

第 90 回 日本病理学会関東支部学術集会

日 時：2021（令和3）年5月5日（水）13：00～17：40

会 場：サンシティホール 小ホール（〒343-0845 埼玉県越谷市南越谷 1-2876-1）
および Web（Cisco Webex）によるハイブリッド開催

世話人：伴 慎一（獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科）

【スケジュール】

11:00-12:00	幹事会
12:00-	受付開始
13:00-13:05	開会挨拶
13:05-14:05	特別講演 1
14:05-14:25	一般演題 1
14:25-14:45	ミニレクチャー1
14:45-15:00	幹事会報告
15:00-15:15	休憩
15:15-16:15	特別講演 2
16:15-16:35	一般演題 2
16:35-16:55	一般演題 3
16:55-17:15	ミニレクチャー2
17:15-17:35	ミニレクチャー3
17:35-17:40	閉会挨拶

【会場に来られる方へ】

参加費 1,000 円（特別講演資料代を含みます）

受付における参加票への記入、体温測定、手指消毒ならびに会場内での座席間隔の確保等、新型コロナウイルス感染症対策への御協力をお願いいたします。

状況に鑑み会場での託児所の併設はありませんので、御了解ください。

東京では緊急事態宣言が発令されていますが、COVID-19 に関する対応について、ご所属の機関、地域の方針を遵守し、適切な手段でご参加ください。

【Web で参加される方へ】

参加費はありません。

Webex のミーティングリンク、ミーティング番号、パスワードは、関東支部のメールリストを使用してメールでお知らせします。参加希望でメールが届かない場合は、jspkanto-office@umin.ac.jp までお知らせください。

参加証、受講証（特別講演）は、パスワード付きの PDF ファイルを関東支部ホームページからダウンロードできるようにする予定です。パスワードは学術集会中にお知らせします。

【幹事会】

11:00-12:00 サンシティ小ホール前方で対面と Web によるハイブリッドで開催します。

会場同様、新型コロナウイルス感染症対策への御協力をお願いいたします。

【一般演題に関するお知らせ】

演者の方へ： 演題発表 15 分、討議 5 分を目安といたします。

演題症例のバーチャルスライドを、日本病理学会 病理情報ネットワークセンター 関東支部掲示板にて公開しています。<https://pathology.or.jp/jigyouslidepath-release.html>

事務局：獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科

佐藤 美穂

〒343-8555 埼玉県越谷市南越谷 2-1-50

会場のご案内

サンシティホール 小ホール

〒343-0845 埼玉県越谷市南越谷 1-2876-1

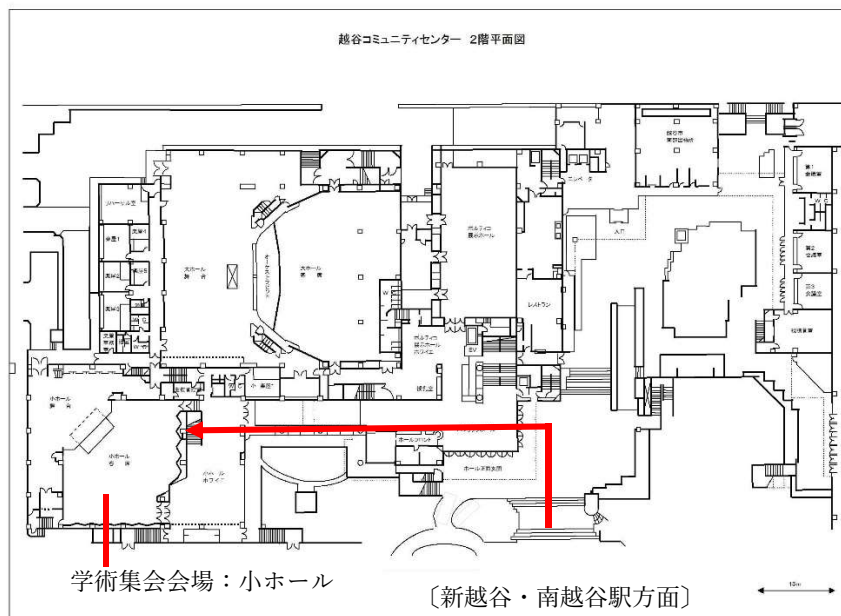
TEL : 048-985-1111（代）

アクセス：

■電車

東武スカイツリーライン（地下鉄日比谷線直通） 新越谷駅より徒歩 3 分

JR 武蔵野線 南越谷駅より徒歩 3 分



* 小ホールと第 2 会議室の間に建物内の通路はありません。案内表示に従って建物の外からお回り下さい。

■自動車

東京外環自動車道 草加 IC より 10 分

ホールの駐車場は有料です（下記）。近隣の有料駐車場もご利用いただけます。

サンシティ地下駐車場 営業時間 7:00 ~ 22:30 (料金: ¥110/30分)

