

## 第 49 回 (社) 日本病理学会関東支部学術集会

### (第 131 回東京病理集談会)

日 時 : 平成 22 年 12 月 11 日 (土)

会 場 : 日本医科大学 (教育棟講義室) ※地図等は案内ポスター (別紙) をご覧ください。

会 費 : 1,000 円

主 催 : 社団法人 日本病理学会関東支部

世話人 : 日本医科大学病理学講座 (統御機構・腫瘍学) 内藤 善哉

#### <スケジュール>

11:00-12:00 幹事会 (日本医科大学 橘桜会館 1 階 第一会議室)

12:00~ 受付開始 (日本医科大学 教育棟 2 階 講堂前)

12:00-16:00 標本供覧 ( // 教育棟 2 階 講義室 2)

13:00-14:30 特別講演 2 題 ( // 教育棟 2 階 講堂)

14:30-14:50 コーヒーブレイク ( // 教育棟 2 階 講義室 2)

14:50-17:30 一般演題 (剖検例 6 題) ( // 教育棟 2 階 講堂)

17:30-19:00 懇親会 ( // 橘桜会館 地下 1 階)

連絡・問い合わせ : 日本医科大学病理学講座 (統御機構・腫瘍学) 内藤 善哉・石渡 俊行

〒113-8602 東京都文京区千駄木 1-1-5

Tel. 03-3822-2131 内線 5232 Fax. 03-5814-6274

e-mail : [naito@nms.ac.jp](mailto:naito@nms.ac.jp)

<プログラム（敬称略）>

13:00～13:10 挨拶・演者紹介 内藤 善哉

**【特別講演】 「病理に関係する医療問題・訴訟について」 13:10～14:30**

13:10～13:40

1. 病理医の立場から 佐々木 毅(横浜市立大学附属市民総合医療センター病理部)  
座長：石渡 俊行（日本医科大学病理学講座（統御機構・腫瘍学））

13:40～14:30

2. 弁護士の立場から 麻生 利勝(麻生総合法律事務所)  
座長：土屋 眞一（日本医科大学付属病院病理部）

関東支部会幹事会報告：支部長 加藤 良平（山梨大学医学部人体病理学講座）

**【一般演題】 14:50～17:30**

813. 羊水過少と無尿を認め、腎レニン高発現が見られた renal tubular dysgenesis の一例

小沼 純子（慶應義塾大学医学部病理学教室）

座長： 福澤 龍二（都立小児総合医療センター検査科）

814. BP系薬剤関連顎骨壊死（BRONJ）を来した慢性関節リウマチ・乳癌術後の一部検例

竹本 暁（東京医科歯科大学病理）

座長： 上田 善彦（獨協医科大学越谷病院病理部）

815. 巨細胞性心筋炎の可能性が疑われた補助人工心臓装着症例

山口 浩（埼玉医科大学国際医療センター病理診断科）

座長： 石井 壽晴（東邦大学医学部病理学講座）

816. 酵素補充療法4年目に脳出血で死亡した古典的 Fabry 病の一部検例

許田 典男（日本医科大学病理学講座（統御機構・腫瘍学））

座長： 小林 槇雄（東京女子医科大学病理学第一講座）

817. 難治性頭痛の経過中、出血傾向、呼吸不全をきたし死亡した61歳男性

廣井 敦子（東京女子医科大学病理学第一講座）

座長： 澁谷 誠（東京医科大学茨城医療センター病理診断部）

818. AML発症後8年、2回目の同種造血幹細胞移植後に吐血を契機に発見された多発食道腫瘍の1剖検例

森田 茂樹（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： 清水 道生（埼玉医科大学国際医療センター病理診断科）

