

第37回 日本眼腫瘍学会

プログラム・講演抄録集

会期 2019年 9月28日(土)・29日(日)

会場 東京慈恵会医科大学
西新橋キャンパス 2号館講堂

〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-8

会長 敷島 敬悟 東京慈恵会医科大学 眼科学講座 教授

視機能温存に向けて





The 37th Annual Meeting of Japanese Society of Ocular Oncology

第37回 日本眼腫瘍学会

プログラム・講演抄録集

視機能温存に向けて

- 会期 2019年 9月28日(土)・29日(日)
- 会場 東京慈恵会医科大学
西新橋キャンパス 2号館講堂
〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-8
- 会長 敷島 敬悟 東京慈恵会医科大学 眼科学講座 教授
- 主催 日本眼腫瘍学会
- URL <http://jsoo37.umin.jp/>

第37回日本眼腫瘍学会事務局

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37回日本眼腫瘍学会

会長挨拶

会長 敷島 敬悟 東京慈恵会医科大学
眼科学講座 教授



この度、第37回日本眼腫瘍学会を開催させていただくことになりました。今回は新しい元号である令和が始まった最初の会となります。このような機会をいただき、理事の諸先生方、学会員ならびに関係各位の皆様には厚く御礼を申し上げます。

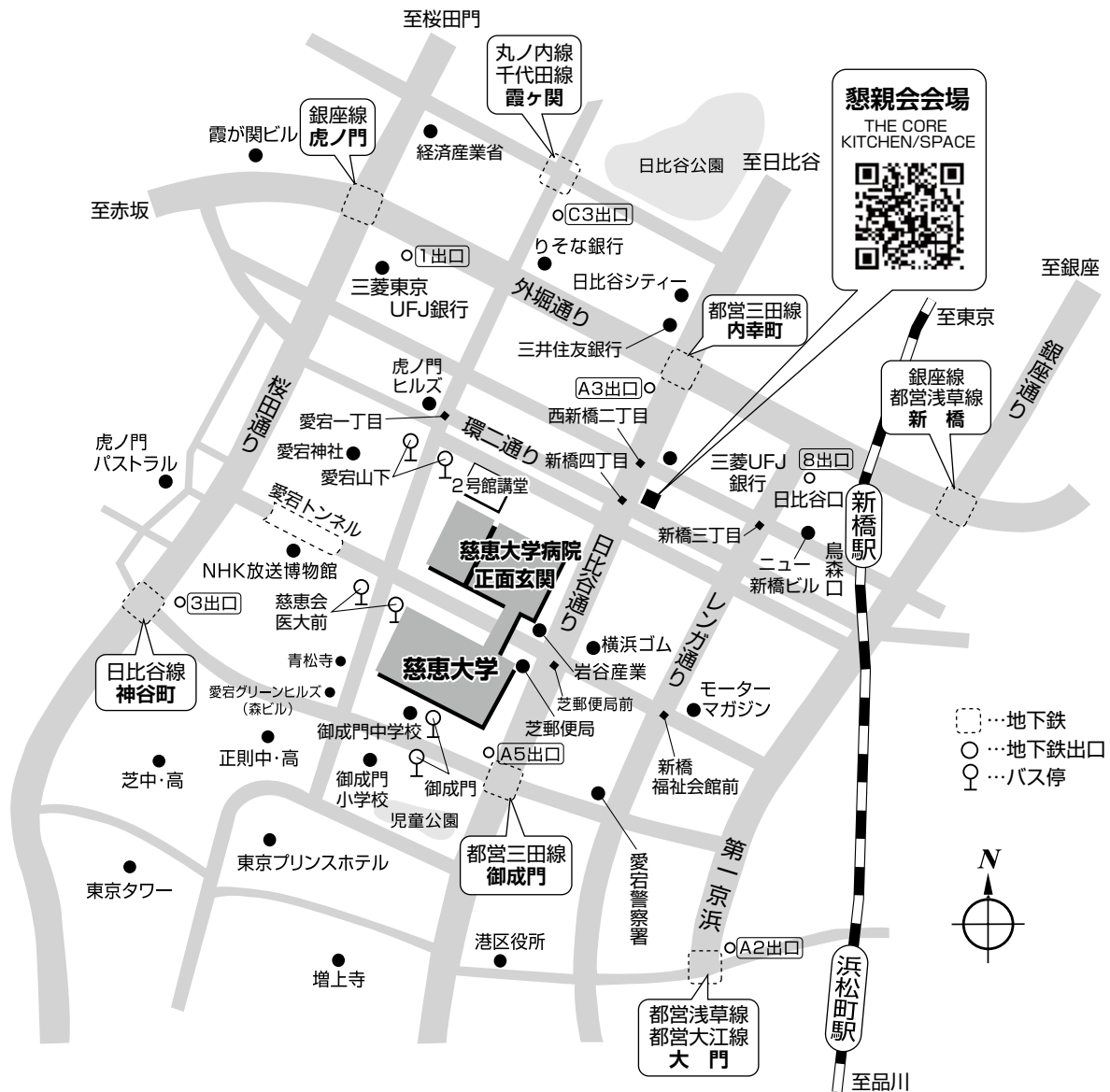
眼腫瘍学会は眼科領域における腫瘍を取り扱う領域ですが、悪性腫瘍の治療に際しては生命予後が最優先となり、視機能はどうしても軽んじられます。しかし、眼腫瘍の診療に従事する我々眼科医は生命予後を尊重しつつも、視機能温存を目指したいという気持ちを常に持ち続けています。このジレンマに我々眼腫瘍医は悩まされ、生命と視機能の両面を守るべく、日々診療を続けております。この基本的理念のもと、今回は原点である『視機能温存に向けて』を学会テーマとして掲げました。

特別講演は東京慈恵会医科大学放射線治療部 教授 青木 学先生をお招きし、「最新の高精度放射線治療の現状と役割」についてお話しを賜ります。青木先生には本学において視神経鞘髄膜腫に対するIMRTを多数例施行して頂いております。シンポジウムでは「視神経腫瘍」を取り上げました。視神経腫瘍は診断に苦慮することが多く、悪性腫瘍の頻度は少ないものの頭蓋内進展による生命予後にも関係し、視機能への影響が顕著な腫瘍となります。また、眼腫瘍を専門とされない一般眼科医や若い先生を対象に、「眼部悪性腫瘍を見逃すな！」というタイトルで教育セミナーも開催いたします。

昨年からは、日本眼腫瘍学会が中心となって、眼腫瘍の全国登録制度が開始され、さらに、希少がんである眼腫瘍の専門施設の情報公開がなされ、眼腫瘍の社会的貢献度がますます増しております。本会ではこれらの報告も予定しております。

学会当日はラグビーワールドカップが日本で開催されていますが、学会会場ではスタジアム以上に熱い討論をお願いします。そして、講演後はノーサイドでいきましょう。

会場アクセス図



会場までのアクセス

■ 地下鉄

・都営三田線

- 「御成門」下車(A5出口) 徒歩約3分
- 「内幸町」下車(A3出口) 徒歩約10分

・日比谷線

- 「神谷町」下車(3出口) 徒歩約7分

・銀座線

- 「虎ノ門」下車(1出口) 徒歩約10分

・銀座線・都営浅草線

- 「新橋」下車(8出口) 徒歩約12分

・都営浅草線・都営大江戸線

- 「大門」下車(A2出口) 徒歩約13分

・丸の内線・千代田線

- 「霞ヶ関」下車(C3出口) 徒歩約13分

■ JR 新橋駅下車 徒歩12分

浜松町駅下車 徒歩15分

■ バス(交通事情により所要時間が異なることがあります)

・都営バス／東98系統(東急バスと共同運行)

東京駅丸の内南口 → (目黒駅経由) → 等々力操車所前 → 「慈恵会医大前」または「愛宕山下」下車

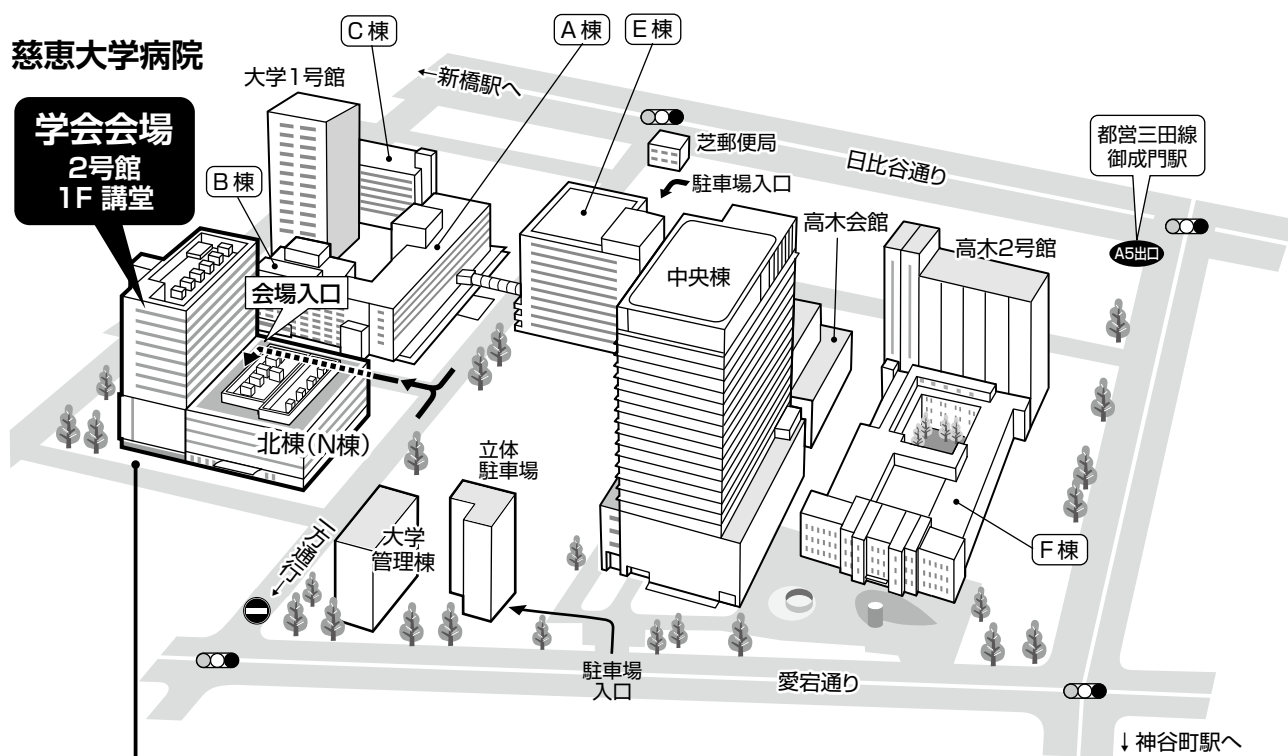
※東京駅丸の内南口バス乗り場(5番)より約20分

※1時間に3～4本程度、運行しています

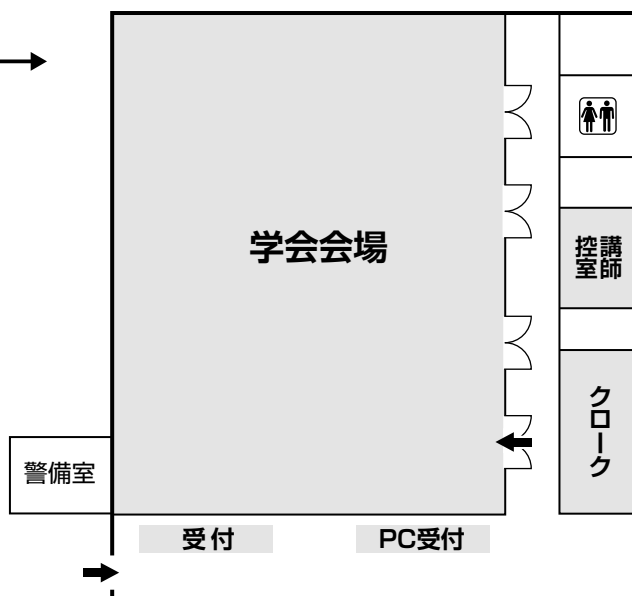
※慈恵大学病院中央棟前、愛宕下通りにバス停があります

会場案内図

キャンパスマップ



フロア案内図



参加者へのご案内

参加登録受付

受付場所	東京慈恵会医科大学 西新橋キャンパス 2号館講堂 会場入口
受付時間	9月28日(土) 8:30～17:20
	9月29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。受付にてネームカードホルダーをお受け取りください。
- ・講演抄録集を忘れずにご持参ください。追加の講演抄録集をご希望の場合は、受付にて1部1,000円にて販売致します。

〈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	10,000 円	8,000 円
非 会 員	15,000 円	8,000 円
非医師、民間研究員	15,000 円	8,000 円
初期研修医・コメディカル、 医師以外の大学院生	5,000 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

※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・コメディカルの方は所属長による身分の証明が、学生および医師以外の大学院生の方は学生証の提示が必要です。予め、ホームページより指定のフォーマット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。

※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

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 js002019

懇 親 会

日 時	9月28日(土) 19:00～
場 所	THE CORE KITCHEN/SPACE (コア キッチン / スペース) 〒105-0004 東京都港区新橋4丁目1-1 TEL: 03-6402-5229

※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。

※参加費は会員、非会員、非医師・民間研究員8,000円、初期研修医・コメディカル、医師以外の大学院生、大学院生を除く学生(医学生、視能訓練士学生、留学生)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	東京慈恵会医科大学 西新橋キャンパス 2号館講堂 会場入口
受付時間	9月28日(土) 8:30～17:20 3単位
取得単位	9月29日(日) 8:30～12:00 2単位

クローク

東京慈恵会医科大学 西新橋キャンパス 2号館講堂にクロークをご用意致しますのでご利用ください。

受付場所	東京慈恵会医科大学 西新橋キャンパス 2号館講堂 会場入口 クローク受付
受付時間	9月28日(土) 8:30～19:00 9月29日(日) 8:30～13:00

※必ず時間内にお受け取りください。

※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: 9月28日(土) 12:15～13:15 会 場: 東京慈恵会医科大学 2号館 9F 901
日本眼腫瘍学会 総会	日 時: 9月28日(土) 13:25～13:35

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4分、計10分です。

特別講演、シンポジウム、教育セミナー、ランチョンセミナーは指定された時間をお願いします。
時間厳守をお願い致します。

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。

利益相反に関して

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。

アプリケーション：PowerPoint 2010～2016

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

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いただきます。

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と HDMI 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。

万一来て、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 受付にて試写終了後、発表終了後にご返却いたします。

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 受付は講演会場前となります。

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

2019年9月28日(土) 8:30～16:30(翌日のデータも受け付けます)

2019年9月29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4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 (2019 年 7 月現在)

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
金子 明博
玉井 信
松尾 信彦
箕田 健生
物故会員
加藤桂一郎

役 職	氏 名	所 属
理 事 長	古田 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	大湊 絢	新潟大学
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	加瀬 諭	北海道大学
理 事	嘉島 信忠	聖隷浜松病院
理 事 (監 事)	兒玉 達夫	島根大学
理 事	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	吉川 洋	宗像眼科クリニック／九州大学
理 事	渡辺 彰英	京都府立医科大学
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 10～11 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 1～2 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gresセンター	嘉島 信忠 聖隷浜松病院
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	シマブンビル	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
第 37 回	2019 年 (R1) 9 月 28～29 日	東京慈恵会医科大学 西新橋キャンパス 2 号館講堂	敷島 敬悟 東京慈恵会医科大学

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番地) 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 (研修医を含む) およびその他の関係者をもって構成する。

- (1) 正会員
- (2) 名誉会員
- (3) 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 正会員は眼腫瘍の研究または診療に従事している者で、第6条の手続きを完了した者とする。

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、本会の事業を奨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 本会に正会員の中から次の役員をおく。

- | | |
|---------------|-----|
| (1) 理 事 長 | 1名 |
| (2) 理 事 | 若干名 |
| (3) 監事担当理事 | 2名 |
| (4) 学術・広報担当理事 | 2名 |
| (5) 総 会 長 | 1名 |
| (6) 顧 問 | 若干名 |

(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。

(監事担当理事)

第18条 監事担当理事は理事会で理事の中から選出される。監事担当理事は本会の財産、会計および会務の執行を監査し、理事会において意見を述べることができる。

(学術・広報担当理事)

