

MGや甲状腺眼症が疑わしい症例は、様子を見過ぎずに検査や紹介を！

兵庫医科大学眼科学教室准教授
木村亜紀子（きむら あきこ）先生

1994年 兵庫医科大学卒業、眼科学教室入局
2003年 兵庫医科大学大学院医学研究科卒業・博士号取得、兵庫医科大学眼科学教室助手
2008年 兵庫医科大学眼科学教室講師
2013年 兵庫医科大学眼科学教室准教授

重症筋無力症（MG）は、眼瞼下垂や複視で発症するため全身疾患でありながら、患者さんが最初に眼科を受診することがよくある疾患です。そのため、眼科で見逃すと患者さんの予後に大きな影響をもたらす可能性があります。また、近年ではMGの診断基準や検査法が進歩し、眼科でもMGを診断しやすい状況となってきています。

そこで、専門家として普段からMGの診療に携わり、日本神経眼科学会や日本弱視斜視学会で理事を務めている、兵庫医科大学眼科学教室准教授の木村亜紀子先生に、眼科医にとってのMGの重要性や見抜き方、対応法などについてお話を伺いました。

◆複視からMGや甲状腺眼症を見抜くためのポイント

——複視を訴えて眼科クリニックを受診する人の中には、MGや甲状腺眼症の可能性があるとのことですが、鑑別するためのポイントを教えてください。

甲状腺眼症の眼瞼症状として、眼瞼後退症（びっくりしているような目）がよく知られています。しかし、臨床の現場では、典型的な眼瞼症状を伴わない甲状腺眼症もあり、そのときは診断が難しいですね。甲状腺眼症に気づくためのポイントの一つは「一番調子が悪いのは朝」ということです。MGは逆に、朝は調子がいいけれど、夕方になるにつれ悪くなってきます。

また、下方視が楽だといって顎を上げている人を見たら、甲状腺眼症を疑ってください。甲状腺眼症は下直筋が罹患筋になることが多く、眼球の下についている筋肉（下直筋）が眼球を下に引っ張るので、下方視が見やすく、眼球は上を向きにくくなることから、上方になるにつれて複視が強くなるのが特徴です。「階段を降りるのは平気だけど、登るのは怖い」とか「顎を上げていたら一つに見える」などと訴えるのが甲状腺眼症の特徴です(図1)。

甲状腺眼症と重症筋無力症

項目	甲状腺眼症	重症筋無力症
外見	眼瞼後退	眼瞼下垂
有病率	0.1~0.3%	0.05%
男女比	1:5.5	1:1.7
症状	眼球運動障害 日内変動(朝症状が悪い) 複視	眼球運動障害 日内変動(夕方症状が悪い) 複視
主な治療	炎症期:消炎治療 (ステロイドパルス療法など) 慢性期:斜視手術など	眼筋型:抗コリンエステラーゼ薬 あるいはステロイド薬内服 全身型:IVIgなど

両疾患は共通点が多いが、治療法が異なるため
客観的な事実に基づく鑑別が重要

甲状腺眼症診療の手引き
重症筋無力症診断ガイドライン2014 参照
COSMIC CORPORATION

(図1) 甲状腺眼症と重症筋無力症

時々あるのが、甲状腺眼症の患者さんが眼瞼下垂を訴えて受診するというパターンです。例えば、甲状腺眼症により左眼が見開いているのに、健常な右眼を指して眼瞼下垂だと訴える。眼科医であれば下方視で患眼の上眼瞼がついてこない(上眼瞼遅れ)などを確認して鑑別できると思いますが、内科の先生から健常眼の眼瞼下垂として紹介されることがあります。

——甲状腺眼症とMGが合併することもありますか。

MG患者さん(抗アセチルコリン受容体抗体陽性者)のうち、甲状腺関連自己抗体が陽性である人、甲状腺眼症で抗アセチルコリン受容体抗体が陽性の人は文献にもよりますが、おおよそ10~30%くらいいるようです。甲状腺眼症を診ているときは、MGの合併の可能性も念頭に置いておいた方が良いでしょう。

