

AI
を
超
え
て

第38回 The 38th Annual Meeting of
Japanese Society of Ocular Oncology

日本眼腫瘍学会

プログラム・
講演抄録集

—— ハイブリッド開催 ——

会期 2021年 9月4日(土)・5日(日)

会場 九州大学医学部百年講堂 〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1

会長 吉川 洋 九州大学大学院医学研究院眼科学分野 特任講師



第38回 The 38th Annual Meeting of
Japanese Society of Ocular Oncology

日本眼腫瘍学会

プログラム・講演抄録集

A I を 超 え て

- 会期 ハイブリッド開催
現地開催・WEB配信：2021年 9月4日(土)・5日(日)
オンデマンド配信：2021年 9月10日(金)17時～21日(火)正午
※一部プログラムを除く
- 会場 九州大学医学部百年講堂
〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1
- 会長 吉川 洋
九州大学大学院医学研究院眼科学分野 特任講師
- 主催 日本眼腫瘍学会
- URL <http://www.congre.co.jp/jsOO2020/>

第38回日本眼腫瘍学会事務局

事務局 九州大学大学院医学研究院眼科学分野
〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1
TEL: 092-642-5648 FAX: 092-642-5663

運営事務局 株式会社コングレ九州支社内
〒810-0001 福岡市中央区天神1-9-17-11F
TEL: 092-716-7116 FAX: 092-716-7143
E-mail: jsOO2020@congre.co.jp

第38回日本眼腫瘍学会

会長挨拶

会長 吉川 洋 九州大学大学院
医学研究院眼科学分野 特任講師



皆様、第38回日本眼腫瘍学会に参加くださいますと有り難うございます。当学会は昨年2020年9月に開催する予定でしたが新型コロナウイルスの影響でこの会期となりました。昨年多くの学会がWeb開催になる中「この学会だけは！」と延期を決意しましたが、やはりWebの力は借りざるを得ない結果となりました。しかしこの1年で学会におけるWeb技術のありかたは発展、今回のような現地と全国を結ぶハイブリッド開催も可能になり、参加者もWeb参加に慣れ、「Webあればこそ」の楽しみ方や利点を享受できるようになったのではないのでしょうか。

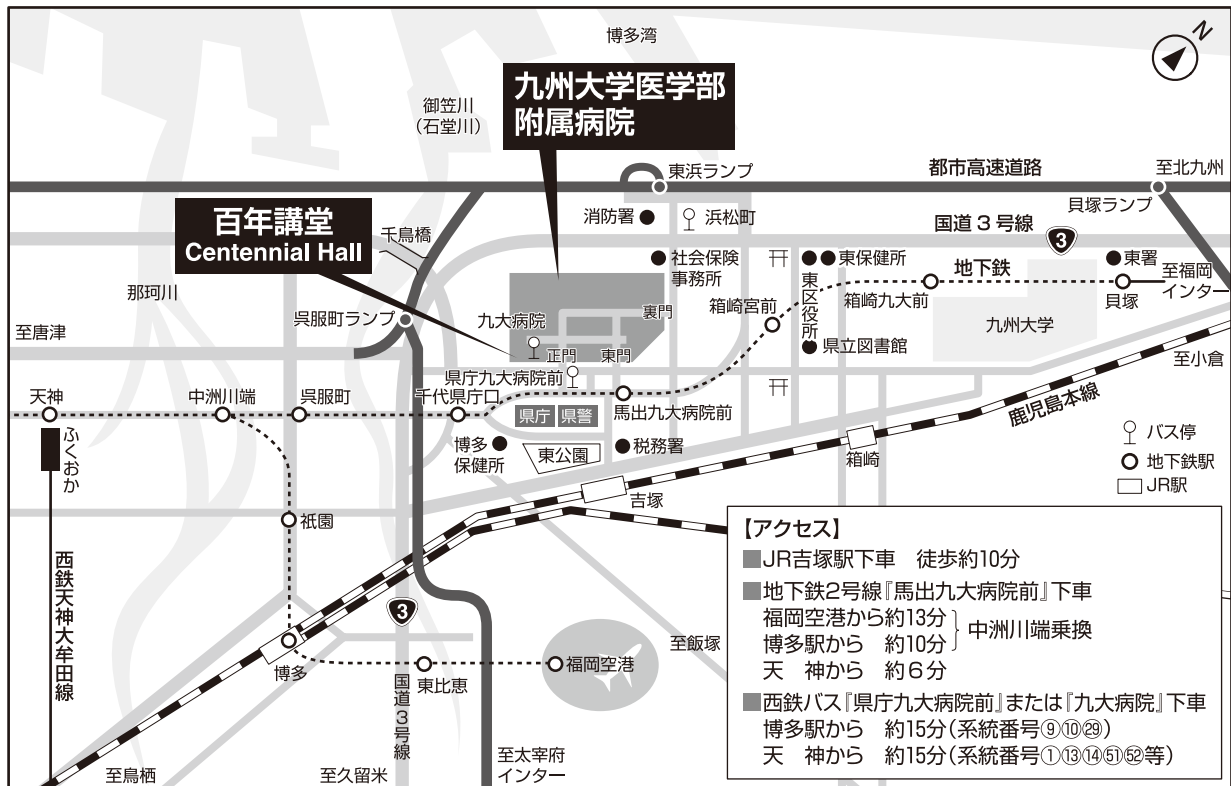
さて、今回の学会には「AIを超えて」というテーマを掲げて参りました。これはAIブーム到来感真っ盛りの2019年秋に決めたものです。当時、時代の移り変わりの速さをおそれて「超えて」をつけましたが、人工知能の医学への関与は2021年の現在も深まるばかりのようです。しかし、その多くが希少疾患、ときに不治の病である眼腫瘍の領域では、患者一人医師一人のつながりが非常に重要で、診断や治療方針決定への貢献著しいAIがその役目を果たせるようになるかは不明です。

経済、家族、ジェンダーの問題など複雑化する現代の世の中で私たち医師は、人工知能にできることはますますAIを活用し、その分、人にしかできない仕事をよりよく行っていかなければならないのではないかと思います。そう考えると、AIを「超える」というのは、時代が過ぎることでは無く、AIの「上に立って」仕事をする事であろうと思えてきます。

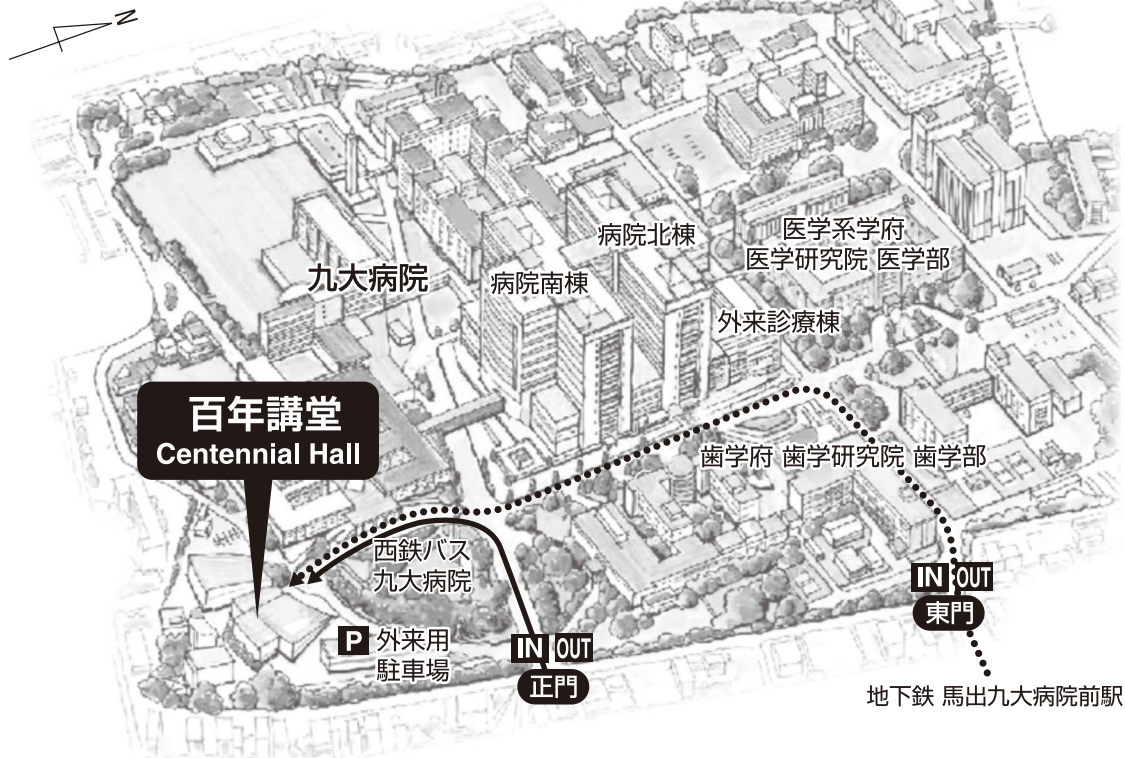
それはさておき、9月4～5日の2日間は、待ちに待った2年ぶりの眼腫瘍学会です。我々とともに現地で、また全国の各地と繋がって、いつものような熱い討論を思い切り楽しみましょう。そして、知識と経験を共有し、ますますAIにはできない我々の仕事に磨きをかけられたらと思います。

会場アクセス図

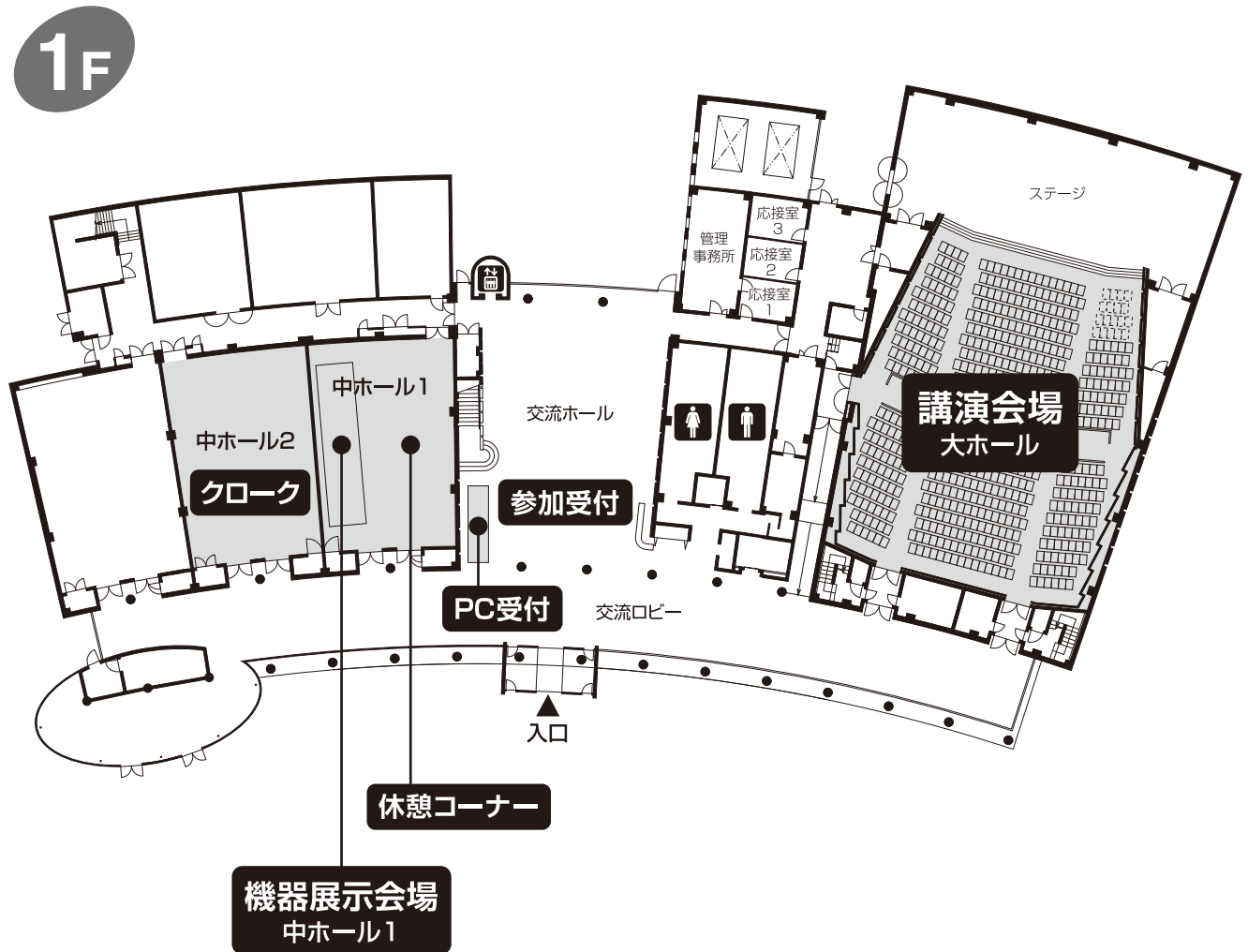
〈会場への交通〉



〈百年講堂 案内図〉



会場案内図



参加者へのご案内

会期・開催方法

現地開催およびWEB配信を併用したハイブリッド開催となります。全セッションをライブで配信します。

日 時：2021年9月4日（土）・5日（日）

現地会場：九州大学医学部百年講堂（〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号）

WEB配信：本会ホームページに設置する「WEB会場」よりID・パスワードを入力のうえアクセスし視聴。

視聴にはご利用のPC、タブレットに、Zoomのダウンロードが必要です。

詳細は、本会ホームページをご覧ください。

オンデマンド配信：2021年9月10日（金）17時～9月21日（火）正午までを予定

※一部プログラムを除く

感染対策について（現地へお越しの方）

- ・発熱や咳などの症状がある場合や、健康に不安がある方はご来場をお控えください。
- ・参加受付の前に、手指のアルコール消毒及び検温にご協力をお願いいたします。
- ・新型コロナウイルス感染拡大予防対策のため、受付にて健康状態申告書のご記入、検温にご協力をお願いいたします。
- ※健康状態申告書：本会ホームページよりダウンロードのうえ、必要事項を記載してご持参ください。
- ・37.5度以上の方は入場をご遠慮いただく場合がございますので予めご了承ください。
- ・会場内ではマスクを着用のうえ、間隔を開けて着席ください。

受付方法

参加を希望される方は、必ず参加登録が必要となります。

〈事前参加登録をされた方〉 ※7月13日（火）正午締切

①当日会場にお越しになる場合

- ・会場での参加登録受付の必要はありません。
- ・事前に送付したネームカードを忘れずにご持参いただき、所属・氏名を記入のうえ、会期中は必ずご着用ください。
- ・ネームカードホルダーは受付周辺にご準備いたします。
- ・プログラム・講演抄録集を忘れずにご持参ください。追加でご希望の場合は、受付にて1部1,000円にて販売いたします。

②WEB上でご参加になる場合

事前に送付されたネームカード、プログラム・講演抄録集は、ご自身で保管をお願いします。

〈当日、現地で参加登録をされる方〉 ※9月4日（土）・5日（日）

当日参加登録受付

支払い方法：現金のみ（※クレジットカード決済不可）

受付場所：九州大学医学部百年講堂 1F 交流ホール

受付時間：9月4日（土）8:30～17:30

9月5日（日）8:15～12:30

※ネームカードをお渡ししますので所属、氏名をご記入のうえ、会期中は必ずご着用ください。

〈オンライン参加登録(当日料金)について〉

登録システムを8月中旬頃にオープン予定です。詳細は本会ホームページをご覧ください。

参加登録費

登録区分	当日参加登録費	事前参加登録費 ※締め切りました
会員医師	10,000 円	8,000 円
非会員医師	13,000 円	11,000 円
非医師・民間研究員	13,000 円	11,000 円
初期研修医・コメディカル、医師以外の大学院生	5,000 円	3,000 円
大学院生を除く学生(医学生、視能訓練士学生、留学生)	1,000 円	1,000 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。

