

第 60 回

日本病理学会関東支部学術集会

第 36 回

茨城病院病理医の会

日時： 平成 25 年 9 月 21 日 土曜日

会場： つくば国際会議場 中会議室 201

茨城県つくば市竹園 2-20-3 (<http://www.epochal.or.jp>)

主催： (社) 日本病理学会関東支部会

茨城病院病理医の会

世話人： 飯嶋達生 (茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 病理診断科)

スケジュール

10:55 幹事会
12:00 受付開始
13:00 開会
13:05 一般演題
15:00 休憩
15:20 幹事会報告
15:30 一般演題
17:00 閉会

事務局 筑波大学医学医療系診断病理

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1

Tel: 029-83-3150

担当： 島田康子 (Yasuko-Shimada@md.tsukuba.ac.jp)

ごあいさつ

第 60 回 日本病理学会関東支部学術集会

当番世話人 飯嶋達生

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

病理診断科

平成 25 年 9 月 21 日（土曜日）に、つくば国際会議場において、第 60 回日本病理学会関東支部学術集会を開催させていただきます。

今回の学術集会は、特別講演を行わず、一般演題のみで構成しております。できるだけ多数の症例を検討する学術集会といたしました。従来は一症例ずつじっくりと検討・討議を行ってまいりましたが、今回は、多数の症例を休む暇なく次々とみて病理診断脳を刺激・活性化していくという **brain storming** のようなスタイルをとり、症例発表者と参加者に従来の学術集会では味わえない刺激が感じられる学術集会となればと考えております。

発表演題数は 15 題あり、臓器・疾患を指定しておりませんので、さまざまな症例を体験できます。

夏の終わりの午後を、普段とは異なる学術集会でお過ごしいただければ幸いです。

30 年前は見渡す限りの松林と筑波山しかなかったつくばも、秋葉原を始発とするつくばエクスプレスの開通により都心から 1 時間弱で訪れることができ、大きく変貌を遂げております。つくばに訪れるだけでも一見の価値があるかと思えます。

ぜひ、多くの先生方のご参加を心よりお待ちしております。

プログラム (敬称略)

12:00 受付開始

13:00 開会

13:05 - 15:00 一般演題 (発表 12分 討論 2分)

セッション1

座長 大橋 健一 (横浜市立大学医学部医学科様態病理学)

- 1 膀胱表在癌に対する BCG 膀胱内注入療法後に発生した膀胱前腫瘍
東京大学医学部人体病理学・病理診断学 沼倉 里枝 他
- 2 広範に肺胞壁に沿って発育進展する肺扁平上皮癌の 1 例
自治医科大学附属病院病理診断部 今田 浩生 他
- 3 臨床的に癌との鑑別が困難だった IgG4「非」関連の膵炎の一例
水戸医療センター病理診断科 大谷 明夫

セッション2

座長 澁谷 誠 (東京医科大学八王子医療センター中央検査部)

- 4 多形性に富む大型細胞で構成され高い増殖活性を示す成人大脳嚢胞性腫瘍の 1 例
千葉大学大学院医学研究院診断病理学 大出 貴士 他
- 5 61 歳男性に発生した下垂体部紡錘形腫瘍の一例
埼玉医科大学病理学 市村 隆也 他
- 6 マイコプラズマ感染症に中枢及び末梢神経障害を合併した一例
筑波記念病院病理科 臺 勇一 他

セッション3

座長 大谷 明夫 (国立病院機構水戸医療センター病理診断科)

- 7 肝間葉性過誤腫の 1 切除例
山梨大学医学部附属病院 病理診断科 井上 朋大 他
- 8 膵体尾部の Mixed scinar-neuroendocrine-ductal carcinoma の一例
日本医科大学病理学 (統御機構・腫瘍学) 松田 陽子 他

15:00 - 15:20 休憩

15:20 - 15:30 幹事会報告

15:30 - 17:00 一般演題

セッション4

座長 仁木 利郎 (自治医科大学病理学講座)

9 濾胞性リンパ腫との鑑別が困難な節性辺縁帯リンパ腫の一例

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 宮岡 雅 他

10 子宮腺筋症から発生したと思われる腺癌の1例

昭和大学病院・臨床病理診断科 九島 巳樹 他

11 稀な上咽頭腫瘍の1例

山梨大学医学部人体病理学講座 大石 直輝 他

セッション5 森下 由紀雄 (東京医科大学茨城医療センター中央診療部門病理診断部)

