



プログラム・講演抄録集

第41回 日本眼腫瘍学会

2024年9月28日(土)～29日(日) 京王プラザホテル
会長：後藤 浩（東京医科大学 臨床医学系眼科学分野）



第41回日本眼腫瘍学会

The 41st Annual Meeting of Japanese Society of Ocular Oncology

プログラム・講演抄録集

マイナーの^{きょうじ}矜持

会期：2024 年 9 月 28 日（土）～ 29 日（日）

会場：京王プラザホテル

会長：後藤 浩（東京医科大学 臨床医学系眼科学分野）

主催：日本眼腫瘍学会

URL：<https://convention.jtbcom.co.jp/41jsoo/index.html>

第 41 回日本眼腫瘍学会事務局

主 催：東京医科大学 臨床医学系眼科学分野

運営事務局：株式会社 JTB コミュニケーションデザイン
事業共創部コンベンション第二事業局

〒 541-0056 大阪市中央区久太郎町 2-1-25 JTB ビル 8 階

TEL：06-4964-8869 FAX：06-4964-8804

E-mail：41jsoo@jtbcom.co.jp

第41回日本眼腫瘍学会 会長挨拶

第41回 日本眼腫瘍学会

会長 後藤 浩

東京医科大学臨床医学系眼科学分野



いつの頃からでしょうか、臨床医学系の学術集会では診療科を問わず、学会長の思いを込めた「テーマ」が掲げられるようになりました。しかし、学会の根幹を成す一般講演の演者は学会テーマを意識して抄録を準備することはありませんし、シンポジウムや特別講演の内容や演者が学会テーマと必ずしもマッチしていないことは珍しくありません。ということで、第41回目の開催となる今回は特に学会のテーマということではなく、眼腫瘍の診療に携わってきた者の心意気を表すべく、ポスターや抄録集の表紙には「マイナーの矜持」と掲げさせていただきました。

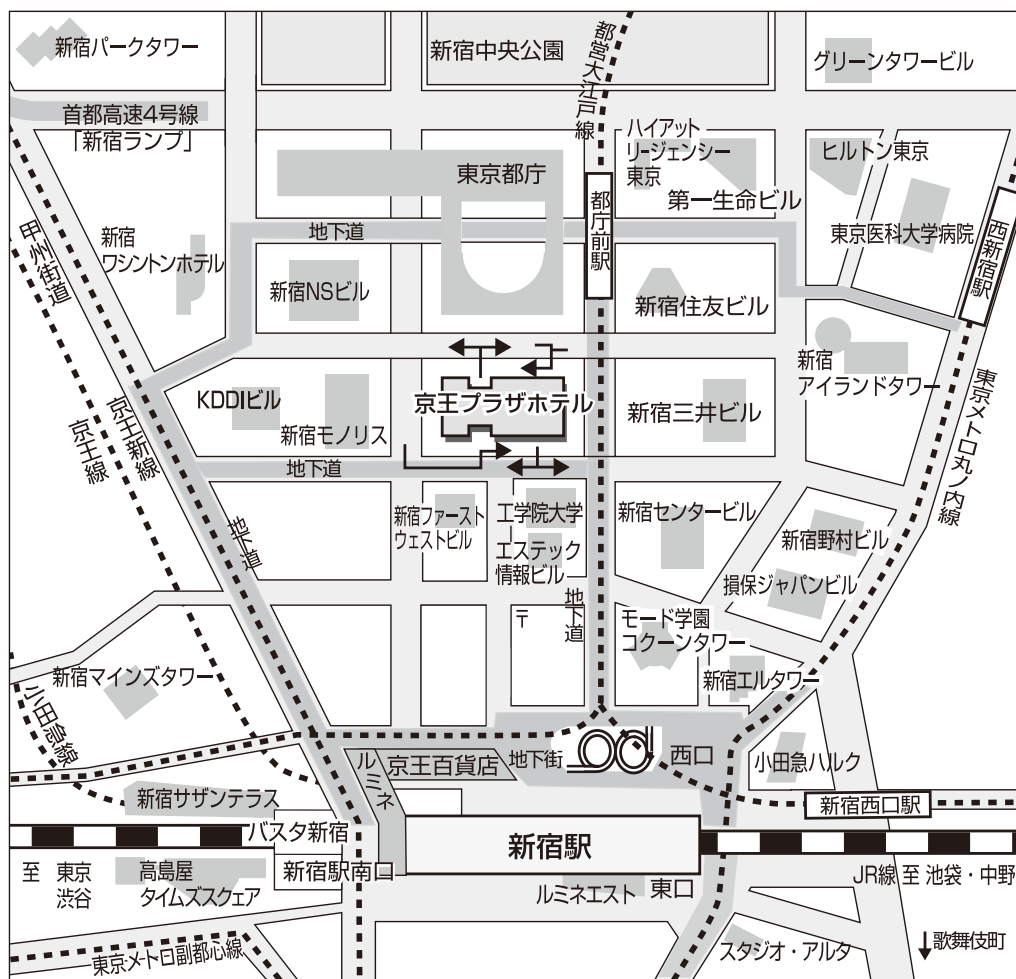
「矜持」とは「誇り」「自負」「プライド」のことです。眼科はいわゆる「マイナー診療科」です。我々はそう思っていないまでも他の医療関係者はそのように見えていますし、国家試験においてもそのように分類されています。また、我々に自覚はなくても網膜硝子体や緑内障等を専門とする眼科医は眼腫瘍をマイナー領域と認識しています。実際、眼腫瘍の患者さんは決して多くはなく、その診療に当たる専門医の数は限られています。しかし、ごく限られた眼科医が孤軍奮闘しながら眼腫瘍の診療に当たっていることは紛れもない事実です。

本学会には1992年の第10回眼腫瘍研究会（箕田健生学会長）の時に涙腺腺様嚢胞癌の症例報告とともに臨んで以来、30年にわたって参加し続けてまいりました。これは小さな誇りであると同時に、眼腫瘍について知識もなければ指導医もない中、本研究会・学会で多くのことを学ばせていただいたことには感謝の思いしかありません。しかし、学会に参加していただだけでは眼腫瘍の診断ができるようになるわけでもなく、矜持だけで患者さんを治すことはできません。学会を通じて多くの先生方と情報交換をしながら、また眼科以外の様々な診療科の支援がなければ眼腫瘍の診断や治療は成り立ちません。このような背景を鑑み、シンポジウム1では「他科との連携による眼腫瘍の診断と治療 - 東京医大バージョン -」のテーマのもと、日頃から個人的にお世話になっている先生方にご登壇していただくことにしました。また、シンポジウム2では「悪性腫瘍の最新治療」について、既に難治な眼部悪性腫瘍の治療で多くの実績を上げている重粒子線治療のほか、今後の展開が期待されるホウ素中性子捕捉療法と光免疫療法について勉強させていただく機会を設けました。

本学会は日中の会場での活発な質疑応答はもちろんのこと、日が暮れた後も議論は尽きず、朝は寝不足のまま学会場入りを果たし続けてきたことも小さな誇りです。体力、気力も鍛えてくれる本学会の良き伝統のもと、矜持を持ちながら眼腫瘍の診療に関わっていく仲間が今後も絶えぬことを切に願っております。

2008年以来、14年ぶりの西新宿での開催となりますが、実りある議論のもと、眼腫瘍学の発展に寄与する学会となることを祈念しております。

会場アクセス図



● 新宿駅西口より徒歩

約5分（JR・京王線・小田急線・地下鉄）

新宿駅西口より都庁方面への連絡地下道をまっすぐ5分ほどお進みください。地下道を出てすぐ左側にホテルがございます。

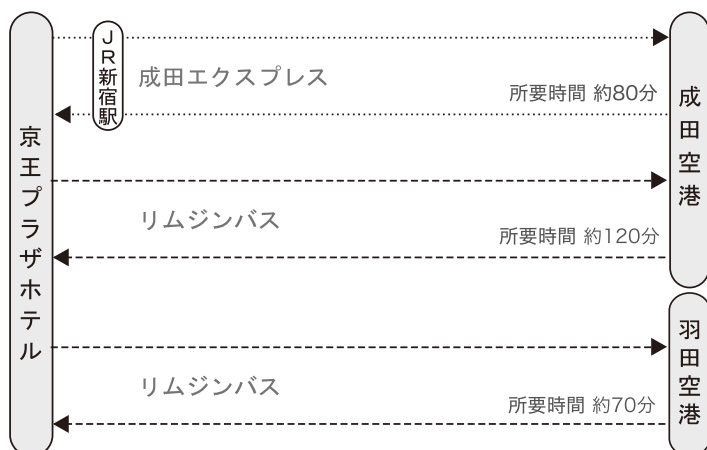
※ 現在「JR 新宿駅西口地下広場」周辺の工事により、閉鎖されている通路がございますのでご注意ください。

● 都営大江戸線都庁前駅より徒歩

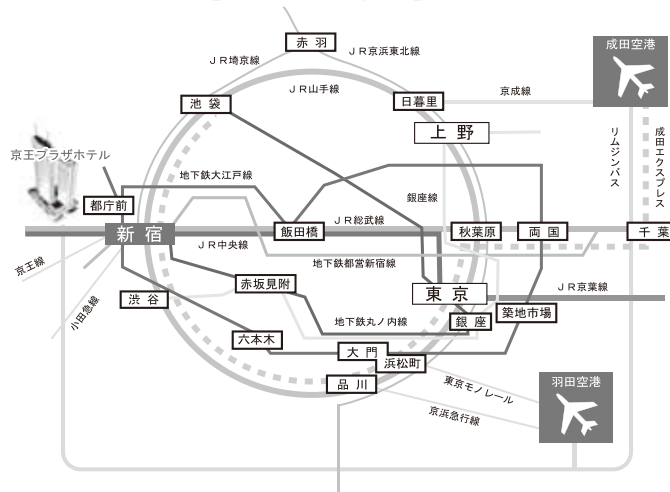
地下道B1出口よりすぐ

改札を出てJR新宿駅方面に進み、B1出口階段を上がってすぐ右側にホテルがございます。

● リムジンバス 成田空港、羽田空港との直通リムジンバスがございます。

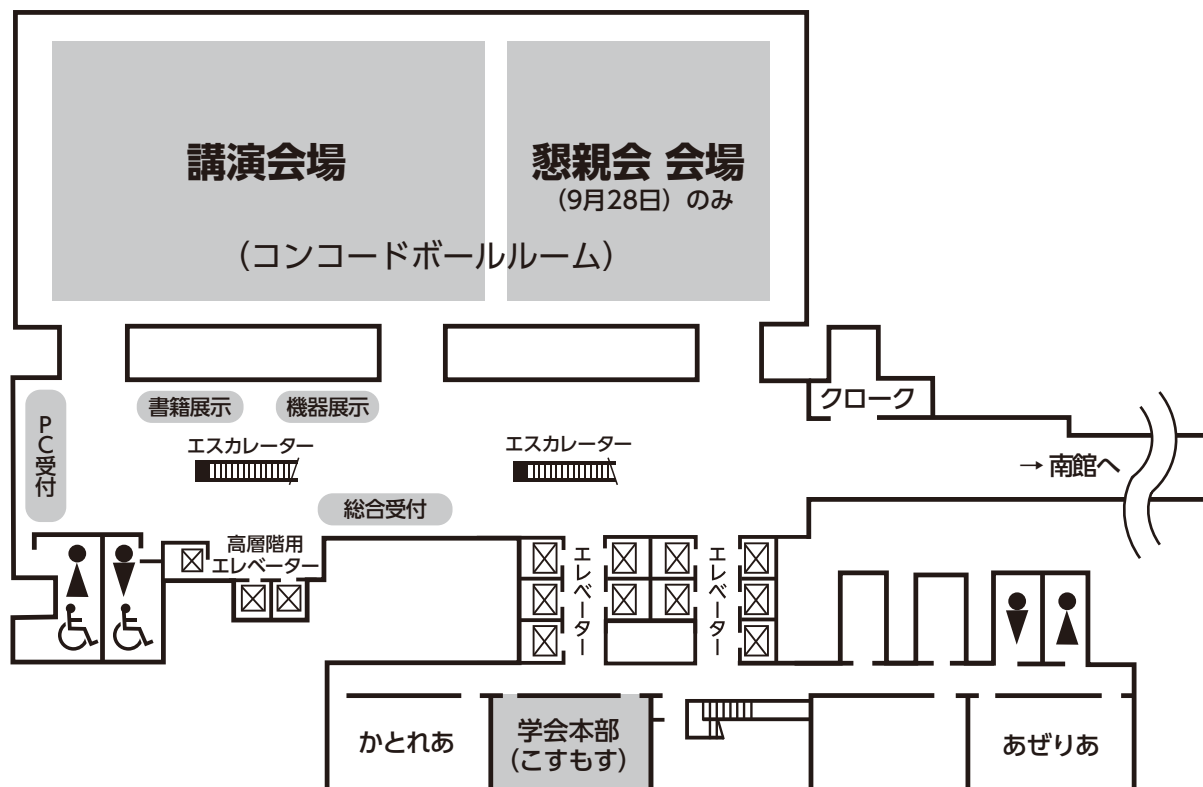


【都内簡略路線図】



会場案内図

本館 5F



参加者へのご案内

受付方法

< 事前登録された方 >

受付をしていただく必要はございません。事前に送付したネームカード（参加証）を忘れずにご持参ください。

プログラム・講演抄録集は現地での配付に変更になりました。当日、受付にてネームカードをご提示いただき、お受け取りください。

追加のプログラム・講演抄録集をご購入希望の方には、総合受付にて 1 冊 1,000 円にて販売いたします。

< 直前・当日登録（9 月 10 日（火）～ 29 日（日）まで）された方 >

クレジットカード決済後に配信されている参加登録費決済完了メールを、ネームカード発行デスクにてご提示ください。ネームカードとプログラム・講演抄録集をお渡しいたします。（スマートフォン、タブレット端末でのキャプチャ可）

当日登録につきましても、全てオンラインでの参加登録となります。会場での受付はございません。

ご来場前に参加登録をお済ませくださいますようお願いいたします。

< 参加登録が未だの方 >

PC またはスマートフォンなどでご登録いただき、クレジットカード決済後に配信されます参加登録費決済完了メールを総合案内にてご提示ください。出来る限りご来場前のオンライン登録にご協力をお願いいたします。

< ネームカード発行デスク >

場 所：京王プラザホテル 本館 5F コンコードボールルーム AB ホワイエ

開設時間：9 月 28 日（土）7:45 ～ 18:00

9 月 29 日（日）8:00 ～ 11:30

参加登録費

参加区分	直前・当日登録 9 月 10 日（火）～ 29 日（日）	懇親会参加費
会員※ 1	10,000 円	10,000 円
非会員・企業	15,000 円	10,000 円
非医師・民間研究員	13,000 円	10,000 円
初期研修医・コメディカル、医師以外の大学院生※ 2	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）※ 3	1,000 円	5,000 円

※ 1 会員（日本眼腫瘍学会会員）の方は参加登録の際、会員番号の入力が必要になります。会員番号をお忘れの場合は日本眼腫瘍学会事務局までお問い合わせください。

※ 2 「初期研修医・コメディカル、医師以外の大学院生」の方は、所属長の証明が必要です。参加登録時に登録区分証明書をダウンロードし、必要事項を記入、所属長の署名・捺印後、アップロードしてください。

※ 3 「大学院生を除く学生（医学生、視能訓練士学生、留学生）」の方は、学生証の提出が必要です。参加登録時に 学生証の写しをアップロードしてください。

ネームカード

会場内では必ず着用してください。ネームカードを着用されていない方のご入場は、ご遠慮願います。

領収証および参加証明書について

参加登録システム（メインメニュー画面）より、下記ダウンロード期間中に「領収書」および「参加証明書」を各自でダウンロードください。

【ダウンロード期間】

＜領 収 書＞ クレジット決済完了後すぐ～会期終了後 1 ヶ月（2024 年 10 月 29 日（火））

＜参加証明書＞ 会期初日（9 月 28 日（土））～会期終了後 1 ヶ月（2024 年 10 月 29 日（火））

※上記期限以降はダウンロードできなくなりますのでご注意ください。

※デジタル版のみの発行となります。紙媒体での発行や郵送はいたしかねますのでご了承ください。

日本眼科学会専門医制度単位取得について

認定事業番号：59150

c) 眼科領域講習単位、d) 学術業績・診療以外の活動実績（学会出席単位）が取得できます。

	c) 眼科領域講習単位	d) 学会出席単位
9 月 28 日（土）	0.5 単位	0.5 単位
9 月 29 日（日）	0.5 単位	

c) 眼科領域講習単位

眼科領域講習の対象プログラムに参加した場合のみ、単位が取得できます。単位の対象プログラムと単位数の一覧は下記の通りです。

対象プログラム	取得単位
9/28（土）シンポジウム 1	0.5 単位
9/29（日）シンポジウム 2	0.5 単位

【注意事項】

- ①単位対象プログラム毎に単位受付が必要です。単位の対象となるプログラムは、会場入口に単位受付デスクを設置し、入場時に単位受付を行います。
- ②セッション開始 10 分を過ぎると、単位が取得できませんのでご注意ください。
- ③単位を取得するプログラムは、開始から終了まで参加してください。

d) 学術業績・診療以外の活動実績（学会出席単位）

以下の場合に単位が取得できます。

- ① d) 学会出席単位受付デスクで単位受付をした場合
- ② c) 眼科領域講習単位を取得した場合※

※単位は自動で加算されますので、d) 学会出席単位受付用デスクでの受付は不要です。

【注意事項】

d) 学術業績・診療以外の活動実績の学会出席単位は 1 日ごとの単位付与ではなく、出席日数に関わらず本学会に出席されることにより 0.5 単位が付与されます。なお、学会出席単位の上限 5 年間で 6 単位です。

単位受付について

単位受付のシステムが変わったため、今までの専門医更新登録証（金色のカード）は使用できません。必ず新しい専門医更新登録証（青・白色のカード）をお持ちください。

関連会議

日本眼腫瘍学会 理事会

日 時：9 月 27 日（金）18:00 ～ 19:00

場 所：東京医科大学病院 教育研究棟（自主自学館）12 階 1201 会議室

日本眼腫瘍学会 総会

日 時：9 月 28 日（土）13:20 ～ 13:30

場 所：講演会場（京王プラザホテル 本館 5F コンコードボールルーム AB）

懇親会

日 時：9 月 28 日（土）18:05 ～ 19:35

場 所：京王プラザホテル 本館 5F コンコードボールルーム C

※事前にお申込みが必要です（有料）。

クローク

日 時：9 月 28 日（土）7:45 ～ 19:45

9 月 29 日（日）8:00 ～ 13:00

場 所：京王プラザホテル 本館 5F クローク

駐車場

参加者用の駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用ください。

ランチョンセミナー、フェアウェルセミナー

ランチョンセミナー、フェアウェル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、ご了承ください。

なお、整理券の配布はいたしません。

会場内での注意

会場内での録音、写真撮影及びビデオ撮影はご遠慮ください。

また、スマートフォンや携帯電話はマナーモードに切り替えるか、電源をお切りください。

講演規定

講演開始 60 分前までに、PC 受付にて動作確認を行い、発表データの提出を行ってください。

PC 受付

場 所：京王プラザホテル 本館 5F コンコードボールルーム AB ホワイエ
 時 間：9 月 28 日（土） 7:45 ～ 18:00
 9 月 29 日（日） 8:00 ～ 11:30

