

網膜芽細胞腫全国登録票

- 1) 登録番号 (事務局で記入します)
- 2) 登録年月日 (事務局で記入します) (西暦) _____年____月____日
- 3) ~ 5) コード 3) _____ — 4) _____ — 5) _____
日眼専門医制度研修施設 登録した西暦年の 各医療機関での登録年
 医療機関番号 4桁 の患者通し番号
- 6) 性別 男 女
- 7) 生年月日 (西暦) _____年____月____日
- 8) 在胎週数 _____週
- 9) 出生時体重 _____g
- 10) 既往歴 _____
- 11) 患側 右眼 左眼 両眼

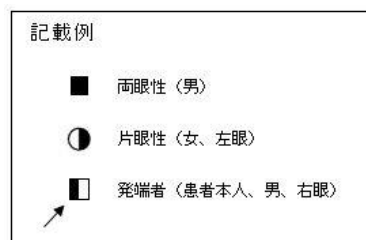
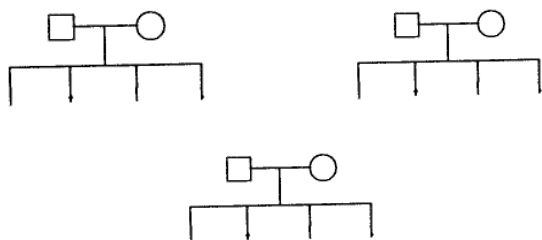
家族歴

- 1) 父 生年月日 (西暦) _____年____月____日
 母 生年月日 (西暦) _____年____月____日

2) 家族歴

- 網膜芽細胞腫 無 有
- 他の悪性腫瘍 無 有 (腫瘍名_____)
- 遺伝疾患 無 有 (疾患名_____)
- 先天異常 無 有 (疾患名_____)
- 血族結婚 無 有

3) 家系図 (なるべく詳しく、性、年齢(網膜芽細胞腫発生時)、発病の有無、患側、を記入して下さい。)



母 体

1) 妊娠歴

- X線照射 無 有 (妊娠前 妊娠後)
- 疾病 無 有 (疾患名_____)
- 薬物服用 無 有 (薬品名_____)
- 飲酒 無 有
- 喫煙 無 有
- その他 _____

2) 分娩歴 正常 異常 (病態_____)

患児の身体的特徴

- 1) 精神発達・全身異常 無 有 (疾患名_____)
- 2) 染色体異常 施行せず 無 有 (異常所見_____)
- 3) 遺伝子異常 施行せず 無 有
- 4) 血液型 型 _____ (Rh) _____

現病歴

- 1) 初めて異常に気づいた時 (西暦) _____年_____月_____日
- 2) 初診 (必ず記入してください) (西暦) _____年_____月_____日
- 3) 家族の気づいた初発症状 右眼 左眼 両眼
(項目は重複可)
- 白色瞳孔 (瞳孔領が白い) 猫目 (夜、目が光る)
- 斜視 低視力 結膜充血 角膜異常
- 眼瞼腫脹 眼球突出 その他 (_____)
- 4) 受診前の治療 無 有 (施設名_____)
- 眼球摘出 右眼 左眼 両眼
(西暦) _____年_____月_____日)
- 保存療法 _____
- その他 _____

