

第105回日本病理学会関東支部学術集会

【日時】2025年3月8日(土)13:00~16:30

【会場】杏林大学三鷹キャンパス 大学院講堂(医学部附属病院第2病棟4階)
※講堂内は飲食禁止となっております。ご協力をお願いします。

〒181-8611

東京都三鷹市新川6丁目20-2

TEL:0422-47-5511(代表)

<https://www.kyorin-u.ac.jp/>

※現地とWeb配信のハイブリッド形式

【参加費】1,000円(現地参加・web参加一律)(事前購入制)

【世話人】杏林大学医学部病理学教室 藤原 正親



参加のご案内

【事前参加登録のご案内】

参加費は現地参加, Web 参加のいずれも一律 1,000 円です。
臨床医など非会員も参加できますが, 現地参加に限定させていただきます。
下記の参加登録ページから参加登録とチケットの購入をお願いします。

<https://jspkanto105.peatix.com/>

チケットは 2024 年 3 月 8 日(土)12:00(学術集会開始 1 時間前)までの事前購入制です。お支払いはクレジットカードのみでお願いします。領収書は Peatix から発行されます。

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 105 回日本病理学会 関東支部学術集会の 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。

Peatix 登録後, チケット管理画面に「チケット表示」と「イベントに参加」のボタンが表示されます。学術集会開始の 24 時間前に Peatix からお知らせのメッセージが届きます。

現地参加の方は「チケット表示」ボタンを押して表示される電子チケット, あるいは予め印刷したチケットを当日受付でご提示ください。

Web 参加の方は「イベントに参加」ボタンを押してオンライン視聴登録を行ってください。オンライン配信は Zoom ウェビナーで行います。学術集会開始の 1 時間前に Zoom からお知らせメッセージが届きます。

【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てください。パスワードは学術集会中(参加証は幹事会報告の前後, 特別講演の受講証は各講演終了後)にお知らせします。

【演者の先生方へ】

発表データはパワーポイントで作成してください。可能であれば事前にご提出頂くようお願いいたします。受け渡し方法はこちらからご連絡いたします。当日ご提出される場合は受付でお声がけください。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ください。一般演題は発表10分・質疑5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】

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(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)
- ⇒ 関東支部

下記URLから直接ログイン画面に進むことも可能です。

<https://e-learning.pathology.or.jp/login/index.php>

【幹事会のお知らせ】

日時 2025年3月8日(土) 11:30~12:00

会場 杏林大学医学部基礎棟2階 病理学教室 演習室

現地とWeb配信のハイブリッド形式になります。オンライン配信はZoomミーティングで行います。幹事会のZoomミーティングIDは学術集会のZoomウェビナーIDとは異なりますのでご注意ください。

