

第30回 日本眼腫瘍学会

プログラム・抄録集

30

会期 2012年 6月30日(土)・7月1日(日)

会場 栃木県総合文化センター
サブホール

会長 小幡 博人 自治医科大学 眼科学講座

知力と気力

Ophthalmology
Oncology
Pathology
Surgery



The 30th Annual Meeting of
Japanese Society of Ocular Oncology

第30回 日本眼腫瘍学会

|||| プログラム・抄録集

知力と気力

会期 2012年 6月30日(土)・7月1日(日)

会場 栃木県総合文化センター
サブホール

会長 小幡 博人 自治医科大学 眼科学講座

第30回日本眼腫瘍学会事務局

自治医科大学 眼科学講座

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1

TEL: 0285-58-7382 FAX: 0285-44-8365

E-mail: jssoo@jjichi.ac.jp

第30回日本眼腫瘍学会 開催にあたって

会長 小幡 博人

自治医科大学眼科学講座



日本眼腫瘍学会は、2010年10月に前身の日本眼腫瘍研究会を改組し、設立されました。学会化により、寄り合い所帯ではなく、対外的に組織として強化する必要が生じてまいりました。すなわち、眼科の他の専門領域との連携、他科との協力、保険診療対策、国際性などの必要性が生じてまいりました。

昨年、2011年6月に、学会としては初めての第29回日本眼腫瘍学会を福島で開催致しました。そして、このたびの記念すべき第30回は、栃木県宇都宮市で開催させていただくことになりました。我々が、眼腫瘍に関する知識の研鑽に努め、学術情報を提供し、社会に貢献するためには定期的な学術集会の開催が必要不可欠です。今回のテーマは、「知力と気力」と致しました。医師が備えるべき3つの力は、“知力”、“気力”、“体力”ではないかと思います。体力は別の場所で養っていただくとして、学会期間中に是非、“知力 = Brain Power”と“気力 = Mental Toughness”を養って頂き、明日からの臨床や研究に役立てて欲しいと存じます。

今回、一般講演は全国から38題の演題応募を頂きました。特別講演は、さいたま赤十字病院／小島眼科医院の小島孚允先生、筑波大学放射線腫瘍学教授の櫻井英幸先生、がん研究所分子標的病理プロジェクト・プロジェクトリーダーの竹内賢吾先生の3名の先生にご講演をお願いしました。小島先生には眼腫瘍学をご自身の長い経験から俯瞰して頂きます。新進気鋭の櫻井先生と竹内先生からは“知力”と“気力”を養うのに最適なお話を拝聴できるものと楽しみにしております。

また、教育講演として、宗像眼科クリニック／九州大眼科の吉川洋先生には、眼瞼の腫瘍とマイボーム腺疾患の鑑別について、また、国立がん研究センター中央病院眼腫瘍科の鈴木茂伸先生には、眼底の腫瘍性病変の鑑別についてご講演して頂きます。

高齢化社会の到来とともに、眼腫瘍の患者は増加していると言われております。1人でも多くの医師（特に若者）に眼腫瘍に関心を持って頂きたく、まずこの学会がそうした方々の起点となり、集いの場となることを願っております。多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

栃木県へようこそ

会長 原 裕
栃木県眼科医会



この度は、栃木県での日本眼腫瘍学会の開催、誠におめでとうございます。
プログラムを拝見いたしますと、一般演題が全国から38題、3つの特別講演、2つの教育講演のある非常に内容の濃いものです。

小幡博人学会長のお人柄とお力によるものと敬意を表します。

栃木県には日光(日光の社寺は世界遺産)、那須などの観光地、宇都宮の餃子、とちおとめ(苺)、もありますが、医学の最高峰に向かって行く先生方には是非、栃木県が誇る日本最古の学校、足利学校をご紹介させて頂きたいと思います。

足利学校は、現在の栃木県足利市にあった、平安時代初期、もしくは鎌倉時代に創設されたと伝えられる中世の高等教育機関です。室町時代から戦国時代にかけて、関東における事実上の最高学府であり、日本最古の大学といわれています。教育の中心は儒学でしたが、兵学、医学も教えたとのこと。学費は無料で北は奥羽、南は琉球にいたる全国から生徒が集まったと記されています(ウィキペディア)。

このようなゆかりの地で、最高の学会が開催される事を栃木県人として誇りに思います。栃木県にいらした多くの先生がより良い発表ができますよう、そして眼腫瘍学会をお楽しみいただけますようお祈り申し上げます。

会場アクセス図

栃木県総合文化センター

〒320-8530 栃木県宇都宮市本町1-8 TEL028-643-1000



アクセス

電車

- JR 宇都宮線… JR 宇都宮駅 下車（西口）⇒ バスで『県庁前』下車 ⇒ 徒歩で約3分
またはタクシーで約5分（約1,600m）
- 東武宇都宮線… 東武宇都宮駅 下車 ⇒ 徒歩で約10分（約700m）

バス

- 関東バス ……『細谷車庫』『作新学院』『駒生』行きなど（運賃：片道150円）
→『県庁前』停留所下車 徒歩で約3分

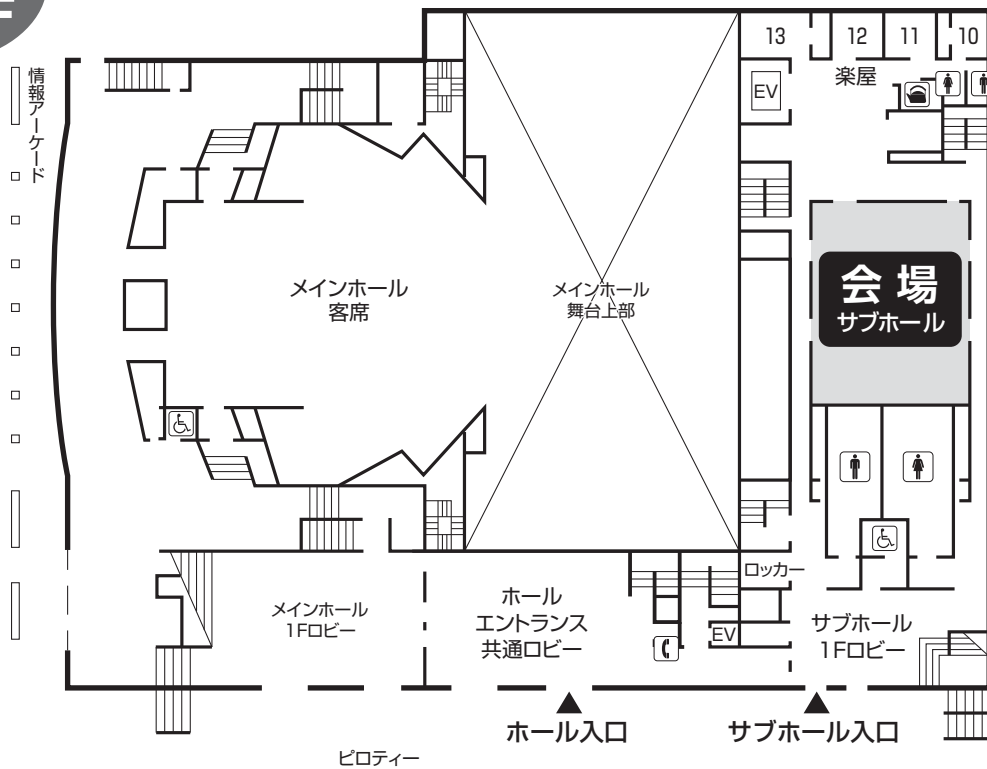
車

- 東北自動車道 鹿沼I.C. から約9km 約30分

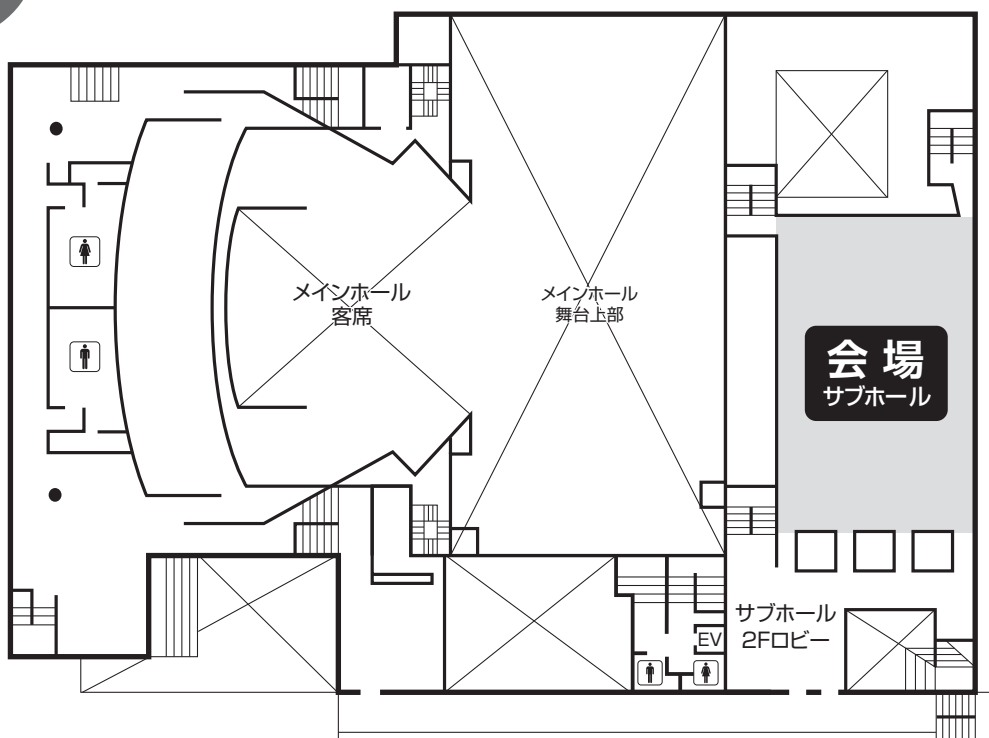
会場案内図

栃木県総合文化センター ホール棟(南棟)

1F



2F



参加者へのご案内

参加登録受付 栃木県総合文化センター・サブホール入口
日時：6月30日（土）8:00～17:45
7月1日（日） 8:00～11:45

クールビズ 節電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、ご入場下さい。講演抄録を忘れずにご持参ください。

〈当日登録される方〉
会場入り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 医 師	7,000	7,000
非会員医師	9,000	7,000
初期研修医	1,000	7,000
非 医 師	3,000	7,000

※会員登録は日本眼腫瘍学会ホームページからのみ受け付けております。
詳細は、<http://jsoo.umin.jp/> をご覧ください。

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、受付にて1部1,000円で販売いたします。

専門医制度単位取得、眼科研修医出席調査証

期 日	時 間	単位数
6月30日（土）	8:00～17:45	3
7月1日（日）	8:00～11:45	3

会場内での呼出 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、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頂くか、電源をお切りください。

ク ロ ー ク 会場と同じフロアに設置いたしますので、ご利用ください。

駐 車 場 近隣に有料駐車場（民間）あり。

託児ルーム 会場には用意しておりません。

講演規定

- 本学会の講演はデジタルプレゼンテーション [1面] 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。

[講演データ持参(Windowsに限る)の場合]

- 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 Windows7・VISTA・XP
アプリケーション PowerPoint 2003・2007・2010
 - 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
- 作成したデータを作成したご自身の PC 以外の PC で確認してからお持ち下さい。
- 持参していただくデータのウィルスチェックを行っておいて下さい。
- 作成した講演データは USB メモリーか CD-R で持参してください。
- システムの都合で、PowerPoint の発表者ツールはご使用できません。
- 講演データは PC 受付にてサーバーに一旦コピーさせていただきます。
(学会終了後、事務局が責任を持って消去いたします。)
- 事務局で用意する PC は OS が Windows7、プレゼンテーションソフトは Microsoft PowerPoint 2010 です。

[発表にご自分の PC をご使用になる方へ]

- Mac でご発表の場合、講演データに動画を含む場合、発表者ツールを使用する場合は、ご自身の PC を持込んで下さい。
- 持込み PC は PC 本体に、ミニ D-sub15 ピン外部出力コネクタが使える物に限ります。
- 超薄型 PC、小型 PC、Mac PC は特殊なコネクタが必要です。必ず専用の変換アダプターをご持参下さい。
- ウィルスチェック、省電力設定、スクリーンセーバーは予め解除しておいてください。
- AC アダプターは必ずご持参下さい。
- 万一の場合に備えて、バックアップ用データもご持参ください。

[データの受付]

- PC 受付(会場入口)
講演会場では発表データの受付は出来ません。必ず PC 受付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30日(土)	8:00～17:15
7月1日(日)	8:00～10:45

※講演開始1時間前までにデータをご提出下さい。

※PC 本体ご持参の場合、PC 受付にて動作確認後、会場内のオペレータ席までお越しの上、スタッフに PC をお渡しください。講演終了後に、その場で返却致します。

〔発表について〕

- 一般演題の発表時間は、発表7分、質疑応答5分、計12分です。
特別講演、教育講演、ランチョンセミナーは指定された時間をお願いします。
- 時間厳守でお願いいたします。
- 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。
持込み PC の場合、会場内 PC オペレーターがデータを開いた状態で PC を演台に運びますので、ご自身で操作して下さい。

〔討論者の方へ〕

討論時間は5分です。討論者は予め会場内の討論用マイクの近くでお待ち下さい。
セッションの進行状況により、討論がキャンセルされることがありますので、ご了承下さい。

〔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作成してください。

- スライドの文字数：
1枚のスライドに多くの文字を記載する込み入ったスライドはお避け下さい。
- スライド提示時間と講演内容：
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と講演内容のバランスに配慮してください。
- 字詰まりスライドを避ける：
字詰まりスライドは、低視力者はもちろん、正常視力者にとっても判読が困難です。
- 使用する色の数ならびに混合色への配慮：
1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にしてください。

日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別 50 音順 (平成 23 年 9 月 9 日現在)