——MGが合併している場合は、やはり症状に変化はありますか？

同じ内斜視を呈している場合でも、甲状腺眼症では内直筋が肥大・拘縮して、眼を内に引っ張り、外転できなくなります(拘縮性パターン)。一方、MGは筋肉が疲れる病気なので、外直筋が麻痺して外転することができなくなります(麻痺性パターン)。つまり、**甲状腺眼症の診断は、罹患筋とそれに対応する眼球運動制限が一致している必要があります。**MGでは外眼筋が肥大することはありません。同じ症状でも、その原因はどちらの疾患なのかということを見極める必要があります。

複視が、甲状腺眼症によるものか、MGによるものかの判定には、MRIが有用です。甲状腺眼症では筋肉の肥大がありますが、MGでは外眼筋の肥大はありません。甲状腺疾患の患者さんが複視を訴えたときに、MRIを撮って外眼筋の肥大がなく、実はMGによるものだったというケースもあります。

——それに加えて、病原性自己抗体の測定も有用でしょうか？

はい。当院では甲状腺関連自己抗体を測るときに抗アセチルコリン受容体抗体も一緒に測っています(図2)。採血が可能な眼科クリニックであれば、MGや甲状腺眼症が疑わしい症例に対しては抗体検査していただいて、あまり様子を見過ぎずに専門病院にご紹介くださるとありがたいです。

複視を訴える患者さんのセット検査

重症筋無力症と甲状腺眼症の診断に必要な採血検査

FT3, FT4, TSH, TgAb, TPOAb, TRAb(or TSAb)
AChRAb(+MuskAb)

(AChRAbとMuskAbの同時算定は保険上認められていない)

TSH	:甲状腺刺激ホルモン
TgAb	:抗サイログロブリン抗体,
TPOAb	:抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体
TRAb	:甲状腺レセプター抗体
TSAb	:甲状腺刺激抗体,
AChRAb	:抗アセチルコリン受容体抗体
MuskAb	:抗筋特異的受容体型チロシンキナーゼ抗体

 COSMIC CORPORATION

(図2)複視を訴える患者さんのセット検査

◆医療連携でMG患者さんの予後・QOLを守っていく

——最後に、眼科クリニックと専門病院との連携、神経内科など他科との連携についてお話をお聞かせください。

これまでに繰り返しお伝えしてきましたが、MGはいかに早期に診断し、治療を開始できるかが大切です。早期にきちんと治療できれば、眼筋型から全身型へ移行するリスクを軽減することができます。それは、患者さんの予後やQOL向上に重要なことです。

ほとんどのMG患者さんは、眼瞼下垂や複視を主訴に眼科クリニックを初診します。そこで眼科医が問診や臨床症状からMGを疑い、アイスパック試験や上方注視負荷試験などの検査でMGを見抜き、早期に専門病院へつなぐことが理想です。近年ではMGの診断基準が改訂され、眼科クリニックでも診断ができるようになっていきます。ぜひMGを意識の片隅に置いていただき、見逃さず診断していただきたいと思えます。

次に、専門病院における連携については、より眼科と脳神経内科の連携が強められるといいなと思っています。全身型の精査のために脳神経内科にも、必ず一度は診察して頂きますが、眼筋型に限局している場合、今後は眼科だけでフォローしてください、となってしまう。なかには眼筋型から全身型に移行する患者さんもいらっしゃるの、1年に1回くらいは脳神経内科でもチェックしてもらえると、眼科としては安心して診ていけると思えます。

逆に、内科で診ている患者さんを眼科にも回してほしいという思いもあります。MGの治療はうまくいっているけれども、斜視や眼瞼下垂が残っている場合、多くは眼科手術で改善することができます。手術してもまた戻るとお考えの先生もいらっしゃるようですが、実際にはそんなことはありません。再手術が必要な例は少ないと思います。整容的な問題も複視も患者さんのQOLに大きな影響を及ぼしますので、眼科との連携を積極的に検討していただければと思います。

——MG患者さんの重症化予防やQOL維持について、眼科医が果たす役割と責任は思った以上に大きなものであることが分かりました。ご教示ありがとうございました。