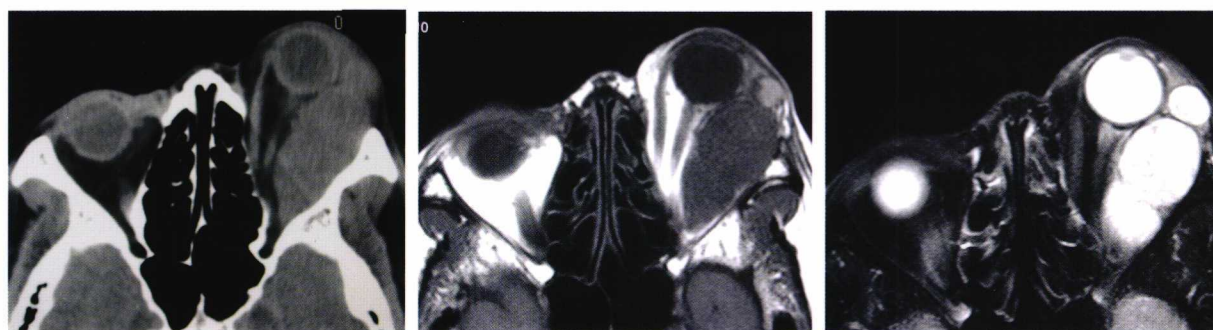


第26回 日本眼腫瘍研究会 第23回 眼窩疾患シンポジウム

プログラム

(日本眼科学会専門医制度生涯教育認定事業)



2008年11月22日(土)・23日(日)

東京医科大学病院 6階臨床講堂

福島市光が丘1番地
福島県立医科大学眼科

H20.11.14

第26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)

会 長 後藤 浩 東京医科大学 眼科学教室

日 時 2008年11月22日（土） 9：00～17：30

会 場 東京医科大学病院6階 臨床講堂

第23回 眼窩疾患シンポジウム

(日本眼科学会専門医制度生涯教育認定事業 No.02416)

会 長 酒井 成身 国際医療福祉大学三田病院 形成外科

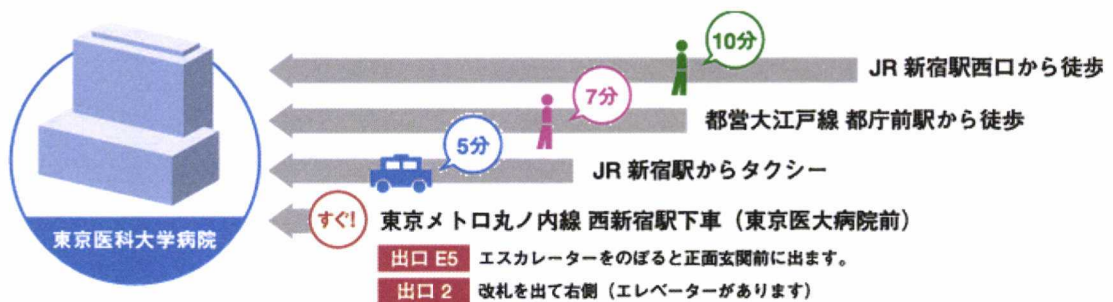
日 時 2008年11月23日（日） 9：00～16：55

会 場 東京医科大学病院6階 臨床講堂

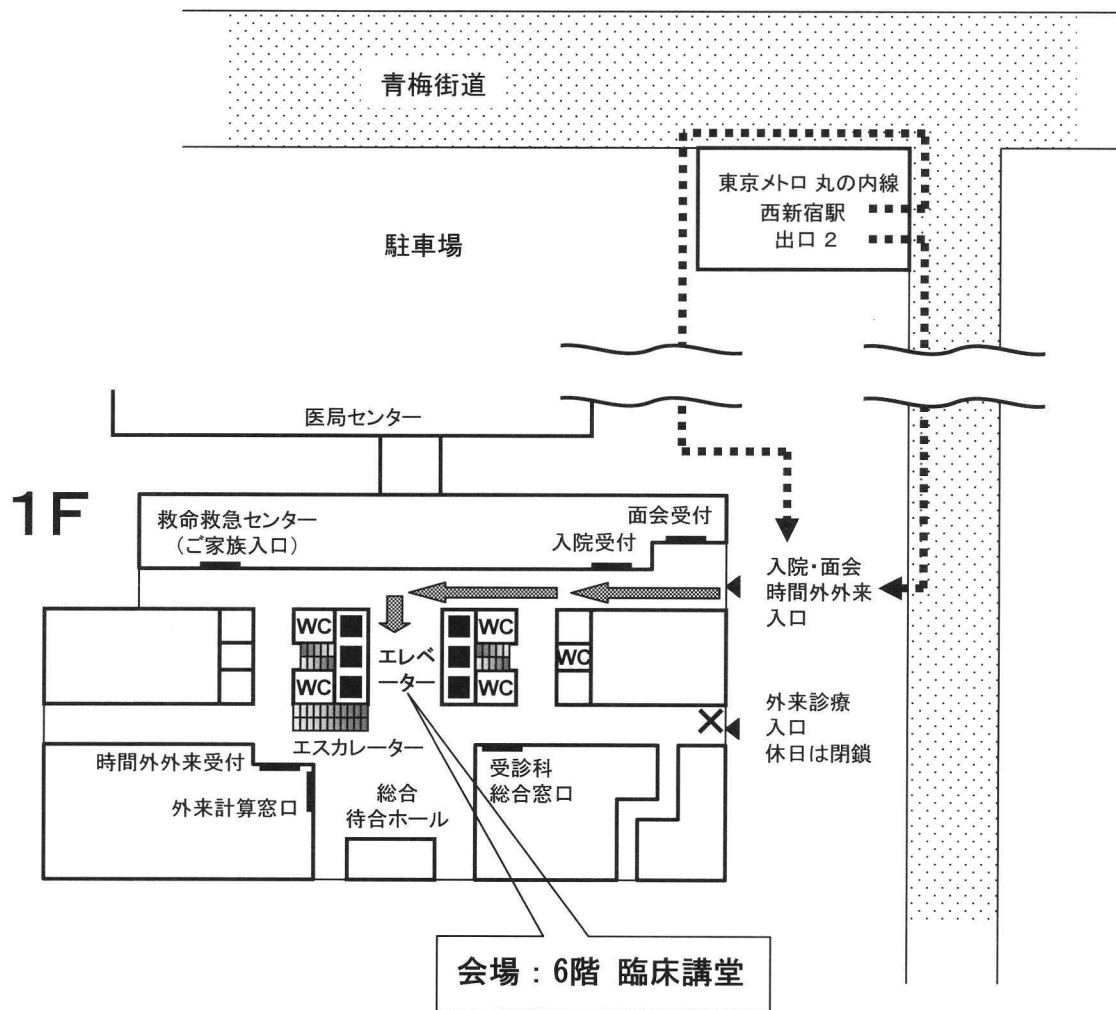
会場へのアクセス

JR東京駅から新宿駅までは、JR中央線で15分程度、東京メトロ丸の内線東京駅から西新宿駅までは20分程度かかります。丸の内線 西新宿駅の真上が、会場のある東京医大病院です。

羽田国際空港から新宿までは電車、リムジンバスいずれも1時間程度要します。



会場案内図



講演規定

1) 発表時間

一般講演は講演6分、討論4分とします。

一演題10分で終了するようにご協力をお願い致します。

2) 映像機材と講演データの準備・登録

PCのみご利用いただけます。

「PC受付」にセッション開始時刻の30分前までにお越し下さい。

○ Windows (Vistaを含む) にてデータを作成し、動画が含まれない場合

USBフラッシュメモリーに保存してご提出下さい。

◆事務局にてご用意しておりますPC (Windows) にはOS : Windows XP

PowerPoint 2000/2003/2007をインストールしております。上記環境にて正常に作動するデータをご用意下さい。Windows Vista PowerPoint 2007で作成されたデータにも対応しますが、万が一文字ずれなどがある場合はWindows Vistaを用意しておりますのでご安心下さい。

◆フォントはMS(P)ゴシック、MS(P)明朝、Times New Roman、Century、Century Gothic、Arial、Arial Blackのいずれかをご使用下さい。

◆静止画像はJPEG形式で作成されることをお勧めします。

◆持参いただくUSBフラッシュメモリーには、発表に使用されるデータのみを記録して下さい。ファイル名は、「演題番号・筆頭演者名」として下さい。

◆音声はご使用いただけません。

◆ご用意いただくUSBフラッシュメモリーのウイルスチェックを事前に行っておいて下さい。

◆お預かりした講演データは事務局で責任をもって消去いたします。

◆PCの画面解像度はXGA (1024×768ドット) をお願いします。

※ プロジェクターへの投影解像度はXGA (1024×768ドット) ですので、ワイド設定で作成されたデータは、上下に空白が生じて投影されます。

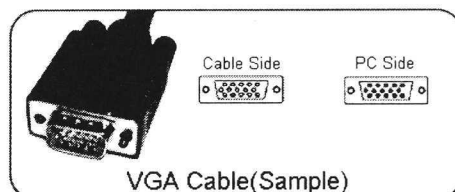
※ 解像度の設定は下記の方法で行って下さい。

デスクトップ画面でマウスを右クリック→プロパティ→設定→画面の解像度を1024×768に合わせる。

○ Windows で動画が含まれる場合および Mac の場合

ご自身の PC をご持参下さい。

- ◆利用機種、OS、アプリケーションに制限はありませんが、D-sub15 ピンによるモニター出力が必要です。事務局で D-sub15 ピンの接続ケーブルをご用意いたしますので、ご持参いただく PC から D-sub15 ピンへの変換コネクタが必要な場合には各自でご用意下さい。D-sub15 ピン以外では接続できません。



- ◆動画がある場合、再生できることを PC 受付にて必ずご確認ください。本体のモニターに動画が表示されても外部出力画面には表示されない場合がありますので、発表に使用する PC の外部出力にモニターを接続して PC 受付で確認して下さい。また、別の PC で作成された動画は再生できない場合がありますのでご注意ください。
- ◆音声はご使用いただけません。
- ◆スクリーンセーバー、ウイルスチェック、ならびに省電力設定はあらかじめ解除しておいて下さい。
- ◆電源ケーブルを必ず持参して下さい。バッテリーでのご使用はトラブルの原因となります。
- ◆何らかのトラブルによりお持ちいただいた PC が作動しないことがあります。必ずバックアップデータを持参して下さい。
- ◆PC の画面解像度は XGA (1024×768 ドット) をお願いします。
 - ※ プロジェクターへの投影解像度は XGA (1024×768 ドット) ですので、ワイド設定で作成されたデータは、上下に空白が生じて投影されます。
 - ※ 解像度の設定は下記の方法で行って下さい。
デスクトップ画面でマウスを右クリック→プロパティ→設定→画面の解像度を 1024×768 に合わせる。

■事務局■

〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1

東京医科大学病院 眼科医局内

Tel : (03) 5339-3759 (眼科医局直通)

Fax : (03) 3346-9170 (眼科医局)

E-mail : tumor08@tokyo-med.ac.jp (第 26 回 日本眼腫瘍研究会)

orbit08@tokyo-med.ac.jp (第 23 回 眼窩疾患シンポジウム)

第26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 2008年11月22日 (土) 9:00~17:30

会 場 東京医科大学病院6階 臨床講堂
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1
Tel: 03-5339-3759 (東京医大 眼科医局 直通)
Fax: 03-3346-9170 (東京医大 眼科医局)

登 録 当日、会場にて登録をお願い致します
登録用紙に所属、氏名をご記入下さい
参加登録料: 5,000円 (2研究会共通)

懇親会 会場 東京医科大学病院6階 カフェテラス (22日の講演終了後)
会費: 3,000円 (研究会参加登録時に一緒をお願い致します)

会 長 後藤 浩 東京医科大学 眼科学教室

事務局 東京医科大学 眼科医局内
第26回日本眼腫瘍研究会 事務局
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1
Tel: 03-5339-3759 (東京医大 眼科医局 直通)
Fax: 03-3346-9170 (東京医大 眼科医局)
E-mail: tumor08@tokyo-med.ac.jp

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鑽を目的とする。

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。

7 項 年 1 回の研究発表会は、世話人の中から選出された会長の責任において取り行われる。

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。

日本眼腫瘍研究会世話人

(50音順 敬称略)

- 安 積 淳 (神戸海星病院)
江 口 功 一 (江口眼科医院)
大 黒 浩 (札幌医科大学)
大 島 浩 一 (岡山医療センター)
小 幡 博 人 (自治医科大学)
柏 井 聡 (大阪赤十字病院)
嘉 鳥 信 忠 (聖隷浜松病院)
金 子 明 博 (東邦大学大橋)
小 島 孚 允 (さいたま赤十字病院)
◎ 後 藤 浩 (東京医科大学)
鈴 木 茂 伸 (国立がんセンター中央病院)
高 村 浩 (山形大学)
辻 英 貴 (癌研究会有明病院)
林 暢 紹 (高知大学)
古 田 実 (福島県立医科大学)
吉 川 洋 (九州大学)

(◎ 代表世話人)

日本眼腫瘍研究会 事務局

代表世話人 後藤 浩

東京医科大学 眼科医局内

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1

Tel : 03-5339-3759 (東京医大 眼科医局 直通)

Fax : 03-3346-9170 (東京医大 眼科医局)

第27回日本眼腫瘍研究会のお知らせ

日時：平成21年6月20日 (土)

会場：山形医学交流会館

会長：高村 浩 (山形大学 眼科)

プログラム

11月22日（土）

■会長挨拶■

8:50-9:00

■セッション1 眼瞼腫瘍■

9:00-9:50

座長 小幡博人（自治医大）

1. 小児に発症した眼瞼神経鞘腫の1例

○木村圭介¹、田中孝男¹、枝川 宏²、黒田雅彦³、後藤 浩⁴

¹厚生中央病院 眼科 ²えだがわ眼科クリニック ³東京医大 病理 ⁴東京医大 眼科

2. 眼瞼に生じたAge-related Epstein-Bar virus associated B-cell lymphoproliferative disorders

○辻 英貴¹、田村めぐみ¹、小口正彦²、横山雅大³、浅井洋晶³、竹内賢吾⁴

¹癌研究会有明病院 眼科 ²癌研究会有明病院 放射線治療科

³癌研究会有明病院 化学療法科 ⁴癌研究会研究所 病理

3. 上眼瞼に原発したLangerhans Cell Histiocytosisの1症例

○笹部哲生¹、高橋健一郎¹、河原邦光²

¹大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 眼科

²大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 臨床検査科

4. 眼瞼と心房に多発した粘液腫症の1例

○藤田陽子¹、吉川 洋¹、村上祐介¹、石橋達朗¹、塩瀬 明²

¹九州大 眼科 ²九州大 心臓外科

5. 検診における瞼縁母斑の頻度

○與儀美智子^{1, 2}、吉川 洋¹、安里 良¹、鍋島崇寛¹、石川圭二郎¹、有田量一¹、川原周平¹

石橋達朗¹

¹九州大 眼科 ²新小倉病院 眼科

■セッション2 眼瞼脂腺癌■

9:50-10:30

座長 小島孚允（さいたま赤十字病院）

6. 脂腺癌114例の臨床像

○荒木章之¹、辻 英貴²、鈴木茂伸³、高澤 豊⁴、小島孚允⁵

¹東京大 ²癌研究会有明病院 眼科 ³国立がんセンター中央病院 ⁴東京大 病理部

⁵さいたま赤十字病院 眼科

7. 眼瞼脂腺癌におけるp53遺伝子変異解析

○清崎邦洋¹、中塚和夫¹、中田知里²、松浦恵子²、守山正胤²

¹大分大 眼科 ²大分大 第二病理

8. 放射線治療後に再発した眼瞼脂腺癌2症例の検討

○長井隆行¹、田上瑞記¹、関向大介¹、安積 淳^{1, 2}

¹神戸大 眼科 ²神戸海星病院 眼科

9. 非典型的な臨床像を呈した脂腺癌の2例

○松田隆作、笠井健一郎、後藤 浩

東京医大 眼科

■コーヒーブレイク■

10:30-10:50

■セッション3 結膜腫瘍、他■

10:50-11:30

座長 大島浩一（岡山医療センター）

10. 結膜に発生した濾胞性リンパ腫の1例

○熊田雅子^{1, 2}、熊田充起³、近藤雄司³、森 良雄⁴、高見 剛⁵、勝村直樹⁶、鶴見 寿⁷

望月清文¹

¹岐阜大 眼科 ²大垣市民病院 眼科 ³中濃厚生病院 眼科 ⁴中濃厚生病院 病理

⁵岐阜大 免疫病理 ⁶中濃厚生病院 内科 ⁷岐阜大 第一内科

11. マイトマイシンC点眼治療を行ったCIN(corneal/conjunctival intraepithelial neoplasia)の4例

○向野利一郎¹、吉川 洋¹、金海美和¹、中須賀大二郎¹、石橋達朗¹、西岡木綿子²

¹九州大 眼科 ²国家公務員共済千早病院 眼科

12. インターフェロン β 結膜下注射を行った結膜悪性黒色腫の4例

○田上瑞記¹、長井隆行¹、関向大介¹、安積 淳^{1, 2}

¹神戸大 眼科 ²神戸海星病院 眼科

13. 上強膜腫瘤の1症例

○大島浩一、島村智子

岡山医療センター 眼科

■セッション4 眼窩内腫瘍、他■

11:30-12:00

座長 辻 英貴（癌研有明病院）

14. 前頭洞、頭蓋底部、眼窩内へ進展した篩骨洞巨大粘液嚢腫の1例

○今川幸宏、嘉島信忠、鹿嶋友敬、山田貴之、中内一揚

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

15. 挙筋腱膜を大きく偏位させた涙腺嚢胞の1例

○中内一揚、嘉島信忠、鹿嶋友敬、山田貴之、今川幸宏

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

16. 視神経膠腫(optic glioma)の新しい治療：化学療法による機能温存治療

○柳澤隆昭^{1, 2}、鈴木智成²、上宮奈穂子²、脇谷健司²、安達淳²、三島一彦²、松谷雅生²

西川亮²

¹埼玉医大国際医療センター 包括的がんセンター 小児脳脊髄腫瘍部門

²埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科

■昼食・世話人会■

12:00-13:15

■セッション5 眼内腫瘍■

13:15-14:15

座長 鈴木茂伸（国立がんセンター中央病院）

17. 若年性黄色肉芽腫が考えられた1例

○大場久美代¹、吉川 洋¹、有川愛子¹、田原義久²、石橋達朗¹、竹内 実³、国場尚志⁴

¹九州大 眼科 ²田原眼科クリニック ³たけうち皮膚科 ⁴九州大 皮膚科

18. 両眼視力低下で発症した小児慢性骨髄性白血病の1例

○原 雄将¹、嘉村由美¹、及川亜希¹、七野浩之²、麦島秀雄²、後藤 浩³

¹日本大 眼科 ²日本大 小児科 ³東京医大 眼科

19. 多発性悪性髄膜腫に併発した脈絡膜腫瘍の1例

○佐々木博司¹、田邊樹郎¹、山根貴司²、辻 英貴³、小島孚允⁴

¹東京大 眼科 ²広島市民病院 眼科 ³癌研究会有明病院 眼科 ⁴さいたま赤十字病院 眼科

20. 脈絡膜ganglioneuromaを合併したneurofibromatosis (NF)-1の1例

○石嶋 漢、加瀬 諭、合田千穂

北海道大 眼科

21. 近年経験した眼内悪性リンパ腫症例の検討

- 沖永貴美子^{1, 2}、蕪城俊克¹、高本光子¹、辻 英貴³、田村めぐみ³、小島孚允⁴、田岡和城⁵
高橋強志⁵、黒川峰夫⁵
¹東京大 眼科 ²関東中央病院 眼科 ³癌研有明病院 眼科 ⁴さいたま赤十字病院 眼科
⁵東京大 血液腫瘍内科