【事務局】

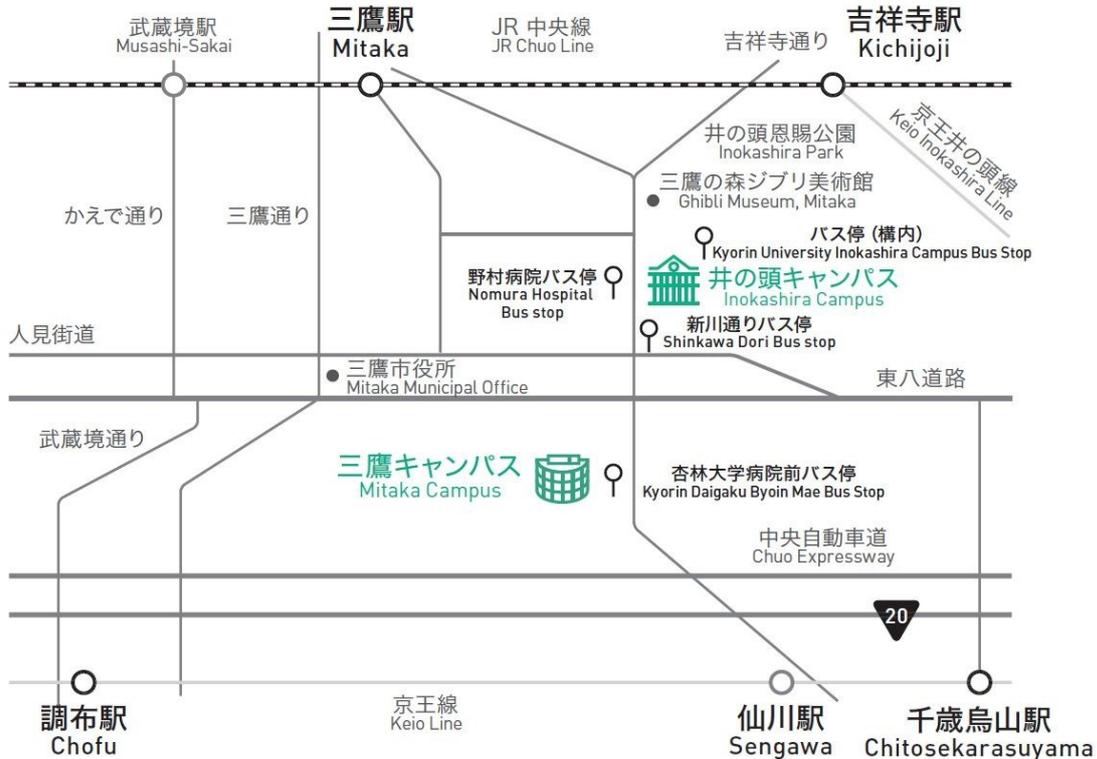
杏林大学医学部病理学教室 担当:藤原・日比谷

E-Mail:pathkanto_105@ksot.kyorin-u.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】

杏林大学三鷹キャンパスへのアクセス



三鷹駅(JR 中央線・総武線)より

南口バス乗り場(7番)

仙川行, 調布駅北口行, 晃華学園東行 ⇒「杏林大学病院前」下車(約 20 分)

南口バス乗り場(8番)

野ヶ谷行 ⇒「杏林大学病院入口」下車(約 20 分)

吉祥寺駅(JR 中央線・総武線・京王井の頭線)より

南口バス乗り場(7番)

仙川行, 新川団地中央行 ⇒「杏林大学病院前」下車(約 20 分)

南口バス乗り場(6番)

野ヶ谷行, 深大寺行 ⇒「杏林大学病院入口」下車(約 20 分)

野ヶ谷経由調布駅北口行⇒「杏林大学病院前」下車(約 20 分)

仙川駅(京王線)より

バス乗り場(1番)

三鷹駅行, 吉祥寺駅中央口行 ⇒「杏林大学病院前」下車(約 15 分)

調布駅(京王線)より

バス乗り場(11番)

晃華学園東/杏林大学病院前/市役所経由三鷹駅行 ⇒「杏林大学病院前」下車(約21分)

バス乗り場(12番)

野ヶ谷経由吉祥寺駅・吉祥寺駅中央口行 ⇒「杏林大学病院前」下車(約25分)

本学では土曜日でも外来診療が行われており、駐車場は満車であることが予想されます。近隣には少数のコインパーキングがございますが、できるだけ公共の交通機関を利用してお越しく下さい。

構内マップ(大学院講堂・幹事会会場まで)



幹事会(基礎棟2階病理学教室演習室)

第 105 回日本病理学会関東支部学術集会 プログラム

12:30 受付開始

開会

総合司会 磯村 杏耶・鬼塚 裕美（杏林大学医学部 病理学教室）

13:00 特別講演 1「TNM 分類の改訂と肺癌取扱い規約第 9 版」

演者 谷田部 恭 先生（国立がん研究センター 中央病院病理診断科 研究所分子病理分野）

座長 藤原 正親（杏林大学医学部 病理学教室）

14:00 一般演題(前半の部)

一般演題 1 演者 千葉 知宏 先生（がん研有明病院 病理部・細胞診断部）

一般演題 2 演者 加藤 憲一郎 先生（杏林大学医学部 病理学教室）

座長 里見 介史（杏林大学医学部 病理学教室）

14:30 休憩

14:45 幹事会報告

15:00 特別講演 2「胸腺上皮性腫瘍の病理診断」

演者 山田 洋介 先生（東京大学医学部 分子病理学分野）

座長 長濱 清隆（杏林大学医学部 病理学教室）

16:00 一般演題(後半の部)

