

第24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)

2006年7月29日(土) 札幌市

関係各位

第24回日本眼腫瘍研究会抄録集の訂正とお詫び

抄録の内容に誤りがありました。お詫びの上、下記のように訂正させていただきます。関係する先生方には大変失礼を致しました。重ねてお詫び申し上げます。

担当世話人代理 鈴木康夫

6 ページ下から2行目、及び、38 ページ3行目

(誤) 中沢満弘¹ (正) 中沢 満¹

30 ページ抄録本文7行目

(誤) 両側性20例 (正) 両側性30例

30 ページ抄録本文11行目

(誤) Group II 83% (正) Group III 83%

第 24 回日本眼腫瘍研究会

日本眼科学会専門医制度生涯教育認定事業 No.59150

日時 平成 18 年 7 月 29 日（土曜日）

会場 札幌医科大学記念ホール

札幌市中央区南 1 条西 18 丁目

電話（011）611-2111 内線 4931・4932

研究会事務局

〒060-8543 札幌市中央区南 1 条西 16 丁目

札幌医科大学眼科学講座

電話（011）611-2111 内線 3435

FAX（011）613-6575

〔当日の受付〕

1. 参加登録受付

平成 18 年 7 月 29 日（土）午前 9：15 より登録を始めます。

登録用紙に所属、氏名をご記入いただき、ネームカードをお受取下さい。

参加登録料 ￥3,000

2. 懇親会受付

懇親会にご出席される方は参加登録の際に一緒に受付をして下さい。

懇親会費 ￥4,000

懇親会場 宮の森ガーデン 札幌市中央区宮の森 1 条 1 5 丁目 電話：011-644-3333

会場から送迎バスが出ますので、多数のご参加をお待ちしています。

本会は日本眼科学会専門医制度生涯教育事業（No.59150）です。（3 単位取得）専門医制度登録証をご持参ください。

〔口演規定〕

1. 一般口演について

- 1) デジタルプレゼンテーション（P C 講演）のみです。
- 2) 口演時間は 11 分（発表 7 分、討論 4 分）です。時間厳守でお願いします。
- 3) 追加並びに討論をご希望される方は、あらかじめマイクの前に立ってお待ち下さい。
- 4) 次演者の方は必ず次演者席にお着きください。
- 5) 次座長の方は必ず次座長席にお着きください。

2) PC について

- 1) P C は各演者が持参したものを遠隔操作により演者に操作して頂きます。
- 2) O S 原則として Windows では Me、2000 または XP、Mac では 9.2 以上しか使用できませんが、それ以外のものは、直接操作をしてもらうことになります。
- 3) 接続は、Mini D-sub15 ピン 3 列コネクタとなります。持ち込まれる P C の外部モニター出力端子の形状を確認し、必要な場合は専用接続端子をご持参ください。
- 4) 液晶プロジェクターの解像度は、XGA（1024×768）ですので、解像度にあわせてプレゼンテーションファイルを作成することをお勧めします。
- 5) A C アダプターは各自ご持参下さい。
- 6) 演者は口演 1 時間前（第 1 席～4 席までは 30 分前）までに P C 受付にて試写の上、30 分前までに P C をご自身で発表会場内映写係までご提出ください。
- 7) 公演終了後は速やかに映写係から P C をお受取ください。
- 8) 接続トラブルなどの場合に備え、バックアップとして C D - R にてデータをご持参ください。

日本眼腫瘍研究会世話人

上野 脩幸（代表世話人）

大島 浩一

石橋 達朗

江口 功一

大西 克尚

嘉島 信忠

柏井 聡

金子 明博

小島 孚允

後藤 浩

高村 浩

辻 英貴

八子 恵子

吉井 大

（五十音順、敬称略）

* 世話人会は午後 13 時より会場の 1F A会議室にて行ないます。

日本眼腫瘍研究会会則

第1条 (名称)

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

第2条 (目的)

本会は、眼腫瘍に関する最新の情報交換と会員相互の研讃を目的とする。

第3条 (会員)

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。

第4条 (活動)

第2条に掲げる目的達成のため、研究発表を年1回定期的に行なう。

第5条 (世話人)

1項 本会の運営を円滑に行なうため、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の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。

第6条 (経費)

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。

第7条 (事務局)

本会の事務局は代表世話人の勤務先に置く。

第8条 (会則の変更)

この会則は世話人会の議決を経て変更することができる。

付則

本会則は平成10年1月1日より施行する。

プログラム

9:15 受付開始

9:40 開会挨拶

9:45 セッション1 座長 小島孚允 (さいたま赤十字病院)

1. 乳児に生じ急速に増大した結膜皮様嚢腫の一例

○藤代貴志、小島孚允 (さいたま赤十字病院眼科)

2. 若年者の片眼性結膜アミロドーシスの1例

○柏木広哉¹、伊藤以知郎²

(1: 県立静岡がんセンター眼科、2: 県立静岡がんセンター病理診断科)

3. リンパ管腫と鑑別を要した結膜多発嚢胞の1例

○小幡博人、青木真祐、茨木信博 (自治医大眼科)

4. 瞼板の類表皮嚢胞9例

○吉川洋¹、向野利一郎¹、村上祐介¹、石橋達朗¹、五島優子²、坂本英久³、

有川愛子⁴ (1: 九州大学眼科 2: 市立門司病院眼科 3: 九州労災病院眼科

4: 川崎町立病院)

5. 甲状腺眼症と外眼筋リンパ腫

○柏井聡¹、赤水尚史²、宮本和明³

(1: 大阪赤十字眼科 2: 京都大探索医療センター 3: 京都大眼科)

10:40 セッション2 座長 後藤 浩 (東京医大)

1. 前房浸潤を来した nasal NK/T cell lymphoma の一例

○加瀬諭^{1, 2}、北市伸義¹、南場研一¹、吉田和彦¹、佐藤出^{1, 2}、大野重昭¹

(1: 北海道大眼科、2: 札幌社会保険総合病院眼科)

2. 自然消退した眼中枢神経悪性リンパ腫の1例

○関向大介、別所弘朗 井上結香子 安積淳

(神戸大学大学院医学系研究科器官治療医学講座眼科)

3. 眼内悪性リンパ腫の自然消退後、全身に悪性リンパ腫を発症した1例

○山下理恵子、後藤浩、村瀬耕平 臼井正彦 (東京医大)

4. 硝子体手術による脈絡膜悪性黒色腫切除後に再発をみた1症例

○高比良雅之、斉藤代志明¹、白尾裕² (1: 金沢大 2: 浅ノ川総合病院、金沢市)

5. 球内網膜芽細胞腫に対する全身化学療法と局所療法の併用による眼球温存治療について

○柳澤隆昭¹、寺尾陽子¹、秋山政晴¹、横井健太郎¹、湯坐有希¹、加藤陽子¹、

内山浩志¹、藤沢康司¹、衛藤義勝¹、鈴木茂伸²、金子明博³、山根隆⁴、毛利誠⁵

(1 : 東京慈恵会医科大学小児科 2 : 国立がんセンター眼科 3 : 東邦大学大橋
病院眼科 4 : 済生会神奈川県病院放射線科 5 : 毛利クリニック)

11 : 35 休憩

11 : 45 セッション3 座長 辻 英貴 (癌研究会有明病院)

1. 眼窩に発生したランゲルハンス細胞組織球症の1例

○林暢紹^{1, 4}、杉本聡子¹、上野脩幸¹、高杉尚志²、久川浩章²、脇口宏²、
黒田直人³、弘井 誠³

(1 : 高知大学眼科 2 : 同小児科 3 : 同病理病態学 4 : 岡林病院眼科)

2. 眼窩平滑筋肉腫の1症例

○鶴岡智、高比良雅之、杉山和久 (金沢大)

3. 眼窩原発の未分化神経外胚葉性腫瘍

○大島浩一¹、北田瑞恵¹、山鳥一郎²、茶山公祐³ (1 : 岡山医療センター眼科
2 : 岡山医療センター臨床検査科 3 : 岡山大学医学部小児科)

4. 血管周皮腫 (Hemangiopericytoma) の3例

○渡辺彰英、松下浩和、立松良之、中村泰久、嘉島信忠
(聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科)