## 【特別講演】

### 「病理に関係する医療問題・訴訟について」

#### 1. 病理医の立場から

佐々木 毅

横浜市大附属市民総合医療センター 病理部

病理医に関わる医療紛争が漸増傾向にある。その医療紛争の内容には病理医が下した病理診断・細胞診断に直接関連した紛争、管轄下に勤務する臨床検査技師に関する紛争、病理医がかかわった診断・剖検に関しての患者・家族・臨床医間の紛争、あるいは最近では剖検診断に関する臨床医と病理医間の紛争など多岐にわたっている。大きく分けると病理医が医療紛争に関わる場合には、医療紛争の当事者になる場合と、患者―臨床医間の紛争などに間接的に関わる場合、および紛争の鑑定人になる場合などがあるが、それらを実際の紛争事例を含めて紹介する。また臨床細胞学会の「医療安全セミナー」でも取り上げられた、細胞診の「医師のサイン」に関しても、実態と意識調査のための私的アンケートを実施したので、その結果を紹介すると同時に麻生先生からのご意見・アドバイスを仰ぎたい。

#### 2. 弁護士の立場から ―病理と訴訟について

麻生 利勝

麻生総合法律事務所 (弁護士・法学博士)

「病気」と「治療」の定義に仮説を提案し、「医療」とは何かを考えることから「医療責任」を法的に再評価する。裁判上の判断とて被害感情から自由ではない、「嫌悪、差別の感情」は回避すべきだが、人間は「社会的に共存する不完全で過ちを犯しやすい生き物である。」との本質を理解するよう関係者に求めたい。その上で、裁判所が過失責任を問う医療水準は、個人的差異、地域並びに施設格差等を公正かつ合目的に考慮し、かつ関係者の恣意性を排除するために可能な限り数値化し、適宜見直し、一部の鑑定人評価を避けて学会・専門委員会等で策定することを推奨したい。

裁判の医療訴訟に関する判断は、「法廷内真実」を前提とする。該真実は、裁判官の自由心証により形成されるだけに判断の資質が問われる。医療裁判は、医師同士（被告と鑑定人）の争いにしてはならない。そのための「医療に関する法的危険管理」システムの構築を提案する。

813. 羊水過少と無尿を認め、腎レニン高発現が見られた renal tubular dysgenesis の一例

小沼純子、木村徳宏、岡田保典  
慶應義塾大学医学部病理学教室

**【症例】**0歳女性(日齢21日)

**【家族歴】**特記すべき事なし

**【臨床経過】**妊娠26週までは妊娠経過に異常はなかったが、妊娠28週より羊水過少を認め、経過観察されていた。胎児エコーでは、両側腎臓は確認できたが膀胱は明らかでなかった。妊娠34週5日に羊水過少の進行と子宮内胎児発育遅延の為、帝王切開で出生した。出生時体重1786g、APGAR score 8/8であった。著明な肺低形成で両側気胸と遷延性肺高血圧症を併発し、人工呼吸器管理、NO吸入療法が行われた。また、出生時より継続して無尿であり、輸液にて電解質・酸塩基バランスの補正が行われた。しかし、全身状態は徐々に悪化し、日齢21日に死亡した。

**【剖検所見】**剖検時、両側耳介低位、大泉門の拡大、全身浮腫を認めた。腎は、全体の大きさは保たれていたが腎錐体が小さく、CD10陽性の尿細管(近位尿細管に相当)が見られなかった。細動脈の壁構造の乱れを認めた。レニンの免疫染色では、細動脈壁からメサンギウムにかけて多数のレニン陽性細胞が見られた。両側肺は低形成であった。

**【問題点】**

- (1) 診断は renal tubular dysgenesis で良いか。
- (2) レニン高発現の意義は。
- (3) 糸球体、尿細管構造があるのにも関わらず無尿であった原因は。

**【配布標本】** 腎 1切片

814. BP系薬剤関連顎骨壊死(BRONJ)を来した慢性関節リウマチ・乳癌術後の一部検例

竹本暁<sup>1)</sup>、市村香代子<sup>1)</sup>、櫻井うらら<sup>1)</sup>、廣岡信一<sup>1)</sup>、小林大輔<sup>1)</sup>、河内洋<sup>1)</sup>、細谷匡<sup>2)</sup>、明石巧<sup>1)</sup>、北川昌伸<sup>1)</sup>、江石義信<sup>1)</sup>

