

# 第7回日本泌尿器病理研究会学術集会開催にあたって

この度、第7回日本泌尿器病理研究会学術集会を開催させていただくにあたり、皆様方に御挨拶申し上げます。

日本泌尿器病理研究会 (Japanese Society of Urological Pathology : JSUP) は、病理学的知見に基づいた質の高い泌尿器科診療を行うことを目的として、2011年に発足いたしました。泌尿器科医にとって病理学は、臨床の現場において疾患の病態を把握する上で重要な根拠となるものであり、一方で病理医にとって臨床情報は正確な病理診断を行う上で無くてはならないものです。この様な観点から、泌尿器科診療レベルの向上のためには、泌尿器科医と病理医が密なコミュニケーションをとり、情報の整合性を保ち、互いの認識を確認しあうことは重要です。各医療機関内でもカンファレンス等を通じて、泌尿器科医と病理医がコミュニケーション(共通認識)をはかっておられると思いますが、本研究会ではその枠を全国に広げ、幅広い情報交換や交流を目指しています。

本研究会では、2011年以降、毎年、学術集会を行ってまいりました。今回は、第7回を迎え、会期は2018年2月10日（土）、会場は慈恵医科大学で、「泌尿器科医と病理医の相互理解による診断精度の向上」をテーマに行います。本会は、泌尿器科医と病理医を中心とした、決して大きな会ではありませんが、それゆえ個々の会員が密接に交流を行える会だと思います。是非、活発なご議論よろしくお願ひします。プログラムの企画としましては、「診断を円滑にする病理依頼紙記載法・臨床医が望む病理診断報告書」をテーマに取り上げてOpen discussion形式で各領域の専門家の意見だけでなく、フロアも含めて全体で討論を行いたいと考えております。また、ワークショップとして「Diagnostic pitfall in Urological disease: 泌尿器系疾患の診断の落とし穴」を、シンポジウムとして「前立腺全摘術における、摘出標本の外科的切除断端の判定」をテーマしております。

第7回日本泌尿器病理研究会学術集会開催に当たりまして、関係各位ならびに会員の皆様方にご協力とご支援をいただきましたことを心から感謝申し上げます。活発なご議論をいただき、明日からの患者さんの診療、そして将来の泌尿器科学の発展につながる会になることを願っております。

JSUP 第7回学術集会会長

山本 真也（公益財団法人 がん研究会有明病院 泌尿器科）  
南口早智子（京都大学医学部附属病院 病理診断科）

## ご案内

### 1. 会期・会場

日時：平成 30 年 2 月 10 日（土）14 時～19 時

会場：東京慈恵会医科大学 高木 2 号館地下 南講堂

〒 105-8461 東京都港区西新橋 3 丁目 25 番 8 号

TEL 03-3433-1111

### 2. 会場アクセス

地下鉄：

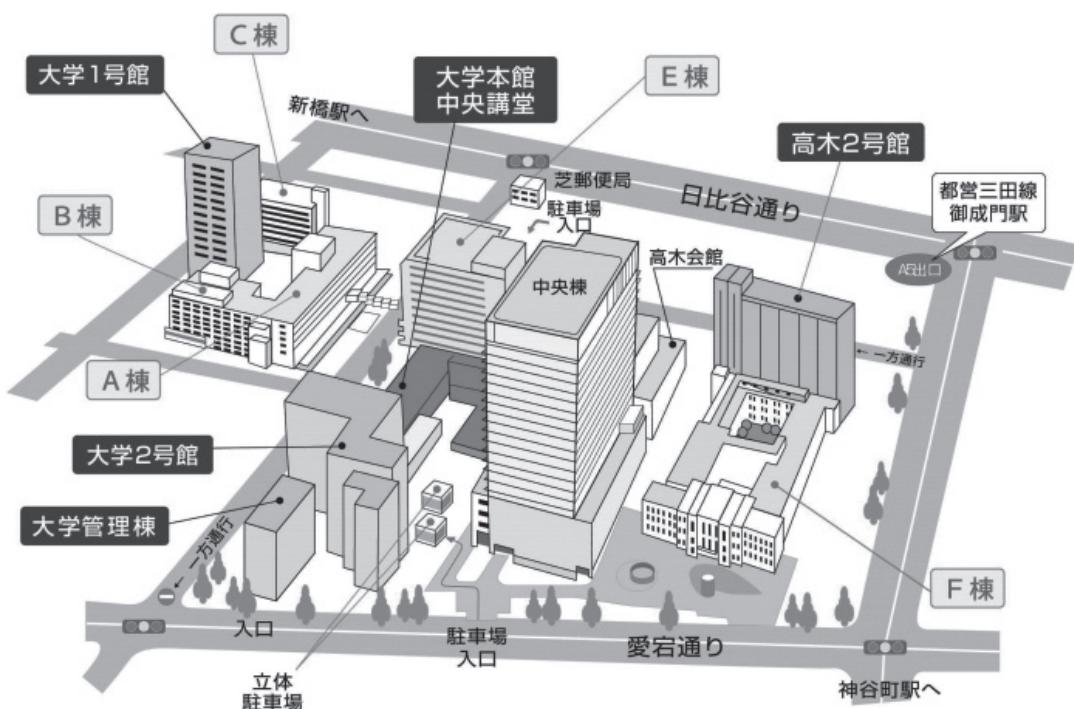
・都営三田線	御成門 A5 出口	約 3 分
	内幸町 A3 出口	約 10 分
・日比谷線	神谷町 3 出口	約 7 分
・銀座線	虎ノ門 1 出口	約 10 分
・銀座線・都営浅草線	新 橋 8 出口	約 12 分
・都営浅草線・都営大江戸線	大 門 A2 出口	約 13 分
・丸の内線・千代田線・日比谷線 霞ヶ関 C3 出口		約 13 分

JR：

- ・新橋駅下車 徒歩 12 分

バス：

- ・東京駅丸の内南口（目黒駅経由）等々力…慈恵会医大前または愛宕山下下車
- ・目黒駅…新橋駅…御成門下車



### 3. 受付

- ・会場前で平成 30 年 2 月 10 日(土) 13 時 30 分から受付を開始します。
- ・参加費は、研究会 3000 円、懇親会 2000 円です。
- ・参加登録後、ネームカードをお渡しいたします。
- ・既に会員の方は年会費の受付もしております。
- ・JSUP 新規入会も受付しておりますが、本登録は後日 PC 経由でお願いします。

### 4. 発表者へのご案内

#### データの準備

- ・一般演題は発表時間 5 分、質疑 2 分でお願いいたします。
- ・パソコンプレゼンテーション(プロジェクター 1 個)での発表に限らせて頂きます。
- ・会場に発表用の Windows パソコンを準備いたします。
- ・データは Microsoft PowerPoint 2010 以降を使用しデータの作成をお願いします。意図せずレイアウトが崩れることを避けるため、特殊なフォントの利用は避けてください。アニメーションを利用される場合は、ご自身のパソコンを持参されることをお勧めします。接続は各自の責任でお願いいたします。特に Mac の場合は、ご自身のパソコンをご用意頂きアダプタの準備をお願いします。

#### PC 受付

- ・発表の 60 分前までに受付をお願いいたします。
- ・発表データは、ファイル名を「演題登録 氏名」とし USB メモリでお持ちください。
- ・USB メモリでお持ち頂いたファイルを、当方の発表用 PC にコピーさせて頂きます。終了後確実に削除いたします。

### 5. 懇親会のご案内

- ・懇親会を 19 時よりカフェテラス「リーベ」(高木 2 号館地下 1 階・研究会場に隣接)で行います。ふるってご参加下さい。

## プログラム

13:00～： 幹事会

13:30～： 開場

14:00～： 開会の挨拶

### I. 一般演題 (14:05～16:00)

I-A 腎臓・骨盤・精巣	14:05～14:40
座長：向井尚一郎（宮崎大学医学部附属病院 泌尿器科）	
渋谷 信介（大阪府済生会野江病院 病理診断科）	
A-1 Composite pheochromocytoma の一例	
猪口淳一（九州大学病院 泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科）	
A-2 Pheochromocytoma with microscopic lymph node involvement の臨床的意義について	
上園英太（熊本大学附属病院 泌尿器科）	
A-3 超音波ガイド下生検で診断した多房性囊胞性腎細胞癌の一例	
木曾翔平（倉敷中央病院 放射線診断科）	
A-4 組織診断に苦慮した腎オンコサイトーマの一例	
秋岡貴弘（宮崎大学医学部 発達泌尿生殖医学講座 泌尿器科学分野）	
A-5 遺伝性平滑筋腫腎細胞癌症候群の姉妹例	
野口 剛（神奈川県立がんセンター 泌尿器科）	

I-B 前立腺	14:40～15:15
座長：三木健太（東京慈恵医科大学附属病院 泌尿器科）	
佐藤 峻（東京慈恵医科大学 病理学講座）	
B-1 化学療法が著効した前立腺小細胞癌の一例	
徳田雄治（古賀病院 21）	
B-2 化学放射線療法奏効後に局所再発した前立腺原発横紋筋肉腫の一例	
林 哲章（富山大学大学院医学薬学研究部 腎泌尿器科学講座）	
B-3 前立腺針生検検体における %Gleason Pattern 4 の臨床学的意義の検討	
岩谷洸介（東京慈恵会医科大学附属柏病院 泌尿器科）	
B-4 前立腺癌のリンパ節構造のない骨盤内癌進展病巣の 1 例	
結縁敬治（神鋼記念病院 泌尿器科）	
B-5 ロボット支援前立腺全摘除術後の予後予測における pT2+ 及び pT3a 細分類の意義	
金尾健人（愛知医科大学 泌尿器科）	

