

第 73 回 (社) 日本病理学会関東支部学術集会  
(第 137 回東京病理集談会)



日 時：平成 28 年 12 月 10 日 (土) 13:00~17:30  
会 場：東京慈恵会医科大学 大学 1 号館 3 階講堂 (講演)  
東京慈恵会医科大学 大学 1 号館 7 階実習室 (標本検鏡)  
主 催：社団法人 日本病理学会関東支部  
世話人：東京慈恵会医科大学 病理学講座 池上雅博

## 【スケジュール】

- 12:00 受付開始
- 13:00 開会挨拶
- 13:05-13:35 特別講演 1
- 13:40-14:40 特別講演 2 (病理領域別講習 支部会教育講演 1単位)
- 14:40-14:50 幹事会報告
- 14:50-15:05 休憩
- 15:05-16:20 一般演題
- 16:25-17:25 特別講演 3 (病理領域別講習 支部会教育講演 1単位)
- 17:25-17:30 閉会挨拶

## 【会議・運営】

- 11:00-12:00 幹事会 (東京慈恵会医科大学 大学1号館5階講堂)
- 12:00-16:20 標本供覧 (東京慈恵会医科大学 大学1号館7階実習室)
- 12:00-17:30 託児所 (東京慈恵会医科大学附属病院 B棟6階GH会議室)

## 【ご参加の先生方へ】

参加費を1,000円徴収させていただきます。(医学部学生は無料)

託児所を設置いたします。場所は講演会場と離れているため受付後ご案内させていただきます。

駐車場のご用意はございません。公共機関をご利用ください。

## 【幹事の先生方へ】

幹事会は11:00から大学1号館5階講堂で開催します。昼食をご用意いたします。

## 【一般演題の演者の方へ】

講演は発表20分、討議5分の予定です。

スライドはパワーポイントで作成ください。

## 【会場案内：東京慈恵会医科大学】

アクセスマップ：<http://www.jikei.ac.jp/univ/access.html>

### ■JR

- ・新橋駅 徒歩約12分 (タクシー5分)
- ・浜松町駅 徒歩約15分 (タクシー8分)

