

## 日本病理学会関東支部第43回学術集会ならびに総会のご案内

日時：2009年6月13日(土) 13:00～16:50

会場：東京医科歯科大学 5号館4階講堂(案内図参照)

会費：500円

交通：JR中央線・総武線[御茶ノ水駅]下車徒歩5分、または東京メトロ丸ノ内線[御茶ノ水駅]下車徒歩3分・千代田線[新御茶ノ水駅]下車徒歩7分

主催：日本病理学会関東支部

世話人：東京医科歯科大学 江石義信(人体病理学分野 教授)

北川昌伸(包括病理学分野 教授)

総会：13:00～13:30 (受付開始：12:00～)

学術集会：13:35～16:50

「食道疾患の臨床と病理」

【特別講演】 13:35～15:15

1. 食道癌診療の歴史と現状 (13:35～14:00)

河野辰幸(東京医科歯科大学 食道胃外科)

2. 食道内視鏡診断・技術の進歩 - 拡大内視鏡などを中心に - (14:00～14:25)

川田研郎(東京医科歯科大学 食道胃外科)

3. 食道上皮内腫瘍の分類と診断基準 (14:25～14:50)

大倉康男(杏林大学医学部 病理学)

4. 特殊型食道癌の病理診断 (14:50～15:15)

大橋健一(虎の門病院 病理部)

Coffee Break 15:15～15:30

【一般演題】 15:30～16:50 1演題につき講演15分、討論5分

1. "Long-segment Barrett esophagus"に発生したBarrett腺癌の一例 (15:30-15:50)

根木真理子(東京医科歯科大学大学院 人体病理学分野)

座長：九嶋亮治(国立がんセンター中央病院 臨床検査部病理)

2. EMR施行後にリンパ節再発をきたしたT1a-MM, ly0, v0食道扁平上皮癌の一部検例 (15:50-16:10)

渡嘉敷唯司(がん・感染症センター都立駒込病院 病理科)

座長：伴慎一(済生会川口総合病院 病理診断科)

3. 表層拡大型食道悪性黒色腫の一例 (16:10-16:30)

松原亜季子(国立がんセンター中央病院 臨床検査部病理)

座長：根本哲生(がん・感染症センター都立駒込病院 病理科)

4. 食道表在癌に対して放射線照射，化学療法後8年，同部位に内腔狭窄，隆起性病変生じ，手術に至った一例 (16:30-16:50)

日比谷孝志(虎の門病院病理部)

座長：大倉康男(杏林大学医学部病理学)

【幹事会】 5号館2階第2ゼミナール室(11:00～12:00)

【標本供覧】 5号館3階第1ゼミナール室(12:00～16:00)

【懇親会】医歯学総合研究棟II期棟15階病理学教室医局(17:00-18:30)

連絡・問い合わせ先： 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理学 江石義信  
〒113-8519 文京区湯島 1-5-45  
E-mail: eishi.path@tmd.ac.jp / Tel: 03-5803-5660 FAX:03-5803-0174

5号館 への道順； 矢印に従って、起伏のある通路を抜けていらしてください。



【特別講演 1】 13:35 ~ 14:00

司会 江石義信  
(東京医科歯科大学人体病理学)

食道癌診療の歴史と現状

河野辰幸

東京医科歯科大学医学部附属病院 食道・胃外科

食道癌の治療成績は最近の 30 年間で急速に向上しており、生命予後のみならず遠隔期の QOL を十分に考慮して治療にあたるべき段階となった。成績向上の最も大きな要因は表在性食道癌が日常的に発見されるようになったことであり、それに応じて開発された内視鏡的切除術など内視鏡治療法の積極的活用である。さらに、放射線照射や化学療法が食道癌集学的治療における地位を一層高めるとともに、化学放射線療法が標準的治療法の一つとしての立場を確立したことも特筆される。このことは、食道癌治療における外科的アプローチと内科的アプローチとの垣根が従来にもまして低くなり、常に相互の関係を考慮しつつ食道癌の診療に当たらなければならないことを示している。

外科手術は癌の局在が明らかで切除郭清領域にその全てが含まれる場合には極めて効果的で、患者満足度も高い治療法である。しかし、多くの問題点も残しており、癌の転移診断能の改善とともに手術侵襲の低減、手術合併症の最少化、そして遠隔期における QOL の低下を最少に止めるための工夫が求められている。また、化学放射線療法など食道温存療法の補助手段として、救済手術の役割も増大すると考えられる。一方、従来は困難と考えられた外科治療後早期の化学放射線療法なども、手術成績の安定してきた今日、食道癌治療成績向上のためより積極的に考慮すべき状況となっている。

