

第54巻 補冊1号 平成27年4月

日本臨床細胞学会雑誌

第56回日本臨床細胞学会総会(春期大会)

—細胞学の新たな発展—

会長 紀川純三

(松江市立病院 病院長)

THE JOURNAL OF THE JAPANESE SOCIETY OF CLINICAL CYTOLOGY



●会 期

平成27年6月12日(金),13日(土),14日(日)

●会 場

くにびきメッセ
松江テルサ

●副会長

広岡保明(鳥取大学医学部保健学科 教授)

●総会事務局

日本臨床細胞学会鳥取県支部 事務局

実行委員長:板持広明(鳥取大学医学部産科婦人科 准教授)



公益社団法人
日本臨床細胞学会

<http://www.jscc.or.jp/>

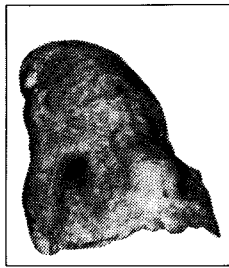
Vol.54 Suppl.

Apr. 2015

1



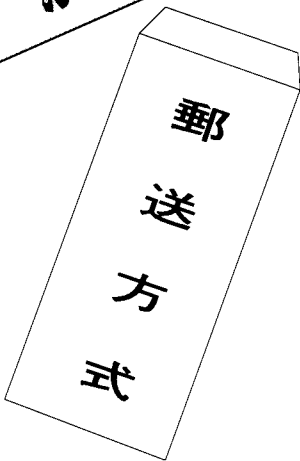
左側：長期間喫煙者の肺



右側：非喫煙者の肺

肺がん予防・早期発見のために

たんのけんさ 喀痰細胞診のすすめ



【特長】

- 1 簡便な「ポスト投函」による郵送で、高い受診回収率が期待できます。
- 2 携帯便利な「ボックス型」で、「何時」でも「何処」でも「採痰」が可能です。
- 3 採痰後、「迅速かつ効率的」な「直接塗抹法」で高い処理能力を有し、検診に適しています。
- 4 保存液は、「細胞の形態保存」「染色性」に十分な配慮がされています。
- 5 検鏡下で、「生痰と同様な所見」が得られ、検索が容易です。
- 6 蓄痰法で、特に肺門部癌の「陽性率80%」以上の検出率です。

本品は、東京医科大学早田 義博名誉教授、加藤 治文名誉教授のご指導で作製しました。50%エタノール、2%カーボックス、0.5%チモール、生食水を保存液とした「郵送方式を特長」とし、肺がんの早期発見を目的とした喀痰細胞診専用容器です。

※容器発注及び受検方法などの詳細は、
下記へお問い合わせ下さい。

製造発売元



メディカル ケア センター

〒340-0017 埼玉県草加市吉町5丁目11番8号 ☎048-927-3628

推 薦 東京医科大学外科学教室

第 56 回 日本臨床細胞学会総会（春期大会）

細胞学の新たな発展

会 期：平成 27 年 6 月 12 日（金），13 日（土），14 日（日）

会 場：くにびきメッセ

〒 690-0826 島根県松江市学園南 1-2-1

TEL：0852-24-1111

松江テルサ

〒 690-0003 島根県松江市朝日町 478-18

TEL：0852-31-5550

会 長 紀川純三
(松江市立病院 病院長)

副 会 長 広岡保明
(鳥取大学医学部保健学科 教授)

総会事務局：日本臨床細胞学会鳥取県支部 事務局

実行委員長：板持広明(鳥取大学医学部産科婦人科 准教授)

〒 683-8504 鳥取県米子市西町 36-1

鳥取大学医学部附属病院 がんセンター内

E-mail：jscc56@med.tottori-u.ac.jp

総会 URL：http://www.csj-sanin.net/jscc56/

〈表紙画作者の言葉〉

古い街並みのある水の都 —— 松 江 ——

5座6階の天守閣のある城があり、その街並みは穴道湖に面し、堀や幾つもの川が流れる水の都と呼ばれる松江の街で、今回の学会が行われる。

そして、郷土館、武家屋敷の並ぶ街筋が、その街の風景を形成しています。





第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会） 会長挨拶

細胞学の新たな発展

この度、第56回日本臨床細胞学会総会・春期大会を平成27年6月12日（金）～14日（日）に、くにびきメッセ・松江テルサで開催いたします。会場は松江市ですが、鳥取県支部が担当運営させていただきます。本会を担当させていただきます大変光栄に存じます。

さて、日本臨床細胞学会は先輩諸氏のご尽力のもと、すでに50年を超える歴史を有し、公益法人となり大きく発展してまいりました。本学会は細胞診専門医や細胞検査士制度を確立し、細胞診の精度管理と普及により社会への貢献を成し遂げております。一方、学術面からみえますと、細胞診断に関する形態学的研究については多くの業績の蓄積がなされてきました。しかしながら、最近の分子生物学の進歩や臨床研究の推進に十分に対応しきれていない現状にあります。本学会のさらなる学術的発展のためには分子生物学を基盤とした細胞機能の解析やその応用についての議論が必要と考えております。そこで、臨床細胞学を科学し、さらに実地臨床に結びつける契機となるような学術集会を企画いたしました。テーマを「細胞学の新たな発展」として、分子生物学の進歩や臨床応用についての議論を深めたいと思います。

招請講演1は開催地松江にちなんで「神話の国・出雲」の穏やかで美しい自然、豊かな歴史、閉鎖的世界の形成について、出雲学研究の第一人者である鳥根県立短期大学部名誉教授 藤岡大拙先生にお話しをしていただきます。招請講演2は「がん幹細胞を標的とした治療戦略」として、慶應義塾大学医学部先端医科学研究所 佐谷秀行先生にがん幹細胞と腫瘍形成能や酸化ストレス抵抗性との関連、それらを標的とした治療戦略についてご講演いただきます。招請講演3「細胞を改変するコントローラー、ヒト人工染色体」は遺伝子の機能解析、細胞特性の改変、細胞分化モニター、遺伝子再生医療等のための新たなベクター系として有用であると期待されているヒト人工染色体ベクターを用いた細胞改変の例と可能性について鳥取大学染色体工学研究センター 押村光雄先生に、さらに招請講演4「卵巣の細胞診」はメリーランド大学名誉教授 Steven G. Silverberg 先生にお願いして米国における若年女性の良性嚢胞に対する穿刺吸引細胞診、悪性卵巣腫瘍に対する術中細胞診の成績および再発診断における細胞診の意義についてご講演いただきます。また、「細胞形態と機能をつなぐもの～分子生物学からみた細胞学の未来」をテーマに細胞の超微形態と細胞機能についてのプレジデンシャルシンポジウムを企画しました。その他、新たな検査法や診断に関する知見を臨床に直接結びつけられるような、特別講演3題、教育講演12題、シンポジウム4題、ワークショップ5題と、乳腺、中枢神経、泌尿器、骨軟部、上気道、呼吸器の6領域にわたるガイドライン解説を予定しています。また、一般演題も360題を超える応募をいただきました。市民公開講座にはアグネス・チャン氏をお招きしてがん検診について議論を展開したいと考えています。

このようなプログラムを企画していただいた森谷卓也プログラム委員会委員長をはじめとするプログラム委員会各位、本会の準備にご尽力いただいた広岡保明副会長、板持広明実行委員長、大石徹郎委員など鳥取大学関係者、そして本会の運営に快く協力をいただいた鳥取県細胞検査士会ならびに鳥根県細胞検査士会の皆様に深謝いたします。

松江市は古代出雲の遺跡や出雲古事記、出雲風土記などの神話にまつわる神社、史跡をはじめ、松江城天守を中心とする掘割やまち並みを今に残す城下町であり、年間1,000万人（2013年実績）の観光客が訪れる国際文化観光都市です。県立美術館庭の「宍道湖うさぎ」や八重垣神社など縁結びのパワースポッ

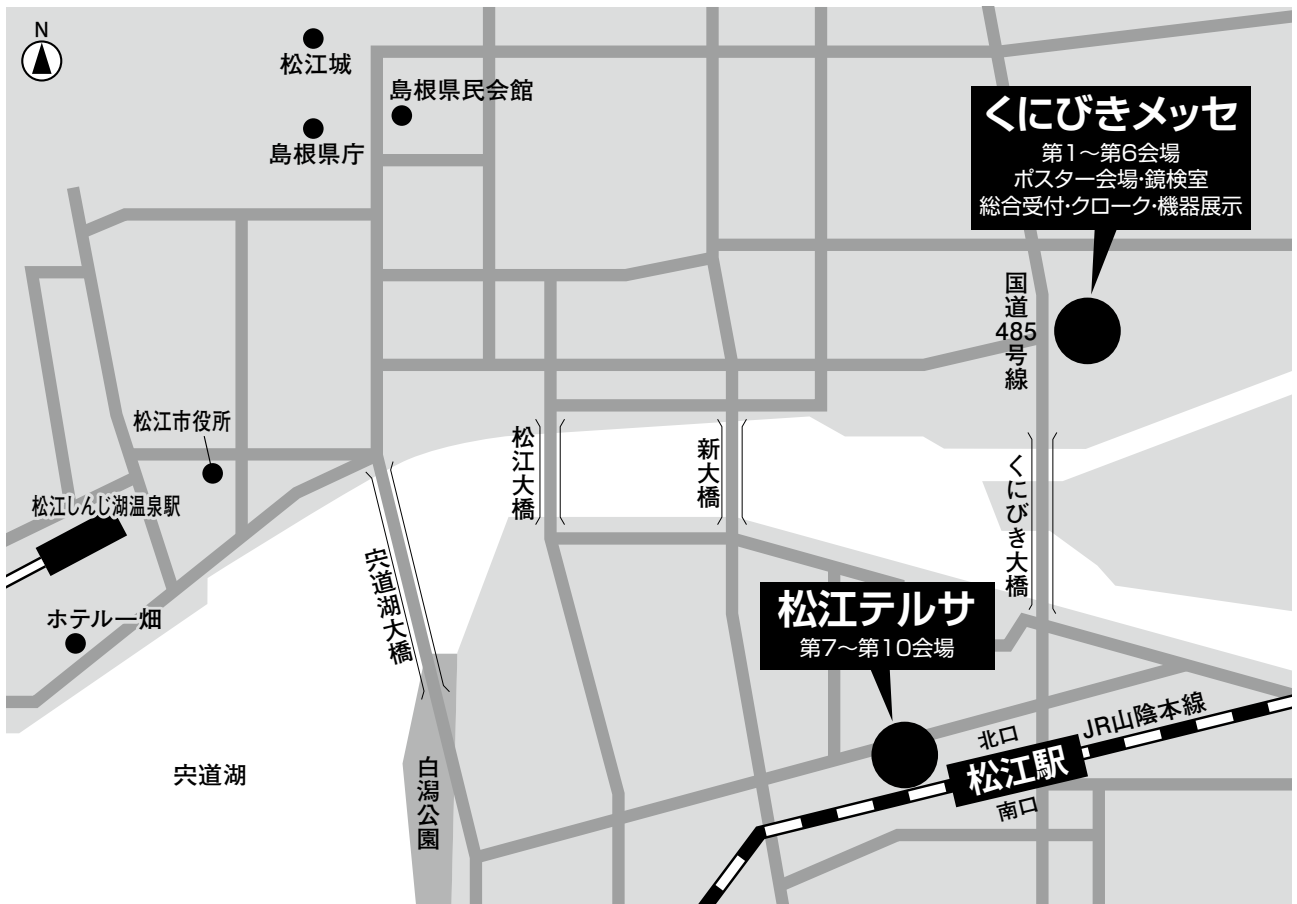
トも多く、近くには、60年ぶりの「平成の大遷宮」で生まれ変わった出雲大社もあります。また、おいしい地酒や宍道湖七珍、お茶や和菓子も有名です。6月はバラの季節ですが、懇親会はバラで有名な松江イングリッシュガーデンで行います。懇親会では、迫力ある石見神楽やお茶席も楽しんでいただきます。また、山陰の名物の屋台も準備しています。是非、当地を堪能していただきたく思います。多くの皆様のお越しをお待ちしています。

第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

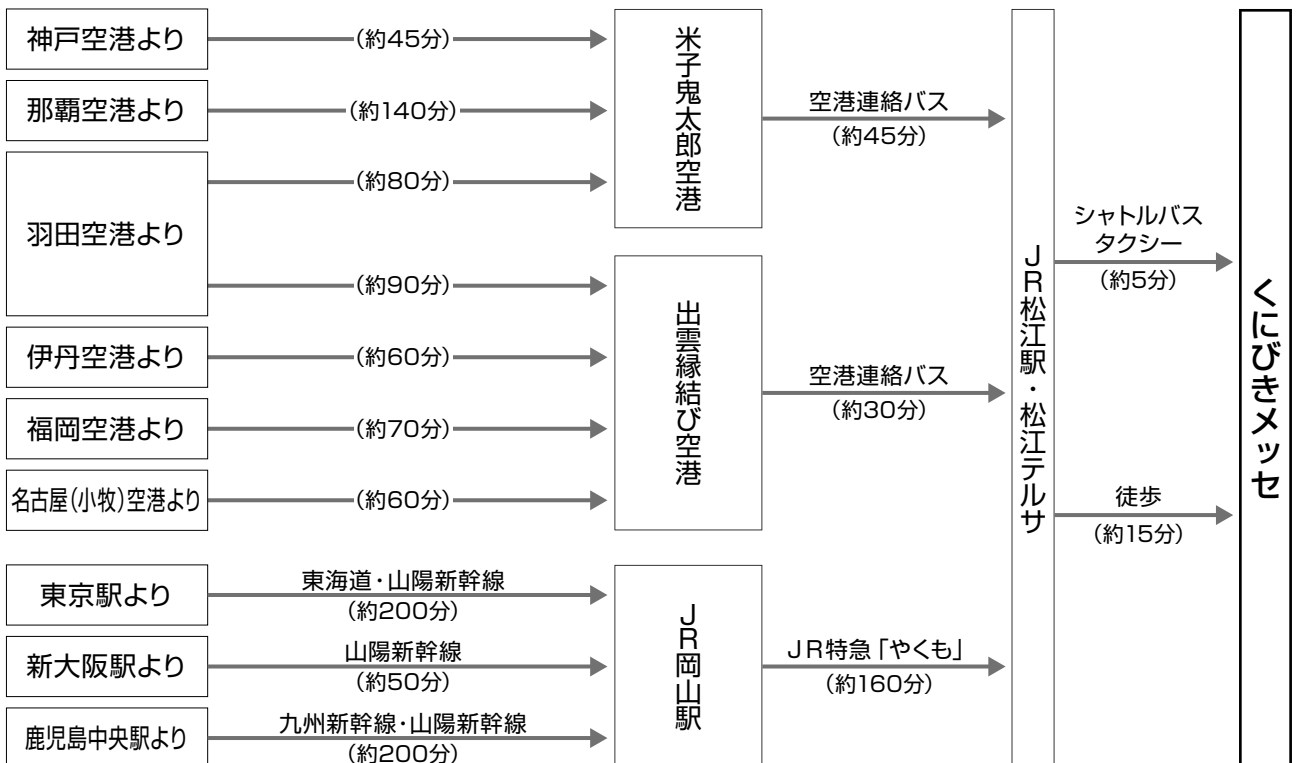
会 長 紀 川 純 三

（松江市立病院 病院長）

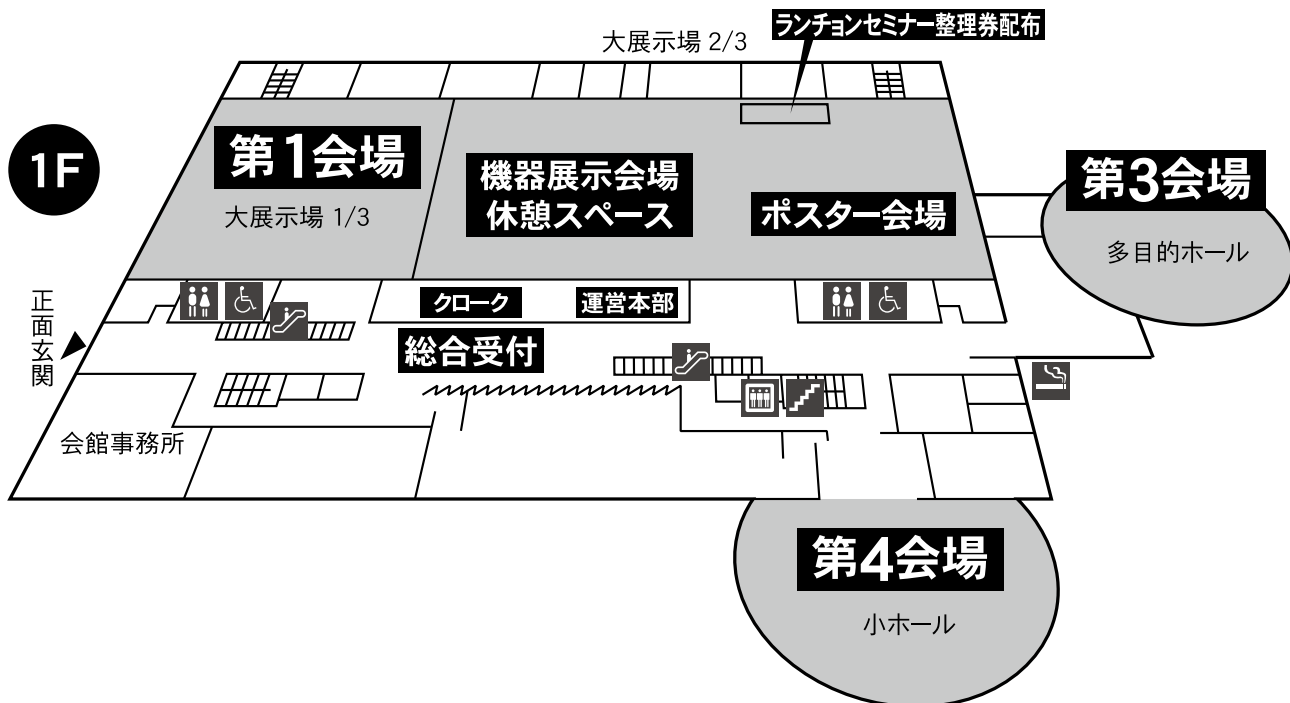
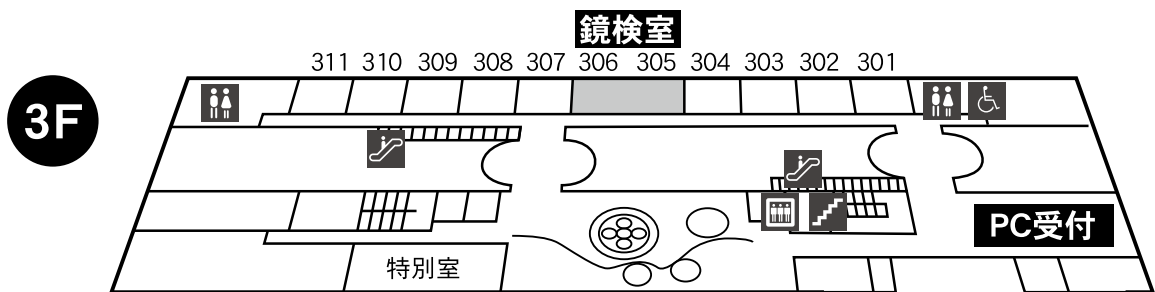
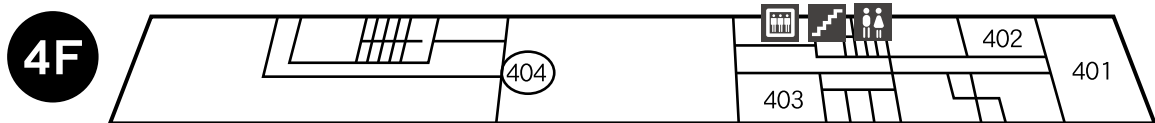
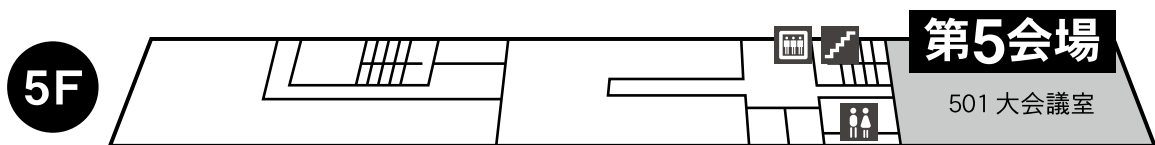
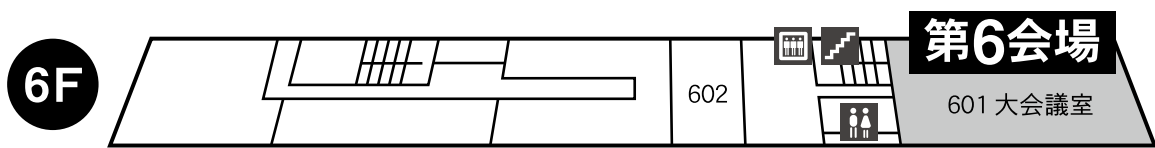
会場周辺図



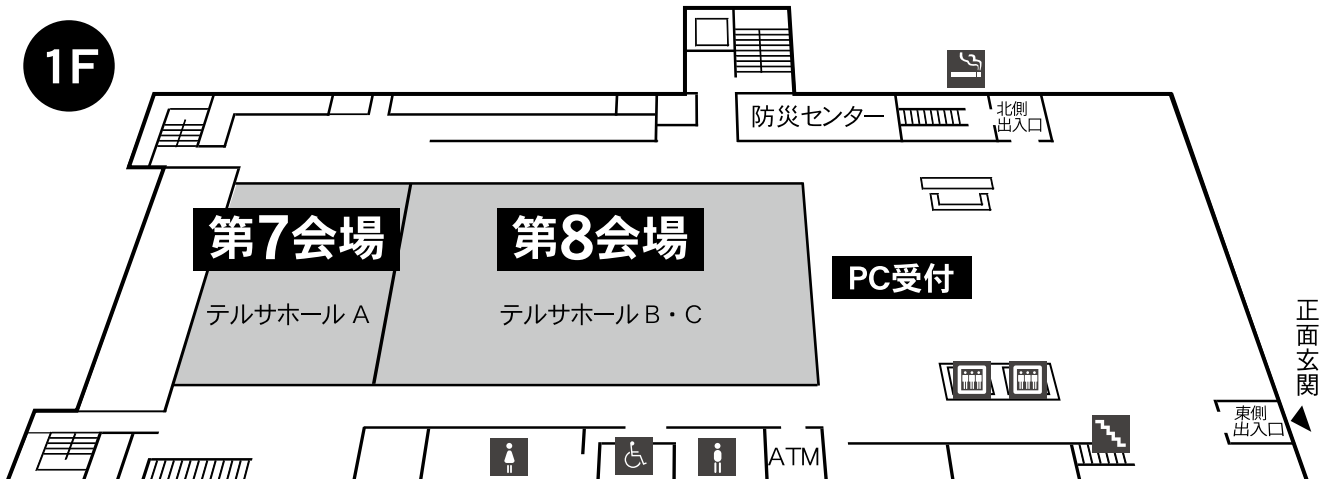
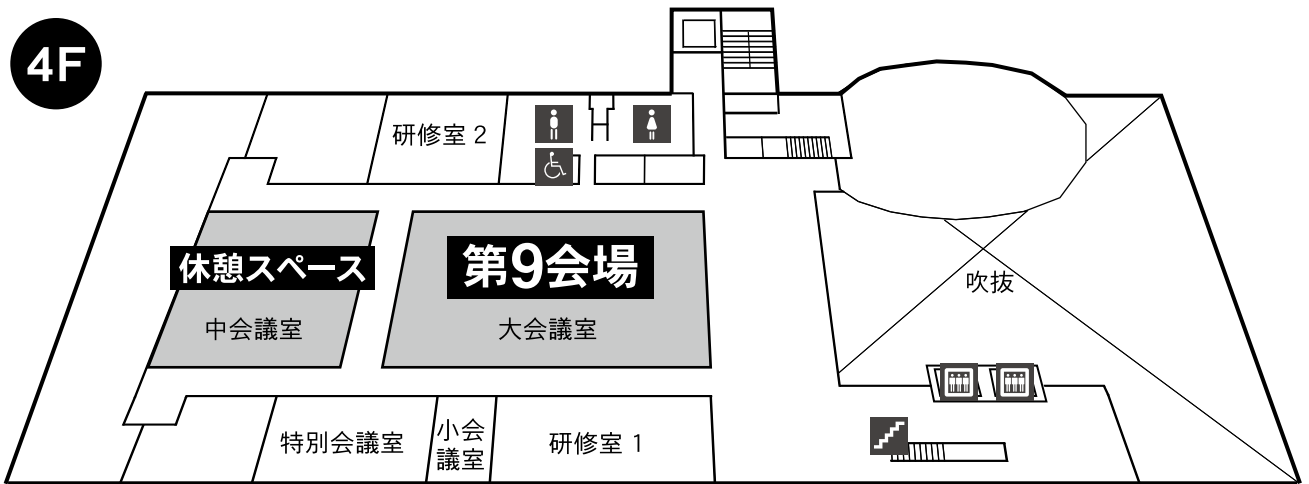
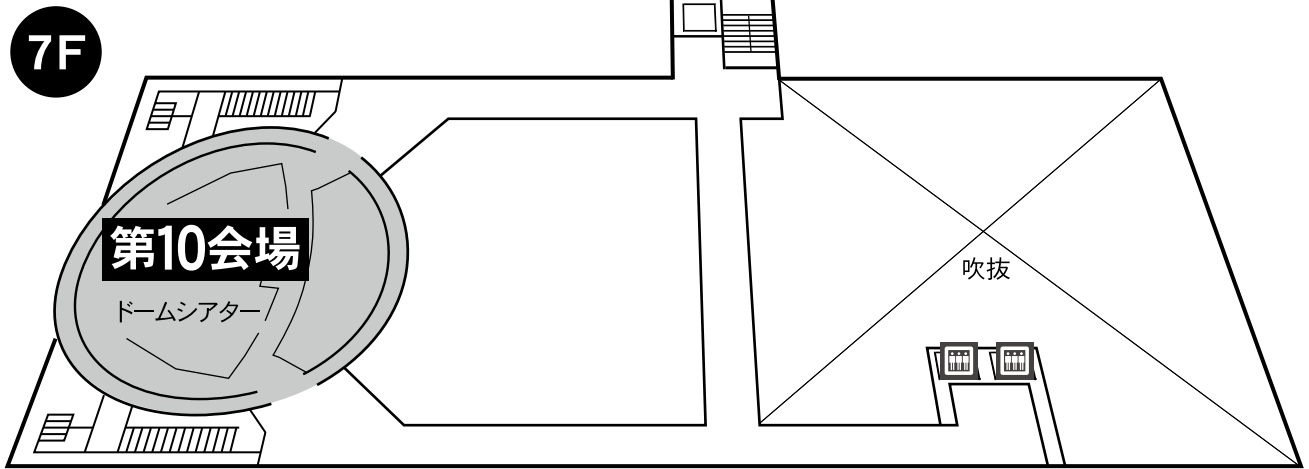
●交通のご案内



■く に び き メ ッ セ 会 場



■ 松江テルサ会場



役員・各種委員会等

6月12日(金) ホテル一畑

11:00~12:00	総務委員会	サンシャイン A	1F
	施設認定制度委員会	サンシャイン B	1F
	細胞診専門医委員会	梅	2F
	細胞診専門医ありかた委員会	菊	2F
	細胞診専門医会会報編集委員会	千鳥	7F
	社会保険委員会	松	2F
	情報処理委員会	碧	2F
12:00~13:00	細胞診専門医総務会	サンシャイン A	1F
	編集委員会	梅	2F
	頸部細胞診の自動化判定に関する研究班	菊	2F
	教育委員会	千鳥	7F
	利益相反委員会	松	2F
	地域連絡委員会	碧	2F
12:00~14:00	泌尿器細胞診の報告様式に関する WG	サンシャイン B	1F
13:00~14:00	国際交流委員会	梅	2F
	細胞検査士委員会	菊	2F
	総会打ち合わせ会	千鳥	7F
	施設認定制度の適正運用検討小委員会	松	2F
	倫理委員会	碧	2F
13:30~14:30	全国地域代表者会議	サンシャイン A	1F
14:00~15:00	細胞検査士会役員会	サンシャイン B	1F
	婦人科臨床試験 WG	梅	2F
	学術委員会	菊	2F
	医療安全委員会	千鳥	7F
	制度審議委員会	碧	2F
14:00~15:30	肺がん学会との WG	松	2F
15:00~16:00	細胞検査士会子宮頸がん検診委員会	サンシャイン A	1F
	細胞検査士会都道府県代表者会議	サンシャイン B	1F
	細胞診ガイドライン作成 WG	梅	2F
	計理委員会	菊	2F
	臨床試験審査委員会	千鳥	7F
	渉外・広報委員会	碧	2F
15:30~16:30	IAC 連絡委員会	松	2F
16:00~17:00	口腔細胞診 WG	梅	2F
	細胞診専門医資格認定試験実施委員長・副委員長会議	菊	2F
	細胞検査士会編集委員会	碧	2F
16:00~17:30	細胞診用語解説集作成 WG	千鳥	7F
16:30~17:30	第 19 回 IAC 国際細胞学会準備委員会	松	2F
17:30~18:30	第 57 回春期大会プログラム委員会	サンシャイン A・B	1F

6月13日(土) く にびきメッセ

16:00~18:00	第 3 回公益社団法人日本臨床細胞学会総会	大展示場 1/3	1F
-------------	-----------------------	----------	----

6月14日(日) く にびきメッセ

7:30~8:30	理事会	501 大会議室	5F
9:50~11:50	口腔細胞診セミナー	501 大会議室	5F
14:00~16:00	細胞診専門医会	大展示場 1/3	1F

6月14日(日) 松江テルサ

10:30~11:30	細胞検査士会総会	テルサホール B・C	1F
-------------	----------	------------	----

役員・各種委員会等日程表

【6月12日(金)】

会場名	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
サンシャインA ホテル一畑 1F				11:00～12:00 総務委員会	12:00～13:00 細胞診専門医 総務会		13:30～14:30 全国地域代表 者会議		15:00～16:00 細胞検査士会 子宮頸がん検 診委員会		17:30～18:30 第57回春期 大会プログラム 委員会
サンシャインB ホテル一畑 1F				11:00～12:00 施設認定制度 委員会	12:00～14:00 泌尿器細胞診の報告様式に 関するWG		14:00～15:00 細胞検査士会 役員会	15:00～16:00 細胞検査士会 都道府県代表 者会議			
梅 ホテル一畑 2F				11:00～12:00 細胞診専門医 委員会	12:00～13:00 編集委員会	13:00～14:00 国際交流 委員会	14:00～15:00 婦人科 臨床試験WG	15:00～16:00 細胞診ガイド ライン作成 WG	16:00～17:00 口腔細胞診 WG		
菊 ホテル一畑 2F				11:00～12:00 細胞診専門医 ありかた委員会	12:00～13:00 頸部細胞診の 自動化判定に 関する研究班	13:00～14:00 細胞検査士 委員会	14:00～15:00 学術委員会	15:00～16:00 計理委員会	16:00～17:00 細胞診専門医 資格認定試験 実施委員長・ 副委員長会議		
千鳥 ホテル一畑 7F				11:00～12:00 細胞診専門医会 会報編集委員会	12:00～13:00 教育委員会	13:00～14:00 総会 打ち合わせ会	14:00～15:00 医療安全 委員会	15:00～16:00 臨床試験審査 委員会	16:00～17:30 細胞診用語解説集 作成WG		
松 ホテル一畑 2F				11:00～12:00 社会保険 委員会	12:00～13:00 利益相反 委員会	13:00～14:00 施設認定制度 の適正運用検 討小委員会	14:00～15:30 肺がん学会とのWG		15:30～16:30 IAC連絡 委員会	16:30～17:30 第19回 IAC 国際細胞学会 準備委員会	
碧 ホテル一畑 2F				11:00～12:00 情報処理 委員会	12:00～13:00 地域連絡 委員会	13:00～14:00 倫理委員会	14:00～15:00 制度審議 委員会	15:00～16:00 渉外・広報 委員会	16:00～17:00 細胞検査士会 編集委員会		

【6月13日(土)】

会場名	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
大展示場1/3 くにびきメッセ 1F										16:00～18:00 第3回公益社団法人 日本臨床細胞学会総会	

【6月14日(日)】

会場名	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
大展示場1/3 くにびきメッセ 1F							14:00～16:00 細胞診専門医会				
501大会議室 くにびきメッセ 5F	7:30～8:30 理事会		9:50～11:50 口腔細胞診セミナー								
テルサホール B・C 松江テルサ 1F				10:30～11:30 細胞検査士会 総会							

第56回 日本臨床細胞学会総会(春期大会) 日程表

第1日目 平成27年6月13日(土)		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
第1会場 くにびきメッセ 1F 大展示場 1/3					10:30～11:40 医療安全セミナー 施設における細胞診の 医療安全対策 水口 國雄, 草苺 宏有, 松林 聡 座長: 森谷 卓也, 伊藤 仁		12:10～13:00 ランチョンセミナー 1 共催: プリストル・マイヤーズ 株式会社 演者: 杉山 徹 座長: 寺内 文敏
	第2会場 くにびきメッセ 3F 国際会議場	開 会 式	8:30～10:30 ワークショップ1 子宮内膜細胞診におけるLBCの有用性 —直接塗抹と比較して— 品川 明子, 坂本 寛文, 西川 武, 矢納 研二, 前田 宣延 座長: 平井 康夫, 則松 良明	10:30～11:10 教育講演1 子宮内膜癌の組織像と細胞像: 細胞診はどこまで 組織所見を捉えられるか 柳井 広之 座長: 笹島 ゆう子	11:10～11:50 教育講演2 HPV感染の自然史 から考える子宮頸 がん検診と治療 笹川 寿之 座長: 今野 良		12:10～13:00 ランチョンセミナー 2 共催: 日本ベクトン・ディッ キンソン株式会社 演者: Amanda Herbert 座長: 小林 忠男
第3会場 くにびきメッセ 1F 多目的ホール	8:30～10:30 ワークショップ2 肺癌細胞診と遺伝子検索—検体材料の取扱いを中心に— 松永 徹, 竹中 明美, 矢野 恵子, 鈴木 久恵 座長: 羽場 礼次, 三宅 真司		10:30～11:10 教育講演3 肺腫瘍新WHO分 類とその細胞像 髙 幸治 座長: 佐藤 之俊	11:10～11:50 教育講演4 脳腫瘍迅速診断における細胞診の役割—標本作製から 細胞診の見方・投与方— 佐藤 信也 座長: 三宅 康之			
第4会場 くにびきメッセ 1F 小ホール	8:30～9:10 教育講演5 甲状腺癌の組織・細胞分 類の改定—甲状腺癌取 扱い規約第7版に向けて— 加藤 良平 座長: 廣川 満良	9:10～11:10 シンポジウム1 甲状腺癌取扱い規約に従った細胞診断の進め方 越川 卓, 高田 奈美, 住石 歩, 鈴木 奈緒子, 樋口 観世子 座長: 丸田 淳子, 坂本 穆彦	11:10～11:50 教育講演6 リンパ腫における 最近の進歩とピ ットホール 吉野 正 座長: 河原 邦光		12:10～13:00 ランチョンセミナー 3 共催: ロシュ・ダイアグノス ティクス株式会社 演者: 大石 徹郎 座長: 植田 政嗣		
第5会場 くにびきメッセ 5F 501大会議室	8:30～9:00 一般演題(口演) 1 子宮頸部1 座長: 生水 真紀夫 0-1-1～3	9:00～9:30 一般演題(口演) 2 子宮頸部2 座長: 小笠原 利忠 0-1-4～6	9:30～10:00 一般演題(口演) 3 子宮頸部3 座長: 竹原 和宏 0-1-7～9	10:00～10:40 一般演題(口演) 4 子宮頸部4 座長: 岡本 愛光 0-1-10～13	10:40～11:10 一般演題(口演) 5 子宮頸部5 座長: 齋藤 豪 0-1-14～16	11:10～11:50 一般演題(口演) 6 泌尿器1 座長: 河原 栄 0-1-17～20	12:10～13:00 ランチョンセミナー 4 共催: サクラファインテック ジャパン株式会社 演者: 増田 しのぶ 滝野 寿 座長: 白石 泰三
第6会場 くにびきメッセ 6F 601大会議室	8:30～9:00 一般演題(口演) 10 消化器1 座長: 桜井 孝規 0-1-31～33	9:00～9:30 一般演題(口演) 11 消化器2 座長: 福田 利夫 0-1-34～36	9:30～10:00 一般演題(口演) 12 消化器3 座長: 清水 道生 0-1-37～39	10:00～10:40 一般演題(口演) 13 乳腺1 座長: 方山 揚誠 0-1-40～43	10:40～11:10 一般演題(口演) 14 乳腺2 座長: 是松 元子 0-1-44～46	11:10～11:50 一般演題(口演) 15 乳腺3 座長: 津田 均 0-1-47～50	
第7会場 松江テルサ 1F テルサホール A	8:30～9:10 教育講演8 口腔細胞診の基本 久山 佳代 座長: 窪田 展久	9:10～11:10 ワークショップ3 口腔の上皮異形成症を考える 関根 浄治, 田沼 順一, 森 泰昌 座長: 小川 郁子, 秀島 克巳					
第8会場 松江テルサ 1F テルサホールB・C		9:10～11:40 ガイドライン解説 乳腺, 中枢神経, 泌尿器, 骨軟部, 上気道, 呼吸器 森谷 卓也, 佐々木 惇, 大谷 博, 福永 真治, 松山 第二, 川本 雅司 座長: 前田 一郎, 中村 直哉, 金城 満, 前田 昭太郎, 横山 繁生, 松原 美幸 総合座長: 土屋 眞一				12:10～13:00 ランチョンセミナー 5 共催: タコジャパン株式会社 演者: 長谷川 匡 座長: 鍋島 一樹	
第9会場 松江テルサ 4F 大会議室	8:30～9:10 一般演題(口演) 19 中皮・体腔液1 座長: 稲山 嘉明 0-1-61～64	9:10～9:40 一般演題(口演) 20 中皮・体腔液2 座長: 河合 俊明 0-1-65～67	9:40～10:10 一般演題(口演) 21 中皮・体腔液3 座長: 亀井 敏昭 0-1-68～70	10:10～10:50 一般演題(口演) 22 リンパ・造血器 座長: 田丸 淳一 0-1-71～74	10:50～11:20 一般演題(口演) 23 その他1 座長: 根本 則道 0-1-75～77	11:20～11:50 一般演題(口演) 24 口腔 座長: 山本 浩嗣 0-1-78～80	12:10～13:00 ランチョンセミナー 6 共催: アークレイマーケティ ング株式会社 演者: 郡司 昌治 座長: 森谷 卓也
第10会場 松江テルサ 7F ドームシアター							
ポスター会場 くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3	7:30～8:30 ポスター貼付 (1日目)	8:30～14:00	ポスター供覧				
展示会場 くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3		8:30～17:00	機器展示・休憩コーナー				

13:30 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:30

				16:00～18:00							
				第3回公益社団法人 日本臨床細胞学会総会							
13:10～13:40 会長講演 細胞の形態と機能 紀川 純三 座長:佐々木 寛		13:40～14:20 招請講演1 出雲の魅力 藤岡 大拙 座長:皆川 幸久		14:20～15:20 招請講演2 がん幹細胞を標的とした治療戦略 佐谷 秀行 座長:青木 大輔							
				14:20～16:00 プレジデンシャルシンポジウム 細胞形態と機能をつなぐもの ～分子生物学からみた細胞学の未来 海藤 俊行, 河内 茂人, 黒川 哲司 座長:大石 徹郎, 黒川 哲司							
				14:20～15:20 受賞講演 核の立体的解析による 良悪性細胞の判別分析 藤谷 清忠 座長:越川 卓		15:20～16:00 教育講演7 日常診断に役立つ 軟部腫瘍細胞診の 基礎知識 元井 亨 座長:園部 宏					
				14:20～14:50 一般演題(口演) 7 子宮頸部6 座長:児玉 省二 O-1-21～23		14:50～15:30 一般演題(口演) 8 子宮頸部7 座長:加藤 久盛 O-1-24～27		15:30～16:00 一般演題(口演) 9 卵巣・卵管・その他 座長:蜂須賀 徹 O-1-28～30			
				14:20～15:00 一般演題(口演) 16 泌尿器2 座長:白石 泰三 O-1-51～54		15:00～15:30 一般演題(口演) 17 頭頸部 座長:湊 宏 O-1-55～57		15:30～16:00 一般演題(口演) 18 骨・軟部・神経 座長:黒田 誠 O-1-58～60			
				14:20～15:50 細胞検査士会 ヤングcommitteeワークショップ LBC検体の標本作製と応用 花野 佑輔, 梅原 美穂, 西村 早菜子, 中西 陽子 座長:小林 幸弘, 白波瀬 浩幸							
				14:20～16:00 シンポジウム2 増加する悪性中皮腫診断のスキルアップを目指して —中皮細胞の機能と形態から診断のカギを探る— 豊國 伸哉, 濱川 真治, 廣島 健三, 辻村 亨 座長:畠 榮, 鍋島 一樹							
				14:00～16:00 国際(アジア)フォーラム "Quality Improvement of the Cervical Cancer Screening in Asia and the World" 「～アジアと世界の子宮がん検診の精度向上をめざして～」 Masatsugu Ueda, Do Minh Hoang Trong, Chiung-Ru Lai, Zhanar Yeleubayeva, Yuri K. Batoroev, Amanda Herbert Chairs: Tadao K. Kobayashi, Rin Yamaguchi							
8:30～14:00 ポスター供覧		14:00～16:41 ポスター発表				16:45～17:30 ポスター撤去 (1日目)		17:30～18:00 ポスター貼付 (2日目)			
8:30～17:00 機器展示・休憩コーナー											

19:00～20:30
総懇親会
松江イングリッシュガーデン

第56回 日本臨床細胞学会総会(春期大会) 日程表

第2日目 平成27年6月14日(日)		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	
第1会場 くにびきメッセ 1F 大展示場 1/3		8:30~10:30	スライドセミナー 有田 茂美, 諸橋 彰, 平 紀代美, 鶴岡 慎悟, 中村 淑美, 萩原 範子, 近藤 哲夫, 安倍 秀幸, 寺本 典弘, 金子 佳恵, 岸野 万伸, 植田 萌 司会:木佐貫 篤, 羽原 利幸			10:50~11:30 教育講演9 腫瘍細胞のバイオ イメージングとその 臨床応用 京 哲 座長:若狭 研一	12:10~13:00 ランチョンセミナー7 共催:中外製薬株式会社 演者:田畑 務 座長:竹島 信宏	
	第2会場 くにびきメッセ 3F 国際会議場		8:30~10:30 シンポジウム3 乳腺細胞診報告様式変更後10年:現状と課題 村田 陽子, 阿部 英二, 大井 恭代, 小穴 良保, 土屋 眞一 座長:鹿股 直樹, 北村 隆司	10:30~11:10 教育講演10 乳癌のコンパニオン 診断 梅北 善久 座長:増田 しのぶ		12:10~13:00 ランチョンセミナー8 共催:ホロジックジャパン 株式会社 演者:木口 一成 座長:加藤 良平		
第3会場 くにびきメッセ 1F 多目的ホール		8:30~9:10 教育講演11 肺がん検診における喀 痰細胞診について一診 断一一致性と標準化一 遠藤 千顕 座長:中山 富雄	9:10~10:10 特別講演1 子宮頸がん征圧をめざして 一細胞診・HPV検査併用検 診10年間の実績一 岩成 治 座長:鈴木 光明	10:10~11:10 特別講演2 子宮頸部腺癌とその初期病変 の細胞像と病理組織像 加来 恒壽 座長:岩坂 剛	11:20~12:00 招請講演4 Ovarian Cytopathology: An American Perspective Steven G. Silverberg 座長:杉山 徹			
	第4会場 くにびきメッセ 1F 小ホール		8:30~9:10 教育講演12 消化器領域の神経 内分泌腫瘍 三橋 智子 座長:内藤 善哉	9:10~10:50 ワークショップ4 膵上皮内癌に迫る一細胞診による 上皮内癌の診断は可能か 花田 敬士, 松本 和也, 南口 早智子, 内田 好明, 稲山 久美子 座長:広岡 保明, 大久保 文彦	10:50~11:50 特別講演3 膵疾患に対するEUS-FNA~ 診断能向上のために我々は何 をなすべきか~ 山雄 健次 座長:中泉 明彦		12:10~13:00 ランチョンセミナー9 共催:株式会社ヤクルト 本社 演者:松本 和也 座長:辻 晃仁	
第5会場 くにびきメッセ 5F 501大会議室	7:30~8:30 理事会		9:20~9:50 班研究報告 細胞診を口腔がん検診に 用いるための診断基準お よびガイドラインの策定 田中 陽一 座長:井村 龍二	9:50~11:50 口腔細胞診セミナー 口腔に発症する白色病変について 堀井 活子, 矢田 直美, 松本 敬 座長:相田 順子			12:10~13:00 ランチョンセミナー10 共催:ヤンセンファーマ 株式会社 演者:竹原 和宏 座長:榎本 隆之	
	第6会場 くにびきメッセ 6F 601大会議室		8:40~9:20 一般演題(口演) 25 その他2 座長:石井 保吉 0-2-1~4	9:20~10:00 一般演題(口演) 26 呼吸器1 座長:柴 光年 0-2-5~8	10:00~10:40 一般演題(口演) 27 呼吸器2 座長:岡 輝明 0-2-9~12	10:40~11:10 一般演題(口演) 28 呼吸器3 座長:中谷 行雄 0-2-13~15	11:10~11:50 一般演題(口演) 29 呼吸器4 座長:池田 徳彦 0-2-16~19	
第7会場 松江テルサ 1F テルサホールA		8:30~9:10 一般演題(口演) 30 子宮体部1 座長:渡利 英道 0-2-20~23	9:10~9:50 一般演題(口演) 31 子宮体部2 座長:田中 尚武 0-2-24~27	9:50~10:30 一般演題(口演) 32 子宮体部3 座長:島田 宗昭 0-2-28~31	10:30~11:00 一般演題(口演) 33 甲状腺 座長:覚道 健一 0-2-32~34	11:00~11:30 一般演題(口演) 34 その他3 座長:磯部 宏昭 0-2-35~37	11:30~11:50 一般演題 (口演)35 その他4 座長:井村 龍二 0-2-38~39	
	第8会場 松江テルサ 1F テルサホールB・C		8:30~10:30 ワークショップ5 尿細胞診の補助診断 島田 啓司, 中澤 久美子, 刀根 亀代志, 岩田 英紘, 藤本 貴美子 座長:河内 茂人, 岩井 幸子		10:30~11:30 細胞検査士会 総会			12:10~13:00 ランチョンセミナー11 共催:日本化薬株式会社 演者:西尾 真 座長:伊藤 公彦
第9会場 松江テルサ 4F 大会議室		8:30~10:10 シンポジウム4 非婦人科領域の液状化細胞診一現状と将来 佐伯 勇輔, 中島 真奈美, 卜部 省悟, 鈴木 彩葉, 福満 千香, 多比良 朋希 座長:大崎 博之, 前田 智治	10:10~10:40 学会主導型スタディ の動向報告 婦人科細胞診精度管理にお ける自動化細胞診支援シ ステムの有用性に関する検討 杉山 裕子 座長:板持 広明				12:10~13:00 ランチョンセミナー12 共催:ノバルティスファーマ 株式会社 演者:渡利 英道 座長:八重樫 伸生	
	第10会場 松江テルサ 7F ドームシアター				10:20~11:50 子宮の日 全国アクションー2015報告会 河原 明彦, 吉田 恵, 前田 ゆかり, 小笠原 利忠, 大野 喜作 座長:青木 潤, 吉田 志緒子			
ポスター会場 くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3	7:30~8:30 ポスター貼付 (2日目)	8:30~9:00 ポスター 供覧	9:00~11:27 ポスター発表				13:00~14:00 ポスター撤去 (2日目)	
展示会場 くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3		8:30~14:00 機器展示・休憩コーナー						

13:30	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00
	14:00～16:00	細胞診専門医会		閉 会 式		
13:10～13:50 招請講演3 細胞を改変する コントローラー、 ヒト人工染色体 押村 光雄 座長：井藤 久雄	14:00～16:00	細胞検査士会要望教育シンポジウム 癌取扱い規約にそった組織像と細胞像 松崎 理, 小山 芳徳, 長田 盛典, 梅澤 敬 座長：小松 京子, 鈴木 雅子				
13:10～14:40 市民公開講座 がん検診(乳がん、子宮頸がん)に役立つ 細胞診ってなに？ アグネス・チャン 河野 美江, 小海 志津子, 小柳 由貴 司会：広岡 保明, 丸山 理留敬						
13:00～14:00						
ポスター撤去 (2日目)						
8:30～14:00						
機器展示・休憩コーナー						

【第1日目 6月13日(土) 午後】 <ポスター会場 くにびきメッセ 1F 大展示場2/3>

	14:00	14:14	14:28	14:42	14:56	15:10	15:24	15:38	15:52	16:06	16:20	16:34
	14:07	14:21	14:35	14:49	15:03	15:17	15:31	15:45	15:59	16:13	16:27	16:41
A	口腔・歯科			消化器								
	一般演題(示説)1 口腔・歯科1 座長：古旗 淳 P-1-1～3	一般演題(示説)2 口腔・歯科2 座長：田村 浩一 P-1-4～5	一般演題(示説)3 消化器1 座長：池口 正英 P-1-6～8	一般演題(示説)4 消化器2 座長：吉見 直己 P-1-9～11	一般演題(示説)5 消化器3 座長：元井 紀子 P-1-12～14	一般演題(示説)6 消化器4 座長：鷺谷 清忠 P-1-15～16	一般演題(示説)7 消化器5 座長：能登原 憲司 P-1-17～19	一般演題(示説)8 消化器6 座長：中山 淳 P-1-20～22				
B	呼吸器											
	一般演題(示説)9 呼吸器1 座長：大平 達夫 P-1-23～25	一般演題(示説)10 呼吸器2 座長：中山 宏文 P-1-26～27	一般演題(示説)11 呼吸器3 座長：横井 豊治 P-1-28～30	一般演題(示説)12 呼吸器4 座長：森井 英一 P-1-31～33	一般演題(示説)13 呼吸器5 座長：渋谷 潔 P-1-34～36	一般演題(示説)14 呼吸器6 座長：光谷 俊幸 P-1-37～39	一般演題(示説)15 呼吸器7 座長：石亀 廣樹 P-1-40～41	一般演題(示説)16 呼吸器8 座長：三浦 弘之 P-1-42～44, 122				
C	子宮頸部											
	一般演題(示説)17 子宮頸部1 座長：藤井 多久磨 P-1-45～47	一般演題(示説)18 子宮頸部2 座長：小田 瑞恵 P-1-48～50	一般演題(示説)19 子宮頸部3 座長：古田 則行 P-1-51～53	一般演題(示説)20 子宮頸部4 座長：伊藤 潔 P-1-54～56	一般演題(示説)21 子宮頸部5 座長：宮城 悦子 P-1-57～59	一般演題(示説)22 子宮頸部6 座長：寺井 義人 P-1-60～61	一般演題(示説)23 子宮頸部7 座長：横山 正俊 P-1-62～64					
D	子宮体部											
	一般演題(示説)24 子宮体部1 座長：笹川 基 P-1-65～67	一般演題(示説)25 子宮体部2 座長：深澤 一雄 P-1-68～70	一般演題(示説)26 子宮体部3 座長：藤原 潔 P-1-71～73	一般演題(示説)27 子宮体部4 座長：落合 和彦 P-1-74～76	一般演題(示説)28 子宮体部5 座長：進 伸幸 P-1-77～79	一般演題(示説)29 子宮体部6 座長：松元 隆 P-1-80～82	一般演題(示説)30 子宮体部7 座長：喜多 恒和 P-1-83～85					
E	頭頸部		唾液腺		泌尿器							
	一般演題(示説)31 頭頸部1 座長：井上 健 P-1-86～88	一般演題(示説)32 頭頸部2 座長：横山 宗伯 P-1-89～91	一般演題(示説)33 唾液腺1 座長：弓納持 勉 P-1-92～94	一般演題(示説)34 泌尿器1 座長：上田 善彦 P-1-95～97	一般演題(示説)35 泌尿器2 座長：服部 学 P-1-98～100	一般演題(示説)36 泌尿器3 座長：村田 哲也 P-1-101～103	一般演題(示説)37 泌尿器4 座長：九島 巳樹 P-1-104～106					
F	乳腺					わからん会						
	一般演題(示説)38 乳腺1 座長：清水 健 P-1-107～109	一般演題(示説)39 乳腺2 座長：黒住 昌史 P-1-110～112	一般演題(示説)40 乳腺3 座長：黒田 一 P-1-113～115	一般演題(示説)41 乳腺4 座長：本間 慶一 P-1-116～118	一般演題(示説)42 乳腺5 座長：山田 隆司 P-1-119～121	三澤 健, 村上 将大, 重野 恭子, 森藤 哲史, 穴吹 昌枝 座長：畠山 重春 遠藤 浩之						

【第2日目 6月14日(日) 午前】 <ポスター会場 くにびきメッセ 1F 大展示場2/3>

	9:00	9:14	9:28	9:42	9:56	10:10	10:24	10:38	10:52	11:06	11:20	11:34
	9:07	9:21	9:35	9:49	10:03	10:17	10:31	10:45	10:59	11:13	11:27	
A	甲状腺				神経系			中皮・体腔液				
	一般演題(示説)43 甲状腺1 座長:今村 好章 P-2-1~2	一般演題(示説)44 甲状腺2 座長:小山 徹也 P-2-3~5	一般演題(示説)45 甲状腺3 座長:正和 信英 P-2-6~8	一般演題(示説)46 甲状腺4 座長:松林 純 P-2-9~11	一般演題(示説)47 神経系 座長:杉谷 雅彦 P-2-12~14	一般演題(示説)48 中皮・体腔液1 座長:榎方 哲 P-2-15~16	一般演題(示説)49 中皮・体腔液2 座長:廣井 禎之 P-2-17~19	一般演題(示説)50 中皮・体腔液3 座長:堤 寛 P-2-20~21				
B	唾液腺				乳腺							
	一般演題(示説)51 唾液腺2 座長:若狭 朋子 P-2-22~24	一般演題(示説)52 唾液腺3 座長:渡邊 純 P-2-25~26	一般演題(示説)53 唾液腺4 座長:村田 晋一 P-2-27~29	一般演題(示説)54 乳腺6 座長:片山 博徳 P-2-30~32	一般演題(示説)55 乳腺7 座長:有廣 光司 P-2-33~35	一般演題(示説)56 乳腺8 座長:小塚 祐司 P-2-36~38	一般演題(示説)57 乳腺9 座長:清水 禎彦 P-2-39~41					
C	子宮頸部					子宮体部						
	一般演題(示説)58 子宮頸部8 座長:上野 喜三郎 P-2-42~44	一般演題(示説)59 子宮頸部9 座長:田勢 亨 P-2-45~47	一般演題(示説)60 子宮頸部10 座長:寒河江 悟 P-2-48~50	一般演題(示説)61 子宮頸部11 座長:小宮山 慎一 P-2-51~53	一般演題(示説)62 子宮頸部12 座長:角田 肇 P-2-54~56	一般演題(示説)63 子宮体部8 座長:高橋 健太郎 P-2-57~59	一般演題(示説)64 子宮体部9 座長:寺本 勝寛 P-2-60~62					
D	卵巣・卵管・その他											
	一般演題(示説)65 卵巣・卵管・その他1 座長:小林 裕明 P-2-63~65	一般演題(示説)66 卵巣・卵管・その他2 座長:高倉 聡 P-2-66~68	一般演題(示説)67 卵巣・卵管・その他3 座長:渡部 洋 P-2-69~71	一般演題(示説)68 卵巣・卵管・その他4 座長:磯西 成治 P-2-72~74	一般演題(示説)69 卵巣・卵管・その他5 座長:鈴木 直 P-2-75~77	一般演題(示説)70 卵巣・卵管・その他6 座長:長谷川 清志 P-2-78~80	一般演題(示説)71 卵巣・卵管・その他7 座長:藤原 寛行 P-2-81~83					
E	卵巣・卵管・その他	皮膚・付属器	骨・軟部				その他					
	一般演題(示説)72 卵巣・卵管・その他8 座長:高松 潔 P-2-84~85	一般演題(示説)73 卵巣・卵管・その他9 座長:石谷 健 P-2-86~87	一般演題(示説)74 皮膚・付属器 座長:西村 理恵子 P-2-88~89	一般演題(示説)75 骨・軟部1 座長:坂谷 貴司 P-2-90~91	一般演題(示説)76 骨・軟部2 座長:串田 吉生 P-2-92~93	一般演題(示説)77 骨・軟部3 座長:黒瀬 顕 P-2-94~96	一般演題(示説)78 その他1 座長:布引 治 P-2-97~98	一般演題(示説)79 その他2 座長:吉田 学 P-2-99~100	一般演題(示説)80 その他3 座長:尾崎 敬 P-2-101~102	一般演題(示説)81 その他4 座長:中本 周 P-2-103~104		
F	中皮・体腔液			リンパ・造血器			その他					
	一般演題(示説)82 中皮・体腔液4 座長:安田 政実 P-2-105~107	一般演題(示説)83 中皮・体腔液5 座長:小賀 厚徳 P-2-108~110	一般演題(示説)84 中皮・体腔液6 座長:北澤 理子 P-2-111~113	一般演題(示説)85 リンパ・造血器1 座長:佐藤 康晴 P-2-114~116	一般演題(示説)86 リンパ・造血器2 座長:小島 勝 P-2-117~119	一般演題(示説)87 その他5 座長:谷山 清己 P-2-120~122						

会員ならびに演者・座長の方へのお願い

1. 一般会員ならびに未入会の方へ

- (1) 参加受付はくにびきメッセ 1F エントランスホールの総合受付にて行います。6月13日(土)・14日(日)ともに**7:30**より参加受付を開始します。

