



眼部帯状疱疹の眼合併症と治療

下村 嘉一 先生(近畿大学医学部堺病院 病院長、近畿大学医学部 眼科学 教授)

ヘルペスウイルスによる眼症状としては、水痘・帯状疱疹ウイルス(varicella-zoster virus ; VZV)では結膜炎が、単純ヘルペスウイルス(herpes simplex virus ; HSV)では角膜炎が多くみられる。また、頻度は低いが、眼部帯状疱疹では、眼瞼結膜炎のみならず、角膜炎、ぶどう膜炎、網膜炎等の様々な眼疾患を合併し得る。帯状疱疹に典型的な皮疹が存在すれば診断は容易であるが、皮疹を認めない無疱疹帯状疱疹(zoster sine herpete ; ZSH)等では診断が困難となる。眼部帯状疱疹の治療は、抗ヘルペスウイルス薬の全身投与を基本とし、合併症である結膜炎および上皮型の角膜炎には抗ヘルペスウイルス薬の局所投与を行い、実質型の角膜炎には抗ヘルペスウイルス薬の局所投与とステロイドの局所投与を併用する。

眼科領域におけるヘルペスウイルスの疾患スペクトル

眼科領域におけるヘルペスウイルスの疾患スペクトルを表1に示す。かつて、単純ヘルペスウイルス(herpes simplex virus ; HSV)は、1型(HSV-1)が頭頸部、2型(HSV-2)が陰部という棲み分けがあると考えられていた。しかし、眼部でのHSV-2の潜伏感染が報告されて以降、近年は特にHSV-2による網膜炎が目目を浴びるようになってきている。

眼瞼結膜炎は水痘・帯状疱疹ウイルス(varicella-zoster virus ; VZV)が、角膜炎はHSV-1が大半を占めるが、それぞれにHSV-1およびHSV-2、HSV-2およびVZVによる発症の報告もある。近年、サイトメガロウイルスによる角膜内皮炎が目目されている一方、ぶどう膜炎はVZVが多く、HSV-1の報告はあるものの、HSV-2による発症の報告はない。なぜ、結膜炎でVZVが多く、角膜炎でHSV-1が多いのかは、いまだ明らかになっていない。

眼部帯状疱疹における眼合併症

眼部帯状疱疹は、VZVの初感染による水痘の発症後、三叉神経節に潜伏感染していたVZVが再活性化し、三叉神経の眼神経領域で発症する疾患である。典型的な症例を図1に示す。片側の前額部、上下眼瞼に強い水疱を伴った皮疹を

発現するのが特徴で、激しい痛みを伴い、癬痕を残すことが多い。高齢者や免疫不全患者での発症が多く、血清抗体価の上昇を伴う。眼合併症の発症では、鼻尖部、鼻背部に皮疹を認めた場合、眼合併症の頻度が高くなるというHutchinson(ハッチンソン)徴候がある(図1)。主な眼合併症として、以下のようなものがある。

●眼瞼結膜炎

眼部帯状疱疹の眼合併症の中で最も頻度が高い。自覚症状としては、異物感、眼痛、流涙、結膜充血がある。また、眼瞼結膜に潰瘍を認めることがある。

●角膜炎

VZVはHSVと比較して結膜炎の合併頻度は高いが、角膜炎の合併はそれほど多くはない。HSV-1では蛍光色素フルオレセインを点眼した場合に木の枝のように染まる樹枝状角膜炎を呈するが、VZVではぼんやりと染まることから偽樹枝状角膜炎と呼ばれ、盛り上がりのある粘液斑となることがある(図2)。その他の角膜病変として、頻度は極めて低いものの、実質型角膜炎である円板状角膜炎や、実質浅層型の結節性多発性角膜浸潤等を呈する場合もある。

●ぶどう膜炎

ぶどう膜炎は、ベーチェット病、サルコイドーシス、原田病が原因となって発症するものもあるが、約70%は原因不明である。

表1 眼科領域のヘルペスウイルスの疾患スペクトル

		眼瞼結膜炎	角膜炎	ぶどう膜炎	網膜炎	神経眼科疾患
α群	HSV-1	○	◎	○	○	○
	HSV-2	○	○	○	◎	○
	VZV	◎	○	◎	◎	○
β群	サイトメガロウイルス	○	○	○	◎	○
γ群	EBウイルス	○	○	○	○	○

図1 結膜炎を合併した眼部帯状疱疹



村田恭子, 他: 眼科., 45 (1), 97(2003)