5. 眼窩内腫瘍に対する経眼窩縁法骨形成的骨切除術の適否と形状

○中村泰久 (聖隷浜松病院)

6. 三叉神経第1枝から生じた神経鞘腫の一例

○松下浩和、渡辺彰英、立松良之、中村泰久、嘉島信忠
(聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科)

12 : 51 昼食・休憩

13 : 00 世話人会

13 : 55 総会

14 : 00 セッション4 座長 嘉島信忠 (聖隷浜松病院)

1. 眼瞼皮膚より生じた扁平上皮 severe dysplasia の1症例

○辻英貴¹、小島孚允²、高澤豊³、臼井智彦⁴、沖永貴美子⁵、沼賀二郎⁵

(1 : 癌研究会有明病院 眼科 2 : さいたま赤十字病院 眼科

3 : 東京大学 病理部 4 : 東京大学 眼科 5 : 都立老人医療センター眼科)

2. 著しい顔面組織破壊を認めた基底細胞癌の1例

○山本陽子¹、石川太¹、目時友美¹、山崎仁志¹、中沢満弘¹、中村秀雄²

(1 : 弘前大学眼科 2 : 黒石病院)

3. 皮膚付属器悪性腫瘍(eccrine differentiation)の2例

○尾山徳秀、江口功一 (新潟大学医歯学総合病院 眼科)

4. 東京医大病院眼科における眼内悪性リンパ腫の検討

○木村圭介・後藤 浩・臼井正彦 (東京医大病院眼科)

5. 九州大学における脂腺癌 29 例の検討

○向野利一郎^{1,2}、吉川洋¹、川野庸一²、石橋達朗¹

(1 : 九州大学 2 : 国家公務員共済組合連合会浜の町病院)

14 : 55 休憩

15 : 00 大塚賢二先生追悼シンポジウム 座長 鈴木康夫 (手稲溪仁会病院)

S-1 「眼窩部疾患の画像診断」

橋本雅人 (札幌医科大学)

S-2 「バセドウ病の診断と治療、最近の進歩」

上條桂一 (上條内科クリニック、札幌市)

16 : 30 セッション5 座長 柏井聡 (大阪赤十字病院)

1. 眼窩疾患における血清 IgG4 の調査

○安積 淳、長井隆行 (神戸大)

2. 脈絡膜悪性黒色種細胞株における免疫補助シグナル分子の発現と意義

○臼井嘉彦¹、奥貫陽子¹、服部貴明¹、後藤浩¹、臼井正彦¹、松本孔貴²、
古澤佳也²、溝田淳³

(1 : 東京医大眼科 2 : 放射線医学総合研究所 3 : 順天堂大学浦安)

3. 聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科における最近1年間の眼窩腫瘍、眼瞼腫瘍および結膜腫瘍の臨床的検討

○立松良之、渡辺彰英、中村泰久、嘉島信忠 (聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科)

4. 眼部悪性腫瘍についての疫学調査の提案 1

○安積 淳¹、長井隆行¹、大島浩一²、後藤 浩³、小幡博人⁴

(1 : 神戸大 2 : 岡山医療センター 3 : 東京医大 4 : 自治医大)

5. 眼部悪性腫瘍についての疫学調査の提案 2

○丸長井隆行¹、安積淳¹、小幡博人²、後藤浩³、大島浩一⁴

(1 : 神戸大学 2 : 自治医大眼科 3 : 東京医科大学 4 : 岡山医療センター)

17 : 25 閉会挨拶

18 : 00 懇親会

シンポジウム抄録

シンポジウム1

眼窩部疾患の画像診断

橋本雅人

札幌医科大学

眼窩部疾患は、病変が実際に見えるものではないため臨床診断には CT や MRI による画像検査が不可欠である。眼窩部は骨に囲まれた円錐型の小さなスペースに視神経や外眼筋、涙腺、眼動脈等重要な眼付属器が密集している。そのため、ただ漠然と頭部 CT や MRI をオーダーしても病変を見逃してしまう可能性がある。そのため、眼窩部の画像検査をオーダーする際には、眼窩部の解剖を理解した上でそれに適した撮影法を、我々眼科医が画像撮影をする放射線技師に提供する必要がある。

今回の講演では、眼窩部疾患を疑った場合、どのような画像法をオーダーし、どのように所見を読んでいくかを実際の症例をいくつか提示しながら解説していく。また、各眼窩部疾患に特徴的な画像所見も強調しながら、プラクティカルな内容の講演にしていきたい。また、故大塚賢二先生との思い出も講演の中で少し触れてみたい。

シンポジウム 2

バセドウ病の診断と治療、最近の進歩

上條桂一

上條内科クリニック、札幌市

参考資料 (Basedow 発表論文訳)

Exophthalmos durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhohle vom Dr.v.Basedow,pract.

Arzte in Merseburg

眼窩内組織の肥大による眼球突出

Exophthalmos は筋性の保持機構の麻痺による Prolapsus bulbi(眼球脱)とは異なり、眼球周囲の軟組織および硬組織の腫張に基づく症候であり、原因として骨軟化症、骨周囲炎、外骨症、前額洞、上顎洞、鼻腔のポリープ性疾患、脳腫瘍、眼窩内のう腫、涙腺の硬性癌腫、眼窩組織の外傷性斑状出血斑、炎症性腫張等がある。私は多くの Exophthalmos を観察する機会を得たが、それらの中には眼窩内の組織の他の病変によるもの、即ち心臓病、腺、大血管等の病気に引続いて生ずる特殊な過形成によるものが存在している。広範囲とは言えないにしても私が手に入れることのできた眼科学の文献を検討した結果、私の症例は、ただ以下に述べる前例が見られた.St, Yves (Nopureau traite des maladies des yeux,Paris 1722) はその中の一章で、その種の Exophthalmos の3例を示している。最初の例でこの病気の性質はるいそうであるとしており、3ヶ月間に6mm 突出した眼球を Aethiops mineralis で治療した。第2例は眼球表面は既に炎症を起こし両癌瞼は互いに広く離れ、St, Yves は眼窩内の脂肪組織が浸潤により腫張していると考え、頸動脈よりの瀉血、大量の塩化水銀および Jaloppe(下剤の1種)により治療した。第3症例では、Exophthalmos が長期間であったため、組織破壊が進んでおり、眼球の疼痛が耐え難い程であったため、眼球摘出が施行された。ここで St, Yves は、眼窩の内容物のことは記載していないし、

患者の一般的な所見についてもほとんど伝えていない。Louis は Bonetus の 1 例を報告しており、ここでははっきりとした腹部のいれきに加えて右眼球が眼窩より著しく突出しており、るいれきに対する治療のみで、局所的な薬は用いずに Exophthalmos は次第に減少した。つい最近、Heidelberger medic Annalen 1837 年誌上で Dr.Pauli は Hydophthalmus に続いて生じた若い女性の著明な眼の変化を詳細に記述している。患者は 30 歳のブロンドの髪的女性でるいそうを呈し、子供達の母親であり、1834 年ルールで発症し、程度は軽いが長く続く沈んだ気分が続いて、月経停止、動悸、胸内苦悶、乾性の咳、尿量の減少、脱力、両足の浮腫、手の熱感を伴う夕方の発熱、そして著しい衰弱を生じた。その間、眼球に炎症も認められないのに眼窩から突出してきた。この際、眼球は緊張しており、動きは困難になり、角膜はやや湾曲度を増したが、それ以外は自然で混濁しておらず、虹彩は正常で、瞳孔もやや散大しているものの動きは良く、視力はやや近視ではあるが正常で稀に眼のつぶり感があつた他は痛みもなかった。一般状態が改善した後(ジギタリスによる)も眼球突出はそのままであつたが、視力は衰えなかった。この Dr.P により Hydrops membrane Decemeti と呼ばれている眼病と全身病変の合併と、私の観察した眼窩内組織の腺の肥大により生じる Exophthalmos と非常によく似ているため、私はこの症例が以下に述べる眼病と同一であると考え、そのことの正しさは以下に述べる私の観察の報告により証明され则认为られる。

