

## 緑内障の新しい点眼薬(合剤)

緑内障は視神経が障害され視野が狭くなる病気です。障害は、眼球の角膜と水晶体の間に位置する前房内の房水がうまく排出されず、眼圧が高くなることによって起こります。

なぜ眼圧が高くなるのか、正確にはわからないケースも多く、眼圧が正常値でも視神経が圧迫に弱くて傷ついてしまう正常眼圧緑内障と呼ばれるものもあります。

緑内障は発症すると病気の回復は望めません。ですから、治療は病気の進行をいかにくいとめるかに限られます。病状進行を止めるか遅らせる治療法には3つあります。薬物療法、レーザー治療、手術療法です。

薬物療法は、薬で房水の量を減らしたり流れをよくしたりして眼圧を下げる方法で、主に点眼薬が使われます。急性緑内障や眼圧コントロールが不十分な場合は、レーザー治療や手術をします。いずれも房水の流れを妨げている部分に穴を開け、あるいは切開して房水のコントロールを図ります。

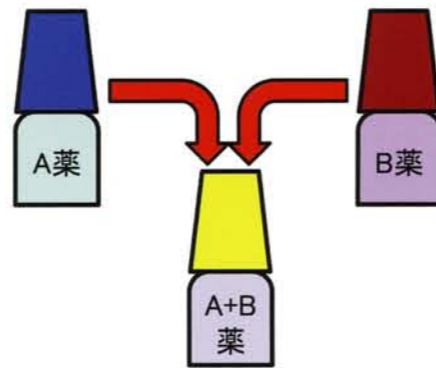
点眼薬には、これまで主に6系統の薬剤が開発されており、このうちPG(プロスタグランジン)製剤、β遮断薬、CAI(炭

酸脱水酵素阻害剤)の3系統の薬が最もよく使われてきました。

欧米では1998年からこれら3系統の薬をミックスした合剤が使われていますが、日本ではこれまで認められませんでした。近年、厚生省がようやく合剤にGOサインを出し、今年夏にもPG+β系2種類とβ+CAI系1種類の計3つの合剤が使えるようになります。

合剤のメリットは、従来別々に点眼していたものが1本で済み、アドヒアランスが向上すること、利便性・経済性に優れ、薬を取り違えるリスクが少なくなることなどです。欠点は、効果がやや劣り、副作用の原因特定が困難なこと、混合割合が決まっているため自由度がないことです。

薬の効果は、患者さんの意思と使用法の利便性に委ねられています。合剤の導入によって治療パフォーマンスのアップが期待されます。(森 和彦)



## ラニズマブ(ルセンチス®)硝子体内注射による加齢黄斑変性の治療

加齢黄斑変性に対する新しい治療が注目されています。ラニズマブ(商品名:ルセンチス)と呼ばれる薬剤を使った療法です。

黄斑は、網膜の中でも視力をつかさどる重要な細胞が集中している中心部です。加齢黄斑変性は、欧米では50歳以上の人の社会的失明の主要な原因になっています。日本でも高齢社会の到来とともに患者数が増加しています。

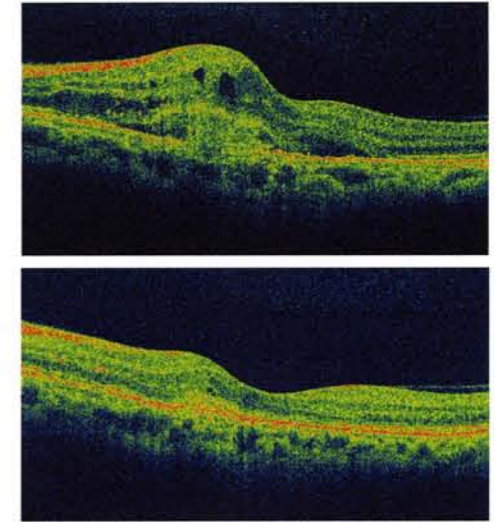
加齢黄斑変性には2つのタイプがあり、滲出型は、脈絡膜から新生血管が発生するタイプで、病状の進行が速く時に急激に視力が低下します。萎縮型は、網膜細胞が変性、萎縮していくタイプで、滲出型に比べると病状は緩やかに進行します。

