

第5回日本泌尿器病理研究会  
(JSUP)

プログラム  
抄録集

2016年 2月12日 (金曜日)

東京慈恵会医科大学南講堂

会長

黒岩 顕太郎

(宮崎県立宮崎病院・泌尿器科)

村田 晋一

(和歌山県立医科大学・人体病理学教室)

## 第5回学術集会開催にあたって

### 第5回日本泌尿器病理研究会

会長 黒岩 顕太郎（宮崎県立宮崎病院・泌尿器科）

村田 晋一（和歌山県立医科大学・人体病理学教室）

この度、第5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。このような観点から、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。各大学や病院の医療機関内でもカンファレンス等を通して泌尿器科医と病理医がコミュニケーション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5回を迎え、会期は2016年2月12日（金）、会場は慈恵医科大学で、「泌尿器科医と病理医の緻密な連携を目指して」をテーマに行います。本学術集会は、泌尿器科医と病理医を中心とした小さな規模の会ではありますが、反面、個々の会員が密接に交流を行える会と思います。今回は、一般演題とともに、「病理医が悩む症例&臨床医が納得できない症例」をテーマに症例を公募し、病理症例検討会を行いたいと思います。また、最新の治療前線を学ぶべく「膀胱癌治療最前線PD-L1阻害剤」の教育講演を行う予定です。いずれの演題におきましても、会員間で気軽に活発な質問や議論が行える場にしたいと考えています。

第5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すようお願い申し上げます。実りある学術集会にするべく、準備を進めていく所存ですが、何分、手作りの会であり、不手際もあろうかと思いますがお許しいただきますようお願い申し上げます。大勢の皆様方のご参加をお待ち申し上げますとともに、ご参加の際には活発なご議論をいただき、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。よろしくようお願い申し上げます。

～ご案内～

■ 会期・会場

日時：平成28年2月12日(金)

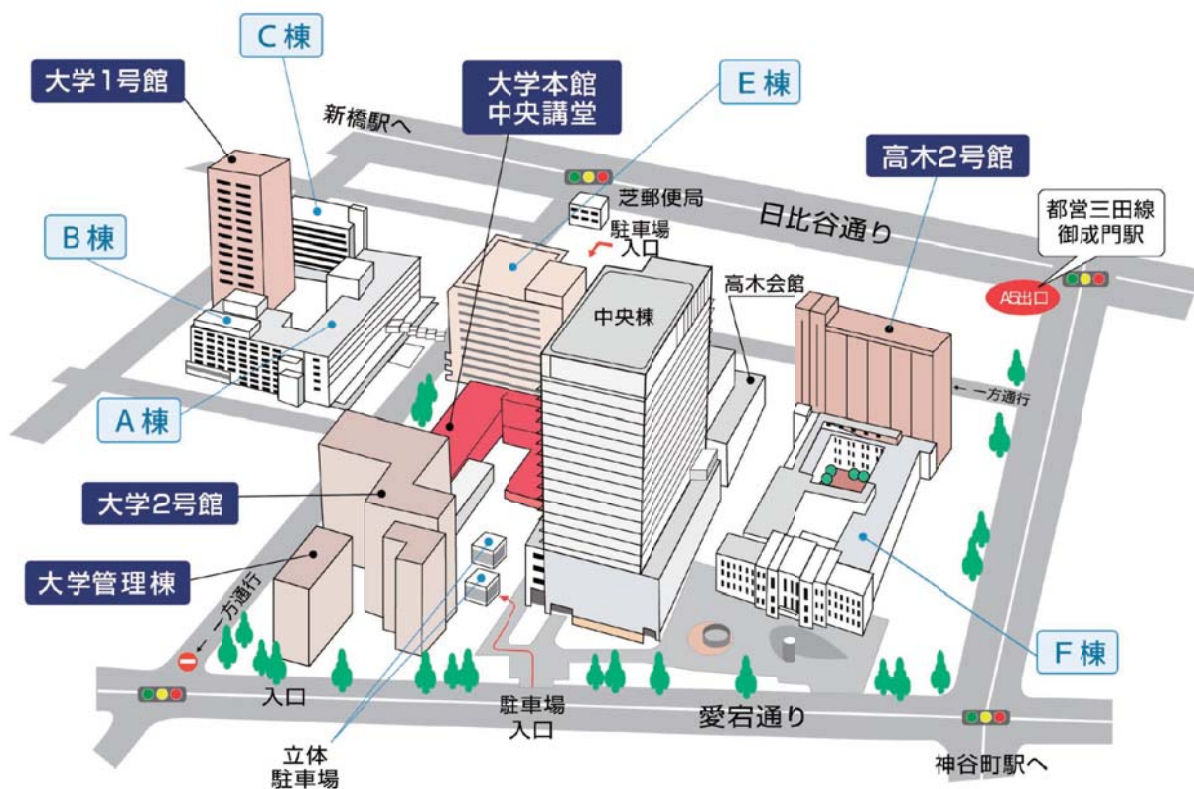
13時～19時

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

■会場アクセス

地下鉄：都営三田線「御成門」A5 出口、日比谷線「神谷町」3 出口  
銀座線「虎ノ門」1 出口、丸の内線・千代田線「霞ヶ関」C3 出口

JR：新橋駅下車徒歩12分（タクシー5分）、  
浜松町駅下車徒歩15分（タクシー8分）、  
東京駅下車タクシー12分



大学1号館

大学事務部 学事課  
大学1号館講堂(3F)  
4階講堂(コンピュータ演習室)  
5階講堂  
6階講堂

高木2号館

慈恵看護専門学校(1階)  
南講堂(地下1階)  
リーベ(地下1階)

大学管理棟

5階看護学専攻修士課程  
8階同窓会・慈恵医師会・  
生涯学習センター  
9階カンファレンスA・B

## ■ 受付

- ・会場前で平成28年2月12日(金) 12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致します。
- ・すでに会員のかたは年会費の受付もしております。
- ・JSUP 新入会も受付（年会費）しておりますが、本登録は後日PC でお願ひ致します。

## ■ 発表者へのご案内

### ➤ データの準備

- ・演題発表と質疑は以下の時間でお願ひします。

一般演題：発表時間6分、質疑3分

教育講演：発表時間40分、質疑5分

ミニレクチャー：発表時間25分、質疑5分

シンポジウム：発表時間12分、討論3分

- ・パソコンプレゼンテーション（プロジェクター1面）での発表に限らせていただきます。  
（\*スライドは使用できません。）
- ・会場に発表用のWindowsパソコンを準備します。
- ・データはPowerPoint 2010 で作成ください。
- ・文字化けを防ぐため、念のためフォントは下記のものをご使用ください。  
日本語：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝  
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
- ・ご自身のPC (Mac、Windows)をお使い頂くことも可能です。動画を含むご発表の場合、再生エラーを防ぐためにご自身のノートパソコンでのご発表をお願ひ致します。ご自身のPCをお使いになる場合は、接続は各自の責任でお願ひ致します。特にMacの場合はご自身のパソコンをご用意いただき「コネクタ」の準備をよろしくお願ひ致します。

### ➤ PC 受付

- ・発表の60分前までに受付をお願ひ致します。
- ・発表データは、ファイル名を「演題番号 氏名」にして、USBメモリーでお持ちください。
- ・USBメモリーでお持ちいただいたファイルを、当方の発表用PCにコピーさせていただきます。（終了後確実に削除致します。）

## ■ 懇親会のご案内

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

～プログラム～

12:00～ 幹事会

12:30～ 開場

13:00～13:05 開会の挨拶 黒岩頭太郎

13:05～13:50 一般演題 I 座長 山本順啓(東京慈恵会医科大学・泌尿器科)

演題1 経尿道手術後ピラルピシン即時単回注入後に膀胱穿孔を生じた膀胱癌症例の組織学的検討

岡田洋平、山田拓己

埼玉医大総合医療センター 泌尿器科

演題2 前立腺扁平上皮癌の1例

高橋潤<sup>1</sup>、津久和貴<sup>1</sup>、村田太郎<sup>1</sup>、松島常<sup>1</sup>、横山宗伯<sup>2</sup>

<sup>1</sup>東京警察病院 泌尿器科、<sup>2</sup>同 病理科

演題3 下部尿管癌に対する腎尿管全摘術後に特異な膀胱腔外再発を来した1例

稲原昌彦、奥村大輔、松岡直樹

三郷中央総合病院 泌尿器科

演題4 両側多発性Mixed epithelial and stromal tumor of the kidneyの1例

養田亮、高木敏男、戸田直裕、板垣裕子、近藤恒徳、石田英樹、長嶋洋治、田邊一成

東京女子医科大学病院 泌尿器科、同 病理診断科

演題5 現代の日本人の前立腺ラテント癌における分子生物学的検討

稲葉裕之

東京慈恵会医科大学 泌尿器科学講座

13:50～14:35 一般演題 II 座長 渋谷信介(京都大学・病理診断科)

演題6 膀胱癌Plasmacytoid variantの1例

西川涼馬

鳥取大学医学部器官制御外科学講座腎泌尿器学分野

演題7 先天性副腎皮質過形成に伴うadrenal rest tumorの1例

寺本祐記<sup>1</sup>、渋谷信介<sup>1</sup>、南口早智子<sup>1</sup>、小川修<sup>2</sup>、三上芳喜<sup>3</sup>、羽賀博典<sup>1</sup>

<sup>1</sup>京都大学医学部附属病院 病理診断科、<sup>2</sup>同 泌尿器科、

<sup>3</sup>熊本大学医学部附属病院 病理診断科

演題8 診断に難渋した尿管小細胞癌の一例

土岐大介<sup>1</sup>、高山智裕<sup>1</sup>、瀬戸口誠<sup>1</sup>、斉藤直<sup>1</sup>、廣島健三<sup>2</sup>、乾政志<sup>1</sup>

<sup>1</sup>東京女子医大八千代医療センター 泌尿器科、<sup>2</sup>同 病理診断科

演題9 後腹膜腫瘍の一例

上原慶一郎<sup>1</sup>、松岡亮介<sup>1</sup>、市川千宙<sup>1</sup>、今井幸弘<sup>1</sup>、鈴木良輔<sup>2</sup>、川喜田睦司<sup>2</sup>

<sup>1</sup>神戸市立医療センター中央市民病院 病理科、<sup>2</sup>同 泌尿器科

演題10 岡山大学病院における前方優位前立腺癌の病理学的特徴

柳井広之、田中健大、田中頭之、谷口恒平、能島舞、表梨華、吉野正

岡山大学病院 病理診断科

14:35～14:45 休憩

14:45～15:30 一般演題 III 座長 山本真也(がん研究会有明病院・泌尿器科)

