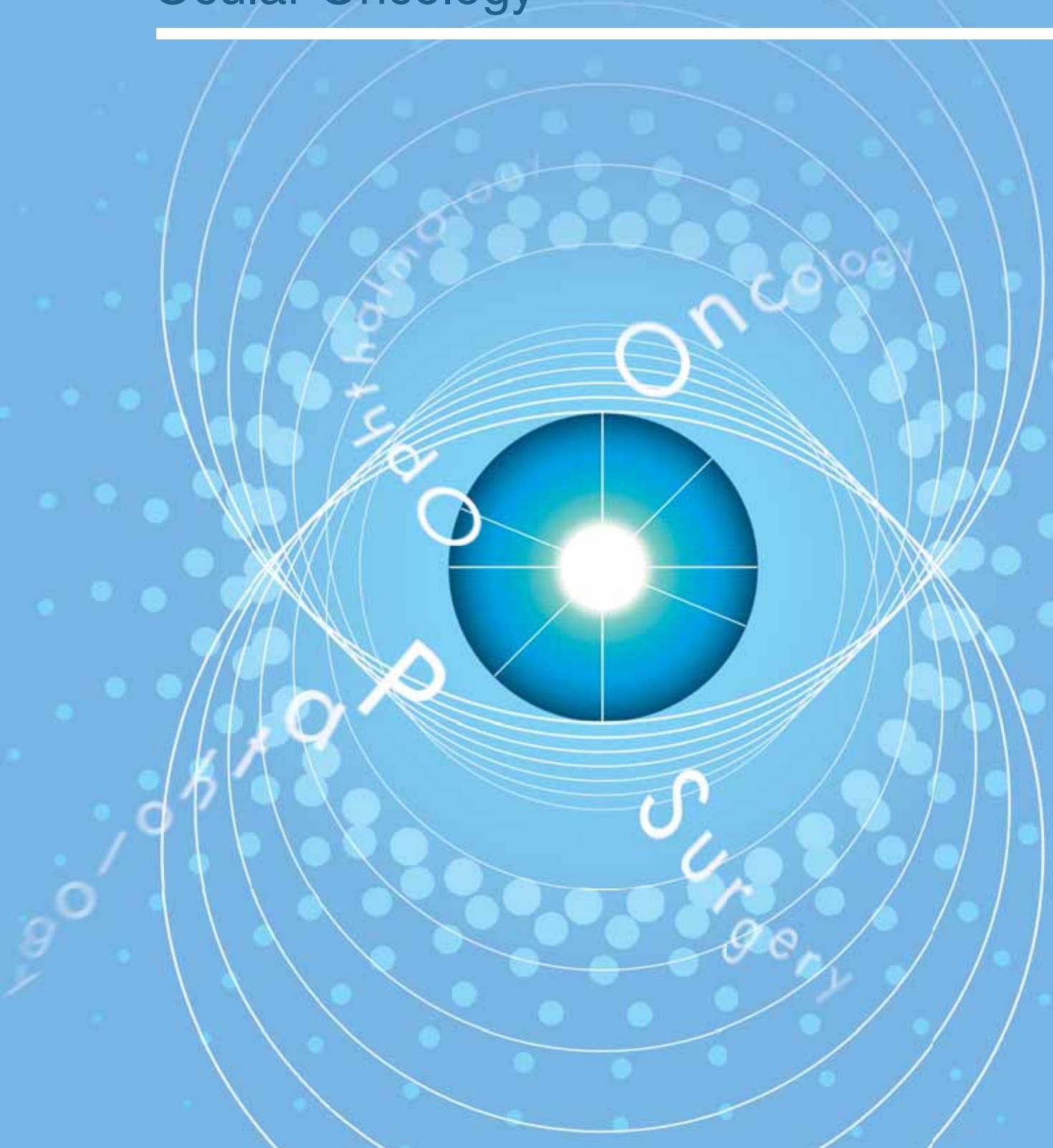


日本眼腫瘍学会誌

Journal of
Japanese Society of Vol. 7 2018
Ocular Oncology October



日本眼腫瘍学会誌

Journal of
Japanese Society of Ocular Oncology

Vol. 7 2018

October



目 次

ご挨拶	古田 実	1
第35回日本眼腫瘍学会を終えて	溝田 淳	2
第35回日本眼腫瘍学会 プログラム		6
第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記		
一般講演(1) 眼内腫瘍 I	後藤 浩・古田 実	24
一般講演(2) 眼窩腫瘍 I	敷島 敬悟・安積 淳	26
一般講演(3) 腫瘍統計	江口 功一・鈴木 茂伸	29
一般講演(4) IgG4関連	大島 浩一・兒玉 達夫	30
一般講演(5) 眼瞼腫瘍	吉川 洋・小幡 博人	32
一般講演(6) 結膜腫瘍	高村 浩・林 暢紹	34
一般講演(7) 眼内腫瘍 II	高橋 寛二・高比良雅之	36
一般講演(8) 眼窩腫瘍 II	嘉島 信忠・辻 英貴	38
学会記録集		
日本眼腫瘍学会の歴史		42
役員一覧		43
会則		44
入会案内		47
投稿規程		48
著作権譲渡同意書		49
タイトルページ作成要項		50
編集後記	小幡 博人	51

ご挨拶

日本眼腫瘍学会
理事長 古田 実
福島県立医科大学 眼科 准教授



初代の後藤 浩先生、前任の小幡 博人先生の後を継ぎ、3代目の理事長職を平成29年（2017年）9月に拝命いたしました。日本眼腫瘍学会は昭和58年に研究会として発足し、年一回の学術大会を重ねながら、平成23（2011）年の福島大会からは学会に改組されました。私たちが主に取り組んでいる疾患は、小児と成人に生じる眼球内と眼球外（眼瞼、眼表面、眼窩、視神経、涙器）の良性および悪性腫瘍と、腫瘍との鑑別を要する様々な炎症性疾患です。眼部は全身の中でも特に多彩な組織で構成されており、発症頻度は希少ながら、疾患のバリエーションに富む特徴があります。現在、会員の90%以上は眼科医で構成されており、視機能、整容、生命が守られるよう日々の診療と研究にあたっています。

この度、前理事長の多大なご尽力で7巻目の学会誌が刊行されるようになり、私どもの活動を記録し発信する手段として定着してきました。眼科医療のみならず、社会に貢献しうる学術団体として着実に成長を遂げて参りましたが、全身に比較すれば眼部という狭い範囲を扱う希少性のため、まだまだ社会的認知度や情報発信力は高くはありません。このような環境の下、私どもが注目している事業がいくつかあります。その中で3つの動きを紹介させていただきます。一つ目は、厚生労働省希少がん対策の一環として、全国の医療施設における最新の眼腫瘍診療実績を公開し、患者アクセスの利便性を向上させる取り組みです。2つ目は、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）支援研究で、平成30（2018）年5月に稼働した眼腫瘍全国登録システムです。会員が在籍するうちの28病院で、院内がん登録システムを利用した症例登録と予後調査を開始しました。本邦に欠落している高品質な多施設診療情報が得られるようになります。3つ目は、難治性疾患等政策研究事業のIgG4関連疾患研究班の取り組みです。診断基準並びに診療指針の確立を目指し、非典型例や重症例も適切に評価できるよう検討が進んでいます。AMEDの支援も受けて全科における横断的なレジストリーシステムも構築することになっています。これらの事業には、私どもの会員の多数が深く関わっております。今でも、希少であることによる検査・治療の適応症など社会的環境整備の遅れを否めませんが、少しづつですが歩みを進める手段が整備されてきました。患者さんや国内外への情報発信、そして生涯学習や後進医師育成が充実するよう、微力ながら尽くしたいと考えております。簡単ではございますが、会誌の発行のご挨拶に代えさせていただきます。今後とも何とぞよろしくお願い申し上げます。

第35回日本眼腫瘍学会を終えて

溝田 淳

帝京大学医学部 眼科学講座

まず最初に、皆様方のご協力で2017年9月23日、24日と無事第35回日本眼腫瘍学会を開催し、終了することができました。ありがとうございました。現在残務整理をしていくところですが、ここに至るまでのあれこれをちょっと述べてみたいと思います。

あまり記憶がはっきりはしないのですが、記憶では2014年第32回の浜松で辻先生主催の会の時の理事会で第35回はわたくしが担当することになったと思います。まあその時はまだ先の話だと思って特別な動きはしませんでした。その年に自分の教室の篠田教授（現埼玉医大）が日本電気生理学会を今回会場となったKFCホールで開催する予定でしたので、それを見てからで、まあ急いで動く必要はないくらいに考えておりました。その電気生理の方の学会も終わって、2015年の半ば過ぎ頃に、やっと重い腰を上げたというものが実情です。まず日程に関しては通常9月最終の土日あたりだったのですが、それを踏襲しようとしたところ、緑内障学会がすでに決定しており、皆様方の意見から1週間早めて今回のスケジュールとしました。会場に関しては、これは電気生理学会をやったときにいろいろ探してわかったのですが、公共のところもいくつかありますが、予約を受け付けてくれるのは通常6か月前からで、何年も先に関しては、地方自治体などに強いコネがあって理由がうまくつくと可能なことがある、となり、実際には使いにくいというのが現状です。いわゆる、民間でやっているところは東京では東京駅の周辺や、品川駅の周辺、秋葉原など様々なところがありますが、値段が高くなっています。最終的に今回の会場に決めたのは、値段も東京駅近辺などと比べるとまあ安かったのと同時に、経営は異なっていますが、ホテルも同じ建物にあって、お酒を飲む方の多い眼腫瘍の領域では、学会に通うのに好都合かとも思いました。あと、会場費以外にもプロジェクターなど借りる必要があるのですが、ほかの施設に比べて確かに安かったような気がします。そのような状況で場所日時を決めましたが、一つ気がかりだったのが、両国という土地で、日程が大相撲の9月場所にぶつかってしまうことでした。

その辺りは、調べたところ、あまり問題にはならないようでした。

また学会のサポート業者をどうするのかということに関しては、もともと資金源も少なく人数も少ないので、まあ業者は特に頼まずに秘書さんと行うこととしました。ホームページの作成に当たっては、その時点ではまだ北斎美術館は準備中ではありましたが学会の前には開館することは明らかでしたし、ちょうど両国にちなんだものということで葛飾北斎の富嶽36景の中の「御厩河岸から両国橋の夕陽見」を中心のデザインとして使うことといたしました。その決定は学会の1年以上前だったのですが、決定してから実際に

ホームページをオープンする前に、缶コーヒーのBossのCMにその画像が出ており、あとでまねしたと思われるかななどと秘書さんと話しておりました。実際に我々の決定の方が早かったことはここで強調しておきます。まあ著作権などがあるものではないのですが。ちなみにプログラムの表紙もその画像を使っております(図1)。

また懇親会に関していろいろ考えて、ちょっと離れた浅草の吾妻橋のわきのところのアサヒビールの有名なビルの中も考えたのですが、一度医局でパーティーをやってみましたが、ちょっと満足できる状況ではなかったので、学会と同じ会場の中で行うこといたしました。

会場などとは別の動きとして、学会自体の内容に関してですが、ほかの学会ではなかなか一般演題が集まらずに苦労しているので、まあ集まりが悪くても何とかなるようにと、シンポジウムなどで時間を稼ぐ策に出ました。IgG4のシンポジウム、眼腫瘍登録のシンポジウム、あとは特別講演と招待講演、これで大丈夫と思っていたところが後で大きな問題となります。1年前の段階ではまあなんとか時間は埋められるだろうとくらいしか考えておりませんでした。演題募集の延長も考慮に入れていたのですが、演題の締め切りの7月15日の時点で、一般演題が45題集まって、締め切りの延長もなく演題の締め切りとさせていただきました。熱心な皆様方に感謝の一言に尽きます。ただここで問題が起きたのは、時間がないということです。土曜日の開始時間は遠方からいらっしゃる方のことも考えて朝は早くても10時。また日曜日に遠方に帰る方のことも考えあまり遅くまではやらずに13時ころには終わりたい。このような限られた状況の中で考えたプログラムが、今回のプログラムです。まず、鈴木先生にお願いしていた眼腫瘍登録のシンポジウムの時間を短くしていただき、また皆様方に多大なご迷惑をおかけしましたが、一般公演の講演時間、討論時間を例年より短くさせていただきました。ほかの学会以上に討論が激しい学会でこのように時間を短くすることは正直言って主催者としても非常に苦しい思いはありました。ここで改めてお詫びさせていただきます。

抄録も発送してあとは学会の日程を待つばかりという状況になりました。会場、演題、抄録と終わればもう学会の8割がたは終わったようなものだと思っておりました。

学会の前日の9月22日夕方には会場から歩いて10分くらいのところにある土俵のあるちゃんこの「割烹吉葉」というところで、理事の先生方や顧問・名誉理事の先生方をご招待し、会長招宴を開催させていただきました。その日は激しい雨が降っていて皆さま遠



