

第 85 回日本病理学会関東支部学術集会・
第 140 回東京病理集談会

日時：令和元年 11 月 30 日（土） 13：00～17：45

会場：北里大学 臨床教育研究棟（IPE 棟） IPE ホール（3 階）

当番世話人：北里大学医学部病理学 村雲 芳樹

【スケジュール】

11:00～	幹事会
12:00～	受付開始
13:00～13:05	開会挨拶
13:05～14:05	特別講演 1
14:05～14:45	一般演題 1, 2
14:45～15:30	特別講演 2
15:30～15:50	休憩
15:50～16:00	幹事会報告
16:00～16:40	一般演題 3, 4
16:40～17:40	特別講演 3
17:40～	閉会挨拶

【会議・運営】

11:00～12:00	幹事会 (臨床教育研究棟 (IPE 棟) 多目的室 (2 階))
12:00～16:00	標本供覧 (臨床教育研究棟 (IPE 棟) チーム医療演習室 B1 (3 階))

【参加される方へ】

参加費：1,000 円 (医学部生は無料)

託児所を設置いたします。受付後、ご案内させていただきます。

一般演題の代表的な組織切片標本は日本病理学会ホームページ内の「病情報ネットワークセンター(<http://pathology.or.jp/jigyouslidepath-release.html>)」にバーチャルスライドとしてアップロードしております。ご覧になるには UMIN ID が必要となります。

【幹事会】

臨床教育研究棟 (IPE 棟) 多目的室 (2 階) で開催します。昼食をご用意します。

【一般演題の演者の方へ】

講演は発表 15 分、討議 5 分を目安と致します。

データは USB でお持ち下さい。

【事務局】

北里大学医学部病理学

〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

担当：一戸 昌明

電話：042-778-9020 (当日は 042-778-8111(代表)から内線 6075 にご連絡ください)

E-mail：hanabi@med.kitasato-u.ac.jp

【プログラム】(敬称略)

