

第 29 回(社)日本病理学会関東支部学術集会 (第 126 回東京病理集談会)

世話人:山梨大学・病態病理診断学講座 加藤良平

< 日程・会場 >

日時:平成 17 年 12 月 3 日(土)

会場:山梨大学甲府キャンパス 総合研究棟 1 階 (Y1-5 教室)

(注意:医学部キャンパスではありません。)

甲府市武田 4 丁目 4-37 TEL 055-252-1111 (地図は下記ホームページ参照)

< プログラム >

11:00 ~ 12:00 幹事会 (山梨大学総合研究棟 1 階 (Y1-3 教室))

12:00- 標本供覧

13:30-14:10 教育講演 医療関連死の剖検

座長: 小俣好作 (社会保険山梨病院)

1. 医療関連死とは? 福永龍繁 (東京都監察医務院・院長)

2. 医療関連死剖検の現況 根本則道 (日本大学医学部病理学教室・教授)

14:10-16:40 講演・討論 (1演題につき講演 20 分 / 討論 10 分)

症例1 (788) 座長: 小山敏雄 (山梨県立中央病院)

免疫抑制剤投与中に発症した播種性コクシジオイデス症の1例

小豆畑 康児, 他 (千葉大学大学院医学研究院腫瘍病理学, 他)

症例2 (789) 座長: 村田晋一 (山梨大学)

真菌感染を合併したデング出血熱の 1 剖検例

山内稚佐子, 他 (東京大学医学部人体病理・診断病理, 他)

症例3 (790) 座長: 小林慎雄 (東京女子医科大学)

POEMS 症候群 (Crow-Fukase 症候群) の一剖検例

佐野 誠, 他 (日本大学医学部病理学講座, 他)

症例4 (791) 座長: 根本則道 (日本大学)

肺癌治療後に肺炎を併発し呼吸不全に陥った症例

岡 輝明 (関東中央病院病理科)

症例5 (792) 座長: 糸山進次 (埼玉医科大学総合医療センター)

生前に確定診断がつかなかった小腸原発の悪性リンパ腫の1例

望月邦夫, 他 (山梨大学医学部病態病理診断学講座, 他)

16:50-18:20 懇親会 (大学会館ラウンジ: 会費無料)

< 連絡・問い合わせ (事務局担当) >

山梨大学医学部 病態病理診断学講座 電話: 055-273-9529、FAX: 055-273-9534

村田晋一 (smurata@yamanashi.ac.jp)

http://www.yamanashi.ac.jp/education/medical/clinical_basic/pathol02/TokyoPathol.htm

(山梨大学のホームページ <http://www.yamanashi.ac.jp> から

医学部 > 研究科 > 臨床医学系講座 > 病態病理診断学講座へと辿ってください。)

教育講演および一般演題の発表をされる先生方へ

- 1) 発表時間は、
教育講演：20分
一般演題：1演題につき発表20分 / 討論10分
です。
- 2) 発表は、液晶プロジェクターで行います。
- 3) 会場には、MS-WindowsXP コンピュータと MS-PowerPoint2003 を
準備しています。
- 4) Mac コンピュータおよび 35mm スライド投影機は準備しておりません。
- 5) 発表される PowerPoint のデータは、USB メモリーか CD でお持ちください。
(万が一のために、各自のコンピュータをお持ちいただくと助かります。)

+++++

症例 1 (788)