演題11 尿閉に対する経尿道的前立腺切除術標本で診断した  
IgG4関連前立腺炎の1例

大谷博<sup>1</sup>、吉田一博<sup>2</sup>、森健一<sup>3</sup>、小出祐子<sup>3</sup>

<sup>1</sup>社会医療法人白十字会白十字病院 臨床検査科、<sup>2</sup>同 泌尿器科、

<sup>3</sup>同 臨床検査技術部

演題12 結節性硬化症に合併したeAMLの1例

小池宏幸<sup>1</sup>、岩橋吉史<sup>2</sup>、樋口雅俊<sup>1</sup>、宮井晴加<sup>1</sup>、梅本秀俊<sup>1</sup>、山下真平<sup>1</sup>、  
射場昭典<sup>1</sup>、吉川和朗<sup>1</sup>、松村永秀<sup>1</sup>、柑本康夫<sup>1</sup>、原勲<sup>1</sup>、

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 泌尿器科、<sup>2</sup>同 病理診断科

演題13 腎盂癌と炎症性疾患の鑑別が困難であった2症例

佐藤俊介

宮崎大学医学部 泌尿器科

演題14 腎腫瘍に対するCTガイド下針生検の検討

岡了<sup>1</sup>、神谷直人<sup>1</sup>、宋本尚俊<sup>1</sup>、加藤精二<sup>1</sup>、若井健<sup>1</sup>、李芳青<sup>1</sup>、内海孝信<sup>1</sup>、  
遠藤匠<sup>1</sup>、矢野仁<sup>1</sup>、上島修一<sup>1</sup>、西見大輔<sup>1</sup>、高波真佐治<sup>1</sup>、蛭田啓之<sup>2</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>同 病院病理部

演題15 日本と米国における前立腺癌発生部位の比較:前立腺全摘標本を用いた検討

金尾健人<sup>1</sup>、梶川圭史<sup>1</sup>、小林郁生<sup>1</sup>、Samson Fine<sup>2</sup>、Victor Reuter<sup>2</sup>、住友誠<sup>1</sup>

<sup>1</sup>愛知医科大学 泌尿器科、<sup>2</sup>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

15:30～16:06 一般演題 IV 座長 小島史好(和歌山県立医科大学・人体病理学)

演題16 膀胱に認めた明細胞腺癌の1例

佐藤勇一郎<sup>1</sup>、福島剛<sup>2</sup>、月野浩昌<sup>3</sup>、向井尚一郎<sup>3</sup>、賀本敏明<sup>3</sup>、浅田祐士郎<sup>4</sup>

<sup>1</sup>宮崎大学医学部附属病院 病理診断科、

<sup>2</sup>宮崎大学医学部 病理学講座腫瘍・再生病態学分野、

<sup>3</sup>宮崎大学医学部 泌尿器科、<sup>4</sup>宮崎大学医学部 病理学講座構造機能病態学分野

演題17 病理医と泌尿器科医を悩ます分類不能型腎腫瘍～その実態～

黒田直人<sup>1</sup>、頼田顕辞<sup>1</sup>、長嶋洋治<sup>2</sup>

<sup>1</sup>高知赤十字病院 病理診断科部、<sup>2</sup>東京女子医大病院 病理診断科

演題18 精索に発生したSolitary Fibrous Tumorの1例

佐藤広明<sup>1</sup>、河野弘圭<sup>1</sup>、西川里佳<sup>1</sup>、藤村正亮<sup>1</sup>、関田信之<sup>1</sup>、菅野勇<sup>2</sup>、三上和男<sup>1</sup>

<sup>1</sup>千葉県済生会習志野病院 泌尿器科、<sup>2</sup>同 病理部

演題19 当院における腎癌病理再評価の検討

蓼沼知之<sup>1</sup>、軸屋良介<sup>1</sup>、河合正記<sup>1</sup>、岸田健<sup>1</sup>、宮城洋平<sup>2</sup>、横瀬智之<sup>3</sup>、長嶋洋治<sup>4</sup>、

<sup>1</sup>神奈川県立がんセンター泌尿器科、<sup>2</sup>神奈川県立がんセンター臨床研究所、

<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

16:06～16:15 休憩

16:15～16:25 幹事会報告

16:25～17:10 教育講演 座長 原勲(和歌山県立医科大学・泌尿器科)

「泌尿器癌に対する免疫療法の新展開と病理の関わり」

演者 江藤正俊(九州大学大学院 医学研究院 泌尿器科学分野)

17:10～17:40 ミニレクチャー 座長 柳井広之(岡山大学・病理診断科)

「前立腺癌のISUP改訂について」

演者 鷹橋浩幸(慈恵医大附属病院 病院病理部)

17:40～17:50 休憩

17:50～18:50 シンポジウム「臨床医と病理医の対話～緻密な連携を目指して」

座長 鈴木啓悦(東邦大学医療センター佐倉病院・泌尿器科)

都築豊徳(名古屋第二赤十字病院・病理診断科)

① 臨床医が納得できない症例1

「1:GS って……、2:RCC? UC?: 何を信じればいいのか?」

杉元幹史(香川大学医学部附属病院 泌尿器・副腎・腎移植外科)

② 臨床医が納得できない症例2

「診断に納得がいかない - 泌尿器科医の立場から」

徳田雄治(古賀病院 21)

③ 病理医が悩む症例1

「どこから紡錘細胞腎癌?」

三上修治(慶應義塾大学病院 病理診断部)

④ 病理医が悩む症例2

「pT2 と pT3a の判断を迷う膀胱癌」

内田克典(三重大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学)

18:50～18:55 閉会の挨拶 村田晋一

19:00～ 懇親会 カフェテラス「リーベ」(研究会場に隣接)

抄録集

一般演題

教育講演

ミニレクチャー

シンポジウム



## 1. 経尿道手術後ピラルビシン即時単回注入後に膀胱穿孔を生じた膀胱癌症例の組織学的検討

岡田洋平、山田拓己

埼玉医大総合医療センター 泌尿器科

**【背景】**筋層非浸潤性膀胱癌に対する TURBT 後の抗がん剤即時単回注入（以下、膀注）は再発抑制効果が期待され、本邦診療ガイドラインにおいて推奨グレード A であるが、合併症として膀胱穿孔への注意が必要である。今回 cT1 膀胱癌に対する術後膀注により膀胱穿孔をきたした症例を報告する。

**【症例】**82 歳女性。膀胱左壁の約 1cm 広基性非乳頭状病変に対し、腰椎麻酔下に Transurethral Dissection (TUD) を施行。腫瘍底部は固有筋層上のレベルを維持し、約 2x1.5cm の範囲を一括切除した。組織検査では胞巣状および孤在性の腫瘍細胞が固有筋層直上まで浸潤し、pT1b と診断した。術後ピラルビシン 30mg+生食 40ml を 30 分間膀注したところ、膀胱尿道痛を訴え、翌日の画像診断で膀胱左壁の尿溢流を認めた。尿道カテーテル留置による保存的治療を行い、高度の膀胱痛に対してモルヒネを 7 日間持続投与、術後 24 日目にカテーテルを抜去した。2 か月後に膀胱全摘を施行し、high grade, pT1, RM0 であった。左壁に膀胱漿膜面と固有筋層との癒着部位を認め、膀胱穿孔部の修復過程が組織学的に確認された。術後 5 か月、再発を認めない。

**【考察】**膀注後の膀胱穿孔は稀な合併症であるが、エピルビシン膀注後の穿孔 3 例 (E Urol 2004)、MMC 膀注後の穿孔 8 例 (BJUI 2014) 等の報告があり、合併症として無視できない。TUD は膀胱腫瘍底の切除レベルを維持して一括に切除する手技であり膀胱穿孔のリスクは通常の TURBT と同程度であるが、本症例では広く露出した固有筋層に高濃度の抗がん剤が曝露した事で組織障害を引き起こし、穿孔に至った可能性が示唆された。抗がん剤膀注後に膀胱痛を強く訴えた場合には、穿孔の存在を念頭に対処する必要があると考えられた。

## 2. 前立線扁平上皮癌の 1 例

高橋潤<sup>1</sup>、津久和貴<sup>1</sup>、村田太郎<sup>1</sup>、松島常<sup>1</sup>、横山宗伯<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 東京警察病院 泌尿器科

<sup>2</sup> 同 病理科

81 歳男性。2011 年 3 月 19 日 PSA15.57ng/ml と高値のため、前立腺針生検 20 本施行するも悪性所見なし。前立腺体積 PV89ml(TZ63ml)、IPSS11 点にてデュタステド<sup>®</sup> 0.5mg 分 1 開始。3 年投与後 PV94(TZ60)ml と増大するも PSA は 4.05ng/ml に低下。デュタステド<sup>®</sup> 投与 4 年 4 ヶ月後に TURP と PZ 生検を同時に施行。切除 50g。TUR523 切片中 2 切片に扁平上皮癌を認めるも、針生検は陰性。PSA は 1.15ng/ml に減少。3 ヶ月後セプト<sup>®</sup> TURP と PZ 針生検を施行し低分化扁平上皮癌の診断。IHC で尿路上皮マーカー CD7、CD20 と前立腺マーカー PSA, p504s は陰性。扁平上皮癌マーカー 34BE12, CK5/6 は陽性であった。CT、骨シチ、MRI で転移を認めず、前立腺に対して 3D-CRT 74Gy/37fr 施行。術後 1 年経過し再発を認めず、PSA0.7ng/ml である。

### 3. 下部尿管癌に対する腎尿管全摘術後に 特異な膀胱腔外再発を来した1例

稲原昌彦、奥村大輔、松岡直樹  
三郷中央総合病院 泌尿器科

症例は64歳、女性。2012年7月11日に無症候性肉眼的血尿で当科を受診。尿細胞診はクラスⅢ、膀胱鏡検査にて右尿管口周囲に平坦状の乳頭状腫瘍が広がり、右尿管口外側に長径1cm大の乳頭状腫瘍を認めた。7月24日経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行。乳頭状腫瘍は筋層を含めて全て切除した。右尿管口より腫瘍が飛び出しており、可及的に切除するも腫瘍茎は残存していた。病理結果は膀胱腫瘍が Urothelial carcinoma, High grade, pTa、右尿管口腫瘍は Urothelial carcinoma, High grade であるも粘膜は含まなかったため深達度診断はできなかった。8月31日腹腔鏡下右腎尿管全摘術を施行。右尿管口を含む膀胱は傍正中切開にて部分切除した。尿管下端に5×3mmの腫瘍を認め、病理結果は High Grade, Urothelial Carcinoma, pTa であった。