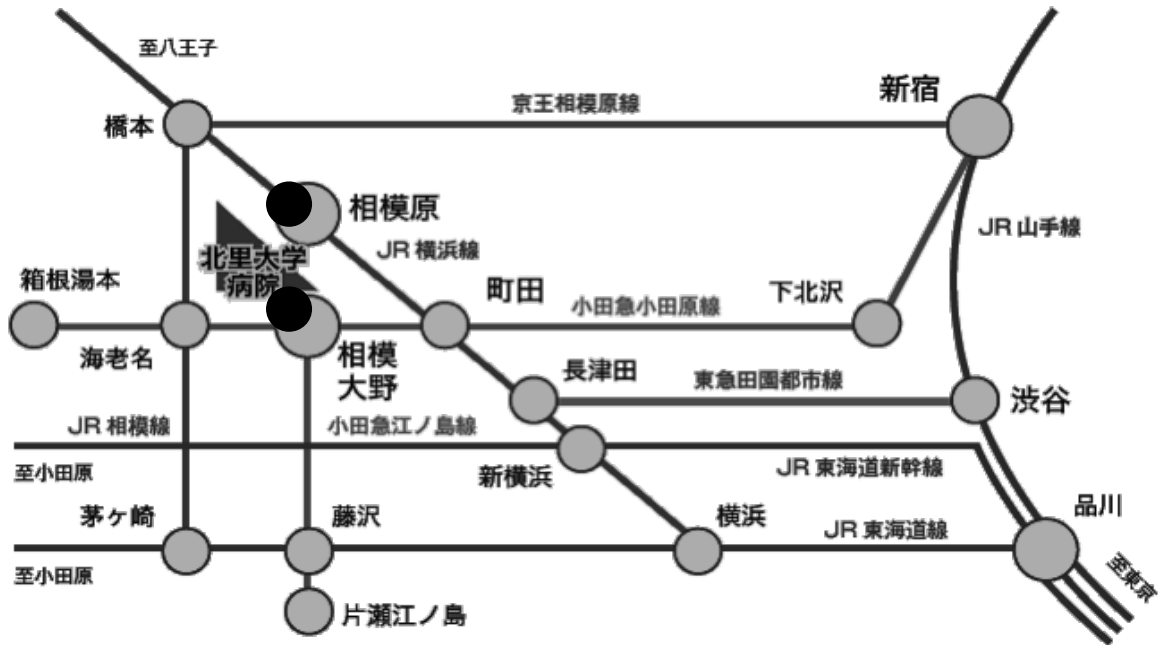
- 12:00 受付開始
- 13:00～13:05 開会挨拶 世話人 村雲 芳樹
- 13:05～14:05 特別講演 1
「肝臓病理－最近の話題から」
座長：前田 一郎（北里大学北里研究所病院 病理診断科）
演者：大部 誠（前北里大学医療衛生学部病理学教授）
- 14:05～14:45 一般演題 1, 2
座長：一戸 昌明（北里大学医学部病理学）
1. 「肝細胞癌と神経内分泌腫瘍との混合性腫瘍の 1 例」
演者：辻 賢太郎（栃木県立がんセンター 病理診断科）他
2. 「Aggressive NK cell leukemia (ANKL)の一剖検例」
演者：小倉 豪（東海大学基盤診療学系病理診断学）他
- 14:45～15:30 特別講演 2
「一人病理医 18 年。そして、その先に見えるもの。」
座長：吉田 功（北里大学医学部病理学）
演者：桑尾 定仁（東大和病院・病理臨床検査センター）
- 15:30～15:50 休憩
- 15:50～16:00 幹事会報告
- 16:00～16:40 一般演題 3, 4
座長：梶田 咲美乃（北里大学医学部病理学）
3. 「心筋に著明な石灰沈着を認めた劇症型心筋炎の一剖検例」
演者：眞山 到（北里大学医学部病理学）他
4. 「悪性リンパ腫加療中に気管腕頭動脈瘻からの
出血性ショックで死亡した一例」
演者：笹原 有紀子（横浜市立大学附属病院 病理診断科）他
- 16:40～17:40 特別講演 3
「間質性肺炎を中心とした非腫瘍性肺疾患の診断へのアプローチ」
座長：高橋 博之（北里大学医療衛生学部病理学）
演者：植草 利公（関東労災病院 病理診断科）
- 17:40 閉会挨拶 三枝 信（北里大学医学部病理学）

【会場へのアクセス】

神奈川県相模原市南区北里 1-15-1

北里大学 臨床教育研究棟（IPE 棟）（北里大学病院と同敷地内）

（詳細は <https://www.kitasato-u.ac.jp/khp/access/>）



相模大野駅（小田急 小田原線/江ノ島線）・相模原駅（JR 横浜線）から
タクシー約 15 分、バス約 25 分

《駅から タクシーでお越しの方》

行き先は、「北里大学 臨床教育研究棟（IPE 棟）」または、「北里大学 医学部 正面玄関」とお伝えください。

（注：「北里」や「北里大学病院」と伝えると、病院正面玄関で降ろされます。

また、「北里大学 医学部」のみだと、医学部の裏で降ろされるので ご注意ください。）

《駅から バスでお越しの方》

*相模大野駅（小田急 小田原線/江ノ島線）から

中央改札を出て、直進後 右(北口)へ。

神奈川中央交通バス 1・2・3 番乗り場より、「北里大学病院・北里大学」下車。

1番乗り場からは、本数が多く、全てのバスが「北里大学病院・北里大学」に停まります。

(注: 途中の「北里東病院」で降りないよう ご注意ください)

乗り場	系統番号	経由	行先
1番	大53		北里大学病院・北里大学 行
	相25	北里大学病院・北里大学 経由	相模原駅南口 行
	大25		
2番	大15	北里大学病院・北里大学 経由	上溝駅 行
3番	大59		北里大学病院・北里大学 行

