

# 第23回 眼瞼・義眼床手術研究会

プログラム・抄録集



EYE LID and EYE SOCKET SURGERY

会期◆平成**24**年**2**月**4**日(土)

会場◆**SHINAGAWA GOOS**  
(旧：パシフィックホテル東京)

会長◆角谷 徳芳

昭和大学藤が丘病院 形成外科

〒227-8501 神奈川県横浜市青葉区藤が丘1-30

TEL: 045-974-6223 FAX: 045-972-6534

# 第23回 眼瞼・義眼床手術研究会

(日本形成外科学会専門医制度認定事業)

(日本眼科学会専門医制度認定事業)



EYE LID and EYE SOCKET SURGERY

会期 ◆ 平成**24**年 **2**月**4**日(土)

会場 ◆ **SHINAGAWA GOOS**

(旧：パシフィックホテル東京)

〒108-0074 東京都港区高輪3-13-3

TEL:03-5449-7300

会長 ◆ **角谷 徳芳**

昭和大学藤が丘病院 形成外科

〒227-8501 神奈川県横浜市青葉区藤が丘1-30

TEL: 045-974-6223 FAX: 045-972-6534

E-meil: fujiprs@beige.ocn.ne.jp

形成外科専門医：出席4点、筆頭3点、共同1点

眼科専門医 No.22098：3単位

# ご 挨拶

第23回眼瞼・義眼床手術研究会

会 長 角 谷 徳 芳

昭和大学藤が丘病院 形成外科

第23回眼瞼・義眼床手術研究会を昭和大学藤が丘病院形成外科でお世話させていただくことになりました。大変光栄なことと役員ならびに会員の皆様に深く感謝申し上げます。

この研究会はすでに22年目を迎え、誠に歴史のある研究会に発展して参りました。初期の頃、大変なご苦労されたことも知らず小川先生（現関西医科大学形成外科名誉教授）をはじめ、楠本先生（同大学形成外科主任教授）や関西医科大学形成外科教室の皆様当たり前のようにお世話になっていました。その努力のおかげで昨年ついに箱根を超えて関東で開催されるまでになりました。そして今後は日本全国に開催地が広がることと思います。

当初から眼瞼再建の困難さは手術に携わる誰しものが心に抱いていた問題でした。この会は大きな学会の晴れ舞台ではなく、心底問題となる症例を持ち寄り共に意見交換を行う、まさに専門家の集まりと云える研究会でしょう。そして老若男女、職種を問わず忌憚のない意見の出し合いがこの研究会の持ち味でもあります。

今年度も北は北海道、南は沖縄まで広い地域から眼科・義眼制作所・形成外科・の眼瞼・義眼のスペシャリストにより多数の演題をいただきました。素晴らしいアイデアや手術結果、珍しい症例、困難を極めた症例、問題の多い手術手技など盛りだくさんの演題をいただき、大変感謝しております。

皆様、週末の楽しいひとときではありますが、土曜の数時間という短い時間に集中して勉強しようではありませんか。そして充実した一日を締めくくり、懇親会で大いに飲もうではありませんか。

皆様のご参加をお待ちしております。

# ご 案 内

## 参加者の皆様へ

- 当日、受付は午前8時30分から行います。
- 受付にて会費の5,000円をお支払い下さい。
- 質問・討論は、座長の指示に従って下さい。
- 座長の先生は、開始予定時刻の10分前までに、待合席にてお座り下さい。
- プレゼンテーションの写真、動画の撮影は、研究会指定担当者以外ご遠慮下さい。
- 敷地内は建物の外も含めて全面禁煙となっております。ご協力お願いします。
- 研究会終了後、同フロア会場ネクサスフィールドにて懇親会を予定しております。ぜひご参加下さい。

## 発表者の皆様へ

- 口演時間は、一般演題7分、質疑応答5分です。
- 前の演題が始まりましたら、次演者席にお着き下さい。
- 発表は PowerPoint による PC プレゼンテーションのみとします。
- PowerPoint にて作成したファイルを CD-R、USB メモリのいずれかのメディアに入れて、口演時間の1時間前までに会場前のスライド受付にて動作確認を済ませて下さい。ただし、動画データ使用、Macintosh 使用の場合はご自身の PC での発表となりますので、電源ケーブルもご持参ください。メディアでの持込みはできませんのでご注意ください。
- 会場でご用意させていただく映像ケーブルは D-Sub15 ピンですので、それ以外の形状の場合は、変換ケーブルを必ずご持参ください。特に Macintosh ご使用の方は、コネクターを忘れずにお持ちください。
- いずれの場合にも、必ずバックアップデータをご準備下さい。不測の事態に対する責任は主催者側では負えません。

【D-sub15ピン写真】



## 発表される皆様へ

個人情報保護法の施行により、学会・研究会において発表される症例報告は、医学研究において医学・医療の進歩に貢献する極めて重要なものと捉えられておりますが、特定の患者の疾患や治療内容に関する情報が含まれていることが多いので、そのプライバシー保護に配慮し、患者が特定されないよう留意する必要があります。眼瞼・義眼床手術研究会で発表をされる皆様におかれましては、以下の点に留意されましてご発表の準備をお願い申し上げます。

- 1) 患者個人の特定可能な氏名、入院番号、イニシャルまたは「呼び名」は記載しない。
- 2) 患者の住所は記載しない。但し、疾患の発生場所が病態等に関与する場合は区域までに限定して記載することを可とする。(東京都、新宿区など)
- 3) 日付は、臨床経過を知る上で必要となることが多いので、個人が特定できないと判断される場合は年月までを記載してよい。
- 4) 他情報と診療科名を照合することにより患者が特定され得る場合、診療科名は記載しない。
- 5) 既に他院などで診断・治療を受けている場合、その施設名ならびに所在地を記載しない。但し、救急医療などで搬送元の記載が不可欠の場合はこの限りではない。
- 6) 顔写真を提示する際には目を隠す。眼疾患の場合は、顔全体が分からないよう眼球のみの拡大写真とする。
- 7) 症例を特定できる生検、剖検、画像情報に含まれる番号などは削除する。
- 8) 以上の配慮をしても個人が特定される可能性のある場合は、発表に関する同意を患者自身(または遺族か代理人、小児では保護者)から得る。
- 9) 遺伝性疾患やヒトゲノム・遺伝子解析を伴う症例報告では「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」(文部科学省、厚生労働省及び経済産業省)による規定を遵守する。

