

第 6 回徳洲会病理部会学術集会

抄 録 集

日時：令和 1 年 11 月 17 日（日） 15:00～17:40

令和 1 年 11 月 18 日（月） 9:00～11:05

会場：岡山国際交流センター 5 階会議室（1）

挨拶

徳洲会病理部会学術集会の第一回は横浜駅近くの会議室で開催されました。

それ以後の第二回（名古屋）、第三回（湘南藤沢）、第四回（福岡）、第五回（湘南藤沢）は秋季細胞学会に際して徳洲会施設を利用して開催して来ました。

本年の第六回集会に際して岡山には徳洲会施設はないため、岡山駅前の岡山国際交流センターを使用しての開催となりました。これまで 40～50 名の参加者を得て活発な意見発表が行われてきましたが、回を重ねる度に医師参加者が増加しており、昨年度は 16 名、そして本年度も 18 名の医師が参加予定です。このため従来より病理技師を主な対象としてきた特別講演、教育講演内容も一層の工夫が必要となっています。学術委員会での検討が待たれます。

病理部会は現在全国に三病理診断研究センターの設置しています（九州・沖縄：T-KOP；大阪：TOP；東日本：TEP）。湘南地区での新たなセンターの設置も準備中です。

徳洲会病理部会の常勤病理医は 30 名、非常勤病理医は 41 名、そして病理技師は 101 名（うち細胞検査士 49 名）となっており、その規模と機能を拡大しつつあります。

加えて来年春には常勤病理医二名の入職が予定されています。このように徳洲会病理部会はわが国では屈指の病理グループに育ちつつあります。

徳洲会病理部会学術集会の目的は、学術面の交流を通じて病理機能の益々の向上を計ることと懇親の場を通じて相互の連携を強め、医療の質の向上を目指すことです。

本年の細胞診学会では春季には 1 題、秋季 5 題の演題が徳洲会系医療施設より発表されています。更に活発な学術活動を期待しています。

最後に学術集会の開催をはじめとする病理部会活動への変わらないご支援をいただいている徳洲会理事長をはじめ幹部会の皆様に深甚の謝意を表するものです。



2019 年 11 月 17 日

徳洲会病理部門最高顧問

病理部会長

青笹 克之

【プログラム】

11月17日（日）

- 14：00～15：00 技師運営委員会 5階会議室（3）
- 14：00～15：00 病理部会医師運営委員会 7階多目的ホール
- 15：00～15：05 開会の挨拶 青笹 克之（徳洲会病理部門最高顧問）
- 15：05～15：50 **【特別講演】** 座長：森 秀樹（大垣徳洲会病院）
野口 雅之（筑波大学医学医療系診断病理学教授/
徳洲会東日本病理センター長）
「最近のがんの病理診断で注意する点」
- 15：50～16：20 休憩
- 16：00～17：20 **【シンポジウム】** 座長：丹野 正隆（東京西徳洲会病院）
廣川 満良（隈病院 病理診断科科长）
「甲状腺細胞診の実際と報告様式」

シンポジスト
樋口 観世子（隈病院 細胞検査士）
「甲状腺細胞診の基本的な見方」
加藤 拓（成田富里徳洲会病院）
「甲状腺疾患の細胞像-パパニコロウ染色とギムザ染色-」
岩崎 由恵（八尾徳洲会総合病院）
「徳洲会の甲状腺細胞診の現状」
- 17：20～17：40 総会
- 18：30～20：00 懇親会 （肉 bar Puni 岡山店）

【プログラム】

11 月 18 日（月）

- 9 : 00～9 : 30 受付開始
- 9 : 30～9 : 40 技師運営委員会より報告
- 9 : 40～10 : 40 【一般演題】 座長：加藤 拓（成田富里徳洲会病院）
1. 島村 幸一（湘南藤沢徳洲会病院）
「中枢神経原発悪性リンパ腫の一例」
2. 江口 光徳（宇治徳洲会病院）
「当院口腔細胞診の近年における動態と現状」
- 座長：栄 正浩（湘南厚木徳洲会病院）
3. 岡崎 健（八尾徳洲会総合病院）
「上皮結合を認めなかった ALK 肺癌の一例」
4. 室木 魁人（八尾徳洲会総合病院）
「EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の LCNEC へ形質転換が疑われた一例」
- 10 : 40～10 : 50 休憩
- 10 : 50～11 : 05 【一般演題】 座長：河野 文彦（宇治徳洲会病院）
5. 吉田 昌史（松原徳洲会病院）
「脾臓がん脳転移の病理学的検討」
- 11 : 05 閉会の挨拶 丹野 正隆（東京西徳洲会病院）

【特別講演】

最近のがんの病理診断で注意する点

筑波大学医学医療系診断病理学

徳洲会東日本病理診断研究センター

野口 雅之

本講演では、前半で WHO 分類の改訂の現実をお話しし、後半で免疫染色およびコンパニオン診断の実際の話をしていただきたい。

我々病理医は悪性腫瘍の病理診断を行うにあたって“WHO 分類”および日本における各臓器癌の“癌取り扱い規約”を基盤に診断を行なっている。しかし、診断の拠り所となっている WHO 分類がどのように改訂されているかについては、日本の病理医はそれほどよく理解しているとは言えない。

