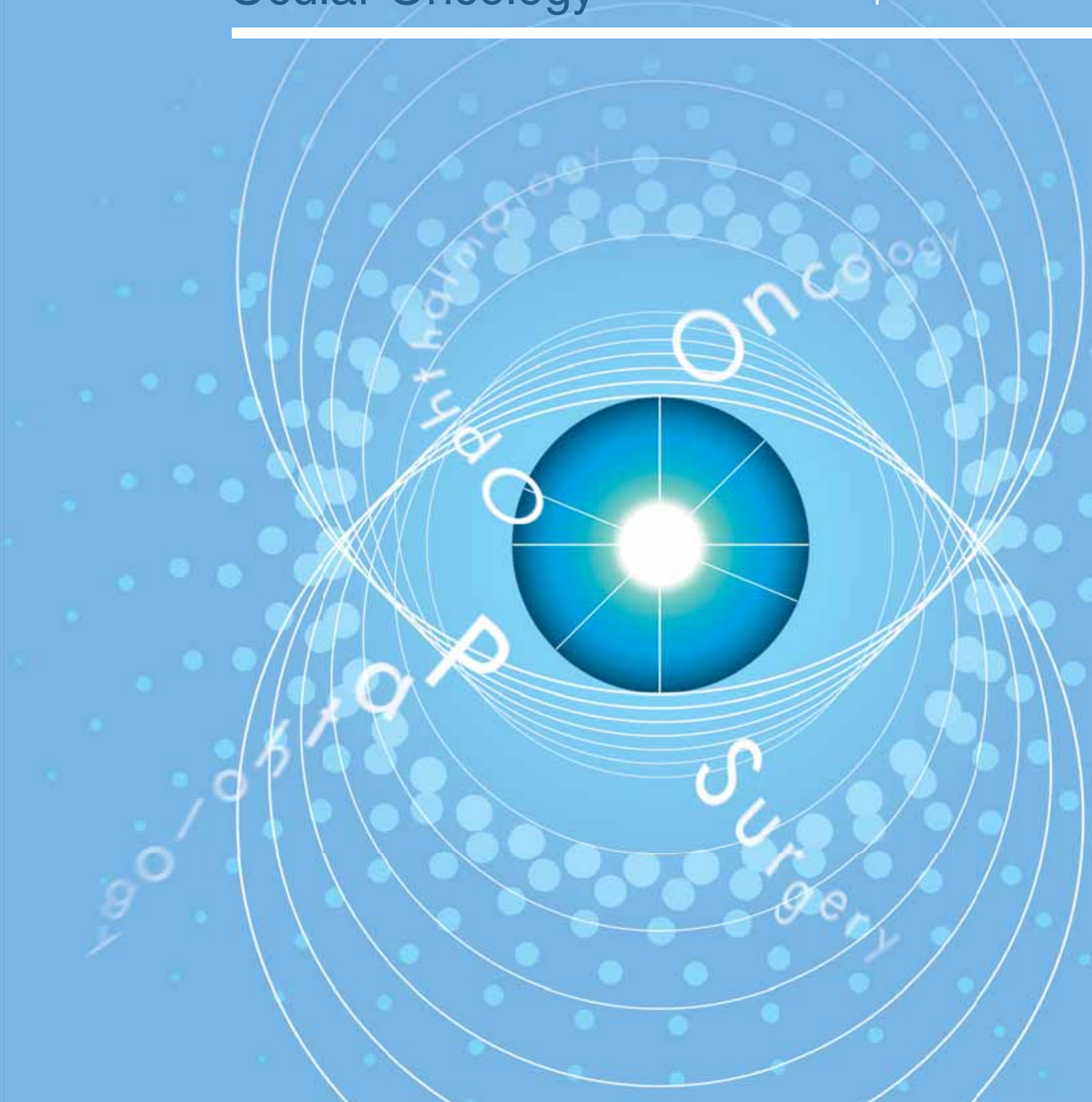


日本眼腫瘍学会誌

Journal of
Japanese Society of
Ocular Oncology

Vol. 6 2017

September



日本眼腫瘍学会誌

Journal of
Japanese Society of
Ocular Oncology

Vol. 6 **2017**
September



目 次

TOP 原著論文	水門 由佳・他	1
----------	---------	---

第34回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(1) 小児眼科腫瘍	大島 浩一・鈴木 茂伸	5
一般講演(2) 眼内腫瘍 I	溝田 淳・古田 実	7
一般講演(3) 眼内腫瘍 II	高橋 寛二・敷島 敬悟	9
一般講演(4) リンパ増殖性病変	辻 英貴・加藤 諭	11
一般講演(5) 眼窩 I	兒玉 達夫・嘉島 信忠	14
一般講演(6) 眼瞼結膜 I	江口 功一・渡辺 彰英	17
一般講演(7) 眼瞼結膜 II	林 暢紹・吉川 洋	19
一般講演(8) 眼窩 II	高村 浩・高比良雅之	21

ISOO 2017 in Sydney、学会印象記

大島 浩一	23
-------	----

学会記録集

開催一覧	26
役員一覧	27
会 則	28
入会案内	31
投稿規程	32
著作権譲渡同意書	33
タイトルページ作成要項	34

編集後記

小幡 博人・荒蒔 克恵	35
-------------	----

TOP 原著論文

瞼板内角質嚢胞との鑑別を要した 眼瞼結膜嚢胞性病変の1例

○水門 由佳¹⁾、加瀬 諭¹⁾、石嶋 漢¹⁾、高桑 恵美²⁾、石田 晋¹⁾

1) 北海道大学大学院医学研究科 眼科学分野

2) 北海道大学病院 病理診断科

A case of cystic lesion in the palpebral conjunctiva that required differentiation from intratarsal keratinous cyst

○Yuka Suimon¹⁾, Satoru Kase¹⁾, Kan Ishijima¹⁾, Emi Takakuwa²⁾,
Susumu Ishida¹⁾

1) Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine and Graduate School of
Medicine, Hokkaido University

2) Department of Surgical Pathology, Hokkaido University Hospital

〈要 約〉

【緒言】 瞼板内角質嚢胞は、瞼板内に発生する腫瘍性病変において代表的な嚢胞性病変である。今回我々は、瞼板内角質嚢胞と鑑別を要し、眼瞼結膜に発生した嚢胞性病変の1例を経験したので報告する。

【症例】 62歳女性。6年前から右上眼瞼の腫脹と自然排膿があり、前医にて経過観察を行ってきた。腫瘍が増大傾向を示したため、眼瞼脂腺癌などの悪性疾患が疑われ、当科紹介となった。初診時、右眼の上眼瞼結膜側に突出する黄色腫瘍がみられた。同日、眼瞼結膜から腫瘍の切除生検を行った。腫瘍の本体は瞼板内にみられ、病理組織検査では、一部に顆粒層を有する異型に乏しい重層扁平上皮が嚢胞状構造を形成しており、眼瞼結膜に隣接していた。嚢胞内腔には層板状の角化物が見られ、病理組織学的には表皮嚢胞を考へる所見であった。

【結論】 上眼瞼の代表的な嚢胞性病変として、表皮嚢胞、瞼板内角質嚢胞が挙げられる。本症例は、臨床的に開口部が結膜と考へられること、嚢胞壁に顆粒層を有することから表皮嚢胞、瞼板内角質嚢胞とは異なる結膜嚢胞性病変である。

Key word : 瞼板内角質嚢胞、眼瞼嚢胞、病理学
intratarsal keratinous cyst, eyelid cyst, histopathology

＝ 緒 言 ＝

瞼板内角質嚢胞は瞼板内に形成される非炎症性の嚢胞であり、マイボーム腺の閉塞に起因する。臨床的には霰粒腫と誤診されることが多いが、霰粒腫と異なり、嚢胞壁を摘出しないと再発する。嚢胞を切開すると、白

色液状、クリーム状、黒色泥状の内容物が排出される¹⁾。

瞼板内角質嚢胞の病理組織学的所見には、嚢胞壁は顆粒層を欠く数層の扁平上皮細胞からなり、嚢胞内腔には好酸性角質がみられ、線維性被膜を有する等の特徴がある²⁾³⁾。

我々は、瞼板内角質嚢胞との鑑別を要する結膜嚢胞性病変の1例を経験したので報告する。

＝ 症 例 ＝

62歳、女性

主 訴：右上眼瞼の腫瘍。

既往歴・家族歴：特記事項なし。

現病歴：初診の6年前から右上眼瞼の腫脹と自然排膿があり、前医にて経過観察を行ってきた。腫瘍が増大傾向を示したため、眼瞼脂腺癌が疑われ、切除目的で当科を受診した。

初診時細隙灯顕微鏡所見：右上眼瞼を翻転すると、眼瞼結膜側に突出する黄白色腫瘍がみられ、腫瘍の中央部が陥凹していた(図1)。眼瞼皮膚、マイボーム腺開口部に異常はなかった。

臨床経過：同日、眼瞼結膜から腫瘍の切除生検を行った。術中、腫瘍の本体は瞼板内にみられた。術後約12か月経過しているが、嚢胞性病変の再発はない。

腫瘍の病理組織学的所見：異型に乏しい重層扁平上皮に被覆された嚢胞で、結膜に隣接してみられた(図2-a 矢頭)。周囲には副涙腺と考えられる腺構造がみられ

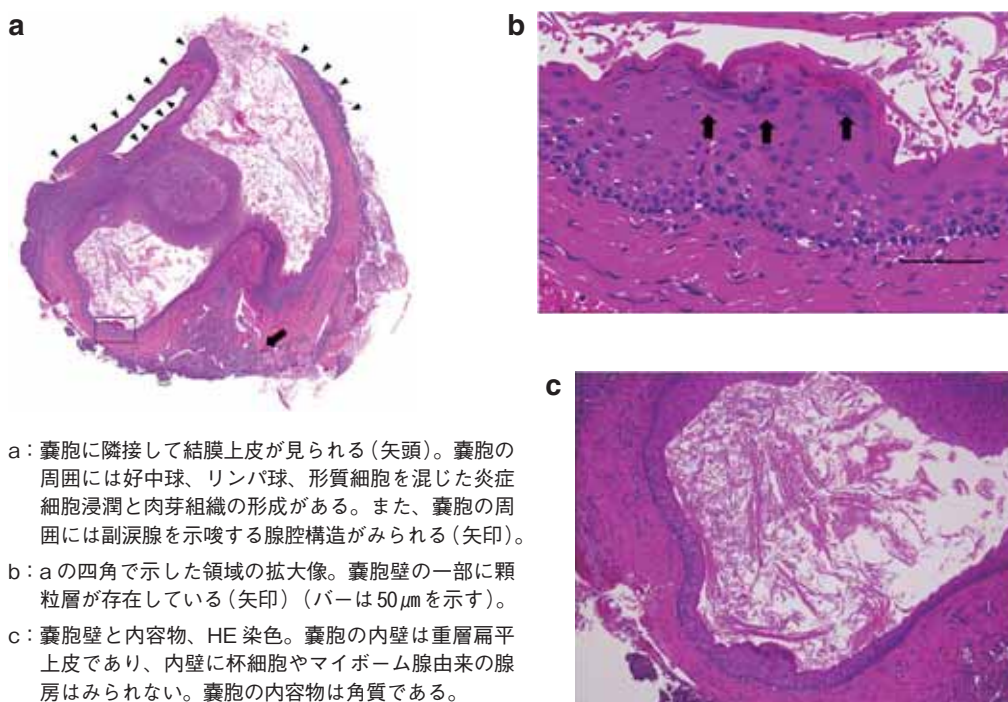


図1 初診時の細隙灯顕微鏡所見
右眼の上眼瞼結膜側に突出する黄白色腫瘍がみられ、腫瘍の中央部が陥凹している。

た(図2-a 矢印)。嚢胞壁の一部には、顆粒層を伴っていた(図2-b)。嚢胞内腔には層板状の角化物が充満していた(図2-c)。一方、嚢胞壁に杯細胞や脂腺の構築はなかった。周囲には好中球、リンパ球及び形質細胞を混じた炎症細胞の浸潤と肉芽組織の形成が見られたが、異物反応はなかった。

