

第 63 回 日本病理学会関東支部学術集会

日時：平成 26 年 6 月 21 日（土）

会場：昭和大学旗の台キャンパス 1 号館 7 階講堂

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：美島健二（昭和大学歯学部口腔病態診断科学講座

口腔病理学部門 教授）

<スケジュール>

- 12:00 受付開始（1 号館 7 階講堂前）
- 13:00 開会挨拶
- 13:05 ~ 13:45 関東支部会総会
- 13:45 ~ 14:45 レクチャー（2 題）
- 14:45 ~ 15:00 休憩（1 号館 5 階会議室）
- 15:00 ~ 15:40 特別講演
- 15:40 ~ 17:25 一般演題（5 題）
- 17:30 ~ 18:30 懇親会（1 号館 5 階会議室）

<会議・運営>

- 11:00 ~ 12:00 幹事会（1 号館 5 階会議室）
- 12:00 ~ 16:00 標本供覧（1 号館 5 階カンファレンスルーム）
- 12:00 ~ 17:30 託児所（病院入院棟 17 階会議室 A）

* 標本送付先・問い合わせ

〒142-8555 東京都品川区旗の台 1-5-8
昭和大学歯学部口腔病態診断科学講座口腔病理学部門
TEL03-3784-8169, Fax. 03-3784-2870
標本送付先：入江太郎 tarou@dent.showa-u.ac.jp
問い合わせ：河野葉子 yohko@dent.showa-u.ac.jp

