



緑内障ガイドライン第2版作成

新潟大学大学院医歯学総合研究科 視覚病態学分野眼科学講座 教授

阿部 春樹

【スライド-1】

緑内障診療ガイドライン第2版作成について発表しますが、最初に、緑内障というのは聞き慣れない病気だと思いますので、簡単にご説明申し上げます。

【スライド-2】

2002年度の視覚障害の身体障害者手帳発行件数は全体で30万人ですが、その中で緑内障がトップで、24%を占めております。2番目が糖尿病網膜症で19%、3番目が黄斑変性症で11%ということで、現在、成人の三大失明原因がこの3つの病気ですが、そのトップが緑内障であるということ、まず申し上げたいと思います。

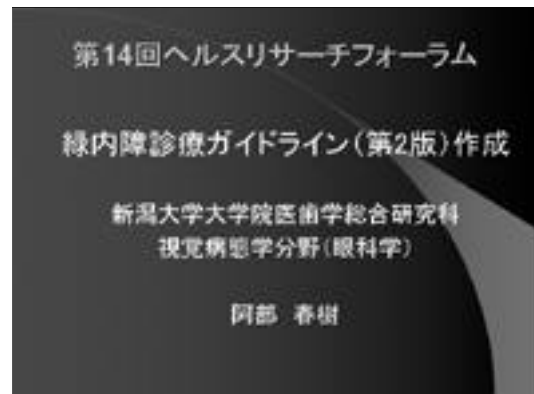
この身体障害（視覚障害）の等級は、視力と視野から判定して決められています。

【スライド-3-1 ~ 3-4】

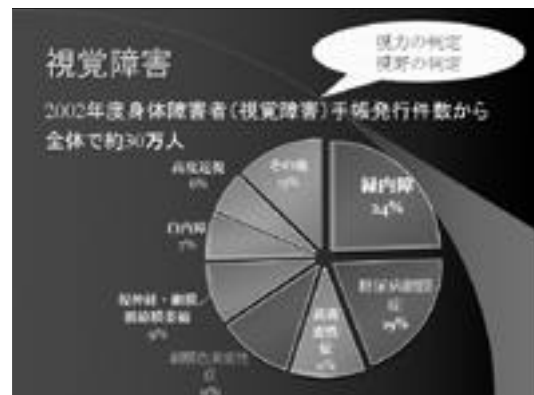
眼の構造と物を見る仕組みを簡単にご説明申し上げます。

角膜、水晶体、硝子体、網膜、視神経、大脳とあるわけですが、まず外から情報である映像が入って参りますと、角膜、水晶体、硝子体を通過して、網膜（フィルム）に映像が映り、さらに視神経を通して大脳の視覚中枢へ情報が伝えられて、我々は物を見て認識しているということです。しかし、例えば途中で水晶体の病気であります白内障とか、あるいは硝子体出血とかといった病気、あるいは糖尿病網膜症、黄斑変性症などはこの網膜が障害

