

# 第32回 日本眼腫瘍学会

プログラム・抄録集

会期 2014年7月11日金・12日土

会場 浜松市プレスタワー  
17F 静岡新聞ホール

会長 辻 英貴 がん研究会有明病院 眼科

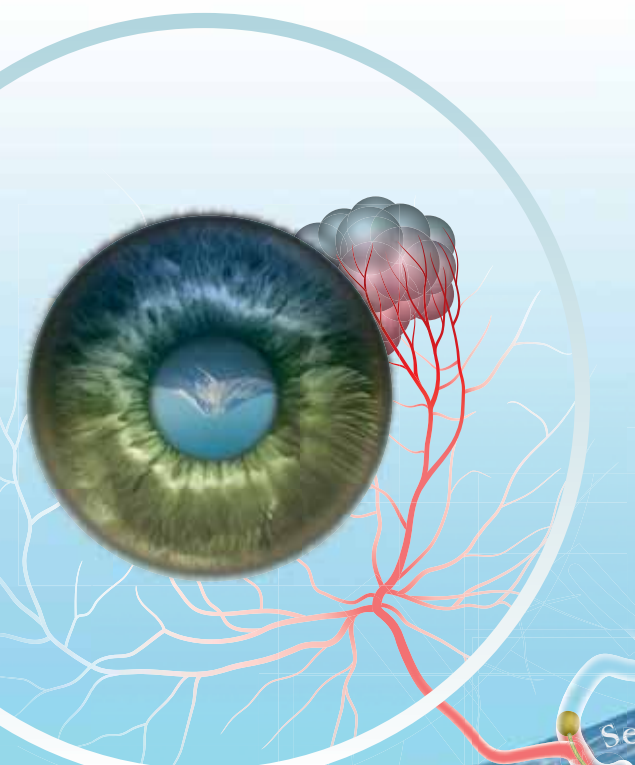


独  
創  
と  
検  
証

Originality

Pathology & IgG+

selective Ophthalmic  
Arterial  
Infusion  
Therapy for Retinoblastoma





The 32nd Annual Meeting of  
Japanese Society of Ocular Oncology

第32回

# 日本眼腫瘍学会

|||| プログラム・抄録集

## 独創と検証

会期 2014年 7月11日金・12日土

会場 浜松市プレスタワー  
17F 静岡新聞ホール

会長 辻 英貴 がん研究会有明病院 眼科



第32回日本眼腫瘍学会運営事務局

株式会社 プロコムインターナショナル

〒135-0063 東京都江東区有明3-6-11 TFTビル東館9階

TEL: 03-5520-8821 FAX: 03-5520-8820

E-mail: js0032@procomu.jp

## 第32回日本眼腫瘍学会 開催にあたって

会 長 辻 英貴 がん研究会有明病院 眼科



この度、第32回日本眼腫瘍学会を主催させて頂きました。関係各位に厚く御礼申し上げます。

日本眼腫瘍学会は、2011年に学会に昇格後の初めての学術集会として第29回大会が東日本大震災後間もない福島市にて開催され、現在に至っております。今回は浜松市にて日本眼窩疾患シンポジウムとの同時期開催となっており、より広い分野での集会となる予定です。本学会は眼腫瘍というとてもマニアックな専門分野の学会ですが、著しい高齢化社会となってきた本邦において死因の第一位は悪性腫瘍であり、今後ますます重要な分野になると予想されます。一般的には眼のがんは珍しく、眼科医の中でも一生に一度診るかどうかという疾患も少なくありません。しかしながら少しでも腫瘍に関する知識・経験があれば、疑う、そして紹介することが可能になり、結果として早期発見、早期治療に持ち込むことは、アドバンスケースに対するどんな「スーパードクター」の手術にも勝るものであります。

今回のテーマは「独創と検証」で、特別講演は、金子明博先生のライフワークである網膜芽細胞腫の治療、なかでも金子先生の独創された選択的眼動脈抗がん剤治療は全世界において追随されている素晴らしい治療法であり、「私と網膜芽細胞腫」のご講演を賜ります。このような独創的な治療を我々は次の目標としなくてはなりません。また教育講演では、同じく日本から発信されたIgG4関連疾患について高比良雅之先生から「IgG4関連眼疾患の10年を概観して」を、また眼病理に深く携わってこられた林 暢紹先生から「病理学・眼病理学を学びそして歩んできて想うこと」の2講演を予定しており、両分野における現時点での検証を行って頂きます。

眼腫瘍分野の名物のひとつに、本会で忌憚のない討論をした後に河岸を変えて、一献交えながらさらに語らう風習があります。地元の食材を中心とした懇親会はもちろん、皆で街に出て、浜松名物の鰻、餃子、天竜川の鮎など、豊潤な食文化もこの機会にご堪能頂ければと思います。

本会が皆様の眼腫瘍への関心を高め、知識の整理および新しい知見を得られる有意義な会になることを願い、開催の言とさせて頂きます。

## 会場アクセス図



### 電車でお越しの方

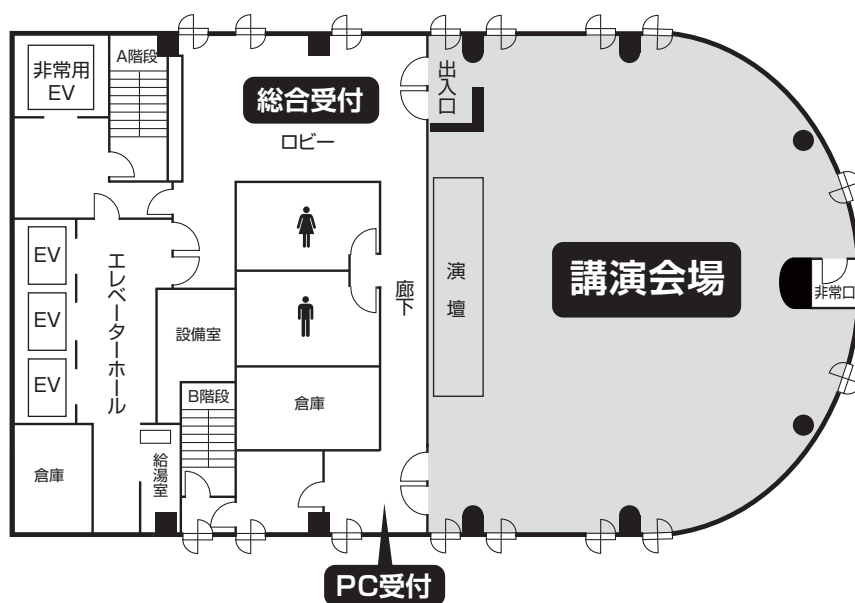
在来線・新幹線ともに「JR浜松駅」をご利用ください。  
JR浜松駅北口から徒歩5分程です。

### 車でお越しの方

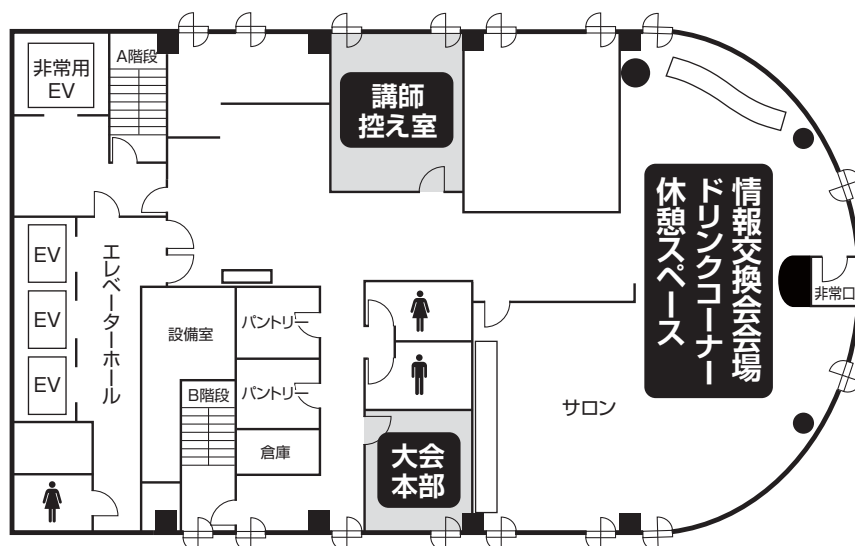
- 名古屋方面からお越しの場合……………東名高速浜松西I.C.から30～40分。
- 東京方面からお越しの場合……………東名高速浜松I.C.から30～40分。

# 会場案内図

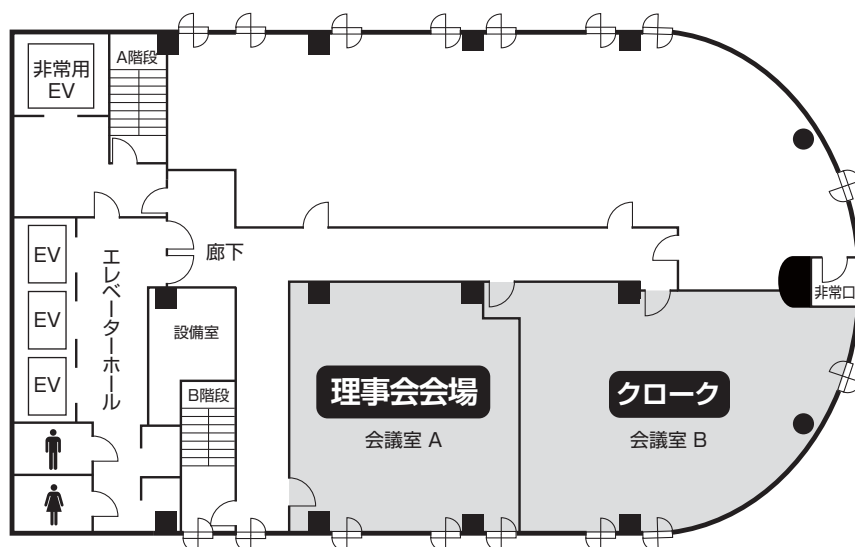
17F



15F



14F



## 参加者へのご案内

**参加登録受付** 静岡浜松市プレスタワー 17F 静岡新聞ホール  
 日時：7月11日（金）8:15～18:00  
 7月12日（土）8:15～11:15

**COOLBIZ**

**クールビズ** 節電に取り組んでおります。学会期間中は、発表者を含め、上着、ネクタイを外した軽装で構いません。

**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 | 10,000 | 6,000 |
| 非会員医師   | 11,000 | 6,000 |
| 初期研修医   | 1,000  | 6,000 |
| 非 医 師   | 3,000  | 6,000 |

（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。

**懇 親 会** 眼腫瘍学会・眼窩疾患シンポジウム 合同懇親会  
 日時：7月12日（土）18:00～20:00  
 会場：ホテルクラウンパレス浜松 4階「芙蓉の間」

### 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 |
|----------|------------|-----|
| 7月11日（金） | 8:15～18:00 | 3   |
| 7月12日（土） | 8:15～12:00 | 2   |

**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** 14F に設置いたしますので、ご利用ください。

**駐 車 場** 駐車場のご用意はございません。

**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。

## [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 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 2007、2010 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 2007、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        |
|----------|------------|
| 7月11日(金) | 8:15～18:50 |
| 7月12日(土) | 8:15～11:00 |

※講演開始1時間前(早朝に発表される方は30分前)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5分、計11分です。  
特別講演、教育講演、イブニングセミナーは指定された時間をお願いします。
- 時間厳守をお願いいたします。
- 発表は、ご自身で演台上にて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 26 年 5 月 12 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 | 上福岡駅前アイクリニック    |
| 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          |
| 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<br>(監 事)   | 大島 浩一 | 国立病院機構 岡山医療センター |
| 理 事<br>(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<br>(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<br>(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 7月11日金

|       |             |  |
|-------|-------------|--|
| 8:00  | 8:15~       | 受付開始   |
| 9:00  | 8:55~9:00   | 開会の挨拶 辻 英貴 (がん研有明病院)   |
|       | 9:00~9:55   | 一般講演(1) 01~05<br>眼 窩 I<br>座長: 柏木 広哉 (静岡県立がんセンター)<br>久保田 敏信 (名古屋医療センター)     |
| 10:00 | 9:55~10:50  | 一般講演(2) 06~10<br>眼 窩 II<br>座長: 安積 淳 (神戸海星病院)<br>柳澤 隆昭 (東京慈恵会医科大学)          |
| 11:00 | 11:05~11:49 | 一般講演(3) 11~14<br>リンパ増殖性疾患<br>座長: 大島 浩一 (岡山医療センター)<br>吉川 洋 (宗像眼科クリニック/九州大学) |
| 12:00 | ~13:00      | 昼食休憩   |
|       | 12:00~12:55 | 眼腫瘍学会理事会   |
| 13:00 | 13:00~13:55 | 一般講演(4) 15~19<br>眼 瞼 I<br>座長: 江口 功一 (江口眼科医院/新潟大学)<br>小幡 博人 (自治医科大学)        |
| 14:00 | 13:55~14:50 | 一般講演(5) 20~24<br>眼 内 I<br>座長: 兒玉 達夫 (島根大学)<br>鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院)       |
| 15:00 | 15:00~16:06 | 一般講演(6) 25~30<br>眼 内 II<br>座長: 古田 実 (福島県立医科大学)<br>溝田 淳 (帝京大学)              |
| 16:00 | 16:15~17:15 | 特別講演<br>網膜芽細胞腫と私<br>座長: 小島 孚允 (小島眼科医院)<br>演者: 金子 明博 (上福岡駅前アイクリニック)         |
| 17:00 | 17:30~18:50 | イブニングセミナー<br>共催: 参天製薬株式会社  |