22. 局所切除術を施行した毛様体腫瘍の視機能予後

- 豊野哲也、小島孚允、藤代貴志
さいたま赤十字病院 眼科

■招待講演■

14:15-15:35

座長 後藤 浩（東京医大）

『脂腺系腫瘍の病理診断』

泉 美貴 （東京医科大学 病理診断学講座）

『眼腫瘍に対する炭素イオン線治療』

溝田 淳 （順天堂大学浦安病院 眼科）

■コーヒープレイク■

15:35-15:50

■セッション6 網膜芽細胞腫■

15:50-16:30

座長 古田 実（福島県医大）

23. Peripapillary subretinal neovascularizationを伴った網膜芽細胞腫

- 加瀬 諭^{1, 2}、Narsing A Rao²
¹北海道大 眼科 ²南カリフォルニア大学 ドヘニー眼研究所

24. 年長児にみられた網膜腫瘍の2症例

- 児玉俊夫¹、大城由美²、鈴木茂伸³
¹松山赤十字病院 眼科 ²松山赤十字病院 病理 ³国立がんセンター中央病院 眼科

25. 視神経乳頭部に腫瘍を形成した網膜芽細胞腫の予後

- 鈴木茂伸
国立がんセンター中央病院 眼科

26. 眼球内網膜芽細胞腫に対する全身化学療法・局所化学療法併用による温存治療：
世界の動向からみたわが国の治療について

○柳澤隆昭¹、鈴木茂伸²、金子明博^{3, 4}

¹埼玉医大国際医療センター 包括的がんセンター 小児脳脊髄腫瘍部門

²国立がんセンター中央病院 眼科 ³東邦大学医療センター大橋病院 眼科

⁴埼玉医大国際医療センター 包括的がんセンター 眼科腫瘍科

■セッション7 ぶどう膜悪性黒色腫■

16:30-17:20

座長 吉川 洋（九州大）

27. ヒトぶどう膜悪性黒色腫が樹状細胞に与える免疫学的な影響

○臼井嘉彦¹、馬 娟¹、奥貫陽子¹、後藤 浩¹、溝田 淳²

¹東京医大 眼科 ²順天堂大・浦安 眼科

28. Monosomy 3の検索を施行した脈絡膜悪性黒色腫の2例

○張 大行、尾山徳秀、江口功一、阿部春樹

新潟大 眼科

29. 脈絡膜悪性黒色腫に対して炭素イオン線照射を行った後、硝子体手術で腫瘍切除を行った
1例

○臼井亜由美¹、溝田 淳¹、竹林 弘¹、田中 稔¹、塩野さおり²、辻 比呂志³

¹順天堂大・浦安 眼科 ²順天堂大・浦安 臨床検査科

³放射線医学総合研究所 重粒子医科学センター

30. ¹²³I-IMP-SPECT検査で陽性を示さなかった脈絡膜悪性黒色腫の1例

○高村 浩、今野伸弥、山下英俊

山形大 眼科

31. Vogt-小柳-原田病の治療中に脈絡膜メラノーマを発症した1例

○大口泰治、森 隆史、古田 実、飯田知弘

福島県医大 眼科

■閉会ならびに次期会長挨拶■

17:20-17:30

■懇親会■

17:30～

一般講演

■セッション1 眼瞼腫瘍■

1. 小児に発症した眼瞼神経鞘腫の1例

○木村圭介¹、田中孝男¹、枝川 宏²、黒田雅彦³、後藤 浩⁴

¹厚生中央病院 眼科 ²えだがわ眼科クリニック ³東京医大 病理 ⁴東京医大 眼科

【緒言】神経鞘腫は、眼科領域においては眼瞼や眼窩からの発生が多く、成人例が大多数を占める。我々は今回、小児に発生した眼瞼神経鞘腫の1例を経験したので報告する。

【症例】患者は8歳、男児。3年前から左上眼瞼に無痛性のしこりを自覚していた。その後、徐々に増大してきたため、平成20年5月12日近医を受診し、精査加療目的に平成20年5月15日当院へ紹介となった。初診時、左上眼瞼皮下にピーナッツ大の表面平滑な腫瘤を触知した。その他、前眼部、中間透光体、眼底には異常はみられなかった。平成20年5月19日、局所麻酔下で眼瞼皮膚側より切開し、眼輪筋上に位置した腫瘤を一塊として摘出した。腫瘤は被膜を有し、大きさは10×5×4mmで、断面は黄白色を呈した。Hematoxylin-Eosin染色では紡錘型の細胞が柵状または渦巻き状に増生しており、なお、腫瘍細胞の多くはAntoni A型が占めていた。免疫組織化学染色では、抗S-100蛋白抗体に細胞質が反応し陽性を示すものの、抗 α -SMA抗体、抗Desmin抗体を用いた染色に対して陰性を示した。以上の所見から眼瞼神経鞘腫と診断した。

【結語】小児の眼瞼腫瘍では、まれではあるが神経鞘腫も念頭に置いて、診療に当たる必要がある。

2. 眼瞼に生じたAge-related Epstein-Barr virus-associated B-cell lymphoproliferative disorders

○辻 英貴¹、田村めぐみ¹、小口正彦²、横山雅大³、浅井洋晶³、竹内賢吾⁴

¹癌研究会有明病院 眼科 ²癌研究会有明病院 放射線治療科

³癌研究会有明病院 化学療法科 ⁴癌研究会研究所 病理

眼部に生じる悪性リンパ腫は圧倒的にMALT (Mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫が多いが、近年本邦から発信されたAge-related Epstein-Barr virus-associated B-cell lymphoproliferative disorders —加齢性EBV関連B-LPD— (以下AREBV+LPD) という新しいリンパ腫がWHO分類に加わる予定である。このたび演者らは眼瞼～眼窩に生じたAREBV+LPDの症例を経験したので報告する。83歳の女性で、他院にて不明熱で内科にかかり、その後眼瞼腫脹を生じ眼科受診するも治療希望せず放置。症状進行のため説得されて当院を紹介受診したところ、左) 眼瞼、眼窩、篩骨洞に壊死を伴う腫瘍および耳前、顎下、頸部リンパ節腫脹を認めた。眼瞼と頸部リンパ節の生検を施行したところ、それぞれCD5-, CD10-, CD20+, BCL6-, MUM1+, LMP1+, EBNA2-, PAX5+でAREBV+LPDと病理診断され、化学療法にて腫瘍は著明に縮小した。AREBV+LPDが眼部に発生した報告は調べた限りではなく非常に珍しい症例であるが、今後、社会の高齢化に伴って増加する可能性があり、鑑別疾患として留意が必要である。

■セッション1 眼瞼腫瘍■

3. 上眼瞼に原発したLangerhans Cell Histiocytosisの一症例

○笹部哲生¹、高橋健一郎¹、河原邦光²

¹大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 眼科

²大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター 臨床検査科

【緒言】Langerhans Cell Histiocytosis (LCH) は、骨髓細胞由来のLangerhans細胞の異常増殖像を示す疾患で、以前は好酸球性肉芽腫症、Hand-Schuller-Christian病、Letterer-Siwe病を総称したHistiocytosis Xと呼ばれていた。発生部位は、骨、肺、脳、脾臓、皮膚などである。眼科領域では、眼瞼に原発した症例の報告は稀で、多くは眼窩内で発症し眼球突出を来することが特徴的である。今回、本疾患の眼瞼原発例を経験したので報告する。

【症例】症例は65才男性で、平成19年9月右上眼瞼の腫瘤を気づき近医受診した。霰粒腫の診断の下に9月18日切開されるが軽減せず、増大化傾向を示したので、10月1日当院に紹介された。頭部CT検査では、腫瘤は眼瞼内に限局し、眼窩内、脳内、頭蓋骨に異常はなかった。10月9日外来手術にて摘出術施行した。術後の病理所見では、真皮浅層から深層まで、組織球様細胞が小集塊を形成し壊死を伴って増殖像していた。これらの細胞はs-100陽性、CD1a陽性であることから、LCHと診断した。

【考案】霰粒腫と鑑別が重要な眼瞼の悪性腫瘍には、扁平上皮癌、腺癌、基底細胞癌などがある。LCHの頻度はそれに比して非常に低い、鑑別疾患の一つに本疾患も考慮する必要があると思われる。

4. 眼瞼と心房に多発した粘液腫症の1例

○藤田陽子¹、吉川 洋¹、村上祐介¹、石橋達朗¹、塩瀬 明²

¹九州大 眼科 ²九州大 心臓外科

【目的】左心房、右心房の粘液腫に右下眼瞼粘液腫を合併した症例を経験したので、報告する。

【症例】29歳の男性。主訴は右下眼瞼の腫瘍。1990年と2000年にそれぞれ、左房内、右房内の粘液腫摘出の既往があった。2006年11月、右下眼瞼の腫瘍を主訴に九州大学を受診した。腫瘍は涙点のすぐ耳側の瞼縁部から睫毛部にあり周囲皮膚と同色、横に長いドーム状、5 x 10ミリであった。同日腫瘍を切除した。腫瘍は黄白色でゼリー状であった。組織では粘液腫の所見であった。2008年1月、同部位に白色調の多房性腫瘍が再発、切除した。術中所見および組織所見は初回と同一であった。

【考案】粘液腫は心臓原発腫瘍のなかで最も頻度の高いものであるが、その発生頻度は0.002%、30～60歳の男子に多いとされる。眼瞼の粘液腫は国内外で検索される報告が5例とまれである。これら報告の多くは下涙点近くに発生しており、神経鞘細胞由来（nerve sheath myxoma）であることが多い。

粘液腫は心臓と皮膚などに合併することがある（粘液腫症）が、眼瞼との合併例は報告がない。一方、粘液腫の多発に多臓器病変を伴うCarney's complexが知られている。

5. 検診における瞼縁母斑の頻度

○與儀美智子^{1, 2}、吉川 洋¹、安里 良¹、鍋島崇寛¹、石川圭二郎¹、有田量一¹、川原周平¹
石橋達朗¹

¹九州大 眼科 ²新小倉病院 眼科

【背景】眼瞼皮膚の母斑は特徴的に瞼縁部に発生し、ときに角膜びらんや整容の問題で治療の対象となる。日常的疾患と思われるがその頻度は知られていない。今回われわれはカネミ油症検診において瞼縁母斑の頻度を検討したので報告する。

【対象と方法】対象は2008年8月ないし9月に久留米市、福岡市で行われたカネミ油症検診で眼科検診を行った219名（男92名、女127名）。年齢は3～90歳（平均61.1歳）。眼科検診で上下眼瞼の瞼縁部の診察と撮影を行った。瞼縁部（睫毛線から皮膚粘膜移行部の間）の母斑様隆起および限局性色素性病変を母斑として計数した。

【結果】男性3例、女性7例の10例に計11個の母斑様病変を認めた。10個が隆起性、1個が隆起のない限局性色素性病変であり、8個が有色、3個が無色素であった。病変局在部位は、上眼瞼4個、下眼瞼7個、また眼瞼の鼻側が5個、中央部が4個、耳側が2個であった。

【結論】瞼縁母斑の頻度はおよそ5%と考えられた。瞼縁母斑は女性に多く、下眼瞼に多い可能性が考えられた。

6. 脂腺癌114例の臨床像

○荒木章之¹、辻 英貴²、鈴木茂伸³、高澤 豊⁴、小島孚允⁵

¹東京大 ²癌研究会有明病院 眼科 ³国立がんセンター中央病院 ⁴東京大 病理部

⁵さいたま赤十字病院 眼科

1986年～2006年の20年間に東京大学医学部附属病院、さいたま赤十字病院、国立がんセンター中央病院、癌研究会有明病院のいずれかを受診し、脂腺癌と病理診断された114例（男性55例、女性59例、平均年齢70.7±12.8歳、平均観察期間43.1±46.6ヶ月）について、治療内容、予後、再発の有無、再発までの期間、生存率、無再発率、腫瘍の局在についてレトロスペクティブに検討を行った。（今回、2007年日本眼窩疾患シンポジウムにおける発表よりさらに詳しく検討した。）初回治療の内容は手術のみ56.7%、放射線のみ31.7%、手術放射線併用が7.7%であった。5年生存率、5年無再発率は、全体（n=104）で92.8%、66.1%、初回治療が手術のみの59例では94.0%、69.3%、放射線のみ33例では100%、62.8%、放射線を含む42例では91.7%、65.6%であり、手術群と放射線治療群では有意差は認められなかった。次に、初診時の腫瘍の大きさと予後を比較したところ、腫瘍径が大きいほど、予後が悪い傾向が認められた。前医での切開回数は、0回37.5%、1回37.5%、2回14.4%の順に多かった。局所再発は24例(23.1%)に認められ、再発までの平均観察期間は31.9±30.2ヶ月であった。再発・転移に対する治療はexcisional biopsy 9例、リンパ節郭清5例、放射線4例、眼窩内容除去2例の順に多かった。

脂腺癌の病態がさらに明らかにされ、治療法が確立することが望まれる。

7. 眼瞼脂腺癌におけるp53遺伝子変異解析

○清崎邦洋¹、中塚和夫¹、中田知里²、松浦恵子²、守山正胤²

¹大分大 眼科 ²大分大 第二病理

【目的】p53遺伝子は、癌で最も高頻度に変異が検出され、その機能欠損が癌発生を上昇させる重要な癌抑制遺伝子である。眼瞼脂腺癌におけるp53遺伝子変異の有無を調べ免疫組織化学や臨床経過との関係を検討する。

【対象と方法】当院において1989年～2004年の間に外科手術時に摘出された眼瞼脂腺癌15症例（ホルマリン固定パラフィン包埋切片）を用いてp53免疫組織化学、遺伝子変異解析を行った。免疫組織化学には抗p53抗体DO-7 (Dako)を用いた。

遺伝子変異解析はLaser-captured microdissectionを用いて腫瘍細胞を回収してゲノムを抽出した後PCR-SSCP法で変異バンドを検出し、ダイレクトシーケンス法で遺伝子変異を同定した。

【結果】15例中10例において遺伝子変異が検出された。7例はミスセンス変異、2例はsplice siteの変異、1例はナンセンス変異でありいずれも点変異であった。p53遺伝子変異と免疫組織化学の間に相関が見られたが、臨床経過との間に相関は見られなかった。

【結論】眼瞼脂腺癌におけるp53遺伝子変異は、これまで報告されているものの中でも最も高頻度なものの一つでありその種類は皮膚癌よりも内臓癌に近いことが判明した。

8. 放射線治療後に再発した眼瞼脂腺癌2症例の検討

○長井隆行¹、田上瑞記¹、関向大介¹、安積 淳^{1, 2}

¹神戸大 眼科 ²神戸海星病院 眼科

放射線治療を施行し、後に再発し摘出術を行った2症例を経験したので報告する。

症例1 78歳女性。2005年12月初診。左上眼3分の2以上の腫瘍を生検で脂腺癌診断後、2006年1月に放射線治療を施行した。腫瘍は縮小したが残余した。追加切除せず経過観察したが、2008年4月に眼瞼結膜に再発し、上瞼腫瘍切除術を施行した。

症例2 63歳女性。2005年7月初診。左下眼瞼脂腺癌を疑われる腫瘍に対して、マッピング生検を行った。下眼瞼耳側にあった腫瘍本体部分は脂腺癌で、下眼瞼結膜にpagetoid spread（結膜上皮は扁平上皮異型）を伴う、と診断した。腫瘍が下眼瞼全体に広がるため2005年8月に放射線治療を施行した。治療後腫瘍本体は消失したが、結膜の病変は再発傾向が強く、冷凍凝固術を繰り返した（計3回）。しかし、2008年3月に球結膜にも病変が拡大しはじめ、下眼瞼鼻側に腫瘤形成もみられたため、下眼瞼の腫瘍摘出を追加した。

いずれも比較的広範囲の腫瘍切除を要する症例で、放射線治療の効果はあったものの部分的であった。脂腺癌に対する放射線治療は、腫瘍縮小後の切除追加など、工夫が必要と思われた。

■セッション2 眼瞼脂腺癌■

9. 非典型的な臨床像を呈した脂腺癌の2例

○松田隆作、笠井健一郎、後藤 浩
東京医大 眼科

【目的】脂腺癌は、霰粒腫や眼瞼結膜炎などに類似した臨床像を示すことがある。今回、結膜に主病変を有する非典型的な臨床像を呈した脂腺癌の2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1は62歳、女性。2006年1月に右上眼瞼の腫瘤が出現し、近医で霰粒腫の診断のもと、切開、搔爬が施行された。その後再発を認め、同年3月に近医で改めて切除されたが、同年6月に再発したため、当科紹介受診となった。右上眼瞼結膜の7mm大の隆起性病変を切除し、術中迅速病理診断は扁平上皮癌であったが、永久保存標本では脂腺癌の診断に至った。術後2年経過した現在まで再発はない。