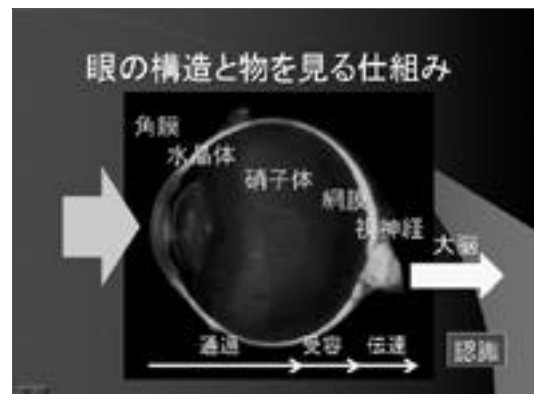
スライド-1



スライド-2



スライド-3-1

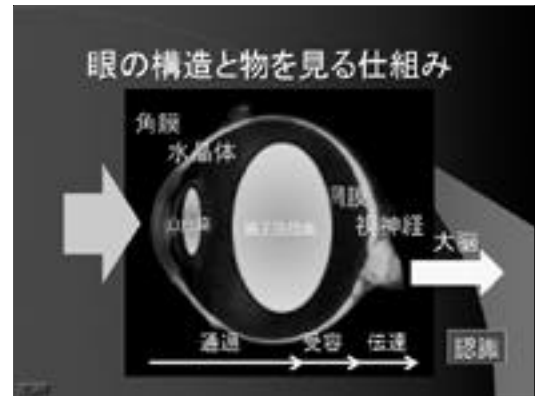


される病気ですし、本日の緑内障というのは視神経が障害される病気ですが、いずれにしても、これらのどこかが障害されれば、視覚障害の原因となるということです。

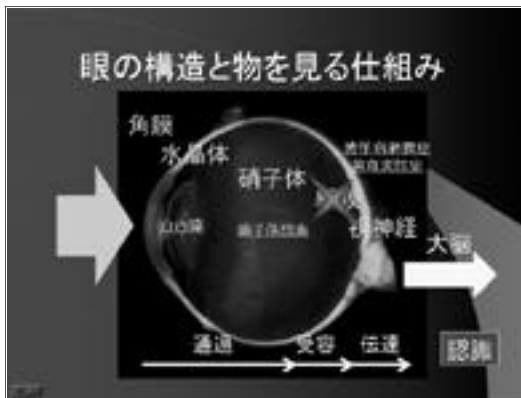
【スライド-4-1 ~ 4-5】

緑内障と申しますのは、眼圧と視神経、それから視野というのがキーワードです。眼圧プラス の因子によって視神経

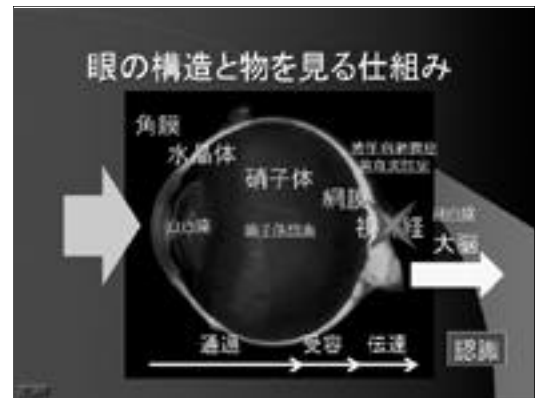
スライド-3-2



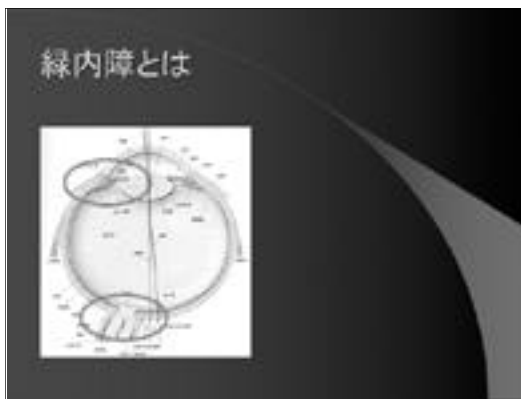
スライド-3-3



スライド-3-4



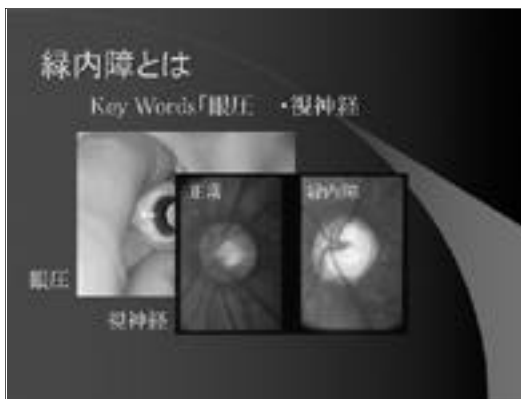
スライド-4-1



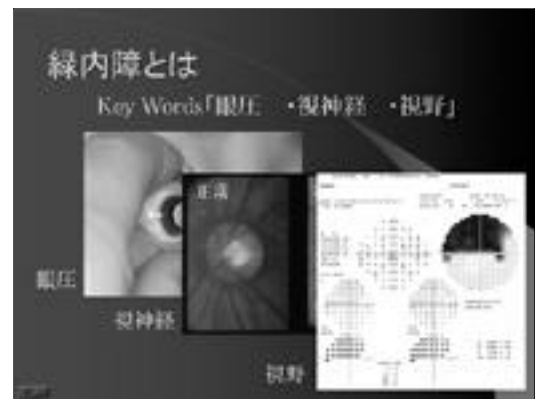
スライド-4-2



スライド-4-3



スライド-4-4



が障害され、その結果として、視野あるいは視力が障害されるという病気です。

【スライド-5】

日本緑内障学会は2003年3月に緑内障診療ガイドライン第1版を作成いたしました。

そして、日本眼科学会雑誌第107巻第3号に掲載し、更に日本緑内障学会のホームページに掲載いたしました。2004年4月には同ガイドラインの英語版「Japan Glaucoma Society Guidelines for Glaucoma」を作成し、世界に情報を発信いたしました。