一般演題 3 演者 川井田 みほ 先生（伊藤病院 病理診断科）

一般演題 4 演者 橋本 浩次 先生（東京女子医科大学 病理学）

座長 林 玲匡（杏林大学医学部 病理学教室）

16:30 閉会の挨拶

柴原 純二（杏林大学医学部 病理学教室）

特別講演1

TNM 分類の改訂と肺癌取り扱い規約第 9 版

谷田部 恭

国立がん研究センター中央病院 病理診断科

がん取り扱い規約の大きな役割として、本邦での「病期分類」と「組織分類」とがあげられ、本邦独自の病期分類も提案されてきた。しかしながら、UICC TNM 病期分類の広がりや国際的比較検討のため、現在は多くの取り扱い規約で TNM 分類に基づいた病期に変更されつつある。日本肺癌学会による肺癌取り扱い規約においても同様であり、第7版より TNM 分類に準拠している。一方で、TNM 分類には明確に規定されていない内容については、ローカルルールと明記された上で本邦独自の規則が記載され、一部は UICC TNM 病期分類にも採用されている。2024 年 12 月に、AJCC から TNM 第9版が発表され、同時に肺癌取り扱い規約第9版が 2025 年 1 月に刊行された。そこで、今回は肺癌における TNM 分類の成り立ちを紹介するとともに、以下に示す TNM 分類第 9 版での変更点、およびその変更に基づく肺癌取り扱い規約第 9 版の改訂点についてご紹介したい。

1. TNM 分類第 9 版での変更点

T 分類には変更がなく、N 分類と M 分類の変更のみであるが、それに伴い病期分類も変更された。

1. N 分類: N2 が単一ステーションの場合、N2a、複数ステーションの場合は N2b と細分化された。これは病理の項目で詳しく説明があるが、N2 ステーションの広がりを示す指標であり、N2 リンパ節 #7 として郭清された 4 個中 2 個に転移があるが、#4、#2 などに転移がない場合は N2a となる。また、同様に #7 リンパ節に 1/1、#4 リンパ節 1/4 の場合は、2 つのステーションにまたがるため N2b となる。
2. M 分類: M1c であった胸腔外の遠隔転移をさらに、1 臓器の場合は M1c1、複数臓器にわたる場合を M1c2 と細分化した。この場合も臓器ごとの広がりを知るための細分化なので、骨転移が 4 つあったとしても他の臓器に転移がなければ、M1c1 となる。第 8 版では記載が省かれていた病理記載での d+/- (胸膜播種) が復活した。

3. 病期分類

T/M	Categories and Descriptors	N0	N1	N2		N3
				N2a	N2b	
T1	T1a ≤1 cm	IA1	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	T1b >1 to ≤2 cm	IA2	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	T1c >2 to ≤3 cm	IA3	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T2	T2a Visceral pleura / central invasion	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
	T2a >3 to ≤4 cm	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
	T2b >4 to ≤5 cm	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T3	T3 >5 to ≤7 cm	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 Invasion	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 Same lobe separate tumor nodules	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
T4	T4 >7 cm	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
	T4 Invasion	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
	T4 Ipsilateral separate tumor nodules	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
M1	M1a Contralateral tumor nodules	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1a Pleural / pericardial effusion, nodules	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1b Single extrathoracic metastasis	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1c1 Multiple metastases in 1 organ system	IVB	IVB	IVB	IVB	IVB
	M1c2 Multiple metastases in >1 organ systems	IVB	IVB	IVB	IVB	IVB

2. 肺癌取扱い規約第 9 版での変更点

1. 病理標本の切り出し

近年の外科的治療の大きな変化として、縮小術が葉切除とほとんど変わらないことが示されたことにより、縮小術、特に区域切除の比率が上昇している。これまでは肺癌の手術の基本は葉切除であり、その切り出しも葉切除標本を中心に記載されていた。しかしながらこれら区域切除では葉切除標本とは異なる留意点が存在し、指標となる切り出しについても記載が追加された。要点としては、ステープルを切りとってホルマリンを十分に注入して膨らませて固定すること、固定された状態で断端までの距離を計測することである。また、診断書には断端までの距離 (rm) の記載が求められている。

2. 細胞診

- a) 細胞判定基準: WHO 肺癌細胞診報告様式(3)に沿った形で 5 つの区分、「不適正」、「陰性」、「異型」、「悪性疑い」、「悪性」として取り入れられている。従来の疑陽性を異型と悪性疑いに細分化した点は大きな違いといえよう。また、「不適正」、「陰性」については、本邦における解釈が加えられている。WHO 肺癌細胞診報告様式では insufficient/inadequate/non-diagnostic と記載され、量不足 (insufficient)、病変を代表していない (non-diagnostic) 検体を含む形で「不適正」とされている。WHO 報告様式では benign となっている区分は「陰性 negative」と表現が変えられ、上記の病変を代表していない (non-diagnostic) 検体についても十分量の良性細胞が含まれてい

