

第69回(社)日本病理学会関東支部学術集会

(第136回東京病理集談会)

日時：平成27年12月19日(土曜日)

会場：がん・感染症センター 都立駒込病院 別館講堂

会費：1000円

主催：社団法人 日本病理学会関東支部

世話人：がん・感染症センター都立駒込病院 病理科 比島恒和

<スケジュール>

- 12:00 受付開始(別館1階)
- 13:00-14:00 特別講演①(別館講堂/本館会議室2) *
- 14:00-15:00 一般演題①(3題)
- 15:00-15:20 休憩
- 15:20-15:30 関東支部幹事会報告
- 15:30-16:30 特別講演②
- 16:30-17:10 一般演題②(2題)
- 17:10-18:10 懇親会(職員食堂)

<会議・運営>

- 11:00-12:00 幹事会 (3号館 会議室4, 5, 6)
- 12:00-16:00 標本供覧 (3号館 特別会議室2)
- 12:00-17:10 託児所 (本館 会議室1)

*申し訳ありませんが、会場が狭いため機の準備が出来ません。

講堂の収容人数を超えた場合は、サテライト会場(本館会議室2)での聴講をお願い申し上げます。

連絡・問い合わせ先

〒113-8677 東京都文京区本駒込 3丁目 18-22

がん・感染症センター都立駒込病院 病理科

担当：比島恒和

電話：03-3823-2101

E-mail：hishima@cick.jp

会場案内（がん・感染症センター都立駒込病院）

アクセスマップ：<http://www.cick.jp/access/>

- JR 山手・京浜東北線 田端駅下車 徒歩 15 分またはバス 5 分
- 東京メトロ南北線 本駒込駅下車 徒歩 10 分
- 東京メトロ千代田線 千駄木駅下車 徒歩 15 分
- 都営三田線 白山駅下車 徒歩 15 分



会場：別館 1F 講堂



本駒込駅、白山駅方面

<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」にパワ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U M I N I D が必要です。 [<http://pathology.or.jp/jigyouslidepath-release.html>]

