



(第40回)

眼窩病変に対する経鼻アプローチ

—耳鼻咽喉科との連携—

木佐貫 朋 未¹⁾ 牧 野 隆太郎^{1, 2)} 藤 尾 信 吾^{1, 2)} 菅 田 淳^{1, 2)}
大 堀 純一郎³⁾ 山 下 勝³⁾ 花 谷 亮 典¹⁾

1) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 脳神経外科学

2) 鹿児島大学病院 下垂体疾患センター

3) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野

【はじめに】

眼窩は、眼球後方の脂肪組織で満たされた間隙に視機能に関わる神経・筋肉・腺組織・支持組織といった重要構造物が存在する、解剖学的にきわめて複雑な領域である¹⁾。眼窩内腫瘍はまれな疾患でありながら多種多様な病理学的特徴を含み、病変の性質により治療方針が大きく異なるため、診断や悪性度判定には組織採取が必須である²⁾。今回、耳鼻咽喉科・頭頸部外科の協力のもと内視鏡下経鼻生検術を施行し、診断・治療に至った一例を報告する。

【症例】

70代女性。右眼の視力低下を主訴に近医眼科を受診した。元来、両眼とも視力1.2と良好であったが、右眼の視力は0.4に低下し、静的量的視野検査で右眼上方の視野障害を認めた。頭部MRIで右眼窩円錐内の眼球内側から先端にかけて、T1等信号、T2高信号で均一に造影される病変を指摘され(図1)、当科紹介となった。右眼窩内病変による視力・視野障害を疑い、鑑別診断として悪性リンパ腫、

炎症性偽腫瘍、IgG4関連疾患などを考えた。診断目的に生検術を計画し、内視鏡下経鼻生検術を施行する方針となった。

眼窩内へのアプローチに際し、当院耳鼻咽喉科・頭頸部外科に鼻腔内操作を依頼した。右鼻腔より進入し、右鉤状突起を削除後、篩骨洞を開放して右眼窩内側壁に到達した。ここからは当科が担当した。右眼窩内側の紙様板を削除し眼窩周膜を切開すると、脂肪組織と内側直筋が露出し、その上方に白色の腫瘍被膜を認め(図2)、被膜内部の組織を一部採取した。術中迅速病理診断は悪性リンパ腫であった。止血を確認し手術を終了した。最終病理診断はB細胞性リンパ腫であり、当院血液膠原病内科へ治療を依頼した。

【考察】

眼窩病変に対する手術には、経眼窩アプローチ、経頭蓋アプローチ、経鼻アプローチなどがある。眼窩内側病変のうち、眼球赤道面の後方から眼窩先端部の病変に対しては経鼻アプローチが有利とされる³⁾。本症例は、病変が眼球の内側後方