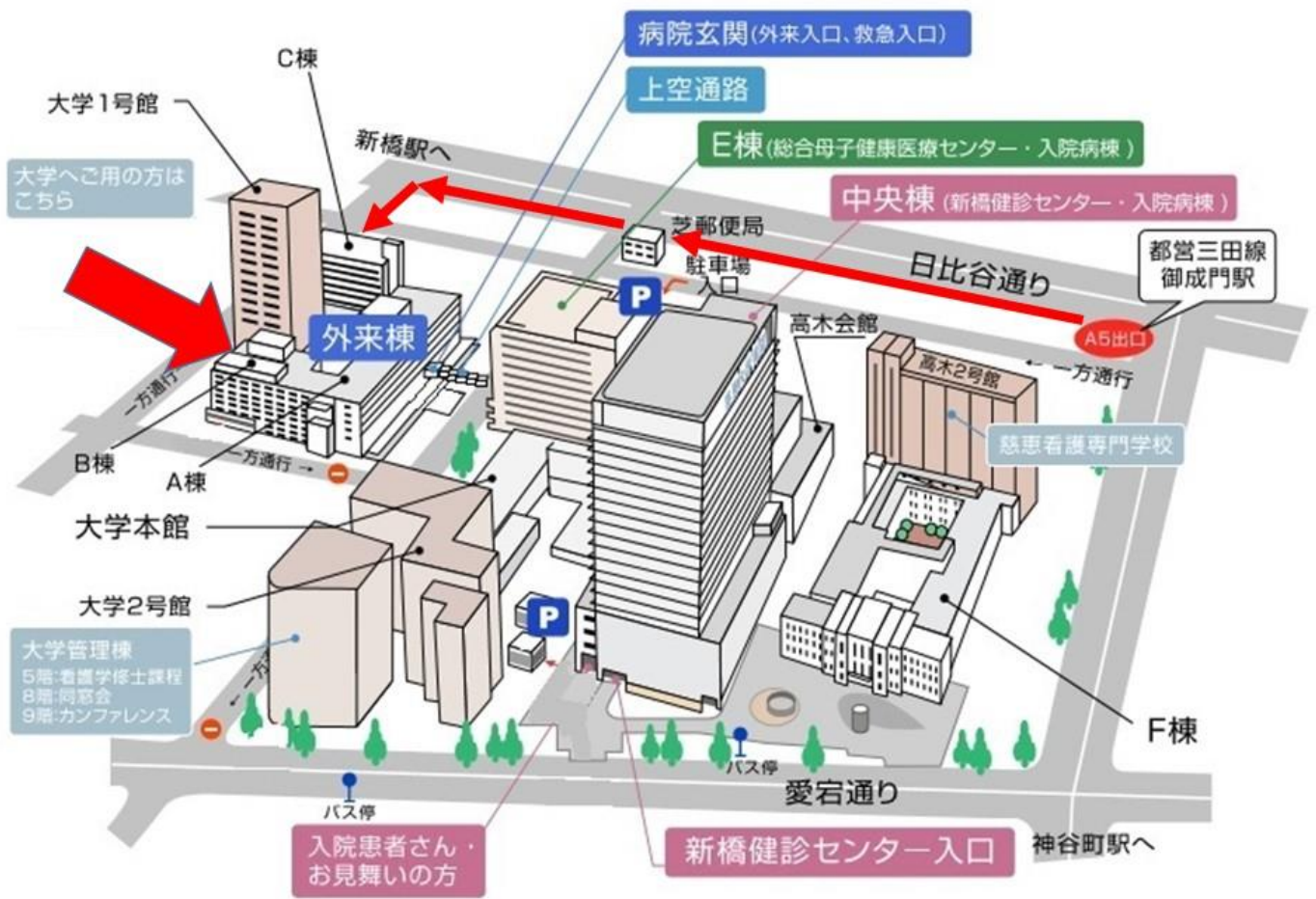
### ■地下鉄

- ・都営三田線 御成門駅 A5出口 徒歩約5分
- ・日比谷線 神谷町駅 3出口 徒歩約7分
- ・銀座線 虎ノ門駅 1出口 徒歩約10分
- ・銀座線・都営浅草線 新橋駅 8出口 徒歩約12分
- ・都営浅草線・都営大江戸線 大門駅 A2出口 徒歩約15分
- ・丸の内線・千代田線 霞ヶ関駅 C3出口 徒歩約13分

\*各駅から慈恵医大までの徒歩経路



\* 慈恵医大見取り図



注) 学会当日、病院は開院しております。病院内は通らず、恐れ入りますが大学側より講演会場までお越しください。

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。下記のアドレスより供覧できます。標本供覧には UMINID が必要です。〔<http://pathology.or.jp/jigyou/slidepath-release.html>〕

**【開会】 13 : 00-13 : 05**

挨拶：世話人 池上雅博 (東京慈恵会医科大学 病理学講座)

**【特別講演 1】 13 : 05-13 : 35**

演題：大腸 SM 癌 (T1 癌) 内視鏡切除標本の病理診断

講師：河内 洋 (がん研究会有明病院 病理部)

座長：廣岡信一 (東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部)

**【特別講演 2】 13 : 40-14 : 40**

演題：大腸発癌の分子病理

講師：関根茂樹 (国立がん研究センター中央病院 病理科)

座長：廣岡信一 (東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部)

**【関東支部会幹事会報告】 14 : 40-14 : 50**

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)

**【休憩】 14 : 50-15 : 05**

**【一般演題】 15 : 05-16 : 20**

850.EBV 陽性 T 細胞リンパ腫の治療後に EBV 陽性 B 細胞リンパ腫が出現した一剖検例.