【特別講演 2】 14:00 ~ 14:25

食道内視鏡診断・技術の進歩 - 拡大内視鏡などを中心に -

川田研郎

東京医科歯科大学医学部附属病院 食道・胃外科

食道癌の内視鏡診断においては、電子内視鏡の導入により画質が着実に向上を続け、ヨード染色・トルイジンブルー染色などの色素内視鏡の工夫もあり、先達の多くの苦勞があつて、診断学が整理された。最近の 10 年はさらに後述する機器の進歩及び治療技術の向上が見られ、それとともに診断能が向上した。専門施設や診断の達人だけが食道癌を診断・治療できる時代から、内視鏡を握り始めた初心者でも早期発見できる時代になりつつある。

食道領域の診断・技術における近年の進歩とは？

- 1) 拡大内視鏡の導入 拡大観察機能がついたスコープによる表面の血管形態の変化による診断 (井上分類・有馬分類)
- 2) 超拡大内視鏡 (Endocytoscopy) の研究 細胞が見える内視鏡の開発
- 3) 画像強調内視鏡 (NBI・FICE) の導入 視認性の向上
- 4) 極細径経鼻内視鏡の導入 検査の受容性の向上 等があげられる。臨床例における「新しい内視鏡」の実際を踏まえて食道内視鏡診断の現状と展望につき報告する。

【特別講演 3】 14:25 ~ 14:50

司会 北川昌伸  
(東京医科歯科大学包括病理学)

#### 食道上皮内腫瘍の分類と診断基準

大倉康男  
杏林大学医学部病理学

2007年に食道癌取扱い規約が改訂され、“上皮内腫瘍 *intraepithelial neoplasia*” が新たに記載された。その定義は、「上皮の構造ならびに細胞の異常から腫瘍と判定される病変のうち、上皮内に限局するもの（非浸潤性の上皮内腫瘍性病変）を指す」である。この改正は2000年に出された *The WHO Classification Tumours of the Digestive System* に準じたものであり、*dysplasia*、*carcinoma in situ*、*atypia* の用語にまつわる混乱を解消するためと説明されている。しかし、従来の異形成 *dysplasia* と同じものであるとの説明もあり、*dysplasia* でみられた問題を解決してはいないようである。腫瘍性病変をどのように形態学的に定義し、認識するのかを明確にする必要がある。

上皮内腫瘍は、低異型度上皮内腫瘍と高異型度上皮内腫瘍に分類されている。前者は腫瘍細胞が上皮内の深層 1/2 までにとどまるものであり、後者はそれ以上を占めるものと定義されている。そして、後者には上皮内癌が含まれている。しかし、その分類は、*dysplasia* あるいは上皮内癌を層構造で診断することをやめた組織診断学とは立場を異にするものである。そのために病理医間の診断に混乱がみられている。亜分類の問題点を検証し、上皮内腫瘍をどのように取り扱うべきかについて述べてみたい。

【特別講演 4】 14:50 ~ 15:15

#### 特殊型食道癌の病理診断

大橋健一  
虎の門病院病理部

今回の講演では扁平上皮癌、腺癌以外の悪性腫瘍のいくつかを対象を絞って解説を試みたい。腺扁平上皮癌は、それぞれの成分が容易に認識できる20%以上を占めるような癌に対して用いられている。粘表皮癌は扁平上皮癌胞巣に粘液含有細胞を含むものであるが、唾液腺に生じるような典型例はまれであり、予後は不良とされ、腺扁平上皮癌との鑑別が問題となる。類基底細胞癌は早期では粘膜下増殖型を示し、基底細胞に類似した腫瘍細胞が充実胞巣、*Comedo* 壊死、*microcystic structure* を形成して増殖する。胞巣内外に基底膜成分の沈着を伴う。予後は不良とする報告と、通常の扁平上皮癌と有意な差はないとする報告が有る。腺様嚢胞癌については類基底細胞癌との鑑別、異同が問題となるが、極めてまれとされ、筋上皮を伴った二相性配列、上皮性粘液を含む小導管様構造を認める。内分泌細胞癌は従来小細胞癌、未分化癌とされてきたが、神経内分泌マーカーが診断に有用である。上皮内、浸潤部に扁平上皮癌を伴うことが多いが、遠隔転移、再発の頻度が高く、確実に診断する必要がある。癌肉腫は従来、いわゆる癌肉腫、偽肉腫、真性癌肉腫に分けて記載されていた。しばしば基部が狭い隆起病変を形成し、連続した周囲上皮内に扁平上皮癌成分を有している。悪性黒色腫は下部、中部食道に多く発生し、上部ではまれとされる。隆起性病変を形成し、周囲に *radial growth phase, in situ* 像を形成する。原発を確認するには *Junctional activity* を観察することが重要であるが、病変が進行するとしばしば困難である。

