

第29回日本眼腫瘍学会

プログラム・講演抄録集

❖ 会 長 ❖

古田 実

❖ 事務局 ❖

福島県立医科大学 医学部 眼科学講座

❖ 会 期 ❖

平成23年6月25日(土)・26日(日)

❖ 会 場 ❖

〒960-8053 福島市三河南町1番20号

TEL : 024-525-4089

目 次

目 次	1
ごあいさつ	2
会場・ホテル所在地	5
会場案内図	6
参加者へのご案内	7
講演規定	8
日本眼腫瘍学会会則	9
日本眼腫瘍学会役員一覧	11
日 程 表	13
プログラム	14
講演抄録	20
協賛企業一覧	45
演 者 索 引	46



第29回日本眼腫瘍学会開催にむけて

学会長 古 田 実

(福島県立医科大学眼科学講座)

3月11日の東北地方太平洋沖地震と原子力発電所事故により多くの方々が犠牲となり、現在も苦しみが続いていること、心よりお見舞い申し上げます。このような状況下、福島市で本学会を開催する是非について多くの方と相談させていただきました。開催地の変更、会期の延期、開催の中止などの選択肢もありましたが、そもそも学問的な研鑽の場でありどのような社会状況下においても必要であること、幸い余震も少なくなり新幹線の運転も安定的であること、および環境放射線量も屋内にいれば何ら問題のないレベルであることから、いつも朝から夕方まで缶詰めになって聞き入っている先生方には、安心してお越しいただけると確信しております。

前身である眼腫瘍研究会から日本眼腫瘍学会に昇格して初めての学術集会を、ここ福島で開催できることを誇らしく思います。本会は福島にたいへん縁が深く、研究会発足は、1982（昭和57）年7月17－18日に福島で開催された第20回北日本眼科学会（会長：加藤桂一郎先生 前福島県立医科大学教授）に端を発します。そのシンポジウムとして「眼腫瘍の診断と治療」が開かれ、当時東北大学眼科教授であった水野勝義先生のご提案で眼腫瘍研究会が発足しました。翌昭和58年に第1回眼腫瘍研究会が富山市（会長：中村泰久先生 当時富山医科薬科大学助教授）で開催されました。水野教授から発起人に宛てた手紙には、「現在までの日本眼科学の流れをみてみますと、眼腫瘍に関する組織的な診断、治療、実験的研究が全く見られず…」という口上がありましたが、富山で開催された研究会の演題は、基礎研究、臨床研究、および疫学についても非常に高いレベルの報告がなされています。記録によると開催の約2週間前には日本海中部大地震があり、同様に津波により多くの犠牲者と甚大な被害がありました。それから28年経過した今回、似たような状況下ではありますが、学会化の恩恵もあり多くの高品質な演題の登録を頂きました。この場をお借りして御礼申し上げます。今回のテーマとして選んだ「Further Advances Ocular Oncology」は、現在トピックとなっている事項のディスカッションだけでなく、今後の眼腫瘍学の発展と普及に寄与するエビデンスの発信やガイドラインの作成を学会ベースで成し遂げようとする意図を込めました。そのためのシンポジウムを企画いたしましたので、今まで以上に活発なディスカッションをお願いいたします。



日本眼腫瘍学会を2011年6月に 福島で開催するということ

日本眼腫瘍学会

理事長 後 藤 浩

これまで長きにわたって眼腫瘍に関する本邦で唯一の学術集会として開催されてきました日本眼腫瘍研究会は、平成23年度から日本眼腫瘍学会として更なる発展が約束されることになりました。「研究会」から「学会」に向けての脱皮にはそれなりの時間を要しましたが、これまで本研究会を支えていただいた世話人の先生方のご協力を得て、また、会則も学会に相応しいものに全面改定し、本日を迎えました。

眼腫瘍研究会の歴史は昭和57年に、今はなき北日本眼科学会における眼腫瘍のシンポジウムをきっかけとして産声をあげました。シンポジウムの座長は当時の水野勝義東北大学教授が担当され、4半世紀の時を経てこの東北の地に学会として里帰りしたことも何かの因縁かもしれません。そして、翌昭和58年に富山医科薬科大学で当時の中村泰久助教授（前聖隷浜松眼形成・眼窩外科部長）が第1回の眼腫瘍研究会を開催されたことによって、本邦で唯一の眼腫瘍に特化した研究会は本格的に活動を開始し、多くの諸先輩方の熱意に支えられて今回で29回目を迎えました。

本学会の大きな特徴のひとつに白熱した討論があると思います。眼腫瘍に関心を持つ様々な立場の医師が、眼科の医療や研究テーマ全体からみれば決してメジャーとは言い難い、腫瘍という題材をもとに言い争う、もとい、議論を重ねる姿は、ときに第3者には感動的と言わせしめることがあります。現在の日本眼科学会総会や臨床眼科学会の屋台骨であるプログラム委員会の存在や、3年後に迫った国際眼科学会（WOC）、中国やシンガポールを中心に巨大化しているアジア太平洋眼科学会（APAO）、さらには国際眼腫瘍学会（ICOO）なども意識しつつ、名義こそ学会と変えさせていただきましたが、本質的にはこれまでと同様、白熱したディスカッションの中にも和気藹藹とした雰囲気溢れる学術集会として存続していくことを望んでおります。

2011年は、長い日本の歴史の中でも悲しい1ページを刻むことになってしまいました。未曾有の巨大地震と津波による甚大な被害、そして3か月経過した現在も収束の糸口が見えてこない福島原子力発電所の問題は、近隣の方々の生活はもちろんのこと、今後の日本、あるいは世界のエネルギー政策にも計り知れない影響を及ぼしています。この3か月の間、福島から遠く離れた国内の各地で多くの学会、研究が中止となりました。考え方はヒトそれぞれで、賛否両論もあろうかとは思いますが、このタイミングかつ福島の地で、事実上第1回となる日本眼腫瘍学会が開催されることは、今後も関係各位の心に深く刻まれることでしょう。非常に悩ましい状況の中、開催に当たっては本学会会長の古田実先生をはじめ、飯田知之教授や福島県立医大の先生方には大変なご苦勞をお掛けすることになりました。学会を代表して深く御礼申し上げますとともに、今後の東北地域の盤石なる復興を心より願っております。



フクシマへようこそ

福島県眼科医会

会長 野 地 達

学会会長・古田実先生はじめ関係各位のご努力の結果、今回「日本眼腫瘍学会」が開催されます事、御慶び申し上げます。また、当初の予定通り福島で御開催いただき有り難うございます。

御参加下さった先生方、毎日のようにニュースを賑わしている福島の地によろそお出で下さいました。福島県眼科医会会員、いや福島県民になり代わり御礼申し上げます。

このような時期に当地へお出で下さったのも何かの御縁ですので、世界的に有名になってしまった「フクシマ」の現地の空気をいささかでも感じていただければ幸いです。

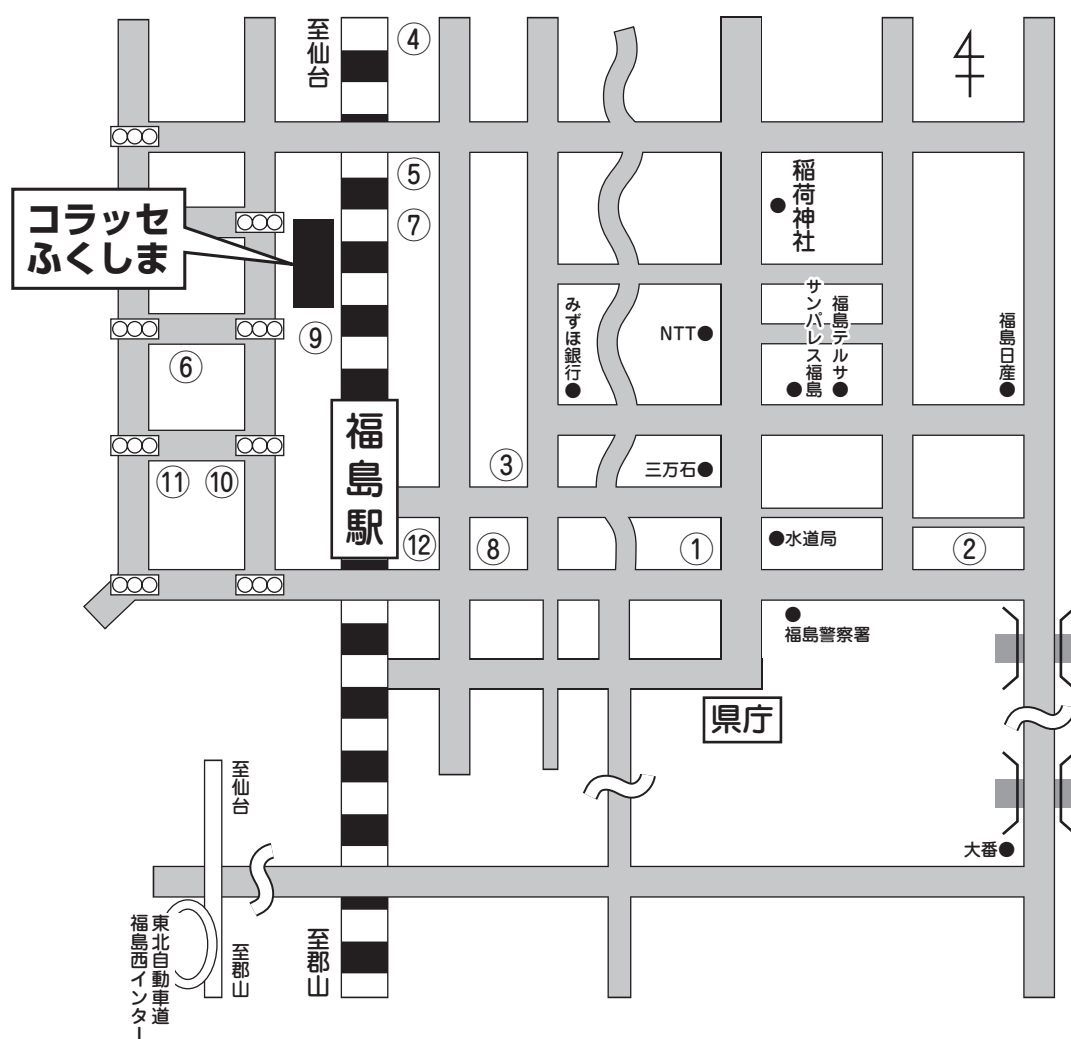
「眼腫瘍」=私のような不勉強な開業医にとっても避けては通れないもの、しかし正直言って御目にかかりたくないものでした。何故か？ 良く知らないものだからに他なりません。教科書や図譜など確かに教材はありますが、一から読み直すのには…。

「眼腫瘍研究会」が存在する事は、存じてはありましたが、「恐らくは専門に腫瘍を御研究なさっているマニア（オタク）の会で、素人はお呼びでない…」と勝手に思い込んでおりました。当然一度も出席した事は御座いませんでした。今回のプログラムを拝見し、不明を恥じております。「眼から鱗」とはこの事です。開業医として知っておかなくてはならない事、明日からの診療に直ぐ結びつく事が想像に難くないシンポジウム、教育講演、セミナーがギッシリです。勉強させていただきます。

「研究会」→「学会」への移行には大変な御苦勞が有った事と推察致します。今回の福島での学会が盛会になりますこと、また「眼腫瘍学会」が今後益々御発展なさる事を祈念致しまして、簡単ですが歓迎の御挨拶とさせていただきます。



会場・ホテル所在地



交通のご案内

- JR福島駅(東北新幹線、東北本線、奥羽本線)西口より徒歩3分
- 東北自動車道 福島西IC、飯坂ICから車で約15分

駐車場の案内

- コラッセふくしま有料駐車場利用可
(30分まで無料、以降30分毎100円)
※共通駐車サービス券が使用可能
※一日料金の設定がなく、長時間駐車すると高額になります
- 近隣に有料駐車場(民間)あり(30分100円~150円)
※一日料金は800円~1,000円程度です

ホテル所在地

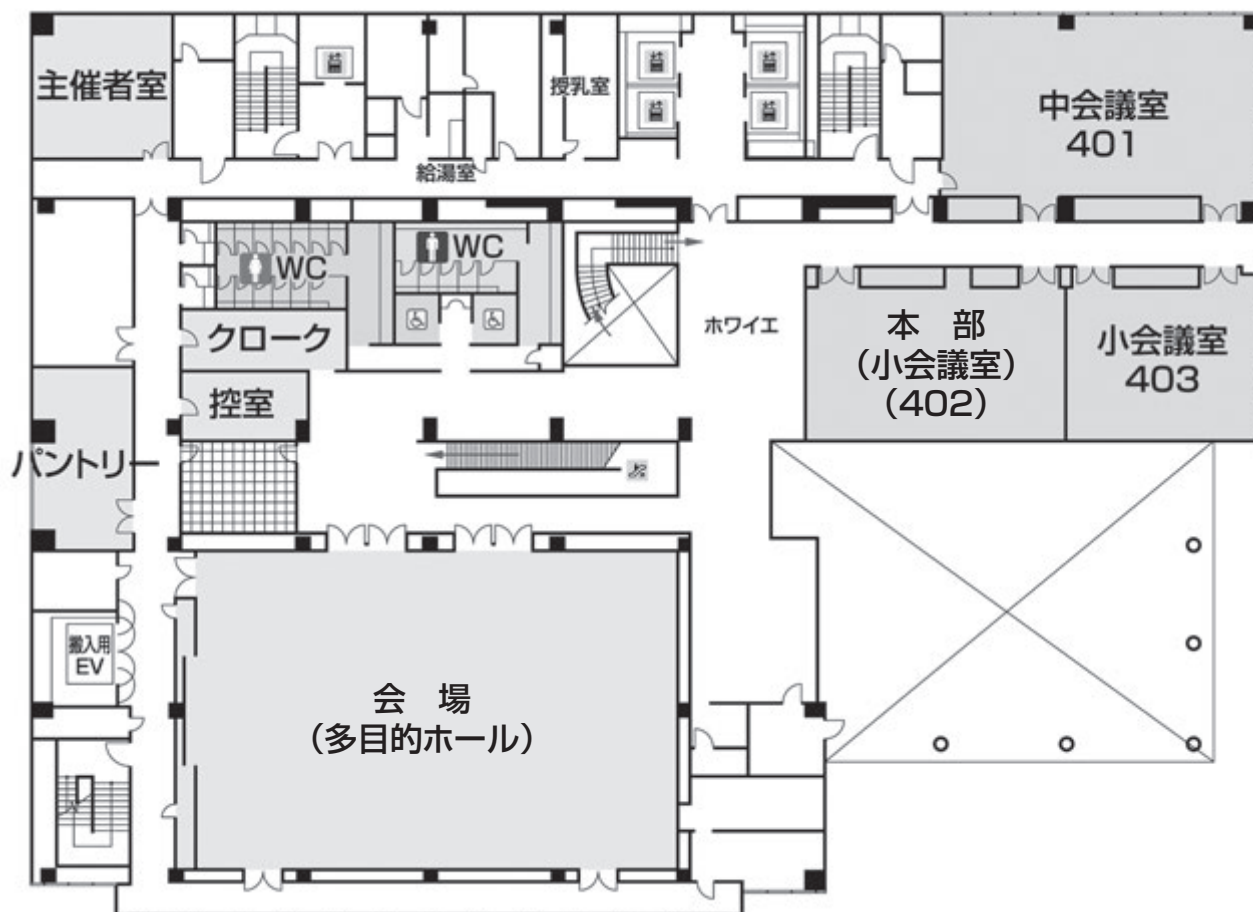
- | | |
|---------------------|--------------------|
| ①ホテルサンルートプラザ福島 | TEL (024) 525-2211 |
| ②ホテル福島ヒルズ | TEL (024) 521-3211 |
| ③ホテルクラウンヒルズ福島 | TEL (024) 523-0123 |
| ④グランパークホテルエクセル福島恵比寿 | TEL (024) 533-4166 |
| ⑤東横イン福島駅東口 | TEL (024) 524-1045 |
| ⑥東横イン福島駅西口 | TEL (024) 534-1045 |
| ⑦福島リッチホテル | TEL (024) 521-1711 |
| ⑧ホテル辰巳屋 | TEL (024) 522-5111 |
| ⑨リッチモンドホテル福島駅前 | TEL (024) 526-1255 |
| ⑩福島ビューホテル | TEL (024) 531-1111 |
| ⑪ホテル福島グリーンパレス | TEL (024) 533-1171 |
| ⑫ホテルメッツ福島 | TEL (024) 523-1515 |