【特別講演①】 13:00 – 14:00

演題：心臓の解剖の仕方・切り出し方および興味ある剖検症例の提示

講師：田中道雄（東京都立広尾病院 病理診断科）

座長：石川由起雄（板橋中央臨床検査研究所 病理診断部）

【一般演題①】 14:00 – 15:00 （発表 13 分、討議 7 分）

座長：宇都健太（東京女子医科大学 第二病理学分野）

845. 心筋梗塞か心筋炎かの鑑別に苦慮した心筋内壊死を呈した 1 剖検例

倉田 厚（東京医科大学 分子病理学講座）他

846. 高度異型を伴う Glandular myxoma の一例

武藤麻里子（東京医科歯科大学 包括病理学教室、がん研究会有明病院 病理部）他

座長：大田泰徳（東京大学医科学研究所 検査部）

847. 心タンポナーデを来した悪性リンパ腫の 1 剖検例

森田剛平（自治医科大学病理学 病理診断部）他

【休憩】 15:00 – 15:20

【関東支部幹事会報告】 15:20 - 15:30

支部長：内藤善哉（日本医科大学大学院 統御機構診断病理学）

【特別講演②】 15:30 – 16:30

演題：原発不明癌の病理診断

講師：森永正二郎（北里大学北里研究所病院 病理診断科）

座長：谷澤 徹（東京都立墨東病院 検査科）

【一般演題②】 16:30 – 17:10 （発表 13 分、討議 7 分）

座長：猪狩 亨（国立国際医療研究センター病院 病理診断科）

848. 閉塞性細気管支炎に対する肺移植の精査中、全身の水痘帯状疱疹ウイルス感染 (VZV) による多臓器障害・出血をきたし死亡した 1 剖検例

林 玲匡（東京大学大学院医学系研究科 人体病理・病理診断学分野）他

849. 急性肝不全と全身の痛みを呈した 1 剖検例

野中敬介（東京都健康長寿医療センター 病理診断科）他

【懇親会】 17:10 – 18:10（職員食堂）

【特別講演抄録】

特別講演①

心臓の解剖の仕方・切り出し方および興味ある症例の呈示

田中道雄

東京都立広尾病院 病理診断科

A 1. 心臓の一般的な見方・切り出し方について、病理解剖マニュアル(病理と臨床 2012 Vol.30 臨時増刊号)の記載に沿って、注意点主体に説明する。I. 心臓の切り出し方および開け方(心嚢の開け方、大血管の切断の仕方、心臓の切開の仕方) II. 心臓の肉眼所見の取り方(心内膜面主体) III. 心臓の画像の撮り方について、マニュアルの画像を見ながら説明する。IV. 心臓の肉眼計測として直接法、間接法(計算法)を説明する。V. 心臓の組織切片の切り出し方について、特に問題のない心臓および心疾患について説明する。A 2. 刺激伝導系の切り出しの仕方について、房室結節・洞房結節について説明する。A 3. 冠動脈の見方およびA 4. 心奇形の見方についてはマニュアルの別項を参照してください。B. 興味ある症例の呈示として、1. 血管攣縮により生じた心筋梗塞 2 塞栓による急性心筋梗塞 3. 気絶心筋を伴う急性心筋梗塞 4. 劇症型心筋炎 5. 慢性心筋炎 6. 中部閉塞型肥大型心筋症 7. 心房細動のため肺静脈隔離術を施行した拡張相肥大型心筋症 8. 左室緻密化障害とDCMとの鑑別が問題となる症例 9. デスミン心筋症 10. 中性脂肪蓄積症の肉眼所見や組織所見を呈示する。

特別講演②

原発不明癌の病理診断

森永正二郎

北里研究所病院 病理診断科

原発不明癌は、生検で確認された癌の転移巣が存在し、種々の臨床的検索にもかかわらず原発巣が見いだされない癌、と定義されている。原発不明癌の診療における病理医の役割は極めて大きい。原発不明癌の病理診断の目的は組織型の決定と原発臓器の推定である。組織型の決定だけでも原発部位の可能性が絞られ、仮に原発巣の推定までは困難であったとしても、治療方針に大きく影響する。さらに病理学的に原発部位を推定することができれば、闇雲な全身の臨床的検索を省くことができる。実際、腺癌の場合には転移巣の HE 染色標本をみただけで原発巣を言い当てることができる場合があり、また、臓器特異性のある抗原に対する抗体を用いた免疫組織化学の導入により、多くの癌の原発巣を病理学的に予想することができるようになってきた。また、これまでは原発巣の推定の困難であった扁平上皮癌についても、部位によっては推定が可能になってきている。一方、形態診断にも免疫染色にも限界や pitfall があるので、それらを知っておく必要がある。本講演では、自験例やコンサルテーション症例を多数紹介しながら解説する。

【一般演題抄録】

845. 心筋梗塞か心筋炎かの鑑別に苦慮した心筋内壊死を呈した1剖検例

倉田 厚¹⁾、齋藤 哲史²⁾、山科 章²⁾、黒田 雅彦¹⁾

1) 東京医科大学分子病理学講座

2) 東京医科大学循環器内科

【症例】78歳女性

【既往歴】約10年前より高血圧

【病歴】死亡前日夜、自宅で転倒し救急車が要請され、隊員到着時に心室粗動があり、AED使用するも無脈性電気活動。三次ERへ搬送しアドレナリン投与にて転倒45分後に自己心拍再開。心室粗動の原因として狭心症を考え冠動脈造影を行うも有意狭窄なく左室造影も正常であった。CCU入室し、徐々に血圧低下、アシドーシス進行し、翌日夕方、死亡となった。造影CTにて腸管拡張がありイレウスが疑われた。

【剖検所見】左心室前壁に2.5x1.5cm大の壊死巣を認め、心室粗動の原因と考えられた。右側大腸と回腸に広範な虚血性病変を認めたが、動脈閉塞や塞栓症の像は伴っておらず、心原性ショックによる上腸管膜動脈虚血によるものと考えられた。心筋の壊死巣は肉芽組織による置換が主体であり亜急性の変化であった。区域性である点は心筋梗塞が疑われるが、冠動脈造影で有意狭窄が無かったことや心外膜よりの壊死が主体であった点は梗塞に合致しない。

【問題点】

心筋梗塞なのか心筋炎などなのか。

846. 高度異型を伴うGlandular myxomaの一例

武藤麻理子^{1, 2)}、桐村進³⁾、山本浩平¹⁾、櫻井翔吾⁴⁾、水野友裕⁴⁾、坂下博之⁵⁾、明石巧³⁾、北川昌伸¹⁾

1) 東京医科歯科大学 包括病理学教室

2) がん研究会有明病院 病理部

3) 東京医科歯科大学附属病院 病理部

4) 東京医科歯科大学医学部附属病院 心臓血管外科

5) 東京医科歯科大学医学部附属病院 呼吸器内科

心臓粘液腫のうち1-3%に上皮様の腺管形成がみられ、それらはGlandular myxomaと呼ばれる。今回我々は高度異型を伴うGlandular myxomaと思われる症例を経験したので報告する。

