

日本視野研究会

高橋現一郎

東京慈恵会医科大学眼科学講座

第26回日本視野研究会は、平成19年4月19日(木)9:00~12:00大阪国際会議場(第2会議室)で開催された。今回の一般演題では、視野に影響を与える要因や初期視野異常の検出に関する演題、さらには新しい検査法や新しい視野解析プログラムの紹介がなされ、活発な討論が行われた。

ミニシンポジウムでは、島田典明先生(東京医科歯科大)に強度近視と視野障害について、藤本尚也先生(井上記念病院眼科)には、緑内障類似の視野、特に神経眼科疾患との関連についてご講演いただいた。また、教育講演では、鈴木弘隆先生(中野総合病院)に、身体障害者認定と視野—自動視野計での判定—についてご講演いただいた。

1. 一般講演

座長：高橋現一郎(東京慈恵医大)

1) 視野検査、特に周辺視野計測における眼球光学系の収差の影響

高橋現一郎¹⁾、大野 建治²⁾、藤池 佳子²⁾、逸見 睦子²⁾、野田 徹²⁾、大沼 一彦³⁾、北原 健二¹⁾

(¹⁾東京慈恵医大、²⁾東京医療センター、³⁾千葉大工)

眼内レンズ眼と屈折矯正手術眼で、周辺視野に収差の影響が出た症例が報告された。

2) MP1により1/4盲が明瞭となった陈旧性脳梗塞の1例

上原淳太郎¹⁾、菅原 岳史¹⁾、藤本 尚也²⁾、山本 修一¹⁾

(¹⁾千葉大、²⁾井上記念病院眼科)

Goldmann 視野、Humphrey 視野で同名半盲が疑われたが明瞭ではなく、MP1で明瞭に半盲が検出された症例が報告された。

3) Preperimetric glaucomaにおける眼底対応小視標視野計とハンフリー視野計の比較検討

中谷 雄介¹⁾²⁾、大久保真司²⁾、東出 朋巳²⁾、岩瀬 愛子³⁾、可児 一孝⁴⁾、杉山 和久²⁾

(¹⁾氷見市民病院、²⁾金沢大、³⁾多治見市民病院、⁴⁾川崎医療福祉大)

緑内障性眼底所見を有するが、視野検査結果が正常範囲内である場合、眼底対応小視標視野と Humphrey 視野の比較が報告された。

4) 自動動的視野計オクトパス 101 GKP とゴールドマン視野計の比較

若山 暁美、松本 長太、大牟禮和代、橋本茂樹、下村 嘉一
(近畿大)

自動的に動的視野測定が行える Octopus 101 GKP と Goldmann 視野計では、ほぼ同等の結果が得られることが報告された。

5) SITA-standard における Anderson criteria の基準別初期異常検出率

鈴木 弘隆¹⁾、吉川 啓司²⁾、木村 泰朗³⁾
(¹⁾中野総合病院、²⁾吉川眼科、³⁾上野眼科)

SITA-standard における Anderson criteria の初期異常検出率を検討した結果、PD map が最も検出力が高かったと報告された。

6) 新しい視野解析プログラム EyeSuite perimetry の Cluster—Trend 解析の有用性

高田 園子¹⁾、奥山 幸子¹⁾、七部 史¹⁾、野本 裕貴¹⁾、橋本 茂樹¹⁾、松本 長太¹⁾、下村 嘉一¹⁾、有村 英子²⁾
(¹⁾近畿大、²⁾近畿大・堺)

今まで検出できていなかった局所的な視野異常が検出可能であったと報告された。

7) 新しい視野解析プログラム Polar diagram の有用性

七部 史¹⁾、有村 英子²⁾、高田 園子¹⁾、野本 裕貴¹⁾、橋本 茂樹¹⁾、奥山 幸子¹⁾、松本 長太¹⁾、下村 嘉一¹⁾
(¹⁾近畿大、²⁾近畿大・堺)

視神経乳頭や神経線維束などの緑内障性の形態学的な変化と機能的な変化としての視野変化の対応を容易にするプログラムであり、その有用性が報告された。

2. ミニシンポジウム 「眼底と視野」

座長：山崎 芳夫(日本大・板橋)

1) 強度近視眼にみられる視野障害

島田 典明、安澄健次郎(東京医科歯科大)

強度近視眼にみられる視野障害は、網脈絡膜萎縮などの網膜病変、緑内障などさまざまな病態から生じるが、詳細は不明な点も多い。そこで、強度近視眼にみられる緑内障または緑内障様視野障害について多数例での特徴を検討した。

頻度については視野障害の定義により異なるが、13~20%であり、耳側の視野障害も約6割と多くみられた。予後については、5年以上の経過観察ができた31眼で

は、約 75% に、Goldmann 視野での 10% 以上の欠損の進行を認めた。さらに、乳頭周囲剝離について、強度近視眼全体の約 5% に認められ、視野障害の合併を高頻度に認めたため、視野障害の存在を示唆する指標となりうると考えた。

2) 緑内障類似の視野 神経眼科疾患

藤本 尚也(井上記念病院眼科)

緑内障類似の視野を示す疾患として、前部虚血性視神経症、糖尿病乳頭症、傾斜乳頭、視神経炎、梅毒性視神経症、中毒性視神経症、視神経低形成、脳腫瘍、副鼻腔疾患などがある。前部虚血性視神経症は眼底と視野が全く緑内障と同様になることもあり、急性期や視力低下が鑑別点となる。視神経低形成は、視野の障害部位、網膜神経線維層欠損部位の違いがあり、視野障害は非進行性である。しかし、視神経低形成に緑内障を合併することもあり、静的視野測定が不可欠である。また、周辺視野において経過観察で静的視野の測定が必要である。脳腫瘍は軽度の視野障害のときに緑内障と類似するが、静的視野検査を閾値で施行することにより、垂直経線の左右における閾値差により半盲を疑い、磁気共鳴画像法(MRI)を施行する。副鼻腔疾患は眼底と視野障害の不一致から疑い MRI を施行する。緑内障だと思っても、神経眼科疾患のことがあるので、眼底と視野をよくみて判断していく必要がある。

3. 教育講演

座長：岩瀬 愛子(多治見市民病院)

身体障害者認定と視野—自動視野計での判定—

鈴木 弘隆(中野総合病院)

自動視野計での視野障害判定の問題点と対策について、①視野の 2 分の 1 の判定、② 10° 以内の狭窄の判定、③ 視能率、損失率算定、について講演した。認定に際しては、まず周辺視野を単一輝度のスクリーニングでもよいから測定し、その存否を確認する。また、両眼の視野の重ね合わせには、左右眼の対応する検査点のよい方の感度を選択(best location 法)して判定すればおよそその判定が可能である。求心性狭窄の判定は、周辺視野が残存していても、中心視野と分離していれば可能であるが、視野の損失率算出には、一般臨床で使用される 6° 間隔の検査点配置では困難であり、C10-2 のような 10° 以内に特化したプログラムでの検査が必須である。しかし、自動視野計での損失率算出法が確立されておらず、臨床で使用するプログラムでの判定には限界があり、東京医科大学から以前発表された等級判定用のプログラムについて紹介した。臨床上自動視野計が多用される現在、身体障害者認定のための自動視野計による視野障害判定法の確立が待たれることを強調した。

4. 2008 年度国際視野学会を開催するにあたり

松本 長太(近畿大)

2008 年 5 月 21~24 日に奈良県新公会堂において、松本長太先生(近畿大)が会長となり開催される、第 18 回国際視野学会(18th International visual field & imaging symposium)の概要が紹介された。