



The 33rd Annual Meeting of  
Japanese Society of Ocular Oncology

# 第33回 日本眼腫瘍学会

プログラム・抄録集

*You'll Never Walk Alone*

会期 2015年10月3日㈯・4日㈰

会場 くにびきメッセ国際会議場

会長 児玉 達夫 島根大学眼科学講座



The 33rd Annual Meeting of  
Japanese Society of Ocular Oncology

# 第33回 日本眼腫瘍学会

プログラム・抄録集

*You'll Never Walk Alone*

会期 2015年 10月3日土・4日日

会場 くにびきメッセ国際会議場

会長 児玉 達夫 島根大学医学部眼科学講座

第33回 日本眼腫瘍学会運営事務局

島根大学医学部 眼科学講座



〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1

TEL:0853-20-2284 FAX:0853-20-2278

E-mail:eyetumor@med.shimane-u.ac.jp

## 第33回日本眼腫瘍学会 開催にあたり

会長 児玉 達夫 島根大学医学部眼科学講座



この度、第33回日本眼腫瘍学会を主催させていただきますことを、関係各位に厚く御礼申し上げます。

眼球及び眼付属器は様々な組織で構成されており、由来組織に応じ多種多彩な腫瘍が発症します。症例によっては眼科単独では診断・治療が困難な病変も多く、腫瘍・血液内科、放射線科・放射線治療科、皮膚科・形成外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、そして病理部をはじめとする全科横断的な協力が必要です。また、眼腫瘍研究会に始まる先輩諸氏の御指導、全国で活躍されている眼腫瘍を専門とする先生方の支え、そして科長と医局員の理解がなければ、歴史の無い新設医大において本学会が開催されることは有り得ませんでした。今回の学会開催に当たりまして、島根県眼科医会、島根大学眼科同窓会の先生方からも、多大なるご支援を賜りましたことを深謝申し上げます。一人の力では眼腫瘍への扉は到底開けなかつたことと、常々感謝いたしております。現在、そしてこれから眼腫瘍の道を歩まれる先生方に向けて、「You'll Never Walk Alone(君は一人じゃない)」(リバプールFCのサポーターソング)を本会のスローガンといたします。

特別講演として、中尾光善先生(熊本大学発生医学研究所所長・細胞医学分野教授)には発癌メカニズムにも言及された「エピジェネティクスと現代人の体质学」を、鈴宮淳司先生(島根大学腫瘍センター長・腫瘍血液内科教授)には眼科領域で最も多い悪性腫瘍であるリンパ腫の話題「リンパ腫治療の進歩と課題」をご講演賜ります。また、眼腫瘍の未来には次世代の活躍が不可欠です。学会企画として「U-40日本代表～眼腫瘍の近未来～」と銘打って、今年40歳前後で脂の乗っている中堅(ベテラン)の先生方に、現在打ち込んでおられる眼腫瘍テーマと未来への抱負を熱く語っていただきます。

島根県での眼腫瘍関連学会は、第25回日本眼窩疾患シンポジウムから5年ぶりになります。大遷宮後の出雲大社をはじめ世界遺産の石見銀山、期間中は松江城周辺を舞台とした水燈路、宍道湖の夕日が皆様をお迎えします。特に松江城は今年7月、国内で現存する城郭の中で5番目の国宝に復活しました。

十月は、全国の神様が出雲に集まり不在となるため神無月と言いますが、逆に島根県では神有月といいます。日本癌学会を設立した長與又郎先生も百年前に来松されております。眼腫瘍の“神様”が集結する第33回日本眼腫瘍学会へ、ようこそ。

## 島根県へようこそ



島根県眼科医会会長 清水 正紀

この度は松江市での第33回日本眼腫瘍学会の開催、誠におめでとうございます。島根県には縁結びの神様、出雲大社があり、この地方では旧暦の10月を「神在月」と呼んでいます。毎年10月になると全国の八百万の神様が出雲の国に集い諸々の会議が行われます。

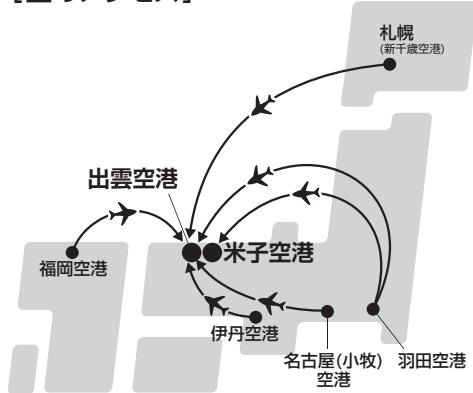
全国から眼腫瘍に取り組んでおられる先生が出雲の国、松江に集まられ、研究成果や臨床報告などのご発表、活発な質疑応答などが行われ、眼腫瘍の治療成績の向上につながる有意義な学会の開催を島根県眼科医会会員とともに歓迎いたします。

出雲大社は「縁結びの神様」として知られていますが、二人の女神が火傷した大国主命を救ったことから本殿の隣接した天前社に「医療の神様」として祭られています。松江市には松江城があり、お城を中心栄えた城下町です。松江城は現存する木造の天守で、この度国宝に指定されました。お城の周囲には堀川があり、堀川遊覧は多くの観光客に楽しまれています。水の都、松江市は全国で7番目に大きい宍道湖があり、宍道湖から見る夕日は絶景で、日本の夕陽百選にも選ばれています。近郊には、目のお薬師様、一畑薬師や美しい庭園と横山大観の作品が展示されている足立美術館があります。

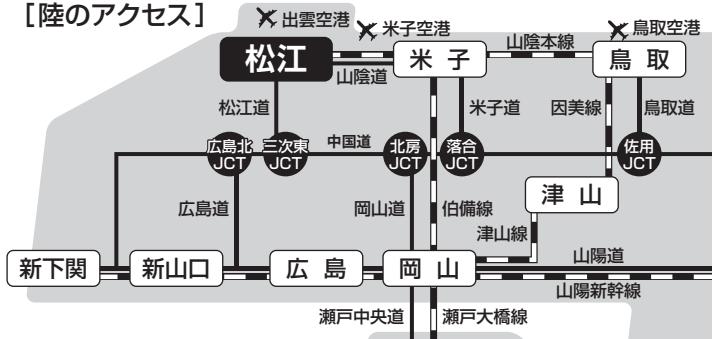
松江藩第7代藩主の不昧公はお茶の殿様として親しまれ、市民にはお茶や和菓子を楽しむ文化があります。松江情緒に触れられ、リラックスしたひと時を過ごしていただければ幸いです。

## 会場アクセス図

### [空のアクセス]



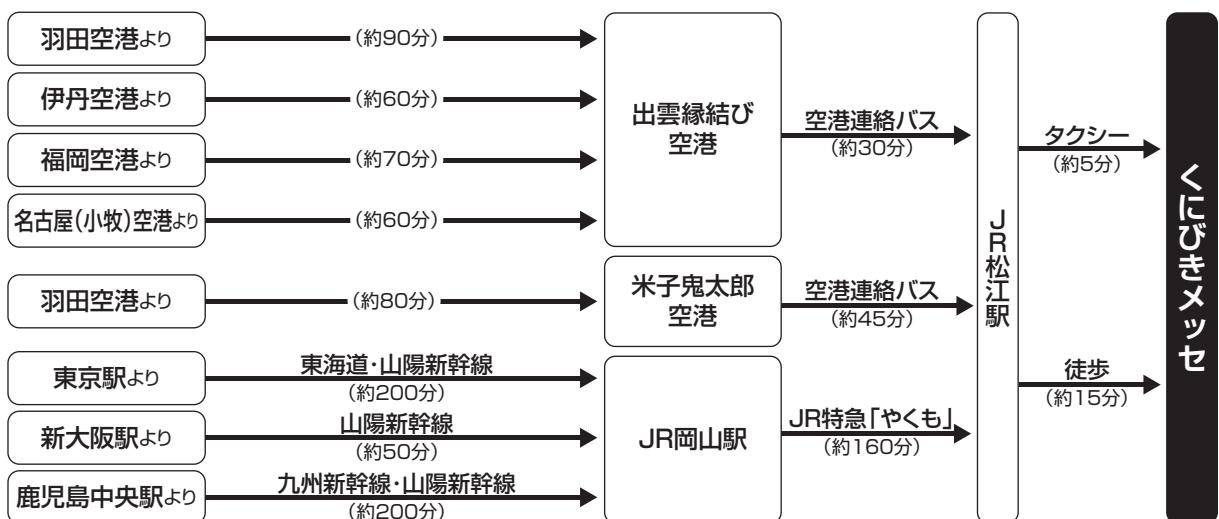
### [陸のアクセス]



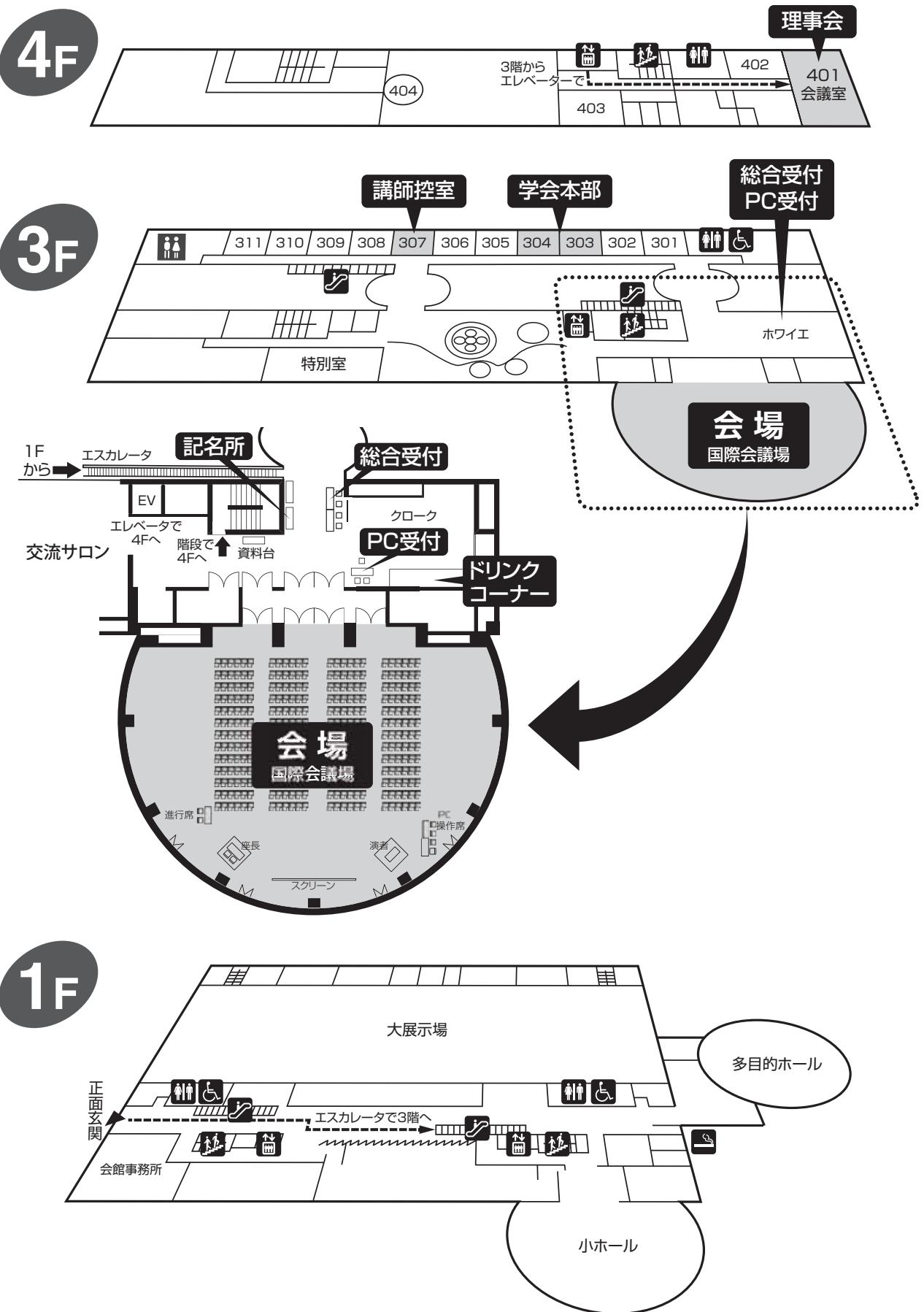
**車を利用した場合**

大阪 → [中国道→米子道→山陰道経由] → 松江中央I.C	約3時間30分
岡山 → [山陽道→岡山道→中国道→米子道→山陰道経由] → 松江中央I.C	約2時間30分
広島 → [山陽道→広島道→中国道→松江道→山陰道経由] → 松江中央I.C	約2時間30分
高知 → [高知→瀬戸中央→岡山→中国→米子→山陰道経由] → 松江中央I.C	約3時間50分

### [交通のご案内]



## 会場案内図



## 参加者へのご案内

参加登録受付 くにびきメッセ(島根県立産業交流会館) 3F 国際会議場  
日時：10月3日(土) 8:15～17:00  
10月4日(日) 8:15～12:30

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(円)	懇親会費(円)
会員医師	10,000	7,000
非会員医師	11,000	7,000
初期研修医・大学院生*	1,000	4,000
コメディカル*	3,000	4,000

\*初期研修医・大学院生・コメディカル、医学部学生・留学生は所属長の身分を証明する書類が必要です。

会員登録 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://jssoo.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円にて販売いたします。

### 専門医制度単位取得、眼科研修医出席調査証

日本眼科学会専門医制度登録証(カード)を必ずご持参ください。

期日	時間	単位数
10月3日(土)	8:15～17:00	3
10月4日(日)	8:15～12:30	2

理事会 日時：10月3日(土) 12:35～13:35  
くにびきメッセ(島根県立産業交流会館) 4F 401会議室

懇親会 日時：10月3日(土) 17:30～19:45  
会場：ホテル一畠～平安の間～(注：一畠百貨店ではありません)  
〒690-0852 松江市千鳥町30 TEL: 0852-22-0188  
講演終了後、タクシーで懇親会場へ移動します。

- 会場での呼出** 呼出をご希望の方は会場入り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。
- クローケ** 会場受付付近に設置いたしますので、ご利用ください。  
両日とも学会終了後15分以内にお引き取りください。
- ドリンクコーナー** 会場受付付近に設置いたしますので、ご利用ください。
- 駐車場** 台数に限りがありますが、駐車された方は受付に設置のカードリーダーをご利用ください。駐車代金が無料になります。
- 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]

- ・会場では Windows 7がインストールされたパソコンをご用意いたします。  
使用可能なアプリケーションは Power Point2003、2007、2010、2013です。
  - 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 コピーさせて頂きます。  
(学会終了後、事務局が責任を持って消去いたします)
- ・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。

