

第36回

# 日本眼腫瘍学会

The 36th Annual Meeting of Japanese Society of Ocular Oncology

写真提供：金沢市

境界領域への挑戦!!

プログラム・講演抄録集

会期

2018年

11月3日土祝・4日日

会場

金沢市アートホール  
(JR金沢駅前)

会長

高比良 雅之 (金沢大学 眼科)

第36回日本眼腫瘍学会 事務局

〒920-8641 石川県金沢市宝町13-1 金沢大学眼科内  
TEL:076-265-2403 FAX:076-222-9660  
E-mail:jsoo2018@med.kanazawa-u.ac.jp

©2013 石川県  
ひやくまんさん #0643





The 36th Annual Meeting of  
Japanese Society of Ocular Oncology

# 第36回 日本眼腫瘍学会

|||| プログラム・講演抄録集

## 境界領域への挑戦!!

会期 2018年 11月3日土祝・4日日

会場 金沢市アートホール (JR金沢駅前)

会長 高比良 雅之 金沢大学 眼科

主催 日本眼腫瘍学会

URL <http://square.umin.ac.jp/jsoo2018/>

事務局 第36回日本眼腫瘍学会事務局

〒920-8641 石川県金沢市宝町13-1 金沢大学眼科内

TEL:076-265-2403 FAX:076-222-9660

E-mail:jsoo2018@med.kanazawa-u.ac.jp

## 第36回日本眼腫瘍学会 開催にあたり

会長 高比良 雅之 金沢大学 眼科



この度、第36回日本眼腫瘍学会を金沢で開催させていただくこととなりました。伝統ある本学会の会長を拝命し、学会員ならびに関係各位の皆様には厚く御礼申し上げます。

「眼腫瘍」という分野は、例えば白内障や緑内障といった代表的な眼疾患に比較すればその症例数は少ないですが、病態によっては失明の危機のみならず生死にかかわることがあり、大切な領域と考えます。今後も社会の高齢化に伴いますます症例数も増えるものと予想されます。そのような背景のなか近ごろ具体化した活動としては、希少がん対策ワーキングを中心とした診療支援の啓蒙活動や、眼腫瘍の全国登録システム構築やガイドライン作成のための研究が進行中で、今後も本学会が中心となってそのような活動が継続し拡大することが望されます。また、他領域では様々な腫瘍に対する分子標的治療薬の開発や導入の動きが目覚ましく、今後は眼腫瘍における適用が広がることも期待されます。

今回は学会のテーマを「境界領域への挑戦 !!」と称して、眼腫瘍の周辺疾患や背景となる病態にも注目したいと考え、そのひとつとして、悪性腫瘍との関連が深い炎症性疾患である IgG4 関連疾患の特別講演を企画しました。IgG4 関連疾患は私自身が 2004 年に初めての症例を経験して以来、大変に思い入れの深い病態です。昨年の本学術集会でもそのシンポジウムが企画され、そこでは眼領域の病態についての最近の知見をアップデートしました。今回は、他科の観点から特に悪性腫瘍との関連について、内科、病理、放射線科の先生方にご講演をいただきます。また、もうひとつの「境界領域への挑戦 !!」の企画として、血管腫とその異同が問題ともなる血管奇形などの類縁疾患に関するシンポジウムを予定しています。網脈絡膜、眼瞼・結膜、眼窩の血管腫とその類縁疾患を第一線で診療されている先生方にご登壇いただき、会場からの活発な討論を期待いたします。

開催地の金沢では、北陸新幹線の開業以来、街の様子が一変しました。特に休日には大変込み合いますが、観光名所や施設も随分整備されましたので、金沢は久しぶりだという方々にもその変貌ぶりを満喫していただけるものと思います。ようこそ金沢へ。

## 会場アクセス図

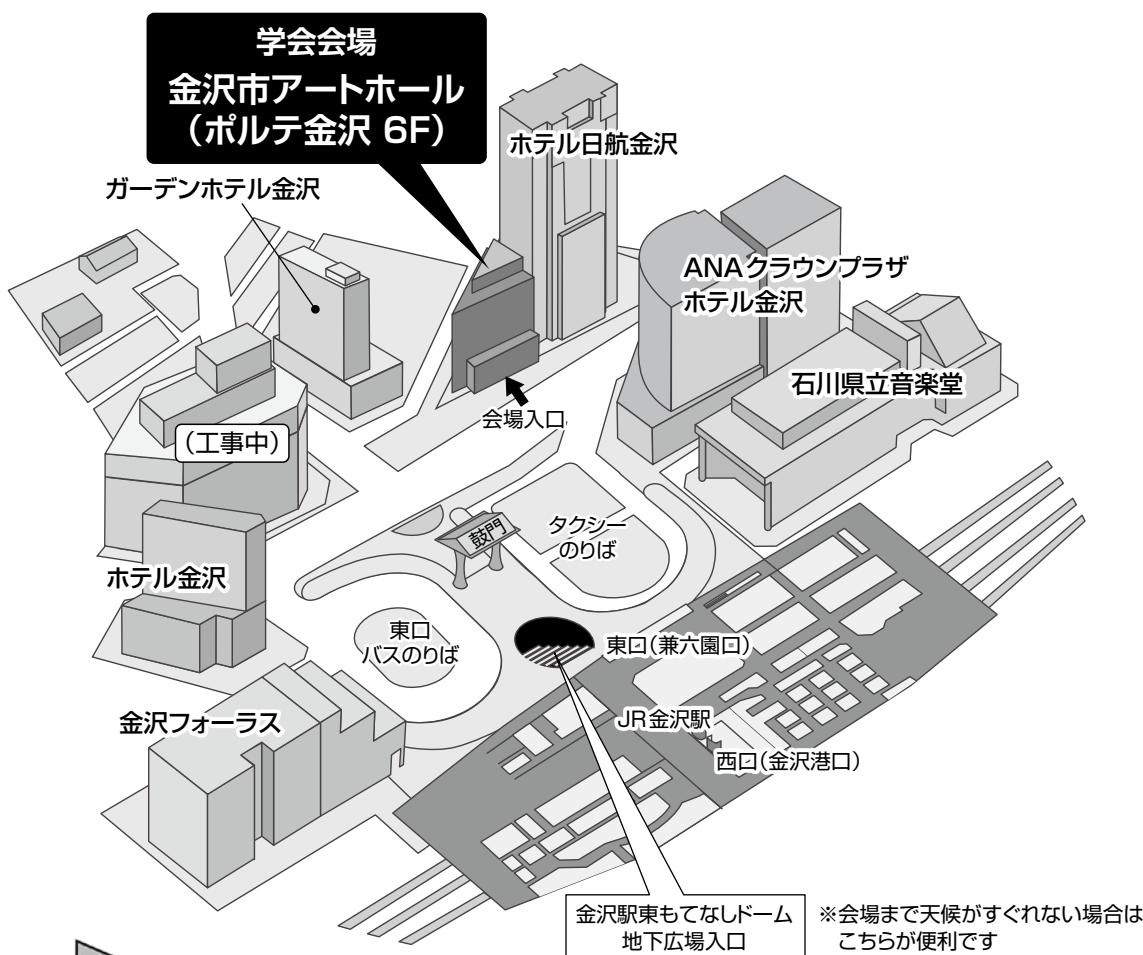
### 金沢へのアクセス

#### 鉄道を利用

東京から 約2時間30分(北陸新幹線「かがやき」利用)  
大阪から 約2時間30分(特急「サンダーバード」利用)  
名古屋から 約2時間30分(東海道新幹線「ひかり」  
→ 米原乗り換え → 特急「しらさぎ」利用)

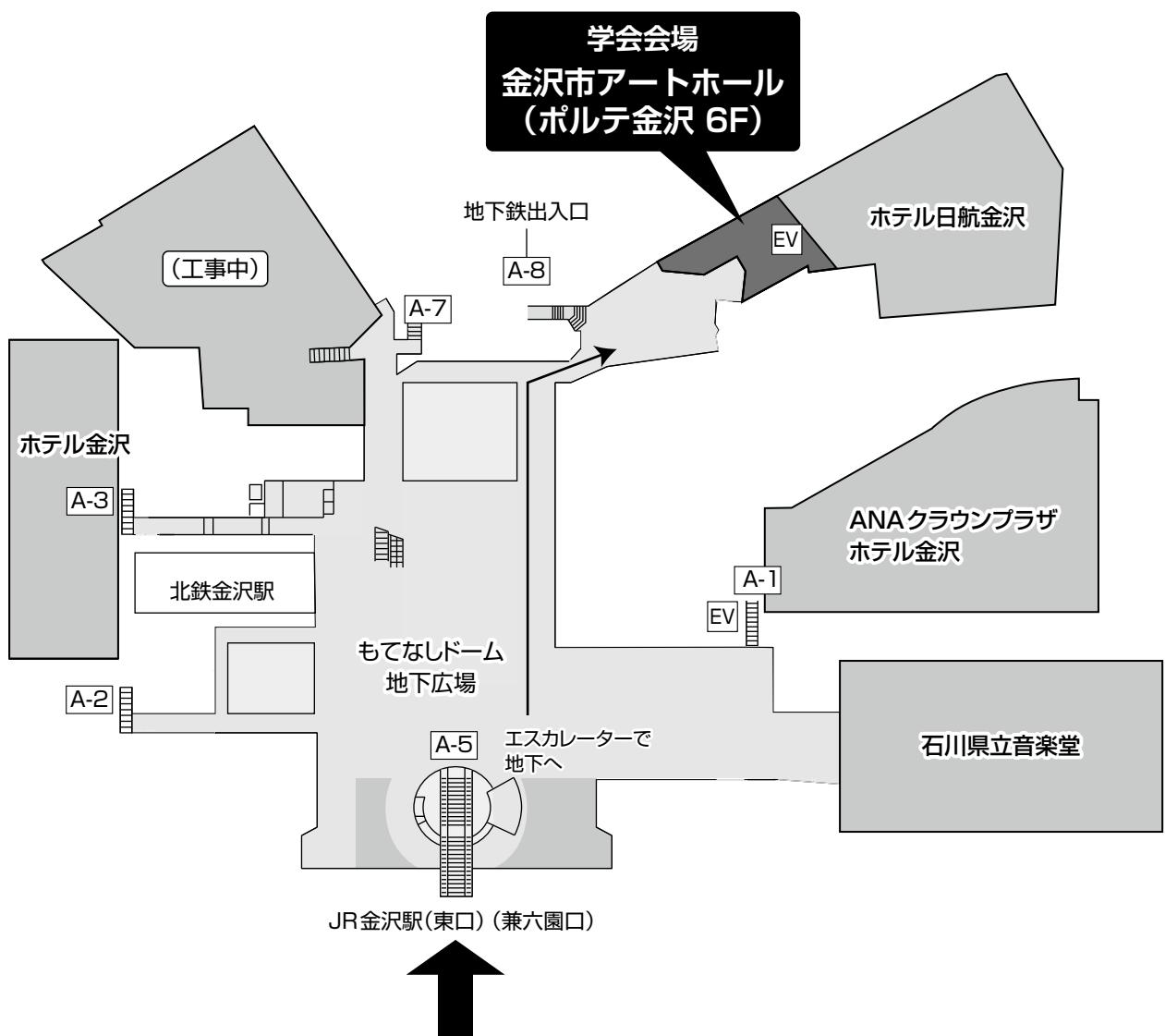
#### 飛行機を利用(小松空港着→金沢までバスで約40分)

羽田から 約1時間  
成田から 約1時間



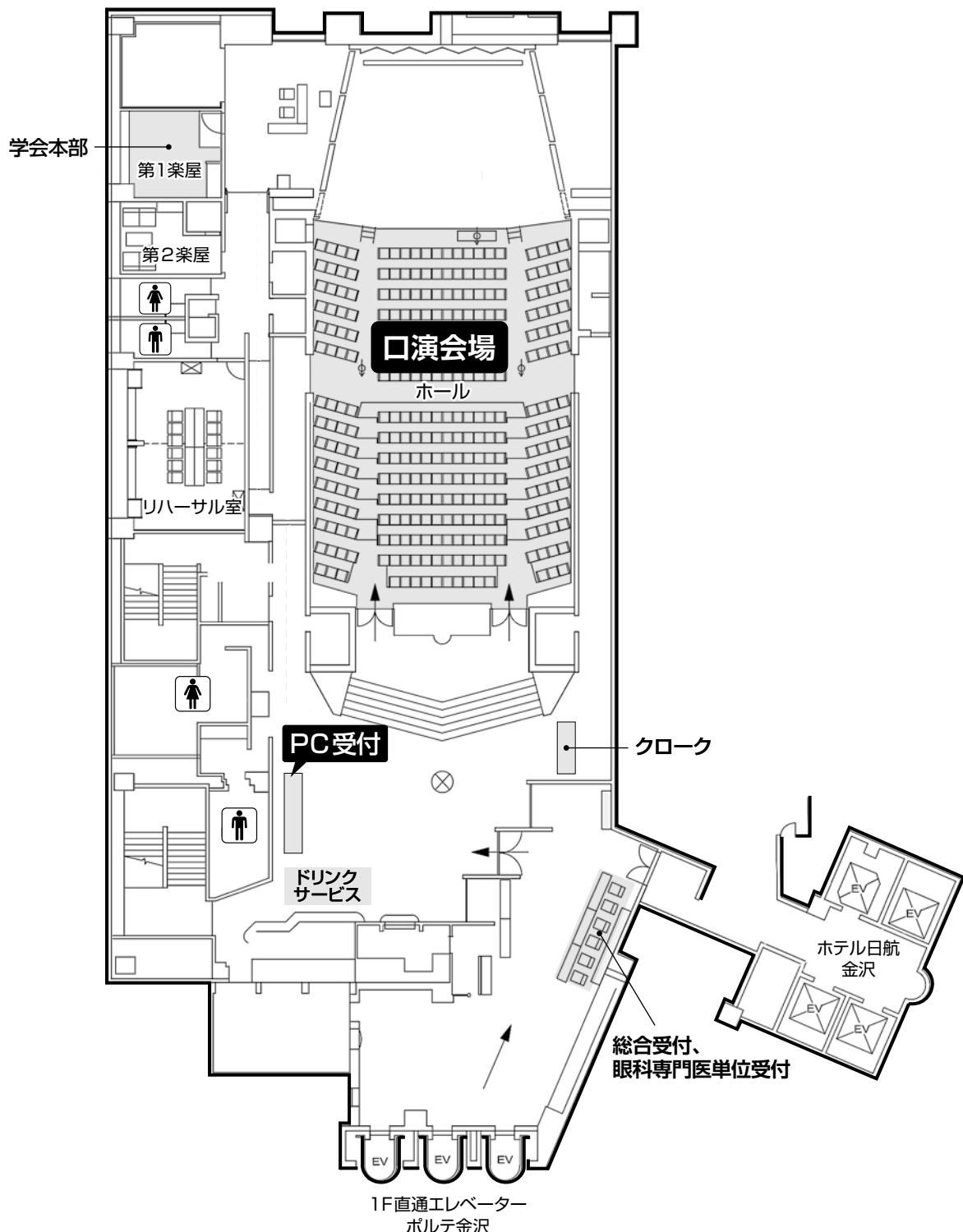
金沢駅から会場へ地下道からのアクセス

## 金沢駅東もてなしドーム地下広場



## 会場案内図

6F アートホール



# 参加者へのご案内

## 参加登録受付

受付場所	金沢市アートホール（ポルテ金沢6階）会場入口
受付時間	11月3日（土）8:30～17:00
	11月4日（日）8:30～12:00

## 受付方法

### 〈事前登録された方〉

事前に送付したネームカードを忘れずにご持参ください。受付にて講演抄録集とネームカードホルダーをお受け取りください。

### 〈当日登録される方〉

会場入口受付にて参加登録を行ってください。

## 参加登録費

登録区分	当日参加登録料	懇親会費
会員医師	10,000円	8,000円
非会員医師	12,000円	8,000円
初期研修医・コメディカル	4,000円	5,000円
大学院生を除く学生 (医学生、視能訓練士学生、留学生)	無料	5,000円
医師以外の大学院生	4,000円	5,000円
非医師、民間研究員	12,000円	5,000円

※会員登録は日本眼腫瘍学会ホームページからのみ受け付けております。当日に登録はできません。

※初期研修医・コメディカルおよび医師以外の大学院生の方は所属長による身分を証明する書類が必要です。

　予め、ホームページより登録区分証明書をダウンロードして必要事項をご記入の上、ご持参ください。

※大学院生を除く学生の方は、登録時に学生証をご提示頂きますので、忘れずお持ちください。

※上記以外の登録区分の方の登録費については事務局までご連絡ください。

## 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、固くお断り致します。

## 講演抄録集

講演抄録集は当日に配布いたします。事前登録がお済みの方にはホームページにてPDF形式で配布いたします。

PDF閲覧パスワード kanazawa36

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円にて販売致します。

## 懇親会

日 時	11月3日(土) 18:30~
場 所	ホテル日航金沢3階《孔雀の間》(学会会場隣接)

※事前登録がお済みの方でも、懇親会当日受付が可能です。多数のご参加をお待ちしております。

※参加費は医師8,000円、医師以外5,000円です。当日申し込みも受け付けております。

総合受付にてお申し込みください

## 日本眼科学会専門医制度生涯教育事業

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

受付場所	金沢市アートホール(ポルテ金沢6階)会場入口
受付時間	11月3日(土) 8:30~17:00 3単位
取得単位	11月4日(日) 8:30~12:00 2単位

