

第 55 回
日本病理学会関東支部会総会
および学術集会
プログラム・抄録集

日 時：平成 24 年 6 月 9 日(土) 13 時 00 分～17 時 20 分

会 場：杏林大学医学部 大学院講堂

〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

TEL：0422-47-5511（代表）

会 費：1,000 円

世話人：菅間 博

杏林大学医学部 病理学

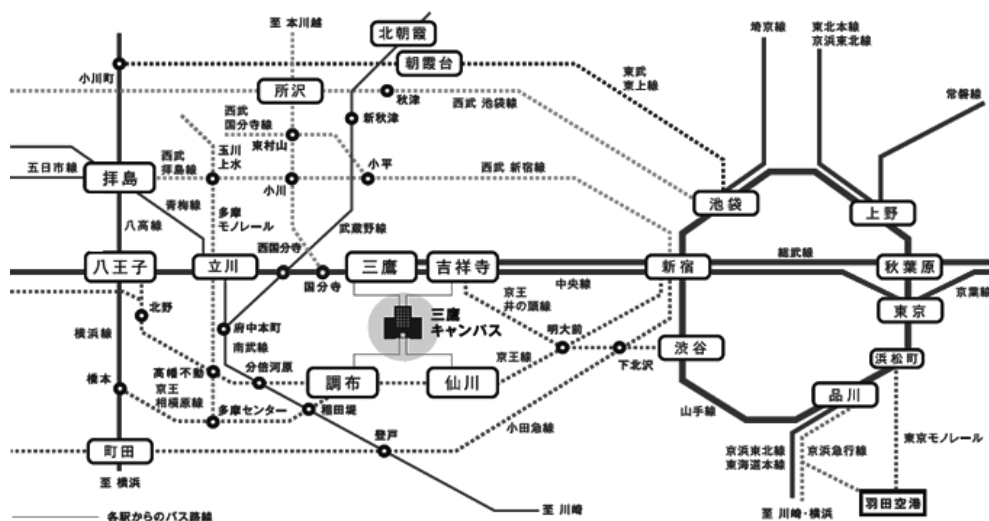
事務局：〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

