

第 54 回日本病理学会関東支部学術集会

日 時：平成 24 年 3 月 24 日土曜日
会 場：横浜歯科技術専門学校講堂 西口校舎
主 催：（社）日本病理学会関東支部
世話人：神奈川歯科大学歯学部環境病理学・唾液腺健康医学 槻木 恵一

[スケジュール]

11:00-12:00 幹事会 横浜歯科技術専門学校 6F 講義室
12:00~ 受付
12:00-16:00 標本供覧 横浜歯科技術専門学校 2F 講堂内

13:00 開会挨拶 2F 講堂
13:10-14:30 特別講演
14:30-14:40 幹事会報告
14:40-15:00 休憩
15:00-16:40 一般演題
16:40-17:20 レクチャー
17:20 閉会挨拶

17:30-18:30 懇親会 1F

問い合わせ先 神奈川歯科大学
238-8580 神奈川県横須賀市稲岡町 82
046-822-8866
近藤裕介 (ktsukino@kdcnet.ac.jp)

ご挨拶

東日本大震災で被災されました皆様には心よりお見舞い申し上げますとともに、1日も早い復興をお祈り申し上げます。

この度、第54回日本病理学会関東支部学術集会の世話人を拝命し、平成24年3月24日に開催させていただくことになりました。日本病理学会関東支部は支部の中でも最も会員数が多く、伝統ある学術集会を神奈川歯科大学が担当することができ、支部長の山梨大学医学部加藤良平教授ならびに幹事会の役員の方をはじめ学会員の皆様に厚く御礼申し上げます。

会場はJR横浜駅から近くを選定いたしました。横浜は、湘南新宿ラインは栃木・埼玉方面、横須賀線は千葉方面、中央線—横浜線は山梨方面からアクセスしやすく比較的便利な場所です。また、特別講演としては、昨年「腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約」が新しく上梓されており、少しお使いになられたところでの様々な疑問にお応えできるよう企画いたしました。さらに、歯原性腫瘍分類も近年改定が行われおり、歯原性腫瘍の診断のポイントをレクチャーとして準備いたしました。

教室員一同、充実した学術集会になるよう鋭意努力してまいります。是非とも多数の会員の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