## クローケ

金沢市アートホール(ポルテ金沢6階)にクローケをご用意致しますのでご利用ください

受付場所	金沢市アートホール(ポルテ金沢6階)会場入口 クローケ受付
受付時間	11月3日(土) 8:30~18:30
	11月4日(日) 8:30~13:00

※必ず時間内にお受け取り下さい。

※貴重品のお預かりはできません。各自で管理をお願いします。

## 会場でのご注意

会場内での録音、写真撮影およびビデオ撮影はご遠慮ください。

会場内では携帯電話、スマートフォンはマナーモードに切り替えるか、電源をお切りください。

会場内は飲食不可です(ランチョンセミナー開催時を除く)。飲食はホワイエでお願いいたします。

## 関連会議

日本眼腫瘍学会 理事会	日 時: 11月3日(土) 12:20~13:20 会 場: 金沢市アートホール(ポルテ金沢6階) リハーサル室
日本眼腫瘍学会 総会	日 時: 11月3日(土) 13:30~13:40

## 共催セミナー

ランチョンセミナーではお弁当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。

## 駐車場

学会専用の駐車場のご用意はございません。公共交通機関をご利用ください。

# 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〕による発表のみとなります。

## 講演時間

一般口演の発表時間は、発表6分、質疑応答5分、計11分です。

特別講演、シンポジウム、ランチョンセミナーは指定された時間でお願いします。

時間厳守でお願い致します。

## 進行

発表は、ご自身で演台上にてマウスとキーボードを操作して行ってください。PCを持込みの場合でも、PC本体は演台上にはありませんので、PowerPointの発表者ツールやKeynoteの発表者ディスプレイ機能は使用できません。

演者は、座長の指示のもと口演を行ってください。

座長は、セッション開始10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。

## 利益相反について

今回の学会発表の内容に関する利益相反について、ホームページのサンプルを参考に発表時に2枚目(タイトルの次)のスライドにて開示してください。

## デジタルプレゼンテーションに関するご案内

〔講演データ持参の場合(Windowsのみ)〕

会場に設置される機材のスペックは下記の通りです。

ノートパソコン: DELL LATITUDE 3330

OS: Windows 7 Pro

アプリケーション: PowerPoint 2003 ~ 2016

推奨フォント: Windows版 MS明朝 / MSゴシック / Times New Roman / Century

プロジェクター: Panasonic PT-DZ870

プロジェクター解像度: 1920 × 1200 ドット (WUXGA)まで対応可能

講演データは作成に使用したPC以外のPCで動作確認をしてからお持ちください。

解像度をXGA(1024 × 768)にあわせてレイアウトの確認をしてください。

保存時のデータファイル名は「演題番号\_演者氏名.ppt」「演題番号\_演者氏名.pptx」としてください。

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USBメモリかCD-Rで持参してください。

事前に講演データ、および持参するメディアのウイルスチェックを必ず行ってください。

講演データはPC受付にて事務局が用意したパソコンに一旦コピーさせて頂きます。

お預かりしたメディアは受付後にご返却いたしますが、念のため、発表時にご持参ください。

コピーした講演データは学会終了後、事務局が責任を持って消去いたします。

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

Mac でご発表の場合、及び講演データに動画を含む場合は、ご自身の PC をお持ち込みください。

持込み PC は PC 本体にミニ D-sub15 ピン外部出力コネクタを使える物に限ります。変換コネクタを必要とする場合は、必ずご自身でご用意ください。

AC アダプターは必ずご持参ください。

省電力設定、スクリーンセーバー、ウイルスチェックは、予め解除しておいてください。

スリープからの復帰時、起動時のパスワードは解除しておいてください。

万一に備えて、バックアップ用データ (USB メモリ、CD-R など) もご持参ください。

PC 受付にての試写終了後、そのままお預かりいたします。発表終了後に PC 受付でご返却いたします。

タブレット端末でのご発表はできません。

### [ データの受付 ]

#### • PC 受付

PC 受付は講演会場横 (ホール下手袖中) となります。

必ず PC 受付にて受付をお済ませください。

PC 本体持込みの場合も動作確認のために必ずお立ち寄りください。

#### • データ受付時間

2018年11月3日(土) 8:30～16:00(翌日のデータも受付けます)

2018年11月4日(日) 8:30～11:00

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。

## 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に作成してください

### [ スライドの文字数 ]

1枚のスライドに多くの文字を配置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判読が困難です。

### [ 使用する色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。

## 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。

## 日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別 50音順(2018年9月現在)

役 職	氏 名	所 属
理 事 長	吉田 実	福島県立医科大学
理 事	安積 淳	神戸海星病院
理 事	江口 功一	江口眼科医院／新潟大学
理 事 (監 事)	大島 浩一	国立病院機構岡山医療センター
理 事 (学術・広報)	小幡 博人	埼玉医科大学総合医療センター
理 事	嘉島 信忠	聖隸浜松病院
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 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	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 孜允	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	富山医科大学病院	中村 泰久 富山医科大学
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10~11日	高知県教育会館	上野 倭幸 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 孜允 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1~2日	ホテルコンコルド浜松	中村 泰久 聖隸浜松病院
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 倭幸 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 聰 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	アクトシティー浜松コングレスセンター	嘉鳥 信忠 聖隸浜松病院
第29回	2011年(H23)6月25~26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14~15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11~12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3~4日	くにびきメッセ	兒玉 達夫 島根大学
第34回	2016年(H28)10月1~2日	シマズンビル	安積 淳 神戸海星病院
第35回	2017年(H29)9月23~24日	両国 KFC ホール	溝田 淳 帝京大学
第36回	2018年(H30)11月3~4日	金沢市アートホール	高比良雅之 金沢大学

# 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 本会は事務局を福島県立医科大学眼科学講座 (〒960-1295 福島県福島市光が丘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29年9月23日。

# 日 程 表

**1日目 11月3日土**

金沢市アートホール  
(ポルテ金沢6階)

9:00	8:55~9:00 開会式
9:00~9:55	一般口演1 01~05 [ 眼瞼・結膜1 ] 座長: 高村 浩(公立置賜総合病院) 吉川 洋(宗像眼科クリニック)
10:00	9:55~11:01 一般口演2 06~11 [ 眼 内 ] 座長: 高橋 寛二(関西医科大学附属枚方病院) 古田 実(福島県立医科大学)
11:00	11:09~12:15 一般口演3 12~17 [ 眼 窩 1 ] 座長: 敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学) 林 暢紹(須崎くろしお病院)
12:00	12:30~13:20 ランチョンセミナー 前視野線内障の診断と治療戦略 座長: 杉山 和久(金沢大学) 共催: 参天製薬株式会社
13:00	13:30~13:40 総 会 13:40~13:50 眼腫瘍登録+希少がんWG 報告
14:00	13:50~14:56 一般口演4 18~23 [ 総論/眼瞼・結膜2 ] 座長: 小幡 博人(埼玉医科大学総合医療センター) 安積 淳(神戸海星病院)
15:00	14:56~15:51 一般口演5 24~28 [ 涙道/リンパ増殖疾患 ] 座長: 大島 浩一(国立病院機構岡山医療センター) 江口 功一(江口眼科医院)
16:00	16:04~17:10 一般口演6 29~34 [ 涙腺 / IgG4関連疾患 ] 座長: 後藤 浩(東京医科大学) 辻 英貴(がん研有明病院)
17:00	17:10~18:10 特別講演 IgG4関連疾患の諸臓器病変ならびに 悪性腫瘍との関連 —内科、病理診断科、放射線科の視点から—
18:00	18:30~ 懇 親 会 会場: ホテル日航金沢 3階《孔雀の間》(学会会場隣接)

**2日目 11月4日日**

金沢市アートホール  
(ポルテ金沢6階)

9:00	9:00~10:00 シンポジウム 眼領域の血管腫とその類縁疾患 座長: 後藤 浩(東京医科大学) 古田 実(福島県立医科大学) 演者: 盛 秀嗣(関西医科大学) 田邊 美香(九州大学) 上田 幸典(聖隸浜松病院)
10:00	10:09~11:15 一般口演7 35~40 [ 眼窩2/眼瞼・結膜3 ] 座長: 児玉 達夫(島根大学医学部附属病院) 嘉島 信忠(聖隸浜松病院)
11:00	11:15~12:10 一般口演8 41~45 [ メラノーマ ] 座長: 溝田 淳(帝京大学) 鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)
12:00	12:10~12:20 閉会式・次期会長挨拶
	演者: 大久保 真司(おおくぼ眼科クリニック/金沢大学) 川瀬 和秀(岐阜大学)
	鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)
	座長: 安積 淳(神戸海星病院) 高比良 雅之(金沢大学)
	演者: 川野 充弘(金沢大学 リウマチ・膠原病内科) 能登原 憲司(倉敷中央病院 病理診断科) 井上 大(金沢大学 放射線科)

# プログラム

第1日目 2018年11月3日(土)

開会式 8:55～9:00

一般口演1 9:00～9:55(5題55分)

[ 眼瞼・結膜1 ]

座長：高村 浩(公立置賜総合病院 眼科)  
吉川 洋(宗像眼科クリニック)

01 眼瞼に発症した石灰化上皮腫の2症例

○武田 暢生<sup>1)2)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、濱岡 样子<sup>1)</sup>、中澤 和樹<sup>1)</sup>、杉山 和久<sup>1)</sup>

1)金沢大、2)やわたメディカルセンター

02 眼瞼毛包上皮腫の2例

○高木 健一<sup>1)2)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、園田 康平<sup>1)</sup>

1)九州大、2)小倉医セ

03 松山赤十字病院眼科における眼瞼付属器腫瘍の検討

○児玉 俊夫<sup>1)</sup>、田原 壮一朗<sup>1)</sup>、井上 英紀<sup>1)</sup>、平松 友佳子<sup>1)</sup>、大熊 真一<sup>1)</sup>、大城 由美<sup>2)</sup>

1)松山日赤、2)松山日赤 病理

04 遊離瞼結膜・瞼板移植片を用いた悪性眼瞼結膜腫瘍の治療

○後藤 浩

東京医大

05 眼瞼原発脂腺癌および扁平上皮癌の局所再発率とリンパ節転移率の検討

○大湊 純<sup>1)</sup>、塩崎 直哉<sup>1)</sup>、尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科

一般口演2 9:55～11:01(6題66分)

[ 眼内 ]

座長：高橋 寛二(関西医科大学附属枚方病院)  
古田 実(福島県立医科大学 医学部 眼科学教室)

06 傍乳頭血管腫に対して光化学療法を行った1例

○細川 英理奈、酒井 浩之、吉津 和真、北川 達士、溝田 淳

帝京大

07 孤立性脈絡膜血管腫に対するベルテポルフィンによる光線力学療法の効果

○関 瑛子、田邊 美香、秋山 雅人、藤井 裕也、左野 裕介、塩瀬 聰美、吉川 洋、園田 康平  
九州大

08 眼内に生じたメトトレキセート関連リンパ増殖性疾患の1例

○曾根 久美子、臼井 嘉彦、藤井 敬子、後藤 浩

東京医大

## 09 Cavitary choroidal schwannoma の1例

○杉原 一暢<sup>1)</sup>、兒玉 達夫<sup>1,2)</sup>、谷戸 正樹<sup>1)</sup>、鈴宮 淳司<sup>2)</sup>、岩橋 輝明<sup>3)</sup>、丸山 理留敬<sup>3)</sup>

1)島根大 眼科、2)島根大 先端がん治療センター、3)島根大 病理部

## 10 神経線維腫症1型患者に多発した脈絡膜悪性黒色腫の一例

○福原 崇子<sup>1)</sup>、福原 淳一<sup>1,2)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、後藤田 裕子<sup>3)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1)北海道大、2)網走厚生病院、3)札幌厚生病院 病理診断科

## 11 転移性脈絡膜腫瘍15例の検討

○塩瀬 聰美、吉川 洋、田邊 美香、山名 佳奈子、高木 健一、有田 量一、園田 康平

九州大

## 一般口演3 11:09~12:15(6題66分)

### [ 眼窩1 ]

座長：敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学 眼科学講座)

林 暢紹(須崎くろしお病院)

## 12 眼窩粘液腫の1例

○末岡 健太郎<sup>1)</sup>、末岡 千絵<sup>2)</sup>、二井 宏紀<sup>2)</sup>、黒木 一彦<sup>3)</sup>、木内 良明<sup>1)</sup>

1)広島大、2)広島総合病院、3)広島総合病院 脳神経外科

## 13 視神経膠腫の治療：生命予後と機能予後

○柳澤 隆昭<sup>1,2)</sup>、山岡 正慶<sup>3)</sup>、本多 隆也<sup>3)</sup>、秋山 政晴<sup>3)</sup>、福岡 講平<sup>2)</sup>、鈴木 智成<sup>2)</sup>、  
西川 亮<sup>2)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬吾<sup>4)</sup>

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

## 14 視神経膠腫の鑑別診断

○柳澤 隆昭<sup>1,2)</sup>、山岡 正慶<sup>3)</sup>、本多 隆也<sup>3)</sup>、秋山 政晴<sup>3)</sup>、福岡 講平<sup>2)</sup>、鈴木 智成<sup>2)</sup>、  
西川 亮<sup>2)</sup>、野中 雄一郎<sup>1)</sup>、敷島 敬吾<sup>4)</sup>

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

## 15 悪性転化がみられた2例

○高村 浩<sup>1)</sup>、宇都宮 寛<sup>1)</sup>、林 思音<sup>2)</sup>、山木 哲<sup>3)</sup>、園田 順彦<sup>3)</sup>、加藤 智也<sup>4)</sup>、山川 光徳<sup>4)</sup>、  
山下 英俊<sup>2)</sup>

1)公立置賜総合病院、2)山形大、3)山形大 脳神経外科、4)山形大 病理診断学

## 16 ナビゲーションシステムを併用した眼窩腫瘍摘出術の一例

○半沢 友理<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>、馬場 昭典<sup>1)</sup>、道下 将太郎<sup>2)</sup>、赤崎 安晴<sup>2)</sup>

1)東京慈恵医大 眼科、2)東京慈恵医大 脳外科

## 17 外眼筋生検が診断に有用であった転移性悪性黒色腫の一例

○赤羽 聰子<sup>1)</sup>、黒川 徹<sup>1)</sup>、鳥山 佑一<sup>1)</sup>、上原 剛<sup>2)</sup>、御子柴 育朋<sup>3)</sup>、村田 敏規<sup>1)</sup>、  
高比良 雅之<sup>4)</sup>

1)信州大、2)信州大 病態解析、3)信州大 皮膚科、4)金沢大

ランチョンセミナー 12:30～13:20(50分)

共催：参天製薬株式会社

座長：杉山 和久(金沢大学)

## [ 前視野緑内障の診断と治療戦略 ]

### 講演1 OCT を活用した前視野緑内障の診断と経過観察

大久保 真司 おおくぼ眼科クリニック／金沢大学

### 講演2 前視野緑内障に対する治療指針の提案

川瀬 和秀 岐阜大学

総 会 13:30～13:40

眼腫瘍全国登録+希少がん対策ワーキンググループの活動報告 13:40～13:50

鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)

一般口演4 13:50～14:56(6題66分)

#### [ 総論／眼瞼・結膜2 ]

座長：小幡 博人(埼玉医科大学総合医療センター 眼科)  
安積 淳(神戸海星病院 眼科)

##### 18 眼腫瘍全国登録(J-COTS)に向けた院内がん登録データベース

○古田 実、大口 泰治、石龍 鉄樹  
福島県医大

##### 19 眼瞼悪性腫瘍の診療科

○大口 泰治、古田 実、石龍 鉄樹  
福島県医大

##### 20 眼瞼脂腺癌におけるアンドロゲンレセプターの発現と臨床病理学的特徴

○柚木 達也  
富山大

##### 21 結膜悪性黒色腫におけるVEGFの発現

○加瀬 諭、菊地 郁、石田 晋  
北海道大

##### 22 マイトマイシンC点眼加療が有効であった眼瞼結膜悪性腫瘍の2例

○中野 里絵子、大湊 純、塩崎 直哉、張 大行、福地 健郎  
新潟大

## 23 広範囲にわたる角膜浸潤と視力低下をきたした結膜扁平上皮癌の3症例

○脇田 遼、馬詰 和比古、後藤 浩  
東京医大

### 一般口演5 14:56～15:51(5題55分)

#### [涙道／リンパ増殖疾患]

座長：大島 浩一(国立病院機構岡山医療センター 眼科)  
江口 功一(江口眼科医院)

## 24 涙囊に生じた扁平上皮癌に対する化学放射線療法

○辻 英貴<sup>1)</sup>、吉田 淳<sup>1)</sup>、高田 幸子<sup>1)</sup>、福島 啓文<sup>2)</sup>、利安 隆史<sup>3)</sup>、仲野 兼司<sup>4)</sup>、  
佐藤 由紀子<sup>5)</sup>  
1)がん研病院、2)がん研病院 頭頸科、3)がん研病院 放治科、4)がん研病院 総腫瘍科、  
5)がん研病院 病理