杏林大学医学部 病理学

TEL：0422-47-5511 内線 3420



交通：



●三鷹駅（JR中央線・総武線） 南口下車

バス乗り場（7番）：鷹54 仙川行・晃華学園東行「杏林大学病院前」下車（約20分）

バス乗り場（8番）：鷹55 野ヶ谷行「杏林大学病院入口」下車（約20分）

●吉祥寺駅（JR中央線・総武線・京王井の頭線） 南口下車

バス乗り場（6番）：吉04 野ヶ谷行・深大寺行「杏林大学病院入口」下車（約20分）

吉05 野ヶ谷経由調布駅北口行「杏林大学病院前」下車（約20分）

バス乗り場（7番）：吉03 仙川行・新川団地中央行「杏林大学病院前」下車（約20分）

●仙川駅（京王線） 下車

バス乗り場（1番）：吉03 吉祥寺中央口行・鷹54 三鷹駅行「杏林大学病院前」下車
（約15分）

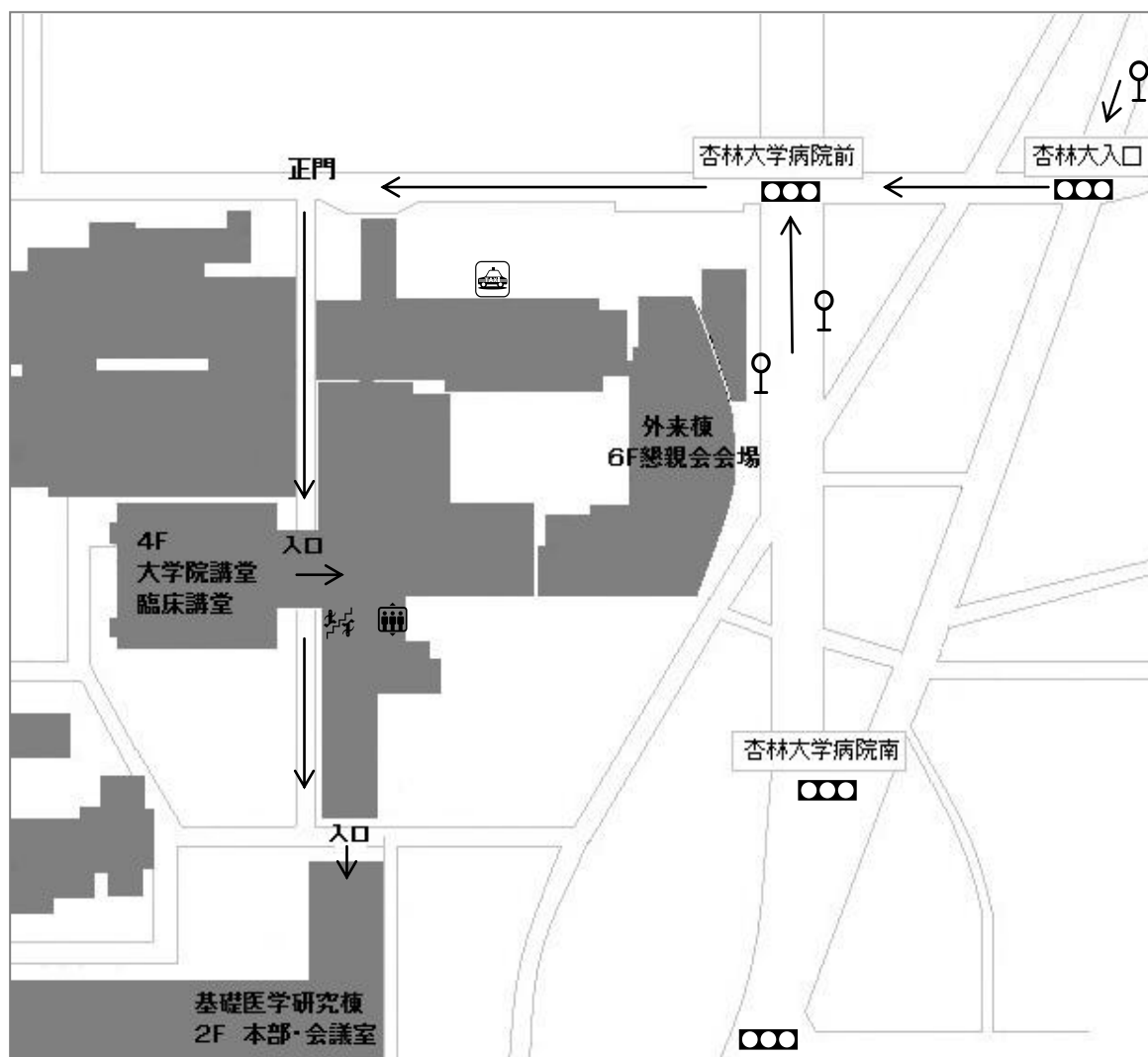
●調布駅（京王線） 北口下車

バス乗り場（13番）：吉05 野ヶ谷経由吉祥寺・吉祥寺中央口行「杏林大学病院前」
下車（約25分）

バス乗り場（14番）：調35 杏林大学病院前行「杏林大学病院前」下車（約25分）

なお、本学では土曜日でも外来診療が行われており、駐車場は満車であることが予想されます。近隣には少数のコインパーキングがございますが、できるだけ公共の交通機関を利用してお越しください。

構内マップ：



ヴァーチャルスライド閲覧方法について

浜松ホトニクス株式会社のご協力により、ヴァーチャルスライドを公開しています。

イメージ閲覧方法は以下のとおりです。

- ① 以下のアドレスにアクセス。
<http://www.nanozoomer.jp/>
- ② ID, password を記入せず、” sign in as Guest” でログイン。
- ③ ヴァーチャルスライドが閲覧できます。

ご使用方法がわからない場合、以下のアドレスに掲載されている操作の流れをご参考下さい。

http://jp.hamamatsu.com/sp/sys/ndp/ndp_exp0.html

なお、ネットワーク等のトラブルで万スライドが閲覧できない場合もございますので、ご承知おき下さい。

[スケジュール]

