

2023年ぶどう膜炎初診患者全国調査の概要 (ver2024.12.24版)

今回の調査の方針

文責 蕪城 俊克

1. レトロスペクティブ調査とします。調査対象は「2023年1月1日から2023年12月31日までに調査医療機関を初診されたぶどう膜炎患者」とします。
2. 従来のぶどう膜炎疾患分類別調査に加え、主座部位別（前眼部、中間部、後眼部、汎）の調査を加えます。症例毎に「原因疾患別」と「主座部位別」の情報が必要になります。全体の年齢性別分布も同時に調査いたします。
3. 診断は各施設にゆだねます。困った時にはいつでも調査事務局にご一報ください（調査事務局：蕪城 俊克(かぶらき)、kaburakito@gmail.com)
4. 疾患別・主座別分類ともに、分類不能な場合はそれぞれの「分類不能」に入れてください。分類不能には「検査したが判らない」場合と「過去の情報不足で判らない」場合があると思いますが、その違いを今回は問題にいたしません。どちらも同じように「分類不能」に入れてください。
5. 明確な診断基準が存在する疾患（ベーチェット病、サルコイドーシス、原田病、急性網膜壊死）については厳密に診断基準に照らし合わせ、満たさない場合は全て分類不能としてください。いくら「臨床所見はサルコイドーシス」であっても、診断基準を満たさない場合はサルコイドーシスとしないてください。
6. 強膜炎は眼内炎症を伴うものだけを「強膜ぶどう膜炎」としてカウントしてください。純粋な強膜炎は外してください。
7. 眼内炎は転移性内因性眼内炎のみを調査対象といたします。術後眼内炎、外傷性眼内炎等は外してください（本統計には含めません）。ただし、水晶体起因性ぶどう膜炎（白内障術後、外傷性、過

熟白内障による)は本統計に含めることとし、水晶体起因性ぶどう膜炎に登録して下さい。

8. 0-9歳の小児ぶどう膜炎、10-15歳の小児については、別シートでも集計したいと思います。その症例に関しては、全症例用のシート(緑)だけでなく、小児用のシート(黄色)にも入力してください。たとえば7歳、女性のJIAを伴わない若年性慢性虹彩毛様体炎の場合、全症例のシート(緑色)にはJIAを伴わない若年性慢性虹彩毛様体炎として登録し、小児ぶどう膜炎0-9歳のシート(黄色)には7歳、女性、JIAを伴わない若年性慢性虹彩毛様体炎と入力して下さい。また、たとえば15歳、男性の疾患別分類不能なぶどう膜炎(ベーチェット病疑い)の場合、全症例のシート(緑色)には疾患別分類不能として登録し、小児ぶどう膜炎10-15歳のシート(黄色)には15歳、男性、疾患別分類不能、と入力して下さい。
9. 今回の調査にはCOVID-19感染後のぶどう膜炎(感染後6週間以内に発症したもの)、COVID19ワクチン後のぶどう膜炎(ワクチン後2週間以内に発症したもの)も別シートで集計したいと思います。その症例に関しては、全症例用のシート(緑)だけでなく、COVID19関連ぶどう膜炎用のシート(オレンジ色)にも入力してください。(入力法の詳細はN○35, N○36をご参照下さい。)
10. 今回の調査では、ベーチェット病、サルコイドーシス、フォークト-小柳-原田病、ヘルペス性虹彩炎、急性前部ぶどう膜炎、眼内悪性リンパ腫の6疾患について、年齢分布と性別の調査を行いたいと思います。別シート(灰色)に1症例ずつ、年齢と性別を(例)に従ってご記載をお願いします。
11. 今回の調査は、
 - ① 初診患者調査の対象となる期間:2023年1月1日から12月31日までに初診した患者。
 - ② データシートの配布予定日(調査開始日):2025年1月1日
 - ③ 記載したデータシート返送の締め切り日:2025年9月30日