G 夫人は 14 年前、彼女が 19 歳のとき出会ったが、頸部の甲状腺腫を患っていた。それ以外は健康で体格も正常な少女であつた。結婚して数年後に母となった後、2 年間肝炎を伴う Intermittens quartana(間欠性発熱)を患い、その後黄疸を生じ、著明な肝の腫張が残り、それにより小循環の障害が始まった。全身的及び局所的出血斑があり、それに水銀軟膏の処置をした後、その intermittans をキニーネにより治療し、その後 Natrum carbonicum や Solventia amara や Belladonna を用いることにより、肝の腫瘍はなくなり、病状はかなり改善した。しかし 1 年後 G 夫人は重篤な Rheumatism actum を患い、その際すべての関節は冒され、大量の発汗により衰弱し、ついには 1/16 グレインの昇こうと 2 滴の Vinum sem colchio を 3 時間毎に使用した。下腿の浮腫、全身のやせ、無月経、動悸、頻脈、小脈、胸部不快感、息切れが残った。その際既に著明な眼球

突出があったが、眼は正常であり、視力は良かった。患者は開眼したまま眠り外観は異常で、行動は活発であり、無頓着で、すぐに町中で気が狂っていると噂されていた。同時に生じた甲状腺の腫張は球眼後部の腫張と似たものと考えられ、ヨードとジギタリスが使用され、それによりすべての症状の改善が得られ、その後 5 年間に 2 回妊娠したが、状態は良好である。しかしいつも良いというわけではなく、今は結婚して J 夫人となっているが、病的な青白い顔色と大きく見開かれ突出した眼球が目立つ。

F 夫人はブルネットの髪で体格は普通、粘液質の気質で、子供の頃からしばしば Rheumatismus articularis の発作があり、思春期にしばしば扁桃腺炎を患い、母を子宮癌で失い、14 歳で初潮があり 1828 年に 19 歳で結婚。母となり子供は母乳で育て、離乳後月経が再開し、その後に 1830 年ライプツヒの両親のもとへ旅行した。そこで彼女は病気となり、四肢の疲労感を感じ、胃の圧迫感、胸部不快感が持続し、急に 1 日 2 回の Vomitus cruentus の発作を生じ、それが激しかったため、消耗状態、意識消失、失神出現、生命の危機があるように見えた。しかし、6 週間の養生の後、再度健康状態を取り戻し、あらゆる面で正常となり、メルゼブルグへ帰った。1831 年 11 月第 2 子を出産し、母乳で育てなかったが、健康は維持。1833 年女兒を出産し、9 ヶ月間母乳で育て、離乳の後、彼女は Rheumatismus acutus febrilis を患い、6 週間ひどい痛みのために病床に伏す。しかし、彼女は健康を回復し、第 4 子の母となった。母乳で育て離乳の後に月経過少となり、ある期間の栄養不足後無月経となった。F 夫人はすぐに著明な疲労感を感じ、頑固な下痢を生じ、寝汗を認め、著しくやせた。この際、眼球も眼窩から突出した。患者は呼吸が十分にできないことや胸部不快感を訴えたが深く吸気することはできた。脈は正常に速く小さかった。私が初めて会った時から左の Radiali Puls は触れなかった。激しい動悸があり、手を静止させられず、著しく性急なしゃべり方をし、いつも非常な暑さを感じていたため、胸や腕を開けて風にさらしており、異常な快活さや、身辺に関する無頓着さをみせ、まわりで際立っている彼女の外観を気にすることなく外出し、非常に強い食欲を何も考えずに満足させ、開いたままの眼でよく眠った。1837 年の夏には月経再開のための薬、小循環の異常亢進のための薬および消化機能を整える薬を使用したにも拘わらず、症状は悪化した。腕、首、胸部、乳腺は非常にやせがひどくなり、体幹は異常に太くなり、打診による検査

でははっきりした腹部の鼓音はなく、また水腫様の内容はない。大腿部の下 1/3 から下腿は著明に太くなっているが、浮腫様ではなく、その組織の造形様のゼリーを詰め込まれたようであり、それはしばしば chlorosis (萎黄病) に見られる所見に似ており、圧迫によりくぼみを残さず、穿刺によって血清の流出はなかった。頸部には甲状腺の腺腫様の充実があり、心鼓動は大きくなり、拡張は著明で、頸動脈の雑音が聞かれ、脈拍はさらに速く小さい。話方の性急さと異常な快活さは増強し、寝汗は臭気があり、尿は少なくとも色は濃く、持続的な下痢はあるが、食欲はさらに亢進した。眼球はさらに突出し、角膜の上下に 6mm の白色結膜をみることができ、眼瞼は遠く離れ、努力しても閉じることが出来ず、眼を開いたまま眠った。眼球の状態は変化しなかった。眼球の動きは側方への動きがやや制限されたが、角膜の割合や透明度、白色結膜の構造、虹彩の位置や動きは全く正常で、瞳孔は澄んでおり、突出した眼球を後方へ押し入れることは出来なかった。患者は全く痛みを訴えず、眼の緊張感のみを訴え、稀に流涙および炎症を生ずるが結膜に限られており除くことは簡単であるが、眼の冷却を止めることにより再び生じる。しかし視力は全く損なわれておらず、子供のころからの近視のみがあった。この患者については以前より気が狂っているとか精神病院に行くとかとの噂が市内に広がっており、実際に医者も彼女の異常な表情を認めていた。しかし、私は確信しているが、彼女には全く病的な行動はなく、異常な意志表示を行わず、彼女の悲しむべき状況に対する無頓着さはむしろ粘液質の気質からきているように思われ、話方の性急さ、不安定な上半身や手の姿勢および裸かあるいは軽装で出掛けることも、彼女の心臓病の病状であるようにみえる。何回も繰り返された 8 日ごとの eu ad mammas による治療や鉍水の使用により初めて明らかな改善が見られた。(心肥大と腺組織の肥大に対し、Lapis infernalis を 1 日 3 回 1/4 グレインを投与し、良い結果を得ていた。) 月経は再開し、下痢は消失し、性急さは消え、話方はずっと穏やかになり、Exophthalmos は減少していた。しかし、1837 年には月経は停止し、以前の状態が再び始まった。しかし、ハイルブロン製の鉍水を 4 週間使用することにより、より著明な改善を認めた。1837 年冬 F 夫人は流行していた胃部症状を伴う発熱を患い、私の予想に反し、回復したが、その後再度以前の症状が出現したが、またも奇跡の水とも言うべきアーデルハイドの鉍水が効果を発揮した。彼女はその鉍水を 8 週間使用したが、その治療効果を既に 3 本目、4 本目のびんで感じていた。F 夫人は

再度かなりの健康を回復し、現在でも月経は規則的で、下腿腫張と Struma は大部分消失。発汗も消失、上半身、頸部、胸部、腕は肉付きが良くなり、体幹はまだ太すぎるが消化は正常となった。循環はまだ問題があり、脈は速く小さく、心鼓動音は亢進しているが、階段登りや散歩で胸部不快感や息切れを訴えなかった。しかし、Exophthalmos はほとんど改善せず、前回の悪化の際はしばしば弱い Taraxis を用いたが、これは瞳の冷却過程の妨げとなった。眼球の構造は正常のままであり、視力は損なわれなかった。眼窩内組織の肥大による眼球突出

執筆:メルセブルクの開業医バセドー博士

(最終章)

M氏は 50 歳、小柄で、幼少期にくる病を患い、歩き始めるのが遅く、吃音があり、少年期にはしばしば扁桃炎を起こし、青年期には夢精し、その後は、顔色も悪く痩せ細っていったものの、手足は頑強であった。唯物論者である彼は、長距離を往復する夜間の旅行を伴う職につき、身体を酷使し、職務上の心労からかなりの精神的不安を抱える状況にあった。その仕事で大きなダメージを被り、このことがさらなる物欲へと彼を駆り立てた。1832 年に M氏は嘔吐を伴う激しい下痢に見舞われ、その後完治せず、以来、血熱、大量の発汗、胸苦しさを訴え始め、寒風に自ら身をさらすことで体のほてりがとれて心地よさを感じ、衣服をはだけて胸を冷雨、寒風、吹雪にさらし、冷水で胸と肢体を洗った。1835 年に私は M氏と知り合い、その状態から、心臓炎あるいは大動脈炎を疑った。彼の心臓の鼓動は金属板を鳴らすようであり、ざわざわとした雑音も聞かれ、脈は不整で、頸動脈にはのこぎりを切るような雑音が聞かれ、また触診でも判断できた。顔色が悪く、鈍い表情で、目は突出し、行動、話し方ともに性急でせわしく、甲状腺が腫れていた。肢体は立派でありながら体幹はやや痩せ気味で、1 日に 3, 4 回下痢を起こしたにもかかわらず食欲は旺盛であった。

