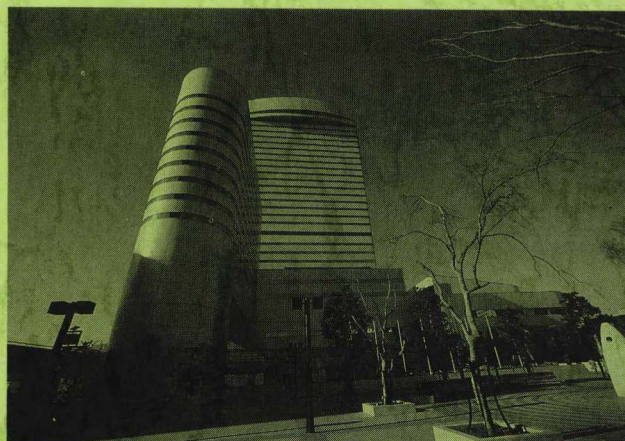


第17回日本眼腫瘍研究会

プログラム・講演抄録集

(日本眼科学会専門医制度生涯教育認定事業 No.59150)

平成11年9月25日(土)



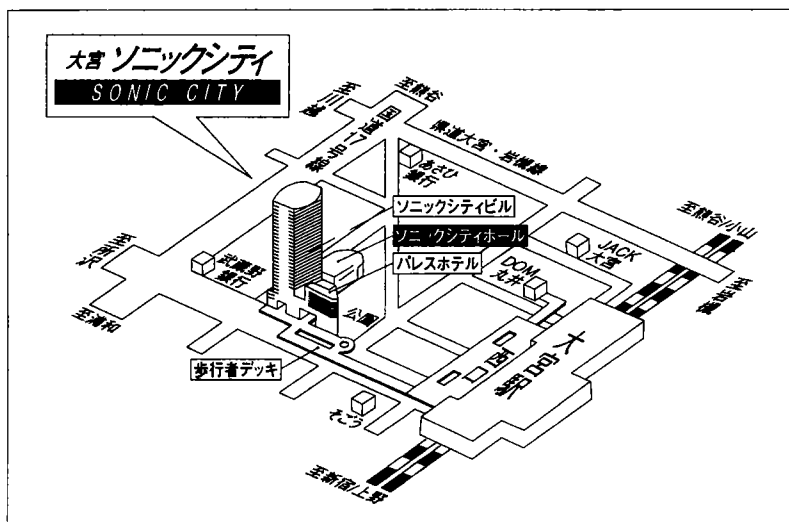
担当:大宮赤十字病院眼科

会場:大宮ソニックシティホール 4F

国際会議室

ご案内

会場図



JR大宮駅西口より徒歩5分

日時：平成11年9月25日(土)
午前9時30分～午後5時45分

会場：大宮ソニックシティホール
4階 国際会議室
〒331-0852 埼玉県大宮市桜木町1-7-5
TEL: 048-647-4111
FAX: 048-647-4159

担当：大宮赤十字病院 眼科
〒338-8553 埼玉県与野市上落合8-3-33
担当世話人 小島孚允
TEL: 048-852-1111
FAX: 048-854-6579
E-Mail: nisseki@os.rim.or.jp

<受付>

平成11年9月25日(土)前9時より行います。4階会場前で受付をしてください。尚、事前登録された方は会場入り口でネームカードのご着用をお願いします。

日本眼科学会専門医制度生涯教育事業単位取得票は受付で発行します。

<発表>

プロジェクターは2台用意します。特にスライド枚数に制限はありません。発表30分前までにスライド受付で、試写確認後スライド係りにお渡し下さい。スライドは左右同時進行で行います。発表の無い所はブラックスライドをご用意ください。

一般演題:口演 8 分・討論 5 分

<懇親会>

大宮ソニックシティ前より送迎バスをご用意いたします。由緒ある大宮氷川神社のすぐそば、森鷗外の小説にも登場する料亭です。

時間: 午後6時15分より

場所:「一の家」 埼玉県大宮市高鼻町2丁目276

TEL:048-644-0165

JR大宮駅東口からは徒歩20分

日本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)

上野脩幸(高知医科大学眼科学教室)

大島浩一(国立岡山病院眼科)

大西克尚(和歌山県立医科大学眼科学教室)

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(国立がんセンター中央病院眼科)

小島孚允(大宮赤十字病院眼科)

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)

松田英彦(北海道大学医学部眼科学教室)

箕田健生(帝京大学市原病院眼科)(代表世話人)

(五十音順)

世話人会：

平成11年9月25日(土)午後12時20分より会場隣接の大宮パレス
ホテル2階 ずいりん 瑞麟 で行います。

日本眼腫瘍研究会会則

(名称)

第1条 本会は、日本眼腫瘍研究会 (Japanese Society of Ocular Oncology)と称する。

(目的)

第2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。

(会員)

第3条 本会の会員は、眼腫瘍に興味を持つ眼科およびその他の関係者をもって構成する。

(活動)

第4条 第2条に掲げる目的達成のため、研究発表を年1回定期的に行う。

(世話人)

- 第5条
- 1項 本会の運営を円滑に行うため、次の世話人を置く。
代表世話人 1 名
世話人 若干 名
 - 2項 各世話人をもって世話人会を構成する。
 - 3項 代表世話人は世話人会を統括する。
 - 4項 代表世話人および各世話人は世話人会に於いて選出する。
 - 5項 世話人会は本会に対して特別な貢献のあった世話人経験者のうちから若干の顧問を推薦する。
 - 6項 世話人および代表世話人の任期は2年とし、再任を妨げない。

(経費)

第6条 本会の経費として参加費を徴収する。また必要に応じて賛助金をこれに充てる。

(事務局)

第7条 本会の事務局は代表世話人の勤務先に置く。

(会則の変更)

第8条 この会則は世話人会の議決を経て変更する事ができる。

(付則)

本会則は平成10年1月1日より施行する。

第17回 日本眼腫瘍研究会 プログラム

9月25日(土)

一般演題Ⅰ 眼窩腫瘍 9:30～10:35 座長:沖坂重邦教授(防衛医大)

