

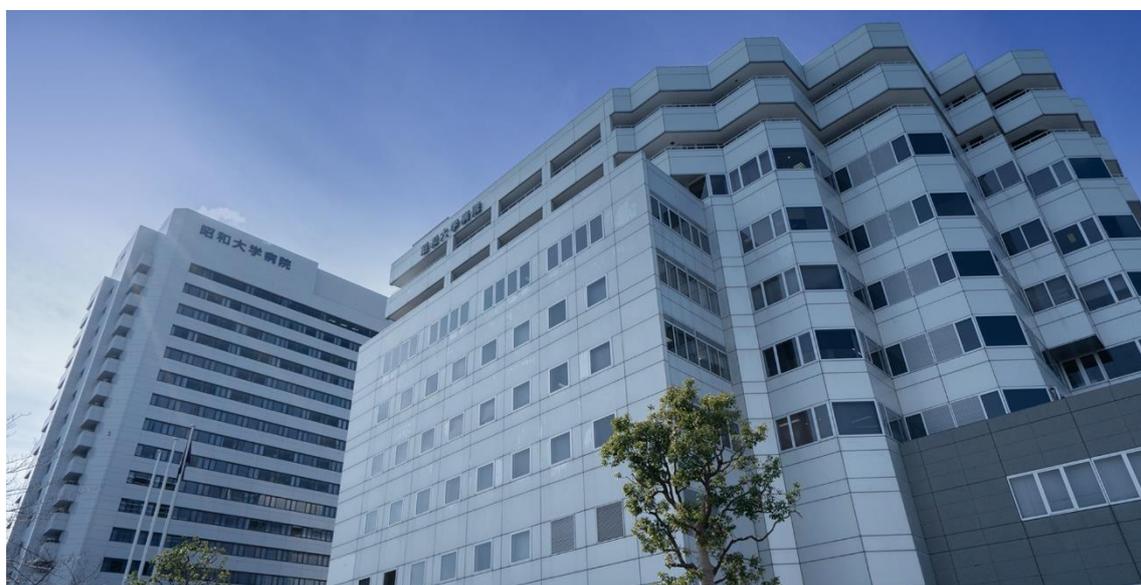
第 94 回日本病理学会関東支部学術集会

2022 年 7 月 2 日（土） 13:00-17:00

Web（Cisco Webex）開催



SHOWA University



【世話人】 矢持淑子（昭和大学医学部 臨床病理診断学講座）

日本病理学会関東支部

11:00-12:00 幹事会 Web 開催 (Cisco Webex を使用)

第 94 回日本病理学会関東支部学術集会プログラム

13:00-13:02 開会のあいさつ

13:02-13:05 支部長のあいさつ

13:05-14:05 特別講演 1

「毛包に起こる皮膚炎症性疾患：脱毛症の病理診断を中心に」

演者：古賀 佳織 先生 (福岡大学医学部 病理学教室)

座長：矢持 淑子 先生 (昭和大学医学部 臨床病理診断学講座)

14:05-14:20 一般演題 1

「組織学的に扁平上皮癌との鑑別が困難であった hypertrophic lichen planus 様の皮膚 irAE の一例」

演者：名和 純一 先生 (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：笹島ゆう子 先生 (帝京大学医学部 病院病理部)

14:20-14:35 一般演題 2

「剖検による自由生活アメーバ脳炎の診断を契機に見出されたアメーバ皮膚炎の 1 例」

演者：横尾 英明先生 (群馬大学大学院医学系研究科・群馬大学医学部附属病院 病理部)

座長：笹島ゆう子 先生 (帝京大学医学部 病院病理部)

14:35-15:00 総会・幹事会報告

15:00-15:10 休憩

15:10-16:10 特別講演 2

「みき先生の皮膚病理診断 ABC - 皮膚線維腫(DF)を隆起性皮膚線維肉腫(DFSP)と間違えないために-」

演者：泉 美貴 先生 (昭和大学医学部 医学教育学講座)

座長：矢持 淑子 先生 (昭和大学医学部 臨床病理診断学講座)

16:10-16:25 一般演題 3

<血液病理シリーズ 1>

「IgG4-related disease (IgG4-RD) か、Idiopathic multicentric Castleman disease (iMCD) か、リンパ節生検の1例」