年会費(正会員)：5,000 円 *当日、会場での登録手続きはできません。

※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。あらかじめ、ホームページより「登録区分証明書」をダウンロードしていただき、必要事項をご記入のうえご持参ください。

※上記以外の登録区分の方など、不明な点がございましたら、事務局までご連絡ください。

プログラム・講演抄録集

参加登録費に含まれます。また、本会ホームページより、パスワードを入力して閲覧・ダウンロードをしていただくことも可能です。【パスワード】：38js00

なお、別途必要な方は1冊1,000 円にて販売いたします(現地参加のみ)。

懇親会

本年度は、新型コロナウイルス感染拡大防止のため開催はございません。

専門医制度単位受付(日本眼科学会生涯教育認定事業)：認定番号 59150

下記内容で取得できます。

日 程	現地参加	LIVE 配信視聴	オンデマンド配信視聴
9月4日(土)	3単位	3単位	2単位
9月5日(日)	2単位	2単位	1単位

〈当日現地で参加される方〉

バーコード対応での受付となりますので、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。

単位受付の際、控えをお渡ししますのでお受け取りください。なお、当日は本会ネームカードをご提示いただきます。

受付場所：九州大学医学部百年講堂 1F 交流ホール

受付時間：9月4日(土) 8:30～17:30

9月5日(日) 8:15～12:30

〈当日 WEB 視聴される方〉

- ・各日程のプログラムを視聴する事がログにて確認出来た時点で、単位が付与されます。
- ・共催セミナーのライブ配信をご視聴いただいても、単位付与対象となりません。

〈オンデマンド配信を視聴される方〉

- ・オンデマンド開催期間(9月10日(金)17時～9月21日(火)正午)にご視聴いただくと、9月4日(土)・5日(日)のプログラム日程表に基づいて取得できます。
- ・オンデマンド配信の各日程のプログラムを1つでも視聴すると、その日程分の単位が付与されます。
※共催セミナーのオンデマンド配信のみをご視聴いただいても、単位付与対象ではございません。
- ・日程表に基づき、各日程のプログラムを1つ以上視聴すると単位が付与されます。
ただし、LIVE 配信での視聴とオンデマンド配信での視聴で取得単位数が異なります。
※すべての開催形態で参加されても、単位は重複して登録出来ませんのでご注意ください。
- ・現地参加はされず、LIVE 配信またはオンデマンド配信視聴のみで参加される場合は、視聴ログで確認させていただきます。
- ・視聴サイトにアクセスする際、専門医番号(日本眼科学会会員番号)のご入力もお願いします(専門医番号が未入力の場合は、単位付与が出来ませんのでご注意ください)。

優秀演題賞

一般口演の対象者から優秀賞を選出し、閉会式にて受賞者の発表・表彰を行います。

投票方法の詳細については、今後ホームページでご案内しますのでご覧ください。

表彰式・閉会式：9月5日(日)13:10～

共催セミナー

- ・モーニングセミナーでは軽食を、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。
- ・各セミナーご入場の先着順に、軽食またはお弁当をお渡しいたします。

クローク

受付場所：九州大学医学部百年講堂 1F 中ホール2

受付時間：9月4日(土) 8:30～18:00

9月5日(日) 8:15～13:30

※お荷物は必ず開設時間内にお受け取りください。日をまたいでのお預かりはいたしませんのでご注意ください。

機器展示・休憩コーナー

受付場所：九州大学医学部百年講堂 1F 中ホール1

日 時：9月4日（土）9：30～17：30

9月5日（日）9：00～13：00

関連会議

日本眼腫瘍学会 理事会

会期中の開催はございません。

日本眼腫瘍学会 総会

日 時：9月4日（土）13：10～13：25

会 場：九州大学医学部百年講堂 1F 大ホール

駐車場

- ・会専用の駐車場のご用意はございません。参加者専用の駐車場はございません。
- ・受診用駐車場（有料）がございますが、駐車スペースには限りがありますので、出来るだけ公共交通機関をご利用頂きますようお願い致します。

その他

- ・著作権保護のため、現地参加・WEB 参加に関わらず、発表者や事務局の許可がない撮影・録音は一切禁止いたします。
- ・現地参加の場合、講演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。
- ・現地参加の場合、会場内では飲食不可です（共催セミナー開催時を除く）。飲食は中ホール1でお願いいたします。
- ・九州大学病院地区敷地内は全面禁煙（電子たばこを含む）です。

講演規定

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。

著作権等に十分配慮のうえ、発表スライドを作成してください。

講演時間

- 一般口演の発表時間は、発表6分・質疑応答6分の計12分です。
- 特別講演、ランチョンセミナー、モーニング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。

発表データの事前提出(一般口演発表者の方へ)

事前に音声入りの発表データをご提出いただき、発表の際はそのデータを放映いたします。

発表以外の質疑等については、Web参加で当日ご対応ください。

発表データの形式・提出方法についてはHP/個別メールにてご案内いたします。

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。

座長の方へ

座長受付はございません。担当セッション開始15分前までに、会場内右手前方の次座長席へご着席ください。

演者の方へ（当日会場で発表される場合）

〔データの受付〕

発表者は、講演開始の30分前までに必ず「PC 受付」にて受付をお済ませください。

事前に音声入りの発表データをお送りいただいている場合も、確認のため「PC 受付」へお立ち寄りください。ただし、事前にいただいているデータの編集はできません。念のためバックアップデータをご持参ください。

- PC 受付：1F 交流ホール
- 受付時間：9月4日（土）8：30～17：30（翌日のデータも受け付けます）
9月5日（日）8：15～12：30

発表に関するご案内

〈特別講演・ランチョンセミナー・モーニングセミナーのご発表者の方へ〉

1. 発表データは USB メモリか CD-R を持参してください。
2. ファイルは、PowerPoint 2010～2019（2016）のバージョンで作成してください。
また文字化けやレイアウトのずれを防止するために、下記フォントを推奨いたします。
推奨フォント：Windows 版 MS 明朝／MS ゴシック／Times New Roman／Century
3. 解像度を HD（16：9 の比率）にあわせてレイアウトの確認をしてください。
※従来の XGA1024×768（4：3 の比率）の解像度も投影は可能です。
4. 保存時のデータファイル名は「演題番号_演者氏名」としてください。
5. Macintosh をご使用の場合は、必ずご自身の PC 本体をお持ち込みください。
また専用の交換コネクタおよび、AC アダプターを必ずご持参ください。
6. 進行を円滑に進めるために、PowerPoint の発表者ツールのご使用をご遠慮ください。
7. 必ず事前にウイルスチェックを行ってください。
8. 発表は、舞台上にセットされておりますモニター、キーボード、マウスを使用し、発表者ご自身で操作してください。
9. 発表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。

〈一般口演の発表者の方へ〉

ご登壇後、事前にお送りいただいている音声入りの発表データを PC オペレーターの操作で放映いたします。発表当日の流れについては、改めてご案内いたします。

演者の方へ（当日リモート〔WEB 参加〕にて発表される場合）

WEB 参加の演者の先生は、今回 Zoom ウェビナーをご使用いただきます。

発表方法

〈特別講演・ランチョンセミナー・モーニングセミナー〉

ご自身で発表スライドを画面共有いただき、ご発表ください。

〈一般口演〉

事前にお送りいただいている音声入りの発表データを PC オペレーターの操作で放映いたします。

質疑応答の時間になりましたら、カメラとマイク機能をオンにして、質疑応答を行ってください。

※発表当日の流れについては、改めてご案内いたします。

Zoom ウェビナーでの注意点

1. インターネット環境をご準備ください。有線・無線は問いませんが、上り・下りともに 10Mbps 以上のスピード（帯域）を推奨いたします。
また、インターネットは時間帯や周辺地域の回線使用状況により通信速度が変化します。
ご発表に近い時間にチェック頂けると、より本番に近い状況が再現できます。やむを得ず不特定多数の方がご利用される Wi-Fi アクセスポイントやポータブルルーターによりアクセスをされますと、通信速度が遅くなることがございます。音・映像の途切れの原因となりますので、可能であれば安定した有線 LAN による接続をお願いいたします。
2. カメラとマイク & スピーカー付きの PC（Win・Mac）をご準備ください。イヤホン付きマイクをご準備頂けると周りの雑音に影響されず、聴講者に聞きやすい安定した音声発表ができます。
PC は最新の OS を推奨いたします。また、Zoom 起動時にバージョンアップのポップアップが立ち上がりましたら、ナビゲーションに従い最新版へのアップデートをお願いいたします。
3. Zoom のインストールにつきましては、別途ご案内します Zoom インストールマニュアルをご確認ください。
4. 本番用 URL は会期の約一週間前に運営よりメールにてお送りいたします。
本番は送られてきた URL よりご入室頂き、本番前のチェックと打ち合わせ終了後ご発表頂く形になります。

本番中のトラブルについて

〔音声や映像が発表中もしくは待機中に繋がらない場合〕

1. 発表順番の入れ替えを行います。
2. ディレクター（オペレーター）との電話連絡により復帰作業を行います。

日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別 50 音順 (2020 年 4 月現在)

名誉会員 (敬称略)
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
雨宮 次生

役 職	氏 名	所 属
理 事 長	古田 実	東京女子医科大学八千代医療センター／ 福島県立医科大学
理 事	安積 淳	神戸海星病院
理 事	上田 幸典	聖隷浜松病院
理 事	臼井 嘉彦	東京医科大学
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 (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	田邊 美香	九州大学
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	柚木 達也	富山大学
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
顧 問	嘉島 信忠	大浜第一病院／聖隷浜松病院

学会の歴史

日本眼腫瘍学会は昭和58(1983)年に研究会として発足し、年一回の学術大会を重ねながら、東日本大震災のあった平成23(2011)年の福島大会からは学会に改組されました。

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グレスセンター	嘉島 信忠 聖隷浜松病院
第29回	2011年(H23)6月25～26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
	2020年(R2)9月26～27日	COVID-19のため中止 1年延期	
第38回	2021年(R3)9月4～5日	九州大学医学部百年講堂	吉川 洋 九州大学

日本眼腫瘍学会会則 Japanese Society of Ocular Oncology (JSOO)

第1章 総則

(名 称)

第1条 本会は日本眼腫瘍学会 (Japanese Society of Ocular Oncology, JSOO) と称する。

(事務局)

第2条 スタッフルームタケムラ有限会社内に置く。

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 (1) 新規入会
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。
(2) 再入会
資格喪失者が再び入会を希望する場合、過去の日本眼腫瘍学会員期間の年次会費の未納分があれば完納した上で、(1) 新規入会手続きを行なう事ができる。

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、日本眼腫瘍学会員期間の年次会費を完納した者とする。

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事ができる。

(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。
ただし、理事長の連続任期は6年間までとする。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がある事項に関して、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
令和元年9月30日	事務局移転による変更
令和2年7月8日	理事長任期の変更
令和2年11月5日	会員資格と再入会手続きの明文化
令和3年4月1日	事務局移転による変更

最終変更日：令和3(2021)年4月1日

日 程 表

1日目 9月4日(土)

九州大学医学部百年講堂 /
WEB 配信

8:30	
9:00	
9:25～	開 会 式
9:40～10:55	一般口演 1 O1-1～O1-6 〔結膜悪性黒色腫〕 座長：加瀬 諭(北海道大学) 田邊 美香(九州大学)
11:00	11:00～12:00 一般口演 2 O2-1～O2-5 〔結膜腫瘍と眼瞼腫瘍〕 座長：小幡 博人(埼玉医科大学 総合医療センター) 兒玉 達夫(島根大学)
12:00	12:10～13:05 ランチョンセミナー 1 次世代の診断と治療への橋渡し研究最前線 座長：川野 庸一(福岡歯科大学) 後藤 浩(東京医科大学) 演者：川野 庸一(福岡歯科大学) 森重 直行(大島眼科病院) 黒田 雅彦(東京医科大学) 共催：ノバルティス ファーマ株式会社
13:00	13:10～13:25 総 会
13:30～14:30	一般口演 3 O3-1～O3-5 〔各種治療〕 座長：鈴木 茂伸(国立がん研究センター 中央病院) 溝田 淳(帝京大学)
14:00	
14:40～15:35	特別講演 小児の眼腫瘍 座長：吉川 洋(九州大学) 演者：古賀 友紀(九州大学 小児科)
15:00	
15:45～16:45	一般口演 4 O4-1～O4-5 〔眼窩リンパ増殖性疾患〕 座長：安積 淳(神戸海星病院) 高比良 雅之(金沢大学)
16:00	
16:55～17:55	一般口演 5 O5-1～O5-5 〔間葉系腫瘍〕 座長：上田 幸典(聖隷浜松病院) 敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学)
17:00	
18:00	

2日目 9月5日(日)

九州大学医学部百年講堂 /
WEB 配信

8:30	8:40～9:20 モーニングセミナー PCNSL 治療の新たな選択肢チラブルチニブについて 座長：園田 康平(九州大学) 演者：荒川 芳輝(京都大学 脳神経外科) 共催：小野薬品工業株式会社
9:00	9:25～10:15 一般口演 6 O6-1～O6-4 〔マイボーム腺癌〕 座長：臼井 嘉彦(東京医科大学) 渡辺 彰英(京都府立医科大学)
10:00	10:20～11:10 一般口演 7 O7-1～O7-4 〔珍症例難症例〕 座長：大島 浩一(岡山医療センター) 大湊 絢(新潟大学)
11:00	11:20～12:10 一般口演 8 O8-1～O8-4 〔眼内腫瘍と視神経腫瘍〕 座長：高橋 寛二(関西医科大学) 古田 実(東京女子医科大学 八千代医療センター / 福島県立医科大学)
12:00	12:20～13:10 ランチョンセミナー 2 AI と医療の邂逅 ～データサイエンスの“今”に迫る～ 座長：秋山 雅人(九州大学) 演者：瀬々 潤(株式会社ヒューマノーム研究所) 猪俣 武範(順天堂大学) 共催：参天製薬株式会社
13:00	13:10～ 優秀演題表彰式・閉会式・次期会長挨拶
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	

プログラム

第1日目 2021年9月4日(土)

開会式 9:25～

一般口演1 9:40～10:55

[結膜悪性黒色腫]

座長：加瀬 諭(北海道大学)
田邊 美香(九州大学)

O1-1 結膜悪性黒色性腫に対し、羊膜移植を施行した1例

○前原 紘基¹⁾、田中 啓一郎¹⁾、古田 実²⁾、石龍 鉄樹¹⁾
1)福島県医大、2)女子医大・八千代

O1-2 Nivolumab と IFN- β で色素脱失をきたした眼瞼結膜悪性黒色腫の1例

○杉原 一暢¹⁾、児玉 達夫²⁾、大田 征孝³⁾、谷戸 正樹¹⁾
1)島根大、2)島根大・先端がん治療センター、3)島根大・皮膚科

O1-3 再発・転移をきたした涙嚢原発悪性黒色腫の1例

○篠原 大輔¹⁾、市原 巧介¹⁾、脇 裕磨²⁾、延山 嘉真²⁾、敷島 敬悟¹⁾
1)慈恵医大、2)慈恵医大 皮膚科

O1-4 結膜悪性黒色腫における FISH 法による3番染色体の解析

○臼井 嘉彦、坪田 欣也、馬詰 和比古、後藤 浩
東京医大

O1-5 結膜悪性黒色腫の臨床像と予後の検討

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

O1-6 結膜悪性黒色腫の臨床像と治療成績

○田中 啓一郎¹⁾、前原 紘基¹⁾、古田 実²⁾、石龍 鉄樹¹⁾
1)福島県医大、2)女子医大・八千代

一般口演2 11:00～12:00

[結膜腫瘍と眼瞼腫瘍]