1. 視力低下以外の眼科的所見に乏しかった眼窩髄膜腫と思われる1例
○春山賢介・八木郁子・木戸口裕(済生会川口総合病院眼科)
小島孚允(大宮赤十字病院眼科)
2. 涙腺原発が疑われた粘表皮癌の1例
○木村久理・阿部俊明・所 敏宏・玉井 信(東北大眼科)
3. 視力低下を来した眼窩から頭蓋内に及ぶ巨大囊腫の1例
○戸塚清一・加藤志奈(帝京大市原病院眼科)
平林慎一(帝京大形成外科)
村上峰子・森川健太郎・長尾 正(帝京大市原病院脳外科)
長尾俊孝(帝京大市原病院病理部)
4. 眼球摘出30年後に局所再発したと考えられる悪性黒色腫の1例
○三戸秀哲・藤井佐知子・中村泰久(聖隷浜松病院眼形成眼窩外科)
5. 眼部リンパ性腫瘍27例の遺伝子解析による診断
○鈴木茂伸(東京大眼科)
小島孚允(大宮赤十字病院眼科)
兼子 耕・内ヶ崎新也(大宮赤十字病院病理部)

一般演題Ⅱ 角結膜腫瘍 10:35～11:15 座長:雨宮次生教授(長崎大)

6. マイトマイシンC点眼治療の眼表面上皮異形成の微細構造とc-Met発現
に対する影響
○雑賀司珠也・宮本 武・河島義治・岡田由香・山中 修・大西克尚
(和歌山県立医大眼科)
7. 結膜悪性黒色腫の1例
○今村 周・村上 晶・水川 淳・沖坂重邦(防衛医大眼科)
8. 高知医科大学眼科における涙丘部腫瘍の統計学的検討
○中矢家寿宏・林 暢紹・小松丈記・上野脩幸(高知医大眼科)
高見淳也(高知県立幡田けんみん病院)

特別講演Ⅰ 11:15～12:15

座長:玉井 信教授(東北大)

「悪性腫瘍に対する遺伝子治療の現況」

谷 憲三朗(東京大学医科学研究所内科助教授)

—— 昼 食 ——

特別講演Ⅱ 13:30～14:30

座長:大西克尚教授(和歌山県立医大)

「ぶどう膜腫瘍の診断と治療」

箕田 健生(帝京大学市原病院眼科客員教授)

一般演題Ⅲ ぶどう膜腫瘍 14:30～15:10 座長:猪俣 孟教授(九州大)

9. ^{123}I -IMP SPECTによるぶどう膜悪性黒色腫の診断

○後藤 浩・箕田 宏・臼井正彦(東京医大眼科)

梅田淳一・石井 巖(東京医大放射線科)

10. 眼内悪性リンパ腫の診断における硝子体中IL-10、IL-6測定の意義

○羽田麻以・後藤 浩・竹内 大・横井克俊・臼井正彦(東京医大眼科)

11. 両眼性ぶどう膜転移癌の検討

○辻 英貴(癌研究会付属病院眼科)

小島孚允(大宮赤十字病院眼科)

—— 休 憩 ——

一般演題Ⅳ 眼瞼腫瘍 15:20～16:15 座長:上野脩幸教授(高知医大)

12. 上眼瞼メルケル細胞癌の1例

○荒川 妙・鈴木茂伸(東京大眼科)

小島孚允(大宮赤十字病院眼科)

兼子 耕(大宮赤十字病院病理部)

13. 術後にリンパ節転移をきたした眼瞼悪性腫瘍2例の検討

○江口功一(新潟大眼科)

14. 局所麻酔で眼瞼形成術を施行した眼瞼悪性腫瘍の3例

○高村 浩・菅野 誠・川崎 良・結城義憲・木村智華子・山下英俊
(山形大眼科)

15. 眼瞼、眼窩部血管腫の病理学的所見

○宮 華青・芦 忠陽・雨宮次生(長崎大眼科)

シンポジウム「眼瞼腫瘍のマネージメント」

16:15～17:45

座長:小島孚允部長(大宮赤十字病院)

1. 診断と治療計画

萩原正博(市立伊丹病院眼科部長)

2. 眼瞼腫瘍の外科的治療

中村泰久(聖隷浜松病院眼形成眼窩外科部長)

3. 眼瞼癌の非観血的治療法

金子明博(国立がんセンター中央病院眼科医長)

次回世話人挨拶

玉井 信(東北大眼科教授)

懇親会

18:15～

特別講演 I

悪性腫瘍に対する遺伝子治療の現況

谷 憲三朗（東京大学医科学研究所附属病院内科）

1989年より米国を中心に遺伝子治療が本格的に開始された。これまでに300以上の臨床研究が世界中で実施されており、既に患者数は米国だけでも3000人を越えるが、これらの患者の約8割は癌患者が対象となっている。

一般に遺伝子治療には、ex vivo遺伝子治療法とin vivo遺伝子治療法の2つがあり、標的とする難治性の疾患に対していずれの方法を適用するかは、病変の特性と遺伝子導入に用いるベクターの特性により決められている。前者の治療法では患者由来の細胞を一旦体外で培養、遺伝子導入処理をしたのちに患者に投与し、後者の治療法では遺伝子導入ベクターを直接患者体内（皮膚、筋肉、肝臓、肺など）へ投与する。この方法では遺伝子導入細胞の安全性を患者に投与する前にチェック出来るが、大量細胞培養操作に伴う煩雑さとコストが問題となる。後者の方法では遺伝子導入ベクターの投与は簡単に実施できるが、投与後の安全性には未知の部分もあり、より慎重に検討を重ねて行く必要がある。近年米国で人に対する遺伝子治療臨床研究が多数実施されるに従い、現行の遺伝子導入ベクターの安全性に関してはかなりの部分が明らかになって来た。これに伴い遺伝子治療研究はそれまでのベクターの安全性検討に重点が置かれた臨床研究から、治療法としての有効性検討により重点が置かれた臨床研究へと変化してきている。

癌に対する遺伝子治療のアプローチとしては、表に示したような方法が現在検討されてきている。in vivo法としては癌抑制遺伝子や癌の抗原性を増強させる遺伝子を癌局所に接種する方法や、いわゆる自殺遺伝子を癌局所に接種後、プロドラッグを全身に投与し癌部分のみを攻撃する方法などが代表的である。一方、ex vivo法としては腫瘍細胞や免疫担当細胞中に宿主の持つ抗腫瘍免疫活性を増強できる遺伝子を導入後患者に投与する方法や、患者の造血幹細胞を抗癌剤に対して抵抗性にした後患者に戻し、患者体内に残存する微小腫瘍を大量の抗癌剤で攻撃するといった方法が検討されている。