＝ 考 按 ＝

本症例は、病理組織学的には表皮嚢胞を考える所見であった。しかしながら眼科的には、表皮嚢胞は基本的に眼瞼皮膚から発生し、嚢胞の本体は真皮から皮下



a：嚢胞に隣接して結膜上皮が見られる(矢頭)。嚢胞の周囲には好中球、リンパ球、形質細胞を混じた炎症細胞浸潤と肉芽組織の形成がある。また、嚢胞の周囲には副涙腺を示唆する腺腔構造がみられる(矢印)。
b：aの四角で示した領域の拡大像。嚢胞壁の一部に顆粒層が存在している(矢印)(バーは50μmを示す)。
c：嚢胞壁と内容物、HE染色。嚢胞の内壁は重層扁平上皮であり、内壁に杯細胞やマイボーム腺由来の腺房はみられない。嚢胞の内容物は角質である。

図2 腫瘍の病理組織学的所見(HE染色)

組織に存在する。実際、本症例では結膜に隣接する瞼板内病変であり、臨床的には表皮嚢胞の所見ではなかった。

本症例の嚢胞性病変と鑑別を要する疾患として、瞼板内に形成される非炎症性の嚢胞である瞼板内角質嚢胞が挙げられる。発生機序としてマイボーム腺が非炎症性に閉塞し、導管の拡張、マイボーム腺の腺房の消失を伴い、重層扁平上皮の導管上皮が残存し、結果的に嚢胞が形成されると考えられている¹⁾。瞼板内角質嚢胞の病理組織学的特徴としては、嚢胞壁は数層の扁平上皮細胞からなるも顆粒層を欠くこと(外毛根鞘性角化)、内腔には好酸性角質がみられ、嚢胞内に紐状の角質を有すること、嚢胞壁にマイボーム腺に伴う脂腺がないこと、線維性被膜を有すること、などが挙げられる²⁾³⁾。本症例では、嚢胞壁に顆粒層を伴う点が、既報の瞼板内角質嚢胞とは異なる所見であった。

本症例の発症機序について3つの仮説が考えられる。
仮説1：瞼結膜に慢性炎症が持続すると上皮の過形成が起こり、その結果、ヘンレの陰窩と呼ばれる結膜上皮が粘膜固有層に陥入する変化が生じる⁴⁾。本症例はヘンレの陰窩が拡張し、結膜上皮細胞由来の嚢胞が形

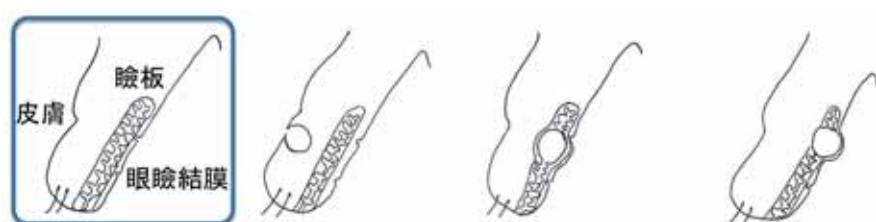
成され、数年に渡る慢性炎症の結果、扁平上皮化生を来とし、角質が貯留した可能性が考えられる。

仮説2：解剖学的には、ヒトのマイボーム腺における連結小導管には顆粒層が存在することが知られており⁵⁾、本症例は連結小導管由来の瞼板内角質嚢胞の可能性が考えられる。

仮説3：副涙腺である Wolfring 腺は、マイボーム腺の端に隣り合って存在する⁶⁾。慢性炎症により Wolfring 腺の導管が閉塞し、瞼板を圧排し、内腔が扁平上皮化生し、嚢胞が形成される可能性が考えられる。しかし、今回の病変部位と Wolfring 腺の位置はやや異なり、この可能性は低いかもしれない。

図3に代表的な眼瞼嚢胞性病変である表皮嚢胞、瞼板内角質嚢胞と本症例を比較する。表皮嚢胞の由来は表皮であり、開口部がある場合は表皮に開口しており、嚢胞周囲に炎症や異物反応を伴うこともある。病理学的特徴としては、嚢胞の内壁は顆粒層を伴う重層扁平上皮であり、嚢胞の内容物は角質である。

瞼板内角質嚢胞の由来はマイボーム腺であり、開口部は検出されず、通常炎症を伴わない。嚢胞の内壁は顆粒層を欠く重層扁平上皮であり、嚢胞の内容物は層



	表皮嚢胞	瞼板内角質嚢胞	本症例
由来	表皮	マイボーム腺	結膜、マイボーム腺 or Wolfring腺
開口部	表皮 or なし	なし	開口部は不明だが、嚢胞は結膜に隣接していた
炎症	あり or なし	なし	軽度の炎症あり
病理学的特徴	嚢胞の内壁	顆粒層を伴う重層扁平上皮	顆粒層を一部で伴う重層扁平上皮
	嚢胞の内容物	角質層状、網目状に編まれて配列	角質紐状、針状に粗に配列

図3 表皮嚢胞、瞼板内角質嚢胞と本症例のシェーマ

本症例は既報の嚢胞性病変と異なる特徴を有している。

状の角質である。一方、本症例においては、病理組織学的に開口部を証明することはできなかったが、結膜に隣接していたことから、由来は、結膜上皮、マイボーム腺の連結小導管、あるいは Wolfring 腺の可能性が考えられた。また、嚢胞周囲に軽度の炎症を伴っていた。嚢胞の内壁は顆粒層を一部で伴う重層扁平上皮であり、嚢胞の内容物は角質であった。

本症例は、既報の嚢胞性疾患とは異なる特徴を有する結膜嚢胞性病変である。

本稿の主旨を第49回眼科臨床病理組織研究会で発表した。

利益相反：利益相反公表基準に該当なし

【文 献】

- 1) 吉川洋：霰粒腫と瞼板内角質嚢胞（マイボーム腺嚢胞）。知っておきたい眼腫瘍診療。医学書院，東京，204-10，2015.
- 2) Jakobiec F, Mehta M, Iwamoto M, et al: Intratarsal keratinous cysts of the meibomian gland: distinctive clinicopathologic and immunohistochemical features in 6 cases. Am J Ophthalmol 149: 82-94, 2010
- 3) Patel V, Meyer D, Carlson A, et al: Intratarsal keratinous cyst of the meibomian gland (A sebaceous duct cyst): Report of 2 cases. Am J Dermatopathol 33: 624-7, 2011.
- 4) 小幡博人：ヘンレの陰窩と結膜結石。眼科45: 1061-4, 2003.
- 5) Knop E, Knop N, Millar T, et al: The International workshop on meibomian gland dysfunction: Report of the subcommittee on anatomy, physiology, and pathophysiology of the meibomian gland. Invest Ophthalmol Vis Sci 52: 1938-78, 2011.
- 6) 小幡博人：眼瞼の解剖－副涙腺。眼科45: 925-9, 2003.

第34回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(1)

大島 浩一(岡山医療センター)

鈴木 茂伸(国立がんセンター)

一般講演(1) [小児眼科腫瘍]

- | | |
|--|---------------------------|
| 01 九州大学病院で加療した眼窩部横紋筋肉腫8例の経過 | 高木 健一(九州大) |
| 02 片側性網膜芽細胞腫の他眼発症リスクについての検討 | 鈴木 茂伸(国立がんセンター) |
| 03 神経線維腫症Ⅰ型(neurofibromatosis type I, NF-I)に合併した視神経膠腫の診断と治療 | 柳澤 隆昭(東京慈恵医大 脳神経外科/埼玉医科大) |
| 04 Cure worse than disease? :
視神経膠腫・網膜芽細胞腫に対する放射線治療例の長期経過 | 柳澤 隆昭(東京慈恵医大 脳神経外科/埼玉医科大) |
| 05 視神経膠腫瘍に対する治療: 長期的生命予後と機能予後 | 柳澤 隆昭(東京慈恵医大 脳神経外科/埼玉医科大) |

学会最初のセッションは、小児眼科腫瘍に関する5題の演題であった。座長予定であった岡山医療センターの大島浩一先生が診療のご都合で間に合わず、座長は鈴木が担当した。

一般演題1は、九州大学の高木先生が、眼窩部横紋筋肉腫9例(抄録集では8例)の臨床経過を報告した。眼窩肉腫は頻度が低いもののTNM分類も規定され、国際共同研究グループにより種々の研究がされている。今回は眼窩原発に限定せず、眼窩に病変のある横紋筋肉腫の臨床像の検討であった。全例小児発症で、胞巣型が4例と多く、胎児型に比べ予後がよい結果であった。既報では眼窩横紋筋肉腫は胎児型が多く予後良好部位とされているが、今回は組織型の頻度・予後とも異なる結果であった。理由として続発例が含まれること、拠点病院としての症例のバイアスの可能性などが示唆された。

一般演題2は、座長の鈴木が片側性網膜芽細胞腫の他眼発症リスクの検討結果を報告した。片側性の症例を診たときに、他眼発症の可能性に関する基礎的な疫学情報が乏しいため、今回の検討を行った。初診時片側性であった282例の解析で、初発眼の診断時月齢が早い症例で他眼発症が多く、1歳以後に診断された場合は全例最終診断時に片側性であったこと、10年経過して他眼に発症した症例があることなどの臨床情報を提示した。このような基本的な疫学情報を積み重ねて、患者に対し正確な情報提供を行うことが重要と思われる。

一般演題3から5は、慈恵医大脳神経外科の柳澤先生が視神経膠腫の発表をされた。柳澤先生はこれまでも本学会で視神経膠腫に関する演題を発表されており、小児腫瘍科医の視点による教育的な発表である。一般演題3は、神経線維腫症Ⅰ型(以下NF-I)に合併した

視神経膠腫の症例提示および考察であった。NF-I の 10～12% に視神経膠腫が発症するが、症状を有するのは 2～4% であり、全例治療を要するわけではない。視路に生じた神経膠腫の場合に生検は必須ではなく、MRI など画像に基づき診断を行い、増悪・症状の進行がみられた段階で治療を行うことが現在の国際的コンセンサスであることを強調されていた。なお、用語の定義であるが、英語では optic pathway glioma であり、これを視神経膠腫と呼んでいるが、本来は視路神経膠腫と呼ぶべきであろう。視神経膠腫の用語は我々眼科医にとって視交叉に達しない視神経限局の腫瘍と解釈されやすいため、今後用語の整理も必要と思われる。

