

## 器質性視覚障害と心因性視覚障害を合併した1例

若葉眼科病院  
東京女子医科大学眼科オオヒラ アキヒコ  
大平 明彦

(受理 平成23年10月17日)

## A Case of Psychological Visual Loss Associated with Organic Visual Loss

Akihiko OOHIRA

Wakaba Eye Hospital

Department of Ophthalmology, Tokyo Women's Medical University

It is often difficult to diagnose psychogenic visual loss or malingering in an adult patient especially when the patient simultaneously suffers from organic visual loss. A 38-year-old woman complained of decreased vision in the left eye for over 1 year. She had bilateral surgery for retinal detachment 17 years before. Her best corrected visual acuity was 0.2 with hard contact lenses at the initial visit. Retinochoroidal scar was found in the mid-peripheral region in the lower fundus of the left eye. No abnormalities were found in the macular area. The central flicker fusion frequency was 35 Hz. The visual acuity transiently increased to 0.8 with pin-hole. The results of eye examinations she had received at other eye clinics were obtained. Examinations of visual field and color sensation, and optical coherence tomography measurements were carried out. Recent visual loss was considered to be psychogenic because of the inconsistency in these results. Careful interpretation of the results over a wide-ranging series of measurements of visual acuities and other visual functions is essential to diagnose psychogenic visual loss from previous organic disease or recent organic disease that does not show apparent fundus change.

**Key Words:** psychogenic visual loss, malingering, organic visual loss, differential diagnosis

## 緒 言

心因性視覚障害は学童期に多く、その場合は詐病は通常考えなくてもよく、診断も比較的容易で予後も良好であるので、眼科医にとっての負担は軽い。この点は欧米においても同様である<sup>1)</sup>が、患者数はわが国のほうが多い印象があり、学校検診をきっかけに親に連れられ受診する症例の多いことがその原因ではないかと推測している。しかし高校生以降にみられる心因性視覚障害は精神疾患としての転換性障害も一応考えに入れなければならない、成人以降では詐病との鑑別も問題になる<sup>2)</sup>。

成人患者において、明瞭な眼疾患があるが、それ以上に視機能が悪いあるいはそれ以外の視機能異常を訴える例に遭遇したとき、判断に困ることがある。詐病あるいは心因性視覚障害が合併しているかどうか

かが問題になるのである。日常診療では案外このような合併例が多く、診療につまずきやすい。そのような点で診断が困難であった症例を提示し、診断法について考察を試みたい。

## 症 例

38歳、女性。17年前に両眼の網膜剥離手術を他院で受けている。当時黄斑部は剥離しておらず、手術後の矯正視力も両眼とも(1.2)であったと本人は述べている。当院初診1年3ヵ月前から左眼の霧視を自覚しその3ヵ月後に他院を受診している。そのとき左眼矯正視力は(0.4)であり、フラッシュ網膜電図(flash-ERG)とrod-ERGで振幅低下が認められている(Fig.1)がcone-ERGや色覚(後天用標準色覚異常表(医学書院)にて)は正常であった。その後、別の他院を受診している。後日取り寄せた資料によ