名誉会員 (敬称略)
雨宮 次生
猪俣 孟
上野 脩幸
大西 克尚
沖坂 重邦
加藤桂一郎
玉井 信
松尾 信彦
箕田 健生

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 (監 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	嘉島 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 (監 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	国立がん研究センター中央病院
理 事	高比良雅之	金沢大学
理 事	高村 浩	公立置賜総合病院／山形大学
理 事	辻 英貴	がん研有明病院
理 事	林 暢紹	須崎くろしお病院／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	宗像眼科クリニック／九州大学

日本眼腫瘍学会会則 Japanese Society of Ocular Oncology (JSOO)

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。理事会の承認を得たうえで、会計業務など運営の一部を学会運営業者に委託することができる。

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年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、本会の事業を授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 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50,000円とする。

第11条 名誉会員は年会費を免除する。

第12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) 理事会の議決によって除名されたとき

(退 会)

第13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14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15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 2名

(4) 学術・広報 2名

(5) 総 会 長 1名

(理 事)

第16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17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18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ことができる。

(総会長)

第19条 総会長は理事会で選出される。総会長は当該年度の総会運営に当たる。

(役員の任期と欠員について)

第20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21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。
総会での筆頭演者は本学会員でなければならない。
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。

(理事会)

第22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23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24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25条 総会の運営費は総会の都度、参加費などを徴収してこれに充てる。
参加費の額は年度毎に総会長が決定する。会員以外の講演者を総会に招請した場合、総会長もしくは理事会の裁量により、参加費を免除することができる。

第7章 会則の変更

(会則の変更)

第26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。

平成23年11月29日一部改変

日 程 表

1日目 6月30日

9:00	8:57～9:00 開会の挨拶
10:00	9:00～10:00 一般講演 1 01～05 結 膜 座長：加瀬 論（北海道大学 眼科）
11:00	10:00～11:00 一般講演 2 06～10 眼 瞼 座長：高村 浩（公立置賜病院 眼科）
12:00	11:05～12:05 一般講演 3 11～15 眼 窩 1 座長：大島 浩一（国立病院機構岡山医療センター 眼科）
13:00	12:15～13:00 ランチョンセミナー ドライアイ：治療のこつと落とし穴 座長：妹尾 正（獨協医科大学 眼科） 演者：山田 昌和（東京医療センター感覚器センター） 共催：参天製薬株式会社
14:00	13:10～14:10 一般講演 4 16～20 眼内腫瘍 座長：古田 実（福島県立医科大学 眼科）
15:00	14:10～15:22 一般講演 5 21～26 リンパ腫 座長：高比良 雅之（金沢大学 眼科）
16:00	15:30～16:20 特別講演 1 ALK, ROS1, RET 融合遺伝子：がんの治療病理学の創成に向けた病理医による新規分子標的の発見 座長：小幡 博人（自治医科大学 眼科） 演者：竹内 賢吾（がん研究会がん研究所 分子標的病理プロジェクト）
17:00	16:25～17:15 特別講演 2 最近のがん放射線治療の動向 座長：小幡 博人（自治医科大学 眼科） 演者：櫻井 英幸（筑波大学医学医療系放射線腫瘍学、筑波大学陽子線医学利用研究センター）
18:00	17:15～18:27 一般講演 6 27～32 IgG4 関連 座長：安積 淳（神戸海星病院 眼科）

2日目 7月1日

9:00	9:00～10:12 一般講演 7 33～38 眼 窩 2 座長：嘉島 信忠（聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科）
10:00	10:15～11:05 特別講演 3 私の出会った眼腫瘍 座長：辻 英貴（がん研有明病院 眼科） 演者：小島 孚允（さいたま赤十字病院 / 小島眼科医院）
11:00	11:15～12:15 教育講演 座長：後藤 浩（東京医科大学 眼科） 眼底の腫瘍性病変の鑑別 ～黒いもの、赤いもの、白いもの～ 演者：鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科） 眼瞼の腫瘍とマイボーム腺疾患 ～黒いもの、赤いもの、白いもの、そして黄色いもの～ 演者：吉川 洋（宗像眼科クリニック / 九州大学眼科）
12:00	12:15～ 次期会長挨拶 林 暢紹（須崎くろしお病院 / 高知大学）
13:00	12:20～ 閉会の挨拶

プログラム

第1日目 2012年6月30日(土)

開会の挨拶 8:57～

一般講演1 9:00～10:00(5題60分)

[結 膜]

座長：加瀬 諭(北海道大学眼科)

01 涙嚢と交通があった表皮嚢胞の1例

○山本 哲平¹⁾、野崎 真世^{1,2)}、石嶋 漢¹⁾、加瀬 諭¹⁾、野田 実香¹⁾、石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)帯広協会病院

02 両眼眼瞼結膜に多発した血管増殖性病変の1例

○柏木 広哉¹⁾、矢田 清身²⁾

1)県立静岡がんセンター、2)矢田眼科クリニック

03 特異な形態を呈した結膜血管腫

○辻 英貴¹⁾、小林 めぐみ¹⁾、竹内 賢吾²⁾、杉浦 毅³⁾

1)がん研有明病院、2)がん研 分子標的病理プロジェクト、3)杉浦眼科

04 涙丘原発脂腺癌の2例

○大湊 絢¹⁾、尾山 徳秀¹⁾、張 大行¹⁾、江口 功一²⁾

1)新潟大、2)江口眼科

05 眼球摘出を行った角結膜腫瘍の1例

○大島 浩一¹⁾、山鳥 一郎²⁾

1)岡山医療センター、2)岡山医療センター臨床検査科

一般講演2 10:00～11:00(5題60分)

[眼 瞼]

座長：高村 浩(公立置賜病院眼科)

06 最近8年間の眼瞼腫瘍の統計

○大久保 裕子、小幡 博人

自治医大

07 眼瞼皮膚炎として加療されていた扁平上皮癌の1例

○児玉 俊夫¹⁾、木村 徹¹⁾、竹澤 由起¹⁾、堀内 良紀¹⁾、吉岡 龍治¹⁾、山本 康明¹⁾、
山西 茂喜¹⁾、飛田 陽²⁾、大城 由美²⁾

1)松山日赤、2)松山日赤病理

08 脂腺癌切除・再建術前後の涙液評価

○渡辺 彰英、加藤 弘明、横井 則彦、木村 直子、上田 幸典、木下 茂
京都府医大

09 保存強角膜片を用いた眼瞼再建術の検討

○新澤 恵¹⁾、大口 泰治¹⁾、古田 実¹⁾、八子 恵子²⁾、石龍 鉄樹¹⁾
1) 福島県医大、2) 北福島医療センター

10 眼瞼前葉を温存した眼瞼脂腺癌の外科的治療

○後藤 浩、木村 圭介、臼井 嘉彦
東京医大

休憩 11:00～11:05 (5分)

一般講演3 11:05～12:05 (5題60分)

[眼 窩 1]

座長：大島 浩一（国立病院機構岡山医療センター眼科）

11 眼窩 Rosai-Dorfman 病の1例

○丹治 麻子¹⁾、岸田 桃子¹⁾、敷島 敬悟¹⁾、池上 雅博²⁾
1) 東京慈恵医大、2) 東京慈恵医大病理

12 筋円錐先端部に発生し前頭側頭開頭術を施行した海綿状血管腫の1例

○上笹貫 太郎、嘉島 信忠、林 憲吾、笠井 健一郎
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

13 外眼筋を含む線維化腫瘤を来した幼児の3例

○林 憲吾、嘉島 信忠、笠井 健一郎、上笹貫 太郎、小久保 健一
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

14 外来における眼瞼および眼窩腫瘍手術の成績

○古田 実、大口 泰治、新澤 恵、森 隆史、石龍 鉄樹
福島県医大

15 視神経膠腫に対する治療

○柳澤 隆昭^{1,2)}、鈴木 智成^{1,2)}、福岡 講平^{1,2)}、甲賀 智之²⁾、安達 淳一²⁾、三島 一彦²⁾、
藤巻 高光²⁾、松谷 雅生²⁾、西川 亮²⁾
1) 埼玉医大国際医療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

〔ドライアイ：治療のこつと落とし穴〕

山田 昌和 東京医療センター感覚器センター

一般講演4 13:10～14:10 (5題60分)

〔眼内腫瘍〕

座長：古田 実（福島県立医科大学眼科）

16 経過観察中、脳実質と脳幹部に海綿状血管腫が確認された黄斑部海綿状血管腫の1例

○牧野 伸二¹⁾、加藤 健²⁾

1)自治医大、2)かとう眼科

17 ぶどう膜悪性黒色腫3症例の検討

○陳 逸寧¹⁾、小林 奈美江^{1,2)}、小林 健太郎²⁾、八子 恵子³⁾、辻 比呂志⁴⁾、菊池 泰裕¹⁾

1)総合南東北病院、2)南東北眼科クリニック、3)北福島医療センター、4)重粒子医科学センター病院

18 放射線外照射を行った虹彩癌転移の2症例

○山崎 奈津子、高比良 雅之、清水 ふき、杉山 和久

金沢大

19 カルチノイドによる脈絡膜転移性腫瘍に光線力学療法を施行した1例

○川上 摂子、後藤 浩、若林 美宏

東京医大

20 副鼻腔腫瘍への放射線照射後の重症放射線網膜症の1例

○石嶋 漢、加瀬 諭、山本 哲平、野田 実香、石田 晋

北海道大

一般講演5 14:10～15:22 (6題72分)

〔リンパ腫〕

座長：高比良 雅之（金沢大学眼科）

21 血管新生緑内障を合併した眼内悪性リンパ腫の1例

○福原 淳一¹⁾、加瀬 諭¹⁾、野田 実香¹⁾、南場 研一¹⁾、久保田 佳奈子²⁾、石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)北海道大病院病理部

22 中枢神経系原発の悪性リンパ腫における治療後再発

○木村 圭介¹⁾、白井 嘉彦¹⁾、林 知茂¹⁾、柴田 元子¹⁾、秋元 治朗²⁾、後藤 浩¹⁾

1)東京医大、2)東京医大脳神経外科

23 原発性眼内悪性リンパ腫の治療経過と予後

○尾山 徳秀¹⁾、張 大行¹⁾、大湊 絢¹⁾、江口 功一^{1,2)}

1)新潟大、2)江口眼科

24 眼内悪性リンパ腫診断における硝子体切除液セルブロックの有用性の検討

○伊東 崇子¹⁾、吉川 洋¹⁾、肱岡 邦明¹⁾、武田 篤信¹⁾、吉村 武¹⁾、平川 沙弥香¹⁾、
園田 康平²⁾、石橋 達朗¹⁾

1)九州大、2)山口大

25 MALT リンパ腫 stage IV と診断していた2例

○藤田 陽子¹⁾、吉川 洋¹⁾、有田 量一¹⁾、田平 瑛美¹⁾、金海 美和¹⁾、石橋 達朗¹⁾、
川野 庸一²⁾

1)九州大、2)福岡大

26 高感度 SNP アレイを用いた眼付属器リンパ増殖性疾患における遺伝子異常の網羅的解析

○臼井 嘉彦¹⁾、三橋 良輔¹⁾、山川 直之¹⁾、佐藤 亜以子²⁾、佐藤 悠佑²⁾、小川 誠司²⁾、
新井 文子³⁾、後藤 浩¹⁾

1)東京医大、2)東大キャンサーゲノミクスプロジェクト、3)東京医歯大血液内科

休憩 15:22～15:30(8分)

特別講演1 15:30～16:20

座長：小幡 博人(自治医科大学眼科)

〔 ALK, ROS1, RET 融合遺伝子：がんの治療病理学の 創成に向けた病理医による新規分子標的の発見 〕

竹内 賢吾 がん研究会がん研究所分子標的病理プロジェクト

休憩 16:20～16:25(5分)

特別講演2 16:25～17:15

座長：小幡 博人(自治医科大学眼科)

〔 最近のがん放射線治療の動向 〕

櫻井 英幸 筑波大学医学医療系放射線腫瘍学、筑波大学陽子線医学利用研究センター

[IgG4関連]

座長：安積 淳(神戸海星病院眼科)

27 IgG4免疫染色陽性の非IgG4関連涙腺リンパ過形成の1症例

○濱岡 祥子、高比良 雅之、室谷 英治、大久保 真司、杉山 和久
金沢大

28 眼窩 MALT リンパ腫を伴った IgG4 関連眼窩炎症の1例

○加瀬 諭¹⁾、野田 実香¹⁾、山本 哲平¹⁾、石嶋 漢¹⁾、山本 和幸^{1,2)}、石田 晋¹⁾
1)北海道大、2)網走厚生病院

29 血中 IgG4 高値でステロイド抵抗性の両側涙腺リンパ増殖性疾患の2例

○有田 量一、吉川 洋、藤田 陽子、田平 瑛美、金海 美和、石橋 達朗
九州大

30 IgG4 関連疾患の治療成績

○大口 泰治、新澤 恵、森 隆史、古田 実、石龍 鉄樹
福島県医大

31 IgG4 関連疾患の診断基準と眼領域病変

○高比良 雅之¹⁾、安積 淳²⁾
1)金沢大、2)神戸海星病院

32 眼科領域に発生する IgG4 関連疾患の名称について

○安積 淳¹⁾、高比良 雅之²⁾
1)神戸海星病院、2)金沢大

第2日目 2012年7月1日(日)

一般講演7 9:00～10:12(6題 72分)

[眼 窩 2]

座長：嘉鳥 信忠(聖隷浜松病院眼形成眼窩外科)