講演時間

シンポジウム：事務局からのご案内をご参照ください。

一般講演（口演）：発表時間は 7 分、質疑応答が 4 分です。講演・討論時間を含めて 1 演題 11 分です。時間厳守でお願いします。計時回線にてお知らせ（6 分：予告ランプ、7 分：終了時赤ランプ）します。

進 行

- ①講演者は、座長（オーガナイザー）の指示のもと、講演を行ってください。
- ②講演者は、セッション開始 30 分前までに会場内最前列の次演者席にお着きください。
- ③座長（オーガナイザー）は、セッション開始 20 分前までに会場内最前列の次座長席にお着きください。
- ④座長（オーガナイザー）は、開始の合図が入り次第登壇し、セッションを開始してください。
- ⑤時間厳守にご協力ください。

【メディア持込の場合（Windows のみ）】

- ①会場で使用する PC の OS は Windows10 で、データ形式は、PowerPoint2013/2021 となります。
 なお Macintosh をご希望の場合は、PC 本体を持ちこみいただければ、対応いたします。
- ②発表用データを、CD-R または USB フラッシュメモリーに保存してお持ちください。また、保存いただく際には、発表データのファイル名は「(演題番号) (氏名)」としてください。
 【例】 O1-1 眼腫瘍 太郎
- ③発表データは以下のものでご作成ください。
 [Windows 版 PowerPoint2013/2021]
 ※ Macintosh 版 PowerPoint での作成は、映像に支障をきたしますので、ご遠慮ください。
- ④フォントは OS に標準で装備されているものでお願いいたします。画面レイアウトのバランス異常や文字化けを防ぐためにフォントは「MS (MSP) ゴシック」、「MS (MSP) 明朝」、「Times New Roman」、「Century」をご利用ください。
- ⑤画面の解像度はフル HD（1920 × 1080 ピクセル）です。
- ⑥動画（PowerPoint のアニメーション機能除く）や音声は利用できません。動画データを使用の場合は、ご自身の PC をお持ちください。
- ⑦発表データは、会場内の PC に一旦コピーさせていただきますが、学会終了後に事務局が責任を持って消去いたします。
- ⑧発表データ保存媒体の返却
 発表終了後のデータ保存媒体は会場にて返却いたします。

【PC 本体持込の場合（Macintosh・Windows 動画使用）】

- ① PC（Macintosh・Windows の動画使用の場合）はご自身でご準備ください。
- ②お持込みいただきます PC は一般的な外部出力端子 HDMI タイプ A（通常サイズ）または、D-sub 15pin のモニター出力端子が必要となります。この端子が無い PC をお持込みいただく場合には、別途変換コネクタを必ずご用意ください。
- ③動画ならびに画像の制限はありませんが、事前に再生できることをご確認ください。本体の液晶画面に動画ならびに画像が表示されても、実際に外部出力されない場合があります。発表データを作成さ

れた PC とお持込 みいただく PC が別の場合はご注意ください。

④音声の利用はできません。

⑤スクリーンセーバーならびに省電力設定は予め解除してください。

⑥必ず電源ケーブルはお持ちください。バッテリーでのご発表はバッテリー切れとなることがあります。

⑦会場にて用意したプロジェクターと接続ができない場合に備え、バックアップ用のデータ（CD-R 又は USB フラッシュメモリー）をご用意ください。

⑧ PC の返却

発表終了後の PC は会場内「PC オペレーター席」にて返却を行います。

利益相反 (conflict of interest) について

共催セミナーを含むすべての発表に関し、講演時の 2 枚目のスライドまたはポスター末尾において利益相反を公表してください。演者全員が利益相反公表基準に該当しない場合は、「利益相反公表基準に該当なし」と記載してください。該当ありの場合には、各演者名に続きカテゴリーと企業名〔ただし、カテゴリー P（特許権を有する、または申請中の場合）では企業名の記載は必要ありません〕を明示してください。

記載例：眼腫瘍太郎：【F】 ○○製薬、【I】 ▲▲工業

眼腫瘍花子：【P】

なお、2015 年 10 月 21 日に「日本眼科学会利益相反に関する基準」が改正され、当該の発表内容に関するか否かにかかわらず、過去 3 年間の利益相反を公表の対象とすることとなりました。

利益相反に関する詳細については、日本眼科学会ホームページ内の倫理委員会のページ「日本眼科学会利益相反に関する基準 (<https://www.nichigan.or.jp/Portals/0/resources/about/conflict.pdf>)」にてご確認ください。

日本眼腫瘍学会役員一覧

役職別 50 音順 (2023 年 9 月現在)

名誉会員 (敬称略)	役職	氏名	所属
猪俣 孟	理事長	鈴木 茂伸	国立がん研究センター中央病院
上野 脩幸	理事	安積 淳	神戸海星病院
大西 克尚	理事	臼井 嘉彦	東京医科大学
沖坂 重邦	理事 (監事)	江口 功一	江口眼科医院 / 新潟大学
金子 明博	理事	大湊 絢	新潟大学
玉井 信	理事 (学術)	小幡 博人	埼玉医科大学総合医療センター
松尾 信彦	理事 (学術)	加瀬 諭	北海道大学
箕田 健生	理事 (監事)	兒玉 達夫	島根大学
中村 泰久	理事	後藤 浩	東京医科大学
八子 恵子	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	田上 瑞記	大阪公立大学
物故会員	理事	高村 浩	公立置賜総合病院 / 山形大学
加藤桂一郎	理事	田邊 美香	九州大学
雨宮 次生	理事	辻 英貴	がん研究会有明病院
上田 幸典	理事	林 暢紹	須崎くろしお病院 / 高知大学
	理事 (広報)	古田 実	相馬中央病院 / 福島県立医科大学
	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	小島 孚允	小島眼科医院 / さいたま赤十字病院
	顧問	大島 浩一	国立病院機構岡山医療センター
	顧問	嘉島 信忠	大浜第一病院 / 聖隷浜松病院
	顧問	敷島 敬悟	東京慈恵会医科大学
	顧問	溝田 淳	西葛西・井上眼科病院

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	開催地	会場	会長	主管校
第 1 回	1983年(S58)6月10日	富山	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	京都	京大会館	雨宮 次生	京都大学
第 3 回	1985年(S60)9月7日	福岡	九大同窓会館	猪俣 孟	九州大学
第 4 回	1986年(S61)8月16日	東京	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	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	東京	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	岡山	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	仙台市民会館	玉井 信	東北大学
第 9 回	1991年(H3)8月2日	札幌	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	東京	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	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	福岡	九大同窓会館	猪俣 孟	九州大学
第13回	1995年(H7)8月10日～11日	高知	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	東京	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	福島	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	東京	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	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	仙台市民会館	玉井 信	東北大学
第19回	2001年(H13)9月1日～2日	浜松	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	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	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	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	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	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	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	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	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	浜松	アクティビティー浜松コンgresセンター	嘉島 信忠	聖隷浜松病院
第29回	2011年(H23)6月25日～26日	福島	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	宇都宮	栃木県総合文化センター	小幡 博人	自治医科大学
第31回	2013年(H25)9月14日～15日	高知	高知市総合あんしんセンター	林 暢紹	須崎くろしお病院/高知大学
第32回	2014年(H26)7月11日～12日	浜松	静岡浜松市プレスタワー	辻 英貴	がん研有明病院
第33回	2015年(H27)10月3日～4日	松江	くにびきメッセ	兒玉 達夫	島根大学
第34回	2016年(H28)10月1日～2日	神戸	シマブンビル	安積 淳	神戸海星病院
第35回	2017年(H29)9月23日～24日	東京	両国 KFC ホール	溝田 淳	帝京大学
第36回	2018年(H30)11月3日～4日	石川	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日～29日	東京	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日～27日		COVID-19のため中止1年延期		
第38回	2021年(R3)9月4日～5日	福岡	九州大学医学部百年講堂	吉川 洋	九州大学
第39回	2022年(R4)9月17日～18日	東京	国立がん研究センター 新研究棟大会議室	鈴木 茂伸	国立がん研究センター中央病院
第40回	2023年(R5)9月23日～24日	大阪	なんばスカイオコンベンションホール	高橋 寛二	関西医科大学
第41回	2024年(R6)9月28日～29日	東京	京王プラザホテル	後藤 浩	東京医科大学

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、本会の事業を授助するため所定の賛助会費を納入する団体および個人とする。

(入会員および会費)

第10条 正会員の年会費は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。
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28日 土

京王プラザホテル 5F
コンコード AB

8:30	8:40 ~ 8:45	開会式
9:00	8:45 ~ 9:51	一般演題 1 O1-1 ~ O1-6 〔眼窩腫瘍 1〕 座長：兒玉 達夫 (島根大・先端がん治療センター) 田邊 美香 (九州大)
10:00	9:55 ~ 11:01	一般演題 2 O2-1 ~ O2-6 〔眼窩腫瘍 2〕 座長：渡辺 彰英 (京都府医大) 大湊 絢 (新潟大)
11:00	11:05 ~ 12:00	一般演題 3 O3-1 ~ O3-5 〔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)
12:00	12:10 ~ 13:10	ランチョンセミナー 〔前眼部にみられる炎症と腫瘍の鑑別の極意〕 座長：後藤 浩 (東京医大) 小幡 博人 (埼玉医大・総合医療センター) 演者：福田 憲 (高知大) 後藤 浩 (東京医大) 共催：参天製薬株式会社
13:00	13:20 ~ 13:30	総 会
	13:30 ~ 13:35	JCOTS 報告
14:00	13:45 ~ 14:45	シンポジウム 1 S1-1 ~ S1-3 〔他科との連携による眼腫瘍の診断と治療・東京医大バージョン・〕 座長：後藤 浩 (東京医大・眼科) 演者：長尾 俊孝 (東京医大・人体病理) 伊澤 仁之 (厚生中央病院・脳神経外科) 松村 一 (東京医大・形成外科)
15:00		
16:00	15:35 ~ 16:52	一般演題 4 O4-1 ~ O4-7 〔結膜腫瘍〕 座長：林 暢紹 (須崎くろしお病院) 吉川 洋 (九州大／宗像眼科クリニック)
17:00	16:55 ~ 18:01	一般演題 5 O5-1 ~ O5-6 〔眼瞼腫瘍〕 座長：高村 浩 (公立置賜総合病院) 柚木 達也 (富山大)
18:00		
18:30		

2日目

9月29日 日

京王プラザホテル 5F
コンコード AB

8:30	8:45 ~ 9:40	一般演題 6 O6-1 ~ O6-5 〔眼内腫瘍〕 座長：古田 実 (相馬中央病院／福島県医大) 加瀬 諭 (北海道大)
10:00	9:45 ~ 10:40	一般演題 7 O7-1 ~ O7-5 〔転移性眼内腫瘍・その他〕 座長：辻 英貴 (がん研有明病院) 田上 瑞記 (大阪公大)
11:00	10:50 ~ 11:50	シンポジウム 2 S2-1 ~ S2-3 〔悪性腫瘍の最新治療〕 座長：鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院) 江口 功一 (江口眼科医院) 演者：柏原 大朗 (国立がん研究センター中央病院・放射線治療科) 若月 優 (量子科学技術研究開発機構 QST 病院) 塚原 清彰 (東京医大・耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
12:00	11:50 ~ 11:55	閉会式
13:00	12:05 ~ 12:45	フェアウェルセミナー 〔中枢神経原発リンパ腫の最新の診断・治療と眼内リンパ腫〕 座長：蕪城 俊克 (自治医大) 演者：山崎 文之 (広島大・脳神経外科学) 共催：小野薬品工業株式会社
14:00	14:55 ~ 15:25	スイーツセミナー 〔ここでしか聞けない眼腫瘍スペシャリストの話〕 座長：溝田 淳 (西葛西・井上眼科病院) 演者：田邊 美香 (九州大) 安積 淳 (神戸海星病院 アイセンター) 共催：株式会社イナミ
16:00		
17:00		
18:00		
18:30		

プログラム

第 1 日目 2024 年 9 月 28 日 (土)

開会式 8:40 ~ 8:45

一般演題 1 〔眼窩腫瘍 1〕 8:45 ~ 9:51

座長：兒玉 達夫（島根大・先端がん治療センター）
田邊 美香（九州大）

01-1 眼窩筋円錐内に生じた成人発症黄色肉芽腫の一例

○城野 美保、渡辺 彰英、奥 拓明、外園 千恵
京都府医大

01-2 病理組織学的診断を行った超高齢者の眼窩筋円錐内神経鞘腫の 1 例

○成田 真央¹⁾、加瀬 諭²⁾、松野 吉宏³⁾、石田 晋²⁾
1) JCHO 札幌北辰病院、2) 北海道大・眼科、3) 北海道大・病理診断科

01-3 MEK 阻害薬による治療が奏功した神経線維腫症 1 型の 2 例

○稲本 卓、水井 徹、森地 振一郎、堺 則康、後藤 浩
東京医大・眼科

01-4 眼窩海綿状血管奇形の臨床的特徴と予後の検討

○朝蔭 正樹、曾根 久美子、坪田 欣也、馬詰 和比古、白井 嘉彦、後藤 浩
東京医大・眼科

01-5 骨切りなしの骨膜切除併用涙腺多形腺腫摘出後の中期予後

○尾山 徳秀^{1,2,3)}、大湊 絢³⁾、塩崎 直哉³⁾、張 大行⁴⁾、江口 功一⁵⁾、福地 健郎³⁾
1) 医) オクルス うおぬま眼科、2) 長岡赤十字病院、3) 新潟大、4) さど眼科、5) 江口眼科医院

01-6 眼窩アミロイドーシスの 1 例

○中田 愛¹⁾、藤本 雅大^{1,2)}、中野 絵梨¹⁾、山本 昭成¹⁾、辻川 明孝¹⁾
1) 京都大、2) オキュロフェイシャルクリニック

一般演題 2 〔眼窩腫瘍 2〕 9:55 ~ 11:01

座長：渡辺 彰英（京都府医大）
大湊 絢（新潟大）

02-1 眼窩 low-grade fibromyxoid sarcoma の 1 例

○末岡 健太郎¹⁾、丹京 雄也^{2,3)}、近間 泰一郎¹⁾
1) 広島大、2) JA 広島総合病院、3) 安佐市民病院

02-2 診断に 10 年を要した脂肪肉腫の 1 例

○村井 佑輔¹⁾、西尾 真理²⁾、安積 淳¹⁾
1) 神戸海星病院、2) 神戸大・病理

02-3 SuperCore 半自動生検針を用いた涙腺腫瘍の 2 例

○田中 啓一郎¹⁾、古田 実^{1,2)}、石龍 鉄樹¹⁾
1) 福島県医大、2) 相馬中央病院

02-4 当院で治療開始後5年以上経過観察し得た涙腺腺様嚢胞癌の2例

○田上 瑞記¹⁾、木成 玄¹⁾、春名 優甫¹⁾、富田 真美¹⁾、坂井 淳¹⁾、三澤 宜彦²⁾、安積 淳³⁾、
本田 茂¹⁾

1) 大阪公大、2) ワシントン大、3) 神戸海星病院

02-5 両側の眼瞼皮膚に生じ、眼窩へ浸潤した扁平上皮癌の一例

○大島 浩一¹⁾、三野 麻似¹⁾、神農 陽子²⁾、磯田 哲也²⁾

1) 岡山医療センター・眼科、2) 岡山医療センター・検査科

02-6 DCR時にみられた涙嚢内占拠性病変の特徴について

○柚木 達也¹⁾、舘野 宏彦²⁾、森田 由香²⁾、林 篤志¹⁾

1) 富山大・眼科、2) 富山大・耳鼻咽喉科

一般演題 3 【リンパ増殖性疾患】 11:05 ~ 12:00

座長：安積 淳（神戸海星病院）

高比良 雅之（金沢大）

03-1 特異な眼瞼炎と骨破壊を伴ったIgG4関連眼疾患の一例

○田中 友貴¹⁾、加瀬 諭³⁾、松野 吉宏^{2,4)}、中里 信一²⁾、石田 晋³⁾

1) 函館中央病院・眼科、2) 函館中央病院・病理診断科、3) 北海道大・眼科、4) 北海道大・病理診断科

03-2 視力の回復が良好であったIgG4関連眼疾患による視神経症の2症例

○高比良 雅之¹⁾、濱岡 祥子^{1,2)}、山田 祐太郎¹⁾

1) 金沢大、2) やわたメディカルセンター

03-3 小児の結膜MALTリンパ腫の1例

○山田 祐太郎、濱岡 祥子、高比良 雅之

金沢大

03-4 眼窩リンパ腫の臨床バイオマーカーとしての血清IL2R値

○木成 玄、坂井 淳、春名 優甫、富田 真未、三澤 宜彦、田上 瑞記、本田 茂

大阪公大

03-5 眼部悪性リンパ腫に対する低線量放射線治療の検討

○中島 勇魚¹⁾、田口 千蔵²⁾、辻 英貴¹⁾

1) がん研有明病院・眼科、2) がん研有明病院・放射線治療部

ランチョンセミナー 【前眼部にみられる炎症と腫瘍の鑑別の極意】 12:10 ~ 13:10 共催：参天製薬株式会社

座長：後藤 浩（東京医大）

小幡 博人（埼玉医大・総合医療センター）

悪性腫瘍と鑑別を要する角結膜炎の診断と治療

○福田 憲

高知大

前眼部炎症性疾患と鑑別を要する悪性腫瘍

○後藤 浩

東京医大

総会 13:20 ~ 13:30

JCOTS 報告 13:30 ~ 13:35

シンポジウム 1 【他科との連携による眼腫瘍の診断と治療 - 東京医大バージョン -】 13:45 ~ 14:45

座長：後藤 浩（東京医大・眼科）

S1-1 眼腫瘍の病理診断

○長尾 俊孝
東京医大・人体病理

S1-2 眼窩内腫瘍における脳神経外科の出番と役割—東京医大において—

○伊澤 仁之^{1,2)}
1) 厚生中央病院・脳神経外科、2) 東京医大・脳神経外科

S1-3 形成外科医が関わる眼部悪性腫瘍の治療

○松村 一、島田 和樹
東京医大・形成外科

スイーツセミナー 【ここでしか聞けない眼腫瘍スペシャリストの話】 14:55 ~ 15:25 共催：株式会社イナミ

座長：溝田 淳（西葛西・井上眼科病院）

小児・AYA 世代のがん

○田邊 美香
九州大

眼窩腫瘍摘出術：海星式

○安積 淳
神戸海星病院 アイセンター

一般演題 4 【結膜腫瘍】 15:35 ~ 16:52

座長：林 暢紹（須崎くろしお病院）

吉川 洋（九州大／宗像眼科クリニック）

04-1 両側涙丘結膜に生じた胚中心進展性異形成の 1 例

○兒玉 達夫¹⁾、河野 通大²⁾、新野 大介³⁾
1) 島根大・先端がん治療センター、2) 島根大・眼科、3) 島根大・病理

04-2 病理組織学的に悪性と診断された炎症性若年性結膜母斑と思われる 3 例

○近間 泰一郎、吉富 寿々、宍道 紘一郎、三笥 香穂里、福戸 敦彦、末岡 健太郎
広島大

04-3 結膜円蓋部に発生した孤立性線維性腫瘍の 1 例

○渡邊 竜也¹⁾、加瀬 諭¹⁾、水門 由佳¹⁾、岡田 宏美²⁾、石田 晋¹⁾
1) 北海道大・眼科、2) 北海道大・病理部 / 病理診断科

04-4 下眼瞼円蓋部結膜扁平上皮癌の 2 例

○塩崎 直哉、大湊 絢、福地 健郎
新潟大

04-5 マイトマイシン C 点眼による眼局所化学療法を行った眼腫瘍の 6 例

○小幡 博人、小泉 宇弘
埼玉医大・総合医療センター

04-6 結膜扁平上皮癌に対する局所マイトマイシン C 療法により、特異な副作用を呈した 1 例

○野牛 悠那、馬詰 和比古、朝蔭 正樹、後藤 浩
東京医大・眼科

04-7 0.04% マイトマイシン C 点眼液の保存条件に対する検討

○野々宮 悠真¹⁾、中島 勇魚²⁾、山口 航輝³⁾、横山 雄太³⁾、原 龍星³⁾、竹花 和美⁴⁾、
中村 智徳³⁾、辻 英貴²⁾、山口 正和¹⁾
1) がん研究会有明病院・薬剤部、2) がん研究会有明病院・眼科、3) 慶應大・薬学部、4) がん
研有明病院臨床検査センター