コラッセふくしま

〒960-8053 福島県福島市三河南町1番20号
TEL (024) 525-4089
FAX (024) 536-3188



4 F



COOLBIZ

積極的に節電対策に取り組んでおります。

学会期間中は、上着、ネクタイを外した軽装でお越しください。



参加者へのご案内

参加登録受付

コラッセふくしま 4階多目的ホール入口
 日時：6月25日(土) 8:00～16:00
 6月26日(日) 8:00～14:00

COOLBIZ

クールビズ

積極的に節電対策に取り組んでおります。
 学会期間中は、上着、ネクタイを外した軽装でお越しください。

受付方法

〈事前に登録された方〉
 受付していただく必要はございません。事前に送付したネームカードをご着用の上、ご入場ください。講演抄録を忘れずにご持参ください。
 〈当日登録される方〉
 会場入口受付にて参加登録を行ってください。
 医学部学生は無料です。ただし、抄録集をご希望の場合には、別途ご購入ください。

	参加登録	懇親会費	会員登録費※
会 員 医 師	5,000	5,000	5,000
非 会 員 医 師	7,000	5,000	
初 期 研 修 医	1,000	5,000	
非 医 師	3,000	5,000	

※会員登録はインターネットからのみ受け付けております。紙によるご登録を希望される方は、後日入会要項を送付いたしますので、別紙にて所属・氏名と送付先をお知らせください。

ネームカード

所属・氏名をご記入の上、入場の際は必ずご着用ください。ネームカードを着用されていない方の入場は、固くお断りいたします。

講演抄録集

追加の講演抄録集をご希望の場合には、総合案内にて1部1,500円で販売いたします。

専門医制度単位取得証、 眼科研修医出席調査証

期 日	時 間	単位数
6月25日(土)	8:00～16:00	3
6月26日(日)	8:00～14:00	3

会場での呼出

呼出をご希望の方は、会場入口の受付までお越しください。
 会場内でのサイドスライドなどにより、ご対応いたします。

会場での注意

講演内容の録音、写真、およびビデオ撮影は禁止されておりますので、ご遠慮ください。
 また、携帯電話は、マナーモードに設定していただくか、電源をお切りください。

ク ロ ー ク

会場と同じフロアの4階に設置いたしますので、ご利用ください。

駐 車 場

コラッセ福島有料駐車場利用可
 30分まで無料、以降30分毎100円（ただし上限がなく高額となる）
 近隣に有料駐車場（民間）あり（1日料金800～1,000円程度）

託児ルーム

会場にはご用意しておりません。一時預かりを下記にて受けております。
 詳細、申込みにつきましては、直接お問い合わせください。

あおぞら保育園 福島市三河北町6-16 ☎ 024-534-5570 ※土曜のみ
 ひふみ保育園 福島市曾根田町6-12-1F ☎ 024-531-5038



講演規定

本学会の講演はPC（パソコン）による発表のみとします。スライド・ビデオでの発表はできません。
会場で使用するPCのOSおよびアプリケーションは下記のとおりです。

- 使用環境：OS Windows 7・VISTA・XP
アプリケーション PowerPoint 2003・2007・2010
※ Mac OS は使用できませんのでご注意ください。

※フォントは次のものを推奨いたします。

Windows 版：MS 明朝 / MS ゴシック / Times New Roman / Century

※動画をご使用の場合は、下記のソフトで再生可能であるものに限定します。

Windows 版：Windows Media Player（WMV 形式推奨）

動画データがある場合はPC本体の持込を推奨いたします。

■データの受付

- PC センター（コラッセふくしま 4階多目的ホール入口）
講演会場では発表データの受付はできません。必ずPC センターにて受付をお済ませください。
- データ受付時間

日 時	時 間
6月25日（土）	8：00～16：00
6月26日（日）	8：00～13：00

※講演開始1時間前までにデータをご提出ください。

データは、CD-R、USB フラッシュメモリに保存して持参してください。

※ PC 本体の持込は Windows、Macintosh の両方とも対応いたします。

念のため、バックアップデータを必ずお持ちください。

■スライド作成における注意事項

スライドは参加者が容易に理解できるよう眼科学の知識に基づいて作成してください。

- ・字詰まりスライドを避ける：

字詰まりスライドは、正常視力者はもちろん、低視力者にとっても判読が大変困難です。

（Angular Vision と Cortical Vision との関係への配慮）

- ・スライド提示時間への配慮：

スライドに掲載されている内容を把握するのに十分な提示時間を確保できるスライド枚数としてください。

- ・使用する色の数ならびに混合色への配慮：

一枚のスライドに多数の色を使用することは避けてください。背景色と文字とのコントラストが十分にあるもの（ブルーまたは黒の背景に白色または黄色文字など）にしてください。

■発表について

- ・発表時間は、一般演題：発表7分、質疑5分、計12分、症例報告：発表5分、質疑3分、計8分です。教育講演、シンポジウム、ランチョンセミナーは指定された時間をお願いします。
- ・時間厳守をお願いいたします。
- ・発表は、ご自身で演台上のキーボード、マウスを操作して行ってください。（PC 本体は、演台上にはありません。）



第1章 総 則

(名称)

第1条 本会は日本眼腫瘍学会 (Japanese Society of Ocular Oncology, JSOO) と称する。

(事務局)

第2条 本会は事務局を東京医科大学眼科学教室 (〒167-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1) に置く。

第2章 目的および事業

(目的)

第3条 本会は眼腫瘍に関する最新の情報交換と会員相互の研鑽を目的とする。

(事業)

第4条 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行なう。

- (1) 総会の開催
- (2) 会誌の発行
- (3) その他、本会の目的を達成するために必要な事業

第3章 会 員

(種別)

第5条 本会の会員は、眼腫瘍に興味を持つ眼科医 (含：研修医) およびその他の関係者をもって構成する。

- (1) 正 会 員
- (2) 顧 問
- (3) 名誉会員
- (4) 賛助会員

(入会)

第6条 入会を希望する者は、所定の入会申込書に初年度会費を添えて本会事務局に提出し、理事会の承認を得なければならない。

第7条 顧問は、眼腫瘍研究の発展に特に功績のあった者で、理事会が推薦し、決定する。
顧問は、本学会の運営が適正に行われるよう理事会等において指導する立場にある。

第8条 名誉会員は、眼腫瘍研究の発展に特に功績のあった者で、理事会が推薦し、決定する。

第9条 賛助会員は、本会の事業を奨助するため所定の賛助会費を納入する団体および個人とする。

(入会員および会費)

第10条 (1) 正会員 (顧問を含む) の年会費は5,000円とする。なお、賛助会員の年会費は別途、定める。

(2) 名誉会員は年会費を免除する。

(資格の喪失)

第11条 会員が次の各号に該当した場合は、その資格を喪失するものとする。

- (1) 退会したとき
- (2) 理事会の決議によって除名されたとき

(退会)

第12条 会員が退会する場合には、事前にその旨を本会事務局に届け出なければならない。

(除名)

第13条 会員が次の各号に該当するときは、理事会の議決により退会させることがある。

- (1) 本会会員として著しく品位を欠く行為があったとき
- (2) 会費を3年以上滞納したとき

第4章 役 員

(役員)

第14条 本会に次の役員をおく。

- (1) 理 事 長 1 名
- (2) 理 事 若干名
- (3) 監 事 1 名
- (4) 学術・広報 2 名
- (5) 総 会 長 1 名

(理事)

第15条 理事は理事会を構成し、会の運営に必要な諸事項を審議決定する。

第16条 理事長は理事の互選によって選出される。
理事長は本会を代表し、会務を掌握し、理事会を招集する。
理事長は収支予算および決算、役員人事など主な会務について、総会もしくはその他の方法により、会員に報告しなければならない。

(監事)

第17条 監事は理事会で選出される。監事は本会の財産、会計および会務の執行を監査し、理事会に出席して意見を述べるができる。



(総会長)

第18条 総会長は理事会で選出された当該年度の総会運営に当たる。

(役員任期と欠員について)

第19条 理事長、理事、監事、学術・広報の任期は4年間とする。ただし再任を妨げない。

理事の年齢は65歳を超えないこととする。

役員に欠員が生じた場合の補充とその方法については、理事会でこれを決定する。

総会長の任期は担当する総会が終了するまでとし、次年度総会長にその職務を引き継ぐものとする。

総会長は連続して就任することはできない。ただし、再任を妨げない。

第5章 総会・理事会

(総会)

第20条 原則として総会を毎年1回開催する。開催時期は理事会と総会長の合議で決定する。

(理事会)

第21条 理事会は理事をもって組織し、原則として総会期間中に以下の事項を審議する。

なお、理事会には理事長、総会長の承認を経て、関係者の参加を許可することがある。

- (1) 毎年度の事業および会計
- (2) その他、理事会が必要と認めた事項
- (3) 理事会は理事の3分の2以上の出席をもって成立する。ただし、予め委任状を提出した者は出席者とみなす。
- (4) 理事会の審議は出席理事の過半数をもって決し、可否同数のときは理事長の決するところによる。

第6章 会計

(会計年度)

第22条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終了とする。

(事務局の経費)

第23条 本会の事務局の運営に要する経費は年会費をもってこれに充てる。

(総会の運営費)

第24条 総会での筆頭演者は本学会員とする。しかし、共同演者に本学会員が含まれている場合はこの限りではない。

総会の運営費は総会の都度、臨時会費を徴収してこれに充てる。

臨時会費の額は年度毎に総会長が決定する。

総会長は会員以外の者を総会に招請し、総会で発表させることができる。

第7章 会則の変更

(会則の変更)

第25条 この会則は理事会および総会の議決を経て変更することができる。

[附則]

この会則は平成22年10月10日から施行する。



日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別 50 音順（平成 22 年 9 月 27 日現在）

名誉会員（敬称略）
雨 宮 次 生
猪 俣 孟
沖 坂 重 邦
加 藤 桂一郎
松 尾 信 彦
玉 井 信
箕 田 健 生
上 野 脩 幸
大 西 克 尚

役 職	氏 名	所 属
顧 問	金 子 明 博	
顧 問	中 村 泰 久	
顧 問	八 子 恵 子	
理 事 長	後 藤 浩	東京医科大学
理 事	安 積 淳	神戸海星病院
理 事	江 口 功 一	江口眼科医院 / 新潟大学
理 事	大 島 浩 一	国立病院機構 岡山医療センター
理 事 (学術・広報)	小 幡 博 人	自治医科大学
理 事	嘉 鳥 信 忠	聖隷浜松病院
理 事	小 島 孚 允	さいたま赤十字病院
理 事	兒 玉 達 夫	島根大学
理 事	敷 島 敬 悟	東京慈恵会医科大学
理 事	鈴 木 茂 伸	国立がんセンター中央病院
理 事	高比良 雅 之	金沢大学
理 事	高 村 浩	公立置賜病院 / 山形大学
理 事	辻 英 貴	がん研究会有明病院
理 事	林 暢 紹	須崎黒潮病院 / 高知大学
理 事	溝 田 淳	帝京大学
理 事 (学術・広報)	古 田 実	福島県立医科大学
理 事	吉 川 洋	九州大学



日 程 表

6月25日（土）

9 : 00	一般講演 1 01～05 座長：高比良雅之（金沢大） 嘉島 信忠（聖隷浜松病院）
10 : 00	一般講演 2 06～10 座長：兒玉 達夫（島根大） 林 暢紹（須崎黒潮病院／高知大）
11 : 00	シンポジウム 1 11～13 眼腫瘍の統計と多施設共同研究の意義 座長：後藤 浩（東京医大） 小島 孚允（さいたま赤十字病院） 敷島 敬悟（東京慈恵医大） 鈴木 茂伸（国立がんセンター） 安積 淳（海星病院）
12 : 05	
12 : 15	ランチョンセミナー 1 14、15 ここがポイント！ 脂腺がん対策 座長：古田 実（福島県医大） 「しっかり診断術」 江口 功一（江口眼科） 「がっちり治療術」 渡辺 彰英（京都府医大） 共催：日本アルコン株式会社
12 : 55	
13 : 15	症例報告 1 16～22 座長：辻 英貴（がん研究会有明病院） 吉川 洋（九州大）
14 : 11	一般講演 3 23～27 座長：大島 浩一（国立岡山医療センター） 敷島 敬悟（東京慈恵医大）
15 : 11	
15 : 15	シンポジウム 2 28～30 網膜芽細胞腫の治療 座長：古田 実（福島県医大） 柳澤 隆昭（埼玉医大国際医療センター） 正木 英一（国立成育医療センター） 東 範行（成育医療研究センター） 鈴木 茂伸（国立がんセンター）
16 : 35	

6月26日（日）

9 : 00	症例報告 2 31～37 座長：高村 浩（公立置賜病院／山形大） 江口 功一（江口眼科／新潟大）
9 : 56	
10 : 00	一般講演 4 38～42 座長：小幡 博人（自治医大） 鈴木 茂伸（国立がんセンター中央病院）
11 : 00	シンポジウム 3 43～45 眼内良性腫瘍の治療 座長：溝田 淳（帝京大） 安積 淳（神戸海星病院） 吉川 洋（九州大） 小島 孚允（さいたま日赤） 古田 実（福島県医大）
12 : 15	
12 : 20	ランチョンセミナー 2 46 やさしい眼底腫瘍の診断学 座長：飯田 知弘（福島県医大） 「それ、本当に加齢黄斑変性ですか？」 石龍 鉄樹（福島県医大） 共催：ノバルティス ファーマ株式会社
12 : 50	
13 : 15	教育講演 1 47、48 外来で眼腫瘍を疑ったら 座長：後藤 浩（東京医大） 八子 恵子（北福島医療センター） 「外眼部腫瘍の取り扱い法」 八子 恵子（北福島医療センター） 「眼窩腫瘍の診かた」 後藤 浩（東京医大）
14 : 15	



一般講演 1

6月25日(土) 9:00~10:00

座長：高比良雅之（金沢大）

嘉島 信忠（聖隷浜松病院）

- 01 福島県医大における眼窩原発悪性リンパ腫の臨床経過
福島県医大¹⁾、福島県医大病理²⁾、北福島医療センター³⁾
○森 隆史¹⁾、野地 裕樹¹⁾、喜古雄一郎²⁾、古田 実¹⁾、八子 恵子³⁾、
飯田 知弘¹⁾
- 02 Wegener 肉芽腫症の疑い 2 例と確実 1 例の眼窩病変の検討
新潟大¹⁾、江口眼科²⁾
○尾山 徳秀¹⁾、張 大行¹⁾、江口 功一²⁾、阿部 春樹¹⁾
- 03 外眼筋の腫大を示す腫瘍と特発性眼窩筋炎の鑑別
名古屋医療センター
○久保田敏信
- 04 眼窩下神経の腫大は IgG4 関連眼窩病変を示唆する
岡山医療センター¹⁾、三豊総合病院²⁾、岡山大³⁾
○大島 浩一¹⁾、曾我部由香²⁾、佐藤 康晴³⁾、山鳥 一郎¹⁾
- 05 眼付属器リンパ腫における腫瘍マーカーの診断的意義
島根大
○兒玉 達夫、高井 保幸、原 克典、又賀建太郎、海津 幸子、大平 明弘

