

緑内障と近視

THEMA 1

第IV章 管理法

①近視眼緑内障の管理のコツ

岡山大学病院眼科 講師 内藤 知子



多治見スタディより、近視は緑内障発症のリスクファクターであることが判明している。一方、年代別の屈折では若年層ほど近視が多いことが確認されており、わが国における近視眼緑内障は、今後さらなる増加をきたすことが示唆される。

近視眼緑内障では、比較的早期から中心視野が障害されるケースがよく見受けられる。強度近視を伴う緑内障の40%以上に初期から乳頭黄斑線維束(PMB)欠損を認め、非近視眼緑内障と比較して有意に高率であるとの報告がある¹⁾。

一般的に、典型的緑内障はブエルム領域や鼻側階段から視野障害を生じ、徐々に中心視野領域に障害が及んでいき、末期まで視力は維持されるとされている。しかし中心視野から障害されると、それはQuality of visionの低下に直結する。その点において、近視眼緑内障の経過観察においては、視野検査が残存視機能評価の上で欠かせない。緑内障性視野障害の重症度評価には、一般的にハンフリー視野計の中心30度(C30-2)が用いられるが、中心視野障害の詳細な評価には測定ポイントがより密に配置されている中心10度(C10-2)を用いることが望ましい。C10-2で進行が疑われる場合には、速やかに治療を強化する。

近視眼の原発開放隅角緑内障症例を示す。症例1は、『新聞を読む際に、“J”の形にみえない場所がある』とsecond opinion 目的で紹介された。C30-2では主訴に相当する暗点はみられないが、C10-2をとると訴え通りの暗点が検出された。C30-2の測定点は6度間隔で76点、一方、C10-2の測定点は2度間隔で68点、10度以内の中心視野領域において両者が被っているのはC30-2の中心4点のみである。C30-2で測定した10度以内の中心下方視野領域には、たまたま暗点がなかったため、その間に存在していた暗点は

測られないまま正常に白く塗りこめられてしまっているのである。中心視野障害を生じやすい近視眼においては、特に乳頭耳側に網膜神経線維層欠損(NFLD)のある場合などでは、C30-2で暗点が検出されなくてもC10-2で確認し、follow upを行う。この症例はfull medicationで、非接触式眼圧測定(NCT)では常に12mmHg前後の眼圧経過とのことであったが、ゴールドマン圧平式眼圧計(GAT)では14~18mmHgと眼圧の乖離がみられ、線維柱帯切除術を施行した。中心角膜厚が471μmと薄く、このような症例ではNCTでは眼圧が実際の値よりも低値となりやすいため、GATでの眼圧測定が必要である。

最近、ヘッドマウント型視野計が上市されたが、その視野計には新しい中心24plusプログラムが搭載されている。このプログラムは、従来の6度間隔の24-2の測定ポイントに加え、中心10度内に2度間隔の検査ポイントが設定されており(図)、一度の検査で24-2と10-2の検査結果を得ることができる。近視眼緑内障における早期の中心視野障害の捕捉に有用であると考えられる。

近視が緑内障進行のリスクとなり得るかどうかは、各種の研究をみても結論が分かれるところである。しかしながら、緑内障における眼圧下降効果の有効性はすでに証明されており、近視眼においても眼圧下降を試みることに変わりはない。視野障害の進行から緑内障手術の適応を考える際には、ハンフリー視野計のMD(mean deviation)を時系列にみたMD slopeからtrend解析によって判定を行うことが多いが、その評価には視野検査開始後の経過年数や視野検査回数が影響する。例えば、MD slopeが中等度の長期変動で-2.0dB/yearで進行している症例では、その回帰直線が『有意な悪化』との判定がなされるまでに1年に1回の視野検査で6年、年間3回の視野検査でも2年を要