一般演題 5 【眼瞼腫瘍】 16:55 ~ 18:01

座長：高村 浩（公立置賜総合病院）
柚木 達也（富山大）

05-1 生検組織からヒトヘルペスウイルス 8 が検出された AIDS 関連眼瞼結膜カポジ肉腫の 1 例

○今野 菜里奈¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、小松 紘之¹⁾、四本 美保子²⁾、木内 英²⁾、後藤 浩¹⁾
1) 東京医大・眼科、2) 東京医大・臨床検査医学科

05-2 非 HIV 関連眼瞼カポジ肉腫の 1 例

○今川 幸宏¹⁾、森田 耕輔¹⁾、三村 真士¹⁾、高木 麻衣²⁾、喜田 照代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) 大阪医薬大

05-3 放射線照射後に手術加療を行った眼瞼メルケル細胞癌の組織所見と術後経過の検討

○大湊 絢¹⁾、塩崎 直哉¹⁾、福地 健郎¹⁾、梅津 哉²⁾
1) 新潟大・眼科、2) 新潟大・病理部

05-4 眼瞼に発生した粘液癌の 3 例

○小松 紘之¹⁾、坪田 欣也¹⁾、後藤 啓介²⁾、長尾 俊孝²⁾、後藤 浩¹⁾
1) 東京医大・眼科、2) 東京医大・人体病理

05-5 当院での下眼瞼再建における術式変遷～ Step Ladder VY Advancement flap へ～

○島田 和樹¹⁾、小宮 貴子¹⁾、青木 昂平¹⁾、浅井 麻衣香¹⁾、荒木 祐太郎¹⁾、小田 柚香¹⁾、
松村 一¹⁾、臼井 嘉彦²⁾、後藤 浩²⁾
1) 東京医大・形成外科、2) 東京医大・眼科

05-6 眼瞼脂腺癌と基底細胞癌の網羅的転写産物解析

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

第 2 日目 2024 年 9 月 29 日 (日)

一般演題 6 〔眼内腫瘍〕 8:45 ~ 9:40

座長：古田 実 (相馬中央病院／福島県医大)
加瀬 諭 (北海道大)

06-1 転倒後の眼科受診で発覚した結節性硬化症の 1 例

○鈴木 俊也¹⁾、山田 祐太朗¹⁾、黒田 文人²⁾、濱岡 祥子^{1,3)}、高比良 雅之¹⁾

1) 金沢大・眼科、2) 金沢大・小児科、3) やわたメディカルセンター

06-2 中心窩網膜剥離を伴った大きな脈絡膜母斑が退縮した 2 例

○古田 実^{1,2)}、田中 啓一郎²⁾、石龍 鉄樹²⁾

1) 相馬中央病院、2) 福島県医大

06-3 傍視神経乳頭網膜血管 (芽) 腫に関連した硝子体出血の 1 例

○馬詰 和比古、丸尾 恵子、曾根 久美子、山本 香織、後藤 浩

東京医大・眼科

06-4 眼球外浸潤が疑われた網膜芽細胞腫に対し下直筋を含めた眼球摘出を施行した 1 例

○奥 拓明、渡辺 彰英、野々村 美保、外園 千恵

京都府医大

06-5 脈絡膜悪性黒色腫重粒子線治療後の遠隔転移再発に関する解析

○小林 なお¹⁾、青木 秀梨¹⁾、若月 優¹⁾、牧島 弘和²⁾、伊川 裕明¹⁾、石川 仁¹⁾、井上 裕治³⁾、
溝田 淳⁴⁾

1) QST 病院、2) 筑波大・放射線腫瘍科、3) 帝京大、4) 西葛西・井上眼科病院

一般演題 7 〔転移性眼内腫瘍・その他〕 9:45 ~ 10:40

座長：辻 英貴 (がん研有明病院)
田上 瑞記 (大阪公大)

07-1 前房水の腫瘍マーカー値と穿刺吸引細胞診にて診断した盲腸癌虹彩転移の 1 例

○三田村 瑞穂¹⁾、加瀬 諭¹⁾、水門 由佳¹⁾、橋本 大和²⁾、渡部 涼子²⁾、松野 吉宏²⁾、
石田 晋¹⁾

1) 北海道大・眼科、2) 北海道大・病理部病理診断科

07-2 進展型小細胞肺癌を原発とした左虹彩転移腫瘍の 1 例

○石川 寧子¹⁾、宮島 彩乃¹⁾、川嶋 真¹⁾、中島 勇魚²⁾、辻 英貴²⁾、溝田 淳³⁾、井上 裕治¹⁾

1) 帝京大、2) がん研究会有明病院、3) 西葛西・井上眼科病院

07-3 短期間で眼内所見が変動した転移性脈絡膜腫瘍の 1 例

○河田 宙徳¹⁾、朝蔭 正樹¹⁾、河手 敬彦²⁾、後藤 浩¹⁾

1) 東京医大・眼科、2) 東京医大・乳腺科

07-4 硝子体転移を生じた前頭部皮膚原発悪性黒色腫の一例

○朱 さゆり¹⁾、時光 元温¹⁾、陶山 宏¹⁾、黒川 徹¹⁾、面高 俊和²⁾、上原 剛³⁾、岩谷 舞³⁾、
村田 敏規¹⁾

1) 信州大・眼科、2) 信州大・皮膚科、3) 信州大・臨床検査部

07-5 全国がん登録データを用いた眼腫瘍疫学情報 第一報

○鈴木 茂伸

国立がん研究センター中央病院

シンポジウム 2 〔悪性腫瘍の最新治療〕 10:50 ~ 11:50

座長：鈴木 茂伸（国立がん研究センター中央病院）

江口 功一（江口眼科医院）

S2-1 ホウ素中性子捕捉療法（BNCT）の最新情報

○柏原 大朗

国立がん研究センター 中央病院 放射線治療科／先端医療開発センター BNCT 医療開発分野（併任）

S2-2 重粒子線治療による眼部悪性腫瘍の治療の現状

○若月 優

量子科学技術研究開発機構 QST 病院

S2-3 光免疫療法の原理と頭頸部悪性腫瘍治療

○塚原 清彰

東京医大・耳鼻咽喉科・頭頸部外科

閉会式 11:50 ~ 11:55

フェアウェルセミナー 12:05 ~ 12:45

共催：小野薬品工業株式会社

座長：燕城 俊克（自治医大）

中枢神経原発リンパ腫の最新の診断・治療と眼内リンパ腫

○山崎 文之

広島大・脳神経外科学



シンポジウム 抄 録



他科との連携による眼腫瘍の診断と治療 - 東京医大バージョン -

座長 後藤 浩 (東京医大・眼科)



後藤 浩

東京医大・眼科

略 歴

- 1984年 東京医科大学 卒業
- 1988年 南カルフォルニア大学 Doheny Eye Institute 留学
- 1993年 東京医科大学眼科 講師
- 2002年 東京医科大学眼科 助教授
- 2006年 東京医科大学眼科 教授
- 2007年 東京医科大学眼科 主任教授

座長の言葉

ひと口に眼腫瘍といっても前眼部、眼内、眼窩、視神経など様々な組織に由来し、それぞれに良性腫瘍と悪性腫瘍が発生する可能性があります。多くは眼科医による臨床診断のもと、治療が行われていますが、なかには広範な眼組織の欠損を余儀なくされる症例もあり、その再建には形成外科専門医の技術が必要となることがあります。巨大な眼窩内腫瘍や眼窩深部の腫瘍の摘出には脳神経外科医による開頭手術が唯一の治療方法となることもあります。また、最終的な診断には摘出組織を用いた病理組織学的検索が行われますが、想定される疾患に応じて様々な免疫染色や分子病理学的アプローチが必要となります。

そこで今回は、学術集会の主催校である東京医大の眼科が常日頃から大変お世話になっている病理、脳神経外科、そして形成外科の先生方にご登壇いただき、我々がこれまで眼腫瘍の領域でいかに生きながらえていくことができたのか、その背景の一端を含めてご紹介いただく機会を設けさせていただきました。

他科との連携のパターンは施設ごとに異なることも多いと思いますが、東京医大バージョンをご紹介することによって、眼腫瘍の診断ならびに治療における議論のきっかけとなることを期待しています。

S1-1 眼腫瘍の病理診断

長尾 俊孝 (ながお としたか)

東京医科大学 人体病理学分野



略 歴

1991 年 弘前大学医学部卒業
 1995 年 千葉大学大学院医学研究科修了
 1995 年 帝京大学医学部附属市原病院病理部助手
 2000 年 同上講師
 2001 年 東京医科大学病院病理部講師
 2002 年 米国 Mayo Clinic 留学
 2008 年 東京医科大学人体病理学分野准教授
 2009 年 同上主任教授および病理診断科診療科長
 現在に至る

眼腫瘍はその発生部位によって、眼付属器と眼内に大別されるが、各々からは病理学的に異なったあるいは共通した多種多様の腫瘍が生じる。いずれの部位にみられる腫瘍も発生頻度は極めて低く、大規模病院ですら一般病理医が経験値を積むことは困難で、診断に苦慮することが多い。ところが、東京医科大学病院で日常病理診断をしていると、眼腫瘍は逆に common な疾患との錯覚を覚える。眼腫瘍は稀だとは言え、眼瞼の脂腺癌や基底細胞癌、結膜の扁平上皮癌や黒色腫、涙腺の多形腺腫や腺様嚢胞癌、眼内の網膜芽細胞腫など、また多部位に共通してみられるリンパ腫でも典型的な組織像を示すものであれば、比較的病理診断は容易である。しかしながら、例えば結膜の色素性上皮内病変や扁平上皮内腫瘍の判定、ぶどう膜の色素性腫瘍における良悪性の鑑別、眼付属器リンパ増殖性疾患の診断、および発生部位を問わず非常に希少な腫瘍型の質的診断には難渋することが少なくなく、病理医間でも診断の不一致が起きやすい。幸いなことに、個人的には唾液腺腫瘍を専門としている関係から、涙腺腫瘍については余程の難解例でない限り、確定診断を下すことが出来ることは有難い。なお、眼腫瘍では治療の観点から発生部位によって求められる病理診断の質が違っても病理医にとっては理解する必要がある。さらに、術中迅速診断を求められるケースも多く、特に眼瞼腫瘍の質的診断と切除断端の評価、リンパ増殖性疾患や涙腺上皮性腫瘍の診断を依頼される頻度が高い。一方、眼腫瘍においても他臓器腫瘍と同様に WHO 分類に準拠して病理診断を行う。眼腫瘍 WHO 分類は 2022 年に第 5 版がオンライン・ベータ版としてリリースされた。本シンポジウムでは、最新の WHO 分類を紹介したのち、涙腺上皮性腫瘍、リンパ増殖性疾患 (MALT リンパ腫・IgG4 関連眼疾患)、および眼内色素性腫瘍の病理診断に焦点を当てて述べる。

【利益相反公表基準】該当無

S1-2

眼窩内腫瘍における脳神経外科の出番と役割 - 東京医大において -

伊澤 仁之^{1,2)} (いざわ ひとし)

1) 厚生中央病院 脳神経外科、2) 東京医科大学病院 脳神経外科



略 歴

1996年 5月 東京医科大学病院脳神経外科臨床
研修医
1998年 11月 水戸赤十字病院脳神経外科医員
2000年 11月 静岡県立こども病院脳神経外科医
員
2002年 11月 東京医科大学病院八王子医療セン
ター脳神経外科助手
2011年 10月 東京医科大学病院脳神経科学教
室、助教・臨床講師
2021年 11月 新座志木中央病院中央総合病院脳
神経外科部長
2024年 4月 厚生中央病院脳神経外科副部長

眼窩は解剖学的に正面には眼球、周囲は4つの顔面骨と3つの頭蓋骨に囲まれており、その中に神経、血管、筋肉、腺組織、脂肪等が存在する円錐形の非常に特徴のある間隙となっている。また眼窩内組織は多様であることも関与して眼窩内腫瘍の組織型も多岐に渡るが、腫瘍以外の炎症性疾患、血管疾患、内分泌的疾患などもあり腫瘍以外にも鑑別診断を必要とすることが多く術前診断が困難であることも少なくはない。さらに手術適応を考える上でその要素は多元性であり、腫瘍であれば悪性度、大きさ、局在、進行速度、視機能、腫瘍のvascularity、整容性、生検でとどめる可能性等多数となる。つまりは、眼窩内腫瘍の手術適応や手術方法を決定するにあたり非常に多くの要素を考慮する必要がある、状況によっては他科との連携も非常に大切になってくる。手術方法に関してもアプローチの方向としても前方（眼科、形成外科）、外側（眼科）、内側（脳外科、経鼻内視鏡手術）、上方（脳外科：開頭手術）がありそれぞれがかなり専門性の強いアプローチ方法であることから、手術方法の選択に関しては自分の科の手術アプローチ以外もある程度理解している必要がある。東京医大においては眼科、脳外科、形成外科いずれの手術アプローチが可能であり、各々の科との連携はスムーズである状況であるが、手術方法に関しては症例経験の多い眼科腫瘍チームがリーダーとなって然るべき科にコンサルテーションする形で決定することとなっている。この関連する診療科の連携があるため、脳神経外科においては合同カンファレンスで手術方法が変更となったことはない。

脳神経外科手術は経頭蓋アプローチで行うが、その最大のメリットは術野が広く各種手術道具の利用することができ、直視下に癒着剥離、出血の対応が可能であることと考える。我々は機能温存のために術中各種モニタリング併用（VEP、ERG、眼球運動）しているが、これにより出血に対して安全にバイポーラによる電気凝固止血が可能となっていることも経頭蓋法のメリットと思われる。よって東京医大の眼窩内腫瘍における脳神経外科手術症例は、腫瘍サイズが大きいもの、腫瘍血管に富むもの、局在が深部にあるもの、視神経圧迫のあるもの、悪性腫瘍疑い、眼球突出の強いものものとなっている。発表の際には皆様の眼窩内腫瘍治療の一助になるよう脳神経外科手術ビデオを供覧して手術の実際を解説する。

【利益相反公表基準】該当無

S1-3 形成外科医が関わる眼部悪性腫瘍の治療

松村 一 (まつむら はじめ)、島田 和樹

東京医科大学 形成外科学分野



略 歴

1987年 東京医科大学 卒業
 1987年 国立東京医療センター 外科
 1989年 東京医科大学 形成外科学講座
 1995年 Division of Plastic Surgery and
 Department of Surgery, University
 of Washington
 1997年 東京医科大学 形成外科学講座
 2008年 東京医科大学 形成外科学講座 教授
 2014年 東京医科大学 形成外科学分野 (講座
 改称) 主任教授
 現在に至る

東京医科大学病院形成外科で扱う眼部悪性腫瘍は、ごく一部の症例を除きすべて眼科よりの紹介症例である。眼科で生検がすでに行われているため、形成外科では全身精査や進展度合いの評価のための画像診断のみを行い、その後手術計画が立てられる。

眼科にても眼部悪性腫瘍の治療を行っているため、形成外科に紹介される症例は、①眼瞼全層・全幅に近い切除とその再建となる症例、②眼窩内容除去症例、③眼窩を含む広範囲切除例の3種類となる。

③に関しては、頭頸部外科にて眼窩内容と内側壁/下壁切除、頸部郭清が行われ、形成外科にて前大腿外側遊離皮弁（あるいは前腕遊離皮弁）にて、眼窩充填と眼瞼皮膚側・鼻腔側再建が行われる。

②に関しては、ほぼ全例で、眼窩外側壁切除と側頭筋による眼窩充填が行われる。

①の上眼瞼切除例では下眼瞼を上眼瞼に移植、下眼瞼を粘膜と頬部皮弁で再建する switch flap を行っている。

下眼瞼切除例では、前葉を局所皮弁、後葉を粘膜と軟骨を用いて再建を行っているが、皮弁の種類や後葉再建材料に関しては、この10年で術式の変遷がある。当初は頬部皮弁と口腔粘膜と耳介軟骨を用いていた。耳前部でのリンパ郭清を要する症例以外の多くの症例では、この後、もみあげ部前からの眼輪筋皮弁と口蓋粘膜となり、近年では残存下眼瞼と頬部からの Step Ladder 皮弁と口蓋粘膜での再建に移行している。この術式により、整容性を保ったまま、大幅な手術時間の短縮がえられ外反変形もなくなっている。

本演題では、これらの再建術式に関して詳細を報告したい。

【利益相反公表基準】 該当無

悪性腫瘍の最新治療

座長 鈴木 茂伸 (国立がん研究センター中央病院)

江口 功一 (江口眼科医院)



