

The 35th Annual Meeting of Japanese Society of Ocular Oncology

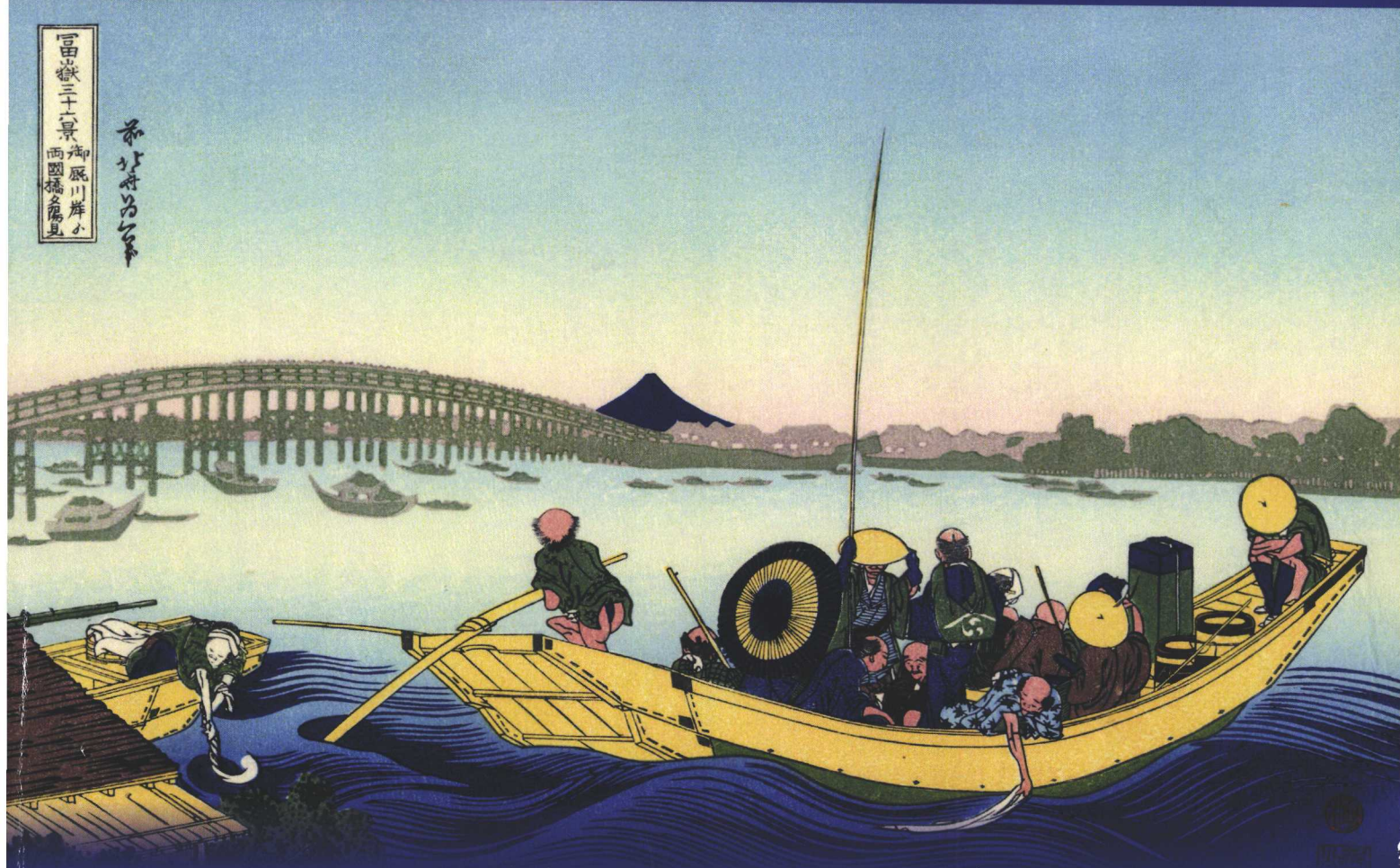


# 第35回 日本眼腫瘍学会

プログラム・抄録集

富嶽三十六景  
雨國橋を隔見

茶村竹園



会期

2017年

9月23日(土)・24日(日)

会場

両国KFCホール

(国際ファッションセンタービル・第一ホテル両国)

会長

溝田 淳

帝京大学医学部眼科学講座 主任教授

運営事務局

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学医学部眼科学講座内

TEL. 03-3694-1225 FAX. 03-3964-1402

E-mail: js0035@med.teikyo-u.ac.jp URL: <http://www.js0035.com>



The 35th Annual Meeting of  
Japanese Society of Ocular Oncology

# 第35回 日本眼腫瘍学会

プログラム・抄録集

会期 2017年9月23日(土)・24日(日)

会場 両国KFCホール  
(国際ファッションセンタービル・第一ホテル両国)

会長 溝田 淳  
帝京大学医学部眼科学講座 主任教授

## 第35回 日本眼腫瘍学会運営事務局

帝京大学医学部 眼科学講座

173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 帝京大学医学部眼科学講座内

TEL. 03-3694-1225 FAX. 03-3964-1402

E-mail : [jsoo35@med.teikyo-u.ac.jp](mailto:jsoo35@med.teikyo-u.ac.jp)

URL : <http://www.jsoo35.com>



## 第35回日本眼腫瘍学会 開催にあたり

会長 溝田 淳  
帝京大学医学部眼科学講座



このたび、第35回日本眼腫瘍学会を開催させて頂くことになりました。伝統ある学会の会長を務めさせていただきますことを会員の皆様に篤く感謝いたします。

臨床眼科学においては今世紀に入り大きな革新が進んでいます。診断学では微小形態検査の進歩、治療学では生物学的製剤による治療、マイクロサージェリーでは低侵襲手術の普及など、日常診療の現場でめざましい進歩が起きています。腫瘍というと眼科領域の中では比較的症例数も少ない領域ですが、眼科疾患の中でも数少ない生死にかかわる領域で、高齢化に従って今後ますます症例が増えていく領域と思われます。新しい知見や、治療法に関して情報交換や討論を行い、新たな治療法の開発や、ガイドラインの作成など、本学会を中心に現在行っていること、今後行わなければならないことは多数あるものと考えます。

今回の学会では上記の進歩に応じた眼腫瘍に関する新知見や近未来の眼科学の展望を意識し、参加して下さる会員の皆様が知識をより深め共有できる会を目指したいと思います。

特別講演には量子科学技術研究開発機構放射線医学総合研究所 辻比呂志先生をお招きし、悪性腫瘍に対する重粒子線治療に関してのご講演を賜ります。シンポジウムでは「IgG4関連眼疾患」について行う予定です。ご参加の皆様が眼腫瘍について一歩踏み込んで考え、翌日からの臨床診療と研究が楽しくなるような講演をいただけたと思います。

現在様々な学会や研究会が乱立しており、演題募集の締め切りの延長が様々な学会で見受けられますが、今回に関しましては、延長を行うこともなく主催者が予定した以上の演題を応募いただきまして、主催する側としてうれしい悲鳴をあげるような状態です。そのため討論時間を少々短くさせていただき、皆様方にはご迷惑をおかけすることとなってしまいました。

今回の開催は、東京の中でも両国という学会のあまり開催されない場所で行います。この地はもちろん相撲の中心である国技館が有名ですが、それ以外にも葛飾北斎が90年の生涯の大半をこの地で過ごしており、2016年11月22日には「すみだ北斎美術館」がオープンして多数の来館者でにぎわっているようです。今回のプログラム表紙は北斎の「富嶽三十六景」の中のひとつの「御厩河岸より両国橋夕陽見」を使っております。その場所自体も会場からすぐのところだと思われます。

今回の学会の開催日は両国で開催される大相撲の9月場所の14日目 15日目となり近辺も非常ににぎやかになっているものと思われます。その熱戦にも負けない意義のある学会になればと思っています。

# 会場アクセス図

## 両国駅からのご案内

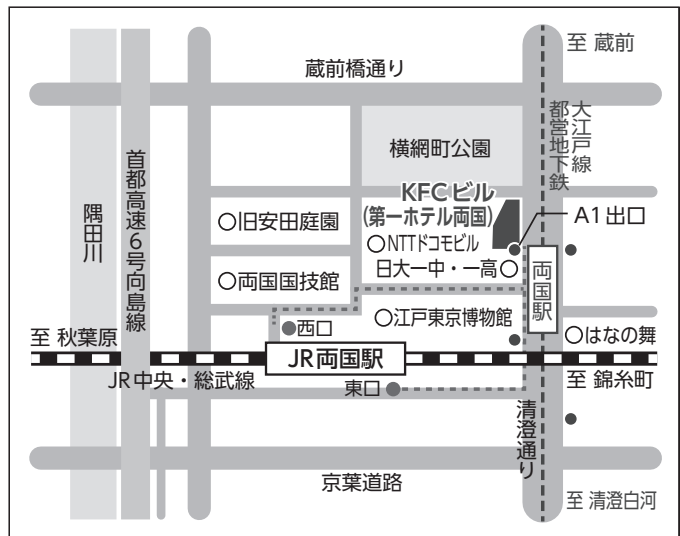
### 地下鉄

都営地下鉄大江戸線「両国駅」A1出入口より徒歩0分。

### JR

- JR中央・総武線「両国駅」東口より徒歩約6分。  
東口改札より線路沿いを千葉方面へ向かい、突き当たり大通りを左折しガードをくぐり、約200m先左手25階建てビル。
- JR中央・総武線「両国駅」西口より徒歩約7分。  
西口改札より両国国技館と江戸東京博物館の間の歩行者用通路に沿って、車止めのある十字路を右折。両国中学校と江戸東京博物館の間のレンガ道を進み大通りを左折し、約50m先左手25階建てビル。

## 両国KFCホール (KFCビル3F)

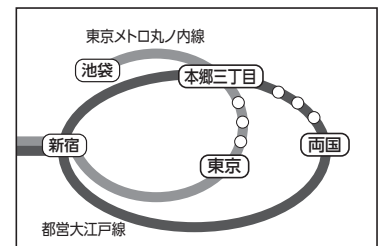


## 東京駅からのご案内

### 都営大江戸線乗換え

都営大江戸線両国駅出口直結の為、わかりやすく会場までお越し頂けます。  
(目安約25分)

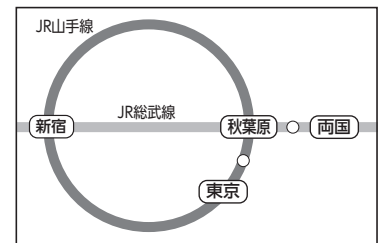
1. 東京メトロ丸ノ内線で東京駅から、本郷三丁目駅へ(4駅目)。
2. 地上にて都営大江戸線に乗り換えて両国駅へ(4駅目)。
3. 両国駅の改札口は1つ。A1出口より徒歩0分で到着です。



### JR総武線乗換え

JR両国駅から徒歩になりますが、地下鉄よりも少し早く会場までお越し頂けます。  
(目安約20分)。

1. JR山手線で東京駅から秋葉原駅へ(2駅目)。
2. JR総武線に乗り換えて両国駅へ(2駅目)。
3. 両国駅東口より徒歩約6分で到着です。(※西口からでもほぼ同じ距離です)



# 会場案内図



# 参加者へのご案内

**参加登録受付** 受付場所：国際ファッションセンタービル3F ホワイエ  
 受付時間：9月23日(土) 09:15 ~ 18:30  
 9月24日(日) 08:30 ~ 12:15

**当日参加登録料**

会 員	非 会 員	初期研修医・大学院生・ コメディカル※1	医学部学生※2
10,000円	13,000円	4,000円	1,000円
懇親会	3,000円		

※1 登録区分証明書をお持ち下さい。(HPよりダウンロードできます)

※2 学生証をお持ちください

抄録追加購入の場合 1,000円

**懇 親 会** 日 時 9月23日(土) 19:00 ~ 21:00  
 会 場 KFCホールアネックス(国際ファッションセンタービル3F)  
 会 費 3,000円(当日受付可)  
 ・当日受付の方はKFCホールホワイエ学会場の総合受付、または懇親会会場前にてお申し込みください。  
 ・講演会場のKFCホールホワイエ内クロークにお荷物を預けられた方は、お引き取りの上、懇親会場に移動してください。

**専門医制度単位受付**

日本眼科学会専門医制度登録証(カード)をご持参ください。

受付場所 KFCホール ホワイエ 総合受付

受付時間 9月23日(土) 9:15 ~ 18:00  
 9月24日(日) 8:00 ~ 12:00

**ク ロ ー ク** KFCホワイエ(国際ファッションセンタービル3F)にクロークを用意しますのでご利用ください。  
 受付場所 KFCホールホワイエ クローク受付  
 受付時間 9月23日(土) 9:30 ~ 19:00  
 9月24日(日) 8:30 ~ 13:15

**会場でのご注意** 会場内での録音、写真およびビデオ撮影はご遠慮ください。  
 また、携帯電話はマナーモードに切り替えるか、電源をお切りください。  
 会場内は、ペットボトルのみ持ち込み可。そのほかの飲食はホワイエでお願いいたします。  
 (セミナー開催時を除く)  
**質疑応答について**  
 質問がある場合、予め会場内の質問用マイクの近くでお待ちください。  
 質問は、簡潔にご発言ください。

**関 連 会 議** **日本眼腫瘍学会 理事会**  
 日 時 9月23日(土) 12:25 ~ 13:20  
 場 所 両国KFC Rooms(国際ファッションセンタービル10F) Room100  
**日本眼腫瘍学会 総会**  
 日 時 9月23日(土) 13:24 ~

**セ ミ ナ ー** ランチョンセミナーではお弁当をイブニングセミナーではスイーツをご用意いたします。  
 数に限りがございますので、あらかじめご了承ください。なお、整理券の配布はいたしません。

# 講演規定

## 【講演時間】

一般講演：1演題 発表6分+討論3分 計9分  
シンポジウムに関しては、進行を座長の先生に一任します。

## 【受付】

演者の方は、パソコン本体または発表データをご持参のうえ、セッション開始30分前までにPC受付にお越しください。

## 【受付時間】

9月23日(土) 9:15 ~ 17:30  
9月24日(日) 8:15 ~ 12:00

## 【進行】

- ・演者は、座長の指示のもと講演を行ってください。
- ・座長は、セッション開始15分前までに次座長席にお着きください。
- ・演者は、発表開始10分前までに次演者席にお着きください。

## デジタルプレゼンテーションに関するご案内

### 【データ (USBメモリー、CD-R) をお持込みになる場合 (Windowsのみ)】

- ・お持ち頂けるメディアはUSBメモリー、CD-Rのみです。MO、フロッピーディスクは使用できません。
- ・CD-Rの書き込みはハイブリッド (ISO9600) フォーマットをお使いください。
- ・持ち込まれるメディアには当日発表されるデータ以外はいれないようにしてください。
- ・会場に設置される機材のスペックは下記の通りです。
  - ・ Microsoft Power Point 2003, 2007, 2010, 2016
  - ・ ディスプレイ解像度：1024 × 768 ドット (XGA)
- ・ Macintoshで発表される場合は、必ずご自分のPCをご持参ください。
- ・ 保存時のデータファイル名は「演題番号 演者氏名.ppt」としてください。
- ・ データ作成後、必ずウィルスチェックと他のパソコンでの試写をしてください。
- ・ 使用フォントは、Windows 標準搭載のものをご使用ください。
  - 日本語の場合：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝など
  - 英語の場合：Century、Century Gothic、Times New Romanなど
- ・ 発表用データに他のデータ (動画等) をリンクさせている場合は、必ず元データも保存し、事前に他のパソコンでの動作確認を行ってください。
- ・ お預かりしたメディアは、受付後ご返却致しますが、念のため、発表時にご持参ください。発表は演台に設置されているマウスで操作してください。  
発表に使用したデータは学会終了後、事務局にて消去します。

### 【PCをお持込みになる場合 (Windows、Macintoshとも可能)】

- ・ コネクタの形状は、D-sub15ピン (通常のモニター端子) です。変換コネクタを必要とする場合は必ずACアダプターとともにご用意ください。
- ・ 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能が働かないように、設定をしてください。
- ・ 電源のオプションを「常にオン」もしくは「プレゼンテーション」にしてください。
- ・ スリープからの復帰時、起勤時のパスワードは解除しておいてください。
- ・ ご自分のPC本体と共に、バックアップ用のデータ (USBメモリー、CD-R) をお持ちください。PC受付にて試写終了後、発表者自身で発表会場のPC オペレータ席にPC本体をお持ちください。発表は演台に設置されているマウスを使用してください。発表終了後、各会場内のPCオペレーター席で返却します。



# 投稿規程

『日本眼腫瘍学会誌』の論文は「原著論文」および「依頼論文」に分類しています。これらについては以下の投稿規定に従って作成してください。掲載にあたっては査読意見に基づく改変を経て編集理事が採否を決定いたします。

掲載料はカラー印刷料金を含め、原則無料です。なお、『日本眼腫瘍学会誌』掲載のすべての論文の著作権は日本眼腫瘍学会に帰属します（著作権譲渡同意書参照）。

## 「原著論文」投稿規程

1. 他紙に発表されていない、または投稿中でない、臨床に関してあらたな知見を有する論文を受け付けます。純粋な基礎研究は対象外となります。
2. 世界医師会ヘルシンキ宣言に準拠し、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などを参考にしてください。また、多数症例を対象にした研究論文では施設内倫理審査委員会（IRB）の承認が必要です。
3. 原稿は原則としてデジタル媒体（本文はMS-Wordまたは同等のファイル、図表はJPEGとそのプリントアウトをつけて投稿してください。図については解像度360dpi以上のもので、非圧縮または印画紙での投稿をお願いします）。
4. 原稿は以下の区分ごとに、頁数をつけて作成してください。
  - 1) タイトルページ（題名〈日本語と英語〉、著者名〈原則6名以内〉、所属、校正ならびに別刷請求送付先）
  - 2) 要約（和文のみで可。英文をつけることも可能ですがその場合は著者の責任で作成、校正していただきます。編集理事で削除する場合もあります）  
・要約の最後にキーワード（日本語と英語）をつけてください。
  - 3) 本文（諸言、対象と方法〈症例提示〉、結果、考按〈考按ではどの点が新たな知見であるかをわかりやすく記載してください〉）
  - 4) 文献、5) 図の説明と図、6) 表、7) 著作権譲渡同意書

などが満たされていれば受け付けます。

論文の採否は編集理事で決定いたします。なお、査読者の意見により原稿に加筆、修正、削除などをお願いすることがありますので、あらかじめご了承下さい。

## 「依頼論文」投稿規程

「依頼論文」は原則として編集理事からの依頼原稿です。

論文内容は臨床医にとって有用な解説的内容が主体となりますが、引用文献、図、表の扱いは後述の記載事項に準拠していただきます。また、掲載に際しては編集理事から修正を求めることがあります。

