

# 第 75 回 日本病理学会関東支部学術集会

日 時：平成 29 年 6 月 17 日(土)13:00～17:35

会 場：帝京大学板橋キャンパス 本部棟2階 臨床大講堂

主 催：一般社団法人日本病理学会 関東支部

世話人：帝京大学医学部 病理学講座 宇於崎 宏

### 【スケジュール】

12:00 受付開始(本部棟2階)  
13:00 開会挨拶  
13:05～14:05 特別講演1  
14:05～14:55 一般演題1～3  
14:55～15:10 休憩  
15:10～15:40 平成 29 年度総会  
15:40～16:40 特別講演2  
16:40～17:35 一般演題 4～6  
17:35 閉会

### 【会議・運営】

11:00～12:00 幹事会(本部棟2階 会議室5)  
12:00～16:30 標本供覧(本部棟2階 ホワイエ)  
11:00～17:35 託児所

### 【ご参加の先生方へ】

参加費を 1,000 円いただきます。(医学部学生は無料)  
駐車場のご用意はございません。公共機関をご利用下さい。  
託児所を設置いたします。受付後、ご案内致します。

### 【幹事の先生方へ】

幹事会は 11:00 から本部棟2階 会議室5で開催します。昼食をご用意いたします。

### 【一般演題の演者の方へ】

講演は剖検例 20 分(発表 15 分, 討議 5 分), 手術例 15 分(発表 10 分, 討議 5 分)の予定です。Windows 7, Powerpoint 2016 をインストールした PC をご用意しています。

### 【会場案内: 帝京大学板橋キャンパス本部棟 2 階(板橋区加賀 2-11-1)】

アクセスマップ: <https://www.teikyo-u.ac.jp/access/itabashi.html>

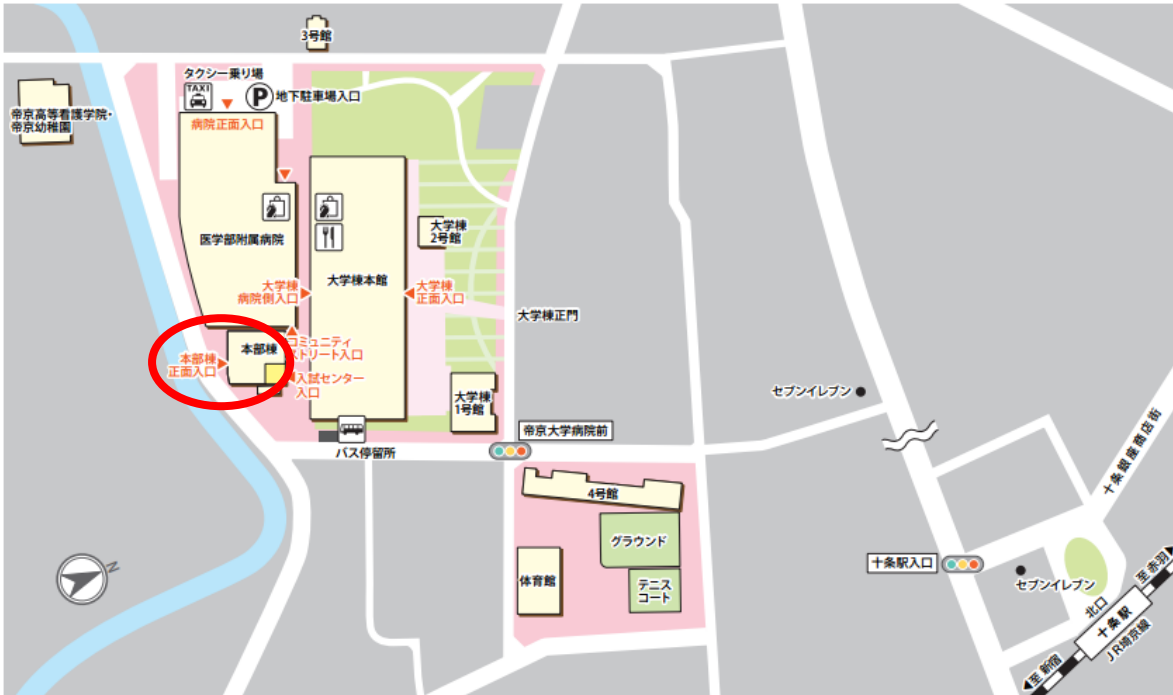
- ・JR 埼京線 十条駅 徒歩 10 分
- ・都営三田線 板橋本町 徒歩 13 分