一般講演 2

6月25日(土) 10:00~11:00

座長：兒玉 達夫（島根大）

林 暢紹（須崎黒潮病院／高知大）

- 06 血中 IgG4 高値を示す涙腺炎の特徴
九州大¹⁾、掖済会門司病院²⁾
○田平 瑛美¹⁾、吉川 洋¹⁾、藤田 陽子¹⁾、安田 美穂¹⁾、石橋 達朗¹⁾
- 07 硝子体細胞診で診断が困難だった眼内悪性リンパ腫（IOL）の 1 例
福島県医大病理¹⁾、福島県医大²⁾
○橋本 優子¹⁾、古田 実²⁾、阿部 正文¹⁾
- 08 眼内リンパ腫の硝子体内浸潤細胞における表面抗原の解析
東京医大
○臼井 嘉彦、木村 圭介、三宅 琢、馬詰和比古、笠井健一郎、後藤 浩
- 09 原発性眼内リンパ腫における治療と再発
東京医大
○木村 圭介、臼井 嘉彦、後藤 浩
- 10 福島県医大における眼部腫瘍統計
福島県医大
○大口 泰治、野地 裕樹、伊勢 重之、郷 佐江、森 隆史、古田 実、
飯田 知弘



プログラム

シンポジウム 1

6月25日(土) 11:00~12:05

座長：後藤 浩（東京医大）

小島 孚允（さいたま赤十字病院）

「眼腫瘍の統計と多施設共同研究の意義」

- 11 眼腫瘍統計－現状と問題点－
敷島 敬悟（東京慈恵医大）
- 12 眼内腫瘍全国登録の計画：臓器がん登録としての位置づけ
鈴木 茂伸（国立がんセンター）
- 13 眼腫瘍全国登録のために：眼外悪性腫瘍編
安積 淳（海星病院）

ランチョンセミナー 1

6月25日(土) 12:15~12:55

座長：古田 実（福島県医大）

「ここがポイント！ 脂腺がん対策」

- 14 しっかり診断術
江口 功一（江口眼科）
- 15 がっちり治療術
渡辺 彰英（京都府医大）

症例報告 1

6月25日(土) 13:15~14:11

座長：辻 英貴（がん研究会有明病院）

吉川 洋（九州大）

- 16 局所切除術によって診断された毛様体血管周囲類上皮細胞腫瘍（PEComa）
東京医大¹⁾、東京医大病理²⁾
○後藤 浩¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、草間 博²⁾、長尾 俊孝²⁾
- 17 網膜血管芽腫（retinal hemangioblastoma）の2例
新潟大¹⁾、江口眼科²⁾
○尾山 徳秀¹⁾、張 大行¹⁾、江口 功一²⁾、阿部 春樹¹⁾
- 18 結膜に発生した粘液腫の一例
大阪回生病院
○今川 幸宏
- 19 視力障害を来した結膜 MALT リンパ腫の一例
時計台記念病院¹⁾、北海道大²⁾
○石嶋 漢¹⁾、加瀬 諭²⁾、野田 実香²⁾、石田 晋²⁾



プログラム

- 20 トリソミー18がみられた結膜リンパ腫
海星病院¹⁾、神戸大²⁾
○安積 淳¹⁾、関向 大介¹⁾、長井 隆行²⁾
- 21 眼窩NK/T細胞リンパ腫の1例
金沢大¹⁾、金沢大血液内科²⁾
○高比良雅之¹⁾、濱岡 祥子¹⁾、杉森 尚美²⁾、前川 実生²⁾、高松 博幸²⁾、
杉山 和久¹⁾
- 22 内直筋から発生した眼窩顆粒細胞腫の1例
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科
○板倉 秀記、嘉島 信忠、上田 幸典、林 憲吾

一般講演3

6月25日(土) 14:11~15:11

座長：大島 浩一（国立岡山医療センター）
敷島 敬悟（東京慈恵医大）

- 23 視神経鞘髄膜腫の治療成績について
福島県医大¹⁾、福島県医大脳神経外科²⁾
○郷 佐江¹⁾、古田 実¹⁾、飯田 知弘¹⁾、斎藤 清²⁾
- 24 視神経膠腫に対する化学療法：生命予後と視機能予後
埼玉医大国際医療センター小児脳脊髄腫瘍部門¹⁾、
埼玉医大国際医療センター脳脊髄腫瘍科²⁾
○柳澤 隆昭¹⁾、²⁾、鈴木 智成¹⁾、²⁾、福岡 講平¹⁾、²⁾、脇谷 健司²⁾、
安達 淳一²⁾、三島 一彦²⁾、松谷 雅生²⁾、西川 亮²⁾
- 25 眼球温存を目指して眼局所療法に全身化学療法を併用した網膜芽細胞腫に対する治療
福島県医大小児科¹⁾、福島県医大臨床腫瘍センター²⁾、福島県医大³⁾
○赤井畑美津子¹⁾、小林 正悟¹⁾、望月 一弘¹⁾、佐野 秀樹¹⁾、伊藤 正樹¹⁾、
細矢 光亮¹⁾、菊田 敦²⁾、古田 実³⁾
- 26 初期化学療法を行った網膜芽細胞腫の治療成績
国立がんセンター
○鈴木 茂伸
- 27 九州大学における網膜芽細胞腫に対する全身化学療法の現状
九州大¹⁾、九州大小児科²⁾、国立がんセンター³⁾
○藤田 陽子¹⁾、吉川 洋¹⁾、住江 愛子²⁾、古賀 友紀²⁾、鈴木 茂伸³⁾、
石橋 達朗¹⁾



プログラム

シンポジウム2

6月25日(土) 15:15~16:35

座長：古田 実（福島県医大）

柳澤 隆昭（埼玉医大国際医療センター）

「網膜芽細胞腫の治療」

- 28 網膜芽腫における放射線治療
正木 英一（国立成育医療センター）
- 29 網膜芽細胞腫に対する全身化学療法と放射線療法
東 範行（成育医療研究センター）
- 30 網膜芽細胞腫に対する局所化学療法：選択的眼動脈注入と硝子体注入
鈴木 茂伸（国立がんセンター）

症例報告2

6月26日(日) 9:00~9:56

座長：高村 浩（公立置賜病院／山形大）

江口 功一（江口眼科／新潟大）

- 31 結核性涙腺肉芽腫の一例
福島県医大
○伊勢 重之、古田 実、飯田 知弘
- 32 2年前に刺入した眼窩内異物が眼窩腫瘍と診断されていた1例
群馬大¹⁾、佐久病院²⁾
○鹿嶋 友敬^{1)、2)}、秋山 英雄¹⁾、三浦 文英²⁾、岸 章治¹⁾
- 33 前頭骨に生じた骨腫に対して人工骨置換が有効であった一例
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科
○上田 幸典、嘉島 信忠、板倉 秀記、林 憲吾
- 34 眼瞼に生じた下咽頭癌からの転移
がん研究会有明病院¹⁾、がん研究会有明病院放射線治療部²⁾、
がん研究会分子標的病理プロジェクト³⁾
○辻 英貴¹⁾、小林めぐみ¹⁾、小口 正彦²⁾、竹内 賢吾³⁾
- 35 眼瞼・眼窩蕁状血管腫の2例
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科
○林 憲吾、嘉島 信忠、板倉 秀記、上田 幸典
- 36 光線力学療法を行った傍視神経乳頭星状細胞腫の1例
九州大¹⁾、麻生飯塚病院²⁾、鹿児島大³⁾
○大石誠一郎^{1)、2)}、吉川 洋¹⁾、大島 裕司¹⁾、望月 泰敬¹⁾、長谷川裕平¹⁾、
石橋 達朗¹⁾、坂本 泰二³⁾
- 37 網膜血管閉塞をきたした視神経乳頭上網膜血管腫
秋田大
○早川 真弘、渡部 広史、藤原 聡之、吉富 健志



プログラム

一般講演4

6月26日(日) 10:00~11:00

座長：小幡 博人（自治医大）

鈴木 茂伸（国立がんセンター中央病院）

- 38 新潟大学における脈絡膜血管腫の治療成績
新潟大¹、江口眼科²
○張 大行¹、尾山 徳秀¹、江口 功一^{1)、2)}
- 39 転移性眼部腫瘍4症例の検討
総合南東北病院¹、南東北眼科クリニック²
○小林奈美江^{1)、2)}、磯目 修一²⁾、陳 逸寧¹⁾、小林健太郎²⁾
- 40 ocular surface squamous neoplasia の34症例
九州大
○田邊 美香、吉川 洋、藤田 陽子、向野利一郎、石橋 達朗
- 41 結膜悪性黒色腫におけるインターフェロン局所治療の臨床経過
北海道大
○加瀬 諭、石嶋 漢、野田 実香、石田 晋
- 42 マイトマイシンC点眼治療による結膜悪性腫瘍の局所制御
公立置賜総合病院¹、山形大²
○高村 浩¹⁾、今野 伸弥²⁾、山下 英俊²⁾

シンポジウム3

6月26日(日) 11:00~12:15

座長：溝田 淳（帝京大）

安積 淳（神戸海星病院）

「眼内良性腫瘍の治療」

- 43 網膜血管腫の治療
吉川 洋（九州大）
- 44 脈絡膜血管腫の治療
小島 孚允（さいたま日赤）
- 45 その他の眼内良性腫瘍の治療
古田 実（福島県医大）

ランチョンセミナー2

6月26日(日) 12:20~12:50

座長：飯田 知弘（福島県医大）

「やさしい眼底腫瘍の診断学」

- 46 それ、本当に加齢黄斑変性ですか？
石龍 鉄樹（福島県医大）



教育講演 1

6月26日(日) 13:15~14:15

座長：後藤 浩（東京医大）

八子 恵子（北福島医療センター）

「外来で眼腫瘍を疑ったら」

47 外眼部腫瘍の取り扱い法

八子 恵子（北福島医療センター）

48 眼窩腫瘍の診かた

後藤 浩（東京医大）

講演抄録



●座長：高比良雅之（金沢大）・嘉島 信忠（聖隷浜松病院）

01

福島県医大における眼窩原発悪性リンパ腫の臨床経過

○森 隆史¹⁾、野地 裕樹¹⁾、喜古雄一郎²⁾、古田 実¹⁾、八子 恵子³⁾、飯田 知弘¹⁾
 福島県医大¹⁾、福島県医大病理²⁾、北福島医療センター³⁾

【目的】眼窩原発悪性リンパ腫の臨床病態と予後を調査する。
 【方法】1990年から2010年に当科で診断を行った眼窩リンパ腫48例55例のうち、眼窩原発40例48例（男25女15人、平均66歳）を対象にした後向き検討。全体像を把握するために経過観察期間が短い症例も含めた。【結果】経過観察期間は平均49か月（範囲：1-230か月）、画像検査上の腫瘍中心は涙腺25例、筋肉錐外8例、筋肉錐内11例、眼球周囲3例、外眼筋1例で、眼窩外浸潤は1例にみられた。組織型はびまん性大細胞型（DLBCL）7例、濾胞性3例、MALT38例であった。MALTのうち2例3例はIgG4関連疾患が併存した。初回治療は、全摘術8例、放射線治療29例、化学療法7例、経過観察4例であり、経過中に眼部病変の完全寛解が確認できたのは43例であった。放射線治療を行った33例のうち白内障、ドライアイはともに8眼に生じた。全経過中の遠隔転移は12例15例（DLBCL2例、濾胞性1例、MALT9例）で、死亡例はMALT2例、濾胞性1例の計3例3例で、いずれも化学療法関連死であった。【結論】DLBCLは初診後の全身精査で転移病巣が見つかることが多い。しかし、MALTは経過中に遠隔転移することがほとんどであり、長期にわたる経過観察を要することになりやすい。IgG4関連疾患がMALTリンパ腫発症メカニズムに関係している可能性がある。

02

Wegener 肉芽腫症の疑い2例と確定1例の眼窩病変の検討

○尾山 徳秀¹⁾、張 大行¹⁾、江口 功一²⁾、阿部 春樹¹⁾
 新潟大¹⁾、江口眼科²⁾

【緒言】眼窩 Wegener 肉芽腫症は、診断が困難なことがある。
 【症例1】66歳女性。右眼の霧視で発症し、右眼窩骨膜の肥厚、肥厚性硬膜炎、P-ANCA 陽性、IgG4：180mg/dl と高値であった。ステロイド加療されたが視力低下が再発し、当科紹介時は右光覚（±）、左手動弁で、病変は両側に拡大、右眼窩先端部症候群の状態であった。右眼窩より生検、眼窩減圧術を施行したが、確定できず臨床的に Wegener 肉芽腫症を疑いステロイド、免疫抑制剤併用療法をしている。【症例2】70歳女性。右眼鼻下側の結膜・強膜充血、右眼窩腫瘍のため当科紹介受診した。採血上異常なく、右眼窩内下壁の骨欠損と副鼻腔炎を認め、右眼窩より生検したが確定できず炎症が悪化し、臨床的に Wegener 肉芽腫症を疑いステロイド加療している。【症例3】26歳女性。全身症状および皮膚生検にて、Wegener 肉芽腫症の確定診断でステロイドおよびメトトレキサート（MTX）加療中であった。左篩骨洞から眼窩内に炎症性嚢胞状病変を認め、ステロイドとMTXを増量し病状は軽快した。【結論】眼窩 Wegener 肉芽腫症は、採血上異常がなく画像および病理検査でも診断が難しい場合がある。また、手術や生検術にも注意が必要である。

03

外眼筋の腫大を示す腫瘍と特発性眼窩筋炎の鑑別

○久保田敏信
 名古屋医療センター

【目的】眼付属器から発生する腫瘍あるいは眼付属器に転移する腫瘍は特発性眼窩筋炎などの疾患としばしば鑑別が困難なことがある。外眼筋が肥厚した症例について、特発性眼窩筋炎と診断した症例と腫瘍性病変の特徴の違いを比較した。【対象と方法】名古屋医療センターで診断および治療を行った外眼筋の腫大を示す53症例の症状、徴候、画像所見をうしろ向きに検討した。【結果】突然の発症、眼瞼の炎症所見、疼痛、眼球運動制限のある39症例はステロイド加療に反応し、治癒もしくは軽快が得られた。CT 検査所見では不明瞭な境界と外眼筋のこん棒状の腫大がみられ、脂肪抑制 T2 冠状断検査所見では高信号領域の局在がみられた。残りの14症例は突然の発症、炎症所見、疼痛に乏しかった。14症例中4例は脂肪抑制 T2 冠状断検査で高信号領域の局在がみられ、ステロイド加療に反応した。10症例中6例は乳癌、胃癌の現病歴があり、CT 検査所見で外眼筋の凸凹がみられ、生検で腫瘍の転移であることが判明した。4例は生検によって外眼筋原発の MALT リンパ腫が判明した。【結論】突然の発症、炎症所見、外眼筋の腫大を示す症例は特発性眼窩筋炎であると示唆する。さらに、脂肪抑制 T2 冠状断検査所見では高信号領域の局在を示す。それらの症状の乏しい症例は腫瘍性疾患との鑑別が困難であることがある。その際、鑑別診断として生検が必要である。

04

眼窩下神経の腫大は IgG4 関連眼窩病変を示唆する

○大島 浩一¹⁾、曾我部由香²⁾、佐藤 康晴³⁾、山鳥 一郎¹⁾
 岡山医療センター¹⁾、三豊総合病院²⁾、岡山大³⁾

【目的】眼窩リンパ増殖性疾患における眼窩下神経腫大（Infra-orbital Nerve Enlargement、IONE）の頻度を検討し、IONE が IgG4 関連眼窩病変の臨床診断に有用であることを示す。【対象と方法】岡山医療センター眼科と三豊総合病院眼科で、2004年4月から2011年3月までに眼窩リンパ増殖性疾患または眼窩炎症と診断された81例を対象とした。男女比は42：39で、年齢は5歳から87歳、平均62.6歳であった。眼窩リンパ増殖性疾患の診断は、まず画像（CT スキャンまたは MRI）所見に基づいて行い、後に病理診断により確定した。画像上、眼窩下神経が視神経よりも太い場合に、IONE と診断した。【結果】眼窩リンパ増殖性疾患または眼窩炎症81例の内訳は、非ホジキンリンパ腫42例（このうち MALT リンパ腫35例）、IgG4 関連眼窩病変 + MALT リンパ腫5例、IgG4 関連眼窩病変14例、反応性リンパ球増生症5例、特発性眼窩筋炎5例、その他10例であった。このうち IONE を認めた症例は9例で、IgG4 関連眼窩病変8例、IgG4 関連眼窩病変 + MALT リンパ腫1例であった。【結論】画像所見で眼窩リンパ増殖性疾患が疑われる症例に IONE を認めた場合、IgG4 関連眼窩病変である可能性が高い。