## [発表にて自分の 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ーが使える物に限ります。
- ・超薄型 PC、小型 PC、MacPC を持込まれる場合、ミニ D-sub15 ピンに変換するコネクター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。
- ・タブレット末端でのご発表はご遠慮ください。

## [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
10月3日(土)	8:15～16:00(翌日のデータも受け付けます)
10月4日(日)	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5分、計11分です。
- 特別講演、学会企画は指定された時間でお願いします。
- ・時間厳守でお願いいたします。
- ・発表は、ご自身で舞台上にて操作して行ってください。PC本体は、舞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27年1月現在)

名譽会員(敬称略)	役 職	氏 名	所 属
雨宮 次生	理 事 長	小幡 博人	自治医科大学
猪俣 孟	理 事	安積 淳	神戸海星病院
上野 優幸	理 事	江口 功一	江口眼科医院／新潟大学
大西 克尚	理 事 (監 事)	大島 浩一	国立病院機構岡山医療センター
沖坂 重邦	理 事	嘉島 信忠	聖隸浜松病院
加藤桂一郎	理 事 (監 事)	兒玉 達夫	島根大学
玉井 信	理 事	後藤 浩	東京医科大学
松尾 信彦	理 事	敷島 敬悟	東京慈恵会医科大学
箕田 健生	理 事 (学術・広報)	鈴木 茂伸	国立がん研究センター中央病院
	理 事	高橋 寛二	関西医科大学
	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 暉紹	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
	顧 問	金子 明博	横浜市立大学／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 孜允	小島眼科医院／さいたま赤十字病院

## 学会の歴史

第1回	1983年(S58)	富山医科大学病院	会長	中村 泰久	富山医科大学
第2回	1984年(S59)	京大会館	会長	雨宮 次生	京都大学
第3回	1985年(S60)	九大同窓会館	会長	猪俣 孟	九州大学
第4回	1986年(S61)	順大有山記念講堂	会長	沖坂 重邦	防衛医科大学
第5回	1987年(S62)	福島グリーンパレス	会長	加藤桂一郎	福島県立医科大学
第6回	1988年(S63)	国際研究交流会館	会長	金子 明博	国立がんセンター
第7回	1989年(H1)	岡大医学部図書館	会長	松尾 信彦	岡山大学
第8回	1990年(H2)	仙台市民会館	会長	玉井 信	東北大学
第9回	1991年(H3)	北大学術交流会館	会長	松田 英彦	北海道大学
第10回	1992年(H4)	幕張メッセ国際会議場	会長	箕田 健生	帝京大学市原
第11回	1993年(H5)	長崎大学医学部記念講堂	会長	雨宮 次生	長崎大学
第12回	1994年(H6)	九大同窓会館	会長	猪俣 孟	九州大学
第13回	1995年(H7)	高知県教育会館	会長	上野 倭幸	高知医科大学
第14回	1996年(H8)	興和ビル大ホール	会長	沖坂 重邦	防衛医科大学
第15回	1997年(H9)	裏磐梯猫魔ホテル	会長	加藤桂一郎	福島県立医科大学
第16回	1998年(H10)	国際研究交流会館	会長	金子 明博	国立がんセンター
第17回	1999年(H11)	大宮ソニックシティホール	会長	小島 孜允	大宮赤十字病院
第18回	2000年(H12)	仙台市民会館	会長	玉井 信	東北大学
第19回	2001年(H13)	ホテルコンコルド浜松	会長	中村 泰久	聖隸浜松病院
第20回	2002年(H14)	和歌山県立医科大学病院	会長	大西 克尚	和歌山県立医科大学
第21回	2003年(H15)	岡山コンベンションセンター	会長	大島 浩一	岡山医療センター
第22回	2004年(H16)	高知市文化プラザ	会長	上野 倭幸	高知大学
第23回	2005年(H17)	新潟県医師会館大講堂	会長	江口 功一	新潟大学
第24回	2006年(H18)	札幌医科大学記念ホール	会長	大塚 賢二	札幌医科大学
第25回	2007年(H19)	大阪赤十字病院4F 講堂	会長	柏井 聰	大阪赤十字病院
第26回	2008年(H20)	東京医科大学6階臨床講堂	会長	後藤 浩	東京医科大学
第27回	2009年(H21)	山形大学医学部同窓会館	会長	高村 浩	山形大学
第28回	2010年(H22)	アクトシティー浜松コングレスセンター	会長	嘉鳥 信忠	聖隸浜松病院
第29回	2011年(H23)	コラッセふくしま	会長	古田 実	福島県立医科大学
第30回	2012年(H24)	栃木県総合文化センター	会長	小幡 博人	自治医科大学
第31回	2013年(H25)	高知総合あんしんセンター	会長	林 暉紹	須崎くろしお病院／高知大学
第32回	2014年(H26)	静岡浜松市プレ斯塔ワー	会長	辻 英貴	がん研究会有明病院
第33回	2015年(H27)	くにびきメッセ	会長	兒玉 達夫	島根大学

# 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 本会は事務局を自治医科大学眼科学講座（〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1）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、本会の事業を援助するため所定の賛助会費を納人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3年間とする。ただし、理事長は連続して再任されない。また、理事は再任を妨げない。  
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ぬ。  
総会長は会員以外の者を総会に招請し、総会で発表させることができる。

### (理事会)

第22条 理事会は理事をもって組織し、原則として総会期間中に以下の事項を審議する。なお、理事会には理事長、総会長の承認を経て、関係者の参加を許可することがある。

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

## 第6章 会計

### (会計年度)

第23条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終了とする。

### (事務局の経費)

第24条 本会の事務局の運営に要する経費は年会費をもってこれに充てる。

### (総会の運営費)

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

## 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。

最終改定日：平成26年7月11日。

# 日 程 表

**1日目**

**10月3日土**

9:00	8:55～9:00 開会の挨拶 児玉 達夫(島根大学)	
9:00～9:55	一般講演(1) 01～05 <b>眼内腫瘍Ⅰ</b> 座長: 大島 浩一(岡山医療センター) 溝田 淳(帝京大学)	
10:00	9:55～10:39 一般講演(2) 06～09 <b>悪性黒色腫</b> 座長: 後藤 浩(東京医科大学) 高橋 寛二(関西医科大学附属枚方病院)	
11:00	10:54～11:38 一般講演(3) 10～13 <b>眼内腫瘍Ⅱ</b> 座長: 鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院) 林 暢紹(須崎くろしお病院/高知大学)	
12:00	11:38～12:33 一般講演(4) 14～18 <b>視神経腫瘍</b> 座長: 敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学) 古田 実(福島県立医科大学)	
13:00	12:35～13:35 ランチョンセミナー <b>眼圧だけじゃありません! 緑内障に関する種々のパラメーター</b> オーガナイザー: 谷戸 正樹(松江赤十字病院) 演者: 中澤 徹(東北大学) 高井 保幸(島根大学) 共催: 参天製薬株式会社	12:35～13:35 <b>眼腫瘍 学会 理事会</b> 会場: 401会議室
14:00	13:45～13:55 総 会	
14:00	13:55～14:50 一般講演(5) 19～23 <b>眼窩腫瘍</b> 座長: 嘉島 信忠(聖隸浜松病院) 辻 英貴(がん研究会有明病院)	
15:00	15:00～16:00 特別講演I <b>エピジエネティクスと現代人の体质学</b> 座長: 児玉 達夫(島根大学) 演者: 中尾 光善(熊本大学)	
16:00	16:00～17:00 特別講演II <b>リンパ腫治療の進歩と課題</b> 座長: 大平 明弘(島根大学) 演者: 鈴宮 淳司(島根大学腫瘍センター)	
17:00	17:30～19:45 懇親会 会場: ホテル一畑	

**2日目**

**10月4日日**

9:00	9:00～9:55 一般講演(6) 24～28 <b>炎症・IgG4</b> 座長: 安積 淳(神戸海星病院) 高比良 雅之(金沢大学)
10:00	9:55～10:39 一般講演(7) 29～32 <b>眼瞼腫瘍</b> 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)
11:00	10:54～11:38 一般講演(8) 33～36 <b>扁平上皮癌</b> 座長: 高村 浩(公立置賜総合病院/山形大学) 吉川 洋(九州大学)
12:00	11:38～12:35 学会企画 <b>U-40 日本代表 ~眼腫瘍の近未来~</b> 座長: 児玉 達夫(島根大学) 演者: 加瀬 諭(北海道大学) 尾山 徳秀(新潟大学/うおぬま眼科) 鹿嶋 友敬(Jules Stein Eye Institute, UCLA) 白井 嘉彦(東京医科大学) 田邊 美香(九州大学)
13:00	12:35 次期会長挨拶 安積 淳(神戸海星病院) 閉会の挨拶 児玉 達夫(島根大学)

# プログラム

第1日目 2015年10月3日

開会の挨拶 8:55～9:00 児玉 達夫(島根大学)

一般講演(1) 9:00～9:55(5題55分)

## [ 眼内腫瘍 I ]

座長：大島 浩一(岡山医療センター)  
溝田 淳(帝京大学)

### 01 硝子体手術で確認された脈絡膜悪性黒色腫の1例

○原 克典<sup>1)</sup>、児玉 達夫<sup>1)</sup>、杉原 一暢<sup>1)</sup>、大平 明弘<sup>1)</sup>、池田 欣史<sup>2)</sup>、石川 典由<sup>3)</sup>、  
天野 知香<sup>3)</sup>、原田 祐治<sup>3)</sup>  
1)島根大、2)松江日赤、3)島根大 病理

### 02 非裂孔原性網膜剥離に対して、誤って硝子体手術を行われた眼内悪性腫瘍

○大島 浩一<sup>1)</sup>、神農 陽子<sup>2)</sup>  
1)岡山医療センター、2)岡山医療センター 病理

### 03 眼内腫瘍が疑われた眼球癆2症例の病理組織学的検討

○児玉 俊夫<sup>1)</sup>、池川 泰民<sup>1)</sup>、鳥山 浩二<sup>1)</sup>、水戸 肢<sup>1)</sup>、山本 康明<sup>1)</sup>、山西 茂喜<sup>1)</sup>、  
大城 由美<sup>2)</sup>  
1)松山日赤、2)松山日赤 病理

### 04 陽子線治療から18年後に再発し眼球全摘出に至った脈絡膜悪性黒色腫の一例

○小田垣 馨<sup>1)</sup>、金子 博行<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、東海林 琢男<sup>2)</sup>、辻 比呂志<sup>3)</sup>  
1)帝京大、2)帝京大 病理、3)放医研

### 05 県立静岡がんセンターにおける、ぶどう膜悪性黒色腫14例の総括

○柏木 広哉<sup>1)</sup>、清原 祥夫<sup>2)</sup>、吉川 周佐<sup>2)</sup>、伊藤 以知郎<sup>3)</sup>、渡邊 麗子<sup>3)</sup>、中川 雅裕<sup>4)</sup>、  
多久 佳成<sup>5)</sup>、須賀 昭彦<sup>6)</sup>  
1)県静岡がんセンター 眼科、2)県静岡がんセンター 皮膚科、3)県静岡がんセンター 病理診断科、  
4)県静岡がんセンター 形成外科、5)静岡県立病院 腫瘍内科、6)静岡済生会病院 緩和医療科

一般講演(2) 9:55～10:39(4題44分)

## [ 悪性黒色腫 ]

座長：後藤 浩(東京医科大学)  
高橋 寛二(関西医科大学附属枚方病院)

### 06 術後後療法としてインターフェロンα-2b 点眼を使用した結膜悪性黒色腫の検討

○菊地 郁、加瀬 諭、石嶋 漢、石田 晋  
北海道大

### 07 次世代シーケンサーを用いた脈絡膜悪性黒色腫の遺伝子解析

○上田 俊一郎、山川 直之、坪田 欣也、後藤 浩  
東京医大

## 08 脈絡膜悪性黒色腫に対する局所放射線治療後の放射線網膜症

○高橋 寛二  
関西医大・枚方

## 09 自然寛解した脈絡膜悪性黒色腫の2例

○小島 孚允  
小島眼科医院

一般講演(3) 10:54~11:38(4題44分)

### [ 眼内腫瘍Ⅱ ]

座長：鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)  
林 暢紹(須崎くろしお病院眼科／高知大)

## 10 毛様体腫瘍を有する家族性滲出性硝子体網膜症の1症例

○濱岡 祥子、高比良 雅之、東出 朋巳、奥田 徹彦、杉山 和久  
金沢大

## 11 経強膜腫瘍摘出術を施行した毛様体平滑筋腫の一例

○藤本 雅大<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>、吉村 長久<sup>1)</sup>  
1)京都大、2)神戸海星病院

## 12 虹彩および結膜に腫瘍形成がみられた多発性骨髄腫の1例

○阿部 駿<sup>1)</sup>、上田 俊一郎<sup>1)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>、慶野 博<sup>2)</sup>  
1)東京医大、2)杏林大

## 13 網膜芽細胞腫治療後の二次がんに関する調査

○鈴木 茂伸<sup>1)</sup>、相原 由季子<sup>1)</sup>、佐野 秀一<sup>1)2)</sup>  
1)国立がんセンター、2)佐野眼科医院

一般講演(4) 11:38~12:33(5題55分)

### [ 視神経腫瘍 ]

座長：敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学)  
古田 実(福島県立医科大学)

## 14 ミステリー・ケース：眼窩先端部腫瘍

○古田 実  
福島県医大

## 15 定位放射線治療を行った視神経鞘膜腫の2例

○藤川 佳奈子<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、有田 量一<sup>1)</sup>、高木 健一<sup>1)</sup>、石橋 達朗<sup>1)</sup>、  
浅井 佳央里<sup>2)</sup>、大賀 才路<sup>2)</sup>  
1)九州大、2)九州大 放射線科

## 16 化学療法中に広汎な髄液播種をきたした視神経腫瘍の1例

○山岡 正慶<sup>1)</sup>、柳澤 隆昭<sup>2)</sup>、福岡 講平<sup>3)</sup>、鈴木 智成<sup>3)</sup>、秋山 政晴<sup>1)</sup>、増本 愛<sup>2)</sup>、  
野中 雄一郎<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>3)</sup>、敷島 敬悟<sup>4)</sup>  
1)東京慈恵医大 小児科、2)東京慈恵医大 脳外科、3)埼玉医大国際医療セ 脳脊髄腫瘍、  
4)東京慈恵医大

## 17 眼球突出をともなう視神経膠腫に対する治療

○柳澤 隆昭<sup>1)2)</sup>、福岡 講平<sup>2)</sup>、鈴木 智成<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>、山岡 正慶<sup>3)</sup>、秋山 政晴<sup>3)</sup>、増本 愛<sup>1)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1)東京慈恵医大 脳外科、2)埼玉医大国際医療 C、3)東京慈恵医大 小児科、4)東京慈恵医大