WHO 組織分類を実際に行っているのは WHO 本体ではなく、フランスのリオンにある IARC (International Agency for Research on Cancer)で、毎年1臓器ずつWHO組織分類の改訂がなされている。肺癌の最新の改訂(第4版)は前述したように2015年に発行されている。改訂に当たって、まずWHO分類改訂のためのWorking Group (WG)が作られる。このWGのリーダーとなる、つまりWHO組織分類改訂のEditorになる数人の人物はIARCの担当者が直接指名する。肺癌の場合、IARCは世界肺癌学会(IASLC, International Association for the Study of Lung Cancer)の病理パネルのメンバーの中で主要な人物3名を指名した。2013年の秋頃である。その後、この3名が具体的な改訂作業を行うWGを作り、改訂作業を進めた。

今回の改訂で大切なのは腺癌の分類の中で“上皮内腺癌”の概念が組み入れられたことである。ただし、そうは言っても多数見つかるわけではないので“微少浸潤性腺癌”の概念も付け加えられた。つまり第3版までの腺癌組織分類は全て進行癌の分類であったが、第4版から、腺癌の多段階悪性化を基盤とした分類へと変化したことになる。しかし現状では病理医によって浸潤の領域の判定にかなりの差があるため“浸潤”の大きさの組織診断が統一されていないと言う大きな問題点がある。

この問題の本質は“真の、あるいは正しい浸潤の定義ができていない”と言うサイエンスのレベルにあるのではなく、いつに病理医間で診断の一致率が低いということにある。今まで第3版と第4版のWHO分類改訂に携わってきて一番大きな問題と思うのは、多くの論文を収集して解析し、診断分類改訂をするのは良いとして、新しい分類の診断者間一致率を一度も検定していない点である。委員の間ではそれぞれの思い入れの中で議論がなされるが本当に同じ組織像を同じように判定できるかの検証は1度も行われなかった。病理医間の診断一致率をあらかじめ検討してから改訂する臓器もあるかもしれないが、少なくとも肺癌では行われていない。新しく提唱する組織分類の診断者間の一致率まで検討してから改訂している臓器は少ないのではないだろうか。

【MEMO】

甲状腺細胞診の実際と報告様式

隈病院病理診断科 廣川 満良

甲状腺腫瘍の鑑別診断において、穿刺細胞診は不可欠な診断法である。その診断精度には穿刺から報告までの過程における多くの要因が関わっており、それらのなかの一つでも不適切であれば正確な診断や適切なコメントを望むことはできないであろう。なかでも穿刺法と塗抹法の精度管理は正診率の向上に最も効果があり、近道である。甲状腺癌取り扱い規約第7版には、標本採取および標本作製法が掲載されているものの、如何にして多くの細胞を採取するか、如何にしてより観察しやすい標本を作成するかについての記述はない。本シンポジウムの前半は適切な穿刺法と塗抹法について述べることにする。

2007 年、アメリカのベセスダで甲状腺細胞診に関するカンファレンスが行われた。そこでまとめられた報告書の一つである甲状腺細胞診報告様式が The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC : ベセスダシステム)であり、1) 6つのカテゴリーに分類、2) 悪性の危険度を記載、3) 臨床的対応を記載、4) 標本の適正・不適正を明確化、5) LBC 標本を採用、6) 免疫染色の有用性を記載、7) 報告見本を記載、によって特徴づけられる。その後、この報告様式は世界的に受け入れられてきたが、悪性の危険度や適切な臨床的対応の変化とともに改訂が考慮されるべき時が来た。2016 年、横浜で開かれた International Congress of Cytology のシンポジウム ‘‘The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC): Past, Present, and Future’’ で改訂の大枠が議論され、2017 年秋に改訂版が出版された。この改訂では、診断カテゴリーはそのままで、悪性の危険度は 2010 年以降の論文に基づいて再計算されている。NIFTP の疾患概念が導入され、NIFTP を悪性とした場合と、NIFTP を悪性ではないとした場合の二通りで悪性の危険度を算出されている。濾胞性腫瘍に軽度な乳頭癌核所見を有する症例が含まれることになった。一方、乳頭癌の診断は定型的な場合に限定されることになった。意義不明や濾胞性腫瘍の臨床的対応においては、分子遺伝学的検査が選択肢の一つとして導入された。後半は、これらの改訂点を中心に、本邦の現状を比較しながら解説する。

【MEMO】

【シンポジウム】

「甲状腺穿刺細胞診の基本的な見方」
限病院 臨床検査科病理検査室
樋口 観世子

甲状腺穿刺細胞診は、その診断精度の高さから甲状腺結節の術前診断法として広く行われている。穿刺細胞診では病変部に穿刺針を刺入し、組織塊を採取するため、基本的には標本上の検体は組織構築をそのまま反映している。従って、その観察には病理組織学的知識が必須であり、細胞診標本上に塗抹された検体のすべてが診断の根拠となりえるため、標本上のすべての成分を余すことなく観察することが重要である。本シンポジウムでは、甲状腺細胞診の見方を紹介する。その基本的な流れは、弱拡大から強拡大へ、外側から内側であり、診断に重要な所見ほど後回しにして観察することが偽陽性、偽陰性を減らすコツである。具体的には、1) 構成成分、2) 背景、3) 出現様式、4) 細胞形、5) 細胞質所見、6) 核所見の順に観察し、すべての所見を総合的に分析する。そして、その報告は必ずその後の臨床的対応に役立つ合理的な記載であるべきである。

