

# 第31回 日本眼腫瘍学会

プログラム・抄録集

会期 2013年 9月14日(土)・15日(日)

会場 総合あんしんセンター(高知市)

会長 林 暢 紹

医療法人 五月会 須崎くろしお病院 眼科  
高知大学医学部 眼科学講座



Oncology  
**腫瘍と病理**  
Pathology



The 31<sup>st</sup> Annual Meeting of  
Japanese Society of Ocular Oncology

# 第31回 日本眼腫瘍学会

|||| プログラム・抄録集

## 腫瘍と病理

会期 2013年 9月14日(土)・15日(日)

会場 総合あんしんセンター(高知市)

会長 林 暢紹

医療法人 五月会 須崎くろしお病院 眼科  
高知大学医学部 眼科学講座

### 第31回日本眼腫瘍学会事務局

医療法人 五月会 須崎くろしお病院  
〒785-8501 高知県須崎市緑町4番30号  
TEL: 0889-43-2121 FAX: 0889-42-1582  
E-mail: h-i-m@susaki-kuroshio-hp.or.jp

### 後援事務局

高知大学医学部眼科学講座  
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮  
TEL: 088-880-2391 FAX: 088-880-2392  
E-mail: im36@kochi-u.ac.jp

## 第31回日本眼腫瘍学会 開催にあたって

会長 林 暢紹 須崎くろしお病院・  
高知大学医学部眼科学講座



日本眼腫瘍学会は、2010年10月に前身の日本眼腫瘍研究会（過去28回開催）を改組し設立され、2011年6月に第29回日本眼腫瘍学会を福島市で、2012年6月～7月に第30回学会を宇都宮市で開催致しました。そしてこのたび第31回学会を高知市で開催させていただくことになりました。このような学会の主催の機会を頂きましたこと、まずは関係各位に御礼申し上げます。

日本眼腫瘍研究会の世話人・代表世話人として研究会の舵を取られていました上野脩幸高知大学名誉教授より、眼病理を専門としていた自分を世話人の後任へ推薦していただき、この研究会・学会に携わるようになりました。上野名誉教授時代に2度この研究会が高知で開催されていますので、今年で3回目の高知開催となりますが、学会として開催されるのは初めてです。

眼腫瘍という敬遠されがちな眼科専門分野ですが、これからますますの高齢化社会の到来とともに、眼腫瘍の患者さんは増加することが予想され、眼科医が遭遇し対処・治療する機会も増えると思います。この学会を通して、眼腫瘍への関心を高め、知識の整理、新しい知見を吸収できるようになれば学会は成功だったともいえます。また、今回の学会テーマは、「腫瘍と病理」と致しました。病理学も腫瘍分野と同じように敬遠されがちな眼科専門分野ですが、腫瘍の病態解明・治療等に、病理学は必要不可欠です。両者が上手く融合して眼腫瘍学が進歩・発展していくものと考えます。

今回、一般演題は全国から47題の演題応募を頂きました。特別講演は、岡山大学病理学教授の吉野正先生と、高知大学病理学教授の降幡睦夫先生にご講演をお願いしました。吉野先生には、眼科関連領域の悪性リンパ腫をはじめとするリンパ増殖性疾患についてのご講演をお願いしており、また降幡先生には、癌をはじめとする悪性腫瘍を考える上で、その土台となるべきベーシックなご講演をお願いしています。テーマである「腫瘍と病理」に沿い、いずれも病理関連の特別講演となっており、腫瘍研究の大きな柱である病理学への感心の高まりを期待しています。また教育講演として、福島県立医科大学眼科の古田実先生には、眼内悪性腫瘍の眼底画像診断について、がん研究会有明病院眼科の辻英貴先生には、眼部における転移性および浸潤性の腫瘍についてご講演して頂きます。

今回の学会は9月の最初の連休を利用した開催となっていますが、連休の中日9月15日のお昼過ぎには終了できるようにプログラムを組みました。今年は猛暑・酷暑の夏で、さらに南国高知でもあり、学会開催時の9月はまだまだ暑い日も多いとは思いますが、学会終了後は、高知市内近隣の桂浜、坂本龍馬関連博物館等、また東には2011年9月に世界ジオパークに認定された室戸ジオパークがあり、西には清流四万十川と、自然にも大変恵まれた地でもありますので、時間の許す限り高知を堪能して頂ければ幸いです。

若輩の自分が初めて主導する学会ですので、上野名誉教授が開催されたような盛会となるかどうか、また過去2回学会として盛会となった福島、宇都宮のように盛会となるか不安で一杯ですが、何とか成功するように頑張りたいとスタッフ一同考えています。多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

福島 敦樹

高知大学医学部 眼科学講座 教授



高知での日本眼腫瘍学会の開催を心よりお祝い申し上げます。

眼科診療でもっとも困る疾患の一つが眼腫瘍です。患者さんの数は多くはないのですが、そのためか専門家も少なく、視機能のみならず生命予後にも影響を与える、専門性の非常に高い分野です。この分野の研究情報を共有し、多くの眼科医に発信して頂く本会は、眼科の subspeciality 学会の中でも大変貴重な学会だと思います。本学会を高知で開催させていただけることを誇りに思います。

前身の眼腫瘍研究会は平成7年（第13回）、平成16年（第22回）の2度、上野脩幸名誉教授主宰で高知で執り行われました。上野先生の眼腫瘍・病理の血・DNAが、今回の会長である林暢紹先生に脈々と受け継がれていると感じます。また、その流れを発展させている林先生に敬意を表したいと思います。

地方会が打ち切りになり、高知で眼科関連学会を開催することがめっきり少なくなり、高知の良さを知っていただく機会が減ってしまいました。今回は、学会でたくさん勉強して頂き、夜は高知の名産「酒、たたき、…」にどっぷりつかって頂き、先生方が高知での2日間を満喫して頂くことができれば望外の喜びです。

## 高知県へようこそ

野田 幸作

高知県眼科医会 会長



この度は高知での第31回眼腫瘍学会の開催、誠におめでとうございます。

1981年以来、日本人の死因は悪性腫瘍が第1位で、一貫して増加傾向にあり、約3.5人に1人は癌で死ぬ、と言われています。眼の腫瘍は死亡する例があるほか、QOLを大きく損ねる可能性があるため、専門的な対応が要求されます。このような情勢の中で、「眼腫瘍研究会」は「眼腫瘍学会」に発展・充実してきました。これもひとえに会員の皆様の真摯な努力の賜物であります。

本学会の開催地・高知は四国の中でも奥座敷に位置しております。四国山地と太平洋に四方を囲まれており、「いごっそう」とも呼ばれる独自の文化を育んできました。カツオのたたきや、皿鉢料理などの美味しい料理とお酒、そして素朴な風情の日曜市や、幕末の志士・坂本龍馬ゆかりの地など、見どころも沢山あります。

学会で病理組織標本を肴に活発な討論を聞いて、最新の知識を仕入れると共に、可能な限り高知の休日をゆっくり楽しんでいただきたいと思います。

本学会の成功と、関係者の皆様の益々のご発展を心より祈念いたします。



# 会場アクセス図

## 総合あんしんセンター

〒780-0850 高知県高知市丸ノ内1丁目7番 45 号 TEL088-822-1196



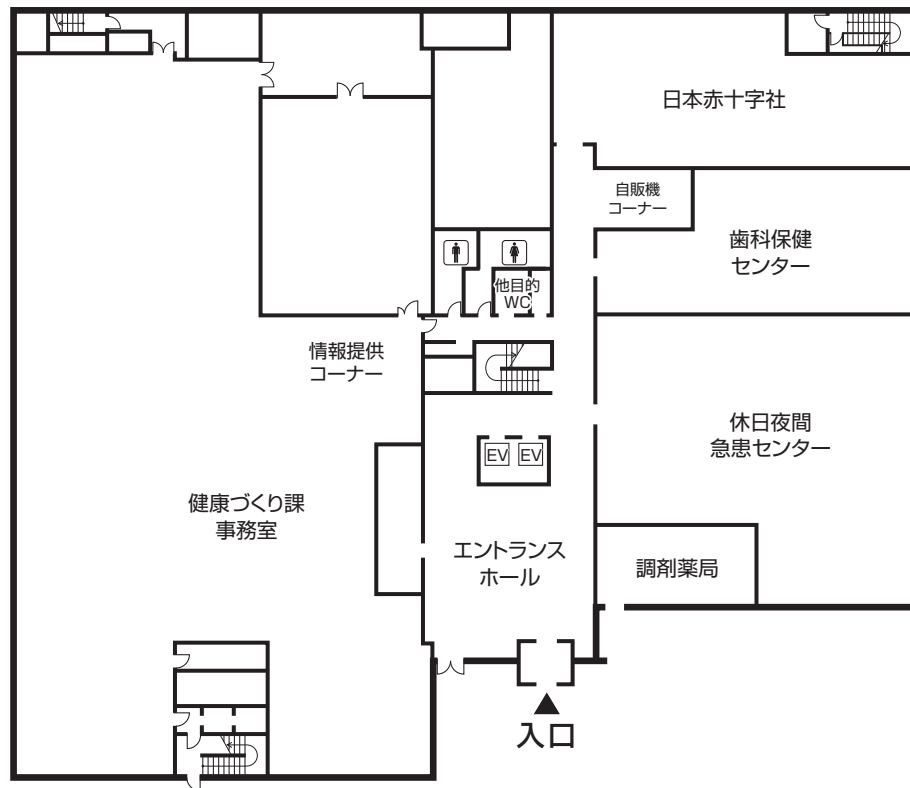
### アクセス（総合あんしんセンター）

- JR土讃線 ..... JR高知駅下車 ➡ タクシーで約10分  
(一番の最寄りの駅は JR入明駅ですが、高知駅下車が便利です)
- 土佐電鉄 ..... JR高知駅から土佐電鉄 棧橋方面行きで「はりまや橋」下車(5分)  
「はりまや橋」で土佐電鉄 伊野・鏡川橋方面行きに乗り換えて  
「グランド通」下車(7分)  
「グランド通」より徒歩で約8分
- 高知龍馬空港から ..... 空港連絡バスで約50分(700円) 県庁前バス停 下車 ➡ 徒歩で約10分  
またはタクシーで約50分

# 会場案内図

## 総合あんしんセンター

1F



3F



## 参加者へのご案内

**参加登録受付** 総合あんしんセンター・3F  
日時：9月14日（土）9:00～17:45  
9月15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

（単位：円）

※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
9月14日（土）	9:00～17:45	3
9月15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** 施設内に無料駐車場あり。

**託児ルーム** 会場には用意していません。



# 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 をご使用ください。  
アプリケーションソフトは Power Point のみとなります。  
また Power Point 2003 以降のバージョンで作成してください。
  - 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
- 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ください。
- 持参していただくデータのウイルスチェックを行っておいてください。
- 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。
- プロジェクターの画面サイズは XGA (1024 × 768) です。この解像度にあわせてレイアウトの確認をしてください。

## [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、またグラフ・静止画像などをリンクまたは貼り付けされている場合は、ご自身の PC を持込んでください。
- 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 を持込まれる場合、ミニ D-sub15 ピンに変換するコネクタを必ずご持参ください。
- ウイルスチェック、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ください。
- 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
9月14日(土)	9:00～18:00
9月15日(日)	8:00～12:00

※講演開始1時間前までにデータをご提出ください。

※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、その場でご返却致します。

### 〔発表について〕

- 一般演題の発表時間は、発表6分、質疑応答3分、計9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。

### 〔討論者の方へ〕

討論時間は3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ください。  
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ください。
- 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 25 年 8 月 6 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	横浜市立大学
顧 問	中村 泰久	愛知医科大学
顧 問	八子 恵子	北福島医療センター
顧 問	小島 孚允	小島眼科医院／さいたま赤十字病院
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 (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	がん研究会有明病院
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。

(資格の喪失)

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できる。

- (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 9月14日土

9:00	9:00～ 受付開始
10:00	9:57～10:00 開会の挨拶
	10:00～10:54 一般講演Ⅰ 01～06 眼 窩 Ⅰ 座長：笠井 健一郎（聖隷浜松病院）
11:00	10:54～12:06 一般講演Ⅱ 07～14 眼瞼・結膜・涙丘 座長：小幡 博人（自治医科大学）
12:00	12:15～13:05 ランチョンセミナー オキユラーサーフェスからみたアレルギー性結膜疾患 座長：福島 敦樹（高知大学） 演者：角 環（高知大学）、福田 憲（高知大学） 共催：参天製薬株式会社
13:00	13:15～14:09 一般講演Ⅲ 15～20 眼 窩 Ⅱ 座長：尾山 徳秀（新潟大学）
14:00	14:09～14:54 一般講演Ⅳ 21～25 診断・治療 座長：古田 実（福島県立医科大学）
15:00	14:54～15:30 一般講演Ⅴ 26～29 IgG4関連眼疾患 座長：高比良 雅之（金沢大学）
16:00	15:40～16:30 特別講演Ⅰ 眼付属器におけるリンパ増殖性疾患： IgG4関連疾患を含めて 座長：後藤 浩（東京医科大学） 演者：吉野 正（岡山大学）
17:00	16:35～17:25 特別講演Ⅱ がんにおけるcDNAマイクロアレイ解析と ゲノムワイド関連解析の実例 座長：林 暢紹（須崎くろしお病院／高知大学） 演者：降幡 陸夫（高知大学）
18:00	17:30～18:24 一般講演Ⅵ 30～35 眼内腫瘍 座長：鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院）
19:00	19:00～ 懇 親 会 会場：ザ クラウンパレス新阪急高知

## 2日目 9月15日日

8:00	8:00～ 受付開始
9:00	9:00～9:54 一般講演Ⅶ 36～41 リンパ腫 座長：吉川 洋（九州大学）
10:00	9:54～10:48 一般講演Ⅷ 42～47 小児腫瘍 座長：敷島 敬悟（東京慈恵会医科大学）
11:00	11:00～12:20 教育講演 座長：林 暢紹（須崎くろしお病院／高知大学） Ⅰ 眼内悪性腫瘍の眼底画像診断 演者：古田 実（福島県立医科大学） Ⅱ 眼部における転移性および 浸潤性の腫瘍 演者：辻 英貴（がん研究会有明病院）
12:00	12:25～ 次期会長挨拶 辻 英貴（がん研究会有明病院）
	12:30～ 閉会の挨拶
13:00	



# プログラム

第1日目 2013年9月14日(土)

開会の挨拶 9:57～ 林 暢紹(須崎くろしお病院・高知大学)

---

一般講演Ⅰ 10:00～10:54(6題54分)

---

## [ 眼窩Ⅰ ]

座長：笠井 健一郎(聖隷浜松病院)

### 01 当科で経験した眼窩原発孤立性線維性腫瘍の3例

○上田 幸典、渡辺 彰英、木村 直子、木下 茂  
京都府医大

### 02 嚢胞状形態を呈した眼窩内悪性腫瘍の1例

○新井 淑子<sup>1)</sup>、松本 浩一<sup>1)</sup>、根本 裕次<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、田中 文彦<sup>2)</sup>  
1)帝京大、2)帝京大 病理学講座

### 03 涙腺多形腺腫源癌の3例

○大西 陽子<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、有田 量一<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、大西 克尚<sup>2)</sup>、  
川野 庸一<sup>3)</sup>、名取 良弘<sup>4)</sup>  
1)九州大、2)和歌山県医大、3)福歯大、4)飯塚病院 脳外科

### 04 当院で経験した涙腺腺様嚢胞癌の3例

○田上 瑞記、安積 淳  
神戸海星病院

### 05 涙腺原発腺様嚢胞癌7例の治療成績

○上田 俊一郎<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>、長尾 俊孝<sup>2)</sup>  
1)東京医大、2)東京医大 病理