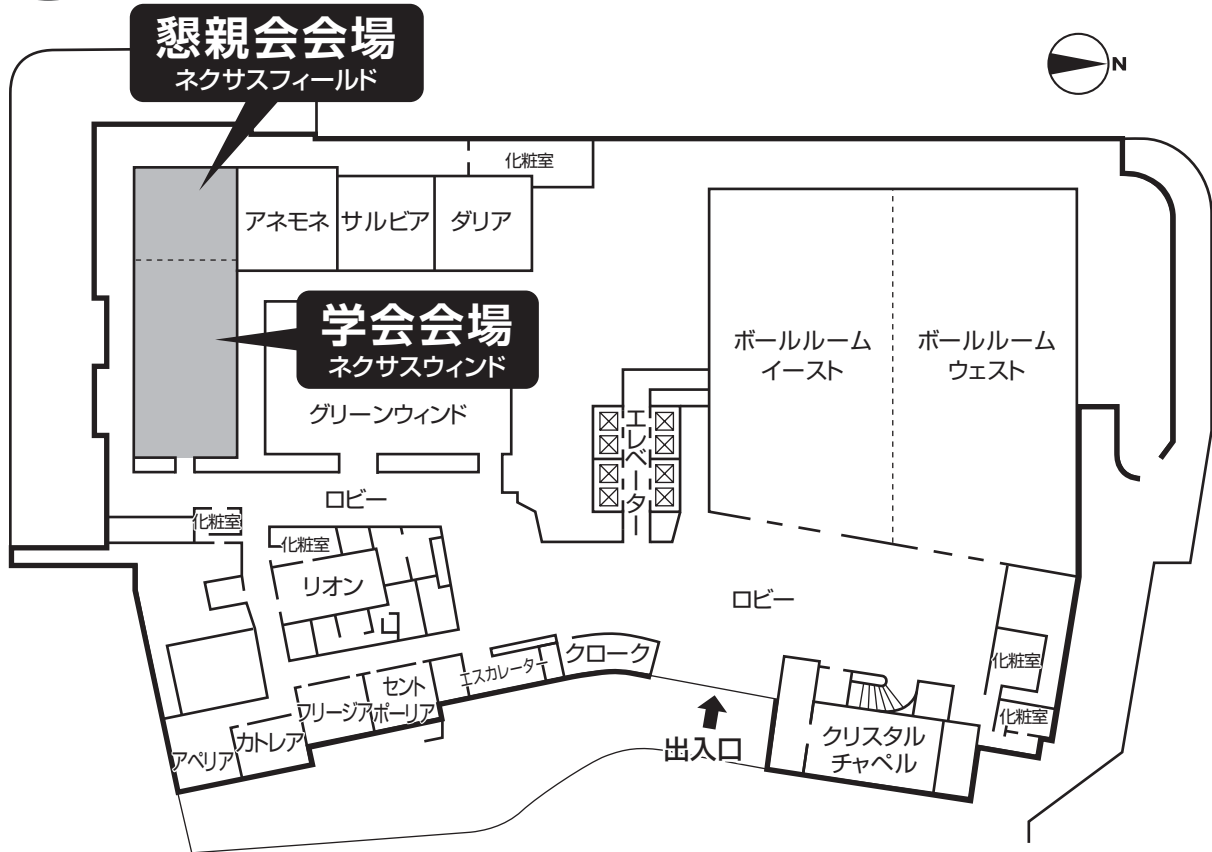
# 会場アクセス図



# 会場内案内図

ガーデンシティ品川

1F



## 第23回眼瞼・義眼床手術研究会

# プログラム

開会挨拶

9:25～9:30

会長 角谷 徳芳(昭和大学藤が丘病院 形成外科)

第1群 義眼・義眼床

9:30～11:06

座長：八子 恵子先生(北福島医療センター 眼科)

### 1-1 パーキンソン病患者さんと結膜囊拡張器

○鎌倉 純<sup>1)</sup>、黒澤 道行<sup>2)</sup>、厚澤 正幸<sup>2)</sup>、厚澤 弘陳<sup>2)</sup>、鎌倉 信春<sup>1)</sup>、光安 哲人<sup>3)</sup>、  
今野 公士<sup>4)</sup>

1) アツザワプロテーゼ横浜、2) アツザワプロテーゼ、3) アツザワプロテーゼ九州、  
4) 杏林大学病院アイセンター

### 1-2 不適合状態にあった可動性義眼台に対する義眼の対応について

○光安 哲人

アツザワプロテーゼ九州

### 1-3 高齢者に対する前額部皮膚を用いた浅側頭動脈島状皮弁による義眼床再建術の経験

○大森 直子、三川 信之、窪田 吉孝、力久 直昭、佐藤 兼重

千葉大学 医学部 形成・美容外科

### 1-4 大きすぎる義眼球移植後に義眼床強膜解離を生じた一例

○中内 一揚

兵庫医大眼科

### 1-5 前葉を皮下茎皮弁として反転移動し後葉を延長する方法

○吉原 正宣<sup>1)</sup>、小川 豊<sup>2,3)</sup>、田辺 敦子<sup>1)</sup>、山本 智恵<sup>1)</sup>、富野 祐里<sup>3)</sup>、笹尾 卓史<sup>3)</sup>

1) 洛和会音羽病院 形成外科、2) 音羽記念病院 形成外科、3) 関西医科大学 形成外科

### 1-6 顔面裂患者の眼瞼義眼症再建の経験

○富士森 良輔、富士森 英之、齊藤 伸子

富士森形成外科

### 1-7 機能性エピテーゼの開発と現状

○福井 剛志<sup>1)</sup>、赤松 正<sup>2)</sup>、花井 潮<sup>2)</sup>、宮坂 宗男<sup>2)</sup>、川島 徳道<sup>3)</sup>、常国 剛史<sup>4)</sup>、重原 聡<sup>5)</sup>

1) 小田原市立病院 形成外科、2) 東海大学 医学部 外科学系 形成外科、  
3) 桐蔭横浜大学 医用工学部 臨床工学科、4) 株式会社アヘッドラボラトリーズ、  
5) 湘南デンタルインプラントクリニック

### 1-8 植皮による義眼床の臭い

○八子 恵子

北福島医療センター 眼科



**2-1 術前の動脈塞栓術が有効であった頬骨部血管腫の1例**

○丸山 直樹、松下 浩和、根本 仁、木村 直弘、伊藤 芳憲、角谷徳芳  
昭和大学藤が丘病院 形成外科

**2-2 眼窩外壁を貫通する亜鈴型皮様嚢腫の治療経験**

○西野 健一<sup>1)</sup>、沼尻 敏明<sup>1)</sup>、素輪 善弘<sup>1)</sup>、河原崎 彩子<sup>1)</sup>、上中 麻希<sup>1)</sup>、杉本 佳陽<sup>1)</sup>、  
五影 志津<sup>1)</sup>、岩科 裕己<sup>1)</sup>、渡邊 彰英<sup>2)</sup>、林 寛子<sup>3)</sup>  
1) 京都府立医科大学 形成外科、2) 京都府立医科大学 眼科、3) 烏丸姉小路クリニック