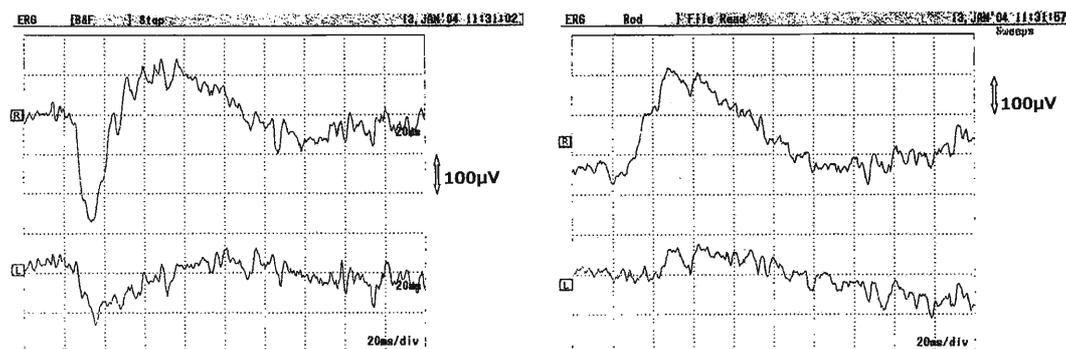


Fig. 1 Flash-ERG and rod-ERG examined one year before initial visit

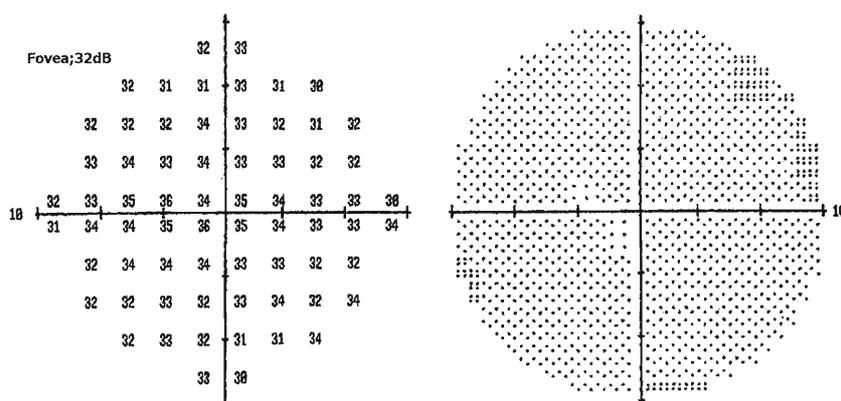


Fig. 2 Visual field (Humphrey 10-2 test program) examined 9 months before initial visit

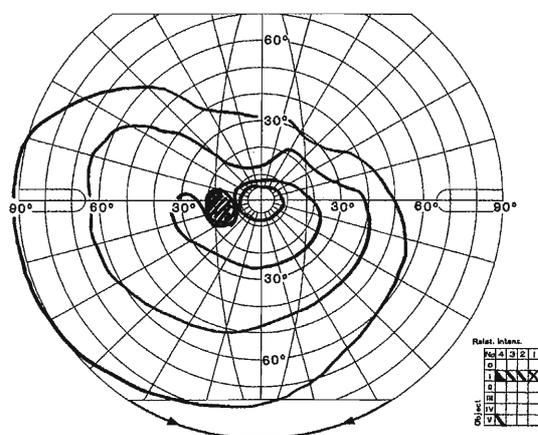


Fig. 3 Visual field (Goldmann perimeter) at initial visit

ると、左眼の矯正視力は (0.3) であり、ハンフリー視野計でも異常を認めているが、視力に比べると良好な結果を得ている (Fig. 2)。多局所 ERG で、左眼は中心窩感度が中等度低下しているだけでなく、黄斑部全体の振幅が軽度低下していた。

当院初診時の所見であるが、視力は右 0.04 ( $1.2 \times -7.50\text{Dcyl} - 1.50\text{DA} \times 10$ ) 左 0.04 ( $0.3\text{p} \times -8.00\text{D}$ )

であり、中心フリッカー値は右 39, 左 35Hz であった。前眼部中間透光体には異常を認めなかった。眼底は、右眼は下方周辺部に網膜冷凍凝固の癍痕が認められ、左眼は下方周辺部に強膜内陷術による盛り上がりで網膜冷凍凝固術の癍痕があり、それに続いて下方 vascular arcade 近くまで長期網膜剥離持続による色素沈着を伴う網脈絡膜変性領域が存在した。ゴールドマン視野計で、右眼は正常、左眼 (Fig. 3) は上方視野の狭窄を認めた。ハンフリー視野計でも同様の結果 (Fig. 4 左) を得ている。