一般演題 4 は、小児期発症の視神経膠腫と網膜芽細胞腫の症例提示を通し、治療に対する考え方を述べられていた。視神経膠腫に対する放射線治療は 5 年無再発生存率において化学療法を上回るが、長期生存できるがゆえに放射線障害としての血管障害、内分泌機能障害、認知障害による QOL の低下、また二次がんや悪性転化の危険性もあり、長期的予後を考えて放射線治療を選択することの重要性を強調されていた。また、

網膜芽細胞腫に関しても同様であり、原病自体の制御は良好であったが、二次がんとして両側脂腺癌を生じ頭蓋内浸潤を生じた症例の治療経過を提示することで、初期治療を選択する際には短期的な治療成績にとらわれることなく、患者の将来も考えた治療選択が重要であることを強調されていた。我々眼科医（眼腫瘍医）は腫瘍だけではなく患者とその将来を考えて治療方針を決める必要があることを改めて認識した。

一般演題 5 は、視神経膠腫の治療成績について、昨年度の報告に症例を追加して発表された。対象は片側視神経限局の 4 例と、視路視床下部の 27 例の計 31 例であり、初発 20 例のうち 19 例は化学療法を行い増大阻止されたが、うち 3 例は再増大があり再治療を要した。再発 11 例においても大部分の症例で化学療法による腫瘍制御が可能であった。一般演題 4 の内容とも重なるが、多くの症例では化学療法に反応し、放射線治療を回避して局所制御が可能である。治療も初期治療、セカンドラインなどある程度標準化されてきており、さらなる症例集積、長期予後のデータ収集により、生命予後だけではなく QOL も考慮した評価方法に基づく治療法の評価・確立が期待される。

一般講演(2)

溝田 淳(帝京大学)

古田 実(福島県立医大)

一般講演(2) [眼内腫瘍 I]

- | | |
|--|---------------|
| 06 若年者にみられた脈絡膜メラノーマの1例 | 後藤 浩(東京医大) |
| 07 小さなぶどう膜黒色腫の2例 | 林田真由香(神戸海星病院) |
| 08 裂孔原生網膜剥離を伴った脈絡膜悪性黒色腫の1例 | 加瀬 諭(北海道大) |
| 09 ぶどう膜黒色腫の重粒子線治療後網膜剥離に対して硝子体手術を施行した1例 | 崔 龍東(神戸海星病院) |

06 若年者にみられた脈絡膜メラノーマの1例

東京医大の後藤らは14歳の女子にみられた脈絡膜メラノーマの1例を報告した。海外ではもっと若年の症例もあるようではあるが、わたくしの知る限りでは本邦では最年少と思われる症例である。画像などの所見からはメラノーマと矛盾しない所見が得られたが若年ということもあり、診断に苦慮、最終的には生検をして確定診断をしたようである。また治療としては、年齢も考慮して重粒子線治療を行っていた。診断、治療を含めてかなり悩ましい症例であったと推測された。

07 小さなぶどう膜黒色腫の2例

神戸海星病院の林田らは比較的小型のぶどう膜黒色腫の2例を報告した。1例は網膜剥離を伴いオレンジ色素も確認された症例で、MRI、SPECTなどの画像からも黒色腫の所見があり、最終的に眼球摘出し、病的に黒色腫であった。もう1例に関しては24歳と比較的若年であり以前から眼内にも病変があったようで、小さい腫瘍というカテゴリーには属さないものであった。病的にも黒色腫の診断であったが、ただ比較的眼内病変の小さいうちから眼外へ進展していたようで

あり、今後の他臓器への転移などの経過が興味深い。

08 裂孔原生網膜剥離を伴った脈絡膜悪性黒色腫の1例

北大の加瀬らは滲出性ではなく裂孔原生網膜剥離を伴った脈絡膜悪性黒色腫の1例を報告した。近医では腫瘍ではなく網膜剥離との診断で手術的に大学病院を紹介したようである。手術の前に腫瘍があるのではということで精査して、黒色腫の診断のもとに放射線治療を行っている。黒色腫と網膜裂孔の関係ははっきりしていないが、少なくとも手術前に診断でき、網膜剥離に対する外科的な治療は行われてはいなかったものでその点は幸いと思われた。裂孔があり網膜剥離があるから単純に手術とするというのではなく、ちょっと頭を使って考える必要を再認識した。

09 ぶどう膜黒色腫の重粒子線治療後網膜剥離に対して硝子体手術を施行した1例

神戸海星病院の崔らはぶどう膜黒色腫に対して重粒子線治療を行いその後出現した漿液性網膜剥離に対して視機能温存目的に硝子体手術を行った。ちなみに反対眼に関しては、以前網膜剥離の既往があり矯正視

力も0.04と低下していた。照射後の漿液性網膜剥離に対してアバスチンなどの治療も行ったがあまり改善が見られなかったようで照射後6か月で硝子体手術を行っている。手術ではILMのピーリングも行っているが、手術後に裂孔原性網膜剥離となり黄斑円孔も伴

い再手術にてシリコンオイルが入った状態である。フロアーからILMの処理の必要性などの質問が出ていたが、反対眼も視力が悪くできたら腫瘍のある方の視力をなるべく保つことに関してなかなか悩ましい症例であった。

第34回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(3)

高橋 寛二(関西医科大)

敷島 敬悟(東京慈恵会医科大)

一般講演(3) [眼内腫瘍Ⅱ]

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 10 OCT-Angiography を用いた孤立性脈絡膜血管腫の
治療前後評価 | 馬詰和比古(東京医大) |
| 11 脈絡膜動脈奇形と診断した1例 | 勝山 敦子(神戸大) |
| 12 肺腺癌の脈絡膜転移に ALK 阻害薬が奏功した1例 | 根本 怜(東京医大) |
| 13 眼球後壁に腫瘤性病変を認めた1例 | 塩瀬 聡美(九州大) |
| 14 眼内悪性リンパ腫の治療成績 | 大口 泰治(福島県医大) |
| 15 原発性眼内悪性リンパ腫の治療経過と予後 | 尾山 徳秀(新潟大学医歯学総合病院/
うおぬま眼科/長岡赤十字病院) |

一般演題10は東京医科大学の馬詰和比古先生らによる OCT angiography (OCTA) を用いた孤立性脈絡膜血管腫の治療前後の評価についての演題であった。結果的に OCTA は治療前の脈絡膜血管腫の血管描出が困難であったが、治療後はある程度血管描出が可能であったことから、治療効果の判定には、この検査所見のみでは不十分であるという結論であった。OCTA は血管病変が高灌流病巣であると描出されやすいが、海綿状血管腫を構成する血管の血流は極めて遅いため、描出が悪かったのではというコメントが会場から寄せられた。検査の性質上、隆起が高い血管腫では OCTA の en face 像では腫瘍血管の全体像を把握することが困難であると予想された。

一般演題11は神戸大学/神戸海星病院の勝山敦子先生らによる脈絡膜動脈奇形と診断した1例の報告であった。脈絡膜動脈奇形は、OCT で脈絡膜の局所的

隆起性病変として検出される脈絡膜内の太い血管であり、隆起部は IA 後期で低蛍光を示したとのことであった。現在までの報告では、脈絡膜 macrovessels の報告があるが、これは異常に太い静脈であることから、動脈の奇形とは異なると考えられた。IA の画像では、網膜の動静脈奇形と非常に良く似た構造を示す血管が造影されており、特に異常に太い動脈が検出されていた。脈絡膜隆起を起こすほどの太い血管であり、脈絡膜内層の毛細血管を外側から圧迫する形態を示していたため、漿液性網膜剥離の発生の原因とならないかが危惧される病変と思われた。

一般演題12は東京医科大学の根本怜先生らによる肺腺癌の脈絡膜転移に ALK 阻害薬が奏功した1例の報告であった。眼科受診を契機に発見された肺腺癌の脈絡膜転移に対し、分子標的薬(ALK 阻害薬)クリゾチニブが奏功し、眼底の漿液性網膜剥離が軽減したと

のことであった。本症例では肺生検で ALK 遺伝子変異を伴う肺癌であったため、クリゾチニブによる治療が行われ、脈絡膜転移病巣にも効果が現れたとの考察があった。近年、各種悪性腫瘍に対して分子標的薬による治療の有効性が次々と報告されているが、脈絡膜転移の場合、患者ごとに生命予後を考えながら、患者の生存期間において視機能を保つためにどのような治療を選択するのかは眼科医にとって悩ましい問題である。全身薬物療法に治療を委ねる場合、効果確認までの程度の期間待てばよいのか、どの程度の患者に有効なのか明らかでないことが現時点での問題点であると思われる。座長から従来行われてきた姑息的放射線照射は行っていないかを質問したが、本報告のような症例はごく一部であるので、現在でも放射線照射を行っているとの返答であった。

一般演題13は前席に続いて、肺腺癌の眼部への転移例の報告であった。症例は網膜皺襞（正確には脈絡膜皺襞であるが）、漿液性網膜剥離が出現し、後極部の隆起性病変、Bモードエコーで強膜の肥厚を認めた高齢男性である。疼痛も有り後部強膜炎様であった。既往に膀胱癌があったが病期分類からは原発巣とは考えにくく、PETにて右肺に浸潤影、喀痰細胞診で class V が検出され、肺腺癌と診断された。抗がん剤の全身投与で肺原発巣とともに眼部腫瘍も縮小が観察された。通常、前席のように眼内転移は血流が豊富な脈絡膜転移が多いが、本症例は血流が少ない強膜内の腫瘍を呈していた。画像検査では眼球後壁から球後に連続する腫瘍が認められたが、強膜から外方発育を呈したのか、眼窩内転移から眼球壁に浸潤したかは明らかではない。視力が良好で乳頭腫脹もなく、視神経ないし視神経周囲からの浸潤は考えにくく、後毛様体動脈や神経の強膜穿孔部位での浸潤波及が疑われる。

一般演題14と15は原発性眼内悪性リンパ腫（最近では硝子体網膜リンパ腫：VRLと言うそうである）の治療成績と予後に関する hospital-based の後向き調

査の発表であった。

一般演題14は福島県医大からの2003年から2016年までのVRL16例30眼の報告であった。メトトレキサート硝子体注射（IVMTX）を全身治療に先行したのは6眼で、全例合併症はなく、診断から眼内病変寛解まで16日から168日であった。一方、硝子体治療をせず全身治療（化学療法・放射線治療）のみの5眼では眼内病変寛解まで31日から189日であった。診断後全身治療開始まで0.8ヶ月を要しており、IVMTXの先行治療は眼内病変の速やかな寛解に有効であった。平均観察期間は32ヶ月で、最終受診時の眼内病変は77%で寛解していた。経過観察中死亡例は7例で、全例中枢神経悪性リンパ腫を合併しており、眼症状出現から死亡まで15ヶ月であった。今回の調査では、眼症状出現から診断まで4.8ヶ月、紹介受診まで3.2ヶ月を要しており、一般眼科医への啓発が必要であると痛感させられた発表であった。