- ④ 調査票の送付先： 事務局（蕪城 俊克、
kaburakito@gmail.com）までデータシートを送ってください。

12. 頂いたデータに関して、こちらからご質問することがあるかもしれません。1枚目のシートの上方に、施設名、担当者名、メールアドレスをご記載ください。

ぶどう膜炎の部位別分類の目安

(ア) 炎症のある眼内部位は多岐にわたることが多く、少しでも炎症が波及している部位で考えると多くが「汎ぶどう膜炎」になってしまいます。そうではなく、「病変の主な部位（主座）がどこにあるか」で判定してください。

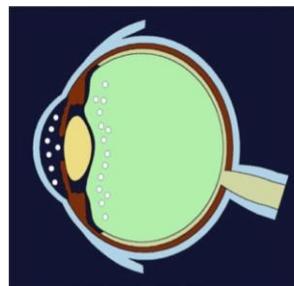
(イ) 汎ぶどう膜炎は「広い範囲に炎症があり、病変の主座が特定しにくい場合」ということになります。

(ウ) 中間部ぶどう膜炎の定義について

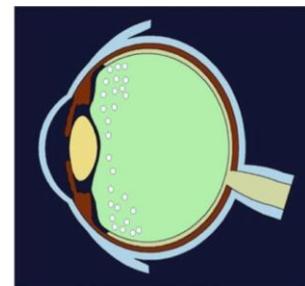
前部ぶどう膜炎は軽度で、硝子体中に多数の細胞や雪玉状混濁がみられ、網膜周辺部に網膜静脈炎を呈する。居状縁付近に黄白色～灰白色の隆起性滲出性病変（snow bank）があるものが典型例である。眼内リンパ腫やトキソカラ症、サルコイドーシス、HTLV1 関連ぶどう膜炎がこの病型を示すことがあるが、診断名として中間部ぶどう膜炎と呼ぶときにはこれらの疾患を含まない。今回の調査では、「中間部ぶどう膜炎」の用語は解剖学的分類の際にのみで用い、診断名としては用いない。

沖波聡. 中間部ぶどう膜炎. In. 増田寛次郎ら編集. ぶどう膜炎. 医学書院. 1999. pp229-237.

(エ) イメージとして左の図を参考にしてください。

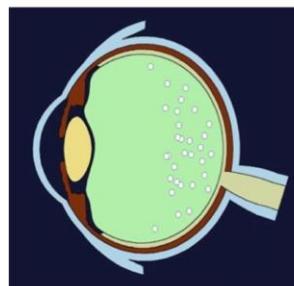


前部ぶどう膜炎

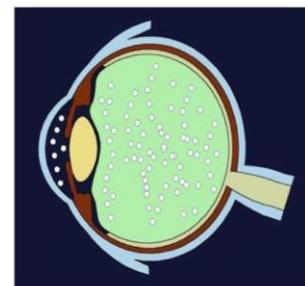


中間部ぶどう膜炎

(オ) 判断に迷う場合は「部位別分類不能」としてください。



後部ぶどう膜炎



汎ぶどう膜炎

2. 疾患別分類の目安

A. 明確な診断基準が存在する 4 疾患

(基準に当てはまらない場合は全て「同定不能」としてください)

☆ ベーチェット病

<http://www.nanbyou.or.jp/entry/330>

☆ サルコイドーシス

<http://www.nanbyou.or.jp/entry/266>

サルコイドーシスの診断基準と診断の手引き 2020

→今回の調査では、いくら臨床的に「サルコイドーシス」であっても、診断基準に満たない場合は「分類不能」にカウントしてください。

☆ Vogt-小柳-原田病

原田病は新規発症例

Read RW, Holland GN, Rao NA, Tabbara KF, Ohno S, Arellanes-Garcia L, Pivetti-Pezzi P, Tessler HH, Usui M.

Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease: report of an international committee on nomenclature.

Am J Ophthalmol. 2001 May;131(5):647-52.