【プログラム】(敬称略)

- 12:00 受付開始
- 13:00-13:05 開会挨拶 世話人 伴 慎一
- 13:05-14:05 特別講演1「膵 EUS-FNAB 検体の病理診断」
演者: 石田和之 (獨協医科大学 病理診断学)
座長: 山口 浩 (埼玉医科大学 病理学教室)
- 14:05-14:25 一般演題1「悪性度の異なる神経内分泌腫瘍が併存していた胃腫瘍の一例」
演者: 小野崎聖人 (獨協医科大学 病理診断学)
座長: 大池信之 (静岡がんセンター 病理診断科)
- 14:25-14:45 ミニレクチャー1「IgA 腎症と鑑別となる腎疾患」
演者: 佐藤泰樹 (獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科)
座長: 小野祐子 (獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科)
- 14:45-15:00 幹事会報告 (大橋健一 支部長)
- 15:00-15:15 休憩
- 15:15-16:15 特別講演2「拡大内視鏡観察と組織像の一対一対応から学んだこと、
そして中間帯からの胃癌発生の検討」
演者: 八木一芳 (新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 消化器内科)
座長: 河内 洋 (がん研究会有明病院 臨床病理センター 病理部)
- 16:15-16:35 一般演題2「EB ウイルス関連胃癌の進展過程で癌細胞から
EB ウイルスが消失した一例」
演者: 近藤篤史 (東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学)
座長: 下田将之 (東京慈恵会医科大学 病理学講座)
- 16:35-16:55 一般演題3「いわゆる giant fibrovascular polyp の像を呈した
食道高分化型脂肪肉腫の1症例」
演者: 中野 薫 (がん研究会有明病院 臨床病理センター 病理部)
座長: 山口岳彦 (獨協医科大学日光医療センター 病理診断科)
- 16:55-17:15 ミニレクチャー2「重症肺結核症の病理」
演者: 芳賀孝之 (国立病院機構東埼玉病院 臨床検査科)
座長: 藤井晶子 (獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科)
- 17:15-17:35 ミニレクチャー3「深層学習を用いた胃癌転移リンパ節の
病理デジタル画像 AI 診断の試みと現状」
演者: 松嶋 惇 (獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科)
座長: 矢澤卓也 (獨協医科大学 病理学講座)
- 17:35-17:40 閉会挨拶 世話人 伴 慎一

特別講演 1

「膵 EUS-FNAB 検体の病理診断」

石田和之

(獨協医科大学 病理診断学)

膵疾患の診療を行う上で、病変を直接確認しながら検体を採取する超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診・組織診 (EUS-FNAB) が普及したことは、画像などの臨床情報だけでなく病理診断結果をも加えた上で治療戦略を立てられるという大きな **breakthrough** となった。EUS-FNAB は本邦では主に充実性腫瘍が疑われた場合に用いられることが多く、充実性腫瘍は分化方向により浸潤性膵管癌、腺房細胞腫瘍、神経内分泌腫瘍、**solid-pseudopapillary neoplasm (SPN)** に分類される。充実性腫瘍の嚢胞性変化には注意が必要で、転移性膵癌を EUS-FNAB 検体で診断することも少なくない。また、自己免疫性膵炎など非腫瘍性病変を診断する機会も増加している。本講演では、膵 EUS-FNAB 検体の病理診断を行う際の診断のポイントについて解説する。

特別講演 2

「拡大内視鏡観察と組織像の一対一対応から学んだこと、そして中間帯からの胃癌発生の検討」

八木一芳

(新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 消化器内科)

演者は胃の拡大内視鏡診断を 23 年にわたって行ってきたが、組織像との一対一対応から拡大像の解釈を行うことを主眼としてきた。それは 23 年前ピロリ未感染胃の拡大像と生検組織との対比からスタートした。それを基にしてピロリ胃炎による炎症、萎縮、化生で生じる拡大像の変化を検討してきた。胃癌に関しては **ESD** 切除標本と拡大像の対比からさまざまな癌の拡大像を検討してきた。