会場案内

昭和大学旗の台キャンパス 1号館 7階 講堂

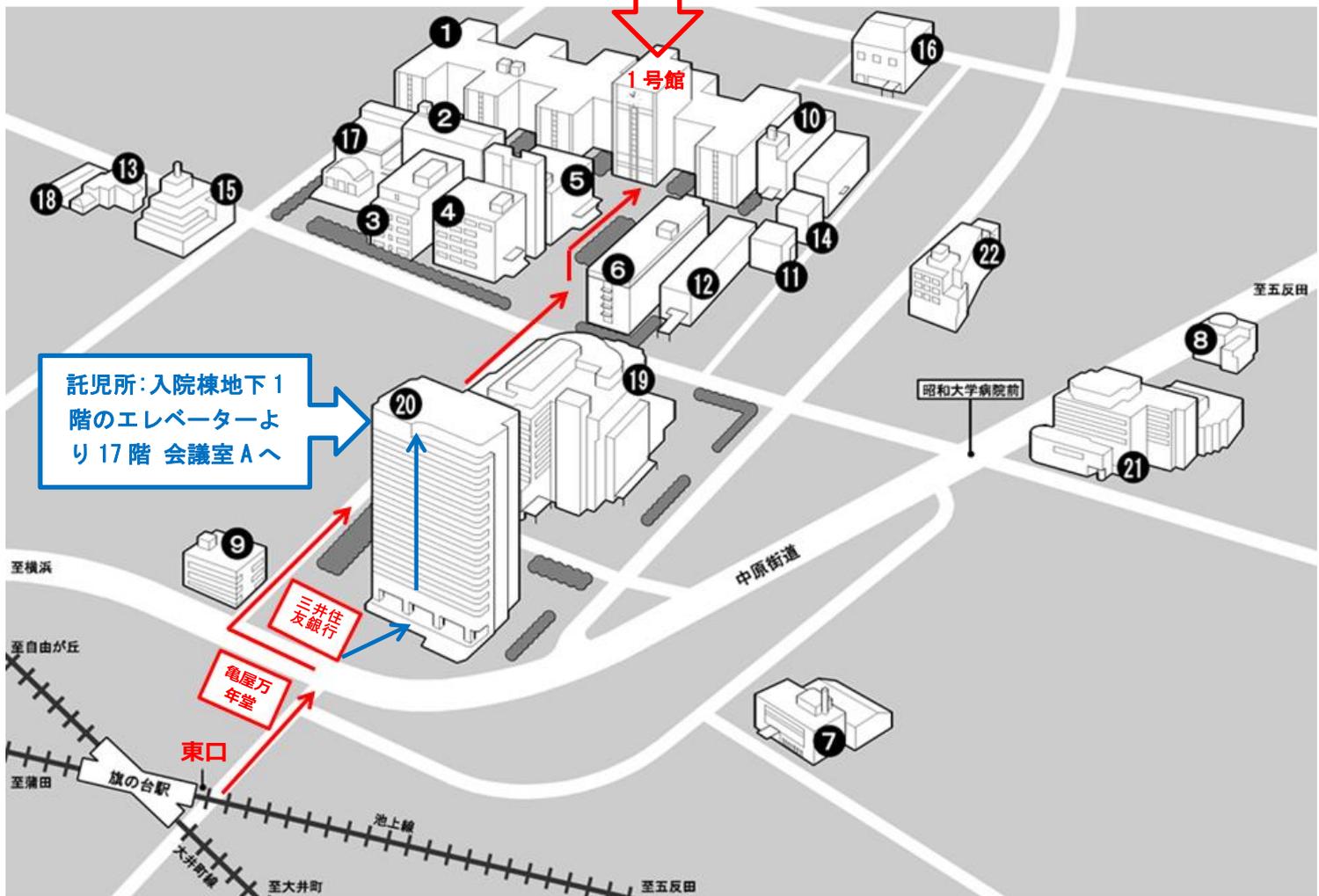
東京都品川区旗の台 1-5-8 , Tel: 03-3784-8169

アクセス 東急池上線・大井町線「旗の台」駅東口下車 徒歩 6分

<http://www.showa-u.ac.jp/SUH/access/>

http://www.showa-u.ac.jp/about_us/campus/hatanodai.html

会場: 1号館 6階までエレベーターで上がり、
そこから階段で7階 講堂へ



プログラム (敬称略)

一般演題の代表切片は日本病理学会ホームページ内「病理情報ネットワークセンター」にバーチャルスライドとしてアップロードしています。下記アドレスより供覧できます。

標本供覧には UMIN ID が必要です。

<http://pathology.or.jp/jigyouslidepath-release.html>

開会のあいさつ 13:00

美島健二 (昭和大学歯学部口腔病態診断科学講座口腔病理学部門)

関東支部会総会 13:05~13:45

レクチャー「口腔癌の病理診断」 13:45~14:45

座長: 河野葉子 (昭和大学歯学部口腔病態診断科学講座口腔病理学部門)

1. 新しい口腔細胞診診断基準と細胞所見

久山佳代 (日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)

2. 早期口腔癌の病理組織診断について

森 泰昌 (国立がん研究センター 中央病院 病理・臨床検査科)

休憩 14:45~15:00

特別講演 15:00~15:40

座長: 瀧本雅文 (昭和大学医学部臨床病理診断学講座)

歯原性腫瘍の病理診断

菊池建太郎 (明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野)

一般演題 (発表 13 分、討議 7 分) 15:40~17:25

座長: 九島巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)

1. HHV8 関連タンパクの特徴的発現パターンを示した HHV-8-positive Plasmablastic lymphoma の一例

山田正俊 (東京医科大学 分子病理学分野)

2. 神経内分泌癌および多形癌が混在した肺癌の 1 例

朝比奈未紀 (順天堂大学医学部人体病理病態学講座)

3. 小児に発生した Histiocytic sarcoma と考えられた一例

天野雄介 (日本大学医学部病態病理学系病理学分野)

座長: 大池信之 (昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科)

4. 脳腫瘍の一例

近藤裕介 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)

5. 子宮体部ポリープ様病変の一例

九島巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)

懇親会 17:30~18:30 (1号館 5階会議室)

