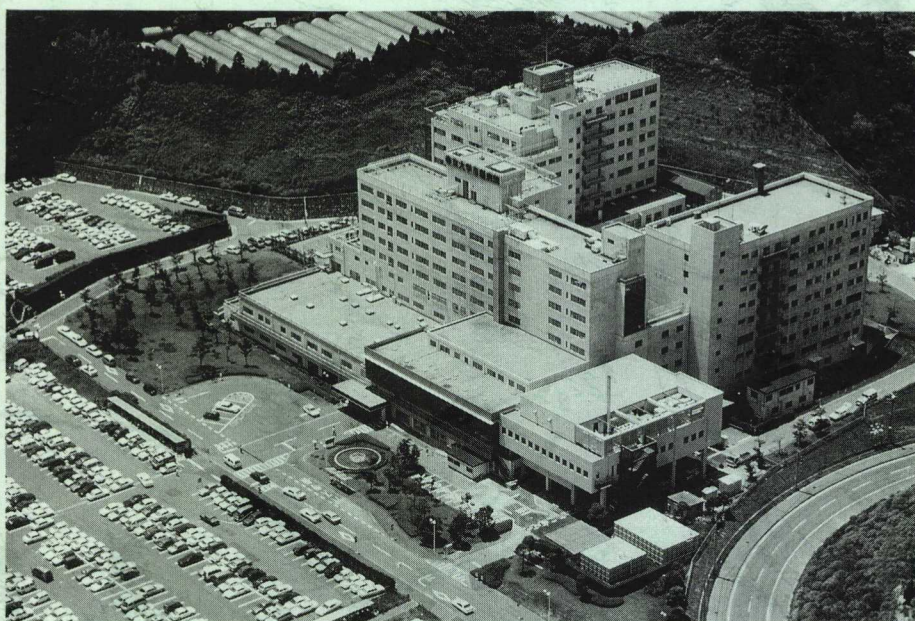


第10回

眼腫瘍研究会

プログラム・講演抄録



平成4年6月20日（土）、21日（日）

帝京大学医学部附属市原病院 眼科

第10回 眼腫瘍研究会

(日本眼科学会専門医制度生涯教育認定番号 No. 59150)

日 時 平成4年6月20日(土) 午後5時～6時30分
平成4年6月21日(日) 午前9時～午後5時

会 場 6月20日(土) ホテル・グリーンタワー幕張
千葉県美浜区ひび野2-10-3
TEL. 043-296-1122
6月21日(日) 幕張メッセ国際会議場
千葉県美浜区中瀬2-1
TEL. 043-296-0001

世話人 〒299-01 千葉県市原市姉崎 3426-3
帝京大学医学部附属市原病院眼科
箕 田 健 生
TEL. 0436-62-1211 内線 2811
FAX. 0436-62-6420

眼腫瘍研究会顧問

水野 勝義（東海記念病院）

眼腫瘍研究会世話人

雨宮 次生（長崎大学医学部眼科学教室）

猪俣 孟（九州大学医学部眼科学教室）

大浦 武彦（北海道大学医学部形成外科学教室）

沖坂 重邦（防衛医科大学校眼科学教室）

加藤桂一郎（福島県立医科大学眼科学教室）

金子 明博（国立がんセンター病院眼科）

小島 道夫（県立がんセンター新潟病院眼科）

玉井 信（東北大学医学部眼科学教室）

中村 泰久（聖隷浜松病院眼形成眼窩外科）

松尾 信彦（岡山大学医学部眼科学教室）

松田 英彦（北海道大学医学部眼科学教室）

箕田 健生（帝京大学医学部附属市原病院眼科）

（敬称略、五十音順）

世話人会

6月21日（日）正午より国際会議場204号室で行います。

御 案 内

◎ 受 付

6月20日（土）はホテル・グリーンタワー幕張にて、午後4時30分より行います。

3階 筑波 の入口の受付で 会費 3,000円をお支払い下さい。

日本眼科学会専門医制度生涯教育事業単位取得票も受付で発行いたします。

6月21日（日）は幕張メッセ国際会議場、3階 301号室 入口の受付で午前8時30分より行います。

◎ 講演時間

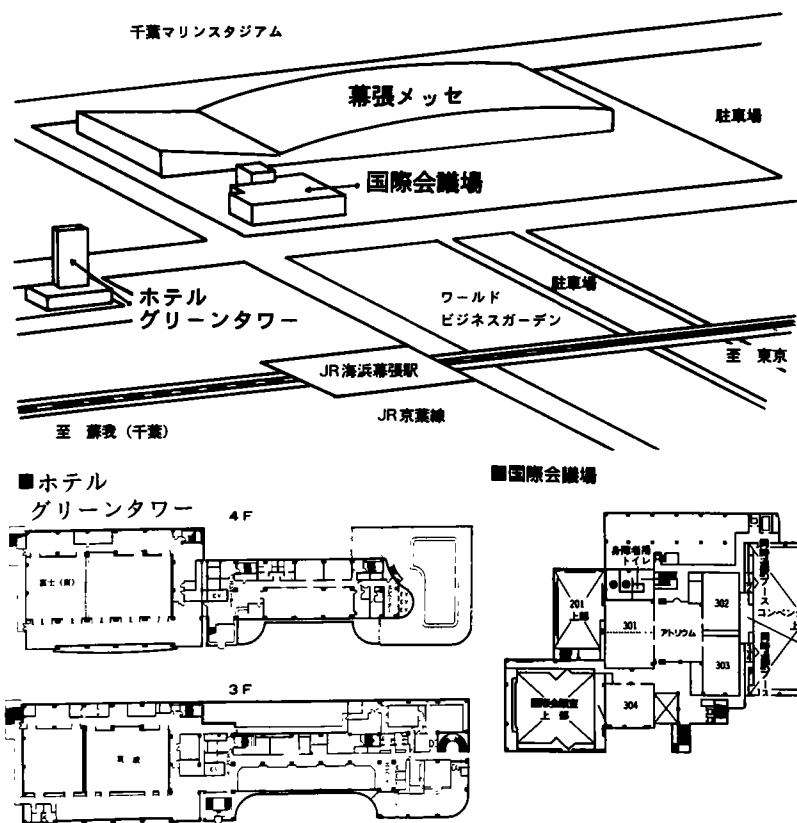
一般講演、ビデオ講演、主題講演はすべて、講演時間 8分、討論時間 4分です。

プロジェクターは2台用意します。スライド枚数は制限ありませんが、講演時間は厳守して下さい。

スライドは講演30分前までにスライド受付までお出し下さい。ビデオはVHSを使用し、1時間前までに受付までお出し下さい。

- ◎ 眼腫瘍研究会10周年記念祝賀会、第10回 眼腫瘍研究会懇親会を6月20日（土）午後7時～9時、ホテル・グリーンタワー幕張4階 富士 で開催します。奮って御参加下さい。会場入口の受付で、懇親会費 5,000円を御支払い下さい。

◎ 学会会場案内図



JR京葉線 海浜幕張駅下車して、幕張メッセ方面に向い、左手にホテル・グリーンタワーが、また国際会議場はメッセ手前にあります（徒歩5分）。車では東関東自動車道・湾岸習志野I.C.または京葉自動車道・幕張I.C.で降りて下さい。会場周辺には駐車場多数あります。また成田・羽田空港～幕張メッセ間をリムジンバスが運行しています。

プ ロ グ ラ ム

6月20日（土） ホテル・グリーントワー幕張 3F 筑 波

<一般講演>

17:00～17:40

座 長 戸塚 清一 助教授（帝京大学市原病院）

1. 眼瞼 Spitz nevus の1例

帝京大学市原病院眼科 ○佐野 秀一、箕田 健生
大宮赤十字病院眼科 小島 孚允

2. 霰粒腫様症状にて発症、急激に増大した悪性リンパ腫の1症例

順天堂大学浦安病院眼科 ○羽出山 勉、小林 康彦、田中 稔
同 小児科 金子 雅文
石田眼科 石田 誠夫

3. 眼瞼の色素性基底細胞癌の1例

県立がんセンター新潟病院眼科 ○小島 道夫
新潟市 小林 茂孝

17:40～18:30

座 長 沖坂 重邦 教授（防衛医科大学校）

4. 脂腺癌の1例—高齢者における悪性腫瘍治療上の問題点—

福島県立医科大学眼科 ○藤原 聡之、伊藤 陽一、八子 恵子、
加藤 桂一郎

5. 放射線療法が奏功した眼瞼悪性腫瘍の2例

獨協医科大学眼科 ○清水 良則、蘇 沽 訓、宮下 浩平、
千葉 桂三
同 放射線科 亘理 勉、洪 誠秀

6. 放射線治療後に眼窩内浸潤をきたした基底細胞腫の再発例

帝京大学市原病院眼科	○戸塚 清一、広瀬 裕子、箕田 健生
帝京大学形成外科	一瀬 正治
帝京大学市原病院病理部	菅野 勇

7. 眼窩、篩骨洞に浸潤した扁平上皮癌

癌研究会附属病院眼科	○矢野 真知子
同 頭頸科	川端 一嘉

6月21日（日） 幕張メッセ国際会議場 301号室

<一般講演>

9:00~10:00

座長 松尾 信彦 教授（岡山大学）

8. 網膜芽細胞腫全国登録の問題点について

国立がんセンター病院眼科 金子 明博

9. 偽前房蓄膿ぶどう膜炎症状を呈した網膜芽細胞腫

東京大学分院眼科	○吉岡 敦
癌研究会附属病院眼科	矢野 真知子
大宮赤十字病院眼科	小島 孚允
東芝中央病院眼科	木村 内子

10. 網膜芽細胞腫のMRI診断

帝京大学市原病院眼科	○佐野 秀一、葉 隆一、箕田 健生
同 放射線科	川名 正直

11. 網膜芽細胞腫の細胞診

帝京大学市原病院病理部	○田島 康夫、中島 透、菅野 勇、
	小山 芳徳、佐久間 晃、長尾 孝一
同 電顕室	棟方 滋
同 眼科	箕田 健生

12. 網膜芽細胞腫における Photoreceptor Element の電子顕微鏡学的研究

帝京大学市原病院電顕室	○棟方 滋、梅本 真実
同 病理部	長尾 孝一、菅野 勇、中島 透、
	田島 康夫、佐久間 晃、小山 芳徳
同 眼科	箕田 健生

10:00~11:00

座 長 玉井 信 教授 (東北大学)