33 腎細胞癌の外眼筋転移の1例

○張 大行¹⁾、尾山 徳秀¹⁾、大湊 絢¹⁾、江口 功一^{1,2)}

1)新潟大、2)江口眼科

34 眼窩アポクリン腺癌の1例

○上田 幸典¹⁾、渡辺 彰英¹⁾、木村 直子¹⁾、荒木 美治²⁾、木下 茂¹⁾

1)京都府医大、2)山科病院

35 重粒子線治療後再発した涙腺腺様嚢胞癌の1例

○相原 由季子、藤原 美幸、佐野 秀一、鈴木 茂伸

国立がん研究センター

36 50年経過した涙腺多形腺腫が自然に悪性転化した1例

○今川 幸宏¹⁾、布谷 健太郎¹⁾、藤田 恭史¹⁾、三村 真士¹⁾、佐藤 文平¹⁾、池田 恒彦²⁾

1)大阪回生病院、2)大阪医大

37 鼻腔内から転移した眼窩悪性黒色腫の1例

○兒玉 達夫¹⁾、海津 幸子¹⁾、大平 明弘¹⁾、森倉 一郎²⁾、淵脇 貴史²⁾、青井 典明²⁾、
川内 秀之²⁾、丸山 理留敬³⁾

1)島根大、2)島根大耳鼻咽喉科、3)島根大病院病理部

38 肉芽腫性眼窩筋炎の2例

○田平 瑛美^{1,2)}、吉川 洋¹⁾、有田 量一¹⁾、向野 利一郎¹⁾、石本 栄胤¹⁾、藤田 陽子¹⁾、
金海 美和¹⁾、石橋 達朗¹⁾

1)九州大、2)福岡市立こども病院

特別講演3 10:15～11:05

座長：辻 英貴(がん研有明病院眼科)

[私の出会った眼腫瘍]

小島 孚允 さいたま赤十字病院／小島眼科医院

休 憩 11:05～11:15(10分)

1 [眼底の腫瘍性病変の鑑別 ～黒いもの、赤いもの、白いもの～]

鈴木 茂伸 国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科

2 [眼瞼の腫瘍とマイボーム腺疾患 ～黒いもの、赤いもの、白いもの、そして黄色いもの～]

吉川 洋 宗像眼科クリニック／九州大学眼科

次期会長挨拶 12:15～ 林 暢紹（須崎くろしお病院／高知大学）

閉会の挨拶 12:20～

特 別 講 演
教 育 講 演
抄 錄

ALK, ROS1, RET 融合遺伝子：がんの治療病理学の 創成に向けた病理医による新規分子標的の発見

竹内 賢吾

がん研究所分子標的病理プロジェクト



略 歴

1996年
東京大学医学部医学科卒業

2000年
東京大学大学院医学系研究科病因・病理学専攻博士課程修了

2000年
東京大学大学院医学系研究科病因・病理学専攻助手

2001年
東京大学医学部附属病院病理部助手

2002年
東京大学医科学研究所附属病院検査部助手

2004年
財団法人癌研究会癌研究所病理部研究員

2010年
財団法人癌研究会癌研究所 分子標的病理プロジェクト プロジェクトリーダー／病理部主任研究員

2011年
公益財団法人がん研究会がん研究所（改組による）分子標的病理プロジェクト プロジェクトリーダー／病理部主任研究員

ここ数年、さまざまながんにおける新規融合遺伝子を発見してきました。すべてキナーゼの融合遺伝子であり、それぞれに阻害剤が存在するので発見が分子標的療法に直結します。探索に際して私がとった方法は、病理医であるという特性を活かし（お金がなかったからという事情もありましたが）病理形態学を基盤とした他に成功例を見ないユニークな方法です。発見した分子標的の探索法は、そのままその分子標的の病理診断法となります。実際に ALK 融合遺伝子の探索に用いた方法は診断キット化されています。形態学的手法をいしずえに基礎と臨床双方にシーズを届けるつもりで、through the microscope to bench and bed と何かのパクリのようなことをいながら、病因・病態の解明と同時に治療をも志向した「治療病理学」を展開したいと考えています。

1. Togashi Y, Soda M, Sakata S, Sugawara E, Hatano S, Asaka R, Nakajima T, Mano H, Takeuchi K. KLC1-ALK: A Novel Fusion in Lung Cancer Identified Using a Formalin-Fixed Paraffin-Embedded Tissue Only. *PLoS One*. 2012; 7: e31323.
2. Takeuchi K, Soda M, Togashi Y, Suzuki R, Sakata S, Hatano S, Asaka R, Hamanaka W, Ninomiya H, Uehara H, Lim Choi Y, Satoh Y, Okumura S, Nakagawa K, Mano H, Ishikawa Y. RET, ROS1 and ALK fusions in lung cancer. *Nat Med*. 2012; 18: 378-381.
3. Sugawara E, Togashi Y, Kuroda N, Sakata S, Hatano S, Asaka R, Yuasa T, Yonese J, Kitagawa M, Mano H, Ishikawa Y, Takeuchi K. Identification of anaplastic lymphoma kinase fusions in renal cancer: Large-scale immunohistochemical screening by the intercalated antibody-enhanced polymer method. *Cancer*. 2012.
4. Takeuchi K, Soda M, Togashi Y, Sugawara E, Hatano S, Asaka R, Okumura S, Nakagawa K, Mano H, Ishikawa Y. Pulmonary inflammatory myofibroblastic tumor expressing a novel fusion, PPFIBP1-ALK: reappraisal of anti-ALK immunohistochemistry as a tool for novel ALK fusion identification. *Clin Cancer Res*. 2011; 17: 3341-3348.
5. Takeuchi K, Soda M, Togashi Y, Ota Y, Sekiguchi Y, Hatano S, Asaka R, Noguchi M, Mano H. Identification of a novel fusion, SQSTM1-ALK, in ALK-positive large B-cell lymphoma. *Haematologica*. 2011; 96: 464-467.
6. Takeuchi K, Yokoyama M, Ishizawa S, Terui Y, Nomura K, Marutsuka K, Nunomura M, Fukushima N, Yagyu T, Nakamine H, Akiyama F, Hoshi K, Matsue K, Hatake K, Oshimi K. Lymphomatoid gastropathy: a distinct clinicopathologic entity of self-limited pseudomalignant NK-cell proliferation. *Blood*. 2010; 116: 5631-5637.
7. Takeuchi K, Choi YL, Togashi Y, Soda M, Hatano S, Inamura K, Takada S, Ueno T, Yamashita Y, Satoh Y, Okumura S, Nakagawa K, Ishikawa Y, Mano H. KIF5B-ALK, a novel fusion oncokinas identified by an immunohistochemistry-based diagnostic system for ALK-positive lung cancer. *Clin Cancer Res*. 2009; 15: 3143-3149.
8. Takeuchi K, Choi YL, Soda M, Inamura K, Togashi Y, Hatano S, Enomoto M, Takada S, Yamashita Y, Satoh Y, Okumura S, Nakagawa K, Ishikawa Y, Mano H. Multiplex reverse transcription-PCR screening for EML4-ALK fusion transcripts. *Clin Cancer Res*. 2008; 14: 6618-6624.

最近のがん放射線治療の動向

櫻井 英幸

筑波大学・医学医療系・放射線腫瘍学、
筑波大学・陽子線医学利用研究センター



略 歴

1988年
群馬大学医学部医学科卒業

1988年
群馬大学医学部附属病院医員研修医

1991年
群馬大学医学部助手

1992年
英国ケンブリッジ大学医学研究所
研究員

2003年
群馬大学大学院医学系研究科講師

2006年
群馬大学大学院医学系研究科助教授

2008年
筑波大学大学院人間総合科学科教授
(放射線腫瘍学)

2008年
筑波大学陽子線医学利用研究
センター長

最近10年のあいだに放射線治療はかなり発展し、手術とともにがんの有効な局所療法の1つとして認知されるようになってきた。がん対策基本法が放射線治療の推進を重要課題として挙げた理由には、がん罹患率の増加だけでなく少子高齢化社会での非侵襲的がん治療、つまりがんを切らずに治す治療のニーズが高まることを予測したためと考えられる。また、がん治療の目的が“長期生存”だけでなく、“よりよい生存”へと発展し、患者並びに医療者の quality of life (QOL) への意識が高まったことで、放射線治療の役割は今後ますます重要になってくることが予想される。

理想の放射線治療は、正確にがんだけに放射線を照射し、周りの正常組織に照射せずのがんの根絶をはかることにある。すなわち①正確性が高い、②線量の集中性が良いことが条件である。①については、新しい放射線治療装置のほとんどで、画像誘導放射線治療 (image-guided radiotherapy) が可能となっている。これは、治療装置自体にCTを撮影する機能や、X線で病巣を追尾する機能が内蔵されており、治療前、治療中に病巣を確認しながら放射線治療を行うものである。②については、定位放射線治療 (stereotactic radiotherapy)、強度変調照射法 (intensity modulated radiotherapy)、また、高線量率小線源治療 (high dose-rate brachytherapy)、粒子線治療 (particle beam therapy) などの治療法が挙げられ、良好な成績が報告されるようになってきている。

本講演では、このような新しい放射線治療の動向を紹介するとともに、眼球眼窩周辺の放射線治療の実際について紹介したい。

私の出会った眼腫瘍

小島 孚允

さいたま赤十字病院／小島眼科医院



略 歴

1972年3月
群馬大学医学部卒業

1972年5月
東京大学眼科学教室入局

1975年4月
大宮赤十字病院眼科勤務

1980年8月
旭中央病院眼科勤務

1982年4月
大宮赤十字病院眼科副部長

1986年4月
帝京大学市原病院眼科助教授

1991年7月
大宮赤十字病院眼科部長

2002年4月
大宮赤十字病院副院長

2003年4月
(病院名称変更に伴い)
さいたま赤十字病院副院長

2012年3月
さいたま赤十字病院定年退職

2012年4月
小島眼科医院院長

(兼 職)
さいたま赤十字病院眼科
非常勤医師

東京大学眼科非常勤講師

獨協医科大学越谷病院眼科
非常勤講師

過去約20年間に経験した眼腫瘍を振り返り、診断・治療法の効果と問題点・反省点を検討した。

対象は平成3年7月から平成23年12月にさいたま赤十字病院を受診した眼腫瘍患者1850例で、内訳は眼瞼腫瘍760例、結膜腫瘍388例、眼内腫瘍222例、眼窩腫瘍480例である。このうち病理組織で診断を確定した悪性腫瘍の頻度は眼瞼腫瘍625例中143例(23%)、結膜腫瘍251例中46例(18%)、眼内腫瘍81例中65例(80%)、眼窩腫瘍281例中86例(31%)であった。

眼瞼悪性腫瘍では、脂腺癌が最も多く66例であった。脂腺癌では、原則として生検で診断を確定の上、外科的に腫瘍摘出+眼瞼再建を行い、切除断端またはその近傍に腫瘍浸潤のみられたものには、放射線の後照射を行い93%で再発がなかった。再発例の検討では、治療前の腫瘍径が大きいもののほど再発しやすい傾向にあったが、上皮内浸潤の有無には著明な関連はみられなかった。局所再発を繰り返した1例で放射線治療と最終的に眼窩内容除去術を行ったが、肺転移により死亡した。局所再発を繰り返す例では根治手術のタイミングを検討するべきと思われた。

眼内悪性腫瘍では、悪性黒色腫が最も多く44例であった。このうち20例で局所切除術を行った。局所切除例で現時点での転移・死亡例は無いが、2例で再発後眼球摘出を行った。局所切除術例での患者の満足度を調査し、この治療の有益性を検討した。

結膜および眼窩悪性腫瘍では、悪性リンパ腫が最も多く、合わせて96例であった。両者とも近年特に増加傾向がみられた。MALTリンパ腫では、一般に予後が良好であるが、再発例もあり、他のリンパ腫に転化したと思われる例もみられた。DLBCLは進行が急速であり、早期診断・早期治療が特に重要である。眼窩内広範にみられた腫瘍で、初回前方からの生検では良性疾患であったが、Kroenlein法による生検で確定診断がついたDLBCLの1例もあった。DLBCLは一般に化学療法が有効だが、局所再発後放射線および化学療法に抵抗性で死亡した例も経験した。

眼窩悪性腫瘍で特に治療困難例が多いのが涙腺癌である。外科的治療のみでは不十分で放射線治療が併用されることが多いが、リニアック以外に重粒子照射、サイバーナイフ治療を試みてきたので、その治療効果と合併症について検討した。

以上演者の経験から印象に残った眼腫瘍について具体例を示して述べる予定である。

1

眼底の腫瘍性病変の鑑別
～黒いもの、赤いもの、白いもの～

鈴木 茂伸

国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科

略 歴

1993年 東京大学医学部卒業
1993年 東京大学医学部附属病院研修医
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

眼底検査で通常とは異なる色調の病変を見た場合、どのように対処すべきであろうか。生検は難しく、臨床診断を要求される。眼科医の“眼”が非常に重要である。

黒色～褐色の病変を見た場合、鑑別診断の筆頭は悪性黒色腫である。大きさ、隆起の程度、色調、滲出性網膜剥離などの眼底所見を確認する。超音波検査は外来でできる検査であり、有用な情報が得られる。MRI や造影 CT、核医学検査なども併用する。その他の疾患として黒色細胞腫、母斑、色素上皮過形成、血腫などが挙げられる。

橙～赤色の病変は、血管に富む病変を意味する。網膜および脈絡膜の血管系腫瘍が考えられるが、一部の転移性腫瘍も同様の外見を呈する。

白～黄白色の病変は、上記以外の種々の疾患が含まれる。小児では網膜芽細胞腫、星細胞過誤腫、成人では転移性腫瘍、眼内リンパ腫、骨腫、肉芽腫性疾患などが鑑別に挙がる。

診断のためにはいくつかの疾患を頭に浮かべ、補助検査を行って確定診断に至る必要がある。そのためにも眼底所見からある程度の診断を絞り込む必要があり、今回の講演がその一助になれば幸いである。

2

眼瞼の腫瘍とマイボーム腺疾患 ～黒いもの、赤いもの、白いもの、そして黄色いもの～

吉川 洋

宗像眼科クリニック／九州大学眼科

略 歴

1991年 九州大学医学部卒業
1993年 九州大学病理病態学講座
1998年 九州大学眼科学助手
2000年 原三信病院眼科
2001年 九州大学病院眼科助手
2010年 九州大学病院眼科講師
2011年 宗像眼科クリニック／
九州大学病院特任講師

眼瞼の腫瘍について勉強しようとしたとき、最大の障壁は、その種類の多さでしょう。たとえば我々眼腫瘍の専門家が眼瞼腫瘍のすべてについて書けといわれたら軽く40種類超の腫瘍を列挙しなければなりません。しかしそんな文章を読んで、これから眼瞼の腫瘍について勉強するという気になるでしょうか？

私が眼科医になって間もない頃、当時の教室教授が語っていた言葉をよく思い出します。「なぜ糖尿病網膜症の福田分類が浸透しないのか？」師曰く「人間は3種類しか分類を覚えられません」と。

日本の現在の糖尿病網膜症がSDR/PPDR/PDRの3種類になって長く受け入れられていること、米国に至ってはNPDRとPDRの2種類しかないということは、世界中の眼科医が「どうにか疾患を単純化して話をしたい」という願いをもっていることの現れだと私は思います。

今回、眼底の腫瘍総説をされる鈴木先生の講演タイトルはまさにこの3種類(3色)になっています。眼瞼ではあまりに種類が多いので、タイトルをパクった私の講演では残念ながら「4色」になってしまいましたが「間違ってもいいから単純化」「はずしてもいいから疑い病名をつける」というテーマのもと、できるだけ単純な腫瘍診断法についてお話ししてみようと思います。どうか皆様、最後までおつきあいくださいませ。

This image shows a single sheet of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the paper.