**2-3 眼窩筋円錐内から深部にかけて数珠状構造を示した神経鞘腫の1症例**

○野田 実香<sup>1)</sup>、仲 昌彦<sup>1)</sup>、金 学海<sup>1)</sup>、加瀬 論<sup>1)</sup>、中村 泰久<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>  
1) 北海道大学大学院医学科医学専攻感覚器病講座眼科学分野、2) 聖隷浜松病院眼科形成眼窩外科

**2-4 網膜剥離手術に関連した眼窩腫瘍の2例**

○今川 幸宏<sup>1)</sup>、藤田 泰史<sup>1)</sup>、三村 真士<sup>1)</sup>、佐藤 文平<sup>1)</sup>、池田 恒彦<sup>2)</sup>  
1) 大阪回生病院 眼科、2) 大阪医大 眼科

**2-5 60Gy の電子線治療に耐える眼球保護用鉛の試作**

○大島 浩一  
岡山医療センター眼科

**2-6 眼窩内腫瘍性病変を主訴としたIgG4関連硬化性疾患の検討**

○山下 建、四ッ柳 高敏、加藤 慎二、権田 綾子、山田 哲生、中川 嗣文、香山 武、  
蔵田 佳奈枝、齊藤 有  
札幌医科大学形成外科

**2-7 眼窩頭蓋底腫瘍摘出後に生じた頭蓋底膿瘍に対して遊離腹直筋皮弁を用いて義眼床を再建した1例**

○上田 幸典、嘉鳥 信忠、板倉 秀記、林 憲吾  
聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

**2-8 眼瞼脂腺癌の臨床像と組織学的検討**

○池田 智佳<sup>1)</sup>、渡辺 彰英<sup>1)</sup>、上田 幸典<sup>2)</sup>、嘉鳥 信忠<sup>2)</sup>、木下 茂<sup>1)</sup>  
1) 京都府立医大眼科、2) 聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

**2-9 眼窩 solitary fibrous tumor の一例**

○藤井 晶子、前川 二郎、鍵本 慎太郎、大石 季美江、矢吹 雄一郎、友枝 裕人、細野 味里、  
廣富 浩一、安村 和則  
横浜市立大学附属病院 形成外科

**2-10 眼瞼脂腺腫の症例 — 脂腺癌との比較 —**

○辻 英貴<sup>1)</sup>、小林 めぐみ<sup>1)</sup>、竹内 賢吾<sup>2)</sup>  
1) がん研究会 有明病院 眼科、2) がん研究会 がん研究所 分子標的病理プロジェクト

第3群 眼瞼下垂

14:10～15:58

座長：渡辺 彰英先生（京都府立医科大学 眼科）

**3-1** 群馬大学眼科で行っている挙筋群タッキング法

○鹿嶋 友敬、秋山 英雄、岸 章治

群馬大学 眼科

**3-2** マイラゲルによる眼瞼下垂と眼瞼腫脹を呈した1例

○岩宮 怜子<sup>1)</sup>、仲野 雅之<sup>2)</sup>、山本 純<sup>3)</sup>、石黒 利充<sup>4)</sup>、楠本 健司<sup>1)</sup>

1) 関西医科大学附属枚方病院 形成外科、2) 医誠会病院 形成外科美容外科  
3) 洛西ニュータウン病院 形成外科、4) 関西医科大学附属枚方病院 眼科

**3-3** 眼瞼下垂手術（上眼瞼挙筋腱膜前転術）術後に出現する角膜障害について

○山下 理恵子<sup>1)</sup>、松本 英樹<sup>1)</sup>、柿崎 裕彦<sup>2)</sup>、一瀬 晃洋<sup>3)</sup>

1) 眼科松本クリニック、2) 愛知医科大学眼科、3) 神戸大学美容外科・形成外科

**3-4** 術前の高い重瞼線が挙筋短縮術後にも残存した症例に対する治療

○立松 良之、三谷 亜里沙、西田 雅宏、高橋 直巳、宇田 高広、田坂 嘉孝、高岡 明彦、  
松田 久美子

愛媛県立中央病院 眼科

**3-5** 生後5か月の乳児に対するゴアテックス糸を用いたつり上げ術

○山田 貴之、島田 さやか、木内 良明

広島大学 眼科

**3-6** 大腿筋膜による前頭筋つり上げ術後に兎眼と眼瞼内反を来した3症例

○林 憲吾、嘉鳥 信忠、板倉 秀記、上田 幸典

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

**3-7** 挙筋短縮術後腱膜欠損の修復に絹糸が有用であった1例

○長西 裕樹

横浜市立大学附属市民総合医療センター 形成外科

**3-8** 自家組織を用いたつりあげ術後兎眼症の矯正術

○中村 泰久

北海道大学

**3-9** 眼瞼皮膚下垂症の臨床

○西條 正城

西條クリニック

**第4群 眼瞼内反症・再建その他**

16:33～18:09

座長：嘉島 信忠先生（聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科）

**4-1 外傷性 Brown 症候群の1例**

○田邊 吉彦、加藤 友紀、中島 拓人  
中部ろうさい病院 形成外科

**4-2 Treacher Collins syndrome における眼窩眼瞼形成術**

○大石 季美江、鍵本 慎太郎、藤井 晶子、矢吹 雄一郎、友枝 裕人、細野 味里、廣富 浩一、  
安村 和則、前川 二郎  
横浜市立大学附属病院 形成外科

**4-3 睫毛内反、睫毛乱生に対する埋没U字縫合法**

○高比良 雅之、小澤 由明、濱岡 祥子、山崎 奈津子、杉山 和久  
金沢大眼科

**4-4 若年者に対する Jones 法は眼を大きくする**

○黒川 正人、柳沢 曜、川崎 雅人、岩山 隆憲、長谷川 弘毅  
宝塚市立病院形成外科

**4-5 睫毛内反症に対する内眥切開法 ～ Epicanthus flap (贅皮皮弁) ～**

○齊藤 伸子、富士森 良輔、富士森 英之  
富士森形成外科

**4-6 内眼角部の再建**

○石田 有宏  
沖縄県立中部病院形成外科

**4-7 C-DCR (涙湖鼻腔吻合術) 後、長期開存に有用であったアクリル製ペグの試作**

○板倉 秀記<sup>1)</sup>、嘉島 信忠<sup>1)</sup>、上田 幸典<sup>1)</sup>、林 憲吾<sup>1)</sup>、渡辺 彰英<sup>2)</sup>  
1) 聖隷浜松病院眼形成眼窩外科、2) 京都府立医科大学眼科