13. 毛様体多形性腺癌の一例

東京医科大学眼科 ○後藤 浩、臼井 正彦

14. 白内障術前に存在の疑われた脈絡膜血管腫の1例

防衛医科大学校眼科 ○徳永 正一、沖坂 重邦
国立身障者リハビリテーション
センター病院眼科 石田 みさ子、築島 謙次

15. 脈絡膜転移を初発症状として発見され、急速進行をみた両眼性同時性乳癌

藤沢市民病院眼科 ○稲山 貴子、井上 克洋、仙田由宇子

16. メルケル細胞癌の2症例について

高知医科大学眼科 ○松田 環、割石 三郎、林 亜紀、
上野 脩幸
同 第一病理 原 弘、弘井 誠
同 第二病理 園部 宏、大拙 祐治

17. 眼窩および結膜リンパ増殖性病変の遺伝子解析による診断

国立名古屋病院眼科 ○長坂 智子、中村 郁江、安藤 文隆
名古屋大学病理 長坂 徹郎

11:00~11:50

座 長 雨宮 次生 教授 (長崎大学)

18. 眼窩痛で初発した成人の Orbital Lymphangioma

北里大学眼科 ○木村 真也、花輪 守彦、若倉 雅登

19. 眼窩にみられた形質細胞腫の1例

市立伊丹病院眼科 ○萩原 正博、原 拓
同 病理 辻 求
大阪府立病院眼科 東田 みち代

20. 涙腺原発と思われる腺様嚢胞癌の一症例

東京医科大学眼科 ○大越 洋治、後藤 浩、臼井 正彦

21. 眼窩転移により発見された若年者進行胃癌の1例

新潟県立中央病院眼科 ○登坂 良雄、大島 晃

同 内科 早津 邦広

同 病理 関谷 政雄

<ビデオ講演>

11:50~12:15

座長 長瀧 重智 教授（琉球大学）

1. 眼窩腫瘍に対する経眼窩縁眼窩開窓術

聖隷浜松病院眼形成眼窩外科 中村 泰久

2. 照明装置付の笑気ガス冷凍凝固による網膜芽細胞腫の治療

帝京大学市原病院眼科 ○佐野 秀一、箕田 健生

<主題講演>

13:00~13:40

座長 長尾 孝一 教授（帝京大学市原病院病理）

1. 悪性黒色腫類似の黒色病変を呈した2症例

東北大学眼科 ○阿部 信一、小針 萬喜子、山田 孝彦、
塩野 貴、玉井 信

2. 虹彩無色素上皮 adenocarcinoma と疑われているぶどう膜無色素性悪性黒色腫と診断した1例

京都大学眼科 ○晴山 正志、奥田 久子、小林 博、
本田 孔士

3. 脈絡膜悪性黒色腫の一症例

宮崎医科大学眼科	○柊山 剰、坂上 智己、林田 中、
	直井 信久、澤田 惇
同 病理	大野 招伸
同 第一病理	畠山 金太
星井眼科医院	星井 芙美子

13 : 40 ~ 14 : 15 座 長 上野 脩幸 教授 (高知医科大学)

4. 脈絡膜悪性黒色腫の診断について— ^{123}I -IMP、 ^{67}Ga シンチグラム、 血清 S - CD を用いて—

順天堂大学浦安病院眼科	○高野 俊之、小林 康彦、田中 稔
山梨県立中央病院眼科	土屋 櫻

5. ^{198}Au グレインによる脈絡膜悪性黒色腫 (臨床診断による) の保存的療法の 長期予後

藤田保健衛生大学眼科	○深見 久紀、馬嶋 慶直、野村 隆康、
	飯田 了
同 放射線科	河村 敏紀

6. 脈絡膜悪性黒色腫の陽子線治療経験

帝京大学市原病院眼科	○周 信夫、佐野 秀一、広瀬 裕子、
	箕田 健生
大宮赤十字病院眼科	小島 孚允
放射線医学総合研究所	中野 隆史、森田 新六

<パネルディスカッション> “ぶどう膜悪性黒色腫の診断と治療”

14:20～16:00 座 長 箕田 健生 教授（帝京大学市原病院）

1. 病理診断（1） 木村 毅 （千葉大学眼科）
2. 病理診断（2） 大島 浩一 （岡山大学眼科）
3. 画像診断 葉 隆一 （帝京大学市原病院眼科）
4. 局所切除術 小島 孚允 （大宮赤十字病院眼科）
5. 陽子線治療 森田 新六 （放射線医学総合研究所）

<特別講演>

16:00～17:00 座 長 箕田 健生 教授（帝京大学市原病院）

悪性黒色腫とその前癌病変

—とくに診断・治療における最近の進歩—

三嶋 豊 名誉教授（神戸大学医学部皮膚科）

悪性黒色腫とその前癌病変 —とくに診断・治療における最近の進歩—

神戸大学医学部皮膚科 三嶋 豊 名誉教授

悪性黒色腫は単一疾患でなく、発生過程と予後の異なる多系列な多段階癌化過程をへて生ずる。斯る黒色腫の発生・進展・転移の多系列な各過程の究明に基づく、早期治療の個別的精密化と新治療法の発見により、絶望的とされてきた本症原発巣の専門家治療成績は著明に改善され、その治療概念に転機を招来しているが、未だ high risk 黒色腫の死亡率は高い。一方、広範な癌研究の発展とともに黒色腫の本質的治療研究の進歩も多い。それらのうち、臨床的にも重要と思われるものを主に展望要述する。

I. 黒色腫の発生過程と前癌症の多系列性発見による早期診断・予防的治療の精密化

黒色腫は発生過程と予後の異なる [A] 母斑細胞系黒色腫（結節型、表在拡大型、肢端黒子型）と [B] メラノサイト系黒色腫（悪性黒子型、青色母斑型）の2系列5疾患からなる。これら各病型の発生過程と前癌症が発見され、臨床像のみによる診断基準も確立されている。

II. 黒色腫の各病型の浸潤・転移の過程究明と個別的外科療法の発展

黒色腫の5病型の各々に対し、浸潤の深さ level、腫瘍厚さ分類、転移 stage 分類、TNM分類、免疫能喪失等による悪性度・予後の推定基準の進歩は従来の無差別な広範囲剔除術とリンパ節廓清術に対し、各病巣に適切な合理的手術範囲による個別的治療法と予防的リンパ節廓清の慎重性をもたらした。

III. 黒色腫の集学的治療法における進歩

化学・免疫療法も治療効果を高め、例えば1クールDTIC 900mg、Vincristine 1mg、ACNU100mg/5日を1~4クールとインターフェロンの併用は stage I、IIの生存率、術後寛解期間の改善を来した。なおシスプラチン中心多剤併用療法、全身、局所温熱放射線療法も用いられている。

IV. 黒色腫の転移の生化学的検査法の発展

色素細胞内黄色メラニン中間代謝物 5-s-cysteinyldopa が黒色腫内次いで尿中に本症進展転移と平行的に増加し、治療方針決定に大きく貢献。

V. 黒色腫の治療研究の進歩：(A) 抗 GM2 ganglioside 抗体療法、(B) 抗 melanoma ワクチン療法、(C) Interleukin-2、(D) 抑制発癌遺伝子の導入による脱癌、膜糖鎖生成抑制等による転移の制御。

VI. 黒色腫の選択的熱中性子捕捉療法：黒色腫結合性 ^{10}B -dopa analogue を合成・投与し、熱中性子照射で $n \cdot \alpha$ 反応を誘起し、癌細胞内のみに α 粒子と Li 原子核を放出させ、黒色腫のみを破壊、斯る着想にもとづき我々は10年余の基礎研究を積み重ね、科学技術庁原子力局長等の許可の下1987年初めてヒト後頭部皮下転移巣、ついで ALM、結節型黒色腫、更に最近にいたり女子顔面の悪性黒子病巣ついで鼠径部リンパ節転移黒色腫の単回ないし2回照射で治療病巣の全治ないし退縮効果を得ている。

なお最近注目の dysplastic nevus の否定説、minimum deviation melanoma、pre-nodular melanoma、malignant blue nevus の前癌症、黒色腫症例に続発する additional multiple primary melanoma についても要述したい。

略 歴

昭和 29 年	広島医科大学卒業
30 年	東京大学医学部皮膚科大学院入学
33 年	米国 Wayne 大学皮膚科留学
39 年	同 大学 Assitant Professor
42 年	同 大学 Associate Professor
42 年	和歌山医科大学皮膚科教授
50 年	神戸大学医学部皮膚科教授
61 年	神戸大学医学部熱中性子捕捉癌療法特別研究施設長（併任）
平成 3 年	第7回 日本皮膚悪性腫瘍学会会頭
4 年	神戸大学名誉教授
	神戸海星病院研究所長・皮膚科部長
	三嶋皮膚科学研究所

