

症例1

55歳 男性

【主訴】

左踵部痛

【現病歴】

Xー5年に左足背外側腫瘤を自覚し、近医受診。

MRIにてガングリオンが疑われ、様子みていた。

以後、徐々に増大していた。

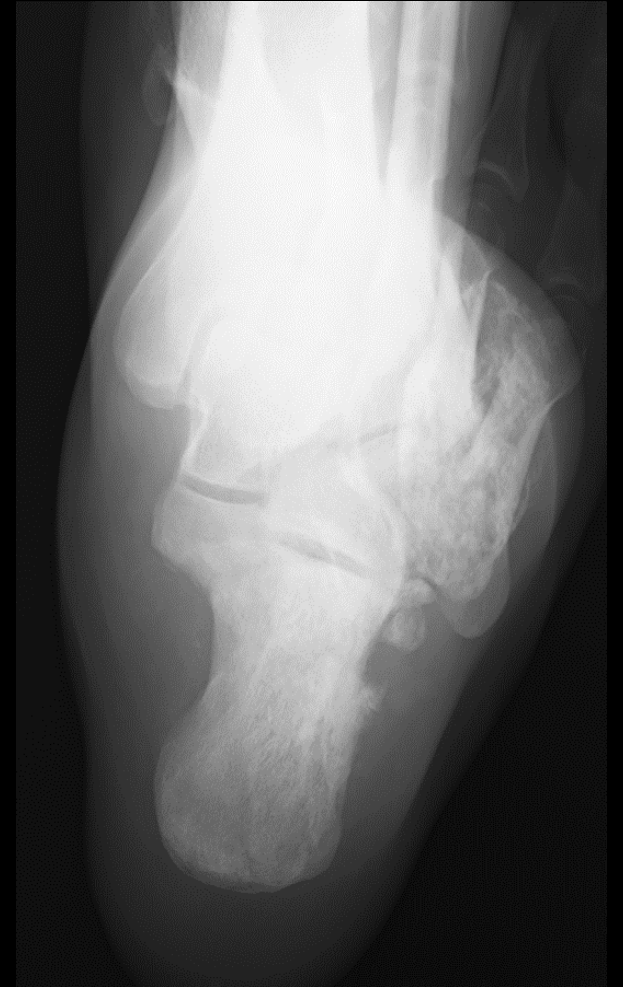
X年より左踵部痛。

近医で踵骨骨腫瘍が疑われ、踵骨と上述の足背腫瘤を切開生検されるも診断つかず、当科紹介受診。



- ・左足背外側に7cm大の骨性腫瘤
深部可動性あり
- ・踵骨外側 腫脹＋熱感＋圧痛＋
- ・生検創2カ所

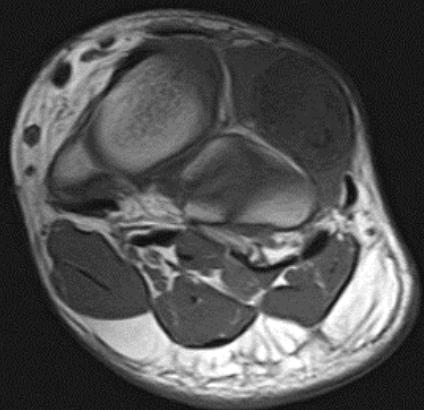
<単純X線写真> X年



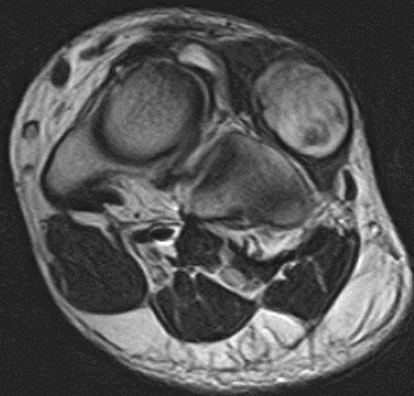
左中足部背外側にzooingある骨化病変
踵骨全体に骨内石灰化病変、踵骨骨外に粒状石灰化

<MRI> X-5年

T1WI



T2WI



STIR

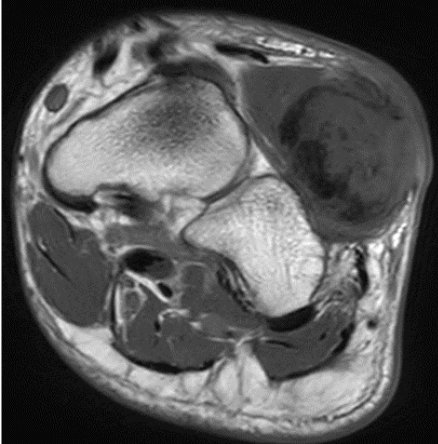


短趾伸筋下に45x26x19mm大の
T1WIiso,T2high,STIRhighの腫瘤

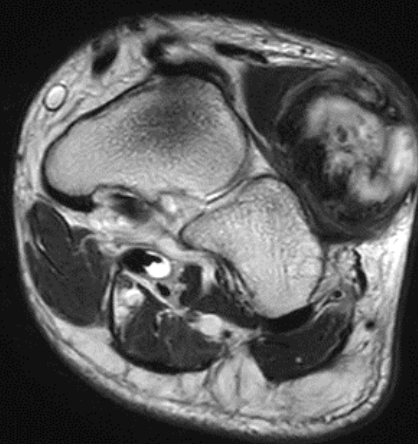
踵骨の異常信号(-)

<MRI> X年

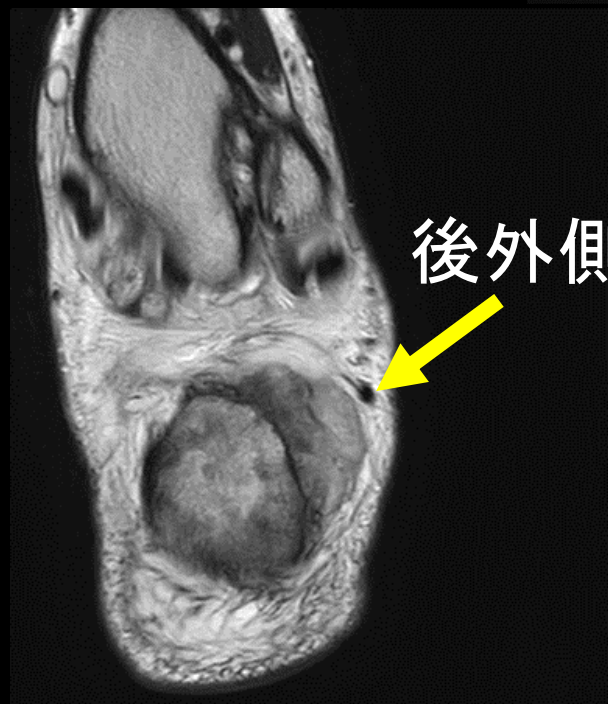
T1WI



T2WI



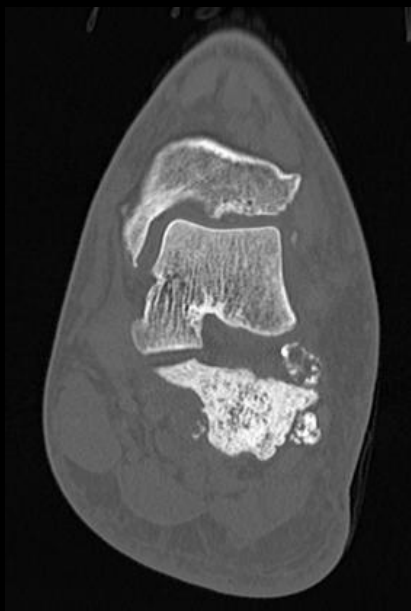
短趾伸筋下腫瘍は
62x34x29mm大と増大



後外側

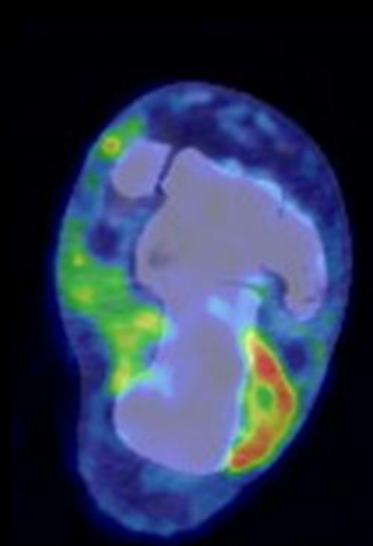
踵骨全体に
T1WIlow, T2WIlow, STIRlow
の骨化病変
踵骨後方は浮腫像
踵骨内外側に骨外病変
骨外病変の造影効果