## 2日目 7月12日土

|       |                  |  |
|-------|------------------|--|
| 8:00  | 8:15~            | 受付開始   |
| 9:00  | 9:00~9:55        | 一般講演(7) 31~35<br>眼表面・涙腺<br>座長: 敷島 敬悟 (東京慈恵会医科大学)<br>高村 浩 (公立置賜総合病院/山形大学)   |
| 10:00 | 9:55~10:39       | 一般講演(8) 36~39<br>眼瞼II<br>座長: 嘉島 信忠 (聖隷浜松病院)<br>高橋 靖弘 (愛知医科大学)  |
| 11:00 | 10:45~11:50      | 教育講演<br>座長: 後藤 浩 (東京医科大学)<br>I. IgG4 関連眼疾患の10 年を概観して<br>演者: 高比良 雅之 (金沢大学)<br>II. 病理学・眼病理学を学びそして歩んで来て想うこと<br>演者: 林 暢紹 (須崎くろしお病院/高知大学) |
| 12:00 | 11:50~<br>~12:00 | 次期会長挨拶 兒玉 達夫 (島根大学)<br>閉会の挨拶 辻 英貴 (がん研有明病院)  |

# プログラム

## 第1日目 2014年7月11日(金)

開会の挨拶 8:55～9:00 辻 英貴(がん研究会有明病院)

---

一般講演(1) 9:00～9:55(5題55分)

---

### [ 眼窩Ⅰ ]

座長：柏木 広哉(静岡県立がんセンター)  
久保田 敏信(名古屋医療センター)

#### 01 眼付属器の壊疽性膿皮症

○久保田 敏信<sup>1)</sup>、森谷 鈴子<sup>2)</sup>、寺崎 浩子<sup>3)</sup>

1)名古屋医療センター、2)名古屋医療センター 病理科、3)名古屋大

#### 02 眼球に変形をきたした結膜扁平上皮癌の1例

○柏木 広哉<sup>1)</sup>、吉川 周佐<sup>2)</sup>、中川 雅裕<sup>3)</sup>、伊藤 以知朗<sup>4)</sup>、渡邊 麗子<sup>4)</sup>、佐伯 美和<sup>5)</sup>、尾花 明<sup>6)</sup>

1)静岡県立がんセンター、2)静岡県立がんセンター 皮膚科、3)静岡県立がんセンター 形成外科、4)静岡県立がんセンター 病理

#### 03 涙嚢原発の小細胞癌の1例

○陳 邦洋<sup>1)</sup>、大友 一義<sup>1)</sup>、辻 英貴<sup>1)2)</sup>、鈴木 茂伸<sup>1)3)</sup>、相原 由季子<sup>1)3)</sup>、朝蔭 孝宏<sup>4)</sup>、小島 孚允<sup>1)5)</sup>

1)東京大 眼科、2)がん研究会有明病院、3)がん研究センター中央病院、4)東京大 耳鼻咽喉科、5)小島眼科

#### 04 当科で経験した眼窩筋円錐部悪性腫瘍の3例

○上田 幸典  
京都府医大

#### 05 化学療法中に髄膜播種した視神経膠腫の1例

○柳澤 隆昭<sup>1)2)3)</sup>、鈴木 智成<sup>2)3)</sup>、福岡 講平<sup>2)3)</sup>、渡辺 祐子<sup>2)3)4)</sup>、内田 栄二<sup>2)</sup>、白畑 充章<sup>2)</sup>、安達 淳一<sup>2)</sup>、三島 一彦<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>

1)東京慈恵医大 脳神経外科、2)埼玉医大国際医療 C 脳脊髄腫瘍科、3)埼玉医大国際医療 C 小児脳脊髄腫瘍部門、4)東北大 小児科

一般講演(2) 9:55～10:50(5題55分)

---

### [ 眼窩Ⅱ ]

座長：安積 淳(神戸海星病院)  
柳澤 隆昭(東京慈恵会医科大学 脳神経外科)

#### 06 小児視神経膠腫に対する治療

○柳澤 隆昭<sup>1)2)3)</sup>、鈴木 智成<sup>2)3)</sup>、福岡 講平<sup>2)3)</sup>、渡辺 祐子<sup>2)</sup>、内田 栄二<sup>2)</sup>、白畑 充章<sup>2)</sup>、安達 淳一<sup>2)</sup>、三島 一彦<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>

1)慈恵医大 脳神経外科、2)埼玉医大国際医療 C 脳脊髄腫瘍科、3)埼玉医大国際医療 C 小児脳脊髄腫瘍部門

## 07 成人眼窩 capillary hemangioma に対して $\beta$ blocker 点眼液が奏功した一例

○田上 瑞記<sup>1)2)</sup>、大西 健<sup>1)</sup>、森井 英一<sup>2)</sup>、安積 淳<sup>1)</sup>

1)神戸海星、2)大阪大 病理

## 08 視神経鞘髄膜腫に対する強度変調放射線治療の効果

○笹野 紘之<sup>1)</sup>、酒井 勉<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>、青木 学<sup>2)</sup>

1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 放射線科

## 09 眼窩の形質細胞腫と診断された1症例

○阪口 仁一<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、濱岡 祥子<sup>1)</sup>、池田 博子<sup>2)</sup>、杉山 和久<sup>1)</sup>

1)金沢大、2)金沢大 病理

## 10 緩和的放射線治療が有用だった涙腺原発脂腺癌の一例

○三野 亜希子<sup>1)</sup>、四宮 加容<sup>1)</sup>、川中 崇<sup>2)</sup>、榊 美佳<sup>3)</sup>、吉本 聖<sup>4)</sup>、荒瀬 友子<sup>5)</sup>、坂本 佳也<sup>6)</sup>、三田村 佳典<sup>1)</sup>

1)徳島大、2)徳島大 放射線科、3)徳島大学病院 病理部、4)徳島大 形成外科

### 一般講演(3) 11:05～11:49(4題44分)

#### [ リンパ増殖性疾患 ]

座長：大島 浩一(岡山医療センター)

吉川 洋(宗像眼科クリニック/九州大学)

## 11 両側の上下円蓋部と涙道に生じた濾胞性リンパ腫の一症例

○大島 浩一<sup>1)</sup>、横須賀 裕美子<sup>1)</sup>、丸中 秀格<sup>2)</sup>、藤井 将義<sup>3)</sup>、久保西 四郎<sup>4)</sup>

1)岡山医療セ、2)岡山医療セ 耳鼻咽喉科、3)岡山医療セ 臨床検査科、4)岡山医療セ 血液内科

## 12 両側結膜に局限した濾胞性リンパ腫の一例

○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>、瀧澤 淳<sup>4)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科医院、4)新潟大 血液内分泌内科

## 13 IgG4関連眼疾患にびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)を合併した一例

○大口 泰治<sup>1)</sup>、古田 実<sup>1)</sup>、前田 亜希子<sup>1)</sup>、北條 洋<sup>2)</sup>、石龍 鉄樹<sup>1)</sup>

1)福島県医大、2)福島県医大 会津医療センター

## 14 結膜 MALT リンパ腫に対する結膜冷凍凝固術の検討

○高木 健一、有田 量一、大西 陽子、田邊 美香、吉川 洋、石橋 達朗  
九州大



[ 眼瞼 I ]

座長：江口 功一（江口眼科医院／新潟大学）  
小幡 博人（自治医科大学）

15 瞼板内 IgG4 関連病変

○久保田 敏信<sup>1)</sup>、長谷川 正規<sup>2)</sup>、森谷 鈴子<sup>2)</sup>  
1) 名古屋医療センター、2) 名古屋医療センター 病理科

16 インターフェロン $\beta$ 局所注射が奏功したと考えられる眼瞼結膜悪性黒色腫の1例

○鈴木 茂伸  
国立がんセンター 眼腫瘍科

17 再発脂腺癌に対する疼痛緩和目的に手術を施行した一例

○石嶋 漢、野田 実香、加瀬 諭、山本 哲平、野崎 真世、石田 晋  
北海道大

18 眼瞼の扁平上皮癌の4例

○小幡 博人、大久保 裕子  
自治医大

19 当院における脂腺癌59例の検討

○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>1)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

[ 眼内 I ]

座長：兒玉 達夫（島根大学）  
鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院）

20 15年間にわたり眼内腫瘍と診断されていた IgG4 関連眼疾患

○後藤 浩<sup>1)</sup>、上田 俊一郎<sup>1)</sup>、小竹 聡<sup>1)</sup>、松林 純<sup>2)</sup>、長尾 俊孝<sup>2)</sup>、関 文治<sup>3)</sup>  
1) 東京医大、2) 東京医大 病理、3) 関医院

21 著明な滲出性変化がみられた視神経乳頭黒色細胞腫の3例

○木村 圭介、川上 摂子、柴田 元子、後藤 浩  
東京医大

22 多発性眼内腫瘍性病変の一例

○兒玉 達夫<sup>1)</sup>、高井 保幸<sup>1)</sup>、佐野 一矢<sup>1)</sup>、杉原 一暢<sup>1)</sup>、大平 明弘<sup>1)</sup>、松下 隆<sup>2)</sup>、  
原田 祐治<sup>2)</sup>、藤原 悦子<sup>3)</sup>  
1) 島根大、2) 島根大 病理、3) 松江日赤

## 23 無色素上皮由来の毛様体腺種の一例

○富山 浩志<sup>1)</sup>、長嶺 紀良<sup>1)</sup>、谷地森 隆二<sup>2)</sup>、青山 肇<sup>3)</sup>

1)中頭病院、2)琉球大、3)琉球大 腫瘍病理

## 24 悪性リンパ腫類似の網脈絡萎縮を残して治癒した網膜炎の1例

○佐藤 章子

大館市立総合病院

一般講演(6) 15:00～16:06(6題66分)

### [ 眼内Ⅱ ]

座長：古田 実(福島県立医科大学)

溝田 淳(帝京大学)

## 25 経強膜腫瘍切除術を施行した小児巨大毛様体黒色細胞腫の1例

○相原 由季子<sup>1)</sup>、助田 葵<sup>2)</sup>、森 泰昌<sup>2)</sup>、鈴木 茂伸<sup>1)</sup>

1)国立がんセンター 眼腫瘍科、2)国立がんセンター 病理

## 26 限局性脈絡膜血管腫に対する光線力学的療法

○古田 実<sup>1)</sup>、大口 泰治<sup>1)</sup>、小島 孚允<sup>2)</sup>、石龍 鉄樹<sup>1)</sup>

1)福島県医大、2)小島眼科/東京大

## 27 炭素イオン線照射後に黄斑円孔を生じた2症例

○小田垣 馨<sup>1)</sup>、新井 淑子<sup>1)</sup>、金子 博行<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>2)</sup>、辻 比呂志<sup>3)</sup>

1)帝京大、2)東京医大、3)放医研

## 28 重粒子線治療後に局所再発をきたし、眼球摘出に至った脈絡膜悪性黒色腫の1例

○小竹 修<sup>1)</sup>、上田 俊一郎<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>2)</sup>

1)東京医大、2)帝京大

## 29 腫瘍摘出した脈絡膜骨腫の1例

○別所 紘奈<sup>1)</sup>、今井 尚徳<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、安積 淳<sup>1)</sup>

1)神戸海星病院、2)手稲溪仁会病院

## 30 脈絡膜悪性黒色腫に対するサイバーナイフ治療予後の検討

○有田 量一<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、高木 健一<sup>1)</sup>、藤川 佳奈子<sup>1)</sup>、大西 陽子<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、  
石橋 達朗<sup>1)</sup>、大賀 才路<sup>2)</sup>、中村 和正<sup>2)</sup>

1)九州大、2)九州大 放射線科

〔 網膜芽細胞腫と私 〕

金子 明博 上福岡駅前アイクリニック 院長

講演1 〔 抗アレルギー点眼薬とオキュラーサーフェス 〕

海老原 伸行 順天堂大学医学部附属浦安病院 眼科 教授

講演2 〔 眼科医に役立つ漢方の知識  
～「目医者」から「名医者」へのステップアップ～ 〕

星野 恵津夫 がん研究会有明病院 漢方サポート科 部長

## 第2日目 2014年7月12日(土)

一般講演(7) 9:00~9:55(5題55分)

### [ 眼表面・涙腺 ]

座長：敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学)

高村 浩(公立置賜総合病院/山形大学)

#### 31 免疫抑制薬の内服・点眼中に発症した結膜腫瘍の2症例

○李 亜美<sup>1)</sup>、浅田 洋輔<sup>2)</sup>、中谷 智<sup>2)</sup>、舟木 俊成<sup>2)</sup>、海老原 伸行<sup>1)</sup>

1)順天大・浦安、2)順天大

#### 32 結膜リンパ増殖性疾患におけるIgG4陽性細胞の有無

○上田 俊一郎<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>、木村 圭介<sup>1)</sup>、馬詰 和比古<sup>1)</sup>、柴田 元子<sup>1)</sup>、長尾 俊孝<sup>2)</sup>

1)東京医大、2)東京医大 人体病理

#### 33 インターフェロン $\alpha$ -2b 結膜下注射が有効であった浸潤型結膜扁平上皮癌の1例

○安達 功武<sup>1)2)</sup>、佐藤 章子<sup>1)</sup>

1)大館市立総合病院、2)弘前大

#### 34 HPV が検出されなかった結膜乳頭腫の5例

○塩瀬 聡美<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、宮城 美智子<sup>1)</sup>、大西 陽子<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、  
吉村 圭子<sup>2)</sup>

1)九州大、2)吉村圭子眼科クリニック

#### 35 重瞼切開アプローチによる涙腺腫瘍手術：A Quick Approach

○高橋 靖弘、柿崎 裕彦

愛知医大

一般講演(8) 9:55~10:39(4題44分)

### [ 眼瞼Ⅱ ]

座長：嘉島 信忠(聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科)

高橋 靖弘(愛知医科大学)

#### 36 Neurofibromatosis type-1 患者の眼瞼下垂症手術

○加瀬 諭<sup>1)2)</sup>、鈴木 康夫<sup>1)</sup>、篠原 敏也<sup>3)</sup>、野田 実香<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>、加瀬 学<sup>1)</sup>