図1 今回の抄録集

方からもずぶぬれになっていらしていただけました。また両国で開催されている9月場所の13日目でお店自体も大相撲観戦の後のお客様たちで混雑しておりました。天気ばかりはどうともなりませんので、あきらめるしかありませんでした。

初日の9月23日、ここまでくれば、まあ学会の9割がたは終わったものだと思っておりました。曇ってはいますが雨は降っておりません。定刻に開始することができました。ただ遠方からの先生のことも考えて開催時間を朝10時としたのですが、昨日よりお泊りの先生の中には普通の学会と同じ感覚で朝9時前にいらっしゃる方も見受けられました。その後は順調に講演その他進行していきました(図2)。ただここで、少々問題が起きました。特殊な分野だから当日登録は居てもそんなに多くはないだろうと思っておりました。ところが休日のためか、学会員ではない当日登録の方が多くいらっしゃり、当日登録用に用意した抄録集がどんどん減っていってしまい、残りがわずかになるところまで来ていました。何とかこの日は切り抜けたのですが、次の日にまた当日登録が多いと用意した抄録集が足りなくなり、大学にもあとわずかしか残っていないので、大学にある医



図2 9月23日 日本眼腫瘍学会総会の風景、小幡理事長のお話し



図3 9月23日 懇親会での中村先生の乾杯の音頭と新しく理事長となる古田先生(手前左)



図4 9月24日 Goldberg先生の招待講演



図5 9月24日 閉会式、高比良先生による第36回日本眼腫瘍学会の案内

局員の抄録集もきれいなものはかき集めてこようかなどとの話も出ました。最終的には何とか足りなくなるという事態は回避できたのですが、350部印刷した抄録集が最終的にわずか残っただけとなってしまいました。この日の夜には懇親会(図3)も開催し皆様に楽しんでいただければと思っておりました。

2日目の9月24日、この日も曇りですが雨は降っておりません。先ほども書きましたが抄録集の不足することを心配しながらの開場だったのですが、この日の当日登録の方は少なく、抄録集不足にもならず、ちょっと残念なちょっと安心したような状況でした(図4、図5)。

最終的に参加者は、事前登録118名(内訳 会員:59名、非会員:50名、大学院生・初期研修医:8名、コメディカル:1名)、当日登録103名(内訳 会員:20名、非会員:74名、大学院生・初期研修医:4名、コメディカル:5名)、招待者:10名(講演者、東京都眼科医会など)、スタッフ29名(内訳 医師:16名、コメディカル(ORTなど):13名)となり、合計260名でした。これも皆さま方のご協力があってこそと思っております。会計も何とか赤字にもならずに済みました。

先にも述べましたが、今回学会を開催するにあたって、演題の不足などいろいろ悪い方に悪い方に考えており、そのためいろいろな企画を入れてそれがかえってあだになってしまったという印象です。それと同時に眼腫瘍学会の先生方の積極性に感心した次第です。今後開催される先生へのアドバイスということになるかもしれません少し余裕をもって時間を組んでいても、発表にしても討論にしてもこの学会は何かと時間は使うのであまり多くのシンポジウムなどは考えずということでしょうか。あとは参加者に任せれば何とかしてくれそうです。経済的な面でも楽になると思います。ただ今後はより製薬会社からの寄付を募りにくい環境になっていくと思います。その辺りも注意が必要かもしれません。うちの教室は残念ながら同門会という組織がなく、そこからの寄付はないのですが、東京都眼科医会からもご援助いただきだいぶ助けになりました。

最後に学会に参加された先生方、学会に参加されなくてもいろいろな意味でご協力していただいた先生方、そしてほとんど学会やさんのような働きをしてくれたうちの教室の秘書さんたちに感謝して、終わりたいと思っています。



第35回日本眼腫瘍学会プログラム

会期：2017年9月23日(土)、24日(日)

会場：両国 KFC ホール

会長：溝田 淳（帝京大学医学部眼科学講座 主任教授）

第35回日本眼腫瘍学会 プログラム

日程表

1日目 9月23日(土)

9:00	9:55~10:00 開会式	
10:00	10:00~10:45 一般講演(1) 眼内腫瘍 I 座長：後藤 浩（東京医科大学） 古田 実（福島県立医科大学）	
11:00	10:45~11:48 一般講演(2) 眼窩腫瘍 I 座長：敷島 敬悟（東京慈恵医科大学） 安積 淳（神戸海星病院）	
12:00	11:48~12:24 一般講演(3) 腫瘍統計 座長：江口 功一（江口眼科医院／新潟大学） 鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院）	
13:00	12:30~13:20 ランチョンセミナー 共催：アルコンファーマ株式会社	12:25~13:20 理事会 10F Room100
14:00	13:24~13:30 総会 担当：小幡 博人（埼玉医科大学総合医療センター） 13:30~13:50 報告会 眼腫瘍の現状と研究体制、編集 鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院）	
15:00	13:50~14:44 一般講演(4) IgG4関連 座長：大島 浩一（岡山医療センター） 兒玉 達夫（島根大学）	
16:00	14:44~16:05 シンポジウム IgG4関連眼疾患のアップデート 担当：高比良 雅之（金沢大学） 安積 淳（神戸海星病院）	
17:00	16:05~16:55 イブニングセミナー 共催：参天製薬株式会社	
18:00	16:55~17:49 一般講演(5) 眼瞼腫瘍 座長：吉川 洋（宗像眼科クリニック／九州大学） 小幡 博人（埼玉医科大学総合医療センター）	
19:00	17:49~18:40 特別講演 重粒子線治療 演者：辻 比呂志（放射線医学総合研究所） 座長：溝田 淳（帝京大学）	
	19:00~ 懇親会 KFC Hall Annex	

2日目 9月24日(日)

9:00	9:00~9:54 一般講演(6) 結膜腫瘍 座長：高村 浩（公立置賜総合病院／山形大学） 林 賀紹（須崎くろしお病院／高知大学）
10:00	9:54~10:30 一般講演(7) 眼内腫瘍 II 座長：高橋 寛二（奥西医科大学） 高比良 雅之（金沢大学）
11:00	10:30~10:45 休憩
12:00	10:45~11:45 招待講演 Small Incision Approaches to the Orbit Prof. Goldberg (UCLA) 座長：後藤 浩（東京医科大学）
13:00	11:45~12:48 一般講演(8) 眼窩腫瘍 II 座長：嘉島 信忠（聖隸浜松病院） 辻 英貴（がん研究会有明病院）
	12:48~12:55 閉会式、次期会長挨拶 担当：溝田 淳（帝京大学）、高比良 雅之（金沢大学）

プログラム

第1日目 9月23日土

開会式 9:55～10:00

一般講演(1) 10:00～10:45

眼内腫瘍 I

座長：後藤 浩(東京医科大学)
古田 実(福島県立医科大学)

1-1 左眼悪性黒色腫に対し、重粒子線治療行うも、10年後に再発し、
眼球摘出に至った一例

○北川 達士(キタガワ タツジ)¹⁾、浜野 茂樹¹⁾、金子 博行¹⁾、溝田 淳¹⁾、菊地 良直²⁾、
大田 泰徳²⁾、牧島 弘和³⁾、辻 比呂志³⁾

1) 帝京大、2) 帝京大 病理学講座、3) 放射線医学総合研究所病院

1-2 未治療のまま長期経過観察された脈絡膜悪性黒色腫の2例

○馬場 良(ババリョウ)、馬詰 和比古、後藤 浩
東京医大

1-3 発生と成長の過程をとらえた脈絡膜色素腫瘤性病変の1例

○藤井 裕也(フジイ ユウヤ)¹⁾、高木 健一¹⁾、吉川 洋^{1) 2)}、田邊 美香¹⁾、園田 康平¹⁾
1) 九州大、2) 宗像眼科クリニック

1-4 ニボルマブ投与中に転移性虹彩毛様体悪性黒色腫を認めた1例

○盛 秀嗣(モリ ヒデツグ)¹⁾、爲政 大幾²⁾、高橋 寛二¹⁾
1) 関西医大、2) 国立病院機構大阪医療センター 皮膚科

1-5 眼部悪性黒色腫の転移に対しニボルマブによる治療を行った7例の検討

○山名 佳奈子(ヤマナ カナコ)¹⁾、吉川 洋¹⁾、田邊 美香¹⁾、有田 量一¹⁾、高木 健一¹⁾、
大西 陽子¹⁾、園田 康平¹⁾、中原 剛士²⁾、内 博史²⁾
1) 九州大、2) 九州大 皮膚科

一般講演(2) 10:45～11:48

眼窩腫瘍 I

座長：敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学)
安積 淳(神戸海星病院)

2-1 涙嚢原発腺癌の一例

○塩崎 直哉(シオザキ ナオヤ)¹⁾、大湊 純¹⁾、尾山 徳秀^{1) 2)}、江口 功一³⁾、松山 洋⁴⁾、
梅津 哉⁵⁾、福地 健郎¹⁾
1) 新潟大、2) 医療法人社団オクルス うおぬま眼科、3) 江口眼科医院、4) 新潟大 耳鼻咽喉・頭頸部外科、
5) 新潟大学医歯学総合病院 病理部

2-2 涙嚢周囲炎型特発性眼窩炎症の2例 — 鑑別疾患を含めて

○大島 浩一(オオシマ コウイチ)¹⁾、神農 陽子²⁾、永喜多 敬奈²⁾

1) 岡山医療センター、2) 岡山医療センター 臨床検査科

2-3 下直筋と連続していた顆粒細胞腫の1例

○伊東 良祐(イトウ リョウスケ)¹⁾、吉田 正樹²⁾、萬 昂士³⁾、敷島 敬悟¹⁾

1) 東京慈恵医大、2) 東急病院、3) 東京慈恵医大 病院病理部

2-4 生検後に急速に縮小した慢性リンパ性白血病に伴う眼窩腫瘍の一例

○中村 仁紀(ナカムラ マサキ)¹⁾、松田 弘道^{1) 2)}、薄井 紀子³⁾、敷島 敬悟¹⁾

1) 東京慈恵医大、2) 東京慈恵医大第三病院、3) 東京慈恵医大第三病院 腫瘍・血液内科

2-5 松山赤十字病院眼科における眼窩血管性腫瘍の検討

○児玉 俊夫(コダマ トシオ)、岡 奈央子、大熊 真一、平松 友佳子、田原 壮一郎

松山赤十字病院

2-6 外眼筋内に生じた眼窩静脈瘤の2例

○上田 幸典(ウエダコウスケ)、齋藤 智一、土居 亮博、松浦 祐介、嘉島 信忠

聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科

2-7 眼科領域に発生した横紋筋肉腫の2症例

○山田 裕子(ヤマダ ヒロコ)、村井 佑輔、金井 友範、西村 殊寛、田上 瑞記、藤澤 一行、

安積 淳

神戸海星病院

一般講演(3) 11:48 ~ 12:24

腫瘍統計

座長：江口 功一(江口眼科医院／新潟大学)
鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)

3-1 開業医における眼腫瘍手術の検討

○小島 孚允(コジマ タカヨシ)

小島眼科医院

3-2 静岡県立静岡がんセンター眼科における眼部悪性腫瘍242名の総括

○柏木 広哉(カシワギ ヒロヤ)¹⁾、中川 雅裕²⁾、鬼塚 哲郎³⁾、清原 祥夫⁴⁾、吉川 周佐⁴⁾、

西村 哲夫⁵⁾、村山 重行⁵⁾、伊藤 以知郎⁶⁾、百合草 健圭志⁷⁾

1) 静岡県立静岡がんセンター、2) 同再建・形成外科、3) 同頭頸部外科、4) 同皮膚科、

5) 同放射線・陽子線治療センター、6) 同病理診断科、7) 同歯科口腔外科

3-3 北海道大学病院における眼瞼悪性腫瘍の臨床的特徴

○石嶋 漢(イシジマ カン)¹⁾、加瀬 諭¹⁾、野田 実香²⁾、野崎 真世³⁾、水門 由佳^{1) 4)}、石田 晋¹⁾

1) 北海道大、2) 慶應義塾大、3) 医療法人涼悠会 梅北眼科、4) 帯広協会病院

3-4 網走厚生病院における眼腫瘍54例の検討

○福原 淳一(フクハラ ジュンイチ)^{1) 2)}、福原 崇子^{1) 2)}、加瀬 諭²⁾、後藤田 裕子³⁾、石田 晋²⁾

1) 網走厚生病院、2) 北海道大、3) 札幌厚生病院 病理部

ランチョンセミナー 12:30～13:20

共催：アルコンファーマ株式会社

座長：三村 達哉 (帝京大学)

黄斑疾患の診断と治療を考える

1 加齢黄斑変性症 (AMD) に対する個別化戦略

川上 摂子 (東京医大)

