

## 第 58 回 (社) 日本病理学会関東支部学術集会

日時：平成 25 年 3 月 23 日 (土曜日)

会場：千葉大学西千葉校舎内けやき会館

〒263-0022 千葉県千葉市稲毛区弥生 1 番地 33

参加費：1000 円

主催：(社) 日本病理学会関東支部

世話人：帝京大学ちば総合医療センター 病理部 石田 康生

### <スケジュール>

12:00 : 受付開始

13:00 : 開会挨拶

13:10 ~ 14:00 : 特別講演 1

14:00 ~ 14:10 : 休憩

14:10 ~ 15:00 : 特別講演 2

15:00 ~ 15:10 : 関東支部会幹事報告

15:10 ~ 15:25 : コーヒーブレイク

15:25 ~ 17:00 : 一般演題 6 演題 (一般演題は口演・討論を含め 15 分)

17:10 ~ 18:00 : 懇親会 (3 階レセプションホール)

### <会議・運営>

11:00 ~ 12:00 幹事会 : 3 階 中会議室

12:00 ~ 16:00 標本供覧 : 2 階 会議室 3

12:00 ~ 17:00 託児所 : 2 階 和室

17:10 ~ 18:00 懇親会 : 3 階 レセプションホール

学術集会事務局 : 3 階 会議室

### <問い合わせ先>

帝京大学ちば総合医療センター 病理部

〒299-0111 千葉県市原市姉崎 3426-3

E mail : [ichipath@med.teikyo-u.ac.jp](mailto:ichipath@med.teikyo-u.ac.jp)

電話 : 0436(62)1211 (内 1263) , FAX : 0436(62)0412

# 案内図



<プログラム（敬称略）>

13:00 : 開会挨拶 石田 康生

病理部門における安全管理

座長：石田 康生（帝京大学ちば総合医療センター 病理部）

13:10 ~ 14:00 : 特別講演 1

「ヒト・プリオン病の感染予防」

黒岩 義之（帝京大学医学部附属溝口病院 神経内科・脳卒中センター）

14:10 ~ 15:00 : 特別講演 2

「病理検査室における結核菌対策」

蛇澤 晶（独立行政法人国立病院機構 東京病院 臨床研究部）

15:00 ~ 15:10 : 関東支部会幹事報告 支部長 加藤 良平（山梨大学医学部人体病理学講座）

15:25 ~ 17:00 : 一般演題（一般演題は口演・討論を含め 15 分）

1 まれな組織型を呈した肝腫瘍の一例

鈴木理樹<sup>1, 2)</sup>, 岸本充<sup>3)</sup>, 三島敬<sup>4)</sup>, 大塚将之<sup>4)</sup>, 宮崎勝<sup>4)</sup>, 太田聡<sup>2)</sup>, 中谷行雄<sup>1, 2)</sup>  
(千葉大学大学院医学研究院 診断病理学<sup>1)</sup>, 千葉大学医学部附属病院 病理部<sup>2)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院 病態病理学<sup>3)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学<sup>4)</sup>)

座長：菅野 勇（済生会習志野病院 病理部）

2 肝細胞腺腫および過形成性結節を合併した特発性門脈圧亢進症の一例

大部 誠<sup>1)</sup>, 中澤貴秀<sup>2)</sup>, 日高 央<sup>2)</sup>, 吉田 寛<sup>3)</sup>（北里大学医療衛生学部 病理学<sup>1)</sup>, 医学部消化器内科学<sup>2)</sup>, 日本医大多摩丘陵病院外科<sup>3)</sup>)

座長：荒木 章伸（千葉県がんセンター 臨床病理部）

3 不整脈と高度の両心室拡張を示した老年男性の剖検例

阿曾達也, 宇於崎宏, 福里利夫（帝京大学医学部病理学講座）

座長：田中 道雄（東京都立広尾病院 検査科病理）

4 歯原性癌腫の 1 例

吉田真希<sup>1)</sup>, 山科光正<sup>2)</sup>, 榎本 愛<sup>3)</sup>, 長尾俊孝<sup>1)</sup>  
(東京医科大学人体病理学講座<sup>1)</sup>, 病院病理診断部<sup>2)</sup>, 口腔外科学講座<sup>3)</sup>)

座長：宇都宮 忠彦（日本大学松戸歯学部 口腔病理学講座）

5 術後 6 年で類内膜腺癌を発症した卵巣類内膜境界悪性腫瘍の一例

山崎一人<sup>1)</sup>, 佐川義英<sup>2)</sup>, 梁善光<sup>2)</sup>, 石田康生<sup>1)</sup>  
(帝京大学ちば総合医療センター 病理部<sup>1)</sup>, 産婦人科<sup>2)</sup>)