近年、除菌症例の増加と共に既感染胃に発見される胃癌が増加している。従来の胃癌に比較すると胃炎様に見えて診断が難しいことがまれでないとされている。組織との対比から癌腺管と非癌上皮がモザイク状に混在することがわかった。また胃底腺、幽門腺化生、腸上皮化生が混在する中間帯より発生する胃癌が意外と多いこともわかった。胃癌部の免疫染色による検討より **MUC6** 陽性腺管 (幽門腺化生) と **CDX2** が胃癌発生に深く関与しているのではないかとわれ、それも紹介したい。

ミニレクチャー 1

「IgA 腎症と鑑別となる腎疾患」

佐藤泰樹

(獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科)

IgA 腎症は 2015 年に認定された指定難病であり、診断後 20 年の経過観察で 30-40% が、30 年で約 50% が末期腎不全に陥る進行性の腎疾患である。一方で IgA 腎症は我が国の腎生検症例の約 1/3 を占める疾患であり、診断に携わる頻度は高い。蛍光免疫染色で IgA や C3 の陽性像が得られた典型例では、疾患の診断そのものはさほど困難ではないが、予後予測の観点から組織学的重症度分類や Oxford 分類を念頭に置いた観察および記載が求められる。しかし、血尿などから IgA 腎症が疑われ、生検がなされたものの IgA が陰性の場合には、菲薄基底膜病や（二次性）巣状分節性糸球体硬化症なども鑑別にあがる。反対に IgA が陽性であっても、感染関連腎炎などとの鑑別を要する場合がある。

普段、腎生検病理に馴染みがない一般病理医や、これから病理専門医を取得する方や腎生検病理の研修を開始する方を念頭に、IgA 腎症について概説し、その他鑑別となる腎疾患を解説する。

ミニレクチャー 2

「重症肺結核症の病理」

芳賀孝之

(国立病院機構東埼玉病院 臨床検査科)

昭和 25 年死因順位 1 位であった結核症は平成、令和になってから 30 位前後となっている。死亡者の多くは若年者から高齢者にとって変わり、当院の結核病床に入院してくる患者年齢層も 70 ～ 105 歳と高齢化している。結核病床を持っていない病院の病理医も術中迅速凍結診断、外科病理診断や病理解剖で空洞病変、乾酪壊死病変、肉芽腫に遭遇する機会がある。院内感染対策、空気感染対策を十分にとったうえで業務を遂行する必要がある。一方、抗酸菌症罹患率からは、Ziehl-Neelsen 染色で抗酸菌陽性の所見や壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫が認められても安易に結核症と診断することは慎むべきである。2014 年以降、非結核性抗酸菌症を優先に病態を考える必要がある。今回の講演では、院内感染事例、重症肺結核の剖検例を提示する。また非結核性抗酸菌症にも少し触れたいと考える。

ミニレクチャー 3

「深層学習を用いた胃癌転移リンパ節の 病理デジタル画像 AI 診断の試みと現状」

松嶋 惇

(獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科／
千葉大学大学院医学研究院診断病理学・同フロンティア医工学センター)

2010 年代に深層学習法が普及すると、AI 技術を用いた各種サービスの実用化に向けた技術開発が全世界で盛んに行われ、今日では第 3 次 AI ブームとも呼ばれる状況を迎えている。医療分野においても、眼底写真や内視鏡画像に関する AI 解析技術などがすでに製品化されており、今後は病理診断領域での実用化も見込まれる。

我々は、2017 年より東芝デジタルソリューションズ株式会社と共同で、深層学習を用いた胃癌転移リンパ節のデジタル病理画像 AI 診断に関する研究・開発を行っている。ROC 解析では AUC0.9994 を示しており、直接の比較はできないものの、乳癌などの転移リンパ節におけるこれまでの報告に遜色のない良好な結果を得ている。結果に手応えを感じる一方で、責任の所在や説明性などの解決すべき課題も多い。

