



第 69 回日本骨軟部腫瘍研究会
69th Bone Tumor Club 2023
プログラム・抄録集

日 時：2023 年 7 月 13 日(木) 14:50～

会 場：京王プラザホテル

世話人：元井 亨（がん・感染症センター東京都立駒込病院 病理科）



第 69 回日本骨軟部腫瘍研究会 (Bone Tumor Club ; BTC) のご案内

(第 56 回日本整形外科学会骨・軟部腫瘍学会との共催)

1. 開催日時：2023 年 7 月 13 日 (木曜日)
14 時 50 分～16 時 50 分 (第 69 回日本骨軟部腫瘍研究会)
17 時 10 分～19 時 10 分 (第 56 回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学会 症例検討)
2. 開催形式：ハイブリッド形式 (現地及び WEB ライブ配信)
3. 会 場：京王プラザホテル 南館 4 階 扇
(第 56 回日本整形外科学会骨・軟部腫瘍学会 第 2 会場)
4. 会 費： 1500 円 (運営費 1000 円、参加費 500 円)
 - 第 56 回骨軟部腫瘍学会に参加の場合、運営費 1000 円のみのお支払いください。
(参加費 500 円は第 56 回骨軟部腫瘍学会の参加費に含まれます)
 - 来場及び WEB 参加費は一律です。特設サイト (<https://btc-69.peatix.com>) からの事前支払いのみで、当日会場での参加登録、支払いはできませんのでご注意ください。
5. 支払方法：各種クレジットカード、コンビニ・ATM (ペイジー)・Paypal
お申込の際には、Peatix アカウントの作成か、Twitter、Facebook、Google アカウントのいずれかでログインが必要となります。お支払いは各種クレジットカード、コンビニ・ATM (ペイジー)・Paypal がお使いいただけます。「チケットを申し込む」をクリックしていただきご希望のお支払い方法をお選びください。
領収書は、Peatix より発行されます。
6. 支払期間：チケットは 7 月 12 日 (水) 12:00 迄の**完全事前購入制**
 - 当日会場での支払いは現金、カードのいずれもできませんのでご注意ください。
 - 支払期限までお支払いいただけない場合、ご注文は自動的にキャンセルとなります。その際のキャンセル料は発生しません。
 - コンビニ / ATM でのお支払いも、7 月 12 日 (水) で締め切られますのでご注意ください。
 - お支払い後のキャンセルおよびご返金について、キャンセル手数料が発生する場合がございます。予めご了承ください。
7. 参加方法：現地及び Web ライブ配信 (変更、併用可能です)

【現地参加】

BTC 会場（南館 4 階 扇）の前の BTC 会員用受付（13 時 50 分受付開始）で以下の手続きを行ってください。

- ▶ BTC のみにご参加の BTC 会員は支払い時に発行されたチケットをご呈示の上、BTC 用ネームカードを受け取り、お名前、ご所属をご記入の上ご入場ください。
- ▶ 第 56 回骨軟部腫瘍学会にもご参加の BTC 会員は第 56 回骨軟部腫瘍学会のネームカードでの参加となります（BTC のネームカードは必要ありません）。現地出席の確認のため BTC 会員用受付にお声がけください。

【WEB 参加】

ライブ配信時のログイン情報は参加手続き時に登録されたメールアドレスに第 56 回骨・軟部腫瘍学会より後日直接連絡いたします。**ログイン ID/Password は参加登録者のみにて使用してください。**

8. 抄録、事前検討用バーチャルスライドについて

- 標本閲覧はバーチャルスライドのみで行います。**現地会場での標本閲覧はございません**のでご注意ください。
- 第 69 回 BTC 及び第 56 回骨・軟部腫瘍学会 症例検討の両者の抄録、事前検討用パワーポイントファイル、バーチャルスライドは BTC ホームページ内の第 69 回 BTC サイトにございます。
- 第 69 回 BTC サイトへのアクセスは参加登録書者及び第 56 回骨軟部腫瘍学会参加登録者のみ閲覧可能で、ID/Password が必要です。ただし研究会終了 1 週間経過後は全 BTC 会員が ID/Password なしで閲覧可能となります。
- 閲覧用 ID/Password は参加手続き時に登録されたメールアドレスに参加登録後ご連絡いたします。
- 抄録は WEB 上あるいは各自でダウンロードしてご覧ください（当日の会場での配布はございません）。