1. 悪性黒色腫病理診断

千葉大学眼科 木村 毅

脈絡膜悪性黒色腫細胞（MM）における3つの基本的な型である紡錐A、B型、類上皮細胞型の超微形態を観察する。特に稀な例であり、詳細の充分明らかにされていない網膜、硝子体内へ侵入するMMについて光顕および透過型、走査型電顕による所見を報告し、その悪性度について考察する。試料は43～68才までの4例4眼で臨床的および病理組織学的に脈絡膜悪性黒色腫と診断され、それらの組織学的分類では紡錐A型1、類上皮細胞型2、混合型（類上皮細胞、紡錐B型）1例である。このうち網膜および硝子体内への侵入は類上皮細胞型（第1例）と混合型（第2例）の各1例である。第1例は眼球摘出後8ヶ月で肺転移による死亡例である。脈絡膜から発生したMMは網膜下に侵入し滲出液により感覚網膜を外層から融解するが、網膜内部への侵入は見られなかった。さらに網膜が極めて菲薄になり、内境界膜のみとなると遂には穿破し、主として内境界膜上に増殖し集落を形成する。そして内境界膜上の多くのMMは内境界膜に密着せず、両者の間隙にルテニウムレッド陽性物質の附着した硝子体膠原線維の介在が認められる。MMは硝子体腔にも見られるが崩壊過程のことが多い。第2例ではMMは網膜下および感覚網膜内にも侵入する。その際、網膜血管周囲や内境界膜下に集合し、Müller細胞、内顆粒層の細胞群と混在する。感覚網膜内でのMMの顕著な増殖部位では内境界膜を残し、網膜はほとんど置換されている。興味ある所見としてMMと網膜血管との関係がある。第1例ではMMは網膜血管に沿って増殖するが網膜内層を介した内境界膜上で認められる。これに対し第2例では感覚網膜内に侵入し直接、血管を取り囲み、その外膜に密着し基底膜を有している。このように網膜への障害および侵入形態の異なるMMの超微形態を比較すると網膜を滲出液によって融解させる第1例のMMでは細胞質内小器官が多いのに対し、第2例では比較的少ないが、両者の間に決定的な差異は認められない。前者の細胞質では遊離リボゾーム、ミトコンドリア、ゴルジ体、細線維、coated vesicles, microtubules など小器官が無数に見られ、premelanosomes を含む円形の大型のものが多い。感覚網膜内に侵入する後者ではこれらの小器官がやや少ないが、粗面小胞体に関してはやや多く、これらは長さの延長したものが多い。

このような後者の細胞はリボゾームその他の小器官の少ない紡錐 A 型にやや類似するものもあるが類上皮細胞型との中間の型を示しているものが多くみられる。そして前者に比べ、悪性度はやや低いものと推測される。

2. ぶどう膜悪性黒色腫の病理診断

岡山大学眼科 大島 浩一

I. 臨床統計

- 1) 対象：1955年から1991年の37年間に、岡山大学眼科を受診した、ぶどう膜悪性黒色腫20例20眼を対象とした。37年間の総新患者数に占める割合は、0.010%であった。男女比は11対9で性差はなく、年齢構成は9歳から84歳にわたり、平均52.8歳であった。右眼に発症したものが11例、左眼が9例であった。
- 2) 臨床所見：眼科を受診するきっかけとなった症状として、視力低下を訴えたものが最も多く、13例であった。眼合併症としては網膜剥離が最も多く、13例であった。このうち3例は、全剥離していた。続発性緑内障をきたした症例は2例であった。
- 3) 細胞型：Callender 分類にしたがって分類したところ、紡錘形細胞型3例、混合型15例、類上皮細胞型2例であった。
- 4) 治療：全例に眼球摘出を行なった。このうち虹彩・毛様体に浸潤した1例にのみ、術前の放射線照射を併用した。また最近経験した2例に対して、術後に化学療法(DAV)を追加した。

II. 浸潤細胞の解析

細胞浸潤は、腫瘍発育先端部にみられ、とくに腫瘍基底辺縁部と腫瘍内血管周囲において顕著であった。また細胞浸潤は、腫瘍に隣接した脈絡膜にも認められた。浸潤細胞は、主にリンパ球、形質細胞とマクロファージから成っていた。壊死部では多核白血球もみられた。電顕的観察により、腫瘍細胞と浸潤リンパ球との細胞間における、接着構造の存在を明らかにすることができた。両者の細胞膜は、ほぼ直線的に並列して向かいあっており、その間隙は約25nmであった。また一部では、腫瘍細胞とリンパ球が、デスモゾーム様構造を介して接着している所見もみられた。さらにリンパ球が、その細胞突起を腫瘍細胞内へ嵌入させている所見も観察できた。

以上より、腫瘍発育先端部において、腫瘍に対する免疫反応が、活発に生じているのであろうと推測した。

3. 悪性黒色腫の画像診断

帝京大学市原病院眼科 葉 隆一

眼内腫瘍の診断には超音波検査、CT検査などが実施されて来た。近年MRIの出現で、その診断が一層容易になり、とくに眼内悪性黒色腫の報告が頻繁にみられるようになった。今回、当院眼科を受診した悪性黒色腫8例に対し、MRIを施行して検討し、ここいくつかの興味ある問題点を提示の上、MR領域の有用性を報告する。

使用機種は島津製作所製SMT-150を用い、T₁強調画像（TR：400～600／TE：25～30）、T₂強調画像（TR：2000～2500／TE：90）とプロトン強調画像（TR：2000～2500／TE：30）を実施し、全例にGd-DTPA造影を行なった。

悪性黒色腫は他腫瘍にないメラニン色素を有することにより、T₁強調画像は高信号を、T₂強調画像は低信号を呈し、3乳頭前後大の腫瘍の検出が可能である。又まぎらわしいものもみられるものの、眼球組織のMRI画像においてコントラストの面では他臓器組織よりもはるかに鮮明である点からプロトン強調およびSTIR法による撮影では腫瘍実質と周辺組織との比較で剥離した網膜・硝子体との接点が高信号を示し、腫瘍は低信号を呈するため、より初期の小乳頭径大のものも検出出来ると思われる。

尚現段階においていくつかの腫瘍および amelanotic melanoma との鑑別は困難であるが、今後のMRIの発達と解像力の向上、MR Angiography と MRS の導入でより詳細な鑑別診断が可能と思われる。

4. ぶどう膜悪性黒色腫の局所切除術

大宮赤十字病院眼科

小島 孚允

ぶどう膜悪性黒色腫は我が国ではまれな疾患であるため手術療法としては眼球摘出が一般的であり、局所切除術の報告は未だ極めて少ない。しかし本法では、1) 切除後病理学的検査により確実な診断ができること、2) 放射線療法に比べ正常組織に対する侵襲が少ないこと、3) 治療に成功すれば長期にわたる視機能の維持が可能であることなどの利点があり、欧米では積極的に行なわれている。

症例の選択には有効視力の有無、腫瘍の位置、大きさ、活動性、傍眼の状態、患者の年齢や全身状態、患者および家族の希望などを考慮する必要がある。前部ぶどう膜の腫瘍では、後部ぶどう膜の腫瘍に比べ視力が良好なことが多く術野の確保も容易なため局所切除の対象になりやすい。

術式は腫瘍の位置により虹彩毛様体切除術、虹彩毛様体脈絡膜切除術、脈絡膜腫瘍切除術がある。術前に検眼鏡的検査、超音波検査、CT、MRIにより腫瘍の位置と広がり进行を予測し術式を選択する。いずれの場合も全身麻酔下に腫瘍部の強膜を半層切開し、周囲組織を含めて切除する。眼球後部の腫瘍に対しては眼内からアプローチして切除する方法も報告されている。合併症には、硝子体出血、網膜剥離、白内障、腫瘍の残存が考えられる。術中の出血を防ぐため切除時の低血圧麻酔が推奨されている。自験例では強膜半層切開後低血圧麻酔で脈絡膜側の強膜を注意深く剥離し、腫瘍の広がりを確認するとともにバイポーラージアテルミーで腫瘍周囲の血管を丁寧に凝固することに留意している。虹彩毛様体切除術、虹彩毛様体脈絡膜切除術をビデオにて供覧する。

本法はぶどう膜悪性黒色腫の視力保存的治療として有望な方法であるが、長期的な予後について今後も充分検討する必要がある。

5. ぶどう膜悪性黒色腫の陽子線治療

放射線医学総合研究所病院部 ○森田 新六、中野 隆史
佐藤 真一郎

<はじめに>

放医研の医用サイクロトロンを用いたがん患者の粒子放射線治療は1975年より速中性子線、1979年より陽子線を用いて、現在までにそれぞれ2000名と78名の治療をしてきた。速中性子線は生物効果、陽子線は線量分布が従来のX線には無かった特徴である。現在使用中の陽子線の加速エネルギーは70MeV と低いので、ビームの到達距離は38ミリ（水中）と短い。従って治療対象疾患は表在性の腫瘍に限定されるが、その中でも眼球悪性黒色腫は最も良い適応の一つである。この疾患の日本における発生頻度は欧米に比べると極めて低率で年間30例前後であるが、眼球を保存して腫瘍を制御し、しかも視力の温存をめざすことは患者のQOLに著しい利点であり、陽子線照射の意義が存在するところである。

<症例と方法>

1985年から1991年3月迄の眼球黒色腫患者は27名である。この内1名は術前照射例であった。腫瘍の大きさ（Gragoudas の分類法に準じた）は小：5、中：2、大：20、占拠部位は視神経乳頭部又はそれに接する部位：14、黄斑部を含む部位：6、虹彩：3、辺縁：4であった。陽子線のマシンタイムは週1回で、一回大線量（10～14Gy）、少分割（4～5回）法が行われ、総線量50～70Gyが照射された。レンズ、黄斑、乳頭などの重要器官を可能な限り避けて、小さな腫瘍のみに正確に照射するために、患者の頭部（眼球）固定、X線CT画像、眼球モデル、コリメーターなどの治療計画が患者毎に精確に遂行された。数回の治療での固定具と眼球の位置の再現精度は1ミリ程度の誤差であったが、更に照射野マージンを出来るだけ小さくする目的で、腫瘍周辺に着けた金属ベッツをX線写真で確認する方法を採用した。

<治療成績>

現在までの観察期間は1年～6年である。全例転移なく健在である。8例に腫瘍の局所制御が確認された。16例は増殖停止か部分退縮が得られた。

2例（8％）に再発が確認された。照射による網膜炎は照射部位に程度の差こそあれ必発である。強度の出血性網膜炎などの障害は5例（19％）にみられた。26例のうち20例（76％）の眼球が保存されている。6例が眼球摘出をうけたが2例が再発、4例が緑内障であった。白内障は1例、保存眼球中の視力の消失は4例に認められた。