今回は現状と今後の課題について、これまでの報告や法規制に向けた議論などを交えて提示したい。

一般演題 1

「悪性度の異なる神経内分泌腫瘍が併存していた 胃腫瘍の一例」

小野崎聖人、高岡身奈、野沢友美、野田修平、大日方謙介、
大和田温子、金子有子、中里宜正、石田和之
獨協医科大学 病理診断学

症例は 70 代男性で、上部消化管内視鏡で胃上部前壁に約 10 mm の粘膜下腫瘍を認め、内分泌癌疑いの生検診断で紹介された。当院の血液データは正常、血清ピロリ菌抗体は陰性であった。生検では、形態学的に高分化神経内分泌腫瘍(NET)を疑うが、Ki-67 陽性率が 56%と低分化型(NEC)の可能性を否定できなかった。胃噴門側切除検体では、15×10 mm の粘膜下層を主座とする境界明瞭な腫瘍を認めた。

①細胞密度が高い領域と②細胞密度がやや低い領域とが 1:2 の割合で明瞭に分かれ、かつ 1 個の腫瘍を形成していた。①は類円形核を有した N/C 比大の比較的均質な細胞が主体で、核分裂像は 32 個/10HPF みられ、②は細胞質がやや広く楕円形～類円形核の細胞が増殖し、核分裂像は 1 個/10HPF であった。両者とも神経内分泌マーカーが陽性で、Ki-67 陽性率は① 74%、② 16%であった。① NET (G3) あるいは NEC と② NET (G2) の悪性度の異なる成分が併存した神経内分泌腫瘍と診断した。

一般演題 2

「EB ウイルス関連胃癌の進展過程で癌細胞から EB ウイルスが消失した一例」

近藤篤史¹、六反啓文²、国田朱子¹、牛久哲男^{1,2}

¹東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学

²東京大学医学部附属病院 病理部

[症例] 60 歳代男性。胃癌に対し噴門側胃切除術を施行、その後、脾転移、大腿転移が出現し、それぞれ外科切除された。

[病理所見] 原発巣はリンパ球浸潤の目立つ低分化型腺癌で、EBER-ISH 陽性 (100%) を示し EB ウイルス関連胃癌であった。脾転移巣の組織像は原発巣と同様であるが、EB ウイルス感染は数%の領域にみられるのみで、大部分は EB ウイルス陰性で、脾転移巣にて EB ウイルスが癌細胞から脱落したと考えられた。大腿転移巣では EB ウイルスは完全に陰性化していた。転移巣は原発巣類似の組織像を呈したが、リンパ球浸潤の程度は減弱傾向にあった。変異解析では、原発巣と各転移巣で共通した体細胞変異が複数検出され一連の腫瘍であることが確認された。

[考察] 本例では EB ウイルス関連胃癌の進展過程でウイルス脱落が証明された。進展に伴い EB ウイルス陰性クローンが優勢となったことから、この癌の癌形質維持や進展に EB ウイルス感染維持は必須でないことが示唆された貴重な 1 例と考えられる。

一般演題3

「いわゆる giant fibrovascular polyp の像を呈した 食道高分化型脂肪肉腫の 1 症例」

中野 薫、河内 洋、山下享子、竹内賢吾^{1,2}

¹がん研究会有明病院 臨床病理センター 病理部

²がん研究会がん研究所 病理部

[症例] 70 歳代女性。食道ポリープの治療目的に当院受診。内視鏡では食道入口部から内腔に突出する約 17cm の有茎性腫瘤を認めた。内視鏡的粘膜下層切除術が施行された。

切除標本肉眼所見：表面平滑な八つ頭状の有茎性ポリープであった。断面は不均一であり、粘液腫状の部分や黄色調の部分の混在していた。

組織学的所見：粘膜固有層～粘膜下層に主座を置く病変で、病変部では、成熟脂肪細胞に分化した細胞と、疎な線維性間質を背景に低い密度で分布する異型紡錘形細胞が認められた。脂肪細胞には大小不同がみられ、一部ではクロマチン増量を伴う核腫大も認められた。

免疫染色では一部の紡錘形細胞の核に MDM2 の陽性像を認め、fluorescence in situ hybridization (FISH) により *MDM2* 遺伝子増幅が確認され、高分化型脂肪肉腫の診断となった。

ポリープ表面は異型に乏しい重層扁平上皮に覆われていた。

[考察] 本例は、かつて giant fibrovascular polyp と呼ばれていた病変に相当する。良性非腫瘍性疾患と考えられていたが、近年、その一部の本態は高分化型脂肪肉腫であると知られるようになった。