【注】 閲覧用 ID/Password は参加登録者のみで使用してください。第 3 者への貸与、譲渡は禁止させていただきます。不正利用が明らかになった場合は今後の BTC 研究会サイトの利用をお断りすることがありますのでご注意ください。今後の研究会の安定的な開催のためご理解、ご協力をお願いいたします。

9. 座長、演題発表の先生方へ

- 第 69 回 BTC のみ参加の演題発表の方： 会場（南館 4 階 扇）前の第 69 回 BTC 受付へお越しください。ご出席の確認、ネームカードを受け取り・記入後、骨・軟部腫瘍学会の PC センターにて発表データをご提出ください。なお受付は 1 時間前よりオープンいたします。それより早い受付、発表データの提出をご希望の場合は世話人までご

相談ください。

- 第 56 回骨・軟部学術集会にも参加の演題発表の方： PC センターにて発表データをご提出ください。開始前に会場前の第 69 回 BTC 受付でご出席を確認させていただきますので、お声がけください。
- 座長の先生はご出席の確認のため、開始前に第 69 回 BTC 受付にお立ち寄りください。

【第 69 回 当番世話人】

地方独立行政法人 がん・感染症センター都立駒込病院 病理科 元井 亨

〒113-8677 東京都文京区本駒込 3-18-22

TEL：03-3823-2101 (PHS65508)

E-mail: tmotoi-tky@outlook.com

【第 69 回 BTC 事務局】

地方独立行政法人 がん・感染症センター都立駒込病院 病理科

担当 浅見 英一、小川 真澄

〒113-8677 東京都文京区本駒込 3-18-22

TEL：03-3823-2101 (代表) 病理科 内線 4410

プログラム

2023年7月13日(木)

第69回日本骨軟部腫瘍研究会

発表時間 10分、討論時間 8分

開会のご挨拶

座長 (演題1-3): 池上 政周 (がん・感染症センター都立駒込病院 骨軟部腫瘍科)
牧瀬 尚大 (千葉県立がんセンター 病理診断科)

14:52~15:10 演題1 「左臼蓋骨腫瘍」

演者: 三笠 友理奈 (和歌山県立医科大学・人体病理学)

15:11~15:29 演題2 「左肩巨大軟部腫瘍」

演者: 山下 享子 (がん研有明病院 病理部)

15:30~15:48 演題3

「ラブドイド細胞の出現を伴う myxoid pleomorphic liposarcoma の一例」

演者: 加藤 生真 (横浜市立大学医学部 分子病理学)

休憩・事務連絡 (5分間)

座長 (演題4-6): 小柳 広高 (埼玉県立がんセンター 整形外科)

今田 浩生 (埼玉医科大学 総合医療センター 病理部)

15:53~16:11 演題4

演者: 辻 華子 (東京医科大学 整形外科学分野)

16:12~16:30 演題5 「左大腿骨頭～頸部の溶骨性病変」

演者: 菊池 良直 (帝京大学 医学部 病理学講座)

16:31~16:49 演題6 「臀部腫瘍、多発転移の一例」

演者: 牧瀬 尚大 (千葉県立がんセンター 病理診断科)

閉会のご挨拶

17:10~19:10

第56回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学会 症例検討

発表10分、討論時間20分

<座長>

鳥越 知明 (埼玉医科大学 医学部 国際医療センター 整形外科 (骨軟部腫瘍科))

久岡 正典 (産業医科大学 第1病理学)

常陸 真 (東北大学大学院 医学系研究科 放射線診断学分野)

<演者>

症例1 猿賀 達郎 (弘前大学大学院医学研究科 整形外科学講座)

症例2 大池 直樹 (新潟大学整形外科)

症例3 浜田 俊介 (愛知県がんセンター 整形外科)

症例4 川口 貴之 (兵庫医科大学整形外科学教室)