<CT>

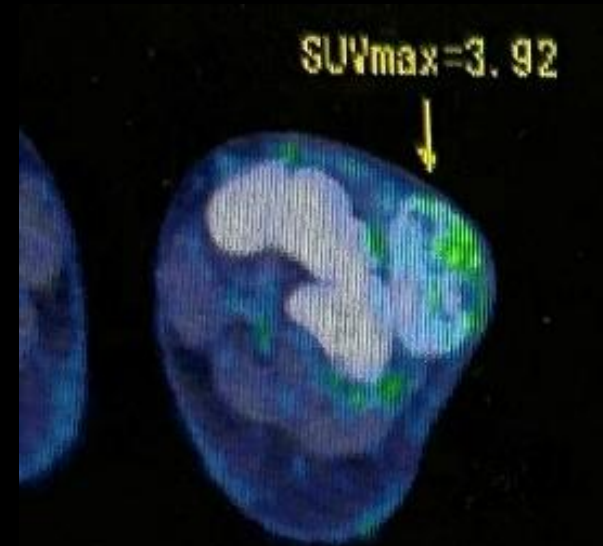


足背外側病変は踵骨
前方突起と隣接
踵骨内は粒状石灰化、
生検の骨孔(+)

<PET-CT>

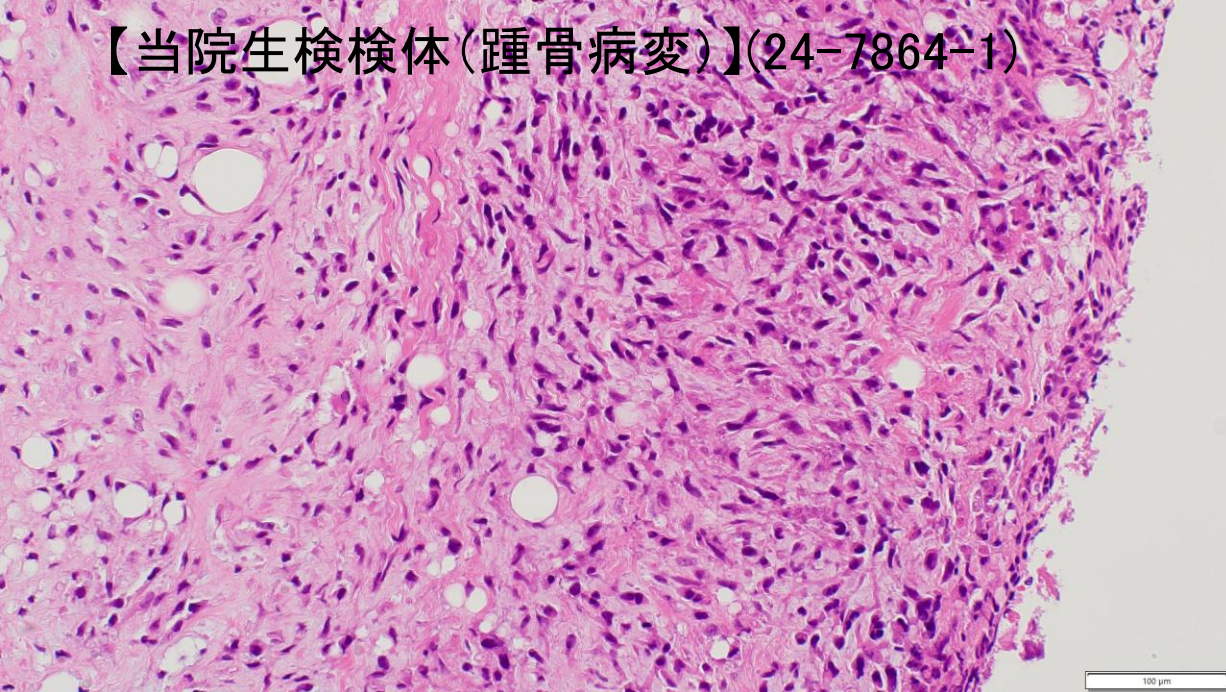


踵骨骨外病変
SUVmax 10.3

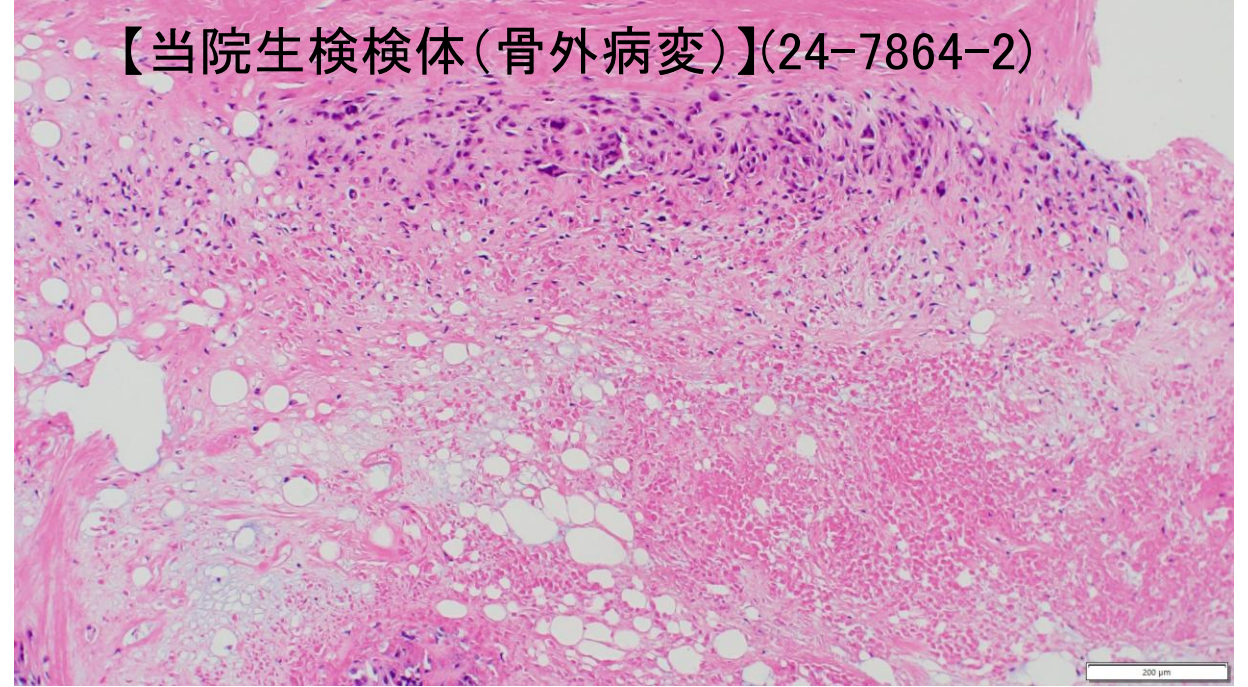


足背病変
SUVmax 3.9

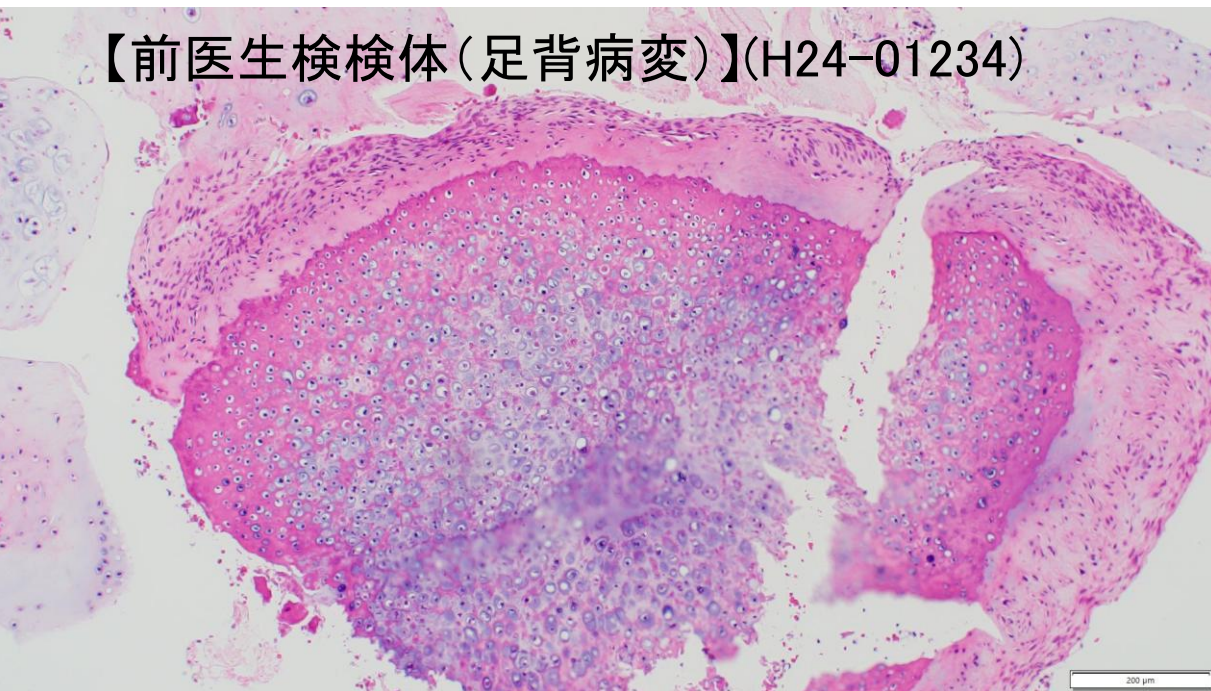
【当院生検検体(踵骨病変)】(24-7864-1)



【当院生検検体(骨外病変)】(24-7864-2)



【前医生検検体(足背病変)】(H24-01234)



<IHC> SOX9(focal) S100(focal) SATB2(focal) MDM2(-) CDK4(-)

九大コンサルにて、間葉型軟骨肉腫で見られるキメラ遺伝子HEY1::NCOA2はRT-PCR, ダイレクトシーケンスで検出されず