15:15~15:30: 休憩

I-C 膀胱	15:30~16:00
座長：神谷直人（東邦大学医療センター佐倉病院 泌尿器科）	
小島史好（和歌山県立医科大学病院 人体病理学）	
C-1 褊胞を有する膀胱癌の病理組織学的背景	
坂田悦郎（倉敷中央病院 放射線診断科）	
C-2 術前に膀胱癌乳頭状腫瘍の異型度を予測するノモグラムの作成および外部検証	
若井 健（東邦大学医療センター佐倉病院 泌尿器科）	
C-3 筋層非浸潤性膀胱癌における各種再発リスク分類の有用性と新規リスク分類作成の試み	
内田克典（三重大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学）	
C-4 膀胱癌 Plasmacytoid variant of urothelial carcinoma の 1 例	
内藤宏仁（香川大学医学部 泌尿器科）	

## II. ワークショップ (16:00~17:10)

### Diagnostic pitfall in Urological disease: 泌尿器系疾患の診断の落とし穴

座長：鈴木啓悦（東邦大学医療センター佐倉病院 泌尿器科）

長嶋洋治（東京女子医科大学病院 病理診断科）

W-1 臨床医が経験する泌尿器系疾患の診断の落とし穴

「膀胱癌における初回 TURBT および 2ndTUR の臨床診断と病理診断の問題点」

演者 宮戸俊英（東京医科大学八王子医療センター 泌尿器科）

W-2 病理医が経験する泌尿器系疾患の診断の落とし穴

「前立腺針生検病理診断と報告書

『病理医は何を悩んでいるのか？泌尿器科医は何を理解すればいいのか？』」

演者 鷹橋浩幸（東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部）

「腎腫瘍病理診断におけるピットフォール」

演者 黒田直人（高知赤十字病院 病理診断科部）

17:10~17:15: 休憩

17:15~17:20: 幹事会報告

### III. Open discussion (17:20~17:50)

「診断を円滑にする病理依頼紙記載法・臨床医が望む病理診断報告書」

座長：山本 真也（公益財団法人 がん研究会有明病院 泌尿器科）

南口早智子（京都大学医学部附属病院 病理診断科）

指定発言

泌尿器科： 木全亮二（日本医科大学武藏小杉病院 泌尿器科）

病理： 住吉真治（京都大学医学部附属病院 病理診断科）

### IV. シンポジウム (17:50~18:50)

「前立腺全摘術における、摘出標本の外科的切除断端の判定」

座長：黒岩顕太郎（宮崎県立宮崎病院 泌尿器科）

内田 克典（三重大学医学部 腫瘍病理学）

S-1 「前立腺全摘術における摘出標本の外科的切除断端の臨床的意義」

演者 沼尾 昇（公益財団法人 がん研究会有明病院 泌尿器科）

S-2 「前立腺全摘術における、摘出標本の外科的切除断端の判定 一病理の立場から一」

演者 都築豊徳（愛知医科大学病院 病理診断科）

18:50~18:55: 次回会長挨拶

18:55~19:00: 閉会の挨拶

19:00~ 懇親会

# 抄錄

A-1

## Composite pheochromocytoma の一例

猪口淳一, 村上知彦, 阿部立郎, 木下史生, 塩田真己,

清島圭二郎, 立神勝則, 江藤正俊

九州大学病院 泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科

**【症例】**60歳男性、神経線維腫症I型(NF1)の診断にて、複数回の皮膚腫瘍切除術の既往あるも、定期的な通院なく精査されていなかった。

201X年5月、右下腹部痛があり近医受診。腹部CTにて右副腎に長径約4.5cmの腫瘍、及び小腸壁に約9cmにわたる不均一な壁肥厚を認め、同年6月当院内科紹介。血中、尿中カテコラミン高値で、MRIにてT2高信号の右副腎腫瘍を認め、MIBGシンチにて同部に集積を認め褐色細胞腫の診断。小腸病変の精査、加療の前に褐色細胞腫に対する手術目的で当科紹介受診。同年7月末、腹腔鏡下右副腎摘除術施行。

**【病理所見】**好塩基性の細胞質を有する多角形の腫瘍細胞が浮腫状の間質を伴い増殖し、核分裂像や壊死像は明らかではなかった。同一腫瘍内に神経鞘腫様細胞の増殖も認めた。免疫組織学的検査では、pheochromocytomaと思われる好塩基性多角形の腫瘍細胞はSynaptophysin、chromogranin A、CD56、SDHB、HuC/Dが陽性であった。一方で、S-100蛋白陽性の神経鞘腫様細胞を背景として、内部に少数の、一部chromogranin A陰性、HuC/D陽性のganglion cellが認められた。以上より、pheochromocytoma成分とganglioneuroma成分が混在して存在するcomposite pheochromocytomaと診断した。

**【経過】**小腸病変に関しては、内視鏡的生検にて悪性リンパ腫の診断となり、穿孔のリスクなどから小腸部分切除術が施行された。その後、悪性リンパ腫に対して化学療法施行。

**【考察】**今回、NF1にComposite pheochromocytoma、小腸悪性リンパ腫を合併した症例を経験した。NF1には様々な腫瘍が高頻度に合併するとされており注意が必要である。

**A-2**

## Pheochromocytoma with microscopic lymph node involvement の臨床的意義について

上園英太<sup>1</sup>, 元島崇信<sup>1</sup>, 山口隆大<sup>1</sup>, 神波大己<sup>1</sup>, 三上 芳喜<sup>2</sup>

熊本大学附属病院 <sup>1</sup>泌尿器科, <sup>2</sup>病理部

症例は14歳男児。2017年6月22日夜間に、頭痛、息苦しさを自覚され、前医を受診した。頭部CT、頭部MRI、腹部エコーを行ったところ、左副腎に5cm大の腫瘍を指摘された。von Hippel-Lindau病の既往から褐色細胞腫が疑われ、当院代謝内科紹介となり、ホルモン学的精査とMIBGシンチにて褐色細胞腫の診断となった。8月16日に腹腔鏡下左副腎摘除術を施行され、術後経過は良好で8月21日退院となった。切除標本はPheochromocytoma with microscopic lymph node involvementとの診断で、腫瘍近傍のリンパ節の辺縁洞内で微小な腫瘍組織が浮遊していた。ただ、ThompsonによるPASS score0点、Ki-67標識率1~2%で腫瘍に悪性を疑う所見は認められなかった。

AJCC第8版ではregional lymph node involvementについては臨床的意義、予後に与える影響が不明であるとされており、VHL pheochromocytoma with microscopic lymph node involvementについて若干の文献的考察を加えて報告する。

## A-3

## 超音波ガイド下生検で診断した多房性囊胞性腎細胞癌の一例

木曾翔平<sup>1</sup>, 小山貴<sup>1</sup>, 廣海渉<sup>1</sup>, 石坂幸雄<sup>1</sup>,

寺井章人<sup>2</sup>, 熱田雄<sup>2</sup>, 能登原憲司<sup>3</sup>, 井関昭子<sup>3</sup>

倉敷中央病院 <sup>1</sup>放射線診断科 <sup>2</sup>泌尿器科 <sup>3</sup>病理診断科

症例は55歳男性。検診でCEA上昇(9.3ng/ml)を指摘され、スクリーニングのため施行された腹部単純CTで右腎に径約2.5cm大の低吸収域の腫瘍が認められた。造影CTでは内部に多数の隔壁を伴う多房性囊胞性の様相を呈し、この隔壁は内部の隔壁は造影効果を示した。MRIのT2強調像では囊胞性分は著明な高信号、隔壁は著明な低信号を示した。これらの画像所見からは多房性囊胞性腎腫(multilocular cystic nephroma)または多房囊胞性腎細胞癌(低悪性度多房囊胞性腎腫瘍: multilocular cystic renal cell neoplasm of low malignant potential)の可能性が疑われた。囊胞内部の隔壁部分を標的として、経皮的超音波ガイド下生検が施行された。生検の検体では線維性間質の豊富な囊胞壁が認められ、一層の扁平な透明な細胞からなる上皮細胞で裏打ちされていた。部分的には透明な細胞質をもつ異型細胞の集簇もみられた。免疫染色では、これらの異型細胞はCD10に部分的に陽性、ER、PgRに陰性であり、透明細胞型腎細胞癌と診断された。その後、腫瘍摘出術が施行された。切除標本においては硝子化した瘢痕様の隔壁部分に透明細胞の集塊や出血痕を認め、最終的には内部に変性を伴ったG1相当の透明細胞型腎細胞癌と診断された。

一般的に多房性囊胞性腎病変は生検の適応となることは少ないが、多房性囊胞性腎腫瘍においては腎腫と腎細胞癌の画像上の鑑別は限界があり、適切な治療方針を決定する上では画像ガイド下生検で診断を確立する臨床的意義はきわめて大きい。本例のように病変のサイズが小さいにもかかわらず、内部に複数の隔壁を有する囊胞性病変では隔壁部分に対する生検が可能と考えられる。特に超音波検査では優れた空間分解能とリアルタイム性により隔壁の集簇した領域に針先を誘導することが可能であり、CTガイド下生検よりも優れるものと思われる。生検組織の病理所見を提示しつつ、多房性囊胞性病変における組織診断の可能性につき、症例報告を行う。