第 69 回日本骨軟部腫瘍研究会 抄録

症例 1 左白蓋骨腫瘍

三笠友理奈¹⁾、高橋祐一¹⁾、神埜聖治²⁾、小西英一³⁾、村田晋一¹⁾

¹⁾和歌山県立医科大学・人体病理学教室、²⁾和歌山県立医科大学・整形外科教室、

³⁾京都府立医科大学・人体病理学

【症例】

40 歳代、女性

【主訴】

左鼠径部の無痛性腫瘍

【既往歴】

特記すべき事項なし

【現病歴】

3 年前より左鼠径部腫瘍を自覚していたが、無症状のため経過観察していた。最近心配になり近医受診されたところ、MRI 画像にて左白蓋に 3.0 x 2.5 x 1.0 cm 大の骨欠損と、それに連続し骨外へ突出する 5.7 x 5.5 x 2.7 cm 大の腫瘍性病変を認めた。骨欠損部は骨髄側には辺縁硬化が見られ、外側皮質は消失していた。腫瘍内は T1 強調画像で低信号、T2 強調画像でも低信号であったが、わずかに高信号の部分が混在していた。エコーガイド下にて針生検後、腫瘍摘出術および骨搔爬術の方針となった。

【肉眼所見】

腫瘍は線維性被膜に覆われ、筋間に存在していたが周囲の組織との癒着は認めなかった。断面では白色調の領域と黄色調の領域が混在していた。

【組織所見】

線維性結合組織を背景に、短紡錘形単核細胞の増殖と泡沫細胞の集簇、多核巨細胞浸潤が種々の程度に混在している。紡錘形細胞の密度は疎密があり、軽度の核腫大を伴うものの、強い細胞異型は認めず、核分裂像や壊死も認めない。

【免疫染色】

CD68 陽性、Histone H3.3 G34W 陰性、Histone H3.3 K36M 陰性、SATB2 陰性

【問題点】

病理診断、発生部位

症例 2 左肩巨大軟部腫瘍

山下享子^{1,2)}, 植野映子³⁾, 谷澤泰介⁴⁾, 阿江啓介⁴⁾, 松本誠一⁴⁾, 蛭田啓之^{2),5)}.

¹⁾がん研究会有明病院 病理部、³⁾同 画像診断部、⁴⁾同 整形外科、

²⁾がん研究会がん研究所 病理部、⁵⁾東邦大学医療センター佐倉病院 病理診断科

【症 例】 80 歳代, 男性

【現病歴】

約 5 年前より左上腕に腫瘤を自覚、放置していたところ 9 カ月前より増大してきたため 1 カ月前に近医受診。左上腕から肩にかけて巨大な皮下腫瘍を認め、前医にて 2 回の穿刺でそれぞれ 500ml, 800ml の血腫成分を採取。CT・MRI および生検にて脂肪性腫瘍が疑われ、当院紹介受診となった。当院でも穿刺にて 1300ml の血液成分を採取。針生検では、異型を伴う脂肪性腫瘍であり、広範切除術が施行された。術後 2 カ月で転移・再発は見られなかったが、以降来院なし。

【所見】

皮下に 16x13x10cm 大の境界明瞭な病変があり、凝血塊を除くと内部に 3 個の結節性病変（最大径約①10cm, ②8.5cm, ③6.5cm）が残る。断面の性状はそれぞれ、①全体が黄色脂肪組織様、②白色充実性主体、③灰白色から褐色の壊死様であった。

組織学的には、結節①は、主として成熟した脂肪細胞とロープ状の膠原線維を含む粘液性から線維性の間質から成り、間質内では主に軽度の異型を示す紡錘形細胞が中等度までの密度で増殖し、多核細胞や多形性の目立つ細胞が散見される。脂肪細胞成分には、脂肪芽細胞や核腫大を示す脂肪細胞が認められる。核分裂像はほとんど見られない(<1/10HPF)。結節②では、異型紡錘形細胞が高い密度で増殖し、核分裂像が散見される(10 個/10HFP 程度)。中央部では脂肪細胞の介在はわずかだが、辺縁の一部では結節①と類似した組織像が見られる。結節③でも一部で紡錘形細胞の増殖がみられるが、大半が変性・壊死に陥っている。

【免疫染色結果】

結節①②共通：CD34(+), MDM2(-), RB1: loss あり

Ki67 陽性率: 約 3% (結節①), 10-20% (結節②)

【FISH 結果】

結節①②共通：MDM2 増幅(-), RB1 片側アレル欠失(+)

