

第 48 回日本病理学会関東支部学術集会

日時 : 2010 年 9 月 4 日 (土)
会場 : 東京医科大学病院 本館 6F 臨床講堂
主催 : (社) 日本病理学会関東支部会
世話人 : 長尾俊孝 (東京医科大学人体病理学講座)

[スケジュール]

11:00~12:00	幹事会 (特別会議室)
12:00~	受付開始
12:00~16:00	標本供覧 (第 1 会議室)
13:00~13:05	開会の辞・連絡事項
13:10~14:40	特別講演 1~3 (臨床講堂)
14:40~15:10	コーヒーブレイク (第 1 会議室)
15:15~16:55	一般演題 1~5 (臨床講堂)
16:55~17:00	閉会の辞
17:15~19:00	懇親会 (カフェテリア)

連絡・問い合わせ : 東京医科大学人体病理学講座 佐藤永一, 長尾俊孝
〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1
電話 : 03-3342-6111 (内) 3522
Fax: 03-3342-2062
E-mail: pathol-1@tokyo-med.ac.jp

【特別講演】 13:10～14:40 (臨床講堂)

テーマ：胃癌取扱い規約改訂のポイントと注意点 –臨床・病理双方の観点から–
座長：獨協医科大学日光医療センター病理部 加藤 洋 教授

[特別講演 1] 13:10～13:40

胃良悪性境界病変の内視鏡所見とその新胃癌取扱い規約に基づいた対応
東京医科大学病院内視鏡センター 河合 隆 教授

[特別講演 2] 13:40～14:10

胃癌取扱い規約第 14 版からみた組織診断
国立がん研究センター中央病院病理科 九嶋亮治 先生

[特別講演 3] 14:10～14:40

胃癌取扱い規約第 14 版：病理分類の改訂のポイント
杏林大学医学部病理学教室 大倉康男 教授

【一般演題】 15:15～16:55 1 演題につき発表 15 分，討論 5 分

(一般演題 1) 胃癌由来 Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy の 6 症例
(15:15~15:35) 大久保陽一郎 (東邦大学医学部 病院病理学講座)，他
座長：藤井丈士 (虎の門病院病理部)

(一般演題 2) 扁平上皮への分化を伴った頸部原発の Ewing sarcoma/
(15:35~15:55) primitive neuroectodermal tumor (ES/PNET) の一例
神戸美千代 (千葉大学)，他
座長：草間 博 (東京医科大学人体病理学講座)

(一般演題 3) 胃幽門前庭部粘膜下腫瘍の 1 例
(15:55~16:15) 池村雅子 (東京大学医学部附属病院病理部)，他
座長：高橋芳久 (帝京大学医学部病理学講座)

(一般演題 4) High-grade fetal adenocarcinoma と考えられた肺癌の 1 例
(16:15~16:35) 河合繁夫 (がん・感染症センター都立駒込病院病理科)，他
座長：中谷行雄 (千葉大学大学院医学研究院診断病理学)

(一般演題 5) 癌性胸腹水の発症におけるリンパ管小孔への癌転移の意義
(16:35~16:55) 大城 久 (東京医科大学人体病理学講座)，他
座長：石田康生 (帝京大学ちば総合医療センター病理部)

[特別講演 1]

胃良悪性境界病変の内視鏡所見とその新胃癌取扱い規約に基づいた対応

河合 隆
東京医科大学病院内視鏡センター

近年内視鏡の進歩はめざましい。1つはスコープの細径化することにより、苦痛軽減につながる細径経鼻内視鏡、他方は拡大・画像強調機能を併用することにより、腫瘍血管、細胞レベルを観察可能とした NBI 拡大内視鏡及び Endocytoscopy がある。

当院では、境界領域病変の診断を得た症例に対してはこの両者を用いて対応している。すなわち病理学的に境界領域病変と診断された場合、短期的に内視鏡を経過観察する場合、苦痛が伴うと患者が応じない場合があり、そのような際は、経鼻内視鏡にて経過観察を行っている。さらに組織の消炎を行うため *H.pylori* 除菌したのちに行うこともある。一方内視鏡的にも悪性が否定できない場合は、NBI 拡大観察(腫瘍血管観察)を行い、拡大観察にて、悪性は強く疑われる場合、診断的治療を含めて内視鏡的切除を行っている。症例を提示しながら報告する。

