

第 41 回(社)日本病理学会関東支部学術集会 (第 129 回東京病理集談会)

日 時:平成 20 年 12 月 6 日(土)

会 場:自治医科大学 地域医療情報研修センター (2 階、中講堂)

会場へのアクセス方法は、自治医科大学ホームページ

<http://www.jichi.ac.jp/gaiyo/accessmap.html>

(交通アクセス、キャンパスマップ)をご覧ください。

主 催:(社)日本病理学会関東支部

世話人:自治医科大学病理学講座 仁木利郎

〔スケジュール〕

- 11:00 ~ 12:00 幹事会(地域医療情報研修センター 2 階研修室)
- 12:00 ~ 受付開始
- 12:00 ~ 16:00 標本供覧(大学本館学生実習室)

- 13:00 ~ 13:05 世話人挨拶・連絡事項
- 13:05 ~ 13:35 教育講演 1(地域医療情報研修センター 2 階中講堂)
- 13:40 ~ 15:10 剖検症例検討 3 例(同上)
- 15:10 ~ 15:40 コーヒーブレイク(地域医療情報研修センター 2 階)
- 15:40 ~ 16:10 教育講演 2(地域医療情報研修センター 2 階中講堂)
- 16:15 ~ 17:15 剖検症例検討 2 例(同上)

連絡・問い合わせ:

自治医科大学病理学講座 仁木利郎

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1

電話:0285-58-7329、FAX: 0285-44-8467、

email: tniki@jichi.ac.jp

【特別講演 1】 13 : 05 ~ 13 : 35

市中病院での病理解剖の現況

鈴木良夫 (旭中央病院臨床病理科)

司会 : 大橋健一 (虎の門病院病理部)

【特別講演 2】 15 : 40 ~ 16 : 10

病理解剖を考える - 解剖技術を中心に

藤岡保範 (杏林大学医学部病理学教室)

司会 : 仁木利郎 (自治医科大学病理学講座)

【一般演題】 13 : 40 ~ 15 : 10 / 16 : 15 ~ 17 : 15 1 演題につき講演 15 分、討論 15 分

- 1 . 亜急性の四肢筋力低下を契機に発見された後縦隔腫瘍の 1 剖検例 (13 : 40 ~ 14 : 10)
森田茂樹 ほか . (東京大学医学部附属病院病理部 ほか)
座長 : 今村哲夫 (帝京大学医学部病院病理部)
- 2 . 肺胞蛋白症、間質性肺炎、大動脈炎、リンパ増殖性疾患がみられた 1 剖検例 (14 : 10 ~ 14 : 40)
加藤生真 ほか . (東京都立駒込病院病理科 ほか)
座長 : 弘中 貢 (自治医科大学病理学講座)
- 3 . 多発性皮膚潰瘍の経過中に下血を生じて死亡した 1 剖検例 (14 : 40 ~ 15 : 10)
糸山進次 ほか . (埼玉医科大学総合医療センター病理部 ほか)
座長 : 松本俊治 (順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科)
- 4 . 臨床的に診断困難であった、真性多血症(PV)に合併したびまん性大細胞性 B 細胞性リンパ腫(DLBCL)の一例 (16 : 15 ~ 16 : 45)
井上雅文 ほか . (虎の門病院病理部)
座長 : 比島恒和 (都立駒込病院病理科)
- 5 . 脳腫瘍の摘出から 17 年後、骨髄への広範な腫瘍転移を起こし死亡した、anaplastic oligodendroglioma の 1 例 (16 : 45 ~ 17 : 15)
田中優子 ほか . (群馬大学大学院医学系研究科病態病理学 ほか)
座長 : 小林槇雄 (東京女子医科大学病理学第一講座)

【教育講演 1】

市中病院における病理解剖の現況

鈴木良夫
総合病院国保旭中央病院臨床病理科

総合病院国保旭中央病院は千葉県東部（東総地区）に位置し、診療圏人口約 100 万人、総病床数 952 床の地域基幹病院として機能している。

病理解剖の充実には病院を挙げて取り組んできているが、近年の剖検率低下傾向には歯止めが掛からない現状にある。1992～1996 年の 5 年間の平均剖検率は 69% に対し、10 年後の 2002～2006 年では平均 35% と半減している。更に昨年 2007 年は 27% と低下した。原因として、臨床の診断技術向上や遺族権利意識の高揚が挙げられているが、他にも様々な要素が絡み合っていると推測される。