瀉血、チスイビル(腸に挿入)、ジギタリス、扁桃水、エーテルの類(硫酸とアルコールの混合物) Elixir acid. Halleri の投与および外部への誘導法を施したものの効果は長続きせず、ヨードを皮膚の表面、すなわち首とこめかみに、まゆには甘こう Caromel を塗布した。脈は数ヶ月の後、さらに

不規則になり、大きく打ったり、小さく打ったり、早くなったり遅くなったりし、ついには一時的に停止するようにもなり、体がほてり、発汗しやすくなり、夜間にかなりの胸苦しさをを感じる機会が多くなり、眼球はいよいよ突出し、患者は開眼したまま眠るようになるが、前と同様、眼自体の状態は良好で、張りもあって正常で視力障害はなく、晴れの日や外気に触れると流涙し、軽い眼球炎 Taraxis を起こした。このような状態でありながら、M氏は少し調子がよくなると、病状に配慮せず、食欲にまかせて飲食し、悪天候でも覆いのない車両で旅を続け、より突出の著しい右目がリウマチ性の角膜炎を起こした。結膜もほどなく腫れを起こし、互いに広く離れたまぶたで覆うことができなくなった。肉腫症が認められ、ついに虹彩も炎症を起こし始め、角膜に肉腫ができ、内部に侵食し、M氏はいわく言いがたいほど深刻な内眼炎特有の頭痛に襲われた。その上、瞳孔内の浸潤により片目が失明したため、角膜穿孔を行い、アヘンとセネガ入りの甘こうを大量に投与し、水銀 cinercum 軟膏を塗布したが、眼はゆっくりとではあるものの間断なく角膜の腫れによって失われた。このような激痛は、患者が承諾した角膜穿孔ではなく、眼球全体を切開除去すれば避けられたものと述懐するものの、患者はその後も摘出には同意しなかった。現在でも角膜の傷はかさぶた状態になっている。左目も半年後、他の医者が治療したが、さらに進行が速く、同じような状況で失われた。両目の残根が前面にあり、癌を患った眼が有柄眼のようになり、互いに広く離れたまぶたの間に位置し、両目には角膜の傷がかさぶたになり、結膜のまぶたに覆われていない部分において肉腫が腫れを起こしていた。両目はひきつれによって前方から後方に向かって長いしわができ、Waarenballen (袋状)のようになった眼球は4つの瘤に分割し、角膜の残骸上に常に新しく形成されるかさぶたによる乾燥によって引き起こされる痛みはあるものの表層での痛みにとどまった。この間および現在まで、M氏は主に晩秋にありがちな頑固な下痢、より著しい痩せ、不整脈の悪化、動悸に代わる代わる見舞われた。甲状腺は呼吸困難を起こすほどに腫れ、また左の乳房も腫れて非常に敏感になっていた。著しく痩せたにも関わらず、肢体は太り、膝窩と両ふくらはぎの細胞組織は足の水腫を伴うことなく腫れ上がった。すると下痢はおさまり、旺盛な食欲のもと、ぶよぶよとした肥満体に変貌した。

C夫人の症例 C夫人には結婚前の数年間、萎黄病の治療を行い、かなり時を経て2児の母となった時期に偶然再会した。その際、前例ほどではないまでも、流涙を伴う眼球突出がすぐさま眼にとまった。また、会話の際に見られる気ぜわしさとテンションの高さが目に付いたが、以前から粘液質の気質が認められた。前述の患者との親戚関係について詳しく聞いた後、2人目の子供の出産後、動悸、胸内苦痛、発汗に悩まされ、長期間、治療を受けていた事実を知った。ヨードの塗布も、かなり進行していた甲状腺腫に対して行っていた。現在3人目を妊娠しており、妊娠中に症状がかなり改善したとのことである。

一般演題抄録

セッション1-1

乳児に生じ急速に増大した結膜皮様嚢腫の一例

○藤代貴志、小島孚允

さいたま赤十字病院眼科

緒言

皮様嚢腫は小児に生じる腫瘍では比較的頻度が高い疾患であるが、ほとんどが眼窩上耳側や上鼻側に見られ、他の部位での発生は稀である。今回我々は、乳児の下眼瞼結膜に生じ急速に増大傾向を示した皮様嚢腫の一例を経験したのでここに報告する。

症例

生後6ヶ月、女児。生下時（平成17年5月）より左下眼瞼結膜に腫瘍を認めていた。その後、急速に増大したために、近医を受診し、当院に11月に紹介受診となった。初診時、左下眼瞼に2cm程度の腫瘍を認めた。MRIでは、結膜に嚢胞を認め、眼球を上外方へ圧排していた。腫瘍の増大傾向が著しかったため、緊急に結膜腫瘍切除術を施行した。手術時所見では、腫瘍は嚢胞様であり結膜との癒着を剥離しながら被膜ごと切除を行った。病理検査の結果、皮様嚢腫と診断された。術後は現在まで再発はない。

結語

急速に増大する結膜皮様嚢腫の一例を経験した。今後小児の結膜腫瘍においては、このような症例も念頭におくべきであると考えられた。

セッション1－2

若年者の片眼性結膜アミロドーシスの1例

○柏木広哉¹、伊藤以知郎²

1：県立静岡がんセンター眼科、2：県立静岡がんセンター病理診断科

【目的】稀な結膜アミロドーシスを経験したので、報告する。

【症例】23歳男性。2002年1月より左上眼瞼腫脹出現し、近医受診。春季カタルと診断。点眼薬を処方される。その後病状が進行し、2004年夏、生検術施行しアミロドーシスと診断。同年11月県立静岡がんセンターを紹介受診。視力：右0.1（矯正1.2）、左0.2（矯正1.0）。左眼瞼下垂が認められ、翻転は不可能。左上下眼瞼結膜には、沈着物が多数認められた。全身学的検査で異常は認められなかった。翌年1月17日に治療目的も兼ね生検術を施行。下眼瞼中央の結膜を剥離し、その下の沈着物を摘出しようとしたが、結膜はもろく破れた。

病理診断は、AA型アミロドーシスであった。この1年半は、点眼治療でほとんど変化がなく、日常生活の不自由さや整容的な不満はない。

【考察】手術をする場合、結膜が脆弱なため、皮膚側から摘出する方法しかないと考える。また、手術を行うタイミングに苦慮している。

セッション1－3

リンパ管腫と鑑別を要した結膜多発嚢胞の1例

○小幡博人、青木真祐、茨木信博

自治医大眼科

【目的】結膜の嚢腫状病変には結膜嚢胞（結膜上皮封入嚢胞）とリンパ管腫がある。今回、リンパ管腫が疑われた球結膜の浮腫性病変の中に3個の独立した結膜嚢胞を有する興味深い症例を経験したので報告する。

【症例】62歳女性。近医にて数ヶ月前より増大する左眼球結膜の浮腫性病変に対しステロイド点眼を行ったが改善しないため、結膜リンパ管腫の疑いで当科を紹介され受診した。初診時、左眼耳側の球結膜が浮腫状に腫脹しており、細隙灯顕微鏡で結膜下に数個の多房性病変が観察された。全摘出を試みたところ、結膜に切開を入れた時点で2個の癒着のない透明な嚢胞が破裂することなく容易に摘出された。嚢胞はもう1つあり、これは1点で周囲組織と癒着していた。病理標本にて嚢胞の内壁を数層の重層する上皮細胞が覆う像が観察され、結膜嚢胞と診断した。

【結論】結膜下に癒着のない上皮封入嚢胞が多発することがある。

セッション1-4

瞼板の類表皮嚢胞 9 例

○吉川洋¹、向野利一郎¹、村上祐介¹、石橋達朗¹、五島優子²、坂本英久³、有川愛子⁴

1：九州大学眼科 2：市立門司病院眼科 3：九州労災病院眼科 4：川崎町立病院

類表皮嚢胞は重層扁平上皮に被覆され角化物などを貯留する嚢胞である。この嚢胞は、通常毛包に関連して、あるいは外傷によって、「皮膚」に発生し、眼瞼皮膚にも発生する。一方、眼瞼には、眼瞼皮膚との関連が認められず「瞼板」に癒着または陥入した類表皮嚢胞をみることがあるが、文献にほとんどその記載がない。このような類表皮嚢胞の9例を提示する。