**4-8 パーキンソン病の自発性瞬目によるスクリーニングの試み**

○渡辺 彰英<sup>1)</sup>、木村 直子<sup>1)</sup>、鈴木 一隆<sup>2)</sup>、豊田 晴義<sup>2)</sup>、袴田 直俊<sup>2)</sup>、木下 茂<sup>1)</sup>  
1) 京都府立医大眼科、2) 浜松ホトニクス

**閉会・次回会長挨拶**

# 抄 録

## 1-1

## パーキンソン病患者さんと結膜囊拡張器

○鎌倉 純<sup>1)</sup>、黒澤 道行<sup>2)</sup>、厚澤 正幸<sup>2)</sup>、厚澤 弘陳<sup>2)</sup>、鎌倉 信春<sup>1)</sup>、  
光安 哲人<sup>3)</sup>、今野 公士<sup>4)</sup>

1) アツザワプロテーゼ横浜、2) アツザワプロテーゼ、3) アツザワプロテーゼ九州、  
4) 杏林大学病院アイセンター

結膜囊拡張器には何種類かの形状のものが存在するが、我々は地方の医療機関で突然必要になる場合も多いので、結膜囊の形状に合わせてその場で製作をしている。今回患者さん御自身でセッティングが難しい症例に遭遇し、工夫をしてみたので報告をする。

## 1-2

## 不適合状態にあった可動性義眼台に対する義眼の対応について

○光安 哲人

アツザワプロテーゼ九州

人工的に眼球の可動性を温存した義眼台(可動性義眼台)に対応した義眼のデザインについての報告例はわが邦にはみられない。また九州においては該当症例も少なく苦慮するところだが、今回14年前に手術を受けその後の管理に問題があった為、義眼床の動きは有効に残存しているにもかかわらず目脂や出血などに悩まされている症例に対し、有窓義眼から発想を得た義眼を作成処方することで改善がみられた症例について報告する。

## 1-3

## 高齢者に対する前額部皮膚を用いた浅側頭動脈島状皮弁による義眼床再建術の経験

○大森 直子、三川 信之、窪田 吉孝、力久 直昭、佐藤 兼重

千葉大学 医学部 形成・美容外科

90歳の女性に、前額部皮膚を用いた浅側頭動脈島状皮弁による義眼床再建を行ったので報告する。患者は外傷による眼球摘出後、義眼床再建術を3回受けたが、再び義眼床の拘縮をきたし、義眼装着が不能となり受診した。本症例に浅側頭動脈島状皮弁を施行し、上下眼瞼後葉に耳介皮膚軟骨複合組織を移植したところ、十分な深さの円蓋が得られ、術後4週より義眼装着が可能となった。本皮弁は自験例のような高齢者の義眼床拘縮再発例には、有用な方法の1つであると思われた。

## 1-4

## 大きすぎる義眼球移植後に義眼床強膜解離を生じた一例

○中内 一揚

兵庫医大眼科

症例は77歳男性。左眼球瘍に対して、眼球内容除去およびアクリル義眼球（直径20mm）包埋術を施行した。術後2か月で義眼装用を許可したところ、わずか2か月後に結膜および強膜の解離を認め、義眼球が露出した。そのため、強膜補填にゴアテックスシートを用い、その上を羊膜と口唇粘膜で二重に被覆した。手技は問題なく行われたが、粘膜はわずか1ヶ月で消失し、ゴアテックスが露出した。最終的に、義眼球を15mmのものに交換し、自己強膜および結膜をしっかりと縫合した。現在、義眼装用を開始し、術後半年が経過するが、解離は生じていない。この症例では最初に大きすぎる義眼球を用いたことが義眼台の露出を招いたと考える。この症例を通じ、いくつかの知見を得たので経過と合わせ報告したい。

## 1-5

## 前葉を皮下茎皮弁として反転移動し後葉を延長する方法

○吉原 正宣<sup>1)</sup>、小川 豊<sup>2,3)</sup>、田辺 敦子<sup>1)</sup>、山本智 恵<sup>1)</sup>、富野 祐里<sup>3)</sup>、  
笹尾 卓史<sup>3)</sup>

1) 洛和会音羽病院 形成外科 2) 音羽記念病院 形成外科 3) 関西医科大学 形成外科

義眼症では後葉不足による強度の内反がしばしば見られる。その場合前葉はむしろ過剰なことが多く、前葉を皮下茎皮弁として後葉へ移動することによってよい結果が得られる。手技の詳細、適応、術後経過、などについて報告する。ポイントは皮下茎の位置、挙筋腱膜の処理 皮弁のデザインである。

## 1-6

## 顔面裂患者の眼瞼義眼症再建の経験

○富士森 良輔、富士森 英之、齊藤 伸子  
富士森形成外科

顔面裂患者の眼瞼義眼症再建では口も鼻も耳介も変形しているためまずは瞼裂の正しい位置の判断に迷うことになる。そのような場合フェイス・スケール(透明なフィルムに方眼紙をプリントしたもの)が大変役立つ。下眼瞼再建はmalar flapと耳介軟骨移植、内眦の再建は上眼瞼の前進皮弁を一応の原則としているが、外眦の再建には色々と頭を悩ます。

## 1-7

## 機能性エピテーゼの開発と現状

○福井 剛志<sup>1)</sup>、赤松 正<sup>2)</sup>、花井 潮<sup>2)</sup>、宮坂 宗男<sup>2)</sup>、川島 徳道<sup>3)</sup>、  
常国 剛史<sup>4)</sup>、重原 聡<sup>5)</sup>

1)小田原市立病院 形成外科、2)東海大学 医学部 外科学系 形成外科、  
3)桐蔭横浜大学 医用工学部 臨床工学科、4)株式会社アヘッドラボラトリーズ、  
5)湘南デンタルインプラントクリニック

東海大学形成外科では、外傷後や悪性腫瘍術後の広範囲の顔面組織欠損を再建する方法として、エピテーゼの臨床応用を続けてきた。しかし、エピテーゼの問題点はその精巧さにあり、患者の顔面によく調和するが、表情がないことの違和感がむしろ強調されてしまう点にある。今回、2008年から桐蔭横浜大学医用工学部臨床工学科と株式会社アヘッドラボラトリーズの協力を得て開発を続けている、開閉瞼機能を有する機能性エピテーゼについて報告する。

## 1-8

## 植皮による義眼床の臭い

○八子 恵子

北福島医療センター 眼科

植皮による義眼床形成術後には、生着した皮膚からの発汗や臭いに悩まされる患者が少なくない。こまめな洗浄などでも解決が見つからない1例に、移植皮膚を小範囲ずつ数回に分けて切除し、周囲結膜からの上皮侵入で置き換える処置を行った。皮膚面積が減ることで汗や臭いが減り、満足を得た。本症例では、義眼床に占める皮膚の面積が比較的狭かったことがよい結果を生んだと思われた。