一般講演抄録

01

涙嚢と交通があった表皮嚢胞の1例

○山本 哲平(やまもと てっぺい)¹⁾、野崎 真世^{1,2)}、
石嶋 漢¹⁾、加瀬 諭¹⁾、野田 実香¹⁾、
石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)帯広協会病院

【緒言】表皮嚢胞は重層扁平上皮に裏打ちされた袋状の構造をした腫瘍である。今回我々は、腫瘍の一部が涙嚢と交通があったと考えられる表皮嚢胞の1例を経験したので報告する。

【症例】51歳女性

現病歴：約3年前に左内眼角下部に皮下腫瘍が出現した。腫瘍を圧迫すると鼻腔内に液体が流れ出てくるのを自覚し、腫瘍の大きさは縮小した。腫瘍は一過性に縮小したが、再発を繰り返していた。

既往歴：リウマチ

家族歴：特記すべき事なし

経過を見ていたが改善は見られず、平成23年8月19日、帯広協会病院を初診。平成24年2月8日に摘出術を施行した。腫瘍は涙嚢に一部接していたが、明らかな交通は見られず一塊として摘出した。腫瘍の大きさは13mm×10mmであった。病理組織学的には、腫瘍は重層扁平上皮で被覆された嚢胞性病変で、内部には角化物が見られ表皮嚢胞と診断された。また、腫瘍壁の一部には杯細胞が混在していた。

【考察】本症例の特徴は、皮下腫瘍を圧迫すると内容物が鼻腔内に流出し腫瘍が縮小したこと、病理所見で涙嚢に由来すると考えられる杯細胞が嚢胞内に混在したことである。表皮嚢胞と涙嚢の間はある程度以上の圧が加わると開放する膜となっており、交通が見られたと考えられる。

02

両眼眼瞼結膜に多発した血管増殖性病変の1例

○柏木 広哉(かしわざ ひろや)¹⁾、矢田 清身²⁾

1)県立静岡がんセンター、2)矢田眼科クリニック

【目的】頭蓋内血管腫に合併した、多発性眼瞼結膜血管増殖性病変の1例を報告する。

【症例】27歳男性

【経過】5歳時に、転倒、咯血で近病院受診。MRIにて右後頭葉に血管腫が認められ、手術施行。その後脳神経外科的には問題はなかったが、2007年に右眼から出血するため眼科を受診し、両眼の眼瞼結膜血管性病変を指摘。コンタクトレンズ装用休止や点眼治療で経過観察していたが、その後数回の右眼から出血で、その都度同様の処置を行った。転居した2011年8月左眼から出血があり前医受診し、県立静岡がんセンター眼科を紹介された。眼科的所見：視力右1.0 左1.0、右眼上眼瞼結膜、左眼上下眼瞼結膜に大小様々な赤色の血管性病変が合計24か所認められた。この時には出血は認められなかった。また角膜には異常は認められなかった。9月に右眼手術、翌年2月に左眼手術を施行：大きな病変は周辺結膜を含めて摘出し、ジアテルミー、冷凍凝固術を施行。小病変は直接病変にジアテルミー、その後冷凍凝固術を施行した。病理組織学的所見：血管増殖が認められ、臨床経過より血管腫が考慮された。手術後数カ月が経つが、再発や出血はなく経過良好である。

【考察】眼瞼結膜の血管増殖性病変は比較的稀であり、静岡がんセンターでは開院から10年間で2例しか経験がない。また頭蓋内病変との合併例は今回初めてであった。治療は、摘出、ジアテルミー、冷凍凝固術で対応できると考える。

03

特異な形態を呈した結膜血管腫

○辻 英貴(つじ ひでき)¹⁾、小林 めぐみ¹⁾、
竹内 賢吾²⁾、杉浦 毅³⁾

- 1)がん研有明病院、
2)がん研 分子標的病理プロジェクト、
3)杉浦眼科

【目的】結膜には、悪性リンパ腫、血管腫、扁平上皮がん、悪性黒色腫などを生じるが、眼表面にあるため、臨床的に診断に迷うことは少ない。筆者らは特異な形態を呈した結膜血管腫の2例を経験したので報告する。

【対象】がん研有明病院眼科にて結膜腫瘍に対する切除を行い、病理診断の確定した2症例。

【結果】症例1は46歳の男性で、「腫瘍がまぶたから出たり入ったりする」とのことであった。切除標本の病理結果はcapillary hemangiomaであった。症例2は44歳の女性で、臨床的には悪性リンパ腫かと思われたが、capillary hemangiomaであった。両症例共に、再発なく経過は良好である。

【結論】結膜腫瘍における細隙灯顕微鏡での臨床診断はあくまで予想である。病理診断を確かめ、その結果をフィードバックさせて次の症例に生かすことが大切であると思われた。

04

涙丘原発脂腺癌の2例

○大湊 絢(おおみなと じゅん)¹⁾、尾山 徳秀¹⁾、
張 大行¹⁾、江口 功一²⁾

- 1)新潟大、2)江口眼科

【緒言】海外の報告では比較的多いとされているが、本邦では報告の少ない涙丘部脂腺癌の2例の治療と経過を報告する。

【症例1】67歳女性。2007年10月、右結膜腫瘍の診断で近医より当科紹介。涙丘部に黄色腫瘍を認め、病理診断は脂腺癌であった。CTでは、右内眼角、上下眼瞼、内直筋に進展する病変を認めた。同年11月に右眼窩内容除去術施行。病理診断で、眼輪筋と眼窩脂肪、内直筋に直接浸潤を認めたが、皮膚、骨膜への浸潤は認めず、切除断端は陰性であり、再発なく経過している。

【症例2】85歳女性。2009年4月、右結膜腫瘍の診断で近医より当科紹介。涙丘部に黄色腫瘍を認め、生検にて脂腺癌の診断であった。上下眼瞼に明らかな進展なく、CT上も明らかな眼窩内浸潤は認めなかった。外科的治療を本人が望まなかったため、重粒子線による治療を選択した。炭素線57.6GyE/16Fr/4weeksを施行。腫瘍は消失した。軽度の表層点状角膜炎を認めたが局所再発や転移なく経過している。重粒子線治療後19カ月頃より右眼眼圧上昇、隅角に新生血管を認め、眼底の無還流域に対して網膜光凝固術施行中である。

【結論】涙丘部脂腺癌では眼球、眼窩脂肪、内直筋、骨が隣接しており、眼窩内浸潤例では眼窩内容除去などの侵襲の大きな手術が必要になることが多い。浸潤の程度によっては、重粒子線による治療も有効であると考えられた。

05

眼球摘出を行った角結膜腫瘍の
1例

○大島 浩一(おおしま こういち)¹⁾、山鳥 一郎²⁾

1)岡山医療センター、

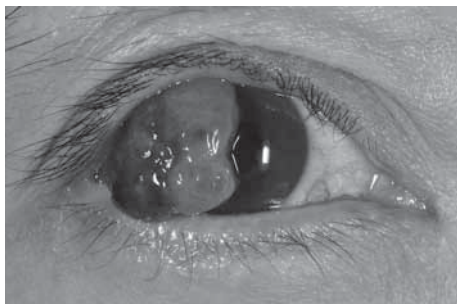
2)岡山医療センター臨床検査科

【背景】肉眼所見のみでは正しい診断が下せず、病理診断を待たねばならないことがある。また病理所見により診断が確定しても、治療に迷うことがある。

【症例】51歳の女性。4年前に右眼表面の腫瘍に気づき、近医眼科から当院を紹介されたが、疼痛がないので放置していた。最近になり視力低下を訴えて別の眼科を受診し、当院を紹介された。

右眼耳側角膜から球結膜にかけて表面に乳頭状血管を伴う縦13ミリ×横11ミリの隆起性病変を認めた。表面に光沢があり、灰白色の病変の一部に色素を伴っていた。腫瘍は瞳孔縁にかかっていた。病変周囲の角結膜浸潤あるいは眼内浸潤は明らかでなかった。9時の輪部付近から発生した腫瘍であろうと考えた。視力は右0.2(0.5)、左0.05(1.0)であった。

試験切除し、病理診断により悪性腫瘍であることを確認した。患者と相談のうえ右眼球摘出を行った。7ヶ月間経過観察しているが、再発・転移は見つからない。臨床診断の難しさと、治療および経過観察の方法について討論したい。



06

最近8年間の眼瞼腫瘍の統計

○大久保 裕子(おおくぼ ゆうこ)、小幡 博人
自治医大

【緒言】我々は以前、当科における1990年1月から2004年2月まで約13年間の眼瞼腫瘍の頻度について報告した(日眼会誌109:573-9, 2005)。今回、それ以降の眼瞼腫瘍の発生頻度について調査したので報告する。

【対象と方法】対象は2004年3月から2011年12月まで当科を受診し、病理診断の得られた眼瞼腫瘍111例112眼(男性45例、女性66例、平均年齢 63.9 ± 18.6 歳)。病理診断レポートをもとにレトロスペクティブに調査した。良性腫瘍と悪性腫瘍に分類し、頻度、年齢、性別について検討した。嚢胞や炎症性腫瘍は便宜上、良性腫瘍に分類し、霰粒腫と瞼結膜に発生した腫瘍は今回の検討から除外した。

【結果】良性腫瘍は78眼(70%)、悪性腫瘍は34眼(30%)であった。良性腫瘍と悪性腫瘍の平均年齢はそれぞれ 59.0 ± 19.3 歳、 74.8 ± 10.7 歳であり、両者間に統計学的に有意差があった。良性腫瘍は、母斑20眼、脂漏性角化症17眼、類表皮嚢胞11眼が多く、この3者で全体の62%を占めていた。悪性腫瘍は、脂腺癌19眼、基底細胞癌11眼、扁平上皮癌3眼で、脂腺癌が56%を占めていた。母斑、脂腺癌、基底細胞癌は女性の方が約2倍多くみられた。

【結論】良性腫瘍は以前の報告と比べて頻度に著変はなかったが、脂腺癌は以前の報告と比べて頻度が高くなっていた。

07

眼瞼皮膚炎として加療されていた扁平上皮癌の1例

○児玉 俊夫(こだま としお)¹⁾、木村 徹¹⁾、
竹澤 由起¹⁾、堀内 良紀¹⁾、吉岡 龍治¹⁾、
山本 康明¹⁾、山西 茂喜¹⁾、飛田 陽²⁾、
大城 由美²⁾

1)松山日赤、2)松山日赤病理

【緒言】皮膚の慢性的な栄養障害をきたす癬痕など先行病変を認めることが多い扁平上皮癌は眼瞼に生じた場合、慢性眼瞼炎と診断されることがある。今回我々は難治性の眼瞼皮膚炎として長期間加療されていた眼瞼扁平上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】77歳女性。5年前より他院で難治性の右上眼瞼炎として眼軟膏と点眼薬で治療されていたが完治することなく、2ヶ月前より潰瘍性病変を生じてきたために当科を紹介された。薬剤アレルギーを疑って眼局所治療を中止したが、改善が認められなかったことと皮下に結節を触れたために皮膚生検を行い、扁平上皮癌と診断された。腫瘍は上眼瞼全体と下眼瞼外側1/3に及んでおり、広範囲切除を行ったところ眼瞼欠損は高度となった。眼瞼形成として皮膚および硬口蓋粘膜移植を行ったが、移植組織の虚血壊死を生じたため合計3回の複合組織移植を必要とした。病理組織診断は角化の乏しい低分化の扁平上皮癌で、切除断端には腫瘍細胞の浸潤は認めなかった。病期分類ではⅡ期(T3N0M0)であった。初回手術より3ヶ月で移植皮膚、粘膜とも生着し、開瞼・閉瞼は可能であり兎眼は生じていない。

【考察】治療抵抗性で再発を繰り返す慢性眼瞼炎の中には仮面症候群として悪性腫瘍が見落とされることがあるので、漫然とした保存療法ではなく、皮膚生検を行って外科切除など適切な治療を行う必要がある。

08

脂腺癌切除・再建術前後の
涙液評価

○渡辺 彰英(わたなべ あきひで)、加藤 弘明、
横井 則彦、木村 直子、上田 幸典、木下 茂
京都府医大

【目的】脂腺癌切除・再建術後の涙液を評価すること。

【対象と方法】2011年10月から12月までの3か月間に、京都府立医大眼科にて眼瞼脂腺癌切除・再建術を施行した3例。術前の腫瘍の横径は8mm、3mm、6mmであり、全例 safety margin 5mmで腫瘍を含めて眼瞼全層切除した。再建術式は switch flap、free tarsal graft、単純縫縮であった。術前および術後3か月の涙液をメニスコメトリーで定量評価し、DR-1を用いて定性的に評価した。

