

第103回日本病理学会関東支部学術集会

【日時】 2024年10月19日（土） 13:00－17:00

【会場】 筑波大学 筑波キャンパス 春日エリア （春日講堂）

〒305-8550 茨城県つくば市春日1丁目2

<https://www.tsukuba.ac.jp/access/tsukuba-campus/kasugaauditorium.html>

※現地とWeb配信のハイブリッド形式

【参加費】 1000円（現地参加・Web参加一律）（事前購入制）

【世話人】 筑波大学 医学医療系 診断病理 松原大祐

第103回病理学会関東支部会 プログラム

12:30- 受付開始

13:00- 開会の挨拶 松原 大祐 先生 (筑波大学 医学医療系 診断病理)

総合司会 川松 夏実 先生 (筑波大学附属病院 病理部)

13:05- 一般演題①

前半の部：座長 朝山 慶 先生 (筑波大学附属病院 病理部)

一般演題① 渡邊 麻吏 先生 (筑波大学附属病院 病理部)

一般演題② 小林 倫子 先生 (日本医科大学武蔵小杉病院 病理診断科)

13:30- 特別講演① 「肺癌病理学の最前線」

演者 林 大久生 先生 順天堂大学 人体病理学

座長 鈴木 理樹 先生 東京大学医学部附属病院 病理部

14:30- 幹事会報告

14:45- 休憩

15:00- 一般演題 ②

後半の部：座長 関本 隆太郎 先生 (筑波大学附属病院 病理部)

一般演題③ 正門 史也 先生 (東京大学医学附属病院病理部)

一般演題④ 岩原 加奈 先生 (NTT東日本関東病院 病理診断科)

一般演題⑤ 藤堂 祉揚 先生 (自治医科大学附属病院 病理診断部)

15:40- 休憩

16:00- 特別講演② 「ポストパンデミック期のCOVID-19における課題」

演者 鈴木 忠樹 先生 国立感染症研究所 病理部

座長 望月 眞 先生 帝京大学 医療技術学部 臨床検査学科

17:00- 閉会の挨拶 松原 大祐 先生

一般的な注意事項

【事前参加登録のご案内】

<https://peatix.com/event/4099341/view>

イベントは非公開設定になっています。Peatix でイベントを検索しても、第 103 回病理学会関東支部会の Web サイトは表示されませんので、上記アドレスからアクセスをお願いいたします。

購入締め切りは【2024/10/12(土)23:59 まで】です。以降は原則、現地受付でのみ購入可能とする予定です。当日のスムーズな受付業務のため、皆様事前購入にご協力頂けますようお願いいたします。

Web 参加を予定されている先生方におかれましては、必ず締め切りまでに購入(入金手続きまで)を完了頂けますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

2024 年 10 月 14 日(月)～16 日(水)の間に、「Microsoft office teams の参加 URL」と「参加証/受講証のダウンロードに必要な第 1 パスワード (例: AAA)」をお申込みいただいたメールアドレスにお送りする予定です。必ず開催日の前日までにご確認ください (迷惑メールフォルダに入る場合がありますのでご確認ください)。

【参加証/受講証入手方法】

□ 現地参加の方 当日受付 (12:30 受付開始・開場) で参加証をお渡しします。特別講演の受講証は各講演終了後に配布します。当日体調がすぐれない場合は、Web 参加をお願いします。

□ Web 参加の方 参加証/受講証の PDF ファイルを関東支部ホームページからダウンロードします。第 2 パスワード (例: BBBB) は学術集会中にお知らせします。第 1 パスワード (参加 URL と併せてメールでご案内) ・第 2 パスワードを連続で入力します (例: AAABBBB)。

【演者の先生方へ】

発表データはパワーポイントでご作成ください。当日、受付で発表データを備え付け PC (Windows) にコピーさせていただきます。可能であれば 12:30-13:00 に受付をお済ませください。Mac で作成された際には Windows 上のパワーポイントで正しくスタイルが反映されることをご確認の上お持ちください。一般演題は発表 9 分・質疑 3 分です。特別講演は発表 50 分・質疑 10 分です。

【一般演題標本の Web 閲覧】 10 月以降、随時更新予定です。

標本閲覧はバーチャルスライドのみで行います。現地会場での標本閲覧はありません。日本病理学会ホームページ ⇒ 病理情報ネットワークセンター (右側のバナー) ⇒ 「支

