

第 64 回 日本病理学会関東支部学術集会

日時：平成 26 年 9 月 13 日 (土)

会場：国際医療福祉大学三田病院、11 階三田ホール
東京都港区三田 1-4-3 (<http://mita.iuhw.ac.jp>)
Tel:03-3451-8121

会費：1,000 円

主催：(社) 日本病理学会関東支部会

世話人：森 一郎 (国際医療福祉大学三田病院病理 教授)

<スケジュール>

- 12:00 受付開始 (三田病院 11 階、三田ホール前)
- 13:00 開会挨拶
- 13:05 ~ 14:05 特別講演 1
- 14:05 ~ 15:25 一般演題
- 15:25 ~ 15:45 休憩
- 15:45 ~ 15:55 幹事会報告
- 16:00 ~ 17:00 特別講演 2
- 17:00 ~ 17:20 一般演題
- 17:30 ~ 19:00 懇親会 (三田病院 11 階、レストラン AUBE)

<会議・運営>

- 11:00 ~ 12:00 幹事会 (三田病院 11 階、レストラン AUBE)
- 12:00 ~ 16:00 標本供覧 (三田病院 11 階、三田ホール後方)
- 12:30 ~ 18:00 託児所 (三田病院 5 階、会議室 A)

* 連絡・問い合わせ

〒108-8329 東京都港区三田 1-4-3
国際医療福祉大学三田病院病理
Tel:03-3451-8121
担当：森 一郎 (ichiro-m@iuhw.ac.jp)

会場案内：

アクセス 都営大江戸線 「赤羽橋駅」下車、「赤羽橋口出口」または「中之橋口出口」より徒歩 5 分
東京メトロ南北線 ・都営大江戸線「麻布十番駅」下車、「3 番出口」より徒歩 8 分
都営三田線 「芝公園駅」下車、「A2 番出口」より徒歩 12 分

* 当院の駐車場は台数が限られており、原則駐車はできません。公共交通機関のご利用をお願いいたします。

===== プログラム (敬称略) =====

一般演題の代表切片はバーチャルスライドとしてアップロードしています。

下記アドレスより供覧できます。

<http://61.213.70.194/demo/index2.html?pid=20140908>

開会のあいさつ 13:00

森 一郎 (国際医療福祉大学三田病院病理)

特別講演① 13:05 - 14:05 座長 長村 義之 (国際医療福祉大学三田病院病理)

絨毛性疾患の病理診断

福永眞治 (東京慈恵会医科大学病院病理部)

一般演題① (発表 17 分 討論 3 分) 14:05 - 15:25

座長 安田 正実 (埼玉医科大学国際医療センター病理)

1 胎盤転移をきたした胎児神経芽腫の一例

小川真喜子、森川鉄平、深山正久 (東京大学医学部附属病院 病理部)

座長 横尾 英明 (群馬大学医学部病態病理学)

2 診断困難であった胸髄硬膜内髄外腫瘍の一例

井野元智恵, 近藤裕介, 梶原博, 中村直哉

(東海大学医学部 基盤診療学系 病理診断学)

座長 九島 巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)

3 漿膜下に認めた子宮腺筋腫類内膜型の一例

坂口 亜寿美 (順天堂大学医学部附属練馬病院 臨床検査科/病理診断科)

座長 森 一郎 (国際医療福祉大学三田病院病理)

4 チオフラビンT染色が有用であったALアミロイドーシスの一例

江本 桂^{1,2}, 鈴木 美那子², 中島 清聖², 河村 朗夫³, 亀山 香織¹

(¹慶應義塾大学病院病理診断部、²慶應義塾大学医学部病理学教室、³慶應義塾大学病院循環器内科)

----- 15:25 - 15:45 休憩 -----

関東支部会幹事会報告 15:45 - 15:55

支部長 内藤善哉 (日本医科大学大学院医学研究科統御機構診断病理学)

特別講演② 16:00 - 17:00 座長 内藤 善哉 (日本医科大学大学院医学研究科統御機構診断病理学)

保険医療機関間連携を利用した1人病理医診断支援ネットワーク構築構想

— 診療報酬改定を視野に —

佐々木 毅 (東京大学医学部病理)

一般演題② (発表 17 分 討論 3 分) 17:00 - 17:20

座長 加藤 良平 (山梨大学医学部人体病理学講座)