症例は筆頭演者が経験した7例と、術者から臨床所見の情報が得られ組織を検討できた2例で、2001年からの約5年間に診療されている。年齢は40～78歳で平均62.0歳、前例女性であった。うち4例は霰粒腫の臨床診断で切開掻爬歴があり、再発性霰粒腫として紹介された。臨床所見は、眼瞼皮下に皮膚と癒着が無く境界明瞭で表面平滑な腫瘤を触れるものと、眼瞼結膜下に黒色調の腫瘤を認めるものがあつた。大型であつた1例を除き発赤や疼痛はなかった。8例で嚢胞壁ごと摘出を行い、1例は自壊して角化物が排出された。

臨床所見と組織所見からその由来について考察する。

セッション 1-5

甲状腺眼症と外眼筋リンパ腫

○柏井聡¹、赤水尚史²、宮本和明³

1：大阪赤十字眼科 2：京都大探索医療センタ 3：京都大眼科

甲状腺眼症を疑われた外眼筋リンパ腫例と Graves 病に外眼筋リンパ腫発症例から眼窩内リンパ増殖性病変を考察する。

症例 1：69 才女性。半年前より左眼瞼腫脹と複視を自覚、ステロイドホルモン内服で一時軽快したが離脱後憎悪したため、京大病院眼科を受診してきた。甲状腺機能正常。画像で両下直筋(L>>R)が著明に肥厚、同切除生検で MALT 型リンパ腫と確定、放射線(全量 30Gy)療法で寛解を得た。

症例 2：78 才女性。14～15 才ごろ、多汗、倦怠感で甲状腺機能亢進症と診断され治療を受け、35～40 才頃甲状腺機能低下に対し T4 で加療、75 才頃より眼球突出が出現、ステロイドパルス療法(×4)で症状は改善した。3 年後再び左眼眼球突出と複視を自覚、京大病院内分泌科へ紹介入院、当科へ初診してきた。画像で左内直筋が著明に肥厚、同筋の切除生検から low grade B-cell lymphoma と判明、放射線(全量 36Gy)治療で局所的寛解を得た。

セッション 2 - 1

前房浸潤を来したnasal NK/T cell lymphomaの一例

○加瀬諭^{1, 2}、北市伸義¹、南場研一¹、吉田和彦¹、佐藤出^{1, 2}、大野重昭¹

1: 北海道大眼科、2: 札幌社会保険総合病院眼科

背景: Nasal NK/T cell lymphomaは、鼻腔を原発とするNK細胞リンパ腫である。多くの症例で非常に激烈な経過を辿り、予後不良である。これまで本腫瘍における眼合併症の報告は稀である。今回われわれは、nasal NK/T cell lymphoma細胞が前房へ浸潤し、前房穿刺で診断が確立した症例を経験した。

症例: 53歳、男性。主訴は鼻閉感、両眼の霧視。既往歴: 2004年5月、鼻腔腫瘍を指摘され、生検でnasal NK/T cell lymphoma (WHO分類) と診断、化学療法、放射線治療を受けた。原発の鼻腔組織は、腫瘍細胞にEBV-encoded small RNAs (EBER)が陽性であった。現病歴: 2004年9月1日、両眼の霧視を自覚し、当科を受診。臨床経過: 視力は両眼とも1.5、眼圧は右10mmHg、左11mmHg。前眼部には1+flare、2+cellsの前房炎症所見があり、小型の虹彩結節が散在していた。中間透光体、眼底に異常はなかった。0.1%リンデロン^RおよびミドリンP^Rの点眼で経過観察したが、眼症状は改善しなかった。約3週後、前房内の細胞数は増加し、水晶体面上に褐色色素沈着がみられた。前房穿刺を行い、ギムザ染色による細胞診で多数の異型リンパ球が検出された。前房水を用い、EBウイルスのinfrared region (IR) 領域のPCR、およびSouthern blot解析を行ったところ、陽性バンドが検出された。患者は2004年12月に永眠された。病理解剖は行われなかった。

結論: これまで nasal NK/T cell lymphoma に伴う眼合併症としては、眼窩への浸潤、虹彩炎、硝子体炎などが報告されているが、細胞診を行った報告はない。本報告により、NK 細胞リンパ腫に合併する前房の細胞浸潤は、内因性ぶどう膜炎の併発ではなく、リンパ腫細胞の浸潤であることが明らかとなった。

セッション 2 - 2

自然消退した眼中枢神経悪性リンパ腫の 1 例

○関向大介、別所弘朗 井上結香子 安積淳

神戸大学大学院医学系研究科器官治療医学講座眼科

経過観察中に自然消退した眼中枢神経悪性リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。症例は 64 歳男性。2004 年 10 月頃より右視力低下を自覚し、前医を受診。片眼性の硝子体混濁は、副腎皮質ステロイド治療に抵抗し、硝子体手術後、前房蓄膿を伴って再発した。眼悪性リンパ腫を疑われ、2006 年 1 月当科紹介。初診時視力は右手動弁、左矯正 1.0。前房蓄膿と高度の硝子体混濁で、眼底は透見不能であった。前房水の IL-10/IL-6=852/692 で、細胞診 Class

III、硝子体液の PCR では T 細胞レセプター β 鎖にクロナリティーを認めた。末梢血 T リンパ球の腫瘍性増殖は検出できなかった。入院後脳病変が出現したため、これを生検した。病理学的にリンパ腫の診断は困難とされたが、T 細胞レセプター β 鎖に遺伝子再構成が検出され (PCR)、眼中枢神経悪性リンパ腫と診断した。その後、臨床的には、硝子体混濁、頭蓋内病変は伴に、自然消滅した。2006 年 5 月現在までの再発はみられない。

セッション 2-3

眼内悪性リンパ腫の自然消退後、全身に悪性リンパ腫を発症した 1 例

○山下理恵子、後藤浩、村瀬耕平 白井正彦

東京医大

[目的]以前我々は、眼底所見から眼内悪性リンパ腫が疑われるも生検では壊死組織のみが検出され、その後眼内の病巣が自然消退していった 1 例を報告した（日眼会誌 110, 2006）。この症例が後に眼付属器および他臓器に悪性リンパ腫を発症したので、その経過を中心に報告する。

[症例]65 歳の女性。左眼の眼内悪性リンパ腫疑いのもとに網膜生検を施行したが、組織学的ならびに IL-10/IL-6 の検索結果からは診断の確定に至らなかった。眼内の他の病巣は無治療にもかかわらず瘢痕化していき、中枢神経系にも異常は現れなかった。しかし、網膜生検から 1 年 3 ヶ月後、左眼窩と頬部皮下に腫瘤を生じてきたため、改めて生検を施行。その結果、びまん性大細胞型、B 細胞悪性リンパ腫と診断された。血液内科で全身化学療法を施行し、現在に至っている。

[結論]臨床的に眼内悪性リンパ腫の自然消退が疑われた症例が、1 年以上経過した後に中枢神経以外の臓器に悪性リンパ腫を発症した。

セッション 2-4

硝子体手術による脈絡膜悪性黒色腫切除後に再発をみた 1 症例

○高比良雅之、斉藤代志明¹、白尾裕²

1：金沢大 2：浅ノ川総合病院、金沢市

以前に報告した硝子体カッターによる腫瘍切除とレーザー治療を併用した脈絡膜悪性黒色腫症例（手術学会、網膜硝子体学会、眼科手術2001, 14:93-）につき、その後の経過を追加報告する。症例は、1996年7月の初診時に47歳の男性で、右眼底後極部に徐々に拡大する腫瘍がみられ、脈絡膜悪性黒色腫が疑われた。1998年4月レーザー凝固治療を行うも制御できなかったため、1998年8月、硝子体手術により腫瘍を切除し、凝固を追加した。その約4年後の2002年7月、腫瘍の局所再発がみられ、眼球摘出を行った。病理では、眼内後極部に限局する悪性黒色腫で、強膜を貫く浸潤や視神経浸潤はみられなかった。現在、眼窩内再発や、遠隔転移はみられていない。本症例では、結果的に眼球を温存できなかったが、今後、脈絡膜悪性黒色腫に対する眼球温存療法の手技とその適応につき検討するうえで、参考となる症例と考える。