表。癌に対する遺伝子治療法（1999.2.10現在）

アンチセンス法	4	化学的保護法	9
免疫治療法(ex vivo法)	56	免疫治療法(in vivo法)	51
プロドラッグ法	28	癌抑制遺伝子法	18
単鎖抗体法	2	癌遺伝子発現抑制法	3
ベクターによる細胞融解法	2		

本特別講演では悪性腫瘍に対する遺伝子治療法の現況を概説させて頂くと共に、現在東大医科研病院で実施されている腎細胞がんに対するヒト顆粒球マクロファージコロニー刺激因子(hGM-CSF)遺伝子を用いた免疫遺伝子治療法についても御紹介させていただきます。

特別講演Ⅱ

ぶどう膜腫瘍の診断と治療

箕田 健生（帝京大学市原病院眼科）

ぶどう膜腫瘍の中で、原発性かつ悪性で最も多い悪性黒色腫の診断と治療が眼科医にとって重要な課題である。

悪性黒色腫の診断は進行例では、眼底検査、蛍光血管造影、超音波、CT、MRI 諸検査を施行することによって比較的容易に鑑別診断することができるが、初期例では上記諸検査を施行しても母斑、黒色細胞腫、肉芽腫等との鑑別が困難なことが、しばしばあり慎重な経過観察が必要となる。

悪性黒色腫の予後と腫瘍の大きさ、位置、病理組織像との相関については従来より多くの研究がなされているが、最近、Folberg et al (1992, 93)、坂本ら(1995)は悪性黒色腫の腫瘍内血管の構築と生命予後との関連性を報告した。さらに佐野(1999)は、インドシアニングリーン蛍光造影(IA)で検出された腫瘍内血管の走行パターンを 5 型に分類し、腫瘍内血管は病期の進行とともに正常型または平行型から、環状または網状型へ進行すると推測した。このような IA 所見と予後との関連性は、今後解明されるべき興味ある課題である。

悪性黒色腫の治療法としての眼球摘出術の有効性について Zimmerman et al(1978)が疑問を投げかけて以来、早や 20 年が経過したが、科学的根拠に基づいた本腫瘍の最良の治療法は未だ確立されていない。

演者らは、1)小腫瘍(直径 8 mm 未満、高さ 3 mm 未満)後極部:光凝固・光線力学療法、周辺部:局所切除、2)中腫瘍(直径 8 ～ 16 mm、高さ 3 ～ 10 mm):陽子線照射、3)大腫瘍(直径 16 mm 以上、高さ 10 mm 以上):眼球摘出 — 以上のような治療法の選択を原則として行っている。

光凝固は高さ 3 mm 未満の小腫瘍に限定され、局所切除は腫瘍の位置が周辺の場合、中腫瘍にも適応となるが完全摘出しないと生命予後が不良となる。陽子線療法は適応範囲は比較的広く、生命予後は比較的良好だが、視力予後は一般的に不良であり、施行施設が限られている。従って、悪性黒色腫の治療に際しては、各々の症例の諸因子、治療サイドの諸条件を詳細に検討した後に、患者に十分なインフォームド・コンセントを行って治療法を選択する必要がある。

悪性黒色腫は比較的早期に血行性転移を生じ、患者の生存率を低下させる。転移に関与する遺伝子として HGF (hepatocyte-growth factor)、nm23、CD44 などが推定されているが、いずれも臨床的に確認されていない。今後は転移関連遺伝子を解明する事によって、患者にとって致命的な血行性転移を予防することが大切である。

結論として、悪性黒色腫は“レディ・メイド”の治療から“オーダー・メイド”の治療に変革する必要がある。

1. 診断と治療計画

萩原 正博（市立伊丹病院眼科）

眼瞼腫瘍は文字通り、眼瞼部に発生する腫瘍である。眼瞼腫瘍そのものの診断は困難ではないことが多いが、その腫瘍がどのような腫瘍であるかを診断することが治療方法の選択や予後の点からは最も重要である。とりわけ基底細胞腫、扁平上皮癌、脂腺癌などの悪性腫瘍と、角化棘細胞腫などの良性腫瘍や霰粒腫などの非腫瘍性腫瘤との鑑別が最も重要であろう。

腫瘍性病変では確定診断は病理組織診断によらなければならないが、臨床像より腫瘍の種類を確実に鑑別することは不可能ではあるが、腫瘍の種類や進行度を臨床的に診断することは、放射線治療か観血的治療か、外科的に摘出するのであればどの程度の安全域をとるべきかといった治療計画を立てるのに有用である。

眼瞼腫瘍は1)皮膚、結膜より発生する腫瘍、2)色素性腫瘍、3)瞼板腺などの付属器から発生する腫瘍に分けられ、それぞれに良性、悪性腫瘍がある。そこで眼瞼腫瘍の鑑別にはまず眼瞼のどの要素から腫瘍が発生したのかをまず見極め、次にその腫瘍が良性か悪性かを考えることになる。悪性腫瘍の可能性がある場合は、必ず病理組織学的診断を行わなければならない。

眼瞼悪性腫瘍では、基底細胞腫、扁平上皮癌、脂腺癌といった上皮性悪性腫瘍が圧倒的に多い。その中でも欧米では基底細胞腫が圧倒的に多く、眼瞼悪性腫瘍の大部分を占める。本邦でも基底細胞腫が最も多いとする報告が多いが、この三者に顕著な差はみられず、最近では脂腺癌が増加しているのが注目される。その他に眼瞼にみられる悪性腫瘍としては、悪性黒色腫、悪性リンパ腫、メルケル細胞腫が挙げられる。

悪性腫瘍の治療に関しては、外科的な切除が選択されることがほとんどであり、この場合、どの程度の安全域をとるべきかという問題を除けば、腫瘍の種類よりもむしろ腫瘍の存在部位と大きさが手術法を決定する大きな要因である。良性腫瘍の場合、治療の目的は整容的な改善がまず第一となり、悪性腫瘍の場合は再発を防ぐためには十分な安全域をつけて広範囲に切除する必要があるので、生じた欠損をどの様に再建するかが主眼となる。

2. 眼瞼腫瘍の外科的治療

中村 泰久（聖隷浜松病院眼形成眼窩外科）

眼瞼腫瘍の手術を計画する際に最も問題となる点は、それが悪性腫瘍か、良性腫瘍かということである。腫瘍の悪性所見は易出血性、不明確な輪郭、多くの血管の進入、潰瘍形成などである。