事前参加の方は「参加登録確認書」を総合受付にご持参ください。引き換えに参加章(ネームカード)をお渡しいたします。当日参加の方は記名台にご用意する参加申込書に必要事項をご記入のうえ、総合受付にて学会参加費をお支払いください。引き換えに参加章(ネームカード)をお渡しいたします。

学会参加費 事前 11,000円・当日 13,000円(学生 3,000円※必ず学生証をご提示ください)。

入場の際には必ず参加章をご着用ください。参加章のない方の入場は固くお断りいたします。参加章の再発行はできませんのでご了承ください。

※参加費のお支払いは現金でお願いいたします。クレジットカードは対応いたしませんのでご注意ください。
- (2) 演者および共同研究者は、本学会会員に限ります。未入会の方は、日本臨床細胞学会事務局(〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-11-1 駿河台サンライズビル 3F)にて入会手続きをお取りください。年会費は正会員 12,000円、準会員 6,000円です。なお、大会会場では入会手続きならびに年会費の払い込み等できません。
- (3) 今回から抄録集の冊子(印刷物)配布は無くなりました。抄録は本号(データ)のみに掲載されますので必ずプリントアウトもしくはデータでご持参ください。当日会場でお渡しするプログラムには抄録内容は掲載されておりませんのでご注意ください。
- (4) 日本産科婦人科学会専門医シールおよび日本産婦人科医会研修参加証を発行いたします。

2. 演者の方へ：利益相反の開示について

筆頭演者自身の過去1年間における、発表内容に関連する利益相反の有無を開示していただきます。詳細は19ページの「演者の方へ重要なお知らせ」をご参照ください。

3. 口演発表の演者の方へ

- (1) 一般演題(口演)の発表時間は7分、討論時間は3分です。また、一般演題(口演・示説)以外のプログラムの発表・討論の進行は、すべて座長に一任しておりますので、各自にてご確認をお願いいたします。
- (2) 投影スクリーンは1面で、発表には Windows PC とプロジェクター1台(解像度 1024×768 ドット)を使用いたします。

※ DVD, VTR や 35 mm スライドプロジェクター等の用意はございません。
- (3) 演者は、各セッション開始の60分前までに、各施設の PC 受付(くにびきメッセ 3F ホワイエ、松江テルサ 1F ロビー)にて試写確認を行ったうえでデータを提出してください。PC 受付は、6月13日(土)・14日(日)ともに**7:30**より開始いたします。

※ 6月14日(日)の午前中に発表がある方は、前日の午後にデータ受付を済まされることをお勧めします。
- (4) 発表データに使用する Windows OS は、Windows Vista, 7, 8 に限らせていただきます。実際に会場で使用する OS は、Windows 7 となります。

※ Mac OS をご利用の場合は、ノートパソコンを外部出力用コネクターとともにお持ち込みください。
- (5) 発表データは、CD-R か USB メモリにてご持参ください。

※ 保存するメディアには発表に必要なデータのみとし、他のデータは保存しないでください。

※持ち込まれるメディアは、各自にて最新のデータによるウイルスチェックを必ず行ってご持参ください。

※バックアップとして予備のデータもお持ちいただくことをお勧めします。

- (6) 発表に使用できるデータは、Microsoft PowerPoint 2007, 2010, 2013 を使用し作成したものに限り、
 ※ PowerPoint の機能にある、「発表者ツール」を使用しての発表はできませんので、作成の際はご注意ください。
 ※他のアプリケーションをご使用の方は、ノートパソコンをお持ち込みください。
- (7) 発表データに使用するフォントは、Windows 7 に標準搭載されているフォントを推奨いたします。
 [日本語] MSゴシック・MSPゴシック・MS明朝・MSP明朝
 [英語] Times New Roman・Arial・**Arial Black**・Arial Narrow・Century
 Century Gothic・Courier・Courier New・Georgia
- (8) PowerPoint 上の動画は使用可能ですが、動画データは Windows 7 で標準状態の Windows Media Player で再生できるファイル形式にて作成し、PowerPoint にリンクしてください。
 ※事前に発表データを作成した PC とは別の PC で、動作確認をお願いいたします。
 ※動画データは、PowerPoint データとともに使用する動画ファイルを同一フォルダーに整理し保存のうえ、ご持参ください。
 ※標準的な動画コーデック以外の動画ファイルの場合、再生に不具合を生じる場合がございます。
 (動画再生に不安がある方は、ご自身の PC をご持参いただくことをお勧めいたします)
- (9) 発表は、演者ご自身で舞台上に設置されているマウスを操作し行ってください。
 ※ PowerPoint の機能にある、「発表者ツール」を使用しての発表はできませんので、ご注意ください。
- (10) 次演者の方は、前の演者が登壇後すぐに次演者席にお着きください。

4. 示説発表の演者の方へ

- (1) 発表時間は4分、討論時間は3分です。発表時間を厳守してください。
- (2) 演者はポスター会場（くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3）前のポスター受付にてリボンをお受け取りのうえ討論時間に発表パネルの前にお越しください。
- (3) パネルサイズは全体で縦 210 cm、幅 90 cm です。演題番号は事務局で用意いたします。演題名・所属・氏名は上方の演題番号の横に縦 20 cm、幅 70 cm に納まるようにご自身でご用意ください。掲示用のピンは事務局で用意いたしますが、セロテープ、接着剤は使用できませんのでご注意ください。
 貼付および撤去は以下の時間内に行ってください。時間を過ぎても取り外されないポスターについては事務局にて処分いたしますのでご了承ください。
 ※発表日毎にポスターを貼り替えますのでご注意ください。

6月13日（土）発表ポスター	貼付： 7：30～ 8：30
	撤去： 16：45～17：30
6月14日（日）発表ポスター	貼付： 13日（土）17：30～18：00 14日（日） 7：30～ 8：30
	撤去： 13：00～14：00

5. 座長の方へ

- (1) 口演セッションの座長の方は、セッション開始の30分前までに各施設の座長受付（くにびきメッセ 1F エントランスホール、松江テルサ 1F ロビー）までお越しのうえ、次座長席にお着きください。

- (2) 示説発表の座長の方は、担当セッション開始の20分前までにポスター会場（くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3）前のポスター受付にて座長リボンをお受け取りください。
- (3) 進行は座長に一任いたしますが、セッションごとの時間厳守にご協力ください。

6. 質疑応答について

- (1) 質疑応答は座長の許可を得たうえで、最初に所属、氏名を述べてから行ってください。
- (2) 質疑応答の記録は取りません。

7. スライドセミナーについて

- (1) スライドセミナーは、6月14日（日）8:30~10:30 第1会場（くにびきメッセ 大展示場 1/3）にて行います。
- (2) スライドセミナーの症例は、総会ホームページに掲載し解答ができますので、是非ご覧ください。

8. ランチョンセミナーについて

6月13日（土）・14日（日）昼時間帯のランチョンセミナーにてお弁当を用意いたします（設定会場は、日程表をご参照ください）。本セミナーは整理券制となっております。両日とも7:30~11:40に機器展示会場（くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3）にて、整理券を発券いたします。整理券発行の際は学会参加章が必要です。おひとり1日1枚のみ受け取り可能です。なお、発券する整理券は当日開催分のみです。発券は先着順であり、なくなり次第終了となります。整理券をお持ちの方でもセミナー開始後5分を過ぎると入場できない場合がありますのでご注意ください。

9. 機器展示会について

6月13日（土）・14日（日）くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3にて開催いたします。

10. クロークについて

くにびきメッセ 1F エントランスホールのクロークをご利用ください。

11. 託児施設について

託児室を用意いたします。ご利用を希望される方は事前のお申込みが必要です。総会のホームページからお問い合わせください。

URL：<http://www.csj-sanin.net/jscc56/>

12. 総懇親会について

6月13日（土）19:00から松江イングリッシュガーデンにて開催いたします。

参加費：3,000円

お申込みは事前に総会ホームページからお申込みいただくか、当日参加受付にてお申し込みください。当日は無料シャトルバスで送迎いたします。

13. 抄録について

個人情報保護法の観点から、抄録文中の日付および固有名詞を削除させていただきましたので、ご了承くださいますようお願いいたします。

14. 撮影・録音および携帯電話の使用について

会場内での写真・ビデオ撮影および録音は、事務局の許可を得た場合を除き、固くお断りいたします。携帯電話をお持ちの方は、電源を切るか、マナーモードに設定してください。

演者の方へ重要なお知らせ

発表演題に関する利益相反 (conflict of interest : COI) の開示について

2010年5月の第51回日本臨床細胞学会総会(春期大会)において「細胞診断学に関する臨床研究の利益相反に関する指針」が承認され、本指針に従いまして発表者の利益相反状態の自己申告を行っていただくこととなりました。

1. 筆頭演者自身の過去1年間における、発表内容に関連する企業や営利を目的とする団体に関わる利益相反の有無を開示していただきます(共同演者のものは開示不要)。
2. 利益相反「あり」の場合は、学術集会発表時に日本臨床細胞学会ホームページ内の本指針 自己申告書1「筆頭演者の利益相反自己申告書」(様式1)に準拠し、スライドあるいはポスターの最初か最後に開示していただくこととなります。
3. 利益相反「なし」の場合も、必ず「利益相反なし」と記載していただきます。
4. 開示形式は下記、例1)～例2)をご参照ください。

各々の開示すべき事項についておよび自己申告が必要な金額は、日本臨床細胞学会ホームページ内の指針(http://www.jscc.or.jp/2010/100621_guide_conflictinterest.pdf)をご参照ください。

例1) 利益相反「あり」の場合

第56回日本臨床細胞学会春期大会 COI開示	
筆頭演者名: _____	
今回の演題に関して開示すべきCOIは以下のとおりです。	
内容*	企業名等
役員・顧問職	A 製薬会社
講演料など	B 医療機器メーカー
原稿料など	C 出版社

例2) 利益相反「なし」の場合

第56回日本臨床細胞学会春期大会 COI開示	
筆頭演者名: _____	
今回の演題に関して開示すべきCOIはありません。	

*内容: 役員・顧問職, 株, 特許使用料, 講演料など, 原稿料など, 研究費, その他報酬の中から 該当するものを記載してください。

第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会）市民公開講座

6月14日（日）13：10～14：40 第3会場（くにびきメッセ 1F 多目的ホール）

司会：広岡保明（鳥取大学医学部保健学科 教授）

丸山理留敬（島根大学医学部器官病理学 教授）

がん検診（乳がん、子宮頸がん）に役立つ細胞診ってなに？

開会挨拶

紀川純三（第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会）会長／松江市立病院 病院長）

第1部 講演（13：10～14：00）

講師：アグネス・チャン

タイトル：明るくさわやかに生きる～アグネスが見つめた生命

第2部 現場からの報告（14：05～14：20）

1. 医師の立場から

河野美江（島根大学保健管理センター）

2. 細胞検査士の立場から

小海志津子（島根県細胞検査士会）

3. 学生の立場から

小柳由貴（鳥取大学大学院保健学専攻・学生）

第3部 座談会（14：20～14：40）

進行：広岡保明

参加者：アグネス・チャン，丸山理留敬，河野美江，小海志津子，小柳由貴

テーマ：がん検診と細胞診

閉会挨拶

広岡保明（第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会）副会長／鳥取大学医学部保健学科 教授）

共 催：松江市立病院／日本臨床細胞学会鳥取県支部

後 援：島根県／松江市／一般社団法人島根県医師会／一般社団法人松江市医師会／日本臨床細胞学会島根県支部／株式会社山陰中央新報社／NHK 松江放送局

お問い合わせ：松江市立病院総務課 TEL 0852-60-8000(代)

口腔細胞診セミナーのご案内

6月14日(日) 9:50~11:50 第5会場(くにびきメッセ 5F 501大会議室)

座長: 相田順子(地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 老年病理)

昨年に引き続き, 第56回日本臨床細胞学会総会(春期大会)会期中にセミナーを開催します。

今回は, 「口腔に発症する白色病変について」をテーマに, 臨床・病理・細胞診のそれぞれの立場から白色病変の診断・治療に繋がる細胞診の見方, 考え方を解説します。

講師 堀井活子(大阪歯科大学口腔外科学第2講座)
矢田直美(九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野)
松本 敬(日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科)

申し込み方法 お名前, ご住所を明記のうえ, 電子メールにて下記宛にお申し込みください。また, 当日のご参加も受け付けます。

島根大学医学部歯科口腔外科学講座 秀島克巳
mfs@med.shimane-u.ac.jp

細胞検査士会パネル展示 子宮頸がん検診啓発および調査研究活動（子宮頸がん検診委員会、渉外委員会）

6月13日(土)、14日(日) 会場：ポスター会場 くにびきメッセ大展示場 2/3
市民公開講座 6月14日(日) くにびきメッセ 1F 多目的ホール

日本における子宮頸がん検診の細胞診検査の精度は世界でも極めて高いことが知られていますが、受診率をみると欧米の80%に対し依然低迷しています。厚生労働省が2007年に掲げた目標値50%には、受診率1位の山形県でも達していません。さらにわが国では近年20~30代の若年者の罹患率、死亡率の増加が大きな問題となっています。島根県では、全国に先駆け2007年より出雲市で細胞診とHPV検査との併用検診を取り入れ、6年間で頸がん検診により発見される浸潤癌が著しく減少しました。一方、若者が集まる都市部では相変わらず受診率は低くHPV検査との併用検診も進んでいません。今後は、受診率向上だけでなく浸潤癌を無くすために、全国統一した対策（政策）が必要かと思われまます。

細胞検査士会では、検診の受診率向上を目的とし各都道府県単位で4月9日（子宮の日）をメインに啓発活動を行ってきました。自治体によっては、様々なイベントと共に行われ、テレビ、新聞等のメディアに訴えた活動もみられます。昨年度より細胞学会の公益事業として認められ予算組もされましたが、一方では都道府県ごとでモチベーションの較差があるのも事実です。今回でパネル展示も8回目となりますが、展示した活動状況やアンケートにより情報収集した集計結果が、各地域活動の参考になればと思います。また、去年は第23回日本婦人科がん検診学会会長 植田政嗣会長からの要請もあり、他学会での展示も行われ、確実に活動の輪を広げています。今後は関係団体とも協力して、さらに大きな輪が広げられればと思います。また、市民公開講座においては子宮頸がん検診委員会の小海委員が現場の声を細胞検査士の立場で発表致します。学会参加者の方々におかれましては、何卒展示会場にお越し下さるようお願い致します。

最後に、今回のパネル展示に際し、ご理解とご協力をいただきました第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会）紀川純三会長に深く感謝致します。

細胞検査士会子宮頸がん検診委員会 委員長 大野 喜作
細胞検査士会渉外委員会 委員長 河原 明彦
細胞検査士会 会長 石井 保吉
公益社団法人日本臨床細胞学会 理事長 佐々木 寛

子宮の日全国アクション—2015 報告会

6月14日(日) 10:20~11:50 第10会場(松江テルサ 7F ドームシアター)

座長: (株)福山臨床検査センター細胞・病理センター 青木 潤
(公財)東京都予防医学協会母子保健検査部 吉田志緒子

2009年から始まった子宮の日(Love49)の活動は、すでに全国規模で行う事業になりました。これまで検診受診率向上のために地道な活動を多くの方々になされてきたと感じています。さらに、公益社団法人日本臨床細胞学会において毎年春期大会時に、この報告会を行うことができるようになりました。今までの活動報告と共に今後の活動やその問題点について議論したいと思います。

1. 2015Love49の報告とその取り組み

細胞検査士会渉外委員会
久留米大学病院病理部 河原明彦

2. 和歌山県における子宮の日の活動および啓発講演活動の報告

和歌山ろうさい病院中央検査部病理 吉田 恵

3. 鹿児島県における子宮頸がん啓発イベント“おごじょプロジェクト”活動報告

社会医療法人博愛会相良病院病理細胞診室 前田ゆかり

4. 兵庫県での子宮の日—医師の立場から

特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部 小笠原利忠

5. 子宮頸がん検診委員会における啓発・調査研究の活動報告と今後について

細胞検査士会子宮頸がん検診委員会
保健科学東日本細胞病理課 大野喜作

細胞診専門医会会員へのお知らせ

I. 細胞診専門医会総会

6月14日(日) 14:00~16:00 第1会場

細胞診専門医セミナー

「細胞診専門医資格認定試験の現状」 がん研有明病院 杉山裕子先生

「回答用紙のOCR化について」 奈良県総合医療センター 豊田進司先生

II. 細胞診専門医研修指定講座

細胞診専門医会では、細胞診専門医の資格更新のためのクレジットの一部にすることを前提に、毎回の学術プログラムから「細胞診専門医研修指定講座」を選定しております。

この度の第56回日本臨床細胞学会総会(春期大会)・学術プログラムの中から、細胞診専門医の生涯教育のための研修プログラムとして特にふさわしい下記の講演を、細胞診専門医会が選定し、「細胞診専門医研修指定講座」に決定いたしました。

1. 医療安全セミナー

6月13日(土) 10:30~11:40 第1会場

2. 教育講演9「腫瘍細胞のバイオイメージングとその臨床応用」

演者: 島根大学教授 京 哲先生

6月14日(日) 10:50~11:30 第1会場

これらの指定講座をご聴講いただいた専門医には、「細胞診専門医研修指定演題聴講証明書」を発行いたします。次回資格更新まで大切に保管ください。

日本臨床細胞学会理事会では、平成25年度より細胞診専門医資格更新制度が改革され、細胞診専門医出席義務廃止、研修指定講座等への参加クレジット重視の方向性となります。

聴講証明書は1回につき15単位が認められます。

尚、講演開始10分以降の入室ならびに講演終了10分前の退室は聴講証明書が発行されませんのでご注意ください。

細胞診専門医会会長 土屋 眞一

細胞診専門医委員会委員長 植田 政嗣

第56回日本臨床細胞学会総会(春期大会)会長 紀川 純三

第56回日本臨床細胞学会総会（春期大会） プログラム委員／実行委員

<p>会 長</p> <p>副 会 長</p> <p>実行委員長</p> <p>プログラム委員長</p>	<p>紀川 純三（松江市立病院）</p> <p>広岡 保明（鳥取大学医学部保健学科）</p> <p>板持 広明（鳥取大学医学部産科婦人科）</p> <p>森谷 卓也（川崎医科大学病理学2）</p>
--	--

●コアプログラム委員（敬称略，五十音順）

<p>岩成 治（鳥根県立中央病院産婦人科）</p> <p>加来 恒壽（九州大学大学院医学研究院保健学部門）</p> <p>河原 邦光（大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科）</p> <p>関根 浄治（鳥根大学医学部歯科口腔外科学講座）</p> <p>中泉 明彦（創価大学看護学部）</p> <p>則松 良明（愛媛県立医療技術大学保健学部臨床検査学科生体情報学講座）</p> <p>畠 榮（川崎医科大学附属川崎病院病理部）</p>	<p>羽場 礼次（香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部）</p> <p>羽原 利幸（中国中央病院臨床検査科）</p> <p>廣川 満良（隈病院病理診断科）</p> <p>皆川 幸久（鳥取県立中央病院産科婦人科）</p> <p>丸山理留敬（鳥根大学医学部器官病理学）</p> <p>三宅 康之（倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科）</p> <p>森谷 卓也（川崎医科大学病理学2）</p> <p>柳井 広之（岡山大学病院病理診断科）</p>
---	---

●プログラム委員（敬称略，五十音順）

<p>青木 大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）</p> <p>池口 正英（鳥取大学医学部病態制御外科（消化器外科））</p> <p>池田 徳彦（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野）</p> <p>石井 保吉（医療法人社団こことからの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科）</p> <p>石亀 廣樹（JA長野県厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科）</p> <p>石谷 健（東京女子医科大学産婦人科）</p> <p>市原 周（独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科）</p> <p>伊藤 仁（東海大学医学部付属病院病理検査技術科）</p> <p>稲山 嘉明（横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科病理部）</p> <p>井上 健（大阪府立総合医療センター病理診断科）</p> <p>井村 穰二（富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座）</p> <p>植田 政嗣（(財)大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部）</p> <p>上田 善彦（獨協医科大学越谷病院病理診断科）</p> <p>上野喜三郎（(株)東京セントラルパソロジーラボラトリー（TCPL）検査部）</p> <p>宇津木久仁子（公益財団法人がん研有明病院婦人科）</p>	<p>榎本 隆之（新潟大学大学院医歯学総合研究科・医学部産科学婦人科学）</p> <p>大野 英治（学校法人加計学園倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科）</p> <p>大平 達夫（東京医科大学病院呼吸器外科）</p> <p>小笠原利忠（特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部）</p> <p>岡 輝明（公立学校共済組合関東中央病院病理科）</p> <p>岡本 愛光（東京慈恵会医科大学産婦人科）</p> <p>尾崎 敬（紀南病院中央臨床検査部）</p> <p>小田 瑞恵（医療法人社団こことからの元氣プラザ婦人科）</p> <p>落合 和彦（東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科）</p> <p>小山 徹也（群馬大学大学院病理診断学・病理診断科）</p> <p>覚道 健一（近畿大学医学部奈良病院）</p> <p>片岡 史夫（慶應義塾大学医学部産婦人科）</p> <p>片山 博徳（日本医科大学多摩永山病院病理部）</p> <p>加藤 久盛（神奈川県立がんセンター婦人科）</p> <p>加藤 良平（山梨大学医学部人体病理学）</p>
---	---

- 亀井 敏昭 (山口県立総合医療センター病理科・中央検査部)
- 河合 俊明 (戸田中央臨床検査研究所)
- 河原 栄 (金沢大学医薬保健研究域病態検査学講座)
- 川本 雅司 (帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)
- 北村 隆司 (昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室)
- 清川 貴子 (東京慈恵会医科大学病理学講座)
- 九島 巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)
- 久布白兼行 (東邦大学医療センター大橋病院産婦人科)
- 黒住 昌史 (埼玉県立がんセンター病理診断科)
- 黒田 一 (国際医療福祉大学病理診断科)
- 黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I)
- 越川 卓 (愛知県立大学看護学部病理学)
- 小島 勝 (獨協医科大学形態病理)
- 児玉 省二 (新潟南病院婦人科)
- 小林 忠男 (大阪大学大学院医学系研究科)
- 小林 裕明 (鹿児島大学病院産婦人科)
- 小松 京子 (公益財団法人がん研有明病院臨床病理センター)
- 是松 元子 (LSI メディエンス病理細胞診部)
- 今野 良 (自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科)
- 齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学講座)
- 寒河江 悟 (札幌西孝仁会クリニック婦人科)
- 嵯峨 泰 (自治医科大学産婦人科)
- 桜井 孝規 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
- 櫻木 範明 (北海道大学大学院医学研究所生殖・発達医学講座生殖内分泌腫瘍学分野)
- 笹川 基 (新潟県立がんセンター新潟病院婦人科)
- 佐々木 寛 (東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科)
- 佐藤 之俊 (北里大学病院呼吸器外科)
- 柴 光年 (国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科)
- 渋谷 潔 (国保松戸市立病院呼吸器外科)
- 清水 恵子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)
- 清水 健 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)
- 清水 道生 (博慈会記念総合病院病理診断センター)
- 清水 禎彦 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科)
- 生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学)
- 白石 泰三 (三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学講座)
- 杉谷 雅彦 (日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野)
- 杉山 裕子 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)
- 鈴木 光明 (自治医科大学医学部産婦人科学講座)
- 進 伸幸 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 高橋健太郎 (滋賀医科大学地域周産期医療学講座)
- 竹島 信宏 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)
- 竹原 和宏 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 婦人科)
- 田中 陽一 (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)
- 田畑 務 (三重大学医学部附属病院婦人科)
- 田丸 淳一 (埼玉医科大学総合医療センター病理部)
- 田村 浩一 (東京通信病院病理科)
- 辻村 亨 (兵庫医科大学病理学分子病理部門)
- 辻 求 (大阪医科大学病理学)
- 津田 均 (防衛医科大学校病態病理学)
- 堤 寛 (藤田保健衛生大学医学部病理学 I)
- 角田 肇 (NTT 東日本関東病院産婦人科)
- 寺本 勝寛 (地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院産婦人科)
- 土居 大祐 (日本医科大学武蔵小杉病院女性診療科・産科)
- 富田 裕彦 (大阪府立成人病センター病理・細胞診断科)
- 豊田 進司 (奈良県総合医療センター産婦人科)
- 内藤 善哉 (日本医科大学統御機構診断病理学)
- 中谷 行雄 (千葉大学大学院医学研究院診断病理学)
- 中村 直哉 (東海大学医学部病理診断学)
- 中山 淳 (信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室)
- 中山 富雄 (大阪府立病院機構大阪府立成人病センターがん予防情報センター)
- 布引 治 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)
- 野河 孝充 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科)
- 長谷川清志 (獨協医科大学産婦人科)
- 畠山 重春 ((有)サイパソリサーチセンター)
- 服部 学 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)
- 濱川 真治 (公立昭和病院臨床検査科)
- 平井 康夫 (東京女子医科大学産婦人科学講座)
- 廣井 禎之 (防衛医科大学校臨床検査医学講座)
- 廣島 健三 (東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科)
- 福田 利夫 (群馬大学大学院保健学研究科)
- 福永 真治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院病院病理部)
- 藤原 潔 (兵庫県立がんセンター婦人科)
- 古田 則行 (公益財団法人がん研有明病院付設細胞検査士養成所臨床病理センター細胞診断部サルコマーセンター)
- 古旗 淳 (順天堂大学大学院医学研究科形態解析イメージング研究室)
- 細根 勝 (日本医科大学多摩永山病院病理部)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 本間 慶一 (新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科) | 森井 英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学) |
| 前田 一郎 (聖マリアンナ医科大学病理学) | 八重樫伸生 (東北大学医学部産婦人科学教室) |
| 正和 信英 (獨協医科大学病理学(形態)) | 安田 政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科) |
| 増田しのぶ (日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野) | 柳井 広之 (岡山大学病院病理診断科) |
| 松林 純 (東京医科大学人体病理学分野) | 矢納 研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科) |
| 松原 美幸 (日本医科大学付属病院病理部) | 山下 博 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科) |
| 松元 隆 (愛媛大学大学院医学系研究科病因・病態領域産科婦人科学) | 山田 隆司 (大阪医科大学病理学教室) |
| 三浦 弘之 (東京医科大学八王子医療センター胸部外科) | 山本 浩嗣 (日本大学松戸歯学部口腔病理学講座) |
| 三上 幹男 (東海大学医学部専門診療学系産婦人科) | 弓納持 勉 (山梨大学医学部附属病院病理部) |
| 三上 芳喜 (熊本大学医学部附属病院病理部) | 横井 豊治 (名古屋掖済会病院病理診断科) |
| 光谷 俊幸 (国際親善総合病院臨床検査科) | 横山 繁生 (大分大学医学部診断病理学講座) |
| 湊 宏 (金沢医科大学臨床病理学) | 横山 宗伯 (東京警察病院病理診断科) |
| 南口早智子 (京都大学医学部附属病院病理診断科) | 吉見 直己 (琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座) |
| 棟方 哲 (地方独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院病理診断科) | 米山 剛一 (日本医科大学付属病院女性診療科・産科) |
| 村田 晋一 (和歌山県立医科大学人体病理学教室) | 若狭 研一 (石切生喜病院病理診断科) |
| 村田 哲也 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科) | 若狭 朋子 (近畿大学医学部奈良病院臨床検査部) |
| 室谷 哲弥 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科) | 鷲谷 清忠 (東京セントラルパソロジーラボラトリー) |
| 元井 紀子 (公益財団法人がん研究会がん研究所病理部) | 渡邊 純 (弘前大学大学院保健学研究科医療生命科学領域) |
| | 渡部 洋 (東北大学医学部産婦人科) |

●実行委員 (敬称略, 所属略, 五十音順)

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 板持 広明 (鳥取大学医学部産科婦人科) | 島田 宗昭 (鳥取大学医学部産科婦人科) |
| 大石 徹郎 (鳥取大学医学部産科婦人科) | 中本 周 (鳥取県立中央病院病理診断科/臨床検査科) |
| 佐藤 慎也 (鳥取大学医学部産科婦人科) | 皆川 幸久 (鳥取県立中央病院産科婦人科) |
| 佐藤 誠也 (鳥取大学医学部産科婦人科) | 吉田 学 (松江市立病院臨床検査科) |

第 56 回日本臨床細胞学会総会（春期大会） 学術集会プログラム

特別講演

特別講演 1 6月14日（日） 9：10～10：10 第3会場（くにびきメッセ 1F 多目的ホール）
座長：鈴木光明（自治医科大学医学部産婦人科学講座）
子宮頸がん征圧をめざして—細胞診・HPV 検査併用検診 10年間の実績—
島根県立中央病院産婦人科 岩成 治

特別講演 2 6月14日（日） 10：10～11：10 第3会場（くにびきメッセ 1F 多目的ホール）
座長：岩坂 剛（高木病院）
子宮頸部腺癌とその初期病変の細胞像と病理組織像
九州大学大学院医学研究院保健学部門 加来恒壽

特別講演 3 6月14日（日） 10：50～11：50 第4会場（くにびきメッセ 1F 小ホール）
座長：中泉明彦（創価大学看護学部）
痔疾患に対する EUS-FNA～診断能向上のために我々は何をなすべきか～
愛知県がんセンター中央病院消化器内科 山雄健次

招請講演

招請講演 1 6月13日（土） 13：40～14：20 第2会場（くにびきメッセ 3F 国際会議場）
座長：皆川幸久（鳥取県立中央病院）
出雲の魅力
島根県立短期大学部名誉教授 藤岡大拙

招請講演 2 6月13日（土） 14：20～15：20 第2会場（くにびきメッセ 3F 国際会議場）
座長：青木大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）
がん幹細胞を標的とした治療戦略
慶應義塾大学医学部先端医科学研究所 佐谷秀行

招請講演3 6月14日(日) 13:10~13:50 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)

座長: 井藤久雄(鳥取県立厚生病院)

細胞を改変するコントローラー, ヒト人工染色体

鳥取大学染色体工学研究センター 押村光雄

招請講演4 6月14日(日) 11:20~12:00 第3会場(くにびきメッセ 1F 多目的ホール)

座長: 杉山 徹(岩手医科大学産婦人科学講座)

Ovarian Cytopathology: An American Perspective

Prof Emeritus of Pathology, University of Maryland School of Medicine, USA Steven G. Silverberg

会長講演

6月13日(土) 13:10~13:40 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)

座長: 佐々木寛(東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科)

細胞の形態と機能

松江市立病院 紀川純三

プレジデンシャルシンポジウム

6月13日(土) 14:20~16:00 第3会場(くにびきメッセ 1F 多目的ホール)

座長: 大石徹郎(鳥取大学医学部産科婦人科)

黒川哲司(福井大学医学部産科婦人科)

細胞形態と機能をつなぐもの~分子生物学からみた細胞学の未来

PS-1 腫瘍細胞の超微形態

鳥取大学医学部形態医学分野

○海藤俊行

PS-2 分子遺伝学からみた病理細胞診断, 病理学研究について

山口大学大学院医学系研究科分子病理学分野¹⁾, 山口大学大学院医学系研究科臨床検査・腫瘍学分野²⁾

○河内茂人¹⁾, 末広 寛²⁾

PS-3 子宮頸がんにおいて臨床活用が期待される細胞機能について

福井大学医学部産科婦人科

○黒川哲司, 知野陽子, 品川明子, 吉田好雄

シンポジウム

シンポジウム 1 6月13日(土) 9:10~11:10 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)

座長:丸田淳子(野口病院研究検査科病理)

坂本穆彦(大森赤十字病院検査部)

甲状腺癌取り扱い規約に従った細胞診断の進め方

- SY1-1 甲状腺細胞診における報告様式の概要
愛知県立大学看護学部病理学¹, 隈病院病理診断科², 杏林大学医学部病理学³, 仙台市立病院病理診断科⁴, 山梨大学医学部病理学⁵, 大森赤十字病院検査部⁶
○越川 卓¹, 廣川満良², 菅間 博³, 長沼 廣⁴, 近藤哲夫⁵, 加藤良平⁵, 坂本穆彦⁶
- SY1-2 甲状腺癌取り扱い規約に従った細胞診断の進め方—不適正検体—
隈病院臨床検査科¹, 隈病院病理診断科², 隈病院外科³
○高田奈美¹, 廣川満良², 鈴木彩菜¹, 樋口観世子¹, 山尾直輝¹, 隈 晴二², 宮内 昭³
- SY1-3 報告様式「良性」に分類される形態的特徴
杏林大学医学部病理学教室¹, 杏林大学医学部附属病院病院病理部²
○住石 歩¹, 菅間 博¹, 海野みちる¹, 坂本憲彦², 加藤 拓²
- SY1-4 意義不明な異型あるいは意義不明な濾胞性病変(AUS/FLUS)の細胞所見
がん研究会 有明病院臨床病理センター細胞診断部¹, 大森赤十字病院検査部², がん研究会 有明病院頭頸科³, がん研究会がん研究所病理部⁴
○鈴木奈緒子¹, 坂本穆彦^{1,2}, 小松京子¹, 藤山淳三¹, 古田則行¹, 戸田和寿³, 元井紀子^{1,4}, 杉山裕子¹
- SY1-5 甲状腺癌取り扱い規約に従った細胞診断の進め方—濾胞性腫瘍—
隈病院臨床検査科¹, 隈病院病理診断科², 隈病院外科³
○樋口観世子¹, 廣川満良², 鈴木彩菜¹, 高田奈美¹, 山尾直輝¹, 隈 晴二², 宮内 昭³

シンポジウム 2 6月13日(土) 14:20~16:00 第8会場(松江テルサ 1F テルサホール B・C)

座長: 畠 榮(川崎医科大学附属川崎病院病理部)

鍋島一樹(福岡大学医学部病理学講座・病理部)

増加する悪性中皮腫診断のスキルアップを目指して—中皮細胞の機能と形態から診断のカギを探る—

- SY2-1 アスベストによる中皮腫発生機構
名古屋大学大学院医学系研究科生体反応病理学
○豊國伸哉
- SY2-2 中皮腫細胞の特徴と超微形態について
公立昭和病院臨床検査科¹, 公立昭和病院病理診断科², 山口県立総合医療センター病理科³, 山口県立総合医療センター臨床検査科⁴, 公立学校共済組合関東中央病院病理科⁵, 川崎医科大学川崎病院病理部⁶, 北海道大学病院病理部⁷, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座⁸
○濱川真治¹, 亀井敏昭³, 渋谷秀美⁴, 岡 輝明⁵, 畠 榮⁶, 丸川活司⁷, 瀧本雅文⁸, 清水誠一郎²

- SY2-3 中皮腫の早期診断における細胞診の役割
東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科
○廣島健三
- SY2-4 中皮腫診断の現状と将来
兵庫医科大学病理学分子病理部門¹⁾, 福岡大学病理部²⁾, 兵庫医科大学外科学呼吸器外科³⁾,
兵庫医科大学内科学呼吸器・RCU科⁴⁾
○辻村 亨¹⁾, 佐藤鮎子¹⁾, 篠原義康¹⁾, 工藤朝雄¹⁾, 今橋祐喜¹⁾, 清水重喜¹⁾, 鍋島一樹²⁾,
長谷川誠紀³⁾, 中野孝司⁴⁾

シンポジウム3 6月14日(日) 8:30~10:30 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)

座長: 鹿股直樹(川崎医科大学病理学2)

北村隆司(昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室)

乳腺細胞診報告様式変更後10年:現状と課題

- SY3-1 乳腺細胞診報告様式変更後10年 現状と課題 臨床の立場から
鳥取大学医学部附属病院乳腺内分泌外科¹⁾, 松江赤十字病院病理診断部²⁾
○村田陽子¹⁾, 三浦弘資²⁾, 高橋卓也²⁾, 松浦幸浩²⁾, 岩名伸二²⁾, 棟石 慧²⁾
- SY3-2 乳腺細胞診報告様式変更後10年:現状と課題 “検体不適正”判定を中心に
北九州市立医療センター臨床検査科¹⁾, 北九州市立医療センター病理診断科²⁾
○阿部英二¹⁾, 平田信雄¹⁾, 中村淑美¹⁾, 片山貴美香¹⁾, 田宮貞史²⁾
- SY3-3 「鑑別困難」診断の変遷と新たな役割
博愛会相良病院病理診断科¹⁾, さがら女性クリニック婦人科²⁾
○大井恭代¹⁾, 前田ゆかり¹⁾, 永尾聡子¹⁾, 皆倉愛美¹⁾, 北園暢子¹⁾, 辻 隆広²⁾
- SY3-4 乳腺細胞診報告様式変更後10年:現状と課題 「悪性疑い」の境界線
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾, 聖マリアンナ医
科大学乳腺内分泌外科³⁾
○小穴良保¹⁾, 前田一郎²⁾, 大川千絵¹⁾, 津川浩一郎³⁾, 高木正之²⁾
- SY3-5 乳腺細胞診の報告様式とその後の運用実績
社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科¹⁾, 日本乳癌学会細胞診および生検材料検討小委
員会²⁾
○土屋真一^{1,2)}

シンポジウム4 6月14日(日) 8:30~10:10 第9会場(松江テルサ 4F 大会議室)

座長: 大崎博之(愛媛県立医療技術大学臨床検査学科)

前田智治(愛媛県立中央病院病理診断科)

非婦人科領域の液状化細胞診—現状と将来

- SY4-1 尿細胞診におけるSurePath法の特性
同心会西条中央病院中央検査部¹⁾, 愛媛県立医療技術大学大学院保健医療学研究科医療技
術科学専攻²⁾, 重井医学研究所附属病院臨床検査部³⁾, 国立病院機構四国がんセンター病理
科⁴⁾
○佐伯勇輔^{1,2)}, 大崎博之²⁾, 則松良明²⁾, 重松由美恵³⁾, 寺本典弘⁴⁾

- SY4-2 体腔液検体の液状化細胞診～これまでの使用経験と分子生物学的検索への応用に向けて～
 国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科¹, 国立病院機構旭川医療センター臨床検査科², 国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部³
 ○中島真奈美¹, 阿部珠美¹, 小関美穂¹, 奥山 大¹, 東 学², 平紀代美¹, 鈴木宏明¹, 山城勝重³
- SY4-3 乳腺領域における液状化細胞診の利点と問題点
 大分県立病院臨床検査科病理部¹, 大分県立病院臨床検査科検査研究部², 大分県立病院外科³, 大分大学医学部診断病理学講座⁴
 ○ト部省悟¹, 和田純平¹, 加島健司², 梶川幸二¹, 加藤佐知子¹, 藤島正幸¹, 田中百香¹, 増野浩二郎³, 駄阿 勉⁴, 横山繁生⁴
- SY4-4 甲状腺領域の液状化検体細胞診
 隈病院臨床検査科¹, 隈病院病理診断科², 隈病院外科³
 ○鈴木彩菜¹, 廣川満良², 樋口観世子¹, 高田奈美¹, 山尾直輝¹, 隈 晴二², 宮内 昭³
- SY4-5 呼吸器領域の液状細胞診の現状と今後の展望
 久留米大学病院病理診断科・病理部¹, 久留米大学病理学講座²
 ○福満千容¹, 河原明彦¹, 多比良朋希¹, 山口知彦¹, 安倍秀幸¹, 高瀬頼妃呼¹, 村田和也¹, 秋葉 純², 谷川 健¹, 鹿毛政義¹
- SY4-6 膺細胞診における液状細胞診の現状と今後の展望
 久留米大学病院病理診断科・病理部¹, 同 病理学講座², 同 内科学講座消化器内科部門³
 ○多比良朋希¹, 河原明彦¹, 山口知彦¹, 安倍秀幸¹, 高瀬頼妃呼¹, 福満千容¹, 内藤嘉紀², 秋葉 純², 岡部義信³, 鹿毛政義¹

ワークショップ

ワークショップ 1 6月13日(土) 8:30~10:30 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)

座長: 平井康夫 (東京女子医科大学産婦人科学講座)

則松良明 (愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座)

子宮内膜細胞診における LBC の有用性—直接塗抹と比較して—

- WS1-1 LBC 検体の適正基準について
 福井大学医学部産科婦人科¹, (株) 東海細胞研究所², 久留米大学病院病理部³, 東京女子医科大学産婦人科学講座⁴, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁵, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科⁶, 福井大学附属病院病理部⁷
 ○品川明子¹, 黒川哲司¹, 森 正樹⁷, 今村好章⁷, 吉田好雄¹, 坂本寛文², 山口知彦³, 花田 梓⁴, 則松良明⁵, 矢納研二⁶, 平井康夫⁴
- WS1-2 子宮内膜細胞診における LBC の有用性—直接塗抹と比較して細胞形態像の違いについて
 東海細胞研究所
 ○坂本寛文

- WS1-3 Osaki Study Group 式内膜細胞診判定様式を運用した成績
 奈良県立医科大学附属病院病院病理部¹, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科
 生体情報学講座², 奈良県立医科大学婦人科学講座³, 奈良県立医科大学病理診断学講座⁴
 ○西川 武¹, 則松良明², 鈴木久恵¹, 田中京子¹, 川口龍二³, 内山智子⁴, 森田剛平⁴,
 高野将人⁴, 中井登紀子⁴, 大林千穂⁴
- WS1-4 異型内膜上皮細胞(ATEC)の細胞像に関する検討
 JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科¹, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理科², 愛媛
 県立医療技術大学保健科学部³, 久留米大学病理診断科病理部⁴, 富山赤十字病院病理科⁵,
 東京女子医科大学産婦人科⁶
 ○矢納研二¹, 中村 豊², 村田哲也², 則松良明³, 大杉増美³, 山口知彦⁴, 前田宜延⁵,
 平井康夫⁶
- WS1-5 子宮内膜液状化細胞診標本における免疫細胞化学の有用性について
 富山赤十字病院病理診断科¹, 愛媛県立医療技術大学保健科学部², JA 三重厚生連鈴鹿中央
 病院産婦人科³, 東京女子医科大学産婦人科⁴
 ○前田宜延¹, 尾矢剛志¹, 則松良明², 矢納研二³, 平井康夫⁴

ワークショップ2 6月13日(土) 8:30~10:30 第3会場(くにびきメッセ 1F 多目的ホール)

座長:羽場礼次(香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

三宅真司(東京医科大学病院病理診断部)

肺癌細胞診と遺伝子検索—検体材料の取扱いを中心に—

- WS2-1 肺癌細胞診と遺伝子検索—on site cytology での検体取扱い—
 香川大学医学部附属病院病理部¹, 香川大学医学部附属病院病理診断科²
 ○松永 徹¹, 宮本加菜¹, 郷田 衛¹, 片倉和哉¹, 本山睦美¹, 宮井由美², 林 俊哲²,
 香月奈穂美², 串田吉生^{1,2}, 羽場礼次^{1,2}
- WS2-2 呼吸器領域における遺伝子診断検体作製の工夫
 大阪府立成人病センター病理・細胞診断科
 ○竹中明美, 富田裕彦
- WS2-3 肺癌細胞診の検体材料の取り扱い—山口大学医学部附属病院の取り組み—
 山口大学医学部附属病院病理診断科¹, 山口大学医学部附属病院検査部²
 ○矢野恵子¹, 藤永道子¹, 池谷祐美², 星井嘉信¹
- WS2-4 当院における経気管支擦過細胞診の細胞診検体取扱いについて
 奈良県立医科大学附属病院病院病理部¹, 奈良県立医科大学病理診断学講座²
 ○鈴木久恵¹, 西川 武¹, 龍見重信¹, 田中京子¹, 内山智子^{1,2}, 森田剛平^{1,2}, 高野将人^{1,2},
 中井登紀子^{1,2}, 畠山金太^{1,2}, 大林千穂^{1,2}

ワークショップ3 6月13日(土) 9:10~11:10 第7会場(松江テルサ 1F テルサホールA)

座長:小川郁子(広島大学病院口腔検査センター)

秀島克巳(島根大学医学部歯科口腔外科学講座)

口腔の上皮異形成症を考える

- WS3-1 口腔上皮性異形成症の臨床的・細胞診断学的位置付け
 島根大学医学部歯科口腔外科学講座
 ○関根浄治

- WS3-2 病理組織診と細胞診における Epithelial dysplasia (上皮性異形成) の診断基準
朝日大学口腔病態医療学講座口腔病理学分野
○田沼順一
- WS3-3 上皮異型性と異形成, 早期口腔癌の病理組織像の捉え方 分子生物学的解析からの考察
国立がん研究センター中央病院病理科・臨床検査科
○森 泰昌

ワークショップ 4 6月14日(日) 9:10~10:50 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)

座長: 広岡保明 (鳥取大学医学部保健学科)

大久保文彦 (九州大学病院病理診断科・病理部)

膵上皮内癌に迫る—細胞診による上皮内癌の診断は可能か

- WS4-1 膵上皮内癌診断における膵液細胞診の有用性
JA 広島厚生連尾道総合病院消化器内科¹, JA 広島厚生連尾道総合病院病理研究検査科²
○花田敬士¹, 佐々木健司², 神田真規², 杉山佳代², 米原修治²
- WS4-2 膵液細胞診による膵上皮内癌診断の有用性と課題
鳥取大学医学部消化器内科¹, 鳥取赤十字病院内科², 鳥取大学医学部病理部³, 鳥取大学医学部病態検査学講座⁴
○松本和也¹, 原田賢一¹, 武田洋平², 斧山 巧¹, 川田壮一郎¹, 遠藤由香利³, 大野千恵子³, 永見光子³, 堀江 靖³, 広岡保明⁴
- WS4-3 当院における膵液細胞診にて判定可能であった膵上皮内癌および IPMN 由来膵癌
京都大学医学部附属病院病理診断科
○南口早智子
- WS4-4 膵管内乳頭粘液腫瘍 (IPMN) において浸潤を評価する細胞像
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター臨床検査科¹, 水戸済生会総合病院臨床検査科², 筑波メディカルセンター病院臨床検査科³, 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理診断科⁴, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座⁵
○内田好明¹, 阿部香織¹, 新発田雅晴¹, 吉澤一恵¹, 川崎智章², 小谷松寿美子², 石黒和也³, 齊藤仁昭⁴, 井村穰二⁵, 飯嶋達生⁴
- WS4-5 膵液細胞診で通常型膵癌と IPMN 由来膵癌の上皮内癌の診断は可能か
大阪赤十字病院病理診断科¹, 大阪赤十字病院消化器内科²
○稲山久美子¹, 前野健一郎¹, 嶋田俊秀¹, 松田史博²

ワークショップ 5 6月14日(日) 8:30~10:30 第8会場(松江テルサ 1F テルサホール B・C)

座長: 河内茂人 (山口大学大学院医学系研究科分子病理学)

岩井幸子 (産業医科大学第一病理学)

尿細胞診の補助診断

- WS5-1 ユビキリン 2 に着目した尿中癌細胞検出法: 有用性と課題について
奈良県立医科大学病理病態学¹, 奈良県立医科大学附属病院病理部²
○島田啓司¹, 藤井智美¹, 田中京子², 西川 武², 小西 登¹
- WS5-2 尿細胞診における補助診断—FGFR3 蛋白の発現—
山梨大学医学部附属病院病理部¹, 山梨大学医学部人体病理²
○中澤久美子¹, 弓納持勉¹, 石井喜雄¹, 峰 広美¹, 佐藤詩織¹, 中澤匡男¹, 近藤哲夫², 加藤良平^{1,2}

- WS5-3 尿細胞診への蛍光顕微鏡の応用—良性・悪性細胞の核小体・核容積比率の解析—
弘前大学医学部附属病院病理部¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座²⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座³⁾
○刀稱亀代志¹⁾, 小島啓子¹⁾, 星合桂太¹⁾, 熊谷直哉¹⁾, 鬼島 宏²⁾, 黒瀬 顕^{1,3)}
- WS5-4 上部尿路上皮癌の術前診断における UroVysion の有用性の検討
名古屋第二赤十字病院病理診断科¹⁾, 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学泌尿器科学講座²⁾
○岩田英紘¹⁾, 水野良昭¹⁾, 梅村 彩¹⁾, 新田憲司¹⁾, 長田裕之¹⁾, 水嶋祥栄¹⁾, 瀬古周子¹⁾, 前田永子¹⁾, 都築豊徳¹⁾, 佐々直人²⁾
- WS5-5 尿細胞診における NMP22 と UroVysionFISH 併用による癌検出の評価
独立行政法人国立病院機構広島西医療センター研究検査科¹⁾, 2) 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター²⁾
○藤本貴美子¹⁾, 山下大貴¹⁾, 立山義朗¹⁾, 坂根潤一²⁾, 西村俊直²⁾, 戸田 環²⁾, 齋藤彰久²⁾, 倉岡和矢²⁾, 谷山清己²⁾

教育講演

- 教育講演 1** 6月13日(土) 10:30~11:10 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)
座長: 笹島ゆう子(帝京大学医学部附属病院病理診断科)
子宮内膜癌の組織像と細胞像: 細胞診はどこまで組織所見を捉えられるか
岡山大学病院病理診断科 柳井広之
- 教育講演 2** 6月13日(土) 11:10~11:50 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)
座長: 今野 良(自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科)
HPV感染の自然史から考える子宮頸がん検診と治療
金沢医科大学医学部産科婦人科学 笹川寿之
- 教育講演 3** 6月13日(土) 10:30~11:10 第3会場(くにびきメッセ 1F 多目的ホール)
座長: 佐藤之俊(北里大学病院呼吸器外科)
肺腫瘍新 WHO 分類とその細胞像
国立癌研究センター中央病院病理科 蔦 幸治
- 教育講演 4** 6月13日(土) 11:10~11:50 第3会場(くにびきメッセ 1F 多目的ホール)
座長: 三宅康之(倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)
脳腫瘍迅速診断における細胞診の役割—標本作製から細胞診の見方・捉え方—
国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科 佐藤信也

- 教育講演 5** 6月13日(土) 8:30~9:10 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)
座長: 廣川満良(隈病院病理診断科)
甲状腺癌の組織・細胞分類の改定点—甲状腺癌取扱い規約第7版に向けて—
山梨大学医学部人体病理学講座 加藤良平
- 教育講演 6** 6月13日(土) 11:10~11:50 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)
座長: 河原邦光(大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科)
リンパ腫における最近の進歩とピットホール
岡山大学大学院病理学 吉野 正
- 教育講演 7** 6月13日(土) 15:20~16:00 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)
座長: 園部 宏(中国中央病院臨床検査科)
日常診断に役立つ軟部腫瘍細胞診の基礎知識
がん・感染症センター都立駒込病院病理科 ○元井 亨, 浅見英一
- 教育講演 8** 6月13日(土) 8:30~9:10 第7会場(松江テルサ 1F テルサホールA)
座長: 窪田展久(神奈川歯科大学附属病院病理診断科)
口腔細胞診の基本
日本大学松戸歯学部口腔病理学講座¹⁾, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科²⁾,
千葉西総合病院臨床検査科³⁾
○久山佳代^{1,2)}, 松本 敬²⁾, 宇都宮忠彦^{1,2)}, 末光正昌^{1,2)}, 森川美雪¹⁾,
二谷悦子²⁾, 浮ヶ谷匡恭³⁾, 岩堀朋美³⁾, 神林な奈絵³⁾, 斎藤隆明³⁾
- 教育講演 9** 6月14日(日) 10:50~11:30 第1会場(くにびきメッセ 1F 大展示場1/3)
座長: 若狭研一(石切生喜病院病理診断科)
腫瘍細胞のバイオイメージングとその臨床応用
島根大学医学部産婦人科¹⁾, 金沢大学大学院医学系研究科産婦人科²⁾
○京 哲¹⁾, 高倉正博²⁾, 中山健太郎¹⁾
- 教育講演 10** 6月14日(日) 10:30~11:10 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)
座長: 増田しのぶ(日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野)
乳癌のコンパニオン診断
鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野 梅北善久
- 教育講演 11** 6月14日(日) 8:30~9:10 第3会場(くにびきメッセ 1F 多目的ホール)
座長: 中山富雄(大阪府立病院機構大阪府立成人病センターがん予防情報センター)
肺がん検診における喀痰細胞診について—診断一致性と標準化—
東北大学病院呼吸器外科 遠藤千頭
- 教育講演 12** 6月14日(日) 8:30~9:10 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)
座長: 内藤善哉(日本医科大学統御機構診断病理学)
消化器領域の神経内分泌腫瘍
北海道大学病院病理診断科 三橋智子

受賞講演

6月13日(土) 14:20~15:20 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)

座長: 越川 卓 (愛知県立大学看護学部病理学)

核の立体的解析による良悪性細胞の判別分析

東京セントラルパソロジーラボラトリー 鷺谷清忠

国際(アジア)フォーラム

6月13日(土) 14:00~16:00 第9会場(松江テルサ 4F 大会議室)

Chairs: Tadao K. Kobayashi (Division of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Osaka University)

Rin Yamaguchi (Department of Pathology and Laboratory Medicine, Kurume University Medical Center)

“Quality Improvement of the Cervical Cancer Screening in Asia and the World”

「～アジアと世界の子宮がん健診の精度向上をめざして～」

- IF-1 Cervical cancer screening in Japan and its directed approach
Director, Cytopathology and Gynecology, Osaka Center for Cancer and Cardiovascular Disease Prevention, Osaka, Japan
○Masatsugu Ueda
- IF-2 The situation of cervical cancer screening in Vietnam: problems and resolution
Hoan My Saigon Anatomical Pathology Laboratory, Ho Chi Minh City, Vietnam
○Do Minh Hoang Trong
- IF-3 Cervical cancer screening program in Taiwan: past, present and future
Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan
○Chiung-Ru Lai
- IF-4 The trial of cervical cancer preparation by liquid-based cytology in a low-resource setting: an experience of Kazakhstan
The Main cytologist of the Ministry of Health and Social Development, Republic of Kazakhstan¹⁾, Professor, the President of Kazakh Association Clinical Cytologists, Republic of Kazakhstan²⁾
○Zhanar Yeleubayeva¹⁾, Azat Shibanova²⁾
- IF-5 Pragmatic approach to cervical cancer screening: the challenge of Russia
Department of Cytopathology, Irkutsk Oncology Hospital, Russia
○Yuri K. Batoroev, Lada Y. Kislitsina
- IF-6 Cervical screening in the era of vaccination: lessons from 40 years of screening in the UK
Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust, Department of Cellular Pathology, St Thomas' Hospital, London, U.K.
○Amanda Herbert

スライドセミナー

6月14日(日) 8:30~10:30 第1会場(くにびきメッセ 1F 大展示場1/3)

司会: 木佐貫篤(宮崎県立日南病院病理診断科)

羽原利幸(公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科)

今回のスライドセミナーでは、体腔液、呼吸器、乳腺、甲状腺、婦人科、口腔の各分野で、「教訓的な症例」、「典型的な細胞像を呈する希少症例」、「判定困難症例」などの細胞像を供覧し、診断に導くための適切な細胞所見の捉え方や考え方について議論を深めていきたいと思っております。本セミナーを通して日常の細胞診業務に役立てることができるように、経験豊富な細胞診専門医、細胞検査士の方々に解説していただく予定です。多くの会員の皆様にご参加いただきますようお願い申し上げます。

症例提供者

1. 体腔液 有田茂実(千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科)
2. 呼吸器 平紀代美(独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科)
3. 乳腺 中村淑美(北九州市立医療センター臨床検査科)
4. 甲状腺 近藤哲夫(山梨大学医学部人体病理学)
5. 婦人科 寺本典弘(独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科)
6. 口腔 岸野万伸(大阪大学大学院歯学研究科口腔病理学教室)

回答者

1. 体腔液 諸橋彰(仙台厚生病院臨床検査センター病理診断・臨床検査科)
2. 呼吸器 鶴岡慎悟(独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科)
3. 乳腺 萩原範子(東海大学医学部付属八王子病院臨床検査技術科)
4. 甲状腺 安倍秀幸(久留米大学病院病理部)
5. 婦人科 金子佳恵(広島大学病院診療支援部病理診断部門)
6. 口腔 植田萌(独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科)

1. 体腔液

80歳代 女性 腹腔洗浄液
 幽門側胃切除術中の腹腔洗浄液 80 ml, 淡黄色, 混濁(+).

2. 呼吸器

60歳代 男性 気管支擦過
 左半身のしびれを主訴, MRIで多発脳転移疑い, 右中葉心膜に接して16mm大の腫瘍, 右腋窩リンパ節・左鎖骨上窩リンパ節腫大, 胆嚢内多発結節.

3. 乳腺

40歳代 女性 乳腺穿刺吸引(合わせ法)
 マンモグラフィ検診にて異常を指摘され当院受診. 超音波検査にて右乳腺C領域に1.0×0.7cmの腫瘍を指摘された.