一般演題15は新潟大学からの同じく2003年から2016年までの20例の報告であった。硝子体混濁は95%、網膜滲出斑もしくは網膜色素上皮病変は31%にみられた。眼内細胞診はすべて class III以上で、IL-10/IL-6比は平均37.8で細胞診と合致しない症例も3例あった。MTX硝子体内注射は平均6.5回（最高17回投与）、rituximab硝子体内注射（MTX眼合併例）は平均6.6回（最高16回投与）で、観察期間中、眼内再発例は5%であった。頭蓋内病変合併例は14例で、眼内病変のみで発症した17例中2例はMPV療法を施行したにもかかわらず、10ヶ月から51ヶ月後に頭蓋内病変を発症した。一般的に、片眼症例では硝子体内注射、両眼症例では放射線療法と全身化学療法が施行される。MTXやrituximab硝子体内注入療法で眼内病変は局所コントロール可能だが、頭蓋内病変発症を予防する手段は現状ではないと報告された。近年、高用量MTX全身投与が頭蓋内病変発症を遅らせるとの報告もあるが、長期的、高齢者のため施行しづらいとのことであった。

第34回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(4)

辻 英貴(がん研有明病院)
加瀬 諭(北海道大)

一般講演(4) [リンパ増殖性病変]

- | | |
|-------------------------------------|-------------|
| 16 10年の経過で眼窩内に充満した結膜 MALT リンパ腫 | 飯島 裕幸(山梨大) |
| 17 放射線治療後に高悪性度転化した眼窩 MALT リンパ腫の1例 | 山名 智志(九州大) |
| 18 眼付属器 MALT リンパ腫の治療に伴う放射線白内障の臨床的特徴 | 福津 佳苗(北海道大) |
| 19 両眼性結膜 MALT リンパ腫のクローナリティに関する検討 | 藤川佳奈子(九州大) |
| 20 IgG4 関連眼疾患の重症度 | 古田 実(福島県医大) |
| 21 切除生検後の IgG4 関連眼疾患の経過 | 大湊 絢(新潟大) |

16 10年の経過で眼窩内に充満した 結膜 MALT リンパ腫 飯島 裕幸(山梨大)

44歳女性の左上方角膜輪部に接する球結膜部に赤色の隆起性病変がみられ、MRIにて内直筋付近に長径8mm程度の腫瘍が存在した。結膜部位の生検で MALT リンパ腫(Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT)-type)の診断となった。放射線治療施行予定も、患者の希望はなく未施行にて来院が途絶え、10年後に眼窩を占拠する巨大腫瘍となり再来院、生検にて前回と同じ MALT リンパ腫の診断の下、R-CHOP1 クールと放射線30グレイ施行で腫瘍は消失した。

本症例は、結膜ではなく眼窩原発 MALT リンパ腫と考えるべきであるとの意見が多かった。もっとも多い結膜円蓋部の MALT リンパ腫とは、結膜の部位および眼窩にも病変が存在した点や臨床経過が異なり、このような症例には再増殖に対してより留意が必要と思われた。また演題17の様に MALT リンパ腫から高悪性度のびまん性大細胞 B リンパ腫(DLBCL)へ

と転化するものもまれではあるがみられるので、通常と異なる所見がみられた場合にはより慎重な経過観察が必要であろう。

17 放射線治療後に高悪性度転化した 眼窩 MALT リンパ腫の1例 山名 智志(九州大)

MALT リンパ腫は予後良好なリンパ腫であるが、より悪性度の高い、びまん性大細胞 B リンパ腫(びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、DLBCL: diffuse large B-cell lymphoma)へ転化する症例もまれではあるが存在する。本演題は62歳の男性の症例で、右)眼窩腫瘍を生検し MALT リンパ腫と診断、放射線治療で寛解を得たが、約3年に急速に増悪して眼球変位・突出および視神経症を呈し、生検にて DLBCL の診断となった。細胞増殖の目安である MIB-1 index は前回の5%から75%に上昇し、免疫グロブリン遺伝子再構成では、前回と同一の場所にバンドが検出された。R-CHOP 療法3クール施行後に眼部放射線治療を行い、寛解を得られている。継時的生検にて悪性転化を証明

した貴重な症例であり、MALT リンパ腫からの悪性転化についてはまれではあるが、常に頭に入れておくべき事項であることを示された。一方、MALT リンパ腫に対する放射線照射が悪性転化に関与したかは不明であり、今後の検討課題の1つと考えられる。

18 眼付属器 MALT リンパ腫の治療に伴う放射線白内障の臨床的特徴

福津 佳苗(北海道大)

眼付属器 MALT リンパ腫に対する放射線治療の有効性は確立されたものとなっているが、眼部には人体で最も放射線感受性の高い水晶体があり、治療後の白内障について、待望の詳細な報告をされている。対象は眼付属器 MALT リンパ腫の21例23眼、男性6例、女性15例、年齢は32～81歳(平均 54.5歳)で、部位は結膜が14例16側、眼窩が7例12側であった。照射は30Gy(10-15回)にて18例23側に施行された。白内障手術を施行した症例は8例11側(47.8%)で、放射線照射後から白内障手術までの期間は平均39.9ヶ月だった。照射を行わなかった症例には白内障手術例はなく、いずれの症例も MALT リンパ腫の再発はみられていない。この報告から、眼付属器 MALT リンパ腫の放射線治療後、白内障手術を要する症例は約半数を占め、照射後平均3年ほどで白内障手術に至ることが判明した。再発の有無と同時に、放射線治療後の白内障についても留意していく必要がある。

19 両眼性結膜 MALT リンパ腫のクローナリティに関する検討

藤川 佳奈子(九州大)

本研究は、結膜における MALT リンパ腫組織より DNA を抽出し、サザンブロット解析および PCR 解析によるクローナリティの解析であった。本研究では眼窩内に腫瘍が存在する症例は除外していた。両眼性結膜 MALT リンパ腫で、クローンを検討できた症例は12例あり、両眼性でも同一クローンと異なるクローンが存在することが判明した。前者の方が、頻度が多いとの報告であった。興味深い結果の一つとして、1例で経過中に咽頭に MALT リンパ腫が発生した症例

があり、結膜原発の MALT リンパ腫において全身にリンパ腫の進展があることが提示された。初診時は片眼性の結膜腫瘍が、ある程度の時間経過とともにもう片眼に結膜腫瘍が発生することもしばしば経験され、そのような症例も同一クローンであることが多い。会場からは、生物学的には興味深い検討であるが、依然この同一あるいは異種クローンが臨床的にどのような意義を有するか(クローンにより全身精査のフォローアップを変えるべきか)判然としないとの意見もあり、今後の検討課題と考えられる。

20 IgG4関連眼疾患の重症度

古田 実(福島県医大)

これまで、IgG4関連疾患の重症判定基準は、ステロイド治療依存性あるいは抵抗例で、治療開始後6か月後も臓器固有の機能障害が残存する例、となるが、IgG4関連眼疾患における重症判定基準はない。演者は臓器腫大、病理組織学的所見および血清 IgG4 値のいずれも診断基準をみたす IgG4関連眼疾患の確定群17例について、解析した。本研究では、涙液減少や角結膜上皮障害を中心に検討していたが、会場からは重症判定基準としては重症度が乏しいとの意見があった。むしろ、視力低下を来す症例や複視を伴う症例が、この基準に該当するのではないかと、との指摘があった。実際、そのような症状を呈する IgG4関連眼疾患では、視神経周囲や外眼筋に炎症所見がみられるが、他方そのような症例は組織診断が得られにくく、IgG4関連眼疾患の確定群に入らない症例となってしまう。今後の検討課題として、確定診断群のみならず疑い群、診断可能群も加えて、重症度について検討することが必要かもしれない。

21 切除生検後の IgG4関連眼疾患の経過

大湊 純(新潟大)

新潟大学における IgG4関連眼疾患の臨床病理学的検討の報告であった。主として、免疫グロブリン重鎖遺伝子再構成(IgH)モノクローナリティの有無、切除後の再燃の有無に注目が集中した。本研究における

再燃の定義は、画像や触診上、腫瘤の再増大を認めた症例であるが、血清 IgG4 値の変動は適応としていなかった。IgH モノクローナリティは実に約3割の症例で検出されたと報告し、陽性率が高い傾向を示した。これは潜在的に近年報告されている IgG4 産生性 MALT リンパ腫との鑑別を慎重に行う必要があることを暗に意味している。切除生検術後の腫瘤の再燃は2割ほどと少ない傾向にあった。これは、IgG4 関連

眼疾患は腫瘤切除が治療法の一つである事、切除後の再燃率は高くないことを示唆している。本疾患ではステロイド薬全身投与は、腫瘤を縮小させる上で非常に有用であるが、漸減中に再燃しやすいこともよく知られている。一方本検討では、ステロイド薬全身投与を行った症例は、切除のみの症例よりも遥かに少なかったことから、腫瘤の全摘出は IgG4 関連眼疾患において、有用な治療法である可能性がある。

一般講演(5)

兒玉 達夫(島根大)

嘉島 信忠(聖隷浜松病院)

一般講演(5) [眼窩 I]

- | | |
|--|------------------------------|
| 22 義眼床に発生した眼窩炎症性腫瘍の2症例 | 徳永 瑛子(九州大) |
| 23 副鼻腔手術に伴う眼窩コレステリン肉芽腫に対して
経眼窩アプローチにて全摘可能であった1例 | 秋野 邦彦(慶應義塾大/
埼玉メディカルセンター) |
| 24 脂肪注入術後に眼窩腫瘍が発生した1例 | 正岡 美紗(帝京大) |
| 25 自然退縮した眼窩リンパ管腫の1例 | 野崎 真世(北海道大) |
| 26 眼窩リンパ管奇形の出血に対し
骨切り併施経眼窩縁アプローチを必要とした1例 | 高橋 真理(慶應義塾大) |
| 27 切除不能涙腺原発脂腺癌に対する
S-1 併用放射線療法の1例 | 柚木 達也(富山大) |

22 義眼床に発生した眼窩炎症性腫瘍の2症例

眼球摘出後の2症例ともはっきりした原因は解明できなかったという報告であった。1例目はリウマチ患者で、眼窩内に弾性硬の母指頭大の腫瘍を触知したため、これを摘出しリンパ球、形質細胞と線維化であった。この症例に対し、MTX 関連リンパ増殖性疾患ではないかとの意見があり、期せずして後に行われた特別講演の丹生健一先生もそれを示唆するような内容のご講演をいただいた。

2例目は以前網膜剥離に対してバックリング(マイラゲル®ではない)施行されたが、眼内炎のため眼球摘出に至り、その後も眼窩内は炎症および原因の特定できない感染様症状が持続したのち、結膜部に弾性硬の腫瘍が発生したため、切除生検を施行、リンパ球主体の線維化という診断に至ったケースである。同様の症状を呈する患者の加療経験がある多施設もあるが、