### 06 繰り返された亜全摘で広範な進展を来した涙腺多形腺腫の1例

○太田 優、嘉島 信忠、笠井 健一郎、上笹貫 太郎、末岡 健太郎  
聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

一般講演Ⅱ 10:54～12:06(8題72分)

---

## [ 眼瞼・結膜・涙丘 ]

座長：小幡 博人(自治医科大学)

### 07 眼付属器粘液腫の臨床病理学的検討

○加瀬 諭<sup>1)2)</sup>、吉川 洋<sup>3)</sup>、鈴木 康夫<sup>1)</sup>、中村 泰久<sup>2)</sup>、野田 実香<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>  
1)手稲溪仁会病院、2)北海道大、3)九州大

## 08 結膜乳頭腫におけるヒトパピローマウイルスの型と検出率

○塩瀬 聡美、吉川 洋、有田 量一、田邊 美香、藤田 陽子、石橋 達朗  
九州大

## 09 眼内浸潤した結膜粘表皮癌の2例

○有田 量一、吉川 洋、藤田 陽子、田邊 美香、石橋 達朗  
九州大

## 10 球結膜に発生した pigmented epithelioid melanocytoma の1例

○岩崎 明子<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>、伊藤 慶悟<sup>2)</sup>、小峯 多雅<sup>3)</sup>  
1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 皮膚科、3)東京慈恵医大 病理

## 11 最近9年間の結膜腫瘍の統計

○新井 悠介、大久保 裕子、牧野 伸二、小幡 博人  
自治医大

## 12 放射線治療後切除を行った眼瞼メルケル細胞癌の1例

○藤川 佳奈子<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、大西 陽子<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、福島 淳一<sup>2)</sup>、大賀 才路<sup>3)</sup>、  
浅井 佳央里<sup>3)</sup>  
1)九州大、2)九州大 耳鼻咽喉科、3)九州大 放射線科

## 13 一見、良性と思われた基底細胞癌(以下 BCC)の2症例

○市川 慶<sup>1)</sup>、安里 崇徳<sup>2)</sup>、星野 彰宏<sup>3)</sup>、佐藤 朋子<sup>4)</sup>、市川 一夫<sup>2)</sup>、田邊 吉彦<sup>2)</sup>  
1)岐阜日赤、2)中京病院、3)飯田市民病院、4)中京病院 臨床病理科

## 14 重粒子線治療後に再発した涙丘部脂腺癌の1例

○張 大行<sup>1)</sup>、大湊 絢<sup>1)</sup>、尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>  
1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科医院

ランチョンセミナー 12:15～13:05

共催：参天製薬株式会社

座長：福島 敦樹(高知大学)

## 〔オキュラーサーフェスからみたアレルギー性結膜疾患〕

### 講演1 アレルギー性結膜疾患の診断と治療

角 環 高知大学医学部眼科学講座 学内講師

### 講演2 アレルギー性結膜疾患における上皮バリアの役割

福田 憲 高知大学医学部眼科学講座 准教授

[ 眼窩Ⅱ ]

座長：尾山 徳秀(新潟大学)

15 涙嚢部に発生した fibrous histiocytoma の1例

○藤代 貴志<sup>1)</sup>、小島 孚允<sup>1)2)</sup>

1)さいたま赤十字、2)小島眼科

16 右涙嚢発生の悪性黒色腫に対し拡大切除を行った1例

○上笹貫 太郎、嘉島 信忠、笠井 健一郎、太田 優、末岡 健太郎

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

17 拡大眼窩腫瘍切除および義眼床再建を行った二次性眼窩 Ewing 肉腫の1例

○尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、大湊 絢<sup>1)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科

18 眼窩内進展した前頭蓋底髄膜腫に、術前塞栓術を行い自家頭蓋分層骨で頭蓋形成した1例

○末岡 健太郎、嘉島 信忠、笠井 健一郎、上笹貫 太郎、太田 優

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

19 副鼻腔内腫瘍切除時に眼窩壁形成を行った一例

○大口 泰治、新澤 恵、小島 彰、古田 実、石龍 鉄樹

福島県医大

20 鼻腔原発好酸球性血管中心性線維症の眼窩内進展に対し、眼窩内容除去術を施行した1例

○笠井 健一郎<sup>1)</sup>、嘉島 信忠<sup>1)</sup>、上笹貫 太郎<sup>1)</sup>、太田 優<sup>1)</sup>、末岡 健太郎<sup>1)</sup>、大月 寛郎<sup>2)</sup>

1)聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科、2)聖隷浜松病院 病理診断科

[ 診断・治療 ]

座長：古田 実(福島県立医科大学)

21 非侵襲的脈絡膜悪性黒色腫診断支援システムの開発：予備的研究

○亀山 桜里<sup>1)</sup>、宗田 孝之<sup>1)</sup>、木村 圭介<sup>2)</sup>、中村 厚<sup>1)</sup>、臼井 嘉彦<sup>2)</sup>、八木 浩倫<sup>2)</sup>、後藤 浩<sup>2)</sup>

1)早稲田大、2)東京医大

22 光干渉断層計により後部硝子体膜との接着が観察できた網膜星状膠細胞過誤腫の1例

○牧野 伸二、反保 宏信

自治医大

23 神経線維腫症Ⅰ型にみられる脈絡膜病変

○反保 宏信、牧野 伸二、新井 悠介、小幡 博人

自治医大

## 24 Application of PET/CT in the diagnosis of ocular tumors

○Lei Zhang<sup>1)</sup>、Hong Zhao<sup>1)</sup>、Guo-xiang Song<sup>2)</sup>

1) Tianjin Eye Hospital、2) The Second Hospital of Tianjin Medical University

## 25 定位的放射線治療後の血管新生緑内障に対する汎網膜光凝固治療の効果

○上田 瑛美、吉川 洋、荒川 聡、大西 陽子、田邊 美香、有田 量一、大賀 才路、石橋 達朗  
九州大

### 一般講演 V 14:54～15:30 (4題36分)

---

#### [ IgG4関連眼疾患 ]

座長：高比良 雅之(金沢大学)

## 26 涙嚢周囲 IgG4 関連眼疾患の2例

○大湊 絢<sup>1)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科医院

## 27 ステロイド治療を行った IgG4 関連眼疾患の検討

○濱岡 祥子<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、川野 充弘<sup>2)</sup>、永田 裕子<sup>3)</sup>、馬渡 嘉郎<sup>4)</sup>、杉山 和久<sup>1)</sup>

1)金沢大、2)金沢大 リウマチ膠原病内科、3)滑川病院、4)恵寿総合病院

## 28 IgG4 関連眼疾患の基準を満たす眼窩悪性リンパ腫の頻度

○尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、大湊 絢<sup>1)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科医院

## 29 IgG4 関連眼疾患の診断基準作成の試み

○後藤 浩<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>2)</sup>、安積 淳<sup>3)</sup>

1)東京医大、2)金沢大、3)神戸大

### 特別講演 I 15:40～16:30

---

座長：後藤 浩(東京医科大学)

#### [ 眼付属器におけるリンパ増殖性疾患：IgG4関連疾患を含めて ]

吉野 正 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 病理学

## 〔がんにおける cDNA マイクロアレイ解析と ゲノムワイド関連解析の実例〕

降幡 睦夫 高知大学医学部病理学講座

### 〔眼内腫瘍〕

座長：鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院）

#### 30 放射線治療が奏効したびまん性脈絡膜血管腫の一例

○児玉 俊夫<sup>1)</sup>、池川 泰民<sup>1)</sup>、鳥山 浩二<sup>1)</sup>、堀内 良紀<sup>1)</sup>、山本 康明<sup>1)</sup>、山西 茂喜<sup>1)</sup>、  
上甲 武志<sup>2)</sup>

1) 松山日赤、2) 愛媛大

#### 31 脈絡膜血管腫に対する治療の現状

○馬詰 和比古、川上 摂子、若林 美宏、白井 嘉彦、木村 圭介、後藤 浩  
東京医大

#### 32 脈絡膜骨腫に続発した眼内新生血管の治療経験

○柴田 元子、馬詰 和比古、白井 嘉彦、後藤 浩  
東京医大

#### 33 ぶどう膜炎を初発症状とした血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫

○大島 浩一<sup>1)</sup>、江木 邦晃<sup>1)</sup>、朝倉 昇司<sup>2)</sup>、浅越 健治<sup>3)</sup>、山鳥 一郎<sup>4)</sup>  
1) 岡山医療センター、2) 岡山医療センター 血液内科、3) 岡山医療センター 皮膚科、  
4) 岡山医療センター 病理科

#### 34 血管新生緑内障を合併した眼内悪性リンパ腫の二例

○福原 淳一<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、野田 実香<sup>1)</sup>、南場 研一<sup>1)</sup>、畑中 佳奈子<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>  
1) 北海道大、2) 北海道大学病院 病理部

#### 35 原発性眼内悪性リンパ腫に対する初回拡大治療の効果

○福原 崇子<sup>1)2)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、武田 篤信<sup>1)</sup>、吉村 武<sup>1)</sup>、吉本 五一<sup>3)</sup>、宮本 敏浩<sup>3)</sup>、  
南場 研一<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>  
1) 九州大、2) 北海道大、3) 九州大 血液腫瘍内科

一般講演 VII 9:00～9:54 (6題54分)

[ リンパ腫 ]

座長：吉川 洋 (九州大学)

36 結膜 MALT リンパ腫に対する冷凍凝固術

○新澤 恵、大口 泰治、森 隆史、古田 実、石龍 鉄樹  
福島県医大

37 多彩な眼所見を呈した悪性リンパ腫の1例

○岡部 智子<sup>1)</sup>、朽久保 哲男<sup>1)</sup>、和泉 春香<sup>2)</sup>、大久保 陽一郎<sup>3)</sup>、渋谷 和俊<sup>3)</sup>  
1) 東邦大、2) 東邦大・大森 血液腫瘍科、3) 東邦大・大森 病院病理学講座

38 眼窩部病変を初発症状として発症した濾胞性リンパ腫の1例

○林 暢紹<sup>1)2)</sup>  
1) 須崎くろしお病院、2) 高知大

39 両眼に多発性脈絡膜腫瘤を呈した NK 細胞リンパ腫の一例

○田川 義晃<sup>1)</sup>、南場 研一<sup>1)</sup>、水内 一臣<sup>1)</sup>、宇野 友絵<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、福原 崇子<sup>1)</sup>、  
斎藤 航<sup>1)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>  
1) 北海道大、2) 手稲溪仁会病院

40 結膜 CLL/SLL にみられた重複癌の1例

○原 克典、兒玉 達夫、高井 保幸、大平 明弘、石川 典由、原田 佑治、丸山 理留敬、  
田中 順子、鈴宮 淳司  
島根大

41 当院における眼付属器リンパ腫の長期経過

○松本 佳子<sup>1)</sup>、明石 梓<sup>1)</sup>、坂本 麻里<sup>1)</sup>、長井 隆行<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>  
1) 神戸大、2) 神戸海星病院

一般講演 VIII 9:54～10:48 (6題54分)

[ 小児腫瘍 ]

座長：敷島 敬悟 (東京慈恵会医科大学)

42 小児結膜母斑4症例の臨床病理学的検討

○石嶋 漢<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、山本 哲平<sup>1)</sup>、野崎 真世<sup>1)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>  
1) 北海道大、2) 手稲溪仁会病院

43 網膜芽細胞腫の眼窩内再発と予後

○藤原 美幸、相原 由季子、鈴木 茂伸  
国立がん研究センター中央病院



#### 44 短期間に急速に増大した眼窩胎児型横紋筋肉腫の1例

○相原 由季子

国立がん研究センター中央病院

#### 45 拡大眼窩内容除去術に至った胞巣型眼窩横紋筋肉腫の1例

○大木 哲太郎<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>、秋山 政晴<sup>2)</sup>、山岡 正慶<sup>2)</sup>、池内 聡<sup>3)</sup>、石田 勝大<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵医大、2) 東京慈恵医大 小児科、3) 東京慈恵医大 脳外科、4) 東京慈恵医大 形成外科

#### 46 網膜芽細胞腫における2次がん発症例とその治療

○柳澤 隆昭<sup>1)2)</sup>、渡辺 祐子<sup>1)2)</sup>、福岡 講平<sup>1)2)</sup>、内田 栄太<sup>1)2)</sup>、鈴木 智成<sup>1)2)</sup>、安達 淳一<sup>1)</sup>、三島 一彦<sup>1)</sup>、西川 亮<sup>1)</sup>

1) 埼玉医大国際医療センター 小児脳脊髄腫瘍科、2) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科

#### 47 視神経膠腫に対する治療：生命予後と視機能予後

○柳澤 隆昭<sup>1)2)</sup>、渡辺 祐子<sup>1)2)</sup>、福岡 講平<sup>1)2)</sup>、内田 栄太<sup>1)2)</sup>、鈴木 智成<sup>1)2)</sup>、安達 淳一<sup>2)</sup>、三島 一彦<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>

1) 埼玉医大国際医療センター 小児脳脊髄腫瘍科、2) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科

教育講演 11:00～12:20

座長：林 暢紹（須崎くろしお病院・高知大学）

### I [ 眼内悪性腫瘍の眼底画像診断 ]

古田 実 福島県立医科大学医学部眼科学教室

### II [ 眼部における転移性および浸潤性の腫瘍 ]

辻 英貴 がん研究会有明病院 眼科

次期会長挨拶 12:25～ 辻 英貴（がん研究会有明病院）

閉会の挨拶 12:30～ 林 暢紹（須崎くろしお病院・高知大学）

特 別 講 演  
教 育 講 演  
抄 錄

## 眼付属器におけるリンパ増殖性疾患： IgG4関連疾患を含めて

吉野 正

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 病理学



### 略 歴

昭和32年1月4日生 東京都中野区  
現住所：岡山市

昭和56年3月 岡山大学医学部医学科卒業  
昭和56年4月 岡山大学医学部医学研究科  
(病理学)入学 (小川勝士教授)

昭和60年3月 同上卒業  
昭和60年4月 岡山大学医学部附属病院  
病理部医員

昭和60年10月 高知医科大学第二病理 助手  
(大舘祐治教授)

昭和61年4月 岡山大学第二病理 助手  
(赤木忠厚教授)

平成11年4月 同上 講師  
平成13年4月 岡山大学大学院医歯薬学  
総合研究科 病理・病態学 講師

平成15年4月 岡山大学大学院医歯薬学  
総合研究科 病態制御科学  
腫瘍制御学 病理・病態学 教授

平成17年4月 岡山大学大学院医歯薬学  
総合研究科 病態制御科学  
腫瘍制御学 病理・病態学 教授

平成19年4月 岡山大学大学院医歯薬学  
総合研究科医歯学(修士課程)  
専攻長

平成20年4月 岡山大学大学院医歯薬学  
総合研究科 病態制御科学  
腫瘍制御学 病理学講座  
(腫瘍病理/第二病理) 教授

平成21年4月 岡山大学医学部医学科長  
平成23年4月 岡山大学医学部医学部長

この間平成2年8月～平成4年3月  
米国スタンフォード大学病理学教室に留学

眼付属器のリンパ腫で最も多いのは粘膜関連リンパ組織(MALT)リンパ腫である。これは慢性炎症を背景として発生する非常にユニークなリンパ腫であり、リンパ腫発生機転を研究する上でも重要な位置づけとなっている。それについて多いリンパ腫はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)であり、MALTリンパ腫は低悪性度リンパ腫の代表例、DLBCLは高悪性度リンパ腫で、両者は明瞭に区別される必要がある。眼付属器は、結膜、涙腺、眼瞼、その他軟部などがあるが、その母地によって発生するリンパ増殖性疾患には特徴がある。例えば、涙腺がらみのMALTリンパ腫は、反応性(非腫瘍性)病変との鑑別が問題になる。その間をきれいに分けることが難しい症例もあり、病理診断上もかなり難しい問題を含んでいる。一方、2001年にHamanoらによってIgG4関連疾患の存在が明らかにされ、非常に大きな反響があり現在もそれが継続している。それ以前からも眼科領域を含めてミクリッツ病の独立性を主張する研究者があり、IgG4関連疾患の登場により、眼付属器における疾患研究は顕著な前進をみたところである。本演題では、MALTリンパ腫を中心としてリンパ腫の概念と分類についてふれ、ついで私どものIgG4関連疾患を含めた眼付属器リンパ増殖性疾患の検索結果及び研究成果を報告する。この発表が、眼付属器におけるそれらの理解が深まる一助となれば幸甚である。

