

緑内障と近視

THEMA 2

第IV章 管理法

②近視眼の緑内障手術

新潟大学大学院医歯学総合研究科感覚統合医学視覚病態学分野 教授 **福地 健郎**



はじめに

近視は広義・原発開放隅角緑内障 (primary open angle glaucoma : POAG) の発症にかかわる代表的な危険因子の1つである。強度近視眼では POAG の発症が早く、POAG に関する統計をとると、同程度の視野障害症例を軽度近視群と強度近視群に分けた場合には、必ず強度近視群のほうが平均年齢が若い。同様に、同年齢であった場合、強度近視群の視野障害の程度は軽度近視群に対して確実に悪い。視野の乳頭中心窩領域が早期から障害される症例は、強度近視眼の頻度が高いことはよく知られている。強度近視を伴う緑内障の症例では、より若い時期から積極的に緑内障治療しなければいけない条件を伴っていることが多く、結果的に多くの症例が手術的治療の対象となっている。濾過手術に際して、以下に述べるような強度近視眼に特有な合併症があり、適応や術式の選択、またどのような時期に緑内障手術が行われるべきか議論の必要がある。

強度近視眼に対する トラベクレクトミーの問題点

強度近視眼に伴う多くの緑内障症例においては、より積極的に、より低眼圧値に調整する必要がある。結果的に現状ではしばしば濾過手術を選択しなければいけない。マイトマイシン C (MMC) トラベクレクトミーの場合、より長期間の眼圧調整と視機能維持の関連の両面から、術後眼圧値として 10mmHg 以下を目標とするべきというのが一般的な意見である。その目標を達成するには、術後にやや低眼圧域まで眼圧を下降させる必要があるが、これがやや過剰になった場合には、いわゆる低眼圧に伴うさまざまな

合併症が生ずる¹⁾。強度近視眼では低眼圧を生じた際に特有の合併症が生じやすく、術後管理に難渋することが多い。

以下に、強度近視眼に生じやすいトラベクレクトミー術後合併症の代表として、上脈絡膜出血と低眼圧黄斑症の症例を提示する。

1. 上脈絡膜出血 (図1)

トラベクレクトミーに関連する上脈絡膜出血発症の頻度は、術中 0.18 ~ 0.19%、術後 1.4 ~ 6.2% と報告されている¹⁾³⁾。その危険因子として、眼局所では、強度近視、無水晶体、無硝子体、術前の高眼圧、術中の硝子体脱出などの合併症、術後の低眼圧 (< 3mmHg) などが挙げられており、一方、全身的には、高齢、糖尿病、高血圧、動脈硬化、術後の咳、嘔吐、いきみ、抗凝固療法、血小板減少症、虚血性心疾患の既往などが挙げられる。眼底周辺部に限局するような症例では、視機能の予後も決して悪くはない。一方、出血が大量で浅前房と眼圧上昇、さらに眼痛を伴うような重症例の場合には、出血の排液が必要であり、視機能予後も不良なことが多い (図1A, B)。排液の時期については発症後 1 ~ 2 週で行うべきであるといわれている一方で、発症早期の排液ではより視機能予後がよいとの報告もある³⁾。

2. 低眼圧黄斑症 (図2)

低眼圧黄斑症は持続する低眼圧 (通常 < 5mmHg) により、黄斑皺襞が形成され、視力低下や歪視を生ずる。発症の危険因子として、若年、近視眼、初回手術、術前眼圧が高い、厚い中心角膜厚、冠動脈疾患や高血圧などの全身合併症などが挙げられている¹⁾⁴⁾。特に強度近視眼では、5mmHg より高い眼圧値であっても低眼圧黄斑症を発症する症例がある。この場合も OCT が診断に有用であり、典型的な網脈