

급격한 시력저하를 동반한 특발안와근염의 수술적 진단 및 치료 1예

A Case of Surgical Diagnosis and Treatment of Idiopathic Orbital Myositis with Sudden Vision Loss

이동은^{1,2} · 박병건^{1,2} · 문성혁^{1,2} · 양재욱^{1,2}

Dong Eun Lee, MD^{1,2}, Byung Gun Park, MD^{1,2}, Sung Hyuk Moon, MD, PhD^{1,2}, Jae Wook Yang, MD, PhD^{1,2}

인제대학교 의과대학 부산백병원 안과학교실¹, 인제대학교 의과대학 부산백병원 안과질환 T2B 기반구축센터²

Department of Ophthalmology, Busan Paik Hospital, Inje University College of Medicine¹, Busan, Korea

T2B Infrastructure Center for Ocular Disease, Busan Paik Hospital, Inje University College of Medicine², Busan, Korea

Purpose: We report a case of idiopathic orbital myositis with sudden onset of unilateral visual loss and hypertrophy of the lateral rectus muscle at the apex of the orbit that was diagnosed using orbital biopsy and treated with intravenous corticosteroids.

Case summary: We examined a 20-year-old woman who complained of decreased visual acuity and binocular diplopia for 2 weeks. She showed 40-prism diopter left esotropia at the primary position. Her visual acuity with eyeglasses was 0.7 and 0.2 in the right and left eyes, respectively. Brain magnetic resonance imaging (MRI) revealed a round mass on the left lateral rectus muscle at the apex of the orbit with optic nerve compression. We planned orbital biopsy to exclude orbital lymphoma and other biopsy-requiring diseases. After 3 weeks, the visual acuity of her left eye decreased to 0.02. Repeated MRI revealed enlargement of all extraocular muscles on the left orbit. With biopsy showing several lymphocytes infiltrating muscle fibers, we made a diagnosis of idiopathic orbital myositis. Intravenous injection of corticosteroids was administered during hospitalization. After 2 weeks of corticosteroid therapy, the visual acuity of her left eye was improved to 0.63, the esotropia disappeared, and the enlargement of the left lateral rectus muscle was improved on orbital MRI.

Conclusions: For non-specific idiopathic orbital myositis located at the apex of the orbit and enlargement of the extraocular muscle in a short period with decreased visual acuity, administration of intravenous injection of corticosteroids before orbital biopsy could help restore vision.

J Korean Ophthalmol Soc 2017;58(10):1183-1188

Keywords: Idiopathic orbital inflammation, Idiopathic orbital myositis, Orbital lymphoma

■ Received: 2017. 8. 3. ■ Revised: 2017. 8. 28.

■ Accepted: 2017. 9. 20.

■ Address reprint requests to **Jae Wook Yang, MD, PhD**
Department of Ophthalmology, Inje University Busan Paik
Hospital, #75 Bokji-ro, Busanjin-gu, Busan 47392, Korea
Tel: 82-51-890-8611, Fax: 82-51-890-8722
E-mail: oculoplasty@gmail.com

* This study was supported by a grant of the Korea Health
Technology R&D Project through the Korea Health Industry
Development Institute (KHIDI), funded by the Ministry of
Health & Welfare, Republic of Korea (grant #: HI15C1142).

* Conflicts of Interest: The authors have no conflicts to disclose.

특발안와근염은 외안근을 침범하는 비특이적인 안와 염
증인 안와가성종양(orbital pseudotumor)의 일부로 불렸으
며, 최근에는 특발안와염(idiopathic orbital inflammation)
으로 분류된다.^{1,2} 주로 젊은이에서 중년에 걸쳐 발생하는
드문 질환으로 아직 그 원인이 명확하지 않지만 면역 이
상과 연관이 있다고 알려져 있다.³ 주요증상으로 눈 운동
에 의해 심해지는 눈 통증이 있으며 복시, 안구돌출, 결막
충혈, 결막부종, 안와주위 부종 등의 증상이 나타난다. 치
료로는 비스테로이드성 항염제 및 전신 부신피질호르몬