## A-4

## 組織診断に苦慮した腎オンコサイトーマの一例

秋岡貴弘<sup>1</sup>, 伊藤歌織<sup>1</sup>, 中原智子<sup>1</sup>, 植野堯<sup>1</sup>, 藤井将人<sup>1</sup>,  
上別府豊治<sup>1</sup>, 高森大樹<sup>1</sup>, 寺田直樹<sup>1</sup>, 月野浩昌<sup>1</sup>, 向井尚一朗<sup>1</sup>,  
上村敏夫<sup>1</sup>, 賀本敏行<sup>1</sup>, 木脇拓道<sup>2</sup>, 秋山裕<sup>2</sup>, 片岡寛章<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 宮崎大学医学部 発達泌尿生殖医学講座 泌尿器科学分野

<sup>2</sup> 宮崎大学医学部 病理学講座 腫瘍再生病態学分野

症例は78歳男性。2017年8月9日iPSA:10.36にて前立腺針生検施行され、前立腺癌の診断。転移検索の造影CTにて右腎上極に径4.8cm大の早期濃染し、後期層でwash outする腫瘍を認めた。右腎細胞癌の診断で2017年10月11日に腹腔鏡下右腎摘術を施行した。

肉眼所見は腎上極に位置する径4cm大の褐色調の被膜を有する腫瘍性病変であった。病理所見は好酸性の細胞質と異型の弱い核を持つ細胞からなり、オンコサイトーマを疑う所見であったが、浸潤性増殖を示唆する部分も認めたため、透明細胞型腎細胞癌や嫌色素性腎細胞癌の可能性も考えられた。他院にコンサルテーションを行ったところ、腫瘍増殖のパターンや間質に浮腫があることとコロイド鉄染色の特徴的な染色パターン、ミトコンドリア染色陽性であることから最終的にオンコサイトーマの診断となった。

上記症例について、若干の文献的考察を加え、報告する。

A-5

## 遺伝性平滑筋腫腎細胞癌症候群の姉妹例

野口剛<sup>1</sup>, 古屋充子<sup>2</sup>, 大久保陽一郎<sup>3</sup>, 長嶋洋治<sup>4</sup>, 加藤生真<sup>2</sup>,  
田中玲子<sup>5</sup>, 前嶋愛子<sup>6</sup>, 久末伸一<sup>7</sup>, 矢尾正祐<sup>8</sup>, 岸田健<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 神奈川県立がんセンター泌尿器科

<sup>2</sup> 横浜市立大学医学研究科分子病理学

<sup>3</sup> 神奈川県立がんセンター病理診断科

<sup>4</sup> 東京女子医科大学病院病理診断科

<sup>5</sup> 千葉大学真菌医学研究センター

<sup>6</sup> 国立がん研究センター中央病院泌尿器科

<sup>7</sup> 千葉西総合病院泌尿器科

<sup>8</sup> 横浜市立大学医学研究科泌尿器科学

**【背景】** 遺伝性平滑筋腫腎細胞癌症候群 (HLRCC) は皮膚・子宮における平滑筋腫と腎細胞癌を家族性に発症する常染色体優性遺伝性疾患である。FH の突然変異が原因とされるがその頻度は非常に稀である。今回我々は HLRCC の姉妹例を経験したため文献的考察を含め報告する。

**【症例】** 33 歳女性。

家族歴；父：68 歳時大腸癌で死亡。母：子宮筋腫手術歴あり。癌の既往なし。姉：34 歳時腎細胞癌で死亡。子宮筋腫手術歴あり。

H28 年 7 月、肉眼的血尿・体重減少を主訴に他院受診。左腎に 7cm 大の充実性腫瘍を認め当科に紹介となった。CT で腎細胞癌 cT3aN0M0 の疑い。同時に CT にて多発子宮筋腫を認めた。10 月、根治的左腎摘除術を施行した。肉眼的には白色～灰白色調の充実性腫瘍であり、顕微鏡的には乳頭状および tubulocystic な組織像を示した。AMACR、TFE3、Vimentin 陽性。CD10 は一部で陽性だった。CK HWM、CK7、c-kit 陰性。

患者の姉の病理検体を取り寄せ、同様に乳頭状および tubulocystic な組織像を確認。姉妹ともに皮膚病変は認めなかったが、HLRCC を疑い FH の免疫染色を行った。血管内皮細胞では FH の発現を認めたが、腫瘍細胞で FH の発現を認めず。遺伝子検査で FH 遺伝子の変異が確認され、HLRCC と診断された。

H29.2 月多発骨転移を認め、現在分子標的薬治療中である。

**【考察】** HLRCC では大多数で皮膚平滑筋腫を認め、10-16% で腎細胞癌を合併すると報告される。本症例では姉妹ともに皮膚病変を認めなかつたため、当初 HLRCC は疑われなかつた。若年・家族歴があることから姉の検体を取り寄せ、病理像が酷似していること、子宮筋腫とともに合併していることから HLRCC を疑い、最終的に診断を確定することができた。HLRCC では必ずしも皮膚平滑筋腫を合併するとは限らないことを認識し、若年性・子宮筋腫の有無・家族性の有無から疾患を疑うことで、正しく診断に至ることが可能となると考えられた。

B-1

## 化学療法が著効した前立腺小細胞癌の一例

徳田雄治<sup>1</sup>, 松原匠<sup>1</sup>, 北城守文<sup>1</sup>, 吉武信行<sup>2</sup>, 平塚義治<sup>1</sup>  
古賀病院 21<sup>1</sup>, 吉武泌尿器科<sup>2</sup>

(緒言) 化学療法が著効した前立腺小細胞癌を報告する。

(症例) 83 歳男性。2011 年より PSA 110.24 ng/ml, Gleason Score 4+5=9, cT3bN1M1 Stage IV にて CAB 施行。PSA は測定限界以下のままで現在に至る。2017 年 6 月、排尿困難改善の PVP 目的に紹介された。PVP 施行後、約 1 ヶ月で倦怠感、右側腹痛を自覚。CT にて手術時には見られなかった膀胱壁の肥厚、右尿管結石嵌頓、腹腔内の多発リンパ節腫大を認めた。尿細胞診にて小型異型細胞が出現し、cell block 標本の免疫染色を行い、NSE 陽性細胞の小細胞癌と確認。高齢者的小細胞肺がんのプロトコールにて CBDCA 260 mg, VP-16 120 mg 3 日間投与を 4 週サイクルで 4 コース施行した。症状は改善し、画像上も腫瘍は著明に縮小、腹腔内リンパ節はほぼ消失し瘢痕化した。血中 NSE は治療開始時 135 ng/ml と高値であったが、2 ヶ月目には正常範囲まで下降した。術後 4 ヶ月目治療効果判定に膀胱頸部組織を確認したところ、炎症性変化のみで小細胞癌は確認できなかった。現在、Drug Holiday とし、腫瘍マーカー、定期的な画像評価を踏まえて化学療法再開時期を検討している。

(考察) 自験例では術前 CT の評価がなく、比較できないが、PVP を契機とする腫瘍播種も否定できない。幸い、尿細胞診で診断が可能で、組織検査を待たずに直ちに化学療法を行え、腫瘍の劇的な縮小が見られた。

(まとめ) High Gleason Grade Tumor に対する ADT 後のフォローでは、PSA のみでなく、画像評価に加え、神経内分泌腫瘍を念頭に置いた病理学的鑑別が重要である。

B-2

## 化学放射線療法奏効後に局所再発した前立腺原発横紋筋肉腫の一例

林哲章<sup>1</sup>, 池端良紀<sup>1</sup>, 菊川裕一朗<sup>1</sup>, 飯田裕朗<sup>1</sup>, 伊藤崇敏<sup>1</sup>,  
渡部明彦<sup>1</sup>, 藤内靖喜<sup>1</sup>, 北村寛<sup>1</sup>, 南坂尚<sup>2</sup>, 井村穰二<sup>2</sup>  
富山大学大学院医学薬学研究部 <sup>1</sup>腎泌尿器科学講座 <sup>2</sup>病理診断学講座

症例は15歳男性。尿閉のため近医救急搬送され、腹部エコーにて前立腺の不整な腫大、CT・MRIにて前立腺腫瘍の傍直腸・膀胱への浸潤、両側閉鎖・外腸骨リンパ節の腫大が認められた。前立腺腫瘍の精査加療目的に当科紹介受診し、経直腸的前立腺生検を施行。当初はembryonal rhabdomyosarcoma (EMRS)が疑われたが、免疫染色・FISH法を追加することにより、PAX3/7-FKHR転座があることから、alveolar rhabdomyosarcoma (AMRS)と診断された。診断確定後、当院小児科にて、進行性転移性横紋筋肉腫に対する自家幹細胞救援療法を併用した大量化学療法の第Ⅱ相試験のプロトコールに準じた化学療法 [A (VP-16+CPA+THP+CDDP+VCR) と B (IFO+VP-16+ACD+VCR) を交互に3コース毎]、iVAC (VCR+ACD+CPA) 療法を施行した。さらに局所への陽子線治療+VC (VCR+CPA) 療法を施行した。治療後の画像評価では、前立腺、骨盤内リンパ節の著明な縮小を認めたが、治療終了4ヵ月後（初回治療より19ヵ月後）のMRIにて前立腺・膀胱右後壁に腫瘍性病変を認めた。TURBT+経直腸的前立腺生検を施行したところ、横紋筋肉腫再発と診断された。まず化学療法としてICE (IFO+CBDCA+VP-16) 療法、VCR+CPT-11を施行し、治療効果判定はSDであった。引き続き、骨盤内臓器全摘除術+回腸導管造設術+人工肛門造設術を施行した。病理診断は横紋筋肉腫であり、全体がEMRSを思わせる組織で構成されている一方で、形態的にERMS様の成分もMyogenin強陽性を示し、AMRSに近い形質が認められた。郭清リンパ節に転移所見はなく、明らかな切除断端への露出も認めず、切除検体からはIRS術後分類Group I相当と診断された。現在経過観察中である。