鈴木 茂伸

国立がん研究センター中央病院



江口 功一

江口眼科医院

略 歴

1993年 東京大学医学部卒業、内科研修医
 1994年 東京大学眼科入局
 1995年 大宮赤十字病院（現：さいたま赤十字病院）眼科医員
 1998年 東京大学眼科 助手
 2002年 国立がんセンター中央病院 眼科医員
 2006年 国立がんセンター中央病院 眼科医長
 2010年 国立がん研究センター中央病院 眼腫瘍科科長
 現在に至る

略 歴

1986年 新潟大学医学部卒業
 1992年 新潟大学大学院修了
 1992年 新潟県立中央病院眼科医長
 1993年 新潟県立がんセンター新潟病院眼科医長
 1995年 山形県立中央病院眼科医長
 1997年 新潟大学医学部助手
 2005年 新潟大学医学部非常勤講師
 江口眼科医院開設
 現在に至る

座長の言葉

悪性腫瘍の治療の3本柱は手術、放射線、薬物治療であり、限局期は手術で治癒が期待される。一方で再発や浸潤例は手術侵襲や機能・整容面の課題があり、他の治療戦略が要求される。今回は日本が先行している3つの新規治療について、第一人者の先生方にお話を伺う機会を得た。照射野ではなく細胞をターゲットとする治療がホウ素中性子補足療法（BNCT）であり、柏原大朗先生から BNCT の適応や今後の治療開発についてご講演いただく。高い生物学的効果が特徴である重粒子線治療について、QST 病院の若月優先生から脈絡膜悪性黒色腫の治療成績についてご報告いただく。光免疫療法は昨年の本学会特別講演のテーマであったが、塚原清彰先生は国内で最も多く手掛けている経験から治療成績と課題をご報告いただく。これらの治療がどのように眼腫瘍治療に導入、拡大できるのか、期待しながらご講演を拝聴したい。

S2-1 ホウ素中性子捕捉療法 (BNCT) の最新情報

柏原 大朗 (かしはら たいろう)

国立がん研究センター 中央病院 放射線治療科／
先端医療開発センター BNCT 医療開発分野 (兼任)



略 歴

2006年4月～2012年3月
京都大学医学部医学科
2012年4月～2014年3月
独立行政法人東京医療センター 初期研修医
2014年4月～2017年3月
国立がん研究センター中央病院 内科レジデント
2016年4月～2019年3月
千葉大学大学院医学薬学府 4年博士課程先端医学
薬学専攻 (早期卒業)
2017年4月～2019年3月
国立がん研究センター中央病院 がん専門修練医
2019年4月～現在
国立がん研究センター中央病院
放射線治療科医員

ホウ素中性子捕捉療法 (以下、BNCT) は、患者に点滴にて投与されたホウ素薬剤ががん細胞により特異的に取り込まれ、そこに体外から中性子線を照射することで生じる超短飛程の α 粒子と Li 反跳核による「がん細胞特異的な重粒子線治療」として、近年注目を集めている。

BNCT は数十分の 1 回照射で治療が終わるという利点もあり、原理からも従来の放射線治療とは一線を画するものである。BNCT の治療開発は日本が先導してきているが、国内では現在「切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌」のみ保険適応となっており、今後の適応拡大が望まれる。本講演では、当院で行われた皮膚原発血管肉腫や悪性黒色腫を対象とした第 I 相治験の結果や、今後の治療開発についてご説明する。

【利益相反公表基準】該当無

S2-2 重粒子線治療による眼部悪性腫瘍の治療の現状

若月 優 (わかつき まさる)

量子科学技術研究開発機構 QST 病院



略 歴

2002年3月
群馬大学医学部医学科卒業
2007年12月
群馬大学医学系研究科大学院 (医学博士) 修了
2008年4月
群馬大学医学部附属病院 助教
2009年9月
米国ハーバード大学 / マサチューセッツ総合病院
博士研究員
2011年5月
放射線医学総合研究所 重粒子医科学センター病
院
2016年4月
自治医科大学 放射線科 / 中央放射線部 教授
2020年3月
量子科学技術研究開発機構 QST 病院 治療診断
部長
2024年4月
量子科学技術研究開発機構 QST 病院 副病院長

2001年から行われてきた脈絡膜悪性黒色腫に対する重粒子線治療の長期経過観察による治療成績の現状を報告する。

QST 病院 (旧放射線医学総合研究所) において 2001 年 4 月から 2020 年 4 月に重粒子線治療が行われた脈絡膜悪性黒色腫患者 254 例を対象とした。治療方法・線量は、2001 年 4 月 - 2005 年 8 月は 1 門照射で 60-85 Gy/5fr、2008 年 9 月 - 2015 年 4 月は 2 門照射で 60-70 Gy/5fr、2015 年 5 月 - 2018 年 3 月は 2 門照射で 64-68 Gy/4fr、2018 年 4 月以降は 2 門照射で回転ガントリー・スキニング照射で 68 Gy/4fr が用いられた。(処方線量 (Gy) は生物学的等価線量)

解析対象の年齢中央値は 55 歳 (15-86 歳)、男 / 女 : 119 例 / 135 例であった。腫瘍径・厚みの中央値がそれぞれ 11.2mm、7.6mm、乳頭浸潤が 59 例 (23.2%)、毛様体浸潤は 38 例 (15.0%) で認められた。病期別 (AJCC7 版) には I/IIA/IIB/IIIA/IIIB 期が 43/90/83/35/3 例であった。観察期間の中央値は 66 か月で 5 年 / 10 年の局所制御率、全生存率、無再発生存率がそれぞれ、95% / 95%, 89% / 75%, 78% / 61% であった。遠隔転移発生割合は 5 年 / 10 年で 25%/35% であり、転移部位としては肝臓が最多 (76%) であった。5 年および 10 年の Grade2 以上の緑内障発症率はそれぞれ 25%、29% であり、5 年および 10 年の眼球温存率はともに 93% であった。

海外では脈絡膜悪性黒色腫に対する治療としては陽子線治療や定位照射が多く行われている。陽子線治療の 5 年全生存率は 70-85%、5 年眼球温存率は 75-93% と定位照射の 5 年全生存率 85-94%、5 年眼球温存率は 80-84% と報告されており、これらと比較して重粒子線治療は生存率・眼球温存率のどちらの面でも遜色のない成績となっている。特に近年は回転ガントリー・スキニング照射が導入され更なる治療効果の改善が期待されている。このように、脈絡膜悪性黒色腫に対する重粒子線治療は、海外で行われている放射線治療法と比較して、全生存率・局所制御率・眼球温存率の面で遜色のない有効な治療であると考えられる。

【利益相反公表基準】該当無

S2-3 光免疫療法の原理と頭頸部悪性腫瘍治療

塚原 清彰 (つかはら きよあき)

東京医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野



略 歴

1998年 東京医科大学卒業、同大学院入学
 2004年 癌研附属病院 頭頸科 (2005年 が
 ん研有明病院 頭頸科に名称変更)
 2008年 東京医科大学八王子医療センター 耳
 鼻咽喉科頭頸部外科助手
 2010年 同 講師
 2014年 同 准教授
 2015年 東京医科大学 耳鼻咽喉科学分野 主任
 教授 (2016年7月耳鼻咽喉科・頭頸
 部外科学分野に組織変更)
 現在に至る

本邦で光免疫療法として保険承認されているのは頭頸部アルミノックス治療である。本治療は水溶性 IR700 を利用する。IR700 はフタロシアニンという色素である。抗体薬により腫瘍へと運ばれた水溶性 IR700 は 690nm の赤色光と化学反応を起こし、非水溶性に変化する。これにより癌細胞膜が損傷され、細胞外の水が流入し、癌細胞が破裂する。また、基礎実験において細胞破裂で流出した癌抗原による T 細胞の活性化が確認されたため、「癌に対する免疫を誘導する光療法」という意図で「光免疫療法」と名付けられた。IR700 を癌細胞へ運ぶためには各癌腫に適した抗体薬の合剤が用いられる。頭頸部癌では抗 EGFR 抗体セツキシマブと IR700 を結合させた合剤であるセツキシマブサロタロカンナトリムが用いられ、手術前日に点滴投与する。次に手術室での光照射となるわけだが、これにはシリンドリカルデフューザーまたはフロントルデフューザーが用いられる。光線過敏症への対策も必要で、推奨照度は 120 ルクス以下である。術後 7 日目に肌の一部のみを露出させ、同部位に直射日光をあて、問題ないことを確認して退院となる。また、術後 4 週間は帽子、長袖シャツ、サングラスなどで直射日光への曝露を避けてもらう。Phase 2 試験の治療成績は ORR43% (CR13%、PR30%) で、現在は放射線治療などの標準治療が終了した、切除困難な再発転移頭頸部癌に対して、同一部位に 4 回までが保険診療として認められている。また、癌が大血管に接している場合、腫瘍の消失に伴い致命的出血をきたすことがあるため本治療の適応外となる。そして、ヒトにおける実臨床では本治療の免疫療法としての効果は確認されていないため、現時点では局所治療の側面が強い。そのため、遠隔転移を有する症例では慎重に適応を検討する必要がある。本講演では我々が経験した実症例を提示しながら、頭頸部アルミノックス治療の実臨床と克服すべき課題について述べさせていただく。

【利益相反公表基準】 該当無



一般演題 抄録



一般演題 1 眼窩腫瘍 1

9月28日(土) 8:45～9:51

01-1

眼窩筋円錐内に生じた成人発症
黄色肉芽腫の一例○城野 美保(しろのみほ)、渡辺 彰英、奥 拓明、
外園 千恵

京都府立医科大学

【緒言】成人発症の黄色肉芽腫は稀である。今回、成人の右眼窩内に発生した黄色肉芽腫を生検にて同定し、手術にて全摘出できた症例を経験したため報告する。

【症例】60歳男性。X年5月より右眼充血を主訴に近医を受診し、眼球突出を指摘され前医へ紹介となった。前医のMRIにて視神経に接する、T2強調画像で低信号の右眼窩筋円錐内腫瘍を認めたため、X年8月に右上眼瞼からの生検が行われた。病理組織像では炎症所見のみであり、プレドニゾロン内服するも所見は不変であった。X+1年1月に右眼球突出の増悪とそれに伴う閉瞼時の結膜脱出を生じ、同時に転動のタイミングで当院紹介受診となった。初診時、右眼球突出、眼球運動障害、結膜浮腫を認め右下眼瞼より生検を施行した。術中所見では黄色で弾力のある腫瘤であり、病理結果にてTouton型巨細胞を認めたため黄色肉芽腫の診断となった。経過観察にて自然消退はなく、結膜脱出と閉瞼不全による症状が増悪したため、X+1年6月に全身麻酔下にて腫瘍摘出を施行した。右眉毛下皮膚より切開し、凍結凝固にて腫瘍を牽引しながら、腫瘍の分割をしつつ摘出を試み、最終的に全摘出できた。術後、視力低下はなく、眼球突出も改善している。

【結論】筋円錐内の成人発症黄色肉芽腫を経験した。自然退縮せず、ステロイドにも反応不良であったが手術にて分割を行い全摘出可能であった。

【利益相反公表基準】該当有

01-2

病理組織学的診断を行った超高
齢者の眼窩筋円錐内神経鞘腫の
1例○成田 真央(なりたまお)¹⁾、加瀬 諭²⁾、松野 吉宏³⁾、
石田 晋²⁾

1) JCHO 札幌北辰病院、

2) 北海道大学医学研究院眼科学教室、

3) 北海道病院病理診断科

【緒言】眼窩内腫瘍の中で神経鞘腫の発生頻度は1%程度で、若年～中高年で診断されることが多い。今回、我々は90歳以上の超高齢者に発生した眼窩筋円錐内腫瘍に対し、眼窩縁切除併用眼窩腫瘍摘出術を施行し、病理学的に神経鞘腫と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】92歳女性。数か月前からの右眼球突出を主訴に近医眼科を受診した。単純CTで右眼窩筋円錐内に約2cmの境界明瞭な腫瘤が認められ、精査加療目的に当科紹介受診された。既往歴にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫があり、寛解状態であった。矯正視力は右1.2、左1.0、眼圧は右10mmHg、左11mmHg、両眼とも対光反射は迅速、相対的瞳孔求心路障害は陰性、右眼球突出と右外転運動制限があった。前眼部及び眼底に異常所見はなかった。ペースメーカーが埋植されておりMRIが施行できず、腫瘤の質的診断は困難であったが、悪性リンパ腫の既往があり、病理学的診断が考慮された。結果として眼窩縁切除併用眼窩腫瘍摘出術を施行し、病理学的所見から神経鞘腫と診断された。手術は合併症なく終了し、術後視力は良好で右眼球突出は改善した。

【考察】超高齢者における眼窩筋円錐内腫瘍の診断は、手術侵襲の観点から診断が困難である症例が混在する。本症例のように十分な画像検査が困難であるが全身状態に懸念がなければ、眼窩縁切除併用眼窩腫瘍摘出術による神経鞘腫の病理学的診断が可能である。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 1 眼窩腫瘍 1

9 月 28 日 (土) 8:45 ~ 9:51

01-3

MEK 阻害薬による治療が奏功した神経線維腫症 1 型の 2 例

○稲本 卓 (いなもと たく)、水井 徹、森地 振一郎、
堺 則康、後藤 浩

東京医科大学病院 眼科

【緒言】神経線維腫症 1 型 (NF1) にみられる叢状神経線維腫に、経口治療薬である MEK 阻害薬が奏功した 2 例について報告する。

【症例】症例 1 は生後 3 か月から経過観察中の女兒。右顔面のカフェ・オレ斑を指摘され、前医を受診。MRI で右眼窩耳側から側頭部にかけて叢状神経線維腫に矛盾しない所見が得られ、NF1 の診断に至った。既往歴として 8 歳時から右眼瞼下垂と眼球突出による開閉瞼障害を生じ、右眼窩に圧痛を伴う弾性軟の腫瘤が触知されていた。外科的治療は困難であったため、11 歳時に MEK 阻害薬による治療の適応となった。治療開始後から 3 か月で病変の縮小とともに圧痛や開閉瞼障害は改善し、カフェ・オレ斑の退縮も確認された。症例 2 は生後 3 か月から経過観察中の女兒。全身のカフェ・オレ斑と右眼窩内に叢状神経線維腫に矛盾しない所見を認め、NF1 の診断に至った。当院の形成外科で病巣の摘出術が行われたが、その後も病変は増大し、外科的治療は困難となっていった。右眼は開瞼困難であったため弱視治療を継続していたが、7 歳時に MEK 阻害薬の適応となり、治療開始から 1 年 10 か月後には眼窩病変のサイズが 8.5cm から 6.8cm まで縮小した。現在も右眼瞼の挙上は困難であるが、僚眼の健眼遮蔽の継続によって右眼矯正視力は維持されている。

【結論】従来の治療は可及的な外科的切除が一般的であった眼科領域の NF1 に伴う叢状神経線維腫に対して、MEK 阻害薬は新たな治療の選択肢として期待される。

【利益相反公表基準】該当無

01-4

眼窩海綿状血管奇形の臨床的特徴と予後の検討

○朝蔭 正樹 (あさかげ まさき)、曾根 久美子、
坪田 欣也、馬詰 和比古、臼井 嘉彦、後藤 浩

東京医大 眼科

【目的】眼窩海綿状血管奇形の臨床的特徴と予後について明らかにする。

【方法】2000 年以降、東京医大病院眼科の診療録による検討が可能であった眼窩海綿状血管腫のうち、病理組織学的に診断された 29 例と画像検査で臨床診断された 42 例 (計 71 例) を対象に、患者背景、病変の局在、臨床所見、予後について後ろ向きに検討した。

【結果】何らかの眼症状を契機に診断に至った症例は 41 例 (58%) で、検診や偶発的な画像診断検査で発見された症例は 30 例 (42%) であった。平均年齢は 51.3 ± 13.3 (18-81) 歳、男性 21 例、女性 50 例であった。腫瘍は右側に 39 例、左側に 32 例存在し、局在は筋円錐外が 31 例、筋円錐内が 40 例で、筋円錐内の症例のうち 8 例は眼窩先端部に及んでいた。眼球突出は 26 例 (37%)、眼瞼腫脹は 20 例 (28%)、眼球運動障害は 14 例 (20%)、視力低下は 8 例 (11%) にみられた (重複あり)。視力が低下していた 8 例のうち、6 例は眼窩先端部に腫瘤が存在し、1 例は眼球圧迫のため、1 例は視神経への圧排が原因と考えられた。外科的治療が行われた 29 例中 7 例は脳神経外科で開頭による摘出術が行われ、そのうち 3 例は術後に著しい視力の低下を来した。

【結論】眼窩に生じる海綿状血管奇形の多くは視機能には影響を及ぼすことなく、摘出術後の予後は良好なことが多い。しかし、局在によっては腫瘍により、あるいは治療によって著しい視機能の低下を来すことがあることに留意する必要がある。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 1 眼窩腫瘍 1

9月28日(土) 8:45～9:51

01-5

骨切りなしの骨膜切除併用涙腺多形腺腫摘出後の中期予後

○尾山 徳秀 (おやま とくひで)^{1,2,3)}、大湊 絢³⁾、
塩崎 直哉³⁾、張 大行⁴⁾、江口 功一⁵⁾、
福地 健郎³⁾

- 1) 医) オフルス うおぬま眼科、
- 2) 長岡赤十字病院 眼科、
- 3) 新潟大学医歯学総合病院 眼科、
- 4) さど眼科、
- 5) 江口眼科医院

【目的】 以前報告した上記手術方法で全摘出した涙腺多形腺腫切除術の術後中期経過報告

【対象】 上記手術方法を受けた患者で、17年以上経過した20症例(男性8例、女性12例)

【結果】 全例で、術後病理検査では断端陰性であったが、術中に偽被膜損傷が1例あった。現在まで再発を認めず、術後視機能および眼球運動障害も認めなかった。上記手術方法以外で再発した症例は3例であった。内訳は、①経頭蓋アプローチ施行後、8年で眼窩内再発し切除術施行され、その6年後、側頭窩に再々発した。②近医で眼瞼から一部切除後にフォロー終了、7年後に眼窩内病変指摘され、骨膜ごと周囲に小病変が散在しており全切除するも再発を繰り返している。③62年前に骨切り併用で摘出され、34年後に眼窩内再発し切除、その5年後に再々発した。

【考察】 最長の術後経過観察期間は17年であった。上記方法は、骨膜内浸潤症例の再発リスクおよび、骨膜側の偽被膜損傷リスクの低下また、眼窩外側壁骨切りがないことで、側頭窩への浸潤防止や手術時間の短縮が期待できる。既報では、全摘術でも再発リスクがあり、術中の偽被膜損傷はリスクが上がる。眼窩周囲への浸潤はそもそも否定できないため、長期経過観察が必要である。少数例ではあるが、骨切り併用や生検術後の全摘術は再発リスク上昇の可能性が示唆された。