座長：小幡 博人(埼玉医科大学総合医療センター)
児玉 達夫(島根大学)

O2-1 上眼瞼にメルケル細胞癌を認めた1例

○竹内 正興¹⁾、盛 秀嗣¹⁾、高橋 寛二¹⁾、石田 光明²⁾
1)関西医大、2)関西医大 臨床病理

O2-2 眼瞼腫瘍再建における残余瞼板に対する cryotherapy と遊離瞼板移植の有用性と安全性

○柚木 達也、林 篤志
富山大

O2-3 遊離瞼板結膜片移植後の内反防止のための advanced orbital fat flap による上眼瞼延長術

○尾山 徳秀¹⁾²⁾³⁾、張 大行³⁾、大湊 絢³⁾、塩崎 直哉²⁾、江口 功一⁴⁾、福地 健郎³⁾

1) うおぬま眼科、2) 長岡日赤、3) 新潟大、4) 江口眼科

O2-4 結膜扁平上皮癌における制御性 T 細胞をはじめとする腫瘍免疫の関連

○田上 瑞記¹⁾、梯 アンナ³⁾、坂井 淳¹⁾、三澤 宣彦¹⁾、吉川 敦子²⁾、鰐淵 英機³⁾、安積 淳²⁾、本田 茂¹⁾

1) 大阪市大、2) 神戸海星、3) 大阪市大 分子病理

O2-5 眼瞼結膜悪性腫瘍の癌種横断的遺伝子発現解析および融合遺伝子の検索

○左野 裕介¹⁾²⁾、秋山 雅人¹⁾、藤井 裕也¹⁾、関 瑛子¹⁾、山名 佳奈子¹⁾、吉川 洋¹⁾、田邊 美香¹⁾、藤本 明洋²⁾、園田 康平¹⁾

1) 九州大、2) 東京大 人類遺伝学

ランチョンセミナー1 12:10～13:05

共催：ノバルティス ファーマ株式会社

座長：川野 庸一（福岡歯科大学 総合医学講座眼科学分野 教授）

後藤 浩（東京医科大学 臨床医学系眼科学分野 主任教授）

[次世代の診断と治療への橋渡し研究最前線]

1 加齢黄斑変性治療の変遷

川野 庸一 福岡歯科大学 総合医学講座眼科学分野 教授

2 角膜疾患眼における角膜実質コラーゲンの立体構造解析

森重 直行 大島眼科病院 眼科部長

3 腫瘍形態学におけるAIの応用

黒田 雅彦 東京医科大学 分子病理学分野 主任教授

総会 13:10～13:25

[各種治療]

座長：鈴木 茂伸(国立がん研究センター中央病院)
溝田 淳(帝京大学)

03-1 眼窩内巨大血管奇形に対して術前 NBCA 塞栓を併施し摘出を行った1例

○小島 康孝¹⁾、上田 幸典¹⁾、林 正孝²⁾、熊切 将宜¹⁾、伊勢 重之¹⁾、嘉島 信忠¹⁾³⁾
1) 聖隷浜松病院、2) 聖隷浜松病院 脳神経外科、3) 大浜第一病院 眼形成眼窩外科

03-2 脈絡膜悪性黒色腫の治療法および予後の検討

○藤井 裕也、田邊 美香、秋山 雅人、船津 治彦、関 瑛子、吉川 洋、園田 康平
九州大

03-3 炭素イオン線照射後に腫瘍再発が疑われた強膜壊死の1例

○伊藤 英理奈¹⁾、川嶋 真¹⁾、溝田 淳¹⁾、若月 優²⁾
1) 帝京大、2) QST 病院

03-4 眼科領域悪性腫瘍に対する炭素イオン線治療の初期経験

○戸山 真吾、末藤 大明、松延 亮、寺嶋 広太郎、福西 かおり、塩山 善之
九州国際重粒子線がん治療センター 放射線科

03-5 視神経膠腫に対する治療：生命予後と機能予後(Extended Report)

○柳澤 隆昭¹⁾³⁾、本多 隆也²⁾、山岡 正慶²⁾、秋山 政晴²⁾、廣津 竜也¹⁾、増本 愛¹⁾、
野中 雄一郎¹⁾、鈴木 智成³⁾、敷島 敬悟⁴⁾
1) 東京慈恵医大・脳外科、2) 東京慈恵医大・小児科、3) 埼玉医大国際医療センター・脳脊髄腫瘍科、
4) 東京慈恵医大

座長：吉川 洋(九州大学大学院 医学研究院眼科学分野)

[小児の眼腫瘍]

古賀 友紀 九州大学大学院医学研究院 周産期・小児医療学講座/九州大学病院 小児科

[眼窩リンパ増殖性疾患]

座長：安積 淳(神戸海星病院)
高比良雅之(金沢大学)

04-1 両眼窩に病変を生じた Erdheim-Chester 病の1例

○大湊 絢¹⁾、張 大行¹⁾、福地 健郎¹⁾、片桐 隆幸²⁾、河本 啓介²⁾、瀧澤 淳²⁾、
谷 優佑³⁾、梅津 哉³⁾
1) 新潟大、2) 新潟大 血液・内分泌・代謝内科、3) 新潟大 病理部

O4-2 両側性の眼窩神経と涙腺腫大を呈した CLL/SLL の1例

○児玉 達夫¹⁾²⁾、杉原 一暢²⁾、谷戸 正樹²⁾、菅 里加³⁾、長瀬 真実子³⁾

1)島根大・先端がん治療センター、2)島根大、3)島根大・病理部

O4-3 眼付属器濾胞性リンパ腫8例のフローサイトメトリー解析による臨床病理学的特徴

○三田村 瑞穂¹⁾、加瀬 諭¹⁾、鈴木 康夫²⁾、坂口 貴鋭²⁾、水門 由佳¹⁾、加瀬 学²⁾、石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)手稲溪仁会病院

O4-4 メタボロミクスを用いた眼窩リンパ増殖性疾患に対する代謝物の解析

○清水 広之¹⁾²⁾、臼井 嘉彦¹⁾、脇田 遼¹⁾²⁾、朝蔭 正樹¹⁾、瀬津 直也¹⁾、坪田 欣也¹⁾、山川 直之¹⁾、杉本 昌弘²⁾、後藤 浩¹⁾

1)東京医大、2)東京医大・低侵襲医療開発総合センター

O4-5 IgG4関連眼疾患の診断基準の改定ならびに重症度分類の策定について

○高比良 雅之¹⁾、安積 淳²⁾、臼井 嘉彦³⁾、大島 浩一⁴⁾、小川 葉子⁵⁾、尾山 徳秀⁶⁾、北川 和子⁷⁾、鈴木 茂伸⁸⁾、曾我部 由香⁹⁾、辻 英貴¹⁰⁾、古田 実¹¹⁾、後藤 浩³⁾

1)金沢大、2)神戸海星病院、3)東京医大、4)岡山医療センター、5)慶應大、6)新潟大、7)金沢医大、8)国立がん研究センター、9)三豊総合病院、10)がん研究有明病院、11)女子医大・八千代

一般口演5 16:55～17:55

[問葉系腫瘍]

座長：上田 幸典(聖隷浜松病院)

敷島 敬悟(東京慈恵会医科大学)

O5-1 眼瞼に発生した孤発性線維性腫瘍の1例

○柏木 広哉¹⁾、後藤 啓介²⁾

1)県立静岡がんセンター、2)県立静岡がんセンター 病理診断科

O5-2 脈絡膜に発生した Solitary fibrous tumor の1例

○河野 良太¹⁾、三島 一晃¹⁾、北岡 隆¹⁾、尹 漢勝²⁾、福岡 順也²⁾

1)長崎大、2)長崎大 病理部

O5-3 長期間画像フォローされていた Solitary fibrous tumor (SFT) の1例

○張 大行、大湊 絢、福地 健郎

新潟大

O5-4 眼窩に発生した炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の1例

○関 瑛子¹⁾、田邊 美香¹⁾、村上 大輔²⁾、藤井 裕也¹⁾、船津 治彦¹⁾、秋山 雅人¹⁾、吉川 洋¹⁾、山元 英崇³⁾、園田 康平¹⁾

1)九州大、2)九州大 耳鼻科、3)九州大 病理

O5-5 眼窩神経鞘腫30例の臨床所見と術式選択

○米田 亜規子¹⁾、渡辺 彰英¹⁾、中山 知倫¹⁾、上田 幸典²⁾、外園 千恵¹⁾、嘉島 信忠²⁾³⁾

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

第2日目 2021年9月5日(日)

モーニングセミナー 8:40～9:20

共催：小野薬品工業株式会社

座長：園田 康平(九州大学大学院医学研究院 眼科学 教授)

[PCNSL 治療の新たな選択肢チラブルチニブについて]

荒川 芳輝 京都大学大学院医学研究科 脳神経外科 講師

一般口演6 9:25～10:15

[マイボーム腺癌]

座長：臼井 嘉彦(東京医科大学)

渡辺 彰英(京都府立医科大学)

06-1 末梢神経に沿って浸潤した脂腺癌の1症例

○大島 浩一¹⁾、神農 陽子²⁾、永喜多 敬奈²⁾

1)岡山医療センター、2)岡山医療センター 検査科

06-2 瞼結膜下出血を伴った脂腺癌の2例

○高木 健一¹⁾²⁾³⁾、田邊 美香¹⁾、吉川 洋¹⁾、山名 佳奈子¹⁾、秋山 雅人¹⁾、藤井 裕也¹⁾、
関 瑛子¹⁾、船津 治彦¹⁾、園田 康平¹⁾

1)九州大、2)小倉医療センター、3)高木眼科

06-3 眼瞼脂腺癌症例の臨床的特徴と予後の検討

○奥 拓明¹⁾、渡辺 彰英²⁾、中山 知倫²⁾、米田 亜規子²⁾、熊切 将宜³⁾、上田 幸典³⁾、
外園 千恵²⁾

1)バプテスト眼科クリニック、2)京都府医大、3)聖隷浜松病院

06-4 眼瞼脂腺癌の予後に関するシステムティック・レビュー

○小幡 博人

埼玉医大・総合医療センター

一般口演7 10:20～11:10

[珍症例難症例]

座長：大島 浩一(岡山医療センター)

大湊 絢(新潟大学)

07-1 外直筋内に生じた皮様嚢腫の1例

○熊切 将宜¹⁾、上田 幸典¹⁾、米田 亜規子³⁾、伊勢 重之¹⁾、小島 康孝¹⁾、嘉島 信忠¹⁾²⁾

1)聖隷浜松病院、2)大浜第一病院、3)京都府医大

07-2 放射線治療が著効した前頭洞原発と考えられる脂腺癌の1例

○中山 知倫、渡辺 彰英、米田 亜規子、外園 千恵

京都府医大

07-3 組織型不明の眼窩内腫瘍の1例

○豊国 秀昭、坂本 麻里、岸本 真耶、江本 美佐、高野 史生、村井 佑輔、長井 隆行、
中村 誠

神戸大

07-4 肺腺癌の脈絡膜転移後に ALK 阻害薬が奏功した症例の長期経過 第2報

○若月 慶¹⁾、馬詰 和比古¹⁾、根本 怜¹⁾、岡野 哲也²⁾、後藤 浩¹⁾

1) 東京医大、2) 東京医大 呼吸器外科

一般口演8 11:20～12:10

[眼内腫瘍と視神経腫瘍]

座長：高橋 寛二（関西医科大学）

古田 実（東京女子医科大学八千代医療センター／福島県立医科大学）

08-1 光覚なしから視力が改善した IgG4 関連視神経症の1例

○山田 祐太郎、高比良 雅之、濱岡 祥子、杉山 和久

金沢大

08-2 原発眼内リンパ腫様の眼底病変を契機に診断に至った血管内リンパ腫の1例

○朝蔭 正樹¹⁾、馬詰 和比古¹⁾、蛸井 浩之²⁾、赤羽 大悟³⁾、後藤 浩¹⁾

1) 東京医大、2) 東京医大 呼吸器内科、3) 東京医大 血液内科

08-3 一般的な採血データを用いた機械学習による眼内リンパ腫の診断の可能性

○坪田 欣也、白井 嘉彦、瀬津 直也、後藤 浩

東京医大

08-4 眼内リンパ腫における硝子体のメタボローム解析

○脇田 遼¹⁾、白井 嘉彦¹⁾、朝蔭 正樹²⁾、清水 広之³⁾、瀬津 直也¹⁾、山川 直之¹⁾、
杉本 昌弘⁴⁾、後藤 浩¹⁾

1) 東京医大、2) 東京医大・八王子、3) 東京医大・茨城、4) 東京医大・低侵襲

ランチョンセミナー2 12:20～13:10

共催：参天製薬株式会社

座長：秋山 雅人（九州大学大学院医学研究院 眼病態イメージング講座 講師）

[AI と医療の邂逅 ～データサイエンスの“今”に迫る～]

1 AIを活用した医療・健康科学への挑戦

瀬々 潤 株式会社ヒューマノーム研究所 代表取締役社長

2 モバイルヘルスアプリで収集したビッグデータの 多階層横断的解析によるドライアイの多様性と不均一性の解明

猪俣 武範 順天堂大学医学部眼科学講座・同デジタル医療講座 准教授

優秀演題表彰式・閉会式・次期会長挨拶 13:10～

特別講演 抄 録

SL

小児の眼腫瘍

古賀 友紀(こが ゆうき)

九州大学大学院医学研究院 周産期・小児医療学講座／九州大学病院 小児科



略 歴

1991年 福岡県立修猷館高等学校 卒業
 1997年 佐賀医科大学医学部 卒業
 九州大学附属病院小児科 研修医
 1999年 福岡市立こども病院
 2000年 国立病院九州がんセンター
 2001年 九州大学大学院生殖発達医学専攻
 2004年 九州大学病院 小児科医員、助教、
 助教講師
 2017年 九州大学地域連携小児医療学講座
 准教授
 2020年～ 九州大学周産期・小児医療学講座
 准教授

日本小児がん研究グループリンパ腫委員
 同ホジキンリンパ腫臨床試験責任医師

日本小児血液がん学会評議員

日本小児がん研究グループ脳腫瘍委員

日本小児血液がん学会組織球症委員

日本小児血液がん学会学術・調査委員

日本血液学会評議員

日本小児科学会小児科専門医、指導医

日本小児血液・がん学会専門医、指導医

日本血液学会専門医、認定指導医

日本造血細胞移植学会移植認定医

日本がん治療認定医機構がん治療認定医

日本緩和医療学会認定医

小児の眼部腫瘍性疾患における初発症状には、眼球局所あるいは周囲に生じた腫瘍による症状と中枢神経病変による神経症状がある。鑑別疾患として、網膜芽細胞腫をはじめとする固形腫瘍だけでなく、白血病、リンパ腫やランゲルハンス細胞組織球症などの血液腫瘍疾患が挙がる。特に乳幼児の場合は症状の覚知が遅れることがあり、慎重なる観察を要する。注意すべき症状は、白色瞳孔、眼球突出・眼瞼腫脹、斜視などであるが、急速進行性、不可逆性の視力低下から腫瘍関連緊急状態に陥ることがある。