この度の研究助成によりまして、2006年10月に緑内障診療ガイドライン第2版を作成いたしました。

そして、日本眼科学会雑誌第110巻第10号に掲載し、11月にはそのポケット版を作成いたしました。

現在英語版の最終校正を終えたところでして、これから英語版を作成して、世界に情報発信を行う予定です。

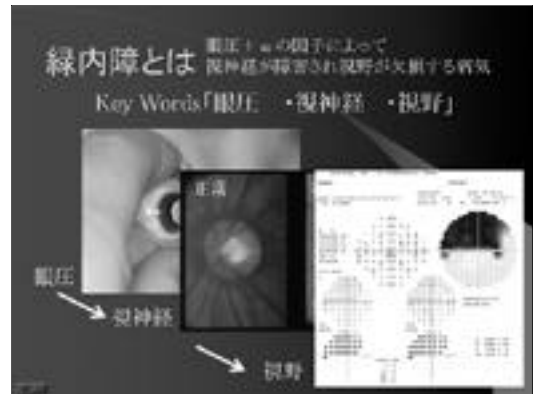
【スライド-6】

これは、日本眼科学会雑誌に特集号として緑内障診療ガイドライン第1版が載ったもので、

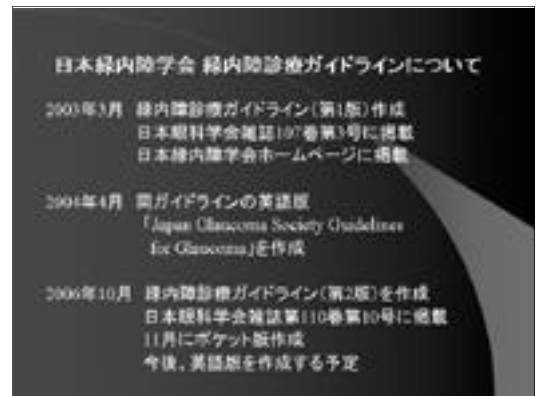
【スライド-7】

これが、そのポケット版です。

スライド-4-5



スライド-5



スライド-6



スライド-7



スライド-8



【スライド-8】

これは、その英語版です。

【スライド-9】

これは、今回の研究助成によってできました緑内障診療ガイドライン第2版の、日本眼科学会雑誌に掲載された特集号です。

スライド-9



スライド-10



【スライド-10】

これは、そのポケット版です。

【スライド-11】

ガイドラインというのは、皆様方よくご存じのことではございますが、医師が患者の診療や治療に際して、いろいろなデータを解析して、その時点で最も適切な臨床的判断を下すのを支援する一つの指針であると思います。

スライド-11

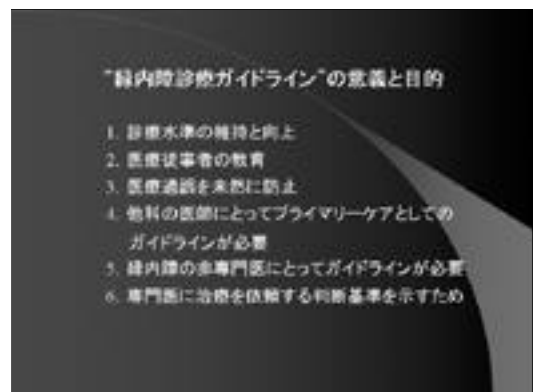


【スライド-12, 13】

診療ガイドラインの意義と目的ですが、

1. 診療水準の維持と向上
2. 医療従事者の教育
3. 医療過誤を未然に防止する
4. 他科の医師にとってプライマリーケアとしてのガイドラインが必要である

スライド-12



5. 緑内障の非専門医にとってガイドラインが必要である
 6. 専門医に治療を依頼する判断基準を示すために必要である
 7. 患者と医療者側の緊密なコミュニケーションや治療法の選択とその情報の共有化
 8. チーム医療におけるガイドラインの有用性
 9. EBM に基づいた医療を普及し、推進するために必要である
 10. 医療のグローバル化に対応するため
 11. 医療の効率化による医療費の節減
- と、こういった様々な目的と効果が期待されるわけです。