## 18 小児視神経膠腫に対する治療：生命予後と機能予後

○柳澤 隆昭<sup>1)2)</sup>、福岡 講平<sup>2)</sup>、鈴木 智成<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>、山岡 正慶<sup>3)</sup>、秋山 政晴<sup>3)</sup>、増本 愛<sup>1)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1)東京慈恵医大 脳外科、2)埼玉医大国際医療セ 脳脊髄腫瘍、3)東京慈恵医大 小児科、4)東京慈恵医大

ランチョンセミナー 12:35~13:35(60分)

共催：参天製薬株式会社

オーガナイザー：谷戸 正樹(松江赤十字病院)

### [ 眼圧だけじゃありません！ 緑内障に関する種々のパラメーター ]

#### 講演1 [ 知っていると得する緑内障診療のポイント ]

中澤 徹 東北大学眼科学講座 教授

#### 講演2 [ 緑内障における網膜血管形態変化 ]

高井 保幸 島根大学

一般講演(5) 13:55~14:50(5題55分)

## [ 眼窩腫瘍 ]

座長：嘉鳥 信忠(聖隸浜松病院)  
辻 英貴(がん研究会有明病院)

## 19 眼窩に生じた筋上皮細胞がん

○辻 英貴<sup>1)</sup>、小林 めぐみ<sup>1)</sup>、川端 一嘉<sup>2)</sup>、竹内 賢吾<sup>3)</sup>

1)がん研病院 眼科、2)がん研病院 頭頸科、3)がん研究所分子標的プロジェクト

## 20 眼窩に生じたランゲルハンス細胞組織球症の2症例

○馬場 良、馬詰 和比古、後藤 浩

東京医大

## 21 眼窓胞巣型横紋筋肉腫(stage 1, group II)の1例

○石川 邦裕<sup>1)</sup>、張 綾芝<sup>1)</sup>、秋山 政晴<sup>2)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>

1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 小児科

## 22 腺様囊胞癌におけるEGFRの発現とRAS、BRAF遺伝子変異の検討

○大湊 紗

新潟大

## 23 眼窩原発間葉型軟骨肉腫5例の臨床的検討

○笠井 健一郎<sup>1)</sup>、嘉島 信忠<sup>1)</sup>、稻永 親憲<sup>2)</sup>、新井 義文<sup>2)3)</sup>、大月 寛郎<sup>3)</sup>

1)聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科、2)聖隸浜松病院 脳神経外科、3)聖隸浜松病院 病理診断科

---

特別講演Ⅰ 15:00~16:00

座長：兒玉 達夫(島根大学)

### [ エピジェネティクスと現代人の体质学 ]

中尾 光善 熊本大学発生医学研究所所長・細胞医学分野 教授

---

特別講演Ⅱ 16:00~17:00

座長：大平 明弘(島根大学)

### [ リンパ腫治療の進歩と課題 ]

鈴宮 淳司 島根大学腫瘍センター長・腫瘍・血液内科 教授

---

懇親会 17:30~19:45

ホテル一畠

## 第2日目 2015年10月4日回

一般講演(6) 9:00~9:55(5題55分)

### [ 炎症・IgG4 ]

座長：安積 淳(神戸海星病院)  
高比良 雅之(金沢大学)

#### 24 特発性硬化性眼窩炎症と診断した4例

- 今川 幸宏<sup>1)</sup>、市橋 卓<sup>1)</sup>、守屋 豪志<sup>1)</sup>、越智 亮介<sup>1)</sup>、佐藤 文平<sup>1)</sup>、池田 恒彦<sup>2)</sup>  
1)大阪回生病院、2)大阪医大

#### 25 眼窩サルコイドーシスの1例

- 藤代 貴志<sup>1)</sup>、小島 孜允<sup>2)</sup>  
1)さいたま赤十字、2)小島眼科医院

#### 26 急速に増大し、腫瘍生検後に急速に縮小した眼窩腫瘍の1例

- 中山 行人<sup>1)</sup>、渡辺 彰英<sup>1)</sup>、外園 千恵<sup>1)</sup>、木下 茂<sup>2)</sup>  
1)京都府医大、2)京都府医大 感覚器未来医療学

#### 27 IgG4関連眼疾患の臨床病理学的検討

- 水門 由佳<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、石嶋 漢<sup>1)</sup>、岡田 宏美<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>  
1)北海道大、2)北海道大 病理診断科

#### 28 ANCA-associated vasculitis 治療中眼瞼結膜に IgG4陽性形質細胞を伴う腫瘍を生じた2例

- 大口 泰治、古田 実、石龍 鉄樹  
福島県医大

一般講演(7) 9:55~10:39(4題44分)

### [ 眼瞼腫瘍 ]

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)

#### 29 脂腺癌の非接触型マイボグラフィー所見と組織所見の関連

- 高木 健一、吉川 洋、田邊 美香、有田 量一、藤川 佳奈子、大島 裕司、石橋 達朗  
九州大

#### 30 当院における眼瞼脂腺癌の経過

- 中井 駿一郎、田上 瑞記、安積 淳  
神戸海星病院

#### 31 眼瞼悪性腫瘍切除後再建術式の検討

- 渡辺 彰英<sup>1)</sup>、中山 行人<sup>1)</sup>、上田 幸典<sup>2)</sup>、木村 直子<sup>3)</sup>、荒木 美治<sup>4)</sup>、外園 千恵<sup>1)</sup>、  
木下 茂<sup>5)</sup>  
1)京都府医大、2)藤枝市立病院、3)大津市民病院、4)愛生会山科病院、  
5)京都府医大 感覚器未来医療学

#### 32 眼瞼のケラトアカントーマの5例

- 小幡 博人  
自治医大

[ 扁平上皮癌 ]

座長：高村 浩(公立置賜総合病院／山形大学)  
吉川 洋(九州大)

**33 肉芽腫性炎症を伴った眼瞼扁平上皮癌の一例**

○川向 友子、加瀬 諭、石嶋 漢、石田 晋  
北海道大

**34 眼内浸潤を認め眼窩内容除去術を施行した結膜扁平上皮癌の1例**

○相原 由季子、鈴木 茂伸  
国立がんセンター

**35 義眼床から発生した若年者眼窩扁平上皮癌の1例**

○小松 功生士<sup>1)</sup>、張 綾芝<sup>1)</sup>、岡本 俊紀<sup>1)</sup>、石田 勝大<sup>2)</sup>、長岡 真人<sup>3)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>  
1) 東京慈恵医大、2) 東京慈恵医大 形成外科、3) 東京慈恵医大 耳鼻咽喉科

**36 結膜扁平上皮癌におけるヒト乳頭腫ウイルスの型と検出率**

○塩瀬 聰美、吉川 洋、有田 量一、田邊 美香、石橋 達朗  
九州大

[ U-40 日本代表～眼腫瘍の近未来～ ]

座長：兒玉 達夫(島根大学)

**1 眼腫瘍の臨床における眼病理の役割**

加瀬 諭 北海道大

**2 眼形成と眼腫瘍のコラボレーション**

尾山 徳秀 新潟大、うおぬま眼科

**3 Expectation for future of Japanese Oculoplastics**

鹿嶋 友敬 Jules Stein Eye Institute, UCLA

**4 眼腫瘍学における課題と未来戦略～未来夢想で終わらせない！～**

臼井 嘉彦 東京医大

**5 脂腺癌の温故知新**

田邊 美香 九州大

特別講演  
抄 錄

## エピジェネティクスと現代人の体質学

中尾 光善

熊本大学 発生医学研究所 細胞医学分野



### 略歴

- 1985年3月 島根医科大学医学部卒業
- 1991年3月 久留米大学大学院医学研究科博士課程修了(医学博士)
- 1991年4月 久留米大学医学部小児科学講座 助手
- 1992年1月 ベイラー医科大学ハワード ヒューズ医学研究所 研究員
- 1995年1月 熊本大学医学部腫瘍医学講座 助手、講師
- 2002年1月 熊本大学発生医学研究所(前発生医学研究センター) 細胞医学分野 教授・所長

研究領域：エピジェネティクス

### その他、著書など：

- ・学術論文、学会等の招待講演、国内大学の非常勤講師、文部科学省・日本学術振興会等の委員など多数
- ・日本学術会議第22期連携会員(平成23年10月～29年9月)
- ・日本医療研究開発機構(前科学技術振興機構)CREST研究代表者(平成23～28年度)
- ・「驚異のエピジェネティクス—遺伝子がすべてではない！？生命のプログラムの秘密」(羊土社、2014)
- ・「あなたと私はどうして違う？体質と遺伝子のサイエンス—99.9%同じ設計図から個性と病気が生じる秘密」(羊土社、2015)
- ・私たちの生命のプログラム「エピジェネティクス」(中高生と“いのちの不思議”を考える 生命科学DOKIDOKI研究室、第30回)

「エピジェネティクス」は“DNAの塩基配列の変化を伴わずに、ゲノムと遺伝子の働き方を調節する仕組み”に基づく遺伝学である。ヒトの健康と病気、数多くの生命現象において、共通の基盤として位置づけられてきた。遡れば、1940年代に発生生物学者のコンラッド・ワディントン博士が「epigenetics」を“the interactions of genes with their environment which bring the phenotype into being”として最初に記述したことによる。現在、DNAのメチル化、ヒストンの修飾(アセチル化、メチル化、リン酸化など)、DNAとタンパク質の複合体であるクロマチンの形成で印付けられたゲノムを「エピゲノム」(epigenome)と呼んでいる。

エピジェネティクスが関わる生命現象として、さまざまな細胞・組織が個体を形成する「発生」、がんや生活習慣病などの「病気」、加齢による「老化」、細胞・組織の異常が修復される「再生」、子孫に遺伝情報を伝える「遺伝」などがある。基本的に“同じゲノムをもつ細胞が質的に異なる細胞に変化する”と理解することができる。細胞の性質が変化することを「リプログラミング」ともいう。

その有力な考え方は、“細胞の個性は遺伝子発現のパターンで決まる”であり、ゲノム上の遺伝子のON/OFFをエピゲノムが調節している。つまり、ゲノム上の遺伝子を選んで使う、使わないことによって、それぞれの細胞の個性が生じている。

ヒトの病気の発症には、DNAの塩基配列に基づく「ジエノタイプ(遺伝子型)」とともに、エピゲノムに基づいた「エピジエノタイプ」が関わっている。多因子疾患(がん、生活習慣病、脳疾患など)の発症には、遺伝因子と環境因子が互いに影響する可能性が高く、むしろ、環境因子はエピジエノタイプに働きかけることが判明してきた。そのため、「個体差(体質)」のメカニズムについて、エピジェネティクスが意義をもっている。

例えば、デビッド・バーカー博士らによって、低出生体重児(2,500グラム未満)は成人期に心疾患、2型糖尿病や肥満などに罹りやすいという報告がなされてきた。胎児期の低栄養がエピゲノムに記憶されるという意味から、「代謝メモリー」または「成人病の胎児期起源説」として注目されている。

以上のように、エピジェネティクスは、ゲノムの生命情報の発現を制御することから、私たちの「生命のプログラム」と言い換えることができる。正常なプログラムは健康に直結することから、もしも異常になれば、多くの病気の発症につながりやすい。私たちの個体差(体質)について鑑みると、エピゲノムとともに、数多くの因子が複合的に関わることであろう。

本講演では、エピジェネティクスの全体像を解説し、私たちの最近の研究成果を紹介して、現代の生命科学から体質のメカニズムについて読み解いてみたい。

## リンパ腫治療の進歩と課題

鈴宮 淳司

島根大学医学部附属病院腫瘍センター 腫瘍・血液内科



### 略歴

- 1980年3月 宮崎医科大学 卒業  
1988年3月 宮崎医科大学大学院(病理)修了  
1988年4月 宮崎医科大学医学部 病理学第一 助手  
1994年4月 福岡大学医学部 第一病理助手(内科兼任)  
1996年4月 福岡大学病院 病理部 講師(内科兼任)  
1999年4月 福岡大学医学部 第一内科 講師  
2001年4月 福岡大学医学部 第一内科 助教授  
2007年4月 福岡大学筑紫病院 第二内科 部長・准教授  
2009年9月 島根大学医学部附属病院 腫瘍センター・教授  
2012年6月 島根大学医学部附属病院 腫瘍センター 腫瘍・血液内科・教授

### 役職・資格・所属学会等

日本血液学会(専門医・指導医・代議員・診療委員会委員・専門医認定委員会委員)、日本内科学会(認定内科医・指導医, Internal Medicine 編集委員)、日本臨床腫瘍学会(がん薬物療法専門医・指導医・評議員)、日本病理学会(専門医・指導医・評議員)、日本リンパ網内系学会(評議員・理事・保険診療委員会委員長・編集委員)、日本がん治療認定医、日本造血細胞移植学会(認定医)、日本癌治療学会、日本再生医療学会、日本医学教育学会、米国血液学会、米国臨床腫瘍学会、欧州血液学会会員、島根県がん対策推進協議会会长

### 専門

血液・腫瘍学、特に悪性リンパ腫の病態解析と治療法の開発

悪性リンパ腫(リンパ腫)はリンパ球系腫瘍の総称で、B細胞性、T/NK細胞性、Hodgkinリンパ腫に大別され様々な病型があります。

本講演では、リンパ腫の基本的な事項と急速に進歩するリンパ腫の分子病態とそれに基づく治療方法の進歩、さらに診断や治療に関する幾つかの課題に関してお話をさせていただきます。

- 1) B細胞リンパ腫は、抗CD20抗体薬の導入により治療成績が飛躍的に改善しました。リンパ腫の30%を占めるびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)は、DNAマイクロアレイ法により胚中心(GC)型と活性(ABC)型の2つのタイプがあり、ABC型は治療成績がGC型より劣ることが報告されました。実臨床ではこの検査は困難ですが、免疫染色法やナノストリング法などが開発され、欧米では治療の層別化の臨床試験が開始されています。新規分子標的薬として、B細胞受容体を介するシグナル伝達系分子に対する阻害薬のBTK阻害薬のibrutinibとPI3K阻害薬のidelalisibは、欧米から慢性リンパ性白血病やマントル細胞リンパ腫に対してすばらしい治療成績が報告されています。また中枢神経原発DLBCLにもこれらの分子標的薬を組み込んだ治療法による治療成績が報告されるようになりました。
- 2) T/NK細胞リンパ腫は、日本の研究者らを中心に開発されたSMILE療法などにより治療成績の改善がみられたNK細胞リンパ腫に比べ、末梢性T細胞リンパ腫(PTCL)は、成人T細胞白血病に対する抗CCR抗体などは開発されましたか、全体的にその分子病態に不明な点が多く、分子標的薬の開発が遅れています。
- 3) ホジキンリンパ腫は、標準治療が確立されたリンパ腫です。治癒することが多く晚期の治療毒性が問題になるために、PET/CTによる層別化により治療強度の減弱化が進められています。また抗CD30抗体薬なども開発され一部の難治性のものに使用されていますが、最近抗PD-1抗体などにより高い治療効果が得られることが報告されました。
- 4) 課題として、日本ではこれらの新しい治療薬の開発が進められていますが、欧米より導入が遅れる、また欧米では標準治療となっている薬剤が導入されないといった問題に加え、検査方法の体制の不備などがあげられます。また、欧米中心で実施される臨床研究の結果が、人種や感染症の罹患頻度が異なる日本で、同じような結果になるかなど課題として残されています。