症例 1 15:30-15:50

座長：九嶋亮治

国立がんセンター中央病院臨床検査部病理

“Long-segment Barrett esophagus” に発生した Barrett 腺癌の一例

根木真理子<sup>1</sup>、伊藤栄作<sup>1</sup>、河内 洋<sup>1</sup>、千葉哲磨<sup>1</sup>、猪狩 亨<sup>1</sup>、三浦圭子<sup>1</sup>、廣岡信一<sup>1</sup>、河野辰幸<sup>2</sup>、明石 巧<sup>1</sup>、江石義信<sup>1</sup>

1 東京医科歯科大学人体病理学 2 同 食道胃外科

【症例】70代女性【既往歴】乳癌（1998年）【臨床経過】1994年から食道裂孔ヘルニア、1998年から逆流性食道炎にて経過観察されていた。2004年11月に内視鏡的検査が行われ、Grade Dの逆流性食道炎とともに、長さ6cmにおよぶパレット食道が認められた。2006年4月には上切歯列より28-30cm、後壁～右壁に白苔附着のある不整形の発赤面が認められ、同部位からの生検が行われた。組織学的には高分化型管状腺癌が認められたが、食道腺の導管や非腫瘍性の円柱上皮が含まれており、パレット腺癌と病理診断された。3ヵ月後、非開胸食道抜去後縦隔胃管再建術が施行された。【手術材料】組織学的に確認できる最も肛門側の食道腺から、円柱上皮が最大で5.5cm口側に分布する“long-segment Barrett esophagus”であり、その中に5.5×4cmの0-c+0-a病変が認められた。高分化管状腺癌の成分が主体だが、一部に中分化～低分化型腺癌の成分も含まれていた。深層粘膜筋板までの病変で、脈管侵襲、およびリンパ節転移は認められなかった[pT1a-DMM,ly0,v0 pN0]。背景には胃底腺型、偽幽門腺型、特殊円柱上皮型のパレット上皮が認められたが、口側先進部の特殊円柱上皮領域の内部に異型上皮が局面をもって分布していた。【結語】逆流性食道炎の経過観察中に、生検材料にて病理学的にパレット腺癌と診断しえた“long-segment Barrett esophagus”の症例を経験したので、各種免疫組織学的検討を加えて報告する。

症例 2 15:50-16:10

座長：伴慎一

済生会川口総合病院病理診断科

EMR施行後にリンパ節再発をきたしたT1a-MM,ly0,v0食道扁平上皮癌の一例

渡嘉敷唯司<sup>1</sup>、立石陽子<sup>1</sup>、根本哲生<sup>1</sup>、船田信顕<sup>1</sup>、錦織達人<sup>2</sup>、出江洋介<sup>2</sup>、門馬久美子<sup>3</sup>

1. がん・感染症センター都立駒込病院病理科 2. 同 食道外科 3. 同 内視鏡科

【症例】60代男性【既往歴】7年前胃全摘、術後化学療法【喫煙歴】なし【飲酒歴】日本酒1合/日【現病歴】胃癌術後のフォローアップ中、Mt領域に食道表在癌を指摘され内視鏡的切除(EMR)。EMRの2年8ヶ月後に上縦隔リンパ節(106recR)径が増大。食道癌の転移/再発と考え、放射線化学療法施行。腫瘍径の増大続き化療追加するも、EMR4年後に気管支食道瘻を形成し、肺炎により死亡。【EMR材料病理所見】Squamous cell carcinoma, moderately differentiated, 0-IIa+IIc, 2.3×1.0cm, T1a-MM, INFb, ly0, v0, HM0, VM0【剖検所見】1)106recRを含む上縦隔に4.5cm大の腫瘍、食道・気管支へ穿破、瘻を形成。他にリンパ行性・血行性転移を認めず、2)胃癌術後、3)CML慢性期、4)両側気管支肺炎。【EMR材料の再検索と考察】EMR材料は当初の検索において2mm間隔で組織標本が作製されたが、脈管侵襲も微小胞巣の滴状浸潤も明らかでなかった。剖検後、2度にわたり薄切を追加し最終的にリンパ管侵襲像を見出した。手術材料を用いた検討では食道扁平上皮癌はMM癌においても6-18%の頻度でリンパ節転移があることが報告されている。食道癌の適切な内視鏡治療のためには十分な病理学的検索が重要であり、特にMM以深の病変においては、標本上脈管侵襲像が指摘できなくとも、転移の可能性を念頭に置いた対応が必要である。