スライド-13

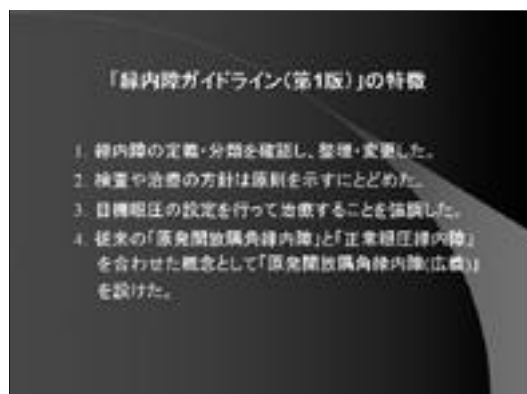


【スライド-14, 15】

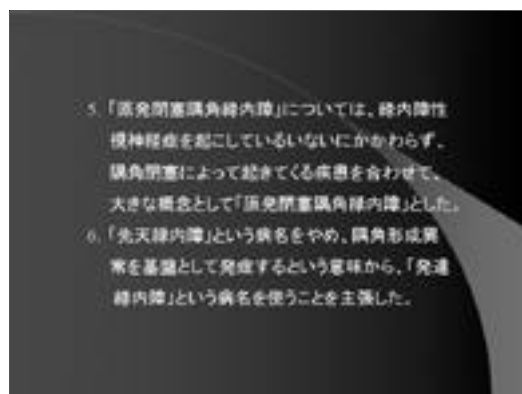
緑内障の診療ガイドラインの第1版ですが、特徴としては

1. 緑内障の定義・分類を確認し整理・変更した。
2. 検査や治療の方針は原則を示すにとどめた。
3. 目標眼圧の設定を行って治療することを強調した。
4. 従来の「原発開放隅角緑内障」と「正常眼圧緑内障」を合わせた概念として「原発開放隅角緑内障（広義）」を設けた。
5. 「原発閉塞隅角緑内障」については緑内障性視神経症を起こしているいにかかわらず、隅角閉塞によって起きてくる疾患を総合して、大きな概念として「原発閉塞隅角緑内障」とした。
(この5番が今回大きく改訂された一つのポイントです)
6. 「先天緑内障」という病名をやめ、隅角形成異常を基盤として発症するという意味から、「発達緑内障」という病名を使うことを主張した。

スライド-14



スライド-15

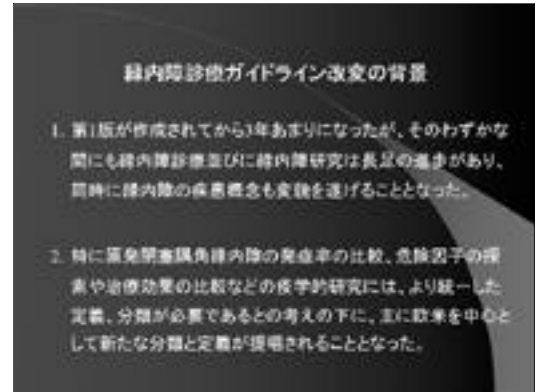


【スライド-16】

実は、この緑内障診療ガイドラインの改変の背景ですが、第1版が作成されてから3年余りになりましたが、そのわずかな間にも緑内障診療並びに緑内障研究は長足の進歩があり、同時に緑内障の疾患概念も変貌を遂げることとなりました。

特に原発閉塞隅角緑内障の発症率の比較、危険因子の探索や治療効果の比較などの疫学的研究には、より統一した定義、分類が必要であるとの考えの下に、主に欧米を中心として、新たな分類と定義が提唱されることとなりました。

スライド-16



【スライド-17】

海外の臨床ガイドラインの中には、代表的なものに

1. 米国の American Academy of Ophthalmology の “AAO Preferred Practice Pattern”
2. ヨーロッパの European Glaucoma Society の “Terminology and Guidelines for Glaucoma”
3. アジアの “Asia Pacific Glaucoma Guidelines”

この3つがありまして、今回我が国のガイドラインがこれに加わったということです。

スライド-17



【スライド-18】

実は、この原発閉塞隅角緑内障の概念・分類で、新たに国際的に新国際分類というものができまして、従来一つの原因閉塞隅角緑内障というものが、スライドに示す3つに細かく分けられました。

従いまして、わが国の今回の改訂版におきましても、グローバル化に対応していく必要が生じたということで、新国際分類を取り入れたということです。

スライド-18



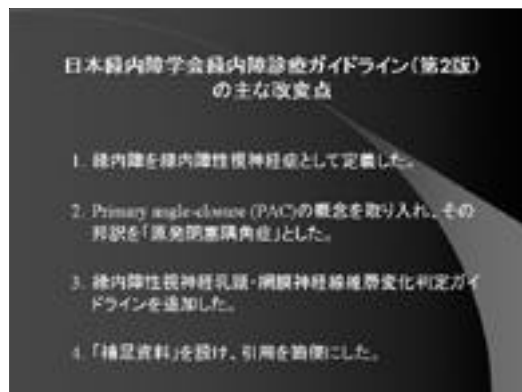
【スライド-19】

今回の第2版の主な改変点は以下の通りです。

1. 緑内障を緑内障性視神経症とし

- て定義した。
2. Primary angle-closure (PAC) の概念を取り入れ、その邦訳を「原発閉塞隅角症」とした。
 3. 緑内障性視神経乳頭・網膜神経線維層変化判定のガイドラインを新たに追加した。
 4. 「補足資料」を設け、引用を簡便にした。