甲状腺疾患の細胞像-パパニコロウ染色とギムザ染色-
成田富里徳洲会病院検査科
加藤 拓、中平 瑞希、福本 学、野口 雅之

【はじめに】

甲状腺穿刺吸引細胞診は1950年頃よりスウェーデンを中心にヨーロッパで行われ、その後アメリカ、オーストラリア、そして日本に広まってきたとされる。当初はMay-Giemsa染色を用いて行われていた経緯があり、本来甲状腺疾患とギムザ染色はなじみがある領域である。

【パパニコロウ染色とギムザ染色の比較】

パパニコロウ染色の利点としては①細胞が重積性を示した場合に3次的にみることができる。②角化を起こした場合オレンジGの色を取り分かりやすい。③クロマチンや核小体の詳細な変化が分かりやすいなどがある。

ギムザ染色の利点を考えてみると①染色時間が短いことにより迅速な診断が可能である。②乾燥固定で細胞および物質が剥離せずに残るため、わずかしかな存在しないものも確認することができる。特に嚢胞性病変など液状検体に有用である。③乾燥して細胞が多少大きく見えることにより細胞質や核所見の異常がわかりやすい。④血液性疾患における血液細胞形態が分かりやすい。⑤メタクロマジーの所見を示すマスト細胞、間質性粘液、神経内分泌顆粒などが分かりやすく、関係する疾患の手掛かりとなる。⑥細胞質内顆粒（好酸性、PVGなど）、物質成分（コロイド、石灰化小体、結晶など）の判断がしやすいなどがある。

【まとめ】

甲状腺疾患の穿刺吸引細胞診ではパパニコロウ染色とギムザ染色の両方を行い、多くの所見の情報を収集して診断にあたることにより正診率を向上することができると思う。

【シンポジウム】

「徳洲会の甲状腺細胞診の現状」

八尾徳洲会総合病院 臨床検査科病理
岩崎 由恵

徳洲会グループは 1973 年の創立以来、救急医療と離島・僻地医療を原点とし、365 日 24 時間「患者さんを断らない」医療を実践している。がん医療にも軸足を置き、最新鋭の医療機器を導入するとともに、がん関連の臨床研究も活発に行っている。徳洲会グループが目指す「いつでも、どこでも、だれでもが最良の医療を受けられる社会」の実現のためには病理領域においても、その質の向上とそれを支える病理担当者のきめ細やかな教育体制と情報共有が必須である。

グループ全体の職員数約 32,000 人、病理事務局登録病院 69 施設、病理業務が行われている病院 29 病院、病理専門医在籍病院 22 病院、常勤病理専門医 30 名、非常勤病理医専門医 41 名、細胞検査士在籍病院 24 施設、病理に関わる専任・兼任技師約 101 名、細胞検査士 49 名である。2018 年実績で生検・手術標本診断件数 128,795 件、細胞診件数 144,433 件、婦人科細胞診 85,849 件（59.4%）である。

今回、病理事務局登録病院対象に甲状腺細胞診の 2018 年実績調査を実施し、37 施設から回答を得た。

甲状腺細胞診は 819 件で細胞診全体の 0.6%、細胞検査士在籍施設で 689 件（84.1%）、細胞検査士不在籍施設で 130 件（15.9%）と、件数は多くないものの病理業務が行われている施設の如何を問わず、細胞検査士の在籍の如何を問わず甲状腺細胞診は行われている。調査では穿刺細胞診の判定以前に細胞採取に問題があり、その対処法に困っていることや適正な標本作製を模索していることが解った。

甲状腺細胞診の調査結果に当院の症例提示を交え徳洲会の甲状腺細胞診の現状を報告する。

【MEMO】

【一般演題】

1. 中枢神経原発悪性リンパ腫の一例

湘南藤沢徳洲会病院 臨床検査部¹⁾ 湘南藤沢徳洲会病院 病理診断科²⁾

○ 島村 幸一 (CT)¹⁾、高橋 智恵 (CT)¹⁾
徳永 蔵 (MD)²⁾

【はじめに】中枢神経原発悪性リンパ腫、Primary central nervous system lymphoma (PCNSL) は全リンパ腫の1%、全脳腫瘍の3%と比較的稀な腫瘍であるが、年々増加傾向にあるといわれている。今回我々は、画像で悪性神経膠腫・転移性脳腫瘍が疑われ、術中迅速細胞診検査で悪性リンパ腫と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】60代女性 動悸を主訴に、右上1/4同名半盲の症状も出てきたため、近くのクリニックを受診。MRIにて左後頭葉脳梗塞及びリング状の病変指摘され、更に当院の造影MRIにて、不均一に造影される腫瘍性病変が指摘され、臨床にて悪性神経膠腫・転移性脳腫瘍が疑われ、ステロイド治療が施された後、摘出を目的にOPEがなされ、確定診断のための術中迅速検査が行われた。

CTでは、上記以外の腫瘍およびリンパ節の腫脹は認められなかった。

【術中迅速細胞診所見】Pap染色では、一部壊死性の背景に神経細胞と中型のリンパ球に混ざり、細顆粒状にクロマチンの増量、N/C比大（裸核状）、核型不整、明瞭な核小体が複数個目立つ大型異型細胞を多数認めた。