第19条 学術・広報担当理事は理事会で理事の中から選出される。学術・広報担当理事は会誌の発行、投稿論文の査読、広報業務などを行う。

(総会長)

第20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。

(顧問)

第21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。

(役員の任期と欠員について)

第22条 理事長、理事、監事担当理事、学術・広報担当理事の任期は3年間とする。
理事長は連続して再任されない。理事、監事担当理事、学術・広報担当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23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24条 理事会は理事をもって組織し、原則として総会期間中に以下の事項を審議する。
なお、理事会には理事長、総会長の承認を経て、関係者の参加を許可することがある。
(1) 毎年度の事業および会計
(2) その他、理事会が必要と認めた事項
(3) 理事会は理事の3分の2以上の出席をもって成立する。
ただし、予め委任状を提出した者は出席者とみなす。
(4) 理事会の審議は出席理事の過半数をもって決し、可否同数のときは理事長の決するところによる。

(5) 臨時に審議する必要のある事項に関して、理事長は全理事に持ち回り審議を依頼し、上記(3)(4)の決定方法に準拠して決する。

第6章 会計

(会計年度)

第25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26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27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。

(事業計画書および収支予算書の作成)

第28条 事業の円滑な運営のため、理事長は事業計画書および収支予算書を毎会計年度開始前に作成し、理事会の承認を得て確定する。

(予備費の計上と使用)

第29条 予算年度内に生じる予測しがたい支出に対応するため、予算規模に見合った予備費を計上する。

第30条 予備費の使用に当たっては、使用理由と金額、および積算の根拠を明らかにした上で、理事長と理事会の承認が必要である。

第7章 会則の変更

(会則の変更)

第31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。

変更履歴

平成26年7月11日 理事長変更による事務局の変更

平成29年9月23日 理事長変更による事務局の変更

平成30年11月3日 理事会の持ち回り審議と収支予算書と予備費の計上の新設

平成30年11月14日 理事および顧問の定義の明文化

最終変更日：平成30年11月14日

日 程 表

1日目 9月28日(土) 東京慈恵会医科大学
西新橋キャンパス 2号館講堂

9:00	8:50～ 開 会 式	
10:00	9:00～10:10 一般口演 1 01～07 [眼内腫瘍] 座長：鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院) 高橋 寛二 (関西医科大学)	
11:00	10:10～11:10 一般口演 2 08～13 [眼内リンパ腫] 座長：古田 実 (福島県立医科大学) 溝田 淳 (帝京大学)	
12:00	11:10～12:00 一般口演 3 14～18 [眼瞼腫瘍 I] 座長：高比良 雅之 (金沢大学) 林 暢紹 (須崎くろしお病院/高知大学)	
13:00	12:15～13:15 ランチョンセミナー 難治性眼疾患に挑む！～視機能温存に向けて～ 座長：中野 匡 (東京慈恵会医科大学) 演者：池田 康博 (宮崎大学) 外園 千恵 (京都府立医科大学) 共催：参天製薬株式会社	12:15～ 13:15 理事会
14:00	13:25～13:35 総 会	
	13:35～13:50 眼腫瘍登録報告	
15:00	13:50～14:40 一般口演 4 19～23 [IgG4・リンパ腫] 座長：大島 浩一 (国立病院機構岡山医療センター) 安積 淳 (神戸海星病院)	
16:00	14:40～15:30 一般口演 5 24～28 [眼窩腫瘍 I] 座長：嘉島 信忠 (聖隷浜松病院) 渡辺 彰英 (京都府立医科大学)	
	15:30～16:20 一般口演 6 29～33 [眼窩腫瘍 II] 座長：兒玉 達夫 (島根大学) 大湊 絢 (新潟大学)	
17:00	16:30～17:25 シンポジウム [視神経腫瘍] 座長：辻 英貴 (がん研究会有明病院) 敷島 敬悟 (東京慈恵会医科大学)	
18:00	17:30～18:30 特別講演 最新の高精度放射線治療の現状と役割 座長：敷島 敬悟 (東京慈恵会医科大学) 演者：青木 学 (東京慈恵会医科大学 放射線医学講座)	
19:00	19:00～ 懇 親 会 会場：THE CORE KITCHEN / SPACE (コアキッチン/スペース)	

2日目 9月29日(日) 東京慈恵会医科大学
西新橋キャンパス 2号館講堂

9:00	9:00～10:00 一般口演 7 34～39 [眼瞼腫瘍 II] 座長：小幡 博人 (埼玉医科大学総合医療センター) 高村 浩 (公立置賜総合病院/山形大学)
10:00	10:00～11:00 一般口演 8 40～45 [結膜腫瘍] 座長：吉川 洋 (宗像眼科/九州大学) 加瀬 諭 (北海道大学)
11:00	11:10～12:10 教育セミナー 眼部悪性腫瘍を見逃すな！ 座長：後藤 浩 (東京医科大学) 江口 功一 (江口眼科医院/新潟大学) 眼瞼腫瘍・結膜腫瘍 演者：吉川 洋 (宗像眼科/九州大学) 眼内悪性腫瘍を見逃すな！ 演者：鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科)
12:00	12:10～12:20 閉会式・次期会長挨拶

会場：東京慈恵会医科大学 2号館 9F 901

鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科)

視神経乳頭腫瘍

演者：古田 実 (福島県立医科大学 眼科)

視神経鞘髄膜腫

演者：笹野 紘之 (東京慈恵会医科大学附属病院 眼科)

**視神経膠腫 Optic pathway glioma の
診断と治療：生命予後と機能予後**

演者：柳澤 隆昭 (東京慈恵会医科大学 脳神経外科学講座)

プログラム

第1日目 2019年9月28日(土)

開会式 8:50～

一般口演1 9:00～10:10

[眼内腫瘍]

座長：鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)
高橋 寛二(関西医科大学)

01 網膜前膜を伴う網膜色素上皮腺腫に対して硝子体手術を行い視力改善した1例

○秋山 雅人¹⁾、田邊 美香¹⁾、向野 利一郎¹⁾、石川 桂次郎¹⁾、上笹貫 太郎²⁾、伊地知 佳代³⁾、
孝橋 賢一³⁾、吉川 洋¹⁾、園田 康平¹⁾
1)九州大、2)鹿児島大、3)九州大 形態機能病理学

02 急激に増大したと考えられた眼球内 schwannoma の1例

○中山 知倫、渡辺 彰英、外園 千恵
京都府医大

03 小切開硝子体手術併用経強膜脈絡膜腫瘍摘出術を施行した悪性黒色腫の1例

○加瀬 諭、石田 晋
北海道大

04 全エキソン解析を実施した、眼球摘出1年7か月後に全身転移した脈絡膜悪性黒色種の1例

○柏木 広哉¹⁾、吉川 周佐²⁾、尾上 剛士³⁾、伊藤 以知朗⁴⁾、水口 魔己⁵⁾、浦上 研一⁵⁾、
山口 建⁵⁾、宮道 大督⁶⁾
1)県立静岡がんセンター、2)県立静岡がんセンター 皮膚科、3)県立静岡がんセンター 放射線、
4)県立静岡がんセンター 病理、5)県立静岡がんセンター研究所、6)聖隷三方原眼科

05 神戸海星病院のぶどう膜黒色腫治療成績

○井之上 杏奈、安積 淳
神戸海星病院

06 転移性脈絡膜腫瘍に対して網膜下内視鏡手術を利用した局所摘出術を行った1症例

○加賀 達志
JCHO 中京病院 眼科

07 転移性虹彩腫瘍に対するレーザー光凝固(PC)と経瞳孔温熱療法(TTT)

○佐藤 大介、田中 啓一郎、大口 泰治、古田 実、石龍 鉄樹
福島県医大

一般口演2 10:10～11:10

[眼内リンパ腫]

座長：古田 実(福島県立医科大学)
溝田 淳(帝京大学)

08 視神経炎との鑑別を要した乳頭腫脹型眼内悪性リンパ腫の1例

○野間 沙樹、三澤 宣彦、田上 瑞記、本田 茂
大阪市大

09 ぶどう膜 MALT リンパ腫の1例

○鈴木 茂伸、伊沢 英知
国立がん研究センター 眼腫瘍科

10 原発性眼内 NK/T-cell lymphoma の1例

○大口 泰治、新竹 広晃、小島 彰、古田 実、石龍 鉄樹
福島県医大

11 眼内リンパ腫における採血結果および硝子体中サイトカイン濃度を用いたクラスター解析

○坪田 欣也、臼井 嘉彦、後藤 浩
東京医大

12 機械学習を用いた硝子体液中の免疫液性因子解析による眼内リンパ腫の識別検討

○襦津 直也¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、坪田 欣也¹⁾、朝蔭 正樹¹⁾、山川 直之¹⁾、黒田 雅彦²⁾、
齋藤 彰³⁾、杉本 昌弘⁴⁾、後藤 浩¹⁾
1)東京医大、2)東京医大 分子病理学分野、3)東京医大 人工知能医応用医療講座、
4)東京医大 低侵襲医療開発総合センター

13 眼内リンパ腫患者硝子体液および血清中における網羅的 miRNA 解析

○臼井 嘉彦¹⁾、朝蔭 正樹¹⁾、襦津 直也¹⁾、清水 広之¹⁾、成松 明知¹⁾、坪田 欣也¹⁾、
馬詰 和比古¹⁾、後藤 浩¹⁾、黒田 雅彦²⁾
1)東京医大、2)東京医大 分子病理学分野

一般口演3 11:10~12:00

[眼瞼腫瘍 I]

座長：高比良 雅之(金沢大学)
林 暢紹(須崎くろしお病院/高知大学)

14 肉眼的 Pajetoid Spread を伴う脂腺癌の3症例

○安積 淳
神戸海星病院

15 眼窩先端部に perineural spread を認めた眼瞼脂腺癌の1例

○松田 弘道¹⁾、敷島 敬悟¹⁾、石田 勝大²⁾、佐藤 峻³⁾
1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 形成外科、3)東京慈恵医大 病理学講座

16 二期的再建術を行った眼瞼悪性腫瘍の術後成績

○伊東 崇子¹⁾、加瀬 諭¹⁾、石嶋 漢²⁾、水門 由佳¹⁾、石田 晋¹⁾
1)北海道大、2)中川眼科

17 眼瞼脂腺癌の再建術式と再発、転移との関連

○渡辺 彰英、中山 知倫、丸橋 歩美、外園 千恵
京都府医大

18 眼瞼脂腺癌3例のエクソーム解析

○左野 裕介、秋山 雅人、藤井 裕也、関 瑛子、山名 佳奈子、田邊 美香、吉川 洋、
園田 康平
九州大

〔 難治性眼疾患に挑む！～視機能温存に向けて～ 〕

講演1 網膜色素変性の視機能温存に挑む

池田 康博 宮崎大学

講演2 難治性角結膜疾患の視機能温存に挑む

外園 千恵 京都府立医科大学

〔 眼腫瘍全国登録(JCOTS) 初年度報告 〕

鈴木 茂伸 国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科

〔 IgG4・リンパ腫 〕

座長：大島 浩一（国立病院機構岡山医療センター）
安積 淳（神戸海星病院）

19 IgG4関連眼疾患による視力低下

○田中 啓一郎、佐藤 大介、大口 泰治、古田 実、石龍 鉄樹
福島県医大

20 IgG4陽性 MALT リンパ腫の2症例

○中澤 和樹¹⁾、高比良 雅之¹⁾、濱岡 祥子¹⁾、満保 祐己¹⁾、繰納 勉²⁾、杉山 和久¹⁾
1)金沢大、2)恵寿金沢病院 眼科

21 IgG4関連眼疾患の治療経過中に複数の悪性リンパ腫を発症した1例

○曽根 久美子¹⁾、馬詰 和比古¹⁾、林 映²⁾、片桐 誠一郎³⁾、鈴木 茂伸⁴⁾、後藤 浩¹⁾
1)東京医大、2)東京医大 膠原病内科、3)東京医大 血液内科、4)国立がん研究センター 眼科

22 眼付属器リンパ腫に対する FDG-PET 検査における 最大標準化取り込み値(SUVmax)の検討

○船津 治彦¹⁾、田邊 美香¹⁾、秋山 雅人¹⁾、山名 佳奈子¹⁾、高木 健一¹⁾²⁾、関 瑛子¹⁾、
左野 裕介¹⁾、吉川 洋¹⁾、園田 康平¹⁾
1)九州大、2)国立病院機構 小倉医療センター

23 RNA シークエンスによる IgG4 関連眼疾患における遺伝子解析 (第2報)

○朝蔭 正樹、臼井 嘉彦、小川 麻里奈、欄津 直也、清水 広之、坪田 欣也、山川 直之、
馬詰 和比古、後藤 浩
東京医大

一般口演5 14:40～15:30

[眼窩腫瘍Ⅰ]

座長：嘉島 信忠 (聖隷浜松病院)
渡辺 彰英 (京都府立医科大学)

24 涙腺アミロイドーシスの1例

○永井 騰是也¹⁾、柚木 達也¹⁾、奥野 のり子²⁾、林 篤志¹⁾
1) 富山大、2) 富山大 病理

25 若年者に生じた眼窩限局型多発血管炎性肉芽腫症の1例

○大湊 絢¹⁾、張 大行¹⁾、福地 健郎¹⁾、高村 紗由里²⁾、佐々木 嵩暢³⁾、梅津 哉⁴⁾
1) 新潟大、2) 新潟大 腎・膠原病内科、3) 新潟大 耳鼻咽喉・頭頸部外科、
4) 新潟大学医歯学総合病院 病理部

26 急な転帰を辿った多形腺腫源癌の1症例

○高比良 雅之、濱岡 祥子、竹本 大輔、杉山 和久
金沢大

27 経鼻的眼窩内腫瘍の適応

○鈴木 智成、田端 晋也、白畑 充章、安達 淳一、三島 一彦、西川 亮
埼玉医大 国際医療セ 脳神経外科

28 眼窩内腫瘍に対する内視鏡下経鼻的アプローチ方法の検討

○大村 和弘、鴻 信義
慈恵医大 耳鼻咽喉科

一般口演6 15:30～16:20

[眼窩腫瘍Ⅱ]

座長：兒玉 達夫 (島根大学)
大湊 絢 (新潟大学)

29 診断に苦慮した視神経腫瘍の1例

○高鉦 広章¹⁾、上田 幸典¹⁾、山中 亜規子¹⁾²⁾、高橋 めぐみ¹⁾、土居 亮博¹⁾、嘉島 信忠¹⁾³⁾
1) 聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科、2) 京都府医大、3) 大浜第一病院 眼形成眼窩外科

30 左眼固視不良より発見された小児髄膜腫の1例

○友寄 乃裕¹⁾、酒井 浩之¹⁾、太根 ゆさ¹⁾、大山 健一²⁾、笹島 ゆうこ³⁾、溝田 淳¹⁾
1) 帝京大、2) 帝京大 脳外、3) 帝京大 病理

31 神戸海星病院で眼窩内髄膜腫と診断した症例の検討

○中鉢 亜弥、安積 淳
神戸海星病院

32 聖隷浜松病院眼形成眼窩外科における眼窩内腫瘍摘出術および生検術の統計学的検討

○山中 亜規子¹⁾²⁾、上田 幸典¹⁾、高嶽 広章¹⁾、高橋 めぐみ¹⁾、土居 亮博¹⁾、嘉島 信忠¹⁾

1) 聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科、2) 京都府医大

33 眼症状を主訴に診断に至った小児腫瘍性疾患32例の機能予後の検討

○山岡 正慶¹⁾、本多 隆也¹⁾、秋山 政晴¹⁾、野中 雄一郎²⁾、柳澤 隆昭²⁾、敷島 敬悟³⁾

1) 慈恵医大 小児科、2) 慈恵医大 脳神経外科、3) 慈恵医大

シンポジウム 16:30～17:25

座長：辻 英貴（がん研究会有明病院）

敷島 敬悟（東京慈恵会医科大学）

〔視神経腫瘍〕

S1 視神経乳頭腫瘍

古田 実 福島県立医科大学 眼科

S2 視神経鞘髄膜腫

笹野 紘之 東京慈恵会医科大学附属病院 眼科

S3 視神経膠腫 Optic pathway glioma の診断と治療：生命予後と機能予後

柳澤 隆昭 東京慈恵会医科大学 脳神経外科学講座

特別講演 17:30～18:30

座長：敷島 敬悟（東京慈恵会医科大学）

〔最新の高精度放射線治療の現状と役割〕

青木 学 東京慈恵会医科大学 放射線医学講座

懇親会 19:00～

THE CORE KITCHEN/SPACE（コアキッチン / スペース）

第2日目 2019年9月29日(日)