1)手稲溪仁会病院、2)北海道大、3)手稲溪仁会病院 病理部

#### 37 Intratarsal keratinous cyst (IKC) の本邦第一例

○大塚 壽<sup>1)2)</sup>、光野 乃祐<sup>2)</sup>

1)済生会今治第二病院 形成外科、2)済生会今治病院 形成外科

#### 38 霰粒腫と鑑別が難しかった汗孔癌の1例

○児玉 俊夫<sup>1)</sup>、大城 由美<sup>2)</sup>、飛田 陽<sup>2)</sup>

1)松山日赤、2)松山日赤 病理

## 39 放射線治療後切除を行った眼瞼メルケル細胞癌の3例

○藤川 佳奈子<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、有田 量一<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、福島 淳一<sup>2)</sup>、大賀 才路<sup>3)</sup>

1)九州大、2)九州大 耳鼻咽喉科、3)九州大 放射線科

教育講演 10:45～11:50

---

座長：後藤 浩（東京医科大学）

### I [ IgG4 関連眼疾患の10年を概観して ]

高比良 雅之 金沢大学

### II [ 病理学・眼病理学を学びそして歩んできて想うこと ]

林 暢紹 須崎くろしお病院 眼科／高知大学 眼科

次期会長挨拶 11:50～ 兒玉 達夫（島根大学）

---

閉会の挨拶 ～12:00 辻 英貴（がん研究会有明病院）

---

特 別 講 演  
教 育 講 演  
抄 錄



## 網膜芽細胞腫と私

金子 明博

上福岡駅前アイクリニック 院長



### 略 歴

|         |  |
|---------|--|
| 1966年3月 | 東京大学医学部医学科卒業                                     |
| 1967年5月 | 東京大学附属病院眼科入局、<br>眼科助手                            |
| 1973年1月 | 国立がんセンター病院眼科<br>医長心得                             |
| 1976年1月 | 東京大学より『網膜芽細胞腫の疫学と診断』で医学博士号                       |
| 1976年7月 | 国立がんセンター病院眼科<br>医長                               |
| 2004年2月 | 高松宮妃癌研究基金学術賞<br>眼部悪性腫瘍の眼球保存療法に関する研究 授与           |
| 2005年3月 | 国立がんセンター中央病院<br>を定年退職                            |
| 2005年4月 | 東邦大学大橋病院眼科<br>非常勤講師<br>横浜市立大病院眼科<br>非常勤講師（眼腫瘍担当） |
| 2010年3月 | 東邦大学大橋病院を<br>定年退職                                |
| 2013年1月 | 上福岡駅前アイクリニック<br>院長                               |

私の網膜芽細胞腫との47年間に亘る取り組みを回顧すると、反省させられることが多々あり、それらを明らかにして、将来を担う眼腫瘍研究者の方々の参考に供したい。

私が眼科医の駆け出し時代は、インターン闘争に端を発した大学紛争、医局講座制廃止、下克上の時代風潮が強く、私の主体性確立のための過激な行動に影響を及ぼしたことは間違いない。そのため医局内に専門家のいないマイナーな分野である眼腫瘍に興味を持ち、国立がんセンター病院の桐淵光智先生のご指導を頂き、後任者となった。しかし科学的な臨床研究法についての十分な認識が無かったため、試行錯誤的に治療を行い、その結果についてきちんと総括してこなかったことは痛恨の極みである。

その頃の抗がん剤があまりにも無力であったので、当時流行した温熱療法に助けを求めて、Lagendijkが開発した眼球用装置を導入した。しかし後に眼球内の温度が彼の主張するように上昇していないことが判明した。小児科医の勧めでメルハランの内頸動脈注射を行ったところ、劇的な効果を確認出来たが、全身的な副作用が眼科医の私にとっては過剰に思え、投与量を少なくするための眼動脈注入法を毛利誠先生に開発していただいた。その後Abramsonによりその安全性と有効性が科学的に証明され、世界的に普及している。しかし私の投与量が少なかったため、効果が十分出なかったことも判明した。硝子体注入については、Munierにより、安全性と有効性が確立され、これまた投与量を多く出来ることが証明され、世界的に普及しつつある。メルハラン灌流下の硝子体手術については、これからその有用性と安全性が証明されるであろう。

現在はメルハランがもてはやされているが、近い将来に、よりすぐれた抗がん剤やウイルス療法などが導入され、進歩していく事を期待している。

HP：検索 → 【眼科の腫瘍専科】

## IgG4関連眼疾患の10年を概観して

高比良 雅之

金沢大学



### 略 歴

- |       |                     |
|-------|---------------------|
| 1988年 | 金沢大学医学部卒業、<br>同眼科入局 |
| 1993年 | アメリカミシガン大学<br>眼科研究員 |
| 1996年 | 金沢大学眼科助手            |
| 2005年 | 金沢大学眼科講師            |

涙腺、唾液腺が対称性に腫脹する Mikulicz 病において血清 IgG4 上昇を伴うことが初めて報告されたのは 2004 年 (Yamamoto ら) であるので、それからちょうど 10 年を経たことになる。この機会に、IgG4 関連眼疾患 (IgG4-related ophthalmic disease) に関する研究、臨床におけるこれまでの取り組みやその成果を概観したい。我々が初めて IgG4 関連涙腺炎の症例を報告したのは、2005 年 (第 20 回日本眼窩疾患シンポジウム：山形市) であった。当時は Mikulicz 病としての涙腺腫脹に注目していたが、同症例には、IgG4 関連眼疾患の特異的所見とされる三叉神経の腫脹も併発していた。その後も多くの報告により、IgG4 関連眼疾患の病変は涙腺や三叉神経周囲の他にも、外眼筋、視神経周囲、血管周囲、眼窩脂肪、眼球 (強膜) など多岐に及ぶことが判明した。最近の日本の多施設調査 (2013 年) によれば、約 1,000 例の眼窩リンパ増殖性疾患のおよそ 20% は IgG4 関連眼疾患であり、本症は決して稀な病態でない。同調査での IgG4 関連眼疾患の発症年齢の中央値は 62 歳であり、20 歳未満の発症はなく、また発症頻度の男女差は無かった。眼科領域では、特に MALT リンパ腫との鑑別が重要であり、MALT リンパ腫の少なくとも 10% 以上は IgG4 染色陽性であると推察される。2012 年には、国内外から全身の諸臓器にわたる IgG4 関連疾患を包括する診断基準や、疾患の名称や病理に関するコンセンサスが報告された。また、最近では眼領域の病変に特化した診断基準も検討された。IgG4 関連疾患の治療の基本はステロイド剤の全身投与であるが、病変が眼領域に限られる場合など、眼科としての治療指針も検討されるべきである。

## 病理学・眼病理学を学びそして歩んできて想うこと

林 暢紹

須崎くろしお病院／高知大学



### 略 歴

|       |                                      |
|-------|--------------------------------------|
| 1990年 | 高知医科大学卒業                             |
| 1995年 | 高知医科大学大学院修了                          |
| 1995年 | 高知医科大学 眼科 助手                         |
| 1995年 | 米国 Johns Hopkins 大学<br>Wilmer 眼研究所留学 |
| 1998年 | 高知医科大学 眼科 助手<br>復職                   |
| 2004年 | 高知大学医学部 眼科<br>学内講師                   |
| 2006年 | 高知医療センター 眼科                          |
| 2008年 | 須崎くろしお病院 眼科                          |
| 2009年 | 高知大学医学部 臨床教授<br>現在に至る                |

第32回日本眼腫瘍学会の学会会長・辻英貴先生より、眼病理を学んできたことの内容で良いので本学会で教育講演をして欲しい、との依頼を戴き、教育講演とは少しかけ離れた内容になるかもしれないが、自分が接してきた病理学・眼病理学を振り返ってみたい。

自分と病理学との付き合いの始まりは、医学部3年生だった学生時代に遡る。基礎医学の講義が始まり、色々な専門分野の中で一番印象に残った分野が病理学であった。後の大学院時代に研修・研究させていただいた高知医科大学第2病理学教室の大脇祐治教授の教育者としての熱意、理路整然とした病理学の講義、膜性糸球体腎炎、膜性増殖性糸球体腎炎等の免疫複合体の沈着部位に関してのきれいな電顕写真に感銘を受け、病理学教室に出入りし剖検検体から標本作製し鏡検していた記憶がある。

卒業後大学院へ進み本格的に病理学を学ぶ機会を得た。ルーチンワークとして病理診断、病理解剖を行い、自分の基礎研究としては、  
 1. 癌抑制遺伝子 p53 の蛋白レベルおよび遺伝子レベルでの検索、  
 2. 牛眼球から網膜血管内皮細胞・周細胞を分離・培養し、in vitro での血管新生の病態解明、  
 3. 網膜芽細胞腫への遺伝子治療の基礎的研究を行っていた。当時自分の基礎研究は眼科領域であったが、臨床病理や診断に関してはあくまで一般病理を対象としていた。大学院終了後も、眼科臨床に平行してこの分野の研究を継続していたが、その後眼科分野の病理、眼科特有の病理の研修目的に、米国 Johns Hopkins 大学 Wilmer 眼研究所へ留学出来る機会があり、眼病理研究室 (W. Richard Green 教授に従事) で約3年間眼病理に没頭していた。眼病理に関しての細胞診、外科病理の診断力の研修であり、研究としても古典的臨床病理学的研究が主体の留学生活で、日本人留学生の多くが、基礎研究を目的とする留学とは異なる異色の留学でもあった。その後、留学から帰国後も約7年間は、臨床眼科の仕事とともに、病理学教室での外科病理診断の仕事を継続していた。

このように、合計約13年間という長期にわたり、かなり病理学に深く足を入れていたことになり、現在の日本の眼科分野では異色の経歴の持ち主と思うが、眼科学及び眼腫瘍学の基礎・基盤となる眼病理学的重要性、今後の展望等について講演することで、本学会会員や参加の諸先生に少しでもお役に立つ事が出来ればと考える。

# 一般講演抄録

## 01

## 眼付属器の壊疽性膿皮症

○久保田 敏信(くぼた としのぶ)<sup>1)</sup>、森谷 鈴子<sup>2)</sup>、  
寺崎 浩子<sup>3)</sup>

1) 名古屋医療センター、

2) 名古屋医療センター 病理科、3) 名古屋大

【目的】壊疽性膿皮症とは、原因不明の皮膚の壊死性・破壊性疾患である。組織学的に、好中球を主体とする非特異的炎症性病変がみられる。眼付属器の壊疽性膿皮症はまれであるため、その病態についてはよくわかっていない。

【方法】名古屋医療センターにて経験した眼付属器の壊疽性膿皮症の2例を報告し、以前に公表された眼周囲壊疽性膿皮症から臨床的特徴をまとめた。

【結果】患者は65歳男性(患者1)と28歳女性(患者2)で、両患者は患側の強い眼痛を主訴に受診した。血清生化学検査所見では、ANCAなどの自己抗体は陰性で、特記すべき検査所見を示さなかった。患者1は背部の壊疽性膿皮症の既往があった。画像検査所見では、両患者の眼窩に腫瘍性病変がみられた。生検による組織所見は好中球の浸潤が多くみられるが、非特異的炎症所見で、特発性眼窩炎症の範疇であった。その後、両患者の創部から潰瘍と組織の脱落が始まった。免疫抑制剤の加療を施行したにも関わらず、患者1は眼付属器の壊死が進行し、患者2は頭部の皮膚潰瘍が進行していった。15例の公表されたデータでは、眼痛を伴った5患者は治療にも関わらず、治療抵抗性の臨床経過を示した。一方、眼痛を伴わない10患者は限局性の臨床経過を示した。

【結論】眼付属器壊疽性膿皮症は、皮膚病変を伴わず、特発性眼窩炎症に類似した所見を示すタイプがある。加えて、治療抵抗性の劇症型と限局型があるように思われる。

## 02

眼球に変形をきたした  
結膜扁平上皮癌の1例

○柏木 広哉(かしわざ ひろや)<sup>1)</sup>、吉川 周佐<sup>2)</sup>、  
中川 雅裕<sup>3)</sup>、伊藤 以知朗<sup>4)</sup>、渡邊 麗子<sup>4)</sup>、  
佐伯 美和<sup>5)</sup>、尾花 明<sup>6)</sup>

1) 静岡県立がんセンター、

2) 静岡県立がんセンター 皮膚科、

3) 静岡県立がんセンター 形成外科、

4) 静岡県立がんセンター 病理

【目的】眼球が変形するほど進行していた結膜扁平上皮癌の1例を報告する。

【症例】67歳男性

【経過】2006年左糖尿病性黄斑症で硝子体手術施行。その後自己中断。2012年7月頃、左球結膜の白色状の腫瘍に家族が気付くも放置。2013年1月腫瘍の増大と疼痛出現し、5月に前医受診。CT検査で眼窩腫瘍と診断され、家族が当院他科で治療中のため、当院を紹介された。初診時眼科的所見：視力右眼0.3、左眼光覚なし。右眼白内障と糖尿病性網膜症が認められた。左眼の角膜は不明瞭な状態であり、眼球が突出していた。細隙灯検査で眼球耳側に腫瘍病変が認められ、角膜上に病変が浸潤していた。腫瘍の一部は強膜より剥離できる部位があり、その部分を切除し、病理組織診断で扁平上皮癌との診断を得た。MRI検査で眼球を取り囲むように腫瘍陰影が認められ、眼球は腫瘍による圧迫で変形していた。6月に眼窩内容除去術を施行。病理組織診断では高分化扁平上皮癌であり、強膜には部分的に浸潤が認められたが、眼内への浸潤は認められなかった。センチネルリンパ節生検も併用し、頸部リンパ節3か所摘出したが、転移は陰性であった。術後10ヶ月経つが、再発や転移は認められていない。

【考察】患者の病識が低いため、扁平上皮癌は巨大化した。原発は球結膜と考える。手術により完全摘出はできたが、今後転移に関して嚴重に診ていく必要がある。



## 03

## 涙嚢原発の小細胞癌の1例

○陳 邦洋(ちん くにひろ)<sup>1)</sup>、大友 一義<sup>1)</sup>、  
辻 英貴<sup>1)2)</sup>、鈴木 茂伸<sup>1)3)</sup>、相原 由季子<sup>1)3)</sup>、  
朝蔭 孝宏<sup>4)</sup>、小島 孚允<sup>1)5)</sup>