ば、この区分に入れて報告書にその旨を記載することが記載され、従来の対応も認めている。

- b) 悪性の危険度(Risk of Malignancy, ROM)および推奨対処法: 細胞診の結果による危険度に基づき臨床の推奨対応方法を施設ごとに算出し、精度管理と診療に役立てることが推奨されている。例えば、新たに加えられた「異型」、「悪性疑い」のROMがそれぞれ45%、75%であることを提示し、次の臨床的な対応を臨床医と協議しておくなどの対応が可能になる。また、「異型」、「悪性疑い」のROMがどの程度隔たるかを知っておけば、細胞診断の際に参考となる。

文献

1. 日本肺癌学会. 肺癌取扱い規約 第9版: 金原出版; 2025 1/1/2025.
2. Asamura H, Farjah F, Gill R, Osarogiagbon RU, Rami-Porta R, Travis WD, et al. In: Asare E, editor. AJCC Cancer Staging System: Lung (Version 9 of the AJCC Cancer Staging System) 2025.
3. Cancer IAFRo. WHO Reporting System for Lung Cytopathology World Health Organization; 2023 2023/3/14.

特別講演 2

胸腺上皮性腫瘍の病理診断

山田 洋介

東京大学大学院医学系研究科 分子病理学分野

胸腺・縦隔には、頻度こそ低いものの生物像がそれぞれ大きく異なる多彩な腫瘍が発生し、これらを正しく鑑別することは、患者に適切な医療を提供する基盤となる。胸腺・縦隔腫瘍のうち最も頻度の高いものは胸腺腫・胸腺がんからなる胸腺上皮性腫瘍であり、胸腺・縦隔腫瘍の病理診断において、胸腺上皮性腫瘍の病理像を理解することは必要かつ有用である。加えて、胸腺腫は様々な程度に正常胸腺の組織学的特徴を模倣する腫瘍であるため、胸腺腫の病理像を理解するためには、正常胸腺の構造・機能を知る必要がある。

本講演では正常胸腺の組織像に触れつつ、胸腺上皮性腫瘍の病理像を現行の WHO 分類に沿って解説する。あわせて、胸腺上皮性腫瘍、特に胸腺がんに関する近年の報告、肺癌同様 9 版に改定された胸腺上皮性腫瘍の TNM 分類についても紹介する。本講演が胸腺・縦隔腫瘍の日常の病理診断に多少なりとも寄与すれば幸いである。

一般演題1

IDH1-R132H 陽性および陰性の成分を有するびまん性膠腫の 1 例

千葉 知宏^{1,2,3}, 関 雅文¹, 秋谷 昌史^{1,2}, 馬場 郷子^{1,2}, 守屋 和真^{1,2}, 長野 裕子^{1,2},
朝賀 礼美^{1,2}, 富樫 由紀^{1,2}, 坂田 征士^{1,2}, 竹内 賢吾^{1,2}

1) がん研有明病院 病理部, 2) がん研究所 病理部, 3) がん研有明病院 細胞診断部

【症例】

30 歳代後半の男性. 2 ヶ月前より言語障害および右手振戦を認め, 近医受診. MRI にて左前頭葉に造影効果を伴う腫瘤を認め, 膠芽腫が疑われ当院紹介となった. 覚醒下開頭腫瘍摘出術を施行し, 造影領域は全摘出された.

【病理組織所見】

組織学的には, 多形性に富む異型細胞がびまん性に増殖し, 壊死および微小血管増生を認めた. 一方で, 異型が軽度で細胞密度の低い領域も存在した. 免疫染色では, 多形性に富む領域は IDH1-R132H 陰性, 異型の軽い領域は陽性であった. いずれの領域も ATRX の loss を示し, TP53 は accumulation pattern を示した.

【経過】

術後, 放射線療法およびテモゾロミド維持療法を実施し, 術後 1 年経過時点で明らかな再発は認められていない.

【結語】

本症例は IDH 変異型および野生型と思われる二つの成分が混じた膠腫である. 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2

TFE3 遺伝子再構成を有する縦隔間葉系腫瘍の1例

加藤 憲一郎¹, 柴山 隆宏¹, 須田 一晴², 藤原 正親¹, 柴原 純二¹

1) 杏林大学医学部 病理学教室, 2) 杏林大学医学部 呼吸器・甲状腺外科学教室

【症例】

生来健康な 20 代男性. 上縦隔の約 5cm 大の腫瘍に対し摘出術を施行された.