【最終病理診断】Osteosarcoma, chondroblastic type, left calcaneus, biopsy

5年前から認めていた足背の先行病変は？

別個の病態？ だが組織形態は類似している...

関連病変だとすると骨外病変が踵骨のみに進展？

症例2

症例検討会



「右腰部腫瘤に続発した右腸骨溶骨性病変」

1. 帝京大学医学部整形外科学講座
2. 帝京大学医学部放射線科学講座
3. 帝京大学医学部外科学講座
4. 帝京大学医学部病理学講座

松山太祐¹ 今西淳悟¹ 佐藤健二¹ 山本真由² 山本麻子²
近藤浩史² 齋藤雄一³ 菊地良直⁴ 平畑昌宏¹ 河野博隆¹

症例：30歳女性

主訴：右下腹部痛

現病歴：

X年10月、背部痛が契機で**右第1腰動脈瘤**がみつきり、
当院でコイル塞栓をおこなった。

X+1年1月に右下腹部痛が出現し、痛みが悪化した。

併存症：うつ病

生活歴：東京で一人暮らし。デザイン関係の仕事。



現症：

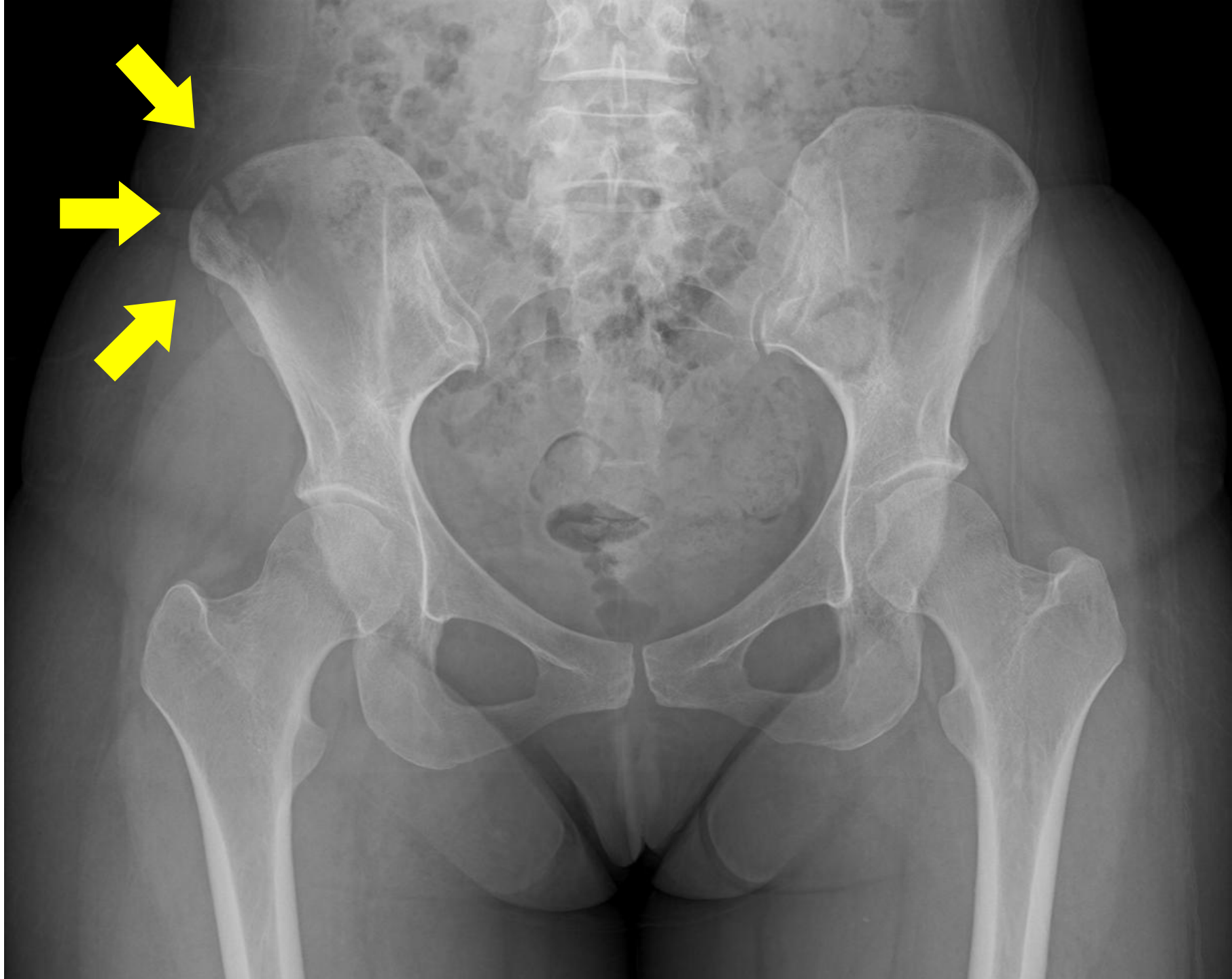
初診時(X年10月)