B-3

## 前立腺針生検検体における %Gleason Pattern 4 の臨床学的意義の検討

岩谷洸介<sup>1</sup>, 木村高弘<sup>2</sup>, 佐藤峻<sup>3</sup>, 占部文彦<sup>2,4</sup>, 佐々木裕<sup>2</sup>,  
三木健太<sup>2</sup>, 鷹橋浩幸<sup>3</sup>, 須川晋<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 東京慈恵会医科大学附属柏病院 泌尿器科

<sup>2</sup> 東京慈恵会医科大学附属病院 泌尿器科

<sup>3</sup> 東京慈恵会医科大学附属病院 病理学講座

<sup>4</sup> 国立がん研究センター研究所 分子細胞治療研究分野

**【目的】** 近年 Gleason score (GS) 3+4/ 4+3 の前立腺針生検検体における Gleason pattern (GP) 4 の割合（以下% GP4 とする）が全摘検体の GS を反映し、生化学的再発に関係していることが報告されている。今回、当院で施行された前立腺全摘検体の Gleason upgrading や adverse pathology、また生化学的再発と針生検検体の %GP4 との関連性について retrospective に検討した。

**【対象と方法】** 2011 年 6 月から 2015 年 12 月に当院で前立腺針生検を施行し、GS3+4 と診断を受け前立腺全摘術を施行された 102 名（開放手術：1 例、腹腔鏡手術：101 例）の前立腺針生検検体を、ISUP 2014 に基づき %GP4 について再検討し解析した。%GP4 は、各検体の前立腺癌のコアの中で GP4 が占める割合の内、最も大きなものを Maximum%GP4 とし、また全検体の GP4 の病変長を合計し、全検体の前立腺癌コアの長さの合計で割ったものを Overall%GP4 と定義した。また病理学的再検討により GS3+4 以外と診断された 10 例を解析から除外した。

**【結果】** 対象の年齢中央値 65 歳（35-75 歳）、生検時 PSA 中央値 7.37 ng/ml (3.24-39.23 ng/ml)、生検コア陽性率（生検陽性本数 / 生検本数）中央値 25% (4-83%)、D'Amico リスク分類 intermediate risk:80 例 /high risk:12 例、観察期間中央値は 34.5 か月であった。全摘標本の病理組織検査結果は GS3+4 with tertiary pattern5: 11 例、GS4+3: 11 例、GS8-10: 3 例であり、15%で Gleason upgrading を認めた。一方 GS3+3 への down staging も 7 例認めた。adverse pathology は pT3 以上、Gleason upgrading, RM1 のいずれかを満たすものとし、40 例で認められた。明らかな有意差は認めなかったが、%GP4 の数値と Gleason upgrading において正の相関を認めた。一方、生化学的再発や神経周囲浸潤、リンパ管浸潤、血管浸潤には差を認めなかった。

**【考察】** 本研究では症例数が少ないので、日本人においても %GP4 が全摘検体の病理学的結果を反映していることが示唆された。一方生化学的再発などの臨床的な差異が認められなかつた理由としては、対象を GS3+4 としたことで、再発などの臨床的なイベント発生が有意に少なかつたためと思われる。今後は GS4+3 を含めたさらに大規模な検討を重ね、手術以外の治療法の適応への影響を検討していきたい。

B-4

## 前立腺癌のリンパ節構造のない骨盤内癌進展病巣の1例

結縁敬治<sup>1</sup>, 安藤慎<sup>1</sup>, 山下 真寿男<sup>1</sup>, 市川一仁<sup>2</sup>, 田代 敬<sup>2</sup>,  
藤盛 孝博<sup>2</sup>

神鋼記念病院 <sup>1</sup>泌尿器科 <sup>2</sup>病理診断科

院では2012年より前立腺癌全摘術でのICG蛍光法によるセンチネルリンパ節同定の臨床試験を行なっており、前立腺からのリンパ流の多様なパターンや内腸骨領域にもセンチネルリンパ節が多く存在することなどを報告してきた。センチネルリンパ節だけではなく閉鎖、内、外腸骨領域のバックアップ郭清を行い、摘出標本を術野外で再観察して蛍光を発するセンチネルリンパ節とその他のリンパ節と分別して病理検査に提出しているが、これまでの100例をこえる症例で1例のみリンパ節構造のない骨盤内癌進展病巣を認めた。症例は65歳男性でcT2N0M0 PSA31 Gleason score 3+3の術前診断で前立腺全摘、拡大リンパ節郭清を施行した。病理診断はGleason score 4+3=7 pT3b ly1 v1 pn1、左外腸骨センチネルリンパ節1ヶに転移を認めた。またこれ以外に左閉鎖センチネルリンパ節として提出した1検体がリンパ節構造のない癌進展病巣であった。リンパ節構造のない癌進展病巣はtumor nodulesやtumor depositsなどの名称で知られているが、大腸癌取扱い規約ではリンパ節領域に存在するリンパ節構造を有さないすべての非連続性癌進展病巣をEX(extramural cancer deposits without lymph node structure)と定義し、そのうち脈管/神経侵襲が主たる病巣ではないものをtumor nodule(ND)と分類しており、今回の病巣はこの規約に準じるとEXのなかのND.ly+と分類される。蛍光法での観察では左外腸骨リンパ節とともにこの癌進展病巣は蛍光を発するセンチネルリンパ節として同定されており、この病巣が前立腺からのリンパ流をうけていることを示している。前立腺癌におけるリンパ節構造のない骨盤内癌進展病巣の報告はほとんどなく、さらに本症例ではこれがリンパ行性の転移病巣であることを示す所見が得られたので報告する。

B-5

## ロボット支援前立腺全摘除術後の予後予測における pT2+ 及び pT3a 細分類の意義

金尾健人<sup>1</sup>, 杉江美穂<sup>1</sup>, 森永慎吾<sup>1</sup>, 村松洋行<sup>1</sup>, 小林郁生<sup>1</sup>,  
梶川圭史<sup>1</sup>, 西川源也<sup>1</sup>, 加藤義晴<sup>1</sup>, 渡邊將人<sup>1</sup>, 中村小源太<sup>1</sup>,  
都築豊徳<sup>2</sup>, 住友誠<sup>1</sup>

愛知医科大学 <sup>1</sup>泌尿器科 <sup>2</sup>病理診断科

**【目的】**近年、前立腺癌の前立腺外進展(EPE)の程度が、前立腺全摘除術の予後に関係するという報告があり(Eur Urol 2015)、Epsteinらによって、EPEをfocal EPE(F-EPE)とnon-focal EPE(NF-EPE)に再分類する試みがなされている。一方、ロボット支援前立腺全摘除術(RARP)における断端陽性率は開腹術と比較して低く、前立腺に切り込み、断端が陽性となるpT2+も減少するとした報告があるが、RARPにおけるpT2+の予後に及ぼす影響については十分検討されていない。そこで今回我々は、当施設でのRARP症例を対象として、これら病理学的因子の予後に及ぼす影響について検討した。

**【対象と方法】**当施設でRARPを施行した症例のうち、予後の追跡が可能であった302例を対象とした。Epsteinの定義に従って、EPEをF-EPEとNF-EPEに分類し、pT2、pT2+、pT3a(F-EPE、NF-EPE)、pT3bとの間で、生化学的非再発率をKaplan-Meier法で算出し、log-rank testで有意差を検定した。

**【結果】**対象症例のpT分類は、pT2:189例、pT2+:31例、pT3a:69例(F-EPE:29例、NF-EPE:40例)、pT3b:13例であり、RM1は68例(22.5%)であった。術後1年での生化学的非再発率はpT2:99%、pT2+:77%、pT3a(F-EPE:81%、NF-EPE:75%)、pT3b:42%であり、pT2+及びpT3aはpT2、pT3bそれぞれとの間で生化学的非再発率に有意差を認めたが、pT2+、F-EPE、NF-EPEはそれぞれの間で有意差を認めなかった。一方RM0症例234例においては、有意差を認めなかったものの、F-EPEはNF-EPEよりも生化学的非再発率が高い傾向があった。

**【結論】**RARPにおけるpT2+は生化学的非再発率においてpT2とpT3bの間に有意差をもって位置し、RM0症例においては、EPEの細分類が予後の予測に有用となる可能性があるが、更なる検討を要すると考えられた。

C-1

## 囊胞を有する膀胱癌の病理組織学的背景

坂田悦郎<sup>1</sup>, 小山貴<sup>1</sup>, 内野かおり<sup>2</sup>, 能登原憲司<sup>2</sup>, 寺井章人<sup>3</sup>

倉敷中央病院 <sup>1</sup>放射線診断科 <sup>2</sup>病理診断科 <sup>3</sup>泌尿器科

目的：MRI 上、膀胱癌に稀に囊胞を認めることがあるが、その病理学的な背景は不明である。今回、我々は囊胞を有する膀胱癌における画像と病理の対比を行った。

対象と方法：当院で 2009 年 1 月～ 2016 年 10 月までの間に MRI が撮像され、手術が施行された初発膀胱癌 103 例を対象とした。年齢は 40 歳～ 88 歳（平均値 72 歳）、男性が 81 例、女性が 22 例であった。T2 強調像、T1 強調像、b-TFE(True-FISP) を用いて囊胞の有無を確認した。囊胞形成が認められた病変については病理医が全例で病理組織を再確認し、囊胞の組織学的背景を検討した。