05

眼付属器リンパ腫における腫瘍
マーカーの診断的意義

○こだま児玉 たつお達夫、高井 保幸、原 克典、又賀建太郎、
海津 幸子、大平 明弘
島根大

【目的】リンパ腫病勢評価の指標として、血清可溶性インターロイキン-2受容体 (sIL-2R)、 β 2ミクログロブリン (β 2MG)、乳酸脱水素酵素 (LDH) の有用性が報告されているが、リンパ腫に非特異的であるため種々の感染・炎症性疾患でも高値を示す。眼付属器リンパ腫における上記パラメーターの診断的意義を評価した。【対象および方法】眼付属器リンパ腫29例 (MALT: 15例、DLBCL: 11例、FL: 2例 MCL: 1例)、眼窩炎症性疾患33例における、眼科受診時の sIL-2R、 β 2MG、LDH を測定した。IgG4関連疾患、20歳未満、腎不全の症例は除外した。【結果】sIL-2R (IU/ml) の値は、眼窩炎症性疾患 (n=33, 391 ± 131) より眼付属器リンパ腫 (n=28, 632 ± 483) が[§]、低悪性度リンパ腫 (MALT+FL: n=16, 402 ± 206) より中悪性度リンパ腫 (DLBCL+MCL: n=12, 939 ± 598) が[§]、Ann Arbor 分類 StageI (n=17, 403 ± 199) より StageIV (n=6, 1187 ± 681) が[§]有意に高値であった。MALT、StageI リンパ腫と、眼窩炎症性疾患の間に有意差はなかった。 β 2MG、LDH でも同様の傾向がみられたが、有意差を認めなかった。【結論】眼付属器リンパ腫の診断において、sIL-2R は β 2MG と LDH よりリンパ腫の病勢を反映していた。



●座長： 児玉 達夫（島根大）・林 暢紹（須崎黒潮病院／高知大）

06

血中 IgG4 高値を示す涙腺炎の特徴

○田平 瑛美^{1),2)}、吉川 洋¹⁾、藤田 陽子¹⁾、安田 美穂¹⁾、石橋 達朗¹⁾
九州大¹⁾、済済会門司病院²⁾

【目的】涙腺炎における血中 IgG4 値と臨床像との関連を検討する。【対象と方法】対象は九州大学で過去 6 年間に血中 IgG4 を測定した涙腺炎の 45 例。男性 33 例と女性 12 例、年齢は 31~78 歳（平均 53 歳）。血中 IgG4 104mg/ml までを正常値として IgG4 正常群（正常群）18 例と IgG4 高値群（高値群）27 例に分け、診療録から年齢、性別、側性、他臓器病変の有無、血液検査結果、治療経過などを調査し、2 群間で比較した。【結果】男性の比率は正常群で 17% であったが高値群では 37% であった。両眼性の症例は正常群で 44% あったが、高値群では 93% あった。眼窩脂肪組織の所見を合併していたのは正常群では 6%、高値群では 15% であった。唾液腺、肺、脾などの他臓器所見をみとめたものは、正常群では 22%、高値群では 70% であった。末梢血好酸球数は正常群で平均 $219/\mu\text{l}$ 、高値群では $657/\mu\text{l}$ であった。血中 IgE は正常群で平均 $421\text{IU}/\text{ml}$ 、高値群で平均 $487\text{IU}/\text{ml}$ であった。現時点でステロイド離脱できていない症例は正常群で 33%、高値群で 85% あった。【結論】血中 IgG4 高値を示す涙腺炎は、IgG4 正常群に比べ男性の比率、両眼性の比率、脂肪組織所見や他臓器所見を伴うことが多く、ステロイド離脱不能例が多かった。

07

硝子体細胞診で診断が困難だった眼内悪性リンパ腫（IOL）の 1 例

○橋本 優子¹⁾、古田 実²⁾、阿部 正文¹⁾
福島県医大病理¹⁾、福島県医大²⁾

【緒言】IOL の診断に硝子体細胞診が有用とされる。一方、硝子体細胞診は偽陰性率も高く、フローサイトメトリー（FCM）を用いた表面マーカーの検索、PCR 法での遺伝子解析、IL6/IL10 測定などの補助診断を活用すべきである。当院では複数検査を複合的に用い 2003~2010 年に 10 例の IOL を診断した。9 例は細胞診で IOL とされたが、1 例は炎症性変化とされた。今回その細胞所見を再検討し、報告する。【症例】63 歳女性。主訴は左眼の視力低下。硝子体細胞診：class II（組織球・小型リンパ球による多彩な細胞像。壊死細胞・apoptosis はない。炎症性変化を疑う）。2 ヶ月後 2 回目硝子体穿刺にて FCM、IL6/IL10 測定を実施。FCM で T 細胞：約 75%、B 細胞：約 20% で免疫グロブリン軽鎖発現に単一性はなし。IL-10：2900pg/nL と非常に高値であり B リンパ腫が疑われた。メソトレキサート眼内投与、放射線照射にて寛解。経過観察 5 年後、小脳に再発し、開頭生検にてびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫：DLBCL と診断された。【考察】本症例のように、多彩な細胞を含む症例では、腫瘍細胞の構成比率が低く、細胞診・FCM では診断が困難となる。多彩な細胞所見を示す IOL には、複数の補助診断が重要かつ有効であった。

08

眼内リンパ腫の硝子体内浸潤細胞における表面抗原の解析

○白井 嘉彦、木村 圭介、三宅 琢、馬詰和比古、笠井健一郎、後藤 浩
東京医大

【目的】眼内リンパ腫のほとんどがびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫であると考えられている。今回我々は、眼内リンパ腫の硝子体液中に浸潤する細胞の免疫学的表現型の発現パターンを網膜下浸潤型と硝子体混濁型に分けてフローサイトメトリーで比較検討を行ったので報告する。【方法】2010 年 4 月より 2011 年 1 月まで東京医大病院眼科を受診し、最終的に確定診断に至った眼内リンパ腫 7 例 8 眼を対象とした。眼内リンパ腫患者に対する診断と治療を兼ねた硝子体手術の際に採取された硝子体液中の浸潤細胞をフローサイトメトリーで表面抗原の発現を解析した。【結果】網膜下浸潤型の眼内リンパ腫は、硝子体混濁型よりも B 細胞のマーカーである CD20 陽性細胞の割合が有意に少なく（ $9.9 \pm 10.8\%$ vs $33.0 \pm 10.3\%$ ）、T 細胞のマーカーである CD3 陽性細胞の割合が有意に多かった（ $87.5 \pm 15.3\%$ vs $60.5 \pm 17.9\%$ ）。マクロファージのマーカーである CD11b および樹状細胞のマーカーである CD11c 陽性細胞では浸潤の割合に差はなかった。【結論】網膜下浸潤型では硝子体内には T 細胞の浸潤が多く、炎症反応によるものと考えられた。硝子体混濁型においては B 細胞の浸潤は多いものの、硝子体混濁を形成している細胞の全てが B 細胞というわけではなく、炎症反応に伴う T 細胞の浸潤も硝子体混濁の一端を担っている可能性が示唆された。

09

原発性眼内リンパ腫における治療と再発

○木村 圭介、白井 嘉彦、後藤 浩
東京医大

【目的】原発性眼内リンパ腫（PIOL）は、治療後も眼内または中枢神経系（CNS）に再発を来し、治療に難渋することが少なくない。眼症状を初発とした PIOL の臨床経過について検討した結果を報告する。【対象と方法】東京医大眼科で診断、治療を行い、12 か月以上経過観察可能であった眼症状を初発症状とする PIOL 23 例（男性 8 例、女性 15 例）の、再発率、再発後の治療、および治療後について後ろ向きに検討を行った。【結果】経過観察期間は 35 か月 ± 16 か月で、その間の再発回数は 1.8 ± 1.7 回であった。硝子体生検による診断確定後に眼部放射線療法（RT）を行った症例は 16 例で、そのうち 11 例（69%）で再発を来した（眼内再発 7 例、CNS 再発 4 例）。また眼内液の検索では確定診断が得られず経過観察とした症例は 7 例で、その後全例で CNS リンパ腫（CNSL）を発症した。全 23 例のうち、経過観察期間中に CNSL を発症した 14 例には高用量 MTX 療法、全脳照射主体の治療を行ったが、8 例（57%）で再発した（眼内再発 4 例、CNS 再発 3 例、眼内 + CNS 再発 1 例）。【結論】眼部 RT の他、CNSL 発症後に高用量 MTX や全脳照射を行ったとしても半数以上の症例で眼内もしくは CNS に再発を来しているのが現状であり、長期生存例の増加に伴う再発防止策が今後の治療における課題であろう。



10

福島県医大における眼部腫瘍統計

○大口 おおくち 泰治、野地 のち 裕樹、伊勢 いせ 重之、郷 ごう 佐江、
森 もり 隆史、古田 ふるた 実、飯田 いひだ 知弘
福島県医大

【目的】眼部腫瘍発生率把握のため臨床診断のみの症例も含め眼部腫瘍を検討した。【方法】2003-2010年に診断した眼部腫瘍の病理診断群と臨床診断群両方を診療録より眼内、前眼部、眼窩内病変、20歳未満（小児）及び20歳以上（成人）群に分け解析した。【結果】症例数は490例539眼で眼科全紹介患者の3%、平均年齢は52歳（範囲0-97）であった。頻度の高い疾患は小児眼内病変21例31眼（病理診断率；PD42%）では網膜芽細胞腫（61%）、神経線維腫、星状膠細胞腫。成人眼内病変124例140眼（PD36%）では脈絡膜血管腫（16%）、転移性脈絡膜腫瘍、脈絡膜母斑とメラノーマ。小児前眼部病変34例35眼（PD46%）では、眼瞼乳児血管腫（26%）、角膜輪部デルモイド、結膜母斑。成人前眼部病変140例146側（PD93%）では、母斑（14%）、リンパ腫、基底細胞癌、脂腺癌、脂漏性角化症、及び結膜扁平上皮悪性新生物。小児眼窩病変26例27側（PD52%）では、皮様囊腫（33%）、乳児血管腫、リンパ管腫。成人眼窩病変145例160側（PD76%）では、リンパ腫（21%）、海綿状血管腫、涙腺炎、特発性眼窩炎症、遠隔転移や副鼻腔からの浸潤。【結論】年齢で腫瘍の種類に違いがみられた。病理診断率は眼内腫瘍と小児腫瘍で低かった。成人では母斑と血管性病変および母斑症による病変の頻度が増す傾向があった。



●座長： 後藤 浩 (東京医大)・小島 孚允 (さいたま赤十字病院)

11

眼腫瘍統計—現状と問題点—

しきしま けいご
敷島 敬悟
(東京慈恵医大)

米国や北欧では公的ながん登録システムが充実しており、眼腫瘍の統計に関しても多くの報告がなされている。アジアでも Singapore や台湾からは報告がある。近年の報告では世界標準人口動態と地域の人口調査から発生頻度を詳しく算出しているものもある。我が国では、脳腫瘍のように臓器別では腫瘍登録システムが充実しているものもあるが、残念ながら、現在までのところ、眼腫瘍の全国的な登録システムは確立されていない。唯一、網膜芽細胞腫は全国登録制度を実行しているが、アンケート法が基本となっている。演者は以前に、我が国の眼窩腫瘍の統計を自施設と過去の論文のデータを基にメタアナリシスとしてまとめて報告したが、その際にいくつかの問題点に直面した。まず、病理分類がなされた報告のみを対象としたが、病理分類が統一されていない点であった。例えば、非腫瘍性の嚢胞性疾患、血管性病変、外眼筋炎、炎症性疾患の分類に苦慮し、髄膜腫や副鼻腔腫瘍の続発性腫瘍の取り扱いにも困惑した。国際的には WHO や ICD-O の分類があるが、基本となる分類法の確立が望まれる。また、報告施設間の専門性による差異やデータの抽出法によってバイアスが生じることも問題であった。本講演では、国内外の眼腫瘍統計の現状について、例をあげて紹介し、我が国での登録システム立ち上げに際しての問題点にふれ、考慮すべき項目を挙げて、将来に向けての提言としたい。

1982年 東京慈恵会医科大学卒業
1988年 英国グラスゴー大学留学
1993年 東京慈恵会医科大学眼科学講座講師
1994年 国立がんセンター非常勤医師
2003年 東京慈恵会医科大学眼科学講座准教授
2009年 東京慈恵会医科大学眼科学講座教授
現在に至る

12

眼内腫瘍全国登録の計画：臓器がん登録としての位置づけ

すずき しげのぶ
鈴木 茂伸
(国立がんセンター)

がん登録には、院内がん登録、地域がん登録、臓器がん登録がある。現在全がん患者の登録制度が計画されているが、これは院内がん登録から地域がん登録へ情報を提供し、中央で集計する流れである。個人情報保護法の制約を受けず、個人情報、腫瘍情報、予後などの情報が集積される予定である。一方、臓器がん登録は学会などが主体で行うもので、個人情報保護法の制約を受けるが、臓器に特化した情報や予後調査可能である。眼部腫瘍では、網膜芽細胞腫全国登録が日本眼科学会の事業として行われている。遺伝性があるため家族歴が重要であり、個人情報の登録が必須である。腫瘍情報、治療など詳細であり、多数例が集積され、質の高い疫学研究を行うことが可能である。他方、網膜芽細胞腫以外の前向き登録はこれまで行われていないため、疫学情報、治療の現状、予後などのエビデンスに乏しい。眼部腫瘍は頻度が極めて低く、多施設共同研究による症例集積、治療などのエビデンスの発信が強く望まれる。その共通基盤の一つが臓器がん登録である。個人情報を除外した登録を行うことで登録が容易になるため、網膜芽細胞腫とは別の登録制度が妥当と考える。連結可能匿名化を行った上で、TNM 分類に準拠し、予後調査も可能な登録制度を計画している。いかにして登録の労力を減らすかが登録の成否のカギであり、現在の素案を呈示し、広く意見を伺った上で登録制度を立ち上げたい。

1994年 東京大学眼科学教室入局
1995年 大宮赤十字病院 (現：さいたま赤十字病院)
1998年 東京大学医学部附属病院 助手
2002年 国立がんセンター中央病院
2006年 国立がんセンター中央病院 眼科医長
2010年 国立がん研究センター中央病院
眼腫瘍科 科長
現在に至る



13

眼腫瘍全国登録のために：眼外悪性腫瘍編



あつみ 安積 あつし 淳
(海星病院)

外眼部に発生する悪性腫瘍の頻度は低い。そのため、わが国における発生頻度、生命予後、といった多くの重要な事実はまだ闇にうもれたままである。今回の眼腫瘍学会の立ち上げを契機に、全国規模で情報を収集し、これらの問題を解明する方法を模索しようではないか、というのが発表の主旨である。既に2006年の眼腫瘍研究会で、眼瞼脂腺癌の生存率に関する疫学調査を行うことを提案し、その成果を2007年の日本眼科学会総会、国際眼腫瘍会議で発表することができた。従来悪性度が高いと考えられてきた眼瞼脂腺癌の生存率は、わが国では極めて良好なことが判明した。しかし、残念ながら、その研究を継続することができず、今日に至っている。これからの前向け検討に必要な下準備とは何か：1) 研究対象とする腫瘍は？ 2) 集積すべきデータは？ 3) 研究に参加する施設は？ などの問題について、会場の意見を集約しつつ議論を進める。