- 独歩可能
- 右腰部腫瘤は触診で触れず
- 両下肢の運動障害はなし
- 右L1神経根症状を疑う
右殿部痛あり

3か月後(X+1年1月)

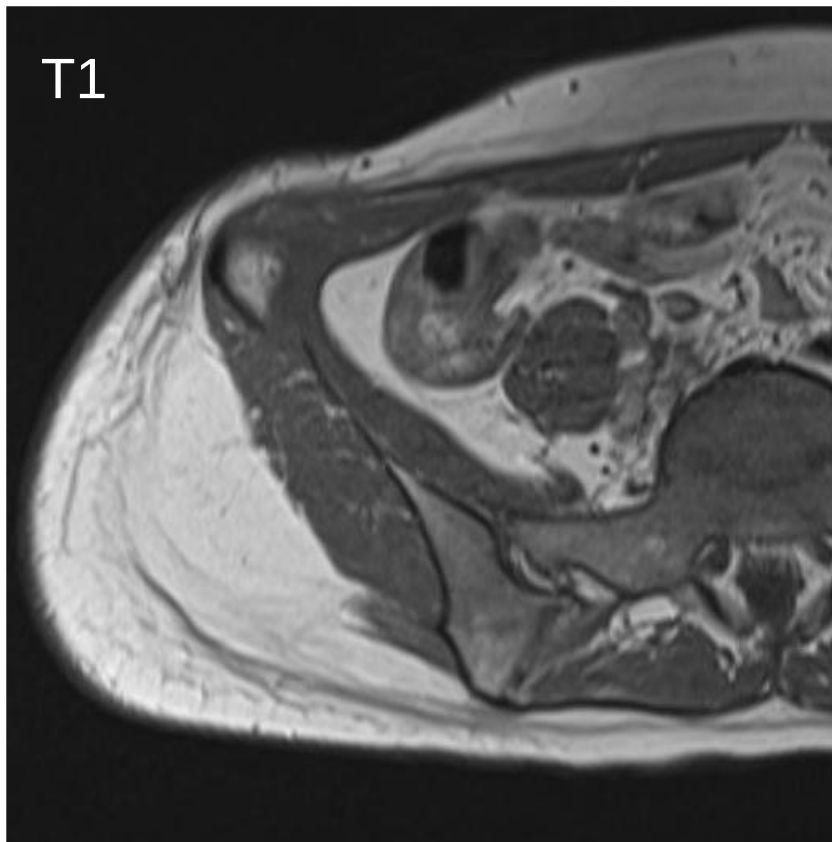
- 右上前腸骨棘から4cm背側に圧痛あり
- 歩行時に疼痛の悪化あり
- 右下肢の運動障害・感覚障害なし

血液検査：白血球上昇なし、補正Ca正常、腫瘍マーカー陰性

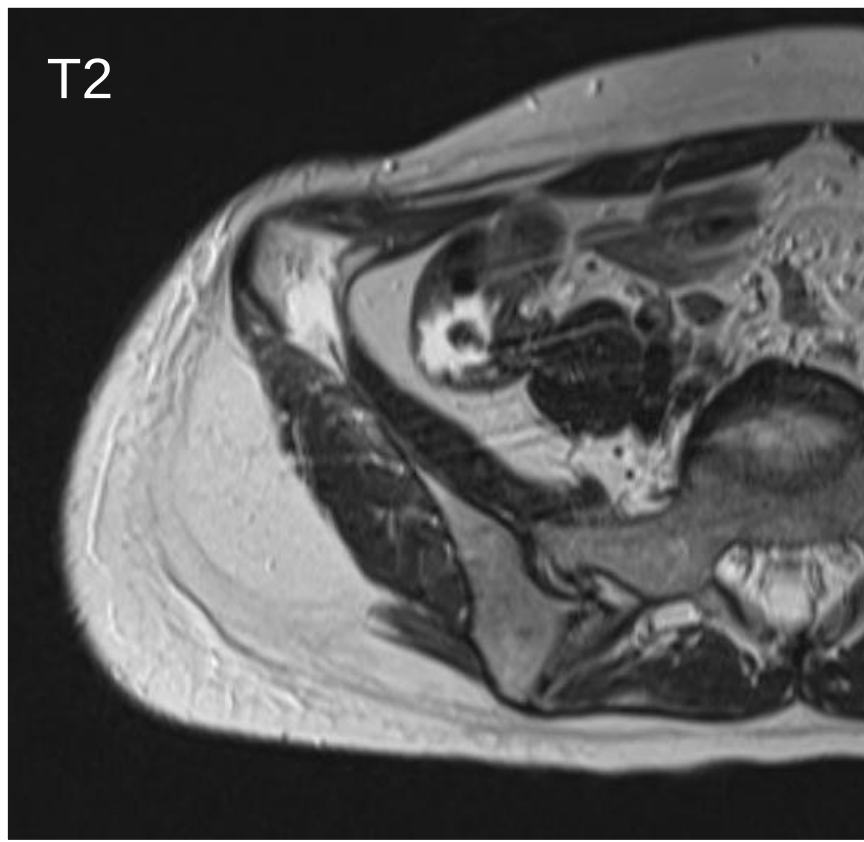




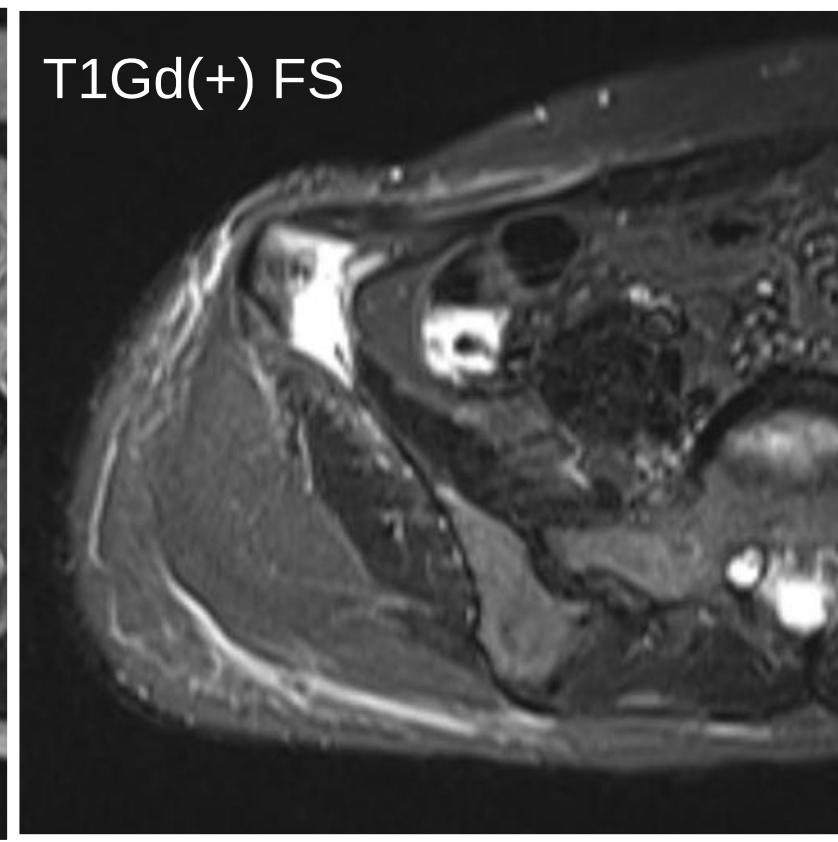
T1



T2



T1Gd(+) FS



病理所見 X+1年5月の切開生検(右腸骨)