12 乳腺 pseudoangiomatous stromal hyperplasia の1例

防衛医科大学校病態病理学講座 桂田 由佳 他

13 左上腕部皮下から発生した悪性腫瘍

山梨大学医学部附属病院病理診断科 河西 一成 他

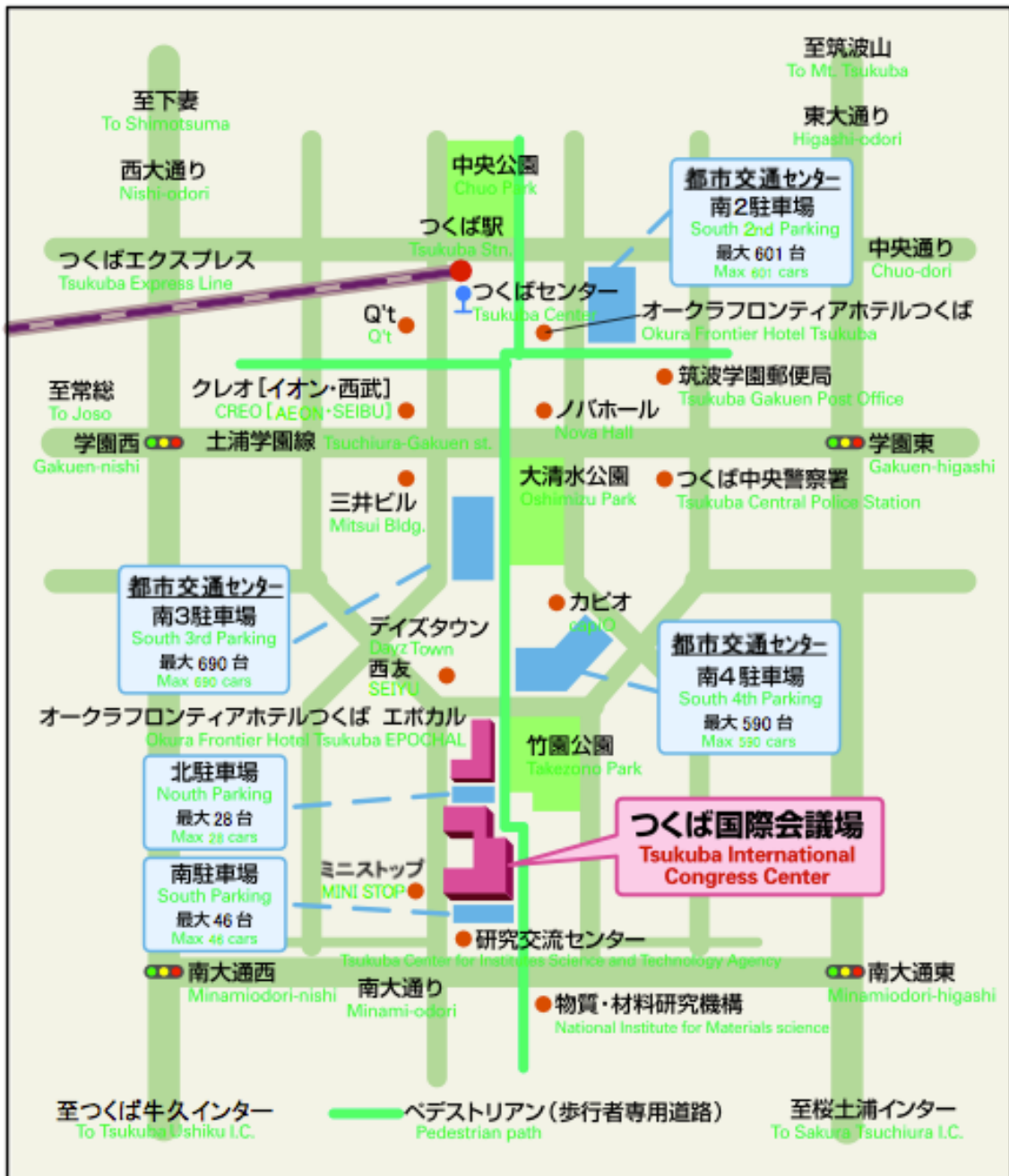
14 増殖性毛包性嚢胞腫瘍の一例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター研究検査科 近藤 譲

15 肺腫瘍の症例

筑波大学診断病理学研究室 菅野 雅人 他

17:00 閉会



会場案内：

つくば国際会議場 茨城県つくば市竹園 2-20-3 (Tel:029-861-0001)

アクセス つくばエクスプレス (秋葉原駅---45分---つくば駅) 駅より徒歩 10分

常磐高速道桜土浦インターから会場付近駐車場まで約 15分

*車でお越しの際は、上記駐車場のうち北駐車場、南駐車場はすぐに満杯となるので、南4駐車場をご使用されることをお勧めします。駐車場に入車の際に駐車券をお持ちください。駐車券を会場受付でお渡ししますので、受付でお受け取りください。