4. 甲状腺

80歳代 男性 甲状腺穿刺吸引

20年前に腎癌にて腎摘出の手術を受けた。その後、前立腺癌にて加療中、頸部超音波検査にて甲状腺結節を指摘された。

5. 婦人科

60歳代 女性 子宮内膜擦過（エンドサイト）

約10年前閉経、2ヶ月前帯下あり。近医にて子宮内膜細胞診 Class IV s/o adenocarcinoma のため、当院に紹介された。内膜肥厚なし。

6. 口腔

60歳代 男性 口腔粘膜擦過

2ヶ月前より左上歯肉に口内炎様の症状を自覚していたが、難治性で頬粘膜にも症状が認められるようになったため来院した。初診時、左側頬粘膜から上顎歯肉・口蓋にかけてびらんが認められた。

医療安全セミナー

6月13日（土） 10:30~11:40 第1会場（くにびきメッセ 1F 大展示場 1/3）

座長：森谷卓也（川崎医科大学病理学2）

伊藤 仁（東海大学医学部附属病院病理検査技術科）

施設における細胞診の医療安全対策

- 1 大量検体を扱う臨床検査センターでの精度保証
東京セントラルパソロジーラボラトリー
○水口國雄, 清水 亨, 藪下竜司, 本郷俊介, 上野喜三郎
- 2 当院での現状と今後の課題について
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾
○草薙宏有¹⁾, 大川千絵¹⁾, 前田一郎²⁾, 土居正知²⁾, 高木正之²⁾
- 3 報告書の取扱いについて
独立行政法人国立病院機構函館病院臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科²⁾, 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター研究部³⁾, 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター臨床検査科⁴⁾
○松林 聡¹⁾, 阿部珠美²⁾, 小関美穂²⁾, 中島真奈美²⁾, 奥山 大²⁾, 平紀代美²⁾, 鈴木宏明²⁾, 松浦亜希子⁴⁾, 広瀬 徹⁴⁾, 山城勝重³⁾

班研究報告

6月14日(日) 9:20~9:50 第5会場(くにびきメッセ 5F 501大会議室)

座長:井村穰二(富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座)

細胞診を口腔がん検診に用いるための診断基準およびガイドラインの策定

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理¹,東京歯科大学口腔がんセンター²,島根大学医学部口腔外科学³,日本大学松戸歯学部口腔病理⁴,大阪大学大学院歯学研究科口腔病理学⁵,東京都健康長寿センター研究所⁶,九州歯科大学生命科学講座⁷,医療法人社団誠馨会病理センター⁸

○田中陽一¹,佐藤一道²,関根浄治³,久山佳代⁴,岸野万伸⁵,相田順子⁶,矢田直美⁷,才藤純一⁸

細胞検査士会要望教育シンポジウム

6月14日(日) 14:00~16:00 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)

座長:小松京子(がん研有明病院臨床病理センター)

鈴木雅子(社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院病理診断科)

癌取扱い規約にそった組織像と細胞像

SYS-1 腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約における組織分類と細胞像

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○松崎 理

SYS-2 腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約にそった組織像と細胞像—細胞学的立場から—

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○小山芳徳,松崎 理,安達純世,渡邊孝子,豊永安洋,山本善也,師岡恭之,常世田岬,山崎一人,石田康生

SYS-3 癌取扱い規約にそった組織像と細胞像—子宮頸部—組織学的立場から

大阪府立成人病センター病理・細胞診断科

○長田盛典

SYS-4 子宮頸癌取扱い規約に沿った組織像と細胞像—細胞学的立場から—

東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部¹,東京慈恵会医科大学病理学講座²

○梅澤 敬¹,清川貴子²,池上雅博²,鷹橋浩幸¹

学会主導型スタディの動向報告

6月14日(日) 10:10~10:40 第9会場(松江テルサ 4F 大会議室)

座長: 板持広明 (鳥取大学医学部産科婦人科)

婦人科細胞診精度管理における自動化細胞診支援システムの有用性に関する検討

がん研有明病院細胞診断部¹⁾, 頸部細胞診の自動化判定に関する研究班²⁾, 東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科³⁾, 川崎医科大学病理学²⁾

○杉山裕子^{1,2)}, 佐々木寛^{2,3)}, 森谷卓也^{2,4)}

細胞検査士会 ヤング committee ワークショップ

6月13日(土) 14:20~15:50 第7会場(松江テルサ 1F テルサホール A)

座長: 小林幸弘 (信州大学医学部附属病院臨床検査部病理検査室)

白波瀬浩幸 (京都大学医学部附属病院病理診断科)

LBC 検体の標本作製と応用

YC-1 乳腺穿刺吸引細胞診における LBC 法の応用と利点についての検討

済生会新潟第二病院病理診断科

○花野佑輔, 遠藤浩之, 石原法子, 西倉 健

YC-2 BD サイトリッチ法による子宮内膜細胞診

京都大学医学部附属病院病理診断科

○梅原美穂, 白波瀬浩幸, 桜井孝規, 平田勝啓, 古畑彩子, 平伴英美, 吉澤明彦, 南口早智子, 羽賀博典

YC-3 LBC 検体の迅速細胞診・免疫染色への応用

大阪府立成人病センター臨床検査科病理細胞診¹⁾, 大阪府立成人病センター病理細胞診断科²⁾

○西村早菜子¹⁾, 竹中明美²⁾, 芦村純一¹⁾, 龍あゆみ¹⁾, 長田盛典²⁾, 冨田裕彦²⁾

YC-4 呼吸器検体の LBC と肺癌分子診断への応用

日本大学医学部病理学分野¹⁾, 日本大学板橋病院病理診断科²⁾

○中西陽子¹⁾, 関 利美²⁾, 廣谷ゆかり¹⁾, 鈴木淳子²⁾, 阪本麻菜美²⁾, 楠美嘉晃^{1,2)}, 逸見明博¹⁾, 増田しのぶ¹⁾, 杉谷雅彦^{1,2)}, 根本則道¹⁾

ガイドライン解説

6月13日(土) 9:10~11:40 第8会場(松江テルサ 1F テルサホールB・C)

総合座長:土屋眞一(社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)

- G-1 領域別ガイドライン:乳腺
座長:前田一郎(聖マリアンナ医科大学病理学)
川崎医科大学病理学²、聖マリアンナ医科大学病理学²、昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査部³
○森谷卓也¹、前田一郎²、北村隆司³
- G-2 細胞診ガイドライン解説「中枢神経系/脊髄液」
座長:中村直哉(東海大学医学部病理診断学)
埼玉医科大学¹、東海大学²、群馬大学³、日本医科大学⁴、宮崎大学⁵、国際医療福祉大学⁶、千葉県がんセンター⁷
○佐々木惇¹、中村直哉²、平戸純子³、清水秀樹⁴、佐藤勇一郎⁵、伊古田勇人³、井野元智恵²、佐藤信也⁶、有田茂実⁷、芹澤昭彦²
- G-3 領域別ガイドライン:泌尿器
座長:金城 満(製鉄記念八幡病院病理診断科)
社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科
○大谷 博
- G-4 骨・軟部腫瘍細胞診の見方
座長:前田昭太郎(株式会社LSIメディエンス病理細胞診センター)
東京慈恵会医科大学附属第三病院病理部
○福永真治
- G-5 細胞診ガイドライン 上気道
座長:横山繁生(大分大学医学部診断病理学講座)
産業医科大学医学部第一病理
○松山篤二
- G-6 領域別ガイドライン 呼吸器
座長:松原美幸(日本医科大学付属病院病理部)
帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科¹、細胞診ガイドライン作成ワーキンググループ小委員長²
○川本雅司^{1,2)}

口腔細胞診セミナー

6月14日(日) 9:50~11:50 第5会場(くにびきメッセ 5F 501大会議室)

座長: 相田順子(地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所老年病理)

口腔に発症する白色病変について

- 1 口腔に発症する白色病変の臨床像
大阪歯科大学口腔外科学第2講座
○堀井活子
- 2 口腔に発症する白色病変の病理組織像
九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野
○矢田直美, 松尾 拓
- 3 白色病変の細胞像
日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科¹⁾, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座²⁾
○松本 敬¹⁾, 宇都宮忠彦^{1,2)}, 末光正昌^{1,2)}, 森川美雪²⁾, 二谷悦子¹⁾, 山本浩嗣²⁾, 久山佳代^{1,2)}

子宮の日全国アクション—2015 報告会

6月14日(日) 10:20~11:50 第10会場(松江テルサ 7F ドームシアター)

座長: 青木 潤((株)福山臨床検査センター細胞・病理センター)

吉田志緒子((公財)東京都予防医学協会母子保健検査部)

- 1 2015Love49の報告とその取り組み
細胞検査士会渉外委員会, 久留米大学病院病理部
○河原明彦
- 2 和歌山県における子宮の日の活動および啓発講演活動の報告
和歌山ろうさい病院中央検査部病理
○吉田 恵
- 3 鹿児島県における子宮頸がん啓発イベント“おごじょプロジェクト”活動報告
社会医療法人博愛会相良病院病理細胞診室
○前田ゆかり
- 4 兵庫県での子宮の日—医師の立場から
特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部
○小笠原利忠

- 5 子宮頸がん検診委員会における啓発・調査研究の活動報告と今後について
細胞検査士会子宮頸がん検診委員会, 保健科学東日本細胞病理課
○大野喜作

わからん会

6月13日(土) 15:45~16:20 ポスター会場F(くにびきメッセ 1F 大展示場2/3)

座長: 畠山重春 ((有)サイバソリサーチセンター)

遠藤浩之 (新潟県済生会新潟第二病院病理診断科)

わからん会-1 筋上皮細胞の増生を伴う乳管腺腫の一例

伊那中央病院臨床検査科¹, 伊那中央病院病理診断科², 信州大学医学部分子病理学講座³,
松本大学人間健康学部スポーツ健康学科⁴, 社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科⁵

○三澤 健¹, 村松さゆり¹, 平嶋早百合¹, 松澤こず恵⁵, 藤原正之², 福島万奈³, 江原孝史⁴,
土屋真一⁵

わからん会-2 舌下腺脱分化型腺様嚢胞癌の一例

市立札幌病院検査部¹, 市立札幌病院病理診断科²

○村上将大¹, 片平淳子¹, 梅原理絵子¹, 吉澤明希¹, 小熊貴光¹, 村田 恵¹, 野崎正行¹,
中村厚志¹, 辻 隆裕², 深澤雄一郎²

わからん会-3 胸膜播種病変から ALK 陽性肺癌の診断に至った 1 例

洛和会音羽病院臨床検査部¹, 洛和会音羽病院病理診断科²

○重野恭子¹, 吉岡沙織¹, 穴吹昌枝¹, 佐野 守¹, 安井 寛²

わからん会-4 肺紡錘細胞型カルチノイドの一例

神戸大学医学部附属病院病理部¹, 神戸大学医学部附属病院病理診断科²

○森藤哲史¹, 塚本龍子¹, 酒井康裕², 廣尾真奈¹, 今川奈央子¹, 柳田絵美衣¹, 山崎 隆²,
全 陽², 伊藤智雄²

わからん会-5 著明な肉芽腫病変を伴うホジキンリンパ腫の一例

洛和会音羽病院臨床検査部¹, 洛和会音羽病院病理診断科²

○穴吹昌枝¹, 吉岡沙織¹, 重野恭子¹, 佐野 守¹, 安井 寛²

ランチョンセミナー


ランチョンセミナー1 6月13日(土) 12:10~13:00 第1会場(くにびきメッセ 1F 大展示場1/3)

座長:寺内文敏(東京医科大産科婦人科学分野)

LS-1 卵巣がんを考える~その発生・組織細胞所見・治療~

岩手医科大学医学部産婦人科学講座 杉山 徹

共催:ブリストル・マイヤーズ株式会社

 ランチョンセミナー2 6月13日(土) 12:10~13:00 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)

座長:小林忠男(大阪大学大学院医学系研究科)

LS-2 イギリスのNHS(national health service)子宮頸がんスクリーニングの概要
—英国の歴史を振り返って—

Guy's & St.Thomas' NHS Foundation Trust Amanda Herbert

共催:日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

ランチョンセミナー3 6月13日(土) 12:10~13:00 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)

座長:植田政嗣((財)大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)

LS-3 HPV16/18型検出併用検診からの知見—米子市における併用検診から—

鳥取大学医学部産科婦人科 大石徹郎

共催:ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

ランチョンセミナー4 6月13日(土) 12:10~13:00 第5会場(くにびきメッセ 5F 501大会議室)

座長:白石泰三(三重大学医学系研究科腫瘍病理学講座)

病理診断における切片厚の意義

LS-4 1. 病理医にとって切片厚の意義

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野 増田しのぶ

2. 病理検査技師にとって切片厚の意義

名古屋市立大学大学院医学研究科臨床病態病理学 滝野 寿

共催:サクラファインテックジャパン株式会社

ランチョンセミナー5 6月13日(土) 12:10~13:00 第8会場(松江テルサ 1F テルサホールB・C)

座長:鍋島一樹(福岡大学医学部病理学講座・病理部)

LS-5 がん診療におけるFISH検査法とその臨床的意義—軟部腫瘍診断を中心に—

札幌医科大学附属病院病理診断科・病理部 長谷川 匡

共催:ダコ・ジャパン株式会社

ランチョンセミナー6 6月13日(土) 12:10~13:00 第9会場(松江テルサ 4F 大会議室)**座長: 森谷卓也(川崎医科大学病理学2)****LS-6 細胞診断に関連する遺伝子検査の意義とノウハウ
~細胞検査士が身につけるべき技術を踏まえて~**名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部 **郡司昌治****共催: アークレイマーケティング株式会社****ランチョンセミナー7 6月14日(日) 12:10~13:00 第1会場(くにびきメッセ 1F 大展示場1/3)****座長: 竹島信宏(公益財団法人がん研究会有明病院婦人科)****LS-7 卵巣癌治療の最前線~2015 ASCO リポートをふまえて~**三重大学大学院医学系研究科産科婦人科学 **田畑 務****共催: 中外製薬株式会社****ランチョンセミナー8 6月14日(日) 12:10~13:00 第2会場(くにびきメッセ 3F 国際会議場)****座長: 加藤良平(山梨大学医学部付属病院病理診断科)****LS-8 ベセスダシステム時代の子宮頸がん検診における細胞診の精度管理とLBCの有用性について**東京都予防医学協会 **木口一成****共催: ホロジックジャパン株式会社****ランチョンセミナー9 6月14日(日) 12:10~13:00 第4会場(くにびきメッセ 1F 小ホール)****座長: 辻 晃仁(香川大学医学部臨床腫瘍学講座)****LS-9 膵癌エビデンス取得向上の工夫~消化器内視鏡医が出来ること~**鳥取大学消化器内科 **松本和也****共催: 株式会社ヤクルト本社****ランチョンセミナー10 6月14日(日) 12:10~13:00 第5会場(くにびきメッセ 5F 501大会議室)****座長: 榎本隆之(新潟大学産婦人科)****LS-10 卵巣がん Up To Date—診断と治療—**独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科 **竹原和宏****共催: ヤンセンファーマ株式会社****ランチョンセミナー11 6月14日(日) 12:10~13:00 第8会場(松江テルサ 1F テルサホールB・C)****座長: 伊藤公彦(関西ろうさい病院産婦人科)****LS-11 子宮頸癌の化学療法の進歩**久留米大学医学部産科婦人科学教室 **西尾 真****共催: 日本化薬株式会社****ランチョンセミナー12 6月14日(日) 12:10~13:00 第9会場(松江テルサ 4F 大会議室)****座長: 八重樫伸生(東北大学医学部産婦人科学教室)****LS-12 子宮肉腫治療の現状と課題**北海道大学医学部産婦人科 **渡利英道****共催: ノバルティスファーマ株式会社**

一般演題 (口演)

— 6月13日(土) 第5会場(くにびきメッセ 5F 501大会議室) —

子宮頸部 1	8:30~9:00	座長: 生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学)
O-1-1	子宮頸がん細胞に対する CRISPR/Cas による HPV の E6 遺伝子ノックアウトの効果 自治医科大学医学部産科婦人科 ○嵯峨 泰, 佐藤尚人, 高橋詳史, 小柳貴裕, 高橋寿々代, 種市明代, 町田静生, 竹井裕二, 藤原寛行, 鈴木光明	
O-1-2	ヒトパピローマウイルス 16 型 E6 バリエントと子宮頸がんとの関連 北海道対がん協会 ○佐々木隆之, 藤田博正, 白川洋三, 田上 稔, 加藤 修, 横山 恵, 和田恒之, 鈴木美由紀, 茂木由紀	
O-1-3	子宮頸部上皮内腫瘍においてハイリスクが疑われるマイナー HPV の検出状況 杏林大学保健学部病理学研究室 ¹⁾ , 東武医学技術専門学校 ²⁾ , 金沢医科大学産婦人科 ³⁾ , こととからだの元氣プラザ ⁴⁾ ○大河戸光章 ¹⁾ , 岡山香里 ^{1,2)} , 笹川寿之 ³⁾ , 小田瑞恵 ⁴⁾ , 栗原達哲 ⁴⁾ , 石井保吉 ⁴⁾ , 藤井雅彦 ¹⁾	
子宮頸部 2	9:00~9:30	座長: 小笠原利忠 (特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)
O-1-4	高リスク型 HPV 検出における Hybrid capture (HC2) 法とコバス HPV テストとの比較 金沢医科大学 ¹⁾ , 豊見城中央病院 ²⁾ , 国際セントラルクリニック ³⁾ ○関谷奈津子 ¹⁾ , 前濱俊之 ²⁾ , 伊藤富士子 ³⁾ , 笹川寿之 ¹⁾	
O-1-5	集団検診における HPV 併用検診の有効性—第5報— ちば県民保健予防財団 ¹⁾ , 千葉大学医学部附属病院婦人科 ²⁾ ○立花美津子 ¹⁾ , 河西十九三 ¹⁾ , 黒川祐子 ¹⁾ , 早田篤子 ¹⁾ , 藤澤武彦 ¹⁾ , 錦見恭子 ²⁾ , 三橋 暁 ²⁾ , 生水真紀夫 ²⁾	
O-1-6	肛門管擦過細胞診標本における多彩な HPV 感染所見 東武医学技術専門学校 ¹⁾ , 杏林大学保健学部病理学研究室 ²⁾ , 杏林大学医学部内科学腫瘍科 ³⁾ , しらかば診療所 ⁴⁾ ○岡山香里 ^{1,2)} , 大河戸光章 ²⁾ , 北村 浩 ³⁾ , 井戸田一朗 ⁴⁾ , 藤井雅彦 ²⁾	
子宮頸部 3	9:30~10:00	座長: 竹原和宏 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科)
O-1-7	子宮頸がん検診“細胞診 HPV 併用検診”導入効果の検討と経済学的視点からの文献的考察 島根県細胞検査士会 ¹⁾ , 島根県立中央病院産婦人科 ²⁾ ○小海志津子 ¹⁾ , 岩成 治 ²⁾	
O-1-8	日本人女性における自己採取 HPV 検査の精度と受容性 横浜市立大学附属病院 ¹⁾ , 小田原市立小田原病院 ²⁾ ○八代藍子 ¹⁾ , 元木葉子 ¹⁾ , 古郡 恵 ¹⁾ , 最上多恵 ¹⁾ , 丸山康世 ¹⁾ , 松永竜也 ¹⁾ , 佐治春哉 ²⁾ , 佐藤美紀子 ¹⁾ , 宮城悦子 ¹⁾ , 平原史樹 ¹⁾	

O-1-9 ASCUS/HPV 陽性症例の組織診断について

自治医科大学産婦人科

○森澤宏行, 藤原寛行, 高橋詳史, 佐藤尚人, 高橋寿々代, 種市明代, 町田静生, 竹井裕二, 嵯峨 泰, 鈴木光明

子宮頸部 4

10:00~10:40

座長: 岡本愛光 (東京慈恵会医科大学産婦人科)

O-1-10 当院で経験した子宮頸部細胞診 ASC-US 症例の検討

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座¹, 産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部², 産業医科大学医学部産科婦人科学教室³○松浦祐介¹, 岡 春子², 中島悠貴², 恒成徳子², 佐藤 齊², 藤原 仁², 小原光祥², 川越俊典³, 蜂須賀徹³

O-1-11 当施設における子宮頸がん検診 ASC-US 判定に関する変遷について

公益財団法人福島県保健衛生協会¹, 北福島医療センター婦人科², 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座³○栗田和香子¹, 塚原 孝¹, 佐藤奈美¹, 佐藤美賀子¹, 神尾淳子¹, 森村 豊², 古川茂宜³, 添田 周³, 渡辺尚文³, 藤森敬也³

O-1-12 子宮頸部細胞診における日母分類とベセスダシステムの細胞診結果についての比較検討

大津赤十字病院検査部細胞診¹, 兵庫県立塚口病院産婦人科²○今村真治¹, 廣瀬雅哉²

O-1-13 子宮頸がん検査における従来法細胞診と液状化検体細胞診の診断性能比較研究

慶應義塾大学医学部産婦人科¹, がん研究会明病院婦人科², 東京慈恵会医科大学柏病院産婦人科³○西尾 浩¹, 岩田 卓¹, 野村秀高², 高野浩邦³, 森定 徹¹, 竹島信宏², 佐々木寛³, 青木大輔¹

子宮頸部 5

10:40~11:10

座長: 齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学講座)

O-1-14 子宮頸部化生性異型細胞の評価における, 診断者間の不一致

独立行政法人地域医療推進機構群馬中央病院臨床検査部¹, 同 病理診断科², 前橋赤十字病院病理部³, 国立大学法人群馬大学医学部附属病院病理部⁴, 群馬県済生会前橋病院病理診断科⁵, 足利赤十字病院病理部⁶, 医療法人社団東郷会恵愛堂病院検査課⁷○小保方重光¹, 斎藤誠人¹, 永瀬泰平¹, 富沢一与³, 栗原康哲⁴, 高草木俊範⁵, 伊古田勇人⁴, 清水和彦⁶, 伊藤秀明⁷, 櫻井信司²

O-1-15 Cellprep plus (ロシュ・ダイアグノスティックス社) の使用経験について

津島市民病院¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科², 名古屋掖済会病院病理診断科³○勝田美保¹, 細田麻利菜¹, 奥野公美子¹, 溝口良順², 横井豊治³

O-1-16 子宮頸部病変における細胞診・組織診の乖離要因の検討

こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科¹, 杏林大学保健学部²○長田詠美子¹, 石井保吉¹, 栗原達哲¹, 岡 俊郎¹, 中島弘一¹, 窪田真弓¹, 稲垣真智子¹, 大村峯夫¹, 小田瑞恵¹, 藤井雅彦²

泌尿器 1

11:10~11:50

座長: 河原 栄 (金沢大学医薬保健研究域病態検査学講座)

O-1-17 パリ・システム (Paris system) に準ずる尿細胞診判定区分の検討

刈谷豊田総合病院病理技術科¹, 刈谷豊田総合病院病理診断科², 愛知県立大学看護学部病理学³○野畑真奈美¹, 山田義広¹, 中井美恵子¹, 中根昌洋¹, 林 直樹¹, 村上真理子¹, 伊藤 誠², 越川 卓³

- O-1-18 尿細胞診における報告様式と細胞診成績の検討
大阪府済生会野江病院病理診断科¹, 香川大学大学院医学系研究科², 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部³, 大阪市立大学⁴, 京都大学医学部附属病院病理診断科⁵
○小椋聖子^{1,2}, 矢野恵子¹, 江木さつき¹, 高安祥子¹, 城戸貴之¹, 羽場礼次³, 桜井幹己⁴, 南口早智子⁵, 桜井孝規⁵
- O-1-19 カテーテル尿 LBC (Liquid Based Cytology) 標本における免疫染色の有用性
松山赤十字病院
○三好陽子, 吉田彩乃, 坂本真吾, 本吉知里, 窪田裕美, 門屋孝志, 古本好江, 高石治彦, 飛田 陽, 大城由美
- O-1-20 泌尿器細胞診における捺印細胞診の検討: 192例の解析
製鉄記念八幡病院病理診断科¹, 製鉄記念八幡病院検査部², 製鉄記念八幡病院泌尿器科³, 独立行政法人国立病院機構大分医療センター病理科⁴
○下釜達朗¹, 尾坂明美², 西堂園紀子², 土器若穂², 金城 満¹, 奥村幸司³, 森内 昭⁴

子宮頸部 6 14:20~14:50 座長: 児玉省二 (新潟南病院婦人科)

- O-1-21 妊娠中の子宮頸部細胞診・組織診における過小診断に関する検討
奈良県総合医療センター
○神田蘭香, 杉浦 敦, 佐々木義和, 石橋理子, 米田聡美, 平野仁嗣, 河 元洋, 豊田進司, 井谷嘉男, 喜多恒和
- O-1-22 閉経後卵巣腫瘍における子宮腔部細胞診の検討
千葉大学医学部附属病院産婦人科
○松岡 歩, 楯 真一, 錦見恭子, 碓井宏和, 三橋 暁, 生水真紀夫
- O-1-23 子宮癌のセンチネルリンパ節術中診断における迅速捺印細胞診の有用性
大阪医科大学産婦人科¹, 大阪医科大学病理学²
○田中智人¹, 寺井義人¹, 古形祐平¹, 前田和也¹, 芦原敬允¹, 田中良道¹, 藤原聡枝¹, 金村昌徳¹, 山田隆司², 大道正英¹

子宮頸部 7 14:50~15:30 座長: 加藤久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)

- O-1-24 AGC の背景と現状
慶應義塾大学病院病理診断部¹, 同 産婦人科²
○照井仁美¹, 吉田由紀子¹, 長島義男¹, 進 伸幸², 岩田 卓², 青木大輔², 亀山香織¹
- O-1-25 演題取下げ
- O-1-26 生検・円錐切除にて診断した AIS 症例の検討
自治医科大学産婦人科¹, 自治医科大学病理診断科²
○小林由香子¹, 森澤宏行¹, 郡 俊勝², 福嶋敬宜², 竹井裕二¹, 町田静生¹, 佐藤尚人¹, 嵯峨 泰¹, 藤原寛行¹, 鈴木光明¹
- O-1-27 子宮頸部 LBC にて LEGH/胃上皮化生を見落とさない診断法
岡谷市民病院病理診断科¹, 信州大学医学部附属病院臨床検査部², 松本市医師会医療センター検査部³
○石井恵子¹, 小林幸弘², 上條朋美³, 横山彩子³, 北村孝子³

卵巣・卵管・その他 15:30~16:00 座長: 蜂須賀徹 (産業医科大学病院産婦人科)

- O-1-28 免疫二重染色を用いた卵巣腫瘍における明細胞腺癌と漿液性腺癌の鑑別の検討
神戸大学医学部附属病院病理部¹, 神戸大学医学部附属病院病理部病理診断科²
○柳田絵美衣¹, 山田 寛¹, 遠藤亮和¹, 今川奈央子¹, 塚本龍子¹, 伊藤智雄²

- O-1-29 診断に苦慮した卵管癌の1例
JA 広島総合病院産婦人科¹, JA 広島総合病院病理科²
○大下孝史¹, 寺岡有子¹, 藤本悦子¹, 中西慶喜¹, 岡本淳子², 上國 愛², 井町海太²,
永田郁子², 台丸 裕²
- O-1-30 卵巣未熟奇形腫の治療後に発生した Growing Teratoma Syndrome の一例
秋田赤十字病院産婦人科¹, 秋田赤十字病院病理診断科²
○佐藤宏和¹, 大山則昭¹, 平野秀人¹, 太田博孝¹, 鳴海健大², 三浦宗子², 浅利智幸²,
田山明義², 奈良幸一², 榎本克彦²

—— 6月13日(土) 第6会場(くにびきメッセ 6F 601 大会議室) ——

消化器 1	8:30~9:00	座長: 桜井孝規 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
O-1-31	Thinprep5000 導入における従来法との胆膵系細胞像の違いについて 神戸大学医学部附属病院病理部 ○山田 寛, 柳田絵美衣, 森藤哲史, 廣尾真奈, 今川奈央子, 遠藤亮和, 塚本龍子, 伊藤智雄	
O-1-32	EUS-FNA による Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の細胞像について 北海道大学病院病理部 ¹ , 北海道大学病院病理診断科 ² , 北海道大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分野 ³ ○安孫子光春 ¹ , 三橋智子 ^{1,2} , 宮越里絵 ¹ , 渡部涼子 ¹ , 望月抄苗 ¹ , 清水知浩 ¹ , 山谷幸恵 ¹ , 丸川活司 ¹ , 河上 洋 ³ , 松野吉宏 ^{1,2}	
O-1-33	膵 EUS-FNA における淡明細胞型腎細胞癌転移例の細胞学的特徴 東北大学病院病理部 ○村山優理香, 三浦弘守, 安達友津, 今野かおり, 小泉照樹, 佐藤泉希, 藤島史喜, 笠島敦子, 渡辺みか, 笹野公伸	
消化器 2	9:00~9:30	座長: 福田利夫 (群馬大学大学院保健学研究科)
O-1-34	スコアリングシステムを用いた胆汁細胞判定の検証 川崎市立多摩病院病理診断科 ¹ , 聖マリアンナ医科大学病理学教室 ² , 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座 ³ , 聖マリアンナ医科大学医学教育文化部門医学統計学 ⁴ ○早川智絵 ¹ , 干川晶弘 ² , 井村譲二 ³ , 林 直美 ¹ , 岸理恵子 ¹ , 上野隆彦 ⁴ , 立浪 忍 ⁴ , 小池淳樹 ^{1,2}	
O-1-35	胆汁細胞診の異型度基準—細胞集塊についての再検討— 順天堂大学大学院医学研究科形態解析 ¹ , 鳥取大学病態検査学 ² , 順天堂大学人体病理病態学 ³ , 順天堂大学順天堂医院病理診断部 ⁴ , 順天堂大学練馬病院臨床検査科 ⁵ , 済生会神奈川病院検査科 ⁶ , 川崎太田総合病院中央検査科 ⁷ , 川崎太田総合病院消化器外科 ⁸ ○古旗 淳 ¹ , 広岡保明 ² , 八尾隆史 ³ , 福村由紀 ³ , 大沼八千代 ⁴ , 山里勝信 ⁴ , 大橋久美子 ⁵ , 阿部加奈子 ⁶ , 阿部佳之 ⁷ , 権田厚文 ⁸	
O-1-36	Intraductal papillary neoplasm of the bile duct の細胞像 久留米大学医学部病理学講座 ¹ , 久留米大学病院病理診断科 ² , 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 ³ ○内藤嘉紀 ¹ , 多比良朋希 ² , 河原明彦 ² , 山口知彦 ² , 安倍秀幸 ² , 岡部義信 ³ , 秋葉 純 ¹ , 鹿毛政義 ² , 矢野博久 ¹	

消化器 3	9:30~10:00	座長: 清水道生 (博慈会記念総合病院病理診断センター)
O-1-37	<p>当院における膵超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) の結果と細胞学的検討 昭和大学病院臨床病理検査室¹, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科², 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科³, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座⁴</p> <p>○前田朱美¹, 津田祥子¹, 福田ミヨ子¹, 狩野充治¹, 吉谷地玲子¹, 小林美波¹, 大池信之², 九島巳樹³, 瀧本雅文⁴</p>	
O-1-38	<p>EUS-FNA による膵内分泌腫瘍 (PanNET) の細胞像についての検討 北海道大学病院病理診断科/病理部</p> <p>○丸川活司, 三橋智子, 清水知浩, 望月抄苗, 渡部涼子, 宮越里絵, 山谷幸恵, 安孫子光春, 畑中佳奈子, 松野吉宏</p>	
O-1-39	<p>浸潤性膵管癌における術中腹水細胞診の意義について 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学¹, 東海大学医学部外科学系消化器外科学², 東海大学医学部内科学系消化器内科学³, 東海大学医学部付属病院病理診断科⁴</p> <p>○平林健一¹, 井本昭子¹, 山田美鈴^{1,2}, 丸野敦子³, 加戸伸明⁴, 宮嶋葉子⁴, 伊藤 仁⁴, 川口義明³, 中郡聡夫², 中村直哉¹</p>	
乳腺 1	10:00~10:40	座長: 方山揚誠 (PCL 盛岡病理・細胞診センター)
O-1-40	<p>乳腺由来液状処理検体を使用した mRNA 発現解析と次世代シーケンサー (NGS) 解析 北斗病院腫瘍医学研究所病理遺伝子診断科¹, 北斗病院乳腺乳がんセンター², 北斗病院腫瘍医学研究所³, 北斗病院脳神経外科⁴, 北海道大学医学部探索病理学講座⁵, 北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野⁶</p> <p>○赤羽俊章¹, 大貫なつみ¹, 山口朋美¹, 難波 清², 佐和弘基³, 鎌田 一⁴, 西原宏史^{3,5}, 田中伸哉⁶</p>	
O-1-41	<p>乳がん既往例の胸・腹水貯留に対する液状細胞診の免疫染色法の有用性 千葉県がんセンター</p> <p>○中村力也, 山本尚人, 平田哲士, 有田茂美, 池部 大, 伊丹万紀子</p>	
O-1-42	<p>鑑別困難であった乳腺症例の細胞学的検討—筋上皮細胞を中心に— 九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹, 九州大学病院病理診断科病理部², 九州大学大学院医学研究院保健学部門³, 九州大学大学院臨床・腫瘍外科⁴, 九州大学大学院消化器・総合外科⁵, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁶</p> <p>○田島沙織¹, 大久保文彦², 中附加奈子², 仲 正喜², 渡邊寿美子³, 久保 真⁴, 徳永えり子⁵, 山元英崇⁶, 小田義直^{2,6}, 杉島節夫³</p>	
O-1-43	<p>当院の乳腺穿刺吸引細胞診「鑑別困難」症例の検討 東京女子医科大学八千代医療センター臨床検査室¹, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科², 東京女子医科大学八千代医療センター乳腺・内分泌外科³, 武蔵野赤十字病院病理診断科⁴</p> <p>○高橋昌樹¹, 末澤亜紀¹, 角奈美子¹, 南部周平¹, 河合繁夫⁴, 廣島健三², 宮本礼子³, 地曳典恵³, 寺本穂波³, 清水忠夫³</p>	
乳腺 2	10:40~11:10	座長: 是松元子 (LSI メディエンス病理細胞診部)
O-1-44	<p>組織診で low grade DCIS であった乳腺穿刺細胞診成績についての検討 大阪プレストクリニック医療技術部¹, 関西電力病院病理部²</p> <p>○米川みな子¹, 河合 潤²</p>	

- O-1-45 乳腺 DCIS における細胞学的検討
 社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科¹, 社会医療法人栗山会飯田病院外科², 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科³, 聖マリアンナ医科大学病理学⁴
 ○松澤こず恵¹, 土屋真一¹, 田中穂積², 小穴良保³, 前田一郎⁴
- O-1-46 乳腺 Mucocoele-like tumor (MLT) 診断における穿刺吸引細胞診の有用性と問題点
 たけべ乳腺外科クリニック¹, 高松平和病院病理検査²
 ○安毛直美¹, 兼近典子¹, 新井貴士¹, 武部晃司¹, 横山智子², 宮西智恵², 佐藤 明²

乳腺 3 11:10~11:50 座長:津田 均 (防衛医科大学校病態病理学)

- O-1-47 US で硬癌が疑われたが, 細胞診にて顆粒細胞腫と診断した 1 例
 がん研究会有明病院乳腺センター外科¹, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部², がん研究会有明病院病理部³, がん研究会がん研究所病理部⁴
 ○新堰佳世子¹, 坂井威彦¹, 森園英智¹, 池畑浩一², 堀井理絵^{3,4}, 秋山 太^{3,4}
- O-1-48 Radial sclerosing lesion 5 例の細胞学的検討
 社会医療法人博愛会相良病院病理診断科
 ○前田ゆかり, 永尾聡子, 皆倉愛美, 北園暢子, 大井恭代
- O-1-49 乳癌術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診の検討
 三重大学医学部附属病院病理部¹, 三重大学医学部附属病院乳腺センター², 三重大学医学部腫瘍病態解明学³, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部⁴
 ○北山美佳^{1,2}, 今井 裕¹, 柴原亜希子^{1,2}, 金山和樹³, 米田 操⁴, 岡南裕子², 小川朋子², 白石泰三^{1,3}
- O-1-50 乳癌術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診の診断精度の検討
 聖路加国際病院病理診断科¹, 聖路加国際病院放射線科², 聖路加国際病院乳腺外科³, 東京女子医科大学第一病理⁴
 ○小川命子¹, 石黒弘美¹, 三田尚子¹, 内田士朗¹, 宇野美恵子¹, 角田博子², 林 直輝³, 山内英子³, 澤田達男⁴, 鈴木高祐¹

泌尿器 2 14:20~15:00 座長:白石泰三 (三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学講座)

- O-1-51 尿中 WT-1 陽性細胞 (ポドサイト・ボウマン嚢上皮細胞) と各種腎疾患の関連について
 愛媛県立医療技術大学臨床検査学科¹, 香川大学医学部附属病院病理部², 香川県立保健医療大学臨床検査学科³, 西条中央病院中央検査部⁴, 重井医学研究所附属病院臨床検査部⁵
 ○大崎博之¹, 松永 徹², 串田吉生², 羽場礼次², 平川栄一郎³, 佐伯勇輔⁴, 重松由美恵⁵, 則松良明¹
- O-1-52 膀胱尿路上皮癌において hTERT 遺伝子プロモーター領域の変異は高頻度である
 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部
 ○豊永安洋, 山崎一人, 小山芳徳, 安達純世, 渡邊孝子, 山本善也, 師岡恭之, 常世田岬, 石田康生
- O-1-53 尿中に出現した子宮頸部胃型腺癌の 1 例
 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター
 ○小嶋健太, 佐藤正和, 田中慎一, 松田奈美, 蜂須賀幸, 田母神佐智子, 有江啓二, 西村理恵子, 高畑浩之, 寺本典弘

O-1-54 尿検体における液状処理細胞診 Cellprep の細胞学的評価

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部², 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長³

○西村俊直¹, 坂根潤一¹, 田中美帆¹, 中川裕可里¹, 安村奈緒子¹, 戸田 環¹, 谷山大樹¹, 齋藤彰久¹, 倉岡和矢^{1,2}, 谷山清己³

頭頸部 15:00~15:30 座長: 湊 宏 (金沢医科大学臨床病理学)

O-1-55 唾液腺穿刺吸引細胞診における鑑別困難症例の再検討

東海大学医学部付属病院病理検査技術科¹, 東海大学医学部付属八王子病院臨床検査技術科², 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学³

○望月紀英¹, 加戸伸明¹, 芹澤昭彦¹, 宮嶋葉子¹, 伊藤 仁¹, 町田知久², 小倉 豪³, 井野元智恵³, 梶原 博³, 中村直哉³

O-1-56 唾液腺における“いわゆる oncocytoma” 4例の臨床的・細胞組織学的検討

藤田保健衛生大学医学部病理診断科¹, 藤田保健衛生大学病院病理部², 静岡赤十字病院病理診断科³, 名古屋記念病院病理診断科⁴

○浦野 誠¹, 川島佳晃², 藤原真紀², 伊藤里美², 平澤 浩², 桐山諭和¹, 塚本徹也¹, 黒田 誠¹, 田代和弘³, 西尾知子⁴

O-1-57 乳腺相似分泌癌 (MASC) の細胞像の variation について

慈泉会相澤病院病理診断科¹, 信州大学医学系研究科疾患予防医科学加齢生物学講座², 藤田保健衛生大学医学部病理診断科³, 信州大学医学部病理組織学講座⁴, 東京医科大学医学部人体病理学講座⁵

○樋口佳代子^{1,2}, 浦野 誠³, 下条久志⁴, 長尾俊孝⁵

骨・軟部・神経 15:30~16:00 座長: 黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I)

O-1-58 当院における髄液細胞診陽性症例の臨床細胞学的検討

滋賀医科大学医学部附属病院病理部¹, 滋賀医科大学医学部附属病院検査部²

○岩本 望¹, 石田光明¹, 籠谷亜希子¹, 春日 希¹, 林 裕司¹, 有田奈弥恵², 岩井宗男¹, 宮平良満¹, 九嶋亮治^{1,2}

O-1-59 星細胞系以外の脳腫瘍における異常血管の形態学的検討

宮崎大学医学部附属病院病理診断科・病理部¹, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科²

○佐藤勇一郎¹, 徳満貴子¹, 大野昭信¹, 野口裕史¹, 峰松映子¹, 西川詩織¹, 黒木英輝¹, 神田修司¹, 盛口清香¹, 佐藤信也²

O-1-60 GIST 骨転移 4例の細胞学的検討

がん研病理¹, がん研細胞診²

○神田浩明¹, 古田則行², 元井紀子¹, 高澤 豊¹, 古田玲子¹, 小松京子², 杉山裕子², 石川雄一¹

————— 6月13日(土) 第9会場(松江テルサ 4F 大会議室) —————

中皮・体腔液 1 8:30~9:10 座長：稲山嘉明 (横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科病理部)

- O-1-61 胸水中に出現した放射線照射後の乳房血管肉腫の細胞像
兵庫県立西宮病院検査部¹⁾, 兵庫県立西宮病院病理診断科²⁾
○野村里美¹⁾, 真田浩一¹⁾, 竹田利恵¹⁾, 岡 一雅²⁾
- O-1-62 腹水中に多数の異型細胞を認めた線維形成性円形細胞性腫瘍の1例
福岡大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 福岡大学医学部病理学講座²⁾
○相知優子¹⁾, 松本慎二¹⁾, 濱崎 慎^{1,2)}, 小島勝己¹⁾, 大石朋子¹⁾, 原川政彦¹⁾, 鍋島一樹^{1,2)}
- O-1-63 腹水細胞診におけるPAX8免疫染色の有用性の検討
帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹⁾, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科²⁾
○渡邊孝子¹⁾, 小山芳徳¹⁾, 安達純世¹⁾, 豊永安洋¹⁾, 山本善也¹⁾, 師岡恭之¹⁾, 常世田岬¹⁾,
山崎一人¹⁾, 梁 善光²⁾, 石田康生¹⁾
- O-1-64 Q-FISH法による胸水中皮細胞のテロメア長の測定とその意義の検討
国際医療福祉大学三田病院病理部¹⁾, 東京都長寿医療センター研究所²⁾, 横須賀共済病院
病理部³⁾, 東京都長寿医療センター病理部⁴⁾
○相田真介¹⁾, 相田順子²⁾, 直井美穂²⁾, 森崎優也³⁾, 川口幹夫³⁾, 猪俣美和³⁾, 石綿仁深³⁾,
鈴木明美⁴⁾, 津浦幸夫³⁾

中皮・体腔液 2 9:10~9:40 座長：河合俊明 (戸田中央臨床検査研究所)

- O-1-65 胸水細胞診で淡明細胞型悪性中皮腫と考えられた一例
東京女子医科大学東医療センター病理診断科
○五十嵐昭喜, 飯塚英治, 須賀道恵, 鈴木友里絵, 河村俊治, 相羽元彦, 藤林真理子
- O-1-66 腹水細胞診で診断困難であった卵巣悪性ブレンナー腫瘍の一例
熊本大学医学部附属病院病理診断科
○森 真琴, 徳永英博, 田上さやか, 石原光浩, 下田 環, 竹下博士, 片瀨達也, 住吉真治,
本田由美, 三上芳喜
- O-1-67 腹水中に出現した低異型度漿液性腺癌の1例
熊本大学医学部附属病院病理診断科
○竹下博士, 徳永英博, 田上さやか, 石原光浩, 下田 環, 片瀨達也, 森 真琴, 住吉真治,
本田由美, 三上芳喜

中皮・体腔液 3 9:40~10:10 座長：亀井敏昭 (山口県立総合医療センター病理科・中央検査部)

- O-1-68 腹腔洗浄細胞診に、反応性中皮細胞様の形態で出現した子宮体部類内膜腺癌 G1 症例
独立行政法人地域医療推進機構群馬中央病院臨床検査部¹⁾, 独立行政法人地域医療推進
機構群馬中央病院病理診断科²⁾
○斉藤誠人¹⁾, 小保方重光¹⁾, 永瀬泰平¹⁾, 阿部美智子¹⁾, 櫻井信司^{1,2)}
- O-1-69 当院における胃癌術中腹水・腹腔内洗浄細胞診成績と予後との関連
社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院臨床検査技術部
○片瀨 直, 本山高啓, 浜田 有, 樋渡崇史, 今里孝宏, 丸田秀夫, 米満伸久
- O-1-70 診断に苦慮した大量血性腹水の一例
神奈川県立がんセンター婦人科
○中西一步, 今井一章, 飯田哲士, 横田奈朋, 近内勝幸, 小野瀬亮, 加藤久盛

リンパ・造血器	10:10~10:50	座長：田丸淳一 (埼玉医科大学総合医療センター病理部)
O-1-71	LBC法および従来法における濾胞性リンパ腫 Grade1-2 の細胞所見の比較 東海大学医学部付属病院病理検査技術科 ¹ , 東海大学医学部付属八王子病院臨床検査技術科 ² , 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 ³ ○加戸伸明 ¹ , 伊藤 仁 ¹ , 芹澤昭彦 ¹ , 宮嶋葉子 ¹ , 望月紀英 ¹ , 町田知久 ² , 井野元智恵 ³ , 平林健一 ³ , 梶原 博 ³ , 中村直哉 ³	
O-1-72	類上皮肉芽性病変を思わす像にて, 診断に苦慮した腺癌のリンパ節転移の穿刺細胞像 富山大学附属病院病理部病理診断科 ¹ , 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座 ² , 富山大学大学院医学薬学研究部病態病理学講座 ³ , 砺波総合病院病理診断科 ⁴ ○堀 隆 ¹ , 常山幸一 ² , 寺畑信太郎 ⁴ , 三輪重治 ² , 林 伸一 ² , 石井陽子 ³ , 木屋千恵子 ¹ , 小梶恵利 ¹ , 浜田桂司 ¹ , 井村穰二 ²	
O-1-73	関節リウマチ患者に発生したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)の1例 福岡大学病院病理診断科・病理部 ¹ , 福岡大学医学部病理学講座 ² ○小島勝巳 ¹ , 竹下盛重 ² , 松本慎二 ¹ , 大石朋子 ¹ , 原川政彦 ¹ , 相知優子 ¹ , 青木光希子 ² , 鍋島一樹 ²	
O-1-74	リンパ増殖性疾患における lymphoid cell aggregates 出現性の検討 昭和大学医学部臨床病理診断学講座 ¹ , 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科 ² , 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室 ³ ○佐々木陽介 ¹ , 岸本浩次 ² , 北村隆司 ³ , 田澤咲子 ¹ , 本間まゆみ ¹ , 野呂瀬朋子 ¹ , 塩沢英輔 ¹ , 矢持淑子 ¹ , 楯 玄秀 ¹ , 瀧本雅文 ¹	
その他 1	10:50~11:20	座長：根本則道 (日本大学医学部病理学教室)
O-1-75	悪性胸膜中皮腫診断における microRNA-31 発現解析の有用性 福岡大学病院病理部 ¹ , 九州大学大学院医学系学府保健学 ² ○松本慎二 ¹ , 鍋島一樹 ¹ , 濱崎 慎 ¹ , 小島勝巳 ¹ , 梅村 創 ²	
O-1-76	右肺動脈原発平滑筋肉腫の一部検例 公立八女総合病院病理診断科 ¹ , 公立八女総合病院臨床検査科 ² , 久留米大学医学部病理学講座 ³ ○渡辺次郎 ^{1,3} , 谷川 健 ^{1,3} , 中野聖美 ² , 甲斐麻莉子 ² , 村上勇二 ² , 村上奈由美 ² , 樋口英次郎 ² , 跡部美和 ² , 矢野博久 ³	
O-1-77	メンブレンフィルターを用いた結膜細胞診 信州大学医学部附属病院臨床検査部 ○小林幸弘, 百瀬正信, 下條康代, 中嶋智之, 内山 篤, 仲田梨恵, 堀川美栄子, 浅香志穂, 佐野健司, 上原 剛	
口腔	11:20~11:50	座長：山本浩嗣 (日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)
O-1-78	Orcellex-ブラシと BD シュアパス TM 法による口腔擦過細胞診 東京慈恵会医科大学附属病院病理部 ¹ , 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科分子病態検査学分野 ² , 東京慈恵会医科大学病理学講座 ³ ○梅森宮加 ¹ , 梅澤 敬 ¹ , 堀口絢奈 ^{1,2} , 土屋幸子 ¹ , 春間節子 ¹ , 清川貴子 ³ , 池上雅博 ³ , 鷹橋浩幸 ¹	
O-1-79	従来法と LBC 法における口腔細胞診検体の核形態に関する検討 島根大学医学部歯科口腔外科学講座 ¹ , 松江市立病院歯科口腔外科 ² ○絲原千映子 ¹ , 秀島克巳 ¹ , 岩橋輝明 ¹ , 渡邊正章 ¹ , 成相義樹 ² , 菅野貴浩 ¹ , 関根浄治 ¹	

O-1-80 舌扁平上皮癌における HPV 陽性症例の細胞像

島根大学医学部歯科口腔外科学講座¹, 国立病院機構浜田医療センター²

○岩橋輝明¹, 恒松晃司², 渡邊正章¹, 秀島克巳¹, 関根浄治¹

—— 6月14日(日) 第6会場(くにびきメッセ 6F 601 大会議室) ——

その他 2 8:40~9:20 座長:石井保吉(医療法人社団こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科)

O-2-1 Papanicolaou 染色不良標本の染色性復元法

(株)PCL 福岡病理・細胞診センター¹, (株)PCL JAPAN 病理・細胞診センター²

○稲垣伸介¹, 今井寿美子², 早川優佳¹, 秋山讓滋¹, 岩井幸子¹, 石黒信吾^{1,2}

O-2-2 脳腫瘍術中迅速圧挫検体を用いた電界攪拌迅速免疫染色装置の有用性

北海道大学大学院医学研究科病理学講座腫瘍病理学分野¹, 北海道大学大学院医学研究科探索病理学講座²

○竹浪智子¹, 谷野美智枝¹, 森谷 純¹, 鈴鹿 淳¹, 木村太一¹, 西原広史^{1,2}, 田中伸哉^{1,2}

O-2-3 血液混入非婦人科材料における液状化検体細胞診(LBC)法の比較検討

川崎医科大学附属病院病理部¹, 川崎医科大学病理学²

○福屋美奈子¹, 鐵原拓雄¹, 菅野豊子¹, 米 亮祐¹, 小林江利¹, 小林博久¹, 鹿股直樹², 森谷卓也²

O-2-4 液状化検体細胞診を用いた核色彩の可視顕微分光法によるがん細胞判定の有用性

弘前大学大学院保健学研究科

○吉岡治彦, 堀江香代, 渡邊 純

呼吸器 1 9:20~10:00 座長:柴 光年(国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科)

O-2-5 肺癌検診喀痰細胞診の C 判定中等度異型と D 判定高度異型から発見された肺癌の解析

(公財)ちば県民保健予防財団¹, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科², 国保松戸市立病院呼吸器外科³, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁴, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁵

○田口明美¹, 柴 光年², 金親久美¹, 早田篤子¹, 桑原竹一郎¹, 渋谷 潔³, 中谷行雄⁴, 中島崇裕⁵, 吉野一郎⁵, 藤澤武彦¹

O-2-6 肺がん検診における喀痰細胞診の標準細胞の検討

公益財団法人宮城県対がん協会¹, 東北大学病院呼吸器外科², 栗原市立高清水診療所³, 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター呼吸器外科⁴, 鹿児島大学医学総合研究科呼吸器外科学分野⁵, 東京医科大学外科学第一講座⁶

○青野佳美¹, 田名部朋子¹, 近 京子¹, 中嶋隆太郎¹, 遠藤千顕², 桜田 晃², 菅間敬治³, 齋藤泰紀⁴, 佐藤雅美⁵, 池田徳彦⁶

O-2-7 原発性肺癌の胸腔鏡手術における標本回収バック内洗浄細胞診についての検討

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹, がん研究会有明病院呼吸器外科², がん研究会有明病院呼吸器内科³

○星 利良¹, 文 敏景², 伊藤崇彦¹, 山田麻里沙¹, 池畑浩一¹, 藤山淳三¹, 古田則行¹, 小松京子¹, 杉山裕子¹, 宝来 威^{1,3}

- O-2-8 超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)における細胞診の有用性について
三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学¹, 三重大学医学部附属病院病理部², 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部³, 三重大学医学部附属病院乳腺センター⁴
○金山和樹¹, 今井 裕², 米田 操³, 北山美佳^{2,4}, 柴原亜希子^{2,4}, 林 昭伸², 広川佳史¹, 白石泰三¹

呼吸器 2 10:00~10:40 座長: 岡 輝明 (公立学校共済組合関東中央病院病理科)

- O-2-9 肺気管支鏡細胞診材料における肺腺癌新組織分類の推定
信州大学医学部附属病院臨床検査部¹, 京都大学医学部附属病院病理診断科²
○仲田梨恵¹, 吉澤明彦^{1,2}, 浅香志穂¹, 小林幸弘¹, 堀川美栄子¹, 下條康代¹, 百瀬正信¹, 中嶋智之¹, 内山 篤¹, 上原 剛¹
- O-2-10 肺癌組織型推定において LBC 標本での免疫細胞化学併用細胞診が有用である
KKR 札幌医療センター病理診断科¹, KKR 札幌医療センター腫瘍センター²
○岩崎沙理¹, 今川 誠¹, 蓑島敦志¹, 小田由紀子¹, 山口まどか¹, 朝日久仁子¹, 水上恵子¹, 目黒祐二¹, 磯部 宏², 鈴木 昭¹
- O-2-11 WHO 新肺癌分類に基づいた肺大細胞癌の診断における細胞診の有用性
千葉大学医学部附属病院病理部¹, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学², 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学³
○鈴木 学¹, 大木昌二¹, 小野寺清隆¹, 曾川紀子¹, 太田 聡¹, 矢澤卓也², 吉野一郎³, 中谷行雄^{1,2}
- O-2-12 演題取下げ

呼吸器 3 10:40~11:10 座長: 中谷行雄 (千葉大学大学院医学研究院診断病理学)

- O-2-13 肺腺癌の EGFR 遺伝子変異の有無と細胞所見
大阪大学医学部附属病院病理部¹, 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻がん教育研究センター²
○長友忠相¹, 川嶋真由美¹, 内藤賢朗¹, 辻 洋美¹, 野島 聡¹, 堀由美子¹, 和田直樹¹, 池田純一郎¹, 南雲サチ子², 森井英一¹
- O-2-14 Overlay FISH and IHC (OFI) method can improve the accuracy of ALK detection
公財)がん研究会がん研究所病理部¹, 公財)がん研究会がん研有明病院病理細胞診センター², 公財)がん研究会がん研有明病院呼吸器内科³
○元井 紀子^{1,2}, 長野裕子¹, 星 利良², 神田浩明^{1,2}, 柳谷典子^{2,3}, 小松京子², 西尾誠人³, 宝来 威^{2,3}, 石川雄一^{1,2}
- O-2-15 肺腫瘍に対する Confocal laser endomicroscopy (CLE) を用いたリアルタイム細胞診断
松戸市立病院呼吸器外科¹, 同 呼吸器内科², 同 病理診断科³
○渋谷 潔¹, 岡田 直¹, 堀尾穰治¹, 船橋秀光², 横山 綾³, 茅野伴子³, 野呂昌弘³

呼吸器 4 11:10~11:50 座長: 池田徳彦 (東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野)

- O-2-16 Diffuse Pulmonary meningotheliomatosis の細胞所見
沖縄赤十字病院呼吸器外科¹, 沖縄赤十字病院病理科²
○宮城 淳¹, 鈴木牧子², 真志喜かおり², 比嘉 譲², 石川雅士²
- O-2-17 サルコイドーシスの経過観察中に喀痰細胞診によって診断された肺腺癌の1例
北里大学医学部呼吸器外科学¹, 北里大学病院病院病理部², 北里大学医学部病理学³
○園田 大¹, 坂口 忍², 横山 大², 中島裕康¹, 塩見 和¹, 仲田典広³, 蔣 世旭³, 吉田 功³, 柳澤信之³, 佐藤之俊¹

- 0-2-18 セルブロックを用いた ALK 免疫染色におけるホルマリン固定に関する検討
 地方独立行政法人神奈川県立がんセンター病理診断科¹, 地方独立行政法人神奈川県立がんセンター医療技術部検査科², 地方独立行政法人神奈川県立がんセンター研究所がん治療学部³
 ○横瀬智之¹, 酒井麻衣², 吉原光代³
- 0-2-19 肺癌肉腫の1例の捺印細胞診所見
 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科
 ○山口佳織, 澁木康雄, 葛 幸治

—— 6月14日(日) 第7会場(松江テルサ 1F テルサホール A) ——

子宮体部 1

8:30~9:10

座長: 渡利英道 (北海道大学病院婦人科)

- 0-2-20 子宮内膜細胞診の精度
 自治医科大学産科婦人科¹, 防衛医科大学校産科婦人科², 群馬大学医学部産科婦人科³, 埼玉メディカルセンター産科婦人科⁴, 獨協医科大学産科婦人科⁵, 群馬県立がんセンター婦人科⁶, 国際医療福祉大学病院産科婦人科⁷, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科⁸
 ○高橋詳史¹, 藤原寛行¹, 高野政志², 中村和人^{3,6}, 金田佳史⁴, 坂本尚徳⁵, 平川隆史⁶, 大和田倫孝⁷, 花岡立也⁸, 鈴木光明¹
- 0-2-21 子宮内膜漿液性腺癌: LBC(liquid-based cytology)による内膜細胞診における組織型診断
 潤和会記念病院病理診断科¹, 県立宮崎病院臨床検査科², 県立宮崎病院病理診断科³, 県立宮崎病院産科婦人科⁴
 ○林 透¹, 福田早織², 稲田千文², 木田裕子², 島尾義也³, 嶋本富博⁴
- 0-2-22 子宮内膜類内膜腺癌における液状化検体細胞診法の形態学的特徴と有用性の検討
 弘前大学大学院保健学研究科¹, 弘前大学医学部附属病院病理部², 弘前大学医学部産科婦人科学教室³
 ○堀江香代¹, 吉岡治彦¹, 立花誠康¹, 野呂美鈴¹, 刀稱亀代志², 小島啓子², 黒瀬 顕², 二神真行³, 横山良仁³, 渡辺 純¹
- 0-2-23 子宮間葉系腫瘍に対する標的分子の探索: カベオリンの分子生物学的解析
 信州大学医学部免疫制御¹, 科学技術振興機構², 信州大学医学部産科婦人科³, 東北大学医学部産科婦人科⁴, 京都大学医学部産科婦人科⁵
 ○林 琢磨^{1,2}, 塩沢丹里³, 八重樫伸生⁴, 小西郁生⁵

子宮体部 2

9:10~9:50

座長: 田中尚武 (千葉県がんセンター婦人科)

- 0-2-24 子宮体部漿液性腺癌における腹水細胞診が再発・再発部位に与える影響
 がん研有明病院婦人科
 ○的田眞紀, 山本阿紀子, 高橋顕雅, 野村秀高, 金尾祐之, 近藤英司, 尾松公平, 加藤一喜, 馬屋原健司, 竹島信宏
- 0-2-25 子宮体部漿液性腺癌の初期病変を見つけるための細胞診の役割
 北海道対がん協会細胞診センター
 ○藤田博正, 佐々木孝之, 田上 稔, 日野順子, 和田恒之, 加藤 修, 阿部里絵, 奥谷裕子, 市川浩巳, 高橋奈穂美