M-G染色でも同様の細胞異型のほかに、細胞質が淡染性～好塩基性を示し、細胞像から悪性リンパ腫が考えられた。

【組織所見】OPE材料にて、細顆粒状のクロマチンと明瞭な核小体を有する大型細胞がびまん性に増殖しており、また、免疫染色にて、CD3（-）CD5（-）CD10（-）CD20（+）bcl-2（+）bcl-6（+）MUM-1（+）との結果から、Malignant lymphoma, diffuse large B cell lymphoma, non-GCtypeと診断され、他部位に病変が見られなかったため、脳原発と考えた。

【まとめ】PCNSLの一例を経験した。通常MRIなどの画像所見だけでは診断が困難な場合が多いが、約95%の組織型がdiffuse large B cell lymphomaであることをふまえると、組織診や細胞診などの形態学的診断が有用である。また、確定診断の為に脳生検の場合、検体量が十分ではないことを踏まえれば、細胞診の役割は大きいと考える。

2. 当院口腔細胞診の近年における動態と現状

宇治徳洲会病院 検査科¹⁾ 病理診断科²⁾

○江口 光徳 (CT)¹⁾、稲田 友衣奈 (CT)¹⁾ 遠山 祥子 (CT)¹⁾、森 雅浩 (CT)¹⁾

河野 文彦 (MD)²⁾、今 琴 (MD)²⁾

【はじめに】

細胞診は非侵襲的な操作で検体採取可能な検査であるため、スクリーニング目的に用いられることが多い。当院では2016年から口腔細胞診を直接塗抹法からシンレイヤ法に変更した。近年の口腔がんの増加傾向やメディアの影響もあり、口腔細胞診の件数が増加傾向となっている。その動態と現状についてまとめたので報告する。

【方法】

2015年から2019年6月までの間に当院歯科口腔外科より提出された口腔細胞診を対象とし調査した。また、臨床医にはシンレイヤ法と直接塗抹法との比較等についてアンケートを行った。

【結果】

シンレイヤ法に変更した2016年以降、件数の増加がみられた。2019年に入りメディアで口腔がんについて取り上げられて以降、検査希望の患者がさらに増えている傾向がみられた。臨床医へのアンケートでは、シンレイヤ法に変更後、採取しやすくなったとの意見が増えた。またベセスダ分類による結果の解釈が難しいという意見もあった。そのため臨床医とのカンファレンスを行うようになり、口腔領域の臨床と病理検査室の相互理解を深める取り組みを行っている。

【まとめ】

当院における近年の口腔細胞診の動態と現状について調べた。今後も口腔細胞診の増加が予想されることから、口腔細胞診が口腔がんの早期発見の一助として有用な検査になってくると思われる。そのためには臨床医とカンファレンスや勉強会を定期的に行うなどコミュニケーションを深め知識や情報の共有をはかる必要がある。

【一般演題】

3. 上皮結合を認めなかったALK肺癌の一例

八尾徳洲会病院 臨床検査科病理¹⁾ 病理診断科²⁾

○岡崎 健 (CT)¹⁾、室木 魁人 (CT)¹⁾、岩崎 由恵 (CT)¹⁾、久保 勇記 (MD)²⁾

【はじめに】ALK 肺癌は、非小細胞癌の 3～5%を占め、その大部分は腺癌であり、臨床的には非喫煙者、比較的若年層に多いとされる。病理組織像は、篩状・管状、充実状、印環細胞、細胞外粘液が特徴で、特に充実性に印環細胞が出現する像や、篩状構造に粘液貯留を伴う像が典型的とされる。今回、我々は上皮結合を示さず、診断に苦慮した ALK 肺癌を経験したので報告する。

【症例】40 代女性。上気道炎症状により近医受診。後腹膜腫瘍を指摘され当院紹介。CT にて左肺上葉腫瘍、縦隔リンパ節腫大を認め、左上部気管傍リンパ節より EBUS-TBNA が施行され、後日胸水も提出された。

【EBUS-TBNA 細胞所見】孤立散在性に異型細胞を多数認めた。核、細胞とも大小不同性は軽度、細胞質構築が泡沫状な類円形細胞で、核偏在性、核突出を示し、核形は類円形、2 核化、核縁不整を示し、核網は微細顆粒状、核小体は小型から大型明瞭。PAS 染色、AL-B 染色陰性で粘液は認めなかった。結合性を認めず上皮性悪性細胞は否定的で悪性リンパ腫や神経内分泌腫瘍等を疑った。セルブロックを作製し免疫染色にて、LCA(-)、CD20(-)、CD79a(-)、CD3(-)、CD56(-)、Synaptophysin(-)、Chromogranin A(-)、AE1/AE3(+)、CAM5.2(+)、CK7(-)、CK20(-)、TTF-1(+)、p40(-)であった。追加染色にて ALK(IHC)(+)より ALK 陽性肺腺癌と診断された。

【EBUS-TBNA 組織所見】大小不同の核と比較的豊かな細胞質をもつ異型細胞が集簇。免疫染色を行ない、セルブロックと同様の結果を示し、肺原発の低分化な腺癌で ALK 肺癌と診断された。