部ごとの会議室」(バナー下の文章中にリンクがあります) ⇒ 支部別掲示板 ⇒ ログイン ⇒ 関東支部の順におすすみください。ログインには日本病理学会のログイン ID, パスワードの入力が必要です。

【幹事会のお知らせ】

日時 2024年10月19日(土) 12:00-12:30

会場 筑波大学 筑波キャンパス 春日エリア 7B219 中会議室

現地参加の先生方は春日講堂受付にお越しください。スタッフのご案内いたします。

Web参加の幹事の先生方にはZoom URLをメールでご案内いたします。

【事務局】

筑波大学 医学医療系 診断病理研究室

担当 河合

E-Mail : di_pathology@md.tsukuba.ac.jp

※一般演題標本のWeb閲覧の方法に関するお問い合わせは、日本病理学会宛てにお願いいたします。

会場案内

<最寄り駅から春日キャンパスまで>

筑波キャンパス（春日エリア）は、つくば駅（A2出口）から徒歩で約10分です。

秋葉原からつくばエクスプレス快速に乗ると45分で「つくば駅」に到着します。

つくば駅（A2出口）から地上へ出ていただくと左手に交番が見えます。

交番前を左折すると、公園と歩道の間に自転車置き場が見えます。

自転車置き場に沿って歩道をそのまま道沿いに進んでいただき、突き当たりがつくばキャンパス春日エリア入口です。



当日は受付開始～開会の挨拶までの間、春日エリア入口にスタッフが常駐する予定です。

<春日キャンパス構内>

春日エリア内は橙色の箇所が歩行可能です。※駐車場はご利用できません。

春日エリア



当日は受付開始～開会の挨拶までの間、春日エリア入口にスタッフが常駐する予定です。

特別講演① 「肺癌病理学の最前線」

演者 林 大久生 先生 順天堂大学医学部人体病理病態学講座

2000年代に入り、*EGFR* 遺伝子変異や *ALK* 融合遺伝子など、がん発生に直接関与するドライバー遺伝子を標的としたチロシンキナーゼ阻害薬や、抗 PD-1/PD-L1 抗体療法（免疫療法）が次々と臨床応用されるようになり、肺癌、特に非小細胞肺癌はバイオマーカーによる患者層別化による精密医療が進んだ代表的な癌腫となっている。さらに、*TP53* や *RBI* といった共通のがん抑制遺伝子の変異や均質な病理組織形態から、従来は均質性の高い腫瘍群と考えられてきた肺小細胞癌においても、トランスクリプトーム解析により、*ASCL1*、*NEUROD1*、*POU2F3* の3つの転写因子の発現パターンに基づく化学療法や免疫療法への感受性の違いが報告されており、小細胞肺癌においてもバイオマーカーによる患者層別化が実現される可能性がある。これら近年の革新的な治療開発は、コンパニオン診断に関わる病理医の責任を増大させると同時に、病理業務の増加をもたらしている。各種バイオマーカーを用いた肺癌患者の層別化が臨床的に重要な意義を持つことは明白であるが、形態情報に基づく病理診断の精度を向上させ、病理学的研究を推進することによって、肺癌患者のさらなる生命予後改善に寄与できると考えられる。本講演では、日々の診断の一助となる肺癌病理のトピックに関して言及したい。

特別講演② 「ポストパンデミック期のCOVID-19における課題」

演者 鈴木 忠樹 先生 国立感染症研究所 病理部

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）感染による新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は、2023年5月にWHOによる「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（PHEIC）の宣言が終了し、本邦においても感染症法上での取り扱いが5類感染症に変更され、社会認識としてのパンデミックは終息した。これらを承けて、感染症法による患者報告も定点報告に変更されたが、2023年5月以降に実施された全国規模のCOVID-19血清疫学調査では、感染で誘導される抗体の保有者割合が42.8%（5月）から64.5%（2024年3月）に大きく上昇したことが報告されている。この結果は、パンデミック終息後の1年弱で日本国民の2割以上がSARS-CoV-2に新規感染したことを示唆しており、ポストパンデミック期におけるCOVID-19の流行規模は決して小さくなく、呼吸器ウイルス感染症の中での疾病負荷は最大級となっている。また、日本だけでなく、米国においても、2023年にCOVID-19により約90万人の新規入院と7万人以上の死亡が発生したと推定されている。このような状況においてCOVID-19に対しては、ワクチン等の予防対策の継続および臨床現場において残されている課題の解決を目指す研究調査の継続が重要である。また、COVID-19対策においてパンデミック前までにエイズ研究やインフルエンザ研究で培われた研究資源が大いに活用されてきたように、COVID-19研究は次のパンデミック対策への準備としての側面を持っている。本発表では、パンデミック期において感染病理学の観点でCOVID-19について明らかにされてきたことを整理し、ポストパンデミック期のCOVID-19対策の課題および次のパンデミックの準備として進めていくべきテーマについて紹介したい。