AJO の国際診断基準をそのまま採用すると、全身症状が全くない症例（国際診断基準の分類で probable VKH）も原田病に入りますが、今回の調査では上記国際分類の中で「全身症状がなく眼だけのもの」は除外します。国際分類の中の complete VKH と incomplete VKH（全身随伴症状があるもの）に限定いたします。 VKH 疑い例は今回の調査には入れません。

また、原田病患者は新規発症期ではない慢性再発期に初診されることもある。本研究では初診時点で、①新規発症例であるか、②慢性再発例であるか、に分けて集計する。

・慢性再発例の定義

両眼性の慢性肉芽腫性虹彩炎、夕焼け状眼底、網膜周辺部の Dalen-Fuchs 斑、白髪、皮膚の白斑を呈することが多い。

Urzua CA, et al Initial-onset acute and chronic recurrent stages are two distinctive courses of Vogt-Koyanagi-Harada disease. J Ophthalmic Inflamm Infect. 2020 Sep 14;10(1):23.

☆ 急性網膜壊死

American Uveitis Society の診断基準。

Holland GN. Standard diagnostic criteria for the acute retinal necrosis syndrome. Executive Committee of the American Uveitis Society.

Am J Ophthalmol. 1994 ;117(5):663-7.

日本急性網膜壊死研究班の診断基準

Takase H

Development and validation of new diagnostic criteria for acute retinal necrosis.

Jpn J Ophthalmol. 2015 ;59(1):14-20.

本研究では、①HSV によるもの、②VZV によるもの、③その他のもの に分けて集計する。

B. 明確な診断基準が存在しないが、今回の調査のための診断注意点および参考情報

① 交感性眼炎

穿孔性眼外傷または内眼手術の既往

急性発症の両眼性の肉芽腫性ぶどう膜炎

基本的な病態は原田病と同等

② 急性前部ぶどう膜炎

急性発症の虹彩毛様体炎

発作時は前房内に粘稠性に富む線維素の析出

再発を繰り返す場合がある

HLA-B27 陽性・陰性が混在する

「強直性脊椎炎に伴うぶどう膜炎」はこちらに含めてください

③炎症性腸疾患に伴うぶどう膜炎

①潰瘍性大腸炎

<http://www.nanbyou.or.jp/entry/218>

両眼性、非肉芽腫性の前部ぶどう膜炎が多い。

②クローン病

<http://www.nanbyou.or.jp/entry/219>

両眼性、非肉芽腫性の前部ぶどう膜炎が多い。

② リウマチ関連疾患に伴うぶどう膜炎

関節リウマチ、皮膚筋炎、強皮症、多発血管炎性肉芽腫症などに伴うぶどう膜炎。それぞれの疾患の診断基準を満たす症例とする。

(参考) 関節リウマチの診断基準

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY SPECIALISTS IN ARTHRITIS CARE
&RESEARCH

ACR-Criteria 米国リウマチ学会の分類基準

- (1) 1 時間以上続く朝のこわばり
- (2) 3 個所以上の関節の腫れ
- (3) 手の関節（手関節、中手指節関節、近位指節関節）の腫れ
- (4) 対称性の関節の腫れ
- (5) 手のエックス線写真の異常所見
- (6) 皮下結節
- (7) 血液検査でリウマチ反応が陽性

の 7 項目。

このうち 4 項目以上満たせば関節リウマチと診断。

ただし、(1) から (4) までは 6 週間以上持続することが必要。

(参考) 多発血管炎性肉芽腫症（ウェゲナー肉芽腫症）

<http://www.nanbyou.or.jp/entry/4012>

③ 全身性エリテマトーデスに伴う網膜血管炎

米国リウマチ学会の診断基準

Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF,
Schaller JG, Talal N, Winchester RJ.

The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus.

Arthritis Rheum. 1982 Nov;25(11):1271-7.