ルセンチスは滲出型加齢黄斑変性の患者さんの治療に用いられます。眼内では、新生血管の成長を促すVEGF(血管内皮成長因子)という物質が作られますが、ルセンチスは、このVEGFを抑える効果があり、新生血管の増殖や成長を妨げます。

滲出型加齢黄斑変性の治療は近年光感受性物質の静脈注射と低発熱レーザーを使用した光線力学的療法(PDT)が主として行われてきました。ルセンチスは、標準的には通院で1カ月ごとに3回、硝子体内への注射によって投与し、経過を観察しながら必要に応じて追加治療を行います。臨床試験では90%以上に視力の維持・改善が認められて

おり、日本では昨年3月から臨床応用されています。

ただしすべての滲出型加齢黄斑変性に対し効果が一律に認められるわけではなく、良好な治療成績を得るためには黄斑専門医の的確な診断と経過観察が不可欠です。また治療に伴うリスクにも注意が必要ですが、現在の滲出型加齢黄斑変性に対する第一選択の治療といっても過言ではありません。(古泉英貴)



58歳女性。  
上:治療前のOCTにて新生血管からの網膜剥離、網膜浮腫が認められます。  
下:ルセンチスによる治療開始3カ月後、網膜剥離、網膜浮腫ともに消失しています。

## 加齢性内反症の手術

まぶたの縁が眼球側に反り返り、逆まつ毛になっている状態を内反症といいます。おもに先天性の睫毛内反と加齢性の眼瞼内反症に分かれますが、いずれも睫毛が角膜に接触することによる角膜障害が問題となります。最近、Jones変法という加齢性内反症の手術法が開発され、再発率を減少させることができるようになりました。

先天性内反症の多くは、皮膚やまぶたの下の脂肪などが過剰なために睫毛の生える方向が内向きになるのが原因で、睫毛内反と呼ばれます。乳幼児や若年層に多く、成長につれて脂肪なども少なくなり、自然治癒することもあります。

高齢者に多い加齢性の眼瞼内反症は、まぶたそのものが眼球側へ反転した状態で、下眼瞼牽引筋腱膜(CPF)が弛緩することが大きな原因となっています。

治療は、睫毛内反の場合、皮下組織と瞼板を縫い合わせるHOTZ変法の適応となることが多く、比較的マイルドなケースには小切開埋没法などが採用されます。加齢性下眼瞼内反症では、その病態に即したJones法が用いられます。し



図1 左下眼瞼加齢性内反症 下眼瞼が眼球側へ反転し、睫毛が眼球へ接触している  
図2 左下眼瞼加齢性内反症術後 JONES変法施行後。眼瞼は正常な位置になり、睫毛の接触もなくなった。

かし、手術により加齢変化の進行は抑えられませんが、内反症再発により、再手術が必要なこともあります。

Jones法には2種類あり、Jones原法と呼ばれる従来法は、CPFの前面だけを剥離して縮める手術法でしたが、これだと後面の短縮が不確実なため、最近では、Jones変法といってCPF全層を短縮する新しい手術法が用いられるようになりました。CPF再建がより確実になったため、再発率を格段に下げることができるようになったのです。手術時間も約20分程度です。

京都府立医科大学病院では、2009年1年間で加齢性眼瞼内反症手術と小児を中心とした睫毛内反症手術をそ

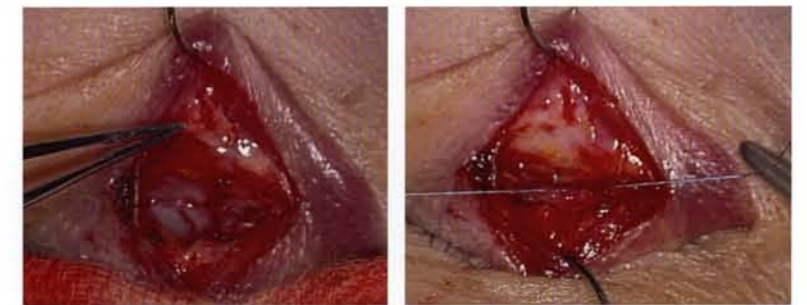


図3 JONES変法  
左:下眼瞼の弛緩したCPFをセッシで把持している。  
右:CPFを短縮し、弛緩を是正することで内反症を改善させる。

れぞれ23件ずつ行いました。内反症は、正確な診断によって症状に応じた適切な手術法を選択することが肝要です。(渡辺彰英)