2 網膜静脈閉塞症 (RVO) および糖尿病黄斑浮腫 (DME) に対する

抗VEGF療法の活用法

小沢 洋子 (慶應義塾大)

報告会 13:30～13:50

眼腫瘍の現状と研究体制、続編

鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院)

一般講演 (4) 13:50～14:44

IgG4関連

座長：大島 浩一 (国立病院機構岡山医療センター)
兒玉 達夫 (島根大学)

4-1 IgG4関連眼疾患の診断におけるフローサイトメトリーの有用性

○水門 由佳 (スイモン ユカ)^{1) 2)}、加瀬 諭²⁾、石嶋 漢²⁾、石田 晋²⁾

1) 蒂広協会病院、2) 北海道大

4-2 びまん性大細胞リンパ腫完全寛解6年後に再発が疑われたIgG4関連疾患の1例

○尾山 徳秀 (オヤマ トクヒデ)^{1) 2) 3)}、吉野 正²⁾、橋本 薫²⁾、武田 啓治²⁾、大湊 純³⁾

1) 医療法人社団オクルス うおぬま眼科、2) 長岡赤十字病院、3) 新潟大 医歯学総合病院

4-3 IgG4関連疾患に合併したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

○野々村 紗子 (ノノムラ キヌコ)^{1) 2)}、大湊 純²⁾、塩崎 直哉²⁾、芳野 高子^{1) 2)}、小堺 貴司³⁾、
瀧澤 淳⁴⁾、福地 健郎²⁾

1) 佐渡総合病院、2) 新潟大、3) 佐渡総合病院 血液内科、4) 新潟大 血液・内分泌・代謝内科

4-4 IgG4関連疾患が疑われた眼窩粘液腫の一例

○浅井 沙月 (アサイ サツキ)¹⁾、藤本 雅大²⁾、辻川 明孝²⁾

1) 京都大学医学部附属病院、2) 京都大

4-5 重度の涙液減少を呈したIgG4関連眼疾患の1例

○荻野 陽 (オギノ ヨウ)、加瀬 諭、石嶋 漢、石田 晋

北海道大

4-6 IgG4関連疾患に合併したAdult Orbital Xanthogranulomatous Diseaseの一例

○大湊 純 (オオミナト ジュン)¹⁾、塩崎 直哉¹⁾、尾山 徳秀^{1) 2)}、張 大行³⁾、梅津 哉⁴⁾、
福地 健郎¹⁾

1) 新潟大、2) 医療法人社団オクルス うおぬま眼科、3) 新潟大 魚沼基幹病院、4) 新潟大医歯学総合病院 病理部

シンポジウム 14:44 ~ 16:05

IgG4関連眼疾患のアップデート担当：安積 淳（神戸海星病院）
高比良 雅之（金沢大学）

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1) IgG4関連眼疾患の視機能障害 | 曾我部 由香（三豊総合病院） |
| 2) IgG4関連眼疾患の長期予後と疑診群 | 久保田 敏信（名古屋医療センター） |
| 3) IgG4関連眼疾患の次世代シークエンサーによる解析 | 臼井 嘉彦（東京医大） |
| 4) IgG4関連眼疾患の治療の選択肢 | 安積 淳（神戸海星病院） |
| 5) 重症度分類と治療法の確立に向けて | 後藤 浩（東京医大） |

イブニングセミナー 16:05 ~ 16:55

共催：参天製薬株式会社

その霰粒腫・麦粒腫が危ない！座長：後藤 浩（東京医科大学）
溝田 淳（帝京大学）**1 霰粒腫・麦粒腫の正しい治療**

三戸 秀哲（井出眼科病院）

2 霰粒腫・麦粒腫と間違えられやすい眼腫瘍

小幡 博人（埼玉医科大学総合医療センター）

一般講演(5) 16:55 ~ 17:49

眼瞼腫瘍座長：吉川 洋（宗像眼科クリニック／九州大学）
小幡 博人（埼玉医科大学総合医療センター）**5-1 再発性眼瞼悪性腫瘍に対しインターフェロン α -2b点眼で加療するも奏効せず、全身化学療法で観察した一例**○坂本 麻里（サカモト マリ）¹⁾、中井 駿一朗¹⁾、長井 隆行¹⁾、安積 淳²⁾

1) 神戸大、2) 神戸海星病院

5-2 生検で基底細胞癌と診断され、追加拡大切除でtrichoblastomaが疑われた眼瞼腫瘍の1例○末岡 健太郎（スエオカ ケンタロウ）¹⁾、服部 結²⁾、木内 良明¹⁾

1) 広島大 視覚病態学、2) 広島大 分子病理学

5-3 眼瞼に生じた多型腺腫の1例

○土居 亮博（ドイ アキヒロ）、上田 幸典、斎藤 智一、松浦 祐介、嘉島 信忠

聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科

5-4 眼部力ポジ肉腫の1例○高木 健一（タカキ ケンイチ）^{1) 2)}、吉川 洋¹⁾、田邊 美香¹⁾、村田 昌之³⁾、藤原 美奈子⁴⁾、園田 康平¹⁾

1) 九州大、2) 小倉医療センター、3) 九州大 総合診療科、4) 九州大 形態機能病理学

5-5 眼瞼脂腺癌における抗アポトーシスタンパク質BAG3の発現について

○柚木 達也 (ユノキ タツヤ)¹⁾、田渕 圭章²⁾、林 篤志¹⁾

1) 富山大、2) 富山大学生命科学先端研究センター 遺伝子実験施設

5-6 抗真菌薬Voriconazoleに関連した扁平上皮癌

○辻 英貴 (ツジ ヒデキ)¹⁾、吉田 淳¹⁾、高田 幸子¹⁾、石井 柳太郎²⁾、竹内 賢吾³⁾

1) がん研究会有明病院、2) 東京大、3) がん研究会がん研究所 分子標的病理プロジェクト

特別講演 17:49～18:40

座長：溝田 淳 (帝京大学)

重粒子線治療

辻 比呂志 (量子科学技術研究開発機構／放射線医学総合研究所 病院)

第2日目 9月24日回

一般講演(6) 9:00 ~ 9:54

結膜腫瘍

座長：高村 浩（公立置賜総合病院／山形大学）
林 暢紹（須崎くろしお病院／高知大学）

6-1 眼窩内容除去術を要した結膜悪性黒色腫の3例

○伊沢 英知（イザワ ヒデトモ）¹⁾、鈴木 茂伸¹⁾、相原 由季子²⁾、佐野 秀一³⁾

1) 国立がん研究センター中央病院、2) 東京大、3) 佐野眼科医院

6-2 術後後療法としてインターフェロンα-2b点眼を使用した結膜悪性黒色腫7例の検討

○菊地 郁（キクチ イク）^{1) 2)}、加瀬 諭¹⁾、石嶋 漢¹⁾、石田 晋¹⁾

1) 北海道大、2) 滝川市立病院

6-3 若年で発症した眼瞼結膜扁平上皮癌の一例

○松田 弘道（マツダ ヒロミチ）^{1) 2)}、敷島 敬悟

1) 東京慈恵医大 第三病院、2) 東京慈恵医大

6-4 当院における結膜封入囊胞の検討

○齋藤 智一（サイトウ トモイチ）、上田 幸典、土居 亮博、松浦 祐介、嘉鳥 信忠

聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科

6-5 同一の遺伝子再構成パターンが得られた両側性円蓋部結膜アミロイドーシスの一例

○村井 佑輔（ムライ ユウスケ）、山田 裕子、金井 友範、西村 殊寛、田上 瑞記、藤澤 一行、
安積 淳

神戸海星病院

6-6 眼瞼結膜下に生じたpleomorphic fibromaの1例

○松浦 祐介（マツウラ ユウスケ）、上田 幸典、齋藤 智一、土居 亮博、嘉鳥 信忠
聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科

一般講演(7) 9:54 ~ 10:30

眼内腫瘍Ⅱ

座長：高橋 寛二（関西医大）
高比良 雅之（金沢大）

7-1 眼の有色素組織の自発蛍光の検討

○大口 泰治（オオグチ ヤスハル）、古田 実、石龍 鉄樹
福島県立医大

7-2 視神経乳頭黒色細胞腫のmultimodal imagingと視野所見

○古田 実（フルタ ミノル）¹⁾、大口 泰治¹⁾、伊勢 重之²⁾、石龍 鉄樹¹⁾

1) 福島県立医大、2) 白河厚生総合病院

7-3 眼内および中枢神経系リンパ腫治療後に心臓に生じたびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

○今関 誠 (イマゼキ マコト)¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、齋藤 哲史²⁾、片桐 誠一朗³⁾、谷川 真希⁴⁾、秋元 治郎⁵⁾、後藤 浩¹⁾

1) 東京医大、2) 東京医大 循環器内科、3) 東京医大 血液内科、4) 東京医大 病理診断科、5) 東京医大 脳神経外科

7-4 著しい滲出性網膜剥離を伴う孤立性脈絡膜血管腫に対し、硝子体手術とシリコーンオイル注入後に光線力学療法を施行した1例

○川上 摂子 (カワカミ セツコ)、若林 美宏、後藤 浩
東京医大

招待講演 10:45 ~ 11:45

座長：後藤 浩 (東京医科大学)

Small Incision Approaches to the Orbit

Prof. Robert Alan Goldberg MD (UCLA)

一般講演 (8) 11:45 ~ 12:48

眼窩腫瘍Ⅱ

座長：嘉島 信忠 (聖隸浜松病院)
辻 英貴 (がん研究会有明病院)

8-1 リンパ増殖性腫瘍が疑われた眼窩脂腺癌の1例

○杉原 一暢 (スギハラ カズノブ)¹⁾、兒玉 達夫¹⁾、白神 智貴¹⁾、大平 明弘¹⁾、荒木 亜寿香²⁾、丸山 理留敬²⁾、玉置 幸久³⁾、稗田 洋子³⁾、猪俣 泰典³⁾

1) 島根大、2) 島根大病院 病理部、3) 島根大 放射線治療科

8-2 視神経膠腫(Optic pathway glioma)に対する治療：生命予後と機能予後

○柳澤 隆昭 (ヤナギサワ タカアキ)^{1) 3)}、山岡 正慶²⁾、本多 隆也²⁾、秋山 政晴²⁾、福岡 講平³⁾、鈴木 智成³⁾、野中 雄一郎¹⁾、敷島 敬悟⁴⁾

1) 東京慈恵医大 脳神経外科、2) 東京慈恵医大 小児科、3) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科、4) 東京慈恵医大

8-3 It is the long-run:10年以上にわたって治療を必要とした視神経膠腫の5例

○柳澤 隆昭 (ヤナギサワ タカアキ)^{1) 3)}、山岡 正慶²⁾、本多 隆也²⁾、秋山 政晴²⁾、福岡 講平³⁾、鈴木 智成³⁾、野中 雄一郎¹⁾、敷島 敬悟⁴⁾

1) 東京慈恵医大 脳神経外科、2) 東京慈恵医大 小児科、3) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科、4) 東京慈恵医大

8-4 短期間で増大し失明に至った眼窩内神経鞘腫の1例

○松本 悠介 (マツモト ユウスケ)、加瀬 謙、石嶋 漢、石田 晋
北海道大

8-5 眼窩筋円錐内腫瘍に対する治療についての10年経過報告

○長井 隆行 (ナガイ タカユキ)¹⁾、中井 駿一朗¹⁾、坂本 麻里¹⁾、安積 淳²⁾

1) 神戸大、2) 神戸海星病院

8-6 眼球突出を主訴に診断に至った小児腫瘍性疾患11例

○山岡 正慶(ヤマオカ マサヨシ)¹⁾、本多 隆也¹⁾、秋山 政晴¹⁾、野中 雄一郎²⁾、
敷島 敬悟³⁾、柳澤 隆昭²⁾

1) 東京慈恵医大 小児科、2) 東京慈恵医大 脳神経外科、3) 東京慈恵医大

8-7 シリコンループと釣針型フックを用いた簡便な眼窩開創器の試作

○小島 孝允(コジマ タカヨシ)^{1) 2)}

1) 小島眼科医院、2) 埼玉医大

閉会式 12:48～12:55

次期会長挨拶

担当：溝田 淳(帝京大学)
高比良 雅之(金沢大学)

招待講演

招
待
講
演

Robert Alan Goldberg MD

Professor-in-Residence, Department
of Ophthalmology, David Geffen
School of Medicine at UCLA

**Graduate – Doctoral:**

-
- 1979 - 1983 UCLA School of Medicine Degree: M.D.
Postdoctoral Training:
1983 - 1984 Resident Internal Medicine St. Mary Medical Center, Long Beach, California
1984 - 1987 Resident in Ophthalmology Jules Stein Eye Institute

Clinical & Research Fellowships:

-
- 1987 - 1989 Fellow in Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery
Jules Stein Eye Institute

BOARD CERTIFICATION:

-
- 1988 American Board of Ophthalmology
2001 American Board of Cosmetic Surgery – Facial Cosmetic Surgery

Present Positions and Appointments:

-
- 1990- Division Chief, Orbital and Ophthalmic Plastic Surgery, Jules Stein Eye Institute, Department of Ophthalmology, David Geffen School of Medicine at UCLA
1993- Director, Orbital Disease Center, Jules Stein Eye Institute, David Geffen School of Medicine at UCLA
1997- Co-Director, Aesthetic Reconstructive Surgery Service, Jules Stein Eye Institute, David Geffen School of Medicine at UCLA
1998- Co-Director, UCLA Aesthetic Center, Department of Ophthalmology
2000- Professor-in-Residence, Department of Ophthalmology, David Geffen School of Medicine at UCLA

9月24日(日) 10:45 ~ 11:45

Small Incision Approaches to the Orbit

Prof. Robert Alan Goldberg MD
UCLA

招待講演

Bony and soft tissue orbital approaches are always customized to the anatomic location of the disease process, and to the anticipated biology: for example, intended complete removal of a tumor may require a different access compared to biopsy.