## がんにおける cDNA マイクロアレイ解析と ゲノムワイド関連解析の実例

降幡 睦夫

高知大学医学部病理学講座



### 略 歴

昭和63年3月  
高知医科大学医学部医学科 卒業

昭和63年5月  
高知医科大学医学部第二病理学助手

平成8年9月  
福井医科大学医学部非常勤講師  
(平成13年3月まで)

平成12年4月  
高知医科大学医学部同講師(学内)

平成14年7月  
高知医科大学医学部同助教授

平成15年4月  
高知医科大学医学部腫瘍病理学助教授

平成15年4月  
東北大学医学部非常勤講師  
(平成16年3月まで)

平成15年9月  
文部科学省在外研究員として米国国立  
衛生研究所(NIH)フレデリック癌研究  
施設にて海外研修(平成16年6月まで)

平成16年4月  
高知大学医学部腫瘍病理学助教授

平成16年9月  
米国国立衛生研究所(NIH)フレデリック  
癌研究施設特別研究員(平成16年12月  
まで)として再渡米、11月帰国

平成17年4月  
高知大学医学部腫瘍病理学助教授  
福井大学医学部非常勤講師

平成18年5月  
高知大学医学部病理学講座教授

～現在に至る

近年において前立腺がんは増加の一途をたどり、人間ドックなどでの前立腺がん検診を目的とする前立腺生検材料の、病理検体全体に占める割合が急増している。

一般に腫瘍の動態及び病理形態学的多様性に対応する発がん過程の全体像は、がん関連遺伝子の発現異常が、がん化との関連において重要な役割を担うことが知られている。そこで今回は前立腺がんを材料とし、レーザーマイクロビームマイクロディセクション法にて、ホルモン依存性前立腺がん及びホルモン抵抗性前立腺がんの組織切片よりそれぞれ目的とするがん細胞を採取し、cDNA マイクロアレイ解析法を行い、これら2つの異なる病態を呈する前立腺がんを比較検討することで、それぞれの発症からホルモン依存性もしくは抵抗性獲得に至るまでにおいて、特異的に発現しているがん関連遺伝子をいくつか同定検討したので報告する。

欧米では多くのがんにおいて、前立腺がんは最も遺伝的素因との関連を有し、その罹患家族歴は重要なリスク因子であることが示された。今回は日本人前立腺がん患者群および健常対象者群に関してゲノムワイド関連解析及び再現解析を行い、欧米との比較において、日本人における新規前立腺がん感受性遺伝子座を同定することで、異なる民族間での前立腺がん感受性の遺伝的多様性を明らかにした。更に前立腺がん感受性遺伝子座における SNP (single nucleotide polymorphism) の存在が、その近傍の前立腺がん関連遺伝子の発現異常に関与する可能性も併せて考慮する。

## 眼内悪性腫瘍の眼底画像診断

古田 実

福島県立医科大学医学部眼科学教室



### 略 歴

1991年  
福島県立医科大学医学部卒業

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 Eye Institute 研究員

2007年  
福島県立医科大学 講師

2013年  
福島県立医科大学 准教授

現在にいたる

眼底病変の形態、循環、および生理活性の画像検査には超音波、光干渉断層計、フルオレセイン蛍光造影、インドシアニンググリーン蛍光造影、および眼底自発蛍光などが普及している。眼底の腫瘍性病変は、無症候から視機能や生命に影響するものまで多彩であり、眼底検査を駆使して正しい診断を導く知識が必要である。そのためには、腫瘍のマクロ病理をイメージしながら、起こりうる病態と各種検査所見を関連付けておくことと効率が良いかもしれない。色素性病変の診察では、脈絡膜悪性黒色腫の早期発見が大切であり、脈絡膜母斑との鑑別には7つの危険因子による評価を用いる。危険因子のうち病変の大きさ、漿液性網膜剝離、オレンジ色素などの所見は特に画像診断が役立つ。眼内悪性リンパ腫は典型的には黄白色眼底病変を作り、多くの炎症性疾患や感染性疾患との鑑別を要する。眼底画像検査だけでは確定診断に至ることはできないが、黄白色病変をドルーゼンや古い血腫、ウイルス性網膜炎などとの鑑別点を確認する。転移性脈絡膜腫瘍は、担癌患者の増加により頻度が増加している。眼底病変は原発腫瘍の性質に影響されるが、乳がん、肺がん、前立腺がんなど高頻度な腫瘍の転移には類似点が多い。基本的に早期は腫瘍内血管がなく、脆く浸潤性に拡大するため、特徴的な眼底所見を呈する。本講演が、眼腫瘍専門家との連携強化によるマネジメントへの参加、ひいては患者利益の一助となれば幸いである。

## 眼部における転移性および浸潤性の腫瘍

辻 英貴

がん研究会有明病院 眼科



## 略 歴

1992年  
高知医科大学医学部医学科卒業  
東京大学医学部眼科学教室入局

1993年  
総合病院国保旭中央病院眼科

1995年  
東京大学医学部付属病院眼科文部教官  
助手

1996年  
東京大学医学部付属病院分院眼科  
医局長

1998年  
癌研究会付属病院眼科部長代行

2010年  
がん研究会有明病院眼科部長

眼に生じる腫瘍は大きく分けると、原発性と浸潤性および転移性の3つがあるが、本講演では浸潤性および転移性についての臨床的特徴を中心に述べる。浸潤性腫瘍は、悪性腫瘍では上顎がんからの浸潤が、また良性腫瘍では副鼻腔炎術後の嚢胞などが代表である。転移性腫瘍は、脈絡膜と眼窩に多く、女性では乳がん、男性では肺がんからが最も多い。脈絡膜への転移は、原発巣にもよるが白色調のなだらかな腫瘤を形成し、眼窩ではびまん性で眼窩脂肪組織や外眼筋、涙腺などさまざまな部位に生じ、最も効果的な治療方法は放射線照射である。脈絡膜は人体中単位面積当たりの血流が最も多い部位とされており、血行性に生じてくる転移が多いのも頷ける一方で、頻度的にはもっと多いがんがあるのに、脈絡膜も眼窩も、なぜ乳がんや肺がんからの転移が多いのかは不思議である。例えば前立腺がんは骨へなど、特定のがんが特定の臓器に転移を生じやすいことが知られているが、これをステファン・パジェットは、原発巣と転移先には“種と土”のような相性があると表現した。近年がんについての研究が進むにつれ、分子病理などの解析によって転移機構が少しずつ明らかになってきており、現在までに解明している転移の機序についても合わせて講演したい。



# 一般講演抄録

## 01

## 当科で経験した眼窩原発孤立性線維性腫瘍の3例

○上田 幸典(うえだ こうすけ)、渡辺 彰英、  
木村 直子、木下 茂  
京都府医大

【目的】眼窩原発腫瘍において比較的稀な孤立性線維性腫瘍の3例を経験したので報告する。

【症例】症例1は64歳男性。約1年前から左視力低下を認め、平成21年5月21日に当科を受診した。左眼の視力低下(矯正視力0.3)、眼球運動障害、眼球突出、視野異常を認めた。MRIにて筋円錐内に22mm大の境界明瞭な造影効果の強い腫瘍を認めた。血管腫を疑い、平成21年6月12日摘出術を施行したが、腫瘍は視神経との癒着が強く、全摘出は不可能であった。他の臓器に病変を認めなかった。追加手術の希望は無く、経過観察中である。症例2は83歳男性。約半年前から左上眼瞼腫瘍を認め、平成25年3月8日に当科を受診した。右上眼瞼内側の皮下に可動性の無い腫瘍を触知した。CT検査にて眼窩縁上内側に25mm大の内部均一で境界明瞭な腫瘍を認めた。平成25年4月15日に摘出術を施行した。周囲との癒着は無く全摘出した。症例3は35歳女性。約半年前から起床時の右上眼瞼腫脹を主訴に、平成25年4月11日に当科を受診した。右上眼瞼中央に可動性のある腫瘍を触知した。MRI検査にて上直筋と眼瞼挙筋の間に21mm大の境界明瞭で内部不均一な造影効果の強い腫瘍を認めた。平成25年5月28日、摘出術を施行した。周囲との癒着は無く全摘出した。

【結論】孤立性線維性腫瘍は眼窩内の様々な部位に生じうる疾患である。

## 02

## 嚢胞状形態を呈した眼窩内悪性腫瘍の1例

○新井 淑子(あらい としこ)<sup>1)</sup>、松本 浩一<sup>1)</sup>、  
根本 裕次<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、田中 文彦<sup>2)</sup>  
1)帝京大、2)帝京大 病理学講座

【緒言】眼窩における嚢胞は通常良性とされている。今回、稀と思われる嚢胞状形態を呈した眼窩内悪性腫瘍の1例を報告する。

【症例】79歳男性。左眼の角膜びらんを主訴に紹介受診。徐々に眼球突出を生じてきた。CTでは、左眼窩に境界明瞭な嚢胞状の病変を認めた。穿刺により黄色透明な液体が吸引され、細胞診でClass IIだった。血清腫瘍マーカー(CEA、AFP-QT、SCC)は陰性。再度眼球突出してきたため、生検を兼ねた左嚢胞部分切除術を施行した。内容液は前回と同様、黄色透明同様であった。さらに眼球突出してきたので、左眼窩嚢胞摘出術施行。内容液は同様にClass III。病理組織診では嚢胞壁及び眼窩最深部の検体に悪性細胞が認められた。一部腺腔様構造を形成し上皮性マーカー陽性の上皮性成分と紡錘形細胞を主体として多型性が強い筋上皮マーカー一部陽性の間質成分よりなり、共に高度の異型を示す腫瘍が認められ、悪性混合性腫瘍(malignant mixed tumor)と診断された。

【考察】本症例では、当初、画像、嚢胞吸引液細胞診、血清腫瘍マーカーなどでは悪性腫瘍の存在を示すことができなかった。眼窩嚢胞を見たときには、良性だけでなく、悪性腫瘍の可能性も考え、精査および対処していく必要があると考えられた。

## 03

## 涙腺多形腺腫源癌の3例

○大西 陽子(おおにし ようこ)<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、  
有田 量一<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、  
大西 克尚<sup>2)</sup>、川野 庸一<sup>3)</sup>、名取 良弘<sup>4)</sup>

1)九州大、2)和歌山県医大、3)福歯大、  
4)飯塚病院 脳外科

【背景】多形腺腫源癌は良性多形腺腫の上皮性分から二次的に癌を発生したと考えられる比較的な腫瘍である。今回その3例の詳細を報告する。

【症例】症例1は初回手術が21歳の男性。1973年当科で涙腺腫瘍を摘出し多形腺腫と診断されていた。1995年右眼球突出が再び出現、摘出された腫瘍の標本では主に多形腺腫の組織であったが一部に腺癌の像が認められた。その後頭蓋内転移、脊髄転移、髄液播種をきたし2005年に死亡した。

症例2は初回手術が16歳の男性。1986年涙腺腫瘍を摘出し多形腺腫と診断されていた。17年後の2003年再発と頭蓋内浸潤を認め経頭蓋的手術で摘出した。組織型は腺癌であった。術後放射線治療と化学療法を施行し10年後の現在再発を認めていない。

症例3は初回手術が37歳の女性。前医で1967年に涙腺腫瘍を摘出、多形腺腫と診断されていた。1年後再発で当科を紹介され手術、以後再発を繰り返し1988年4回目の再発手術で腺癌の像が認められた。脳外科、耳鼻科で手術を行ったが頭蓋内転移、骨転移をきたし2001年に死亡した。

【結果】初回手術時年齢は、16～37歳と比較的若年、3例中2例は男性であった。悪性診断までの期間は17～22年であった。悪性の組織型はいずれも腺癌であった。2例は悪性の診断から10年および13年で死亡した。

【結論】若年の涙腺多形腺腫は約20年後に悪性転化する可能性がある。組織型は腺癌となることが多い。悪性診断後の生命予後はおおむね10余年と考えられた。

## 04

当院で経験した  
涙腺腺様嚢胞癌の3例

○田上 瑞記(たがみ みずき)、安積 淳  
神戸海星病院

【症例1】42歳 男性。

2008年11月頃より、左眼球突出を認め2008年12月26日当科初診。視力に異常は無く、左眼に軽度の上転障害を認めた。MRI上は左涙腺部にcysticな腫瘍像を認め、2009年1月15日に左眼窩腫瘍摘出術を施行した。追加治療として2009年4月に重粒子線治療を施行され以後経過良好であったが、2010年10月当科再診時、放射線網膜症、続発性緑内障を併発しており抗VEGF硝子体内注射、汎網膜光凝固などを行うも、2011年9月再診時光覚消失となった。腫瘍の局所再発は認めない。

【症例2】30歳 女性。

2012年2月頃より、左眼球突出を認め2012年3月22日当科初診。視力、眼球運動に異常はなく、MRI上は左涙腺部にcysticな腫瘍像を認め、眼窩外側頬骨の骨破壊を認めた。同年3月24日に左眼窩腫瘍生検を施行し、頭頸部外科にて残存腫瘍切除となった。

【症例3】10歳 女児。

2012年6月頃より、左眼球突出を認め2012年7月7日当科初診。視力、眼球運動に異常はなく、MRI上は左涙腺部にcysticな腫瘍像を認め、同年8月17日に左眼窩腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は骨膜と強く癒着し骨剥離の際に眼窩外側壁骨膜を一部損傷した。術後視力、眼球運動に異常は無く、PET-CT眼窩部MRI上も再発所見を認めなかったが、術後7ヶ月時のMRIにて骨膜に沿った腫瘍の再発が認められたため、今後頭頸部外科にて拡大切除予定である。

## 05

涙腺原発腺様嚢胞癌7例の  
治療成績

○上田 俊一郎(うえだ しゅんいちろう)<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>、  
長尾 俊孝<sup>2)</sup>

1)東京医大、2)東京医大 病理

【背景】涙腺原発腺様嚢胞癌は、高悪性度の比較的まれな上皮性腫瘍であり、本邦の全国調査によれば、5年生存率は55%と予後不良な疾患である。最近の自験例7例の臨床経過、病理組織学的所見、予後について検討した。

【対象】2005年から2012年の間に、東京医科大学病院眼科で組織学的に涙腺原発腺様嚢胞癌と診断された7例を対象とした。平均年齢は56.3歳(41－75歳)で、男性4例、女性3例であった。初診時には複視(6例)、疼痛(4例)、眼球突出(3例)、眼瞼下垂(2例)がみられた。初回治療として6例で腫瘍摘出術、1例で切除生検術後に重粒子線治療を施行した。病理組織学的にはcribriform typeが3例、tubular typeが3例、solid typeが2例であり、神経周囲浸潤を3例に認めた。腫瘍を完全に摘出できなかった2例には重粒子線治療を行った。術後平均観察期間は47か月(3－96か月)で、局所再発もしくは遠隔転移が4例にみられ、眼窩内容除去術や化学療法を必要とした。経過観察期間中に1例が死亡し、1例が転帰不明であった。