一般口演7 9:00～10:00

[眼瞼腫瘍Ⅱ]

座長：小幡 博人(埼玉医科大学総合医療センター)

高村 浩(公立置賜総合病院/山形大学)

34 下眼瞼の皮下腫瘍を初発症状としたサルコイドーシスの1例

○今川 幸宏¹⁾、高木 麻衣¹⁾、森田 耕輔¹⁾、松浦 峻行¹⁾、三村 真士¹⁾³⁾、佐藤 文平²⁾、
池田 恒彦³⁾

1)大阪回生病院 眼形成手術センター、2)大阪回生病院 眼科、3)大阪医大

35 眼部外毛根鞘腫の2例

○高木 健一¹⁾²⁾、吉川 洋²⁾、田邊 美香²⁾、中山 正道³⁾、熊野 誠也¹⁾、喜多 岳志¹⁾、
園田 康平¹⁾

1)小倉医療センター 眼科、2)九州大、3)小倉医療センター 臨床検査科

36 高度貧血を伴った眼瞼結膜扁平上皮癌の1例

○山本 拓人、馬詰 和比古、後藤 浩
東京医大

37 生検で筋上皮癌が疑われた、眼瞼基底細胞癌の1例

○末岡 健太郎¹⁾、織田 麻琴²⁾、木内 良明¹⁾

1)広島大、2)広島大 病理診断科

38 上眼瞼に発生した未分化大細胞型リンパ腫の1例

○小島 孚允
小島眼科

39 眼瞼腫脹を契機に診断に至った脈管肉腫の2例

○向坂 親蔵¹⁾²⁾、山名 佳奈子¹⁾、今山 修平⁴⁾、膳所 葉保子³⁾、田邊 美香¹⁾、吉川 洋¹⁾、
園田 康平¹⁾

1)九州大、2)飯塚病院 眼科、3)九州大 皮膚科、4)今山修平クリニック & ラボ

一般口演8 10:00～11:00

[結膜腫瘍]

座長：吉川 洋(宗像眼科/九州大学)

加瀬 諭(北海道大学)

40 眼窩脈管奇形が疑われた巨大結膜嚢胞の1例

○水門 由佳、加瀬 諭、伊東 崇子、石田 晋
北海道大

41 巨大な結膜色素性母斑を認めた1例

○盛 秀嗣、高橋 寛二
関西医大

42 結膜下から眼窩に位置した再発性巨大毛母腫の1例

○真野 優子、松田 弘道、敷島 敬悟
東京慈恵医大

43 結膜悪性リンパ腫の臨床像を呈した良性リンパ球増殖

○辻 英貴¹⁾、吉田 淳¹⁾、竹内 賢吾²⁾

1)がん研有明病院 眼科、2)がん研がん研究所 病理部

44 結膜腫瘍の生検を契機に診断に至った T リンパ芽球性リンパ腫の1例

○菅原 莉沙、臼井 嘉彦、後藤 浩

東京医大

45 マイトマイシン点眼と冷凍凝固で完治しない眼表面悪性腫瘍に対する眼球温存療法

○大島 浩一¹⁾、神農 陽子²⁾

1)岡山医療センター 眼科、2)岡山医療センター 検査科

教育セミナー 11:10～12:10

座長：後藤 浩（東京医科大学）

江口 功一（江口眼科医院／新潟大学）

〔 眼部悪性腫瘍を見逃すな！ 〕

ES1 眼瞼腫瘍・結膜腫瘍

吉川 洋 宗像眼科・九州大学

ES2 眼内悪性腫瘍を見逃すな！

鈴木 茂伸 国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科

閉会式・次期会長挨拶 12:10～12:20

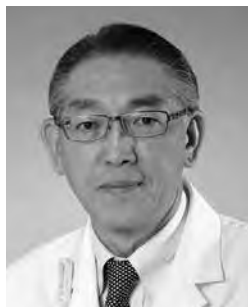
特別講演 抄 録

SL

最新の高精度放射線治療の現状と役割

青木 学(あおき まなぶ)

東京慈恵会医科大学 放射線医学講座



略 歴

1988年	東京慈恵会医科大学 卒業
1990年	癌研究会付属病院 放射線治療科
1993年	ハーバード大学 放射線腫瘍科
1994年	東京慈恵会医科大学 放射線科 助手
1999年	フロリダ大学および シアトル前立腺研究所
2005年	放射線医学講座 講師
2010年	放射線医学講座 准教授 および診療副部長
2015年	放射線治療部 診療部長
2016年	放射線医学講座 教授 (専門：放射線治療)
2019年	現在に至る

放射線治療の歴史はおよそ120年前に遡ることが出来るが、リニアックの開発は1950年代であり、根治的な放射線治療法の確立は1970年代に入ってからとなる。同時期に出現したCTによって体内の構造および病変の同定が可能となるが、CTの放射線治療への応用までにはさらに20年を要した。その後コンピュータ技術の革新的な進歩によって、2000年代に入ると3次元治療計画とともにミリ単位の精度で放射線治療が施行出来るIMRT(強度変調放射線治療)が可能となり、さらには主に頭蓋内病変に対する定位放射線治療が開発された。現代では呼吸などによる正常組織および病変の体内移動を追跡しながら放射線治療を行えるIGRT(画像誘導放射線治療)や時間軸を考慮した四次元放射線治療まで開発され、世界的に普及し始めている。放射線治療の眼科領域における適応疾患には、古くから行われている甲状腺眼症の他に、眼窩悪性リンパ腫、眼瞼結膜腫瘍、悪性黒色腫などがある。現在では最新の高精度放射線治療技術を応用して脈絡膜血管腫や視神経鞘髄膜腫などが治療され始めている。これまでの100年に及ぶ放射線治療の経験によって眼科領域の正常組織の耐容線量が明らかとなっており、多岐にわたる視機能を温存することが可能な新たな放射線治療の応用が期待される。放射線治療の基本原則から長年に渡る様々な進歩とともに、新たな適応についても報告する予定である。

【利益相反】なし

シンポジウム 抄 録

S1

視神経乳頭腫瘍



古田 実(ふるた みのもる)
福島県立医科大学 眼科

視神経乳頭の隆起性病変には、先天異常、浮腫や炎症性変化、および腫瘍などがあり、非常にバリエーションが豊富である。それぞれの病変に眼科的、全身的な意味合いがあるため、眼科医は腫瘍と非腫瘍性隆起性病変を確実に鑑別診断し、管理戦略を計画することが求められる。視神経乳頭の先天性病変の多くは白色の陥凹性病変となるが、グリアの増殖や色素沈着などが生じた場合には、腫瘍との鑑別が必要になる。脳圧亢進、乳頭炎、視神経炎、虚血など様々な理由で生じる乳頭浮腫や肉芽腫性炎症による隆起性病変も腫瘍との鑑別が必要である。腫瘍性病変は毛細血管腫、星状膠細胞腫、視神経乳頭黒色細胞腫などの良性腫瘍がほとんどであるが、稀に転移性腫瘍や白血病/リンパ腫などが生じる。視神経乳頭の病変は母斑症の診断に重要な所見であることや、視機能や生命に重大な影響を及ぼすものが多い。本講演では光干渉断層計(OCT)、OCT 血管造影、眼底自発蛍光など最新の眼底画像検査法を用いて視神経乳頭腫瘍の病態を解明し、治療や予後についても自験例と文献的考察を示しながら、管理戦略を検討する。

【利益相反】なし

S2

視神経鞘髄膜腫



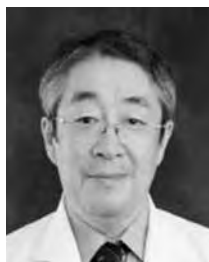
笹野 紘之(ささの ひろゆき)
東京慈恵会医科大学附属病院 眼科

視神経鞘髄膜腫(ONSM)は視神経鞘のくも膜表層細胞から発生する良性腫瘍で、緩徐に進行し、視神経の圧迫障害や循環障害を生じ、重篤な視機能障害をきたす。全髄膜腫の1-2%と比較的稀な腫瘍であるが、視神経炎、視神経周囲炎などの視神経障害をきたす疾患との鑑別が重要である。手術は視神経を栄養する軟膜血管叢の損傷による合併症が多く、視機能を維持した腫瘍摘出は困難とされている。近年では、放射線治療の有効性が報告されているが、強度変調放射線治療(IMRT)は照射範囲内での線量の強弱を調整し、周囲組織への被曝を軽減することで、従来の定位放射線治療と比較して、より効果的かつ低侵襲な治療が可能である。

当院では、2012年から2017年までにONSMと診断された15例に対して、IMRTを施行した。治療までの罹病期間は5か月から25年までと様々であった。IMRTは50.4-52.2Gy/28-30Frで施行し、IMRT施行前後に眼窩造影MRI、視神経乳頭、視力、視野を評価した。IMRT施行後、全例で腫瘍の局所制御が得られ、11例で視力、視野の維持、改善が得られた。IMRT施行中の有害事象は、施行後速やかに改善した。IMRT施行前に視神経乳頭に異常を認めなかった症例は、IMRT施行後に全例が視力・視野の改善が得られたため、視神経乳頭に異常が出現する前の早期治療が視機能改善の効果が高いと考えられた。

【利益相反】なし

S3

視神経膠腫 Optic pathway glioma の診断と治療：
生命予後と機能予後

柳澤 隆昭(やなぎさわ たかあき)

東京慈恵会医科大学
脳神経外科学講座

視神経膠腫(optic pathway glioma, OPG)は、両側視神経から視交叉、視索、視放線まで視路のあらゆる部位に発症する腫瘍であり、小児期に最も頻度が高い。病理学的には WHO 悪性度分類 grade I～II の低悪性度神経膠腫であるが、診断時から多発播種を認めることもある。神経線維腫症 I 型の小児期合併腫瘍として最も多い腫瘍であるが、NF-1 の病歴なく発症する例もある。全摘出により高い生存率が期待できるが、障害なく摘出できることは稀であり、他の治療法が必要となる。摘出困難な腫瘍に対する初期治療は放射線治療が標準的治療であったが、悪性転化、二次がん、血管障害、認知機能障害、内分泌障害など、疾患そのもの以上に生命予後と機能予後を左右する合併症が明らかにされ、近年は化学療法が初期治療として採用される。このような中で、視機能障害が進んでいる場合、生検を行わず臨床所見と画像所見から診断し化学療法を開始することが推奨され、臨床診断に対する要求は高くなっている。これまで本学会で報告してきた自験例の経過を示しながら、本疾患の診断・治療の現状と問題点を示す。治療により生存率は15全生存率も90%を超えるようになってきているが、なお救命困難な例があり、一方視機能障害では治療により改善するのは3分の1程度である。これらの問題の解決のため、分子生物学的研究知見から、BRAF 阻害剤・MEK 阻害剤など分子標的治療導入が想定されている将来の展望を示す。

【利益相反】なし

教育セミナー

抄 録

ES1

眼瞼腫瘍・結膜腫瘍

○吉川 洋(よしかわ ひろし)

宗像眼科・九州大学

人生100年時代の影響でしょう、眼瞼や結膜の悪性腫瘍は増加、特に治療困難な重症症例が増えている印象です。現代は早期治療から予防医療へという時代です。眼腫瘍も時代に取り残されることなく、予防は無理でも早期に診断、無理ない治療で治し、患者はより幸せに、医療経済や医師の「働き方」もより健全になるようにしたいものです。その早期発見という大事な役目を担うのは、そう、「眼のかかりつけ医」ということになるでしょう。

今回、演者が一次医療機関で遭遇した症例を中心に、早期の眼瞼および結膜悪性腫瘍症例を見直し、同じ領域の良性腫瘍との違いを見ていきたいと思います。

多くの眼科医が眼表面の悪性腫瘍を早期に診断し、高齢化した(?)ともいわれる眼腫瘍専門医が長時間深夜までの手術をしなくてすむような、そんな国に日本がなればいいと祈っています。

【利益相反】なし

ES2

眼内悪性腫瘍を見逃すな！

○鈴木 茂伸(すすき しげのぶ)

国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科

原発性眼内悪性腫瘍は典型的な希少疾患であり、めったに遭遇しない。一方で転移性腫瘍の頻度は増加しており、必ず目にする機会がある。主な疾患についての基礎知識を持ち、常に頭の片隅におきつつ診察することが重要である。悪性腫瘍の特徴は増大速度が速いことであり、疑ったら1-2週間後の増大を確認することも診断に役立つ。

小児の代表疾患は網膜芽細胞腫である。多くの場合石灰化を伴う白色隆起病変で、網膜剥離や硝子体播種を伴う。典型例の診断は一度診たことがあれば容易であるが、非典型例は画像検査を駆使して臨床診断を行う。

成人の代表疾患は転移性腫瘍、悪性黒色腫、眼内リンパ腫である。転移性腫瘍は主に脈絡膜の黄白色隆起病変として発見される。大きさに比し滲出性網膜剥離の程度が強く、蛍光眼底造影検査で多発点状過蛍光や蛍光漏出を示す。全身検査による原発腫瘍の検索が必須であり、時に針生検を行うことがある。悪性黒色腫は褐色隆起病変であるが、小型の場合には網膜色素上皮が保たれているため色調が薄い。超音波断層検査、蛍光眼底造影検査、MRI、核医学検査などを行い診断する。眼内リンパ腫は硝子体混濁と網膜下黄白色病変を呈する。難治性ぶどう膜炎として治療されていることが多く、硝子体生検を行うことで確定診断する。網膜下病変は新旧混在し、OCTでBruch膜下にあることが特徴である。

代表疾患を押さえるだけで、眼内悪性腫瘍の見逃しはかなり避けられると思われる。

【利益相反】なし

眼腫瘍登録報告

抄 録

眼腫瘍全国登録(JCOTS) 初年度報告

鈴木 茂伸(すずき しげのぶ)

国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科

昨年の本学会で、眼腫瘍全国登録(JCOTS)の背景およびシステムについて報告した。その後、共同研究施設から症例登録が開始された。初年度は2015年から2017年の3年間の症例が登録対象であり、本抄録作成時点で13施設から1,385症例が登録された。内訳は眼瞼腫瘍426、結膜腫瘍160、ぶどう膜悪性黒色腫81、眼付属器リンパ腫140などであった。登録内容の初期解析結果についてこの場で報告させていただく予定である。システムには修正すべき点がいくつかあり、これらを改善し登録を継続することで、症例が集積されエビデンスが構築されることを期待している。

【利益相反】なし

一般口演 抄録

01

網膜前膜を伴う網膜色素上皮腺腫に対して硝子体手術を行い視力改善した1例

○秋山 雅人(あきやま まさと)¹⁾、田邊 美香¹⁾、
向野 利一郎¹⁾、石川 桂次郎¹⁾、
上笹貫 太郎²⁾、伊地知 佳代³⁾、孝橋 賢一³⁾、
吉川 洋¹⁾、園田 康平¹⁾

1)九州大、2)鹿児島大、3)九州大 形態機能病理学

【緒言】網膜前膜を伴った網膜色素上皮腺腫に対し、硝子体手術を行い視力改善した症例を経験したため報告する。

【症例】28歳の女性。左眼の飛蚊症で近医眼科を受診したところ、眼内腫瘍を指摘され鹿児島大学眼科を受診。受診時の左眼矯正視力は1.2、眼底耳側に黒色調の腫瘤を認め九州大学病院を紹介。その後徐々に見えづらさを自覚し、2週間後に当科を初診した際の矯正視力は0.3と低下していた。耳側赤道部に黒色調の5mm大の亜有茎性腫瘤があり、黄斑部には厚い網膜前膜を認め、視力低下の原因と考えられた。腫瘍はBモードエコーで低反射、MRIではT1高信号、T2低信号で増強効果は認められなかった。¹²³I-IMP SPECTで集積なく、網膜色素上皮腺腫や黒色細胞腫などの良性の色素性腫瘍を疑い、腫瘍切除と増殖膜除去を目的に硝子体手術を行った。病理では、HE染色で腫瘍は網膜色素上皮と連続し脈絡膜への浸潤はなく、メラニン色素に富み細胞質内に空胞形成を有し軽度の異型を伴う細胞が認められた。免疫染色では、HMB-45とMelanAが陽性で、ケラチンは一部で陽性、S-100は陰性であり、網膜色素上皮腺腫と診断した。術後6ヶ月の時点で、矯正視力1.0まで改善し、腫瘍と黄斑前膜の再発は認めていない。