Tumors of the deep orbital apex, and tumors that extend intradurally through the sphenoid bone, may require a combined orbital-neurosurgical approach. Potentially invasive tumors that are operated for cure or tumors that are suspicious for dural involvement will require neurosurgical exposure to control or possible resect the dura. Benign tumors with extensive intracranial involvement, and apical tumors superior to the optic nerve, are best approached in combined fashion. Optic nerve tumors which require transection of the intracranial nerve to achieve a margin are obvious candidates for a combined approach.

On the other hand, some apical tumors, and some orbital tumors with extradural extention into the anterior or middle cranial fossa, can be managed from an orbital approach without the need for a neurosurgical team. Decision making depends primarily on the anticipated biology. A benign process such as an uninflamed dermoid cyst or slow growing solid benign tumor can be separated from the dura and removed from the orbital approach. A non-curable meningioma (are any cureable?) can be shelled out and debulked orbitally, leaving a rim of tumor on the dural margin. Benign orbital apex tumors that are lateral or inferolateral to the optic nerve can be exposed and removed from a deep lateral orbital approach that may include burring down the sphenoid bone over the middle cranial fossa.

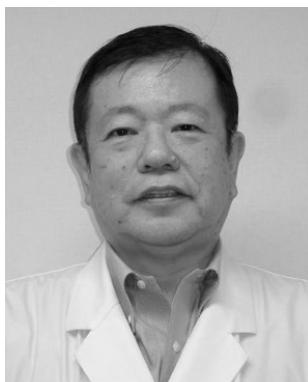
With attention to the details of wound construction, lighting, retraction, and mobilization of the tumor, it is possible to remove benign intraconal tumors through small orbital incisions under monitored local anesthesia without creating a bony lateral orbitotomy.

特別講演

特別
講演

辻 比呂志

放射線医学総合研究所
臨床研究クラスタ副クラスタ長
病院治療課長

**略歴**

昭和57年 3月 北海道大学医学部卒業・放射線医学講座入局
昭和63年 4月 筑波大学臨床医学系助手
平成 7年 8月 ポールシェーラー研究所(スイス)留学
平成 8年 9月 筑波大学臨床医学系講師
平成 9年 9月 放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院 医長
平成28年 4月 放射線医学総合研究所重粒子線治療研究部長
平成29年 7月 放射線医学総合研究所臨床研究クラスタ副クラスタ長

専門

前立腺癌、眼球腫瘍、眼窩腫瘍

外部委員等

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 客員教授
群馬大学大学院医学研究科 客員教授
北海道大学大学院保険課学院 客員教授

9月23日土 17:49～18:40

特別
講演

重粒子線治療

辻 比呂志

量子科学技術研究開発機構／放射線医学総合研究所 病院

重粒子線治療とは高速に加速した炭素イオンを癌に照射する治療法で、広く用いられているX線による放射線治療や同じくイオンを加速した陽子線に比べて、線量の集中性と治療効果の点で優位性をもっている。放医研では1994年にこの治療を開始し、これまでに10000例を超える治療を実施してきた。すでに保険適応となった骨軟部腫瘍の他、扁平上皮癌以外の頭頸部腫瘍、肺臓癌、直腸癌術後再発などX線が効きにくい腫瘍に対しても高い効果を示すことが確認されている。さらには肺癌、肝臓癌、前立腺癌などでは短期間で安全かつ有効性の高い治療法を確立している。眼科領域腫瘍に対しても、眼球脈絡膜悪性黒色腫では国内で唯一粒子線治療を行っている施設として、欧米の陽子線治療に劣らぬ治療成績を得ている。涙腺癌に対しても通常の放射線では得難い優れた治療結果が得られている。現在は、疾患ごとに保険適応の拡大を目指して様々な臨床試験を継続するとともに、治療法の高度化としてより精度の高い重粒子線治療法の確立や他治療との併用による適応の拡大を目指している。

シンポジウム

9月23日土 14:44～16:05

シンポジウム「IgG4関連眼疾患のアップデート」

担当 安積 淳（神戸海星病院）、高比良 雅之（金沢大）

- 1) 曽我部由香（三豊総合病院）：
IgG4関連眼疾患の視機能障害
- 2) 久保田敏信（名古屋医療センター）：
IgG4関連眼疾患の長期予後と疑診群
- 3) 白井 嘉彦（東京医大）：
IgG4関連眼疾患の次世代シークエンサーによる解析
- 4) 安積 淳（神戸海星病院）：
IgG4関連眼疾患の治療の選択肢
- 5) 後藤 浩（東京医大）：
重症度分類と治療法の確立に向けて

IgG4関連疾患という疾患概念の誕生から16年が経過し、様々な診療科や基礎医学においてその病態の解明が進んできました。眼科の分野でも症例が集積され、当学会での討議も経て2014年には眼疾患に特化した診断基準も公表されました。しかし未だにIgG4関連疾患の概念そのものに関する疑問や課題も多く、国内外の学会では議論が続いています。また数年来、厚労省難治性疾患政策研究事業の課題としても採択され、現在も眼科を含む各分科会での基礎・臨床研究が継続しています。このような背景のなか、本シンポジウムではIgG4関連眼疾患の最近の知見を紹介いただき、そのアップデートを図りたいと思います。先ずは本症における視機能障害について、とくに視神経症に注目して検討したいと思います。次いで、IgG4関連眼疾患の長期予後と疑診群の臨床病理学的特徴、特に疑診群はIgG4関連眼疾患に含まれるべきか、それとも異なった疾患群なのかについて取り上げます。基礎的な研究としては、IgG4関連眼疾患の検体を用いて次世代シークエンサーにより解析した知見をご紹介いただきます。IgG4関連疾患の標準治療はステロイド全身投与ですが、眼科の病態に特化した局所療法などの治療の選択肢を考えてみたいと思います。また、厚労省研究事業としての課題でもあるIgG4関連眼疾患の重症度分類の確立と、重症度に対応した治療法の確立に向けて議論を得たいと思います。会場からの活発なご討論を期待いたします。

報告会**9月23日土 13:30～13:50****報
告
会****報告会「眼腫瘍の現状と研究体制、続編」****鈴木 茂伸**

(国立がん研究センター中央病院)

昨年の第34回日本眼腫瘍学会において、「眼腫瘍の現状と研究体制」と題して、眼腫瘍の課題と現状について発表した。1年が経過し、この間の進行状況について報告する。

眼部腫瘍の全国登録に関しては、中央機関として国立がん研究センター研究倫理審査委員会に申請し、抄録提出時点で審査中である。これと並行してUMIN INDICEで登録システムの構築を開始し、年内に稼働予定である。登録に関する概要と将来像について説明する。

希少がんは情報や診療経験が乏しく、患者さんの治療開始が遅くなりがちである。厚労省希少がん対策ワーキンググループでは、いかに患者さんが適切な治療施設にたどり着くか、どのような診療体制を目指すべきか、どのような情報提供が必要であるのか、等を検討している。全国がん登録などの情報も加味し、客観的なデータに基づく拠点となる施設のリスト化および定期的な更新、ガイドラインの作成などを通し、アウトカムの向上を目指す。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(1)

後藤 浩(東京医科大学)
古田 実(福島県立医科大学)

一般講演(1) [眼内腫瘍I]

- | | |
|--|---------------|
| 1 左眼悪性黒色腫に対し、重粒子線治療行うも、
10年後に再発し、眼球摘出に至った1例 | 北川 達士(帝京大) ほか |
| 2 未治療のまま長期経過観察された脈絡膜悪性黒色腫の2例 | 馬場 良(東京医大) ほか |
| 3 発生と成長の過程をとらえた脈絡膜色素腫瘤性病変の1例 | 藤井 裕也(九州大) ほか |
| 4 ニボルマブ投与中に転移性虹彩毛様体悪性黒色腫を認めた1例 | 盛 秀嗣(関西医大) ほか |
| 5 眼部悪性黒色腫の転移に対しニボルマブによる
治療を行った7例の検討 | 山名佳奈子(九州大) ほか |

演題1-1は、帝京大の北川達士先生による「左眼悪性黒色腫に対し、重粒子線治療を行うも、10年後に再発し、眼球摘出に至った一例」です。33歳女性で、11年前に脈絡膜悪性黒色腫に対する重粒子線治療を行い、2年後には白内障と網膜剥離のため失明に至っていました。眼内腫瘍は増大がなく安定した状態で、経過中には整容目的の斜視手術も行われていました。今回、CTで眼内腫瘍の増大が確認されたため、PETや123-I IMPでも確認して悪性黒色腫の再発と診断され、眼球摘出術が施行されました。摘出眼球からは紡錘形細胞主体のメラノーマが見られたとのことです。10年以上経過してからの局所再発は低頻度ながら生じることが知られており、局所的にも長期的な観察が必要です。フロアから、腫瘍崩壊による網膜剥離が悪化した時期に、積極的に硝子体手術で腫瘍摘出をすべきではないかと意見が出されました。

演題1-2は、東京医大の馬場良先生による「未治療のまま長期経過観察された脈絡膜悪性黒色腫の2

例」です。症例1は、23年間経過観察されており、経過中には硝子体出血に対する硝子体手術、緑内障に対する線維柱帯切除術も行われており、初診時には眼球外浸潤も見られていたために眼窩内容除去術が施行されました。症例2は1年前から眼内腫瘍と硝子体出血があり、患者が放置していた例です。眼内を埋める腫瘍と全眼球炎を呈しており、眼球摘出術が施行されました。摘出眼球からは腫瘍壊死による炎症が推定されたとのことです。2症例ともにモノソミー3は陰性であり、今後経過観察をする予定のことでした。眼内腫瘍の診断におけるスキルアップを全眼科医に啓蒙する報告でした。

演題1-3は、九州大の藤井裕也先生による「発生と成長の過程をとらえた脈絡膜色素腫瘤性病変の1例」です。30歳の女性の旁視神経乳頭部脈絡膜に腫瘍がみられ、約10年間の経過で増大してきたとのことでした。初診時は緩やかな隆起のある直径0.9ミリ高さ1.2ミリの中心部が黄白色で周囲が黒色調の腫瘍

で、ICG 造影で蛍光ブロックを呈していたとのことです。10年後には長径が1.95ミリで高さ2ミリになりました。123I-IMPシンチとPETは陰性でした。考察では一般に知られている脈絡膜母斑の自然経過による腫瘍増大よりも倍以上の早さであり、メラノーマなどへの悪性化の可能性も考えて観察を継続することでした。フロアから脈絡膜骨腫の可能性についての質問がありましたが、超音波断層検査では石灰化を示唆する所見がなかったとのことです。また、一見白色腫瘍ですが、色素性病変と判断した理由は、ICG 造影で完全なブロックを呈していたからであるとのことでした。悪性黒色腫を疑った注意深い観察が必要な症例と思われました。

演題1-4は、関西医大の盛秀嗣先生による「ニボルマブ投与中に転移性虹彩毛様体悪性黒色腫を認めた1例」という大変稀な症例の報告です。上腕の皮膚原発の悪性黒色腫と診断された38歳の男性が多臓器転移を来たため、免疫チェックポイント阻害薬であるニボルマブによる治療が行われました。転移巣のコン

トロールは得られましたが、5年後に左眼虹彩から毛様体にかけて無色素性の血管に富む腫瘍が生じたとのことでした。視力が良好であったことや、患者さんが希望されなかったことから生検等は行われていませんが、臨床経過から悪性黒色腫の転移と診断されたとのことでした。QOL等を考慮すると、眼病変に対する今後の対応が悩ましい症例と考えられました。