レクチャー「口腔癌の病理診断」

1. 新しい口腔細胞診診断基準と細胞所見

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座

久山佳代

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座では、開校当時より口腔細胞診に取り組み、40年余りに及ぶ。その検体数は年間約1,700件で擦過細胞診が97%を占める。過去5年間の口腔細胞診の成績は、感度93.8%、特異度98.1%、陽性の正診率は91.7%であり、過去の報告と近似している。口腔細胞診は、1959年に渡辺が口腔領域における剥離細胞学を記し、1971年に田中らがSCCの正診率は92%と報告しており非常に歴史がある検査法である。しかし、口腔癌は希少癌であり、解剖学的に直視できるためにその発展が遅れた。日本人のがんの大部分が制圧されつつある中で口腔癌は微増を続けており、2020年の将来予測として警告すべきがんと特記された(2004年、がん・統計白書)頃から、口腔がん検診が歯科医師会を中心に急速に展開され、スクリーニング法の一つとして細胞診を併用する方法が広まりつつある。そこで口腔がん検診で急速に増加した細胞診検体の受け入れ側の整備として、日本臨床細胞学会は2年前から細胞診専門歯科医試験を開始した。ところが口腔細胞診の細胞判定方法は、各施設がPapanicolaouのクラス分類あるいは3段階法を用いてきたため統一されておらず、現在、日本臨床細胞学会「歯科・口腔領域の細胞診ガイドライン小委員会」では、口腔領域初のガイドラインを作成中である。今回の発表では、1. 口腔がん検診の実績と問題点および改良点、2. 歯科・口腔領域の細胞診ガイドラインの概略と代表的な細胞所見の供覧、3. ガイドラインの応用結果について報告する。

1. 口腔がん検診の実績と問題点および改良点 細胞診を用いた口腔がん検診実施総数 7,658名、がん発見率は0.1~1.1%、細胞診実施率は2.8~56.2%であった。不適検体は0.5%であり、原因は細胞数の不足であった。
2. 歯科・口腔領域の細胞診ガイドラインの概略と代表的な細胞所見の供覧 クラス分類に代わる判定区分として、a) 検体不適正、b) 検体適正に大別し、適正の場合はさらに(1)NILM(2)LSIL(3)HSIL(4)SCC(5)IFNの5区分に分類する。
3. ガイドラインの応用結果 細胞形態計測にてN/C比を軽度、中等度、高度異形成で比較すると口腔(0.1、0.1、0.34)、子宮頸部(0.14、0.2、0.41)、気管支(0.19、0.21、0.24)であり、口腔では異型が弱いといわれる所以である。さらに炎症性疾患は0.06、SCCは0.4であり、NILMとLSILの判定にも習熟が必要であり、HSILとSCCの鑑別は非常に難しい。核所見のみならず細胞質の輝度、細胞集塊などを総合的に判断する必要がある。

レクチャー「口腔癌の病理診断」

2. 早期口腔癌の病理組織像とその捉え方

国立がん研究センター 中央病院 病理・臨床検査科

森 泰昌

口腔扁平上皮癌に繋がる早期口腔病変の病理組織像を捉えるためには、二つのベクトルについて整理し理解することが重要であろう。一方は、反応性異型上皮と異形成と早期がんの鑑別である。臨床の現場では、生検材料において反応性異型上皮を除外することが困難な異形成や、上皮内癌症例にしばしば遭遇する。もう一方は、発がんに寄与する因子である。最も良く知られた発がんのリスクファクターは喫煙と飲酒である。これまでは生活習慣の改善とともに口腔癌の発症は低下すると考えられていた。しかしながら、近年緩徐に口腔がんを含めた頭頸部癌の発症の増加が報告されている。そのリスクファクターは Human Papilloma Virus (HPV) であり、非喫煙、非飲酒の比較的若年層での発症が見られる。これら HPV 関連癌と非関連癌では、組織形態学的特徴や臨床的な予後が異なることから診断的価値が高い。本発表では、口腔癌の早期病変の組織形態学的な捉え方を、プラクティカルに生検検体、手術検体各々での診断について特徴的な症例を用い解説したい。加えて、HPV 関連口腔扁平上皮癌や新たな診断マーカーや治療ターゲット候補分子についての最近の知見を報告する。