いずれもバックリング後であることから、本症例はその点に関与していることが疑われると結論付けられた。

23 副鼻腔手術に伴う眼窩コレステリン肉芽腫に対して経眼窩アプローチにて全摘可能であった1例

片側の前頭洞の慢性副鼻腔炎による嚢胞性疾患に対して、過去に眼科・耳鼻科と合同で鼻前頭管経由に副鼻腔へのドレナージを施行したが、ドレナージが再閉塞したため、前頭洞内に炎症波及し、眼窩内および頭蓋底に骨融解しながら浸潤し腫瘍形成したという本疾患に対して、経皮経眼窩上縁より切除し、肉芽腫であったという報告。患者が役者でありスキンヘッドであるためより整容的、低侵襲を心がけたために、開頭手術を選択しなかったこと、経眼窩縁に副鼻腔粘膜由来の本疾患を摘出したということが、趣旨である。これに対し再発予防のためには、摘出するだけでなく眉

間部の小切開で前頭洞前壁を開窓し、前頭洞中隔壁を切除し、健側へのドレナージに努めるべきではないかとの意見もあった。22席の演題同様、期せずして後に行われた特別講演の丹生健一先生は、より低侵襲を求めるのであれば、鼻内視鏡下で前頭洞嚢胞に対する鼻前頭管開放術が可能であるとのこと講演をいただいた。

24 脂肪注入術後に眼窩腫瘍が発生した1例

近年、中国人女性が美容大国韓国へ手術目的で渡航する美容手術ツアーは、同じように日本での爆買いツアーと同様に大きく報じられているのは、ご存知のことかと思われる。ところが最近ではツアーへの参加者が激減しているという。その原因は必然的に生じた医療の質の低下により本演題のような患者が激増したからではないかとも示唆されている。そんな時代背景をもつ興味深い演題が報告された。

38歳の中国人女性、1年前に韓国で自己脂肪組織由来？幹細胞および脂肪移植を施行したが、両眼窩に腫瘍を形成したため、韓国ではなく日本での加療を希望して来日。組織は炎症を伴う類上皮肉芽腫および何らかの異物(オイル?)による嚢胞などを認めた。本邦でも乳がんなどの疾患においても、誤診されやすくなるなどの意見があることや、今後本症と同様な患者を診察する機会が増えてくることが容易に想定されるため、啓蒙的な意味において重要なケースレポートであった。

25 自然退縮した眼窩リンパ管腫の1例

眼窩リンパ管腫は先天性の脈管奇形であるが、しばしば外傷を契機に顕性化して気づかれることが多い。症例は前頭部打撲後に眼瞼腫脹と軽度の視力低下(0.8)をきたしていた。病変は筋肉錐内で視神経と内直筋を圧排し、手術困難な位置であることから経過観察され、腫瘍の縮小と臨床所見の改善をみた。画像上、眼窩骨の拡大や二ボー形成が見られないことから、眼窩静脈圧が上昇するような病変の可能性も指摘された。

26 眼窩リンパ管奇形の出血に対し骨切り併施経眼窩縁アプローチを必要とした1例

症例は生後より眼窩内リンパ管奇形を認めていた。夜間に誘因なく腫瘍内出血と眼球突出をきたし、視力は(0.05)へ低下していた。出血の自然吸収を期待し経過観察されていたが、閉瞼不全による角膜障害をきたしたことから眼窩縁の骨切りアプローチにより血腫除去術を施行された。病理組織にはD2-40陽性のリンパ管腫組織も含まれており、腫瘍部分切除術であった。術後視力は(1.2p)まで改善が得られたが、出血時の画像で眼窩内圧上昇を示す眼球のテント状変形を呈していたことから、緊急手術を支持する意見がみられた。

演題25・26はともに4歳小児に発症しており、眼窩リンパ管奇形の治療方針を提起する演題であった。血管系腫瘍はアプローチが難しい球後病変が多い上に、摘出手術は出血との戦いとなるため、演題26のように視機能障害が深刻でなければ、演題25のように経過観察を行う傾向にある。ただし寛解後も再発の危険があり、その間は発育期の小児であっても運動制限がかかるため、改めて根治手術を行うべきかどうかの問題も出てくる。極めて高度な手術技能を確立した或る眼窩形成医によって、合併症もなく全摘出された眼窩リンパ管腫の症例を見たことがあるだけに、個人的には治療方針のコンセンサスを得るには難しさを感じる症例報告であった。

27 切除不能涙腺原発脂腺癌に対するS-1併用放射線療法の1例

極めて稀な涙腺原発脂腺癌が、眼窩外進展と多発性の肺・肝転移をきたした症例の治療報告であった。眼窩領域の悪性腫瘍はリンパ腫以外に化学療法が確立していない。演者は根治切除不能の涙腺癌患者の延命を図るべく、原発巣に対しては放射線照射(66Gy)を、転移性病変に対してはTS-1を80mg/日投与し、原発巣(眼窩腫瘍)の縮小と転移病巣の増大停止を得ている。脂腺癌は涙腺では非常に稀であるが、眼瞼では最

も多くみられる悪性腫瘍である。本症例では新たな転移巣も見つかっていないことから、もし TS-1 が脂腺癌全般に有用な可能性があるならば、大きな福音となる。今後の治療報告の集積を期待したい。転移巣に対し、原発巣の縮小は明らかに放射線治療が奏功してい

る。自験例であるが、涙腺原発脂腺癌の頭蓋内浸潤に対して本症例と同等の 66G の X 線照射を行い、1 年以上再発が見られていない。演者が涙腺原発脂腺癌の報告が世界で 10 例未満であることをご存じならば、是非とも英文で症例報告を作成していただきたい。

第34回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(6)

江口 功一(江口眼科)

渡辺 彰英(京都府立医大)

一般講演(6) [眼瞼結膜 I]

- | | |
|---|-----------------|
| 28 結膜腫瘍としてみられたアポクリン汗孔腫の症例 | 境 友起夫(関医医療センター) |
| 29 結膜 pigmented epithelioid melanocytoma の再発例 | 溝渕 圭(東京慈恵医大) |
| 30 涙丘部に発症した基底細胞癌の1例 | 児玉 達夫(島根大) |
| 31 角膜上に隆起した巨大な扁平上皮癌の1例 | 児玉 俊夫(松山赤十字病院) |
| 32 インターフェロン β 局所注射を行った
結膜悪性黒色腫21例の検討 | 田邊 美香(九州大) |

28題目は、本来皮膚の汗腺より発生すると考えられるアポクリン汗孔腫の結膜発生の1症例の報告である。汗孔腫はエクリン腺から発生するものが圧倒的に多いと考えられるが、断頭分泌像が見られることからアポクリン腺由来とみたようである。腫瘍の存在部位から Wolfring 腺からの発生ではないかという考察であったが、本来漿液腺である Wolfring 腺から発生するのかどうか疑問は残ると思われる。逆にエクリン汗孔腫という診断であれば比較的思考しやすいのではないだろうか。結膜からの発生ということもあってか色調で赤みが強い印象であった。いずれにしても非常に珍しい腫瘍であるが、発生母地と病理組織の再検討と今後の経過を知りたいところである。

29題目は、第31回に報告された症例の再報告である。Low-grade melanoma の範疇に入る疾患であるが、3年後に再発をきたした。初回切除の隣接部とのことで、細胞レベルでの浸潤があった可能性があるのだろうか。病理組織像はあまり変化はないとのことで

あったが、MIB-1 index の上昇が認められ、再発とともに悪性度が高まったということになるのだろう。Low-grade であってもインターフェロンなど後療法の必要性を感じさせられた症例であった。現在のところ転移はないということだが、今後の経過を見守りたい。

30題目は、涙丘部に生じた基底細胞癌の報告である。涙丘は発生組織学的に下眼瞼と同様の組織であり、下眼瞼に生じる腫瘍はすべて発生しうるとしてよい。上皮は角化上皮と非核化上皮が混在しているため肉眼所見は少し異なることも多い。涙丘の悪性腫瘍は眼瞼に比べ浸潤の程度がわかりづらく、気が付いた時には眼窩内壁の骨膜に沿って深く入り込んでいることも多く、切除範囲は注意が必要で、眼瞼と異なり、腫瘍切除断端の検索をどこでどのようにするか問題があるように思われた。涙丘の悪性腫瘍を疑ったら速やかに画像診断を行い、生検をしたい。基底細胞癌は皮膚科領域では trichoblast 由来という考え方が主流になってきているようで、眼科領域もいずれ名称が変わること

があるかもしれない。

31 題目は、角膜上に隆起した巨大な扁平上皮癌の報告である。演者らの施設への初診時には、角膜腫瘍のために閉瞼不能となっており、腫瘍は露出し易出血性であったということである。眼球結膜を含めた眼球摘出術が施行され、病理は中分化扁平上皮癌であったが、角膜および強膜実質に腫瘍細胞の浸潤は認めなかったとの報告であった。角結膜の扁平上皮癌は角膜実質まで浸潤することがあるが、本症例では角膜上に線維芽細胞の増殖を認め、その線維芽細胞層がバリアとなって実質内浸潤が阻止され、角膜上に巨大な腫瘍を形成したと考えられると演者らは推測した。扁平上皮癌は放置すれば巨大化する腫瘍であり、このような症例をみると、やはり早期診断、早期治療が必須であることを痛感する。

32 題目は、インターフェロン β 局所注射を施行した結膜悪性黒色腫 21 例の報告である。インターフェロン β 局所注射を施行した症例は、17 例で局所切除、4 例で眼球摘出、全例で冷凍凝固が施行されており、予後は 1 例が局所再発、3 例で転移を生じていたが、他は経過観察期間中に再発転移は認めなかった。一方、インターフェロン β 局所注射を施行していない対照の 5 例では、4 例で眼窩内容除去、1 例で眼球摘出が施行されていたが、平均 3 年で 4 例に転移を生じ、平均 4 年で死亡していたとのことであった。インターフェロン β 局所注射が結膜悪性黒色腫に非常に有効な治療であることが示された。今後さらなる症例の追加と長期予後についての報告が待たれるが、現時点でインターフェロン β 局所注射は、結膜悪性黒色腫の治療予後を大きく改善させることができる治療であると考えられる。

第34回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(7)

吉川 洋(宗像眼科クリニック/九州大)

一般講演(7) [眼瞼結膜Ⅱ]

- | | |
|---|---------------|
| 33 涙嚢炎と誤診されやすい眼瞼皮下炎症性肉芽腫 | 渡辺 彰英(京都府立医大) |
| 34 Local advancement flap 法により再建した上眼瞼の
瞼縁腫瘍の6例 | 小幡 博人(自治医大) |
| 35 北海道大学病院における眼瞼嚢胞35例の検討 | 水門 由佳(北海道大) |
| 36 新たに開発された蛍光プローブによる
外眼部悪性腫瘍の迅速診断への応用 | 臼井 嘉彦(東京医大) |
| 37 脂腺癌におけるエクソーム解析結果の検討 | 中山 知倫(京都府立医大) |