一般演題の代表切片は日本病理学会ホームページ内「病情報ネットワークセンター」にバーチャルライドとしてアップロードしています。下記の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/jigyou/slidepath-release.html>]

**板橋キャンパス**

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1  
 TEL: 03-3964-1211 (代表)

- JR埼京線「十条駅」下車、徒歩約10分
- JR京浜東北線「王子駅」下車  
 国際興業バス6番乗り場 板橋駅行10分「帝京大学病院」下車



**キャンパスマップ**



《プログラム》(敬称略)

【開会】13:00～13:05 挨拶:世話人 宇於崎宏(帝京大学医学部 病理学講座)

【特別講演1】13:05～14:05

演題: 卵巣腫瘍の病理診断:取り扱い規約(2016年刊行)の改訂ポイント

講師: 笹島ゆう子(帝京大学医学部附属病院 病理診断科)

座長: 高澤豊(がん研究会有明病院 病理部)

【一般演題1～3】14:05～14:55 柴原純二(杏林大学医学部 病理学教室)

1. 特発性腸間膜静脈硬化症に伴う遷延する下血によって循環血液量減少性ショックで死亡した急性白血病臍帯血移植後の一剖検例

佐藤順一朗(国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 病理診断科)ほか

2. Undifferentiated uterine sarcoma の肺転移巣が嚢胞状を呈した一例

臼井源紀(NTT 東日本関東病院 病理診断科)ほか

3. 再発時に悪性転化を来した adenomyoepithelioma の一症例

秋田くらら(東京医科歯科大学 人体病理学分野)ほか

【休憩】14:55～15:10

【平成29年度総会】15:10～15:40

【特別講演2】15:40～16:40

演題: 乳腺病理 -診断における注意点と最近のトピックス-

講師: 坂谷貴司(日本医科大学付属病院 病理診断科)

座長: 増田しのぶ(日本大学医学部 病態病理学系腫瘍病理学分野)

【一般演題4～6】16:40～17:35 座長:福嶋敬宜(自治医科大学附属病院病理診断部・病理診断科)

4. IL-6, G-CSF 産生肺癌の一剖検例

森田茂樹(三井記念病院 病理診断科)ほか

5. 肝に多発した血管筋脂肪腫の一例

村田翔平(東京大学医学部附属病院 病理部)ほか

6. Vater 乳頭部原発悪性黒色腫の転移再発に対して免疫チェックポイント阻害薬による治療がされた一剖検例

前川尚志(がん研究会有明病院 病理部)ほか

【閉会】17:35 挨拶:世話人 宇於崎宏(帝京大学医学部 病理学講座)

## 【抄録】

### 特別講演1

卵巣腫瘍の病理診断: 取り扱い規約(2016年刊行)の改訂ポイント

笹島ゆう子

帝京大学医学部附属病院 病理診断科

卵巣腫瘍取り扱い規約は、WHO 分類 2014 年版に準拠する形で、2016 年 7 月「卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取り扱い規約 病理編(第 1 版)」として改訂・刊行された。今回は日常的に遭遇する頻度の高い上皮性腫瘍についての改訂ポイントを解説する。