2002～2006 年に旭中央病院で行われた 1,391 例の剖検について、そのあらましを分析してみた。80% 強は内科が出所で偏りがあると推測されるが、死因に大きく貢献していると判断される主たる病変が悪性腫瘍であったもの 56.8%、非悪性腫瘍 43.2% であり、未だ非悪性疾患の関与が高い事がわかる。

剖検診断の主診断が、臨床診断と合致しない割合は、18.8% であった。その最大の要素は潜在癌が判明したことによる。潜在癌を除外しても不一致率は 8.0% で、依然として高い割合を占めていると考えられる。施設の特性にも拠ると考えられるが、おしなべてこの傾向は変わらないと推測される。このような診断不一致例は、剖検することで簡単に判明させる事ができるものが殆どであるが、時として剖検を担当する病理医の注意を要するものも存在している。私たちが経験した診断不一致例について、その一部を腫瘍、非腫瘍含めて数例御紹介致します。病理解剖の意義を問うにあたり、その参考になれば幸甚であると考えます。

【教育講演 2】

病理解剖を考える – 解剖技術を中心に

藤岡保範
杏林大学医学部病理学教室

“Autopsy”の語源は、ギリシャ語の“a seeing for oneself”であるという。自ら執刀して観察することが基本です。臓器・組織を取り出すだけが剖検ではありませんが、適切に臓器・組織を取り出すことが出来ることが先決です。

剖検の手技には古典的な幾つかの方法があり（詳しくは成書を参照）各施設でそれぞれの手技が伝えられており、その基本的な部分に変わりないと思います。オーソドックスな方法で行うのが第一ですが、症例によって様々な状況があるので、数多くの症例の経験を通して解剖技術を会得することが重要と思います。

また、剖検を清潔に行うことも肝心です。感染防御の点から重要であり、立ち会う臨床医や介助者に不快感を与えないとの配慮です。手際よく、清潔に、早く（一定の時間で）剖検を行うにも解剖技術の習得が必須です。

今回、解剖技術の具体的な例として、以前より行って来た「脊髄の取り出し方」を紹介します。

“Die Sektion is das Fundment der Pathologie. Ludwig Aschoff”

- 1) J. Ludwig: Current Methods of Autopsy Practice. 2nd Ed. Saunders 1979
- 2) J. Ludwig: Handbook of Autopsy Practice. 3rd Ed. 2002
- 3) J. Ludwig: Handbook of Autopsy Practice. 4th Ed. 2008
- 4) 病理と臨床 16 巻 臨時増刊号「病理解剖マニュアル」文光堂 1998
- 5) 日本病理学会編「病理技術マニュアル」2 「病理解剖とその技術」医歯薬出版 1982

【一般演題】

症例 1 (803)

亜急性の四肢筋力低下を契機に発見された後縦隔腫瘍の 1 剖検例

森田茂樹¹⁾、柴原純二¹⁾、福嶋敬宜¹⁾、橋本明子²⁾、村山繁雄³⁾、深山正久¹⁾

1) 東京大学医学部附属病院病理部、2) 同神経内科、3) 東京都老人総合研究所

【症例】63 歳男性

【病歴】他院で慢性 C 型肝炎加療中、05 年 HCC 指摘、06 年肝下面リンパ節腫大指摘も放置。07 年 9 月両上肢姿勢時振戦が出現。12 月左下肢筋力低下で当院受診。異常感覚、排尿障害、複視も出現し、他院腰椎 MRI で胸腰椎椎体前面、大動脈周囲の腫瘍を指摘。14 日歩行不能で緊急入院。画像で後縦隔、肝下部他に 10cm 大までの腫瘍を認めた。左鎖骨上リンパ節生検では神経原性腫瘍の転移性腫瘍(鑑別：傍神経節腫瘍、末梢神経鞘腫等)と診断。筋力低下、異常感覚は徐々に増悪し、画像上も腫瘍の増大を認めたが、積極的治療は行わず、徐々に全身状態が悪化し、3 月 7 日に死亡。

