

他科の先生に
知って欲しい

豆知識・・・眼科編⑭

『甲状腺眼症について』

川崎医科大学総合医療センター眼科 古瀬 尚



複視を訴える眼球運動障害の患者さんが受診されたとき、核上性、核・核下性、神経筋接合部、筋原性・機械的眼球運動障害のいずれかを疑って検査を進めますが、既にバセドウ病や橋本病などの自己免疫性甲状腺疾患と診断されている、あるいは眼球突出、眼瞼腫脹、上眼瞼後退、結膜充血、MRI・CTによる外眼筋の腫大などの特徴的な眼所見から甲状腺機能亢進が示唆される場合には、機械的眼球運動障害（制限）である甲状腺眼症の診断は比較的容易であるかも知れません。

しかしながら10%前後と頻度は少ないですが、甲状腺機能が正常あるいは低下していても甲状腺眼症を発症することが明らかになっています。今回はその点にスポットを当てて述べます。

何故甲状腺の疾患が眼科と関係するのでしょうか？その発症のメカニズムですが、眼窩内球後組織の線維芽細胞内に発現したTSH-receptorが抗原となり、そこに各種抗TSH-receptor抗体が結合して活性化されたりんパ球の浸潤を促します。その結果、線維芽細胞を標的とする脂肪織炎、外眼筋炎を引き起こし、脂肪織への水分貯留、筋の間質の浮腫・線維増加をもたらすことで様々な眼症状を呈すると考えられています。

既に甲状腺機能が落ち着いており血液検査でもFT3、FT4、TSH等が正常の症例（euthyroid Graves' disease）、あるいは今まで甲状腺機能異常を指摘されたことのない症例では、複視の原因を甲状腺眼症と結びつける可能性は低いかも知れません。その場合は甲状腺関連自己抗体であるTSAb（甲状腺刺激抗体）が診断の一助となります。TSAbはアジア人で感受性が高く、眼窩脂肪織や外眼筋腫大の増大については抑制系のTRAbよりも鋭敏に相関し、眼症の診断や活動性を評価する上で重要です。但し自己抗体が陰性の場合がありますし、測定値の個体差が非常に大きい印象を持っています。

甲状腺眼症の診断に欠かせないのが眼窩MRIでの評価です。複視の原因検索として頭部MRIをオーダーされると思いますが、それでは甲状腺眼症を捉えることはよほど意識しない限り困難です。甲状腺眼症では外眼筋の腫脹・肥大が特徴であり、筋の作用方向に眼球が引っ張られて反対方向へ動かなくなります（下直筋が腫大すると下斜視となり上転制限を呈します）。軸位断では水平筋の変化しか分かりませんので冠状断や矢状断での撮像も重要です。撮像条件にSTIRを加えますと筋の炎症の存在を把握できます。また外眼筋の腫大がなく眼窩脂肪織の増生のみであっても甲状腺眼症と診断します。

治療は活動期であればステロイドの全身・局所投与を行い、既に活動期を過ぎており著効しない場合は、外眼筋に線維化を来したと判断し斜視手術を行います。眼窩減圧術は失明の危機に瀕する圧迫性視神経症が適応ですが、整容上の問題でも行うかどうかは賛否が分かれています。

甲状腺眼症は片眼のみにも起こります。疑わしい患者さんがおられましたらご紹介をお願い致します。