眼瞼腫瘍では、臨床診断で悪性腫瘍が疑われる場合には、原則として術前にその危険性について説明をする。患者さんおよび家族に対する説明の内容は、手術計画を立てる際に、悪性腫瘍の危険性を考慮しなければならないが、病理検査をしなければはっきりしたことはわからないこと、たとえ悪性腫瘍であっても眼瞼では他の臓器の悪性腫瘍と比較して比較的良性であり、安全な手術の方法をとることにより完治の可能性が高いこと、また、必要ならば術後に後療法をおこなうこと、などである。これらの説明を十分におこなった結果として、悪性腫瘍に対する手術の準備をした上で手術に望むことができる。眼瞼の悪性腫瘍を切除する際には、安全領域として周囲組織をどの程度の範囲で切除するかが問題となる。一般的には病理組織像によってその範囲を決定することが行われているが、眼瞼の機能を考慮すると、その原則をそのまま眼瞼に応用することは躊躇される。われわれは、一応約2 mmの安全領域をつけて腫瘍を切除し、その遠位端について術中迅速病理組織検査を依頼し、腫瘍細胞の有無を確認している。もし腫瘍細胞が認められれば、追加切除を行い、腫瘍細胞が見られなくなるまでこれを繰り返す。

霰粒腫として診断、治療されたものに、ときに悪性腫瘍であったものがある。霰粒腫は、術中の所見からほぼ確実に診断することができるものであり、疑いがもたれる場合には病理組織検査を欠かすことはできない。

眼瞼腫瘍の手術方式には、切除開放療法、切除縫縮術、摘出術などがあり、手術により組織の欠損ができた場合には、眼瞼の再建術が必要となる。病理組織像を確認するための生検は、保存療法に反応する悪性腫瘍をのぞいて、眼瞼腫瘍でおこなわれることは少ない。

瞼縁部小腫瘍、表在性腫瘍、深在性腫瘍、涙点を含む腫瘍などについて手術の実際を供覧する。

3. 眼瞼癌の非観血的治療法

金子 明博（国立がんセンター中央病院眼科）

眼瞼は眼球を保護すると共に、容姿を構成する重要な要素であり、デリケートな感情を表明する器官としても重要な意味を持っている。そのため、ここに発生した悪性腫瘍の治療に際しては、その機能と形態を出来る限り保存して治癒させることが望ましい。当院における眼瞼癌の治療は1963年に桐淵光智により開始され、1973年に演者に引き継がれて現在に至っている。この間、約100症例以上の眼瞼癌を治療してきたが、基本的な治療方針は変化していない。すなわち小腫瘍は切除縫合、中腫瘍は電子線照射、大腫瘍(眼窩内に浸潤しているもの)は眼窩内容除去を行っている。優秀な放射線治療医、熟練した放射線技師、良い治療装置に恵まれているため、他施設と比較して放射線治療を行う症例の比率は高い。数ミリの厚さの鉛を通過できない電子線を使用するため、眼瞼下に挿入した鉛の保護版で眼球を守る事が出来るため、放射線による眼球に対する直接的な後遺症はほとんど生じていない。高齢者に発症する事の多い本腫瘍には、外科的侵襲に危険が伴う合併症がある場合には最適である。問題点としては、脂腺癌の場合に再発率がやや高い点があるが、腫瘍が縮小しているので、外科的侵襲を少く出来て、整容的にも満足が行く結果が得られ易い。腫瘍を部分切除して減量したり、種々の温熱療法を併用する事により、再発率を低下させる事を検討している。

その他、抗癌剤の進歩による化学療法の使用は、これまで眼窩内容除去の適応とされてきた高度進行例に対し検討の価値はあると思われる。

一般演題 1

視力低下以外の眼科的所見に乏しかった眼窩髄膜腫と思われる1例

○春山 賢介 (済生会川口総合病院眼科)
八木 郁子 (済生会川口総合病院眼科)
木戸口 裕 (済生会川口総合病院眼科)
小島 孚允 (大宮赤十字病院眼科)

目的:今回我々は、視力低下以外の眼科的所見に乏しい、骨膜発生眼窩原発髄膜腫と思われる1例を経験したので報告する。

症例:症例は37歳、女性。1998年夏、右眼の文字の途切れを自覚し、近医受診するも異常は指摘されなかった。1999年3月31日眼鏡作成のため近医受診時、右眼視力低下を指摘され、4月2日当科を紹介され受診となった。初診時所見としては、視力矯正右0.5、左1.5、右眼は瞳孔が軽度散大し、RAPD陽性、中心フリッカー値は18.3Hzと低下していた。眼球突出、眼球運動障害はなく、眼圧正常、前眼部、中間透光体、眼底、蛍光眼底造影所見にも異常は認めなかった。ゴールドマン視野検査では、傍中心暗点と比較中心暗点を認めた。CT所見では、明らかな腫瘍性病変を確認できなかったため、ステロイドパルス療法を開始した。その結果、右眼矯正視力は0.9と回復したが、更なる原因検索のためにMRIを施行したところ、右眼窩先端部に球状で10×10mm大の占拠性病変が眼窩壁から下直筋と視神経管を圧排する所見を認め、画像診断上骨膜発生の髄膜腫ではないかと思われた。

結論:本症例が、眼科的所見に乏しかったのは、腫瘍が小さく、視神経、眼球への圧排が軽度であったためと考えられた。存在部位が右視束管部下方内側と外科的アプローチは困難と思われ、また視力は回復し、他に異常所見を認めなかったため、経過観察とした。

一般演題 2

涙腺原発が疑われた粘表皮癌の一例

○木村 久理 (東北大眼科)
阿部 俊明 (東北大眼科)
所 敏宏 (東北大眼科)
玉井 信 (東北大眼科)

粘表皮癌は管系上皮由来の腫瘍で扁平上皮細胞とムチン産生性細胞からなり、唾液腺に原発することが多く、涙腺由来のものは非常に稀であるとされている。この腫瘍の予後は分化度に左右され、低分化のものでは予後不良である。今回我々は涙腺原発が疑われる粘表皮癌の一例を経験したので報告する。症例は66才男性、平成5年より右眼窩内腫瘍を指摘されていた。平成7年に胃癌の手術の既往がある。平成11年4月当科紹介受診。初診時視力は右=0.1(0.6)、左=0.1(0.9)。MRIにて右眼窩の上外側部にT1強調画像で筋肉よりわずかに高い中程度の信号を呈し、T2強調画像で不均一な低～中程度の信号を呈する不整形腫瘤を認めた。右眼瞼下垂および上転、外転、下転障害を認めた。入院後の生検にて低分化の粘表皮癌が想定されたため、5月に眼窩内容除去術を施行した。腫瘍組織の粘液染色の結果、一部に粘液陽性であったことより涙腺原発が疑われる低～中分化の粘表皮癌と診断した。骨膜浸潤も疑われたため、当科にてシスプラチン、アドリマイシン、サイクロフォスファミドによる化学療法を施行し、現在までのところ再発はみられていない。

