

第 27 回日本眼腫瘍研究会 プログラム

(日本眼科学会専門医制度単位認定事業)

**Japanese Society
of
Ocular Oncology**

2009 年 6 月 20 日(土)

山形医学交流会館

福島市光が丘1番地
福島県立医科大学眼科

H21.6.17

第 27 回日本眼腫瘍研究会

(日本眼科学会専門医制度単位認定事業)

会 期 : 2009 年 6 月 20 日(土) 9:00～18:00

会 場 : 山形医学交流会館 (山形大学医学部内)
〒990-9585 山形市飯田西 2-2-2
Tel 023-628-5374 (山形大学眼科医局直通)

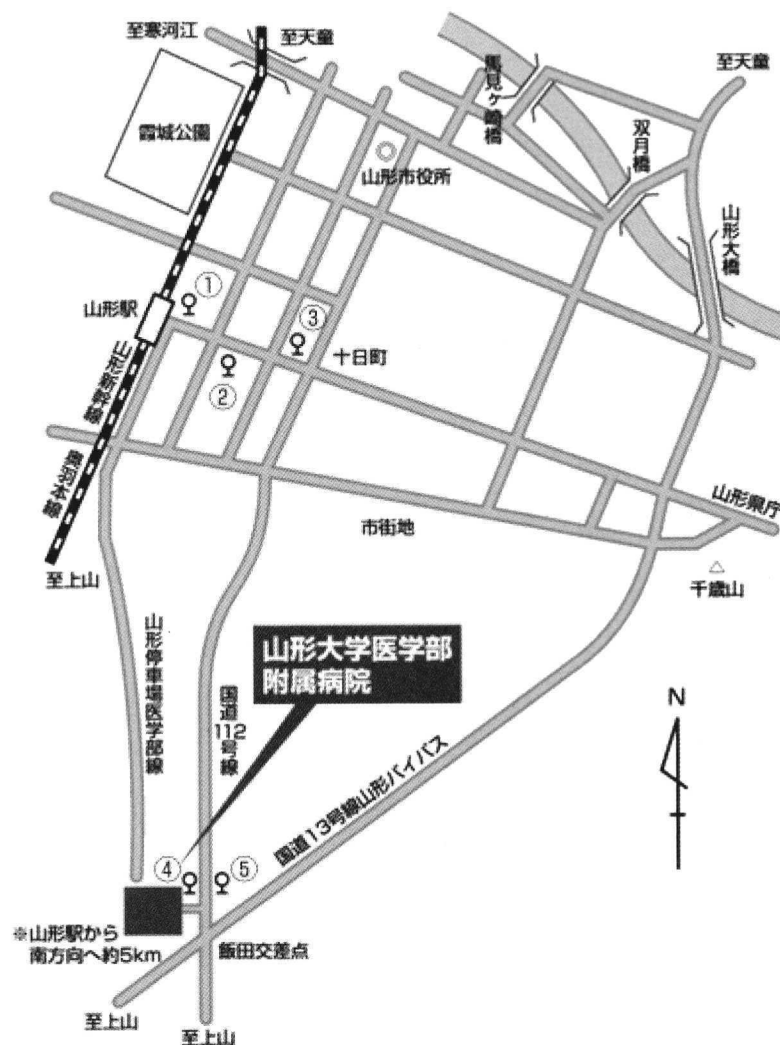
会 費 : 3000 円 (当日会場にて徴収)

懇親会 : 会費 5000 円
会場 山形大学医学部附属病院 1 階

会 長 : 高村 浩 山形大学医学部眼科学講座

事務局 : 山形大学医学部眼科学講座内
第 27 回日本眼腫瘍研究会 事務局
〒990-9585 山形市飯田西 2-2-2
TEL : 023-628-5374 (山形大眼科医局)
FAX : 023-628-5376 (山形大眼科医局)
E-mail : htakamur@med.id.yamagata-u.ac.jp

会場までの交通案内



交通機関	バス路線等	所要時間
バス	千歳公園～大学病院口～上山温泉・高松葉山	約10分（山交ビル角乗車）
	山形駅前～大学病院口～蔵王温泉	約11分（山形駅前乗車）
	沼の辺～大学病院～大学病院南	約11分（山交ビル乗車）
タクシー	山形駅前～大学病院	約7分

- ①バス停留所（山形駅前）②山交ビルバスターミナル ③バス停留所（山交ビル角）
④バス停留所（大学病院）⑤バス停留所（大学病院口）

（山形駅までの交通案内）

J R 山形新幹線・奥羽本線「山形駅」下車

空路

- ・山形空港から山形駅まで約 1 時間
- ・仙台空港から山形駅まで約 1.5 時間

会場案内



* 自家用車でご来場の方へ

- ・山形医学交流会館の前にも数台は駐車できますが、満車の場合はスタッフにお声をかけて下さい。駐車場をご案内します。
- ・病院駐車場に駐車すると料金が発生してしまいます。

講演規定

■講演時間

一般口演は、発表 6 分、討論 6 分程度、あわせて 1 題 12 分で進行します。

■発表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。

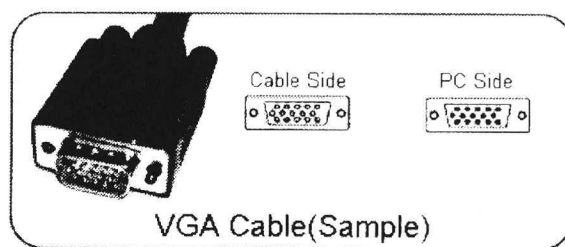
- ◆事務局に用意している PC (Windows)には OS : Windows XP PowerPoint 2003/2007 をインストールしています。上記環境にて正常に作動するデータをご用意下さい。
Windows Vista PowerPoint 2007 で作成されたデータにも対応しますが、万一、文字ずれなどがある場合には Windows Vista を用意しております。
- ◆フォントは、MS(P)ゴシック、MS(P)明朝、Times New Roman、Century、Century Gothic、Arial、Arial Black のいずれかをご使用下さい。
- ◆静止画像は JPEG 形式で作成す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。
- ◆音声は使用できません。
- ◆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) でお願ひします。
*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 Macintosh の場合

ご自身の PC をご持参下さい。

- ◆利用機器、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。

◆音声は使用できません。

◆スクリーンセーバー、ウィルスチェック、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ご持参いただいた 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。

■発表

演台にあるマウスを操作し、各自で進めてください。

日本眼腫瘍研究会世話人（敬称略）

代表世話人：後藤 浩（東京医科大学眼科）

安積 淳（神戸海星病院眼科）

江口功一（江口眼科医院）

大黒 浩（札幌医科大学眼科）

大島浩一（岡山医療センター眼科）

小幡博人（自治医科大学眼科）

柏井 聡（大阪赤十字病院眼科）

嘉島信忠（聖隷浜松病院眼形成眼窩外科）

金子明博（東邦大学医療センター大橋病院眼科）

小島孚允（さいたま赤十字病院眼科）

鈴木茂伸（国立がんセンター中央病院眼科）

高村 浩（山形大学眼科）

辻 英貴（癌研究会有明病院眼科）

林 暢紹（須崎くろしお病院眼科）

古田 実（福島県立医科大学眼科）

吉川 洋（九州大学眼科）

第28回日本眼腫瘍研究会のお知らせ

日 時：平成22年9月25日（土）、26日（日）

会 場：アクトシティ浜松コンgresセンター（浜松駅に隣接）

会 長：嘉島信忠（聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科）

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
とり行われる。

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。

プログラム

■ 開会挨拶 ■

8 : 55～9 : 00

■ セッション1 眼瞼■

9 : 00～10 : 00

座長：古田 実（福島県立医科大学眼科）

1. 下眼瞼に生じた混合腫瘍の1例

○小笠原幹英¹、敷島敬悟¹、原田 徹²（東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部）

¹東京慈恵会医科大 眼科 ²東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部

2. 扁平上皮癌と診断された眼瞼脂腺癌の1例

○小幡博人、石崎こずえ、茨木信博

自治医科大学 眼科

3. 形態覚遮断を生じた眼部腫瘍の検討

○児玉俊夫¹、大城由美²

¹松山赤十字病院 眼科 ²松山赤十字病院 病理

4. 30年間無治療で経過した両側の眼瞼基底細胞癌の1例

○今野伸弥、高村 浩、山下英俊

山形大学 眼科

5. 眼瞼皮膚の偽上皮腫様過形成が考えられた3例

○吉川 洋¹、向野利一郎¹、村上祐介¹、石川圭二郎¹、高木健一¹、石橋達朗¹、西岡木綿子²、
松本博善³、皆良田研介⁴

¹九州大学 眼科 ²千早病院 ³下関中央病院 ⁴皆良田眼科医院

■ セッション2 結膜・眼窩■

10 : 00～11 : 00

座長：嘉島信忠（聖隷浜松病院眼形成眼窩外科）

6. 結膜偽上皮腫様過形成が考えられた8例（急速に増大した輪部腫瘍の8例）

○吉川 洋¹、向野利一郎¹、狩野久美子¹、貴福香織¹、村上祐介¹、石橋達朗¹、川野庸一²、
村田敏規³、岡田豊和⁴、向野利寛⁵

¹九州大学 眼科 ²浜の町病院 ³信州大学 眼科 ⁴岡田眼科 ⁵福岡大筑紫病院

7. 角結膜扁平上皮癌術後に急速に増大した化膿性肉芽腫（血管拡張性肉芽腫）の一例

○石嶋 漢^{1,2}、加瀬 諭²、石田 晋²

¹帯広協会病院 ²北海道大学 眼科

8. CD5 陽性の MALT リンパ腫の一例

○辻 英貴¹、田村めぐみ¹、高橋俊二²、小口正彦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 化学療法科