【胸水】多くの組織球や中皮細胞に混在して孤立散在性に異型細胞を認めたが、EBUS-TBNA 標本とは異なり、中皮細胞・組織球と類似した形態を示したため、セルブロックにて TTF-1 陽性細胞、ALK 陽性細胞を確認し ALK 陽性肺腺癌による癌性胸膜炎と診断された。

【まとめ】細胞診で結合性を全く示さず、免疫染色無しでは診断困難であった ALK 肺癌を経験した。極めて稀な症例であると考えるが、このような細胞像もあることも念頭に置き診断する必要がある。

4. EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の LCNEC へ形質転換が疑われた一例

八尾徳洲会病院 臨床検査科病理¹⁾ 病理診断科²⁾

○室木 魁人 (CT)¹⁾、岡崎 健 (CT)¹⁾、岩崎 由恵 (CT)¹⁾、久保 勇記 (MD)²⁾

【はじめに】EGFR 変異陽性肺腺癌の 1.5～14%が小細胞癌（以下 SCLC）への形質転換を示すと報告されているが、大細胞神経内分泌癌（以下 LCNEC）に形質転換するという報告は極めて少ない。今回我々は、EGFR 変異陽性肺腺癌の EGFR-TKI 治療中、LCNEC への形質転換が疑われた一例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代女性、2015 年大腿から下腿にかけての痛みを主訴に他院受診。MRI、CT で仙骨の転移性腫瘍を疑われ当院紹介。当院の MRI にて仙骨、右上肺野、左小脳に腫瘍性病変が確認された。肺穿刺にて肺腺癌（EGFRm19D）、病期分類 cT2bN2M1b と診断された。EGFR-TKI 療法が施行され、肺腫瘍の縮小がみられたが 10 ヶ月後に増大した。気管支鏡検査にて EGFR 耐性遺伝子

(T790M) が確認された。その後、他の EGFR-TKI 治療薬、免疫チェックポイント阻害薬、抗腫瘍薬が投与され腫瘍の増減が見られたが、2018 年 CT にて左腸骨臼蓋に転移が疑われ、その後、左腸骨沿いに軟部腫瘍の増大が確認された。軟部組織生検が施行され、捺印細胞診では LCNEC 疑い、組織では神経内分泌腫瘍と診断された。

【軟部組織生検捺印細胞診所見】壊死を背景に孤在と大小の集合で異型細胞を認め N/C 比大、核増量、核偏在性、核形は類円から不整形、核縁菲薄、核小体は小型明瞭より LCNEC 疑いと診断された。

【軟部組織生検組織所見】異型細胞は少量で免疫染色にて TTF-1 (-)、p40 (-)、CD56 (+)、Chromogranin A (-)、Synaptophysin (+) より神経内分泌腫瘍と診断された。

【考察・まとめ】癌研有明病院、星利良らによれば、出現様式、集塊の構成細胞数、集塊辺縁の結合性及び配列、核小体の目立たない小型腫瘍細胞の出現頻度の所見より SCLC と LCNEC の細胞学的鑑別は可能であると報告されている。本症例 LCNEC (14 例) と SCLC (22 例) の再検討を含め報告する。