軟性白斑と出血を伴う網膜症

閉塞性血管炎

(参考) SLE の診断基準 <https://www.nanbyou.or.jp/entry/215>

<診断基準>

- ① 顔面紅斑
- ② 円板状皮疹
- ③ 光線過敏症
- ④ 口腔内潰瘍 (無痛性で口腔あるいは鼻咽腔に出現)
- ⑤ 関節炎 (2 関節以上で非破壊性)
- ⑥ 漿膜炎 (胸膜炎あるいは心膜炎)
- ⑦ 腎病変 (0.5g/日以上持続的蛋白尿か細胞性円柱の出現)
- ⑧ 神経学的病変 (痙攣発作あるいは精神障害)
- ⑨ 血液学的異常 (溶血性貧血、 $4,000/\text{mm}^3$ 以下の白血球減少、 $1,500/\text{mm}^3$ 以下のリンパ球減少又は $10\text{万}/\text{mm}^3$ 以下の血小板減少)
- ⑩ 免疫学的異常 (抗2本鎖DNA抗体陽性、抗Sm抗体陽性又は抗リン脂質抗体陽性 (抗カルジオリピン抗体、ループスアンチコアグラント、梅毒反応偽陽性))
- ⑪ 抗核抗体陽性

上記項目のうち4項目以上を満たす場合、全身性エリテマトーデスと診断する。

④ 乾癬性ぶどう膜炎

代表的慢性皮膚角化症で、尋常性乾癬(最多)、関節症性乾癬、乾癬性紅皮症、膿疱性乾癬、滴状乾癬などいくつかの病型がある。ぶどう膜炎は乾癬の中でも「関節症性乾癬」に多く合併する。

⑤ Fuchs 虹彩異色性虹彩毛様体炎

虹彩異色(びまん性虹彩萎縮)、虹彩毛様体炎、白内障を3主徴
ステロイド薬に反応が乏しい

多くは片眼性

前房穿刺時の前房出血(アムスラー徴候)を伴うことがある

⑥ Posner-Schlossman 症候群

男性にやや多く、発症年齢は20-50歳代の青壮年、多くは片眼性

軽度の虹彩炎と眼圧上昇、色素を伴わない角膜後面沈着物
隅角の色素は僚眼に比べて薄い。

⑦ 糖尿病虹彩炎

急性発症の漿液性線維素性虹彩炎

糖尿病のコントロール不良

糖尿病以外に眼炎症を起こしうる全身疾患がない

⑧ 尿細管間質性腎炎ぶどう膜炎症候群 (TINU)

Mandeville JT, Levinson RD, Holland GN.

The tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome.

Surv Ophthalmol. 2001 Nov-Dec;46(3):195-208.

本論文では Definite (組織診断例), Probable (臨床診断例), Possible (疑い例) の3つのレベルで診断することになっている。

本研究では Probable (臨床診断例) 以上を TINU と診断し、Possible (疑い例) は TINU 診断例には含めないこととする。

確定診断例 (Definite) : 急性尿細管間質性腎炎 (acute tubulointerstitial nephritis : AIN) 組織診断群または AIN 完全型臨床診断群 + 典型的ぶどう膜炎

臨床診断例 (Probable) : ① 組織診断群または完全型臨床診断群 + 非典型的ぶどう膜炎 または ② AIN 不全型臨床診断群 かつ 典型的ぶどう膜炎

疑い例 (Possible) : AIN 不全型臨床診断群 かつ 非典型的ぶどう膜炎

* AIN 完全型臨床診断群の定義 : 1 から 3 の全てを満たす。

1 腎機能障害 (Cre 上昇、Cre クリアランス低下)

2. 尿中 β 2MG 上昇、蛋白尿、尿糖

3 2w 以上続く全身症状 (発熱、体重減少、倦怠感、疲労等)、貧血、肝機能異常、好酸球増多、ESR > 40mm

* 不全型 AIN は 1 から 3 のいずれか 1 つ以上を満たす

※典型的ぶどう膜炎の定義

1. 両眼性ぶどう膜炎 (中間部、後部ぶどう膜炎を問わない)

2. 発症時期が AIN 発症の 2 ヶ月前~12 ヶ月後までの間に存在する

* 非典型的ぶどう膜炎の定義

1. 片眼性

2. 発症時期が AIN 発症の 2 ヶ月以上前または 12 ヶ月以上後

⑨ 若年性特発性関節炎 (JIA) に伴うぶどう膜炎

若年性特発性関節炎 (JIA) に伴うぶどう膜炎で、通常慢性非肉芽腫性の前部ぶど

う膜炎で、遷延する虹彩毛様体炎が本症の特徴である。強い前房内フレア、白内障、帯状角膜変性、虹彩後癒着を起こしやすい。次に述べる若年性慢性虹彩毛様体炎（JCI）は、JIAに伴うぶどう膜炎を含めた概念であり、本研究では、JCIのなかで**関節炎があるもの**をJIAによるぶどう膜炎として登録する。

*Petty RE, Southwood TR.

