主　論　文　要　旨

報告番号	甲 ㊁ 第　　号	氏　名	内　田　敦　郎

主 論 文 題 名

VITRECTOMY FOR MYOPIC FOVEOSCHISIS WITH INTERNAL LIMITING MEMBRANE PEELING AND NO GAS TAMPONADE
（内境界膜剥離を併用してガスタンポナーデを併用しない近視性網膜分離症に対する硝子体手術）

（内 容 の 要 旨）

強度近視眼に生じる近視性網膜分離症は重篤な視力低下をもたらす黄斑症で、その治療には硝子体手術が有効とされている。しかしながら硝子体手術の術式は未だ標準化されておらず、これまではガスタンポナーデを併用した報告が多い。もし、内境界膜剥離を併用してガスタンポナーデを併用しない硝子体手術で近視性網膜分離症を治療できれば、本疾患の病態に網膜硝子体界面の牽引が重要な役割を果たしていることが裏付けされるだけでなく、苦痛を伴う腹臥位を患者に強いなくても済むため、臨床上有益である。本研究では、内境界膜剥離を併用してガスタンポナーデを併用しない硝子体手術を近視性網膜分離症に対して施行し、網膜分離症の改善および黄斑剥離の消失を得たので報告する。

対象は黄斑円孔を有さない近視性網膜分離症9例10眼（平均年齢60.4歳）で、診療記録を利用して後ろ向きに検討した。検査は最高矯正視力（BCVA）、細隙灯顕微鏡検査、眼底検査、光干渉断層計（OCT）を施行した。視力の改善あるいは悪化は、logMAR値にて0.2以上の変化と定義した。近視性網膜分離症はOCT所見により網膜分離型（RS型）、黄斑剥離型（FD型）、黄斑円孔型（MH型）に分類した。手術は3ポート硝子体手術を施行し、残存硝子体皮質を除去した後に、後極血管アーケード内の内境界膜を可及的に剥離した。解剖学的復位は、網膜分離症の改善と黄斑剥離の消失を認めることと定義した。

有水晶体眼9眼の術前の屈折は平均－15.64Dであった。眼軸長は平均30.76mmであり、4眼はRS型、6眼はFD型の近視性網膜分離症であった。硝子体手術後、8眼（80%）において網膜分離症の改善を認めた。2眼（20%）では術後に黄斑円孔を認めたため、再手術を施行し解剖学的復位を得た。初回手術後、5眼（50%）に視力改善が見られ、3眼（30%）は視力不変であった。術後のBCVA（logMAR値　にて平均0.47）は、術前のBCVA（logMAR値にて平均0.61）と比較して有意差は認められなかった（P = 0.314）。

近視性網膜分離症の病態には、網膜表面にかかる様々な牽引―残存硝子体皮質や黄斑前膜の存在、進展性の乏しい内境界膜、網膜血管の柔軟性の消失、後部ぶどう腫の形成、などが関与することが知られている。本研究の術式では網膜硝子体界面の内方向にかかる3つの牽引をまとめて取り除くことで、近視性網膜分離症の改善につながったと考えられた。硝子体手術後に近視性網膜分離症の残存と黄斑円孔の形成を認めた2眼では、取り残した内境界膜が近視性網膜分離症の改善を妨げていたと考えられた。

近視性網膜分離症の少なくとも一部の症例は、内境界膜剥離を併用してガスタンポナーデを併用しない硝子体手術にて改善しうる。