上皮性腫瘍の枠組みとして、漿液性、粘液性、類内膜、明細胞、ブレンナー、漿液粘液性の 6 型が設定された。漿液性癌は組織発生の違いから高異型度、低異型度の 2 群に分けられた。粘液性腫瘍は胃腸型粘液性上皮を有するものに限定され、旧規約における内頸部型粘液性腫瘍は漿液粘液性腫瘍に包括された。類内膜腫瘍では、これまで腫瘍様病変として扱われてきた内膜症性嚢胞を良性類内膜腫瘍として扱うこととなった。明細胞腫瘍については大きな変更はない。ブレンナー腫瘍はこれまで移行上皮性腫瘍に含まれていたが、移行上皮癌は削除され(本質は高悪性度漿液性癌と考えられている)、良性、境界悪性、悪性の各ブレンナー腫瘍が 1 項目として設定された。漿液粘液性腫瘍は、複数のミューラー管由来上皮からなる腫瘍として定義づけられた。良性および悪性は極めてまれで、ほとんどが境界悪性腫瘍である。旧規約における内頸部型粘液性境界悪性腫瘍およびミューラー管型混合上皮性境界悪性腫瘍がこの項目の境界悪性腫瘍にあたる。

上記 6 組織型の共通事項として、旧規約では漿液性腫瘍のみで定義されていた「微小浸潤」の概念が他の組織型にも拡大された。

### 特別講演2

乳癌病理 — 診断における注意点と最近のトピックス—

坂谷貴司

日本医科大学付属病院 病理診断科

乳癌の罹患率増加、マンモグラフィ検診による早期発見などによって日々の病理検体数も増加している。乳癌の確定診断は病理診断であり、術前の針生検検体において、良悪性の判断を行うことが最も重要であることはいうまでもない。まず、改訂されて 5 年を経ている癌取り扱い規約や WHO 分類の概念について、診断に苦慮することも多い乳管内増殖性病変や乳頭状病変を取り上げながら説明する。さらには、診断におけるポイントやピットフォール、悪性病変と誤りやすい硬化性変化を伴う病変などの知っておいていただきたい組織像などを取り上げたい。

乳癌の病理診断では、核グレード、ホルモンレセプター、HER2、Ki-67 などの評価が必須となっているのは周知のとおりである。Ki-67 評価にはについては国内外の研究班で、測定視野の同定や評価法が検討されている。Ki-67 評価の現状について解説する。

病理診断のみならず、疾患の成り立ちや分子異常を理解・追求することは病理学の両輪であり重要である。そこで、結合織性および上皮性混合腫瘍について最近の報告を交えてお話しする。

## 一般演題 1

特発性腸間膜静脈硬化症に伴う遷延する下血によって循環血液量減少性ショックで死亡した急性白血病患者の移植後の一例

佐藤順一朗<sup>1)</sup>, 伊藤慎治<sup>1)</sup>, 安田英俊<sup>2)</sup>, 石綿一哉<sup>2)</sup>, 内田直之<sup>2)</sup>, 谷口修一<sup>2)</sup>, 藤井丈士<sup>1)</sup>

1) 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 病理診断科, 2) 同 血液内科

特発性腸間膜静脈硬化症は日本からの報告が多く、漢方薬服薬との関連が指摘されている。今回、腸間膜静脈硬化症に伴う遷延する下血により死亡したと思われる剖検例を経験したので報告する。

61歳男性。死亡 11 か月前に呼吸困難、胸部圧迫感、発熱を主訴に他院受診。血液中に芽球を認め、骨髄穿刺で本態性血小板血症から移行した骨髄線維症・急性白血病の診断。6 か月前に当院で臍帯血移植施行。移植後、GVHDとCMV 腸炎による下痢と下血を繰り返していた。1週間前(移植後180日)に下腿浮腫と高度貧血、肝機能障害、腹水貯留を認め入院。急激に全身状態悪化して死亡した。剖検時、骨髄線維症、大腸の多発潰瘍、腸間膜静脈硬化症、肺うっ血・肺炎、肝脾うっ血、体腔液貯留、下腿浮腫を認めた。腸間膜静脈硬化症と出血性素因を背景に大腸潰瘍からの遷延する出血に伴う循環血液量減少性ショックと敗血症を合併して死亡したと考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 一般演題 2