## 文献、図、表の扱いについて

1. 文献
  - 1) 雑誌の場合：①著者名〈3名以内。それ以上は「他」「et al」とする〉、②論文タイトル、③雑誌名〈略記名（例：邦文誌は“日眼会誌”など、外国雑誌はMedline 準拠）〉、④巻数：頁〈初頁－終頁〉、⑤発行年〈西暦〉
  - 2) 単行本の場合：①著者名〈3名以内。それ以上は「他」「et al」とする〉、②書名、③編集者名（省略可）、④出版社名、発行地名、⑤頁〈初頁－終頁〉、⑥発行年〈西暦〉
2. 図の説明と図  
図は原則としてオリジナルのものとし、引用（自己のものを含めて）の場合は著者の責任で引用許可を得、かつ図に引用先を明記してください。
3. 表
  - 1) 表は原則としてオリジナルのものとしてください。
  - 2) 引用（自己のものを含めて）の場合は著者の責任で引用許可を得、かつ表に引用先を明記してください。
  - 3) 表の形式は場合により編集理事が修正する可能性があります。

## その他

1. 別冊は30部とPDFファイルを無料進呈します。
2. 著者校正は1回限りとします。その際、大幅な改変はご遠慮願います。
3. 原稿送付先・問い合わせ先  
原稿は下記までお送りください。なお、原則として原稿の返却はいたしません。  
〒329-0498  
栃木県下野市薬師寺3311-1  
自治医科大学眼科学講座  
日本眼腫瘍学会事務局  
TEL 0285-58-7382 / FAX 0285-44-8365  
E-mail:js00@jichi.ac.jp

# 日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別50音順 (平成29年8月31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
金子 明博
玉井 信
松尾 信彦
箕田 健生

役 職	氏 名	所 属
理事長	小幡 博人	埼玉医科大学総合医療センター
理 事	安積 淳	神戸海星病院
理 事	江口 功一	江口眼科医院／新潟大学
理 事 (監 事)	大島 浩一	国立病院機構岡山医療センター
理 事	嘉島 信忠	聖隷浜松病院
理 事 (監 事)	兒玉 達夫	島根大学
理 事	後藤 浩	東京医科大学
理 事	敷島 敬悟	東京慈恵会医科大学
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 暢紹	須崎くろしお病院／高知大学
理 事	溝田 淳	帝京大学
理 事 (学術・広報)	古田 実	福島県立医科大学
理 事	吉川 洋	宗像眼科クリニック／九州大学
顧 問	中村 泰久	愛知医科大学
顧 問	八子 恵子	北福島医療センター
顧 問	小島 孚允	小島眼科医院／さいたま赤十字病院



# 学会の歴史

回	会 期	会 場	会 長
第1回	1983年 (S58) 6月10日	富山医科薬科大学病院	中村 泰久 富山医科薬科大学
第2回	1984年 (S59) 10月20日	京大会館	雨宮 次生 京都大学
第3回	1985年 (S60) 9月7日	九大同窓会館	猪俣 孟 九州大学
第4回	1986年 (S61) 8月16日	順大有山記念講堂	沖坂 重邦 防衛医科大学
第5回	1987年 (S62) 9月20日	福島グリーンパレス	加藤桂一郎 福島県立医科大学
第6回	1988年 (S63) 9月4日	国際研究交流会館	金子 明博 国立がんセンター
第7回	1989年 (H1) 11月18日	岡大医学部図書館	松尾 信彦 岡山大学
第8回	1990年 (H2) 7月27日	仙台市民会館	玉井 信 東北大学
第9回	1991年 (H3) 8月2日	北大学術交流会館	松田 英彦 北海道大学
第10回	1992年 (H4) 6月20日	幕張メッセ国際会議場	箕田 健生 帝京大学市原
第11回	1993年 (H5) 10月6日	長崎大学医学部記念講堂	雨宮 次生 長崎大学
第12回	1994年 (H6) 9月26日	九大同窓会館	猪俣 孟 九州大学
第13回	1995年 (H7) 8月10日～ 11日	高知県教育会館	上野 脩幸 高知医科大学
第14回	1996年 (H8) 10月5日	興和ビル大ホール	沖坂 重邦 防衛医科大学
第15回	1997年 (H9) 10月25日	裏磐梯猫魔ホテル	加藤桂一郎 福島県立医科大学
第16回	1998年 (H10) 9月5日	国際研究交流会館	金子 明博 国立がんセンター
第17回	1999年 (H11) 9月25日	大宮ソニックシティホール	小島 孚允 大宮赤十字病院
第18回	2000年 (H12) 6月23日	仙台市民会館	玉井 信 東北大学
第19回	2001年 (H13) 9月1日～ 2日	ホテルコンコルド浜松	中村 泰久 聖隷浜松病院
第20回	2002年 (H14) 9月14日	和歌山県立医科大学病院	大西 克尚 和歌山県立医科大学
第21回	2003年 (H15) 10月9日	岡山コンベンションセンター	大島 浩一 岡山医療センター
第22回	2004年 (H16) 7月17日	高知市文化プラザ	上野 脩幸 高知大学
第23回	2005年 (H17) 6月25日	新潟県医師会館大講堂	江口 功一 新潟大学
第24回	2006年 (H18) 7月28日	札幌医科大学記念ホール	大塚 賢二 札幌医科大学
第25回	2007年 (H19) 9月29日	大阪赤十字病院 4F講堂	柏井 聡 大阪赤十字病院
第26回	2008年 (H20) 11月22日	東京医科大学 6階臨床講堂	後藤 浩 東京医科大学
第27回	2009年 (H21) 6月20日	山形大学医学部同窓会館	高村 浩 山形大学
第28回	2010年 (H22) 9月25日	アクトシティ浜松コングレスセンター	嘉島 信忠 聖隷浜松病院
第29回	2011年 (H23) 6月25日～ 26日	コラッセふくしま	古田 実 福島県立医科大学
第30回	2012年 (H24) 6月30日～ 7月1日	栃木県総合文化センター	小幡 博人 自治医科大学
第31回	2013年 (H25) 9月14日～ 15日	高知市総合あんしんセンター	林 暢紹 須崎くろしお病院 高知大学
第32回	2014年 (H26) 7月11日～ 12日	静岡県浜松市プレスタワー 静岡新聞ホール	辻 英貴 がん研有明病院
第33回	2015年 (H27) 10月3日～ 4日	くにびきメッセ	兒玉 達夫 島根大学
第34回	2016年 (H28) 10月1日～ 2日	シマブンビル	安積 淳 神戸海星病院
第35回	2017年 (H29) 9月23日～ 24日	両国KFCホール	溝田 淳 帝京大学

# 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。  
最終改変日：平成26年7月11日。



# 日程表

1日目 9月23日 土

9:00	9:55~10:00	開会式
10:00	10:00~10:45	一般講演(1) 眼内腫瘍 I 座長：後藤 浩 (東京医科大学) 古田 実 (福島県立医科大学)
11:00	10:45~11:48	一般講演(2) 眼窩腫瘍 I 座長：敷島 敬悟 (東京慈恵医科大学) 安積 淳 (神戸海星病院)
12:00	11:48~12:24	一般講演(3) 腫瘍統計 座長：江口 功一 (江口眼科医院／新潟大学) 鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院)
13:00	12:30~13:20	ランチョンセミナー 共催：アルコンファーマ株式会社
	12:25~13:20	理事会 10F Room100
	13:24~13:30	総会 担当：小幡 博人 (埼玉医科大学総合医療センター)
	13:30~13:50	報告会 眼腫瘍の現状と研究体制、続編 鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院)
14:00	13:50~14:44	一般講演(4) IgG4関連 座長：大島 浩一 (岡山医療センター) 兒玉 達夫 (島根大学)
15:00	14:44~16:05	シンポジウム IgG4関連眼疾患のアップデート 担当：高比良 雅之 (金沢大学) 安積 淳 (神戸海星病院)
16:00	16:05~16:55	イブニングセミナー 共催：参天製薬株式会社
17:00	16:55~17:49	一般講演(5) 眼瞼腫瘍 座長：吉川 洋 (宗像眼科クリニック／九州大学) 小幡 博人 (埼玉医科大学総合医療センター)
18:00	17:49~18:40	特別講演 重粒子線治療 演者：辻 比呂志 (放射線医学総合研究所) 座長：溝田 淳 (帝京大学)
19:00	19:00~	懇親会 KFC Hall Annex

2日目 9月24日 日

9:00	9:00~9:54	一般講演(6) 結膜腫瘍 座長：高村 浩 (公立置賜総合病院／山形大学) 林 暢紹 (須崎くろしお病院／高知大学)
10:00	9:54~10:30	一般講演(7) 眼内腫瘍 II 座長：高橋 寛治 (関西医科大学) 高比良 雅之 (金沢大学)
	10:30~10:45	休憩
11:00	10:45~11:45	招待講演 Small Incision Approaches to the Orbit Prof. Goldberg (UCLA) 座長：後藤 浩 (東京医科大学)
12:00	11:45~12:48	一般講演(8) 眼窩腫瘍 II 座長：嘉島 信忠 (聖隷浜松病院) 辻 英貴 (がん研究会有明病院)
13:00	12:48~12:55	閉会式、次期会長挨拶 担当：溝田 淳 (帝京大学)、高比良 雅之 (金沢大学)

# プログラム

第1日目 9月23日(土)

開会式 9:55～10:00

---

一般講演(1) 10:00～10:45

---

## 眼内腫瘍 I

座長：後藤 浩(東京医科大学)  
古田 実(福島県立医科大学)

### 1-1 左眼悪性黒色腫に対し、重粒子線治療行っても、10年後に再発し、眼球摘出に至った一例

○北川 達士(キタガワ タツシ)<sup>1)</sup>、浜野 茂樹<sup>1)</sup>、金子 博行<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、菊地 良直<sup>2)</sup>、  
大田 泰徳<sup>2)</sup>、牧島 弘和<sup>3)</sup>、辻 比呂志<sup>3)</sup>

1) 帝京大、2) 帝京大 病理学講座、3) 放射線医学総合研究所病院

### 1-2 未治療のまま長期経過観察された脈絡膜悪性黒色腫の2例

○馬場 良(ババリョウ)、馬詰 和比古、後藤 浩  
東京医大

### 1-3 発生と成長の過程をとらえた脈絡膜色素腫瘤性病変の1例

○藤井 裕也(フジユウヤ)<sup>1)</sup>、高木 健一<sup>1)</sup>、吉川 洋<sup>1) 2)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、園田 康平<sup>1)</sup>  
1) 九州大、2) 宗像眼科クリニック

### 1-4 ニボルマブ投与中に転移性虹彩毛様体悪性黒色腫を認めた1例

○盛 秀嗣(モリ ヒデツグ)<sup>1)</sup>、爲政 大幾<sup>2)</sup>、高橋 寛二<sup>1)</sup>  
1) 関西医大、2) 国立病院機構大阪医療センター 皮膚科

### 1-5 眼部悪性黒色腫の転移に対しニボルマブによる治療を行った7例の検討

○山名 佳奈子(ヤマナ カナコ)<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>、  
大西 陽子<sup>1)</sup>、園田 康平<sup>1)</sup>、中原 剛士<sup>2)</sup>、内 博史<sup>2)</sup>  
1) 九州大、2) 九州大 皮膚科

一般講演(2) 10:45～11:48

---

## 眼窩腫瘍 I

座長：敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学)  
安積 淳(神戸海星病院)

### 2-1 涙嚢原発腺癌の一例

○塩崎 直哉(シオザキ ナオヤ)<sup>1)</sup>、大湊 絢<sup>1)</sup>、尾山 徳秀<sup>1) 2)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、松山 洋<sup>4)</sup>、  
梅津 哉<sup>5)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1) 新潟大、2) 医療法人社団オクルス うおぬま眼科、3) 江口眼科医院、4) 新潟大 耳鼻咽喉・頭頸部外科、  
5) 新潟大学歯学総合病院 病理部

## 2-2 涙嚢周囲炎症型特発性眼窩炎症の2例 — 鑑別疾患を含めて

○大島 浩一(オオシマ コウイチ)<sup>1)</sup>、神農 陽子<sup>2)</sup>、永喜多 敬奈<sup>2)</sup>

1) 岡山医療センター、2) 岡山医療センター 臨床検査科

## 2-3 下直筋と連続していた顆粒細胞腫の1例

○伊東 良祐(イトウ リョウスケ)<sup>1)</sup>、吉田 正樹<sup>2)</sup>、萬 昂士<sup>3)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>

1) 東京慈恵医大、2) 東急病院、3) 東京慈恵医大 病院病理部

## 2-4 生検後に急速に縮小した慢性リンパ性白血病に伴う眼窩腫瘤の一例

○中村 仁紀(ナカムラ マサキ)<sup>1)</sup>、松田 弘道<sup>1) 2)</sup>、薄井 紀子<sup>3)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>

1) 東京慈恵医大、2) 東京慈恵医大第三病院、3) 東京慈恵医大第三病院 腫瘍・血液内科

## 2-5 松山赤十字病院眼科における眼窩血管性腫瘍の検討

○児玉 俊夫(コダマ トシオ)、岡 奈央子、大熊 真一、平松 友佳子、田原 壮一郎

松山赤十字病院

## 2-6 外眼筋内に生じた眼窩静脈瘤の2例

○上田 幸典(ウエダ コウスケ)、齋藤 智一、土居 亮博、松浦 祐介、嘉島 信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

## 2-7 眼科領域に発生した横紋筋肉腫の2症例

○山田 裕子(ヤマダ ヒロコ)、村井 佑輔、金井 友範、西村 殊寛、田上 瑞記、藤澤 一行、  
安積 淳

神戸海星病院

## 一般講演(3) 11:48 ~ 12:24

### 腫瘍統計

座長：江口 功一(江口眼科医院／新潟大学)

鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)

## 3-1 開業医における眼腫瘍手術の検討

○小島 孚允(コジマ タカヨシ)

小島眼科医院

## 3-2 静岡県立静岡がんセンター眼科における眼部悪性腫瘍242名の総括

○柏木 広哉(カシワギ ヒロヤ)<sup>1)</sup>、中川 雅裕<sup>2)</sup>、鬼塚 哲郎<sup>3)</sup>、清原 祥夫<sup>4)</sup>、吉川 周佐<sup>4)</sup>、  
西村 哲夫<sup>5)</sup>、村山 重行<sup>5)</sup>、伊藤 以知郎<sup>6)</sup>、百合草 健圭志<sup>7)</sup>

1) 静岡県立静岡がんセンター、2) 同再建・形成外科、3) 同頭頸部外科、4) 同皮膚科、  
5) 同放射線・陽子線治療センター、6) 同病理診断科、7) 同歯科口腔外科

## 3-3 北海道大学病院における眼瞼悪性腫瘍の臨床的特徴

○石嶋 漢(イシジマ カン)<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、野田 実香<sup>2)</sup>、野崎 真世<sup>3)</sup>、水門 由佳<sup>1) 4)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1) 北海道大、2) 慶應義塾大、3) 医療法人涼悠会 梅北眼科、4) 帯広協会病院

## 3-4 網走厚生病院における眼腫瘍54例の検討

○福原 淳一(フクハラ ジュンイチ)<sup>1) 2)</sup>、福原 崇子<sup>1) 2)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、後藤田 裕子<sup>3)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>

1) 網走厚生病院、2) 北海道大、3) 札幌厚生病院 病理部



## 黄斑疾患の診断と治療を考える

### 1 加齢黄斑変性症 (AMD) に対する個別化戦略

川上 摂子 (東京医大)

### 2 網膜静脈閉塞症 (RVO) および糖尿病黄斑浮腫 (DME) に対する抗VEGF療法の活用法

小沢 洋子 (慶應義塾大)

## 報告会 13:30 ~ 13:50

### 眼腫瘍の現状と研究体制、続編

鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院)

## 一般講演 (4) 13:50 ~ 14:44

### IgG4関連

座長：大島 浩一 (国立病院機構岡山医療センター)  
兒玉 達夫 (島根大学)

#### 4-1 IgG4関連眼疾患の診断におけるフローサイトメトリーの有用性

○水門 由佳 (スイモン ユカ)<sup>1) 2)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、石嶋 漢<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>

1) 帯広協会病院、2) 北海道大

#### 4-2 びまん性大細胞リンパ腫完全寛解6年後に再発が疑われたIgG4関連疾患の1例

○尾山 徳秀 (オヤマ トクヒデ)<sup>1) 2) 3)</sup>、吉野 正<sup>2)</sup>、橋本 薫<sup>2)</sup>、武田 啓治<sup>2)</sup>、大湊 絢<sup>3)</sup>

1) 医療法人社団オクルス うおめま眼科、2) 長岡赤十字病院、3) 新潟大 医歯学総合病院

#### 4-3 IgG4関連疾患に合併したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

○野々村 絹子 (ノノムラ キヌコ)<sup>1) 2)</sup>、大湊 絢<sup>2)</sup>、塩崎 直哉<sup>2)</sup>、芳野 高子<sup>1) 2)</sup>、小堺 貴司<sup>3)</sup>、  
瀧澤 淳<sup>4)</sup>、福地 健郎<sup>2)</sup>

1) 佐渡総合病院、2) 新潟大、3) 佐渡総合病院 血液内科、4) 新潟大 血液・内分泌・代謝内科

#### 4-4 IgG4関連疾患が疑われた眼窩粘液腫の一例

○浅井 沙月 (アサイ サツキ)<sup>1)</sup>、藤本 雅大<sup>2)</sup>、辻川 明孝<sup>2)</sup>

1) 京都大学医学部附属病院、2) 京都大

#### 4-5 重度の涙液減少を呈したIgG4関連眼疾患の1例

○荻野 陽 (オギノ ヨウ)、加瀬 諭、石嶋 漢、石田 晋

北海道大

#### 4-6 IgG4関連疾患に合併したAdult Orbital Xanthogranulomatous Diseaseの一例

○大湊 絢 (オオミナト ジュン)<sup>1)</sup>、塩崎 直哉<sup>1)</sup>、尾山 徳秀<sup>1) 2)</sup>、張 大行<sup>3)</sup>、梅津 哉<sup>4)</sup>、  
福地 健郎<sup>1)</sup>

1) 新潟大、2) 医療法人社団オクルス うおめま眼科、3) 新潟大 魚沼基幹病院、4) 新潟大医歯学総合病院 病理部

## IgG4関連眼疾患のアップデート

担当：安積 淳（神戸海星病院）  
高比良 雅之（金沢大学）

- |                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| 1) IgG4関連眼疾患の視機能障害           | 曾我部 由香（三豊総合病院）    |
| 2) IgG4関連眼疾患の長期予後と疑診群        | 久保田 敏信（名古屋医療センター） |
| 3) IgG4関連眼疾患の次世代シークエンサーによる解析 | 臼井 嘉彦（東京医大）       |
| 4) IgG4関連眼疾患の治療の選択肢          | 安積 淳（神戸海星病院）      |
| 5) 重症度分類と治療法の確立に向けて          | 後藤 浩（東京医大）        |