その 2 ヶ月後の再診時には、左眼矯正視力は常用しているハードコンタクトレンズ (HCL) 装用下で (0.25)。4 ヶ月後の再診時に細かく問診すると軽度の羞明を自覚していたので、HCL の上にピンホールを装用し、単一ランドルト環視力表での視力測定を実施すると (0.7) の視力を得たが通常の数系列の視力表では (0.5) であった。後天用標準色覚異常表 (医学書院) で両眼とも異常を認めなかった。その後の再診時、通常の視力表のもとでピンホールと HCL 装用下で測定すると (0.6) から (0.8) の値が続いたが、初診 33 ヶ月後からピンホールを入れてもわずか

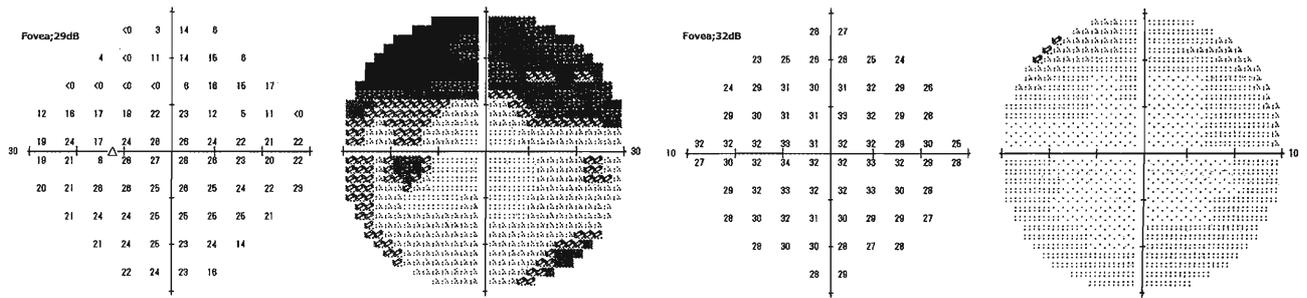


Fig. 4 Visual field  
 Left: Humphrey 30-2 test program at initial visit.  
 Right: Humphrey 10-2 test program after two years.

にしか改善しなくなり、45ヵ月後にはHCL装用下でどちらの条件でも(0.4)であり、その後は矯正視力は若干低下して(0.2)ないし(0.3)となった状態が3年続いた。その間眼底所見に変化なく、本人も積極的には変化を訴えなかった。中心フリッカー値は初診63ヵ月後まで35Hz前後であった。中心視野検査(Fig.4右)も継続して行っているが、傍中心窩の感度は前医のときほどは正常ではない。なお、初期に実施した光干渉断層検査(OCT)で黄斑部には視細胞内節外節境界部(IS/OS line)を含めて異常を認めていない。

### 考 察

本症例の主訴である左眼視力低下の原因としては3つの可能性が考えられる。第1は、心因性視覚障害か詐病によるもの。第2は、本人の記憶違いで、網膜剝離により中心窩まで傷害されてもともと悪かったのだが、それを本人が最近気がついた。第3は眼底所見としては認めにくい眼疾患を新たに発症したことである。もちろん、これらの可能性の複数が同時に併存する場合もあり得たし、初診時にもっとも心配されたのは第3の可能性であった。

第1の可能性から検討する。心因性視覚障害か詐病だと診断するには、次の2つの条件が必要である。1つ目は視覚障害を説明しうる疾病の存在が否定されること、2つ目には積極的に心因性視覚障害や詐病を示唆する所見があることである。前者の議論については前述の第2,3の可能性を検討することに等しいので、あとで検討する。