1) 東京医科歯科大学病理

2) 東京医科歯科大学膠原病リウマチ内科

**【症例】**53歳女性。関節リウマチ(RA)に対するステロイド治療中。46歳で右乳癌切除、その後全身骨転移を疑われ、ビスホスホネート(BP)を使用中に右顎骨壊死・骨髄炎、感染性心内膜炎を発症して死亡した。

**【剖検所見】**剖検では、下顎骨全体に骨皮質の壊死、髄腔内の細菌感染と線維化を認めた。大動脈弁には細菌性疣贅が付着し、脾・肝に好中球浸潤が認められた。RAの活動性滑膜炎は認められなかったが、消化管と腎を主体に全身臓器にAA型アミロイドの沈着を認めた。乳癌の再発・転移は認められなかった。

**【考察】**BPは骨粗鬆症の薬として使われる。骨に沈着したBPは、脂質代謝を障害し、破骨細胞のアポトーシスを介して骨吸収を抑制する。BRONJの発症機序として、血管新生抑制や、BPの過度の蓄積が疑われたが、病態はよくわかっていない。本症例における顎骨壊死の病因についてはBRONJを考えたが、骨髄炎との因果関係、ステロイド治療の影響を含め、病因についてご意見を賜りたい。

**【配布標本】** 下顎骨 1切片

## 815. 巨細胞性心筋炎の可能性が疑われた補助人工心臓装着症例

山口浩<sup>1)</sup>, 清水禎彦<sup>2)</sup>, 永田耕治<sup>1)</sup>, 桜井孝規<sup>1)</sup>, 村田晋一<sup>1)</sup>, 安田政実<sup>1)</sup>, 清水道生<sup>1)</sup>

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科  
埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科

症例は51歳男性, 呼吸困難等の心不全症状が出現し, 精査により拡張型心筋症と診断された. 補助人工心臓治療の適応と判断され, left ventricular assist system (LVAS)の装着術が施行された. 同時に行われた心筋生検では多核巨細胞の浸潤が認められた.

その後の経過は比較的良好で心移植待機中の状態であったが, LVAS装着から約9ヵ月後, トイレで心肺停止の状態で見送られた. 頭部CTでは全大脳の浮腫, 脳幹部梗塞と評価された. 心拍は一旦再開したが, 徐々に全身状態が悪化し5日後に永眠となった.

胸部のみの局所解剖が行われた. 心臓は両室性の拡張を来し極めて軟であった. 組織学的には広範な線維化とリンパ球, 多核巨細胞の浸潤が認められた. サルコイドーシスや真菌感染等を示唆する所見は明らかでなかった. 巨細胞性心筋炎の可能性が考慮されたが定型例の経験に乏しいため, 学術集会当日は循環器病理専門の先生にご意見, ご教示を頂きたい.

[配布標本] 心 1切片

## 816. 酵素補充療法4年目に脳出血で死亡した古典的 Fabry 病の一部検例

許田典男, 松田陽子, 恩田宗彦, 内蔵善哉  
日本医科大学病理学講座 (統御機構・腫瘍学)

【症例】44歳男性. 10年前より狭心痛, 抑うつ気分などの訴えがあった. 4年前に皮膚の被角血管腫,  $\alpha$ -galactosidase A 活性の低下および exon7 の点変異が確認され, 古典的 Fabry 病と診断された. 診断後, 酵素補充療法が行われていたが, 脳梗塞や腎不全を併発したため慢性期病院に入院し加療されていた. 加療中, 痙攣発作を来し当院へ搬送となった. 頭部CTにて脳内出血を認め, 低体温療法施行されるが, 肺炎の併発と復温後脳ヘルニアの増悪を認め, 第13病日に死亡した.

【解剖所見】全身の血管壁 (主に平滑筋) への ceramide trihexoside (CTH)沈着と動脈硬化性変化およびそれに伴う臓器障害 (脳血管障害, 心筋虚血, 透析腎) の変化が強く認められた. また, 網内系臓器は肝臓 3700g, 脾臓 250g と顕著な臓器腫大を認めた. 心臓は 600g と顕著に肥大し, 心筋への CTH の沈着が認められた. 脳出血は脳室内穿破を来し, 帯状回ヘルニアおよびテント切痕ヘルニアを認め脳幹・小脳は高度に変形を来していた.