【結果】術後の涙液メニスカス曲率半径(R)は術前後で有意差はなく、DR-1による涙液油層も減少を認めなかった。

【結論】脂腺癌切除・再建術後の涙液は、瞼板切除量が瞼板全体の半分未満の場合、質量ともに変化がない可能性が示唆された。

09

保存強角膜片を用いた
眼瞼再建術の検討

○新澤 恵(しんざわ めぐみ)¹⁾、大口 泰治¹⁾、
古田 実¹⁾、八子 恵子²⁾、石龍 鉄樹¹⁾
1) 福島県医大、2) 北福島医療センター

【目的】眼瞼の悪性腫瘍切除後の再建材料には、主に硬口蓋軟骨や耳介軟骨などの自己材料が利用されるが、供給部の犠牲、グラフト採取に要する時間や技術といった問題がある。当科では、眼球あっせんに関する技術指針に基づき同種材料である保存強角膜片を用いた眼瞼再建術を施行している。治療成績について検討した。

【対象と方法】2009年から2011年に、保存強角膜片を用いて眼瞼の再建を行った7例(男2例、女5例、平均年齢70歳)の治療成績を後ろ向きに検討した。強角膜片は、直径14mmのトレパンで摘出しPKPに使用した残り部分を用いた。

【結果】症例の内訳は、上眼瞼腫瘍3眼、下眼瞼腫瘍4眼で、病理診断は、基底細胞癌3例、脂腺癌2例、扁平上皮癌1例、Merkel細胞癌1例であった。全症例で、術直後の異物感や軽度の角膜上皮障害を認めたが、点眼やSCLの装用で対応が可能であった。術後半年以上の経過で、2例に眼瞼内反を認めた。うち1例は睫毛抜去で対応が可能であったが、1例は耳介軟骨移植による眼瞼再建を要した。残り5例の術後経過は、機能的、整容的にも概ね良好で、自覚的にも満足が得られていた。また、拒絶反応を生じた症例はなかった。

【結論】経過観察期間中、術後の眼瞼形態異常に対して再手術を要したのは1例のみであり、5例の経過は良好であった。保存強角膜片は、供給部の犠牲がなく量的にも制限がない。患者への侵襲が少ない手術であると考えられた。

10

眼瞼前葉を温存した
眼瞼脂腺癌の外科的治療

○後藤 浩(ごとう ひろし)、木村 圭介、白井 嘉彦
東京医大

【目的】悪性眼瞼腫瘍に対する治療の原則は十分な安全域とともに腫瘍を確実に切除することであり、通常は眼瞼の全層切除と再建が行われる。眼瞼結膜側に限局した脂腺癌に対し、眼瞼前葉を温存した治療によって良好な経過を示している3症例を報告する。

【方法】症例1は62歳、症例2は64歳、症例3は62歳で、いずれも女性である。症例1と症例2は結節性の、症例3は扁平で瞼結膜全体に拡がる病変を呈していた。症例1は瞼結膜側からの切除生検術のみ、他の2例は切開生検による診断確定の後、症例2は皮膚・眼輪筋を残して、症例3は瞼板組織の半層と皮膚・眼輪筋を残して、それぞれ瞼板とともに腫瘍の切除を行った。症例2と3は術中と術後にマイトマイシンCを使用した。術後の経過観察期間はそれぞれ5年10か月、1年2か月、4年6か月である。

【結果】3症例とも眼瞼皮膚および眼輪筋は切除していないため、術後に整容的な問題を生じることなく経過している。ただし、症例3は睫毛乱生および内反症に対して2度の矯正手術を要した。3症例とも経過観察期間中に局所再発やリンパ節転移等は見られていない。

【結論】マイボーム腺から瞼結膜方向へ進展する脂腺癌では、眼瞼前葉を温存した切除術が有効なことがある。この術式を選択するには、術前のみならず術中の注意深い観察が重要であり、状況に応じて術式を変更する柔軟性も必要と考えられる。

11

眼窩 Rosai-Dorfman 病の1例

○丹治 麻子¹⁾、岸田 桃子¹⁾、
敷島 敬悟¹⁾、池上 雅博²⁾

1) 東京慈恵医大、2) 東京慈恵医大病理

【緒言】Rosai-Dorfman 病は稀な良性反応性の組織球増殖性疾患である。頸部リンパ節の著明な無痛性腫大が典型的で、別名、sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy と呼ばれているが、節外性病変も見られ、眼窩内病変も稀少であるが報告されている。今回、眼窩内 Rosai-Dorfman 病に遭遇したので報告する。

【症例】2010年6月左眼球突出を認め、近医受診した。CTにて左鼻腔、眼窩に腫瘍を認め、7月A大学耳鼻科へ紹介となり、鼻内腫瘍摘出術施行(病理: IgG4関連疾患疑い)された。ステロイドに反応せず、腫瘍増大し左視力低下進行したため、当科紹介受診となった。視力左(0.1)。全身のリンパ節腫脹はなく、関節痛を認めた。3月13日ブジーにて涙小管を確認しながら、内上方と内下方から経隔膜法で surgical debulking を行った。病理像は、組織球の増殖が主体で細胞質内には貪食されたリンパ球がみられた。術後経過は良好で視力(0.4)、後療法を行う予定である。

【考按】Rosai-Dorfman 病に特徴的な病理像である lymphophagocytosis もしくは emperipolesis が確認された。一般に副腎皮質ステロイド剤に反応するが、この症例は反応せず、今後、放射線療法、化学療法を考慮する必要がある。

12

筋円錐先端部に発生し
前頭側頭開頭術を施行した
海綿状血管腫の1例

○上笹貫 太郎¹⁾、嘉島 信忠、
林 憲吾、笠井 健一郎

聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

【緒言】海綿状血管腫は良性眼窩内腫瘍であり、筋円錐内に好発する。増大が緩徐であるため自覚症状に乏しいが、時に視力低下、視野障害、眼痛、頭痛を伴う。今回我々は、著明な視力低下、眼球運動障害をきたした筋円錐先端部海綿状血管腫に対し、前頭側頭開頭手術を行なった症例を経験したので報告する。

【症例】61歳男性。近医で緑内障に対し加療中であつたが、2011年2月に左視力が(0.7)から(0.2)へ急激に低下した。自覚的には無痛で眼球突出も認めなかった。頭部MRI検査を施行したところ、左眼窩内に占拠性病変を認めたため当院脳神経外科および当科へ紹介受診となった。初診時、視力右(1.2)左(0.9)、中心フリッカー右42Hz左18Hz、Hessチャートで左眼上転障害を認めた。眼窩部MRI検査では筋円錐先端部に径0.5cm大の造影効果のある占拠性病変を認めた。後日、左前頭側頭開頭術を施行し、眼窩外側、前頭蓋底、中頭蓋底の骨削によって眼窩先端部を露出して腫瘍を摘出した。腫瘍は筋円錐先端部で視神経と動眼神経の間に存在していた。病理学的検査の結果は海綿状血管腫であつた。術後の経過は良好である。

【考察】今回の海綿状血管腫は比較的微小なものであつたが、筋円錐先端部に局在していたことから視神経、動眼神経をともに圧排し、視力低下、眼球運動障害に至つたと考えられる。また術式は、眼窩内からの腫瘍摘出は困難と考え、開頭手術によるアプローチを選択した。

13

外眼筋を含む線維化腫瘍を
来した幼児の3例

○林 憲吾(はやし けんご)、嘉島 信忠、
笠井 健一郎、上笹貫 太郎、小久保 健一
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

【緒言】眼窩内の線維性腫瘍の牽引により眼球運動障害と下眼瞼の内反症を来した幼児3例を経験したので報告する。

【症例1】1歳女児。出生時より左眼球突出があり、生後1ヶ月時に前医で筋肉錐内腫瘍を認め、当院へ受診した。MRIで内直筋を含む筋肉錐内に線維性変化が認められた。経過中に下眼瞼内反症を認めた。7歳時に腫瘍の生検と内反症手術を施行した。病理検査で、硝子様結合組織の増生を認めた。その後、腫瘍は残存し眼球運動障害は強く、弱視の状態である。

【症例2】3歳女児。出生時より左眼開瞼困難であった。3歳時に左眼球突出と下眼瞼の内反症があり、前医に受診し眼窩腫瘍を認めたため、当科へ受診した。MRIで左眼の内直筋と下直筋に連続する軟部腫瘍を認めた。生検結果、筋細胞間の線維増生を認めた。その後、4歳時と5歳時に内反症手術と再度生検を施行した。生検結果は硝子化を伴う線維増生であった。現在、左眼球の上転障害はあるが、眼位は正位で、左視力(1.2)である。

【症例3】3歳女児。2歳時に右眼の眼球運動の異常に親が気づき、前医にて右眼窩内腫瘍を認め、当科へ受診した。右眼の外転制限と眼球陥凹、下眼瞼内反があり、MRIにて右眼の内直筋と上直筋にかけて連続する線維性変化を認めた。眼位は正位で、右視力(0.9)である。生検手術を検討中である。

【結論】原因不明の眼窩内線維化腫瘍を来した3例を経験した。今後、病態の究明と治療法について検討が必要である。

14

外来における眼瞼および
眼窩腫瘍手術の成績

○古田 実(ふるた みのる)、大口 泰治、新澤 恵、
森 隆史、石龍 鉄樹
福島県医大

【目的】眼瞼および眼窩腫瘍の診断と治療には手術が不可欠であるが、適切な時期に手術予定が組めないときには対処に苦慮する。外来手術を行う機会が増加しており、手技別に治療成績を検討した。

【対象】過去2年間に当科外来で行った眼瞼腫瘍23例、眼窩腫瘍14例と脂腺癌との鑑別を要する50歳以上の霰粒腫9例を後向きに検討した。平均年齢71歳(範囲:31-90歳)であった。抗凝固薬内服患者は休止後に手術を行った。手術翌日の診察は紹介元で行った。

【結果】眼瞼腫瘍は全切除19例(うち悪性腫瘍/前癌病変9例)であった。手術は皮下腫瘍摘出5例、開放切除 shaving8例(3)、眼瞼全層切除6例(6)であった。眼瞼腫瘍の生検は4例(2)であった。また、眼窩隔膜後方に病変が局在した眼窩腫瘍14例のうち全切除は2例であり、血管奇形と毛嚢腫であった。その他の12例のうち8例はリンパ腫であった。霰粒腫の9例は鑑別診断に脂腺癌を加えたが霰粒腫を最も疑っており、皮切の後に霰粒腫を核出した。術後に出血や疼痛などで予定外受診や電話連絡をした症例はなかった。当科再来時には全例安定した状態であった。悪性腫瘍残存のため、追加切除を要した例はなかった。

【結論】外来での眼瞼腫瘍切除術は、複雑な再建を伴わないものであれば、頻回な診察の必要や重篤な合併症がなかった。眼窩内の不整形リンパ増殖性疾患に対しては、皮膚表面からはっきりと触れる部分に腫瘍があれば、外来での生検は可能であった。

15

視神経膠腫に対する治療

○柳澤 隆昭 (やなぎさわ たかあき)^{1,2)}、鈴木 智成^{1,2)}、
福岡 講平^{1,2)}、甲賀 智之²⁾、安達 淳一²⁾、
三島 一彦²⁾、藤巻 高光²⁾、松谷 雅生²⁾、
西川 亮²⁾

1) 埼玉医大国際医療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

【背景】当科は平成19年4月我が国はじめての小児脳・脊髄腫瘍を専門とする診療部門として開設された。

【目的】当科開設後紹介となった視神経膠腫についてその治療と経過を報告し、議論の多い本疾患の診断と治療について論じる。

【方法】初発例に対しては、原則放射線治療を回避することを目的に1st line から3rd line の化学療法を設定し、初期治療として化学療法を施行した。放射線治療後および化学療法後の再発例に対しても、同様に化学療法による腫瘍の制御を図った。

【結果】平成19年4月から平成24年3月まで生後4ヶ月～19歳までの27例(初発17例、再発10例)が紹介となった。神経線維腫症1型に合併したものはこのうち1例のみである。4例は片側視神経に局限した眼窩内腫瘍、他の23例は、視路視床下部腫瘍である。治療を終了している初発例12例中、1例を除いては初回化学療法により腫瘍増大は阻止された。1例は1st line、2nd line の化学療法中に進行認め、3rd line の化学療法により腫瘍の制御が得られた。同様に治療を終了している再発8例では7例で腫瘍の制御が得られたが、1例は増大を続け腫瘍減量手術を施行、その後なお増大がみられ後に退縮傾向を認めた。初発例のうち1例は、腫瘍生検後に無治療で退縮を認めている。

【結論】本疾患においては救命とともに長期的な機能予後をも考慮して診断と治療の方法を選択する必要がある。個々の腫瘍の自然経過を想定しながら治療をすすめていく必要がある。

16

経過観察中、脳実質と脳幹部に
海綿状血管腫が確認された
黄斑部海綿状血管腫の1例○牧野 伸二(まきの しんじ)¹⁾、加藤 健²⁾

1)自治医大、2)かとう眼科

【緒言】海綿状血管腫は血管性過誤腫あるいは血管奇形と考えられているが、網膜、特に黄斑部にみられるものは稀である。我々は以前に黄斑部にみられた海綿状血管腫を報告した(加藤：臨眼63：1851, 2009)。報告時点では頭蓋内に異常はなかったが、経過観察中に脳実質と脳幹部に多発性海綿状血管腫が確認されたため、改めて報告する。

【症例】41歳男性。3年前の検診で右眼眼底異常を指摘され、徐々に右眼視力低下を自覚し、2008年1月当科を受診した。視力は右=(0.3)、左=(1.2)であった。眼底は左眼に異常はなく、右眼黄斑部に房状の血管瘤が集簇していた。中心窩近傍のものは黄白色調と暗赤色調のものがあり、その下方のものは赤色調を呈し、一部はニボーを形成していた。フルオレセイン蛍光眼底造影検査では血管瘤への蛍光色素の流入が遅延し、個々の血管瘤の造影にばらつきがあり、血管瘤の上方が過蛍光、下方が低蛍光となる血漿血球分離が確認された。典型的な眼底所見から網膜海綿状血管腫と診断した。家族歴はなく、当初は頭蓋内に異常はなかった。経過観察中、網膜海綿状血管腫には一部器質化した変化がみられたが、2011年5月の頭部MRIにて、脳実質と脳幹部に高信号と低信号の混在した多発性の血管腫が確認された。全身症状はなく、現在経過観察中である。

【結論】個々の血管瘤の性状に差異や経時的変化があることがあり、網膜海綿状血管腫では頭蓋内の検査を定期的に行う必要がある。

17

ぶどう膜悪性黒色腫3症例の
検討○陳 逸寧(ちん いつねい)¹⁾、小林 奈美江^{1,2)}、
小林 健太郎²⁾、八子 恵子³⁾、辻 比呂志⁴⁾、
菊池 泰裕¹⁾1)総合南東北病院、2)南東北眼科クリニック、
3)北福島医療センター、
4)重粒子医科学センター病院

【緒言】 To present 3 cases of ocular uveal melanoma with different treatments.