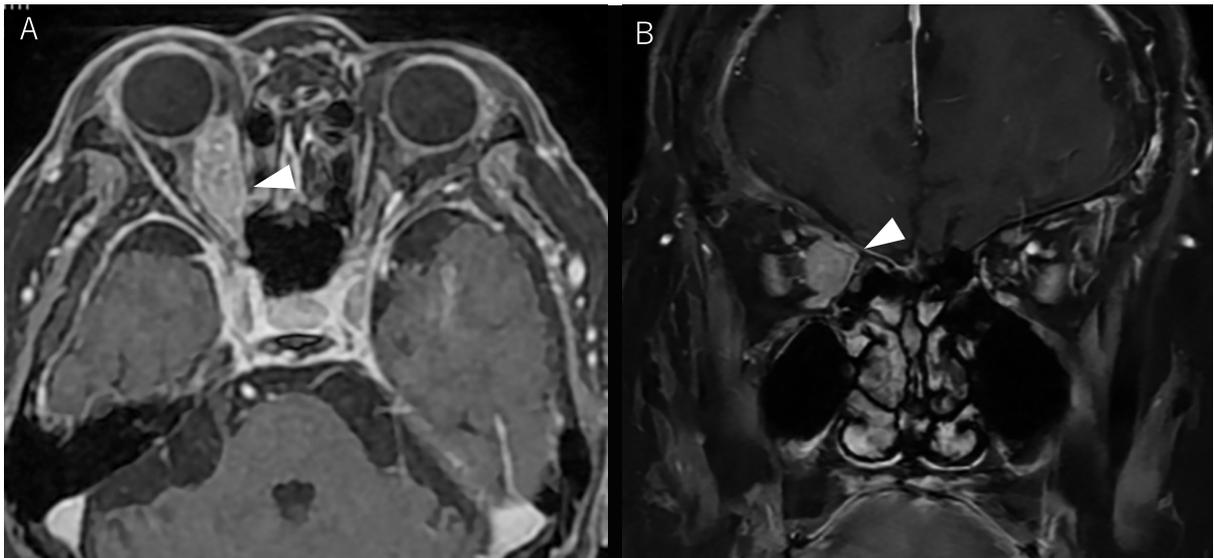


図1：頭部MRI造影T1強調画像。A：水平断、B：冠状断。右眼窩内側の眼球後方から眼窩先端部にかけて、均一に造影される病変を認める（矢頭）。

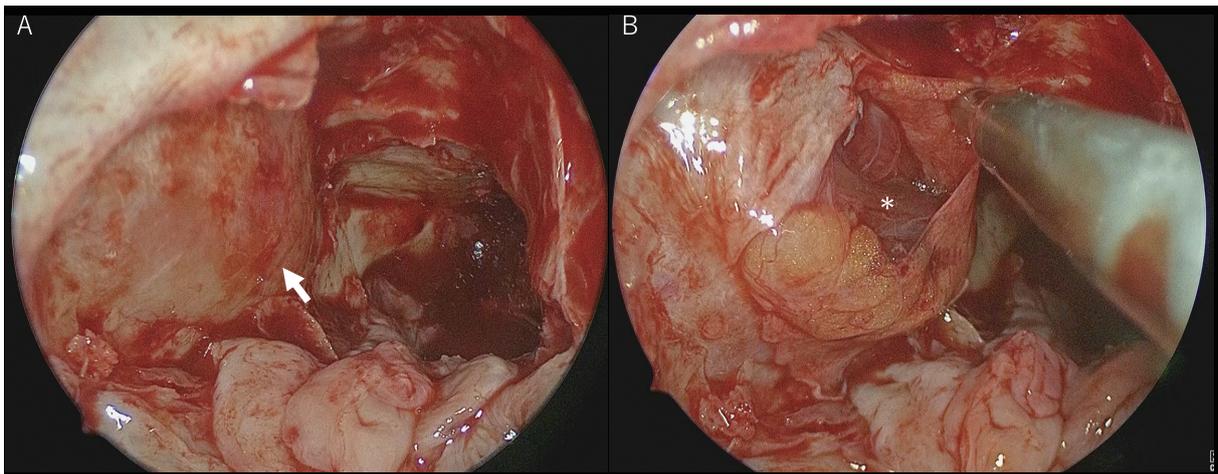


図2：術中内視鏡所見。A：右篩骨洞経由で右眼窩内側壁に到達（矢印）。B：眼窩内側壁を削除後、眼窩周膜を切開、挙上し、内側直筋^(*)を観察している。

に局在していたため、経鼻的アプローチを選択した。脳神経外科において、経鼻的にトルコ鞍や前頭蓋底などの正中構造物へ到達する方法は一般的である。一方、篩骨洞のような側方成分を介したアプローチには、鼻腔・副鼻腔解剖の詳細な理解や、中鼻甲介の処理などを要する。そのため、本症例では篩骨洞開放までのアプローチを耳鼻咽喉科・頭頸部外科に依頼した。その結果、安全かつ低侵襲な生検術を達成し、診断・治療へ結びつくことができた。

【参考文献】

- 1) 近藤 聡英. 眼窩内腫瘍の病態と治療. Jpn J Neurosurg. 2022 ; 31 : 684-692.
- 2) 長谷川 光広. 眼窩内腫瘍の識別と治療. Jpn J Neurosurg. 2017 ; 26: 419-429.
- 3) 敷島 敬悟. 眼窩内腫瘍に対する外科的アプローチ. 耳展. 2014 ; 57 : 285-292.