- 0-2-26 子宮体癌の細胞診における漿液性腺癌の特徴と臨床所見の検討
 大阪大学医学部産婦人科¹, 大阪大学医学部病理部², 公益財団法人日本生命済生会付属日生病院³
 ○松崎聖子¹, 吉野 潔¹, 堀 由美子², 高田友美¹, 上田 豊¹, 和田直樹², 池田純一郎²,
 藤田征巳³, 森井英一²
- 0-2-27 子宮体癌の腹腔細胞診所見で再発予測は可能か?
 聖マリアンナ医科大学産婦人科¹, 聖マリアンナ医科大学病理診断科², 川崎市立多摩病院産婦人科³
 ○細沼信示¹, 戸澤晃子¹, 近藤亜未¹, 三浦彩子¹, 近藤春裕¹, 大熊克彰³, 大原 樹¹,
 草刈宏有², 前田一郎², 鈴木 直¹

子宮体部 3 9:50~10:30 座長: 島田宗昭 (鳥取大学医学部産科婦人科)

- 0-2-28 子宮体部小細胞癌症例の臨床病理学的検討
 神奈川県立がんセンター婦人科¹, 神奈川県立がんセンター病理診断科²
 ○ルイズ横田奈朋¹, 今井一章¹, 中西一步¹, 飯田哲士¹, 近内勝幸¹, 小野瀬亮¹,
 加藤久盛¹, 小野響子², 横瀬智之²
- 0-2-29 腹腔鏡下子宮体がん根治術における術中腹腔洗浄細胞診の検討
 がん研有明病院婦人科
 ○近藤英司, 谷口智子, 潮田至央, 宇佐美知香, 野村秀高, 岡本三四郎, 尾松公平, 加藤一善,
 馬屋原健司, 竹島信宏
- 0-2-30 子宮体癌に合併するリンパ脈管筋腫症の2症例
 東京大学医学部付属病院女性外科
 ○鈴木研資, 長阪一憲, 織田克利, 鶴賀哲史, 足立克之, 松本陽子, 有本貴英, 川名 敬,
 大須賀穰, 藤井知行
- 0-2-31 子宮癌肉腫症例における子宮内膜細胞診の検討
 慶應義塾大学医学部産婦人科
 ○真壁 健, 山上 亘, 坂井健良, 二宮委美, 和田美智子, 野村弘行, 片岡史夫, 阪埜浩司,
 進 伸幸, 青木大輔

甲状腺 10:30~11:00 座長: 覚道健一 (近畿大学医学部奈良病院)

- 0-2-32 甲状腺癌頸部リンパ節転移穿刺吸引細胞像の検討
 静岡赤十字病院病理診断科部¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科², 藤田保健衛生大学医学部第一病理学教室³
 ○大塚証一¹, 後藤 務¹, 河原崎由紀子¹, 山田清隆¹, 岡本香織¹, 笠原正男¹, 田代和弘¹,
 浦野 誠², 桐山諭和², 稲田健一³
- 0-2-33 広島県における甲状腺細胞診の運営状況とその現状
 広島県細胞検査士会精度管理委員¹, 国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科², 済生会呉病院臨床検査室³, (株)福山臨床検査センター⁴, 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科⁵, 公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科⁶, 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター研究検査科⁷, 広島市医師会検査センター⁸
 ○信広亮輔^{1,2}, 有谿俊一^{1,3}, 新宅由佳^{1,4}, 西村俊直^{1,5}, 羽原利幸^{1,6}, 藤本貴美子^{1,7},
 山下 葵^{1,8}, 佐々木なおみ²

O-2-34 甲状腺低分化癌の細胞学的検討

東京医科大学病院病理診断部¹, 東京医科大学人体病理学講座², 東京医科大学呼吸器甲状腺外科学分野³

○渡部顕章¹, 松林 純², 川内ゆうか¹, 稲垣敦史¹, 桑原 淳¹, 三宅真司¹, 小池悦子¹, 筒井英光³, 池田徳彦³, 長尾俊孝²

その他 3 11:00~11:30 座長：磯部宏昭（日本医科大学多摩永山病院病理部）

O-2-35 細胞診精度管理における院内がん登録の有用性について[第二報]

国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科¹, 国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科²

○宮久 禎¹, 今村彰吾¹, 小田澤由貴¹, 藤本翔大¹, 桑田理左¹, 染矢賢俊¹, 北里謙二¹, 熊谷玲子², 田口健一²

O-2-36 スマートフォンを用いたテレサイトロジー

国際医療福祉大学三田病院病理¹, Harvard Medical School²

○森 一郎¹, 八木由香子², 長村義之¹

O-2-37 細胞診（Papanicolaou 染色）標本のデジタル画像と光学顕微鏡像の色調に関する検討

済生会滋賀県病院臨床検査・病理診断センター

○橋向圭介, 加藤元一, 前田賢矢, 元中 恵, 西野俊博, 植田正己, 加藤寿一, 馬場正道

その他 4 11:30~11:50 座長：井村穰二（富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座）

O-2-38 細胞診標本中に出現する微量細胞からの遺伝子解析

慶應義塾大学医学部産婦人科

○赤羽智子, 平沢 晃, 富永英一郎, 青木大輔

O-2-39 細胞診検体における SNP タイピングを用いた個体識別法の構築

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○柿島裕樹, 澁木康雄, 佐々木直志, 吉田正行, 葛 幸治

一般演題 (示説)

＝ 6月13日 (土) ポスター会場 A (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) ＝

口腔・歯科 1	14:00～14:21	座長: 古旗 淳 (順天堂大学大学院医学研究科形態解析イメージング研究室)
P-1-1	口腔細胞診における従来法と LBC 法併用の有用性について 千葉西総合病院 ○浮ヶ谷匡恭	
P-1-2	口腔細胞診材料を用いた液状化検体細胞診の形態比較検討 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科 ¹ , 日本大学松戸歯学部 ² , 日本大学松戸歯学部 口腔病理学講座 ³ ○二谷悦子 ¹ , 松本 敬 ¹ , 山本浩嗣 ² , 久山佳代 ³	
P-1-3	細胞診で NILM と判定された口腔扁平上皮癌の 2 例 松江市立病院歯科口腔外科 ¹ , 松江市立病院臨床検査科 ² , 松江市立病院中央検査科 ³ , 島 根大学医学部歯科口腔外科学講座 ⁴ ○市山友子 ^{1,4} , 成相義樹 ^{1,4} , 吉田 学 ² , 神田美津子 ³ , 野津元秀 ³ , 岩橋輝明 ⁴ , 秀島克巳 ⁴ , 関根浄治 ⁴	
口腔・歯科 2	14:21～14:35	座長: 田村浩一 (東京通信病院病理科)
P-1-4	細胞診にて扁平上皮癌と推定された下顎歯肉疣贅型黄色腫の 1 例 島根大学医学部歯科口腔外科学講座 ○小池尚史, 菅野貴浩, 辰巳博人, 岩橋輝明, 秀島克巳, 関根浄治	
P-1-5	奇異な細胞像を示した上顎歯肉扁平上皮癌の 1 例 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野 ¹ , 朝日大学歯学部口腔病態医療学 講座顎顔面外科学分野 ² , カワラダ歯科口腔外科 ³ ○永山元彦 ¹ , 金子裕康 ² , 伊藤友里 ² , 長縄鋼亮 ² , 江原道子 ¹ , 中尾寿奈 ¹ , 川原田幸司 ³ , 住友伸一郎 ² , 式守道夫 ² , 田沼順一 ¹	
消化器 1	14:35～14:56	座長: 池口正英 (鳥取大学医学部病態制御外科 (消化器外科))
P-1-6	回盲部子宮内膜症の 1 例 (株) 正和ラボラトリー ¹ , 丸山記念総合病院 ² , 済生会川口総合病院病理診断科 ³ , 埼玉医 科大学国際医療センター病理診断科 ⁴ ○船津靖亮 ¹ , 鈴木君義 ¹ , 大久保昭治 ¹ , 宮崎稚菜 ¹ , 丸山正統 ² , 丸山正董 ² , 佐藤英章 ³ , 清水道生 ⁴	
P-1-7	EUS-FNA で推定しえた胃の気管支原性嚢胞の一例 北里大学北里研究所病院病理診断科 ○古澤亜希子, 榎本あつみ, 長田晶子, 森永正二郎	
P-1-8	乳児に発生した胃原発未熟奇形腫の 1 例 川崎医科大学附属病院病院病理部 ¹ , 川崎医科大学病理学 1 ² , 川崎医科大学病理学 2 ³ ○米 亮祐 ¹ , 福屋美奈子 ¹ , 菅野豊子 ¹ , 小林江利 ¹ , 小林博久 ¹ , 鐵原拓雄 ¹ , 藤原英世 ² , 西村広健 ² , 濱崎周次 ² , 鹿股直樹 ³	

消化器 2	14 : 56~15 : 17	座長：吉見直己 (琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座)
P-1-9	腹水中に認められた杯細胞カルチノイドの1例 一般財団法人津山慈風会津山中央病院臨床検査部 ¹ , 一般財団法人津山慈風会津山中央病院病理診断科 ² ○浜田和久 ¹ , 三宅孝佳 ²	
P-1-10	GIST 症例の細胞像の検討 神奈川県立がんセンター医療技術部検査科 ¹ , 神奈川県立がんセンター病理診断科 ² , 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室 ³ , 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科 ⁴ ○小林志津子 ¹ , 北村隆司 ³ , 北村和久 ¹ , 酒井麻衣 ¹ , 小島朋子 ³ , 鷺見公太 ² , 小野響子 ² , 河内香江 ² , 尾松睦子 ⁴ , 国村利明 ⁴	
P-1-11	超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診が有用であった腎腫瘍の2例 富山県立中央病院臨床検査部検査科 ¹ , 富山県立中央病院病理診断科 ² ○宮本藤之 ¹ , 石澤 伸 ² , 矢野彩子 ¹ , 清水雅彦 ¹ , 酒井哲也 ¹ , 中西ゆう子 ² , 内山明央 ²	
消化器 3	15 : 17~15 : 38	座長：元井紀子 (公益財団法人がん研究会がん研究所病理部)
P-1-12	膵 EUS-FNA 迅速細胞診を導入して 独立行政法人国立病院機構呉医療センター中国がんセンター病理診断科 ¹ , 同 臨床研究部 ² , 同 院長 ³ ○田中美帆 ¹ , 安村奈緒子 ¹ , 中川裕可里 ¹ , 坂根潤一 ¹ , 西村俊直 ¹ , 谷山大樹 ¹ , 斉藤彰久 ¹ , 倉岡和矢 ^{1,2} , 谷山清己 ³	
P-1-13	胆管・膵管擦過ブラシ洗浄液の従来法と LBC 法との細胞学的検討 宮崎大学医学部附属病院病理部 ¹ , 宮崎大学医学部附属病院病理診断科 ² , 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科 ³ ○徳満貴子 ¹ , 野口裕史 ¹ , 峰松映子 ¹ , 大野招伸 ¹ , 神田修司 ¹ , 黒木栄輝 ¹ , 西川詩織 ¹ , 佐藤信也 ³ , 盛口清香 ² , 佐藤勇一郎 ^{1,2}	
P-1-14	膵液細胞診で悪性としたが, 組織学的に癌細胞のなかった症例の検討 広島赤十字・原爆病院病理診断科 ○坂谷暁夫, 藤原 恵, 和田健一, 小路伊奈子, 久保 望, 永崎裕志, 村上 寛	
消化器 4	15 : 38~15 : 52	座長：鷺谷清忠 (株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー)
P-1-15	超音波内視鏡下穿刺吸引 EUS-FNA にて診断し得た膵腺房細胞癌の1例 京都大学医学部附属病院病理診断科 ¹ , 京都民医連中央病院病理診断科 ² ○山口真希 ¹ , 白波瀬浩幸 ¹ , 南口早智子 ¹ , 柴山隆宏 ¹ , 吉澤明彦 ¹ , 藤田葉子 ² , 羽賀博典 ¹	
P-1-16	膵退形成癌・紡錘細胞型の1例 東海大学医学部付属八王子臨床検査技術科 ¹ , 東海大学医学部付属八王子病院病理診断科 ² , 東海大学医学部付属病院病理検査技術科 ³ , 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 ⁴ ○町田知久 ¹ , 伊藤 仁 ³ , 加戸伸明 ³ , 渡具知克 ¹ , 藤田大貴 ¹ , 平岩真一郎 ² , 井野元智恵 ⁴ , 杉山朋子 ² , 中村直哉 ⁴ , 田尻琢磨 ²	
消化器 5	15 : 52~16 : 13	座長：能登原憲司 (公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科)
P-1-17	胆管原発 mixed adenoneuroendocrine carcinoma の一例 社会医療法人河北医療財団河北総合病院 ¹ , 日本医科大学付属病院 ² , 東京大学医学部附属病院 ³ ○寺澤憲昭 ¹ , 坂谷貴司 ² , 川名展弘 ¹ , 小坂達朗 ¹ , 小林美保 ¹ , 鈴木純子 ¹ , 林 玲匡 ³ , 町並陸生 ¹	

- P-1-18 Intraductal tubulopapillary neoplasm の一例
鳥取大学大学院医学系研究科¹, 鳥取大学医学部附属病院病理部², 鳥取大学医学部保健
学科病態検査学³
○小柳由貴¹, 松重貴大², 遠藤由香利², 大野千恵子², 永見光子², 堀江 靖², 松下倫子³,
広岡保明³
- P-1-19 膵管内管状乳頭腫瘍 (ITPN) の一例
大阪警察病院病理科
○青木 弘, 辻本正彦, 築山あゆみ, 郡司有理子, 中山順子, 金田敦代, 小西尋子, 福田沙織,
安岡弘直, 吉田研一

消化器 6 16:13~16:34 座長: 中山 淳 (信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室)

- P-1-20 膵臓での Solid-pseudopapillary neoplasm と Neuroendocrine tumor の細胞像の比較検討
大阪市立総合医療センター病理部¹, 大阪市立大学大学院医学研究科分子病理学²
○奥野高裕^{1,2}, 加藤麻衣¹, 横田裕香¹, 内山 勲¹, 保地 譲¹, 福島裕子¹, 井上 健¹
- P-1-21 液状化細胞診で診断可能であった solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の1例
福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹, 福井赤十字病院病理診断科部²
○岩崎和美¹, 森 正樹¹, 前川秀樹¹, 小上瑛也¹, 酒井康弘¹, 太田 諒², 今村好章¹
- P-1-22 淡明泡沫細胞を多く認めた膵神経内分泌腫瘍の一例
帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部¹, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科²,
帝京大学医学部附属溝口病院消化器内科³, 帝京大学医学部附属溝口病院外科⁴
○福田 学¹, 山田 正人¹, 湯澤和彦¹, 吉野美由紀¹, 山本恵美¹, 小澤範高³, 春日井尚⁴,
阿曾達也², 高橋美紀子², 川本雅司²

— 6月13日 (土) ポスター会場 B (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

呼吸器 1 14:00~14:21 座長: 大平達夫 (東京医科大学病院呼吸器外科)

- P-1-23 気管支擦過細胞診における p63・TTF-1 の段階的二重免疫染色
東京医科大学八王子医療センター病理診断科¹, 東京医科大学八王子医療センター呼吸
器外科²
○若槻よしえ¹, 三浦弘之², 信太えりか¹, 加藤彩子¹, 田辺 夢¹, 横山明子¹, 脇屋 緑¹,
塚本 哲¹, 芹澤博美¹
- P-1-24 気管支洗浄細胞診 LBC (TACAS) 標本における免疫細胞化学染色の検討
JA 秋田厚生連山本組合総合病院臨床検査科病理¹, JA 秋田厚生連山本組合総合病院病理
診断科²
○棟方美利加¹, 齋藤孝良¹, 藤嶋正人¹, 小松正代²
- P-1-25 呼吸器液状化細胞診における保存性の免疫学的検討
町田市民病院病理診断科
○尾崎成美, 腰高 豊, 西郷千恵, 後藤友理, 阿部光文

呼吸器 2 14:21~14:35 座長: 中山宏文 (広島鉄道病院臨床検査室・病理診断部門)

- P-1-26 術前未確診肺腫瘍性病変に対する術中迅速細胞診の成績と問題点
国立病院機構西新潟中央病院臨床検査科¹, 国立病院機構西群馬病院臨床検査科², 新潟
大学大学院医歯学総合研究科細胞機能講座分子細胞病理学分野 (病理学第二講座)³
○森田千穂¹, 川上喜久², 長谷川剛³

- P-1-27 肺腺癌切除検体から採取した LBC 法の有用性
奈良県立医科大学附属病院病院病理部¹, 奈良県立医科大学病理診断学講座²
○龍見重信¹, 西川 武¹, 鈴木久恵¹, 田中京子¹, 内山智子², 森田剛平², 高野将人²,
中井登紀子², 畠山金太², 大林千穂²

呼吸器 3 14:35~14:56 座長: 横井豊治 (名古屋掖済会病院病理診断科)

- P-1-28 融合遺伝子を有する肺腺癌の細胞診における形態学的解析
熊本大学医学部附属病院病理診断科病理部¹, 国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科², 福岡大学医学部病理学講座・病院病理部³, 久留米大学医療センター病理部⁴
○西山尚子¹, 田口健一², 横山俊郎⁴, 松本慎二³, 鍋島一樹³
- P-1-29 同一肺葉内に発生し, 異なる組織型を呈した同時性三重肺癌の一例
国際医療福祉大学三田病院病理部¹, 国際医療福祉大学三田病院病理診断センター², 山王病院病理診断科³
○相原乃理子¹, 西井しのぶ¹, 佐野弘子³, 関根理恵子³, 相田真介², 森 一郎²,
玉井誠一², 長村義之²
- P-1-30 “ALK 肺癌” の細胞像
結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科¹, 結核予防会複十字病院臨床検査技術科², 結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科³
○菊池康華^{1,2}, 吉田 勤^{1,3}, 温井奈美^{1,2}, 草野行治^{1,2}, 出井 禎², 菊地文史¹

呼吸器 4 14:56~15:17 座長: 森井英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学)

- P-1-31 多種の腫瘍マーカー高値を示した肺腺扁平上皮癌の 1 例
水戸赤十字病院病理診断科¹, 水戸赤十字病院検査部², 水戸赤十字病院外科³
○野口沙希¹, 土肥香緒里¹, 三村貴裕², 木村勝隆¹, 佐藤宏喜³, 堀眞佐男^{1,2}
- P-1-32 variant NUT midline carcinoma の 1 例
磐田市立総合病院臨床検査技術科¹, 磐田市立総合病院病理診断科²
○黒田志保¹, 鈴木潮人², 栗田 昭¹, 村木真里¹, 鶴野由紀美¹, 平田一樹¹, 谷岡書彦²
- P-1-33 当院で経験した肺多形癌について
新潟県立がんセンター新潟病院病理部
○弦巻順子, 土田美紀, 北澤 綾, 豊崎勝実, 川口洋子, 鏡十代栄, 木下律子, 桜井友子,
川崎 隆, 本間慶一

呼吸器 5 15:17~15:38 座長: 渋谷 潔 (国保松戸市立病院呼吸器外科)

- P-1-34 肺原発が疑われた悪性黒色腫の一例
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診¹, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²
○鶴野由華¹, 塚本孝久¹, 中野祐子¹, 榎田明美¹, 深川良隆¹, 長山大輔¹, 木村芳三²,
西田直代², 檜垣浩一²
- P-1-35 気管支肺泡洗浄液細胞診が発見の契機となった ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫の 1 例
群馬大学医学部附属病院病理部¹, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学², 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学³
○佐藤香織¹, 平戸純子¹, 小山徹也^{1,2}, 福田利夫³
- P-1-36 気管支擦過標本にて推定しえた肺 PEComa の 1 例
鳥取大学医学部附属病院病理部¹, 鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野²
○大野千恵子¹, 松重貴大¹, 遠藤由香利¹, 永見光子¹, 桑本聡史¹, 野坂加苗¹, 堀江 靖¹,
梅北善久²

呼吸器 6	15:38~15:59	座長: 光谷俊幸 (国際親善総合病院臨床検査科)
P-1-37	胸膜に発生した単相型滑膜肉腫の3例 京都桂病院検査科 ¹⁾ , 京都桂病院病理診断科 ²⁾ ○小山奈津子 ¹⁾ , 二宮慶太 ¹⁾ , 春日里佳子 ¹⁾ , 小山 賢 ¹⁾ , 豊山浩祥 ¹⁾ , 安原裕美子 ²⁾	
P-1-38	腋窩リンパ節転移を認めた肺原発滑膜肉腫の一例 国家公務員共済組合連合会浜の町病院 ○西野 彩, 古賀 隆, 舩田昭三, 田中祐也, 西村久子, 本下潤一	
P-1-39	肺類上皮血管内皮腫の一例 岡山大学病院病理部 ○藤田 勝, 原田和恵, 浜田香菜, 那須篤子, 井上博文, 今井みどり, 松岡博美, 田中顕之, 田中健大, 柳井広之	
呼吸器 7	15:59~16:13	座長: 石亀廣樹 (JA長野県厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科)
P-1-40	縦隔に発生した傍神経節腫(Paraganglioma)の3症例 JA長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科 ¹⁾ , JA長野厚生連佐久総合病院病理診断科 ²⁾ ○岩松弘文 ¹⁾ , 中山朋秋 ¹⁾ , 井出伸也 ¹⁾ , 佐藤憲俊 ²⁾ , 青柳大樹 ¹⁾ , 塩澤 哲 ¹⁾ , 石亀廣樹 ¹⁾	
P-1-41	胸水中に異型細胞が認められた小児胸膜肺芽腫の一例 近畿大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 近畿大学医学部病理学教室 ²⁾ ○森香奈子 ¹⁾ , 小林彩香 ¹⁾ , 手嶋優子 ¹⁾ , 土橋千琴 ¹⁾ , 植田清文 ¹⁾ , 上杉忠雄 ¹⁾ , 佐藤隆夫 ¹⁾ , 筑後孝章 ²⁾ , 木村雅友 ²⁾ , 榎木英介 ²⁾	
呼吸器 8	16:13~16:41	座長: 三浦弘之 (東京医科大学八王子医療センター胸部外科)
P-1-42	肺動脈カテーテルによる吸引細胞診が有用であった腫瘍塞栓性肺動脈微小血管症の一例 日本赤十字社医療センター病理部 ¹⁾ , 同 検査部 ²⁾ , 同 呼吸器内科 ³⁾ , 同 呼吸器外科 ⁴⁾ ○松尾梢恵 ¹⁾ , 熊坂利夫 ¹⁾ , 関口明日 ¹⁾ , 阿部直也 ¹⁾ , 橋本昭一 ¹⁾ , 藤原睦憲 ²⁾ , 武村民子 ¹⁾ , 近藤圭介 ³⁾ , 生島壮一郎 ³⁾ , 古畑善章 ⁴⁾	
P-1-43	細胞診にて指摘し得た肺癌に合併した肺非結核性抗酸菌症の1例 労働者健康福祉機構旭労災病院中央検査部 ¹⁾ , 愛知医科大学医学部病理学講座 ²⁾ ○秋山哲文 ¹⁾ , 瀬古憲弘 ¹⁾ , 服部和宏 ¹⁾ , 山村宗幸 ¹⁾ , 伊藤秀明 ²⁾ , 稲熊真悟 ²⁾ , 池田 洋 ²⁾	
P-1-44	胸部X線で薄壁空洞を呈する陰影を呈し細胞診にて診断された肺クリプトコッカスの一例 東京医科大学八王子医療センター病理診断科 ¹⁾ , 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科 ²⁾ ○石崎幹子 ¹⁾ , 三浦弘之 ²⁾ , 若槻よしえ ¹⁾ , 信太えりか ¹⁾ , 加藤彩子 ¹⁾ , 田辺 夢 ¹⁾ , 脇屋 緑 ¹⁾ , 塚本 哲 ¹⁾ , 芹澤博美 ¹⁾	
P-1-122	集検喀痰細胞診により発見された癌症例の確定診断までの期間について 公益財団法人福島県保健衛生協会 ¹⁾ , 公立大学法人福島県立医科大学基礎病理学講座 ²⁾ , 北福島医療センター婦人科 ³⁾ ○室井祥江 ¹⁾ , 佐藤丈晴 ¹⁾ , 佐藤美賀子 ¹⁾ , 神尾淳子 ¹⁾ , 田中瑞子 ²⁾ , 森村 豊 ³⁾	

— 6月13日(土) ポスター会場 C (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

子宮頸部 1	14:00~14:21	座長: 藤井多久磨 (藤田保健衛生大学病院産婦人科)
P-1-45	扁平上皮癌との鑑別に苦慮したヘルペス感染を伴う高度異形成の一例 市立旭川病院中央検査科 ¹ , 市立旭川病院病理診断科 ² , 市立旭川病院産婦人科 ³ ○山田和明 ¹ , 勝見友則 ¹ , 越高正広 ¹ , 二郷元彦 ¹ , 武田晃典 ¹ , 高田明生 ² , 神田 誠 ² , 林 博章 ³ , 幸村 近 ¹	
P-1-46	検査技術科学専攻学生(群馬大学)の子宮頸癌ワクチンに対する動向と意識調査 群馬大学大学院保健学研究科 ○佐藤 幸, 吉田朋美, 福田利夫	
P-1-47	妊娠初期子宮頸部細胞診異常と HPV 感染との関連性についての検討 武蔵野赤十字病院産婦人科 ○黒須博之, 山崎龍王, 矢野 亮, 澁谷英里子, 小林織恵, 大田昌治, 小林弥生子, 梅澤 聡	
子宮頸部 2	14:21~14:42	座長: 小田瑞恵 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科)
P-1-48	子宮頸癌リンパ節の術中迅速診断における Tissue rinse liquid-based cytology の有用性 国立病院機構北海道がんセンター ¹ , 国立病院機構北海道がんセンター病理診断科 ² ○山崎博之 ¹ , 首藤聡子 ¹ , 藤堂幸治 ¹ , 岡元一平 ¹ , 加藤秀則 ¹ , 山城勝重 ² , 鈴木宏明 ^{1,2} , 平紀代美 ² , 中島真奈美 ²	
P-1-49	子宮頸癌に対する頸部摘出術後の臨床病理因子および細胞診所見に関する後方視的解析 九州大学病院産科婦人科 ¹ , 九州大学病院病理部 ² ○園田顕三 ¹ , 矢幡秀昭 ¹ , 奥川 馨 ¹ , 兼城英輔 ¹ , 中附加奈子 ² , 仲 正喜 ² , 大久保文彦 ² , 小田義直 ² , 加来恒壽 ¹ , 加藤聖子 ¹	
P-1-50	妊娠合併子宮頸癌と細胞診断 佐賀大学医学部産婦人科 ¹ , 佐賀県医療センター好生館 ² , 佐賀中部病院 ³ , 高木病院 ⁴ ○光 貴子 ¹ , 野口光代 ¹ , 西山 哲 ¹ , 橋口真理子 ¹ , 安永牧生 ² , 金井督之 ³ , 内山倫子 ¹ , 中尾佳史 ¹ , 横山正俊 ¹ , 岩坂 剛 ⁴	
子宮頸部 3	14:42~15:03	座長: 古田則行 (公益財団法人がん研有明病院付設細胞検査士養成所臨床病理センター細胞診断部サルコームセンター)
P-1-51	子宮頸部細胞診 ASC-H 症例の直接塗抹法と Thinprep 法の比較検討 大阪警察病院病理科 ○金田敦代, 辻本正彦, 築山あゆみ, 郡司有理子, 中山順子, 青木 弘, 小西尋子, 福田沙織, 安岡弘直, 吉田研一	
P-1-52	子宮頸部細胞診異常で紹介されたが, コルポ診で異常所見がみられなかった 90 症例の検討 県立がんセンター新潟病院婦人科 ○笹川 基, 菊池 朗, 柳瀬 徹, 本間 滋	
P-1-53	円錐切除後における細胞診での follow とその正診率 東京慈恵会医科大学産婦人科 ○宇田川治彦, 江澤正浩, 田部 宏, 小曾根浩一, 鈴木美智子, 鈴木二郎, 駒崎裕美, 山下修位, 高野浩邦, 岡本愛光	

子宮頸部 4	15:03~15:24	座長: 伊藤 潔 (東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野)
P-1-54	子宮頸部神経内分泌腫瘍における細胞学的及び免疫組織化学的検討 会津中央病院病理部 ¹ , 寿泉堂総合病院病理診断科 ² ○高根澤裕介 ¹ , 加藤 淳 ¹ , 日下部崇 ² , 川口隆憲 ¹	
P-1-55	特徴的な細胞診所見を呈した子宮頸部コンジローマ様癌の一例 市立池田病院産婦人科 ¹ , 市立池田病院病理診断科 ² , 大阪医科大学附属病院産婦人科 ³ ○川口浩史 ¹ , 竹原幹雄 ¹ , 山口慶子 ² , 岩城真理子 ² , 金本貴之 ² , 河合 賢 ² , 向井英代 ² , 大橋寛嗣 ² , 寺井義人 ³ , 大道正英 ³	
P-1-56	初期に診断し得た子宮頸部すりガラス細胞癌 (Glassy cell carcinoma) の1例 長崎大学医学部産婦人科 ¹ , 長崎大学病院病理診断科・病理部 ² , 長崎病理診断科 ³ , 島原病院病理診断科 ⁴ ○谷川輝美 ¹ , 金内優典 ¹ , 佐藤典子 ² , 穴見正信 ³ , 橋迫美貴子 ¹ , 木下直江 ² , 林徳真吉 ⁴ , 安倍邦子 ^{2,4}	
子宮頸部 5	15:24~15:45	座長: 宮城悦子 (横浜市立大学医学部附属病院産婦人科)
P-1-57	子宮頸部に発生した大細胞神経内分泌癌の一例 佐賀大学医学部産科婦人科 ¹ , 佐賀大学医学部病理部 ² , 佐賀中部病院病理部 ³ ○西山 哲 ¹ , 光 貴子 ¹ , 橋口真理子 ¹ , 大隈恵美 ¹ , 野口光代 ¹ , 内山倫子 ¹ , 山本美和子 ² , 山崎文朗 ³ , 中尾佳史 ¹ , 横山正俊 ¹	
P-1-58	子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例 杏林大学医学部産婦人科 ¹ , 杏林大学医学部附属病院病理部 ² , 杏林大学医学部病理学教室 ³ ○百村麻衣 ¹ , 小林陽一 ¹ , 鳥海玲奈 ¹ , 齋藤将也 ¹ , 坂本憲彦 ² , 平野和彦 ³ , 望月 眞 ³ , 寺戸雄一 ³ , 岩下光利 ¹	
P-1-59	子宮頸部細胞診・生検からLCNECと診断した進行子宮頸癌の1例 横浜市立大学附属病院産婦人科 ¹ , 横浜市立大学附属病院病理部 ² ○古郡 恵 ¹ , 松永竜也 ¹ , 川野藍子 ¹ , 最上多恵 ¹ , 丸山康世 ¹ , 佐治晴哉 ¹ , 佐藤美紀子 ¹ , 三田和博 ² , 古屋充子 ² , 宮城悦子 ¹	
子宮頸部 6	15:45~15:59	座長: 寺井義人 (大阪医科大学産婦人科)
P-1-60	術前細胞診で推定しえた小細胞癌と粘液性腺癌合併子宮頸癌の1例 がん研有明病院婦人科 ¹ , がん研有明病院細胞診断部 ² , がん研有明病院婦人科 ³ ○高橋顕雅 ¹ , 的田眞紀 ¹ , 宇佐美知香 ¹ , 岡本三四郎 ¹ , 近藤英司 ¹ , 金尾祐之 ¹ , 尾松公平 ¹ , 杉山裕子 ^{1,2} , 高澤 豊 ³ , 竹島信宏 ¹	
P-1-61	採取法が異なる子宮頸部LCNEC 2例の細胞像 四国がんセンター婦人科 ¹ , 四国がんセンター病理科 ² , 四国がんセンター臨床検査科 ³ ○大亀真一 ¹ , 楠本真也 ¹ , 山本弥寿子 ¹ , 白山裕子 ¹ , 竹原和宏 ¹ , 蜂須賀幸 ³ , 佐藤正和 ³ , 西村理恵子 ³ , 寺本典弘 ² , 野河孝充 ¹	
子宮頸部 7	15:59~16:20	座長: 横山正俊 (佐賀大学医学部産科婦人科学講座)
P-1-62	子宮頸部細胞診に出現した悪性黒色腫の3例 京都第一赤十字病院病理診断科 ○井上小百合, 苅田 健, 久保喜則, 片岡恵美, 間瀬八重, 河崎瑞江, 田中哲郎, 中尾龍太, 樋野陽子	

- P-1-63 子宮頸部原発の無色素性黒色腫の1例
慶應義塾大学医学部病理学教室¹, 慶應義塾大学病院病理診断部², 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室³
○ 釘先結香^{1,2}, 照井仁美², 長島義男², 鈴木美那子^{1,2}, 草刈 悟^{1,2}, 仲村 勝³, 田中京子³, 青木大輔³, 江本 桂², 亀山香織²
- P-1-64 腔に発生した悪性黒色腫の1例
東海大学医学部基盤診療学系病理診断学¹, 神奈川県厚生連伊勢原協同病院病理診断科², 東海大学医学部附属病院病理検査技術科³, 東海大学医学部専門診療学系産婦人科⁴
○ 梶原 博¹, 関戸康友², 井本昭子¹, 井野元智恵¹, 平林健一¹, 加戸伸明³, 宮嶋葉子³, 伊藤 仁³, 三上幹男⁴, 中村直哉¹

— 6月13日(土) ポスター会場 D (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

子宮体部 1	14:00~14:21	座長: 笹川 基 (新潟県立がんセンター新潟病院婦人科)
P-1-65	破骨細胞様巨細胞を伴った子宮平滑筋肉腫の1例 日本医科大学附属病院女性診療科・産科 ¹ , 日本医科大学解析人体病理 ² ○ 米山剛一 ¹ , 寺崎美佳 ² , 川瀬里衣子 ¹ , 山本晃人 ¹ , 黒瀬圭輔 ¹	
P-1-66	子宮原発と考えられた Undifferentiated pleomorphic sarcoma の一例 公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院検査科 ¹ , 公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院婦人科 ² , 聖マリアンナ医科大学病理部 ³ , 大森赤十字病院 ⁴ ○ 永野友佳里 ¹ , 小松明男 ¹ , 徳田真美 ¹ , 三田俊二 ² , 前田一郎 ³ , 安田 允 ² , 坂本穆彦 ⁴	
P-1-67	子宮粘液性平滑筋肉腫の一例 社会医療法人愛仁会千船病院技術部検査科 ¹ , 社会医療法人愛仁会杏和総合医学研究所検査部 ² , 社会医療法人愛仁会千船病院診療部産婦人科 ³ , 社会医療法人愛仁会千船病院診療部臨床病理科 ⁴ ○ 佐藤 圭 ¹ , 林 純一 ¹ , 伏見翔一郎 ² , 岡田十三 ³ , 吉安可奈子 ⁴ , 名方保夫 ⁴ , 八十嶋仁 ⁴	
子宮体部 2	14:21~14:42	座長: 深澤一雄 (獨協医科大学産婦人科)
P-1-68	子宮体部発生の embryonal rhabdomyosarcoma の1例 産業医科大学第2病理学教室 ¹ , 福岡徳洲会病院病理診断科 ² ○ 野口紘嗣 ¹ , 名和田彩 ¹ , 飯盛博子 ¹ , 猿渡淑子 ² , 中山敏幸 ¹ , 吉田尊久 ² , 山田壮亮 ¹	
P-1-69	リンパ節郭清術後16年で下肢リンパ浮腫から血管肉腫を発症した一例の細胞像 がん研有明病院婦人科 ¹ , がん研有明病院細胞診断部 ² ○ 宇津木久仁子 ^{1,2} , 山本阿紀子 ¹ , 野村秀高 ¹ , 宇佐美知香 ¹ , 加藤一嘉 ¹ , 古田則行 ² , 杉山裕子 ^{1,2} , 竹島信宏 ^{1,2}	
P-1-70	子宮ポリープ状異型腺筋腫から発生した leiomyosarcoma の1例 日本医科大学武蔵小杉病院女性診療科・産科 ○ 伊藤友希, 米山剛一, 佐藤杏月, 高屋 茜, 土居大祐	
子宮体部 3	14:42~15:03	座長: 藤原 潔 (兵庫県立がんセンター婦人科)
P-1-71	子宮体部癌肉腫の1例 東京通信病院病理科 ¹ , 東京通信病院婦人科 ² ○ 高橋 剛 ¹ , 岸田由起子 ¹ , 神戸晴香 ¹ , 斉藤佑美 ¹ , 中村恵子 ¹ , 清水香織 ¹ , 山崎志寿子 ¹ , 葛岡美津穂 ² , 秦 宏樹 ² , 田村浩一 ¹	

- P-1-72 腹水細胞診で肉腫成分を認めた子宮体部異所性癌肉腫の1例
福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹⁾, 福井赤十字病院病理診断科部²⁾
○小上瑛也¹⁾, 酒井康弘¹⁾, 森 正樹¹⁾, 岩崎和美¹⁾, 前川秀樹¹⁾, 太田 諒²⁾, 今村好章¹⁾
- P-1-73 子宮体部癌肉腫における腹水細胞診が再発・予後に与える影響
がん研究会有明病院
○金尾祐之, 的田真紀, 高橋顕雅, 山本阿紀子, 近藤英司, 野村秀高, 尾松公平, 加藤一喜,
馬屋原健司, 竹島信宏

子宮体部 4 15:03~15:24 座長: 落合和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科)

- P-1-74 子宮腺筋症からの発生が疑われた子宮癌肉腫の一例
獨協医科大学産婦人科¹⁾, 獨協医科大学病理部²⁾
○高橋佳容子¹⁾, 長谷川清志¹⁾, 香坂信明¹⁾, 深澤一雄¹⁾, 町田浩美²⁾, 永井多美子²⁾,
佐々木英夫²⁾, 小島 勝²⁾, 三富弘之²⁾, 正和信英²⁾
- P-1-75 内膜細胞診が診断に有用であったタモキシフェン内服後に子宮癌肉腫を発症した2例
大阪医科大学婦人科腫瘍科¹⁾, 同 病理学教室²⁾
○古形祐平¹⁾, 藤原聡枝¹⁾, 芦原敬允¹⁾, 田中智人¹⁾, 田中良道¹⁾, 金村昌徳¹⁾, 寺井義人¹⁾,
山田隆司²⁾, 大道正英¹⁾
- P-1-76 子宮内膜ポリープ由来癌の細胞像および臨床病理学的背景
埼玉医科大学国際医療センター病理診断科¹⁾, 神奈川県立足柄上病院検査科²⁾, 埼玉医科大学
国際医療センター画像診断科³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科⁴⁾, 東
海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁵⁾
○加藤智美¹⁾, 佐瀬智子¹⁾, 鎌倉靖夫¹⁾, 菊地 淳¹⁾, 大金直樹²⁾, 小澤栄人³⁾, 今井雄一⁴⁾,
長谷川幸清⁵⁾, 梶原 博⁵⁾, 安田政実¹⁾

子宮体部 5 15:24~15:45 座長: 進 伸幸 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

- P-1-77 Peutz-Jeghers 症候群に合併した子宮腫瘍の2症例
徳島大学病院産婦人科
○阿部彰子, 西村正人, 東元あゆか, 炬口絵里, 加藤剛志
- P-1-78 子宮癌検診にて発見された漿液性子宮内膜上皮内癌の一例
宮城県立がんセンター臨床検査技術部¹⁾, 宮城県立がんセンター婦人科²⁾, 宮城県立がん
センター病理診断科³⁾
○竹内美華¹⁾, 田勢 亨²⁾, 植木美幸¹⁾, 名村真由美¹⁾, 大場いづみ¹⁾, 藤田信弘²⁾, 大友圭子²⁾,
伊藤しげみ³⁾, 佐藤郁郎³⁾
- P-1-79 Endometrial intraepithelial carcinoma の一例
東北大学病院婦人科
○徳永英樹, 新倉 仁, 岡本 聡, 田中創太, 志賀尚美, 海法道子, 宇都宮裕貴, 伊藤 潔,
渡部 洋, 八重樫伸生

子宮体部 6 15:45~16:06 座長: 松元 隆 (愛媛大学大学院医学系研究科病因・病態領域産科婦人科学)

- P-1-80 検診で施行した子宮内膜細胞診が診断の契機となったポリープ状異型腺筋腫の1例
公益財団法人がん研究会有明病院
○野村秀高, 宇佐美知香, 的田真紀, 岡本三四郎, 尾松公平, 近藤英司, 金尾祐之,
馬屋原健司, 杉山裕子, 竹島信宏
- P-1-81 術後20年目に腔断端に局所再発した子宮体癌の一例
日鋼記念病院産婦人科¹⁾, 札幌医科大学産婦人科²⁾
○田淵雄大¹⁾, 松浦基樹¹⁾, 寺本瑞絵²⁾, 郷久晴朗²⁾, 田中綾一²⁾, 岩崎雅宏²⁾, 齋藤 豪²⁾

- P-1-82 類内膜腺癌に併存した絨毛腺管型類内膜腺癌の一例
赤穂市民病院臨床検査部病理¹, 赤穂市民病院産婦人科², 神戸大学医学部附属病院病理診断科³, 京都大学医学部附属病院病理診断科⁴
○山本美智子¹, 門元辰樹², 東田太郎², 植良 紋¹, 林 優子¹, 森永友紀子³, 原 重雄³, 中嶋安彬⁴

子宮体部 7 16:06~16:27 座長: 喜多恒和 (奈良県総合医療センター産婦人科)

- P-1-83 子宮頸部細胞診を契機に判明した, 性器出血のない進行性子宮内膜原発小細胞癌の1症例
赤穂市民病院産婦人科¹, 赤穂市民病院臨床検査部病理², 神戸大学附属病院病理診断科³
○門元辰樹¹, 東田太郎¹, 金田憲熙¹, 常盤洋一¹, 山本美智子², 植良 紋², 林 優子², 森永友紀子³, 原 重雄³
- P-1-84 子宮体部に発生した神経内分泌性小細胞癌の一例
横浜市立みなと赤十字病院病理部¹, 横浜市立みなと赤十字病院産婦人科²
○山村信一¹, 武川瑞穂¹, 伊藤圭祐¹, 星野夏那¹, 山本容子¹, 林 榮一¹, 津田明奈², 高橋慎治², 多田聖郎², 熊谷二郎¹
- P-1-85 細胞診断に苦慮した子宮内膜原発脱分化癌 (WHO 2014) の1例
関西医科大学附属枚方病院病理部¹, 兵庫県立尼崎病院病理診断科²
○伊藤寛子¹, 坂井仁美¹, 中野麗香¹, 坂井田紀子¹, 植村芳子¹, 鷹巢晃昌²

— 6月13日 (土) ポスター会場 E (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

頭頸部 1 14:00~14:21 座長: 井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)

- P-1-86 圧挫標本が診断の一助となった頭蓋内類表皮嚢胞の一例
横須賀市立うわまち病院病理検査室¹, 横須賀市立うわまち病院脳神経外科²
○増尾孝実¹, 村井伸枝¹, 田中誠也¹, 重松幸徳¹, 廣田暢夫², 飯田真岐¹, 辻本志朗¹
- P-1-87 細胞診検体で MYB, NF1B 転座を検出した舌根部腺様嚢胞癌の1例
がん研究会有明病院臨床病理センター病理部¹, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部², がん研究会がん研究所病理部³
○佐藤由紀子^{1,2,3}, 池畑浩一², 石井脩平^{2,3}, 伊藤崇彦², 藤山淳三², 古田則行², 小松京子², 高松 学³, 杉山裕子², 石川雄一^{1,3}
- P-1-88 コンタクトレンズ保存液からアカントアメーバの嚢子を検出した一例
産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部¹, 産業医科大学病院病理診断科², 産業医科大学第1病理学教室³, 産業医科大学第2病理学教室⁴
○佐藤 齊¹, 恒成徳子¹, 中島悠貴¹, 岡ハル子¹, 藤原 仁¹, 小原光祥¹, 山田壮亮⁴, 松山篤二^{1,2}, 島尻正平^{1,2}, 久岡正典^{2,3}

頭頸部 2 14:21~14:42 座長: 横山宗伯 (東京警察病院病理診断科)

- P-1-89 診断において捺印細胞診が有用であった中耳腺腫の1例
公立福生病院医療部臨床検査科
○松本 純, 山久智加, 米良隆志, 鈴木康央, 深町 茂, 江口正信
- P-1-90 頭頸部細胞診における LBC 固定液からのセルブロック追加作製法の有用性
鳥取大学医学部附属病院病理部¹, 鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野²
○遠藤由香利¹, 大野千恵子¹, 永見光子¹, 松重貴大¹, 桑本聡史¹, 野坂加苗¹, 梅北善久², 堀江 靖¹

P-1-91 細胞診にて推定し得た Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type の1例

独立行政法人労働者健康福祉機構中部労災病院病理診断科

○玉腰利長, 宮地 努, 高橋綾子, 森 敦雄, 長坂 暢, 加藤一夫

唾液腺 1 14:42~15:03 座長: 弓納持勉 (山梨大学医学部附属病院病理部)

P-1-92 耳下腺に発生した脂腺癌 (sebaceous carcinoma) の1例

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科

○植田 萌, 児玉良典, 津田健治, 糸山光磨, 高木景城, 山本 賢, 秦 直也, 森 清, 眞能正幸

P-1-93 耳下腺部腫脹を契機に発見された ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫の1例

独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院

○濱村尚也, 増田麻紀, 武藤美智子, 内田雅子, 宮下浩子, 遠山麻希子, 山上朋之, 佐藤義雄, 長谷川直樹, 角田幸雄

P-1-94 耳下腺に発生した MALT リンパ腫の4例

関西医科大学附属枚方病院病理部¹⁾, 兵庫県立尼崎病院病理診断科²⁾

○田口香利¹⁾, 坂井仁美¹⁾, 蛭子佑翼¹⁾, 宮坂知佳¹⁾, 植村芳子¹⁾, 鷹巣晃昌²⁾

泌尿器 1 15:03~15:24 座長: 上田善彦 (獨協医科大学越谷病院病理診断科)

P-1-95 核密度の上昇と壊死を伴う嫌色素性腎細胞癌の一例

高知赤十字病院病理診断科部

○黒田直人, 和田有加里, 井上 香, 小原昌彦, 水野圭子

P-1-96 自然尿中に出現した腎集合管癌の1例

産業医科大学病院病理診断科¹⁾, 産業医科大学第2病理学²⁾, 産業医科大学第1病理学³⁾

○柴 瑛介¹⁾, 松山篤二¹⁾, 小原光祥¹⁾, 藤原 仁¹⁾, 島尻正平¹⁾, 中山敏幸²⁾, 久岡正典³⁾

P-1-97 皮下転移を契機に発見された腎細胞癌の1例

社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 検査技術部³⁾

○山田鉄也¹⁾, 杉山誠治²⁾, 松永研吾²⁾, 福井加代子³⁾, 藤本不二男³⁾

泌尿器 2 15:24~15:45 座長: 服部 学 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)

P-1-98 形質細胞様型尿路上皮癌の1例

同愛記念病院研究検査科

○介川雅之, 金井順侯, 千野秀教, 高平雅和, 岸 宏久

P-1-99 尿管に発生した小細胞癌の一例

西知多医療厚生組合知多市民病院臨床検査室¹⁾, 名古屋掖済会病院病理診断科²⁾, 藤田保健衛生大学病理診断科³⁾

○服部 聡¹⁾, 石黒達哉¹⁾, 角屋雅路¹⁾, 渡邊緑子¹⁾, 倉科正徳¹⁾, 横井豊治²⁾, 溝口良順³⁾

P-1-100 尿細胞診で尿路上皮癌との鑑別に苦慮したウイルス性出血性膀胱炎の一例

琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座¹⁾, 琉球大学医学部附属病院病理診断科/病理部²⁾

○玉城智子¹⁾, 斉尾征直^{1,2)}, 比嘉美香²⁾, 瑞慶覧陽子²⁾, 西平育子²⁾, 伊原美枝子²⁾, 仲宗根克²⁾, 仲西貴也¹⁾, 松崎晶子¹⁾, 吉見直己¹⁾

泌尿器 3 15:45~16:06 座長: 村田哲也 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科)

P-1-101 膀胱原発小細胞癌の一症例

佐世保共済病院病理診断科

○久保 綾, 田中義成, 川崎辰彦, 井関充及

- P-1-102 尿細胞診にて診断に苦慮した膀胱原発小細胞癌の2例
独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部
○加藤麻衣, 横田裕香, 内山 勲, 保地 讓, 奥野高裕, 福島裕子, 井上 健
- P-1-103 膀胱原発悪性リンパ腫の一例
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾
○小穴良保¹⁾, 草苺宏有¹⁾, 大川千絵¹⁾, 土居正知²⁾, 高木正之²⁾

泌尿器 4 16:06~16:27 座長: 九島巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)

- P-1-104 術中迅速診断時に精上皮腫との鑑別が困難であった精巣原発悪性リンパ腫の一例
東京警察病院病理診断科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理科²⁾, 東京通信病院病理診断科³⁾
○渡邊 学¹⁾, 神山慶也¹⁾, 篠原令子¹⁾, 山崎京子¹⁾, 佐藤正明¹⁾, 小川真紀¹⁾, 二階堂孝²⁾,
岸田由紀子³⁾, 田村浩一³⁾, 横山宗伯¹⁾
- P-1-105 腎移植後35年で発生した尿道原発コンジローマ様癌の1例
福岡県済生会八幡総合病院検査科
○石井久喜, 笠原 稿, 吉田昌史, 花岡栄治, 原武讓二
- P-1-106 尿中に出現した前立腺原発神経内分泌癌の1例
明和病院臨床検査科¹⁾, 藤野婦人科クリニック²⁾, 恵生会病院産婦人科³⁾, 大久保病院産婦人科⁴⁾, 竹村婦人科クリニック⁵⁾
○松林謙治¹⁾, 覚野綾子¹⁾, 鈴木由紀¹⁾, 澁谷昌広¹⁾, 檜山弘道¹⁾, 脇本栄子²⁾, 内藤子来³⁾,
岸 清彦¹⁾, 小笠原利忠⁴⁾, 竹村 正⁵⁾

— 6月13日(土) ポスター会場 F (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

乳腺 1 14:00~14:21 座長: 清水 健 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)

- P-1-107 細胞質内小腺腔(ICL)を多数認めた乳管内乳頭腫の1例
高知大学医学部附属病院病理診断部¹⁾, 高知大学医学部附属病院外科学講座外科1²⁾
○高橋明日香¹⁾, 高橋 保¹⁾, 吉良佳那¹⁾, 大原栄二¹⁾, 吉本成美¹⁾, 一圓美穂¹⁾, 戸井 慎¹⁾,
弘井 誠¹⁾, 杉本健樹²⁾
- P-1-108 乳癌術前MRIで指摘された偶発病変に対する穿刺吸引細胞診と針生検の比較検討
千葉大学医学部臓器制御外科学¹⁾, 千葉大学医学部附属病院病理部²⁾
○羽山晶子¹⁾, 長嶋 健¹⁾, 榊原雅裕¹⁾, 三階貴史¹⁾, 藤本浩司¹⁾, 椎名伸充¹⁾, 藤咲 薫¹⁾,
榊原淳太¹⁾, 中谷行雄²⁾, 宮崎 勝¹⁾
- P-1-109 前立腺癌内分泌療法中に出現し, 葉状腫瘍との鑑別を要した女性化乳房の1例
独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹⁾, 株式会社LSI
メディエンス²⁾, 防衛医科大学校病態病理学³⁾
○三瓶祐也¹⁾, 江原輝彦¹⁾, 河村憲一¹⁾, 下地恵吉¹⁾, 松井宏江¹⁾, 鶴岡慎悟¹⁾, 清水 健¹⁾,
是松元子²⁾, 津田 均³⁾

乳腺 2 14:21~14:42 座長: 黒住昌史 (埼玉県立がんセンター病理診断科)

- P-1-110 乳腺筋上皮腫の一例
独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院中央検査科¹⁾, 独立行政法人労働者健康
福祉機構大阪労災病院病理診断科²⁾
○小倉啓介¹⁾, 三村明弘¹⁾, 岡部美由紀¹⁾, 浦芝 敬¹⁾, 金田香央里¹⁾, 三輪秀明²⁾

- P-1-111 破骨細胞型巨細胞を伴う乳腺筋上皮腫の1例
長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学¹, 長崎大学原爆後障害医療研究所生体試料保存室², 長崎医学中央検査室³, 聖フランシスコ病院⁴, 糸柳プレストクリニック⁵, 長崎県健康事業団⁶
○松田勝也¹, 上木 望¹, 三浦史郎², 藤田幹雄³, 馬場博昭⁴, 川井智加子⁴, 糸柳則昭⁵, 松尾 武⁶, 中島正洋^{1,2}

- P-1-112 乳腺筋上皮腫の一例
JR 東京総合病院臨床検査科
○中澤和久, 恩田雅弘, 谷川園子, 茂野雅子, 木村勝巳, 船山英明, 大友梨恵, 関 邦彦

乳腺 3 14:42~15:03 座長: 黒田 一 (国際医療福祉大学病理診断科)

- P-1-113 乳腺 Rosai-Dorfman 病の穿刺吸引細胞像
金沢医科大学病院病理部¹, 金沢医科大学臨床病理学²
○水口聖哉¹, 中野万里子¹, 寺内利恵¹, 竹中美千穂¹, 嶋口智恵¹, 津幡裕美¹, 黒瀬 望², 中田聡子², 湊 宏², 野島孝之²
- P-1-114 CKAE1/3-p63 の二重免疫染色が有用であった葉状腫瘍の一例
公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院検査科¹, 聖マリアンナ医科大学病理学², 大森赤十字病院³
○徳田眞美¹, 前田一郎², 小松明男¹, 永野友佳里¹, 坂本穆彦³
- P-1-115 乳癌原発巣と再発巣(体腔液)が異なる subtype であった3症例
群馬大学医学部附属病院病理診断科・病理部¹, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学², 群馬大学大学院医学系研究科臓器病態外科学³
○星川里美¹, 佐野孝昭², 荻野美里³, 樋口 徹³, 平戸純子¹, 小山徹也^{1,2}

乳腺 4 15:03~15:24 座長: 本間慶一 (新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科)

- P-1-116 乳腺 neuroendocrine carcinoma と診断された4症例
東京女子医科大学病理診断科¹, 東京女子医科大学第一病理学教室², 東京女子医科大学第二病理学教室³
○橋本哲也¹, 齋藤美津子¹, 金室俊子¹, 野並裕司¹, 高橋伸治¹, 富所貴美子³, 粉川 彩¹, 山本智子^{1,2}, 澤田達男^{1,2}, 長嶋洋治¹
- P-1-117 OSNA 法に術中捺印細胞診の併用が有用であった CK19 陰性乳癌の1症例
独立行政法人国立病院機構佐賀病院¹, 熊本大学病院病理部², 福岡大学病院病理部³, 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科探索病理⁴
○佐田勇樹¹, 西山尚子², 松本慎二³, 林 洋子⁴
- P-1-118 転移巣の穿刺吸引細胞診から組織型を推定しえた乳腺原発高分化型神経内分泌腫瘍の一例
岩手医科大学附属病院病理診断科¹, 岩手医科大学医学部病理診断学講座², 岩手医科大学医学部外科学講座³
○肥田野靖史¹, 川崎朋範^{1,2}, 山田範幸¹, 佐藤彩佳¹, 上田奈央子¹, 高橋静子¹, 菊池いな子¹, 安保淳一¹, 柏葉匡寛³, 菅井 有^{1,2}

乳腺 5 15:24~15:45 座長: 山田隆司 (大阪医科大学病理学教室)

- P-1-119 貧血を主訴とし骨髓塗抹細胞診により明らかになった術後17年目の乳腺小葉癌再発の1例
独立行政法人地域医療機能推進機構熊本総合病院病理診断科
○平岡陽介, 寺園広太, 平江幸裕, 猪山賢一
- P-1-120 Invasive lobular carcinoma, histiocytoid/pleomorphic type の1例
市立砺波総合病院臨床病理科¹, 市立砺波総合病院病理診断科²
○石倉宗浩¹, 寺畑信太郎², 杉口 俊², 奥野のり子², 三井由紀子¹, 福田弘幸², 蟹谷智勝¹

- P-1-121 浸潤性小葉癌の穿刺吸引細胞診の検討
香川大学医学部附属病院病理診断科
○宮井由美, 串田吉生, 香月奈穂美, 林 俊哲, 門田球一, 坂東健次, 松永 徹, 本山睦美,
大通清美, 羽場礼次