一般演題 3

視力低下を来した眼窩から頭蓋内に及ぶ巨大嚢腫の一例

	トツカ	セイイチ	
○戸塚	清一		(帝京大市原病院眼科)
加藤	志奈		(帝京大市原病院眼科)
平林	慎一		(帝京大形成外科)
村上	峰子		(帝京大市原病院脳外科)
森川	健太郎		(帝京大市原病院脳外科)
長島	正		(帝京大市原病院脳外科)
長尾	俊孝		(帝京大市原病院病理部)

目的：視力低下まで来した、巨大な嚢腫の1例を経験したので報告する。

症例：72歳男性。複視を主訴に来院した。視力は右(0.1)、左(0.8)でヘルテル眼球突出度計で右13mm、左22mmと左眼の眼球突出が認められた。眼球運動に制限はなかった。両眼に白内障がみられ、左黄斑部に変性が認められた。CT、MRIでは左眼窩上縁に粘液嚢腫様の所見がみられ、骨シンチでは同部に集積が認められた。その後患者の再来が途絶え、2年後他院よりの紹介で再来したが、視力は右(0.1)、左(0.3)と左眼に視力低下がみられた。紹介医通院中は眼痛と左視力低下を主訴とし、一時は左眼視力0となったこともあったという。CTにて直径5cm大の骨破壊を伴う弾性硬の腫瘍が認められ、平成10年7月8日全身麻酔下に手術を施行した。頭皮を開くと左眼窩上耳側部に辺縁のみ骨を残した骨欠損がみられた。嚢腫は剥離中に穿孔し黄色水性の内容液が多量に流出した。嚢腫壁の病理所見は非特異的肉芽であった。嚢腫内は白色平滑な面を成し、最深部には視神経と思われる索状の盛り上がりが見られた。患者にとり左眼が視力優位眼であり、全摘は周囲への影響が大であるため、嚢腫内を十分に洗浄し側頭筋で充填した。術後、眼球運動に制限なく複視もなく、左眼視力は著明に改善し(0.8)を得ている。

一般演題 4

眼球摘出30年後に局所再発したと考えられる悪性黒色腫の1例

ミト ヒデノリ
○三戸 秀哲 (聖隷浜松病院眼形成眼窩外科)
藤井 佐知子 (聖隷浜松病院眼形成眼窩外科)
中村 泰久 (聖隷浜松病院眼形成眼窩外科)

脈絡膜悪性黒色腫の増殖速度は比較的緩徐であると言われている。今回我々は30年もの長期経過を経て、局所再発をしたと考えられる症例を経験した。

症例は73才、女性。1969年に他院で左眼の脈絡膜悪性黒色腫の臨床診断のもとに、眼球摘出術が施行された。病理組織所見は脈絡膜悪性黒色腫であったとのことであるが、詳細は不明である。その後義眼を使用していたが、1991年義眼が入りにくくなり当科を紹介され、義眼床の形成を施行した。

1999年4月、再び義眼が入りづらくなり紹介された。義眼床の鼻側に弾性硬の腫瘤が触知され、画像上母指等大の悪性黒色腫の局所再発が疑われた。全身検査では、左肺に悪性黒色腫の転移が疑われたが、特に治療はなされなかった。

左眼窩の腫瘍摘出と義眼床の形成を計画した。術中、黒色の腫瘍は被膜で覆われており全摘出した。迅速診断では悪性の所見を認めず、義眼床の形成を行い手術を終了した。

術後の病理診断では、腫瘍の中央は変性、壊死に陥った細胞がほとんどであるが、周囲の結合組織や脂肪組織内には悪性黒色腫の細胞が見られた。結合組織が薄い所から腫瘍細胞が出ている可能性があるとのことであったが、現在経過観察中である。

一般演題 5

眼部リンパ性腫瘍27例の遺伝子解析による診断

○鈴木 茂伸 (東大病院眼科)
小島 孚允 (大宮赤十字病院眼科)
兼子 耕 (大宮赤十字病院病理部)
内ヶ崎新也 (大宮赤十字病院病理部)

眼部の悪性リンパ腫は臨床的に炎性偽腫瘍や反応性リンパ球増殖症 (R L H) と類似しているが、病理組織学的にも R L H との鑑別が困難な例が多い。近年遺伝子解析を用いて単クローン性を証明することで、より正確な診断が得られることが指摘されているが多数例での報告は少ない。今回我々は眼部リンパ性腫瘍 27 例に遺伝子解析を行い、その有用性を検討した。

過去4年間に受診した患者で、眼窩あるいは結膜のリンパ性腫瘍が疑われた症例を対象とした。方法は腫瘍組織から抽出した DNA に、B 細胞性悪性リンパ腫が疑われたものには I g H 鎖 J H プローブを用い、T 細胞性悪性リンパ腫が疑われたものでは T C R C β 1 プローブを用いて遺伝子再構成の検出を行った。

27 例中 18 例に遺伝子再構成がみられた。このうち病理組織診断で悪性リンパ腫と診断されたもの 13 例、境界領域病変 5 例であった。遺伝子再構成がみられなかったものでは、境界領域病変 4 例、反応性リンパ球増殖症 2 例、炎性偽腫瘍 2 例、T 細胞性悪性リンパ腫が疑われた 1 例であった。再構成がみられた眼窩悪性リンパ腫のうち 1 例で経過中に全身病変が発症し、他の 1 例で眼窩再発がみられた。

眼部のリンパ性腫瘍では、病理組織学的に悪性リンパ腫と R L H との境界領域病変が多く、遺伝子解析による鑑別は有用であると考えられた。しかしこの結果が必ずしも臨床的な悪性度を反映するかどうかについては未知なところであり、長期にわたる経過観察が重要であると思われた。