演者：長瀬 駿介 先生（東海大学医学部 基盤診療学系病理診断学）

座長：塩沢 英輔 先生（昭和大学医学部 臨床病理診断学講座）

16:25-16:40 一般演題 4

「肺葉外肺分画症と前腸重複嚢胞を合併した一例」

演者：傳田 侑也 先生（日本大学医学部 病態病理学系人体病理学分野）

座長：松山 高明 先生（昭和大学医学部 法医学講座）

16:40-16:55 一般演題 5

「フィブリン様物質の沈着により大腸に偽ポリープ様病変が認められたレンバチニブ加療中の甲状腺癌の一部検例」

演者：村井 聡 先生（昭和大学医学部 臨床病理診断学講座）

座長：野呂瀬朋子 先生（聖マリアンナ医科大学医学部 分子病理学）

16:55-17:00 閉会のあいさつ

抄録

【特別講演 1】

毛包に起こる皮膚炎症性疾患：脱毛症の病理診断を中心に

福岡大学医学部病理学教室 古賀佳織

毛包に一致して起こる炎症性疾患には、毛包上皮内を中心に炎症細胞が浸潤する毛包炎 (Folliculitis)、毛包周囲を中心とする毛包周囲炎(Perifolliculitis)があり、毛包に起こる皮膚炎症性疾患には脱毛症も含まれます。

脱毛症は、皮膚科の中でも専門的に取り扱う施設が限られており、多くの施設では脱毛症生検標本を診断する機会が少ないのが現状です。しかし、治療や予後に関わる病態の把握に果たす役割は大きく、病理医も脱毛症病理診断方法について習熟しておく必要があります。

脱毛症の病理診断では、横切切片（水平断面）での観察や毛密度の測定など、他の皮膚炎症性疾患とは異なる切り出し方法と所見の観察が必要となります。また、脱毛症の中には様々な疾患が含まれており、原因や症状も様々です。実際に病理診断していく際には、まず瘢痕性と非瘢痕性脱毛に分類する方法が提唱されています。瘢痕性・非瘢痕性脱毛症は、臨床的には毛孔が確認できるかどうか、病理組織学的には毛包の密度や方向性に異常があるかどうかで判断します。

今回は、炎症細胞の浸潤部位、そして種類によるパターン分類を用いた毛包炎・毛包周囲炎の病理診断について、そして脱毛症生検標本の作製方法と横切切片（水平断面）における所見の取り方について概説するとともに、比較的頻度の高い脱毛症疾患の症例を採り上げ、各疾患の組織学的特徴と診断のポイントについて解説したいと思います。

【特別講演 2】

みき先生の皮膚病理診断 ABC

- 皮膚線維腫(DF)を隆起性皮膚線維肉腫(DFSP)と間違えないために -

昭和大学医学部 医学教育学講座 泉 美貴

【目的】DF は（筋）線維芽細胞系の良性病変で、DFSP は悪性腫瘍であり、DF の悪性転化はないため、両者の組織学的な鑑別は本来容易のはずである。しかし、実際には鑑別が困難な症例にしばしば遭遇する。本講演の学修成果は、両者の鑑別点と主な亜型を理解することである。

【鑑別点】DF が小児を含む若年者の四肢に好発する数ヶ月の経過で生じる丘疹であるのに対し、DFSP は成人の体幹や頭頸部に数年以上をかけて増大する皮下結節である。DFSP は大きいため、ガラス標本 1 枚に入り切るとはほとんどない。

弱拡大では、病変の主座が DF は真皮に、DFSP は皮下脂肪織にある。皮下脂肪織の浅層に不規則星状に進展するのは、DF である。腫瘤の辺縁を DF は追うことが出来るが、DFSP は境界が分からない。表皮の変化は DF だけに生じ、肥厚、メラニンの増加および毛嚢誘導 follicular induction 等を来す。余りにも異型性や多形性が高度な細胞（monster cells）の出現も DF を疑わせる。増殖する細胞は共に紡錘形細胞で、DF ではむしろ、核異型、多形性、クロマチンの濃縮、核小体および核分裂像などが目立ち、花むしろ状パターンは不明瞭である。DF の背景は、炎症細胞や多核巨細胞を含む泡沫状組織球が浸潤し、厚く直線的な膠原線維束の介在や出血・ヘモジデリンの沈着など多彩である。

免疫染色で DF は Factor XIIIa で陽性となり、 α -SMA には様々で、CC68 は主に泡沫状組織球で陽性像を示す。CD34 は、DF では腫瘤辺縁部に限局性に、DFSP ではびまん性に陽性となる。

DF の亜型として、aneurysmal, atrophic, deep penetrating, subcutaneous fibrous histiocytoma, DF with monster cells, cellular fibrous histiocytoma (CFH), lipidized FH, epithelioid FH などがあり、DFSP には、Bednar tumor や DFSP with fibrosarcomatous transformation などがある。