【結論】涙腺原発腺様嚢胞癌であっても、初回手術で腫瘍が完全に摘出された症例では予後は良好であった。しかし、再発・転移例に対しては、重粒子線治療を含めた集学的治療を行っても、予後は依然として不良である。

## 06

繰り返された亜全摘で  
広範な進展を来した  
涙腺多形腺腫の1例

○太田 優(おおた ゆう)、嘉島 信忠、笠井 健一郎、  
上笹貫 太郎、末岡 健太郎

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【緒言】他院にて不完全切除により長期経過で再発を繰り返し、眼窩および頭蓋底にびまん性に進展した涙腺多形腺腫の1例を経験したので報告する。

【症例】42歳男性。12歳時より複視が出現し前医での加療が開始された。13歳時に初回手術が行われ、涙腺多形腺腫と診断をされた。22歳時および39歳時、腫瘍増大に対し、前医にて摘出術が行なわれたが、初回手術含めいずれも亜全摘術であった。その後、残存した腫瘍が眼窩および頭蓋底に広範に進展し、眼球突出、眼球運動障害が目立つようになり、当科紹介となった。画像検査上、右眼窩上壁から外側にかけて約5.0cm×3.5cmの多数の結節を有する不整形の腫瘤を認め、著しい骨圧排像、一部側頭筋内への進展もみられた。当科にて前頭側頭開頭により、右広範囲頭蓋底眼窩腫瘍切除術を施行した。術中迅速病理組織診にて悪性像認めなかったため、視神経、外眼筋を温存し、腫瘍のみを摘出した。現在、術後経過観察中である。

【考察】涙腺多形腺腫は亜全摘後の再発で悪性転化することがある。今回は長期経過で悪性転化することなく、涙腺多形腺腫のまま増大する症例であったが、繰り返す手術により、癒着や骨変形で摘出術の難易度は高くなる。初回手術での確実な全摘出が重要であると考ええる。

## 07

眼付属器粘液腫の  
臨床病理学的検討

○加瀬 諭(かせ さとる)<sup>1)2)</sup>、吉川 洋<sup>3)</sup>、  
鈴木 康夫<sup>1)</sup>、中村 泰久<sup>2)</sup>、野田 実香<sup>2)</sup>、  
石田 晋<sup>2)</sup>

1)手稻溪仁会病院、2)北海道大、3)九州大

【背景】粘液腫は粘液産生を伴う良性腫瘍であるが、稀に眼付属器に発生する。今回我々は、眼付属器粘液腫の臨床病理学的検討を行った。

【方法】病理組織学的に確定診断された4例4側を対象とした。発生部位は下眼瞼2例、眼窩2例であった。腫瘍組織はホルマリン固定、パラフィン包埋され、HE染色、特殊染色を行った。

【結果】症例1は29歳男性。右下眼瞼腫瘍にて2006年初診。既往歴に両心房粘液腫、精巣セルトリ細胞腫、臀部粘液腫にて手術歴があった。同年、腫瘍を摘出したが、2008年に同部に再発し、再手術を施行した。症例2は64歳女性。眼窩腫瘍にて2004年初診。腫瘍はCTにて等吸収、MRIT1強調画像で低信号、T2で高信号を示す多結節性腫瘍であった。腫瘍摘出術を施行したが再発し、2009年、2012年に再手術を施行した。現在、再発はない。症例3は45歳男性。右上眼瞼腫瘍にて初診。右涙腺腫瘍がみられ2012年、眼窩腫瘍摘出術を施行し、今日まで再発はない。症例4は26歳女性。右下眼瞼縁に発生した腫瘍にて、他院にて2008年腫瘍切除を行うも再発し、2009年、再切除を施行した。病理組織学的にはいずれも、著明な粘液間質と紡錘形腫瘍細胞がみられ、核内封入体が混在した。

【結語】4例中3例で経過中に切除術後局所再発を来し、5年以内に再手術を要したことから、眼付属器粘液腫は良性腫瘍であるが易再発性であった。1例で、Carney complexと言われる全身性粘液腫を呈する疾患であった。

## 08

結膜乳頭腫における  
ヒトパピローマウイルスの  
型と検出率

○塩瀬 聡美(しおせ さとみ)、吉川 洋、有田 量一、  
田邊 美香、藤田 陽子、石橋 達朗  
九州大

【背景】結膜乳頭腫にはヒトパピローマウイルス(HPV)感染が関与しているとされるが、国内報告は少ない。またウイルス検出率はHPV6で0～75%、HPV11で7～100%と一定せず、その理由として地域差、人種差、のほか固定包埋後の検体を用いていること、などが考えられる。

【方法】対象は九州大学において未固定生組織からDNAを抽出することのできた結膜乳頭腫17例(男性11例 女性6例)、年齢は14～66歳(中央値27歳)。切除組織の一部を凍結し、PCRでHPVを検出、制限酵素消化パターンでHPVの型判定を行った。

【結果】15例(88%)でHPV6が検出された。球結膜単発性の36歳女性1例(6%)でHPV11が検出された。片眼多発性の20歳男性ではHPVは検出されなかった。

【結論】日本人の結膜乳頭腫では、その大半でHPV6、一部でHPV11が関与していると考えられた。



## 09

眼内浸潤した結膜粘表皮癌の  
2例

○有田 量一(ありた りょういち)、吉川 洋、  
藤田 陽子、田邊 美香、石橋 達朗  
九州大

【目的】結膜粘表皮癌は粘液細胞が混在する扁平上皮癌の特殊型で、局所浸潤性発育が強い。今回我々は眼内浸潤した結膜粘表皮癌の2例を経験したので報告する。

【症例】症例1は82歳男性。平成20年6月(右)鼻側角結膜輪部付近に隆起病変を認め、増大したため8月 結膜腫瘍切除術を施行、病理組織より結膜扁平上皮癌と診断した。その後1ヶ月で再燃を認め、9月に2回目の腫瘍切除術+冷凍凝固術を施行した。術後1ヶ月で緑内障を発症、線維柱帯切除術で採取した虹彩に腫瘍浸潤を認めた。平成21年1月 眼球摘出、X線照射を行った。病理組織で腫瘍細胞は強膜を越えて毛様体、脈絡膜に浸潤しており、眼内浸潤部では粘液細胞が混在していた。

症例2は52歳女性。平成23年11月(右)鼻側角結膜輪部付近に隆起病変を認め、12月に前医で腫瘍切除術を施行、病理組織にて扁平上皮癌と診断された。その後同部位に4回の再発を繰り返し、平成24年5月、4回目の切除組織で断端陽性であったためMMC点眼を開始するとともに当院を紹介された。冷凍凝固、5FU結注などを行ったが8月に再発を認めたためX線40Gyを照射した。しかし12月には鼻下側および上方の結膜に再発したため眼球摘出術後、電子線をさらに40Gy照射した。腫瘍細胞は輪部強膜を越えて毛様体に浸潤しており、粘液細胞を混在していた。

【考察】結膜上皮性腫瘍において扁平上皮癌とともに粘表皮癌の可能性も念頭において治療する必要がある。

## 10

球結膜に発生した pigmented  
epithelioid melanocytoma の  
1例

○岩崎 明子(いわさき あきこ)<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>、  
伊藤 慶悟<sup>2)</sup>、小峯 多雅<sup>3)</sup>  
1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 皮膚科、  
3)東京慈恵医大 病理

【緒言】pigmented epithelioid melanocytoma (PEM) は最近確立された疾患単位で borderline melanocytic tumor として皮膚科領域から発表されているが、眼科領域では眼瞼結膜 PEM の報告があるのみである。今回、臨床的に悪性黒色腫が疑われた球結膜色素性腫瘍において、病理所見から PEM と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】42歳、男性。幼少時より右眼球結膜に腫瘤を認めていた。腫瘤が徐々に大きくなってきたため平成25年5月13日当院に紹介受診となった。臨床的に悪性黒色腫が強く疑われ、6月4日に腫瘍摘出術を施行した。術中、強膜や角膜への浸潤は見られなかった。病理所見は、melanocyte の増殖、核小体明瞭、核の大小不同は軽度、異形は強くなく、壊死・apoptosis がなく、mitosis index : 2/10 × HPF、MIB-1 index は約3-5% と低く、悪性所見に乏しい像であった。しかし、P53が約30% で良性腫瘍とも確定できない病変であった。HMB45(+), S-100(+), melan-A (+)を示した。以上から、病理学的に悪性黒色腫とは言えず PEM が最も考えられた。

【考察】PEM は所属リンパ節への転移が半数近く見られるが、全身転移は非常に少なく、予後良好な low-grade malignancy といわれている。鑑別として、1) primary acquired melanosis with atypia、2) ぶどう膜悪性黒色腫の spindle A 型のような low-grade malignant melanoma が挙げられるが、本症の診断と今後の治療方針につき皆様のご意見を伺いたい。



## 11

## 最近9年間の結膜腫瘍の統計

○新井 悠介(あらい ゆうすけ)、大久保 裕子、  
牧野 伸二、小幡 博人  
自治医大

【緒言】我々は以前、当科における1990年2月から2004年2月まで約13年間の結膜腫瘍の頻度について報告した(日眼会誌109:573-9, 2005)。今回、それ以降の結膜腫瘍の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2012年12月まで当科を受診し、病理診断の得られた結膜腫瘍127例131眼(男性73例、女性54例、平均年齢 $53.7 \pm 22.1$ 歳)。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良性腫瘍に分類し、再発例や翼状片は除外した。

【結果】良性腫瘍は105眼(80%)、悪性腫瘍は26眼(20%)であった。良性腫瘍と悪性腫瘍の平均年齢はそれぞれ $51.2 \pm 22.6$ 歳、 $63.8 \pm 17.3$ 歳であり、両者間に統計学的に有意差があった( $p < 0.01$ )。良性腫瘍は、乳頭腫23眼、結膜嚢胞18眼、母斑15眼が多く、この3者で全体の53%を占めていた。悪性腫瘍は、MALTリンパ腫が12眼(46%)、上皮内癌・扁平上皮癌5眼(19%)、浸潤癌4眼(15%)、脂腺癌3眼(12%)、悪性黒色腫2眼(8%)であった。乳頭腫、母斑は男性の方が約2倍多くみられたが、結膜嚢胞は男女差がなかった。

【結論】良性腫瘍は既報と異なり母斑よりも乳頭腫の方が多かった。悪性腫瘍は既報と同様に悪性リンパ腫がもっとも多かった。

## 12

放射線治療後切除を行った  
眼瞼メルケル細胞癌の1例

○藤川 佳奈子(ふじかわ かなこ)<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、  
大西 陽子<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、福島 淳一<sup>2)</sup>、  
大賀 才路<sup>3)</sup>、浅井 佳央里<sup>3)</sup>

1)九州大、2)九州大 耳鼻咽喉科、  
3)九州大 放射線科

【諸言】メルケル細胞癌は高率に局所再発や転移をきたす悪性度の高い腫瘍である。今回、大型であったが術前放射線治療を併用し、良好な治療結果を得た眼瞼メルケル細胞癌の1例を報告する。

【症例】81歳男性。平成23年8月より右下眼瞼の腫瘤を自覚。急速に増大したため、翌月九州大学病院眼科を受診した。右下眼瞼縁中央に $18 \times 18$ mm大の光沢のある赤色充実性腫瘍がみられ、生検でメルケル細胞癌と診断した。5日後の入院時には $24 \times 18$ mmと急速な増大を示したため、まず電子線40Gyを照射した。腫瘍は著明に縮小し、わずかな瘢痕様病変が残った。同年11月、瘢痕周囲に10mmの安全域をもうけて下眼瞼を切除、正中前額皮弁と口腔粘膜を用い下眼瞼の再建を行った。術後経過は良好で、術後18ヶ月の現在、明らかな再発、転移を認めていない。

【結論】本例では術前照射により侵襲の小さい手術を行うことができ、再発転移もなかった。大型の眼瞼メルケル細胞癌では術前放射線療法が有用である。

## 13

一見、良性と思われた  
基底細胞癌（以下 BCC）の  
2 症例

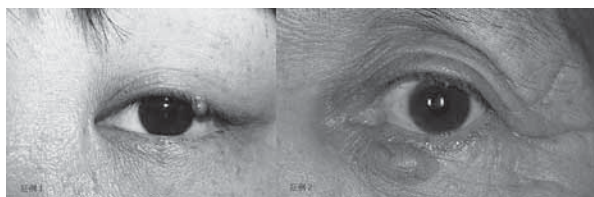
○市川 慶（いちかわ けい）<sup>1)</sup>、安里 崇徳<sup>2)</sup>、  
星野 彰宏<sup>3)</sup>、佐藤 朋子<sup>4)</sup>、市川 一夫<sup>2)</sup>、  
田邊 吉彦<sup>2)</sup>

1) 岐阜日赤、2) 中京病院、3) 飯田市民病院、  
4) 中京病院 臨床病理科

【症例1】36歳女性。2ヶ月前より増大する左上眼瞼の腫瘍を主訴とし受診。一見、良性と思い単純切除（open treatment）。病理にて BCC と判明。断端陽性のため、健常部をつけ再切除。右上眼瞼よりの瞼板と睫毛を含む composite graft で再建。現在迄、再発無く整容的にも経過良好。

【症例2】58歳男性。半年前より増大する左下眼瞼の腫瘍が気になり受診。炎症性の腫脹と考え摘出。但し手術時所見は炎症より Lymphoma の様であった。しかし病理診断は BCC 断端（+）の為、大きく切除し、MTC flap で再建した。現在のところ再発無く経過良好。

以上の2症例から術前に肉眼的に良性と思われても手術後、採取した組織を病理検索することは患者の予後に大変重要で、是非行うべきであると強調したい。



## 14

重粒子線治療後に再発した  
涙丘部脂腺癌の1例

○張 大行（ちょう ひろゆき）<sup>1)</sup>、大湊 絢<sup>1)</sup>、  
尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1) 新潟大、2) うおぬま眼科、3) 江口眼科医院

【緒言】眼科領域の脂腺癌に対する重粒子線治療の報告は少ない。重粒子線治療後40ヶ月で再発した涙丘部脂腺癌を経験したので報告する。

【症例】84歳女性。2009年4月に右内眼角部に腫瘍を自覚し当科受診した。涙丘部に黄色調の腫瘍性病変を認め、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、造影CTにて眼窩内組織への明らかな浸潤は認めなかった。safety margin を考慮した根治手術では、上下眼瞼内側全層切除＋涙嚢・鼻涙管切除（＋眼窩前方部分切除）が必要と考えられたが、本人が外科的治療を希望されず、重粒子線治療の方針とした。2009年5月放射線医学総合研究所にて重粒子線治療（57.6GyE/16Fr）を施行し、腫瘍の消失を認めた。局所再発や転移なく経過していたが、重粒子線治療19ヶ月後に右眼眼圧上昇、隅角に新生血管を認め、網膜光凝固術を施行した。40ヶ月後の2012年10月に右上眼瞼皮下に1mm大の腫瘍性病変を触れるようになり、2013年1月に切除術を施行した。病理診断の結果は脂腺癌であった。

【結論】手術の同意が得られない涙丘部脂腺癌の患者に重粒子線治療を行ったが、照射野内の上眼瞼に再発を認めた。重粒子線治療後であっても注意深い経過観察が必要である。

## 15

涙嚢部に発生した  
fibrous histiocytoma の1例○藤代 貴志(ふじしろ たかし)<sup>1)</sup>、小島 孚允<sup>1)2)</sup>