1988年 神戸大学医学部卒業
1991年 マイアミ大学微生物学／免疫学教室
(Dr Streilein 教授) 留学
1992年 テキサス大学サンアントニオ健康科学センター
(Dr Atherton 教授)
1994年 神戸大学助手
1995年 神戸海星病院
1997年 神戸大学助手
2002年 神戸大学大学院講師
2008年 神戸海星病院 部長
現在に至る



●座長：古田 実（福島県医大）

14

しっかり診断術



えぐち こういち
江口 功一
(江口眼科)

脂腺癌は頻度は比較的まれではあるが、一般臨床家が決して診ることのない腫瘍ではない。眼腫瘍専門でない眼科医が脂腺癌を見逃さないためのコツと、これから眼腫瘍専門を目指そうという医師向けに脂腺癌の診断術について述べたい。診断のポイントは、まず疑うこと。念頭になれば診断できない。霰粒腫を診たら脂腺癌ではないかと疑うことから診断が始まる。逆に言えば普段から霰粒腫をよく観察することが重要。脂腺癌は、肉眼所見、触診、細隙灯顕微鏡所見で90%は診断可能。発生部位、形状、硬さ、色調、皮膚・睫毛・粘膜の変化、血管の変化を丁寧に観察すれば霰粒腫との違いが見えてくる。眼腫瘍専門でも診断の困難な症例はもちろん存在する。鑑別できない場合でも霰粒腫として単に処理するのではなく、脂腺癌を想定の上で治療に当たる必要がある。100%霰粒腫と思っても、手術をした場合は病理組織検索は全例すべきであるし、どうしても鑑別できないときなど必要な場合は生検をためらってはいけない。自らに正しいフィードバックをし、経験を積むことが診断率を上げる第一歩である。

15

がっちり治療術



わたなべ あきひで
渡辺 彰英
(京都府医大)

脂腺癌に対する外科的治療の基本は腫瘍の完全切除と適切な再建である。比較的小さな腫瘍であれば眼瞼全層切除後でも眼瞼を単純に縫縮できる。眼瞼全層欠損となった場合、上眼瞼では欠損部が1/3未満、下眼瞼では1/2未満であれば後葉の再建は必要とせず、直接縫合のみまたは外眥切開とZ形成の追加で縫縮が可能である。単純縫縮できない場合は前葉、後葉ともに再建を要し、後葉はfreeのtarso-conjunctival flap、Hughes flapなど他の眼瞼で再建する方法や、口蓋粘膜や鼻中隔軟骨など眼瞼以外の生体材料で再建とする方法がある。前葉は欠損部位に応じて皮弁で再建するが、そのデザインや血流を考慮した皮弁の作成が重要である。また植皮は後葉が血流のある組織の場合に考慮できる。術中迅速病理で断端の陰性が確認できるまで確実に腫瘍を切除すると、結果的に眼瞼全欠損以上となる場合もあり、再建法のバリエーションを多く持つ必要がある。特に脂腺癌は上眼瞼に多く、diffuse typeでは大きな欠損となることも多く難しい。眼瞼は動きのある部位であるため、その整容的側面とともに機能的側面も損なうことのない再建が理想である。

1986年 新潟大学医学部卒業
1992年 新潟大学大学院医学研究科修了
1997年 新潟大学医学部眼科学講座助手
2005年 江口眼科医院開院
現在に至る

1998年 京都府立医科大学卒業
1999年 綾部市立病院眼科
2001年 国保久美浜病院眼科
2003年 京都府立医科大学眼科
2005年 聖隷浜松病院眼形成眼窩外科
2007年 京都府立医科大学眼科
2008年 京都府立医科大学眼科助教
現在に至る



●座長：辻 英貴（がん研究会有明病院）・吉川 洋（九州大）

16

局所切除術によって診断された毛様体血管周囲類上皮細胞腫瘍（PEComa）

○後藤 浩¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、草間 博²⁾、長尾 俊孝²⁾
東京医大¹⁾、東京医大病理²⁾

【目的】毛様体に発生した血管周囲類上皮細胞腫瘍（PEComa）を報告する。【症例】症例は13歳の女児。右眼の外斜視と視力低下を主訴に近医を受診、毛様体腫瘍の診断のもと当科を紹介受診となった。初診時の右眼視力は0.03（矯正不能）で、毛様体由来と思われる茶褐色の腫瘍が耳側約120°の範囲にみられた。進行した白内障のため眼内の透視は不良であった。腫瘍はMRIのT1強調像で高信号、T2強調像で低信号を呈し、123I-IMP SPECTは陰性であった。インフォームド Consentのもと、PEAと腫瘍の局所切除術を行った。摘出された腫瘍の表層は黒褐色、断面は黄褐色を呈し、充実性であった。組織学的に薄い色素上皮に覆われ、紡錘型あるいは上皮様の淡い好酸性の胞体を有する細胞から構成され、線維血管組織を境にして胞巣状に増殖していた。核分裂像はみられなかった。また、随所に大小不同の空胞が観察された。免疫組織化学では α -SMAはびまん性に、HMB45とMielan-Aはごく一部に陽性を示し、Desmin、S-100蛋白、NSE、GFAPは陰性であった。また、随所でadipophilinが陽性であった。以上より本症をPEComaと診断した。術後、視力は1.5に回復、1年後に網膜剥離を生じるも手術により復位した。【結論】腎、肝、肺等の報告で知られるPEComaは、毛様体にも発生することがある。

17

網膜血管芽腫（retinal hemangioblastoma）の2例

○尾山 徳秀¹⁾、張 大行¹⁾、江口 功一²⁾、阿部 春樹¹⁾
新潟大¹⁾、江口眼科²⁾

【緒言】網膜血管芽腫は、治療や治療開始時期の決定が困難な場合がある。【症例1】58歳女性。右眼の変視症で近医受診し、網膜静脈分枝閉塞症の診断で当科を紹介受診した。右矯正視力は（0.1）であり、視神経乳頭に接する網膜血管芽腫の診断で、眼内に抗 VEGF 抗体を注入したが不変で、放射線外照射20Gyを施行した。病変の活動性が持続し、光線力学療法を追加した。病変は一部器質化したが見えは認めなかった。【症例2】39歳男性。他科で Von Hippel-Lindau 病の診断にて、過去に当科受診時では異常所見なし。右眼の霧視を自覚し当科を再受診した。右矯正視力（1.2）で、鼻下側周辺部に長径約6mmで高さ約5.5mm、耳側周辺部に直径約0.7mmの2つの網膜血管芽腫が存在した。患者の希望もあり無治療で経過観察中である。【結論】さまざまな治療法を組み合わせても治療が困難である症例や、治療開始時期の決定が難しい症例もある。

18

結膜に発生した粘液腫の一例

○今川 幸宏¹⁾
大阪回生病院

【緒言】結膜に発生する粘液腫はまれであり、外観からは結膜嚢胞と間違えられることが多い。今回我々は、結膜粘液腫の一例を経験したので報告する。【症例】58歳男性。5年程前から左眼耳側結膜に嚢胞様腫瘍を自覚。徐々に大きくなってきたため、当科紹介受診となった。既往歴に特記事項なし。細隙灯顕微鏡検査で、耳側球結膜下に無痛性で可動性の良い、黄色半透明腫瘍を認めた。結膜嚢胞や良性的結膜腫瘍を疑い、局所麻酔下に腫瘍を全摘出し、病理組織学的検査の結果、粘液腫の診断を得た。現在術後の再発はなく、経過良好である。【結語】結膜嚢胞の類似病変を診療する際には、粘液腫を念頭に置く必要があり、疑わしい場合は病理組織学的検査を行うことが重要である。

19

視力障害を来した結膜 MALT リンパ腫の一例

○石嶋 漢¹⁾、加瀬 諭²⁾、野田 実香²⁾、石田 晋²⁾
時計台記念病院¹⁾、北海道大²⁾

【緒言】結膜 MALT リンパ腫は比較的低悪性度の悪性リンパ腫である。今回、視力視野を障害するに至った両眼の巨大な MALT リンパ腫を経験したので報告する。【症例】76歳男性。充血を主訴に2008年11月、近医初診。両眼矯正視力1.2、結膜炎としてベタメタゾン、オフロキサシン点眼開始。2010年4月頃から球結膜全周性の肥厚となり当科受診を勧められるも拒否。2010年7月には矯正視力右0.4左0.5と視力低下し当科受診となる。初診時、上下瞼結膜、球結膜に及ぶ全周性のサーモンピンク腫瘍がみられ、瞳孔を一部隠蔽していた。病理組織学的には小型～中型の異型リンパ球がびまん性に浸潤しており、異型リンパ球はCD20+、CD79a+、CD3、CD5は-、 κ 鎖に偏位があった。Southern blot法により、免疫グロブリン重鎖遺伝子再構成が確認された。視野検査では、両眼に不整な求心性狭窄がみられた。FDG-PET-CT検査では両眼部に加え、左鎖骨下、左肺上葉に異常集積を指摘されるも、経済的な理由で全身精査は拒否された。総線量30Gyの放射線療法後、腫瘍は著明に縮小し、視力は両眼矯正視力1.0に回復した。【結論】結膜 MALT リンパ腫による視力障害を来した報告はなく、腫瘍の巨大化した機序は不詳であるが、一つに長期間のステロイド薬投与に伴う腫瘍免疫の抑制が関与したかもしれない。



20

トリソミー18がみられた結膜リンパ腫

○安積 淳¹⁾、関向 大介¹⁾、長井 隆行²⁾
海星病院¹⁾、神戸大²⁾

【緒言】リンパ腫発生において、染色体異常は重要な意義があると考えられている。【症例】30歳の女性が右結膜リンパ増殖性病変の精査／加療のため紹介されてきた。右眼瞼円蓋部から涙丘におよぶリンパ増殖性病変がみられた。生検を行ったところ、フローサイトメトリーではCD5陰性、CD10陰性、CD20陽性のB細胞を主体とする細胞集団であり、 κ 鎖陽性細胞が大半を占めていた。サザンブロットによる遺伝子再構成検索の結果は陽性であった。G-bandingによる染色体検査では総分析細胞数12について8個の細胞でトリソミー18がみられた。BCL2を標的としたFISH法は陰性であったが、70%の細胞に18番染色体過剰がみられた。病理検査ではBCL-2陽性との判断から濾胞性リンパ腫、と診断された。【考察】トリソミー18は濾胞性リンパ腫の20%にみられるとされる。一方、近年MALTリンパ腫でも20%近い症例でみられる、と報告されている。18番染色体にはBCL-2遺伝子のみならずMALT-1遺伝子が存在することが知られている。【結論】自験例の結膜リンパ腫に、G-bandingによって染色体異常がみられることは稀である。培養液中でも分裂する増殖能を考えると、濾胞性リンパ腫、MALTリンパ腫、といった病理表現形以上に、染色体異常の有無／その内容はリンパ腫の予後を考えるうえで重要と思われる。

21

眼窩NK/T細胞リンパ腫の1例

○高比良雅之¹⁾、濱岡 祥子¹⁾、杉森 尚美²⁾、前川 実生²⁾、
高松 博幸²⁾、杉山 和久¹⁾
金沢大¹⁾、金沢大血液内科²⁾

【目的】眼窩原発と考えられたNK/T細胞リンパ腫の1症例を報告する。【症例】症例は69歳女性。3か月ほどで右眼瞼腫脹が進行し、前医のMRIで右眼窩腫瘍、左眼瞼腫瘍を指摘され、2010年11月に当院に紹介された。初診時、右眼瞼腫脹、結膜浮腫が著明で、右矯正視力は0.5と低下し、右高眼圧(42mmHg)がみられた。左眼に異常所見はなかった。即日、右結膜下腫瘍の生検を行った。病理では、腫瘍は大型で核形不整を示す異型細胞が主体で、免疫染色にてCD3(+), CD20(-), CD56(-), CD79 α (-)で、当初は、末梢性T細胞リンパ腫が考えられたが、EBV陽性でもあり、結局、節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型と診断された。当初のCHOP療法にて、右眼窩腫瘍は一端は縮小するも再び増悪し、上記診断に基づきDeVIC療法と放射線照射が施行された。その後、高熱、肝機能障害がみられ骨髄浸潤が判明し、減量SMILE療法にて現在治療中である。【考察・結語】節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型(ENKL)は鼻腔とその周囲に好発する稀な悪性リンパ腫である。一般に難治であるが、最近、新規化学療法としてSMILE療法の効果が注目されている。病勢の進行が早く、速やかに診断し治療を開始することが重要である。

22

内直筋から発生した眼窩顆粒細胞腫の1例

○板倉 秀記¹⁾、嘉島 信忠¹⁾、上田 幸典¹⁾、林 憲吾¹⁾
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

【緒言】顆粒細胞腫は皮膚・口腔・消化管など全身の諸臓器に発生する良性腫瘍であるが、眼窩内の発生は稀である。今回、内直筋から発生したと考えられる顆粒細胞腫の1例を経験したので報告する。【症例】43歳女性。2009年4月から右眼球突出を自覚し近医での頭部CT検査で右眼窩腫瘍を指摘され当科に紹介された。眼窩MRI検査では右内直筋に相当する腫瘤を指摘され、診断目的に2010年1月腫瘍生検を行うも病理結果は炎症に伴う過形成と診断された。炎症性変化としてステロイドパルス療法を数回行うも腫瘍は緩徐に増大、2010年9月以降視力低下が進行したため視神経の圧排解除と再度の生検目的に腫瘍切除術を行い顆粒細胞腫と診断された。今後は内直筋ごと腫瘍の全摘出を検討している。【考察】本症例は1度目の生検では炎症性変化と診断され、失明を回避するために2度目の腫瘍切除を行って初めて顆粒細胞腫と診断された。当院には他にも類似症例が数例ありいずれも外直筋自体の腫大をきたし、かつ生検では腫瘍細胞は確認されず炎症性変化と診断されたためにステロイドを用いた治療を行っているが満足な効果は得られていない。本症例を含め、生検時に外直筋の機能障害を恐れ表面の組織しか採取できていないために腫瘍細胞が病理検査で捉えられない可能性がある。【結論】2度の手術を経て診断確定に至った内直筋から発生した顆粒細胞腫の1例を経験した。



●座長：大島 浩一（国立岡山医療センター）・敷島 敬悟（東京慈恵医大）

23

視神経鞘髄膜腫の治療成績について

○郷 佐江¹⁾、古田 実¹⁾、飯田 知弘¹⁾、斎藤 清²⁾
福島県医大¹⁾、福島県医大脳神経外科²⁾

【目的】視神経鞘髄膜腫は良性腫瘍で、増大速度は緩徐であるが、眼窩内圧の上昇、視神経の障害を引き起こし視野欠損、視力喪失が生じることも稀ではない。視機能を維持するためには治療時期と治療法が重要である。当院で経験した視神経鞘髄膜腫の治療およびその予後について検討した。【対象と方法】1999年から2010年までに福島県立医科大学眼科を受診した視神経鞘髄膜腫の6例（女性4例、男性2例）を後ろ向きに検討した。【結果】経過観察期間は平均31ヵ月（範囲6-76ヵ月）であった。手術+放射線療法の併用は2例で、視力はそれぞれ（治療前視力1.0→最終視力1.2）、（1.0→0.8）であった。放射線療法単独の症例は3例で、視力は、（1.2→0）、（0.9→1.5）、（指数弁→0.5）であった。経過観察の1例は両眼性で、視力は（0.04→0.06）、（1.2→1.2）であった。【結論】視機能の温存のために積極的な治療を行った3例は良好な視機能を維持することができた。近年の報告では、放射線療法の有用性が論じられることが多いが、手術による利点も多い。脳外科と連携し治療法を選択すること、また治療時期を逸しないことが重要と思われる。

24

視神経膠腫に対する化学療法：生命予後と視機能予後

○柳澤 隆昭¹⁾、鈴木 智成^{1)、2)}、福岡 講平^{1)、2)}、脇谷 健司²⁾、
安達 淳一²⁾、三島 一彦²⁾、松谷 雅生²⁾、西川 亮²⁾
埼玉医大国際医療センター小児脳脊髄腫瘍部門¹⁾、
埼玉医大国際医療センター脳脊髄腫瘍科²⁾