症例2は63歳、女性。2005年8月に右眼の異物感を主訴に近医を受診。右上眼瞼結膜に黄白色調で扁平、びまん性の顆粒状病変がみられ、インプレッションサイトロジーが施行されたが異型細胞等は検出されなかった。当科紹介受診後、2007年11月に右上眼瞼結膜組織を一部切除のうえ冷凍凝固術を施行した。病理組織学的には空胞状の胞体を有する異型細胞がみられ、脂肪染色も陽性であり、脂腺癌と診断された。翌月に改めて冷凍凝固術および0.04%マイトマイシンC塗布を行い、術後に0.04%マイトマイシンC点眼を追加した。術後8か月経過した現在まで再発はない。

【結論】脂腺癌は瞼結膜に主病変を有する非典型的な臨床像を呈することがあり、診断に際して注意が必要である。

10. 結膜に発生した濾胞性リンパ腫の1例

○熊田雅子^{1, 2}、熊田充起³、近藤雄司³、森 良雄⁴、高見 剛⁵、勝村直樹⁶、鶴見 寿⁷

望月清文¹

¹岐阜大 眼科 ²大垣市民病院 眼科 ³中濃厚生病院 眼科 ⁴中濃厚生病院 病理

⁵岐阜大 免疫病理 ⁶中濃厚生病院 内科 ⁷岐阜大 第一内科

【緒言】眼付属器に発生するリンパ腫ではMALTリンパ腫が多く見られるが、濾胞性リンパ腫がみられることは極めて稀である。今回我々は結膜に発生した濾胞性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】53歳、女性。3ヵ月ほど前より右眼の結膜充血および流涙を覚えるも放置。眼瞼腫脹も出現し近医受診。両眼の結膜増殖性変化を指摘され、精査目的にて中濃厚生病院眼科紹介受診。初診時、矯正視力は右0.9、左1.0、両眼の球結膜にサーモンピンク様の隆起性病変を認めた。結膜生検を行い、病理組織学的にはリンパ増殖性病変でありcentroblast集簇が混在していた。免疫染色では濾胞細胞はCD20、CD10、Bcl-2が陽性であった。フローサイトメトリーを用いた表面マーカー検索ではCD10陽性細胞が50%以上、CD20陽性細胞が88%以上を占めた。また、抽出したDNAからH鎖J_Hの再構成が認められた。骨髓検査ではt(14,18)陽性の異型リンパ球が認められた。以上より濾胞性リンパ腫（grade 1）と診断した。各種画像診断にて胃・大腸などの病変が検出されStageIVと診断され、内科にてR-THP-COP療法を施行した。治療後結膜の病変は肉眼的にはほとんど消失した。

【結論】眼付属器に発生することは稀とされている結膜濾胞性リンパ腫の1例を経験した。病理組織検査、細胞表面マーカー検査、遺伝子検査および染色体検査にて診断した。

■セッション3 結膜腫瘍、他■

11. マイトマイシンC点眼治療を行ったCIN (corneal / conjunctival intraepithelial neoplasia) の4例

○向野利一郎¹、吉川 洋¹、金海美和¹、中須賀大二郎¹、石橋達朗¹、西岡木綿子²

¹九州大 眼科 ²国家公務員共済千早病院 眼科

【目的】九州大学でマイトマイシンC (以下MMC) 点眼治療を行ったCINの治療成績を報告する。

【症例】症例はCINと九州大学眼科で診断しMMC点眼治療を行った4例4眼。MMC点眼を1日4回1週間を1クールとし行った。治療効果判定は細隙灯顕微鏡検査で行った。症例1は74歳男性、H19年6月に紹介受診し、MMC点眼2クール施行後、腫瘍消失し、現在まで再発を認めていない。症例2は70歳男性、H19年4月に紹介受診し、CINを認めMMC点眼を開始、2クール施行後腫瘍は消失し再発は認めていない。症例3は72歳男性、H19年5月に紹介受診し、120度におよぶCINを認め、MMC点眼を開始した。2クール施行後、腫瘍は約30度まで縮小し、その後切除を行い再発は認めていない。症例4は35歳女性、H16年11月に腫瘍切除を行い、H18年8月再来時に腫瘍の再発を認めMMC点眼を開始した。4クール施行し、以後再発を認めていない。

【考察】全症例ともMMC点眼への反応は良好であった。副作用として、2例に軽度の角結膜上皮障害および眼瞼皮膚炎を認めたが、点眼中止後、速やかに症状は改善した。

【結論】マイトマイシンC点眼はCIN治療に有効である。

12. インターフェロンβ結膜下注射を行った結膜悪性黒色腫の4例

○田上瑞記¹、長井隆行¹、関向大介¹、安積 淳^{1, 2}

¹神戸大 眼科 ²神戸海星病院 眼科

【目的】結膜悪性黒色腫に対してインターフェロンβ結膜下注射（INF結注）を行った4例の経過を報告する。

【症例】症例1 44歳 男性。2002年5月初診。同年6月に右結膜腫瘍を摘出し、悪性黒色腫と診断した。PAMを伴い術後8か月で再増大したため、2003年6月に再度腫瘍を摘出し、同年8月から計22回のINF結注を行った。残余腫瘍とPAMは消失した。2005年2月に小さな球結膜病巣が出現し、再発と診断されたため、同年3月から再度計20回のINF結注を行った。その後局所再発、遠隔転移はみられない。

症例2 72歳 男性。2005年6月初診。同年5月前医で右悪性黒色腫と診断された。2005年7月から計18回のINF結注を行ったが、涙腺部の腫瘍が次第に増大し、同年10月腫瘍を追加切除した。断端陰性であったが、2006年5月多発肝転移が発見され、同年6月死亡した。

症例3 59歳 男性。2005年12月初診。前医で左結膜悪性黒色腫と診断され、2006年1月から計20回のINF結注を行った。腫瘍切除部近傍の病変が2008年初めから隆起しつつある。

症例4 38歳 男性。2006年9月初診。以前からあった右結膜色素性病変が急速に増大したため、結膜腫瘍を全摘した。2006年11月から計20回のINF結注を行った。現在まで局所再発、遠隔転移はみられない。

【結語】IFNの長期的有効性を検証する必要がある。

13. 上強膜腫瘤の一症例

○大島浩一、島村智子

岡山医療センター 眼科

【背景】結膜下から強膜にかけて発生する腫瘍性病変として、リンパ腫、白血病浸潤などの血液疾患、アミロイド沈着、サルコイド肉芽腫、過誤腫、間葉系腫瘍などを考慮すべきであるが、稀な疾患に出会うこともある。最終的には病理検査で診断が確定する。

【症例】53歳の男性が、左眼球表面の腫瘤に気づき、近医眼科から当院へ紹介された。約20年前から、左眼球表面の上耳側に硬結を触れていたが、4か月前から大きくなった。肉眼的には、結膜下から強膜内にかけて横9ミリ×縦12ミリ、境界不明瞭、黄白色調の腫瘤を認め、その周囲は充血していた。自発痛、圧痛はなかった。肉眼所見から異所性軟骨などの過誤腫を疑い、経過観察とした。6か月後に再来したとき、病変が横13ミリ×縦20ミリに大きくなっていた。進行性病変であることが明らかになったので、診断確定のため試験切除した。病巣と正常強膜との境界は必ずしも明らかでなく、強膜に浸潤した病変も切除した。外直筋付着部を含む病変であった。

【観察】病理診断にもとづき治療を行い、その後2年間経過観察している。病変がゆっくりと縮小しつつあるが、完全には消失していない。

14. 前頭洞、頭蓋底部、眼窩内へ進展した篩骨洞巨大粘液嚢腫の一例

○今川幸宏、嘉島信忠、鹿嶋友敬、山田貴之、中内一揚

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【目的】副鼻腔に発生した粘液嚢腫が眼窩内へ進展し、種々の眼症状を呈することはしばしば経験される。今回我々は全く自覚症状がなく、眼球突出によって発見された篩骨洞巨大粘液嚢腫を経験したので報告する。

【症例】80歳男性。近医眼科にて白内障術後の定期通院中に、右眼球突出を指摘され当院を紹介受診した。初診時右眼は健側と比較して7mmの眼球突出を呈していたが、複視などの自覚症状はなかった。視力、眼圧、中心フリッカー検査で明らかな異常を認めなかったが、Hess chartにて右眼の上転および内転制限を認めた。眼窩腫瘍を疑いMRI検査を施行したところ、篩骨洞から前頭洞、眼窩内側壁、頭蓋底にかけて浸潤する巨大腫瘍を認め、画像所見から粘液嚢腫が疑われた。摘出手術を予定していたが入院待機期間中に急激な右眼のかすみを訴え、視力および中心フリッカー値の低下を認めた。鼻性視神経症と判断し、緊急に手術を施行した。手術は篩骨洞側より嚢胞を開放した後に、眼窩内へ圧迫されていた眼窩骨内壁の整復を行った。頭蓋底の骨は圧迫性に融解していた。

【結果】術後眼球突出は消失した。視力、中心フリッカー値および眼球運動にも徐々に改善を認め、術後約一年でほぼ正常域まで回復した。現在のところ再発はなく、術後の経過は良好である。

【結論】眼窩疾患は比較的まれな疾患であるが、視機能のみでなく生命予後にも影響を及ぼす場合がある。本例でも発見が遅れていれば、重篤な合併症を引き起こしていた可能性もある。患者の訴えがなくても、少しでも可能性があれば、眼窩疾患を疑って精査する必要があると思われた。

■セッション4 眼窩内腫瘍、他■

15. 挙筋腱膜を大きく偏位させた涙腺嚢胞の一例

○中内一揚、嘉島信忠、鹿嶋友敬、山田貴之、今川幸宏

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【緒言】涙腺嚢胞が眼瞼内に進展膨隆し、眼瞼下垂を来たした稀な症例を経験した。臨床経過および術中所見と眼瞼下垂との関連について若干の考察を加えて報告する。

【症例】56歳女性。左眼瞼腫脹にて前医受診した。化膿性霰粒腫を疑われ抗生剤にて軽快していたが、腫脹消退後も鼻側の眼瞼浮腫が軽減しないため紹介受診となった。

初診時所見：矯正視力、眼球運動に異常なかった。左眼は軽度瞼下垂を来たしていた（MRD 右 4mm 左 1.5mm）。上眼瞼を挙上すると嚢胞性腫瘤が露見した。結膜円蓋から眼窩にかけて存在し、触診にて弾性軟であった。MRI検査の結果、18 x 7 x 13mm大の内部の粘稠度が高い嚢胞性病変と推測されたため、手術摘出を予定した。

手術：重瞼線のラインで皮切を置いた。釣り針鉤で展開すると腫瘤は結膜とミュラー筋の間に存在した。外眦側で涙腺への連続性を確認して結紮摘除した。ミュラー筋はintactであったが、挙筋腱膜は内眦側が瞼板から外れていた。white lineを瞼板に縫合し眼瞼挙筋短縮術の型どおり手術を終了した。

術後経過：病理結果は涙腺道管由来と考えられる涙腺嚢胞であり、悪性変化はなかった。術後4カ月にて左眼MRDは4.5mmと改善した。

【考察】術中所見では、嚢胞は浮き袋のようであり、ミュラー筋と挙筋腱膜は内外眦にかけ後方から圧排されていた。内眦側の挙筋腱膜のみが外れていたことより構造的な脆弱性が示唆された。

16. 視神経膠腫(optic glioma)の新しい治療：化学療法による機能温存治療

○柳澤隆昭^{1, 2}、鈴木智成²、上宮奈穂子²、脇谷健司²、安達淳²、三島一彦²、松谷雅生²

西川亮²

¹埼玉医大国際医療センター 包括的がんセンター 小児脳脊髄腫瘍部門

²埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科

視神経膠腫は殆どが10歳までに発症する小児期の脳腫瘍であり、小児期鞍上部腫瘍の25～30%を占める。病理学的には殆どが毛様性星細胞腫(WHO Grade I)で病理学的には良性であるが、水頭症を併発し、髄膜播種を認めることもあり臨床的には悪性の腫瘍である。治療は、従来腫瘍切除と放射線治療であったが、近年化学療法の有効性が明らかにされその役割が拡大し治療方法は大きく変化した。2007年4月当部門設立からの自験例10例を提示し、本疾患の新しい診断治療について概観する。1) 診断：画像が特徴的である場合、生検なしに治療を行ってもよいと考えられる。2) 治療：NF-1陽性例を中心に、無治療で退縮する例もあり、治療対象は腫瘍が増大し、症状が進行するものとなる。視機能を損なうことなく腫瘍を摘出することは多くの場合困難である。視力の回復が望める場合、生検のみで他の治療法を選択する。放射線治療は、発達障害、脳血管障害、2次癌などの重篤な後遺症が明らかになり、これを回避あるいは治療時期を遅らせることが目標となった。化学療法によって殆どの例で、腫瘍の不活化stabilizationが可能である。約半数は再発するが、再発時にも化学療法により治癒が可能である。生命予後は良好であると考えられるため、化学療法にあたって2次癌や晩期障害の少ない薬剤を選択する。視力予後は、診断時の腫瘍の進展度によって異なるが、治療による反応とは相関しない。

17. 若年性黄色肉芽腫が考えられた1例

○大場久美代¹、吉川 洋¹、有川愛子¹、田原義久²、石橋達朗¹、竹内 実³、国場尚志⁴

¹九州大 眼科 ²田原眼科クリニック ³たけうち皮膚科 ⁴九州大 皮膚科

【緒言】若年性黄色肉芽腫は、1歳以下の乳幼児に好発する良性腫瘍であるが、眼病変を伴うものは稀である。今回我々は虹彩病変と皮膚病変を伴う若年性黄色肉芽腫の症例を経験したので報告する。

【症例】症例は1か月女児。H17年5月17日、左眼白色瞳孔を主訴に近医受診。精査目的で、翌日当科紹介された。当科初診時、角膜浮腫、前房出血、瞳孔縁に1.5mm大の白色腫瘤を認めた。左眼眼圧は27mmHg。眼底に異常は認めなかった。ラタノプロスト点眼で左眼眼圧は10mmHgに下降した。初診後1ヵ月頃、左手小指基部に黄色調で表面平滑、扁平に隆起した円形の結節性病変が現れた。特徴的な皮膚所見と虹彩所見から若年性黄色肉芽腫と診断した。虹彩所見は自然軽快傾向が見られたが、ベタメサゾン点眼を開始、その約4か月後角膜後面沈着物など炎症所見は完全に消失した。虹彩脱色素、虹彩紋理の平坦化が残存した。皮膚の結節性病変は自然消退した。

【考案】乳幼児の虹彩炎症性腫瘤を発見した際には若年性黄色肉芽腫症を念頭におく必要がある。

18. 両眼視力低下で発症した小児慢性骨髄性白血病の1例

○原 雄将¹、嘉村由美¹、及川亜希¹、七野浩之²、麦島秀雄²、後藤 浩³

¹日本大 眼科 ²日本大 小児科 ³東京医大 眼科

【目的】両眼の視力低下を主訴に眼科を受診し、眼底検査を契機に慢性骨髄性白血病の診断に至った1例を報告する。

【症例】11歳男児。2008年3月中旬から両眼の視力低下を自覚し、4月9日に近医受診し、東京医大病院眼科初診となった。眼底検査で白血病を疑い、緊急血液検査で白血球数54万8千の異常高値で、即日当院小児科へ転入院した。初診時視力は右眼（0.5）、左眼（0.2）。両眼ともに視神経乳頭浮腫、網膜静脈の怒張、蛇行、後極部から周辺部にかけて4分の1乳頭径大から3乳頭径大の出血を伴う網膜隆起病巣がみられた。諸検査で慢性骨髄性白血病（CML）の眼内浸潤と診断した。治療は、白血球数減少目的にハイドロキシウレア投与、白血球除去術を施行し、白血球数が低下した後、イマチニブ内服を開始した。その後、乳頭浮腫、静脈の所見は速やかに改善し、隆起病巣は消失あるいは縮小し、視力は9月22日には右眼（0.7）、左眼（0.6）に改善した。

【結論】小児CMLは肝脾腫などで発見されることが多く視力低下で発見される例は極めて稀である。また、白血病に伴う網膜腫瘍を有する例で、本症例のように巨大網膜腫瘍の治療改善例の報告はこれまでにない。

19. 多発性悪性髄膜腫に併発した脈絡膜腫瘍の一例

○佐々木博司¹、田邊樹郎¹、山根貴司²、辻 英貴³、小島孚允⁴

¹東京大 眼科 ²広島市民病院 眼科 ³癌研究会有明病院 眼科

⁴さいたま赤十字病院 眼科

【緒言】髄膜腫は40～50歳代の女性に好発すると言われており、その多くは良性であるが、組織学的に悪性の場合は急速に増大したり転移したりする。また、脈絡膜腫瘍は、原発性では悪性黒色腫が代表的であり、転移性の場合は肺癌・乳癌からの転移が多い。しかし、脈絡膜腫瘍と悪性髄膜腫の関連性についての報告は少ない。今回、多発性悪性髄膜腫に併発した脈絡膜腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】42歳男性。健康診断で右眼底に腫瘍を指摘され前医を受診した。前医での精査中に脳内に多発する悪性髄膜腫が認められた。しかし、右眼脈絡膜腫瘍の確定診断はつかず、精査目的に当科へ紹介となった。当科初診時の所見は、視力 右0.1(1.2) 左(1.5)、眼圧 右14mmHg 左14mmHg、右視神経乳頭部の鼻上側に白色の隆起性病変を認めた。GPでは右眼のマリオット盲点拡大が認められた。B-mode echoでは、右眼視神経乳頭近傍の脈絡膜に厚さ2.2mmの充実性病変を認めた。FAでは腫瘍は高輝度に染まり、IAで蛍光がブロックされた。また、FAで蛍光漏出やステイニングはわずかに認められたが、顕著なものではなかった。造影CT・MRIでは明らかな腫瘍性病変は認められず、PET・SPECTでも病的な集積は認められなかった。脈絡膜腫瘍の鑑別診断として、①脳腫瘍の転移・②脳以外の腫瘍の転移・③脈絡膜原発の腫瘍、などが考えられた。検査結果より、③脈絡膜原発の良性腫瘍、例えば骨腫や網膜芽細胞腫の寛解したものなどの可能性が高いと考えられたが、無色素性の悪性黒色腫など悪性のものも否定しきれなかった。確定診断には生検が必要であるが、マリオット盲点の拡大以外は症状がないため実施しなかった。治療方針としては、今後増大傾向がなければ経過観察で、増大傾向が認められれば放射線治療を開始することとした。