臨床所見

右 眼

左 眼

1) 眼位 _____

2) 眼圧 _____mmHg

_____mmHg

3) 角膜 _____

4) 前房 _____

5) 瞳孔 _____

6) 虹彩 _____

7) 水晶体 _____

8) 硝子体 _____

9) 眼底 黄斑 正常 異常

黄斑 正常 異常

乳頭 正常 異常

乳頭 正常 異常

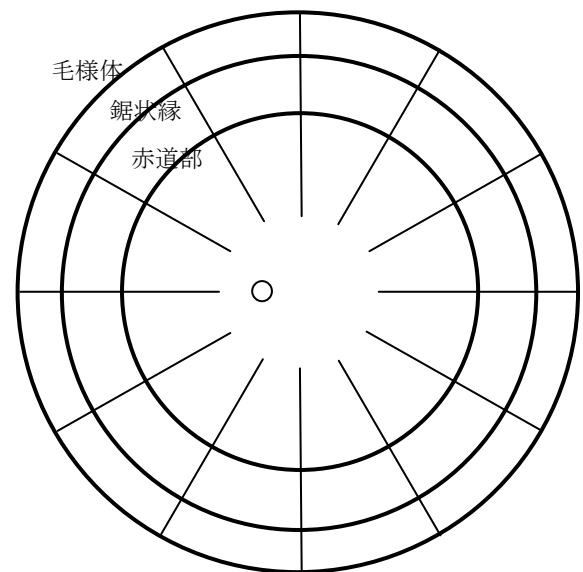
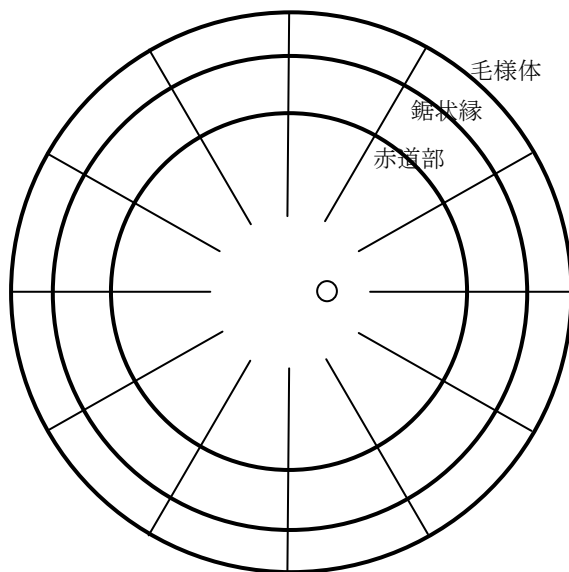
腫瘍数 _____個

腫瘍数 _____個

10) 眼底図

右 眼

左 眼



11) 分類

Reese-Ellsworth 分類 右眼 Group _____ 左眼 Group _____

国際分類 右眼 Group _____ 左眼 Group _____

「参考」

Reese-Ellsworth 分類

- Group I A : 腫瘍は孤立性、4 乳頭径 (DD) 未満であり、赤道部または赤道より後方にある
- I B : 腫瘍は多発性であり、4DD より大きいものはなく、いずれも赤道部または赤道より後方にある
- Group II A : 腫瘍は孤立性、4~10DD であり、赤道部または赤道より後方にある
- II B : 腫瘍は多発性、4~10DD であり、赤道より後方にある
- Group III A : 赤道部より前方にある全腫瘍
- III B : 腫瘍は孤立性、10DD より大きく、赤道より後方にある
- Group IV A : 腫瘍は多発性で、10DD より大きいものがある
- IV B : 鋸状縁の前方まで進展している全腫瘍
- Group V A : 腫瘍は大型であり、網膜の 1/2 を超えて波及している
- V B : 硝子体播種を認める

国際分類

- Group A : 中心窩および視神経乳頭から離れた小さな網膜内の腫瘍(複数でも)
 - * 腫瘍は全て最大径あるいは高さが(全ての次元で) 3mm 以下で、網膜に局限する
 - * 腫瘍は全て中心窩から 3 mm および視神経乳頭から 1.5mm より離れた部位に位置する
- Group B : その他の、網膜に局限する孤立した腫瘍(複数でも)
 - * Group A に該当しない、網膜に局限する腫瘍すべて
 - * 腫瘍から 3mm 未満の位置で腫瘍に関連した網膜下液を認め、網膜下播種は伴わない
- Group C : 孤立した局在性腫瘍(複数でも)とともに、網膜下播種または硝子体播種がわずかにみられる
 - * 孤立して存在する腫瘍
 - * 現在または過去に網膜下液を認め、播種はなく、網膜剥離は眼底の 1/4 を超えない
 - * 微細な硝子体播種が孤立性腫瘍の近くに局在する
 - * 網膜下播種が腫瘍から 3mm (2DD) 未満の位置に局在する
- Group D : 著しい硝子体は週または網膜下は腫を認めるびまん性腫瘍
 - * 大型またはびまん性の腫瘍
 - * 現在または過去に、播種を伴わない網膜下液を認め、網膜剥離は眼底の 1/4~全体に及ぶ
 - * びまん性または大型の硝子体病変で、“脂肪のような”播種または無血管性の腫瘍塊を含む
 - * びまん性の網膜下播種で、網膜下プラーク(subretinal plaques) または無血管性の腫瘍塊を含む
- Group E : 下記の予後不良な特徴が 1 つ以上認められる
 - * 腫瘍が水晶体に接触している
 - * 腫瘍が硝子体前面より前方にあり、毛様体や前眼部に及んでいる
 - * 腫瘍がびまん性に浸潤している
 - * 血管新生緑内障
 - * 出血により中間透光体が混濁している
 - * 無菌性眼窩蜂巣炎を伴う腫瘍壊死
 - * 眼球癆