学会初日夜の懇親会二次会三次会の影響か静かめに開始した二日目でしたが、第2セッションともなると相変わらずの活発な討論が聞かれました。

一般演題33の京都府立医大渡辺先生の眼瞼皮下炎症性肉芽腫の3例は、若年2例、中高年1例の涙嚢部皮下炎症性腫瘍の紹介。腫瘍と涙道の接点という現在ホットなテーマの演題でした。通水が良好で涙道との関連が証明できず、非感染性炎症の可能性もあるということでした。会場から、また小生から、切除所見で憩室炎と思われるが同様に涙道の通水がよい症例があるというコメントがあった。涙嚢部以外の眼瞼皮下に類似病変を生じることもあるため病因については今後また議論があると思われた。

一般演題34は学会理事長、自治医大の小幡先生から、瞼縁付近の瞼板腫瘍を切除した後、残存した上方の瞼板などを瞼縁に引き寄せて再建するという演題。特別に新しいものではないが「それもありだな」と印象づけられる報告でした。結果のよい症例と、

graft がやや上方に引っ張られる症例とがあるとのことで、上眼瞼挙筋やミュラー筋の剥離手技について討論があったが、剥離手技よりも切除幅に依存するのではないかという結論であった。

一般演題35は北大の水門先生から、眼瞼の嚢胞性疾患35例の由来について検討した報告。代表的な類表皮嚢胞や瞼板内角質嚢胞のほか、ときに follicular cyst、Trichilemmal cyst といった毛包系の嚢胞などがあるとのこと、眼瞼の解剖を再確認させる演題であった。分類困難という症例の詳細病理像が紹介され、それらはエクリン汗腺やアポクリン腺(モル腺)由来が疑われるもので、元組織や化生について討論があった。

一般演題36は東京医大の臼井先生から、悪性腫瘍特異的酵素の酵素活性を蛍光プローブで実体観察するという新しい試みの紹介。比較的地味な眼腫瘍の世界に明るさや楽しさを感じさせる演題でした。凍結検体でも早いものは10～15分で蛍光を発するとのこと、

またポータブルの観察機器もあるということで、術中迅速病理にかわり手術室で行える断端判断の方法として注目される。

セッション最後の演題37は京都府立医大の中山先生より、次世代シーケンサーを用いて脂腺癌 DNA のエクソーム解析を行ったという報告。有効な化学療

法が知られていない脂腺癌では遠隔転移やリンパ行性転移が胸部に達した場合、治療法がないのが現状のため、このような研究によって既存または新規の分子標的薬の開発ないし応用は非常に重要と思われた。今回は少数例で対照となる正常部が明確ではないということであったので今後の研究の発展に期待したい。

第34回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(8)

高村 浩(公立置賜総合病院)

高比良 雅之(金沢大)

一般講演(8) [眼窩Ⅱ]

- | | |
|--|----------------|
| 38 9歳男児の涙腺多形腺腫の1例 | 内海 卓也(東京医大) |
| 39 眼窩における Solitary fibrous tumor の臨床的検討 | 馬場 良(東京医大) |
| 40 当科で経験した眼窩顆粒細胞腫の1例 | 山中 行人(京都府立医大) |
| 41 眼瞼～眼窩に生じた malignant peripheral nerve sheath tumor | 辻 英貴(がん研究有明病院) |
| 42 外眼筋内転移を呈した直腸カルチノイド悪性転化の1例 | 中村 仁紀(東京慈恵医大) |
| 43 肝細胞癌の眼窩内転移の1例 | 濱岡 祥子(金沢大) |

一般演題(8)は眼窩領域に関する6演題であった。

1演題目(第38席)は、東京医大の内海卓也先生による「9歳男児の涙腺多形腺腫の1例」の報告であった。左上眼瞼腫脹を主訴に受診し、CTにて25mm大の眼窩腫瘍がみられ、眼窩骨の圧排像を伴っていた。比較的急な経過より悪性腫瘍も疑われ、経皮的に生検を行ったところ、病理診断は多形腺腫であった。残存する腫瘍は脳外科において開頭手術により全摘出し、術後経過は順調であった。小児の多形腺腫は稀であり、一期的な手術の判断が困難な症例であった。討論では、手術法に関して、開頭手術ではなく、眼窩アプローチでも全摘出は可能ではなかったかとの意見があった。若年の多形腺腫で悪性化した報告例もあるので、今後とも注意深い観察が必要であろうとのコメントがあった。

2演題目(第39席)は、東京医大の馬場良先生による「眼窩における Solitary fibrous tumor の臨床的検討」の発表であった。過去22年間に11例もの多数の Solitary fibrous tumor (SFT) の症例数はさすが東京

医大と感じさせられた。男性5例、女性6例で、広い年齢層にみられた。全例に対して腫瘍全摘出術が行われ、病理組織学的にはCD34や抗Stat6抗体陽性がみられた。これまでに1例のみ再発がみられ、その症例は腫瘍が上斜筋に食い込んでいた。そのため再発腫瘍の摘出には苦労したということであったが、その後は経過良好とのことであった。SFTはいわゆる中間悪性とされるため、術後のフォローアップが重要で、東京医大では1年ごとにGaシンチグラフィーなどを行っているということであった。

3演題目(第40席)は、京都府立医大の山中行人先生による「当科で経験した眼窩顆粒細胞腫の1例」の報告であった。症例は58歳の男性で、3年来の右眼瞼腫脹にて受診した。CTやMRIにて、右眼窩上方内側外眼筋の間に2cm大の腫瘍がみられた。全身麻酔下で腫瘍を一塊として摘出したが、後方に残存腫瘍があると判断し、可及的に追加切除した。病理では顆粒細胞腫と診断された。目下、腫瘍の残存が疑われる軟部

組織の増大傾向はみられていないが、今後も慎重な経過観察を行っていく予定である。討論では、やはり同じ顆粒細胞腫の症例で、切除を繰り返しても再発する症例があり、頭蓋内にまで入り込んだ症例を経験したとの発言があり、やはり本症では再発しやすく難治な症例もあることを念頭に置くべきである。悪性度に関しての Ki-67 (MIB-1 index) は本症例では評価していないとのことであった。

4演題目(第41席)は、がん研究有明病院の辻英貴先生による「眼瞼～眼窩に生じた malignant peripheral nerve sheath tumor」の報告であった。malignant peripheral nerve sheath tumor (MPNST) は軟部組織悪性腫瘍のなかでも稀な腫瘍で、画像診断で Target sign が特徴とされる。今回の症例は NF-1 の既往がある 70 歳男性で、眼瞼および眼窩に腫瘍が多発し、充滿した眼窩内腫瘍のため眼球は穿孔していた。生検で MPNST と診断されたため、速やかに眼窩内容除手術が行われた。MPNST は悪性度が高く、脳神経外科的には腫瘍が全摘出できなければ死亡するとの意見が出された。MPNST の半数は von Recklinghausen 病 (NF-1) に合併するので、NF-1 患者の眼部腫瘍で、特に増大がみられ、やわらかな神経線維腫の腫瘍が硬くなってきた場合には MPNST の可能性も考えるべきであるとのことであった。

5演題目(第42席)は、東京慈恵医大の中村仁紀先生による「外眼筋内転移を呈した直腸カルチノイド悪性転化の1例」の報告であった。症例は68歳女性で、

63歳時に直腸カルチノイドに対して腫瘍切除が行われ、その2年後の肝転移に対して化学療法が行われた既往があった。今回は左眼瞼腫脹を主訴に、MRIにて左眼窩に径25mmの腫瘍、また右眼窩にも10mm大の腫瘍がみられた。左眼窩腫瘍を生検し、カルチノイドの眼窩転移で、MIB-1 index は21.6% と高く、神経内分泌癌と診断された。化学療法にて目下腫瘍は沈静化している。討論では、肝転移の病理に関する質問があったが、その時点で神経内分泌癌であったか否かは不明であった。カルチノイド症候群では、ホルモン異常によるセロトニン症状などを併発する場合があるが、本症例ではそのような症状は見られないとのことであった。

6演題目は(第43席)は、金沢大の濱岡祥子先生による「肝細胞癌の眼窩内転移の1例」の報告であった。症例は68歳男性で、右眼窩内から前頭洞、篩骨洞におよぶ腫瘍がみられ、眼窩部からの生検の結果、肝細胞癌の転移が疑われた。全身検査の結果、肝に多発する肝細胞癌と骨転移がみつかった。原発巣の手術適応はなく、化学療法が行われた。右眼窩および鼻腔転移に対しては放射線治療が施行され、病変は縮小したが、全身的には増悪して死亡の転機をとった。会場からは肝細胞癌の眼部への転移は激しく、急激で短期間で失明するという意見が出された。また、肝細胞癌転移に放射線治療は奏功するののかという質問が出たが、「奏功する」という回答であった。転移性眼窩腫瘍の原疾患として肝細胞癌は稀であるが、可能性の一つとして念頭に置くべきとのことであった。

ISOO 2017 参加報告

大島 浩一(岡山医療センター)

オーストラリアは日差しが強く、メラノーマの患者が多いのです。シドニー大学にはメラノーマ研究所があり、基礎研究から実際の臨床に至るまで、大変活発に取り組んでおり、レベルが高いようです。ISOO は地元オーストラリアをはじめ、欧米からの参加者が多いです。アジアからは、インド、日本の参加者が目立ちます。日本人の参加者は(以下敬称略)、加瀬・石嶋・水門(北大)、古田(福島医大)、後藤・臼井・馬詰・根本(東京医大)、鈴木(がんセンター)、辻(がん研)、柏木(静岡がんセンター)、安積(神戸海星)、大島(岡山医療センター)、および同伴者2名の15名でした。以下、個人的な経験を元に記します。

2017.3.23, 現地の気候(初秋)に慣れ、耳を慣らすために Bondi beach で一泊しました。あいにくと「曇りときどき雨」でした。夕食は300gの sirloin steak でした。

2017.3.24, Ocular Pathology Course. ISOO では眼内腫瘍の比重が高い傾向がありますが、眼付属器の病理と臨床もしっかりと講演されていました。リンパ腫およびリンパ増殖性疾患に関しては、我々のほうが上手だと思いましたが、のんびりしていると追い越されてしまいました。不勉強で恐縮ですが、uveal lymphoma (rare case です)は、vitreo-retinal lymphomaではなく、peri-ocular lymphomaに近いものであることを初めて知りました。眼球に接する lymphoma を見たら、ぶどう膜浸潤の有無をチェックしなければなりませんね。また眼付属器の低悪性度リンパ腫は、転移がなければ経過観察か放射線治療です。放射線の照射量は、従来は30Gyでしたが、24Gy(低容量照射法)とか、たったの4Gy(ウルトラ低容量照射法)というのまで出てきました。また局所化学療法の可能性が模索されています。

夜は、現代美術館(MCA)でオペラハウスを望みつ

つ、立食パーティーでした(dinner and reception by "The eye cancer foundation")。2次会では、地元の先生(Dr.T.S.)の格別のご厚意により、辻先生とご一緒に洗練されたシャンパンをいただきました。

2017.3.25から2017.3.27にかけて、主として眼内腫瘍の講演が行われました。

2017.3.25, 北大の加瀬先生が short case presentation で発表されました。

Rhegmatogenous retinal detachment in a patient with choroidal melanoma simulating choroidal detachment. 夜は Welcome reception で一杯やった後、日本人6名で Darling Harbour 沿いのレストランで魚中心の dinner をいただきました。

2017.3.26, 東京医大の後藤先生が free paper session の座長をされました。夜は、現代美術館(MCA)で cocktail reception に出席しました。

2017.3.27, がんセンターの鈴木先生が、free paper presentation で発表されました。

Genetic mutation analysis of retinoblastoma tumor cells and its relation with previous treatment.