結果：9 例で囊胞形成が認められた。9 例はすべて初回治療として TUR-BT が施行されており、2 例ではその後膀胱全摘が行われていた。腫瘍径は 25 ～ 90mm と大きいものが多かった。囊胞径は 2 ～ 20mm 大であった。いずれの症例においても、組織学的に上皮で裏打ちされた囊胞は同定されなかった。

4 例で内反性増殖とそれに伴う内腔の形成が確認された。うち 3 例では内反性増殖が囊胞形成の原因と考えられた。1 例では内反性増殖がみられたものごく一部に留まっており、間質に広く高度の浮腫がみられ、浮腫により囊胞状にみえたものと考えられた。いずれの病変でも、囊胞は辺縁に存在していた。

5 例では内部の壊死傾向が著しく、壊死に伴う変性が囊胞形成の原因と考えられた。4 例は囊胞が腫瘍の中心部に位置していた。また、いずれの症例においても橢円形や紡錘形、多角形等、いびつな形態を示していた。

結論：辺縁に微小な円形の囊胞がみられるものは組織学的には内反性乳頭状増殖と関連し、増生する腫瘍内部に被包化された液体を反映する。辺縁部にみられる粗大な囊胞は間質の浮腫を反映している可能性がある。一方、腫瘍内部に認められるいびつな形態の囊胞は変性壊死を反映した所見である。

特に乳頭状増殖を示す非浸潤性病変で囊胞がみられた場合には、内反性増殖を示している可能性が高い。

## C-2

## 術前に膀胱癌乳頭状腫瘍の異型度を予測するノモグラムの作成および外部検証

若井健<sup>1</sup>, 内海孝信<sup>2</sup>, 杉崎裕香<sup>1</sup>, 島田悠希<sup>1</sup>, 宋本尚俊<sup>1</sup>,  
 米田慧<sup>1</sup>, 岡了<sup>1</sup>, 李芳菁<sup>1</sup>, 遠藤匠<sup>1</sup>, 西見大輔<sup>1</sup>,  
 矢野仁<sup>1</sup>, 上島修一<sup>1</sup>, 神谷直人<sup>1</sup>, 高波眞佐治<sup>1</sup>, 蝶田啓之<sup>3</sup>,  
 鈴木啓悦<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 東邦大学医療センター佐倉病院泌尿器科

<sup>2</sup> University of North Carolina at Chapel Hill

<sup>3</sup> 東邦大学医療センター佐倉病院病理診断科

**【目的】** 術前に異型度の予測が可能であれば、画像検査と組み合わせて早期の手術が望ましい膀胱癌患者群が判別できる。今回我々は日本人膀胱癌患者を対象に、非侵襲的検査を用いて術前に膀胱癌乳頭状腫瘍の悪性度を予測するノモグラムを作成し、その外部検証を行なった。

**【対象と方法】** 2012年2月から2016年1月までに当院で初回TUR-Btを行った膀胱癌患者170例、2005年4月から2016年3月までに済生会習志野病院で初回TUR-Btを行った膀胱癌患者254例を対象とした。非乳頭状腫瘍はhigh gradeとなるため除外した。

症状及び年齢、腫瘍径、腫瘍数、腫瘍の局在、尿細胞診など、術前に非侵襲的に得られた各臨床因子を統計学的に解析し、TUR-Btで得られた異型度（high gradeまたはlow grade）との関係を検証した。単一の病理医による評価が行われた済生会習志野病院群においてhigh gradeを予測するノモグラムの作成を行い、東邦大学佐倉病院群においてその外部検証を行なった。ノモグラムの有用性は曲線下面積（AUC）で評価した。

**【結果】** 済生会習志野病院群を対象にhigh gradeに寄与する因子について単変量解析を行った結果、尿細胞診陽性( $p < 0.01$ )、腫瘍径 $\geq 2.0\text{cm}$ ( $p < 0.01$ )、多発腫瘍( $p < 0.01$ )、広基性腫瘍( $p < 0.01$ )、肉眼的血尿あり( $p = 0.036$ )において有意差を認めた。多変量解析にて重さ付けを行い、上記項目を用いたノモグラムを作成し、そのAUC値は0.81であった。東邦大学佐倉病院群での外部検証でもAUC値は0.78であった。

**【結語】** 膀胱癌乳頭状腫瘍患者において尿細胞診陽性、腫瘍径、多発腫瘍、広基性腫瘍、肉眼的血尿はhigh gradeを予測する因子であった。これらの項目を用いて作成したノモグラムは、外部検証においてもAUC値0.78と高い精度で予測することが可能であった。このノモグラムを用いることで術前にhigh grade膀胱癌を予測することが可能になると考えられた。

C-3

## 筋層非浸潤性膀胱癌における各種再発リスク分類の有用性と 新規リスク分類作成の試み

内田克典<sup>1</sup>, 森尾邦正<sup>2</sup>, 西井正彦<sup>3</sup>, 芝原拓児<sup>3</sup>, 大西毅尚<sup>3</sup>,  
渡邊昌俊<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 三重大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学

<sup>2</sup> 三重大学医学部医学・看護学教育センター

<sup>3</sup> 伊勢赤十字病院 泌尿器科

筋層非浸潤性膀胱癌に対する代表的な再発リスク分類には、AUA リスク分類と EAU リスク分類がある。その因子として、AUA リスク分類では PUNLMP が採用されているが、本邦では広く使用されている診断名ではない。一方 EAU リスク分類では腫瘍悪性度の指標として未だ 3 段階分類法が採用されている。今回我々は、これらのリスク分類の有用性を検討し、新規リスク分類の作成を試みた。

対象と方法：2006 年 4 月～2015 年 12 月に伊勢赤十字病院で TUR が施行された初発筋層非浸潤性膀胱癌 250 例中、術後 BCG 施行例等を除外した 189 例を対象とした。現行のリスク分類の有用性を検証するとともに、新規リスク分類を作成し、有用性を検討した。病理診断は WHO2016 に則ったが、PUNLMP は low grade urothelial carcinoma として扱った。

結果：AUA リスク分類におけるログランク検定の有意確率、c-index およびその漸近有意確率はそれぞれ 0.024、0.607、0.043、EAU リスク分類ではそれぞれ 0.023、0.612、0.043 であった。多発かつ pT1 を高リスク群、多発かつ pTa を中間リスク群、単発を低リスク群と階層化したこと、ログランク検定の有意確率、c-index およびその漸近有意確率はそれぞれ 0.0002、0.63、0.005 であった。pTis 併存症例を除外した場合でもそれぞれ 0.003、0.637、0.015 であった。まとめ：AUA リスク分類および EAU リスク分類と比較して、新規リスク分類の c-index は高く、その有用性が示唆された。BCG 投与が一般化している pTis 併存症例を除外しても、同様であった。

C-4

## 膀胱癌 Plasmacytoid variant of urothelial carcinoma の 1 例

内藤 宏仁<sup>1</sup>, 加藤琢磨<sup>1</sup>, 尾崎悠<sup>1</sup>, 松岡祐貴<sup>1</sup>, 宮内康行<sup>1</sup>,  
田島基史<sup>1</sup>, 田岡利宣也<sup>1</sup>, 常森寛行<sup>1</sup>, 上田修史<sup>1</sup>, 杉元幹史<sup>1</sup>,  
箕善行<sup>1</sup>, 佐倉悠馬<sup>2</sup>, 野村伊作<sup>2</sup>, 石川亮<sup>2</sup>, 羽場 礼次<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 香川大学医学部 泌尿器科

<sup>2</sup> キナシ大林病院 泌尿器科

<sup>3</sup> 香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部

**【背景】** Plasmacytoid variant of urothelial carcinoma は形質細胞に類似した組織型を呈する尿路上皮癌の亜型で、浸潤性増殖を示す予後不良な腫瘍である。

**【症例】** 74 歳 男性

**【現病歴】** 肉眼的血尿を主訴に 2017 年 6 月に前医受診。膀胱鏡にて左尿管口外側に乳頭状腫瘍を、さらに右尿管口を巻き込むように増殖する結節型腫瘍を認めた。CT・MRI では右尿管口周囲腫瘍の壁外浸潤が疑われ、下大静脈背側、右内腸骨、左総腸骨リンパ節の腫脹を認めた。膀胱がん (cT3bN2M1) と診断され、TUR-BT が施行された。

**【病理組織学的所見】**

左尿管口外側腫瘍 : Papillary urothelial carcinoma, low grade

右尿管口周囲腫瘍 : Invasive urothelial carcinoma, Plasmacytoid variant, high grade, T2 以上。主に結合性の乏しい癌細胞が充実性に浸潤増殖。

AE1/AE3(+)、CD3(-)、CD20(-)、CD79a(-)、uroplakin III (-)

**【経過】** 2017 年 7 月に加療目的に当院紹介。GC 療法 (Gemcitabine 1000mg/m2、Cisplatin 70 mg/m2) を開始した。2 コース終了時の評価 CT にて左肩径部、右股関節背側のリンパ節転移が新たに出現し、GP 療法 (Gemcitabine 1000mg/m2、Paclitaxel 150 mg/m2) に変更。GP 療法 2 コース終了時の CT では多発リンパ節転移の軽度増悪を認めたが RECIST 評価は stable disease であった。現在、治療開始 5 カ月が経過し GP 療法を 4 コース継続している。