特別講演

歯原性腫瘍の病理診断

明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野

菊池建太郎

歯原性腫瘍は、歯の形成に関わる細胞・組織に由来する腫瘍の総称であり、歯の発育領域という限られた部位に発生する。大部分は顎骨内（顎骨中心性）に生じ、まれに歯肉・歯槽粘膜（周辺性）にみられることもある。したがって、病理診断に関しては歯科・口腔外科、耳鼻科や頭頸部外科領域をもつ施設において取り扱われる。全臓器腫瘍における歯原性腫瘍の占める割合は非常に少ないにも関わらず、その病理形態像は多彩であり、組織型も多様で複雑に分類されているようにみえる（表：歯原性腫瘍のWHO分類 2005）。このように多様な組織型が存在する理由としては、歯原性腫瘍が歯の発生過程にもとづいて分類がなされているためである。換言すれば、歯原性腫瘍の分類を理解する早道は歯の発生過程を知ることにあるといえる。実際の病理診断にあたっては腫瘍各々にみられる独特の特徴像の把握や亜型の存在を知ることが重要となる。さらに、顎骨には多くの歯原性嚢胞も生じることから生検診断においては鑑別診断が問題となる場合が多い。したがって、好発年齢や部位の認識、画像所見の特徴といった臨床的事項の把握も非常に重要である。

本学術集会では、発生頻度の高い良性歯原性腫瘍を中心として、まずその分類の基本的な考え方を解説し、ついで基本的な病理組織像のポイントを供覧し、会員の先生方の日常診断業務に役立つことができれば幸甚である。

表 歯原性腫瘍のWHO組織分類（2005）

悪性腫瘍 MALIGNANT TUMOURS

歯原性癌腫 Odontogenic carcinomas

- ・ 転移性（悪性）エナメル上皮腫 Metastasizing (malignant) ameloblastoma
- ・ エナメル上皮癌 — 原発型 Ameloblastic carcinoma — primary type
- ・ エナメル上皮癌 — 二次型（脱分化型）、骨内性 Ameloblastic carcinoma — secondary type (dedifferentiated), intraosseous
- ・ エナメル上皮癌 — 二次型（脱分化型）、周辺性 Ameloblastic carcinoma — secondary type (dedifferentiated), peripheral
- ・ 原発性骨内扁平上皮癌 — 充実型 Primary intraosseous squamous cell carcinoma — solid type
- ・ 角化嚢胞性歯原性腫瘍に由来する原発性骨内扁平上皮癌
Primary intraosseous squamous cell carcinoma derived from keratocystic odontogenic tumor
- ・ 歯原性嚢胞に由来する原発性骨内扁平上皮癌 Primary intraosseous squamous cell carcinoma derived from odontogenic cysts
- ・ 明細胞性歯原性癌 Clear cell odontogenic carcinoma
- ・ 幻影細胞性歯原性癌 Ghost cell odontogenic carcinoma

歯原性肉腫 Odontogenic sarcomas

- ・エナメル上皮線維肉腫 Ameloblastic fibrosarcoma
- ・エナメル上皮線維象牙質肉腫 および エナメル上皮線維歯牙肉腫 Ameloblastic fibrodentino—and fibro-odontosarcoma

良性腫瘍 BENIGN TUMOURS

歯源性上皮からなり、成熟した線維性間質を伴い、歯源性外胚葉性間葉組織を伴わない腫瘍

Odontogenic epithelium with mature, fibrous stroma without odontogenic ectomesenchyme

- ・エナメル上皮腫、充実型 / 多嚢胞型 Ameloblastoma, solid / multicystic type
- ・エナメル上皮腫、骨外型 / 周辺型 Ameloblastoma, extraosseous / peripheral type
- ・エナメル上皮腫、類腱型 Ameloblastoma, desmoplastic type
- ・エナメル上皮腫、単嚢胞型 Ameloblastoma, unicystic type
- ・扁平上皮性歯源性腫瘍 Squamous odontogenic tumour
- ・石灰化上皮性歯源性腫瘍 Calcifying epithelial odontogenic tumour
- ・腺腫様歯源性腫瘍 Adenomatoid odontogenic tumour
- ・角化嚢胞性歯源性腫瘍 Keratocystic odontogenic tumour

歯源性上皮と歯源性外胚葉性間葉からなり、硬組織を伴うあるいは伴わない腫瘍

Odontogenic epithelium with odontogenic ectomesenchyme, with or without hard tissue formation

- ・エナメル上皮線維腫 Ameloblastic fibroma
- ・エナメル上皮線維象牙質腫 Ameloblastic fibrodentinoma
- ・エナメル上皮線維歯牙腫 Ameloblastic fibro-odontoma
- ・歯牙腫 Odontoma
 - 歯牙腫、複雑型 Odontoma, complex type
 - 歯牙腫、集合型 Odontoma, compound type
- ・歯牙エナメル上皮腫 Odontoameloblastoma
- ・石灰化嚢胞性歯源性腫瘍 Calcifying cystic odontogenic tumour
- ・象牙質形成性幻影細胞腫 Dentinogenic ghost cell tumour