学会企画  
抄 錄

1

## 眼腫瘍の臨床における 眼病理の役割

○加瀬 諭(かせ さとる)

北海道大

2

## 眼形成と眼腫瘍の コラボレーション

○尾山 徳秀(おやま とくひで)

新潟大、うおぬま眼科

眼腫瘍は眼部の様々な部に発生する。眼瞼、結膜を始めとする眼表面の腫瘍から、硝子体混濁を呈する腫瘍、網脈絡膜に発生する腫瘍、眼周囲、眼窩に発生する腫瘍と実に多岐にわたる。腫瘍の診断は、しばしば病理組織学的分類に基づいて臨床診断を行うが、その病理組織学的知識も豊富な程正確な臨床診断に結びつく。他方、その臨床診断はしばしば容易ではなく、時として種々の炎症性疾患、変性疾患、感染症などと鑑別を要することがある。加えて、眼腫瘍の処置や手術は、これまた極めて多岐に渡り、眼瞼・結膜手術、骨きり併用眼窩腫瘍摘出術を含めた眼球・眼窩手術、硝子体手術などの技量が求められる。さらに、放射線照射や薬物治療などの非観血的治療についても精通しなくてはならない。従い、眼腫瘍を扱う眼科医は、少なくとも眼部の解剖、組織、臨床診断、手術手技に精通する必要があり、いわば究極の眼科ジェネラリストなのかもしれない。従い一生追求しても、プロになれる気がしないのが現状である。しかし、病理の大学院を修了しこの眼腫瘍に出会ってから、私はいかにこの分野が奥深いか、日々実感する次第である。現在、結膜悪性黒色腫の駆逐、硝子体灌流液を用いての眼内リンパ腫の診断率の向上に主として奔走している。北海道で眼腫瘍を担当しているが、全ての患者に結果的に幸福な生活を送っていただくべく、我々の果たす役割は極めて大きい。

21世紀から携わった自分としては、息も付かせぬ激変の15年だった。IgG4関連眼疾患と悪性リンパ腫、眼内MTX、rituximab注入、リンパ管腫とOK-432、乳児血管腫のβブロッカー、choroidal melanomaのI123-IMPやvemurafenib、nivolumab、RbのVEC療法、choroidal hemangiomaのPDT療法、粒子線など多彩な検査法・治療法で頭はパンク状態である。しかし、自分は眼形成が好きなのである。学生時代からBOSSも御承知である。眼瞼下垂に、眉毛下垂、内反・外反、義眼床、全層植皮、含皮下血管網植皮、各種皮弁、耳介軟骨・腸骨・硬口蓋粘膜採取、眼窩壁骨折、dismasking flap…目の周りが好きなのである。これらの手技を使うには、外傷より眼腫瘍切除で欠損したものを形成する頻度が多い。腫瘍を切除することで必然的に眼形成ができる御褒美が手に入る。なんと不純な動機だ。しかし、必然的に病理も見ねば診断も危うい。顕微鏡で病理組織、あらゆる腫瘍(この領域、何でも発生するのね)、画像・血液検査、染色体、サザン、PCR。一番嫌いだったはずが、一番興味ある分野に…。今日切除した病理結果が気になる、いつ結果が…遅い! 病理部に乗り込むか? 形成した結果は? ガーゼの下はどうなっている? 「先生、脳外科の先生から電話です。」「あなた、まだ帰ってこないの!」ちくしょー、忙しい。自分だけか? 違う、なぜ? 僕は眼形成がしたいのに…腫瘍もしたい。この会場にいる人たちのせいだ。

3

### Expectation for future of Japanese Oculoplastics

4

### 眼腫瘍学における課題と 未来戦略 ～未来夢想で終わらせない！～

○鹿嶋 友敬(かしま ともゆき)

Jules Stein Eye Institute, UCLA

日本国内における眼形成領域は、先人たちの努力にもかかわらず角膜や白内障、網膜硝子体などの分野と比較してマイナーであり、専攻を希望する若手の数も限られているのが現状である。一方で世界に向けると眼形成領域は専門領域として確立されている。これは、海外では甲状腺眼症の治療や美容形成の領域もカバーする幅広い専門領域とされ、患者のQOLをあげるための努力が認められているからであろうと推察する。この分野での最先端病院の一つであるカリフォルニア大学ロサンゼルス校(University California, Los Angeles; UCLA)で行っている治療をご紹介しそこから今後の眼形成領域が目指す方向性の一端を示したい。

○臼井 嘉彦(うしい よしひこ)

東京医大

眼科医1年目で、浜松で開催された眼腫瘍学会における先輩方の喧嘩に近い熱い討論により、眼腫瘍学に惹きつけられました。眼腫瘍は稀少であるため、臨床 Evidence が構築しにくいように思われます。しかし、一見欠点と映る背景の中で、貴重な症例を共有しながら1例1例大事に診察する姿勢や(基礎および臨床)研究で得られた知見を臨床に反映させるなど、真摯に Evidence に繋げている先輩方の努力(+学会終了後の夜のディスカッション)にも魅せられました。そのため、「この学会に参加したい！」と思い、最初は発表のための研究ではありませんでしたが、そのうちに、本気で眼腫瘍学の発展に寄与したいと思うようになりました。

眼腫瘍学を研究するためには様々なアプローチがありますが、免疫学や分子生物学的な側面から、どうにか眼腫瘍の発展に寄与できないかと模索してきました。最近では、発生学的アプローチにより、新しい眼腫瘍の扉を開ける予感がしています。研究すればするほど多くの課題が浮き彫りになりつつも、その奥深い魅力にはまっています。

これからは、日本眼腫瘍学会および眼腫瘍専門医と協力して、眼腫瘍の医療をさらに発展させ、眼腫瘍学独自の研究から、腫瘍学の進歩を牽引するようなブレークスルーをおこす研究をするのが目標でもあり、夢もあります。僭越ながら、これまで行ってきた研究から今後の研究課題まで、妄想に近い夢を描きながらお話をさせて頂きたいと思います。

## 5

## 脂腺癌の温故知新

○田邊 美香(たなべ みか)

九州大

近年、腹腔鏡手術が開腹手術に取って代わり標準的手術となり、眼科領域においても白内障手術、硝子体手術は極小切開の方向に進んでいる。東洋人に多い脂腺癌の治療は、手術がゴールドスタンダードであることに変わりはないが、手術侵襲は小さく予後が改善できればなおよいと考える。手術侵襲を小さくするためには、1. まず小病変のうちに早期脂腺癌の診断をつけること、2. 脂腺癌に対して集学的治療を行うことを考えている。

1. 早期診断のためには、腫瘍専門医だけがわかる匠の目ではなく、患者がまず受診するクリニックで霰粒腫と脂腺癌を判別する必要があり、診断を定量化することが大切と考えた。我々は病変部の相対的反射強度を数値化した Meibography Index (MGI) を考案し、霰粒腫と脂腺癌の鑑別に関して、MGI と病悩期間の組み合わせが有用であるという知見を得た。
2. 当科では以前から上皮内浸潤が目立つ症例、生検後の散布が懸念される症例などに対して術前に 0.04%MMC 点眼を行っていたが、最近は TS-1 内服も行っている。巨大脂腺癌に対しては術前放射線照射を行うこともある。また過去の症例から予後不良因子を調べるために、2004年～2014年に九州大学病院眼科を初診した脂腺癌の患者 108 例のうち詳細が確認できた 75 例について後ろ向きに調査し、転移を起こした 13 症例に見られた傾向について解析したのでお伝えしたい。

# 一般講演抄録

01

## 硝子体手術で確認された 脈絡膜悪性黒色腫の1例

○原 克典(はら かつのり)<sup>1)</sup>、兒玉 達夫<sup>1)</sup>、  
杉原 一暢<sup>1)</sup>、大平 明弘<sup>1)</sup>、池田 欣史<sup>2)</sup>、  
石川 典由<sup>3)</sup>、天野 知香<sup>3)</sup>、原田 祐治<sup>3)</sup>

1)島根大、2)松江日赤、3)島根大 病理

**【緒言】**脈絡膜悪性黒色腫は網膜下や硝子体中に出血をきたすことが有り、性状によっては診断に苦慮する場合もある。今回、硝子体出血をきたした症例に硝子体手術が施行され、眼内腫瘍と認識された脈絡膜悪性黒色腫の1例を報告する。

**【症例】**70歳女性。平成27年1月頃から右眼に飛蚊症を自覚。5月頃から増強し、指数弁まで視力低下。近医で硝子体出血を指摘され、6月8日に松江日赤を紹介された。術前Bモードエコーで厚さ5mmの腫瘍性病変を描出。音響陰影は軽微であった。眼窩部CTで高輝度影として描出され、血腫の疑いで翌日硝子体手術を施行された。術中に腫瘍性病変が確認された。術後視力は0.5に改善し、蛍光眼底造影検査では初期低蛍光、中期より腫瘍血管からの過蛍光像がみられた。脈絡膜腫瘍の疑いで、6月15日に当科を紹介された。右眼視神経乳頭鼻側に網膜出血を伴う灰黒色腫瘍を認め、123I-IMP-SPECTでは右眼内全体に集積像が見られた。検査所見から脈絡膜悪性黒色腫と診断した。費用と移動距離面から、重粒子線・定位放射線治療ではなく眼球摘出術を選択された。

**【考案】**硝子体出血の原因に、脈絡膜悪性黒色腫があることも留意すべきである。眼底透見困難な状況でも、画像診断を駆使すれば比較的高い精度で脈絡膜悪性黒色腫の診断は可能である。しかしながら、眼球摘出等の治療選択が考慮される場合、可視化による診断精度向上目的の硝子体手術は容認されると思われた。

02

## 非裂孔原性網膜剥離に対して、 誤って硝子体手術を行われた 眼内悪性腫瘍

○大島 浩一(おおしま こういち)<sup>1)</sup>、神農 陽子<sup>2)</sup>

1)岡山医療センター、2)岡山医療センター 病理

**【緒言】**非裂孔原性網膜剥離を診たときは、小円孔の見落としだけでなく、眼内腫瘍の可能性も考慮すべきである。我々は誤って硝子体手術を行われた眼内悪性腫瘍を経験した。失明のみならず、生命を危険にさらす可能性もあるので、注意喚起のために症例の概要を発表する。

**【症例】**患者は81歳の女性であった。2か月前から右眼痛があり、近医眼科A、Bを経由してC眼科を紹介された。ここで右眼網膜剥離を指摘され、D眼科を紹介された。D眼科で非裂孔原性網膜剥離に対して硝子体手術を行ったが、術中に脈絡膜腫瘍であることに気付いたようである。このとき強膜切開を加えて白色粘稠組織が吸引され、細胞診に供された。病理診断は、悪性黒色腫の疑いであった。患者はE医科大学を紹介され、OMC眼科へ紹介された。

初診時、右眼視力は光覚弁であった。眼球上半分に脈絡膜の隆起を認めた。MRIで右眼内にT1WおよびT2Wともに低信号を示す腫瘍があり、悪性黒色腫に矛盾しなかった。MRI所見と細胞診の結果から悪性黒色腫と診断した。

その後MRI画像を再検討したところ、左眼にも2個の脈絡膜病変が見つかった。ここで眼球以外に原発した腫瘍が眼内へ転移した可能性を考え、全身CTを行った。上咽頭、縦隔、胸部と腹部の皮下に腫瘍性病変を認め、頸下部と鼠径部リンパ節が腫大していた。鼻腔病変と皮下の病変を試験切除したところ、いずれもDLBCLであった。血液内科にて全身化学療法中である。

03

### 眼内腫瘍が疑われた眼球癆 2症例の病理組織学的検討

○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>、水戸 穀<sup>1)</sup>、山本 康明<sup>1)</sup>、  
山西 茂喜<sup>1)</sup>、大城 由美<sup>2)</sup>

1)松山日赤、2)松山日赤 病理

**【目的】** 眼球癆とは内眼手術後や全眼球炎などにより眼内組織が破壊され、瘢痕組織が形成された状態である。今回我々は術前の前眼部所見あるいは画像診断で眼内腫瘍が疑われた眼球癆2症例について病理組織学的に検討したので報告する。

**【症例】** 症例1は63歳男性。25年前に右眼の緑内障手術を数回受けたが、失明した。持続する虹彩炎と高眼圧に対して毛様体光凝固術を行い、眼圧は正常範囲となったが右眼痛が持続した。眼超音波検査で眼内腫瘍を認めたためMRI検査を行った。T1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号、造影される腫瘍を認めたため脈絡膜悪性黒色腫と考え眼球を摘出した。病理組織学的所見として腫瘍病変は炎症細胞の浸潤を伴い、紡錘形の細胞が点在していたが、抗グリア線維性酸性蛋白質(GFAP)陽性であったことよりretinal gliosisと診断された。症例2は75歳女性。14年前に左眼の穿孔性眼外傷で3回硝子体手術が施行されたが、網膜は復位しなかった。経過観察中に前房蓄膿を発症したが、血液検査で炎症所見はなく、CT検査で委縮した眼球内にやや高吸収の占拠病変を認めたため眼内腫瘍を疑った。細胞診にて前房蓄膿の細胞は好中球が主体であったことより眼球内容除去を行った。眼球内容物に細菌は検出されず、GFAP陽性の紡錘細胞がみられたためretinal gliosisと診断された。

**【結論】** 持続する眼内炎や網膜剥離では眼内組織にグリア増殖を生じて眼球癆が進行すると考えられた。

04

### 陽子線治療から18年後に 再発し眼球全摘出に至った 脈絡膜悪性黒色腫の一例

○小田垣 馨(おだがき かおる)<sup>1)</sup>、金子 博行<sup>1)</sup>、  
溝田 淳<sup>1)</sup>、東海林 琢男<sup>2)</sup>、辻 比呂志<sup>3)</sup>