³癌研究会有明病院 放射線治療科 ⁴癌研究会研究所病理部

9. 眼窩内腫瘍による圧迫性視神経症を呈した von Hippel-Lindau 病の一例

○渡邊友之¹、飯田和之²、敷島敬悟¹

¹東京慈恵会医科大学 眼科 ²厚木いいだ眼科

10. 視神経膠腫 (optic glioma) に対する化学療法の有効性：生命予後と視機能予後

○柳澤隆昭、福岡講平、鈴木智成、上宮奈穂子、根木宏明、安達 淳、脇谷健司、三島一彦、
松谷雅生、西川 亮

埼玉医科大学国際医療センター 脳脊髄腫瘍科 小児脳脊髄腫瘍部門

■ コーヒーブレイク ■

11 : 00 ~ 11 : 15

■ セッション3 眼窩 ■

11 : 15 ~ 12 : 27

座長：吉川 洋（九州大学眼科）

11. ホントは怖い！ Solitary fibrous tumor

○山田貴之、嘉島信忠、今川幸宏、笠井健一郎

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

12. 流涙を主訴とする腫瘍性病変に対する術前診断の重要性

○笠井健一郎、嘉島信忠、山田貴之、今川幸宏

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

13. 両側涙腺限局 Rosai-Dorfman 病に高 IgG4 血症を伴った一例

○古田 実¹、菅野幸紀¹、大口泰治¹、飯田知弘¹、喜古雄一郎²

¹福島県医科大学 眼科 ²福島県医科大学 病理部

14. Neuromuscular hamartoma が疑われた 8 か月女児の一例

○古田 実¹、森 隆史¹、飯田知弘¹、北條 洋²、原 宏二³

¹福島県医科大学 眼科 ²福島県医科大学 第一病理 ³平鹿総合病院 眼科

15. 眼窩内容除去術後の病理標本の切り出し

○尾山徳秀、江口功一、張 大行、阿部春樹
新潟大学医歯学総合病院 眼科

16. 骨破壊を伴った眼窩部良性腫瘍の2例

○張 大行、尾山徳秀、江口功一（新潟大学 眼科）

■ 昼食・世話人会 ■

12 : 30～13 : 40

■ セッション4 眼内腫瘍—網膜芽細胞腫 ■

13 : 40～14 : 28

座長：小幡博人（自治医科大学眼科）

17. 網膜芽細胞腫における網膜障害の臨床病理学的検討

○大島浩一¹、吉川 洋²

¹岡山医療センター 眼科 ²九州大学 眼科

18. 化学療法後の網膜芽細胞腫におけるheat shock proteinの発現変化

○加瀬 諭^{1,2}

¹北海道大学 眼科 ²南カリフォルニア大学 ドヘニー眼研究所

19. 網膜芽細胞腫に対する選択的眼動脈注入の長期予後

○鈴木茂伸¹、金子明博²

¹国立がんセンター中央病院 ²東邦大学医療センター大橋病院

20. 松果体部病変・中枢神経転移病変を認めた両側性網膜芽細胞腫の1例

○柳澤隆昭¹、福岡講平¹、鈴木智成¹、上宮奈穂子¹、根木宏明¹、安達 淳¹、脇谷健司¹、
三島一彦¹、松谷雅生¹、西川 亮¹、金子明博²

¹埼玉医科大学国際医療センター 脳脊髄腫瘍科 小児脳脊髄腫瘍部門

²埼玉医科大学国際医療センター 眼科腫瘍科

■ ミニシンポジウム「よくわかる IgG4 の基礎と臨床」 ■ 14 : 30～15 : 30

座長：大島浩一（岡山医療センター眼科）、高村 浩（山形大学眼科）

<演題 1 : IgG4 関連疾患の基礎> 高比良雅之（金沢大学）

<演題 2 : IgG4 関連疾患の臨床> 安積 淳（神戸海星病院）

■ コーヒーブレイク ■ 15 : 30～15 : 45

■ セッション 5 眼内腫瘍-悪性黒色腫・悪性リンパ腫 ■ 15 : 45～16 : 33

座長：鈴木茂伸（国立がんセンター中央病院眼科）

21. ぶどう膜悪性黒色腫におけるfluorescence in situ hybridization (FISH)法および

loss of heterozygosity (LOH)解析を用いた3番染色体欠失(モノソミー3)の検討

○臼井嘉彦¹、山川直之¹、後藤 浩¹、西山千春²

¹東京医科大学 眼科 ²順天堂大学アトピー疾患研究センター

22. サイバーナイフ治療を行った脈絡膜悪性黒色腫の4例

○田平瑛美¹、吉川 洋¹、向野利一郎¹、石橋達朗¹、大賀才路²、中村和正²

¹九州大学 眼科 ²九州大学 放射線科

23. 国内多施設を対象とした眼内悪性リンパ腫の実態調査(第2報)

○木村圭介¹、臼井嘉彦¹、後藤 浩¹、眼内悪性リンパ腫スタディグループ(仮称)

¹東京医科大学 眼科

24. 各種化学療法に抵抗した原発性眼内悪性リンパ腫の1例

○金海美和、吉川 洋、園田康平、石川桂二郎、石橋達朗

九州大学 眼科

■ セッション 6 眼内腫瘍-その他 ■ 16 : 33～17 : 33

座長：辻 英貴（癌研究会有明病院眼科）

25. 脈絡膜血管腫28例の臨床的検討

○馬詰和比古、木村圭介、川上摂子、笠井健一郎、臼井嘉彦、後藤 浩

東京医科大学 眼科

26. Sturge Weber 症候群に緑内障および胞状網膜剥離を併発した 1 例

○大黒幾代、片井麻貴、大黒 浩

札幌医科大学 眼科

27. 肺腺癌絡膜転移症例の最終報告

○田上瑞記¹、長井隆行²、関向大介¹、安積 淳³

¹神戸大学 眼科 ²新日鐵広畑病院 眼科 ³神戸海星病院 眼科

28. IgG4 関連疾患が疑われた眼内・外発症の sclerosing fibrosis の 1 症例

○藤代貴志¹、重枝崇志²、辻 英貴³、小島孚允¹

¹さいたま赤十字病院 ²東京大学医学部附属病院 ³癌研有明病院

29. 急速に増大した Retinal astrocytic hamartoma の 1 例

○児玉達夫¹、吉廻浩子¹、大平明弘¹、渋谷勇三²、 中島典子³

¹島根大学眼科 ²斐川町 ³出雲市

■ 次期会長挨拶 ■ 嘉島信忠（聖隷浜松病院眼形成眼窩外科） 17：35～17：40

■ 閉会挨拶 ■ 17：40～17：45

一 般 講 演

1. 下眼瞼に生じた混合腫瘍の1例

○小笠原幹英¹、敷島敬悟¹、原田 徹²（東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部）

¹東京慈恵会医科大 眼科 ²東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部

【緒言】混合腫瘍は筋上皮細胞と腺上皮を発生母体として一般には眼部では涙腺から発生する。今回、下眼瞼に生じた混合腫瘍のまれな1例を経験したので報告する。

【症例】35歳女性。五年前から左下眼瞼の腫瘤を自覚し、近医で経過観察中、二度の切開術を受けていた。しかし腫瘤の大きさに改善がなく、精査加療のため慈恵医大眼科に紹介受診となった。初診時4mm大の腫瘤を認め、睫毛の脱落があり、痛みや出血はなかった。既往は特になかった。腫瘤部を辺縁から1mm離し、楔状に完全切除を行った。病理組織検査では、真皮内に2mm径の比較的境界明瞭な結節性病変を認め、筋上皮細胞と導管上皮細胞の胞巣状、索状増殖がみられた。間質は線維性、硝子様、粘液腫様で、紡錘形の筋上皮細胞がみられた。以上より混合腫瘍と診断された。