1984年以降に当院で経験した網膜芽細胞腫116例(片側性77例、両側性38例、三側性1例)につき解析した。10例(8.6%)に家族歴があった。155眼中、108眼(70%)に眼球摘出術を施行し、片側性4例と両側性5例で両眼温存可能であった。死亡は6例(片側性1例、両側性4例、三側性1例)、二次がん発生は3例(片側性1例、両側性2例)であった。10年全生存率は94.9%、無病生存率は88.5%であり、両側性において、眼球温存目的の局所療法前全身化学療法施行例は、未施行例に比し無病生存率が高かった($p = 0.03$)。両側性網膜芽細胞腫に対する全身化学療法は、二次がんリスクを上げることなく、眼球温存を目指せることを明らかにした。

眼部腫瘍性疾患は頻度が低いが、病態の理解だけでなく症状に応じた鑑別診断と適切でかつ迅速な判断が重要である。初発時より眼科、小児科など多診療科、多職種との連携が求められる。

【利益相反】なし

一 般 口 演 抄 録

01-1

結膜悪性黒色性腫に対し、
羊膜移植を施行した1例

○前原 紘基(まえはら ひろき)¹⁾、田中 啓一郎¹⁾、
古田 実²⁾、石龍 鉄樹¹⁾

1)福島県医大、2)女子医大・八千代

【緒言】結膜悪性黒色腫は本邦では10万人に0.0059人と非常に稀な疾患であり、症例数が少ないために、標準的な治療方針が定まっていない。局所再発率も高く、広範な切除術と眼表面再建術に関する知見も不足している。今回我々は再発性結膜悪性黒色腫に対し、羊膜移植を施行した1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

【症例】46歳男性。右結膜腫瘍のため当科紹介初診した。右眼4時の角膜輪部を中心とした直径5.90mmの乏色素性結膜悪性黒色腫を疑い、腫瘍全切除＋冷凍凝固術を施行し、診断が確定された。PET-MRIでは全身に転移を認めなかった。しかしその後、6ヵ月毎に2回の局所再発を来し、徐々に切除範囲が広がるも、常に切除断端は陰性であった。初回手術から3年後、3回目の局所再発と上方円蓋結膜に飛び石病変を認めた。全身検索で転移はなく、矯正視力は(1.2)あり、半周に及ぶ球結膜切除と羊膜を用いた眼表面再建術を計画した。安全域はShieldsらの報告を参考に2.0mmとり、結膜との癒着の強い部分の強膜は部分的に半層切除し、色素沈着のある結膜を全て除去し、羊膜で覆った。抄録作成時点で術後4ヵ月が経過したが、再発はなく、羊膜の状態も良好である。

【結語】結膜悪性黒色腫は腫瘍より広い範囲の結膜を切除すると再発率を抑えられるという報告がある。また、羊膜移植は広い結膜欠損に対応可能である。結膜悪性黒色腫切除術のオプションとして羊膜移植は有用であると考えられた。

【利益相反】なし

01-2

Nivolumab と IFN- β で
色素脱失をきたした
眼瞼結膜悪性黒色腫の1例

○杉原 一暢(すぎはら かずのぶ)¹⁾、児玉 達夫²⁾、
大田 征孝³⁾、谷戸 正樹¹⁾

1)島根大、2)島根大・先端がん治療センター、
3)島根大・皮膚科

【緒言】眼瞼結膜悪性黒色腫に対し、Nivolumab の全身投与とインターフェロン β (IFN- β) の局所注射を併用したところ、眼局所に色素脱失を来したので報告する。

【症例】54歳男性。1週間前から左眼結膜に黒色腫瘍が出現し、当科を紹介された。左眼涙丘部から下眼瞼結膜にかけて黒褐色の結節性病変が隆起し、下眼瞼は肥厚していた。下眼瞼結膜円蓋部から眼球結膜、上眼瞼結膜面にかけて帯状の色素性病変も見られた。結節性病変を切除し、悪性黒色腫の病理診断を確定した。PET-CT で左眼窩集積以外に明らかな他臓器転移性は無かった。切除不能の悪性黒色腫として術後から10か月間でnivolumab を13回全身投与、IFN- β を上下眼瞼皮下と眼球結膜下に20回局所注射したところ、黒色病変は消失した。同時に眼瞼皮膚と睫毛の色素脱失も顕性化した。術後2年間で再発・転移は見られない。

【考案】免疫チェックポイント阻害剤は、白毛化や夕焼け状眼底といった原田病様の脱色素性病変を来すことが有る。IFN- β も局所注射後に皮膚の脱色素を来したという報告がある。本症例はIFN- β の局所注射部に限局性に脱色素が見られており、メラノサイトに対するIFN- β の免疫応答をnivolumab が増強した可能性がある。

【利益相反】なし

01-3 再発・転移をきたした 涙嚢原発悪性黒色腫の1例

○篠原 大輔(しのはら だいすけ)¹⁾、市原 巧介¹⁾、
脇 裕磨²⁾、延山 嘉真²⁾、敷島 敬悟¹⁾

1) 慈恵医大、2) 慈恵医大 皮膚科

【緒言】涙嚢原発の悪性黒色腫は非常に稀である。今回我々は、涙嚢原発悪性黒色腫に対する涙嚢摘出後に再発・転移をきたした1例を経験したので報告する。

【症例】悪性腫瘍の既往のない65歳女性。2018年1月より右流涙を自覚した。同年6月に右涙管チューブ挿入術を施行した。術中、右涙嚢に不整な隆起性病変を認め、生検を行った。病理組織検査から悪性黒色腫と診断され、同月右涙嚢摘出術を施行した。当院皮膚科でニボルマブ投与を開始し、MRIで経過観察をしていたが、2020年2月に右下眼瞼腫瘍を認めたため、同年6月に摘出術を施行した。術中所見では原発巣周囲に2ヶ所の黒色腫瘍を認め、被膜に覆われていた。被膜を破囊しないよう慎重に周囲から鈍的剥離し、一塊として摘出、創部を十分に洗浄し閉創した。病理診断は悪性黒色腫であった。また、同時期に肺・肝に転移を認めた。ニボルマブ・イピリムマブ併用療法を開始したが、免疫関連有害事象が出現したため中止し、ペンブロリズマブ投与を開始した。2021年2月に右涙嚢窩に腫瘍を認め、局所制御のため摘出術を施行した。術中所見では前回再発時と同様、腫瘍は被膜に覆われていた。周囲の涙嚢窩骨と剥離し摘出した。

【考按・結論】化学療法下でも腫瘍は再発・増大した。2度の再発時の術中所見では、腫瘍は浸潤性ではなく被膜に覆われており、被膜ごと摘出した。再発所見の評価を含め、既報と比較し報告する。

【利益相反】なし

01-4 結膜悪性黒色腫における FISH法による3番染色体の解析

○臼井 嘉彦(うすい よしひこ)、坪田 欣也、
馬詰 和比古、後藤 浩

東京医大

【目的】ぶどう膜悪性黒色腫では3番染色体の欠失がモノソミー3として生命予後に関連する重要な染色体異常として知られ、その発生や転移に関与していると考えられている。今回我々は、結膜悪性黒色腫における3番染色体についてFISH法を用いて解析したので報告する。

【方法】2017年から2021年に東京医科大学病院眼科を受診し、組織学的に結膜悪性黒色腫と診断された13症例(男性6例、女性7例、平均年齢74.0±16.6歳)を対象とした。

生検組織からD3Z1(chromosome 3 centromere probe, Oncor社)のDNAプローブを用いてFluorescence in situ hybridization(FISH)法を施行した。3番染色体セントロメアのシグナル数を示す細胞の分画が15%以上の組織を染色体異常として判断した。

【結果】結膜悪性黒色腫13例中7例(53.8%)に3番染色体の異常がみられた。その内訳としてトリソミー3例(23.1%)、テトラソミー3例(23.1%)、ヘキサソミーが1例(7.7%)にみられた。

【結論】結膜悪性黒色腫では、ぶどう膜悪性黒色腫でみられるmonosomy 3の異常がみられず、3番染色体の様々な数的異常がみられた。結膜悪性黒色腫とぶどう膜悪性黒色腫は、組織学的には同じ悪性黒色腫でありながら、病態形成に関わる遺伝子異常が異なる可能性がある。

【利益相反】あり

01-5 結膜悪性黒色腫の臨床像と予後の検討

○田邊 美香(たなべ みか)、船津 治彦、秋山 雅人、
藤井 裕也、関 瑛子、山名 佳奈子、吉川 洋、
園田 康平

九州大

【緒言】結膜悪性黒色腫の日本人を対象とした報告は小規模な症例集積研究に限られている。本研究の目的は日本人の結膜悪性黒色腫患者の臨床的特徴、および予後を明らかにすることである。

【対象と方法】九州大学眼科において1998年1月1日から2017年3月31日までに結膜悪性黒色腫と診断し加療した結膜悪性黒色腫20例を対象とし、臨床像および転帰を診療録からレトロスペクティブに検討した。

【結果】平均経過観察期間は 75.4 ± 35.6 か月。全20例の内訳は男性8例、女性12例で男女比は2:3、平均年齢は 64.2 ± 14.8 歳(37歳～88歳)、右眼が12例、左眼が8例であった。主な発生部位は涙丘8例、下円蓋部6例、上円蓋部5例(重複あり)であり、臨床病期はAJCC stagingでT分類2期以上が14例(70%)であった。初回治療は3例で眼球摘出、1例で眼窩内容除去を施行し、その他の16例は、局所切除、冷凍凝固、IFN- β 局所注射を併用し眼球温存可能であった。局所再発を認めた症例は4例(20%)で、局所再発の時期は平均68.6か月であった。転移は5例(25%)で認め、頸部リンパ節2例、肺が3例であった。転移までの期間は平均70.7か月であった。腫瘍関連死は4例(20%)で、死亡までの期間は平均75.4か月であった。死亡した4例は転移から平均16.8か月で死亡していた。

【結論】日本人における結膜悪性黒色腫症例は、初診時のT分類が2期以上の症例が多く、転移した症例の多くは転移後早期に死亡していた。

【利益相反】なし

01-6 結膜悪性黒色腫の臨床像と治療成績

○田中 啓一郎(たなか けいいちろう)¹⁾、前原 紘基¹⁾、
古田 実²⁾、石龍 鉄樹¹⁾

1)福島県医大、2)女子医大・八千代

【緒言】結膜悪性黒色腫は非常にまれな疾患で、治療には外科的切除に加えて冷凍凝固や術後補助療法、全身化学療法の併用などが行われるが再発も少ない。今回、初回治療と再発に着目し検討を行った。

【対象と方法】2001年9月10日から2021年5月13日までに結膜悪性黒色腫と診断し経過を追えた15例を対象に、後ろ向き診療録調査を行った。

【結果】診断時の平均年齢は55(範囲12-84)歳、男性9例、女性6例であった。病変の分布には差はなく、AJCC分類ではcT1 5例、cT2 8例、cT3 2例であった。全症例で診断時には転移病巣は認めなかった。治療は局所切除のみが4例、術後局所化学療法が8例、全身化学療法に眼局所化学療法の併用が3例だった。術後観察期間内の眼局所再発例は4例(27%)で、Kaplan-Meier法での1年局所再発率は14%、2年局所再発率は21%であった。転移を認めたのは2例(13%)で、それぞれ初回治療から44か月目、104か月目で転移病巣を確認した。転移と局所再発を含めた1年再発率は14%、2年再発率は21%、5年再発率は31%であった。局所再発率、および転移も含めた再発率と、診断時年齢、治療前の腫瘍部位、腫瘍サイズ、AJCC分類、術後補助療法の有無には関与がなかった(いずれもFisherの正確検定 $p > 0.05$)。

【考按】結膜悪性黒色腫は腫瘍サイズの小さい症例や、術後補助療法を行った症例でも再発をきたしうするため、長期のフォローアップと更なる症例蓄積が必要である。

【利益相反】なし

02-1 上眼瞼にメルケル細胞癌を認めた1例

○竹内 正興(たけうち まさおき)¹⁾、盛 秀嗣¹⁾、
高橋 寛二¹⁾、石田 光明²⁾

1) 関西医大、2) 関西医大 臨床病理

【緒言】高齢者の上眼瞼に発赤を伴う腫瘤を認めた場合、霰粒腫や脂腺癌が疑われることが多い。今回我々は上眼瞼の発赤を伴う腫瘤を霰粒腫と臨床診断したが、病理組織診断の結果 Merkel 細胞癌であった1例を経験したので報告する。

【症例】83歳男性。X年Y月頃から右上眼瞼の腫瘤が徐々に増大し、同年Y+1月関西医科大学附属医院に紹介受診となった。右上眼瞼耳側に8×6mmの巨大な赤色調腫瘤を認めた。既往歴に肺癌があったため、肺癌の転移もしくは霰粒腫を疑い、確定診断のために同月に右上眼瞼腫瘍部分切除術を施行した。術中腫瘍の内容物は粥状分泌物を呈した。摘出標本はパラフィンブロックおよび切片を作成し、HE染色および免疫染色を行った。HE染色では、腫瘍内部にN/C比の高い類円形核の異型細胞の増殖を認めた。免疫染色ではCK20、AE-1/3、ChromograninA、Synaptophysinの陽性所見、CD45、TTF-1、P40の陰性所見を認めた。以上の組織所見から、右上眼瞼Merkel細胞癌と確定診断した。その後Merkel細胞癌縮小目的としてアベルマブの全身投与を行ったが、肺癌の再発による全身状態の増悪により、同年Y+3月永眠となった。

【結論】上眼瞼に発赤を伴う腫瘤を認めた際には霰粒腫や脂腺癌を疑うが、本症例のようにMerkel細胞癌である可能性も稀にある。

【利益相反】なし

02-2 眼瞼腫瘍再建における残余瞼板に対するcryotherapyと遊離瞼板移植の有用性と安全性

○柚木 達也(ゆのき たつや)、林 篤志
富山大

【緒言】眼瞼悪性腫瘍再建における残余瞼板に対するcryotherapyと遊離瞼板移植の有用性と安全性について検討する。

【対象と方法】2017年6月から2021年2月において当院で眼瞼再建を行った15例15眼の眼瞼悪性腫瘍(脂腺癌10例、基底細胞癌5例)患者を対象とした。安全域を含む眼瞼全層で腫瘍を切除し、術中もしくは術後病理検査で断端浸潤陰性を確認した。脂腺癌症例には残余瞼板の切除断端にcryotherapyを行った。そして、同側もしくは対側の上眼瞼から採取した遊離瞼板を瞼板欠損部に移植し、皮弁による前葉再建を行った。術後平均経過観察期間は13.4±8.4カ月であった。

【結果】遊離瞼板の横径は脂腺癌10.5±2.8mm、基底細胞癌7.2±0.84であり、脂腺癌が優位に大きかった(p=0.012)。遊離瞼板の脱落や壊死に陥った症例はなく、cryotherapyの有無に関わらず遊離瞼板の生着に問題はなかった。経過中に局所再発はなかったが、脂腺癌の1例で頸部リンパ節転移がみられた。眼局所の合併症は脂腺癌で4例(角膜障害2例、眼瞼内反2例)、基底細胞癌で角膜障害1例であり、脂腺癌の1例で眼瞼内反の修正手術が必要であった。また、遊離瞼板採取に伴うドナー側の合併症はみられなかった。

【結論】眼瞼悪性腫瘍切除後の再建において、遊離瞼板を用いた術式は有用かつ安全であり、前葉のvascular supportが得られれば、cryotherapyは遊離瞼板の生着に影響を与えにくく、局所再発の低下に寄与する可能性がある。