*相模原駅（JR 横浜線）から

改札を出て、右(南口)へ。

神奈川中央交通バス 2 番乗り場より、「北里大学病院・北里大学」下車。

2 番乗り場からは、全てのバスが「北里大学病院・北里大学」に停まります。

乗り場	系統番号	経由	行先
2番	相21	北里大学病院・北里大学 経由	小田急相模原駅 行
	相25	北里大学病院・北里大学 経由	相模大野駅北口 行
	相27	北里大学病院・北里大学 経由	相武台前駅 行
	相29		北里大学病院・北里大学 行

【「北里大学病院・北里大学 バス停」から 会場(臨床教育研究棟 (IPE 棟))までの行き方】
 構内図参照；実線 ———— (当日、案内を出させていただきます)

① 2 番バス停近くにある 唯一の白い自動販売機 を見つけます。自動販売機そばの 階段・エレベーターで 地下1階に降ります。

(注: 病院1号館 建物内に入っても 会場には行けないので、入らない様にして下さい)

② 病院1号館と 病院駐車場の間の、緑色に塗られた道路を進みます。

③ 道路に緑色がなくなるまで進み、左側にある坂を登ります。

④ 坂を登りきったら、左折(U字に曲がる)します。

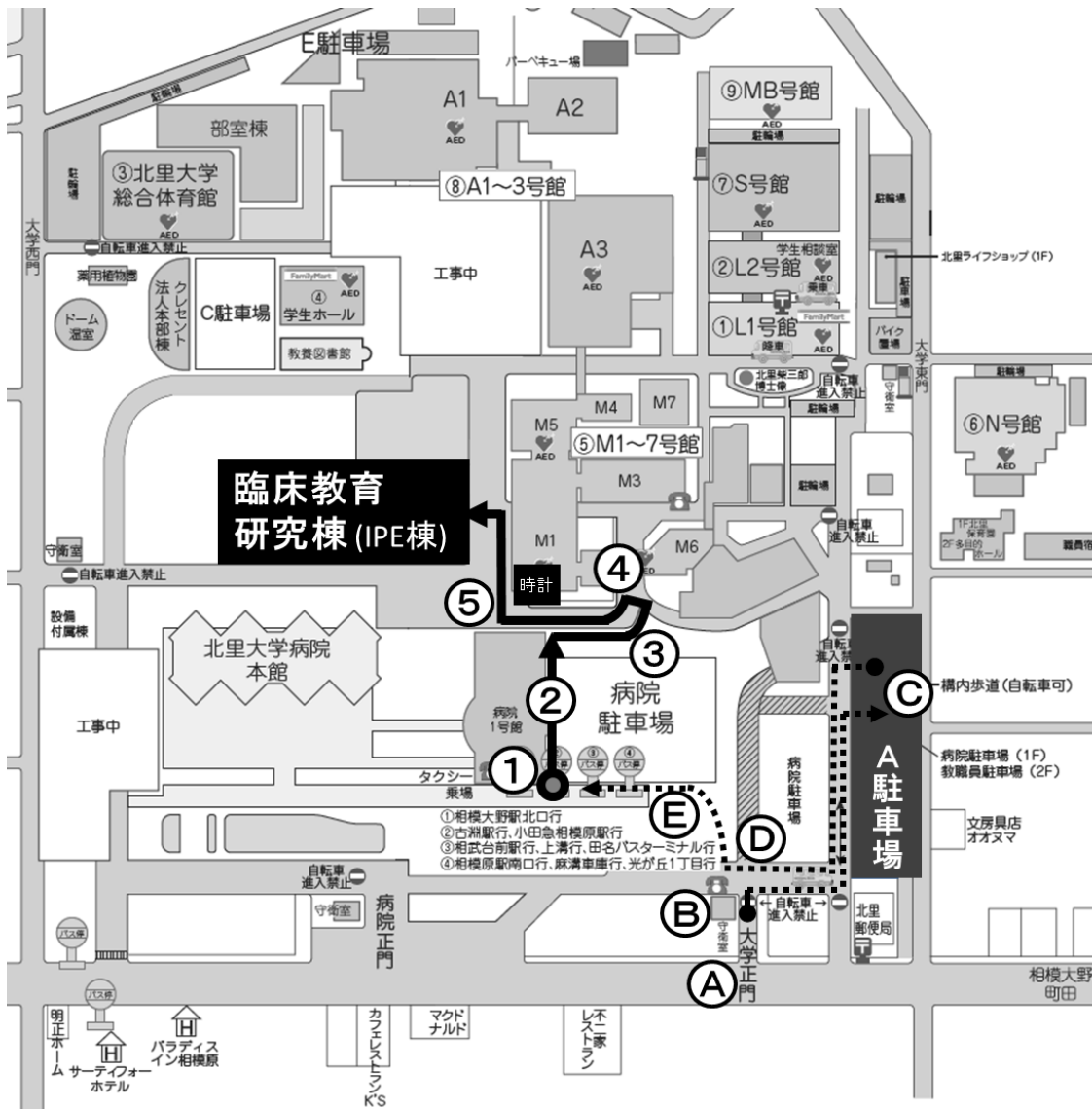
⑤ M1号館 建物に沿って直進し、時計を目印に右折すると 会場です。

《自家用車でお越しの方》

構内図参照；点線

- ① 「北里大学正門」という信号を目印に入構します。
- ② すぐ左側に「守衛室」がありますので、手続きを行ってください。
- ③ A 駐車場(1階)にお停め下さい。
- ④ 駐車後、守衛室前まで戻ります。
- ⑤ 道なりに沿って、「北里大学病院・北里大学 バス停」までお越しください。

《構内図》



【抄録】

◆特別講演 1

肝臓病理－最近の話題から

大部 誠

前北里大学医療衛生学部病理学教授

肝臓病理の最近の話題として、(1)混合型肝癌 WHO 改訂版 (2019 年第 5 版)、(2)急性肝炎様発症自己免疫性肝炎、(3) Acute-on-chronic liver failure の 3 項目について取り上げる。

(1) 混合型肝癌 WHO 改訂版 (2019 年第 5 版)