【考察】眼瞼部に発生する混合腫瘍はKrause腺かWolfring腺の副涙腺、エクリン汗腺、アポクリン汗腺（Moll腺）から発生しうる。今回の症例は、病巣の位置、周囲組織との関連、腺上皮の形態から、Moll腺由来が考えられた。

2. 扁平上皮癌と診断された眼瞼脂腺癌の1例

○小幡博人、石崎こずえ、茨木信博

自治医科大学 眼科

【緒言】眼瞼の悪性腫瘍のうち扁平上皮癌は稀であるとされる。今回、生検時の病理診断は扁平上皮癌であったが、その後の腫瘍全摘出手術で脂腺癌という病理診断であった症例を経験したので報告する。

【症例】55歳男性。左上眼瞼の腫瘤に対し、霰粒腫という診断で3回手術をうけた。3回目の手術の際の病理診断で癌が疑われ、2007年11月に当科を紹介受診となる。左上眼瞼皮下に横長の硬い腫瘤があり、また瞼縁から瞼結膜にかけて隆起があり、脂腺癌が疑われた。生検目的で皮下の腫瘤を摘出したところ、扁平上皮癌という病理診断であった。患者本人が手術より放射線治療を希望されたため、同年12月に電子線を合計45Gy照射した。腫瘍は放射線治療に反応し消失したが、2009年2月の再診時に局所再発がみられ、2009年3月に眼瞼全層切除を行った。この時の病理診断は脂腺癌であった。

【結論】脂腺癌は扁平上皮癌に類似した組織像を呈することがあり、眼瞼腫瘍で扁平上皮癌という病理診断がされた時は病理医とよく相談すべきである。

3. 形態覚遮断を生じた眼部腫瘍の検討

○児玉俊夫¹、大城由美²

¹松山赤十字病院 眼科 ²松山赤十字病院 病理

【目的】眼部腫瘍は比較的早期に発見されることが多いが、腫瘍を放置すれば瞳孔領を遮蔽して視標の形態が認識できない形態覚遮断の状態まで大きくなることもある。今回、我々は形態覚遮断を生じた眼部腫瘍 11 例について検討した。

【対象と方法】対象は平成 10 年 10 月から平成 21 年 2 月までに外科的切除を行った 11 例で、年齢は 59 歳から 96 歳 (79.2 ± 10.8 歳)、性別は男性 6 名と女性 5 名である。腫瘍の病理組織診断、術前視力、手術術式、転移の有無および腫瘍の発育期間について検討した。

【結果】摘出腫瘍の病理組織診断は眼瞼由来では脂腺癌 6 例と扁平上皮癌、メルケル細胞癌、未分化癌がそれぞれ 1 例で、結膜由来では扁平上皮癌の 2 例であった。術前視力として 4 例は腫瘍が眼球を完全に遮断して視力測定不能であったが、眼瞼を挙上して得られた矯正視力は 0.1 以下が 3 例、0.1 から 1.0 は 2 例、1.2 を示した症例は 2 例であった。手術術式は腫瘍摘出と眼瞼再建術が 7 例、眼窩内容除去術が 2 例、眼球摘出術 1 例および結膜腫瘍摘出術と羊膜移植術が 1 例であった。所属リンパ節転移は耳下腺部で、いずれも術後 6 ヶ月で認められた脂腺癌 2 例と初診時に認められていた未分化癌の 1 例であった。腫瘍の発育期間は 1 ヶ月から 8 年とさまざまであった。

【結論】形態覚遮断を生じた眼部腫瘍は成長が緩徐のものから急激な腫瘍とさまざまであったが、所属リンパ節転移を生じる頻度が高いために早期診断および治療が肝要である。

4. 30年間無治療で経過した両側の眼瞼基底細胞癌の1例

○今野伸弥、高村 浩、山下英俊

山形大学 眼科

【緒言】眼瞼腫瘍は部位的に発見しやすい部位に発症するため、比較的容易に発見され、早期に医療機関を受診することが多い。今回、我々は約 30 年前から両側の眼瞼腫瘍を自覚していたにもかかわらず、放置していた症例を経験したので報告する。

【症例】76 歳、男性。約 30 年前より両側の上眼瞼に 1×1cm 大の腫瘍が出現した。それらは徐々に増大していたが、平成 19 年に植木鉢の支柱で右上眼瞼の腫瘍をつついてから急速に増大した。平成 20 年になって初めて近医を受診し、右上眼瞼腫瘍の生検の結果が基底細胞癌であったために当科を紹介された。右側では上眼瞼内側から内眼角部を経て下眼瞼内側にまで連続する黒色の色素を伴う腫瘍がみられた。左側では上眼瞼に色素沈着と潰瘍形成を伴う腫瘍がみられた。していた。両側の腫瘍切除および眼瞼形成術を施行した。全身 CT にて遠隔転移は認められなかった。

【考察】基底細胞癌は比較的緩徐に進行し、生命予後も良好とされている。本症例でも 30 年間無治療で経過したにもかかわらず、局所に限局し、隣接部位への浸潤や全身転移はみられなかった。しかし、腫瘍が増大すれば眼瞼の機能的および整容的問題が生じるので早期の治療が重要である。

5. 眼瞼皮膚の偽上皮腫様過形成が考えられた 3 例

○吉川 洋¹、向野利一郎¹、村上祐介¹、石川圭二郎¹、高木健一¹、石橋達朗¹、西岡木綿子²、
松本博善³、皆良田研介⁴

¹九州大学 眼科 ²千早病院 ³下関中央病院 ⁴皆良田眼科医院

【背景】偽上皮腫様過形成は粘膜または皮膚に発生する上皮性の反応性腫瘍で、特にクレター状の形態をとるものをケラトアkantomaと呼ぶ。急速に発育し、組織学的に扁平上皮癌との鑑別が困難とされる。眼科領域では結膜および眼瞼皮膚に発生するが、認知度が低いと思われる。

【方法】2003 年から 2007 年までに筆頭演者が九州大学眼科で経験またはコンサルテーションを受けた眼瞼皮膚病変で、偽上皮腫様過形成が考えられた 3 例について、臨床経過と病理組織を検討した。

【結果（症例）】症例 1 は 15 歳女性、3 ヶ月の病歴で増大した左上眼瞼皮膚病変で直径 12mm、高さ 8mm でクレター状であった。部分切除および内容搔爬で再発したため全切除を行った。異形重層扁平上皮細胞が見られ切除断端は陽性であったがその後 1 年 4 ヶ月の経過観察で再発転移はない。症例 2 は 55 歳女性、8 週間の病歴で増大した左下眼瞼鼻側の皮膚病変で直径 8mm の不整形半球状であった。亜全摘を行い組織で異形重層扁平上皮細胞がみられたが、術後 5 年の現在再発はない。症例 3 は 62 歳女性、左上眼瞼睫毛部に直径 6 ミリの不整形半球状腫瘍がみられた。腫瘤自覚からの病歴期間は 6 週間であった。全切除され術後 4 ヶ月の現在再発はない。切除組織は 3 例とも異形重層扁平上皮からなっており、核分裂像、基底膜の不明瞭な浸潤性発育、ならびに癌真珠様の所見が認められた。組織学的に扁平上皮癌を否定できなかったが、臨床経過から反応性病変が考えられた。

【結論】急速な発育を示し組織学的に扁平上皮癌が疑われる病変は、偽上皮腫様過形成の可能性がある。

6. 結膜偽上皮腫様過形成が考えられた8例（急速に増大した輪部腫瘍の8例）

○吉川 洋¹、向野利一郎¹、狩野久美子¹、貴福香織¹、村上祐介¹、石橋達朗¹、川野庸一²、
村田敏規³、岡田豊和⁴、向野利寛⁵

¹九州大学 眼科 ²浜の町病院³ 信州大学 眼科 ⁴岡田眼科 ⁵福岡大筑紫病院

【背景】偽上皮腫様過形成は、粘膜または皮膚に発生する上皮性の反応性腫瘍で、眼科領域では結膜および眼瞼皮膚に発生する。急速に発育し、組織学的に扁平上皮癌との鑑別が困難とされるが、認知度が低いと思われる。

【対象と方法】2001年2月から2008年4月の間に筆頭演者が九州大学眼科で経験またはコンサルテーションを受けた結膜病変で、偽上皮腫様過形成が考えられた8例について、年齢、性、病脳期間、病変の大きさ、治療経過を検討した。術後2週間～6ヶ月（平均7週間）経過を観察した。2ヶ月未満の短期観察例は電話により転帰を調査した。