免疫抑制剤投与中に発症した播種性コクシジオイデス症の1例

小豆畑康児¹⁾、川名秀忠¹⁾、東守洋¹⁾、東和彦¹⁾、若新英史²⁾、大矢佳寛²⁾、村田正太³⁾、佐野文子⁴⁾、
亀井克彦⁴⁾、張ヶ谷健一¹⁾

千葉大学大学院医学研究院腫瘍病理学¹⁾、千葉大学附属病院アレルギー膠原病内科²⁾、同・検査部³⁾、
千葉大学真菌医学研究センター⁴⁾

症例は 70 才代の外国国籍男性。来日前から中耳炎と難聴、来日後は咳、発熱が続いていたが、症状が悪化し、千葉大学医学部附属病院に入院した。臨床症状、C-ANCA 値、腎生検所見等から Wegener 肉芽腫症の診断がなされ Cyclophosphamide 及びステロイドによる治療が行われた。約一ヵ月後、胸水の出現があり、上肺野に斑状影を認めた。胸水培養より真菌が検出され、コクシジオイデス症が疑われた。千葉大学真菌医学研究センターでの精査により、*Coccidioides immitis* と判明した。抗真菌薬による治療を行うも、肺症状の悪化と低酸素血症が続いた。全身状態も悪化し、胸水出現から約一ヶ月半で死亡した。千葉大学で病理解剖が実施され、検索の結果、肺・肝臓・脾臓にコクシジオイデスの球状体が認められた。

コクシジオイデス症はアメリカ大陸の半砂漠地帯に生息する *Coccidioides immitis* の感染によって発症する風土病で、わが国では輸入真菌症として取り扱われる。本症例は、免疫抑制剤の使用で陳日性のコクシジオイデス病変が再燃した可能性が考えられた。

症例 2 (789)

真菌感染を合併したデング出血熱の 1 剖検例

山内 稚佐子, 太田 聡, 遠藤 久子, 深山 正久
東京大学医学部 人体病理・診断病理, 病院病理部

【症例】50 代男性. 生来健康. 会社員. 数年前から東南アジア勤務. 死亡 20 日前頃頭痛, 発熱で現地病院初診. 血算異常なし. 2 日後再診. 血小板減少あり, デングウィルス抗体価陰性も PCR 陽性にてデング出血熱の診断. 血小板減少進行し, 出血傾向出現. 経過中, 意識障害も出現. 死亡 2 日前東大病院に搬送. 血培で *Candida tropicalis* 検出. 頭部 CT にて多発性出血性脳梗塞あり. 死亡.

【病理所見】肝臓は小葉中心帯・中間帯を主に巣状～亜広範性肝細胞凝固壊死の状態. 肝内炎症細胞浸潤は軽度. 肝を含め全身臓器に, 血管内浸潤を主とした真菌感染あり. 脳内では 7cm 大までの出血があり, 脳浮腫を呈していた. 剖検肝では PCR でデングウィルス 3 型陽性であった.

【問題点】臓器障害, 特に肝細胞の変化はデング出血熱によるものと考えてよいのか.

症例 3 (790)

POEMS 症候群 (Crow-Fukase 症候群) の一剖検例

佐野 誠¹⁾, 生沼利倫^{1,2)}, 林 紀乃^{1,2)}, 淵之上 史^{1,2)}, 菊池建太郎^{1,2)}, 砂川恵伸^{1,2)}, 石毛俊幸¹⁾, 杉谷雅彦^{1,2)}, 根本則道^{1,2)}

1) 日本大学医学部病理学講座、 2) 日本大学医学部附属板橋病院病理部

【症例】60 才代、男性。10 年前より両側上下肢のしびれ感が出現した。左腸骨と頸椎に異常陰影認め、形質細胞腫と診断された。両下肢遠位優位の筋力低下、末梢優位の全知覚麻痺、髄液蛋白細胞乖離、神経伝導速度の低下が認められ、慢性炎症性脱髄性多発神経炎と診断された。化学療法が施行され、死亡 1 ヶ月前より下痢、嘔吐が出現し、胸・腹水貯留と浮腫を認めた。POEMS 症候群を考えステロイド投与が行われたが、腎機能ならびに呼吸状態が悪化し死亡した。

【剖検所見】末梢神経は神経周膜周囲の浮腫と脱髄・軸索変性を認め、骨髄は骨硬化性変化を伴う形質細胞腫 (IgA,) であった。膜性増殖性様系球体腎炎、腔水症、肝腫大、リンパ節の Castleman 様病変、精巣と副甲状腺の萎縮、皮膚色素沈着を認めた。