5 病理診断科を単独標榜する診療所が保険医療機関指定を受ける意義

島田 修 (一般社団法人 白垂会 DPJ細胞病理医院 (病理診断科))

----- 懇親会 15:30 - 17:00 (三田病院 11 階、レストラン「オーブ」) -----

特別講演 1：絨毛性疾患の病理診断

福永眞治

東京慈恵会医科大学附属第三病院、病院病理部

胞状奇胎、侵入胞状奇胎、絨毛癌、胎盤部トロホプラスト腫瘍、類上皮性トロホプラスト腫瘍、存続絨毛症を絨毛性疾患が絨毛性疾患と総称される。存続絨毛性疾患は臨床的に定められた疾患である。今回、これらの絨毛性疾患の臨床病理について解説をし、診断上での問題点、pitfall について具体例を示説する。胞状奇胎は従来肉眼的に診断されていた。近年は超音波検査の普及により早期に搔爬され肉眼的に絨毛の腫大が確認されないことが多く、病理組織診断、免疫組織診断や遺伝子検査に基づいて行われる。存続絨毛性疾患のリスクは全胞状胞状奇胎で10-15%、部分奇胎で1-3%であり、全胞状奇胎の正確な診断が求められる。組織診断では全胞状奇胎が部分奇胎、部分奇胎が水腫性流産とされる傾向がある。妊娠7-11週的全胞状奇胎症では水腫状腫大とトロホプラストの増生が軽度で、ハツ頭状の絨毛の輪郭、絨毛間質の細胞増加、毛細血管様構造の増生、間質細胞の核崩壊像がみられる。P57 や TSSC3 の免疫染色は全胞状奇胎と部分奇胎、水腫性流産の鑑別に有用であるが、その判定はあくまでも組織像の解析が基本となる。

侵入胞状奇胎は絨毛が子宮筋層あるいは筋層の血管への侵入像を示すものと定義され、その病理診断は原則的に内膜搔爬材料では診断せず、子宮摘出検体や腔、外陰部や肺などの遠隔部位の検体で行う。奇胎が確認されれば、筋層内病巣の絨毛が嚢胞状でなくても変性が高度であっても、侵入奇胎と診断される。注意点として筋層内血管内への絨毛を伴わない trophoblast の浸潤は生理的変化であり侵入胞状奇胎の根拠にはならない。

絨毛癌の診断では、十分なサンプリングをし、絨毛の存在を否定することが肝要である。原則的に内膜搔爬材料では確定診断としない。組織学的には cytotrophoblast, syncytiotrophoblast, intermediate trophoblast より構成され、出血壊死が高度で間質や間質血管を欠くことが多い。鑑別診断として侵入奇胎、非妊娠性絨毛癌、過大着床部、胎盤部トロホプラスト腫瘍、類上皮性トロホプラスト腫瘍が挙げられる。胎盤内絨毛癌は娩出後の胎盤でみられ、大部分は incidental finding である。肉眼的には梗塞巣様であり肉眼診断は困難である。本来の正常絨毛が存在し、それと連続して異型 trophoblast のシート状、充実性の増殖が観察される。母体と胎児への転移の有無の検索と厳重な経過観察が必要である。

着床部の中間型トロホプラスト由来の腫瘍として胎盤部トロホプラスト腫瘍、絨毛膜部の中間型トロホプラスト由来の類上皮性トロホプラスト腫瘍があり、上皮性腫瘍との鑑別が問題となる。ともに化学療法は有効では無く子宮摘出が適応となる。時に両者像の混在すること症例がある。

特別講演 2：保険医療機関間連携を利用した1人病理医診断支援ネットワーク構築構想

－診療報酬改定を視野に－

佐々木 毅

東京大学医学部・大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学分野

東京大学医学部附属病院 遠隔病理診断・地域連携推進室

平成24年診療報酬改定で、「保険医療機関間の連携を利用した病理診断」が保険収載された。これは「病理医不在保険医療機関」から「常勤病理医勤務保険医療機関」に「標本の送付」により病理診断を委託した場合に、委託側医療機関で「病理診断料」および「病理診断管理加算」が保険請求でき、それを両者で合議に基づいて按分するという制度である。この制度新設の陰には慢性的な「病理医不足」が挙げられている。関東支部では病理医は比較的充足されているはずであるが、人口10万人当たりの病理専門医は最少が茨城県、最多が東京都であり格差は2.7倍にもなる。また病理研修登録医（病理専門医予備軍）の人数は東京が91名で最も多く、神奈川県が24名がこれに次ぐが、山梨県では3名など支部内でも格差が大きい（平成26年5月現在）。