前回の 2010 年第 4 版における混合型肝癌は 1. Classical subtype, 2. Subtype with stem cell features に分類され、後者はさらに 2.1) Typical subtype, 2.2) Intermediate-cell subtype, 2.3) Cholangiolocellular type の 3 亜型に分類され、我が国の肝癌取り扱い規約との齟齬が目立ち、違和感が大きかった。今回の改訂版では関係者のご尽力で、かなり我が国の主張が受け入れられ、stem cell feature という表現は亜分類に用いられなくなった。また、cholangiolocellular carcinoma は基本的に肝内胆管癌の中に入り、混合型肝癌の一部にもそのパターンが見られることがある、とし、独立した分類とはなっていない。

(2) 急性肝炎様発症自己免疫性肝炎

典型的な自己免疫性肝炎(AIH)は慢性肝炎型であるが、中心帯壊死を呈する急性肝炎様発症 AIH が認識されるようになり、これには急性増悪期 AIH と急性肝炎期 AIH に分類される。急性増悪期 AIH は通常の AIH が何らかの原因で急性肝炎様病態を呈するものであり、門脈域には interface hepatitis, 形質細胞浸潤など典型的な AIH の所見を認めることが多いことから診断が可能であるが、急性肝炎期 AIH は臨床的に急性肝炎として発症するため、一般的な急性肝炎、特に薬剤性肝傷害 DILI との鑑別が難しい。薬剤がトリガーとなる急性肝炎期 AIH も示唆されており、臨床病態との対比が重要となる。

(3) Acute-on-chronic liver failure (ACLF)

従来より肝不全は急性肝不全、遅発性肝不全 (LOHF)、慢性肝不全の 3 型に分類されているが、第 4 の肝不全として ACLF が注目されている。肝硬変において食道静脈瘤からの出血により、偽小葉が循環障害に陥り肝不全に至る、という病態は決して珍しいことではなく、特に注目されてこなかった。しかるに、欧米ではアルコール性肝硬変が多く、アルコール多飲、感染症などにより急速に肝不全が進行する病態が注目され、その約 50% は肝不全から脱却できる、という治療成績が得られ、2009 年以降、欧米・アジアで独立した病態として提唱された。このような流れを受けて我が国でも 2018 年に ACLF の診断基準が提唱され、現在、その適否を検証中である。これまで肝不全症例に対しては禁忌とされていた肝生検が経頸静脈カテーテル法 (TJLB) により可能となり、今後、肝不全症例の予後推定のために肝生検が為される頻度が増えてくるものと思われる。