**【結語】** Plasmacytoid variant of urothelial carcinoma は比較的稀な腫瘍であり、特に IV 期は全生存期間が 13.4 カ月と予後不良とされる。GC 療法あるいは GEM 単剤が有効であったとの報告もあり、今後も化学療法による加療を継続予定である。

## W-I

## 臨床医が経験する泌尿器系疾患の診断の落とし穴

宍戸俊英（東京医科大学八王子医療センター 泌尿器科）

**【緒言】**膀胱癌の診断および治療にはTURBTが行われているが、腫瘍が細かい切片となり、さらに切除組織に熟変性が加わるため、しばしば深達度診断が困難となることがあり、腫瘍の残存や、ときに不要な膀胱全摘除術が行われる場合がある。1991年にKlanらが膀胱癌のT1症例に対し、2nd TURの必要性を報告し、近年では本邦をはじめ、海外の膀胱癌診療ガイドラインでもhigh grade T1症例に対して2ndTURが推奨されている。しかし、2ndTURで残存癌が検出されないことも多い一方で、後に再発転移をきたす症例もあり、2ndTURにも限界がある。

**【目的】**今回当院で施行した初回TURBTの深達度診断と2ndTURの問題点を検討し、文献的考察を加え報告する。

**【対象】**2006年8月から2015年1月までに当院で2ndTURを施行した78例のうち、初回TURBTの病理所見でG3(high grade)成分を含むT1症例の70例を対象とした。また、2016年11月から2017年10月の1年間にTURBTを施行した症例で、臨床的深達度と病理学的深達度の不一致を認めた12例を対象とした。

**【方法】**2ndTURは初回TURの28-85日後(中央値56日)に施行した。2ndTURは初回TURよりさらに2ループ程度広く切除し、初回切除部の底部瘢痕組織において、筋層が含まれるように組織を採取した。また、深達度不一致症例では画像診断および膀胱鏡所見と病理診断との深達度の不一致例を病理学的に検討した。

**【結果】**2ndTURでは31例(44.3%)に癌の残存を認め、うち2例(6.5%)で筋層浸潤へのup gradeを認めた。中央値47ヶ月の観察期間中2ndTURで癌を認めなかった39例中2例(5.1%)で、また、癌を認めた31例中3例(9.7%)で再発転移による死亡例を認めた。腫瘍残存のリスク因子として単変量解析で腫瘍径(3cm以上)が考えられた。また、多変量解析よりCIS併存、2ndTURまでの期間が8週間以上と長い、2ndTURで残存癌陽性が予後不良因子であった。腫瘍径が大きい症例や広基性腫瘍、CIS症例で臨床診断と病理診断との深達度の不一致がみられた。

**【考察】**2ndTURにおいて約40%で残存癌を認めず、また2ndTURを施行しても癌死例を認めており、いまだ課題が残ると考えられる。今後は初回TURBTで迅速かつ正確な病理診断を可能にするため経尿道的膀胱腫瘍一塊切除 Transurethral Resection of Bladder Tumor in One-piece:TURBO)なども検討するべきではないかと考えられる。

宍戸俊英先生 ご略歴

1994年3月	東京医科大学医学部 卒業
1994年4月	東京医科大学医学部附属病院泌尿器科 医員
1996年1月	癌研究会附属病院泌尿器科勤務
1996年3月	東京医科大学大学院医学研究科博士課程修了
2002年10月	杏林大学病院泌尿器科 医員
2006年4月	杏林大学病院泌尿器科 講師
2014年4月~	東京医科大学医学部附属病院泌尿器科 講師

## W-II

## 前立腺針生検病理診断と報告書

「病理医は何を悩んでいるのか？泌尿器科医は何を理解すればいいのか？」

鷹橋浩幸（東京慈恵会医科大学附属病院 病院病理部）

泌尿器科医が病理診断報告書を読み、理解するという作業においては、基本的な病理学的用語を知り、その意味を理解することが前提である。当然のことながら、病理医は顕微鏡下で見た形態像から所見を記載しているが、日頃組織像を見ることのない泌尿器科医が、所見の「字面」のみから、「画像（組織像）」をイメージすることは難しい。そして、画像のイメージなく、その所見の意味するところをくみ取ることはさらに難しいことであろう。

以上の点を鑑み、この講演では、まず前立腺癌の病理診断における組織学的所見の各々が、どういう画像を指しており、それが臨床病理学的にどのような意味をもつのか、ということに視点をおき、個々の所見につき概説する。一方病理医は所見欄において診断の根拠となる所見を列記することにより、診断に至る経過を記している。病理診断の中には、病理学的に典型的所見で診断が容易ななものから、診断根拠が不明確であり、最終診断に難渋するもの、果ては確定診断に至らないものまで、多種多様である。これについて代表的な例をあげ、病理医が日夜、何を悩んでどのような診断に至っているのかを示したい。

## 鷹橋浩幸先生 ご略歴

1988年3月	東京慈恵会医科大学 卒業
1992年3月	東京慈恵会医科大学医学研究科 修了
1992年8月	米国留学 (NIH, ペンシルバニア大学)
1996年6月	東京慈恵会医科大学 病理学講座第2 助手
1998年12月	東京慈恵会医科大学 病理学講座第2 講師
2009年11月	東京慈恵会医科大学 病理学講座 准教授
2013年4月～	慈恵医大附属病院 病院病理部 診療部長
2017年6月～	東京慈恵会医科大学 病理学講座 教授



## W-II

## 腎腫瘍病理診断におけるピットフォール

黒田直人（高知赤十字病院 病理診断科部）

診断においてピットフォールに陥るパターンを認識しておく必要があるが、誰しも好き好んで落とし穴にはまる人はいない。いわば当事者にとって意図しない出来事であり、患者さんにとっても不幸な事態をもたらすことも少なくないので、注意したい。

まず、落とし穴にはまるパターンとしては知識不足（知らなかった）、経験不足、体調不良、人脈不足などがある。勉強不足に関しては日頃の精進はかけないが、何かが少し変だ、と思えた際にはコンサルテーションに出すこともできる。経験不足は誰しも通る道であり、成書や文献などを読むことによって補うことができる。初めて経験する症例などは何が典型例なのかが理解できず、疾患を取りうるスペクトラムの幅も理解するのに時間がかかるので、身近な人に相談することでそれを補うことができる。体調不良のためにピットフォールに陥らないためには前日に体調を整え、翌日に万全の状態で仕事に臨めるよう規則正しい生活をし、ストレスをためず、酒に走らず、定期的運動をし、毎日笑いに包まれながら心身ともに健全な生活を送ることである。我々病理医にとって一番一緒に仕事をしやすい臨床医とは、わからないものはわからない、難しいものは難しいとはっきり言ってくれ、その際にはいろんな人の意見に真摯に耳を傾け、我々病理医にも同じように還元してくれる人である。臨床医にとっても一緒に働いてやりやすいと感じる病理医は同様だと思っている。従って、ピットフォールに陥らないためには人脈形成が一番重要と演者は信じている。腎腫瘍の診断のピットフォールに陥らないためには泌尿器科医、放射線診断医、病理医とのコミュニケーション、連携が非常に重要なことは言うまでもない。

具体的なコツとしては、1) 標本を見る際には性・年齢は必ず頭に入れておく、2) 標本を見る前に画像的鑑別疾患は何なのかを把握しておく、3) 淡明細胞からなる腫瘍をみた場合、本当に淡明細胞型腎細胞癌なのかと、必ず疑ってみる。4) 腫瘍内部に不自然な正常尿細管の分布をみた場合には PEComa や転座型ではないかと疑ってみる、5) 髓質主体で、高悪性度腫瘍をみた場合、FH 欠損も考慮に入る、6) 低異型度 oncocytic tumor の鑑別に SDH 欠損、FH 欠損なども考慮に入る、7) 多発性腫瘍を見た場合には家族性腫瘍をまず疑う、8) 腫瘍以外の背景腎実質の変化にも注意を向ける、などの思考を推奨したい。

黒田直人先生 ご略歴

1990 年	高知大学医学部 卒業
1990~1994 年	内科研修
1994~1996 年	神戸大学医学部附属病院・病理医員
1996~1998 年	神戸大学医学部・病理学講座・助教
1998~2005 年	高知大学医学部・病理学講座・助教
(2000~2001 年)	ドイツ・ハイデルベルグ大学留学 Prof. Gyula Kovacs)
2005 年 ~	高知十字病院・病理診断科部・部長

Open discussion

診断を円滑にする病理依頼紙記載法・臨床医が望む病理診断報告書

指定発言

泌尿器科： 木全亮二（日本医科大学武藏小杉病院 泌尿器科）

病理： 住吉真治（京都大学医学部附属病院 病理診断科）



S-1

## 前立腺全摘術における摘出標本の外科的切除断端の臨床的意義

沼尾 昇（がん研究会有明病院 泌尿器科）

前立腺全摘除における外科的切除断端（Resection Margin: RM）は手術の Quality を示す最も重要な指標であり、執刀医は術後の病理レポートに RMO（癌が切除面に存在しない）の記載を見ると安堵する。Lower rates of positive surgical margins for high-volume surgeons suggest that experience and careful attention to surgical details, adjusted for the characteristics of the cancer being treated, can improve cancer control with RP。欧州泌尿器科学会のガイドラインに記載されているセンテンスであるが、丁寧で緻密な手術が治療成績に関連しており、RM1（癌が切除面に存在する）は術後の PSA 再発とも有意に関連している。