【結論】網膜色素上皮腺腫は網膜前膜を併発することがあり、硝子体手術は視力改善が期待できる有効な治療である。

【利益相反】なし

02

急激に増大したと考えられた眼球内 schwannoma の1例

○中山 知倫(なかやま ともみち)、渡辺 彰英、
外園 千恵
京都府医大

【緒言】Schwannomaは末梢神経鞘を形成するSchwann細胞より発生する良性腫瘍である。大部分が頭頸部に発生するが、眼球内に発生することは稀である。今回我々は、急激に増大した眼球内腫瘍性病変に対して悪性腫瘍を疑って眼球摘出術を行い、病理検査により眼球内Schwannomaと診断された症例を経験したため報告する。

【症例】51歳男性。既往歴に未熟児網膜症、不安症とうつ病があった。生来全盲状態であった。2018年3月より右眼瞼腫脹にて近医眼科を受診、抗菌薬点眼により経過観察されていた。12月に意識消失と痙攣で前医に救急搬送され、搬送原因とは別に右眼球腫脹から腫瘍性病変を疑われ、京都府立医大眼科に紹介となった。当科初診時、巨大な眼球腫脹を認めたが、症状としては時々痛みや痒みがある程度であった。眼球腫脹の原因として、画像からは眼球内腫瘍が考えられた。経過から急激な増大が考えられ悪性腫瘍を疑い、翌年1月に眼球摘出術を施行した。病理組織学的に、淡好酸性の胞体と桿状核を有する紡錘形細胞が束状に増殖しており、所々で柵状配列を認めた。免疫組織学的にS100蛋白(+), EMA(-)を示し、Schwannomaと診断された。

【結論】本症例は、患者が全盲であったことも一因と考えるが、非常に巨大な眼球内腫瘍となつてからの眼球摘出となった。良性腫瘍ではあるがSchwannomaは急激な増大を生じ巨大な眼球内腫瘍となり得る。

【利益相反】なし

03

小切開硝子体手術併用経強膜脈絡膜腫瘍摘出術を施行した悪性黒色腫の1例

○加瀬 諭(かせ さとる)、石田 晋

北海道大

【緒言】今回我々は、脈絡膜腫瘍局所切除にて確定診断を行い、術後陽子線照射を行なったCMの1例を経験したので報告する。

【症例】49歳、女性。主訴は左眼の飛蚊症である。X年に上記主訴にて前医を受診し、左眼底周辺部に色素性病変がみられたため、当科紹介となった。矯正視力は両眼とも2.0、眼圧正常、水晶体は清明。左眼の眼底耳下側周辺部に2×2mmの小型の褐色調の脈絡膜腫瘍がみられた。インドシアニーングリーン蛍光眼底造影では終始低蛍光を示した。造影MRIでは軽度の造影増強効果が示唆された。インフォームドコンセントの後、脈絡膜腫瘍を摘出し、病理学的検討を行う方針となった。術式は強膜の2重フラップを作製し、経強膜的に脈絡膜腫瘍を摘出し、25ゲージ硝子体手術を行い、液ガス置換、眼内光凝固、20%SF6注入を行なった。術後、網膜剥離などの合併症はなかった。病理組織学的には腫瘍組織の大部分は黒色細胞腫であり、散在性にCM細胞が混在していた。術後、左眼部に総線量30Gyの陽子線照射を行なった。術後2年が経過したが、左矯正視力は1.2であり、腫瘍の局所再発、肝臓を含む遠隔転移はみられていない。

【結語】臨床診断に苦慮する周辺部の脈絡膜腫瘍に対し、小切開硝子体手術併用経強膜脈絡膜腫瘍摘出術は安全な術式であり、加えて病理学的検討が可能となる。眼底周辺部の小型のCMに対して、陽子線照射は治療選択の一つと考えられる。

【利益相反】なし

04

全エクソン解析を実施した、眼球摘出1年7か月後に全身転移した脈絡膜悪性黒色腫の1例

○柏木 広哉(かしわざ ひろや)¹⁾、吉川 周佐²⁾、尾上 剛士³⁾、伊藤 以知朗⁴⁾、水口 魔己⁵⁾、浦上 研一⁵⁾、山口 建⁵⁾、宮道 大督⁶⁾

- 1) 県立静岡がんセンター、
- 2) 県立静岡がんセンター 皮膚科、
- 3) 県立静岡がんセンター 放射線、
- 4) 県立静岡がんセンター 病理、
- 5) 県立静岡がんセンター研究所、
- 6) 聖隷三方原眼科

【目的】静岡がんセンターでは、がんの個別化診療と未病の実践を目指し、ゲノム解析を主体とした臨床研究「プロジェクトHOPE」を実施している。今回、次世代DNAシーケンサーによる全エクソン解析を実施した、脈絡膜悪性黒色腫の臨床経過とゲノム解析について報告する。

【症例】52歳男性

【臨床経過】X年、右眼の視野異常で近医受診後、前医紹介。視力0.6で、脈絡膜の茶褐色隆起病変と網膜剥離を指摘。MRIで、T1でhigh、T2でlow、Gd造影で増強あり。¹³¹I-IMP-SPECTで陽性。悪性黒色腫疑いで当院を紹介された。眼球摘出術及び義眼台挿入術を施行。病理組織診断は悪性黒色腫(類上皮型)。Monosomy3は認められなかった。術後1年3ヵ月後に脊椎に転移が認められ、放射線療法(37.5GyE)施行。さらにニボルマブ&イピリマブの化学療法を開始した。しかし、その4か月後に多発性骨転移、肝臓、肺に転移が認められた。

【ゲノム解析】手術で摘出した腫瘍組織及び対象組織として血球細胞から、それぞれDNAを抽出し全エクソン解析を行い、腫瘍特異的遺伝子変異を特定した。その結果、ぶどう膜悪性黒色腫に特徴的なGNAQの変異を含むBAP1、SF3B1などの遺伝子変異を検出した。

【考察】当院では、この17年で20例の脈絡膜黒色腫を経験したが、急激に全身転移した症例は初めてであった。また検出された遺伝子が、転移しやすい要因を持っていたかに関しては、これから解析をして今後の指針としていく予定である。

【利益相反】なし

05

神戸海星病院の
ぶどう膜黒色腫治療成績

○井之上 杏奈(いのうえ あんな)、安積 淳

神戸海星病院

【目的】 神戸海星病院でのぶどう膜黒色腫の治療内容と成績を報告する。

【対象と方法】 2008年4月以降に神戸海星病院(当院)で経験されたぶどう膜黒色腫症例について、診療記録を基に後ろ向きに調査する。生存率についてはKaplan-Meier法を用いた統計解析を行う。

【結果】 当院で治療介入した症例は34例で、年齢24~94歳(中央値65歳)男性21例女性13例、右眼11例左眼23例であった。観察期間は0~99か月で、中央値は24か月であった。虹彩毛様体黒色腫が5例あり、眼球摘出を1例に、経強膜的腫瘍摘出を4例に行った。脈絡膜黒色腫の29例には眼球摘出19例、放射線治療10例(炭素イオン線7例、γナイフ3例)が選択されていた。腫瘍摘出24例と放射線治療10例に分けて生命予後を検討したが、5年生存率は腫瘍摘出84.8%、放射線治療77.1%で有意差は無かった。死亡イベントは36か月以降にみられていなかった。

【結論】 当院ではぶどう膜黒色腫の治療として観血的治療を選択する割合が多かった。5年生存率は概して良好であったが、経過観察期間の長期化によって悪化が予測される。

【利益相反】 なし

06

転移性脈絡膜腫瘍に対して
網膜下内視鏡手術を利用した
局所摘出術を行った1症例

○加賀 達志(かが たつし)

JCHO 中京病院 眼科

【緒言】 転移性脈絡膜腫瘍(MCT)に対して網膜下内視鏡手術を利用して摘出術を行ったので報告する。

【症例】 15年前右乳癌、7年前子宮癌肉腫の外科手術既往のある68才女性。他院にて、縦隔リンパ節生検で子宮癌肉腫転移による脈絡膜腫瘍と診断、化学療法ならびに放射線局所治療施行したが、続発性緑内障による眼痛制御不能のため当院紹介初診。水晶体後面に接触した全網膜剥離、眼圧58mmHgのため、眼球摘出術を勧めた。患者は、予後3か月と診断されていたことや光覚(+)のため眼球保存を強く希望したため、インフォームドコンセント後、翌日摘出術を予定した。

網膜下に25Gトロカールを3カ所刺入後、内視鏡観察下に、MCT周囲をジアテルミー凝固、剪刀切開後にMCTを完全分離、結膜剥離ならびに耳側強膜2面切開後に脈絡膜切開し、MCTを完全摘出した。強膜縫合後に網膜下トロカール全除去、前房灌流下で水晶体切除した。角膜ならびに毛様体扁平部よりパーフルオロカーボンを利用して硝子体切除を行ない、下方虹彩切除、空気灌流下で網膜裂孔より下液除去しながら網膜復位、網膜光凝固術、シリコンオイル置換した。

翌日、眼圧7mmHg、疼痛は消失した。摘出MCTの病理診で子宮がん肉腫ではなく乳癌転移と診断されたため化学療法を変更した。術後1年5か月時点で、視力(0.02)、眼圧15mmHg、疼痛消失し、現在まで播種は認められない。

【結論】 MCTに対する治療として、SESは一つの選択肢となり得る。

【利益相反】 なし

07

転移性虹彩腫瘍に対する
レーザー光凝固(PC)と
経瞳孔温熱療法(TTT)

○佐藤 大介(さとう だいすけ)、田中 啓一郎、
大口 泰治、古田 実、石龍 鉄樹
福島県医大

【目的】 転移性虹彩腫瘍は転移性眼内腫瘍の7.8%を占める。転移性腫瘍の標準的治療は、放射線外照射療法(EBRT)または化学療法、あるいはその2つの併用である。しかし、これらの治療に反応しないこともしばしば経験される。治療抵抗性虹彩腫瘍に対してレーザー治療で病変の制御が可能であった2症例を経験したので、文献的考察を含めて症例を報告する。

【方法】 転移性虹彩腫瘍の見られた連続2症例に対する後ろ向き観察研究。

【結果】 症例1は甲状腺髄様癌 stage IVの58歳男性。全身化学療法中に右眼の虹彩腫瘍と左眼の脈絡膜腫瘍が生じ、右眼虹彩腫瘍切除と左眼への40GyのEBRTを行った。切除後に右眼虹彩に腫瘍の再発を認め、レーザー光凝固(PC)と経瞳孔温熱療法(TTT)を行い、腫瘍は消失した。左眼の脈絡膜腫瘍はEBRT後も緩徐に増大した。症例2は非小細胞肺癌 stage IVの66歳男性。免疫チェックポイント阻害薬での治療中に、左眼にびまん性の虹彩腫瘍が生じた。左眼に50GyのEBRTを行ったが、腫瘍は緩徐に増大した。その後、計9回のPCとTTTを追加し、すべての病変が瘢痕吸収された。2例とも治療後程なくして死亡したが、生存中は病変部の虹彩萎縮以外の合併症はみられなかった。

【結論】 治療抵抗性の転移性眼内腫瘍に対して、抗VEGF薬硝子体内注射や光線力学的療法の報告がみられる。しかし、虹彩はレーザー光の到達がよく、治療効果も直接確認できるため、追加治療の選択肢として一考に値すると考えられた。

【利益相反】 なし

08

視神経炎との鑑別を要した
乳頭腫脹型眼内悪性リンパ腫の
1例

○野間 沙樹(のま さき)、三澤 宣彦、田上 瑞記、
本田 茂
大阪市大

【緒言】眼内悪性リンパ腫の臨床像は仮面症候群として様々な病型をとり、時に診断に苦慮する。今回は視神経炎として加療されていた一例を報告する。

【症例】67歳、女性。大腸DLBCLに対してR-CHOP施行し寛解の既往がある。当院初診8か月前より左眼視力低下を自覚し、左眼視神経炎として前医でステロイドパルス治療を施行された。その後、症状の寛解増悪を繰り返しながら視力低下を続け、最終的に光覚弁まで低下したため当科初診した。初診時の左眼視力は光覚弁、眼底には視神経乳頭の腫脹及び網膜剥離を認めたため、左眼硝子体手術および硝子体及び網膜下組織生検を施行した。網膜下生検では悪性リンパ腫を疑う異形細胞を認め、硝子体腔でのIL-6/10値は1,100/35,400pg/ml、PCR法でのJH遺伝子再構成を認め、眼内悪性リンパ腫と診断した。全身化学療法に関しては血液内科の同意が得られず、メトトレキサート硝子体注射と放射線治療(全脳+眼窩照射:23.4Gy)を施行した。治療開始後3Mで眼内は寛解状態となり、現在中枢病変の出現なく経過観察中である。

【考察】視神経炎として加療されている乳頭腫脹病変の中に、乳頭腫脹を主な所見として発生する眼内悪性リンパ腫が存在する。その診断には画像診断では限界があり、外科的な腫瘍生検で診断を得ることが出来る。

【結論】視神経炎との鑑別を要した乳頭腫脹型眼内悪性リンパ腫の一例を経験した。

【利益相反】なし

09

ぶどう膜 MALT リンパ腫の
1例

○鈴木 茂伸(すずき しげのぶ)、伊沢 英知
国立がん研究センター 眼腫瘍科

【緒言】眼内腫瘍は臨床診断に基づき治療方針を決めることが多いが、診断に苦慮する場合がある。今回、確定診断までに時間を要した、ぶどう膜 MALT リンパ腫の1例を経験し、報告する。

【症例】40歳男性、既往歴なし。健康診断で右眼底異常を指摘され医療機関を受診、当院紹介受診となった。初診時、前眼部に異常所見なく、前房及び硝子体に炎症所見を認めなかった。眼底は中間周辺から周辺まで広がる全周性の黄白色隆起病変を認め、鼻側は乳頭近傍まで広がっていた。超音波断層検査は脈絡膜の肥厚病変で低反射を示し、MRIはT2強調画像で低信号、ガドリニウムで均一な造影効果を呈した。FDG-PETでは眼部のみに集積を認めた。生検を勧めたが多忙を理由に希望されず、1年間経過観察となった。その間病変は厚みを増し、球後にも病変を認めた。腫瘍により水晶体が前方変位し浅前房となり、閉塞隅角緑内障発作を生じたため、レーザー虹彩切開術を行った。この時点でやっと生検に同意された。経強膜に脈絡膜の腫瘍を採取し、MALT リンパ腫の診断を得た。全身検索を行い眼部以外に病変がなく、stage 1の診断のもと、右全眼球に対し放射線外照射20Gyを行ったところ、病変は消退、前房深度も改善した。

【結論】ぶどう膜のびまん性病変の場合、造血管腫瘍の可能性が高く、生検を行うことが重要と思われた。

【利益相反】なし

10

原発性眼内
NK/T-cell lymphoma の1例

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

【緒言】 原発性眼内悪性リンパ腫はびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) がほとんどであり原発性 NK/T-cell lymphoma は稀である。今回、原発性 NK/T-cell lymphoma の1例を経験したので報告する。

【症例】 症例は79歳女性。78歳時に近医を霧視感で受診。Vd=(1.2)。右眼の豚脂様角膜後面沈着物を伴う虹彩炎を認めリンデロン点眼で軽快。8ヶ月後、虹彩炎再発しフルオメソロン点眼を使用していたが、硝子体混濁を生じPSL20mg/day 内服するも悪化し紹介となった。Vd=(0.5)。後部硝子膜に小円形の白色混濁病変を認めた。フルオレセイン蛍光眼底検査では網膜血管炎は明らかでなかった。診断目的の硝子体生検で IL10:19pg/ml、IL6:29.4pg/ml、IgH 遺伝子再構成は5領域とも陰性であった。flow cytometry で は CD2(+)、CD3(-)、CD8(+)、CD56(+)で、病理では異型リンパ球を認め B 細胞系マーカーは陰性で CD2(+)、CD3(+)、CD8(+)、CD56(+)で NK/T-cell 由来と考えられた。PET/MRI、骨髄、髄液検査では病変を認めず、眼内 NK/T-cell lymphoma と診断し、血液内科で治療開始となった。