セッション 2-5

眼球内網膜芽細胞腫に対する全身化学療法と局所療法の併用による眼球温存治療について

○柳澤隆昭¹、寺尾陽子¹、秋山政晴¹、横井健太郎¹、湯坐有希¹、加藤陽子¹、内山浩志¹、

藤沢康司¹、衛藤義勝¹、鈴木茂伸²、金子明博³、山根 隆⁴、毛利 誠⁵

1：東京慈恵会医科大学小児科 2：国立がんセンター眼科 3：東邦大学大橋病院眼科

4：済生会神奈川県病院放射線科 5：毛利クリニック

[背景]眼球内網膜芽細胞腫の5年生存率は95%を超え、治療目標は視機能を温存した生存へと移行している。標準的温存治療法であった放射線治療は、2次癌発症のリスクの上昇などの後障害が明らかにされ、これを回避して温存を達成することが新たな目標となった。[患者・方法] 2000年から2005年1月までに新たに診断された網膜芽細胞腫患者に対し、Vincristine/Etoposide/Carboplatinによる全身化学療法を2-6サイクル施行し腫瘍縮小後、経瞳孔温熱療法、Melphalanの硝子体注入あるいは選択的眼動脈注入などの局所化学療法、ルテニウム強膜縫着などの局所療法を施行し根治を図った。[結果] 32例（両側性20例、片側性2例、治療開始時月齢の中央値は3ヶ月、range0-24ヶ月）の52眼球に対して治療をおこなった。Reese-Ellsworth分類ではGroup Iが15眼球、IIが9眼球、IIIが6眼球、IVが7眼球、Vが15眼球である。治療による毒性は軽度で、全例で施行可能であった。放射線を回避しての眼球温存率はGroup I 87%, Group II 89%, Group III 83%, Group IV 71%, Group V 73%である。[考察] 多くの例では、初期治療として全身化学療法を施行し局所療法を併用することにより放射線治療を回避して眼球の温存が可能である。硝子体播種・網膜下播種を伴う進行例では、放射線治療・眼球摘出の回避が困難な場合があり、これらに対する新しい治療戦略が必要である。

セッション 3-1

眼窩に発生したランゲルハンス細胞組織球症の 1 例

○林 暢紹^{1, 4}、杉本聡子¹、上野脩幸¹、高杉尚志²、久川浩章²、脇口 宏²、黒田直人³、
弘井 誠³

1：高知大学眼科 2：同小児科 3：同病理病態学 4：岡林病院眼科

ランゲルハンス細胞組織球症（LCH）は骨髄に起源を有する抗原提示細胞の一つであるランゲルハンス細胞が単クローン性増殖したもので、本邦の疫学調査では年間 40 例前後と推計されている稀な疾患である。今回眼症状を呈した LCH を経験したので報告する。症例は 10 ヶ月の男児。右眼瞼腫脹のため近医眼科受診し右眼窩腫瘍の精査加療目的に当科紹介となった。右眼瞼腫脹及び眼瞼下垂を認め、明らかな眼球運動の制限は認められなかったが、眼球は軽度下転していた。CT で右眼窩に骨破壊を伴う腫瘍性病変を認め、MRI では 19mm 大で内部は T1, T2 で low と high が混在する腫瘍を認めた。骨髄検査や髄液検査、骨シンチグラフィーでは異常所見はなく、ガリウムシンチグラフィーで右眼窩上縁に異常集積を認めた。Incisional biopsy の結果、好酸性の細胞質、核の切れ込みを有した組織球系細胞が密に増殖し、これらの細胞は S-100 蛋白、CD1a に陽性を示し、細胞質内に Birbeck 顆粒も確認され LCH と診断した。JLSG-02 プロトコールに従い化学療法を行い現在経過観察中である。

セッション 3 - 2

眼窩平滑筋肉腫の 1 症例

○鶴岡智、高比良雅之、杉山和久

金沢大

2002 年の本研究会で報告した稀な眼窩原発平滑筋肉腫の症例において、局所再発、遠隔転移を生じたので、追加報告する。 症例は、初診時 69 歳男性で、2002 年 2 月に、右眼窩前方下耳側、筋円錐外の約 2cm 大の充実性腫瘤を全摘出し、平滑筋肉腫と病理診断された。後療法は行わず経過を観察したが、2004 年 11 月に腫瘍の局所再発がみられ、再度腫瘍を摘出した後、X 線照射を行った。2005 年 11 月に前額部皮下に、2006 年 1 月には肺野に、結節状の転移巣がみられ、それぞれ手術による摘出を行った。現在、眼窩局所再発、転移巣の再燃はみられず、経過を観察している。 眼窩原発の平滑筋肉腫は稀であり、世界でこれまでに 10 例の報告があるのみである。他組織に生じる平滑筋肉腫も、概して slow growing であるらしいが、化学療法、放射線照射への感受性は低いとされ、確立した治療法はないのが現状である。

セッション 3-3

眼窩原発の未分化神経外胚葉性腫瘍

○大島浩一¹、北田瑞恵¹、山鳥一郎²、茶山公祐³

1：岡山医療センター眼科 2：岡山医療センター臨床検査科 3：岡山大学医学部小児科)

未分化神経外胚葉性腫瘍 (primitive neuroectodermal tumor, PNET) は、骨・軟部組織をはじめ、全身のあらゆる部位に発生する悪性腫瘍である。眼窩原発のPNETは、現在までに10症例が報告されている。

自験例は1歳4ヶ月の女児であった。生後10ヶ月頃から右上眼瞼内側の腫瘍が目立ってきたため、近医眼科を受診した。毛細血管性血管腫などを疑い経過観察されていたが、増大したため当院へ紹介された。家族と相談のうえ、試験的にステロイド内服を試みた。しかし腫瘍は縮小せず、腫瘍の圧迫による強い乱視が続いたため、経皮的に試験切除した。

病理組織学的に、N/C比の高い類円形ないし短紡錘形の腫瘍細胞がびまん性に増生していた。腫瘍細胞は細胞質内にグリコーゲンを有し、免疫組織学的にsynaptophysin陽性、S-100蛋白に一部陽性で、神経系への分化傾向を認めた。PCRでEWS遺伝子とERG遺伝子のキメラ遺伝子が検出できた。

自験例は、既報告例と比べて最も若かった。幼児であったため、画像診断を適宜行うことができず、試験切除の時期が遅れてしまった。

セッション 3-4

血管周皮腫 (Hemangiopericytoma) の 3 例

○渡辺彰英、松下浩和、立松良之、中村泰久、嘉島信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

血管周皮腫は、眼窩腫瘍全体の約 1-2% と稀な腫瘍である。今回、眼窩原発、涙嚢原発と考えられた 3 例を経験したので報告する。

症例 1 は 47 歳男性。右眼窩筋円錐内の血流に富む腫瘍を認め、栄養血管に対する選択的動脈塞栓術後、側頭開頭下に腫瘍を全摘出した。症例 2 は 24 歳女性。左眼窩筋円錐内から外下側に及ぶ腫瘍を認め、眼窩外上側の骨きりによるアプローチで摘出術施行するも 2 度再発し、眼窩外下側の骨きりによるアプローチで摘出後、現在再発は認めていない。症例 3 は 43 歳男性。1 年前に右涙嚢部の腫瘤を自覚。涙嚢内に境界明瞭な腫瘍を認め、これを全摘出した。病理組織学的にはいずれも血管周皮腫が強く疑われ、核分裂像は比較的少なく低悪性度と診断された。

眼科領域における血管周皮腫は眼窩内に限らず涙嚢原発例も存在し、腫瘍の形態も多様であった。血管周皮腫は長期予後不良例も存在することから、血管周皮腫が疑われた場合、術前の詳細な画像診断に基づく確実な摘出および長期のフォローアップが重要であると考えられた。