## 2-1

## 術前の動脈塞栓術が有効であった頬骨部血管腫の1例

○丸山 直樹、松下 浩和、根本 仁、木村 直弘、伊藤 芳憲、角谷 徳芳  
昭和大学藤が丘病院 形成外科

下眼瞼腫瘍と複視を主訴に来院した頬骨部血管腫の1例を経験した。

眼窩下縁から頬骨体部にかけて硬い皮下腫瘍を触知し、CT では眼窩内容を圧排するように眼窩内に突出する腫瘍を認めた。部分生検にて海綿状血管腫と診断された。術前に選択的動脈塞栓術を行った。冠状切開からアプローチし、腫瘍は頬骨ごと骨切りをして切除した。頬骨体部の再建は頭蓋骨外板で行い、眼窩下壁から外側壁の硬性再建は腸骨移植で行った。術後、複視は消失し、整容的にも満足な結果を得たので報告する。

## 2-2

## 眼窩外壁を貫通する亜鈴型皮様囊腫の治療経験

○西野 健一<sup>1)</sup>、沼尻 敏明<sup>1)</sup>、素輪 善弘<sup>1)</sup>、河原崎 彩子<sup>1)</sup>、上中 麻希<sup>1)</sup>、  
杉本 佳陽<sup>1)</sup>、五影 志津<sup>1)</sup>、岩科 裕己<sup>1)</sup>、渡邊 彰英<sup>2)</sup> 林 寛子<sup>3)</sup>

1) 京都府立医科大学 形成外科、2) 京都府立医科大学 眼科、3) 烏丸姉小路クリニック

症例は16歳、男性。右眉毛外側の皮下腫瘍、軽度眼球突出を主訴に来院。MRI で眼窩外壁を貫通する被膜を伴った腫瘍を認めた。Dermoid cyst と診断した。手術は冠状皮膚切開、transfrontal approach から眼窩内に進入し、全摘出した。術前診断と手術時の工夫について報告する。

## 2-3

## 眼窩筋円錐内から深部にかけて数珠状構造を示した神経鞘腫の1症例

○野田 実香<sup>1)</sup>、仲 昌彦<sup>1)</sup>、金 学海<sup>1)</sup>、加瀬 諭<sup>1)</sup>、中村 泰久<sup>2)</sup>、石田 晋<sup>1)</sup>

1) 北海道大学大学院医学科医学専攻感覚器病講座眼科学分野

2) 聖隷浜松病院眼科形成眼窩外科

眼窩筋円錐内神経鞘腫で手術を施行した一例を経験したので報告する。

症例は42歳、男性。主訴は眼球突出であった。視機能に異常はなかった。MRIにて、腫瘍は筋円錐内に辺縁明瞭な腫瘤として局在し、上眼窩裂、海綿静脈洞にかけて数珠状構造を呈して連なっていた。T1強調像で脳実質と等及び低信号が混在し、T2強調像で等及び高信号が混在。造影で不均一な増強像があり嚢胞成分と思われる像が見られた。

手術は眼窩側方切開にて眼窩深部腫瘍摘出術を施行した。ただし、最深部で眼窩先端部に連なる組織の牽引があり、深部に連なる腫瘍は切断し残存した。病理組織診断の結果は神経鞘腫であった。

術後経過は良好で、眼球突出は改善、術後MRIで眼窩内腹側部分は切除されていた。

## 2-4

## 網膜剥離手術に関連した眼窩腫瘤の2例

○今川 幸宏<sup>1)</sup>、藤田 泰史<sup>1)</sup>、三村 真士<sup>1)</sup>、佐藤 文平<sup>1)</sup>、池田 恒彦<sup>2)</sup>

1) 大阪回生病院 眼科、2) 大阪医大 眼科

眼窩腫瘤の生検や摘出手術までの術前診断では、CTやMRIを中心とした画像診断が中心であり、既往歴や手術歴などの問診は時におろそかにしがちである。また、網膜剥離は眼窩腫瘤と接点がないようにも思え、網膜剥離手術に関連した眼窩腫瘤は、疑って診察しないと見落としてしまう可能性があるのではないかと考える。

今回我々は、網膜剥離手術に関連した、それぞれ異なる原因による眼窩腫瘤の2例を経験したので報告する。

## 2-5

## 60Gy の電子線治療に耐える眼球保護用鉛の試作

○大島 浩一

岡山医療センター眼科

95歳女性の左上眼瞼にメルケル細胞癌が生じた。高齢であるため全身麻酔下の手術を避け、放射線治療を選択した。60Gy の電子線照射を計画し、コンタクトレンズ型の鉛（厚さ約1ミリ、日本義眼研究所による試作品）と円柱形鉛（河村義眼製）を両面テープで貼り付けたものを、眼球保護のため使用した。治療後、腫瘍は消失し、眼瞼皮膚炎を生じた。眼球に対する合併症は軽微で、軽度の表層角膜炎を生じたのみであった。

## 2-6

## 眼窩内腫瘍性病変を主訴とした IgG4 関連硬化性疾患の検討

○山下 建、四ッ柳 高敏、加藤 慎二、権田 綾子、山田 哲生、中川 嗣文、香山 武、蔵田 佳奈枝、齊藤 有

札幌医科大学形成外科

自己免疫性腭炎とそれに関連する多彩な腭外病変を表す IgG4 関連硬化性疾患は、近年本邦での報告が徐々に増加している。腭をはじめとする全身の腺組織に線維化病変を形成するが、顔面ではとくに涙腺主体の眼窩内腫瘍として発症することも少なくない。我々の施設で経験した、眼窩内腫瘍を主訴とした本症例を供覧し、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 2-7

## 眼窩頭蓋底腫瘍摘出後に生じた頭蓋底膿瘍に対して遊離腹直筋皮弁を用いて義眼床を再建した1例

○上田 幸典、嘉鳥 信忠、板倉 秀記、林 憲吾

聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

症例は62歳女性。左眼窩腺様嚢胞癌に対して、平成17年に前医にて眼窩内容除去、放射線照射、化学療法を施行された。義眼床手術を施行されたが、義眼台の露出を繰り返したため義眼台を除去し、脂肪移植を数回施行されるも生着しなかった。その後、眼窩頭蓋底膿瘍を生じたため当科へ紹介された。平成22年12月7日、拡大眼窩頭蓋底切除及び遊離腹直筋皮弁移植を施行した。移植皮弁の生着は良好であり、整容的にも良好な結果を得られた。

