

緑内障治療 線維柱帯への新たな挑戦



イブニングセミナー **4**

2015年4月16日(木) 17:30～18:30 第10会場(札幌市教育文化会館 1F 小ホール)

座長



新家 眞 先生

公立学校共済組合 関東中央病院 病院長

多治見スタディ等による本邦での疫学調査によって、眼圧の「正常平均以上に高い」タイプの緑内障の全緑内障に対する割合は、線維柱帯そのものには問題がないと考えられる閉塞隅角緑内障を省いて約半分程度となる事が分かっている。即ち、これらの緑内障は線維柱帯部における房水流出抵抗を減らす事による眼圧下降が可能であるという事になる。線維柱帯部に於ける流出抵抗を減らし、そこを介する房水流出を促進する事(Conventional outflowの促進)は、最も生理的な眼圧下降と考えられ、最も古い眼圧下降薬であるpilocarpineの作用機序もそこにあり、又現在の緑内障標準術式の一つであるtrabeculotomyの奏効機序もそこにある訳である。Pilocarpineはその瞳孔収縮及び調節作用と1日4回点眼が必要という事で、その理論的優越性にもかかわらず最近ではごく一部の症例でしか用いられていなかったが、最近ROCK阻害点眼剤が市販された。本剤は瞳孔収縮及び調節作用がなく且つ1日2回点眼でよいという点でpilocarpineを大きくしのいでいる。

Trabeculotomyは、その効果と適応症例については既にEvidenceに基づいた評価が定まった優れた術式である。但し、結膜弁及び強膜弁を作成する必要があるという欠点があった。Trabectomeは「trabeculotomy ab interno」として結膜に触らずに角膜の小切開創から粘弾性物質下で線維柱帯の切開(trabeculotomy)を行う方法であり、その効果と適応についてはtrabeculotomyに関して蓄積されたEvidenceを適用でき、且つ侵襲が明らかに少ないという利点を持っている。

- 1.「ROCK阻害点眼剤の作用機序、臨床効果そして副作用をここで復習してみたい。」
- 2.「将来的に角膜透明例に於ける初回trabeculotomyは全てTrabectomeにより行われてもよい訳で、その手術の実際について今一度まとまった話を聞いてみたい。」

本セミナーはこのような2つの誰も持っているであろう要望に応えるべく企画されたものです。多くの先生方のご参加をお待ちしています。

講演 1



緑内障薬物治療の組み立て方

～ROCK阻害薬の登場!～

狩野 廉 先生

福島アイクリニック 副院長

講演 2



Micro invasive Glaucoma Surgery

としてのトラベクトーム手術

石田 恭子 先生

東邦大学医療センター大橋病院 准教授

共催

緑内障薬物治療アップデート

日時

2015年4月18日(土) 11:55~12:55

会場

さっぽろ芸術文化の館 1F 第1会場(ニトリ文化ホール)

〒060-0001 札幌市中央区北1条西12丁目



座長

谷原 秀信

先生 熊本大学大学院 生命科学研究部 眼科学分野 教授

座長のことば

緑内障は、我が国における失明原因第一位であり、適切な治療で眼圧をコントロールすることが極めて重要である。現時点で、我々が処方できる緑内障治療薬の大多数は、房水産生抑制、または副流出路(ぶどう膜強膜流出路)からの房水流出促進が主な作用であった。当然ながら、多剤併用においても、これらのメカニズムを組み合わせるものであった。昨年12月、直接的に主流出路(線維柱帯流出路)をターゲットとして眼圧下降効果をもたらす選択的ROCK阻害薬が新しいカテゴリーの緑内障治療薬(製品名:グラナテック点眼液0.4%)として発売された。第三の奏功機序として、ROCK阻害薬が処方上の選択肢に加わった今、緑内障薬物治療は、どのように変わるだろうか?

緑内障は、病型により多彩な眼圧上昇の病態が存在していると推定されている。また患者の残存視機能やリスク要因、年齢などの背景によって、目標眼圧を適切に設定することが必要となる。

本ランチョンセミナーは、緑内障の病態および緑内障治療薬の特性という2つの側面から、最良の眼圧コントロールを得るための処方戦略に関するアップデートされた情報を解説していただくことを目的として企画した。

講演1



房水流出異常の実態：主流出路へのフォーカス

演者

稲谷 大

先生 福井大学医学部 眼科学教室 教授

講演2



緑内障治療薬 up-to-date：最適な治療選択を求めて

演者

相原 一

先生 東京大学医学部 眼科学教室 教授