保険医療機関間連携による病理診断の実践として平成25年東大病院に、「遠隔病理診断・地域連携推進室」が立ち上げられ、遠隔術中迅速診断（テレパソロジー：バーチャル転送画像による）と病理診断支援（プレパラート送付による）を行っている。現在は茨城県内と広島県内の病院に対してテレパソロジーと病理診断支援を行っている。また1人病理医病院の中に検体数の増加、診断項目の複雑化により病理医の負担が激増している実態から支援を必要としている病院が出てきている。自分も6年間1人病理医として勤務した経験があるが、ネットワーク構築等による病院病理連携が今後の課題と考えられ、具体的な連携構想を紹介する。すでにバーチャル転送画像による診断支援を行っている施設もいくつかあるが、転送画像による病理診断は現在のところ「通常の病理診断支援」では認められていない。「バーチャル画像での診断精度に関するエビデンスが乏しい」、「放射線画像のような共通フォーマット規格がない」、「病理診断は診断の最後の砦、画像だけで大丈夫と言い切れるか」等の問題点が厚労省より指摘されている。このうち技術的な部分に関しては、本年6月に「デジタルパソロジー技術基準検討会」が立ち上げられ既に4回の検討会を重ねている。また病理学会でも「転送画像による病理画像診断ガイドライン」をデジタルパソロジー検討委員会で作成する予定になっている。

今後の国の医療政策は「遠隔医療」がkey wordである。現在、医療特区として運用が一部で始まっているが、放射線画像を含む患者個人データをクラウド上に登録し、各医療機関でそれらを活用するという構想に、今後病理画像の登録も検討され始めている。また「ダビンチ」を用いた「遠隔ロボット手術」も普通に行われるようになってきている現在、病理学会としての新たな医療技術を取り入れ、活用する時代に来ていると思われ、これからの時代を担う若手病理医を中心に積極的に取り組む姿勢が必要であろう。

一般演題 1：胎盤転移をきたした胎児神経芽腫の一例

小川真喜子、森川鉄平、深山正久

東京大学医学部附属病院 病理部

母親は29歳、2G1P。妊娠23週時にエコー検査にて直径3cm大の腹腔内腫瘍を指摘され、胎児MRIでは左腎腫瘍が疑われた。26週6日、妊娠高血圧症候群で母体適応となり分娩誘発が開始されたが、子宮内胎児死亡が確認された。

剖検所見では、左副腎に6.5×4.5×4.0cm大の腫瘍を認めた。組織学的には、類円形核を持つN/C比の高い腫瘍細胞が密に増殖しており、Homer-Wright型ロゼットの形成が散見された。免疫染色ではChromogranin A(+)、Synaptophysin(+)、CD56(+)であり、神経芽腫と診断した。

肝臓は著明に腫大し腹腔内の大部分を占めており、massiveに腫瘍の転移が認められた。その他、全身諸臓器の主に血管内にも腫瘍細胞が認められた。

胎盤は910gと重量を増していた。組織学的には、絨毛毛細血管内に左副腎腫瘍と同様の腫瘍細胞が多数認められた。幹絨毛や臍帯動静脈内にも同様の腫瘍細胞が認められた。また、絨毛間腔にもごく少数ではあるが腫瘍細胞集塊が認められた。

胎児腫瘍の胎盤転移は極めて稀であり、若干の文献的考察を併せ報告する。

一般演題 2：診断困難であった胸髄硬膜内髄外腫瘍の一例

東海大学医学部 基盤診療学系 病理診断学

井野元智恵、近藤裕介、梶原博、中村直哉

[症例] 61歳、男性

[主訴] 両下肢しびれ、筋力低下、歩行障害

[既往歴、家族歴] 特記すべきことなし

[現病歴] 2か月前から腰痛が出現し、1か月前から腰痛が増強、足関節周囲にしびれが出現、徐々に上行し、歩行困難となったため、当院神経内科を受診した。両下肢筋力低下および知覚障害、排尿遅延あり。MRI検査にて胸髄に硬膜内髄外腫瘍を認めた。転移性病変が疑われ全身精査が行われたが、原発巣は指摘できなかった。腫瘍摘出術が行われた。