## その霰粒腫・麦粒腫が危ない！

座長：後藤 浩（東京医科大学）  
溝田 淳（帝京大学）

### 1 霰粒腫・麦粒腫の正しい治療

三戸 秀哲（井出眼科病院）

### 2 霰粒腫・麦粒腫と間違えられやすい眼腫瘍

小幡 博人（埼玉医科大学総合医療センター）

## 眼瞼腫瘍

座長：吉川 洋（宗像眼科クリニック／九州大学）  
小幡 博人（埼玉医科大学総合医療センター）

### 5-1 再発性眼瞼悪性腫瘍に対しインターフェロン $\alpha$ -2b点眼で加療するも奏効せず、全身化学療法で寛解した一例

○坂本 麻里（サカモトマリ）<sup>1)</sup>、中井 駿一郎<sup>1)</sup>、長井 隆行<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>  
1) 神戸大、2) 神戸海星病院

### 5-2 生検で基底細胞癌と診断され、追加拡大切除でtrichoblastomaが疑われた眼瞼腫瘍の1例

○末岡 健太郎（スエオカ ケンタロウ）<sup>1)</sup>、服部 結<sup>2)</sup>、木内 良明<sup>1)</sup>  
1) 広島大 視覚病態学、2) 広島大 分子病理学

### 5-3 眼瞼に生じた多型腺腫の1例

○土居 亮博（ドイ アキヒロ）、上田 幸典、斎藤 智一、松浦 祐介、嘉島 信忠  
聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

### 5-4 眼部カポジ肉腫の1例

○高木 健一（タカキ ケンイチ）<sup>1) 2)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、村田 昌之<sup>3)</sup>、藤原 美奈子<sup>4)</sup>、  
園田 康平<sup>1)</sup>  
1) 九州大、2) 小倉医療センター、3) 九州大 総合診療科、4) 九州大 形態機能病理学

## 5-5 眼瞼脂腺癌における抗アポトーシスタンパク質BAG3の発現について

○柚木 達也(ユノキ タツヤ)<sup>1)</sup>、田淵 圭章<sup>2)</sup>、林 篤志<sup>1)</sup>

1) 富山大、2) 富山大学生命科学先端研究センター 遺伝子実験施設

## 5-6 抗真菌薬Voriconazoleに関連した扁平上皮癌

○辻 英貴(ツジ ヒデキ)<sup>1)</sup>、吉田 淳<sup>1)</sup>、高田 幸子<sup>1)</sup>、石井 柳太郎<sup>2)</sup>、竹内 賢吾<sup>3)</sup>

1) がん研究会有明病院、2) 東京大、3) がん研究会がん研究所 分子標的病理プロジェクト

特別講演 17:49 ~ 18:40

---

## 重粒子線治療

座長：溝田 淳(帝京大学)

辻 比呂志(量子科学技術研究開発機構／放射線医学総合研究所 病院)



## 第2日目 9月24日

一般講演(6) 9:00 ~ 9:54

### 結膜腫瘍

座長：高村 浩 (公立置賜総合病院／山形大学)  
林 暢紹 (須崎くろしお病院／高知大学)

#### 6-1 眼窩内容除去術を要した結膜悪性黒色腫の3例

○伊沢 英知 (イザワ ヒデトモ)<sup>1)</sup>、鈴木 茂伸<sup>1)</sup>、相原 由季子<sup>2)</sup>、佐野 秀一<sup>3)</sup>

1) 国立がん研究センター中央病院、2) 東京大、3) 佐野眼科医院

#### 6-2 術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7例の検討

○菊地 郁 (キクチ イク)<sup>1) 2)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、石嶋 漢<sup>1)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1) 北海道大、2) 滝川市立病院

#### 6-3 若年で発症した眼瞼結膜扁平上皮癌の一例

○松田 弘道 (マツダ ヒロミチ)<sup>1) 2)</sup>、敷島 敬悟

1) 東京慈恵医大 第三病院、2) 東京慈恵医大

#### 6-4 当院における結膜封入嚢胞の検討

○齋藤 智一 (サイトウ トモイチ)、上田 幸典、土居 亮博、松浦 祐介、嘉島 信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

#### 6-5 同一の遺伝子再構成パターンが得られた両側性円蓋部結膜アミロイドーシスの一例

○村井 佑輔 (ムライ ユウスケ)、山田 裕子、金井 友範、西村 殊寛、田上 瑞記、藤澤 一行、  
安積 淳

神戸海星病院

#### 6-6 眼瞼結膜下に生じたpleomorphic fibromaの1例

○松浦 祐介 (マツウラ ユウスケ)、上田 幸典、齋藤 智一、土居 亮博、嘉島 信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

一般講演(7) 9:54 ~ 10:30

### 眼内腫瘍Ⅱ

座長：高橋 寛治 (関西医科大学)  
高比良 雅之 (金沢大学)

#### 7-1 眼の有色素組織の自発蛍光の検討

○大□ 泰治 (オオグチ ヤスハル)、古田 実、石龍 鉄樹

福島県立医大

#### 7-2 視神経乳頭黒色細胞腫のmultimodal imagingと視野所見

○古田 実 (フルタ ミノル)<sup>1)</sup>、大□ 泰治<sup>1)</sup>、伊勢 重之<sup>2)</sup>、石龍 鉄樹<sup>1)</sup>

1) 福島県立医大、2) 白河厚生総合病院

### 7-3 眼内および中枢神経系リンパ腫治療後に心臓に生じたびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

○今関 誠(イマゼキ マコト)<sup>1)</sup>、臼井 嘉彦<sup>1)</sup>、齋藤 哲史<sup>2)</sup>、片桐 誠一郎<sup>3)</sup>、谷川 真希<sup>4)</sup>、秋元 治郎<sup>5)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>

1) 東京医大、2) 東京医大 循環器内科、3) 東京医大 血液内科、4) 東京医大 病理診断科、5) 東京医大 脳神経外科

### 7-4 著しい滲出性網膜剥離を伴う孤立性脈絡膜血管腫に対し、硝子体手術とシリコンオイル注入後に光線力学療法を施行した1例

○川上 摂子(カワカミ セツコ)、若林 美宏、後藤 浩

東京医大

招待講演 10:45 ~ 11:45

座長：後藤 浩(東京医科大学)

## Small Incision Approaches to the Orbit

Prof. Robert Alan Goldberg MD (UCLA)

一般講演(8) 11:45 ~ 12:48

### 眼窩腫瘍Ⅱ

座長：嘉島 信忠(聖隷浜松病院)  
辻 英貴(がん研究会有明病院)

#### 8-1 リンパ増殖性腫瘍が疑われた眼窩脂腺癌の1例

○杉原 一暢(スギハラ カズノブ)<sup>1)</sup>、兒玉 達夫<sup>1)</sup>、白神 智貴<sup>1)</sup>、大平 明弘<sup>1)</sup>、荒木 亜寿香<sup>2)</sup>、丸山 理留敬<sup>2)</sup>、玉置 幸久<sup>3)</sup>、稗田 洋子<sup>3)</sup>、猪俣 泰典<sup>3)</sup>

1) 島根大、2) 島根大病院 病理部、3) 島根大 放射線治療科

#### 8-2 視神経膠腫(Optic pathway glioma)に対する治療：生命予後と機能予後

○柳澤 隆昭(ヤナギサワ タカアキ)<sup>1) 3)</sup>、山岡 正慶<sup>2)</sup>、本多 隆也<sup>2)</sup>、秋山 政晴<sup>2)</sup>、福岡 講平<sup>3)</sup>、鈴木 智成<sup>3)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵医大 脳神経外科、2) 東京慈恵医大 小児科、3) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科、4) 東京慈恵医大

#### 8-3 It is the long-run:10年以上にわたって治療を必要とした視神経膠腫の5例

○柳澤 隆昭(ヤナギサワ タカアキ)<sup>1) 3)</sup>、山岡 正慶<sup>2)</sup>、本多 隆也<sup>2)</sup>、秋山 政晴<sup>2)</sup>、福岡 講平<sup>3)</sup>、鈴木 智成<sup>3)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵医大 脳神経外科、2) 東京慈恵医大 小児科、3) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科、4) 東京慈恵医大

#### 8-4 短期間で増大し失明に至った眼窩内神経鞘腫の1例

○松本 悠介(マツモト ユウスケ)、加瀬 諭、石嶋 漢、石田 晋

北海道大

#### 8-5 眼窩筋円錐内腫瘍に対する治療についての10年経過報告

○長井 隆行(ナガイ タカユキ)<sup>1)</sup>、中井 駿一郎<sup>1)</sup>、坂本 麻里<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>

1) 神戸大、2) 神戸海星病院

## 8-6 眼球突出を主訴に診断に至った小児腫瘍性疾患11例

○山岡 正慶(ヤマオカ マサヨシ)<sup>1)</sup>、本多 隆也<sup>1)</sup>、秋山 政晴<sup>1)</sup>、野中 雄一郎<sup>2)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>3)</sup>、柳澤 隆昭<sup>2)</sup>

1) 東京慈恵医大 小児科、2) 東京慈恵医大 脳神経外科、3) 東京慈恵医大

## 8-7 シリコンループと釣針型フックを用いた簡便な眼窩開創器の試作

○小島 孚允(コジマ タカヨシ)<sup>1) 2)</sup>

1) 小島眼科医院、2) 埼玉医大

閉会式 12:48 ~ 12:55

---

次期会長挨拶

担当：溝田 淳(帝京大学)  
高比良 雅之(金沢大学)



招待講演

特別講演

シンポジウム

他

## Robert Alan Goldberg MD

Professor-in-Residence, Department  
of Ophthalmology, David Geffen  
School of Medicine at UCLA



## Graduate – Doctoral:

---

1979 - 1983	UCLA School of Medicine Degree: M.D. Postdoctoral Training:
1983 - 1984	Resident Internal Medicine St. Mary Medical Center, Long Beach, California
1984 - 1987	Resident in Ophthalmology Jules Stein Eye Institute

## Clinical &amp; Research Fellowships:

---

1987 - 1989	Fellow in Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery Jules Stein Eye Institute
-------------	--

## BOARD CERTIFICATION:

---

1988	American Board of Ophthalmology
2001	American Board of Cosmetic Surgery – Facial Cosmetic Surgery

## Present Positions and Appointments:

---

1990-	Division Chief, Orbital and Ophthalmic Plastic Surgery, Jules Stein Eye Institute, Department of Ophthalmology, David Geffen School of Medicine at UCLA
1993-	Director, Orbital Disease Center, Jules Stein Eye Institute, David Geffen School of Medicine at UCLA
1997-	Co-Director, Aesthetic Reconstructive Surgery Service, Jules Stein Eye Institute, David Geffen School of Medicine at UCLA
1998-	Co-Director, UCLA Aesthetic Center, Department of Ophthalmology
2000-	Professor-in-Residence, Department of Ophthalmology, David Geffen School of Medicine at UCLA

## Small Incision Approaches to the Orbit

Prof. Robert Alan Goldberg MD  
UCLA

Bony and soft tissue orbital approaches are always customized to the anatomic location of the disease process, and to the anticipated biology: for example, intended complete removal of a tumor may require a different access compared to biopsy.

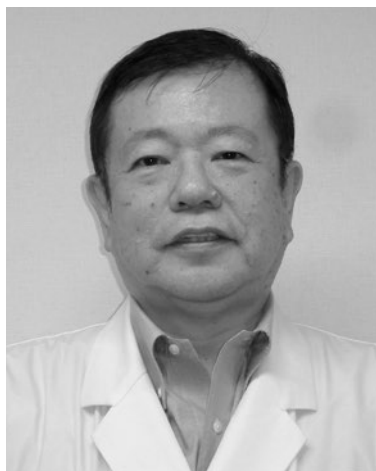
Tumors of the deep orbital apex, and tumors that extend intradurally through the sphenoid bone, may require a combined orbital-neurosurgical approach. Potentially invasive tumors that are operated for cure or tumors that are suspicious for dural involvement will require neurosurgical exposure to control or possibly resect the dura. Benign tumors with extensive intracranial involvement, and apical tumors superior to the optic nerve, are best approached in combined fashion. Optic nerve tumors which require transection of the intracranial nerve to achieve a margin are obvious candidates for a combined approach.

On the other hand, some apical tumors, and some orbital tumors with extradural extension into the anterior or middle cranial fossa, can be managed from an orbital approach without the need for a neurosurgical team. Decision making depends primarily on the anticipated biology. A benign process such as an uninfamed dermoid cyst or slow growing solid benign tumor can be separated from the dura and removed from the orbital approach. A non-curable meningioma (are any curable?) can be shelled out and debulked orbitally, leaving a rim of tumor on the dural margin. Benign orbital apex tumors that are lateral or inferolateral to the optic nerve can be exposed and removed from a deep lateral orbital approach that may include burring down the sphenoid bone over the middle cranial fossa.

With attention to the details of wound construction, lighting, retraction, and mobilization of the tumor, it is possible to remove benign intraconal tumors through small orbital incisions under monitored local anesthesia without creating a bony lateral orbitotomy.

辻 比呂志

放射線医学総合研究所  
臨床研究クラスタ副クラスタ長  
病院治療課長



略 歴

昭和57年 3月 北海道大学医学部卒業・放射線医学講座入局  
昭和63年 4月 筑波大学臨床医学系助手  
平成 7年 8月 ポールシェーラー研究所（スイス）留学  
平成 8年 9月 筑波大学臨床医学系講師  
平成 9年 9月 放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院 医長  
平成28年 4月 放射線医学総合研究所重粒子線治療研究部長  
平成29年 7月 放射線医学総合研究所臨床研究クラスタ副クラスタ長

専 門

前立腺癌、眼球腫瘍、眼窩腫瘍

外部委員等

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 客員教授  
群馬大学大学院医学研究科 客員教授  
北海道大学大学院保険課学院 客員教授

## 重粒子線治療

辻 比呂志

量子科学技術研究開発機構／放射線医学総合研究所 病院

重粒子線治療とは高速に加速した炭素イオンを癌に照射する治療法で、広く用いられているX線による放射線治療や同じくイオンを加速した陽子線に比べて、線量の集中性と治療効果の点で優位性をもっている。放医研では1994年にこの治療を開始し、これまでに10000例を超える治療を実施してきた。すでに保険適応となった骨軟部腫瘍の他、扁平上皮癌以外の頭頸部腫瘍、膵臓癌、直腸癌術後再発などX線が効きにくい腫瘍に対しても高い効果を示すことが確認されている。さらには肺癌、肝臓癌、前立腺癌などでは短期間で安全かつ有効性の高い治療法を確立している。眼科領域腫瘍に対しても、眼球脈絡膜悪性黒色腫では国内で唯一粒子線治療を行っている施設として、欧米の陽子線治療に劣らぬ治療成績を得ている。涙腺癌に対しても通常の放射線では得難い優れた治療結果が得られている。現在は、疾患ごとに保険適応の拡大を目指して様々な臨床試験を継続するとともに、治療法の高度化としてより精度の高い重粒子線治療法の確立や他治療との併用による適応の拡大を目指している。



## シンポジウム「IgG4 関連眼疾患のアップデート」

担当 安積 淳（神戸海星病院）、高比良 雅之（金沢大）

- 1) 曾我部由香（三豊総合病院）：

### IgG4 関連眼疾患の視機能障害

- 2) 久保田敏信（名古屋医療センター）：

### IgG4 関連眼疾患の長期予後と疑診群

- 3) 白井 嘉彦（東京医大）：

### IgG4 関連眼疾患の次世代シーケンサーによる解析

- 4) 安積 淳（神戸海星病院）：

### IgG4 関連眼疾患の治療の選択肢

- 5) 後藤 浩（東京医大）：

### 重症度分類と治療法の確立に向けて

IgG4関連疾患という疾患概念の誕生から16年が経過し、様々な診療科や基礎医学においてその病態の解明が進んできました。眼科の分野でも症例が集積され、当学会での討議も経て2014年には眼疾患に特化した診断基準も公表されました。しかし未だにIgG4関連疾患の概念そのものに関する疑問や課題も多く、国内外の学会では議論が続いています。また数年来、厚労省難治性疾患政策研究事業の課題としても採択され、現在も眼科を含む各分科会での基礎・臨床研究が継続しています。このような背景のなか、本シンポジウムではIgG4関連眼疾患の最近の知見を紹介いただき、そのアップデートを図りたいと思います。まずは本症における視機能障害について、とくに視神経症に注目して検討したいと思います。次いで、IgG4関連眼疾患の長期予後と疑診群の臨床病理学的特徴、特に疑診群はIgG4関連眼疾患に含まれるべきか、それとも異なった疾患群なのかについて取り上げます。基礎的な研究としては、IgG4関連眼疾患の検体を用いて次世代シーケンサーにより解析した知見をご紹介します。IgG4関連疾患の標準治療はステロイド全身投与ですが、眼科の病態に特化した局所療法などの治療の選択肢を考えてみたいと思います。また、厚労省研究事業としての課題でもあるIgG4関連眼疾患の重症度分類の確立と、重症度に対抗した治療法の確立に向けて議論を得たいと思います。会場からの活発なご議論を期待いたします。

## 報告会「眼腫瘍の現状と研究体制、続編」

鈴木 茂伸

(国立がん研究センター中央病院)

昨年(2020年)の第34回日本眼腫瘍学会において、「眼腫瘍の現状と研究体制」と題して、眼腫瘍の課題と現状について発表した。1年が経過し、この間の進行状況について報告する。

眼部腫瘍の全国登録に関しては、中央機関として国立がん研究センター研究倫理審査委員会に申請し、抄録提出時点で審査中である。これと並行してUMIN INDICEで登録システムの構築を開始し、年内に稼働予定である。登録に関する概要と将来像について説明する。

希少がんは情報や診療経験が乏しく、患者さんの治療開始が遅くなりがちである。厚労省希少がん対策ワーキンググループでは、いかに患者さんが適切な治療施設にたどり着くか、どのような診療体制を目指すべきか、どのような情報提供が必要であるのか、等を検討している。全国がん登録などの情報も加味し、客観的なデータに基づく拠点となる施設のリスト化および定期的な更新、ガイドラインの作成などを通し、アウトカムの向上を目指す。

# 一般講演抄録

1-1

左眼悪性黒色腫に対し、  
重粒子線治療行うも、  
10年後に再発し、  
眼球摘出に至った一例

○北川 達士(キタガワ タツジ)<sup>1)</sup>、浜野 茂樹<sup>1)</sup>、  
金子 博行<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、菊地 良直<sup>2)</sup>、  
大田 泰徳<sup>2)</sup>、牧島 弘和<sup>3)</sup>、辻 比呂志<sup>3)</sup>