一般演題 6

マイトマイシンC点眼治療の眼表面上皮異形成の微細構造とc-Met 発現に対する影響

サイカ シズヤ
○雑賀 司珠也 (和歌山県立医大眼科)
宮本 武 (和歌山県立医大眼科)
河島 義治 (和歌山県立医大眼科)
岡田 由香 (和歌山県立医大眼科)
山中 修 (和歌山県立医大眼科)
大西 克尚 (和歌山県立医大眼科)

緒言：マイトマイシンC点眼治療は、切除が困難である広範な眼表面悪性腫瘍の治療法の1選択としてこれまで報告されている。演者らはマイトマイシンC点眼治療の眼表面上皮異形成の微細構造に対する影響と、肝細胞成長因子のレセプターであるc-Metの発現に対する影響を検討した。肝細胞成長因子は、一般に上皮下の線維芽細胞から分泌され、上皮細胞の恒常性の維持に必要な成長因子の一つである。これらの検索が、マイトマイシンC点眼治療の効果判定の1基準に成りうるかどうかを考察した。方法：62歳、男性の左眼球表面を広範に覆う異形成上皮を、0.04% マイトマイシンC点眼治療（1日4回点眼、7日間）の施行前と施行2週間後に生検し、透過電顕と凍結切片によるc-Metに対する免疫組織化学に供した。結果：透過電顕による観察では、マイトマイシンC点眼治療前は、異形成上皮は、ミトコンドリアと細胞内骨格に富んだ細胞質を持つ細胞が観察された。細胞間隙は拡大し、細胞表面には、多数の微細絨毛を認めた。マイトマイシンC点眼治療後は、ミトコンドリア数が減少し、また、細胞間の微細絨毛が減少し、隣接する細胞が密に接着していた。異形成上皮細胞によるc-Met 蛋白質の発現は、正常角膜上皮のそれに比較して亢進していたが、マイトマイシンC点眼治療後、その免疫染色性が著明に減弱した。結論と考察：マイトマイシンC点眼治療は、眼表面の異形成上皮細胞の微細構造を変化させた。また、c-Metの発現を減弱させた。これらの所見は、細胞活性の減弱を示唆する所見と考えられ、今回の結果から、これらの検索が、眼球表面の異形成上皮のマイトマイシンC点眼治療の効果判定の基準の一つになる可能性が示唆された。

一般演題 7

結膜悪性黒色腫の1例

○今村 周 (防衛医科大学校眼科)
村上 晶 (防衛医科大学校眼科)
水川 淳 (防衛医科大学校眼科)
沖坂 重邦 (防衛医科大学校眼科)

症例は25歳、男性。小学3年時より右眼耳側結膜に小さな黒色斑を認めていた。最近6か月間に結膜腫瘤が著しく増大したため平成7年6月、防衛医科大学校病院眼科を受診した。耳側球結膜に、輪部より3mm離れて直径8mmの表面平滑な結節の集まった外観を呈し、著明に隆起した黒褐色の腫瘤を認めた。視力は右(1.2)、左(1.2)、眼圧右17mmHg左17mmHg。眼位、眼球運動、角膜、前房、水晶体、硝子体、網膜、視神経に異常なく、全身所見にも異常は認められなかった。腫瘍の周囲の健常部を2から3mmつけて強膜より剥離し腫瘍を切除した。組織病理検査では、腫瘍と健常部の境には原発後天メラノシスを認めた。腫瘍は紡錘細胞型及び類上皮細胞型の悪性黒色腫細胞で構成され、腫瘍の周辺部には形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤がみられた。術後3年2か月、テクネシウムシンチグラフィーによる全身検索の結果左第6、第7肋骨に集積像を認め転移を疑ったが炎症によるものであった。術後4年が経過したが現在のところ再発や所属リンパ節転移・血行性転移も認められていない。今後も注意深い経過観察が必要と考えている。

一般演題 8

高知医科大学眼科における涙丘部腫瘍の統計学的検討

なかや かずひろ
○中矢 家寿宏 (高知医大)
林 暢紹 (高知医大)
小松 丈記 (高知医大)
上野 脩幸 (高知医大)
高見 淳也 (高知県立幡多けんみん病院)

緒言:涙丘部には、結膜上皮、毛包、皮脂腺、汗腺、副涙腺などが存在している為、多様な腫瘍の発生母地になり得ることが知られている。今回我々は、当院眼科診療開始より現在に至る18年9ヶ月間に経験した14症例について、統計学的に検討したので報告する。対象および方法:1981年10月～1999年6月までの、18年9ヶ月間に、高知医科大学眼科を受診し、涙丘部腫瘍に対して外科的切除を行い確定診断が得られた症例に対し、性差・年齢分布・病理組織診断別頻度などについて検討した。結果:14例の涙丘部腫瘍が該当し、性別では男性8例(57.1%)、女性6例(42.9%)と男性が女性の約1.5倍を占めた。初診時年齢は19～79歳で、平均年齢は男性55歳、女性56.3歳で、全体では55.6歳であった。病理組織診断別にはnevus 4例、sebaceous gland hyperplasia 2例、sebaceous gland carcinoma、sebaceous gland adenoma、reactive lymphoid hyperplasia、dermoid cyst、epithelial inclusion cyst、papilloma、malignant melanoma、metastatic carcinomaが各1例であった。結語:涙丘部腫瘍は比較的稀な疾患であるが、多様な腫瘍がみられる。多くは良性腫瘍であるが、悪性腫瘍も少なからず存在する為、涙丘部病変には慎重な経過観察と対処が必要であると考え。

一般演題 9

¹²³I-IMP SPECTによるぶどう膜悪性黒色腫の診断

○後藤 浩 (東京医大眼科)
箕田 宏 (東京医大眼科)
臼井 正彦 (東京医大眼科)
梅田 淳一 (東京医大放射線科)
石井 巖 (東京医大放射線科)

【目的】脳血流イメージ剤として用いられる放射性医薬品N-isopropyl-p-[¹²³I] iodoamphetamine (¹²³I-IMP) はメラニン産生組織に集積する性質があり、single photon emission CT (SPECT) 検査との組み合わせにより悪性黒色腫の診断に有用との報告がある。ぶどう膜悪性黒色腫に対する本検査法の診断的意義を検証するとともに、組織学的所見との比較検討を行なった。

【対象と方法】臨床的にぶどう膜悪性黒色腫が疑われた5症例に対し、¹²³I-IMP SPECT検査を行なった。同様に本症との鑑別を要した疑診例、即ち虹彩色素性腫瘍、視神経乳頭黒色細胞腫、脈絡膜母斑、脈絡膜血管腫、転移性脈絡膜腫瘍に対して本検査を施行した。