【考察】本症例は脈絡膜腫瘍に対して上記の検査を行ったが、診断に苦慮した一例であった。一般に腫瘍の確定診断をするためには生検が必要だが、眼科においては確定診断がつかなくても、病変の由来・悪性度を十分に検討した上で、生検を行わずに経過観察するという方針が、患者のQOVを考慮した選択となり得る。

20. 脈絡膜ganglioneuromaを合併したneurofibromatosis (NF)-1の一例

○石嶋 漢、加瀬 諭、合田千穂

北海道大 眼科

NF-1は17p11の不活化に伴い、neural crest由来の様々な腫瘍を合併することが知られている。今回、我々はNF-1に脈絡膜ganglioneuromaを合併した一例を経験したので報告する。症例は7歳、男児。生後より、左牛眼、角膜混濁、眼圧上昇あり。H10.11.13-12.8当科入院。左線維柱帯切除術施行。体幹に多数のカフェオレ斑があり、当院小児科にてNF-1と診断された。その後点眼にて経過観察していたが、H18.1.4左前房出血、H18.2.22左眼の腫脹が著明となった。2.24眼痛が著明になり、当科入院。MRIでは硝子体出血と、T2強調画像で等信号の扁平隆起を示す脈絡膜腫瘍が疑われた。全身麻酔下にて眼球摘出術を行った。病理組織学的所見では、脈絡膜にS100陽性を示すganglion cell様の腫瘍細胞が瀰漫性に浸潤していた。壊死や核分裂像は明らかではなかった。加えて、網膜剥離、広範なgliosis、増殖膜の形成、強膜にneurofibromaもみられた。脈絡膜におけるganglioneuromaは極めて稀である。本症例を提示することにより、術前の画像診断と病理組織学的所見、および進行性の眼内病変の形成の可能性について、考察したい。

■セッション5 眼内腫瘍■

21. 近年経験した眼内悪性リンパ腫症例の検討

○沖永貴美子^{1, 2}、蕪城俊克¹、高本光子¹、辻 英貴³、田村めぐみ³、小島孚允⁴、田岡和城⁵
高橋強志⁵、黒川峰夫⁵

¹東京大 眼科 ²関東中央病院 眼科 ³癌研有明病院 眼科 ⁴さいたま赤十字病院 眼科

⁵東京大 血液腫瘍内科

【目的】眼内悪性リンパ腫(IOL)は、高齢者に多く生命予後不良とされているが、我が国の多数例での検討は少ない。近年東大病院眼科に受診したIOL症例の臨床経過を検討する。

【対象】対象は2002年7月から2008年9月に東大病院眼科を受診し、IOLと診断した17例25眼（男性9例、女性8例、年齢35～81歳、平均 61.9 ± 12.1 歳、経過観察期間 1.8 ± 1.7 年）である。他臓器の悪性リンパ腫の有無、硝子体細胞診、眼内液IL-10/IL-6濃度、眼病変の部位、治療法、生命予後を検討した。

【結果】17例のうち、病型は眼・中枢神経系原発悪性リンパ腫が9例(53%)、全身性悪性リンパ腫の眼内転移が8例(47%)であった。診断法は硝子体細胞診(クラス4以上)が11例(69%)、眼内液中IL-10濃度上昇が13例(81%)、IgHモノクロナリティー陽性が2例(100%)であった。12例に網膜浸潤がみられ、4例に視神経浸潤がみられた。眼内悪性リンパ腫の治療として、10例に放射線治療が、8例に化学療法(眼内化学療法5例を含む)が施行された。経過観察中に8例が脳悪性リンパ腫を起こし、6例が死亡した。死亡例での眼症発症からの平均余命は 2.5 ± 1.5 年であった。

【結論】IOLは脳悪性リンパ腫を合併して予後不良となる症例が多く、早期診断および早期治療が重要であり、治療内容についても今後の課題であると思われた。

22. 局所切除術を施行した毛様体腫瘍の視機能予後

○豊野哲也、小島孚允、藤代貴志

さいたま赤十字病院 眼科

【目的】局所切除は、病巣を除去するのみならず、正確な病理診断が得られるので、毛様体腫瘍には有効な治療法であると考えられる。しかし、複数例で予後を検討した報告は少ない。今回我々は、局所切除術を施行した毛様体腫瘍5症例の視機能予後について検討したので報告する。

【対象と方法】2001年10月から2008年6月までにさいたま赤十字病院眼科で毛様体腫瘍切除術を施行した5例5眼（平均年齢 34.8 ± 15.2 歳）を対象に、臨床所見、病理診断、術後視力、再発の有無について検討した。

【結果】局所切除後の観察期間は2～80ヶ月（平均 24.8 ± 33.6 ヶ月）であった。腫瘍の大きさは最大径4～10mm。初診時併発症は白内障が3例、嚢胞様黄斑浮腫(CME)が1例にみられた。病理診断は無色素上皮由来の腺腫2例、無色素上皮由来の腺癌1例、中外胚葉性平滑筋腫1例、悪性黒色腫1例であった。全例において初回手術で腫瘍が全摘出されたが、硝子体茎離断術及び眼内レンズ挿入術の追加手術を要した。術後最高視力は0.05～1.0であった。術後視力不良例は、術前にCMEがみられた例と腫瘍が大きかった例であった。全例で観察期間内の再発はみられなかった。

【結論】毛様体腫瘍に対する局所切除術は有効な治療法であるが、術後の視機能は併発症の有無と、腫瘍の大きさが関与することが考えられた。

招 待 講 演

『脂腺系腫瘍の病理診断』

東京医科大学 病理診断学講座

泉 美貴

病理医の立場から、脂腺系病変の診断について述べる。

まず始めに日頃眼科の先生方にはなじみの薄いと思われる病理総論の解説を行う。例えば、組織学的に「脂腺系病変」とみなすことができるのはどうしてか？脂腺癌は広義の扁平上皮癌系病変であるのか腺癌系病変か？といった基本的な疑問に答えていく。

次に脂腺系病変の総論として、脂腺の正常構造、特殊染色および免疫染色について述べる。正常構造では脂腺細胞のほか、脂腺管の構造、ホロクリン分泌および眼瞼の正常構造についても触れる。特殊染色については脂腺細胞を同定するために長い間、ズダン染色やオイルレッド染色などの脂肪染色が重用されてきたが、現在では免疫染色に取って代わっていることをお示しする。免疫染色として最も有益であるのは、adipophilin抗体やperilipin抗体であり、これらの抗体の有用性について述べる。

脂腺系病変は、分類が教科書により記載が異なることや、時代とともに変遷したことなどから理解を困難にしているが、実はたったの5種類しかない。すなわち、①異所性、②嚢胞性、③過形成、④良性腫瘍、⑤悪性腫瘍の5つである。理解のポイントは、良性腫瘍の捉え方であり、1) 脂腺上皮腫、2) 脂腺腺腫、3) 脂腺腫の3つの違いがわかれば理解が格段に増す。脂腺系病変の分類の変遷と現在の考え方について、簡潔に述べる。また、組織学的な良悪性の判断の仕方についても言及する。

各論として、1) フォアダイス状態、2) 脂腺過形成、3) 脂腺上皮腫、4) 脂腺腺腫、5) 脂腺腫、6) 脂腺癌について、病理診断のアプローチの仕方を中心に学んでいく。眼瞼の脂腺癌については、東京医大で経験した30症例を中心に詳細に述べる。

略歴

1988年 川崎医科大学卒業，病理学教室

1992年 横須賀米海軍病院

1994年 NTT関東通信病院（現NTT東日本関東病院）病理科

1998年 東京医科大学 第一病理学教室 講師

2007年 同 准教授

『眼腫瘍に対する炭素イオン線治療』

順天堂大学浦安病院 眼科

溝田 淳

1984年に始まった「対がん10カ年総合戦略」の一環として重粒子線がん治療装置が建設され、1994年より炭素イオン線を用いたがん治療が開始された。炭素イオン線はその生物学的・物理学的特性から、これまでに放射線抵抗性といわれていた腫瘍に対しても効果が期待できるものと考えられている。眼科領域で対象となる疾患としては、脈絡膜悪性黒色腫や、眼窩腫瘍などである。現在までのところ脈絡膜悪性黒色腫に対しては90例あまり、また眼窩腫瘍に関しては腺様嚢胞癌を中心に20例あまり炭素イオン線による治療を行っている。今回は主に脈絡膜悪性黒色腫に対する炭素イオン線治療の効果に関して講演する。

炭素イオン線による脈絡膜悪性黒色腫に対する治療は、その治療に先立って行われた、陽子線による治療や他施設で行われている陽子線の治療の結果をもとに、他臓器へ転移がなく腫瘍径が15mm以上または腫瘍の厚さが5mm以上、または視神経乳頭から3mm以内に位置するような症例に対して行われている。照射線量に関しては、60－85GyEであり、効果の判定に関してはメチオニンPETを用いている。その中で経過を6か月以上追うことのできた87例中、照射野内に再発した症例が1例、照射野外に再発した症例が2例見られた。いずれの症例も眼球摘出を行った。また合併症の緑内障にて眼球摘出を行った症例が3例あった。他臓器への転移が見られたものは16例あった。

現在のところ局所制御率は良好なのでいかに合併症を減らすかということで、照射方法などの検討を行っている。

本講演においては、炭素イオン線の生物学的・物理学的な基本的な特徴に関してその概略を説明し、おもに脈絡膜悪性黒色腫に対する炭素イオン線治療の適応、結果について報告する。

略歴

1984年	千葉大学医学部卒業
1988年	アメリカ合衆国マイアミ大学バスコムパルマー眼研究所
1991年	千葉大学大学院医学研究科博士課程修了
1991年	千葉大学医学部 助手
1997年	千葉大学医学部 講師
2004年4月	順天堂大学浦安病院 講師
2004年12月	同 助教授（2007年先任准教授に移行）

一般講演

23. Peripapillary subretinal neovascularizationを伴った網膜芽細胞腫

○加瀬 諭^{1, 2}、Narsing A Rao²

¹北海道大 眼科 ²南カリフォルニア大学 ドヘニー眼研究所

網膜芽細胞腫は増殖因子を発現し、腫瘍内新生血管や網膜新生血管を誘導することが知られている。ここでは、病理組織学的にperipapillary subretinal neovascularization (PSRNV) が確認された網膜芽細胞腫の一例を報告する。症例は1歳男児。右眼の網膜芽細胞腫にて全身化学療法後、眼球摘出術が施行された。病理組織学的に腫瘍は網膜より発生し、硝子体腔を占め、著明な壊死、石灰化を呈した。網膜は全剥離を来していた。視神経乳頭から周辺へ向かい、網膜下に増殖組織が形成されていた。この部では、好酸性のグリア線維の増生を伴うグリオース、網膜色素上皮細胞(RPE)の増殖、血管内皮細胞が混在していた。免疫組織化学的に、グリオースの部にglial fibrillary acidic protein (GFAP)、浸潤したRPEがcytokeratin 18陽性を示した。PSRNVの病理組織像は不詳であったが、本報告により、容易に理解できると思われる。網膜芽細胞腫におけるPSRNVの発生病理について、考察する。

24. 年長児にみられた網膜腫瘍の2症例

○児玉俊夫¹、大城由美²、鈴木茂伸³

¹松山赤十字病院 眼科 ²松山赤十字病院 病理 ³国立がんセンター中央病院 眼科

【緒言】網膜芽細胞腫は小児に発生する眼内悪性腫瘍であるが、3～4歳までに発症して年長者に発症することはまれである。今回、眼球摘出を行った9歳女児の片眼性網膜芽細胞腫と、両眼性網膜芽細胞腫疑いで経過観察中である8歳女児の2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1は9歳女児。平成20年4月の学校検診にて視力低下を指摘され、他院眼科より当科を紹介された。初診時、びまん性の硝子体混濁を伴って鼻側網膜に腫瘤を認めた。血液検査ではぶどう膜炎は考えにくく、CTおよびMRI検査で腫瘍は眼球鼻側に存在して内部に石灰化を伴っていたことより、網膜芽細胞腫と考えた。初診時より約1ヶ月後で骨髄穿刺と髄液穿刺のために小児科に入院した際、塊状の硝子体混濁が多数みられたため腫瘍の硝子体播種と考えた。なお、全身転移は認められなかった。国立がんセンター中央病院眼科に紹介し、眼球摘出を勧められたため当科で眼球摘出を行った。病理組織診断は分化型の網膜芽細胞腫で網膜上に腫瘍塊を認めたが、視神経および脈絡膜への腫瘍細胞の浸潤は認めなかった。

症例2は8歳女児。3歳児検診で外斜視を指摘され、紹介された。右眼では上耳側に表面平滑な腫瘤病変を、左眼では後極部にびまん性の浸潤病変とともに下耳側に腫瘤病変がみられた。網膜芽細胞腫と網膜細胞腫との鑑別がつかないために経過を観察しているが、腫瘤の大きさには変化なく、左眼の黄斑部を中心とした浸潤病変は認められるものの正常網膜との境界には線維化あるいは変性萎縮がみられている。

【結論】年長者の網膜芽細胞腫はまれであるため、学童期にみられた網膜腫瘍は網膜細胞腫である可能性もあり、腫瘍の増大など悪性腫瘍としての所見を確認してから治療を行うことが望ましい。

25. 視神経乳頭部に腫瘍を形成した網膜芽細胞腫の予後

○鈴木茂伸

国立がんセンター中央病院 眼科

【目的】網膜芽細胞腫は視神経乳頭から眼球外浸潤を生じることが多い。眼球保存治療中に視神経乳頭部に腫瘍を形成した場合の眼球外浸潤の危険性の評価を目的に過去の症例を調べた。

【対象】2003年から2007年までに当院を初診、眼球保存治療を行った症例のうち、最初は視神経乳頭部に腫瘍がなく、その後に乳頭部に腫瘍を生じた眼球を対象とした。

【結果】10例10眼が抽出された。硝子体播種から生じた腫瘍が6眼、網膜下播種から生じた腫瘍が1眼、網膜腫瘍が直接乳頭部に浸潤したのが3眼であった。7眼は、乳頭部に腫瘍を形成してから2ヶ月以内に眼球摘出を行い、篩状板を越える浸潤は確認されなかった。1眼は放射線照射及び全身化学療法を行ったが、化学療法中にも腫瘍は増大し眼球摘出に至った。篩状板を越える浸潤は確認されなかった。1眼は眼動脈注入を4回行い、乳頭部腫瘍の縮小が見られたが篩状板を0.5mm越える浸潤が確認された。1眼は著明な再発を来したが当初摘出の同意が得られず、眼動脈注入を2回行った後摘出し、3mmの視神経浸潤が確認された。

【結論】保存治療中に生じた視神経乳頭部腫瘍は治癒困難であり、2ヶ月以内の眼球摘出が望ましいと考える。

26. 眼球内網膜芽細胞腫に対する全身化学療法・局所化学療法併用による温存治療：世界の動向からみたわが国の治療について

○柳澤隆昭¹、鈴木茂伸²、金子明博^{3, 4}

¹埼玉医大国際医療センター 包括的がんセンター 小児脳脊髄腫瘍部門

²国立がんセンター中央病院 眼科 ³東邦大学医療センター大橋病院 眼科

⁴埼玉医大国際医療センター 包括的がんセンター 眼科腫瘍科

網膜芽細胞腫の眼球温存の標準的初期治療は放射線外照射(EBRT)であったが、2次癌の誘発の可能性が危惧され、全身化学療法が導入されるようになった。わが国ではEBRTが初期治療であった時代に、EBRT後の再発・残存腫瘍に対しメルファラン眼動注および硝子体注入が開発され、眼球の温存率を向上させた。2000年より、初期治療として全身化学療法を導入し、局所化学療法を併用し温存を図る治療が開始された。パイロット試験で、化学療法のみでの治癒は稀で、2サイクル以降の治療への反応は少なかったことから、局所療法への移行が可能な最低のサイクル数の化学療法後に局所療法で根治を期することとした。最新の結果を提示する。多くの例で、化学療法2サイクルで局所療法への移行が可能であり、眼球の温存率は国際網膜芽細胞腫分類Group A, BあるいはReese-Ellsworth分類Group I-IIIで9割、同Group C, Dあるいは同Group IV-Vで5割である。これは他の報告に匹敵するか上回る温存率である。化学療法による2次癌誘発が危惧されるようになり、人体の1%の容積である眼球の治療のために全身化学療法を行うことが問題視されるようになった。Abramsonらがメルファラン眼動注を開始し、有効性が追試され、国際的な認知を受けることとなった。日本の局所化学療法および温存治療の治療方針が、化学療法の負担を減らして温存を達成するという観点から世界の注目を集めている。

■セッション7 ぶどう膜悪性黒色腫■

27. ヒトぶどう膜悪性黒色腫が樹状細胞に与える免疫学的な影響

○臼井嘉彦¹、馬 娟¹、奥貫陽子¹、後藤 浩¹、溝田 淳²

¹東京医大 眼科 ²順天堂大・浦安

【目的】樹状細胞はマクロファージなどの他の抗原提示細胞と比較して、主要組織適合抗原(MHC)や補助シグナル分子を高く発現し、唯一、ナイーブT細胞を強力に活性化できる抗原提示細胞であることが知られている。そのため、樹状細胞は癌免疫療法における最も効果的なアジュバンド(免疫賦活化)として注目されている。実際、進行期悪性黒色腫患者に対する樹状細胞を用いた治療効果が、臨床的に確認されている。今回、ヒトぶどう膜悪性黒色腫細胞株が樹状細胞に与える免疫学的な影響を検討したので報告する。

【方法】ぶどう膜悪性黒色腫細胞株92-1、OCM-1、OMM-1をそれぞれヒト単球由来樹状細胞と24時間共培養し、樹状細胞におけるMHCクラスI、MHCクラスII、CD80、CD86、CD40の発現とアポトーシスの有無をフローサイトメトリーで解析した。また、各種ぶどう膜悪性黒色腫細胞株と樹状細胞を共培養したのち、樹状細胞を分離しT細胞に対する増殖能も検討した。