座長：岸本 充（千葉大学大学院医学研究院 病態病理学）

17:10 ~ 18:00 : 懇親会（3階レセプションホール）

## 特別講演 1

### 「ヒト・プリオン病の感染予防」

帝京大学医学部附属溝口病院 神経内科・脳卒中センター 客員教授 黒岩義之  
横浜市立大学附属市民総合医療センター 神経内科 講師 岸田日帯

異常プリオン蛋白(PrP<sup>Sc</sup>)を病原因子とするクロイツフェルト・ヤコブ (Creutzfeldt-Jakob disease; CJD) は、有効な治療法がなく致死的である。CJD は、孤発性、遺伝性、感染性に分類される。感染性 CJD には、クールー、変異型 CJD (vCJD) , 医原性 CJD がある。CJD が通常の日常生活・社会的接触を介してヒトからヒトへ感染することはないが、医療行為を介しヒトからヒトへ感染することがある。その場合、病原体の伝播から数年～数十年の無症候期を経て症状が出現し死に至る。ヒトからヒトへの感染のほとんどは医原性であり、その要因としては、脳外科手術時の汚染硬膜移植、ヒト脳下垂体から抽出された成長ホルモン製剤、患者由来の角膜、深部脳波電極、vCJD 患者の献血などがある。硬膜移植後 CJD では硬膜処理法の変更、クールーではカニバリズムの撤廃、vCJD では牛海綿状脳症対策（肉骨粉の禁止、危険部位の除去）が、それぞれの罹患患者数を減少させており、感染対策が重要である。ガス滅菌、100 度程度の高温処理、紫外線照射、ホルマリン固定は、PrP<sup>Sc</sup> に対して全く滅菌効果を持たない。2003 年版の「プリオン病感染予防ガイドライン」は、臨床的に CJD と診断された患者や CJD が強く疑われる患者への対応を中心にまとめられた。その後、vCJD での輸血を介する二次感染が報告されたほか、手術器具を介する二次感染の危険性が問題となった。二次感染予防には、CJD 患者のサーベイランス（剖検を含む）、高感染性組織・臓器を直接扱うハイリスク手技に使用した物品の徹底的な滅菌・消毒が重要である。「プリオン病及び遅発性ウイルスに関する調査研究班」が中心となり全 CJD 患者のサーベイランス調査をおこなっているほか、2008 年に「プリオン病感染予防ガイドライン（筆者が作成委員長）」が公開された。本ガイドラインでは、一般ケア・看護、消化管内視鏡、脳神経外科・眼科、整形外科手術、歯科処置、剖検標本作製に関して、日常診療に即した実用的な内容を記載している。厚生労働省難病情報センターホームページよりダウンロードできる。ハイリスク手技には、脳神経外科手術、硬膜を切開・穿刺する整形外科手術、視神経・網膜に関する眼科手術が含まれる。医療現場では、その感染力価を低下させるための滅菌・消毒法が重要である。汚染組織に接触する可能性のある器具・衣服はディスポーザブルなものを使用し、使用後は密閉して焼却処理する。本ガイドラインは、CJD か否か不明の患者のハイリスク手技に使用する器具の滅菌・消毒法として、推奨される実用可能な方法を呈示した。①適切な洗剤による十分な洗浄+3% ドデシル硫酸ナトリウム (sodium dodecyl sulfate, SDS) 煮沸処理 3～5 分、②アルカリ洗剤ウォッシャー・ディスインフェクター洗浄+ 真空脱気プリバキューム式高圧蒸気滅菌 134℃, 8～10 分、③適切な洗剤による十分な洗浄+ 真空脱気プリバキューム式高圧蒸気滅菌 134℃, 18 分、④アルカリ洗剤洗浄+ 過酸化水素低温ガスプラズマ滅菌 2 サイクルである。剖検・病理標本作製は乾式で行い、作業域を限定し、剖検室内の汚染を最小限にする。手術用の使い捨て防水シートを解剖台や床に敷き、血液・体液による汚染を防ぐ。メスなどの用具はできるだけディスポーザブルの物を使用する。脳は最後に取り出し、頭蓋をビニール袋でカバーし、脳脊髄液などが外に飛散しないようにする。凍結用組織はその場で切り出し、残りの脳はホルマリンの入ったバケツに入れ、そのバケツをさらに大きなバケツに入れ、感染性と明記する。解剖後の汚染除去として、術衣などディスポーザブルの物は焼却廃棄する。焼却できないものは 3%SDS 溶液で煮沸後、オートクレーブ処理し、感染ごみとして廃棄する。剖検台など固定されている物は、1 規定 水酸化ナトリウム溶液または 1～5%次亜塩酸ナトリウム溶液で表面を繰り返し清拭し、その後水洗いする。CJD 感染予防の基本方針を一言でいうと「CJD 患者の感染性を有する組織・臓器が医療行為や剖検行為を介して非感染者に接触しないようにすること」である。