1)東京大 眼科、2)がん研究会有明病院、  
3)がん研究センター中央病院、  
4)東京大 耳鼻咽喉科、5)小島眼科

【諸言】腫瘍による続発性鼻涙管閉塞は症状だけでは原発性鼻涙管閉塞と鑑別不能なことが多い。涙嚢腫瘍の発症頻度はまれだが、悪性の比率が高く、涙嚢鼻腔吻合術(DCR)にて涙嚢内腫瘍を認め、摘出した腫瘍を精査して初めて悪性腫瘍と診断されることがある。今回、筆者らは涙嚢原発の小細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】65歳男性で2013年春ごろより左眼の眼脂を自覚し、流涙も認めるようになった。前医にて通水検査を施行したが疏通なく、加療目的で紹介受診となった。当科にてプロービングを施行し、左鼻涙管閉塞と診断した。同年8月に左涙管チューブ挿入術を施行するも術後早期より再閉塞したため、11月に左DCRを施行した。術中所見にて涙嚢内に黄白色の顆粒状に集簇した腫瘍を認めたため、摘出し病理検査を行った。結果は小細胞癌で、病巣はMRIで左鼻涙管から下鼻道に渡る24mm径の腫瘍が確認された。PET-CTにて左涙嚢に高集積を認めたが、他の部位には小細胞癌の原発巣を疑う部位が無く、涙嚢原発が確認され、当院耳鼻科へ加療目的にて紹介となった。当初は手術を予定していたが、腫瘍径は短期間に増大し手術不能と判断され、化学放射線療法を施行し、腫瘍は縮小した。

【考察】DCR中に涙嚢内に腫瘍を認めた場合は悪性腫瘍の可能性があるので病理検査を施行すべきである。また悪性の場合は原発巣の精査および残存腫瘍に対する適切な治療を迅速に進める必要がある。

## 04

当科で経験した  
眼窩筋円錐部悪性腫瘍の3例

○上田 幸典(うえだ こうすけ)  
京都府医大

【目的】眼窩筋円錐部に発生した悪性腫瘍の3例を経験したので報告する。

【症例】症例1は76歳女性。1ヶ月前から左眼球突出を認め、平成22年3月4日に当科を受診した。左眼の視力低下(矯正視力0.7)、眼球運動障害を認めた。MRI検査で左眼窩筋円錐内から眼窩内壁に沿って内部均一な腫瘍を認めた。生検を予定していたが腫瘍の増大により急速な眼球突出の悪化、著明な視力低下(手動弁)を認めた。ステロイド治療を行った上で、3月16日に腫瘍の減量も兼ねて生検を施行し、diffuse large B-cell lymphoma(DLBCL)と診断した。その後、化学療法にて寛解を得られたが、視力は改善しなかった。症例2は74歳女性。1ヶ月前から右眼球突出を認め、平成24年1月19日に当科を受診した。右眼の眼球運動障害、視野障害を認めた。MRI検査にて右眼窩筋円錐内に内部均一な腫瘍を認めた。受診後も徐々に視野障害の悪化を認めた。平成24年2月2日、生検を施行し、DLBCLと診断した。その後、化学療法にて寛解が得られた。症例3は72歳女性。2週間前から眼球突出を認め、平成24年4月27日に当科を受診した。左眼の視力低下(矯正視力0.6)、眼圧上昇(46mmHg)を認めた。MRI検査にて左眼窩筋円錐内に充満する腫瘍を認めた。同日に生検を施行し、NK/T-cell lymphomaと診断した。その後、化学療法にて寛解が得られた。

【結論】筋円錐部の悪性腫瘍は悪性度の高い腫瘍が多く、急速に進行する可能性があり注意が必要である。



## 05

化学療法中に髄膜播種した  
視神経膠腫の1例

○柳澤 隆昭 (やなぎさわ たかあき)<sup>1)2)3)</sup>、  
鈴木 智成<sup>2)3)</sup>、福岡 講平<sup>2)3)</sup>、渡辺 祐子<sup>2)3)4)</sup>、  
内田 栄二<sup>2)</sup>、白畑 充章<sup>2)</sup>、安達 淳一<sup>2)</sup>、  
三島 一彦<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>

- 1) 東京慈恵医大 脳神経外科、  
2) 埼玉医大国際医療 C 脳脊髄腫瘍科、  
3) 埼玉医大国際医療 C 小児脳脊髄腫瘍部門、  
4) 東北大 小児科

【緒言】 症状・画像所見から、視神経膠腫と臨床的に診断し、化学療法を開始、治療中に、水頭症を併発し、髄液播種をおこした例を経験したので報告する。

【症例】 小学校低学年男児、神経線維腫症1型含め、特記すべき家族歴・既往歴はない。○年5月、学校での視力検査では両眼ともに視力1.0以上あった。同年6月下旬より頭痛・嘔吐が出現、鎮痛剤で改善するものの症状が続いた。同年7月下旬側頭部痛があるため近医眼科紹介となり、視機能低下を指摘され、前医大学病院眼科紹介となった。眼科学的所見より視神経炎を疑われステロイドパルス療法施行された。開始3日後に施行された頭部MRI検査で、視神経腫大、占拠性病変指摘され、精査加療目的で当科紹介となった。画像所見より視神経膠腫と診断し、ピンクリスチン・カルボプラチン併用の化学療法を開始した。10週間の導入化学療法後の治療効果判定では、腫瘍増大阻止され、維持化学療法に進んだ。治療中より交通性水頭症を認め、頭蓋内圧亢進症状が増悪傾向となり腰椎ドレナージ、VPシャント術を施行し症状は改善した。水頭症の原因は特定できなかった。その後頭痛・嘔吐のため入院、全身性痙攣、意識障害認め、頭部および脊髄MRI検査により著明な髄液播種が示唆された。

【結語】 視神経膠腫では、症状と画像所見から診断し治療を行うことが交際的にも、コンセンサスとなっている。診断における生検の必要性和有用性について議論の余地がある。

## 06

## 小児視神経膠腫に対する治療

○柳澤 隆昭<sup>(1)(2)(3)</sup>、  
鈴木 智成<sup>(2)(3)</sup>、福岡 講平<sup>(2)(3)</sup>、渡辺 祐子<sup>(2)</sup>、  
内田 栄二<sup>(2)</sup>、白畑 充章<sup>(2)</sup>、安達 淳一<sup>(2)</sup>、  
三島 一彦<sup>(2)</sup>、西川 亮<sup>(2)</sup>

1) 慈恵医大 脳神経外科、  
2) 埼玉医大国際医療 C 脳脊髄腫瘍科、  
3) 埼玉医大国際医療 C 小児脳脊髄腫瘍部門

【背景】視神経膠腫瘍は、小児期に、視神経から視放線まで視路に発症する神経膠腫である。病理学的には WHO grade I～II に分類される低悪性度腫瘍であるが、視機能低下のほかに、様々な症状を呈し、治療法の選択が重要である。

【目的・方法】当科紹介となった視神経膠腫の患児について、治療と経過を報告し、本疾患の診断と治療について論じる。初発例、再発例ともに原則として化学療法を施行し腫瘍の制御を図った。

【結果】平成19年4月から平成24年3月に生後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型合併例1例、他26例は非合併例である。片側視神経に局限した眼窩内腫瘍4例、他23例は視路視床下部腫瘍であった。初発例の1例は、腫瘍生検後に無治療で腫瘍退縮を認めている。初発例16例は初回化学療法により腫瘍増大は阻止されたが、そのうち3例では、その後腫瘍が再度増大し、治療を再開している。再発8例では7例で腫瘍の制御が得られた。1例は増大を続け腫瘍減量手術を施行し、その後なお増大がみられた後に退縮傾向を認めたが、なお治療中である。放射線治療、化学療法後再発の1例で、悪性転化を認めた。

【結語】本疾患においては救命と共に長期的な機能予後・生命予後を考慮し診断と治療の方法を選択する必要がある。放射線治療の効果は、腫瘍制御と症状の改善において化学療法を上回るが、長期的な生命予後の観点から、採用を極力避けるべきである。

## 07

成人眼窩 capillary hemangioma  
に対して  $\beta$  blocker 点眼液が  
奏功した一例

○田上 瑞記<sup>(1)(2)</sup>、大西 健<sup>(1)</sup>、  
森井 英一<sup>(2)</sup>、安積 淳<sup>(1)</sup>

1) 神戸海星、2) 大阪大 病理

【症例】43歳、女性。右内眼角からの出血を主訴に当科を受診した。患者は4歳時に上眼瞼の、9歳時に右頬部に血管腫が出現し外科的切除の既往がある。13歳時には右眼窩腫瘍を指摘されるも加療せずに経過観察しており、以後再診は途絶えた。その後、34歳時に眼痛を伴う proptosis を認め、画像上右眼窩腫瘍をみとめたため、前医にて内視鏡的眼窩腫瘍生検を施行し、capillary hemangioma と診断された。その後症状は再び自然寛解したため、再び受診は途絶えた。今回、内眼角中心に右上眼瞼下眼瞼、結膜下に及ぶ青紫色調の病変を認め、MRI において、造影で濃染せられる T1 で高信号 T2 において flow void effect を認めたため、放射線療法など他の加療 option も提示した上で、infantile hemangioma においてしばしば有効とされる、 $\beta$ -blocker 点眼液 (timolol maleate 0.5%) による加療を開始した。加療から1年後、表層部の病変はほぼ消失し、眼窩病変に関しても MRI 上明らかな縮小が認められた。現在のところ、主訴の再燃はなく、局所的 全身的な合併症の発現は無い。

【結論】成人 capillary hemangioma に対しても  $\beta$ -blocker による加療は有効な option の一つと考えられる。

## 08

視神経鞘膜腫に対する  
強度変調放射線治療の効果

○笹野 紘之(ささの ひろゆき)<sup>1)</sup>、酒井 勉<sup>1)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>1)</sup>、青木 学<sup>2)</sup>

1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 放射線科

【目的】視神経鞘膜腫(ONSM)に対する定位放射線治療の有効性が近年海外で報告されているが、強度変調放射線治療(IMRT)の報告は少ない。IMRTは照射範囲内での線量の強弱を調整し、周囲組織への被爆を軽減することで、より低侵襲な治療が可能である。我々は第51回日本神経眼科学会でIMRTの結果2例を報告したが、今回、その2例の経過と追加の4例の結果を合わせて報告する。

【対象と方法】2012年2月から2013年1月までに東京慈恵会医科大学附属病院眼科を受診したONSM連続6例を対象とした。年齢は33歳から52歳まで、性別は全例女性であった。視神経乳頭所見および眼窩造影CT・MRIでONSMと診断の上、IMRTを50.4-52.2Gy/28-30Frで施行し、治療効果をIMRT前後の視力、視野で評価した。

【結果】視神経乳頭所見は明らかな異常を認めないもの、視神経乳頭萎縮やoptociliary shunt vesselを認めるものなど様々であった。IMRT施行前後で画像所見は全例とも著変を認めなかったが、IMRT後に3例は視力の改善、4例は視野の改善がみられた。IMRT前に視神経乳頭萎縮を呈していた3例は視野の若干の改善あるいは不変に留まった。IMRT後に全例とも明らかな有害事象を認めなかった。

【結論】ONSMに対してIMRTは有効であり、視神経萎縮に至る前の早期治療が望ましいと考えられた。

## 09

眼窩の形質細胞腫と  
診断された1症例

○阪口 仁一(さかぐち きみかず)<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、  
濱岡 祥子<sup>1)</sup>、池田 博子<sup>2)</sup>、杉山 和久<sup>1)</sup>

1)金沢大、2)金沢大 病理

【目的】眼窩の形質細胞腫と診断された1症例を報告する。

【症例】79歳の女性が数ヶ月前から右上眼瞼の腫瘤を触知し、当院に紹介された。画像にて両眼窩に腫瘤がみられ、まず右眼窩腫瘍の生検を行った。病理において腫瘍細胞のほとんどはCD20免疫染色が陰性であり、形質細胞腫と診断された。全身検索では眼窩部以外に病変がみられず、M蛋白血症もなかった。

【経過】右眼窩病変に対して50Gyの放射線照射を行った。同時期に左眼窩腫瘍を生検し、病理では反応性リンパ過形成と診断されたが、IgH遺伝子再構成が陽性でありMALTリンパ腫が疑われた。右眼窩病変は照射により縮小した。残存する左眼窩病変への放射線照射の同意は得られず、経過を観察している。

【考案と結語】本症例の右眼窩病変は、主に形質細胞への分化を示す腫瘍細胞で占められ、多発性骨髄腫との鑑別を要した。一方で、形質細胞への著しい分化を呈するMALTリンパ腫との鑑別も問題となる。今後、残存する左眼窩病変の治療について、また他臓器病変の発症について、慎重な管理を要する。

## 10

緩和的放射線治療が有用だった  
涙腺原発脂腺癌の一例

○三野 亜希子<sup>(みの あきこ)<sup>1)</sup></sup>、四宮 加容<sup>1)</sup>、  
川中 崇<sup>2)</sup>、榊 美佳<sup>3)</sup>、吉本 聖<sup>4)</sup>、  
荒瀬 友子<sup>5)</sup>、坂本 佳也<sup>6)</sup>、三田村 佳典<sup>1)</sup>

1) 徳島大、2) 徳島大 放射線科、

3) 徳島大学病院 病理部、4) 徳島大 形成外科

【諸言】涙腺原発の脂腺癌は非常に稀な悪性腫瘍である。早期にリンパ節転移を来し、生命予後は不良である。今回我々は進行した涙腺由来の脂腺癌1例を経験し、緩和的放射線治療が有用だったため報告する。

【症例】37歳男性。半年前から生じた右の眼球突出と最近出現した疼痛で受診した。コンピュータ断層撮影(CT)で骨破壊を伴う眼窩腫瘍を認め、生検の結果、涙腺原発脂腺癌と診断した。陽電子放出断層撮影(PET/CT)で所属リンパ節転移と多発骨転移が示唆された。初診の4か月後、内服薬での疼痛管理が困難になったため右眼窩にX線照射39Gyを行った。眼窩病巣は縮小し、整容的改善と疼痛の軽減を得られた。初診の8か月後に汎血球減少により死亡するまで効果は維持された。