積極的に詐病か心因性視覚障害を示唆する所見として以下の点が挙げられる。

1番目に、結果的に視力の変動が大きすぎて合理的に説明ができないことである。最良矯正視力に関しては(0.2)から(0.8)まで変動している。これは、

学童期の心因性視覚障害ではよく認められる現象である。いわゆるトリック視力(凸レンズに同等の凹レンズを組み合わせて視力を測るなどの方法)で良好な視力が得られることと似ている。良好な視力を得たピンホールによる視力測定は、不正乱視を矯正する簡便法である。もう一つの不正乱視矯正法であるHCL装用下で測定して視力は不良なままであったので、ピンホールで視力値が格段に向上することは考えにくい。ピンホール装用により視野が狭くなり、さらに初回は単一視力表を用いたことにより過去の視力表での体験とも比較しにくくなり、良好な視力が得られたものと考えられる。その後しばらくしてピンホールによる視力向上効果がなくなったのはある意味では当然と考えられる。

2番目には、初診時矯正視力(0.3弱)と中心フリッカー値(35Hz)の関係が一致しないことである。視神経疾患には中心フリッカー値は敏感な検査法であり、視力低下が回復しても異常が残りやすい傾向にある<sup>3)</sup>。経験上、網膜疾患では同一視力の視神経疾患よりも中心フリッカー値は良い傾向にあるが、矯正視力(0.3)に対しては少なくとも30Hz以下になると考えている。中心フリッカー値は中間透光体の影響を受けにくいので、網膜・視神経の機能を知るには良い検査法である。しかし、諸疾患における中心フリッカー値と視力の相関を多数例で調べた報告は著者の知る限りはなく、経験的なものにとどまっている。

3番目は、視力に比べ色覚がやはり良すぎるのではないかと考えられる点である。とくに医学書院の後天用標準色覚異常表は検出力に優れており、同じ視力なら視神経疾患よりも色覚異常が出にくいとされている網膜疾患でもかなり検出可能である。本症例の初診時視力が網膜視神経疾患で低下していたのであれば、経験上異常は検出されるはずである。し

かし、多数例で視力との関係をみた報告自体がまだないのは残念である。

4番目は、視力に比べ視野が良いことである。特発性視神経炎において、ハンフリー視野計での中心窩感度と視力に良い相関関係があることは報告されている<sup>4)</sup>。それによると中心窩感度の中央値は視力0.4に対しては23dB、0.25では16dBであった。しかし、ほかの疾患での中心窩感度と視力の対応についての報告は著者の知る限り存在しない。中心窩感度の次にそのすぐ周囲の感度も視力に影響すると考えられるが、初診前の他院での視野検査で中心窩から2度離れた網膜での感度が全4点とも正常であった(Fig. 2)。このような中心窩感度のみの異常を呈する疾患も報告されていない。ほかの部位の網膜感度測定の前に、中心窩感度だけは別枠として測定し、しかも中心の周りに参照光を同時に提示しながら測定するのでどの程度見えにくくするか自分で決めやすいという事情が影響したと考えている。

以上の点から本症例は詐病か心因性視覚障害があると考えている。両者のどちらかを判断するには、一般には疾病利益の有無が参考になる<sup>2)</sup>。本症例は、長い経過中も明瞭な利益を得ようとする行動がみられないことから詐病ではないと考えている。しかし心因性と診断するには、本人は強く悩んでもおらず、検査(とくに視野検査)には非協力的で<sup>5)</sup>受診も間遠になりがちであるという詐病の要素も薄く混じっている。

次に第2の、網膜剝離によりすでに中心窩が傷害されていた可能性について検討する。下方の網膜剝離により視力低下を生じた場合、中心窩を含んだ、網膜下方につながる視野異常やOCTでの中心窩異常所見が存在することが期待される。しかし、前医でのハンフリー視野計での中心窩周囲の感度は非常に良く、当院でも中心窩周囲の感度はそれほど悪くはなかった。OCTでもIS/OS lineを含めて異常所見がなく、この可能性はほぼ否定できる。