【一般演題】

5. 膵臓がん脳転移の病理学的検討

医療法人松原徳洲会病院医局

○吉田 昌史、大山 憲治、平田 裕久

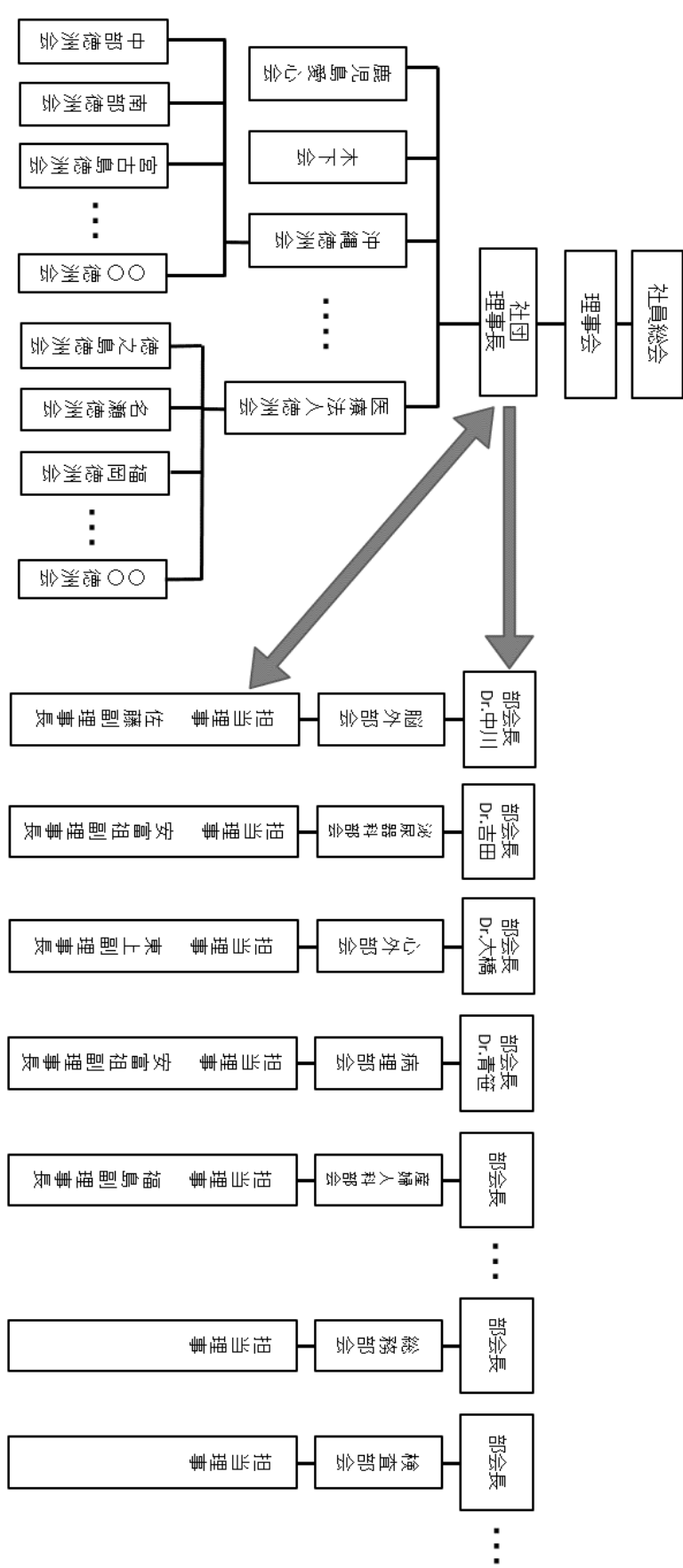
【はじめに】膵臓がんの脳転移病変を病理学的に詳細に検討できた、非常に稀な一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】85歳女性、一X/2/16 膵体尾部切除、脾摘、横行結腸部分切除術施行、確定診断は膵臓がん。術後外来通院でTS-1化学療法施行、X/1 から徐々に進行する認知障害、X/3 末から左片麻痺あり、X/4/26 脳腫瘍あり当科紹介となった。初診時、JCS1、片麻痺 4/5、KPS40、CEA121 ng/mL (normal, <5 ng/mL), CA19-9 345 U/mL (normal <37 U/mL)。5/7 右開頭腫瘍摘出術施行。術後KPS60に改善、5/11 CEA83, CA19-9 106 と低下を認めたが家族ら後療法希望せず、8/6 永眠された。

【術中肉眼的所見】境界明瞭、一部壊死、嚢胞を有する柔らかい腫瘍であった。【組織所見】H-E；強い核異型をもつ細胞がシート状に増殖し、核分裂像、壊死巣あり腺管構造はなし。免疫染色；Cytokeratin AE1/3(+), CAM5.2(+), S-100(-), HMB45(-), Melan A(-), Synaptophysin(-), Vimentin(-)、Ki-67(MIB-1)陽性細胞多数。診断は未分化型 carcinoma とした。原発巣は Moderately differentiated tubular adenocarcinoma。

【考察】5年生存率5%以下である膵臓がんの脳転移は非常に稀である(1%以下)。転移巣の病理所見から原発巣を推定することは時に困難であり、本症例も原発巣と転移巣では文化度が事なる組織であったが、臨床経過およびCA19-9が手術前後で低下したことから膵臓がん脳転移と確定した。【まとめ】非常に稀な膵臓がん脳転移の病理学的検討をおこなった。

【MEMO】

表 II 社団からみた組織図(鈴木理事長および執行理事会の認識)



徳洲会グループ 病理部会規約

(名称)

第1条

当部会の名称を『徳洲会グループ病理部会』と称する。

第2条

部会は徳洲会病理部門に働く職員をもって構成される。事務局を部会代表者(部会長)が所属する施設に置く。

1. 部会事務局の事務担当者は部会長が所属する施設に於いて選任する。
2. 部会事務担当者は第3条(目的および活動)に関わる全ての部会運営事務管理業務全般を行う。

(目的および活動)

第3条

当部会の目的は、徳洲会グループの病理診断部門の質の向上を図るとともに、当グループに所属する病理医(専攻医、専門医取得後医師)および技師の研修と育成を円滑に行うこと及びグループ内病理医、技師の連携を深めることにある。また、T-KOP(徳洲会九州沖縄病理診断研究センター)、TOP(大阪病理診断研究センター)、TEP(東日本病理診断研究センター)をはじめとする徳洲会病理部門の一層の体制整備のために円滑かつ透明性のある運営体制を確立する。

具体的には病理部会の連携及び活性化を図ることを目的として次の活動を行う。

1. 病理医師に係わる件

- (1) 病理専攻医、専門医の募集活動に係わること
- (2) 学会の定める専門医取得研修の円滑な運営に係わること
- (3) 学会の定める指針及び徳洲会グループの方針に則った専門研修プログラムの構築・運営の監督と指導
- (4) 病理医、および病理診断科後期研修医の勉強会
- (5) 病理専攻医研修修了後のスタッフ採用への移行に係わる事
- (6) 病理医の指導に当たる指導医養成に関する事

【病理部会規約】

- (7) 病理専攻医研修の実施に関する本部（幹部会等）への提言。
- (8) 病理部会メーリングリストや、病理部会の集まりなどを
通したグループ内の病理医の情報および人的交流
- (9) 徳洲会グループ病理診断研究センターを主要な推進エンジンと位
置付け、その指導にあたる
- (10) その他