Classification of childhood arthritis: divide and conquer.

J Rheumatol. 1998 Oct;25(10):1869-70.

*若年性特発性関節炎（JIA）. 小児非感染性ぶどう膜炎 初期診療の手引き 2020年版 P28-29、羊土社、2020

⑩ 若年性慢性虹彩毛様体炎（JCI）

若年性慢性虹彩毛様体炎（JCI）は、「JIAに伴うぶどう膜炎およびJIAに該当しない小児における慢性再発性非肉芽腫性前部ぶどう膜炎」と定義される。本研究では、JCIのなかで**関節炎がないもの**をJCIと登録することとする。

Iridocyclitis in young girlsと呼ばれることがある。JIAの診断には至らないが、JIAにみられる両眼性慢性前部ぶどう膜炎と同じ臨床像の患者。しばしば帯状角膜変性を伴い、抗核抗体陽性である。15歳未満で発症することが多い。女兒に多いが男児にもみられることがある。

*若年性慢性虹彩毛様体炎（JCI）. 小児非感染性ぶどう膜炎 初期診療の手引き 2020年版 P26-27、羊土社、2020

⑪ 水晶体起因性ぶどう膜炎

外傷、手術、過熟白内障、水晶体物質が眼内に流出した既往がある

通常1～2週間して発症

片眼性、前部ぶどう膜炎。重症の場合、後眼部にも炎症が波及。

⑫ 特発性中間部ぶどう膜炎

前部ぶどう膜炎は軽度。周辺部の硝子体混濁や周辺部網膜静脈炎を主体とするぶどう膜炎。典型例では鋸状縁付近に塊状の黄灰白色の隆起性滲出病巣 snow bankを認めるがなくてもよい。

（参考）沖波聡. 中間部ぶどう膜炎（周辺部ぶどう膜炎）. In. 増田寛次郎ら編集. ぶどう膜炎. 医学書院. 1999, p229-238.

⑬ 特発性網膜血管炎

一般に若年者にみられる非特異的網膜血管炎で、特定のぶどう膜炎原因疾患を有しないもの。前房炎症や硝子体混濁は軽度。閉塞性血管炎により周辺部に無

血管領域を生じたり、CRVOを生じることが多い。多発性網膜細動脈瘤を伴う特発性網膜血管炎 (idiopathic retinitis, vasculitis, aneurysms, and neuroretinitis syndrome: IRVAN 症候群) や樹氷状血管炎 (Frosted branch angiitis: FBA) がこれに含まれる。

⑭ 薬剤性ぶどう膜炎

全身投与薬または点眼薬が原因となって引き起こされるぶどう膜炎。薬剤中止により消退する。原因となる主な薬剤は以下の通り。

- ・全身投与薬 (Cidofovir、Rifabutin、Pamidronate、Alendronate、Sulfonamides、Etanercept、Infliximab、Adalimumab、Fluoroquinolones、Diethylcarbamazine)、免疫チェックポイント阻害薬 (ニボルマブ、ペムブロリズマブ、イピリズマブなど)、BRAF 阻害剤 (一般名: ダブラフェニブメシル酸塩、タフィンラー®) と MEK 阻害剤 (一般名: トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物、メキニスト®)
- ・点眼 (Metipranolol、Brimonidine、Prostaglandin Analogues)

(参考) Agarwal M, et al. Drug-induced uveitis: A review. Indian J Ophthalmol. 2020; 68(9):1799-1807. doi: 10.4103/ijo.IJO_816_20.