セッション 3－5

眼窩内腫瘍に対する経眼窩縁法骨形成的骨切除術の適否と形状

○中村 泰久

聖隷浜松病院

目的：眼窩内腫瘍の摘出術に際しては、骨形成的骨切除術を必要とする場合としない場合がある。また、骨形成的骨切除は腫瘍の局在と大きさにより、さまざまな大きさと形状を選択しなくてはならない。これらの点を、自験例に基づいて明らかにすることを目的とした。方法：手術例の中から、さまざまな局在、大きさの腫瘍を選び、画像と術式を比較検討した。結果：腫瘍の局在、大きさに応じて、骨形成的骨切除術の適否、および適する場合の骨切除の範囲と形状について整理することができた。討論：眼窩内腫瘍摘出術に際しては、Kroenlein法に固執することなく、それぞれの腫瘍の局在と大きさにより骨形成的骨切除術の適否とその形状を選択することが大切である。結論：眼窩内腫瘍は、その局在と大きさに応じて術式を柔軟に組み立てることが必要である。

セッション 3-6

三叉神経第 1 枝から生じた神経鞘腫の一例

○松下浩和、渡辺彰英、立松良之、中村泰久、嘉島信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

眼窩内神経鞘腫は全眼窩内腫瘍の 1～6%であり、過去の報告でも発生母地となった神経が同定できた症例は少ない。今回、画像上悪性腫瘍が疑われたが、三叉神経第 1 枝から発生したと同定できた神経鞘腫の一例を経験したので報告する。

症例は 32 歳男性。1 年ほど前から徐々に左眼窩の腫張が出現し、増大傾向にあるため、当科紹介受診。CT 上、左眼窩筋円錐外上部から外側、上眼瞼内部にかけて 3cm 大の嚢胞性部分を含む腫瘤を認め、腫瘤に接する眼窩上壁の一部が菲薄化していた。MRI 上、多房性嚢胞性腫瘤を認め、涙腺との境界不明瞭な部位も存在した。画像上は多形腺腫や腺様嚢胞癌が疑われた。術中、腫瘍は三叉神経第 1 枝を包むように存在しており、神経鞘腫を考えた。最終病理診断も神経鞘腫であった。

術前画像では悪性も考えられたが、術中所見から発生母地が同定できた神経鞘腫を経験した。多房性嚢胞性腫瘤の鑑別として、神経鞘腫も考慮する必要があると考えられた。

セッション4-1

眼瞼皮膚より生じた扁平上皮severe dysplasiaの1症例

○辻 英貴¹、小島孚允²、高澤 豊³、 臼井智彦⁴、沖永貴美子⁵、 沼賀二郎⁵

1：癌研究会有明病院 眼科 2：さいたま赤十字病院 眼科 3：東京大学 病理部

4：東京大学 眼科 5：都立老人医療センター 眼科

【目的】眼科領域における扁平上皮癌(以下SCC)というと、結膜にはよく生じるが、眼瞼皮膚においてはほとんど報告がない。今回、筆者らは眼瞼皮膚より生じた扁平上皮癌の前段階である扁平上皮severe dysplasiaの1例を経験したので報告する。

【症例】68歳、男性。前医にて右)下眼瞼腫瘤を切除し、SCCの診断にて紹介受診。2005年8月26日に眼瞼腫瘍切除・再建術を施行した。

【結果】今回の腫瘍切除標本も含めた検討の結果、上皮内の病変であり間質浸潤はみられず、扁平上皮severe dysplasiaと診断された。腫瘍切除後、再発・転移はみられず、整容的にも満足され、経過良好である。

【結論】眼科領域の腫瘍は特に生検時には小さい標本であり、また切除時に修飾されることも多く、診断に苦慮することが多い。眼瞼皮膚において扁平上皮のsevere dysplasiaが発生したということは、次段階であるSCCも眼瞼皮膚に発生し得る。

セッション4－2

著しい顔面組織破壊を認めた基底細胞癌の1例

○山本陽子¹ 石川太¹ 目時友美¹ 山崎仁志¹ 中沢満 弘¹ 中村秀雄²

1：弘前大学眼科 2：黒石病院

症例は、78歳、女性。平成7年に左眼瞼腫瘍を指摘されるも放置。平成18年に前医を受診したところ、すでに左眼窩を中心に顔部組織が広範に欠損している状態であった。病理所見で基底細胞癌の診断となり、治療目的に同年2月3日、当院紹介初診となった。初診時、広範な潰瘍形成がみられ、眼瞼および眼球は欠損、病変は頬部、鼻部、右内眼角に及んでいた。

CTなどの画像診断上は骨破壊像を認めなかった。当初、他科との連携により外科的切除の可能性を模索したが病変部が広範なため放射線療法を選択した。当科入院の上、平成18年2月16日～3月23日に総線量50Gy（計25回）の放射線療法を施行。病変部の自壊傾向と易出血性は消失し退院となった。基底細胞癌は本来発育速度が緩徐であり、遠隔転移が稀な予後良好の腫瘍であるが、本症例のごとく局所破壊性に進行することがある。その病変が広範な場合、今回の知見からは放射線療法が有効であると思われた。

セッション 4-3

皮膚付属器悪性腫瘍(eccrine differentiation)の 2 例

○尾山徳秀、江口功一

新潟大学医歯学総合病院 眼科

症例 1 は、73 歳男性、左下眼瞼周囲の腫脹および眼窩腫瘍疑いにて紹介受診した。下眼瞼皮下から眼窩、鼻涙管内に腫瘍浸潤が認められ、左眼窩内容除去術を施行。術後病理診断では、GCDFP-15(+)にて eccrine ductal carcinoma の診断であった。術後経過良好であったが、術後約 1 年で同側耳下腺リンパ節転移を生じた。症例 2 は、65 歳女性、下眼瞼腫瘤にて近医で経過観察中であったが自己判断で通院中止。その後次第に増大傾向認め当科紹介受診。Microcystic adnexal carcinoma の診断にて下眼瞼皮膚と眼輪筋、上唇挙筋を含め切除し、創部を人工真皮で被覆。後日、下眼瞼瞼板を一部切除し N-ST チューブを留置、鎖骨上窩より含皮下血管網植皮にて二期的に手術加療した。眼科領域では比較的まれな腫瘍であり、病理組織像から広範囲な切除の必要性和今後の経過観察が重要と思われた。また含皮下血管網植皮は有用であった。

セッション 4-4

東京医大病院眼科における眼内悪性リンパ腫の検討

○木村圭介・後藤浩・臼井正彦

東京医大病院眼科

目的：眼内悪性リンパ腫の臨床像と予後を明らかにする。

方法：過去 18 年間に一定期間経過観察が可能であった眼内悪性リンパ腫 29 例を対象に、患者背景、臨床所見、生命予後を検討した。

結果：性別は男性 6 例、女性 23 例で、平均年齢は 61.6 ± 12.4 歳であった。中枢神経病変を合併したものは 16 例、眼内のみに病変が限局したものは 13 例であった。硝子体混濁は 23 例に、網膜下病変は 18 例に認められた(重複あり)。網膜硝子体生検は 28 例に施行し、細胞診などによる診断確定例は 18 例、硝子体中 IL-10/IL-6 値などを参考に総合的に診断が得られたのは 11 例であった。

平成 18 年 6 月現在、16 例の生存を確認しており、眼症状発症から平均 37.2 ± 31.4 ヶ月経過していた。一方、5 例は死亡しており、眼症状発症からの平均生存期間は 33.8 ± 27.3 ヶ月であった。

結論：限られた症例数であるが、眼内悪性リンパ腫の臨床像および予後を明らかにすることができた。

セッション4-5

九州大学における脂腺癌 29 例の検討

○向野利一郎^{1,2}、吉川洋¹、川野庸一²、石橋達朗¹

1：九州大学 2：国家公務員共済組合連合会浜の町病院

目的：九州大学眼科で過去 5 年間に治療した脂腺癌の治療成績を検討する。

対象と方法：対象は 2001 年 7 月から 2006 年 1 月までの期間に診断し、手術治療した脂腺癌 29 例（男性 9 例、女性 20 例、平均年齢は 71.3 歳で平均観察期間は 16 か月）。切除標本をホルマリン固定し、切り出しは術者が行った。腫瘍サイズ、切除断端、安全域、後療法の有無、再発転移の有無、術後合併症等について検討した。