◆特別講演 3

間質性肺炎を主体とした非腫瘍性肺疾患の診断へのアプローチ

植草 利公

関東労災病院 病理診断科

非腫瘍性肺疾患とくに間質性肺炎は分かりにくいとおもわれている病理医は少なくない。たしかに、なじみがなく非特異的な所見の組み合わせで非腫瘍性肺疾患は難しい点が多い。しかし、肺の基本的構造と病変の分布、病変の質が分かれば、ある程度は所見を読み取ることができる。このためには所見を取りやすい標本作製することが第一である。

まずは検体処理の仕方、切り出しの仕方、基本的な肺の構造について述べたい。

2013年にATS/ERSから特発性間質性肺炎の分類が提唱された。特発性とされている分類であるが、現在は原因のあきらかな間質性肺炎についてもUIP, NSIP, COP等 patternとして使われている。この分類には問題点もあるが、各疾患について典型的な症例を中心に解説したい。

呼吸器医は臨床経過や画像で明らかな症例は胸腔鏡下肺生検をすることは少なく、非典型的な症例における診断と治療の選択に関して病理側に意見をもとめてくる。臨床的に診断が困難な症例は病理学的にも診断は難しい。診断名、今後の治療方針を決めるためにはMultidisciplinary diagnosis (MDD)といわれる臨床医・放射線医・病理医の総合的判断が必要である。

病理医はどこまで報告をしたらよいであろうか？

今回は肺検体の扱い方、基本的肺構造、間質性肺炎の分類、臨床医との対応について説明したい。

■一般演題 1

肝細胞癌と神経内分泌腫瘍との混合性腫瘍の 1 例

辻 賢太郎^{1,3}、阿部 信¹、若松 早穂¹、星 サユリ¹、星 暢夫¹、高木 知聡²、福島 敬宜³、平林 かおる¹

1) 栃木県立がんセンター 病理診断科、2) 栃木県立がんセンター 肝胆膵外科、
3) 自治医科大学 病理学・病理診断部

【症例】70 歳代男性。慢性 B 型肝炎の既往あり。早期胃癌術前の CT で肝 S4 に腫瘍性病変が認められ、肝内側区域切除術が施行された。【病理所見】腫瘍は、約 5cm 大の 2 個の灰白色腫瘍が接するように形成されていた。一方の腫瘍は高～中分化肝細胞癌であったが、他方の腫瘍は同様の肝細胞癌の成分とともに、N/C 比の高い異型細胞が索状からシート状に増殖しており、両者には移行像も窺われた。後者の腫瘍成分は、免疫組織化学的に Synaptophysin (+), ChromograninA (一部+), CD56 (+), HepPar1 (一部+), Arginase1 (-), Ki67 (27%; hot spot)を示し、また核分裂像は 16 個/10HPF であった。以上の所見から、肝細胞癌と神経内分泌癌との混合性腫瘍と診断した。【結語】肝臓の神経内分泌腫瘍は極めて稀である。本症例の神経内分泌腫瘍は G3 相当の増殖能や肝細胞癌との移行像も窺われたことから神経内分泌癌と考えたが、腫瘍内には索状構造など高分化神経内分泌腫瘍の一つの指標である“オルガノイド像”と捉えられるような像もあり、腫瘍の成り立ちや診断について、広くご意見を頂きたい。

■一般演題 2

Aggressive NK cell leukemia (ANKL)の一剖検例

小倉 豪、中村 直哉

東海大学基盤診療学系病理診断学

[症例] 19 歳、男性

[既往歴] 17 歳：気胸

[家族歴] 特記事項なし

[生活歴] 飲酒・喫煙なし、海外渡航歴なし、ダニ咬傷歴なし、性交渉なし

[薬剤歴] なし

[現病歴]