演題1-5は、九州大学の山名佳奈子先生による「眼部悪性黒色腫の転移に対しニボルマブによる治療を行った7例の検討」で、ニボルマブの効果についてまとまった症例数の経過を示した本邦で初めての報告です。皮膚悪性黒色腫の転移と異なり、その予後は芳しくないことが報告されている眼部悪性黒色腫ですが、実際、本報告でも治療後の経過と予後は様々であり、その評価はまだ難しいようでした。いずれにしても眼部悪性黒色腫が転移を生じた後の予後は、この新しい治療を行ったとしても厳しいことが少なくないと思わせる報告でした。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(2)

敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学)
安積 淳(神戸海星病院)

一般講演(2) [眼窩腫瘍I]

- | | |
|--------------------------------------|--------------------|
| 1 涙囊原発腺癌の1例 | 塩崎 直哉(新潟大) ほか |
| 2 涙囊周囲炎型特発性眼窩炎症の2例 —鑑別疾患を含めて | 大島 浩一(岡山医療センター) ほか |
| 3 下直筋と連続していた顆粒細胞腫の1例 | 伊東 良祐(東京慈恵医大) ほか |
| 4 生検後に急速に縮小した慢性リンパ性白血病に伴う
眼窩腫瘍の1例 | 中村 仁紀(東京慈恵医大) ほか |
| 5 松山赤十字病院眼科における眼窩血管性腫瘍の検討 | 児玉 俊夫(松山赤十字病院) ほか |
| 6 外眼筋内に生じた眼窩静脈瘤の2例 | 上田 幸典(聖隸浜松病院) ほか |
| 7 眼科領域に発生した横紋筋肉腫の2症例 | 山田 裕子(神戸海星病院) ほか |

2-1席は涙囊原発腺癌の1例報告で、右涙囊部からの生検で低分化型腺癌の診断された60代男性の症例であった。術前造影CTで下眼瞼皮下から鼻涙管開口部に至る全涙道に浸潤する病巣で、病理診断結果から予後不良の経過を予測し、十分なマージンをとった切除必要と判断された。結果、右骨性鼻涙管を含む鼻骨から眼窩下壁、下鼻甲介が眼窩組織と一緒にして摘出され、大腿筋皮弁で再建が施された。供覧された術後の顔面写真は、座長Aには日常生活に支障をきたす形状と感じられ、眼瞼の一部温存などは不可能だったのか、と感じられた。が、涙囊原発腺癌の予後の悪さを経験する識者からは、然るべき処置との意見が出された。

2-2席は、涙囊周囲に発生した炎症性病巣を特発性眼窩炎症の一亜型とすべきではないか、という野心的な提案であった。提示されたのは75歳女性と66歳女

性の2症例で、共に左内眼角部の限局的な腫脹があった。1例は抗生物薬抵抗性の臨床経過から長期の副腎皮質ステロイド薬とシクロフォスファミド投薬で保存的に治療され、もう1例は他院での涙囊摘出から7年後に演者施設で観血的に治療された。特発性眼窩炎症は idiopathic orbital inflammation (IOI) の日本語訳だが、本来的には非特異的 non-specific な、つまり病理組織学的な特徴を指摘することができない炎症性病変、という側面を持つ。炎症性疾患では1症例目のように病理組織を得られると限らないし、炎症はプロセスとして変遷を遂げるから生検材料に特徴的な所見が発見されるとも限らない。さらに言えば、IgG4関連疾患がそうであったように、新たな病理学的特徴が後に認識されるようになるかもしれない。特発性眼窩炎症のコンセンサスにも不安定感がある現状を考えると、今回提示された涙囊周囲病変は確かに時に経験するもので、その解釈にはこれからも議論が必要であろう。

2-3席は40代男性の右眼窩に発生した顆粒細胞腫の1例報告であった。術中腫瘍と下直筋との強固な連続性が観認できた。局所麻酔下の手術であり、腫瘍牽引で高度な疼痛と血圧上昇が発生したことでも下直筋との連続性を示す症候であった。提示された好酸性顆粒状細胞質と円形・橢円形の核を持つ大型細胞の集簇からなる病理像は典型的な顆粒細胞腫と見受けた。興味深かったのは、摘出後に眼球運動障害が改善したことである。病理組織上、切除断端に腫瘍が露出していた、とのことだから、腫瘍摘出で下直筋組織を損傷することがなかったのであろう。局所麻酔での手術であったことも、疼痛や不用意な出血を避ける、といった配慮がプラスに作用したのだろうか、と想像しながら拝聴した。他方、腫瘍の残余は想定されるので、今後の経過も気になるところであった。

2-4席は80歳の慢性リンパ性白血病患者に発生した眼窩腫瘍の報告であった。生検2か月前に、右流涙と眼瞼腫脹を主訴に演者施設紹介されたが、慢性リンパ性白血病の診断は6年前についていた。画像では病巣が右眼瞼から涙道、眼窩内側に及んだという。増大傾向が続くために皮下腫瘍の切除手術が施行され、既存の白血病細胞が浸潤したもの、と病理診断された。腫瘍病巣はその後3か月の経過で急激に縮小し、眼窩病変は画像上も消失し、流涙も自覚しなくなった。慢性リンパ性白血病の腫瘍形成が、こうした良好な経過を取る場合のあることは、あまり知られていない希な事象と思われた。腫瘍増大のスピードは亜急性のものと見受けられ、びまん性大細胞B細胞リンパ腫のような中等度以上の悪性リンパ腫で時に見られる急激な増大とは異なる印象を持った。

2-5席は眼窩血管性腫瘍の hospital-based の統計報告であった。眼窩血管性腫瘍は経過観察されることが多いが、眼症状が生じたために摘出し、病理組織学的に診断が確定した眼窩血管性腫瘍17例の臨床経過、病理所見が呈示された。対象期間12年3ヶ月中の眼窩血管性腫瘍は17例で全眼窩腫瘍の8.7%、平均年齢

54.4歳で全眼窩腫瘍の平均よりも若年で、女性に多かった。筋円錐の内外に及ぶものが多く、眼球突出が初発症状であった。病理診断別では海綿状血管腫がほとんどを占め(13例)、他は静脈性血管腫、リンパ管腫、巨細胞血管線維腫、筋周皮腫であった。巨細胞血管線維腫は giant cell-rich solitary fibrous tumor とのことで、筋周皮腫は比較的新しい疾患概念のことであった。WHO classification では前者は giant cell angiofibroma とオーバーラップする腫瘍、筋周皮腫(myopericytoma)は myofibroma、angioleiomyoma、infantile hemangiopericytoma と一連を成す疾患であると記載されている。

2-6席は外眼筋から生じた眼窩静脈瘤2例の報告であった。症例1は突発性眼痛と眼球突出、症例2は俯せ姿勢での眼痛のため受診されたとのことで、これらの症状は眼窩静脈瘤に特徴的である。MRIにて症例1は内直筋内、症例2は下斜筋内に腫瘍が見られたが、眼球運動は2例とも著明な制限は認められていなかつた。2例の術中動画が示され、どちらも周囲を剥離中に薄い血管壁が破裂し、内容物が排出され、縮小した。症例1の病理所見では腫瘍性病変はなかったが、全身的に perivascular epithelioid cell tumor を合併していた。症例2の病理所見は静脈壁と考えられる弾性線維構造であった。両症例とも術後の画像検査で腫瘍は術前と同様の大きさで残存していたが、眼球運動障害に悪化なく、経過観察中とのことであった。

2-7席は眼科領域に発生した横紋筋肉腫2例の報告であった。症例1は6歳男児で、急速に増大する眼瞼腫脹を生じ、造影MRIにて上直筋付着部直上に眼球を圧迫する腫瘍が認められた。眉毛下切開で腫瘍は周囲との癒着は強くなく、ほぼ一塊で摘出された。病理診断は胞巣型横紋筋肉腫であった。症例2は7歳男児で、上眼瞼鼻側皮下の増大する腫瘍をきたし、MRIで境界明瞭な眼窩腫瘍が同定された。術中所見では腫瘍は一部眼輪筋を巻き込み、上涙小管から涙丘、結膜にも広がっていたが、涙囊付近を除き腫瘍は概ね核出

されたとのことであった。病理診断は胎児型横紋筋肉腫であった。国際横紋筋肉腫研究グループ (IRSG) による術後の group 分類では肉眼的に全摘出された場合は group 2 で、部分切除や生検は group 3 に分類され、group 3 は group 2 より予後は明らかに悪いと言われている。症例 1 は治療抵抗性の胞巣型であるが group 2

で、症例 2 は group 3 に属するが比較的予後が良い胎児型であった。近年、化学療法や放射線療法のプロトコール確立によって横紋筋肉腫の予後は向上しているが、術後療法に頼らず可能な限り全摘出を目指すことが推奨されている。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(3)

江口 功一(江口眼科医院／新潟大学)
鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)

一般講演(3) [腫瘍統計]

- | | |
|--|------------------------|
| 1 開業医における眼腫瘍手術の検討 | 小島 孜允(小島眼科医院) |
| 2 静岡県立静岡がんセンター眼科における
眼部悪性腫瘍 242名の総括 | 柏木 広哉(静岡県立静岡がんセンター) ほか |
| 3 北海道大学病院における眼瞼悪性腫瘍の臨床的特徴 | 石嶋 漢(北海道大) ほか |
| 4 網走厚生病院における眼腫瘍 54例の検討 | 福原 淳一(網走厚生病院／北海道大) ほか |

演題3-1は、開業された小島 孜允先生の統計です。4年半でこれだけの数の腫瘍の手術をするというのは開業医にとってとても大変なことであることは私も開業医としてよく分かりますし、それを実践されている小島先生に頭が下がります。局所麻酔で全摘出できる症例は限られるとは言え、過酷な勤務環境で働いている勤務医の仕事が少しでも減らせるために開業医もできる限り努力しなければいけないと感じました。小島先生のレベルに追いつくのは難しいですが、治癒切除ができないものであれば確実な生検を行ってからしかるべき施設に送るだけで、少なからず分業ができるものと思われました。

演題3-2は、いつも大変な症例を抱えて奮闘しておられる柏木先生の統計報告です。がんセンターという位置づけですが、比較的小さな初発例から進行例、多発癌の症例などバリエーションに富む症例を報告していただきました。脂腺癌の再発転移が0%というのは誇るべき成績だと思います。各種がんの治療法が進歩して延命効果が期待されますが、それに比例して眼科領域に生じる多重癌や転移が増えてきているように思います。ますます眼腫瘍医の充実、良好な他科との連携が望まれると感じました。

演題3-3は、北海道大学の石嶋漢先生が、眼瞼悪性腫瘍の統計について報告された。2010年からの7年間42例について、平均年齢73歳、80歳以上が8例と高齢者が多く、組織型は脂腺癌が50%、基底細胞癌が31%であり、36例は局所切除と再建、6例は眼窩内容除去を要した。高齢者が多いのは地域性の影響が考えられる。我が国では脂腺癌が約1/3、基底細胞癌が1/3強という報告が多く、今回の報告は拠点病院ゆえに難治となりやすい脂腺癌が集約化してきた結果と考えられる。これら拠点となる病院からの多数例の報告は有用であるが、種々のバイアスが含まれ、眼腫瘍登録などの多施設共同研究の重要性が感じられた。

演題3-4は、網走厚生病院の福原淳一先生が、眼腫瘍の統計を報告された。前演題と同じ北海道であるが、地域の拠点病院という立場である。2016年からの12年間に病理組織検査を行った54例のうち、眼瞼腫瘍が38例(うち悪性腫瘍は7例)、結膜腫瘍が8例(うち悪性腫瘍は2例)、眼窩腫瘍は7例で全て良性であった。霰粒腫など本来の腫瘍ではないものも含まれていることも、良性の割合が多い一因と思われた。前演題とは疾患内訳が異なり、これは病院の立ち位置の違いも影響していると思われた。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(4)

大島 浩一(国立病院機構岡山医療センター)
兒玉 達夫(島根大学)

一般講演(4) [IgG4関連]

- 1 IgG4関連眼疾患の診断における
フローサイトメトリーの有用性

水門 由佳(帯広協会病院／北海道大)ほか

- 2 びまん性大細胞リンパ腫完全寛解6年後に
再発が疑われた IgG4関連疾患の1例

尾山 徳秀(うおぬま眼科／長岡赤十字病院／
新潟大医歯学総合病院)ほか

- 3 IgG4関連疾患に合併した
びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

野々村絹子(佐渡総合病院／新潟大)ほか

- 4 IgG4関連疾患が疑われた眼窩粘液腫の1例

浅井 沙月(京都大学医学部附属病院)ほか

- 5 重度の涙液減少を呈した IgG4関連眼疾患の1例

荻野 陽(北海道大)ほか

- 6 IgG4関連疾患に合併した Adult Orbital
Xanthogranulomatous Disease の1例

大湊 紗(新潟大)ほか

IgG4関連疾患と悪性腫瘍が合併することがある。眼科領域では、IgG4関連眼窩病変にMALTリンパ腫が合併することはよく知られている。一般講演4-1から4-3までは、IgG4関連眼窩疾患とリンパ腫の合併に関する講演であった。