【剖検所見】腫瘍は後縦隔(最大)、小網内、左静脈角、大動脈周囲に認めた。非常に低分化な腫瘍で小型円型細胞や紡錘形細胞主体の多彩な組織像を呈し、軟骨・骨形成、上皮への分化も認める。免疫組織学的に Synaptophysin, CD56 陽性、CAM5.2, CK7 一部陽性。鑑別として悪性末梢神経鞘腫、非常に低分化な癌、癌肉腫等が挙げられる。肝 S4 に高分化型肝細胞癌を認めた。中脳～脊髄に炎症を伴う conglomerate inclusion あり。

【問題点】

1. 悪性腫瘍の組織診断
2. 神経学的所見の説明

供覧標本

1. 腫瘍
2. 脊髄

ヴァーチャルスライドで標本の方を upload 致しました。URL は

<http://pathol.umin.ac.jp/jspkanto/syudan/kai20081206.html> にて提供しています。

症例 2 (804)

肺胞蛋白症、間質性肺炎、大動脈炎、リンパ増殖性疾患がみられた 1 剖検例

加藤生真¹⁾、川野輪 香²⁾、比島恒和¹⁾、堀口慎一郎¹⁾、立石陽子¹⁾、根本哲生¹⁾、船田信顕¹⁾

1) 東京都立駒込病院病理科

2) 埼玉県立がんセンター病理科

【症例】

再生不良性貧血、肺血栓塞栓症、側頭動脈炎の既往のある 62 歳男性症例。呼吸困難、乾性咳嗽で発症し、胸部レ線、びまん性小粒状影が出現。画像所見、気管支鏡検査の結果、間質性肺炎、肺胞蛋白症と診断。ステロイド投与と肺洗浄が繰り返されたが、呼吸状態が悪化して、全経過約 8 ヶ月で死亡された。

【剖検所見】

含気に乏しい硬い充実性の肺で、肺胞腔にはコレステリンを含む好酸性顆粒状物質が貯留し、壁在性、閉塞性の気腔内の線維化をともなう間質の肥厚を認めた。上行～弓部大動脈、腕頭動脈・総頸動脈起始部には中膜の破壊、vaso vasorum 周囲を主体とするリンパ球浸潤がみられた。脾腫(410g)とリンパ節腫大があり、免疫芽球～形質細胞細胞様形態を示す異型リンパ球がびまん性に増殖していた。

【問題点】

- (1) 肺胞蛋白症と間質性肺炎の関係
- (2) 大動脈炎は側頭動脈炎でよいか
- (3) リンパ増殖性疾患の有無とその診断
- (4) 上記の多彩な病態の相互の関連性

配布標本：肺、大動脈弓部

症例 3 (805)

多発性皮膚潰瘍の経過中に下血を生じて死亡した 1 剖検例

糸山進次 1)、百瀬修二 1)、斎賀一步 1)、半澤京子 1)、豊住康夫 1)、田丸淳一 1)、鈴木勝也 2)、亀田秀人 2)

1) 埼玉医科大学総合医療センター病理部、
2) リウマチ膠原病内科

【症例】 死亡時(2006年) 76歳、女性
【現病歴】 1995年1月、左第2指に潰瘍、防衛医科大学校病院皮膚科受診、閉塞性血管炎(Buerger病)と診断、植皮術を施行、抗血小板薬で治療されていた。2003年4月、右母指に潰瘍、疼痛増強のため当院皮膚科に入院、5月に右胸部交感神経切断術、5月末には右第1趾、左第4趾末端潰瘍のため切断、真皮内小血管の閉塞と再疎通が見られた。2004年5月、左交感神経節焼灼術、部分的症状改善あり。2005年6月、皮膚潰瘍の生検で微小血管にフィブリノイド壊死を伴う血管炎が認められた。同8月、結腸潰瘍、2006年2月にも突然の下血で再発し、下部消化管出血で腸管ベーチェットが疑われ、緊急入院となった。41kg, 145cm, 37.4度、眼球結膜黄染なし、PNが疑われ、治療が開始されたが消化管出血が持続し、黄疸出現(D優位)、MRSA敗血症も併発し、2006年2月下旬に死亡。