間葉あるいは歯源性外胚葉性間葉からなり、歯源性上皮を伴うあるいは伴わない腫瘍

Mesenchyme and / or odontogenic ectomesenchyme with or without odontogenic epithelium

- ・歯源性線維腫 Odontogenic fibroma
- ・歯源性粘液腫 / 歯源性粘液線維腫 Odontogenic myxoma / myxofibroma
- ・セメント芽細胞腫 Cementblastoma

骨関連病変 Bone-related lesions

- ・骨形成線維腫 Ossifying fibroma
- ・線維性異形成症 Fibrous dysplasia
- ・骨性異形成症 Osseous dysplasias
- ・中心性巨細胞病変（中心性巨細胞肉芽腫） Central giant cell lesion (granuloma)
- ・ケルビズム Cherubism
- ・脈瘤性骨嚢胞 Aneurismal bone cyst
- ・単純性骨嚢胞 Simple bone cyst

その他の腫瘍 OTHER TUMOURS

- ・乳児の黒色性神経外胚葉性腫瘍 Melanotic neuroectodermal tumour of infancy
-

一般演題-1. HHV8 関連タンパクの特徴的発現パターンを示した HHV-8-positive plasmablastic lymphoma の一例

東京医科大学 分子病理学分野¹
国立感染症研究所 感染病理部²
NTT 東日本関東病院 病理診断科³

山田正俊¹、片野晴隆²、橋本浩次^{1, 3}、黒田雅彦³

【背景】HHV-8-positive plasmablastic lymphoma(以下、HHV-8(+) PBL)は AIDS に合併する悪性リンパ腫の一種で、極めて予後の悪い疾患である。今回同疾患の病理解剖にて腫瘍組織における HHV8 関連タンパクの免疫組織学的解析を行うことができたので報告する。

【臨床経過】40 歳代男性。大腿皮膚に発生した Kaposi 肉腫の診断を契機に AIDS と診断し、治療が開始された。その 2 年後に多中心性キャッスルマン病(MCD)が疑われ、抗ウイルス薬投与を含む加療が行われたが全身状態は悪化の一途を辿り、全経過 3 年で死亡した。

【病理所見】尿管周囲の結節部を中心に全身に悪性リンパ腫病変を認め、免疫組織学的に HHV8 LANA-1 陽性、cIgM 陽性、λ 陽性であり、一方で MCD 病変は確認されず HHV-8(+) PBL と診断した。HHV8 関連タンパクとして ORF59 および vIL-6 が陽性、一方で RTA と K8 は陰性であった。

【考察】HHV8 の溶解タンパクのうち ORF59 と vIL-6 のみが陽性という結果は、ウイルスの新規複製は行われぬ環境下で腫瘍細胞が増殖能を獲得していることを示している。このような発現パターンは Kaposi 肉腫とは異なり、また既知の MCD 病変における発現態度とも異なっている。HHV-8(+) PBL の発症機序を考える上で貴重な知見と考える。

一般演題-2. 神経内分泌癌および多形癌が混在した肺癌の1例

順天堂大学医学部人体病理病態学講座¹

関東労災病院 病理診断部²

順天堂大学医学部呼吸器外科学講座³

朝比奈未紀¹、福村由紀¹、植草利公²、鈴木健司³、齋藤剛¹、荒川敦¹、八尾隆史¹

【症例と臨床経過】70代男性。血痰を自覚し、近医を受診。胸部CTで右肺上葉肺癌を疑われ、当院呼吸器外科紹介受診、右肺上葉 sleeve 切除、リンパ節廓清、奇静脈合併切除が施行された。喫煙歴は30本/日×44年、64歳時に禁煙。