11:30~12:30 幹事会（基礎研究棟 2F 演習室）

12:00~ 受付（臨床講堂入口前ホール）

12:00~16:00 標本供覧（臨床講堂）

13:00~13:05 開会挨拶

13:05~13:45 支部総会（大学院講堂）

13:45~15:45 ワークショップ（大学院講堂）

15:45~15:55 休憩

15:55~17:15 一般演題（大学院講堂）

17:15~17:20 閉会挨拶

17:30~18:30 懇親会（病院 6F「日比谷松本楼」）

弦楽器演奏

パッヘルベル/カノン 他

杏林大学医学部管弦楽部

2年 木村みのり、高橋 南、東館夏希

4年 大芳賀智子、池田沙織、鈴木健一郎

6年 鳥海 聡

託児所は 12:00 より基礎研究棟 3F 会議室に開設いたします。

どうぞご利用ください（無料、要予約）。

お問い合わせ：杏林大学医学部病理学

矢澤卓也

〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

TEL：0422-47-5511（内線 3420）

FAX：0422-40-7093

Email：tkyazawa@ks.kyorin-u.ac.jp

ご挨拶

平成24年6月9日に開催される第55回日本病理学会関東支部会総会および学術集会は、杏林大学病理学教室がお世話させていただきます。永年の伝統をまもると同時に新しい試みも加え、教室員一同、実りある学術集会となる様、鋭意努力いたします。会場の杏林大学三鷹キャンパスは、都民の休日の憩いの場となる井の頭恩賜公園や三鷹の森ジブリ美術館と、江戸時代から蕎麦で有名な深大寺との中間に位置しています。キャンパス内には杏林大学の名の由来である杏の木をはじめ多数の樹木が植えられ、都内の医学部にあつては緑豊かで、この季節が最も良い時期です。

プログラムとして、神経内分泌腫瘍をテーマとしたワークショップを企画しました。各臓器の神経内分泌腫瘍について5人の先生にご講演いただき、多角的観点から議論して頂きます。一般演題では4題の講演が行われますが、事前に各症例の組織標本がヴァーチャルスライドにて閲覧可能です。細胞診業務に従事している検査技師の方も参加しやすいよう、本学術集会は日本臨床細胞学会のクレジットの対象となっています。また今回から無料託児所も設置されます。なお学術集会後には、杏林大学病院最上階の日比谷松本楼のスカイレストランにて懇親会を準備いたしております。

本学術集会が会員の先生方の日常の病理診療に役立つものとなれば幸いです。多数の会員の皆様のご参加を心からお待ちいたしております。

2012年5月吉日

杏林大学医学部病理学教室

菅間 博

[プログラム（敬称略）]

- 13:00～13:05 開会挨拶（杏林大学医学部病理学 菅間 博）
- 13:05～13:45 関東支部総会
議長：菅間 博（杏林大学医学部病理学）
- 13:45～15:45 ワークショップ「神経内分泌腫瘍の病理」
演者：笹野公伸（東北大学大学院医学系研究科医科学専攻病理診断学分野）
神経内分泌腫瘍の最新の病理組織分類と治療標的因子
岩渕三哉（新潟大学医学部保健学科臨床生体情報学講座）
消化管の内分泌細胞腫瘍（神経内分泌腫瘍）の概念、分類と病理診断
元井紀子/石川雄一（がん研究会がん研究所病理部）
肺における神経内分泌性腫瘍
川崎朋範（山梨大学医学部附属病院 病理部）
乳腺における神経内分泌腫瘍（B-NET）
矢澤卓也（杏林大学医学部病理学）
神経内分泌マーカーの発現機序解析から見えてくるもの
座長：菅間 博（杏林大学医学部病理学）
元井紀子（がん研究会がん研究所病理部）
- 15:45～15:55 休憩
- 15:55～17:15 一般演題（1 演題につき発表 15 分、討論 5 分）
- （一般演題 1）副咽頭間隙に発生した傍神経節腫瘍の一例
15:55～16:15 栗崎愛子（順天堂大学医学部人体病理病態学講座）他
座長：長尾俊孝（東京医科大学人体病理学）
- （一般演題 2）脳脊髄の非腫瘍性病変における CD163 抗体を用いたミクログリア活性化評価の有用性
16:15～16:35 松田葉月（獨協医科大学形態病理学/脳神経外科）
座長：佐々木 惇（埼玉医科大学病理学）

(一般演題3) 右心房内腫瘍を形成した浸潤性胸腺腫の1剖検例

16:35~16:55 倉田 厚 (東京医科大学分子病理学) 他

座長: 飯嶋達生 (茨城県立中央病院病理診断科)