【病理】

境界明瞭な嚢胞性腫瘍であり内腔に断片化した腫瘍を認めた. 淡好酸性基質を背景に淡好酸性細胞質と比較的均一な卵円形核をもつ腫瘍細胞が巣状や索状に増殖する像を主体とし, 一部で豊富な淡好酸性微細顆粒状胞体と核小体明瞭な類円形核をもつ大型の腫瘍細胞が線維性隔壁を伴い胞巣状に増殖する像を呈した. 全体に粗大な石灰沈着が目立った. 核分裂像は 1 個未満/2mm² で, 壊死を認めなかった. 免疫組織化学的に腫瘍細胞は TFE3, CathepsinK, SOX10, S100 陽性, MelanA, HMB45, MITF, SMA, Desmin, ERG, CD31, CKAE1/3, PAX8 陰性であり, FISH 法にて TFE3 遺伝子再構成を認めた.

【問題点】

TFE3 遺伝子再構成を伴う PEComa との異同を考察し報告する.

一般演題3

稀な組織像を呈した甲状腺腫瘍の一例

川井田 みほ¹, 亀山 香織², 近藤 哲夫³, 伊藤 公一⁴, 加藤 良平¹

1) 伊藤病院 病理診断科, 2) 昭和大学横浜市北部病院 臨床病理診断科,
3) 山梨大学医学部 人体病理学講座, 4) 伊藤病院 外科

症例は 50 代男性. 特記すべき既往歴はなし. 数年前より自覚していた頸部腫大を近医で指摘され, 精査のため当院を受診された. 穿刺吸引細胞診では濾胞性腫瘍との判定, 超音波検査では約 58mm 大の腫瘤が認められ, 良性(腺腫様甲状腺腫)が疑われたが, 増大傾向にあったため甲状腺右葉切除術が行われた. 肉眼的には境界明瞭な充実性腫瘤で, 断面は比較的一様な白色調を呈していた. 組織学的には, 紡錘形細胞の渦状~束状増生と腺上皮ないし扁平上皮様の上皮細胞集塊を密な膠原線維束が取り囲む領域からなる混合腫瘍様の像が認められた. 非典型的な組織像であり, 混合腫瘍との暫定診断で, 術後は他院にて経過観察されていた. 以後再発はしていない.

20 年以上前に経験した一例である. 発表に際し再検討を行った. 第一には胸腺様分化を伴う紡錘形細胞腫瘍(SETTLE)を鑑別としているが, 断定は難しい. 追加染色結果を含め報告する.

一般演題4

Sinusoidal pattern を示した肺の静脈性血管腫の一例

橋本 浩次^{1,2}, 香田 弘知¹, 檜山 紀子³, 牧瀬 尚大⁴, 松本 順³, 倉田 厚², 森川 鉄平¹

1) NTT 東日本関東病院 病理診断科, 2) 東京女子医科大学 病理学,

3) NTT 東日本関東病院 呼吸器外科, 4) 千葉県がんセンター 臨床病理部

症例は 30 歳代後半・女性. 胸部単純 X 線検査にて左下肺野に結節影を認めたため胸部単純 CT が施行され, 境界明瞭な 15 mm 大の分葉状充実性結節を認めた. 診断的治療のため, 胸腔鏡下左肺下葉部分切除となったが, 術中に結節は触れにくく, 部分切除後に完全切除の目的で左肺底区域切除術が追加された. 固定後の割面では部分切除術検体に境界不明瞭だが硬く触れる白色調結節を認めた. 組織学的には, 結節部は平坦な細胞に裏装され, その直下には平滑筋や弾性線維を伴った構築がみられ, 裏装細胞が上皮であれば乳頭状増殖とも言えるような増殖パターンを示していた. 免疫組織化学的には, 平坦な裏装細胞は血管内皮マーカーが陽性で, 上皮マーカーやリンパ管マーカーは陰性であった. 免疫組織化学でも血管壁に平滑筋が確認された. Sinusoidal pattern を示した静脈性血管腫と診断した. 患者は術後, 1 年 6 カ月, 再発なく生存している. 本例は sinusoidal pattern を示した肺の静脈性血管腫であり, 稀少例と考えられる. 文献的考察を加えて報告する.