

# 第 61 回 (社) 日本病理学会関東支部学術集会 (第 134 回 東京病理集談会)

日時：平成 25 年 12 月 21 日 (土)

会場：東京大学医学部教育研究棟 鉄門記念講堂 (1 4 階)  
セミナー室 (1 3 階)

会費：1,000 円

主催：社団法人 日本病理学会関東支部会

世話人：東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学  
深山正久・柴原純二

## <スケジュール>

12:00	受付開始 (1 4 階 鉄門記念講堂)
12:55 -	開会挨拶 (鉄門記念講堂)
13:00 - 14:30	一般演題① (4 題)
14:30 - 14:50	休憩
14:50 - 15:00	関東支部会幹事会報告
15:00 - 15:50	特別講演
15:50 - 17:20	一般演題② (4 題)
17:30 - 18:30	懇親会 (1 1 階 談話室)

## <会議・運営>

11:00 - 12:00	幹事会 (1 3 階 第 5 セミナー室)
12:00 - 16:00	標本供覧 (1 3 階 第 8 セミナー室)
12:00 - 17:30	託児所 (1 3 階 第 7 セミナー室)

## \* 連絡・問い合わせ

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1

東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学

担当：柴原純二 電話：03-5841-3343

E-mail: jshiba-tky@umin.ac.jp

## 会場案内（東京大学医学部教育研究棟）

### ■ 地下鉄

地下鉄丸の内線・本郷三丁目駅 徒歩 8 分

地下鉄大江戸線・本郷三丁目駅 徒歩 6 分

地下鉄千代田線・湯島駅 徒歩 15 分

地下鉄南北線・東大前駅 15 分

地下鉄三田線・春日駅 徒歩 15 分

### ■ バス

#### < 御茶ノ水駅 >

都バス 茶 51 駒込駅南口または東 43 荒川土手操車所前行  
東大赤門前下車

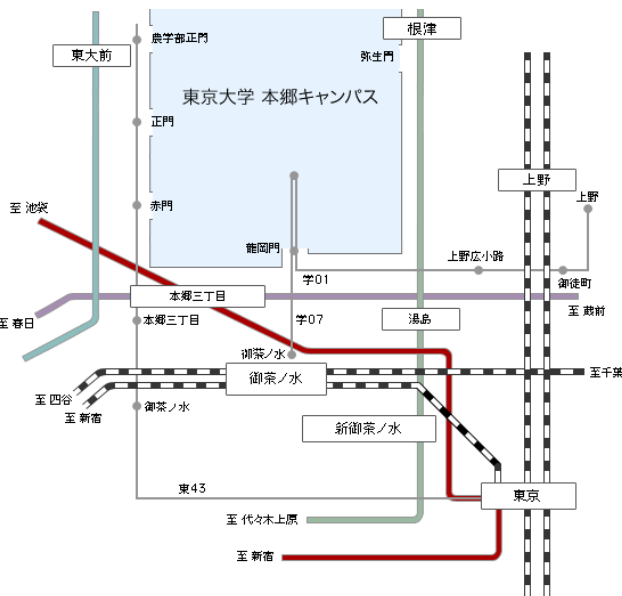
学バス 学 07 東大構内行 東大病院前下車

#### < 上野駅 >

学バス 学 01 東大構内行 東大病院前下車

#### < 御徒町駅 >

都バス 都 02 大塚駅前または上 69 小滝橋車庫前行  
本郷三丁目駅下車



## 東大構内案内図



<プログラム> (敬称略)

【一般演題①】 13:00 - 14:30 (発表 13 分、討議 7 分)

座長：笹島ゆう子 (帝京大学医学部・病理学講座)

829. 全経過 2 か月で急速に死に至った、両側卵巣神経内分泌腫瘍の 1 剖検例

橋本浩次 (東京医科大学・分子病理学講座)

830. 化学療法開始後、急速な経過をたどった原発不明癌の一部検例

杉浦善弥 (がん研究会がん研究所・病理部)

座長：中谷行雄 (千葉大学大学院医学研究院・診断病理学)

831. 悪性胸膜中皮腫術後、対側肺転移を機に Trousseau 症候群を発症した 1 剖検例

富井翔平 (東京医科歯科大学・病理部)

832. 発症後急速な経過を示し、臨床的に特発性肺動脈性肺高血圧症が疑われた 1 剖検例

森田茂樹 (帝京大学医学部・病理学講座)