1) 帝京大、2) 帝京大 病理学講座、  
3) 放射線医学総合研究所病院

【目的】左眼悪性黒色腫に対し、重粒子線治療行うも、10年後に再発し、眼球摘出に至った一例を経験したので報告する。

【症例】症例は33歳女性。2006年(22歳時)視力低下、視野障害を主訴に近医を受診。精査にて悪性黒色腫の診断となり、重粒子線治療施行した。その後照射の合併症による緑内障、白内障となり、左眼失明に至っている。定期的に経過を追っていて、腫瘍の増大は見られなかったが、廃用性斜視となり、2010年に整容的目的に斜視手術を行っている。2014年に第1子出産。その後、2016年9月15日のCT所見として、原発部の軟部陰影が増大している所見がみられ、造影MRI施行。腫瘍部内部にT2高信号の出血と思われる信号あり、出血による膨大が示唆されたが、再発の可能性も否定できなかった。その際、全身CT、PET検査では転移は確認されなかった。翌年2月に追加検査で、MRI、PET、CT施行するも縮小傾向はみられず、slow growingの再発腫瘍が存在すると判断された。123I-IMPスペクトでも、右眼より明らかに多くの集積を認め、再発腫瘍と判断し、2017年3月23日、左眼球摘出術施行した。病理所見としては、組織学的にはメラニンを豊富に含む類縁形で核小体明瞭な腫瘍細胞が増生しており、出血、変性も見られた。免疫染色では、S100+、c-kit+、MelanA+、HMB45弱陽性であり、悪性黒色腫の再発の所見であった。

【結論】脈絡膜悪性黒色腫に対する重粒子線治療後、全身的だけでなく、局所的にも長期に経過観察する必要があると思われた。

1-2

未治療のまま  
長期経過観察された  
脈絡膜悪性黒色腫の2例

○馬場 良(ババリョウ)、馬詰 和比古、  
後藤 浩

東京医大

【緒言】脈絡膜悪性黒色腫は眼外転移を来とし、不幸な転帰を辿る可能性のある疾患である。未治療のまま長期間経過した脈絡膜悪性黒色腫の2症例について報告する。

【症例】症例1は65歳、女性。23年前から前医で左眼網膜下に隆起性病変を指摘され、良性腫瘍と診断されていた。その後、硝子体出血を来したため硝子体手術が施行され、4年後に続発緑内障を併発したため線維柱帯切除術が施行されたが、最終的に眼球瘻となった。その後、時期は不明であるが左眼球結膜に黒色の隆起性病変が出現してきたため、2017年に東京医大眼科を紹介となった。当院初診時、耳側球結膜下に黒色の結節性の隆起性病変がみられ、眼窩MRIで眼内から結膜下病変に連なる腫瘍の存在が確認された。123I-IMPシンチグラフィでは左眼に一致した集積像がみられたが、他臓器に転移を示唆する所見はみられなかった。脈絡膜悪性黒色腫の診断のもと眼窩内容除去術を施行、病理組織学的にも悪性黒色腫の診断であった。症例2は44歳、女性。1年前より左眼の視力低下を自覚し、他院で硝子体出血の診断のもと硝子体手術を勧められていたが、自己判断で通院を中断していた。その後、左眼の視力低下が進行したため前医を再診したところ、Bモード超音波断層検査と眼窩X線CTで左眼内に腫瘍性病変がみられたため、2017年に当科を紹介受診となった。当院初診時には左眼は既に光覚が消失していた。眼窩MRIで眼内を満たすほどの腫瘍を思わせる病変が確認されたが、明らかな眼外浸潤はみられなかった。激しい眼痛が持続していたため、初診から13日後に眼球摘出術を施行、組織学的には著しい壊死を伴った脈絡膜悪性黒色腫の診断であった。なお、2症例とも腫瘍組織を用いた染色体検査の結果、モノソミー 3は陰性であった。

【結論】未治療のまま長期に経過観察された脈絡膜悪性黒色腫の2症例を経験した。現在までのところ2症例とも局所再発や遠隔転移はみられていない。

1-3

発生と成長の過程をとらえた  
脈絡膜色素腫瘤性病変の1例

○藤井 裕也(フジユウヤ)<sup>1)</sup>、高木 健一<sup>1)</sup>、  
吉川 洋<sup>1)2)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、園田 康平<sup>1)</sup>

1) 九州大、2) 宗像眼科クリニック

【背景】小型の脈絡膜悪性黒色腫と脈絡膜母斑は鑑別が困難なことがある。またそれらの発生の段階をとらえた報告は少ない。今回我々は初期から成長の経過を追えた脈絡膜色素性病変を経験したので報告する。

【症例】30歳の女性。平成18年から人間ドックで眼底写真を撮影されていたが、平成19年まで異常を指摘されず、平成20年の眼底写真で脈絡膜病変を疑われ九州大学を紹介された。このとき左眼視神経乳頭からわずかに離れた耳上側に長径0.9mm高さ1.2mm、黄白色で中央が黒色調の網膜下隆起性病変を認めた。病変はICG蛍光眼底検査(IA)で早期から後期まで低蛍光であった。脈絡膜色素性病変と考え経過観察したところ年単位で緩徐に増大し、平成29年6月現在、長径1.95mm、高さ2.0mmとなった。腫瘤は視神経乳頭に接近したが網膜下液は認めず、視力も良好である。平成21年、高さ1.3mmの時点でIMP-SPECT、FDG-PET検査を行ったが有意な集積は認められなかった。

【考察】IAで終始低蛍光を認めることなどから同病変は脈絡膜色素性病変と考えられた。成長速度は長径で平均0.12mm/年、高さで0.09mm/年であり、Shieldsらの報告した母斑の平均成長速度(0.06mm/年)に比べやや大きかった。良悪性の判断は困難で、現在も経過観察中である。

【結論】脈絡膜色素性病変の発生成長の過程を観察し、良悪性などについて考察した。

1-4

ニボルマブ投与中に  
転移性虹彩毛様体  
悪性黒色腫を認めた1例

○盛 秀嗣(モリ ヒデツグ)<sup>1)</sup>、爲政 大幾<sup>2)</sup>、  
高橋 寛二<sup>1)</sup>

1) 関西医大、  
2) 国立病院機構大阪医療センター 皮膚科

【緒言】切除不能な悪性黒色腫(malignant melanoma;MM)に対する分子標的治療薬としてニボルマブ(オプシーボ®)が、2014年7月に世界に先駆けて我が国で承認された。今回我々は、進行期皮膚原発MMに対してニボルマブを投与中に、虹彩・毛様体に転移を認めた1例を経験したので報告する。

【症例】38歳男性。近医皮膚科にて2011年に左上腕のMM摘出術が行われた。

しかしその後、多臓器転移(脳・肺)を認め、stage IVのMMとしてニボルマブの投薬治療が行われていた。2016年8月に左眼虹彩上の腫瘤を認め、拡大傾向を認めるため2016年11月に当科紹介受診となった。初診時左眼矯正視力は1.2と良好であったが、下方虹彩根部から瞳孔縁付近まで発育した血管に富む白色舌状の緊満性腫瘤を認めた。瞳孔は腫瘍の圧排により変形していた。散瞳下では下方視により、毛様体に虹彩腫瘤の約3倍大の白色腫瘤を認めた。

隅角鏡所見では、6時から7時にかけて毛様体帯に浸潤を伴う白色隆起病変を認めた。これらの所見から、本症例を転移性虹彩毛様体MMと診断した。視力良好の為、患者は生検及び積極的治療を希望しなかったため、経過観察を行なった。一旦、腫瘍はわずかに縮小したものの、その後は増大傾向を示し、初診6ヵ月後、虹彩後癒着及び角膜内皮への腫瘍の接触を認めた。

【考察と結論】皮膚原発悪性黒色腫から眼内への転移を認める頻度は5%未満と稀であり、本症例は非常に稀な症例と考えられた。

転移性眼内MMに対するニボルマブの効果について報告例はないが、本症例では腫瘍が増大し、ニボルマブは奏効しなかったと考えられた。今後、水疱性角膜症や続発緑内障を併発する可能性があり、視力が低下した場合、眼局所の積極的治療を考慮すべきと思われる。



## 1-5

眼部悪性黒色腫の転移に対し  
ニボルマブによる  
治療を行った7例の検討

○山名 佳奈子(ヤマナ カナコ)<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>、  
大西 陽子<sup>1)</sup>、園田 康平<sup>1)</sup>、中原 剛士<sup>2)</sup>、  
内 博史<sup>2)</sup>

1) 九州大、2) 九州大 皮膚科

**【背景】** ニボルマブは完全ヒト型抗PD-1抗体で、日本では2014年7月に切除不能悪性黒色腫に対する治療薬として承認された。眼部発生の悪性黒色腫転移症例に対しても使用が広がっているが、報告は少ない。今回我々は眼部悪性黒色腫の転移に対しニボルマブによる治療を行った7例を経験したので報告する。

**【対象と方法】** 対象は2005年～2016年に九州大学を初診した眼部原発の悪性黒色腫のうち、転移を来しニボルマブによる治療を行った7例。脈絡膜悪性黒色腫5例、結膜悪性黒色腫2例。診療録より、その後の治療経過を調査した。

**【結果】** 年齢は32～81(平均54.1)歳、男性4例、女性3例。転移部位は肝5例、肺3例、骨1例、胃1例であった。ニボルマブによる治療は、2～17(平均8.3)コースを行い、1例はイピリムバブを併用していた。41歳女性の脈絡膜悪性黒色腫症例は、進行性の肝多発転移に対しニボルマブ13コースを行い、9ヶ月間SD状態を保てた。32歳男性の脈絡膜悪性黒色腫症例は、肝・肺転移に対しニボルマブ10コースを行い、24ヶ月間SD状態を保てた。59歳男性の脈絡膜悪性黒色腫症例では、肝転移に対しニボルマブ11コース行い、最終的にはPD、死亡の転機となったが、15ヶ月間の生存期間を得、且つ経過中にSDの効果判定の時期もみられた。同様に50歳男性の結膜悪性黒色腫症例では、肺多発転移に対しニボルマブ17コースを行い、死亡の転機となったが、12ヶ月の生存期間を得、経過中にSDの効果判定の時期もみられた。脈絡膜悪性黒色腫の2例では、病変が進行し短期間で死亡した。81歳女性の結膜悪性黒色腫症例は、肺転移に対しニボルマブ3コースを行い、今後効果判定予定である。全ての症例において、ニボルマブに起因する重篤な副作用は認めなかった。

**【結論】** 眼部原発の悪性黒色腫転移例に対して、ニボルマブによる治療は有効である可能性がある。

## 2-1

## 涙嚢原発腺癌の一例

○塩崎 直哉 (シオザキ ナオヤ)<sup>1)</sup>、大湊 絢<sup>1)</sup>、  
尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、江口 功一<sup>3)</sup>、松山 洋<sup>4)</sup>、  
梅津 哉<sup>5)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1) 新潟大、2) 医療法人社団オフルス うおぬま眼科、  
3) 江口眼科医院、4) 新潟大 耳鼻咽喉・頭頸部外科、  
5) 新潟大学医歯学総合病院 病理部

【目的】涙嚢原発悪性腫瘍は稀な疾患である。中でも涙嚢原発の腺癌の報告は数少ない。今回、涙嚢原発と考えられた腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】症例は60代男性。数ヶ月前からの流涙で近医を受診。触診上、右涙嚢部に腫瘤を触れ、眼窩部MRIで右涙嚢部腫瘤を指摘され当科紹介となった。当科初診時、右涙嚢部に硬く可動性の乏しい腫瘤を触れ、通水は不可能であった。眼窩部造影CTでは右涙嚢部から鼻涙管開口部にかけて造影効果のある腫瘤影があり、下眼瞼皮下へも進展を認めた。確定診断のため右涙嚢部より生検を施行。組織像では腺管構造を伴う異型細胞巣を認め、CK AE1/AE2とCAM5.2が陽性であり、低分化型腺癌の診断であった。全身CTで遠隔転移は認められず、手術加療の方針とした。下眼瞼皮下及び鼻涙管内への腫瘍浸潤の可能性があり、また低分化型腺癌であることから十分なマージンをとった切除が必要と考えられた。初診より3ヶ月後に右眼窩内容除去と右上顎部分切除、前外側大腿筋皮弁による再建術を施行し、骨性鼻涙管を含むように鼻骨から眼窩下壁、下鼻甲介と眼窩内組織を一塊に摘出した。術後経過は良好で術後24日目に退院となった。摘出標本の組織像も低分化腺癌であった。涙嚢を中心に周囲へ浸潤し、結膜円蓋部や鼻涙管周囲、鼻涙管開口部周囲の鼻粘膜まで病変を認めた。術中所見から安全域は十分確保されていると考えられたが、再発した際は診断や治療が困難な部位であることから予防的に術後外照射50Gy/25frを施行予定である。

【結論】涙嚢腫瘍が疑われた際は早めの画像診断、生検が望ましい。涙嚢悪性腫瘍は予後が不良な例の報告も多く、必要に応じ他科と連携して治療する必要がある。

## 2-2

涙嚢周囲炎型特発性  
眼窩炎症の2例  
— 鑑別疾患を含めて

○大島 浩一 (オオシマ コウイチ)<sup>1)</sup>、  
神農 陽子<sup>2)</sup>、永喜多 敬奈<sup>2)</sup>

1) 岡山医療センター、  
2) 岡山医療センター 臨床検査科

【目的】IgG4関連眼窩疾患の概念が導入されて以来、原因が特定できない眼窩炎症（特発性眼窩炎症、IPOI）の症例数は減少した。しかし我々はこれらの症例を発掘・蓄積し、病態を明らかにする努力を続けるべきである。IPOIの一型として涙嚢周囲炎型IPOIを提唱したい。

【症例】症例1は75歳女性であった。左側内眼角部を中心に炎症を生じていたが、抗生物質の大量点滴は奏功しなかった。プレドニゾロンとシクロフォスファミドを投与しつつ、10年間かけて沈静化を図った。症例2は66歳女性であった。涙嚢周囲炎症に対して他院で涙嚢摘出を受けた後、適切に経過観察されていなかった。7年後に左側内眼角部が腫脹し、当院へ紹介された。MRIで低信号を示し、硬化型炎症性偽腫瘍と考えて亜全摘出した。

【結論】二症例に共通する臨床的特徴は、片側性、画像で涙嚢周囲を主体に炎症がある、涙嚢腫脹は目立たない、涙道再建が困難、涙嚢摘出は無効、薬物（抗生物質、ステロイド、免疫抑制剤）抵抗性で難治などであった。消炎後に手術で摘出するよう推奨したい。鑑別疾患としては、鼻腔から眼窩にかけて生じる炎症性疾患として、ウェゲナー肉芽腫症と好酸球性血管中心性線維症を挙げることができる。これらは血清学的検査と病理所見により鑑別すべきである。

2-3

下直筋と連続していた  
顆粒細胞腫の1例

○伊東 良祐(イトウ リョウスケ)<sup>1)</sup>、  
吉田 正樹<sup>2)</sup>、萬 昂士<sup>3)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>

1) 東京慈恵医大、2) 東急病院、  
3) 東京慈恵医大 病院病理部

**【目的】**顆粒細胞腫(GCT)はSchwann細胞から発生すると考えられており、眼窩GCTは原発性眼窩腫瘍の0.3%、全GCT中の3%と稀である。今回、下直筋に連続するGCTを経験したので、その特徴的なMRI所見を含め報告する。

**【症例】**47歳男性。2012年より複視を自覚していた。2016年5月、複視が増悪したため前医を受診し、MRIで右眼窩内腫瘍を指摘されたため、精査加療目的で当院に紹介受診となった。初診時、右視力(1.5)、眼球は上方偏位し、全方向に眼球運動制限が見られた。MRIでは、腫瘍は長径17mm、辺縁明瞭・平滑、眼窩前方に位置し、下直筋に一部連続し、下斜筋に沿うように存在していた。T1WIで低信号、T2WIで不均一な低信号を示していた。局麻下で前方アプローチにて腫瘍摘出術を施行した。腫瘍深部は強固に下直筋と連なっており、腫瘍を牽引したところ激痛を訴え、著明な血圧上昇をきたした。連続部を切断し腫瘍を一塊で摘出した。腫瘍は弾性硬で、断面は黄色充実性であった。組織学的には、好酸球性顆粒状の豊かな細胞質を有する腫瘍細胞が、充実性、胞巣状、索状構造を形成しており、周囲との境界が不明瞭な浸潤性結節を形成する像がみられた。腫瘍細胞は大型で円形から卵円形、細胞境界は不明瞭であった。核は小型で異形成は非常に軽度で、核分裂像も目立たなかった。一部に末梢神経周囲に沿った進展がみられた。免疫染色ではS100陽性であった。以上より、GCTの診断に至った。なお、切除断端に一部腫瘍が露出していた。術後、眼球偏位、眼球運動障害は改善した。MRIでは明らかな残存腫瘍はなく、下斜筋と下直筋は正常形態を呈していた。

**【考按・結論】**GCTは外眼筋、特に下直筋に連続することが多く、MRIではT1WIとT2WI共に低信号を示すことが特徴的で、線維化が強いリンパ増殖性疾患や転移性腫瘍が鑑別となる。GCTは稀ではあるが、MRIにて外眼筋に接した、T2WIにて低信号の腫瘍がみられたら顆粒細胞腫を疑うべきである。

2-4

生検後に急速に縮小した  
慢性リンパ性白血病に伴う  
眼窩腫瘍の一例

○中村 仁紀(ナカムラ マサキ)<sup>1)</sup>、  
松田 弘道<sup>1)2)</sup>、薄井 紀子<sup>3)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>1)</sup>

1) 東京慈恵医大、2) 東京慈恵医大第三病院、  
3) 東京慈恵医大第三病院 腫瘍・血液内科

**【目的】**慢性リンパ性白血病(CLL)の寛解期に生じた涙嚢鼻涙管から眼窩内側におよぶ腫瘍に対して、皮下病変の生検をしたところ、急速に腫瘍の縮小が見られた稀な症例を経験したので報告する。

**【症例】**80歳男性。6年前、CLLを発症。3年前にBinet分類ステージBへの進展があり、シクロフォスファミド単独療法を計4クール施行後、partial response(ステージA)となり、その後無治療で経過観察されていた。経過観察中、末梢血はリンパ球増多、軽度血小板減少を認めるものの、肝脾腫や貧血症状はなかった。2016年9月頃より右下眼瞼腫脹および流涙の自覚があり、当科へ紹介された。通水検査は上下の交通があり、軽度の逆流がみられるも鼻腔への通過が観察された。眼窩MRIでは、涙嚢鼻涙管(管状を呈した膜性鼻涙管の肥厚あり)から眼窩内側におよぶ腫瘍を認め、一部は皮下に達していた。その後も増大傾向みられたため、11月4日、皮下の腫瘍に対しincisional biopsyを施行した。病理結果はB細胞優位の異形リンパ球のびまん性浸潤であり、免疫グロブリン重鎖遺伝子再構成検査によりモノクローナルな再構成がみられたため、既往の白血病細胞の浸潤と診断された。その後、無治療にもかかわらず生検1ヶ月後より下眼瞼腫瘍は縮小傾向を認め(流涙は消失)、3ヶ月後に撮像したMRIでは、眼窩内腫瘍は完全に消失し、皮下および涙嚢部の腫瘍も生検前と比較し大幅に縮小していた。生検後10ヶ月現在、腫瘍の再発は認めていない。