一般演題①: HNF4 α 陽性肺胞上皮を伴う器質化病変の一例

発表者氏名: 渡邊麻吏¹、河合瞳¹、井口けさ人²、高屋敷典生³、松原大佑¹

所属:

1. 筑波大学附属病院 病理部
2. 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・JA茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院 呼吸器外科
3. 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・JA茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院 病理科

【症例】

特記すべき既往歴および喫煙歴はない66歳男性。人間ドックのCTで、右肺上葉S2に13mmのspiculationと胸膜陥入を伴う結節が指摘され、肺腺癌の疑い(cT1bN0MX, cStage IA2以上)により手術を実施した。

【病理所見】

術中迅速診断に提出された部分切除検体では、線維芽細胞の増生を伴って軽度の細胞異型を呈する肺胞上皮が腺房状に見られ、腺癌を否定できない所見であった。右肺上葉切除が施行され、部分切除検体(病変1)および追加の切除検体(病変2)のそれぞれに結節が認められた。病変1は黄白色で境界不明瞭な8mmの結節で、組織学的には高度の肺胞の虚脱と活動性の線維芽細胞を伴う膠原線維の増生が見られ、Masson's bodyが散見された。肺胞上皮には核の重積や腫大が見られたが、細胞密度の増加やpile upは見られなかった。病変2は灰白色で境界のやや明瞭な14mmの結節で、多数のMasson's bodyを主体とする病変であり、病変1と比較すると肺胞上皮の異型はごく軽度であった。いずれの病変でも肺胞構造の虚脱は見られたが、肺胞の破壊を伴う肺胞上皮の浸潤性増殖は見られず、器質化肺炎様の結節と診断された。免疫組織化学的検討では、いずれの病変でもMasson's body周囲の肺胞上皮でHNF4 α が陽性を呈し、TTF-1は弱陽性と陰性が混在していた。

【考察】HNF4 α は浸潤性粘液腺癌以外の肺腺癌でも陽性になることが近年報告されているが、本症例では器質化を呈する領域に限局してHNF4 α 陽性の肺胞上皮が見られる点が独特であった。

【結語】肺胞上皮におけるHNF4 α の発現様式や発現機序については未解明な点が多いが、本症例は非腫瘍性の肺胞上皮におけるHNF4 α の発現を捉えた稀少な一例と考えられた。

【疑問点】

- ・本症例は病理学的に器質化肺炎と診断してよいか。
- ・器質化と肺胞上皮におけるHNF4 α 発現の関係について、どのような考察が可能か。

一般演題② 鑑別に苦慮した肺小円形細胞腫瘍の1例

小林倫子¹、梶本雄介¹、富岡勇宇也²、許田典男¹、窪倉浩俊²、大橋隆治³、日野光紀⁴、大林千穂⁵

1. 日本医科大学武蔵小杉病院 病理診断科
2. 日本医科大学武蔵小杉病院 呼吸器外科
3. 日本医科大学 統御機構診断病理学
4. 日本医科大学呼吸器ケアクリニック
5. 神鋼記念病院病理診断センター 病理診断科

【症例】67歳男性。現喫煙者。定期健康診断の胸部レントゲンで異常陰影を指摘され、CTにて右肺中葉に境界明瞭な結節性病変を認めた。4か月後結節の増大とPET-CTにて集積を認めたため、精査・加療目的にて当院紹介受診となった。経気管支肺生検では診断が確定出来ず、転移は明らかでなかったことから右肺中葉切除術が施行された。

【病理所見】病変は30mm大の境界明瞭な結節で、主体は充実性の小円形細胞の増生からなり、病変の辺縁部にわずかに腺腔形成がみられた。小円形細胞はvimentin、CD56、CD99が陽性、一部はAE1/AE3が陽性であったが特定の分化傾向は見られなかった。腺腔形成を示す領域ではCK7、TTF-1陽性であり一部に肺原発の腺癌として矛盾しない染色態度が得られているものの、大部分は分化方向の不明瞭な小円形細胞成分からなる腫瘍で、WHO第5版のいずれの腫瘍の定義にも合致しないと考えられた。診断に苦慮した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