## 特別講演 2

### 病理検査室における結核菌対策

独立行政法人国立病院機構 東京病院 臨床研究部 蛇澤 晶

結核菌は空気感染（飛沫核感染）を引き起こす感染体であり、「感染性が高く，しばしば致死的な感染症を起こす」感染体として bio-safety level 3 に分類されている。また，本邦ではいまだに発病率が他の先進国に比して高く，臨床検査技師を含む病理関係者が遭遇する機会も少なくない。そのためか近年，結核症を疑われた症例の迅速標本作製を忌避しようとする意見も出てきている。しかしこのような態度は，患者さんに対して不利益を与える可能性がある。

結核菌感染への対策は，i) N95 マスクなどによる呼吸器防護，ii) 室内・装置内換気を中心とした環境面からの感染制御など，検査室レベルでの対応とともに，iii) 医療従事者のスクリーニング・評価を含む病院全体を巻き込んだ管理面からも成されるべきである。しかし上記の対策，特に後 2 者，は多大な費用や事務上の手数が必要なため完璧には行えず，ある程度のレベルで妥協せざるをえない現実がある。

以上のように結核対策には，患者さんの不利益，職員・施設の事情などを含めて難しい課題が存在する。そこで今回は，当院病理検査室における結核菌対策の現状を問題点とともに提示し，みなさんのご意見を伺うこととしたい。

## 一般演題 1

### まれな組織型を呈した肝腫瘍の一例

千葉大学大学院医学研究院 診断病理学<sup>1)</sup>, 千葉大学医学部附属病院 病理部<sup>2)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院 病態病理学<sup>3)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学<sup>4)</sup>

鈴木理樹<sup>1, 2)</sup>, 岸本充<sup>3)</sup>, 三島敬<sup>4)</sup>, 大塚将之<sup>4)</sup>, 宮崎勝<sup>4)</sup>, 太田聡<sup>2)</sup>, 中谷行雄<sup>1, 2)</sup>

【症例】78歳男性. HBV(-), HCV(-). X年3月, CTで肝右葉に径27mm大の腫瘍が指摘され, 11月には径97mm大と急速に増大した. X年11月に拡大右葉切除施行. 【病理所見】腫瘍は術中にruptureしており, 肝右葉切除検体には腫瘍の一部が残存している状態だった. 組織学的には肝細胞癌の成分と肝芽腫に類似する primitive な成分を認め, 両者は一部で連続していた. 肝細胞癌成分は腫瘍辺縁に存在し, 中索状または偽腺管構造を呈する中分化型が主体で一部に細胆管癌様成分も認めた. Primitive な成分では, 紡錘形あるいは星ぼう状の間葉系細胞が大索状あるいは充実性に増殖し, 淡明な細胞からなる primitive な腺管が混在していた. 間葉系成分には横紋筋細胞様の好酸性細胞も混在していた. 免疫組織学的に肝細胞癌成分は AFP 陽性, glypican-3 陽性,  $\beta$ -catenin 膜陽性だった. Primitive な上皮成分は AFP 陽性, CEA 陽性, glypican-3 陰性, SALL4 陰性,  $\beta$ -catenin 膜陽性だった. 横紋筋細胞様細胞は myogenin 陽性, desmin 陽性であった.

【考察】肝細胞癌の一部が肉腫成分を伴う肝芽腫様の腫瘍に progression した可能性を考え, Carcinosarcoma with hepatoblastoma-like feature と診断した.

## 一般演題 2

### 肝細胞腺腫および過形成性結節を合併した特発性門脈圧亢進症の一例

北里大学医療衛生学部病理学<sup>1)</sup>, 同医学部消化器内科学<sup>2)</sup>, 日本医大多摩丘陵病院外科<sup>3)</sup>

大部 誠<sup>1)</sup>, 中澤貴秀<sup>2)</sup>, 日高 央<sup>2)</sup>, 吉田 寛<sup>3)</sup>

【症例】40歳, 女性.

【現病歴】1995年(23歳)当院で特発性門脈圧亢進症(IPH)と診断. 血小板減少症に対して部分的脾動脈塞栓術が施行された. 2009年1月26日 EOB-MRI で初めて S2 結節指摘(ほか S4, S6 に小結節あり). その後増大傾向を示したため, 2011年腹腔鏡下部分肝切除が行われた.