【結果】年齢は32～89歳（平均55歳）、全例男性であった。腫瘍の自覚から切除までの病脳期間は6～8週間（平均7.2週間）、切除時の最大径は4～7mm（平均5.5mm）であった。7例が右眼、1例が左眼、全例鼻側輪部に発生していた。1例は元来翼状片様病変で経過観察されていた。2例で部分切除、6例で全切除を行った。切除組織は分化傾向のある重層扁平上皮からなっており、6例で核分裂像、7例で基底膜の不明瞭な浸潤性発育、7例で癌真珠様の構造、5例で2核所見、5例で著明な核小体が認められ、全例扁平上皮癌を否定できなかった。2例で結膜上皮直下に瞼裂斑様の弾性線維様変性を認めた。全切除の6例は全例切除断端陽性であった。部分切除2例の残存腫瘍は自然消失した。全切除6例は経過観察中再発はなかった。

【結論】急速な発育で異形上皮細胞からなるが再発傾向のないこれら8例はいずれも偽上皮腫様過形成の可能性があると考えられた。6～8週間の短期間で鼻側輪部に発生し、組織学的に扁平上皮癌が疑われる上皮性腫瘍は、偽上皮腫様過形成を考える必要がある。

7. 角結膜扁平上皮癌術後に急速に増大した化膿性肉芽腫（血管拡張性肉芽腫）の一例

○石嶋 漢^{1,2}、加瀬 諭²、石田 晋²

¹帯広協会病院 ²北海道大学 眼科

【緒言】眼部の化膿性肉芽腫（血管拡張性肉芽腫）は、外傷や霰粒腫切除後に結膜に発生することが知られている。今回我々は角結膜の扁平上皮癌（SCC）切除術後に、急速に増大した化膿性肉芽腫の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳男性。主訴は左下眼瞼の違和感。2008年10月頃近医受診。眼球結膜に隆起病変が見られ、精査加療目的で当科紹介となる。初診時視力は右（0.9）、左（0.5）。左下方の眼球結膜から角膜にわたり腫瘍が形成されており、瞳孔縁に若干及んでいた。結膜腫瘍部は、打ち上げ花火状血管を伴うピンク色の隆起性病変であり、角膜腫瘍は扁平蒼白で血管侵入は明らかではなかった。同年12月、病変部を一塊にして切除し、冷凍凝固術を施行した。病理組織学的には、上皮内SCCで、断端部には上皮異形成が見られた。

術約1ヵ月後の再診時、左球結膜耳下側に、表面平滑で有茎性の赤色腫瘍が見られた。擦過細胞診では、異型角化細胞はなく、紡錘形細胞と好中球の集塊があった。2009年2月、続発腫瘍切除術を施行した。病理組織学的には化膿性肉芽腫の所見で、標本内に悪性所見はなかった。術後、腫瘤形成はなく、現在経過観察中である。

【結語】角結膜SCC摘出後に、急速に増大した化膿性肉芽腫の一例を報告した。臨床経過、細隙灯顕微鏡所見、および細胞診の結果を詳細に検討することにより、SCCの局所再発の可能性を否定し、摘出を待たずに続発腫瘍の診断をすることが可能であった。

8. CD5 陽性の MALT リンパ腫の一例

○辻 英貴¹、田村めぐみ¹、高橋俊二²、小口正彦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 化学療法科

³癌研究会有明病院 放射線治療科 ⁴癌研究会研究所病理部

眼部に生じる悪性リンパ腫の大部分は MALT (Mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫が占める。病理診断とりわけリンパ腫のサブクラスについては、フローサイトメトリーや免疫組織化学検査などでの細胞表面マーカーの検索が行われる。今回筆者らは CD5 が陽性であった MALT リンパ腫を経験したので報告する。

症例は 68 歳の男性で眼部腫瘍にて近医より紹介され、上方球結膜下の上直筋部に腫瘍を認め、2007 年 2 月に生検を施行した。細胞表面マーカーの検索では、CD3⁻、CD5⁺、CD10⁻、CD20⁺、CD22⁺、CD23⁻、cyclinD1⁻、FMC7⁻、サザンブロット法による IgH の再構成⁺で、CD5⁺ MALT リンパ腫と診断された。全身検索では眼部以外に腫瘍は認めなかったが M 蛋白が存在し、Tumor Board にて検討後、放射線治療 30.6Gy/20fr を施行し、その後リツキシマブの全身投与を施行した。腫瘍は縮小したが通常の MALT リンパ腫の様には消腿せず、現在経過観察中である。

CD5⁺ MALT リンパ腫はまれであるが存在し、治療への反応が悪い可能性がある。

9. 眼窩内腫瘍による圧迫性視神経症を呈したvon Hippel-Lindau 病の一例

○渡邊友之¹、飯田和之²、敷島敬悟¹

¹ 東京慈恵会医科大学 眼科 ² 厚木いいだ眼科

【緒言】 von Hippel-Lindau 病において眼窩内、特に視神経周囲腫瘍の合併は非常にまれである。今回、我々は視神経周囲の腫瘍による圧迫性視神経症を呈した von Hippel-Lindau 病の症例に遭遇したので報告する。

【症例】患者は30歳女性、主訴は右眼の視力低下。既往歴：1996年、小脳血管芽腫、外科的摘出術および残存した腫瘍に対しガンマナイフが施行。家族歴：父、脳腫瘍(血管芽腫)で死亡。現病歴：2003年、両眼に網膜血管腫を認め、レーザー光凝固術を他院にて施行された。以後、定期的に経過観察されていたが、その間の視力の低下は認めなかった。2006年4月右眼の視力低下を訴え他院受診、矯正視力右0.7、左1.2。MRIにて右眼窩腫瘍の疑いがあり、精査、加療目的にて当院を紹介受診された。MRI上、視神経近傍に血管腫がみられ、R-RAPD(+)、右ゴールドマン視野にて中心暗点と下方楔状視野欠損を認め圧迫性視神経症と診断した。患者は積極的治療を望まず、以後は定期的に経過観察をしているが視力低下を徐々に認めている。現在は右矯正視力0.2である。

【考案】本症例の視神経周囲腫瘍は病理診断が得られていないが、画像診断より hemangioblastoma と考えられる。治療法として、摘出術、塞栓術、定位放射線治療が考慮されるが、手術は失明の危険性が高く、また塞栓術は根治療法とはならない。診断ならびに治療法についてご意見を伺いたく呈示する。

10. 視神経膠腫 (optic glioma)に対する化学療法の有効性：生命予後と視機能予後

○柳澤隆昭、福岡講平、鈴木智成、上宮奈穂子、根木宏明、安達 淳、脇谷健司、三島一彦、
松谷雅生、西川 亮

埼玉医科大学国際医療センター 脳脊髄腫瘍科 小児脳脊髄腫瘍部門

視神経膠腫 optic glioma は殆どが 10 歳までに発症する小児期脳腫瘍であり、小児期鞍上部腫瘍の 25－30%を占める。病理学的には low-grade glioma で、毛様性星細胞腫 pilocytic astrocytoma が最も多い。昨年に続き自験例の経過を示しながら、本疾患の診断・治療について論ずる。

診断：無症状で診断される例も多い。生検の必要性については議論がある。

治療：無治療で自然退縮する例もあり、治療開始時期の判断が問題となる。視神経症状を呈している場合、視機能の温存・改善という観点から治療の適応となる。視機能を損なうことなく腫瘍を摘出することは困難であり、機能温存のため他の治療法が必要となる。放射線治療は、その有効性が確証されておらず再発もあること、発達障害、脳血管障害、2 次癌などの重篤な後遺症が高率に起こることが明らかにされており、回避することが目標とされる。初期治療の第 1 選択は化学療法である。過去の臨床試験では、化学療法により殆どの例で腫瘍の不活化が達成されることが示されている。化学療法に対する反応と、無増悪生存期間 progression free survival (PFS) と相関しないことが明らかになってきており、治療効果判定に注意を要する。画像上の腫瘍縮小と視機能改善は必ずしも相関しない。生命予後を考慮し、晩期毒性にも配慮して薬剤を選択すべきである。

視神経膠腫は慢性疾患 chronic disease であると提唱されるようになってきている。

11. ホントは怖い！ Solitary fibrous tumor

○山田貴之、嘉島信忠、今川幸宏、笠井健一郎

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

Solitary fibrous tumor は間葉系細胞由来の腫瘍で、胸腔・腹腔・頭頸部など全身に発生する。hemangiopericytoma とは組織学的には鑑別困難であり、診断には CD34 等の免疫染色が有用である。いずれも病理学的に悪性度は低いが、臨床的に再発や遠隔転移もあり、通常の良性腫瘍とは区別して考える必要がある。治療は基本的に全摘出だが、非常に血流豊富な腫瘍であり、安易に摘出や生検を試みると多量の出血をきたすことがある。特に眼窩内に発生した場合には手術の難易度が高いことから、経過観察する症例が多いと思われる。しかし、いたずらに経過観察をすると腫瘍の増大や遠隔転移をきたし、患者の予後を左右するため、可能な限り外科的切除を行うことが望ましい。今回我々は長期経過観察後に外科的切除を行った眼窩発生の巨大 solitary fibrous tumor 数例を経験したので報告する。