神奈川歯科大学歯学部
環境病理学・唾液腺健康医学
世話人 槻木 恵一

13:00 開会挨拶

13:10-14:30 特別講演

腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約について

演者：帝京大学医学部泌尿器科学 武藤 智 先生

北里研究所病院病理診断科 森永 正二郎 先生

座長：君津中央病院病理診断科 松寄 理 先生

14:30-14:40 幹事会報告（支部長）

14:40-15:00 休憩

15:00-16:40 一般演題 発表 15分 討論 5分

15:00-15:20 座長：森永 正二郎

急激に進行した気管癌の1例 がん研究会がん研究所病理部

佐藤 由紀子 先生他

15:20-15:40 座長：増永 敦子

胸腺原発と考えられた腺癌の1例 埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科他

川野 竜太郎 先生他

15:40-16:00 座長：入江 太郎

右顎下腺腫瘍の1例 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学他

菊池 智樹 先生他

16:00-16:20 座長：吉田 功

リウマチ性関節炎患者の口腔内に生じたMTX関連リンパ増殖性疾患の1例

明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野他

菊池 健太郎 先生他

16:20-16:40 座長：渋谷 誠

痙攣重積型インフルエンザ脳症で死亡した成人男性の1剖検症例

日本大学医学部病態病理学系病理学分野他

天野 雄介 先生他

16:40-17:20 レクチャー

歯原性腫瘍診断のポイント

演者：日本大学松戸歯学部病理学講座 宇都宮 忠彦 先生

座長：神奈川歯科大学附属病院病理診断科 窪田 展久 先生

17:20 閉会挨拶

特別講演

座長：君津中央病院病理診断科

松寄 理

膀胱癌取り扱い規約の新規変更点について

帝京大学 泌尿器科 武藤 智

膀胱癌取り扱い規約は1980年10月の初版出版以降、膀胱癌に対する知見の進歩に伴って、1993年3月に第2版、2001年11月に第3版が出版され本日に至っている。第3版出版以降も筋層非浸潤性膀胱癌に対するTUR直後膀胱内注入療法やBCG維持療法、浸潤性膀胱癌に対する拡大リンパ節郭清術や鏡視下およびロボット支援膀胱全摘除術、進行性膀胱癌に対する標準治療としてのGC療法の確立など臨床的にもdynamicな変化がみられた。このような背景と、さらにUICCによるTNM分類の改訂なども加わり、本取り扱い規約が改訂されることとなった。今回は、その改訂内容を中心に御報告させていただく。

[メモ]

腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約第1版の病理学的事項について

北里研究所病院 病理診断科 森永 正二郎

従来の膀胱癌取り扱い規約および腎盂・尿管癌取り扱い規約の2つを合本とした腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約第1版が刊行されてからおよそ1年が経過した。新規規約の病理学的事項は2004年のWHO分類に合わせる方向で改訂したことから、従来の規約とはいくつかの点で大きな変更がなされた。したがって、各診療機関では、新規規約に対して戸惑いを覚えながらも対応してきている現状が推察される。特に今回の最大の改訂点である、異型度分類を従来のG1, G2, G3の3段階から低異型度と高異型度の2段階に変更したこと、尿路上皮癌に腺癌や扁平上皮癌が共存している場合には、その量にかかわらず、腺上皮への分化を伴う尿路上皮癌ないし扁平上皮への分化を伴う尿路上皮癌とし、腺癌や扁平上皮癌の診断名は、尿路上皮癌成分が存在しない場合にのみ使用することとしたことは、病理医と泌尿器科医の双方にとって十分な理解と協力を要するものと思われる。本講演では、これらの改定点について、規約の本文を補足する形で解説することにする。

[メモ]

レクチャー

座長：神奈川歯科大学
附属病院病理診断科
窪田 展久

歯原性腫瘍診断のポイント

日本大学松戸歯学部 口腔病理学講座 宇都宮 忠彦

歯原性腫瘍は顎骨に発生し、歯の発生基（歯胚）を起源とする一群の腫瘍の総称であり、多くの場合、歯学部あるいは口腔外科や頭頸部診療科を有する施設において取り扱われる。歯原性腫瘍の病理組織学的所見は極めて多彩で、したがって組織型が多様である。口腔病理学領域において歯原性腫瘍の知見が数多く紹介されており、それに基づいて 2005 年には WHO 分類の改訂がなされた（表）。しかしながら、一般外科病理学の最前線で日々検体と向き合っておられる病理医の先生方にとって、歯原性腫瘍検体はときに業務を煩雑にさせているものと察せられる。

歯原性腫瘍の組織型が多様になっている要因は、分類が歯の発生学的見地からなされており、その過程において上皮－間葉相互作用が関係しているため、病理総論的な「上皮性」「非上皮性」及び「混合性」といった用語やカテゴリーで必ずしもグループ化できないことや、腫瘍の発育に伴って実質独自の組織学的特徴を示す。また、良性腫瘍の頻度が高いがその中には局所浸潤性に発育するものや、ときに悪性腫瘍が発生すること、等が挙げられる。

そこで、本学術集会では WHO 分類に準拠して、前記の要因を背景とした歯原性腫瘍のスタンダードな病理組織学的所見を中心に供覧し、会員の先生方の日々の診断業務に応用活用されれば幸甚である。

表 歯原性腫瘍の WHO 組織分類 (2005)