【病理組織診断】

S2(32mm), S6(6mm): HNF1 $\alpha$ -inactivated hepatocellular adenoma, S4(10mm): hyperplastic nodule

【結語】本症例の肝細胞腺腫は EOB-MRI 肝細胞相で低信号を示す乏血性結節であった. 従来 IPH に合併する結節性病変の多くは過形成性結節と報告されていたが, 免疫染色により今後, 肝細胞腺腫の診断が増加する可能性がある.

### 一般演題 3

不整脈と高度の両心室拡張を示した  
老年男性の一剖検例

帝京大学医学部病理学講座  
阿曾達也, 宇於崎宏, 福里利夫

72 歳男性. 6 年前に他院で拡張型心筋症と診断され, 経過観察していた. 呼吸困難が悪化し, 入院となった. 両室が高度に拡張した状態で, 心室頻拍が見られた. 超音波にて卵円孔開存と右→左シャントを認めた. 約 2 か月後に VT から心停止を来たし死亡した.

#### 【剖検所見】

心 370g. 右室の高度拡張, 壁の菲薄化, 不規則な分布の高度線維化が見られた. 卵円孔開存が見られた. 左室も高度に拡張し, 側壁と心尖部の心筋層の高度脱落と壁の菲薄化及び線維化が見られた. また中隔及び前後壁の心筋層内に小斑状線維化と心筋脱落を認めた. 心筋細胞の錯綜配列が軽度見られた.

#### 【考察】

VT をしめす右室拡張症例であり, 臨床的には不整脈源性右心室心筋症が鑑別として挙げられた. また, 心房中隔欠損症から Eisenmenger 化を来たした状態, 拡張型心筋症, 拡張相肥大型心筋症との鑑別が問題となった.

### 一般演題 4

歯原性癌腫の 1 例

東京医科大学人体病理学講座<sup>1)</sup>, 同  
病院病理診断部<sup>2)</sup>, 同 口腔外科学講  
座<sup>3)</sup>

吉田真希<sup>1)</sup>, 山科光正<sup>2)</sup>, 榎本 愛<sup>3)</sup>,  
長尾俊孝<sup>1)</sup>

【症例】70 歳代, 男性.

【現病歴】右側頬部の腫脹を主訴に来院した. 上顎右側小臼歯の頬側歯肉に瘻孔形成と排膿が認められ, CT 上, 上顎前歯部～右側小臼歯部には 30x22mm 大の嚢胞様透過像が確認された. 生検の後, 病変の摘出術が施行された.

【病理所見】摘出された病変は嚢胞状で, その内腔は重層扁平上皮によって裏打ちされ, 角化物を容れていた. 上皮には異型に乏しい部分と異型を示す部分とが混在して認められた. 前者では主に正角化を呈していたが, 錯角化も一部ではみられ, また基底細胞の柵状配列を窺わせるところもあった. 一方, 後者では釘脚が延長し, 浸潤性増殖を示唆する所見が認められた. 以上, 診断に難渋した歯原性癌腫の 1 例を, 文献的検索とともに呈示する.

## 一般演題 5

### 術後6年で類内膜腺癌を発症した卵巣 類内膜境界悪性腫瘍の一例

帝京大学ちば総合医療センター 病理部<sup>1)</sup>，産婦人科<sup>2)</sup>  
山崎一人<sup>1)</sup>，佐川義英<sup>2)</sup>，梁善光<sup>2)</sup>，  
石田康生<sup>1)</sup>

【はじめに】今回，我々は右卵巣に発生した線維腺腫型の類内膜境界悪性腫瘍に対して卵巣部分切除を実施し，6年後に残存卵巣に嚢胞線維腺腫型の類内膜境界悪性腫瘍と類内膜腺癌を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】32歳，0経妊0経産．原発性不妊のため当院婦人科を紹介受診．子宮筋腫，両側子宮内膜症性嚢胞の診断にて腹腔鏡下手術が施行された．部分切除された右卵巣漿膜側に3cm径の白色乳頭状腫瘤を認め，moruleを伴う異型子宮内膜症（類内膜境界悪性腫瘍）の病理診断を得た．挙児希望のため追加切除は実施せず，3年後にARTによる妊娠・出産に至った．6年後に残存右卵巣に内腔に充実性腫瘤を伴う7x4cm大の嚢胞性病変を認め，迅速診にて類内膜境界悪性腫瘍の診断を得たため，単純子宮摘出術・両側付属器切除術が施行された．右卵巣には内膜症性嚢胞内に類内膜境界悪性腫瘍を主体とする充実性腫瘤が見られ，一部に間質浸潤を伴う類内膜腺癌(G2)を認めた．

【考察】本例の経過からは，初回摘出時に残存した境界悪性病変の再燃・悪性転化，もしくは，残存卵巣の子宮内膜症に新たに発症した類内膜腫瘍が考えられる．遺伝子変異を含めて両病変の性状を比較検討する．