一般演題③ 特異な脳回様の十二指腸粘膜病変を呈した軽鎖沈着症

正門史也¹, 山澤翔¹, 田中麻理子¹, 牛久綾¹, 大木大輔², 牛久哲男¹

1. 東京大学医学部附属病院病理部
2. 東京大学医学部附属病院消化器内科

IgM-λ型M蛋白陽性のリンパ形質細胞性リンパ腫の既往のある80歳代女性。上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸球部から水平部にかけて黄白色調を呈する絨毛の拡大と平坦化がびまん性に認められ、非常に特徴的な「脳回様」外観が印象的であった。組織学的には、好酸性無構造物の沈着により絨毛の粘膜固有層が開大し、絨毛は短縮・鈍化し、横幅が広がっていた。アミロイドーシスを疑ったがCongo-Red染色やDFS染色は陰性で否定された。免疫組織化学的に沈着物はλ鎖陽性を示し、軽鎖沈着症と診断した。軽鎖沈着領域にはスリット状に狭小化したリンパ管が埋もれるように散見された。粘膜固有層に脂質貪食組織球の集簇がみられ、絨毛先端上皮内にも脂質沈着を認めた。軽鎖沈着に伴い、リンパ管を介した脂質吸収が障害された結果、脂質も沈着することで特異な内視鏡像を形成した可能性が示唆された。

一般演題④ 肛門管原発の杯細胞腺癌が疑われた一例

岩原加奈, 香田弘知, 増田芳雄, 森川鉄平

NTT東日本関東病院 病理診断科

80代男性. 約半年前から肛門部に腫瘤を自覚. 下部内視鏡検査では歯状線より肛門側に広がる全周性3型様病変を認めた. 生検では印環細胞様の腺癌細胞の浸潤を認めた. また, CTで虫垂にも6cm大の嚢胞性腫瘍が指摘された. 直腸切断術・肛門皮膚切除術および回盲部切除術が同時に施行された.

切除検体では, 生検と同様の腺癌細胞が間質粘液を伴いつつ集塊状に肛門管筋組織に浅く浸潤しており(pT2相当), 肛門管の全周および肛門周囲皮膚にかけて重層扁平上皮内を広範にPagetoidに進展する像がみられた. 免疫組織化学的に腫瘍細胞はCDX2, CK7, CK20, Chromogranin A, Synaptophysinすべて陽性で, 形態的および免疫組織化学的に杯細胞腺癌(Goblet cell adenocarcinoma; GCA)に類似していると考えられた. 虫垂には低異型度虫垂粘液性腫瘍を認めた.

GCAの多くは虫垂原発であり, 肛門管を原発とするGCAは稀である. 本症例の腫瘍は肛門管原発GCAと考えてよいか, 虫垂腫瘍との関連性などにつきご意見を伺いたい.

一般演題⑤ 複合免疫療法で治療した大動脈血管内膜肉腫の一部検例

藤堂 祉揚¹, 飯島 彰長², 河田 浩敏¹, 福嶋 敬宜¹

1 自治医科大学附属病院病理診断部

2 自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門

71歳男性。死亡2か月前頃からの両下肢痛のため当院を受診した。造影CTでは大動脈内腔を80%狭窄する縦隔腫瘍、および消化管や軟部組織等の多発転移を指摘された。生検では低分化な肉腫の像 (MDM2陽性) であり、脱分化型脂肪肉腫や血管内膜肉腫等が鑑別となった。生検診断に先行して肺癌を想定しCBDC+nab-PTX+Atezoを開始したがPD判定となり、多臓器不全により死亡した。【剖検所見】大動脈弓部に60mm大の広範な壊死を伴う腫瘤を認め、内腔を高度に狭窄し、左肺上葉、上縦隔に直接浸潤していた。組織学的には高異型度の肉腫であり、局在およびMDM2陽性から大動脈原発血管内膜肉腫と診断した。腫瘍中にリンパ球は少量のみ見られた。諸臓器に多発転移を認め、死因は大動脈狭窄および腸管出血による循環不全と考えられた。複合免疫療法で治療した血管内膜肉腫の一例であり、文献的考察を加えて報告する。