第3の、眼底所見で異常を認めにくい新たな疾患を発症した可能性についてである。所見に乏しいため心因性視覚障害に間違われやすい諸疾患を記述した大出の論文<sup>5)</sup>を参考にして検討してみる。まず、レーベル遺伝性視神経症、優性遺伝性視神経萎縮、視神経炎であるが、1年余り経過後も中心窩および視神経乳頭に明瞭な検眼鏡的異常を認めないこと、色覚・中心フリッカー値・視野所見から否定できる。視交叉から中枢の視路疾患は他眼視野が正常で

あり否定できる。網膜分離症や初期スタガルト黄斑症<sup>6)</sup>もOCT所見から否定できる。オカルト黄斑ジストロフィは両側性であり色覚に異常が出る<sup>7)</sup>ことや中心視野やOCTで異常がみられる<sup>8)</sup>ことから否定的である。錐体ジストロフィは両側性であり、本例ではcone-ERGに異常がなく自覚症状や色覚が本症と一致しない。軽度の円錐角膜などによる不正乱視は、HCLやピンホール使用で矯正できる。急性帯状潜在性網膜外層症(AZOOR)としては軽度な羞明はあるものの光視症などの自覚症状に欠け、OCTでIS/OS lineの異常がなく、網膜剝離後網脈絡膜萎縮に相当する異常以外の視野異常としては中心窩感度低下しか存在しなかったので否定的である。電気生理学的検査であるERGや視覚誘発電位(VEP)は客観的検査とされているが、出るはずのない異常が出た詐病例を複数経験している。心因性視覚障害患者は検査例を経験していない。本症例では暗室内の検査であるflash-ERGやrod-ERGでは健眼よりも振幅が低下していたが、視野から予想されるよりも振幅の低下度が大きいのではと考えている。その根拠となる多数例を集めた報告が存在するわけではないので、断定はできない。Cone-ERGで左右差が出なかったのは検査員の監視下で明順応下で検査を行ったためと推測している。多局所ERGも各眼別々に測定するので、左眼は黄斑部全体の振幅低下を伴ってしまったのではと推測している。

## 結 論

心因性視覚障害あるいは詐病の疑いがあるが、器質性視覚障害も併発している患者に対しては、通常の視力、視野検査や細隙灯顕微鏡・眼底検査以外に種々の検査を行い、総合的に判断することが必要になる。HCLやピンホールを用いた視力検査、中心フリッカー検査、色覚検査、電気生理学的検査、OCT検査などの結果を注意深く解釈することが求められ、経験も大事な要素となる。

## 文 献

- 1) Toldo I, Pinello L, Suppiej A et al: Nonorganic (psychogenic) visual loss in children, a retrospective series. *J Neuro-Ophthalmol* 30: 26-30, 2010
- 2) 野田航介, 大出尚郎: 心因性視力障害と詐病. *神経眼科* 21: 391-399, 2004
- 3) Wakakura M, Mashimo K, Oono S et al: Multicenter clinical trial for evaluating methylprednisolone pulse treatment of idiopathic optic neuritis in Japan. *Jpn J Ophthalmol* 43: 133-138, 1999
- 4) Keltner JL, Johnson CA, Cello KE et al: Visual field profile of optic neuritis, a final follow-up report

- from the optic neuritis treatment trial from baseline through 15 years. *Arch Ophthalmol* **128**: 330-337, 2010
- 5) 大出尚郎：心因性視覚障害　こどもと大人の違いは？ *神経眼科* **26**：261-275, 2009
- 6) 藤波　芳：Stargardt病. *あたらしい眼科* **28**：927-936, 2011
- 7) **Miyake Y, Horiguchi M, Tomita N et al**: Occult macular dystrophy. *Am J Ophthalmol* **122**: 644-665, 1996
- 8) 角田和繁：オカルト黄斑ジストロフィ　三宅病. *あたらしい眼科* **28**：953-961, 2011
-