【休憩】 14:30 - 14:50

【関東支部会幹事会報告】 14:50 - 15:00 支部長 加藤良平 (山梨大学医学部・人体病理学)

【特別講演】 15:00 - 15:50

講師：石川俊平 (東京医科歯科大学難治疾患研究所・ゲノム病理学)

演題：胃がん組織や胃粘膜組織におけるメタトランスクリプトーム解析

座長：柴原純二 (東京大学医学部・人体病理学)

【一般演題②】 15:50 - 17:20 (発表 13 分、討議 7 分)

座長：藤ヶ崎純子 (東京慈恵医科大学・神経病理学研究室)

833. 後天性免疫不全症候群(AIDS)を背景に発症し、奇怪なグリア細胞の出現と広範かつ特異な病変分布を示した進行性多巣性白質脳症(PML)の成人男性の 1 剖検例

辻村隆介 (日本大学医学部病態病理学系病理学分野)

834. 大脳動脈輪に局限した内膜肥厚による広範な脳梗塞を合併した多中心性硝子血管型 Castleman 病の一部検例

福田由美子 (都立駒込病院・病理科)

座長：大橋健一 (横浜市立大学・病態病理学)

835. 原因不明の腹膜炎をきたした大酒家の一部検例

吉本多一郎 (自治医科大学・病理学講座)

836. [教育症例] 臨床的に気管支喘息重積発作による呼吸不全死と考えられた、高齢男性の剖検例

三浦泰朗 (三井記念病院・病理診断科)

【懇親会】 17:30 - 18:30 懇親会 (1 1 階 談話室)

## 【一般演題抄録】

829. 全経過 2 か月で急速に死に至った、両側卵巣神経内分泌腫瘍の 1 剖検例

橋本浩次<sup>1,2)</sup>、倉田厚<sup>1)</sup>、藤田浩司<sup>1)</sup>、高木偉博<sup>3)</sup>、嶋田秀仁<sup>3)</sup>、福島純一<sup>2)</sup>、堀内啓<sup>2)</sup>、黒田雅彦<sup>1)</sup>

- 1) 東京医科大学分子病理学講座
- 2) NTT 東日本関東病院病理診断部
- 3) 東京医科大学産科・婦人科学講座

【症例】75 歳・女性。2G2P。死亡より約 2 か月前に腰部～下腹部痛を自覚し、消化器内科を受診。胸腹骨盤造影 CT にて卵巣腫瘍、癌性腹膜炎が示唆され、婦人科に紹介となった。手術目的にて入院するも採血上、炎症反応の著明な上昇を認めた。腹部膨満感の訴えが強く、腹水穿刺にて 4000ml の除水と、補液、疼痛コントロールを行うも、意識障害、呼吸不全出現し、婦人科初診から約 1 か月で死亡となった。

【剖検所見】開腹時、腹腔内に 2450ml の血性腹水を認め、腹膜に径 1 cm 大までの乳白色調の充実性腫瘍が多発した。卵巣には両側とも径 5 cm 大の出血、壊死を伴った充実性腫瘍を認めた。組織学的には、卵巣腫瘍、及び多発腹膜腫瘍は、クロマチンの濃染した異型細胞が充実性胞巣を形成して増殖する像を呈し、奇怪な細胞も散見された。免疫組織化学的に、神経内分泌分化傾向を示し、小細胞癌と診断した。

### 【問題点】

1. 組織型は小細胞癌で良いのか。
2. 多核、奇怪な細胞の意味するところは何か。
3. 急速な転帰を取り、Mib-1 index 高値であるが、核分裂像が少ないのはなぜか。

830. 化学療法開始後、急速な経過をたどった原発不明癌の一剖検例

杉浦善弥、二宮浩範、松原修、高澤豊、石川雄一  
がん研究会がん研究所病理部

【症例】48 歳、男性。

【生活歴】喫煙指数=840, アルコール 日本酒 2 合/日。

【既往歴・家族歴】特記事項なし。

【現病歴】2013 年 4 月、腹痛にて近医受診。超音波検査および CT 検査にて、腹水および胆石を指摘された。また、アルコール性肝障害が疑われた。上部および下部消化管内視鏡検査では異常は認められなかった。断酒と利尿剤内服を開始したが、腹水は増加傾向を示し、腹水のコントロールは不良であった。7 月の腹水細胞診で class IV、また、CA19-9 が 10,000U/ml 以上であり、精査加療目的にて、がん研病院に転院となった。入院後、腹水セルブロックにて腺癌を確認した。原発は不明であったが、化学療法(carboplatin+paclitaxel)を開始した。全身状態が急速に悪化し、8 日目に死亡された。