一般演題 1

膀胱表在癌に対する BCG 膀胱内注入療法後に発生した膀胱前壁腫瘍

沼倉里枝, 森川鉄平, 牛久哲男, 深山正久
東京大学医学部 人体病理学・病理診断学

症例は 60 歳代男性。特記すべき既往歴なし。

排尿時痛, 肉眼的血尿の精査にて膀胱内に多発乳頭状腫瘍を指摘され, TUR-Bt を施行された。病理診断は間質浸潤を伴う尿路上皮癌 (papillary urothelial carcinoma, high-grade, pT1) であった。術後, BCG (Bacilli Calmette-Guérin)膀胱内注入療法を計 6 回施行された。

7 か月後, フォローアップの膀胱鏡検査にて再発が疑われ, 再度 TUR-Bt が施行された。検体は以下の 3 個であった。①右尿管口の乳頭状腫瘍, ②膀胱後壁の微小な乳頭状腫瘍, ③前壁の腫瘍。組織学的に, ①②は乳頭状尿路上皮癌であり, ①では間質への浸潤がわずかに認められた(pT1)。③では, 表層に異型のない尿路上皮が少量認められ, 粘膜固有層に中型～やや大型の組織球様細胞がびまん性に浸潤していた。核にくびれを有するものが多く見られた。一部に壊死を認めた。また, 著明な好酸球浸潤を伴っていた。免疫染色にて, 組織球様細胞はサイトケラチン AE1/AE3 および CAM5.2 陰性, S-100 陽性, CD1a 陽性であった。CT にて, 他臓器に病変は認められなかった。以上の結果から, 膀胱に局限したランゲルハンス細胞組織球症 (好酸球性肉芽腫) と考えた。現在, 術後 17 か月で再発を認めていない。

一般演題 2

広範に肺胞壁に沿って発育進展する肺扁平上皮癌の1例

○今田浩生¹⁾, 仁木利郎²⁾, 佐久間裕司²⁾, 吉本多一郎²⁾, 坂谷貴司¹⁾, 福嶋 敬宜¹⁾

(1. 自治医科大学附属病院 病理診断部 2. 自治医科大学 病理学講座 統合病理学部門)

【現病歴】74歳男性。2010年喉頭癌に対して他院で放射線療法を施行。また同時期より糖尿病による末期腎不全に対して透析導入。その後腎移植の希望があり2012年10月に当院で腎移植を施行。その際術前検査の胸部CTで左下葉S1+2に結節影を認め、呼吸器内科でフォローとしたが、その後も徐々に結節が増大した(2012年9月約10mm→2013年3月約18mm)。診断及び治療目的に2013年3月に手術施行(まず左肺VATS(S1+2)が提出され、迅速診断でnon-small cell carcinomaと診断し左上葉切除が追加された)。

【病理所見】左肺VATS(S1+2)検体(7.5 x 3.5 x 2.5 cm大)。断面では22 x 18 x 12 mm大の黄白色調の腫瘍を認めた。腫瘍の中心は充実性であったが全体に含気が見られた。後に提出された左上葉切除検体(24 x 12 x 4 cm大)には肉眼的に腫瘍を認めなかった。

組織学的に、左S1+2の腫瘍は腫大した核と好酸性の胞体を有する腫瘍細胞が増殖する扁平上皮癌である。胞巣状に充実性に増殖する部分もあるが、腫瘍辺縁部では、あたかも肺胞上皮を置換性に増殖するように肺胞壁に沿って拡がっている。免疫組織化学では、周辺の肺胞壁に沿った進展部では、表層の肺胞上皮はp63(-), TTF1(+)を示し、p63(+), TTF1(-)を示す腫瘍細胞は、肺胞上皮を潜るように入っている。扁平上皮癌が進展する部の肺胞上皮細胞の核は腫大するが、反応性の変化と判断した。

【問題点】既存の肺胞壁の構築を保ち、肺胞上皮を進展する扁平上皮癌はまれに見られるが、本例のように肺胞壁に沿った増殖が主体をなす症例は少ない。また置換増殖を示す扁平上皮癌の表層の肺胞上皮細胞にも核腫大が見られ、反応性、腫瘍性変化の鑑別も問題になった。