1)さいたま赤十字、2)小島眼科

【緒言】 fibrous histiocytoma は、眼窩に発生することのある間葉性腫瘍であるが、涙嚢での発生は稀である。治療は、外科手術による摘出が一般的であると報告されている。今回、涙嚢部に発生した fibrous histiocytoma の1例を経験したので報告する。

【症例】 症例は、25歳女性。平成24年5月頃より右内眼角のしこりを自覚し、近医受診。緩徐ではあるが、増大傾向があるため、11月に当科へ紹介受診。初診時、眼窩 MRI にて涙嚢部に T1 強調画像にて高信号、T2 強調画像にて低信号、ガドリニウム造影にて造影効果が見られる直径1cm程度の腫瘍が見られた。増大傾向があるため、平成24年12月に手術を施行した。手術時の所見では、腫瘍と涙嚢との癒着が強く、連続性が見られた。そのため、術中病理検査を施行し、悪性腫瘍でないことを確認した後、に腫瘍を可能な限り摘出して、涙嚢を温存した。術後の病理検査で、fibrous histiocytoma と診断された。しかしながら、術後の眼窩 MRI にて、残存腫瘍の増大傾向が確認できたため、平成25年5月に腫瘍の全摘出を目的に涙嚢摘出術を施行した。術後の病理検査で前回の手術時と同様の病理結果が得られた。術後は現在まで再発はない。

【結論】 涙嚢部に発生した fibrous histiocytoma の1例を経験した。手術による全摘出で現在まで良好な経過を得ている。

## 16

右涙嚢発生が悪性黒色腫に対し  
拡大切除を行った1例

○上笹貫 太郎(かみささぬき たろう)、嘉島 信忠、

笠井 健一郎、太田 優、末岡 健太郎

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【緒言】 涙嚢がんは非常に稀な疾患であり、特に涙嚢由来の悪性黒色腫は非常に稀とされている。頭頸部の粘膜由来の悪性黒色腫では拡大切除が重要であり、放射線や化学療法、免疫療法は効果に乏しい。今回我々は、右涙嚢が原発と考えられる悪性黒色腫に対し拡大切除を行った1例を経験したので報告する。

【症例】 85歳、男性。H24年5月に右流涙を自覚し、近医で涙道チューブを留置されたが改善なく、H25年5月に他院を受診され当科紹介となった。初診時に右涙嚢部皮下に黒色腫瘍を認めたため、MRI 検査を施行した。右涙嚢から鼻涙管にかけて T1 強調画像でやや高信号、T2 強調画像で低信号の粘稠な液体が示唆される像を認めたことから、腫瘍を穿刺し細胞診を行った。腫瘍摘出および涙嚢鼻腔吻合術を予定したが、細胞診で悪性黒色腫が疑われ、術中の鼻内視鏡検査で鼻腔内に広がる黒色病変を認めたため、腫瘍の切除範囲を拡大した。皮膚、涙嚢、鼻涙管、中鼻甲介、鼻腔底、内眼角靱帯、および鼻骨、上顎骨、涙骨の一部を一塊に摘出した。術後の PET および CT では明らかな全身転移はなかった。DAV-Feron 療法を開始し、術後4ヶ月での再発はない。

【考察】 頭頸部は生命維持、QOL に関わる臓器が密集しており、拡大切除による障害が懸念されるが、本症例において拡大切除による障害は認められなかった。頭頸部においても涙嚢腫瘍の拡大切除は有用である。

## 17

# 拡大眼窩腫瘍切除および義眼床再建を行った二次性眼窩 Ewing 肉腫の1例

○尾山 徳秀(おやま とくひで)<sup>1)2)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、大湊 絢<sup>1)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科

【緒言】眼窩 Ewing 肉腫は症例数が少ない。今回、二次性眼窩 Ewing 肉腫を経験したので報告する。

【症例】5歳 男児

【既往歴】2歳時 AML M5b(完全寛解)

【現病歴】2012年10月上旬より右上眼瞼腫脹と流涙あり、近医受診し、2012年10月23日当科を紹介受診した。右眼球突出および外転制限あり、CT および MRI にて右涙腺部周囲および眼窩内に腫瘤形成を認め、頬骨弓にも病変を認めた。AML 再発を疑い、10月31日右眼窩内腫瘍生検術を施行した。病理組織診断で CD99、vimentin 陽性、および PCR、FISH 法にて EWS-FLI1 も認め、Ewing 肉腫と診断した。右眼窩以外に病変を認めず、11月19日より、Japan Ewing Sarcoma Study Group (JESS) プロトコルにて全身化学療法を導入した。5コース施行後、PR の状態となり、2013年3月8日 hemifacial dismasking flap 法にて、右眼窩腫瘍拡大切除術および眼窩骨縁形成術、義眼床形成術(遊離血管柄付き腹直筋皮弁)を施行した。切除断端陰性で、JESS プロトコルにて全身化学療法を続行している。

【結果】放射線治療による三次癌発生および制御率も検討した結果、容貌を許容できる方法で手術加療を施行した。二次性 Ewing 肉腫の5年生存率は、約4割と予後は不良である。原発性および二次性眼窩 Ewing 肉腫に関しては報告が少ないため、治療効果の長期検討が必要と思われた。

## 18

# 眼窩内進展した前頭蓋底髄膜腫に、術前塞栓術を行い自家頭蓋分層骨で頭蓋形成した1例

○末岡 健太郎(すえおか けんたろう)、嘉島 信忠、笠井 健一郎、上笹貫 太郎、太田 優

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【緒言】眼窩内進展した前頭蓋底髄膜腫に対して、術前塞栓術を行い、摘出後に自家頭蓋分層骨で頭蓋形成した1例を経験したので報告する。

【症例】30歳男性。両未熟児網膜症、4歳時に松果体部奇形種に対し開頭腫瘍摘出術(以降、右同名半盲あるが視野障害の進行なし)の既往があった。半年ほど前より左前額部の膨隆あり。頭部 CT, MRI で骨破壊(眼窩上壁、頭蓋骨前壁および前頭洞後壁を破壊)を伴う左前頭洞～頭蓋内に約5cmの腫瘍をみとめた。腫瘍への血流が豊富で、術前日に塞栓術(眼動脈・中硬膜動脈・浅側頭動脈の腫瘍への各枝)を施行し、左前頭蓋底髄膜腫全摘および頭蓋形成術を行った。腫瘍は眼窩内進展していたが、眼窩内組織との癒着はみとめず、前頭開頭により腫瘍を一塊に摘出した。左頭頂骨を採取し、外板骨を前頭部の骨欠損部に、内板骨を新規骨採取部に用い、移植自家骨と周囲骨の境界にリン酸カルシウムペーストを充填し凹凸を補正した。病理診断は髄膜上皮型髄膜腫であった。術後、無再発で、左前頭部および頭頂部の形状は良好で、感染症もなく経過している。

【考案】髄膜腫は血流豊富なことが多く、術前塞栓術は術中出血の減少に有用である。また、前頭蓋底は解剖学的に眼窩上方に位置しており、同部位の腫瘍は眼窩内進展することがある。脳外科医のみならず眼形成外科医も手術に携わることがあるため、前頭蓋底腫瘍の摘出、再建について知っておく必要がある。



## 19

副鼻腔内腫瘍切除時に  
眼窩壁形成を行った一例

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

副鼻腔内反性乳頭腫は、再発率が高く、扁平上皮癌を合併していることも多く、完全摘出が治療の原則であるが、その際、眼窩壁の合併切除を必要とすることがある。

【症例】67歳男性。左副鼻腔(上顎洞篩骨洞)に充満する腫瘍があり、生検で副鼻腔内反性乳頭腫と診断された。全摘出を計画し、腫瘍切除時に surgical margin として眼窩内壁および下壁の合併切除を必要としたため、耳鼻科手術に先んじて眼窩側よりラクトソープメッシュを用いた眼窩壁形成後、鼻腔側より全摘出を行った。術中所見では腫瘍は中鼻道より発生し、眼窩内側壁が基部であった。眼窩内壁を除去し、眼科で挿入したラクトソープを露出させ腫瘍基部切除を行った。矯正視力は術前1.2、術後1.2であった。HESS area ratio (HAR%)は術前96%、術後92.3%で眼球運動は良好に保たれた。術後CTでは眼窩内容脱出は認めず眼窩壁形状は良好であった。

【結論】副鼻腔内反性乳頭腫は、完全摘出が治療の原則であり、眼窩壁合併切除を必要とする際に、ラクトソープメッシュを用いた眼窩壁形成は完全摘出を支援する一法になると考えられた。ラクトソープメッシュが吸収されるまでの1年間は注意して経過観察が必要である。

## 20

鼻腔原発好酸球性血管中心性  
線維症の眼窩内進展に対し、  
眼窩内容除去術を施行した1例

○笠井 健一郎(かさい けんいちろう)<sup>1)</sup>、嘉島 信忠<sup>1)</sup>、  
上笹貫 太郎<sup>1)</sup>、太田 優<sup>1)</sup>、末岡 健太郎<sup>1)</sup>、  
大月 寛郎<sup>2)</sup>

1) 聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科、  
2) 聖隷浜松病院 病理診断科

【緒言】鼻腔原発好酸球性血管中心性線維症 Eosinophilic Angiocentric Fibrosis (EAF) の眼窩内進展に対し、眼窩内容除去術を施行した1例を報告する。

【症例】60歳、男性

【既往歴】鼻腔内原発 EAF、Wegener 肉芽腫症 (WGA)

【現病歴】2009年7月 左) 結膜充血および毛様充血、眼瞼腫脹、下眼瞼腫瘤、圧迫感が出現し、近医でステロイド点眼等の加療をされていたが、軽快と再燃を繰り返していた。

その後、視力低下が出現し、生検目的で当科へ紹介受診。MRI では T1・T2 強調画像で低信号、Gd で不均一に造影される眼窩腫瘤が描出されたため、生検術を施行。病理組織学的に WGA による血管炎が疑われたため、前医で経過観察となった。

2012年8月 左) 眼球突出および激しい眼痛による嘔気、不眠、食欲不振が出現し、2年半ぶりに再び当科へ受診。左) 光覚なし。CT では眼窩腫瘤が眼窩内に充満し、眼窩内壁および上顎洞後壁の破壊像が描出された。除痛目的で、眼窩内容除去術を施行。病理組織学的に眼球を取り囲むように病変が広がり、同心円状の構造を呈する線維増生、好酸球浸潤を伴う血管炎様の所見がみられ、EAF と診断された。

術後眼痛は緩和され、現在まで局所再発はない。

【結論】EAF は原因不明のまれな炎症性良性疾病とされるが、眼窩内へ進展し圧迫性視神経症や眼窩内圧上昇による眼痛を生ずることがある。眼痛の緩和には眼窩内容除去術が選択肢の一つとなると考えられた。

## 21

非侵襲的脈絡膜悪性黒色腫診断  
支援システムの開発：  
予備的研究

○亀山 桜里(かめやま おうり)<sup>1)</sup>、宗田 孝之<sup>1)</sup>、  
木村 圭介<sup>2)</sup>、中村 厚<sup>1)</sup>、臼井 嘉彦<sup>2)</sup>、  
八木 浩倫<sup>2)</sup>、後藤 浩<sup>2)</sup>

1)早稲田大、2)東京医大

【目的】患者に時間的、身体的な負担を強いることなく、短時間で施行可能で、非侵襲的な脈絡膜悪性黒色腫の画像診断システムを開発すること。

【対象と方法】脈絡膜悪性黒色腫4例(2症例は病理組織学的に、2症例は臨床的に診断された)、脈絡膜悪性黒色腫疑いで経過観察中の4例、臨床的に非脈絡膜悪性黒色腫と診断された17例(脈絡膜血管腫5例、転移性脈絡膜腫瘍2例、色素上皮肥大1例、メラノサイトーマ2例、脈絡膜母斑7例)を対象に、後ろ向き研究を行った。計測には市販の眼底カメラを改造して作成した近赤外ハイパースペクトルイメージャーを用いた。得られたハイパースペクトルデータから、皮膚悪性黒色腫の客観的、定量的な診断に有用であった単一の指標を導出し、それを鑑別指標として各症例が悪性黒色腫であるか否かを判別した。統計解析にはマン・ホイットニーのU検定を用い、有意水準は5%と設定した。

【結果】偽陽性率と偽陰性率の平均を最小とする指標値を閾値とし、閾値よりも大きな指標値を示した症例を悪性黒色腫と判別した。本システムの成績は感度100%、特異度88%、正診率90%で、悪性黒色腫と非悪性黒色腫の指標値の間には有意差( $P=0.009$ )があった。一方、脈絡膜母斑と色素上皮肥大に分類されていた各1例が悪性黒色腫と判別された。

【結論】本法は脈絡膜悪性黒色腫の補助診断として有用な可能性がある。

## 22

光干渉断層計により後部硝子体  
膜との接着が観察できた  
網膜星状膠細胞過誤腫の1例

○牧野 伸二(まきの しんじ)、反保 宏信  
自治医大

【緒言】網膜星状膠細胞過誤腫は良性腫瘍で結節性硬化症や神経線維腫症に合併することもあるが、単独にみられることもある。腫瘍と硝子体との関連を光干渉断層計で検討した報告は少なく報告する。

【症例】56歳男性で、検診で右眼眼底異常を指摘され受診した。自覚症状はなく、視力は両眼とも1.2であった。右眼眼底には上耳側血管アーケード付近に $1.5 \times 1$ 乳頭径大のやや白色の隆起性病変があった。光干渉断層計では虫食い状の光学的に空虚な内腔を有する隆起した高反射を伴う網膜腫瘍が確認され、腫瘍の後方は低反射陰影がみられた。腫瘍の表面には後部硝子体膜との接着が観察された。フルオレセイン蛍光眼底造影検査では、造影早期に一部点状の過蛍光、後期に軽度の蛍光漏出がみられ、腫瘍内を貫通する血管は拡張なく観察された。病変部はインドシアニングリーン赤外蛍光眼底造影検査では終始低蛍光を呈し、赤外自発蛍光検査、眼底自発蛍光検査では低輝度を呈し周囲との境界が明瞭であった。全身検査に異常はなく、右眼孤立性網膜星状膠細胞過誤腫と診断した。

【考按】網膜星状膠細胞過誤腫は一般的に変化を呈することは少ないが、稀に腫瘍の拡大、滲出性変化、硝子体出血を伴うことがある。本症例では硝子体膜の接着がみられたが、腫瘍表面に血管は乏しく、牽引が生じて出血の危険性は低いと思われた。

【結論】光干渉断層計による検査は腫瘍の続発性変化の観察に有用であると考えられた。

## 23

神経線維腫症Ⅰ型にみられる  
脈絡膜病変

○反保 宏信(たんぼ ひろのぶ)、牧野 伸二、  
新井 悠介、小幡 博人  
自治医大

【緒言】走査レーザー検眼鏡により神経線維腫症Ⅰ型(NF1)患者の眼底に脈絡膜病変が高頻度に見られることが報告され(Yasunari, 2000)、その後、近赤外眼底自発蛍光検査によって観察される脈絡膜病変はNF1の診断的価値がある所見として認識されている(Viola, 2012)。今回、NF1にみられる脈絡膜病変を検討した。

【対象と方法】対象はNF1の10例で、年齢は4歳～39歳、男性5例、女性5例で、近赤外眼底自発蛍光検査はHeidelberg Retina Angiograph 2を用い、黄斑部を中心とする画角55°の領域における脈絡膜病変の程度と年齢、虹彩結節との関連を検討した。

【結果】近赤外眼底自発蛍光検査で高輝度に観察される脈絡膜病変は9例(90%)に、虹彩結節は8例(80%)にみられた。脈絡膜病変が片眼に5個以上あったものは、小児4例中2例、成人6例中5例、片眼に10個以上あったものは、小児では1例、成人では3例であった。虹彩結節が片眼に2個以上あったものは、小児では3例、成人では5例であった。虹彩結節が2個以上観察されたもので、脈絡膜病変が5個以上みられたものは8例中6例であった。10例中、視神経膠腫、網膜星状膠細胞過誤腫、congenital retinal macrovesselの合併が1例ずつあった。

【考按】脈絡膜病変の程度は年齢と正の相関があるとされる(Nakakura, 2005)が、今回の検討では小児でも多数の脈絡膜病変を有するものもみられた。

【結論】NF1に伴う脈絡膜病変は虹彩結節と並び、診断に有用な所見である。

## 24

Application of PET/CT in the  
diagnosis of ocular tumors

○Lei Zhang<sup>1)</sup>、Hong Zhao<sup>1)</sup>、Guo-xiang Song<sup>2)</sup>  
1) Tianjin Eye Hospital、2) The Second Hospital  
of Tianjin Medical University

**Background:** Ultrasound scan, contrast-enhanced computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) are the standard imaging techniques to evaluate patients with ocular tumor. The use of positron emission tomography (PET) with <sup>18</sup>F-fluorodeoxyglucose (FDG) in such patients is as yet less well established.