【病理所見】提出検体は15.5×8.2×6.8cm大の右肺上葉切除材料で、40×40×24mm大の白色充実性腫瘍を認めた。腫瘍はB2区域気管支内にポリープ状に進展していた。組織学的には、微細顆粒状の核クロマチンを有する小型腫瘍細胞が大～小胞巣状に増生浸潤する小細胞癌(SmCC)の像と、大型の核を持ち、ロゼット構造や胞巣内壊死、胞巣辺縁での柵状配列を示す大細胞神経内分泌癌(LCNEC)の像を見、SmCCやLCNECの中間的組織像を示す部分も見られた。これらの神経内分泌癌の腫瘍胞巣内部には高頻度に角化型扁平上皮癌成分(SqCC)を、さらに腫瘍胞巣周囲には紡錘形細胞や巨細胞からなる肉腫様癌(SarC)を見、SqCCとSarCには組織学的に移行像が認められた。以上より、混合型小細胞癌(小細胞癌+大細胞神経内分泌癌+多形癌)と診断した。

所属リンパ節転移巣にはSmCC、LCNEC、SqCCの3成分を認めた。

【免疫組織化学】SmCC、LCNEC共にsynaptophysin, chromogranin A, CD56, CAM5.2, AE1/3, TTF-1、に陽性、SqCC成分は、CK5/6に陽性、SarC成分はvimentin、 α -SMAとCK5/6(一部)に陽性、desmin、S-100に陰性であった。

【考察】現在の肺癌取扱い規約やWHO分類では、Combined small cell carcinoma (combined SmCC)の定義として、「大細胞神経内分泌癌を含む他の非小細胞癌の像との混在を示す腫瘍」と記されており、本症例はLCNEC, 多形癌(SqCC成分を含む)を伴うCombined SmCCに相当すると考えられる。Combined SmCCの報告は多くなく、その組織発生に関する考察は少数にとどまる。本症例では肺原発巣および転移リンパ節内共にSmCC、LCNEC、SqCC成分を認めたことなどから、神経内分泌癌(SmCC, LCNEC)→SqCC→肉腫様変化(多形癌)への進展を考察した。

【問題点】本腫瘍の病理診断、腫瘍形成機転。

一般演題-3. 小児に発生した Histiocytic sarcoma と考えられた一例

日本大学医学部病態病理学系病理学分野

天野雄介、杉谷雅彦、本間 琢、大荷澄江、楠美嘉晃、増田しのぶ、根本則道

【はじめに】Histiocytic sarcoma の好発年齢は中高年期にピークがあるが、広い年齢層に認められ、全造血器腫瘍のうち 1%未満の稀な病変である。診断上、急性単球性白血病の除外が重要とされる。今回、比較的稀な小児例を経験したので報告する。

【症例】4 歳、男児

【主訴】前縦隔腫瘍の精査

【現病歴】当院初診 2 ヶ月前より咳、鼻汁、38 度台の発熱を伴った感冒様症状が出現し、1 ヶ月後右胸痛出現、肺炎の診断で近医に入院した。胸部レントゲン上、縦隔の拡大が指摘され、当院を紹介受診した。CT 上、前縦隔腫瘍と肺、肝、脾、腎、腸骨、椎体、皮膚に転移巣と考えられる病変が指摘された。診断目的で頭部皮膚の生検が施行された。

【病理学的所見】真皮から皮下組織にかけて中型～大型細胞の増生よりなる結節性病変が認められ、増生細胞は円形～卵円形で、平均すると中等度の核異型を有していた。背景にはリンパ球や少数の好酸球浸潤が認められた。免疫組織化学上、異型細胞は CD45, CD68, CD163 にびまん性に陽性で、Ki-67 陽性率は高いところで約 50%であった。CD1a, CD3, CD20, CD21, CD23, CD30, CD34, CD79a, CD246, Lysozyme, MPO は陰性であった。以上の所見より、腫瘍細胞は組織球の性格を有し、Histiocytic sarcoma が考えられた。

【経過】ALL、AML 系統の化学療法が施行されたが効果に乏しく、固形腫瘍に対する化学療法が施行されたところ腫瘍の縮小効果が認められた。さらに、末梢血幹細胞移植が施行された。その結果、縦隔腫瘍は 70-80%程度の縮小が認められ、諸臓器の転移巣と思われる病変の多くも著明に縮小し、現在経過観察中である。