【結果】各種ぶどう膜悪性黒色腫細胞株と樹状細胞を共培養すると、樹状細胞はMHCクラスIと補助シグナル分子の発現が低下し、さらにアポトーシスが誘導された。コントロールの樹状細胞はT細胞増殖能が高いが、ぶどう膜悪性黒色腫細胞と共培養された樹状細胞は、T細胞増殖能が低下していた。

【考察】ぶどう膜悪性黒色腫による樹状細胞の抗原提示能低下およびアポトーシスの誘導は免疫学的に悪性度が高い癌であることを示唆し、樹状細胞による免疫療法を実施する上で注意すべき影響と思われる。今後は、ぶどう膜悪性黒色腫が樹状細胞に与える影響を検討することにより、より効果的な免疫療法を確立していくことが必要と考えられる。

28. Monosomy 3の検索を施行した脈絡膜悪性黒色腫の2例

○張 大行、尾山徳秀、江口功一、阿部春樹
新潟大 眼科

【症例1】47歳男性。2003年2月と4月に国立がんセンター中央病院で右脈絡膜悪性黒色腫の診断でダイオードレーザー径瞳孔温熱療法を施行した。その後再発し、2008年5月眼球摘出目的に当科を紹介受診し、眼球摘出術を施行した。

【症例2】82歳女性。2008年7月に右眼のかすみを主訴に近医を受診した際、左眼の脈絡膜腫瘍を発見され、当科を紹介受診した。脈絡膜悪性黒色腫の診断にて、眼球保存療法は希望されず左眼球摘出術を施行した。

上記2例に対しmonosomy 3の検索を施行した。2症例ともmonosomy 3は認められなかった。針生検の検索では検体量が少なく検索不能であった。今後の症例の蓄積が必要であるが、他施設での御経験もお聞かせいただきたい。

■セッション7 ぶどう膜悪性黒色腫■

29. 脈絡膜悪性黒色腫に対して炭素イオン線照射を行った後、硝子体手術で腫瘍切除を行った一例

○臼井亜由美¹、溝田 淳¹、竹林 弘¹、田中 稔¹、塩野さおり²、辻 比呂志³

¹順天堂大・浦安 眼科 ²順天堂大・浦安 臨床検査科

³放射線医学総合研究所 重粒子医科学センター

【緒言】脈絡膜悪性黒色腫の治療には、眼球摘出や局所切除、小線源療法や陽子線、重粒子線療法などの放射線療法が行われている。今回われわれは、炭素イオン線照射後、合併症のため網膜全剥離となった症例に対して、硝子体手術、腫瘍切除を行ったので報告する。

【症例】64歳男性。左視力低下、左眼鼻上側の視野障害を主訴に前医受診。眼底検査、核磁気共鳴画像法（MRI）、¹²³I-IMPシンチグラフィの所見などから左眼耳下側の脈絡膜悪性黒色腫と診断した。全身精査で転移病巣は認められず、腫瘍が比較的大きかったため重粒子線治療を行ったが、照射後、滲出性網膜剥離が進行し網膜全剥離となった。その後数ヶ月経過観察したが、網膜剥離の消退は見られなかった。血清5-S-cysteinyldopa値、¹²³I-IMPシンチグラフィの検査で腫瘍の活動性がないことを確認し、網膜復位目的で、照射8ヶ月後に硝子体切除術、腫瘍切除術を施行した。摘出した腫瘍の病理学的な所見は変性し、増殖能の低下した黒色腫であった。現在までのところ、再発、転移は認められていない。

【結論】経過観察期間が短く手術を行った事に対する明らかな評価は出来ないが、重粒子線治療と硝子体手術は悪性黒色腫の増殖抑制に有効であり、合併症の軽減のために症例によっては、選択肢の一つになり得る可能性があると思われた。

30. ^{123}I -IMP-SPECT検査で陽性を示さなかった脈絡膜悪性黒色腫の1例

○高村 浩、今野伸弥、山下英俊
山形大 眼科

【緒言】 ^{123}I -IMP-SPECT検査は脈絡膜悪性黒色腫の診断に有用とされている。今回、本検査で陽性を示さなかった脈絡膜悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

【症例】78歳、女性。白内障にて経過観察中に偶然に左眼底耳側上方にやや黄白色調の4乳頭径大の病変が発見された。左眼視力は(1.0)。MRIで左眼後極部に扁平な陰影みられ、T1強調画像でhigh、T2強調画像でlow intensityを示したが、その程度は淡かった。悪性黒色腫の可能性も考えて2回にわたり ^{123}I -IMP-SPECT検査行うも陽性所見はみられなかった。転移性腫瘍の可能性を考えて放射線治療(50Gy)施行するもその後増大した。さらにもう1回 ^{123}I -IMP-SPECT検査を施行するも陰性だった。左眼視力は(0.01)まで低下し、腫瘍表面には出血もみられるようになったため、左眼球摘出術を施行した。病理組織学的には悪性黒色腫であった。6か月後に肝転移を指摘され、化学療法(DAV-TAM 3クール)を施行するもその1か月後に死亡した。

【結論】腫瘍は肉眼的にも白色調で、病理組織学的にもメラニン色素が非常に乏しかった。そのために ^{123}I -IMP-SPECT検査で陽性所見がみられなかったのではないかと考えた。

■セッション7 ぶどう膜悪性黒色腫■

31. Vogt・小柳・原田病の治療中に脈絡膜メラノーマを発症した1例

○大口泰治、森 隆史、古田 実、飯田知弘
福島県医大 眼科

【はじめに】原田病は、全身のメラノサイトに対する自己免疫疾患であり、実験的に患者末梢血細胞がメラノーマ細胞に対するTh1を介した免疫反応を持つと報告されている。しかし、臨床的に原田病とメラノーマとの関連を疑わせる症例報告は数例のみである。一方、C型肝炎に対するインターフェロン投与により原田病様ぶどう膜炎発症の報告が散見され、インターフェロンで賦活されたTh1細胞を介して生じることが示唆されている。

【症例】今回我々は、原田病治療中に脈絡膜色素性腫瘤の増大を示し、同患者が肝炎に対するインターフェロンで原田病が再燃したので報告する。症例は62歳男性。胞状の漿液性網膜剥離で原田病と診断され、近医でステロイドパルス療法後に漸減し、約1年で寛解した。その間、初診時から存在した右脈絡膜色素性腫瘤の拡大を認め、当科紹介された。当科初診時の視力は右眼(1.5)、左眼(1.5)で、両眼に軽度の虹彩後癒着と夕焼け状眼底を認めた。右脈絡膜色素性腫瘤は、大きさが4×3×2.1mmで、網膜浸潤を認めた。脈絡膜メラノーマと診断し、経瞳孔温熱療法を行い瘢痕化した。その後かねてから診断されていたC型肝炎に対し、インターフェロンを開始したところ、虹彩炎の再発を認めた。

【結論】本症例における原田病と脈絡膜メラノーマ発症、虹彩炎の再発は、一つの可能性として、ステロイドによる免疫抑制や、インターフェロンによる免疫賦活化が、関与しているのではないかと考えられた。

第23回 眼窩疾患シンポジウム

(日本眼科学会専門医制度生涯教育認定事業 No.02416)

日 時 2008年11月23日 (日) 9:00～16:55

会 場 東京医科大学病院6階 臨床講堂
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1
Tel: 03-5339-3759 (東京医大 眼科医局 直通)
Fax: 03-3346-9170 (東京医大 眼科医局)

登 録 当日、会場にて登録をお願い致します
登録用紙に所属、氏名をご記入下さい
参加登録料: 5,000円 (2研究会共通)

会 長 酒井 成身 国際医療福祉大学三田病院 形成外科

事務局 東京医科大学 眼科医局内
第23回眼窩疾患シンポジウム 事務局
〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1
Tel: 03-5339-3759 (東京医大 眼科医局 直通)
Fax: 03-3346-9170 (東京医大 眼科医局)
E-mail: orbit08@tokyo-med.ac.jp

眼窩疾患シンポジウム会則

第 1 条 (名 称)

本会は、日本眼窩疾患シンポジウム (Japanese Symposium of Orbital Disorders) と称する。

第 2 条 (目 的)

本会は、眼窩疾患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。

第 3 条 (会 員)

本会の会員は、眼窩疾患に興味を持つ眼科および関連各科の医師をもって構成する。

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 回定期的に行う。

第 5 条 (世 話 人)

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おいて選出する。

5 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。

6 項 年 1 回の研究発表会は、世話人の中から選出された会長の責任において取り行われる。

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

1. 本会則は平成14年 9 月 1 日より施行する。
2. 本会則は第 3 条の会員を「眼科および関連各科の医師」とし、平成15年11月30日より施行する。

眼窩疾患シンポジウム世話人 (敬称略)

中 村 泰 久 (聖隷浜松病院)
八 子 恵 子 (北福島医療センター)

(以下50音順)

安 積 淳 (神戸海星病院)
江 口 功 一 (江口眼科医院)
大 島 浩 一 (岡山医療センター)
児 玉 達 夫 (島根大学)
◎ 後 藤 浩 (東京医科大学)
酒 井 成 身 (国際医療福祉大学三田病院)
高比良 雅 之 (金沢大学)
高 村 浩 (山形大学)
辻 英 貴 (癌研究会有明病院)
釣 巻 穰 (つりまき眼科医院)
根 本 裕 次 (帝京大学)
萩 原 正 博 (萩原眼科クリニック)
古 田 実 (福島県立医科大学)
三 戸 秀 哲 (井出眼科病院)
吉 川 洋 (九州大学)

(◎ 代表世話人)

眼窩疾患シンポジウム 事務局

代表世話人 後藤 浩

東京医科大学 眼科医局内

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1

Tel : 03-5339-3759 (東京医大 眼科医局 直通)

Fax : 03-3346-9170 (東京医大 眼科医局)

第24回眼窩疾患シンポジウムのお知らせ

日時 : 平成21年11月21日 (土)、22日 (日)

会場 : 金沢大学医学部十全講堂

会長 : 高比良雅之 (金沢大学 眼科)

プログラム

11月23日（日）

■会長挨拶■

8:50-9:00

■セッション1 眼窩腫瘍1■

9:00-9:40

座長 児玉達夫（島根大）

1. 眼窩原発の悪性孤立性線維性腫瘍の1例

○松田弘道、小笠原幹英、敷島敬悟
東京慈恵医大 眼科

2. 手術により著明な眼症状の改善が得られた眼窩筋肉錐内神経鞘腫の1例

○山田貴之、嘉島信忠、鹿嶋友敬、今川幸宏、中内一揚
聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

3. Germinomaの遅延型播種により急性視力低下を示した1例

○児玉章宏¹、橋本雅人¹、伊東民雄²、佐々木昌子³、大黒 浩¹
¹札幌医大 眼科 ²中村記念病院 脳神経外科 ³中村記念病院 眼科

4. 眼窩悪性腫瘍に対する重粒子線治療後に発症した血管新生緑内障の治療経験

○今野伸弥、高村 浩、山下英俊
山形大 眼科

■セッション2 眼窩腫瘍2■

9:40-10:50

座長 安積 淳（神戸海星病院）

5. 自然寛解した眼窩および副鼻腔diffuse large B cell lymphoma (DLBCL)の1例

○藤代貴志¹、安達章子²、澤村裕正³、辻 英貴⁴、小島孚允¹
¹さいたま赤十字病院 眼科 ²さいたま赤十字病院 病理部 ³東京大 眼科
⁴癌研究会有明病院 眼科

6. CD5陽性眼付属器Marginal Zone B-cell Lymphomaと全身性の自己免疫

○久保田敏信、佐久間雅史、廣瀬浩士
国立病院機構 名古屋医療センター 眼科

7. 眼付属器における反応性濾胞や繊維化をともなったIgG4陽性リンパ形質細胞浸潤病変

○久保田敏信
国立病院機構 名古屋医療センター 眼科

8. Ocular adnexal lymphoproliferative disordersにおける血清IgG4高値群の比率とその内訳

○尾山徳秀、張 大行、江口功一、阿部春樹

新潟大 眼科

9. 眼付属器リンパ浸潤病変におけるIgG4染色の検討

○高比良雅之¹、杉山和久¹、川野充弘²、全 陽³

¹金沢大 眼科 ²金沢大 膠原病内科 ³金沢大 病院病理

10. 涙嚢部に限局発生した、び慢性大細胞型B細胞リンパ腫 (Diffuse Large B cell Lymphoma: DLBCL) の2例

○柏木広哉¹、杉浦毅²、山本俊一³、辻英貴⁴、藤井常宏⁵、伊藤以知郎⁶

¹県立静岡がんセンター 眼科 ²杉浦眼科 ³聖隷富士病院 眼科

⁴癌研究会有明病院 眼科 ⁵富士市立中央病院 血液内科

⁶県立静岡がんセンター 病理診断科

11. Churg-Strauss症候群にみられた眼窩リンパ腫の1例

○児玉達夫¹、高井保幸¹、海津幸子¹、太根ゆさ¹、大平明弘¹、田中順子²、三島聡子³

並河 徹³、丸山理留敬⁴、高梨泰至⁵

¹島根大 眼科 ²島根大 血液内科 ³島根大 病態病理学 ⁴島根大附属病院 病理部

⁵松江日赤 眼科

■コーヒーブレイク■

10:50-11:00

■会長講演■

11:00-12:00

座長 中村泰久（聖隷浜松病院）

『わたしの歩んでいるArt of the eye plasty』

酒井成身 （国際医療福祉大学三田病院 形成外科）

■昼食・世話人会■

12:00-13:15

■セッション3 眼窩腫瘍3■

13:15-14:15

座長 高比良雅之（金沢大）

12. 眼球摘出を要した眼窩頭蓋底腫瘍の1例

○木村直子、渡辺彰英、上田幸典、荒木美治、木下 茂
京都府医大 眼科

13. 蝶形骨縁から眼窩内に進展した髄膜腫の2例

○斎田晃彦
東京医大 脳神経外科

14. 原因不明の眼瞼腫脹を繰り返した症例

○大島浩一、島村智子
岡山医療センター 眼科

15. 成人の眼窩に生じたalveolar typeの横紋筋肉腫

○辻 英貴¹、田村めぐみ¹、小口正彦²、三嶋裕子³、公平 誠³、竹内賢吾⁴、渡辺一彦⁵
¹癌研究会有明病院 眼科 ²癌研究会有明病院 放射線治療科
³癌研究会有明病院 化学療法科 ⁴癌研究会癌研究所 病理部 ⁵富山大 眼科

16. 急速に進行した小児の眼付属器横紋筋肉腫の2症例

○土坂麻子¹、臼井嘉彦¹、笠井健一郎¹、後藤 浩¹、永井 敦²、泉 美貴²、鈴木茂伸³
¹東京医大 眼科 ²東京医大 病理 ³国立がんセンター 眼科

17. 東京医大病院眼科における眼窩腫瘍421例の検討

○馬詰和比古、木村圭介、笠井健一郎、臼井嘉彦、後藤 浩
東京医大 眼科

■セッション4 涙小管手術・甲状腺眼症■

14:15-15:15

座長 高村 浩（山形大）

18. 涙小管閉塞2症例の再手術所見

○八子恵子¹、平井香織²
¹北福島医療センター 眼科 ²星総合病院 眼科

19. ヌンチャク型シリコンチューブ留置術前後における涙液貯留量の定量的評価

○上田幸典¹、渡辺彰英¹、横井則彦¹、脇舩耕一¹、荒木美治²、木村直子¹、木下 茂¹
¹京都府医大 眼科 ²愛生会山科病院 眼科

20. Euthyroid Graves' diseaseと眼障害について

○高本紀子

オリンピア眼科病院

21. ステロイドパルス療法と放射線治療を併用したバセドウ病眼症147例の効果と合併症

○関向大介^{1, 2}、田上瑞記¹、長井隆行¹、安積 淳^{1, 2, 3}

¹神戸大 眼科 ²隈病院 眼科 ³神戸海星病院 眼科

22. Deep lateral orbital decompressionを行った3症例

○安積 淳^{1, 2}、田上瑞記¹、長井隆行¹、関向大介¹

¹神戸大 眼科 ²神戸海星病院 眼科

23. 良好な導涙機能を再建できた下眼瞼鼻側裂創の症例

○立松良之、菊地正晃、末廣久美子、宇田高広、大野美智子、忽那実紀、高岡明彦

松田久美子

愛媛県立中央病院 眼科

■コーヒーブレイク■

15:15-15:25

■セッション5 眼瞼手術■

15:25-16:05

座長 三戸秀哲（井出眼科病院）

24. 眼輪筋が著明に萎縮している先天性顔面神経麻痺による兔眼症に対する治療は？

○山田藍季子、尾山徳秀、張 大行、江口功一、阿部春樹

新潟大 眼科

25. 内眼角贅皮を伴った睫毛内反症に対する内眦形成術

○鹿嶋友敬、嘉島信忠、山田貴之、今川幸宏、中内一揚

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

26. 上眼瞼の睫毛乱生症に対するU字縫合法の経験 ―埋没U字縫合による方法―

○小出美穂子¹、星野彰宏²、田邊吉彦²

¹小出内科眼科医院 眼科 ²社会保険中京病院 眼科

27. 眼瞼下垂手術前後におけるquality of lifeの変化

○脇舩耕一、三戸秀哲、柴 智子、眞野俊治、井出 醇

井出眼科病院

■セッション6 眼窩手術■

16:05-16:55

座長 八子恵子（北福島医療センター）

28. 眼窩骨折に対する2方向アプローチによる整復術

○恩田秀寿、植田俊彦

昭和大 眼科

29. 直達外力による眼窩内損傷によって眼球運動制限をきたした症例の治療経験

—特に内視鏡手術による医原性損傷を中心として—

○嘉島信忠、鹿嶋友敬、山田貴之、今川幸宏、中内一揚

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

30. Dermato-fat graftを用いた義眼床形成術

○渡辺彰英、荒木美治、木村直子、上田幸典、木下 茂

京都府医大 眼科

31. Posterior inferiorアプローチによる眼窩先端部良性腫瘍摘出術

○久保田敏信¹、大嶋久和²

¹国立病院機構 名古屋医療センター 眼科 ²国立病院機構 名古屋医療センター 耳鼻科

32. 眼窩漏斗先端部腫瘍の1手術例

○木下博文¹、三島一晃¹、隈上武志¹、中村泰久²

¹長崎大 眼科 ²聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

■閉会ならびに次期会長挨拶■

16:55-17:05

一 般 講 演

■セッション1 眼窩腫瘍1■

1. 眼窩原発の悪性孤立性線維性腫瘍の1例

○松田弘道、小笠原幹英、敷島敬悟

東京慈恵医大 眼科

孤立性線維性腫瘍 (solitary fibrous tumor: 以下SFT) は、近年、免疫組織学的な診断の確立によって、新たに独立した疾患単位として報告が増えている腫瘍である。SFTは良性腫瘍であるが、易再発、骨破壊を伴う周囲への浸潤、まれに、悪性転化し転移を起こすaggressive formもある。今回、眼窩原発の悪性SFTを経験したので報告する。40歳男性。平成20年3月頃より右上眼瞼に腫瘤を自覚し、近医を受診した。眼窩腫瘍と診断され、切除目的で当院へ紹介となった。初診時、右眼矯正1.2、眼瞼下垂および眼球上転障害を認めた。MRIでは病変はT1強調画像、T2強調画像共に均一な低信号を示した。平成20年5月27日、経眼窩隔膜アプローチ法で可能なかぎり全摘出した。病理診断では、通常型の像を示す部分と増殖活性度が増した部分とが混在した悪性SFTと診断された。病理所見は紡錘型細胞や膠原線維の増生およびstaghorn様の新生血管が散見されたSFTの部分に加え、異型核を有する細胞密度の明らかな増加と、核分裂像が多発している悪性の部分を認めた。腫瘍細胞はCD34陽性、CD99陽性、bcl2陽性、Desmin陰性、 α SMA陰性であった。術後4ヶ月の時点で局所再発は認めていない。稀な悪性SFTの画像、病理像を過去の同様な報告と比較して報告する。