1)帝京大、2)帝京大 病理、3)放医研

**【緒言】** 脈絡膜悪性黒色腫に対して眼球温存の方法として欧米を中心に陽子線照射治療が行われている。局所再発例は全体の1割に満たず、15年以上経過して再発する症例は極めて稀である。今回、陽子線治療から18年経過した再発例を経験したので報告する。

**【症例】** 81歳女性。

1997年に右眼の脈絡膜悪性黒色腫に対し陽子線治療を受けた。照射後18年経過した2015年3月に再発が疑われ、前医より紹介された。

耳下側にMRI T2強調画像で低信号を示す腫瘍を認めた。両眼眼内レンズ挿入眼で矯正視力は右眼が0.06、左眼は1.2であった。腫瘍の再発を疑い、2015年4月全身麻酔下に眼球全摘出した。断面で病巣は2か所認められ、一か所は活動性黒色腫の所見であり、もう一か所は瘢痕組織であった。

**【考察】** 陽子線治療後の局所再発率は5年間で6.1%である。局所再発例の77%は3年目までの再発であり、照射後16年経った症例が今までの報告で最長である。

時間経過も長く、二次癌なども疑ったが、病理的には再発であった。

**【結論】** 今回経験した症例は陽子線治療から18年と再発までの期間が長いことが特徴的だった。

**05**

## 県立静岡がんセンターにおける、 ぶどう膜悪性黒色腫14例の 総括

○柏木 広哉(かしわぎ ひろや)<sup>1)</sup>、清原 祥夫<sup>2)</sup>、  
吉川 周佐<sup>2)</sup>、伊藤 以知郎<sup>3)</sup>、渡邊 麗子<sup>3)</sup>、  
中川 雅裕<sup>4)</sup>、多久 佳成<sup>5)</sup>、須賀 昭彦<sup>6)</sup>

- 1)県立静岡がんセンター 眼科、
- 2)県立静岡がんセンター 皮膚科、
- 3)県立静岡がんセンター 病理診断科、
- 4)県立静岡がんセンター 形成外科、
- 5)静岡県立病院 腫瘍内科、
- 6)静岡済生会病院 緩和医療科

**【目的】** 県立静岡がんセンター開院(2002年9月)から13年間で経験した、ぶどう膜悪性黒色腫について報告する。

**【症例】** 総数14例(男性8例 女性6例)。年齢は37歳から81歳(平均64.5歳)。

**【結果】** 腫瘍発生部位：脈絡膜12例、毛様体2例。大きさは7～17mm(底部)×6～14mm(高さ)(平均12.6mm×9.9mm)。肺癌の既往があるものが1例、母斑の合併例が2例あった。治療方法は眼球摘出が12例、重粒子線治療が2例。また、術前に<sup>131</sup>I-IMP-SPECT 施行したのは7例で、全例陽性であった。病理組織では、紡錘型の腫瘍細胞が多くかった。重粒子線治療例では、1例が絶対緑内障になり眼球摘出したが、もう1例は腫瘍はコントロールされている。2015年7月31日現在、生存11例(肝転移後生存2例あり)。死亡3例(肺転移1例、肝転移1例、非腫瘍死1例)、である。治療後の最長生存年数は10年2カ月である。血清5-SCD(システィンドーパ)の検査を定期的に行っているが、日によって変動が大きい傾向があった。また術後後療法を施行したものは1例のみである。

**【考察】** 本邦におけるぶどう膜悪性黒色腫の頻度は少ない。当院では1年に1件程度であった。当院の診療圏の人口(熱海市から島田市)から考えると、年間発生頻度は、100万人あたり0.5人程度と考える。また、<sup>131</sup>I-IMP-SPECT は診断上有用な検査と考える。

06

## 術後後療法として インターフェロン $\alpha$ -2b 点眼を 使用した結膜悪性黒色腫の検討

○菊地 郁(きくち いく)、加瀬 諭、石嶋 漢、  
石田 晋  
北海道大

**【緒言】**結膜の悪性黒色腫は本邦では稀少な悪性腫瘍であるが、局所再発、リンパ節転移や遠隔臓器転移をきたし、結果的に生命予後に影響を及ぼす。近年結膜悪性腫瘍に対して局所化学療法による腫瘍増殖抑制効果が認められ、眼球を温存できる症例が蓄積されてきた。今回我々は、腫瘍の局所切除と IFN $\alpha$ -2b 点眼にて加療した4症例の結膜悪性黒色腫を報告する。

**【症例と方法】**北海道大学眼科を初診した結膜黒色腫の治療経過を、診療録をもとに後ろ向きに調査した。初回に腫瘍の局所切除と、術後に IFN $\alpha$ -2b 点眼を施行し、36か月以上の術後の経過観察が可能であった症例を対象とした。初回治療として、眼球摘出術や眼窩内容除去術を施行した症例を除外した。

**【結果】**女性3例3眼、男性1例1眼、年齢は65～84歳(平均年齢76歳)、球結膜に腫瘍がみられた症例が2例2眼、瞼結膜に多発性の腫瘍がみられた症例が1例1眼、涙丘部に腫瘍がみられた症例が1例1眼であった。局所切除後の IFN $\alpha$ -2b 点眼の投与期間は6～9か月であった。いずれの症例も、腫瘍は病理組織学的に悪性黒色腫の診断であり、経過中局所再発や遠隔転移は見られず、点眼薬に伴う重篤な副作用はなかった。いずれも、眼球摘出術や眼窩内容除去術を要した症例はなかった。

**【結語】**IFN $\alpha$ -2b 点眼は、結膜悪性黒色腫の患者において眼球温存を可能にし、手術に追随する治療法として有用であることが示唆された。

07

## 次世代シーケンサーを用いた 脈絡膜悪性黒色腫の遺伝子解析

○上田 俊一郎(うえだ しゅんいちろう)、山川 直之、  
坪田 欣也、後藤 浩  
東京医大

**【緒言】**欧米では脈絡膜悪性黒色腫における遺伝子変異の解析が進められているが、悪性黒色腫は発生率に人種差があることから、発現遺伝子にも違いがある可能性が考えられる。そこで次世代シーケンサーを用いて日本人における脈絡膜悪性黒色腫の腫瘍特異的遺伝子変異を解析する。

**【対象と方法】**対象は東京医科大学病院眼科で眼球摘出に至った脈絡膜悪性黒色腫11例11眼。年齢は40～83歳、性別は男性6名、女性5名。摘出した眼球より切り出した腫瘍25mgからDNAを抽出し、ヒト疾患に関する4,813遺伝子を対象としたシーケンスパネルである TruSightOne(イルミナ社)を用いて、MiSeqでシーケンスを行った。得られたデータを Variant studio を用いてタンパク質のコードに影響を与えない synonymous variant と既知の SNP を除外し、BRAF、CCND1、GNAQ、GNA11、MDM2、NRAS の変異頻度を検討した。

**【結果】**1症例あたり平均611個の有意な遺伝子変異が検出された。6症例で BRAF 変異が、3症例で GNAQ 変異が、1症例で MDM2 変異がみられたが、CCND1、MDM2、NRAS 変異は検出されなかった。

**【結論】**日本人の脈絡膜悪性黒色腫でも多くの遺伝子変異が確認されたが、欧米人のデータとは発現頻度に差がみられた。解析を行った症例数に限りがあることに加え、次世代シーケンサー自体の検出能の検討も必要であるが、脈絡膜悪性黒色腫では人種の違いにより遺伝子変異に差がある可能性が推察された。

08

## 脈絡膜悪性黒色腫に対する 局所放射線治療後の 放射線網膜症

○高橋 寛二(たかはし かんじ)

関西医大・枚方

09

## 自然寛解した 脈絡膜悪性黒色腫の2例

○小島 孖允(こじま たかよし)

小島眼科医院

**【緒言】** 脈絡膜悪性黒色腫(CM)に対する局所放射線治療として小線源治療や重粒子線治療が使用され、治療後に放射線網膜症を生ずることが知られている。局所放射線治療後に生じた放射線網膜症の2症例を報告する。

**【症例】** 症例1は61歳男性。左眼の眼底上方に長径3.5乳頭径の褐色の脈絡膜隆起性病変があり、画像診断からCMと診断した。眼球温存希望のため国立がんセンター中央病院にて小線源療法を受け、腫瘍縮小をみたが1年後に腫瘍が再増大し眼底上半に網膜毛細血管閉塞領域を生じた。この領域に対し散発的光凝固を行ったが1か月後に大量の網膜下出血から硝子体出血を生じ眼球摘出を行った。病理組織では放射線網膜症の部位の網膜血管閉塞と網膜菲薄化、網膜色素上皮萎縮と脈絡膜の線維化がみられた。症例2は37歳男性。右眼血管アーケード下方に3乳頭径大のCMがみられ、眼球温存希望のため重粒子医学センター病院にて重粒子線照射を受け、腫瘍は軽度縮小したが、2年4か月後に黄斑浮腫による視力低下を生じた。蛍光眼底造影で黄斑部を含んで網膜毛細血管閉塞が見られたため、その領域に散発的光凝固を行い経過観察中である。

**【考察と結論】** CMに対する局所放射線治療後には高頻度に放射線網膜症が発生するが、その治疗方法については確立していない。組織学的には血管閉塞を伴う網脈絡膜の菲薄化が特徴であり、光凝固療法の必要性、有効性について検討を要すると思われた。

**【目的】** 脈絡膜悪性黒色腫の自然寛解は極めて稀である。今回自然寛解したと思われる脈絡膜悪性黒色腫の2例を経験したので報告する。

**【症例】** 症例1は46歳女性で、左眼歪視を訴えさいたま赤十字病院を受診した。眼底には黄斑上方に色素性隆起病変がみられ、フルオレセイン蛍光眼底造影(FA)では多発性点状蛍光漏出がみられた。MRIでは、T1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号を示した。OCTでは、黄斑に漿液性剥離がみられた。腫瘍の最大径は6.0mm、厚さ2.4mmであった。以上の所見から、脈絡膜悪性黒色腫と診断したが、腫瘍が小さいため経過観察とした。6年後腫瘍は拡大傾向を示したが、患者の希望で経過観察を続けた。8年後腫瘍は縮小し始め、OCT上漿液性剥離も消失した。経過観察後13年で腫瘍は著明に縮小し、これまで再発はみられない。

症例2は62歳女性で、右眼視力低下を訴え受診した。眼底には黄斑上方に色素性病変がみられた。FAでは腫瘍部にpoolingがみられ、OCTでは漿液性剥離がみられた。MRIではT1強調画像でやや高信号、T2強調画像で低信号を呈した。腫瘍の最大径は4.5mm、厚さ2.2mmであった。小型の脈絡膜悪性黒色腫と診断し経過観察した。3年後腫瘍は縮小し始め、漿液性剥離は次第に消失した。7年間の経過観察で腫瘍部は委縮巣となり、再発もみられない。

**【結論】** これらの経験から脈絡膜悪性黒色腫の対処法として定期的経過観察が一つの重要な手段であることが改めて認識された。

10

## 毛様体腫瘍を有する 家族性滲出性硝子体網膜症の 1症例

○濱岡 祥子(はまおか しょうこ)、高比良 雅之、  
東出 朋巳、奥田 徹彦、杉山 和久  
金沢大

**【目的】**診断と治療に苦慮した毛様体腫瘍を伴う網膜全剥離の1症例を提示する。

**【症例】**23歳女性が、左網膜全剥離による視力低下にて2014年10月に当科を受診した。幼少時に第一次硝子体過形成遺残(PHPV)として経過観察された既往があった。左視力は光覚弁で、検眼所見、超音波検査、MRI、PET-CTなどの所見から、左眼のPHPVあるいは家族性滲出性硝子体網膜症(FEVR)が疑われたが、毛様体部に腫瘤病変もみられ、腫瘍による続発網膜剥離も否定できなかった。右眼視力は矯正1.2と良好であり、当初両眼圧は正常範囲であった。

**【治療と経過】**精査ならびに経過観察中であった2014年12月に、左高眼圧(>70mmHg)に伴う著しい眼痛をきたした。薬剤投与では眼圧下降が得られず、左眼の硝子体手術、強膜開窓術を施行した。術中に採取した強膜片や網膜下液の病理では異型細胞はみられなかった。術後に網膜は復位し、眼圧も正常化し、視力も手動弁にまで改善した。毛様体部の腫瘍は残存するも、目下増悪はみられていない。

**【結語】**現時点では、本症例はFEVRもしくはPHPVによる網膜全剥離とそれに続発した血管新生緑内障であったと考えている。ただし、毛様体部に残存する腫瘤病変については今後も注意深く観察する予定である。

11

## 経強膜腫瘍摘出術を施行した 毛様体平滑筋腫の一例

○藤本 雅大(ふじもと まさひろ)<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>、  
吉村 長久<sup>1)</sup>  
1)京都大、2)神戸海星病院

**【緒言】**毛様体平滑筋腫は稀な良性腫瘍であり、報告例は少ない。今回、過去の生検部位から強膜外への浸潤も認めた毛様体平滑筋腫の一例を経験したので報告する。

**【症例】**49歳女性。10年以上前より左眼毛様体腫瘍を指摘され、2008年に当科紹介。徐々に腫瘍の増大を認め、2011年に国立がん研究センターへ生検依頼で紹介となった。組織学的には平滑筋腫であった。以後、当院で経過観察となっていたが、腫瘍が増大(径約12mm)するとともに水晶体後面に接触し、白内障進行したため、神戸海星病院へと紹介、全身麻酔下での手術となった。外直筋を付着部から切離、下直筋も付着部で半切し、耳下側に強膜ラップ(角膜輪部～強膜ラップ遠位端：13mm)を作成した。過去の生検部位からの強膜外浸潤部に強膜の欠損(約2mm×3mm)を認め、内側より保存強膜をあてた。平滑筋腫の全摘後、硝子体手術を施行した。術中合併症を認めず手術終了となった。

**【考察】**経強膜腫瘍摘出術を安全に施行するためには、術中における眼球形態保持の為、硝子体の存在が必要と考える。また、生検既往眼では平滑筋腫であっても強膜外へと腫瘍が浸潤する可能性があり、全摘手術の際に保存強膜の併用を考慮する必要がある。

12

## 虹彩および結膜に腫瘍形成が みられた多発性骨髄腫の1例

○阿部 駿(あべ しゅん)<sup>1)</sup>、上田 俊一郎<sup>1)</sup>、  
後藤 浩<sup>1)</sup>、慶野 博<sup>2)</sup>