(一般演題4) 静脈内塞栓様の組織像を示した小腸孤立性 Peutz-Jeghers type polyp
の一例

16:55~17:15 岡田晴香 (東京都立多摩総合医療センター病理科・検査科) 他

座長: 大倉康男 (杏林大学医学部病理学)

17:15~17:20 閉会挨拶 (杏林大学医学部病理学 大倉康男)

17:30~18:30 懇親会 (病院6階「日比谷松本楼」)

ワークショップ「神経内分泌腫瘍の病理」

座長：菅間 博（杏林大学医学部病理学）

元井紀子（がん研究会がん研究所病理部）

1. 神経内分泌腫瘍の最新の病理組織分類と治療標的因子

笹野公伸

東北大学大学院医学系研究科医科学専攻病理診断学分野

神経内分泌腫瘍はその概念、分類が必ずしも明確ではない腫瘍と位置づけられてきたが、少なくとも消化管／膵臓においてはENETの分類を基盤としてWHO2010分類としてかなり確固としたものになってきた。骨子は神経内分泌への分化が70%以上認められる腫瘍をNET (neuroendocrine tumor) あるいはNENと規定し従来使われてきたカルチノイドという曖昧な疾患名は用いないようにする事と、NENを患者の臨床予後を反映する事から腫瘍細胞の増殖動態でNETG1, G2, G3（あるいはNEC）と分類する事である。本講演ではこれらの新しい分類の長所と問題点に関して述べ、あわせて最近注目されるようになってきた標的治療因子の病理組織検体での検索に関する事も述べる。

2. 消化管の内分泌細胞腫瘍（神経内分泌腫瘍）の概念、分類と病理診断

岩淵三哉

新潟大学医学部保健学科臨床生体情報学講座

【概念と分類】消化管の内分泌細胞腫瘍（神経内分泌腫瘍）は、消化管原発で、腫瘍性内分泌細胞が充実性、索状、ロゼット状、腺房状胞巣などの特徴的な構築に配列し、充実性の腫瘍塊を形成して増殖する癌腫の総称です。日本分類では、低異型度腫瘍はカルチノイド腫瘍、高異型度腫瘍は内分泌細胞癌に分類されています、2010年WHO分類では、高分化腫瘍は神経内分泌腫瘍、低分化腫瘍は神経内分泌癌に分類され、前者はさらに核分裂数とKi-67指数からG1とG2に亜分類するように改訂されました。消化管の内分泌細胞腫瘍の概念、分類、特性、日本分類と欧米分類との対応を概説します。

【病理診断の手順と項目】消化管の内分泌細胞腫瘍の病理診断の手順と項目について、内分泌細胞腫瘍の判定、カルチノイド腫瘍と内分泌細胞癌（神経内分泌腫瘍と神経内分泌癌）の鑑別、カルチノイド腫瘍（神経内分泌腫瘍）の悪性度・転移能の推定、標的治療因子等を概説します。

3. 肺における神経内分泌性腫瘍

元井紀子、石川雄一

(公財)がん研究会がん研究所病理部

人体では、神経内分泌癌の大部分が肺に発生する。なぜ、肺にだけ神経内分泌癌が多いのかは、大きな問題であるが未だ解明されていない。

肺の神経内分泌性腫瘍は、定型カルチノイド、異型カルチノイド、大細胞神経内分泌癌 (LCNEC)、小細胞癌 (SCLC) の4種が知られているが、これらはカルチノイドと神経内分泌癌という大きな2つのカテゴリーを作っており、消化器の神経内分泌性腫瘍とはやや異なる分類が必要である。具体的には、肺のカルチノイドは全肺癌の約1%しかない稀な腫瘍であり、また定型カルチノイドで死亡した例はがん研では1例もない。異型カルチノイドは死亡例も稀にあるが、腫瘍自体が極めて稀である。一方、全肺癌のうち15-20%が神経内分泌癌 (LCNEC+SCLC) である。LCNEC と SCLC との鑑別は、経験豊富な病理医でも時に意見の分かれることがある。

LCNEC 診断基準の国内および日米の専門家間での比較、神経内分泌癌や腺癌におけるASCL1発現の重要性、WHO分類改訂作業の途中経過などについても触れたい。

4. 乳腺における神経内分泌腫瘍 (B-NET)