12. 流涙を主訴とする腫瘍性病変に対する術前診断の重要性

○笠井健一郎、嘉島信忠、山田貴之、今川幸宏

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【目的】流涙は加齢による涙道閉塞症状としてよくみられる。今回我々は、流涙を主訴とする腫瘍性病変を経験したので、その術前診断の重要性を中心に報告する。

【症例】

症例1は73歳の男性で、2か月前より右眼の流涙を自覚。近医で涙道閉塞と診断され当科へ紹介された。涙道内視鏡では右鼻涙管の鼻側偏位と鼻涙管閉塞をみとめ、閉塞部を穿破したところ大量の排膿があり、上顎洞嚢胞の存在が明らかとなった。上顎洞根本術およびDCR（鼻内法）を施行した。

症例2は63歳の男性で、1か月前より左眼の流涙を自覚。2週間前より鼻出血と左眼瞼腫脹が出現。近医で涙道閉塞と診断され当科へ紹介された。CTでは左副鼻腔を中心に骨破壊を伴った占拠性病変が描出され、生検の結果、左篩骨洞原発形質細胞腫と診断した。ステロイド投与および放射線照射が施行された後、腫瘍切除を施行した。

症例3は70歳の男性で、3か月前より右眼の流涙を自覚。近医で涙道閉塞と診断され涙道内チューブ留置術が施行された。その後、涙道閉塞の再発と涙嚢炎を併発したため、DCRが予定されたが、その術中に涙嚢内腫瘍をみとめたため、涙嚢全摘出術が施行された。病理組織学的検査の結果、右涙嚢扁平上皮癌と診断されたため、当科へ紹介され、腫瘍切除を施行した。

【結論】流涙を主訴とする腫瘍性病変の3例について報告した。涙道閉塞による流涙が疑われた際には画像診断が重要であると考えられた。

13. 両側涙腺限局Rosai-Dorfman病に高IgG4血症を伴った一例

○古田 実¹、菅野幸紀¹、大口泰治¹、飯田知弘¹、喜古雄一郎²

¹福島県医科大学 眼科 ²福島県医科大学 病理部

【緒言】 Rosai-Dorfman disease (RDD)は Sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy と同一疾患で、若年者に好発する良性特発性の組織球増殖性疾患である。約 90%の症例で頸部リンパ節の無痛性腫大を来し、11%が眼窩に病変を伴う。しかし、眼窩のみに限局する RDD の報告は数例のみである。病理学的特徴は S-100 陽性の組織球の増殖、炎症細胞を捕食した大型の組織球の出現 (emperipolesis), 混合性炎症細胞浸潤である。免疫組織化学的に IgG4 陽性症例が報告され、IgG4 関連疾患との関連性が示唆されている。今回我々は、両側涙腺限局 RDD に高 IgG4 血症を伴った症例を経験したので報告する。

【症例】 70 歳の女性。特記すべき既往歴なし。1 年前から左涙腺部に腫瘤が触れるようになり、ゆっくりと増大したため、精査目的に当科を受診した。両側涙腺の腫大があり、リンパ増殖性疾患などを疑い左涙腺腫瘤の生検を行った。病理組織学的検査で、萎縮したリンパ濾胞間に形質細胞がびまん性に大量に認められ、組織球が島状に多数見られた。組織球の細胞質中に破壊されていない細胞の取り込みが認められ、emperipolesis の所見に一致した。免疫組織化学的には S-100, CD163, CD68 に陽性を示し、IgG4/IgG 比は 16%であった。全身精査では涙腺部以外には異常所見がなく、血清 IgG4 値は 323mg/dl と高値を示した。

【考按】 高齢者の両側涙腺に限局する RDD を経験した。Kuo らは、皮膚 RDD12 例の検討で、病理学的に典型的 RDD の所見に間質の著明な線維化を伴っており、IgG4/IgG 比は 16-51% (平均 34%) あったことを報告した。未だ IgG4 関連疾患の病理診断基準は確立されておらず症例の蓄積が待たれるが、本症例は長期的に RDD と IgG4 関連疾患のスクリーニング検査を行う予定である。

14. Neuromuscular hamartomaが疑われた8か月女児の一例

○古田 実¹、森 隆史¹、飯田知弘¹、北條 洋²、原 宏二³

¹福島県医科大学 眼科 ²福島県医科大学 第一病理 ³平鹿総合病院 眼科

【緒言】Neuromuscular hamartoma は乳幼児・若年者の末梢神経と骨格筋に生じる極めて稀な良性腫瘍で、全身疾患との関連はない。現在までの報告例は 20 例に満たず、多くは太い末梢神経、特に腕神経叢や坐骨神経に生じ、眼窩内発症は数例のみである。病理所見は、成熟した大小様々な骨格筋や神経線維が線維組織に区画され束状に配列しているとされている。同疾患と診断した乳児の組織所見と画像所見を検討したので報告する。

【症例】8 か月の女児。生後 2 か月頃から両親が左内斜視に気づき、5 か月時に前医を受診。CT で左眼窩内腫瘍を指摘され、3 か月間の経過観察で腫瘍の発育は認められなかったが、診断と治療目的に当科紹介。初診時、左眼は鼻側に固定されており、眼底検査で視神経乳頭は軽度に腫張。MRI で左内直筋原発と考えられる筋円錐内に充満する腫瘍は、内直筋と同等の信号を呈するが、内部不均一で線維化が疑われる所見あり。筋原性腫瘍を疑い、経結膜的に直視下に病変から生検を施行。病理組織学的検査では、成熟した骨格筋線維と有髄および無髄性神経線維が混在し、明らかな束状配列所見なし。神経線維が多く不規則に分布しているため、Neuromuscular hamartoma と診断し、弱視治療を行いながら経過観察中。生後 20 か月の時点で、臨床所見、腫瘍の大きさに著変なし。

【結論】Neuromuscular hamartoma の診断には、免疫組織化学的検査での正常筋組織との鑑別が困難であるため、最終的には検体全体の組織構築や臨床所見を参考に診断した。本症例は今のところ病変の拡大はないが、引き続き経過観察予定である。

15. 眼窩内容除去術後の病理標本の切り出し

○尾山徳秀、江口功一、張 大行、阿部春樹

新潟大学医歯学総合病院 眼科

それほど施行頻度は多くはない術式ではあるが、それゆえに眼窩内容除去術を施行した後、どのように標本を処理すべきかをお聞きしたい。他施設では実際にどのように病理医へ提出しておられるかを、当科での処理方法を提示いたしますので先生方の御意見をお聞かせください。

【症例 1】涙丘原発 sebaceous carcinoma の上下眼瞼および眼窩内浸潤例

66 歳女性、2007 年に右内眼角部腫瘤にて近医を受診した。その後増大し、当科を紹介受診した。生検術を施行し、sebaceous carcinoma の診断を得た。上下眼瞼浸潤および、内直筋にも浸潤が疑われたが、骨破壊は認めなかった。重粒子治療も希望されず、上下眼瞼含め眼窩内容除去術を施行した。術後永久標本で骨膜外浸潤なく、切除断端陰性を確認し現在経過観察中である。

【症例 2】鼻涙管周囲もしくは眼瞼原発 adenocarcinoma の眼窩内浸潤例

67 歳男性、2008 年右流涙症、複視を自覚し、近医を受診した。右眼の上下眼球運動障害認め、甲状腺眼症を疑われて当科を紹介受診した。CT にて涙嚢周囲および下眼瞼、眼窩内に浸潤性の腫瘍性病変を認め、生検術にて adenocarcinoma の診断を得た。重粒子治療も希望されず、上眼瞼を温存し眼窩内容除去および鼻涙管廓清術を施行した。術中迅速診断では切除断端に明らかな腫瘍浸潤は認めなかったが、永久標本にて骨膜内浸潤と鼻涙管切除断端に浸潤が認められた為、術後 chemoradiotherapy (CDDP+5-FU) を施行中である。

16. 骨破壊を伴った眼窩部良性腫瘍の2例

○張 大行、尾山徳秀、江口功一（新潟大学 眼科）

症例1 34歳 男性

平成20年12月30日に左眼窩部の腫れと痛みが出現し、近医眼科を受診した。抗生剤の内服・点眼で軽快と増悪を繰り返していたため、CTを施行したところ、左眼窩上壁の骨破壊を伴う腫瘍性病変を認めた。平成21年3月16日当科を紹介受診した。前頭側頭開頭アプローチで病変を切除した。病理診断は histiocytosis X であった。