<まとめ>

まだ放医研の臨床成績は正しく評価できる段階でない、しかし治療計画や照射技術の進歩は将来につながるものであった。豊富な臨床経験で、確立された治療になりつつある欧米の陽子線治療のレベルに少しでも近づくためには更に一層の研鑽が必要と考えている。

<一般講演>

1.眼瞼 Spitz nevus の1例

帝京大学市原病院眼科 ○佐野 秀一、箕田 健生
大宮赤十字病院眼科 小島 孚允

Spitz nevus は主として小児の顔面・四肢に好発する色素細胞性母斑の一型であり、治療に際しては他の母斑症・悪性黒色腫等との鑑別を要する。今回我々は18歳の女性で下眼瞼に発症した腫瘍で病理組織学的に Spitz nevus と診断された症例を経験し、悪性の可能性も否定できなかったためヘマトポルフィリン誘導体を用いた光線力学的治療を行ない良好な結果を得たので報告する。

症例は18歳女性で、6年前からの左下眼瞼の黒色腫瘤を主訴に来院した。腫瘍は直径約1cm・ポリープ状・弾性硬・暗赤色で毛細血管拡張を伴っていた。年齢より良性の腫瘍を疑い、念のため腫瘍の一部を切除し病理組織検査を行なったところメラニン色素に乏しい大型の紡錐形細胞を認め、S-100 免疫染色強陽性の Compound Spitz nevus と診断されたが、一部に核分裂像・表皮への移行像を認めたため悪性と良性との境界領域の病変と考えられた。

腫瘍が下涙点に近いため腫瘍の完全切除術を行なう前処置として腫瘍を縮小させるため光線力学的治療を行なった。ヘマトポルフィリン誘導体 2.5mg/kgを静注し48時間後、ダイ・レーザーの波長590nm を用い直径2000 μ m、100mWの条件で1.5~2分照射を8発行なった。6週間後腫瘍切除を行ない切除後の病理組織検査を行なったが腫瘍細胞は認められず、術後10ヶ月を経過した現在まで再発を認めていない。

2. 霰粒腫様症状にて発症、急激に増大した悪性リンパ腫の1症例

順天堂大学浦安病院眼科	○羽出山 勉、小林 康彦
	田中 稔
同 小児科	金子 雅文
石田眼科	石田 誠夫

今回、下眼瞼に発症し、約2週間で急激に増大した悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。症例は9才、女性、下眼瞼内眼角部に、腫瘤を触知したが、眼球突出は認めず、視力、眼位、眼球運動、眼底等に異常はなかった。全身検査では、LDH、GOT、GPTが上昇、ALP、ESRは正常範囲、その他の血液及び尿検査に異常はなかった。眼科領域における悪性リンパ腫は主に、リンパ節外性非ホジキンリンパ腫で、B細胞由来が大部分であるが、今回の症例も同様であった。この症例では、眼窩部の他に、肝下面下腹部にも腫瘤を認め、全身転移していた。

現在、化学療法にて、腫瘤は完全に消失したが、今後、全身管理を含めた長期的経過観察が必要であると思われた。また霰粒腫と思われた症例でも、今回のようなケースがあるので、注意深い経過観察が必要であると思われた。

3. 眼瞼の色素性基底細胞癌の1例

県立がんセンター新潟病院眼科 ○小島 道夫
新潟市 小林 茂孝

眼瞼の基底細胞癌の幾つかはメラニン色素沈着のため臨床的に悪性黒色腫に似ていることが Yanoff & Fine の Ocular Pathology に記載され、わが国では1904年の浅山郁次郎氏の報告以来6回以上の報告がある。今回私共もその1例を経験し、S-100抗原による免疫組織染色を試みたので報告する。

症例は 88歳の農婦で5年前より右上眼瞼縁の黒色腫瘤に気づき、1991年8月30日より表面が潰瘍状となった。同年9月4日その腫瘤を摘出し、皮膚欠損部を修復した。

病理組織診断は基底細胞癌。その所見は細胞極性が失われており、癌細胞は乳頭状生育をなし、その約10%に細胞内部にて黒褐色の色素沈着が見られ、その癌細胞が数個から約30個さまざまに塊まって癌巢内や間質に散在し、潰瘍の周囲に多いことはなかった。黒褐色の色素はメラニンであることが確かめられ、殆どの癌細胞がS-100抗原陰性であった。

術後7ヶ月の経過観察で再発はない。

4. 脂腺癌の1例—高齢者における悪性腫瘍治療上の問題点—

福島県立医科大学眼科 ○藤原 聡之、伊藤 陽一
八子 恵子、加藤 桂一郎

眼部悪性腫瘍は高齢者に発生することが多いため、治療にあたっては年令的要因によるさまざまな問題を考慮する必要がある。今回我々は、脂腺癌の1例について治療経過を報告するとともに、高齢者における悪性腫瘍の治療上の問題点について若干の考察を加え報告する。

症例は72才男性で、左眼の内眼角部を中心に数個の腫瘤を触れ、上眼瞼は反転が困難であった。生検の結果は脂腺癌であり、CTなどで、腫瘤の眼窩内（眼球赤道部付近まで）への浸潤が認められたため、眼窩内容除去を考えた。しかし、本人が片眼を失うのは嫌だとして拒否したため、可能な限りの腫瘍切除と眼瞼の再建を行なった。眼窩内の部分には取り残しがあると考えられ、電子線照射を行なった。

術後、左眼は角膜を含む眼球癒着などのため、矯正視力が0.05となった。その一方、右眼には術後9ヶ月頃に老人性円板状黄斑変性による出血が出現し、中心視力が0.1以下に低下した。眼瞼を挙上すれば、左眼の方がよく見えるとのことで、眼球癒着の解除と眼瞼下垂に対する手術を行なった。術後、左眼視力は0.1～0.2と上昇し、左眼固視の状態となった。

患者は初回手術より2年9ヶ月の時点に心筋梗塞のため死亡したが、その間、全身転移は認められなかった。

悪性腫瘍の治療に当っては、生命予後を第一に考えること、可能なかぎり患眼の機能を保つことなどの原則は年令を問わないが、高齢者では、加齢変化による健眼の視機能減弱の可能性や余命などの点から、いくつかの問題点がクローズアップされるものと思われた。

5. 放射線療法が奏効した眼瞼悪性腫瘍の2例

獨協医科大学眼科 ○清水 良則、蘇 沽 訓
宮下 浩平、千葉 桂三
同 放射線科 亘理 勉、洪 誠秀

近年眼瞼悪性腫瘍は、放射線療法の進歩により、安全かつ効果的な治療が可能となってきた。今回我々は、放射線療法が奏効した眼瞼悪性腫瘍2例を経験したので報告する。症例1は、79才女性の左上眼瞼未分化癌で、左耳下腺への転移を認めた。左眼上眼瞼部に電子線を総量50.5Gy、左耳下腺部にコバルトγ線を総量40Gy照射し、約1ヶ月で腫瘍の縮小、症状の軽快を認めた。

症例2は、64才男性の左下眼瞼扁平上皮癌である。左眼瞼部に電子線を総量60Gy照射し、約1ヶ月腫瘍の縮小、症状の軽快を認めた。

腫瘍の大きさ、放射線感受性、術後の管理を考え合えると今後放射線療法が第一選択となる症例が増加するであろう。ただし再発予後については今後の検討を要すると思われた。

6. 放射線治療後に眼窩内浸潤をきたした基底細胞腫の再発例

帝京大学市原病院眼科	○戸塚 清一、広瀬 裕子
	箕田 健生
帝京大学形成外科	一瀬 正治
帝京大学市原病院病理	菅野 勇

緒言：基底細胞腫は眼瞼悪性腫瘍の中で頻度は高いが、転移を生ずることは殆どない。局所切除の他にも、冷凍凝固や放射線療法など様々な治療法が行なわれ各々に良好な治療成績が得られている。しかし、本腫瘍も再発を生ずると、時に眼窩内に浸潤することがあり注意が必要である。この度、放射線治療後に再発を生じ、眼窩内浸潤を来したと考えられる症例を経験したので報告する。

症例：70歳男性。5年前に他院にて左下眼瞼外贅部付近の基底細胞腫に対し電子線照射60Gyの治療を受けている。半年前より視力低下と瞼縁の変化が増強し当科来院となる。左瞼縁には全周にわたり潰瘍が見られ、特に鼻側に強く認められた。瞼球癒着が強く開瞼不能であり、強い眼球運動制限がみられた。CTでは腫瘍は眼窩内壁に沿って眼窩内を眼球赤道部の深さまで浸潤しており、内直筋との境界は一部で不明であった。

経過：左眼窩内容除去術と鼻側皮膚拡大切除を行い、同部への左前腕からの遊離皮膚移植を行った。術中迅速および永久標本による病理学的検査の結果、腫瘍は基底細胞腫で角膜、強膜への浸潤もみられたが、切除面への腫瘍細胞の露出のないことが確認された。術後3か月の現在まで再発は認められず、またエピテーゼの装用により外見上も満足すべき結果が得られている。

結論：60Gyの電子線照射にても再発が生ずることがある。腫瘍は瞼縁、眼窩内、角膜、強膜に浸潤していた。基底細胞腫においても治療後の長期にわたる注意深い経過観察が大切であることが再認識された。

7. 眼窩、篩骨洞に浸潤した扁平上皮癌

癌研究会附属病院眼科 ○矢野 真知子
同 頭頸科 川端 一嘉

眼瞼の悪性腫瘍は発見が容易なため、比較的小腫瘍であることが多い。しかし拡大すると、眼窩へ浸潤し治療が困難となることがある。今回我々は、下眼瞼内側部から、眼窩、篩骨洞にまで浸潤した巨大な扁平上皮癌の症例に対し、根治的手術を行ったので報告する。

