

## IV. 病原微生物に対する治療 (図 1)

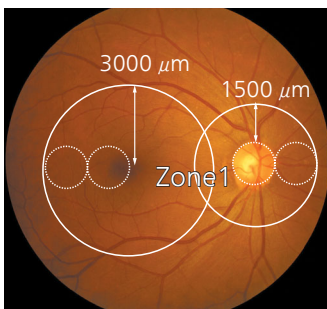
CMV 網膜炎をきたす患者の大多数が免疫不全者で、ウイルスの再活性化により発症することから、治療は免疫能改善のための原疾患の治療に加え、抗 CMV 療法が必要となる。抗 CMV 療法はガンシクロビル点滴静注が第 1 選択となり、病巣の発症部位や大きさ、副作用の出現などに応じてバルガンシクロビル経口投与やホスカルネットの点滴静注、ガンシクロビルまたはホスカルネットの硝子体内注射を単独あるいは併用することがある。

## V. 続発症への対応

### 1. 網膜剥離 (図 2)

網膜剥離は滲出性と裂孔原性に分けられる。後極部血管炎型の遷延例では、ときに滲出性網膜剥離を合併する。光干渉断層計(OCT)では原田病のように隔壁をもたず、フィブリンを伴うこともある。抗 CMV 療法により病巣が鎮静化すると、剥離も消失する。

CMV 網膜炎が鎮静化すると、網膜全層が壊死に至りレース状に菲薄化する。そのため、硝子体の牽引が加わると容易に多発裂孔を生じ剥離をきたすため、鎮静化した後も注意深い経過観察が必要となる。網膜光凝固術は網膜剥離の進行予防として有効なため、必要に応じて健常部網膜に網膜光凝固を施行することもある。治療は外科的治療が必要となるが、術式は急性網膜壊死の場合のように硝子体切除術+眼内光凝固術+輪状縮結術+長期滞留ガスまたはシリコンオイル注入すべてが必要となるわけではなく、病巣の大きさや剥離の程度に応じてこれらの術式を組み合わせる。適切な時期に治療が施行されれば予後も急性網膜壊死ほど悪くない。硝子体の牽引の程度は OCT を用いて経時的に観察できるため、予防的硝子体手術の是非について、今後 OCT 所見が鍵となることは間違いない。



部位	
zone 1	中心窩を中心に半径 3000 $\mu\text{m}$ (2 乳頭径大) 以内 (概ね耳側アーケード血管領域内) および視神経乳頭辺縁より 1500 $\mu\text{m}$ (1 乳頭径大) 以内
zone 2	zone 1 を除き赤道部まで(渦静脈を結んだラインで眼底写真が撮れる部位)
zone 3	zone 2 より周辺部の鋸状縁まで

(Holland GN, et al : Arch Ophthalmol 107 : 1759-1766, 1989 より)