## 25 健康寿命を越した93歳涙道悪性腫瘍の1例

○柏木 広哉<sup>1)</sup>、鬼塚 哲郎<sup>2)</sup>、木谷 卓志<sup>2)</sup>、尾上 剛志<sup>3)</sup>、安富 由紀<sup>4)</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 頭頸部外科、  
3)県立静岡がんセンター 放射線治療科、4)県立静岡がんセンター 患者家族支援センター

## 26 腫瘍摘出術中に著明な動脈出血をきたした眼窩反応性リンパ過形成の1例

○加瀬 諭、水門 由佳、石嶋 漢、石田 晋  
北海道大

## 27 結膜および眼窩内に生じた悪性リンパ腫の組織学的分類と局在についての統計学的検討

○山中 亜規子、渡辺 彰英、中山 知倫、外園 千恵  
京都府医大

## 28 海星病院で病理診断した眼科領域のリンパ腫

○安積 淳<sup>1)</sup>、勝山 敦子<sup>2)</sup>  
1)神戸海星病院、2)神戸大

### 一般口演6 16:04～17:10(6題66分)

#### [涙腺／IgG4関連疾患]

座長：後藤 浩(東京医科大学 眼科学教室)  
辻 英貴(がん研有明病院 眼科)

## 29 我々の涙腺腫瘍全摘出時の手術方法

○尾山 徳秀<sup>1)2)3)</sup>、大湊 純<sup>2)</sup>、塩崎 直哉<sup>2)</sup>、張 大行<sup>4)</sup>、江口 功一<sup>5)</sup>、福地 健郎<sup>2)</sup>  
1)うおぬま眼科、2)新潟大、3)長岡日赤、4)魚沼基幹病院、5)江口眼科

## 30 眼科受診を契機に診断した多発血管炎性肉芽腫症

○笠松 広嗣<sup>1)2)</sup>、黒川 徹<sup>2)</sup>、鳥山 佑一<sup>2)</sup>、小林 翔太<sup>3)</sup>、山本 洋<sup>4)</sup>、村田 敏規<sup>2)</sup>  
1)長野日赤、2)信州大、3)信州大 病理、4)信州大 呼吸器内科

### 31 涙腺上皮性腫瘍に類似していた IgG4関連涙腺炎の2例

○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 臨床検査

### 32 IgG4関連眼疾患生検組織および末梢血における形質芽細胞の解析

○臼井 嘉彦

東京医大

### 33 冠動脈病変を伴った IgG4関連眼疾患の1例

○水門 由佳<sup>1)2)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、下山 修平<sup>3)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>

1)滝川市立病院、2)北海道大、3)北海道大学病院 内科Ⅱ

### 34 確診群および非確診群の IgG4関連眼疾患における長期結果

○久保田 敏信

名古屋医療センター

**特別講演** 17:10~18:10

座長：安積 淳（神戸海星病院 眼科）

高比良 雅之（金沢大学 眼科）

## 〔 IgG4関連疾患の諸臓器病変ならびに悪性腫瘍との関連 〕 —内科、病理診断科、放射線科の視点から—

### SL1 IgG4関連疾患の諸臓器病変ならびに悪性腫瘍との関連 内科の視点から

川野 充弘 金沢大学附属病院 リウマチ・膠原病内科

### SL2 IgG4関連疾患の病理診断とその問題点

能登原 憲司 倉敷中央病院 病理診断科

### SL3 IgG4関連疾患の諸臓器病変の画像所見と鑑別すべき疾患 (悪性腫瘍を中心に) —放射線科の視点から—

井上 大 金沢大学 放射線科

**懇親会** 18:30~

ホテル日航金沢 3階《孔雀の間》(学会会場隣接)

## 第2日目 2018年11月4日(日)

シンポジウム 9:00~10:00(60分)

座長：後藤 浩(東京医科大学 眼科学教室)

古田 実(福島県立医科大学 医学部 眼科学教室)

### [ 眼領域の血管腫とその類縁疾患 ]

#### S1 網脈絡膜の病変

盛 秀嗣 関西医大・枚方

#### S2 眼瞼・結膜血管性病変の診かた

田邊 美香 九州大

#### S3 眼窩病変の診断・治療

上田 幸典 聖隸浜松病院

一般口演7 10:09~11:15(6題66分)

#### [ 眼窩2／眼瞼・結膜3 ]

座長：児玉 達夫(島根大学医学部附属病院)

嘉島 信忠(聖隸浜松病院)

#### 35 涙腺導管囊胞に対する手術方法の選択

○藤原 美幸<sup>1)</sup>、大島 浩一<sup>2)</sup>

1)岡山大、2)岡山医療センター

#### 36 眼窩に発生した神経周膜腫の1例

○谷下 紗季<sup>1)</sup>、坂本 麻里<sup>2)</sup>、金井 友範<sup>1)</sup>、長井 隆行<sup>2)</sup>、安積 淳<sup>1)</sup>

1)神戸海星病院、2)神戸大

#### 37 転移性眼窩内腫瘍に定位放射線治療をおこなった2症例

○中谷 雄介<sup>1)2)</sup>、小出 謙一<sup>3)</sup>、高仲 強<sup>4)</sup>、大西 寛明<sup>5)</sup>、光田 幸彦<sup>5)</sup>、高比良 雅之<sup>6)</sup>

1)氷見なかたに眼科、2)厚生連高岡病院 眼科、3)厚生連高岡病院 脳神経外科、

4)厚生連高岡病院 放射線科、5)浅ノ川総合病院 脳神経外科、6)金沢大 眼科

#### 38 超高齢者の眼部腫瘍治療に関する問題点

○鈴木 茂伸

国がん中央

#### 39 長期間放置され巨大化した眼瞼脂腺癌の2例

○小島 孚允

小島眼科医院

## 40 当院における眼瞼脂腺癌61症例の臨床像と組織学的検討

○中山 知倫

京都府医大

### 一般口演8 11:15~12:10(5題55分)

#### [ メラノーマ ]

座長：溝田 淳(帝京大学医学部)

鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)

## 41 インターフェロンβで加療した結膜悪性黒色腫の経過

○高野 史生

神戸海星病院

## 42 当院における悪性黒色腫の長期経過

○橋本 祐子<sup>1)</sup>、中井 駿一朗<sup>1)</sup>、坂本 麻里<sup>1)</sup>、長井 隆行<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>、中村 誠<sup>1)</sup>

1) 神戸大、2) 神戸海星病院

## 43 脈絡膜悪性黒色腫に対して炭素イオン線照射後硝子体手術を行い良好視力が得られた1例

○西尾 真以<sup>1)</sup>、酒井 浩之<sup>1)</sup>、近藤 尚明<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、牧島 弘和<sup>2)3)</sup>、辻 比呂志<sup>2)3)</sup>

1) 帝京大、2) 国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構、3) 放射線医学総合研究所

## 44 脈絡膜悪性黒色腫の骨転移にニボルマブが奏効した1例

○竹森 勇人<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、濱岡 祥子<sup>1)</sup>、前田 進太郎<sup>2)</sup>、杉山 和久<sup>1)</sup>

1) 金沢大、2) 金沢大学病院 皮膚科

## 45 当科におけるぶどう膜悪性黒色腫の転移症例の経過についての検討

○塩崎 直哉<sup>1)</sup>、大湊 純<sup>1)</sup>、張 大行<sup>2)</sup>、尾山 徳秀<sup>1)3)</sup>、梅森 幸恵<sup>4)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1) 新潟大、2) 魚沼基幹病院、3) うおぬま眼科、4) 長岡日赤

### 閉会式・次期会長挨拶 12:10~12:20

特別講演  
抄 錄

SL1

## IgG4 関連疾患の諸臓器病変ならびに悪性腫瘍との関連 内科の視点から

川野 充弘(かわの みつひろ)

金沢大学附属病院 リウマチ・膠原病内科



### 略歴

1987年3月 金沢大学医学部 卒業  
1993年4月 金沢大学大学院医科学研究科 修了  
1996年4月 営和総合病院 内科医長  
1999年4月 金沢社会保険病院 血液浄化療法部部長  
2003年5月 金沢大学医学部保健学科 看護学講座 講師  
2005年4月 金沢大学医学部附属病院 リウマチ・膠原病内科 助手  
2006年10月 金沢大学附属病院 リウマチ・膠原病内科 講師(科長、病院臨床教授)  
現在に至る

IgG4 関連疾患は、中高年の男性に好発する原因不明の慢性炎症性全身疾患である。ほとんど全ての臓器に病変を形成し得るが、好発臓器は脾臓、涙腺、唾液腺、腎臓、大動脈周囲／後腹膜の5つである。これらの臓器に病変があり生検が可能であれば、特徴的な病理所見を確認することにより診断は比較的容易である。自己免疫疾患よりは、むしろアレルギーとの関連が示唆されており、気管支喘息やアレルギー性鼻炎をしばしば合併する。ステロイドが著効するが、約30%の症例で再発が報告されており、ステロイドの維持療法も含めた注意深いフォローが必要である。また、IgG4 関連疾患は、傷害臓器に腫大、腫瘍、結節、肥厚性病変を形成する疾患であるため、単一臓器病変である場合や、生検で病理所見が確認できない場合、しばしば悪性腫瘍との鑑別が問題となる。更に、経過中に悪性腫瘍を合併し易い疾患と考えられており、いくつかの施設から、約10%の症例に悪性腫瘍の合併が認められたと報告された。悪性腫瘍の中では、悪性リンパ腫の頻度が高く、眼科領域で IgG4 関連疾患を背景にした IgG4 産生 MALT リンパ腫の報告もある。しかしながら、全身精査によるバイアスを考慮すると、悪性腫瘍の合併率はコントロールと同等との報告もあり、更に多数の症例での検討が望まれる。

【利益相反】なし

## SL2

## IgG4 関連疾患の病理診断とその問題点

能登原 憲司 (のとら けんじ)

倉敷中央病院 病理診断科



## 略歴

1985年3月 岡山大学医学部医学科  
1990年3月 岡山大学大学院医学研究科  
(病理学専攻) 卒業  
病院勤務の後  
1995年9月 岡山大学医学部 第一病理学  
教室 助手  
2001年1月~2002年9月  
Mayo Clinic (Rochester,  
MN, USA) 留学  
2004年4月~ 倉敷中央病院病理検査科  
(現・病理診断科)  
岡山大学医学部医学科  
非常勤講師、臨床教授を兼務

IgG4関連疾患の病理学的特徴として、従来からリンパ球・形質細胞の浸潤、花篭状線維化、閉塞性静脈炎、多数のIgG4陽性細胞の浸潤が挙げられてきた。多数のIgG4陽性細胞の浸潤はIgG4関連疾患に特異的ではなく、決してIgG4陽性細胞の多寡のみでIgG4関連疾患を診断してはならない。花篭状線維化や閉塞性静脈炎にも、病理医間の診断一致率が低いことや眼領域のような出現頻度の低い臓器があることなど、診断に用いにくい点がある。IgG4関連疾患の病理診断の上で、組織構築の破壊を伴わない特徴的な病変分布を理解しておくことは重要である。自己免疫性膵炎や動脈周囲炎などにみられる臓器辺縁の肥厚性病変は、臓器自体の構造が保たれている点も含め、特徴的である。眼科領域でよくみられる神経病変も、神経周囲の肥厚性病変と解釈することができる。動脈周囲や神経周囲の炎症は顕微鏡レベルの末梢血管や神経においても認められ、組織診断の際の重要なクルーとなる。自己免疫性膵炎や涙腺・唾液腺炎においては炎症細胞の浸潤により小葉の腫大をきたすが、小葉内の腺房細胞は減少するものの、小葉の輪郭は保たれている。言い換えるならば、組織構築の破壊が高度で、肉芽組織や瘢痕組織を形成するような病変はIgG4関連疾患とは考えにくい。組織破壊の強い病変がIgG4関連疾患と報告されている例も見受けられるが、以上述べた点に注意し、擬似疾患を誤診しないよう努める必要がある。

【利益相反】なし

SL3

## IgG4 関連疾患の諸臓器病変の画像所見と鑑別すべき疾患 (悪性腫瘍を中心に) —放射線科の視点から—

井上 大 (いのうえ だい)

金沢大学 放射線科



### 略歴

2002年3月 金沢大学医学部医学科 卒業  
2002年4月 京都府立医科大学 放射線科  
2003年4月 金沢大学 放射線科  
2004年4月 福井県済生会病院 放射線科  
2005年4月 富山赤十字病院 放射線科  
2006年4月 厚生連高岡病院 放射線科  
2007年4月 金沢大学 放射線科(金沢大学  
大学院博士課程入学)  
2009年4月 富山市民病院 放射線科  
2010年4月 富山県立中央病院 放射線科  
2011年3月 金沢大学大学院博士課程 卒業  
2012年4月 金沢大学 放射線科  
2013年4月 金沢大学 放射線科 助教就任  
2016年7月~2017年3月  
Mayo Clinic (Rochester,  
USA) research fellow  
2017年4月 金沢大学 放射線科助教【現職】

### 学位(修得機関名)

医学博士(金沢大学大学院医学系研究科  
循環医科学専攻)

### 賞 帰

2009年1月 日本消化器画像研究会 優秀演  
題賞受賞  
2012年4月 第71回日本医学放射線学会総  
会 Cypos Bronze Medal 受賞  
2015年4月 第74回日本医学放射線学会  
Cypos Gold Medal 受賞

IgG4 関連疾患は全身疾患であるため、その診断には全身を網羅的に検索可能な画像検査の果たす役割は大きく、画像検査のみでかなり強く本疾患を疑う／もしくは否定できる症例が多い。一方で当然画像検査のみでの診断が困難な症例も存在し、臨床所見や生検に頼らざるを得ないのも事実である。

IgG4 関連疾患の診断や罹患臓器の把握には画像検査が重要であり、各臓器病変の罹患頻度や個々の画像所見はこれまでの研究である程度明らかになってきているが各施設や医師によってその認知度にはばらつきが存在する。繰り返しになるが本疾患は全身疾患であり、鑑別すべき疾患も多岐にわたり、特に各臓器の悪性腫瘍との鑑別には特に注意を払う必要がある。

本シンポジウムでは放射線科医の立場から本疾患を診断する際の画像検査のプロトコール、画像所見、特に眼窩領域以外の画像所見に関して典型像を中心に解説した後に時間の許す限り、各臓器病変において鑑別すべき悪性腫瘍と画像上の鑑別点、限界点について紹介し、議論する場としたい。

【利益相反】なし

シンポジウム  
抄 錄

S1

## 網脈絡膜の病変

○盛 秀嗣(もり ひでつぐ)

関西医大・枚方

S2

## 眼瞼・結膜血管性病変の診かた

○田邊 美香(たなべ みか)

九州大

網膜血管の腫瘍性病変には、網膜毛細血管腫、網膜海綿状血管腫、網膜鳶状血管腫、網膜血管増殖性腫瘍がある。脈絡膜血管の腫瘍性病変には、孤立性もしくは Sturge-Weber 症候群に随伴するびまん性脈絡膜血管腫がある。血管腫は細隙灯顕微鏡検査、蛍光眼底造影検査、超音波検査、光干渉断層計を組み合わせることによって診断することができるが、周辺部に発生することが多いために撮影技術の工夫が必要であった。近年、広角眼底撮影の導入により、腫瘍に焦点を合わせることが容易となり、より確実な診断を行うことが可能となった。しかし網脈絡膜の血管腫は比較的まれな疾患であるために、各血管腫の特徴的所見を把握していなければ、日常診療において確定診断を行うことが難しい。また、血管腫はしばしば漿液性網膜剥離、網膜浮腫などを生じ、視力障害に至る症例が散見される。治療方法として、網膜光凝固術、放射線療法、光線力学的療法などがあるが、治療効果は腫瘍の大きさ、位置など各症例によって異なるのが現状である。本講演では関西医科大学附属病院で2006年から2018年までに観察できた血管腫(脈絡膜血管腫8例、網膜毛細血管腫5例、網膜海綿状血管腫1例、網膜鳶状血管腫1例、網膜血管増殖性腫瘍2例)の臨床的特徴をまとめ、治療経過を呈示する。さらに、最近得られた光干渉断層血管撮影による各腫瘍の特徴的所見も合わせて述べる。

【利益相反】なし

2014年に国際血管腫・血管奇形学会 (International Society for the Study of Vascular Anomalies : ISSVA) が血管性病変の内皮細胞の性質に着目しこれらの疾患分類を改訂し、脈管異常を、脈管性腫瘍と脈管奇形に分類した。これらの識別は、適切な診断及び治療方針に役立つとされており、国際的にも標準化されつつある。これによると旧来 lymphangioma/lymphangiectasis と呼称していた疾患は lymphatic malformations となり、infantile capillary hemangioma は infantile hemangioma となり、acquired sessile hemangioma, cavernous hemangioma, varix, racemose hemangioma は venous malformations に該当すると考えられる。しかし、pyogenic granuloma など、腫瘍か形成異常かクリアカットに分けられず、この分類にあてはめるのがふさわしくない疾患がある。眼瞼・結膜の血管性病変が ISSVA 分類では何に該当するか考えていきたい。

さらに、眼瞼・結膜の血管性病変は、悪性疾患の頻度は低いが、整容的に問題になる部位であり、視機能に影響する場合があるため、治療に難渋することが多い。日常診療で遭遇する眼瞼・結膜血管性病変をどのように「診る」のがよいか検討したい。