結果：腫瘍サイズは 2~33mm、全例切除断端は陰性で安全域は 2~5.5mm であった。摘出組織の病理標本で切除断端近傍に腫瘍細胞が認められた 2 例に放射線照射を行った。全症例で経過観察中に局所再発は認めていないが、結膜に広範な上皮内浸潤を認めたために眼窩内容除去術を行った 1 例で、術後にリンパ節転移が認められた。術後合併症として、内反症が 3 例に認められ、うち 2 例では処置を行った。

結論：脂腺癌の局所再発は認められず、良好な治療成績であった。腫瘍浸潤範囲の広い症例は注意深い経過観察が必要である。

セッション5－1

眼窩疾患における血清 IgG4 の調査

○安積 淳、長井隆行

神戸大

いわゆるミクリッツ病では、血清 IgG のうち IgG4 が高濃度となり、病巣に集積する B 細胞も IgG4 を優位に発現していることが知られている。今回、涙腺反応性リンパ過形成（遺伝子再構成陰性）20 例（両側：片側＝13：7）、眼窩部 MALT リンパ腫（遺伝子再構成陽性）7 例、特発性眼窩炎症 8 例の患者血清 IgG4 濃度を測定した。IgG4 濃度の中間値はそれぞれ 303、21.1、27.6 mg/dl であり、3 群間に有意差があった。しかし、ばらつきは、最小／最大が、それぞれ 4.8／3030、3.7／96.7、3.3／202 であり、とくに悪性リンパ腫で、異常値を示すものがあつた。遺伝子再構成のない涙腺のリンパ増殖性病変には、「血中 IgG4 濃度の優位な上昇」を伴う、という特異性を持つ症例が多い。これらは、特性を持つ疾患として、独立したひとつの疾患単位（IgG4 優勢涙腺リンパ過形成）として取り扱うべきである。また、両側均等の涙腺腫脹でない場合にも、このクライテリアを使用すべきである。

セッション5-2

脈絡膜悪性黒色種細胞株における免疫補助シグナル分子の発現と意義

○臼井嘉彦¹、奥貫陽子¹、服部貴明¹、後藤浩¹、臼井正彦¹、松本孔貴²、古澤佳也²、
溝田淳³

1：東京医大眼科 2：放射線医学総合研究所 3：順天堂大学浦安

【目的】脈絡膜悪性黒色種細胞株を用い、免疫細胞が腫瘍細胞を認識し殺細胞効果を示すのに重要な主要組織適合抗原（MHC）と補助シグナル分子の発現と役割について検討する。

【方法】92-1、OCM-1、OMM-1の各細胞株をIFN- γ あるいはTNF- α の刺激の有無で48時間培養し、MHCクラスI、MHCクラスII、CD80、CD86、CD40、B7H1、B7H2、B7DC、4-1BBL、CD70の各種モノクローナル抗体を用い、その発現をflow cytometryにて解析した。

【結果】MHCクラスIはIFN- γ の刺激なしに恒常的に発現していた。IFN- γ の刺激によりMHCクラスIの発現は増強し、B7H1の発現が誘導された。TNF- α の刺激によりMHCクラスIの発現が増強し、CD86、B7H1、B7H2、4-1BBLの発現が誘導された。

【考察】IFN- γ やTNF- α の刺激なしでは、MHCクラスIのみが発現し、他の補助シグナル分子の発現が認められないこと、IFN- γ やTNF- α の刺激により免疫回避機構を促進するB7H1を発現することから、これらの細胞株は免疫学的にも悪性度の高いことが示唆された。

セッション 5 - 3

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科における最近 1 年間の眼窩腫瘍、眼瞼腫瘍および結膜腫瘍の
臨床的検討

○立松良之 渡辺彰英 中村泰久 嘉島信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

(目的) 眼窩腫瘍、眼瞼腫瘍および結膜腫瘍の臨床像を検討する。

(対象と方法) 2005 年 4 月から 2006 年 3 月までの 1 年間に当科にて手術を行い、病理組織学的診断が得られた眼窩腫瘍、眼瞼腫瘍および結膜腫瘍 108 例を対象とした。良性腫瘍と悪性腫瘍の割合、病理組織学的診断別頻度、年齢などについてレトロスペクティブに検討した。

(結果) 108 例のうち眼窩腫瘍は 47 例 (平均 49.6 歳)、眼瞼腫瘍は霰粒腫 19 例を含めて 58 例 (平均 45.2 歳、)、結膜腫瘍は 3 例 (平均 33.7 歳) であった。

眼窩腫瘍のうち良性腫瘍は 25 例 (53.2%、平均 43.2 歳)、悪性腫瘍は 22 例 (46.8%、平均 56.9 歳) で主なものは悪性リンパ腫 14 例 (63.6%) でそのうち MALT リンパ腫が 10 例、びまん性大細胞性 B 細胞リンパ腫が 4 例であった。

眼瞼腫瘍のうち良性腫瘍は 48 例 (82.8%、平均 38.6 歳)、悪性腫瘍は 10 例 (17.2%、平均 76.9 歳) で主なものは基底細胞癌 4 例、脂腺癌 3 例であった。

結膜腫瘍のうち良性腫瘍は母斑の 2 例 (平均 21 歳)、悪性腫瘍は 1 例で MALT リンパ腫 (59 歳) であった。

(結論) 眼瞼腫瘍の 17.2%が悪性であったのに対して、眼窩腫瘍の 46.8%が悪性であったことより、眼窩腫瘍の治療にのぞむ際には悪性腫瘍である可能性を常に念頭におくべきである
と考える。

セッション5－4

眼部悪性腫瘍についての疫学調査の提案 1

○安積 淳¹、長井隆行¹、大島浩一²、後藤 浩³、小幡博人⁴

1：神戸大 2：岡山医療センター 3：東京医大 4：自治医大

疫学調査は眼腫瘍専門医の重要なテーマである。しかし、現在まで、生存率の判明した眼部悪性腫瘍は少ない。眼腫瘍研究会もしくは日本眼科学会による疫学調査を目指した提案を行いたい。最終的には疫学調査を行う専門医（もしくは専門施設）を募集するが、今回は疫学調査システムの小規模トライアルを行い、多施設参加可能なシステムが構築できているかを検証する。このトライアルは、協力を得た、岡山医療センター、東京医科大学、自治医科大学と神戸大学の4施設でおこなう。対象疾患は脂腺癌に絞り、各施設の症例を集積して、現時点の脂腺癌の5年、10年生存率を算出する。得られたデータベースを、インターネットを使って随時更新可能にする（コホート調査）。すなわち、新規患者を登録可能とし、登録された全患者について、疾患診断後定期的に（3，6，12，18，24，36，48・・・か月）登録者にメール配信し、生存、再発、経過観察終了に関するデータをメールバックしてもらう。得られたデータをサイト上の生存率のグラフに反映する。このシステムに参加する際の煩雑さや効率性を含めて、参加施設から評価をもらい、発表する。

セッション5－5

眼部悪性腫瘍についての疫学調査の提案2

○長井隆行¹、安積淳¹、小幡博人²、後藤浩³、大島浩一⁴

1：神戸大学 2：自治医大眼科 3：東京医科大学 4：岡山医療センター

眼部悪性腫瘍についての疫学調査に使用するウェブデータベースを提示する。

データベースは現在フリーソフトAmigoDataBaseを使用する予定である。データベースはレンタルサーバーに設置し運営を行う。

データベースへのアクセスにはセキュリティとして認証を必要とし、ID及びパスワードを設ける。認証によりデータ閲覧が可能となる。データを登録する場合は、登録担当者としてユーザー登録を行い、ユーザーとしてログインすることで登録可能となり、その登録症例の情報編集及び更新は登録者のみ可能とする。

症例のデータは、年齢、性別のみによる匿名とし、またデータにIDを設けることで編集時の利便性を図る。また、登録した症例については診断後の経過を確認するため、登録担当者に対し定期的なメール配信を行う。

集積した症例から生存率を算出する。経過開始は、病理診断が得られた日を基準日とし、そこからの経過を追う。経過終了は、死亡した日とし、生存率を算出する。また、病気の再発が確認された日もデータに含め、診断が得られ治療を行った後の無再発率も算出する。算出にはKaplan-Meier法を用いる。