© 2017 The Korean Ophthalmological Society

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

치료가 있으며, 부신피질호르몬에 반응을 보이지 않는 경우에는 방사선치료를 할 수 있다.^{2,4} 전형적인 임상양상과 영상학적 검사소견을 보여 특발안와근염을 의심할 수 있는 경우에는 부신피질호르몬 정맥주사를 먼저 시행하고, 이에 반응이 없는 경우에는 안와생검을 시행하여 다른 질병 여부를 확인하는 것이 일반적이다.^{2,4}

심각한 시력저하를 동반한 특발안와근염의 증례는 해외에서 4예 보고되었고,⁵⁻⁸ 그중 1예에서 병변이 외안근 힘줄을 침범하지 않았고, 부신피질호르몬 정맥주사에 시력 호전이 없어 안와생검을 시행하였다.⁵ 초기의 비전형적인 임상양상과 영상학적 검사소견으로 안와림프종 및 안와생검이 필요한 다른 질환으로 오인할 수 있었으나, 안와생검을 시행하여 특발안와근염으로 진단 후 치료한 증례를 보고하고자 한다.

증례보고

20세 여자 환자가 2주 전부터 발생한 원눈 시력저하, 두 눈 복시를 주소로 내원하였다. 1달 전부터 간헐적인 두통은 있었으나 눈 통증, 눈 운동 시 통증, 안검하수, 안구돌출, 안와주위의 부종, 결막부종, 결막출혈과 같은 증상은 없었다. 최대교정시력은 오른눈 0.7, 왼눈 0.2였으며, 험프리 자동시야계(HFA™ II 750, Carl Zeiss Meditec AG, Jena, Germany)의 Central 30-2 Threshold test로 측정하는 시야검사서에서 특이적인 패턴은 동반되지 않았으나, 왼눈 Mean deviation (MD) -10.01 dB의 전반적인 시야감도 저하를 보였다(Fig. 1). 한식색각검사에서 오른눈 정상, 왼눈 제3 색약을 보였고, 양안 빛반사는 정상으로 구심동공운동장애는 없었다. 교대프리즘가림검사상 제1눈위치에서 왼눈 40프리즘디옵터 내사시가 관찰되고 눈운동검사상 왼눈 -3의 외전장애를 보였다(Fig. 2). 다른 질환의 병력은

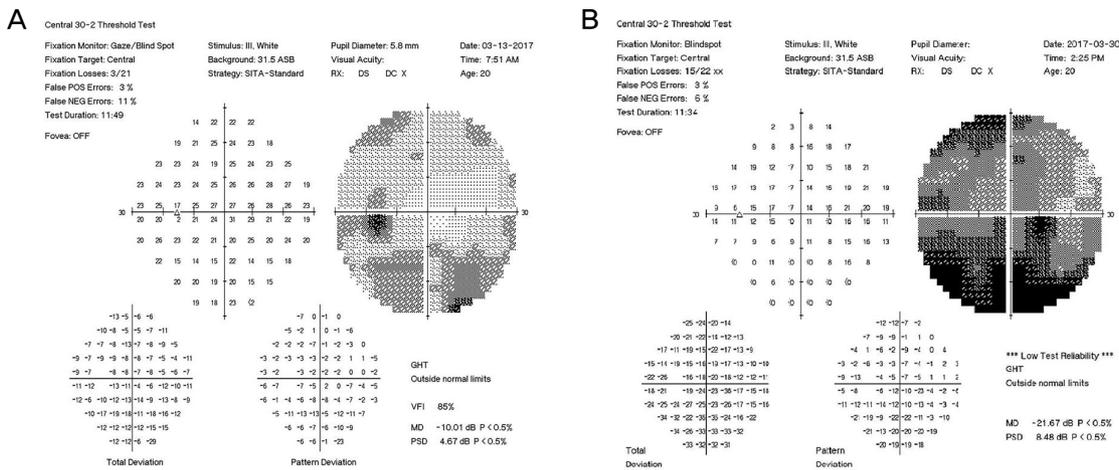


Figure 1. Humphrey automated perimetry central 30-2 threshold test results. (A) At the initial visit, Humphrey automated perimetry central 30-2 threshold test demonstrated generalized reduction of sensitivity of the left eye, mean deviation -10.01 dB with no specific pattern of visual field defect. (B) The day before surgery, Humphrey automated perimetry central 30-2 threshold test demonstrated deterioration of sensitivity of the left eye, mean deviation -21.67 dB with no specific pattern of visual field defect.