症例3 16:10-16:30

座長：根本哲生  
がん・感染症センター都立駒込病院病理科

表層拡大型食道悪性黒色腫の一例

松原亜季子、小山大河、谷口浩和、関根茂樹、  
九嶋亮治

国立がんセンター中央病院 臨床検査部病理

【症例】60代前半 女性

前医にて、十二指腸潰瘍に対して年1回内視鏡で経過観察中、5年前より食道メラノシスを指摘されていた。メラノシスの一部にできた隆起より生検したところ悪性黒色腫と診断され、当院に紹介となった。

内視鏡では、門歯より23cmの部位から遠位側に散在性のメラノシスがみられた。40cmから43cm(Lt)に凹凸不整な黒色隆起があり、0-IIa+IIb, 30mmと診断された。CTでは、明らかなリンパ節転移および遠隔転移なしと判断された。また皮膚病変は認められなかった。食道亜全摘術が施行された。肉眼的には濃淡のある黒色地図状病変で、最も黒色が目立ち隆起を伴うのはLt左壁であるが、Mt右壁に色調はやや薄い黒色調の領域がみられた。組織学的には悪性黒色腫で、Ltの隆起部分でわずかに粘膜下層に浸潤していたが、Mtの部分も含めて大部分で粘膜内にとどまっていた。脈管侵襲像、リンパ節転移は見られなかった。明らかに悪性黒色腫と出来る部分の外側にも、異型メラノサイトが扁平上皮の基底部分を側方に進展しており、範囲診断に苦慮した。術後、現在まで再発は見られていない。

症例4 16:30-16:50

座長：大倉康男  
杏林大学医学部病理学

食道表在癌に対して放射線照射、化学療法後8年、同部位に内腔狭窄、隆起性病変生じ、手術に至った一例。

日比谷孝志<sup>1,2</sup>、井上雅文<sup>1</sup>、黒田陽子<sup>1</sup>、中山大子<sup>1</sup>、大田泰徳<sup>1</sup>、井下尚子<sup>1</sup>、藤井丈士<sup>1</sup>、大橋健一<sup>1</sup>

1. 虎の門病院病理部、2. 東京大学大学院医学系研究科人体病理学

【症例】74歳男性 1998年食道癌(cT1 N0 M0, stage )と診断され、CRT(total 60Gy+FP 2コース)施行した。経過中生検では異型上皮が認められた。2006年頃より同部位に隆起性病変を生じた。生検では異型上皮、間質の肉芽反応と考えられ、内視鏡下食道狭窄バルーン拡張術が繰り返し施行された。2009年2月、隆起病変、周囲の不染帯より生検でsquamous cell carcinomaと診断され、手術となった。

【病理所見】中部食道に25mm大の隆起病変と周囲に50mm長におよぶ淡染、不染帯を認めた。淡染、不染帯はm1相当の扁平上皮癌であるが、口側ではいわゆるdysplasiaに相当する像も認められた。隆起部では粘膜固有層から一部粘膜下層にかけて異型紡錘形細胞の密な増生を認めた。扁平上皮癌との移行は不明瞭であり、免疫染色ではAE1/3一部弱陽性、vimentin(+), SMA(-), CD34(-), desmin(-), S100(-), p53(+), Mib-1 10-20%であった。リンパ節転移は認めなかった。間質、血管壁には放射線照射に伴う硝子様変性が目立った。

【考察】扁平上皮癌と異型紡錘状細胞の増殖を一元的にとらえてso-called carcinosarcomaと考えたが、臨床経過、組織像が妥当なのか、放射線照射後に生じる異型肉芽反応との鑑別について御教示願いたい。