悪性腫瘍 MALIGNANT TUMOURS

歯原性癌腫 Odontogenic carcinomas

転移性(悪性)エナメル上皮腫 Metastasizing (malignant) ameloblastoma

エナメル上皮癌－原発型 Ameloblastic carcinoma - primary type

エナメル上皮癌－二次型(脱分化型), 骨内性

Ameloblastic carcinoma - secondary type (dedifferentiated), intraosseous

エナメル上皮癌－二次型(脱分化型), 周辺性

Ameloblastic carcinoma - secondary type (dedifferentiated), peripheral

原発性骨内扁平上皮癌－充実型

Primary intraosseous squamous cell carcinoma - solid type

角化嚢胞性歯原性腫瘍に由来する原発性骨内扁平上皮癌

Primary intraosseous squamous cell carcinoma derived from odontogenic cysts

歯原性明細胞癌 Clear cell odontogenic carcinoma

歯原性幻影細胞癌 Ghost cell odontogenic carcinoma

歯原性肉腫 Odontogenic sarcomas

エナメル上皮線維肉腫 Ameloblastic fibrosarcoma

エナメル上皮線維象牙質肉腫および線維歯牙肉腫
Ameloblastic fibrodentino- and fibro-odontosarcoma

良性腫瘍 BENIGN TUMOURS

歯原性上皮からなり，成熟した線維性間質を伴い，歯原性外胚葉性間葉組織を伴わない腫瘍

Odontogenic epithelium with mature, fibrous stroma without odontogenic ectomesenchyme

エナメル上皮腫，充実性/多嚢胞型 Ameloblastoma, solid/multicystic type
エナメル上皮腫，骨外性/周辺型 Ameloblastoma, extraosseous/peripheral type
エナメル上皮腫，類腱型 Ameloblastoma, desmoplastic type
エナメル上皮腫，単嚢胞型 Ameloblastoma, unicystic type
扁平歯原性腫瘍 Squamous odontogenic tumour
歯原性石灰化上皮腫 Calcifying epithelial odontogenic tumour
腺様歯原性腫瘍 Adenomatoid odontogenic tumour
角化嚢胞性歯原性腫瘍 Keratocystic odontogenic tumour

歯原性上皮と歯原性外胚葉性間葉からなり，硬組織を伴うあるいは伴わない腫瘍
Odontogenic epithelium with odontogenic ectomesenchyme with or without hard tissue formation

エナメル上皮線維腫 Ameloblastic fibroma
エナメル上皮線維象牙質腫 Ameloblastic fibrodentinoma
エナメル上皮線維歯牙腫 Ameloblastic fibro-odontoma
歯牙腫 Odontoma
 歯牙腫，複雑型 Odontoma, complex type
 歯牙腫，集合型 Odontoma, compound type
歯牙エナメル上皮腫 Odontoameloblastoma
石灰化嚢胞性歯原性腫瘍 Calcifying cystic odontogenic tumour
象牙質形成性幻影細胞腫瘍 Dentinogenic ghost cell tumour

間葉性あるいは歯原性外胚葉性間葉からなり，歯原性上皮を伴うあるいは伴わない腫瘍
Mesenchyme and/or odontogenic ectomesenchyme with or without odontogenic epithelium

歯原性線維腫 Odontogenic fibroma
歯原性粘液腫/粘液線維腫 Odontogenic myxoma/Myxofibroma
セメント芽細胞腫 Cementoblastoma
骨関連病変 Bone-related lesions
骨形成線維腫 Ossifying fibroma
線維性異形成症 Fibrous dysplasia
骨性異形成症 Osseous dysplasia
中心性巨細胞病変(肉芽腫) Central giant cell lesion (granuloma), ケルビズム
Cherubism
脈瘤性骨嚢胞 Aneurysmal bone cyst, 単純性骨嚢胞 Simple bone cyst

その他の腫瘍 OTHER TUMOURS

乳児の黒色性神経外胚葉性腫瘍 Melanotic neuroectodermal tumour of infancy

一般演題 1

座長：森永 正二郎

北里研究所病院 病理診断科

急激に進行した気管癌の1例

佐藤由紀子、山本智理子、石川雄一
(公財)がん研究会がん研究所病理部

[症例] 60歳代、男性。

[病歴] 当院初診の8ヶ月前より咽頭に違和感を生じ、嘔声、右声帯麻痺にて前医受診した。検査および手術目的にて、当院紹介となる。気管切開と生検が施行され、迅速組織診にて腺様嚢胞癌の診断となった。初診の約3週後、咽頭喉頭全摘、両側頸部郭清術、再建術が施行された。