【背景】視神経膠腫は、視路・視床下部に発症する小児期低年齢ほど頻度の高い脳腫瘍である。腫瘍摘出は困難で、術後障害も大きくなることが多い。摘出困難例では放射線治療が用いられてきたが、認知機能障害・内分泌機能障害・2次癌・血管障害などの重篤な後遺症が明らかにされ、放射線治療の延期・回避を目的に化学療法が用いられるようになってきている。【目的・方法】小児視神経膠腫を対象に、初発例、放射線治療・化学療法後の再発例に、腫瘍制御と機能温存を目的に化学療法を施行し、有効性と安全性を検討した。【結果・考察】対象は生後4ヶ月から13歳までの22例（初発15例、再発7例）、2例は片側視神経に局限した腫瘍、他は視路視床下部腫瘍である。生後1歳未満の患者を除き外来で治療可能であった。通院治療入院を必要とする治療関連毒性を認めたものはない。全例で、化学療法中に腫瘍の進行は阻止された。化学療法開始後、随伴するのう胞の拡大により水頭症が悪化して手術が必要となった例が3例ある。化学療法による視機能への効果については、悪化から大きく改善したものまであり、成否は治療による腫瘍の縮小とは相関しない。最近放射線治療（原体照射）による前向き試験の結果も公表された。放射線治療は、化学療法に比較し、生存と機能温存の双方において有効性が高い可能性が示唆されているが、最新の治療法でも血管障害・2次癌などの後遺症の問題は無視しがたい。

25

眼球温存を目指して眼局所療法に全身化学療法を併用した網膜芽細胞腫に対する治療

○赤井畑美津子¹⁾、小林 正悟¹⁾、望月 一弘¹⁾、佐野 秀樹¹⁾、
伊藤 正樹¹⁾、細矢 光亮¹⁾、菊田 敦²⁾、古田 実³⁾
福島県医大小児科¹⁾、福島県医大臨床腫瘍センター²⁾、福島県医大³⁾

【目的】機能温存と副作用軽減を目指して、当院で網膜芽細胞腫に施行している化学療法に関して検討する。【対象と方法】2006年12月-2010年12月に当院で治療した網膜芽細胞腫10例（片眼性5例、両眼性5例）、男児4例、女児6例で発症時年齢は1-104ヵ月（中央値5ヵ月）であった。発症時からの観察期間は5-52ヵ月（中央値39ヵ月）である。vincristine 0.05mg/kg (Day 1)、carboplatin 18.6mg/kg (Day 1)、etoposide 5 mg/kg (Day 1、2)による化学療法を28日サイクル6コースを原則とした。【結果】ICRB 国際分類 A 1眼、B 3眼、C 1眼、D 2眼、E 8眼であり、2例は眼球摘出のみ、8例で眼局所療法併用化学療法を施行、1例で眼局所化学療法を併用した。9例（14眼）で寛解を維持しているが、1例（1眼）は寛解に至らず治療を継続中である。vincristineによる末梢神経障害1例、麻痺性イレウス1例、Grade 3の貧血、血小板減少2例、Grade 4の好中球減少を8例で認めた。好中球減少時の感染症は1例のみ（Grade 3）で、G-CSF、抗生剤投与で改善した。【考察】VEC療法は重篤な合併症が少なく、乳幼児でも比較的安全に施行できる治療と考える。予防的化学療法の場合には2剤あるいは1剤への減量が可能か今後検討していく。

26

初期化学療法を行った網膜芽細胞腫の治療成績

○鈴木 茂伸
国立がんセンター

【緒言】比較的進行した網膜芽細胞腫の眼球温存治療では、初期化学療法を行うことが多い。当院では全身治療の減量、放射線治療の回避のため、局所化学療法を積極的に行っている。治療効果を解析し、報告する。【対象】2010年3月までに、初期化学療法を行った症例のうち、前医で局所治療を行った症例を除く130例182眼。全身化学療法は初期症例では3剤併用で6コース行ったが、多くの症例では眼底の反応を見ながらコース数を減量し、局所治療に切り替えた。【結果】全身化学療法は、1コース：3例、2コース：63例、3コース：19例、4コース：11例、5コース：2例、6コース：32例であった。局所治療は0-19回（6.7±4.1回）、総治療期間は14.6±10.0ヶ月であった。放射線外照射は13例23眼に行った。眼球温存率はKaplan-Meier法で国際分類A群：100%（13眼）、B群：79%（66眼）、C群：58%（28眼）、D群：33%（58眼）、E群：18%（17眼）であった。【結論】局所化学療法を併用することで、全身治療の減量、放射線の回避がある程度可能であった。進行眼に対しては、新たな治療戦略が必要と考えられた。



27

九州大学における網膜芽細胞腫に対する
全身化学療法の現状

○藤田 陽子¹⁾、吉川 洋¹⁾、住江 愛子²⁾、古賀 友紀²⁾、
鈴木 茂伸³⁾、石橋 達朗¹⁾
九州大¹⁾、九州大小児科²⁾、国立がんセンター³⁾

【目的】九州大学眼科における網膜芽細胞腫の全身化学療法の現状を報告する。【対象と方法】2001年から2010年に当院において治療した網膜芽細胞腫41例を対象とし、診療録から年齢、性別、分類、組織所見、治療経過などを調査した。【結果】全41例（両眼性8例、片眼性33例）中、全身化学療法を行ったのは16例（両眼性8例、片眼性8例）であった。眼球保存治療で全身化学療法を行ったのは9例（両眼性8例、片眼性1例）、これらの国際分類はB群5例、C群4例であった。保存治療ではダイオードレーザー、放射線外照射、小線源縫着、眼動脈動注、硝子体注を併用し、両眼性の1例（C群）をのぞき眼球保存に成功した。眼球摘出後に全身化学療法を行った6例は視神経や脈絡膜浸潤が5例、隅角浸潤が1例でいずれもその後の経過観察で再発や転移は認めなかった。眼窩内再発で全身化学療法を行った1例は眼窩内容除去後全身化学療法を行い、その後の経過は良好であった。化学療法後に眼球摘出を行った4眼の組織では、いずれも腫瘍の著明な縮小と壊死を認めた。【結論】九州大学では網膜芽細胞腫の39%の症例に全身化学療法を行った。保存治療では9例中8例（89%）で眼球保存に成功し、術後化学療法を行った7例全例再発や転移は認めなかった。



●座長：古田 実（福島県医大）・柳澤 隆昭（埼玉医大国際医療センター）

28

網膜芽腫における放射線治療

まさき ひでかず
正木 英一

（国立成育医療センター）

網膜芽腫の標準治療として、両側網膜芽腫において視力の期待できない巨大腫瘍、視神経浸潤などを有する片眼球摘出が行われ、視力温存が期待できる片眼に放射線治療が適応とされてきた。また、片眼性で視神経浸潤が認められた場合の術後照射も行われてきた。しかし、近年化学療法の効果で網膜芽腫において認められるようになり、視力温存目的での放射線治療を行うことは稀となっている。国立小児病院から国立成育医療研センターにおいて経験した網膜芽腫への放射線治療を解析し、視力温存、二次発がんなどに関する検討を行い、文献的考察を加える。

29

網膜芽細胞腫に対する全身化学療法と放射線療法

あずま のりゆき
東 範行

（成育医療研究センター）

網膜芽細胞腫の保存療法は抗がん剤の3種併用によって、大きく進歩した。ことに、1歳前では放射線外照射によって顔面骨の変形が起こるため、第一選択となる。我々は保存治療ではまずVEC6クルールの投与を行うが、化学療法のみで治療できると判断することは難しい。小さな腫瘍であっても再発することを経験しており、ある程度大きな腫瘍であれば放射線外照射を追加せざるをえない。化学療法後に外照射を行うまでの期間や、化学療法によって照射量を減らせるかの検討は、今後の課題である。化学療法と外照射の間に光凝固等の局所療法を行っても限界があるが、外照射を減らすためには、さまざまな検討が必要である。さらに、腫瘍の急激な縮小や硝子体の牽引によって網膜剥離が起こることがあり、腫瘍の管理と合併症の治療をいかに同時に行うかも問題となる。眼球摘出を行った場合でも、病理所見で、腫瘍が乳頭篩板を超えて、あるいは脈絡膜に大量に浸潤していたり、髄液播種が疑われれば、全身化学療法を行う。眼球外へ浸潤していれば、放射線外照射を追加することもある。ここでは、我々が行っている全身化学療法と放射線療法の結果を供覧し、その効果と問題点を述べる。

1973年 慶應義塾大学医学部卒業
1973年 慶應義塾大学医学部放射線科学教室入局
1982年 国立小児病院放射線科医長
2002年 国立成育医療センター放射線診療部 診療部長
現在に至る

【対外活動】

慶應義塾大学医学部放射線科学客員准教授
東邦大学医学部客員講師

1980年 慶應義塾大学医学部卒業
慶應義塾大学医学部眼科学教室入局
1983年 静岡赤十字病院眼科医長
1986年 慶應義塾大学眼科学教室帰室（助手）
1989年 国立小児病院眼科医長・視能訓練学院主幹
2002年 国立成育医療センター 病院 眼科医長
2010年 独立行政法人 国立成育医療研究センター
病院 眼科医長
2011年 独立行政法人 国立成育医療研究センター
研究所 細胞医療研究室長（兼任）
日本小児眼科学会理事長
現在に至る



30

網膜芽細胞腫に対する局所化学療法：選択的
眼動脈注入と硝子体注入

○鈴木 茂伸¹⁾、金子 明博²⁾
(国立がんセンター¹⁾、帝京大²⁾)

網膜芽細胞腫に対する眼球温存治療は、1990年代までは放射線外照射、1990年代後半からは全身化学療法が初期治療として行われている。残存・再発に対しては局所治療が必要であるが、治療困難例では眼球摘出せざるを得ない。局所治療を強化するものとして局所化学療法を位置づけ、当院では1988年から選択的眼動脈注入を行っている。2007年末までに343例408眼球に対し、計1,470回の動注を行い、注入成功率は98.8%であった。脳血管障害など重篤な全身合併症はなく、眼部の高度の炎症と高度の網脈絡膜萎縮が0.5%の頻度で生じた。二次癌は11例12腫瘍あり、いずれも放射線照射を行った症例であり、累積頻度は10年で4.8%、15年で5.8%であり、既報と同程度であった。眼球温存率は国際分類 A 群100%、B 群89%、C 群60%、D 群47%、E 群22%であり、黄斑部腫瘍のない症例の視力予後は半数で0.5以上を維持している。硝子体播種を伴う眼球には硝子体注入を併用している。同期間に227例237眼球に計896回施行した。刺入部から強膜外浸潤を生じたのは1眼 (0.4%)、高度の網脈絡膜萎縮が2眼 (0.9%) に生じた。注入時に大きな網膜病変のない硝子体播種眼球は83眼あり、1～15回 (平均4.2回) の注入を行い、56眼 (67.5%) が治癒、温存された。局所化学療法を含む治療の最適化が今後の課題である。

1994年 東京大学眼科学教室入局
1995年 大宮赤十字病院 (現：さいたま赤十字病院)
1998年 東京大学医学部附属病院 助手
2002年 国立がんセンター中央病院
2006年 国立がんセンター中央病院 眼科医長
2010年 国立がん研究センター中央病院
眼腫瘍科 科長
現在に至る



●座長：高村 浩（公立置賜病院／山形大）・江口 功一（江口眼科／新潟大）

31

結核性涙腺肉芽腫の一例

○伊勢 重之、古田 実、飯田 知弘
福島県医大

【はじめに】涙腺腫瘍の原因は感染症や自己免疫性涙腺炎、腫瘍など多岐にわたる。肺外結核は診断が比較的難しいが、近年の診断法の発達により、診断される頻度が増加する傾向にある。涙腺結核は抗結核療法により予後は比較的良好であるが、肺病変を合併している場合もあり、早期の診断が重要となる。病理検査、画像検査および血液免疫学的検査にて両眼性の結核性涙腺肉芽腫と診断し、治療を行った症例を報告する。【症例】50歳女性。右上眼瞼腫脹を主訴に前医を受診し、霰粒腫の診断で点眼加療を継続したが軽快せず、当科紹介。涙腺悪性リンパ腫などを疑い、精査を行った。PETでは右涙腺に限局した集積がみられ、生検では一部壊死を伴う類上皮肉芽腫像から、結核もしくはサルコイドが疑われた。経過中に左涙腺も腫脹し両側性となった。ツベルクリン反応は弱陽性であったが、クオンティフェロンは陽性であったため、両側性の結核性涙腺炎と診断した。抗結核療法開始早期に両上眼瞼腫脹は改善し、その後病変は縮小した。【結論】結核性眼部病変は、全結核患者の0.05%であり¹⁾、そのほとんどはぶどう膜炎と考えられる。本症例は病理診断の所見に加え、クオンティフェロンが診断に有用であった。結核性涙腺肉芽腫は稀な鑑別疾患として重要であり、早期の確実な診断により良好な予後が得られると考えられる。

1) 結核研究所疫学情報センター結核年報2008

32

2年前に刺入した眼窩内異物が眼窩腫瘍と診断されていた1例

○鹿嶋 友敬¹⁾、秋山 英雄¹⁾、三浦 文英²⁾、岸 章治¹⁾
群馬大¹⁾、佐久病院²⁾

【緒言】眼窩内異物は刺入部が小さく画像診断を行わなければ診断することが難しい。しかし画像があってもしばしば見逃されることがある。今回われわれは、受傷後2年で眼窩腫瘍を発症した眼窩内異物の症例を経験したので報告する。【症例】70歳男性。中心暗点を訴え受診。視野検査で右中心暗点検出したため、球後視神経炎を疑いMRIを施行した。球後に25×30mmの腫瘍があったため脳神経外科へ紹介されたが生検目的に当科紹介となった。MRIでは腫瘍内にT1強調でもT2強調画像でもそれぞれ低信号の半月状をした物体がみられた。診療記録から2年前に木の伐採に伴う外傷の既往があり放射線科医の読影、耳鼻科医、眼科医の診察を受け軽度の眼窩骨折と診断され、眼窩蜂窩織炎を発症、約1カ月で治癒した既往があった。既往とMRIから眼窩内異物と診断しCTを撮影、異物の確認後摘出手術を行った。漿液性で白色の膿が排出され、内部の異物を摘出した。術翌日から中心暗点の訴えは消失した。術後12カ月経過したが眼窩腫瘍や腫瘍の再発は無い。【結論】今回の症例の要点は以下の2点である。1点目は、眼瞼や眼窩の外傷で蜂窩織炎を起こすことはまれであり外傷後に感染が起こったことに対して感染源の埋入を検索すべきであったということ。2点目は他科が診察を行っているが診断に至らなかったことから、眼窩疾患は眼科医が診断を行うことが望ましいということである。

33

前頭骨に生じた骨腫に対して人工骨置換が有効であった一例

○上田 幸典、嘉島 信忠、板倉 秀記、林 憲吾
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

【緒言】骨腫は一般に、緩徐に進行する良性腫瘍である。前頭骨に生じた骨腫に対して人工骨の置換を行い、整容的、機能的に良好な結果が得られたので報告する。【症例】24歳女性。14歳時頃から左前頭部の腫瘍を自覚していた。腫瘍が徐々に増大、眼窩上縁の隆起のため左上方視時の視野障害を生じるようになったため、平成19年11月26日、当科を紹介受診した。CT検査にて、左頭頂部から眼窩上縁にかけて前頭骨の肥厚性増殖を認めた。平成20年2月26日、隆起した部分のみを削骨する減量手術を施行した。病理診断は骨腫であった。術後4ヶ月頃から、再増大傾向を認めたため、平成23年2月8日に頭蓋骨切離、3月1日に人工骨埋め込みを2期に分けて施行した。現在、再発を認めていない。【結論】骨腫に対する治療は、削骨で改善が得られない場合は人工骨の置換が有効であると考えられた。