一般演題 3

臨床的に癌との鑑別が困難だった IgG4「非」関連の膵炎の一例

大谷明夫

水戸医療センター 病理診断科

症例は 81 歳、女性。手術半年前に胆管拡張を指摘される。その後当院にて精査し、下部胆管癌あるいは膵頭部癌が疑われ（血中 IgG4 正常範囲）、膵頭十二指腸切除となる。手術所見では膵頭部に 2cm ほどの硬結部位を触知したが、明瞭な腫瘤性病変は認めなかった。病理所見： 総胆管に沿ってそれと直行する断面をいれ肉眼観察すると、膵頭部で実質の萎縮と硬度の増加を確認した（白色調にみえた）。明瞭な腫瘤性病変はみとめなかったが、境界不鮮明な癌は否定できなかった。ミクロでは膵管周囲を中心とする慢性炎症が明瞭であった。炎症細胞としてはリンパ球と形質細胞が主体をしめていた。腺房の萎縮、線維化がみとめられた。この段階で膵炎像と判断。特徴的なことに、膵管上皮内、あるいは膵管腔に好中球浸潤がみとめられた。これは **granulocyte epithelial lesion (GEL)** であると判断した。また小葉内での炎症性細胞浸潤は膵管周囲に比べ軽度な印象をうけた。免染では T リンパ球が B リンパ球よりも優位に浸潤。また IgG 陽性形質細胞は多いが、IgG4 はすくなく、それは高倍 1 視野あたり 10 個をこえなかった。間質の線維化は存在するが、**storiform fibrosis** として明瞭なものは目立たなかった。閉塞性静脈炎 **obliterative phlebitis** は確認された。

問題点 病理診断。

その後の経過：術後 8 ヶ月経過し、患者は健存、とくに大きな問題点はないとこのこと。潰瘍性大腸炎などの合併症はないとみなされている。

発表当日には IgG4 が血清で上昇しなかったが IgG4 関連の自己免疫性膵炎とみなされた別症例を比較提示の予定。

参考：

Shimosegawa T et al. International consensus diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis. *Pancreas* 2011;40:352.

一般演題 4

多形性に富む大型細胞で構成され高い増殖活性を示す成人大脳嚢胞性腫瘍の1例

○ 大出貴士¹⁾, 岩本雅美¹⁾, 太田 聡²⁾, 本島卓幸³⁾, 廣野誠一郎³⁾, 岩立康男³⁾, 中谷行雄¹⁾

1) 千葉大学大学院医学研究院診断病理学, 2) 千葉大学医学部附属病院病理部,
3) 千葉大学大学院医学研究院脳神経外科学

【症例】

50代前半の男性。高血圧症と高脂血症があり、降圧剤内服中。痙攣の既往はない。X年3月、左片麻痺が出現したため近医を受診。脳腫瘍を疑われ、精査目的に当院脳神経外科紹介受診。頭部MRIにて、右頭頂葉脳表付近に5.0cm大の少房嚢胞性腫瘍を指摘。明らかな充実性腫瘍形成は見られないが、嚢胞辺縁および隔壁部分に一部造影効果を認めた。X年5月、開頭腫瘍摘出術施行。摘出材料は、10mm大の灰白色調で脆い組織片。組織学的に、中等度～高細胞密度で、奇異な大型核を有する細胞や、単核ないし多核の巨細胞を多数混じる、極めて多形性に富む腫瘍であった。腫瘍細胞間に豊富な細網線維介在を見る部分あり。Xanthoma cellや好酸性顆粒小体は明らかでない。壁硬化を示す血管をやや豊富に介在させているが、内皮増殖は見られない。血管周囲を主体にリンパ球浸潤が目立つ。小壊死巣を一箇所認める。核分裂像は多く、巨細胞主体の領域で8個/10HPF程度、やや小型の腫瘍細胞が主体の領域では60個/10HPF程度見られる部分もある。免疫組織化学的に、ほぼ全ての腫瘍細胞がS-100およびGFAPに強陽性を示す。CD34陽性細胞が多数見られる。p53は陰性。MIB-1 indexは部位により異なるものの概して高く、10%未満の比較的低い領域がある一方、90%以上と極めて高い陽性率を示す部分も見られた。星細胞系のhigh-grade gliomaと考え、術後、放射線化学療法を施行。MRI画像上、造影領域の縮小を認めており、現在までのところ腫瘍再増大や臨床症状の増悪は見られていない。

【問題点】

奇異で巨大な腫瘍細胞を多数含み、極めて多形性に富むことが、本症例の組織像で最も特徴的な点と考えられた。わずかながら壊死を伴うことや、増殖活性の点から、low-grade gliomaとは考え難い。Pleomorphic xanthoastrocytoma with anaplastic featuresやgiant cell glioblastomaを主な鑑別に挙げたが、いずれもやや非典型的な部分もあり、本例の診断に関してご意見を頂ければと考えます。