2.病理技師に関わる件

病理診断精度を高め、施設内の病理科の信頼性を向上させる上で、病理技術の基盤を担う病理技師の質の確保は必須である。良質な病理技師の確保と研修体制の確立を目指して次の活動を行う。

- (1) 病理技師の教育、研修に係わること
- (2) 病理技師の採用に係わること
- (3) グループ内の病理技師の情報および人的交流
- (4) その他

(部会総会、委員会および委員の構成)

第4条

当部会は徳洲会病理業務の円滑な遂行を目的として、各種委員会を設置する。部会長の指示のもと病理部会総会および臨時総会、各種委員会を開催する。また、必要に応じて年度限りの常設の委員会を持つことができる。

第5条

病理部会総会は、原則として『日本臨床細胞学会学術集会』時に集会開催地に近い徳洲会施設あるいは一般の会場を使用して開催し、その年度の活動方針を討議し決定する。病理部門の非常勤医師または他科医師、及び施設関係者、研修事務担当者はオブザーバーとして参加できる。緊急の決議を要する場合、各種委員会で解決できない事項が生じた場合、病理部会長は病理部会臨時総会を招集できるものとする。

第6条

【病理部会規約】

部会内に学術委員会、研修委員会をおく。又、必要に応じて委員会を適宜設置できるものとする。

第7条

委員会は、部会長より推薦された若干名の委員からなり、病理部会総会の決定事項に従って、運営にあたる。

第8条

病理部会長の選任は、徳洲会理事長または幹部会等からの推薦や指名による。任期は2年とし、再選は妨げない。

第9条

病理部会長は、病理部会総会を代表し、第3条に掲げる目的及び活動を、第4条に掲げる会議の決定に従って執行する。

第10条

各種委員会委員は、病理部会総会の決定に従い各施設において第3条に掲げる目的および活動を促進する。委員会委員は、病理部会委員の中から選認され、任期は2年とし、病理部会総会で承認される。再選は妨げない。

(招集)

第11条

病理部会長は、必要に応じて、第4条から第6条に定める委員会を招集し、その議事を運営する議長を指名する。

第12条

第4条から第6条に定められた委員以外でも、議長が必要と認めたときは、関係者を委員会に出席させ、意見を聞くことができる。

(議事)

第13条

【病理部会規約】

病理部会総会および臨時総会は、委任状も含み、構成委員の過半数の出席のもと、会議を開き議決することができる。

第14条

病理部会総会および臨時総会の議事は、出席者の過半数をもって決するものとする。なお、可否同数のときは、議長の決するところとする。

第15条

本規約の各条は総会出席者の過半数の賛成によりこれを改廃できるものとする。

尚、本部会活動を円滑ならしめるために、別に内規を設ける。

附則：

この規約は、平成28年10月24日より施行する。

この規約は、令和1年10月1日より施行する。

徳洲会病理部会内規

徳洲会病理部門に働く者は病理業務内容の向上、学術活動の活性化を不断に追及して、わが国の医療に貢献しなければならない。このためには、グループ病院の病理部門は連携して活動する必要がある。全国の徳洲会グループ病理部門の業務の円滑な運営と改善を図ることを目的として病理部会内に病理運営委員会を設置することとし、ここに内規を定める。

1. 運営委員会は徳洲会病理部門に働く常勤職員をもって構成される
2. 運営委員会内に病理医会と病理技師会を置き、両会は部会長の指示のもとに会の運営にあたるものとする
以下の委員を置く
委員長（部会長が務める）
委員（若干名）
3. 委員の人選は委員長がこれを運営委員会に諮り、総会出席者の過半数の賛成により承認される
委員の任期は2年とし、重任は妨げない
4. 委員会は原則として年一回開催する
5. 委員会は委員長が招集する
6. 委員会において討議、議決した案件は学術集会時に参加者に報告するものとする
7. 運営委員会のもとに学術委員会を置く、会則は別に定める
8. 内規は委員の過半数の賛成によりこれを改廃できる

附則：

この内規は平成28年10月24日より施行する

将来構想委員会

目的 徳洲会病理体制の刷新、充実についての方策を探り、病理部会、本部へ提言する。委員会の意見、提案は部会長を通じて病理部会、理事会へ通知する。

任命 委員の任命は部会長あるいは病理部門最高顧問からの推薦とする

委員 青笹克之
張ヶ谷健一
森秀樹
手島伸一
野口雅之

任期 任務の重要性に鑑み3年とし、重任可とする。

徳洲会病理部会学術委員会会則

1. 病理部会のもとに学術委員会（以下、本委員会）を設置する。
2. 本委員会は、以下に述べる事項を遂行する。
 - 1) 病理グループ学術集会
 - 2) その他学術に係る事項
3. 学術委員長は病理部会運営委員会にて選任する。
4. 本委員会は、学術委員長と以下の委員で構成する。
 - 1) 学術委員長
 - 2) 病理部会委員医師 4 名
 - 3) 病理部会委員技師 4 名
 - 4) 該当年度の学術集会会長
5. 委員の任期は2年とし、再任は可とする。
6. 委員会の業務遂行を円滑にする為に幹事を置くことが出来る。幹事は、本委員会委員のなかから委員長が指名する。
7. 会則の変更は、病理部会運営委員会の議決による。