**【考按・結論】**今回の報告と同様な、CLLにおける生検後に自然軽快を呈した、稀な症例が過去にも報告されている。このような機序について若干の考察を加え報告する。



## 2-5

松山赤十字病院眼科に  
おける眼窩血管性腫瘍の  
検討○児玉 俊夫(コダマトシオ)、岡 奈央子、  
大熊 真一、平松 友佳子、田原 壮一朗

松山赤十字病院

【目的】眼窩腫瘍においてリンパ系腫瘍に次いで発症頻度が高いのは血管性腫瘍である。良性腫瘍がほとんどである血管性腫瘍は腫瘍内で出血しない限り成長が緩徐であるため、多くの症例で眼球後方に局在することもあって経過観察されることが多いと思われる。今回我々は眼症状を呈したために摘出手術を行った眼窩血管性腫瘍について若干の知見を得たので報告する。

【対象と方法】対象は松山赤十字病院眼科において2004年4月1日から2017年6月30日の12年3か月間に病理組織学的に確定診断のついた眼窩血管性腫瘍17例である。検討項目は発症頻度、発症年齢、性別、腫瘍の局在、腫瘍の大きさ、初発症状および病理診断別頻度である。腫瘍の大きさはComputed TomographyとMagnetic Resonance Imagingにおいて腫瘍の最大径を測定した。

【結果】眼窩腫瘍(195例)に対する眼窩血管性腫瘍(17例)の頻度は8.7%であった。腫瘍と診断された年齢は眼窩腫瘍が $61.6 \pm 20.1$ 歳(平均±標準偏差)に対して血管性腫瘍は $54.4 \pm 22.5$ 歳と若年者に多い傾向がみられた。性別では男性6例に対して女性は11例と、女性に多かった。腫瘍の局在では筋円錐内は4例、筋円錐内外は3例および筋円錐外が10例であった。画像上での腫瘍の最大径は7.1~29.4mm( $18.9 \pm 7.2$ mm)であった。初発症状は筋円錐内および内外では眼球突出が、筋円錐外では皮下腫瘍の頻度が高かった。病理診断名別の発症頻度は過誤腫である海綿状血管腫13例がほとんどを占め、その他静脈性血管腫、リンパ管腫、巨細胞血管線維腫および筋周皮腫が1例ずつであった。なお筋周皮腫とは比較的新しい疾患概念で血管周皮細胞への分化を示し、わが国での報告は少ない。術後の視機能の結果として視力低下を来した症例はなかったが、筋円錐内と内外に局在した腫瘍において眼球運動障害を生じた症例が3例あった。

【結論】眼窩血管性腫瘍により眼症状を来した場合には観血的な治療法も必要と考えられる。

## 2-6

外眼筋内に生じた  
眼窩静脈瘤の2例○上田 幸典(ウエダコウスケ)、齋藤 智一、  
土居 亮博、松浦 祐介、嘉島 信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【目的】眼窩静脈瘤は静脈奇形の一つであり、間歇性眼球突出や複視、眼痛を生じる。外眼筋内から生じた眼窩静脈瘤の2例を経験したため報告する。

【症例】症例1は31歳男性。2008年9月、突発的に発症した右眼痛、眼球突出を認め、当科を受診した。受診時、眼球運動検査にて著明な障害を認めなかった。MRI検査にて右内直筋内に存在する $17 \times 15 \times 19$ mmの腫瘍を認めたため、同月、摘出術を施行した。筋膜を切開したところ静脈瘤を疑う病変を認めたが、周囲を剥離中に破裂し消失した。病理検査では腫瘍性変化を認めなかった。その後、画像検査にて全身に腫瘍性病変を認め、右側胸部の生検の結果、perivascular epithelioid cell tumorと診断された。症例2は34歳女性。俯き姿勢にて右眼痛を生じるため、前医を受診、右眼窩内腫瘍を指摘されたため、2016年5月に当科を受診した。受診時、眼球運動検査にて著明な障害を認めなかった。MRI検査にて右下斜筋内に長径15mmの腫瘍と、左眼窩筋円錐内にも長径15mmの腫瘍を認めた。同年6月に右眼窩腫瘍摘出術を施行した。眼窩下壁から下斜筋内にかけて、静脈瘤を疑う病変を認めた。血管壁は非常に薄く容易に破裂した。内部に静脈石を認めた。病理検査にて、静脈と考えられる弾性線維構造を認めた。同年10月、左眼窩腫瘍摘出術を施行し、病理検査にて海綿状血管腫と診断した。両症例ともに、外眼筋内の腫瘍は術前と同様の大きさで残存しているが、眼球運動などに術前後で変化は無く、経過観察中である。

【結論】外眼筋内に静脈瘤を生じた場合、著明な眼球運動障害を来さないため、他の外眼筋疾患との鑑別に有用である。外眼筋に静脈瘤を認めた場合、他部位の病変の有無について考慮するべきである。

## 2-7

眼科領域に発生した  
横紋筋肉腫の2症例

○山田 裕子(ヤマダ ヒロコ)、村井 佑輔、  
金井 友範、西村 殊寛、田上 瑞記、  
藤澤 一行、安積 淳

神戸海星病院

【緒言】横紋筋肉腫の診断には、生検・腫瘍切除術による病巣精査が不可欠である。神戸海星病院(当院)で経験した眼科領域の横紋筋肉腫2症例を報告する。

【症例】症例1：6歳男児。1か月前から左上眼瞼腫脹を生じ、治療に抵抗して急速に増大した。頭部造影MRIで、上直筋付着部直上に左眼球を強く圧迫する18mm×30mmの腫瘤があり、横紋筋肉腫として当院に紹介された。初診翌日の左眼窩腫瘍摘出術では、左眉毛下切開から眼窩内腫瘍に到達した。腫瘍剥離は、滑車付近を除いて、比較的容易であった。術後、左眼球偏位と眼球運動制限は改善し、眼瞼下垂も軽度であった。治療のため居住地域大学病院小児科へ転院した。病理診断は横紋筋肉腫；胞巣型であった。

症例2：7歳男児。2か月前に母国(欧州)で右霰粒腫として加療されたが増大した。その後来日し、最終的に頭部CTで眼窩に伸展する病変部を発見され、当院に紹介された。初診時右上眼瞼鼻側皮下にくるみ大、弾性軟の腫瘤を触知し、眼窩部MRIで眼窩に向かう30mm×14mmの境界明瞭な病巣が描出された。横紋筋肉腫と考え、初診翌日に右眼窩腫瘍摘出を行った。上重瞼ライン想定部で皮膚切開したが、腫瘍は、一部眼輪筋を巻き込み、上涙小管から涙丘、結膜に広がった。眼窩方向にも伸展したが、涙嚢付近を除いて眼窩内組織との癒着は高度ではなく、腫瘍は概ね核出できた。術後、重篤な眼球運動障害や視機能障害はなかった。その後、横紋筋肉腫；胎児型と病理診断され、治療のために帰国した。

【結論】眼部に発生した横紋筋肉腫の2例を経験した。病理型は同一でなく、発生部位も異なる(症例1；上斜筋、症例2；眼輪筋)と考えた。2症例とも腫大した腫瘍は眼窩組織を強く圧排したが、周囲組織への浸潤性に乏しく、核出が可能で、大きな術後合併症は発生しなかった。眼窩腫瘍として発育する横紋筋肉腫は、比較的早期であれば腫瘍を核出できる。



# 3-1

## 開業医における 眼腫瘍手術の検討

○小島 孚允(コジマ タカヨシ)

小島眼科医院

**【目的】** 眼腫瘍の診療には、放射線診断・治療装置などの高額医療機器や他科との連携が必要なことが多く、主として大学病院や総合病院で治療が行われている。演者は総合病院において眼腫瘍を診療してきたが、その後クリニックの開業医として眼腫瘍の診療に携わってきた。今回当院で行った眼腫瘍手術を調査し、眼腫瘍の治療にどのような役割が果たせるかを検討した。

**【対象と方法】** 過去4年6ヶ月に当院で局所麻酔手術を行った眼腫瘍患者391例を対象とした。これらの症例の予後を後ろ向きに調査し、クリニックでの手術の適否につき検討した。

**【結果】** 手術例の内訳は、眼瞼腫瘍294例、結膜腫瘍84例、眼窩腫瘍13例であった。このうち眼瞼悪性腫瘍は21例で、基底細胞癌(BCC)10例、脂腺癌10例、日光角化症1例であった。BCC全10例、脂腺癌4例で摘出手術を行った。脂腺癌6例は生検後他病院で全麻手術または放射線治療依頼した。当院で摘出したBCCの2例に再発がみられ、再手術を行った。脂腺癌4例では再発がなかった。結膜悪性腫瘍は18例で、悪性リンパ腫13例、悪性黒色腫3例、扁平上皮癌1例、移行上皮癌1例であった。結膜悪性リンパ腫では、可能な範囲で摘出を行い、必要に応じて放射線治療や全身治療を依頼しこれまで再発はない。結膜悪性黒色腫では1例で腫瘍全摘出を行い、1例で姑息的腫瘍切除、1例は他病院に依頼し眼窩内容除去術を行った。姑息的腫瘍切除を行った1例では再発を繰り返しているが、患者の希望によりその都度再発部を切除し経過観察中である。全例で術中術後に重篤な合併症はみられず、手術の目的をほぼ達成することが可能であった。

**【結論】** 開業医における眼腫瘍手術は、重症例には制約があるが、緊急性のある患者では柔軟で迅速な対応をすることにより早期の診断・治療が可能であり、患者の不安も最小限にできるのが利点と考えられた。

# 3-2

## 静岡県立静岡がんセンター 眼科における眼悪性腫瘍 242名の総括

○柏木 広哉(カシワギ ヒロヤ)<sup>1)</sup>、  
中川 雅裕<sup>2)</sup>、鬼塚 哲郎<sup>3)</sup>、清原 祥夫<sup>4)</sup>、  
吉川 周佐<sup>4)</sup>、西村 哲夫<sup>5)</sup>、村山 重行<sup>5)</sup>、  
伊藤 以知郎<sup>6)</sup>、百合草 健圭志<sup>7)</sup>

- 1) 静岡県立静岡がんセンター、
- 2) 同再建・形成外科、
- 3) 同頭頸部外科、
- 4) 同皮膚科、
- 5) 同放射線・陽子線治療センター、
- 6) 同病理診断科、
- 7) 同歯科口腔外科

**【目的】** 当院における10年間の眼悪性腫瘍の総括を行う。

**【対象と方法】** 2007年1月から2016年12月までの10年間に於いて、当院を受診した眼悪性腫瘍242名。ただし頭頸部癌からの浸潤は除外した。

**【結果】** 男性108名、女性134名、平均年齢67.37歳。転移性は31名で12.8%を占め、全例腫瘍死されている。部位別の内訳と特徴があった症例を提示する。眼瞼96名(脂腺癌36名、基底細胞癌31名、扁平上皮癌11名など)。当院初回治療の脂腺癌では、再発や転移は認められていない。また40代女性脂腺癌治療7年後に、対側の眼瞼扁平上皮癌を生じた例を経験した。結膜46名(マルトリリンパ腫19名、扁平上皮癌13名、悪性黒色腫7名など)。結膜悪性黒色腫にニボルマブを施行したが、現在病変の拡大は認められていない。眼内50名(転移性16名、DLBCL:び慢性大細胞型B細胞リンパ腫15名、悪性黒色腫14名など)。肺癌脈絡膜転移では分子標的薬により転移巣の消失を認め、現病死までの2年間に再発はなかった。眼窩50名(マルトリリンパ腫21名、転移性8名、DLBCL6名など)。9年後に反対側に再燃したマルトリリンパ腫が1例あったが、染色体異常は認められなかった。稀なものとして、多発性頸部リンパ節転移を認めた唾液腺導管癌様の腺癌があった。また眼腫瘍と他の癌の合併例が2名(結膜マルトリリンパ腫と乳癌、白血病と結膜扁平上皮癌と舌癌のトリプル癌)いた。

**【結論】** 脂腺癌の再発転移0%は、safety margin 5mmを全例施行している影響なのか断定できないが、ひとつの要因と考える。また分子標的薬による転移性腫瘍に対する治療は、眼内以外でも応用は可能と考える。結膜悪性黒色腫に対し、当院ではインターフェロン点眼や注射が使用できず、ニボルマブを選択したが、50%減額になったとはいえ高額である点は問題となる。

# 3-3

## 北海道大学病院における 眼瞼悪性腫瘍の臨床的特徴

○石嶋 漢(イシジマ カン)<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、  
野田 実香<sup>2)</sup>、野崎 真世<sup>3)</sup>、水門 由佳<sup>1)4)</sup>、  
石田 晋<sup>1)</sup>

1) 北海道大、2) 慶應義塾大、  
3) 医療法人涼悠会 梅北眼科、4) 帯広協会病院

**【目的】** 北海道大学病院眼科における眼瞼悪性腫瘍の臨床的特徴を調査する。

**【対象と方法】** 当科にて2010年1月より2016年12月までに病理組織学的に眼瞼悪性腫瘍と診断された42例を診療録に基づき後ろ向きに検討した。

**【結果】** 眼瞼悪性腫瘍と診断された症例のうち、男性は18例 (42.8%)、女性は24例 (57.2%)。診断時の年齢の平均値は73歳 (39～97歳) であり、うち80歳以上の症例は8例であった。発症部位は下眼瞼が24例 (57.1%)、上眼瞼が18例 (42.9%)。右側が23例、左側が19例。病理組織学的検査ではsebaceous carcinomaが21例 (50%) と最多で、続いてbasal cell carcinoma が12例 (30.9%)、squamous cell carcinomaが5例 (14.2%) であった。Adenoid cystic carcinoma、Merkel cell carcinoma、endocrine mucin-producing sweet gland carcinoma、そして肺がんの眼瞼への転移例がそれぞれ1例であった。36例で腫瘍局所切除と再建術で治療可能であったが、6例 (sebaceous carcinoma 4例、squamous cell carcinoma 1例、転移 1例) で眼窩内容除去術を要した。

**【結論】** 本研究では眼瞼悪性腫瘍のうちsebaceous carcinomaが半数 (50%) を占めたが、稀な悪性腫瘍も混在した。80歳以上の高齢者も、治療の対象となることが示唆された。

# 3-4

## 網走厚生病院における 眼腫瘍54例の検討

○福原 淳一(フクハラ ジュンイチ)<sup>1)2)</sup>、  
福原 崇子<sup>1)2)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、後藤田 裕子<sup>3)</sup>、  
石田 晋<sup>2)</sup>

1) 網走厚生病院、2) 北海道大、  
3) 札幌厚生病院 病理部

**【目的】** 一般市中病院における12年間の眼腫瘍の臨床病理学的診断と頻度を検討したので報告する。

**【対象と方法】** 2006-2017年に網走厚生病院で病理組織学検査を施行した54例の眼腫瘍を対象とした。男性34例、女性20例で、発症年齢は19～88歳、平均は64.0歳であった。眼瞼、結膜を始めとする眼表面・眼周囲の腫瘍、眼窩・涙腺、眼内に発生した腫瘍を摘出し、病理組織学的分類に基づいて確定診断を行った。

**【結果】** 眼瞼腫瘍は38例であり、良性腫瘍は31例、悪性腫瘍は7例であった。良性腫瘍では霰粒腫が8例と最も多く、悪性腫瘍は基底細胞癌4例、脂腺癌2例、Merkel細胞癌1例であった。結膜腫瘍は8例で、悪性腫瘍は扁平上皮癌1例、悪性リンパ腫1例であった。眼窩腫瘍は7例で、IgG4関連眼疾患は2例であり、悪性腫瘍は認めなかった。眼内腫瘍は1例で、脈絡膜悪性黒色腫であった。

**【結論】** 眼腫瘍のうち、約2/3を眼瞼腫瘍が占め、悪性腫瘍は10例 (19%) であった。眼瞼腫瘍の頻度は大学病院における既報と頻度が異なる可能性がある。

## 4-1

### IgG4関連眼疾患の診断 におけるフローサイト メトリーの有用性

○水門 由佳(スイモン ユカ)<sup>1) 2)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、  
石嶋 漢<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>

1) 帯広協会病院、2) 北海道大

**【目的】**フローサイトメトリー (FCM) は、白血球の細胞表現マーカーを定量的に解析する手法である。IgG4関連眼疾患はMALTリンパ腫を合併することがあるが、その鑑別は困難な症例が混在する。今回、IgG4関連眼疾患と眼付属器MALTリンパ腫におけるFCMの検討を行ったので報告する。

**【対象と方法】**2015年1月から2017年4月までに北海道大学病院において診断したIgG4関連眼疾患8例とMALTリンパ腫8例を対象とした。全ての症例に対し、腫瘍の外科的切除を行い、病理組織学検査、遺伝子再構成の有無、FCMの結果を基に診断した。FCMではT細胞系、B細胞系、NK細胞系、形質細胞の表面マーカーに加え、T細胞系・B細胞系の共通の表面マーカーである、CD5、CD38の発現率を診療録を元に後ろ向きに解析した。

**【結果】**IgG4関連眼疾患はMALTリンパ腫と比較し、CD2、CD3、CD4、CD5、CD7、CD10、CD23、CD38、CD56の発現率が有意に高く( $P<0.05$ )、CD 19、CD20の発現率が有意に低かった ( $P<0.05$ )。他の表面マーカーに有意差はなかった。

**【結論】**IgG4関連眼疾患とMALTリンパ腫の鑑別において、FCMが診断の補助として有用であり、その鑑別において、CD38が新たに有用な表面マーカーである可能性がある。

## 4-2

### びまん性大細胞リンパ腫 完全寛解6年後に再発が 疑われたIgG4関連疾患の1例

○尾山 徳秀(オヤマ トクヒデ)<sup>1) 2) 3)</sup>、  
吉野 正<sup>2)</sup>、橋本 薫<sup>2)</sup>、武田 啓治<sup>2)</sup>、  
大湊 絢<sup>3)</sup>

1) 医療法人社団オクルス うおぬま眼科、  
2) 長岡赤十字病院、3) 新潟大 医歯学総合病院

**【目的】**びまん性大細胞リンパ腫 (DLBCL) 完全寛解6年後に再発が疑われたが、IgG4関連疾患であった1例を報告すること

**【症例】**84歳 女性

**【既往】**2006年黄疸にて発症した自己免疫性肝炎 (AIP) あり (当時血清IgG4: 356mg/dl)。

**【経過】**AIPでPSL5mg/dayで経過観察中であったが、2011年にCTにて縦隔および右肺門部多発リンパ節腫大、血清LDH: 226U/l、sIL2-R: 1540U/mlと高値を認めた。リンパ節生検にてDLBCLと診断され、stage CSIIAで、R-TCOP 6コース施行しCRとなった。PSL内服は継続されていたが2014年で終了となる。終了時の血清IgG4: 1020mg/dl、血清LDH: 201U/l、sIL2-R: 825U/mlであった。2017年2月より左眼球突出自覚あり、4月近医眼科受診。PET-CTにて左下直筋腫大、縦隔および肺門部、腋下リンパ節は軽度腫大あり、血清IgG4: 2770mg/dl、血清LDH: 193U/l、sIL2-R: 944U/mlと高値を認めた。DLBCLの再発の可能性があり、左下直筋生検を施行した。病理結果はIgG4関連疾患であった。現在PSL内服にて軽快している。