【利益相反】なし

S3

## 眼窩病変の診断・治療

○上田 幸典(うえだ こうすけ)

聖隸浜松病院

眼窩の血管腫と類似疾患には、静脈奇形に分類される海綿状血管腫や静脈瘤、良性腫瘍の乳児血管腫、境界悪性腫瘍の孤立性線維性腫瘍などがある。本発表では、最も頻度の多い静脈奇形の診断・治療について、当科における過去3年間の症例を検討した結果を交えて述べる。

症例は、画像にて静脈奇形と診断した28例(両側1例、男性9例、女性19例、平均 $49.9 \pm 13.3$ 歳)で、形態は海綿状16例、静脈瘤状10例、不整形3例であった。有症状が18例、無症状が10例であり、主な症状は海綿状が視力低下と眼球突出、静脈瘤状が間歇性眼球突出・眼痛であった。視神経症は6例(海綿状16例中5例、静脈瘤状10例中1例)で認め、全てが先端部病変だった。

摘出術を10例(両側1例)で行い、手術適応は、海綿状9例(視神経症5例、眼球突出・皮下腫瘍3例、診断目的1例)、静脈瘤状1例(眼痛)、不整形1例(眼瞼腫脹)であった。術式は、先端部例が径涙囊アプローチ(涙囊を切断し術野を確保する方法)4例、経頭蓋1例で、先端部以外の症例は経眼窩縁6例であった。静脈瘤状1例で再発を認め、海綿状は9例全例で全摘出し、再発を認めていない。

以上から、静脈瘤状は症状が間歇性で手術に至る症例が少なかったが、海綿状で先端部に病変を認める場合、視神経症を来す危険性があり手術を検討すべきと考える。また、先端部病変は安全面から広い術野が確保可能な術式を選択すべきで、具体的な症例を提示し術式を紹介する。

【利益相反】なし

一般口演  
抄 錄

01

## 眼瞼に発症した石灰化上皮腫の2症例

○武田 暢生(たけだ のぶお)<sup>1)2)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、濱岡 祥子<sup>1)</sup>、中澤 和樹<sup>1)</sup>、杉山 和久<sup>1)</sup>

1)金沢大、2)やわたメディカルセンター

【緒言】眼瞼に発症した石灰化上皮腫(毛母腫)の2症例を提示する。

【症例】症例1は10歳女性で、およそ3か月の経過で増大した上眼瞼皮下の暗紫色腫瘍にて当科を受診した。右上眼瞼縁と眉毛の中間の高さの皮下に横径10mm程度の硬い腫瘍を触知した。CTでは皮下に限局した境界明瞭な腫瘍がみられ、石灰化は明瞭ではなかった。MRIでは内部は不均一で、T1強調像脂肪抑制、T2強調像ともに高信号主体だった。血管性病変も疑われたが造影効果は軽微だった。全身麻酔下で腫瘍の全摘出を行い、病理にて石灰化上皮腫と診断された。症例2は39歳男性で、約2か月の経過で増大した上眼瞼縁の腫瘍にて当科を受診した。右上眼瞼縁から突出する径7mmの球状の紫紅色腫瘍がみられた。局所麻酔下で腫瘍を切除し、病理にて石灰化上皮腫と診断された。それぞれ術後早期(3~5か月)の再発はみられず、経過観察中である。

【考按・結論】石灰化上皮腫は顔面、上肢、頭頸部などの皮膚に好発する腫瘍であり、眉毛部を含む眼瞼にもみられるため眼科領域での報告も散見される。その肉眼的所見や画像的特徴は多様で、発症部位によって様々な病態を示し、結膜側に突出し角膜障害をきたす例も報告されている。ときに霰粒腫との鑑別が問題となるが、自然治癒は望めないので速やかに全摘出手術を計画すべきである。石灰化上皮腫は眼瞼腫瘍の鑑別診断として認知すべきである。

【利益相反】なし

02

## 眼瞼毛包上皮腫の2例

○高木 健一(たかき けんいち)<sup>1)2)</sup>、吉川 洋<sup>1)</sup>、田邊 美香<sup>1)</sup>、園田 康平<sup>1)</sup>

1)九州大、2)小倉医セ

【緒言】毛包上皮腫は顔面に好発する毛芽由来の稀な良性腫瘍である。眼科領域では本邦での報告は少ない。今回我々は眼瞼に生じた毛包上皮腫の2例を経験したので報告する。

## 【症例】

〈症例1〉90歳、男性。左上眼瞼腫瘍を切除希望し九州大学受診。左上眼瞼やや外側の瞼縁に1.5×1.5mmの境界明瞭な白色腫瘍を認めた。腫瘍部には軽度の睫毛禿を認めた。腫瘍を切除すると、切除組織はH-E染色で、類基底細胞が核の柵状配列を伴って巢状に増殖しており角質囊胞を伴っていた。腫瘍と周囲組織の間には明らかな裂隙を認めず、毛包上皮腫と診断した。切除後2年明らかな腫瘍再発は認めていない。

〈症例2〉82歳、男性。5年前から増大傾向を示す左上眼瞼腫瘍を主訴に九州大学受診。左上眼瞼やや外側の瞼縁に、10×7mmの境界明瞭な黄白色の弾性硬の腫瘍を認め、腫瘍部に軽度の睫毛禿を伴っていた。マイボーム腺開口部付近まで腫瘍が及んでいたが、マイボグラフィーでは腫瘍部の腺房構造は保たれていた。腫瘍を切除すると、切除組織はH-E染色で均一な柵状配列を呈する類基底細胞と扁平上皮細胞が結節状に増殖していた。腫瘍内部には小さい角質囊胞を認め、明らかな核分裂像は認めなかつた。腫瘍と周囲組織の間には明らかな裂隙を認めないことから、毛包上皮腫と診断した。切除後2か月明らかな腫瘍再発は認めていない。

【結論】眼瞼毛包上皮腫の2例を経験した。2例とも軽度の睫毛禿を伴っていた。

【利益相反】なし

03

松山赤十字病院眼科における  
眼瞼付属器腫瘍の検討

○児玉 俊夫(こだま としお)<sup>1)</sup>、田原 壮一朗<sup>1)</sup>、  
井上 英紀<sup>1)</sup>、平松 友佳子<sup>1)</sup>、大熊 真一<sup>1)</sup>、  
大城 由美<sup>2)</sup>

1)松山日赤、2)松山日赤 病理

**【目的】**眼瞼は皮膚だけでなく様々な付属器、即ち睫毛や各種の腺組織が存在するために眼瞼には多様な腫瘍が発生し、その臨床症状も様々である。今回我々は眼瞼付属器由来の腫瘍について検討したので報告する。

**【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2018年7月31日の13年4か月間に、摘出手術を行って病理組織学的に診断された眼瞼腫瘍570例のうち眼瞼付属器由来の腫瘍と考えられた87例(男性32例、女性55例、平均年齢66.6 ± 20.8歳)である。眼付属器由来の腫瘍は皮脂腺腫瘍、毛包腫瘍、汗腺腫瘍に分類し、それぞれ病理診断別頻度について検討した。なお、表皮が皮下に迷入して発生した分離腫である表皮様囊胞や皮様囊胞は除外した。

**【結果】**眼瞼腫瘍570例のうち皮脂腺由来の腫瘍は55例で、眼瞼腫瘍の9.6%を占めた。その内訳は脂腺癌が43例と大多数を占め、脂腺過形成、脂腺囊胞および脂腺腺腫がみられた。毛包由来の腫瘍は17例で眼瞼腫瘍の3.0%を占め、毛母腫7例、外毛根鞘囊胞6例、以下毛包上皮腫、毛包腫および外毛根鞘腫がみられた。汗腺由来の腫瘍は15例で眼瞼腫瘍の2.6%を占め、その内訳はアポクリン汗囊腫7例、エックリソニン汗囊腫5例で、汗管腫、汗孔癌、粘液癌がみられた。

**【結論】**眼瞼付属器由来の腫瘍は眼瞼腫瘍の中で発症頻度は少ないにもかかわらず、悪性度の高い脂腺癌は高頻度に発生することが明らかになった。

【利益相反】なし

04

遊離瞼結膜・瞼板移植片を  
用いた悪性眼瞼結膜腫瘍の治療

○後藤 浩(ごとう ひろし)

東京医大

**【目的】**悪性眼瞼結膜腫瘍切除後の眼瞼後葉の再建に、遊離瞼結膜・瞼板移植片を利用した術式の成績について報告する。

**【方法】**対象は眼瞼もしくは結膜に生じた脂腺癌7例、基底細胞癌3例、扁平上皮癌2例の計12例である。上眼瞼4例、下眼瞼8例で、いずれも主病巣は瞼縁に存在していた。腫瘍の横経は平均7.9mm、縦経は3.9mmで、最大径はそれぞれ12mmと5mmであった。手術方法は、2-3mmの安全域とともに腫瘍を含む眼瞼の全層を切除し、術中迅速病理診断の結果に応じて追加切除を行った。欠損した眼瞼の両断端に縫間切開を加え、欠損部周囲の眼瞼皮膚を剥離し、伸展させることによって前葉とした。後葉の再建は下眼瞼腫瘍の場合は上眼瞼から、上眼瞼腫瘍の場合は下眼瞼から欠損部に見合ったサイズの瞼結膜・瞼板組織を層状に切除し、これを欠損部に縫合固定した。瞼板は可能な限り1/2~2/3層の厚さで切除した。術後の経過観察期間は3~36か月、平均21か月である。

**【結果】**移植した瞼結膜・瞼板移植片の脱落例はなく、経過観察期間中に腫瘍が再発した症例もなかった。術後合併症として睫毛乱生が3例、眼瞼縁の陥凹が1例にみられたが、外科的治療を要したのは睫毛乱生の1例のみであった。

**【結論】**腫瘍のサイズ、特に縦径が比較的短い瞼縁の悪性腫瘍切除後の後葉再建に、遊離瞼結膜・瞼板移植片を用いた再建は侵襲と合併症が少なく、整容的にも優れた治療法である。

【利益相反】なし

05

## 眼瞼原発脂腺癌および 扁平上皮癌の局所再発率と リンパ節転移率の検討

○大湊 純(おおみなど じゅん)<sup>1)</sup>、塩崎 直哉<sup>1)</sup>、  
尾山 徳秀<sup>1)2)</sup>、張 大行<sup>1)</sup>、福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)うおぬま眼科

**【目的】**眼瞼原発脂腺癌(SC)と扁平上皮癌(SCC)は眼瞼に発生する悪性腫瘍で局所再発や所属リンパ節への転移を生じる例を時に経験する。本研究では眼瞼原発のSCとSCCの再発率・転移率について検討する。

**【対象・方法】**2000~2017年の間に新潟大学眼科で治療した眼瞼原発SC46例とSCC12例が対象。性別、初診時年齢、大きさ、発生部位、眼瞼横幅に占める腫瘍の割合、治療内容、局所再発の有無、リンパ節転移の有無について検討した。発生部位には涙丘も含め、術後経過観察期間が4か月未満の症例は除外した。

**【結果】**眼窩内容除去を行った症例は2例、Mitomycin C点眼で加療した症例は1例だった。それ以外はSC、SCCとも5mmの安全域で切除した。術後後療法を行った症例は無かった。SCは男性18例、女性28例。年齢中央値76歳、平均観察期間46ヶ月、平均腫瘍径12.3mmであった。局所再発は3例(6.5%)に認められた。術後にリンパ節転移を来たした例は2例(4.3%)であった。転移した2例は低分化で浸潤性の強い症例であった。SCCは男性7例、女性5例。年齢中央値77.5歳、治療後平均観察期間42ヶ月、平均腫瘍径19.5mmであった。局所再発は1例(8.3%)、術後リンパ節転移例は3例(25%)であった。

**【結論】**SCは局所制御可能な段階で加療すれば局所再発、リンパ節転移とも生じる率は低い。SCCはSCより局所再発率、リンパ節転移率が高く、今後術式や術後後療法について検討が必要である。

【利益相反】なし

06

## 傍乳頭血管腫に対して 光化学療法を行った1例

○細川 英理奈(ほそかわ えりな)、酒井 浩之、  
吉津 和真、北川 達士、溝田 淳  
帝京大

**【緒言】**傍乳頭血管腫に対する治療はレーザー光凝固、抗 VEGF 抗体硝子体注射など様々な治療が試みられている。今回我々は傍乳頭血管腫に対して光化学療法(PDT)を行い良好な結果の得られた1例を経験したので報告する。

**【症例】**症例は初診時19歳男性。5か月前より左眼視力低下自覚し近医受診。視神経乳頭上に血管腫がありそれによる網膜剥離とのことで硝子体にガス注入と網膜光凝固治療を2回受けた。その後、傍乳頭血管腫とのことで他院より紹介された。初診時視力は左眼矯正0.9で視神経乳頭上に血管腫が見られその周囲に増殖膜があり、黄斑部に網膜剥離が認められた。また黄斑部周辺に光凝固斑が見られた。視力も比較的良好で、本人治療を希望せず経過を見ていたが、徐々に増殖膜によるけん引が強くなり、本人の同意も得られたため PDTを行った。PDT 後3週間では腫瘍周囲に出血が認められ、黄斑部網膜剥離は残存していた。PDT 後7週目には腫瘍周囲の出血は消失し、黄斑部の牽引も解除され、網膜剥離も消失した。

**【考案】**本症例の網膜剥離は腫瘍本体とは連続性がみられず、牽引性の網膜剥離と考えられた。当初、PDT により腫瘍の活動性を低下させその後に硝子体手術を考えたが、PDT のみで黄斑部の牽引もなくなり網膜剥離も消失した。

**【結語】**傍乳頭血管腫による牽引性網膜剥離に対して PDT は治療選択肢になりうるものと考えられた。

【利益相反】なし

07

## 孤立性脈絡膜血管腫に対する ベルテポルフィンによる 光線力学療法の効果

○関 瑛子(せき えいこ)、田邊 美香、秋山 雅人、  
藤井 裕也、左野 裕介、塩瀬 聰美、吉川 洋、  
園田 康平  
九州大

**【緒言】**孤立性脈絡膜血管腫に対して、経瞳孔温熱療法や放射線療法などの治療が行われているが確立した治療法は無い。光線力学療法(PDT)が注目されているがその効果については不明な点も多い。そこで、今回我々は PDT の治療効果を検討した。

**【対象と方法】**1998年4月から2018年4月にかけて九州大学において孤立性脈絡膜血管腫と診断した36例のうち、中心窩に漿液性網膜剥離(SRD)がみられ、PDT(ベルテポルフィン 6mg/m<sup>2</sup>投与、600mW、83秒、689nm)にて治療し6ヶ月以上観察可能であった11例を対象に治療効果と、治療前因子(年齢、性別、病歴期間、初診時視力、局在、腫瘍径、腫瘍厚、網膜剥離の程度)の治療効果への影響を後ろ向きに検討した。

**【結果】**男性7例、女性4例、年齢33~66歳(平均51.6歳)、観察期間は6~141ヶ月(平均70.7ヶ月)であった。腫瘍径は平均6.4mmで中心窩を含むものは7例、中心窩は含まずアーケード内のものが3例、アーケード外のものが1例であった。11例のうち視力改善維持は8例(72%)で、SRDの軽快消失は8例に見られた。治療前因子のうち、SRDの丈が高い症例では治療後の SRD 消失が得られなかった( $P < 0.01$ )。また PDT を2回以上行った症例では2倍量照射を行った1例で SRD の改善を認めたものの、全症例で視力の改善は見られなかった。

**【考案】**PDT を施行した症例の約7割で SRD と視力の改善がみられた。SRD が軽度な場合でも早期に PDT を行うことが有用と考えられる。

【利益相反】なし

08

## 眼内に生じたメトレキセート関連リンパ増殖性疾患の1例

○曾根 久美子(そね くみこ)、白井 嘉彦、

藤井 敬子、後藤 浩

東京医大

**【目的】** メトレキセート(MTX)は、眼内リンパ腫の治療に有効な葉酸代謝拮抗薬である。一方、メトレキセート関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)はMTX投与中に発症するリンパ増殖性疾患として血液・リンパ組織のみならず、様々な組織に発生し、その原因としてMTXの長期投与に伴う免疫抑制状態が発症に関与すると考えられている。今回、関節リウマチ(RA)の治療目的にMTXを13年間内服中の患者に発症したと考えられる、眼内原発MTX-LPDと思われる1例を経験したので報告する。

**【症例】** 80歳、女性。2004年からRAの治療のため、MTX 7.5mg/週の内服治療を継続していた。2018年1月に両眼の視力低下を主訴に近医を受診、両眼に硝子体混濁がみられ、東京医大病院眼科を紹介受診となった。両眼ともに前眼部炎症と硝子体混濁がみられ、矯正視力は右眼0.2、左眼0.3であった。検眼鏡的所見から眼内リンパ腫を疑い、両眼の硝子体切除術を施行した。細胞診の結果は両眼ともclass V、PCRによる免疫グロブリン重鎖の遺伝子再構成は陽性、さらにIL-10/IL-6比の上昇がみられ、治療歴と併せ、両眼に生じたMTX-LPDと診断した。