症例は75歳の男性で、1991年9月19日初診。5月末より左眼の内側部に発赤、腫脹があるため、近医受診し菌がはいったためといわれ、点眼を続けていたが増大するため、当院を受診した。視力は右(1.0)、左(0.6)。左眼の下眼瞼内側部に発赤があり、45×40mmの範囲で腫瘍が触れ、下涙点を中心に25×25mmの範囲で腫瘍が突出していた。眼圧は右18mmHg、左22mmHg、眼底に乳頭陥凹がみられた。CTで左眼窩内側部に不整形の32×27×32mmの腫瘍陰影があり、眼窩内側壁を破壊して篩骨洞に浸潤していた。生検では扁平上皮癌であった。放射線照射を開始し、40Gy行ったが、腫瘍の縮小はわずかであるため、眼窩内容除去と上顎切除の根治手術を行った。

8. 網膜芽細胞腫全国登録の問題点について

国立がんセンター病院眼科 金子 明博

1975年に網膜芽細胞腫の全国登録が発足して18年目となっている。本登録の世話人として長年、大変な努力をされてきた箕田健生帝京大学市原病院眼科教授の御提案で、1982年までに発病した症例1147例について集計した結果を日本眼科学会雑誌に論文として発表することになった。全国登録委員会の委員として関係している私も、箕田教授のまとめられた論文を拝見し、幾つかの改良点を申し上げた。その結果、最終的に委員会として承認されて投稿された。その論文の最も重要な新知見として、コンピューターを駆使して算出された『眼球外浸潤の有る場合に放射線及び又は化学療法による後療法を行った場合のほうが、全く行わない場合と比較して生存率が有意に高い』という現象がある。しかし、後療法が無くても約31%の10年生存率があるとの数値に興味を持ち、箕田教授にお願いして全部で13例の後療法の無かったとして分析された症例をお教えいただいた。その登録票を実際に調べ、不明な点を登録した施設に照会したところ、驚くべき事実を発見した。そして、このような調査票を使用する場合に不可欠で、重要な教訓を得た。これは登録を行う我々にも責任があるので、現在の登録制度をより良くするために必要な問題点と合わせて報告する。

9. 偽前房蓄膿ぶどう膜炎症状を呈した網膜芽細胞腫

東京大学分院眼科	○吉岡 敦
癌研究会附属病院眼科	矢野 真知子
大宮赤十字病院眼科	小島 孚允
東芝中央病院眼科	木村 内子

網膜芽細胞腫の非定型的症状として眼内炎症状があり、時に前房蓄膿様所見を伴うことが報告されている。これらの症例では、白色瞳孔や斜視など典型的症状を示す症例に比べて、年齢が高く、また腫瘍を形成せずに浸潤していく場合もあり、診断が困難なことが多いとされる。今回我々は、前房蓄膿を初発症状としたが、速やかに網膜芽細胞腫と診断、治療を行った症例を経験したので報告する。

症例は4歳、女兒、1991年11月1日初診、3週間より右眼の黒目の下方に白色物があることに母親が気づいた。近医受診し、虹彩炎を指摘され、当院を受診した。家族歴、既往歴に特記すべきことはない。初診時視力は右(0.08)、左(0.6)。右眼に前房蓄膿があり、前房内には白色の柔らかい綿花様の塊が周辺部の上方までみられた。虹彩に新生血管はなく、眼底検査で下方に約6乳頭径の白色腫瘍が観察された。CT検査では下方に腫瘍があり、その中に石灰化がみられ、MRI検査では、T1強調で筋と脂肪の中間の陰影を示す腫瘍がみられた。網膜芽細胞腫と診断し、速やかに眼球摘出術を行った。摘出眼球の病理所見は網膜芽細胞腫であり、腫瘍部では明らかなロゼット形成はみられなかった。腫瘍細胞は硝子体、前房に散布し、毛様体、隅角に浸潤していた。篩状板を越える視神経浸潤はみられなかった。

小児のぶどう膜炎では、網膜芽細胞腫の可能性があり、迅速な診断、治療が必要である。

10. 網膜芽細胞腫のMRI診断

帝京大学市原病院眼科 ○佐野 秀一、葉 隆一
箕田 健生
同 放射線科 川名 正直

網膜芽細胞腫における画像診断として従来より超音波検査・CT検査などが有用とされているが、近年磁気共鳴画像（MRI）の進歩により、さらに詳細な情報が得られるようになった。今回我々は、1990年6月より現在まで当院眼科を受診した網膜芽細胞腫11例17眼に対しMRIを施行し、臨床所見および病理所見と合わせ検討したので報告する。

使用機種は島津製作所社製SMT-150を用い、T₁強調画像（TR：400～600／TE：20～30）、T₂強調画像（TR：2000～2500／TE：90）および症例によってはGd-DTPAによる造影を行った。

腫瘍実質はT₁強調画像にて hyperintense、T₂強調画像にて hypointense に描出され、最小3乳頭径の腫瘍が描出可能であった。

石灰化部位はT₁強調画像・T₂強調画像ともに hypointense、腫瘍による続発性網膜剥離はT₁強調画像・T₂強調画像ともに hyperintense に描出された。また石灰化の描出はCT、超音波検査に劣るが続発性網膜剥離の描出はCT、超音波検査に優れていた。

両眼性網膜芽細胞腫1例に視神経浸潤を認めたがMRIでは腫瘍の浸潤を示す所見は得られなかった。

機器の解像力の向上と、さらに多くの症例を検討することによって今後より詳細な診断が可能になると思われる。

11. 網膜芽細胞腫の細胞診

帝京大学市原病院病理	○田島 康夫、中島 透
	菅野 勇、小山 芳徳
	佐久間 晃、長尾 孝一
同 電顕室	棟方 滋
同 眼科	箕田 健生

近年、術前に於ける病理診断のため、網膜芽細胞腫の細胞学的診断が問題となっている。しかし、この分野の研究は極めて稀である。今回、我々は病理組織所見と比較対照し、細胞診上の有用性を検討した。

材料は当院眼科で眼球摘出術を受けた網膜芽細胞腫35例を用いた。手術時の年齢は生後1か月から8歳まで平均1歳6か月、男児19例、女児16例である。これらの症例の腫瘍タッチスメア細胞診標本と病理組織標本を比較対照した。(1) 腫瘍は細胞診では cell cluster を呈し、桑実状の形態も見られた。(2) Necrotic debris は細胞診上、最も明瞭な所見であった。(3) Calcific deposit も同様に評価可能であった。(4) 細胞診で出現する rosette の多くは Homer-Wright型か血管周囲性の pseudorosette であり、出現率は高くないが評価可能である。しかしFlexner-Wintersteiner rosette は、細胞診標本では殆ど認められなかった。

以上のことから、腫瘍の桑実状の cell cluster、necrotic debris、calcific deposit、pseudorosette が細胞診の指標となることが判った。網膜芽細胞腫の細胞診診断は可能であり、組織学的分化度も評価可能なことが示唆された。

12. 網膜芽細胞腫における Photoreceptor Element の電子顕微鏡学的研究

帝京大学市原病院電顕室	○棟方	滋、梅本	真実	
同	病理部	長尾	孝一、菅野	勇
		中島	透、田島	康夫
		佐久間	晃、小山	芳徳
同	眼科	箕田	健生	

Retinoblastoma (以下 RB) は Homer-Wright rosette (以下 HW) や Flexner-Wintersteiner rosette (以下 FW) を形成する腫瘍として知られている。今回、我々は、RBに出現する Photoreceptor (以下 PC) について電顕的検索を行った。検索し得たRBは29例でその平均年齢は20.7ヶ月であった。PCは、正常の網膜では神経部の光感覚層に存在する。この細胞は突起を有し、その先端に多数の球形から卵円形の、時に長径の mitochondria (以下 MC) の集簇を認め、その基枝部に向かって多数の microtubulus (以下 MT) を認める。細胞間には zonula adherens like junction を有し、その先端には杆状体円板からなる外節を有している。これらのPCへの腫瘍細胞の分化を示したRBの症例は29例中10例、35%に認められた。このPCへの分化を示す細胞はFWの内腔に面した部分に高頻度に認められたが(10例中8例)、少数ではあるが組織学的に rosette の形成のない充実性腫瘍細胞巣にも認められた(外節への分化4例)。一般にRBの腫瘍細胞は未分化な細胞であり、電顕的にも腫瘍細胞原形質内に、glycogen と free のわずかな ribosome が見られるのみで、その他の細胞小器官に乏しい細胞であるが、このPCの分化を示した腫瘍細胞の周囲の細胞にはMCとMTの増加が見られた。従って腫瘍細胞がPCへの分化を示す場合には、腫瘍細胞原形質内にMCとMTの形成を示す事が何等かの分化への関係がある事が示唆される。その様な観点からすると rosette の形成が、その腫瘍細胞の分化の指標と成りえ、腫瘍細胞内のMCの増生とMTの増加がそのPCの分化につながる可能性があることが示唆された。

以上、RBにおけるPCの分化を電顕的に観察し、腫瘍の分化との関わりあいに興味ある所見を得たのでここに報告する。

13. 毛様体多形性腺癌の一例

東京医科大学眼科 ○後藤 浩、臼井 正彦

毛様体腫瘍に対し局所切除術を施行し、組織学的に、無色素上皮から生じた多形性腺癌と診断された一例を経験したので報告する。

症例は57歳の男性で、20歳の頃のボールによる眼球打撲の既往があり、また昭和57年に他院にて白内障に対し水晶体囊外摘出術を受けている。平成3年4月、眼科検診で異常を指摘され、精査加療目的にて当科を紹介された。細隙灯検査にて左眼下方毛様体に約4×5mmの淡褐色の隆起性病変が認められ、CT、MRIでも同部に充実性の腫瘍性病変が確認されたことから毛様体腫瘍と診断した。網膜剥離も無く、病変が限局していたことから、ジアテルミー、眼内レーザー等を利用して局所切除術を行ない、腫瘍を全摘出した。同時に open-sky vitrectomy と SF-6 の硝子体内注入を行なった。組織学的には本腫瘍は上皮性の腺状、嚢状組織から構成され、随所に基底膜様構造が観察された。メラニン色素は腫瘍周辺部の一部を除いてほとんど認められなかった。個々の細胞は様々な形、大きさを呈し、核分裂像は認められないものの異型性が認められた。特殊染色の結果、腫瘍細胞はEMA陽性で、S-100蛋白は陰性であった。電顕では腫瘍細胞間に desmosome がみられ、自由縁には絨毛構造が観察された。以上より本腫瘍を、毛様体無色素上皮から生じた low grade の多形性腺癌と診断した。術後硝子体出血をきたしたものの次第に吸収していき、網膜剥離や再発もみられず、視力は0.5まで回復している。