【利益相反】なし

02-3 遊離瞼板結膜片移植後の 内反防止のための advanced orbital fat flap による 上眼瞼延長術

○尾山 徳秀(おやま とくひで)¹⁾²⁾³⁾、張 大行³⁾、
大湊 絢³⁾、塩崎 直哉²⁾、江口 功一⁴⁾、
福地 健郎³⁾

1)うおぬま眼科、2)長岡日赤、3)新潟大、4)江口眼科

【緒言】我々は上眼瞼結膜悪性腫瘍切除時に眼瞼全層で1/2以上の欠損が生じた場合、健側の上眼瞼瞼板を瞼縁から4mm離して頭側部を結膜とともに free tarsconjunctival graft として眼瞼後葉に利用している。眼瞼前葉は適宜 V-Y flap もしくは transpositional flap などで再建している。手術時間も短く、日帰り手術で非常に便利であるが、術後に上眼瞼皮膚が侵入し角膜へ接触することや皮膚の毛による角膜上皮障害が問題であった。

【目的】Advanced orbital fat flap により aponeurosis の延長をはかることで前葉と後葉のアンバランスを整え、さらに瞼縁膨大部作成のため脂肪弁を土台にして移植片の結膜部分を縫合することで角膜上皮障害改善をめざすこと。

【結果】7例7眼瞼で、上眼瞼皮膚が roll し角膜へ接触することや皮膚の毛による角膜上皮障害が格段に減少し、異物感を訴える症例はなかった。

【考察】最長で3年の経過観察期間であるが、本術式により過去20年程度施行してきた再建術の術後角膜上皮障害による異物感を訴える症例が減少すると思われる。欠点は、眼窩隔膜の消失による眼窩脂肪脱出で上眼瞼膨隆が出現することである。脂肪弁の適宜減量などで対処できると考えている。

【利益相反】なし

02-4 結膜扁平上皮癌における 制御性 T 細胞をはじめとする 腫瘍免疫の関連

○田上 瑞記(たがみ みすき)¹⁾、梯 アンナ³⁾、
坂井 淳¹⁾、三澤 宣彦¹⁾、吉川 敦子²⁾、
鰐淵 英機³⁾、安積 淳²⁾、本田 茂¹⁾

1)大阪市大、2)神戸海星、3)大阪市大 分子病理

【目的】結膜扁平上皮癌(SCC)における制御性 T 細胞(Treg)をはじめとする腫瘍免疫の関連を検討し、腫瘍微小環境について病理組織学的に検討する。またそれらの予後との関連についても検討を行う。

【方法】2007年11月から2020年4月まで、神戸海星病院ならびに大阪市立大学医学部附属病院眼科で手術加療をうけた31例について、Treg マーカーとしての FOXP3、腫瘍浸潤リンパ球マーカーとしての CD8、および活性化 Treg での CXCR4 発現の検討を免疫組織化学染色において行った。

【結果】症例は31例で FOXP3 陽性 Treg の局在を詳細に調査するために、FOXP3、CD8、および CXCR4 の腫瘍表面、腫瘍中心、および血管周囲の染色パターンを調査した。

腫瘍浸潤リンパ球における FOXP3、CD8 及び FOXP3/CD8 比の染色性は上皮内癌(Tis)と進行期症例(T1 $\geq$)とで有意な差が認められた($P < 0.01$)。また、CXCR4/FOXP3 の二重免疫染色では、年齢や Ki67 index に独立して、AJCC の T ステージ(Tis vs T1 $\geq$)と相関していた($P < 0.01$)。

【考案】腫瘍組織や傍腫瘍組織でのリンパ球の浸潤、中でも FOXP3 陽性の Treg は腫瘍微小環境において免疫寛容を誘導し、腫瘍の局所進展や遠隔転移との関連が報告されている。

今回の我々の検討も、複数の他臓器での腫瘍と同様に局所免疫寛容が腫瘍の進展に関与している結果を得た。

【結語】結膜 SCC においても Treg を中心とした腫瘍免疫の混乱は腫瘍の進展に関連する可能性がある。

【利益相反】なし

02-5

眼瞼結膜悪性腫瘍の
癌種横断的遺伝子発現解析および
融合遺伝子の検索

○左野 裕介(さの ゆうすけ)¹⁾²⁾、秋山 雅人¹⁾、
藤井 裕也¹⁾、関 瑛子¹⁾、山名 佳奈子¹⁾、
吉川 洋¹⁾、田邊 美香¹⁾、藤本 明洋²⁾、
園田 康平¹⁾

1)九州大、2)東京大 人類遺伝学

【緒言】悪性腫瘍のRNA解析は、遺伝子発現量に基づく患者の層別化や、発がんに関連する融合遺伝子検出により病因論の解明に有用である。また、癌種横断的な解析により原発が異なる癌種間の遺伝子発現の類似度を推定しうるが、眼瞼結膜悪性腫瘍に対する横断的解析の報告はない。眼瞼結膜悪性腫瘍のRNA解析を行い、様々な原発臓器の悪性腫瘍の情報と統合解析を行なったので報告する。

【対象と方法】九州大で取得した脂腺癌8例、基底細胞癌3例、結膜扁平上皮癌3例についてトランスクリプトーム解析を行い、データベースに登録された原発の異なる36癌種、9,924例のRNAデータと統合し、横断的解析を行った。また眼瞼結膜悪性腫瘍の融合遺伝子を検索し、癌の遺伝子異常データベースを参照し報告の有無を確認した。

【結果】主成分分析で遺伝子発現量データを2次元に射影した際、脂腺癌、基底細胞癌が様々な原発臓器の扁平上皮癌と隣接した。融合遺伝子の検索では、同定された85の遺伝子ペアのうち3ペアがデータベースに登録されていた。またペアとなる遺伝子はデータベースと一致しないものの、他の癌腫で融合が報告された遺伝子が17遺伝子同定された。

【結論】眼瞼結膜悪性腫瘍が原発によらず類似した遺伝子発現パターンを呈した。他の癌種と共通する融合遺伝子を有することは、眼瞼結膜悪性腫瘍の遺伝子異常に基づく再分類や分子標的探索に有用な知見となりうる。

【利益相反】なし

03-1 眼窩内巨大血管奇形に対して術前 NBCA 塞栓を併施し摘出を行った1例

○小島 康孝(こじま やすたか)¹⁾、上田 幸典¹⁾、
林 正孝²⁾、熊切 将宜¹⁾、伊勢 重之¹⁾、
嘉島 信忠¹⁾³⁾

1) 聖隷浜松病院、

2) 聖隷浜松病院 脳神経外科、

3) 大浜第一病院 眼形成眼窩外科

【緒言】眼窩内血管奇形や孤立性線維性腫瘍などの血流が豊富な腫瘍は、術前に塞栓術が行われることがある。眼窩内腫瘍性病変に対しては、コイル塞栓術が一般的だが、n-butyl-cyanoacrylate (NBCA) を使用した報告は乏しく、今回経験したため報告する。

【症例】既往のない27歳女性。2016年に左眼球突出を自覚し、2020年2月より急速に症状が増悪し、2020年4月に前医で腫瘍の部分切除生検が実施された。血管奇形が疑われ、同月に当院に紹介された。MRI 検査で眼窩下方に巨大な血管奇形を疑う病変を認め、血流評価のため翌日に血管造影検査を施行し、眼動脈の枝からの栄養血管を確認した。腫瘍径が大きく、摘出時の多量の出血が予想されたため、当院脳神経外科に依頼し、術前日にNBCAによる塞栓術を施行し、腫瘍摘出術を行った。腫瘍前方での止血効果は高かったが、一部に薬剤による正常組織との癒着を認めた。腫瘍後方は薬剤の誘導されていない部分を認め、同部から出血があったが、局所止血剤を使用し、止血が可能であった。術後血腫や薬剤塞栓による合併症は生じなかった。術後3か月のCT 検査で明らかな再発はなく、整容面・機能面ともに改善を認めた。

【結論】術前のNBCA 塞栓術は、本症例においては十分な止血効果を得ることができ、腫瘍径が大きく出血リスクの高い血管奇形に対して、有用な方法であることが期待された。

【利益相反】なし

03-2 脈絡膜悪性黒色腫の治療法および予後の検討

○藤井 裕也(ふじい ゆうや)、田邊 美香、
秋山 雅人、船津 治彦、関 瑛子、吉川 洋、
園田 康平

九州大

【緒言】近年、脈絡膜悪性黒色腫の治療法の一つとして強度変調放射線治療が行われるようになってきているが、他の治療法と予後を比較検討した報告は限られている。今回我々は脈絡膜悪性黒色腫の治療法および予後を検討したので報告する。

【対象と方法】対象は2007年から2018年の間に九州大学眼科で脈絡膜悪性黒色腫と診断し、治療後1年以上経過を追えた48例48眼。診療録をもとに後ろ向きに調査した。

【結果】診断時の年齢は29～87(平均63.1)歳、男性19例、女性29例。腫瘍の最大径は7～20(平均11.1)mm、最大厚は3～14.5(平均6.7)mmであった。眼球摘出術16例、局所切除術1例、サイバーナイフ14例、重粒子線6例、強度変調放射線治療11例施行した。転移を認めた症例は眼球摘出術4例、サイバーナイフ4例、重粒子線2例、強度変調放射線治療1例の合計11例で、治療間で明らかな差は認めず(ログランク検定 $P=0.82$)、治療後転移までの期間は13～105(平均40.5)か月であった。死亡した症例は全例転移を認め、眼球摘出術3例、サイバーナイフ3例、重粒子線1例、強度変調放射線治療1例の合計8例、各治療法で差を認めず(ログランク検定 $P=0.99$)、転移から死亡までの期間は4～69(平均25)か月であった。治療後の観察期間は15～166(平均59.2)か月、5年以上経過を追えた20症例で、5年生存率は84%であった。

【結論】各治療法の予後に差を認めなかった。約2割の症例で転移を認め、その多くは数年後に死亡していた。

【利益相反】なし

03-3 炭素イオン線照射後に 腫瘍再発が疑われた 強膜壊死の1例

○伊藤 英理奈(いとう えりな)¹⁾、川嶋 真¹⁾、
溝田 淳¹⁾、若月 優²⁾

1)帝京大、2)QST 病院

【緒言】眼球に対する放射線治療の合併症として稀ではあるが強膜壊死の報告がある。今回脈絡膜悪性黒色腫に対して炭素イオン線照射6年後に強膜壊死の生じた症例を経験したので報告する。

【症例】女性、44歳時に右眼脈絡膜悪性黒色腫に対して前方から1門で70GyEの炭素イオン線照射を受けている。その後白内障が進行し照射3年半後に白内障手術を施行。その後受診途絶えるが、照射6年後に視力低下とのことで受診。患眼の視力は光覚なく、眼圧は測定できなかった。12時方向の腫瘍のあった部位に一致して強膜、強膜を破って黒色腫瘍が見られた。眼底所見では視神経萎縮がみられた。腫瘍の再発と眼外浸潤が疑われた。腫瘍の擦過細胞診では異形細胞は見られなかった。最終的に眼球摘出を行い病理では再発を疑わせる所見はなく、炭素イオン線照射による強膜壊死と考えられた。

【考察】脈絡膜悪性黒色腫に対する炭素イオン線照射では照射方向が1門でも2門でも必ず腫瘍と接する部位の強膜は照射野に含まれ高い線量が照射され、強膜に何らかの障害が加わり、強膜壊死に至ったものと考えられた。

【利益相反】なし

03-4 眼科領域悪性腫瘍に対する 炭素イオン線治療の初期経験

○戸山 真吾(とやま しんご)、末藤 大明、松延 亮、
寺嶋 広太郎、福西 かおり、塩山 善之
九州国際重粒子線がん治療センター 放射線科

【緒言】炭素イオン線治療は放射線治療(外部照射)の一種で、X線治療や陽子線治療と比較し優れた線量集中性と高い生物効果を有することが特徴である。当初先進医療として施行されていたが、2018年4月より頭頸部非扁平上皮癌の一部として眼科領域の悪性腫瘍も保険適応となっている。当施設では2013年より頭頸部腫瘍の治療を開始し4例の眼科領域悪性腫瘍の治療を施行しており、今回長期経過観察が行えた2例の初期経験を報告する。

【症例】症例1は76歳女性の左涙嚢原発の脂腺癌。篩骨洞や鼻腔にも浸潤をしていたことから炭素イオン線治療の方針となり、炭素イオン線治療64Gy(RBE)/16回分割の治療を施行した。照射後に左顎下リンパ節と左頬部の再発に対する救済治療が施行されたが、治療後約3年6か月が経過しており照射部位の局所再発や重篤な有害事象は認めていない。

症例2は30歳女性の左涙腺原発の腺様嚢胞癌。術後の局所再発病変に対して炭素イオン線治療64Gy(RBE)/16回分割の治療を施行した。治療後約3年が経過しており局所再発や重篤な有害事象は認めていない。

【結論】眼科領域悪性腫瘍に対する炭素イオン線治療の初期経験を報告した。今後も症例集積や経過観察を行い有効性と安全性を評価する予定である。

【利益相反】なし

03-5

視神経膠腫に対する治療：
生命予後と機能予後
(Extended Report)

○柳澤 隆昭(やなぎさわ たかあき)¹⁾³⁾、本多 隆也²⁾、
山岡 正慶²⁾、秋山 政晴²⁾、廣津 竜也¹⁾、
増本 愛¹⁾、野中 雄一郎¹⁾、鈴木 智成³⁾、
敷島 敬悟⁴⁾

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

【背景】視神経膠腫(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。疾患と治療によって視機能障害、内分泌機能障害、認知機能障害、血管障害、悪性転化など生命と Quality of Life (QOL) を左右する合併症を生じる可能性があり、診断・治療法の選択が重要である。

【目的・方法】視神経膠腫について、前回の本学会での報告から症例数・追跡期間を拡大して、治療経過を報告し診断・治療について考察する。初発、再発時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29年3月に紹介になった OPG 患者45例のうち、生後4ヶ月～16歳の39例(初発25例、再発14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37例は非合併例。片側視神経に局限した眼窩内腫瘍4例、他35例は視路視床下部腫瘍。初発4例、再発2例に播種を認めた。小児 LGG 全体の15年全生存率は90%を越えるが、再発例で、腫瘍進展、悪性転化による死亡例がある。初発例25例では、治療後視機能改善したものは9例、不変9例、悪化7例。

【結語】多発播種病変を認める例でも、化学療法による制御が達成されている。放射線治療は、長期的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。機能予後、特に視機能予後の観点からは従来の化学療法は不十分であり、分子標的治療など有効な新規治療の導入が必要である。

【利益相反】なし

04-1 両眼窩に病変を生じた Erdheim-Chester 病の1例

○大湊 絢(おおみなと じゅん)¹⁾、張 大行¹⁾、
福地 健郎¹⁾、片桐 隆幸²⁾、河本 啓介²⁾、
瀧澤 淳²⁾、谷 優佑³⁾、梅津 哉³⁾

1)新潟大、2)新潟大 血液・内分泌・代謝内科、
3)新潟大 病理部

【緒言】 Erdheim-Chester 病 (ECD) は原因不明の組織球増殖性疾患の一つで全身の臓器に浸潤が見られる。今回、両眼窩内に病変を生じ眼窩病変の生検が確定診断の一助となった ECD の1例を経験したので報告する。