**【結論】** 眼内リンパ腫の治療の1つにMTXの硝子体注射があるが、何らかの基礎疾患に対する治療としてMTXを長期内服中の患者では眼内にリンパ腫を生じる可能性がある。

09

## Cavitory choroidal schwannoma の1例

○杉原 一暢(すぎはら かずのぶ)<sup>1)</sup>、兒玉 達夫<sup>1)2)</sup>、谷戸 正樹<sup>1)</sup>、鈴宮 淳司<sup>2)</sup>、岩橋 輝明<sup>3)</sup>、丸山 理留敬<sup>3)</sup>

1)島根大 眼科、2)島根大 先端がん治療センター、

3)島根大 病理部

**【目的】** 今回、腔形成を伴う脈絡膜原発の神経鞘腫を経験したので報告する。

**【症例】** 75歳女性。右眼視力低下を主訴に近医を受診し、網膜剥離を伴う脈絡膜腫瘍を疑われ当院紹介となった。初診時右眼矯正視力は0.04。右眼強膜にsentinel vesselを認め、B-modeエコーでは腔形成を伴う厚さ8mmのドーム状腫瘍を認めた。眼底には漿液性網膜剥離を伴う、色素成分に乏しい網膜下腫瘍を認めた。フルオレセイン蛍光眼底造影検査では、早期は低蛍光で後期は過蛍光像であった。CTでは腔形成を伴う腫瘍性病変を認めた。MRIではT1・T2強調画像でいずれも低信号であったが、T2で腫瘍内部に一部高信号域を認めた。全身精査で他臓器病変は認められなかった。123I-IMP SPECTで右眼球内への集積を認めたため、脈絡膜悪性黒色腫を疑い右眼球摘出術を施行した。肉眼的には黄白色のドーム状腫瘍で、腫瘍胞巣内に出血と腔形成を伴っていた。病理組織は脈絡膜神経鞘腫であった。免疫染色でHMB-45およびMelan Aは陰性、S-100およびGFAPは陽性であった。MIB-1 indexは11%と増殖能の高い領域がみられたが、核異型は見られなかった。

**【結論】** 本邦で最初のCavitory choroidal schwannomaの1例を経験した。術前の検査では無色素性脈絡膜悪性黒色腫との鑑別が困難であった。

【利益相反】なし

【利益相反】なし

10

## 神経線維腫症1型患者に多発した脈絡膜悪性黒色腫の一例

○福原 崇子(ふくはら たかこ)<sup>1)</sup>、福原 淳一<sup>1)2)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、後藤田 裕子<sup>3)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1)北海道大、2)網走厚生病院、

3)札幌厚生病院 病理診断科

**【緒言】**脈絡膜悪性黒色腫は日本人では非常に稀な疾患であるが、眼球外への進展、再発、および転移は5年死亡率が約30%前後と極めて予後不良である。神経線維腫症1型(NF-1)は癌抑制遺伝子NF1の不活性化により全身に神経線維腫を発生し、稀に脈絡膜腫瘍を伴う。今回我々は、NF-1患者に多発した脈絡膜悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

**【症例】**46歳女性。既往歴に以前よりNF-1による多発性神経線維腫と知的障害がある。家族歴にNF-1である母がある。2017年1月初旬より左上眼瞼腫脹と充血を認め、近医受診。左眼隅角下方に色素性腫瘍を認め、網走厚生病院紹介受診となった。左眼矯正視力は0.04であり、眼底は黒色調の強い硝子体混濁がみられた。Bモードエコーでは著明な脈絡膜腫瘍が検出された。眼窩MRIでは、ガドリニウムによる造影増強効果を伴う8mm程度の類円型の腫瘍が確認された。脈絡膜悪性黒色腫の臨床診断の下、眼球摘出術を施行した。病理組織学的には、虹彩・毛様体・脈絡膜に多発する悪性黒色腫であった。現在まで局所再発や肝転移を始めとする遠隔転移はない。

**【結論】**NF-1患者における脈絡膜悪性黒色腫の発症は極めて稀である。NF1遺伝子の不活性化により、ぶどう膜に多発した悪性黒色腫を呈した可能性がある。

【利益相反】なし

11

## 転移性脈絡膜腫瘍15例の検討

○塩瀬 聰美(しおせ さとみ)、吉川 洋、田邊 美香、

山名 佳奈子、高木 健一、有田 量一、

園田 康平

九州大

**【緒言】**近年がん治療の進歩による生命予後の改善で、転移性脈絡膜腫瘍の脈絡膜腫瘍に占める割合は高くなっている。我々は過去10年間に九州大学眼科を受診した転移性脈絡膜腫瘍15例の臨床的特徴を検討したので報告する。

**【対象と方法】**2007年から2017年の間に九州大学眼科で臨床的に転移性脈絡膜腫瘍と診断された観察期間3ヶ月以上(3ヶ月～6年)の症例15例(男性6例、女性9例)で、年齢は27～76歳(平均:男性53.8歳、女性52.9歳)。これらの症例について、診療録をもとに症状、原発部位、治療、などを後ろ向きに検討した。

**【結果】**15例の原発巣は男性6例すべてが肺癌で、女性は肺癌2例、乳癌6例、消化管間質腫瘍(GIST)1例であった。原発巣の発見が先行した9例において、原発巣の診断から眼症状出現までの期間は肺癌で平均2ヶ月、乳癌で平均16ヶ月、GISTで4年であった。一方、眼症状を初発とし、後に原発巣が発見された症例は6例(男性5例、女性1例;40%)であった。眼所見発見時のstageはすべての症例、IVで、抗がん剤や分子標的薬を投与した。10例では放射線治療もおこなった。観察期間の終了時点で、死を確認した症例は15例中11例(73%)であった。

**【考察】**転移性脈絡膜腫瘍の15例について検討した。眼症状が初発である症例は40%と約半数をしめ、脈絡膜隆起性病変を見た場合は全身精査が必須である。

【利益相反】なし

12

## 眼窩粘液腫の1例

○末岡 健太郎(すえおか けんたろう)<sup>1)</sup>、末岡 千絵<sup>2)</sup>、  
二井 宏紀<sup>2)</sup>、黒木 一彦<sup>3)</sup>、木内 良明<sup>1)</sup>  
1)広島大、2)広島総合病院、  
3)広島総合病院 脳神経外科

【緒言】粘液腫は主として心臓や顎骨、四肢の筋肉などに発生する間葉系の良性腫瘍である。頭頸部領域での発生は少なく、とくに眼窩では極めて稀である。今回、眼窩に発生した粘液腫の1例を経験したので報告する。

【症例】64歳、男性。約30年前に右上眼瞼部腫瘍を切除し良性だったという既往があるが詳細は不明である。今回、半年前からの右上眼瞼内側の皮下腫瘍を主訴に前医を受診した。造影CTでは右上直筋-上斜筋間から上眼瞼内側皮下に伸び、前方だけ造影効果がある眼窩腫瘍があり、精査目的に広島大学病院眼科に紹介され受診した。画像から血管系またはリンパ管系の腫瘍を疑ったが、視機能障害は生じておらず、摘除に伴う出血のリスクも考慮して経過観察とした。腫瘍は徐々に増大して両眼性複視も出現したため、当科初診1年半後に脳神経外科で開頭下に、被膜に覆われた腫瘍を全摘出した。病理組織学的に、多結節状を示し一部で粘液様軟骨基質を形成して増殖していた。腫瘍細胞は中等大、星芒状ないし紡錘形を示し、核多形性は軽度で核分裂像は伴わなかった。免疫組織学的には、CD34とvimentinが陽性、S100蛋白は陰性だった。これらの所見から粘液腫と診断された。術後に半月ヒダ部の癒着が生じたため、癒着切離を行い、両眼注視野は改善した。腫瘍摘出後、再発なく2年経過している。

【結語】極めて稀ではあるが、眼窩にも粘液腫が生じうることを知っておく必要がある。

【利益相反】なし

13

視神経膠腫の治療：  
生命予後と機能予後

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

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

【背景】視神経膠腫(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。疾患と治療により視機能障害、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、治療経過を報告し診断・治療について考察する。初発例、再発例とも原則放射線治療を採用せず化学療法により腫瘍制御を図った。

【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42例のうち、生後4ヶ月~16歳までの36例(初発23例、再発13例)が治療の対象となった。神経線維腫症1型合併例2例、他34例は非合併例。片側視神経に限局した眼窩内腫瘍4例、他32例は視路視床下部腫瘍。初発3例、再発2例に播種を認めた。全体の10年全生存率は90%を越えるが、再発例2例で、腫瘍進展、悪性転化による死亡例がある。治療後5年以上たってからの再発がある。初発例23例では、視機能改善したものは8例、不变8例、悪化7例。

【結語】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・治療を選択する必要がある。本年、欧米では分子標的治療の導入が計画されている。

【利益相反】なし

14

## 視神経膠腫の鑑別診断

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

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

【背景】視神経膠腫(Optic pathway glioma, OPG)は、両側視神経から視放線までの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である。腫瘍の全摘出は根治的であるが、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。近年は、治療による重篤な晚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。診断については、症状、経過、眼科学的所見を含めた理学的所見、画像検査所見が典型的な場合、腫瘍生検なしに臨床的に診断して治療開始することが国際的コンセンサスとされ、臨床診断への要求が高くなっている。

【目的と方法】当科にOPGとして紹介になった患者で、診断まで1年以上の期間を要していたOPG例、OPGと診断されながら診断の異なっていた例について経過を提示し、本疾患の診断とその問題点について考察する。

【結果】2例の乳幼児期発症OPGは、斜視で眼科を受診し、経過観察とされ診断まで2~3年を要した。一方OPGを疑われ最終的に否定された4例は、急性リンパ性白血病の再発、右視神経限局の血管腫、視交叉原発の胎児性腫瘍、神経線維腫症I型患者で視路に病変を認めなかつた例であった。

【結論】OPGにおいては、視機能低下を認める場合、早急に診断し治療をはじめが必要がある。診断において眼科学的診断は重要であり、他部位の症状・理学的所見、画像所見と照合しながら、関連各科の連携のもとに正しい診断を行う必要がある。

【利益相反】なし

15

## 悪性転化がみられた2例

○高村 浩(たかむら ひろし)<sup>1)</sup>、宇都宮 寛<sup>1)</sup>、  
林 思音<sup>2)</sup>、山木 哲<sup>3)</sup>、園田 順彦<sup>3)</sup>、  
加藤 智也<sup>4)</sup>、山川 光徳<sup>4)</sup>、山下 英俊<sup>2)</sup>

1)公立置賜総合病院、2)山形大、  
3)山形大 脳神経外科、4)山形大 病理診断学

【緒言】結膜の異型性を伴う後天性原発性メラノーシス(PAM with atypia)は約50%で悪性化するとされている。涙腺多形腺腫は初回手術で全摘出できないと約30%に再発や悪性化がみられるとされている。今回、これらの2腫瘍の悪性転化がみられた2症例を報告する。

【症例】症例1は64歳、女性。球結膜の色素性病変に対する生検にてPAM with atypiaと診断され、0.04%マイトマイシンC(MMC)点眼治療を施行した。その結果、視診上は結膜の色素性病変はほぼ消失したが、治療2年後に瞼結膜に悪性黒色腫が発症した。腫瘍切除、冷凍凝固、0.04%MMC点眼、インターフェロン点眼治療を施行した。その後、6か月間再発はない。症例2は44歳、男性。涙腺部腫瘍に対して山形大学眼科で腫瘍摘出施行し、良性の多形腺腫と診断された。12年後に同部位に再発し、頭蓋内までの進展がみられたため、山形大学脳神経外科にて腫瘍摘出したところ、多形腺腫由来癌と診断された。術後に70Gyの放射線治療が追加された。その後、2年間再発はない。

【結論】症例1はほぼ軽快したと思われたにもかかわらず悪性化がみられ、症例2は12年も経過して悪性化がみられたので、悪性化するpotentialを持つ腫瘍に対してはより慎重かつ丁寧なフォローアップが必要である。

【利益相反】なし

16

## ナビゲーションシステムを併用した眼窩腫瘍摘出術の一例

○半沢 友理<sup>1)</sup>、敷島 敬悟<sup>1)</sup>、  
馬場 昭典<sup>1)</sup>、道下 将太郎<sup>2)</sup>、赤崎 安晴<sup>2)</sup>

1)東京慈恵医大 眼科、2)東京慈恵医大 脳外科

**【緒言】**ナビゲーションシステム併用手術の有効性は確立され、脳外科手術、耳鼻科手術では保険収載されている。今回、眼窩腫瘍に対してナビゲーションシステム併用による経頭蓋眼窩腫瘍摘出術を施行したので術中所見を中心に報告する。

**【症例】**47歳男性。2018年1月に左眼視力低下にて前医を受診した。左眼視力(1.2)であった。左眼に乳頭浮腫と網膜色素上皮不整を認め、フォート小柳原田病等を疑いステロイドパルス療法を施行したが、眼底所見と左眼視力の悪化を認めた。頭部CT検査をしたところ左眼窩腫瘍を認めたため、当科紹介受診となった。当科初診時、左眼視力(0.2)であった。左眼球突出と左眼の上転・内転制限、眼底に乳頭浮腫と網膜皺襞を認めた。頭部造影MRIにて、筋円錐内の内上方に腫瘍が確認された。内部に一部造影されない部分を含む非典型的な画像所見を呈する腫瘍であった。筋円錐内内上方のため、経頭蓋アプローチによる眼窩腫瘍摘出術を考慮した。当院脳神経外科と合同で、ナビゲーションシステム下に腫瘍摘出術を施行した。開頭並びに眼窩上壁開窓後、ナビゲーションシステムを利用することによって、腫瘍部位の同定が容易であった。術後3か月の時点で、左眼視力(0.8)に上昇し、左眼球突出や眼球運動制限、眼底所見の改善を認めた。

**【結語】**ナビゲーションシステム併用は、眼窩腫瘍の摘出術に有用である。

17

## 外眼筋生検が診断に有用であった転移性悪性黒色腫の一例

○赤羽 聰子<sup>1)</sup>、黒川 徹<sup>1)</sup>、  
鳥山 佑一<sup>1)</sup>、上原 剛<sup>2)</sup>、御子柴 育朋<sup>3)</sup>、  
村田 敏規<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>4)</sup>

1)信州大、2)信州大 病態解析、  
3)信州大 皮膚科、4)金沢大

**【緒言】**画像所見では診断が困難であった左外直筋腫脹例に対し、外眼筋生検を施行し、悪性黒色腫の外直筋転移と診断した一例を経験したので報告する。

**【症例】**64歳、女性。左母指原発の悪性黒色腫と全身転移に対し、外科的切除、放射線治療およびニボルマブによる免疫療法を施行された。治療前に複数認めた病変は消失、縮小し、皮膚科にて経過観察をされていたが、ニボルマブ投与終了より7カ月後に、複視、左眼の眼瞼下垂が出現したため、当科に紹介された。その際、左眼矯正視力は(1.5)、左眼の軽度眼瞼下垂、耳側結膜血管の拡張、外転制限を認めた。眼窩MRI所見では、左外直筋が紡錘状に腫脹し、脂肪抑制T2強調画像で高信号、造影にて均一な濃染を呈した。悪性黒色腫の外直筋転移を第一に考えたが、放射線科および皮膚科との検討では、その形状が非典型的であり、他に新たな転移巣もないことから、むしろ外眼筋炎や悪性リンパ腫が疑われた。PSL 30mg/day の内服を開始したが、初診から1か月間で左眼球突出が出現、外転障害がさらに増悪し、再検したMRIにおいても外直筋の腫脹が増悪していた。そのため、外眼筋生検を施行し、病理組織診断で悪性黒色腫と診断した。

**【結論】**画像所見上は悪性黒色腫の外眼筋転移と診断が困難であったが、生検により確定診断が可能であった。

【利益相反】なし

【利益相反】なし

18

## 眼瞼癌全国登録(J-COTS)に 向けた院内がん 登録データベース

○古田 実(ふるた みのる)、大口 泰治、石龍 鉄樹

福島県医大

**【目的】**眼瞼癌全国登録は、2018年に開始された眼瞼部悪性腫瘍と視神経腫瘍の疾患頻度と予後調査を目的とした研究である。院内がん登録システム情報を利用して登録可能であり、効率的に運用できる。検索精度は研究の要であり、検索しにくい症例の特徴を検討した。

**【方法】**院内がん登録室に2013-2016年の部位コードC69.0-9(眼及び付属器の悪性新生物)、または眼科で診断治療に関わった全ての悪性腫瘍患者の検索を依頼した。

**【結果】**3年間で83例が検索された。眼瞼悪性腫瘍(C44.1)が34例(リンパ腫L、メラノーマM、上皮内M含む)、結膜悪性腫瘍(C69.0)が17例(L, M, 上皮内癌 CIS含む)、網膜芽細胞腫と脈絡膜M)、脈絡膜悪性腫瘍(C69.2)が2例(網膜芽細胞腫と脈絡膜M)、脈絡膜悪性腫瘍(C69.3)が5例(M)、毛様体悪性腫瘍(C69.4)が1例(色素上皮腺癌)、涙腺及び涙管悪性腫瘍(C69.5)が10例(L、肉腫、CIS含む)、眼窩悪性腫瘍(C69.6)が14例(L13例と横紋筋肉腫1例)であった。L, M と CISも検索可能であったが、結膜L2例と結膜 CIS1例が検索されなかった。また、眼内Lは3例ともに検索されず、B細胞性リンパ腫詳細不明(C85.1)に分類されていた。進行した涙腺腺様囊胞癌と涙管腺癌に拡大切除術を行った計2例、転移性浸潤性の眼窩腫瘍の3例、視神経鞘膜腫は検索されなかった。