RM1 は腫瘍の残存を示唆する所見ではあるが、RM1 であっても必ずしも術後再発をするわけではなく、半数以上の症例において、術後の PSA は再発基準より低い値を維持している。この事実は再発と関連する RM1 と再発に関連しない RM1 が存在することを示唆している。

今回の発表では 1994 年 1 月から 2017 年 9 月までにがん研究会有明病院にて施行された前立腺全摘 2477 例のなかから、術前ホルモン療法を施行していない 1819 例を検討し、主に以下の項目について結果を報告する。

- ・前立腺全摘標本の切除断端陽性率、部位
- ・切除断端陽性例の術後の再発率
- ・切除断端陽性例の再発に関連する臨床病理学的因素
- ・再発後の治療と治療成績

またダビンチを使用したロボット支援前立腺全摘除においては、従来の開腹手術において切除断端陽性の好発部位とされている前立腺尖部が明瞭な拡大視野で観察可能である。ロボット支援前立腺全摘除において、外科的切除断端陽性部位の位置・頻度は従来の開腹手術と比べてどのように変化しているかについても検討したい。

### 沼尾 昇先生 ご略歴

- 1997 年 3 月 東京医科歯科大学医学部 卒業  
2007 年 3 月 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科博士課程修了  
2007 年 7 月 がん研究会有明病院 泌尿器科医員  
2008 年 7 月 東京医科歯科大学 腎泌尿器外科 助教  
2011 年 2 月 東京医科歯科大学医学部附属病院低侵襲医学研究センター 特任講師  
2013 年 9 月 東京医科歯科大学 腎泌尿器外科 講師  
2014 年 12 月 東京医科歯科大学医学部附属病院保険医療管理部 講師・副部長  
2016 年 3 月 がん研究会有明病院 泌尿器科 医長



S-2

## 前立腺全摘術における、摘出標本の外科的切除断端の判定—病理の立場から—

都築豊徳（愛知医科大学病院 病理診断科）

前立腺癌全摘術後の予後予測因子の一つとして剥離面断端における腫瘍細胞の残存の有無は重要な所見である。剥離面断端の評価は剥離表面に塗布された色素面に腫瘍細胞が存在するか否かによりなされるのが一般的である。しかしながら、その評価方法は必ずしも容易ではないのが現状である。本シンポジウムでは基本的な剥離断端の評価の基本概念及び評価方法を最初に述べる。更に近年では剥離断端陽性部位、陽性面の直線的距離、断端陽性部位における Gleason score 等が新たに予後予測因子となり得る可能性を示唆する論文が報告されている。これらの予後因子としての有用性についても言及する。

剥離断端陽性が予後因子となり得るとした論文のほとんどは生化学的再発（PSA 再発）を endpoint としたものであり、臨床再発、癌特異的生存率、全生存率を endpoint とした報告は少ないので現状である。また、その有用性を示した報告は更に少ない。我々の検討でも、剥離面断端陽性所見が臨床的予後に及ぼす影響は限局的であった。当日は剥離断端陽性と臨床的予後との関連性にも言及するとともに断端面陽性と臨床的予後が関連しない理由を当日議論したい。

## 都築豊徳先生 ご略歴

1989年3月	名古屋大学医学部 卒業
1990年3月	刈谷総合病院 初期臨床研修修了
1995年3月	名古屋大学大学院医学研究科博士課程修了
1995年4月	名古屋第二赤十字病院検査部
2000年12月	米国 Johns Hopkins 大学留学
2016年6月	愛知医科大学病院病院病理部 教授
2017年4月～	愛知医科大学病院病理診断科 教授



# 日本泌尿器病理研究会会則

## 第1条（名称）

1. 本研究会は、日本泌尿器病理研究会（以下「本会」という）と称する。本会の英文名称は、Japanese Society of Urological Pathology 称し、略称を JSUP と称する。

## 第2条（目的）

1. 本会は、泌尿器科疾患の臨床・基礎病理学的研究を幅広く行い、もって泌尿器科疾患のよりよい治療法を探り、患者の疾患予後、QOL の向上を図ることを目的とする。

## 第3条（事業）

1. 本会は、第2条に掲げる目的を達成するため、以下の事業を実行する
  1. 学術集会、研究会等の開催
  2. 学会誌、その他出版物の刊行
  3. 研究及び調査
  4. 内外の関連学術団体等との連絡及び協力
  5. その他本会の目的を達成するために必要な事業
2. 本会は、会員に対して1年に1回以上の事業報告を行う。

## 第4条（会員）

1. 会員は、本会の目的および趣旨に賛同する個人・団体とする。
2. 会員には個人参加の正会員と団体参加の賛助会員を設ける。
3. 本会への入会は、幹事会の承認を得る事とする。

## 第5条（会費）

1. 会員は会費を納めるものとする。
2. 会費の運用細則は、別に定める。

## 第6条（役員）

1. 本会には次の役員をおく。  
代表幹事：2名（病理1名 泌尿器1名）  
幹事 : 若干名  
会計監事 : 1名  
顧問 : 若干名  
役員に係る運営細則は、別に定める。

## 第7条（幹事会）

1. 本会の議決機関として幹事会を設ける。
2. 幹事会の運営細則は、別に定める。

## 第8条（会計）

1. 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。
2. 本会の運営費は、会費、寄付金、利子その他をもって当てる。
3. 会計監事は、年1回会計監査を行い幹事会に報告し承認を得る。
4. 本会の予算および決算は、幹事会の議決を要する。
5. 本会は、会員に対して1年に1回以上の会計報告を行う。
6. 本会の会計報告については総会で決議を経る。

## 第9条（入会・退会等）

1. 入会を希望する者は、所定の手続きに従い事務局に届け出るものとする。
2. 退会する会員は、所定の手続きに従い事務局に届け出るものとする。
3. 連続して2年間会費を納付しない会員は、幹事会の決議により退会したと認定することができる。
4. 以下の各号に該当する会員は、幹事会の決議を経て除名することができる。
  1. 本会の名誉を傷つける行為をした会員
  2. 本会の目的に沿わない行為をした会員
  3. 本会の活動を誹謗中傷した会員
  4. その他社会的に許容されない行為等をした会員

## 第10条（会則改定・施行）

1. 本会則を改定するには、幹事会の決議を必要とする。
2. 本会則に定めのない事項は、幹事会において協議され決議する

## 第11条（事務局）

1. 本会の事務局・連絡先は以下の施設に置く。
2. 事務局には事務局員を若干名置くことができる。

〒206-0033

東京都多摩市落合1-32-1 ペペリビル5F

医療法人めぐみ会 田村クリニック 泌尿器科 伊藤貴章

e-mail:titou-jua@umin.ac.jp

ホームページ：<http://www.jsup.org/>

2011年4月1日：発効

# 日本泌尿器病理研究会運営細則

## 第1条（会費）

1. 正会員の年会費は2,000円とする。
2. 賛助会員の年会費は50,000円とする。

## 第2条（役員）

1. 代表幹事は幹事の互選で選ばれ、本会を代表する。
2. 幹事は本会の運営に関する事項を協議し決定する。
3. 会計監事は本会の正会員とし、本会の会計を監査する。
4. 顧問は本会運営に関して助言する。
5. 役員は幹事会の推薦によって定められる。
6. 任期は2年とし、再任を妨げない。

## 第3条（幹事会）

1. 幹事会は代表幹事の召集により開催される。
2. 幹事会は幹事と会計監事で構成される。
3. 幹事会は幹事の過半数（委任状を含む）の出席で成立する。
4. 幹事会の意思決定は出席者の過半数の賛成で成立する。