【結果】臨床的に脈絡膜悪性黒色腫と診断された5症例全例が¹²³I-IMP SPECTの晩期像で陽性を示し、いずれも後に組織学的に悪性黒色腫と確認された。MRI所見が非典型的であった症例も¹²³I-IMP SPECTでは明らかな陽性像が得られた。疑診例のうち虹彩の色素性腫瘍1例が陽性となり、他は全例陰性であった。ぶどう膜悪性黒色腫の腫瘍の大きさ、組織型、色素の多寡と¹²³I-IMP SPECT所見との間に明らかな相関は認められなかったが、渦静脈に沿って眼外浸潤を示した2症例では局所における強い集積がみられた。

【結論】¹²³I-IMP SPECTはぶどう膜悪性黒色腫の診断に際し、感度、特異度ともに優れた検査法であることが示された。

一般演題 10

眼内悪性リンパ腫の診断における硝子体中IL-10、IL-6測定の意義

○羽田 麻以（東京医大眼科）
後藤 浩（東京医大眼科）
竹内 大（東京医大眼科）
横井 克俊（東京医大眼科）
臼井 正彦（東京医大眼科）

【背景】眼内悪性リンパ腫の診断はその臨床所見等に加え、眼内液を用いた細胞診などにより行われるが、近年、サイトカインのひとつであるIL-10が眼内で高値を示すことが知られるようになり、診断に有用との報告がみられる。今回我々は眼内悪性リンパ腫の硝子体中のIL-10および炎症性サイトカインの指標であるIL-6の測定を行い、ぶどう膜炎症例との比較検討を行ったので報告する。

【対象と方法】過去9年間に東京医大眼科で眼内悪性リンパ腫と診断された9症例のうちの3例と、治療に硝子体手術を要したぶどう膜炎4例（サルコイドーシス2例、トキソカラ症1例、原因不明1例）の硝子体中のIL-10とIL-6を、それぞれELISA法およびCLEIA法により測定した。測定に供した硝子体は、硝子体手術時に眼内灌流液を流入する前に採取して遠心の後、その上清を用いた。

【結果】眼内悪性リンパ腫におけるIL-10の平均値は $724.0 \pm 122.3 \text{ pg/ml}$ と高値を示し、IL-6は $40.6 \pm 18.7 \text{ pg/ml}$ であった。一方、ぶどう膜炎ではIL-10は1例のみが 3.0 pg/ml となり、他はいずれも検出限界値以下で、IL-6の値は $2041.7 \pm 2497.8 \text{ pg/ml}$ という結果となった。

【結論】眼内悪性リンパ腫の診断に、硝子体中のIL-10とIL-6の測定は有用と思われた。とくに細胞診の結果のみではぶどう膜炎との鑑別に苦慮する場合には、これらのサイトカインの測定は有力な補助診断法になり得ると考えられた。

一般演題 11

両眼性ぶどう膜転移癌の検討

つじ ひでき
○辻 英貴 (癌研究会付属病院 眼科)
小島 孚允 (大宮赤十字病院 眼科)

目的:近年、悪性腫瘍の生存率の向上に伴い、ぶどう膜転移は最も頻度の高い眼内腫瘍となっている。本邦においては、眼内転移が多いと言われている乳癌や肺癌の発生率が増えてきている。今回筆者らは、両眼のぶどう膜転移患者につき、検討を行ったので報告する。方法:癌研究会付属病院眼科における両眼のぶどう膜転移患者12例に対し、その原発巣、病理組織型、眼内部位、転移が見つかった時点から死亡時までの予後、などを検討した。結果:原発巣は、乳癌8/12例(67%)、胃癌2/12例(17%)、肺癌1/12例(8%)、S状結腸癌1例、甲状腺癌1例であった(乳癌と肺癌の重複1例を含む)。全例に眼科受診前に他転移が存在した。眼内の転移部位は全て脈絡膜転移であった。病理組織型はadenocarcinomaが最多で9/12例(75%)であった。原発巣手術から眼転移発見までの期間は、 34.3 ± 31.9 ヶ月(平均 \pm S.D.)で、眼転移発見時から死亡までの期間は 6.4 ± 6.0 ヶ月であった。結論:FreedmanとFolkの報告では、全身からの脈絡膜転移発見後の生存期間は、中央値で314日であったが、今回の両眼性のみの検討では 6.4 ± 6.0 ヶ月と予後が悪かった。ぶどう膜転移は脈絡膜後極部に多く、両眼性の場合は患者の視機能すなわちQ.O.L.に大きく影響する。乳癌を始めとする進行がん患者には、常にぶどう膜転移を念頭に入れておく必要があると思われた。

一般演題 12

上眼瞼メルケル細胞癌の一例

○荒川 妙（東京大学眼科学教室）
鈴木 茂伸（東京大学眼科学教室）
小島 孚允（大宮赤十字病院）
兼子 耕（大宮赤十字病院病理部）

メルケル細胞癌は、高齢者の頭頸部に好発する比較的希な悪性腫瘍であり、メルケル細胞由来の腫瘍とされている。今回我々は、上眼瞼メルケル細胞癌の一例を経験したので報告する。症例は78歳女性。右上眼瞼腫脹を主訴に他院受診、霰粒腫を疑い点眼を処方されるが軽快せず、霰粒腫切除を施行したところ、病理診断でメルケル細胞癌を疑われ、1999年1月、大宮赤十字病院を受診した。初診時、左上眼瞼に $24 \times 10 \times 8\text{mm}$ の暗赤色腫瘍がみられた。MRIで周囲への浸潤はなく、リンパ節転移、遠隔転移は見られなかった。2月、腫瘍切除、Cutler-Beard法で上眼瞼再建を行った。病理組織検査では、グリメリウス染色陽性、酵素抗体法でクロモグラニン、N-CAM、NSE、ケラチン、EMAが陽性であり、悪性黒色腫、リンパ球のマーカーは陰性で、メルケル細胞癌の診断となった。メルケル細胞癌は局所再発が約1/3、リンパ節転移が約2/3、遠隔転移が約1/3以上に見られるという報告がある。眼瞼発生の場合は、早期発見されるため他の部位に比較して予後がよいとされ、局所切除のみを行ったが、今後の注意深い経過観察が必要である。