✓骨梁間の脂肪髄内に不規則な拡張や分岐を示す種々の大きさの**脈管の増生**あり。脈管を裏打ちする細胞には**異型なし**。

✓免疫染色：

脈管内皮 **D2-40(+)**

CD31は一部で弱陽性

検討項目

診断について

Jaffe's triangleに則り、多角的に検討

治療方針について

局所治療のみでよいか

全身治療は適応になるものがあるか

症例3

10才女児 右前腕軟部

【現病歴】

既往 特になし

2018年11月腫瘍に気づく

2018年12月前医で手術 局麻

UPSの診断となり、2019年1月当院紹介
初診

【初診時現症】

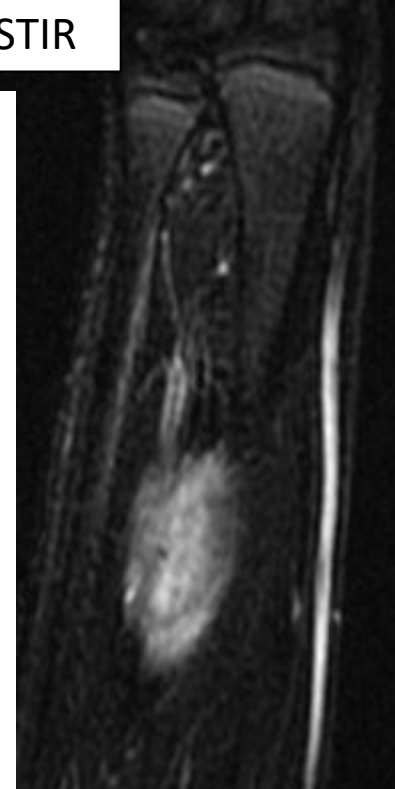
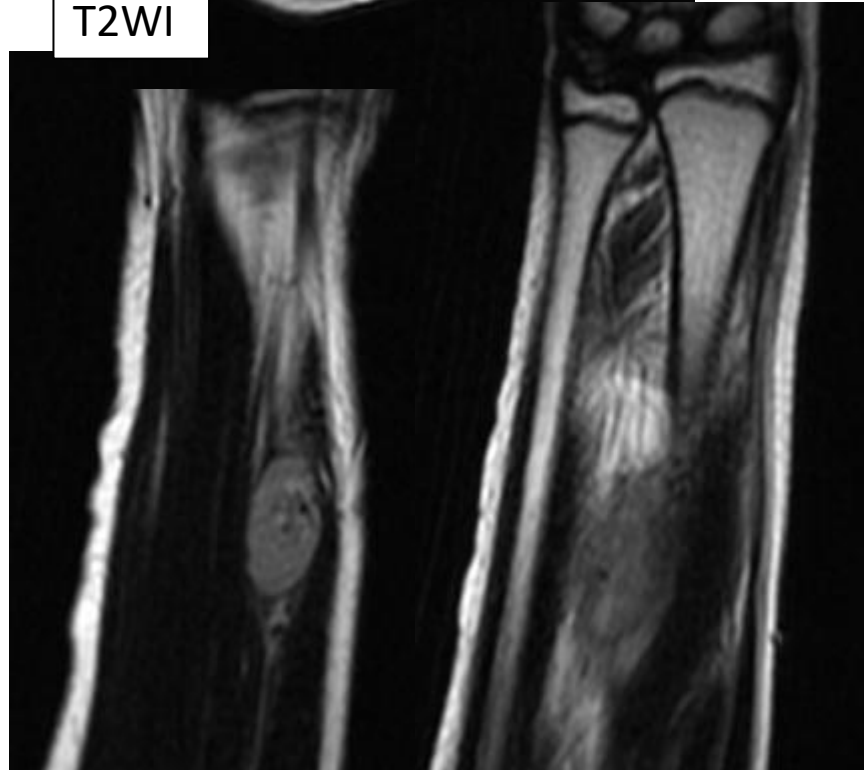
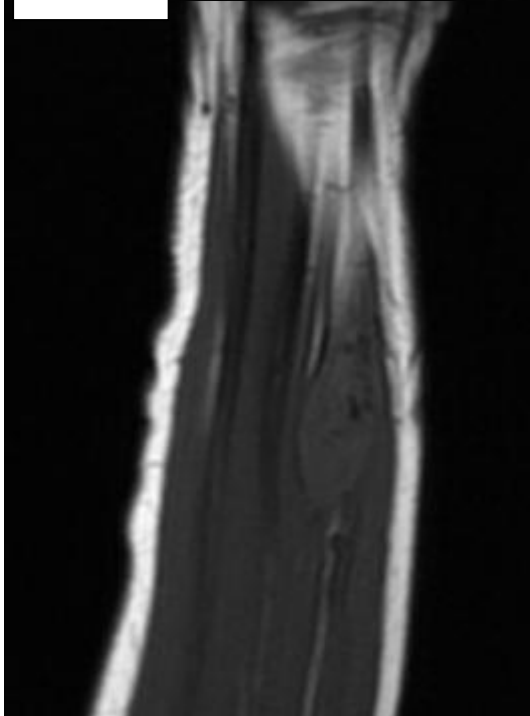
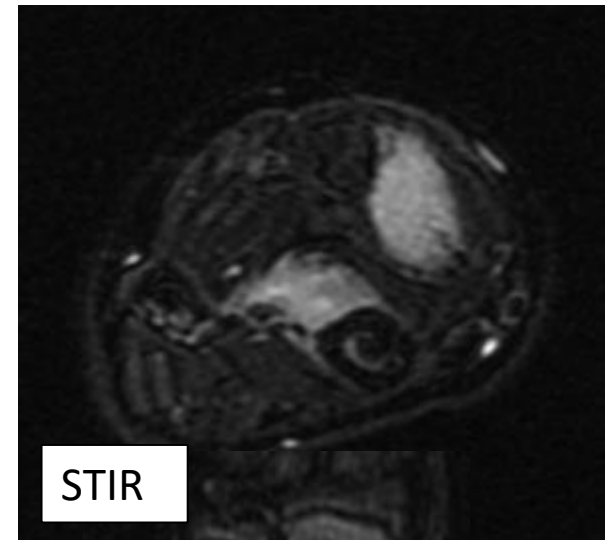
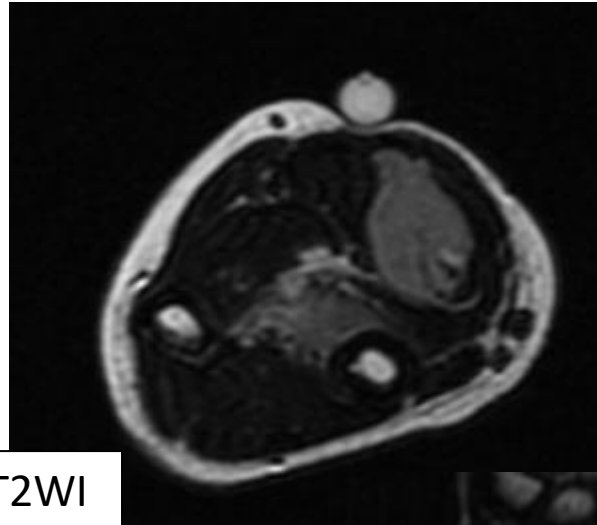
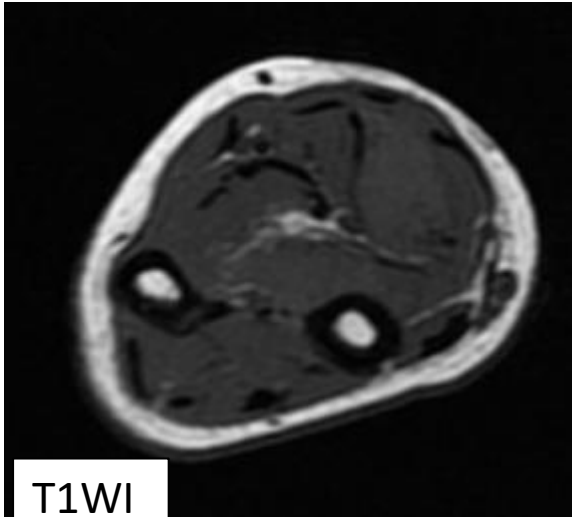
右前腕掌側 5cmの術創瘢痕