## 2-8

## 眼瞼脂腺癌の臨床像と組織学的検討

○池田 智佳<sup>1)</sup>、渡辺 彰英<sup>1)</sup>、上田 幸典<sup>2)</sup>、嘉鳥 信忠<sup>2)</sup>、木下 茂<sup>1)</sup>

1) 京都府立医大眼科、2) 聖隷浜松病院眼形成眼窩外科

2007年から2011年までに京都府立医科大学眼科、聖隷浜松病院眼形成眼窩外科で治療をおこなった眼瞼脂腺癌58例について、臨床像と組織学的検討を行った。

腫瘍はほとんど全例がnodular typeで、diffuse typeは1例のみであった。また、pagetoid spreadを認めた例も11例で、欧米人と比較して日本人ではdiffuse type、pagetoid spreadともに少ない傾向がみられた。

## 2-9

## 眼窩 solitary fibrous tumor の一例

○藤井 晶子、前川 二郎、鍵本 慎太郎、大石 季美江、矢吹 雄一郎、友枝 裕人、  
細野 味里、廣富 浩一、安村 和則

横浜市立大学附属病院 形成外科

23歳女性。1年前より左上眼瞼の腫瘍が徐々に増大し当科に紹介受診となった。MRIにて左眼窩上外側に T1：low～iso, T2：iso～high の20x20x25mmの境界明瞭・内部不均一な腫瘍を認めた。CTでは眼窩骨への浸潤や破壊像を認めなかった。腫瘍の局在、画像所見より涙腺腫瘍を強く疑い、切除生検を眉毛下～眉毛外側切開からの lateral approach で行った。病理所見では HE 像で腫瘍細胞は紡錘形、細胞間に膠原線維様間質が目立ち、CD34が腫瘍全体にびまん性に強陽性であることより solitary fibrous tumor と診断した。

眼窩の solitary fibrous tumor は比較的まれであり、諸先生方のご経験、今後の治療方針等につきご意見を伺いたく症例提示させていただきます。

## 2-10

## 眼瞼脂腺腫の症例 — 脂腺癌との比較 —

○辻 英貴<sup>1)</sup>、小林 めぐみ<sup>1)</sup>、竹内 賢吾<sup>2)</sup>

1)がん研究会 有明病院 眼科、2)がん研究会 がん研究所 分子標的病理プロジェクト

【緒言】眼瞼にはマイボーム腺が存在するため脂腺癌を生じ、重要な眼瞼悪性腫瘍の座を占めている一方、良性である脂腺腫はごくまれである。

【症例】65歳の男性の下眼瞼腫瘍で、クリーム色の花卉状の形態を呈し、切除した病理標本では成熟脂腺の増生がみられ脂腺腫と診断された。open treatment 法にて術後は良好な経過であった。

【結論】脂腺腫は黄色調傾向のある脂腺癌と較べると、より白色に近く、より対象性が目立っていた。腫瘍を予想して切除方法を決定することにより過不足ない手術が可能で、審美的にも良好な結果となると思われた。

## 3-1

## 群馬大学眼科で行っている挙筋群タッキング法

○鹿嶋 友敬、秋山 英雄、岸 章治  
群馬大学 眼科

眼瞼下垂に対する手術加療は、簡便で効果的な方法としてミュラー筋タッキングが報告されている。しかしミュラー筋のみをタッキングする方法は古典的に行われてきた挙筋腱膜の前転と異なり、理論的な説明が難しい。我々はミュラー筋タッキングと同様のアプローチで、ミュラー筋と挙筋腱膜のホワイトラインを同時にタッキングすることで、整容的にも理論的にも良好な成績が得られているため、これを報告する。

## 3-2

## マイラゲルによる眼瞼下垂と眼瞼腫脹を呈した1例

○岩宮 怜子<sup>1)</sup>、仲野 雅之<sup>2)</sup>、山本 純<sup>3)</sup>、石黒 利充<sup>4)</sup>、楠本 健司<sup>1)</sup>  
1) 関西医科大学附属枚方病院 形成外科、2) 医誠会病院 形成外科美容外科  
3) 洛西ニュータウン病院 形成外科、4) 関西医科大学附属枚方病院 眼科

78歳の女性。1年ほど前からの眼瞼下垂と眼瞼腫脹を主訴に当科へ紹介受診となった。MRI 所見では、眼球周囲から上眼瞼にかけての陰影を呈した。組織生検として重瞼線より腫瘍部分に至り、“マイラゲル(MIRAgel(米国マイラ社)；アクリル酸2ヒドロキシエチルとアクリル酸メチルの共重合体)”と判明した。本例につき、文献的考察を含め報告する。

## 3-3

## 眼瞼下垂手術（上眼瞼挙筋腱膜前転術）術後に出現する角膜障害について

○山下 理恵子<sup>1)</sup>、松本 英樹<sup>1)</sup>、柿崎 裕彦<sup>2)</sup>、一瀬 晃洋<sup>3)</sup>

1)眼科松本クリニック、2)愛知医科大学眼科、3)神戸大学美容外科・形成外科

**【目的】**眼瞼下垂症手術（上眼瞼挙筋腱膜前転術）術後の角膜障害について検討した。

**【方法】**眼瞼下垂手術（上眼瞼挙筋腱膜前転術）を施行した23例23眼を対象とした。年齢は平均69.87歳（49～91歳）、男性6名、女性17名であった。術後点眼を使用しない群（no medi 群）術後ジクアス点眼使用群（ジクアス群）術後ヒアレイン点眼使用群（ヒアレイン群）に対し、術後3カ月まで角膜障害についてADスコアで評価した。

**【結果】**前転術術後には20例で角膜障害を認めた。ADスコアは、術後2か月後においてジクアス群がヒアレイン群に比べ有意に低かった。

**【結論】**前転術術後にはしばしば角膜障害が生じる。術後のジクアスの点眼はヒアレインの点眼に比べ角膜障害を抑制する効果が高いことが示唆された。

## 3-4

## 術前の高い重瞼線が挙筋短縮術後にも残存した症例に対する治療

○立松 良之、三谷 亜里沙、西田 雅宏、高橋 直巳、宇田 高広、田坂 嘉孝、高岡 明彦、松田 久美子

愛媛県立中央病院 眼科

ハードコンタクトレンズ装用歴30年の49歳女性。眼瞼下垂手術目的で当科に紹介された。両側ともMRDは+1mmで挙筋機能は12mmであった。重瞼ラインは両側ともかなり高い位置にみとめられた。眼瞼挙筋短縮術を右は2011年3月10日、左は2011年3月17日に施行。術後のMRDは右+3.5mm、左+3.0mmと、眼瞼下垂の改善は得られたが、左側においては術前にみとめられた高く深い重瞼ラインが、皮膚切開線の上方7mmの位置に残存した。術後半年を経過しても変化はなかった。患者の強い要望があり、残存した重瞼ラインを消す目的で、2011年12月19日に皮膚切開線から上方4mm幅で皮膚眼輪筋の切除を施行した。残存した重瞼ラインは目立たなくなったが、術前よりも重瞼幅が広がってしまった。現在術後1ヶ月で経過観察中であるが、次の一手について検討したい。