症例 3 ラブドイド細胞の出現を伴う myxoid pleomorphic liposarcoma の一例

加藤生真¹⁾、新井拓真¹⁾²⁾、川端佑介³⁾、辻本信一⁴⁾、石川善啓⁵⁾、竹山昌伸³⁾、山中正二²⁾、孝橋賢一⁶⁾、藤井誠志^{1),2)}

¹⁾横浜市立大学医学部 分子病理学、²⁾横浜市立大学附属病院 病理診断科、³⁾同 整形外科、⁴⁾同 小児科、⁵⁾同 呼吸器外科、⁶⁾九州大学 形態機能病理学

【症例】10歳代前半女児

【主訴】右鼠径部腫瘍

【現病歴】初診 2 ヶ月前から増大する右鼠径部腫瘍を自覚し当院を受診した。針生検検体で myxoid sarcoma の診断となり、腫瘍広範切除術が施行された。切除検体の当院診断は胎児型横紋筋肉腫としたが、中央診断で myxoid pleomorphic liposarcoma の見解となった。術後化学療法(VAC-VI 療法 5 コースおよび AI 療法 6 コース)が行われたが、切除後 24 ヶ月で右胸水が出現し、右胸膜病変の搔爬検体から転移巣であることが確認された。

【初回針生検の病理学的所見】粘液基質を背景に、卵円形～短紡錘形腫瘍細胞が網目状毛細血管を伴って増殖していた。脂肪成分も伴っていた。一見して粘液型脂肪肉腫様であるが、好酸性胞体を有するラブドイド細胞が混在し、核に大小不同が目立った。免疫組織化学的に desmin、MYOD1、myogenin、MDM2、CDK4 はいずれも陰性で、SMARCB1/INI-1 の発現は保たれていた。Ki67 陽性率は 20%であった。2 色分離プローブを用いた FISH 法で、*DDIT3*再構成は陰性であった。

【広範切除検体の病理学的所見】皮下脂肪組織中に 68x55x43mm 大の乳白色～一部粘液調な境界明瞭な充実性腫瘍を認めた。組織像は生検検体と基本的に同様であるが、ラブドイド細胞がより目立ち、その一部では desmin 陽性を示した (MYOD1 および myogenin は陰性)。一方、脂肪成分は一部にとどまった。切除断端は陰性で、郭清リンパ節は転移陰性であった。

【右胸膜病変の病理学的所見】脂肪芽細胞を有する粘液型脂肪肉腫様の像からなり、広範な壊死を伴っていた。核の多形性は認めるものの、ラブドイド細胞は認められなかった。

【論点】一連の腫瘍を myxoid pleomorphic liposarcoma とその転移であると結論づけた。稀な腫瘍であり、ラブドイド細胞を伴う点に関してこれまでに文献的な報告が無く、診断上の pitfall になり得ると考えられる。経験豊富な先生方のご見解を伺いたい。

症例 4 THA 術後感染による人工関節の弛みが疑われたが、組織学的に右大腿軟部肉腫と診断され化学療法施行後に病変が消退した 1 例

辻 華子¹⁾、西田 淳¹⁾、石田 常仁¹⁾、市川 裕一¹⁾、畠中 孝則¹⁾、吉川 光次朗¹⁾
村上 雄一朗¹⁾、高橋 礼典²⁾、小山 尊士¹⁾、山本 謙吾¹⁾

¹⁾ 東医大整形、²⁾ 東医大病理診断科

【症例】症例は 43 歳男性。X 年 8 月に誘因なく右股関節痛が出現した。MRI で右股関節に関節液貯留を認め股関節穿刺液より MSSA が検出されたため、右化膿性股関節炎の診断で二期的に人工股関節全置換術 (THA) を施行した。術後経過良好であったが、X+2 年 10 月の定期受診時に単純 X 線でステム近位の骨溶解を認め、MRI では右大腿に液貯留を認めた。感染の再燃が疑われ THA revision およびデブリードマンを施行したが掻爬検体の診断は悪性軟部腫瘍であった。その後、AI 療法を 1 コース実施したが ifosfamide によると考えられる grade 4 の骨髄抑制および発熱性好中球減少症を発症。病変部はさらに増大し PD (progressive disease) と判断、doxorubicin 単剤投与を 5 コース施行後 trabectedin へ移行した。2 コース終了した後 (X+4 年 9 月)、誘因なく THA 創部が離開し膿の滲出を認めた。血液検査では炎症反応が軽度上昇していたが、MRI では病巣は著明に縮小し単純 X 線での骨溶解の進行もなかった。しかし創部培養にて *Escherichia hermannii* が検出されたため創部感染を疑いデブリードマンを施行した。術中にインプラント周囲より掻爬した検体の組織診断では明らかな腫瘍性病変を示唆する所見は認めず、化学療法は中止した。現在まで明らかな再発所見はない。