手指運動良好 神経脱落症状なし。

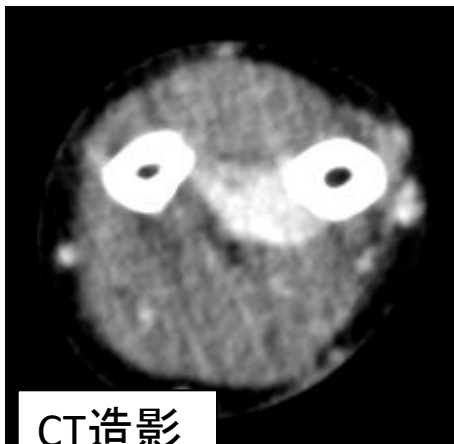
手指屈曲・伸展で創部の引き連れあり



浅指屈筋内の腫瘍と橈骨に張り付くように存在する2つの腫
前腕切際前MRI
瘤あり、連続性は明らかではない



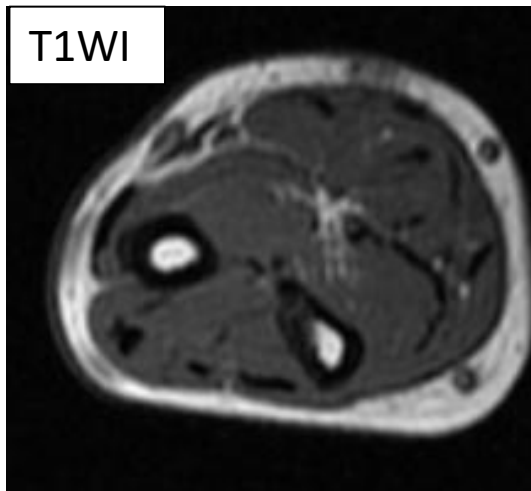
当院術前画像評価



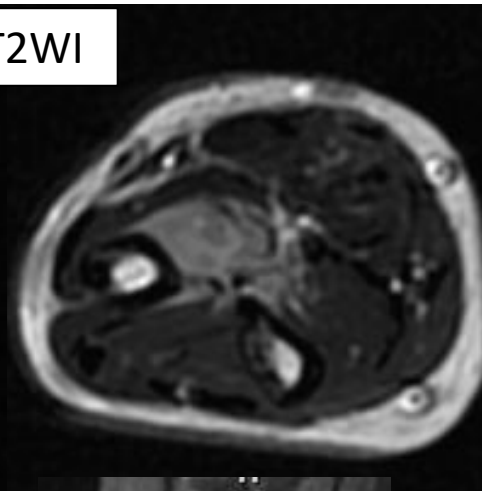
CT造影



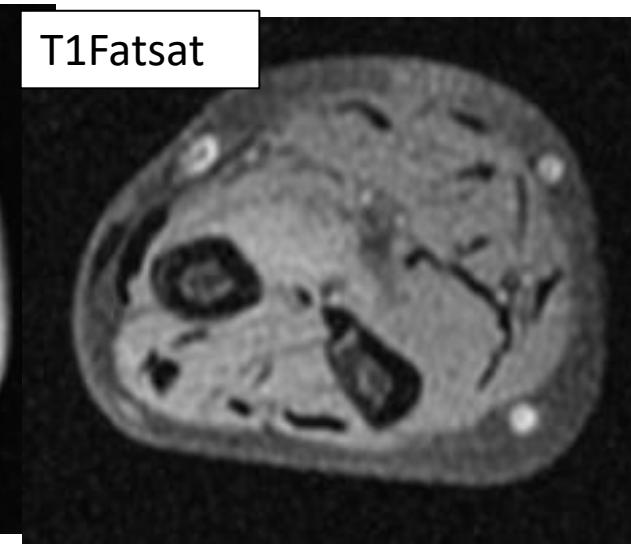
T1WI



T2WI

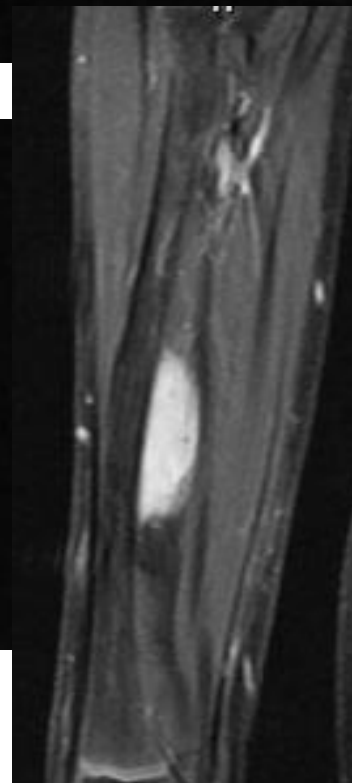
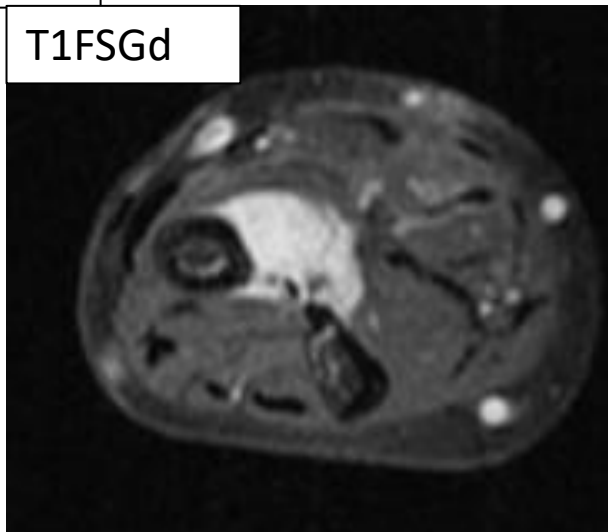