＝ 6月14日（日）ポスター会場 A（くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3） ＝

甲状腺 1	9:00～9:14	座長：今村好章（福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部）
P-2-1	甲状腺穿刺吸引細胞診における不適正検体改善に向けた検討 島根大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 島根大学医学部病態病理学講座 ²⁾ , 島根大学医学部器 官病理学講座 ³⁾ ○上垣真由子 ¹⁾ , 荒木 剛 ¹⁾ , 長崎雅幸 ¹⁾ , 藤永聡美 ¹⁾ , 吉田さおり ¹⁾ , 小池美貴男 ¹⁾ , 三島聡子 ²⁾ , 石川典由 ³⁾ , 原田祐治 ¹⁾ , 丸山理留敬 ³⁾	
P-2-2	穿刺吸引細胞診でアステロイド小体（星芒体）を認めた甲状腺乳頭癌の一例 川崎医科大学附属川崎病院病理部 ¹⁾ , 川崎医科大学病理学 ¹⁾²⁾ ○日野寛子 ¹⁾ , 畠 榮 ¹⁾ , 高須賀博久 ¹⁾ , 成富真理 ¹⁾ , 物部泰昌 ^{1,2)}	
甲状腺 2	9:14～9:35	座長：小山徹也（群馬大学大学院病理診断学・病理診断科）
P-2-3	初回細胞診より8年後に診断された甲状腺衝突癌（髄葉癌・乳頭癌）の一例 健和会病院病理科 ¹⁾ , かやの木診療所 ²⁾ , 健和会病院外科 ³⁾ ○林 誠一 ¹⁾ , 伊坪哲也 ¹⁾ , 吉川一実 ¹⁾ , 中村 清 ²⁾ , 本田晴康 ³⁾	
P-2-4	甲状腺異型濾胞腺腫の1例 兵庫県立がんセンター検査部 ¹⁾ , 兵庫県立がんセンター病理診断部 ²⁾ ○坂野 桂 ¹⁾ , 炭本久代 ¹⁾ , 中塚亜子 ¹⁾ , 新田篤史 ¹⁾ , 石田由香里 ¹⁾ , 高山みずほ ¹⁾ , 前田尚子 ²⁾ , 梶本和義 ²⁾ , 佐久間淑子 ²⁾ , 廣瀬隆則 ²⁾	
P-2-5	甲状腺原発好酸性細胞型乳頭癌の一例 香川大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 香川大学医学部附属病院病理診断科 ²⁾ ○郷田 衛 ¹⁾ , 宮本加菜 ¹⁾ , 片倉和哉 ¹⁾ , 本山睦美 ¹⁾ , 松永 徹 ¹⁾ , 宮井由美 ²⁾ , 林 俊哲 ²⁾ , 香月奈穂美 ²⁾ , 串田吉生 ^{1,2)} , 羽場礼次 ^{1,2)}	
甲状腺 3	9:35～9:56	座長：正和信英（獨協医科大学病理学(形態)）
P-2-6	甲状腺乳頭癌の肺転移巣における胸水・心嚢液で未分化転化を観察し得た1剖検症例 北海道大学大学院医学研究科病理学講座腫瘍病理学分野 ¹⁾ , 北海道大学大学院医学研究 科探索病理学講座 ²⁾ , 北海道大学病院病理部/病理診断科 ³⁾ ○漆戸万紗那 ¹⁾ , 谷野美智枝 ¹⁾ , 森谷 純 ¹⁾ , 鈴鹿 淳 ¹⁾ , 木村太一 ¹⁾ , 西原広史 ²⁾ , 丸川活司 ³⁾ , 松野吉宏 ³⁾ , 田中伸哉 ^{1,2)}	
P-2-7	甲状腺髄（・モルラ）型乳頭癌の1例 川崎医科大学附属病院病理部 ¹⁾ , 川崎医科大学病理学 ²⁾ ○小林江利 ¹⁾ , 鐵原拓雄 ¹⁾ , 米 亮祐 ¹⁾ , 菅野豊子 ¹⁾ , 福屋美奈子 ¹⁾ , 鹿股直樹 ^{1,2)} , 森谷卓也 ^{1,2)}	
P-2-8	頭蓋骨転移をきたした甲状腺低分化癌の一例 東京都健康長寿医療センター病理診断科 ¹⁾ , 東京都健康長寿医療センター研究所老年病 理学研究チーム ²⁾ ○白幡浩人 ¹⁾ , 今泉雅之 ¹⁾ , 江坂四季音 ¹⁾ , 浜島裕理 ¹⁾ , 木下真由美 ¹⁾ , 鈴木明美 ¹⁾ , 相田順子 ²⁾ , 松田陽子 ¹⁾ , 新井富生 ¹⁾	

甲状腺 4	9:56~10:17	座長: 松林 純 (東京医科大学人体病理学分野)
P-2-9	免疫細胞化学的な証明が診断に有用であった紡錘細胞型甲状腺髄様癌の1例 土浦協同病院病理診断部 ¹⁾ , 筑波メディカルセンター病院病理科 ²⁾ ○池田 聡 ¹⁾ , 内田 温 ²⁾ , 井上和成 ¹⁾ , 鈴木恵子 ¹⁾	
P-2-10	橋本病の濾胞過形成を穿刺吸引細胞診で甲状腺悪性リンパ腫と over diagnosis した1例 横浜市立みなと赤十字病院病理部 ¹⁾ , 横浜市立みなと赤十字病院外科 ²⁾ ○星野夏那 ¹⁾ , 武川瑞穂 ¹⁾ , 伊藤圭祐 ¹⁾ , 山本容子 ¹⁾ , 林 榮一 ¹⁾ , 山村信一 ¹⁾ , 阿部哲夫 ²⁾ , 熊谷二郎 ¹⁾	
P-2-11	穿刺細胞診にて診断が困難であった甲状腺髄様癌の一例 金沢大学医薬保健研究域医学系分子細胞病理学 ○尾山 武	
神経系	10:17~10:38	座長: 杉谷雅彦 (日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野)
P-2-12	アズール顆粒を有する中枢神経系原発B細胞性悪性リンパ腫の1例 宮崎大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 宮崎大学医学部附属病院病理診断科 ²⁾ , 宮崎県立宮崎 病院病理診断科 ³⁾ ○野口裕史 ¹⁾ , 徳満貴子 ¹⁾ , 大野招伸 ¹⁾ , 峰松映子 ¹⁾ , 黒木栄輝 ¹⁾ , 西川詩織 ¹⁾ , 盛口清香 ²⁾ , 丸塚浩助 ³⁾ , 佐藤勇一郎 ^{1,2)}	
P-2-13	脳ヘルニアを契機に発見された, 非定型的な頭蓋内胎児性腫瘍の1例 土浦協同病院病理診断部 ¹⁾ , 土浦協同病院脳神経外科 ²⁾ ○井上和成 ¹⁾ , 池田 聡 ¹⁾ , 永田千草 ¹⁾ , 鈴木恵子 ¹⁾ , 伊藤なつみ ²⁾ , 山本信二 ¹⁾	
P-2-14	印環細胞様形態を示す上衣腫の一例 岡山大学病院病理部 ○今井みどり, 浜田香菜, 那須篤子, 井上博文, 松岡博美, 藤田 勝, 田中健大, 柳井広之	
中皮・体腔液 1	10:38~10:52	座長: 棟方 哲 (地方独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院病理診断科)
P-2-15	悪性腹膜中皮腫との鑑別に苦慮した atypical mesothelial proliferation の1例 王子総合病院臨床検査科 ¹⁾ , 王子総合病院産婦人科 ²⁾ , 北海道大学大学院医学研究科分子 病理分野 ³⁾ , 北海道大学大学院保健科学研究科 ⁴⁾ , (株)ジェネティックラボ ⁵⁾ ○石川麻美 ¹⁾ , 堀井恒哉 ¹⁾ , 小山内翔祐 ¹⁾ , 勘野真紀 ²⁾ , 大塚紀幸 ³⁾ , 外丸詩野 ³⁾ , 石津明洋 ⁴⁾ , 高木芳武 ⁵⁾	
P-2-16	悪性胸膜中皮腫の胸水細胞像と組織像との対比—(第3報: 胸水中, 集塊形成型) 兵庫県立尼崎病院病理診断科 ¹⁾ , 関西医科大学付属枚方病院病理部 ²⁾ , 関西医科大学付属 滝井病院病理部 ³⁾ , 兵庫県立尼崎病院検査科病理検査室 ⁴⁾ ○鷹巣晃昌 ^{1,2,3)} , 松本慎一郎 ⁴⁾ , 南 智也 ⁴⁾ , 荻原英里 ⁴⁾ , 高垣和代 ⁴⁾ , 駒井隆夫 ⁴⁾ , 石橋万亀朗 ⁴⁾ , 中島直樹 ¹⁾	
中皮・体腔液 2	10:52~11:13	座長: 廣井禎之 (防衛医科大学校臨床検査医学講座)
P-2-17	砂粒体を伴った悪性胸膜中皮腫の一例 兵庫医科大学病院病理部 ¹⁾ , 兵庫医科大学病理学 (分子病理部門) ²⁾ ○石田誠実 ¹⁾ , 中西昂弘 ¹⁾ , 西上圭子 ¹⁾ , 佐藤 元 ¹⁾ , 鳥居良貴 ¹⁾ , 松田育雄 ¹⁾ , 羽尾裕之 ¹⁾ , 塚本吉胤 ¹⁾ , 廣田誠一 ¹⁾ , 辻村 亨 ²⁾	
P-2-18	高分化型乳頭状胸膜中皮腫の1例 兵庫県立尼崎病院検査・放射線部 ¹⁾ , 兵庫県立尼崎病院病理診断科 ²⁾ ○松本慎一郎 ¹⁾ , 荻原英里 ¹⁾ , 南 智也 ¹⁾ , 高垣和代 ¹⁾ , 駒井隆夫 ¹⁾ , 石橋万亀朗 ¹⁾ , 中島直樹 ²⁾ , 鷹巣晃昌 ²⁾	

P-2-19 比較的多数の腫瘍細胞が胸水中に出現した肉腫型胸膜中皮腫の2症例

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科

○梶尾健太, 安江智美, 野邊八重子, 大西雅子, 浅井浩次, 大山重勝, 河原邦光

中皮・体腔液 3 11:13~11:27 座長:堤 寛 (藤田保健衛生大学医学部病理学 I)

P-2-20 胸水中に類上皮細胞および多核組織球を認めたりウマチ性胸膜炎の1例

獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学形態病理²⁾

○町田浩美¹⁾, 加藤 輝¹⁾, 永井多美子¹⁾, 佐々木英夫¹⁾, 圓谷 勝¹⁾, 中里宜正²⁾, 小島 勝²⁾, 正和信英²⁾

P-2-21 鼠径部リンパ節穿刺吸引細胞診を契機に発見された腹膜原発漿液性腺癌の一症例

広島鉄道病院臨床検査室 (病理診断科)¹⁾, 広島鉄道病院産婦人科²⁾, 広島鉄道病院外科³⁾, 広島赤十字・原爆病院産婦人科⁴⁾

○安原眞由美¹⁾, 中山宏文¹⁾, 清水丈明¹⁾, 佐々木美恵¹⁾, 高本晴子²⁾, 吉岡伸吉郎³⁾, 小出千絵⁴⁾, 藤本英夫²⁾

— 6月14日(日) ポスター会場 B (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

唾液腺 2 9:00~9:21 座長:若狭朋子 (近畿大学医学部奈良病院臨床検査部)

P-2-22 細胞診判定に苦慮した耳下腺腺房細胞癌の1例

独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院中央検査部病理¹⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院病理診断科²⁾, 社会医療法人生長会府中病院病理診断科³⁾

○浦芝 敬¹⁾, 三村明弘¹⁾, 岡部美由紀¹⁾, 小倉啓介¹⁾, 金田香央里¹⁾, 三輪秀明²⁾, 原田博史³⁾

P-2-23 診断に苦慮した耳下腺リンパ上皮癌の1例

国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院病理診断科¹⁾, 横浜市大学附属病院病理部²⁾

○大見 忍¹⁾, 福村大祐¹⁾, 神農有理絵¹⁾, 勝村雄一¹⁾, 加藤良樹¹⁾, 三田和博²⁾, 三宅暁夫²⁾, 柳本邦雄¹⁾

P-2-24 多形腺腫由来癌6例の検討

産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 産業医科大学第一病理学教室³⁾, 同 第二病理学教室⁴⁾

○恒成徳子¹⁾, 小原光祥¹⁾, 岡ハル子¹⁾, 藤原 仁¹⁾, 佐藤 斉¹⁾, 中島悠貴¹⁾, 野口博嗣⁴⁾, 松山篤二^{2,4)}, 島尻正平²⁾, 久岡正則^{2,3)}

唾液腺 3 9:21~9:35 座長:渡邊 純 (弘前大学大学院保健学研究科医療生命科学領域)

P-2-25 唾液腺導管癌の1例

群馬県立がんセンター病理検査課¹⁾, 群馬県立がんセンター臨床病理検査部²⁾, 群馬県立がんセンター婦人科³⁾, 獨協医科大学病理学 (形態)⁴⁾

○土田 秀¹⁾, 神山晴美¹⁾, 布瀬川卓也¹⁾, 山崎真美²⁾, 中里宜正⁴⁾, 飯島美砂²⁾, 鹿沼達哉³⁾, 小島 勝⁴⁾

P-2-26 Salivary duct carcinoma, mucin-rich variant の1例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹⁾, 福井赤十字病院病理診断科部²⁾

○今村好章¹⁾, 小上瑛也¹⁾, 森 正樹¹⁾, 岩崎和美¹⁾, 前川秀樹¹⁾, 酒井康弘¹⁾, 太田 諒²⁾

唾液腺 4	9:35~9:56	座長: 村田晋一 (和歌山県立医科大学人体病理学教室)
P-2-27	耳下腺穿刺吸引細胞診にて神経内分泌腫瘍と鑑別を要した眼瞼脂腺癌の転移症例 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター臨床検査科 ¹ , 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科 ² ○米倉由香 ¹ , 岡寄 勲 ¹ , 坂倉健司 ¹ , 市川規子 ¹ , 大野文栄 ¹ , 岩尾文彦 ¹ , 市原 周 ² , 森谷鈴子 ² , 長谷川正規 ² , 岩越朱里 ²	
P-2-28	左耳下腺 Mammary analogue secretory carcinoma の1例 NTT 東日本関東病院臨床検査部 ¹ , NTT 東日本関東病院病理診断科 ² ○永谷昭義 ¹ , 川岸克博 ¹ , 進藤亜沙子 ¹ , 荒井政和 ¹ , 郡司真理子 ^{1,2} , 堀内 啓 ^{1,2}	
P-2-29	Mammary analogue secretory carcinoma (MASC) の一例 横浜市立大学附属病院病理部 ¹ , 横浜市立大学医学部病態病理学 ² ○三田和博 ¹ , 佐川弘美 ¹ , 本野紀夫 ¹ , 西尾由紀子 ¹ , 尾崎由実 ¹ , 梅田茂明 ² , 奥寺康司 ² , 日比谷孝志 ¹ , 山中正二 ¹ , 大橋健一 ^{1,2}	
乳腺 6	9:56~10:17	座長: 片山博徳 (日本医科大学多摩永山病院病理部)
P-2-30	乳腺分泌癌の一例 KKR 札幌医療センター病理診断科 ○蓑島敦志, 今川 誠, 山口まどか, 朝日久仁子, 小田由紀子, 目黒祐二, 岩崎沙理, 鈴木 昭	
P-2-31	乳腺原発腺様嚢胞癌の1例 福岡赤十字病院病理診断科 ○遠矢浩隆, 小材和浩, 碓 益代, 今林尚美, 西山憲一, 中島 豊	
P-2-32	好酸性細胞質を有する多形型小葉癌の1例 順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科 ¹ , 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科 ² ○飯野瑞貴 ¹ , 青木裕志 ¹ , 浅見志帆 ¹ , 阿部杏実 ¹ , 坂口亜寿美 ¹ , 小倉加奈子 ^{1,2} , 松本俊治 ¹	
乳腺 7	10:17~10:38	座長: 有廣光司 (広島大学病院病理診断科)
P-2-33	穿刺吸引細胞診が有用であった乳腺扁平上皮癌の1例 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診 ¹ , 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科 ² , 久留米大学医学部病理学講座 ³ ○大田桂子 ¹ , 内藤嘉紀 ³ , 伊藤園江 ¹ , 原武晃子 ¹ , 武井美和 ¹ , 坂本康輔 ¹ , 高橋光彦 ¹ , 木村芳三 ² , 西田尚代 ² , 檜垣浩一 ²	
P-2-34	穿刺吸引細胞診にて推定しえた乳腺管状癌の1例 福島赤十字病院検査部病理検査課 ¹ , 福島県立医科大学病理病態診断学講座 ² ○石川 梓 ¹ , 根本 浩 ¹ , 橋本優子 ²	
P-2-35	乳腺原発の adenoid cystic carcinoma の一例 国際医療福祉大学病院病理診断科 ○鉢村和章, 神蔵慎一, 黒田 一	
乳腺 8	10:38~10:59	座長: 小塚祐司 (三重大学医学部附属病院病理部)
P-2-36	乳腺紡錘細胞癌の1例 JA 神奈川県厚生連伊勢原協同病院病理検査室 ¹ , JA 神奈川県厚生連伊勢原協同病院病理診断科 ² , 地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立足柄上病院検査科 ³ ○村山巧馬 ¹ , 福島幸司 ¹ , 服部洋介 ¹ , 石橋麻美 ¹ , 川上由美子 ¹ , 関戸康友 ² , 大金直樹 ³	

- P-2-37 骨・軟骨化生を伴う乳癌の1例
飯田市立病院¹, 慈泉会相澤病院²
○岩田貴博¹, 西尾昌晃¹, 北原新一¹, 實原正明¹, 伊藤信夫²
- P-2-38 Metaplastic carcinoma (squamous cell carcinoma mixed type) の一例
三重大学医学部附属病院病理部¹, 三重大学医学部附属病院乳腺センター², 三重大学医学部腫瘍病態解明学³, 三重大学医学部附属病院がんセンター⁴, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部⁵
○柴原亜希子^{1,2}, 今井 裕¹, 北山美佳^{1,2}, 金山和樹³, 米田 操⁵, 小塚祐司¹, 福留寿生⁴, 小川朋子², 白石泰三³

乳腺 9 10:59~11:20 座長: 清水禎彦 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科)

- P-2-39 乳腺原発血管肉腫の2例
JA 尾道総合病院病理研究検査科¹, 因島医師会病院外科²
○杉山佳代¹, 神田真規¹, 佐々木健司¹, 米原修治¹, 倉西文仁²
- P-2-40 乳腺に発生した血管肉腫の2例
聖隷浜松病院臨床検査部¹, 聖隷浜松病院病理診断科², 立川総合病院病理科³
○石原冬馬¹, 山田真人¹, 赤澤康弘¹, 土戸景子¹, 福田 淳¹, 大月寛郎², 新井義文², 小林 寛³
- P-2-41 乳房に発生した原発性皮膚 CD30 陽性 T 細胞増殖疾患群の1例
独立行政法人国立病院機構東京医療センター臨床検査科
○佐藤和美, 村田有也, 大内結衣, 阿久津朋子, 沼田ますみ, 石橋康則, 白石淳一, 山下 博, 前島新史, 倉持 茂

— 6月14日(日) ポスター会場 C (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

子宮頸部 8 9:00~9:21 座長: 上野喜三郎 ((株) 東京セントラルパソロジーラボラトリー (TCPL) 検査部)

- P-2-42 異型腺細胞(AGC)症例の検討
防衛医科大学校産科婦人科¹, 防衛医科大学校病院検査部²
○笹 秀典¹, 宮本守員¹, 後藤友子¹, 高野政志¹, 川口 翔², 織田智博², 高橋宏美², 島崎英幸², 古谷健一¹
- P-2-43 当センターにおける AGC 症例の解析
(株)千葉細胞病理診断センター
○八田未紀, 高橋年美, 浦崎政浩, 中村 恵, 小林貴代, 篠崎貴子, 増田友紀江, 井上好華, 麻生 晃, 亀田典章
- P-2-44 Atypical glandular cells (AGC)の臨床病理学的検討
名古屋大学医学部産婦人科¹, 名古屋大学医学部附属病院病理部²
○水野美香¹, 坂田 純¹, 梶山広明¹, 小林晴美², 加藤克幸², 島田聡子², 佐藤 啓², 下山芳江²

子宮頸部 9	9:21~9:42	座長: 田勢 亨 (宮城県立がんセンター婦人科)
P-2-45	ベセスダシステム 2001 における AGC (atypical glandular cell) の臨床的背景の検討 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科 ¹ , 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部 ² , 東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科 ³ ○田川尚美 ¹ , 平田幸広 ¹ , 中野 真 ¹ , 藪崎恵子 ¹ , 中島有紀 ¹ , 久田裕恵 ¹ , 新美茂樹 ¹ , 落合和彦 ¹ , 根本 淳 ² , 岡本愛光 ³	
P-2-46	Peutz-Jeghers 症候群の経過観察中に発見された子宮頸部異型腺病変の一例 岩手医科大学産婦人科 ¹ , 岩手医科大学病理診断学講座 ² ○竹下亮輔 ¹ , 小島淳美 ¹ , 深川智之 ^{1,2} , 高取恵理子 ¹ , 永沢崇幸 ¹ , 本田達也 ¹ , 菅井 有 ² , 上杉憲幸 ² , 高橋静子 ² , 杉山 徹 ¹	
P-2-47	当院における AGC 例の報告様式と診断一致率 京都大学医学部附属病院病理診断科 ○平伴英美, 南口早智子, 白波瀬浩幸, 平田勝啓, 古畑彩子, 梅原美穂, 羽賀博典	
子宮頸部 10	9:42~10:03	座長: 寒河江悟 (札幌西孝仁会クリニック婦人科)
P-2-48	分葉状内頸部腺過形成 (LEGH) との共存がみられた子宮頸部腺癌の 1 例 大阪医科大学産婦人科 ○前田和也, 田中良道, 芦原敬允, 藤原聡枝, 田中智人, 恒遠啓示, 佐々木浩, 金村昌徳, 寺井義人, 大道正英	
P-2-49	子宮留水腫を合併した分葉状内頸部腺過形成 (LEGH) の 1 例 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科 ¹ , 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科 ² ○高橋健太 ¹ , 吉田正行 ² , 隅蔵智子 ¹ , 竹原也恵 ¹ , 石川光也 ¹ , 池田俊一 ¹ , 吉田 裕 ² , 加藤友康 ¹	
P-2-50	当科における子宮頸部胃型腺癌症例の検討 東京大学医学部附属病院女性外科 ¹ , 東京大学医学部附属病院病理部 ² ○柳澤愛実 ¹ , 松本陽子 ¹ , 曾根献文 ¹ , 菊地良直 ² , 足立克之 ¹ , 長阪一憲 ¹ , 有本貴英 ¹ , 織田克利 ¹ , 川名 敬 ¹ , 藤井知行 ¹	
子宮頸部 11	10:03~10:24	座長: 小宮山慎一 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)
P-2-51	Virchow リンパ節穿刺吸引細胞診が治療前診断に有用であった進行子宮頸部腺癌の 1 例 小田原市立病院産婦人科 ¹ , 小田原市立病院病理診断科 ² , 横浜市立大学附属病院産婦人科 ³ , 藤沢市民病院産婦人科 ⁴ ○佐治晴哉 ^{1,4} , 長谷川章雄 ² , 磯崎 勝 ² , 堀井 薫 ² , 川野藍子 ³ , 元木葉子 ³ , 丸山康世 ³ , 松永竜也 ³ , 佐藤美紀子 ³ , 宮城悦子 ³	
P-2-52	卵巣転移をきたした IA1 期子宮頸部腺癌の 1 例 がん研有明病院婦人科 ¹ , がん研有明病院細胞診断部 ² ○山本阿紀子 ¹ , 小松京子 ² , 高橋顕雅 ¹ , 宇佐美知香 ¹ , 岡本三四郎 ¹ , 近藤英司 ¹ , 尾松公平 ¹ , 金尾祐之 ¹ , 馬屋原健司 ¹ , 竹島信宏 ¹	
P-2-53	術前に子宮体癌が疑われた子宮頸部腺癌の 1 例 弘前大学医学部附属病院産婦人科 ¹ , 弘前大学医学部附属病院病理部 ² ○重藤龍比古 ¹ , 山内愛紗 ¹ , 二神真行 ¹ , 横山良仁 ¹ , 渡邊 純 ² , 刀禰亀代志 ² , 小島啓子 ²	

子宮頸部 12	10:24~10:45	座長：角田 肇 (NTT 東日本関東病院産婦人科)
P-2-54	平滑筋肉腫として再発した子宮頸部原発の悪性度不明な平滑筋肉腫 (STUMP) の一例 札幌医科大学産婦人科 ○寺本瑞絵, 田中綾一, 今 沙織, 西澤庸子, 竹浪奈穂子, 鈴木美和, 高橋 円, 郷久晴朗, 岩崎雅宏, 齋藤 豪	
P-2-55	子宮頸部原発腺様嚢胞癌の一例 湘南鎌倉総合病院病理診断部 ¹⁾ , 湘南鎌倉総合病院産婦人科 ²⁾ , 東京慈恵会医科大学病理学講座 ³⁾ ○小保方和彦 ¹⁾ , 程島 就 ¹⁾ , 手島伸一 ¹⁾ , 井上裕美 ²⁾ , 清川貴子 ³⁾	
P-2-56	子宮頸部細胞診から推定し得た子宮頸部悪性リンパ腫の2例 東北大学病院産婦人科 ¹⁾ , 東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野 ²⁾ , 東北大学病院臨床研究推進センター ³⁾ ○田中創太 ¹⁾ , 岡本 聡 ¹⁾ , 海法道子 ¹⁾ , 徳永英樹 ¹⁾ , 宇都宮裕貴 ¹⁾ , 高野忠夫 ¹⁾ , 新倉 仁 ¹⁾ , 伊藤 潔 ²⁾ , 渡部 洋 ³⁾ , 八重樫伸生 ¹⁾	
子宮体部 8	10:45~11:06	座長：高橋健太郎 (滋賀医科大学地域周産期医療学講座)
P-2-57	子宮内膜細胞診を契機に発見できた胃原発の印環細胞癌の一例 倉敷成人病センター病理診断科 ¹⁾ , 岡山大学病院病理診断科 ²⁾ , 広島市民病院病理診断科 ³⁾ ○高田由貴 ¹⁾ , 石原真理子 ¹⁾ , 蔵重 亮 ¹⁾ , 小淵喜枝 ¹⁾ , 瀬島雅子 ¹⁾ , 林佳代子 ¹⁾ , 安原聖子 ¹⁾ , 國友忠義 ¹⁾ , 大森昌子 ²⁾ , 市村浩一 ³⁾	
P-2-58	臨床症状から PSTT を疑い, 術後に絨毛癌であった一例 川崎市立多摩病院産婦人科 ¹⁾ , 川崎市立多摩病院病理 ²⁾ , 聖マリアンナ医科大学病院産婦人科 ³⁾ ○大熊克彰 ¹⁾ , 黄 志芳 ¹⁾ , 佐藤 佑 ¹⁾ , 朱 丞華 ¹⁾ , 杉下陽堂 ¹⁾ , 小池淳樹 ²⁾ , 鈴木 直 ³⁾	
P-2-59	子宮内膜細胞診が有用であった Placental site trophoblastic tumor (PSTT) の1例 富山県健康増進センター ¹⁾ , 富山赤十字病院病理診断科 ²⁾ , さたけ産婦人科 ³⁾ , 富山県立中央病院臨床検査部検査科 ⁴⁾ , 富山県立中央病院病理診断科 ⁵⁾ ○谷口直美 ¹⁾ , 早川麻衣 ¹⁾ , 練合 博 ¹⁾ , 柴田昌美 ¹⁾ , 高林真澄 ¹⁾ , 前田宜延 ²⁾ , 佐竹紳一郎 ³⁾ , 宮本藤之 ⁴⁾ , 中西ゆう子 ⁵⁾ , 石澤 伸 ⁵⁾	
子宮体部 9	11:06~11:27	座長：寺本勝寛 (地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院産婦人科)
P-2-60	内膜細胞診が術前診断に有用であった卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例 姫路赤十字病院検査技術部形態検査課病理 ¹⁾ , 姫路赤十字病院病理診断科 ²⁾ ○永谷たみ ¹⁾ , 廣尾嘉樹 ¹⁾ , 井上 瞳 ¹⁾ , 春名勝也 ¹⁾ , 山本繁秀 ¹⁾ , 堀田真智子 ²⁾ , 和仁洋治 ²⁾	
P-2-61	子宮内膜細胞診を契機に診断に至った ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫の一例 済生会福岡総合病院病理診断科 ¹⁾ , 済生会福岡総合病院産婦人科 ²⁾ ○東 悠介 ¹⁾ , 佐藤真介 ¹⁾ , 宮崎浩子 ¹⁾ , 佐藤瑞恵 ¹⁾ , 丸山智義 ²⁾ , 坂井邦裕 ²⁾ , 中島明彦 ¹⁾ , 加藤誠也 ¹⁾	
P-2-62	子宮体部 diffuse large B-cell lymphoma の1例 滋賀医科大学医学部母子女性診療科 ¹⁾ , 滋賀医科大学医学部地域周産期医療学講座 ²⁾ , 滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座病理診断科 ³⁾ ○西村宙起 ¹⁾ , 脇ノ上史朗 ¹⁾ , 籠谷亜希子 ³⁾ , 信田侑里 ¹⁾ , 天野 創 ¹⁾ , 郭 翔志 ¹⁾ , 中川哲也 ¹⁾ , 高橋健太郎 ²⁾	

— 6月14日(日) ポスター会場D(くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

卵巣・卵管・その他1 9:00~9:21

座長:小林裕明(鹿児島大学病院産婦人科)

- P-2-63 腔原発悪性黒色腫の2例
長崎大学病院産科婦人科学¹, 長崎みなとメディカルセンター市民病院産科・婦人科², 長崎みなとメディカルセンター市民病院病理診断科³, 諫早総合病院病理診断科⁴, 日本赤十字社長崎原爆病院病理診断科⁵
○金村さやか¹, 金内優典¹, 小寺宏平², 入江準二³, 岸川正大⁴, 中島正洋⁴, 重松和人⁵, 中島久良², 増崎英明¹
- P-2-64 臍細胞診が診断の契機となった重症子宮内膜症の1例
郡上市民病院臨床検査部¹, 岐阜市民病院², 郡上市民病院産婦人科³
○畑中佑惟¹, 森 栄¹, 山口吉夫¹, 田中卓二², 丹羽憲司³
- P-2-65 外陰部原発粘液性腺癌の1例
慶應義塾大学病院病理診断部¹, 慶應義塾大学病院産婦人科²
○小野彩夏¹, 照井仁美¹, 森田久美¹, 長島義男¹, 篠崎千鶴子¹, 佐々木文¹, 鈴木 淳², 富永英一郎², 青木大輔², 亀山香織¹

卵巣・卵管・その他2 9:21~9:42

座長:高倉 聡(獨協医科大学越谷病院産科婦人科)

- P-2-66 術前に腹水細胞診で組織型を予測しえた yolk sac tumor の2例
弘前大学医学部附属病院産婦人科¹, 弘前大学医学部附属病院病理部², 弘前大学医学部保健学科³
○山内愛紗¹, 二神真行¹, 重藤龍比古¹, 横山良仁¹, 小島啓子², 刀稱亀代志², 渡邊 純³, 黒瀬 顕²
- P-2-67 再発を繰り返した腹膜悪性中皮腫の腹水細胞診細胞像の経時的変化
東京慈恵会医科大学付属第三病院産婦人科
○野口大斗, 井上桃子, 大和田彬子, 白石絵莉子, 竹中将貴, 飯倉絵理, 黒田 浩, 田中邦治, 儀西成治, 岡本愛光
- P-2-68 タグラス窩に微小転移を認めた卵巣境界悪性表在性乳頭状腫瘍の1例
豊見城中央病院産婦人科¹, 豊見城中央病院病理診断科²
○前濱俊之¹, 安座間誠¹, 上地秀昭¹, 呉地 剛², 矢部香織², 照屋敦子², 伊禮 彩², 宮里碧沙², 喜友名正也²

卵巣・卵管・その他3 9:42~10:03

座長:渡部 洋(東北大学医学部産婦人科)

- P-2-69 腹腔内に生じた上衣腫の1例
四国がんセンター婦人科¹, 四国がんセンター病理科², 四国がんセンター臨床検査科³
○山本弥寿子¹, 楠本真也¹, 大亀真一¹, 白山裕子¹, 竹原和宏¹, 田中慎一³, 佐藤正和³, 西村理恵子³, 寺本典弘², 野河孝充¹
- P-2-70 胸水細胞診で悪性中皮腫と鑑別困難であった腹膜原発癌の1例
兵庫医科大学病院病理部¹, 兵庫医科大学病理学(分子病理部門)²
○中村純子¹, 織田みほ¹, 岡村義弘¹, 糸山雅子¹, 榎本利香¹, 鳥居良貴¹, 羽尾裕之¹, 塚本吉胤¹, 廣田誠一¹, 辻村 亨²

- P-2-71 5年無再発生存となった大網転移を伴う原発性腹膜癌
佐久市立国保浅間総合病院産婦人科¹, 佐久市立国保浅間総合病院病理部², 佐久市立国保浅間総合病院検査科³
○太田雄治郎¹, 山ノ井一裕², 林 和樹³, 篠原 恵³, 井出景子³, 井上博之³

卵巣・卵管・その他 4 10:03~10:24 座長：磯西成治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科)

- P-2-72 子宮頸部, 内膜細胞診が診断の契機となった原発性卵管癌の1例
NTT 東日本札幌病院¹, NTT 東日本札幌病院臨床検査科²
○池田桂子¹, 小松健一郎¹, 中野有子², 本間則之², 佐藤晶明², 高桑康成², 西川 鑑¹
- P-2-73 子宮内膜細胞診が発見の契機となった卵管上皮内癌の一例
朝日大学歯学部村上記念病院臨床検査部病理診断科¹, 東海細胞研究所², 岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍病理³, 朝日大学歯学部村上記念病院婦人科⁴, 岐阜市民病院病理診断科・病理診断研究センター⁵
○杉江茂幸¹, 坂本寛文², 舟橋供爾子², 波多野裕一郎³, 富田弘之³, 藤本次良⁴, 田中卓二^{1,5}
- P-2-74 子宮頸部細胞診を契機に発見された卵管癌の一例
松江市立病院産婦人科¹, 松江市立病院病理部²
○高橋正国¹, 田代稚恵¹, 入江 隆¹, 吉田 学², 紀川純三¹

卵巣・卵管・その他 5 10:24~10:45 座長：鈴木 直 (聖マリアンナ医科大学産婦人科)

- P-2-75 粘液性卵巣腫瘍の免疫組織化学的考察
独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院病理診断科¹, 独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院臨床検査技術科², 独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院産婦人科³
○棟方 哲¹, 大島健司¹, 佐々木伸也², 高瀬未穂², 岡竹里紗², 鈴木雄策², 江尻麻衣², 山本敏也³
- P-2-76 診断に苦慮した卵巣低異型度漿液性腺癌の1例
豊見城中央病院病理診断科¹, 豊見城中央病院産婦人科², 南部徳洲会病院検査科³
○喜友名正也¹, 前濱俊之², 上地秀昭², 宮里碧沙¹, 伊禮 彩¹, 照屋敦子¹, 矢部香織¹, 呉地 剛¹, 鳥袋貴子³, 立津千絵³
- P-2-77 進行卵巣漿液性境界悪性腫瘍の腹水細胞診所見
北海道がんセンター婦人科¹, 北海道がんセンター臨床検査科², 北海道がんセンター臨床研究部³
○岡元一平¹, 山崎博之¹, 首藤聡子¹, 見延進一郎¹, 藤堂幸治¹, 加藤秀則¹, 奥山 大², 中島真奈美², 鈴木宏明², 山城勝重³

卵巣・卵管・その他 6 10:45~11:06 座長：長谷川清志 (獨協医科大学産婦人科)

- P-2-78 卵巣粘液性境界悪性腫瘍(内頸部様)の1例
大阪医科大学医学部病理学教室¹, 大阪医科大学医学部産婦人科学教室²
○服部公亮¹, 山田隆司¹, 明石静香¹, 橋田宗祐², 藤原聡恵², 佐々木浩², 金村昌徳², 寺井義人², 大道正英², 廣瀬善信¹
- P-2-79 肉腫様変化を伴った卵巣未分化癌の一例
がん研有明病院婦人科
○宇佐美知香, 杉山裕子, 的田真紀, 岡本三四郎, 尾松公平, 近藤英司, 金尾祐之, 加藤一喜, 馬屋原健司, 竹島信宏

P-2-80 顆粒膜細胞腫を合併した卵巣粘液性嚢胞腺腫の1例

公益財団法人東京都保健医療公社東部地域病院検査科¹, 放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院治療課², 公益財団法人東京都保健医療公社東部地域病院婦人科³, 北里研究所病院病理診断科⁴

○山口ゆかり¹, 折笠英紀¹, 押本貴之¹, 齋藤博子^{1,2}, 中原万里子³, 森永正二郎⁴

卵巣・卵管・その他7 11:06~11:27**座長: 藤原寛行 (自治医科大学産科婦人科学講座)**

P-2-81 卵巣甲状腺腫性カルチノイドの1例

明和病院臨床検査科¹, 明和病院産婦人科², 隈病院外科³, 隈病院病理診断科⁴, 大久保病院産婦人科⁵, 竹村婦人科クリニック⁶

○鈴木由紀¹, 覚野綾子¹, 脇本 裕², 松塚文夫³, 松林謙治¹, 澁谷昌広¹, 檜山弘道¹, 廣川満良⁴, 小笠原利忠⁵, 竹村 正⁶

P-2-82 成熟嚢胞奇形種から発生した肉腫の一例

関西労災病院臨床検査科¹, 関西労災病院婦人科², 関西労災病院病理診断科³

○山根三千秋¹, 宮城香乃子², 奥 和子¹, 杉生憲二¹, 吉野龍一¹, 後藤孝吉³, 永野輝明³, 堀 謙輔², 伊藤公彦², 中塚伸一³

P-2-83 傍大動脈リンパ節転移を認めた dysgerminoma の1例

日本医大産婦人科¹, 日本医大病理学教室²

○川瀬里衣子¹, 山本晃人¹, 黒瀬圭輔¹, 米山剛一¹, 松原美幸², 彭 為霞², 和田龍一², 内藤善哉²

— 6月14日(日) ポスター会場 E (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

卵巣・卵管・その他8 9:00~9:14**座長: 高松 潔 (東京歯科大学市川総合病院産婦人科)**

P-2-84 試験開腹にて診断された卵巣小細胞癌の一例

岩手医科大学附属病院産婦人科学講座

○村上一行, 深川智之, 利部正裕, 本田達也, 三浦史晴, 杉山 徹

P-2-85 腎細胞癌による転移性卵巣腫瘍の一例

北海道がんセンター

○藤堂幸治, 山崎博之, 大場洋子, 首藤聡子, 見延進一郎, 岡元一平, 鈴木宏明, 山城勝重

卵巣・卵管・その他9 9:14~9:28**座長: 石谷 健 (東京女子医科大学産婦人科)**

P-2-86 卵巣に転移した上皮型腎芽腫の1例

東京女子医科大学産婦人科学講座¹, 東京女子医科大学病院病理診断科²

○岡田薫子¹, 木村祐子¹, 花田 梓¹, 広兼春美¹, 深川富美子¹, 秋澤叔香¹, 石谷 健¹, 長嶋洋治², 平井康夫¹, 松井英雄¹

P-2-87 尿管管癌による転移性卵巣腫瘍の一例

北海道がんセンター

○加藤秀則, 藤堂幸治, 山崎博之, 岡元一平, 見延進一郎, 鈴木宏明, 山城勝重

皮膚・付属器 9:28~9:42 座長: 西村理恵子 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター臨床検査科)

P-2-88 外陰部に生じた脂腺癌の一例

立川相互病院病理検査室

○田原恵美子, 谷 正行, 藤元祐子, 布村真季

- P-2-89 扁平上皮癌を伴ったメルケル細胞癌の1例
 東邦大学医療センター大橋病院病院病理部¹, 東邦大学医療センター大橋病院電子顕微鏡室², 東邦大学医療センター大橋病院皮膚科³
 ○湯浅瑛介^{1,2}, 佐々木智子¹, 村石佳重¹, 藤田正志¹, 岩原 実¹, 田口勝二¹, 榎本泰典¹, 横内 幸¹, 高橋 啓^{1,2}, 福田英嗣³

骨・軟部 1 9:42~9:56 座長:坂谷貴司 (日本医科大学付属病院病理診断科)

- P-2-90 腰椎に転移した肝細胞癌の1例
 藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科¹, 稲沢市民病院検査部病理²
 ○金子千之¹, 江崎正則², 谷口大介², 柳田隆正¹, 安倍雅人¹
- P-2-91 術中迅速組織検査捺印標本にて細胞像を経験した Melanotic schwannoma の一例
 琉球大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹, 琉球大学医学研究科腫瘍病理学講座²
 ○伊原美枝子¹, 齊尾征直^{1,2}, 仲宗根克¹, 比嘉美香¹, 瑞慶覧陽子¹, 小菅則豪², 青山 肇², 仲西貴也², 新垣和也², 吉見直己^{1,2}

骨・軟部 2 9:56~10:10 座長:串田吉生 (香川大学医学部附属病院病理部)

- P-2-92 組織型の推定に LBC 法が有用であった多形型横紋筋肉腫の1例
 札幌医科大学附属病院病理部
 ○近藤 啓, 東 恭悟, 浅沼広子, 井上朋美, 荻野次郎, 杉田真太郎, 長谷川匡
- P-2-93 左大腿滑膜肉腫の一例
 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部², 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長³
 ○齊藤彰久¹, 西村俊直¹, 坂根潤一¹, 田中美帆¹, 安村奈緒子¹, 谷山大樹¹, 倉岡和矢^{1,2}, 谷山清己³

骨・軟部 3 10:10~10:31 座長:黒瀬 顕 (弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座)

- P-2-94 胸部明細胞肉腫の一例
 海老名総合病院病理診断科¹, 相模原相武台病理研究所²
 ○本田恭子¹, 宮崎小百合¹, 斉藤美紀¹, 野々山尚布¹, 鈴木崇真¹, 井上正年¹, 本告 匡^{1,2}, 松本光司¹
- P-2-95 細胞診検体を使用して行った FISH 検査が TAT 短縮に寄与した Ewing 肉腫の一例
 静岡県立静岡がんセンター病理診断科
 ○阿部将人, 大野幸代, 渡邊麗子, 伊藤以知郎
- P-2-96 多形性硝子化血管拡張腫瘍の1例
 公財がん研有明病院付設細胞検査士養成所¹, 公財がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部², 公財がん研有明病院サルコーマセンター³, 公財がん研究会がん研究所⁴, 公財がん研有明病院臨床病理センター⁵
 ○古田則行^{1,2,3}, 元井紀子^{1,2,3,4}, 神田浩明^{1,3,4}, 小松京子^{1,5}, 星 利良^{1,2}, 池畑浩一^{1,2}, 古田玲子^{1,4}, 高澤 豊^{1,2,4}, 杉山裕子^{1,2}, 石川雄一^{1,3,4,5}

その他 1 10:31~10:45 座長:布引 治 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)

- P-2-97 稀な部位に発生した顆粒細胞腫2例
 横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科
 ○富岡理恵, 高瀬章子, 腰高典子, 小寺輝明, 海老塚智恵美, 甘利保子, 菊地美保, 田辺美樹子, 大谷方子, 稲山嘉明

P-2-98 術中迅速捺印細胞診が有用であった胸腺腫瘍の1例

帝京大学医学部附属病院病理部

○石井美樹子, 大越 卓, 向山淳児, 宮田佳奈, 笠井亮子, 小島 貴, 赤嶺 亮, 河野純一, 斉藤光次, 笹島ゆう子, 近藤福雄, 東海林琢男

その他 2 10:45~10:59 座長: 吉田 学 (松江市立病院臨床検査科)

P-2-99 塗抹手技向上のための擬似喀痰の作製方法について

神戸大学医学部附属病院病理部¹, 神戸大学医学部附属病院病理診断科²

○廣尾真奈¹, 塚本龍子¹, 森藤哲史¹, 山田 寛¹, 柳田絵美衣¹, 今川奈央子¹, 遠藤亮和¹, 宮崎愛子¹, 伊藤智雄²

P-2-100 骨格筋に転移した淡明細胞型腎細胞癌の1例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科¹, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科分子細胞病理学², 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科人体がん病理学³, 鹿児島市医師会病院病理診断科⁴

○竹下かおり¹, 西田ゆかり¹, 舞木公子¹, 田中和彦¹, 田崎貴嗣², 東美智代³, 高城千彰⁴, 畑中一仁²

その他 3 10:59~11:13 座長: 尾崎 敬 (紀南病院中央臨床検査部)

P-2-101 腔原発悪性黒色腫の1例

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学¹, 大阪市立大学医学部附属病院病理部², 大阪市立総合医療センター婦人科³, 市立柏原病院産婦人科⁴

○村上 誠¹, 市村友季¹, 塩見和彦², 笠井真理¹, 松田真希子¹, 川村直樹³, 本田謙一⁴, 角 俊幸¹

P-2-102 CIN3にて円錐切除後に発症した腔癌の1例

筑波メディカルセンター病院婦人科

○野末彰子, 西出 健

その他 4 11:13~11:27 座長: 中本 周 (鳥取県立中央病院病理診断科・臨床検査科)

P-2-103 当院における TACAS 法の導入と運営の実際

独立行政法人国立病院機構熊本医療センター病理診断科¹, 独立行政法人国立病院機構熊本医療センター臨床検査科²

○村山寿彦¹, 成毛有紀¹, 舟瀬将一², 石原幸治², 中島一樹², 川上裕之²

P-2-104 関節液の簡易偏光結晶検査と細胞診標本との対比について

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院検査科

○玉置和仁, 各務里奈, 森 良雄, 山際三郎

— 6月14日(日) ポスター会場 F (くにびきメッセ 1F 大展示場 2/3) —

中皮・体腔液 4 9:00~9:21 座長: 安田政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)

P-2-105 胸水中に出現した頭皮原発血管肉腫の1例

徳島県立中央病院医療技術局検査技術科¹, 徳島県立中央病院病理診断科²

○繁木麻里¹, 山田順子¹, 佐竹宣法², 工藤英治²

- P-2-106 胸水中に腫瘍細胞が認められた皮膚原発血管肉腫の2例
東京医科大学病院病理診断部¹, 東京医科大学病院人体病理学講座²
○石原里佳子¹, 山科光正², 三宅真司¹, 片桐仁子¹, 鈴木恵美子¹, 磯本愛子¹,
山口真由実¹, 大城 久², 松林 純², 長尾俊孝²

- P-2-107 胸水中に認められた血管肉腫の一例
川崎市立井田病院検査科病理
○鍋木秀夫, 河合知恵美, 市川 将, 出張玲子, 品川俊人

中皮・体腔液 5 9:21~9:42 座長:小賀厚徳 (山口大学医学部分子病理)

- P-2-108 小腸に発生した類上皮血管内皮腫の1例
三井記念病院検査部病理検査室¹, 三井記念病院病理診断科²
○近亜沙子¹, 前川原貴美子¹, 伊藤恵美¹, 相原久美子¹, 松木由法¹, 森 正也²
- P-2-109 腹水中に腫瘍細胞が出現し診断に苦慮した PNET/Ewing 肉腫の1例
武蔵野赤十字病院病理部¹, 独立行政法人国立病院機構相模原病院統括診療部病理診断科², 武蔵野赤十字病院産婦人科³
○古屋能孝¹, 齋藤生朗², 宅見智晴¹, 北村洋一¹, 浅見力也¹, 浦田育美¹, 高橋聡子¹,
山崎龍王³, 瀧 和博¹, 櫻井うらら¹
- P-2-110 腹水細胞診にて組織型の推定が困難であった消化管間質腫瘍(GIST)の1例
独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室¹, 同 病理診断科²
○玉城真太¹, 安部拓也¹, 定常友美¹, 西山純司¹, 豊嶋憲子¹, 奥蘭 学¹, 大内清子²,
笹栗毅和², 中野龍治²

中皮・体腔液 6 9:42~10:03 座長:北澤理子 (愛媛大学医学部附属病院病理診断科 (病理部))

- P-2-111 胸水中に腫瘍細胞が出現した腎粘液管状紡錘細胞癌の1例
聖路加国際病院病理診断科¹, 東京女子医科大学第一病理学教室², 東京女子医科大学病院病理診断科³
○平林陽介¹, 小川命子¹, 植竹 都¹, 鈴木正敏¹, 小林ひとみ¹, 金子あゆみ¹, 金澤卓也¹,
鈴木高祐¹, 澤田達夫², 長嶋洋治³
- P-2-112 稀な形質発現を認めた HHV8-negative effusion-based lymphoma の一例
公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院検査科¹, 昭和大学医学部病理学講座², がん・感染症センター都立駒込病院病理科³
○窪田知美¹, 柴崎洋子¹, 國本由里子¹, 荒井克己¹, 野呂瀬朋子², 瀧本雅文², 比島恒和³,
鄭 子文¹
- P-2-113 体腔液中に出現した子宮内膜間質腫瘍の1例
香川大学医学部附属病院病理部¹, 香川大学医学部附属病院病理診断科²
○宮本加菜¹, 松永 徹¹, 本山睦美¹, 片倉和哉¹, 郷田 衛¹, 宮井由美², 林 俊哲²,
香月奈穂美², 串田吉生^{1,2}, 羽場礼次^{1,2}

リンパ・造血器 1 10:03~10:24 座長:佐藤康晴 (岡山大学大学院保健学研究科病態情報科学)

- P-2-114 濾胞性リンパ腫(Grade1-2)の診断を目的とした BCL2/BCL6 二重免疫染色の有有用性の検討
東邦大学医療センター佐倉病院病理部¹, 東邦大学医療センター佐倉病院病理診断科²
○山崎利城¹, 徳山 宣^{1,2}, 佐藤麻依¹, 平川靖那¹, 寺井謙介¹, 平山美佐子¹, 山口みはる¹,
北村 真¹, 笹井大督^{1,2}, 蛭田啓之^{1,2}

- P-2-115 液状処理法によるリンパ節 FNA において, 癌の鑑別が難しかった悪性リンパ腫の5症例
京都第一赤十字病院病理診断科
○樋野陽子, 井上小百合, 荻田 健, 久保喜則, 片岡恵美, 間瀬八重, 河崎瑞江, 田中哲郎,
中尾龍太
- P-2-116 リンパ節捺印細胞診にて転移性腫瘍との鑑別に難渋した CD30(+)B 細胞性リンパ腫の一例
日本医科大学多摩永山病院病理診断科¹, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学², LSI メ
ディエンス³
○柳田裕美¹, 細根 勝¹, 片山博徳¹, 礒部宏昭¹, 川野記代子¹, 岩瀬裕美¹, 日吾美栄子¹,
新井 悟¹, 前田昭太郎^{1,3}, 内藤善哉²

リンパ・造血器 2 10:24~10:45**座長: 小島 勝 (獨協医科大学形態病理)**

- P-2-117 CML 寛解中に出現した大腿部 Myeloid sarcoma の一例
佐賀大学医学部附属病院病理部¹, 佐賀大学医学部病因病態科学²
○橋崎さやか¹, 甲斐敬太¹, 中村光男¹, 次富久之¹, 中原由利重¹, 山崎真希子^{1,2},
増田正憲², 高瀬ゆかり², 相島慎一², 戸田修二^{1,2}
- P-2-118 リンパ節捺印細胞診から前立腺原発の腺癌が推定できた一例
JA 静岡厚生連遠州病院臨床検査科¹, JA 静岡厚生連遠州病院病理², 浜松医科大学基礎看
護健康科学³, 新和会八千代病院病理⁴
○大井賀広¹, 上村 隆², 三浦克敏³, 社本幹博⁴
- P-2-119 ホジキンリンパ腫結節硬化型 syncytial variant の一例
関西労災病院中央検査部¹, 関西労災病院病理診断科²
○吉野龍一¹, 永野輝明², 奥 和子¹, 杉生憲二¹, 山根三千秋¹, 後藤孝吉², 中塚伸一²

その他 5**10:45~11:06****座長: 谷山清己 (独立行政法人国立病院機構具医療センター・中国がんセンター病院長)**

- P-2-120 細胞診専門医資格認定試験の OCR 導入の利点と問題点について
奈良県総合医療センター産婦人科
○豊田進司
- P-2-121 モンゴル国における研究支援の発展を目指した相互研修の試み
群馬大学大学院保健学研究科
○小林さやか, 吉田朋美, 福田利夫
- P-2-122 ラオス国の病理検査の現状と課題—NPO 法人ラオスの病理を支援する会の活動から—
川崎市立川崎病院検査科¹, 青梅市立総合病院病理診断科², 江戸川病院病理検査科³, 琉
球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座⁴, 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科分子
病態検査学⁵, 国立国際医療研究センター病院中央検査部⁶, 東京都保健医療公社荏原病
院検査科⁷, 高崎総合医療センター臨床検査科⁸
○椋 清美¹, 遠藤 隆⁸, 伊佐わかな⁷, 村田行則⁶, 笠原一郎², 遠藤久子³, 吉見直己⁴,
沢辺元司⁵

抄

録

◇特別講演 I

子宮頸がん征圧をめざして一細胞診・HPV検査併用検診10年間の実績—

島根県立中央病院産婦人科

○岩成 治(MD)

子宮頸がんの若年化と妊婦の高齢化により、妊娠とがんの年齢層が完全に重なってきたため、浸潤がん防止が検診の目的となってきた。しかし、日本の住民検診の現状は、受診者の高齢・固定化、若年受診率の低迷、細胞診の精度限界により、がん発見率は0.05%（検診有効>0.2%）に低下し、世界に逆行して、30歳代を中心とする若年者の罹患率、死亡率が上昇してきている。検診によって浸潤がんを防止する方法には、欧米で高精度が実証済の細胞診・HPV検査併用検診（HPV併用検診）で前がん病変をもれなく検出し、円錐切除等により完治、妊孕能温存が必須である。日本産婦人科医会がん対策委員、島根県の検診検討部会長、細胞学会支部長として従来型の島根県の検診に危機感をいだいていた2005.6年に、HPV併用検診の精度検証共同研究の機会を得た（CIN2/3検出感度100%、特異度93.7%）。その精度の高さに手ごたえを得、2007.8年に県のモデル事業として、出雲市の住民検診でHPV併用検診を実施（double negative：3年間隔受診、ASCUS・HPV-&細胞診-・HPV+：1年後、>LSIL：精検）。若年受診率1.5倍増加、CIN2/3の検出率2.2倍増加、検出単価・検診費用単価約30%減の結果を基に、2009年から島根県の全市町村でHPV併用検診を全国に先駆けて開始した。その結果、出雲市では開始6年目には、若年（25～45歳）の受診率が全検診で70%（人口比）に上昇、CIN3までにほとんどが発見でき、広汎全摘例が消えた（CIN3：47、高齢・未受診者3b期3例/年）。開始4年目の島根県では浸潤がんが半減した。これまでの実績から、産婦人科医会推奨のアルゴリズムはわが国でも適応可能であり、HPV併用検診の開始年齢は25歳が適正と思われた。

【経歴】

昭和44年3月 島根県立出雲高校卒業
 昭和51年3月 鳥取大学医学部医学科卒業
 昭和51年4月 島根医科大学産科婦人科入局
 平成3年4月 島根医科大学産科婦人科 助教授
 平成6年7月 島根県立中央病院産婦人科部長
 平成15年4月 島根県立中央病院母性小児診療部長（兼）
 平成21年4月 島根県立中央病院医療局次長（兼）
 平成25年4月 島根県立中央病院 薬剤局長
 平成26年4月 島根県立中央病院 医療技術局長

【著書】

アトラス 細胞診と病理診断、子宮頸がん診療ハンドブック、産婦人科医会研修ノート婦人科外来診療のための細胞診・組織診のすべて、NEW産婦人科学

【資格】

日本産科婦人科専門医
 日本臨床細胞学会認定 細胞診専門医
 日本婦人科腫瘍学会認定 婦人科腫瘍専門医
 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
 日本がん検診・診断学会認定医

【学会活動】

日本臨床細胞学会 評議員
 日本臨床細胞学会 島根県元支部長（10年間）
 日本婦人科腫瘍学会 評議員
 日本婦人科検診学会 常任理事

【活動】

2009年～ 日本産婦人科医会がん対策委員会 委員長
 1984年～ 島根県習慣病検診管理指導協議会子宮がん部会長
 2008年～ 子宮頸がん制圧をめざす専門家会議委員

◇特別講演 2

子宮頸部腺癌とその初期病変の細胞像と病理組織像

九州大学大学院医学研究院保健学部門

○加来恒壽(MD)

子宮頸部腺癌は増加の傾向にあり、扁平上皮癌に比べて予後が不良なこと、組織像が多彩であることが特徴である。WHO 2014 分類では子宮頸部腺癌は内頸部型腺癌(通常型)、粘液性腺癌、絨毛腺管状腺癌、類内膜腺癌、明細胞腺癌、漿液性腺癌、中腎性腺癌、神経内分泌癌を伴う腺癌に分類され、粘液性腺癌はさらに胃型、腸型、印環細胞型に亜分類された。内頸部型腺癌が最も多く、高分化型は高円柱状で粘液をもち、頸管腺に似ており、核は基底に偏在している。また子宮頸部腺癌の初期病変で深さ 3 mm 以下の症例では再発は稀である。新たに胃型腺癌の概念が提唱され Abundant cytoplasm, clear or pale eosinophilic cytoplasm, distinct cell borders が特徴とされ、予後不良の亜型として報告されている。また分葉状頸管腺過形成、上皮内腺癌、悪性腺腫(胃型腺癌の極高分化型)と進行する可能性も示唆されている。絨毛腺管状腺癌はよく発達した絨毛様の乳頭状構造および腺管状構造を特徴とする高分化型腺癌であり、若年者の発生が多く、一般に予後は良好である。類内膜腺癌は低円柱状の腺癌細胞からなり、腺腔構造がみられる。明細胞腺癌は細胞質が豊富で明るい明細胞とホブネイル hobnail 細胞が出現する。また少数例ではあるが漿液性腺癌、中腎性腺癌、神経内分泌癌を伴う腺癌もみられる。本講演ではこれらの多彩な細胞像と病理組織像を解説するとともに、私たちが最初に取り組んだ悪性腺腫の研究から広がっていった子宮頸部腺癌に関する知見について述べる。

【略歴】

- 1978 年 九州大学医学部卒業
 1984 年 九州大学大学院医学研究科外科系専攻修了(医学博士)
 1989-90 年 ジョージ・ワシントン大学訪問研究員
 1997 年 九州大学医学部附属病院講師(産科婦人科)
 1999 年 九州大学医療技術短期大学部助教授(母性保健)
 2001 年 九州大学医療技術短期大学部教授(母性保健)
 2002 年 九州大学医学部保健学科教授(母性保健)
 2007 年 九州大学大学院医学研究院保健学部門教授(現在に至る)
 2008-2012 年 九州大学評議員、大学院医学研究院保健学部門長を併任