症例2 62歳 男性

平成16年頃より左眼球突出を自覚していたが、放置していた。平成20年7月近医眼科受診し、CTにて左眼窩上壁の破壊を伴う腫瘍を認めたため、当科を紹介受診した。眼窩前方アプローチで病変を摘出した。病理診断は dermoid cyst であった。

17. 網膜芽細胞腫における網膜障害の臨床病理学的検討

○大島浩一¹、吉川 洋²

¹岡山医療センター 眼科 ²九州大学 眼科

【はじめに】網膜芽細胞腫（RB）眼球を摘出したら、必ず腫瘍の細胞形態と浸潤様式を調べて、予後推定に役立てるべきである。ところでこの RB 眼球において、腫瘍浸潤のない部位の網膜障害に関して、現在までにほとんど検討されていない。われわれは網膜芽細胞腫における網膜障害の程度を病理標本上で検討した。

【対象と方法】対象は、九州大学眼科で RB のために眼球保存療法を行わずに摘出された5眼である。H. E. 染色標本上で、視神経乳頭付近と赤道部からできるだけ障害の少ないと考えられる部位を選び、強拡大で写真撮影した。この写真上で、網膜障害の程度を検討した。

【結果】腫瘍が直接浸潤していない部位では、網膜障害は明らかでなかった。網膜下に腫瘍が浸潤している部位では、視細胞をはじめ神経網膜の変性を認めた。

【結論】本研究により、眼球保存療法に伴う網膜障害を検討する際に、比較すべきデータを得ることができた。

18. 化学療法後の網膜芽細胞腫におけるheat shock proteinの発現変化

○加瀬 諭^{1,2}

¹北海道大学 眼科 ²南カリフォルニア大学 ドヘニー眼研究所

【緒言】 Small heat shock protein (sHSP) は主として HSP27 と α -クリスタリンよりなる。これまで sHSP の発現により、体細胞のアポトーシスが抑制されることが報告されてきた。本研究では、術前化学療法を施行された網膜芽細胞腫組織における sHSP の発現について検討した。

【方法】 カルボプラチン、ビンクリスチン、エトポシドによる 3 ヶ月周期の全身化学療法後に、眼球摘出を行った網膜芽細胞腫 6 例、および行われなかった 12 例について検討した。摘出された眼球をホルマリン固定、パラフィン包埋し、未染色標本を作製し、HE 染色および抗 HSP27、 α A-クリスタリン、 α B-クリスタリン抗体を用いて免疫組織化学的検討を行った。

【結果】 化学療法の既往のない網膜芽細胞腫では、腫瘍細胞に α A-クリスタリン、および α B-クリスタリンが半数の症例に高発現していた。一方、HSP27 の陽性細胞率は低値であった。術前化学療法を施行後の眼球摘出標本では、腫瘍細胞は一部に小集塊を形成し、周囲にグリオーシスを伴っていた。後者 6 例では、腫瘍細胞の視神経乳頭浸潤や脈絡膜浸潤はなかった。HSP27 および α B-クリスタリンは、残存する腫瘍細胞の細胞質に強発現していたが、 α A-クリスタリンは低発現していた。

【結語】 腫瘍細胞は HSP27、 α B-クリスタリンを発現することにより、抗腫瘍薬によるアポトーシスを回避している可能性がある。

19. 網膜芽細胞腫に対する選択的眼動脈注入の長期予後

○鈴木茂伸¹、金子明博²

¹国立がんセンター中央病院 ²東邦大学医療センター大橋病院

【目的】眼球内網膜芽細胞腫に対し、局所化学療法として選択的眼動脈注入を行ってきた。その長期成績、副作用を全例調査したので報告する。

【対象・方法】2007 年末までに当院を初診し選択的眼動脈注入を含む眼球保存治療を行った症例を診療録で全例調査した。

【結果】選択的眼動脈注入は 343 例 408 眼球に対し、1470 回施行された。注入できなかったのは 18 回であり、手技成功率は 98.8%であった。合併症は、眼窩先端症候群が 2 眼 (0.5%)、びまん性網脈絡膜萎縮が 2 眼 (0.5%) に生じた。白血球減少など重篤な全身合併症はなかった。二次癌は 11 例に生じ、両眼性に限定すると累積発症率は 15 年で 7.3%であった。

眼球保存率は、国際分類 B 群で 80%、C~D 群で 50%、E 群で 30%であった。初回眼動注を行った眼球は 50 眼あり、ほとんどが B 群であり、眼球保存率は 95%、60%は外照射なしで眼球温存された。初診時に黄斑部腫瘍がない場合、36%が 1.0 以上、69%が 0.5 以上の視力を維持できた。

【結論】選択的眼動脈注入は確立された手技であり、重篤な合併症は少なく、視機能の大きな障害を残さない治療法である。国際分類 B 群では全身治療の回避、C 群以上の進行例では保存率の向上に寄与すると考えられた。

20. 松果体部病変・中枢神経転移病変を認めた両側性網膜芽細胞腫の1例

○柳澤隆昭¹、福岡講平¹、鈴木智成¹、上宮奈穂子¹、根木宏明¹、安達 淳¹、脇谷健司¹、
三島一彦¹、松谷雅生¹、西川 亮¹、金子明博²

¹埼玉医科大学国際医療センター 脳脊髄腫瘍科 小児脳脊髄腫瘍部門

²埼玉医科大学国際医療センター 眼科腫瘍科

診断時より松果体部腫瘍・中枢神経浸潤を認めた両側性網膜芽細胞腫の女児例を経験したので報告し、三側性網膜芽細胞腫、中枢神経浸潤を認める転移性網膜芽細胞腫治療の世界の動向について報告する。

患児は1歳11ヶ月女児、軽度の難聴があり、小児病院で精査を受けた以外には特記すべき既往歴・家族歴はない。生後6ヶ月から、右白色瞳孔に気づかれ、医療機関で相談したこともあったが、今回まで診断には至らなかった。上気道炎のために近医小児科を受診した際、右眼周囲の発赤・腫脹を指摘され、再受診した際に症状進行し眼球突出を認めるとして、精査加療のために前医紹介された。頭部CT検査で、石灰化を伴う左右眼内腫瘍の他に、松果体部および右シルビウス裂に石灰化を伴う腫瘍性病変を認め、精査・加療のため当科紹介となった。入院後のMRI検査で、CTで認めた眼内腫瘍、松果体腫瘍、右シルビウス裂の腫瘍が確認され、右視神経浸潤、右眼窩浸潤が示唆された。摘出された右眼球の病理学的検索では、視神経断端まで腫瘍浸潤を認め、強膜を越えた眼球外浸潤、脈絡膜への著明な浸潤が認められた。直ちに化学療法を開始した。

転移性網膜芽細胞腫、三側性網膜芽細胞腫に対するフランスSFOP RB2001、国際共同研究COG ARET 0321について紹介し、眼球外腫瘍治療の世界の現状について展望する。中枢神経転移例の救命は、世界的にも依然として困難である。

ミニシンポジウム

『IgG4 関連疾患の基礎』

金沢大学
高比良雅之

近年提唱されている IgG4 関連全身疾患とは、血清 IgG4 が上昇し、様々な臓器に硬化性のリンパ形質細胞浸潤病変を呈する疾患概念である。その草分けとなったのは、2001 年の浜野らによる自己免疫膵炎と IgG4 との関連の発見であった。以降、本邦を中心に自己免疫膵炎の他、肺、肝、腎、消化管、後腹膜など幅広い膵外病態の報告が相次いだ。眼科領域では、IgG4 関連の Mikulicz 病が代表的な疾患である。IgG4 関連疾患の診断には、病理診断における IgG4 免疫染色が必要であるが、血清 IgG4 の上昇がなくても染色陽性となる病態もあるので、その解釈には注意を要する。これまでの IgG4 関連全身疾患に関する報告の多くは臨床像の提示であり、その病因に言及するものは少ない。これまで IgG4 が関連する疾患として、主に 3 つの病態が提唱されている。ひとつは、アレルギー疾患であり、IgG4 は IgE の遮断抗体として機能する。一方、尋常性天疱瘡や類天疱瘡においては、IgG4 そのものが原因自己抗体である。3 つめは、慢性炎症の結果として抗炎症サイトカインが増加し IgG4 産生が過剰となっている病態である。実際に、IgG4 関連 Mikulicz 病の涙腺組織でも、抗炎症サイトカインである IL-10 や VGF β 発現が上昇している。現在注目されている各 IgG4 関連疾患も同様の病態ではないかと推察される。