【症例】 70代男性。X-5年、左外腸骨動脈閉塞に対して新潟大学医歯学総合病院(当院)放射線科で経皮血管拡張術を施行。この時のCTで腎周囲・両側腸骨動脈周囲の軟部組織陰影と下腿骨の骨硬化がみられ、血液検査でsIL-2Rが高値を示し当院血液内科へ紹介となった。骨シンチグラフィで大腿骨や脛骨・足関節に集積を認め、ECDが疑われたが本人が骨生検を拒否し血液内科は一旦終診となった。X年7月頃より両眼の見にくさを自覚、CTで両側眼窩内に腫瘍性病変を認めた為、9月に当科紹介となった。経過から眼窩病変もECDの可能性があると思われ左眼窩内病変、左脛骨病変を生検した。何れの検体にも泡沫細胞の浸潤がみられ浸潤細胞はCD68(+), CD163(+), CD1a(-), S100(-)であった。生検検体からBRAF V600E変異も認められた。画像所見と併せてECDの診断となった。血液内科でクラドリン単独療法が4コース施行され、その後は経過観察となった。治療終了後1年程で眼窩内病変は軽度の縮小がみられた。

【考察】 ECDでは3割ほどの症例で眼窩内病変を生じるとされる。ECDの診断には病理所見が重要だがそれのみでの診断は難しく、臨床症状や画像・検査所見を組み合わせる総合的に判断する必要がある。

【利益相反】 なし

04-2 両側性の眼窩神経と涙腺腫大を呈した CLL/SLL の1例

○兒玉 達夫(こだま たつお)¹⁾²⁾、杉原 一暢²⁾、
谷戸 正樹²⁾、菅 里加³⁾、長瀬 真実子³⁾

1)島根大・先端がん治療センター、2)島根大、
3)島根大・病理部

【緒言】 涙腺腫大と眼窩神経腫大を来す疾患としてIgG4関連疾患が有名であるが、反応性リンパ過形成でも眼窩神経腫大が報告されている。今回、両側性の涙腺と眼窩神経腫大を呈した chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma (CLL/SLL) の1例を経験したので報告する。

【症例】 72歳男性。3年前に他院でリンパ節腫大あり、生検でCLL/SLLの診断後、病状安定にて経過観察されていた。ステロイド治療の既往はなかった。半年前から両側の涙腺腫大による眼瞼腫脹が増悪してきたため、生検目的で当科を紹介された。前院のCT、MRI画像で両側の涙腺腫大と眼窩神経腫大が描出されていた。術前のsIL2Rと $\beta 2$ ミクログロブリン値は上昇していたが、IgG4は47.8 mg/dlと正常範囲であった。腫大涙腺を生検したところ、CD20、CD5陽性、CD23弱陽性、cyclin D1は陰性で、CLL/SLLと診断された。IgGとIgG4はほとんど免疫染色されなかった。JH遺伝子再構成は陽性であった。

【結論】 眼窩神経腫大をきたす疾患の鑑別に、CLL/SLLも加える必要がある。

【利益相反】 なし

O4-3 眼付属器濾胞性リンパ腫8例の フローサイトメトリー 解析による臨床病理学的特徴

○三田村 瑞穂(みたむら みずほ)¹⁾、加瀬 諭¹⁾、
鈴木 康夫²⁾、坂口 貴鋭²⁾、水門 由佳¹⁾、
加瀬 学²⁾、石田 晋¹⁾

1)北海道大、2)手稲溪仁会病院

【緒言】フローサイトメトリー(FCM)は様々な白血球集団の細胞表面マーカーの定量に用いられる。今回我々は眼付属器濾胞性リンパ腫(FL)の臨床病理学的特徴とFCMの結果を報告する。

【方法】本研究は多施設後向き観察研究で、2010年から2020年にFLと診断された8名(男性3名、女性5名)を対象とした。摘出した腫瘍の病理組織学的所見、免疫グロブリン重鎖(IgH)遺伝子クローン性再構成の有無、in situ hybridizationでのIgH-BCL2転座の検出、FCM結果に基づき、FLと診断された。FCMで検出した腫瘍組織中のB細胞およびT細胞マーカー(%)、細胞表面 κ/λ 比を検索した。

【結果】初診時年齢中央値は74歳、初期症状は眼瞼腫脹3例、異物感2例、眼球突出、眼瞼下垂、複視が各1例であった。病理組織学的には小～中型の異型リンパ球のびまん性増殖と濾胞形成を認めた。腫瘍細胞はCD10、CD20、BCL2が全例陽性、CD5は7例陰性であった。IgH遺伝子クローン性再構成は検査した6例全て、IgH-BCL2転座は検査した3例全てで検出された。FCMではB細胞マーカーの割合がT細胞マーカーに比較し高値で、CD10は6例で高値を示した。Ann Arbor病期分類は、I期が2例、II期が1例、III期が3例、IV期が2例であった。4例が化学療法を受け、1例は眼窩放射線照射を受け、3例は積極的な治療を行わなかった。

【結論】眼付属器FLは診断時に既に約半数で全身に腫瘍が見られた。FCMはFLの診断を補完し、腫瘍の病態の理解に有用である。

【利益相反】なし

O4-4 メタボロミクスを用いた 眼窩リンパ増殖性疾患に対する 代謝物の解析

○清水 広之(しみず ひろゆき)¹⁾²⁾、臼井 嘉彦¹⁾、
脇田 遼¹⁾²⁾、朝蔭 正樹¹⁾、瀬津 直也¹⁾、
坪田 欣也¹⁾、山川 直之¹⁾、杉本 昌弘²⁾、
後藤 浩¹⁾

1)東京医大、2)東京医大・低侵襲医療開発総合センター

【緒言】IgG4関連眼疾患(IgG4-ROD)およびMALTリンパ腫は眼窩に生じるリンパ増殖性疾患で、臨床的のみならず病理組織学的にも類似する。メタボロミクスは代謝物を網羅的に解析する手法で、近年、バイオマーカーの検索および病態の解明に応用されている。今回、IgG4-RODおよびMALTリンパ腫の組織検体に対してメタボロミクスを行い、両疾患間で発現の異なる代謝物の同定を行ったので報告する。

【対象と方法】まず、IgG4-ROD22検体および眼窩MALTリンパ腫21検体を対象として水溶性の代謝物質の網羅的測定を行い、両疾患で発現差のある代謝物を確認した。次に、初回の測定で有意な差が認められた上位10物質に対して、独立した新規症例(IgG4-ROD18検体および眼窩MALTリンパ腫17検体)を対象に検証を行った。代謝物の測定は液体クロマトグラフィー飛行時間型質量分析装置を用いた。

【結果】合計で101種類の代謝物が検出された。初回測定で有意差を認めた代謝物は35種類であった。検証測定を行った10種類の代謝物のうち、7種類で共通の変動と有意差を示した。初回測定と検証測定のいずれも顕著な有意差($p < 0.0001$)を示した代謝物として、CarnitineおよびN1、N12-Diacetylspermineが同定された。

【結論】IgG4-RODおよび眼窩MALTリンパ腫の組織中で発現が異なる代謝物が同定された。これらの代謝物は眼窩におけるリンパ増殖性疾患の鑑別とともに、病態の解明に繋がる可能性がある。

【利益相反】なし

04-5 IgG4 関連眼疾患の診断基準の 改定ならびに重症度分類の 策定について

○高比良 雅之^{(たかひら まさゆき)¹⁾}、安積 淳²⁾、
臼井 嘉彦³⁾、大島 浩一⁴⁾、小川 葉子⁵⁾、
尾山 徳秀⁶⁾、北川 和子⁷⁾、鈴木 茂伸⁸⁾、
曾我部 由香⁹⁾、辻 英貴¹⁰⁾、古田 実¹¹⁾、
後藤 浩³⁾

1)金沢大、2)神戸海星病院、3)東京医大、
4)岡山医療センター、5)慶應大、6)新潟大、
7)金沢医大、8)国立がん研究センター、
9)三豊総合病院、10)がん研究有明病院、
11)女子医大・八千代

【目的】本邦より2014年に公表されたIgG4関連眼疾患の診断基準の改正案を作成すること。また、IgG4関連眼疾患の重症度分類の作成に向けて素案を作成すること。

【方法】上記の目的に関して、厚労科研・AMED研究、難治性疾患政策研究事業「IgG4関連疾患の診断基準並びに診療指針の確立を目指す研究」の眼疾患分科会のメンバーで検討した。

【結果】IgG4関連眼疾患の診断基準の改訂案としては、最も症状が重篤である「視神経症」の記載を追加した。また、鑑別すべき疾患として、MALTリンパ腫に限らずに、「眼窩に発症するリンパ腫」とする記載に改めた。IgG4関連眼疾患の重症度分類については、視神経症により視力低下(矯正視力が両眼とも0.7未満、あるいは片眼が0.5未満)をきたす病態を重度、一方でステロイド内服治療を要さない程度の病態を軽度とする案を作成した。

【結論】診断基準については最近の知見にも鑑み、視神経症についての記載を追加する案を作成した。また、重症度分類としては、現行のIgG4関連疾患の難病指定としての重症度にも適合し得る案を提唱したい。

【利益相反】なし

05-1 眼瞼に発生した
孤発性線維性腫瘍の1例○柏木 広哉(かしわざ ひろや)¹⁾、後藤 啓介²⁾

1) 県立静岡がんセンター、

2) 県立静岡がんセンター 病理診断科

【はじめに】県立静岡がんセンターは、今年で開院19年目を迎えた。2007年から静岡県眼科医会会誌の学術項目に、前年の眼腫瘍のまとめを毎年掲載している。昨年は56例の眼腫瘍を経験し、その中で眼瞼孤発性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor: SFT)を経験したので、報告する。

【症例】80歳女性。8年前に右上眼瞼にしこりが発生。徐々に増大したため、初発から6年後に近医受診し、生検術施行。脂肪腫と診断され経過観察となった、しかし徐々に増大。生検から2年後に別施設受診し、CTで20×12mm大の腫瘍陰影が認められ、当院に紹介された。当院受診時、上眼瞼の腫瘤病変は硬結で可動性はなく、表皮には異常はなかった。まず生検術を施行し、病理診断はSFTであった。全身麻酔下で手術施行。睫毛のやや上縁で皮膚切開し腫瘍を丁寧に周辺組織から剥離した。眼瞼結膜との癒着が強かったが全摘出ができた。

【病理組織学的所見】全周性に被膜様線維を伴う腫瘍。小型の紡錘形～類上皮形の核(核異型なし)を有した腫瘍細胞が不規則に増殖していた。小血管や血管壁の硝子様変化などが認められた。CD34、CD99、STAT6で陽性。AE1/AE3, EMA, SMA, S-100, c-kitで陰性。Ki-67 Indexは5%であった。

【結論】眼科領域のSFTは、眼瞼、結膜、眼窩などに発生するが稀である。またWHO分類で軟部腫瘍の低頻度転移群に属するため、今後注意が必要である。

【利益相反】なし

05-2 脈絡膜に発生した
Solitary fibrous tumor の1例○河野 良太(こうの りょうた)¹⁾、三島 一晃¹⁾、北岡 隆¹⁾、尹 漢勝²⁾、福岡 順也²⁾

1) 長崎大、2) 長崎大 病理部

【緒言】脈絡膜に発生したSolitary fibrous tumor (SFT)の1例を経験したので報告する。

【症例】81歳女性。右眼視力低下を自覚し近医を受診していたところ、右眼黄斑浮腫と網膜隆起性病変を指摘された。X年7月、当科を受診し右眼鼻側に脈絡膜腫瘍を認めた。造影MRIにて8×12×12mmの病変を認め、T1低信号T2低信号であった。造影効果は良好均一であり、新生血管に富んだ病変が疑われた。強膜を越える進展を認め悪性病変が疑われたが、FDG-PETでは異常集積は認めなかった。嚴重に経過観察する方針とし、定期的に眼底検査、造影MRIおよびFDG-PETを行った。X+1年10月、FDG-PETにて異常集積は認めなかったが、造影MRIでは腫瘍の軽度増大と強膜進展の拡大を認めた。同年11月、眼球摘出術を行ったが、術中所見では強膜を越える病変はないと思われた。病理診断では脈絡膜から発生する白色の結節性腫瘍を認め、腫瘍は強膜を穿通していた。メラニン顆粒を有する紡錘形腫瘍細胞の増殖を認め、悪性黒色腫が疑われた。免疫染色ではHMB45(-)、Melan A(-)、S100(-)であったが、STAT6(+)であったことからSFTの診断となった。Ki-67は2%であったが強膜を越える悪性度があったため、嚴重に術後経過観察を行っている。現在までに再発は認めていない。

【結論】稀ではあるが脈絡膜にSFTが発生することがある。再増殖や転移をきたす可能性がある腫瘍であり、摘出手術に際しては注意が必要である。

【利益相反】なし

05-3 長期間画像フォローされていた
Solitary fibrous tumor (SFT)
の1例

○張 大行(ちょう ひろゆき)、大湊 絢、福地 健郎
新潟大

【緒言】眼窩発症のSFTは比較的稀であり治療には全摘出が必要とされる。このたび、脳外科術後の画像フォローアップ期間に発生が確認され、長期間経過観察された眼窩SFTの1例を経験したので報告する。

【症例】症例は55歳男性。既往歴に外傷性水頭症、ラトケ嚢胞あり、2014年から脳外科にてフォローアップ開始、2016年に内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術施行し、経過観察されていた。2020年11月25日定期のMRI画像診断にて左眼窩に27mm×26mm×26mmの腫瘤性病変を認めたため当科紹介初診となった。視力眼圧に異常所見なく、左眼の上転制限、内転制限を認めた。レトロスペクティブに画像所見を確認すると、2014年に腫瘍の存在は確認できなかったが、2016年に左外直筋内側に極小腫瘤を認め、一年毎に倍々と増大している経過が確認できた。MRIではT1WIで等信号、T2WIでやや高信号、Gdにて均一にやや強く造影され、髄膜腫または視神経鞘腫の疑いの診断であった。2021年2月17日左眼窩腫瘍摘出術を施行し、病理検査の結果はSFTで免疫染色ではCD34、Stat6陽性、Bcl-2弱陽性、S-100、AE1/AE3、EMA、Desmin陰性、Ki-67 index 5%であった。術後は特に合併症なく経過観察中である。

【結語】MRIで腫瘍の発生時期からの経過を確認できたSFTの1例を報告した。画像診断では目的臓器以外の所見が看過されることがあり注意を要する。

【利益相反】なし

05-4 眼窩に発生した
炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の1例

○関 瑛子(せき えいこ)¹⁾、田邊 美香¹⁾、
村上 大輔²⁾、藤井 裕也¹⁾、船津 治彦¹⁾、
秋山 雅人¹⁾、吉川 洋¹⁾、山元 英崇³⁾、
園田 康平¹⁾

1)九州大、2)九州大 耳鼻科、3)九州大 病理

【緒言】炎症性筋線維芽細胞性腫瘍(inflammatory myofibroblastic tumor、以下IMT)は筋線維芽細胞の増殖と、炎症細胞浸潤を特徴とする稀な中間悪性腫瘍である。以前は炎症性偽腫瘍の幅広い疾患スペクトラムの中の一つと捉えられていたが、2013年のWHO分類改訂によりIMTの概念が誕生した。好発部位は肺、腹腔骨盤内、後腹膜であり、我々が知りうる限り国内で眼窩に原発した報告は2例のみである。今回眼窩に発生しIMTと診断した1例を経験したので報告する。