一般演題 5

61 歳男性に発生した下垂体部紡錘形腫瘍の一例

埼玉医科大学病理学 市村隆也(発表者) 佐々木惇

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 清水道生

(症例)61 歳男性. 約 7 ヶ月前から耳鳴を自覚し, 4 ヶ月前からは両外側の視野障害を自覚した. MRI にて下垂体腫瘍を指摘され, 当院紹介受診となった.(画像所見)MRI にてトルコ鞍内正中部から鞍上部に突出する 1.5x1.7x1.2cm 大の腫瘤を認め, 視神経交叉を上方に圧排する像も認められた. T1 強調像にて下垂体後葉と考えられる高信号を示していた. (組織所見)楕円形から紡錘形の核と, 淡好酸性で紡錘形の細胞質を有する腫瘍細胞の均一な増殖像がみられた. 典型的な whorl 構造はみられなかった. 細胞異型は目立たず, 多形性もみられず, 核分裂像をみいだすこともできなかった. 壊死も認められなかった. また, 細胞質の oncocytic change はみられなかった. (免疫組織化学)腫瘍細胞は S-100 protein, TTF1, vimentin, Annexin1 にびまん性の陽性像を示した. 抗ミトコンドリア抗体は細胞質に弱い陽性像を認めた. その他, GFAP, EMA, クロモグラニン, シナプトフィジン, ニューロフィラメント, Gelectin3, AE1/AE3, PgR, CD68, には陰性を示した. MIB1 index は 2.4% であった. (まとめ)画像所見, 発生部位, 組織像および免疫組織化学的所見より pituicytoma(下垂体細胞腫)と考えた.

(問題点)下垂体部に発生する他の紡錘形腫瘍(spindle cell oncocytoma, granular cell tumor, meningioma 等)との鑑別について.

一般演題 6

マイコプラズマ感染症に中枢及び末梢神経障害を合併した一例

臺勇一 1、白岩伸子 2、田岡謙一 3、佐藤祐二 3

1 筑波記念病院 病理科、2 同 神経内科、3 同 血液内科

【症例】63歳、男性。X年4月同居している3歳と6歳の孫が頻回に発熱していた。同年4月26日（第1病日）頃から頭痛、皮疹が出現。5月1日から38.5℃の発熱が出現したため、近医受診し、クラビットR、セレストミンRを処方。5月2日39℃に上昇し、同日当院に搬送。来院時、発熱と血圧低下を認め、敗血症性ショックと考えられ、緊急入院となった。

【検査所見】入院時：WBC 10,960/ μ l (Neu 90%, Lym 3%), Hb 11.9 g/dl, Plt 20.2 万/ μ l, BUN 50.4 mg/dl, Cre 1.3 mg/dl, CRP 3.51 mg/dl, 迅速血清マイコプラズマ IgM 抗体検査 (+)。抗糖脂質抗体検査：抗 Gal-C IgG 抗体陽性。

神経学的所見：両側瞳孔散大、対光反射消失、両眼 opsoclonus、嚥下反射消失、左上肢 myoclonus 様不随意運動、四肢深部腱反射低下-消失、神経伝導速度低下。

【臨床経過】人工呼吸器管理、抗生物質、副腎皮質ステロイド投与、免疫グロブリン大量療法 (IVIG)、血漿交換療法等を行い、IVIG 後には神経学的所見の改善を認められたが、徐々に呼吸状態が悪化し、7月21日（第87病日）死亡した。

【剖検所見】肺にびまん性肺胞障害、器質化期-線維化期の像がみられ、中枢神経系に髄膜脳炎、脊髄後索、大脳深部白質、脳幹に及ぶ広範な脱髄、末梢神経に後根神経節細胞変性が認められた。

【問題点】病理組織診断。

一般演題 7

肝間葉性過誤腫の1切除例

井上朋大、中澤匡男、河西一成、大石直輝、望月邦夫、近藤哲夫、加藤良平

山梨大学医学部附属病院 病理診断科

【症例】3歳女児

【現病歴】在胎39週、2990gで出生。上気道炎症状があり、近医を受診した際に肝腫大を指摘されたため、近くの市中病院を受診した。その際に超音波検査にて肝臓のS3領域に8x6cm大の腫瘤を認め、その後も増大傾向であったため精査目的に当院入院となった。腹腔鏡下生検術を施行し、間葉性過誤腫と診断した。後日、腫瘤摘出のため、開腹にて肝亜区域切除術を施行した。

【既往歴・家族歴】なし

【画像所見】CTにて肝左葉S3領域に長径9cm大で境界明瞭、内部が不均一な低濃度を示し、造影後は不均一に造影される。MRIではT2強調像、拡散強調像では比較的均一な高信号を示す。造影効果は不明瞭。