夜は、学会による催しはありませんでした。日曜日で、あいにく良いレストランはお休みでした。やっと見つけた Hilton のブラッセリーで、生牡蠣と180gのビーフを、シャンパンと赤ワインでいただきました。非常に洗練された dinner time でしたが、お相手は残念ながら Az 先生でした。

2017.3.28, 学会最終日で、結膜を主体とする眼付属器腫瘍が主体でした。北大の水門先生、加瀬先生、岡山医療センターの大島が free paper presentation を行いました。

Suimon Y et al: A clinicopathological study on IgG4-related ophthalmic disease.

Ohshima K et al: Clinical findings and clinical

courses of IgG4 producing MALT lymphoma.

Kase S et al: Usefulness of FCM in diagnosis of EMZL of the ocular adnexa.

この session で脂腺癌に関する講演がいくつか為されましたが、日本発の演題がなかったことが非常に残念でした。2年後のロサンゼルスでは、是非とも発表していただきたいです。

本学会では、7名の先生がポスター(e-poster)でご発表でした。しかしながら、とくに若い先生には e-poster ではなく、oral presentation で発表していただきたいものです。データを発表するだけでなく、

会場の人に顔を知っていただき、海外の人と知り合いになり、情報交換できることが大切です。かく言う大島も英語はほとんどしゃべれませんが、それなりに楽しくやっています。英語による質疑応答には抵抗があるでしょうが、質問する方もそのことはよくわかっていますので、なんとかなるものです。大切なことは、「発表内容」と内容を伝えようとする「姿勢」です。

いずれにしても大変刺激になりました。個人的には、リンパ増殖性疾患と脂腺癌では外国に負けまいと頑張りたいと思いました。また地元の生牡蠣とビーフはおいしかったです。

学会記録集

開催一覧

回数	会 期	開催地	会 場	会 長	主 管 校
1	1983年(S58)	富 山	富山医科薬科大学病院	中村 泰久	富山医科薬科大学
2	1984年(S59)	京 都	京大会館	雨宮 次生	京都大学
3	1985年(S60)	福 岡	九大同窓会館	猪俣 孟	九州大学
4	1986年(S61)	東 京	順大有山記念講堂	沖坂 重邦	防衛医科大学
5	1987年(S62)	福 島	福島グリーンパレス	加藤桂一郎	福島県立医科大学
6	1988年(S63)	東 京	国際研究交流会館	金子 明博	国立がんセンター
7	1989年(H1)	岡 山	岡山医学部図書館	松尾 信彦	岡山大学
8	1990年(H2)	仙 台	仙台市民会館	玉井 信	東北大学
9	1991年(H3)	札 幌	北大学術交流会館	松田 英彦	北海道大学
10	1992年(H4)	東 京	幕張メッセ国際会議場	箕田 健生	帝京大学市原
11	1993年(H5)	長 崎	長崎大学医学部記念講堂	雨宮 次生	長崎大学
12	1994年(H6)	福 岡	九大同窓会館	猪俣 孟	九州大学
13	1995年(H7)8月	高 知	高知県教育会館	上野 脩幸	高知医科大学
14	1996年(H8)	東 京	興和ビル大ホール	沖坂 重邦	防衛医科大学
15	1997年(H9)	福 島	裏磐梯猫魔ホテル	加藤桂一郎	福島県立医科大学
16	1998年(H10)9月5日	東 京	国際研究交流会館	金子 明博	国立がんセンター
17	1999年(H11)9月25日	大 宮	大宮ソニックシティホール	小島 孚允	大宮赤十字病院
18	2000年(H12)6月23日	仙 台	仙台市民会館	玉井 信	東北大学
19	2001年(H13)9月1日	浜 松	ホテルコンコルド浜松	中村 泰久	聖隷浜松病院
20	2002年(H14)9月14日	和歌山	和歌山県立医科大学病院	大西 克尚	和歌山県立医科大学
21	2003年(H15)10月9日	岡 山	岡山コンベンションセンター	大島 浩一	岡山医療センター
22	2004年(H16)7月17日	高 知	高知市文化プラザ	上野 脩幸	高知大学
23	2005年(H17)6月25日	新 潟	新潟県医師会館大講堂	江口 功一	新潟大学
24	2006年(H18)7月28日	札 幌	札幌医科大学記念ホール	大塚 賢二	札幌医科大学
25	2007年(H19)9月29日	大 阪	大阪赤十字病院4F 講堂	柏井 聡	大阪赤十字病院
26	2008年(H20)11月22日	東 京	東京医科大学6階臨床講堂	後藤 浩	東京医科大学
27	2009年(H21)6月20日	山 形	山形大学医学部同窓会館	高村 浩	山形大学
28	2010年(H22)9月25日	浜 松	アクトシティ浜松コンgresセンター	嘉島 信忠	聖隷浜松病院
29	2011年(H23)6月25日～26日	福 島	コラッセふくしま	古田 実	福島県立医科大学
30	2012年(H24)6月30日～7月1日	宇都宮	栃木県総合文化センター	小幡 博人	自治医科大学
31	2013年(H25)9月14日～15日	高 知	高知総合あんしんセンター	林 暢紹	須崎くろしお病院／高知大学
32	2014年(H26)7月11日～12日	浜 松	静岡浜松市プレスタワー	辻 英貴	がん研有明病院
33	2015年(H27)10月3日～4日	松 江	くにびきメッセ	兒玉 達夫	島根大学
34	2016年(H28)10月1日～2日	神 戸	シマブンビル	安積 淳	神戸海星病院

日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別 50音順(2017年1月現在)

名誉会員(敬称略)	役 職	氏 名	所 属
雨宮 次生	理 事 長	小幡 博人	埼玉医科大学総合医療センター
猪俣 孟	理 事	安積 淳	神戸海星病院
上野 脩幸	理 事	江口 功一	江口眼科医院／新潟大学
大西 克尚	理 事 (監 事)	大島 浩一	国立病院機構岡山医療センター
沖坂 重邦	理 事	嘉島 信忠	聖隷浜松病院
加藤桂一郎	理 事 (監 事)	児玉 達夫	島根大学
金子 明博	理 事	後藤 浩	東京医科大学
玉井 信	理 事	敷島 敬悟	東京慈恵会医科大学
松尾 信彦	理 事 (学術・広報)	鈴木 茂伸	国立がん研究センター中央病院
箕田 健生	理 事	高橋 寛二	関西医科大学
	理 事	高比良雅之	金沢大学
	理 事	高村 浩	公立置賜総合病院／山形大学
	理 事	辻 英貴	がん研究会有明病院
	理 事	林 暢紹	須崎くろしお病院／高知大学
	理 事	溝田 淳	帝京大学
	理 事 (学術・広報)	古田 実	福島県立医科大学
	理 事	吉川 洋	宗像眼科クリニック／九州大学
	顧 問	中村 泰久	愛知医科大学
	顧 問	八子 恵子	北福島医療センター
	顧 問	小島 孚允	小島眼科医院／さいたま赤十字病院

日本眼腫瘍学会会則

第1章 総則

(名称)

第1条 本会は日本眼腫瘍学会 (Japanese Society of Ocular Oncology, JSOO) と称する。

(事務局)

第2条 本会は事務局を自治医科大学眼科学講座 (〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1) に置く。
なお、運営の一部と会計業務は理事会で承認された学会運営業者に委託する。

第2章 目的および事業

(目的)

第3条 本会は眼腫瘍に関する最新の情報交換と会員相互の研鑽を目的とする。

(事業)

第4条 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行なう。

(1) 総会の開催

(2) 会誌の発行

(3) その他、本会の目的を達成するために必要な事業

第3章 会員

(種別)

第5条 本会の会員は、眼腫瘍に興味を持つ眼科医 (含：研修医) およびその他の関係者をもって構成する。

(1) 正会員

(2) 顧問

(3) 名誉会員

(4) 賛助会員

(入会)

第6条 入会を希望する者は、所定の入会申込書に年会費を添えて本会事務局に提出し、理事会の承認を得なければならない。

第7条 顧問は、眼腫瘍研究の発展に特に功績のあった者で、理事会が推薦し、決定する。
顧問は、本学会の運営が適正に行われるよう理事会等において指導する立場にある。

第8条 名誉会員は、眼腫瘍研究の発展に特に功績のあった者で、理事会が推薦し、決定する。

第9条 賛助会員は、本会の事業を奨助するため所定の賛助会費を納入する団体および個人とする。

(入会員および会費)

第10条 正会員 (顧問を含む) の年会費は5,000円とする。なお、賛助会員の年会費は別途、定める。

第11条 名誉会員は年会費を免除する。

(資格の喪失)

第12条 会員が次の各号に該当した場合は、その資格を喪失するものとする。

(1) 退会したとき

(2) 理事会の決議によって除名されたとき

(退会)

第13条 会員が退会する場合には、事前にその旨を本会事務局に届け出なければならない。

(除名)

第14条 会員が次の各号に該当するときは、理事会の議決により退会させることがある。

- (1) 本会会員として著しく品位を欠く行為があったとき
- (2) 会費を3年以上滞納したとき

第4章 役員

(役員)

第15条 本会に次の役員をおく。

- (1) 理事長 1名
- (2) 理 事 若干名
- (3) 監 事 2名
- (4) 学術・広報 2名
- (5) 総会長 1名

(理事)

第16条 理事は理事会を構成し、会の運営に必要な諸事項を審議決定する。

第17条 理事長は理事の互選によって選出される。

理事長は本会を代表し、会務を掌握し、理事会を招集する。

理事長は収支予算および決算、役員人事など主な会務について、総会もしくはその他の方法により、会員に報告しなければならない。

(監事)

第18条 監事は理事会で選出される。監事は本会の財産、会計および会務の執行を監査し、理事会に出席して意見を述べることができる。

(総会長)

第19条 総会長は理事会で選出される。当該年度の総会運営に当たる。

(役員の任期と欠員について)

第20条 理事長、理事、監事、学術・広報の任期は3年間とする。ただし、理事長は連続して再任されない。

また、理事は再任を妨げない。

理事の年齢は65歳を超えないこととする。

役員に欠員が生じた場合の補充とその方法については、理事会でこれを決定する。

総会長の任期は担当する総会が終了するまでとし、次年度総会長にその職務を引き継ぐものとする。

総会長は連続して就任することはできない。ただし、再任を妨げない。

第5章 総会・理事会

(総会)

第21条 原則として総会を毎年1回開催する。開催時期は理事会と総会長の合議で決定する。

総会での筆頭演者は本学会員でなければならない。

総会長は会員以外の者を総会に招請し、総会で発表させることができる。

(理事会)