術後10ヶ月目の造影CTでは右尿管口跡に一致する嚢胞状腫瘍があるも、造影効果は無かった。しかし17ヶ月目の造影CTでは造影効果が出現したため、造影MRIを撮影。拡散強調画像やADC画像で悪性細胞の存在を疑った。膀胱鏡では右尿管口跡の粘膜下隆起を認めた。術後18ヶ月目に開腹下膀胱部分切除を施行した。病理結果は乳頭状の尿路上皮癌であり、腫瘍は筋層に接しているが、粘膜との連続性は無かった。切除断端は陰性だった。

通常、腎尿管全摘術後の旧尿管口に再発する症例は、尿管口を十分に切除しないことが原因であり、その場合の腫瘍は尿管口の粘膜と連続している状態となる。しかし今回の症例においては、膀胱部分切除した標本中の尿路上皮癌は粘膜と連続しておらず、切除断端の筋層内に取り込まれている状態だった。腎尿管全摘の病理標本では、腫瘍の筋層浸潤は無かったため、腫瘍残存は切除断端から発生したものではなく、膀胱の粘膜と筋層を2層で閉鎖する時に、腫瘍細胞が粘膜と筋層との間に閉じ込められた事によるものと推論された。

### 4. 両側多発性 Mixed epithelial and stromal tumor of the kidney の1例

養田亮、高木敏男、戸田直裕、板垣裕子、  
近藤恒徳、石田英樹、長嶋洋治、田邊一成

東京女子医科大学病院 泌尿器科、同 病理診断科

腎 Mixed epithelial and stromal tumor (以下 MEST) は成人女性に好発する嚢胞性良性腫瘍である。病理組織学的には MEST は卵巣様間質中に埋没した尿細管腺構造で構成される。我々は両側腎に多発性に発生した MEST の1例を経験したので報告する。

症例は43歳、女性。血尿を主訴に、近医を受診した。CTで、左腎に38mmと65mmの腫瘍、右腎に10mmから50mmの腫瘍4個を認め、当科紹介受診となった。画像所見から両側腎癌を疑い、左腎部分切除術後、時期を置いての右腎摘除術を予定していた。左腎部分切除術を施行し、2つの腫瘍を摘出したところ、いずれも MEST であった。右腎腫瘍を経皮的腫瘍生検して MEST であることを確認した。MEST は術後良好な経過をたどるのが一般的とされているが、悪性転化の報告もあるため現在定期的に画像検査を行いフォロー中である。両側多発性に発生する MEST は非常に稀である事から文献的考察を加え報告する。

## 5. 現代の日本人の前立腺ラテント癌における分子生物学的検討

稲葉裕之

東京慈恵会医科大学 泌尿器科学講座

**【緒言】**2005年にTomilinsらは、前立腺癌におけるTMPRSS2とETS related gene(以下ERG)の癒合遺伝子を発見し、欧米人の前立腺全摘症例の50~70%がERG陽性と報告した。また、2011年にはBushraらは前立腺癌細胞において上皮増殖因子受容体と、膵臓内在性のtrypsin inhibitorであるserin protease inhibitor, Kazal type 1(以下SPINK1)が結合してシグナル伝達していることを報告した。前立腺癌におけるERGとSPINK1の存在が、再発や予後にどのように影響するか議論されているが、未だ結論はでていない。今回我々は当院ラテント癌の検体におけるERGとSPINK1の免疫染色を施行し、その発現頻度の検討を行った。

**【対象と方法】**2009年~2014年までに東京慈恵会医科大学附属病院で病理解剖が行われた男性162例のうち前立腺ラテント癌と診断された64例を対象とした。前立腺の検体は尿道に垂直な厚さ4mmの連続切片で標本が作製され、index tumorを含むプレパラートでERGとSPINK1の免疫染色を施行した。検体の再切片により認識できなくなった微小ラテント癌3例あり、それを除く61症例で検討が行われた。

**【結果】**血管内皮細胞のERG染色が不良のため、8例が判定不能であった。残りの53例中、ERG陽性例は0例(0%)であった。SPINK1陽性例は61例中5例(8.2%)であった。

**【考察】**アジア人の前立腺全摘症例におけるERG陽性率は10~20%程度と報告されているが、今回の検討では0%であった。この理由として、日本人のERG陽性率がもともと低いことに加え、さらに死後から解剖までの時間や長時間のホルマリン固定といった特殊な環境がERG染色に影響した可能性もある。SPINK1に関しては、フランス人の前立腺全摘標本で陽性率15.3%であり、陽性例は浸潤性が強く、去勢抵抗性前立腺癌への進行を示唆するといった報告がある。今回の検討ではSPINK1陽性率は8.2%であり、これはラテント癌が臨床癌と比べて緩徐に進行するlow gradeが多いためと考えられる。

## 6. 膀胱癌 Plasmacytoid variant の1例

西川涼馬

鳥取大学医学部 器官制御外科学講座

腎泌尿器学分野

症例は50歳男性。排尿時の違和感を主訴に近医を受診。膀胱鏡で膀胱腫瘍を認め、2014年3月当科紹介受診となった。膀胱鏡では後壁に広範な膀胱粘膜浮腫を認め、左壁の一部に有茎性乳頭型腫瘍も認めた。cT3bN0M0の診断のもと、同年3月14日TUR-BTを施行。病理組織診断は[high grade UC with Plasmacytoid variant, pT2 or more]であった。同年3月30日、ロボット支援下根治的膀胱全摘除術、回腸導管造設術を施行、病理組織診断は[high grade UC, lymphoma-like/Plasmacytoid variant, pT3b, pN0]であった。術中腹水あり、肉眼所見的には腫瘍は腹膜面や周囲脂肪織への進展を認めた。腹水細胞診は陽性であった。術後補助化学療法としてGC療法を5コース施行し、画像上は再発を認めなかったが、術後9ヶ月、化学療法終了後3か月半の時点で癒着性イレウスを発症した。保存的治療で改善無く、外科的加療を施行した。術中、回腸導管作成時の回腸回腸吻合部に腫瘍の浸潤を疑う所見があり、同部位を切除。病理組織検査で腫瘍の進展を認めた。追加治療として、当院倫理委員会での審議を経た後、PCaG療法(PTX+CBDCA+GEM)を施行、ヒト型抗ヒトPD-1モノクローナル抗体の投与、患者本人の希望で樹状細胞ワクチンによる免疫療法を施行した。しかし、緩徐ではあったが、腹膜播種と腹水の増悪、右腎転移の出現、胸膜播種を認めた。その後緩和医療へ移行し、治療開始から1年4か月後に永眠された。

Plasmacytoid variantの膀胱癌は比較的稀で予後も不良であると言われている。今回の症例では、膀胱全摘時より腹膜播種の所見を認めるも、種々の加療により比較的長期の生存を得ることが可能であった。

## 7. 先天性副腎皮質過形成に伴う adrenal rest tumor の 1 例

寺本祐記<sup>1</sup>、渋谷信介<sup>1</sup>、南口早智子<sup>1</sup>、小川修<sup>2</sup>、  
三上芳喜<sup>3</sup>、羽賀博典<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 京都大学医学部附属病院 病理診断科

<sup>2</sup> 同 泌尿器科

<sup>3</sup> 熊本大学医学部附属病院 病理診断科

**【症例】**45 歳男性。4 歳時に診断された先天性副腎皮質過形成(以下 CAH; 21-OH 欠損症、単純男性型)に対し、ステロイド<sup>1</sup> 補充療法が施行されていたが、たびたび内服を忘れるなどコンプライアンスは不良であった。44 歳時に、睪<sup>2</sup> リンパ<sup>3</sup> 上皮性嚢胞に対し睪体尾部部分切除術が施行され、そのフォローアップ CT にて偶発的に両側精巣に 1cm 大の腫瘍が発見された。同時期より左陰嚢痛を自覚していた。背景疾患から adrenal rest tumor (ART) を疑い、ステロイド<sup>1</sup> 増量による ACTH 抑制療法を 3 ヶ月間行ったものの、消化器症状の出現等のため、十分な効果が得られなかった。Leydig cell tumor の可能性も考慮し、確定診断および症状改善目的で左精巣腫瘍核出術を施行した。術後左陰嚢痛は改善し、右精巣腫瘍は無症候であることから経過観察となった。

**【肉眼所見】**腫瘍は 1.2×1.0×0.3cm 大、断面は黄色ないし褐色調であった。

**【組織学的所見】**淡明ないし淡好酸性で、豊富な細胞質を有する細胞の充実性胞巣状増殖から構成される腫瘍で、精巣網への進展を伴っていた。細胞質内には多数の微小な空胞が認められ、また細胞<sup>4</sup> 質内<sup>5</sup> に<sup>6</sup> シポ<sup>7</sup> フチン<sup>8</sup> とみられる褐色色素を有する細胞が散見された。免疫組織化学染色では、CD56, synaptophysin, calretinin, inhibin が陽性を示し、chromogranin A は陰性であった。Leydig cell tumor を示唆するような Reinke crystal は認めず、また両側性に存在する点から ART と診断した。

**【考察】**ART は精巣だけでなく、肝臓、卵巣にも発生し、CAH の患者ではその 65-94%に認められる。その発生機序は未だ明らかではないが、胎生期に副腎皮質と性腺が近接していることから、精巣内に副腎皮質由来の細胞が迷入し、CAH コントロール不良な際に生じる ACTH 上昇に伴って過形成をきたすのではないかと推測されている。臨床的・病理組織学的に Leydig cell tumor との鑑別が問題になることがあり、精巣摘出など過剰な治療選択を避けるためにも、臨床・組織像より適切な診断が求められる病変として、臨床医・病理診断医ともに認識すべきである。

## 8. 診断に難渋した尿管小細胞癌の一例

土岐大介<sup>1</sup>、高山智裕<sup>1</sup>、瀬戸口誠<sup>1</sup>、  
斉藤直<sup>1</sup>、廣島健三<sup>2</sup>、乾政志<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 東京女子医大八千代医療センター 泌尿器科