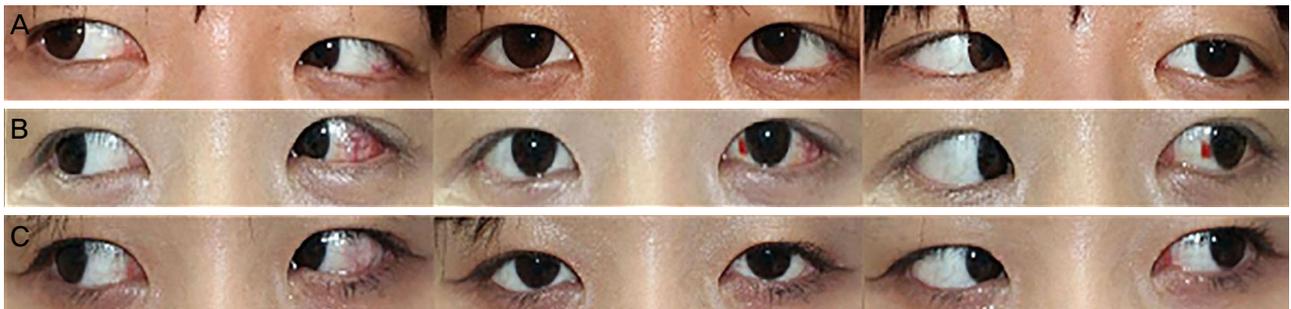


Figure 2. Patient's photographs. (A) At the initial visit, the patient showed 40 prism diopter left esotropia at the primary position and -3 limitation of lateral gaze of the left eye, however, there was no conjunctival injection, ptosis, chemosis or proptosis. (B) After 14 days of surgery, the patient showed ortho at the primary position and -1 limitation of lateral gaze of the left eye. (C) After 3 months of surgery, the patient showed ortho at the primary position and no limitation of lateral gaze of left eye.

없었고, 혈액검사에서 갑상선질환과 자가면역질환 등의 다른 질환을 의심할 수 있는 소견은 보이지 않았다. 6번 뇌신경 마비를 포함한 뇌병변 및 안와 질환의 감별을 위해 뇌 자기공명영상 촬영을 시행하였고, 왼눈에서 직경 4.6 mm의 둥근형태 외안근 침부 비대와 시신경이 압박되는 소견이 관찰되었으며 뇌내 병변 등의 다른 이상은 보이지 않았다(Fig. 3). 복시, 단안의 시력저하, 눈운동장애의 임상양상과 뇌 자기공명영상 소견을 바탕으로 특발안와근염을 비롯하여 안와림프종, 전이성 종양, 혈관종 등의 안와질환을 의심하였고 시력저하가 동반되어 진단 및 치료를 위한 안와생검을 계획하였다.

3주 후에 안와생검 시행을 위한 입원 시 최대교정시력은 오른눈 1.0, 왼눈 0.02로 왼눈의 시력저하가 진행된 양상을 보였다. 시야검사는 MD -21.67 dB의 시야감도를 보여 악화되는 양상을 보였고 왼눈 내사시와 외전장애는 초진 당시와 비슷하게 측정되었다. 시력저하로 왼눈 색각검사는 불가하였으며, 오른눈 빛반사 정상이나 왼눈 빛반사 저하되며 왼눈 구심동공운동장애가 있었다. 안와 자기공명영상을 재시행하여, 힘줄을 침범하지 않은 외안근 비대와 조영증강을 왼눈 외안근 모두에서 확인하였다(Fig. 4). 결막구석 절개를 통해 외직근을 분리한 후 안와쪽으로 접근하여 외직근 침부의 병변을 확인하고, 동결절편생검을 포함한 안와생검을 시행하였다. 병리검사 결과 다수의 림프구가 근섬유를 침범하는 소견을 보였으나 섬유화의 동반은 없었다(Fig. 5).