執行部（2017年5月より、五十音順）

顧問

代表幹事

- (病理) 都築豊徳（愛知医科大学病院 病理診断科）  
(泌尿器) 鈴木啓悦（東邦大学医療センター佐倉病院泌尿器科）

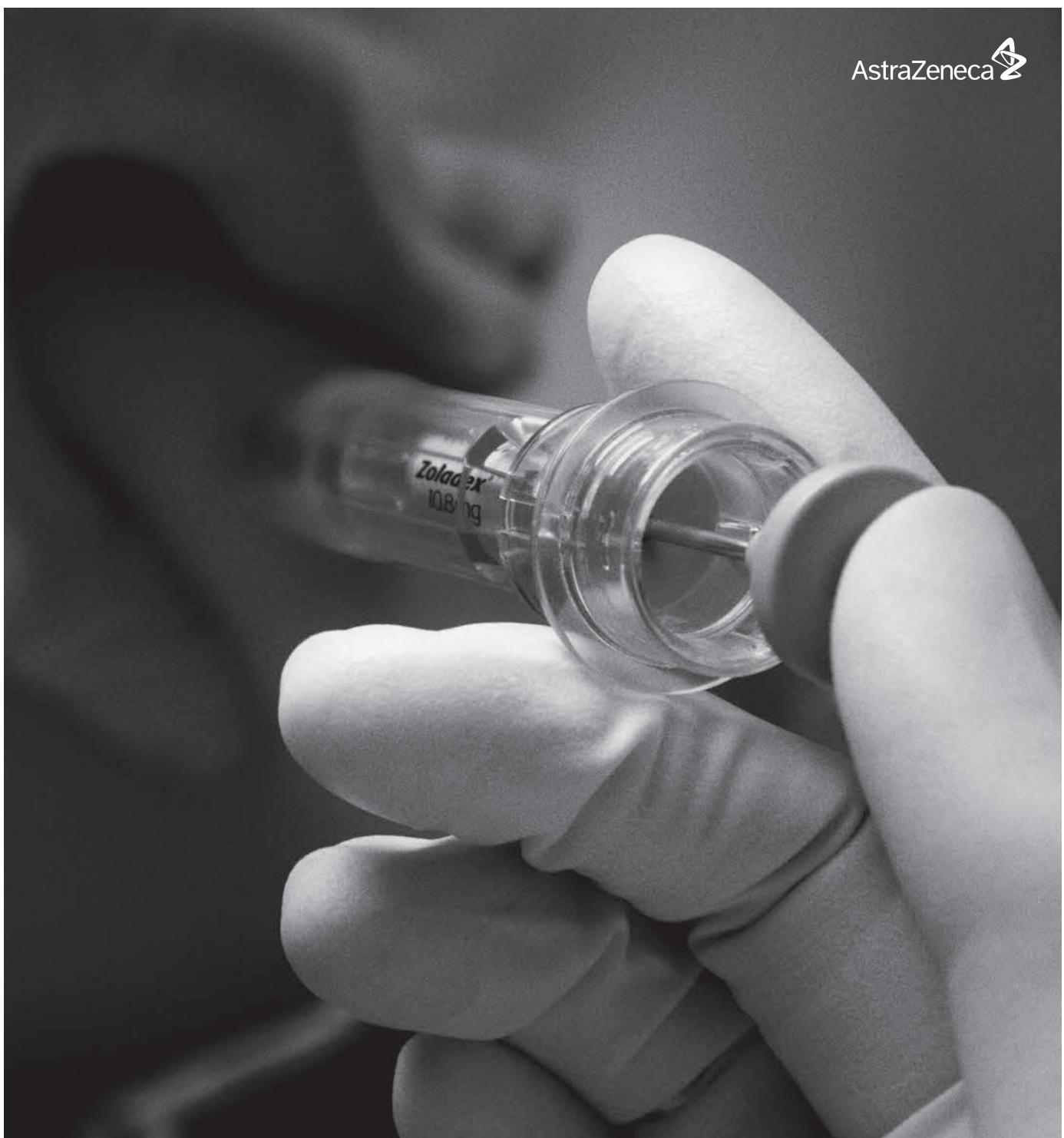
幹事

- (病理) 白石泰三（桑名東医療センター病理診断科部長）  
鷹橋浩幸（東京慈恵会医科大学 病理学）  
長嶋洋治（東京女子医科大学 病理診断科）  
三上芳喜（熊本大学医学部附属病院病理診断科）  
宮城洋平（神奈川県立がんセンター臨床研究所 がん分子病態学）  
南口早智子（京都大学医学部附属病院 病理診断科）  
村田晋一（和歌山県立医科大学病理学第二）  
柳井広之（岡山大学病院 病理診断科）  
渡邊昌俊（三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学）  
渡邊麗子（国立がん研究センター中央病院 病理科）

( 泌尿器 ) 伊藤貴章 (田村クリニック)  
穂川 晋 (東京慈恵会医科大学 泌尿器科学)  
賀本敏行 (宮崎大学医学部発達泌尿生殖医学講座泌尿器科学)  
神波大己 (熊本大学大学院生命科学研究部泌尿器科学分野)  
北村 寛 (富山大学大学院医学薬学研究部腎泌尿器科学講座)  
黒岩顕太郎 (宮崎県立宮崎病院 泌尿器科)  
住友 誠 (愛知医科大学泌尿器科学講座)  
那須保友 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器病態学)  
三木健太 (東京慈恵会医科大学 泌尿器科学)  
向井尚一郎 (宮崎大学医学部発達泌尿生殖医学講座泌尿器科学)  
山本真也 (癌研究会有明病院 泌尿器科)  
会計監事 鷹橋浩幸 (兼)  
事務局担当 伊藤貴章 (兼)  
向井尚一郎 (兼・ホームページ担当)

#### 補則

製薬会社等企業の社員が正会員を希望する場合についての申し合わせ  
希望者が本会の目的と趣旨に賛同しており、幹事会の承認を経て正会員となることができる。



LH-RHアゴニスト  
徐放性 前立腺癌/閉経前乳癌治療剤

# ゾラデックス® 3.6mg デポ

Zoladex® 3.6mg depot (ゴセレリン酢酸塩デポ)

劇薬／指定医薬品／処方箋医薬品<sup>(注)</sup>  
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

3ヵ月持続型LH-RHアゴニスト  
徐放性 前立腺癌/閉経前乳癌治療剤

# ゾラデックス® LA 10.8mg デポ

Zoladex® LA 10.8mg depot (ゴセレリン酢酸塩デポ)

劇薬／指定医薬品／処方箋医薬品<sup>(注)</sup>  
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては各製品の最新添付文書をご参照ください。

《資料請求先》アストラゼネカ株式会社 大阪市北区大深町3番1号

PCAD2017 2017年3月作成



## 希望をもたらす薬剤を。

私たちは、個々の患者さんに合わせた選択を可能にする革新的な薬剤の開発を通じて、腎細胞がん治療を支えていきます。

抗悪性腫瘍剤／キナーゼ阻害剤  
劇業、処方箋医薬品<sup>(注)</sup>



薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤 (mTOR阻害剤)  
劇業、処方箋医薬品<sup>(注)</sup>

薬価基準収載



抗悪性腫瘍剤／キナーゼ阻害剤  
劇業、処方箋医薬品<sup>(注)</sup>



薬価基準収載

「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」及び「副作用」の詳細は、添付文書をご参照ください。

TOR72C002C

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

ファイザー株式会社  
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7  
資料請求先：製品情報センター

2015年11月作成

すべての革新は患者さんのために  
 CHUGAI 中外製薬 |

 Roche ロシュ グループ



## 遺伝子組換えヒトG-CSF製剤

生物由来製品・処方箋医薬品<sup>注</sup>

薬価基準収載



NEUTROGIN

# ノイトロジン® 注

50 $\mu$ g  
100 $\mu$ g  
250 $\mu$ g

レノグラストム(遺伝子組換え)製剤

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関する使用上の注意」、「【禁忌】を含む使用上の注意」等につきましては、添付文書をご参照下さい。  
<http://www.chugai-pharm.co.jp>

〔資料請求先〕  
製造販売元 中外製薬株式会社  
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1



© Elle Bernage / Stone / Getty Image

サノフィは、グローバルに多角的事業を展開するヘルスケアリーダーとして  
患者さんのニーズにフォーカスしています。



サノフィ株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー [www.sanofi.co.jp](http://www.sanofi.co.jp)



*Better Health, Brighter Future*



タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、  
そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに  
歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと  
向き合っています。その一つひとつに応えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい  
医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない  
私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

武田薬品工業株式会社

[www.takeda.co.jp](http://www.takeda.co.jp)



前立腺癌治療剤 (CYP17阻害剤)  
**ザイティガ<sup>®</sup> 錠 250mg**

Zytiga tablets 250mg

劇薬 処方箋医薬品\*

薬価基準収載

アビラテロン酢酸エステル錠

\*注意—医師等の処方箋により使用すること

効能・効果・用法・用量・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参考ください。

© Janssen Pharmaceutical K.K. 2015

製造販売元（資料請求先）  
**ヤンセンファーマ株式会社**  
〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2  
[www.janssen.com/japan](http://www.janssen.com/japan)  
[www.janssenpro.jp](http://www.janssenpro.jp)（医薬品情報）

プロモーション提携  
**アストラゼネカ株式会社**  
〒530-0011 大阪市北区大深町3番1号

2015年10月作成



効能・効果・用法・用量・警告・禁忌(原則禁忌)を含む  
使用上の注意等については添付文書を  
参照してください。

前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤  
**ザルティア<sup>®</sup> 錠 2.5mg  
タダラフィル錠  
Zalutia<sup>®</sup>**  
薬価基準収載  
处方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

ザルティア<sup>®</sup>およびZalutia<sup>®</sup>は、米国イーライリリー・アンド・カンパニーの登録商標です。



発売元（資料請求先）  
**日本新薬株式会社**  
京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14



製造販売元  
**日本イーライリリー株式会社**  
〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

2016年1月作成

明日をもっとすこやかに



## アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤



### 抗悪性腫瘍抗生物質製剤

劇薬、処方箋医薬品<sup>注)</sup>



THP

# テラルビシン<sup>®</sup> 注射用10mg THERARUBICIN<sup>®</sup> 10mg FOR INJECTION

# テラルビシン<sup>®</sup> 注射用20mg THERARUBICIN<sup>®</sup> 20mg FOR INJECTION

注射用ピラルビシン塩酸塩

薬価基準収載

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む  
使用上の注意等、詳細は製品添付文書  
をご参照ください。

製造販売元【資料請求先】

Meiji Seika ファルマ株式会社

東京都中央区京橋 2-4-16

<http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>

くすり相談室 電話(0120)093-396、(03)3273-3539

作成: 2016.1

第7回日本泌尿器病理研究会(JSUP)学術集会プログラム抄録集

発行日 2018年1月10日  
編 集 第7回JSUP学術集会事務局  
寺本祐記(京都大学医学部附属病院 病理診断科)  
発行者 日本泌尿器病理研究会事務局  
〒206-0033 東京都多摩市落合1-32-1ペペリビル5F  
医療法人めぐみ会 田村クリニック 泌尿器科 伊藤貴章  
<http://www.jsup.org/>