【問題点】Fabry 病での脳出血の報告は比較的稀とされているが, 一元的に考えてよいものか. また, 酵素補充療法により内皮細胞への CTH の沈着が消失するとの報告があり, 本症例でも同様の知見が得られたと考えるがご意見を伺いたい.

[配布標本] 心 1切片, 脳 1切片

817. 難治性頭痛の経過中、出血傾向、呼吸不全をきたし死亡した 61 歳男性

廣井敦子 山本智子 澤田達男 小林楨雄  
東京女子医科大学 病理学第一講座

【症例】 生来健康な 61 歳男性。約 1 カ月前より頭痛あり、各種鎮痛薬を処方されたが無効であった。今回大量下血により緊急入院した。入院時ショック状態で、意識障害、DIC も伴っていた。上部消化管内視鏡では胃潰瘍が多発し、一部に露出血管あり。髄液検査は初圧 283 mmH<sub>2</sub>O、細胞数 29/3、糖 56 mg/dl、蛋白 221 mg/dl。頭部画像所見から、ヘルペス脳炎や結核性髄膜炎が疑われ、抗ウイルス薬、抗結核薬が投与されたが改善なく、第 5 病日に呼吸状態が急激に悪化、第 6 病日に急激な低 Na 血症、高 K 血症、低血圧を来し永眠された。【病理所見】脳は 1,440 g で、実質内に病変はないが、硬膜は肥厚、硬膜下血腫を認めた。肺は左 930 g、右 1,180 g で、うっ血水腫が高度であった。消化管内容物は血性で、胃にはびらん、潰瘍が数か所に形成されていた。右副腎は 34 g で、径 2.5 cm の出血を伴う腫瘍を認め、胃、脾周囲、肺門部のリンパ節腫大もみられた。  
問題点：1. 頭痛の原因とその原疾患 2. 急激な呼吸状態悪化の病態

【配布標本】 硬膜 1 切片、肺 1 切片

818. AML 発症後 8 年、2 回目の同種造血幹細胞移植後に吐血を契機に発見された多発食道腫瘍の 1 剖検例

森田茂樹<sup>1)</sup>、池村雅子<sup>2)</sup>、後藤明輝<sup>2)</sup>、高澤豊<sup>2)</sup>、宇於崎宏<sup>1)</sup>、深山正久<sup>1,2)</sup>

- 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】 35 歳男性

【病歴】 剖検 8 年前(27 歳)、点状出血出現。前医で AML(M2)と診断され、化学療法(CR)。5 年前 CNS 再発が認められ、化学療法後、当院に転院。同種造血幹細胞移植を施行(CR②)。2 年前再々発に対し化学療法(CR③)。1 年前 3 度目の再発。化学療法後、8 カ月前、2 度目の同種造血幹細胞移植を施行(Day24 で生着、CR③)。6 か月前(移植後 2 カ月)から吐血、黒色便が複数回認められた。3 か月前 4.5L の大量吐血が見られ、緊急食道抜去術施行。内視鏡では徐々に増大する食道腫瘍が認められていた。術後、手術創へ感染及び膿胸を併発、死亡した。

【食道抜去術検体所見】 7.0x1.5x1.3cm までの褐色調腫瘍が多発している。周辺には淡褐色調を呈する領域が広がる。腫瘍部分は血腫で内部には血管増生が目立ち、血管の間及び腫瘍周辺部には核小体の明瞭な大型核を伴った細胞や紡錘形細胞の増生が認められる。淡褐色調領域では粘膜下にヘモジデリンの沈着を伴って、血管増生が目立つ。

【剖検所見】 残存する食道及び咽頭に φ 5mm までの既往と同様の血腫、血管増生を伴った病変が散見される。AML は寛解状態。術後の創部感染及び膿胸から広がった縦隔炎、心膜炎、腹膜炎を認め、肺炎及び前立腺炎も見られた。死因は呼吸不全。

【問題点】

1. 食道腫瘍の組織診断及び腫瘍形成に至った病態について

■供覧標本

1. 食道腫瘍(食道抜去術) 2. 咽頭, 食道(剖検時) ヴァーチャルスライドで標本の方を upload 致しました。

<http://pathol.umin.ac.jp/syudankai201012.html>にて提供しています。