안와생검 결과로 왼눈 특발안와근염을 진단하였으며 안와생검 당일부터 고용량 부신피질호르몬 정맥주사로

프레드니솔론(Solu-Medrol®, Pfizer Inc., New York, NY, USA) 250 mg을 하루 4번 3일간 정맥을 경유하여 주사하

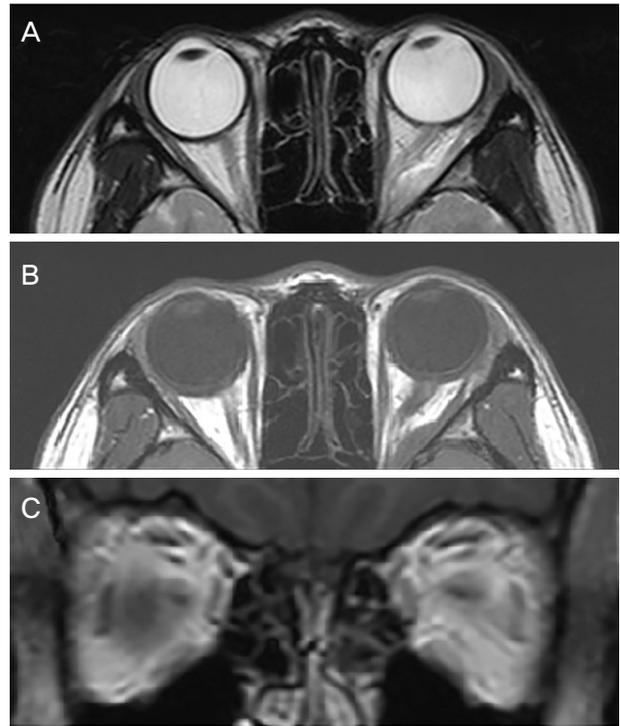


Figure 3. Brain magnetic resonance imaging (MRI). (A) At the initial visit, T2 Axial MRI scan showing round shape mass on the left lateral rectus muscle at the apex of orbit. (B) T1 Axial MRI scan showing round shape mass on the left lateral rectus muscle at the apex of orbit. (C) T1 Coronal MRI scan showing enlargement of the left lateral rectus muscle at the apex of orbit.