T1Fatsat

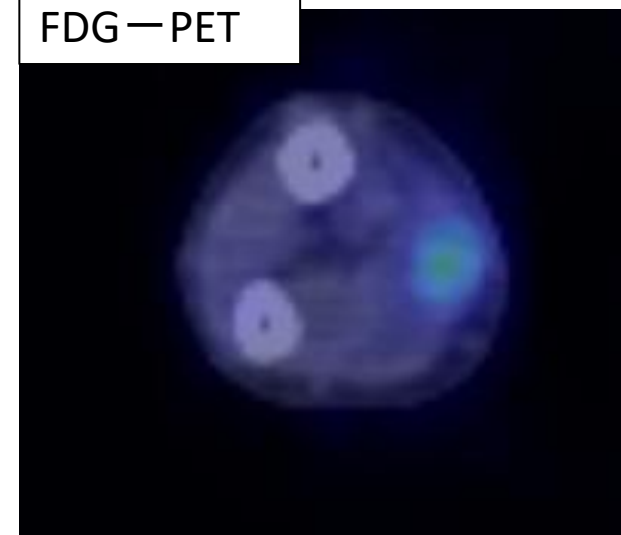


MRI

T1FSGd



FDG-PET



病理診断

【術前病理診断】 Undifferentiated spindle cell neoplasm

卵円形～紡錘形細胞が束状・巣状に密に増生 mitosis 6/10 HPFs 壊死はない。
特定の診断はできないが、悪性と考えられる

免疫染色結果

- α -SMA (+, focal) CD34 (+, Focal) S-100 protein (+, focal)

Synaptophysin (+, focal)

以下陰性 h-caldesmon Calponin Desmin MyoD1 Myogenin GFAP CD56
CD31 D2-40 AE1/AE3 CAM5.2 EMA Bcl-2 CD99 ALK Melan A HMB45

【最終病理診断】Dr.FletcherにConsultation

Cellular myopericytoma (with *SRF-RELA* gene fusion)

免疫染色でp65 びまん性に強陽性

問題点

- 術前病理診断は悪性軟部腫瘍 組織型は確定できず
術前化学療法への適応
手術の場合、切除範囲をどうすべきか
- 最終的には、Dr.FletcherへのConsultationの結果、**Cellular myopericytoma (with SRF-RELA gene fusion)**と診断
(中央病理診断はUndifferentiated/unclassified sarcoma)
- 治療方法は適切であったのか
- 切除前にCellular myopericytoma with SRF-RELA gene fusionと診断されていた
場合の切除方法はどうすべきか