【解剖時肉眼所見】腹水 4,000ml、血性。腹膜および胸膜に播種を認めた。腫瘍は確認できなかった。

831. 悪性胸膜中皮腫術後、対側肺転移を機に Trousseau 症候群を発症した 1 剖検例

富井翔平、阿部志保、山本浩平、明石巧、江石義信

東京医科歯科大学 病理部

症例は 61 歳男性。アスベスト暴露歴あり。1 年前に右胸水貯留で他院受診。胸水細胞診で悪性胸膜中皮腫の診断で当院受診した。左胸膜肺全摘出術、術後化学療法を施行。11 カ月後、右胸水貯留、右肺内多発転移で入院。8 日後、左前腕から遠位の脱力を自覚、多発脳梗塞と診断された。抗凝固療法施行するも、13 日後死亡した。剖検時、右肺には悪性中皮腫の再発を認めるほか、多発脳梗塞と諸臓器に及ぶ梗塞巣を認めた。悪性腫瘍に伴う凝固線溶系の異常と梗塞性病変をきたす病態は一般に Trousseau 症候群と呼ばれるが、悪性中皮腫に伴うものは報告が少ない。本症例は悪性中皮腫以外の凝固線溶系異常をきたす基礎疾患はなく、Trousseau 症候群に伴う多臓器の梗塞と考えられた。

832. 発症後急速な経過を示し、臨床的に特発性肺動脈性肺高血圧症が疑われた 1 剖検例

森田茂樹<sup>1)</sup>、宇於崎宏<sup>1)</sup>、岡輝明<sup>2)</sup>、山本裕貞<sup>3)</sup>、阿曾達也<sup>1)</sup>、高橋芳久<sup>1)</sup>、一色高明<sup>3)</sup>、福里利夫<sup>1)</sup>

1) 帝京大学医学部 病理学講座

2) 公立学校共済組合 関東中央病院 病理科

3) 帝京大学医学部附属病院 循環器内科

【症例】60 歳男性

【既往歴】58 歳痔核。2 型糖尿病。

【生活歴】喫煙 40 本/40 年

【家族歴】父：脳軟化症、母：肺癌

【現病歴】死亡 3 か月前、息切れを自覚。1 週間前、下腿浮腫で近医に入院。心エコーで心嚢水貯留、肺高血圧を認め、当院内科に紹介。心嚢穿刺で漏出性心嚢液 2500ml (培養陰性、細胞診 class2)。心臓カテーテル検査 (肺動脈圧 90/60mmHg) で肺高血圧症と診断され、特発性肺動脈性肺高血圧症及び慢性血栓塞栓症が鑑別として考えられた。呼吸不全は急速に進行し、除脈や血圧低下も出現し、死亡した。

【剖検所見】両肺とも肺動脈は拡張、割面で肺野にまだらなうっ血が認められた。組織学的には連続性に肺動脈本幹～径 50  $\mu$ m の肺静脈で中等度の内膜肥厚、直径約 20  $\mu$ m の肺静脈に高度の狭窄を認めた。onion skin lesion 様変化は目立たず、plexiform lesion なし。また、肺動脈本幹壁にリンパ球及び多核巨細胞の浸潤、腎動脈・腸骨動脈には中膜の線維化を認めた。大動脈は中等度の動脈硬化性変化のみ。肺性心、心嚢水貯留 (170ml)、左胸水貯留 (1550ml)、諸臓器うっ血を認める。1.5cm 大の右原発性肺腺癌 (潜在癌) あり。死因は呼吸不全を考える。

【問題点】

1. 肺高血圧の原因として肺静脈閉塞症を考えたが、合致するか？
2. 肺動脈及び中動脈で認められた変化について。

833. 後天性免疫不全症候群 (AIDS) を背景に発症し、奇怪なグリア細胞の出現と広範かつ特異な病変分布を示した進行性多巣性白質脳症 (PML) の成人男性の 1 剖検例