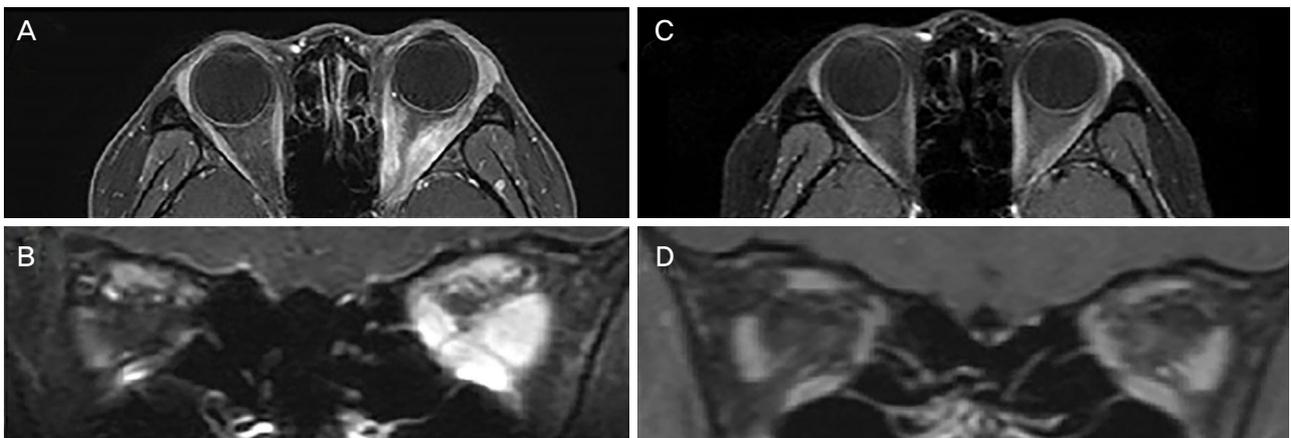


Figure 4. Orbital magnetic resonance imaging (MRI). (A, B) The day before surgery, MRI scan showing suggestion of optic nerve compression due to enlarged muscles. (A) Enhanced T1 Axial MRI scan showing enlargement and enhancement of the left lateral rectus muscle and left medial rectus muscle with no involvement of tendon of both muscles. (B) Enhanced T1 Coronal MRI scan showing enlargement and enhancement of all extraocular muscles and lacrimal gland on the left orbit. (C, D) After 14 days of surgery, MRI scan showing resolution of optic nerve compression. (C) Non-enhanced and Enhanced T1 Axial MRI scan showing no enlargement of the left lateral rectus muscle and left medial rectus muscle. (D) Enhanced T1 Coronal MRI scan showing decrease of enlargement and no enhancement of all extraocular muscles and lacrimal gland on the left orbit.

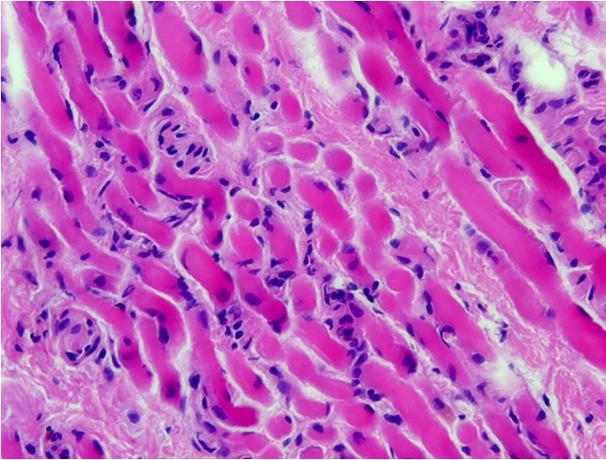


Figure 5. Biopsy of lateral rectus muscle during the surgery. Biopsy showing several lymphocytes are infiltrated in muscle fibers (H&E, x400).

였다. 고용량 부신피질호르몬 정맥주사 치료 3일 후 원눈 최대교정시력은 0.63, 제일눈위치에서 원눈 16프리즘디옵터 내사시, 안구운동검사에서는 원눈 -2의 외전장애로 호전되었으며, 양안 색각검사 정상, 양안 빛반사 정상으로 구심동공운동장애는 없었다. 시야검사서 원눈 MD -6.75 dB로 시야감도로 호전을 보였다. 퇴원 후 프레드니솔론은 경구제제로 변경하여 감량 진행하였으며, 수술 후 14일째 시행한 외래진료에서 원눈 최대교정시력은 0.63이고, 제일눈위치에서 정위이며, 안구운동검사상 원눈 -1의 외전장애를 보였다(Fig. 2). 같은 날 시행한 안와 자기공명영상에서 원눈 외안근 비대는 호전을 보였고 조영증강은 보이지 않았다(Fig. 4). 수술 후 3개월째 시행한 외래진료에서 원눈 최대교정시력은 0.8이고, 제일 눈위치에서 정위이며, 안구운동검사상 원눈의 외전장애는 소실되었다(Fig. 2).

고 찰

특발안와염은 병변의 위치에 따라 전방성, 미만성, 침부성, 외안근성, 눈물샘성으로 분류될 수 있으며, 이 중 외안근성을 특발안와근염이라 하고 이는 단일 또는 다수의 안근을 침범하는 드문 염증 질환이다.² 증상에 따라 2개의 형태로 분류하는데 제한된 증상의 외안근염(limited oligosymptomatic ocular myositis, LOOM)과 심한 안와증상의 외안근염(severe exophthalmic ocular myositis, SEOM)으로 분류한다. LOOM형은 아급성의 경과를 보이며, 눈운동 시의 눈통증, 복시, 결막충혈이 대표적인 증상이고 SEOM형은 LOOM형의 증상에 추가로 눈꺼풀처짐, 결막부종, 안구돌출과 같은 증상이 함께 동반된다.⁹⁻¹² 특발안

