糖尿病網膜症に関する最近の動向

野地眼科クリニック院長　野地　潤

日本における失明原因の推移

今まで長い間，糖尿病網膜症（DR）は日本における失明原因の第 1 位に挙げられていましたが，2005 年度の報告[1] では，①緑内障（20.7%）② DR（19.0%）③網膜色素変性（13.7%）④黄斑変性症（9.1%）⑤高度近視（7.8%）と，DR は緑内障に次いで第 2 位となりました．一方厚生労働省による 2007 年の糖尿病実態調査では，わが国における糖尿病患者総数は 890 万人で増加傾向にあると報告されています．また臨床の現場で，われわれ眼科医が重症の DR に遭遇することも決して少なくなったわけではありません．したがって DR が失明原因の第 1 位から第 2 位に変わったことの一因として，治療の進歩が寄与している可能性があると思われます．

糖尿病網膜症治療の進歩

現在でも，DR の治療の主体はレーザー光凝固と硝子体手術であることに変わりはありませんが，使用される器械・器具の進歩・改良の他，ステロイドや抗血管内皮細胞増殖因子（VEGF）抗体などの薬物療法（併用あるいは単独療法）も，治療成績の向上に寄与しています．

1）光凝固　光凝固は，単純網膜症においては増殖網膜症への進行予防および黄斑浮腫の予防･治療を目的として，また増殖網膜症においては新生血管の退縮・発生予防を目的として行われており，DR 治療においては欠かせない治療法です．従来，光凝固の合併症として，光凝固後に起こる網膜（特に黄斑）浮腫による視力障害が問題となっていましたが，近年，ステロイド局所療法の併用によりかなりの確率で回避可能となってきました．

また従来の光凝固装置では1発ずつのレーザー照射しかできませんでしたが,最近1回の照射により設定したパターンでの複数のスポット照射が可能な機種が開発されました．これにより手術に要する時間を短縮し，患者さんの痛みを軽減できる可能性も広がってきました．

2）硝子体手術　現在 DR に対する硝子体手術は，従来の牽引性網膜剥離や硝子体出血を呈するものだけが対象ではなく，糖尿病黄斑浮腫も良い適応となっています．また手術器具の改良に伴い，小切開（従来の 20G から 23G や 25G へ）での硝子体手術も行われるようになってきています．また次の項で述べるステロイドや抗 VEGF 抗体の眼内（硝子体内）注入を併用することにより，治療成績の向上が得られています．

3）局所薬物治療　糖尿病黄斑浮腫では完全に失明することはありませんが，網膜の中心部である黄斑部が障害されるため視力の著しい低下や変視（歪んで見える）が起こり，新聞を読む等の日常生活にも支障を来たします．この糖尿病黄斑症に対して，ステロイド薬の 1 種であるトリアムシノロン（ケナコルトR）の局所投与（硝子体内，テノン嚢内）が有効であることが確認され，現在広く行われています．しかし効果の持続期間は 3~6 カ月であり，単独療法では長期的な効果は期待できないため，光凝固や硝子体手術との併用療法も行われ良い成績が得られています．

また抗血管内皮細胞増殖因子（VEGF 抗体）であるベバシズマブ（アバスチンR）は，わが国では転移性結腸癌の治療薬として認可されていますが，これを硝子体内に投与することにより DR や加齢黄斑変性などの眼内血管新生疾患や糖尿病黄斑浮腫に有効であったという報告もみられ，今後の検討が待たれます．

おわりに

以上，DR に関する最近の動向について，主にその治療法の進歩について述べてきました．今後いかに DR の治療が進歩しようとも，DR による失明に陥らないようにするための最良の方法は網膜症を発症しないようにすることです．そのためには，良好な血糖コントロールを維持することが重要であることは論を待ちません．もしすでに初期の DR が発症していた場合には，それ以上の進行を防ぐために厳格な内科的管理と眼科の定期検診・治療が必要となります．それには内科と眼科の密接な連携が不可欠であり，放置・中断事例をなくすためにも，患者さんへの声掛け等において，コメディカルの皆さんに期待するところは大きいと言えます．

文献

1）平成 17 年度網脈絡膜・視神経萎縮症に関する研究（厚生労働科学研究報告書）