2. 手術により著明な眼症状の改善が得られた眼窩筋円錐内神経鞘腫の1例

○山田貴之、嘉島信忠、鹿嶋友敬、今川幸宏、中内一揚

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

眼窩に発生する神経鞘腫は良性腫瘍であり経過観察されることが多いが、増大すると様々な眼症状を及ぼす。今回我々は著しい眼症状をきたした症例において合併症を残さずに腫瘍を摘出し、著明な改善を得たので報告する。

症例は78歳女性。左眼球突出と複視を主訴として近医眼科受診し、左眼窩腫瘍疑いのため当院紹介初診となった。眼球突出度はHertel検査にて右9mm左16mmと著明な左眼球突出を認めた。左眼球運動は著しく制限され、正面視での単一視は不能であった。MRIにて左眼窩筋円錐内に視神経を頭側に圧排する28×19×25mmの腫瘤を認め、内部に変性を伴う神経原性腫瘍が最も疑われた。クレーンラインアプローチにて腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は視神経に接していたが、大きな術中合併症なく全摘できた。病理診断は神経鞘腫であった。術後3ヶ月の時点で視機能障害なく、眼球突出・複視も解消され経過良好である。

筋円錐内腫瘍は手術手技の難易度から、眼症状をきたしてもなお保存的にみられている症例が多い。当院で行っている術式により比較的安全に摘出が可能であるため、眼症状の改善が期待できるうちにできるだけ手術を施行することが望ましい。

3. Germinomaの遅延型播種により急性視力低下を示した1例

○児玉章宏¹、橋本雅人¹、伊東民雄²、佐々木昌子³、大黒 浩¹

¹札幌医大 眼科 ²中村記念病院 脳神経外科 ³中村記念病院 眼科

【緒言】脳内胚細胞腫瘍は、脳室あるいはクモ膜下腔を経由して浸潤することはあるが、眼窩部視神経周囲クモ膜下腔に播種することは稀である。今回我々は、6年間再発のなかった脳内胚細胞腫の男性が、視神経周囲クモ膜下腔播種による進行性の視力低下を示した1例を経験したので報告する。

【症例】37歳、男性。

現病歴：2001年1月から2002年4月までの間に多発性胚細胞腫（鞍上部、側脳室内に多発）に対して、ICE療法（シスプラチン・エトポシド・イフォスファミド）を6クール、拡大局所放射線療法（全脳室に対して24Gy）を行い再発はなく経過していた。今年の1月より左視力低下が出現。視神経炎が疑われステロイドパルス療法を試みるも効果がなく、精査のため4月16日札幌医科大学眼科に紹介された。

初診時所見：視力は右0.04（0.8X -11.0D= cyl -1.25D, Ax 180°）、左手動弁であった。眼底所見において左視神経乳頭は蒼白で著明に隆起していた。また網膜血管の拡張、蛇行がみられ網膜出血も伴っていた。眼窩部造影MRI検査では左球後視神経は腫大し、リング状に造影効果を認めた。

【考按】これらの臨床画像所見より、胚細胞腫の左視神経周囲クモ膜下腔播種による進行性視力障害と診断した。今回のMRI検査では、6年前に見られた病巣に再発所見はないことから、放射線照射領域外のクモ膜下腔に潜在していた胚細胞腫細胞の遅延型播種が原因と考えた。

【結論】脳内胚細胞腫の治療後たとえ再発がなくても、視神経管理も含めた長期的なfollow-upが必要である。

4. 眼窩悪性腫瘍に対する重粒子線治療後に発症した血管新生緑内障の治療経験

○今野伸弥、高村 浩、山下英俊

山形大 眼科

【緒言】重粒子線治療は特に脈絡膜悪性黒色腫に対して行われているが、治療後に比較的高率に血管新生緑内障を発症するとされている。今回、眼窩悪性腫瘍に対する重粒子線治療後に発症した血管新生緑内障に対して治療する経験を得たので報告する。

【症例】57歳、男性。1年前から流涙を自覚し、近医で左眼窩内下方に腫瘤が触知されたため、当科紹介。生検の結果は未分化腺癌であった。左眼窩部に対して重粒子線治療（64GyE）施行した。その後、局所再発や全身転移もみられず、左眼視力は(1.2)、眼圧は10～12mmHgで経過していた。治療後18か月後に突然、左眼圧が34mmHgに上昇した。隅角には新生血管が上2/3周にみられ、網膜最周辺部に小出血斑が認められた。bevasizmab (Avastin[®]) 1.25mg/0.05mlを硝子体内投与したところ、翌日には左眼圧が17mmHgに下降し、4日後には隅角の新生血管も消失した。網膜光凝固術を追加して、3か月経過した現在も眼圧は11～14mmHgにコントロールされている。

【結論】脈絡膜悪性黒色腫に対する重粒子線治療後に発症する血管新生緑内障はコントロール困難で視力予後も不良のことが多い。今回は眼内でなく、眼窩腫瘍の症例ではあったが、bevasizmab 硝子体内投与は重粒子線治療後の血管新生緑内障に対する有用な治療法の選択肢の一つになりうると考えられた。

■セッション2 眼窩腫瘍2■

5. 自然寛解した眼窩および副鼻腔diffuse large B cell lymphoma (DLBCL)の1例

○藤代貴志¹、安達章子²、澤村裕正³、辻 英貴⁴、小島孚允¹

¹さいたま赤十字病院 眼科 ²さいたま赤十字病院 病理部 ³東京大 眼科

⁴癌研究会有明病院 眼科

【緒言】低悪性度のリンパ腫の自然寛解の報告例はこれまでも散見されるが、悪性度が高いとされるDLBCLの自然寛解の報告は少ない。我々は、眼窩と副鼻腔に病変を認め、眼窩病変の切除後に副鼻腔病変にも腫瘍の退縮が見られたDLBCLの1例を経験したので報告する。

【症例】53歳女性。2007年11月下旬より右下眼瞼の腫脹を自覚して近医を受診し、当院眼科へ12月3日に紹介受診となった。初診時、右下眼瞼に弾性硬で可動性の腫瘍があり、眼窩MRIにて、右眼窩内に35mmの腫瘍性病変と左後篩骨洞にも25mmの腫瘍性病変が見られた。初診から2週間後までに急速に増大傾向を示し、眼圧の上昇（35mmHg）を来したため、12月25日に緊急手術にて腫瘍を切除した。その結果、病理検査からDLBCLと診断された。以上から、耳鼻科、血液内科との連携した治療が必要と判断し、2008年1月17日に東大病院へ紹介とした。その後東大で行った頭部CTとMRIでは、眼窩および副鼻腔病変が消失していたため、治療を行わず経過観察となった。2008年8月までに再発は見られていない。

【考察および結論】DLBCLのような比較的悪性度が高いとされるリンパ腫においては、自然寛解はまれで、眼窩DLBCLの自然寛解例は、我々が調べた限りこれまでに1例しか報告がない。本症例は極めて稀な例と考えられ、今後も注意深い経過観察が必要であると思われる。

6. CD5陽性眼付属器Marginal Zone B-cell Lymphomaと全身性の自己免疫

○久保田敏信、佐久間雅史、廣瀬浩士

国立病院機構 名古屋医療センター 眼科

【目的】眼付属器CD5+Marginal Zone B-cell Lymphoma (MZBL) の臨床病理学的特徴をあきらかにすること。

【患者と方法】2001年4月から2008年9月まで名古屋医療センターに受診した原発性眼付属器MZBLの109患者において、CD5陽性MZBLは2患者(2%)に見られた。さらに、CD5+B細胞を発現するReactive Lymphoid Hyperplasia(RLH)の1患者を加え、これらの患者の一般的な全身評価に、自己免疫を分析を加えて検討した。

【結果】MZBLの患者はそれぞれANA、抗ss-A/Ro、抗ss-B/La、RFとANA、抗ss-A/Ro、抗scl-70、抗ss-DNA、RLHの患者はANA、抗ss-DNAを伴っていた。

【結論】眼付属器CD5+MZBLおよびCD5+RLHを伴った患者は全身性の自己免疫が存在する。それは眼付属器MZBLにおけるCD5陽性B細胞の病因となっているかもしれない。

7. 眼付属器における反応性濾胞や繊維化をともなったIgG4陽性リンパ形質細胞浸潤病変

○久保田敏信

国立病院機構 名古屋医療センター 眼科

【目的】眼付属器病変において、反応性濾胞あるいは繊維化を伴ったIgG4陽性あるいは陰性形質細胞病変の違いを決定すること。

【患者と方法】我々は反応性濾胞あるいは繊維化を伴った眼付属器リンパ形質細胞浸潤をもった22患者について血清IgG4を含んだ血清学的データおよびIgG4を含んだ免疫組織化学を研究した。

【結果】IgG4陽性形質細胞浸潤を伴った病変は12症例であった。これらの眼付属器の病変は両側の涙腺（ミクリッツ病、4患者）だけでなく他の病変を含んだ。IgG4陰性形質細胞の患者と比較して、6患者は鼻炎あるいは喘息の既往をもち（ $P=0.02$ ）、上昇した血清IgE（ $P=0.01$ ）、IgG4（ $P=0.0002$ ）、そしてIgG4/IgGが有意に上昇した（ $P<0.0001$ ）。一方、残りの10患者はシェーグレン症候群を5患者含んだ。

【結論】これらのデータは眼付属器反応性濾胞や繊維化を伴ったIgG4陽性と陰性形質細胞浸潤病変は異なった臨床的なカテゴリーであることを示唆する。

8. Ocular adnexal lymphoproliferative disordersにおける血清IgG4高値群の比率とその内訳

○尾山徳秀、張 大行、江口功一、阿部春樹
新潟大 眼科

【目的】当科でのOcular adnexal lymphoproliferative disordersにおけるIgG4関連疾患群の比率とその内訳について調査する。

【対象】2005年9月から2008年9月までの3年間に於いてOcular adnexal lymphoproliferative disordersと診断した58症例。

【結果】男性30例、女性28例で、平均年齢は男性 64.8 ± 14.1 歳、女性 57.4 ± 17.7 歳。血清IgG4正常群（Normal IgG4）は39症例（67%）、高値群（High IgG4）は19症例（33%）で男女比はほぼ1:1であった。High IgG4群の臨床症状は、眼球運動障害および複視が約80%、腫瘤形成部位は眼窩前方および涙腺部が70%を占めていた。涙腺部病変は、両側病変：片側病変は3:2であった。病理組織診断では、High IgG4群の約30%がMALT lymphoma、約50%がreactive lymphoid hyperplasiaであり、Normal IgG4群でも約30%がMALT lymphoma、約40%がreactive lymphoid hyperplasiaで、両群に有意差は認められなかった。

【結論】High IgG4群の約30%がMALT lymphomaということから安易にsteroid therapyを選択することは危険である。また、血清IgG4の数値から生検術の前に疾患群をある程度推定できる可能性がある。

9. 眼付属器リンパ浸潤病変におけるIgG4染色の検討

○高比良雅之¹、杉山和久¹、川野充弘²、全 陽³

¹金沢大 眼科 ²金沢大 膠原病内科 ³金沢大 病院病理

【目的】全身性IgG4関連疾患を診断の上で、血清IgG4値に加え、組織病理のIgG4免疫染色の判定は重要な項目である。本報では、Mikulicz病を含む眼付属器リンパ浸潤病変について、IgG4染色の判定につき検討した。

【方法】血清IgG4値が既知の眼付属器リンパ浸潤病変症例のIgG4とIgG染色標本において、染色陽性部分を最強拡大（対物レンズ40倍）で各々3視野選択し、写真を取り込んだ。得られた写真上で染色陽性細胞をマーキングし、IgG、IgG4陽性細胞数とその比を得た。

【結果】Mikulicz病の5症例では、IgG4陽性細胞は約30～100個／視野であり、またIgG4／IgG比はおおよそ40%以上であった。血清IgG4値正常の慢性結膜炎で、IgG4陽性細胞が30～50個／視野、IgG4／IgG比が30%程度の症例もあった。問題点として、特にIgG染色では、間質など浸潤細胞以外の染色が強く、陽性細胞を判定できないことがあった。

【考按】IgG4免疫染色の評価法としては、一定視野内IgG4陽性細胞数によるものと、IgG4／IgG比によるものが提唱されている。前者のみでは非特異的染色でも陽性となり、後者のみでは絶対数が少なくても陽性となる問題がある。本法でのIgG4陽性細胞30個／最強拡大視野かつIgG4／IgG比40%以上は、IgG4関連疾患の判定として妥当であると思われた。

10. 涙嚢部に限局発生した、び慢性大細胞型B細胞リンパ腫（Diffuse Large B cell Lymphoma: DLBCL）の2例

○柏木広哉¹、杉浦毅²、山本俊一³、辻英貴⁴、藤井常宏⁵、伊藤以知郎⁶

¹県立静岡がんセンター 眼科 ²杉浦眼科 ³聖隷富士病院 眼科

⁴癌研究会有明病院 眼科 ⁵富士市立中央病院 血液内科

⁶県立静岡がんセンター 病理診断科

【緒言】涙嚢部に発生した、稀なDLBCLの2症例を提示する。

【症例】症例1：34歳女性。2007年11月頃に左涙嚢部に腫瘤が出現し、近医を受診し、別の近医を紹介された。腫瘤が急激に増大したため、翌年1月に静岡がんセンターを紹介受診した。初診時視力は、右眼1.2左眼0.3。左涙嚢部が著明に腫大しており、左眼底には雛壁が生じていた。MRI、CTで28mm径大の腫瘍陰影が認められたが、骨破壊像は認められなかった。同月に生検術施行。病理組織診断は、DLBCLであった。PET - CTでは、眼窩以外集積は認められなかった。CHOP療法を6クール施行し腫瘍は著明に縮小し、視力は1.2に改善した。現在、再発転移はない。症例2：73歳女性。2007年11月頃に左涙嚢部に腫瘤が出現。近医受診し別の近医を紹介された。涙道ファイバーを施行したところ腫瘍が認められたため、同日腫瘍摘出術を施行。病理診断でリンパ腫とのことで、当院を紹介。病理組織診断はDLBCLで、PET-CTでは眼窩のみの集積。CHOP療法を6クール施行し腫瘍は縮小し、現在、再発転移はない。

【考察】涙嚢部腫瘍の発生頻度は低く、眼部DLBCLの発生も多くはない（当院では全身性5例：限局は今回含め3例）今回のDLBCLは2例とも、放射線療法の合併症を考え、化学療法単独で治療を行い効果が十分認められた。

【まとめ】他のDLBCLと同様に、今後、厳重な経過観察が必要であると考ええる。

■セッション2 眼窩腫瘍2■

11. Churg-Strauss症候群にみられた眼窩リンパ腫の一例

○児玉達夫¹、高井保幸¹、海津幸子¹、太根ゆさ¹、大平明弘¹、田中順子²、三島聡子³

並河 徹³、丸山理留敬⁴、高梨泰至⁵

¹島根大 眼科 ²島根大 血液内科 ³島根大 病態病理学 ⁴島根大附属病院 病理部

⁵松江日赤 眼科

【緒言】Churg-Strauss症候群（CSS）はアレルギー性肉芽腫性血管炎とも呼ばれ、気管支喘息と好酸球増多に血管炎症状を伴う。ときに血管外肉芽腫を形成する。眼科的にCSSは虚血性血管炎か、眼窩炎性偽腫瘍をきたすタイプに大別される。

昨年我々は網膜虚血性病変と眼窩腫瘍を合併したCSSの一例を報告した。その後、炎症性と思われた眼窩腫瘍が、生検組織により悪性リンパ腫と判明したので報告する。

【症例】66歳男性。平成13年に右眼瞼腫脹で当科を初診。CSSの確定診断後、右眼上直筋を含む眼窩腫瘍と眼球突出がみられた。ステロイド内服で眼症状は改善したが、軽快に伴い治療の自己中断を繰り返していた。アルコール依存症と経済事情から、治療コンプライアンスが非常に不良であった。平成15年以降消息不明であったが、本年4月に家族に連れられ当科再診。右眼瞼腫脹と球結膜下腫瘍を認め、生検術を施行した。病理組織では小型の成熟リンパ球と大型で異型性の強い細胞の増生がみられた。CD20、CD79aは陽性であったが、CD3細胞も多く混在していた。PCRでCDⅡ領域に遺伝子再構成を認め、diffuse large B-cell lymphoma と診断された。全身検索で眼窩以外に病変が無く、治療コンプライアンスの面から放射線治療が選択された。32Gy照射したところで外泊、帰院せずに退院処理となった。

【考察】CSSに眼窩リンパ腫を併発した稀な症例と思われた。

会 長 講 演

『わたしの歩んでいるArt of the eye plasty』

国際医療福祉大学三田病院・形成外科

酒井成身

自然に魅せられて少年時代を過ごしたからでしょうか、自然が大好きです。花、蝶、貝殻、これらの美しさを見ていると、これらをお作りになった神様は偉大であると思わざるを得ません。そしてどんなにがんばっても神様に近づくことはとうてい出来るものではありません。わたしは以前からつねづね、形成外科とは手術におけるアートと思っています。