**【結論】**悪性リンパ腫治療寛解後に、再度リンパ節腫脹やその他臓器に腫脹など認められた場合は採血や画像検査だけでは再発なのか別疾患なのか判断することは困難である。悪性リンパ腫が発生する部位にはIgG4関連疾患も発生し、両者の差異は病理診断することが大切である。このような症例や合併症例などの報告も散見される。Rare caseではあるが病理診断が重要であることを報告する。



## 4-3

IgG4関連疾患に合併した  
びまん性大細胞型B細胞  
リンパ腫の一例

○野々村 絹子(ノノムラ キヌコ)<sup>1) 2)</sup>、  
大湊 絢<sup>2)</sup>、塩崎 直哉<sup>2)</sup>、芳野 高子<sup>1) 2)</sup>、  
小堺 貴司<sup>3)</sup>、瀧澤 淳<sup>4)</sup>、福地 健郎<sup>2)</sup>

1) 佐渡総合病院、2) 新潟大、  
3) 佐渡総合病院 血液内科、  
4) 新潟大 血液・内分泌・代謝内科

【目的】IgG4関連疾患(IgG4-RD)では悪性腫瘍の発生率が高いことが知られている。IgG4関連眼疾患(IgG4-ROD)においても悪性リンパ腫を合併した例が過去に多数報告されているが、その殆どはMALTリンパ腫であり、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の合併報告は少ない。今回、IgG4関連疾患にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫を合併した一例を経験したので報告する。

【症例】症例は40代女性。某年7月に当院耳鼻科で副鼻腔炎の精査目的に施行したCT検査で両眼の眼窩腫瘍を指摘され当科を受診した。初診時の視力は良好で、眼球運動は正常であった。両眼瞼には2～3年前から自覚しているという腫脹を認め、顔面皮膚には丘疹を認めた。血液検査では血清IgG4値1490mg/dlと上昇を認め、IgG4関連眼疾患が疑われた。ご本人に眼窩腫瘍生検の必要性や治療について説明したが自覚症状は両眼瞼腫脹のみで生検を希望されず、経過観察とした。2016年9月、頸部皮下に腫瘍を自覚し、当院耳鼻科で頸部皮下腫瘍の生検を行ったところ組織学的にDLBCLとIgG4-RDの合併を認めた。骨髓浸潤は認めず、全身CTでは両肺末梢のすりガラス影や腋窩・外腸骨領域のリンパ節腫脹を認めた。2017年2月、左眼窩内病変の組織型の確認のため生検目的に新潟大学眼科へ紹介。生検の結果、左眼窩内病変も頸部皮下腫瘍と同様にDLBCLとIgG4-RDの合併を認めた。以上からDLBCL stage4およびIgG4-RDの合併と診断し、4月からR-CHOP療法を施行した。現在R-CHOP 3クール終了し、視診およびCT検査で腫瘍の縮小を認めている。

【結論】IgG4関連疾患に合併したDLBCLの一例を経験した。特にIgG4関連眼疾患においては、MALTリンパ腫の合併が大多数を占めるが、本症例のようにDLBCLを合併することもあり、診断時には注意が必要である。

## 4-4

IgG4関連疾患が疑われた  
眼窩粘液腫の一例

○浅井 沙月(アサイ サツキ)<sup>1)</sup>、藤本 雅大<sup>2)</sup>、  
辻川 明孝<sup>2)</sup>

1) 京都大学医学部附属病院、2) 京都大

【緒言】粘液腫は間葉系細胞由来の腫瘍であり、心臓や消化器の症例報告が多くを占め、眼窩内に発症する事はまれである。今回、高IgG4血症を伴った眼窩粘液腫の一例を経験したので報告する。

【症例】68歳女性。5年前に腹部CTで脾腫大を指摘、また両眼瞼腫脹、両眼球突出を認め、眼窩CTで両側眼窩内に腫瘍様陰影を指摘した。血中IgG値2010mg/dL、血中IgG4値709mg/dLと高値であり、IgG4関連疾患と臨床診断し、ステロイドパルス療法を2クール施行した。脾腫大の消失、両眼窩腫瘍様陰影の縮小、IgG4値の正常化を認めた。以後ステロイド内服を漸減し、プレドニン5mg/日内服継続投与で経過観察した。2017年2月に両眼瞼腫脹及び左眼球突出を再度認め、血液検査ではIgG値1024mg/dL、IgG4値338mg/dLであった。視力はRV=(1.0)、LV=(1.0)、眼圧はRT=16mmHg、LT=17mmHgであった。眼窩腫瘍の生検を施行したところ、病理にて粘液腫と診断された。

【考察】病態の悪化とともに血中IgG4値の上昇を認め、また低容量のステロイド投与により長期にわたり病勢のコントロールが可能であった。脾臓の粘液腫でIgG4関連疾患との関連の可能性が報告されているが、本症例においても粘液腫と高IgG4血症との関連の可能性が示唆された。

## 4-5

重度の涙液減少を呈した  
IgG4関連眼疾患の1例○荻野 陽(オギノ ヨウ)、加瀬 諭、石嶋 漢、  
石田 晋

北海道大

【目的】IgG4関連疾患は血清IgG4高値(>135mg/dl)に加え、リンパ球とIgG4陽性形質細胞の著しい浸潤と線維化により、同時性あるいは異時性に全身諸臓器の腫大や結節・肥厚性病変をきたす原因不明の疾患である。IgG4関連眼疾患の一部であるMikulicz病では、涙腺分泌機能の低下による乾燥性角結膜炎は見られないか、あっても軽度であり、シェーグレン症候群とは異なる疾患である。今回我々が経験したIgG4関連眼疾患症例は、重度の涙液減少に伴う乾燥性角結膜炎を呈したので報告する。

【症例】66歳。女性。2016年7月ごろ左眼の眼球突出に気付いたが放置していた。同年12月頃から起床時の左眼の開けにくさを自覚した。2017年2月2日に前医で副鼻腔炎と眼窩腫瘍を指摘され、当科に紹介となった。初診時眼科的所見は、左眼の下方を中心とした点状表層角膜炎と広範な結膜上皮障害があり、Schirmer試験は右3.0mm、左4.0mmであった。皮膚からは腫瘍を触知しなかった。造影MRIでは左涙腺部に25×15×18mm大の辺縁平滑、境界明瞭な腫瘍性病変を指摘された。術前採血では、血清IgG 2,028mg/dl、IgG4 549mg/dl、抗SS-A・SS-B抗体はいずれも陰性であった。同年3月に眼窩腫瘍摘出術を施行した。病理組織診断では涙腺組織にリンパ球やIgG4陽性を示す形質細胞が多数浸潤しており、IgG4/IgG比は約80%程度であった。線維化は乏しかった。以上よりIgG4関連眼疾患と診断した。全身精査では副鼻腔炎、肺下葉での気管支壁肥厚、頸部・縦隔のリンパ節腫大を認め、IgG4関連疾患による病変と考えられた。

【結論】本症例はシェーグレン症候群を示唆する乾性角結膜炎がみられ、典型的なIgG4関連眼疾患とは異なる特徴を有した。IgG4関連眼疾患の中には本症例のように重度の涙液減少・結膜上皮障害を伴う症例が存在することが示された。

## 4-6

IgG4関連疾患に合併したAdult  
Orbital Xanthogranulomatous  
Diseaseの一例○大湊 絢(オオミナト ジュン)<sup>1)</sup>、塩崎 直哉<sup>1)</sup>、  
尾山 徳秀<sup>1) 2)</sup>、張 大行<sup>3)</sup>、梅津 哉<sup>4)</sup>、  
福地 健郎<sup>1)</sup>

1) 新潟大、2) 医療法人社団オクルス うおぬま眼科、

3) 新潟大 魚沼基幹病院、

4) 新潟大医歯学総合病院 病理部

【目的】Adult orbital xanthogranulomatous diseaseは非ランゲルハンス型組織球の増殖が特徴とされる稀な疾患群である。その病態の背景にIgG4関連疾患があるとの報告もある。今回、IgG4関連疾患に合併したAdult orbital xanthogranulomatous diseaseの一例を経験したので報告する。

【症例】症例は70代女性。既往歴としてIgG4関連疾患(疑診群)、甲状腺機能低下症、高血圧、高脂血症があり近医内科で経過観察されていた。某年8月より右上眼瞼の腫れ、眼球突出、眼球運動制限に伴う複視を自覚し近医眼科受診。右眼窩内腫瘍の疑いで9月に当科紹介初診された。右の眼球突出と全方向の眼球運動制限があり、また、耳側・上側球結膜に黄色病変を認めた。眼窩部CTでは右涙腺を中心とした眼窩内腫瘍影を認め、外直筋や上直筋への進展もみられた。採血上はIgG4、IgG、IgE、CRPの上昇を認めた。IgG4関連眼疾患を疑い10月に右眼窩内腫瘍の生検を施行した。右涙腺病変の組織像では多数の多核巨細胞を認め、一部では脂肪組織を含みxanthogranulomaと考えられた。さらにIgG4陽性形質細胞も認められた。眼窩内腫瘍生検の際に結膜の黄色病変も一部生検したがxanthomaの所見であった。IgG4関連疾患を背景にしたadult orbital xanthogranuloma diseaseと考え、プレドニゾロン30mgより内服を開始した。内服開始直後から速やかに右眼球突出、眼瞼腫脹は改善し、現在プレドニゾロンを漸減しながら経過観察中である。

【結論】Adult orbital xanthogranulomaにはIgG4関連疾患を合併することがあり、ステロイド治療に良好に反応する例もある。



## 5-1

### 再発性眼瞼悪性腫瘍に対し インターフェロン $\alpha$ -2b 点眼で加療するも奏効せず、 全身化学療法で寛解した一例

○坂本 麻里(サカモト マリ)<sup>1)</sup>、中井 駿一郎<sup>1)</sup>、  
長井 隆行<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>

1) 神戸大、2) 神戸海星病院

【目的】完全切除が難しい再発性眼瞼悪性腫瘍に対しインターフェロン $\alpha$ -2b点眼治療するも効果なく、全身化学療法で寛解を得た一例を報告する。

【症例】63歳女性。2013年に左上眼瞼内側のしこりに気づき、近医で霰粒腫として経過観察されていたが、その後生検でcarcinomaと判明した。放射線療法を勧められ、神戸大学附属病院放射線科で放射線療法(60Gy)施行、同時期に当科に紹介となった。初診時に左上眼瞼内側に腫瘤を触知したが放射線療法後に消失した。その後次第に左上眼瞼結膜は線維化が進行し左角結膜上皮障害をきたし、左視機能は低下した。放射線療法後約半年で、左上下眼瞼結膜にびまん性に腫瘍性病変再発を認め生検の結果carcinomaと診断された。神戸海星病院で左眼瞼腫瘍切除および眼瞼再建術が施行され、poorly differentiated carcinomaの診断で断端陽性であった。残存腫瘍に対する後療法としてインターフェロン $\alpha$ -2b点眼1日4回を約5か月行ったが、局所再発および左頸部リンパ節と肺に転移を認めたため当院腫瘍内科で全身化学療法(ドセタキセルおよびシスプラチン)行った。原発巣および転移巣は縮小、消失し、現在も寛解を維持している。

【考察・結論】完全切除が難しく、局所治療に反応せず再発・転移をきたした眼瞼結膜腫瘍に対し、全身化学療法が奏効し寛解を得た症例を経験した。本症例は腫瘍がびまん性に広がり、眼瞼の形態・機能維持の観点から完全切除は困難であった。また臨床的には脂腺癌と考えられ、インターフェロン $\alpha$ -2b点眼に反応せず切除後再発と遠隔転移に至った。完全切除・局所治療困難な眼部腫瘍では、全身化学療法を検討する必要があると考えられたが、その時期や内容についてはさらに議論・検討が必要である。

## 5-2

### 生検で基底細胞癌と診断され、 追加拡大切除でtrichoblastoma が疑われた眼瞼腫瘍の1例

○末岡 健太郎(スエオカ ケンタロウ)<sup>1)</sup>、  
服部 結<sup>2)</sup>、木内 良明<sup>1)</sup>

1) 広島大 視覚病態学、2) 広島大 分子病理学

【緒言】毛芽腫(Trichoblastoma)と基底細胞癌(BCC)はいずれも毛芽細胞様細胞の増生からなる腫瘍で、臨床的、病理的類似性があり、しばしば診断に苦慮する。前者は良性腫瘍だが、後者は局所浸潤をきたす悪性腫瘍であり、腫瘍切除範囲が異なるため、両者の鑑別について議論されている。また、trichoblastomaは頭頸部に好発するが眼瞼の報告は数報のみで、発生部位として非常にまれである。今回、生検でBCCと診断され、追加拡大切除でtrichoblastomaが疑われた眼瞼腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】84歳男性。1か月前に左下眼瞼縁の黒色調腫瘤を自覚し、当科に紹介されて受診した。左下眼瞼中央の瞼縁に4.5mm大の黒褐色調の色素を含む扁平で平滑な腫瘍をみとめた。潰瘍形成や睫毛脱はなく、瞼結膜面は平滑であった。同日、shaving切除(open treatment)した。病理組織では、表皮に連続して楕円形の核を持つ腫瘍細胞が増殖し、腫瘍内部にメラニン沈着を軽度みとめた。腫瘍巣辺縁に腫瘍細胞の柵状配列がみられ、裂隙を伴っており、BCCの診断であった。後日、shaving端から約2mmのマージンを設けて全層切除、単純縫縮を施行した。追加拡大切除の病理組織では、胞巣を構成する細胞は基底細胞様で、胞巣辺縁に柵状配列がみとめられたが、胞巣周囲に粘液産生を伴う裂隙形成がみられないことと、毛包への分化がみられることからtrichoblastomaの可能性が強く示唆された。術後1年経過し、再発はみられていない。

【考察】TrichoblastomaとBCCとは臨床的鑑別は難しいとされ、両者の病理的鑑別点として、fibroepithelial unit (FEU) 形成の有無、毛球・毛乳頭への分化の有無が挙げられる。今回、それぞれの病理診断は各所見から妥当であると考えられた。同一病変内での両者の連続性は確認できなかったが、初回のshaving切除でBCC領域がすべて取り除かれていた可能性がある。本症例では両者が同部位に併存しており、両者は同一スペクトルに位置する疾患であろうことが示唆された。

## 5-3

### 眼瞼に生じた 多形腺腫の1例

○土居 亮博(ドイ アキヒロ)、上田 幸典、  
斎藤 智一、松浦 祐介、嘉島 信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

**【目的】** 眼瞼における多形腺腫の報告は比較的まれである。当初、霰粒腫が疑われた、眼瞼皮下に生じた多形腺腫の症例を経験したため報告する。

**【症例】** 23歳女性。2015年5月頃から右上眼瞼の腫瘤を自覚し、同年11月に前医眼科を受診した。霰粒腫が疑われ、2016年1月に霰粒腫摘出術（詳細不明）及びトリアムシノロン局所注射が施行された。その後も腫瘤が残存しているため治療目的に当科を紹介受診した。2016年5月、当科初診時、右上眼瞼皮下に直径6mmの瞼板との可動性不良な腫瘍を触知した。経皮的に腫瘍摘出を試みた所、皮下に比較的境界明瞭な腫瘍を認めたためこれを一塊にして摘出した。病理組織学的検査にて多形腺腫と診断した。現在、術後約1年が経過し再発は認めていない。

**【結論】** 臨床的に霰粒腫等との区別は困難であった。そのため、多形腺腫とは気付かれずに漫然と切開を繰り返されている症例もあるものと推定される。一見、霰粒腫様であっても多形腺腫であることもあり、注意が必要である。

## 5-4

### 眼部カポジ肉腫の1例

○高木 健一(タカキ ケンイチ)<sup>1) 2)</sup>、  
吉川 洋<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、村田 昌之<sup>3)</sup>、  
藤原 美奈子<sup>4)</sup>、園田 康平<sup>1)</sup>

1) 九州大、2) 小倉医療センター、  
3) 九州大 総合診療科、4) 九州大 形態機能病理学

**【目的】** カポジ肉腫はヒトヘルペスウイルス8型(HHV8)感染を契機として発症する血管内皮由来の悪性腫瘍で後天性免疫不全症候群(AIDS)の合併症として重要であるが、眼部病変については本邦での報告は少ない。今回我々は眼部にカポジ肉腫を認めた症例を経験したのでその臨床像を報告する。

**【症例】** 症例は35歳男性。生来健康であったが、10年来の同性愛があった。8か月前に右下眼瞼腫瘤を自覚し、近医で切開を受けたが改善を認めなかった。3か月前、両肺の多発陰影を偶然指摘され、以後の精査でHIV感染が明らかとなり、CD4 44/ $\mu$ lと著明な免疫抑制と、食道カンジダの合併からAIDSと診断された。眼瞼腫瘤がその間増大傾向を示したことから、精査目的に当科初診した。初診時右下眼瞼外側から中央にかけて瞼縁側に眼瞼全層に及ぶ15mmの疼痛性赤褐色腫瘤を認めており、左球結膜内側にも血管拡張を伴う腫瘍性病変を認めていた。造影MRIで右下眼瞼腫瘍は不均一に増強されていた。右下眼瞼より生検を行った。摘出組織は胞状の核を持つ紡錘形の細胞とスリット状の血管構造からなる腫瘍であり、さらに免疫染色でD2-40とHHV8が陽性であったことよりカポジ肉腫と診断した。両側肺、胃からも同様の病変が指摘された。AIDSに対するART療法(ラミブジン、アバカビル、ドルデクラビル併用療法)に加えてドキシソルピシン投与を3クール行われ、眼瞼病変、結膜病変ともに縮小した。現在も経過観察中である。

**【結論】** 眼部にカポジ肉腫を認める場合があるので注意が必要である。

5-5

眼瞼脂腺癌における  
抗アポトーシスタンパク質  
BAG3の発現について

○柚木 達也(ユノキ タツヤ)<sup>1)</sup>、田淵 圭章<sup>2)</sup>、  
林 篤志<sup>1)</sup>

1) 富山大、  
2) 富山大学生命科学先端研究センター 遺伝子実験施設

【目的】Heat shock protein 70 (Hsp70) の co-chaperonであり、様々なストレスに対して細胞保護作用を有するBcl-2 associated athanogene 3 (BAG3) が、眼瞼脂腺癌においてどのように発現しているかについて検討すること。

【対象と方法】当院で手術を施行した眼瞼脂腺癌患者5例(平均年齢 76.8±8.0歳、男性1例、女性4例)に対して、組織免疫染色を行いBAG3の発現について検討した。細胞膜、細胞質に染色が見られる場合、陽性とし、強陽性(3+)、中等度陽性(2+)、弱陽性(1+)の3段階に分け、それぞれの割合を算出した。1+ ~ 3+の合計をその症例のBAG3陽性率とした。