**【結論】**眼内リンパ腫、隣接組織への浸潤のため拡大切除術を行った場合にも眼瞼癌に分類されるようになん登録室と連携する必要がある。続発性病変や視神経良性腫瘍は個別に対応していく必要がある。

19

## 眼瞼悪性腫瘍の診療科

○大口 泰治(おおぐち やすはる)、古田 実、

石龍 鉄樹

福島県医大

**【緒言】**眼瞼悪性腫瘍の治療には眼科、形成外科、皮膚科などの科が関わっている。しかし同一医療機関の各科での診療状況について調べた報告はほとんどみられない。また現在眼瞼癌全国登録が進められているが、眼瞼悪性腫瘍は必ずしも正しいICD(国際疾病分類)コーディングが行われておらず正確な疫学調査を困難にしている可能性がある。今回我々は、当院における眼瞼悪性腫瘍の診療状況について調べたので報告する。

**【対象と方法】**2012年から2016年の5年間に福島県立医科大学で治療が行われた眼瞼悪性腫瘍の患者50例(男性20例、女性30例)、平均年齢73歳(11~92歳)を後ろ向きに検討した。

**【結果】**眼科で治療が行われていたのは34例(68%)、皮膚科9例(18%)、形成外科7例(14%)であった。組織型は基底細胞癌30例(60%)、脂腺癌8例(16%)、メラノーマ4例(8%)、扁平上皮癌3例(6%)、その他リンパ腫2例、腺癌、メルケル細胞癌、Bowen病であった。眼科で治療を行っていた34例は全例眼瞼・眼角を示すC441のコーディングが行われていたが、形成外科・皮膚科で治療を行っていた16例中4例はC441のコーディング、その他は皮膚の悪性新生物を示すC443(7例)、C449(3例)、D485(2例)のコーディングが行われていた。

**【結論】**眼瞼悪性腫瘍の治療には複数科が関わっており、C441のICDコーディングでの検索では実数を反映していない可能性があり疫学調査時は注意が必要である。

【利益相反】なし

【利益相反】なし

20

## 眼瞼脂腺癌における アンドロゲンレセプターの 発現と臨床病理学的特徴

○柚木 達也(ゆのき たつや)

富山大

**【緒言】**眼瞼脂腺癌において、アンドロゲンレセプター(AR)の発現率は高く、病理学的な補助診断に用いられている。本研究では、眼瞼脂腺癌におけるARの発現と臨床病理学的な特徴を検討したので報告する。

**【対象と方法】**当院で手術を施行した眼瞼脂腺癌患者11例(平均年齢 74.3 ± 14.3歳、男性3例、女性8例)に対して、ARの組織免疫染色を行った。ARの陽性率の高い群と低い群の2群に分け、2群間における臨床的および病理学的な差異について検討した。

**【結果】**ARは組織免疫染色で11例中9例に発現しており、発現率は82%であった。各症例のAR陽性率を算出し、高AR群(7例)と低AR群(4例)の2群に分け、年齢、性別、T分類(AJCC 8th edition)、分化度、pagetoid spreadの有無、Mitosisの程度、転移の有無、Ki-76 indexの各項目において統計学的に比較検討を行った。結果として、低AR群は高AR群に比べて、T分類の進行および低分化度を有意に示した。

**【結論】**眼瞼脂腺癌において、ARの陽性率が非常に低いもしくは陰性の症例は予後不良の可能性がある。

【利益相反】なし

21

## 結膜悪性黒色腫における VEGFの発現

○加瀬 諭(かせ さとる)、菊地 郁、石田 晋

北海道大

**【目的】**本研究では結膜悪性黒色腫における血管内皮増殖因子-A(VEGF)の発現と腫瘍内微小血管密度を解析することを目的とする。

**【材料と方法】**北海道大学病院で外科的切除を行い、病理組織診断にて結膜悪性黒色腫と確定診断された6例6眼を対象とした。切除された組織はフォルマリン固定、パラフィン包埋された。未染色標本を作製し、抗VEGF抗体にて免疫組織化学的検討を行った。血管内皮細胞のマーカーであるCD34の発現を基に、腫瘍内微小血管密度を算出した。原発性後天性メラノーヌス、結膜母斑は除外した。

**【結果】**患者の年齢は64~84歳(平均:73歳)、女性4例、男性2例であった。いずれの症例もVEGFは腫瘍細胞の細胞質に発現していた。3例で腫瘍細胞における陽性率は50%以上、他の3例は50%未満であった。腫瘍組織内におけるCD34陽性の微小血管はほとんど検出されず、腫瘍周囲の間質にCD34陽性血管が多数観察された。いずれの症例も腫瘍内微小血管密度は1/mm<sup>2</sup>であった。

**【結語】**結膜悪性黒色腫の腫瘍細胞にVEGFが発現していたが、腫瘍内微小血管は乏しく、乏血性腫瘍である可能性が示唆された。

【利益相反】なし

22

マイトマイシンC点眼加療が  
有効であった  
眼瞼結膜悪性腫瘍の2例

○中野 里絵子(なかの りえこ)、大湊 紗、  
塩崎 直哉、張 大行、福地 健郎  
新潟大

**【緒言】**外眼部上皮性悪性腫瘍の治療の基本は手術切除だが、病変が広範な症例では眼瞼の大きな欠損となり、再建に苦慮することがある。結膜悪性腫瘍に対しては、マイトマイシンC(MMC)点眼治療が有効であるという報告が多数ある。今回、当科にてMMC点眼が奏功し、手術切除範囲の縮小が得られた眼瞼結膜悪性腫瘍の2例を経験したので、報告する。

**【症例】**症例1は61歳男性。近医通院中に左上眼瞼結膜に腫瘍を認められ、当科紹介初診。初診時火炎状の血管を伴う径15mm大の乳頭状の腫瘍を認めた。生検にて結膜扁平上皮癌の診断となり、手術切除範囲縮小の目的でMMC点眼加療を4クール行った。点眼中軽度の眼瞼炎を認めたが、点眼終了時には検眼鏡的に病変の消失を認めた。点眼終了後4か月で円蓋部に再発病変を認め、切除手術を施行した。再発切除後20か月間経過観察中であり、再発や転移は認めていない。症例2は78歳女性。近医にて右上眼瞼結膜の腫瘍を指摘され、当科紹介初診。右上眼瞼結膜耳側には径5mm大の乳頭状の腫瘍を形成しており、鼻側瞼結膜から瞼縁の皮膚に病変の浸潤を認めた。生検により脂腺癌の診断となり、手術切除範囲縮小の目的でMMC点眼加療を4クール行った。点眼中角膜上皮障害を認めた。点眼終了時耳側瞼結膜の腫瘍は検眼鏡的に消失を認めた。残存した病変に対して、安全域5mmをとり、切除手術を行った。術後補助療法としてMMC点眼加療を検討しており、術後3か月間の経過観察中、再発や転移を認めていない。

**【結論】**MMC点眼加療は、手術切除範囲の縮小が可能となり、眼瞼結膜悪性腫瘍に対する初期治療として有効であると考えられた。

23

広範囲にわたる角膜浸潤と  
視力低下をきたした  
結膜扁平上皮癌の3症例

○脇田 遼(わきた りょう)、馬詰 和比古、後藤 浩  
東京医大

**【緒言】**眼表面扁平上皮性腫瘍(OSSN)の多くは角膜輪部より発生し、広範囲の角膜浸潤を来すことは稀である。腫瘍の角膜への浸潤により、高度な視力低下を生じた OSSN の3症例を報告する。

**【症例】**症例1は80歳男性。12年前から左眼が全く見えなくなっていたが放置。当科初診時の視力は光覚弁で、生検による診断確定後、腫瘍縮小を目的としたマイトマイシンC(MMC)点眼治療後に外科的切除と眼表面の再建を行った。術前のMMC点眼で高度のアレルギーを生じたため後療法は施行していないが、12か月間にわたり再発なく経過している。症例2は82歳女性。1年前から左眼の結膜病変を指摘、半年前から急速に増大し、当科初診時の視力は(0.01)であった。外科的切除を前提としたMMC点眼を3クール施行したところ、腫瘍はほぼ消失した。MMC点眼治療後9か月経過した現在まで再発はない。症例3は90歳女性。5年前に結膜腫瘍に対して近医で生検が施行され、良性腫瘍の診断を受けていた。その後、病変が拡大し、1年前から視力低下するも放置し、当科初診時の右眼視力は(0.09)であった。外科的切除と再建を行ったが、高齢かつ遠方からの来院のため、後療法は施行せずに6か月経過観察中である。

**【結論】**高齢者にみられた、広範な角膜浸潤と視力低下を来たした OSSN の3症例を経験した。経過観察期間に限りはあるが、治療後の経過はいずれも良好である。

【利益相反】なし

【利益相反】なし

24

## 涙囊に生じた扁平上皮癌に対する化学放射線療法

○辻 英貴(つじ ひでき)<sup>1)</sup>、吉田 淳<sup>1)</sup>、高田 幸子<sup>1)</sup>、  
福島 啓文<sup>2)</sup>、利安 隆史<sup>3)</sup>、仲野 兼司<sup>4)</sup>、  
佐藤 由紀子<sup>5)</sup>

1)がん研病院、2)がん研病院 頭頸科、  
3)がん研病院 放治科、4)がん研病院 総腫瘍科、  
5)がん研病院 病理

【目的】涙囊に生じる悪性腫瘍は涙囊炎と紛らわしいことが多く、発見時にはアドバンスケースで、眼窩内容除去術のみならず周囲骨も含めての大手術となり、顔貌の変化も著しいものとなることが多い。今回演者らは涙囊に生じた扁平上皮癌(SCC)のうち、病理にてp16陽性の症例に対し、手術治療ではなく化学放射線療法(CCRT)を施行したので報告する。

【症例】61歳の女性で、前医にて右)涙囊炎にて涙囊鼻腔吻合術を施行も流涙・眼脂は止まらず、MRIにて腫瘍が発見され、加療目的にて紹介となった。右涙囊に腫瘍が存在し、鼻涙管および鼻・副鼻腔進展を認めた。生検にてSCC、p16陽性、p53野生型、ハイリスク HPV陽性の結果で、手術以外の治療法をご希望され、十分なインフォームドコンセントの元、化学放射線療法を施行し、3年間再発・転移は認めていない。

【結論】涙囊に生じたSCC症例に対してCCRTを施行し、治療経過良好で、手術の場合の様な顔貌の劇的な悪化はなく、視力も温存されている。SCCの治療は手術が大原則であるが、p16陽性の症例に対しては、CCRT治療は選択肢の一つに入れてよい。今後、さらに症例を積み重ねて立証していく予定である。

【利益相反】なし

25

健康寿命を越した  
93歳涙道悪性腫瘍の1例

○柏木 広哉(かしわぎ ひろや)<sup>1)</sup>、鬼塚 哲郎<sup>2)</sup>、  
木谷 卓志<sup>2)</sup>、尾上 剛志<sup>3)</sup>、安富 由紀<sup>4)</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 頭頸部外科、  
3)県立静岡がんセンター 放射線治療科、  
4)県立静岡がんセンター 患者家族支援センター

【緒言】健康寿命を過ぎた悪性腫瘍の治療には、苦慮する。今回涙道悪性腫瘍の1例について報告する。

【症例】93歳男性

【経過】X年6月、右眼の上眼瞼に腫瘍が発生して近医受診。2回切開して霰粒腫と病理診断。増大傾向があり8月別の近医受診し、当院を紹介。右上眼瞼の不整な腫瘍と下眼瞼の変形が認められた。画像所見：右上眼瞼皮下から涙囊、鼻涙管、鼻腔内にかけて腫瘍陰影(MRI)、骨破壊像(CT)が認められた。既往歴に心筋梗塞、脳梗塞があり、ワーファリンを5年以上服用していた。また軽度認知症があり、施設入所中であった。鼻腔から細胞診を施行し癌の診断を得た。年齢、全身状態を考えると拡大手術は無理と判断。根治的放射線治療を予定したが、転倒により眼瞼部からの大量出血を起こし緊急搬送入院し、全身状態悪化。緩和医療に切り替え、可吸収性止血剤と圧迫眼帯による止血、緩和的放射線治療：1回4Gy(計20GyE/5回)を施行。腫瘍は縮小したが、認知機能と全身状態は、さらに低下した。当院の多職種チーム医療及び施設の担当者で早期退院の道筋をつけ、照射終了後2日目に退院。その後腫瘍の増大はなく、退院後9日目に介護福祉施設にて永眠された。

【考按】2013年日本の健康寿命(健康上の問題で日常生活が制限される事がなく生活できる期間)は、男性71.19歳、女性74.12歳である。今回、様々な病状変化に対して迅速に治療方針を変更し、適切にターミナルケアを実施できた。

【利益相反】なし

26

腫瘍摘出術中に著明な  
動脈出血をきたした  
眼窩反応性リンパ過形成の1例

○加瀬 諭(かせ さとる)、水門 由佳、石嶋 漢、  
石田 晋  
北海道大

**【背景】**我々は眼付属器反応性リンパ過形成(RLH)は悪性リンパ腫よりも腫瘍内微小血管密度が有意に低いことを報告してきた(Kinoshita S, Kase S, et al. IOVS 2014)。今回我々は、RLHの腫瘍摘出術の際に著明な出血をきたし、止血困難であった1例を経験したので、その臨床病理学的所見を報告する。

**【症例】**77歳女性。主訴は左上眼瞼のしこり。既往歴に認知症がある。X年4月、左上眼瞼の腫脹を自覚し前医を受診。同部に皮下腫瘍を触知し抗菌薬による治療を開始したが、腫瘍は改善しなかった。腫瘍が増大傾向を示したため、当科紹介初診した。左上眼瞼皮下に弾性硬の腫瘍を触知し、可動性は不良であった。超音波検査では同部は低エコー所見を示した。術前の血液検査では特記所見はなかった。同年6月、局所麻酔下で皮下腫瘍摘出術を施行した。皮下剥離後、腫瘍は赤色調で多結節性であった。腫瘍を部分切除した瞬間から多量の動脈出血をきたし、止血困難であった。バイポーラによる止血、アドレナリンの局所塗布、可吸収性止血剤の塗布などを駆使し、出血後約1時間で止血した。術中出血量は330 ccに昇った。腫瘍の病理組織学的所見はRLHで、所々に口径の大きい動脈の存在が示唆された。術後のCTでは、腫瘍は眼窩内に存在し、眼瞼皮下まで及んでいた。

**【結語】**本症例における眼窩RLHでは、腫瘍組織内に血管奇形と思われる動脈が混在していた。眼窩RLHの腫瘍摘出術の際には、術中の出血に留意すべきである。

【利益相反】なし

27

結膜および眼窩内に生じた  
悪性リンパ腫の組織学的分類と  
局在についての統計学的検討

○山中 亜規子(やまなか あきこ)、渡辺 彰英、  
中山 知倫、外園 千恵  
京都府医大

**【緒言】**悪性リンパ腫の悪性度は組織学的分類により大きく異なり、結膜・眼窩内に生じる悪性リンパ腫の組織学的分類とその局在を知ることは臨床上重要である。

**【対象と方法】**京都府立医大眼科で2009年1月から2015年7月までに生検・切除術を施行した結膜および眼窩内腫瘍のうち、悪性リンパ腫と診断した66症例を対象とし、それらの組織学的分類および局在について後ろ向きに検討した。

**【結果】**全66例の組織学的分類の内訳はMALTリンパ腫が38例(57.6%)、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(以下DLBCL)が16例(24.2%)、濾胞性リンパ腫(以下FL)が10例(15.1%)、NK/T細胞リンパ腫が1例(1.5%)、その他のB細胞性リンパ腫が3例(4.5%)であった。結膜・眼窩内における腫瘍の局在は、結膜のみに認めたものは25例、眼窩内のみは36例、結膜と眼窓内の両方に認めたものは5例であった。それぞれの組織分類における腫瘍の局在をみると、結膜のみに腫瘍を認める25例のうち20例(80%)がMALTリンパ腫であった一方で、DLBCLを結膜に認めた2例ではいずれも眼窩内にも腫瘍を認めた。眼窩内特に筋円錐内に認めた11例のうちDLBCLは7例(63.6%)を占め、MALTリンパ腫は3例(27.3%)であった。FLを眼窩内に認めた6例ではいずれも筋円錐外かつ眼窓前方に腫瘍を認めた。