[病理所見] 病変は長径約6cm大で、気管膜様部を中心とし、輪状軟骨、甲状腺右葉への浸潤がみられた。組織学的には、二層性をとり篩状、管状構造をとる癌成分と中心壊死を伴い、大小の充実性胞巣や管状を形成する腺癌成分を認めた。これらの腺癌成分は外縁を取り囲む基底細胞様細胞に比べて核腫大、核不整、核小体の明瞭化が目立った。同時に郭清されたリンパ節には転移を認めなかった。術後7ヶ月後、右下頸部リンパ節に転移を認めた。8ヶ月後、画像にて多発肺転移がみつき、紹介医のもとで化学療法を施行中である。

[問題点] 病理組織診断

一般演題 2

座長：増永 敦子

昭和大学藤が丘病院 病理診断科

胸腺原発と考えられた腺癌の1例

川野竜太郎¹⁾²⁾、阿部佳子²⁾、東守洋²⁾、下山哲夫¹⁾、岡輝明³⁾、田丸淳一²⁾、向井清⁴⁾

1) 埼玉医科大学総合医療センター歯科口腔外科

2) 埼玉医科大学総合医療センター病理部

3) 公立学校共済組合関東中央病院臨床検査科・病理科

4) 東京都済生会中央病院病理診断科

症例は60歳代女性。息苦しさおよび前胸部痛を主訴に近医を受診。胸部Xp・CTで前縦隔部に陰影を認め、浸潤型胸腺腫が疑われた。当院呼吸器外科にて、拡大胸腺摘出術、右肺中葉・下葉、心膜の合併切除が行われた。胸腺右葉下極に6.0x4.5x2.5cm大の腫瘍を認めた。腫瘍は硬く、断面は灰白色充実性で境界不明瞭であった。組織学的には、線維化を背景にして核小体明瞭な類円形核を有する円柱状細胞が腺腔形成を伴って増殖しており、腺癌と診断した。脈管浸潤が目立った。右肺および心膜への浸潤が認められた。主腫瘍の辺縁では胸腺上皮を置換するような“in situ”様の病変も認めた。免疫組織化学的にはTTF-1(-)、CK7(+)、CK20(+)、CDX-2(+)、CD5(+)、ER(-)、PgR(-)、Chromogranin A(-)、Synaptophysin(-)。術後のPETでは、他臓器に原発と考える病変は認めなかった。以上より胸腺原発の腺癌と診断した。今回われわれは胸腺に発生した腺癌を経験した。非常に稀な腫瘍と考えられたので、文献的考察を加えて報告する。

一般演題 3

座長：入江 太郎

昭和大学歯学部 口腔病理学講座

右顎下腺腫瘍の1例

菊地智樹¹⁾，近藤裕介²⁾，小倉豪¹⁾，熊木伸枝¹⁾，槻木恵一²⁾，中村直哉¹⁾

1) 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学

2) 神奈川歯科大学大学院環境病理学講座

[症例] 81歳，男性

[既往歴] 糖尿病（コントロール良好），胆嚢結石

[現病歴] 60歳頃より右顎下部の腫張を自覚していたが様子を見ていた。81歳時X年11月に近医を受診し右顎下線腫瘍の診断で，同年12月当院紹介受診となった。右顎下に66x47mm大の可動性のある腫瘤を触知し，CTで中心部に石灰化や不均一な造影増強効果を認めた。頸部エコーで多数の腫大した右頸部リンパ節があり転移と思われた。右顎下線腫瘍を生検し悪性唾液腺腫瘍の診断で右顎下腺切除術、右頸部リンパ節郭清術を施行された。