<sup>2</sup> 東京女子医大八千代医療センター 病理診断科

症例は 82 歳男性。2015/8/27 左側腹部痛を主訴に当科受診。血液生化学所見にて WBC10210/ul, CRP4.42mg/dl と炎症反応の上昇を認めた。CT にて左水腎、水尿管を尿管膀胱移行部まで認め、尿管下端内に 17mm の軟部組織腫瘍影が認められた。左腎盂腎炎の診断にてセフトリアキソンの投与を開始したが、翌日 38.5 度の発熱、WBC12600/ul, CRP7.9mg/dl と炎症反応の更なる上昇を認めたため緊急腎瘻増設を施行した。腎盂腎炎軽快後、膀胱鏡を施行。左尿管口の膨隆を認めるのみで、膀胱内に腫瘍性病変は認めなかった。逆行性尿路造影では下部尿管の不均一な造影を認め、上部尿路はほとんど造影されなかった。下部尿管擦過細胞診を提出したが検体量不足であった。自然尿細胞診は classIII であった。画像所見より左下部尿管癌と診断し、2015/11/6 左腎尿管全摘術施行。病理診断は Lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC) であった。LELC は鼻咽頭に発生する癌としてよく知られている。尿路発生の LELC の報告も散見され、その多くは膀胱発生であり、尿管発生の LELC の報告はきわめて稀である。今回我々は、尿管発生の LELC に関し、その病理組織像を中心に文献的考察を含め報告する。

## 9. 後腹膜腫瘍の一例

上原慶一郎<sup>1</sup>、松岡亮介<sup>1</sup>、市川千宙<sup>1</sup>、  
今井幸弘<sup>1</sup>、鈴木良輔<sup>2</sup>、川喜田睦司<sup>2</sup>

<sup>1</sup>神戸市立医療センター中央市民病院 病理科

<sup>2</sup>神戸市立医療センター中央市民病院 泌尿器科

症例は、30代女性。1ヶ月前に人間ドックで右副腎腫大を指摘され、当院内内分泌内科を紹介受診となった。精査にて、内分泌異常はみられず、画像検査で、副腎外後腹膜腫瘍、特に悪性リンパ腫が疑われ、手術となった。既往には、小児期に川崎病や von Willebrand 病を指摘されていた。

摘出標本は、肉眼上、断面にて白色充実性を呈し、境界はほぼ明瞭で、副腎は圧排されていた。組織学的には、紡錘形細胞が錯綜状に増殖し、腫瘍細胞間には、形質細胞の目立つ炎症細胞浸潤を伴っていた。所々で硝子線維化を認めた。免疫染色では、 $\alpha$ SMA・ALK が広く陽性で、S-100 蛋白・Desmin・c-kit・CD34 は陰性であった。MIB-1 labeling index は、5%程度であった。以上より、組織像および ALK 陽性であることから、inflammatory myofibroblastic tumor と診断した。

## 10. 岡山大学病院における

### 前方優位前立腺癌の病理学的特徴

柳井広之、田中健大、田中颯之、谷口恒平、  
能島舞、表梨華、吉野正

岡山大学病院 病理診断科

**【目的】**尿道中央から水平に引いた線よりも前方に最大の腫瘍(index tumor)がみられるものを前方優位前立腺癌 anterior predominant prostatic cancer (APC)という。これまでに本邦の APC のまとまった報告は少ないので当院の APC の病理学的特徴を検討した。

**【対象】**2004年3月から2013年12月までに当科で診断した前立腺全摘症例524例のうち APT と評価した162例。

**【結果】**当院では APT は前立腺全摘症例の30.9%であった。前方の index tumor が前立腺内癌の最高の Gleason score (GS)である症例が126例(77.8%)であった。腫瘍の局在は辺縁帯(PZ)が56例(34.6%)、移行帯(TZ)が76例(46.9%)、特定不能例が30例(18.5%)であり、これまでの報告よりも TZ の癌の頻度が高かった。GSは6/7/8-10の順に PZ 癌では13/37/6例、TZ 癌では15/57/4例、特定不能例では7/23/0例であり、比較的 Gleason score の低い症例が多かった。切除断端陽性症例は44例(27.2%)であり、PZ 癌で15例、TZ 癌で16例、特定不能例で13例であった。前立腺外進展は14例(8.6%)にみられ、PZ 癌で5例、TZ 癌で6例、特定不能例で3例であった。

**【考察】**海外からの報告に比べて前立腺全摘症例に占める APC の頻度が高かった。発生部位について Al-Ahmadie らは APC に占める TZ 癌の頻度を34.3%と報告しており、当院ではそれよりも TZ 癌の頻度が高かった。前立腺外への進展頻度は低いが、切除断端陽性例は高く、特に発生部位特定不能例で頻度が高かった。本邦の APC は海外からの報告例とやや異なる傾向があることが示唆されるが、本研究では発生部位同定困難な症例が多く、さらなる検討が必要である。

## 11. 尿閉に対する経尿道的前立腺切除術標本で診断したIgG4関連前立腺炎の1例

大谷博<sup>1</sup>、吉田一博<sup>2</sup>、森健一<sup>3</sup>、小出祐子<sup>3</sup>

<sup>1</sup>社会医療法人白十字会白十字病院 臨床検査科

<sup>2</sup>同 泌尿器科

<sup>3</sup>同 臨床検査技術部

**【はじめに】** IgG4 関連疾患としては、自己免疫性膵炎や後腹膜線維症はよく知られているが、IgG4 関連前立腺炎は稀な病変であり、泌尿器科領域における認知度は低いものと思われる。

**【症例】** 60 歳代の男性。

**【臨床経過】** 約 6 年前より排尿困難があり、内服治療が行われるもあまり改善しなかった。今回、アルコール摂取後の尿閉を繰り返したため経尿道的前立腺切除術 (TUR-P)が行われた。

**【病理所見】** TUR-P 標本の広い範囲にリンパ濾胞形成を伴う高度のリンパ球、形質細胞浸潤及び強い線維増生がみられ、既存の前立腺組織は荒廃していた。一部に花むしろ様線維化がみられるとともに、Victoria blue-HE 染色にて閉塞性静脈炎が認められた。

**【診断経過】** IgG4 関連前立腺炎が疑われたため、IgG4 及び IgG の免疫染色を追加し、血清 IgG4、IgG 等の測定及び全身の IgG4 関連疾患の検索を依頼した。免疫染色では、IgG4 及び IgG 陽性形質細胞がびまん性に認められ (IgG4/IgG>50%)、血清 IgG4 高値 (851 mg/dl)、IgG 高値 (2195 mg/dl)であった。PET にて、後縦隔腫瘍、縦隔リンパ節、及び顎下腺周囲リンパ節に集積がみられた。3 年前に特発性眼窩炎症にてステロイドを投与され軽快した病歴もあり、総合的に IgG4 関連前立腺炎と診断された。PSA 値は 3.5 ng/ml であった。

**【考察】** 本疾患が認知されるに従って、①IgG4 関連疾患患者において、血清 PSA 値が軽度上昇するような場合の針生検による良・悪性の鑑別、② IgG4 高値の患者における IgG4 関連前立腺炎の針生検による診断、等が病理医に求められる機会が増えることが想定される。

IgG4 関連疾患における本疾患の意義は確立されておらず、針生検及び TUR-P 標本の診断基準を含めて、今後の検討課題と考える。

## 12. 結節性硬化症に合併した eAML の 1 例

小池宏幸<sup>1</sup>、岩橋吉史<sup>2</sup>、樋口雅俊<sup>1</sup>、宮井晴加<sup>1</sup>、梅本秀俊<sup>1</sup>、山下真平<sup>1</sup>、射場昭典<sup>1</sup>、吉川和朗<sup>1</sup>、松村永秀<sup>1</sup>、柑本康夫<sup>1</sup>、原勲<sup>1</sup>

<sup>1</sup>和歌山県立医科大学 泌尿器科

<sup>2</sup>和歌山県立医科大学 病理診断科

24 歳、女性。結節性硬化症(TSC)に伴う多発性腎血管筋脂肪腫(AML)のフォロー中、最大径 4cm と増大傾向が認められた。エベロリムス内服を開始したところ、縮小傾向がみられたため、12 ヶ月後に一旦休薬した。しかしながら、休薬後 5 ヶ月目には、左腎下極の腫瘍が 60 mm 大と急速に増大するとともに、両肺に多発結節陰影が出現した。腎癌の多発肺転移も疑われたため、腎生検および肺生検を施行したところ、腎腫瘍は類上皮血管筋脂肪腫 (eAML)、肺病変は多発性微小結節性肺胞上皮細胞過形成(MMPH)であった。エベロリムス内服を再開し、3 か月後の CT では肺病変および腎腫瘍は縮小傾向を認めているが、副作用として肝機能障害もみられているため、eAML に対する追加治療を考慮中である。

2012 年の International TSC Consensus Group のガイドラインでは、未破裂 AML で 3 cm 以上のものに対しては第一選択として mTOR 阻害剤、第二選択として塞栓術または腎部分切除術が推奨されている。また、類上皮細胞の比率が高く、悪性の経過をたどる亜型が明らかにされ、eAML として報告されている。eAML の悪性度は報告により様々であり、明確な疾患概念として確立されているとは言い難い。本症例では腎腫瘍は免疫染色で HMB45、Melan-A、 $\alpha$  SMA が陽性であり eAML と診断したが、MIB-1 index が 5-10% など悪性を強く示唆する所見は明らかでなかった。エベロリムス内服を再開し、腫瘍の縮小効果を得ているが、塞栓術などの追加治療および厳重な経過観察が必要と考えている。

### 13. 腎盂癌と炎症性疾患の鑑別が

#### 困難であった2症例

佐藤俊介

宮崎大学医学部 泌尿器科

症例1：64歳男性

**【現病歴】**2013年肉眼的血尿を自覚するも近医内科の検尿にて異常なく経過観察となる。2014年9月健診にて尿潜血陽性、貧血を指摘、超音波検査にて右腎異常を指摘され当科紹介。

**【初診時検査所見】**Hb10.9g/dl、CRP1.16mg/dl、sIL-2R864U/ml、尿細胞診classⅢ、尿沈渣にてWBC>100/HPF、造影CTにて右腎下極に造影効果の乏しい腫瘍性病変とリンパ節腫大を認めた。

**【経過】**炎症性疾患も考慮され経皮的腎生検を施行、炎症細胞浸潤を認めるも積極的に悪性を疑い所見は認めなかった。悪性腫瘍が否定できず、腹腔鏡下にリンパ節術中迅速病理、右腎摘除を行い、摘出腎の迅速病理にて尿路上皮癌の診断を得たため、尿管全摘を追加した。病理組織診断にて浸潤性尿路上皮癌と診断した。針生検は炎症部位のみを採取したものと考えられ、リンパ節は腫瘍周囲の炎症反応に伴うリンパ節腫大と考えられた。