【考察】緩和的放射線治療により鎮痛効果が得られ、腫瘍縮小による整容的改善により、精神的苦痛を和らげることができた。失明より前に放射線治療を開始していれば視機能を維持できた可能性があり、治療時期としてはより早期に行うべきだったと考えられた。

【結論】進行した涙腺原発脂腺癌の症例で、緩和的放射線治療により生活の質が改善された。



## 11

両側の上下円蓋部と涙道に  
生じた濾胞性リンパ腫の一症例

○大島 浩一(おおしま こういち)<sup>1)</sup>、横須賀 裕美子<sup>1)</sup>、  
丸中 秀格<sup>2)</sup>、藤井 将義<sup>3)</sup>、久保西 四郎<sup>4)</sup>

1)岡山医療セ、2)岡山医療セ 耳鼻咽喉科、  
3)岡山医療セ 臨床検査科、  
4)岡山医療セ 血液内科

本邦では、眼付属器に生じる濾胞性リンパ腫は稀である。

症例は41歳の男性であった。約3年前から両眼に流涙があり、半年前から両側涙嚢部に無痛性腫脹が出現した。初診時、両側上下眼瞼皮下に腫瘤があり、両側涙嚢部皮下にも硬結があった。右側下眼瞼を翻転すると、赤みを帯びた結節が露出したが、大きすぎて元に戻すのに難渋した。MRIでは、両側の上下眼瞼結膜と涙道に病変を認め、左側では下鼻道粘膜まで浸潤していた。両側下眼瞼結膜病変と左側鼻腔内病変を試験切除した。

H.E.染色で上皮下に中型までのリンパ球様細胞が密に増生していた。免疫染色で、CD3<sup>+</sup>、CD20<sup>+</sup>、CD5<sup>+</sup>、CD10<sup>+</sup>、bcl-2<sup>+</sup>、bcl-6<sup>-</sup>、cyclinD1<sup>-</sup>、Ki-67 labeling index lowであった。CD10<sup>+</sup>かつbcl-2<sup>+</sup>であることから、節外性濾胞性リンパ腫と診断された。サザンブロット法で免疫グロブリンH鎖JH遺伝子の再構成バンドが検出された。FISH法により14:18転座を検討したが、陽性細胞は認められなかった。PET-CTで眼部以外に、顎下腺、胸壁、肺にFDG集積亢進を伴う腫瘤を認めた。リンパ腫細胞の骨髓浸潤はなく、Ann-Arbor分類でstage IVと考えた。

結膜 MALT リンパ腫は結膜円蓋部を中心に増殖するが、結節形成は少なく、涙道に生じることも少ない。これに対して自験例でみられた臨床所見、すなわち「連続していない6つの結節が、涙道を含みつつ左右対称性に発育した所見」は非常に特異的であった。

## 12

両側結膜に局限した  
濾胞性リンパ腫の一例

○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>、  
瀧澤 淳<sup>4)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科、3)江口眼科医院、  
4)新潟大 血液内分内分泌科

【目的】アジア人において眼付属器に発症する濾胞性リンパ腫は稀とされる。今回、両側結膜に局限した濾胞性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【症例】59男性。数年前から自覚した結膜腫瘤が1年ほどで増大した為、近医受診後、結膜腫瘍の診断で2013年3月当科紹介。両側の涙丘部から上下円蓋部結膜にかけてサーモンピンク調の隆起を認め、結膜の MALT リンパ腫が疑われた。眼窩～骨盤部造影CTでは眼窩内及び他臓器に有意な病変はなく、採血上もHBs抗原陽性であることを除いて明らかな異常値はなかった。同年5月に両側結膜腫瘤の生検を施行。病理組織では濾胞性リンパ腫 grade2の診断。両側とも免疫染色ではCD10(+), CD20(+), bcl-2(+), CD21(+), cyclin D1(-), CD5(-)でIgH鎖JH遺伝子再構成も陽性であった。G-banding, FISHは検体量の問題で右側のみの検査となったがt(14:18)転座、IgH/bcl2転座は何れも陽性であった。追加でPET-CT、骨髓生検、上下消化管内視鏡を行ったが何れも病変を示唆する所見は認められなかった。以上より両側結膜に局限した濾胞性リンパ腫 grade2(stage IA E)と診断した。右上下眼円蓋部結膜に少量の病変が残存しているが放射線治療の希望は無く経過観察中である。

【結論】結膜に発症した濾胞性リンパ腫は見た目ではMALTリンパ腫と区別が困難であり、病理組織像と遺伝子・染色体検査などを総合して診断する必要がある。

## 13

IgG4関連眼疾患にびまん性  
大細胞型 B 細胞性リンパ腫  
(DLBCL)を合併した一例

○大口 泰治(おおぐち やすはる)<sup>1)</sup>、古田 実<sup>1)</sup>、  
前田 亜希子<sup>1)</sup>、北條 洋<sup>2)</sup>、石龍 鉄樹<sup>1)</sup>

1) 福島県医大、2) 福島県医大会津医療センター

【諸言】 IgG4関連疾患は、血清 IgG4が上昇し、全身の諸臓器に IgG4免疫染色陽性の形質細胞浸潤を伴う疾患である。我々は IgG4関連疾患で、13年後に DLBCL を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】 83歳男性。2000年に右涙腺腫瘍生検を行い、当時は MALT リンパ腫の診断を受け、右眼窩に放射線治療施行した。2004年に両側涙腺腫大を認め、再発と考え両眼窩に再度放射線治療施行した。2013年には右下肢の疼痛・痺れが出現した。CT/MRI では、右骨盤内腫瘍、右鼠径～腸骨動脈領域・腹部大動脈領域のリンパ節腫大を認めた。血清 IgG4は1,260 mg/dlであった。生検と骨髓検査で DLBCL, germinal center B-cell like と診断した。2000年の涙腺組織を再検査したところ IgG4免疫染色陽性、上皮成分と IgH 遺伝子再構成は認めず、発症時には MALT リンパ腫ではなく IgG4関連疾患であったことが判明した。

【考察】 本症例では発症当初より IgG4関連疾患が存在し、後に慢性炎症から DLBCL が合併したと考えられる。IgG4関連疾患と悪性リンパ腫の合併症例が報告されており、今後両者の関連性および鑑別につき検討が必要である。

## 14

結膜 MALT リンパ腫に対する  
結膜冷凍凝固術の検討

○高木 健一(たかき けんいち)、有田 量一、  
大西 陽子、田邊 美香、吉川 洋、石橋 達朗  
九州大

【目的】 結膜 MALT リンパ腫に対する結膜冷凍凝固術後の再発について検討する。

【対象】 2010年1月から2013年12月にかけて九州大学を初診、亜全摘または部分切除に冷凍凝固術を行った結膜 MALT リンパ腫9例12眼を対象とした。年齢、切除時ステロイド局注の有無、術後ステロイド点眼維持と再発との関係を検討した。なんらかの再治療となった時点を再発と定義、再発を死亡とした生存曲線を作成し、生存曲線を一般化 Wilcoxon 検定で比較した。

【結果】 年齢は26-63歳(平均43.8歳)、全例女性であった。全例治療後早期に腫瘍はほぼ消失したが、12眼中4眼で再発した。再発までの期間は59歳以下の群で平均13カ月(6-20カ月)、60歳以上の群で平均6カ月(5-7カ月)であった( $p=0.35$ )。切除時ステロイド局所注射を行った群に再発はなく、局所注射を行わなかった群で4例が平均12カ月(5-20カ月)で再発した( $p=0.07$ )。凝固後ステロイド点眼を維持した群では1例が20カ月で再発、維持投与を行わなかった群では平均6カ月(5-7カ月)で再発した( $p=0.21$ )。2眼は2度の冷凍凝固術後、放射線治療に至った。

【結論】 冷凍凝固術は結膜 MALT リンパ腫に対して有効であるが再発も少なくない。若年者、切除時ステロイド局所注射、およびステロイド点眼維持が再発を遅らせる可能性があるが、統計学的有意差は認められなかった。



## 15

## 瞼板内 IgG4 関連病変

○久保田 敏信(くぼた としのぶ)<sup>1)</sup>、長谷川 正規<sup>2)</sup>、  
森谷 鈴子<sup>2)</sup>

1) 名古屋医療センター、

2) 名古屋医療センター 病理科

【目的】両眼瞼に発生した境界明瞭な腫瘍性病変の臨床病理学的特徴を報告すること。

【症例】56歳女性の両側の上眼瞼に、境界明瞭な腫瘍性病変がみられた。血清生化学検査所見では、血清 IgG4 値を含め異常所見はみられなかった。片側の病変に対して生検を施行した。組織学的検査所見では、形質細胞の密な浸潤がみられた。免疫組織学的検査所見では、IgG/IgG4 比が50%であった。また、軽鎖限定はみられなかった。生検後、びまん性の浸潤再発がみられたが、トリウムシノロン結膜下注によって改善した。

【結論】本症例はマイボーム腺を発生起源とする IgG4 関連眼疾患かもしれない。

## 16

インターフェロン $\beta$ 局所注射が奏功したと考えられる  
眼瞼結膜悪性黒色腫の1例

○鈴木 茂伸(すずき しげのぶ)

国立がんセンター 眼腫瘍科

【緒言】皮膚悪性黒色腫診療ガイドラインでは、旧 UICC 分類 III 期の悪性黒色腫に対してインターフェロン $\beta$  (以下 IFN- $\beta$ ) の局所注射による生命予後改善が示唆されている。結膜悪性黒色腫に対する効果は確立していない。今回、断端陽性であった結膜悪性黒色腫に対し IFN- $\beta$  の術後療法を行い、再発・転移を生じていない症例を経験したので報告する。

【症例】26歳女性。3年前から上眼瞼結膜にメラノシスと無色素隆起があり、他院にて組織採取を行い悪性黒色腫の診断で当院紹介受診となった。上眼瞼結膜に一部色素を伴う隆起病変があり、皮下腫瘍として触知した。下眼瞼結膜にも色素病変を認めた。拡大手術の希望はなく、下眼瞼からの皮弁も困難と判断し、隆起から左右3mm程度の安全域を含めて上眼瞼の1/2幅を切除し、tenzel flap を用いて縫縮した。病理では瞼板をこえて浸潤する悪性黒色腫であり、断端上皮は肥厚し腫瘍細胞浸潤を認めた。改めて拡大切除を勧めるも拒否されたため、相談の上、IFN- $\beta$  局所注射を行う方針とした。腫瘍周囲注射として結膜および眼瞼皮下に5日連続注射を3コース、その後月1回の注射を術後2年まで継続した。経過中腫瘍の再発はなく、全身の有害事象も生じなかった。最終注射後3ヶ月の時点で局所再発、遠隔転移は生じていない。

【考察】病理組織学的な確認は得られていないが、上皮内残存病変の再発はなく、IFN- $\beta$  治療は一定の効果があったと考えられる。

## 17

再発脂腺癌に対する疼痛緩和  
目的に手術を施行した一例

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

【緒言】眼瞼脂腺癌の重症例では治療に難渋する事がある。今回我々は複数回手術を施行され、眼窩に広範囲に進展した脂腺癌に対し、疼痛緩和目的にて手術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】78才女性。平成18年より右上眼瞼脂腺癌に対し前医にて合計5回の手術を施行。その後自己判断で通院を中止されていた。

平成25年右眼周囲の腫脹、眼痛が増悪し再診し、精査加療目的にて当科紹介受診された。初診時、右眼光覚弁、上下眼瞼皮下に硬い腫瘍を認め、眼球も眼瞼もほぼ可動性は無かった。上方角膜は結膜と癒着しており閉瞼不全を認めた。MRIでは右眼視神経管より眼瞼皮下まで不均一に造影される腫瘍で占拠され、全摘は不能と考えられた。PET-CTでは転移を認めなかった。生検の結果、病理組織学的には低分化扁平上皮癌であった。遠方であり近医で放射線治療を60Gy/30frにて施行し、放射線照射後、疼痛は軽快し、腫瘍も縮小傾向であった。

平成26年、眼痛の増悪を主訴に再診。角膜穿孔を認め、疼痛緩和目的で瞼板縫合を施行した。一時的に疼痛は消失したが、縫合部が離解し疼痛も再燃した為、角膜強膜部分切除、眼球内容除去術、皮弁形成術を施行した。

【考察】重症な眼窩悪性腫瘍に対し、角膜強膜部分切除と皮弁被覆にて疼痛の軽減を図ることは有用と考える。また患者の定期的受診に対する理解が不可欠であると考えられる。

## 18

## 眼瞼の扁平上皮癌の4例

○小幡 博人(おばた ひろと)、大久保 裕子  
自治医大

【緒言】眼瞼の扁平上皮癌は稀である。過去の眼瞼悪性腫瘍の統計では、扁平上皮癌の頻度が高い報告もあるが、それは脂腺癌を扁平上皮癌と診断していた可能性や結膜原発の扁平上皮癌が眼瞼腫瘍の統計に含まれていた可能性がある。今回、眼瞼の扁平上皮癌の4例について臨床の特徴と病理組織像に関して検討したので報告する。

## 【症例】

症例1：76歳男性。左内眼角部皮膚に黒色の角化を有する潰瘍形成型の腫瘍がみられ、基底細胞癌が疑われたが、生検の結果、扁平上皮癌であった。完全切除を行った。

症例2：66歳男性。左上眼瞼外側から外眼角に1ヶ月で急速に増大したという角化を伴う球状の腫瘍があり、切除の結果、扁平上皮癌であった。術後放射線治療を行い、局所再発はなかったが、耳下腺と肺に転移し、初診から2年後に永眠された。

症例3：80歳男性。右上眼瞼外側～外眼角部の腫瘍で瞼結膜も隆起し脂腺癌を疑ったが、生検の結果、扁平上皮癌であった。放射線治療を行ったが局所再発し、外科的に切除再建を行った。