今から50年ほど前、私が小学校5年生の夏休みに紙粘土で作った人体模型は、流れ・ムーブメン(movement)が特徴的な仏国の画家モジリアニの絵にどことなく少し似ているような気がします。これが私の芸術と科学の始まりであったのでしょうか？

また蝶の美しさに魅了され蝶を追いかけて採取して並べては悦に入っていたのですが、ふとした母の言葉をきっかけに、採取することを止め、切手の蝶を集めるようになりました。

30年ほど前、ニューヨーク大学のProf. Converseとヴァージニア大学のProf. Edgertonの元で臨床研修する機会を得、それが私の美容外科・形成外科を習得する最も大切な時期であったとともに青春時代であったように思われます。ニューヨーク大学からのローテーションでManhattanのEye ear throat Hospitalでは美容外科とともに眼の形成外科で有名なByron Smithの手術を見学出来たことも幸運でした。これらの研修終了後、米国をドライブして横断し広大な米国の自然に魅せられながら帰国しました。その後レイチェル・カーソンの著書「沈黙の春」に出会い自然破壊の警告を認識しました。

自然というものは非常に大切であると思いながら、先天性股関節脱臼で何の治療もなされなかった患者さんが大人になって、脱臼したままでも、歩行も屈曲も健常人と変わらないくらいになっているという自然治癒の驚異をお話下さった整形外科の恩師、河野左宙名誉教授の「自然の営みに学ぶもの」と題された退官最終臨床講義は、大学卒業時の私に人生を通しての根本理念を授けて下さいました。図らずも飼い犬のプッチーが3年ほど前の秋に股関節を脱臼し手術を受けましたが手術後再脱臼しました。再手術は小さな体には耐えられない可能性もあり、そのまま再手術はしないで様子をみていましたが、次の春には公園を疾走し、階段を走って登るほどに回復し、正に自然治癒のすばらしさを再確認しました。

宮大工の西岡常一さんの「法隆寺を支えた木」という本の「木組みだけの建物は長持ちするが、釘を使った建物はサビで長持ちしない」との話に共感し、乳房インプラントは10年から20年で破損したり、感染、露出、被膜形成、異物周囲の石灰化など何らかの問題を引き起こし、眼窩に用いる人工物でも露出したりすることも多く、自家組織で作ったものは長持ちして安定していることを考えると、「出来たら人体にインプラントのような異物を入れたくない。」との考えが私の根本理念としてその底流を流れています。やはり自然の自家組織に優るものはないと思われま

また西岡さんは「技は見習って憶えよ、教わるのでは身に付かずすぐに忘れる。」と言っています。

幸田露伴の「五重塔」には、「自分が真摯な姿勢でものづくりに取り組めば、必ずだれかが感動してくれる。」と著されており、私もつねに真摯な気持ちで再建・形成していきたいと肝に銘じています。

工業デザイナーの川崎和男氏は「すべては形から始まる。」「形は命」と言っていますが、わたしはさらに「形と色と魂が命」と思っています。手術の前に行う印付けを英語では「マーキング」と言っていますが、私はあえて「デザイン」と呼んでいます。「デザイン」にはアートの意味が含まれているからです。

略歴

- 1970年 新潟大学医学部卒業
- 1976年 米国ニューヨーク大学 形成外科留学clinical fellow
- 1977年 米国バージニア大学 形成外科留学clinical fellow
- 1979年 聖マリアンナ医科大学 形成外科 講師
- 1983年 聖マリアンナ医科大学 形成外科 助教授
- 1998年 聖マリアンナ医大横浜市西部病院 形成外科部長兼任
- 2006年 国際医療福祉大学 三田病院 形成外科 教授

— メモ —

一 般 講 演

12. 眼球摘出を要した眼窩頭蓋底腫瘍の一例

○木村直子、渡辺彰英、上田幸典、荒木美治、木下 茂
京都府医大 眼科

【目的】今回我々は眼球摘出を要した眼窩頭蓋底腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】61歳女性。幼少時に右眼窩内腫瘍に対してコバルト治療を受けたと家族より伝えられていたが、詳細は不明であった。2008年5月ごろから右眼球突出、眼痛の増悪を認め当科へ紹介された。眼球は眼窩内より逸脱し、角膜混濁を認め光覚は消失していた。MRIで眼窩内から中頭蓋窩、頭蓋内および海綿静脈洞内に腫瘍の浸潤を認めた。眼球摘出および腫瘍生検を施行した。

【結果】病理組織検査でmeningiomaと診断され、これまでの経過と多発していることから radiation related meningiomaと診断した。腫瘍は残存しているが、これ以上の治療希望なく現在経過観察中である。

【結論】放射線治療後の髄膜腫では長期間経過してから急激な増大をきたすことがあり、注意が必要であると考えられた。

13. 蝶形骨縁から眼窩内に進展した髄膜腫の2例

○斎田晃彦

東京医大 脳神経外科

【目的】蝶形骨縁眼窩髄膜腫(sphenoorbital meningiomas:SOM)は蝶形骨縁髄膜腫の1亜型であるがその発生機序は未だ解明されていない。今回SOMを2例経験したが眼窩内への腫瘍進展様式が異なっていた。本例と若干の文献をまとめSOMについて検討を行った。

【結果】1例目は54歳女性で蝶形骨縁中1/3髄膜種術後再発例。手術所見では腫瘍は前床突起下端の硬膜に沿って眼窩内に進展していた。このため腫瘍は内頸動脈硬膜輪、動眼・滑車神経を巻き込んでいた。術後、視力は温存できたが動眼・滑車神経麻痺を呈した。2例目は24歳女性で腫瘍は三叉神経第1枝に沿って眼窩内に進展していた。腫瘍内側の動眼・滑車神経、内頸動脈はintactであった。

【考察】SOMは蝶形骨縁部のintraosseous meningiomaといわれている。しかし、本例はいずれも蝶形骨縁直下の眼窩骨膜はintactであった。

【結語】SOMの発生および進展様式はいくつかのパターンが存在し多彩な臨床症状を呈する。進展様式の違いにより術中合併症のリスクが異なることを留意すべきである。

14. 原因不明の眼瞼腫脹を繰り返した症例

○大島浩一、島村智子

岡山医療センター 眼科

【背景】眼窩腫瘍が原因で眼瞼腫脹を生じることは、珍しくない。眼瞼腫脹を生じて、これが短期間で軽快することもありうる。しかし強い眼瞼腫脹が再燃・寛解を繰り返すことは稀である。

【症例】54歳、男性が右眼瞼腫脹を訴えて受診した。2005年秋から右眼瞼腫脹があったが、痛みはなく、1～2日で軽快した。眼瞼腫脹は、過去1年に4～5回繰り返した。2006.9.6、MRIで右眼窩腫瘍を指摘された。既往歴に特記事項はなかった。

初診時、MRIで右眼窩上耳側深部に不定形の小腫瘍を認めたが、眼瞼腫脹はなかった。約1年6ヶ月経過観察するうちに、眼窩腫瘍はゆっくりと増大した。この間、患者は「ときどき瞼が腫れるが、数日で元に戻る」と申告していた。しかし当院受診時に眼瞼腫脹を認めることはなかった。

2008.2.21、患者が「昨日から右眼瞼が腫れた」と訴えて受診した。このとき初めて右眼瞼腫脹、球結膜充血・浮腫を確認することができた。2008.3.19、腫瘍を試験切除し、MALTリンパ腫と病理診断された。放射線照射30Gyを行い、経過観察中である。その後も、眼瞼腫脹の再燃を繰り返しているが、腫脹の程度は軽くなりつつある。

MRIにおける腫瘍の大きさと、眼瞼腫脹の再燃とに明らかな相関はなかった。また眼瞼腫脹の原因は眼窩出血ではなかった。無痛性の眼瞼腫脹を繰り返した原因は不明である。

15. 成人の眼窩に生じたalveolar typeの横紋筋肉腫

○辻 英貴¹、田村めぐみ¹、小口正彦²、三嶋裕子³、公平 誠³、竹内賢吾⁴、渡辺一彦⁵

¹癌研究会有明病院 眼科 ²癌研究会有明病院 放射線治療科

³癌研究会有明病院 化学療法科 ⁴癌研究会癌研究所 病理部 ⁵富山大 眼科

眼窩に生じる横紋筋肉腫は幼少児に生じるembryonal typeが多いが、今回演者らは36歳の女性の眼窩に生じたalveolar typeの横紋筋肉腫の1例を経験したので報告する。他院にて右)眼窩腫瘍の生検にて横紋筋肉腫と診断され、治療目的にて癌研究会有明病院（以下当院）眼科初診され、当院の病理でもalveolar typeの横紋筋肉腫の診断であり追加生検は施行せず、全身検索にて右)眼窩以外に病変はなかった。当院院内検討会（Cancer Board）において治療方針につき検討したところ、整形外科・頭頸科領域では通常大きく切除をしているとのことであり眼窩内容除去が妥当という意見があったが、化学療法、放射線療法の治療方針が妥当との意見を提示して納得が得られた上で化学療法を施行したところ、腫瘍は著明に縮小し、さらに再度Cancer Boardで検討の上、追加治療として放射線を行ったところ、腫瘍は完全寛解をみた。同じ疾患であっても部位により治療方針が異なることがあり、眼部腫瘍についてはCancer Boardなどの院内症例検討時に眼科医が治療について根拠を示して方針を提示することが大切である。

16. 急速に進行した小児の眼付属器横紋筋肉腫の2症例

○土坂麻子¹、臼井嘉彦¹、笠井健一郎¹、後藤 浩¹、永井 敦²、泉 美貴²、鈴木茂伸³

¹東京医大 眼科、²東京医大 病理、³国立がんセンター 眼科

【諸言】短期間で急速に進行し、視機能障害を生じた眼窩横紋筋肉腫の2症例を報告する。

【症例】症例1は2歳の女児で、右上眼瞼の腫脹をきたし、近医で眼瞼炎と診断、まもなく眼球突出と外斜視が出現し、MRIで眼窩内に腫瘍が認められ、当院を紹介受診となった。腫瘍は急速に増大し、眼球偏位と角膜障害を生じたため、摘出術を施行した。組織学的には腫瘍細胞に明らかな横紋筋構造は認められなかったが、DesminやHHF35などが陽性であり、臨床所見と併せて胎児型横紋筋肉腫と診断した。症例2は9歳の男児で、右上眼瞼の腫脹を生じ、近医で眼瞼炎と診断されたが眼瞼の腫脹が増悪し、当院を紹介された。眼瞼皮下に腫瘤が存在し、急速に増大、自発開瞼不能の状態となった。MRIでは上眼瞼皮下に局限した35mm大の類円形腫瘤を認め、これを可及的に摘出した。腫瘍細胞に明らかな横紋筋構造は認められず、HHF35も陰性であったが、Desminが陽性であり、組織像と臨床経過から胎児型横紋筋肉腫と診断した。症例1、2とも診断確定後は化学療法と放射線照射を施行しているが、症例1は術後5か月、症例2は術後3か月の時点で経過は良好である。

【結論と考案】横紋筋肉腫は急速に進行、増大することが少なくない。診断時の腫瘍サイズや組織型、転移の有無が予後に大きく影響するため、早期の組織学的検索が重要である。未分化なタイプは組織学的診断が困難なこともあるが、年齢や臨床経過などを踏まえて総合的に診断する必要があると考えられる。

17. 東京医大病院眼科における眼窩腫瘍421例の検討

○馬詰和比古、木村圭介、笠井健一郎、臼井嘉彦、後藤 浩
東京医大 眼科

【目的】 当院における眼窩腫瘍の動向を明らかにする。

【方法】 1991年7月から2008年5月まで東京医大病院眼科で、特発性眼窩炎症を含む眼窩腫瘍421例の内訳についてレトロスペクティブに調査した。

【結果】 性別は男性195例(46.3%)、女性226例(53.7%)、患側は両側性41例(9.7%)、片側性380例(90.3%)であった。原発性腫瘍は323例(76.7%)で、そのうち良性腫瘍は271例(83.9%)を占め、特発性眼窩炎症が105例(38.7%)と最も多く、反応性リンパ組織過形成25例(9.2%)、皮様嚢腫22例(8.1%)、多形性腺腫19例(7.0%)、海綿状血管腫17例(6.3%)の順であった。悪性腫瘍は52例(16.0%)で、悪性リンパ腫が35例(67.3%)と最も多く、腺様嚢胞癌8例(15.3%)が続いた。続発性腫瘍は98例(23.2%)で、副鼻腔嚢腫の眼窩への波及が32例(32.7%)と最も多く、転移性腫瘍22例(22.4%)、副鼻腔悪性腫瘍16例(16.3%)、悪性リンパ腫15例(15.3%)の順であった。

【考察】 過去の報告と比較すると、全体的には特発性眼窩炎症の割合が増加しており、近年の他施設からの報告と同様、悪性腫瘍では悪性リンパ腫の占める割合が増加していた。

18. 涙小管閉塞2症例の再手術所見

○八子恵子¹、平井香織²

¹北福島医療センター 眼科 ²星総合病院 眼科

涙小管閉塞の2症例に対し再手術を施行したが、患者から聞き取った情報と術中所見が異なる経験をした。

症例1：59歳男性。2年前に角膜ヘルペスに罹患後、両側涙道閉塞となり、近医でチュービングを受けるも改善せず、他医に紹介され、両側にDCRおよび涙小管形成術（保険請求の写しおよび手術説明書による）が施行された。しかし、症状は改善せず受診した。両側の涙小管が高度に閉塞しており、全身麻酔下にその再建術を施行した。術中、右は涙小管閉塞があるものの、DCR鼻内法によると思われるごく小さなドリル痕が涙嚢窩に2個認められたのみで涙嚢、鼻涙管は温存されていた。左眼はDCR鼻内法がなされていたが、吻合部が肉芽で閉塞し、鼻涙管も閉塞していた。右は結膜嚢涙嚢吻合術、左は結膜嚢鼻腔吻合術を施行した。

症例2：36歳男性。6歳頃に左下眼瞼を犬にかまれ、涙小管断裂となった。近医で手術を受けたが、涙嚢が壊れており、改善は不可能と言われた。流涙と眼瞼の形状が気になるとして受診。結膜嚢涙嚢鼻腔吻合術を予定して全身麻酔下に手術を施行したところ、断裂した涙小管を発見でき、さらには涙嚢も損傷なしであったため、それらの再建が可能であった。

患者への不確実な説明は、患者自身にあきらめを感じさせ、後の手術への影響も大きい。可能な限り正確な情報を伝えるべきと考える。

19. ヌンチャク型シリコンチューブ留置術前後における涙液貯留量の定量的評価

○上田幸典¹、渡辺彰英¹、横井則彦¹、脇舛耕一¹、荒木美治²、木村直子¹、木下 茂¹

¹京都府医大 眼科 ²愛生会山科病院 眼科

【目的】第31回手術学会において我々はヌンチャク型シリコンチューブ留置術の定量的評価を報告した。今回、抜去後を含めた経過を報告する。

【対象と方法】2007年4月から2008年4月までの1年1ヶ月の間に、当科において後天性の涙道閉塞症に対しヌンチャク型シリコンチューブ(N-ST)留置術を施行した37例44側【男性13例、女性24例、両側7例、片側30例、 65.0 ± 11.4 （平均値±標準偏差）歳】を対象に、術前、術後1ヶ月、術後2ヶ月、抜去後1ヶ月の涙液貯留量[メニスコメトリー法による涙液メニスカス曲率半径（R）の測定]を計測した。

【結果】R（mm）はそれぞれ、術前 0.69 ± 0.34 、術後1ヶ月 0.40 ± 0.22 、術後2ヶ月 0.37 ± 0.20 、抜去後1ヶ月 0.37 ± 0.20 であり、術前と比べ術後にRは有意な改善を認めた（ $p < 0.01$ ）。一方で留置中と抜去後には差を認めなかった。

【結論】N-ST留置術の治療効果が、メニスコメトリー法によって 定量的に評価できた。N-ST留置中に既に涙液貯留量の改善を認めた。

20. Euthyroid Graves' diseaseと眼障害について

○高本紀子

オリンピック眼科病院

【目的】 Euthyroid Graves' disease（以下EGD）の臨床所見について検討した。

【対象と方法】 EGD 57例114眼の臨床像について内科的に未治療な甲状腺眼症（以下未治療バセドウ） 95例190眼と比較した。

【結果】 EGD群が男性：女性=1：3、未治療バセドウ群が男性：女性=1：6とEGD群は男性に多い傾向があった($p=0.09$)。眼球突出はEGDが平均16.8 mm、未治療バセドウが平均15.3 mmとEGD群で有意に強かった($p<0.01$)。外眼筋肥大はEGD群で下直筋17%、内直筋11%、上直筋10%、外直筋4%、上眼瞼挙筋16%にみられた。同様に未治療バセドウ群で下直筋8%、内直筋7%、上直筋2%、外直筋8%、上眼瞼挙筋8%だった。EGD群で下直筋、上直筋、上眼瞼挙筋肥大が有意に多かった($p<0.05$)。EGD群では甲状腺自己抗体の陽性率はTSAAbが40%と一番高かったが、すべての抗体が陰性の症例も23%あった。

【結論】 EGD群ではすべての甲状腺自己抗体の検索が大切であるが、すべての抗体が陰性のEGD症例もあり眼所見による診断も重要である。

■セッション4 涙小管手術・甲状腺眼症■

21. ステロイドパルス療法と放射線治療を併用したバセドウ病眼症147例の効果と合併症

○関向大介^{1, 2}、田上瑞記¹、長井隆行¹、安積 淳^{1, 2, 3}

¹神戸大 眼科 ²隈病院 眼科 ³神戸海星病院 眼科

【目的】バセドウ病眼症に対するステロイドパルス療法(パルス療法)と放射線治療(20G)の併用における、効果と合併症を評価すること。

【対象】2003年2月から2008年5月に、パルス療法3クールと放射線治療を受け、その後6ヶ月以上の経過観察を行えたバセドウ病眼症患者147名(男性42例、女性105例、年齢26～85歳、平均54.0±12.7歳)。