川崎 朋範、加藤 良平

山梨大学医学部附属病院 病理部

B-NET は、WHO 分類において、消化管や肺の NET と類似の形態を示し、NE マーカーが50%をこえる腫瘍細胞に発現すると定義されている。近年、我々は神経内分泌型非浸潤性乳管癌 (NE-DCIS) の独特な臨床・病理学的特徴を明確に示した

(*Histopathology*, 2008 等)。本腫瘍は生物学的に低悪性度で low-grade NET の浸潤前病変に位置付けられるが、high-grade NET の前駆病変と推察される necrotic type NE-DCIS も追記した (*Pathology*, 2012)。さらに B-NET の臨床的意義、生物学的特性を明らかにするとともに (*Breast*, 2012. *Endocr Pathol*, 2012)、その発生機構に関し、背景にみられる神経内分泌細胞 (過形成) の本質・意義 (*J Clin Pathol*, in press) や、乳頭腫との関連性 (*J Clin Pathol*, 2011) を報告した。

5. 神経内分泌マーカーの発現機序解析から見えるもの

矢澤卓也

杏林大学医学部病理学

肺における神経内分泌腫瘍は低悪性度(定型カルチノイド)、中悪性度(異型カルチノイド)、高悪性度(小細胞癌、大細胞神経内分泌癌)に分類され、一連のスペクトラムを形成している。その診断は病理形態像とともに免疫染色によりなされ、NCAM1、Synaptophysin (SYPT)、Chromogranin A (CGA)がゴールドスタンダードなマーカーとして用いられているが、症例によりそれらの染色態度が異なることをしばしば経験する。実際にNCAM1の陽性率がカルチノイドから小細胞癌にいたるまでほぼ100%であるのに対し、小細胞癌におけるSYPT、CGA陽性率はそれぞれ57-74%、23-36%と報告されている。本口演ではこのような発現頻度の差異がその発現に関与する転写因子の違いにより生じていることを概説し、NCAM1、SYPT、CGAの神経内分泌マーカーとしての使用根拠を分子病理学的に論じたい。

一般演題1 副咽頭間隙に発生した傍神経節腫瘍の一例

座長：長尾俊孝(東京医科大学人体病理学)

栗崎愛子¹⁾、福村由紀¹⁾、荒川敦¹⁾、藤巻充寿²⁾、横山純吉²⁾、八尾隆史¹⁾

¹⁾ 順天堂大学医学部人体病理病態学講座

²⁾ 順天堂大学医学部耳鼻咽喉・頭頸科

【症例】36歳女性、2009年8月より右頸部リンパ節腫脹を自覚、2011年3月の生検でHodgkinリンパ腫と診断された。化学療法でCRとなったが、画像上、右副咽頭間隙の腫瘍の残存を認め、診断と治療を目的に腫瘍摘出術が施行された。

【病理所見】摘出された腫瘍は25×15×10mm大の暗褐色の不整形腫瘍で、組織学的にはsalt and pepper状の核を有する腫瘍細胞が極性を持たずに配列して大小の胞巣を形成し、硝子化の目立つ間質に隔てられた、いわゆる”zellballen”配列を呈していた。

胞巣を形成する細胞はEMA、AE-1/3陰性、シナプトフィジン、クロモグラニンA、CD56陽性で、ソマトスタチン、ACTH、GH、プロラクチン、SSTR-2A陰性。間質細胞はS-100がほぼ陰性～ごく一部陽性であった。