『IgG4 関連疾患の臨床』

神戸海星病院

安積 淳

免疫グロブリンのひとつ IgG に 4 つのサブクラスがあることは古くから知られているが、そのうち IgG4 に着目することで新しい疾患概念が見えてきた。IgG4 関連疾患；「血清 IgG4 の上昇と病変組織への IgG 4 陽性細胞の浸潤を特徴とする慢性疾患」である。涙腺はその好発部位で、比較的硬い腫瘤を形成するリンパ増殖性病変は、従来、反応性リンパ過形成と診断してきた。両側性に顎下腺耳下腺腫脹を伴う場合（Mikulicz 病）を典型と考えているが、外眼筋や眼窩軟部組織に浸潤する症例もあり、視神経症から高度な視覚低下をきたすこともある。副腎皮質ステロイドホルモン薬が著効するのも特徴的だが、投薬の中止で再発しやすく、治療薬選択肢の広がりが期待される。なお、こうした臨床像は特発性眼窩炎症に類似性の高いものである。

IgG4 関連病変を節外性辺縁帯 B 細胞リンパ腫（MALT リンパ腫）、特発性眼窩炎症との鑑別、という観点から考察してみたい。

一 般 講 演

21. ぶどう膜悪性黒色腫におけるfluorescence in situ hybridization (FISH)法および loss of heterozygosity (LOH)解析を用いた3番染色体欠失(モノソミー3)の検討

○臼井嘉彦¹、山川直之¹、後藤 浩¹、西山千春²

¹東京医科大学 眼科 ²順天堂大学アトピー疾患研究センター

【目的】Fluorescence in situ hybridization (FISH)法および loss of heterozygosity (LOH)解析を用いてぶどう膜悪性黒色腫における3番染色体欠失の有無と生命予後の関連を検討する。

【方法】眼球摘出術により得られたぶどう膜悪性黒色腫6例6眼の未固定凍結標本よりVysis社のDNAプローブ(D3Z1)を用いてFISH法を行った。また、31例31眼のパラフィン包埋組織から腫瘍および正常組織のDNAを個別に抽出し、3番染色体の8種類のマイクロサテライトマーカーを用いてLOH解析を行った。

【結果】FISH法を施行した凍結標本6例すべてに3番染色体の異常はみられなかったが、1例は眼球摘出後5年目に肝臓に転移した。LOH解析では31例中4例のみで欠失の評価が可能であった。そのうち1例に3番染色体のLOHが検出され、この症例は眼球摘出後8年目に骨髄に転移した。

【結論】FISH法およびLOH解析ともに欧米の報告と比較して3番染色体欠失の頻度が低かった。パラフィン包埋の標本ではLOH解析による3番染色体欠失の評価が困難であり、検出率を上げるための工夫が必要である。染色体解析の精度を向上させるとともに、生命予後との関係についてさらに症例数を増やし、長期経過観察に基づいた検討が必要である。

22. サイバーナイフ治療を行った脈絡膜悪性黒色腫の4例

○田平瑛美¹、吉川 洋¹、向野利一郎¹、石橋達朗¹、大賀才路²、中村和正²

¹九州大学 眼科 ²九州大学 放射線科

【目的】脈絡膜悪性黒色腫に対するサイバーナイフ治療を行った4例を報告する。

【症例】症例1は76歳男性。2004年4月に近医で眼底色素性病変を指摘、増大傾向を認めたため2006年7月当科を初診した。左視神経乳頭内下方に径10mm×高さ6mmの隆起性病変があり、左視力は(0.6)であった。脈絡膜悪性黒色腫の診断で同年8月サイバーナイフ治療を施行した。¹²³I-IMP-SPECTの集積は消失し、治療後2年9ヶ月の現在視力は(0.6)である。症例2は57歳男性。右視神経下方に径9.7×高さ6.7mmの腫瘍があり右視力(0.07)であった。2006年7月サイバーナイフ治療を施行し¹²³I-IMP-SPECTの集積は消失した。治療後2年10ヶ月の現在、硝子体内の色素の撒布があり、視力は(0.02)である。症例3は77歳女性。左眼黄斑耳側に径7.2mm×高さ2.8mmの腫瘍があり視力は(0.8)であった。2006年7月サイバーナイフ治療施行を行い¹²³I-IMP-SPECTの集積は消失した。治療後2年10ヶ月の現在、視力(0.8)である。症例4は82歳男性。左視神経乳頭内下方に径13mm×高さ2.6mmの隆起性病変があり視力は(0.2)であった。2009年2月サイバーナイフ治療施行した。現在視力(0.1)、硝子体出血を生じている。

いずれの症例も治療前に汎網膜光凝固を行った。現在のところ腫瘍の増大および転移はなく、重篤な角膜症、白内障、緑内障も生じていない。

【結論】脈絡膜悪性黒色腫の治療にサイバーナイフは有効と思われる。

23. 国内多施設を対象とした眼内悪性リンパ腫の実態調査（第2報）

○木村圭介¹、臼井嘉彦¹、後藤 浩¹、眼内悪性リンパ腫スタディーグループ(仮称)

¹東京医科大学 眼科

【目的】眼内悪性リンパ腫の病型別における臨床的特徴について明らかにする。

【方法】国内多施設において一定期間経過観察が可能であった眼内悪性リンパ腫 246 例のうち、眼に病変が限局した症例(00 群)、眼先行型で後に中枢神経系(CNS)病変を発症した症例(0C 群)、CNS 先行型で後に眼病変を発症した症例(C0 群)の 3 群について臨床的な特徴を検討した。

【結果】00 群は 61 例、0C 群は 97 例、C0 群は 32 例であった。患者年齢は 00 群で 66.7 歳、0C 群で 63.0 歳、C0 群で 58.8 歳であった。男女比は 00 群で 26:35、0C 群で 37:60、C0 群で 12:20 であった。確定診断までの期間は 00 群で 12.9 か月、0C 群で 13.0 か月、C0 群で 3.8 か月であった。硝子体混濁を認めた症例は 00 群で 88.5%、0C 群で 95.6%、C0 群で 90.6%であった。網膜下浸潤病変を認めた症例は 00 群で 63.9%、0C 群で 57.7%、C0 群で 53.1%であった。硝子体液検査では、細胞診で classⅣ以上となった症例は 00 群で 49.1%、0C 群で 51.3%、C0 群で 33.3%であった。IL10/6>1 となった症例は 00 群で 91.8%、0C 群で 91.7%、C0 群で 87.5%であった。IgJH 遺伝子再構成を認めた症例は 00 群で 78.2%、0C 群で 88.0%、C0 群で 55.6%であった。(ただし、硝子体手術前に全脳照射が施行された症例が 0C 群で 9 例、C0 群で 22 例含まれている。)

【結論】3 群間で臨床所見に大きな差異は認めなかった。硝子体液検査では IL10/6 値は全脳照射の影響を受けにくいと考えられた。

24. 各種化学療法に抵抗した原発性眼内悪性リンパ腫の1例

○金海美和、吉川 洋、園田康平、石川桂二郎、石橋達朗

九州大学 眼科

【背景】 原発性眼内悪性リンパ腫 (primary intraocular lymphoma, PIOL) は、生命予後不良な眼疾患である。近年局所化学療法および中枢神経向性の大量化学療法が注目を浴びているが、有効性については議論が残っている。

【症例】 症例は 51 歳女性、右眼霧視を主訴に近医受診した。視力は右 (1.0) 左 (1.5)、右眼前房混濁と両眼硝子体混濁を認め、ステロイド点眼処方されたが改善なく、当科紹介となった。硝子体手術による細胞診で両眼 PIOL と診断し、硝子体混濁の再燃した左眼に対し、MTX 硝子体注射を施行した。硝子体混濁は消失したが、眼内 IL-10 濃度は繰り返し投与にも関わらず再上昇し、視機能障害と網膜下腫瘍が出現した。その後に行った MTX 大量療法では、反応は見られなかった。両眼部 X 線照射により、網膜下腫瘍は消失、IL-10 値は正常化、視機能も改善した。しかし再び左眼に再発を認め、左眼部に放射線を再照射した。その 6 ヶ月後 (初診から 4 年半) 脳病変が出現、シタラビン (Ara-C) 大量療法と自己末梢血幹細胞移植 (Auto-PBSCT) で部分寛解を得たが、原因不明の重篤な脳脊髄症を発症した。

【結論】 PIOL には化学療法に抵抗性を示す症例がある。

25. 脈絡膜血管腫28例の臨床的検討

○馬詰和比古、木村圭介、川上摂子、笠井健一郎、臼井嘉彦、後藤 浩

東京医科大学 眼科

【目的】脈絡膜血管腫の臨床像と治療予後を明らかにする。

【方法】1991年から2009年3月までに東京医科大学病院眼科で診断された脈絡膜血管腫28例についてレトロスペクティブに検討した。検討項目は、性別、年齢、遠視化の有無、脈絡膜血管腫の大きさ、漿液性剥離の有無、治療方法、視力予後である。

