

症例報告

左眼瞼下垂で発症した上顎洞炎の1例

東京女子医科大学 小児科学教室 (主任: 福山幸夫教授)

サドウ ヒロシ オグニ ヒロカズ イズミ タツロウ フクヤマ ユキオ
佐藤 博司・小国 弘量・泉 達郎・福山 幸夫

(受付 平成4年8月3日)

A Case of Maxillary Sinusitis Presenting with Isolated Left Oculomotor Nerve Palsy

Hiroshi SATO, Hirokazu OGUNI, Tatsuro IZUMI and Yukio FUKUYAMA

Department of Pediatrics (Director: Prof. Yukio FUKUYAMA)

Tokyo Women's Medical College

A case of maxillary sinusitis presenting with isolated left oculomotor nerve palsy is reported. A 15-year-old boy suddenly developed left-sided ptosis with no associated signs and symptoms. Formal examination on the 5th illness day revealed mild tenderness over the left eye and non-fluctuating blepharoptosis of moderate degree, but there were no other systemic or neurological symptoms. Ocular movements were full. Craniofacial X-ray film by Water's projection demonstrated bilateral maxillary sinusitis. Antibiotic therapy and active pus evacuation and irrigation through needle puncture cured the sinusitis and ptosis disappeared concomitantly. This case illustrates the importance of taking sinusitis into consideration as a potential cause of acquired ptosis.

はじめに

後天性眼瞼下垂は他の神経筋症状に伴って発現することが多く¹⁾, 眼瞼下垂のみを症状として出現することはまれである²⁾³⁾. 我々は副鼻腔炎に続発した, 他の神経症状を認めない, 一過性, 片側性の眼瞼下垂を来した1例を経験したので報告する.

症 例

患者: 15歳, 男児.

主訴: 左眼瞼下垂.

既往歴: 数年来, 慢性副鼻腔炎があるが, 放置されていた.

現病歴: 1991年11月28日, 朝, 起床時左眼の眼瞼下垂に気付いた. 11月29日になり, 少し下垂が強くなった. この後, 11月30日, 当院眼科受診, 紹介にて12月2日, 当科外来受診, 入院となった. 朝と夜で眼瞼下垂の症状に差はなく, 11月29日と12月2日の所見を比較しても症状の進行は認められなかった. 他の症状は認められなかった.

入院時現症: 体重70kg, 身長170.5cm, 体温36.9°C. 全身状態良好. 胸腹部異常所見なし. 咽頭発赤なし. 左眼球に腫張, 発赤はないが, わずかに圧痛を認めた. 右眼球は腫張, 発赤, 圧痛をまったく認めなかった.

神経学的所見: 意識清明で, 上肢下肢共に麻痺, 感覚障害はなかった. 両側視力低下はなく, 眼球運動に障害なく, 複視も認めなかった. 対光反射は両側直接間接ともに迅速. 正面視での瞼裂幅は右が12mm, 左が8mmと左眼に眼瞼下垂を認め, これは上方視で強調された(図1). 表情に左右差なく, 嗄声も認めず, 咽頭反射も陽性であった. 運動失調なく, 深部腱反射は正常であった.

検査所見: 末梢血では, 白血球数 $10,900/\text{mm}^3$ とわずかに増加を示したが, CRPは $0.0\text{mg}/\text{dl}$ で, 他に血液生化学的検査で異常を認めなかった(表). 腰椎穿刺を行ったが髄液の細胞数, 生化学的検査に異常を認めなかった(表). 入院時の鼻内分泌物の培養では, coagulase negative Sta-