## 3-5

## 生後5か月の乳児に対するゴアテックス糸を用いたつり上げ術

○山田 貴之、島田 さやか、木内 良明

広島大学 眼科

症例は生後1か月の男児。出生時から左側の開瞼が不能のため、加療目的で当院に紹介初診した。初診時、右眼瞼は開瞼良好であったが、左眼瞼は全く開瞼できなかった。眼内に異常はなかった。まだ生後1か月であったため、1か月毎に経過を観察したが、改善の兆しがないため、生後5か月の時点でゴアテックス糸を用いたつり上げ術を施行した。術後1か月の時点で開閉瞼良好である。

## 3-6

## 大腿筋膜による前頭筋つり上げ術後に兎眼と眼瞼内反を来した3症例

○林 憲吾、嘉鳥 信忠、板倉 秀記、上田 幸典

聖隷浜松病院 眼形成眼窩外科

【背景】先天性眼瞼下垂や麻痺性眼瞼下垂に対して大腿筋膜を使用した前頭筋吊上げ術施行後に筋膜拘縮により兎眼を来たす場合がある。

【症例】症例1は32歳女性。片側先天性眼瞼下垂症に対して19歳時につり上げ術を施行。13年に兎眼と眼瞼内反で受診。大腿筋膜を切除し屈曲変形した瞼板をナイロン糸を用いてマッ tres 縫合することで平坦に矯正した。4ヶ月後にゴアテックスによる吊り上げ術を追加した。

症例2は68歳女性。55歳時に髄膜腫手術後に右眼瞼下垂を発症、57歳時に吊り上げ術を施行。11年後に兎眼と眼瞼内反で受診。大腿筋膜を切除し、眼輪筋下に鼠径部から perifascial areolar tissue を移植した。

症例3は45歳男性。32歳時に交通外傷による脳挫傷、36歳時に吊り上げ術を施行。9年後に兎眼、眼瞼内反で受診。大腿筋膜を瞼板から切離しスペーサーとしてゴアテックスを使用した。

【結論】術後約10年と長期経過した時期に大腿筋膜が拘縮し兎眼となり、さらに瞼板の中央に固定した筋膜の拘縮により瞼板が屈曲し眼瞼内反を来していた。



## 3-7

## 挙筋短縮術後腱膜欠損の修復に絹糸が有用であった1例

○長西 裕樹

横浜市立大学附属市民総合医療センター 形成外科

**【対象】**初診時61歳、男性。右後天性上眼瞼下垂再々発。

**【現病歴】**当科受診の5年前に右上眼瞼下垂に対し、皮膚眼輪筋切除・挙筋前転。4年前に右下垂再発に対し挙筋短縮術。再手術後2カ月で自覚的に再々発した。以前の顔写真などから先天性は否定され、下垂再発の原因は腱膜瞼板固定の破綻、または腱膜と周囲組織の癒着が原因と想定した。

**【手術1回目】**以前の縫合線を切開。瞼板前部は癒着化が著明。上眼窩脂肪の頭側偏位が著しく、眼輪筋下を頭側に約7～8mm剥離。癒着様の隔膜を切開し、眼窩脂肪・挙筋を視認。眼窩脂肪周囲の癒着を十分に剥離。6-0プロリン3針で腱膜瞼板固定。眼窩脂肪も腱膜相当部を覆うように前転固定。皮膚anchoring縫合による重瞼作成。意図的にMRDで対側比0.5mmの過矯正。

**【1回目術後】**術後1カ月にはMRDの低下を認め、創収縮による挙筋腱膜の運動制限を想像した。しかし、術後6カ月以降も改善せず、MRDはその後も緩徐に減少し、3年後に0mmになったため再手術へ。再発の原因は、腱膜瞼板固定の破綻を推測。

**【手術2回目】**皮膚切開は前回と同様。眼窩脂肪は重瞼線付近にあり、周囲との癒着なし。前回の腱膜瞼板固定プロリンは瞼板上縁に存在。しかし、全幅で約5mmの腱膜欠損あり、腱膜は筋腱移行部から1mmのみ。残存腱膜と瞼板上縁の縫合は、MRD6mm以上の過矯正になり断念。腱膜の代替物として、4-0編み糸絹糸を選択し、瞼板前部の癒着組織と腱膜を水平マットレス縫合様に1糸で連結。眼窩脂肪の前転固定、皮膚縫合は前回と同様。意図的にMRDで対側比2.5mmの過矯正。

**【2回目術後】**術後1カ月にはMRDの過矯正は1mm以内に減じて、左右非対称は許容された。術後6ヶ月後には、瞼縁カーブも自然なラインに落ち着いていた。術後約2年経過し、MRDは2.0mmを維持・安定している。絹糸使用による合併症は認めない。

## 3-8

## 自家組織を用いたつりあげ術後兎眼症の矯正術

○中村 泰久  
北海道大学

症例は41歳男性、24歳時に両側の上眼瞼につりあげ術を受けた。前腕の腱を移植された、という。術後瞼裂の高さに左右差があったが、徐々に右側に痛みを感じ増悪した。初診時右上眼瞼縁はテント状に吊り上り、その前に皮膚が下垂する状態であった。角膜障害が強いため2011/10/19に兎眼矯正術をおこなった。瞼板前組織は強く瘢痕化し、瞼板は変形し、その上縁近くに移植組織と周囲に厚い瘢痕組織を認めた。術中ビデオの一部を供覧する。

## 3-9

## 眼瞼皮膚下垂症の臨床

○西條 正城  
西條クリニック

眼瞼下垂は一般に後葉の眼瞼挙筋の機能障害による眼瞼縁の挙上（開瞼）不全を指すが、最近では、頭痛、肩こりなどの神経症状（松尾の症状）を伴う前肢病態として“眼瞼下垂症”として扱われること。一方、後葉に異常なく開瞼も正常であるが、前葉の挙上運動が共同せず眼瞼皮膚が垂れ下がり見かけ上の下垂状態を呈する従来の皮膚弛緩症、内反症、一重まぶたなども同様の神経症状を伴うものも少なくない。演者はこの病態を“眼瞼皮膚下垂症”と定義し発表してきたが、今回、診断基準、症状、治療法など臨床を供覧し諸家の見解を問う。