【結果】BAG3は全症例の細胞質において、びまん性に染色された。全症例の強陽性の腫瘍細胞の割合は10.0±13.0%、中等度陽性の割合は26.0±29.6%、弱陽性の割合は37.0±23.1%であった。全症例の腫瘍細胞におけるBAG3の陽性率は73.0±26.0%であった。

【結論】眼瞼脂腺癌においてBAG3が高発現していることが確認された。眼瞼脂腺癌における分子レベルでの病態解明の一助となるかもしれない。

5-6

抗真菌薬Voriconazoleに  
関連した扁平上皮癌

○辻 英貴(ツジ ヒデキ)<sup>1)</sup>、吉田 淳<sup>1)</sup>、  
高田 幸子<sup>1)</sup>、石井 柳太郎<sup>2)</sup>、竹内 賢吾<sup>3)</sup>

1) がん研究会有明病院、2) 東京大、  
3) がん研究会がん研究所 分子標的病理プロジェクト

【緒言】癌を生じる原因としては、紫外線、ウイルス、薬剤など多種多様なものがある。今回、筆者らは、抗真菌薬であるVoriconazoleに関連した眼周囲を含めた顔面の扁平上皮癌(SCC)の症例を経験したので報告する。

【症例】73歳の女性。従来、皮膚科にてVoriconazoleによる真菌感染症および顔面腫瘍に関してマネージメントを行っていたが、眼周囲に腫瘍を生じ、がん研有明病院へ紹介となった。特に左眼周囲には腫瘍が眼球近傍にまで増殖しており、希望あり、切除を施行した。病理はSCCであった。切除後、再増殖と切除を繰り返している。

【結論】Voriconazoleはアゾール系の抗真菌薬で、ラノステロールから真菌細胞膜形成に不可欠なエルゴステロールへの変換を阻害することによって効果を発揮する。しかしながらVoriconazoleにはphototoxicityがあり、顔面などの露出部におけるskin cancer発症との関連があるため、使用にあたってはSPF値の高いクリームや、帽子、サングラスなどの日よけ対策を行いながら使用することが大切である。



## 6-1

眼窩内容除去術を要した  
結膜悪性黒色腫の3例○伊沢 英知(イザワ ヒデトモ)<sup>1)</sup>、鈴木 茂伸<sup>1)</sup>、  
相原 由季子<sup>2)</sup>、佐野 秀一<sup>3)</sup>1) 国立がん研究センター中央病院、2) 東京大、  
3) 佐野眼科医院

【目的】異なる治療経過の後、最終的に眼窩内容除去を要した結膜悪性黒色腫の3例について報告する。

【症例】症例1：25歳女性。2011年左眼出血あり他院受診、上眼瞼結膜に腫瘍あり、生検で悪性黒色腫の診断。再発あり当院受診。上眼瞼腫瘍切除を行うが側方断端陽性、拡大切除希望なく、インターフェロン局所注射を2年間行い、腫瘍は寛解していた。治療終了2年後、腫瘍の再発を認め、眼窩内容除去、遊離皮弁移植を行った。

症例2：64歳女性。2000年より右眼結膜に色素病変あり、2010年に隆起を認め当院受診。隆起病変を切除し悪性黒色腫の診断。残存色素病変を可及的に追加切除し、primary acquired melanosis(PAM) with atypiaの診断。術後PAMの再燃あり、2度の局所切除を行った。2016年結節病変を生じたが、拡大手術を拒否し点眼治療を希望、他施設にてMMC点眼治療を行うも炎症強く継続困難、腫瘍増大傾向あり当院再受診。2017年1月右眼窩内容除去を行った。

症例3：92歳女性。2013年より左結膜に色素病変あり経過観察。色素斑は徐々に拡大し、2016年前医にて結膜腫瘍生検施行し悪性黒色腫の診断、当院紹介受診。結膜のはぼ全面にPAMを認めたが高度の認知症あり、患者・家族に拡大手術の希望なく前医にて経過観察となった。1年後、腫瘍の著明な増大と出血を生じ、入所施設での管理困難のため当院再受診、左眼瞼皮膚温存眼窩内容除去術を行った。

【結論】結膜悪性黒色腫の治療は病変の完全切除が原則であるが、PAMを伴う場合には困難な場合が多い。補助療法として冷凍凝固、点眼治療、インターフェロン局所注射があるが、確立した方法はない。新規薬物治療も粘膜悪性黒色腫に対する治療効果は限定的である。眼窩内容除去術による生命予後改善のエビデンスはないが、症例の蓄積により病期に応じた治療法の確立が望まれる。

## 6-2

術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7例の検討○菊地 郁(キクチ イク)<sup>1) 2)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、  
石嶋 漢<sup>1)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1) 北海道大、2) 滝川市立病院

【目的】腫瘍の局所切除後、インターフェロン(IFN)  $\alpha$ -2b点眼を施行した結膜黒色腫患者の臨床経過を報告すること

【対象と方法】北海道大学眼科を初診した7症例7眼の結膜悪性黒色腫の治療経過、組織学的検査、画像検査を、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を施行し、細隙灯顕微鏡にて色素性病変の消失までIFN  $\alpha$ -2b点眼を4回/日施行し、24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5例5眼、男性2例2眼、年齢は65～84歳(平均年齢74歳)、球結膜に腫瘍がみられた症例が5例5眼、球結膜、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。後天性メラノシス発生が3例、母斑発生が2例、de novo発生が2例であった。局所切除後のIFN  $\alpha$ -2b点眼の投与期間は1.5～10か月、切除後の経過観察期間は18～78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った。2例で点眼開始後、残存腫瘍に対して追加切除を施行した。6例で腫瘍は寛解した。1例で、IFN  $\alpha$ -2b点眼とIFN- $\beta$ 結膜下注射を含む局所化学療法は無効であり、局所切除12か月後に眼窩内容除去術を要した。

【結論】IFN  $\alpha$ -2b点眼は、結膜悪性黒色腫の患者における術後療法として、有用である可能性が示唆された。

6-3

若年で発症した  
眼瞼結膜扁平上皮癌の一例

○松田 弘道 (マツダ ヒロミチ)<sup>1) 2)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>2)</sup>

1) 東京慈恵医大 第三病院、2) 東京慈恵医大

【目的】下眼瞼結膜に生じた上皮内異形成から扁平上皮癌を発症した若年男性の症例を報告する。

【症例】20歳男性。既往は軽度のアトピー性皮膚炎（未治療で経過観察）。17歳時、右下眼瞼涙点付近に生じた腫瘤に対して近医で切除術を施行した。その後、同部位に腫瘤の再発を認め、18歳時に2度目の切除術を行った。その際の病理検査で高度の上皮内異形成との診断を受けていた。その後、再び腫瘤形成あり、他院で2度の切除歴があった（その際、病理検査は未施行）。平成29年3月頃より再発を認め、当院へ紹介受診された。腫瘤は右下眼瞼内側を中心に存在し（20mm大）、涙点よりも内側に及び、眼瞼結膜側は瘢痕形成の影響により腫瘤の境界は不明瞭であった。腫瘤外側部においてincisional biopsyを行い、高分化型から一部中分化型の扁平上皮癌と診断された。CTで眼窩部への浸潤および全身に転移巣のないことを確認の上、同年4月7日、拡大切除（皮膚面は2mmマージン、円蓋部結膜切除、涙丘の部分切除）および再建術（上眼瞼より瞼板結膜弁を起こした後、下眼瞼欠損部の大きさに合うように遊離で移植し、外眥切開を追加）を施行した。術中迅速診断で、円蓋部結膜面の断端の一部に高度異形成を疑う所見があり、術後に放射線照射を予定していたところ、同年6月のCTで右顎下腺外側の単一のリンパ節が増大傾向と判明した。今後、当院耳鼻科へ紹介の上、治療方針を決定する予定である。

【結論】眼瞼結膜に生じた上皮内異形成から発症した若年者の扁平上皮癌に遭遇した。若年者では増悪は急激と思われる、早急な対応が要求される。

6-4

当院における  
結膜封入嚢胞の検討

○齋藤 智一 (サイトウ トモイチ)、上田 幸典、  
土居 亮博、松浦 祐介、嘉島 信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【目的】過去10年間に当科で眼瞼および眼球結膜腫瘍摘出手術を施行し、結膜封入嚢胞と病理学的に診断された17例の臨床的特徴について検討した。

【対象と方法】対象は、2007年1月から2017年5月に当院で腫瘍摘出手術を行い、結膜封入嚢胞と診断された17例（男性9例、女性8例、平均52.1歳）。腫瘍の発生部位、大きさ、切開方法、術後合併症について検討した。

【結果】発生部位は上眼瞼結膜が6例、下眼瞼結膜が4例、球結膜が5例、涙丘部が2例であった。腫瘍の大きさは平均10.9mm（3～21.5mm）であり、球結膜の腫瘍は小さく、上眼瞼結膜、下眼瞼結膜の腫瘍は大きい傾向にあった。切開方法は、結膜切開を行った症例が13例、皮膚切開を行った症例が4例であった。皮膚切開を行った4例はいずれも上眼瞼結膜に発生し、腫瘍の大きさが10mmを超え、結膜からのアプローチは困難であった。また、術中に腫瘍が眼瞼挙筋群を押し広げる形で増大していることが確認され、摘出後に挙筋群の再建を要した。全ての症例で術後合併症は見られなかった。

【結論】結膜封入嚢胞は、日常診療においてしばしば遭遇する結膜良性腫瘍であるが、上眼瞼結膜に発生した場合はその大きさによっては皮膚切開による摘出が必要な場合がある。その際は、挙筋群などの眼瞼機能の再建に留意する。



6-5

同一の遺伝子再構成パターン  
が得られた両側性円蓋部結膜  
アミロイドーシスの一例

○村井 佑輔(ムライ ユウスケ)、山田 裕子、  
金井 友範、西村 殊寛、田上 瑞記、  
藤澤 一行、安積 淳

神戸海星病院

【緒言】左右で同一の遺伝子再構成パターンが検出された円蓋部結膜アミロイドーシスの症例を経験したため報告する。

【症例】症例は42歳女性。16年前に両側性結膜アミロイドーシスと診断され観血的治療を繰り返し受けてきた。その過程で精査が行われたが、全身性アミロイドーシスは否定されていた。家族歴はない。今回、加療のため近医を経て神戸海星病院を受診した。初診時視力右(0.6)左(1.2)で、高度な眼瞼下垂があり、右角膜は上皮不整も強かった。両眼とも上眼瞼円蓋部結膜に黄色沈着物があり、右眼は球結膜、瞼膜にも散在した。眼瞼下垂が高度であるため、治療には沈着物の除去が不可欠と考え、手術未施行眼である左眼に対して結膜腫瘍摘出術を行った。重瞼ラインから挙筋腱膜を切開すると沈着物に到着した。ミュラー筋と結膜の間を主座として多量に存在した沈着物を可能な限り除去した。ミュラー筋が正常に保たれていたため、これを瞼板に縫着して閉創した。術後、眼瞼下垂も改善したので、右眼にも同様の手術を施行した。それぞれ採取した検体を病理検査に提出し、アミロイドーシスと診断された。さらに、遺伝子再構成検査でVH(FR1)/JH、VH(FR2)/JHに陽性所見があり、ピークの位置は左右とも同一部分であった。今後放射線治療を検討している。

【考察】眼科領域に発生するアミロイドーシスは多彩であるが、上眼瞼円蓋結膜部に沈着し、眼瞼下垂を特徴とする一群が存在する。今回の症例では左右ともに同一の遺伝子再構成パターンが検出されたことから、アミロイド沈着の背景に同一クローンのB細胞が関与した可能性が高い。結膜のアミロイドーシスでは遺伝子再構成についても検討すべきである。

6-6

眼瞼結膜下に生じた  
pleomorphic fibroma  
の1例

○松浦 祐介(マツウラ ユウスケ)、上田 幸典、  
齋藤 智一、土居 亮博、嘉島 信忠

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【目的】pleomorphic fibromaは稀な良性の軟部組織腫瘍で、病理組織学的に多型性を示す紡錘形細胞から形成される隆起性の腫瘍である。体幹、四肢に生じることが多いとされており、眼瞼に生じた報告は極めて稀である。今回、病変が眼瞼結膜下から生じpleomorphic fibromaと診断された症例を経験したため報告する。

【症例】38歳女性。約10年前から右下眼瞼に腫瘤を自覚していた。徐々に増大傾向であり、切除を希望して当科紹介となった。当科初診時、右下眼瞼内側の眼瞼結膜下に10mm径、表面平滑、隆起性の腫瘍を認めた。結膜充血や角膜障害などのその他の前眼部異常は認めなかった。摘出した腫瘍は病理組織学的に、紡錘形細胞の増殖を結膜上皮下に認め、内腔の拡張した血管を一部に認めた。紡錘形細胞は軽度の細胞異型を示すものの、明らかな核分裂像は認めなかった。免疫組織学的にCD34陽性、S-100陰性を示した。これらの所見からpleomorphic fibromaと診断した。切除後、7ヶ月間再発を認めていない。

【考察】稀な結膜下腫瘍を経験した。当方が渉猟し得た限り眼瞼のpleomorphic fibromaの報告は1例のみだった。眼瞼結膜下に隆起性腫瘍を認めた場合、pleomorphic fibromaの可能性を考慮する必要がある。

## 7-1

眼の有色素組織の  
自発蛍光の検討○大口 泰治(オオグチ ヤスハル)、古田 実、  
石龍 鉄樹

福島県立医大

【目的】眼底自発蛍光は青色自発蛍光 (SW-AF) と近赤外自発蛍光 (NIR-AF) の2つが使用されている。眼底病変においてはSW-AFはリポフスチンにNIR-AFはメラニンに由来するとされている。今回、我々は肉眼的に色素を有する眼組織の病理標本での自発蛍光を検討したので報告する。

【対象と方法】眼球・眼瞼・結膜のメラノーマ、母斑、原発性後天性メラノシス、基底細胞上皮癌、扁平上皮癌、眼内炎の手術時に得られた病理標本をパラフィン包埋し薄切した無染色標本を蛍光顕微鏡BZ-X700 (キーエンス社) を用いて観察した。SW-AFは励起波長フィルター 450-490nm、吸収波長500-550nm、IR-AFは励起波長672.5-747.5nm、吸収波長765-855nm用いて観察した。

【結果】SW-AFおよびNIR-AFともに過蛍光を示したのは網膜色素上皮細胞、虹彩前境界層であった。SW-AFのみ過蛍光を示したのは角膜、水晶体、血管内赤血球、虹彩後上皮細胞および毛様体色素細胞の基底膜、ブルッフ膜であった。NIR-AFのみ過蛍光を示したのは虹彩後上皮細胞、毛様体色素細胞、脈絡膜色素細胞であった。一方、有色素細胞である脈絡膜メラノーマは全例でSW-AF、NIR-AFともに低蛍光であった。脈絡膜メラノーマを覆っている網膜色素上皮細胞はSW-AF、NIR-AFともに過蛍光を示した。その他色素性病変に関して検討をおこなった。

【結論】NIR-AFは眼内の色素を有する正常の組織で過蛍光であったが、脈絡膜メラノーマでは全例低蛍光であった。眼底自発蛍光でNIR-AF過蛍光を示す脈絡膜メラノーマでは腫瘍上にある網膜色素上皮の自発蛍光が反映されている可能性がある。

## 7-2

視神経乳頭黒色細胞腫の  
multimodal imagingと  
視野所見○古田 実(フルタ ミノル)<sup>1)</sup>、大口 泰治<sup>1)</sup>、  
伊勢 重之<sup>2)</sup>、石龍 鉄樹<sup>1)</sup>

1) 福島県立医大、2) 白河厚生総合病院

【目的】視神経乳頭黒色細胞腫 (ODM) は視力予後が良好であるが、90%に視野欠損が生じ、10年で18%に視力低下、32%に腫瘍発育がみられ、稀に悪性化することが報告されている。眼底画像検査所見と視野変化の特徴を検証する。

【対象と方法】9例9眼 (男2、女7; 平均年齢59歳、範囲39-97歳) の後向き研究。検討項目は眼科一般検査とOCT、OCT-Angiography (OCT-A)、眼底自発蛍光、蛍光眼底造影、静的視野検査、経過観察。

【結果】全例左眼で初診時視力は0.2-1.2、OCTで計測した平均腫瘍基底長2299(531-3666)  $\mu$ 、RPEレベルからの腫瘍厚1034(342-1603)  $\mu$ 、左乳頭辺縁の5-10時を障害する位置に好発する傾向があった。ODMが180°以上占める例では、視神経乳頭は浮腫もしくは蒼白を示した。視野の評価が可能であった8眼中、盲点拡大は4眼、腫瘍局在の同側鼻側階段8眼、対側鼻側階段5眼であった。腫瘍上神経線維厚と視野欠損の程度に相関が見られた。眼底写真で神経線維束欠損は不明瞭であったが、OCTで4/6眼は耳側全体が菲薄であった。赤外自発蛍光は4/6眼で過蛍光、大きな腫瘍ほど色素が濃い傾向にあり、OCT-Aの1/2眼は蛍光眼底造影で描出できない腫瘍表面の毛細血管を描出できた。平均観察期間16ヵ月(0-46)で、腫瘍の軽微な増大1眼、視力低下はなく、視野悪化が3/8眼に生じた。

【結論】大きな病変は高頻度に視野欠損が進行するため、定期検査が必須である。検討結果は過去の報告通りであったが、赤外自発蛍光で低蛍光を示す例の説明は不能である。

# 7-3

## 眼内および中枢神経系リンパ腫 治療後に心臓に生じたびまん性 大細胞型B細胞リンパ腫の1例

○今関 誠(イマゼキ マコト)<sup>1)</sup>、臼井 嘉彦<sup>1)</sup>、  
齋藤 哲史<sup>2)</sup>、片桐 誠一郎<sup>3)</sup>、谷川 真希<sup>4)</sup>、  
秋元 治郎<sup>5)</sup>、後藤 浩<sup>1)</sup>

1) 東京医大、2) 東京医大 循環器内科、  
3) 東京医大 血液内科、4) 東京医大 病理診断科、  
5) 東京医大 脳神経外科

【目的】 眼内リンパ腫の多くはびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) であり、経過中に中枢神経系 (CNS) にもリンパ腫を生じ、まれに精巣などにも発症するが、これらはいずれも免疫学的寛容部位として知られる臓器である。今回我々は眼内およびCNSリンパ腫の治療後の寛解期に心臓に発生したDLBCLの1例を経験したので報告する。