【結論】 再発リスクや手術時間を少なくする方法として、骨切りなしの骨膜切除併用涙腺多形腺腫切除術は、長期経過ではないが有効かもしれない。

【利益相反公表基準】 該当無

01-6

眼窩アミロイドーシスの1例

○中田 愛 (なかた あい)¹⁾、藤本 雅大^{1,2)}、
中野 絵梨¹⁾、山本 昭成¹⁾、辻川 明孝¹⁾

- 1) 京都大学医学部附属病院、
- 2) オキュロフェイシャルクリニック

【背景】 眼窩アミロイドーシスは非常にまれであり、臨床症状も多様である。今回、特発性眼窩炎症が疑われた眼窩アミロイドーシスの1例を経験したので報告する。

【症例】 61歳、女性。3年前より両眼性複視あり、近医より紹介となった。MRIでは左眼内直筋、下直筋に肥厚を認め、STIRで高信号であった。LV=(1.5)、第一眼位は右眼固視で遠見30△XTであった。左眼内方結膜に充血を認めるも、眼瞼に異常所見なく、眼球突出も認めなかった。血液検査で異常なく、特発性眼窩炎症疑いで、ステロイドパルス治療となった。違和感の軽減、眼球運動障害改善を軽度認め、パルス終了後はステロイド内服となった。内直筋、下直筋の肥厚の残存あり、また眼位の増悪を認めたため、内直筋と下直筋、周囲眼窩脂肪組織の生検を行った。病理結果はアミロイドーシスであった。

【結論】 内直筋の肥厚があるにも関わらず外斜視である場合、外眼筋生検を考慮する必要がある。

【利益相反公表基準】 該当有

一般演題 2 眼窩腫瘍 2

9月28日(土) 9:55～11:01

02-1

眼窩 low-grade fibromyxoid sarcoma の 1 例

○末岡 健太郎 (すえおか けんたろう)¹⁾、丹京 雄也^{2,3)}、
近間 泰一郎¹⁾

- 1) 広島大学 眼科、
2) JA 広島総合病院 眼科、
3) 安佐市民病院 眼科

【緒言】低悪性度線維粘液性肉腫 low-grade fibromyxoid sarcoma(LGFMS) は四肢、体軸に沿った深部軟部組織に発生する稀な軟部組織腫瘍であり、眼窩での報告例は極めて少ない。今回、眼窩に発生した LGFMS を経験したので報告する。

【症例】72 歳、男性。既往として、34 歳時に胸腰髄動脈静脈奇形で両下肢麻痺、形成外科で右上眼瞼腫瘍の切除歴があるが詳細は不明だった。9 年前に右上眼瞼皮下腫瘍を自覚し、前医 CT で右眼窩前方、上直筋 - 上斜筋間の腫瘍を指摘されたが、視機能障害なく経過観察となった。徐々に増大し、7 年前に前医脳神経外科で経頭蓋的腫瘍全摘出が行われ、病理組織学的に粘液腫の診断だった。術後、右眼の内上転を中心とした眼球運動障害があった。フォローアップ MRI で局所再発があり、前方アプローチ摘除目的に広島大学病院眼科に紹介され受診した。視力は右眼 0.8(1.0)、左眼 0.5(0.8p)、右眼の内上転を中心とした全方向の眼球運動障害、前医 MRI で右滑車直下に 8 × 5mm、内直筋付着部あたりに 5 × 6mm 大の腫瘍をみとめた。Lynch アプローチで腫瘍摘除し、病理組織学的に粘液基質を伴う異型の乏しい紡錘形の腫瘍細胞が増殖し、免疫組織化学的に CD34、MUC4 陽性、S100 focal に陽性、αSMA、Desmin 陰性で、LGFMS の診断だった。術後 10 か月現在、局所再発、遠隔転移無く経過している。

【結語】眼窩の LGFMS は極めて稀ではあるが、軟部腫瘍の鑑別診断として考慮すべきであり、長期的に転移再発をきたすため、長期にわたる経過観察が必要である。

【利益相反公表基準】該当無

02-2

診断に 10 年を要した脂肪肉腫の 1 例

○村井 佑輔 (むらい ゆうすけ)¹⁾、西尾 真理²⁾、
安積 淳¹⁾

- 1) 神戸海星病院、
2) 神戸大学病理学分野

【緒言】眼窩内に発生する脂肪肉腫は非常に稀な悪性軟部腫瘍である。今回、診断まで長期間を要した脂肪肉腫を経験したので報告する。

【症例】32 歳女性。右眼球突出を主訴に当院受診された。眼窩部 MRI から上直筋肥大及び上直筋から上眼瞼挙筋の領域に病変を認めた。上直筋・上眼瞼挙筋間の脂肪組織を採取され、脂肪腫と病理診断された。術後も、上直筋の肥大は残ったが、眼球運動障害は起きなかった。その後、炎症性偽腫瘍の可能性も考えコルチコステロイド内服を行ったが改善なく、初診 +13 か月に他院で二度目の生検を実施された。二度目の病理診断は炎症性偽腫瘍であった。残存腫瘍は緩徐に増大し、石灰化した病巣も見られた。メトトレキサートの内服も試されたが、改善は見られなかった。初診 +6 年、再度摘出生検されたが、やはり病理診断は炎症性偽腫瘍と診断された。その後、再度コルチコステロイドやメトトレキサートを試すも緩徐に増大を示し、初診 +10 年に 4 度目の生検を実施され、脂肪肉腫と病理診断された。現在は脂肪肉腫としての治療方針に難渋している。

【考察】脂肪肉腫には高分化型、粘液型、多形型、円形細胞型、脱分化型のサブタイプがある。今回、診断に至らなかった病理組織と最後の病理組織では明らかに後者で脱分化を捉えている。診断に至るまでに時間を要したのは脱分化を起こす前後で腫瘍の様相が違った可能性がある。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 2 眼窩腫瘍 2

9月28日(土) 9:55～11:01

02-3

SuperCore 半自動生検針を用いた涙腺腫瘍の2例

○田中 啓一郎 (たなか けいいちろう)¹⁾、古田 実^{1,2)}、石龍 鉄樹¹⁾

1) 福島県立医科大学、

2) 相馬中央病院

【緒言】経皮的に触知できない涙腺腫瘍の十分な生検は局所麻酔下には困難である。悪性腫瘍が疑われる涙腺腫瘍の外來生検に ARGON 社 18G × 9cm SuperCore 半自動生検針 (以下 SuperCore) を盲目的操作が最小限になるように配慮し、2例に使用したので報告する。

【症例】症例1は60歳女性。頭部MRIで偶発的に指摘された右涙腺腫瘍の精査目的に紹介された。CT検査では32mm × 13mm × 13mmの涙腺腫瘍で内部に石灰化病変を伴い、接する眼窩骨には菲薄化を認めた。画像検査で多形腺腫や血管性腫瘍が否定され、リンパ増殖性疾患の鑑別のために生検を行った。眉毛下皮膚切開で眼窩縁まで到達、超音波ガイド下に眼球と外眼筋を避けて眼窩隔膜越しに SuperCore で眼窩上外側に向けて生検した。病理診断は慢性涙腺炎で、IgG4 関連疾患や悪性リンパ腫を否定する組織量が採取できた。生検による合併症はなかった。

症例2は67歳女性。眼球突出を伴う眼瞼腫脹で紹介された。画像検査で、眼窩上壁から前頭葉に浸潤した涙腺腫瘍 (35mm × 26mm × 21mm) がみられ、腺様嚢胞癌を疑い生検した。眉毛下皮膚切開で眼窩縁まで到達、超音波ガイド下に SuperCore で生検した。病理診断は腺様嚢胞癌であった。生検による合併症はなかった。

【結論】SuperCore で免疫組織学的検査、フローサイトメトリー、遺伝子再構成検査に十分な組織量の採取が可能であった。針生検デバイスを適宜用いることは、全身麻酔下検査を回避し、迅速な治療方針決定に寄与すると考えた。

【利益相反公表基準】該当無

02-4

当院で治療開始後5年以上経過観察し得た涙腺腺様嚢胞癌の2例

○田上 瑞記 (たがみ みずき)¹⁾、木成 玄¹⁾、春名 優甫¹⁾、富田 真美¹⁾、坂井 淳¹⁾、三澤 宜彦²⁾、安積 淳³⁾、本田 茂¹⁾

1) 大阪公立大学、

2) ワシントン大学、

3) 神戸海星病院

【目的】当院で治療開始後5年以上経過観察し得た涙腺腺様嚢胞癌の2例について報告する。

【症例①】症例44歳女性 (発症時) 数カ月前より左眼窩部痛あり、当院へ紹介となった。画像上左涙腺腫瘍を認め、クレーンライン法による腫瘍摘出を実施した。術中涙腺と周囲の神経組織の癒着が強く、肉眼的断端陽性と考えられた。病理組織学的には腺様嚢胞癌であった。術後速やかに断端陽性として、IMRT 60Gy の照射を実施した。軽度の放射線網膜症を認めるも、汎網膜光凝固により新生血管緑内障の発症はなく経過している。現在術後6年で局所再発・遠隔転移ともに認めていない。

【症例②】症例46歳男性 (発症時) 数カ月前より右眼窩部痛あり、当院へ紹介となった。画像上右涙腺腫瘍を認め、同法による腫瘍摘出を実施した。術中所見として完全摘出と考えられた。病理組織学的には腺様嚢胞癌であった。術後1年のMRI検査にて眼球付着部付近に造影効果のある結節影を認めた。PETでの集積は炎症か再発か判然とはしなかったが、術後消失していた眼窩部痛が再燃したこともあり、術後18か月後に、追加治療として腫瘍床と眼窩骨、残存結節周囲に、70Gy32frの陽子線照射を実施した。照射後眼窩痛は消失した。尚、軽度の強膜炎に対して、局所ステロイド点眼を要する以外は、現在術後5年で局所再発・遠隔転移ともに認めていない。

【考案・結語】涙腺腺様嚢胞癌の治療としては、外科的治療での完全切除が望ましいが、腫瘍残存を疑う場合や再発を疑う場合、速やかな放射線治療介入によって、腫瘍の増大や遠隔転移を防げる症例もある。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 2 眼窩腫瘍 2

9月28日(土) 9:55 ~ 11:01

02-5

両側の眼瞼皮膚に生じ、眼窩へ浸潤した扁平上皮癌の一例

○大島 浩一(おおしま こういち)¹⁾、三野 麻似¹⁾、
神農 陽子²⁾、磯田 哲也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】扁平上皮癌が両側眼瞼に生じることが稀である。両側眼瞼に生じ、眼窩へ浸潤した扁平上皮癌症例の概要を述べる。

【症例】症例は71歳の独居男性であった。初診時、左上眼瞼に横25ミリ縦15ミリ、潰瘍と凝血塊を伴う病変があった。自発痛はなく、所属リンパ節腫大はなかった。発症時期は不明であった。上皮性悪性腫瘍を疑い試験切除したところ、病理診断はkeratoachanthomaの疑いであった。PET-CTで明らかな転移を認めなかった。初診後1ヶ月、全身麻酔下に腫瘍の全体像を把握できるように広く切除した。病理診断は、高分化扁平上皮癌と訂正された。初診後3ヶ月に、根治手術を予定したが、直前に患者が手術を拒否したため中止となった。経過観察を続けるうちに、腫瘍が増大し眼窩へ浸潤した。

初診後8ヶ月、MRI、PET-CTで頸部リンパ節転移を疑う所見が得られた。患者が治療を希望したため、耳鼻科医と形成外科医が、拡大眼窩内容除去+血管付き皮弁による眼窩被覆+頸部リンパ節郭清を行い、経過観察を行った。

初診後3年めに、右のまぶたが開きにくいと訴えて、眼科を受診した。右上眼瞼に22×6ミリの出血を伴う病変があり、眼瞼が穿孔し球結膜を見ることができた。試験切除したところ、病理診断は「上皮性腫瘍で、細胞異型に乏しく異常核分裂像は明らかでない。既往の左上眼瞼病変と類似した病理像であるから、高分化扁平上皮癌の可能性は否定できない。」とのことであった。目下のところ、放射線治療を行っている。

【結語】両側眼瞼に生じ、眼窩へ浸潤した扁平上皮癌を供覧した。

【利益相反公表基準】該当無

02-6

DCR時にみられた涙嚢内占拠性病変の特徴について

○柚木 達也(ゆのき たつや)¹⁾、館野 宏彦²⁾、
森田 由香²⁾、林 篤志¹⁾

- 1) 富山大学眼科、
2) 富山大学耳鼻咽喉科

【目的】涙嚢腫瘍は涙嚢炎症状を起こすことがあり、DCR時に腫瘍が発見されることがある。本研究では、DCR時に涙嚢内占拠性病変がみられた場合に生検を行い、その臨床病理学的特徴について検討したので報告する。

【対象】富山大学附属病院で涙嚢炎に対してDCR鼻内法を行った139例182眼を対象とした。術前に涙嚢造影CTを行い、涙嚢外浸潤が疑われる症例や涙嚢内が造影されない症例は本研究から除外した。術中に涙嚢内占拠性病変がみられた症例に対して病理検査を行った。

【結果】術中に涙嚢内に占拠性病変があり病理検査を行ったのは31眼(17.0%)であり、内訳は涙石8眼、菌塊4眼、炎症性ポリープ2眼、肉芽16眼、MALTリンパ腫1眼であった。占拠性病変があった症例(n=31)のうち、術前の涙嚢造影CTで涙嚢内充盈欠損があったのは26眼(83.4%)であった。全症例のうち、術後6か月の時点で再閉塞を起こしたのは3眼(1.6%)であり、3眼とも総涙小管閉塞であった。再閉塞と占拠性病変の有無に関しては有意な関連はなかった。MALTリンパ腫の症例は全身精査後に未治療で経過観察を行っているが、腫瘍の増大や再閉塞はみられていない。

【結論】涙嚢内占拠性病変の悪性のリスクは低い、生検で確認すべきと思われる。術前の涙嚢造影CTで涙嚢外の病変や浸潤がなければ、DCR鼻内法で対処可能であった。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 3 リンパ増殖性疾患

9月28日(土) 11:05～12:00

03-1

特異な眼瞼炎と骨破壊を伴った
IgG4 関連眼疾患の一例

○田中 友貴 (たなか ゆうき)¹⁾、加瀬 諭³⁾、
松野 吉宏^{2,4)}、中里 信一²⁾、石田 晋³⁾

- 1) 函館中央病院、
- 2) 同 病理診断科、
- 3) 北海道大、
- 4) 同 病理診断科

【緒言】 IgG4 関連眼疾患は、通常、無痛性の眼窩内組織の慢性炎症を特徴とするが、副鼻腔の骨破壊を伴うことはない。今回我々は、難治性の右上眼瞼腫脹を主訴とした骨破壊を伴う IgG4 関連眼疾患の一例を経験したので、報告する。

【症例】 49 歳男性 .X 年 1 月 右上眼瞼腫脹を初めて自覚し、増悪と寛解を繰り返していた .X 年 12 月 近医を受診した。ステロイド薬の外用を開始したが、悪化したため、精査加療目的に当院紹介となった。視力は良好であり、前眼部・中間透光体・眼底に異常はなかった。右上眼瞼皮膚に発赤を伴う、弾性硬の腫瘤を触知した。同部位とその周囲に圧痛を認めた。造影 CT では右涙腺肥大とそれに連続し上眼瞼皮下に及ぶ造影増強効果を示す腫瘤性病変を認めた。加えて、右前頭洞下壁と両上顎洞内壁に骨構造の欠損があった。血液検査では、CRP 1.37 mg/dL、赤沈 53 mm/時と亢進し、血清 IgG4 値は 343 mg/dL と高値であった。右上眼瞼皮下組織から腫瘤の生検を施行した。病理組織学的所見では、軽度の線維化、IgG4 陽性形質細胞浸潤、閉塞性静脈炎を呈した。臨床病理学的所見より、IgG4 関連眼疾患と診断した。X+1 年 1 月 ステロイド薬を内服開始し、眼窩の腫瘤性病変は縮小した。

【考按】 本症例は、特異な片側性の有痛性眼瞼炎と副鼻腔の骨破壊を伴っていた。難治性の眼瞼皮膚病変に対しては、IgG4 関連眼疾患を念頭に置いて精査を進める必要がある。

【利益相反公表基準】 該当有

03-2

視力の回復が良好であった IgG4
関連眼疾患による視神経症の 2
症例

○高比良 雅之 (たかひら まさゆき)¹⁾、濱岡 祥子^{1,2)}、
山田 祐太朗¹⁾

- 1) 金沢大学付属病院 眼科、
- 2) やわたメディカルセンター 眼科

【緒言】 IgG4 関連眼疾患 (IgG4-ROD) ではときに視神経症を発症し、治療を行っても視力低下、視野障害が残存することがある。今回は、ステロイド剤の全身投与によって視力の回復が良好であった 2 症例を提示する。

【症例】 症例 1 は 60 代男性。前医で白内障術後の視力改善が不良で、MRI にて左視神経周囲腫瘤がみられた。当院初診時の左視力は 0.6 (矯正不能) であり、高 IgG4 血症 (390 mg/dL) がみられ、腫瘤の生検により IgG4 関連眼疾患と診断された。プレドニゾロン内服漸減療法を行い、視力は (1.2) まで回復した。症例 2 は 60 代男性。前医で約 1 年の経過で左視力が低下し、MRI にて両眼窩先端部腫瘤と三叉神経腫大がみられた。当院初診時の視力は右 (0.9)、左指数弁であり、高 IgG4 血症 (746 mg/dL) がみられた。ステロイドパルスとプレドニゾロン内服治療により 3 か月後に視力は右 (1.2) 左 (1.0) まで改善した。

【考察】 IgG4 関連疾患に伴う視神経症 (視神経炎) については約 40 例の既報があり、ステロイド全身投与による視力改善が見込まれるが、なかには予後不良の報告例もある。このほど IgG4 関連眼疾患診断基準の改訂版が公表される予定であり、そこでは視神経症に関する注意書き (attention) が追加された。視神経症の原因の一つとして IgG4 関連疾患には留意すべきである。

【利益相反公表基準】 該当無

一般演題 3 リンパ増殖性疾患

9 月 28 日 (土) 11:05 ~ 12:00

03-3 小児の結膜 MALT リンパ腫の 1 例

○山田 祐太郎 (やまだ ゆうたろう)、濱岡 祥子、
高比良 雅之

金沢大

【緒言】結膜 MALT リンパ腫は眼部にみられる悪性腫瘍の中では悪性度は低く、リンパ節・遠隔転移も少ない。中高年に多く、小児の発症は非常にまれである。今回、小児の結膜 MALT リンパ腫の症例を経験したので報告する。