## 4-1

## 外傷性 Brown 症候群の1例

○田邊 吉彦、加藤 友紀、中島 拓人

中部ろうさい病院 形成外科

Brown 症候群は上斜筋腱鞘の異常による先天性疾患であり、Brown により上斜筋腱鞘症候群と命名されたが、後天性にも同様の症状を呈する症例が認められ、今では Brown 症候群と呼ばれる事が多い。今回我々は硬式ボールが右眼部に当たり、複視を生じた17歳男性の外傷性 Brown 症候群を経験し、手術により良好な結果を得た。後天性 Brown 症候群は比較的稀なので報告する。

## 4-2

## Treacher Collins syndrome における眼窩眼瞼形成術

○大石 季美江、鍵本 慎太郎、藤井 晶子、矢吹 雄一郎、友枝 裕人、  
細野 味里、廣富 浩一、安村 和則、前川 二郎

横浜市立大学附属病院 形成外科

Treacher Collins syndrome では顔面に様々な形成異常がみられ修正手術の対象となるが、生涯を通じ複数回の手術が必要となるため、それぞれの方法や時期を考慮して手術計画を立てる必要がある。特に頬部、下眼瞼の変形に対する修正を希望する患者は多く、様々な方法が報告されている。今回われわれは、眼窩・下眼瞼形成不全、眼瞼裂斜下に対し、自家肋軟骨移植、上眼瞼眼輪筋皮弁を用いた修正術を行ったので報告する。

## 4-3

## 睫毛内反、睫毛乱生に対する埋没U字縫合法

○高比良 雅之、小澤 由明、濱岡 祥子、山崎 奈津子、杉山 和久  
金沢大眼科

難治性の上眼瞼睫毛乱生症に対する眼瞼縁の埋没U字縫合法は、田邊らにより考案された手技である。当施設でも、同様に、縫合糸を瞼板-皮膚-皮膚（睫毛の生え際）と通して皮下で結紮し留置する埋没U字縫合法（変法）を、2009年8月から現在まで、下眼瞼の睫毛乱生や睫毛内反症の症例32症例46眼瞼（年齢2歳～91歳）の手術に際し併用した。縫合糸は全例で7-0モノフィラメント吸収糸（ポリディオキサノン）を用いた。術中に眼瞼縁を外反させる程度を調整しやすい利点がある。短期間皮膚面に縫合糸が露出するので、皮下の縫合で対処しにくい場面に限って用いるのが妥当と考えるが、これまでに、本縫合法が原因と考えられる感染や縫合糸脱出などの問題は経験していない。

## 4-4

## 若年者に対する Jones 法は眼を大きくする

○黒川 正人、柳沢 曜、川崎 雅人、岩山 隆憲、長谷川 弘毅  
宝塚市立病院形成外科

加齢性下眼瞼内反症に対する治療法として Jones 法は良好な結果を得ることが出来る。しかし、若年者に対してはあまり用いられない。今回、われわれは若年者で治療に抵抗する下眼瞼内反症に対して Jones 法による治療を行い、内反症は治癒したが、下眼瞼がやや下方に引き下げられた症例を経験した。患者にそのことを説明するとかえって目が大きくなり満足しているとのことであった。以降、若年者に対しても Jones 法を行い比較的良好な結果を得ているので、ここに報告する。

## 4-5

## 睫毛内反症に対する内眥切開法 ～ Epicanthus flap (贅皮皮弁) ～

○齊藤 伸子、富士森 良輔、富士 森英之

富士森形成外科

著明な内眼角贅皮を伴った睫毛内反症の治療には、内眼角贅皮も矯正する内眼角形成を考慮した方がいいと考える。以前当院でも臨床でよく使用されているZ形成術を使用していた。しかし通常のZ形成術は、傷が目立ちやすく、内眼角が鈍になる傾向がある。我々の施設ではこれらの点を考慮し特別なデザインのZ形成術を選択している。この術式を我々はEpicanthus flapと呼んでいる。症例を供覧し、報告する。

## 4-6

## 内眼角部の再建

○石田 有宏

沖縄県立中部病院形成外科

鼻根部から上下眼瞼内側に至るなだらかな谷間を形成する内眼角部は外見上の印象を決定する重要な部位で有り、しばしば外傷、腫瘍切除などで形態が失われる。三次元的な再建で最も重要な点は後方に向かう内眼角靭帯のベクトルの再現で経鼻ワイヤー固定が有用である。腫瘍切除で内眼角部の骨欠損を伴う症例は経鼻ワイヤー固定して再建された内眼角靭帯が宙に浮いた形となりその長期経過は興味のあるところである。自験例を供覧する。

## 4-7

## C-DCR（涙湖鼻腔吻合術）後、長期開存に有用であったアクリル製ペグの試作

○板倉 秀記<sup>1)</sup>、嘉鳥 信忠<sup>1)</sup>、上田 幸典<sup>1)</sup>、林 憲吾<sup>1)</sup>、渡辺 彰英<sup>2)</sup>

1) 聖隷浜松病院眼形成眼窩外科、2) 京都府立医科大学眼科

29歳男性。事故で右眼球破裂、眼瞼皮膚裂傷などを受傷後、義眼の装用不具合および眼瞼変形の加療目的に紹介された。外傷性涙小管閉塞による流涙症を呈していたためC-DCRを行い、術後の涙小管再閉塞に対して涙丘・涙嚢間の開窓術を適宜追加した。その後アクリル製ペグを装用することで再閉塞は来さず、導涙機能は保たれている。

## 4-8

## パーキンソン病の自発性瞬目によるスクリーニングの試み

○渡辺 彰英<sup>1)</sup>、木村 直子<sup>1)</sup>、鈴木 一隆<sup>2)</sup>、豊田 晴義<sup>2)</sup>、袴田 直俊<sup>2)</sup>、木下 茂<sup>1)</sup>

1) 京都府立医大眼科、2) 浜松ホトニクス

我々が開発した高感度瞬目解析装置を用いて、パーキンソン病患者および健常者の自発性瞬目について検討した。パーキンソン病の自発性瞬目では健常者にほとんどみられない特徴がいくつかあり、自発性瞬目で健常者とパーキンソン病患者を見分けることができれば、将来的には早期スクリーニングへの応用に発展する可能性がある。現時点での解析結果を報告する。

第23回眼瞼・義眼床手術研究会  
プログラム・抄録集

---

事務局：昭和大学藤が丘病院 形成外科  
事務局長：丸山 直樹  
〒227-8501 神奈川県横浜市青葉区藤が丘1-30  
TEL：045-974-6223 FAX：045-972-6534  
E-mail：fujiprs@beige.ocn.ne.jp

出版： 株式会社セカンド 学術集会専門出版社  
〒862-0950 熊本市水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F  
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025