一般演題-4. 脳腫瘍の一例

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学

近藤裕介、井野元智恵、梶原 博、中村直哉

【症例】 65 歳、女性。

【現病歴】

X 年 5 月初旬に頭痛と右側の軽度顔面神経麻痺にて近医受診し、右側頭葉内の陳旧性脳血腫が疑われ、投薬加療された。6 月中旬に痙攣発作を来したため再受診し、脳腫瘍の可能性が指摘され、当院紹介受診となった。

頭部 CT で右側頭葉皮質下白質から深部白質に多房性嚢胞を伴う腫瘍性病変が認められた。MRI ではさらに皮質寄りの領域に T2 強調画像で低信号、T1 強調画像で高信号領域が一部混在していることから出血の混在が疑われた。ガドリニウム造影 T1 強調画像で嚢胞周囲の被膜様構造に造影増強効果を呈し、病変実質は不均一に増強効果が認められた。拡散強調画像で左の被殻に高信号域が認められ、ADC map では低値を呈しおり、FLAIR や T2 強調画像で淡く高信号を呈することから急性期梗塞が示唆された。

6 月下旬に右前頭側頭開頭により腫瘍摘出術が施行されたが、術中の出血制御が困難で腫瘍の 70% 程度が摘出された。7 月初旬に右中大脳動脈灌流領域に脳梗塞を併発したため、内外減圧術が 2 回施行されたが、高度意識障害が遷延し後療法は施行せず経過観察となった。11 月初旬に頭部 MRI で多発する播種再発が認められ化学療法が施行された。病変は化学療法により縮小しており、現在も継続されている。

【病理】

肉眼的に広範な壊死と出血を伴った灰白色調の腫瘍性病変を認めた。腫瘍は N/C 比の高い異型細胞が血管周囲性配列やロゼット様構造を形成しながら密に増殖する箇所と、類円形から短紡錘形、多角形を呈する異型細胞が集簇し、壊死を囲む偽柵状配列や核分裂像を認める箇所からなっていた。免疫組織化学で前者は Synaptophysin がびまん性に陽性を示し、後者は GFAP が斑状に陽性を示し、Ki-67、p53 が高率に陽性を示した。

【問題点】

病理診断について

一般演題-5. 子宮体部ポリープ様病変の一例

昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科

九島巳樹

【症例】41歳、女性。0経妊。不正出血を主訴に受診。既往歴：乳癌術後3年、タモキシフェン内服中。

経腔超音波検査で。両側卵巣正常大。子宮内膜に径6cm大の腫瘍あり。術中所見では子宮体部内腔にポリープ状腫瘍を認め、単純子宮全摘＋両側付属器切除術を施行した。

【病理所見】子宮の大きさは11.2x7.4cm大で、子宮腔内に6.9x6.5cm大の内膜ポリープ様病変がみられた。その他の筋層はびまん性にやや肥厚していた。すなわち、子宮内腔を充満するように外向性発育した病変を含む子宮摘出材料の標本を提示する。肉眼的には通常の内膜ポリープよりも大型で、子宮内腔に突出するいわゆる粘膜下筋腫に類似していた。

組織学的には良性の上皮成分が拡張した腺管を形成し、その周囲に間質細胞が密に増殖している。子宮内膜間質細胞に類似した間質細胞は少し核異型があり、分裂像が増加している。上皮成分から離れた間質成分は浮腫状で、あまり細胞密度は高くない。本来の子宮体内膜はむしろ萎縮性で増殖症やその他の腫瘍性病変はみられなかった。

【考察】腺肉腫は各年代に発生するが、タモキシフェン治療を受けた婦人に多いといわれている。症状は不正出血が多い。子宮の増大や子宮口からの腫瘍の降下・脱出がみられることもある。本症例ではポリープ状の病変に剖面を入れると白色調から褐色調の充実性成分と嚢胞様の腺成分がみられ、筋層への浸潤性増殖はない。

一般的に非上皮性成分は homologous な成分からなるが、本症例では生検組織に heterologous な成分が認められていた。

腺肉腫は生物学的に低悪性度と言われているが、25-40%に再発があると言う。

【問題点】1. 子宮腺肉腫として良いか。2. 鑑別診断として、癌肉腫、腺線維腫、子宮内膜ポリープなどがあげられる。