症例4：59歳男性。左下眼瞼皮膚の白苔を伴う潰瘍形成型の腫瘍で、生検の結果、扁平上皮癌と基底細胞癌の衝突癌であった。放射線治療で治癒した。

【結論】眼瞼皮膚に生じる扁平上皮癌は表面が凹凸不整で角化を有する固い腫瘍であった。1例は眼瞼皮膚原発か瞼結膜原発か不詳であった。Aggressive behavior のケースもあり、注意深い経過観察が必要である。

## 19

当院における脂腺癌59例の  
検討

○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>1)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】眼瞼脂腺癌について American Joint committee on Cancer (AJCC) TNM 分類第7版眼瞼悪性腫瘍の T 分類と再発、転移の相関について検討する。

【方法】1983年から2013年までに当科で加療した脂腺癌について後ろ向きに検討を行った。対象患者について過去の診療録より AJCC TNM 分類第7版により分類し、再発、遠隔転移、生命予後について Kaplan-Meier 法を用い long-rank test により検定した。

【結果】症例は59症例(男性23例、女性36例)で、平均年齢は73.7歳、平均観察期間は39.2ヶ月であった。内訳は上眼瞼45例、下眼瞼12例、涙丘2例であった。涙丘原発脂腺癌を除く57例のうち T 分類の内訳は T2a 29例、T2b 11例、T3a 12例、T3b 5例であった。治療は5mmの安全域をつけた腫瘍切除および眼瞼再建術が53例、眼科内容除去術が3例、腫瘍切除後に放射線治療を追加した症例が1例であった。再発は5例(T2a 3例、T3a 2例、T3b 1例)で7-90ヶ月に認めた。転移は4例(T2a 1例、T2b 1例、T3a 1例)ですべて所属リンパ節転移であり、9-19ヶ月に認めた。再発、転移についてそれぞれ T 分類各群間の比較を行ったが、有意差は認めなかった。原病死の症例は認めなかった。

【結論】眼瞼脂腺癌は小腫瘍であっても再発、転移を認めることがあり、耳前部、顎下部、頸部のリンパ節の触診を含めた注意深い経過観察が必要である。

## 20

15年間にわたり眼内腫瘍と  
診断されていた  
IgG4関連眼疾患

○後藤 浩(ごとう ひろし)<sup>1)</sup>、上田 俊一郎<sup>1)</sup>、  
小竹 聡<sup>1)</sup>、松林 純<sup>2)</sup>、長尾 俊孝<sup>2)</sup>、  
関 文治<sup>3)</sup>

1)東京医大、2)東京医大 病理、3)関医院

【目的】IgG4関連眼疾患の臨床像は多岐にわたり、眼内に腫瘍を形成した症例も報告されている。長期間にわたり眼内腫瘍として経過観察され、生検により強膜を中心としたIgG4関連眼疾患であることが判明した症例を報告する。

【症例】症例は41歳の男性で、平成10年に脈絡膜悪性黒色腫の診断で東京医大眼科を紹介、受診となった。左眼眼底に隆起性病変がみられたが臨床所見は典型的でなく、123I-IMP SPECTでも異常集積がみられなかったことから経過観察とした。その後、前医で定期的に経過観察が行われていたが、眼内の隆起が増大したことから、初診から15年後に再受診となった。診断目的に経強膜的な脈絡膜生検を計画した。しかし、癒着のために剥離が非常に困難であった球結膜の下には、広範囲にわたって硬い線維性組織が強膜と一体化して存在していたため、この一部を切除して閉創した。採取された組織は増生した膠原線維の間にリンパ濾胞を思わせるリンパ球の集簇がみられ、一部には形質細胞の浸潤が観察された。免疫染色の結果、浸潤細胞の多くはCD20およびCD79a陽性で、IgG染色陽性細胞の多くみられるところではIgG4が40%以上で陽性を示した。以上より、IgG4関連眼疾患と診断した。その後、ステロイドの全身投与を行ったが、ほとんど反応はみられなかった。

【結論】IgG4関連眼疾患には強膜を中心とした病巣を形成することにより眼内に隆起を生じ、眼内腫瘍との鑑別を要することがある。

## 21

著明な滲出性変化がみられた  
視神経乳頭黒色細胞腫の3例

○木村 圭介(きむら けいすけ)、川上 摂子、  
柴田 元子、後藤 浩  
東京医大

【目的】滲出性変化がみられた視神経乳頭黒色細胞腫の臨床像と予後について報告する。

【対象と方法】東京医大病院眼科において1991年から2013年の22年間で臨床診断された視神経乳頭黒色細胞腫33例のうち、腫瘍周囲に著明な滲出性変化がみられた3例について、診療録をもとに臨床像および予後について後ろ向きに検討した。

【結果】3例全例が女性で、初診時の平均年齢は44歳(15～62歳)で、経過観察期間は平均31か月で(13～57か月)であった。病変の大きさは平均4乳頭径(1～7乳頭径)で、滲出性変化がみられた際の小数視力は各々0.06, 0.3, 0.6で、中心窩網膜厚(CMT)は平均481 $\mu$ m(316～622 $\mu$ m)であった。検眼鏡の所見としては、硬性白斑、黄斑浮腫が3例全例で、網膜出血が1例でみられた。治療内容は、経過観察(症例1)、アバスチン硝子体内注射(症例2)、ケナコルトテノン嚢下注射(症例3)が各々1例であった。各症例での最終受診時または術後最高の視力、およびその際のCMTは症例1で0.3→0.6、506→260 $\mu$ m、症例2で0.06→0.04、622→519 $\mu$ m、症例3で0.6→0.08、316→749 $\mu$ mであった。

【結論】視神経乳頭黒色細胞腫では滲出性変化がみられることがあるが、経過観察がよい症例もあるため、治療開始は慎重を要する。



## 22

## 多発性眼内腫瘍性病変の一例

○児玉 達夫(こだま たつお)<sup>1)</sup>、高井 保幸<sup>1)</sup>、  
佐野 一矢<sup>1)</sup>、杉原 一暢<sup>1)</sup>、大平 明弘<sup>1)</sup>、  
松下 隆<sup>2)</sup>、原田 祐治<sup>2)</sup>、藤原 悦子<sup>3)</sup>

1) 島根大、2) 島根大 病理、3) 松江日赤

【緒言】 病因不明の多発性眼内腫瘍性病変の一例を経験したので報告する。

【症例】 71歳女性。平成25年5月頃より右眼底後極に白色網膜病変出現。11月に近院で両眼白内障手術施行。術前の眼底検査で、右眼底下鼻側にも白色腫瘤を認めた。白色病変は徐々に増大・隆起し、視力低下を自覚したため、12月に当科を紹介。眼内腫瘍性病変は多発性で、FAG では網膜血管から栄養され、B モードと OCT では音響陰影を認めた。全身精査で他臓器腫瘍は見られなかった。鑑別診断として Acquired astrocytic hamartoma、眼内リンパ腫、肉芽腫性炎症性病変(サルコイドーシス、好酸菌、真菌等)、IgG4関連眼疾患が挙げられたが、上記疾患の生化学的マーカーは全て正常範囲であった。網膜光凝固術及びステロイド眼局所投与に反応しなかったため、平成26年3月に硝子体手術を施行した。病理組織検査では明らかな腫瘍細胞成分はなく、膠原繊維の中に炎症細胞と多核巨細胞が散見され、肉芽腫性疾患が示唆された。術前の胸部 CT で非定形好酸菌症が疑われたが、呼吸器症状はなく、眼内採取組織の好酸菌培養も陰性であった。

【結語】 病理組織学的診断結果は眼内肉芽腫であった。現時点で原因と成り得る全身性疾患は証明されていない。

## 23

## 無色素上皮由来の毛様体腺腫の一例

○富山 浩志(とみやま ひろし)<sup>1)</sup>、長嶺 紀良<sup>1)</sup>、  
谷地森 隆二<sup>2)</sup>、青山 肇<sup>3)</sup>

1) 中頭病院、2) 琉球大、3) 琉球大 腫瘍病理

【緒言】 毛様体腫瘍の報告は少なく、術前に確実な診断をすることは困難である。今回我々は無色素上皮由来の毛様体腺腫を経験した。

【症例】 33歳、女性。7ヶ月前からの右眼視力低下を主訴に平成25年3月に当科を紹介受診。

視力は右眼手動弁、左眼1.2、眼圧は右眼/左眼=15/18mmHg。右眼に成熟白内障を認め、3-6時方向の虹彩後面から瞳孔縁に及ぶ茶褐色の腫瘤が観察された。

UBM にて右眼下方の毛様体から隆起する横径6mmの充実性の腫瘍を認めた。

造影 MRI では右眼水晶体前方に長径5mm程度の占拠性病変を認め、T1強調像では水晶体と同程度の、T2強調画像では硝子体と同程度の信号を示していた。Gd 造影にて造影効果を認めた。FDG-PET では転移を示す所見は認めなかった。

右眼毛様体腫瘍の確定診断は困難で、治療方法を相談し、眼球摘出を希望されたため同年5月に全身麻酔下で右眼球摘出術を施行した。病理検査では毛様体に5×7mmの白色腫瘍を認め、HE 染色で篩状の上皮様細胞と紡錘形細胞の増殖を認めた。色素沈着はなく、PAS 染色にて細胞質に微小な粘液を認めた。免疫組織染色の結果と合わせ、無色素上皮由来の毛様体腺腫と診断された。術後12カ月の時点で再発を認めていない。

【考察】 毛様体腺腫・腺癌の報告は少なく、調べられた限り国内では7件であった。本症例は外見上悪性黒色腫が否定できなかったが、MRI 結果より鑑別できた可能性がある。

## 24

悪性リンパ腫類似の網脈絡萎縮  
を残して治癒した網膜炎の1例

○佐藤 章子(さとう しょうこ)

大館市立総合病院

【緒言】悪性リンパ腫はウイルス感染や生検後免疫反応が誘発され自然寛解が報告されている。今回ウイルス性網膜炎を疑い治療後悪性リンパ腫類似の網脈絡膜萎縮を残し治癒した症例の報告の報告。

【症例】61歳女性。2007年脳原発悪性リンパ腫で化学療法と放射線治療。翌年4月右視朦で当科を初診。視力右(0.7)、左(0.9)。右眼は軽度の硝子体混濁と蛍光造影(FA)で両黄斑部に小低蛍光斑。同年11月脳と副腎にリンパ腫再発し再治療して完全寛解。2010年5月右視力低下して再受診。視力右(0.05)、左(1.0)。両眼前眼部、前房には異常なく、右黄斑部に硝子体混濁を伴い3乳頭径以上の黄白色塊状隆起病変と赤道部まで無数の小白斑散在し一部は萎縮。FAでは両病変に一致して漏出。末梢白血球と血清免疫グロブリン低下。血清インターロイキン(IL)2R、髄液検査、全身画像検査にて異常なし。リンパ腫の眼内再発とウイルス性網膜炎を疑い入院。10日目に水晶体と硝子体同時手術。眼内液には異型リンパ球と炎症細胞のみでウイルス核酸は陰性。ガンシクロビル(GA)点滴開始1週後より眼底所見改善し再度硝子体手術。眼内液のIL-10/6比の高値確認。GA点滴25日で中止し眼底には悪性リンパ腫治癒後に類似した多数の萎縮斑と虹彩萎縮を残した。その後現在まで再発みられず右視力(0.5)を維持している。

【結論】本症例は臨床所見と経過からウイルス性網膜炎の併発を契機に治癒した眼内悪性リンパ腫が最も疑われた。



## 25

経強膜腫瘍切除術を施行した  
小児巨大毛様体黒色細胞腫の  
1例

○相原 由季子<sup>1)</sup>(あいはら ゆきこ)<sup>1)</sup>、助田 葵<sup>2)</sup>、  
森 泰昌<sup>2)</sup>、鈴木 茂伸<sup>1)</sup>

1) 国立がんセンター 眼腫瘍科、

2) 国立がんセンター 病理

【諸言】毛様体に発生する黒色細胞腫は非常に稀であり、本邦では10mmを超えるものや小児例の報告がない。今回我々は毛様体腫瘍切除術を施行した小児の巨大毛様体黒色細胞腫を経験したので報告する。

【症例】12歳、女児。左眼変視を主訴に受診、矯正視力は右眼(1.5)、左眼(0.01)。左眼毛様体に褐色腫瘤を認め、硝子体腔に色素細胞の散布が見られた。腫瘤は長径13mmであり、水晶体に接していた。経強膜毛様体腫瘍切除術を施行した。病理組織学的診断は黒色細胞腫であったが、軽度の細胞異型を認めた。術後は硝子体出血が遷延し、術後24日目に眼底の観察および視機能回復を目的とした硝子体手術を他院にて行なった。網膜は復位し眼底の観察も可能となったが、広範な網膜変性もあり視力は光覚弁となっている。現在慎重に経過観察を行っており、現時点では腫瘍の再発は認めていない。

【考察および結論】毛様体腫瘍は解剖学的特徴から発見されにくい場合も多く、本症例では初診時点で既に長径13mmと大きかった。毛様体の色素性腫瘍として黒色細胞腫と悪性黒色腫の鑑別が重要であるが、非侵襲的検査では鑑別が困難なことも多い。黒色細胞腫の治療は経強膜腫瘍摘出術が行われるが、悪性黒色腫との組織学的な鑑別については明確に規定されてはおらず判断が難しい症例や、悪性転化例の報告もあり、手術後も長期的な経過観察が必須である。

## 26

限局性脈絡膜血管腫に対する  
光線力学的療法

○古田 実<sup>1)</sup>(ふるたみのる)<sup>1)</sup>、大口 泰治<sup>1)</sup>、  
小島 孚允<sup>2)</sup>、石龍 鉄樹<sup>1)</sup>

1) 福島県医大、2) 小島眼科／東京大

【目的】限局性脈絡膜血管腫(CCH)に対する光線力学的療法(PDT)では、病変縮小と漿液性網膜剝離(SRD)吸収が期待できる。今回我々は、CCHに対するPDTプロトコルを後向きに検討した。