【考察】 DLBCL と違い NK/T-cell lymphoma では IgH 遺伝子再構成はみられず、flow cytometry や病理検査で診断する必要がある。flow cytometry は従来の B 細胞系のみの検査では T 細胞系の異常を検出できない。

【結論】 眼内悪性リンパ腫は DLBCL 以外の組織型を呈することがあり B 細胞系および T 細胞系両方の検出が可能な検査を行う必要があると考えられた。

【利益相反】 なし

11

眼内リンパ腫における採血結果
および硝子体中サイトカイン
濃度を用いたクラスター解析

○坪田 欣也(つぼた きんや)、臼井 嘉彦、後藤 浩
東京医大

【緒言】 眼内リンパ腫 (IOL) は生命予後不良となることがある疾患であるが、臨床経過や予後を予測する因子の検討は十分ではない。本研究では症例に関するデータを用いたクラスター解析により患者集団を細分化し、分類された患者集団間の予後を比較検討したので報告する。

【方法】 1999年から2015年の間に東京医科大学病院眼科で IOL と診断され、3年以上の経過観察が可能であった40例(男性17例、女性23例、平均年齢 65.7 ± 9.7 歳)を対象とした。IOL 診断時の臨床情報(年齢、採血結果、硝子体中のサイトカイン測定値)を用いてクラスター解析を行い、その結果、分類された患者集団間の予後について診療録をもとに後ろ向きに比較検討した。

【結果】 クラスター解析によって患者集団は A 群: 高 IL-10・低 IgA・高白血球数群、B 群: 低 IL-10・高 IgA・低白血球数群の2群に分類することができた。また、A 群は B 群と比較して有意に生存率が低かった(A 群:17%、B 群:65%、 $p=0.03$)。一方、2群間の平均年齢(A 群:63.3歳、B 群:65.6歳、 $p=0.87$)、平均経過観察期間(A 群:38.2か月、B 群:44.1か月、 $p=0.59$)には有意差はみられなかった。

【結論】 採血結果および硝子体中のサイトカイン濃度を用いたクラスター解析によって IOL を2つのサブグループに分類することができ、2群間の予後に有意な差のある事が確認された。採血結果や硝子体中のサイトカイン濃度から IOL の生命予後を予測できる可能性がある。

【利益相反】 なし

12

機械学習を用いた硝子体液中の
免疫液性因子解析による
眼内リンパ腫の識別検討

○禰津 直也(ねづ なおや)¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、
坪田 欣也¹⁾、朝蔭 正樹¹⁾、山川 直之¹⁾、
黒田 雅彦²⁾、齋藤 彰³⁾、杉本 昌弘⁴⁾、
後藤 浩¹⁾

1) 東京医大、2) 東京医大 分子病理学分野、
3) 東京医大 人工知能医応用医療講座、
4) 東京医大 低侵襲医療開発総合センター

【目的】眼内リンパ腫の診断にはIL-10とIL-6による液性因子が重要であるが、他の液性因子との関係は不明である。本研究では硝子体液中の28種類の液性因子から機械学習の一つであるサポートベクターマシン(SVM)を用いて、後ろ向きに眼内リンパ腫の診断予測を試みたので報告する。

【方法】眼内リンパ腫44眼(65.0 ± 11.5歳)、ぶどう膜炎84眼(59.5 ± 15.3歳)を対象とした。CBA Flex kitを用いて、硝子体手術時に得られた硝子体液中の28種類の液性因子を測定した。SVMによる疾患分類モデルの作成にはIL-10/IL-6 < 1の眼内リンパ腫の9眼と、ぶどう膜炎から無作為に選んだ66眼(80%)を訓練データとして利用した。テストデータには眼内リンパ腫はIL-10/IL-6 > 1の35眼と、ぶどう膜炎の残りの18眼(20%)を用いて疾患分類モデルの性能評価を行った。

【結果】訓練データにおける眼内リンパ腫とぶどう膜炎の硝子体液中のIL-10/IL-6比はそれぞれ0.43 ± 0.30、0.05 ± 0.24であった。テストデータではIL-10/IL-6比はそれぞれ35.2 ± 26.5、0.06 ± 0.14であった。眼内リンパ腫の正答率は97%、感度97%、特異度は94%であった。ぶどう膜炎以外の疾患も含めた疾患分類モデルをテストデータに当てはめた正答率は87%であった。

【結論】硝子体液中のIL-10/IL-6が1以下であっても、SVMを用いた硝子体液中の液性因子の解析によって眼内リンパ腫が診断できる可能性がある。

【利益相反】なし

13

眼内リンパ腫患者硝子体液
および血清中における
網羅的 miRNA 解析

○臼井 嘉彦(うすい よしひこ)¹⁾、朝蔭 正樹¹⁾、
禰津 直也¹⁾、清水 広之¹⁾、成松 明知¹⁾、
坪田 欣也¹⁾、馬詰 和比古¹⁾、後藤 浩¹⁾、
黒田 雅彦²⁾

1) 東京医大、2) 東京医大 分子病理学分野

【目的】マイクロRNA(miRNA)は低分子RNAであり、蛋白をコードしない、いわゆる non-coding RNA の一種である。ヒトでは既に2,600種類以上のmiRNAが同定され、現在までに多くの癌におけるバイオマーカーとして期待されている。本研究では、眼内リンパ腫患者の硝子体および血清miRNAを網羅的に解析し、眼内リンパ腫に特異的なバイオマーカーを探索したので報告する。

【方法】2017年から2018年に東京医大病院眼科を受診し、眼内リンパ腫と診断された6例を対象とした。診断と治療を兼ねた硝子体手術の際に採取された硝子体および同一患者の血清からRNAを抽出し、2,565種類のmiRNA発現レベルを網羅的に解析した。対象として黄斑前膜および黄斑円孔の眼内液、白内障および健常者の血清を用い、眼内リンパ腫に特異的なバイオマーカーとなるmiRNAやクラスターを同定した。

【結果】解析されているmiRNAのうち、硝子体中では1,474種類のmiRNAが有意に発現の上昇がみられ、13種類のmiRNAの発現が有意に低下していた。血清では29種類のmiRNAが有意に発現の上昇がみられ、3種類のmiRNAの発現が有意に低下していた。両検体とともに発現が増強していたmiRNAは11種類であった。

【結論】眼内液および血清のmiRNAを網羅的に解析することで、眼内リンパ腫に特異的なmiRNAを同定することができた。その発現は診断マーカーや予後マーカーの他、miRNAの発現を調節することで新規治療薬の開発等が期待される。

【利益相反】なし

14

肉眼的 Pajetoid Spread を伴う脂腺癌の3症例

○安積 淳(あづみ あつし)

神戸海星病院

【緒言】脂腺癌には角結膜上皮内への腫瘍細胞伸展(Pajetoid Spread)を伴う症例が存在する。長期に加療し経過観察できた3症例を報告する。

【症例】症例1は神戸海星病院(当院)初診時63歳女性。左眼瞼の結節性病巣を演者が神戸大で切除したが、球結膜、結膜円蓋部、尾側下眼瞼瞼板に再発した。2008年に3回の切除を行い、その後10年以上腫瘍再発がない。症例2は初回腫瘍切除時79歳男性。左上眼瞼皮膚にも病巣が伸展した。2008、2009年の腫瘍切除後も腫瘍細胞が角結膜上皮に広がった。0.04% マイトマイシンC点眼や冷凍凝固治療に抵抗し、2015年、最終的に広範な眼瞼腫瘍切除と強力な冷凍凝固を行ったところ、眼表面に高度な上皮障害が生じ、瞼球癒着から完全閉瞼となった。その後再発をみない。症例3は当院初診時71歳女性。2011年に初回手術で右上眼瞼結節性病変を除去したが、右上眼瞼睫毛はほぼ全欠損していた。頸部リンパ節転移の加療後、結膜に慢性結膜炎の臨床像で腫瘍の上皮内遺残が続いた。2013年に結膜、2014年に瞼板の病巣を切除し、同時に強力な冷凍凝固をくりかえした。結膜炎症状は寛解し、腫瘍再発なしとして経過観察中である。いずれの症例も眼窩内伸展や全身転移といった生命予後を悪化させるイベントはおこらなかった。

【考察】Pajetoid Spreadを伴う脂腺癌症例の生命予後は不良でなかった。上皮内の腫瘍制御は時に困難で、QOLやQOVを大きく損なうことが問題であった。

【利益相反】なし

15

眼窩先端部に perineural spread を認めた眼瞼脂腺癌の1例

○松田 弘道(まつだ ひろみち)¹⁾、敷島 敬悟¹⁾、石田 勝大²⁾、佐藤 峻³⁾

1)東京慈恵医大、2)東京慈恵医大 形成外科、

3)東京慈恵医大 病理学講座

【緒言】perineural spread (PNS) は腺様嚢胞癌や頭頸部扁平上皮癌で時に認められる。眼瞼脂腺癌の切除後残存病変が眼窩先端部でPNSを来した症例を報告する。

【症例】65歳女性。5年前より左上眼瞼縁に痂皮の付着を繰り返し、3年前に内眼角から上眼瞼にかけて境界不明瞭な腫瘤を認めた。前医の生検で脂腺癌と診断され、2017年拡大切除術が行われた。病理検査で断端陰性との結果を得たが、経過中のMRIで上眼瞼に造影効果を伴う腫瘤病変の増大が確認された。内眼角部や上眼瞼部の皮下硬化性病変を複数回生検するも再発はいずれも明らかではなかった。その後、皮弁部の変形に対する再建希望があり2019年当院へ紹介受診となった。初診時、皮弁部の腫脹がみられ、眼瞼周囲の皮膚は全周性に硬化しており、上眼瞼の可動性はみられなかった。皮弁部位を切除し眼窩側へ剥離したところ、シート状に広がった腫瘍塊があり生検の結果、脂腺癌の診断であった。そのため眼窩内容除去および大腿部遊離皮弁による再建を行った。腫瘍は眼瞼全層から眼瞼周囲の結合組織に達する腫瘍であったが、眼窩先端部に腫瘍細胞のPNSが確認された。現在、眼窩ならびに頭蓋底照射を予定している。

【結論】眼瞼脂腺癌は上皮内浸潤やリンパ節転移をきたしやすいが、眼窩深部への局所進展方式として眼窩先端部へのPNSを生じることがある。

【利益相反】なし

16

二期的再建術を行った
眼瞼悪性腫瘍の術後成績

○伊東 崇子(いとう たかこ)¹⁾、加瀬 諭¹⁾、
石嶋 漢²⁾、水門 由佳¹⁾、石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)中川眼科

【緒言】眼瞼悪性腫瘍は切除と再建を同時に行うことが多いが、腫瘍の大きさ、部位により二期的手術を行う場合もある。今回我々は眼瞼の再建を二期的に行った症例の治療成績と合併症について報告する。

【対象と方法】北海道大学病院眼科で2011～2019年に眼瞼悪性腫瘍と診断された31例中、腫瘍切除、再建のため二期的手術を同一術者で施行した9例を対象に、患者背景と手術成績について診療録をもとに後ろ向きに検討した。

【結果】腫瘍の内訳は脂腺癌4例、基底細胞癌2例、メルケル細胞癌2例、扁平上皮癌1例であった。年齢は70～97歳(平均79.1歳)、女性6例、男性3例であり、上眼瞼6例、下眼瞼3例であった。局所麻酔下で3mmの安全域と共に腫瘍を含む眼瞼を切除し、術中迅速病理診断で断端陰性を確認後に再建した。再建法はカトラーパーード5例、ヒューズフラップ4例で、上下眼瞼の切離は28～62日(平均43日)後に行った。術後合併症は点状表層角膜症が5例、軽度の眼瞼外反症が2例、乱視と軽度の眼瞼下垂、眼瞼内反症が各々1例であった。局所再発例や遠隔転移例はなかった。9例中8例は術後視力良好であり、1例は乱視と角膜障害により視力が低下した。

【結論】眼瞼の二期的手術は眼瞼悪性腫瘍に対して有用な手術法であり、術後の重大な合併症は見られなかった。

【利益相反】なし

17

眼瞼脂腺癌の再建術式と再発、
転移との関連

○渡辺 彰英(わたなべ あきひで)、中山 知倫、
丸橋 歩美、外園 千恵

京都府医大

【目的】当科(京都府立医科大学眼科)における眼瞼脂腺癌症例について、再建術式と再発、転移との関連について検討すること。

【対象と方法】対象は、2004年9月から2018年6月までに切除再建術を施行した眼瞼脂腺癌55例(平均年齢 73.7 ± 13.7 歳(33～96歳)、男性25例、女性30例、平均術後観察期間 3.6 ± 2.6 年)で、脂腺癌の臨床像、および切除再建後の再発、転移についてレトロスペクティブに検討した。再建術式は、硬口蓋粘膜移植15例、Hughes flap(reverse Hughes含む)14例、Tenzel flap 12例、遊離瞼板移植8例、Switch flap 5例、眼窩内容除去1例であった。硬口蓋粘膜移植は術中迅速病理診断で断端陽性の場合術中に切除追加、その他の再建術式では永久病理診断で断端陽性であればその時点で追加切除した。断端陽性でも上皮内浸潤のみであれば5FUの点眼治療を施行した。

【結果】局所再発は5例9%に認めた。それらの再建術式は、硬口蓋粘膜移植2例、遊離瞼板移植2例、Tenzel flap 1例であった。転移は6例11%に認め、再建術式は硬口蓋粘膜移植3例、Tenzel flap 2例、Hughes flap 1例であった。

【結論】脂腺癌の再建術式による再発、転移の偏りはなく、腫瘍の臨床像やサイズ、経過期間など他の要因の方が関連している可能性があると考えられた。

【利益相反】なし

18

眼瞼脂腺癌3例の
エクソーム解析

○左野 裕介(さの ゆうすけ)、秋山 雅人、
藤井 裕也、関 瑛子、山名 佳奈子、
田邊 美香、吉川 洋、園田 康平
九州大

【緒言】眼瞼脂腺癌は眼瞼に発生する悪性腫瘍であり、他の眼瞼腫瘍と比較して局所再発や転移が多いとされる。脂腺癌は非眼瞼部にも発癌し、近年、眼瞼部と非眼瞼部では主要ながん関連遺伝子やその特徴が異なり、*TP53*, *ZNF750*の変異が眼瞼脂腺癌の特徴であることが報告された。今回、エクソーム解析を施行した眼瞼脂腺癌3例について報告する。

【対象と方法】対象は2017年8月から2018年4月に当院で外科的切除され、腫瘍・血液検体のペアを取得できた眼瞼脂腺癌患者3例。核酸抽出後、Agilent社のSureSelect Human All Exon V6[®]を用いてライブラリーを作成し、Illumina社のNovaSeq 6000[®]を使用しシーケンスを行い、得られたデータから体細胞変異を検出した。

【結果】症例1は58歳男性、症例2は85歳女性、症例3は58歳女性、腫瘍はいずれも結節型、腫瘍径は5~7mmであった。症例1は初診時に耳下腺転移を認め、その他の症例では転移は認めなかった。次世代シーケンスの結果、1検体につき、血液検体では約7千万リード、腫瘍検体では約2~3億リードが得られた。非同義変異数について検討したところ、症例1、症例2と比較して症例3では約7倍認められた。症例1, 2では*TP53*, *ZNF750*ともに体細胞変異を認めたが、症例3では2遺伝子に変異は認められなかった。