【病理所見】100x80x65mm大の腫瘤。断面は黄色・白色調で正常肝組織との境界は明瞭。組織学的には異型の乏しい肝組織とともに一部拡張した血管・胆管の不規則な増生を認める。間質は粘液腫状で疎な膠原線維とリンパ球を主体とする軽度の炎症細胞浸潤をみる。

【考察】肝間葉性過誤腫は小児でみられる良性肝腫瘍では血管腫に次いで多い疾患である。臨床的に肝芽腫との鑑別が問題となる例も報告されているが、本例ではAFPの上昇はみられなかった。今回、臨床的および病理組織学的に典型的な1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

一般演題 8

膵体尾部の Mixed acinar-neuroendocrine-ductal carcinoma の一例

松田 陽子 1)、石渡 俊行 1)、吉村 久志 1)、松下 晃 2)、住吉 宏樹 2)、中村 慶春 2)、石井 英昭 3)、内田 英二 2)、大橋 隆治 3)、内藤 善哉 1)

1)日本医科大学病理学(統御機構・腫瘍学)

2)日本医科大学消化器外科学

3)日本医科大学附属病院病理部

【症例】70歳代、男性。膵体尾部に4cm大の結節性病変を認めたため、EUS-FNAを施行し、**acinar cell carcinoma with focal neuroendocrine differentiation**と診断した。Gemcitabine及びS-1併用化学療法を2コース施行し、画像上の治療効果判定では**stable disease**であった。化学療法終了から約2週後に膵体尾部切除、左副腎、横行結腸部分切除術を施行した。

【病理所見】4cm大の境界明瞭な結節性病変を膵体尾部に認めた。結節内では、約60%の範囲に壊死が見られた。H&E上では、**acinar cell carcinoma**の像が主体であったが、**moderately differentiated adenocarcinoma, neuroendocrine carcinoma**の像も認めた。酵素抗体法にても上記3つの組織像が確認され、それぞれの成分を**viable**な細胞の内の30%以上認めた。以上より、**Mixed acinar-neuroendocrine-ductal carcinoma, T3N0M0, stage III**, 病理学的効果判定は**Evans Grade IIb**と診断した。

【問題点・考察】**Mixed acinar-neuroendocrine-ductal carcinoma**の診断には転移巣や浸潤先端部での3成分の混在が定義づけられているが、本症例では転移巣が見られず、残存した**viable**な腫瘍の領域が狭く、診断が困難であった。また、本症例では、術前化学療法を施行された通常型の浸潤性膵管癌よりも広範な壊死をきたしており、治療に対する反応性が異なる可能性が示唆された。

一般演題 9

濾胞性リンパ腫との鑑別が困難な節性辺縁帯リンパ腫の一例

宮岡 雅、富田 さくら、菊地 智樹、中村 直哉

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学

【症例】72歳男性。当院初診1年前に左鼠径部に小さな腫瘤を自覚したが無症状のため放置していた。最近腫瘤の増大傾向を認めたため、当院血液内科を紹介受診となった。リンパ腫疑いにて左鼠径部リンパ節生検を施行された。

【画像】[CT・MRI・PET]右頸部～右鎖骨部、左腸骨部、左鼠径部にリンパ節腫大、RI集積あり。

【Flowcytometry】B細胞優位で、CD19(+)/CD5(+)^{分画}とCD20(+)/CD10(+)^{分画}を認めたが、軽鎖ではκ/λに偏りなし。

【染色体分析】46,XY [20/20]

【病理所見】リンパ節全体に濾胞の過形成を認め、胚中心の多くは腫大し tingible body macrophage を含む。拡大した辺縁帯領域に明るい胞体をもつリンパ球の増殖を認める。免疫組織化学にて辺縁帯に増生するリンパ球はCD3(-)、CD5(+)、CD10(-)、CD20(+), BCL-2(+), BCL-6(-), MUM-1(+), cyclin D1(-), EBER RNA ISH(-) を示す。胚中心の多くはBCL-2(-)を示すが、小数の胚中心でCD10(+)^{分画}BCL-2(+)^{分画}を示す細胞を認める。

【組織 FISH】bcl-2(+), bcl-6(-), MALT-1(-) (いずれも split signal)

【考察と問題点】

節性辺縁帯リンパ腫は通常CD5(-), CD10(-)を示すB細胞からなる。本例はまれなCD5陽性節性辺縁帯リンパ腫と考えられたが、さらに bcl-2 遺伝子の転座を認めた。follicular colonization を示す節性辺縁帯リンパ腫か、marginal zone differentiation を示す濾胞性リンパ腫か。