**【結論】**悪性リンパ腫の組織学的分類は結膜・眼窩内の発生部位により偏りがあり、低悪性度のMALTリンパ腫は結膜で多く、より悪性度が高いDLBCLは筋円錐内で頻度が高い傾向を認めた。

【利益相反】なし

28

海星病院で病理診断した  
眼科領域のリンパ腫○安積 淳(あづみ あつし)<sup>1)</sup>、勝山 敦子<sup>2)</sup>

1)神戸海星病院、2)神戸大

**【緒言】**神戸海星病院で病理診断したリンパ腫を解析する。

**【対象と方法】**対象は2008年4月から2018年3月の期間に、神戸海星病院眼科で病理診断されたリンパ腫症例を後ろ向きに調査した。

**【結果】**症例数は173例で、男性74例女性99例、初診時平均年齢は66.3歳であった。発生部位は重複を入れて結膜56例、眼瞼(皮膚)8例、眼窩100例、眼内17例であった。病理診断はMALTリンパ腫103例、びまん性大細胞B細胞リンパ腫(眼内リンパ腫を含む)36例、濾胞性リンパ腫18例、マントル細胞リンパ腫5例、NK/T細胞リンパ腫2例、同定困難9例であった。MALTリンパ腫の頻度を発生部位別に見ると、結膜では48例(85.7%)だったが、眼窩では58例(59.2%)だった。Ann Arbor分類による病期分類は102例で判明しており、stage I 81例、stage II 8例、stage III 3例、stage IV 14例であった。結膜のMALTリンパ腫は全てstage Iであった。経過観察期間は平均22.6か月で、緩和ケア移行はNK/Tリンパ腫の2例以外では眼内リンパ腫の2例に確認されたのみであった。

**【結論】**眼科領域のリンパ腫は60%がMALTリンパ腫であったが、眼内リンパ腫をびまん性大細胞B細胞リンパ腫に入れると20.8%がその中等度悪性腫瘍のカテゴリーに入った。濾胞性リンパ腫も10.5%あって、日本人でもけして少なくない頻度で眼科領域発生していた。高悪性度リンパ腫の発生頻度が低く、概ね生命予後良好と思われた。中等度悪性リンパ腫の生命予後改善が背景にあると考えた。

【利益相反】なし

29

## 我々の涙腺腫瘍全摘出時の手術方法

○尾山 徳秀(おやま とくひで)<sup>1)2)3)</sup>、大湊 純<sup>2)</sup>、  
塩崎 直哉<sup>2)</sup>、張 大行<sup>4)</sup>、江口 功一<sup>5)</sup>、  
福地 健郎<sup>2)</sup>

1) うおぬま眼科、2) 新潟大、3) 長岡日赤、  
4) 魚沼基幹病院、5) 江口眼科

【緒言】涙腺腫瘍全摘出時の皮膚切開は、皮膚皺線や重瞼線に沿っての切開など術者や患者背景、腫瘍の位置関係、腫瘍サイズによって選択されていると思われる。その深部である涙腺腫瘍摘出時のアプローチ方法も骨切り併用の有無や骨膜の処理など症例によってさまざまであると思われる。

【目的】我々の涙腺腫瘍全摘出時のアプローチ方法について紹介し、会場の皆様の意見を聞くこと。

【方法】涙腺腫瘍の眼窩耳上側部は眼窩縁から骨膜ごと剥離し、涙腺腫瘍部の耳側および鼻側端で骨膜ごと切開する。腫瘍耳側端および鼻側端から眼窩先端部側へ剥離をすすめて、さらに腫瘍眼球側を剥離し、腫瘍の眼窩先端部側を切開して全摘出する。我々は15年以上、リンパ増殖性疾患および腺様囊胞癌、多形腺腫などもほとんどの症例で骨切りなしで全摘出している。早いものでは30分程度で摘出可能であり、骨膜ごと切除しても術後の瘻着や眼球運動障害なども認めていない。

【結論】骨膜ごと切除することはオーバートリートメントであろうか？骨膜ごと切除することで涙腺腫瘍の眼窩耳上側部は深く考えることなく剥離が終了でき、涙腺腫瘍の耳側および鼻側端、眼球側に神経を集中して処理を行うことができる。また、腫瘍被膜を破る可能性も少なくなり、腺様囊胞癌などの上皮系悪性腫瘍は骨膜ごと除去することで、術後の骨膜浸潤の有無など病理検査もしやすく、術後後療法を検討するうえでも有用である。

【利益相反】なし

30

## 眼科受診を契機に診断した多発血管炎性肉芽腫症

○笠松 広嗣(かさまつ ひろつぐ)<sup>1)2)</sup>、黒川 徹<sup>2)</sup>、  
鳥山 佑一<sup>2)</sup>、小林 翔太<sup>3)</sup>、山本 洋<sup>4)</sup>、  
村田 敏規<sup>2)</sup>

1) 長野日赤、2) 信州大、3) 信州大 病理、  
4) 信州大 呼吸器内科

【緒言】多発血管炎性肉芽腫症(Granulomatosis with Polyangiitis, GPA)は、上・下気道の肉芽腫性血管炎と糸球体腎炎の合併を特徴とする疾患で、適切な治療が行われなかった場合の生命予後は不良である。我々は、甲状腺癌の肺転移および併発した肺炎として加療されたが、眼科受診を契機に GPA の診断に至り、ステロイド投与により病状の改善を得られた1例を経験したので報告する。

【症例】65歳女性。2014年に甲状腺癌に対し甲状腺全摘術を施行された。手術翌月に胸部CTで右肺に多発結節影を認め、甲状腺癌の肺転移が疑われたが、典型的ではなく経過観察となった。2015年3月、疼痛を伴う右眼瞼腫脹が出現した。4月7日には血痰、呼吸苦が出現し、肺転移に併発した肺炎として外来で抗生素治療が開始され、眼症状に対して同日当科を紹介された。その際、右眼の著名な眼瞼腫脹、結膜充血を認めた。また眼窩CTでは右眼涙腺の腫脹を認めたため、IgG4関連眼疾患の診断基準に基づき血液検査を行った結果、後日 PR3-ANCA 高値が判明した。涙腺生検を施行したが、呼吸状態が急速に悪化したため、病理診断を待たずに GPA としてステロイドパルス療法を開始したところ、呼吸器、眼症状とも改善した。涙腺病理像も GPA に矛盾しない所見であった。

【結論】本症例では IgG4関連眼疾患の診断基準に基づく血液検査が GPA の早期診断・治療に寄与した。GPA の早期診断・治療に眼科医も重要な役割を担っていると考えられた。

【利益相反】なし

31

涙腺上皮性腫瘍に類似していた  
IgG4関連涙腺炎の2例○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 臨床検査

**【緒言】**IgG4関連涙腺炎は、MR画像でbulgingを示すことが知られており、この点で涙腺部MALTリンパ腫と進展様式が異なっている。我々は片側性のIgG4関連涙腺炎で、臨床像が涙腺上皮性腫瘍に類似していた症例を経験した。

**【症例提示】**症例1は、82歳の女性であった。頭部打撲後にCTを撮影した際に、偶然に左側眼窩腫瘍を発見された。当院初診時、左眼は3ミリ突出し、左側上眼瞼皮下に10×5ミリの腫瘍を触知した。MRIで、涙腺部に丸餅を思わせる形状の境界明瞭な腫瘍を認めた。涙腺上皮性腫瘍を疑い、側方アプローチで全摘出した。病理診断は、IgG4関連涙腺炎であった。術後の血清IgG4値は105mg/dlであった。

症例2は、70歳の女性であった。左眼充血、流涙、両眼性複視を主訴として、近医眼科から紹介された。当院初診時、左眼は12ミリ突出し、内下方へ偏倚していた。左側上眼瞼皮下に30×8ミリの腫瘍を触知した。MRIで、涙腺部に卵形の境界明瞭な腫瘍を認めた。涙腺上皮性腫瘍を疑い、側方アプローチで全摘出した。病理診断は、IgG4関連涙腺炎であった。術後の血清IgG4値は212mg/dlであった。

**【結論】**片側性のIgG4関連涙腺炎は、臨床像が涙腺上皮性腫瘍に似ていることがある。

【利益相反】なし

32

IgG4関連眼疾患生検組織  
および末梢血における  
形質芽細胞の解析

○臼井 嘉彦(うすい よしひこ)

東京医大

**【目的】**IgG4関連疾患の発症にはIgG4を産生するCD19+CD24-CD38+の形質芽細胞が重要な役割を果たしていることが報告されている(Arthritis Res Ther 2014,2017)。今回我々は、IgG4関連眼疾患と眼窩MALTリンパ腫のCD19、CD24、CD38の発現パターンについてフローサイトメトリーを用いて検討を行ったので報告する。

**【方法】**2017年以降に東京医大病院眼科を受診し、最終的に確定診断に至ったIgG4関連眼疾患8検体(平均年齢58.6±12.2歳)、眼窩MALTリンパ腫10検体(平均年齢73.9±7.1歳)を対象とした。摘出した生検組織および末梢血についてフローサイトメトリーを用いてCD19、CD24、CD38の発現を解析した。

**【結果】**IgG4関連眼疾患の生検組織では眼窩MALTリンパ腫と比較して、CD19+CD24-CD38+の形質芽細胞の占める割合が有意に高かったが、末梢血では有意差はみられなかった。両疾患ともメモリーB細胞であるCD19+CD24+CD38-や、ナイーブB細胞であるCD19+CD24intCD38intの割合については組織および末梢血で有意な差はみられなかった。

**【結論】**IgG4関連疾患では眼病変においても組織中の形質芽細胞がIgG4を産生し、病態に重要な役割を果たしていることが推測された。

【利益相反】あり

33

冠動脈病変を伴った  
IgG4関連眼疾患の1例○水門 由佳(すいもん ゆか)<sup>1)2)</sup>、加瀬 諭<sup>2)</sup>、下山 修平<sup>3)</sup>、石田 晋<sup>2)</sup>

1)滝川市立病院、2)北海道大、

3)北海道大学病院 内科II

**【緒言】**IgG4関連眼疾患(IgG4-ROD)は、しばしば全身諸臓器にIgG4関連疾患(IgG4-RD)を伴う。IgG4-RDのうち、動脈周囲炎は生命に影響を及ぼしうる重大な病変である。今回、我々は、両側涙腺腫瘤で初発したIgG4-RODで、全身精査により冠動脈病変が認められた1症例を経験したので報告する。

**【症例】**58歳、男性。1ヶ月前から、両上眼瞼腫張、複視を自覚し、当科を受診した。初診時、両眼瞼腫張があり、同部位に皮下腫瘤がみられた。CTで両涙腺、両眼窩下神経腫大があり、血液検査では血清IgG4値の上昇(485mg/dL)がみられた。右涙腺の切除生検を行った。病理組織検査では、線維化とリンパ濾胞、IgG4陽性形質細胞が検出され、IgG4/IgG比は75%であった。以上よりIgG4-RODと診断した。全身CTでは肺野の結節、胸椎周辺の腫瘍性病変、腎実質病変に加え冠動脈病変がみられた。冠動脈CTで冠動脈狭窄がみられたが、胸部症状はなく、心エコーで壁運動異常はなかった。冠動脈病変の生検は困難であったため、診断的治療としてプレドニゾロン40mg/dayの漸減投与が開始された。投与後、涙腺腫張、複視、冠動脈狭窄、腎病変の改善が得られた。

**【考案・結論】**IgG4-RODには他臓器病変を伴うことがあり、特に冠動脈病変を始めとする動脈周囲炎は生命予後に關るため、その診断時に全身検索が必須である。

【利益相反】なし

34

確診群および非確診群の IgG4  
関連眼疾患における長期結果

○久保田 敏信(くぼた としのぶ)

名古屋医療センター

**【目的】**確診群および準確診群のIgG4関連眼疾患における長期結果とそれらの関連性を報告する。

**【方法】**110患者(確診群70患者と非確診群40患者)のうち、確診群55患者と非確診群35患者において、コルチコステロイド治療や経過観察を施行した。病変の状態、血清生化学、組織検査所見の長期経過を後ろ向きコホート研究で検討した。

**【結果】**確診群において、高値の血清IgG4(>900mg/dL)のとき、有意に高値の血清可溶性IL-2レセプター(>900U/mL, P < 0.00001, Fisherの正確確率検定)を伴っていた。コルチコステロイド治療を受けた確診群39患者のうち、23(59%)患者は再発を示した。再発のリスク因子は外眼筋や三叉神経の肥厚(P < 0.00001、ログランク検定)であった。それらを伴う患者は有意に、高値の血清IgG4値(P=0.011、カイ二乗検定)リウマチ因子の陽性(P=0.015、カイ二乗検定)を伴っていた。一方、涙腺の肥厚を伴う11患者は経過観察にも関わらず病変の増殖が乏しかった。非確診群では、5患者は2回目の生検で確診群に該当する所見を示した。初回の生検では、濾胞内のIgG4陽性形質細胞の所見が特徴的であった。

**【結論】**IgG4関連眼疾患では、異なった増殖の活動性がある。非確診群は一部の確診群と密接な関連性がある。外眼筋や三叉神経の肥厚した患者は予後不良であったり、全身の免疫の活動性を伴ったりするかもしれない。

【利益相反】なし

35

## 涙腺導管囊胞に対する手術方法の選択

○藤原 美幸(ふじわら みゆき)<sup>1)</sup>、大島 浩一<sup>2)</sup>

1)岡山大、2)岡山医療センター

**【目的】**涙腺導管囊胞に対する手術方法には、全摘出と造袋術の二つがある。しかし術式に関する論文は少なく、どちらの術式を選択するべきかを明確に述べた論文はない。我々は、本疾患の術式をどのように選択するべきかを検討した。

**【対象と方法】**2012年1月から2018年8月までに、岡山医療センター眼科で涙腺導管囊胞として手術を施行した11例12眼を対象とした。後ろ向きに、術式ごとに手術時間を比較した。

**【結果】**平均年齢は $64.75 \pm 17.8$ 歳、男性5例5眼、女性6例7眼。両側性は2例3眼、片側性は9例9眼であった。全摘出を試みた8例9眼のうち、最終的に全摘出できた症例は4例5眼であった。4例4眼は、途中で穿孔したため造袋術に変更した。また3例3眼は当初から造袋術を行った。

平均手術時間は、全摘出で $67.8 \pm 19.7$ 分、造袋術で $54.4 \pm 19.0$ 分であり、有意差はなかった( $p=0.264$ )。当初から造袋術を施行した3眼と途中から造袋術に変更した4眼を比較したところ、それぞれ $44.0 \pm 6.3$ 分と $62.3 \pm 22.5$ 分で、術式変更により手術時間が少しだけ長くなっていた( $p=0.239$ )。全例で明らかな合併症を認めなかった。

**【結論】**全摘出と造袋術を比較したところ、手術時間に有意差はなく、合併症の有無にも差はなかった。

【利益相反】なし

36

## 眼窩に発生した神経周膜腫の1例

○谷下 紗季(たにした さき)<sup>1)</sup>、坂本 麻里<sup>2)</sup>、金井 友範<sup>1)</sup>、長井 隆行<sup>2)</sup>、安積 淳<sup>1)</sup>

1)神戸海星病院、2)神戸大

**【緒言】**昨年度の本学会で報告した眼窩筋円錐内腫瘍のその後の経過について報告する。

**【症例】**神戸海星病院初診時68歳女性。2006年に共同演者が左眼窩筋円錐内腫瘍摘出を試みたが、出血多量で全摘出できなかった。病理診断では giant cell angiomyxoma が疑われた。以降腫瘍増大に伴う圧迫性左視神経症に対し、ステロイドパルス療法や放射線療法が行なわれた。2016年にはメトトレキサートの併用も開始されたが、ステロイド漸減が困難で、満月様顔貌も高度な状態となり、当院に紹介初診となった。初診時の眼窩部MRIで球後に28mm大の腫瘍を認めた。当院でも約1年間でステロイドを漸減したが、左視神経症が再燃した。この時点で昨年度の本学会で報告し、腫瘍全摘を勧められた。このため、2017年12月左眼窩内腫瘍摘出術を行った。手術では外眼角アプローチで頬骨を外し、眼窩内に到達した。腫瘍は概ね周囲組織から剥離出来たが、外直筋との癒着が非常に強固で、腫瘍剥離の際、眼筋組織を損傷した。術後高度な左外転制限がみられ内斜視となった。病理診断は最終的に神経周膜腫とされた。術後メトトレキサートは終了し、ステロイドを漸減中である。

**【結論】**10年来診断困難であった眼窩内腫瘍は神経周膜腫であった。眼窩内に発生した症例は医中誌で検索する限り涉猟出来なかった。臨床所見からは左外転神経から発生した神経周膜腫と考えた。

【利益相反】なし

37

## 転移性眼窩内腫瘍に定位放射線治療をおこなった2症例

○中谷 雄介(なかたに ゆうすけ)<sup>1)2)</sup>、小出 謙一<sup>3)</sup>、  
高仲 強<sup>4)</sup>、大西 寛明<sup>5)</sup>、光田 幸彦<sup>5)</sup>、  
高比良 雅之<sup>6)</sup>

1) 氷見なかたに眼科、2) 厚生連高岡病院 眼科、  
3) 厚生連高岡病院 脳神経外科、  
4) 厚生連高岡病院 放射線科、  
5) 浅ノ川総合病院 脳神経外科、6) 金沢大 眼科