毛様体腫瘍の中でも極めて稀な多形性腺癌の供覧と、局所切除術の有用性について述べる。

14. 白内障術前に存在の疑われた脈絡膜血管腫の1例

防衛医科大学校眼科 ○徳永 正一、沖坂 重邦
国立身体障害者リハビリテーション
センター病院眼科 石田 みさ子、築島 謙次

〔緒言〕 白内障術前のBモード超音波検査で黄斑部腫瘤が疑われ、水晶体囊外摘出後に脈絡膜血管腫と診断され、光凝固治療を行い視力改善のみられた症例を経験したので報告する。

〔症例〕 64歳男性。1年程前から徐々に左視力低下が進行していたため、平成4年1月、リハセンター病院にて左老人性白内障と診断され、水晶体囊外摘出術を受けた。術前は白内障のため眼底の透見は不能であったが、Bモード超音波検査で、黄斑部腫瘤が疑われた。平成4年2月10日、防衛医大病院を紹介受診した。視力は右 0.06 (1.2)、左 (0.1 × + 17.0)。左眼は人工的無水晶体眼。左眼底に、視神経乳頭に接して耳側に黄斑を含む5乳頭径大のドーム状に隆起したオレンジ色の腫瘍を認めた。腫瘍は脈絡膜に存在し、網膜下液がわずかに貯留していた。蛍光眼底造影では、早期には腫瘍内の比較的大きな脈絡膜血管が造影され、後期にはほぼ均一に過蛍光を示した。Bモード超音波検査では腫瘍はドーム状で、前方は明瞭に境界されており、内部エコーは均一であった。CTおよびMRIにおいて眼外への浸潤は認めなかった。また、ガリウムシンチグラムでは、全身に異常な集積を認めなかった。以上のことから、脈絡膜血管腫と診断し、腫瘍を取り囲むように連続波Nd:YAGレーザー光凝固を施行した。現在のところ、左視力(0.2)と一段階の上昇を認めるが、今後さらに追加凝固し、腫瘍の縮小をはかる予定である。

〔結論〕 ①白内障術前検査にBモード超音波検査は必須であると再認識した。②脈絡膜血管腫の治療に連続波Nd:YAGレーザー光凝固は有用であると思われた。

15. 脈絡膜転移を初発症状として発見され、
急速進行をみた両眼性同時性乳癌

例
藤沢市民病院眼科 ○稲山 貴子、井上 克洋
仙田 由宇子

45才女性。本年2月7日、変視を主訴に当科受診。右眼底視神経乳頭下方に限局性の網膜剥離を認めた。初診時、全身状態は良好で赤沈亢進以外、検査所見に異常はなく、腫瘍マーカーも陰性であった。慢性乳腺症と指摘をうけたことಾಗಿ、乳房精査と当院専門外科に依頼、マンモグラフィー、エコーにて右乳房に tumor 様所見が認められ、3月5日、右乳房の aspiration biopsy & cytology を施行、細胞診にて小型の異型細胞が認められたが、Lymphoma との鑑別が難しく、3月16日 excisional biopsy を施行、病理組織診にて medullary ca. との診断を得た。この間にも眼底の tumor は立体化し、半球状隆起となり黄斑部に及びかけ視力、CFFの低下を認めたため、3月25日より radiation を開始、3回照射後には自覚的、他覚的所見は急速に改善をみる。乳房の腫瘍も1ヶ月の間に急速増大したため、4月6日両乳房単純切除術施行した。眼球への radiation は total 4000cGy の予定で照射継続中である。

16. メルケル細胞癌の②症例について

高知医科大学眼科	○松田 環、割石 三郎
	林 亜紀、上野 脩幸
同 第一病理	原 弘、弘井 誠
同 第二病理	園部 宏、大拙 祐治

皮膚原発の神経内分泌腫瘍である、稀なメルケル細胞癌の組織亜型の異なる2症例について、病理組織学的・免疫組織化学的・電顕的に検索を行い、各々の型に対応した興味深い所見を得たので報告する。

症例1は、77歳女性。1ヶ月前から徐々に増大する左上眼瞼縁の腫瘤を認め、受診時に全摘出を行った。

症例2は、57歳女性。1ヶ月前より右涙嚢部に、1週間前より右頬部に腫瘤が出現し、生検の後、両腫瘤を共に摘出した。

組織学的に両症例は共にメルケル細胞癌であり、Gould らの分類に従えば、症例1は trabecular type、症例2は small cell type に分類された。症例1では、比較的豊富な明調な胞体を有する、やや大型の腫瘍細胞が索状に増殖し、核分裂像を多数認めた。症例2では、小～中型のN/C比の高い腫瘍細胞がシート状に増殖し、核異型を認め、多数の核分裂像を伴っており、リンパ球が多数腫瘍内へ浸潤していた。いずれの腫瘍も Fontana-Masson 染色、Grimelius 染色は陰性であった。電顕では、両症例とも、ごく少数の神経内分泌顆粒と核周での中間径フィラメントの集積を認めた。免疫染色では、双方共にNSE (+)、症例1のみクロモグラニン、ニューロフィラメント、サイトケラチンが陽性であった。

患者の年齢、性別、経過、及び上述の所見は Gould らによる各組織亜型の所見や特徴に合致しており、本腫瘍の多様性を示唆するものであり、文献的考察を加えて報告する。

17. 眼窩および結膜リンパ増殖性病変の遺伝子解析による診断

国立名古屋病院眼科 ○長坂 智子、中村 郁江
安藤 文隆
名古屋大学病理 長坂 徹郎

眼窩および結膜のリンパ増殖性病変には、反応性の病変なのか、腫瘍性の病変なのか、病理組織標本による検索のみでは確定出来ない場合もある。今回、我々は眼窩および結膜のリンパ増殖性病変で、切除組織の一部を用いて遺伝子解析を行うことにより、腫瘍性増殖を確定できた3症例を経験したので、症例を呈示するとともに、リンパ増殖性病変の確実な診断法としての遺伝子診断の有用性について報告する。

症例および方法：症例1；64歳、男性。右眼窩腫瘍。症例2；39歳、女性。右結膜腫脹。症例3；74歳、女性。右眼窩腫瘍。いずれの症例も、臨床上リンパ増殖性病変が疑われたため、生検あるいは切除術の際に、病理組織検査の他に、遺伝子解析を目的として、摘出組織の一部を凍結保存した。病理組織検査ではいずれの症例も、小型から中型の異型性の少ないリンパ球の瀰漫性増生で、萎縮状の胚中心を伴い、いわゆる偽リンパ腫に相当する組織像を呈していた。腫瘍性か、否か、判定が困難であったので、凍結保存材料を用いて遺伝子解析を行った。まず、組織中から高分子DNAを抽出し、制限酵素で処理したのち、サザンブロット法を用いて、免疫グロブリンのL鎖およびH鎖、T細胞受容体の遺伝子の再構成の有無について検索した。

結果：3症例とも免疫グロブリン遺伝子の再構成バンドが検出され、B細胞性の腫瘍性増殖であることが確定した。

結論：病理組織診断のみでは腫瘍性の増殖と確定できない病変の診断に、遺伝子解析は極めて有用で、今後眼科領域のリンパ増殖性病変の診断に応用すべき診断法であると考えられた。

18. 眼窩痛で初発した成人の Orbital Lymphangioma

北里大学眼科 ○木村 真也、花輪 守彦
岩倉 雅登

眼科の lymphangioma は分離腫でほとんどの症例は10才未満で発見される。成人で見いだされる場合は徐々に发育してきた結果か、腫瘍内への出血による急激な眼球突出を見るものが知られている。今回は眼球突出に気付く前に眼痛、頭痛を訴え、手術材料により lymphangioma が確定したまれな成人例を報告する。

症例は23才、女性で平成3年11月初旬より左眼窩痛、頭痛を自覚し、その後左眼球突出が出現した。近医にてCTを撮り、左眼窩内腫瘍を指摘され、当院へ紹介された。視力は両眼とも1.2で、眼位は正位であったが、左眼の内転、外転、下転方向に運動制限を認め、左眼球突出があった。瞳孔は両眼とも5.0mmで、対光反応も正常であった。前眼部、中間透光体、には異常は認めなかったが、眼圧は右12mmHg、左16mmHgと左が高かった。眼底所見では、左眼に明らかな乳頭浮腫を認め、視野においてもマリオット盲点の拡大が認められた。CT上、左眼窩内の球後から漏斗部に至る胞状で充実性の腫瘍が存在し、視神経を外方より圧迫していた。鑑別診断としてpseudotumor, schwannoma, hemangioma があげられ、まずステロイドのパルス療法を行ったが、痛みの改善があったのみで、CT上腫瘍の大きさに変化はみられなかった。12月17日にクレンライン手術を行った。腫瘍は黒褐色のチョコレート囊腫状であり、その内容から血液成分が引けた。また、周囲組織との癒着もあり、視神経損傷をおこす可能性があったため、部分摘出とした。病理組織学的には腫瘍はリンパ管を含んでおり、その周囲にはリンパ球、形質細胞の浸潤を認め、lymphangioma と診断された。今回の症例は眼痛、頭痛が初発であり、これは腫瘍に炎症が加わったものと思われる。成人の眼窩炎性偽腫瘍に類似した臨床経過をもつものに lymphangioma があることを強調したい。