[特別講演 2]

胃癌取扱い規約第 14 版からみた組織診断

九嶋亮治
国立がん研究センター中央病院病理科

胃癌取扱い規約第 14 版における腫瘍の組織学的分類基準は 11 年前に発刊された第 13 版と大きな相違はないが、他規約との整合性と最近の胃病理学の状況を考慮してマイナーチェンジされた。上皮性腫瘍の組織診断に直接関係することで加筆、改訂されたものは次の通りである。

- 癌を亜分類するときは、量的に優勢な組織像に従うが、異なる組織型を含む場合は優勢像から列記するようにした（例：por 2 > sig）。
- 一般型の胃癌の一部に特殊型の組織像がみられるものや、癌に腺腫、腫瘍様病変あるいは特殊な消化管ポリポースが併存するものは、その旨を診断に付記する、とした。
- 腺腫を加え、管状腺腫（腸型と胃型）について説明した。
- 管状腺癌、中分化（tub 2）で手繋ぎ型（横這い型）の分岐・癒合所見を示した。
- 低分化腺癌（por 1）に含まれていたリンパ球浸潤癌を特殊型のひとつとした。低分化腺癌の生検診断と粘膜内癌では必ずしも充実型（por 1）と非充実型（por 2）に亜分類をする必要はないことを記した。
- 印環細胞癌の粘膜内病変としての層構造を示した。
- カルチノイド腫瘍を少し詳しく説明し、新 TNM 分類を紹介した。内分泌細胞癌を特殊型のひとつとし、小細胞型と大細胞型についての説明を加えた。
- 肝様腺癌と未分化癌も特殊型に加えた。
- その他の癌として絨毛癌、癌肉腫、浸潤性微小乳頭癌、胎児消化管上皮類似癌と卵黄囊腫瘍類似癌をあげた。

関東支部会当日は上記の意義について述べ、オリジナルの規約写真を含め、関連する自験例等を呈示したい。

[特別講演 3]

胃癌取扱い規約第 14 版:病理分類の改訂のポイント

大倉康男
杏林大学医学部病理学教室

胃癌取扱い規約第 13 版の発刊から 10 年近くが経過し、この間に胃癌の診断、治療が著しく進歩したこともあり、規約改訂の検討が数年前から続けられてきた。改訂は国際分類である TNM 分類とできるだけ整合性を図るように検討されてきたが、その TNM 分類が発刊の直前に改訂されたこともあり、本年 3 月に胃癌取扱い規約第 14 版がようやく刊行されることになった。TNM 分類だけでなく、これまでは記載が異なっていた食道癌取扱い規約や大腸癌取扱い規約とできるだけ統一するように図られたこともあり、壁深達度、リンパ節転移、切除断端、粘膜切除標本の脈管侵襲の記載などが変わり、進行度分類、Group 分類の内容が変更されている。また、病理組織分類は、良性上皮性腫瘍、非上皮性腫瘍、および腫瘍性病変を含めた分類になり、生検組織診断分類 (Group 分類) の運用法が変更されている。それらの改訂点について解説したい。

(一般演題 1)

座長：藤井丈士
(虎の門病院病理部)

胃癌由来 Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy の 6 症例

大久保陽一郎¹⁾、根本哲生¹⁾、若山 恵¹⁾、横瀬智之²⁾、北原加奈子¹⁾、羽鳥 勉¹⁾、密田亜希¹⁾、平野孝幸¹⁾、笹井大督¹⁾、下平佳代子¹⁾、職 玉殊¹⁾、渋谷和俊¹⁾