와근염에서 주요증상의 빈도는 급성 혹은 아급성의 눈통증이 95%, 복시 85%, 결막충혈 70%, 안구돌출 60%로 보고된 적 있고,^{9,10,13} 여성에서 좀 더 호발한다는 연구가 있다.^{9,10,12} 영상검사서 진단에 도움이 되는 특이한 양상이 있는 것은 아니지만 단안에서 하나의 외안근을 힘줄을 포함하여 침범하는 것이 흔히 보이는 소견으로, 힘줄을 포함하지 않고 외안근의 침부에 단독으로 발생하는 것은 드물다.^{2,10} 하직근 외 다른 외직근에 발생하는 빈도가 더 높으며, 특히 내직근의 빈도가 가장 높아 70%까지 보고된 바 있다.^{2,10} 안와 자기공명영상에서는 급성인 경우 외안근과 그 주변 조직에서 고신호강도를 보이고, 만성인 경우 외안근 내부에서 고신호강도를 보이는 것을 볼 수 있다.¹⁴ 특발안와근염은 임상양상과 영상검사를 이용하여 병을 의심할 수 있을 때, 병력청취 및 혈액검사를 통해 다른 질환들을 배제하고 진단하게 된다. 이때 외안근의 생검은 조직손상을 유발할 수 있으며, 검사 자체가 치유에 방해가 되는 경우가 있어 일반적으로 시행되지 않지만, 치료에 반응하지 않거나 시력소실과 같은 치명적인 결과가 초래될 경우에는 제한적으로 외안근의 생검을 시도할 수 있다.^{3,15}

본 증례에서 초진 당시 환자의 주요 증상은 시력저하와 복시, 외전장애였고 눈통증, 결막충혈, 눈꺼풀처짐, 결막부종, 안구돌출 등의 외안근염을 의심할 수 있는 다른 증상은 없었다. 이에 시력저하와 복시, 외전장애를 함께 보일 수 있는 질환인 갑상선안병증 및 눈근육무력증 그 외 안와침부종양, 뇌병변 여부를 확인하기 위해 안와를 포함한 뇌 자기공명영상과 혈액검사를 시행하였다. 갑상선기능검사 및 자가면역 검사에서는 정상이었고, 뇌 자기공명영상에서 뇌의 병변은 없었지만 안와 부위의 영상에서 외직근 침부의 둥근 모양의 비대소견이 관찰되었다.

특발안와근염의 경우 외안근 힘줄을 함께 침범하는 경우가 대부분이며,^{16,17} 시력저하는 아주 드물다고 알려져 있는데, 본 증례의 경우 힘줄을 침범하지 않았으며, 시력저하가 함께 동반되어 가능성은 작다고 판단하였다.^{16,18} 전이성 종양의 경우 전신의 질환이 없는 젊은 환자로 가능성은 작지만 비특이적인 양상을 보일 수 있어 배제할 수 없었고, 혈관종과 안와림프종의 경우 본 증례와 유사하게 외안근만을 독립적으로 침범한 증례가 보고된 바 있어 배제할 수 없었다.^{14,19,20} 따라서 외직근에 발생하는 안와림프종, 전이성 종양, 혈관종의 배제를 위해 진단적 안와생검을 계획하였다. 전형적인 특발안와근염이 의심되는 경우에는 부신피질호르몬 치료를 먼저 시행한 뒤 치료에 대한 반응을 고려하여 진단하자는 의견이 있으나, 본 증례와 같이 비특이적 형태의 외안근 침범이 있는 경우는 안와생검을 먼저 권유하는 의견도 있다.¹⁸ 안와생검을 시행

하지 않고 치료에 대한 반응을 진단에 참고하자는 의견의 경우 그 근거로 특발안와염이 일반적으로 부신피질호르몬 치료에 좋은 반응을 보이며, 안와생검이 안와 내 손상을 유발할 수 있기 때문이라 하였고, 치료에 반응이 없거나 반복적으로 재발하는 경우에만 안와생검을 시행하자 하였다.^{3,11,16} 하지만, 우선적으로 안와생검을 권하는 의견의 경우 그 근거로 여러 연구에서 부신피질호르몬에 반응하지 않는 특발안와염의 증례가 보고되었으며, 안와림프종을 포함한 악성질환에서 일시적으로 부신피질호르몬 치료에 반응한 경우도 있어 우선적인 안와생검을 권장하였다.^{3,20,21}