【問題点】POEMS 症候群と考えたが、リンパ節と腎の病変を含め、ご意見を賜りたい。

【配布標本】1. 腎臓、2. 傍気管リンパ節

症例 4 (791)

肺癌治療後に肺炎を併発し呼吸不全に陥った症例

岡 輝明

関東中央病院病理科

50 代男性。左上肢の痛みで発症。胸椎の CT 撮影を行ったところ左肺尖腫瘤の椎体浸潤が疑われ、初発から約 2 ヶ月後当院呼吸器科に転院。経皮肺腫瘤生検により低分化癌と判断されたため、放射線照射 (50Gy) および化学療法 (CBDCA+PTX) 実施。治療は奏効。腫瘤は縮小し左上肢痛も軽快。退院 8 ヶ月後左上肢痛が増悪、上肢のしびれ感とともに筋力低下出現。疼痛コントロールのため入院し、投薬によって症状緩和。外来通院していたが呼吸困難感が高度になり緊急入院。肺炎と判断し治療開始したが昏睡状態となり、呼吸不全のため同日死亡され、剖検が行われた。

臨床の問題点は呼吸不全の原因。

肺原発巣は線維化に陥っており癌は消失していたが、原発巣から連続して左頸部に腺癌が増殖し、椎体に浸潤。転移は左腋窩部、椎体、左肺。両肺壁側胸膜には典型的なアスベスト斑が見られた。両肺に癒合性巣状肺炎が多発し一部は膿瘍化していた。また、細気管支肺炎が広範に認められ、閉塞性細気管支炎をともなっていた。右胸腔には米のとぎ汁様の粘性のある液体が 700ml 見られ、Fusobacterium, Prevotella, Peptostreptococcus 属などの嫌気性菌が培養され、膿胸の状態であった。呼吸不全の原因は誤嚥による嫌気性菌肺炎・膿瘍と膿胸と推察した。

(提出標本：右肺下葉)

症例 5 (792)

生前に確定診断がつかなかった小腸原発の悪性リンパ腫の 1 例

望月邦夫¹⁾、小山敏雄²⁾、近藤哲夫¹⁾、岩科雅範¹⁾、中澤匡男¹⁾、村田晋一¹⁾、加藤良平¹⁾

1) 山梨大学医学部病態病理診断学講座、2) 山梨県立中央病院病理部

【既往歴】20 年間続く、下痢の既往がある。

【臨床経過】50 才代男性。意識消失で緊急入院となった。著明な貧血を認めたため、精査の結果、大腸内に多量の出血性内容物を認めたが出血源は不明で、小腸出血が疑われた。その後、自然止血したため退院した。しかし、2 ヶ月後に腹痛と発熱を訴え、消化管穿孔の診断のもと再入院した。精査されるも基礎疾患が同定されず、保存的治療の上に退院した。さらに 2 ヶ月後に低栄養状態著明となり再び、入院となった。著明な水様便と CRP 高値のため、感染症を疑い、抗生剤の投与がなされた。また、基礎疾患として、悪性リンパ腫を推定してステロイドパルス療法が開始された。その後、再び消化管穿孔をきたすが、家族の希望で開腹手術せず、経過観察後、永眠された。

【病理所見】空腸から回腸にかけてびらん、潰瘍が多発し、数ヶ所の穿孔が確認された。全小腸壁に異型リンパ球がびまん性の増殖が認められた。異型リンパ球は CD3(+), CD45RO(+), CD20(-), CD79a(-)であった。異型リンパ球は、腹膜、リンパ節、副腎、心臓、骨髄へも進展していた。以上、病変の主座を踏まえ、enteropathy T-cell lymphoma と診断した。(配布標本は小腸)

【問題点】1) 病理診断、2) 20 年間続く、下痢の既往との関係。