20XX年左房腫瘍切除術を施行、組織学的には典型的な粘液腫の像を背景として、複雑な乳頭管状構築を取りながら増殖する異型腺管を多数認めた。異型の目立たない腺管も混在していた。転移性病変を疑い施行した免疫染色ではCK7(+), CK20(±), TTF-1(-), Napsin A(-), MUC1(focally+), MUC2(focally +), MUC5AC(+), MUC6(focally+), PSA(-)であり原発巣の推定が困難であった。臨床的にも原発巣となりうる病変は指摘できず、現在まで新出病変は認められていない。以上から心臓原発の高度異型を伴うGlandular myxomaと考えた。希少例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

847. 心タンポナーデを来した悪性リンパ腫の1剖検例

森田剛平、蘆澤健太郎、仁木利郎、福嶋敬宜
自治医科大学病理学・病理診断部

【症例】76歳女性

【現病歴】大腸癌術後(70歳時)のため近位通院中であった。1ヶ月前から発熱、左胸部絞扼感を認めた。近位にて対症療法がなされたが改善せず、精査の心エコーで心嚢水貯留を認めたため、心外膜炎の疑いにて入院加療となった。心臓の壁運動障害や心タンポナーデの所見は認めず、内科的加療となった。胸部CTにて縦隔腫瘍を認め、悪性リンパ腫などの悪性腫瘍による心外膜炎、心嚢水貯留が第一に考えられた。3日前から尿量低下、起坐呼吸などの心不全症状を来し、5時間前より血圧低下し、永眠された。

【解剖所見】縦隔腫瘍はリンパ腫の浸潤によるものであり、心臓も癒着していた。心外膜腔内にも腫瘍が充満しており、心嚢水の貯留は少量であった。縦隔以外のリンパ節に有意な腫大は認めなかったが、組織学的には腫瘍の浸潤を認めた。また骨髄・脾臓・左腎・腓体尾部・肝臓・甲状腺などにも腫瘍の浸潤を認めた。

死因は腫瘍増大に伴う心タンポナーデによる急性循環不全と考えられた。

なお、大腸癌の再発は認めなかった。

心腔内へのリンパ腫浸潤は肉眼像が特徴的であり、症例を供覧する。

848. 閉塞性細気管支炎に対する肺移植の精査中、全身の水痘帯状疱疹ウイルス感染(VZV)による多臓器障害・出血をきたし死亡した1剖検例

林 玲匡¹、日向 宗利¹、牛久 哲男¹、峰宗太郎^{1,2}、片野 晴隆²、深山 正久¹

¹ 東京大学大学院医学系研究科 人体病理・病理診断学分野

² 国立感染症研究所 感染病理部

【症例】30歳代女性。右後頭葉膠芽腫の術後の化学放射線療法中に発症した二次性MDSに対して、同種骨髄移植を施行したところ、慢性GVHDによる閉塞性細気管支炎を発症した。肺移植の検討のため入院・精査中に、原因不明の心窩部痛と出血性DICが出現し、数日の経過で死亡となった。

【剖検所見】肝、肺、脾、脾をはじめとして全身諸臓器に核内封入体を伴った大型の細胞が多数認められた。また、脾索や胃粘膜下の線維芽細胞にも同様の封入体が散見された。免疫染色及び定量的PCRにてVZV感染が確認され、全身のVZV感染による多臓器障害、出血と考えられた。肺には、閉塞性細気管支炎に合致する像が見られた。【考察】VZV感染は時に致死的となる。VZV感染の組織学的特徴も含め、考察する。

849. 急性肝不全と全身の痛みを呈した一剖 検例

野中敬介、松田陽子、関敦子、新井富生
東京都健康長寿医療センター病理診断科

症例は 42 歳男性。死亡 6 年前よりアレルギー性肉芽腫性血管炎のためステロイド内服加療中であった。死亡 4 日前、胸痛が出現し、血液検査にて肝機能異常と DIC を認めため入院となった。劇症肝炎と診断され、血漿交換を施行されたが、痛みの増悪と出血傾向、意識障害、血圧低下を来し永眠された。病理解剖では肝臓にびまん性の出血、壊死を認めた。Cowdry A 型の核内封入体を有する細胞を多数認め、酵素抗体法にて、水痘帯状疱疹ウイルス陽性を示した。高度の急性膵炎と消化管出血、左大腿筋出血、及び軽度の心筋内出血や肺胞内出血を認め、これらの部位でも核内封入体を有する細胞を多数認めた。また、顔面、胸腹部の皮膚に点状出血を認めた。当院の類似症例 3 例も合わせて考察し、全身性ウイルス感染症の病理像について報告する。