12) 眼窩 正常 異常 (所見_____)

13) リンパ節 耳前 正常 異常

顎下 正常 異常

頸部 正常 異常

14) 頭部 正常 異常 (所見_____)

15) その他の臓器 正常 異常 (所見_____)

16) 臨床分類

TNM 分類 右眼 T ___ N ___ M ___ 左眼 T ___ N ___ M ___

[参考]

TNM 悪性腫瘍の分類

分類規約

両眼性症例では、両眼はそれぞれ別に分類される。本分類は腫瘍の完全な自然治癒には適用されない。摘出された眼球は、病変の組織学的確証が必要である

以下は T、N、M 各カテゴリーの評価法である：

T カテゴリー 身体的検査と画像診断

N カテゴリー 身体的検査

M カテゴリー 身体的検査と画像診断（骨髄と脳脊髄液の検査により診断精度の向上が期待できる）

所属リンパ説

所属リンパ節は耳前リンパ節、顎下リンパ節、頸部リンパ節である

TNM 臨床分類

T — 原発腫瘍

TX 原発腫瘍の評価が不可能

TO 原発腫瘍を認めない

T 1 腫瘍は眼球体積の 2/3 以下で硝子体や網膜下への播種を認めない腫瘍

T 1 a どちらの眼球についても、腫瘍の最大径が 3mm 以下であるか、視神経または中心窩から 1.5mm 以内に腫瘍を認めない

T 1 b 少なくとも 1 つの腫瘍の最大径が 3mm をこえるか、視神経または中心窩から 1.5mm 以内にあるが、腫瘍の基底から 5mm をこえる網膜剥離や網膜下液を認めない

T 1 c 少なくとも 1 つの腫瘍サイズが 3mm をこえるか、視神経または中心窩から 1.5mm 以内にあり腫瘍の基底から 5mm をこえる網膜剥離や網膜下液を認める

T 2 眼球体積の 2/3 以下で硝子体播種または網膜剥離を伴う網膜下播種を伴う腫瘍

T 2 a 腫瘍細胞の微細な播種を硝子体および/または網膜下に限局的に認めるが、腫瘍細胞の大きな塊もしくは「雪玉状」播種は認めない

T 2 b 腫瘍細胞の広範性凝塊もしくは「雪玉状」と定義される巨大な凝塊の播種を硝子体および/または網膜下に認める

T 3 重篤な眼球内腫瘍

T 3 a 眼球の 2/3 をこえる腫瘍

T 3 b 新生血管または隅角閉塞緑内障、前眼部に浸潤する腫瘍、前房出血、硝子体出血、眼窩蜂窩巣炎など腫瘍に関連する 1 つ以上の合併症を認める

T 4 眼球外に浸潤する腫瘍

T 4 a 視神経への浸潤

T 4 b 眼窩への浸潤

T 4 c 視交叉までの頭蓋内進展

T 4 d 視交叉をこえる頭蓋内進展

N — 所属リンパ節

N X 所属リンパ節転移の評価が不可能

N 0 所属リンパ節転移なし

N 1 所属リンパ節転移あり

M — 遠隔転移

M 0 遠隔転移なし

M 1 遠隔転移あり

補助診断の所見

- 1) レントゲン検査 _____
- 2) C T検査 _____
- 3) MRI 検査 _____
- 4) 超音波検査 _____
- 5) アイソトープ検査 _____
- 6) 生化学的検査 _____
- 7) その他 _____

病理所見

右 眼

左 眼

- 1) 最大の腫瘍の大きさ

<input type="checkbox"/> 眼球の体積 3/4 以上 <input type="checkbox"/> 3/4 未満～1/2 以上 <input type="checkbox"/> 1/2 未満～1/4 以上 <input type="checkbox"/> 1/4 未満	<input type="checkbox"/> 眼球の体積 3/4 以上 <input type="checkbox"/> 3/4 未満～1/2 以上 <input type="checkbox"/> 1/2 未満～1/4 以上 <input type="checkbox"/> 1/4 未満
--	--
- 2) 増殖形態

<input type="checkbox"/> Exophytum <input type="checkbox"/> Endophytum <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Diffuse	<input type="checkbox"/> Exophytum <input type="checkbox"/> Endophytum <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Diffuse
---	---
- 3) 組織分類