19. 眼窩にみられた形質細胞腫の1例

市立伊丹病院眼科 ○萩原 正博、原 拓
同 病理 辻 求
大阪府立病院眼科 東田 みち代

形質細胞腫は形質細胞が腫瘍性増殖を来したもので、骨髓より発生する多発性骨髓腫と骨髓外に原発する髄外性形質細胞腫に大別されるが、眼科領域に発生する形質細胞腫は極めて稀である。眼窩に原発した形質細胞腫の1例を病理組織学的、免疫組織学的に検討したので報告する。

症例は87才、男性。3年前に某病院を受診し、眼窩偽腫瘍の診断にてステロイド投与を受け、軽快したが、腫瘤が徐々に増大してきたため大阪府立病院を受診し、当科を紹介された。右上眼瞼皮下に弾性硬の腫瘤を触知し、眼球は突出し、下方に偏位していた。X線CTでは、眼窩内に眼球の耳側から上方に広がる腫瘍を認め、外直筋、上直筋は腫瘍と一塊となっているようにみえた。suprolateral orbitotomyにて腫瘍を亜全摘した。腫瘍は上直筋、外直筋と一塊となっていた。末梢血、免疫グロブリンには異常を認めず、胸腹部CT、TCシンチグラフィーにても眼窩外に腫瘍性病変を認めなかった。リニアックX線による放射線治療(3900cGy)を行い、CT上腫瘍は完全に消失し、初診後1年6ヶ月経過後の現在のところ再発はみられていない。腫瘍は灰白色、弾性硬で、結節性に増殖し、HE染色では、結節内ではエオジン好性の大きな胞体を持ち、核は楕円形で一方に偏在する形質細胞様の腫瘍細胞が瀰漫性に増殖していた。核網は繊細で、肥厚した核膜を有し、異形性は明らかであった。異形小リンパ球が巣状に集簇しており、免疫組織化学により κ 鎖、IgMの単クローン性の増殖が証明された。形態学的には異型形質細胞の増殖を示し、形質細胞腫と診断した。髄外性形質細胞腫は骨髓外に発生した骨髓腫と捉えられることが一般的であるが、本例では形質細胞が腫瘍化したものではなく、形質細胞への分化が著明な悪性リンパ腫と考えている。

20. 涙腺原発と思われる腺様嚢胞癌の一症例

東京医科大学眼科 ○大越 洋治、後藤 浩
臼井 正彦

今回我々は、涙腺原発と考えられる腺様嚢胞癌の一症例を経験したので報告する。症例は39才の男性で、平成元年より右上眼瞼外側の硬結と、右眼眼球突出傾向に気付くも放置していた。同年3月頃より複視が出現し、某大学病院にて眼窩炎性偽腫瘍の診断のもとステロイド薬による治療を受けていたが軽快せず、中止となった。その後平成3年11月25日、当院眼科を受診した。当科初診時、右眼眼球突出とともに、下眼瞼部に弾性硬の腫瘤を触知した。右眼の内転障害、左眼の完全動眼神経麻痺を認めるも両眼とも視力は良好で、眼圧、中間透光体、眼底には異常所見を認めなかった。CT上、右眼窩耳側から上方にかけて腫瘍陰影が認められ、蝶形骨の破壊所見を伴っていた。腫瘍は、右中頭蓋底、両上眼窩裂、トルコ鞍、左海綿静脈洞にまで浸潤していた。MRIでは、腫瘍はT1強調像で外眼筋とほぼ同じ信号強度の low intensity を呈し、T2強調像では、high 及び low intensity が混在する腫瘍病変を認めた。各種腫瘍マーカーを含め、全身的には、特に異常所見は見られなかった。平成4年1月7日、診断的治療の目的で Krönlein 法にて腫瘍の一部を摘出し、病理組織検索を行った結果、主に中心に壊死を伴った、いわゆる Comedo Carcinoma 様の胞巣状腫瘍組織から成る、涙腺原発腺様嚢胞癌と診断された。現在多剤併用による化学療法を施行中であるが、腫瘍の拡大、転移等は認められていない。

一般に本腫瘍は、骨組織への浸潤に伴って、疼痛の訴えがみられる事が多い。今回の症例では、骨の破壊とともに眼窩から対側頭蓋底にまで腫瘍の進展をきたしたにもかかわらず、経過中疼痛を全く自覚していない点が特徴的であった。早期発見、治療のために、疼痛を伴わない眼窩腫瘍の鑑別診断として、腺様嚢胞癌も常に念頭に置くべきと思われる。

21. 眼窩転移により発見された若年者進行胃癌の1例

新潟県立中央病院眼科	○登坂 良雄、大島 晃
同 内科	早津 邦広
同 病理	関谷 政雄

本邦での悪性腫瘍は従来より胃癌が最も多いことは周知の事実であるが、その一方で眼窩に転移した胃癌は殆ど報告されていない。今回、我々は不明熱と眼窩腫瘍を主訴として当科を紹介され、眼窩腫瘍の開放生検により胃癌の全身転移が発見された症例を経験した。

症例は34歳の男性。平成3年8月下旬より感冒様症状が出現し、他院内科で抗生物質による治療を受けていた。10月下旬より左の眼球突出が出現、発熱も続くため眼窩内の炎症を疑われ、眼窩CTスキャンが施行された。左眼窩内に辺縁不整な腫瘍影が認められたため、10月17日、当科へ紹介された。触診では左眼瞼鼻側皮下に非常に固い腫瘍が触知され、眼底にも圧迫による網脈絡膜皺襞が認められた。眼球運動は高度に制限されていた。また左鎖骨上窩にリンパ節の腫脹を認めた。眼窩の悪性腫瘍あるいは全身性悪性疾患の存在を疑い、10月18日、全麻下にて左眼窩の開放生検を施行した。眼窩腫瘍は白色できわめて硬く、線維性瘢痕に類似していた。病理組織学的には豊富な線維性組織の中に大型で不整な核を持つ異型細胞が多数認められ、scirrhous type の癌の転移が考えられた。10月22日に上部消化管内視鏡検査が施行され、胃に scirrhous type の癌の存在が確認された。また骨髓穿刺においても癌転移が認められた。眼窩転移巣・胃原発巣でも組織学的に粘液染色は不良で、粘液産生に乏しい低分化の癌であると考えられた。眼窩組織では免疫染色を施行し、異型細胞はCEA・EMAとも強陽性、Keratin 一部陽性という結果を得た。

本症例は胃癌の全身転移という状態にあり、抗癌剤の全身投与が行われたが日毎に衰弱し、12月25日、ついに永眠された。眼窩腫瘍を契機として発見された胃癌は眼科的にも内科的にも貴重な症例と考えられ、ここに報告するものである。

<ビデオ講演>

1. 眼窩腫瘍に対する経眼窩縁眼窩開窓術

聖隷浜松病院眼形成眼窩外科 ○中村 泰久

眼窩腫瘍に対する外科的アプローチには、前方から眼窩縁を経由する経眼窩縁眼窩開窓術、頭蓋腔を経由する経頭蓋法、副鼻腔を経由する経副鼻腔法などがある。これらの術式の選択は、施設の状況や術者の経験などに左右されることもあるが、理論的には、眼窩内に限局し、眼窩先端部に達していないものに対しては、経眼窩縁眼窩開窓術が適応となる。

この講演では、経眼窩縁眼窩開窓術の手法を中心に述べる予定である。

2. 照明装置付の笑気ガス冷凍凝固による網膜芽細胞腫の治療

帝京大学市原病院眼科 ○佐野 秀一、箕田 健生

網膜芽細胞腫の保存的治療として、比較的小さく周辺部に存在する腫瘍に対しては網膜冷凍凝固が行われることが多い。今回我々は網膜芽細胞腫6例6眼に対し照明装置付の笑気ガス冷凍凝固装置を用いて良好な結果を得たので供覧する。

症例は両眼性5例5眼、片眼性1例1眼であり、いずれも5乳頭以下の周辺部に存在する腫瘍で、両眼性5例は全例進行眼を摘出し、非進行眼に対しては初回治療として放射線療法、光凝固療法または光線力学的治療を施行しており、片眼性1例1眼も放射線療法が施行され、冷凍凝固は上記治療との併用または再発例に対する二次的治療として行なった。使用機種は Frigitronics 社製 CE-82 強膜透過性照明装置付冷凍凝固装置で、プローブを強膜側よりあて倒像検眼鏡にて腫瘍底に照明光が一致することを確認後、直ちに笑気ガス (N₂O) を用いて -70°C ~ -80°C の温度下で腫瘍の頂点が白く氷結するまで 10 ~ 15 秒の冷凍凝固を同一部位に 3 回、腫瘍径に応じて 2 ~ 5 ヶ所行なった。術後腫瘍の縮小・瘢痕化は全例に認められ、併発症として網膜硝子体出血を認めたが 3 日から 14 日後には全例吸収した。

本法は強膜照明装置と冷凍凝固を同一のプローブで行なうことにより術中常に倒像検眼鏡の視野内に腫瘍を確認しながら治療を行なえる利点があり、また笑気ガスを使用することで炭酸ガスより低温で冷凍が行なえるため、周辺部に存在する網膜芽細胞腫の治療として有効である。

<主題講演>

1. 悪性黒色腫類似の黒色病変を呈した2症例

東北大学眼科 ○阿部 信一、小針 萬喜子
山田 孝彦、塩野 貴
玉井 信

目的：前眼部に発生する悪性黒色腫は稀な疾患であるがその予後は重篤であり、鑑別には注意を要する。今回、我々は、臨床的に黒色病変を呈し、悪性黒色腫も疑われた2症例を経験したので報告する。