4-1：演者らは以前から、「IgG4関連病変をフローサイトメトリー(FCM)で診断できるのではないか」という仮説に基づいて研究を重ねている。ここで最大の問題点は、FCMではIgG4陽性細胞そのものを検出できないということである。このため各種の細胞表面抗原を調べて、IgG4関連病変における特徴を見いだそうと努力している。いまだ道半ばではあるが、いつの日か「FCMにより IgG4関連眼窩病変と MALTリンパ腫を鑑別できた」という講演を拝聴したいものである。

4-2：自己免疫性脾炎、肺門部リンパ節のDLBCL、左下直筋のIgG4関連病変をきたした、84歳女性の症例報告であった。時間的・空間的に異なる病変では、試験切除を行わなければ診断を誤る可能性があるということを警告する教育的な発表であった。

4-3：IgG4関連眼窩病変にMALTリンパ腫が合併(同居)することはよく知られているが、DLBCLが合併することは稀である。この講演は40代女性の症例報告で、頸部皮下腫瘍と左眼窩腫瘍のそれぞれに、IgG4関連病変と DLBCL が合併(同居)していたというものであった。非常に興味深い症例ではあったが、演者が時間的・空間的に異なる病変と時間的・空間的に同一の病変を混同して考察していたことは残念であった。

4-4：症例は両側の眼瞼腫大と眼球突出に脾腫大を合併しており、血清 IgG と IgG4 の上昇を認めたことから IgG4 関連眼疾患と臨床診断されて、ステロイドパルスとステロイド内服治療で腫瘍の縮小をみている。5 年後に IgG4 の再上昇と眼瞼腫脹と眼球突出をきたした時点で初めて生検されている。病理結果は眼窩内では稀な粘液種の診断であった。病理組織像をみると、腫瘍胞巣間隙の細胞浸潤は IgG4-RD の診断基準を満たすものの、粘液種がステロイドによって反応・縮小するとは考えにくく、会場からはアミロイドーシスの可能性や、術中所見で IgG4 に合致する所見があったかどうかの質問が挙がった。脾臓においては粘液種と IgG4 との合併が報告されており、IgG4 が眼窩粘液種の発症に関連する可能性は否定できない。惜しむらくは 5 年前の眼瞼腫大時に、病理組織検査を施行しておくべきだったと考えられた。

4-5：シェーグレン症候群の亜型とされていた Mikulicz 病が、現在 IgG4 関連疾患として独立した疾患概念を確立している。両者の鑑別点として、SS-A、SS-B、抗核抗体の陽性率、性差、ステロイドの反応性、ドライアイの有無等、大きな臨床的差異があることが判明している。本症例は血清学的・病理組織学的に IgG4-RD の診断基準を満たしながら、シェーグレン

症候群の眼科的診断基準にも合致するという症例報告である。IgG4-RD には稀なドライアイを呈しているが、文献的には正常眼に比し、IgG4-RD の涙液分泌能が低いという報告もある。IgG4-RD と診断が確定しても、シェーグレン症候群の否定にはならないこと、ドライアイが併存することがあることも留意すべきと思われた。

4-6：成人発症の Xanthogranuloma には、しばしば白血病や悪性リンパ腫等の悪性腫瘍を合併することが知られている。IgG4 関連眼疾患もまた、本セッションで幾つか挙がっているようにリンパ腫等の眼腫瘍の合併が報告されている。本症例は Adult onset の Orbital Xanthogranulomatous に IgG4 関連眼疾患が併発したという、両疾患の腫瘍向性がリンクする可能性を証明した報告の一つと思われる。Adult Orbital Xanthogranulomatous Disease という疾患概念には 4 つの subtype がレビューされているが、IgG4 陽性細胞浸潤は珍しくは無い。ステロイドに対する治療反応性も良好であることから、会場からは IgG4 関連眼疾患と同一のスペクトラムに位置する疾患群ではないかという意見が出されていた。今後の症例の蓄積で病態が明らかになることが期待される。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(5)

吉川 洋 (宗像眼科クリニック／九州大)
小幡 博人 (埼玉医科大学総合医療センター)

一般講演(5) [眼瞼腫瘍]

- | | |
|--|------------------------------|
| 1 再発性眼瞼悪性腫瘍に対しインターフェロン α -2b 点眼で
加療するも奏功せず、全身化学療法で寛解した1例 | 坂本 麻里 (神戸大) ほか |
| 2 生検で基底細胞癌と診断され、追加拡大切除で
trichoblastoma が疑われた眼瞼腫瘍の1例 | 末岡健太郎 (広島大) ほか |
| 3 眼瞼に生じた多型腺腫の1例 | 土居 亮博 (聖隸浜松病院
眼形成眼窩外科) ほか |
| 4 眼部カポジ肉腫の1例 | 高木 健一 (九州大) ほか |
| 5 眼瞼脂腺癌における
抗アポトーシスタンパク質 BAG3 の発現について | 袖木 達也 (富山大) ほか |
| 6 抗真菌薬 Voriconazole に関連した扁平上皮癌 | 辻 英貴 (がん研究会有明病院) ほか |

第1席は、「再発性眼瞼悪性腫瘍に対しインターフェロン α -2b 点眼で加療するも奏功せず、全身化学療法で寛解した一例」。演者は、神戸大の坂本先生から中井先生に変更。症例は63歳女性、左下眼瞼鼻側に初発、放射線治療を行ったが上下眼瞼に再発、手術とインターフェロン点眼を行ったが効果なく下眼瞼に大型の腫瘍と転移も発覚したというアグレッシブな眼瞼癌の報告。九州大の高木先生から、TS1も使えたのではないかという意見、これに対して静岡がんセンターの柏木先生からは TS1は期待できないという意見があった。新潟の江口先生から、組織型は脂腺癌ではないかという質問があり、演者からもおそらく脂腺癌ではないかという返答であった。

第2席は、「生検で基底細胞癌と診断され、追加拡大切除で trichoblastoma が疑われた眼瞼腫瘍の1例」。

広島大末岡先生のまれな眼瞼の毛芽腫 trichoblastoma の報告。症例は84歳男性、表面の shaving 生検では BCC、深部は毛芽腫の組織で、両腫瘍は連続性のある疾患概念であるとのことであった。毛芽腫は腫瘍胞巣周囲の裂隙形成がないことなどで BCC から鑑別され、悪性度は BCC より低いことである。がん研有明病院の辻先生から酷似症例の経験があるという発言、東京医大の後藤先生も毛芽腫の経験があり微少な病変であったという意見があった。北大の加瀬先生から、この腫瘍の概念は BCC に含まれてもよいのではないかというコメントがあった。

第3席は、「眼瞼に生じた多型腺腫の1例」。聖隸浜松病院土居先生の発表。症例は23歳女性で、霰粒腫として治療を受けた病歴のある瞼縁近くの皮下腫瘤で、全摘したところ多形腺腫であったという。抄録作成時

まで約一年再発はなかったが、その後再発が疑われるということで、前医の治療歴が影響している可能性を指摘した。新潟大の尾山先生より、自験例でも再発があり摘出組織の被膜が intact かどうかをよく見るべきという指摘があった。山形大の高村先生より、臨床所見で霰粒腫に比べごつごつしていることで診断を推測できるのではないか、九州大の高木先生より、霰粒腫との鑑別で結膜所見の有無が有用ではないか、とコメントがあった。また神戸大の安積先生より発生母地はどこかという質問があった。報告ではモル腺など眼瞼皮膚の汗腺が母地として推測されているようである。

第4席は、「眼部カポジ肉腫の1例」。九州大高木先生のご発表。カポジ肉腫はヒトヘルペスウイルス8型(HHV-8)感染を契機として発症する血管内皮由来の悪性腫瘍で、AIDSの合併症として知られているが、眼部病変については本邦での報告は少ない。症例は35歳男性。両肺の多発陰影や食道カンジダ症などからAIDSと診断される過程で、右下眼瞼に赤褐色の腫瘍と左球結膜に血管拡張を伴う腫瘍性病変が出現した。右下眼瞼の生検を行い、免疫染色でD2-40とHHV8が陽性で、カポジ肉腫と診断された。AIDSに対するART療法に加え、ドキソルビシンによる治療を行ったところ、眼瞼および結膜の病変は縮小した。

眼瞼や結膜に赤い病変をみた時、カポジ肉腫も鑑別の一つと考える必要があると考えられた。

第5席は、「眼瞼脂腺癌における抗アポトーシスタンパク質BAG3の発現について」。富山大柚木先生のご発表。Heat shock protein 70のco-chaperonであり、様々なストレスに対して細胞保護作用を有するBcl-2 associated athanogene 3(BAG3)が、眼瞼脂腺癌においてどのように発現しているか5例の病理検体を用いて免疫組織化学的に検討した発表。結果は、BAG3は脂腺癌の細胞質に高発現しているとのことであった。今後のさらなる研究が期待された。

第6席は、「抗真菌薬 Voriconazole に関する扁平上皮癌」。がん研有明病院辻先生のご発表。症例は73歳女性。皮膚科で Voriconazole を投与中、左眼周囲に腫瘍を生じ、眼球近傍にまで増殖しており、切除した。病理診断は扁平上皮癌であり、再増殖と切除を繰り返しているという。Voriconazoleはアゾール系の抗真菌薬であるが、光毒性があり、顔面などの露出部における皮膚がん発症と関連があるとのことであった。Voriconazole投与中は、SPF値の高いクリームや、帽子、サングラスなどの日よけ対策を行うことが大切であるというメッセージであった。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(6)

高村 浩(公立置賜総合病院／山形大学)

林 暢紹(須崎くろしお病院／高知大学)

一般講演(6) [結膜腫瘍]

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 眼窩内容除去術を要した結膜悪性黒色腫の3例 | 伊沢 英知(国立がん研究センター中央病院)ほか |
| 2 術後後療法としてインターフェロン α -2b 点眼を使用した結膜悪性黒色腫7例の検討 | 菊地 郁(北海道大／滝川市立病院)ほか |
| 3 若年で発症した眼瞼結膜扁平上皮癌の一例 | 松田 弘道(東京慈恵医大 第三病院／東京慈恵医大)ほか |
| 4 当院における結膜封入囊胞の検討 | 齋藤 智一(聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科)ほか |
| 5 同一の遺伝子再構成パターンが得られた両側性円蓋部結膜アミロイドーシスの一例 | 村井 佑輔(神戸海星病院)ほか |
| 6 眼瞼結膜下に生じた pleomorphic fibroma の1例 | 松浦 祐介(聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科)ほか |

6-1席は、結膜悪性黒色腫に対してまずは保存的治療を行うも最終的には眼窩内容除去を要した3症例の報告であった。25歳女性の症例は2年間のインターフェロン局所注射治療で一旦寛解が得られるもその2年後に再発したため眼窩内容除去を施行した。64歳女性の症例は6年間に悪性黒色腫・PAM with atypiaに対して3回切除施行するも完治せず、MMC点眼で治療するも継続困難で病変が増大してきたため、眼窩内容除去を行った。92歳女性の症例は認知症のため1年間経過を観察していたが、腫瘍の著明な増大と出血がみられたため眼窩内容除去を行った。

結膜悪性黒色腫の切除後の補助療法として点眼治療、インターフェロン局所注射や冷凍凝固などがあるが確立されたものではなく、会場からも最初から眼窩内容除去を施行しても生命予後が不良であったという意見も出され、結膜悪性黒色腫のマネージメントの困難さが再認識された。

6-2席は、結膜悪性黒色腫の7例に対するインターフェロン(IFN) α -2b点眼治療の報告であった。腫瘍の局所切除後、色素性病変が消失するまでIFN α -2b点眼を継続した。その結果、1例のみIFN α -2b点眼およびIFN β 結膜下注射を含む局所化学療法が奏功せず、病変が増悪したため、眼窩内容除去を施行したが、7例中6例で寛解が得られた。今回の点眼治療はあくまでも腫瘍を局所切除した後の後療法であることが確認されたが、非常に良好な治療結果からIFN α -2bには腫瘍増殖抑制効果があると考えられた。

これまでインターフェロン点眼に多用されていたインチロン[®]が今後、使用できなくなることに対応してスミフェロン[®]が代用されることになるかもしれないが、スミフェロン[®]はインチロン[®]に比べて効果がmildであるという意見が会場から出された。

6-3席は、若年で発症した眼瞼結膜扁平上皮癌の報告であった。症例は20歳男性。3年前から下眼瞼内側

の涙点付近の腫瘍が出現し、再発を繰り返したため、他医で計4回切除術を施行された。その中の病理検査で高度の上皮内異形成と診断されていた。さらに再発したため、演者の施設にて生検したところ高分化～中分化型の扁平上皮癌であった。拡大切除、放射線治療施行するも転移や再発もみられ、治療中であるということであった。

