

「難治性網膜疾患に対する治療」

日下俊次

眼科学教室主任教授

近代の硝子体手術は1970年前後に Dr. Machemer (米国) によって開始されたが、当時は直径が 2.2 mm もある太いマルチファンクションの器具 (照明, 灌流, 切除, 吸引機能を有する) を眼内に挿入して行うというもので、失敗 (=失明) 率の高い、危険なものであった。その後50年近くが経過した現在、様々な手術周辺機器の発達により、3ポート (灌流ポート, 照明用ポート, 切除・吸引用ポート) システム + 手術器具も最小27ゲージ (0.4 mm) で手術が行われるようになり、失明と隣り合わせの危険な手術から、安全性の極めて高い手術に変貌を遂げた。また、外来での網膜疾患に対する検査機器も急速な進歩を遂げた。以前の30度といった狭い画角の眼底カメラから、現在では200度の超広角眼底カメラが当たり前となり、生体で網膜の病理組織を見ているような OCT (optical coherence tomography) まで日常診療で用いられるようになり、疾患の病態理解も大きく進歩した。また、抗 VEGF (vascular endothelial growth factor) 治療に代表される分子標的薬の実

用化で加齢黄斑変性、糖尿病網膜症の予後も大きく改善された。

しかし、外科的治療を要する重症度の高い増殖性硝子体網膜症、未熟児網膜症といった疾患では治療成績の向上に限界があり、現在でも失明者が後を絶たない状況である。我々は未熟児網膜症の治療に以前から注力しており、未熟児網膜症に対する硝子体手術 (手術件数国内第二位) や、薬剤の適応外使用ではあるが、未熟児網膜症に対する抗 VEGF 治療を日本で最初に導入した。未熟児網膜症に対する硝子体手術は網膜全剥離に進行した症例では手術を行っても予後不良である。自験例では網膜復位率が網膜全剥離例では約50%に対して網膜部分剥離例では約90%であることから早期に手術を行う方が成績良好である事を示した。また、抗 VEGF 治療でも早期に治療を行う事で重症化を防げることを示した。

今後も未熟児網膜症を始めとする難治性網膜疾患の治療法の開発に教室を挙げて取り組んでいく所存である。