第22条 理事会は理事をもって組織し、原則として総会期間中に以下の事項を審議する。

なお、理事会には理事長、総会長の承認を経て、関係者の参加を許可することがある。

(1) 毎年度の事業および会計

(2) その他、理事会が必要と認めた事項

(3) 理事会は理事の3分の2以上の出席をもって成立する。ただし、予め委任状を提出した者は出席者とみなす。

(4) 理事会の審議は出席理事の過半数をもって決し、可否同数のときは理事長の決するところによる。

第6章 会計

(会計年度)

第23条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終了とする。

(事務局の経費)

第24条 本会の事務局の運営に要する経費は年会費をもってこれに充てる。

(総会の運営費)

第25条 総会の運営費は総会の都度、参加費などを徴収してこれに充てる。

参加費の額は年度毎に総会長が決定する。

総会に招請された会員以外の者の参加費は、総会長もしくは理事会の裁量により免除されることがある。

第7章 会則の変更

(会則の変更)

第26条 この会則は理事会の議決を経て変更することができる。

〔附則〕

この会則は平成22年10月10日から施行する。

最終改変日：平成26年7月11日。

入会案内

- 日本眼腫瘍学会は、その目的を達成するため、眼腫瘍に興味を持つ眼科医（含：研修医）およびその他の関係者の皆様の入会を歓迎いたします。
- 入会をご希望の方は、下記の学会ホームページよりお申し込み下さい。
 - ※日本眼腫瘍学会の会計年度は4月1日～3月31日です。
 - 年会費：5,000円
 - 学会ホームページ：<http://jsoo.umin.jp/index.html>
- オンラインでのお申し込みが困難な方は下記へお問い合わせ下さい。

日本眼腫瘍学会事務局代行

〒113-0033 東京都文京区本郷3-35-3 本郷 UC ビル4階
株式会社コンベンションアカデミア
TEL 03-5805-5261 / FAX 03-3815-2028
E-mail jsoo@coac.co.jp

投稿規程

『日本眼腫瘍学会誌』の論文は「原著論文」および「依頼論文」に分類しています。これらについては以下の投稿規定に従って作成してください。掲載にあたっては査読意見に基づく改変を経て編集理事が採否を決定いたします。

掲載料はカラー印刷料金を含め、原則無料です。なお、『日本眼腫瘍学会誌』掲載のすべての論文の著作権は日本眼腫瘍学会に帰属します(著作権譲渡同意書参照)。

「原著論文」投稿規程

1. 他紙に発表されていない、または投稿中でない、臨床に関してあらたな知見を有する論文を受け付けます。純粋な基礎研究は対象外となります。
2. 世界医師会ヘルシンキ宣言に準拠し、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などを参考にしてください。また、多数症例を対象にした研究論文では施設内倫理審査委員会(IRB)の承認が必要です。
3. 原稿は原則としてデジタル媒体(本文はMS-Wordまたは同等のファイル、図表はJPEGとそのプリントアウトをつけて投稿してください。図については解像度360dpi以上のもので、非圧縮または印画紙での投稿をお願いします)。
4. 原稿は以下の区分ごとに、頁数をつけて作成してください。
 - 1) タイトルページ(題名〈日本語と英語〉、著者名〈原則6名以内〉、所属、校正ならびに別刷請求送付先)
 - 2) 要約(和文のみで可。英文をつけることも可能ですがその場合は著者の責任で作成、校正していただきます。編集理事で削除する場合があります)
 - 要約の最後にキーワード(日本語と英語)をつけてください。
 - 3) 本文(緒言、対象と方法〈症例提示〉、結果、考按〈考按ではどの点が新たな知見であるかをわかりやすく記載してください〉)
 - 4) 文献、5) 図の説明と図、6) 表、7) 著作権譲渡同意書などが満たされていれば受け付けます。

論文の採否は編集理事で決定いたします。なお、査読者の意見により原稿に加筆、修正、削除などをお願いすることがありますので、あらかじめご了承ください。

「依頼論文」投稿規程

「依頼論文」は原則として編集理事からの依頼原稿です。

論文内容は臨床医にとって有用な解説的内容が主体となりますが、引用文献、図、表の扱いは後述の記載事項に準拠していただきます。また、掲載に際しては編集理事から修正を求めることがあります。

文献、図、表の扱いについて

1. 文献

- 1) 雑誌の場合：①著者名〈3名以内。それ以上は「他」「et al」とする〉、②論文タイトル、③雑誌名〈略記名(例：邦文誌は“日眼会誌”など、外国雑誌はMedline準拠)〉、④巻数：頁〈初頁－終頁〉、⑤発行年〈西暦〉
- 2) 単行本の場合：①著者名〈3名以内。それ以上は「他」「et al」とする〉、②書名、③編集者名(省略可)、④出版社名、発行地名、⑤頁〈初頁－終頁〉、⑥発行年〈西暦〉

2. 図の説明と図

図は原則としてオリジナルのものとし、引用(自己のものを含めて)の場合は著者の責任で引用許可を得、かつ図に引用先を明記してください。

3. 表

- 1) 表は原則としてオリジナルのものとしてください。
- 2) 引用(自己のものを含めて)の場合は著者の責任で引用許可を得、かつ表に引用先を明記してください。
- 3) 表の形式は場合により編集理事が修正する可能性があります。

その他

1. 別刷は30部とPDFファイルを無料進呈します。
2. 著者校正は1回限りとしします。その際、大幅な改変はご遠慮願います。
3. 原稿送付先・問い合わせ先

原稿は下記までお送りください。なお、原則として原稿の返却はいたしません。

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

自治医科大学眼科学講座

日本眼腫瘍学会事務局

TEL : 0285-58-7382 / FAX : 0285-44-8365

E-mail : js00@jichi.ac.jp

著作権譲渡同意書

日本眼腫瘍学会 殿

論文名：

標記論文は、下記に署名した全執筆者が共同して書いたものであり、今まで他紙（電子ジャーナルを含め）に発表されたことがなく、また他紙（電子ジャーナルを含め）に投稿中でないことを認めます。

標記論文が、日本眼腫瘍学会誌に掲載された場合には、その著作権を日本眼腫瘍学会に譲渡することに同意します。

※全著者の自筆署名を筆頭著者、共著者の順に列記してください。捺印は不要です。

	西 暦
筆頭著者署名	(年 月 日)
共 著 者 署 名	(年 月 日)
〃	(年 月 日)
〃	(年 月 日)
〃	(年 月 日)
〃	(年 月 日)
〃	(年 月 日)
〃	(年 月 日)
〃	(年 月 日)
〃	(年 月 日)

なお、共著者の署名が上記の欄に書ききれない場合には、本紙をコピーしたものに全員の署名を受けてお送りください。

タイトルページ作成要項

論文の最初のページはタイトルページとし、下記について記してください。

1. 論文タイトル

2. 英文タイトル

3. 著者名

4. 所属名(正式名称で記載してください)

5. 英文著者名

6. 英文所属名

7 別刷り請求先(郵便番号、住所、所属、氏名、E メールアドレス)

8. 著者校正宛先(郵便番号、住所、所属、氏名、E メールアドレス、電話番号、FAX 番号)

9. 送付論文の校正(下記が揃っているか確認してください)

タイトルページ、要約、キーワード(和・英各3つ、計6つ)

本文_____枚、文献_____枚、図表の題・説明_____枚、

図_____点、表_____点、著作権譲渡同意書

10. 原稿の種類(○で囲ってください)

原著論文 ・ 依頼論文

11. 利益関係

投稿する論文の内容で取り扱う物品あるいは特定の会社が著者と営利的もしくはそれに類似した関係になる場合は、その旨をタイトルページに明記してください。

編集後記

年一回の発行がいつも学会開催の直前になっている本誌ですが、Vol.6をお届けします。内容は、原著1編と、昨年、神戸で開催された第34回学会(会長：安積淳先生)の学会印象記が主なものになります。本学会は、症例報告が多いのですが、稀少疾患が多い領域だけに、このような症例があるのかという情報共有と、熱のこもったディスカッションは、本学会の特徴であり、プレシャスタイムであります。神戸での学会での特記事項は、神戸大学耳鼻咽喉科頭頸部外科の丹生健一教授の「耳鼻咽喉科からみた眼窩腫瘍」という素晴らしい特別講演と、「学会主導研究へのアプローチ」というワークショップがあったことです。ワークショップでは、鈴木茂伸先生の「眼腫瘍の現状と研究体制」という基調講演があり、診療ガイドライン、癌取り扱い規約、がん登録の概説と、AMEDの「眼部腫瘍の全国症例登録システムの構築に関する研究」という研究申請が通ったこと、厚労省の希少がん対策ワーキンググループとして眼腫瘍分学会が開かれることになったことなど、後2者は我々に追い風が吹いているという内容でした。

個人的には、新天地に異動し、やらねばならぬことが山積している状況ですが、一つずつ解決するしかないと感じています。「素心深考」という言葉の意味を考えながら、深呼吸したい心境です。「素心深考」とは、広中平祐氏の座右の銘とどこかで読んだことがあります。「素朴な心に帰って深く考え直せ。」という意味です。以下、どうしても書かせて欲しいという本誌発行の影武者からの一言です。

2017年9月吉日

小幡 博人

本誌は、歴史ある日本眼腫瘍研究会の学会化に伴い、2012年10月に初刊されました。

当初は印象記を主体とした内容でしたが、後に特別寄稿や原著論文なども記載されるようになり、充実した内容に変化していきました。頂いた原稿・写真を粹組みし、校閲をするつもりが、校閲を忘れ読みふけることも度々。

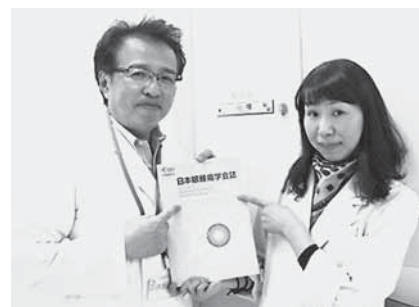
毎年開催される学会の印象記を集めることとで、会ごとの特徴が反映され、作成の上で時間の旅を味わうことができました。このように小幡博人先生のご指導の下 Vol.1～Vol.6まで貴重な作業に携われたことに、深く感謝いたします。

また、2017年1月から小幡博人先生が埼玉医大総合医療センター眼科教授にご就任され、心よりお祝い申し上げますと共に、日本眼腫瘍学会事務局も移動することを寂しく思います。

本学会誌はまだ紙媒体ではありますが、ページを開くと知力の時が流れ、今後はもっと閲覧される学会誌にしたいと意欲が湧いてきます。

今後も未来につながる記録として定期的な存続を切望すると共に、学会ならびに会員の方々のますますのご発展を祈念いたします。

「小幡先生、ありがとうございました！」



自治医大眼科秘書 荒蒔 克恵

[illegible]

日本眼腫瘍学会誌

発 行 日：2017年9月8日

発 行 行：日本眼腫瘍学会

発 行 人：理事長 小幡 博人

事 務 局：自治医科大学眼科学講座

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL：0285-58-7382 FAX：0285-44-8365

E-mail：jsoo@jichi.ac.jp

編集責任者：小幡 博人

出 版：株式会社セカンド

〒862-0950 熊本市中央区水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F

TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025

<http://www.secand.jp/>