15. サイトメガロウイルス網膜炎

血液疾患、AIDS、免疫抑制剤、抗がん剤による免疫不全状態。

急性発症のものでは、通常免疫不全患者、糖尿病患者、抗がん剤治療中または治療後などに発症し、網膜出血、血管炎を伴う黄白色滲出斑、白色の顆粒状病巣がみられる。

全身における CMV 感染またはその既往を証明する。

今回の調査では、①急性発症のもの (HIV 患者)、②急性発症のもの (非 HIV 患者) のほかに③慢性網膜壊死 (Chronic retinal necrosis、免疫健常者～部分的な免疫不全者にみられる)、④免疫回復ぶどう膜炎も含めることとし、これらに分けて集計する。

・慢性網膜壊死の報告

Schneider EW, et al. Chronic retinal necrosis: cytomegalovirus necrotizing retinitis associated with panretinal vasculopathy in non-HIV patients. Retina. 2013;33(9):1791-9.

・免疫回復ぶどう膜炎

HIV などの免疫不全患者の急性サイトメガロウイルス網膜炎の治療後に、免疫力回復に伴い発症する硝子体混濁や黄斑浮腫を主体とした慢性ぶどう膜炎。CMV の再活性化を伴わない CMV 抗原に対する免疫反応とされている。

Urban B, et al. Immune recovery uveitis: pathogenesis, clinical symptoms, and treatment. *Mediators Inflamm.* 2014;2014:971417.

16. HTLV-1 関連ぶどう膜炎

硝子体混濁、網膜血管炎、前部ぶどう膜炎など多彩な症状。

顆粒状の血管周囲炎・硝子体混濁

典型的な眼所見に加えて、血清抗 HTLV-1 抗体が陽性で、かつ他のぶどう膜炎の原因疾患が除外する必要がある。

17. EB ウイルスぶどう膜炎

眼内液の PCR 検査で EB ウイルスのみが陽性となり、病因として強く疑われるもの。EB ウイルスは網膜組織に潜伏感染しており、急性網膜壊死 (HSV, VZV)、サイトメガロウイルス網膜炎で他ヘルペスウイルスと同時に陽性になることが多いが、そのような症例は EB ウイルスぶどう膜炎には数えない。

18. 風疹性ぶどう膜炎

Fuchs 虹彩毛様体炎、あるいは Posner Schlossmann 症候群の臨床像を呈する症例の一部に風疹ウイルスによるぶどう膜炎があることが明らかとなった。眼内液を用いた PCR で風疹ウイルス RNA が陽性、あるいは風疹抗体価率 (風疹 Q 値) で血清中とくらべ眼内液での風疹抗体価が高い症例を風疹性ぶどう膜炎と診断する。

・ Babu K, Konana VK, Ganesh SK, Patnaik G, Chan NSW, Chee SP, Sobolewska B, Zierhut M. *Indian J Ophthalmol.* 2020 Sep;68(9):1764-1773. doi: 10.4103/ijo.IJO_928_20.

・ de Visser L, Braakenburg A, Rothova A, de Boer JH. Rubella virus-associated uveitis: clinical manifestations and visual prognosis. *Am J Ophthalmol.* 2008 Aug;146(2):292-7. doi: 10.1016/j.ajo.2008.04.011.

19. ヘルペスウイルス前部ぶどう膜炎

HSV, VZV に伴う虹彩毛様体炎

mutton fat 様の角膜後面沈着物、高眼圧

前房水からの PCR によるウイルス DNA の検出、あるいは抗体率 Q 値の測定などで感染が証明されると確定。所見や薬剤反応性から臨床診断されることもあるので、こちらも「臨床診断」として調査に含める。

20. サイトメガロウイルス虹彩毛様体炎・内皮炎

コインリージョン、豚脂様角膜後面沈着物、高眼圧
片眼性が多く、しばしば角膜内皮減少を伴う
前房水からの PCR によるウイルス DNA の検出、あるいは抗体率 Q 値の測定などで感染が証明されると確定。所見や薬剤反応性から臨床診断されることもあるので、こちらも「臨床診断」として調査に含める。