山澤 翔 (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

座長：原田 徹 (東京慈恵会医科大学 病理学講座)

851.巨大肺動脈瘤の 1 剖検例.

田畑憲一 (自治医科大学附属病院 病理診断部) 他

座長：清川貴子 (東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部)

852.全身浮腫、高度の腔水症、血清 VEGF 高値を示し、TAFRO 症候群や POEMS 症候群が疑われた 1 剖検例.

名城珠希 (NTT 東日本関東病院 病理診断科) 他

座長：鷹橋浩幸 (東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部)

**【特別講演 3】 16 : 25-17 : 25**

演題：炎症腸疾患と癌

講師：岩下明德 (福岡大学筑紫病院 臨床医学研究センター)

座長：濱谷茂治 (東京慈恵会医科大学附属葛飾医療センター 病院病理部)

**【閉会】 17 : 25-17 : 30**

挨拶：世話人 池上雅博 (東京慈恵会医科大学 病理学講座)

## 【特別講演抄録】

### 特別講演 1

大腸 SM 癌 (T1 癌) 内視鏡切除標本の病理診断  
河内 洋 (公財) がん研究会 有明病院 病理部  
<抄録>

大腸ポリープなどの病変を内視鏡的に摘除する方法には、鉗子切除、ポリペクトミー、内視鏡的粘膜切除 (EMR)、あるいは内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) など、いくつかの種類がある。摘除された病変は通常病理診断に供さるが、これら大腸病変 (特にポリープ) の病理診断は我々病理医にとってはなじみ深いもので、胃生検と並んで日常的に最も診断する機会の多いものと考えられる。

検体の大半は、低異型度管状腺腫や過形成性ポリープであり、病理診断も比較的容易で臨床的にも問題のないものが多いと思われるが、一定の頻度で腺癌を含むものがある。内視鏡的に摘除された病変に、腺癌成分が一部にでも認められた場合には、内視鏡的切除だけで治療として十分なのか、追加外科手術 (腸管切除やリンパ節郭清) の必要はないか、といったことが臨床的に重要になる。そのため、リンパ節転移や局所遺残の危険性がどの程度あるのか判断するための病理学的評価が我々病理医に求められる。

現行の大腸癌治療ガイドラインでは、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌の成分、粘膜下層深部浸潤、脈管侵襲 (リンパ管、静脈侵襲) 陽性、簇出高度、のいずれかが認められた場合は、リンパ節転移の危険性が示唆されることから、リンパ節郭清を伴う外科的切除を考慮することとされている。また断端が陽性の場合、特に深部断端が陽性の場合には局所遺残の危険性があることから、同じく外科的切除を追加することが推奨されている。病理組織学的診断にあたっては、上記の項目を評価、記載することが求められるようになり、定義や評価方法などが大腸癌取扱い規約にも記載されている。評価した組織学的所見が治療方針決定に直結することになり、私たち病理医にとって、より重圧を感じる作業である上に、特殊染色や免疫染色などどこまで施行すればよいのか、判断に迷う場合の対処法など、日々の診断業務において悩む場面は少くない。

本演題では、内視鏡的に摘除され、リンパ節転移の危険性評価が最も必要となる粘膜下層浸潤癌 (SM 癌、

pT1 癌) を対象とし、現行のガイドライン・取扱い規約が策定された経緯を説明した後、各所見の評価手順、問題例・困難例、海外を含めた近年の動向などについて示す。

### 特別講演 2

大腸発癌の分子病理

関根茂樹 国立がん研究センター中央病院 病理科  
<抄録>

大腸癌における adenoma-carcinoma sequence は最も早期に提唱された多段階発癌モデルとして広く知られている。しかし近年の研究から、大腸の発癌過程には複数の経路が存在し、それぞれの発癌経路には特徴的な前癌病変、そして分子異常が関わっていることが明らかになってきた。特に、かつて発癌には関連が無いと考えられていた過形成性ポリープや sessile serrated adenoma/polyp を前駆病変とする、いわゆる serrated pathway を介した発癌経路の存在が広く認められるようになり、この経路を介して発生する大腸癌の臨床病理学的特徴が明らかにされてきた。