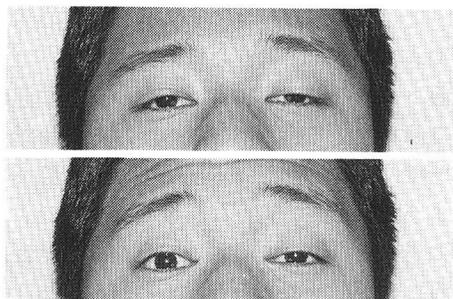


図1 入院時表情

上段：安静時，下段：努力開眼時。いずれも左側眼瞼下垂を認める。

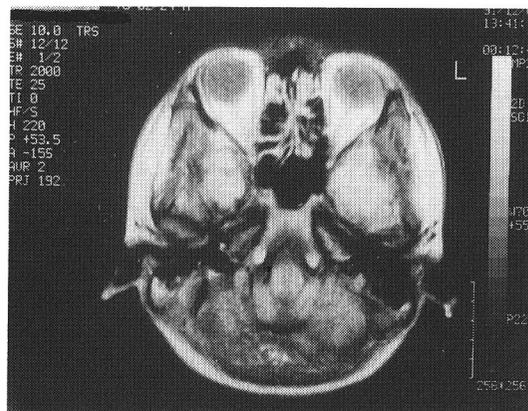


図2 入院時頭部MRI

眼窩内，頭蓋内に異常を認めない。

表 入院時検査所見

血液一般：	Alb	4.4 g/dl
WBC 10,900/mm ³	GOT	8 KU
Seg 83.8%	GPT	9 KU
Eos 0.6%	LDH	150 μU/ml
Baso 0.2%	ALP	470 IU
Mono 2.8%	LAP	162 GU
Lym 12.6%	γ-GTP	13 mU/ml
RBC 543×10 ⁴ /mm ³	CPK	53 mU/ml
Hb 16.0 g/dl	BUN	10.5 mg/dl
Plt 36.2×10 ⁴ /mm ³	Crt	0.8 mg/dl
髄液：	UA	7.3 mg/dl
細胞数 8/3(L 8, N 0)	Na	142 mEq/l
TP 27 mg/dl	K	3.8 mEq/l
Suger 64 mg/dl	Cl	104 mEq/l
乳酸 7.6 mg/dl	CRP	0.0 mg/dl
ビルビン酸 0.77 mg/dl	血糖	110 mg/dl
血清生化学：	乳酸	13.4 mg/dl
TP 8.4 g/dl	ビルビン酸	0.96 mg/dl

phylococcus が 5%，Corynebacterium species が95%検出された。テンシロテストは陰性。画像診断では、頭部CT，頭部MRI（図2）ともに異常を認めなかったが、Water法X-pにて両側上顎洞に陰影が見られた（図3）。

経過：X-pにおける両側上顎洞の陰影，左眼球の圧痛より，副鼻腔炎の眼窩内波及による軽度の眼窩蜂窩織炎，およびそれによる動眼神経の部分麻痺と判断した。副鼻腔炎は，数年来の慢性副鼻腔炎の既往があることより，慢性副鼻腔炎の急性増悪と考えられた。SBTPC 1,125mg，pronase 54,000単位，Vit B₁₂ 1.5mg 各1日量を経口的に投与した。入院後，眼瞼下垂は少しずつ改善し，入院時8mmであった左の眼裂が（右は12mm）入



図3 入院時Water法X-p
両側上顎洞の陰影増強を認める。

院5日目には9mmまで拡大した。しかし，その後眼瞼下垂固定し，また，副鼻腔炎の状態が余り改善しないため，入院11日目，耳鼻科でSchmidt探膿針にて，左上顎洞の排膿，洗浄を行い，CTM 3g 静脈内投与5日間行った。これにより，副鼻腔炎は軽快し，また眼瞼下垂も改善に向かい，発症40日目には完全に消失した。

考案

眼瞼下垂は日常診療で時折遭遇する症状であるが，片側の眼瞼下垂のみで複視や散瞳などの他の

動眼神経麻痺症状を伴わない症例はまれである²³⁾。これらの他の麻痺症状があればその部位局所診断は容易であるが、他の麻痺症状がない場合、その局在及び病因診断に苦慮することもある¹⁾。後天性眼瞼下垂は筋原性、外傷性、神経原性、機械的眼瞼下垂が考えられるが⁴⁾⁵⁾、本症例では、テンシロンテスト陰性で重症無筋力症は否定され、また他の筋疾患も否定である。さらに眼瞼への外傷はなく、また眼瞼の癬痕、浮腫、炎症なども認められないため、神経原性眼瞼下垂と考えられた。また、表情に左右差なく、縮瞳、眼球陥凹が見られず、顔面神経麻痺、Horner's syndromeは否定された。このため、神経原性のなかでも動眼神経麻痺と考えられた。

動眼神経は中脳の動眼神経核、Edinger-Westphal核から発し、上小脳動脈と後大脳動脈の間を通り、海綿静脈洞を抜けて、上眼窩裂を通過して眼窩へ達している⁶⁾。動眼神経麻痺の症状は、眼球の運動障害、散瞳、眼瞼下垂であるが、どの部位で障害されても、不完全な麻痺が起こりうる⁷⁾。例えば、後交通動脈の動脈瘤により、眼球の運動障害、散瞳は見られず、眼瞼下垂のみを来たした症例も報告されている²⁾。本症例では、眼球の運動障害、散瞳は見られず、眼瞼下垂のみが出現した。動眼神経麻痺の原因としては血管病変、炎症、腫瘍、動脈瘤、外傷などが考えられるが^{8)~11)}、本患児の場合、症状が片側の眼瞼下垂と眼球の圧痛があったため、眼窩内の炎症により動眼神経が障害されたと診断した。