본 증례와 같이 영상검사에서 병변의 위치가 전형적인 특발안와근염의 호발 부위와 다르며 급격한 시력저하를 보이는 경우에는 특발안와근염으로 진단하고 치료를 시작하는 것이 어려울 수 있으며, 전이성 종양, 혈관종을 배제할 수 없다. 또한 안와림프종이 외안근에 단독으로 침범한 사례가 보고되었고, 안와림프종을 포함한 악성질환에서 특발안와염을 의심하여 부신피질호르몬 정맥주사를 먼저 시행하여 치료에 반응을 보이며 진단이 연기되었던 보고가 있어 치료에 앞서 안와생검을 먼저 고려할 수 있을 것이다. 하지만 경과가 진행하며 급격한 시력저하와 함께 다발성의 외안근의 비대가 나타난다면, 안와생검과 부신피질호르몬 치료를 병행하는 것을 고려해야 한다.

특발안와근염의 조직검사 결과에서 림프구, 원형질세포, 부종, 섬유화 등이 관찰될 수 있지만 특이적이지 않아 생검 결과만으로 진단하는 것은 힘들고 안와림프종, 전이성종양과 같은 악성질환을 구분하는 보조적인 도구로 사용된다.³ 특발안와염의 병리검사 결과 조직의 섬유화가 발생한 경우를 경화성 특발안와염이라 하며, 이는 부신피질호르몬 정맥주사에 효과가 적은 것으로 알려져 있다.^{3,22} 본 증례에서는 안와생검의 결과 림프구의 침범을 동반한 만성 염증의 소견과 함께 섬유화는 동반되지 않아 고용량 부신피질호르몬 정맥주사에 치료 효과가 좋았던 것으로 보인다.

특발안와근염이 안와침부에 국한된 경우에는 시력저하, 안구운동제한 및 복시의 증상만 보이는 비전형적인 소견으로 나타날 수 있으며, 초기에는 영상검사에서 외안근에 발생하는 종양으로 오인할 수 있어 부신피질호르몬 등의 전신적인 치료가 늦춰질 수 있다. 영상검사에서 외안근 침부에 국한된 비대 소견을 보이며 비특이적인 임상양상을 보이는 경우에도 초기 특발안와근염의 가능성을 고려해야 하며, 진단이 불확실할 경우 적극적인 안와생검이 진단과 치료계획 수립에 도움이 된다. 하지만 본 증례와 같이 다발성 외안근 침범을 보이고 급격한 시력저하가 있을 경

우 수술 전에 고용량 부신피질호르몬 치료를 병행하는 것이 시력 회복에 도움이 된다.