【方法】CCHによるSRDで視力低下を来した16例16眼、平均年齢51歳(範囲24-74)に対して、病変全体に単発もしくは複数発のPDTを施行した。PDTプロトコルを、後向きに①標準：加齢黄斑変性に準じた50J/cm<sup>2</sup>、②長時間：75J/cm<sup>2</sup>以上、③半量：半量の光感受性物質の3群に分類し成績を検討した。

【成績】16例の自覚症状持続期間は41(0-180)ヵ月、治療歴は経瞳孔温熱療法3眼、光凝固術1眼、硝子体手術1眼であった。病変の長径8.3(5-12)mm、厚さ3.5(2.5-6.5)mm、中心窩下病変5眼、平均視力0.3(手動弁-1.0)、経過観察期間は37(4-78)ヵ月であった。PDTは16眼に対して24回行い、奏効率は標準69%、長時間100%、半量0%であった。平均視力は0.3から0.53へと改善した(p=0.01)。自覚症状持続期間と視力では、PDT前視力よりも最終視力の相関性が高く、R<sup>2</sup>=0.71であった。全例で腫瘍厚が減じたが、標準よりも長時間群で低減した(p=0.004)。SRD吸収後に再発した1眼は、再発前に腫瘍厚が増加した。1例で病変上の網膜色素上皮に骨化生が生じたが、他は明らかな障害は生じなかった。

【結論】CCHに対するPDTは比較的安全な治療であるが、症例に応じた治療強度の調整には薬剤量ではなくレーザー照射量で行うのが妥当である。

## 27

炭素イオン線照射後に  
黄斑円孔を生じた2症例

○小田垣 馨(おだがき かおる)<sup>1)</sup>、新井 淑子<sup>1)</sup>、  
金子 博行<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>2)</sup>、  
辻 比呂志<sup>3)</sup>

1)帝京大、2)東京医大、3)放医研

脈絡膜悪性黒色腫に対する治療として炭素イオン線照射を受けた症例は現在までに150例前後ある。その治療の副作用として虹彩炎や血管新生緑内障等が代表的なものとされているが、今回、炭素イオン線照射後に黄斑円孔を生じた2症例を経験したので報告する。

症例1は60歳女性。左眼耳上側の脈絡膜悪性黒色腫に対して、2006年6月、70GyEの炭素イオン線照射を行った。2007年2月にそれまで0.4だった視力が0.1に低下し、OCTにて黄斑円孔がみられた。その後経過をみていたところ、黄斑円孔は自然閉鎖した。現在までの所、全身転移等の所見はみられていない。

症例2は68歳女性。2009年4月に左眼耳下側の脈絡膜悪性黒色腫に対して70GyEの炭素イオン線照射を行った。照射後も視力は1.0を保っていたが、2010年4月の時点で視力0.5と低下し、OCTでは黄斑部に硝子体牽引がかかっている所見が認められた。同年10月には視力0.2とさらに低下し、OCTでは黄斑円孔となっていた。黄斑円孔は徐々に拡大し、症例1のような自然閉鎖は見られなかった。2014年の時点でも円孔の完全閉鎖はみられず、視力も0.05であった。現在までの所、全身転移等の所見はみられていない。

両症例ともに炭素イオン線照射から1年以内に黄斑円孔が生じており、炭素イオン線照射と黄斑円孔の発症とになんらかの関係があるのではないかと推察された。

## 28

重粒子線治療後に局所再発を  
きたし、眼球摘出に至った  
脈絡膜悪性黒色腫の1例

○小竹 修(こたけ おさむ)<sup>1)</sup>、上田 俊一郎<sup>1)</sup>、  
後藤 浩<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>2)</sup>

1)東京医大、2)帝京大

【緒言】脈絡膜悪性黒色腫に対する眼球温存療法として、重粒子線治療が普及しつつある。重粒子線治療後に眼内で局所再発をきたし、眼球摘出に至った1例を経験したので報告する。

【症例】64歳、男性。左眼の光視症を自覚し、前医を受診。脈絡膜腫瘍が疑われ2010年5月に当科初診となった。耳側赤道部に悪性黒色腫に矛盾しない黒色隆起性病変がみられ、患者の希望に沿って重粒子線治療が行われた。その後、経過良好であったが、2013年1月に黄斑部に再発し、一部強膜穿破が疑われたため、同年2月に左眼眼球摘出術を行った。

病理組織学的には、耳側赤道部の病変はメラニン色素を豊富に含む腫瘍細胞から成り、HMB-45強陽性、melan-A強陽性、S-100蛋白陽性であった。一方、黄斑部の腫瘍細胞は、耳側赤道部の腫瘍細胞と同様の組織学特徴を示すものの、メラニン色素に乏しく、強膜外や視神経にも浸潤していた。また、S-100蛋白陰性であり耳側赤道部の腫瘍細胞と異なる免疫組織染色の結果を示した。

眼球摘出4か月後に肝転移がみられ、現在、肝動注化学療法を施行中である。

【結語】脈絡膜悪性黒色腫に対する重粒子線治療は局所制御率が高く、有効な治療法であるが、局所再発の可能性もあるため、治療後も厳密な眼底検査を含めた経過観察が必要である。

## 29

## 腫瘍摘出した脈絡膜骨腫の1例

○別所 紘奈(べっしょ ひろな)<sup>1)</sup>、今井 尚徳<sup>1)</sup>、  
加瀬 諭<sup>2)</sup>、安積 淳<sup>1)</sup>

1) 神戸海星病院、2) 手稲溪仁会病院

【緒言】脈絡膜骨腫は、脈絡膜に異所骨を発生する良性腫瘍である。典型的には片眼性で、視神経近傍に発生する扁平な腫瘍で、若年女性に好発する。こうした臨床的特性から積極的な治療は一般的でない。今回、非典型的な脈絡膜骨腫を腫瘍摘出する機会があったので報告する。

【症例】35歳女性。左眼視野異常に気付き、精査加療のため神戸海星病院に紹介された。視機能は保たれていたが、黄斑鼻側に乳白色から白色の隆起した脈絡膜腫瘍がみられた。各種画像検査でも約4～7mmの隆起性病変で、漿液性網膜剥離を伴った。123I-IMP SPECT24時間後撮像とPETで陽性像は得られなかったが、CTで腫瘍が高輝度に描出された。鑑別診断の困難性と、腫瘍位置から腫瘍部分切除を予定して硝子体手術を行った。しかし、術中骨性に硬化した腫瘍の部分切除は不可能で、最終的に一部網膜を伴って脈絡膜腫瘍を全摘出した。病理組織学的には骨形成部分が主体の脈絡膜腫瘍で、骨腫と診断した。術後矯正視力は0.7である。

【結論】黄斑鼻側、隆起性という非典型的な所見から、診断が困難であった脈絡膜骨腫の1例を経験した。発生部位によって外科的治療が脈絡膜骨腫の治療選択となることが示された。

## 30

## 脈絡膜悪性黒色腫に対するサイバーナイフ治療予後の検討

○有田 量一(ありた りょういち)<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、  
高木 健一<sup>1)</sup>、藤川 佳奈子<sup>1)</sup>、大西 陽子<sup>1)</sup>、  
田邊 美香<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、大賀 才路<sup>2)</sup>、  
中村 和正<sup>2)</sup>

1) 九州大、2) 九州大 放射線科

【目的】脈絡膜悪性黒色腫に対するサイバーナイフ治療予後について検討を行ったので報告する。

【症例】2006年8月～2013年3月までに当院で脈絡膜悪性黒色腫に対してサイバーナイフを施行した15例について、視力、腫瘍サイズ(平均±標準誤差)、合併症、転移、生命予後について検討した。

【結果】症例は平均 $67.7 \pm 3.5$ (41～86)歳の男性6例、女性9例。経過観察期間は平均 $35.3 \pm 6.8$ (13～83)ヶ月、全例でサイバーナイフ(50Gy/5Fr)を行い、治療前に汎網膜光凝固を行った。治療前の平均logMAR視力は $0.3 \pm 0.1$ 、腫瘍径：平均 $10.8 \pm 0.5$ (7.8～14.4)mm/腫瘍厚：平均 $5.5 \pm 0.4$ (2.8～8.7)mmであり、いずれの症例も腫瘍に123I-IMP-SPECTの集積を認めた。サイバーナイフ治療後半年で123I-IMP-SPECT集積が低下した症例は6例、治療後1年では10例であった。治療後の平均logMAR視力は $0.8 \pm 0.2$ 、腫瘍径：平均 $10.4 \pm 0.4$ (7.9～12.9)mm/腫瘍厚：平均 $4.7 \pm 0.5$ (0.2～8.0)mmであり、現在のところ全例で腫瘍の増大は認めていない。腫瘍が黄斑や視神経乳頭から1PD以内にある症例は治療後1年以内に著名な視力低下を認めたが、乳頭から鼻側に3PD以上離れている症例では治療前の視力を維持している。全例で血管新生緑内障は生じていないが、涙小管閉塞2例、黄斑部網膜剥離3例、硝子体出血3例を認めた。1例で治療1年後に肝臓と骨に多発転移を来し死亡した。

【結論】脈絡膜悪性黒色腫の治療にサイバーナイフは有効と思われる。

## 31

免疫抑制薬の内服・点眼中に  
発症した結膜腫瘍の2症例

○李 亜美(り あみ)<sup>1)</sup>、浅田 洋輔<sup>2)</sup>、中谷 智<sup>2)</sup>、  
舟木 俊成<sup>2)</sup>、海老原 伸行<sup>1)</sup>

1)順天大・浦安、2)順天大

【背景】角結膜扁平上皮由来新生物(OSSN: Ocular Surface Squamous Neoplasia)の発症誘発因子には紫外線・HIV感染・HPV感染・外科手術後などが知られている。今回私達は免疫抑制薬使用中に発症したCINと扁平上皮癌の症例を経験したので報告する。

## 【症例】

症例1: 43歳女性、円錐角膜に対し2度全層角膜移植を施行。術後拒絶反応抑制の為ステロイド点眼を使用し、ネフローゼ症候群に対し長期にシクロスポリンを内服していた。鼻側球結膜と、角膜移植片の移行部に増殖組織を認め、血中SCC値の上昇も認めためたため生検したところCINであった。腫瘍切除+冷凍凝固+羊膜移植を施行し残存腫瘍に対しINF- $\alpha$ 2b点眼を施行した。現在のところ再発は認めない。

症例2: 52歳男性、アトピー性角結膜炎に対しタクロリムス点眼を使用。下方輪部球結膜に隆起病変を認め、その後角膜への浸潤、角膜輪部機能不全による遷延性角膜上皮欠損・混濁を認めた。病理検査にて浸潤型SCCを認め拡大切除を勧めたが了承が得られず、INF- $\alpha$ 2b点眼を処方したところ著明に改善した。点眼中に角膜穿孔を生じたため縫合し現在経過観察中である。

【結論】免疫抑制薬の内服・点眼中に発症したCIN・SCCの症例を経験した。角膜移植後やアトピー性角結膜炎に対して免疫抑制薬を使用している患者ではOSSNの発症に注意が必要である。またINF- $\alpha$ 2b点眼は著効し、再発予防のため長期点眼が必要と考えられた。

## 32

結膜リンパ増殖性疾患における  
IgG4陽性細胞の有無

○上田 俊一郎(うえだ しゅんいちろう)<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>、  
木村 圭介<sup>1)</sup>、馬詰 和比古<sup>1)</sup>、柴田 元子<sup>1)</sup>、  
長尾 俊孝<sup>2)</sup>

1)東京医大、2)東京医大 人体病理

【目的】IgG4関連眼疾患は、涙腺のみならず様々な眼組織に発症することが知られている。しかし、結膜におけるIgG4関連疾患の報告は少ない。結膜を首座としたリンパ増殖性疾患におけるIgG4陽性細胞の浸潤の有無を検討した。

【方法】対象は2005年から2014年に東京医大眼科で切除生検術を行い、確定診断に至った結膜粘膜関連リンパ組織(MALT)リンパ腫49例、反応性リンパ組織過形成(RLH)8例、濾胞性リンパ腫2例である。各症例の血清IgG4値とともに病理組織学的にIgG4(+)/IgG(+)細胞比を検討した。

【結果】血清IgG4値は測定した28例中1例で152mg/dlと高値を示したが、他の症例は正常範囲内であった。病理組織学的には、MALTリンパ腫1例、RLH2例で、IgG4(+)/IgG(+)細胞比が40%以上であった。特にRLH2例ではいずれもIgG4(+)/IgG(+)細胞比が80%以上であった。また、MALTリンパ腫4例においてIgG4関連疾患包括診断基準は満たさないもののIgG4(+)/IgG(+)細胞比が10～40%と上昇していた。血清IgG4高値の1例はMALTリンパ腫であったが、浸潤するIgG4陽性細胞は少なく、IgG4(+)/IgG(+)細胞比は1%程度であった。

【結論】結膜リンパ増殖性疾患ではIgG4陽性細胞の浸潤がみられることがある。



## 33

インターフェロン $\alpha$ -2b  
結膜下注射が有効であった  
浸潤型結膜扁平上皮癌の1例○安達 功武(あだち こうぶ)<sup>1)2)</sup>、佐藤 章子<sup>1)</sup>

1)大館市立総合病院、2)弘前大

【緒言】結膜上皮内癌として治療開始後再発を繰り返し、12年後、浸潤型扁平上皮癌を発症し、インターフェロン(以下 INF)  $\alpha$ -2b 結膜下注射が有効であった1症例の報告。