1)東京医大、2)杏林大

**【緒言】**多発性骨髄腫では増殖した形質細胞が骨髄外の骨や軟部組織に腫瘍を形成することがあるが、眼部、特に眼内に生じることは極めて稀である。今回、多発性骨髄腫の寛解期に虹彩ならびに球結膜に腫瘍を生じた症例を経験したので報告する。

**【症例】**42歳、男性。2010年より多発性骨髄腫に対して他院で化学療法と同種骨髄移植による治療が行われ、寛解していたが、2014年10月に右眼の虹彩に腫瘍が出現したため、東京医科大学病院眼科へ紹介となった。右眼下方の虹彩に限局性の隆起性病変がみられ、新生血管を伴っていた。また、前房内には炎症細胞がみられた。この虹彩腫瘍に対し生検を計画していたが、予定日までに自然消失した。一方、右眼の球結膜に新たにサーモンピンク様の結節性病変が出現していたため、こちらに対して生検を行った。病理組織学的には腫瘍内に形質細胞が密に増殖しており、そのほとんどがCD3陰性、CD20陰性、CD56陽性、CD138陽性、IgG陽性、γ鎖陽性であった。MIB-indexは約60%で、サザンプロッティングでIgH遺伝子再構成も認められたことから形質細胞腫と診断した。多発性骨髄腫の局所再発と判断し、その後は前医で放射線治療が行われ、現在まで経過観察中である。

**【結語】**多発性骨髄腫では虹彩や結膜に腫瘍を形成することがあり、その経過中に自然消失することがある。

13

## 網膜芽細胞腫治療後の 二次がんに関する調査

○鈴木 茂伸(すずき しげのぶ)<sup>1)</sup>、相原 由季子<sup>1)</sup>、  
佐野 秀一<sup>1,2)</sup>

1)国立がんセンター、2)佐野眼科医院

**【目的】**網膜芽細胞腫患者に二次がんが発症することは知られているが、臨床所見の情報は乏しい。二次がん発見につながる臨床所見を検討した。

**【対象】**対象は当院で診療を行った網膜芽細胞腫患者で、その後に二次がんが診断された症例。組織学的に診断された良性腫瘍も含む。組織型、部位、既往治療、発見に至る自覚症状、予後の情報を診療録より収集した。

**【結果】**34例に39腫瘍が生じていた。眼病変に関して、片側性4例、両側性30例であり、32例は放射線治療を受けていた。初発二次がんに関して、悪性腫瘍は28(骨肉腫8、横紋筋肉腫9、その他の肉腫5、その他6)、良性腫瘍は6(髓膜腫4、その他2)であった。

骨肉腫8例のうち放射線照射関連は2例で6例は下肢に生じ、診断時期は7~24年(中央値11年)、初発症状は側頭部の腫脹(1)、下肢の疼痛(6)であった。

横紋筋肉腫9例は全例が照射関連であり、診断時期は3~27年(中央値7年)、初発症状は側頭部の腫脹(5)、鼻出血(2)であった。

その他の肉腫5例のうち4例は照射関連であり、診断時期は8~32年(中央値14年)、初発症状は鼻出血(3)、腫脹(2)であった。

**【結論】**骨肉腫の照射関連は少なく、長管骨の発症が多かった。横紋筋肉腫の頻度が高く全例照射関連で、早期発症例が多かった。初発症状は下肢の疼痛、照射関連では疼痛の少ない腫脹と鼻出血の頻度が高く、症状に応じた画像検査が重要と考えられた。

14

## ミステリー・ケース： 眼窩先端部腫瘍

○古田 実(ふるた みのる)

福島県医大

15

## 定位放射線治療を行った 視神経鞘膜腫の2例

○藤川 佳奈子(ふじかわ かなこ)<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、  
田邊 美香<sup>1)</sup>、有田 量一<sup>1)</sup>、高木 健一<sup>1)</sup>、  
石橋 達朗<sup>1)</sup>、浅井 佳央里<sup>2)</sup>、大賀 才路<sup>2)</sup>

1)九州大、2)九州大 放射線科

**【目的】**左眼窩先端部腫瘍の診断を検証し考察する。

**【症例】**65歳の女性。糖尿病治療中で右聴神経腫瘍手術歴がある。前医で4年前から進行期正常眼圧緑内障の点眼治療を受けていた。ある日の起床時に左眼窩深部痛を自覚し、前医で2mmの眼球突出があり、眼窩CTで左眼窩先端部に腫瘍を認めたため、発症2日後に当科を紹介された。初診時視力は右(0.8)/左(0.7)、眼圧右15mmHg/左16mmHg、眼球運動および開閉瞼に異常はなかった。眼底には多数の網膜萎縮斑と緑内障性視神経乳頭変化および網膜内層菲薄があった。前医のCTで眼窩先端部不整形高吸収腫瘍があり、造影MRIの計画をした。ところが、初診後2日目に左眼の急激な視力低下が生じて視力は(0.01)となり緊急入院となった。各種画像検査を行ない、脳神経外科的に腫瘍切除術を施行し、視力は(0.7)に回復した。

**【結論】**画像所見を丹念に解読し、診断を後ろ向きに検証する手順は重要である。

**【諸言】**近年視神経鞘膜腫(ONSM)に対する定位放射線治療の有効性が報告されているが、本邦での報告は少なく線量についても一定した見解がない。今回、ONSMに対し定位放射線治療を行った2例を報告する。

### 【症例】

**症例1：**49歳女性。2014年6月、右眼球突出を主訴に当科紹介。初診時、右眼矯正視力1.0。右視野は下方に暗点を認めた。右視神経乳頭の強度の発赤、腫脹を、造影MRIにてT1WIで等信号、T2WIで高信号の増強効果を伴う管状の腫瘍を認め、ONSMと診断した。徐々に右視野障害が進行したため、初診日から6ヶ月後にノバリス<sup>®</sup>を用いて定位放射線治療(20Gy/4Fr)を施行した。その後視神経の発赤、腫脹は改善し、下方の視野欠損も改善した。

**症例2：**71歳女性。2010年6月、右視力低下を主訴に来院。初診時、右眼矯正視力0.04。ハンフリー視野のMD値で右眼-28dBと低下。造影MRIで球後から視神経間管内へ伸展するT1WIで等信号、T2WIで高信号の増強効果を伴う腫瘍を認め、ONSMと診断した。サイバーナイフで定位放射線治療(20Gy/4Fr)を施行したところ、右矯正視力は0.5、視野はMD値-1.87dBまで改善した。いずれの症例も腫瘍の増大、治療に伴う有害事象を認めていない。

**【結論】**視神経鞘膜腫に対し定位放射線治療を行い、視機能の改善を得られた症例を経験した。比較的低い総線量で治療を行ったが、腫瘍の増殖抑制は可能であり、安全性の高い治療を行うことができた。

16

## 化学療法中に広汎な髄液播種をきたした視神経腫瘍の1例

○山岡 正慶(やまおか まさよし)<sup>1)</sup>、柳澤 隆昭<sup>2)</sup>、  
福岡 講平<sup>3)</sup>、鈴木 智成<sup>3)</sup>、秋山 政晴<sup>1)</sup>、  
増本 愛<sup>2)</sup>、野中 雄一郎<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>3)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵医大 小児科、2) 東京慈恵医大 脳外科、  
3) 埼玉医大国際医療セ 脳脊髄腫瘍、  
4) 東京慈恵医大

**【緒言】** 臨床的に視神経膠腫診断し、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昨年本学会本学会で報告した。その後の経過を報告する。

**【症例】** 小学校低学年男児、神経線維腫症1型他、特記すべき家族歴・既往歴はない。某年5月、学校での視力検査では両眼ともに視力1.0以上、同年6月下旬より頭痛・嘔吐が出現、鎮痛剤で改善するが症状が続いた。同年7月下旬側頭部痛があるため近医眼科に紹介、視機能低下を指摘され、前医の大学病院眼科紹介、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、ビンクリスチン・カルボプラチニ併用化学療法を開始、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、維持化学療法開始した。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、VPシャント術を施行し症状は改善した。翌年1月全身性痙攣、意識障害認め、MRI検査により著明な頭部、脊髄に広汎な髄液播種を認めた。テモゾロミド治療により状態改善し、一旦は画像上完全寛解となった。その後再び播種再発、現在エトポシド加療中である。

**【結語】** 視神経膠腫では視機能低下を認める場合、症状と画像所見から診断し治療を行うことが国際的コンセンサスとなっている。生検の必要性と有用性には議論がある。

17

## 眼球突出とともに 視神経膠腫に対する治療

○柳澤 隆昭(やなぎさわ たかあき)<sup>1)2)</sup>、福岡 講平<sup>2)</sup>、  
鈴木 智成<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>、山岡 正慶<sup>3)</sup>、  
秋山 政晴<sup>3)</sup>、増本 愛<sup>1)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵医大 脳外科、2) 埼玉医大国際医療 C、  
3) 東京慈恵医大 小児科、4) 東京慈恵医大

**【背景】** 視神経膠腫は、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。

**【目的・方法】** 当科で加療した視神経膠腫患者のうち、眼窩内片側視神経発症腫瘍の治療経過を報告する。初発例、再発例とも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月まで初発3例(8歳～14歳)、再々発1例〔9歳〕の計4例が紹介となった。初発例の主訴は視機能低下(3例)および眼球突出(2例)である。神経線維腫症1型合併例はない。初発3例では、臨床症状および画像診断から視神経膠腫と診断し、視交叉への進展も疑われたため、ビンクリスチン・カルボプラチニによる化学療法を開始した。再発例は1歳時、眼球突出を初発症状に発症、腫瘍摘出術施行され毛様性星細胞腫の診断、その後断端視交叉部位より再発し、初回化学療法後に、再び腫瘍進展を認めたもので、ビンプラチニによる化学療法を施行した。初発1例では腫瘍縮小を認めたが、他2例は不变で眼球突出の改善を認めず、いずれも患側眼球の視機能の改善を認めなかった。うち1例はその後腫瘍再増大認め、視神経腫瘍を摘出した。

**【結語】** 過去の報告では片側視神経発症の視神経膠腫は、化学療法による縮小効果は良好とはいえない。眼球突出の改善が得られない場合が多い。機能温存と根治性から治療法の選択は容易ではない。摘出する場合、腫瘍の進展性、とくに視交叉への進展の評価が重要である。

**18****小児視神経膠腫に対する治療：  
生命予後と機能予後**

○柳澤 隆昭<sup>(やなぎさわ たかあき)<sup>1)</sup><sup>2)</sup></sup>、福岡 講平<sup>2)</sup>、  
鈴木 智成<sup>2)</sup>、西川 亮<sup>2)</sup>、山岡 正慶<sup>3)</sup>、  
秋山 政晴<sup>3)</sup>、増本 愛<sup>1)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵医大 脳外科、  
2) 埼玉医大国際医療セ 脳脊髄腫瘍、  
3) 東京慈恵医大 小児科、4) 東京慈恵医大

**【背景】** 視神経膠腫は、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 WHO grade I～II の低悪性度腫瘍であるが死亡例もあり、視機能低下の他様々な合併症を生じるため治療法の選択が重要である。

**【目的・方法】** 当科で加療した視神経膠腫患児について、治療とその後の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。片側視神経に限局した眼窩内腫瘍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が阻止されたが、うち3例は、腫瘍の再増大のため、治療を再開した。再発8例では7例で化学療法により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され、その後一旦退縮傾向を認めたが、再増大を認め死亡した。放射線治療、化学療法後再発の1例が、悪性転化を認め死亡した。

**【結語】** 本疾患においては救命と共に長期的な機能予後と生命予後を考慮して、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、長期的な生命予後と機能予後の観点から採用を極力避けるべきである。

19

## 眼窩に生じた筋上皮細胞がん

○辻 英貴(つじ ひでき)<sup>1)</sup>、小林 めぐみ<sup>1)</sup>、  
川端 一嘉<sup>2)</sup>、竹内 賢吾<sup>3)</sup>

1)がん研病院 眼科、2)がん研病院 頭頸科、  
3)がん研究所分子標的プロジェクト、

**【目的】**筋上皮細胞がんは唾液腺に多く発生し、唾液腺悪性上皮性腫瘍の分類の中では中悪性度を示すものである。今回演者らは、眼窩に発生した筋上皮細胞がんを経験したので報告する。

**【症例】**73歳の女性で、腫瘍は眼窩内から頭蓋底近傍にも浸潤しており、根治治療には最低でも眼窩内容除去術が必要な状況であった。術前に十分に本人・家族との話し合いを行った上で手術治療を選択され、Tumor board にて上顎部分切除 + 眼窩内容除去 + 皮弁再建の術式が決定され、遂行された。

**【結論】**眼窩に生じた筋上皮細胞がんに対して手術治療を施行した症例を報告した。最良の治療方法を選択され、容姿の変貌は生じたが、再発・転移はみられておらず、本人・家族も満足されている。筋上皮細胞がんは眼窩腫瘍の鑑別疾患の一つとして挙げておくべきものである。

20

## 眼窩に生じたランゲルハンス細胞組織球症の2症例

○馬場 良(ばば りょう)、馬詰 和比古、後藤 浩  
東京医大

**【緒言】**ランゲルハンス細胞組織球症(LCH)は、単一臓器もしくは多臓器に单核球が浸潤を来す疾患である。今回、眼窩に発症したLCHの2症例を経験したので、その臨床所見を中心に報告する。

**【症例】**症例1は14歳、男児。1か月ほど前より左上眼瞼の腫脹を主訴に近医を受診するも増悪傾向を示したため、当科受診となった。眼瞼腫脹は当科受診後も急速に増大し、左上眼瞼にゴルフボール大の腫瘍を形成していった。CTでは眼窩上壁の破壊像を伴う40mm大の腫瘍がみられた。生検の結果、多数の好酸球を伴った組織球様の单核細胞の浸潤性病変がみられ、LCHと診断された。その後は他院に転院し、ステロイドとピンクリスチンを中心とした化学療法が施行され、腫瘍は著明に縮小していった。

症例2は8歳、女児。近医で麦粒腫の診断で加療されるも右眼球突出が急速に増悪し、当院受診となった。腫瘍は触知できなかったが、眼球運動障害を認めた。CTでは右眼窩上壁に沿って眼窩先端部にまで及ぶ腫瘍が確認された。生検は困難と判断し、画像所見および脳神経外科との協議のもとLCHと臨床診断したうえでステロイドによる治療を開始した。治療後、眼球突出は著明に改善し、減量後も再燃なく経過している。

**【結論】**ランゲルハンス細胞組織球症の2症例を経験した。単一臓器に発症した場合、生命予後は比較的良好とされる疾患であるが、今後も慎重に経過観察を継続していく予定である。

21

**眼窩胞巣型横紋筋肉腫  
(stage 1, group II)の1例**

○石川 邦裕(いしかわ くにひろ)<sup>1)</sup>、張 綾芝<sup>1)</sup>、  
秋山 政晴<sup>2)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>