【結論】欧米人で眼瞼脂腺癌に特徴的と報告された*TP53*と*ZNF750*が、本邦でも主要な関連遺伝子である可能性が示唆された。

【利益相反】なし

19

IgG4関連眼疾患による
視力低下

○田中 啓一郎(たなか けいいちろう)、佐藤 大介、
大口 泰治、古田 実、石龍 鉄樹
福島県医大

【緒言】IgG4関連眼疾患(IgG4ROD)の所見は多彩であり、視機能障害の程度と頻度の検討は不十分である。視力低下を呈した症例の頻度と臨床像を検討した。

【対象と方法】連続症例52例の診断根拠と病変の局在から、病態に起因した視力低下の有無について後ろ向きに解析した。

【結果】52例は平均年齢63(範囲34-87)歳、確定診断群39例(75%)、準確定診断群8例(15%)、疑診群5例(10%)であった。血清IgG4値が135 mg/dL以上は43例(83%)で平均514(範囲34-2010) mg/dL、涙腺病変は47例(90%)、眼窩下神経腫大は12例(23%)にみられた。視神経病変3例(4%)、外眼筋腫大14例(27%)、硬膜/下垂体病変4例(8%)、涙道病変2例(4%)であった。視力低下は6例(12%)、複視は18例(35%)に生じた。視力低下(光覚弁-0.6, 平均0.06)した6例6側の病変分布は、硬膜/下垂体($p < .001$)、外眼筋($p < .001$)、三叉神経($p = .001$)、視神経($p = .003$)、涙腺($p = .005$)の各病変が有意であった。2例は肥厚性硬膜炎が主病変であり、1例は硬膜生検、他方は病理診断を断念した。年齢、性別、血清IgG4値には有意差がなかったが、確定に至らない例が有意に多かった。6例の視力低下の直接原因は、外眼筋肥厚による圧迫、肥厚性硬膜炎、視神経病変、眼窩内組織硬化による兔眼性角膜炎であった。

【考按】IgG4RODの視力低下例は非典型例に多く、確定診断に至らない場合が多い。特に肥厚性硬膜炎と外眼筋肥大により、12%の例で重篤な視力低下が続発する。IgG4RODは視力低下を来す疾患であるとの認識が必要である。

【利益相反】あり

20

IgG4陽性 MALT リンパ腫の
2症例

○中澤 和樹(なかざわ かずき)¹⁾、高比良 雅之¹⁾、
濱岡 祥子¹⁾、満保 祐己¹⁾、繰納 勉²⁾、
杉山 和久¹⁾

1)金沢大、2)恵寿金沢病院 眼科

【緒言】最近経験した高IgG4血症と病変の顕著なIgG4陽性細胞浸潤を伴った眼窩MALTリンパ腫の2症例を報告する。

【症例】症例1は74歳男性。肝細胞がんの加療中に左眼窩腫瘍がみられ、眼窩転移も疑い生検を施行した。病理ではMALTリンパ腫が疑われたが、IgG4関連眼疾患の病理診断基準を満たした。同検体のサザンブロッドIgH遺伝子再構成は陽性であり、IgG4陽性MALTリンパ腫と診断した。高IgG4血症(312 mg/dL)が見られたが、他臓器にリンパ増殖病変を疑う所見はなく(Stage IE)、放射線照射により眼窩病変は縮小した。症例2は70歳男性。左上眼瞼皮下に眼窩腫瘍がみられ、血清IgG4の上昇(1,095 mg/dL)がみられた。生検の病理ではIgG4陽性MALTリンパ腫の像であり、IgH遺伝子再構成も陽性であった。PET-CTにて縦隔リンパ節、上腸間膜動脈、尿細管、臍尾部などに集積がみられ、背景としてのIgG4関連疾患が考えられた。Stage IIIとしてリツキサンの投与を開始した。

【考案と結論】IgG4関連疾患を背景としてMALTリンパ腫が発症することは既報にもあり、症例2はその典型例と考えられた。一方の症例1ではIgG4関連疾患の病変が確認できなかった。眼窩MALTリンパ腫では、その発症に伴って腫瘍のIgG4陽性細胞浸潤や血清IgG4上昇をきたす病態もあることが示唆された。

【利益相反】なし

21

IgG4関連眼疾患の治療経過中に複数の悪性リンパ腫を発症した1例

○曾根 久美子(そね くみこ)¹⁾、馬詰 和比古¹⁾、
林 映²⁾、片桐 誠一郎³⁾、鈴木 茂伸⁴⁾、
後藤 浩¹⁾

1)東京医大、2)東京医大 膠原病内科、
3)東京医大 血液内科、4)国立がん研究センター 眼科

【緒言】IgG4関連眼疾患の治療中に、頸部および後腹膜リンパ節(LN)にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)および濾胞性リンパ腫(FL)が発症した1例を経験したので報告する。

【症例】41歳、男性。2011年に他院で両側の涙腺腫大を契機にIgG4関連眼疾患と診断され、しばらくの間、ステロイドの内服治療が行われたが、自己中断となった。4年間の未治療期間の後、症状の再燃と悪化を認めたため、2017年に精査加療目的に東京医大眼科を紹介受診した。両側の眼瞼腫脹と結膜充血を認め、矯正視力は右眼0.4、左眼0.5であった。限界中心フリッカーは測定不能、眼窩単純CTでは両側涙腺の著しい腫大等を認めた。ベタメタゾン6mgの点滴静注による治療を開始し、以後はプレドニゾン(PSL)の内服に切り替え、視機能も改善していったためPSLを減量していった。しかし、15mgまで減量した時点で増悪傾向を示した。また、経過中に撮像した胸腹骨盤CTで腹部大動脈周囲と左後腹膜LNと、左顎下LNおよび両側外腸骨動脈周囲のLN腫脹が確認されたため膠原病内科併診となり、PSLの増量とアザチオプリンが併用となった。その後、頸部および後腹膜LNの生検が行われたところ、前者はFL、後者はDLBCLと診断された。その後は血液内科でR-CHOP療法が行われ、現在に至っている。

【結論】IgG4関連眼疾患ではその経過中に、MALTリンパ腫以外の複数の組織型からなる悪性リンパ腫を併発することがある。

【利益相反】なし

22

眼付属器リンパ腫に対するFDG-PET検査における最大標準化取り込み値(SUVmax)の検討

○船津 治彦(ふなつ なおひこ)¹⁾、田邊 美香¹⁾、
秋山 雅人¹⁾、山名 佳奈子¹⁾、高木 健一¹⁾²⁾、
関 瑛子¹⁾、左野 裕介¹⁾、吉川 洋¹⁾、
園田 康平¹⁾

1)九州大、2)国立病院機構 小倉医療センター

【緒言】眼付属器リンパ腫の診断には各種採血検査から画像診断、病理組織、免疫組織学的検査等幅広い検査が行われている。その中でFDG-PET検査によるFDGの取り込み定量指標としてSUV(Standardized Uptake Value)が用いられるが、その臨床的意義は明らかではない。今回我々は、病理診断で眼付属器リンパ腫の各病変におけるSUVの最大標準化取り込み値(SUVmax)を検討した。

【対象と方法】2012年から2018年の約6年間に当院で手術を行い、病理診断を得た眼付属器リンパ腫68例の中でFDG-PETを施行した66例を対象とし、診療録を用いて後ろ向きに調査を行なった。腫瘍の病型間の平均SUVmaxの差について一元配置分散分析を用いて検討した。

【結果】対象の病型は、MALTリンパ腫(以下MALT)47例(71.2%)、びまん性大細胞型B大細胞リンパ腫(以下DLBCL)6例(9.1%)、濾胞性リンパ腫4例(以下FL)(6.1%)、IgG4関連疾患を合併したMALTリンパ腫(以下IgG4関連MALT)4例(6.1%)、マンツル細胞リンパ腫(以下Mantle)3例(4.5%)、その他2例(3%)であった。病型ごとのSUVmaxの平均値は、MALT:5.83、DLBCL:16.5、FL:8.02、IgG4関連MALT:6.3、Mantle:4.56、その他:5.9であった。病型がSUVmaxに関連がある($p < 0.01$ 以下)。

【結論】眼付属器リンパ腫のSUVmaxは病型によって異なることが示唆された。

【利益相反】なし

23

RNA シークエンスによる
IgG4 関連眼疾患における
遺伝子解析 (第2報)

○朝蔭 正樹(あさかげ まさき)、臼井 嘉彦、
小川 麻里奈、瀬津 直也、清水 広之、
坪田 欣也、山川 直之、馬詰 和比古、
後藤 浩
東京医大

【目的】RNA シークエンス(seq)では生検組織に発現するRNAを網羅的かつ定量的に解析することができ、未知の遺伝子異常を検出することが可能である。我々は以前、RNAseqを用いてIgG4関連眼疾患におけるRNAの発現量を、生検組織周囲の脂肪組織をコントロールとして報告した(第123回日眼学総会)。今回は生検組織中のRNA発現量を、涙腺組織をコントロールとして比較検討したので報告する。

【対象と方法】東京医科大学病院眼科を受診し、病理組織学的にIgG4関連眼疾患と診断された3例を対象とした。対照として他疾患(良性眼窩腫瘍および涙腺脱臼)の涙腺組織を用い、イルミナ社NextSeq500によりRNAの発現量を網羅的に比較検討した。得られた結果をCLC Genomics Workbenchで解析した。

【結果】IgG4関連眼疾患の生検組織と涙腺組織のRNAの発現量を比較すると、IgG4関連眼疾患では3,026遺伝子で発現増強を認めた。パスウェイ解析ではcytokine signaling in immune system($p=9.8 \times 10^{-15}$)、cell cycle($p=2.3 \times 10^{-15}$)など、免疫システムや細胞周期に関連するパスウェイで差を認めた。

【結論】IgG4関連眼疾患の生検組織において、既報の関連物質だけでなく細胞外マトリクスの分解に関わる遺伝子など、新たな複数の遺伝子が関与している可能性が示された。将来的にこれらのデータにより、本症の診断につながる新規のバイオマーカーや分子標的薬の開発などの発展が期待される。

【利益相反】なし

24

涙腺アミロイドーシスの1例

○永井 騰是也(ながい としや)¹⁾、柚木 達也¹⁾、
奥野 のり子²⁾、林 篤志¹⁾

1)富山大、2)富山大 病理

【緒言】アミロイドーシスはアミロイドたんぱく質が様々な臓器で細胞外沈着を起こし、形態的、機能的に障害を引き起こす疾患である。今回、我々は涙腺に限局した腫瘍を生検し、病理学的検討において、トランスサイレチン陽性である AL 型涙腺限局性アミロイドーシスを経験したので報告する。

【症例】サルコイドーシスの既往がある74歳男性。2018年6月頃から左涙腺腫脹がみられるようになり、精査目的で当院に紹介となった。原因検索のために左涙腺部を生検したところ、分泌腺および導管に広範囲に無構造の好酸性物質の沈着があり、DFS陽性であった。免疫染色では amyloid A 陰性、グロブリン軽鎖(Kappa、Lambda)陽性(AL型)であり、眼窩MRI、胸腹部CTで他に病変はみられずAL型涙腺限局性アミロイドーシスの診断となった。しかし、追加の免疫染色でトランスサイレチン陽性であったため全身性老人性アミロイドーシスの可能性を考えた。内科的精査の結果、全身症状はみられず、臨床的にはAL型涙腺限局性アミロイドーシスを疑っている。

【結論】トランスサイレチン陽性であるAL型涙腺限局性アミロイドーシス症例を経験した。全身性老人性アミロイドーシスの可能性も考慮に入れて、厳重な経過観察が必要であると考えている。

【利益相反】なし

25

若年者に生じた眼窩限局型多発血管炎性肉芽腫症の1例

○大湊 絢(おおみなと じゅん)¹⁾、張 大行¹⁾、
福地 健郎¹⁾、高村 紗由里²⁾、佐々木 嵩暢³⁾、
梅津 哉⁴⁾

1)新潟大、2)新潟大 腎・膠原病内科、

3)新潟大 耳鼻咽喉・頭頸部外科、

4)新潟大学医歯学総合病院 病理部

【目的】若年者に発症した眼窩限局型多発血管炎性肉芽腫症(GPA)を経験したので報告する。

【症例】15歳女性。右眼瞼の発赤腫脹と軽快を繰り返し近医眼科で加療。その後、右副鼻腔炎を発症し近医耳鼻科にて加療していた。某年5月に右眼瞼腫脹が再発、点眼加療も良くなり腫瘍性病変の可能性も示唆され6月に当科紹介となった。右眼瞼の発赤腫脹、軽度の眼球突出と圧痛を認めた。眼窩内病変の可能性を考え眼窩部CTを施行したところ右上顎～篩骨洞に副鼻腔炎、右眼窩内に軟部組織陰影を認めた。副鼻腔炎に伴う眼窩骨膜下膿瘍の可能性を考え耳鼻科と合同で副鼻腔炎及び眼窩病変に対する手術を施行した。術中所見としては、副鼻腔は非浸潤型真菌性副鼻腔炎、眼窩は膿瘍では無く炎症に伴う骨膜及び周囲組織の肥厚であった。眼窩骨膜を一部生検したところ炎症性肉芽でIgG4陽性細胞多数であった。術後採血でMPO-ANCA陽性が判明、ANCA関連血管炎の可能性を考え腎・膠原病内科へ紹介した。内科での精査の結果、組織所見では明らかな血管炎を認めないもののMPO-ANCAおよびP-ANCA陽性であり限局型GPA疑いの診断となった。プレドニゾン40mg内服で加療開始、右眼瞼腫脹および右眼窩病変は軽快した。現在プレドニゾン、メトトレキサート内服で経過観察中である。

【結論】若年者でも眼窩に限局型GPAを生じ、MPO-ANCAが陽性の症例が存在する。また画像上、眼窩骨膜下膿瘍と鑑別が必要なことがある。

【利益相反】なし

26

急な転帰を辿った
多形腺腫源癌の1症例

○高比良 雅之(たかひら まさゆき)、濱岡 祥子、
竹本 大輔、杉山 和久
金沢大

【緒言】当院の初診の後に比較的急な転帰を辿った涙腺多形腺腫源癌の1症例を提示する。

【症例】症例は62歳の男性。およそ20年前から右眼球突出を自覚し、10年前にCTにて右涙腺多形腺腫の疑いを指摘されるも治療を受けなかった。強い疼痛の出現により前医を受診し、眼窩悪性腫瘍が疑われ、当院に紹介された。画像では眼窩外壁の骨破壊を伴い、右涙腺部から眼窩先端部に及ぶ腫瘍がみられ、生検で上皮性浸潤癌の病理診断であった。前頭開頭にて眼窩先端部を含めた腫瘍摘出、眼窩内容除去術を行い、その病理では低分化癌の像がみられた。術後には腫瘍残存が疑われる視神経管周囲に定位放射線照射を行った。術後も眼窩部痛は増悪し、疼痛の緩和にオピオイド鎮痛薬が投与された。PET-CTなどの諸検査で頸部リンパ節や肺の転移が疑われたが化学療法には同意されず、癌性疼痛に伴う全身状態の悪化が顕著で、主としてその対処療法が行われた。術後5か月には眼窩先端部での腫瘍再発が疑われるも、やがて緩和療法に移行し、術後7か月に他界した。

【考案・結論】涙腺多形腺腫は悪性転化に留意すべき腫瘍であるが、多形腺腫源癌であっても被膜を大幅に超えない場合には予後が良好とされる。本症例の病理像からは多形腺腫源癌が長期間放置され、より悪性度の高い癌に形質転換した病態も推察された。多形腺腫やそれ由来の癌を疑う症例では速やかに治療を開始することが重要である。

【利益相反】なし

27

経鼻的眼窩内腫瘍の適応

○鈴木 智成(すずき ともなり)、田端 晋也、
白畑 充章、安達 淳一、三島 一彦、西川 亮
埼玉医大 国際医療セ 脳神経外科

【はじめに】眼球後方に位置する眼窩内腫瘍に対しては、広い視野が得られるため開頭術が選択されることが多い。しかし、開頭術は眼窩上方から外側に位置する腫瘍に対しては良い適応であるが、眼窩内側および下面に位置する腫瘍は、視神経や眼球運動に関わる神経などの重要構造物が視野の妨げになる。今回眼窩内側下方に位置する眼窩内腫瘍に対して、経鼻内視鏡による摘出を行ったので報告する。

【症例】51歳、男性。幼少時より右眼の視力低下があった。数ヶ月前より、眼球突出のためにサングラスに睫毛が触れるようになり、眼科医より眼窩内腫瘍を疑われ紹介となった。入院時、右眼は眼球突出のため眼球運動が全方向に認められた。診察時点で視機能はすでに失明の状態であった。

MRIでは眼窩内側に直径3cmの円形腫瘍を認め、画像的に血管腫と考えられた。眼窩内側壁に広く接していたため、経鼻内視鏡にて摘出を行った。右の鼻腔より、篩骨洞を経て眼窩内側壁を開窓しアプローチした。術野は狭かったが、比較的癒着が少なく境界明瞭であったため、視神経周囲を残しほぼ摘出できた。病理診断は海綿状血管腫であった。術後、眼球突出は消失し眼球運動障害は改善した。