<input type="checkbox"/> G1(高分化) <input type="checkbox"/> G2(中等度分化) <input type="checkbox"/> G3(低分化) <input type="checkbox"/> G4(未分化) Rosette <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 Fleurette <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> G1(高分化) <input type="checkbox"/> G2(中等度分化) <input type="checkbox"/> G3(低分化) <input type="checkbox"/> G4(未分化) Rosette <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 Fleurette <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
--	--
- 4) 多巣性発生 無 有 無 有
- 5) 虹彩ルベオーシス 無 有 無 有

6) 腫瘍の浸潤

右 眼

左 眼

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 視神経乳頭
<input type="checkbox"/> 乳頭～篩状板
<input type="checkbox"/> 篩状板～視神経断端
<input type="checkbox"/> 視神経断端
<input type="checkbox"/> 脈絡膜
<input type="checkbox"/> 虹彩毛様体
<input type="checkbox"/> 強膜
<input type="checkbox"/> 眼窩
<input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 視神経乳頭
<input type="checkbox"/> 乳頭～篩状板
<input type="checkbox"/> 篩状板～視神経断端
<input type="checkbox"/> 視神経断端
<input type="checkbox"/> 脈絡膜
<input type="checkbox"/> 虹彩毛様体
<input type="checkbox"/> 強膜
<input type="checkbox"/> 眼窩
<input type="checkbox"/> その他 () |
|---|---|

7) 組織所見について、artifact 混入の疑い

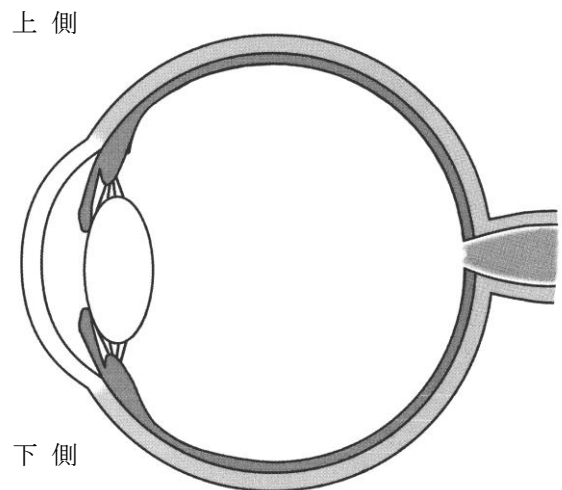
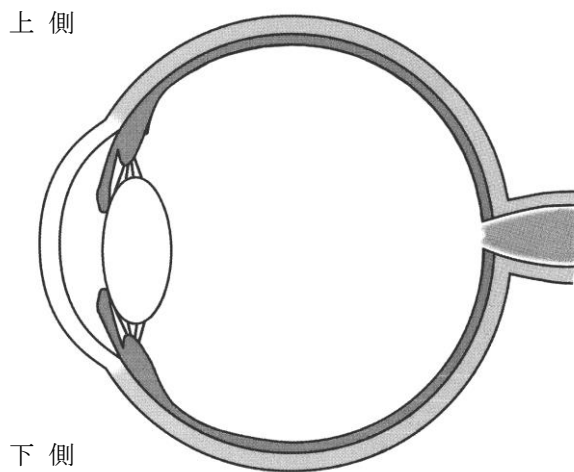
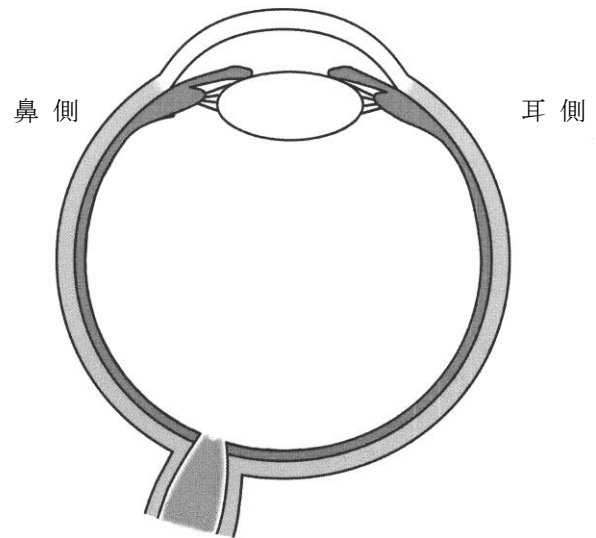
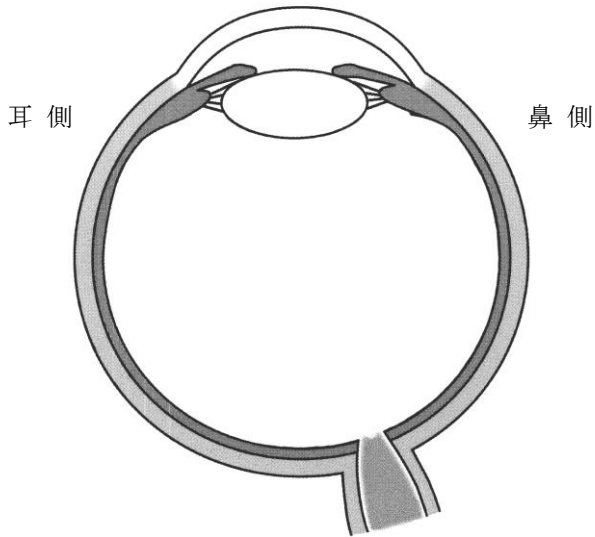
右 眼
無 有