会場からは、これだけ再発を繰り返しているので病理組織学的には高分化ではなく低分化の扁平上皮癌ではないのかという意見や、扁平上皮癌は涙小管や涙嚢などの涙器を伝わっていくので、涙器に病変が留まっていたために再発を繰り返しているのではないかという議論がなされた。眼瞼の扁平上皮癌は時にaggressiveな経過を示すことがあるため、そのマネージメントには注意が必要であると考えられた。

6-4席は、10年間（2007年1月～2017年5月）の単一施設で摘出術を施行し病理組織学的に結膜封入囊胞と診断された17例の臨床的特徴に関する報告であった。結膜囊胞は、外傷や手術を契機に結膜上皮が実質内に陷入してできた封入囊胞と考えられているが、成因が不明なことも多いとされている。演者らは、結膜囊胞を1. 結膜上皮封入体、2. 貯留囊胞等の4種類の分類法を提示していた。発生部位として、上・下眼瞼結膜が10例（上6例、下4例）、球結膜が5例、涙丘部が2例で、囊胞の大きさは3～21.5（平均10.9）mmで、球結膜の囊胞は小さく眼瞼結膜の囊胞は大きい傾向にあった。囊胞へのアプローチ法として、結膜切開が13例、皮膚切開が4例で、皮膚切開は全て上眼瞼に発生した10mm以上の囊胞であり、囊胞が眼瞼拳筋群を押し広げるように増大し摘出後に再建を要したことであった。会場からは上眼瞼結膜の結膜囊胞に対するアプローチとして結膜切開か皮膚切開かの議論と、その成因・病態に関する議論があった。

6-5席は、症例報告であった。42歳女性、16年前に両側性結膜アミロイドーシスと診断され観血的治療を繰り返していた（全身性アミロイドーシスは否定済み）。高度の眼瞼下垂が生じた状態で紹介受診され、

両眼とも上眼瞼円蓋部結膜に黄色沈着物を認め、右眼は球結膜、瞼結膜にも散在していた。まず左眼の結膜アミロイド摘出術を全身麻酔下、皮膚切開にて重瞼ラインから拳筋腱膜を切開するとアミロイド沈着物に到達、ミュラー筋と結膜の間を主座とする大量の沈着物を除去し、ミュラー筋を瞼板に縫着して閉創、手術時間は6時間35分であった。後日右眼も同様の手術を施行し、手術時間は6時間7分であった。病理組織学的検査ではアミロイドーシス（限局性ALアミロイド）と診断され、左右とも同一の遺伝子再構成パターンが検出され、アミロイド沈着の背景に同一クローンB細胞が関与した可能性が高く、今後放射線治療を検討しているとのことであった。

会場からは、MALTリンパ腫ではないか、形質細胞への転換を伴ったMALTリンパ腫では？等、診断に関しての質疑・討論が多くなされたが結論は出なかった印象である。今後の経過等を含めて来年以降の本学会での追加報告を期待したい稀少な症例報告であった。

6-6席は、38歳女性の眼瞼結膜下に生じたpleomorphic fibromaの症例報告であった。Pleomorphic fibroma自体稀な良性の軟部組織腫瘍で、多型性を示す紡錘形細胞が増殖した隆起性の腫瘍で、体幹、四肢に生じることが多いとされ、眼瞼に生じた報告は極めて稀とのことであった。本症例では約10年前からの右下眼瞼の腫瘍を自覚、徐々に増大し、受診時には右下眼瞼内側の眼瞼結膜下に、径10mmの表面平滑な隆起性腫瘍を認め、病理組織学的に、紡錘形細胞の増殖を結膜上皮下に認め、内腔の拡張した血管も散見され、増殖細胞は軽度の細胞異型を示すものの核分裂像は認められず、免疫組織学的にはCD34に陽性、S-100やSMAは陰性であり確定診断されていた。結膜に生じたfibromaも稀少であり（演者らが引用した論文では1,643例の結膜腫瘍中2例のみ）、演者らが涉獵し得た限りでは、pleomorphic fibromaの報告は1例のみとのことであった。本当に稀少な眼瞼結膜腫瘍の報告であった。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(7)

高橋 寛二(関西医大)

高比良雅之(金沢大学)

一般講演(7) [眼内腫瘍Ⅱ]

- | | |
|---|-----------------|
| 1 眼の有色素組織の自発蛍光の検討 | 大口 泰治(福島県立医大)ほか |
| 2 視神経乳頭黒色細胞腫の multimodal imaging と視野所見 | 古田 実(福島県立医大)ほか |
| 3 眼内および中枢神経系リンパ腫治療後に心臓に生じた
びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例 | 今関 誠(東京医大)ほか |
| 4 著しい滲出性網膜剥離を伴う孤立性脈絡膜血管腫に対し、
硝子体手術とシリコーンオイル注入後に光線力学療法を施行した1例 | 川上 摂子(東京医大)ほか |

7-1は福島県立医の大口泰治氏の「眼の有色素細胞の自発蛍光の検討」に関する発表であった。眼瞼、眼表面、眼内の色素を有する細胞および色素性腫瘍の薄切標本を無染色でSW-AFとNIF-AFを用いて組織の自発蛍光を観察したという報告であった。結果として脈絡膜メラノーマでは、正常組織でNIF-AFによって過蛍光を示すが、腫瘍細胞は低蛍光であったとのことであった。考察として、ユーメラニンとフェオメラニンの比率が蛍光強度に関係するとの考えが述べられていたが、様々な眼組織のメラニン含有細胞では、メラニン顆粒の形態においても様々な形態の差が認められることから、その違いによる検討も行えば何かヒントが得られるのではと思った。

7-2は福島県立医の古田実氏による「視神経乳頭黒色細胞腫の multimodal imaging と視野所見」に関する発表であった。視神経乳頭黒色細胞腫9例9眼のうち視野評価ができた8眼において盲点拡大4眼、同側鼻側階段8眼、対側鼻側階段5眼がみられ、経過観察期間中に3眼で視野欠損が進行した。画像検査では

OCTによる神経線維束の菲薄化、赤色自発蛍光での過蛍光、OCT-Aによる腫瘍表面毛細血管の描出などがみられた症例が提示された。討論では視野障害が進行した場合の治療に関する質問があり、ステロイドは一つの選択肢かもしれない。特に腫瘍の大きい症例では、生涯にわたる経過観察を要すると考えられる。

7-3は東京医大の今関誠氏による「眼内および中枢神経系リンパ腫治療後に心臓に生じたびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例」の報告であった。眼内リンパ腫の発症に引き続いて中枢神経、その後心臓(右心房)内にリンパ腫が発生したとのことであった。心臓のリンパ腫は非ホジキンリンパ腫で頻度0.5%、心臓腫瘍の1.3%と非常に稀であるとの報告であったが、何故右心房に生じたのかとの会場からの質問に、全身血が集まる場所であるからとの返答であった(血行性転移の可能性)。リンパ腫は免疫学的寛容部位(眼内、中枢神経、精巣)に生じやすいという報告があり、眼と中枢神経は同時発症する場合があることから、血行性転移であったかどうかは興味のあるところである。

7-4は東京医大の川上摂子氏による「著しい滲出性網膜剥離を伴う孤立性脈絡膜血管腫に対し、硝子体手術とシリコーンオイル注入後に光線力学療法を施行した1例」の報告であった。孤立性脈絡膜血管腫の51歳女性の症例において、2か月ほどの経過で網膜剥離が進行し、腫瘍も増大した。先ず硝子体手術を行って網膜の復位を図り、その後に PDT を行ったところ病

勢は沈静化し、視力も向上した。討論では PDT 単独でも治療は可能ではなかったかとの質問があった。しかし、やはり網膜剥離が目立つ例では硝子体手術の前処置は理にかなっていて、また出血を伴う例では抗 VEGF の投与もオプションかもしれないとの意見もあった。

第35回日本眼腫瘍学会 学会印象記

一般講演(8)

嘉島 信忠(聖隸浜松病院)
辻 英貴(がん研究会有明病院)

一般講演(8) [眼窩腫瘍Ⅱ]

- | | |
|---|--|
| 1 リンパ増殖性腫瘍が疑われた眼窩脂腺癌の1例 | 杉原 一暢(島根大)ほか |
| 2 視神経膠腫(Optic pathway glioma)に対する治療：
生命予後と機能予後 | 柳澤 隆昭(東京慈恵医大 脳神経外科／
埼玉医大国際医療センター
脳脊髄腫瘍科)ほか |
| 3 It is the long-run：10年以上にわたって
治療を必要とした視神経膠腫の5例 | 柳澤 隆昭(東京慈恵医大 脳神経外科／
埼玉医大国際医療センター
脳脊髄腫瘍科)ほか |
| 4 短期間で増大し失明に至った眼窩内神経鞘腫の1例 | 松本 悠介(北海道大)ほか |
| 5 眼窩筋円錐内腫瘍に対する治療についての10年経過報告 | 長井 隆行(神戸大)ほか |
| 6 眼球突出を主訴に診断に至った小児腫瘍性疾患11例 | 山岡 正慶(東京慈恵医大)ほか |
| 7 シリコンループと釣針型フックを用いた
簡便な眼窩開創器の試作 | 小島 孜允(小島眼科医院／埼玉医大) |

8-1 リンパ増殖性腫瘍が疑われた眼窩脂腺癌の1例

島根大学眼科の杉原一暢先生から眼窩脂腺癌の症例報告がなされた。86歳の男性の右眼窩下鼻側の腫瘍で、術前検査ではSIL2Rは1,687 U/ml、β2MGは6.0 mg/mlと上昇、またIgG4も360 mg/dlと上昇し、また血清リゾチームの上昇と心エコーで心サルコイドーシスが疑われ、悪性リンパ腫やIgG4関連眼疾患を含めたリンパ増殖性疾患もしくはサルコイドーシスなどが考えられ、眼窩腫瘍生検術を施行した。病理結果は脂腺癌の診断であった。患者および家族は手術を希望されず、総量66Gyの放射線根治照射を施行した。脂腺癌の典型例はマイボーム腺、まれにツアイス腺など

どの眼瞼の脂腺から発生するものがほとんどである。しかしながら筆者も眼窩に広がる脂腺癌の例を経験しており、マイボーム腺やツアイス腺などの脂腺由来ではないと思われる脂腺癌はまれではあるが存在する。本症例の腫瘍は涙嚢・鼻涙管との連続性を認めており、涙嚢原発の可能性があるのではないかと演者らは考察されている。

8-2 視神経膠腫(Optic pathway glioma)に対する治療：生命予後と機能予後

視神経膠腫(Optic pathway glioma: OGP)は、小児期に視路に発症するWHO悪性度分類grade I～II

の低悪性度神経膠腫 (low-grade glioma) である。OPGは悪性度の低い腫瘍ながら、播種例や死亡例もある。場所の特性により、治療によって視機能障害、内分泌機能障害、認知機能障害、悪性転化など生命と Quality of Life (QOL) を左右する合併症を生じる可能性があり、診断・治療法の選択が重要となる。本演題は放射線治療を採用せず腫瘍の制御を行った症例の報告である。OPG 患者 33 例（初発 21 例、再発 12 例）、内訳は神経線維腫症 I 型合併例 1 例、他 32 例は非合併例で、また部位は、片側視神経に限局した眼窩内腫瘍 4 例、他 29 例は視路視床下部腫瘍であった。初発 2 例、再発 2 例に播種を認めた。初発例 21 例は初回化学療法により腫瘍増大が阻止されたが、うち 4 例は、腫瘍の再増大のため、治療を再開した。再発 12 例では 10 例で化学療法により腫瘍の制御が得られた。1 例は増大を続け腫瘍減量手術にて退縮傾向を認めたが再増大し死亡した。放射線治療、化学療法後再発の 1 例が悪性転化を認め死亡した。OPG に対する化学療法としての素晴らしい成績であるが、さらなる改善のために、診断までの時間が視機能予後を左右する可能性があり、疾患に対する啓蒙・教育が大切であると強調されておられた。

8-3 It is the long-run : 10 年以上にわたって治療を必要とした視神経膠腫の 5 例

OPG 患者のうち、診断・初期治療から 10 年以上に渡って治療を必要とした、診療録から後方視的に検討した 5 例の報告である。診断時年齢、1 歳女児、1 歳男児、5 歳男児の 3 例は、腫瘍部分切除・腫瘍生検の後、放射線治療を施行されている。女児は、放射線治療による反応が不良であったために化学療法を施行され、後に腫瘍の悪性転化を認めて死亡した。男児 2 例は、放射線治療後に再発し（1 例は播種再発）、化学療法を施行後、腫瘍の制御を得た。その後再び腫瘍の増大や腫瘍内出血を認め、腫瘍減量術を施行されている。診断時年齢、4 歳女児、8 歳女児の 2 例は、経過と画像診断から臨床的に OPG と診断され、化学療法が施行された。その後、腫瘍の再増大を認め、再び化学療