【症例】11 歳男児。既往歴に特記事項はなし。左眼の耳側の眼球結膜にサーモンピンク色の腫瘤性病変がみられ、当科へ紹介された。眼窩 MRI にて腫瘤は前眼部に限局しており、眼窩深部への進展はなかった。摘出手術を施行し、術中所見として腫瘤は充実性であった。病理は MALT リンパ腫で、IgH 遺伝子再構成は陽性であった。PET-CT では左頸部と左耳前部のリンパ節に FDG 集積がみられ、左頸部のリンパ節生検の結果は MALT リンパ腫に矛盾しなかった。リツキシマブ単剤投与を 4 クール施行し、左結膜腫瘍は消退したままで、PET-CT にて FDG 集積増加はみられなくなった。しかし、その後の経過観察中に左眼球結膜に新たに小さい隆起が出現し、PET-CT でも新たに右上頸部リンパ節に軽度の FDG 集積がみられ、再発の可能性がある。

【考察】眼窩・結膜 MALT リンパ腫に関する既報によると、その年齢の多くは 20 歳以上であり、小児の報告例は少ない。眼部以外のリンパ節などにも病変がみられる小児の症例は極めてまれである。本症例では、再発の可能性について、目下、追加の検査を検討中である。

【利益相反公表基準】該当無

03-4 眼窩リンパ腫の臨床バイオマーカーとしての血清 IL2R 値

○木成 玄 (きなり げん)、坂井 淳、春名 優甫、
富田 真未、三澤 宣彦、田上 瑞記、本田 茂

大阪公立大学

【目的】眼窩悪性腫瘍において、統計的に悪性リンパ腫の占める割合が最も多いことが知られているが、各施設間においてその臨床像は様々である。今回は当施設におけるリンパ腫の組織型と臨床像について後ろ向き調査をおこなった。

【対象と方法】症例は 2018 年 7 月から 2024 年 3 月までに大阪公立大学眼科で手術検体による病理組織学的な確定診断の症例群について臨床因子との相関を調査した。

【結果】症例は 26 例で男性 21 例女性 5 例 (69.3 ± 12.1 歳) であった。部位は片側性が 22 例、両側性が 4 例で、その病変位置は筋肉錐内が 2 例、筋肉錐外が 11 例、筋肉錐内外両方が 3 例、涙腺が 9 例、眼球内・球後が 1 例であった。病理学的組織型は MALT リンパ腫が 17 例と最多で、マントル細胞リンパ腫が 3 例、濾胞性リンパ腫が 2 例、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 2 例、小リンパ球性リンパ腫が 1 例、アグレッシブ NK 細胞白血病疑いが 1 例であった。MALT リンパ腫および非 MALT リンパ腫の 2 群間で年齢、性別有意差は認められなかったが ($p=0.763, p=0.153$) が、血液中の可溶性 IL2 レセプター濃度 (473.17 ± 275.53 vs 1538.4 ± 2034.31 pg/ml) および病期 (1.4 ± 1.09 vs 3.4 ± 1.07 : II 群以下及び III 群以上; PET での Lugano 分類) において有意差を認めた (各 $p<0.01$)。また、血液中の可溶性 IL2 レセプター濃度の 2 群間 (MALT or non-MALT) のカットオフ値は 439 pg/ml であった。

【結論】眼窩部リンパ腫において MALT or non-MALT の臨床バイオマーカーはやはり IL2 レセプター濃度の可能性があり、症例は少ないながらもカットオフ値も算出できた。

【利益相反公表基準】該当無

03-5

眼部悪性リンパ腫に対する低線量放射線治療の検討

○中島 勇魚 (なかじま いさな)¹⁾、田口 千蔵²⁾、
辻 英貴¹⁾

1) がん研有明病院、

2) がん研有明病院放射線治療部

【緒言】放射線療法は、限局期の眼部低悪性度悪性リンパ腫に対する標準治療である。一般的には24-30Gyの照射がおこなわれることが多いが、4Gy程度の低線量の治療も一定の効果を示すことが知られている。今回我々は低線量放射線治療を施行した悪性リンパ腫について検討をおこなった。

【方法】がん研究会有明病院で結膜及び眼窩悪性リンパ腫と診断され、低線量での放射線治療を施行した22例を対象とした。

【結果】平均年齢76.8歳(50-93歳)、男性10人、女性12人であった。濾胞性リンパ腫2例、MALTリンパ腫20例であり、病変の局在は眼窩:10例、結膜:6例、結膜+眼窩:6例、観察期間は平均30ヶ月(2-59ヶ月)であった。MALTリンパ腫は全例で眼部に限局しており、濾胞性リンパ腫は2例ともステージ4で眼部のみへの緩和照射であった。放射線量は8Gy/2回が4例、4Gy/2回が18例であった。治療効果は完全奏功19例、部分奏功3例であり、観察期間中の治療野内での増大・再発は1例で、追加治療を要した症例はなかった。治療によるGrade2以上の有害事象は認めなかった。

【考察】眼部悪性リンパ腫において低線量の放射線照射は、有効かつ副作用が少なく、治療期間も最小限に抑えることができる有用な手段であると考えられた。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 4 結膜腫瘍

9月28日(土) 15:35～16:52

04-1

両側涙丘結膜に生じた胚中心進展性異形成の1例

○児玉 達夫(こだま たつお)¹⁾、河野 通大²⁾、
新野 大介³⁾

- 1) 島根大 先端がん治療セ、
2) 島根大、
3) 島根大 病理

【目的】胚中心進展性異形成 (Progressive Transformation of Germinal Center: PTGC) は、反応性リンパ濾胞形成を背景とする原因不明の良性リンパ節症の一型である。節外性では口腔、消化管、皮膚に好発する。眼科領域では眼窩内(涙腺部)発症例はあるが、涙丘結膜の報告はない。両側の涙丘部と頭部皮膚に多発した PTGC の1例を報告する。

【症例】74歳男性。1年前から両側涙丘部に salmon pink mass が徐々に増大してきたため、リンパ腫を疑い腫瘍サイズの大きな右側を切除した。血清 IgG と IgG4 値の軽度上昇がみられたが、可溶性 IL-2 レセプター値は正常範囲であった。全身画像検査で病的リンパ節腫大は証明されなかった。

【結果】病理所見では、小型リンパ球を主体とした多くのリンパ濾胞形成がみられた。濾胞形態は不規則で、マントル層の浸潤により崩れた所見を呈していた。軽鎖制限と遺伝子再構成は認められなかった。IgG および IgG4 陽性細胞は僅かであった。患者は涙丘部以外の顔面・頭皮内にも紅斑・腫瘤形成が多発しており、3度の皮膚生検結果はいずれも pseudo-lymphoma の範疇に含まれるものであった。涙丘部腫瘤切除後4年経過したが、再発・増大傾向は見られない。

【結論】涙丘結膜の salmon pink mass は、リンパ腫以外に PTGC も鑑別診断に含まれる。

【利益相反公表基準】該当無

04-2

病理組織学的に悪性と診断された炎症性若年性結膜母斑と思われる3例

○近間 泰一郎(ちかま たいいちろう)、吉富 寿々、
矢道 紘一郎、三笥 香穂里、福戸 敦彦、
末岡 健太郎

広島大

【緒言】結膜原発の悪性腫瘍は、若年層において稀である。今回我々は、病理組織学的検査で悪性と診断された若年発症の結膜腫瘍を3例経験したので報告する。

【症例】症例は、7歳男児、8歳男児、16歳男子の3例。3例とも数年前から結膜母斑を指摘されていた。また、全例にアレルギー性結膜炎を含むアレルギー性疾患の治療歴があった。臨床所見は、3例とも褐色の色素を有する隆起性変化が比較的短期間で血管が目立つ赤褐色の隆起性腫瘤へ拡大・増悪傾向を示した。臨床的には、炎症性若年性結膜母斑と思われたが、病理組織検査では、うち2例は悪性黒色腫(MelanA, HMB-45 陽性)、1例は扁平上皮癌(上皮内癌)の診断であった。いずれの組織内にも、程度に差はあるものの好酸球の浸潤が見られた。術後1年～4年経過しているが、全例において局所再発および全身転移などの所見はみられていない。

【考察】現時点では3症例とも経過は良好である。臨床所見ならびに経過からは、3例とも球結膜母斑の急性炎症性変化のようにもみえ、病理組織学的診断における若年の組織特異性などが影響している可能性も考えられる。一方で、過去の文献では、非常に稀ではあるものの若年の悪性黒色腫で眼球摘出や命を落としているケースが実際に報告されているため、病理組織学的診断で悪性の場合には局所再発のみならず、全身精査も長期にわたり慎重に続けていく必要がある。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 4 結膜腫瘍

9月28日(土) 15:35～16:52

04-3

結膜円蓋部に発生した孤立性線維性腫瘍の1例

○渡邊 竜也(わたなべ たつや)¹⁾、加瀬 諭¹⁾、
水門 由佳¹⁾、岡田 宏美²⁾、石田 晋¹⁾

1) 北海道大、

2) 北海道大病理部 / 病理診断科

【緒言】孤立性線維性腫瘍(solitary fibrous tumor ; SFT)は境界悪性の間葉系腫瘍で、胸膜やその他臓器での発生の報告はあるが、結膜円蓋部での発生は極めて稀である。今回我々は結膜円蓋部に発生したSFTを外科的に摘出した1例を報告する。

【症例】41歳女性。1年程前から右上眼瞼に腫瘤を自覚し、半年前から増大傾向のため近医眼科を受診し、精査加療目的に当科紹介となった。当科受診時、右上眼瞼皮下に10mm×20mm程度の弾性軟の腫瘤を触知した。可動性は非常に良好で、腫瘤を上眼瞼下方に下制した状態で上眼瞼を翻転すると結膜下に隆起する赤色調の腫瘤を確認した。CTでは眼球や眼窩内に異常所見を認めず、血液検査ではIgG4値を含め異常所見はなかった。結膜MALTリンパ腫が疑われたため、切開生検を行う方針となった。結膜円蓋部麻酔を行い、上眼瞼結膜を切開し赤色腫瘤を周辺結合組織と剥離し、一塊にして摘出した。病理組織学的所見は紡錘形細胞が錯綜しながら増殖しており、核分裂像は目立たなかった。免疫組織化学的検討では紡錘形細胞にCD34, STAT6陽性, AE1/AE3, α SMA, desmin, S-100蛋白, Melan A, ERG陰性であったことからSFTと診断し、WHOのリスク分類では低悪性と分類された。術後3か月の時点で腫瘍の再発は見られない。

【結論】結膜円蓋部に発生し臨床的にMALTリンパ腫と鑑別を要したSFTの1例を経験した。腫瘍は外科的に一塊に切除することが可能であった。

【利益相反公表基準】該当有

04-4

下眼瞼円蓋部結膜扁平上皮癌の2例

○塩崎 直哉(しおぎき なおや)、大湊 絢、福地 健郎

新潟大学医歯学総合病院眼科

【緒言】角結膜扁平上皮癌は角膜輪部結膜から発生する頻度が高いとされ、抗癌剤点眼もしくは外科的切除が行われる。角膜輪部から発生した場合と比べ、円蓋部から発生し瞼結膜へ広がっている場合、切除範囲は広範囲となり再建が問題となる。今回、下眼瞼の結膜円蓋部から発生した結膜扁平上皮癌に対して5-FU点眼後、残存腫瘍に対して羊膜と同側の上眼瞼の遊離瞼板移植で再建した2例を報告する。

【症例】1症例目は64歳女性、左下眼瞼の鼻側円蓋部に乳頭状腫瘤を認め当科紹介。5-FU点眼4コース終了後も病変縮小は認めるも消失せず、下眼瞼円蓋部を中心に、球結膜と瞼結膜を一塊にして切除する方針とした。球結膜側は羊膜移植、瞼結膜側は同側の上眼瞼遊離瞼板移植で再建を行った。病理はSCC in situであった。2症例目は54歳女性、1年前に下眼瞼円蓋部より隆起する腫瘤を認め前医で局所切除。その後、再発あり前医再診した際に結膜異形成あり精査目的に当科紹介。生検にて上皮内癌の診断のため5-FU点眼開始。4コース終了後時点で腫瘍の残存あるため、症例1と同様な方法で切除と再建を行った。病理はSCC in situであった。2例とも再発なく現在経過観察中である。

【考察】円蓋部から瞼結膜に広がる結膜扁平上皮癌に対しては5-FU点眼のみでは治療困難であり外科的切除に至るケースが多い。球結膜側は羊膜移植を用い、瞼結膜側は遊離瞼板移植を用いることで良好な再建が可能であった。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 4 結膜腫瘍

9月28日(土) 15:35～16:52

04-5

マイトマイシン C 点眼による眼
局所化学療法を行った眼腫瘍の
6 例

○小幡 博人(おばた ひろと)、小泉 宇弘

埼玉医科大学総合医療センター

【緒言】 インターフェロン製剤の販売が中止となった昨今、眼局所化学療法の選択肢が減った。今回、マイトマイシン C(MMC) 点眼による眼局所化学療法を行った 6 例を報告する。

【対象と方法】 MMC 点眼による眼局所化学療法を行った眼腫瘍症例の有効性と安全性について診療録を後方視的に調べた。MMC はマイトマイシン眼科外用液用 2mg を使用し、院内の所定の手続きを行い、患者から書面による同意を得て使用した。MMC 点眼の濃度は 0.04% で、1 日 4 回を 1 クールとして症例に応じて 1～2 クール施行した。

【結果】 疾患の内訳は結膜の上皮内癌 3 例、眼瞼脂腺癌の pagetoid spread 2 例、結膜の悪性黒色腫 1 例の 6 例であった(男 4 例、女 2 例、年齢 76 ± 8 歳)。上皮内癌 3 例は術後療法として、脂腺癌の 2 例は手術と放射線の前治療として用いた。悪性黒色腫は球結膜全体に広がる PAM と残存腫瘍に対して術後療法として用いた。全例で腫瘍の縮小や消失がみられ有効性が認められた。角膜上に異常な上皮が侵入した丈のない上皮内癌の症例では異常な上皮が消失し視力が 0.2 から 0.7 に改善した。副作用は結膜炎(充血)4 例、眼瞼炎 2 例、流涙 2 例、眼痛 1 例(重複あり)でありすぐに中止した。

【結論】 MMC 点眼は副作用に注意する必要があるが、病変が広範囲で外科的治療が難しい症例や術後再発例などに対し有効な局所化学療法であると考えられた。

【利益相反公表基準】 該当無

04-6

結膜扁平上皮癌に対する局所マ
イトマイシン C 療法により、特
異な副作用を呈した 1 例

○野牛 悠那(やぎゅう ゆうな)、馬詰 和比古、
朝蔭 正樹、後藤 浩

東京医科大学病院 眼科

【緒言】 結膜扁平上皮癌に対する治療として、外科的切除に先行してマイトマイシン C(MMC) 点眼を用いた局所化学療法により病巣の縮小を図ることがある。MMC 点眼は一定の頻度で副作用を生じることが知られているが、今回、眼瞼結膜炎とともに結膜の広範に及ぶ著しい線維素の析出を来した 1 例を経験したので報告する。

【症例】 症例は 60 歳、男性。1 年前から右眼瞼結膜の充血を自覚していた。前医で結膜炎として加療されたが改善せず、結膜生検が施行されたところ扁平上皮癌の診断となり、当科紹介となった。腫瘍は右眼下眼瞼結膜の広範に及び、瞼縁には角化と思われる白色病変を伴っていた。腫瘍の一部は球結膜にも浸潤し、結膜嚢が短縮していた。外科的切除に先立ち、まずは 0.04% MMC 点眼による治療を開始した。アレルギー症状予防のため 0.1% フルオロメトロン点眼も併用した。2 クール終了時点で眼瞼結膜炎を生じていたが点眼を継続したところ、3 クール終了時に球結膜全体を覆うような白色組織が出現していた。同組織は点眼麻酔下に鑷子で容易に剥離、除去可能で、組織学的には多彩な炎症細胞を含む線維素であった。その後も眼瞼結膜炎と線維素の析出を繰り返したが、MMC 点眼終了後には徐々に改善し、肉眼的には腫瘍組織も消失し、今後の治療法を検討中である。

【結論】 MMC 点眼による副作用は多彩であるが、眼表面に大量の線維素の析出を伴うことがある。

【利益相反公表基準】 該当無

04-7 0.04% マイトマイシンC点眼液の保存条件に対する検討

○野々宮 悠真 (ののみや ゆうま)¹⁾、中島 勇魚²⁾、
山口 航輝³⁾、横山 雄太³⁾、原 龍星³⁾、
竹花 和美⁴⁾、中村 智徳³⁾、辻 英貴²⁾、
山口 正和¹⁾

- 1) がん研究会有明病院薬剤部、
2) がん研究会有明病院眼科、
3) 慶應義塾大学薬学部、
4) がん研有明病院臨床検査センター

【目的】 マイトマイシン C(MMC) 点眼液は市販されておらず、院内製剤が用いられている。一方で、MMC 点眼液の調製後における物性及び安定性についてはデータが乏しく明確にされていない。本研究では、各種保存条件下における 0.04% MMC 点眼液の安定性を明らかにすることとした。

【方法】 MMC 点眼液は、MMC 注用 2 mg を生理食塩水 5 mL で溶解し、0.22 μ m シリンジフィルターで濾過し作成した。各点眼液を 3 条件下 (冷所 / 遮光、室温 / 遮光、室温 / 散乱光 (約 4000 lx)) で保管後、0,1,3,5,7,14,21 日目における MMC 濃度を高速液体クロマトグラフィーにより測定した。JMP Pro 17 を用いて劣化分析により有効期限を算出した。さらに、各条件下の pH の測定及び細菌培養検査を行った。

【結果】 各保存条件下で、MMC 濃度は経時的に低下し、その程度は冷所遮光 < 室温遮光 < 室温散光の順に大きかった。劣化分析結果において、MMC 濃度が調製後と比較して 90 % 以下となった期間は、冷所遮光下で 10 日、室温遮光・散光下で 1 日以下であった。MMC 点眼液の調製後の pH は 5.8 であり、全保存条件下で経時的に上昇し、5.8~6.9 の範囲内であった。培養検査では全保存条件下で細菌は検出されなかった。

