

裂孔原性網膜剥離とは

裂孔原性網膜剥離は様々な原因で生じた網膜の裂孔や円孔から液化した硝子体が網膜下へ流入することで、感覚網膜層(網膜色素上皮層以外の9層)と網膜色素上皮層との間が剥離した状態をいいます。

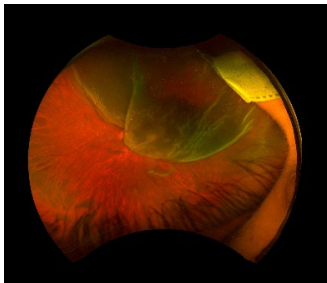
■ 症状

初期：飛蚊症・光視症(目の前に光が無いのに光が見える)

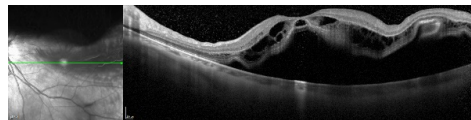
進行期：視野欠損・視力低下・ゆがみ・長期間放置すると失明

■ 検査

・広角眼底写真検査



・OCT



・超音波 B モード



瞳孔を散瞳させて**眼底検査**を行い裂孔の部位と数を確認します。また**広角眼底写真撮影**や**OCT**という検査で眼底を詳しく精査します。OCTでは黄斑部の剥離の有無の確認が出来ます。黄斑部が剥離していると、治療後も視力低下が残りやすくなります。**超音波 B モード**を用いて剥離を確認することもあります。

■ 治療

当院での治療方針

基本的には受診日に入院していただき、当日もしくは翌日には手術加療を行います。手術方法は以下の二つが主となります。

1. 強膜内陥術

若年者の裂孔原性網膜剥離に行うことが多いです。強膜側から裂孔周囲の網膜を凍らせて網膜と色素上皮との間に癒着を発生させ、スポンジを縫い付けることで、網膜と色素上皮との距離を短縮します。網膜剥離の丈が高い場合は、網膜下液の排液を行います。疼痛が強い手術なので、局所麻酔ではなく、全身麻酔で行うことがあります。合併症としては近視と乱視の増加や、眼球運動障害により物が二重に見えることがあります。また、シリコンスポンジが術後に露出することや、シリコンスポンジに細菌感染が生じることがあります。

2. 硝子体手術

硝子体手術は、強膜に数か所小さな穴をあけて、その穴から眼の中に器具を挿入し、眼内の硝子体を除去、裂孔の周囲に網膜光凝固術を行い、硝子体の代わりに眼内にガスを入れ、網膜を復位させます。術後は数日うつ伏せになって過ごしてもらう必要があります。ガスは自然に吸収され房水に置き換わっていきます。ガスは約 2 週間で消失します。白内障手術も同時に行うことが多いです。網膜裂孔が大きい場合や、術後うつ伏せを行うことが出来ない人に対しては、シリコンオイルを眼内に入れることがあります。シリコンオイルは自然には吸収されないため、約 3～6 か月後に抜去する手術が必要になります。

■ 網膜剥離手術の成功率と合併症

特殊な網膜剥離でなければ一度の手術で終わる確率は 9 割程度です。ときに再手術が必要になります。黄斑部に網膜剥離が及んでいた場合、網膜剥離が消失しても視力低下やゆがみが残存します。一旦閉鎖した孔が再び開く可能性があるため術後しばらくは激しいスポーツは控えていただきます。手術侵襲により視力が術前より低下することがあります。

■ 当院での実績

DPC 情報では、兵庫県で最も多い治療実績を有しており、年間約 200 件です。黄斑剥離に至らないように、できるだけ早期に手術を行うことを心がけています。

■ 本学での取り組み（臨床研究）

裂孔原性網膜剥離に対する手術後に、歪みの自覚が残ることを画像診断から示した本学からの学術論文があります。よりよい視機能を保つにはどうすればよいかを念頭に治療にあたっています。

Fukuyama H, Yagiri H, Araki T, Iwami H, Yoshida Y, Ishikawa H, Kimura N, Kakusho K, Okadome T, Gomi F. (2019). Quantitative assessment of outer retinal folds on enface optical coherence tomography after vitrectomy for rhegmatogenous retinal detachment. Scientific Reports, volume 9, Article number: 2327