[術中所見] 病変はプラーク状で、硬膜から発生していた。軟膜との境界が不明瞭な部分があり、全摘出は困難であった。

[病理所見] 病変は粘液様基質を背景に浮遊するように存在する多数の異型細胞からなっていた。異型細胞は好酸性の細胞質に腫大した核を有しており、核の偏在した細胞や多核細胞もみられた。細胞の集簇像や癒合像、索状配列を認めるものの、上皮性悪性腫瘍とは断定できなかった。核分裂像は20個以上/HPFであった。免疫組織化学的に異型細胞はAE1/3(+), EMA(-), S-100(-), D2-40(-)を示した。

[問題点] 病理診断

一般演題 3：漿膜下に認めた子宮腺筋腫、類内膜型の一例

坂口 亜寿美

子宮腺筋腫、類内膜型は、異型の無い類内膜型の腺管と平滑筋の混在を特徴とする稀な腫瘍で、不正出血を主訴とし、茎を有するポリープ状の形態を示すことが多い。我々は、その1例を経験したので報告する。

症例は40歳女性、2G1P。腹部緊満感を主訴に来院し、MRI上卵巣腫瘍もしくは子宮体部発生腫瘍が疑われ、悪性も否定できず手術が施行された。

腫瘍は30cm大で漿膜下に茎を介して子宮体部から突出し、断面では粘血液を貯留する大小の嚢胞を混在して灰白色調の充実成分の増生が認められる。充実部は大小様々な内膜腺を取り囲むように内膜間質と平滑筋が増生し、いずれの成分にも異型は認められない。以上の所見より子宮腺筋腫、類内膜型と診断した。文献検討も含め報告する。

一般演題 4：チオフラビンT染色が有用であったALアミロイドーシスの一部検例

江本 桂^{1,2}, 鈴木 美那子², 中島 清聖², 河村 朗夫³, 亀山 香織¹

¹慶應義塾大学病院病理診断部、²慶應義塾大学医学部病理学教室、

³慶應義塾大学病院循環器内科

アミロイドは特有の構造を有する線維蛋白で、HE染色にて硝子様無構造物質として認識される。同物質はコンゴレッド染色にて赤染し、蛍光顕微鏡下で緑色複屈折を示す。同定に電子顕微鏡も用いることもあるが、通常ではコンゴレッド染色を用いた診断がほとんどである。しかし、アミロイドの沈着量・種類、染色手技の技量等の原因により、確定診断が難しい場合も少なくない。提示する症例は50代男性、骨髄腫に伴うALアミロイドーシスの一例である。本症例のアミロイドは結節を作ることなく沈着し、コンゴレッドに対する染色性が不良であった。そこで複数の検討を行ったところ、染色コントラストや分布範囲の理解において、チオフラビンTが有用であった。本症例の経験を活かして、諸検査法の特徴について考察する。

一般演題 5：病理診断科を単独標榜する診療所が保険医療機関指定を受ける意義

島田 修

一般社団法人 白亜会 DPJ細胞病理医院（病理診断科）

関東信越厚生局圏内では、病理診断科を単独標榜する診療所は保険医療機関指定を受けることができませんでした。2014年7月、DPJ細胞病理医院（開設者は一般社団法人 白亜会。以下、DPJ）は保険医療指定を受けましたので、その経緯や指定を受けるための条件等について報告いたします。

診療所開設許可や届出は都道府県が行っており、受付・診察室等の条件を満たせば、病理診断科診療所開設はできます。

開設後、保険医療機関指定申請を行うのですが、申請窓口である、関東信越厚生局(都県)事務所では「病理診断科では患者を診ない」「病理医は患者を診ない」と考えており、療養担当規則を満たさないと、保険医療機関指定の申請書を受け付けないことが判明しました。今回「患者を診る」という条件で保険医療機関指定を受けることができました。

発表ではセカンドオピニオンや連携病理診断と保険医療機関指定との関係についても触れたいと考えます。