【考察】本症例においては、画像上病巣の縮小を認め、組織学的にも悪性軟部腫瘍の所見はみられなくなった。腫瘍細胞の壊死等を示唆する所見もなく、化学療法が奏効したというよりは病変が自然消退した可能性が考えられる。稀な経過であり、今後も注意深い経過観察が必要である。

【検討項目】 1. 診断 2. 治療

症例 5 左大腿骨頭～頸部の溶骨性病変

菊地良直¹⁾、今西淳悟²⁾、佐藤健二²⁾、山本麻子³⁾、渡部朱織¹⁾、元井亨⁴⁾、石田剛⁵⁾、宇於崎宏¹⁾

1) 帝京大学医学部病理学講座、2) 帝京大学医学部整形外科学講座

3) 帝京大学医学部放射線科学講座、4) がん・感染症センター都立駒込病院 病理科

5) 独立行政法人国立病院機構埼玉病院 病理診断科

【症例】 80 歳代、男性

【主訴】 左股関節痛、歩行困難

【併存症・既往歴】 高血圧症、高尿酸血症

【生活歴】 喫煙・飲酒・ステロイド使用歴なし

【現病歴】 初診の4ヶ月前に左股関節痛を自覚し、その後歩行困難となった。MR 検査から大腿骨頸部骨腫瘍が疑われ、当院へ紹介。CT では境界不明瞭で一部骨皮質の破綻を伴う長径 4cm 大の溶骨性病変がみられ、悪性骨腫瘍や骨髄炎が疑われた。CT ガイド下針生検が施行されたが、病理組織学的に腫瘍の確証は得られず、培養検査で細菌は検出されなかった。長期臥床を避けるため、再生検は行わない方針となり、腫瘍を想定して大腿骨近位部切除及び人工股関節全置換術が施行された。

【病理学的所見】

1. CT ガイド下針生検：線維性組織を伴う紡錘形細胞の錯綜配列をとった増生がみられ、多数の破骨細胞型多核巨細胞が混在していた。紡錘形細胞の核異型は軽度で、多形性や核分裂像は目立たなかった。所々で類骨形成がみられ、砂粒状石灰化物の沈着も散見された。免疫組織化学的に紡錘形細胞は、FGF23(-)、H3.3G34W(-)であった。

2. 大腿骨近位部切除検体：関節軟骨は比較的保たれていた。関節軟骨直下には crescent の形成がみられたが、軟骨の亀裂は認めなかった。組織学的には、crescent 形成部周囲には壊死骨梁および骨梁間の脂肪壊死、辺縁部では creeping substitution の形成もみられた。これらの所見に加えて大腿骨頭内～頸部に及んで、生検組織で認めた像と同様の giant cell reparative granuloma-like な変化が広範囲に広がっていた。

【問題点】 病理診断、溶骨性病変形成機序

症例 6 臀部腫瘍、多発転移の一例

牧瀬尚大¹⁾、影山肇¹⁾、竹田直生¹⁾、及川麻理子¹⁾、杉山孝弘¹⁾、川名秀忠¹⁾、荒木章伸¹⁾、塚西敏則^{2) 3)}、木下英幸²⁾、萩原洋子²⁾、鴨田博人²⁾、米本司²⁾、伊丹真紀子¹⁾

¹⁾ 千葉県がんセンター 臨床病理部、²⁾ 千葉県がんセンター 整形外科、

³⁾ 東京医科大学 茨城医療センター 整形外科

【症例】70歳代、女性

【既往歴】高血圧、高脂血症、卵巣腫瘍、胆石、椎体骨折

【家族歴】特記事項なし

【現病歴】

X-8年 前医にて左臀部皮下腫瘍に対して広範切除。

X年 両下肢痛を自覚して前医を受診。頸部、L3椎体、右腸骨に腫瘍を指摘される。

当院にて頸部腫瘍に対して切除生検術施行。

その後化学療法（エリブリン）を継続するがSD～PD。局所再発はない。

【組織所見】

線維性隔壁を伴って分葉状に増殖する腫瘍で壊死は見られない。繊細な膠原繊維、豊富な毛細血管、一部粘液性の基質を背景に、胞巣状、網状、索状、篩状、偽乳頭状に増殖している。個々の腫瘍細胞は、均一な円形核と好酸性～淡好酸性の胞体を持つ上皮様～円形細胞である。クロマチンは繊細で核小体は不明瞭。一部では核溝や核内細胞質偽封入体が見られる。核分裂像は多いところで3個/高倍10視野ほど。