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会(評議員)、日本臨床細胞学会(理事)、日本母性衛生学会(評議員)、International Society of Gynecological Pathologists, United State and Canadian Academy of Pathology, International Gynecological Cancer Society

【専門医】

日本産科婦人科学会専門医、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本臨床細胞学会専門医、日本女性医学学会専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医

◇特別講演3

膵疾患に対するEUS-FNA～診断能向上のために我々は何をなすべきか～

愛知県がんセンター中央病院消化器内科¹⁾, 愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理部²⁾

○山雄健次(MD)¹⁾, 谷田部恭(MD)²⁾

超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)が2010年に保険取載され, 取載前には20施設程度で行われていたEUS-FNAであったが, 2015年の時点ではコンベックス超音波内視鏡(Co-EUS)は日本全国で500台以上が販売され, 多くの病院でEUS-FNAが実施可能となった。このように急速に普及し過ぎた感のあるEUS-FNAではあるが, そうであればこそQuality control(正診率90%以上)が重要である。超音波内視鏡施行医がなすべきことは, 検体採取にあたって, 安全で確実に目的とする対象物から, 挫滅やコンタミの少ない良質で十分量の検体を得る努力を行うことである。そのためには, 適応を十分考えること, 標準化されたEUS-FNAのテクニックを習得し迅速に検体を得ること, 至適な穿刺部位を選択するためにCo-EUSの超音波解剖を熟知すること, 診断の目的や穿刺部位により適切な穿刺針を選択すること, 手技上のコツ(吸引圧, Door knocking methodやFanning technique)を会得すること, 等である。一方, 病理診断医や細胞検査士の皆様には是非行っていただきたいことは, 検査時に迅速細胞診の併用, 検体処理の標準化・統一化, 微小検体でも診断できる検体処理法の工夫, 細胞診の表記法の統一化, 細胞診のみならず組織検体が必要な疾患の明確化(自己免疫性膵炎, NETその他), 免疫染色・Flow cytometry・遺伝子検索の必要性の明確化, 等である。診断能向上のためには, あるいは正診率90%以上を維持するには, 超音波内視鏡施行医, 細胞診検査士, 病理診断医, 各々のなすべきことを明確化し, 三位一体の協力体制を構築する必要がある。

【略歴】

昭和51年3月 名古屋大学医学部卒業
 昭和51年7月 京都市立病院で研修, 半田市民病院内科
 昭和56年1月 名古屋大学第二内科
 昭和59年4月 愛知県総合保健センター消化器診断部
 医長, 同部室長
 平成元年4月 藤田保健衛生大学第二病院内科学講師
 平成9年1月 愛知県がんセンター消化器内科副部長,
 同内視鏡部長
 平成14年8月 愛知県がんセンター消化器内科部長,
 現在に至る

【学位】

膵癌の膵管像と組織像の対比—膵癌の早期診断のために(昭和60年8月1日)

所属学会: 日本膵臓学会理事・評議員・日本胆道学会前理事・評議員, 日本消化器病学会財団評議員・認定医・指導医, 日本消化器内視鏡学会評議員・認定専門医・指導医, 日本超音波医学会専門医・指導医, 日本消化器集団検診学会認定医, 日本臨床細胞診学会評議員・医療安全委員, 日本内科学会認定医, 日本癌治療学会, 日本癌学会, 日本病理学会会員, International Association of Pancreatology, American Society of Gastrointestinal Endoscopy 会員

【ガイドライン作成】

1. 科学的根拠に基づく膵癌診療ガイドライン(2006年版, 2009年版)
2. International Consensus Guidelines for Management of IPMNs/MCNs of the Pancreas
3. 消化器内視鏡ガイドライン, 超音波内視鏡穿刺術ガイドライン(第二版, 第三版)
4. エビデンスに基づいた胆道癌診療ガイドライン改定版
5. 膵・消化管神経内分泌腫瘍診療ガイドライン
6. International Consensus Guidelines 2012 for Management of IPMNs/MCNs of the Pancreas

【業績】

PubMed 掲載論文214編(1983-2015)

◇招請講演 I

出雲の魅力

島根県立短期大学部名誉教授

○藤岡大拙(その他)

ここで言う出雲とは、旧出雲国、すなわち島根県東部の地域である。一般に存在感が薄く、訪れる人も多くはないが、実に奥深い魅力をもっている。

一、穏やかで美しい自然

(一)穏やかな自然 作家田畑修一郎は、中海、宍道湖の辺りに出雲の典型的な風土色が見えろとし、「私には、この水と空と雲のつくり出す或る微妙なたゆたひが、あらゆる出雲的な性格に反映してゐるやうに思はれる」(『出雲・石見』)と書いている。

(二)美しい宍道湖の夕日 作家渡辺淳一は次のように言う。「極端に言えば、夕陽に映えて美しくなければ、それはもはや湖ではない。それほど、夕暮れは湖を美しくする。だがそれを認めたくて、なお、宍道湖の落日の美しさは、日本の湖のなかで抜きん出ている」

二、豊かな歴史

(一)豪華な弥生文化 一九八四年、荒神谷遺跡から三八〇個という驚愕的な数量の青銅器が発見されてから、加茂岩倉遺跡、田和山遺跡、西谷墳丘墓群、妻木晩田(むきばんだ)遺跡など、つぎつぎと超一級の弥生遺跡が発見され、弥生中期の出雲の先進性が明らかとなった。

(二)神話の宝庫 古事記神代巻の三分の一は出雲神話。しかも、国引き、オロチ退治、因幡のシロウサギ、国譲りなど、代表的な日本神話は、ほとんどが出雲神話である。

(三)出雲国風土記(我が国唯一の完本風土記)によると、奈良時代、三九九社という多くの神社があったが、そのほとんどが、連綿として今日まで続いている。

(四)出雲のシンボル・出雲大社

三、閉鎖的世界の形成

(一)出雲弁 古代の発音、アクセント、語彙を遺している貴重な地方言語

(二)繊細な感性 閉鎖世界で、研ぎ澄まされた美意識を養い、茶の湯の心を培う

【略歴】

昭和7年(6月26日) 島根県斐川町に生まれる
昭和31年 京都大学文学部史学科(国史学専攻)卒業
昭和33年 京都大学大学院文学研究科修士課程(日本中世宗教学史)修了

昭和33年 島根県公立高等教諭

昭和47年 島根県立図書館資料課長

昭和63年 島根県立島根女子短期大学(※)教授

平成元年 島根県立八雲立つ風土記の丘所長(併任)

平成8年3月 同短期大学定年退職、風土記の丘所長は継続

平成8年4月 同短期大学名誉教授

平成9年8月 同短期大学学長

平成17年3月 同短期大学学長、および風土記の丘所長退任

平成17年4月 NPO法人出雲学研究所理事長、荒神谷博物館館長

平成22年4月 島根県文化振興財団理事長

平成22年8月 松江歴史館館長

平成22年11月 瑞宝中綬章 受章

(※平成19年4月の大学統合により『島根県立島根女子短期大学』は『島根県立大学短期大学部』となりました)

【社会的活動】

島根県景観審議会委員長、松江市文化財保護審議会委員長など、多数の委員を務める。

島根県立図書館において、「古文書を読む会」の講師を45年間、「出雲国風土記を読む会」の講師を35年間務める。出雲弁保存会会長を務める。

【著書】

「島根県地方史論攷」「山中鹿介紀行」「出雲人」「塩冶判官高貞」「出雲礼讃」「出雲とわず語り」「心の旅」「今、出雲がおもしろい」「出雲弁談義」「神々と歩く出雲神話」「出雲学への軌跡」など多数。

【趣味】

古文書を読むこと。

【信条】

郷土の歴史の語り部(かたりべ)として頑張りたい。

◇招請講演 2

がん幹細胞を標的とした治療戦略

慶應義塾大学医学部先端医科学研究所

○佐谷秀行(MD)

がん組織は、少数の自己複製能を持ち半永久的に子孫の細胞を作り続けることのできる細胞（がん幹細胞）と、最終的には分化や老化を起して増殖能を失う大多数の細胞（非がん幹細胞）の二群から構成されており、正常の組織幹細胞と前駆細胞に類似した階層性構造を持つことががん組織にも存在することが明らかになりつつある。これらのがん幹細胞と呼ばれる細胞群は、既存の抗がん剤や放射線治療に抵抗性を示すことが分かってきており、これらの細胞を破壊することが根治を目指すためには必須である。

私達は、上皮性腫瘍のがん幹細胞のマーカーとして注目されているCD44のバリエーションアイソフォーム（CD44v）が、細胞膜においてシスチンのトランスポーターであるxCTと結合し、グルタチオンの生成を促進することでがん細胞の活性酸素種の蓄積を抑制し酸化ストレスへの抵抗性を高めていることを見出した（Cancer Cell 2011）。更に、xCT阻害剤であるスルファサラジンは、CD44vを発現した幹細胞様腫瘍細胞特異的に細胞死を誘導し、分子標的薬や抗がん剤との併用が腫瘍縮小に極めて有効であることが分かった（Cancer Res 2013；Nat Commun 2012）。これらの結果に基づき、スルファサラジンを用いた医師主導治験を開始したので、その概要を報告する。また私達は、マウス骨肉腫モデルを用いて、がん幹細胞の分化能が腫瘍形成能に極めて重要な役割を果たすことを見出し、腫瘍細胞を脂肪細胞へ分化転換することで腫瘍形成能を抑制できることを明らかにした。この所見に基づいて考案した、がん幹細胞に対する全く新しい治療戦略についても述べてみたい。

【略歴】

- 1981年 神戸大学医学部卒業
- 1981年 神戸大学医学部脳神経外科研修医
- 1983年 神戸大学大学院医学研究科入学
- 1987年 神戸大学大学院医学研究科修了（医学博士）
- 1987年 カリフォルニア大学サンフランシスコ校脳腫瘍研究センター研究員
- 1988年 テキサス大学 M.D.アンダーソン癌センター神経腫瘍部門 Assistant Professor
- 1994年 熊本大学医学部腫瘍医学講座 教授
- 2007年 慶應義塾大学医学部先端医科学研究所遺伝子制御研究部門 教授

主たる所属学会・学会活動

- ・日本癌学会理事
- ・日本分子生物学会会員
- ・米国癌学会正会員

Editorial Board :

- ・Cancer Research (Senior Editor)
- ・Neuro-Oncology (Associate Editor)
- ・Cancer Science (Associate Editor)
- ・Pharmacology & Therapeutics (Associate Editor)
- ・Carcinogenesis (Editorial Board Member)

◇招請講演 3

細胞を改変するコントローラー，ヒト人工染色体

鳥取大学染色体工学研究センター

○押村光雄(その他)

ヒトやマウスなどの動物細胞に外来遺伝子を発現させるためのベクターの開発は遺伝子機能を解析するためのツールであるばかりでなく、産業(医薬品生産やスクリーニング細胞作製など)や医療(遺伝子治療など)への応用面でも重要な役割を果たしてきた。従来の遺伝子導入法では、導入遺伝子は宿主染色体上にランダムに、多くの場合複数コピー挿入される。このことは導入遺伝子の発現が一定ではなく、宿主の染色体上の遺伝子機能を破壊する可能性を持っていることを意味している。宿主染色体を破壊することなく、一定コピー数の遺伝子を安定に導入できる一つの方法は自立複製・分配が可能なヒト人工染色体(human artificial chromosome: HAC)を構築し、これをベクターとして遺伝子を導入することである。HACベクターの利点は1) 宿主染色体に挿入されず独立して維持されることから、宿主遺伝子を破壊しない。2) 一定のコピー数で安定に保持され、自己のプロモーターを含む遺伝子領域を導入することにより宿主細胞の生理的発現制御を受けることから、過剰発現や発現消失が起きない。3) 導入可能なDNAサイズに制約がないことから、発現調節領域を含む遺伝子や複数遺伝子/アイソフォームの導入が可能となる。このように従来のベクター系にはない利点を有していることから遺伝子の機能解析、細胞特性の改変、細胞分化モニター、遺伝子再生医療等のための新たなベクター系として有用であると期待されている。本講演においては、HACベクターを用いた細胞改変の例と可能性について紹介する。

【経歴】

昭和49年4月 ニューヨーク州立ロズウェルパーク癌研究所・研究員
 昭和52年4月 東京医科歯科大学難治疾患研究所・助手
 昭和57年9月 米国立環境保健科学研究所・特別研究員
 昭和61年9月 神奈川県立がんセンター臨床研究所・主任研究員
 平成2年4月 鳥取大学医学部医学科・教授
 平成3年4月 鳥取大学医学部生命科学科・教授
 平成15年4月 鳥取大学大学院医学系研究科機能再生医科学専攻・教授
 平成21年4月 鳥取大学染色体工学研究センター・センター長(併任)
 平成26年4月 鳥取大学染色体工学研究センター・特任教授

【表彰】

高松宮妃癌研究学術賞受賞(平成5年)、日経BP医療・バイオ部門技術賞受賞(平成10年)、人類遺伝学会学術賞受賞(平成14年)

◇招請講演 4

Ovarian Cytopathology : An American Perspective

Prof Emeritus of Pathology, University of Maryland School of Medicine, USA

○Steven G. Silverberg

In the US, because of fears of dissemination of tumor along the needle track, fine needle aspiration (FNA) is generally not performed in suspected cases of ovarian malignancy. Therefore, this lecture will concern itself with the following subjects :

- (1) FNA for benign cysts in young women
- (2) Intraoperative cytology of ovarian neoplasms
- (3) Confirmation of spread or recurrence of ovarian cancer by cytopathology.

As this listing makes clear, there is plenty of ovarian cytopathology in the US even without ovarian tumor FNA, and the diagnostic criteria for ovarian neoplasms and non-neoplastic cysts are essentially the same regardless of whether the specimen represents an FNA or a direct lesional scrape or touch prep cytology. These criteria will be discussed for functional and other benign cysts, endometriosis, and benign, borderline, primary malignant and metastatic tumors.

【略歴】

M.D. degree : Johns Hopkins, 1962
Pathology Residency : Yale, 1963-1965
Pathology Fellowship : Memorial Sloan-Kettering, 1965-1966
U.S. Air Force, Tachikawa Air Base Hospital, Japan, 1966-1968

Faculty Appointments :

Medical College of Virginia, 1968-1972
University of Colorado, 1972-1981
George Washington University, 1981-1996
University of Maryland, 1996-present :
Director of Anatomic Pathology, and Director of Pathology

Residency Program
University of Maryland Medical System, Baltimore, 1996-2004 :
Clinical Professor of Pathology 2004-2008
Professor Emeritus 2008-Present

Honors (Selected) :

President, International Society of Gynecological Pathologists, 1998-2001, Association of Directors of Anatomic and Surgical Pathology, 1998-2000, International Society of Breast Pathology, 2003-2005.
Fellow, Royal College of Pathologists, 1999.
Visiting Professor at numerous universities around the world over 30 years
Silverberg Award for Lifetime Achievement in Surgical Pathology-given to a senior Japanese Pathologist by the Japanese Division of the International Academy of Pathology since 2007
Recipient of Distinguished Pathologist Award, US-Canadian Academy of Pathology 2012.
Gynecologic Oncology Group, Pathology Referee, 1999-2013.
Japan Society of Gynecologic Oncology, Honorary Member, 2014.

◇会長講演

細胞の形態と機能

松江市立病院

○紀川純三(MD)

日本臨床細胞学会は細胞診のエキスパートの集団であり、パパニコロー以来の細胞診断に関する形態学的研究については多くの業績が蓄積されている。一方、最近の分子生物学の進歩にともない、細胞の生物学的特性に関連した遺伝子・蛋白の役割や癌の増殖・浸潤・転移の機序が明らかとなりつつある。今後臨床細胞学においても、分子生物学を基盤とした細胞機能の解析は重要な課題のひとつになると考えられる。本講演では、分子生物学を理解するために必要な基礎的事項について概説する。

人間の身体は約 60 兆個と言われる沢山の細胞からできている。細胞の生存 (survival signal) と死 (apoptosis) の制御は生体の恒常性維持に重要な役割を果たしている。核内クロマチンに含まれる DNA が遺伝情報の担体であり、核小体で rRNA の転写やリボソームの構築が行われる。各種シグナルは細胞膜外および細胞質内にある複数の因子を介して、核内の特定遺伝子の転写を調節する。また、それらの経路はクロストークを有する。シグナル分子であるリガンドは標的細胞が持つ受容体タンパクへ特異的に結合して、細胞内シグナルに変換され、応答する。シグナル伝達様式のなかでも、特定のタンパク質をリン酸化するプロテインキナーゼ (PK) は重要である。PK はリン酸化する位置によってチロシンキナーゼ (TK) やセリン/スレオニンキナーゼなどがある。

増殖因子受容体の過剰発現や細胞内シグナル伝達分子の活性化・抑制因子欠損が細胞の癌化に関連する。上皮成長因子は Ras や PKC を介して raf, MEK, ERK のキナーゼカスケードを活性化し増殖シグナルを増幅する。PI3K-Akt 経路に関わる分子は、多くのがんで遺伝子増幅や活性亢進がみられる。

◇プレジデンシャルシンポジウム

細胞形態と機能をつなぐもの～分子生物学からみた細胞学の未来

PS-1 腫瘍細胞の超微形態

鳥取大学医学部形態医学分野

○海藤俊行(MD)

細胞診は女性生殖器、呼吸器、泌尿器などの悪性腫瘍のスクリーニングや診断を目的に行われる重要な検査法である。特に子宮頸部の細胞診は日常的に最も頻用されており、ブラシなどにより擦過した細胞にパパニコロウ染色を施して観察するのが一般的で、細胞核や細胞質の染色性や形態学的特徴から細胞の異型性が判断され、診断と治療方針の決定に役立っている。一般に悪性腫瘍の病理診断では、光顕観察に加えて透過型電子顕微鏡による超微形態観察が行われる場合があり、特徴的な微細構造を確認することが鑑別診断に役立つことも少なくない。しかし、細胞診ではパパニコロウ染色による細胞異型の診断が簡便で有用性が高いことから、一般に超微形態観察は診断要件とはなっていない。しかしながら、腫瘍細胞の光顕的特徴を微細構造レベルで観察して本態を確認しておくことは、細胞診を行う上で重要な基礎知識になると考えられる。本発表では、主に子宮頸部細胞診で得られた癌細胞について透過型電子顕微鏡観察を行い、細胞核 (核膜、核小体など)、細胞質 (細胞骨格、リボソーム、小胞体、ゴルジ装置、ミトコンドリアなど)、細胞間結合などの微細構造的特徴について解説する。また、これらの細胞構造を構成する分子について考察を加えた。

PS-2 分子遺伝学からみた病理細胞診断, 病理学研究について

山口大学大学院医学系研究科分子病理学分野¹⁾, 山口大学大学院医学系研究科臨床検査・腫瘍学分野²⁾

○河内茂人(MD)¹⁾, 末広 寛(MD)²⁾

近年の分子遺伝学, 分子生物学の飛躍的発展は, 癌研究への応用に伴い「ゲノム(遺伝子)の病気としての癌」の概念を確立し, 分子標的抗体薬などの新規がん治療法として結実するに至った。病理診断学においても, このような方法論に基づいた新規診断技術の導入が進みつつある。分子遺伝学的, 分子生物学的診断技術は, 単に診断法としての意義のみならず, ときに疾患概念や診断名の変更を促す場合もある。たとえば, 女性生殖器腫瘍は種類が多岐にわたり, すべてにおいて十分な分子遺伝学的, 分子生物学的検討が行われているわけではないが, 少なくともいくつかのものについては, 将来的にこのような検討に基づいた疾患概念や診断名の変更を余儀なくされるものと考えられる。しかし, そのような場合にも, 診断の基本がホルマリン固定パラフィン包埋組織標本であることはいまでもない。今回の講演では, われわれの教室で頻用する分子遺伝学的解析法の病理診断への応用について, 女性生殖器腫瘍を例に解説する。

また近年, 健常者における疾患発症予測との関連でゲノムDNA多型に注目が集まり, 有望なものとして1塩基多型(SNP)およびコピー数多型(CNV)が報告されている。一般に, このような疾患発症予測マーカーの評価のためにオッズ比を用いるが, 単独ではSNPのオッズ比は1.2~1.5程度であるのに対し, CNVには3~4以上を示すものがあり, CNVのマーカーとしての優越性が示されつつある。われわれは現在, CNVを用いた健常者における癌の発症予測法の開発に取り組んでいるが, これについてもお話を予定である。

PS-3 子宮頸がんにおいて臨床活用が期待される細胞機能について

福井大学医学部産科婦人科

○黒川哲司(MD), 知野陽子(MD), 品川明子(MD), 吉田好雄(MD)

子宮頸癌の罹患率は, 女性特有の癌の中で第2位を占めており, 特に20から30代に限ればすべての癌の中で第1位である。このように, 診断や治療の対象となる患者の多くが妊孕性温存を希望する若年者であり, 早期癌の段階での発見・治療が極めて重要である。

子宮頸癌の多くは, 分子生物学的解明によりヒトパピローマウイルス(HPV)感染に起因することが明らかとなった。その発見を利用し, 我が国でもHPVワクチンを用いた感染予防や, 子宮頸癌検診にHPV-DNA検査を併用することで前癌病変の検出率を高めようとする試みが, 広まりつつある。

子宮頸癌の早期診断において, これまでは細胞診などの細胞形態的診断が主であった。しかし最近では, HPV感染により起こる細胞形態的診断から, 細胞機能変化に着目した分子生物学的診断にパラダイムシフトが起こっている。

子宮頸癌の発癌機序は, 子宮頸部細胞にHPVが感染してHPVゲノムDNAが染色体に組み込まれることにより起こる。その中で, 分子生物学的診断では, HPV16型などにコードされているE6とE7遺伝子が注目されている。

本シンポジウムでは, そのE6とE7遺伝子発現により誘導が報告されている, いくつかの機能変化(免疫応答の抑制・不死化・異常増殖・形質転換・アポトーシスの抑制など)とその臨床応用を紹介したい。

そして最後に, 現在, 我々が取り組んでいる子宮頸部の形態変化の詳細を捉える従来のコルポスコピーに, 分子生物学技法を導入した「蛍光発色により生体内のHPV感染細胞を可視化した新規コルポスコピーの開発」についても中間報告する。

◇シンポジウム 1

甲状腺癌取り扱い規約に従った細胞診断の進め方

SY1-1 甲状腺細胞診における報告様式の概要

愛知県立大学看護学部病理学¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 杏林大学医学部病理学³⁾, 仙台市立病院病理診断科⁴⁾, 山梨大学医学部病理学⁵⁾, 大森赤十字病院検査部⁶⁾

○越川 卓(MD)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 菅間 博(MD)³⁾, 長沼 廣(MD)⁴⁾, 近藤哲夫(MD)⁵⁾, 加藤良平(MD)⁵⁾, 坂本穆彦(MD)⁶⁾

甲状腺癌取り扱い規約第7版(2015)の改訂では, 細胞診の報告様式について甲状腺細胞診ベセスダシステム(BS)を取り入れた新様式に改めることとなった。これまでに検討された新報告様式の概要について報告する。旧報告様式からの主な変更点としては, 1. 検体不適正の診断基準を具体化する点, 2. 嚢胞液を取り扱う診断カテゴリーとして「嚢胞液」を新しく設ける点, 3. 旧様式の「鑑別困難」を「意義不明」と「濾胞性腫瘍」の二つの診断カテゴリーに分ける点などがあげられる。この結果, 新しい診断カテゴリーは「不適正」, 「嚢胞液」, 「良性」, 「意義不明」, 「濾胞性腫瘍」, 「悪性の疑い」, 「悪性」の7区分に分類されることとなる。甲状腺BSでは濾胞上皮細胞を含まない嚢胞液を「不適正」と判定するが, このような嚢胞液のみの症例における悪性の危険度は「良性」と差が見られないため, 第7版では嚢胞液は「不適正」ではなく「嚢胞液」と判定する。なお, 「嚢胞液」は「良性」に近い診断カテゴリーとして位置づけられる。また, 細胞診で良悪性の鑑別が困難な症例については, 甲状腺BSに準拠して濾胞性腫瘍を疑う症例は「濾胞性腫瘍」, 濾胞性腫瘍以外を疑う症例や濾胞性腫瘍の疑いが弱い症例は「意義不明」として区別する。これら2つの診断カテゴリーの間では, 「意義不明」は乳頭癌を多く含むが, 「濾胞性腫瘍」は濾胞癌を多く含むという違いが見られ, 診断カテゴリーの特徴がより明確となる。

SY1-2 甲状腺癌取り扱い規約に従った細胞診断の進め方—不適正検体—

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

○高田奈美(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 鈴木彩葉(CT)¹⁾, 樋口観世子(CT)¹⁾, 山尾直輝(CT)¹⁾, 隈 晴二(MD)²⁾, 宮内 昭(MD)³⁾

細胞診が臨床医に役立つ情報を提供するためには, 目的とする部位から十分量の細胞が採取され, かつ, 適切に標本が作製されなければならない。したがって, 診断する際には, まず, 検体採取・固定・塗抹が適切に行われたか否かを評価し, 標本の適・不適を明記するべきである。

新甲状腺癌取り扱い規約(新規約)における「不適正検体」の定義は, 「標本作製不良のため, あるいは病変を推定するに足る細胞あるいは成分(10個の濾胞上皮からなる集塊が6個以上, 豊富なコロイド, 異型細胞, 炎症細胞等)が採取されていないため診断できない標本」である。所見には, 不適正とした理由を記載する必要があり, 再検が推奨されている。

新規約における「不適正検体」の定義は甲状腺ベセスダシステム(ベセスダ)と異なるので, 導入に際し, 多少の混乱を招くかもしれない。ベセスダでは泡沫細胞のみみられる嚢胞液を「不適正」とするが, 本邦における嚢胞液症例の悪性の危険度は不適正検体よりも低く, 良性とほぼ同様であることから, 新規約では「適正」と判断し, 「嚢胞液」として独立した区分で報告される。

今回は, 不適正における各報告様式の違いを解説するとともに, 実際の不適正標本の提示および不適正率を減少させるための工夫を紹介する。

SY1-3 報告様式「良性」に分類される形態的特徴

杏林大学医学部病理学教室¹⁾, 杏林大学医学部附属病院病院病理部²⁾

○住石 歩(CT)¹⁾, 菅間 博(MD)¹⁾, 海野みちる(CT)¹⁾,
坂本憲彦(CT)²⁾, 加藤 拓(CT)²⁾

「良性」は、嚢胞液を除く適正標本のうち、悪性細胞を認めない標本を指し、良性・悪性の鑑別が困難な標本や、濾胞性腫瘍が推定あるいは疑われる標本は含めない。具体的には正常甲状腺、腺腫様甲状腺腫、甲状腺炎、パセドウ病などを含み、このうち主要なものを解説する。腺腫様甲状腺腫では、濾胞上皮は大小不同を伴う濾胞状、シート状、時に乳頭状の出現様式を示すが、細胞は一般に小型で類円形ないし立方状を呈する。細胞質も様々で、好酸性のこも、空胞やリポフスチン顆粒を有することもある。背景もコロイド、泡沫細胞、ヘモジデリン貪食組織球、多核組織球、線維芽細胞、変性赤血球など多彩である。甲状腺炎のうち亜急性甲状腺炎では、濾胞上皮細胞は腫大、変性し認識が難しいが、背景に特徴的な多核巨細胞と類上皮細胞が出現し、リンパ球、好中球、核破砕像等を伴う。橋本病では、多数のリンパ球を背景に、好酸性細胞型の濾胞上皮がみられる。濾胞上皮の核の大小不同や核小体の腫大が目立つことには注意を要する。パセドウ病では、濾胞上皮は小型濾胞状に出現し、円柱状のものがみられるが、一般には確定診断は難しく、また、乳頭状構造がみられることに注意を要する。今後、LBC 標本が導入されることが予想される。LBC 標本の細胞像は通常塗抹標本と必ずしも同じではなく習熟が必要であるが、検体不適正率が減少することや細胞集塊の三次元的な解析が容易なことなどの利点も多い。「良性」の判定における LBC の利点と注意点についても解説する。

SY1-4 意義不明な異型あるいは意義不明な濾胞性病変(AUS/FLUS)の細胞所見

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, 大森赤十字病院検査部²⁾, がん研究会有明病院頭頸科³⁾, がん研究会がん研究所病理部⁴⁾

○鈴木奈緒子(CT)¹⁾, 坂本穆彦(MD)^{1,2)}, 小松京子(CT)¹⁾,
藤山淳三(CT)¹⁾, 古田則行(CT)¹⁾, 戸田和寿(MD)³⁾,
元井紀子(MD)^{1,4)}, 杉山裕子(MD)¹⁾

新しく提唱された甲状腺ベセスダシステムの注目すべき点の一つとして、甲状腺癌取り扱い規約 第6版の「鑑別困難」というカテゴリーを「意義不明な異型あるいは意義不明な濾胞性病変(AUS/FLUS)」と「濾胞性腫瘍あるいは濾胞性腫瘍の疑い(FN/SFN)」とに二分したことがあげられる。本検討では自験例 1457 例を用いて甲状腺癌取り扱い規約の「鑑別困難」をベセスダシステムによって再分類し、AUS/FLUS と判定した細胞像や手術例の病理組織診断およびその所見と対比した。AUS/FLUS は全体の 7.9%で、AUS/FLUS のうち 30.4%が手術され、その病理組織診断は悪性が 88.6%で、そのうち乳頭癌が最も多く 71.4%、次いで濾胞癌、悪性リンパ腫、髄様癌であった。また、良性は 11.4%であった。AUS/FLUS は濾胞細胞だけでなく、リンパ球や間質細胞、それ以外の細胞の意義不明な異型や、標本不良が原因で判定が困難な例など、このカテゴリーは多様な病体を含む。今後わが国でも採用されることが予想されており、ベセスダシステムへの理解を深め、運用にあたりどの程度の比率で組織診断を推定できるか、例外はどのような事例があるかについて認識することが肝要である。

SY1-5 甲状腺癌取扱い規約に従った細胞診断の 進め方—濾胞性腫瘍—

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

○樋口観世子(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 鈴木彩菜(CT)¹⁾,
高田奈美(CT)¹⁾, 山尾直輝(CT)¹⁾, 隈 晴二(MD)²⁾,
宮内 昭(MD)³⁾

新甲状腺癌取扱い規約(新規約)の細胞診報告様式が第6版と大きく異なる点の一つに、鑑別困難が「意義不明」と「濾胞性腫瘍」とに二分されていることが挙げられる。その理由の一つは、臨床的対応が異なるからであり、濾胞性腫瘍を疑う場合には再検の意義が低いのに対し、その他の悪性腫瘍を疑う場合(意義不明に相当)には再検が推奨される。

新規約の基盤となったベセスダシステムでは、15個以下の細胞集塊で、構成細胞の少なくとも2/3が円周状に配列するものを小濾胞状配列と定義し、結合性が乏しく、細胞密度が高く、重積性があり、集塊の大きさが均一で、さらに採取細胞量が多い場合を「濾胞性腫瘍または濾胞性腫瘍の疑い」に区分し、これらの条件を満たさない場合は「意義不明な濾胞性病変/意義不明な濾胞性病変」に区分している。新規約では、上記のすべての条件を満たしていない場合でも、濾胞性腫瘍が推測できる場合は「濾胞性腫瘍」に区分する。本区分の多くは濾胞腺腫、濾胞癌であるが、腺腫様甲状腺腫、乳頭癌、副甲状腺腺腫のこともある。本区分には好酸性細胞型や異型腺腫を推定する標本も含まれる。

なお、濾胞性腫瘍を考えるが、腺腫様甲状腺腫や濾胞型乳頭癌を否定できない場合は「濾胞性腫瘍」、腺腫様甲状腺腫を考えるが、濾胞性腫瘍を否定できない場合は「良性」、濾胞型乳頭癌を考えるが、濾胞性腫瘍を否定できない場合は「悪性の疑い」、どちらも言えない場合は「意義不明」に区分する。

◇シンポジウム2

増加する悪性中皮腫診断のスキルアップを目指して—中皮細胞の機能と形態から診断のカギを探る—

SY2-1 アスベストによる中皮腫発生機構

名古屋大学大学院医学系研究科生体反応病理学

○豊國伸哉(MD)

前世紀に多量に使用されたアスベスト繊維は、長い潜伏期のため今後40年間に10万人以上の中皮腫発症者が予測される。現在、決定的治療法はなく予後が悪いため、その早期発見と予防は極めて重要である。私たちはアスベスト繊維による発がん機構の解明のため、ラット腹腔内にアスベスト繊維を投与し中皮腫を作成し、ゲノムや発現解析を施行した。これまでに、クリソタイル(白石綿)、クロシドライト(青石綿)、アモサイト(茶石綿)による中皮腫の解析に取り組んだ。3種類の主要なアスベストによる中皮腫の主要な標的遺伝子は、ヒトの場合と同じ *Cdkn2a/2b(p16/p15)* であり、90%以上の腫瘍でホモ欠損を認めた。鉄の触媒性を促進するキレート剤ニトリロ三酢酸の投与が3種類のアスベスト発がんすべてを促進し、しかも腹腔内臓器に著明な鉄沈着を認め、血清フェリチンも上昇するため、鉄過剰病態が発がんに重要であり、予防の標的であることが明らかとなった。腹腔内投与においては鉄を含まないクリソタイルの発がんが最も早期に発生した。溶血を介したヘモグロビンの吸着が重要な機構であると考え、鉄を標的とした中皮腫予防実験においては、経口鉄キレート剤の *deferasirox* の投与が中皮腫の組織学的悪性度を低下させることを明らかにした。このモデルから明らかになってきた早期診断マーカーに関しても述べる。

参考文献: Nagai H *et al.* Cancer Prev Res 6 : 1222, 2013; Toyokuni S. Adv Drug Deliv Rev 65 : 2098-2013; Jiang L *et al.* J Pathol 228 : 366, 2012; 233 : 402, 2014; Nagai H *et al.* PNAS 108 : E1330, 2011.

SY2-2 中皮腫細胞の特徴と超微形態について

公立昭和病院臨床検査科¹, 公立昭和病院病理診断科², 山口県立総合医療センター病理科³, 山口県立総合医療センター臨床検査科⁴, 公立学校共済組合関東中央病院病理科⁵, 川崎医科大学川崎病院病理部⁶, 北海道大学病院病理部⁷, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座⁸

○濱川真治(CT)¹, 亀井敏昭(MD)³, 渋谷秀美(CT)⁴, 岡 輝明(MD)⁵, 畠 榮(CT)⁶, 丸川活司(CT)⁷, 瀧本雅文(MD)⁸, 清水誠一郎(MD)²

【はじめに】悪性中皮腫は胸膜や腹膜など体腔漿膜を覆う中皮から発生する腫瘍であり, その初発症状として体腔液貯留を示す。体腔液細胞診では上皮型中皮腫と腺癌や反応性中皮細胞との鑑別において, 特徴的な細胞所見の把握により適切な鑑別診断が行われることが重要である。

【中皮腫細胞の特徴】日本肺癌学会中皮腫細胞診評価ワーキンググループ(亀井敏昭グループ長)の225例の中皮腫症例検証で得られた細胞所見は, 球状や乳頭状で軽度重積性を示す大小の細胞集塊として出現し, 集塊中心部にII型のcollagenous stromaがしばしば観察される。また, 腺癌細胞に比して細胞は比較的均一で, N/C比が低く, ライトグリーン好性で重厚感のある細胞質を有する。腫瘍細胞は孤立性細胞から細胞相接や細胞相互封入などの細胞融合像が認められ, また, その結果として多核化を呈する。その他の所見としてはhump様細胞突起や, 細胞質辺縁の不明瞭化, orange G好性細胞などが有用な所見として報告されている。

【中皮腫細胞の超微形態】中皮腫細胞の超微形態の特徴的所見としては, 機能を反映し, 細胞質辺縁の不明瞭感, 微絨毛の発達を観察される。ライトグリーン好染性で重厚感ある細胞質には, 豊富な中間径フィラメントを有する。一方で, 黄色味からライトグリーン淡染性を呈する領域はグリコーゲン顆粒の密度との関係がある。また印環状あるいは多房性空胞の一部には微絨毛を有する細胞質内腺腔様構造, 脂肪や結晶様構造物が認められることもある。

本発表では, 中皮腫細胞所見とともに超微形態に焦点を絞り, 機能と形態から「診断のカギ」となると思われる特徴的な細胞所見について報告する。

SY2-3 中皮腫の早期診断における細胞診の役割

東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科

○廣島健三(MD)

胸膜中皮腫の早期には, 胸水が認められることが多い。確定診断には胸腔鏡による生検が最も有用であるが, 高齢, 全身状態が悪いなどの理由から, 胸腔鏡が行われない症例も多い。このような症例では, 細胞診だけでも中皮腫と確定診断することが, 治療の面でも補償の面でも重要である。

体腔液に異型細胞が出現した場合に, 1) 中皮由来の細胞か上皮性細胞か, 2) 中皮由来ならば良性か悪性か, 3) 悪性ならば中皮腫か偽中皮腫性癌(腺癌, 扁平上皮癌など)かの鑑別を行う必要がある。免疫染色はこれらの鑑別に極めて有用である。

中皮腫か癌腫かの鑑別には, 中皮由来であることを示すマーカーと, 癌腫であることを示すマーカーを同時に検討する。乳癌が鑑別にあがるときはER, GCDFP-15を, 卵巣癌が鑑別にあがるときはER, PAX8を, 扁平上皮癌が鑑別にあがるときはp63を検討する。悪性であることが確実である場合に, 中皮腫と診断するためには少なくとも2種の中皮マーカーが陽性で, 少なくとも2種の癌腫のマーカーが陰性でなければならない。

良性, 悪性かの判断には, desmin, EMA, Glut-1, IMP3, CD146が役立つ。Desminは反応性中皮では陽性に, 中皮腫では陰性になる。その他は, 反応性中皮では陰性に, 中皮腫では陽性になる。これらの染色性に一貫性がない場合は細胞診による中皮腫の診断は難しい。中皮由来であることが確実で, FISHでp16遺伝子のホモ接合性欠失を認める場合は, 細胞診で中皮腫の確定診断ができる。しかし, 中皮腫の体腔液標本には中皮腫細胞だけではなく, 反応性中皮, 炎症性細胞も混在しているため, どの細胞でp16遺伝子の欠失の有無を判定するかを判断する必要がある。

SY2-4 中皮腫診断の現状と将来

兵庫医科大学病理学分子病理部門¹⁾, 福岡大学病理部²⁾,
兵庫医科大学外科学呼吸器外科³⁾, 兵庫医科大学内科学
呼吸器・RCU科⁴⁾

○辻村 亨(MD)¹⁾, 佐藤鮎子(その他)¹⁾,
篠原義康(MT)¹⁾, 工藤朝雄(その他)¹⁾,
今橋祐喜(DDS)¹⁾, 清水重喜(MD)¹⁾, 鍋島一樹(MD)²⁾,
長谷川誠紀(MD)³⁾, 中野孝司(MD)⁴⁾

悪性中皮腫は20世紀後半に大量のアスベストが消費されたことが原因となって急増し、多くの施設において悪性中皮腫の診断に遭遇する機会が増えている。従前は、上皮型中皮腫と肺腺癌の鑑別が困難であったが、現在では、細胞学的特徴に加えて、中皮細胞を認識する抗体(calretinin, D2-40, WT-1 など)および肺上皮細胞を認識する抗体(TTF-1, Napsin A, claudin-4)をパネルとして使用することで鑑別できるようになってきた。胸膜組織に分布する異型中皮細胞については、細胞形態だけで中皮腫と反応性中皮を鑑別することが困難なことが多く、これらの鑑別には深部脂肪組織への浸潤像が重視されている。しかし、浸潤がみられない *in situ* 病変、浸潤があっても軽微である早期病変は存在するはずであり、このような病変を発見するために、現在では、FISH法などの分子病理学的手法が補助診断として取り入れられている。悪性中皮腫では高頻度に *CDKN2A* (*p16^{INK4a}*) 遺伝子のホモ接合性欠失が見出され、調べられた全ての非腫瘍性中皮細胞では欠失がみられないことから、*CDKN2A* 遺伝子にホモ接合性欠失が検出された場合は悪性中皮腫と考えられる。*CDKN2A* 遺伝子の解析の結果、形態だけでは診断が難しかった早期中皮腫が見出されるようになり、胸水から作製されたセルブロックにもFISH法が適応されて、胸水細胞診の診断精度も向上している。本シンポジウムでは、現状の問題点を踏まえて、新しいバイオマーカーを含めて今後の中皮腫診断について考えてみたい。

◇シンポジウム3

乳腺細胞診報告様式変更後10年：現状と課題

SY3-1 乳腺細胞診報告様式変更後10年 現状と課題 臨床の立場から

鳥取大学医学部附属病院乳腺内分泌外科¹⁾, 松江赤十字病院病理診断部²⁾

○村田陽子(MD)¹⁾, 三浦弘資(MD)²⁾, 高橋卓也(MD)²⁾,
松浦幸浩(CT)²⁾, 岩名伸二(CT)²⁾, 棟石 慧(CT)²⁾

2004年乳腺細胞診新報告様式が乳癌取り扱い規約(第15版)に掲載された。検体不適正を定義し、それが10%以下となるよう精度管理が求められた。また推定組織型の記載が求められ、乳腺診療における穿刺吸引細胞診の位置づけを強く意識するきっかけとなった。ちょうどこの年は、40才以上の年齢階層に対するマンモグラフィを用いた乳癌検診が開始された年でもある。それから10年、日本の乳腺診療は質・量ともに大きく変化した。検診で要精査となった例のうち、9割以上はがんではない。また、より小さい病変・ぼんやりした病変など、今まで経験されなかったような症例が増加した。これらは細胞診でも鑑別困難となることの多い病変である。さらに、乳癌と診断されれば治療戦略上、ホルモン感受性やHER2発現情報などの病理所見が非常に大きな意味を持つ。よって、画像診断で乳癌を強く疑えば、穿刺吸引細胞診を行わず針生検を行う事が増えてきた。穿刺吸引細胞診の適応は、むしろ良性と考える病変に対して行うことが多くなった。疾病構造と診断の手順が変化してきているため、臨床医としては穿刺吸引細胞診を行う適応や精度管理について検討し、細胞診の診断能力を十分に発揮できるようにする必要がある。

SY3-2 乳腺細胞診報告様式変更後10年：現状と課題「検体不適正」判定を中心に

北九州市立医療センター臨床検査科¹⁾, 北九州市立医療センター病理診断科²⁾

○阿部英二(CT)¹⁾, 平田信雄(CT)¹⁾, 中村淑美(CT)¹⁾, 片山貴美香(CT)¹⁾, 田宮貞史(MD)²⁾

乳腺細胞診はスクリーニングを主とした細胞診断ではなく、病変があることを前提に行われる検査、すなわち質的診断を目的としているため、病変を反映している細胞が採取されているか否かの判断が重要になる。乳癌取り扱い規約第15版から、採取された材料が適正か否かを評価する項目が設けられており、「検体不適正」の判定基準は、「標本の作製不良や細胞数の過小により診断が著しく困難な症例」とされている。しかし出現細胞の具体的な数的評価や細胞の種類などに明確な基準が示されていないため、施設間あるいは細胞検査士間に判定の差が生じているのが現状である。また標本作製を細胞診に精通している医療従事者が行っているか否かは、成績に大きく影響を及ぼす。

「検体不適正」判定となる主な原因には、腫瘍を的確に穿刺することができず、採取細胞数が極少数で画像所見との整合性が保たれていない場合、出血による細胞変性、穿刺針内で凝血が起こり、その中に細胞が絡んだために詳細な細胞の観察が困難な場合など、採取する側に問題がある場合と、細胞の乾燥や挫滅など標本作製の不手際による場合や穿刺針のハブ部分に穿刺材料が溜まり、それらを回収しなかったために結果として情報量が乏しくなる場合など、標本作製を行う側に問題がある場合がある。また一方で、確実に穿刺されているにも関わらず腫瘍の強い線維化などにより細胞が採取されない例など、病変に何らかの原因がある場合もある。

「検体不適正」の判定は、個々の例に対しその原因を適切に判断することで改善できるものを含んでいる。今回のシンポジウムでは「検体不適正」の判定についての現状と今後の課題について考えていきたい。

SY3-3 「鑑別困難」診断の変遷と新たな役割

博愛会相良病院病理診断科¹⁾, さがら女性クリニック婦人科²⁾

○大井恭代(MD)¹⁾, 前田ゆかり(CT)¹⁾, 永尾聡子(CT)¹⁾, 皆倉愛美(CT)¹⁾, 北園暢子(CT)¹⁾, 辻 隆広(CT)²⁾

この10年間で乳腺細胞診の適応は大きく変化した。明らかな乳癌は治療方針決定のためのバイオロジー評価を行うための針生検診断が第一選択となり、細胞診診断の役割は「臨床的な乳癌を乳癌と診断する」ことから、「臨床的鑑別困難症例の診断ステップの第一段階」および「良性病変を良性と診断する」ことへと変化した。同時に画像診断の進歩により、早期の低異型度病変や境界病変が診断対象となることが増加した。こういった臨床的背景の中、乳腺細胞診診断に関する知見が集積され、診断レベルは向上したにも関わらず、鑑別困難症例は増加している。その要因として、1. 放射状硬化性病変、DCIS in adenosis、小葉新生物など細胞診断が困難な病変が臨床的に指摘される機会が増えたこと、2. papillary lesion や低異型度アポクリン病変など組織学的にも良悪判定が困難な病変があること、などがあげられる。従来、我々は鑑別困難症例を減少させることに取り組んできたが、これらの病変を適切に診断するためには、むしろ、鑑別困難とし適切な診断手順をふむ必要があり、「鑑別困難とすべき病変」といえる。一方で、この「鑑別困難とすべき病変」の中には、症例が蓄積され詳細に解析されるに当たって、良悪が判明していく、あるいは良悪判断基準が定まってく病変も存在する(ductal adenoma や mucocoele-like lesion など)。以上のごとく、「鑑別困難」は細胞診診断のみならず乳腺診療の質向上に重要な役割を担っている。よって、これからは「鑑別困難とすべき病変」とその意義、および細胞所見を明らかにし、推奨される臨床的対応を検討していくことが重要と考えられる。

SY3-4 乳腺細胞診報告様式変更後 10 年：現状と課題「悪性疑い」の境界線

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾, 聖マリアンナ医科大学乳腺内分泌外科³⁾

○小穴良保(CT)¹⁾, 前田一郎(MD)²⁾, 大川千絵(CT)¹⁾, 津川浩一郎(その他)³⁾, 高木正之(MD)²⁾

乳腺穿刺吸引細胞診(以下 FNAC)は腫瘍性病変に対し、直接針を刺し細胞採取を施行する。そのため FNAC の意義はスクリーニングを目的としたものではなく、病変がどのような組織像を呈するのかを推定し、良悪性の鑑別診断をおこなうことにある。2003 年発刊の乳腺細胞診ガイドラインに示された報告様式は、判定区分とその所見により構成される。この報告様式の要点は標本の適正評価を行う点と、所見には判定した根拠を具体的に示すとともに、可能な限り推定される組織型を記載する点。また、「鑑別困難」と「悪性の疑い」の判定区分を設けたことである。「鑑別困難」と「悪性の疑い」を分類することによって、パパニコロウ分類の Class3 あるいは偽陽性などグレーゾーンとして一括りにされていた標本に対して、より明確に臨床サイドにフィードバックすることが可能となった。「鑑別困難」は細胞学的に良悪性が困難な病変で、乳頭状病変(乳管内乳頭腫や乳頭型非浸潤性乳管癌)、上皮増生病変(乳管過形成、異型乳管過形成、低異型度乳癌)、上皮-結合組織増生病変(一部の乳腺症型線維腺腫、境界悪性葉状腫瘍)が含まれる。「悪性の疑い」には主に異型の少ない非浸潤性乳管癌、小葉癌などが含まれる。上記に記載した様にそれぞれの分類に含まれる病変が列挙されている。しかし、近年、乳癌検診の普及や検査精度の向上により、乳癌はより早期の段階で見られる。組織診でも良・悪性の鑑別が難しい乳腺病変では、細胞診判定が鑑別困難になる症例は珍しくない。はたして「鑑別困難」と「悪性の疑い」、「悪性の疑い」と「悪性」の境界線はいったい何なのか。今回のシンポジウムではこの現状と課題について考えていきたい。

SY3-5 乳腺細胞診の報告様式とその後の運用実績

社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科¹⁾, 日本乳癌学会細胞診および生検材料検討小委員会²⁾

○土屋眞一(MD)^{1,2)}

乳腺細胞診の報告様式には従来からパパニコロウ(Pap)分類(クラス分類)が利用されて来たが、乳腺細胞診などに専ら施行される穿刺吸引細胞診は、穿刺される腫瘍や石灰化が既に存在することから、その診断には“推定される組織型”が求められる。このように直接、組織型が同定される穿刺細胞診には、従来の Pap 分類はいかにも不相当であると言える。日本乳癌学会では 2000 年から当規約委員会のなかに「細胞診および針生検材料検討小委員会」が設置され、2004 年 5 月に細胞診新報告様式(第 15 版乳癌取扱い規約)が掲載された。今回、運用から 10 年余りが経過したこの報告様式の現状と問題点、特に新報告様式が発表されてからの臨床・細胞診断側へのアンケート結果の解析、2010 年から 2 年間に渡って本報告様式を用いて、多数症例での検討を行った「細胞診の精度管理」の分析、判定区分の中の「検体不適正」、「鑑別困難」に記載されている付帯事項である基準数値 10% の妥当性を探ってみたい。

◇シンポジウム4

非婦人科領域の液状化細胞診—現状と将来

SY4-1 尿細胞診における SurePath 法の特

同心会西条中央病院中央検査部¹⁾, 愛媛県立医療技術大学大学院保健医療学研究科医療技術科学専攻²⁾, 重井医学研究所附属病院臨床検査部³⁾, 国立病院機構四国がんセンター病理科⁴⁾

○佐伯勇輔(CT)^{1,2)}, 大崎博之(CT)²⁾, 則松良明(CT)²⁾, 重松由美恵(CT)³⁾, 寺本典弘(MD)⁴⁾

現在, 我が国で使用される主な Liquid-based-cytology には, SurePath (SP) 法, ThinPrep 法, TACAS 法などが存在する。これらの方法は標本作製原理が異なるため集細胞率や細胞形態の違いを認識する必要がある。当施設では高額な機器を必要とせず用手法で実施できることから SP 法を採用している。

我々は, 尿検体における SP 法の特性を明らかにするため, SP 法と従来法 (2 回遠沈法) とを比較検討した。その結果, SP 法で有意に上皮細胞の回収率が高いこと, SP 法では細胞が本来の形態 (3 次元構造) を保持することが明らかとなった。また, SP 法の保存液には血性検体用の CytoRich (CR) Red と非血性検体用の CR Blue の 2 種類が存在する。尿検体には CR Blue が推奨されているが, 顕微鏡的血尿や蛋白尿は肉眼では認識できない。

そこで我々は, 同一の尿検体に対して各 CR 保存液を用いて沈渣を固定し, 上皮細胞の回収率と染色性について検討した。その結果, 両者間に上皮細胞の回収率に有意差は認められなかったが, 染色性に関しては CR Blue の方が優れていた。また, CR Blue は高度蛋白尿の場合に細胞回収率が著しく低下することも判明した。

SP 法では沈渣を CR に保存可能で, 必要に応じて免疫細胞化学を追加できる。さらに, 熱賦活を行っても細胞剥離が殆どないという利点もある。ただし, CR Red と CR Blue では, 抗体の種類や保存期間で免疫細胞化学の染色強度が異なることがあるため注意を要する。

SP 法 (用手法) の問題点は, 手技の煩雑さや価格などが挙げられる。一方, SP 法の利点として細胞回収率向上や免疫細胞化学による診断精度の向上があり, さらに SP 法を採用している施設間での標準化と情報共有も可能となる。

SY4-2 体腔液検体の液状化細胞診～これまでの使用経験と分子生物学的検索への応用に向けて～

国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科¹⁾, 国立病院機構旭川医療センター臨床検査科²⁾, 国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部³⁾

○中島真奈美(CT)¹⁾, 阿部珠美(CT)¹⁾, 小関美穂(CT)¹⁾, 奥山 大(CT)¹⁾, 東 学(CT)²⁾, 平紀代美(CT)¹⁾, 鈴木宏明(MD)¹⁾, 山城勝重(MD)³⁾

効率的な細胞塗抹法として Liquid-Based Cytology 法 (LBC 法) がさまざまな検体に用いられている。当検査室では従来法と併用する形で, 2006 年より体腔液検体に BD 社の CytoRich Red 固定液 (Red) を使用した LBC 法を採用した。9 年間で約 6900 件の体腔液検体に使用してきた経験から, その有用性と更なる分子生物学的検索への応用の可能性に関して報告する。

【現状】優れた溶血能と蛋白凝集阻止作用を有する Red 固定の LBC 法では, 従来標本と比較して, きれいな背景に極めて多くの細胞が塗抹される。また専用スライドガラスと細胞の荷電を利用した塗抹法により, 均一で細胞の重なりのない観察の容易な標本が作製できる。しかし血液系疾患等を考慮し Giemsa 染色標本を含む従来標本も併用した判定を行っている。さらに悪性細胞が検出された検体は Red 固定検体を保存し, thin-layer 標本またはセルブロックを作製することにより免疫染色等の追加染色が可能となっている。これらのことから体腔液検体の細胞診断精度が向上し, 臨床へ有用な情報を提供できるようになった。

【将来】近年, 様々な領域で必須となってきた分子生物学的検索への LBC 法の応用についての検討も進めている。呼吸器領域検体を用いた EGFR 遺伝子変異検出に関しては, DNA 抽出条件を検討することにより Red 固定検体の PCR 法への適応が可能であると確認された。さらに, 乳癌患者体腔液の腫瘍細胞セルブロック標本を用いた, HER2 遺伝子増幅の検出を目的とした DISH 法への適応に関しても, 標本作製と判定は技術的に可能であることがわかった。これらにより, 体腔液中の腫瘍細胞は再発時等の HER2 遺伝子増幅の判定材料となる可能性も示唆される。

SY4-3 乳腺領域における液状化細胞診の利点と問題点

大分県立病院臨床検査科病理部¹⁾, 大分県立病院臨床検査科検査研究部²⁾, 大分県立病院外科³⁾, 大分大学医学部診断病理学講座⁴⁾

○ト部省悟(MD)¹⁾, 和田純平(MD)¹⁾, 加島健司(MD)²⁾, 梶川幸二(CT)¹⁾, 加藤佐知子(CT)¹⁾, 藤島正幸(CT)¹⁾, 田中百香(CT)¹⁾, 増野浩二郎(MD)³⁾, 駄阿 勉(MD)⁴⁾, 横山繁生(MD)⁴⁾

液状化細胞診(LBC)は子宮頸部領域を中心に発展し、海外では一定の評価を得ている。国内ではLBC加算が保険収載され、今後さらなるLBCの普及が期待される。これら子宮頸部のLBC標本では重なりが少ない背景のきれいな細胞像を想起するが、乳腺領域のLBC標本では重積する細胞集塊が多く混在する。これは細胞採取後すぐに固定液内に浮遊させるため、立体構造が保持されやすいことによるが、これら細胞集塊にも診断情報が多く含まれている。乳腺領域のLBC標本におけるこれら細胞集塊には組織像の一部を垣間見ることができ、ある意味「微小生検」とも言える。しかし、一方で壊死・粘液は減少し、役立つ背景物質が消失することもあり、難点も存在する。我々は2003年より乳腺細胞診において従来法とLBC法を併用している。当初、従来法が主体であったが、近年ではLBC法の比重が増している。LBC標本では血球の混在はなく、細胞回収率は良好で、不適當検体は減少している。乳腺領域のLBCは今後更に発展すると思われる。

SY4-4 甲状腺領域の液状化検体細胞診

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

○鈴木彩葉(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 樋口観世子(CT)¹⁾, 高田奈美(CT)¹⁾, 山尾直輝(CT)¹⁾, 隈 晴二(MD)²⁾, 宮内 昭(MD)³⁾

甲状腺穿刺吸引細胞診の診断精度には、採取・塗抹・固定・診断など様々な要因が関与しており、いずれも豊富な経験と高い技術が必要とされ、その精度の更なる向上を目指すことは細胞診に従事する者の永遠の課題である。近年、容易かつ満足できる水準での塗抹・固定操作が可能な液状化検体細胞診(liquid-based cytology; LBC)が普及しつつある。さらに制限はあるものの、LBC加算が保険収載されたのを機に、今後LBCの普及に拍車がかかると予測される。

現在、甲状腺領域にてLBCを採用している施設は未だ稀で、その実用例の報告も少ない。2007年、新しい報告様式である甲状腺ベセスダシステム(The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology)が提案され、その内容をまとめたアトラスが2010年に、そして2011年には和訳が刊行された。このアトラスにはLBCの細胞像が多数掲載されており、欧米におけるLBCの普及が示唆される。現在改訂中の甲状腺癌取扱い規約においても、LBCの細胞像が掲載される予定である。

当院では、2012年より塗抹後の穿刺針洗浄液を用いたLBCの併用を開始し、その有用性やLBC標本での細胞像の特徴を検討してきた。その結果、不適正標本は減少し、診断精度の向上が期待された。一方、LBC標本の細胞所見は通常塗抹標本といくつかの点で異なるため、独自の観察法が要求されることも明らかとなった。今回の発表では、3年間の経験をもとに、甲状腺領域におけるLBCの有用性と標本観察の注意点について報告する。

SY4-5 呼吸器領域の液状細胞診の現状と今後の展望

久留米大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 久留米大学病理学講座²⁾

○福満千容(CT)¹⁾, 河原明彦(CT)¹⁾, 多比良朋希(CT)¹⁾, 山口知彦(CT)¹⁾, 安倍秀幸(CT)¹⁾, 高瀬頼妃呼(CT)¹⁾, 村田和也(CT)¹⁾, 秋葉 純(CT)²⁾, 谷川 健(MD)¹⁾, 鹿毛政義(MD)¹⁾