左 眼
無 有

8) 眼球図

右 眼

左 眼



9) その他特記すべき所見

右 眼

左 眼

10) T NM病理学分類

右眼 pT _____ pN _____ pM _____ 左眼 pT _____ pN _____ pM _____

[参考]

T NM病理学分類

pT — 原発腫瘍

pT X 原発腫瘍の評価が不可能

pT 0 原発腫瘍を認めない

pT 1 眼球内に限局し、視神経または脈絡膜への浸潤を伴わない

pT 2 視神経および/または脈絡膜への微小浸潤

pT 2a 視神経乳頭部の表面に浸潤するが、篩状板をこえて進展しない
または限局する脈絡膜浸潤を示す

pT 2b 視神経乳頭部の表面に浸潤するが、篩状板をこえて進展せず、かつ限局する脈絡膜浸潤を示す

pT 3 視神経および/または脈絡膜への著しい浸潤

pT 3a 篩状板をこえるが視神経断端に浸潤していない、または脈絡膜への著しい浸潤を示す

pT 3b 篩状板をこえるが視神経断端に浸潤せず、かつ脈絡膜への著しい浸潤を示す

pT 4 視神経断端に浸潤する。またはそれ以外に眼球外への進展を示す

pT 4a 視神経断端に浸潤するが、眼球外への進展はない

pT 4b 視神経断端に浸潤し、眼球外への進展が認められる

pN — 所属リンパ節

pN X 所属リンパ節転移の評価が不可能

pN 0 所属リンパ節転移なし

pN 1 所属リンパ節転移あり(耳介前部、頸部)

pN 2 遠隔リンパ節転移あり

pM — 遠隔転移

pM 0 遠隔転移なし

pM 1 遠隔転移あり

pM 1a 中枢神経系以外の部位への単一性転移

pM 1b 中枢神経系以外の部位への多発性転移

pM 1c 中枢神経系への転移

pM 1d 軟髄膜および/または脳脊髄液への浸潤のない非連続性腫瘍塊

pM 1e 軟髄膜および/または脳脊髄液への浸潤

治療

右 眼

左 眼

1) 眼球摘出 (西暦) _____年____月____日

(西暦) _____年____月____日

義眼台挿入

義眼台挿入

無 有 タイプ _____

無 有 タイプ _____

2) 眼窩内容除去 (西暦) _____年____月____日

(西暦) _____年____月____日

3) 後療法 右 眼

左 眼

無 有

無 有

開始年月日

開始年月日

(西暦) _____年____月____日

(西暦) _____年____月____日

4) 保存療法 右 眼

左 眼

無 有

無 有

開始年月日

開始年月日

(西暦) _____年____月____日

(西暦) _____年____月____日

5) 後療法あるいは保存療法の詳細

右 眼

左 眼

光凝固

光凝固

(アルゴン 色素 半導体)

(アルゴン 色素 半導体)

光線力学療法 冷凍凝固

光線力学療法 冷凍凝固

ジアテルミー その他 _____

ジアテルミー その他 _____

放射線外照射

放射線外照射

(リニアック (正面、側面)、定位放射線、陽子線)

(リニアック (正面、側面)、定位放射線、陽子線)

(総線量 _____ Gy)

(総線量 _____ Gy)

小線源療法

小線源療法

(¹⁰⁶Ru ¹²⁵I その他)

(¹⁰⁶Ru ¹²⁵I その他)

その他

その他

(総線量 _____ Gy)

(総線量 _____ Gy)