Undifferentiated uterine sarcoma の肺転移巣が嚢胞状を呈した一例

臼井源紀<sup>1)</sup>, 橋本浩次<sup>1)</sup>, 松本順<sup>2)</sup>, 赤羽正章<sup>3)</sup>, 角田肇<sup>4)</sup>, 笹島ゆう子<sup>1,5)</sup>, 堀内啓<sup>1)</sup>

1) NTT 東日本関東病院 病理診断科, 2) 同 呼吸器外科, 3) 同 放射線科, 4) 同 産婦人科, 5) 帝京大学医学部附属病院・病理診断科

【緒言】Undifferentiated uterine sarcoma (UUS)は特定の分化を示さない高悪性度の肉腫である。【症例】腹部膨満、不正出血を主訴に来院した61歳女性。子宮全摘にてUUSと診断された。術後化学療法を施行していたが、フォローのCTで肺転移が指摘され、術後8ヶ月目に肺部分切除術が施行された。転移巣は漿液性の内容を容れて嚢胞状を呈し、厚い白色調の壁を有していた。組織学的には、子宮の肉腫と同様の腫瘍細胞の増殖を嚢胞壁に認めた。腫瘍細胞の中には泡沫状組織球やヘモジデリン貪食組織球、破骨細胞型巨細胞も見られ、腫瘍の肺転移とその二次的変化による嚢胞形成が示唆された。【考察】低悪性度子宮内膜間質肉腫の肺転移巣が嚢胞状を呈することがあること、UUSが肺に転移しやすいことが知られている。一方で、UUSの肺転移巣が嚢胞状を呈した例は報告されていない。本例はUUSの肺転移巣が嚢胞状を呈した興味深い一例であり、その嚢胞の形成機序に関する考察を加えて報告する。

### 一般演題 3

再発時に悪性転化を来した adenomyoepithelioma の一症例

秋田くらら<sup>1)</sup>, 大西威一郎<sup>2)</sup>, 小田剛史<sup>3)</sup>, 中川剛士<sup>3)</sup>, 秋山太<sup>4)</sup>, 明石巧<sup>5)</sup>, 江石義信<sup>1)</sup>, 北川昌伸<sup>2)</sup>

1) 東京医科歯科大学 人体病理学分野, 2) 同 包括病理学分野, 3) 同 乳腺外科, 4) がん研究会 有明病院 病理部, 5) 東京医科歯科大学医学部 附属病院 病理部

**【症例】**55歳女性. 右乳房に1.5 cm大の腫瘤自覚し受診し, 針生検にて adenomyoepithelioma (以下 AME) 疑いで腫瘤切除された. 手術検体にて AME と診断された. 術後 2 年, 創部の尾側に 3cm 大の腫瘤を自覚し AME の再発・悪性転化疑いで乳腺部分切除施行された.

**【病理所見】**肉眼的に白色被膜で覆われた境界明瞭な嚢胞性病変で, 内部に緑色調のゼリー状物質が充満する. 組織学的には, 既存の乳管上皮下を這うように扁平上皮への分化を示す上皮細胞と筋上皮細胞の 2 種類が既存の乳管を巻き込みながら浸潤性に増殖する. いずれの上皮細胞も卵円形核腫大を伴う. 核分裂像は強拡大 10 視野あたり 9 個で, MIB-1 陽性率は hot spot で 57.1%. 扁平上皮分化を示す筋上皮癌の所見. AME の成分は指摘できなかったが, 既存の腺上皮下を這うような増殖が初発病変の増殖様式と類似し, 初発病変でも扁平上皮化生を少量認め, AME の再発・悪性転化と判断した.

**【結語】**再発時に悪性転化を来した AME は稀少であり, 文献学的考察を加えて報告する.

### 一般演題 4

IL-6, G-CSF 産生肺癌の一剖検例

森田茂樹, 古谷弦太, 安藤純世, 森正也

三井記念病院 病理診断科

**【症例】**59 歳, 男性. 貧血の精査中に右肺上葉腫瘍を指摘され, 手術目的に当院入院. 入院時, WBC 2.1 万, Plate 6 万, CRP 21.8 と高値. 入院後, 肺炎により呼吸状態が悪化し, 約 2 か月の経過で死亡した. 死亡時, WBC は 7 万弱まで上昇していた.