症例2：78歳女性

**【現病歴】**2014年ころより体重減少を自覚、2015年9月より左背部痛あり前医受診、CTにて右腎盂腫瘍、右水腎症、右萎縮腎、右尿管結石を認め当科紹介。

**【初診時検査所見】**Hb11.4g/dl、CRP0.16mg/dl、Cr0.83mg/dl尿細胞診：陰性、膀胱鏡にて膀胱腫瘍は認めなかった。前医造影CT、では腎盂尿管移行部から腎盂壁に造影効果にやや乏しいφ35mmの腫瘍を認めた。

**【経過】**右腎細胞癌を否定できないため術中迅速病理を確認のうえ、腹腔鏡下右腎（尿管）摘除術の方針となった。右腎の迅速病理にて尿路上皮癌は否定され腎摘除のみで手術終了とした。病理組織診断にて著明な線維化や泡沫細胞浸潤、リンパ濾胞を認め、CD68陽性にて黄色肉芽腫性腎盂腎炎の診断となった。

**【結語】**腎盂癌と炎症性疾患の鑑別が困難であった2症例を経験した。術中迅速病理を施行し適切な術式を選択した。

### 14. 腎腫瘍に対する

#### CTガイド下針生検の検討

岡了<sup>1</sup>、神谷直人<sup>1</sup>、宋本尚俊<sup>1</sup>、加藤精二<sup>1</sup>、若井健<sup>1</sup>、李芳青<sup>1</sup>、内海孝信<sup>1</sup>、遠藤匠<sup>1</sup>、矢野仁<sup>1</sup>、上島修一<sup>1</sup>、西見大輔<sup>1</sup>、高波眞佐治<sup>1</sup>、蛭田啓之<sup>2</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>東邦大学医療センター佐倉病院 病院病理部

**【諸言・目的】**近年、画像検査の進歩により、より小径な腎腫瘍が発見されるケースが増加している。また、腎癌に対して多くの分子標的薬が使用可能となり、治療を行う上で病理学的診断が重要視されている。しかしながら、良性腫瘍と悪性腫瘍の識別には画像検査のみでの限界もある。小径腎癌に対してガイドライン上、**active surveillance**が選択肢として挙げられており、腎腫瘍に対する針生検の有用性が唱えられている。今回我々は、画像上、診断に苦慮した腎腫瘍7例に対してCTガイド下針生検を行ったので若干の文献的考察を加えて報告する。

**【方法】**2014年4月から2015年4月までに腎腫瘍に対して当院でCTガイド下針生検を施行した7例について、臨床病理学的検討を行った。

**【結果】**平均年齢66.9±11.6歳、男女比は男性3人女性4人、平均腫瘍径φ40.0±8.9mm、平均生検本数3.0±0.8本で、生検後の重篤な合併症は認められなかった。組織学的には淡明細胞癌4例、腎細胞癌1例、腎血管筋脂肪腫1例、悪性腫瘍1例であった。画像診断と異なった症例を1例（画像：腎盂癌→生検：腎細胞癌）で認めた。生検後、腎摘出術を4例で施行し、生検標本と異なった症例を1例（生検標本：悪性腫瘍→全摘標本：浸潤性腎盂癌）で認めた。

**【結論】**従来、腎腫瘍に対する生検は、腫瘍播種のリスク・出血・感染・他臓器損傷などのリスクを伴うとされていたが、生検針の質の向上により、近年では播種のリスクは非常に低いとされている。CTガイド下に行うことで、より安全に生検を行うことが可能となった。組織型により治療方針が変更される症例や**active surveillance**を考慮した小径腎腫瘍症例や良性腫瘍との鑑別が必要な症例に対して、CTガイド下針生検は考慮すべき方法であると考えられる。

## 15. 日本と米国における前立腺癌発生部位の比較：前立腺全摘標本を用いた検討

金尾健人<sup>1</sup>、梶川圭史<sup>1</sup>、小林郁生<sup>1</sup>、  
Samson Fine<sup>2</sup>、Victor Reuter<sup>2</sup>、住友誠<sup>1</sup>

<sup>1</sup>愛知医科大学 泌尿器科

<sup>2</sup>Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

**【背景と目的】**前立腺癌の発生部位に人種間で差があるかについての議論は従来から行われているが、現在まではっきりとした結論は出ていない。今回我々は、日本と米国での生検標本及び全摘標本を用いて前立腺癌の発生部位の比較を行った。

**【対象と方法】**愛知医大 (AMU) 及び Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) で前立腺全摘除術を行った 104 例及び 109 例の前立腺癌患者を対象とした。最初に診断時の生検標本をレビューし、生検陽生部位を両施設間で比較した。次に前立腺全摘標本上でマッピングを行い、3次元解析ソフト 3D slicer (www.slicer.org) を用いて腫瘍を個別化した後、その発生部位を anterior peripheral zone (PZ), posterior PZ, transition zone (TZ) の 3 つに分類して両施設間で比較した。

**【結果】**年齢、診断時 PSA、前立腺体積の平均値は 66.4 歳、8.56 ng/ml、27.8cc (AMU) 及び 61.9 歳、6.45 ng/ml、46.2cc (MSKCC) であった。生検陽生部位は、尖部、体部、底部それぞれ 128、113、97 箇所 (AMU) 及び 116、115、131 箇所 (MSKCC) で、AMU が尖部の、MSKCC が底部の陽性箇所が多い傾向を認めたが、有意差は認めなかった。AMU の全摘標本内に計 441 個、MSKCC の全摘標本内に計 800 個の腫瘍を同定し、その発生部位の内訳は、AMU では Ant.PZ:123(27.9%), Post.PZ:268(60.8%), TZ 50 個 (11.3%), MSKCC では Ant.PZ:182(22.8%), Post.PZ:466(58.3%), TZ 152 個 (19.0%) で、AMU での前立腺癌の発生部位は、MSKCC と比較し、Ant.PZ に多く、TZ に少なかった。(p<0.001)

**【結論】**本検討では、日本人の前立腺癌の発生部位は、米国人と比較し、Ant.PZ に多く、TZ に少ない可能性が示唆された。

## 16. 膀胱に認めた明細胞腺癌の 1 例

佐藤勇一郎<sup>1</sup>、福島剛<sup>2</sup>、月野浩昌<sup>3</sup>、  
向井尚一郎<sup>3</sup>、賀本敏明<sup>3</sup>、浅田祐士郎<sup>4</sup>

<sup>1</sup>宮崎大学医学部附属病院 病理診断科

<sup>2</sup>宮崎大学医学部 病理学講座腫瘍 再生病態学分野

<sup>3</sup>宮崎大学医学部 泌尿器科

<sup>4</sup>宮崎大学医学部 病理学講座構造機能病態学分野

**【はじめに】**明細胞腺癌は、卵巣に比較的多く発生する悪性腫瘍で、膀胱に明細胞腺癌を認めることはまれである。今回我々は、膀胱後壁に認めた明細胞腺癌を経験したので報告する。

**【症例】**73 歳女性。1 カ月前から肉眼的血尿を自覚し、近医受診し膀胱腫瘍を指摘。精査加療目的で当院泌尿器科紹介受診。画像検査で、膀胱後壁に筋層浸潤を伴う約 3x2cm 大の腫瘍であり、TUR-Bt を施行された。膀胱鏡では、非乳頭状広基成腫瘍であった。本例は左右の卵巣に 2-3cm 大の腫瘍性病変もあり、今後精査する予定である。

**【病理組織所見】**腫瘍細胞は腺管様増殖と一部充実性の増殖を示し、筋層を中心に浸潤性増殖を示していた。腫瘍細胞は明るい細胞質からやや好酸性の細胞質とやや大型の異型性を示す核を有していた。粘膜上皮はやや浮腫状、腫瘍の増殖に伴い一部乳頭状を呈していたが、明らかな上皮内病変はなく、子宮内膜症もみられなかった。腫瘍細胞は PAS 染色で陽性で、ジアスターゼで消化され、免疫染色では CK7 がびまん性に陽性、CK20 が一部陽性、CD7, RCC は陰性であった。また卵巣の明細胞腺癌で陽性となる Napsin A は陽性であった。以上の所見より明細胞腺癌と診断した。

**【考察】**膀胱に明細胞腺癌を認めることはまれであり、報告も少ない。これまでの報告では、膀胱に発生する明細胞腺癌は肉眼的には、粘膜下腫瘍のようなポリープ状に見えることが多く、組織学的にも上皮内病変を伴わないことが多いとされている。腫瘍細胞は卵巣の明細胞腺癌と類似しており、hobnail パターンをしばしば示すとされているが、本例では目立たなかった。本例は卵巣に病変があるため、転移性病変の可能性も考えられた。



## 17. 病理医と泌尿器科医を悩ます

### 分類不能型腎腫瘍～その実態～

黒田直人<sup>1</sup>、頼田顕辞<sup>1</sup>、長嶋洋治<sup>2</sup>

<sup>1</sup>高知赤十字病院 病理診断科部

<sup>2</sup>東京女子医大病院 病理診断科

#### 【はじめに】

分類不能型腎腫瘍は病理医を悩ますものであり、同時に泌尿器科医もその対応にも困惑する疾患群と思われる。今回、コンサルテーション症例からその実態を探ることとした。

#### 【材料と方法】

2015年1月から10月までの期間に高知赤十字病院・病理診断科部に病理診断コンサルテーションされた約80例のうち、腎腫瘍の手術材料標本において分類不能型と診断された20例の実情を検討した。

#### 【結果】

2疾患の鑑別で悩んだ9例のうち、mucinous tubular and spindle cell carcinomaとpapillary RCCの鑑別で悩むものは7例存在し、mucinous tubular and spindle cell carcinomaとcollecting duct carcinomaの鑑別で悩むものが2例存在した。細胞質がclear cellでありながら、papillary growthの目立つ症例は、遺伝子・染色体検査の力を借りないと難しい症例も多く、そのような症例は4例存在した。MiTF転座型が示唆されるが、固定不良により確定できないものが2例存在した。既存のどの疾患概念にあてはまらないもの、ないしは4つの疾患で鑑別できないものが2例存在した。low-grade oncocytic tumor/hybrid tumor疑いが2例存在した。papillary RCCでfoamy cell changeの目立つものが1例存在した。