症例4

仙骨に発生した低分化脊索腫の1例

大阪大学医学部附属病院整形外科

伊村 慶紀 王谷 英達 中井 翔 岡田

誠司

大阪大学医学部附属病院病理部

清川 博貴 森井 英一

症例 19歳男性

主訴：仙骨部痛

現病歴：

X-1年8月 特に誘因なく仙骨部痛あり。

X年1月 坐位、仰臥位が困難となり近医受診。

鎮痛剤による投薬加療施行も改善なく増悪あり。

X年4月 前医受診。仙骨腫瘍指摘。

X年5月 当科紹介初診。

現症：

独歩可能も座位、仰臥位困難

仙骨部に発赤・熱感・腫脹なし、圧痛あり

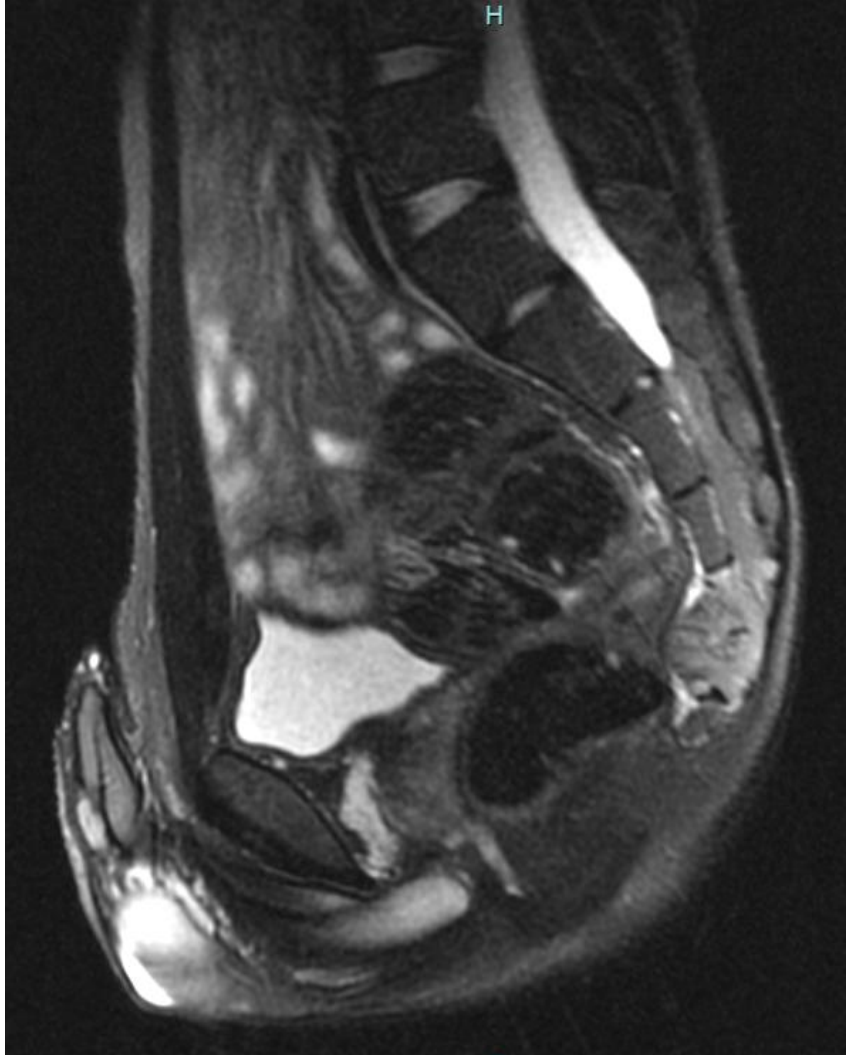
下肢運動感覚障害・膀胱直腸障害なし

単純CT

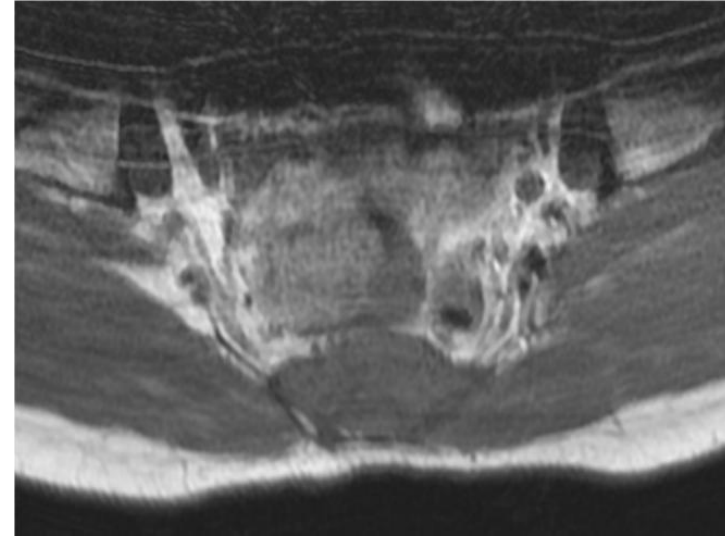


単純MRI

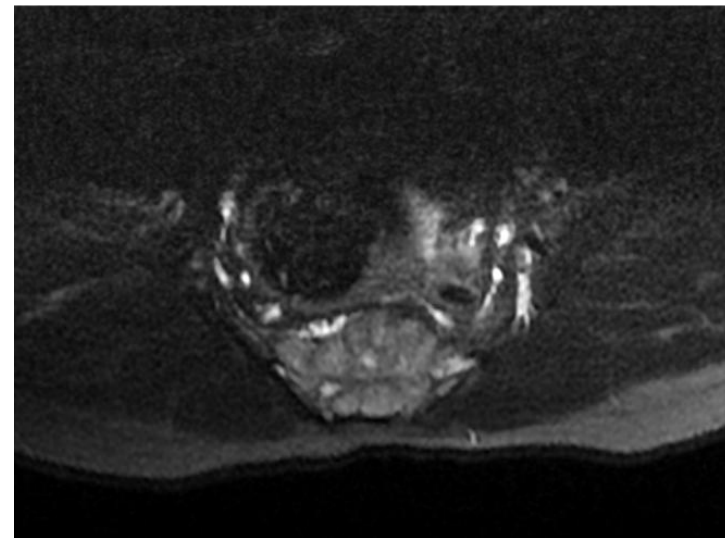
T2 FS



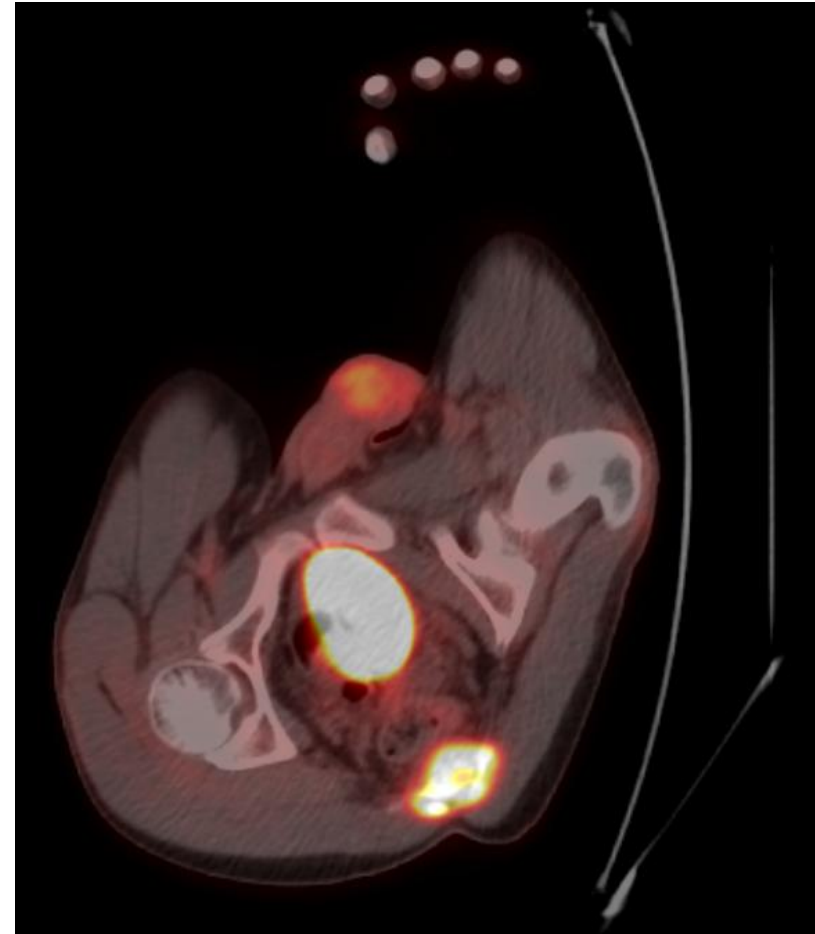
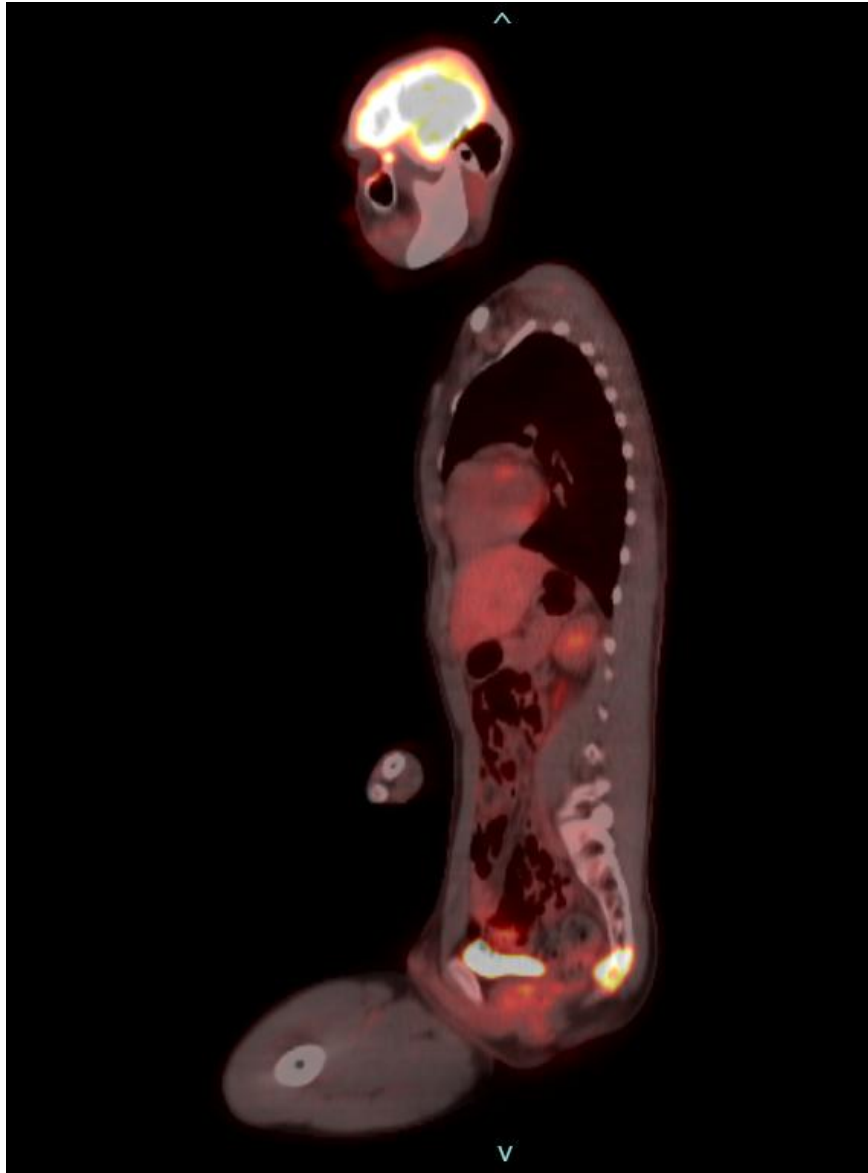
T1 WI



T2 FS



PET/CT



SUVmax 9.67
明らかな転移なし

病理所見

線維性間質成分とともに比較的均一ながら軽度腫大した卵円形核と淡好酸性の広い細胞質を有する細胞のシート状増殖像が一部で見られ、少数の多核巨細胞を混じる。同部では炎症細胞浸潤を伴うほか、一部では壊死の像も見られる。

AE1/AE3 (+), EMA (+), desmin (-), α SMA (-), S-100 (-), CD34 (-), CD68 (-), ERG (-), MelanA (-), SOX10 (-), H3.3G34W (-), MDM2 (-), Cdk4 (-), INI-1 (-), Ki-67 index 15%