一方、副鼻腔炎は眼症状を合併することは古くから知られている¹²⁾¹³⁾。眼窩は上部は前頭洞底より、内側は前後篩骨洞、蝶形骨洞より、下部は上顎洞上壁よりなり、副鼻腔によりその3分の2を囲まれている。しかも、隔壁となる骨壁は非常に薄く、時に先天の間隙が存在したり、静脈やリンパ管の連絡もある。したがって眼窩は副鼻腔疾患によって合併症を起こりやすい解剖学的位置にあり、眼瞼下垂、外眼筋麻痺、視力低下、眼球突出などのさまざまな眼障害を起こしてくる^{1)14)~18)}。本症例では両側の上顎洞に著明な副鼻腔炎の存在

があり、これが眼窩へ波及し、動眼神経の部分麻痺を引き起こしたと考えられた。

眼瞼下垂はその出現により本人の日常生活に大きな支障を与える症状であるので、その診断と適切な治療は重要である。本症例では副鼻腔炎の治療により眼瞼下垂は完全に回復した。このような症例の場合、副鼻腔炎の眼窩内波及の可能性を考慮することが重要であると考えられた。

文 献

- 1) 永田洋一, 沖田美智, 高瀬正彌: 急性に発症した外眼筋麻痺を伴った眼瞼下垂の2症例. 眼紀 40: 2458-2463, 1989
- 2) Edward FG: Ptosis as the sole manifestation of compression of the oculomotor nerve by an aneurysm of the posterior communicating artery. J Clin Neuro-ophthalmol 10: 59-61, 1990
- 3) 戸田勝也, 小笠原寛, 雲井健雄: 慢性副鼻腔炎と一側性眼瞼下垂. 日鼻科会誌 21: 184-185, 1983
- 4) Haskes LP: Transient acquired ptosis. J Am Optom Assoc 60: 668-675, 1989
- 5) 粟屋 忍: 眼瞼下垂の鑑別診断と治療. 臨眼 31: 1231-1241, 1977
- 6) Duus P: 神経局在診断—その解剖, 生理, 臨床—(半田 肇 監訳), 文光堂, 東京 (1988)
- 7) Brazis PW: Localization of lesions of the oculomotor nerve: Recent concepts. Mayo Clin Proc 66: 1029-1035, 1991
- 8) Berlitz P: Isolated and combined pareses of cranial nerves III, IV and V. A retrospective study of 412 patients. J Neurol Sci 103: 10-15, 1991
- 9) Rush JA, Younge BR: Paralysis of cranial nerves III, IV and VI. Cause and prognosis in 1000 cases. Arch Ophthalmol 99: 76-79, 1981
- 10) Rucker CW: The causes of paralysis of the third, fourth and sixth cranial nerves. Am J Ophthalmol 61: 1293-1298, 1966
- 11) Chan CC, Sogg RL, Steinman L: Isolated oculomotor palsy after measles immunization. Am J Ophthalmol 89: 446-448, 1980
- 12) 鹿野道弘, 鈴木美佐子, 村上正文: 急激に視力低下をきたした眼窩蜂窩織炎の1例. 臨眼 43: 917-919, 1989
- 13) 石川 進, 桑原 敏, 松本茂男ほか: 副鼻腔粘液嚢腫・副鼻腔炎による神経障害. 臨神経 25: 1184-1191, 1985
- 14) 三木祐一郎, 久保正治, 山根英雄: 眼症状を伴った急性副鼻腔炎の1症例. 南大阪医誌 38: 179-181, 1990

- 15) Jarrett WH II, Gutman FA : Ocular complication of infection in the paranasal sinuses. Arch Ophthalmol 81 : 683-688, 1969
- 16) 松田久美子, 坂上 英, 樺沢 泉ほか : 眼症状を呈した副鼻腔疾患症例. 臨眼 33 : 825-830, 1979
- 17) 野村 穆, 梶原誠一 : 慢性副鼻腔炎による眼障害 8例. 眼紀 27 : 900-905, 1976
- 18) 藤田洋右, 北村 武, 戸川 清ほか : 視覚障害を伴った後部副鼻腔炎について. 日耳鼻 74 : 1449-1454, 1971
-