1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 小児科

**【緒言】** 横紋筋肉腫(RMS)は小児眼窩悪性腫瘍の代表であるが、眼窩は予後良好部位の一つとされており、腫瘍が完全切除できたものは予後良好と言われている。今回、肉眼的全摘出が可能であった眼窩胞巣型 RMS の1例を経験したので報告する。

**【症例】** 7歳、女児。2015年3月上旬より右眼瞼腫脹を自覚し、眼球結膜腫脹が出現したため近医眼科を受診し、精査目的にて当大学分院に紹介された。画像検査にて右眼窩内側に腫瘤性病変を認め、4月27日当科紹介された。MRIで上眼瞼下内側にT2強調像で内部軽度不均一な高信号、造影効果は顕著ではない境界明瞭な橢円形腫瘍を認めた。経結膜円蓋部アプローチで眼窩腫瘍摘出術を施行し、20mm×20mm×10mmの腫瘍を一塊に摘出した。病理所見は胞巣型 RMS であった。眼窩原発、リンパ節転移なし、遠隔転移なしで、国際 RMS 研究グループの術前ステージ分類は stage I、肉眼的には全摘できたことから術後グループ分類は group II と判定できた。しかし、胞巣型であったことから intermediate risk group と判断され、当院小児科にて化学療法(VAC)が開始となり、経過良好である。

**【考察・結論】** 第31回の本学会で、我々は拡大眼窩内容除去術に至った胞巣型 RMS (stage 1, group III) を報告した。RMS 診療ガイドラインでは原則一期的な完全摘出が推奨されているが、眼窩は機能的・美容的に生検が推奨される部位となっている。眼窩 RMS の治療方針について考察を加え報告する。

22

**腺様囊胞癌における EGFR の  
発現と RAS、BRAF 遺伝子  
変異の検討**

○大湊 紗(おおみなと じゅん)

新潟大

**【目的】** 2012年に抗 EGFR 抗体であるセツキシマブ(アービタックス<sup>®</sup>)が頭頸部がんに対する追加承認を取得した。セツキシマブは EGFR の高発現を認める頭頸部扁平上皮癌や腺様囊胞癌に対し、従来の化学療法併用あるいは放射線療法併用での有効性が報告されている。一方、大腸癌に対するセツキシマブの使用は RAS 野生型の症例に限定することが推奨されている。今回、当科で経験した腺様囊胞癌における EGFR の発現、KRAS、NRAS、BRAF 変異の有無を検討した。

**【方法】** 対象は2001年～2012年の間に新潟大学医学総合病院眼科で手術加療を行い、同院病理部で腺様囊胞癌と診断された3例(涙腺原発2例、副鼻腔からの眼窩浸潤1例)。EGFR は免疫組織化学を用いて腫瘍における発現を確認した。遺伝子変異の検査方法は、ホルマリン固定パラフィン包埋組織ブロックから未染標本を薄切り DNA を抽出、PCR 法で各対象領域の DNA を増幅したのちダイレクトシークエンス法により遺伝子配列を決定した。

**【結果】** 3例全例で腫瘍での EGFR 高発現が認められ、KRAS、NRAS、BRAF はすべて野生型であった。

**【結論】** 今回検討した3例に関してはセツキシマブが有効である可能性が高い。今後、術後症例や再発・転移症例に対する放射線療法もしくは化学療法に、セツキシマブを併用することが選択肢の一つとなり得る。

**23**

## 眼窩原発間葉型軟骨肉腫 5例の臨床的検討

○笠井 健一郎(かさい けんいちろう)<sup>1)</sup>、嘉島 信忠<sup>1)</sup>、  
稻永 親憲<sup>2)</sup>、新井 義文<sup>2)3)</sup>、大月 寛郎<sup>3)</sup>

- 1)聖隸浜松病院 眼形成眼窩外科、
- 2)聖隸浜松病院 脳神経外科、
- 3)聖隸浜松病院 病理診断科

**【背景】**眼窩原発間葉型軟骨肉腫はまれな悪性腫瘍である。

**【目的】**眼窩原発間葉型軟骨肉腫の臨床像と治療経過を調査する。

**【方法】**過去に当科で診療した眼窩原発間葉型軟骨肉腫5例を対象に、自覚症状および眼科検査所見、画像検査所見、病理組織学的所見、治療経過についてレトロスペクティブに検討した。

**【結果】**平均年齢は23歳で、性別は男性2例、女性3例であった。

自覚症状および眼科検査所見としては、変視および眼球運動障害による複視、眼球突出、マリオット盲点の拡大、視神経乳頭腫脹、網膜皺襞がみられた。

画像所見としては、腫瘍は筋円錐内に存在し、CTで腫瘍内に一部石灰化が描出された。

病理組織学的所見としては、いずれの症例も腫瘍は類円形から紡錘形の細胞の密な増生がみられ、一部には硝子化、軟骨化、骨化を認め、線維性結合織による被膜を有していた。免疫化学染色では、Vimentin、MIC2が陽性であった。FISH法でHEY1-NCOA2の融合遺伝子が証明された。

治療としては、3例に骨切り併用眼窩腫瘍全摘出術が施行されたが、そのうち1例では術後化学療法が施行された。また、2例に眼窩内容除去術が施行されたが、1例は術後化学療法が施行され、もう1例は局所再発を生じ、頭蓋内浸潤をきたして死亡した。

**【結論】**経過観察期間が短いため、治療法についての評価はできない。

今後も多施設で症例数を蓄積し長期的な予後調査を継続して、将来的に治療法が確立されることを期待する。

24

## 特発性硬化性眼窩炎症と診断した4例

○今川 幸宏(いまがわ ゆきひろ)<sup>1)</sup>、市橋 卓<sup>1)</sup>、  
守屋 豪志<sup>1)</sup>、越智 亮介<sup>1)</sup>、佐藤 文平<sup>1)</sup>、  
池田 恒彦<sup>2)</sup>

1)大阪回生病院、2)大阪医大

**【緒言】**特発性硬化性眼窩炎症(Idiopathic sclerosing orbital inflammation: 以下 ISOI)は比較的稀な疾患とされており、適切な治療法についてはよく分かっていない。今回我々は臨床経過と病理所見から ISOI と診断した4症例を経験したので報告する。

### 【症例】

**症例1:** 76歳男性。主訴は6ヶ月前から自覚し始めた左眼部腫脹と複視。画像検査で左下直筋の腫大と眼窩下方に下直筋を頭側へ圧排する腫瘍を認めた。

**症例2:** 15歳男性。主訴は3か月前から自覚し始めた右上眼瞼腫脹と同部位の硬いしこり。画像検査で右側の涙腺腫脹を認めた。

**症例3:** 64歳男性。主訴は6ヶ月前から自覚し始めた複視と左側の眼瞼下垂。画像検査で左眼四直筋すべてに腫大を認めた。

**症例4:** 43歳女性。主訴は1か月前から自覚し始めた右眼部腫脹と眼窩部痛。画像検査で右涙腺部を中心とした周囲への浸潤影を認めた。

症例1, 3, 4 はステロイド全身投与を行うも効果不十分であり、放射線照射を追加した。放射線照射後病状は安定したが、すべての症例で重度の視機能障害が残存した。症例2はステロイド全身投与のみで病状は速やかに改善した。

**【考察】**線維化が進んだ ISOI は重篤な視機能障害を残すため、早期から積極的な治療法を選択する必要があると推察された。

25

## 眼窩サルコイドーシスの1例

○藤代 貴志(ふじしろ たかし)<sup>1)</sup>、小島 孜允<sup>2)</sup>

1)さいたま赤十字、2)小島眼科医院

**【緒言】**眼窩サルコイドーシスは、眼窩腫瘍の中での発生頻度は1%以下と比較的まれな疾患である。今回我々は軽度ぶどう膜炎を伴った眼窩サルコイドーシスの1例を経験したので報告する。

**【症例】**56歳女性で、2015年4月上旬頃からの左上眼瞼腫脹がみられ、上転障害も出現したため、当院へ4月30日に紹介受診となった。初診時には、右上眼瞼に腫瘍が触知され、可動性は良好であった。視力は正常で、両眼の前眼部に軽度の炎症が見られたが、眼内には炎症所見は、みられなかった。隅角に異常は見られなかった。ステロイドの点眼にて、炎症が消退した。

磁気共鳴画像検査(MRI)では、左上眼瞼に2センチ程度の軟部腫瘍があった。胸部X線検査にて肺門リンパ節の腫脹がみられたため、呼吸器内科へ紹介し精査したところ、サルコイドーシス疑いとなり、経過観察となった。

その後、左上眼瞼腫脹の増悪がみられたため、7月28日に手術にて全摘出した。術後の病理検査からサルコイドーシスの病理像と矛盾しないという結果が得られた。以上から、眼窩サルコイドーシスと診断した。術後現在までは、病変の再発はない。

**【考察】**眼窩サルコイドーシスの特徴として、ぶどう膜炎の合併が少ない、肺病変の発現が高くない、急激な増大を示す傾向がある、肺門部のリンパ節腫脹がみされることなどが報告されている。本例は軽度ぶどう膜炎を伴っていたが、過去の報告にほぼ一致した所見を示した。

26

## 急速に増大し、腫瘍生検後に急速に縮小した眼窩腫瘍の1例

○山中 行人<sup>1)</sup>、渡辺 彰英<sup>1)</sup>、外園 千恵<sup>1)</sup>、木下 茂<sup>2)</sup>

1)京都府医大、2)京都府医大 感覚器未来医療学

**【目的】**急速に増大し眼球突出、兎眼による角膜上皮障害をきたし、生検後に急速に縮小した眼窩腫瘍の1例を経験したので報告する。

**【症例】**血管繊維腫の既往のある67歳男性。3日前から急速に左眼の眼球突出が進行し、平成27年5月26日当院紹介受診。左眼は結膜浮腫が強く閉瞼不能であり、強い角膜上皮障害、眼球運動障害および視力低下を認めた。CTでは左眼窩後方に眼窩上壁に沿って眼窩側に凸の骨膜下膿瘍または血腫を疑う腫瘍、前上方に境界不明瞭な腫瘍を認め、同日左眼窩腫瘍生検を施行した。病理組織検査では、脂肪組織を多く認め、その中に比較的太い血管が存在しており、出血壊死および膿瘍形成を認めた。また血管のない部位では炎症細胞浸潤が目立ち、二次性変化の可能性も疑われた。6月9日の再診時、初診時にはできなかった閉瞼が可能となっており、腫瘍の急速な縮小が示唆された。6月23日に撮影したMRIでは左眼窩内に明らかな腫瘍性病変を認めず、腫瘍が生検後に縮小、消失していた。

**【考察】**完全切除が困難であった出血性リンパ管腫の症例において、経過観察中の3年後に腫瘍が消失したという報告があるが1か月という短期間に腫瘍が消失した報告はない。また今回生検後に排膿などではなく、前上方の腫瘍が自然消退した機序は不明な点が多い。今回の症例によって、生検により腫瘍の自然消退をきたすことがあり、生検を兼ねた切除術が腫瘍の種類によっては有効であることが示唆された。

27

## IgG4関連眼疾患の臨床病理学的検討

○水門 由佳<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、石嶋 漢<sup>1)</sup>、岡田 宏美<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1)北海道大、2)北海道大 病理診断科

**【目的】**病理組織学的に検索可能なIgG4関連眼疾患の臨床的特徴を明らかにする。

**【方法】**涙腺生検を行い、病理組織学的に診断可能なIgG4関連眼疾患の22例について、診療録を元に治療経過を後ろ向きに検討した。

**【結果】**画像上涙腺肥大がみられ、血清IgG4値の上昇、病理組織学的に有意なIgG4陽性形質細胞浸潤を認めたIgG4関連眼疾患確定群は17例30側、組織学的には陰性だが、眼窩腫瘍、血清IgG4値の上昇を来たした疑い群は5例9側であった。治療内容はプレドニゾロン30mgまたは40mgの内服を開始し漸減した症例が15例26側、ステロイドパルス療法を施行した症例が1例2側、ステロイド薬局所治療が2例4側、無治療が1例2側、治療内容が不明の症例が2例3側であった。ステロイド薬の全身投与に対し全例で腫瘍が縮小傾向を示した。漸減中に再燃した症例は5例8側、ステロイド薬投与開始後再燃がない症例は11例20側であった。ステロイド薬局所投与を施行した2例では、再燃はなかった。無治療の1例は自然消退した。治療開始前のIgG4の値が500mg/dl以上の症例はステロイド薬治療後、再燃はなかった。確定群および疑い群では、治療経過に有意な相違はなかった。

**【結論】**IgG4関連眼疾患はステロイド薬に良好な反応を示すが、漸減すると再燃する症例が混在している。ステロイド薬治療前の血清IgG4値が、再発を予測する因子の一つである可能性がある。

28

## ANCA-associated vasculitis 治療中眼瞼結膜に IgG4 陽性形質細胞を伴う腫瘍を生じた2例

○大口 泰治(おおぐち やすはる)、古田 実、

石龍 鉄樹

福島県医大

【諸言】 IgG4関連疾患は血中 IgG4濃度上昇と全身臓器に IgG4陽性形質細胞を認める疾患で、この特徴は癌やアレルギー・自己免疫性疾患、感染症でも見られることがある。その中でも全身性血管炎を引き起こす ANCA-associated vasculitis (AAV) では同様の特徴を示す症例が見られ AAV と IgG4関連疾患の類似性が指摘されている。AAV 治療中に眼瞼結膜腫瘍から IgG4陽性形質細胞を認めた2例を経験したので報告する。

【症例】 症例1は65歳男性。気管支喘息、好酸球增多と皮膚生検で eosinophilic granulomatosis with polyangitis と診断した。症例2は45歳女性。壞死性強膜炎、聴力低下と鼻腔生検で granulomatosis with polyangitis と診断した。2例ともほぼ無症候性眼瞼結膜腫瘍を認め、生検では AAV の組織像と異なり肉芽腫はなく、形質細胞浸潤が著明で IgG4/IgG 比(基準値 > 40%) は各 50%, 52.5% で、血中 IgG4 値(基準値 > 135 mg/dl) は各 158 mg/dl, 126 mg/dl であった。

【考察】 AAV と IgG4関連眼疾患の合併と考えられる症例を経験した。球結膜・眼瞼結膜粘膜固有層は粘膜関連リンパ様組織 (MALT) を形成しリンパ増殖性疾患の好発部位であるが、IgG4関連眼疾患では眼瞼結膜のみに腫瘍を生じることは少ない。今回の2症例において眼瞼結膜腫瘍が認められたことは合併症例の特徴である可能性が示唆された。AAV 経過中に眼科診察をする機会があれば、瞼結膜の所見も確認する必要がある。好発部位に関してはさらに検討する余地がある。