□化学療法

種類

薬品名 (商品名)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> イダルビシン (イダマイシン) | <input type="checkbox"/> イフォスファミド (イホマイド) |
| <input type="checkbox"/> イリノテカン (トポテシン・カンプト) | <input type="checkbox"/> カルボプラチン (パラプラチン) |
| <input type="checkbox"/> シクロホスファミド (エンドキサン) | <input type="checkbox"/> シスプラチン (プリンリラチン) |
| <input type="checkbox"/> チオテパ (テスパミン) | <input type="checkbox"/> ノギテカン (トポテカン) |
| <input type="checkbox"/> ドキシソルビシン (アドリアマイシン、アドリアシン) | |
| <input type="checkbox"/> ピラルビシン (テラルビシン、ピノルビン) | |
| <input type="checkbox"/> ビンクリスチン (オンコビン) | <input type="checkbox"/> メルファラン (アルケラン) |
| <input type="checkbox"/> VP-16 (エトポシド) (ラステット・ペプシド) | |
| <input type="checkbox"/> その他 _____ | |

- 投与方法 経口 皮下・筋注 静注
動注 (総頸動脈 内頸動脈 眼動脈)
髄注 インフュージョン 硝子体腔内注入 結膜下注入

投与総量 _____

投与期間 (西暦) _____年____月____日開始 ~ (西暦) _____年____月____日終了

□免疫療法

□温熱療法

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 放射線療法併用 | <input type="checkbox"/> 放射線療法併用 |
| <input type="checkbox"/> 化学療法併用 | <input type="checkbox"/> 化学療法併用 |

□その他 _____

6) 保存療法後の追加治療

- | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 眼球摘出 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| | (西暦) _____年____月____日 | | (西暦) _____年____月____日 | |

義眼台挿入 無 有 タイプ _____

□眼窩内容除去 (西暦) _____年____月____日 (西暦) _____年____月____日

□その他 _____

治療結果 判定年月日 (西暦) _____年____月____日

- 1) 合併症
- | 右 眼 | | 左 眼 | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 角結膜障害 | <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 角結膜障害 | <input type="checkbox"/> 白内障 |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 網膜硝子体出血 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 網膜硝子体出血 |
| <input type="checkbox"/> 網膜浮腫、変性 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 網膜浮腫、変性 | <input type="checkbox"/> その他 |

- 2) 視力 測定年月日 (西暦) _____年____月____日
- 右眼 (矯正____) (屈折_____)
- 左眼 (矯正____) (屈折_____)

- 3) 眼底
- | 右 眼 | | 左 眼 | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腫瘍消失 | <input type="checkbox"/> 腫瘍瘢痕化 | <input type="checkbox"/> 腫瘍消失 | <input type="checkbox"/> 腫瘍瘢痕化 |
| <input type="checkbox"/> 腫瘍残存 | <input type="checkbox"/> 自然治癒 | <input type="checkbox"/> 腫瘍残存 | <input type="checkbox"/> 自然治癒 |

- 4) 腫瘍再発 眼底 眼窩 眼底 眼窩

- 5) 眼窩の状態 _____

- 6) 転移
- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> リンパ節転移 | <input type="checkbox"/> 頭蓋内転移 |
| <input type="checkbox"/> 骨転移 | <input type="checkbox"/> その他の臓器転移 |
- N分類 所属リンパ節 遠隔リンパ節
- M分類 中枢神経以外 中枢神経病変 髄膜髄液播種

- 7) 重複腫瘍 無 有
- 腫瘍名 _____ 発生部位_____
- 発生年月日 (西暦) _____年____月____日

- 8) 転帰 生存 死亡 死亡年月日 (西暦) _____年____月____日
- 原病死 不明 他病死

病理解剖 有 無 不明

~~~~~  
〔登録記入についてのお願い〕

- 1) 本登録事業は、日本における網膜芽細胞腫の実態を明らかにし、その診断治療法の進歩と患者の福祉に貢献することを目的とします。「財団法人日本眼科学会」の事業として網膜芽細胞腫会国登録委員会が実施します。
- 2) 登録は、施設においてインフォームド・コンセントを得てご記入下さい。
- 3) 本登録は、学術的見地から実施されるものであり、患者およびその家族に関するプライバシーは、「財団法人日本眼科学会」庶務担当理事の責任において守ります。
- 4) 該当する口にチェック（✓）を、下線部には各々ご記入下さい。また、各項目すべてについてご記入いただけない場合は、判明している項目だけご記入下さい。