#### 【考察】

当院に外部施設から相談にくる症例の25%は分類不能型腎腫瘍で占められていた。今後このような疾患の鑑別のためにさらなる臨床病理学的・遺伝子・染色体異常および画像所見を含めた研究の推進が望まれる。MiTF転座型が疑われる症例は固定法など術前の泌尿器科医と病理医の連携が重要と思われる。病理医はなぜ分類不能型にせざるを得ないかを泌尿器科医にしっかりと伝える必要がある。

## 18. 精索に発生した

### Solitary Fibrous Tumorの1例

佐藤広明<sup>1</sup>、河野弘圭<sup>1</sup>、西川里佳<sup>1</sup>、藤村正亮<sup>1</sup>、  
関田信之<sup>1</sup>、菅野勇<sup>2</sup>、三上和男<sup>1</sup>

<sup>1</sup>千葉県済生会習志野病院 泌尿器科

<sup>2</sup>同 病理部

症例は78歳、男性。主訴は左陰嚢腫大。2010年頃から左陰嚢腫大を自覚していたが放置していた。2014年、近医泌尿器科受診時に、左精巣腫瘍の疑いにて当院当科紹介となった。血液検査所見では、Hb 11.6g/dLの軽度貧血を認め、腫瘍マーカーはAFP 3.7ng/mL, HCG 1.0IU/L未満、可溶性IL-2レセプター 784IU/mLだった。CTでは、左陰嚢から腹膜前腔に、腹腔内と連続性のない不均一な腫瘍を認め、右鼠径ヘルニア(膀胱ヘルニア合併の疑い)も認めた。明らかな転移を疑う所見は認めなかった。MRIでは、腫瘍はT2WIで不均一な信号を呈する多房性嚢胞性病変であり、正常大の精巣も描出されていた。以上から、左精索発生の後腹膜腫瘍と診断し、左高位精巣摘除術+右鼠径ヘルニア根治術を施行した。

摘除標本は848gで、左精索に径16cm大の白色調、癒合結節状の腫瘍を認めた。HE染色では部分的に結節状の混合線維性間質、星細胞、毛細血管などを伴う腫瘍性変化を認めたが、細胞異形、壊死、細胞密度、核分裂像からは悪性を示唆する所見は認めなかった。免疫染色では、Mic2陽性、CD34陽性、bcl2陽性、 $\alpha$ -SMA陰性だった。以上から、Extrapleural solitary fibrous tumor of the left spermatic cordと診断した。

胸膜外発生のsolitary fibrous tumorの報告は散見されるが、精索発生の報告は数少ない。外科的切除以外に有効な治療法は確立されておらず、悪性例や術後に転移再発を認めた症例も報告されている。今回我々は左精索から発生したsolitary fibrous tumorという稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 19. 当院における腎癌病理再評価の検討

蓼沼知之<sup>1</sup>、軸屋良介<sup>1</sup>、河合正記<sup>1</sup>、岸田健<sup>1</sup>、  
宮城洋平<sup>2</sup>、横瀬智之<sup>3</sup>、長嶋洋治<sup>4</sup>、

<sup>1</sup>神奈川県立がんセンター泌尿器科

<sup>2</sup>神奈川県立がんセンター臨床研究所

<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

**【目的】**2004年のWHO分類の改訂に基づき、2011年に腎癌取扱い規約も改訂され、病理学的事項も変更された。今回我々は2011年以前の腎癌の病理スライドをreviewし、組織型とgradeの再評価を行った。gradeについては3段階分類に加え、Fuhrman分類も追加し、相違と予後との関連について検討した。

**【方法】**2001年4月から2010年12月までに当院で腎癌に対して腎摘除術又は腎部分切除術を施行された251症例を対象とした。1人の泌尿器病理医が病理スライドをreviewし、組織型とgradeを再評価した。

**【結果】**全251例中、診断の相違を10例(4.0%)、H.E染色のみで診断困難なものを26例(10.4%)に認めた。Oncocytomaや類上皮型腎血管筋脂肪腫などの良性腫瘍と鑑別を要するものが9例(3.6%)認めた。顆粒細胞型とされた12例は、分類不能型に2例、淡明細胞型、嫌色素性、乳頭状、類上皮型腎血管筋脂肪腫にそれぞれ1例分類され、6例がH.E染色のみでは診断困難であった。review前の組織型別の5年癌特異的生存率(CSS)は、淡明細胞型84.2%、乳頭状66.7%、嫌色素性100%であった。review後の組織別ではそれぞれ86.2%、86.3%、100%であった。gradeについては3段階方式ではreview前後ともにGradeが上がると有意差をもって予後不良であった。各Grade毎でのreview前後でCSSの有意差は認めなかったが、Grade3ではreview後の方が予後がよい傾向にあった。

**【考察】**組織型の相違の頻度は、諸家と報告と比べても同等であった。Review前後で、組織型とgradeでCSSの大きな差は認めなかったが、今回の病理の再評価で、より正確な予後の予測が可能となると考えられる。

## 教育講演：「泌尿器癌に対する免疫療法の新展開と病理の関わり」

江藤正俊（九州大学大学院 医学研究院 泌尿器科学分野）

ここ数年の癌に対する免疫療法の復活は内外で非常に注目されており、cancer immunotherapy は Science 誌の選ぶ 2013 年の breakthrough of the year にも選ばれた。その cancer immunotherapy の中でも特に注目を集めているのが、programmed cell death 1 (PD-1) や cytotoxic T-lymphocyte-associated protein 4 (CTLA-4) といった immune checkpoint の役割を持った molecule を阻害する所謂 immune checkpoint 阻害薬である。immune checkpoint 阻害薬は肺癌をはじめとする様々な癌に対して抗腫瘍効果を認めているが、泌尿器癌では腎細胞癌、膀胱癌で良好な成績が報告されている。特に腎細胞癌では抗 PD-1 抗体である nivolumab が everolimus をコントロールとした second line 以降の患者を対象とする第三相試験において、全生存期間で有意に優れたとの報告がなされ、本邦でも今後承認されると思われる。膀胱癌においても海外での良好な結果を受けて、シスプラチン抵抗性の膀胱癌に対する抗 PD-1 抗体や抗 PD-L1 抗体を用いた第三相試験が本邦でも行われている。このように immune checkpoint 阻害薬は泌尿器癌においても非常に注目されているが、病理との関わりとしては predictive biomarker としての腫瘍における PD-L1 の発現がある。腫瘍における PD-L1 の発現は主として免疫染色によって検索されているが、当初腎癌では PD-L1 の発現が高いほど、抗 PD-1 抗体が効きやすいと報告されたが、最近では PD-L1 の発現と抗 PD-1 抗体の抗腫瘍効果は関係ないとする報告も多い。一方、膀胱癌では癌局所に浸潤している免疫細胞における PD-L1 の発現が高いほど、抗 PD-1 抗体が効きやすいとの報告もある。本演題ではこのような predictive biomarker の話題も含めて immune checkpoint 阻害薬の新展開について概説する予定である。

### 【江藤正俊先生 ご略歴】

昭和 61 年 九州大学医学部卒業  
昭和 61 年 九州大学医学部附属病院医員（研修医）（泌尿器科）  
昭和 62 年 浜の町病院（研修医）（泌尿器科）  
平成 4 年 九州大学大学院医学系研究科外科系専攻修了  
平成 4 年 原三信病院医師（泌尿器科）  
平成 5 年 総合せき損センター医師（泌尿器科）  
平成 6 年 県立宮崎病院泌尿器科副医長  
平成 7 年 九州労災病院医師（泌尿器科）  
平成 8 年 国立中津病院医長（泌尿器科）  
平成 9 年 九州大学附属病院医員 平成 10 年 同助手  
平成 11 年 米国ピッツバーグ大学外科研究員  
平成 13 年 九州大学病院（泌尿器科）助手 平成 15 年 同講師  
平成 21 年 熊本大学大学院医学薬学研究部 泌尿器病態学分野教授  
平成 22 年 熊本大学大学院生命科学研究部 泌尿器病態学分野教授  
平成 27 年 九州大学大学院医学研究院 泌尿器科学分野教授

日本泌尿器科学会・日本癌学会・日本癌治療学会・日本移植学会・日本免疫学会・  
日本泌尿器内視鏡学会・日本内視鏡外科学会・EAU・AUA・ASCO・国際移植学

平成 11 年度免疫・アレルギー等研究推進事業に係る「外国への日本人研究者派遣事業」に採用

平成 18 年 第 94 回日本泌尿器科学会総会賞受賞  
平成 23 年 第 49 回日本癌治療学会優秀演題賞受賞  
平成 24 年 第 27 回 Annual EAU Congress Best Poster Award 受賞  
平成 24 年 平成 24 年度科学研究費助成事業（科研費）審査員賞受賞  
平成 27 年 第 22 回日本泌尿器科学会総会学会賞受賞

## ミニレクチャー：「前立腺癌の ISUP 改訂について」

鷹橋浩幸（慈恵医大附属病院 病院病理部）

前立腺癌に対する新しいグレード分類が提唱され、2014年11月に開催された ISUP (International Society of Urological Pathology) のコンセンサス会議において承認された。この新分類は現行の Gleason 分類を元にして、各スコアを適切に群化することによりグレードグループ 1-5 を設定しており、数値が増すごとに悪性度が高くなるというものである。具体的には、Gleason スコア 2-6 が新分類のグレードグループ 1、 $3+4=7$  がグレードグループ 2、 $4+3=7$  がグレードグループ 3、Gleason スコア 8 がグレードグループ 4、Gleason スコア 9-10 がグレードグループ 5 に相当することになる。この新分類は2016年に発刊予定の WHO 分類に掲載されることになっており、今後の前立腺臨床のスタンダードになっていくと思われる。本講演では、Gleason 分類の問題点から派生した新分類の提唱とエビデンスおよび分類の骨子、コンセンサス会議における承認、今後の展開などについて概説する。

### 【鷹橋浩幸先生 ご略歴】

昭和 63 年 東京慈恵会医科大学 卒業  
昭和 63 年 東京慈恵会医科大学医学研究科入学  
平成 4 年 東京慈恵会医科大学医学研究科修了  
平成 4 年 東京慈恵会医科大学病理学教室 助手  
平成 4 年 米国留学  
平成 8 年 東京慈恵会医科大学病理学講座第 2 助手  
平成 9 年 三重大学医学部病理学第 2 講座 非常勤講師 (平成 11 年まで)  
平成 10 年 東京慈恵会医科大学病理学講座第 2 講師  
平成 13 年 同上病理学講座 講師 (講座統合により)  
平成 14 年 同上医学教育研究室 室員(兼任)  
平成 16 年 同上附属病院へ出向 病院病理部 診療医員  
平成 18 年 同上附属第三病院へ出向 病院病理部 診療医長  
平成 20 年 同上病理学講座 (出向解除)  
平成 21 年 同上病理学講座 准教授  
平成 25 年 同上附属病院へ出向 病院病理部 診療部長(代行)

日本病理学会  
日本臨床細胞学会  
United States and Canadian Academy of Pathology  
International Society of Urological Pathology

平成 15 年 日本病理学会 学術奨励賞

## シンポジウム 1

1:GS って……、

2:RCC? UC?

