

# 第5回 診断病理サマーフェスト

— 病理と臨床の対話 —

Diagnostic Pathology Summer Fest

Vol.5

## テーマ：脳腫瘍の病理と臨床

開催日：2011年 8月27日(土), 28日(日)

会場：京都大学 百周年時計台記念館 百周年記念ホール  
(京都大学本部構内正門正面) \*会場が変更になりました。

対象：病理医, 脳神経外科医, 神経内科医, 放射線科医など

参加費：20,000円(初期・後期研修医, 大学院生15,000円)

August 27, 2011 12:50-18:40

はじめに 脳腫瘍分類の概要, 診断の進め方(平戸)

### 第1部 成人実質外腫瘍

(髄膜, 脳神経腫瘍, 脳室内腫瘍など)

画像(平井), 病理(廣瀬), 臨床(川原)

### 第2部 成人実質内腫瘍

(神経上皮性腫瘍など)

画像(山田), 病理(小森), 臨床(西川)

懇親会(19:00-)



百周年記念ホール

この会は、病理と臨床の対話を行なおうとするものです。お互いの対話によって理解し合い、明日の臨床に役立てることを目的としています。臨床医は病理を、病理医は臨床を学び、両者を結びつけて理解します。病理医のみならず、脳神経外科医、神経内科医、放射線科医の先生方も是非ご参加下さい。

August 28, 2011 9:00-12:30

### 第3部 小児脳腫瘍(胎児性腫瘍など)

画像(平井), 病理(平戸), 臨床(柳澤)

### 第4部 術中迅速診断の要点

臨床(杉山), 病理(佐々木)

### 第5部 症例検討

(小森・廣瀬)

◎講師(講演順, 敬称略)

平戸 純子 群馬大学医学部附属病院病理部 准教授

平井 俊範 熊本大学大学院生命科学研究部放射線診断学分野 准教授

廣瀬 隆則 徳島県立中央病院病理診断科 部長

川原 信隆 横浜市立大学大学院医学研究科脳神経外科 教授

山田 恵 京都府立医科大学放射線科 講師

小森 隆司 東京都医学総合研究所脳腫瘍病理研究室 室長

西川 亮 埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター脳・脊髄腫瘍科 教授

柳澤 隆昭 埼玉医科大学国際医療センター脳・脊髄腫瘍科小児脳脊髄腫瘍部門 准教授

杉山 一彦 広島大学大学院医歯薬学総合研究科脳神経外科学 准教授

佐々木 惇 埼玉医科大学医学部病理学 教授

主催：(社)日本病理学会

# 第5回 診断病理サマーフェスト – 病理と臨床の対話 –

**第1部** 成人の脳腫瘍で頻度の高い、髄膜腫と鑑別すべき腫瘍、聴神経腫、脳室内腫瘍について、画像の特徴、病理組織学的特徴、診断のポイント、最近の治療法について解説を行います。

**第2部** 日常の診断業務で問題となるグリオーマの診断と悪性度分類、膠芽腫の鑑別を中心に画像の特徴、病理診断のポイント、さらにグリオーマの最近の治療法および腫瘍型、悪性度による治療法の相違点について解説を行います。

**第3部** 胎児性腫瘍のほか、小児に好発するテント上腫瘍について、画像の特徴、病理組織学的特徴、診断のポイント、最近の治療法について解説を行います。

**第4部** 術中迅速診断に対する臨床からの要望とこれに対応する診断のポイント、細胞診の応用について解説します。

**第5部** 病理と臨床の対話を深めるため、CPC形式で、2症例について検討します。

参加希望の方は、必要事項を明記のうえ下記に申し込み下さい。先着200名まで受け付けます。受付後参加費振込口座(郵便振替)をお知らせいたします。初期・後期研修医、大学院生は所属長の署名による証明が必要です。

## 参加申込先： 社団法人 日本病理学会

〒113-0033 東京都文京区本郷2-40-9 ニュー赤門ビル4F

TEL 03-5684-6886 E-mail: jsp-admin@umin.ac.jp

# FAX : 03-5684-6936

|                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| フリガナ                              |                                       |
| 氏名                                |                                       |
| 所属学会                              |                                       |
| 所属施設・部署                           |                                       |
| 連絡先<br>〔勤務先・自宅〕<br>どちらかに○を付けて下さい。 | 〒<br><br>TEL ( ) FAX ( )<br>E-mail: @ |

上記の者が〔初期研修医・後期研修医・大学院生〕であることを証明致します。

所属： 役職

署名： 印