29

**脂腺癌の非接触型  
マイボグラフィー所見と  
組織所見の関連**

○高木 健一(たかき けんいち)、吉川 洋、  
田邊 美香、有田 量一、藤川 佳奈子、  
大島 裕司、石橋 達朗  
九州大

**【目的】**脂腺癌はマイボグラフィーで高反射を示すことが多いが組織所見の関連は明らかとなっていな。今回我々は脂腺癌の反射強度と組織所見の関連を検討した。

**【対象と方法】**対象は2012年10月からの2年間に九州大学でマイボグラフィーを撮影した脂腺癌10例。画像をパソコンに取り込み8ビット256階調の明るさを測定し、正常マイボーム腺間隙の反射強度を0、正常マイボーム腺を100とした病変部の相対的反射強度をmeibography index (MGI)として算出した。腫瘍全体の組織を観察し平均的な脂肪滴量を呈している部位を選択し、脂肪滴の平均直径、脂肪滴の占める面積(%)、単位面積あたりの脂肪滴の数(個数)を算出した。また、腫瘍と結膜表面の最短距離(腫瘍深度)を測定し、これらとMGIとの関連を調べた。

**【結果】**脂肪滴の平均直径は2.03~4.33(平均2.76) $\mu\text{m}$ 、面積は3.12~35.3(平均15.9)%、個数は11~105(平均50.7)個、腫瘍深度は0~913(平均144) $\mu\text{m}$ であった。MGIとの相関係数は平均直径0.36、面積0.86、個数0.55、腫瘍深度-0.32であった。MGIは脂肪滴の面積と最も強い正の相関が見られた。腫瘍深度が0 $\mu\text{m}$ の3例は全てMGI300以上であった。

**【結論】**脂腺癌のマイボグラフィー所見は、組織中の脂肪滴と関連している可能性がある

30

**当院における眼瞼脂腺癌の経過**

○中井 駿一郎(なかい しゅんいちろう)、田上 瑞記、  
安積 淳  
神戸海星病院

**【目的】**当院における眼瞼脂腺癌の経過を検討する。

**【方法】**2007年4月から2014年10月までに神戸海星病院を初回受診し、病理検査が行われ眼瞼脂腺癌と診断された患者の性別、初診時年齢、平均観察期間、転帰について検討した。

**【結果】**対象は27例(男性6例 女性21例)であり、初診時平均年齢は74歳、初診からの平均観察期間は30か月であった。現時点での最終転帰は、生存15例、不明9例、死亡3例(現病死1例 他因死2例)であった。尚、高齢者や遠隔地居住者も多く、長期経過観察に関しては脱落例を多く認めた。

**【結論】**1施設での長期経過観察に関しては限界があり、多施設の広い症例共有が必要と考えられた。

31

## 眼瞼悪性腫瘍切除後再建術式の検討

○渡辺 彰英(わたなべ あきひで)<sup>1)</sup>、 山中 行人<sup>1)</sup>、  
上田 幸典<sup>2)</sup>、 木村 直子<sup>3)</sup>、 荒木 美治<sup>4)</sup>、  
外園 千恵<sup>1)</sup>、 木下 茂<sup>5)</sup>

1) 京都府医大、2) 藤枝市立病院、  
3) 大津市民病院、4) 愛生会山科病院、  
5) 京都府医大 感覚器未来医療学

**【目的】** 眼瞼悪性腫瘍症例における再建術式について検討すること。

**【対象と方法】** 2009年2月から2015年3月までの約6年間に、京都府立医大眼科にて眼瞼悪性腫瘍切除再建術を施行した57例。眼瞼悪性腫瘍の種類と部位および再建方法について検討した。

**【結果】** 眼瞼悪性腫瘍の内訳は、脂腺癌35例、基底細胞癌15例、扁平上皮癌5例、メルケル細胞癌、悪性黒色腫各1例であった。再建術式は、Tenzel flap 24例、遊離瞼板移植8例、硬口蓋粘膜移植7例、Hughes flap 6例、Switch flap 4例、皮弁5例、exposure 3例であった。Tenzel flap はあらゆる腫瘍で最も頻度の高い再建術式であった。

**【結論】** Tenzel flap は、眼瞼悪性腫瘍切除後の再建術式として最も低侵襲で簡便な方法であり、眼瞼の半分までの欠損であれば第一選択として有用な術式であると考えられた。

32

## 眼瞼のケラトアカントーマの5例

○小幡 博人(おばた ひろと)

自治医大

**【緒言】** ケラトアカントーマは良性腫瘍とされるが、扁平上皮癌(有棘細胞癌)との鑑別が重要である。偽癌と言われることもあり、本質は未だに不明である。急速に増大し、自然消退もあるとされる。眼瞼のケラトアカントーマは比較的稀で、報告も少ない。今回、眼瞼のケラトアカントーマの5例について臨床的および病理組織学的特徴について報告する。

### 【症例】

**症例1**：63歳女性。右上眼内側に黒色の角化した半球状腫瘍がみられ、脂漏性角化症を疑った。

**症例2**：57歳女性。1ヶ月前から左下眼瞼に腫瘍ができるという。球状の腫瘍で角化傾向があり脂漏性角化症を疑った。

**症例3**：84歳男性。2週間前から急速に増大したという。左上眼瞼内側に半球状で中央に陥凹と角化物を伴う腫瘍を認め、ケラトアカントーマを疑った。

**症例4**：43歳男性。1ヶ月前から急速に増大したという。境界明瞭は半球状腫瘍で、尖端に黒い病変を認め、ケラトアカントーマを疑った。

**症例5**：65歳女性。1年ほど前から左下眼瞼内側に腫瘍が出現した。白色ろう様の外観で脂腺癌を疑った。

5例とも病理診断は、ケラトアカントーマであった。

**【結論】** 典型的なケラトアカントーマの臨床像は、噴火口型の半球状(ドーム状)結節を呈し、病理組織像は、ブランデーグラス状に有棘細胞が増殖し、中に著明な角質増生を含む。しかし、非典型的な症例もあり、臨床像と病理組織像の再考が必要である。

33

### 肉芽腫性炎症を伴った 眼瞼扁平上皮癌の一例

○川向 友子(かわむかいともこ)、加瀬 諭、石嶋 漢、  
石田 晋  
北海道大

**【緒言】**扁平上皮癌に肉芽腫性炎症を伴うことは極めて稀である。今回、我々は肉芽腫性炎症を伴った眼瞼扁平上皮癌の一例を報告する。

**【症例】**67歳、男性。先天性緑内障で両眼失明しており、右眼は無眼球、左眼は眼球瘻であった。数週間の経過で増大する右上眼瞼の腫瘍を自覚した。右上眼瞼に大型腫瘍がみられたため、精査加療目的で近医より当院へ紹介となった。

当科受診時、右上眼瞼粘膜皮膚移行部付近より発生する、表面が角化した有茎性腫瘍を認めた。術前に施行したガドリニウム造影MRIでは腫瘍本体に加え外直筋にも造影増強効果を伴う高信号域を認め、広範囲の腫瘍の浸潤が疑われた。生検にて扁平上皮癌の診断であった。局所麻酔下に右上眼瞼全摘出術と皮膚伸展皮弁による再建を行った。術中、眼窩内へ進展する腫瘍性病変はみられなかった。摘出された腫瘍は35mm×35mmであった。病理組織学的診断は高分化型扁平上皮癌であり、深部の眼輪筋への浸潤と静脈脈管浸潤が認められた。癌細胞の深部断端にはリンパ濾胞が形成され、組織球、多核巨細胞の浸潤を伴う肉芽腫性炎症がみられた。

今まで腫瘍の再発および遠隔転移はみられていない。

**【結論】**眼窩内へ及ぶ肉芽腫性炎症を伴った上眼瞼扁平上皮癌の1例を経験した。MRIにおける炎症に伴う造影増強効果が、術前の腫瘍の進展を評価する際に影響を及ぼす可能性がある。

34

### 眼内浸潤を認め 眼窩内容除去術を施行した 結膜扁平上皮癌の1例

○相原 由季子(あいはら ゆきこ)、鈴木 茂伸  
国立がんセンター

**【緒言】**扁平上皮癌はしばしば見られる疾患であり、深部浸潤がなければ眼球温存の可能な例が多い。今回我々は、視力低下などの自覚症状があったにも関わらず2年以上放置され、初診時既に眼内浸潤を認めた結膜扁平上皮癌の1例を経験したので報告する。

**【症例】**51歳男性。2012年春頃から右眼の違和感を自覚、同年9月から右眼視力低下を自覚していたが放置していた。2014年2月上旬、前医初診。右眼矯正視力は0.06であり、右眼下方円蓋部を主座とする腫瘍を認め、前房内浸潤を伴っていた。CT上も前房内浸潤を認める腫瘍が描出された。同年2月下旬、当科初診。結膜腫瘍生検術施行し、病理診断は squamous cell carcinoma, basaloid type (以下、SCC) であった。PET-CTでは同部位に集積を認め、全身他部位への異常集積はなかった。眼球の温存は困難と判断し、アルコール多飲による著明な肝機能異常がありその改善を図ってから、同年5月、右眼窩内容除去及び全層植皮術施行した。病理診断は SCC であり、皮膚軟部組織断端陰性であった。以後定期的な経過観察を行っているが、創部状態は良好であり、術後1年の時点で再発や遠隔転移なく経過している。

**【考察】**結膜扁平上皮癌は眼表面に出現する腫瘍であり、患者自身が気づき受診する場合が多く、眼球温存の可能な場合が多い。しかしながら本症例のような進行症例では眼球温存が困難であり、早期の発見及び治療が望まれる。

35

### 義眼床から発生した 若年者眼窩扁平上皮癌の1例

○小松 功生士(こまつ こうじ)<sup>1)</sup>、張 綾芝<sup>1)</sup>、  
岡本 俊紀<sup>1)</sup>、石田 勝大<sup>2)</sup>、長岡 真人<sup>3)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>1)</sup>

1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 形成外科、  
3)東京慈恵医大 耳鼻咽喉科

**【緒言】** 義眼床から発生する扁平上皮癌は報告があるものの稀である。また、これらの報告では皆50-60歳代である。今回、若年者の義眼床から発生した眼窩扁平上皮癌の症例を経験したので臨床像、画像所見、病理所見、経過を呈示する。

**【症例】** 35歳男性。右眼先天性小眼球にて眼球摘出術施行され幼少時より義眼を装用していた。2013年11月より右眼瞼の疼痛および眼脂を認め、2014年に入り眼窩部腫脹により義眼挿入困難となった。前医にて同部位の排膿が顕著であることから抗菌薬局所・全身投与およびドレナージ施行したが、下眼瞼結膜に褐色調の変化を認めたため、精査加療目的に当科紹介受診となった。初診時、右上下眼瞼の硬性腫脹を認め、圧痛なく、眼窩内に血管に富む乳頭増殖病巣および白色滲出物を多数認めた。MRIにて、T1WI、T2WIで不均一な等信号、DWIで高信号の眼窩内を占拠する分葉状腫瘍を認めた。悪性腫瘍の疑いにて生検術を施行し、扁平上皮癌の診断となり、眼窩内容除去術、腹直筋皮弁再建術を施行した。眼窩先端部は陰性であったが、眼窩下壁と鼻涙管断端は陽性で、放射線療法(56Gy)+化学療法(cisplatin)が術後に施行された。その後、頬部皮膚に浸潤および耳下リンパ節転移を認め、顔面、頸部の廓清に至った。

**【考察・結論】** 若年者の義眼床から発生した眼窩扁平上皮癌の非常に稀な症例を経験したので、過去の同様な報告の文献的考察も加え、報告した。

36

### 結膜扁平上皮癌における ヒト乳頭腫ウイルスの型と 検出率

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

**【背景】** 結膜上皮性腫瘍の発生にはヒト乳頭腫ウイルス(HPV)が関与することが知られているが陽性率は報告によって異なり、まとまった症例数の国内報告がない。我々は第31回眼腫瘍学会で日本人の結膜乳頭腫の約90%でローリスク群 HPV(HPV6,11)が陽性であることを報告した。今回、扁平上皮癌(SCC)において同様の検討を行った。

**【方法】** 対象は2005年から2015年の間に九州大学を受診、切除組織から HPV が解析可能であった SCC 10例。パラフィンブロックから DNA を抽出し PCR で HPV を検出、制限酵素消化パターンで型判定を行った。

**【結果】** SCC 10例中 3例(33%)でハイリスク群の HPV16 が検出された。HPV16 陽性の SCC はいずれも病変に円蓋部を含んでいたが、HPV 陰性の SCC はいずれも輪部の病変であった。

**【結論】** 日本人 SCC の 33% で HPV16 が検出された。円蓋部 SCC は HPV の関与が大きく、輪部 SCC では他の要因の関与もあると考えられた。また HPV の検出は偽上皮腫様過形成など良性病変との鑑別にも有用である可能性がある。

# ランチョンセミナー

10月3日~~土~~ 12:35～13:35

共催：参天製薬株式会社

共催：参天製薬株式会社

## 眼圧だけじゃありません！ 緑内障に関する種々のパラメーター

座長：谷戸 正樹  
松江赤十字病院 眼科部長



### 講演1

#### 知っていると得する 緑内障診療のポイント



中澤 徹

東北大学大学院 神経感覚器病態学講座 眼科学分野 教授

#### 略歴

- 平成7年 東北大学医学部卒業
- 平成14年 東北大学大学院医学系研究科外科学専攻  
眼科学分野卒業
- 平成15年 東北大学医学部附属病院 助手
- 平成15年 米国マサチューセッツ眼耳病院  
リサーチレジデント
- 平成18年 東北大学医学部附属病院 助手
- 平成19年 東北大学病院 講師
- 平成21年 東北大学大学院 視覚先端医療学寄付講座  
准教授
- 平成23年 東北大学大学院 神経感覚器病態学講座  
眼科学分野 教授

### 講演2

#### 緑内障における 網膜血管形態変化



高井 保幸

島根大学医学部眼科学講座 助教

#### 略歴

- 平成14年 島根医科大学医学部卒業
- 平成14年 島根医科大学医学部附属病院眼科医員
- 平成20年 島根大学医学部眼科学 助教

## 第33回日本眼腫瘍学会 プログラム・抄録集

---

会長：兒玉 達夫

事務局：島根大学医学部 眼科学講座  
〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1  
TEL：0853-20-2284 FAX：0853-20-2278

学会HP運営：株式会社 メッド  
〒1701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3  
TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345  
E-mail：jsoo-33@med-gakkai.org

会場運営：有限会社 アクティブ・プロ  
〒683-0851 鳥取県米子市夜見町1895-3  
TEL：0859-48-0700 FAX：0859-48-0600

出版： 株式会社セカンド  
〒862-0950 熊本中央区水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F  
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025