【症例】 There were 3 cases of ocular uveal melanoma in the Southern Tohoku Eye Clinic during the past 6 years. Case 1 was a 56-year-old female. She suffered from blurred vision of her left eye. The initial VA (visual acuity) was 0.1 (OS). γ -knife radiosurgery was performed. Post-radio-surgery VA decreased to 50cm CF. The tumor shrank prominently but intractable retinal detachment developed. Enucleation was performed 2 months later. Case 2 was a 66-year-old mentally retarded female. The initial VA was no light perception (OS). Enucleation was performed. Case 3 was a 46-year-old male. The initial VA was 1.0 (OD). He was referred to National Institute of Radiological Science Hospital and carbon ion radiotherapy was done. The tumor size decreased. However, retinal detachment developed and VA decreased to 10cm HM. No metastasis was found in the 3 patients till now.

【結論】 It has been reported that proton or γ -knife radiotherapy is effective in treating uveal melanoma. However, induction of retinal detachment and poor prognosis of visual outcome after radiosurgery were noted in our experience. Although radiotherapy has an advantage of eyeball preservation for the cosmetic purpose, it also needs close post-treatment follow-up to prevent recurrence. As a choice of treatment, the feasibility of radiotherapy is still under debate.

18

放射線外照射を行った
虹彩癌転移の2症例

○山崎 奈津子(やまざき なつこ)、高比良 雅之、
清水 ふき、杉山 和久
金沢大

【目的】放射線外照射を行った転移性虹彩腫瘍の2症例を報告する。

【症例】症例1は47歳女性。2007年に乳癌の手術、2010年に肺、肝、骨転移の既往があった。2011年5月に両眼霧視を自覚し、当院初診時には、両眼の虹彩と脈絡膜に乳癌の転移を疑う多発病巣と続発緑内障(40mmHg)がみられ、さらに頭部MRIで多発脳転移、髄膜播種がみられた。両眼窩部にX線照射(50Gy、25分割)を行い、全脳照射14Gyも追加された。現在(照射後10ヶ月)萎縮した虹彩腫瘍の再増殖はなく、脈絡膜病巣は消退している。症例2は66歳男性。2001年に前立腺癌の手術、2007年に骨転移、肺転移の既往があり、最近は癌性胸膜炎の対症療法中であった。2012年1月に右眼視力低下を自覚し、2012年2月当院初診時には、右虹彩腫瘍と高眼圧(>50mmHg)がみられた。速やかに右眼窩部X線照射(60Gy、30分割)を行った。照射中に眼圧は正常化し、現在(照射後1か月)は右眼瞼炎の加療中である。

【考察・結語】既報によれば、眼内癌転移に対する放射線外照射の総線量は概ね40～60Gyの範囲である。40Gyを推奨する報告がある一方、遅発性の視神経症・網膜症を恐れて照射量を妥協してはいけないとする報告もある。本症例ではほぼ極限線量であり、短期の効果は良好であるが、今後、重篤な放射線眼合併症の発症に留意すべきである。

19

カルチノイドによる
脈絡膜転移性腫瘍に
光線力学療法を施行した1例

○川上 摂子(かわかみ せつこ)、後藤 浩、
若林 美宏
東京医大

【緒言】ぶどう膜転移性腫瘍の原発巣としてカルチノイドはきわめて稀である。治療には化学療法や放射線療法が用いられるが、治療抵抗例も少なくない。カルチノイドの脈絡膜転移に対し、光線力学療法(PDT)を施行した症例の臨床経過を報告する。

【症例】75歳、女性。2010年9月に左眼の飛蚊症を自覚し、近医からの紹介で当科初診。右眼の眼底には8乳頭径大、左眼の眼底には12乳頭径大の燈赤黄色隆起性病変を認めた。矯正視力は右眼0.6、左眼0.9であった。大腸癌の既往があり、転移性腫瘍を疑い全身の精査を行ったが原発巣は証明できず、123I-IMP SPECTも陰性であった。その後、定期的に経過観察していたが、1年後腫瘍が急速に増大し、左眼では病変が黄斑部に及び視力が0.1に低下した。再度全身精査を行ったところ、右気管支中葉枝内腔に腫瘤影、両乳房皮下組織に多数の結節を認め、組織学的に気管支、乳房ともにカルチノイドと診断された。臨床経過と併せ、カルチノイドによる転移性脈絡膜腫瘍と診断した。左眼に対し放射線照射を行ったところ、腫瘍は若干縮小した。右眼の病変も拡大傾向にあったため、十分なインフォームド Consentのもと、PDTを施行した。3週間後、右眼の腫瘍は治療前より著しく縮小した。PDT3か月後の現在まで経過は良好で、右眼視力は0.5を維持している。

【結論】カルチノイドの脈絡膜転移に対し、PDTは有効な治療法になり得ると考えられた。

20

副鼻腔腫瘍への放射線照射後の
重症放射線網膜症の1例

○石嶋 漢(いしじま かん)、加瀬 諭、山本 哲平、
野田 実香、石田 晋
北海道大

【緒言】副鼻腔腫瘍は稀な悪性腫瘍であるが、諸外国に比較し本邦において発生頻度が高い。今回我々は、篩骨洞癌に対する放射線照射後、重症な放射線網膜症を発症し、結果的に眼球摘出術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】41歳男性。右側の篩骨洞癌(扁平上皮癌、T4aN0M0、Stage IV)に対し総線量65/24Frの放射線照射と超選択的動注化学療法を施行した。放射線治療中、両眼の流涙、眼脂を主訴にH15年9月当科初診。矯正視力、右0.7、左1.2。右眼上眼瞼の皮膚は象皮様で眼瞼結膜は充血、浮腫状。右眼角膜上皮障害があり、前房に軽度炎症細胞を認めた。水晶体、網膜に異常所見はなかった。

H17年5月には右虹彩に新生血管、左網膜に軟性白斑が出現、両眼に汎網膜光凝固を施行した。MRIで両前頭葉、右側頭葉に放射線壊死の所見がみられた。徐々に眼圧上昇し、H18年4月、右眼前房出血、H19年3月に右眼角膜穿孔、眼痛を来とし、眼球摘出術を施行した。

摘出眼球の病理組織所見は、漿液性網膜剥離、虹彩新生血管、網膜内層の血管の消失、漿液性網膜剥離、グリオーシス、視神経萎縮であった。VEGF免疫染色では網膜視細胞層での発現を認めた。

【考察】重症放射線網膜症に合併する血管新生緑内障は、放射線照射に伴う網膜血管の消失と二次的な網膜の虚血によるVEGFの発現により抗VEGFが補助的治療に役立つと可能性を示唆した。

21

血管新生緑内障を合併した
眼内悪性リンパ腫の1例

○福原 淳一(ふくはら じゅんいち)¹⁾、加瀬 諭¹⁾、
野田 実香¹⁾、南場 研一¹⁾、久保田 佳奈子²⁾、
石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)北海道大病院病理部

【緒言】眼内悪性リンパ腫(IOL)は、視力障害のみならず、生命予後に影響を及ぼす重篤な疾患であり、稀に血管新生緑内障(NVG)を合併する。今回、眼球摘出術を施行したNVGを伴ったIOLの1例を経験した。

【症例】78歳、女性。平成18年6月中枢神経原発悪性リンパ腫に対しメトトレキサート大量療法と全脳照射を施行。平成20年10月右視力低下、右硝子体混濁が出現し、ぶどう膜炎が疑われステロイド薬の内服治療を行うも軽快せず、当科紹介となった。視力は右光覚弁、右眼圧14mmHg、前房2+ flare, 2+ cellsで硝子体混濁と網膜に黄色滲出斑、網膜出血があった。平成21年1月右硝子体吸引を施行。細胞診では異型リンパ球が検出され、IOLと診断した。翌月には右眼圧54mmHgで虹彩新生血管がみられた。右眼球に放射線照射を行った所、眼圧は正常化した。平成23年11月、再び右眼圧上昇、硝子体混濁出現し、IOLの再発を疑い、同年12月28日に右眼球摘出術を施行。その際に前房水と血清を採取した。組織病理は硝子体、網脈絡膜にCD5+CD20+異型リンパ球が浸潤し、壊死を伴っていた。VEGFの免疫組織化学的検討では、異型リンパ球に陽性を示した。ELISA法にてVEGF濃度を測定したところ、前房水で高値を示した。今日まで再発、転移はみられていない。

【結論】眼球摘出術に至ったNVGを合併したIOLの1例を経験した。NVGの発生病理においては、VEGFを産生するリンパ腫細胞が重要な役割を果たすことが示唆された。

22

中枢神経系原発の悪性リンパ腫
における治療後再発

○木村 圭介(きむら けいすけ)¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、
林 知茂¹⁾、柴田 元子¹⁾、秋元 治朗²⁾、
後藤 浩¹⁾

1)東京医大、2)東京医大脳神経外科

【目的】中枢神経系悪性リンパ腫(CNSL)では、治療後も眼内またはCNSに再発をきたすことが少なくない。CNSLに対する治療後の再発例を中心に検討した結果を報告する。

【対象と方法】東京医大病院(当院)脳神経外科もしくは関連病院でCNSLと診断された後に、眼科的精査目的または眼症状を発症したため当院眼科を受診した7例(男性3例、女性4例)の臨床経過について後ろ向きに検討を行った。

【結果】平均経過観察期間は33か月で、CNSLの初期治療としては高用量メトトレキサート(HD-MTX)と全脳照射(WBRT)が併用された症例が4例、WBRT単独治療例が1例、HD-MTX単独治療例が1例、WBRTと多剤併用化学療法を併用した症例が1例であった。CNS症状出現から治療開始までの期間は平均1.5か月であった。治療後に再発をきたした症例は7例中5例(71%)で、初回の再発部位は全例が眼内であった。5例のうち3例が硝子体混濁型、1例が網膜下浸潤型で、混合型が1例であった。眼内病変再発時の治療としてMTX硝子体内注射が4例に、眼部放射線照射が1例に行われたが、その後、5例中2例でCNS病変が再発し、HD-MTXが施行された。

【結論】PCNSLではHD-MTXや全脳照射等による治療が行われた後も眼内病変が出現する可能性が高い。したがって、眼科においても定期的な経過観察を継続する必要がある。

23

原発性眼内悪性リンパ腫の
治療経過と予後

○尾山 徳秀(おやま とくひで)¹⁾、張 大行¹⁾、
大湊 絢¹⁾、江口 功一^{1,2)}

1)新潟大、2)江口眼科

【目的】2003年から9年間に経験した原発性眼内悪性リンパ腫の頭蓋内病変の合併の有無、生存期間、治療法を報告する。

【対象】男性6例(平均64歳)、女性7例(平均65歳)の13例。

【結果】全例硝子体混濁があり、網膜下病変合併は33%あった。初診時の頭蓋内病変合併例は9例、眼内細胞診はclass IV以上、PCRでIgHもしくはT-cell gene rearrangementsを認め、眼内サイトカイン濃度はIL-10: 平均1688pg/ml、IL-6: 平均131pg/ml、IL-10/IL-6比は平均37.2、細胞診と合致しない症例は3例あり、B-cellが12例、T-cellが1例であった。頭蓋内病変合併例は、MPV療法および放射線治療とMTX硝子体内注入を行った。MTXの眼合併症例は、rituximabに変更した。MTX硝子体内注入は平均5.8回(最高投与12回)、rituximab硝子体内注入は平均6.6回(最高投与16回)で、平均観察期間23±18か月に再発例はなかった。International extranodal lymphoma study group (IELSG) prognostic scoring systemでのtotal IELSG prognostic scoreは、0-1:3例、2-3:9例、4-5:1例で、2年以上観察できた9症例の2年生存率は0-1:100%(1/1例)、2-3:57%(4/7例)、4-5:100%(1/1例)であり平均全生存期間は19.8か月であった。眼内病変のみで発症した3例中1例はMPV療法も施行したが、10か月後に頭蓋内病変を発症した。

【考察】MTXおよびrituximab硝子体内注入療法により眼内のコントロールは可能であるが、MPV療法では頭蓋内病変発症を予防できなかった。

24

眼内悪性リンパ腫診断における
硝子体切除液セルブロックの
有用性の検討

○伊東 崇子(いとう たかこ)¹⁾、吉川 洋¹⁾、
舩岡 邦明¹⁾、武田 篤信¹⁾、吉村 武¹⁾、
平川 沙弥香¹⁾、園田 康平²⁾、石橋 達朗¹⁾

1)九州大、2)山口大

【目的】眼内悪性リンパ腫は、硝子体塗抹標本のみでは診断が困難なことが多い。今回我々は、硝子体切除液から作成したセルブロックの有用性について検討したので報告する。

【対象と方法】2001-2010年に九州大学病院で原発性眼内悪性リンパ腫または中枢神経系悪性リンパ腫の眼内浸潤と診断した28例28眼中、硝子体生検で塗抹標本とセルブロックの両者を作製した21例21眼(男性9例、女性12例、平均年齢64歳)を対象とした。まず手術開始時の無希釈硝子体で塗抹標本作製、ギムザ染色およびパパニコロウ染色などを行った。また硝子体全切除液を回収し遠沈、ホルマリン固定してセルブロックを作製、これを薄切してH-E染色および各種リンパ球表面抗原の免疫染色を行った。最終診断は病歴や臨床像、眼内液IL-10およびIL-6濃度などから総合的に行った。