【結語】内視鏡機器や技術の発展により、眼窩内側および下面に位置する眼窩内腫瘍は経鼻内視鏡摘出の適応が拡大すると考えられる。

【利益相反】なし

28

眼窩内腫瘍に対する
内視鏡下経鼻的アプローチ方法
の検討

○大村 和弘(おおむら かずひろ)、鴻 信義

慈恵医大 耳鼻咽喉科

近年鼻副鼻腔腫瘍に対する経鼻内視鏡アプローチの適応が拡大している。

鼻涙管、眼窩先端部に対しても、開頭や経眼瞼切開にて眼窩深部までのアプローチすることも可能であるが、腫瘍が視神経よりも内側に位置し、内直筋よりも外側にある腫瘍に対しては、外切開でのアプローチに比べ、内視鏡下経鼻的アプローチが低侵襲で非常に有用である。

当院では眼窩腫瘍に対しては、内視鏡手術であっても、ワーキングスペースを確保し、できるだけ直視鏡下での手術操作を行うために、鼻腔内は Trans-septal Access with Crossing Multiple Incision (TACMI) 法を用い、鼻中隔を格子状に切開し、一時的に 2 hole 1 cavity とする。さらに、下鼻甲介と梨状口縁を温存し上顎洞内へ直視鏡でアプローチする方法を併用することで、内直筋・下直筋を一時的に牽引することができ、腫瘍を明視下で確認することを原則としている。

今回、平成28年4月から平成31年2月までに、内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍摘出術を施行した眼窩腫瘍3例の中から眼窩先端部に存在する血管腫の症例の動画を供覧し、眼窩腫瘍に対する経鼻内視鏡アプローチ方法に関して論文的考察を加えて、報告する。

【利益相反】なし

29

診断に苦慮した視神経腫瘍の1例

○高鉦 広章(たかくわ ひろあき)¹⁾、上田 幸典¹⁾、
山中 亜規子¹⁾²⁾、高橋 めぐみ¹⁾、
土居 亮博¹⁾、嘉島 信忠¹⁾³⁾

1) 聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科、2) 京都府医大、
3) 大浜第一病院 眼形成眼窩外科

【緒言】視神経腫瘍は、通常、生検は困難であり、時に診断に苦慮することがある。また、治療開始が遅れると視神経管を超えて頭蓋底に進展する場合もある。今回我々は、診断に苦慮した視神経腫瘍の1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

【症例】45歳男性。右上眼瞼皮下腫瘍を自覚、他院を受診した。MRI 検査にて偶発的に右眼窩内腫瘍を指摘され当院紹介となる。受診時、視力障害や視神経症を認めなかった。造影 MRI にて視神経鞘周囲に、15×8×14mm大の腫瘤を認めた。境界明瞭、辺縁平滑な病変であり、T1・T2強調画像ともに脳実質とほぼ等信号、dynamic study にて早期から全体が強く均一に濃染し、髄膜腫、神経鞘腫、悪性リンパ腫などが鑑別として考えられた。腫瘍は視神経管内に進展しつつあり、さらに頭蓋底への進展が懸念された。早期の診断が必要と考え経涙囊アプローチ(内眼角および下眼瞼睫毛下を連続切開、涙囊を切断して眼窩内下方および先端部にアプローチする方法)にて腫瘍生検を施行した。腫瘍にはリンパ球および形質細胞浸潤を認め、IgG4陽性細胞>300個/HPFであった。また血液検査上、血清IgG4値は417mg/dlと高値を認め、IgG4関連眼疾患確定診断群と診断した。プレドニゾロン40mg/day 内服開始し、漸減終了、腫瘍は著明に縮小した。現在、視機能異常なく経過観察中である。

【結論】診断に苦慮する視神経腫瘍であるが、IgG4関連眼疾患も鑑別疾患として検討すべきである。

【利益相反】なし

30

左眼固視不良より発見された小児髄膜腫の1例

○友寄 乃裕(ともより のぶひろ)¹⁾、酒井 浩之¹⁾、
太根 ゆさ¹⁾、大山 健一²⁾、笹島 ゆうこ³⁾、
溝田 淳¹⁾

1) 帝京大、2) 帝京大 脳外、3) 帝京大 病理

【緒言】小児の視力障害や視神経委縮を見た場合、腫瘍が原因となることがあり注意が必要である。今回、左眼固視不良を主訴に来院した患児に見られた髄膜腫の症例を経験したので報告する。

【症例】3歳7か月男児。3歳1か月頃より左固視不良があり、3歳4か月に近医から左眼視神経委縮の紹介で帝京大学医学部附属病院眼科紹介受診。初診時の視力は右;0.8、左眼;指数弁~0.01であった。左眼;相対性求心性瞳孔反応欠損陽性、輻輳不可であり下斜筋過動を認めた。持参したMRIでは左眼視神経が部分的に太くなっており、その後行った造影MRIにて左眼球後部から眼窩尖部にかけて左視神経に沿った紡錘状腫瘍を認めたため当院脳神経外科にコンサルテーション。2019年4月に眼窩内腫瘍生検目的に手術。術中検体の病理所見として、渦巻き状構造、石灰化小体等が見受けられ視神経鞘髄膜腫と診断された。術後視力は右眼;1.2、左眼;手動弁であり、左固視不良も継続している。今後はMRIのフォローアップを行い腫瘍増大を認めるようであれば放射線療法も検討していく。

【結語】小児(15歳未満)の髄膜腫症例は脳腫瘍全国集計調査報告では0.9%であり、小児脳腫瘍全体でみても3.4%と稀ではあるが小児の視力低下の症例を診察する際に頭に入れておかなければならない疾患である。

【利益相反】なし

31

神戸海星病院で眼窩内髄膜腫と診断した症例の検討

○中鉢 亜弥(ちゅうばち あや)、安積 淳

神戸海星病院

【目的】神戸海星病院で経験した眼窩内髄膜腫を報告する。

【対象と方法】2008年4月以降に神戸海星病院(当院)で診断された眼窩内髄膜腫症例について、診療記録を基に後ろ向きに調査した。

【結果】当院で眼窩内髄膜腫と診断した症例は7例であった。このうち、1例は画像診断で、6例は病理診断した。年齢は26～77歳(中央値42歳)で、男性1例女性6例、右側4例左側3例であった。視神経髄膜腫と診断した例が4例で、蝶形骨髄膜腫2例、眼窩内髄膜腫1例であった。画像診断した1例は経過を観ているが、病理診断した6例は、予定も含めて放射線治療(強度変調放射線治療もしくは定位放射線治療)による治療介入が選択された。治療後経過観察できたのは3例で、視神経髄膜腫の2例のうち1例は視力の改善に成功しているが、1例は放射線網膜症に対する加療の過程で細菌性眼内炎を発症し、視力が維持できなかった。蝶形骨髄膜腫症例では眼球突出に著明な改善は得られなかった。

【結論】眼窩内に発生する髄膜腫のうち、視神経髄膜腫は放射線治療による有効性が確認された。視神経を発生母地としない眼窩内髄膜腫に対する治療効果には更に症例を重ねた検証を要する。

【利益相反】なし

32

聖隷浜松病院眼形成眼窩外科における眼窩内腫瘍摘出術および生検術の統計学的検討

○山中 亜規子(やまなか あきこ)¹⁾²⁾、上田 幸典¹⁾、高鉦 広章¹⁾、高橋 めぐみ¹⁾、土居 亮博¹⁾、嘉島 信忠¹⁾

1)聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科、2)京都府医大

【緒言】眼窩内腫瘍に対する生検・摘出術には腫瘍の局在や特徴に応じて様々なアプローチ法が存在する。

【対象と方法】聖隷浜松病院眼形成眼窩外科にて、2016年4月から2019年3月までの3年間に生検・摘出術を施行した眼窩内腫瘍122症例を対象に、眼窩内局在、組織分類およびアプローチ法について後ろ向きに検討した。

【結果】全122例中、部位別では筋円錐外109例で涙腺部37例、内上方17例、上方16例の順に多く、筋円錐内は13例であった。眼窩先端部に腫瘍を認めたのは14例であった。組織別では筋円錐外で多かったのはMALTリンパ腫13例、IgG4関連眼疾患と多形腺腫が各11例、筋円錐内では海綿状血管腫6例、神経鞘腫5例であった。アプローチ法は、涙腺部でWright切開(37例中33例)、上方で重瞼切開(16例中8例)、内上方でLynch切開(17例中11例)、外下方・下方・内下方で下眼瞼睫毛下切開(23例中16例)による経眼窩縁アプローチが多かった。筋円錐内では骨切り術あるいは開頭術を併用した症例が13例中7例を占めた。先端部の14例中5例が開頭術、6例が経涙囊アプローチ(内眼角および睫毛下を連続切開、涙囊を切断して腫瘍にアプローチする方法)による摘出術を行っていた。術後早期合併症は、術後血腫が1例、麻痺性散瞳が1例で、いずれも先端部腫瘍であった。

【結論】眼窩内腫瘍摘出術は腫瘍と周囲組織との位置関係や術前診断から安全かつ最適なアプローチ法を選択することが重要である。

【利益相反】なし

33

眼症状を主訴に診断に至った
小児腫瘍性疾患32例の
機能予後の検討

○山岡 正慶(やまおか まさよし)¹⁾、本多 隆也¹⁾、
秋山 政晴¹⁾、野中 雄一郎²⁾、柳澤 隆昭²⁾、
敷島 敬悟³⁾

1) 慈恵医大 小児科、2) 慈恵医大 脳神経外科、
3) 慈恵医大

【緒言】小児がんの中には眼窩近傍から発症するものがあり、症状がわかりにくい乳幼児では、早期発見が困難なため重篤な視機能低下を来す例が散見される。眼症状を主訴に診断された小児がん症例の生命予後と機能予後を検討した。

【方法】2001～2019年に当院で加療された網膜芽細胞腫を除く腫瘍性疾患について診療録を用いて後方視的に解析した。

【結果】該当症例は全32例、発症時年齢中央値は11.9歳(生後4か月～22歳)、男児13例、女児19例。初発症状は、眼球突出14例、複視7例、眼振5例、視力低下4例、羞明1例、眼痛・頭痛1例。疾患の内訳は、視神経膠腫13例、頭蓋内胚細胞腫10例、横紋筋肉腫3例、ユーイング肉腫2例、神経膠腫(視神経以外)2例、松果体実質腫瘍1例、卵黄囊腫1例。病変部位の内訳は、視神経14例、鞍上部6例、松果体4例、上顎洞3例、眼窩2例、延髄1例、海面静脈洞1例、蝶形骨1例。転帰は生存29例、死亡3例で、最終受診時の視機能は、正常11例、軽度障害8例、中等度障害1例、失明12例(3例は眼球摘出)であった。

【考察】眼症状を主訴に発見された小児がんは視神経や眼窩内のみでなく、眼窩周囲から発生した肉腫や視神経以外の脳腫瘍も含まれていた。視機能予後は5例未満の低年齢児で特に不良な傾向であった。眼症状を呈する小児で腫瘍性疾患が疑わしい場合は、小児科医と連携し、迅速にMRIを撮影し、適切な診断・治療計画を立てることが、視機能予後向上のため重用である。

【利益相反】なし

34

下眼瞼の皮下腫瘍を初発症状としたサルコイドーシスの1例

○今川 幸宏(いまがわ ゆきひろ)¹⁾、高木 麻衣¹⁾、
森田 耕輔¹⁾、松浦 峻行¹⁾、三村 真士¹⁾³⁾、
佐藤 文平²⁾、池田 恒彦³⁾

1)大阪回生病院 眼形成手術センター、
2)大阪回生病院 眼科、3)大阪医大

【緒言】サルコイドーシスの眼窩病変は涙腺炎が代表的であるが、それ以外の眼窩病変を呈することは少ない。

【目的】今回我々は、下眼瞼の皮下腫瘍を初発症状として診断に至った、サルコイドーシスの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】56歳男性。2か月前から左下眼瞼にしこりを触れるようになり、近医を受診。眼瞼腫瘍を疑われ、精査加療目的で当科を紹介受診。当科初診時、自覚症状はないものの、左下眼瞼に可動性のよい皮下腫瘍を認めた。左眼視力は矯正1.2、Hess chartで左眼に軽度の内上転制限、Hertel 眼球突出度計で2.5 mmの左眼球突出を認めた。CT および MRIで評価したところ、下斜筋の走行と一致するように、眼窩下方に楕円形の mass を認めた。切除生検を計画し、経眼窩縁アプローチで腫瘍まで到達したところ、腫瘍は腫脹した下斜筋自体であったため、切開生検を施行。病理組織学的検査の結果は、乾酪壊死を伴わない肉芽腫性炎症であった。全身検査を行ったところ、サルコイドーシス様の肺病変を認め、また血清リゾチーム、可溶性インターロイキン-2受容体が高値であったことから、サルコイドーシスと診断した。

【結論】サルコイドーシスの眼窩病変はまれではあるが、外眼筋腫脹の鑑別診断のひとつとして、念頭に置いておく必要がある。

【利益相反】なし

35

眼部外毛根鞘腫の2例

○高木 健一(たかき けんいち)¹⁾²⁾、吉川 洋²⁾、
田邊 美香²⁾、中山 正道³⁾、熊野 誠也¹⁾、
喜多 岳志¹⁾、園田 康平¹⁾

1)小倉医療センター 眼科、2)九州大、
3)小倉医療センター 臨床検査科

【緒言】外毛根鞘腫は毛嚢上皮由来の良性腫瘍で顔面に好発するとされるが眼瞼に発生した症例の報告は本邦では少ない。今回我々は眼瞼に生じた外毛根鞘腫の2例を経験したので報告する。

【症例】症例1は78歳女性。2年前から左上眼瞼中央に腫瘍を自覚し増大傾向にあるため、小倉医療センター眼科初診。左上眼瞼中央瞼縁から1 mm程度離れた位置に2×2 mmの血管のやや豊富な有茎性腫瘍を認めた。明らかな睫毛禿は認めなかった。腫瘍を全摘出したところ切除組織は外方性と内方性の増殖を示しており、外方性増殖を示す部位には過角化を認めていた。胞体の明るい細胞と好酸性細胞の増殖を認め、一部で円柱状細胞が柵状配列を示していた。以上の所見から外毛根鞘腫と診断した。

症例2は74歳女性。1年半前、右上眼瞼内側に腫瘍を自覚した。半年前から腫瘍が急激に増大したため、九州大学眼科を初診。右上眼瞼内側、瞼縁からやや離れた位置に10×7 mmの中央に陥凹を伴う腫瘍を認めた。腫瘍部に睫毛禿やマイボーム腺開口部障害は見られなかった。腫瘍を全摘出したところ症例1同様の所見であり、外毛根鞘腫と診断した。

【結論】眼瞼にも外毛根鞘腫を生じうるため、眼瞼皮膚良性腫瘍の鑑別診断の一つとして考慮する必要がある。

【利益相反】なし

36

高度貧血を伴った
眼瞼結膜扁平上皮癌の1例

○山本 拓人(やまもと たくと)、馬詰 和比古、
後藤 浩
東京医大

【緒言】長期間の未治療期間の末、高度の貧血を契機に眼瞼結膜の扁平上皮癌の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】58歳、男性。2017年5月に左下眼瞼内側の腫瘤の存在を指摘され、東京医大病院眼科を紹介受診となった。瞼結膜側から病変部の生検を施行したところ、リンパ増殖性疾患の診断であった。IgG4陽性形質細胞浸潤は40-60%であったが、血清IgG4値は57.6mg/dLと正常範囲内であった。プレドニゾロンの内服治療を開始したが効果がなかったため、改めて皮膚側からの生検を予定したが、まもなく通院が途絶えた。それから約10か月後、ふらつきを主訴に他院を受診し、貧血(Hb: 5.7mg/dL)とともに左眼の瞼結膜から露出する約60×60mm大の腫瘤と、同部からの持続的な出血を認めたため、精査加療目的で再び当科へ紹介受診となった。問診によると5か月ほど前から出血を認めていたが、自己判断でガーゼによる圧迫止血をしていたとのことであった。貧血に対して血液内科に入院のうえ、鉄剤投与および濃厚赤血球製剤による治療を施行し、全身状態の回復後に腫瘤の生検を施行した。その結果、今度は扁平上皮癌の診断に至ったため、放射線治療を施行した。放射線治療によって腫瘍は著明に縮小し、照射後1年経過した現在まで、局所再発や転移は認めていない。