【結果】性別は男性16例、女性12例で、平均年齢は 55 ± 16 歳であった。遠視化は18例(64%)にみられた。血管腫の大きさは視神経乳頭を1.5mmと仮定し、眼底写真より最大直径を除いて求めたところ、平均 3.3 ± 1.3 乳頭径であった。漿液性網膜剥離は19例(67.9%)に認められた。治療については、経過観察のみが13例、TTT10例、色素レーザー5例(2例は硝子体手術を、1例はTTTを併施)、不明1例であった。視力は初診時少数視力 0.54 ± 0.50 に対して最終少数視力 0.72 ± 0.57 と、有意な改善がみられた($p < 0.01$)。治療前後の視力は、改善が13例、不変が13例、悪化が1例、不明が1例であった。

【結論】脈絡膜血管腫は比較的まれな疾患であり、全ての症例に治療の適応があるわけではない。治療方法や時期については一定のコンセンサスが得られていない面もあるが、症例に応じて対応していくことが重要と考えられる。

26. Sturge Weber 症候群に緑内障および胞状網膜剥離を併発した 1 例

○大黒幾代、片井麻貴、大黒 浩

札幌医科大学 眼科

Sturge Weber 症候群は顔面ポーツワイン血管腫、脳軟膜の血管腫による神経症状や緑内障等の眼症状などの多彩な臨床症状を呈する症候群である。今回右緑内障で発症、右脳半球全体に血管腫が存在する重症 Sturge Weber 症候群の 1 歳男児で経過中に右眼胞状網膜剥離を呈し、治療に苦慮している 1 例について紹介し、今後の治療方針につきご意見を受けたい。

症例は 8 歳男児。生直後右目の角膜混濁に気付き、先天性緑内障の診断で右トラベクロトミーを施行された(平成 12 年 7 月)。その後てんかん発作出現したため脳神経外科受診したところ右脳半球全体に血管腫が発見され重症 Sturge Weber 症候群と診断、難治性てんかんに対して半球離断術を施行された(平成 13 年 6 月)。眼科的には術後抗緑内障点眼にて眼圧コントロールされていたが、平成 21 年 1 月定期的な眼底検査にて右眼の胞状網膜剥離が出現したため、全麻下で蛍光眼底検査をしたところ後極部血管アーケード内に 6-7 乳頭径大の脈絡膜血管腫と体位で移動する胞状網膜剥離を確認した。平成 21 年 3 月から当院放射線科で 20Gy を脈絡膜血管腫に対し照射し経過を観察している。

27. 肺腺癌脈絡膜転移症例の最終報告

○田上瑞記¹、長井隆行²、関向大介¹、安積 淳³

¹神戸大学 眼科 ²新日鐵広畑病院 眼科 ³神戸海星病院 眼科

【目的】2003年、2007年に眼腫瘍研究会で発表した肺腺癌脈絡膜転移症例のその後を報告する。

【症例】81歳、女性。1997年にstage IAの肺癌（腺癌）に対して左肺下葉切除術を受けた。経過観察期間中に腫瘍再発なく、5年後の2002年12月をもって経過観察終了予定であった。2002年12月に近医眼科で右眼の白内障手術を勧められたが、眼底検査で右脈絡膜腫瘍を指摘され、神戸大に紹介された。眼底所見やMRI等の画像と既往歴から肺癌の脈絡膜転移と考えたが、全身その他の部位に転移病巣が無く、確定診断できず、同年3月に硝子体手術による眼内腫瘍生検を行った。眼内病巣は腺癌であり、眼内転移と診断された。その後右眼窩に総線量56Gyの放射線治療を行った。2005年2月眼科再診時脈絡膜に再発病巣を確認し、同年7月ICG-TTTを施行するも効果なかった。以後も再発病巣は増大傾向を示し、頻回に出血を繰り返し、右眼圧も上昇を来した。2006年6月には右光覚消失し、腫瘍径は更に増大傾向にあるため2007年8月右眼球摘出術を施行したが、視神経断端陽性であり、引き続いて右眼窩内容除去を追術した。しかし、眼窩内容除去半年後の12月、MRIで視交叉部の腫瘍浸潤を認めたため、同月浸潤部位にγナイフを照射した。翌2009年2月頃より中枢性の嚥下障害を発症し、同年4月7日誤嚥性肺炎による呼吸不全で死亡した。なお、原発左中肺野における鶏卵大の再発病巣以外、全身への腫瘍転移は現在までみられない。

【結論】長期経過をとった肺腺癌脈絡膜転移症例を経験した。死亡原因は眼内転移巣から脳内への腫瘍の進展と考えられる。なお、眼以外の全身への腫瘍転移は最後までみられなかった。どこかの時点で、より早期に眼球摘出すべきであった。

28. IgG4 関連疾患が疑われた眼内・外発症の sclerosing fibrosis の 1 症例

○藤代貴志¹、重枝崇志²、辻 英貴³、小島孚允¹

¹さいたま赤十字病院 ²東京大学医学部附属病院 ³癌研有明病院

57 歳、男性。平成 19 年 3 月に左眼痛を自覚し、前医初診。視力は、 $V_s=(0.7)$ 。左眼に硝子体混濁、脈絡膜剥離を伴う網膜剥離がみられ、後部強膜炎の診断でステロイド内服治療を行ったが、増悪と軽快を繰り返していた。平成 19 年 11 月には泌尿器科で、後腹膜腫瘍を指摘され、生検で特発性後腹膜線維症と診断。その後の眼窩 MRI で T1 強調画像がやや高信号、T2 強調画像が低信号の眼内腫瘍が見られ、悪性黒色腫疑いで東大病院に平成 20 年 8 月に紹介。初診時、 $V_s=0.04(n.c)$ 。左眼の所見は前医同様だった。悪性黒色腫、悪性リンパ腫の可能性があり、硝子体の生検を施行。その結果、IL-6 は 740pg/mL, IL-10 は 2pg/mL 以下、細胞診は Class I、IgH モノクローナリティは検出不可、硝子体 5-SCD は 8.0nmol/L であった。悪性腫瘍の可能性は低いと判断し、経過観察したが腫瘍が増大し、悪性腫瘍を否定できないため眼球摘出術を平成 20 年 12 月に施行。術後の病理検査で、sclerosing fibrosis と診断され、免疫染色で IgG4 関連疾患が疑われた。前医で生検した後腹膜腫瘍を東大病院で再鏡検し、同様の所見がみられた。術後測定した IgG4 は 145mg/dL と高値を示した。

術後の病理検査で、IgG4 関連疾患が疑われた眼内・外発症の sclerosing fibrosis と診断された稀な症例を経験した。

29. 急速に増大した Retinal astrocytic hamartoma の1例

○児玉達夫¹、吉廻浩子¹、大平明弘¹、渋谷勇三²、中島典子³

¹島根大学眼科 ²斐川町 ³出雲市

【諸言】網膜の astrocytic tumor には、結節性硬化症に合併する astrocytic hamartoma と、結節性硬化症を伴わない acquired retinal astrocytoma がある。astrocytic hamartoma は通常多発性で、ほとんど増大傾向を認めない先天性の良性腫瘍である。それに対し acquired retinal astrocytoma の中には、急激に増大し、網膜剥離や悪性腫瘍の疑いで眼球摘出を余儀なくされた症例報告が散見される。今回我々は、astrocytic hamartoma でありながら急速に増大した、非常に稀な1例を報告する。

【症例】13歳、男児。生後より頭蓋内病変とてんかん発作、心横紋筋腫、水腎症を合併し、結節性硬化症と診断された。生後5か月時に当科を紹介され、右眼底に白色病変を認めた。10歳以降は他院で経過観察を受けていたが、13歳時に左眼の飛蚊症と黄斑部白色腫瘤を指摘され再紹介された。両眼底に半透明の白色隆起性病変を2か所ずつ認めた。右眼底病変は石灰化を伴い、左眼底病変は石灰化がなく、腫瘍周囲に滲出性の網膜剥離と硬性白斑を認めた。左眼底病変は徐々に増大し、矯正視力が1.2から0.8へと低下してきたため、網膜光凝固術を施行した。左眼矯正視力は1.2に回復したが、4か月間の経過中に左眼底下方に2乳頭径大の新病巣の出現を認めた。右眼底病変に変化はなかった。

【結語】結節性硬化症に合併する astrocytic hamartoma であっても、急速に病変が増大して視機能障害をきたす危険性があり、定期的な眼底観察が重要と思われた。