34

眼瞼に生じた下咽頭癌からの転移

○辻 英貴¹⁾、小林めぐみ¹⁾、小口 正彦²⁾、竹内 賢吾³⁾
がん研究会有明病院¹⁾、がん研究会有明病院放射線治療部²⁾、
がん研究会分子標的病理プロジェクト³⁾

【緒言】眼部転移では、原発は女性では乳癌、男性では肺癌が最も多く、また脈絡膜や眼窩への転移がほとんどである。今回我々は、下咽頭癌から眼瞼への転移症例を経験したので報告する。【症例】44歳の男性。下眼瞼腫瘍にて紹介受診された。既往に下咽頭癌があり、生検にて下咽頭癌からの転移と診断され、放射線外照射により完全寛解となった。【結論】眼瞼の腫瘍を見た際には、必ず悪性腫瘍の既往を確認し、まれではあるが下咽頭癌などの乳癌や肺癌以外の癌でも眼部に転移を生じる可能性を念頭に入れ、鑑別診断に加えておく必要がある。



35

眼瞼・眼窩母状血管腫の2例

○林 憲吾¹⁾、嘉島 信忠、板倉 秀記、上田 幸典
 聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

【緒言】母状血管腫は生後数週後より生じ一般的に1年以内に増大傾向を失い学童期までに自然に退縮するため、経過観察となることが多い。しかし、眼瞼や眼窩の母状血管腫は血管腫の増大時期と視覚発達時期が一致するので形態覚遮断弱視など視機能障害をきたす場合がある。今回我々は眼瞼から眼窩へ及ぶ母状血管腫2例に対して外科的治療を行ったのでその経過を報告する。【症例1】5カ月、女児。生後2週間後から左上眼瞼に紅色腫瘍を認め、増大傾向を認めたため受診。初診時、上眼瞼鼻側から眼窩内側へ及ぶ血管腫を認め、開瞼困難な状態であった。プレドニゾロン内服開始し、縮小傾向が見られたが残存したため2歳に眼瞼部の血管腫を摘出減量した。3歳時右眼視力1.0、左眼0.02（矯正不能）で、アイパッチを使用し健眼遮閉を開始した。6歳時に眼窩部の残存血管腫を外科的摘出し整容的に改善したが左眼の弱視は残存した。【症例2】2か月、女児。生後1カ月頃から左上眼瞼から内眼角にかけて腫脹を認め、増大傾向を認めたため受診。瞳孔領には及んでいなかったが増大傾向があり視機能障害のリスクがあると考え3カ月時に外科的に摘出した。1歳時、grating acuity card法にて視力は左右差なく良好で整容的にも良好であった。【結論】視機能障害をきたすリスクのある眼瞼・眼窩母状血管腫には早期に外科治療を検討する余地があると考えられた。

36

光線力学療法を行った傍視神経乳頭星状細胞腫の1例

○大石誠一郎¹⁾、吉川 洋¹⁾、大島 裕司¹⁾、望月 泰敬¹⁾、
 長谷川裕平¹⁾、石橋 達朗¹⁾、坂本 泰二³⁾
 九州大¹⁾、麻生飯塚病院²⁾、鹿児島大³⁾

【緒言】傍視神経乳頭星状細胞腫は良性であるがまれに増大し、漿液性網膜剥離や血管新生緑内障を引き起こすことが知られている¹⁾。今回我々は傍視神経乳頭星状細胞腫に対して光線力学療法（PDT）を施行し、奏功した症例を経験したので報告する。【症例】27歳女性。2005年、2年前からの視力低下を主訴に初診した。初診時視力は右（0.7）、左（1.2）、右眼の視神経乳頭に接してその耳側に直径4mm高さ1.5mmの黄白色腫瘍を認めた。腫瘍から黄斑にかけて漿液性網膜剥離を認め、蛍光眼底造影では腫瘍からの蛍光色素の漏出がみられた。その後所見は増悪し、トリアムシロンのテノン囊下注およびベバシズマブ硝子体注を行ったが無効であった。2010年7月、腫瘍高が3.5mm、下方網膜が胞状に剥離し視力は（0.03）となった。硝子体手術で網膜を復位させた後、ベルテボルフィンを用いたPDTを行ったところ腫瘍は縮小、蛍光色素の漏出が軽快した。治療後10ヶ月の現在再燃はない。【結論】傍視神経乳頭星状細胞腫に対してベルテボルフィンを用いたPDTは有効な治療法であると考えられた。

1) Shields JAら：Trans Am Ophthalmol Soc 102；39-148, 2004.

37

網膜血管閉塞をきたした視神経乳頭上網膜血管腫

○早川 真弘¹⁾、渡部 広史、藤原 聡之、吉富 健志
 秋田大

【緒言】片眼性、孤立性の網膜血管腫は周辺部網膜に多く視神経乳頭上の発生は稀である。硝子体出血を伴った重度の視覚障害に対して硝子体手術で判明した視神経乳頭上血管腫症例を報告する。【症例】71歳男性。右眼視力低下で3日後、近医を受診。硝子体出血、周辺部の網膜出血を指摘され紹介となった。既往歴に未治療の高血圧症があった。右眼視力は手動弁でRAPD陽性、中等度散瞳を認め、硝子体出血で眼底後極側は透見不良、周辺に網膜出血を認めた。超音波検査にて視神経乳頭付近に高輝度隆起病変が描出。蛍光眼底検査（FA）にて上方網膜周辺部に無灌流領域、下方網膜中心静脈の拡張蛇行がみられた。網膜中心静脈閉塞症からの硝子体出血を考えベバシズマブ硝子体注射後1週間で硝子体手術を施行。乳頭上と思われる部位に約2mm径の橙色隆起病変を認め、上方網膜血管の白線化、黄斑部を含む隆起病変周囲の網膜下血腫を伴っていた。病巣の生検を試みるも拍動性出血をきたし断念した。術後のFAで隆起部は早期に網目状の血管に富む過蛍光を示し、後期には蛍光漏出をきたしたため乳頭上網膜血管腫と診断した。術後は上方に視野を残すのみで視力は不変であった。【考察】血管腫の破綻性出血により、乳頭周囲網膜下出血および硝子体出血をきたし、上方の網膜血管は血腫と血管腫による圧排や血栓などで閉塞し網膜下出血と相まって高度の視覚障害をきたしたと考えられた。



●座長：小幡 博人（自治医大）・鈴木 茂伸（国立がんセンター中央病院）

38

新潟大学における脈絡膜血管腫の治療成績

○張 大行¹⁾、尾山 徳秀¹⁾、江口 功一^{1)、2)}
新潟大¹⁾、江口眼科²⁾

【緒言】脈絡膜血管腫の治療は無症状の場合は経過観察を行うが、腫瘍が黄斑部を含む場合や漿液性網膜剥離、黄斑浮腫による視力低下を認める場合は治療の対象となる。治療方法としてはこれまでに網膜光凝固、光線力学療法（PDT）、経瞳孔温熱療法（TTT）、放射線療法など様々な報告がされている。今回、われわれは視力低下をきたした脈絡膜血管腫に対して当院で治療を行った5例について治療経過を報告する。【対象と方法】2003年以降、新潟大学眼科にて積極的な治療を行った脈絡膜血管腫の5例（男性4名、女性1名）に対して、眼底所見、治療方法、視力低下から治療までの期間、視力、合併症について検討した。眼底所見については眼底検査の他、蛍光眼底造影（FAG）、光干渉層撮影（OCT）、B-mode 超音波検査などから検討した。【結果】治療の内訳は1名が網膜光凝固、1名が放射線治療、2例がPDT、1例が網膜光凝固およびPDT（計4回）であった。視力改善が3例、不変が2例であった。眼底所見上、いずれの治療においても漿液性網膜剥離の改善を認め、腫瘍の退縮を認めた。全例において合併症は認めなかった。【結論】いずれの治療法も腫瘍の退縮、漿液性網膜剥離の改善を認め、脈絡膜血管腫に対して有用であった。漿液性網膜剥離の再発を認め複数回の治療が必要な症例もあり、長期の経過観察が必要と考えられる。

39

転移性眼部腫瘍4症例の検討

○小林奈美江¹⁾、磯目 修一²⁾、陳 逸寧¹⁾、小林健太郎²⁾
総合南東北病院¹⁾、南東北眼科クリニック²⁾

【目的】眼窩腫瘍は日常診療で遭遇することが少ない比較的な疾患とされている。平成22年7月から平成23年2月までに転移性眼部腫瘍の4例を経験したので、その症状と経過も含めて報告する。【結果】原発巣は、乳癌3例、肺癌1例であった。圧迫性、浸潤性視神経症が3例、脈絡膜腫瘍が1例であった。原発癌治療から眼部への転移発見までの期間は、4ヶ月から7年（平均 3.08 ± 2.84 年）であった。主訴は、全例で視力障害、視野障害であった。2例では、転移がないとされていた症例であったが、眼症状が初発で他の検査により、他の部位への転移が明らかになった症例で、全身状態は比較的良好であり、腫瘍マーカーも正常範囲であった。他の2例では、すでに全身転移を伴っており、比較的末期の状態で、腫瘍マーカーが上昇していた。【結論】短期間に4例の転移性眼部腫瘍を経験し、さらに潜在患者が多数いる可能性が示唆された。腫瘍マーカーが上昇していても、眼窩転移をきたしている症例もあり、悪性腫瘍の既往がある場合は、悪性腫瘍の遠隔転移の可能性を念頭に迅速に全身検査を行い、他科との連携が重要であると思われる。

40

ocular surface squamous neoplasia の34症例

○田邊 美香、吉川 洋、藤田 陽子、向野利一郎、石橋 達朗
九州大

【目的】ocular surface squamous neoplasia（OSSN）の症例に関して検討する。【対象と方法】対象は2000年～2011年に九州大学病院眼科（当科）を初診した OSSN の34例。診療録から腫瘍の局在、治療、経過を調査した。【結果】年齢は30～95歳（平均71.1歳）、男性23例、女性12例。角結膜上皮内腫瘍（CIN）が17例、球結膜の扁平上皮癌（SCC）が8例、瞼結膜の SCC が8例、円蓋部の SCC が1例であった。CIN は1例を除き球結膜で、鼻側に多かった（鼻側：耳側＝11：6）。瞼結膜球結膜の SCC も鼻側に多く（鼻側：耳側＝7：1）、瞼結膜 SCC は上眼瞼に多かった（上眼瞼：下眼瞼＝5：3）。CIN17例中10例で切除手術、2例で抗癌剤点眼後の手術、5例で抗癌剤点眼治療が行われていた。SCC17例に対しては8例で切除手術、5例で抗癌剤点眼後の手術、4例で放射線治療が行われていた。切除後の再発はCIN で1例、球結膜 SCC で1例あり追加治療を要した。下耳側瞼結膜の SCC 1例で切除後頸部リンパ節に転移し、頸部郭清と放射線照射を行った。【結論】OSSN の半数が CIN、半数が SCC であった。球結膜の OSSN は鼻側に好発する傾向がある。CIN の29%は抗癌剤点眼単独で治療可能であった。SCC の29%で抗癌剤点眼併用治療を行っていた。

41

結膜悪性黒色腫におけるインターフェロン局所治療の臨床経過

○加瀬 諭、石嶋 漢、野田 実香、石田 晋
北海道大

【目的】インターフェロン α -2b（IFN α -2b）点眼液は、眼表面の免疫賦活作用により、腫瘍抑制効果を有する。結膜悪性黒色腫は本邦では稀な悪性腫瘍であるが、局所再発や所属リンパ節転移を来しやすい。今回我々は、IFN α -2b 点眼液を使用した結膜悪性黒色腫の2例を報告する。【症例】2009年に北海道大学眼科を初診した結膜悪性黒色腫の2例を対象とした。症例1は77歳、女性。主訴は右眼腫瘍。初診時の矯正視力は右1.0、右球結膜耳側に黒色隆起した腫瘍があり、角結膜に色素沈着を伴っていた。症例2は84歳、女性。主訴は右眼の色素沈着の拡大。右矯正視力は0.7であり、球結膜鼻側から涙丘にかけて黒色腫瘍がみられ、周囲の角結膜に色素沈着がみられた。両者とも腫瘍の境界1mmにて腫瘍摘出術を施行し、IFN α -2b 点眼液4回/日を毎日、半年間行った。【結果】病理組織学的に悪性黒色腫と確定診断された。術後約1年6ヶ月に腫瘍の存在した部を生検したが、異型細胞は検出されなかった。術後2年経過するも腫瘍の再発、転移はなく、色素沈着は軽快した。経過中、新たな眼症状の発現や角結膜上皮障害などの副作用はみられなかった。【結論】結膜悪性黒色腫に対し、腫瘍部の切除術と術後に IFN α -2b 点眼を半年間行い、再発、転移はみられなかった。IFN α -2b 点眼は、結膜悪性黒色腫に対して有用な付加的治療法である。



42

マイトマイシン C 点眼治療による結膜悪性腫瘍の局所制御

○高村 浩¹⁾、今野 伸弥²⁾、山下 英俊²⁾
公立置賜総合病院¹⁾、山形大²⁾

【緒言】悪性黒色腫、primary acquired melanosis (PAM)、悪性結膜上皮性腫瘍や脂腺癌の pagetoid spread などの結膜悪性腫瘍に対するマイトマイシン C (MMC) 点眼治療の有効性が報告されている¹⁾。今回我々は MMC 点眼治療によって局所制御が得られている結膜悪性腫瘍の 2 例を経験したので報告する。

【症例】症例 1 は 85 歳の男性。左眼の結膜悪性黒色腫の再発例。症例 2 は 51 歳の女性で、右眼結膜の PAM with atypia。2 例ともに冷凍凝固術を併用した腫瘍切除術を施行した。0.04% MMC を 1 週間点眼し、次の 1 週間は休薬するのを 1 クールとし、2 例とも 3 クール行った。加療によって 2 例とも視診上、腫瘍は消失し、症例 1 では術後 10 か月、症例 2 では 8 か月経過した時点で再発はみられていない。【結論】悪性黒色腫など特に悪性度が高い結膜悪性腫瘍は時として眼球摘出や眼窩内容除去術が行われて視機能喪失や整容的問題を惹起する。また、高齢や全身状態不良などで全身麻酔が不能なため aggressive な観血の手術が困難な場合がある。眼球温存を図る場合や積極的治療が困難な場合など腫瘍切除に併施する MMC 点眼治療は有用な選択肢であると考えられた。

1) Russell HC ら : BJO 94 : 1316 - 1321, 2010。

6
月
26
日
(日)



●座長： 溝田 淳（帝京大）・安積 淳（神戸海星病院）

43

網膜血管腫の治療

よしかわ ひろし
吉川 洋
(九州大)

網膜血管腫には、中若年で赤色調の網膜毛細血管腫（retinal capillary hemangioma, RCH）と、中高年で黄白色の後天性網膜血管腫（acquired retinal hemangioma ≡ vasoproliferative tumor of retina, VPTR）とがある。また RCH には単発性のヒッペル病と、遺伝性多発性のフォンヒッペルリンドウ病がある。これら疾患の治療法は現在も確立していない。今回、九州大学症例の治療結果を検討した。RCH 軽症例はレーザー凝固などで緩解したが、大腫瘍や網膜剥離を伴う RCH 中等症以上ではダイオードレーザー凝固で病勢が完全に停止せず硝子体手術による腫瘍切除を行った。ペバシズマブ硝子体注なども併用し病勢は緩解したが、経過不良の1眼もあった。合併症としてレーザー後の網膜剥離や術後の網膜下出血があった。VPTR 軽症例はレーザー凝固で病勢停止した。大腫瘍または網膜剥離などを伴う VPTR 中等症以上では、ダイオードレーザー凝固で漏出を部分緩解させ、ひきつづき行った硝子体手術で前膜除去や網膜復位のほか腫瘍切除を行った。一部症例では初回から硝子体手術を行った。VPTR では治療による重篤な合併症はみられなかった。これら方針による網膜血管腫の治療結果はおおむね良好であった。さらに無駄なく合併症の少ない治療を行うための考え方を述べる。