【目的】転移性眼窩内腫瘍に対し定位放射線治療をおこなった2例について経過報告する。

【症例】1例目は48歳男性、片眼の視力低下にて受診、眼窩先端部症候群による多発脳神経麻痺をきたし、MRIで眼窩内を含む頭蓋底への転移をみとめた。既往歴から前立腺癌の転移と考えられた。定位放射線照射(ノバリス、ブレインラボ社)により60Gy/30分割照射し、眼瞼下垂、視力障害は軽快したが経過中 OCTで網膜神経線維層障害の進行がみられ、腫瘍の圧迫による影響がみられた。2例目は75歳男性、もともと右眼は CRAOで手動弁であったが、左眼の視力低下にて受診、視神経に接する眼窩内腫瘍を認めた。右眼窩部にも腫瘍があることと既往歴から腎細胞癌の転移と考えられた。定位放射線照射を左眼に35Gy/5分割、右眼は定位手術的照射(22Gy)を行い腫瘍は縮小した。1年後も左眼は矯正視力0.9を保っており OCTで網膜神経線維層の障害はみられなかった。

【結論】転移性眼窩内腫瘍に対する定位放射線治療は低侵襲でQOLの改善が得られ有効であった。また OCTは視神経障害を評価するのに有用であった。

【利益相反】なし

38

## 超高齢者の眼部腫瘍治療に関する問題点

○鈴木 茂伸(すずき しげのぶ)

国がん中央

【緒言】高齢化社会になり、超高齢者の診療機会が増えている。今回短期間に複数例の診療を行い、種々の問題を生じたため報告する。

【症例】症例1は97歳女性。認知症、四肢拘縮で特養入所中、左眼瞼に腫瘍を生じた。当初治療希望なく経過観察、その後出血を生じたため近医受診、生検を行い扁平上皮癌の診断で当院受診。院内ハイリスク症例検討会で全身麻酔手術は適応外と判断され、放射線単回照射を行ったが再発し、再照射を行った。

症例2は94歳女性。脳梗塞後片麻痺と認知症あり、在宅IVH管理を受けていた。右上眼瞼腫瘍を生じ前医で生検、メルケル細胞癌の診断を得た。放射線治療目的に当院受診するが適応外と判断され、体動も少ないので臨床倫理コンサルテーションの後、局所麻酔下に手術を行った。

症例3は96歳女性。認知症で介護施設に入所中、瞼裂から突出する黒色腫瘍が出現。高齢のため経過観察するが出血で介護困難になり当院受診。球結膜は全面黒色組織に置換されていた。姑息的止血は無意味と判断、臨床倫理コンサルテーションの後、全身麻酔下に眼瞼皮膚温存眼窩内容除去を行った。結膜悪性黒色腫の病理診断であった。

【結論】当初は高齢を理由に経過観察を希望しても、出血を伴うと介護に支障をきたし治療を希望する例が多い。初期からの確な情報を伝え方針を決めることが重要と思われた。医師個人に責任を課すのではなく組織としての倫理面、リスク面での検討体制が望まれる。

【利益相反】なし

39

## 長期間放置され巨大化した眼瞼脂腺癌の2例

○小島 孖允(こじま たかよし)

小島眼科医院

**【緒言】**眼瞼脂腺癌は早期に治療すれば根治が可能であるが、放置されると巨大化し醜形を呈するばかりでなく、全身転移の恐れがある。今回早期に発見されていたにもかかわらず放置されたため巨大化した眼瞼脂腺癌の2例を経験したので報告する。

**【症例】**症例1は59歳女性。右上眼瞼癌の疑いで当院を紹介された。腫瘍径は約10mmで脂腺癌と診断し、全麻手術を予定したが、術前にキャンセルし、その後来院しなかった。1年半後、腫瘍が増大したため再度受診した。腫瘍は上眼瞼全体を覆うほど拡大し、頸部リンパ節に転移と思われる腫瘍を触れた。この間血液浄化療法という民間療法を受けていたとのことであった。所属リンパ節郭清および放射線治療を施行し、経過観察中である。症例2は87歳女性。東北地方在住。右下眼瞼脂腺癌と診断されたが、高齢のため経過観察の方針とされた。7ヶ月後腫瘍が著しく拡大したため当院を受診した。右下眼瞼に約40mmの巨大な腫瘍がみられた。家族の介護のため、入院治療ができず早急に整容的な改善のみを希望したので、局所麻酔下に可能な範囲で腫瘍摘出を施行した。とりあえず整容的に満足が得られ帰省した。5ヵ月後再発し再度受診したので放射線治療を施行し、経過観察中である。

**【結論】**本症では、効果の期待できない民間療法を行うことや無為に経過観察することが治療の時期を遅らせ、重大な結果をもたらすことを周知する努力が必要であると思われた。

【利益相反】なし

40

## 当院における眼瞼脂腺癌61症例の臨床像と組織学的検討

○中山 知倫(なかやま ともみち)

京都府医大

**【緒言】**当科における眼瞼脂腺癌の臨床像および組織像について検討することを目的とした。

**【対象と方法】**2004年1月から2018年6月までの間に、切除・再建術を施行した眼瞼脂腺癌61例(平均年齢74.0 ± 13.9歳、男性29例・女性32例)を対象とした。各症例の臨床所見、病理組織学的所見と再発・転移の有無について検討した。

**【結果】**脂腺癌発生部分は、上眼瞼が42例(69%)、下眼瞼が19例(31%)であった。臨床所見は、前医で切除された不明例2例を除いた59例で nodular type 55例(93%)、diffuse type 4例(7%)に分類された。上皮内浸潤を認めた症例は59例中15例(25%)であった。経過観察期間が1年以上のものに対象症例を絞った43例では、平均経過観察期間53.7ヵ月(最短経過観察期間13ヶ月、最長経過観察期間120ヶ月)であり、局所再発5例(12%)、転移5例(12%)であった。転移症例5例は全て耳前リンパ節転移であり、うち3例は頸部リンパ節転移も認めた。4例で頸部リンパ節郭清が、1例は耳下腺浅葉切除術が行われた。このうち1例は肺転移も併発し局所切除術後25ヶ月で死亡したが、他の4症例は平均観察期間62ヶ月間(最短経過観察期間13ヶ月、最長経過観察期間108ヶ月)で生存していた。

**【結論】**脂腺癌は耳前リンパ節転移が多いが、リンパ節転移が頸部にとどまっている段階で適切な治療を行うことで、良好な生命予後が期待できる。

【利益相反】なし

41

インターフェロン $\beta$ で加療した  
結膜悪性黒色腫の経過

○高野 史生(たかの ふみお)

神戸海星病院

42

当院における悪性黒色腫の  
長期経過○橋本 祐子(はしもと ゆうこ)<sup>1)</sup>、中井 駿一朗<sup>1)</sup>、  
坂本 麻里<sup>1)</sup>、長井 隆行<sup>1)</sup>、安積 淳<sup>2)</sup>、  
中村 誠<sup>1)</sup>

1)神戸大、2)神戸海星病院

【緒言】結膜の悪性黒色腫に対するインターフェロン $\beta$  (IFN  $\beta$ ) 結膜下注射が有効であった1例を2006年に報告した。その後の経過を報告する。

【症例】神戸海星病院(当院)初診時57歳の男性。2000年に右結膜輪部に色素性病変の出現があり、2002年に神戸大学病院で結膜悪性黒色腫と病理診断され、結膜に限局することが確認された。残余病変に対して IFN  $\beta$  の結膜下注射による治療を行い、原発性後天性メラノーヌス (PAM) は消失した。2005年に球結膜で増大した粟粒大の病巣があり、完全摘出したが、病理診断は悪性黒色腫であった。IFN  $\beta$  結膜下注射を継続的に施行したが、PAM の再発があり、2014年に受診が途絶えた。2015年に再診があり、PAM の増大、隆起性病変の出現あって、IFN  $\beta$  月1回の結膜下注射に抵抗した。この時点で当院に紹介されたが、所見は右結膜全体に広がる悪性黒色腫であった。眼球温存希望が強く、神戸大学病院腫瘍血液内科でニボルマブ、イピリムマブ単独での治療が行われた。しかし腫瘍増大は抑制できず、国立がんセンターに紹介され、眼窩内容除去の適応とされ、2017年当院に再紹介された。腫瘍は眼瞼を超えて手拳大に成長し、易出血性であった。再診2週間後に腫瘍全摘出術を行った。可及的に眼瞼と球後眼窩組織は温存した。2018年5月全身多発転移が発見され、緩和治療に移行した。

【結論】本症例では、IFN  $\beta$  結膜下注射に結膜悪性黒色腫の局所抑制効果を認めたが、永続的ではなかった。

【利益相反】なし

【緒言】当院における過去10年間の結膜及び脈絡膜悪性黒色腫の臨床経過を検討する。

【対象と方法】当科にて2008年4月から2018年7月までに観察が可能であった結膜悪性黒色腫(CoM)及び脈絡膜悪性黒色腫(ChM)を後ろ向きに調査し、Kaplan-Meier 法を用いて生存率、無再発率、無転移率を算出した。

【結果】内訳は、CoM 9例(男性6例、女性3例、平均年齢 $48 \pm 20$ 歳)、ChM 17例(男性9例、女性8例、平均年齢 $61 \pm 14$ 歳)であった。CoM の治療は切除単独1例、切除 + インターフェロン $\beta$  局所注入療法(IFN)7例、切除 + IFN+ 化学療法1例であった。観察期間は中央値93か月で期間中死亡した症例はなかった。5年での無再発率は59%、無転移率は100%であった。9例中4例が局所再発し、うち2例は10年目以降に遠隔転移した。一方 ChM の治療は眼球摘出7例、 $\gamma$ ナイフ11例、経瞳孔温熱療法 +  $\gamma$ ナイフ1例であった。観察期間は中央値99か月で明らかな局所再発例はなかった。3年の生存率は86.7%、無転移率は63.7%であった。眼球摘出群と非摘出群での平均無転移期間はそれぞれ63.9か月と66.8か月で差はなかった( $p=0.82$ )。

【結論】CoM は局所再発が多く、長期的には遠隔転移も起こすため慎重な経過観察が必要である。ChM は遠隔転移が多く、治療法による予後の差はなかった。

【利益相反】なし

43

脈絡膜悪性黒色腫に対して  
炭素イオン線照射後硝子体手術  
を行い良好視力が得られた1例

○西尾 真以(にしおまい)<sup>1)</sup>、酒井 浩之<sup>1)</sup>、  
近藤 尚明<sup>1)</sup>、溝田 淳<sup>1)</sup>、牧島 弘和<sup>2)3)</sup>、  
辻 比呂志<sup>2)3)</sup>

1)帝京大、

2)国立研究開発法人 量子科学技術研究開発機構、

3)放射線医学総合研究所

脈絡膜悪性黒色腫に対して今までのところ200例以上の症例で炭素イオン線照射が行われ、その中で何例かは照射後硝子体混濁が増える症例がみられる。今回脈絡膜悪性黒色腫に対して炭素イオン線照射を行いその後の硝子体混濁に対して手術を行い良好視力が得られた症例を経験したので報告する。

【症例】65才女性。約1か月前から右眼の飛蚊症を自覚し近医受診。脈絡膜悪性黒色腫の診断で初診時右眼矯正視力1.0。その後炭素イオン線70GyEを5分割で照射。照射3か月後より徐々に硝子体混濁が増加。その後混濁は徐々に増加したが視力あまり変化なく経過観察とした。腫瘍自体の大きさにはほとんど変化は見られなかった。照射3年目頃より視力低下がみられ、照射5年目には視力0.03(矯正不能)となった。眼底は硝子体混濁で透見不可となり照射7年後に硝子体手術を行った。腫瘍本体はそのまま残し、混濁のみを切除した。術後矯正視力は1.0まで回復し、手術後5年経過した現在も局所再発や全身転移の所見は見られない。

【考按】脈絡膜悪性黒色腫に対する硝子体手術に関しては様々な意見があるようだが、少なくとも炭素イオン線照射など何らかの形で腫瘍の活動性がなくなった後の手術は播種などの問題は少なく、本症例のような炭素イオン線照射後の硝子体混濁に対しての硝子体手術は視機能改善のための治療として安全に行うことができ、治療の選択肢となりうるものと思われた。

44

脈絡膜悪性黒色腫の骨転移に  
ニボルマブが奏効した1例

○竹森 勇人(たけもり はやと)<sup>1)</sup>、高比良 雅之<sup>1)</sup>、  
濱岡 祥子<sup>1)</sup>、前田 進太郎<sup>2)</sup>、杉山 和久<sup>1)</sup>

1)金沢大、2)金沢大学病院 皮膚科

【緒言】脈絡膜悪性黒色腫の眼球摘出後に発症した骨転移に対してニボルマブの全身投与が奏効した1例を報告する。

【症例】症例は68歳時に左脈絡膜悪性黒色腫にて眼球摘出術が行われた男性である。当時、腫瘍は眼内に留まり、また遠隔転移はみられなかった。初診時よりおよそ2年後のPETで肝転移を疑う病変と骨転移の所見がみられた。当初は化学療法なしで経過を観察したが、その後のおよそ2年間で骨転移の増悪がみられた。デノスマブ(ランマーク<sup>®</sup>)皮下注射を開始するも、その効果は少なく、やがて歩行困難となった。次いでニボルマブ(オプジーボ<sup>®</sup>)の全身投与を開始したところ、6コース施行後にはPETで骨転移の集積はなくなり、寛解状態となった。背部や下肢の痛みは改善して、歩行の支障もなくなり、現在も転移の再発は無く、経過を観察中である。

【考察】ニボルマブはPD-1抗体に作用する免疫チェックポイント阻害薬であり、今日では、各種がんの治療に広く用いられている。古典的な化学療法が効きにくい進行期メラノーマの症例にもその効果が見込まれるが、既報によればその脈絡膜メラノーマに対する治療成績は皮膚メラノーマに比べて概して不良である。本症例は脈絡膜メラノーマの全身転移に対してニボルマブが奏効した稀な例であると思われた。

【利益相反】なし

【利益相反】なし

45

## 当科におけるぶどう膜悪性黒色腫の転移症例の経過についての検討

○塩崎 直哉(しおざき なおや)<sup>1)</sup>、大湊 純<sup>1)</sup>、  
張 大行<sup>2)</sup>、尾山 徳秀<sup>1)(3)</sup>、梅森 幸恵<sup>4)</sup>、  
福地 健郎<sup>1)</sup>

1)新潟大、2)魚沼基幹病院、3)うおぬま眼科、  
4)長岡日赤

**【背景】**ぶどう膜悪性黒色腫は転移が生じると予後は一般的に不良とされるが、治療は確立しておらず症例により経過は様々である。

**【対象と方法】**2002年～2017年までに当科を初診したぶどう膜悪性黒色腫20例20眼のうち転移を來した9例9眼。診断時の年齢、最大腫瘍厚、初回治療、強膜浸潤の有無、診断時から遠隔転移発覚までの期間と転移先、転移後の治療内容、生命予後をレトロスペクティブに検討した。

**【結果】**診断時平均年齢67歳、男性4例、女性5例。脈絡膜原発7例、毛様体原発1例、判別不能1例。初診時腫瘍厚平均8.2mm。初回治療は眼球摘出6例、Ru 小線源療法1例、経瞳孔温熱療法1例と転移性腫瘍として全身化学療法を開始した1例が存在した。強膜内浸潤は4例で、そのうち渦静脉浸潤は1例。診断時から遠隔転移発覚までの期間は9ヶ月～12年6ヶ月、全例で肝転移、2例で肝以外の転移を認めた。転移後の治療は経皮経管的肝動脈塞栓術、肝部分切除、ダカルバジン投与、免疫チェックポイント阻害薬投与が行われたが stable disease (SD) を超える治療反応を示した症例は無かった。死亡例は6例で転移から死亡までの期間は1ヶ月～3年8ヶ月だった。生存例の中には肝転移後無治療でSDの症例があった。

**【結論】**ぶどう膜悪性黒色腫の肝転移に対しては様々な治療が試みられているが何れも反応に乏しい結果であった。転移後無治療でSDの症例もあり、治療方針は症例ごとに選別する必要性があると思われる。

【利益相反】なし

# ランチョンセミナー

11月3日(土) 12:30~13:20

共催：参天製薬株式会社

第36回日本眼腫瘍学会 ランチョンセミナー

# 前視野緑内障の診断と治療戦略

2018年11月3日(土) 12:30~13:20

金沢市アートホール(ポルテ金沢6階)



【座長】

杉山 和久先生  
(金沢大学)



「OCTを活用した前視野緑内障の診断と  
経過観察」

【演者】 大久保 真司先生  
(おおくぼ眼科クリニック/金沢大学)



「前視野緑内障に対する治療指針の提案」

【演者】 川瀬 和秀先生  
(岐阜大学)

共催:第36回日本眼腫瘍学会・参天製薬株式会社

## 第37回日本眼腫瘍学会のご案内

会期：2019年9月28日（土）～29日（日）

会場：都内（未定）

会長：敷島 敬悟

事務局：東京慈恵会医科大学 眼科学講座

〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-8

運営事務局：株式会社 エヌ・プラクティス内

〒541-0046 大阪市中央区平野町1-8-13

平野町八千代ビル7F

TEL：06-6203-6731 FAX：06-6203-6730

## 第36回日本眼腫瘍学会 プログラム・抄録集

会長：高比良 雅之

事務局：金沢大学眼科内

担当：濱岡 祥子、畠 佐千代

〒920-8641 石川県金沢市宝町13-1

TEL：076-265-2403 FAX：076-222-9660

E-mail：jsoo2018@med.kanazawa-u.ac.jp

出版：株式会社セカンド

〒862-0950 熊本市中央区水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F

TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025

<https://secand.jp/>