液状細胞診は婦人科領域を中心に普及してきた検体処理法であり, 非婦人科領域にも応用されつつある。液状細胞診は, 乾燥を防ぐと共に, 集細胞効果によって効率よく細胞を標本に塗抹することが可能であることが報告されている。当院では, 2010年から呼吸器領域において液状細胞診(SurePath法)を導入しており, 以前, 2010年から2011年の2年間に気管支擦過細胞診と組織診が同時に施行された症例を用いて液状気管支擦過細胞診の検討を行った。その結果, 対象とした症例には, 乾燥による不適正標本はなかった。また, 悪性判定例の組織型一致率は94.2%(82/87)と高かった。しかしながら, 組織型不一致となった症例の検証の結果, 小細胞癌は細胞質の保持や細胞挫滅像の減少が認められる症例があったため, 特に留意する必要があることを本学会で報告した。液状細胞診における免疫細胞化学は, 乾燥標本が少ないことや抗原性の保持が良いことから判定し易いという利点がある。当院では直接塗抹法と液状細胞診それぞれの処理法の利点を生かし, 両者を併用している。近年ゲフィチニブ, タルセバあるいはクリゾチニブのような分子標的薬剤の肺癌治療への導入により, 切除不可能な進行性肺癌患者にとって生検および細胞診での診断は治療上, 重要と考えられている。液状細胞診は免疫細胞化学を含めたより正確な診断に加えて, EGFR遺伝子変異などの遺伝子検査へ応用することも可能である。本シンポジウムでは, 直接塗抹法と液状細胞診における固定効果とそれらの細胞像の比較と共に, 肺癌治療における細胞診の今後の展望について述べたい。

SY4-6 膀胱細胞診における液状細胞診の現状と今後の展望

久留米大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 同 病理学講座²⁾, 同 内科学講座消化器内科部門³⁾

○多比良朋希(CT)¹⁾, 河原明彦(CT)¹⁾, 山口知彦(CT)¹⁾, 安倍秀幸(CT)¹⁾, 高瀬頼妃呼(CT)¹⁾, 福満千容(CT)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)²⁾, 秋葉 純(MD)²⁾, 岡部義信(MD)³⁾, 鹿毛政義(MD)¹⁾

液状細胞診(Liquid Based Cytology: LBC)は1980年代に欧米で開発された検体処理法であり, 近年非婦人科領域においても応用されつつある。LBCの利点としては検体不適正症例の減少や集細胞効果が高いことなどが報告されている。膀胱細胞診の問題点は, 消化酵素による細胞の変化や膀胱擦過検体の細胞塗抹時に発生する乾燥などがあり, 他領域と比較して検体採取量が少量であることが多い。そのため, 当院では2009年に膀胱領域においてLBC(SurePath法)を導入した。LBCで検体処理を行うことにより, 細胞塗抹時の乾燥がなくなった。また, LBCは細胞採取後直ちに固定するため, 消化酵素などによる細胞の変化を最小限に抑えることが可能である。当院においてSurePath法で処理を行った検体では, 採取後5日間は細胞形態に差がないことを確認した。それにより, 臨床医は休日や夜間にも検体を採取することが可能になった。CytoRich Redで検体処理を行った検体では, 出現細胞が小型化し, 核の染色性が濃染する傾向がある。また, 背景の粘液成分の出現は減少する。そのため, CytoRich Redを用いた細胞診断ではこれらを十分に把握しておく必要があり, 膀胱内乳頭粘液性腫瘍などの粘液産生膀胱腫瘍の診断ではとくに注意すべきである。膀胱疾患における良悪性の判定は核所見が重要であり, 核不整など詳細に観察することが肝要と思われる。近年, 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診の普及に伴って, 内分泌腫瘍や腺房細胞癌, Solid-pseudopapillary neoplasmなどの膀胱外膀胱腫瘍を経験する機会が増えており, その際は免疫細胞化学が診断に有用である。そのため, 今後は免疫細胞化学に対応可能な体制を整備しておく必要がある。

◇ワークショップ I

子宮内膜細胞診における LBC の有用性—直接塗抹と比較して—

WS1-1 LBC 検体の適正基準について

福井大学医学部産科婦人科¹⁾, (株) 東海細胞研究所²⁾, 久留米大学病院病理部³⁾, 東京女子医科大学産婦人科学講座⁴⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁵⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科⁶⁾, 福井大学附属病院病理部⁷⁾

○品川明子(MD)¹⁾, 黒川哲司(MD)¹⁾, 森 正樹(CT)⁷⁾, 今村好章(MD)⁷⁾, 吉田好雄(MD)¹⁾, 坂本寛文(CT)²⁾, 山口知彦(CT)³⁾, 花田 梓(CT)⁴⁾, 則松良明(CT)⁵⁾, 矢納研二(MD)⁶⁾, 平井康夫(MD)⁴⁾

第 53 回日本臨床細胞学会秋期大会のワークショップにおいて、「子宮内膜細胞診標本の検体適正基準」について議論された。LBC 検体のみならず直接塗抹検体においても、検体の適正に関する取り決めが存在しない現状では、子宮内膜細胞診結果報告様式 2012 版の検体適正/不適正の基準が最も参考とされる。

検体不適正と判定する理由として、標本の乾燥や固定不良、炎症所見や出血性背景で鏡検不可能、臨床情報不足、採取細胞量不足などが挙げられる。この中で特に、「診断に十分な採取細胞量とは？」という点について、活発な討議が交わされた。内容は、前述の報告様式では『50～100 個（以上）の内膜上皮細胞により構成されるものを「細胞集塊」と定義し、これらの「細胞集塊」が 10 以上認められるもの、もしくは組織様大型集塊が（1 個でも）出現していれば適正とする』とあるが、この定義が LBC 検体においても、さらには全年齢に適用されるか、という点であった。

前回ワークショップの総括ではおもに、(1)直接塗抹及び LBC 検体（今回の報告は SurePath 標本）において、上記の適正基準が妥当であること (2)LBC 検体では、乾燥や出血性背景で診断不可能であった不適正検体数が減少すること (3)高齢者の萎縮内膜においては、年齢を考慮に入れた適正基準を検討する必要があること、といった内容が話し合われた。

本ワークショップでは、前回の 4 施設の発表をまとめて提示し、現時点で考える LBC 検体の適正基準について提案する。

WS1-2 子宮内膜細胞診における LBC の有用性—直接塗抹と比較して細胞形態像の違いについて

東海細胞研究所

○坂本寛文(CT)

【目的】子宮内膜細胞診の LBC 標本において従来法との違いはどこかを細胞形態像から検討し、有用性について報告する。

【対象および方法】2009 年 7 月からの約 6000 件のシュアパス TM 法における子宮内膜細胞診標本をもとに細胞形態像の特徴を従来法と比較した。

【結果】大きな違いは背景細胞であり、直接塗抹では間質細胞が優位であるのに対して、LBC 法では液状処理であるため内膜上皮である円柱上皮が浮遊しているため散在性に背景にみられる点である。内膜標本によくみられる炎症像や出血像は LBC 標本では比較的きれいな背景となる。上皮、間質の区別も比較的容易になる。細胞所見では 1) 増殖期や分泌期では背景の円柱上皮に加え、こん棒状やシート状の上皮細胞集塊は小から中集塊で出現する。間質細胞は線維性結合組織と共に見られることが多い。2) 萎縮像は 30 から 50 個の小集塊で出現する。3) ホルモン環境異常では間質細胞が裸核状小集塊として見られ、上皮と間質が混在している上皮集塊にも注意すべきで、重積する 2 相性として見られる。4) 増殖症では比較的平面的に多列化する上皮集塊像で見られる。5) 異型増殖症以上を疑わせる集塊は 3 層以上の重積集塊で出現し、細胞極性に異常が見られる。以上の特徴をもとに低倍率で観察して全体像を捉えることができる。今回検討した症例は多施設からの検体であるが、LBC 標本では直接塗抹のような個々の標本におけるばらつきはなく、全体像の細胞形態は一定に保たれていた。

【考察】標本作製の標準化、細胞形態像の一定化、判定基準の標準化に加え追加免疫染色も可能であり、将来的には自動診断の可能性も考えられる。

WS1-3 Osaki Study Group 式内膜細胞診判定様式を運用した成績

奈良県立医科大学附属病院病院病理部¹, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座², 奈良県立医科大学婦人科学講座³, 奈良県立医科大学病理診断学講座⁴

○西川 武(CT)¹, 則松良明(その他)², 鈴木久恵(CT)¹, 田中京子(CT)¹, 川口龍二(MD)³, 内山智子(MD)⁴, 森田剛平(MD)⁴, 高野将人(MD)⁴, 中井登紀子(MD)⁴, 大林千穂(MD)⁴

子宮内膜細胞診の診断基準は未だ統一されたものが存在しない。その要因の一つとして、標本作製法が統一されていないことがあげられる。標本作製は直接法が主流で、個々の標本作製者によりその手技は異なり、その細胞像が大きく異なるからである。従って、均霑化された標本作製手技の確立は必須である。近年、Liquid based cytology (LBC)はその標本作製手技が均霑化されているため、子宮頸部細胞診において急速に普及している。最近、Osaki Study Group (OSG)では、この手技を子宮内膜に応用し、BD Sure Path™法 (SP法)を用いたLBC標本で、OSG式子宮内膜細胞診判定様式(OSG式判定法)を使用した細胞診を行う試みがなされている。OSG式子宮内膜細胞診判定法は三つのステップを経るシンプルな方式になっている。第一ステップでは、細胞集塊形状が整か不整か、かつ、核重積が3層以上を示すか否かをチェックする。第二ステップにおいて、種々の病態で観察される細胞形態学的特徴をチェックすると、第三ステップで病態を判定することが可能となる。また、内膜異型細胞 (ATEC) のカテゴリーを設け、「ATEC-US」と「ATEC-A」の2項目に分ける。今回我々は、子宮内膜細胞診においてLBC導入を目指し、従来法とOSG式の診断成績の比較検討を行った。その結果より、LBC法およびOSG式の有用性を示し、さらに実際のOSG式運用の成績における有用性と課題、及び内膜細胞診の可能性を考察する。

WS1-4 異型内膜上皮細胞 (ATEC) の細胞像に関する検討

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科¹, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理科², 愛媛県立医療技術大学保健科学部³, 久留米大学病理診断科病理部⁴, 富山赤十字病院病理科⁵, 東京女子医科大学産婦人科⁶

○矢納研二(MD)¹, 中村 豊(CT)², 村田哲也(MD)², 則松良明(CT)³, 大杉増美(CT)³, 山口知彦(CT)⁴, 前田宜延(MD)⁵, 平井康夫(MD)⁶

【目的】新たに記述式子宮内膜細胞診報告様式で設定された判定区分である異型内膜上皮細胞 (ATEC) の細胞所見、及び組織所見の特徴について検討する。

【対象・方法】鈴鹿中央総合病院と富山赤十字病院に於いて、BD SurePath™法による内膜細胞診標本が作製され、同時に組織診断が施行された519例のうち、異型内膜上皮細胞；意義不明 (ATEC-US) と判定された13例、異型内膜上皮細胞；異型内膜増殖症以上を除外できない (ATEC-A) と判定された9例を対象とした。さらに、「陰性/悪性ではない」と判定された10例、「類内膜腺癌 G1, G2」と判定された10例を比較対象とした。

【結果】平均年齢はATEC-US 58.5歳、ATEC-A 60.8歳、「陰性/悪性ではない」54.8歳、および「類内膜腺癌 G1, G2」57.7歳であった。ATECと判定された全ての対象で不正子宮出血症状が認められた。細胞所見として、ATEC-USは、萎縮内膜細胞集塊とともに、化生性変化を示す細胞集塊が3層未満の細胞集塊として認められた。この所見は、「陰性/悪性ではない」では認められなかった。一方、ATEC-Aは間質細胞凝集塊像を伴わず、化生性細胞質変化を示す3層以上の核重積性を示す内膜上皮の不整形突出集塊が認められた。組織像との対比では、多くの場合、ATECと直接関連すると推定される所見は認められなかったが、一部の対象では、細胞質の扁平上皮化生や好酸性化生性所見が認められ、ATECと関連していると考えられた。

【結論】化生性細胞質変化を伴い、核異型を示す3層未満の細胞集塊は、ATEC-USと判定し、評価を継続することが妥当と考えられる。一方、これらに構造異型が加わった場合には、ATEC-Aと判定されることも容認される。

WS1-5 子宮内膜液状化細胞診標本における免疫細胞化学の有用性について

富山赤十字病院病理診断科¹⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部²⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央病院産婦人科³⁾, 東京女子医科大学産婦人科⁴⁾

○前田宜延(MD)¹⁾, 尾矢剛志(MD)¹⁾, 則松良明(CT)²⁾, 矢納研二(MD)³⁾, 平井康夫(MD)⁴⁾

子宮内膜細胞診において液状化検体細胞診(LBC)標本が導入されるようになり, ここしばらくの間にLBC標本の有用性について様々な紹介がなされてきた。すでにOSG式判定様式といったLBC標本を用いた判定方法が作成されているが, 現状としては判定に苦慮する症例に出会うことが時に経験される。代表的なものとして化生性変化の目立つEGBD症例と類内膜腺癌症例との鑑別が挙げられ, とりわけ「不整形集塊をなす内膜腺上皮細胞」の解釈が鑑別を難しくしている原因となっている。LBC標本では上皮成分が豊富に保持されることで同一症例における未染標本の作製も可能となり, 免疫細胞化学的な検索の併用が容易となった。日常診療の中でp53, MIB-1, 抗エストロゲン受容体抗体, 抗プロゲステロン受容体抗体, β -カテニンなどが頻用される一次抗体である。類内膜腺癌ではMIB-1の標識率が高まる他, p53の過剰発現を示す細胞が多くなる傾向にあり, 間質細胞との識別が問題となる集塊に対してもCD10を用いることで識別が容易であった。さらにType 2内膜癌の組織型の鑑別に苦慮することも経験される。前述に挙げた一次抗体に加えNapsin Aなどの一次抗体も組み合わせることで漿液性腺癌, 明細胞腺癌などの各組織型の鑑別においても診断精度の向上につながった。本ワークショップでは良・悪性の鑑別や腫瘍組織型の判定などについて, 組織標本における染色態度との比較を加え, LBC標本での免疫細胞化学的検索の有用性について考察したいと考えている。

◇ワークショップ2

WS2-1 肺癌細胞診と遺伝子検索—検体材料の取扱いを中心に— WS2-1 肺癌細胞診と遺伝子検索—on site cytologyでの検体取扱い—

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○松永 徹(CT)¹⁾, 宮本加菜(CT)¹⁾, 郷田 衛(CT)¹⁾, 片倉和哉(CT)¹⁾, 本山陸美(CT)¹⁾, 宮井由美(MD)²⁾, 林 俊哲(MD)²⁾, 香月奈穂美(MD)²⁾, 串田吉生(MD)^{1,2)}, 羽場礼次(MD)^{1,2)}

香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部では, 2000年より気管支内視鏡室へ出向き, 迅速染色によるon site cytologyを実施してきた。実施当初は, 採取不良による再検査率の低減や合併症の発生リスク低下が主目的であったが, 気管支鏡検査中にon site cytologyで迅速な細胞診断が術者へ報告されることにより, 術者の手技向上と適切な細胞採取が行われた結果, 細胞診精度が向上するという相乗効果が得られ, 肺癌診療におけるチーム医療に大きく貢献している。近年では, 分子標的治療薬選択のため非小細胞癌の正確な組織型推定が求められているが, 細胞像のみでは組織型推定が困難であることも少なくない。我々の施設ではより正確な組織型推定と正しい治療薬選択のために, 2006年よりon site cytologyで得られた細胞診材料を用いて, RT-PCR法によるEGFRやALKなどの遺伝子検索, cell block標本の作製による免疫組織化学やFISHを呼吸器内科と共同で実施している。実際には, 気管支鏡室で細胞診塗抹標本作製と気管支ブラシ洗浄の際, 細胞検査士がon siteで塗抹標本を迅速染色し, 鏡検, 良悪性の判定を採取部位毎に行っている。細胞診陰性の場合, 直ちに術者に報告し, 採取部位や採取法の変更を依頼する。気管支鏡検査終了後, on site cytologyで腫瘍細胞が採取されていることが確認された気管支ブラシ洗浄液からcell block標本の作製および遺伝子検索を行っている。

今回の発表では, 我々の施設で行われている気管支内視鏡検査の実際と気管支鏡検査で採取された微小検体から免疫組織・細胞化学的検索や遺伝子検索を視野に入れた適切な検体処理法について報告する。

WS2-2 呼吸器領域における遺伝子診断検体作製の工夫

大阪府立成人病センター病理・細胞診断科

○竹中明美(CT), 富田裕彦(MD)

【はじめに】診断といっても、臨床診断、病理診断などある。呼吸器分野での診断は近年、遺伝子診断は欠かせない診断法となっている。当センターにおける遺伝子診断に提出する適切な検体と工夫を紹介する。「オンサイト細胞診」重要なことは遺伝子診断に提出する検体に目的とする細胞が採取されていることである。そのため、気管支検査室でのオンサイト細胞診を行い、腫瘍細胞が採取されていることを確認する。組織型に関係なく、通常、4本(EGFR, ALK, K-ras, その他)の生理食塩水細胞浮遊液を作製する。オンサイト細胞診は迅速ショール染色で判定しているが、腺癌と判定し、術前検査でなければ、その時点でEGFR検索に提出する。また、他の組織型であっても、最終診断完了(半年をメドにしている。)まで、凍結保存する。通常、気管支鏡での組織における免染を施行し依頼する。「細胞標本と遺伝子検索」再発など凍結保存期間を過ぎて遺伝子診断が必要な症例がある。細胞診標本での検索となるが、迅速ショール染色はパニコロウ染色と同じ固定法のため、遺伝子検索可能である。「細胞診での遺伝子診断への応用」臨床側から胸水の検体での遺伝子検索の要望が増加している。一般にセルブロック作製・腺癌(非小細胞癌)と診断・免染(EGFR, ALK)施行後、胸水を遺伝子検索へ提出する。しかし、時間がかかるため、細胞診標本で免染を施行する試みをしている。特に、ALK腺癌の組織像、細胞像に特徴があるとされ、胸水細胞像でALK腺癌を疑う症例がある。細胞診標本でALK免染陽性であれば、短時間に遺伝子検索に胸水を提出することができ、早期治療に役立つ。細胞像の理解は遺伝子診断への道に繋がる。

WS2-3 肺癌細胞診の検体材料の取り扱い—山口大学医学部附属病院の取り組み—

山口大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 山口大学医学部附属病院検査部²⁾

○矢野恵子(CT)¹⁾, 藤永道子(CT)¹⁾, 池谷祐美(CT)²⁾, 星井嘉信(MD)¹⁾

山口大学医学部附属病院では、呼吸器細胞診検体として提出される材料は、気管支擦過、気管支洗浄液、喀痰が主体で経皮的肺穿刺吸引などの材料は稀である。当院の気管支擦過および気管支洗浄液に関する検体の取扱いについて報告する。2006年より、気管支鏡下で得られた擦過材料は、ガラスへの直接塗抹を行うことなくLiquid Based Cytology(以下LBC)として固定液の入った容器で提出されている。LBC法導入による利点として次の5点があげられる。1)従来法では採取器具(ブラシ)をガラスに軽く叩きつけて塗抹標本を作製するため感染予防の観点から問題があったが、その問題を回避できる。2)塗抹時の乾燥による不良標本が無くなり診断精度の向上につながる。3)基本的には、まず直径13mmの円形塗抹範囲に集細胞して作製したパニコロウ染色標本1枚を鏡検するため、効率の良いスクリーニングが可能である。4) LBCの残り検体はEGFRなどの遺伝子検索のために保存する。5)組織生検材料により診断に至った症例に関しては、LBCの残り検体で遺伝子検査を行う必要が無いため、残り検体は学生実習の教材標本などに利用する。LBC法導入の欠点としては、ギムザ標本を得ることができない点が最も大きい。これには賛否両論あるであろうが、当院では、悪性リンパ腫などが疑われる場合は、残り検体から標本を複数枚作製して免疫染色を行うことで補助的診断が可能と考えている。限られた検体を用いて、如何に診断精度を上げるか、さらに遺伝子検索により分子標的治療薬が適応するか否かの検査を迅速に行うことが、今、肺癌治療にかかわる臨床医から最も求められていると考えて細胞診に取り組んでいる。

WS2-4 当院における経気管支擦過細胞診の細胞診検体取扱いについて

奈良県立医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 奈良県立医科大学病理診断学講座²⁾

○鈴木久恵(CT)¹⁾, 西川 武(CT)¹⁾, 龍見重信(CT)¹⁾,
田中京子(CT)¹⁾, 内山智子(MD)^{1,2)}, 森田剛平(MD)^{1,2)},
高野将人(MD)^{1,2)}, 中井登紀子(MD)^{1,2)},
畠山金太(MD)^{1,2)}, 大林千穂(MD)^{1,2)}

呼吸器領域では癌細胞の存在診断のみならず治療法選択のために組織型診断, 非小細胞癌に対しては分子診断が求められている. その為に, 細胞診検体を用いて, 従来の形態診断に加え, 免疫染色や ERFG 遺伝子変異検査, ALK 免疫染色, FISH 検査が必要となる場合がある. そもそも呼吸器領域は細胞採取が難しく, 従来の擦過細胞診直接塗抹法では, 標本作成時の乾燥や血液混入によって, 判定困難な場合があり, 例え悪性と診断できても, さらに免疫染色による組織型推定や分子検査は困難であった. この様な従来法の問題点の解決策として, 婦人科領域を中心に普及している液状細胞診 (liquid-based cytology: 以下 LBC 法) が, 呼吸器領域でも期待されている.

当院では, 年間約 9000 件の細胞診のうち経気管支擦過細胞診は約 180 件程度施行されており, 直接塗抹法を作製後, サイトリッチレッド保存液にてブラシを洗浄し, その一部を用いて LBC 標本(BD シュアパス™法)を作製し, 従来法と LBC 法を併用することで両者の利点・欠点を補い, 診断精度の向上に努めている. LBC 残余検体は, 炎症性疾患が疑われる際には特殊染色を施行し, 原発臓器の鑑別や組織型の推定が求められる際には免疫染色を施行し, 原発性非小細胞肺癌と診断された際には遺伝子検査に提供している. EGFR 遺伝子変異検査は外注であるが, ALK 融合遺伝子解析は免疫染色, FISH とも院内で行っている. 免疫染色は翌日, FISH 検査は翌々日に行われ, 検体受理後, 4 作業日で結果報告が可能である.

本シンポジウムでは, LBC 法を用いた遺伝子検査に加え, 当院にて実際に行っている日常業務の経気管支擦過細胞診取扱いを紹介し, 呼吸器領域での LBC 法の有用性を報告する.

◇ワークショップ 3

口腔の上皮異形成症を考える

WS3-1 口腔上皮性異形成症の臨床的・細胞診断学的位置付け

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○関根浄治(DDS)

上皮性異形成症 (epithelial dysplasia) は, 前癌病変や前癌状態に属する病変にも認められ, 癌への転化を示唆するものが多い. かつて WHO では, 臨床的な前癌病変に対する組織学的分類として, 1) 扁平上皮性異形成, 2) 扁平上皮内癌 (CIS) を挙げた. さらに, 病理組織学的 dysplasia の診断基準として 16 項目を挙げ, 合致する項目数により mild, moderate, severe と判定した. 一方, 浸潤癌に進展する dysplasia を含めて扁平上皮内腫瘍 (squamous intraepithelial neoplasia, SIN) という概念も提唱されている.

2015 年に発刊予定の口腔細胞診診断ガイドラインでは, dysplasia は SIN という解釈されており, mild, moderate dysplasia は LSIL に, severe dysplasia, CIS は HSIL に相当するとしている.

口腔細胞診では, いわゆる境界病変では判定に難渋することがしばしばある. 過去のわれわれの調査では, LILM とされた症例の約 30% に CIS や扁平上皮癌が見られた. 口腔扁平上皮癌では, 表層分化型を呈するものがある. また, 上皮異形成症のすべてが癌化するわけではなく, 口腔扁平上皮に発症する病変は極めて tricky である.

本発表では, 口腔上皮性異形成症の臨床像と細胞像を概説する. また, 現在われわれが取り組んでいるさまざまな口腔病変における Nucleus accumbens-associated protein 1 の発現についても併せ紹介する.

WS3-2 病理組織診と細胞診における Epithelial dysplasia (上皮性異形成) の診断基準

朝日大学口腔病態医療学講座口腔病理学分野

○田沼順一(DDS)

口腔粘膜に生じる臨床診断名の白板症 leukoplakia や紅板症 erythroplakia には、細胞診では NILM, LSIL, HSIL, SCC に相当し、組織診では Hyperkeratosis, Hyperplasia, Epithelial dysplasia, SCC と診断される病変が含まれる。口腔粘膜の上皮性異形成『Epithelial dysplasia』は、組織学的には Mild・Moderate・Severe / Carcinoma in situ に分類され、正常な粘膜と浸潤癌である扁平上皮癌との間の幅広い境界を有する上皮性変化と考えることができる。さらに「将来、浸潤癌になる可能性が高い上皮」と認識する必要があり、細胞診では LSIL, HSIL に相当する口腔粘膜疾患である。今回のワークショップでは、上皮性異形成の病理組織像 (HE 像・免疫染色 CK10/13, CK17, Ki67 etc) を細胞診と対比させながら、上皮性異形成の診断基準や診断のポイントを紹介する。また口腔の扁平上皮癌は、正常な粘膜上皮から直接発生する経路 (de novo 癌) とこの上皮性異形成を経て癌化する経路 (Sequence 癌) が考えられているので、この点を含めて診断に苦慮する人が多いのでいくつか症例を呈示する。

WS3-3 上皮異型性と異形成、早期口腔癌の病理組織像の捉え方 分子生物学的解析からの考察

国立がん研究センター中央病院病理科・臨床検査科

○森 泰昌(DDS)

口腔扁平上皮癌に繋がる上皮異形成の病理組織像を捉えるためには、二つのベクトルについて整理し理解することが重要であろう。一方は、反応性異型上皮との鑑別である。細胞診や生検検体診断では、反応性異型上皮を除外することが困難な異形成や、上皮内癌症例にしばしば遭遇する。もう一方は、発がんに寄与する因子である。最も良く知られた口腔発がんのリスクファクターは喫煙と飲酒である。これまでは生活習慣の改善とともに口腔癌の発症は低下すると考えられていた。しかしながら、近年緩徐に口腔がんを含めた頭頸部癌の発症の増加が報告されている。そのリスクファクターは Human Papilloma Virus (HPV) や Epstein Barr Virus (EBV) であり、非喫煙、非飲酒の比較的若年層での発症が見られる。これら HPV 関連癌と非関連癌では、組織形態学的特徴や臨床的な予後が異なることから診断的価値が高い。本発表では、口腔癌の早期病変の組織形態学的な捉え方を、プラクティカルに特徴的な症例を用い解説したい。加えて、HPV 関連口腔扁平上皮癌や新たな診断マーカー、次世代シーケンサーを用いた異形成上皮での遺伝子変異の蓄積の検索状況について最近の知見を報告する。

◇ワークショップ 4

膵上皮内癌に迫る一細胞診による上皮内癌の診断は可能か

WS4-1 膵上皮内癌診断における膵液細胞診の有用性

JA 広島厚生連尾道総合病院消化器内科¹, JA 広島厚生連尾道総合病院病理研究検査科²

○花田敬士(MD)¹, 佐々木健司(CT)², 神田真規(CT)², 杉山佳代(CT)², 米原修治(MD)²

近年、膵癌早期診断の目標は腫瘍径 1 cm とされているが、上皮内癌はさらに良好な予後が期待されている。今回、過去 7 年間に当院で経験した膵上皮内癌診断における膵液細胞診の有用性を検討した。2007 年 1 月から 2014 年 12 月の間に膵癌疑いで当院を受診した 6475 例のうち、腹部 CT, MRCP, EUS 等を画像所見に応じて施行した後、主膵管の限局的狭窄、尾側膵管の拡張、膵管分枝の拡張等を認めた場合は ERCP 併用膵液細胞診を、明らかな腫瘍性病変を認めた場合は EUS-FNA を施行した。その結果、399 例を膵癌と確定診断。外科的手術の結果、16 例が膵上皮内癌と最終診断された。16 例中 14 例に、術前内視鏡的経鼻膵管ドレナージ (ENPD) 留置下にて複数回膵液細胞診を施行し 11 例が陽性、3 例は陰性であったが、画像所見から強く膵癌が示唆され手術が施行された。ENPD を施行せず診断された 2 症例の内訳は、1 例は中部胆管癌にて施行された手術標本上で指摘、1 例は on-site の膵液細胞診で陽性と診断された。ENPD 留置下膵液細胞診後の重症急性膵炎は現在まで認めていない。以上の結果から、膵上皮内癌の診断において膵液細胞診は非常に重要であり、特に MRCP, EUS など膵管に限局的な狭窄、拡張を有する場合は、膵上皮内癌の存在を念頭に ENPD 留置下複数回膵液細胞診の施行を考慮すべきである。

WS4-2 膵液細胞診による膵上皮内癌診断の有用性と課題

鳥取大学医学部消化器内科¹, 鳥取赤十字病院内科², 鳥取大学医学部病理部³, 鳥取大学医学部病態検査学講座⁴

○松本和也(MD)¹, 原田賢一(MD)¹, 武田洋平(MD)², 斧山 巧(MD)¹, 川田壮一郎(MD)¹, 遠藤由香利(CT)³, 大野千恵子(CT)³, 永見光子(CT)³, 堀江 靖(MD)³, 広岡保明(MD)⁴

【背景】本邦では、10 mm 以下である TS1a 膵癌の 5 年生存率は 80.4% と良好だが、その発見率は 0.82% (189/22948 人) と非常に低い。膵上皮内癌を発見する鍵として、限局的な膵管狭窄を認める際に膵液細胞診 (PJC) を実施する有用性が報告されているが、その手技・有害事象・発見後の経過に関しては明らかでない。

【目的】膵上皮内癌診断における PJC の意義について検討する。

【方法】2009 年 4 月～2012 年 3 月に当院にて PJC を施行した 89 例 (癌/非癌 36/53 例, ENPD 留置法/セクレチン負荷法 32/57 例)。ENPD tube は PD-PD5F (31SC) 260C12 (Gadelius Medical K.K, Japan) を使用した。ENPD 留置法は 6 回膵液採取し、セクレチン負荷法はセクレチン製剤 0.2 μg を 1/32 希釈し、負荷後 1 回膵液を採取した。

【結果】膵癌診断の感度/特異度/陽性的中率/陰性的中率/正診率は、全体 (74.3%/100%/100%/85.7/89.9%), ENPD 留置法 (70.0% /100%/100%/88.0%/90.6%), セクレチン負荷法 (76.0%/ 100%/ 100%/ 84.2/89.5%) で ERCP 後膵炎を 5.6% 認めた。上皮内癌を 1 例 (2.8% (1/36)) 認め、術後再発を認めず。また、PJC で膵癌と診断したが画像上膵腫瘍を認めなかった 1 例は手術を拒否、2 年 3 ヶ月後に局所進行膵癌となり、現在化学療法施行中である。

【結語】PJC の手技は ENPD 留置法・セクレチン負荷法いずれも有用であった。膵上皮内癌の存在診断に PJC は有用だが局在診断できないことが課題である。上皮内癌を診断した際に、限局性膵管狭窄付近を切除することや、膵管狭窄を認めない場合の治療指針に関しては、慎重に検証すべきである。また、ERCP 後膵炎を考慮すると、PJC を実施すべき症例を絞り込むサロゲートマーカーの開発も望まれる。

WS4-3 当院における膵液細胞診にて判定可能であった膵上皮内癌およびIPMN由来膵癌

京都大学医学部附属病院病理診断科

○南口早智子(MD)

膵液細胞診は、EUS-FNAが増加してきた当院でも件数は、膵液424件、EUS-FNA450件(2011-2013)とほぼ同数である。膵液は一人の患者につき平均4-5回の検体提出があるがEUS-FNAはほぼ1回であり、それぞれ細胞診が行われた患者数は膵液約100名、EUS-FNA約400名であった。膵液がEUS-FNAよりも効果を発揮するのは、画像的に腫瘍が明らかではなく、膵管に病変が存在する可能性のある主膵管狭窄、閉塞性病変における上皮内癌や微小浸潤癌などの検出である。また、現在日本では、EUS-FNAが推奨されていない膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)などの嚢胞性病変における高異型度病変の検出である。当院での経験症例からわかることは、上皮内癌の場合は、細胞像としては、従来から行われて来た診断基準に則り、高い細胞異型を示す細胞を検出することで診断可能であったが、孤立性細胞、小集塊で出現することに注意が必要であった。また、腫瘍が画像的に明らかではないことから、カンファレンスなどで臨床側と情報を共有し、慢性膵炎等による反応性異型を過剰判定しないよう、複数回の判定も必要である。IPMNについては、増大する充実性腫瘍の有無の確認も必要であるが、IPMN以外の部位に高異型度病変が存在することも経験した。低異型度腺腫と高分化型腺癌や消化管上皮の混入との鑑別が問題となる。細胞診による上皮内癌の診断は可能か、という主題に対しては、全てが可能ではないが、膵液に腫瘍細胞が出現すれば、従来の判定基準で十分診断可能であり、画像・臨床像と合わせ、総合判断が必要な分野であると考えられる。

WS4-4 膵管内乳頭粘液腫瘍(IPMN)において浸潤を評価する細胞像

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター臨床検査科¹⁾、水戸済生会総合病院臨床検査科²⁾、筑波メディカルセンター病院臨床検査科³⁾、茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理診断科⁴⁾、富山大学大学院医学薬学研究所病理診断学講座⁵⁾

○内田好明(CT)¹⁾、阿部香織(CT)¹⁾、新発田雅晴(CT)¹⁾、吉澤一恵(CT)¹⁾、川崎智章(CT)²⁾、小谷松寿美子(CT)²⁾、石黒和也(CT)³⁾、斉藤仁昭(MD)⁴⁾、井村穰二(MD)⁵⁾、飯嶋達生(MD)⁴⁾

【背景と目的】膵管内乳頭粘液腫瘍(IPMN)は比較的予後良好とされるが、腺腫、上皮内癌、IPMN由来浸潤癌(由来癌)と癌化が進むに従い予後が低下すると報告がある。国際診療ガイドラインでは、手術適応決定因子の1つに細胞診陽性があげられており、細胞診において上皮内癌と由来癌およびIPMN併存膵管癌(併存癌)の鑑別が可能となれば加療選択に寄与出来るものと考えられる。今回、上皮内癌と浸潤癌の鑑別を中心に細胞像を検討した。

【対象と方法】対象は、2006年から2014年に当院および水戸済生会病院、筑波メディカルセンター病院にて外科的切除が行われたIPMN23例(腺腫10例、上皮内癌4例、由来癌〈粘液癌4例、管状腺癌3例〉、併存癌2例)の膵液細胞診。細胞像の比較は、膵液細胞診に対する多施設共同研究を基に細胞重積、核配列不整、集塊辺縁凹凸不整、核腫大、核形不整、クロマチン異常の5項目を4段階に評価した後に、単純加算により数値化したスコアリングを用いて行った。

【結果】上皮内癌と比較して、由来癌(管状腺癌)においてクロマチン異常、併存癌において配列不整が著明であり、スコアが有意に高値であった。また、スコアリング以外の特徴的な所見として、由来癌(粘液癌)では、粘液や壊死を背景に印環細胞様ないしは小集塊性に腫瘍細胞を認めた。

【結論】由来癌は管状腺癌と粘液癌、併存癌は管状腺癌がほとんどであることが報告されている。今回、由来癌(管状腺癌)および併存癌の推察には、配列不整とクロマチン異常が重要であり、粘液癌の推察には、粘液や壊死を背景に、印環細胞様の異型細胞や小集塊性腫瘍細胞の出現が重要と思われた。

WS4-5 膵液細胞診で通常型膵癌と IPMN 由来膵癌の上皮内癌の診断は可能か

大阪赤十字病院病理診断科¹⁾, 大阪赤十字病院消化器内科²⁾

○稲山久美子(CT)¹⁾, 前野健一郎(CT)¹⁾,
嶋田俊秀(MD)¹⁾, 松田史博(MD)²⁾

近年, 画像診断技術の進歩により膵臓領域の細胞診検体が増加している。「膵上皮内癌に迫る」においては, 浸潤性膵管癌の前癌病変を細胞診で診断可能かという事になる。膵上皮内腫瘍性病変 (PanIN), 膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN), 膵管内管状乳頭腫瘍 (ITPN), 粘液性嚢胞性腫瘍 (MCN) があげられるが, 浸潤性膵管癌の多くは PanIN に由来すると推測され, 浸潤部分が管状腺癌いわゆる通常型膵管癌である。浸潤性膵管癌の少数は IPMN に由来すると推測され, ITPN や MCN は稀であるため今回は, PanIN と IPMN の異型性と浸潤癌の間の上皮内癌の細胞学的鑑別を目的とし, 2008 年 10 月から 2014 年 12 月までに外科的切除術が行われた IPMN25 症例 (IPMA : 5, IPMC : 6, borderline malignancy : 5, IPMC + MIC : 2, IPMC + MC : 1, borderline malignancy + IDC : 1, IPMA + IDC : 4, IPMC + IDC : 1) を用いて検討した。壊死の有無, 背景粘液量, 細胞質粘液量, 集塊の大きさ, 重積性, 核間距離, 核内所見 (クロマチン・核型不整・核小体) について見直し検討した。悪性度が増すにつれて, 細胞質粘液は減少し, 集塊は小型化, 核間距離は不均等, クロマチンは微細になり, 核型不整も頻度が高く, 核小体も目立つ。核内封入体も認める傾向にあった。壊死や背景粘液の量, 重積性の度合いは悪性度とは必ずしも相関しなかった。完全な鑑別は難渋した。膵液細胞診において異型度の最も強い病変部位の細胞が必ずしも採取されるとは限らない。しかし予後予測を考慮した治療方針の決定には術前膵液細胞診での鑑別診断が重視されるため, 臨床に役立つ詳細な所見を要する。パパニコロウ判定を第一にそして MUC 染色などの免疫染色を加えた一助的な検査の追加も必要であろう。

◇ワークショップ 5

尿細胞診の補助診断

WS5-1 ユビキリン 2 に着目した尿中癌細胞検出法 : 有用性と課題について

奈良県立医科大学病理病態学¹⁾, 奈良県立医科大学附属病院病理部²⁾

○島田啓司(MD)¹⁾, 藤井智美(MD)¹⁾, 田中京子(CT)²⁾,
西川 武(CT)²⁾, 小西 登(MD)¹⁾

尿細胞診においてはこれまでに, 主として染色体, 遺伝子異常に基づく補助診断法が報告されているが, 癌細胞特有の生物学的特性に着目した癌検出マーカーは少ない。我々はこれまでに, 膀胱尿路上皮癌細胞 (urothelial carcinoma, UC) は, 正常尿路上皮細胞に比して活性酸素種 (ROS) を過剰に産生しており, ROS を標識することで尿中剥離細胞から癌細胞を効率よく検出できることを報告した。しかしこの手法は検体処理がきわめて煩雑で, 検出可能時間も短いため実用的でない。そこで, ROS に代わりうる標識マーカーとして着目したのがユビキチン関連蛋白質であるユビキリン (UBQLN) 2 である。UBQLN2 は ROS を介した毒性から癌細胞を守る役割を担う分子で, UBQLN2 の安定持続的な発現は ROS 産生量が多い UC の生存に不可欠と言える。膀胱癌や腎盂・尿管癌の自然尿検体を用い, 抗 UBQLN2 抗体による免疫細胞染色を行ったところ, UBQLN2 は UC の核, 細胞質に強く発現しており, 癌の検出感度を中心に尿細胞診診断精度が改善した。また, high grade, 浸潤癌細胞は核に強く染色される傾向があり, 尿細胞診の段階で悪性度を推定できる可能性がある。尿管上皮細胞は UBQLN2 陰性であり, この点も診断精度向上に貢献したと思われる。一方で, UBQLN2 は好酸球や尿路上皮基底層細胞においても脆弱ながら発現し, 診断に際しては形態的検討との併用が欠かせないことが分かってきた。UC 検出マーカーとしての UBQLN2 の有用性と実用化する上で問題点について述べたい。

WS5-2 尿細胞診における補助診断—FGFR3 蛋白の発現—

山梨大学医学部附属病院病理部¹⁾, 山梨大学医学部人体病理²⁾

○中澤久美子(CT)¹⁾, 弓納持勉(CT)¹⁾, 石井喜雄(CT)¹⁾, 峰 広美(CT)¹⁾, 佐藤詩織(CT)¹⁾, 中澤匡男(MD)¹⁾, 近藤哲夫(MD)²⁾, 加藤良平(MD)^{1,2)}

【目的】尿路上皮癌における遺伝子解析の研究により, 線維芽細胞増殖因子受容体 (FGFR) のうち, FGFR3 遺伝子の膀胱低異型度筋層非浸潤癌への関与が明らかになってきた。これまで我々は, 尿路上皮癌における FGFR3 蛋白発現について, 膀胱組織および尿細胞診材料の検討により, 悪性細胞に FGFR3 蛋白の発現が認められる事を報告した。今回は, 尿細胞診における補助診断として FGFR3 蛋白発現の有用性について検討した。

【材料および方法】対象は, 組織診で尿路上皮癌と診断された術前尿細胞診 81 例 (低異型度 24 例, 高異型度 57 例) で, 細胞診断は, 悪性 52 例, 悪性疑い 14 例, 良悪性鑑別困難 15 例である。また, 陰性対象として, 臨床的に尿路上皮癌が否定的な尿細胞診 20 例 (良性異型 16 例, 鑑別困難 4 例) を併せて検討した。免疫染色は, FGFR3 抗体 (clone B-9) を用い自動免疫装置にて行った。染色性の評価は, 異型細胞の細胞質に発現したものを陽性とした。

【結果】まず異型度別の FGFR3 蛋白の発現結果は, 低異型度は 24 例中 13 例 (54.1%), 高異型度は 57 例中 32 例 (56.1%), 全体では 81 例中 45 例 (55.5%) に FGFR3 蛋白の発現が認められた。診断別では悪性 52 例中 34 例 65.4%, 悪性疑い 14 例中 6 例 42.8%, 鑑別困難例 15 例中 5 例 33.3% に FGFR3 蛋白の発現が認められた。それに対し, 陰性対象 20 例では 3 例 (良性 2, 鑑別困難 1) の 15% に発現が認められた。

【結語】今回の検討より, 鑑別困難例においても FGFR3 蛋白の発現が約 3 割に認められたことから, 細胞像にフィードバックし細胞診診断率の向上に寄与出来ると思われた。

WS5-3 尿細胞診への蛍光顕微鏡の応用—良性・悪性細胞の核小体・核容積比率の解析—

弘前大学医学部附属病院病理部¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座²⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座³⁾

○刀稱亀代志(CT)¹⁾, 小島啓子(CT)¹⁾, 星桂桂太(CT)¹⁾, 熊谷直哉(CT)¹⁾, 鬼島 宏(MD)²⁾, 黒瀬 顕 (MD)^{1,3)}

【はじめに】尿細胞診では, 細胞変性, 反応性変化, 異型細胞が少数などの理由で良悪の鑑別に苦慮する例も少なくない。良悪鑑別の補助的指標として, 共焦点レーザー顕微鏡を応用した核小体・核容積比率の有用性を第 55 回本学会総会にて発表した。その後, 蛍光顕微鏡の応用に変更し, 症例数, 解析細胞数を増やして検討を継続しており, このワークショップではその結果, 問題点, 将来展望を発表する予定である。

【方法】悪性ないし良性と細胞診断し, 組織学的にも確定診断のなされた症例を対象とした。Papanicolaou 標本上の解析細胞にマーキングをし, 蛍光顕微鏡 (KEYENCE オールインワン蛍光顕微鏡 BZ-X710) の明視野観察にて標本全体画像を作成後, 対物 100 倍で Z スタック画像を取得し, 標本上の座標を記憶させた。Papanicolaou 標本を脱色後, 4', 6'-diamidino-2-phenylindole (DAPI) にて核を蛍光染色し, 記憶させた座標の細胞を対物 100 倍の蛍光観察にて Z スタック撮影 (ピッチ 0.25 μm) した。取得した Z スタック画像を ImageJ ver. 1.43, plugin: Sync Measure 3D で展開し, 核容積, 核小体容積を計測し, 核小体・核容積比率 (核小体容積/核容積 $\times 100$, %) を各細胞ごと算出し, 悪性細胞群と良性細胞群を統計学的に比較した。

【結果】抄録執筆時点では検討を継続中であり, 昨年発表した共焦点レーザー顕微鏡での成績を記載する。核小体・核容積比率は, 悪性細胞群 1.9784 ± 1.7331 %, 良性細胞群 0.6045 ± 0.6193 % で, 悪性細胞群の方が顕著に高かった ($p < 0.001$)。

【まとめ】核小体・核容積比率は, 良性細胞群より悪性細胞群の方が有意に高いことが明らかとなり, 良悪性の鑑別に重要な指標となり得ることが示唆された。

WS5-4 上部尿路上皮癌の術前診断における UroVysion の有用性の検討

名古屋第二赤十字病院病理診断科¹⁾, 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学泌尿器科学講座²⁾

○岩田英紘(CT)¹⁾, 水野良昭(CT)¹⁾, 梅村 彩(CT)¹⁾, 新田憲司(CT)¹⁾, 長田裕之(CT)¹⁾, 水嶋祥栄(CT)¹⁾, 瀬古周子(CT)¹⁾, 前田永子(MD)¹⁾, 都築豊徳(MD)¹⁾, 佐々直人(MD)²⁾

上部尿路上皮癌の術前診断に尿細胞診が果たす役割は大きいが、疑陽性と判定される症例が少なくない。近年では FISH 法による解析が尿路上皮癌の診断に有用と報告されている。今回、術前診断目的で提出された分腎尿及び自然尿検体に対して UroVysion (Abbott 社) の有用性を検討したので報告する。LBC 法 (Hologic 社, ThinPrep) を用いて標準作製し UroVysion を行い、同じバイアルにて細胞診評価も行った。解析は Metafer Metacyte (Carl Zeiss 社) を用いて、20 個以上の上皮細胞を無差別に選択し、4 種類のシグナルのうち 3 種類以上が異常である割合が 10% 以上を示す場合を陽性と判定した。検体数は 42 例で、UroVysion による解析が可能であったのは 37 例であった。陰性コントロールは 16 例で、全例解析可能であった。42 例中、組織診断で上部尿路上皮癌と診断されたのは 33 例で、細胞診と UroVysion で陽性と判定できたのはそれぞれ 15 例 (45.5%)、16 例 (48.5%) であった。陰性コントロール 16 例では細胞診と UroVysion 共に全て陰性を示した。組織診断にて high grade であった症例の中には、細胞診疑陽性で UroVysion 陽性の症例も存在した。一部には、組織診断が陰性の症例に対して UroVysion 陽性と判定した症例も見られた。以上の結果から、UroVysion は細胞診と同等の特異性があり、さらに検出感度の高い可能性が示唆され、UroVysion は上部尿路上皮癌の診断には細胞診とともに有用な方法であると思われる。

WS5-5 尿細胞診における NMP22 と UroVysionFISH 併用による癌検出の評価

独立行政法人国立病院機構広島西医療センター研究検査科¹⁾, 2) 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター²⁾

○藤本貴美子(CT)¹⁾, 山下大貴(CT)¹⁾, 立山義朗(MD)¹⁾, 坂根潤一(CT)²⁾, 西村俊直(CT)²⁾, 戸田 環(CT)²⁾, 齋藤彰久(MD)²⁾, 倉岡和矢(MD)²⁾, 谷山清己(MD)²⁾

【はじめに】尿細胞診で異型細胞を認めた場合、尿路の悪性腫瘍が疑われる。大部分は尿路上皮癌で、術後再発しやすく、初発及び再発の早期発見が重要である。NMP22 測定は自然尿で行える腫瘍マーカー検査として迅速診断が可能で非侵襲的な補助診断法で、UroVysionFISH は染色体の数的異常を検出する分子細胞遺伝学的解析である。

【目的】尿検体を用い NMP22 と FISH 法併用による癌検出の評価を行なった。

【材料・方法】尿検査で異型細胞を認めた自然尿 109 例 (尿路上皮癌 96 例・腺癌 13 例：平均 76.5 歳) と Decoy cell 及び良性変性 9 例 (平均 61.0 歳) の計 118 例を対象とし、NMP22 定性測定 (イムノクロマト法) と UroVysion FISH を行った。

【結果】尿路上皮癌の NMP22 陰性 40 例の深達度別では (pTa/5, Tis/17, T1/12, T2/3, T3/1, T4/1, Tx/1 : 40/96 = 41.7%)、疑陽性 13 例 (pTa/4, Tis/5, T1/3, Tx/1 : 13.5%)、陽性 37 例 (Tis/5, T1/17, T2/7, T3/3, T4/3, Tx/2 : 37.5%)。腺癌 (PC) では陰性 3、疑陽性 4 (3/C, 1/D)、陽性 5 (D)、未実施 1 (計 13 例)。組織型不明 6 例 (陰性 5, 陽性 1)。Decoy cell 5 例と良性変性 2 例は陰性で、尿路結石症と膀胱炎は陽性。FISH では、尿路上皮癌 G2 (53 例)、G3 (36 例)、組織型不明 6 の 95 例で陽性。1 例 (UC/G2) が陰性。腺癌 13 例中 11 例で陽性、Decoy cell の 5 例と良性変性 4 例は全例陰性であった。FISH の数的異常は、CEP3>17>7 に強い傾向があり、9p21 欠失 (16/109 例 = 14.6%) のうち浸潤再発例は 87.5% (14/16 例；2 例は初発例) であった。

【考察】自然尿で異型細胞を認めた場合、NMP22 測定は迅速に実施でき、浸潤深達度の一助となった。UroVysionFISH の陽性は尿路上皮癌検出に有効であり、9p21 欠失の検出は浸潤や再発が予想された。

◇教育講演 I

子宮内膜癌の組織像と細胞像：細胞診はどこまで組織所見を捉えられるか

岡山大学病院病理診断科

○柳井広之(MD)

子宮内膜にみられる上皮の増殖性病変は大きく不規則増殖内膜、子宮内膜増殖症、子宮内膜異型増殖症 (AEH)、子宮内膜上皮内腫瘍 (EIN)、癌に分類される。子宮内膜異型増殖症の中には非浸潤性の腫瘍が含まれており、これらの病変は非腫瘍性の過形成と考えられる病変と非浸潤性および浸潤性腫瘍の2つに大きく分けることができ、前者と後者の鑑別に重要な点は細胞異型の有無にあるといえる。腫瘍性病変の中で AEH/EIN と類内膜腺癌の鑑別はいわゆる間質浸潤とよばれる所見の有無により行われ、細胞異型の程度で両者を鑑別することはできない。間質浸潤とされる所見のうち、篩状増殖は細胞診標本の中で大きな細胞集塊がみられれば認識することができる。また、間質細胞の変化も紡錘形細胞よりなる間質の出現として細胞診標本でもみられることがある。組織学的に AEH/EIN と類内膜腺癌の間の診断の再現性は十分ではなく、両者が混在することが稀ではないため、細胞診で両者を厳密に鑑別することは困難であるが、腫瘍性病変を指摘することでその役割を果たすことができると考える。子宮内膜の癌の中でも type II に分類される漿液性腺癌や明細胞腺癌は高度な核異型を示すことが特徴的で、大型核や粗造なクロマチンパターン、腫大した核小体等一般的な所見を拾い上げることで細胞診標本でも推定できることが多い。漿液性腺癌の繊細な乳頭状構造、明細胞腺癌の明澄な細胞質や間質の変化による特徴的な構築を示す細胞集塊の出現は核異型とともにこれらの腫瘍の組織学的特徴を反映したものである。本講演では鑑別の対象となる上記各疾患の概念に基づいて、子宮内膜細胞診の限界と可能性について整理してみたい。

【経歴】

平成3年3月 岡山大学医学部医学科卒業
 平成8年3月 岡山大学大学院医学研究科病理学専攻 (病理学第2) 修了, 医学博士
 平成8年4月 岡山大学医学部附属病院病理部 医員
 平成9年8月 国立福山病院研究検査科 第一研究検査科長
 平成11年4月 社会保険広島市民病院病理部 医師
 平成12年4月 同 副部長
 平成16年1月 岡山大学医学部・歯学部附属病院病理部 助手
 平成16年7月 同 副部長, 助教授
 平成22年4月 岡山大学病院 病理診断科 副科長, 准教授
 平成23年5月 岡山大学病院 病理診断科 教授

【著書】

子宮腫瘍病理アトラス, 子宮筋腫の臨床, 腫瘍病理鑑別診断アトラス 子宮頸癌, アトラス 細胞診と病理診断, 婦人科癌診療 Q&A 一つ上を行く診療の実践, 細胞診断マニュアル, 腫瘍病理鑑別診断アトラス 子宮体癌, 他

◇教育講演 2

HPV 感染の自然史から考える子宮頸がん検診と治療

金沢医科大学医学部産科婦人科学

○笹川寿之(MD)

検診精度をあげるためには、HPV 感染から発癌までの自然史を理解する必要がある。HPV16, 18 型などの遺伝子作用により扁平上皮癌や腺癌は細胞異型が強い傾向がある。一方、細胞異型の少ない分化型の頸癌は HPV 陰性である。代表は悪性腺腫であり、これは細胞診でも発見は難しい。CIN2 以上の異常検出感度は、高リスク型 HPV 検査(以下 HPV 検査)のほうが細胞診より高く、逆に HPV 陰性の CIN1 が CIN3 に発展する頻度は低いことが明らかになりつつある。しかし、検診における HPV 検査の優位性を担保するためには、すべての高リスク型 HPV を検出することが必須であり、高リスク型 HPV が現行の 13 タイプでいいかどうかにも議論の余地がある。市販の HPV 検査法もそれぞれの特徴を生かした適応を考える必要がある。円錐状切除術や頸部切除術など侵襲的治療は不妊症や周産期合併症の原因となる。HPV は扁平上皮基底層や頸管腺の細胞に感染し、宿主の免疫を回避して潜伏感染できるため、持続感染化は自然の流れである。この特徴を逆手にとり、HPV 感染病変の組織を破壊し、HPV 抗原を暴露させるフェノール療法を開発した。細胞診の追跡では、HSIL (LSIL), ACSUS, NILM へと変化し、HPV 検査で HPV 消失を確認した。月 1 回治療を約 200 例に試み、CIN1 は数か月、CIN2 は半年以内、CIN3 は約 1 年で完全消退した。患者の頸管粘液中のサイトカインパターンから、細胞性免疫を抑制する Th2 から促進する Th1 パターンへ変化したのちに消退する傾向がみられた。治療に抵抗する症例ほど長期間免疫抑制状態にあり、免疫抑制状態が治癒を妨げると考えられた。若い女性では、CIN2 までに発見して非侵襲的治療することが今後の新しい治療法になるかもしれない。

【略歴】

昭和 51 年 大阪府立豊中高校卒業
 昭和 58 年 金沢大学医学部卒業
 昭和 58 年 大阪大学医学部・産婦人科・豊中市立病院産婦人科・医員(初期研修)
 昭和 62 年 大阪大学微生物病研究所・婦人科・医員(後期研修)
 昭和 63 年 大阪大学医学部博士課程(大阪大学微生物病研究所・腫瘍ウイルス・大学院生)
 平成 4 年 吹田市民病院産婦人科・医員
 平成 5 年 英国ケンブリッジ大学病理・ICRF 腫瘍ウイルス部門・期限付き研究員
 平成 8 年 金沢大学医学部附属病院・助手
 平成 11 年 金沢大学・大学院医学系研究科・保健学専攻・助教授
 平成 18 年 金沢大学・大学院医学系研究科・保健学専攻・准教授
 平成 21 年 金沢医科大学・産科婦人科学・准教授
 平成 24 年 金沢医科大学・産科婦人科学・特任教授

【著書】

- Shigehara K, Sasagawa T, Namiki M. Human papillomavirus infection and pathogenesis in urothelial cells: a mini-review. *J Infect Chemother.* 20: 741-7, 2014.
- 笹川寿之, 山口直孝, 藤田智子, 高木弘明, 牧野田知 免疫学的視点から考える HPV 関連腫瘍の予防と治療 *日本性感染症学会誌* 25: 27-36, 2014.
- Sasagawa T¹, Takagi H, Makinoda S. Immune responses against human papillomavirus (HPV) infection and evasion of host defense in cervical cancer. *J Infect Chemother.* 18: 807-15, 2012.
- Sasagawa T, Mitsuishi T. Novel polymerase chain reaction method for detecting cutaneous human papillomavirus DNA. *J Med Virol.* 84: 138-44, 2012.
- 笹川寿之, 牧野田 知【婦人科がん—最新の研究動向—】子宮頸がん 子宮頸癌の検診・診断 遺伝子診断 ヒトパピローマウイルス(HPV)型判定, *日本臨床* 70(増刊) 4: 144-153, 2012
- 笹川寿之, ヒトパピローマウイルス(HPV)DNA 検査-Hybrid CaptureR 法, PCR 法の特徴, *臨床検査* 55: 1433-1443, 2011
- Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Sasagawa T et al. Retrospective International Survey and HPV Time Trends Study Group. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol.* 11: 1048-56, 2010.