1991年 九州大学卒業
1993年 九州大学病理病態学
1998年 九州大学医学系研究科助手
2000年 原三信病院
2001年 九州大学病院助手
2010年 九州大学病院講師
2011年 九州大学病院特任教員
現在に至る

44

脈絡膜血管腫の治療

こじま たかよし
小島 淳允
(さいたま日赤)

脈絡膜血管腫は孤立性脈絡膜血管腫と Sturge-Weber 症候群にみられるびまん性脈絡膜血管腫に分類される。無症候性のことも多くこの場合は積極的な治療は不要である。漿液性網膜剥離が黄斑部に及んだ場合、黄斑浮腫が生じて視力低下をきたす場合には治療の対象となる。

治療法はこれまで、レーザー光凝固、冷凍凝固、経強膜ジアテルミー、放射線治療、硝子体手術などが報告されているが、近年では経瞳孔温熱療法（TTT）、光線力学的療法（PDT）や放射線治療ではガンマナイフ、陽子線照射も試みられている。このように脈絡膜血管腫の治療には様々な選択肢があるが、一方で確立した治療法がないともいえる。

本シンポジウムではこれらの治療法の有効性と問題点について考察する。

1972年 群馬大学医学部卒
1972年 東京大学眼科学教室入局
1975年 大宮赤十字病院眼科勤務
1986年 帝京大学市原病院眼科助教授
1991年 大宮赤十字病院眼科部長
2002年 大宮赤十字病院副院長
2003年 (病院名称変更に伴い)
さいたま赤十字病院副院長
現在に至る



45

その他の眼内良性腫瘍の治療



ふるた みのる
古田 実
(福島県医大)

福島県医大における眼内腫瘍は2003年以降で145例171眼、このうち小児は31眼、成人は140眼で、男女差はなかった。転移性腫瘍を含めた悪性腫瘍は、77眼（45%）であり、良性腫瘍は脈絡膜血管性病変26眼（15%）、網膜血管性病変12眼（7%）、脈絡膜母斑21眼（12%）、脈絡膜骨腫7眼（4%）、視神経乳頭黒色細胞腫5眼（3%）、その他、各種母斑症に伴う病変や、網膜色素上皮腫瘍などが含まれる。近年の加齢黄斑変性の病態解明、画像診断や治療法の進歩により、腫瘍から生じる漿液性網膜剥離と脈絡膜新生血管についてもまた、歩みが遅いながらも知見が集積されてきている。黄斑に生じた脈絡膜母斑と脈絡膜骨腫はこれら病態を形成する代表的な眼内良性腫瘍であり、高度の視力障害を来す原因となる。脈絡膜母斑は悪性腫瘍との鑑別の難しさや、多くが色素性病変であるため光学的に遮断される制約があり、機能温存治療と病変破壊的治療にも大きな隔たりがある。一方、脈絡膜骨腫は、若い女性に多く両眼性のこともあり、治療のタイミングが遅れれば治療の適応さえなくなるといったことも生じる。我々眼科医が可能な治療手段は抗 VEGF 療法、光線力学的療法、経瞳孔温熱療法およびレーザー光凝固術であり、腫瘍の特性や個々の症例の病態を見て適宜治療法を選択する必要がある。現在までの報告された代表的研究を振り返り、少ないながら経験した症例を供覧する。

1991年 福島県立医科大学卒業
1998年 福島県立医科大学助手
2003年 福島県立医科大学講師
2005年 米国 Wills 眼病院研究員
2007年 福島県立医科大学講師
現在に至る



●座長：飯田 知弘（福島県医大）

46

それ、本当に加齢黄斑変性ですか？

せきりゅう てつじゅ
石龍 鉄樹
(福島県医大)

黄斑部の出血は多様な所見を示します。網膜前、網膜下の出血は鮮やかな赤ですが、色素上皮下や脈絡膜出血は黒くなります。高齢の方が黄斑出血に黒い病変を伴って受診されたら何を考えたらいいのでしょうか？ まず思い浮かべるのは加齢黄斑変性でしょう。全てが加齢黄斑変性でしょうか？ 頻度は高くありませんが、腫瘍性疾患に伴う新性血管や漿液性網膜剥離が、加齢黄斑変性として治療されているケースに遭遇します。逆に悪性黒色腫と思っていた症例が後で加齢黄斑変性であることが判明する場合もあります。腫瘍性疾患は常に念頭に置くことが必要ですが、臨床で経験することは少ないのも事実です。そこで百聞は一見にしかず。今回のランチョンでは気づかれずにいた眼内腫瘍だけでなく腫瘍と思ったら違っていた場合も含めて、色々な色調の症例をご覧ください。眼底造影検査や光干渉断層計（OCT）、近年では自発蛍光といった検査法を駆使して、解剖学的な所見だけでなく、ある程度の生化学的な性質までも診断できるようになりました。腫瘍を診断する根拠はなにか。逆に、腫瘍を除外するために何に注目すべきかをわかりやすく解説したいと思います。

1984年 福島県立医科大学眼科学講座
1987年 国立名古屋病院勤務
1989年 福島県立医科大学眼科学講座
1997年 大原総合病院（福島市）勤務
2003年 福島県立医科大学眼科学講座
2004年 福島県立医科大学眼科学講座准教授
現在に至る

それ本当に加齢黄斑変性ですか？ - やさしい眼底腫瘍の診断学 -

2011.6/26 (日) 12:20~12:50
コラッセふくしま 4F 多目的ホール

座長



飯田 知弘 先生
福島県立医科大学 医学部 教授

演者



石龍 鉄樹 先生
福島県立医科大学 医学部 准教授

黄斑部の出血は多様な所見を示します。網膜前、網膜下の出血は鮮やかな赤ですが、色素上皮下や脈絡膜出血は黒くなります。高齢の方が黄斑出血に黒色病変を伴って受診されたら何を考えたらいいでしょうか？ まず思い浮かべるのは加齢黄斑変性でしょう。全てが加齢黄斑変性でしょうか？ 頻繁ではありませんが、腫瘍性疾患に伴う新生血管や漿液性網膜剥離が、加齢黄斑変性として治療されているケースに遭遇します。逆に悪性黒色腫と思っていた症例が後で加齢黄斑変性であることが判明する場合もあります。百聞は一見しかず。今回のランチョンでは気づかれずにいた眼内腫瘍だけでなく腫瘍と思ったら違っていた場合も含めて、色々な色調の症例をご覧ください。眼底造影検査や光干渉断層計(OCT)、近年では自発蛍光といった検査法を駆使して、解剖学的な所見だけでなく、ある程度の生化学的な性質までも診断できるようになりました。腫瘍を診断する根拠はなにか。逆に、腫瘍を除外するために何に注目すべきかをわかりやすく解説したいと思います。

共催：第29回日本眼腫瘍学会 / ノバルティス ファーマ株式会社

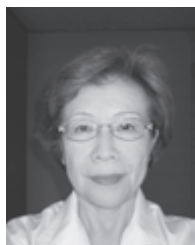
6月26日(日)



●座長： 後藤 浩（東京医大）・八子 恵子（北福島医療センター）

47

外眼部腫瘍の取り扱い法



やこ けいこ
八子 恵子
(北福島医療センター)

外眼部（眼瞼およびその周囲）に腫瘍性病変を認めることはまれではない。その多くは、炎症性疾患や良性腫瘍ではあるものの、患者の年齢、腫瘍の大きさ、部位、悪性の可能性などから、その対処法に悩むことも少なくない。外眼部腫瘍にどう対処すべきか、基本的な考え方とポイントを押さえておきたい。1. 病態を推測する 腫瘍の大きさ、形状、部位、色調、経過、自覚症などから病態を推測する。治療方針を立てる上で最も重要であるが、問診や観察のポイントは何か。2. 速やかな対処

経過観察を含めて、腫瘍にたいしてはさまざまな対処（治療）法が選択される。いずれにしても、漫然とした対処は後に問題を残す。様子を見てよいものか、すぐにも切除など観血的手段を要するのか、治療法の選択や時期の判断のポイントは何か。3. 実際の治療法 日常よく見かける腫瘍でも、切開、切除、全摘出、生検など外科的処置を行う際には、ためらいや悩みを感じることがある。押さえておきたいポイントは何か。4. 病理診断と経過観察 外眼部腫瘍は、患者には目に見えるとても怖い存在である。可能な限り病理学的診断をし、その後の経過の予測などを説明する必要がある。また、治癒までには時間や新たな処置を要することもあり、経過観察は患者のみならず、治療者にとっても重要である。治療終了までのポイントは何か。

1971年 福島県立医科大学 卒業
1980年 福島県立医科大学 講師
1988年 福島県立医科大学 助教授
2003年 福島県立医科大学 非常勤講師
2007年 埼玉医科大学 客員教授
2008年 北福島医療センター 非常勤医師
現在に至る

48

眼窩腫瘍の診かた



ごとう ひろし
後藤 浩
(東京医大)

眼窩腫瘍は病変を直接観察することのできない、診断上のジレンマを抱えた厄介な疾患である。したがって、診療に関わる眼科医の臨床的知識に基づいた想像力の多寡に応じて早期診断が可能となることもあれば、長期にわたって闇に葬られてしまう危険性も秘めた、極めて不安定要素の多い病態と言えよう。

眼球突出と眼球偏位は眼窩腫瘍の発見動機につながる最も重要な所見である。一方、複視については腫瘍の増大が緩徐な場合には必発の症状ではない。腫瘍の発生部位によっては皮下に硬結を触れることもある。一般に疼痛は伴わないが、一部の悪性腫瘍では重要なサインとなる。腫瘍による視神経への圧迫、あるいは視神経由来の腫瘍では視機能障害を来すが、一般に視力低下や視野障害はまれな症状である。

CT と MRI は眼窩腫瘍の診断には欠かせない、中核をなす画像検査である。CT では腫瘍の位置や大きさのほか、周囲の眼窩骨や副鼻腔との関係が明らかとなるほか、マルチスライス CT による冠状断や矢状断などの再構成画像は外科的治療に際して有益な情報となる。MRI では撮像条件を変えることによって一定の質的診断が可能となり、疾患によっては造影剤の使用等、撮像条件の工夫によって確定診断に近い情報を得ることも可能となる。

講演では会場におられる眼窩腫瘍のエキスパートの存在は無視して、眼窩腫瘍の臨床診断における基本について解説を試みたい。

1984年 3月 東京医科大学卒業
1988年 7月 南カルフォルニア大学眼科 Doheny Eye Institute 研究員
1993年 5月 東京医科大学講師
2002年 4月 東京医科大学助教授
2006年 8月 東京医科大学教授
2007年 4月 東京医科大学主任教授
現在に至る



【団 体】

福島県眼科医会

【同門会員】

いとう眼科

伊藤眼科

おおこうち眼科

大町眼科クリニック

なつづばき会（桜水さかい眼科、さかい眼科医院）

しおや眼科

しかの眼科

しのはら眼科

自由ヶ丘さとうクリニック眼科

永山耳鼻咽喉科眼科医院

船久保眼科医院

古川内科眼科医院

松木眼科

マルイ眼科

みなみあいづ眼科

宮町脳神経・眼科クリニック

もり眼科

【企 業】

アイミー(株)

(株)イナミ

大塚製薬(株)

サンセイ医機(株)

参天製薬(株)

(株)志賀医科器械店

(株)JFC セールスプラン

千寿製薬(株)

(株)トプコンメディカルジャパン

日本アルコン(株)

(株)日本眼科医療センター

(株)日本義眼研究所

(株)日本点眼薬研究所

ファイザー(株)

HOYA (株)

わかもと製薬(株)

【関連病院】

太田西ノ内病院

大原総合病院

鹿島厚生病院

県立会津総合病院

県立喜多方病院

県立南会津病院

公立岩瀬病院

公立藤田総合病院

済生会川俣病院

済生会福島総合病院

白河厚生総合病院

寿泉堂総合病院

仁泉会医学研究所

総合南東北病院

相馬中央病院

高田厚生病院

竹田総合病院

塙厚生病院

坂下厚生総合病院

福島赤十字病院

双葉厚生病院

星総合病院

保原中央クリニック

南相馬市立総合病院



あ

赤井畑 美津子	25
秋 山 英 雄	32
東 範 行	29
安 達 淳 一	24
安 積 淳	13, 20
阿 部 正 文	07
阿 部 春 樹	02, 17

い

飯 田 知 弘	01, 10, 23, 31
石 嶋 漢	19, 41
石 田 晋	19, 41
石 橋 達 朗	06, 27, 36, 40
伊 勢 重 之	10, 31
磯 目 修 一	39
板 倉 秀 記	22, 33, 35
伊 藤 正 樹	25
今 川 幸 宏	18

う

上 田 幸 典	22, 33, 35
臼 井 嘉 彦	08, 09, 16
馬 詰 和比古	08

え

江 口 功 一	02, 14, 17, 38
---------	----------------

お

大 石 誠一郎	36
大 口 泰 治	10
大 島 浩 一	04
大 島 裕 司	36
大 平 明 弘	05
小 口 正 彦	34
尾 山 徳 秀	02, 17, 38

か

海 津 幸 子	05
笠 井 健一郎	08

鹿 嶋 友 敬	32
加 瀬 諭	19, 41
嘉 鳥 信 忠	22, 33, 35
金 子 明 博	30

き

菊 田 敦	25
喜 古 雄一郎	01
岸 章 治	32
木 村 圭 介	08, 09

く

草 間 博	16
久保田 敏 信	03

こ

郷 佐 江	10, 23
向 野 利一郎	40
古 賀 友 紀	27
小 島 孚 允	44
兒 玉 達 夫	05
後 藤 浩	08, 09, 16, 48
小 林 奈美江	39
小 林 正 悟	25
小 林 めぐみ	34
小 林 健太郎	39
今 野 伸 弥	42

さ

斎 藤 清	23
坂 本 泰 二	36
佐 藤 康 晴	04
佐 野 秀 樹	25

し

敷 島 敬 悟	11
---------	----

す

杉 森 尚 美	21
杉 山 和 久	21
鈴 木 茂 伸	12, 26, 27, 30



鈴木 智 成	24		
住 江 愛 子	27		
		せ	
関 向 大 介	20		
石 龍 鉄 樹	46		
		そ	
曾我部 由 香	04		
		た	
高 井 保 幸	05		
高比良 雅 之	21		
高 松 博 幸	21		
高 村 浩	42		
竹 内 賢 吾	34		
田 邊 美 香	40		
田 平 瑛 美	06		
		ち	
張 大 行	02, 17, 38		
陳 逸 寧	39		
		つ	
辻 英 貴	34		
		な	
長 井 隆 行	20		
長 尾 俊 孝	16		
		に	
西 川 亮	24		
		の	
野 地 裕 樹	01, 10		
野 田 実 香	19, 41		
		は	
橋 本 優 子	07		
長谷川 裕 平	36		
濱 岡 祥 子	21		
早 川 真 弘	37		
林 憲 吾	22, 33, 35		
原 克 典	05		
		ふ	
福 岡 講 平	24		
藤 田 陽 子	06, 27, 40		
藤 原 聡 之	37		
古 田 実	01, 07, 10, 23, 25, 31, 45		
		ほ	
細 矢 光 亮	25		
		ま	
前 川 実 生	21		
正 木 英 一	28		
又 賀 建太郎	05		
松 谷 雅 生	24		
		み	
三 浦 文 英	32		
三 島 一 彦	24		
三 宅 琢	08		
		も	
望 月 一 弘	25		
望 月 泰 敬	36		
森 隆 史	01, 10		
		や	
八 子 恵 子	01, 47		
安 田 美 穂	06		
柳 澤 隆 昭	24		
山 下 英 俊	42		
山 鳥 一 郎	04		
		よ	
吉 川 洋	06, 27, 36, 40, 43		
吉 富 健 志	37		
		わ	
脇 谷 健 司	24		
渡 辺 彰 英	15		
渡 部 広 史	37		