一般演題 10

子宮腺筋症から発生したと思われる腺癌の1例

所属：1) 昭和大学病院・臨床病理診断科
2) 昭和大学病院・産婦人科

発表者氏名：九島巳樹¹⁾、宮本真豪²⁾、清水華子²⁾

抄録：

(症例) 60歳、女性。2経妊2経産。6か月前からの下腹部痛を主訴に消化器内科受診。既往歴：子宮筋腫で経過観察中、高血圧。

CT検査にて左水腎症および子宮体下部左側部に57x53mm大に境界不明瞭な腫瘍性病変が疑われ産婦人科受診。経腔超音波検査で子宮内膜正常。子宮筋腫（子宮前壁6cm大、後壁2cm大）および子宮後壁の筋層肥厚あり。両側卵巣正常大。上部消化管内視鏡検査で異常なく、下部消化管内視鏡検査で直腸に粘膜下あるいは壁外性病変による狭窄所見あり。

MRI検査では子宮後壁は全体的に肥厚し、T2強調画像にて不均一な高信号を認め、造影効果および拡散強調像でも高信号を示し、直腸前面に浸潤を伴う子宮後壁悪性腫瘍が考えられた。

術中所見では子宮体部左側後壁に腫瘤を認め、左付属器および直腸と癒着、左尿管を巻き込んでいた。左腎臓摘出+単純子宮全摘+両側付属器切除術を施行したが、腫瘍は直腸に強く浸潤し、その一部が残存した。

{病理所見}子宮の大きさは11.5x8x5cm大で、前壁、後壁の筋層内に硝子様変化を伴う平滑筋腫の結節がみられた。その他の筋層はびまん性に肥厚していた。子宮体内膜はむしろ萎縮性で増殖症や隆起性病変はみられなかった。びまん性に肥厚した筋層内では子宮体部の大部分を占める境界不明瞭な病変があり、組織学的には腺管形成性のある腺癌の子宮体部筋層内浸潤であった。その一部に異型の無い内膜腺と内膜間質からなる内膜組織が島状にみられた。すなわち、子宮筋層内にわずかに腺筋症の像があり、それと連続性に進展する腺管形成性～癒合腺管状構造を示す腺癌の浸潤性増殖により筋層全層が肥厚していた。腺癌はさらに子宮頸部間質にも浸潤していた。

{問題点} 1. 子宮腺筋症から発生した腺癌として良いか。2. 鑑別診断として、子宮体癌、中腎性腺癌、転移性腺癌などがあげられる。

一般演題 11

稀な上咽頭腫瘍の1例

大石 直輝¹、近藤 哲夫¹、中澤 匡男¹、望月 邦夫¹、
井上 朋大¹、河西 一成¹、川崎 朋範¹、加藤 良平¹

¹山梨大学医学部人体病理学講座

【症例】47歳女性。内服薬で改善しない鼻閉を主訴に近医を受診した。咽頭ファイバースコープで上咽頭腫瘍を指摘され、当院耳鼻咽喉科・頭頸部外科を紹介受診した。

【臨床所見】咽頭ファイバースコープでは、上咽頭に易出血性の有茎性腫瘍を認めた。腫瘍は左鼻中隔後端に基部を有し、周囲組織への浸潤、癒着はなかった。造影CT検査でも同部に一致して、上咽頭内に突出する腫瘍を認めた。一方、周囲への浸潤や頸部リンパ節への転移は明らかでなかった。外来で生検が施行された。

【病理所見】最大径6mmの生検片が提出された。組織学的に、単層の立方状ないし円柱状の上皮が乳頭状、一部管状に増殖する病変で、小範囲には短紡錐形細胞の増殖も認めた。間質は線維性で、部分的に浮腫を伴っていた。腫瘍細胞の核の多くは類円形で、核内細胞質封入体を散見した。核分裂像は少数で、高度の細胞異型や壊死は認めなかった。免疫組織化学で腫瘍細胞はp53に弱陽性を示し、Ki67(MIB-1)は5%程度に陽性であった。また腫瘍細胞の核にTTF-1の発現を認めた。