【方法】複視、眼球突出、MRI所見、血糖値、肝機能障害について検討した。

【結果】複視(n=128)；Geoffreyらの機能的複視野スコアは、治療前平均35.8%に対し、6ヶ月後56.0%($P<0.05$)、12ヶ月後(n=95)63.2%($P<0.05$)と、有意に改善した。眼球突出(n=128)；治療前平均18.3mm、6ヶ月後18.2mm($P=0.44$)、12ヶ月後(n=98)17.5mm($P<0.05$)であった。外眼筋MRIのintensity ratio(n=78)；治療前平均63.5%、6ヶ月後39.0%($P<0.05$)と有意に改善した。HbA1c(n=80)；治療前後で、平均0.40(n=80、 $P<0.05$)上昇した。肝逸脱酵素(n=122)；治療前から異常があったもの8例(6.6%)、パルス後に異常値となったもの52例(42.6%)。

【結論】パルス療法は複視には有効だが、眼球突出への効果は乏しい。パルス療法の副作用管理は必須である。

22. Deep lateral orbital decompressionを行った3症例

○安積 淳^{1, 2}、田上瑞記¹、長井隆行¹、関向大介¹

¹神戸大 眼科 ²神戸海星病院 眼科

【目的】バセドウ病の眼球突出に対して行った深部外側壁眼窩減圧術を報告する。

【症例】症例1 48歳女性。ヘルテル眼球突出時計による眼球突出度（眼突度）は術前右27mm、左28mmであった。症例2 51歳男性。眼突度は術前右28mm、左26mmであった。症例3 33歳女性。眼突度は術前右29mm、左25mmであった。

【方法】外嘴切開から皮膚切開、結膜切開を拡大した。約1cmの頬骨を一旦切除し、そこから頬骨、蝶形骨大翼をバーで掘削した。蝶形骨大翼の骨髓組織が確認できた。掘削後、骨膜を十分に切開して眼窩脂肪組織の自由度を増やした。ミュラー筋切除や挙筋腱膜前脂肪除去、下斜筋周囲脂肪除去は適宜追加した。

【結果】術後眼球突出度は症例1で右24mm左23mm（術後3か月）、症例2で右19mm左19mm（術後1か月）となった。（症例3は抄録作成時術後未測定）。眼球突出度25mmを越える高度の眼球突出に対して、眼球運動障害や視機能低下を伴うことなく、5mm以上の眼球陥凹効果が得られた。

【結語】安全かつ十分な減圧効果を得るために、手術手技改良の余地がある。

23. 良好な導涙機能を再建できた下眼瞼鼻側裂創の症例

○立松良之、菊地正晃、末廣久美子、宇田高広、大野美智子、忽那実紀、高岡明彦

松田久美子

愛媛県立中央病院 眼科

【緒言】涙小管断裂を伴う下眼瞼鼻側裂創の手術治療において、せっかく涙小管を再建しても術後下眼瞼外反や涙点の外反をきたしてしまい、通水はできても導涙系が機能しない症例が散見される。今回術後良好な導涙機能を再建できた症例を経験したので報告する。

【症例】48歳男性。2008年4月15日右眼部鈍的外傷受傷。近医眼科にて右下眼瞼裂創および涙小管断裂と診断され当科受診。同日全麻下に涙小管および下眼瞼再建手術を行った。涙小管断裂に対しては型どおり断端を見つけシリコンチューブを挿入し、周囲の眼輪筋ごと涙小管を縫合した。下眼瞼裂創に対しては将来予想される下眼瞼外反を防ぐため、Horner筋方向に張力を得るように再建すべく、後涙囊稜付近の骨膜に通糸し裂創部より耳側の瞼板に縫合固定した。術後6ヶ月を経て外反をきたさず涙点も良好な位置に保たれ、涙道通水検査が良好であるのみならずtear meniscus heightも正常で流涙の自覚症状もない。

【考察】涙小管断裂を伴う下眼瞼鼻側裂創の手術治療において涙小管形成に加えて下眼瞼のHorner筋方向への張力の再建を意識した手術法により、導涙機能を良好に保つことができたと考えられる。

■セッション5 眼瞼手術■

24. 眼輪筋が著明に萎縮している先天性顔面神経麻痺による兔眼症に対しての治療は？

○山田藍季子、尾山徳秀、張 大行、江口功一、阿部春樹

新潟大 眼科

今回提示する症例に対して、さまざまな治療方針があると考えられますが諸先生方の治療戦略を拝聴したく御提示させていただきたい。最適な方法とはどんなもののでしょうか？

【症例】15歳 男児

【既往歴】生後5日目に、脳幹部のmeningeomaに対して切除術を施行。術後より歩行障害、右顔面神経麻痺出現。成長するにつれ、構音障害、知的障害も出現している。

【現病歴】10歳時に右下眼瞼内反症に対してCPF修正を施行し、術後は経過良好であった。13歳時より再発性角膜潰瘍にて近医で眼軟膏・ソフトコンタクトレンズ装着加療が行われていた。顔面神経麻痺による兔眼症に対して精査加療目的で当科を紹介受診した。右上眼瞼はlid retraction様で、著明な睫毛内反により角膜障害が高度であった。右下眼瞼は外反し、自力での閉瞼は不可能（閉じる意識は普段から全くなし）であり、睡眠時は2/3開瞼している状態であった。右顔面半側は、表情筋の高度な萎縮が認められた。全身麻酔下にて、静的眼瞼形成術を施行した。術中所見は、眼輪筋と思われる組織の顕微鏡下での確認は困難であった。

25. 内眼角贅皮を伴った睫毛内反症に対する内眦形成術

○鹿嶋友敬、嘉島信忠、山田貴之、今川幸宏、中内一揚
聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【緒言】内眼角贅皮を伴った先天性睫毛内反症はモンゴロイドに多く存在し、とくにダウン症の小児に顕著に表れる。この場合、Hotz変法や埋没法では内眦部の皮膚の牽引によって再発を繰り返し治療に難渋することがある。今回われわれは内眼角贅皮を伴った先天性睫毛内反症に対し、内眦形成術を併用した内反症手術を施行し、機能面と整容面において良好な成績を得たので報告する。

【対象】2005年4月から2008年9月までの42ヶ月間に聖隷浜松病院眼形成眼窩外科で内眦形成術を併用した睫毛内反症手術を施行した5例10側。このうちダウン症合併が2例であった。手術時平均年齢は6.4歳（3～13歳）。そのうち内田法を4例に施行し、Z形成術を1例に施行した。全例で上下眼瞼の内反症手術（Hotz変法）を併用した。

【結果】全例で術直後から内反症が改善し、角膜びらんや異物感、流涙症状は軽減した。術前には鼻側結膜がほとんど露出されず内眼角贅皮が目立った特徴的な顔貌を呈していたが、術後には鼻側結膜が十分に露出されたためこれが改善された。

【考按】蒙古襞を伴う先天性睫毛内反症では内眦方向への皮膚の牽引が強く、術後瘢痕が消退するにつれ睫毛内反症の再発の要因となる可能性が高い。これらの症例に対し内眦形成術を行うことで牽引を解除することが可能であり、再発を抑制することが出来ると考えられた。また、内眼角贅皮が目立った特徴的な顔貌を改善することができるため、整容面でも満足を得ることが出来た。

26. 上眼瞼の睫毛乱生症に対するU字縫合法の経験

—埋没U字縫合による方法—

○小出美穂子¹、星野彰宏²、田邊吉彦²

¹小出内科眼科医院 眼科 ²社会保険中京病院 眼科

睫毛乱生症は、先天性・外傷性・瘢痕性の他に、慢性炎症によるmarginal entropionなどがあり、内反症との合併例やdistrichiasisも含め、バリエーションが大変多い。この中でも特に、上眼瞼の睫毛乱生症の手術治療は難しい。それは、上眼瞼の睫毛は下眼瞼に比べて、機能的にも整容的にもずっと重要であるし、lid splitting法では対処できない症例も存在するからである。

そのような例に対し、睫毛を温存し、なおかつ上眼瞼の瞼縁そのものの外反効果を強める方法として、我々は、先にHotz原法にU字縫合を加えた方法（以下；U字縫合法）を考案し良好な結果を得た。しかし、この方法で抜糸後に戻りを生じた例を経験したため、我々はU字縫合による外反効果を継続させるべく、U字縫合を眼瞼内に埋没留置すること（以下；埋没U字縫合法）で術後の外反効果をほぼ確実に持続させる事に成功した。今回は、この埋没U字縫合法の手術方法と、数例の症例結果について報告する。

27. 眼瞼下垂手術前後におけるquality of lifeの変化

○脇舛耕一、三戸秀哲、柴 智子、眞野俊治、井出 醇
井出眼科病院

【目的】 The 25-Item National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI VFQ-25) 日本語版を用いて眼瞼下垂手術前後におけるquality of lifeの変化を評価する。

【対象および方法】 2008年2月から7月の間に、両側の腱膜性眼瞼下垂に対して挙筋短縮術（Anderson法）及び皮膚切除術を両側同時に施行した9例18側（男性3例女性6例、平均年齢74.1±5.84歳）。眼瞼下垂以外の視機能に影響する眼疾患の存在や、美容が主目的、VFQ-25自己記入版が実施困難な例は除外とした。NEI-VFQ25の実施要綱に基づき、所定のアンケートに自己記入式で回答し、得点に変換。アンケートの各項目を12の下位尺度に分類し、各尺度に当てはまる項目得点を平均化して尺度得点を算出した。アンケートは術前日および術1～2か月後に施行した。

【結果】 眼瞼下垂術前患者のVFQ-25スコアは、術後「眼の痛み」と「役割制限」以外の全項目で有意に改善していた。過去の報告と比較すると、眼瞼下垂術前患者のVFQ-25スコアは白内障術前患者や緑内障患者と同程度まで低下しており、術後患者のスコアは、白内障術後患者や正常対照者と同等の水準まで回復していた。

【結論】 眼瞼下垂手術の有用性が、定量的な視覚関連quality of life尺度により評価でき、その改善度は白内障手術と同等であった。

28. 眼窩骨折に対する2方向アプローチによる整復術

○恩田秀寿、植田俊彦

昭和大 眼科

【目的】眼窩底骨折に関して、眼科、耳鼻科、形成外科、口腔外科などの診療科から報告されているが、その整復は、眼窩側または副鼻腔側からの1方向のアプローチで行われる事が多い。しかし、眼球陥凹をきたすような大きな骨欠損型では、1方向からのアプローチでは整復が難しい場合もある。今回、眼窩内からと副鼻腔内からの2方向からアプローチし整復術を行った症例を経験したので報告する。

【症例と手術方法】症例1は、眼窩底および内側壁骨折の25歳女性と、症例2は、顔面骨骨折を伴った眼窩壁骨折と内側壁骨折の15歳女性である。いずれも、眼窩側からと副鼻腔側からの2方向からアプローチした。眼窩底の整復は、眼窩下縁に沿った皮膚切開と上顎洞前壁を開窓して内視鏡を挿入して整復し、上顎洞バルーンを留置した。眼窩内側壁の整復は、眼窩内側縁に沿った皮膚切開と鼻内から内視鏡を挿入して篩骨蜂巢を開放して整復し、篩骨洞に逆U字型にシリコンプレートを挿入し留置した。

【結果】症例1では、脱出した眼窩脂肪組織を眼窩内へ引き出し、広範な篩骨眼窩板部の骨折片を篩骨側からシリコンプレート留置で押すことができた。また、骨折部の奥（蝶形骨洞側）端部まで整復したことを篩骨洞側から視認できた。症例2では、眼窩底部の折れた骨が上顎洞内で遊離骨片となっていたが、それを摘出し眼窩底部に置き、上顎洞バルーン留置によって支えた。2症例とも眼球陥凹が改善した。

【考察】眼窩側からのアプローチだけでは、症例1では、眼窩内脂肪組織が再び脱出する事が危惧され、また症例2では、上顎洞内の遊離骨片を捜しだすことはできなかったと考える。また、骨折が後部篩骨洞にまでおよぶ場合には、漏斗状に狭くなった眼窩内での手術操作により術中合併症として眼窩先端部症候群が懸念される。広範におよぶ眼窩骨折に対しては眼窩と副鼻腔の両面から観察できることは、より安全かつ確実に整復できるものとする。

29. 直達外力による眼窩内損傷によって眼球運動制限をきたした症例の治療経験

—特に内視鏡手術による医原性損傷を中心として—

○嘉島信忠、鹿嶋友敬、山田貴之、今川幸宏、中内一揚

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

眼窩骨折を原因とする眼球運動制限は広く知られているが、そのほとんどが介達外力が原因である。すなわちボールが当たったり殴られたりする眼窩内圧の上昇をきたした結果、眼窩骨折となり眼窩内組織とりわけ外眼筋、connective tissue septaの捕捉、拘扼を来たした結果起こりうる眼球運動制限である。しかしながら稀ではあるが直達外力による眼球運動制限をきたす外傷もある。つまり眼窩内に何らかの鋭利なものが刺さるなどして外眼筋の断裂や、運動神経麻痺、または周囲組織との癒着が原因で生じるという直接組織を損傷することによって起こるケースがこれに相当する。しかも直達であるがゆえ非常に難渋するケースであることが多い。不慮の外傷による損傷はいたし方がないが、注目すべきは鼻内視鏡手術による医原性損傷が増加の一途をたどっていることである。

近年耳鼻科、形成外科領域において内視鏡手術は広く普及し非常に有用であるtoolであることは周知の事実であるが、その反面合併症ともいえる眼窩内損傷の加療を数例経験したので、その損傷傾向とわれわれが行っている治療法と結果および対策について報告する。

30. Dermato-fat graftを用いた義眼床形成術

○渡辺彰英、荒木美治、木村直子、上田幸典、木下 茂

京都府医大 眼科

【目的】今回我々は、義眼台露出後の義眼床形成にdermato-fat graftを用いて、良好な結果を得られたので報告する。

【症例】症例は60歳女性。5年前に左眼窩から頭蓋内に及ぶ腺様嚢胞癌に対して、当院脳外科にて結膜温存眼窩内容除去および拡大切除を施行された。眼窩内には脂肪移植が行われた。その後再発もなく経過していたが、義眼を装用しても陥凹が目立つため、整容面での改善目的に2008年2月5日、義眼台挿入術を施行し、結膜の一部に人工真皮を移植した。その後、義眼台（アクリルボール）が人工真皮の移植部分から露出し、徐々に悪化するため、2008年8月29日、兎径部からのdermato-fat graftを用いた義眼床形成術を施行した。術後1週間前後でうっ血所見を認めたがその後徐々に色調も改善し、1ヵ月半経過後の現在まで、義眼台の再露出も認めず、生着は良好である。

【結果】生着した義眼床は、皮膚および脂肪組織を含むため義眼床の突出効果が非常に高く、整容的にも満足の結果となった。

【考按】dermato-fat graftを用いた義眼床形成術は、生着率に課題があるものの、生着すれば義眼床の陥凹改善効果が高く、有用な術式であると考えられた。

31. Posterior inferiorアプローチによる眼窩先端部良性腫瘍摘出術

○久保田敏信¹、大嶋久和²

¹国立病院機構名古屋医療センター 眼科 ²国立病院機構名古屋医療センター 耳鼻科

【目的】 Posterior Inferiorアプローチは上顎より眼窩先端部腫瘍にと到達する手術術式である。我々は眼窩先端部良性腫瘍に対するPosterior Inferiorアプローチを報告する。

【患者】患者はそれぞれ、40歳女性（症例1）、50歳女性（症例2）、49歳男性（症例3）で、眼窩先端部、視神経の下方に存在する血管腫が認められ、圧迫性視神経症による視力および視機能の低下が考慮された（症例1；視力矯正0.03、フリッカー値平均7Hz、症例2；視力矯正0.4、フリッカー値平均10Hz、症例3；視力矯正0.5、フリッカー値平均6Hz）。Posterior Inferiorアプローチによる摘出術の前に、眼窩減圧術（症例1）、LateralおよびInferiorアプローチによる摘出術（症例2）が施行された。眼窩減圧術は視力が矯正（0.03）から（0.8）に改善したにもかかわらず、フリッカー値（平均7Hz）は改善されなかった。LateralおよびInferiorアプローチは摘出が困難であった。Posterior Inferiorアプローチによる摘出術によって3患者とも全摘出され、2患者は視機能の改善を得た。しかしながら、1患者（症例2）は眼動脈の虚血によって失明に至った。

【結論】 Posterior Inferiorアプローチによる摘出術は眼窩先端部、視神経の下方にある良性腫瘍に対してよい適応である。しかしながら、眼動脈の虚血による失明が重篤なリスクとして存在する。腫瘍と周囲組織の癒着が合併症のリスクを高めるかもしれない。

32. 眼窩漏斗先端部腫瘍の一手術例

○木下博文¹、三島一晃¹、隈上武志¹、中村泰久²

¹長崎大 眼科 ²聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

症例は61歳、女性。平成18年9月頃、左眼視力低下を自覚し近医眼科を受診した。左眼に黄斑前膜を認めたが、矯正視力0.7~0.8であったため、経過を観察されていた。平成20年2月頃より左眼視力低下が進み、矯正視力0.2となったため、手術治療目的で同年5月26日長崎大学病院眼科を紹介された。初診時、左眼には黄斑前膜とretinal foldを認め、硝子体手術を予定していたが、外来での経過観察中に左眼にRAPD(+)と中心暗点を認めたため視神経炎を疑い、同年6月30日ステロイドパルス治療の目的で入院し、その際のMRI検査で眼窩腫瘍を認めた。腫瘍は視神経を圧迫しており、それによる視機能障害と推測した。ステロイド治療は中止し、一時退院した。その後、左視力低下（矯正視力0.07）と中心暗点の拡大を認めたため、同年9月5日、骨形成的骨切除術を併用する経眼窩縁眼窩開窓術により腫瘍を全摘出した。腫瘍に到達する経路は、通常の筋間膜を分ける方法ではなく、外直筋を強膜からはずし直接筋円錐内に入る経路を選択した。術中、瞳孔の中等度散大を認めた。術後も瞳孔散大は継続し、水平方向の強い眼球運動制限を認めた。同年9月8日からプレドニン20mgより内服したが、眼球運動の改善は認められなかった。視力・視野は術後早期より改善傾向にあり、同年9月18日退院時視力は裸眼視力0.1（矯正視力0.3）であった。摘出腫瘍の病理組織診断は海綿状血管腫であった。本症例に採用した術式と術中合併症について考察する。