【結論】DF は良性腫瘍であるにも拘わらず、一般的には悪性病変でみられる所見を複数示すために悪性腫瘍と誤認されがちである。悪性所見、脂肪織への進展、CD34 の陽性像などに惑わされないようにすれば、正しく診断することができる。

【一般演題 1】

組織学的に扁平上皮癌との鑑別が困難であった hypertrophic lichen planus 様の皮膚 irAE の一例

名和純一¹、日向宗利¹、田中麻理子¹、池村雅子¹、秋山佑子²、久住藍²、永井幸司郎²、佐藤伸一²、牛久哲男¹

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皮膚科

症例は 60 歳代女性。左上顎扁平上皮癌に対し、上顎切除術及び放射線照射が行われた。術後 1 年 6 か月で再発し、Pembrolizumab 投与を開始した。投与約 1 か月後より下肢の掻痒感が出現し、両側下肢に痂皮、浸出液を伴う類円形紅斑が多発して消退しなくなった。一部の結節から皮膚生検施行。組織学的には過角化を示す異型扁平上皮が内反性あるいは一部乳頭状に増殖するとともに、胞巣状に不整に間質へ入り込む像がみられた。扁平上皮癌が考慮される像であったが、臨床像が合わず再生検施行。再生検検体では、初回生検時と同様、扁平上皮癌様の組織像の他、扁平苔癬様の組織像を示す領域もみられた。多発性病変であること、免疫チェックポイント阻害薬使用後より発症した点を鑑み、皮膚 irAE(immuno-related adverse event)と診断した。Pembrolizumab 投与中止、ステロイド内服(PSL 1mg/kg)にて皮疹は改善傾向である。

皮膚 irAE の組織像は多岐にわたるが、本症例のように hypertrophic lichen planus 様のものは時に扁平上皮癌との鑑別が困難である。診断にあたっては病歴、皮疹の性状など臨床症状を入念に確認すべきである。

【一般演題 2】

剖検による自由生活アメーバ脳炎の診断を契機に見出されたアメーバ皮膚炎の 1 例

横尾英明 1,2)、前原龍郎 1,2).

1. 群馬大学大学院医学系研究科医学系研究科
2. 群馬大学医学部附属病院病理部

症例 80 代男性

経過 認知機能低下を主訴に 2 ヶ月前に近医を受診し、頭部 MRI にて右視床および右前頭葉に造影病変が指摘された。頭痛や傾眠傾向が進行し、翌月の頭部 MRI にて当初指摘されていた病変は退縮していたが、両側大脳半球、小脳、脳幹に多発性病変が出現した。サルコイドーシスが鑑別疾患として挙げられ、皮膚を精査したところ右上腕に発赤病変を認めため生検が施行され、組織学的に肉芽腫性病変が指摘されたが確定診断に至らなかった。その後全身状態が悪化して死亡した。

病理 剖検の結果、アメーバ性肉芽腫性脳炎と判明し、PCR および特異抗体による免疫染色の結果、*Balamuthia mandrillaris* が同定された。皮膚生検を再検討したところ、アメーバ栄養体の存在が疑われ、PCR および免疫染色により *B. mandrillaris* が同定された。

考察 自由生活アメーバ脳炎の病原体侵入経路は皮膚または気道と推定されているが、皮膚病変が証明されることは稀である。栄養体アメーバはマクロファージとよく似た形態を有し、PAS や Grocott 染色に陰性で、PCR と特異抗体が診断に有効だった。

【一般演題 3】

IgG4-related disease (IgG4-RD) か、Idiopathic multicentric Castleman disease (iMCD) か、リンパ節生検の 1 例

長瀬駿介、冨田さくら、宮岡雅、中村直哉
東海大学医学部基盤診療学系病理診断学

IgG4-RD と iMCD は病態と治療法が異なることから、鑑別診断は重要である。今回、両者の鑑別が問題になったリンパ節生検例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代、男性。健診で両肺野に異常陰影を指摘され当院を紹介受診。胸腹部 CT で両肺に淡いすりガラス影と間質の肥厚、腋窩・鼠径・肺門および縦隔リンパ節の腫大と脾腫を認めた。血液検査で貧血、炎症マーカーの軽度上昇、免疫グロブリン高値、IgG4 高値 (IgG4 2,680mg/dL, IgG4/IgG 33%) を示した。腋窩リンパ節の切除生検が施行され、組織学的に濾胞間に形質細胞のシート状増殖を認め、胚中心は萎縮していた。免疫組織化学で形質細胞の軽鎖に偏りはなく、IgG4(+)形質細胞は 100/HPF 以上見られ、IgG4/IgG は約 50%であった。濾胞間に好酸球浸潤はみられず、ヘモジデリン沈着が目立っていた。