これらの大腸発癌にかかわる分子異常の理解は日常の病理診断に必須なものでは無いが、大腸癌および前癌病変の多様性や、大腸癌の治療選択に関連する分子異常の理解に有用である。特に大腸の非浸潤性病変では遺伝子変異と組織形態が良く相関することから、病理医にとってこれらの関連は理解しやすいものと思われる。本講演では近年研究の進んできた鋸歯状病変を中心として、大腸前癌病変から浸潤癌の分子異常を概説する。

### 特別講演 3

#### 炎症性腸疾患と癌

岩下明德 福岡大学筑紫病院 臨床医学研究センター

<抄録>

各種慢性小・大腸炎に合併する癌には、理論上大別して2つの型が考えられる。1つは小・大腸炎を母地として発生した癌、つまり小・大腸炎の反復する炎症のため粘膜に癌化が起こったもの（癌化例；colitic cancer）であり、他は小・大腸炎に偶然に通常の癌が合併したもの（合併例；sporadic cancer）である。この2種類の癌の治療法には違いが想定されるため、両者を明確に区別することは临床上も重要である。

両者の鑑別の一応の目安としては、従来から癌病巣の周囲に粘膜筋板の肥厚や粘膜下層の線維化などの小・大腸炎の存在を裏づける慢性炎症性変化があり、かつ癌の背景粘膜に dysplasia が認められることが挙げられている。さらに、最近では免疫組織学的手法を用いた増殖帯の分布（top down or bottom up）、粘液形質（腸型 or 胃腸混合型）や酸化ストレスマーカー（8-OHdG）の有無なども両者の鑑別に役立つことが判明しつつある。

本講演では、自験の各種炎症性疾患（潰瘍性大腸炎、Crohn's disease、結核など）に発生した癌の臨床病理学的・免疫組織化学的特徴および colitic cancer と sporadic cancer 両者の鑑別を中心に話したい。

### 【一般演題抄録】

850. EBV 陽性 T 細胞リンパ腫の治療後に EBV 陽性 B 細胞リンパ腫が出現した一剖検例。

山澤 翔<sup>1)</sup>、林 玲匡<sup>1)</sup>、牛久 綾<sup>1)</sup>、那須 涼<sup>2)</sup>、小倉瑞生<sup>2)</sup>、黒川峰夫<sup>2)</sup>、深山正久<sup>1)</sup>

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) 東京大学医学部附属病院診療科 血液・腫瘍内科

【症例】生来健康な 80 歳代女性。8 か月の経過の微熱及び全身性紅斑に続いて全身の皮膚の硬結や倦怠感が出現した。皮膚生検で EBV 陽性 CD4+T 細胞が見られ、T 細胞リンパ腫 (PTCL-NOS) の診断となった。VP-16+DEX により一時的に小康状態が得られたが、その後再増悪を来し、化学療法に反応不良となった。急性肝不全が出現し、化学療法開始から約 4 ヶ月の経過で死亡となった。

【剖検所見】EBV 陽性 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) の浸潤が、リンパ節、脾臓、骨髓、肝臓などの全身諸臓器に見られ、一部に T 細胞リンパ腫の残存も確認された。B 細胞性リンパ腫の全身への進展、肝浸潤による急性肝不全により、死亡に至ったと考えられた。

【考察】T 細胞リンパ腫に対する加療後に B 細胞リンパ腫が出現し、EBV 感染が T 細胞および B 細胞に同時に見られた、稀有で貴重な症例である。EBV 関連 LPD の異同、若干の文献的考察も加えて報告する。

## 851. 巨大肺動脈瘤の1剖検例

田畑憲一<sup>1)</sup>, 天野雄介<sup>2)</sup>, 久保田香菜<sup>3)</sup>, 上野修市<sup>3)4)</sup>, 苅尾七臣<sup>3)</sup>, 福嶋敬宜<sup>1)</sup>, 仁木利郎<sup>2)</sup>