【問題点】稀な上咽頭腫瘍の1例を、文献的考察を含め報告する。鑑別疾患を含めた病理組織学的診断、腫瘍の由来や分化につき御教示いただきたい。

一般演題 12

乳腺 pseudoangiomatous stromal hyperplasia の 1 例

桂田由佳¹⁾ 宮居弘輔¹⁾ 山岸陽二²⁾ 守屋智之²⁾ 山崎民大²⁾ 岩屋啓一¹⁾ 津田均¹⁾

1) 防衛医科大学校 病態病理学講座

2) 防衛医科大学校 乳腺外科

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia(PASH)は通常他の乳腺病変の手術検体から偶然発見されるものが多いが、まれに腫瘤として発見されるものも存在し、時に急速な増大を示す。今回我々は、比較的急速に増大した nodular PASH の症例を経験したので、文献的考察を含め、報告する。症例は 19 歳、女性。2 年前から右乳房腫瘤を自覚し、1 か月前から増大してきたため受診。身体所見では右乳房が腫大し、MRI 上、右乳腺に 13×8cm 大の境界明瞭な腫瘤が認められ、線維腺腫や葉状腫瘍が疑われた。針生検を施行したところ、PASH が疑われ、腫瘤摘出術が行われた。摘出された検体は 13×11×5cm の境界明瞭で薄い被膜を有する白色調充実性腫瘤で、組織学的には、豊富な膠原線維の増生とともに異型の乏しい乳管が散在性に認められ、間質には紡錘形細胞に被覆されたスリット様の構造が認められた。免疫組織化学的に紡錘形細胞は CD34、 α -smooth muscle actin 陽性で、腫瘤形成性の PASH と診断された。術後約 1 年、無再発で経過している。PASH の原因は不明であるが、閉経前の女性に多く、ホルモンバランスの異常によって引き起こされると考えられている。

一般演題 13

左上腕部皮下から発生した悪性腫瘍

所属：山梨大学医学部附属病院病理診断科

発表者：河西一成、望月邦夫、近藤哲夫、中澤匡男、大石直輝、井上朋大、加藤良平

[症例]

60代女性。2011年に左上腕皮下に母指頭大の腫瘤の存在を自覚した。経過をみていたが、腫瘤は増大傾向で、疼痛も出現したため、当院整形外科を受診。受診時の腫瘍は10×6cm大で、弾性硬で皮膚と癒着していた。悪性が疑われたため、2013年7月に腫瘍全摘術が行われた。

[病理所見]

肉眼的に70×90×80mm大で、断面は灰白色で嚢胞が散在。一部に粘液腫状(浮腫状)の領域を認め、壊死や出血も見られた。組織学的には、筋上皮様細胞の増殖を主体とし、腺管構造も認められた。間質は粘液腫様で、明らかな軟骨形成を伴っている。一部には核異型の顕著な腫瘍細胞の密な増殖からなる、明らかに悪性と判断できる領域も認められた。

[まとめ]

診断は悪性皮膚混合腫瘍。非常に稀な組織型であり、組織発生としては、今回の症例も合わせて、一般的にde novo発生が考えられている。

一般演題 14

増殖性毛包性嚢胞腫瘍の一例

[所属] 国立病院機構 霞ヶ浦医療センター 研究検査科

[発表者] 近藤 譲

[症例] 55歳の男性

[現病歴] 8年前より頭部皮下に腫瘤を自覚しており、徐々に増大していた。
当院形成外科にて腫瘤の摘出術が施行された。

[肉眼所見] 皮下に径 3cm ほどの境界明瞭な腫瘤を認める。断面は淡黄色でやや硬い。
小嚢胞構造を多数認める。

[組織所見] 重層扁平上皮が胞巣状に増生し、外毛根鞘性角化を示す。細胞異型は目立たず、周囲との境界は明瞭である。石灰化が散見される。

一般演題 15

肺腫瘍の症例

菅野 雅人¹⁾²⁾、河合 瞳¹⁾²⁾、矢野 陽子¹⁾、中野 雅之¹⁾、糸口 直江¹⁾²⁾、佐藤 泰樹¹⁾²⁾、坂田 晃子¹⁾²⁾、里見 介史¹⁾²⁾、南 優子¹⁾²⁾、山川 光徳³⁾、野口 雅之¹⁾²⁾

- 1) 筑波大学診断病理学研究室
- 2) つくばヒト組織診断センター (THDC)
- 3) 山形大学医学部病理診断学講座

症例は 73 歳男性。喫煙者(BI: 20 本×10 年)。7 年前、前医にて左肺上葉原発性腺癌に対し左肺上葉切除術を施行され、pT4(同側肺内転移) N2 M0 pStageIIIB (UICC 7th, Ed)であった。このため、術後補助化学療法(CBDCA+TXT)を 4 コース、UFT 内服を継続のうえ、再発なく経過観察されていたが、今回対側である右肺下葉末梢に一部スリガラス状陰影を伴う 15mm 大の腫瘤影が出現したため、左肺腺癌の転移・再発、或は異時性多発肺腺癌の疑いにより

右肺下葉の切除術が予定され、術中に診断確定目的にて針生検による迅速検体が提出された。術前の各種腫瘍マーカーはいずれも陰性であった。

検体は、①が既往の左肺上葉肺腺癌、②が術中に提出された迅速検体の標本である。

問題点：①、②の病変の関連をどう考えるか。