【一般演題 4】

肺葉外肺分画症と前腸重複嚢胞を合併した一例

傳田侑也^{1),3)}, 羽尾裕之¹⁾, 石毛俊幸¹⁾, 野寄 史²⁾, 宇都健太¹⁾, 小野賀功³⁾, 細川 崇³⁾, 上原秀一郎³⁾, 越永従道³⁾

- 1 日本大学医学部 病態病理学系人体病理学分野
- 2 日本大学医学部 病態病理学系腫瘍病理学分野
- 3 日本大学医学部 外科学系小児外科学分野

症例は 8 か月の女児。胎児エコーで胃に接する嚢胞性病変を 2 カ所指摘され、肛門側の嚢胞壁には一部石灰化を認めた。血液検査で腫瘍マーカーの上昇なく、消化管重複症の疑いとなった。その後の全身検索で左肺葉外肺分画症が指摘され、生後 7 か月に分画肺切除術、8 か月に嚢胞切除術を施行した。嚢胞はいずれも胃の漿膜側で広基性に隆起する病変として、噴門直下大弯側に 2.5cm 大、前庭部大弯側に 1.5cm 大でみられ、胃の内腔との交通はなかった。嚢胞壁は被覆上皮を伴った平滑筋層が認められ、噴門直下の嚢胞壁の上皮は多列腺毛円柱上皮と胃腺窩様上皮が混在し、前庭部の嚢胞壁は胃腺窩様上皮のみであった。これらの嚢胞はいずれも前腸を起源とする前腸重複嚢胞と診断した。小児の石灰化を伴う腫瘤では奇形腫や神経鞘腫、神経芽腫なども鑑別に挙がる。本症例は消化管に接する嚢胞性病変であり、平滑筋層を伴う二種類の上皮が観察されたことから前腸重複嚢胞と診断した。また、本疾患と肺分画症の合併は非常に稀であるが、両疾患は発生学的には気管支肺前腸奇形として一つの疾患群としてとらえることが可能である。

【一般演題 5】

フィブリン様物質の沈着により大腸に偽ポリポース様病変が認められたレンバチニブ加療中の甲状腺癌の一部検例

村井聡^{1,2}, 亀山香織^{1,2}, 中野賢英³, 福成信博³, 根本哲生², 矢持淑子¹

1 昭和大学医学部臨床病理診断学講座

2 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科

3 昭和大学横浜市北部病院甲状腺センター

症例は 60 歳代女性。X 年に甲状腺全摘および頸部リンパ節郭清術を施行し甲状腺乳頭癌, pT4, Ex2(trachea), pN1b と診断した。その後は放射性同位元素内用療法を施行したが肺転移病変が治療不応性のため X+8 年からレンバチニブ治療を開始した。病勢は安定していたものの, X+14 年に急性に病勢が悪化し, 病勢悪化から 1 ヶ月程度で死亡した。病理解剖を行い, 甲状腺癌未分化転化の多発肺転移 (最大径 60 mm), 多発リンパ節転移, がん性リンパ管症による呼吸不全による死亡と診断した。同時に, 生前から下痢症状がみられていたが, 上行結腸の拡張とそれより肛門側の大腸に広範に偽ポリポース様の小隆起性病変を認めた。組織学的に隆起部分においては大腸の粘膜上皮に著変はなく, 粘膜下層主体にフィブリン様物質の沈着を認めた。レンバチニブはチロシンキナーゼ阻害剤であり副作用として下痢が高頻度に見られるが, 消化管病変の詳しい性状に関しては報告がない。レンバチニブとの関連性は明らかではないものの, 肉眼的・組織学的に特徴的な所見を呈した病変であり報告する。

【参加される方へ】

参加費：無料

Webex のミーティングリンク、ミーティング番号、パスワードは関東支部のメールリストを使用して、メールでお知らせします。参加希望でメールが届かない場合は、学術集会事務局 塩沢 英輔 shiozawa@med.showa-u.ac.jp までお知らせください。

【参加証/受講証入手方法】

パスワード付きの参加証、受講証の PDF ファイルを関東支部のホームページに作り、ダウンロードできるようにする予定です。パスワードは学術集会中にお知らせします。

【幹事会】

11:00～12:00 Web 開催 (Cisco Webex を使用)

【一般演題の演者の方へ】

講演は発表 10 分、討議 5 分を目安といたします。

【事務局】：塩沢 英輔（昭和大学医学部 臨床病理診断学講座）

電話番号：03-3784-8122（臨床病理診断学講座 医局）

Email: shiozawa@med.showa-u.ac.jp