何を信じればいいのか?

杉元幹史

香川大学医学部附属病院 泌尿器・副腎・腎移植外科

病理所見は、われわれ臨床医が正しい治療を開始するための重要な起点であるということはいまでもない。しかし実臨床の現場では、ときどき途方に暮れるような事態に遭遇する。実際に患者に接し、患者からその苦悩をぶつけられるのはわれわれ臨床医である。今回は自分たちのことは棚に上げ、ご批判を頂戴するのは覚悟の上で本音を吐露してみたい。

これが泌尿器科医と病理医のよりよい関係発展に寄与すれば幸いである。

## 【1: 前立腺生検の Gleason score について】

われわれは第 1 回と第 4 回 JSUP にて、前立腺生検病理診断における紹介元病理診断と当院での review との比較を報告した。2 つの年台別に比較すると、一致率は 55% から 68% と向上しているものの、感覚的には決して十分であるとはいえない。また、病理医間での差は依然として大きく、“くせ” ですませられるものではないだろう。仕方がないのか？

## 【2: RCC? UC? 】

他院から紹介された症例である。近医にて、画像検査で右腎盂腫瘍の診断のもと、腎尿管全摘が施行された。病理診断は乳頭状腎細胞癌であった。術後 5 ヶ月目に肺転移、腹部リンパ節転移、下大静脈腫瘍塞栓が出現した。当院内科で肺腫瘍生検を施行。尿路上皮癌(UC) の肺転移に矛盾しないという病理診断であった。そこでさらに前医での腎腫瘍組織を取り寄せ review したところ、腎盂腫瘍との診断がなされた。現在はその診断を元に GC 療法を施行中である。

当然、RCC と UC では使用する薬剤が全く異なる。患者への説明も非常に難しく、後手に回った感は否めない。仕方がないのか？

いずれも治療法を決定する上で critical であり、患者の生死に直結するものである。これらの診断の齟齬は納得すべき、あるいは許容される範囲のものなのであろうか？是非とも皆様の忌憚のないご意見を承りたいと思う。

## 【杉元幹史先生 ご略歴】

昭和 63 年 香川医科大学（現香川大学医学部）卒業  
 平成 4 年 香川医科大学附属病院泌尿器科助手  
 平成 18 年 香川大学医学部附属病院講師  
 平成 19 年 同 附属病院泌尿器・副腎・腎移植外科准教授  
 平成 24 年 MD アンダーソン癌センター留学

日本泌尿器科学会（代議員）・西日本泌尿器科学会（評議員）  
 日本泌尿器内視鏡学会（評議員）・日本透析学会・日本癌治療学会  
 日本癌学会・臨床腫瘍学会・日本内視鏡外科学会・日本 Men's Health 医学会  
 日本排尿機能学会・米国泌尿器科学会（AUA）・米国臨床腫瘍学会(ASCO)  
 国際泌尿器科学会（SIU）

## シンポジウム 2

## 診断に納得がいかない

## - 泌尿器科医の立場から

徳田雄治

古賀病院 21

【はじめに】臨床医にとって想定外である理由は、その概念を認識せず、これまでの常識を覆される場合と、臨床医が期待している結果が得られない場合に大別される。両者を提示するが、いずれも臨床医と病理医の認識の差を埋めるには症例カンファレンスなどの face to face communication が重要となる。

【例 1】38 歳男性、次第に増強する排尿困難を主訴に前医を受診。内視鏡で膀胱頸部に表面平滑な隆起性病変を認め、腹部超音波検査、MRI 等の画像診断から前立腺嚢胞と考えた。経尿道的開窓術での病理診断結果は単層の扁平な上皮で覆われた尿膜管嚢胞との診断であった。一般的に尿膜管に対する泌尿器科医の認識では膀胱頂部と臍の間に位置しており、前立腺まで連続しているとの想定はない。類似した症例は前立腺嚢胞の報告が多いが、当院の報告は AFIP に尿膜管由来の嚢胞との記載に基づいている。免疫学的検討を含め提示し、ご意見を伺いたい。

【例 2】膀胱全摘報告で pT0 散見されるが、第 1 版腎盂・尿管・膀胱癌取扱規約では、膀胱切り出しについて、腫瘍を中心とした 5mm 間隔の連続並行断面を作成するよう、また肉眼的に腫瘍が確認できない部も上皮内癌存在の可能性も含め、適当数の切り出しを行うことが望ましいとの記載がある。自験例では、膀胱全摘 112 例中 12 例で pT0 と診断されたが、そのうち、膀胱全割は 6 例、手術痕跡部分を中心とした部分的な標本作成、もしくは全割に準じた Skip 標本作成がなされている症例が 6 例あり、追加切除 1 例で微小癌が確認された。全割作成にはコストと労力が費やされる。微小な癌の残存と真の pT0 には生命予後に差はないかもしれない。しかし、臨床医にとり、前治療でがんが消失したのか、微小がん残存の可能性があるのかを明らかにすることは、術後の説明が異なってくることから、可能な限り病理学的な徹底した検索を要望したい。

## 【徳田雄治先生 ご略歴】

平成 4 年	佐賀医科大学卒業
平成 4 年	佐賀医科大学泌尿器科入局
平成 11 年	同大学院卒業、泌尿器科助手
平成 13 年	唐津赤十字病院泌尿器科副部長
平成 16 年	佐賀大学泌尿器科講師
平成 18 年-20 年	Memorial Sloan Kettering Cancer Center 研究員
平成 27 年	古賀病院 21 泌尿器科部長

日本泌尿器科学会 専門医 指導医  
 日本泌尿器内視鏡学会  
 日本臨床細胞学会 細胞診専門医  
 日本癌治療認定機構 癌治療専門医

## シンポジウム 3

## どこから紡錘細胞癌？

三上修治

慶應義塾大学病院 病理診断部

紡錘細胞癌は未分化多形肉腫に類似した高異型度の紡錘形異型細胞の増殖であり、全ての組織型の腎細胞癌に発生する。現在の WHO 分類では紡錘細胞癌が *de novo* で発症する証拠がないため独立した組織型とせず、腎細胞癌を基盤として発生した高異型度の癌と記載されている。紡錘細胞癌を合併すると再発率が高く予後不良となる傾向があり、紡錘細胞癌を伴う腎細胞癌には術後の慎重な経過観察および治療が必要である。

しかし、上記の様に紡錘細胞癌は WHO 分類で採用されていない組織型であり明確な診断基準はない。細胞学的に紡錘細胞癌は高異型度で核形不整や明瞭な核小体を有する紡錘形異型細胞とされているが、以前は低異型度の紡錘形細胞が混在している症例も紡錘細胞癌と報告されていた。また、紡錘形異型細胞が一定量あれば紡錘細胞癌の合併と診断する立場もあるが、紡錘細胞癌の割合と予後については様々な報告があり一致していない。さらに、WHO 分類では粘液性間質を伴い上皮細胞と紡錘形細胞の増殖から構成される粘液管状紡錘細胞癌(MTSCC)が加えられた。そのため、紡錘細胞癌として診断されていた症例に MTSCC が含まれていたと考えられる。当初、MTSCC は低異型度腫瘍とされてきたが、高異型度 MTSCC が報告され、紡錘細胞癌の病理診断を難しくする一因となっている。

上皮様形態を示す通常型の腎細胞癌が肉腫様形態である紡錘細胞癌へ変化することは腎細胞癌における上皮-間葉転換と考えられ、浸潤・転移の重要なステップである。そのため、高異型度の紡錘形異型細胞が通常型腎細胞癌に混在する場合はその割合にかかわらず紡錘細胞癌の合併と診断すべきと考えられる。その際、MTSCC、上皮型血管筋脂肪腫、肉腫、肉腫様変化を伴う尿路上皮癌などの鑑別診断を慎重に行うことが必須である。

## 【三上修治先生 ご略歴】

平成 9 年 東京医科歯科大学医学部医学科 卒業  
 平成 9 年 東京医科歯科大学大学院医学系研究科（病理学）入学  
 平成 13 年 同校 修了  
 平成 13 年 博士（医学）  
 平成 13 年 慶應義塾大学医学部病理診断部助手(助教：平成 19 年～)  
 平成 25 年 慶應義塾大学医学部病理診断部専任講師

日本病理学会 学術評議員・日本臨床細胞学会・日本癌学会  
 日本臨床分子形態学会・慶應医学会

平成 22 年 日本病理学会学術奨励賞  
 平成 26 年 日本病理学会学術研究賞

## シンポジウム 4

## pT2 と pT3a の判断を迷う膀胱癌

内田克典

三重大学大学院 医学系研究科 腫瘍病理学

一般的に TNM 分類は、腫瘍の大きさや浸潤の深さにより T 因子が決定され、おおむね Tis-T4 に分類される。膀胱癌においては膀胱壁への浸潤の深さによって T 因子が定義されている。膀胱の壁構造と類似した構造をもち、かつ同様に T 因子が決定される臓器として、食道、胃、大腸などが挙げられる。これらの臓器では粘膜、粘膜下層、固有筋層、漿膜下層の各層の境界は明瞭で、浸潤の深さを決定することは、比較的容易である。一方、膀胱においては各層の境界は不明瞭である。特に固有筋層と筋層外組織の境界は筋組織と脂肪組織が複雑に入り交じっており、明確に線引きすることは困難である。ゆえに浸潤先進部が境界部分に存在する場合、T 因子の判定に苦慮することになる。判定の曖昧さは、診断者間の診断再現性低下にも繋がりうる。しかし筋層浸潤にとどまる pT2 と顕微鏡的筋層外組織浸潤を有する pT3a を区別することは重要で、病期が異なり、予後の分岐点となる。本シンポジウムでは、実際の症例を提示し、泌尿器科医の方々にわれわれの悩みをご理解頂きたい。