【結論】眼部に局在した悪性腫瘍であっても、長期にわたる出血は高度の貧血をきたすことがある。

【利益相反】なし

37

生検で筋上皮癌が疑われた、
眼瞼基底細胞癌の1例

○末岡 健太郎(すえおか けんたろう)¹⁾、織田 麻琴²⁾、
木内 良明¹⁾

1)広島大、2)広島大 病理診断科

【緒言】筋上皮癌は唾液腺に発生するまれな腫瘍である。今回、生検で筋上皮癌が疑われ、追加拡大切除で全く異なる病理像を呈し、基底細胞癌の診断に至った眼瞼腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】78歳、女性。約半年前から左下眼瞼縁に腫瘤があり、前医で点眼治療を受けたが改善せず、広島大学病院眼科に紹介され受診した。視力は右(1.2)、左(0.9)で、左下眼瞼縁に5.3×3.3mm大の表面平滑、肌色調の充実性の腫瘍があり、腫瘍中央の一部を生検した。病理組織学的検査で、小型、紡錘形の腫瘍細胞がシート状、束状に配列していた。免疫組織化学的に、筋上皮マーカーである α -SMA、calponin、p63が陽性で筋上皮癌と診断した。全身精査で転移はなく、追加拡大切除として、2.5mmマージンで眼瞼全層切除し眼瞼縫縮した。追加切除標本では生検時と全く異なる病理像で、小型胞巣状、索状を示す、小型でN/C比の高い基底細胞ないし毛芽細胞様細胞からなる腫瘍であった。胞巣辺縁では柵状配列を呈し、基底細胞癌と診断した。免疫組織化学的な追加検討を行い、生検組織も切除標本と同様にBer-EP4陽性であり、最終的に基底細胞癌の一部が筋上皮への分化を有し、その筋上皮化をきたした部分を生検で切除したと推察された。

【結語】極めてまれではあるが、眼瞼基底細胞癌の一部が筋上皮化をきたすことがある。

【利益相反】なし

38

上眼瞼に発生した
未分化大細胞型リンパ腫の1例

○小島 孚允(こじま たかよし)

小島眼科

【緒言】未分化大細胞型リンパ腫 anaplastic large cell lymphoma (ALCL) は、成人に発生する非ホジキンリンパ腫の約2%の頻度であり、特に眼部の発生は極めてまれである。今回右上眼瞼に膿瘍様の症状で発症したALCLの1例を経験したので報告する。

【症例】41歳女性。2週間前より、右上眼瞼に疼痛を伴った腫脹がみられた。近医で感染性疾患を疑われ、抗生剤を投与されたが改善せず、当院を受診した。初診時右上眼瞼に膿瘍様の潰瘍を伴った約10mmの病変がみられたので抗生剤を変更し投与した。1週間後にも症状は改善せず、拡大傾向にあったので悪性腫瘍を疑い摘出手術を施行した。病理所見はHE染色では、多数の好中球、好酸球を背景に上皮性結合のない大型異形細胞の増殖がみられた。免疫染色ではLCA+、KeratinAE1/3-、CD3-、CD5-、CD10-、CD20-、CD30+、bcl-2-でALCLと診断された。ALK染色は陰性であった。病期診断および治療目的でさいたま赤十字病院血液内科に紹介したが、全身病変がみられなかったため経過観察することとされた。1年6か月後の経過では再発はみられていない。

【結論】上眼瞼に膿瘍様の症状で発生したALCLの1例を報告した。本症が眼部に発生するのは極めてまれであるが、進行が早く致命的になりうる疾患である。感染症が疑われても治療効果がない場合には悪性腫瘍を疑い、早期に切除または生検を行うべきと思われた。

【利益相反】なし

39

眼瞼腫脹を契機に診断に至った
脈管肉腫の2例○向坂 親蔵(さきさか しんぞう)¹⁾²⁾、山名 佳奈子¹⁾、
今山 修平⁴⁾、膳所 菜保子³⁾、田邊 美香¹⁾、
吉川 洋¹⁾、園田 康平¹⁾1)九州大、2)飯塚病院 眼科、3)九州大 皮膚科、
4)今山修平クリニック & ラボ

【緒言】脈管肉腫は高齢者の頭部に好発する稀な高悪性度腫瘍で、血管肉腫とリンパ管肉腫に細分される。今回我々は眼瞼腫脹で眼科を受診し、脈管肉腫の診断に至った2例を報告する。

【症例】症例1は82歳女性。4ヶ月前から右眼瞼腫脹と頭部の皮疹を自覚、近医皮膚科で接触性皮膚炎として治療されたが改善なく近医眼科を受診、九州大学眼科を紹介された。右上眼瞼周囲の皮膚が肥厚しており、前額部から頭部にかけて広範な浸潤性病変を認めた。今山修平クリニック & ラボで生検を行ったところ大型類円形の核を持つ腫瘍細胞が散在性に増殖、一部管腔形成がみられ腫瘍細胞はCD31(-)、D2-40(+), リンパ管肉腫と診断した。既に肺転移を生じており診断後1年2ヶ月で死亡した。症例2は77歳男性。9ヶ月前からの左眼瞼腫脹で近医眼科を受診、九州大学眼科を紹介された。左上眼瞼腫脹に加え側頭部から頭頂部にかけて広範な浸潤性病変と皮膚の肥厚を認めた。九州大学皮膚科で生検を行ったところ大型の核を持つ紡錘形細胞がシート状に増殖しており腫瘍細胞はCD31(+), CD34(+), D2-40(+), 脈管肉腫と診断した。放射線化学療法(70Gy DOC療法 2Kr)を行ったが診断後1年1ヶ月で死亡した。

【結論】眼瞼腫脹を生じ脈管肉腫の診断に至った2例を経験した。いずれも急速に進行して死亡した。難治性の眼瞼腫脹をみたときは脈管肉腫も念頭におき、頭皮の診察も行うべきである。

【利益相反】なし

40

眼窩脈管奇形が疑われた
巨大結膜嚢胞の1例

○水門 由佳(すいもん ゆか)、加瀬 諭、伊東 崇子、
石田 晋
北海道大

【緒言】結膜嚢胞は無色透明あるいは白色で結膜円蓋部や球結膜に発生することが多い。今回我々は、眼窩を主体に存在し結膜下に突出し暗赤色を呈したため、眼窩脈管奇形が疑われた巨大結膜嚢胞の1例を経験したので報告する。

【症例】34歳、男性。幼少時から左眼鼻下側に結膜腫瘍があった。2017年頃から腫瘍は増大し、自然経過で一時的に縮小したが、2018年2月頃から再度増大傾向を示した。腫瘍の摘出を希望し、同年5月当科を受診した。視力は右(1.0)、左(1.5)、眼球運動制限・複視なし、左下眼瞼皮下から左鼻下側結膜に広範に連続した弾性軟の腫瘍が見られた。結膜下の腫瘍は暗赤色で、表面には拡張した血管が多数見られた。MRIでは、腫瘍のサイズは12×25mm程度で境界明瞭、楕円形で内部に隔壁を有し、T2強調画像で高信号、T1強調画像で低信号を呈し、嚢胞壁に造影増強効果を示した。臨床的にリンパ管奇形などの眼窩脈管奇形を疑い、全身麻酔下で下眼瞼皮膚を切開し、腫瘍を全摘出した。病理組織学的には、2～3層の上皮で裏打ちされた嚢胞性腫瘍であり、嚢胞壁の一部に杯細胞やリンパ濾胞構造が見られた。内容物には粘液様物質を有しており、結膜上皮嚢胞の所見であった。術後、再発はない。

【結論】リンパ管奇形に類似した臨床所見を示す巨大結膜嚢胞を経験した。経皮的アプローチにより嚢胞壁の破裂はなく全摘出が可能であった。

【利益相反】なし

41

巨大な結膜色素性母斑を
認めた1例

○盛 秀嗣(もり ひでつぐ)、高橋 寛二
関西医大

【緒言】結膜の大型色素性腫瘍を認めた場合、悪性黒色腫が疑われる。今回我々は、巨大な結膜色素性腫瘍を認め悪性黒色腫と臨床診断したが、病理組織診断の結果、色素性母斑であった1例を経験したので報告する。

【症例】78歳女性。幼少期に右眼鼻側球結膜に約5mmの色素性腫瘍を認めたが、増大傾向はなかった。2019年2月、腫瘍が急激に増大し、同年3月に関西医科大学附属病院を受診した。初診時右眼矯正視力は0.8と比較的良好であったが、右眼鼻側の球結膜から涙丘にかけて全長15mmの高度の隆起を伴う黒褐色腫瘍を認めた。腫瘍の一部は下眼瞼結膜に浸潤していた。以上の所見から、右眼の結膜悪性黒色腫と臨床診断し、同月に右眼冷凍凝固術および0.04%MMC併用腫瘍局所切除術を施行した。摘出標本はパラフィンブロック及び切片を作成し、HE染色および免疫染色を行った。腫瘍内には母斑細胞の増殖を認め、免疫染色ではMelan-A、S-100、HMB-45の弱陽性所見を認め、Ki-67は陰性であった。なお、黒色腫細胞は認めなかった。以上の組織所見から右眼)結膜色素性母斑と確定診断した。術後は眼球運動障害や再発を認めず、経過は良好である。

【考察と結論】通常、結膜の巨大な黒褐色隆起病変を見た場合は悪性黒色腫を疑うが、本症例のように色素性母斑である可能性も稀にある。

【利益相反】なし

42

結膜下から眼窩に位置した
再発性巨大毛母腫の1例

○真野 優子(まの ゆうこ)、松田 弘道、敷島 敬悟
東京慈恵医大

【緒言】毛母腫は毛根基質から発生する良性腫瘍であり、眼瞼は好発部位ではあるが、結膜下に生じた毛母腫の例は報告が少ない。今回、結膜下から眼窩に位置した再発性巨大毛母腫の一例を報告する。

【症例】34歳男性。3年前に両上下眼瞼結膜下に腫瘤病変を認め、他院にて経結膜アプローチにて部分切除術を施行した。毛母腫の診断で一旦経過観察となったが、2019年3月頃に再び腫瘤増大傾向のため当科紹介受診となった。腫瘤は眼瞼全幅に渡って存在し、硬結あり、眼瞼翻転は困難な状態であった。CT所見上、腫瘤は内部にびまん性の高吸収域を認め、石灰化を伴っていた。経皮膚アプローチにより眼窩隔膜を切開したところ、直下に約25mm×15mm大の腫瘤が一塊として存在していた。眼窩側の癒着は軽度であったが、瞼板上を覆うように腫瘤が存在したため、一塊としての切除は困難と判断し、腫瘤をpiece by pieceで眼瞼結膜面が露出するまで可及的に切除した。眼瞼下垂などの合併症がないことを確認の上、閉創した。病理所見は、骨化を伴う大小の石灰化巣が集簇しており、観察範囲内に明らかな上皮成分は認めなかったが、毛母腫の再発と診断した。

【結論】結膜下から眼窩にかけて生じた巨大毛母腫の稀な一例を報告した。非典型的な部位からの発生であっても、術前CTにより石灰化を認めた際には同疾患を疑い、可能であれば初回からの全摘出が望まれる。

【利益相反】なし

43

結膜悪性リンパ腫の臨床像を
呈した良性リンパ球増殖

○辻 英貴(つじ ひでき)¹⁾、吉田 淳¹⁾、竹内 賢吾²⁾
1)がん研有明病院 眼科、2)がん研がん研究所 病理部

【目的】眼付属器に生じるリンパ増殖性疾患(LPD)は、MALTリンパ腫を主とする悪性リンパ腫から良性リンパ球増殖(RLH)までのものがある。今回演者らは結膜に生じた、悪性リンパ腫の臨床像を呈したRLHの症例を経験したので報告する。

【症例】65歳の男性で、「両目の中に赤いできものができた。」とのことで近医眼科受診し、がん研有明病院眼科へ紹介となった。両結膜病変のレッセフェールテクニックによるincisional biopsyを施行した。

病理所見は左右とも、杯細胞を含む多列立方上皮下に胚中心を伴う小型リンパ球、形質細胞の増生を認め、IHC/ISH: Reactive; 右)検体のサザンブロット法によるIgHの遺伝子再構成はマイナス、FCMにてκまたはλ鎖の偏りは見られず、両)結膜RLHの診断であった。切除後に周辺病変も消失し、再発はなく、経過良好である。

【結論】眼部はよく観察できる部位ではあるが、臨床像と診断は必ずしも合致しないことがある。眼部のLPDは特異マーカーのないMALTリンパ腫が多く、正確な診断にはサザンブロッティングによるIgHの再構成とFCMが不可欠のものであると認識する必要がある。

【利益相反】なし

44

結膜腫瘤の生検を契機に診断に至ったTリンパ芽球性リンパ腫の1例

○菅原 莉沙(すがわら りさ)、臼井 嘉彦、後藤 浩
東京医大

【目的】Tリンパ芽球性リンパ腫(T-lymphoblastic lymphoma; T-LBL)は小児から若年男性にみられることの多い、Tリンパ球前駆細胞由来の高悪性度非ホジキンリンパ腫の一つである。本邦における発症頻度は、悪性リンパ腫全体の1.7%を占めるに過ぎない。今回、比較的高齢の方の結膜に生じたTリンパ芽球性リンパ腫の1例を経験したので報告する。

【症例】61歳、男性。右眼結膜に腫瘤を指摘され、近医から当科へ紹介となった。右眼の涙丘から下方結膜円蓋部にかけてサーモンピンク色の隆起性病変および頸部リンパ節腫脹がみられた。結膜生検を行ったところ、小型から中型の異形リンパ球が小血管の増生を伴い密に増殖していた。免疫染色で異型リンパ球はCD7陽性、CD10陽性、CD20陰性、Bcl-2陽性、Terminal deoxynucleotidyl transferase (TdT)陽性、Ki-67標識率は90%以上を示した。フローサイトメトリーではCD5陽性細胞が多くを占め、Tリンパ芽球性リンパ腫と診断した。その後、骨髄および頸部リンパ節の生検が行われたが、同様の病理組織像であった。当院血液内科で多剤併用化学療法施行の後、同種造血幹細胞移植術が施され、その半年後には骨髄穿刺で寛解を確認し、現在まで外来で経過観察中である。

【結論】結膜に生じる悪性リンパ腫の大半はMALTリンパ腫であるが、本症例のように悪性度の高いTリンパ芽球性リンパ腫のこともあり、診断に際しては細心の注意が必要である。

【利益相反】なし

45

マイトマイシン点眼と冷凍凝固で完治しない眼表面悪性腫瘍に対する眼球温存療法

○大島 浩一(おおしま こういち)¹⁾、神農 陽子²⁾

1)岡山医療センター 眼科、
2)岡山医療センター 検査科

【緒言】眼表面全体に浸潤しているが転移していない悪性腫瘍に対しては、一般に切除、冷凍凝固術、抗ガン剤点眼、放射線照射などを組み合わせて治療することになる。このような症例において、治療にも拘わらず腫瘍が深部に浸潤し、その結果眼球摘出あるいは眼窩内容除去を余儀なくされることのないよう留意したい。

【症例】81歳男。認知症あり。初診時、角結膜の大部分に扁平上皮癌が浸潤していた。マイトマイシン点眼を21クール、冷凍凝固を12回行い、その都度腫瘍は縮小したが、完治せず再発を繰り返した。初診から25ヶ月め、全身麻酔下に眼瞼・眼球を残し、眼瞼縁・結膜全体および角膜半層を切除した。以後15ヶ月の間、再発・転移はない。

【考案・結論】治療方針を考えるにあたり優先順位は、生命、眼球、視機能の順番である。眼表面悪性腫瘍が深部へ浸潤する前に完治させるべきである。自験例では閉瞼した状態ではあるが、眼瞼皮膚と眼球を残すことができた。

【利益相反】なし

ランチョンセミナー

9月28日(土) 12:15～13:15

共催：参天製薬株式会社

第38回日本眼腫瘍学会のご案内

会 期：2020年9月26(土)～27日(日)

会 場：九州大学医学部 百年講堂

会 長：吉川 洋

事務局・運営事務局：

九州大学医学部眼科学講座

〒812-8582 福岡県福岡市東区馬出3-1-1

第37回日本眼腫瘍学会 プログラム・抄録集

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

E-mail：js0037-info@n-practice.co.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/>