

培養角膜上皮移植術

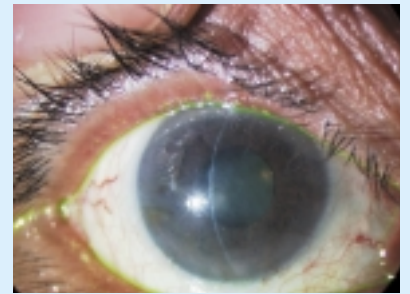
図の左側は化学外傷急性期の前眼部所見です。眼表面に強い炎症があり、角膜上皮欠損が遷延しています。このような状態に対して点眼や内服による保存治療を行っても、数ヶ月後には厚い混濁した結合組織が角膜表面を被覆し、著しい視力低下が生じます。また角膜移植を行っても早期に拒絶されるか、あるいは修復遅延から角膜穿孔を生じることが多く、このような症例の視力予後は極めて不良と考えられてきました。当科では本症例に対して、教室で開発した「培養角膜上皮移植」を施行しました。図の右側が術後6カ月の所見です。培養角膜上皮移植により眼表面は消炎され、角膜は透明な上皮で覆われました。

教室では難治性角結膜上皮疾患に対する新しい治療の開発を課題としており、平成11年に羊膜上でのヒト角膜上皮の培養方法を確立し臨床応用に成功しました。この「培養角膜上皮移植術」は、上述したような化学外傷・熱傷の急性期、Stevens-Johnson症候群急性期の遷延性角膜上皮欠損に対して、単に眼表面を被覆するのみならず疾患を消炎させることにも有用であり視力予後の改善に寄与することがわかってきま

した。また、これまで手術適応がないとされてきた慢性期Stevens-Johnson症候群や眼類天疱瘡の患者さんも本手術で視力改善を得ております。現在は口腔粘膜上皮の培養による自己移植の可能性を検討中です。すでにあきらめているような瘢痕性角結膜上皮疾患や、難治で困っている遷延性角膜上皮欠損があれば是非ご紹介ください。



化学外傷急性期



術後6ヵ月

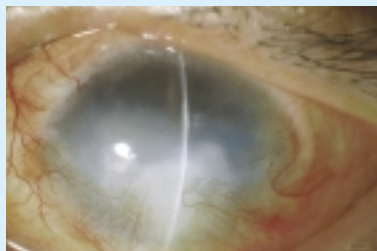
難治緑内障の治療戦略

難治緑内障とは治療が難しいまたは不可能に近い症例をさしますが、これは大きく3つの範疇に分けられます。第1は、薬物はもちろん手術でも持続的な眼圧下降がきわめて困難な症例群で、血管新生緑内障、角膜疾患関連緑内障、ある種の先天緑内障、多重手術不成功例などが含まれます。第2は眼圧下降が視機能維持につながらない群で、眼圧が10mmHg以下にコントロールされても進行する正常眼圧緑内障などがあげられます。第3の範疇は残存視野が固視点に及び最末期症例群で、手術自体が失明を引き起こす危険性を孕んでいるため、なかなか手術に踏み切れないという意味で難治であると考えられます。

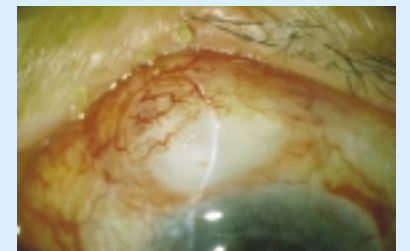
第1の難治緑内障に対する治療戦略は、現症を正確に把握し、眼圧上昇機序を理解したうえで、論理的に術式の適応を選択することが重要です。将来的には医用工学の応用や術式の改良によって、現在の難治症例も将来的に難治ではなくなる可能性も高く、当科においても眼表面再建術後の緑内障に対して、羊膜パッチ併用線維柱帯切除術を開発し良好な成績を収めてきています。当科では第2の範疇に入る難治緑内障に対して、眼圧と直接的に関係のない病的進行因子の同定を試みるとともに、十分な眼圧下降をさせつつカルシウム拮抗薬などの眼循環改善作用を有する薬剤を併用しています。さらに最後の範疇である最末期緑内障症例に対する治療戦略は、まず最末期に至るまでに診断

し加療を開始することが重要です。緑内障は自覚症状に乏しいがために、患者さんが放置して難症例となってしまうことは必ずしも患者さんの責任とはいえ、社会的啓蒙が不十分であることが1つの要因となっていると考えられます。府立医大眼科では毎月眼科府民講座という形で社会的な啓蒙活動を行い、患者さんの理解を深める努力をしています。不幸にして末期に至ってしまった患者さんに対しては、手術の利点と欠点を十分に説明したうえで治療方針を決めています。

眼表面再建術後緑内障に対する羊膜パッチ併用線維柱帯切除術



術前



羊膜パッチ併用線維柱帯切除術後

羊膜を用いることによって濾過胞壁の補強と癒着防止を図ることが可能となり、難治緑内障に対する手術療法の選択肢が拡大した。