【症例】 70歳、女性。10年前から視野狭窄を自覚し、近医を受診していた。平成23年に両眼の硝子体混濁が増強してきたため、近医で左眼の硝子体手術を施行。眼内リンパ腫の診断に至り、平成24年に当院を紹介となった。頭部造影MRIで両側大脳基底核と側頭葉にリンパ腫に矛盾しない病変がみられ、大量メソトレキセート療法3クールと放射線治療を行ったところ、病変は消失した。その2年後、左前頭葉に再発したためリツキシマブ併用大量メソトレキセート療法を3クール施行し、病巣は消失した。しかし、平成28年より動悸を自覚、近医内科で心房細動を指摘され、当院循環器内科を紹介受診。心臓超音波検査により心房中隔の肥厚と右房内に5cm大の腫瘤性病変がみられたため心臓生検を施行したところ、DLBCLの診断に至った。直ちにR-CVP療法を3クール施行したところ病巣は縮小し、現在も経過観察中である。

【結論】 眼内リンパ腫の経過中にCNS以外の病変を認めることは比較的稀である。リンパ腫が心臓に生じることは更に稀であるが、このような症例の存在も認識しておく必要がある。

# 7-4

## 著しい滲出性網膜剥離を伴う孤立性脈絡膜血管腫に対し、硝子体手術とシリコンオイル注入後に光線力学療法を施行した1例

○川上 摂子(カワカミ セツコ)、若林 美宏、  
後藤 浩

東京医大

【目的】 孤立性脈絡膜血管腫に伴う著しい滲出性網膜剥離と脈絡膜剥離に対し、硝子体手術による網膜の復位を図り、腫瘍性病変に対して保存的治療を行った症例を報告する。

【症例】 51歳、女性。2016年5月に左眼の色視症を主訴に近医を受診後、当科を紹介された。初診時の左眼矯正視力は0.9で、眼底下方の滲出性網膜剥離と全周に脈絡膜剥離を認めた。眼底後極部にはわずかな隆起性病変も認めたことに加え、体重減少が顕著であったことから転移を含めた悪性腫瘍の可能性を疑ったが、全身的には何ら異常は検出されなかった。その後、眼底後極部の隆起性病変は徐々に増大し、初診から2か月後には網膜剥離の範囲も拡大していったため、水晶体再建術および硝子体切除術とシリコンオイル (SO) 充填術により網膜を復位させた。術前に施行した蛍光眼底撮影の結果と併せ、当初から鑑別疾患のひとつであった脈絡膜血管腫の可能性が高いと判断し、術後4日目に光線力学療法 (PDT) を施行した。PDT後、一時的に滲出性網膜剥離の再発を来したが徐々に減少し、術後2か月目にはSOの抜去とともに眼内レンズ挿入術を施行した。その後7か月が経過したが、隆起性病変は消失し滲出性変化の再発もなく、左眼矯正視力は0.6を維持している。

【結論】 高度な滲出性網膜剥離と脈絡膜剥離を伴った孤立性脈絡膜血管腫に対して外科的な復位を行った後にPDTを行ったところ、病勢の鎮静化と視機能の維持が得られた。



## 8-1

### リンパ増殖性腫瘍が疑われた 眼窩脂腺癌の1例

○杉原 一暢(スギハラ カズノブ)<sup>1)</sup>、  
兒玉 達夫<sup>1)</sup>、白神 智貴<sup>1)</sup>、大平 明弘<sup>1)</sup>、  
荒木 亜寿香<sup>2)</sup>、丸山 理留敬<sup>2)</sup>、  
玉置 幸久<sup>3)</sup>、稗田 洋子<sup>3)</sup>、猪俣 泰典<sup>3)</sup>

1) 島根大、2) 島根大病院 病理部、  
3) 島根大 放射線治療科

**【目的】**術前の血液生化学的検査および画像診断より眼窩内リンパ増殖性腫瘍が疑われたが、病理組織検査で脂腺癌が証明された症例を報告する。

**【症例】**86歳男性。2ヵ月前から右下眼瞼皮下に眼窩腫瘍を蝕知するようになり紹介された。眼瞼手術や外傷歴は無く、右下眼瞼に腫瘍性病変を認めなかった。眼窩部CTで右眼窩下鼻側の筋円錐内・外に、眼球に接するように軽度高吸収の腫瘍を描出し、涙嚢・鼻涙管との連続性を認めた。骨破壊像はみられなかった。MRIで眼窩腫瘍はT1強調画像で低信号、T2強調画像で軽度高信号であった。腎機能障害はあるものの、sIL2Rは1687U/ml、 $\beta$ 2MGは6.0mg/mlと上昇。IgG4も360mg/dlと上昇していた。血清リゾチームの上昇と心エコーで心サルコイドーシスが疑われ、胸部X-Pで肺線維症もみられた。抗ds-DNA抗体価も軽度上昇していた。画像所見および血液生化学的検査所見から、リンパ腫、IgG4関連眼疾患が疑われ、サルコイドーシス等、膠原病の合併も示唆された。2017年6月に眼窩腫瘍生検術を施行したところ、病理組織検査結果は脂腺癌であった。頸部CTで局所リンパ節の腫大はみられなかった。全身状態と患者・家族の希望により、右眼窩全体に66Gyの放射線照射を行った。

**【結論】**眼瞼に腫瘍性病変を認めない眼窩内脂腺癌の1例を報告した。涙嚢部発症の可能性が考えられた。

## 8-2

### 視神経膠腫(Optic pathway glioma)に対する治療： 生命予後と機能予後

○柳澤 隆昭(ヤナギサワ タカアキ)<sup>1) 3)</sup>、  
山岡 正慶<sup>2)</sup>、本多 隆也<sup>2)</sup>、秋山 政晴<sup>2)</sup>、  
福岡 講平<sup>3)</sup>、鈴木 智成<sup>3)</sup>、  
野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>4)</sup>

1) 東京慈恵医大 脳神経外科、  
2) 東京慈恵医大 小児科、  
3) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科、  
4) 東京慈恵医大

**【背景】**視神経膠腫瘍(optic pathway glioma, OPG)は、小児期に視路に発症するWHO悪性度分類grade I ~ IIの低悪性度神経膠腫(low-grade glioma)である。悪性度の低い腫瘍ながら、播種を起こすこともあり、死亡例もある。疾患以外に、治療によって視機能障害、内分泌機能障害、認知機能障害、血管障害、悪性転化など生命とQuality of Life (QOL)を左右する合併症を生じる可能性あり、診断・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について、治療経過を報告し本疾患の診断と治療について考察する。初発例、再発例とも原則として放射線治療を採用せず腫瘍の制御を図った。

**【結果】**平成19年4月から平成28年3月に紹介になったOPG患者39例のうち、生後4ヶ月~16歳までの33例(初発21例、再発12例)が治療の対象となった。神経線維腫症1型合併例1例、他32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29例は視路視床下部腫瘍であった。初発2例、再発2例に播種を認めた。初発例21例は初回化学療法により腫瘍増大が阻止されたが、うち4例は、腫瘍の再増大のため、治療を再開した。再発12例では10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、再増大し死亡した。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】**発症から診断まで長期間を要しているものがある。診断までの時間が機能予後を左右する可能性があり、疾患に対する啓蒙・教育の必要がある。多発播種病変を認める例でも、化学療法による制御が達成されている。放射線治療は、腫瘍制御と症状改善の双方で化学療法を上回り有効であっても、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。本疾患においては長期的な機能予後と生命予後を考慮しながら、診断・治療の方法を選択する必要がある。

## 8-3

It is the long-run:  
10年以上にわたって治療を  
必要とした視神経膠腫の5例

○柳澤 隆昭 (ヤナギサワ タカアキ)<sup>1) 3)</sup>、  
山岡 正慶<sup>2)</sup>、本多 隆也<sup>2)</sup>、秋山 政晴<sup>2)</sup>、  
福岡 講平<sup>3)</sup>、鈴木 智成<sup>3)</sup>、  
野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>4)</sup>

- 1) 東京慈恵医大 脳神経外科、  
2) 東京慈恵医大 小児科、  
3) 埼玉医大国際医療センター 脳脊髄腫瘍科、  
4) 東京慈恵医大

【背景・目的】視神経膠腫 (optic pathway glioma, OPG) は、視神経から視放線まで視路のあらゆる部位に発症する小児期に最も頻度の多い低悪性度神経膠腫 (low-grade glioma) である。腫瘍全摘は根治的であるが、機能予後を考慮し、初期治療として手術以外の治療が採用されることが多い。近年は、重篤な晩期障害の可能性から、放射線治療を回避し化学療法が採用される。放射線治療例、化学療法例の成人期にわたる長期の生命予後、機能予後が、近年になって報告されるようになってきている。

【対象と方法】2施設で加療されたOPG患者のうち、診断・初期治療から10年以上にわたって、なお腫瘍に対する治療を必要とした例を、診療録から後方視的に検討した。

【結果】5例の患者が抽出された。診断時年齢1歳女児、1歳男児、5歳男児。これら3例は、腫瘍部分切除・腫瘍生検の後、放射線治療を施行されている。女児は、放射線治療による反応が不良であったために化学療法を施行され、後に腫瘍の悪性転化を認め加療に関わらず死亡した。男児2例は、放射線治療後に再発し (1例は播種再発)、化学療法を施行され腫瘍の制御を得た。その後、再び腫瘍の増大や腫瘍内出血を認め、腫瘍減量術を施行されている。診断時年齢4歳女児、8歳女児、これら2例は、経過と画像診断から臨床的にOPGと診断され、化学療法が施行された。その後、腫瘍の再増大を認め、再び化学療法を施行された。後にさらに腫瘍の再増大を認め、腫瘍減量術を施行されている。

【結論】OPGにおいては、初期治療後、長期間経過した後に、なお再増大や播種を認め、治療を必要とすることがある。腫瘍再燃時にも、なお長期の生命予後、機能予後を考慮して治療方法を選択する必要がある。OPGにおいては、治療の有用性は、10年、20年の長期の経過を追跡して初めて確信できるものである。本疾患においては、長期にわたる治療・経過のデータの集積が重要であり、有用である。

## 8-4

短期間で増大し失明に至った  
眼窩内神経鞘腫の1例

○松本 悠介 (マツモト ユウスケ)、加瀬 諭、  
石嶋 漢、石田 晋

北海道大

【緒言】眼窩原発腫瘍の中で、神経鞘腫の占める割合は比較的少なく、重度の視機能障害を伴う症例は稀である。今回、短期間で増大し失明に至った眼窩内神経鞘腫の1例を経験したので、詳細を報告する。

【症例】65歳女性。神経線維腫症Ⅱ型に伴う多発性神経鞘腫のため、外科・脳外科・泌尿器科・整形外科で計20回以上の手術歴を有し、歩行不能な状態である。2016年5月、左眼の視力低下の訴えあり当科受診、左視力は眼前手動弁であった。MRIで左眼窩筋円錐内にT1WIで低信号、T2WIで等信号～高信号の境界明瞭な腫瘤性病変があった。既往から神経鞘腫が疑われ、外科的切除や放射線治療などが検討されたが、患者ならびに家族の意向で経過観察となった。経過中、血管新生緑内障を併発して左眼は失明した。2017年4月、左眼球突出と著明な左眼痛のため当科再診。MRIで左眼窩内腫瘍は著明な増大を来しており、視神経の内下方に眼窩深部を占拠するように存在し、眼球を圧排していた。制御不能の眼痛を呈していたことから、眼窩内容除去術を施行した。病理組織では腫瘍はS100-protein陽性を示す紡錘形細胞よりなる腫瘍で神経鞘腫に矛盾しない所見であった。一部に増殖能が高くatypicalな所見が見られた。加えて隅角は閉塞し虹彩には新生血管がみられ、網膜神経節細胞や内顆粒層、視神経は萎縮していた。

【結語】眼窩神経鞘腫は稀に増大し、失明に至る可能性があるため、慎重な経過観察が必要である。



## 8-5

眼窩筋円錐内腫瘍に対する  
治療についての  
10年経過報告

○長井 隆行(ナガイ タカユキ)<sup>1)</sup>、  
中井 駿一郎<sup>1)</sup>、坂本 麻里<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>

1) 神戸大、2) 神戸海星病院

【目的】2007年ISOOにて報告した眼窩筋円錐内腫瘍の症例に対しておこなった治療の10年経過を報告する。

【症例】59歳女性。2005年10月頃から左眼瞼浮腫が持続し、近医にて治療を行うも改善せず、2006年3月にCTで左眼窩内に腫瘍を認めたため、同月、当科に紹介となった。左視力(1.0)、眼圧正常、左眼瞼腫脹を認め、眼球突出は認めなかった。左視神経乳頭に腫脹を認めた。MRIでは、腫瘍は左眼窩部筋円錐内で外直筋に接しており、視神経を鼻側に圧排し、外眼筋よりT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号、ガドリニウムで腫瘍全体が造影された。2006年6月に腫瘍摘出を試みたが出血のため一部切除となった。病理では、giant cell angiofibromaが疑われた。術後からのステロイド内服を漸減、中止にしたところ、2007年3月に左(0.6)と視力低下を認めた。同年、ISOO発表後に、ステロイドパルス療法を行い、視力は左(1.2)まで改善した。その後、漸減とともに左(0.5)まで視力低下を認め、2008年4月に放射線療法を行うも視力は(0.1)まで悪化したため、ステロイド内服を増量し左(1.0)と改善した。しかし、ステロイド漸減とともに2015年11月に左(0.3)と視力低下を認めたため、ステロイドパルス療法を施行し左(1.0)まで改善した。2016年7月にはステロイド漸減にて再度視力低下を認めたため、ステロイドパルス療法を行ったが、ステロイドによる副作用も顕著であったため、内科にて免疫抑制剤内服を開始した。現在、免疫抑制剤内服を継続、ステロイド内服を漸減中であり、視力は(0.7~1.0)を維持している。MRIでは、これまでの治療による腫瘍サイズの縮小は得られておらず、明らかな増大も認めていない。2006年時の病理を再確認したが、bcl-2(+)、CD34(-)、αSMA(-)、S100(-)の結果であり、確定診断は困難であった。

【結論】切除が困難な腫瘍であったが視力低下時にはステロイド加療により視力改善を得ることができた。今後は免疫抑制剤による視力維持、さらなる視力低下の場合は眼窩減圧術も検討する予定である。

## 8-6

眼球突出を主訴に診断に  
至った小児腫瘍性疾患11例

○山岡 正慶(ヤマオカ マサヨシ)<sup>1)</sup>、  
本多 隆也<sup>1)</sup>、秋山 政晴<sup>1)</sup>、野中 雄一郎<sup>2)</sup>、  
敷島 敬悟<sup>3)</sup>、柳澤 隆昭<sup>2)</sup>

1) 東京慈恵医大 小児科、  
2) 東京慈恵医大 脳神経外科、3) 東京慈恵医大

【目的】小児がんの中には稀に眼窩近傍から発症するものがあり、それらはしばしば眼球突出を呈する。今回我々は、眼球突出を主訴に小児がんの診断に至った11例を経験したので、診断に至る過程で、眼科医と小児科医で共有すべき問題点を考察し報告する。

【対象と方法】2010~2017年に東京慈恵会医科大学附属病院および埼玉医大国際医療センターで加療された小児腫瘍性疾患11例について診療録を用いて後方視的に解析した。

【結果】発症時の年齢中央値は7歳(4か月~14歳)、男児4例、女児7例であった。疾患の内訳は、横紋筋肉腫3例、ユーイング肉腫1例、卵黄嚢腫1例、視神経膠腫6例、原発部位の内訳は、眼窩2例、海綿静脈洞1例、上顎洞2例、視神経6例だった。観察期間中央値は52か月(8~102か月)で、全例が生存、9例が無再発で2例が現在治療中であった。視機能は3例が正常、8例が失明(3例は眼球摘出)であった。整容的な問題を生じたものは4例で、手術や放射線による骨発育遅延や眼球欠損によるものであった。

【考察】今回経験した疾患は非常に多彩で、高悪性度の胎児性腫瘍や肉腫も含まれていたが全例で生存していた。視機能予後に関しては、視神経膠腫では眼球突出は進行期であり機能予後は極めて不良であった。一方、眼窩近傍腫瘍で眼球突出は比較的早期の局所症状である例が多く、高悪性度腫瘍でも遠隔転移なく高い救命率が得られていると推察される。今回経験した腫瘍で一般的に生検せずに診断・治療が可能なものは視神経膠腫、手術を生検のみで留めてよいものがユーイング肉腫と卵黄嚢腫、初回手術で肉眼的全摘を達成すべきなのが横紋筋肉腫であった。いずれの腫瘍もMRIで疾患の推察が可能で、必要に応じて手術よりも先に遠隔転移の検索、腫瘍の分子遺伝学的解析を計画的に行う必要がある。眼球突出で腫瘍性疾患が疑わしい場合は、生検前より小児腫瘍医と連携し、適切な治療計画を立てるべきである。

## 8-7

シリコンループと  
釣針型フックを用いた  
簡便な眼窩開創器の試作○小島 孚允(コジマ タカヨシ)<sup>1) 2)</sup>

1) 小島眼科医院、2) 埼玉医大

【目的】眼窩手術において円滑に手術を行うためには十分な術野を確保することが必須であり、この点において開創器の役割は大変重要である。開創器の役割には他に軟部組織の保護、術者・助手の負担軽減などが考えられる。更に優れた開創器の条件として操作が簡便であること容易に創部を拡大・変更できること、すなわちシンプルで柔軟性のある器具が望ましい。今回演者は釣針型フックにシリコン製ループを装着して牽引する開創器を試作し、眼窩腫瘍手術に用いて良好な結果を得たので報告する。

【対象と方法】対象は平成28年3月～29年4月の1年2カ月の間に小島眼科医院、埼玉医科大学病院、独協大学越谷病院にて手術を施行した眼窩腫瘍16例17眼である。このうち腫瘍摘出目的で行われたもの8例8眼（全麻4例、局麻4例）、生検目的のもの8例9眼（全例局麻）であった。試作した開創器は釣針型で、創部にかけるフックは単純な半円形とし、先端は組織を傷めないように丸く加工した。フックの対側は小円形でここに弾力のあるシリコンループを装着する。シリコンループの遠位側は適度の緊張を持たせて布鉗子、モスキートペアン、クレンメなどで固定する。フックのサイズは3種類あり、適切なサイズのものを必要な本数用いることができる。今回全例に本開創器を使用した。

【結果】全例で術中重大な合併症はなく、手術目的を達成した。本開創器は伸縮可能なシリコンループにフックを装着することにより、開創部の緊張が保てること、任意の方向・深さにフックを架けかえて開創部を移動・拡張することが可能で、簡便で使い易い器具であった。

【結論】本試作器は簡便で使い易いことともに安価であり、眼窩手術または眼付属器手術にきわめて有用な器具とであると思われた。

**第35回日本眼腫瘍学会  
プログラム・抄録集**

---

会 長：溝田 淳

運営事務局：〒173-8605

東京都板橋区加賀 2-11-1 帝京大学医学部眼科学講座内

TEL. 03-3694-1225 FAX. 03-3964-1402

E-mail : jsoo35@med.teikyo-u.ac.jp

URL : <http://www.jsoo35.com>