法を施行された。後にさらに腫瘍の再増大を認め、腫瘍減量術を施行されている。OPG 治療の理想は全摘であるが、機能予後を考慮し、初期治療として手術以外の治療が採用されることが多い。演者らは、重篤な晚期障害の可能性を鑑み、放射線治療を回避して化学療法を行う方針を貫き、腫瘍再燃時にも、なお長期の生命予後、機能予後を考慮して治療方法を選択する必要があると述べている。OPG 治療の有用性は、10 年以上の長期の経過を追跡して初めて結果を得られるものであると、改めて感じた次第である。

8-4 短期間で増大し失明に至った眼窩内神経鞘腫の 1 例

北海道大学眼科の松本悠介先生から症例提示がされた。65 歳女性、神経線維腫症 II 型。神経線維腫症 II 型とは MRI あるいは CT で両側聴神経腫瘍が見つかれば診断は確定し、また、親・子供・兄弟姉妹のいずれかに神経線維腫症 II 型の方がいて、本人に（1）片側性の聴神経腫瘍、または（2）神経鞘腫・髓膜腫・神経膠腫・若年性白内障のうちいずれか 2 種類が存在する場合にも診断が確定する指定難病の疾患である。患者は全身に本疾患の影響は及んでおり、外科、脳外科、泌尿器科、整形外科で 20 回以上の手術歴を有し、すでに寝たきりの状態であった。2016 年 5 月に左眼の視力低下を主訴に初診となった時点での手動弁であり、MRI では筋円錐内に巨大な神経鞘腫が存在していることが視力低下の原因であるが、加療は同意を得ることが出来ず経過観察となつた。その後約 1 年の経過で著明な眼球突出および耐えがたい眼痛を来すようになったとして再診。結果的に眼窩内容除去に至つたという。本疾患そのものは根治不能である。したがって多発する神経鞘腫は対症療法としての摘出をする他ではなく、患者や家族の意思が最優先となることが多い。演者らは、眼窩内発生例においては短期間であっても急速に増大する場合もあり、失明・眼窩内容除去となることもあることをあらかじめ本人や家族にも知識として共有しておく必要があること、啓蒙的に報告していただいた。

8-5 眼窩筋円錐内腫瘍に対する治療についての 10年経過報告

神戸大学眼科の長井隆行先生より症例提示がされた。2005年に初診の59歳女性。CTで左眼窩内腫瘍による眼瞼腫脹を主訴とし初診となった。視力眼圧は正常で、眼球突出を認めないが、眼瞼腫脹および視神経乳頭浮腫を有し、MRIでは筋円錐内に存在し、視神経を鼻側に圧排、血流きわめて良好な血管腫疑いの腫瘍が存在した。2006年摘出術を施行するも著しい出血のため部分切除に終わったという。その際の病理診断は giant cell angiomyxoma であったが、今回の発表にあたり改めて再検討した結果 bcl-2 (-)、CD34 (-)、 α SMA (-)、S100 (-) で確定診断は困難であったため spindle cell tumor としたという。初回手術より10年間に腫瘍サイズの増大に伴う視力低下を数回繰り返し、その都度ステロイド内服、パルス療法、免疫抑制剤などを用いて腫瘍サイズの縮小を図り、現在視力0.7～1.0を保持しているが、腫瘍サイズの縮小傾向はないという。今後免疫抑制剤による視力維持、視力低下時には眼窓減圧術を計画しているという内容であった。非常に難儀であると思うが、血管造影検査ならびに塞栓術を併用することで腫瘍摘出が可能かもしれません、検討してはどうかとコメントがあった。

8-6 眼球突出を主訴に診断に至った 小児腫瘍性疾患の11例

東京慈恵医大小児科で小児腫瘍を専門とされている山岡正慶(やまおかまさよし)先生から眼球突出というキーワードで来院した小児がん11例の症例提示をいただいた。2010年～2017年に東京慈恵医大および埼玉医大国際医療センターで加療された11例を報告いただいた。内訳は発症年齢中央値7歳(4ヶ月～14歳)で横紋筋肉腫3、ユーリング肉腫1、卵巣囊腫1、視神経膠腫6で、原発部は眼窓2、海綿静脈洞1、上頸洞2、視神経6であった。現時点で全例生存である

という素晴らしい治療成績を供覧いただいた。生検せずに診断・治療する視神経膠腫、生検のみが望ましいユーリング肉腫と卵巣囊腫、初回手術で肉眼的な全摘を達成すべきであるのは横紋筋肉腫、そしてとりわけ傍脳膜横紋筋肉腫は手術後2週間以内に化学療法を開始することが重要であることを再認識した。そして、演者が最も強調されていた点は、MRIや腫瘍マーカーで疾患のおおよそがわかるため、必要に応じて手術より先に遠隔転移の有無、腫瘍の分子遺伝学的解析が可能であり、判断に迷う場合は小児腫瘍医(地域の拠点病院に相談すればその存在を知ることが出来ること)と連携して適切な治療計画を立ててほしいと、締めくくられた。

8-7 シリコンループと釣針型フックを用いた簡便な 眼窓開窓器の試作

小島眼科医院で年間100件を超す眼瞼眼窓腫瘍手術をこなされている小島孚允先生から、開窓器の試作につきご報告いただいた。オリジナルである中村式釣り針フックは我々周知の便利な開窓器具であるが、糸をその都度装着せねばならず、その仕事を看護師などスタッフにお任せ出来る施設でなければ意外と煩わしい。その点を改良したのは中村・後藤式釣り針フックである。これは釣り針を2列並列に配置するという新たなアイデアも盛り込まれた上に、それを特殊なスプリングに連結しクレンメなどで覆布に固定するというものである。小島先生が考案されたのは、その2つの利便性を合わせたものであった。つまり釣り針フックを輪ゴム(シリコン製)と連結し、さらにその先に、クレンメやペアンに容易に連結・脱着できるというものであった。非常に簡便な構造であり、開業の先生や人での少ない施設などでは、かなり有用であると思われた。ちなみにTMI(てい一えむあい)社製、1針4,000円で市販されているそうである。

学会記録集

日本眼腫瘍学会の歴史

回	会期	開催地	会場	会長	主管校
第1回	1983年(S58)6月10日	富山	富山医科薬科大学病院	中村 泰久	富山医科薬科大学
第2回	1984年(S59)10月20日	京都	京大会館	雨宮 次生	京都大学
第3回	1985年(S60)9月7日	福岡	九大同窓会館	猪俣 孟	九州大学
第4回	1986年(S61)8月16日	東京	順大有山記念講堂	沖坂 重邦	防衛医科大学
第5回	1987年(S62)9月20日	福島	福島グリーンパレス	加藤桂一郎	福島県立医科大学
第6回	1988年(S63)9月4日	東京	国際研究交流会館	金子 明博	国立がんセンター
第7回	1989年(H1)11月18日	岡山	岡大医学部図書館	松尾 信彦	岡山大学
第8回	1990年(H2)7月27日	仙台	仙台市民会館	玉井 信	東北大学
第9回	1991年(H3)8月2日	札幌	北大学術交流会館	松田 英彦	北海道大学
第10回	1992年(H4)6月20日	東京	幕張メッセ国際会議場	箕田 健生	帝京大学市原
第11回	1993年(H5)10月6日	長崎	長崎大学医学部記念講堂	雨宮 次生	長崎大学
第12回	1994年(H6)9月26日	福岡	九大同窓会館	猪俣 孟	九州大学
第13回	1995年(H7)8月10日～11日	高知	高知県教育会館	上野 倭幸	高知医科大学
第14回	1996年(H8)10月5日	東京	興和ビル大ホール	沖坂 重邦	防衛医科大学
第15回	1997年(H9)10月25日	福島	裏磐梯猫魔ホテル	加藤桂一郎	福島県立医科大学
第16回	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
第17回	1999年(H11)9月25日	大宮	大宮ソニックシティホール	小島 孜允	大宮赤十字病院
第18回	2000年(H12)6月23日	仙台	仙台市民会館	玉井 信	東北大学
第19回	2001年(H13)9月1日～2日	浜松	ホテルコンコルド浜松	中村 泰久	聖隸浜松病院
第20回	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
第21回	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
第22回	2004年(H16)7月17日	高知	高知市文化プラザ	上野 倭幸	高知大学
第23回	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
第24回	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
第25回	2007年(H19)9月29日	大阪	大阪赤十字病院 4F 講堂	柏井 聰	大阪赤十字病院
第26回	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
第27回	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
第28回	2010年(H22)9月25日	浜松	アクトシティー浜松コンгрレスセンター	嘉島 信忠	聖隸浜松病院
第29回	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
第30回	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
第31回	2013年(H25)9月14日～15日	高知	高知総合あんしんセンター	林 暉紹	須崎くろしお病院／高知大学
第32回	2014年(H26)7月11日～12日	浜松	静岡浜松市プレステワー	辻 英貴	がん研有明病院
第33回	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
第34回	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
第35回	2017年(H29)9月23日～24日	東京	両国KFCホール	溝田 淳	帝京大学

日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別 50音順(2018年9月現在)

名譽会員(敬称略)	役 職	氏 名	所 属
雨宮 次生	理 事 長	吉田 実	福島県立医科大学
猪俣 孟	理 事	安積 淳	神戸海星病院
上野 倭幸	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 (学術・広報)	小幡 博人	埼玉医科大学総合医療センター
金子 明博	理 事	嘉鳥 信忠	聖隸浜松病院
玉井 信	理 事 (監 事)	兒玉 達夫	島根大学
松尾 信彦	理 事	後藤 浩	東京医科大学
箕田 健生	理 事	敷島 敬悟	東京慈恵会医科大学
物故会員	理 事 (学術・広報)	鈴木 茂伸	国立がん研究センター中央病院
加藤桂一郎	理 事	高橋 寛二	関西医大
	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 暉紹	須崎くろしお病院／高知大学
	理 事	溝田 淳	帝京大学
	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 爪允	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 本会は事務局を福島県立医科大学眼科学講座 (〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地) 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、本会の事業を援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できる。

(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) 理事会は理事の三分の二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29年9月23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://jssoo.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 jssoo@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もあります）
 - ・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

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できますので、あらかじめご了承下さい。

「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。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（自己的ものを含めて）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（自己的ものを含めて）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。

〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地
福島県立医科大学眼科学講座

日本眼腫瘍学会事務局

TEL : 024-547-1303 / FAX : 024-548-2640
E-mail : jsso@fmu.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

学会誌 Vol. 7をお届けします。昨年、両国で行われた第35回学術集会(会長:帝京大学溝田淳先生)の記録が主なものになります。古田実新理事長の巻頭言にもありますように、眼腫瘍全国登録システムが今年から開始されました。その名も J-COTS (Japan Collaborative Ocular Tumors Study group) というもので、今まで本邦になかった眼腫瘍の多施設共同研究です。目的は、眼腫瘍の患者さんの病理診断、年齢、性別、治療内容、生命予後、視力予後などを全国調査することにより、眼腫瘍の疫学、背景、予後を明らかにし、将来の眼腫瘍患者さんの治療に役立てることです。方法は、大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)のシステムを利用したオンライン登録です。希少がんの定義は、“新規に診断される症例の数が10万人あたり年間6例未満のがん”とされています。眼腫瘍の症例は少なく、この希少がんの定義に当てはまります。数少ない眼腫瘍の症例を集積する必要性が以前から叫ばれていましたが、ようやく実現化される運びとなりました。

もう一つ、嬉しいニュースが飛び込んで来ました。厚労省の希少がん対策ワーキンググループ眼腫瘍分科会の成果として、眼腫瘍診療施設の情報が公開されました(2018年9月27日)。このような情報公開により、眼腫瘍の患者さんの受診や紹介がスムースになることが期待されます。国立がん研究センターのがん情報サービスで見ることができます。

さて、本年4月に施行された臨床研究法により臨床研究がやりにくくなっているのは事実です。すべての医師が不撓不屈の精神をもっている訳ではありませんが、本学会は勇往邁進するしかありません。会員の皆様、関係者の皆様のご協力、ご支援を何卒よろしくお願い申し上げます。

2018年9月吉日
小幡 博人

日本眼腫瘍学会誌

発 行 日：2018年10月5日

発 行：日本眼腫瘍学会

発 行 人：理事長 古田 実

事 務 局：福島県立医科大学眼科学講座

〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

TEL：024-547-1303 FAX：024-548-2640

E-mail : jssoo@fmu.ac.jp

編集責任者：小幡 博人

出 版：株式会社セカンド

〒862-0950 熊本中央区水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F

TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025

<https://secand.jp/>