【臨床科からの問題点】 1. 約11年間、非定型的Buerger病と診断され、加療されてきたが、最終的にはPNが考えられる状態だった。全経過をPNとして考えることは出来ないだろうか。2. HBsAg(-)だったものが終末期近くになって微量定量でHBsAg(+) 1.1, HBsAb(+) 7.0となったことの解釈。

【配布標本】

皮膚(生検) 腎臓(剖検時)

症例 4 (806)

臨床的に診断困難であった、真性多血症(PV)に合併したびまん性大細胞性B細胞性リンパ腫(DLBCL)の一例。

井上雅文、藤井丈士、日比谷孝志、黒田陽子、中山大子、井下尚子、大田泰徳、大橋健一

虎の門病院病理部

【症例】 74歳女性、【主訴】 呼吸困難、
【現病歴】 96年にHunt症候群で他院入院した際に真性多血症PVと診断され、以降当院外来経過観察されていた。00年から06年にかけてハイドレア、ブスルファン、サイメリン投与を受け、06年に2週間程度体調不良、空咳、食欲不振が続き、呼吸困難が増悪し、入院となった。[経過]入院時に肺炎を疑う画像所見あり、1か月程抗生剤治療を行うも改善せず、腹部CTで肝臓に腫瘤あり肝膿瘍の診断でさらなる抗生剤投与を行うも、腎不全となり永眠された。[解剖所見] 右副腎に相当する部を中心に肝右葉後区や右腎上極、腹部大動脈周囲に連続性に浸潤する巨大な後腹膜腫瘍が見られ、腫瘍細胞はCD20(+), CD79a(+), CD3(-), CD5(-), CD10(-), CD30(-), EBER(1+), EBNA(2+), LMP1(±)であり、EBV関連DLBCLと考えられる。骨髄は高形成性で巨核球を認める。[問題点]PVに合併するEBV関連DLBCLは稀であり、この2つの疾患に何らかの関連があるのか、PVに対する治療が関係しているのか、ご教授お願い致します。

【配布標本】 肝臓

症例 5 (807)

脳腫瘍の摘出から 17 年後 , 骨髄への広範な腫瘍転移を起こし死亡した , anaplastic oligodendroglioma の 1 例

田中 優子 1) , 伊藤 秀明 2) , 平戸 純子 3) , 中里 洋一 1)

1) 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学

2) 前橋赤十字病院病理

3) 群馬大学医学部附属病院病理部

【症例】死亡時 72 歳女性。55 歳時に右前頭葉の脳腫瘍の既往あり。腫瘍は全摘され、oligodendroglioma の診断で、照射後再発なく経過した。17 年後、汎血球減少が出現した。骨髄穿刺では造血細胞は消失し、小型円形核と狭い胞体を有する細胞や偏在核と好酸性胞体を有する細胞などが、単調に増殖していた。Cytokeratin AE1/AE3 一部陽性、CD56 陽性などの免疫表現型も併せ、神経内分泌腫瘍の骨髄転移と診断した。化学療法は奏功せず、原発巣不明のまま、2 ヶ月後に死亡した。剖検時に脳腫瘍の既往が判明したため、既往脳腫瘍の再検討と骨髄転移巣との比較を行った。既往脳腫瘍は、anaplastic oligodendroglioma, grade Ⅲ であった。転移巣も同様の細胞要素で構成されており、GFAP と Olig2 陽性所見も併せ、最終的に、anaplastic oligodendroglioma の骨髄転移と診断した。原発部位に腫瘍の再発はなかった。【まとめ】骨髄転移巣の診断に際し、脳腫瘍を鑑別のひとつとすべきことを示す、示唆に富む症例であった。Oligodendroglioma の長期無病生存後の骨髄転移は稀であり、詳細に検討し報告する。

【配布標本】脊椎骨