辻村隆介<sup>1,2)</sup>、本間琢<sup>1,2)</sup>、尾花ゆかり<sup>1)</sup>、石川晴美<sup>3)</sup>、亀井聡<sup>3)</sup>、山田勉<sup>1,2)</sup>、根本則道<sup>1,2)</sup>

- 1) 日本大学医学部病態病理学系病理学分野
- 2) 同板橋病院病理診断科、3) 同神経内科

【諸言】 AIDS 患者において、広範且つ特異な病変分布を示す PML の 1 剖検例を経験した。

臨床所見：某年 12 月より徐々に進行する右半身麻痺で発症。翌年 2 月、複視出現のため近医受診。頭部 MRI にて後頭葉に T1 低信号、T2 高信号を示す病変が認められ脳梗塞と診断され、精査目的で当院神経内科に紹介入院となった。入院時、軽度の構音障害、右半身麻痺、協調運動失調が認められた。第 42 病日に HIV 陽性が確認され、第 54 病日に行われた脳生検で PML と診断された。その後、highly active antiretroviral therapy (HAART) 療法が施行されるも、全経過約 5 か月で死亡した。

【剖検所見】肉眼的に左右大脳半球、左小脳半球白質、左側橋、延髄を中心に灰白色軟の病変が認められた。組織学的は白質主体に形成される境界不鮮明な高度な脱髄病変であり、好塩基性腫大核をもつオリゴデンドログリアや奇怪なアストロサイトの出現を伴っていた。大脳から脊髄までの広範な脱髄病変分布を示したが、大脳に比較し、脳幹・小脳などテント下病変が顕著であり、特異な病変分布であった。一般臓器に関しては誤嚥性肺炎があり、直接死因は中枢性の呼吸抑制と考えられた。

結語ならびに問題点：テント下を主体とする広範な病変分布を示す PML を経験した。一部に異型を有するグリア細胞の増生を伴っており、腫瘍性の可能性を否定できない。病変分布ならびに異型グリア細胞の増生についてご教示頂きたく症例を供覧する。

834. 大脳動脈輪に限局した内膜肥厚による広範な脳梗塞を合併した多中心性硝子血管型 Castleman 病の 1 剖検例

福田由美子<sup>1)</sup>、古畑匡規<sup>2)</sup>、瀬戸口京吾<sup>2)</sup>、加藤生真<sup>1)</sup>、堀口慎一郎<sup>1)</sup>、元井亨<sup>1)</sup>、船田信頭<sup>1)</sup>、比島恒和<sup>1)</sup>

- 1) がん・感染症センター 都立駒込病院 病理科
- 2) がん・感染症センター 都立駒込病院 膠原病科

症例は 40 代男性。4 週間持続する微熱を主訴に当院を受診、炎症所見、全身リンパ節腫脹、胸腹水を認めた。右鼠径リンパ節生検にて硝子血管型 Castleman 病の診断となったが治療に反応不良であった。第 7 病日より進行性の意識障害、右半身麻痺が出現し、MRI にて左線条体領域と左後頭葉の白質病変を、MRA にて左中大脳動脈および左後大脳動脈の高度狭窄を認めた。その後も病変が急速に拡大し左後頭頂葉から生検を施行したが非特異的な急性脳梗塞の像であった。意識障害が進行し、第 62 病日に永眠。解剖時、全身のリンパ節と胸腺に硝子血管型 Castleman 病の所見、腎臓には血栓性微小血管症 (TMA) 様変化を認めた。大脳および脳幹は広範な梗塞に陥り、大脳動脈輪に限局した内膜肥厚による内腔狭窄、閉塞および血栓形成がみられた。本症例では硝子血管型 Castleman 病では稀な多中心性の分布を示し、胸腺にも病変がみられた。また、大脳動脈輪に限局してもやや病様の変化がみられたが原疾患との関連は不明であった。非典型的な点の多い Castleman 病の剖検例であり報告する。

835. 原因不明の腹膜炎をきたした大酒家の一剖検例

吉本多一郎、坂谷貴司、福嶋敬宜、仁木利郎

自治医科大学病理学講座

【症例】51歳男性。大酒家。22年前に慢性膵炎にて膵部分切除。18年前より糖尿病を、10年前よりアルコール性肝硬変を指摘されていた。7年前より糖尿病性腎症のため血液透析導入（腹膜透析歴なし）。2週間前より腰痛、嘔吐、水様便が出現し、経口摂取困難となった。さらに腹水大量貯留、発熱があり、1週間前に当院消化器内科入院。特発性細菌性腹膜炎の診断で抗生剤投与、絶食を行うも、徐々に全身状態が悪化。死亡前日、黒色嘔吐があり全身状態増悪し、死亡。