**【剖検所見】** 右肺上葉に胸壁浸潤を伴う 13x13x11cm の巨細胞癌が認められた. 免疫組織化学的には, 腫瘍細胞に IL-6, G-CSF が陽性であった. 臓器転移, リンパ節転移はなかった. 肺門部や縦隔, 膈周囲に長径 4cm までに腫大したリンパ節がみられ, 濾胞間に形質細胞の増生が観察された. また, 骨髄の形質細胞増生も認められた. 死因は, 右肺癌及び肺炎による呼吸不全と考えられた.

**【考察】**腫瘍が産生した IL-6 による Castleman 病様の病態が考えられた. IL-6, G-CSF 産生肺巨細胞癌の剖検報告は稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する.

## 一般演題 5

### 肝に多発した血管筋脂肪腫の一例

村田翔平<sup>1)</sup>, 阿部浩幸<sup>1)</sup>, 林玲匡<sup>1)</sup>, 山下俊<sup>2)</sup>, 金子順一<sup>2)</sup>, 長谷川潔<sup>2)</sup>, 深山正久<sup>1)</sup>

- 1) 東京大学医学部附属病院 病理部
- 2) 同 肝胆膵外科

SLE に伴う腎不全のため 6 年前に生体腎移植を受けた 38 歳女性. 健診エコーで肝 S5, S8 にそれぞれ 2cm と 1.3cm の腫瘤を指摘され, 造影超音波, 造影 MRI により肝細胞癌の臨床診断となり, 術中造影超音波で指摘された S4 の数 mm 大の病変と合わせ切除された.

肉眼的に三病変とも黄白色充実性の境界明瞭な結節で, 組織学的には淡明な胞体を有する上皮様の異型細胞が, 紡錘形細胞や小血管の介在を伴って充実性に増殖していた. 核周囲に好酸性の物質が凝集し, 核の偏在傾向や核の括れがみられた. 腫瘍細胞は肝細胞のマーカーに陰性で, MelanA, HMB-45,  $\alpha$ -SMA 陽性であり血管筋脂肪腫の診断とした.

肝の血管筋脂肪腫は稀で画像的に肝細胞癌との鑑別がしばしば難しい. 本症例は多発のため結節性硬化症 (TSC) との関連が疑われた. 本症例では多発骨嚢腫や多発腎嚢胞があったものの TSC の確定診断には至らなかった. また悪性を示唆する所見として①大型, ②凝固壊死, ③c-kit 陰性などが提唱されているが, 本症例ではいずれの所見も認めなかった.

当院での過去の経験や文献的考察も加え, 本症例について報告する.

## 一般演題 6

### Vater 乳頭部原発悪性黒色腫の転移再発に対して免疫チェックポイント阻害薬による治療がされた一部剖検例

前川尚志, 高澤豊, 高松学, 神田浩明, 石川雄一  
がん研究会有明病院病理部

**【症例】**58 歳, 男性

**【現病歴】**右季肋部痛にて近医を受診し, 胆嚢炎が疑われた. 前医を紹介受診し, 精査の結果, 十二指腸乳頭部癌が疑われた. 当院の生検にて悪性黒色腫と診断され, 膵頭十二指腸切除術が施行された. 術後 2 か月で多発肝転移が指摘され, nivolumab が投与された. 投与後, 肝機能の低下が進行し, 再発後 4 か月で死亡した.

**【病理学的所見】**剖検時, 著明に腫大した肝は白色充実性腫瘍に大部分を占められていた. 高度の壊死, 出血を伴っていた. 腹腔内リンパ節には転移が多数認められた.

**【ポイント】**消化管に発生した悪性黒色腫に対して, 免疫チェックポイント阻害薬である nivolumab が投与されたが, 改善が見られず死に至った症例である. 当院にて nivolumab を投与された他の症例との比較を交えて報告する.