【結果】塗抹標本の細胞診では21眼中class III b以上は9眼(43%)であった。一方、セルブロックを薄切した標本では21眼中15眼(71%)でB細胞マーカー陽性の異型リンパ球を認めた。

【結論】眼内悪性リンパ腫において、硝子体切除液セルブロック作成は診断に有用である。

25

MALT リンパ腫 stage IV と診断していた2例

○藤田 陽子(ふじた ようこ)¹⁾、吉川 洋¹⁾、
有田 量一¹⁾、田平 瑛美¹⁾、金海 美和¹⁾、
石橋 達朗¹⁾、川野 庸一²⁾

1)九州大、2)福岡大

【目的】眼部リンパ増殖性疾患には炎症と腫瘍の鑑別が困難な症例が存在する。MALT リンパ腫 stage IV と診断していた2例を提示する。

【症例】症例1は49歳男性。1991年から眼瞼腫脹、1995年に両涙腺腫瘍を指摘された。生検で反応性リンパ過形成(RLH)と診断しステロイド治療を行った。1999年より再燃して2002年に再来、血中IgG 2316mg/dlであった。再生検で軽度異型リンパ球と免疫グロブリン長鎖(IgH)遺伝子の弱いクローナリティを認め放射線治療を行ったが部分寛解でステロイド治療を追加した。2006年全身のリンパ節が腫大、このとき血中IgG4は1270mg/dl、鼠径リンパ節生検で異形リンパ球を認めMALT リンパ腫 stageIV と診断されR-CHOP 6クール施行した。現在副鼻腔炎に対しステロイド少量維持治療を行っている。

症例2は65歳男性。2002年から両上眼瞼腫脹を自覚、2004年両涙腺を含む眼窩腫瘍を指摘された。血中IgG 3982mg/dl、全身のリンパ節腫脹があり涙腺および鼠径リンパ節の生検でIgH遺伝子のクローナリティを認めず、ステロイド治療を行った。2006年の再燃時、血中IgG4は4200mg/dl、涙腺部再生検で遺伝子再構成認めなかったが軽度異型リンパ球と染色体異常を認めMALT リンパ腫 stageIV としR-CHOP 6クールを施行、現在も寛解を維持している。

【考案】症例の組織所見、IgH 遺伝子検査、血液所見、治療の経過を見直し病態を考察する。

26

高感度 SNP アレイを用いた
眼付属器リンパ増殖性疾患に
おける遺伝子異常の網羅的解析

○臼井 嘉彦(うすい よしひこ)¹⁾、三橋 良輔¹⁾、
山川 直之¹⁾、佐藤 亜以子²⁾、佐藤 悠佑²⁾、
小川 誠司²⁾、新井 文子³⁾、後藤 浩¹⁾

1)東京医大、
2)東大キャンサーゲノミクスプロジェクト、
3)東京医歯大血液内科

【目的】癌細胞のゲノムでは、特定の遺伝子領域に増幅や欠失が起きることが知られている。一方、近年、高感度 SNP アレイを用いて網羅的かつ高解像度で微細なゲノムの異常を検出することが可能となった。本研究では、このアレイを用いて眼付属器リンパ増殖性疾患のゲノム異常の網羅的検索を行い、検討した。

【方法】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付属器低悪性度リンパ腫(MALT)28検体、IgG4リンパ関連増殖疾患(IgG4)9検体および反応性リンパ組織過形成(RLH)2検体を対象とした。摘出した検体よりゲノムDNAを抽出し、高密度SNPアレイはAffymetrix社製GeneChip Human Mapping 250K arrayを用いた。解析ソフトとしてCopy number Analyzer for GeneChip(CNAG)を使用した。

【結果】MALTでは、3, 18, 21番染色体に多数の増幅や欠失が検出された。特に3番染色体では片親性ダイソミー(Uniparental disomy: UPD)が数多く検出された。IgG4やRLHにおいては多くの症例で染色体の異常は検出されなかった。

【結論】眼付属器のMALTでは従来から報告されている染色体異常に加え、これまで報告のなかった異常が検出された。同じ病理組織診断であってもMALTでは染色体異常のパターンが異なる可能性がある。

27

IgG4免疫染色陽性の非IgG4
関連涙腺リンパ過形成の1症例

○濱岡 祥子(はまおか しょうこ)、高比良 雅之、
室谷 英治、大久保 真司、杉山 和久
金沢大

【目的】IgG4免疫染色は陽性であるが、IgG4関連疾患とは診断できない涙腺リンパ過形成の1症例を提示する。

【症例】27歳男性が、疼痛を伴う右眼瞼腫脹を訴え、前医を受診した。抗菌剤内服に反応せず、画像で右涙腺腫脹がみられ、当院に紹介された。初診時の血清IgG4は正常(107mg/dL)であった。当初からの抗生剤とNSAIDに反応せず、プレドニン内服(20mg)の2日目に症状の悪化を訴えたので中止し、涙腺生検を行った。病理では、強いリンパ球浸潤がびまん性にみられ、繊維化は目立たなかった。IgG4陽性細胞の集簇が散在し、多いところでは強拡大視野あたり50個以上みられた。IgH遺伝子再構成(サザンブロット)は陰性であった。プレドニン再開直後に右眼圧が高値(>50mmHg)となり、ステロイドレスポnderと判明した。以降ステロイド投与は行わず、眼圧を管理している。

【考察】本症例は、IgG4免疫染色は陽性であるが、繊維化が目立たないなど、典型的なIgG4関連疾患のHE像とは言い難い。年齢が若く、血清IgG4値が正常で、全身の他病変もみられないことから、IgG4関連疾患とは考えにくい。IgG4染色陽性には、既往としてのアトピー性皮膚炎の関与も示唆される。

【結語】IgG4免疫染色陽性は、IgG4関連涙腺炎の診断に必要ではあるが十分な条件ではない。

28

眼窩MALTリンパ腫を伴った
IgG4関連眼窩炎症の1例

○加瀬 諭(かせ さとる)¹⁾、野田 実香¹⁾、
山本 哲平¹⁾、石嶋 漢¹⁾、山本 和幸^{1,2)}、
石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)網走厚生病院

【背景】IgG4関連疾患は、血清IgG4値の上昇を伴う全身炎症性疾患であり、眼部では涙腺炎を含む眼窩炎症を来す。今回我々は、両側眼窩部眼輪筋下に著明な多結節状腫瘤を呈したIgG4関連疾患の1例を経験したので報告する。

【症例】72歳、女性。主訴は両側瞼の無痛性腫脹。既往歴に気管支喘息があった。平成20年頃より両側の瞼の腫れを自覚し、増大傾向があったため、平成23年8月前医受診。眼窩腫瘍が疑われ、当科紹介となった。視力右(0.7)、左(0.6)、眼圧 右21mmHg、左22mmHg、両側上下眼瞼皮下に腫瘤を触知した。中間透光体、眼底に特記所見はなかった。MRIでは両側眼輪筋下眼窩内に多結節状腫瘤が検出された。採血上、IgG4は991mg/dLと上昇していた。多結節腫瘤を2カ所試験切除した。前者はリンパ形質細胞浸潤と線維化があり、後者は異型リンパ球のびまん性浸潤がみられた。両者にIgG4陽性形質細胞浸潤が著明にみられた。前者ではIgH遺伝子再構成は陰性、後者は陽性であった。以上より眼窩MALTリンパ腫を伴ったIgG4関連眼窩炎症と診断した。プレドニゾン30mg内服開始後、眼窩腫瘍が縮小した。内服開始2か月後に総線量30Gyの放射線5門照射を両側眼窩に施行した。現在、腫瘍の再発はない。

【結語】IgG4関連眼窩炎症はMALTリンパ腫を伴うことがあり、腫瘍の発生母地として重要であることが示唆された。IgG4関連疾患に伴うMALTリンパ腫の治療は、ステロイド薬を併用した放射線照射が有効である。

29

血中 IgG4 高値でステロイド抵抗性の両側涙腺リンパ増殖性疾患の2例

○有田 量一(ありた りょういち)、吉川 洋、
藤田 陽子、田平 瑛美、金海 美和、
石橋 達朗
九州大

【目的】眼部リンパ増殖性疾患には、炎症と腫瘍の鑑別が困難な症例が存在する。血中 IgG4 高値でステロイド抵抗性の両側涙腺リンパ増殖性疾患の2例を検討する。

【症例】症例1は62歳女性。2004年、左)中頭蓋窩腫瘍摘出し Castleman 病と診断された。2006年、両側涙腺腫瘍の疑いで当科紹介初診。右)涙腺生検組織で免疫グロブリン長鎖(IgH)遺伝子再構成を認めず、ステロイド治療を行ったが反応不良であった。2010年、左)涙腺病変が増大し、血中 IgG4 380mg/dl と高値であった。左)涙腺生検組織ではリンパ球に軽度の異型を認めた、IgG4 index は47%であった。IgH 遺伝子再構成を認めず、ステロイド治療を行ったが反応不良であった。

症例2は43歳女性。2010年、両)涙腺腫瘍の疑いで当科紹介初診。血中 IgG4 259mg/dl、右)涙腺生検組織でリンパ球に軽度の異型を認めたが、IgG4 index <1%であった。IgH 遺伝子再構成を認めず、ステロイド治療を行ったが反応不良であった。その後、放射線治療により腫瘍は寛解した。

【考察】血中 IgG4 高値でステロイド抵抗性の両側涙腺リンパ増殖性疾患の2症例の病態について考察する。

30

IgG4 関連疾患の治療成績

○大口 泰治(おおぐち やすはる)、新澤 恵、森 隆史、
古田 実、石龍 鉄樹
福島県医大

【目的】涙腺腫大を伴う IgG4 関連疾患の治療成績を検討した。

【方法】過去10年間に福島県立医科大学を受診した涙腺腫瘍で、血清学的、病理学的に IgG4 関連疾患と診断した症例のうち、経過観察可能であった症例に関して検討した。

【結果】症例数は10例、平均年齢61歳(範囲41-84)、平均観察月数30ヶ月(範囲2.3-124)であった。男性3人、女性7人で両側性4例、片側性6例であった。涙腺部のみの症例5例、頭頸部病変合併5例、全身病変合併3例であった。MALT リンパ腫合併5例、木村病合併1例であった。

初回治療は涙腺全切除4例、全身ステロイド療法6例であった。

涙腺全切除例では平均観察月数25ヶ月(範囲2.3-55)で再発は認めなかった。しかし全例で術後ドライアイの継続的な治療が必要であった。

全身ステロイド療法6例のうち、2例で放射線治療を行ったが寛解せず、1例は涙腺全切除を、もう1例は全身ステロイド療法継続中である。残り4例のうち3例は全身ステロイド療法継続中で、1例はR-COP 療法で寛解状態に至っている。

【結論】IgG4 関連疾患では涙腺部に病変が限定される場合は涙腺全切除が有効と考えられるが涙腺の広汎な障害のためか術後のドライアイが必発であった。全身ステロイド療法は長期化が必至であり放射線治療を行っても完治しなかった。通常の MALT lymphoma と違い IgG4 合併例では放射線治療の効果が低い印象であった。1例のみであるが化学療法有効例があり、さらに症例を増やして検討する必要がある。

31

IgG4 関連疾患の診断基準と
眼領域病変○高比良 雅之(たかひら まさゆき)¹⁾、安積 淳²⁾

1)金沢大、2)神戸海星病院

【目的】IgG4関連疾患について、最近、討議・発信された診断基準を紹介するとともに、今後、眼科領域病変に関して検討すべき事項につき考察した。

【診断基準】厚生省IgG4関連疾患研究班として報告された「IgG4関連疾患の包括的診断基準-2011」は、全ての臓器のIgG4関連疾患を包括する診断基準である。感度向上のため、臓器特異的診断基準も付記されており、眼領域ではMikulicz病の診断基準が該当する。一方、2011年の国際IgG4関連疾患シンポジウム(ボストン)では、Consensus Statement on the Pathology of IgG4-RDとして、病理診断基準が討議された。

【症例と考察】IgG染色ではときに陽性細胞を数えるのが困難な症例がある。また、IgG4/IgG陽性細胞数比が100%を超える症例もあった。IgG染色の方法、あるいはIgG4/IgG比に代わる基準の検討が必要かもしれない。また強拡大視野内IgG4陽性細胞絶対数は各診断基準でばらつきがあり、眼領域病変の診断は、包括診断基準ではより甘い基準(10個/hpf)、一方、国際シンポジウム案ではより厳しい基準(100個/hpf)となる。

【結語】昨年より報告・討議されたIgG4関連疾患の診断基準は、現時点での指標となる。今後、眼領域病変、特に涙腺以外の病変について、その検証が必要である。

32

眼科領域に発生する
IgG4 関連疾患の名称について○安積 淳(あづみ あつし)¹⁾、高比良 雅之²⁾

1)神戸海星病院、2)金沢大

【目的】IgG4関連疾患の学術用語に関する取り組みの歴史を紹介し、眼科領域に発生するIgG4関連疾患の名称を提案する。

【方法】2007年に始まったIgG4研究会、2009年以降の厚生労働省難治性疾患克服研究事業梅原斑班会議、2011年国際IgG4関連疾患シンポジウムなどを通じて確立されてきたIgG4関連疾患の学術名の意義を紹介し、眼科領域に発生するIgG4関連疾患の名称を考案する。

