

## 急性外眼筋麻痺の多様な眼症状

津田 浩昌<sup>1)\*</sup>

## Various ocular symptoms in acute ophthalmoplegia

Hiromasa Tsuda, M.D., PhD.<sup>1)</sup><sup>1)</sup>Department of Neurology, Tokyo Metropolitan Cancer and Infectious Diseases Center Komagome Hospital

(臨床神経 2013;53:380)

2012年6月11日

拝啓

本誌第52巻6号に掲載されました短報「外転眼に注視方向性の粗大な水平性眼振をとめない、中枢神経障害の関与が示唆された急性外眼筋麻痺」(臨床神経 2012;52:433-435)を興味深く拝読いたしました。急性外眼筋麻痺および Fisher 症候群において、責任病巣が中枢か末梢であるかの議論では、眼症状の詳細な診察と考察がきわめて重要となります。

初診時に「両側方視時に外転眼に粗大な、内転眼には軽度の注視方向に向かう眼振をみとめた。」と記載されています。また、考察で、「本例では輻輳も障害されており内側縦束(MLF)症候群ではないが、」との記述があります。しかし、内側縦束症候群が両側性<sup>1)</sup>、片側性<sup>2)</sup>のいずれでも輻輳麻痺をとめないことから、この論考は成立しないと考えます。両側性内側縦束症候群により、外転眼は解離性眼振、内転眼は麻痺性眼振がみられたと考えてよいのではないのでしょうか。

両眼の外転制限について、水平方向の頭位変換眼球反射の有無をお示しいただきたく存じます。これは、水平注視麻痺、外転神経麻痺、偽性外転神経麻痺の鑑別に重要な所見です。

眼球運動の写真では、後交連の病変が示唆される Collier sign があるようにみえますがいかがでしょうか。また、垂直方向の頭位変換眼球反射は保たれていたかをお教え下さい。これが検出されるならば、両眼の上下転障害は垂直注視麻痺であり、後交連または内側縦束吻側間質核の障害が推察されます。ただし、垂直注視麻痺で頭位眼反応が障害されることもあるので注意を要します<sup>3)</sup>。

初診時に瞳孔径が両眼とも縮瞳し、対光反射が減弱していたとのことですが、これらは治療後に改善したのでしょうか。本症例での両眼の縮瞳は、両側性 Horner syndrome ではないかと考えます。もしそうであれば、随伴症状や点眼試験から、その責任病巣が中枢性・節前性・節後性のいずれかを検討する余地があると思われまます。さらに、中脳視蓋の障害を示唆する近見対光反射解離は、検出されましたでしょうか。もしも近見反射も障害されていたのであれば、対光反射が減弱していた機序についてご教授いただければ幸いです。

以上の点について著者の見解をお伺いしたく、拙稿をしたためた次第でございます。

敬具

※本論文に関連し、開示すべき COI 状態にある企業、組織、団体はいずれも有りません。

## 文 献

- 1) Adams WE, Leavitt JA, Holmes JM. Strabismus surgery for internuclear ophthalmoplegia with exotropia in multiple sclerosis. J AAPOS 2009;13:13-15.
- 2) Tsuda H, Kamata K, Tanaka K, et al. WEMINO syndrome with skew deviation and facial palsy. Intern Med 2011;20:2435-2436.
- 3) Alemdar M, Kamaci S, Budak F. Unilateral midbrain infarction causing upward and downward gaze palsy. J Neuroophthalmol 2006;26:173-176.

\*Corresponding author: がん・感染症センター都立駒込病院脳神経内科 [〒 113-8677 東京都文京区本駒込 3-18-22]

<sup>1)</sup> がん・感染症センター都立駒込病院脳神経内科

(受付日: 2012年6月11日)