REFERENCES

- 1) Scott IU, Siatkowski RM. Idiopathic orbital myositis. *Curr Opin Rheumatol* 1997;9:504-12.
- 2) Schoser BG. Ocular myositis: diagnostic assessment, differential diagnoses, and therapy of a rare muscle disease - five new cases and review. *Clin Ophthalmol* 2007;1:37-42.
- 3) Mombaerts I, Goldschmeding R, Schlingemann RO, Koornneef L. What is orbital pseudotumor? *Surv Ophthalmol* 1996;41:66-78.
- 4) Kim CH, Lim JY, Ahn JH, Jang JW. A case of idiopathic orbital myositis involving all extraocular muscles of both eyes. *J Korean Ophthalmol Soc* 2001;42:1615-20.
- 5) Peter J, Andrew NH, Smith C, et al. Idiopathic inflammatory orbital myositis presenting with vision loss. *Orbit* 2014;33:449-52.
- 6) Rollnik JD, Requadt H. Ocular myositis as a rare cause of vision loss. *Nervenarzt* 2017;88:415-8.
- 7) Matsuno K, Osako M, Osako S, et al. A case of orbital myositis complicated with optic neuropathy--analysis of the pathological mechanism of optic neuropathy from magnetic resonance imaging findings. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi* 2002;106:304-11.
- 8) Dursun D, Akova Y, Yücel E. Myositis and scleritis associated with Behcet's disease: an atypical presentation. *Ocul Immunol Inflamm* 2004;12:329-32.
- 9) Moorman C, Elston JS. Acute orbital myositis. *Eye (Lond)* 1995; 9(Pt 1):96-101.
- 10) Lacey B, Chang W, Rootman J. Nonthyroid causes of extraocular muscle disease. *Surv Ophthalmol* 1999;44:187-213.
- 11) Jacobs D, Galetta S. Diagnosis and management of orbital pseudotumor. *Curr Opin Ophthalmol* 2002;13:347-51.
- 12) Harris GJ. Idiopathic orbital inflammation: a pathogenetic construct and treatment strategy: The 2005 ASOPRS Foundation Lecture. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2006;22:79-86.
- 13) Weinstein GS, Dresner SC, Slamovits TL, Kennerdell JS. Acute and subacute orbital myositis. *Am J Ophthalmol* 1983;96:209-17.
- 14) Kubota T. Orbital myositis, idiopathic inflammatory myopathies-recent developments. InTech 2011. <http://www.intechopen.com/books/idiopathic-inflammatory-myopathies-recent-developments/orbital-myositis>.
- 15) Gordon LK. Orbital inflammatory disease: a diagnostic and therapeutic challenge. *Eye (Lond)* 2006;20:1196-206.
- 16) Sung MS, Oh HJ, Ko BY, Yoon KC. Clinical features and results of steroid therapy for orbital inflammatory pseudotumor. *J Korean Ophthalmol Soc* 2013;54:185-91.
- 17) Park SJ, Jung SJ, Lee DG, Jang JW. Pseudotumor: distribution, clinical features, treatment outcomes. *J Korean Ophthalmol Soc* 2008;49:1379-86.
- 18) Scott IU, Siatkowski RM. Thyroid eye disease. *Semin Ophthalmol* 1999;14:52-61.
- 19) Kim SH, Shin HH, Rho BK, et al. A case of intramuscular hemangioma presenting with large-angle hypertropia. *Korean J Ophthalmol* 2006;20:195-8.
- 20) Mombaerts I, Schlingemann RO, Goldschmeding R, Koornneef L. Are systemic corticosteroids useful in the management of orbital

pseudotumors? Ophthalmology 1996;103:521-8.

21) Char DH, Miller T. Orbital pseudotumor. Fine-needle aspiration biopsy and response to therapy. Ophthalmology 1993;100:1702-10.

22) Lee IS, Kim SJ, Kim HY, Lee SY. A case of sclerosing orbital pseudotumor. J Korean Ophthalmol Soc 1996;37:1321-6.

= 국문초록 =

급격한 시력저하를 동반한 특발안와근염의 수술적 진단 및 치료 1예

목적: 급격히 진행되는 시력저하와 비특이적으로 외직근 침부 비대를 보이는 환자에서 안와생검을 시행하여 특발안와근염을 진단하고, 부신피질호르몬 정맥주사로 치료한 증례를 보고하고자 한다.

증례요약: 2주 전부터 발생한 원시 시력저하를 주소로 20세 여자 환자가 내원하였다. 최대교정 시력은 원시 0.2였으며, 교대프리즘가림검사상 원시 40프리즘디옵터 내사시가 관찰되었다. 자기공명영상에서 원시 외직근 침부의 동근 형태 비대와 시신경 압박을 확인하였고, 안와림프종 및 안와생검이 필요한 질환의 감별을 위해 안와생검을 계획하였다. 3주 후 입원 당시 원시 최대교정시력 0.02로 악화되었고, 재촬영한 자기공명영상에서 원시 직근 모두의 비대를 보였다. 안와생검결과 림프구가 근섬유를 침범하는 소견으로 외안근염을 진단할 수 있었다. 고용량 부신피질호르몬 정맥주사 시행 2주 후 원시 최대교정시력은 0.63으로 호전되었고, 내사시는 소실되었으며 자기공명영상에서 원시 직근의 비대는 호전되었다.

결론: 안와침부에 위치하고 단기간에 다발성으로 외안근의 크기가 커지는 비특이적 특발안와근염의 경우 급격한 시력저하가 나타날 수 있으므로 안와생검 전에 고용량 부신피질호르몬 치료를 병행하는 것이 시력 회복에 도움이 된다.

(대한안과학회지 2017;58(10):1183-1188)