【免疫染色】

びまん性陽性：CD56, CD10, vimentin

細胞膜のみ陽性： β -catenin

部分陽性：EMA, SMA, S100, CD99, MDM2

陰性：AE1/3, SOX10, HMB45, CD45, CD34, GFAP, Synaptophysin, Chromogranin A, INSM1, myogenin, myoD1, desmin, CDK4, STAT6

保持：INI1, H3K27me3

【FISH】*DDIT3* breakapart FISH で split signal あり。*EWSR1*, *SS18* の split なし。

【問題点】病理診断

第 56 回日本整形外科学会 骨・軟部腫瘍学会 症例検討 抄録

1 - 2 - CC1

右大腿骨遠位部骨腫瘍の 1 例

猿賀達郎、大鹿周佐、山内良太、小川哲也、石橋恭之
弘前大大学院整形

【現病歴】初診の 1 カ月前に左膝内側痛を自覚した。X 線で左大腿骨顆部骨腫瘍の診断で当科紹介となった。切開生検術の後、骨腫瘍搔爬・骨移植・内固定術を施行した。術後 2 年時の X 線検査で周囲に骨硬化像を認め、切開生検術が施行された。結果に基づき、骨腫瘍広範切除および腫瘍用人工膝関節置換術を施行した。

【現症】初診時には左膝関節の可動域制限は認めず、大腿骨内側顆に圧痛を認めた。初回術後 2 年時には左膝に疼痛や腫脹、可動域制限を認めなかった。

【所見】初診時の X 線では大腿骨遠位内側骨幹端に骨透亮像と辺縁硬化を認めた。MRI では T1 強調低信号、T2 強調高信号、STIR 高信号であった。初回搔爬後の標本では少数の多核巨細胞を認め、H3.G34W が陽性だった。術後 2 年時に X 線と CT で搔爬部の周囲に硬化像を認めた。硬化している領域は MRI で T1 強調低信号、T2 強調低信号、STIR 高信号であり、不均一な造影効果を認め、タリウムシンチグラフィで集積を認めた。

【経過】初回術後から 2 年時に広範切除術と腫瘍用人工膝関節置換術を施行した。術後 2 年 7 カ月経過し、局所再発や遠隔転移を認めていない。

【検討項目】1) 病理診断 2) 初回の生検部位、術式選択

仙骨骨腫瘍の 1 例

大池直樹¹⁾、生越章^{1) 2)}、有泉高志¹⁾、村山雄大¹⁾、宮崎友宏¹⁾、梅津哉³⁾、川島寛之¹⁾

¹⁾ 新潟大大学院整形、²⁾ 魚沼基幹病院整形、³⁾ 新潟大医歯学総合病院病理部

【現病歴】70 歳男性，初診の 1 週間前から排尿時の違和感，会陰部の知覚低下，殿部痛を自覚し，近医整形外科，泌尿器科を受診した．MRI で仙骨骨腫瘍を認め，仙骨以外に腫瘍が同定できず，原発性骨腫瘍が疑われ，当科紹介受診となった．

【現症】仙骨部に腫瘤や熱感，発赤は認めなかった．自立歩行可能だった．両側殿部痛を認めた．会陰部の知覚は低下しており，肛門括約筋の収縮は認めなかった．排尿困難で尿道カテーテルが留置されていた．深部腱反射の異常を認めず，下肢の筋力低下もなかった．

【画像所見】X 線仙骨側面像で骨透瞭像を認めた．CT では S3 以下に溶骨性病変を認めた．内部に石灰化はなかった．MRI では T1 強調像で不均一な高信号，T2 強調像でも不均一な高信号を呈する 7cmx6cm 大の腫瘤を認めた．骨外病変は明らかでなく，辺縁にのみ造影効果を示した．

【経過】針生検では未分化な分化傾向のはっきりしない腫瘍を採取した．確定診断できず，切開生検を追加した．生検結果から悪性腫瘍の診断となり，手術治療の方針とし，S2 レベルで仙骨を離断した．膀胱直腸障害の改善は認めなかった．殿部痛は改善したもののしびれ感が残存している．再発転移はなく外来経過観察中である．