¹⁾東邦大学医学部病院病理学講座、²⁾神奈川県立がんセンター病理診断科

1990 年に Herbay らが提唱した pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) は、肺動脈の線維細胞性内膜肥厚、腫瘍塞栓、器質化血栓を組織学的特徴とする疾患概念である。生前診断は極めて困難とされ、症例報告は散発的に出されるものの、複数症例を用いた系統的な検索は十分に行われていないのが現状である。今回我々は、東邦大学医療センター大森病院の過去 8 年間の剖検症例から胃癌由来 PTTM と考えられる 6 症例を抽出し、PTTM をひきおこす胃癌の特徴を検討した。さらに内膜肥厚が肺循環動態にどのような影響を及ぼすのかを明らかにすべく、形態計測的手法を用いて血管径と病変との関連を検討しており、現時点で得られた知見を報告する。

(一般演題 2)

座長：草間 博

(東京医科大学人体病理学講座)

扁平上皮への分化を伴った頸部原発の Ewing sarcoma/primitive neuroectodermal tumor (ES/PNET) の一例

神戸美千代¹⁾、岸本 充¹⁾、山崎一樹²⁾、
廣島健三³⁾、田中水緒⁴⁾、田中祐吉⁴⁾、
堀江 弘⁵⁾、中谷行雄¹⁾

¹⁾千葉大学、²⁾同 耳鼻咽喉科、³⁾東京女子医大八千代医療センター、⁴⁾神奈川県立こども医療センター、⁵⁾千葉県立こども病院

【症例】11歳女児。2009年9月頃から右頸部腫瘍を自覚、12月に当院耳鼻咽喉科にて腫瘍核出術を受けた。

【病理所見】核出された腫瘍は 58 x 38 x 19 mm 大の灰白色充実性腫瘍であった。組織学的には円形核を有する細胞質の乏しい均一な腫瘍細胞が、壊死を伴い不整形な胞巣を形成し充実性に増殖し、一部に角化を呈する扁平上皮への分化を認めた。また間質には紡錘形の異型細胞を認め、腫瘍成分であることが疑われた。

腫瘍細胞は PAS 陽性で、免疫組織学的に CD99, FLI-1 および上皮マーカー (CAM5.2, CK-34βE12) に陽性であった。また EWSR1 exon 7-FLI1 exon 6 の融合遺伝子を認めた。

【まとめ】以上より Extraskelatal adamantinoma-like Ewing sarcoma/primitive neuroectodermal tumor と診断した。自験例では、高分子サイトケラチンを含む上皮性マーカーの発現に加え、形態的に扁平上皮への分化を伴っていた。Weinreb らが報告した頸部原発の Ewing family tumor (EFT) との類似性もあり、EFT の多様性を知ることが診断の一助になると思われた。

(一般演題 3)

座長：高橋芳久

(帝京大学医学部病理学講座)

胃幽門前庭部粘膜下腫瘍の 1 例

池村雅子、高澤 豊、深山正久

東京大学医学部附属病院病理部

【症例】27歳女性。1か月程前より、タール便、心窩部痛が出現したため他院を受診し、幽門前庭部の粘膜下腫瘍を指摘された。手術目的のため当院入院し、開腹胃局所切除が施行された。

【病理所見】検体は 4.6 x 3.0 x 2.8 cm。筋層を主体とし、粘膜固有層や漿膜下層に広がる myxomatous な腫瘍を認める。小結節状の広がりを示し、漿膜表面にも小結節の集簇を認める。組織学的には、紡錘形あるいは星芒状の腫瘍細胞が、背景に豊富な myxoid 基質や線維組織を伴い増生している。間質には小血管が比較的豊富に介在する。リンパ球や肥満細胞の浸潤が軽度みられる。腫瘍細胞の異型性は乏しい。免疫組織化学的に、腫瘍細胞は SMA(+), desmin(少数+), CD10(+), c-kit(-), CD34(-), CD31(一部に弱陽性), FactorVIII(-), bcl-2(-)であった。Mib-1 陽性率は数%程度。以上より 2007 年高橋らによって新たに提唱された plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor と考えた。

【問題点】病理診断について

(一般演題 4)

座長：中谷行雄

(千葉大学大学院医学研究院診断病理学)