- 1) 自治医科大学附属病院病理診断部
- 2) 自治医科大学病理学講座統合病理学部門
- 3) 自治医科大学内科学講座 循環器内科部門
- 4) うえのクリニック

【はじめに】肺動脈瘤は、Deterling によると病理解剖例 109, 571 例中 8 例 (0.007%) にすぎない非常に稀な疾患とされる。今回、われわれは臨床的に心房中隔欠損症を伴った巨大肺動脈瘤の 1 剖検例を経験し、その臨床・病理像を報告する。

【症例】50 歳代、男性。

【臨床経過】20 歳代に肺の異常陰影を指摘されていたが、精査は受けていなかった。X-6 年に交通事故の際に、胸部 CT で両側肺動脈瘤を指摘されたが、その後精査は受けていなかった。X-3 年に、精査されたところ二次孔欠損型の心房中隔欠損症、肺動脈性肺高血圧症、Eisenmenger 症候群、および両側巨大肺動脈瘤と診断された。その後、経過観察されていたが、X 年に大量喀血の疑いで当院へ救急搬送され、第 5 病日に死亡確認された。

【剖検所見】左肺動脈優位で内腔に比較的新鮮な血腫により占拠された両側肺動脈瘤が指摘され(剖面上、左肺動脈約 12x9 cm、右肺動脈約 5x2 cm)、それにより両肺実質が圧迫されていた。偽腔は指摘されなかった。組織学的に瘤壁の内膜肥厚や中膜断裂が観察され、肺内では血管壁の内膜と中膜の肥厚は動脈瘤に比して軽微であったが、いわゆる colander lesion を示す肺高血圧症に相当する像が観察され、肺炎、硝子膜形成を伴っていた。そのほか、噴門部付近に胃潰瘍が観察された。

852. 全身浮腫、高度の腔水症、血清 VEGF 高値を示し、TAFRO 症候群や POEMS 症候群が疑われた 1 剖検例  
名城珠希<sup>1)</sup>, 佐藤 大<sup>2)</sup>, 進藤彰人<sup>2)</sup>, 村上未樹<sup>1)</sup>, 橋本浩次<sup>1)</sup>, 増田芳雄<sup>1)</sup>, 渋谷祐子<sup>2)</sup>, 松谷章司<sup>1)</sup>, 本田一穂<sup>3)</sup>, 堀内 啓<sup>1)</sup>

- 1) NTT 東日本関東病院病理診断科
- 2) NTT 東日本関東病院高血圧・腎臓内科
- 3) 昭和大学解剖学講座顕微解剖学部門

【症例】特記すべき既往歴のない 37 歳男性。下痢、咳嗽、感冒症状で前医を受診後に、咳嗽持続、著明な下腿浮腫あり当院へ搬送。全身痛、咳嗽、低酸素血症、低 Alb 血症、蛋白尿、腎機能低下、全身浮腫、腹部膨満、白血球増多、胆道系酵素高値を認めた。当院受診後は抗菌薬、ステロイド投与などで治療されたが反応性に乏しかった。血清 VEGF 3150 pg/ml と上昇しており、血小板が中途より減少。血漿交換を試みるも、胸腹水による呼吸状態悪化により約 2 か月の経過で死亡。

【剖検所見】サイトメガロウイルス肺炎、巣状肺炎を伴う敗血症とその関連所見を認めた。VEGF 抗体陽性細胞が腹腔内臓器漿膜などに広範にあり、高度の腔水症がみられた。MPGN 型 IgA 腎症を認めた。検索し得る限り、腫瘍性病変はみられなかった。

【考察】感染を契機に VEGF が過剰に産生されたことが基本病態として考えられ、日和見感染、腔水症による呼吸不全で死亡したと考えられる。本症例の診断などについてご助言を頂きたい。