【症例】46歳女性。複視を主訴に近医を受診し、造影MRI検査で右眼窩内下方、下直筋周囲に径35mm×20mmの紡錘形腫瘤を認めた。九州大学眼科初診時、右下方結膜下に腫瘤を認め、右眼は著明な運動障害をきたしていた。経結膜で生検し、炎症細胞浸潤を伴った紡錘形細胞の増殖を認めた。免疫染色では α -smooth muscle actin、desmin、ALK陽性であり組織所見よりIMTと診断した。内視鏡下経鼻腔腫瘍全摘出を行い、術後2年2ヶ月の現在再発は認めていない。

【考察】眼窩に発生した間葉系細胞腫瘍では、IMTの可能性も検討する必要がある。

【利益相反】なし

05-5 眼窩神経鞘腫 30 例の臨床所見と術式選択

○米田 亜規子^{(よねだ あきこ)¹⁾}、渡辺 彰英¹⁾、
中山 知倫¹⁾、上田 幸典²⁾、外園 千恵¹⁾、
嘉島 信忠²⁾³⁾

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

【緒言】 神経鞘腫は末梢神経から発生する良性腫瘍で、全眼窩腫瘍の1-4%を占める。治療では安全かつ確実な腫瘍摘出のために腫瘍の位置や性状により術式を選択するが、眼窩神経鞘腫の術式について検討した既報は少なく症例数も限られている。

【対象と方法】 京都府立医大眼科および聖隷浜松病院眼形成眼窩外科において、2007年1月から2019年3月の間に病理診断で神経鞘腫と診断した30例を対象とし、腫瘍の部位、症状、術式について後ろ向きに検討した。

【結果】 全30例(男性13例/女性17例)の発症年齢は 46.9 ± 21.0 歳(平均 $\pm$ S. D.)で、若年から高齢者まで広い年齢層に発症していた。術前症状では15例で眼球突出を認めた。視力低下を認めた7例は全て眼窩先端部に腫瘍が及んでいた。腫瘍の部位別に術式をみると視神経上方に位置する10例はWright 切開あるいはLynch 切開、視神経下方の9例は睫毛下切開でアプローチしていた。眼窩先端部まで腫瘍が及ぶ10例は8例で前頭側頭開頭術、2例で経涙嚢アプローチが選択された。由来となる神経を特定できた23例は三叉神経(18例)由来が最多で、動眼神経(4例)や外転神経(1例)など運動神経由来の症例も認めた。術後3例で前頭神経の一時的な知覚障害、1例で中等度散瞳を認めたがその他明らかな神経障害は認めなかった。

【結論】 神経鞘腫は先端部に及ぶものでは視力障害を来すことがある。運動神経由来の場合もあり神経損傷に十分注意して術式を選択すべきである。

【利益相反】 なし

06-1 末梢神経に沿って浸潤した脂腺癌の1症例

○大島 浩一(おおしま こういち)¹⁾、神農 陽子²⁾、永喜多 敬奈²⁾

1)岡山医療センター、2)岡山医療センター 検査科

【はじめに】脂腺癌を切除した後、切除した標本を病理検査しなければならない。このとき大切なことは、

- 1) 確かに脂腺癌であったのか
- 2) 切除断端に腫瘍が残っていないか
- 3) 腫瘍が脈管内に浸潤していないか(特にリンパ管侵襲はないか)

の3点である。もし脂腺癌が取り残されていたり、リンパ管内に浸潤していれば、追加治療を考えなければならない。我々は、脂腺癌切除後の病理検査で、腫瘍が末梢神経に沿って浸潤した症例に遭遇した。このような状況は稀ではあるが、どのように対処すれば良いのかを考えたい。

【症例】73歳、男性。右上眼瞼縁に、幅1cm、皮膚とほぼ同色ないし赤みがあった潰瘍を形成する腫瘍があった。所属リンパ節腫大は無かった。試験切除を行い、病理診断は脂腺癌であった。全身麻酔下に根治手術を行った。水平方向の安全域は3ミリずつであった。術後の病理検査で、脈管浸潤は確認できなかった。しかし耳側断端で腫瘍が残っている可能性があり、さらに耳側断端付近では腫瘍の神経浸潤を認めた。5ヶ月後、全身麻酔下に追加手術を行った。水平方向の安全域は耳側5ミリ、鼻側2ミリであった。術後の病理検査で、腫瘍の残存は確認できなかった。

【考察】追加手術により腫瘍は全切除できたように思える。しかし末梢神経に沿って、広く浸潤する可能性は否定できないので、引き続き経過観察を要する。

【結論】末梢神経に沿って浸潤した脂腺癌の1例を報告した。

【利益相反】なし

06-2 瞼結膜下出血を伴った脂腺癌の2例

○高木 健一(たかき けんいち)¹⁾²⁾³⁾、田邊 美香¹⁾、吉川 洋¹⁾、山名 佳奈子¹⁾、秋山 雅人¹⁾、藤井 裕也¹⁾、関 瑛子¹⁾、船津 治彦¹⁾、園田 康平¹⁾

1)九州大、2)小倉医療センター、3)高木眼科

【緒言】脂腺癌は日常診療で霰粒腫と誤診される頻度が高い悪性腫瘍であり、これまで睫毛禿や腫瘍が黄色調を呈することなどが脂腺癌を示唆する所見として報告されてきた。今回我々は瞼結膜下出血を伴った脂腺癌の2例を経験し、脂腺癌に特徴的な所見と考え、その所見の意義についても考察したので報告する。

【症例】

症例1:66歳男性。半年前から左上眼瞼腫瘍を自覚、増大したため、九州大学病院眼科を紹介受診。左上眼瞼外側瞼縁に5mm程度の表面が平滑で内部に出血を伴った腫瘍を認めた。結膜側から生検を行ったところ内部から出血し、黄色調の腫瘍を認めた。腫瘍は核の濃染像を伴い、核胞体比の大きな細胞から構成されており、内部に壊死、毛細血管を認め、脂腺癌と診断した。拡大切除を行い術後6か月にわたり再発を認めていない。

症例2:86歳男性。2か月前に右上眼瞼腫瘍で、九州大学病院眼科を紹介受診。初診時右上眼瞼中央瞼縁近くから12×7mmの表面平滑な腫瘍を認めた。瞼結膜下に出血を認めた。生検すると囊胞壁の瞼板側で毛細血管を伴う腫瘍が壊死を来していた。残存腫瘍の内部では脂肪空胞を伴う大小不同の腫瘍細胞が不規則に配列しており、脂腺癌と確定診断した。拡大切除を行い、切除後8か月再発を認めていない。

【結語】瞼結膜下出血を伴う眼瞼腫瘍は瞼板内に存在する血管が豊富な腫瘍が自壊した可能性を示唆するため脂腺癌の可能性を考慮する必要がある。

【利益相反】なし

06-3 眼瞼脂腺癌症例の臨床的特徴と予後の検討

○奥 拓明(おく ひろあき)¹⁾、渡辺 彰英²⁾、
中山 知倫²⁾、米田 亜規子²⁾、熊切 将宜³⁾、
上田 幸典³⁾、外園 千恵²⁾

1)パプテスト眼科クリニック、2)京都府医大、
3)聖隷浜松病院

【目的】眼瞼脂腺癌症例の臨床的特徴と予後を検討すること。

【対象、方法】2007年1月から2021年3月までに京都府立医科大学及び聖隷浜松病院を受診した眼瞼脂腺癌症例を対象とし、性別、発症部位、病期分類(AJCC8th edition)、腫瘍 type、Pagetoid Spread について検討した。また、切除後半年以上経過観察した症例に関して、局所再発または転移を死亡とみなして5年生存率を Kaplan-Meier 法により算出し、それに関与する因子をログランク検定にて検討した。

【結果】138例(男性:54例、女性:84例、年齢(平均±SD):72.9±13.9歳、平均経過観察期間:39.0±35.1ヶ月)が対象となった。発症部位は左:78例、右:60例で、下眼瞼:44例、上眼瞼:89例であった。病期分類はT1b:59例、T1c:31例、T2b:13例、T2c:22例、T3b:1例、T3c:8例、T4a:4例であった。Nodular type:129例、Diffuse type:9例であり、Pagetoid Spreadを31例22.5%に認めた。切除後半年以上経過観察可能であった症例109例のうち、局所再発の5年生存率は91.8%(95%CI:83.4-96.2)であり、女性(P=0.02)、Pagetoid(P=0.01)が局所再発に関与した。転移の5年生存率は80.7%(95%CI:70.3-88.1)であり、下眼瞼(P=0.04)、病期:T1c以上(P=0.03)、Pagetoid Spread(<0.01)が有意に転移に関与していた。

【結論】脂腺癌は上眼瞼に認めることが多い。局所再発に関わる因子は性別、Pagetoid Spread、転移に関わる因子は発症部位、病期、Pagetoid Spreadであった。

【利益相反】なし

06-4 眼瞼脂腺癌の予後に関するシステマティック・レビュー

○小幡 博人(おばた ひろと)
埼玉医大・総合医療センター

【緒言】近年、眼瞼脂腺癌の報告が増加している。眼瞼脂腺癌の予後に関するシステマティック・レビューを行ったので報告する。

【対象と方法】Pubmedを用いて sebaceous carcinoma eyelid prognosis という key word で検索すると156編あった(検索日2021年5月9日)。フィルターを過去10年にすると86編、過去5年にすると51編になった。さらに English というフィルターをかけると46編になった。46編の Abstract 及び本文を吟味し、case report、review、comparative study、clinicopathologic study などを除くと13編になった。

【結果】前向き研究はなく、すべて後向き研究であった。局所再発率は6~43%、所属リンパ節転移は0~30%、遠隔転移は0~14%、腫瘍関連死は3~23%であった。局所再発率43%の論文は初回治療に放射線治療を用いる論文であった。AJCCのT分類は2編を除いて、第7版、第8版のいずれかを用いていた。第7版と第8版を比較するという論文が2つあった。T分類で腫瘍サイズが大きいほど予後が悪いというものが多かった。

【結論】経過観察期間に1ヶ月からを含む論文が3つあり、研究方法と解析は十分考える必要がある。発見や診断が遅れ病期が進行すると予後が悪くなる。予後は国による地域差もあると思われた。

【利益相反】なし

07-1 外直筋内に生じた皮様嚢腫の1例

○熊切 将宜(くまきり まさのり)¹⁾、上田 幸典¹⁾、
米田 亜規子³⁾、伊勢 重之¹⁾、小島 康孝¹⁾、
嘉島 信忠¹⁾²⁾

1) 聖隷浜松病院、2) 大浜第一病院、3) 京都府医大

【緒言】皮様嚢腫は胎生期の顔裂閉鎖時に組織が迷入して発生するとされる。眉毛外側や鼻根部など骨縫合部に好発し、骨膜に癒着していることが多い。

今回我々は外直筋内に生じた皮様嚢腫の1例を経験したため報告する。

【症例】20代男性。10代前半に軽微な右眼深部の圧迫感と眼球突出を自覚していたがその後改善した。半年前から徐々に眼球突出、眼球運動障害、充血、流涙の増悪がみられ前医受診し、当科紹介受診した。診察では右眼球突出(ヘルテル右25mm、左18mm)を認め、眼科検査では視力は両眼1.2、HESSでは右眼内転・上転障害を認めた。MRIでは視神経と外直筋の間に長径2.1cmの涙滴状の嚢胞病変を認め、内部は3層構造でニボーを形成し、血液成分が含まれると考えられ、静脈瘤、リンパ管腫などが疑われた。当初経過観察していたが、眼球運動障害・視野障害の悪化を認め、摘出術の方針となった。wright切開および前頭頬骨縫合部骨切りを併用し、摘出術を施行した。摘出術の際に内部より毛髪が確認され皮様嚢腫が疑われ、病理検査で確定診断を得た。術後経過は良好で視力低下なく、眼球運動・視野障害は改善傾向である。

【考案】外直筋に生じた皮様嚢腫の報告は我々が捕獲した範囲では7例と非常にまれであった。成人例が多く、約2cm大と大きくなってから気づかれる傾向がある。

【結論】外直筋内に生じた腫瘍では皮様嚢腫を鑑別にあげる必要がある。

【利益相反】なし

07-2 放射線治療が著効した前頭洞原発と考えられる脂腺癌の1例

○中山 知倫(なかやま ともみち)、渡辺 彰英、
米田 亜規子、外園 千恵

京都府医大

【緒言】脂腺癌は眼瞼に発生することが多く、眼瞼以外でもほとんどが皮膚に発生する。今回、前頭洞内に脂腺癌を認め、放射線治療が著効した症例を経験したので報告させていただく。

【症例】49歳男性。既往歴は1型糖尿病がある。20xx年8月頃より複視が出現した。近医眼科で異常なしと言われたが、症状が続き、20xx年9月に近医耳鼻咽喉科受診した。レントゲンを撮像され、前頭洞内占拠性病変を認め、前医地域中核病院の耳鼻咽喉科へ紹介となった。前医でのCTとMRIで、前頭洞を中心とし、眼窩上壁骨を破壊して上直筋に接し、また前頭骨後壁を破壊して硬膜に接する腫瘍性病変を認めた。20xx年10月に当院耳鼻咽喉科に紹介となり、当科に局所麻酔下での生検が可能かコンサルトされた。眼瞼に異常所見はなく、画像上も腫瘍と眼瞼との連続性はなかった。当科で局所麻酔下での生検は可能と判断し、眼窩部から生検を施行した。病理検査の結果、暗調な胞体と核小体の目立つ腫大核を有する異型細胞のシート状増殖と淡明な泡沫状に胞体を有する異型細胞の混在を認め、一部はadipophilin陽性で脂腺癌と考えられた。摘出手術は不可能ではないが侵襲が大きいので、まず放射線治療を行う方針となった。20xx年12月から陽子線治療70.4GyE/32Frを試行した。20xx+1年4月のMRIでは前頭洞にわずかに軟部影が存在するのみとなった。

【結論】前頭洞内に発生し外科的切除が困難な脂腺癌に陽子線治療が有効であった。

【利益相反】なし

07-3 組織型不明の眼窩内腫瘍の1例

○豊国 秀昭(とよくに ひであき)、坂本 麻里、
岸本 真耶、江本 美佐、高野 史生、
村井 佑輔、長井 隆行、中村 誠
神戸大

【緒言】組織型不明の眼窩内腫瘍の1例を報告する。

【症例】82歳女性。半年前から頭痛、右眼瞼腫脹、右眼球突出を自覚し、前医のMRIで右眼窩内腫瘍を認め、当院を受診した。右眼は幼少時から視機能なく、左眼は強度近視、網脈絡膜萎縮のため低視力だった。既往に下顎歯肉癌及び中咽頭癌があり、いずれも再発なく経過していた。ガドリニウム造影MRIでは、右眼球壁、視神経、視交叉から鞍上部にかけて内部が不均一に造影される腫瘍を認めた。PET-CTでは右眼窩内以外に原発巣となり得る病巣は認めなかった。右眼は視機能がないことから、生検及び眼痛除去目的に右眼球摘出を行った。病理検査では、上皮様の異型細胞が索状、腺房状、乳頭状構造をなす腫瘍を認め、核内封入体、核溝を有する細胞が散見された。腫瘍は眼球後方を主座に、強膜から下直筋・視神経に浸潤するも、角膜への進展は認めなかった。免疫染色では、CK AE1/3(+)、claudin 4(+)、CK7一部陽性、CK20(-)、p40(-)、TTF-1(-)、ER(-)、PAX8(+)、thyroglobulin(-)、BCDFP-15(-)、S-100(-)、HMB45(-)、Melan A(-)、SOX10(-)だった。組織像及び免疫染色結果からは腺癌が疑われるも、確定診断に至らなかった。積極的治療の希望なく、緩和ケアに移行した。