High-grade fetal adenocarcinoma と考えられた肺癌の 1 例

河合繁夫¹⁾、磯貝 進²⁾、山内秀太²⁾、白井俊純³⁾¹⁾がん・感染症センター都立駒込病院病理科、²⁾青梅市立総合病院呼吸器内科、³⁾青梅市立総合病院胸部外科

【症例】65 歳男性【既往歴】胃癌 (por2>sig) にて胃全摘術(8 年前)【喫煙歴】20 本/日×18-57 歳【経過】間質性肺炎にて他院で経過観察されていたが、CT にて左 S9 に結節影を指摘され肺癌疑いにて青梅市立総合病院紹介・受診。TBLB にて腺癌の診断となり、左下葉切除・リンパ節郭清術が施行された。【組織学的所見】肉眼的に左下葉は全体的に硬度を増しており膨らみが悪かった。胸膜表面は鱗皮状の凹凸を示していた。断面にて S9b に 4.5×3.7×2.2 cm 大の多結節状を呈する境界明瞭な白色調の充実性腫瘍を認めた。背景肺には胸膜下優位に気腔の拡張と線維化が認められた。組織学的に、淡明な胞体と核小体明瞭な異型核を有する円柱状の腫瘍細胞が複雑な乳頭管状構造を示して増殖していた。一部にシート状増殖巣も見られたが morule の形成はなかった。腫瘍細胞は胞体にグリコーゲンを有し、粘液はほとんど見られなかった。腫瘍は拡張した気管支・細気管支内を充満するように増殖・進展する成分が主体をなしていたが間質浸潤も認められた。核分裂像や壊死巣も散見された。また肉腫成分は認められなかった。免疫染色にて腫瘍細胞は TTF-1(-)、NapsinA(-)、CK7(+:ごく一部)、CK20(+:partial)、AFP(+:partial)、β-catenin(細胞膜優位に+)、chromogranin(+:partial)、synaptophysin(+:partial)、CDX-2(+))を示した。背景には、気腫性変化が重なった UIP pattern を示す間質性肺炎の像が認められた。【まとめ】High-grade fetal lung adenocarcinoma と考えられたが、腸型腺癌や淡明細胞型腺癌との鑑別についてご教示頂きたい。

(一般演題 5)

座長：石田康生

(帝京大学ちば総合医療センター病理部)

癌性胸腹水の発症におけるリンパ管小孔への癌転移の意義

大城 久^{1,2)}、奥寺康司²⁾、工藤朝雄³⁾、島津徳人³⁾、青葉孝昭³⁾、山中正二²⁾、長濱清隆²⁾、芹澤博美¹⁾、長尾俊孝¹⁾、五味 淳²⁾、長嶋洋治²⁾、矢澤卓也²⁾、下山田博明²⁾、青木一郎²⁾、稲山嘉明²⁾¹⁾東京医科大学人体病理学講座、²⁾横浜市立大学附属病院病理部、³⁾日本歯科大学生命歯学部病理学講座

【緒言】リンパ管小孔は漿膜に開いている穴で、体腔の物質を漿膜下リンパ管へ排導する機能を有する他、癌転移のルートとしても注目されている。本研究は、癌性胸腹水の発症における癌のリンパ管小孔の関与の有無を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】担癌患者の剖検例 58 例を対象とした。剖検時胸腹水を採取し、全身臓器を観察した。【結果】(1) 癌性胸腹水の有無にかかわらず、横隔膜腹側および肺靭帯にリンパ管小孔が観察された。(2) 左右いずれも癌性胸水陽性例では陰性例に比べて、癌の胸膜播種、肺門リンパ節転移、肺靭帯リンパ管小孔転移、静脈角リンパ節転移の頻度が有意に高かった。多変量解析では肺靭帯リンパ管小孔転移のみが癌性胸水を予測する独立した因子であった。(3) 癌性腹水陽性例では陰性例に比べて、癌の腹膜播種、腹膜侵襲、横隔膜リンパ管小孔転移、上腹部傍大動脈リンパ節転移、組織型腺癌、原発巣胆道の頻度が有意に高かった。多変量解析では横隔膜リンパ管小孔への転移のみが癌性腹水を予測する独立した因子であった。【考察】肺靭帯および横隔膜腹側のリンパ管小孔への癌の転移は、それぞれ癌性胸水および癌性腹水の発症に寄与している可能性が示唆された。