スライド-19



【スライド-20】

新しい分類と定義に関する問題点ですが、

1. 視野欠損や緑内障性視神経症がなければ、従来の急性原発閉塞隅角緑内障も緑内障ではなく原発閉塞隅角症になる。
2. 緑内障性視神経症の有無に関わらず、PAC と PACG は同一の解剖学的異常に基づいて発症し、基本的な治療方針もかわらないものを区別する臨床的な意義は少ない。
3. 一つにまとめられている PAC の中でも、眼圧が高いものと眼圧が低いものでは臨床像がかなり異なり、治療方針も異なると考えられる。

このような問題点もあるわけです。

【スライド-21】

まとめとして、日本緑内障学会の緑内障診療ガイドライン（第2版）の作成の目的と、改訂のポイントについて述べました。

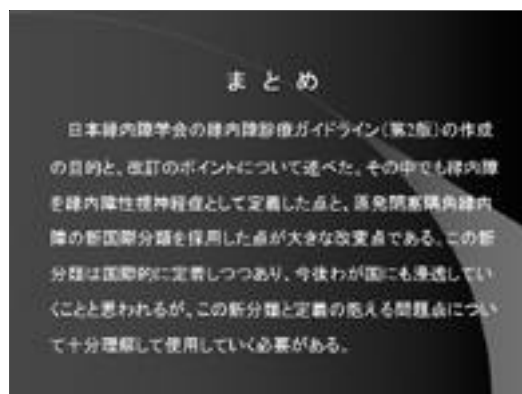
その中でも緑内障を緑内障性視神経症として定義したという点と、原発閉塞隅角緑内障の新国際分類を採用したという点が今回の大きな改変点です。

この新分類は国際的に定着しつつありまして、今後我が国にも浸透していくことと思われませんが、この新分類と定義の抱える問題点について十分理解して使用していく必要があると考えます。

スライド-20



スライド-21



質疑応答

会場： 大変きれいな発表を有り難うございます。私は本財団の選考委員長をやっておりますが、先生のこのご研究を採択させていただいたときの考え方を申し上げて、先生のご意見を伺いたいと思います。

実は、ヘルスリサーチというものの中で、ガイドラインを作ることにまで助成をするべきかどうかということ、色々考えました。ガイドラインはたくさんあるものですから、それを一つ一つ全部助成していったら、これはたまたまのものではないということもありました。ただ、先生のガイドラインの意義が大変よく分かったものですから、まず一つのサンプルとして、という大変失礼なのですが、助成をさせていただいて、少しでもガイドラインの普及ができればいいなと思ったわけです。

ただ、ガイドラインに我々が関心を持つ背景を言いますと、ガイドラインができたことによって、実際に診療内容とか診療の質とかがどう変わったかというところが、ヘルスリサーチの立場からは一番関心のあるところなのです。

先生の場合には、もう既に第1版ができていて、これは第2版であるということもありますが、第1版ができたことによって緑内障の日本の治療とか質がどのくらい変わったかということについては、先生の学会として、何らかのご研究なりデータなりをお持ちかどうかということ、ご質問したいのです。

阿部： 実は第1版のガイドラインを発行した後、学会誌には特集号として載せましたが、白衣のポケットに入るような小さなポケット版というものは、約1,200～1,300名の日本緑内障学会の会員だけにしか配ってありませんでした。従いまして、どちらかといえば関心が低い状況でしたが、今回の第2版に関しては、ポケット版を日本眼科学会会員全員に、ファイザー社から配布していただきました。ほとんどの眼科医全てがそれを手中にしたということで、非常に大きな反響がございました。

今まで関心が薄かった眼科医が多かったのですが、今回は緑内障診療ガイドラインに対して非常に多くの関心を持って頂きまして、日本全国隅々まで、ガイドラインに基づいた診療、それから診断、治療、さまざまな緑内障をめぐる問題について知識・情報が広く行き渡ったということで、全般の診療レベルの底上げといったものが期待できると、私は確信しております。

会場： 素晴らしいことだと思うのですが、追加として、どのように変わったかということ、学会として、何らかの形でデータとしてお取りいただくと大変よいのではないかという気がいたします。是非その辺をよろしく願いいたします。

阿部： はい今後の宿題とさせていただきます。有り難うございます。