**Objective:** The aim of this study was to assess the clinical impact of PET co-registered with CT (PET/CT).

**Method:** The examinations of all the <sup>18</sup>F-FDG injected patient scanned by GE Discovery PET/CT scanner between 2005 and 2013 were evaluated. Patient data were only included when pathological diagnosis was done after surgery or information from conventional imaging findings was available with diagnosis. Evaluation of 30 consecutive patients with ocular tumors, including intraocular tumors 12 cases (choroidal melanoma 9 cases, choroidal metastatic carcinoma 3 cases), primary orbital tumors 11 cases (lacrimal gland adenoid cystic carcinoma 6 cases, leiomyosarcoma 2 cases, other 3 cases), orbital metastatic tumor 7 cases (malignant lymphoma 2 cases, neuroblastoma 2 cases, lung cancer 1 case, breast cancer 1 case and clear-cell carcinoma 1 case).

**Result:** ① CT were founded abnormal in all chroidal melanomas (9 cases), however, only 3 cases showed high FDG uptake which were large tumors, there was no extraocular transfer could be founded. ② In 3 cases of choroidal metastatic carcinomas, in addition to original sites had been removed, all of them could be founded primary and extraocular metastatic lesions. ③ In 11 cases of primary orbital tumors including 8 cases of recurrence after surgery, 5 cases could be founded with high FDG uptake and 2 cases could be founded extraorbital metastasis. ④ In 7 cases of orbital metastatic tumors, 5 cases could be founded with high FDG uptake and 6 cases could be founded systemic metastasis.

**Conclusion:** ① FDG uptake could not be founded in small intraocular tumor; ② With intraocular and orbital metastasis, PET/CT was helpful to found primary lesion and systemic metastasis, it's also helpful to assess malignancy; ③ Compare with other imageology examination, for intraocular tumor, ultrasound and MRI was superior to PET/CT; for orbital tumor and extraorbital metastatic tumor, PET/CT was superior to ultrasound and MRI.



## 25

定位的放射線治療後の  
血管新生緑内障に対する  
汎網膜光凝固治療の効果

○上田 瑛美(うえだ えみ)、吉川 洋、荒川 聡、  
大西 陽子、田邊 美香、有田 量一、  
大賀 才路、石橋 達朗  
九州大

【背景】近年脈絡膜悪性黒色腫などの眼部腫瘍に対しガンマナイフなどの定位的放射線治療が行われることがあるが、新生血管緑内障の合併が問題である。今回、汎網膜光凝固術の新生血管緑内障防止効果について検討した。

【対象と方法】対象は眼部悪性腫瘍に対し定位的放射線治療を行い半年以上経過を追えた25例。A群は網膜光凝固術を行っていない、または1,000発以下の網膜光凝固術を行っている9例で、B群は1,500発以上の汎網膜光凝固術を行った16例とした。緑内障発生をエンドポイントとし、Kaplan-Meier法を用いて生存曲線を作成、両群をLog-Rank testを用いて比較した。

【結果】A群では9例中3例で治療後それぞれ12ヶ月、28ヶ月、31ヶ月後に新生血管緑内障を生じた。B群では全例で経過中新生血管緑内障の発生はなかった( $p=0.0142$ )。新生血管緑内障で眼球摘出となった症例でVEGFに対する免疫染色を行ったところ網膜内層の閉塞血管周囲に陽性所見が認められた。

【結論】眼部定位的放射線治療後の新生血管緑内障には網膜虚血が関与しており、汎網膜光凝固は新生血管緑内障の予防効果がある可能性がある。

## 26

涙嚢周囲 IgG4 関連眼疾患の  
2例

○大湊 絢(おおみなと じゅん)<sup>1)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、  
尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科医院

【目的】まれな涙嚢周囲 IgG4 関連眼疾患の2例を経験したので報告する。

【症例1】16歳男性。軽度のアトピー性皮膚炎の既往。2012年3月～左眼瞼と涙嚢部の発赤腫脹を自覚し蜂窩織炎の疑いで5月に当科紹介。造影CT施行したところ涙嚢周囲から鼻涙管内に進展する軟部組織陰影を認めた。IgG4=349 mg/dl、鼻腔粘膜生検でIgG4陽性形質細胞を多数認め、IgG4関連疾患と診断。8月よりステロイド加療開始し、2013年6月現在 PSL8 mg/day で経過観察中。IgG4は治療開始後、200 mg/dl 台で経過している。発赤腫脹の増悪や再発は認めていない。

【症例2】63歳女性。2012年末～左下眼瞼・涙嚢部の発赤腫脹を自覚。近医で加療されたが軽快せず近医総合病院でMRI施行したところ涙嚢部に腫瘤を認め、2013年3月当科へ紹介。眼瞼腫脹認めず通水試験も閉塞なし。造影CTで涙嚢に接する嚢胞を認め摘出術の方針とした。涙嚢との間には隔壁を認め、一部鼻涙管へ進展していた。手術1週間前に左下眼瞼・涙嚢部の発赤腫脹が再発、入院時には急性涙嚢炎様の所見を呈していた。これに対する治療をした後に腫瘤摘出術を施行。術中も病変部と涙道の交通は認めなかった。病理組織はIgG4関連疾患の診断基準を満たし、採血結果もIgG4=188 mg/dl、全身CTでは他病変を認めなかった。発赤腫脹の再発なく経過観察中。

【結論】涙嚢周囲 IgG4 関連眼疾患は涙嚢炎や眼窩蜂窩織炎との鑑別が困難な非典型的症状や所見を呈する場合がある。

## 27

ステロイド治療を行った  
IgG4 関連眼疾患の検討

○濱岡 祥子(はまおか しょうこ)<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、  
川野 充弘<sup>2)</sup>、永田 裕子<sup>3)</sup>、馬渡 嘉郎<sup>4)</sup>、  
杉山 和久<sup>1)</sup>

1)金沢大、2)金沢大 リウマチ膠原病内科、  
3)滑川病院、4)恵寿総合病院

【目的】金沢大学病院においてステロイド治療を行ったIgG4関連眼疾患の症例を検討した。

【対象と方法】当院にて2004年12月から現在までに、涙腺検体によりIgG4関連涙腺炎と病理診断された症例のうち、ステロイド治療を行った22症例につき検討した。

【結果】22症例のうち10症例で涙腺以外の眼窩病変がみられ、その内訳は、三叉神経分枝周囲腫瘍8例、外眼筋腫大7例、視神経周囲腫瘍1例であった(重複を含む)。21症例でプレドニゾロン内服漸減療法(初回投与量20～40 mg/日)を行った。胃癌治療中の1症例ではデキサメタゾン点滴投与のみが行われた。ステロイドの投与により、眼瞼腫脹の改善や画像上の病変の縮小がみられた。しかし、減量中に症状や画像所見の悪化のためにステロイドを増量した症例が5症例あり、うち2症例ではステロイドパルス投与を併用した。20症例では現在もステロイド内服中であり、その投与期間は平均 $38 \pm 31$ か月である。

【結論】IgG4関連疾患の標準プロトコルによるステロイド治療により、眼領域病変の制御は概ね良好であったが、投与期間が長期間に及ぶ傾向があった。病変が眼領域に限局する症例などに対しては、眼科としての治療指針を検討する必要があると思われる。

## 28

IgG4 関連眼疾患の基準を  
満たす眼窩悪性リンパ腫の頻度

○尾山 徳秀(おやま とくひで)<sup>1)2)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、  
大湊 絢<sup>1)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1) 新潟大、2) うおぬま眼科、3) 江口眼科医院

【目的】当科における眼窩悪性リンパ腫において、IgG4 関連眼疾患の基準を満たす頻度を報告する。

【対象】病理組織学検査を施行した当科における 10 年間の眼窩リンパ増殖性疾患 101 症例

【結果】2004 年 1 月から 2013 年 1 月までの当科における病理診断が得られた眼窩リンパ増殖性疾患 101 症例を対象に検討した結果、IgG4 関連眼疾患が提唱される以前の内訳は、MALT lymphoma が 40 例 (40%)、Diffuse large B-cell lymphoma が 6 例 (6%)、Other lymphomas が 4 例 (4%)、特発性眼窩炎症、反応性リンパ過形成および多発血管炎性肉芽腫症が 51 症例 (50%) であった。しかし、IgG4 関連疾患の診断基準に照らし合わせて再分類すると、MALT lymphoma が 22 例 (22%)、Diffuse large B-cell lymphoma が 6 例 (6%)、Other lymphomas が 4 例 (4%)、MALT lymphoma 合併 IgG4 関連眼疾患が 18 例 (18%)、IgG4 関連眼疾患が 26 例 (25%)、特発性眼窩炎症、反応性リンパ過形成、多発血管炎性肉芽腫症が 25 症例 (25%) となり、非特異的眼窩炎症が約 50% から 25% と半減した。

【結論】眼窩リンパ増殖性疾患に IgG4 関連眼疾患だけではなく、IgG4 関連眼疾患と合併した悪性リンパ腫が新たに加わることになった。IgG4 関連眼疾患の診断基準を満たす眼窩悪性リンパ腫の存在を常に意識して診断することが必要である。

## 29

IgG4 関連眼疾患の  
診断基準作成の試み

○後藤 浩(ごとう ひろし)<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>2)</sup>、  
安積 淳<sup>3)</sup>

1) 東京医大、2) 金沢大、3) 神戸大

【目的】厚労省の「IgG4 関連疾患に関する調査研究班」眼科部会で策定された眼病変の診断基準の提示と、その妥当性について検討する。

【方法】策定された診断基準の概略は、

- 1) 画像所見で涙腺腫大、三叉神経腫大、外眼筋腫大など、眼関連組織に腫瘤、腫大、肥厚性病変等がみられる。
- 2) 病理組織学的に著明なリンパ球と形質細胞の浸潤がみられ、線維化を伴うこともある。しばしば胚中心がみられる。IgG4 陽性の形質細胞浸潤は IgG4 (+) / IgG (+) 細胞比 40% 以上、かつ強拡大視野内に 50 個以上を満たすものとする。
- 3) 血清学的に高 IgG4 血症を認める ( $> 135 \text{ mg/dl}$ )。  
① 1) + 2) + 3) を満たせば確定診断群、② 1) + 2) は準確定群、③ 1) + 3) は疑診群と定める。

以上の診断基準を複数の施設 (基準策定作業に未参加の施設) に送付し、validation を依頼した。

【結果】調査を依頼した施設で IgG4 関連眼疾患と診断された症例のうち、① 確定診断群は 78%、② 準確定群は 2%、③ 疑診群は 18% を占め、いずれにも該当しない症例は 3% であった。確定診断群に至らなかった理由の多くは組織中の IgG4 陽性細胞数が基準を満たさないためであった。一方、確定診断群の中には MALT リンパ腫に矛盾しない症例も混在していた。

【結論】新たに提唱された IgG4 関連眼疾患の診断基準は妥当と考えられるが、病理組織学的条件 (IgG4 陽性細胞数) の是非と、MALT リンパ腫を除外するための方策については議論の余地がある。

## 30

放射線治療が奏効した  
びまん性脈絡膜血管腫の一例

○児玉 俊夫(こだま としお)<sup>1)</sup>、池川 泰民<sup>1)</sup>、  
鳥山 浩二<sup>1)</sup>、堀内 良紀<sup>1)</sup>、山本 康明<sup>1)</sup>、  
山西 茂喜<sup>1)</sup>、上甲 武志<sup>2)</sup>

1) 松山日赤、2) 愛媛大

【緒言】Sturge-Weber 症候群では眼合併症として先天緑内障とびまん性脈絡膜血管腫が知られている。びまん性脈絡膜血管腫は滲出性網膜剥離を生じることがあり、治療として網膜光凝固、網膜復位術などが行われることがあるものの奏効しないことが多い。今回、滲出性網膜剥離に対して放射線治療が奏効した Sturge-Weber 症候群の1症例を経験したので報告する。

【症例】12歳女児。出生時に左三叉神経第1枝領域に血管腫を認め、Sturge-Weber 症候群と診断された。左牛眼を合併していたために生後27日目にトラベクトミーを施行した。術後左眼圧は6歳までは無治療で20mmHg 以下であったが、6歳4ヶ月以降は20mmHg 以上と上昇したために、緑内障点眼薬を開始して眼圧は20mmHg 前半を維持し、左矯正視力は1.0を保っていた。12歳10ヶ月で左眼下方に非裂孔原性の胞状網膜剥離を認め、左矯正視力は0.1に低下した。蛍光眼底撮影では左後極部を中心に過蛍光がみられ、造影 MRI では同部位に強い造影効果が認められたことより左眼のびまん性脈絡膜血管腫に伴う滲出性網膜剥離と診断した。愛媛大学眼科で光線力学療法を2回施行したが、網膜下液は減少しなかった。13歳6ヶ月で放射線外照射(前1門照射、1回線量2Gy で10回、計20Gy)を行ったところ網膜下液は消失し、左矯正視力は0.2と改善した。

【考察】難治性のびまん性脈絡膜血管腫の治療として低線量の放射線治療は有効と思われる。

## 31

脈絡膜血管腫に対する治療の  
現状

○馬詰 和比古(うまつめ かずひこ)、川上 摂子、  
若林 美宏、白井 嘉彦、木村 圭介、後藤 浩  
東京医大

【目的】孤立性脈絡膜血管腫の臨床像と治療方法の変移を明らかにする。

【方法】1998年4月から2013年3月までの15年間に東京医科大学病院眼科で診断された孤立性脈絡膜血管腫35例35眼を対象として、性別、年齢、血管腫の大きさ、黄斑部漿液性網膜剥離の有無、遠視化の有無、治療方法、視力予後について診療録をもとに後ろ向きに検討した。

【結果】性別は男性19眼、女性16眼で、平均年齢は $52 \pm 15.81$ 歳であった。血管腫の大きさは平均 $3.2 \pm 1.2$ 乳頭径大で、黄斑部の漿液性網膜剥離は25眼(71%)に、遠視化は23眼(66%)に認められた。治療については経瞳孔温熱療法(TTT)が12眼(34%)、色素レーザーが6例(17%)、光線力学的療法(PDT)が3例(9%)で、16眼(48%)については経過観察のみが行われた。主に黄斑部の漿液性網膜剥離を併発した場合を治療対象とし、2002年からは色素レーザーに変わって TTT による治療が中心であった。近年は TTT に加え、適応外ではあるが、PDT による治療も行っている。