[病理像] 肉眼的に60x45x40mm大の顎下腺原発と思われる腫瘍を認めた。断面は比較的境界明瞭な充実性腫瘍で内部に直径20mm大の硝子化した部分もみられた。組織学的に腫瘍ではN/Cの高い腫瘍細胞の充実性増殖からなり，一部管状構造を示す像も散見された。硝子化部分の周囲に同様の細胞が一部微小乳頭状様構造を呈する成分や好酸性胞体の目立つラブドイド様細胞の浸潤増殖がみられた。硝子化部分に異型に乏しい紡錘形細胞の集簇巣をごく少数認めた。

[問題点] 多彩な組織像を示す多形腺腫由来癌と考えるが，組織診断についてご教示願いたい。

一般演題 4

座長：吉田 功

北里大学医学部 病理学

リウマチ性関節炎患者の口腔内に生じたMTX関連リンパ増殖性疾患の1例

菊池建太郎¹⁾，井上ハルミ¹⁾，宮崎裕司¹⁾，井出文雄¹⁾，坂下英明²⁾，草間薫¹⁾

明海大学歯学部病態診断治療学講座

1) 病理学分野

2) 第二口腔外科学分野

【症例】69才女性、左側上顎歯肉部に難治性潰瘍が生じ、当院口腔外科を受診した。臨床的に腫瘍を疑い生検が施行されたが確定は得られず、再生検を依頼した。患者は約8年前からRA治療のためMTXを服用していたが、初診時の問診では情報は得られず、後日、判明した。

【病理所見】HodgkinあるいはReed-Sternberg細胞様の大型細胞および異型リンパ球が、潰瘍部肉芽組織や粘膜上皮下に浸潤していた。壊死や肉芽形成に加えて好酸球浸潤が目立つ部分も散見された。免疫染色にて、大型の異型細胞にCD20、CD30、LMP-1が陽性で、CD15が陰性であった。EBER in situ hybridizationで異型細胞の核に陽性反応を認めた。パラフィン切片からDNAを抽出しPCRでLMP-1とEBNA-2が検出された。

【病理診断】Methotrexate-associated lymphoproliferative disorder, Hodgkin-like lesion.

【経過】病変は、患者の希望もあり外科的に全切除された。現在、MTXの服用を中止し、再発はなく経過良好である。

【問題点】MTX関連リンパ増殖性疾患の病理診断上の必須事項と治療に関してご意見を賜りたく呈示いたします。

座長：渋谷 誠

東京医科大学

茨城医療センター 病理診断部

痙攣重積型インフルエンザ脳症で死亡した
成人男性の1剖検症例

天野雄介^{1,2)}、本間琢^{1,4)}、楠美嘉晃^{1,2)}、山
田勉^{1,2)}、市原和明³⁾、森田昭彦³⁾、亀井聡
³⁾、根本則道^{1,2)}

1) 日本大学医学部病態病理学系病理学分野

2) 日本大学医学部付属板橋病院病理部

3) 日本大学医学部内科学系神経内科学分野

4) 埼玉医科大学病理学

インフルエンザ脳症で死亡した成人男性
の貴重な剖検症例を経験したので、その臨
床・病理像を報告する。

【症例】30歳代男性。発熱、頭痛、悪寒で
発症。4日後、強直性痙攣で当院救命セン
ターへ搬送。後鼻腔ぬぐい液のA型インフ
ルエンザ抗原陽性と髄液IL-6高値等から
痙攣重積型インフルエンザ脳症と診断。加
療により痙攣発作・不随意運動は一時消失
したが、第10病日に尿崩症を発症。第17
病日に死亡した。

【剖検所見】脳重量は1580g。全体的に腫
脹し、鉤ヘルニアを起こしていたため、脳
幹は高度に破壊されていた。組織学的に大
脳は全体的に虚血性・浮腫性変化を起こし
ていた。その他、視床下部では血管周囲性
リンパ球浸潤が認められた。また、血管周
囲には類球状構造物が目立っていた。肺
(左:950g, 右:860g)は高度うっ血と硝
子膜形成を、肝(1670g)は高度うっ血と中
心静脈周囲壊死をそれぞれ起こしていた。

会場のご案内

JR 横浜駅みなみ西口より徒歩 5 分

横浜歯科技術専門学校西口校舎