【結果】IgG4陽性細胞の出現と血中IgG4高値を特徴とする疾患は、当初様々な名称で呼ばれた。しかし、わが国から世界にむけて発信する新しい疾患概念が、国内でも統一性に欠くことは大問題、という認識で意見の統一があり、最終的にIgG4-related disease: IgG4関連疾患という名称が世界標準として認定された。同様の意見集約は眼科でも重要と思われたが、当初眼科領域では症例集積が不十分で、時期尚早と感じられた。その後、末梢神経に沿った腫瘍の増大、視神経症誘発の可能性、肥厚性強膜炎症例の報告、特発性眼窩炎症との鑑別が困難な症例、眼窩をこえて眼瞼/顔面/頭蓋内に伸展する症例などが報告/経験されることとなり、眼科領域には涙腺病変だけではない、多彩なIgG4関連病変が発生することが知られるようになった。今後も症例の蓄積とともに新たなバリエーションの発見される可能性がある。

【結論】眼科領域に発生するIgG4関連疾患は多様である。その包括的名称としてIgG4-related ophthalmic disease: IgG4関連眼部疾患が適切と思われる。

33

腎細胞癌の外眼筋転移の1例

○張 大行(ちょう ひろゆき)¹⁾、尾山 徳秀¹⁾、
大湊 絢¹⁾、江口 功一^{1,2)}

1)新潟大、2)江口眼科

【緒言】腎細胞癌の眼窩転移は、転移性眼窩腫瘍全体の数パーセントと比較的稀である。今回我々は、腎細胞癌の転移性眼窩腫瘍に対して、スニチニブ(スーテント[®])による治療を行い若干の知見を得たので報告する。

【症例】79歳男性が右眼瞼腫脹、右眼の霧視を主訴に近医眼科受診した。右眼の球結膜血管の怒張、脈絡膜皺襞を認め、眼窩腫瘍疑いにて当院紹介となった。4mmの眼球突出と右眼の外転、上転制限を認めた。MRIのFIESTA像にて外直筋に2.5cm径の腫瘍性病変を認め、ガドリニウム造影にて早期から非常に強い濃染を示し、後期でも非常に強い造影効果を認めた。11年前に左腎細胞癌に対して腎臓摘出術の既往があり、腎細胞癌の外直筋転移と診断し、スニチニブ内服による分子標的治療を開始した。50mg/dayの内服開始後2週間で嘔気、食欲不振、甲状腺機能低下などの副作用あり、25mg/dayで2週内服、2週休薬で治療を行ったところ、腫瘍の縮小効果を認めたが、治療開始後15ヶ月で治療に抵抗性を示すようになり、腫瘍増大に伴う圧迫性の視神経障害を認めたため、外直筋を含めた腫瘍の全摘出術を施行した。病理診断は淡明細胞癌であった。

【結論】比較的稀である腎細胞癌の外直筋転移に対してスニチニブによる分子標的治療を行った。治療により腫瘍の縮小傾向を認めたが、治療後15ヶ月で治療に抵抗性を示した。

34

眼窩アポクリン腺癌の1例

○上田 幸典(うえだ こうすけ)¹⁾、渡辺 彰英¹⁾、
木村 直子¹⁾、荒木 美治²⁾、木下 茂¹⁾

1)京都府医大、2)山科病院

【緒言】アポクリン腺癌は汗腺由来の悪性腫瘍であり、眼窩内に生じるのは稀である。眼窩アポクリン腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】87歳、男性。2010年9月に右眼瞼下垂を生じたため他院にて手術を受けた。同時期より視力低下の自覚があった。2011年10月13日、前医を受診し、CT検査で眼窩腫瘍を指摘され、2011年10月20日に当科を紹介された。初診時、右視力0.3(矯正不可)、右眼圧46mmHgであり、眼球突出を生じ、全方向で眼球運動制限を認めた。MRI検査で眼窩内に眼窩先端部まで充満する腫瘍を認めた。2011年11月1日、右眼窩眼窩腫瘍生検を施行し、アポクリン腺癌と診断した。PET検査を施行し、眼窩以外に腫瘍性病変を認めなかった。年齢等を考慮し、2011年12月7日から放射線治療(45Gy)を行った。現在、腫瘍は残存しているが著明に縮小している。

【考察】比較的稀な眼窩アポクリン腺癌の1例を経験した。アポクリン腺癌に対する保存的治療の選択肢として放射線治療が有効であると考ええる。

35

重粒子線治療後再発した
涙腺腺様嚢胞癌の1例

○相原 由季子(あいはら ゆきこ)、藤原 美幸、
佐野 秀一、鈴木 茂伸
国立がん研究センター

【緒言】涙腺上皮性悪性腫瘍は、2002年から行われた第I/II相試験21例の結果に基づき、先進医療に認定された。その後の観察により局所再発を生じた症例を経験したので報告する。

【症例】49歳女性。2003年から視力低下、眼球突出があり、2004年CTにて涙腺腫瘍を指摘され当院紹介受診。同年11月、前方アプローチにて腫瘍摘出を行い、腺様嚢胞癌の診断であった。術後1年で局所再発を確認、PETにて全身転移はなく、2005年12月、放射線医学総合研究所で炭素イオン線の臨床試験に登録された。2008年、CTにて多発肺転移が発見され、緩徐増大傾向を示したが自覚症状もなく、無治療経過観察の方針となった。2010年7月、眼部の疼痛を自覚、MRIで眼窩外側壁に嚢胞様病変を認めた。再発、放射線治療後の炎症・壊死の両方の可能性を考えて経過観察したが、病変は徐々に拡大した。2012年になり、急速に前頭葉に広がる病変が出現、局所再発と診断した。積極的治療の適応はなく、現在疼痛管理を行っている。

【考察】涙腺に対する炭素イオン性治療は、短期の局所制御は良好であるが、長期観察で再発する例が出現しており、今後線量の再検討が必要ではないかと思われる。

36

50年経過した涙腺多形腺腫が
自然に悪性転化した1例

○今川 幸宏(いまがわ ゆきひろ)¹⁾、布谷 健太郎¹⁾、
藤田 恭史¹⁾、三村 真士¹⁾、佐藤 文平¹⁾、
池田 恒彦²⁾

1)大阪回生病院、2)大阪医大

【緒言】涙腺多形腺腫を不完全摘出すると、悪性転化して再発する可能性があることは知られているが、手術の既往がなくても自然に悪性転化する可能性があり、その報告は少ない。

【目的】今回我々は、未治療の涙腺多形腺腫が、50年経過して自然に悪性転化したと考えられた1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】84歳女性。50年前に左側眼球突出を主訴に近医を受診し、甲状腺眼症と診断された。眼球突出と眼球偏位は緩やかに進行したが、経過観察されていた。平成23年1月頃から、左上眼瞼外側を中心に隆起する固い腫瘤を触れるようになり、徐々に増大。MRI検査で眼窩腫瘍を指摘され、平成23年11月に当科受診となった。眼窩外まで進展する巨大な涙腺部腫瘍を認め、画像所見から涙腺悪性腫瘍を疑い、経眼窩縁アプローチによる生検を施行。病理組織学的検査の結果、涙腺多形腺癌と診断した。治療方針について相談し、拡大眼窩内容除去術は希望されず、家族の希望で腫瘍摘出術を施行した。現在後療法として、放射線照射を行っている。

【結論】本例は、臨床経過と病理組織学的検査の結果から、50年前から存在した涙腺多形腺腫が自然に悪性転化したと考えられた。涙腺多形腺腫が疑われる場合は、悪性転化の可能性を説明し、手術の希望がない場合でも定期検査を継続する必要がある。

37

鼻腔内から転移した
眼窩悪性黒色腫の1例

○児玉 達夫(こだま たつお)¹⁾、海津 幸子¹⁾、
大平 明弘¹⁾、森倉 一郎²⁾、淵脇 貴史²⁾、
青井 典明²⁾、川内 秀之²⁾、丸山 理留敬³⁾

1)島根大、2)島根大耳鼻咽喉科、
3)島根大病院病理部

【緒言】鼻腔内から転移したと考えられる眼窩悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

【症例】68歳男性。2006年7月に鼻出血と左下鼻甲介の黒色腫瘍で当院耳鼻科を紹介され、鼻腔内腫瘍摘出術を施行された。類上皮型悪性黒色腫の診断で、DAVFeron療法が3クール行われた。摘出腫瘍の断端は陰性で、左鼻涙管断端に腫瘍浸潤は無かった。2007年11月、頸部リンパ節転移をきたし、頸部郭清術とDAVFeron 4クールが行なわれた。2009年1月、左眼窩下方に腫瘍を触知し、123-IMP-SPECTで腫瘍に集積を認めた。同月、左眼窩腫瘍摘出術を施行された。病理所見は、核小体の目立つ核異型を有するN/C比の高い腫瘍細胞の増生から成り、悪性黒色腫の眼窩内転移と考えられた。術後はDAVFeron 2クールで、IFN- β の眼窩内注射を施行した。2010年8月には左上鼻道に再発がみられたが、現在まで眼窩内再発は認められない。免疫組織学的に鼻腔原発巣と眼窩転移巣を比較したところ、Melan Aは原発巣が、MIB-1は転移巣の陽性率が高かった。HMB-45, S-100, NSE, p53の染色性は同等であった。

【結論】本症例の眼窩内転移巣のMIB-1 indexは、鼻腔内原発巣に比し高値であった。眼窩病巣術後3年間経過しているが、眼窩内再発と遠隔転移を認めていない。

38

肉芽腫性眼窩筋炎の2例

○田平 瑛美(たびら えみ)^{1,2)}、吉川 洋¹⁾、
有田 量一¹⁾、向野 利一郎¹⁾、石本 栄胤¹⁾、
藤田 陽子¹⁾、金海 美和¹⁾、石橋 達朗¹⁾

1)九州大、2)福岡市立こども病院

【目的】筋生検を行った重症眼窩筋炎2例の報告

【症例】症例1は56歳女性。2003年12月、左眼の色覚異常を自覚し当科紹介受診。経過中両眼の突出が急激に進行、両眼全方向の眼球運動障害と両眼視力低下、MRIで両眼全外眼筋の著明な肥厚を認めた。ステロイドパルス治療が奏功したが休薬期間に急激に再燃したため確定診断のため左下斜筋生検を行った。切除標本では横紋筋内に類上皮細胞、多核巨細胞を伴った肉芽腫性炎症を認めた。その後ステロイド大量点滴からシクロスポリン併用でステロイド緩徐漸減を行って寛解安定、8年後の2012年3月、ステロイド内服を終了した。

症例2は15歳女性。2005年6月右眼瞼下垂で当科紹介受診。MRIで右眼の外直筋および上直筋の著明な腫大を認めた。ステロイド治療に反応したが再燃、放射線療法で一時的に軽快したが右眼の再燃とともに左眼にも眼瞼下垂および運動障害が出現、MRIで両眼全外眼筋の著明な腫大を認めた。左下斜筋生検を行ったところ、巨細胞と好酸球浸潤を伴う肉芽腫性炎症を認めた。ステロイドパルス治療からシクロスポリン併用で緩徐漸減を行って寛解安定、2008年、プレドニゾン10mg内服の状態で転院した。

【結論】当院で筋生検に至った重症眼窩筋炎の2例はいずれも肉芽腫性炎症であった。いずれの症例もステロイドパルス治療に続いてのシクロスポリン併用ステロイド大量緩徐漸減治療で寛解した。

Handwriting practice lines consisting of 30 horizontal dotted lines.

ランチョンセミナー

6月30日_土 12:15～13:00

共催：参天製薬株式会社

共催：参天製薬株式会社



座長：妹尾 正
獨協医科大学眼科学教室 教授



ドライアイ：治療のこつと落とし穴

山田 昌和

東京医療センター感覚器センター 部長

略 歴

1986年
慶應義塾大学医学部卒業
1986年
慶應義塾大学医学部眼科入局
1993年
Duke 大学アイセンター研究員
1995年
慶應義塾大学医学部眼科助手
1997年
慶應義塾大学医学部眼科専任講師
2003年
東京医療センター感覚器センター部長

ドライアイは慢性眼表面疾患のほぼすべてを包括する広い疾患概念に成長し、治療の選択肢も増加しています。このセミナーでは、ドライアイ治療の中心となる点眼薬や涙点プラグの特性、使い方のこつについて取り上げて行きます。

ドライアイ治療に選択しうる点眼薬として、人工涙液、ヒアルロン酸製剤、ステロイド剤、非ステロイド系抗炎症薬、抗菌剤などがあり、これらに加えて最近、涙液改善剤とでもいうべきジクアホソルナトリウムとレバミピドが臨床で使用できるようになりました。ドライアイに共通するコアメカニズムは涙液安定性の低下であると我が国では考えられており、その要因は大きく4つ（涙液量の減少、涙液の質の低下、涙液蒸発量の亢進、眼表面ムチンの減少）に分けられます。欧米ではドライアイのコアメカニズムとして、涙液浸透圧上昇と炎症の関与が重視されており、症例によってはこれらの要因も考慮する必要があります。個々の症例で涙液安定性が低下している要因を把握し、処方目的を明確に意識することが重要なポイントと思われます。

これからのドライアイ診療には症例のサブタイプ、病態や重症度に応じて治療法を選択していくカスタムメイドの治療が重要と思われます。

ドライアイ治療のこつと陥りがちな落とし穴について、できるかぎり実際の症例を呈示しながら概説し、先生がたの知識の整理とブラッシュアップに役立つようにしたいと考えております。

[illegible]

第30回日本眼腫瘍学会 プログラム・抄録集

会 長：小幡 博人

事務局：自治医科大学眼科学講座

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1

TEL：0285-58-7382 FAX：0285-44-8365

E-mail：js00@jichi.ac.jp

出 版：(株)セカンド
 学会サポート 株式会社セカンド
<http://www.secand.com/>

〒862-0950 熊本市中央区水前寺 4-39-11 ヤマウチビル 1F

TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025