## 【内田克典先生 ご略歴】

平成 6 年 三重大学医学部卒業  
 平成 8 年 三重大学附属病院泌尿器科  
 平成 11 年 山田赤十字病院泌尿器科  
 平成 12 年 社会保険四日市病院泌尿器科  
 平成 14 年 **Washington University, Renal Division**  
 平成 16 年 三重大学附属病院泌尿器科 (助教)  
 平成 19 年 医学博士  
 平成 23 年 三重大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学 (助教)  
 平成 23 年 **Johns Hopkins Hospital, Surgical**  
 平成 23 年 三重大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学 (助教)

日本泌尿器科学会(専門医・指導医)  
 日本移植学会  
 日本病理学会(専門医・評議員)  
 日本臨床細胞学会(専門医・評議員)  
 日本膀胱学会(膀胱癌取扱い規約検討委員会委員)



## 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** と称し、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）

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）

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。  
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。  
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）

会員は会費を納めるものとする。  
会費の運用細則は、別に定める。

### 第6条（役員）

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）

本会則を改定するには、幹事会の決議を必要とする。

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。
- 会計監事は本会の正会員とし、本会の会計を監査する。  
顧問は本会運営に関して助言する。  
役員は幹事会の推薦によって定められる。  
任期は2年とし、再任を妨げない。

### 第3条（幹事会）

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

執行部メンバー（2014年8月より）

顧問

代表幹事白石泰三（病理） 賀本敏行（泌尿器）

（病理）

幹事 鷹橋浩幸 都築豊徳 長嶋洋治 村田晋一 宮城洋平 南口早智子

（泌尿器）

幹事 伊藤貴章（兼：事務局担当） 颯川晋，黒岩顕太郎 鈴木啓悦

那須保友 三木健太 山本真也

（五十音順）

会計監事 鷹橋浩幸（兼任）

### 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。

第5回日本泌尿器病理研究会(JSUP) プログラム抄録集

2016年1月12日発行

編集 第5回 JSUP 黒岩顕太郎 村田晋一

発行 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 4F

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/>



## 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ます。

抗悪性腫瘍剤 / キナーゼ阻害剤  
創薬、処方せん医薬品<sup>(1)</sup>

薬価基準収載

**スーテント<sup>®</sup>カプセル 12.5mg**  
SUTENT<sup>®</sup> Capsule スニチニブリンゴ酸塩カプセル

抗悪性腫瘍剤 (mTOR阻害剤)  
創薬、処方せん医薬品<sup>(2)</sup>

薬価基準収載

**トーリセル<sup>®</sup> 点滴静注液 25mg**  
TORISEL<sup>®</sup> Injection 25mg テムシロリムス点滴静注液

抗悪性腫瘍剤 / キナーゼ阻害剤  
創薬、処方せん医薬品<sup>(1)</sup>

薬価基準収載

**インライタ<sup>®</sup>錠 1mg・5mg**  
Inlyta<sup>®</sup> Tablets アキシチニブ錠

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

「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。

**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

2013年2月作成

まだないくすりを  
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

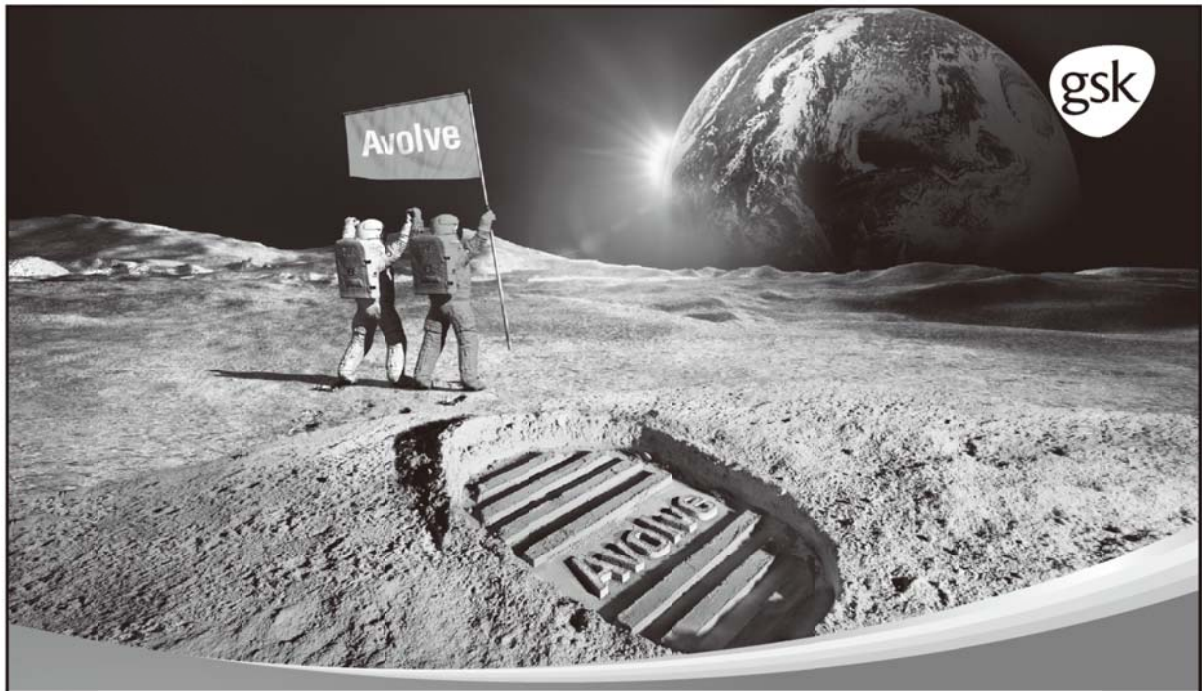
アステラスの、しごとです。



明日は変えられる。

[www.astellas.com/jp/](http://www.astellas.com/jp/)

 **astellas**  
Leading Light for Life  
アステラス製薬



5 $\alpha$ 還元酵素阻害薬 前立腺肥大症治療薬

創薬 | 処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用すること) 薬価基準収載

**アボルブ<sup>®</sup>カプセル0.5mg**  
**Avolve<sup>®</sup> Capsules 0.5mg** デュタステリドカプセル

※「効能・効果」、「用法・用量」、「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」、「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入)

**グラクソ・スミスクライン株式会社**

〒151-8506 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15 GSKビル

グラクソ・スミスクラインの製品に関するお問い合わせ・資料請求先

TEL: 0120-561-007 (9:00-18:00/土日祝日および弊社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

2014年7月作成

**Janssen**  
 PHARMACEUTICAL COMPANIES  
 of Johnson & Johnson

**AstraZeneca**



前立腺癌治療剤 (CYP17阻害剤)

薬価基準収載

**ザイティガ<sup>®</sup>錠250mg**

**Zytiga<sup>®</sup> tablets 250mg**

**アピラテロン酢酸エステル錠**

創薬 処方箋医薬品\*

\*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照ください。

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

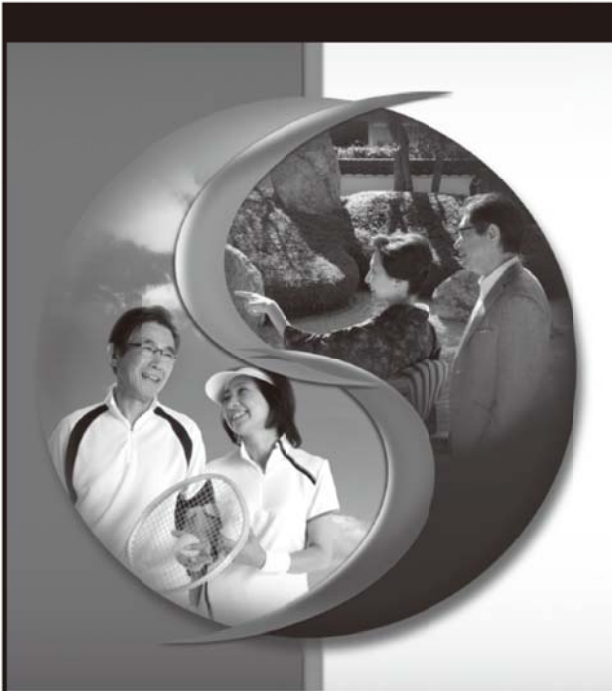
[www.janssen.com/japan](http://www.janssen.com/japan)

[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 大阪府北区大深町3番1号



抗悪性腫瘍剤 / キナーゼ阻害剤

# ネクサバル錠

200mg ソラフェニブトシル酸塩錠

Nexavar® 200mg

薬価基準収載

劇薬, 処方せん医薬品<sup>注)</sup>

注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

※効能・効果、用法・用量、警告・禁忌、使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照ください。



大切にしたい、  
いのちのビジョン。



資料請求先

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<http://www.bayer.co.jp/byl>

2014年1月作成

NOVARTIS  
ONCOLOGY



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

製造販売

ノバルティス ファーマ株式会社  
東京都港区虎ノ門1-23-1 〒105-6333

(資料請求先)

NOVARTIS DIRECT  
0120-003-293  
受付時間: 月~金 9:30~17:30  
(祝日及び当社休日を除く)  
[www.novartis.co.jp](http://www.novartis.co.jp)

抗悪性腫瘍剤 / キナーゼ阻害剤

薬価基準収載

劇薬 処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

ヴォトリエント錠200mg  
Votrient® Tablets 200mg パソパニブ塩酸塩錠

2015年11月作成



前立腺肥大症に伴う排尿障害改善剤 薬価基準収載  
日本薬局方 ナフトピジル錠・ナフトピジル口腔内崩壊錠

**フリバス<sup>®</sup>錠 25mg・50mg・75mg**

**フリバス<sup>®</sup>OD錠 25mg・50mg・75mg**

Flivas<sup>®</sup> Tablets

処方箋医薬品<sup>®</sup>

Flivas<sup>®</sup> OD Tablets

※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  
製品添付文書をご参照ください。

製造販売元  
(資料請求先)

**旭化成ファーマ株式会社**

医薬情報部 くすり相談窓口

〒101-8101 東京都千代田区神田神保町一丁目105番地

☎ 0120-114-936 (9:00~17:45/土日祝、休業日を除く)

URL:<http://www.asahikasei-pharma.co.jp>

**AsahiKASEI**

2014.11



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。