症例：症例1は78歳の女性。右眼結膜の黒色色素沈着を主訴として1979年 10月に当科を受診した。3年前に左眼を結膜悪性黒色腫の診断にて眼窩内容除去術を受けていたため、右眼悪性黒色腫も疑われた。組織生検を施行して病理組織学的に検討したところ、外来性の色素沈着であって腫瘍性のものであることが判明した。前医にて緑内障の診断にてエピネフリン点眼による治療を受けていたことから、それによる色素沈着と診断した。症例2は52歳の男性。1988年3月に右眼の外傷で強角膜裂傷、網膜剥離を発症して手術を受け、その後、角膜混濁が進行したために同年11月に全層角膜移植術を受けた。1989年8月ごろより角膜移植縫合糸（10-0ナイロン）の一部に黒色付着物を認めるようになり、次第に増大傾向を呈し、腫瘤状となった。1990年9月に黒色腫瘤の切除を含めて縫合糸の抜糸を行なって病理組織学的に検討した結果、黒色腫瘤は変性した疑血塊を思わせる茶褐色の硝子様構造であり、腫瘍性のものであることが判明した。

結論：日常の臨床では悪性黒色腫を疑わせる症例に遭遇することが時々ある。今回経験した2症例のように点眼薬による色素沈着や、縫合糸への色素沈着などもあり、鑑別には注意を要すると考えられた。

<主題講演>

2. 虹彩無色素上皮 adenocarcinoma と疑われている ぶどう膜無色素性悪性黒色腫と診断した1例

京都大学眼科 ○晴山 正志、奥田 久子
小林 博、本田 孔士

症例：61歳、男性。既往歴：40年前に右眼網膜剥離のため失明。右眼痛を自覚し当科外来受診。視力は、右眼光覚（-）、左眼 0.8（1.0×+0.87D）。眼圧は、右11mmHg、左18mmHg。前房内は黄色の充実性腫瘍により占拠されており腫瘍の表面は多数の血管を伴っていた。前房より後方は腫瘍により確認できなかった。手術目的にて入院。ガリウム・シンチグラフィーで右眼窩部に中等度の異常集積像を認めた。CTで眼内は low density の solid mass を認めた。右眼球摘出術を施行。術後 DAPV 療法2クール施行。摘出眼球断面で腫瘍は黄色充実性で、硝子体内を完全に充満して増殖し、圧平された水晶体を挟んで前房内にも充満していた。眼底後極部と水晶体は石灰化していた。HE染色で epithelioid type よりなる腫瘍細胞が増生していた。S100 protein 免疫染色では、ほとんどの腫瘍細胞が強陽性に染色された。病理組織学的にぶどう膜悪性黒色腫と診断され、Callender の分類で epithelioid type に分類された。腫瘍細胞中の melanin は、光顕的に確認されず amelanotic melanoma であった。腫瘍細胞は、強膜や視神経に浸潤していなかった。眼底後極部の石灰化した組織には骨化が見られ、内部に脂肪髓を含んだ骨髄も認められた。血管内には、赤血球が認められた。水晶体は腫瘍細胞によって浸潤され、痕跡的に水晶体組織が残存しており、一部には骨化も見られた。

本症例の一部は第60回九州眼科学会眼病理研究会にて報告した。また本症例の概要は臨床眼科第45巻第8号眼科図譜に掲載された。症例についての詳細を海外雑誌投稿のさいに虹彩無色素上皮 adenocarcinoma の可能性が強いと指摘された。今回電子顕微鏡像ならびに免疫染色所見を再度検討した。

<主題講演>

3. 脈絡膜悪性黒色腫の一症例

宮崎医科大学眼科	○柊山	剰、坂上	智己
	林田	中、直井	信久
	澤田	惇	
同 病理	大野	招伸	
同 第一病理	畠山	金太	
星井眼科医院	星井	芙美子	

我々は42才女性の脈絡膜悪性黒色腫の一症例を経験したので報告する。主訴は左眼上方の霞みで近医より腫瘍状の網膜剥離を認めるとのことで平成3年（1991年）1月17日当科を紹介された。初診時矯正視力は右（1.2）、左（1.0）。細隙灯顕微鏡検査では特記すべき所見はなく眼底検査にて左眼上耳側に10乳頭大の腫瘍を認め、耳側および下方周辺部に網膜剥離を伴っていた。脈絡膜悪性黒色腫が疑われたので即日入院とした。入院後の超音波、蛍光眼底造影、CT検査などでも一応、脈絡膜悪性黒色腫が疑われたものの確定診断できなかった。しかしMRI検査にてほぼ確実となり、全身的に原発巣がなく、網膜剥離も伴っており、強膜外への浸潤も認めなかったため、同年2月4日左眼の眼球摘出術を施行した。術中の視神経断端の迅速病理では腫瘍細胞の視神経への浸潤は認めなかった。摘出眼球の腫瘍断面は黒色で充実しており、網膜剥離もみられた。病理組織標本では、強膜への浸潤はほとんどなく網膜へは一部浸潤している部位があったので術後放射線を照射した。腫瘍細胞の細胞質には豊富なメラニン顆粒を認め核小体の明らかな大きな楕円形の核を持った紡錐形の異型細胞と少数の類円形の異型細胞より構成されており、炎症細胞の浸潤を軽度認め、壊死物および核分裂像は認めなかった。細胞質内のメラニン黒色顆粒は、過マンガン酸カリウムによりほとんど脱色された。現在も注意深く経過を観察している。

<主題講演>

4. 脈絡膜悪性黒色腫の診断について

— ^{123}I - IMP、 ^{67}Ga シンチグラム、血清 5 - S - CD を用いて—

順天堂大学浦安病院眼科 ○高野 俊之、小林 康彦
田中 稔
山梨県立中央病院眼科 土屋 櫻

〔目的〕 脈絡膜悪性黒色腫は、早期転移を来す疾患であり、原発巣及び転移巣の早期発見が重要である。脳血流測定用 RI として ^{123}I - IMP がメラニンを生産する悪性黒色腫に集積することが報告された。さらに、メラニン代謝の主要中間代謝産物である 5-S-cysteinyldopa（以下 5 - S - CD と略す）が、悪性黒色腫の腫瘍マーカーとなり得るとの報告がなされた。今回、これらの検査法をもちいて脈絡膜悪性黒色腫を診断する機会をえたので、その結果を報告する。

〔症例及び方法〕 症例は、脈絡膜悪性黒色腫を疑った 4 症例と転移性脈絡膜腫瘍の 2 症例である。これらの症例にたいして、 ^{123}I - IMP と ^{67}Ga シンチグラムを施行し、さらに血清 5 - S - CD を測定した。

〔結果〕 脈絡膜悪性黒色腫を疑った 4 症例中 3 症例に、 ^{123}I - IMP の腫瘍部への集積が明瞭に描出された。 ^{67}Ga シンチグラムでは集積は認められなかった。この ^{123}I - IMP の集積を認めた 3 症例は、眼球摘出後の病理組織学的検索において脈絡膜悪性黒色腫との確定診断を得た。転移性脈絡膜腫瘍においては、 ^{123}I - IMP、 ^{67}Ga シンチグラム共に集積像は認められなかった。また、血清 5 - S - CD 値は全症例が正常範囲内であった。

〔結論〕 脈絡膜悪性黒色腫の診断に際して、 ^{123}I - IMP 検査は、有用な検査方法であると考えられた。さらに、腫瘍マーカーとしての血清 5 - S - CD の今後の有用性について検討を加える予定である。

<主題講演>

5. ^{198}Au グレインによる脈絡膜悪性黒色腫（臨床診断による）
の保存的療法の長期予後

藤田保健衛生大学眼科	○深見 久紀、馬嶋 慶直
	野村 隆康、飯田 了
同 放射線科	河村 敏紀

症例は、38歳の男性で、昭和63年4月1日初診。視力は右＝1.2 (n. c.)、左＝0.4 (n. c.)。前眼部、中間透光体に異常なく、左眼底は乳頭上方に orange pigment を示す境界明瞭な隆起性病変とこれに伴う網膜剥離を認めた。B-mode echoにて mass echo を示し、蛍光眼底造影像で初期に点状過蛍光、後期に腫瘤周辺部にびまん性斑状過蛍光を認めた。MRI (SE) 法で腫瘤部はT1で高信号、T2で低信号を示した。以上の所見より臨床的に脈絡膜悪性黒色腫と診断し、昭和63年6月22日、 ^{198}Au グレイン小線源 (5mCi/本) を3本強膜内に縫着、同年8月18日前回の2本抜去後5本縫着、総線量180Gyの放射線治療を行なった。術後、腫瘍は検眼鏡的、超音波所見上、蛍光眼底造影上及びMRI上消失している。現在、左眼視力は0.02 (n. c.) であり後囊下白内障を生じているので白内障手術を予定している。

^{198}Au グレイン縫着法は脈絡膜悪性黒色腫の保存的治療法の一法となりうるのではないかと考えられた。

<主題講演>

6. 脈絡膜悪性黒色腫の陽子線治療経験

帝京大学市原病院眼科	○周 信夫、佐野 秀一
	広瀬 裕子、箕田 健生
大宮赤十字病院眼科	小島 孚允
放射線医学総合研究所	中野 隆史、森田 新六

中等度以上の脈絡膜悪性黒色腫の治療は本邦においては未だ眼球摘出が一般的である。しかし欧米では、近年、陽子線照射による保存療法が積極的に行なわれている。陽子線照射は、その特性のため限局した病巣部に大量の線量を集中できるので視機能を温存して治療できる可能性がある。

今回、我々は、中等大の悪性黒色腫6例に陽子線照射を施行した。照射条件は、照射野10～20mm、1回線量13～15Gyを週1回、4～5回の分割照射（総量55～70Gy）とした。結果として4例は現在経過観察中であるが、2例は後に眼球摘出された。温存されている4例の内、2例は増大傾向は認めないが著しい反応もない。残りの2例は超音波測定で少なくとも厚さが1～2mm 縮小した。

眼球摘出された2例の内訳は、硝子体出血により眼底透見不能になった症例と中心静脈閉塞を生じ視力消失した症例である。

以上6例について症例を供覧する。