【結論】 0.04% MMC 点眼液は、冷所遮光下において 10 日間は無菌性及び安定性が保たれることが示唆された。

【利益相反公表基準】 該当無

一般演題 5 眼瞼腫瘍

9月28日(土)16:55～18:01

05-1

生検組織からヒトヘルペスウイルス 8 が検出された AIDS 関連眼瞼結膜カポジ肉腫の 1 例

○今野 菜里奈 (このの まりな)¹⁾、臼井 嘉彦¹⁾、
小松 紘之¹⁾、四本 美保子²⁾、木内 英²⁾、
後藤 浩¹⁾

1) 東京医大 眼科、
2) 東京医大 臨床検査医学科

【目的】カポジ肉腫はヒトヘルペスウイルス 8 型 (HHV-8) の日和見感染を契機として発症する血管内皮由来の悪性腫瘍である。今回我々は、眼瞼結膜の生検組織から HHV-8 が検出された後天性免疫不全症候群 (AIDS) 関連カポジ肉腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】28 歳, 男性 .1 か月前に下顎部に生じた腫瘤の生検前採血検査で HIV 抗体陽性 (CD4 値 31/ μ l) であることが判明していた。また, 2 週間前から左上眼瞼に無痛性の腫瘤を生じていた。皮膚科による下顎部の生検でカポジ肉腫と診断されたためリポソーマルドキソルピシンによる治療を開始したところ, 左上眼瞼の腫瘤も縮小していった。しかし, 4 か月後に再び左上眼瞼の腫瘤が増大したため瞼結膜側から生検を施行したところ, やはりカポジ肉腫と診断されるとともに HHV-8 DNA が 1.89×10^2 copies/ μ g 検出された。また, 免疫染色では増殖している紡錘形細胞が HHV-8 陽性であった。フローサイトメトリーでは浸潤 T 細胞の 76% が CD8 陽性であった。リポソーマルドキソルピシンによる治療が再開され, 3 週間後には左上眼瞼腫瘤は著明に縮小した。現在までに眼瞼結膜におけるカポジ肉腫の再発はみられていないが, 十二指腸と盲腸における再発等が確認されている。

【結論】結膜のカポジ肉腫は AIDS 関連眼疾患の 1 つとして重要である。既報の如く, その発症には HHV-8 が病態に関係している。

【利益相反公表基準】該当無

05-2

非 HIV 関連眼瞼カポジ肉腫の 1 例

○今川 幸宏 (いまがわ ゆきひろ)¹⁾、森田 耕輔¹⁾、
三村 真士¹⁾、高木 麻衣²⁾、喜田 照代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】カポジ肉腫は皮膚を中心としてほぼすべての臓器に発症しうる多中心性腫瘍であるが, 眼部での発症は少ないと報告されている。発症には HHV-8 の活性化が関連しており, HIV 非感染者の眼部カポジ肉腫の報告はほとんどない。今回我々は, 非 HIV 関連眼瞼カポジ肉腫の 1 例を経験したので, その治療経過を若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例は 71 歳男性 .1 ヶ月前から増大する右下眼瞼腫瘤の精査目的で当科受診。下眼瞼外側皮膚～眼瞼結膜に局在する, 径 7mm 大の球状に隆起する赤色腫瘤を認めた。自覚症状は特になく, 視機能は異常なし。既往歴に胃癌。視診から vascular malformation, Merkel 細胞癌などを疑い切開生検を施行。病理組織学的検査の結果はカポシ肉腫であり, HIV 陰性であったことから非 HIV 関連眼瞼カポジ肉腫と診断した。切開生検から 2 ヶ月後に拡大切除・再建術 (余剰皮膚と対側上眼瞼からの遊離結膜皮弁で再建) を施行。術後 9 ヶ月まで再発がないことを確認できたが, 術後に施行した全身精査で大腸悪性リンパ腫が見付かり術後 22 ヶ月で永眠された。

【結論】眼瞼カポジ肉腫は非常に稀であるが HIV 陰性者にも発症する。眼瞼の赤色腫瘤を診察する際には, HIV 感染や免疫抑制療法の既往がなくても鑑別診断の一つとして考慮する必要がある。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 5 眼瞼腫瘍

9月28日(土)16:55~18:01

05-3

放射線照射後に手術加療を行った眼瞼メルケル細胞癌の組織所見と術後経過の検討

○大湊 絢 (おおみなと じゅん)¹⁾、塩崎 直哉¹⁾、
福地 健郎¹⁾、梅津 哉²⁾

1) 新潟大学、

2) 新潟大学医歯学総合病院 病理部

【目的】術前放射線照射を併用し手術加療を行った眼瞼メルケル細胞癌の組織所見と術後経過について検討したので報告する。

【方法】対象は2016年から2023年の間に当科へ紹介となった上眼瞼のメルケル細胞癌3例。全例、切除手術前に切除範囲の縮小を目的として病変に放射線照射(40Gy20回分割)を行った。その後、腫瘍の残存が予想される範囲を切除し、眼瞼を再建した。切除再建術後の各症例の経過および切除検体の組織所見について検討した。

【結果】放射線照射前の3例の腫瘍の最大幅は13-16mmであった。放射線照射により病変は縮小が得られた。放射線照射終了から1ヶ月で切除再建手術を施行。2例は対側遊離瞼板結膜移植+局所皮弁で、1例は断端直接縫合で眼瞼を再建した。3例とも術中迅速病理診断で断端は陰性であった。3例中1例で切除検体中に腫瘍細胞の残存を認めた。3例中2例は作成した組織標本の範囲では腫瘍細胞の残存はみられなかった。術後経過観察期間は現在1年半、3年半、8年で3例とも再発転移を認めていない。また、放射線照射後および切除再建術後の重篤な合併症も発生していない。

【結論】術前照射を併用し手術加療を行った眼瞼メルケル細胞癌の術後経過は現在のところ良好と言える。ただし放射線照射のみで腫瘍細胞が消滅する可能性もあり手術加療が必要かどうかは今後検討が必要である。

【利益相反公表基準】該当無

05-4

眼瞼に発生した粘液癌の3例

○小松 紘之 (こまつ ひろゆき)¹⁾、坪田 欣也¹⁾、
後藤 啓介²⁾、長尾 俊孝²⁾、後藤 浩¹⁾

1) 東京医科大学 眼科学分野、

2) 東京医科大学 人体病理学分野

【目的】粘液癌はエクリン汗腺に由来する稀な悪性腫瘍である。今回、眼瞼に発生した粘液癌3例を経験したので報告する。

【症例】症例1:76歳、男性。2年前から右下眼瞼に小結節腫瘍を自覚し、増大傾向を示したため精査目的に東京医大眼科(以下、当科)を紹介となった。右下眼瞼耳側に10mm大の房状の腫瘍がみられ、これを一塊として切除した。病理組織学的には豊富な細胞外粘液を背景に篩状構造がみられ、一部には神経内分泌分化を疑う所見が確認され、粘液癌の診断に至った。症例2:67歳、男性。3年前から左上眼瞼腫瘍を認め、徐々に増大してきたため当科を紹介となった。左眼の上眼瞼皮下に28mm大の腫瘍が触知されたため、可及的に摘出した。病理組織学的には貯留した粘液内に異型細胞が小胞巣を形成しながら増殖し、粘液癌と診断された。症例3:93歳、男性。1年前に近医で霰粒腫が疑われ穿刺処置を受けたが、再増大したため当科を紹介となった。10mm大の房状の腫瘍が左上眼瞼耳側にみられ、腫瘍を一塊に切除するとともに、眼瞼を再建した。病理組織学的には神経内分泌分化を伴わない粘液癌であった。症例3の免疫染色の結果、GATA3陽性、GCDFP15陽性、ER陽性、PgR陽性、synaptophysin部分的に陽性、chromogranin A陰性であった。3症例とも、術後に再発や転移はみられていない。

【結論】稀ではあるが、眼瞼にも粘液癌が発生することがある。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 5 眼瞼腫瘍

9月28日(土)16:55～18:01

05-5

当院での下眼瞼再建における
術式変遷～ Step Ladder VY
Advancement flap へ～

○島田 和樹(しまだ かずき)¹⁾、小宮 貴子¹⁾、
青木 昂平¹⁾、浅井 麻衣香¹⁾、荒木 祐太郎¹⁾、
小田 柚香¹⁾、松村 一¹⁾、臼井 嘉彦²⁾、後藤 浩²⁾

1) 東京医科大学 形成外科学分野、

2) 東京医科大学 眼科学分野

【目的】眼瞼は顔面の中でも機能的・整容的に重要な部位であるが、眼瞼に発生する悪性腫瘍は扁平上皮癌や悪性黒色腫などの進行性で予後が悪いものが多くみられる。そのため腫瘍を確実に除去する必要がある。切除部はマージンをつけた大きな欠損になる。眼瞼の大きな欠損に対して機能的かつ整容的に良好な再建を行うために、我々は過去 10 年間で 59 例の眼瞼悪性腫瘍再建を行い、その内の下眼瞼再建 23 症例を行う中で、Step Ladder VY Advancement flap を考案し、良好な結果を得たので発表する。

【方法】2014 年 10 月から 2024 年 5 月の約 10 年間の下眼瞼再建の症例の Step Ladder VY Advancement flap を用いたものと、それ以外の術式とで比較した。病因、病変部位、下眼瞼欠損、再建方法、術後合併症に関するデータで検討した。

【結果】Step Ladder VY Advancement flap を用いた患者の平均年齢は 58 歳で全体平均の 70 歳より若干若かった。下眼瞼再建した患者すべての皮弁が部分壊死もなく、全生着していたが、下眼瞼外反は Step Ladder VY Advancement flap で有意に少なかった。

【結論】Step Ladder VY Advancement flap は、他の手技と比較しても下眼瞼欠損に対して有用な再建法であり、手技が容易で、下眼瞼外反が少なく、整容面も良好であった。

【利益相反公表基準】該当無

05-6

眼瞼脂腺癌と基底細胞癌の網羅
的転写産物解析

○秋山 雅人(あきやま まさと)、田邊 美香、
左野 裕介、山名 佳奈子、藤井 裕也、舩津 治彦、
関 瑛子、吉川 洋、園田 康平

九州大

【目的】眼瞼脂腺癌 (SeC) と基底細胞癌 (BCC) の遺伝子発現プロファイルと相違を明らかにすること。

【方法】外科的切除により取得し凍結保存された腫瘍サンプルから RNA を抽出した。Bioanalyzer[®] を用いて RIN を測定し、5 以上の RNA サンプルについて TruSeq RNA でライブラリを作成し、NovaSeq でシーケンスした。取得したデータは、STAR を用いてマッピングし、RSEM で遺伝子発現量を定量化した。edgeR を用いて発現量データを解析し、偽発見率 (FDR)1% 未満かつ 2 群間で発現量の log2 変化率が 1 より大きい遺伝子を差次的発現遺伝子 (DEG) とした。

【結果】SeC 22 サンプルおよび BCC 18 サンプルのシーケンスに成功した。2,867 の DEGs が同定され、そのうち 1,410 は BCC で、1,457 は SeC で高発現していた。SeC の DEG には免疫染色で用いられる *PLIN2* (アディポフィリン) が含まれており、76 の遺伝子は *PLIN2* よりも発現量が高く強い関連を示した。DEG の生物学的特徴について検証するため、遺伝子オントロジー (GO) 解析を行ったところ、SeC に高発現した DEGs で 126 の GO が有意に関連し (FDR < 0.01)、脂質やカリウムイオン輸送、代謝や異化に関連するものに大別された。BCC に高発現した DEGs では、539 の GO が有意に関連し、Wnt シグナリング、TGF- β 関連、神経系や細胞外マトリックス結合組織の発生などの GO が含まれた。

【結論】包括的な転写産物解析により、主要な眼瞼悪性腫瘍の遺伝子プロファイルを明らかにした。

【利益相反公表基準】該当有

一般演題 6 眼内腫瘍

9月29日(日) 8:45 ~ 9:40

06-1

転倒後の眼科受診で発覚した結節性硬化症の1例

○鈴木 俊也(すずき としや)¹⁾、山田 祐太郎¹⁾、
黒田 文人²⁾、濱岡 祥子^{1,3)}、高比良 雅之¹⁾

- 1) 金沢大学附属病院 眼科、
2) 金沢大学附属病院 小児科、
3) やわたメディカルセンター

【緒言】結節性硬化症は全身の過誤腫を特徴とし、網膜の多発性の過誤腫の他に脳、肺、心、腎、骨、皮膚などのほぼ全身の臓器に多様な症状を認めることがある。今回、転倒により眼科受診したことで偶発的に発覚した結節性硬化症の1例を経験したので報告する。

【症例】1歳11ヶ月の女兒。階段から転落して右眼周囲を受傷し、近医眼科を受診した。眼底検査にて右眼の視神経乳頭下方や網膜周辺部に2乳頭径ほどの白色病変がみられ、3週間の経過観察にて著変が無かったので、精査加療目的で当科に紹介された。前眼部、前房には異常なく、右眼底には3箇所、左眼底には1箇所の白色の網膜病変がみられた。網膜の過誤腫を疑い、全身精査のため、当院小児科へ紹介した。頭部MRIにて脳室上衣下結節がみられ、また遺伝子検査にてTSC2遺伝子の変異を認めたため、結節性硬化症と診断された。経過中に焦点てんかんを発症し、レベチラセタムの投与が開始された。

【考察】網膜の白色病変は、その形状やこれまでに増悪がみられないことから、網膜星状細胞過誤腫と考えられた。結節性硬化症は全身性疾患であるが、症状には軽症から重症まで開きがあるとされている。本症例のように全身症状が目立たない場合には、眼底所見はその診断に重要と思われた。

【結論】眼底の白色病変から結節性硬化症と診断された1例を経験した。視機能や眼底所見の悪化を考慮し、今後も慎重な経過観察が必要である。

【利益相反公表基準】該当無

06-2

中心窩網膜剥離を伴った大きな脈絡膜母斑が退縮した2例

○古田 実(ふるた みのる)^{1,2)}、田中 啓一郎²⁾、
石龍 鉄樹²⁾

- 1) 相馬中央病院、
2) 福島県医大

【緒言】大きな脈絡膜母斑はメラノーマとの鑑別が重要であるが、ときに脈絡膜新生血管や漿液性網膜剥離などによる視力低下に対する治療も要する。このような症例の長期経過中に、病変が退縮し癥痕化した2症例を経験した。退縮過程を詳細に記録した報告はないため報告する。

【症例】症例1は53歳の女性。左眼の変視が1年以上続いたため初診した。左眼視力は(0.8)で、中心窩上方に基底6.0mm厚さ2.5mmの脈絡膜母斑があり、病変上に脈絡膜新生血管はなく、腫瘍の網膜浸潤と黄斑浮腫、および中心窩色素上皮障害があった。網膜浸潤部のみに経瞳孔温熱療法を行い、徐々に脈絡膜母斑全体が退縮し、12年後には平坦化し視力(0.9)である。症例2は29歳の女性。左眼の急激な視力低下を自覚し初診した。左視力は(0.6)で、中心窩耳側に基底9.0mm厚さ2.9mmの脈絡膜母斑があり、病変上には脈絡膜新生血管があり、中心窩網膜剥離と色素上皮障害があった。抗VEGF療法を4回行った後に滲出性変化は消退した。9年後には平坦化し、視力は(1.0)である。

【考察】Shieldsらの提唱する悪性化リスクが高い脈絡膜母斑2例の退縮過程を観察した。脈絡膜母斑の自然退縮は通常病変周辺部から萎縮が生じ、病変上にはドルーゼンを伴い、滲出病変を伴わないことが知られる。近年免疫チェックポイント阻害薬により脈絡膜母斑が退縮したとする報告もあり、今回の2例は軽度の治療的侵襲などから免疫学的機序が誘導された可能性もあると考えた。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 6 眼内腫瘍

9 月 29 日 (日) 8:45 ~ 9:40

06-3

傍視神経乳頭網膜血管 (芽) 腫
に関連した硝子体出血の 1 例

○馬詰 和比古 (うまづめ かずひこ)、丸尾 恵子、
曾根 久美子、山本 香織、後藤 浩

東京医科大学 眼科

【緒言】網膜血管 (芽) 腫の多くは眼底周辺部に発生するが、稀に視神経乳頭付近に生じる。今回、傍視神経乳頭血管 (芽) 腫に続発する出血に対して硝子体手術を施行したところ特異な眼底所見を呈し、最終的に著しい視力低下に至った 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 62 歳、男性。10 年前に左眼眼底の異常を指摘され血管腫の診断に至るも、視機能に異常なく経過観察されていた。6 年前に腫瘍の増大を認め、視力は (1.2) であったが、視野検査で異常がみられたため当科紹介となった。腫瘍は視神経乳頭を覆うほど増大していたが、視力良好のため引き続き経過観察とした。その後、徐々に腫瘍周囲の滲出性変化と視野障害が進行し、初診から 9 年目に急激な視力低下を自覚し、硝子体出血の診断に至った。B モード超音波断層計では腫瘍から連続する後部硝子体膜が描出された。硝子体手術により出血および硝子体膜を処理すると、眼底 4 象限の主血管の全てが白線化していた。術直後は問題なく経過していたが、2 週後に虹彩ルベオーシスを認め、眼圧も 31mmHg と上昇していたため、眼圧下降目的に Ahmed glaucoma valve によるチューブシャント手術を施行した。術後の眼圧は 17mmHg 前後にコントロールされたが、視力は手動弁と著しく低下した。

【結論】傍視神経乳頭血管 (芽) 腫の治療は確立されていないが、急速な病態の悪化を来すことがあるため、病勢を見極めながら然るべき時期に何らかの治療介入が必要かもしれない。

【利益相反公表基準】該当無

06-4

眼球外浸潤が疑われた網膜芽細胞腫
に対し下直筋を含めた眼球
摘出を施行した 1 例

○奥 拓明 (おく ひろあき)、渡辺 彰英、野々村 美保、
外園 千恵

京都府立医科大学

【目的】網膜芽細胞腫は悪性度の高い腫瘍であり、眼球外に浸潤すると生命予後が不良である。今回、眼球外浸潤が疑われた網膜芽細胞腫に対して、下直筋を含めた眼球摘出に至った 1 例を報告する。

【症例】症例は 3 歳男児。家族歴に網膜芽細胞腫があり、20XX 年 11 月の 1 歳時のスクリーニング時に左網膜芽細胞腫を指摘された。眼球温存を目指し、全身化学療法、局所治療を行っていた。20XX +2 年 9 月に左眼内再発、硝子体出血を認め、20XX +3 年 3 月に眼球摘出目的で当科に紹介となった。2 週間後に眼球摘出を予定していたが、前日より左眼瞼発赤、腫脹を認め、MRI を施行したところ左眼球下壁側に眼球を超えた腫瘍進展を認めた。手術時、下直筋の腫脹を認め、下直筋付近の眼窩脂肪も含めて眼球摘出を行ない、義眼台埋入術を施行した。病理検査では視神経断端陰性、眼球外進展部の断端も陰性であった。現在、後療法を行なっている。

【考察】眼球外浸潤が疑われた網膜芽細胞腫に対し下直筋を含めた眼球摘出を施行した 1 例を経験した。温存療法後でも、腫瘍の悪化により眼球外浸潤を急速にきたす可能性があり注意が必要である。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 6 眼内腫瘍