21. 結核性ぶどう膜炎

前眼部；結膜炎、角膜実質炎、フリクテン様角結膜炎、強膜炎。
後眼部；点状、斑状の出血を伴う網膜血管炎（静脈炎）、脈絡膜結核腫。
閉塞性網膜血管炎による無血管領域。
過去に報告された結核性ぶどう膜炎に一致する所見。
ツベルクリン皮内反応陽性。抗結核療法に対する治療効果。T-SPOT 陽性。

22. 梅毒性ぶどう膜炎

先天梅毒；Hutchinson 三徴候（Hutchinson 歯、内耳難聴、角膜実質炎）、虹彩炎、涙嚢炎、網脈絡膜炎（ごま塩状眼底）。
後天梅毒；眼症状は通常第 2 期以降に併発。虹彩毛様体炎、網脈絡膜炎、網膜血管炎など様々な眼所見。
血清学的検査陽性（STS 陽性、TPHA 陽性）

23. 眼トキソプラズマ症

黄白色の網脈絡膜滲出病巣。FA で造影早期に病巣周辺部の組織染色、後期には病巣全体に蛍光染色。血清抗トキソプラズマ抗体陽性、または前房水・硝子体でのトキソプラズマ DNA の検出が参考になる。

24. 眼トキソカラ症

小児では白色瞳孔、斜視、片眼性視力障害で発見されることがある。
眼底後極部に境界不鮮明な白色の肉芽性病巣、硝子体混濁。
ペットや動物との接触の既往。生肉の摂取。
ELISA によるトキソカラ抗体価測定（抗イヌ回虫幼虫抗原抗体陽性：ELISA あるいはトキソカラチェック）が参考になる。

25. 猫ひっかき病

眼病変に先行する発熱、リンパ節腫脹
猫・犬・その他家兎などとの接触の既往
視神経乳頭周囲肉芽腫、黄斑星状白斑を伴う神経網膜炎

*Bartonella henselae*に対する血清抗体の上昇

26. 内因性細菌性眼内炎

前房内炎症、前房蓄膿、毛様充血、硝子体炎、
内因性；尿路、消化器、呼吸器感染、心内膜炎、髄膜炎などから移行。先行する
発熱が多い。

27. 内因性真菌性眼内炎

両眼性が多い。
手術後、中心静脈カテーテル留置後、ステロイド長期使用、糖尿病、泌尿器感染
症、泌尿器系のカテーテル留置後に起こる。
網脈絡膜に黄白色滲出斑、硝子体混濁。
血液、硝子体からの真菌の同定。 β -D-グルカンの測定。

28. 仮面症候群・眼原発中枢神経悪性リンパ腫

オーロラ状あるいはベール状と形容されるステロイド抵抗性の硝子体混濁。
網膜下、網膜色素上皮下の浸潤病巣。両眼性が多い。
他臓器で悪性リンパ腫の既往のある症例で、眼所見が合致すれば可能性高い。
硝子体を採取し、病理細胞診、フローサイトメトリー（ κ/λ 比の偏移など）、サ
ザンプロットまたはPCRによる免疫グロブリンH鎖の遺伝子再構成、MYD88 遺伝
子変異を調べる。
硝子体を採取し細胞診（硝子体生検）クラスⅢ以上なら疑わしい。
前房水・硝子体 IL-10/IL-6 比を測定し1以上なら疑わしい。
上記を参考に診断する。

29. 仮面症候群・悪性リンパ腫以外の眼原発腫瘍

一見して明らかな脈絡膜悪性黒色腫や網膜芽細胞腫は含まない。つまり、ぶど
う膜炎様の所見を呈する「仮面症候群」として発症したもののみを対象とす
る。

30. 強膜ぶどう膜炎

強膜炎のうち、眼内炎症を伴うものだけを「強膜ぶどう膜炎」としてカウントし
てください。純粋な強膜炎は外してください。

31. MEWDS (multiple evanescent white dot syndrome)

若い女性に多い。前駆症状として感冒様症状。片眼の急激な視力低下、視野異常。眼底に多数の淡い白色斑。蛍光眼底造影では早期から後期まで一貫して過蛍光が特徴。視野検査で中心暗点。一般に数週間～数ヶ月で改善し、萎縮巣は残さないのが特徴。多局所 ERG では暗点に一致して低下。