【結論】組織型不明の原発不明眼窩内腫瘍を経験した。

【利益相反】なし

07-4 肺腺癌の脈絡膜転移後にALK阻害薬が奏功した症例の長期経過 第2報

○若月 慶(わかつき けい)¹⁾、馬詰 和比古¹⁾、
根本 怜¹⁾、岡野 哲也²⁾、後藤 浩¹⁾
1)東京医大、2)東京医大 呼吸器外科

【緒言】眼科受診を契機に肺腺癌が発覚し、分子標的治療薬であるALK阻害薬が脈絡膜転移病巣にも著効した1例を第34回日本眼腫瘍学会で報告したが、その後の転帰を含め改めて報告する。

【症例】39歳の女性。左眼の視力低下と黄斑変性疑いで東京医科大学病院眼科を紹介受診となった。黄斑部に黄白色の隆起病変と滲出性網膜剥離(SRD)を認め、蛍光眼底造影検査の結果等から転移性脈絡膜腫瘍を疑い全身PET-CTを施行したところ、右肺下葉、肺門部および左眼後眼部への異常集積が確認された。呼吸器外科で肺生検が施行され、ALK遺伝子変異を伴う肺腺癌の診断に至った。ALK阻害薬のクリゾチニブによる治療により2象限にまで拡大したSRDは速やかに消退し、原発巣も縮小した。その2年後、視神経乳頭転移を思わせる眼底所見の出現とともに脳転移が確認されたため、血液脳関門への移行が良好とされるALK阻害薬である、アレクチニブ塩酸塩による治療へと変更された。その結果、脳転移病巣の縮小とともに眼底所見も改善した。現在、眼転移発覚から6年経過しているが、原発巣および転移巣はCRの状態であり、黄斑部に瘢痕巣を認めるもののSRDの再燃はなく、左眼矯正視力1.2を維持している。

【結論】原発巣である肺腺癌と2度にわたる眼内の転移に対してALK阻害薬による治療が劇的に奏功し、良好な視機能を維持している症例を経験した。今後、同様の症例が増えることが期待される。

【利益相反】なし

08-1 光覚なしから視力が改善した
IgG4 関連視神経症の1例

○山田 祐太郎(やまだ ゆうたろう)、高比良 雅之、
濱岡 祥子、杉山 和久
金沢大

【緒言】IgG4関連眼疾患では、視神経症により視力低下・視野障害をきたすことがある。今回、視神経症により光覚なしになるも、ステロイド全身投与によって視力が改善した1例を経験したので報告する。

【症例】68歳男性。4年前に近医眼科にて右外眼筋の腫大に伴う右視力低下がみられ、特発性外眼筋炎と診断されて、ステロイド全身投与にて改善した既往がある。今回、右眼の霧視を自覚して同眼科を再診し、矯正視力は右0.04、左1.2であった。MRIにて右眼窩先端部から上直筋上方に沿った棍棒状腫瘍がみられた。同院脳神経外科にて経頭蓋的に腫瘍を摘出し、病理検査にてIgG4関連眼疾患が疑われ、加療目的に当科へ紹介された。病理ではIgG4/IgG陽性細胞が40%以上、血清IgG4は445mg/dLと高値であり、IgG4関連眼疾患の確診群とされた。他臓器病変としてIgG4染色陽性の右鼠径リンパ節腫大がみられた。経過中に右視力はさらに低下し、光覚なしとなった。プレドニゾン内服を30mgより開始したところ、右矯正視力は徐々に改善し、0.5まで向上した。中心視野の感度低下は残存しているが、周辺視野は良好であった。その後プレドニゾン内服量を漸減するも、現在までに視力低下はみられていない。

【結論】IgG4関連視神経症では、重度の視力低下をきたしても、ステロイド全身投与による視力改善が望まれる。

【利益相反】あり

08-2 原発眼内リンパ腫様の
眼底病変を契機に診断に至った
血管内リンパ腫の1例

○朝蔭 正樹(あさかげ まさき)¹⁾、馬詰 和比古¹⁾、
蛸井 浩之²⁾、赤羽 大悟³⁾、後藤 浩¹⁾
1)東京医大、2)東京医大 呼吸器内科、
3)東京医大 血液内科

【目的】原発眼内リンパ腫様の眼底所見を契機に血管内リンパ腫の診断に至った症例を報告する。

【症例】症例は61歳、男性。1週間前から左眼耳側の視野異常を主訴に近医眼科を受診、左眼底鼻側の白色網膜病変を認め、精査加療目的に当科紹介受診となった。初診時の左眼の検査所見は、矯正視力1.2、前眼部炎症や硝子体混濁はないものの、左眼の眼底鼻側に白色の網膜下病変を認めた。眼内リンパ腫を疑い、診断目的に左眼の硝子体手術を施行したが、細胞診、IL6/IL10比を含め有意な結果は得られなかった。頭部造影MRI検査では中枢神経系に異常所見はなかった。眼科受診の2週間前から不明熱や呼吸苦があったことから、全身CT検査を施行したところ、両肺野のすりガラス状陰影と脾腫を認めた。過敏性肺炎が疑われ、呼吸器内科に入院となったが症状はさらに悪化、術前から609U/mLと高値であった可溶性IL-2受容体値が8,830U/mLまで上昇したため、経気管支肺生検および皮膚生検を施行した結果、血管内リンパ腫の診断に至った。網膜下病変はメトトレキサートの硝子体注射に対する反応に乏しかったが、全身化学療法の開始とともに縮小、全身的にも落ち着いた状態が続いている。

【結論】一般に診断が困難とされる血管内リンパ腫であるが、原発眼内リンパ腫に酷似した眼内病変を併発することがあり、全身的な精査を含め、その可能性を念頭に置く必要がある。

【利益相反】あり

08-3 一般的な採血データを用いた機械学習による眼内リンパ腫の診断の可能性

○坪田 欣也(つばた きんや)、臼井 嘉彦、
瀬津 直也、後藤 浩
東京医大

【目的】眼内リンパ腫はしばしばぶどう膜炎との鑑別に苦慮する。眼内リンパ腫の診断に際し、採血データを用いた機械学習の精度を評価し、その有用性を検討する。

【方法】2004年から2020年に東京医科大学病院眼科で新規にぶどう膜炎と診断された患者5,423人を対象として、ぶどう膜炎診断時に施行される一般的な末梢血液検査結果を用いて解析を行った。眼内リンパ腫と9種のぶどう膜炎(Vogt-小柳-原田病、サルコイドーシス、ベーチェット病、ヘルペス性虹彩炎、若年性慢性虹彩毛様体炎、急性網膜壊死、感染性眼内炎、その他、同定不能のぶどう膜炎)を、サポートベクターマシーン線形、サポートベクターマシーンカーネル法(SVM-RBF)、ランダムフォレスト(RF)、決定木分析、ナイーブベイズ、線形判別分析の6種のアルゴリズムを用いて診断し、正解率を用いて各種アルゴリズムの診断精度を解析した。各種アルゴリズムは2分割交差検証を100回繰り返して検討した。

【結果】ぶどう膜炎診断の中央正解率はRFが最も高く 0.51 ± 0.20 、次いでSVM-RBFが 0.49 ± 0.01 であった。眼内リンパ腫の中央的中率は 0.61 ± 0.06 、感度 0.47 ± 0.04 、特異度 0.99 ± 0.04 であった。

【結論】一般的な採血データを用いた機械学習による眼内リンパ腫の診断率は約60%であり、感度はやや低いものの特異度は高く、診断の一助となる可能性がある。

【利益相反】あり

08-4 眼内リンパ腫における硝子体のメタボローム解析

○脇田 遼(わきた りょう)¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、
朝蔭 正樹²⁾、清水 広之³⁾、瀬津 直也¹⁾、
山川 直之¹⁾、杉本 昌弘⁴⁾、後藤 浩¹⁾

1)東京医大、2)東京医大・八王子、3)東京医大・茨城、
4)東京医大・低侵襲

【目的】最近、悪性腫瘍では転移の有無と代謝に関連があることが報告されている。眼内リンパ腫は経過中に中枢神経系(CNS)リンパ腫を併発すると生命予後不良となることが少なくない。今回、眼内リンパ腫患者の硝子体を用いて水溶性代謝物のメタボローム解析を行い、硝子体液中の代謝変化とCNSリンパ腫の発症の有無について検討を行ったので報告する。

【対象と方法】東京医大病院眼科で臨床所見と硝子体を用いた検索によって診断された眼内リンパ腫患者18例25眼を対象とした。液体クロマトグラフィー飛行時間型質量分析装置を用い、硝子体液中の水溶性代謝物の網羅的測定を行った。

【結果】眼内リンパ腫の硝子体から計78種類の水溶性代謝物を同定、定量することができた。クラスター解析により、CNSリンパ腫の有無で代謝プロファイルが異なることが明らかとなった。また、部分最小二乗回帰法(PLS-DA)による検討では、Adenosine(VIPscore=2.6)やbeta-alanine(VIPscore=2.4)がCNSリンパ腫の有無の識別に重要な物質として挙げられた。また、Pathway解析ではbeta-alanine($p=0.004$)の他、arginineとproline($p=0.018$)の代謝経路で、CNSリンパ腫の発症の有無で変化が起きていることが判明した。

【結論】眼内リンパ腫の硝子体における代謝物を網羅的に解析することによって、CNSリンパ腫の発症の有無を推察できる可能性がある。また、メタボローム解析は眼内リンパ腫の病態の解明にも繋がる可能性がある。

【利益相反】なし

ランチョンセミナー 1

9月4日(土) 12:10～13:05

共催：ノバルティス ファーマ株式会社

第38回日本眼腫瘍学会

ランチョンセミナー1

次世代の診断と治療への 橋渡し研究最前線

2021年9月4日(土) 12:10-13:05

九州大学医学部 百年講堂 1F「大ホール」

座長



川野 庸一 先生

福岡歯科大学
総合医学講座眼科学分野 教授



後藤 浩 先生

東京医科大学 臨床医学系眼科学分野
主任教授

本ランチョンセミナーでは眼科と腫瘍の分子病理学といった異なった分野の内容で3人の先生方にご登壇していただき開催させていただきます。

眼科の分野においては前眼部の角膜疾患について森重先生から、後眼部の加齢黄斑変性治療の歴史の観点から川野先生にご講演していただき、分子病理学の分野においては黒田先生から病理診断でのAIの活用についてご講演していただきます。

本セミナーが先生方の日頃のご診療にお役立ていただければ幸いです。多くの先生方のご参加をお待ちしております。

PROGRAM



加齢黄斑変性治療の変遷

川野 庸一 先生 福岡歯科大学 総合医学講座眼科学分野 教授



角膜疾患眼における角膜実質コラーゲンの立体構造解析

森重 直行 先生 大島眼科病院 眼科部長



腫瘍形態学におけるAIの応用

黒田 雅彦 先生 東京医科大学 分子病理学分野 主任教授

共催：第38回日本眼腫瘍学会／ノバルティス ファーマ株式会社

モーニングセミナー

9月5日(日) 8:40～9:20

共催：小野薬品工業株式会社

第38回日本眼腫瘍学会

モーニングセミナー

日時 2021年9月5日(日) 8:40~9:20

会場 九州大学医学部百年講堂 1F 大ホール

〒812-8582 福岡市東区馬出3丁目1番1号

PCNSL 治療の新たな選択肢 チラブルチニブについて

座長

園田 康平 先生

九州大学大学院医学研究院 眼科学 教授

演者

荒川 芳輝 先生

京都大学大学院医学研究科 脳神経外科 講師

※モーニングセミナーは第38回日本眼腫瘍学会の配信サイトでもライブ配信をご視聴いただけます。

視聴にはあらかじめ参加登録が必要となります。

詳細は第38回日本眼腫瘍学会ホームページ (<http://www.congre.co.jp/jsoc2020/>) をご確認ください。

共催

第38回日本眼腫瘍学会／小野薬品工業株式会社

ランチョンセミナー 2

9月5日(日) 12:20～13:10

共催：参天製薬株式会社

AIと医療の邂逅

～データサイエンスの“今”に迫る～

【日時】

2021年9月5日(日)
12:20～13:10

【会場】

九州大学医学部百年講堂
1F 大ホール

ハイブリッド開催

現地開催・LIVE 配信・オンデマンド配信
オンデマンド配信期間：9月10日(金)～9月21日(火) 予定
WEBでの参加方法は学会HPをご確認ください

座長

秋山 雅人 先生

九州大学大学院医学研究院
眼病態イメージング講座 講師



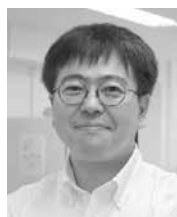
AI(人工知能)は医療に限らず様々な分野での活用が進んでおり、眼科系の学会でも“AI”の2文字を見ないことは稀になりました。医療分野では、診断にAIを活用する動きが始まり、海外では眼科領域でも一部の疾患ですでに実用化が始まっています。また、最近では、眼底写真から年齢や性別を予測するなど、人間では困難な推定もできることが明らかとなっています。AIやその基盤となるビッグデータについて理解することはこれからの医療を考える上で必要不可欠です。

そこで今回は、本邦のAI・ビッグデータ領域を牽引する2人の先生をお招きし、セミナーを企画いたしました。演者には、ヒューマノーム研究所の瀬々潤先生と順天堂大学の猪俣武範先生をお招きし、瀬々先生には医療系AIの最新の情報について、猪俣先生には眼科領域におけるAI・ビッグデータ活用の進歩についてご講演いただきます。

本セミナーが先生方の情報アップデートにお役立ていただけましたら幸いです。

講演 1

AIを活用した医療・健康科学への挑戦



瀬々 潤 先生

株式会社ヒューマノーム研究所
代表取締役社長

講演 2

モバイルヘルスアプリで収集した
ビッグデータの多階層横断的解析による
ドライアイの多様性と不均一性の解明



猪俣 武範 先生

順天堂大学医学部
眼科学講座・同デジタル医療講座 准教授

共催：第38回日本眼腫瘍学会／参天製薬株式会社

協賛企業

アイ・ビジョン株式会社	エーザイ株式会社
大塚製薬株式会社	小野薬品工業株式会社
株式会社キシヤ	キヤノンメドテックサプライ株式会社
参天製薬株式会社	千寿製薬株式会社
株式会社トプコンメディカルジャパン	株式会社ニデック
株式会社日本点眼薬研究所	株式会社全日本病院出版会
ノバルティス ファーマ株式会社	バイエル薬品株式会社
HOYA 株式会社 メディカル事業部	株式会社町田製作所
わかもと製薬株式会社	(50音順)

協賛団体

福岡県眼科医会	福岡ブロック眼科医会
福岡市医師会眼科部会	九州眼科医会

個人および医療機関

九州大学眼科同門その他関連の多くの先生にご支援をいただきました

皆様方に厚く御礼申し上げます

第38回日本眼腫瘍学会
会 長 吉川 洋

第39回日本眼腫瘍学会のご案内

会 期：2022年（令和4）年9月17日（土）～18日（日）

会 場：国立がん研究センター研究所 大会議室

会 長：鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院）

第38回日本眼腫瘍学会 プログラム・講演抄録集

会 長：吉川 洋

事 務 局：九州大学大学院医学研究院 眼科学分野
〒812-8582 福岡市東区馬出3-1-1
TEL：092-642-5648 FAX：092-642-5663

運営事務局：株式会社コングレ九州支社内
〒810-0001 福岡市中央区天神1-9-17-11F
TEL：092-716-7116 FAX：092-716-7143
E-mail：js002020@congre.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/>