以上より本症例は右副咽頭間隙に発生した傍神経節腫瘍と考えられた。

一般演題2 脳脊髄の非腫瘍性病変における CD163 抗体を用いたミクログリア活性化評価の有用性

座長：佐々木 惇（埼玉医科大学病理学）

松田 葉月

獨協医科大学 形態病理学／脳神経外科

【抄録】脳脊髄内の非腫瘍性病変は、所見診断的な記載を余儀なくされることが少なくないが、軽微な形態変化を捉えるのが難しい。ミクログリアは単球系の骨髄由来細胞で、脳脊髄内に密に分布し、シナプス維持や抗原提示に関与し、軸索損傷や血液脳関門破綻に際し炎症反応の端緒を担う細胞である。当院脳神経外科施行の脳生検、脊髄内病変生検材料に対し、髄鞘、軸索、血管、浸潤リンパ球サブタイプなどの定型的な検索に加え、ミクログリアの活性化に伴う形態変化を、CD163 抗体を用いて観察した。HE 染色で組織破壊や炎症細胞浸潤が明瞭な病変では、ミクログリア活性化は必発で、髄鞘染色で評価困難な前脱髄病変、MRI で血管性浮腫が疑われた皮質高信号領域など軽微な病変の検出に極めて有用であった。低悪性度グリオーマとの鑑別が難しいグリオーシスに対しても、軸索とミクログリアの分布パターンを観察することで両者の鑑別が可能と考えられた。

一般演題3 右心房内腫瘍を形成した、浸潤性胸腺腫の1剖検例

座長：飯嶋達生（茨城県立中央病院病理診断科）

倉田 厚¹⁾、佐治 久²⁾、池田 徳彦²⁾、黒田 雅彦¹⁾

¹⁾ 東京医科大学分子病理学講座

²⁾ 東京医科大学呼吸器外科

【症例】74 歳男性

【既往歴】31 歳 舌腫瘍、65 歳 大腸癌、高血圧、72 歳 脳梗塞

【病歴】死亡の1か月半前より、両下肢、顔面浮腫が出現。近医にて右胸水を認め、心エコーを施行したところ、右房内に腫瘍を認めたため紹介入院。画像診断にて右房～上大静脈、腕頭静脈を占拠する腫瘍を認めた。腫瘍生検し、胸腺腫 type B1-2 の診断。腫瘍の広がりからリスクが高く、手術、放射線、化学療法が不可能な状態であった。数日後、病棟にて転倒しているところを発見され、蘇生開始。心拍再開するも意識回復せず、死亡確認となった。

【剖検所見】前縦隔を占拠する 6x4x1cm 大の境界不明瞭な灰白色充実性腫瘍を認め、同腫瘍は左右腕頭静脈、上大静脈、右心房に連続して浸潤し、右心房内に径 6cm 大の腫瘍栓を形成していた。組織像は胸腺腫 type B2 であり、左右肺動脈内に多発性腫瘍栓を認めた。直接死因は三尖弁に腫瘍栓が陥入したことによる突然死と考えられた。

上大静脈症候群を伴っており、また静脈うっ滞性と考えられる心筋梗塞を認めた。

【問題点】

1. 組織型は type B2 で良いか。
2. 静脈性心筋梗塞で良いか。

一般演題 4 静脈内塞栓様の組織像を示した小腸孤立性 Peutz-Jeghers type polyp の一例

座長：大倉康男（杏林大学医学部病理学）

岡田晴香¹⁾、板垣信吾¹⁾、江夏一彰¹⁾、霧生孝弘¹⁾、石澤貢¹⁾、水口國雄²⁾

¹⁾東京都立多摩総合医療センター病理科・検査科

²⁾帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理科

【症例】22 歳女性。既往歴・家族歴に特記事項無し。数年来の反復する腹痛、下血、鉄欠乏性貧血のため当院を紹介受診した。精査の結果、約 3cm の回腸腫瘍を先進部とする腸重積を指摘され、腫瘍は生検で Hyperplastic polyp と診断された。診断・治療目的に小腸部分切除術を施行された。

【病理所見】肉眼的には回腸に 39x30mm 大の I sp 様腫瘍を認めた。組織学的に小腸型上皮の内反性増生と周囲に粘膜筋板の樹枝状増生を認めた。上皮増生は粘膜下層、固有筋層、漿膜下層に及び、漿膜下層で静脈内塞栓様の組織像を認めた。増生上皮は小腸上皮を模倣し腫瘍性異型は無く、上皮周囲間質は粘膜固有層に類似し Desmoplastic reaction は無い事から Peutz-Jeghers type polyp と診断した。

【まとめ】Peutz-Jeghers type polyp では、過形成腺管が粘膜下に迷入しうる。加えて本症例では静脈内塞栓様の組織像もみられ、癌浸潤との誤認に留意すべきと考えられた。Peutz-Jeghers type polyp の血管内侵入については、文献記載に乏しく、診断等に対し御意見、御教示を頂きたい。