X 年 5 月：発熱を認め、近医で解熱剤処方。症状軽快せず、関節痛も出現し、血液検査で肝胆道系酵素上昇、脾腫を認め、その後汎血球減少もみられ、当院を受診した。

X 年 6 月：骨髓穿刺にて ANKL の診断。同時に施行された肝生検で肝浸潤あり。

その後化学療法 (SMILE: 2 コース)を施行し、一旦寛解。

X 年 9 月：Auto-PBSCT 施行。

X 年 10 月：Haplo-PBSCT 施行。

X 年 11 月：Day28 の骨髓標本にて EBER-ISH(+)細胞多数。

下痢(10 回/日、2-3L/日程度)、発熱、皮疹あり。皮膚及び大腸生検結果(Day42,46)も合わせて GVHD と診断。

X 年 12 月：末梢血中の NK cell が 30%を越え、急激に呼吸状態が悪化し永眠。

ANKLは稀な疾患であり、今回剖検にて詳細な観察をし得たので報告する。

[問題点]

1. 経過中、骨髄に cCD3(+)細胞を認めたが EBER(-)のため再発とはできなかった。
2. ANKL と Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type の異同

■一般演題 3

心筋に著明な石灰沈着を認めた劇症型心筋炎の一剖検例

眞山 到、一戸 昌明、秋谷 昌史、吉田 功、三枝 信
北里大学医学部病理学

[症例]50 歳代男性

[現病歴] X 年 2 月に胸部絞扼感、3 月からは労作時呼吸困難を認めた。3 月中旬に発熱、心窩部痛、嘔気、ピンク色の泡沫痰、ふらつきも出現し、救急搬送。血液検査、冠動脈造影等から、劇症型心筋炎と診断された。血行動態が維持できず BiVAD 導入により循環動態は一時的に安定したが、胸水貯留と呼吸状態が悪化し、第 102 病日に人工呼吸器管理となった後、腎不全が進行して第 130 病日に心停止・死亡確認となった。同日、病理解剖を施行した。

[剖検所見]肉眼的に両心室の拡張が見られた。心筋の一部にリンパ球主体の軽～中等度の炎症細胞浸潤と壁全周性の著明な石灰沈着を認めた。石灰化周囲には線維化を散在性に認めた。

[まとめ]劇症型心筋炎の診断で治療されたが、全身状態が悪化し死亡、剖検にて心筋に著明な石灰沈着を認めた剖検例を経験した。比較的稀な病態と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

■一般演題 4

悪性リンパ腫加療中に気管腕頭動脈瘻からの出血性ショックで死亡した一例

笹原 有紀子¹⁾、江中 牧子²⁾、竹田 喬亮³⁾、勅使川原 晴佳³⁾、山中 正二¹⁾、大橋 健一⁴⁾

- 1)横浜市立大学附属病院 病理診断科、2)横浜市立大学医学部分子病理学講座、
3)横浜市立大学附属病院 血液リウマチ感染症内科、4)横浜市立大学医学部病態病理学講座

症例は 19 歳女性。X-3 月からの咳嗽精査で発見された前縦隔 18cm の巨大なびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) に対して化学療法中であった。腫瘍の気道圧迫により X-2 月に一度心肺停止になり挿管管理、その後気管切開が行われていた。その後化学療法により腫瘍は縮小し、ADL も一時退院を検討するまで改善していたが、X 月 Y 日、眠前薬内服時に突然口からの大量出血を認めた。そのまま心肺停止となり、蘇生処置に反応なく同日死亡退院となった。翌日出血源検索目的に剖検施行。臨床所見からは消化管出血による吐血を疑われたが、肉眼的には消化管粘膜には所見がなく、一方で気管粘膜に潰瘍を認めた。潰瘍前方には腕頭動脈が接しており、その周囲は腫瘍壊死に囲まれていた。組織学的には同部位に気管と腕頭動脈をつなぐ瘻孔を認め、気管腕頭動脈瘻の診断となった。本症例における気管腕頭動脈瘻の成因についてご意見を伺いたい。