角膜の後ろにある虹彩や毛様体等のぶどう膜に炎症が起こる疾患で、豊富に存在する血管が炎症を起こすと、角膜の後ろに炎症細胞が塊となって沈着し、視力に影響を及ぼす。

●網膜炎

VZVによる網膜炎では網膜に白斑が認められ、急性網膜壊死という重篤な疾患に至ることがある。

無疱疹带状疱疹における眼合併症

通常、眼部带状疱疹では、三叉神経の第1枝領域に局限した皮疹が発現することが多い。皮疹が存在すれば診断が容易であるが、皮疹を認めない無疱疹带状疱疹(zoster sine herpete: ZSH)では難しい。実際に我々も眼部の痛みを訴え、近医にて原因不明のぶどう膜炎と診断された高齢の女性患者を経験している。受診の3日前くらいから痛みがあったと訴える虹彩毛様体炎であったが、皮疹の存在は認められなかった。痛みが強く、血清抗体価が高いことから、前房水を採取してPCRを行ったところ、VZVが検出された。このように、典型的な皮疹を認めず、診断に苦慮するような症例においては、PCRが有用である。

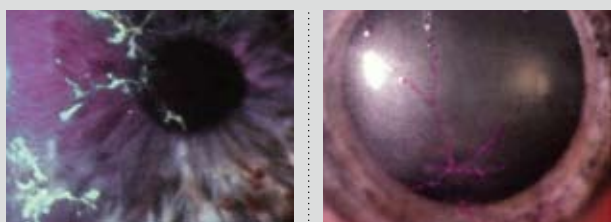
眼合併症に対する治療

眼部带状疱疹には抗ヘルペスウイルス薬の全身投与が基本となる。結膜炎に対しては、抗ヘルペスウイルス薬であるアシクロビル眼軟膏*を1日5回投与し、混合感染防止のための抗菌薬の点眼を1週間併用する。

*眼部带状疱疹は保険適応外

角膜炎に対する治療は、上皮型と実質型とで異なる。上皮型である偽樹枝状角膜炎に対しては、アシクロビル眼軟膏を1日5回投与し、1週間程度で上皮性病変が消失すれば投与

図2 眼部带状疱疹の角膜病変(偽樹枝状角膜炎)



盛り上がりのある粘液斑となることがある
Cornea Color Atlas, Krachmer JH, Palay DA eds, 1995

表2 眼部带状疱疹の皮疹の発現部位

三叉神経第1枝領域	43名
三叉神経第1、2枝領域	6名
三叉神経第1、2、3枝領域	6名
三叉神経第2枝領域	2名
三叉神経第2、3枝領域	1名
領域不明	3名

村田恭子, 他: 眼科, 45 (1), 97(2003)

を中止する。一方、円板状角膜炎等の実質型角膜炎に対しては、アシクロビル眼軟膏と同時にステロイド点眼の1日3回投与を併用する。実質型角膜炎ではウイルスDNAは検出されてもウイルスは検出されないことから、アシクロビル眼軟膏はステロイドの点眼によるウイルスの再活性化防止のための予防投与と位置づけられる。HSVによる上皮型角膜炎に対するステロイドの使用は禁忌である。

その他、虹彩毛様体炎に対しては、抗炎症薬としてステロイド点眼を中心に投与する。

近畿大学附属病院眼科における眼部带状疱疹の検討

1990～2000年に当院皮膚科で確定診断され、眼科を受診した眼部带状疱疹患者61名(男性33名、女性28名、平均年齢48.0歳)を対象として、臨床症状等を検討した。

皮疹の発現部位は表2に示すとおりで、三叉神経第1枝領域が大半を占めていた。眼合併症の頻度は62%(38/61名)で、その内訳は眼瞼結膜炎が34名と最も多く、角膜炎が21名、虹彩毛様体炎が12名、上強膜炎が12名であった。それぞれの眼合併症について述べる。

●眼瞼結膜炎

眼瞼結膜炎の合併は34名で認められた。図3は、右前頭部と右眼瞼の三叉神経第1枝領域に皮疹が発現し、流涙、結膜充血、眼脂を認めた。

●角膜炎

角膜炎の合併は21名で認められ、その内訳は点状表層角膜炎が11名、結節性多発性角膜浸潤が5名、円板状角膜炎が3名、角膜後面沈着物3名であった。

●虹彩毛様体炎

虹彩毛様体炎は12名に認められ、その頻度は20%であった。そのうち3名は続発性緑内障を発症し、2名は虹彩毛様体炎の消失により眼圧が正常化した。1名は濾過手術を必要とした。

●上強膜炎

上強膜炎は12名に認められ、その頻度は20%であった。いずれの症例もアシクロビル眼軟膏の投与により2～3週間で治癒した。

図3 眼部带状疱疹による結膜炎



村田恭子, 他: 眼科, 45 (1), 97(2003)