附則

この会則は、平成 27 年 11 月 22 日制定施行する。

徳洲会病理部会細胞診委員会

| | |
|------|----------------|
| 顧問 | 金城 満（製鉄記念八幡病院） |
| 委員長 | 加藤 拓（成田富里） |
| 副委員長 | 下山 夏季（吹田） |
| 委員 | 程島 就（湘南鎌倉） |
| | 北川 詩織（野崎） |
| | 益満 宏美（大隅鹿屋） |
| | 渡辺 伸一（東京西） |

会則

1. 徳洲会系の医療機関の細胞診業務の充実を目的として、徳洲会病理部会内に細胞診委員会をおく。
2. 本委員会は徳洲会病理部門に所属する者により構成される。
以下の委員をおく
委員長
副委員長
委員 若干名
3. 委員の人選は運営委員、細胞診委員の推薦により、部会長が総会に諮り総会出席者の過半数の賛成をもって承認する。委員の任期は２年とし、重任は妨げない。
4. 委員会に顧問をおくことが出来る。部会長による任命とする。
5. 細胞診業務の性格上、委員会は委員長の指示によって適宜開催できるものとする。
6. 委員会において討議、議決した案件は総会に報告する。
7. この会則の改廃は部会長により総会に諮るものとする。

附則

この会則は平成 29 年 7 月 1 日より施行する。

この会則は平成 31 年 4 月 1 日より施行する。

発表原稿の準備

口頭発表

- ・発表時間の厳守
- ・略語は最初の使用時に説明する
- ・図は明瞭なもの
- ・表の文字は大きく

論文発表

雑誌毎に所定のフォーマットがあるため、これに準拠して作成する

要約 (Abstract) : 文字制限数厳守

はじめに (Introduction) : ①これまでに明らかになっていることを整理

②これまでに用いられてきた方法、症例の説明

③この研究発表において用いる方法あるいは症例等の新しさ

症例と方法 (Patients and Methods) : 症例の出所、選択の基準

検討方法を示す (読者が再現できるように)

結果 (Results) : 要点のみを明確に述べる

図、表は必要最小限に、特に図は厳選、同じ内容の図の繰り返す使用は厳禁 (主張したい内容を示すものに限定)

考察 (Discussion) : 結果についての考察を加える。結果に示していないものについて言及することは厳禁

①得られた結果を要約する

②得られた結果の意義を従来の知見と比較する中で述べる

③本研究の意義と将来的な展望 (課題) を示す

全般的な注意事項

- ・発表は節 (paragraph) よりなる。
各節では一つのことを取り上げる
- ・雑誌は一般的には各種の学会 (例 : 日本病理学会、アメリカ病理学会、日本癌学会、米国癌学会等) の依頼により出版社より発行される。この際の雑誌発行費用は学会の負担になるが、その額は膨大なものであり、学会財政に重くのしかかる。このため学会 (雑誌社) は発表内容を簡潔にまとめることを強く要求してくる。Compact and concise
- ・雑誌に投稿された論文は担当の編集員を通じて通常 2 名の審査員 (referee, reviewer) による査読に付される。

Reviewer のコメントに基づき、担当の編集員が採否を決定する

受理 (accept)

小修正の上、再投稿 (minor revision) accept を前提

大修正の上、再投稿 (major revision) accept を前提とせず再査読の結果否決 (reject) の可能性がある

否決 (reject)

発表内容要約（症例研究）

担当者

施設名

連絡先：メール

電話

タイトル

研究の概要（全体で 400 字以内）

目的 （何を明らかにしようとするかを従来の知見と比べて述べる）

対象

方法

結果

考察

結論 （得られた新しい知見とその意義）

コメント（助言者）

発表内容要約（症例報告）（例 1）

担当者

施設名

連絡先：メール

電話

タイトル

Catheterized urine cytology of mucinous carcinoma arising in the renal pelvis : A case report (Acta Cytologica 44:442-444, 2000)

研究の概要（全体で 400 字以内）

年齢,性：81 才,女性

臓器：膀胱

臨床所見：6 カ月間持続する無症候性血尿で受診

逆行性腎盂造影、CT で腎盂、腎杯に腫瘍

自然尿の細胞診では悪性細胞なし、カテーテル尿で腺癌疑い

病理所見：腎摘標本で mucinous adenocarcinoma の診断

尿細胞像：球状の細胞集塊 好塩基性胞体内に空胞を見る

発表のポイント

興味のある（強調したい）点（50 字以内）

腎盂の mucinous carcinoma はまれで細胞診断基準はない。一例の mucinous carcinoma の細胞像を詳細に検討した。

新しい知見（具体的に）（50 字以内）

カテーテル尿を用いた細胞診所見と臨床所見を総合して mucinous carcinoma の術前診断が可能であることを示した。

コメント（助言者）

岡山国際交流センターアクセス

◦ アクセス・周辺環境



◦ 交通アクセス

岡山国際交流センターは、JR岡山駅から徒歩3分のところにあります。（新幹線・在来線ご利用の方は、2F中央改札口からANAクラウンプラザホテル岡山方面経由が便利です。）
当センターに一般駐車場はございません。恐れ入りますが、センター東隣の岡山駅西口パーキング、または最寄りの駐車場をご利用ください。

◦ 携帯電話用 QRコード



お手持ちの携帯電話で、左のQRコードを読み取ってください。岡山国際交流センターの基本情報と地図へのリンク情報が送信されます。

【MEMO】