9月29日(日) 8:45～9:40

06-5

脈絡膜悪性黒色腫重粒子線治療後の遠隔転移再発に関する解析

○小林 なお(こばやし なお)¹⁾、青木 秀梨¹⁾、
若月 優¹⁾、牧島 弘和²⁾、伊川 裕明¹⁾、石川 仁¹⁾、
井上 裕治³⁾、溝田 淳⁴⁾

- 1) QST 病院、
2) 筑波大放射線腫瘍科、
3) 帝京大、
4) 西葛西・井上眼科病院

【目的】脈絡膜悪性黒色腫に対する重粒子線治療後遠隔転移再発のリスク因子を明らかにすること。

【方法】2001年4月から2021年3月に当院で治療した脈絡膜悪性黒色腫患者を対象とし、遠隔転移再発のリスク因子を後方視的に解析した。単変量解析には log-rank 検定を用い、多変量解析には Cox 比例ハザードモデルを用いた。

【結果】症例数 273 例を集積した。患者背景は、年齢中央値 56 歳、性別は男:女 130:143、腫瘍径中央値 11.0mm、腫瘍厚中央値 7.5mm、size category 1:2:3:4 はそれぞれ 50:104:105:14 例、毛様体浸潤あり 29 例(11%)、乳頭浸潤あり 60 例(22%)、病期(AJCC8th) I:IIA:IIB:IIIA:IIIB はそれぞれ 48:101:91:30:3 例であった。観察期間中央値 78 か月(範囲 5-253 か月)において、5/10 年の局所制御率が 95%/92%、5/10 年の無再発生存率は 75%/65%、5/10 年の全生存率は 86%/76% であった。主な再発形式は遠隔転移であり、遠隔転移累積発生率は 5/10 年で 23%/34% であった。遠隔転移をきたした 81 例中、転移臓器は肝臓が 56 例と最多であった。単変量解析の結果、性別、size category、毛様体浸潤、乳頭浸潤が、多変量解析では性別(男性)および size category が有意な遠隔転移のリスク因子であった。

【結語】脈絡膜悪性黒色腫重粒子線治療後の遠隔転移再発に関する因子を明らかにした。腫瘍径、腫瘍厚が大きな症例や男性では、経過観察中の全身画像評価が重要であることが示唆された。

【利益相反公表基準】該当無

一般演題 7 転移性眼内腫瘍・その他

9月29日(日) 9:45～10:40

07-1

前房水の腫瘍マーカー値と穿刺吸引細胞診にて診断した盲腸癌虹彩転移の1例

○三田村 瑞穂 (みたむら みずほ)¹⁾、加瀬 諭¹⁾、
水門 由佳¹⁾、橋本 大和²⁾、渡部 涼子²⁾、
松野 吉宏²⁾、石田 晋¹⁾

- 1) 北海道大学大学院眼科学教室、
2) 北海道大学病院病理部病理診断科

【緒言】 転移性虹彩腫瘍は腫瘍細胞が血行性に虹彩へ転移するが、盲腸癌の転移は稀であり、前房水中の腫瘍マーカー値の詳細も不詳である。今回我々は前房水の腫瘍マーカー値と穿刺吸引細胞診が診断に寄与した盲腸癌虹彩転移の1例を報告する。

【症例】 80歳女性。6か月前に回盲部切除術を施行され、盲腸癌(腺癌)と診断され、近医内科で全身化学療法を4コース施行された。3週間前に右眼に白いものがあることに気づき、前医眼科初診し精査目的に当院紹介受診した。初診時、矯正視力は右0.8、左1.2で、眼圧は正常範囲内であった。右前眼部は、9~12時の瞳孔縁に3×5mmの灰白色の不整な隆起性病変を認め、瞳孔は上外側に偏位し、偽前房蓄膿がみられた。前眼部光干渉断層計では、右眼の虹彩表面に内部の輝度が不均一で表面粗造な腫瘤性病変を認めた。穿刺吸引細胞診を施行したところ、核細胞質比の増加、核の大小不同、核形不整、クロマチン濃染を示す小型の異型細胞の小集塊を認め、腺癌を疑う細胞像であった。腫瘍マーカーに関しては、前房水中のCEA、SCC抗原は各々5716.1 ng/ml、0.1 ng/mlであった。他方、血清中のCEA、SCC抗原は各々678.5 ng/ml、1.4 ng/mlであり、前房水・血清ともCEAは異常高値を示した。以上より盲腸癌の転移性虹彩腫瘍と診断した。初診から3週間後、全身化学療法5コース目を施行し、初診から1か月後、転移性虹彩腫瘍に対し右眼球放射線照射を施行した。

【結語】 本症例では、腫瘍の穿刺吸引細胞診に加え前房水の腫瘍マーカー値の測定が、転移性虹彩腫瘍の診断に貢献した。

【利益相反公表基準】 該当有

07-2

進展型小細胞肺癌を原発とした左虹彩転移腫瘍の1例

○石川 寧子 (いしかわ ねね)¹⁾、宮島 彩乃¹⁾、
川嶋 真¹⁾、中島 勇魚²⁾、辻 英貴²⁾、溝田 淳³⁾、
井上 裕治¹⁾

- 1) 帝京大学医学部眼科学講座、
2) 公益財団法人がん研究会有明病院、
3) 西葛西・井上眼科病院

【緒言】 進展型小細胞肺癌を原発とした左虹彩転移腫瘍の比較的稀な症例を1例経験したので報告する。

【症例】 症例は55歳男性、右肺小細胞癌 Stage IV B、縦郭リンパ節、肝、脳への多発転移に対し、化学療法施行中であつた。化学療法開始5か月後、嘔気、眼部圧迫感を主訴に近医眼科にて左虹彩偏位を指摘され当院眼科紹介受診となった。初診時視力は右(1.2)、左(1.2)であり、細隙灯顕微鏡にて左虹彩に多発する灰白色腫瘤病変と瞳孔不正を認めた。臨床所見から小細胞肺癌による左虹彩転移腫瘍と診断した。化学療法は既に効果が乏しく終了し緩和ケアの方針となり、左虹彩と脳転移に対し全脳(30Gy)および虹彩(28Gy)の緩和照射を施行した。照射開始終了直後の診察では右視力(1.2)であり、虹彩転移は著明に縮小し、緩和ケア転院となった。治療終了翌月に全身状態悪化により永眠された。

【考察】 眼内転移の多くが脈絡膜転移であり、虹彩転移は1割程度と稀であることが知られている。原発部位としては男性では肺癌、女性では乳癌が多い。確定診断は生検や細胞診であるが、臨床所見で診断することも多く、治療は放射線治療が奏功する。眼内転移をきたした場合の生存期間中央値は17.2か月と予後不良とされており、生存中の視機能温存を目指した治療介入が重要である。

【利益相反公表基準】 該当無

一般演題 7 転移性眼内腫瘍・その他

9月29日(日) 9:45～10:40

07-3

短期間で眼内所見が変動した転移性脈絡膜腫瘍の1例

○河田 宙徳(かわた ひろのり)¹⁾、朝蔭 正樹¹⁾、
河手 敬彦²⁾、後藤 浩¹⁾

- 1) 東京医大 眼科、
2) 東京医大 乳腺科

【緒言】ぶどう膜炎症状に始まり、短期間で眼内所見が変動した転移性脈絡膜腫瘍の1例を報告する。

【症例】44歳、女性。1週間前から右眼の霧視、眼痛、羞明を主訴に近医眼科を受診、右眼の虹彩炎と眼底に隆起性病変がみられ、当科を紹介受診となった。初診時の右眼矯正視力0.5、前房内と前部硝子体に炎症細胞がみられ、眼底周辺部の11時から1時にかけて隆起性病変を認めた。悪性黒色腫を疑い画像検査を施行したところ、MRIで眼内にT1WIで軽度高信号、T2WIで軽度低信号を示す充実性腫瘍を認め、¹²³I-IMP SPECTでは眼部にのみ集積像を示した。経過中、眼内隆起性病変のサイズや局在は経時的に変動し、悪性黒色腫としては非典型的であった。診断目的に生検を計画していたところ滲出性網膜剥離が出現した。更に呼吸苦の症状で当院の救急救命センターに搬送され、胸部CT検査で両肺に胸水貯留と乳房の腫瘍が発見された。転移性脈絡膜腫瘍を疑いPET-CT検査を施行したところ、左眼に集積を認め、左乳腺とともにリンパ節・肺・骨に転移を疑わせる集積像を認めた。乳腺の生検の結果で浸潤性乳管癌の診断に至り、今日まで対症療法中心とした治療が行われている。

【結論】転移性脈絡膜腫瘍では短期間で眼内所見が変動することがある。また、稀ながら¹²³I-IMP SPECTが陽性を示すことがあるので、悪性黒色腫との鑑別に留意する必要がある。

【利益相反公表基準】該当無

07-4

硝子体転移を生じた前頭部皮膚原発悪性黒色腫の一例

○朱 さゆり(しゅ さゆり)¹⁾、時光 元温¹⁾、陶山 宏¹⁾、
黒川 徹¹⁾、面高 俊和²⁾、上原 剛³⁾、岩谷 舞³⁾、
村田 敏規¹⁾

- 1) 信州大、
2) 信州大皮膚科、
3) 信州大臨床検査部

【緒言】Stage IV前頭部皮膚原発悪性黒色腫に対してニボルマブ、イピリムマブ併用療法中、重篤な免疫関連有害事象(以下irAE)を発症し、その治療中に片眼に硝子体混濁を生じた一例を経験したので報告する。

【症例】51歳男性。左腎癌摘出後の経過観察中のX年2月、左鼠経リンパ節腫脹を認め、生検にて悪性黒色腫転移と診断された。X年5月、信州大学病院(以下当院)皮膚科にて脳転移、多発リンパ節転移を伴う原発不明悪性黒色腫(BRAF V600E変異陽性)と診断され、X年6月よりニボルマブ、イピリムマブ併用療法が開始された。初回投与後、前頭部原発皮膚病巣が判明した。3回目の治療後に肝機能障害(Grade3)、DICなどの重篤なirAEを発症したため、ステロイドパルス療法、後療法が行われたが、ステロイド漸減中、右眼の飛蚊症を主訴にX年10月、当院眼科に紹介された。右眼硝子体内に白色塊状混濁が多数散在していたが、脈絡膜隆起性病変は認めなかった。硝子体生検では検体中の細胞は組織球様の形態であった。しかし、免疫染色にてSOX10、HMB45陽性、CD-45陰性であり、悪性黒色腫の硝子体内転移と診断された。X+1年3月より硝子体病変に対し皮膚科にてBRAF+MEK阻害薬治療が開始された。

【考察】血行性転移が疑われる硝子体内転移を生じた皮膚原発悪性黒色腫の稀な症例を経験した。免疫チェックポイント阻害薬投与歴のある皮膚悪性黒色腫症例にみられる硝子体混濁はirAEの他、硝子体内転移を疑い精査する必要がある。

【利益相反公表基準】該当無

07-5

全国がん登録データを用いた眼
腫瘍疫学情報 第一報

○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

【目的】 全国がん登録のデータを用いた眼腫瘍の疫学情報を解析する機会を得たため、第一報として概要を報告すること。

【対象と方法】 法に基づき 2016 年から 2019 年の全国がん登録情報の提供を受け、眼瞼皮膚腫瘍(腫瘍局在コード C441)、眼腫瘍(C690-C699)、視神経腫瘍(C723)のデータを入手抽出し解析した

【結果】 4 年間の眼腫瘍は 13,229 例であり、10 万人あたり 2.66 人で、希少疾患に該当した。1985 年標準日本人モデルを用いると 1.38 人、WHO モデルを用いると 1.21 人の罹患率であった。眼瞼腫瘍は女性に多く、それ以外の局在では性差はなかった。組織型をみると、眼瞼、網膜、脈絡膜は上皮系腫瘍が多く、結膜、毛様体、涙腺、眼窩は造血器腫瘍が多かった。年齢階層別では、網膜は乳幼児に集中し、視神経は小児期と中高年の二峰性であったが、それ以外は高齢者に多かった。進展度では、多くが限局していたが、涙腺と眼窩は遠隔転移が 10% をこえていた。治療は外科的治療が主体であるが、網膜と毛様体は 1/2 以上が化学療法を受け、脈脈絡膜、涙腺、眼窩は 1/3 以上が放射線治療を受けていた。患者受診動向を見ると、網膜と脈絡膜は他都道府県の医療機関を受診していた。局在コードごとの全生存率は、3 年生存率が 0.69 から 0.95 とばらつきがあり、局在コードごとの異なった病理組織像を反映していることが推測された。

【結論】 眼腫瘍の基礎データとしての疫学情報を報告した。

【利益相反公表基準】 該当無

共催セミナー



ランチョンセミナー

日時：2024 年 9 月 28 日（土） 12:10 ～ 13:10

会場：京王プラザホテル 5F コンコード AB

Santen

前眼部にみられる 炎症と腫瘍の 鑑別の極意

眼腫瘍に限った話ではありませんが、適切な診療を進めていくには鑑別診断が重要です。眼腫瘍、特に悪性腫瘍の場合には鑑別診断が適切でなかったために、患者さんの予後に大きな影響を及ぼしてしまうこともあります。とは言っても鑑別が困難な症例が存在することも事実ですし、腫瘍に馴染みのない一般眼科医の先生のみならず、眼腫瘍を得意とする専門家にとっても診断に苦慮する局面はそれなりにあります。特に炎症と腫瘍の鑑別は簡単なようで一筋縄ではいかないことがしばしばあります。

そこで今回は前眼部にみられる炎症性の病変と腫瘍性の疾患にスポットを当て、その診断と鑑別のポイントについて2人の演者から解説する機会を設けることにしました。炎症と腫瘍という、似て非なる病態ながら現実には鑑別が容易ではなく、奥の深い世界があることを実感していただければ幸いです。



座長 1

後藤 浩 先生
(東京医科大学)



座長 2

小幡 博人 先生
(埼玉医科大学
総合医療センター)



演者 1

悪性腫瘍と鑑別を要する角結膜炎の診断と治療

福田 憲 先生 (高知大学)



演者 2

前眼部炎症性疾患と鑑別を要する悪性腫瘍

後藤 浩 先生 (東京医科大学)

共催：参天製薬株式会社

スイーツセミナー

日時：2024年9月28日(土) 14:55～15:25

会場：京王プラザホテル 5F コンコード AB

ここでしか聞けない 眼腫瘍 スペシャリストの話

眼科の中では眼腫瘍は他の疾患と比較して症例数は限られるものの、生命予後にかかわる数少ない疾患です。症例数が少ないことから診断・治療可能な専門医の数も多くありませんし、その話を聴く機会もなかなかございません。今回のセミナーでは眼腫瘍のスペシャリストの先生お二人に、他ではなかなか聴く機会が少ない領域の診断・治療のコツ、症例に対する接し方などをお話いただきます。

田邊美香先生には小児及び AYA 世代 (Adolescent & Young Adult, 思春期・若年成人の頭文字をとったもので 15～39 歳までをさす) の症例についてお願いしました。網膜芽細胞腫の生存率は良好だが、AYA 世代においては、晩期視覚障害、二次がん、低身長や妊孕性、長期的な治療による心理的なストレスや不安、抑うつなど様々な問題がでできます。そこで九州大学病院で 2017 年より行っている「小児・AYA 世代がんフォローアップ外来 WG」の取り組み、網膜芽細胞腫の長期経過観察症例や二次がんの症例についてお話いただきます。

安積淳先生には神戸海星病院における多くの症例における眼科腫瘍摘出術にフォーカスしてお話いただきます。眼科領域の腫瘍専門医は、日々眼窩腫瘍に向き合い、診断治療のために腫瘍摘出を行っています。摘出された病果はしばしば討論対象になるのですが、その摘出技術について議論される機会は少ないため貴重なお話になるかと思います。本セミナーで得られた知見を今後出てくる症例に活かしていただくことを期待しております。



座長

溝田 淳 先生

西葛西・井上眼科病院 院長



演者

九州大学大学院医学研究院眼科学

田邊 美香 先生

「小児・AYA 世代のがん」



演者

神戸海星病院 アイセンター長

安積 淳 先生

「眼窩腫瘍摘出術：海星式」



共催：株式会社イナミ

フェアウェルセミナー

日時：2024年9月29日（日）12:05～12:45

会場：京王プラザホテル 5F コンコード AB

第41回日本眼腫瘍学会 フェアウェルセミナー



日時

2024年9月29日 日 12:05～12:45

会場

第1会場(京王プラザホテル 5F コンコード AB)

〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1

『中枢神経原発リンパ腫の 最新の診断・治療と眼内リンパ腫』

座長

蕪城 俊克 先生

自治医科大学 眼科学講座 教授

演者

山崎 文之 先生

広島大学大学院医系科学研究科 脳神経外科学 准教授

共催：第41回日本眼腫瘍学会／小野薬品工業株式会社

共催：小野薬品工業株式会社

謝 辞

第 41 回日本眼腫瘍学会の開催・運営にあたりまして、下記の皆様より格別のご支援を頂きました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

第 41 回日本眼腫瘍学会
会 長 後藤 浩

公益社団法人 東京都眼科医会
東京医科大学

青木 美奈子	工藤 仁	田中 孝男	野牛 千鶴
阿川 忠郎	久保 真人	田宮 典子	安田 敏子
飯野 倫子	倉田 美樹	塚原 林太郎	山内 康行
石川 友昭	毛塚 剛司	手納 朋子	山田 眞
井上 博	高 英美	中野 栄子	山本 和則
上田 俊一郎	小竹 恵理	野中 隆久	横井 克俊
上田 俊介	後藤 晋	服部 貴明	頼 徳治
臼井 正彦	小林 裕子	濱崎 陞	渡辺 裕士
馬詰 朗比古	斎木 貴美	羽磨 隆士	
大谷 壮志	坂本 俊哉	浜野 薫	(50 音順)
尾谷 雅博	白土 城照	藤田 聡	
小山内 卓哉	鈴木 潤	外間 英之	
海谷 忠良	関 文治	丸山 勝彦	
柏瀬 光寿	園田 有紀	三橋 正忠	
加藤 秋成	園田 靖	村松 大弐	
川原 純一	高野 和子	村松 隆次	
木村 圭介	高野 繁	八木橋 朋之	

ご寄付を頂戴しましたが、本誌への掲載が間に合わなかった先生におかれましてお詫び申し上げます。

協賛企業

株式会社アイ・オー・エル・メディカル	千寿製薬株式会社
アッヴィ合同会社	中外製薬株式会社
株式会社イナミ	株式会社トーマコーポレーション
エイエムオー・ジャパン株式会社	日本化薬株式会社
大塚製薬株式会社	株式会社ニデック
株式会社オービーエス	株式会社リッツメディカル
小野薬品工業株式会社	わかもと製薬株式会社

株式会社カジヤマプロテゼ

金原出版株式会社

興和株式会社

参天製薬株式会社

(50 音順)