【症例】67歳、男性。2001年7月、2年前からの左球結膜充血・異物感を主訴に当科を受診。左耳側球結膜に、打ち上げ花火様の充血あり。病巣切除+冷凍凝固施行。病理診断は上皮内癌。2003年2月に再発し腫瘍切除+冷凍凝固+羊膜移植施行。2004年7月、再発。切除+冷凍凝固+0.04%マイトマイシンC(以下 MMC)塗布。2008年4月、再発。切除+冷凍凝固+術後0.04%MMC点眼施行。再発時の病理診断はいずれも上皮内癌。2013年1月、MMCの副作用による強膜軟化症発症。ステロイド、抗菌薬点眼にて加療。2013年10月、4回目の再発。翌2014年1月に急速に乳頭状に腫瘤増大。生検により浸潤型扁平上皮癌の診断とヒトパピローマウイルス56型を検出。術後 INF  $\alpha$ -2b 結膜下注射4回施行し、約1.5ヶ月後残存腫瘍は消失した。強膜軟化症も軽快した。

【考察】結膜扁平上皮癌に対し、切除後残存腫瘍に対する INF  $\alpha$ -2b 結膜下注射は有効であった。副作用が少ない点からも、治療の有用な選択肢の1つとなる可能性がある。

## 34

HPV が検出されなかった  
結膜乳頭腫の5例○塩瀬 聡美(しおせ さとみ)<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、  
宮城 美智子<sup>1)</sup>、大西 陽子<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、  
石橋 達朗<sup>1)</sup>、吉村 圭子<sup>2)</sup>

1)九州大、2)吉村圭子眼科クリニック

【緒言】結膜乳頭腫は結膜に発生する良性上皮性腫瘍でヒトパピローマウイルス(HPV)の関与が知られている。昨年の本学会で我々が報告した19眼でも89%でHPVが検出されたが陰性例も存在した。今回、HPV陰性の結膜乳頭腫を渉猟し、HPV陽性例と発生部位、組織所見を比較した。

【症例】症例は2005年から2012年の間に九州大学、および新小倉病院を受診した結膜乳頭腫中、腫瘍組織でHPVを検索したが陰性であった5例。年齢は20~58歳(平均37歳)男性3例女性2例であった。発生部位は1例(37歳女性)が角膜耳下側輪部で、幼少時からある白色病変の上に発生、3例は涙丘部でいずれも色素性病変の上に発生していた。1例(20歳男性)は球結膜、涙丘部および円蓋部結膜に多発していた。涙丘部病変は色素性病変とともに切除した。輪部1例と涙丘3例の組織は、好酸性が強く表層が角化、核異型が軽く、通常の結膜乳頭腫と異なっていた。涙丘部3例の既存病変は色素性母斑で、うち2例ではリンパ球などの炎症細胞浸潤が見られた。多発性1例の組織は通常のHPV陽性乳頭腫と同様で、PCRの偽陰性が疑われた。

【結論】HPV陰性結膜乳頭腫は、発生部位と組織像がHPV関連結膜乳頭腫と異なり、病因が異なると考えられた。その候補として乾燥や摩擦、それによる炎症が考えられた。

35

# 重瞼切開アプローチによる 涙腺腫瘍手術： A Quick Approach

○高橋 靖弘(たかはし やすひろ)、柿崎 裕彦  
愛知医大

【目的】重瞼切開アプローチによる涙腺腫瘍手術の紹介。

【症例】両側涙腺腫瘍の70歳女性。重瞼は瞼縁より10mmの高さに位置していた。まず、その重瞼に沿って皮膚を切開した。その後、眼輪筋下から一気に骨膜まで切開し、眼窩内に到達、腫瘍を同定した。皮膚切開から腫瘍同定までに要した時間は両側共に5分程度であった。腫瘍を一部切除した後に、眼輪筋および皮膚を縫合し、手術を終了した。病理診断はMALT lymphomaであった。術後、創は目立たず、また重瞼の乱れや左右差を認めなかった。

【結語】重瞼切開アプローチを用いることで、短時間で眼窩内に到達できる。また、切開線を重瞼に一致させることで、術後創が目立たず、整容的にも満足のゆく結果が得られる。高い位置に重瞼がある涙腺腫瘍患者では、重瞼切開アプローチが有効である。



## 36

Neurofibromatosis type-1  
患者の眼瞼下垂症手術

○加瀬 諭(かせ さとる)<sup>1)2)</sup>、鈴木 康夫<sup>1)</sup>、  
篠原 敏也<sup>3)</sup>、野田 実香<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>、  
加瀬 学<sup>1)</sup>

1)手稲溪仁会病院、2)北海道大、  
3)手稲溪仁会病院 病理部

【背景】Neurofibromatosis type-1(NF-1)は、皮膚のカフェオレ斑と全身性の神経線維腫を特徴とする疾患である。近年、NF-1は全身の血管の脆弱性を伴う血管異常がみられることが報告され、手術や侵襲的処置を行う際には、血管の破綻を意識した対応が求められている。今回我々は、腱膜性眼瞼下垂症を呈したNF-1患者に眼瞼下垂症手術を行い、術中に著しい出血を来した一例を経験したので報告する。

【症例】64歳女性。主訴はまぶたの下垂と眼部の重たい感じ。既往歴では若年時にNF-1と診断。1998年6月に未破裂脳動脈瘤に対してクリッピング術を施行。強度近視のため30年来ハードコンタクトレンズを使用。2014年2月5日、視力は両眼とも(1.0)、多数の虹彩結節あり、MRDは両側1mm、挙筋機能は両側13mm、腱膜性眼瞼下垂症がみられた。2月27日、両側挙筋腱膜縫着術＋重瞼形成を施行した。術中、出血源が不鮮明な著明な出血を来とし、止血困難な出血を伴った。術中、バイポーラやボスミンガーゼにより止血した。挙筋腱膜を一部、生検した。病理組織学的には、挙筋腱膜組織に大小に拡張した動脈と静脈が多数検出され、少数の毛細血管を伴っていた。神経線維腫などの腫瘍性病変はなかった。術後、MRD、瞼裂高の改善がみられた。

【結語】NF-1における眼瞼下垂症手術では、腫瘍の存在の有無にかかわらず術中に制御不能な出血を来す可能性があるため、術前の患者への説明および止血について準備が必要である。

## 37

Intratarsal keratinous cyst  
(IKC)の本邦第一例

○大塚 壽(おおつか ひさし)<sup>1)2)</sup>、光野 乃祐<sup>2)</sup>

1)済生会今治第二病院 形成外科、  
2)済生会今治病院 形成外科

【諸言】Jakobiec らは、Am J Ophthalmol. 2010 ; 149 : 82-94で、IntraT. K. C. という新疾患概念を発表した。今回、文献上本邦第一例と思われる症例を経験したので報告する。

【症例】症例：82歳、女性。

主訴：右上眼瞼部結節(10×9mm)。

現病歴：5, 6年前より気づく。糖尿病(HbA1c 10.0%)、緑内障で治療中。

手術：局麻下に、瞼縁に平行な切開で入り、眼輪筋下の白っぽい結節に達した。全摘を試みるも一部で破裂し、ミルク状の内容物が排出した。囊腫摘出後、皮膚のみを縫合した。

病理組織学的所見：顆粒層を欠く重層扁平上皮、好酸性の角質層、層状～ひも状の角質組織を囊腫内に確認。

免疫組織化学的所見：AE1/AE3, CK5/6, CK17は陽性、CEA, EMAは上皮細胞で陰性だが、角質層と囊腫内容で陽性。

経過：良好に経過し、再発を認めていない。

【考察】本疾患は、現在まで5編の英文論文で12症例が報告されている。しかしながら、Steatocystoma simplexの1症例(2009)およびEpidermal(or Epidermoid)inclusion cystの4症例(2編、ともに2008)も本疾患としてよいと思われ、ほかに2症例の疑い例がある(2009, 2012)。本邦では、本疾患と思われるものが2症例(2005, 2013)と1症例の疑い例(2009)があるが、2013年の論文は、Epidermal cyst などの思ひこみのためか、考察に片寄りがみられる。

高齢者、無症状、緩徐な発育、上眼瞼部の瞼板前面に固着し、瞼結膜に膨隆する非炎症性結節は本疾患の疑いが強い。囊腫の完全摘出が根治治療に必要である。

## 38

霰粒腫と鑑別が難しかった  
汗孔癌の1例

○児玉 俊夫(こだま としお)<sup>1)</sup>、大城 由美<sup>2)</sup>、  
飛田 陽<sup>2)</sup>

1) 松山日赤、2) 松山日赤 病理

【緒言】汗孔癌は表皮内汗管由来の悪性腫瘍で下肢に多く、体幹などにも認められるが、眼瞼部に発症することはまれである。今回我々は臨床所見より霰粒腫として摘出したが、病理組織診断で癌腫と診断されたために腫瘍拡大切除が必要となった汗孔癌の1例を経験したので報告する。

【症例】58歳女性。平成22年10月21日右眼瞼結膜の腫瘤で紹介され、摘出したが病理組織診断は肉芽腫であった。2年後に右下眼瞼の痛みを伴う硬結で再度紹介され、霰粒腫として摘出したが、内容物は実質性で腫瘤は瞼板と癒着していた。病理組織診断は癌腫で、平成25年2月12日腫瘍の拡大切除と硬口蓋粘膜および皮膚移植による眼瞼形成を行った。病理組織学的所見として、腫瘍は表皮と一部連続し、壊死を伴った充実性胞巣を形成しており周囲に浸潤性増殖をきたしていた。腫瘍胞巣の周辺には腫瘍細胞の柵状配列はみられなかった。腫瘍細胞は細胞異型性を示し核分裂像を散見したが、管腔を形成している細胞もあった。淡明な胞体を有する腫瘍細胞は脂肪染色で脂肪は証明されなかったことより汗孔癌と診断された。なお術後のPET-CTでは甲状腺に集積が認められたために耳鼻科で生検を行ったところ濾胞腺腫であった。術後1年で汗孔癌の再発、転移は認めていない。

【考察】脂腺癌を含め皮膚付属器由来の悪性腫瘍は霰粒腫に酷似しているために鑑別診断として注意が必要で、腫瘤摘出時には病理組織検査を行うことが重要である。

## 39

放射線治療後切除を行った  
眼瞼メルケル細胞癌の3例

○藤川 佳奈子(ふじかわ かなこ)<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、  
有田 量一<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、福島 淳一<sup>2)</sup>、  
大賀 才路<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】メルケル細胞癌は成長が速く局所再発や転移をきたしやすい高悪性度の腫瘍であるが、一方で放射線感受性が高いことが知られている。今回我々は3例のメルケル細胞癌に対し術前放射線治療を併用して良好な治療経過を得たので報告する。

## 【症例】

症例1：81歳男性。初診時18×18mm大の右下眼瞼の腫瘍を認めた。5日後の入院時には24×18mm大と急速に増大していたが、電子線40Gy照射により腫瘍は著明に縮小した。ほぼ当初の病変範囲を切除、正中前額皮弁と口腔粘膜を用いて下眼瞼を再建した。  
症例2：81歳男性。3カ月前より腫瘤が出現し、初診時右上眼瞼縁付近に25×9mm大の腫瘍を認めた。電子線30Gyで腫瘍は著明に縮小、ほぼ初診時の病変範囲を切除して伸展皮弁と鼻中隔軟骨で眼瞼を再建した。

症例3：75歳男性。1カ月前より腫瘤が出現。当科初診時、右上眼瞼15×8mm大の腫瘤を認め、入院時は幅約20mmに増大していた。電子線30Gyで腫瘍を縮小させ、既存の病変範囲を切除、伸展皮弁と耳介軟骨および口腔粘膜で上眼瞼を再建した。

【結論】これら3例ではいずれも術前照射により侵襲の小さい手術を行うことができ、良好な治療結果が得られた。眼瞼メルケル細胞癌に対して術前放射線照射＋外科切除は良い治療選択肢の1つと考えられた。

# イブニングセミナー

7月11日(金) 17:30～18:50

共催：参天製薬株式会社

共催：参天製薬株式会社



座長：辻 英貴  
(公財)がん研究会有明病院 眼科 部長

## 講演1

### 抗アレルギー点眼薬と オキユラーサーフェス



海老原 伸行

順天堂大学医学部附属浦安病院 眼科 教授

#### 略 歴

平成元年 順天堂大学医学部 卒業、臨床研修医  
平成5年 順天堂大学医学部 眼科 助手  
平成7年 順天堂大学医学部 免疫学教室 研究員  
平成9年 順天堂大学 アトピー疾患研究センター  
眼科部門研究員  
平成16年 順天堂大学医学部 大学院医学研究科  
講師(眼科学)  
平成18年 順天堂大学医学部 眼科 助教授  
平成24年 順天堂大学医学部附属浦安病院 眼科  
教授

日本眼炎症学会理事、日本アレルギー学会代議員、  
日本眼アレルギー研究会副理事長

## 講演2

### 眼科医に役立つ漢方の知識 ～「目医者」から「名医者」への ステップアップ～



星野 恵津夫

(公財)がん研究会有明病院 漢方サポート科 部長

#### 略 歴

昭和54年 東京大学医学部医学科卒業  
昭和54年 千葉県がんセンターで腹部外科と麻酔科の研修  
昭和55年 小倉眼科医院と池田ワコー病院で統合医療を研修  
昭和56年 東大病院内科研修医  
昭和57年 国立病院医療センター消化器科レジデント  
昭和59年 東京大学第1内科助手(消化器内科)  
昭和61年 トロント大学消化器科リサーチフェロー  
平成7年 帝京大学内科助教授  
平成21年 がん研究会有明病院 消化器内科部長  
平成24年 がん研究会有明病院 漢方サポート科部長、  
聖マリアンナ医科大学臨床教授

講演会終了後、情報交換会を15階にて御準備を致しております。

※尚 情報交換会へのご参加につきましては、本講演会へご参加の方のみとさせていただきます。

## 第32回日本眼腫瘍学会 プログラム・抄録集

---

会 長：辻 英貴

事 務 局：がん研究会有明病院

〒135-8550 東京都江東区有明3-8-31（臨海副都心）

TEL：03-3520-0111（大代表） FAX：03-3520-0141

運営事務局：株式会社 プロコムインターナショナル

〒135-0063 東京都江東区有明3-6-11 TFT ビル東館9階

TEL：03-5520-8821 FAX：03-5520-8820

E-mail：js0032@procomu.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