治療成績としては、35例中30例(86%)の症例で視力向上もしくは維持されている。

【結論】比較的まれな疾患である脈絡膜血管腫の治療は、TTT と PDT が中心となりつつあるが、その適応については依然コンセンサスが得られていない面もあり、症例に応じて適切に対応していく必要がある。



## 32

脈絡膜骨腫に続発した  
眼内新生血管の治療経験

○柴田 元子(しばた もとこ)、馬詰 和比古、  
臼井 嘉彦、後藤 浩  
東京医大

【目的】脈絡膜骨腫に続発した眼内の新生血管に対して、Bevacizumab 硝子体内投与が奏功した1例を経験したので報告する。

【症例】症例は34歳の女性。2011年4月、左眼眼底の黄白色調隆起病変の精査目的で当科初診となった。初診時の左眼矯正視力は1.5で、前眼部に異常所見はなく、眼底には視神経乳頭下方に境界明瞭、黄色調で、わずかな隆起を伴う脈絡膜隆起病変を認めた。Bモード超音波検査ならびにX線CT所見から脈絡膜骨腫と診断した。腫瘍は黄斑には及ばず、漿液性網膜剥離等もないことから定期的に経過観察を継続した。しかし、2年後の2013年3月に急激な視力低下を自覚したため再受診となった。左眼の矯正視力は0.4で、腫瘍は脱灰傾向にあったが、黄斑部に網膜下出血と漿液性網膜剥離を認めた。インドシアニングリーン蛍光眼底造影(IA)では、黄斑部とともに腫瘍内の新生血管も確認された。脈絡膜骨腫に併発した新生血管と診断し、Bevacizumabの硝子体内注射を2回にわたって施行した。硝子体注射後、漿液性網膜剥離と網膜下出血は消退、1か月後には視力1.0に回復し、IAでも新生血管の活動性の低下が確認された。

【結論】既に報告はあるが、脈絡膜骨腫に併発した新生血管に対して Bevacizumab 硝子体内注射は有用であることが確認された。

## 33

ぶどう膜炎を初発症状とした  
血管内大細胞型 B 細胞性  
リンパ腫

○大島 浩一(おおしま こういち)<sup>1)</sup>、江木 邦晃<sup>1)</sup>、  
朝倉 昇司<sup>2)</sup>、浅越 健治<sup>3)</sup>、山鳥 一郎<sup>4)</sup>  
1)岡山医療センター、  
2)岡山医療センター 血液内科、  
3)岡山医療センター 皮膚科、  
4)岡山医療センター 病理科

【緒言】血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫(IVL)は、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫(DLBCL)の亜型で、かつては診断の難しい疾患であった。ランダム皮膚生検により診断率が向上したが、眼症状を伴う IVL の報告は少ない。

【症例】66歳の女性が、右眼ぶどう膜炎として近医眼科で加療されていた。8か月後に全身倦怠感と汎血球減少をきたし、血液内科へ入院した。血清LDH上昇(287 IU/L)と可溶性IL2レセプタ著増(8,630U/ml)があり、骨髓生検で血球貪食症候群を認めた。IVLを疑いランダム皮膚生検を行ったところ、大型リンパ球様細胞が皮下脂肪組織の血管内腔に充満していた。この時点で脳病変はなかった。IVL、stage IVと診断し、R-CHOP療法を開始した。3コース終了後に眼科受診した。右眼視力は0.5で、右眼前房と硝子体に大型細胞が浸潤し、眼底はぼんやり透見できた。硝子体生検で大型リンパ球様細胞を認め、IL-10/IL-6は49.0であった。

脳病変が出現したため、R-CHOPの5コース目からMTX大量療法を併用(R-MTX)したところ、脳病変は縮小した。しかし硝子体混濁はR-MTXに反応せず、新生血管緑内障を発症し、光覚弁となった。MTX硝子体注射を5回追加したところ、硝子体混濁は消失し新生血管は減少した。その後再発予防の目的で、全脳と両眼に放射線照射を行った。治療後7か月で再発はなかった。

【結論】CNS-DLBCLのみならず、IVLもぶどう膜炎の症状を呈することがある。MTX硝子体注射が奏功した。

## 34

血管新生緑内障を合併した  
眼内悪性リンパ腫の二例

○福原 淳一(ふくはら じゅんいち)<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、  
野田 実香<sup>1)</sup>、南場 研一<sup>1)</sup>、畑中 佳奈子<sup>2)</sup>、  
石田 晋<sup>1)</sup>

1)北海道大、2)北海道大学病院 病理部

【緒言】眼内悪性リンパ腫(IOL)は稀に血管新生緑内障(NVG)を合併する。今回 NVG を伴い眼球摘出に至った IOL の二例の病理像と VEGF について検討した。

【症例】症例1は78歳女性。平成18年6月中枢神経原発悪性リンパ腫(PCNSL)に対し化学療法と全脳照射を施行。平成20年10月初診時、視力は右光覚弁、眼圧14mmHg、硝子体混濁があった。右硝子体吸引術を施行し、細胞診で異型リンパ球が検出され IOL と診断。平成21年2月、右眼圧54mmHgと上昇し、虹彩新生血管がみられ、放射線照射を施行後、眼圧は正常化した。平成23年11月右眼圧再上昇、硝子体混濁が出現し、右眼球摘出術を施行した。摘出直前に前房水と血清を採取した。症例2は80歳男性。平成22年 PCNSL に対し化学療法と全脳照射を施行。平成24年7月初診時、視力は左光覚無し、眼圧12mmHg、虹彩新生血管がみられた。前房水の細胞診で異型リンパ球が検出され IOL と診断した。同年8月に左眼圧29mmHgと上昇し左眼球摘出術を施行した。

【結果】症例1では、ELISA 法にて術前の前房水中に高濃度の VEGF 蛋白が検出された。二例とも、病理組織学的に広範な壊死を伴うび慢性大型 B 細胞性リンパ腫と診断された。免疫組織化学的検討では、VEGF は異型リンパ球に発現していた。二例とも現在まで再発、転移はない。

【結論】眼球摘出術に至った NVG を合併した IOL の二例を報告した。NVG の発生病理にはリンパ腫細胞が産生する VEGF が重要な役割を果たすことが示唆された。

## 35

原発性眼内悪性リンパ腫に  
対する初回拡大治療の効果

○福原 崇子(ふくはら たかこ)<sup>1)2)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、  
武田 篤信<sup>1)</sup>、吉村 武<sup>1)</sup>、吉本 五一<sup>3)</sup>、  
宮本 敏浩<sup>3)</sup>、南場 研一<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>、  
石橋 達朗<sup>1)</sup>

1)九州大、2)北海道大、3)九州大 血液腫瘍内科

【目的】原発性眼内悪性リンパ腫(PIOL)は脳病変や局所再発を来たしやすく生命予後不良な疾患であるが、眼病変診断時の全脳照射や全身化学療法などの拡大治療の適応については一定の見解がない。今回我々は、初回拡大治療の有効性について検討したので報告する。

【対象と方法】2001-2012年に九州大学病院で PIOL と診断し、1年以上経過を追えた20例(男性9例、女性11例、45-87歳、平均65歳)を対象とした。初回治療として、局所治療(メトトレキサート硝子体内注射や眼部放射線照射)を施行した15例を A 群、全脳照射や全身化学療法を追加した5例を B 群とし、脳病変出現までの期間および生命予後を比較した。

【結果】A 群では5例(33%)で平均32ヶ月(6-103ヶ月)後に脳病変が出現し、5例(33%)が初回治療から平均53ヶ月(4-110ヶ月)後に死亡した。B 群では2例(40%)で平均41ヶ月(5-82ヶ月)後に脳病変が出現し、2例(40%)が初回治療から平均52ヶ月(6-98ヶ月)後に死亡した。

【結論】今回の検討範囲では、拡大治療による脳病変出現の予防効果や生存期間の延長効果は明らかとは言えなかった。

## 36

結膜 MALT リンパ腫に対する  
冷凍凝固術

○新澤 恵(しんざわ めぐみ)、大口 泰治、森 隆史、  
古田 実、石龍 鉄樹  
福島県医大

【目的】結膜 MALT リンパ腫は悪性度が低く限局性の場合が多いとされる。治療は放射線療法が著効するが、生検後に自然寛解することもあり、放射線の合併症も考慮すると局所療法や経過観察も選択肢となりうる。初回治療に冷凍凝固を施行した症例と経過観察のみを行った症例の予後を検討した。

【対象と方法】結膜限局 MALT リンパ腫と組織診断された11例17眼(男2例、女9例、平均年齢53歳)を対象とし、冷凍凝固は点眼麻酔下に腫瘍のみを2回ずつ凝固した。

【結果】冷凍凝固群11眼、経過観察群(小病変のため)6眼、平均観察期間は73月であった。冷凍凝固群11眼中9眼(82%)で完全寛解(CR)となり、治療回数の中央値は2回(1-5回)であった。初回治療から CR までの期間は平均26月(1-72月)であった。CR 後の無病期間は平均36月(1-98月)であり、生検による結膜瘢痕以外は冷凍凝固による合併症は生じなかった。残りの2眼のうち1眼は初回治療で部分寛解(PR)となり、98月無治療で経過している。他の1眼は4回の治療後に再発し、放射線療法で CR となった。経過観察群6眼では、全例で病変が消失しており、生検から自然消失までの平均期間は25月(2-67月)であった。

【結論】結膜 MALT リンパ腫に対する冷凍凝固術は、合併症が少なく、繰り返し行うことが可能であるが、再発は頻繁である。今回の結果からは自然経過に対する明らかな優位性は確認できなかったが、局所療法として興味深く、さらなる検討が必要である。

## 37

多彩な眼所見を呈した  
悪性リンパ腫の1例

○岡部 智子(おかべ ともこ)<sup>1)</sup>、朽久保 哲男<sup>1)</sup>、  
和泉 春香<sup>2)</sup>、大久保 陽一郎<sup>3)</sup>、渋谷 和俊<sup>3)</sup>  
1)東邦大、2)東邦大・大森 血液腫瘍科、  
3)東邦大・大森 病院病理学講座

【背景】両眼性に多彩な眼所見を呈し、生検にて確定診断ができた悪性リンパ腫の1症例を経験したので治療経過について報告する。

【症例】79歳の女性。

【既往歴】10年前に子宮摘出術およびリンパ節廓清、4年前に胆嚢炎摘出術を施行。

【現病歴】1年前から消褪しない右球結膜充血と左下眼瞼円蓋部の反応性リンパ濾胞様の所見、さらに両下眼瞼部に触知する腫瘤を主訴に平成22年9月に近医より精査目的に紹介受診となった。初診時、右耳側球結膜の隆起性病変と両眼の結膜円蓋部の腫脹・左眼窩部の腫瘤を認め、左頸部リンパ節・右耳前リンパ節の腫脹も認めており、全身性の腫瘍性病変を疑い精査を開始した。生検目的に10月6日左眼窩部の腫瘤を採取した。リンパ濾胞の形成を認める部分および類円形～多角形・不整形の核を有する異形リンパ球を認め、組織診断の結果では悪性リンパ腫・濾胞性リンパ腫に相当し grade2であった。全身検索にて、胸部 CT にて右肺下葉 S6 に結節病変を認め、腹部 CT では左側副腎に腫大を認めたが、いずれも PET では FDG の集積を認めなかった。

【経過】治療目的に11月11日に当院血液内科に入院となり COP 療法を開始した。計6コース施行し結膜病変は消失し、現在も再発は認めていない。右肺の結節影および偶発副腎腫瘍は増大傾向は認めず経過観察となっている。

【まとめ】眼窩部の腫瘍性病変の生検で診断しえた、悪性リンパ腫の1例を報告した。



## 38

眼窩部病変を初発症状として  
発症した濾胞性リンパ腫の1例○林 暢紹 (はやし のぶつぐ) <sup>1)2)</sup>

1) 須崎くろしお病院、2) 高知大

【緒言】眼科領域でのリンパ腫には、結膜・眼窩等に生じるリンパ腫群と、眼内等に生じるリンパ腫群に大別される。前者のリンパ腫群では MALT リンパ腫が最多で、濾胞性リンパ腫の頻度は少ない。今回眼窩部病変が診断・治療の契機となった濾胞性リンパ腫の1症例を経験したので報告する。

【症例】72歳、女性。2012年9月頃から右下眼瞼に腫瘤が触れることに気付き、複数の医療機関を経て、同年12月須崎くろしお病院眼科紹介初診。視力・眼圧は、RV=0.4(1.2) LV=0.4(1.2) RT/LT=20/18mmHg で、両側眼窩部～眼瞼部に腫瘤を触知し、左耳下腺部、胸骨上部にも硬結を認めた。1週間後右下眼瞼経皮的アプローチにて腫瘍生検を行い、病理組織学的に腫瘍は中等大の cleaved cell の増殖で占められ、腫瘍細胞は、LCA, CD20, CD79a, CD10, bcl-2 に陽性、CD3, CD45RO には陰性の反応性を示し、IgH/BCL-2 遺伝子再構成も認められ、悪性リンパ腫、濾胞性リンパ腫と診断した。可溶性 IL-2 受容体は 1,320U/ml、諸検査にて前胸部の筋肉・皮下、腹部傍大動脈等のリンパ節などに病変が認められた。2013年1月より高知大学にてリツキシマブ療法を開始し現在治療・経過観察中である。

【考察】眼科医が経験することは比較的少ないと考えられる濾胞性リンパ腫の1症例を経験した。

## 39

両眼に多発性脈絡膜腫瘍を  
呈した NK 細胞リンパ腫の一例○田川 義晃 (たがわ よしあき) <sup>1)</sup>、南場 研一 <sup>1)</sup>、  
水内 一臣 <sup>1)</sup>、宇野 友絵 <sup>1)</sup>、加瀬 諭 <sup>2)</sup>、  
福原 崇子 <sup>1)</sup>、斎藤 航 <sup>1)</sup>、石田 晋 <sup>1)</sup>

1) 北海道大、2) 手稲溪仁会病院

【緒言】NK 細胞リンパ腫は急性の経過をたどり予後不良であることが知られているが、眼を原発とした NK 細胞リンパ腫の報告は過去にない。今回我々は両眼に多発性脈絡膜腫瘍を呈し、硝子体および骨髓生検から NK 細胞リンパ腫と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】50歳女性。2013年4月末より原因不明の熱発後から視野異常を自覚。5月20日精査目的に当科受診。視力右1.2、左0.5、両眼に前房炎症、硝子体混濁、胞状網膜剥離、多発性脈絡膜腫瘍がみられた。悪性リンパ腫や転移性腫瘍を疑い全身検索を行うも異常無し。初診3日後に急激な硝子体混濁の増強を認め、診断目的に硝子体生検を行った。しかし、病理で悪性所見は得られず、IL-10濃度も低値であった。プレドニゾロン60mg内服を開始したところ硝子体混濁、網膜剥離は消失したが、腫瘍は癒合・増大傾向を示し、脈絡膜腫瘍生検を強く勧めたが患者の同意は得られなかった。初診から3週間後に発熱、盗汗、肝機能障害が出現。その3日後に急性呼吸窮迫症候群となり、さらに2日後に永眠された。生前の骨髓、硝子体の追加染色から、CD56、グランザイム B、パーフォリン、細胞質に CD3 陽性、EBER (+) の異型細胞が認められ、NK 細胞リンパ腫と診断した。