一般演題 13

術後にリンパ節転移をきたした眼瞼悪性腫瘍2例の検討

○江口 功一（新潟大学医学部眼科学講座）

腫瘍全摘出術後に頸部リンパ節転移をきたした症例を2例経験したので、その症例の特徴につき検討した。

症例1は64歳女性。平成8年左上眼瞼鼻側に腫瘤生じ、近医にて計3回摘出術を受けた。病理組織検索は行われなかった。平成9年再発し、某病院での生検にて扁平上皮癌と診断され、当科紹介初診した。腫瘍は上眼瞼内眼角部に存在し、大きさは約10mm径であり転移は認められなかった。平成9年9月3日腫瘍全摘出術を行った。術後経過は良好であったが、平成10年10月再度頸部リンパ節腫脹あり、当院耳鼻科にてリンパ節転移と診断され平成11年5月頸部郭清術と照射を行った。現時点で局所再発はなく、経過観察中である。

症例2は47歳女性。平成9年右上眼瞼鼻側に腫瘤生じ、近医受診。平成10年5月生検にて脂腺癌と診断されたため当科紹介初診。腫瘍は右上眼瞼内眼角に接して存在し、大きさは約7mm径であり転移は認められなかった。平成10年6月腫瘍全摘出術を行った。平成11年3月頸部腫瘤生じ、某病院耳鼻科にて転移と診断され平成11年頸部郭清術および頸部照射を行い、経過観察中である。眼瞼局所には再発はない。

共通する特徴は、女性であること、内眼角に接する上眼瞼腫瘍であること、全摘出術以前に腫瘍の切開が行われていること、眼瞼局所の再発がないことであった。これらの特徴は悪性腫瘍が内眼角付近に存在し、腫瘍内切開の既往がある症例では、病理組織により照射等の術後療法必要性を示唆していると思われた。

一般演題 14

局所麻酔で眼瞼形成術を施行した眼瞼悪性腫瘍の3例

タカムラ ヒロシ
○高村 浩 (山形大学眼科)
菅野 誠 (山形大学眼科)
川崎 良 (山形大学眼科)
結城 義憲 (山形大学眼科)
木村 智華子 (山形大学眼科)
山下 英俊 (山形大学眼科)

眼瞼悪性腫瘍切除後の眼瞼形成は広範な皮膚切除および皮弁形成を要することがあるため、一般的には全身麻酔で行う。今回、全身麻酔の施行が危険とされただため局所麻酔で手術を行わざるをえなかった眼瞼悪性腫瘍の3例を経験したので報告する。3例とも塩酸ヒドロキシジン25mgとペンタゾシン15mgの術前投与とエピネフリン加1%塩酸リドカイン10～22mlの局所麻酔にて行った。

症例1は86歳、女性。右上眼瞼に4×10mm大、下眼瞼に4×20mm大の黒色で表面凹凸不整の腫瘍と内眼角に12×16mm大の皮膚潰瘍がみられた。うっ血性心不全のため局所麻酔で腫瘍切除および対側上眼瞼からの皮弁による眼瞼形成術を施行した。腫瘍は病理組織学的に基底細胞腫であった。

症例2は87歳、男性。左下眼瞼外側に3×12mmの表面凹凸不整で潰瘍形成を伴う腫瘍が認められた。うっ血性心不全および左腎梗塞のため局所麻酔で腫瘍切除および同側頬部からの皮弁による眼瞼形成術を施行した。腫瘍は病理組織学的に基底細胞腫であった。

症例3は89歳、男性。右下眼瞼中央に26×23×16mmで表面凹凸不整、黄白色の腫瘍が認められた。心機能低下のため局所麻酔で腫瘍切除および同側頬部からの皮弁による眼瞼形成術を施行した。腫瘍は病理組織学的に悪性黒色腫であった。

手術は疼痛による中断もなく予定通り施行することができた。術後、平均10か月の経過観察で再発、転移を認めていない。

一般演題 15

眼瞼、眼窩部血管腫の病理学的所見

○宮 華青 (長崎大学医学部眼科学教室)
 芦 忠陽 (長崎大学医学部眼科学教室)
 雨宮 次生 (長崎大学医学部眼科学教室)

血管腫は眼窩腫瘍で最も頻度の高い腫瘍である。臨床的に乳幼児によくみられる。発病原因は不明で、合併症も多く、治療は様々である。臨床的報告は多くみられるが、微細構造の研究は少ない。我々は透過型電子顕微鏡による、眼瞼、眼窩の毛細血管腫、海綿状血管腫、血管内皮腫の病理所見について検討した。

症例は男性1例、女性3例の計4症例。2例は1歳女児、2例は成人であった。すべて当大学附属病院で腫瘍を摘出された。

電子顕微鏡観察のための方法：標本は採取後、直ちに4%グルタルアルデヒドで前固定、1%オスミウム酸で後固定した。型のごとくルベアック812に包埋、薄切、二重染色し、日立H300型とJEOLJEM-1210型TEMで観察した。

結果：

光学顕微鏡所見：

毛細血管腫	海綿状血管腫	血管内皮腫
血管は円形、管腔大小不同なし。血管壁は薄く、血管間に炎症細胞が存在し、内皮細胞の背丈が高い胞体と低い胞体が見られる。	血管腔は大きく、また大小不同。所々で拡張、血管壁厚く、輪状に配列した平滑筋細胞が認められ、内皮細胞の背丈が扁平である。	血管腔は小さく、円形。血管壁は薄く、内皮細胞の背丈が非常に低い扁平の胞体のみ見られる。

電子顕微鏡所見：

毛細血管腫	海綿状血管腫	血管内皮腫
血管内皮細胞の厚さは様々である。内皮細胞は細胞内小器官に富む。内皮細胞が所々で消失し、内皮細胞の活性が高く、分泌顆粒がよくみられた。成人の血管腫においても血管周辺部及び管腔にマクロファージ様細胞が認められた。	血管腔は大きく、血管壁が厚い。内皮細胞が管腔に連続し、さらに基底膜も厚く、連続している。血管周辺に平滑筋細胞が認められる。	血管腔は非常に小さく、血管壁が厚い。内皮細胞核は大きく、クロマチン濃縮し、塊が存在する。内皮細胞が管腔に連続し、さらに基底膜も厚く、連続している。

結論:眼瞼、眼窩部血管腫の光学顕微鏡、電子顕微鏡的所見についてその多彩な所見を報告した。