【検討項目】(1)病理診断は．(2)治療方針について．

1-2- CC3

診断に難渋し急速に多発骨転移を来した足底部発生腫瘍

濱田俊介¹⁾、村瀬史典^{2,3)}、中島浩敦^{3,4)}、高津哲郎⁴⁾、細田和貴⁵⁾、筑紫聡¹⁾

1) 愛知県がんセンター整形、2) 名大整形、3) 後藤整形外科、4) 岐阜県立多治見病院整形
5) 愛知県がんセンター遺伝子病理診断部

【現病歴】73歳女性。1年前から存在する右足底腫瘍が急に増大したため当院皮膚科を受診。4 x 2.5 x 1 cmの硬い赤色結節を認め、臨床像から扁平上皮癌、メルケル細胞癌等を疑われ、トレパン生検を受けた。病理結果は炎症性肉芽であったため、単純切除を受けた。術後病理組織像で低悪性度の肉腫の可能性が疑われ当科へ紹介となった。

【現症】皮膚科初診時、右第3,4足趾基部の足底部に皮膚自潰を伴い露出する4 x 2.5 x 1 cm大の赤色結節を認めた。下床との可動性は良好であった。

【画像所見】MRIでは、矢状断で4.3 x 1.6 cm大の隆起性腫瘍を認め、内部はT1WIで均一な低信号、T2WIでは比較的均一な高信号を呈していた。皮下脂肪組織への浸潤を示唆する所見はあるが、腓への浸潤は明らかではなかった。

【血液生化学所見】特記すべき異常所見を認めなかった。

【病理所見】血管構造の増生を伴い、核異型のない線維芽細胞や筋線維芽細胞性紡錘形細胞が増生する像である。少数の核分裂像が見られる。

【免疫組織化学染色】Desmin -, Vimentin +, ALK -, a-SMA +, β -カテニン+/-, Ki-67: 20%

【経過】最終的に境界悪性線維性腫瘍と診断されたため、術後創感染の沈静を待って、追加広範切除および逆行性足底皮弁を施行した。術後1カ月の外来受診時に転倒し腰痛が出現し、単純X線像にて12圧迫骨折と診断したが、明らかな溶骨像は認めなかった。術後3カ月で左股関節痛が出現し歩行困難となった。CTにて腰椎と骨盤に多発溶骨像を認めたため、CT下針生検を行ったところ、原発巣と同様の組織像を認め骨転移と診断され、骨転移出現後1年で病死した。

【検討項目】病理診断、治療方針

1-2-CC4

右脛骨骨腫瘍の1例

川口貴之¹⁾、麩谷博之¹⁾、澤井龍生¹⁾、橘俊哉¹⁾、井出良浩²⁾、廣田誠一²⁾

¹⁾兵庫医大整形、²⁾兵庫医大病理

【症例】48歳男性.

【主訴】右下腿前面の腫張と疼痛

【既往歴】14歳時に右脛骨病的骨折の疑い

【現病歴】1カ月前より右下腿前面の腫張を認めたため、近医整形外科を初診した。単純X線像で脱骨に骨皮質の破壊を伴う病変を認めたため、当科紹介受診した。

【他覚的所見】右脛骨の前方凸の変形に加えて、近位部では骨外に膨隆した腫瘤を触知した。腫瘤は局所熱感などの炎症徴候を呈しており、性状は軟性であった。

【画像所見】単純X線像とCTでは、脛骨の近位骨端から遠位骨幹に至る病変を認めた。骨内の病変は骨硬化を主体であった。一方、近位骨端から骨幹端部では溶骨性病変が主体で骨皮質を破壊して骨外病変を認めた。MRIではT1強調像で低から等信号、T2強調で低信号から高信号が混在しており、骨外病変中心に造影剤で強い増強効果を認めた。

PET/CTでは近位骨端から骨幹端で、FDGの強い集積(SUV_{max}=9.13)を認めた。転移を疑う所見はなかった。

【経過】生検で線維芽細胞型骨肉腫成分がみられた。化学療法としてMAP療法を2クール施行した。化学療法の効果判定はSDであった。大腿切断術を行い、転移について経過観察している。

【病理所見】中心角化を伴うbasaloid patternや骨線維性異形成様の成分とともに、巨細胞腫様の成分や線維芽細胞型の骨肉腫成分が混在していた。壊死や骨破壊像も伴っていた。免疫染色にてcytokeratin (AE1/AE3), EMA, Vimentin, p40, D2-40が陽性であり、CD99, NKX2.2は陰性であった。

【検討項目】病理診断と治療方針