【剖検所見】腹水は黄色透明で4600ml貯留。腹膜の線維性肥厚を伴って、腹腔内臓器および後腹膜臓器は高度に癒着し、ほぼ一塊となっていた。腸管の拡張は目立たなかったが、剖面で腸管固有筋層は光沢のある淡褐色調を呈していた。腸管の組織標本は当日供覧する（バーチャルスライドでも事前公開を行う）。肝臓は硬度を増し、再生結節によりびまん性に置換された肝硬変の状態であった。膵臓は、主膵管内に多数の膵石がみられ、膵実質がほとんど残存していない慢性膵炎の状態であった。腎臓は両側とも終末期腎（透析腎）。その他の主要臓器に著変は見られなかった。

腸管にみられた所見を、臨床経過も含めてどのように解釈するか、議論・検討を行いたい。

836. 教育症例：臨床的に気管支喘息重積発作による呼吸不全死と考えられた、高齢男性の剖検例

三浦泰朗、西東瑠璃、森正也

三井記念病院 病理診断科

【症例】84歳 男性

【既往歴】6年前から慢性閉塞性肺疾患の診断で当院外来通院。2年前にPSA高値を指摘。生検で前立腺癌が確認され、化学療法を施行。

【現病歴】転倒による外傷にて近医に入院。入院後喘鳴と呼吸困難が出現し、酸素投与、テオフィリン静注を行ったが症状は徐々に増悪。当院に救急搬送。来院時は心拍呼吸停止状態。心肺蘇生に反応なく同日死亡。臨床的死因は、気管支喘息重積発作による呼吸不全。

【供覧標本】肺、腎

問題点：供覧標本から考えられる死因は何か

## 【特別講演抄録】

胃がん組織や胃粘膜組織におけるメタトランスクリプトーム解析

石川俊平

東京医科歯科大学 難治疾患研究所 ゲノム病理学分野

胃粘膜環境は食物や微生物の絶え間ない摂取により変化していると考えられるが、これまでの体内微生物相に関する包括的解析は大腸の細菌を中心とするものが多く胃粘膜環境の幅広い生物種に対する解析の報告は無い。胃粘膜環境は低 pH の下で独特であると考えられ、我々は健常・疾患状態胃粘膜の細菌やウイルスを含めた幅広い生物種の全体像をとらえるため胃癌・周辺胃粘膜組織 15 検体、他の臓器由来組織 16 検体から並列型シーケンサーによる全トランスクリプトームデータの de novo アセンブル（配列のつなぎ合わせ）を行った。公共データベースから植物、非脊椎動物、細菌、ウイルス、ファージより 7400 種の完全長ゲノムより成る独自のデータベースを構築し、de novo アセンブルを行った配列をマッピングし、個別の生物種ごとにトランスクリプトの定量を行った。その結果の一つとして CMV 由来のトランスクリプトが胃癌組織に高頻度に存在することがわかった。CMV は胃癌の潰瘍底に見られ全身化学療法など免疫不全下における重篤な全身感染につながるフォーカスとなる可能性が考えられる。また上気道に存在するアデノウイルス C が正常胃粘膜、胃癌組織を問わずきわめて低いコピー数で、しかし他の組織より有意に高いレベルで存在することがわかった。メタトランスクリプトーム解析では、胃粘膜環境で代謝プロセスに関与する遺伝子の多く発現し腸内環境と同様高い代謝活性が想像された。これらの解析は健常もしくは疾患状態における胃粘膜の生物相や機能的多様性を明らかにするものと考えられる。

## 【展示】

東京大学医学部附属病院における CPC e-learning の紹介

東京大学医学部附属病院では、毎月 1 回 2 症例を取り上げ、院内 CPC を継続的に行っている（平成 25 年 12 月までに 212 回施行）。一層の教育効果を期すべく、平成 22 年度より CPC ダイジェストを院内に公開するとともに、平成 23 年度より臨床研修医が自ら問題を解決して、CPC の内容を理解できるよう、CPC e-learning コースを設けている。

CPC e-learning コースの実施概要を、研修医からのフィードバックとともに紹介する。