【考察】極めて急激な転帰をたどった脈絡膜原発 NK 細胞リンパ腫の一例を経験した。稀ではあるが脈絡膜腫瘍において NK 細胞リンパ腫も鑑別に挙がる可能性がある。

## 40

結膜 CLL/SLL にみられた  
重複癌の1例

○原 克典(はら かつのり)、兒玉 達夫、高井 保幸、  
大平 明弘、石川 典由、原田 佑治、  
丸山 理留敬、田中 順子、鈴宮 淳司  
島根大

【緒言】結膜 CLL/SLL の発症を契機に、重複癌が発見された1例を報告する。

【症例】84歳男性。2012年9月、左眼の下眼瞼腫瘍を指摘され当院を紹介された。前立腺癌の治療歴があった。当科初診時、左下眼瞼結膜と涙丘部に salmon pink mass を認めた。血液生化学的検査で、LDH、 $\beta$  2MG、IL-2R の上昇を認め、Ⅱ期以上の病期が示唆された。眼瞼腫瘍の生検組織で小型リンパ球のびまん性増生を、骨髓生検でリンパ腫細胞浸潤を認めた。眼瞼腫瘍と骨髓標本の免疫組織学的検査結果は、CD5(+)、CD23(+)、CD10(-)、cyclin D1(-)であり、CLL/SLL と診断した。PET/CT で肺門部と右肺上葉に集積を認め、同年12月に肺癌の診断で右上葉切除術と縦隔リンパ節郭清術を施行された。病理組織像は腺癌とリンパ腫が共存していた。2013年3月には食道癌で内視鏡手術を施行され、上皮内癌であった。同年4月には前額部から左顔面に紅色皮疹出現。生検結果は血管肉腫で、リンパ腫細胞の浸潤もみられた。現在、最も治療優先度の高い血管肉腫に対し、化学療法中である。

【考察】眼科領域では稀な CLL/SLL の1例を報告した。CLL/SLL 自体は低悪性度であるが重複癌をきたしやすく、注意深い全身精査と、全科横断的な治療方針の検討が必要と思われた。

## 41

当院における  
眼付属器リンパ腫の長期経過

○松本 佳子(まつもと よしこ)<sup>1)</sup>、明石 梓<sup>1)</sup>、  
坂本 麻里<sup>1)</sup>、長井 隆行<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>  
1) 神戸大、2) 神戸海星病院

【目的】眼付属器に発生するリンパ腫の長期における臨床経過、生存期間を検討する。

【対象】当科にて1992年4月から2013年6月までに観察が可能であった、病理診断でリンパ腫と診断された115例(男性62例、女性53例、平均年齢61.0 ± 14.3歳)。レトロスペクティブに調査を行った。

【結果】症例の内訳は、MALT リンパ腫(MALT) 95例、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL) 8例、濾胞性リンパ腫(FL) 7例、マンツル細胞リンパ腫(MCL) 3例、NK 細胞リンパ腫(NKL) 1例、バーキットリンパ腫(BL) 1例であった。病期分類別では、Ⅰ期67例、Ⅱ期10例、Ⅲ期2例、Ⅳ期10例、分類不明10例であった。全症例における10年生存率は88.5%であり、診断別の10年生存率ではMALT: 93.0%、DLBCL: 50.0%、MCL: 0%、FL、NKL、BLは各々100%であった。病期分類別の10年生存率ではⅠ期94.2%、Ⅱ期100%、Ⅲ期100%、Ⅳ期66.2%であり、Ⅳ期はⅠ期と比較して有意に低かった。

【結論】全症例での10年生存率は良好であったものの、病期分類Ⅳ期での10年生存率はⅠ期と比較して有意に低かった。

## 42

小児結膜母斑4症例の  
臨床病理学的検討

○石嶋 漢(いしじま かん)<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、  
山本 哲平<sup>1)</sup>、野崎 真世<sup>1)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1)北海道大、2)手稲溪仁会病院

【目的】北海道大学眼科における小児結膜母斑の臨床病理学的検討を行った。

【方法】小児結膜母斑の摘出術を行い、切除された組織をホルマリン固定、パラフィン包埋し、未染色標本を作製し、HE染色、免疫組織化学的検討を行った。

## 【結果】

症例1) 7才女児。出生直後より右眼鼻側に直径4mmほどの茶褐色の病変があり増大。

症例2) 8才男児。アレルギー性結膜炎で点眼治療中であった。3歳頃より右眼耳側に直径4mmの茶褐色の扁平な病変で血管侵入を認めた。血清5-S-CDは14.2nmol/ℓと上昇。切除後5-S-CDは一ヶ月後には11nmol/ℓ、半年後には5.1nmol/ℓまで低下。

症例3) 9才男児。幼少時より左眼結膜に赤色調の色素性病変が見られたが最近増大した。

症例4) 7才男児。左眼眼球結膜耳側に直径2mm程度の類円形の赤色調の腫瘤を呈した。

病理組織学的には1症例がMelanocytic nevusで、3症例がcompound nevusであった。母斑細胞にS-100蛋白が陽性で、1例でHMB-45、あるいはMelan-Aが陽性であった。嚢胞病変は組織学的には全例でみられた。3例で背景に炎症細胞浸潤がみられた。4例とも今日まで再発はなかった。

【結語】小児の結膜母斑では組織学的にcompound nevusが目立ち、炎症細胞浸潤、嚢胞形成があった。臨床病理学的に、悪性黒色腫との鑑別を要する症例が混在する。

## 43

網膜芽細胞腫の眼窩内再発と  
予後

○藤原 美幸(ふじわら みゆき)、相原 由季子、  
鈴木 茂伸

国立がん研究センター中央病院

【目的】網膜芽細胞腫の眼球摘出後の眼窩内再発は、後療法を行わなかった群からのみ発症していることを以前に報告した。今回、眼窩内再発をきたした症例の発症後の経過をまとめたので報告する。

【方法と対象】対象は、2003年から2010年の間に、国立がん研究センター中央病院で眼球摘出を行った網膜芽細胞腫患児のうち、当院で眼窩内再発の確定診断をし、かつ治療経過を確認できた5例5眼。治療選択と経過について後ろ向きに検討した。

【結果】再発までの期間は平均5.2か月、経過観察期間は平均60.4か月であった。眼窩内再発に対し、全例で全身化学療法を行った。眼窩内再発単独の2例は6コースの化学療法、遠隔転移(骨髄2、肺1)を伴っていた症例は末梢血幹細胞移植救援の大量化学療法を選択した。眼球摘出前に放射線治療を行っていた1例をのぞき、他の4例では、眼窩部への放射線治療を施行した。最終観察時、全例無再発生存している。

【結論】今回の結果では、救援療法により眼窩内再発は救命可能であった。しかしながら、放射線治療と化学療法、移植に関連する二次がんのリスクや臓器障害は今後検討する必要がある。摘出眼球の病理に基づく的確なリスク評価と後療法の適応が今後の課題と考える。

## 44

短期間に急速に増大した  
眼窩胎児型横紋筋肉腫の1例

○相原 由季子(あいはら ゆきこ)

国立がん研究センター中央病院

【緒言】眼窩横紋筋肉腫は、短期間に急速な進行を認め著しい視機能障害を生じることがあるが、臨床所見及び画像所見だけでは鑑別が困難であることも多い。今回、急速に進行した眼窩横紋筋肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】7歳男児。2012年9月末からの右眼瞼腫脹を主訴に、2012年10月中旬前医初診。発赤圧痛を伴わない軽度の眼瞼腫脹を認め、矯正視力は1.2と良好であった。MRI上、涙腺の腫大と、眼球上部から上直筋に沿って眼窩深部に広がる多房性で嚢胞様の眼窩腫瘍があり、T1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を呈し、造影効果を認めた。眼瞼腫脹が急速に進行したためリンパ管腫内出血の可能性も考え、手術目的に11月12日当科を初診した。初診時、眼瞼腫脹は著明であり、開瞼は困難であった。11月20日右眼窩腫瘍切除術を施行し、腫瘍を可及的に切除した。病理診断は胎児型横紋筋肉腫であった。その後、全身化学療法(VA療法)の開始とともに腫瘍は縮小し、5コース終了時に陽子線治療(45GyE/25fr)を施行した。現在全身化学療法を継続しており、腫瘍は消退傾向である。

【考察】本症例は、MRIで涙腺の腫大と嚢胞様腫瘍があり、診断に苦慮した。眼窩胎児型横紋筋肉腫は、短期間に急速な進行を認め著しい視機能障害を生じることがあり、適切な診断が必要である。

## 45

拡大眼窩内容除去術に至った  
胞巣型眼窩横紋筋肉腫の1例○大木 哲太郎(おおき てつたろう)<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>、  
秋山 政晴<sup>2)</sup>、山岡 正慶<sup>2)</sup>、池内 聡<sup>3)</sup>、  
石田 勝大<sup>4)</sup>1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 小児科、  
3)東京慈恵医大 脳外科、  
4)東京慈恵医大 形成外科

【緒言】眼窩の横紋筋肉腫(RMS)は全眼窩腫瘍の約1%で決して多いものではない。小児の眼窩RMSの大部分は胎児型で、定型の化学療法によって生命予後も局所制御も比較的良好である。今回、強力な化学療法、放射線療法にもかかわらず反応が乏しく、拡大眼窩内容除去術まで至った胞巣型RMSを経験したので報告する。

【症例】9歳男児。2012年10月より眼脂・左眼瞼腫脹を自覚し眼球突出を来したため近医受診した。MRIにて腫瘍を認め当科紹介された。11月27日切除生検を行い、胎児型RMSと初回診断された。その後、鍍銀染色で胞巣状パターンを一部認め胞巣型RMSと最終診断された。VA療法を開始、さらに放射線療法45Gyも併用したが反応に乏しかった。VAC療法に変更後多少反応が見られたが治療効果が得られず、眼窩尖端部から頭蓋内浸潤が疑われたため、平成25年4月22日拡大眼窩内容除去術が施行された。眼窩下壁は菲薄化、欠損していたが、頭蓋内浸潤は認めなかった。摘出された標本にはvaluableな細胞が残存していたが、骨膜を超える浸潤はなく、視神経管や上眼窩裂の断端も陰性であった。

【考察】眼窩RMSは化学療法で多くは治療可能であるが、約7%は眼窩内容除去術まで至っている。小児に発生する眼窩RMSは胎児型が90%で、化学療法によって5年生存率は94%と比較的良好である。一方、胞巣型RMSは成人の四肢に好発する型で、小児の眼窩では少なく(10%)、化学療法に抵抗性で5年生存率は74%に留まる。



## 46

網膜芽細胞腫における  
2次がん発症例とその治療

○柳澤 隆昭(やなぎさわ たかあき)<sup>1)2)</sup>、渡辺 祐子<sup>1)2)</sup>、  
福岡 講平<sup>1)2)</sup>、内田 栄太<sup>1)2)</sup>、鈴木 智成<sup>1)2)</sup>、  
安達 淳一<sup>1)</sup>、三島 一彦<sup>1)</sup>、西川 亮<sup>1)</sup>

1) 埼玉医大国際医療センター 小児脳脊髄腫瘍科、  
2) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科

【緒言】網膜芽細胞腫は、古典的がん抑制遺伝子である網膜芽細胞腫遺伝子(RB-1 遺伝子)の変異を持ち、疾患の治療後に2次がん発症のリスクがある。このため初回治療においては、近年2次がん発症のリスクを上昇させる放射線治療をできるだけ用いずに治療する傾向にある。

【方法】初回治療において放射線治療を受けた後に2次がんを発症した例について、その経過を報告し、網膜芽細胞腫の初回治療および2次がん治療について論じる。

【結果】4例の2次がん発症例を経験した。うち1例は、2次がんの治療後にさらに多重がんを発症しており、この例について詳細に報告する。

【考察】放射線治療後の2次がんは、頭蓋骨・長管骨の骨原性肉腫、松果体腫瘍(三側性網膜芽細胞腫)、脳腫瘍など、強力な集学的治療を必要とするものが多いが、多くが予後不良である。今日ではこれら2次がん発症の有無が、網膜芽細胞腫患者の生命予後を左右するようになっている。2次がんが治療した場合にも、さらに治療により3次がんが誘発されていく可能性がある。2次がんの治療においては、救命の目的から、治療法を軽減できない場合が多いが、放射線治療の適用、化学療法における薬剤に選択など、3次がん誘導の可能性について考慮するべきである。2次がん発症例の臨床経過を念頭におきながら、初回治療の治療方法を選択するべきである。

## 47

視神経膠腫に対する治療：  
生命予後と視機能予後

○柳澤 隆昭(やなぎさわ たかあき)<sup>1)2)</sup>、渡辺 祐子<sup>1)2)</sup>、  
福岡 講平<sup>1)2)</sup>、内田 栄太<sup>1)2)</sup>、鈴木 智成<sup>1)2)</sup>、  
安達 淳一<sup>2)</sup>、三島 一彦<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>

1) 埼玉医大国際医療センター 小児脳脊髄腫瘍科、  
2) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科

【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。多くはWHO grade Iの毛様性星細胞腫である。術後障害の可能性から全摘出は困難である。摘出困難例では放射線治療が用いられてきたが、2次癌・血管障害などの重篤な後遺症が明らかにされ、初期治療として化学療法が用いられるようになっている。

【目的・方法】小児視神経膠腫を対象に、初発例および放射線治療・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13例、再発9例)、2例は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通院で治療を行った。通院治療中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。治療後に、のう胞の拡大により水頭症が悪化し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保持への効果については、悪化から大きく改善したものまでであるが、成否は治療による腫瘍の縮小とは関連しない。放射線治療後再発1例で悪性転化(高悪性度神経膠腫の発症)を認めた。

【考察】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・悪性転化などの後遺症の問題は無視しがたく、極力避けるべきである。

# ランチョンセミナー

9月14日<sup>土</sup> 12:15～13:05

共催：参天製薬株式会社



共催：参天製薬株式会社

## オキュラサーフェスからみた アレルギー性結膜疾患

座長：福島 敦樹  
高知大学医学部眼科学講座 教授



### 講演1

#### アレルギー性結膜疾患の 診断と治療



角 環

高知大学医学部眼科学講座 学内講師

##### 略 歴

平成 13 年 3 月	高知医科大学医学部卒業
平成 13 年 5 月	高知医科大学眼科 医員
平成 15 年 9 月	東京歯科大学市川総合病院 病院助手
平成 21 年 3 月	高知大学大学院医学研究科 (博士課程)修了
平成 21 年 8 月	高知大学眼科 助教
平成 22 年 6 月	高知大学眼科 学内講師

### 講演2

#### アレルギー性結膜疾患における 上皮バリアの役割



福田 憲

高知大学医学部眼科学講座 准教授

##### 略 歴

平成 8 年 3 月	産業医科大学医学部医学科卒業
平成 8 年 5 月	山口大学医学部附属病院眼科 研修医
平成 13 年 3 月	山口大学大学院医学研究科修了
平成 13 年 10 月	山口大学医学部眼病態学 助手
平成 17 年 4 月	山口大学医学部附属病院眼科 講師
平成 19 年 9 月	米国ジョージア州エモリー大学 医学部眼科 Visiting Scholar
平成 21 年 9 月	山口大学医学部附属病院眼科 講師 復職
平成 22 年 4 月	高知大学医学部眼科学講座 准教授


## 第31回日本眼腫瘍学会 プログラム・抄録集

---

会 長：林 暢紹

事 務 局：医療法人 五月会 須崎くろしお病院  
〒785-8501 高知県須崎市緑町4番30号  
TEL：0889-43-2121 FAX：0889-42-1582  
E-mail：h-i-m@susaki-kuroshio-hp.or.jp

後援事務局：高知大学医学部眼科学講座  
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮  
TEL：088-880-2391 FAX：088-880-2392  
E-mail：im36@kochi-u.ac.jp

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