32. 急性後部多発性小板状色素上皮症 (APMPPE)

通常若年男女に発症する両眼性の後極部に散在する円形で境界明瞭な灰白色病変。硝子体内炎症細胞は軽度で乳頭浮腫を伴うこともある。蛍光眼底造影で早期低蛍光・後期過蛍光の逆転現象が特徴。無治療でも数週間で自然軽快するが、淡い斑状萎縮を残すことが多い。再発は稀。

・林田 陽. 網膜色素上皮炎 (APMPPE, 地図状脈絡膜炎、多巣性脈絡膜炎、MEWDS) . In. 園田康平ら、新編眼科プラクティス 8 ぶどう膜炎の心得 —すべての眼科医のために—, 文光堂、2023 年, pp150-153

33. 地図状脈絡膜炎 (Geographic choroiditis, Serpiginous choroidopathy)

視神経乳頭近傍の黄白色滲出性病変を生じ、炎症消退後はその部位に網脈絡膜萎縮を残す。若年～中年に多く、男性にやや多く、難治例が多い。数年に渡り虫食い状に病変が拡大し、視力障害をきたすことが多い。結核によってこの眼所見をとることがあることが知られているが、結核性の地図状脈絡膜炎は、結核性ぶどう膜炎に分類する。

34. 多巣性脈絡膜炎 (multifocal choroiditis, MFC)

若年の近視の女性に多い。乳頭周辺から中間周辺部にかけての網膜色素上皮～脈絡膜毛細血管板レベルの黄色の円状病変。経過とともにくっきりとした瘢痕化病変を残して治癒する。FA では初期では低蛍光、後期では蛍光漏出による過蛍光。IA では低蛍光。多局所 ERG では暗点に一致して低下。

35. COVID-19 感染後のぶどう膜炎 (新設)

COVID19 感染の後、6 週間以内に新規にぶどう膜炎を発症した症例。ぶどう膜炎の既往歴のあった症例は含まない。虹彩炎、網脈絡膜炎いずれもありうる。例えば、COVID-19 感染後3週間目に発症した38歳女性のVogt-小柳-原田病]の場合、全症例のシート(緑色)にはVogt-小柳-原田病として登録し、COVID-19 感染後のぶどう膜炎のシート (オレンジ色) には38歳、女性、Vogt-小柳-原田病と入力して下さい。

Ganesh SK, Mohanan-Earatt A. An analysis of the clinical profile of patients with uveitis following COVID-19 infection. Indian J Ophthalmol. 2022 Mar;70(3):1000-1006. doi: 10.4103/ijo.IJO_2735_21.

(13 例、6 週間以内 これが最多の報告)

36. COVID-19 ワクチン後のぶどう膜炎 (新設)

COVID19 ワクチン接種後、2 週間以内に新規にぶどう膜炎を発症した症例。ぶどう膜炎の既往歴のあった症例は含まない。虹彩炎、網脈絡膜炎いずれもありうる。ワクチンは何回目でも構わない。例えば、COVID-19 ワクチン後8 日目に発症した24歳男性の疾患別分類不能のぶどう膜炎(AAU疑い)」の場合、全症例のシート(緑色)には疾患別分類不能として登録し、COVID-19 ワクチン後のぶどう膜炎のシート (オレンジ色) には24歳、男性、疾患別分類不能のぶどう膜炎(AAU疑い)と入力して下さい。

Yasaka Y, Hasegawa E, Keino H, Usui Y, Maruyama K, Yamamoto Y, Kaburaki T, Iwata D, Takeuchi M, Kusahara S, Takase H, Nagata K, Yanai R, Kaneko Y, Iwahashi C, Fukushima A, Ohguro N, Sonoda KH; JOIS Uveitis Survey Working Group. A multicenter study of ocular inflammation after COVID-19 vaccination. Jpn J Ophthalmol. 2023 Jan;67(1):14-21. doi: 10.1007/s10384-022-00962-9.

37. その他に希少な診断がついたぶどう膜炎は積極的に挙げてください。そのぶどう膜炎については、全症例のシートの下方にある「その他」に記載して下さい。