◇教育講演 3

肺腫瘍新 WHO 分類とその細胞像

国立癌研究センター中央病院病理科

○葛 幸治(MD)

2015年3月に肺腫瘍のWHO分類が刊行される予定である。抄録投稿時の時点では一部の校正刷りが手元にあるのみであり、小修正が行われる可能性が否定できないが、次の様な変更点が認められる。1)4大組織型が腺癌, 扁平上皮癌, 神経内分泌腫瘍, 大細胞癌となった2)腺癌は2011年のIASLC分類をほぼ踏襲(腸上皮様形態を有する腺癌は免疫組織学的な形質分化の証明が省かれた。また名称がEnteric adenocarcinomaに変更された)3)扁平上皮癌の亜型はBasaloidのみとなった4)以前の大細胞癌は免疫組織学的に扁平上皮癌, 腺癌, 真の大細胞癌に分類することとなった5)大細胞神経内分泌癌が神経内分泌腫瘍に分類されることになった以上の点を中心に今回の改定について解説を行い, それらの細胞像についても解説を行う。

【略歴】

平成8年3月 関西医科大学 卒業
 平成8年4月 聖路加国際病院 内科系研修医
 平成10年4月 聖路加国際病院 病理診断部(内地留学)
 平成10年4月 関西医科大学大学院 病理学第二講座
 平成14年6月 国立がんセンター 東病院 チーフレジデント
 平成15年6月 国立がんセンター 研究所 病理部 第二組織病理研究室 中央病院併任
 平成17年10月 国立がん研究センター中央病院 病理科 医員
 平成20年8月 M.D. Anderson Cancer Center 病理部 (Moran 教授) 留学
 平成21年9月 国立がんセンター中央病院 復職
 平成23年4月 国立がん研究センター中央病院 病理科 医長

【著書】

腫瘍病理鑑別診断アトラス 肺癌 (分担)
 WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart, 4th Edition (分担)

【賞】

平成22年3月 財)がん研究振興財団 研究助成

◇教育講演 4

脳腫瘍迅速診断における細胞診の役割—標本作製から細胞診の見方・捉え方—

国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科

○佐藤信也(CT)

脳腫瘍の細胞診は、術中迅速病理組織診断と併用して行われることが多い。しかしながら、凍結標本作製過程でのアーチファクトや提出材料が小さい場合等、組織診断に苦慮することもしばしば遭遇する。その場合、細胞診では、それぞれの腫瘍の持つ特徴的細胞形態や背景などを十分捉えることができ、診断に有用な情報を得ることができる。多くの施設において、術中細胞診では提出組織の一部を捺印法あるいは圧挫法を用いて標本作製を行っている。それぞれに利点、欠点はあるため、可能な限り併用することが望ましい。ただし、圧挫標本による情報量がより優れていることは言うまでもなく、伸展具合を考慮すれば、組織の硬さや軟らかさを把握でき、線維性の細胞質や突起の有無、細胞成分の多寡、壊れ易い性質など、組織の持つ本来の特性を引き出すことができる。染色は、細胞質突起の状態を観察するにはHE染色が優れているため、第一選択としているが、推定される腫瘍に応じて、パパンニコロウ染色やディフクイック染色などを行う必要がある。本講演では、標本作製法の注意点について述べるとともに、脳腫瘍の中でも術中迅速診断を求められることの多い、星細胞系腫瘍や乏突起膠腫について、圧挫標本による腫瘍細胞の出現状態や形態の特徴と鑑別点について解説する。また、組織学的には異常な形態を呈する血管の出現が、腫瘍の悪性度や予後と関連することが知られている。この点から、細胞診圧挫標本内に出現する腫瘍血管の数や大きさ、形状などを捉えることで、悪性度分類においても術中迅速診断の補助となることをお示ししたい。

【略歴】

昭和 54 年 3 月 銀杏学園短期大学衛生技術科卒業
 (現) 熊本保健科学大学保健科学部医学検査学科
 昭和 54 年 9 月 宮崎医科大学医学部附属病院病理室
 技師
 平成 10 年 4 月 宮崎医科大学医学部附属病院病理部
 技術専門職員
 平成 10 年 4 月 放送大学入学
 平成 13 年 12 月 保健衛生学士取得 (学位授与機構)
 平成 17 年 4 月 宮崎大学医学部大学院博士課程入学
 平成 23 年 3 月 宮崎大学医学部博士課程修了 (医学博士取得)
 平成 23 年 4 月 宮崎大学医学部附属病院病理部 主任
 臨床検査技師
 平成 25 年 4 月 宮崎大学医学部附属病院病理部 技師
 長
 平成 26 年 4 月 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科 教授

◇教育講演5

甲状腺癌の組織・細胞分類の改定点—甲状腺癌取扱い規約第7版に向けて—

山梨大学医学部人体病理学講座

○加藤良平(MD)

現在, 甲状腺腫瘍の組織・細胞診断は「甲状腺癌取扱い規約第6版」(以下, 規約第6版)の基準によって行われていますが, この規約第6版が発刊されてからすでに10年の月日が流れ, その間, 組織分類上のいくつかの問題点や新知見が蓄積されてきました。さらに, 2007年には米国から「甲状腺細胞診ベセスダシステム」が刊行され, これが国際的診断基準になりつつあります。このような背景から, 甲状腺癌取扱い規約第6版の組織や細胞診における分類や判定基準の見直し, 規約第7版へ改定に向けた作業が行われています。今回はその過程で抽出された大きな改定点について述べていくこととします。

まず, 第一にWHO分類では, 乳頭癌亜型の一つに「充実型乳頭癌」がありますが, 規約分類(第6版)ではその組織亜型はみられず, 充実性増殖成分を持つ「低分化癌」に分類されています。次の規約分類(第7版)では充実性を乳頭癌の亜型の一つに採用することとなりました。第二には, 前述の充実型乳頭癌の採用に伴い, 低分化癌の診断基準を明確化しました。すなわち, 乳頭癌核所見を持たない濾胞上皮由来の甲状腺癌組織で, 充実性, 索状, 島状などの低分化成分が50%を超えるものを低分化癌と診断し, 50%以下のものは高分化癌を主診断として低分化成分の存在を付記することとなります。第三としては, 細胞診断の報告様式が「甲状腺ベセスダシステム」に準ずることになります。その結果, 報告様式の判定区分は検体不適正, 嚢胞液, 良性, 意義不明, 濾胞性腫瘍, 悪性の疑い, 悪性の7区分に分類することとなります。

以上の改定点についての供覧とご意見, ご批判を仰ぎたいと思います。

【経歴】

昭和53年 岩手医科大学医学部卒業
 昭和59年 岩手医科大学 講師(病理学第1講座)
 昭和63-平成元年 英国ウェールズ大学(客員研究員)
 平成2年 山梨医科大学 助教授(病理学第2教室)
 平成8年 英国ケンブリッジ大学(文部省在外研究員)
 平成12年 山梨医科大学 教授(病理学第2教室)
 平成12年 山梨医科大学附属病院・病理部長併任
 平成15年 山梨大学大学院医学工学総合研究部 教授(人体病理学講座)
 平成18年 山梨大学附属病院病理診断科長併任

【研究領域】

甲状腺の分子機能形態学
 甲状腺腫瘍の外科病理学
 甲状腺癌の遺伝子背景

【論文・著書】

多くの国際誌に200編以上の論文を発表。
 著書も文光堂の「外科病理学」をはじめ多数執筆。

【表彰】

日本病理学賞(2014年)

◇教育講演 6

リンパ腫における最近の進歩とピットホール

岡山大学大学院病理学

○吉野 正(MD)

疾患単位は、原因、経過、症状、病理的所見、予後が共通する場合広く認められるものである。WHO 分類では、ホジキン病がホジキンリンパ腫としてリンパ腫の一部となった。また、B 細胞性、T 細胞性を区別し、母細胞（由来細胞）による病型分類を目指している。母細胞を推定するという点では、B 細胞系は大略各分化段階に対応した診断名が与えられており、各疾患は染色体異常や責任遺伝子、予後との関係においても密接な関係が証明されている。一方、T/NK 細胞リンパ腫では、分化段階と診断とは B 細胞ほどの関連はなく、臓器単位、細胞形質、関係するウイルスなど種々さまざまな性格により疾患単位が形成されている。研究の進歩により疾患数は増加する。現に WHO 分類は膨大な‘疾患リスト’と化している。各疾患の頻度は非常に差異があり、全てを同程度に理解することは難しい。びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 DLBCL をひとつの疾患単位とした場合、全リンパ腫の 5% 程度以上を占めるリンパ腫は自験例では 5 疾患にすぎない。2001 年、2008 年に WHO 分類が上梓され、本年はちょうど 2008 年から 7 年目にあたる。新たな版がどうなるか定まっていないが、リンパ腫研究における最近の進歩およびリンパ腫診断のピットホールについて示す所存である。

【略歴】

昭和 56 年 3 月 岡山大学医学部医学科卒業
 昭和 60 年 4 月 岡山大学医学部医学研究科（病理学）卒業 学位取得
 昭和 60 年 4 月 岡山大学医学部付属病院病理部医員
 昭和 60 年 10 月 高知医科大学第二病理 助手
 昭和 61 年 4 月 岡山大学第二病理 助手
 平成 11 年 4 月 同上 講師
 平成 15 年 4 月 岡山大学大学院医歯学総合研究科 病理・病態学 教授
 平成 19 年 4 月 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科医歯学（修士課程）専攻長
 平成 21 年 4 月 岡山大学医学部医学科長
 平成 23 年 4 月 岡山大学医学部医学部長
 平成 26 年 4 月 岡山大学副学長（医学部長兼任）

この間平成 2 年 8 月～平成 4 年 3 月米国スタンフォード大学病理学教室に留学

学会理事評議員理事等

- ・国際リンパ腫研究グループ (ILSG) メンバー 2013 年～
- ・日本病理学会 理事 2010 年～2014 年
- ・日本がん学会評議員 2008 年～
- ・日本リンパ網内系学会 常任理事 2012 年～

現在委嘱されている中央診断委員・コンサルタント等

- ・厚生労働省 JCOG リンパ腫臨床研究 中央診断者
- ・日本病理学会病理診断コンサルテーションシステムコンサルタント
- ・国立がんセンターがん対策情報センター臨床試験・診療支援部病理診断

コンサルタント 2008 年 4 月～

学術雑誌編集委員

- ・日本病理学会 Pathology International, Associate Editor 平成 16 年～
- ・Cancer Science, Associate Editor 2011 年～

◇教育講演7

日常診断に役立つ軟部腫瘍細胞診の基礎知識

がん・感染症センター都立駒込病院病理科

○元井 亨(MD), 浅見英一(CT)

軟部腫瘍の殆どは間葉由来であり, 中でも悪性間葉性腫瘍は肉腫と呼ばれる。軟部腫瘍は希少であり肉腫は全悪性腫瘍の1%程度を占めるに過ぎないが, 全身のあらゆる部位から発生するため症例が様々な診療科に分散し, 診断や治療の専門家や専門施設も多くはない。したがって癌治療施設でさえも経験の少なさに伴う診断の困難さが付きまとい, 細胞診断もその例外ではない。一方, 軟部腫瘍の組織型は百種類以上と多く, 悪性度の高い肉腫を含むので治療方針決定のために機を得た適切な質的診断が不可欠である。本講演では日常の細胞診断業務において軟部腫瘍に遭遇した場合を念頭に置き, 診断に役立つ軟部腫瘍の基本的な特徴や最新のWHO分類(2013年)について概説する。次に細胞診断に関して, 細胞形態(紡錘形, 円形, 多形, 上皮様など), 配列や構築(胞巣状, 花筵状, 魚骨状など), 基質の種類(線維, 粘液, 軟骨, 骨など)に基づき分化方向や悪性度を把握する過程を代表的症例で解説する。なお細胞像の類似性, 腫瘍内多様性, 異型度と悪性度の解離等により細胞像単独の判定には危険があり, 年齢や発生部位などの臨床情報, 画像所見を合わせた判断が細胞診断上必須である。また細胞診の報告は決して無理をすることなく, 良悪性判定困難な場合は理由と共に率直に伝えることが肝要である。軟部腫瘍の約半数には融合遺伝子形成などの診断マーカーとなる遺伝子異常があり, 細胞診検体を用いた検出も可能である。近年の術前化学療法や分子標的治療の進歩により, 限られた検体で迅速かつ精度の高い診断を求められている。細胞診の簡便性, 迅速性は組織診, 遺伝子解析にはない利点であり, 統合的な活用が望ましい。

【略歴】

1992年 京都府立医科大学卒業
1992年-1996年 東京大学大学院医学系研究科病因・病理学専攻
1996年-2004年 東京大学医学部病理学講座及び附属病院病理部助教
2004年-2008年 東京大学附属病院病院講師
2004年-2007年 ニューヨーク市メモリアル・スローン・ケタリング癌センター分子病理診断学研究室(Dr. Marc Ladanyi)に研究出向, 骨軟部腫瘍の病理学的, 分子病理学的研究に従事。
2008年-2011年 帝京大学医学部病理学講座准教授
2011年-現在 がん・感染症センター都立駒込病院病理科医長。

【専門】

人体病理学, 特に骨軟部腫瘍の病理, 細胞診断学, 分子病理診断学

【表彰】

2009年 第35回ヨーロッパ細胞学会優秀ポスター賞第2位
2013年 第18回国際細胞学会最優秀口演賞

◇教育講演 8

口腔細胞診の基本

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座¹⁾, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科²⁾, 千葉西総合病院臨床検査科³⁾

○久山佳代(DDS)^{1,2)}, 松本 敬(CT)²⁾,
宇都宮忠彦(DDS)^{1,2)}, 末光正昌(DDS)^{1,2)},
森川美雪(CT)¹⁾, 二谷悦子(CT)²⁾, 浮ヶ谷匡恭(CT)³⁾,
岩堀朋美(CT)³⁾, 神林な奈絵(CT)³⁾, 齋藤隆明(DDS)³⁾

口腔領域の病変に対して、擦過細胞診(粘膜疾患)、穿刺吸引細胞診(顎骨内、唾液腺およびリンパ節病変)および捺印細胞診(手術材料)のいずれの手法も適用されている。特に擦過細胞診は、口腔がん検診を含めた口腔粘膜疾患を対象としたスクリーニング法であり、現在その検体数が増加している。ところが、口腔細胞診が難しいと敬遠される所以は、口腔粘膜疾患の分類と肉眼所見を整理しない状態で、細胞像と向き合わざるを得ないからであると推察される。口腔粘膜細胞診の習熟は、疾患分類、肉眼所見、病理組織像の理解が深まることによりなされると考える。そこで本報告は、細胞診によるスクリーニングを目的として提出された症例について、病理組織学的分類、肉眼所見、病理組織像および細胞所見をリンクさせて供覧する。要するに、観察される細胞がどの組織所見由来であり、肉眼ではどのように見えるのかを関連付けることを目的とする。また今日、液状化細胞診(LBC)が口腔領域でも普及しつつある。さらに採取器具も、綿棒、サイトブラシ、歯間ブラシ、専用ブラシと選択肢が広がりつつある。ところが、口腔領域は細胞診の普及活動が先行し、基本の整理が行われていないのが現状である。そこで、本報告ではLBC(SUREPATH, TACAS法)、コンベンショナル法および細胞採取器具別細胞所見の違いを併せて報告する。

【略歴】

昭和59年3月 日本大学豊山女子高等学校卒業
平成2年3月 日本大学松戸歯学部卒業
平成3年4月 日本大学松戸歯学部衛生学講座 助手
平成10年4月 日本大学松戸歯学部病理学講座 助手
平成13年4月 日本大学松戸歯学部病理学講座 講師
平成24年7月 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座 准教授
平成25年8月 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座 教授
平成25年8月 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科 科長

【著書】

頭頸部・口腔細胞診アトラス(医療科学社), 実践甲状腺・唾液腺細胞診(武藤化学株式会社), 口腔の細胞診(口腔保健協会)

◇教育講演 9

腫瘍細胞のバイオイメージングとその臨床応用

島根大学医学部産婦人科¹⁾, 金沢大学大学院医学系研究科産婦人科²⁾

○京 哲(MD)¹⁾, 高倉正博(MD)²⁾, 中山健太郎(MD)¹⁾

腫瘍細胞のバイオイメージングは癌診断において魅力的な戦略であり, 常に進歩し得る夢のあるテーマである. 本講演ではテロメレースを通じた新たな腫瘍細胞のバイオイメージングについて紹介させていただく. テロメレースが癌細胞特異的に発現することは, そのテロメア伸長作用を通じて細胞に不死化をもたらし, 癌化における重要なステップである. 一方, テロメレースの癌特異性を癌診断に応用する試みとして様々な研究が積み重ねられてきた. 我々はテロメレースの酵素活性を担うhTERTのプロモーターをクローニングし, それが癌細胞特異的にhTERTの転写活性化を賦与することを報告してきた. このプロモーターを切り出してアデノウイルスの複製を担うE1遺伝子の upstream に組み込んだキメラウイルスを作成し, 細胞に感染させたところ, プロモーター下流のE1遺伝子が癌細胞でのみ強発現する結果, 複製増殖することを見出した. つまり, テロメレースプロモーターの組み込みにより癌細胞特異的複製ウイルスを作製し得たわけである. このウイルスに蛍光蛋白GFPの遺伝子を組み込んだところ, 癌細胞で複製増殖したウイルスを蛍光で可視化することも可能となった. この原理を応用してウイルスを細胞診材料や血液サンプルに含まれる細胞に感染させ, 癌細胞をGFPで可視化する事に成功した. ウイルスを癌診断に使うのは斬新で面白い発想であり, 本講演ではこれらの技術の実用性, 有用性と将来展望について紹介したい.

【経歴】

昭和61年4月 産業医科大学医学部医学科卒業
医学博士 大阪大学(平成5年)
昭和61年7月1日 大阪大学医学部附属病院産婦人科
医員
昭和62年7月1日 大阪府立病院産婦人科医員
平成5年10月1日 米国ノースウエスタン大学留学
平成7年4月1日 金沢大学医学部附属病院産婦人科
助手
平成13年4月1日 同講師
平成22年6月1日 金沢大学産婦人科臨床教授
平成26年4月1日より現職

【役職, 資格】

島根県産婦人科学会会長
島根県母性衛生学会会長
日本癌学会評議員
日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医
卵巣癌ガイドライン評価委員
日本臨床細胞学会細胞診専門医
がん治療認定医機構がん治療認定医

◇教育講演 10

乳癌のコンパニオン診断

鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野

○梅北善久(MD)

近年、薬物治療の前に患者の遺伝子や蛋白質などのバイオマーカーを調べ、有効性や副作用を予測し、最適投与量や投与方法を選択するといったオーダーメイド医療が推進されている。オーダーメイド医療には、治療技術や薬剤だけではなく、それらを選択するために実施する検査が不可欠である。この治療方針を決定するための検査をコンパニオン診断と呼ぶ。乳癌においては、ホルモン療法の適応や効果を予測する Estrogen receptor (ER) と Progesterone Receptor (PgR) の免疫組織化学、ハーセプチンやパージェタなどの分子標的治療薬の適応や効果を予測する HER2 の過剰発現や遺伝子増幅検査 (FISH など) が 2001~2002 年より施行されている。これらは体外診断薬として、保険点数が定められており、厳密な精度管理と判定法の標準化が必要とされている。しかしながら、2010 年に発表されたアメリカ臨床腫瘍学会/病理学会 (ASCO/CAP) ガイドラインによると、実施されている ER/PgR 検査の約 20% は不正確であり、HER2 に関してもほぼ同様であるとされている。これらの要因の一つとしてホルマリン固定までの時間及び固定時間の重要性が指摘されている。一方、ER/PgR に関しては 2 年に 1 回開催される St. Gallen 国際会議における推奨も世界的に影響があり、乳腺領域専門の病理医以外にとっては、どのような診断基準を採用すればよいのか必ずしも明確ではない。本講演では、乳癌における ER/PgR/HER2 診断の動向と変遷を若干の自験例を踏まえながら概説する。

【略歴】

昭和 56 年 4 月 鹿児島大学医学部入学
 昭和 62 年 3 月 同上卒業
 昭和 62 年 4 月 鹿児島大学大学院医学研究科 (病理系、病理学専攻) 入学
 平成 4 年 3 月 同上終了
 平成 4 年 4 月 鹿児島大学医学部病理学第一講座 助手
 平成 6 年 4 月 米国シカゴ大学ペンメイ癌研究所 分子生物学部門 留学
 (平成 8 年 4 月まで)
 平成 11 年 4 月 鹿児島大学医学部病理学第一講座 講師
 平成 12 年 11 月 鹿児島大学医学部病理学第一講座 助教授
 平成 15 年 4 月 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座腫瘍病態学分野 助教授
 平成 22 年 1 月 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座分子細胞病理学分野 准教授
 平成 24 年 4 月 鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野 教授
 平成 26 年 4 月 鳥取大学医学部附属病院病理診断科 主任診療科長・病理部長併任、現在に至る

【所属学会】

日本病理学会 (病理専門医)
 日本癌学会
 日本乳癌学会
 日本臨床細胞学会 (細胞診専門医)
 日本肺癌学会

◇教育講演 11

肺がん検診における喀痰細胞診について—診断一致性と標準化—

東北大学病院呼吸器外科

○遠藤千顕(MD)

【背景】肺がん検診における喀痰細胞診は、肺門部早期癌の唯一のスクリーニング法であるが、喀痰細胞診発見肺癌を認めない地域の存在等の問題を包含している。喀痰細胞診は難度の高い細胞診領域の一つで、地域あるいは施設間に細胞所見判定のばらつきが推測され、所見の標準化が十分になされているとは言い難い。日本臨床細胞学会および日本肺癌学会の合同委員会では喀痰細胞診の診断一致性と標準化について大規模な検討を行うこととした。

【方法】過去10年以内に実施された肺がん検診における喀痰細胞診標本の内、C、D、E判定標本をそれぞれ50症例、計150症例を、宮城、新潟、福島、千葉、石川、大阪の検診実施機関6施設より集積し、6施設において再判定を実施した。再判定の結果、6施設の判定一致症例を標準細胞として、様々な経験値の細胞検査士37名により、この標準細胞を判定した。

【結果】6施設間の150症例に対する判定一致性は、高いカッパ値を示し、判定一致性は高いと考えられた。150症例中14症例が標準細胞として同定された(C判定5症例、D判定4症例、E判定5症例)。37名の細胞検査士を呼吸器専門か否かによって、経験年数10年以上か否かによって分別して判定一致性を検討した結果、経験年数10年未満の者は10年以上の者に比し、呼吸器専門外の者は呼吸器専門の者に比し、有意に低いFleissのカッパ値を示し、経験年数や専門領域により判定のバラツキが生じる事が判明した。更に、経験年数10年未満、呼吸器専門以外の者は有意に過小判定することが判明した。

【結論】肺がん検診における喀痰細胞診の判定にあたっては、十分な訓練と経験を有した細胞検査士があたるべきと考えられた。

【経歴】

平成2年3月 東北大学医学部卒業
 平成2年4月 東北大学抗酸菌病研究所外科 研究生
 平成4年7月 東北大学抗酸菌病研究所外科 医員
 平成9年4月 青森県立中央病院呼吸器外科 医師
 平成11年4月 宮城県立がんセンター呼吸器外科 医師
 平成11年9月 太田西の内病院 呼吸器外科 医師
 平成13年4月 東北大学病院 呼吸器外科 助手
 平成15年7月 米国 Mayo Clinic 留学
 (Department of Health Sciences Research, Research Fellow)
 平成20年7月 東北大学病院 呼吸器外科 講師

◇教育講演 12

消化器領域の神経内分泌腫瘍

北海道大学病院病理診断科

○三橋智子(MD)

消化器に発生する神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor: NET) は比較的稀 (人口 10 万人に対し新規患者は年間 3~5 人) な腫瘍だが, その多くは膵と消化管に発生する. 従来 carcinoid と呼称されてきた概念が不明瞭な腫瘍は, 2000 年の WHO 分類でその名称がなくなり, 2010 年改訂版では核分裂数と Ki-67 標識率が, 腫瘍の増殖動態を反映し臨床的経過と最もよく相関するとされ, 病理報告書に記載することが必須となっている. また, 最近では, 膵, 胆道・胆嚢周囲組織, 消化管粘膜下腫瘍, 腹腔内リンパ節などに対して, EUS-FNA 技術を用いた検体採取の機会が増加し, 内視鏡的消化管生検と併せて NET を微小検体で診断することが求められている. このような状況において, NET の細胞診検体, 組織診検体の評価をどのように行ったらよいのか, 行うべきか, という点については診療医, 病理医, 細胞検査士の間の見解は標準化されていないのが実情である. また施設間の相違についての実態も不明瞭である. NET と診断された患者においては, 「膵・消化管神経内分泌腫瘍 (NET) 診療ガイドライン」に基づき治療を進めることになるが, 一般の臨床医が最新の知識を知らないまま診療しうる可能性が指摘されていると同時に, 病理報告書に記載する内容についても病理医間で相違があることは否めない. 本講演では, 1) 最新の NET の概念, 2) 細胞診所見, 組織診所見, 3) 微小検体での評価, 4) 現状最も推奨される病理報告書の記載, 5) NET の治療に関連する問題, ついて概説する.

【経歴】

昭和 56 年 3 月 北海道立旭川東高等学校 卒業
 昭和 63 年 3 月 北海道大学医学部医学科 卒業
 昭和 63 年 4 月 北海道大学医学部 第二内科 医員 (研修医)
 昭和 63 年 10 月 滝川市立病院 内科医師
 平成元年 10 月 北海道大学医学部 第二内科 医員
 平成 6 年 4 月 北海道大学大学院医学研究科 内科学専攻 博士課程修了
 平成 6 年 5 月 米国 Picower Institute for Medical Research Post-doctoral Investigator
 平成 8 年 5 月 同 Staff Investigator
 平成 10 年 7 月 New York University Medical Center, Anatomic Pathology, Resident
 平成 12 年 7 月 同 Chief Resident
 平成 13 年 7 月 札幌診断外科病理学研究所 (現ジェネティックラボ病理診断部門) 病理細胞診断医
 平成 14 年 5 月 埼玉医科大学病理学教室 講師
 平成 17 年 4 月 東北大学大学院医学系研究科病理学講座病理形態学分野 助教授
 平成 19 年 4 月 札幌医科大学医学部病理診断学 講師
 平成 20 年 4 月 札幌医科大学医学部病理診断学 准教授, 同附属病院病理部 副部長
 平成 23 年 4 月 北海道大学病院病理部 准教授 副部長
 平成 25 年 4 月 同 准教授 (診療教授) 副部長
 平成 26 年 8 月 北海道大学病院病理診断科 准教授, 北海道大学病院病理部 副部長
 現在に至る

【所属学会】

United States and Canadian Academy of Pathology, College of American Pathologists, 日本病理学会 (学術評議員), 日本臨床細胞学会 (細胞診アトラス作成委員会 膵小委員会 委員), 日本整形外科学会, 日本膵臓学会 (膵管内腫瘍検討委員会 委員)

◇受賞講演

核の立体的解析による良悪性細胞の判別分析

東京セントラルパソロジーラボラトリー

○鷺谷清忠(CT)

各臓器の高分化型腺癌は細胞異型が弱く、細胞診で癌と判定することに苦慮する症例が少なくない。我々は、形態学的診断を補完できる客観的診断指標を見つけるべく研究している。肺癌は最も死亡率が高く、その治療には早期発見が重要となる。細胞塗抹標本上の核は立体的であることに着目し、肺の高分化型腺癌と核異型を伴う良性細胞の核を立体的に解析し、良・悪性を判別分析した。更に、他臓器の良悪性の鑑別困難な症例についても判別分析を行っており、本研究の可能性について言及する。

肺切除組織標本で高分化型腺癌（粘液非産生性乳頭型腺癌）と診断された症例を対象とした。気管支ブラシ擦過細胞診で陽性と判定された標本を用いて、高分化型腺癌細胞（G1 cancer cells）と同標本に出現する良性異型を伴う気管支円柱上皮細胞（Benign cells）を選び出し、核1個当たりZ軸方向に0.25 μm間隔で数十枚の画像を撮影した。そして、核のピクセル数、focusレイヤー数（focusが合っている画像枚数）、focusレイヤー間の核輝度変動係数の変化量（3D-CV）について解析した。これを悪性と良性のコントロール群とした。また、初回細胞診疑陽性症例から231個の細胞を選び出し、コントロール群データをもとに、マハラノビスの距離による判別分析を行い良・悪性の判定を行った。

コントロール群のG1 cancer cellsとbenign cellsの核パラメーター（ピクセル数、focusレイヤー数、3D-CV）をもとにカットオフ値を設定し、判定困難な231個の異型細胞を判別した。その結果、約90%正しく判別できた。残り10%の細胞を集塊単位で解析すると、63.6%の集塊はG1 cancer cellsもしくはbenign cellsのどちらかが優勢を占めていた。

更に、形態学的に鑑別困難な上皮型悪性中皮腫（MM）と反応性中皮（RM）の体腔液細胞診を判別分析した結果、MMは89.5%、RMは89.6%の精度で判別できた。また、甲状腺細胞診で鑑別困難な乳頭癌と乳頭状増殖を

示す腺腫様結節では、乳頭癌96.3%、腺腫様結節73.3%の判別結果を示した。以上、形態学的に判定困難な症例を核の立体的変化量によって判別分析する方法は、有用であることが分かった。本法は過去の多くの細胞診標本を利用できる利点があるため、更に解析対象を広げ研究している。

【学歴】

平成21年3月 弘前大学大学院保健学研究科 博士前期課程卒業 修士号取得

平成23年9月 弘前大学大学院保健学研究科 論文博士号取得

【職歴】

昭和51年4月 医療法人明和会 中通総合病院 病理部 技師長（～平成20年3月）

平成20年4月 弘前大学医学部附属病院 病理部 主任（～平成21年3月）

平成21年4月 弘前大学大学院保健学研究科 助教（～平成25年12月）

平成26年3月 ALPS Language School (Seattle) 語学留学（～平成26年4月）

平成26年5月 秋田病理組織細胞診研究センター顧問（～平成27年2月）

平成27年4月 東京セントラルパソロジーラボラトリー 学術顧問

現在に至る

◇国際 (アジア) フォーラム

“Quality Improvement of the Cervical Cancer Screening in Asia and the World” 「～アジアと世界の子宮がん検診の精度向上をめざして～」

IF-1 Cervical cancer screening in Japan and its directed approach

Director, Cytopathology and Gynecology, Osaka Center for Cancer and Cardiovascular Disease Prevention, Osaka, Japan

○Masatsugu Ueda (MD, PhD, FIAC)

Uterine cervical cancer is the second most common cancer in women worldwide, and is both a preventable and a curable disease especially if identified at an early stage. Cervical cancer screening in Japan is now targeted towards women aged 20 years and older every two years, and Pap smear results are reported using the Bethesda System. New guidelines for the management of cervical cytological abnormalities including HPV-DNA testing have been also proposed by Japan Association of Obstetricians and Gynecologists. To achieve the highest degree of diagnostic performance, quality assurance guidelines are presented by the Japanese Society of Clinical Cytology. However, the role of new technologies in cervical screening, such as liquid-based cytology, automation-assisted screening and HPV-DNA testing, is still being under trial in Japan.

Despite the unquestioned success of the Pap smear in diminishing cervical cancer deaths in screened populations, the limitations of manual screening still exist. Rapid technological progress in new thin layer preparation machines and automated screening systems over the last decade has resulted in the availability of an a few FDA approved automated primary screening devices, such as Tripath Imaging's Autopap 300®. Recently, we have created an automated Flow-Cytometer (FCM) based screening system for cervical cancer by the integration of specimen pre-treatment technology to reduce cell aggregation and cell analysis technology to obtain amount of DNA, and nuclear and cytoplasmic diameters for individual cells. The original algorithm was established to detect abnormal cells, focusing on both cell proliferation dynamics and cells

morphology. Our validation research on the clinical performance of this system revealed that the sensitivity was 100% (15/15) to detect CIN2+ lesions (95% C.I. : 79.6 - 100.0), whereas the specificity was 85.1% (841/988) when normal controls and CIN1 lesions were defined as negative (95% C.I. : 82.8 - 87.2).

Colposcopy is a medical diagnostic procedure to examine a magnified view of the cervix, allowing the colposcopist to visually distinguish normal from abnormal appearing area and take directed biopsies for further pathological examination. The main goal of colposcopy is to prevent cervical cancer by detecting precancerous lesions early and treating them. We also introduce a real-time movie picture recording system of actual colposcopic examination in our outpatient clinic.

IF-2 The situation of cervical cancer screening in Vietnam : problems and resolution

Hoan My Saigon Anatomical Pathology Laboratory, Ho Chi Minh City, Vietnam

○Do Minh Hoang Trong (MD)

Cervical cancer and breast cancer are the two most common cancers among Vietnamese women. While Vietnam's national cervical cancer screening program is not yet organized, opportunistic screening is being performed at most hospitals. Furthermore, formal guidelines for the selection of cervical screening tests and management of abnormal test results have not been well established. Currently a screening test is performed in accordance with the level of health care services. At the ward health care level, a VIA test (Visual Inspection with 3-5% Acetic acid) is performed by a nurse, midwife or general physician. At the district health care level, a conventional Pap test is performed by a gynaecologist. At the city health care level, a conventional Pap test, Liquid Based Cytology (ThinPrep Pap test, LiquiPrep Pap test) or HPV DNA test is performed by a gynaecologist. The quality of cervical cancer screening depends on the individual skills of health care professionals, cytotechnicians and pathologists and yet no quality control modality has been well established at present. Furthermore, the efficacy of Vietnam's cervical cancer screening could not be evaluated because of the lack of a systematic cervical cancer database. In this low resource setting, performance of opportunistic screening with conventional Pap test is feasible. Cervical cancer screening in Vietnam could be improved by the development of local guidelines for early detection of cervical cancer and quality control of cervical screening tests, organisation of specific training courses for health care professionals, cytotechnicians and pathologists, and by the construction of a systematic cervical cancer database for the evaluation of screening efficacy.

IF-3 Cervical cancer screening program in Taiwan : past, present and future

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan

○Chiung-Ru Lai (MD, FIAC)

Cervicovaginal smear (Pap smear) is a highly successful, but albeit imperfect, test for the detection of cervical cancer and its precursors. Using Pap smear for cervical cancer screening has dramatically reduced the incidence and mortality of cervical cancer since 1960s. The efficacy of the screening program depends on the participation and accuracy of the screening tests. So the importance of increasing participation and quality improvement program can never be overemphasized.

In Taiwan, the Pap tests started in 1974 by a few mobile gynecological clinics. Only limited women got Pap tests. Since 1995, National Health Insurance covered yearly Pap smear screening for all women aged ≥ 30 . The coverage of Pap test has increased to 30% for yearly participation, 56% 3 years and 68% 5 years. However, the participation rates are suboptimal. Most women with cervical cancer have not or have sporadically been screened. Increasing participation is still the best way of maximizing the program's benefit.

As to the accuracy of the Pap smear, the national quality improvement program of Pap smear in Taiwan has been launched since 1995. It includes information system, laboratory accreditation, personnel training, screening accuracy and the correlation with histopathology and patient's outcome. However, false negative of Pap test still existed. Recently, Liquid-Based Preparation and Human Papillomavirus test have been applied to improve the sensitivity of Pap test. Furthermore, using HPV test as a primary screening tool is also being discussed. The exploration of future promising and sensitive screening strategies is very controversial and challenging.

IF-4 The trial of cervical cancer preparation by liquid-based cytology in a low-resource setting : an experience of Kazakhstan

The Main cytologist of the Ministry of Health and Social Development, Republic of Kazakhstan¹⁾, Professor, the President of Kazakh Association Clinical Cytologists, Republic of Kazakhstan²⁾

○Zhanar Yeleubayeva (MD, MIAC)¹⁾,
Azat Shibanova (MD, MIAC)²⁾

Cervical cancer takes 2nd place after breast cancer in structure of women malignant neoplasms incidence and specific gravity of patients detected in the late stages remains high, mortality rate is 8.4 per 100000 of population in the Republic of Kazakhstan. State Program of cervical cancer screening was adopted in Kazakhstan since 2008 and target groups of women were identified from 30 to 60 years each 5 years. Method of liquid-based cytology was implemented for cervical cancer screening performance in all regions of Kazakhstan since 2011.

Comparison of indices retrospectively shows that with liquid-based cytology introduction (2011-2014), quality of cervical cancer screening has improved, and evaluation of material was carried out according to Bethesda classification with Papanicolaou's staining. Data analysis for 2014 shows that 514959 women were screened. Among them some diseases were detected by type :

ASCUS-20795(4%),
ASC-H-78(0.02%),
LSIL-6684(1.3%),
HSIL -978(0.2%).

Moderate CIN 2 and high grade dysplasia CIN 3 groups represent difficulties at cytological differential diagnosis due to the fuzziness of cytological criteria. Early cervical cancer types (1-2 stages) were detected in 251 women with the definition of histological tumor forms. All women with cervix detected pathologies are taken on dispensary registration and receive treatment.

Our research has shown that it is necessary to upgrade classification of cytotechnologists, doctors-cytologists and midwives for effectiveness improvement, and to create a specialized cytological reference laboratory on screening.

IF-5 Pragmatic approach to cervical cancer screening : the challenge of Russia

Department of Cytopathology, Irkutsk Oncology Hospital, Russia

○Yuri K. Batoroev (MD, ScD), Lada Y. Kislitsina (MD)

Cytological screening for cervical cancer started in the USSR in the mid-1960's in some regions, such as Kalinin, Leningrad and in the Republic of Belarus. But the country has not been adjusted to the correct vertical system of cytological screening, paired with the system gynaecological examinations. Successful promotion program for cytological screening depended more on the enthusiasm of some cytologists, oncologists and gynecologists. Cytological smears were stained by Romanowsky-Giemsa (RG), and sometimes by the method of fluorescent microscopy (acridine orange). After the order of the Ministry of Health of the USSR number from 1976, was to create a network of centralized cytology laboratories, but in which of smears were also stained by RG method. One of the most successful projects in the Soviet Union was a system of cytological screening in hospitals of the Ministry of Railways. In 1985, the chief cytologist Dr. Naum Shapiro who organized the first meeting of cytologists of the Soviet Union and outlined some of the problems. Created a network of cytology laboratories, which has been coordinated the work with gynecologists. After disintegration of the Soviet Union problems of cytologic screening and quality-control became aggravated, there is no full coverage of the female population, moreover, all smears continued with RG method. There was no system for coordination between cytologists and gynecologists.

Now in Russian Federation (RF) cervical cancer remains one of the most common forms of neoplasms. The women in the age group from 30-39 years, cervical cancer is the leading cause of death from cancer (21.7%). In RF proportion of patients with cervical cancer stage I-II stage is 62%, III-IV stage - 38%. In 2013, in the Irkutsk region (2,418,348 people) registered 385 new cases invasive

IF-6 **Cervical screening in the era of vaccination : lessons from 40 years of screening in the UK**

Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust, Department of Cellular Pathology, St Thomas' Hospital, London, U.K.

○Amanda Herbert (MB BS FRCPath)

cervical cancer. Of these, 56.9% (219 cases) – revealed at stage III–IV, the average age 52.1 year ; died 139 woman. The liquid-based cytology (LBC), introduced by some company (BD SurePath, ThinPrep and others) significantly improve the diagnosis of cervical pathology, i.e., increase the detection rate of cervical cancer. Currently in Russia brought these new technology in some laboratories with LBC for cervical cancer screening. The best results were obtained such medical companies such as Becton–Dickinson (BD SurePath), which entered the Russian market since and in 2015 established its units in the 61 hospitals in Russia (56 of them in the European part of Russia, 4 in Siberia and only one in the Far East). For Russia it is a pioneering method successful promotion of new technologies.

The NHS Cervical Screening Programme, which was for many years based on conventional cytological screening, has recently introduced new technology in the form of liquid-based cytology, HPV testing and vaccination – although the latter has yet to take effect. Experience during the introduction of organised cytological screening, and a recent increase in cancers in young women, provide lessons to be learnt from a well-regulated and intensively monitored programme.

First, increasing cancer rates in the presence of relatively high screening coverage in young women before the NHSCSP was launched in 1988 suggests that improving training and quality control was as important as increasing coverage – although increased coverage was needed for older women. Second, differences in rates of CIN3 and cancer in successive birth cohorts indicates substantial changes in risk from generation to generation, which may exaggerate or mask the effects of screening. Third, screening coverage may decline, as recently seen in young women, through lack of understanding of the risk of pre-invasive disease and poor compliance with recommendations. Fourth, sensitivity, specificity and predictive values of all modalities of screening must be taken into account especially when judging the effectiveness of new technology.

No method is perfect. The accuracy of liquid-based and conventional cytology, colposcopy, biopsy interpretation and HPV tests must be balanced in a multidisciplinary setting. Falling prevalence of cervical cancer and its precursors due to vaccination will add a new challenge by increasing the negative predictive value of HPV and cytology tests while reducing their positive predictive value placing even greater emphasis on the need for quality control.

◇医療安全セミナー

施設における細胞診の医療安全対策

1 大量検体を扱う臨床検査センターでの精度保証

東京セントラルパソロジーラボラトリー

○水口國雄(MD), 清水 亨(MD), 藪下竜司(CT),
本郷俊介(CT), 上野喜三郎(CT)

当社は、東京八王子市にある病理組織および細胞診検査に特化した中規模衛生検査所である。2014年の検体数は、病理検査が約22万件、細胞診は92万5千件であった。常勤職員数は、病理(細胞診)専門医は2、細胞検査士13、臨床検査技師21で、外部委託は、細胞診専門医17、病理専門医110、細胞検査士79名である。検体数、職員数とも増加傾向にある。このように、多くの検体を多人数が処理することで、検査過誤の頻度が高くなる。

トラブルの内容は搬送や受付から、標本作製、診断、報告まで多数ある。2014年には、ユーザーから指摘された過誤が40件、内部で発見された過誤が23件あった。その内訳は、細胞診誤陰性例が10例、誤陽性例が1例、病理診断に関するトラブルが12件である。重大な過誤は少ないが、一例、検体の取り違えで二人の患者様に不利益を与えた例があった。具体的には乳腺の生検例で、切り出し時に検体を取り違え、各々の患者様が不適切な手術を受けてしまった。これについては、両家族および看護師と真摯に謝罪と補償について話し合っている。このような事例を予防するため、職員の再教育の徹底と共に検体のバーコードによる作業の一括管理、監視カメラの導入による検体処理手技の管理、標準作業書と検査全工程を見直しトレーサビリティの確認を実施することとした。また、細胞診誤陰性10例中再検査でClass3への変更が9例、Class3bが1例ありいずれも細胞診専門医が間に入り解決した。これらのClass3以上に変更となった症例については担当した検査士を当社の検査士教育プログラムで再教育した。以上のような事例を通して、大量検体を取り扱う臨床検査センターとしての取り組みを紹介する。

2 当院での現状と今後の課題について

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾

○草苺宏有(CT)¹⁾, 大川千絵(CT)¹⁾, 前田一郎(MD)²⁾,
土居正知(MD)²⁾, 高木正之(MD)²⁾

昨今、病理組織・細胞診検査が要因となるインシデント・アクシデント事例が後を絶たない。検査結果が患者の治療に直結することが少なくなく、種々の要因で起こるインシデント・アクシデントが患者に及ぼす影響は計り知れない。病理組織・細胞診検査は、検体採取、検体受付、検体処理、染色、鏡検、結果報告など工程数が多く、各工程で起こり得るリスクを洗い出し、リスクの回避に努めることが重要である。当院の病理検査室の取り組みとしては、スライドガラス印刷およびバーコードの導入、そして作業手順の見直しを行ってきた。リスクの洗い出しでみられた事例としては、検体処理時、スライドガラスへの標本番号転記ミス、さらに、記載された数字が読みづらく、誤った番号のシールラベルを誤貼付したことなどである。幸いにも、鏡検時に依頼書の記載事項と細胞像が異なる事に気がつき、大事には至っていない。これらの事例はいわゆるヒューマンエラーである。人間の作業は、長所として応用が利く点にあり、短所としては流れ作業などの単純作業となると集中力が低下し、ヒューマンエラーが起きやすい点にある。単純作業はシステム化することで問題回避に高い効果がある。今後も作業手順を見直し、単純作業はさらにICT化し、ICT化が困難な作業を人間の作業とするなどICT化を進めていきたい。今後の課題は、検体採取や受付作業のリスク、診断に関する精度、レポート既読確認方法などが挙げられ、バーコードの更なる活用も必須である。他施設の取り組みやリスク回避のガイドラインの作成、病理支援システムおよび電子カルテ提供各社を交えたリスク回避への意見交換が活発に行われることを今後期待したい。

3 報告書の取扱いについて

独立行政法人国立病院機構函館病院臨床検査科¹, 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科², 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター研究部³, 独立行政法人国立病院機構北海道医療センター臨床検査科⁴

○松林 聡(CT)¹, 阿部珠美(CT)², 小関美穂(CT)², 中島真奈美(CT)², 奥山 大(CT)², 平紀代美(CT)², 鈴木宏明(MD)², 松浦亜希子(CT)⁴, 広瀬 徹(CT)⁴, 山城勝重(MD)³

近年, 臨床検査部門では自動分析機器の発達に伴い, 検査の効率化や省力化が進み, 必要なヒト(ところ)に正確なデータが迅速に伝達されるようになってきた。細胞診の分野でも同様に自動化が推進され作業は効率的になっている。しかし, 未だに検体受付の確認から始まる全ての工程で人手を介することが多く, この間にヒヤリ・ハットの事例が発生する可能性があり, 細心の注意が必要とされる。細胞診業務でヒヤリ・ハットが発生しえる局面は以下の段階に大別される。

1. 患者からの検体を採取するとき
2. 採取した検体を受付けるとき
3. 検体を固定・染色・鏡検をするとき
4. 検査終了後の標本保管のとき
5. 報告書作成のとき
6. 報告書提出のとき

検体の採取から報告書作成までのヒヤリハットに関してはいろいろな機会に触れられ, それらの対応も議論されているところである。しかし, 報告書を作成し, 提出した後の問題に関してはあまり取り上げられていない。本発表では特に報告書を提出した後の報告書の“コピー”, “紛失”, “訂正”, “未読”等について演者の経験した各施設の現状を参考にして, より適切な対応策について考えを述べたい。

◇班研究報告

細胞診を口腔がん検診に用いるための診断基準およびガイドラインの策定

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理¹, 東京歯科大学口腔がんセンター², 島根大学医学部口腔外科学³, 日本大学松戸歯学部口腔病理⁴, 大阪大学大学院歯学研究科口腔病理学⁵, 東京都健康長寿センター研究所⁶, 九州歯科大学生命科学講座⁷, 医療法人社団誠馨会病理センター⁸

○田中陽一(DDS)¹, 佐藤一道(DDS)², 関根浄治(DDS)³, 久山佳代(DDS)⁴, 岸野万伸(DDS)⁵, 相田順子(DDS)⁶, 矢田直美(DDS)⁷, 才藤純一(CT)⁸

侵襲の少ない擦過細胞診は, 直視直達が可能という環境を背景に, 口腔扁平上皮癌に対する有用な診断手段と言える。しかし, 口腔細胞診では口腔に特化した細胞診の診断基準が無く, 現在でも, 従来から使用してきた子宮頸癌の診断基準であるパパニコロウ分類が使用されている。子宮頸癌と口腔癌の癌化の発育様式は異なっているため, 同様には判定しがたい。我々は, 口腔に特化した細胞診診断基準を作成すべく検討を行ってきたが, 今回一応の結論を得ることができた。ベセスダシステムを参考に, 4段階の新たな基準を設け, 参加施設で使用した。また咽頭を含む, 口腔がんでの死亡者数は以前より上昇傾向にあるにもかかわらず, 口腔癌の発見手段として細胞診を用いる施設は限られている。口腔がんを早期発見する為に有用なスクリーニングの一つとして細胞診を広く普及させるため, 一般歯科診療所での使用も試みた。さらに実際の使用においては精度管理が必須であるため, 多施設での検討を行った。今回の班研究報告では, 主に診断基準とその使用方法を報告し, これらの結果を口腔領域における粘膜疾患の早期発見と早期治療につなげるための方法論を模索したい。

◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

癌取り扱い規約にそった組織像と細胞像

SYS-1 腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約における組織分類と細胞像

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○松寄 理(MD)

腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約第1版は、WHO2004年分類に準拠して2011年に発行されました。以前は膀胱癌取り扱い規約第3版(2001)はISUP1998に従ったWHO1999年を使用して規定されましたが、WHO分類の変化とともに尿路上皮腫瘍の基本となる臓器は腎盂から尿管および膀胱粘膜にあることから、取り扱い規約が変更されました。腫瘍の肉眼分類は乳頭型(有茎性、広基性)、結節型(有茎性、広基性)、平坦型、潰瘍型、混合型、分類不能の6型に分類されました。尿路上皮系腫瘍の組織型は異型性、良性、悪性を含めて基本的に1)非浸潤性平坦状尿路上皮腫瘍、2)非浸潤性乳頭状尿路上皮腫瘍、3)浸潤性尿路上皮癌の3つに分類されました。膀胱癌取り扱い規約(第3版、2001年)との相違点は、非浸潤性平坦状尿路上皮腫瘍に尿路上皮内癌に加えて尿路上皮異形成が上皮内腫瘍性病変として取り扱われるようになりました。また、尿路上皮癌は全般的に組織学的腫瘍異型度をG1からG3の3段階としていたが、非浸潤性乳頭状尿路上皮癌は低異型度と高異型度の2分類となりました。浸潤性尿路上皮腫瘍についても腎盂腫瘍でよくみられる扁平上皮化生や腺管形成の合併症例を代表的に12種の特殊型が示されています。今までの症例の組織型を現行の取り扱い規約に従い集計すると、尿路上皮異形成1%、尿路上皮内癌(CIS)6%、乳頭腫3%、低異型度非浸潤性乳頭状尿路上皮癌(LGPUC)17%、高異型度乳頭状尿路上皮癌(HGPUC)23%、特殊型を含めた浸潤性尿路上皮癌(IUC)は50%程度の分類されるようになりました。

SYS-2 腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約にそった組織像と細胞像—細胞学的立場から—

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○小山芳徳(CT), 松寄 理(MD), 安達純世(CT), 渡邊孝子(CT), 豊永安洋(CT), 山本善也(CT), 師岡恭之(CT), 常世田岬(CT), 山崎一人(MD), 石田康生(MD)

現在、使用されている腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約第1版(2011年)では、尿路上皮系腫瘍が1)非浸潤性平坦状尿路上皮腫瘍、2)非浸潤性乳頭状尿路上皮腫瘍、3)浸潤性尿路上皮癌に分類されている。膀胱癌取り扱い規約第3版(2001年)との相違点は、非浸潤性平坦状尿路上皮腫瘍に尿路上皮異形成が加わったこと、尿路上皮癌における組織学的異型度が3段階分類から、非浸潤性乳頭状尿路上皮癌では低異型度と高異型度の2分類となったこと、加えて浸潤性尿路上皮癌に12種の特殊型が示されたことなどである。当センターで2000年から2013年までの14年間に泌尿器科を受診され病理組織学的に尿路上皮系腫瘍の診断がなされた1113件(705症例)の組織型を現行の取り扱い規約に従い集計すると、尿路上皮異形成1%、尿路上皮内癌(CIS)6%、乳頭腫3%、低異型度非浸潤性乳頭状尿路上皮癌(LGPUC)16%、高異型度非浸潤性乳頭状尿路上皮癌(HGPUC)22%、特殊型を含めた浸潤性尿路上皮癌(IUC)は52%であった。細胞診にて悪性病変の推定が可能であったものは、CIS80%、IUC67%、HGPUC37%、LGPUC17%であった。剥離傾向の比較的強い平坦型腫瘍では陽性率は良好であるが、乳頭状腫瘍では低い結果であった。尿細胞診は検体採取が容易で侵襲性の低いことから臨床上的有用性は高いと考えられるが、膀胱癌で頻度の高い乳頭状腫瘍の陽性率の上昇が課題である。今回、腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約第1版における組織分類より高異型度の腫瘍の細胞像を中心に提示し、本領域における尿細胞診の役割や可能性につき述べてゆきたい。

SYS-3 癌取扱い規約にそった組織像と細胞像 子宮頸部—組織学的立場から

大阪府立成人病センター病理・細胞診断科

○長田盛典(MD)

本邦の子宮頸癌取扱い規約は2012年に最終改訂され、その組織分類は2003年に世界保健機構(World Health Organization [WHO])/国際がん研究機関(International Agency for Research on Cancer)が出版した“blue book”のhistological classificationに準拠している。しかし2014年6月にWHO Classification of Tumors of Female Reproductive Organsが新版され、我が国の正式な子宮頸がん組織分類は、新WHO分類に準じて今後見直されていくことが予想される。今回のWHO分類での主な変更内容は2点に集約される。1つめは、子宮頸癌の大部分を占める扁平上皮腫瘍における上皮内腫瘍のterminologyとしてlow-/high-grade squamous intraepithelial lesionが採用されたことである。2つめは、浸潤性腺癌に含まれる従来の粘液性腺癌が「通常型」とそれ以外の「真の粘液性腺癌」に属する組織亜型群に再編成されたことである。これらの腫瘍概念はどれも、組織・細胞形態の特徴や予後の違いで定義されつつも、病態概念の中心にはhigh-risk human papillomavirus (HPV)感染の有無と、それに関連する段階的な腫瘍化のプロセスが内包されている。先進国における臨床現場では、子宮頸癌検診や精査の結果に対応したマネジメントについてHPV-DNA検査結果を踏まえたアルゴリズムがすでに確立されつつある。したがって11年ぶりとなる子宮頸がんWHO分類の改訂は、その期間の生物学や治療学の発達に、組織分類コンセンサスの明文化がようやく追いついた事実とも捉えられる。

SYS-4 子宮頸癌取扱い規約に沿った組織像と細胞像—細胞学的立場から—

東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座²⁾

○梅澤 敬(CT)¹⁾, 清川貴子(MD)²⁾, 池上雅博(MD)²⁾, 鷹橋浩幸(MD)¹⁾

子宮頸癌取扱い規約では、多岐に渡る組織型が細分類されているが、細胞診においては扁平上皮内腫瘍(CIN)と上皮内腺癌(AIS)が特に重要である。評価は国際基準であるベセスダシステム2001が用いられ、扁平上皮病変はLSIL(CIN1)とHSIL(CIN2-3)の2つに分類され、腺病変ではAISと異型腺細胞(AGC)が設けられている。当院ではAGCを2つに大別し、AGC-NOSを特定不能な腺異型細胞、AGC-FNをAIS疑いとしている。浸潤癌は、扁平上皮癌、粘液性腺癌、小細胞癌、その他の腫瘍に分けている。それらの子宮頸部擦過細胞診に対する評価基準は定まっているが、現実的には施設差が存在すると思われる。その理由として、塗抹標本には直接塗抹法と液状法があり、採取器具によっても細胞像が異なるためである。当院ではサーベックスブラシを用い、BDシュアパスシステムで標本作製を実施しているため、今回はシュアパス標本における細胞像について解説する。サーベックスブラシは細胞量が多く採取され、子宮頸管～陰部粘膜上皮を広範囲に削り落とすため(microbiopsy or shave biopsy)、HSILや癌では3-D fragment状となり(hyperchromatic crowded cell groups)、核分裂像が鮮明に観察可能であるという特徴がある。一方、AISの場合は結合性が低下し羽毛状構造は乏しくなり、bird-tail structureと呼ばれる出現形式を呈し、従来法と大きく異なるパターンを示す。

◇学会主導型スタディの動向報告

婦人科細胞診精度管理における自動化細胞診支援システムの有用性に関する検討

がん研有明病院細胞診断部¹⁾, 頸部細胞診の自動化判定に関する研究班²⁾, 東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科³⁾, 川崎医科大学病理学^{2,4)}

○杉山裕子(MD)^{1,2)}, 佐々木寛(MD)^{2,3)},
森谷卓也(MD)^{2,4)}

【背景と目的】 子宮頸がんスクリーニング検査として行われている頸部細胞診では, 精度管理ガイドライン上, 陰性 (NILM) の 10% 以上を再検鏡して精度管理するように推奨されている。本研究では, 自動化細胞診支援システムが頸部細胞診の精度管理上有用であるか検証することを目的とし, 多施設による後方視的観察研究を行った。

【方法】 自動化細胞診支援システムとしてフォーカルポイントを使用し, NILM 標本を再評価した。上位約 15% に選ばれた標本を 2 名の細胞検査士がベセスダ分類に基づき判定し, 少なくとも 1 名の検査士が「異常」と判定した標本はさらに細胞診専門医 3 名により最終判定を行った。

【結果】 9 施設より提出された, 従来法 9000 件, LBC 法 3000 件, 計 12000 件の NILM 標本を再評価した。フォーカルポイントにて不適と判定された標本は 2171 件 (18.1%) 存在し, このうち従来法は 17.9%, LBC 法は 18.9% であった。再評価可能であった 9826 件 (従来法 7393 件, LBC 法 2433 件) から上位約 15% (1496 件: 従来法 1123 件, LBC 法 373 件) を再検鏡標本として抽出した。中央判定委員である細胞検査士と細胞診専門医による判定の結果, 最終的に HSIL (ASC-H を含む) 以上と判定された標本 (誤陰性例) は, 42 件 (0.43%) で, 内訳は従来法 37 件 (0.5%), LBC 法 5 件 (0.21%) であった。

【考察とまとめ】 検体処理法に関わらず, 本システムで判定できない症例が一定の割合で存在した。誤陰性例 (0.5% 未満) が検出でき, 精度管理上有用であることが示唆された。

◇細胞検査士会 ヤング committee ワークショップ

LBC 検体の標本作製と応用

YC-1 乳腺穿刺吸引細胞診における LBC 法の応用と利点についての検討

済生会新潟第二病院病理診断科

○花野佑輔 (CT), 遠藤浩之 (CT), 石原法子 (MD),
西倉 健 (MD)

乳腺穿刺吸引細胞診では直接吹き付け法, 針内洗浄液塗抹法など様々な方法が行われており, 最近では liquid-based cytology (以下 LBC 法) も行われるようになってきている。今回, LBC-PREP を用いた LBC 法の細胞像と直接吹き付け法の細胞像を比較すると共に, エストロゲンレセプター (以下 ER), プロゲステロンレセプター (以下 PgR), HER-2 などの免疫染色が応用可能であるか検討した。対象は未固定の生検材料, 手術材料から演者らが穿刺吸引を施行した良性病変 (線維腺腫, 乳管内乳頭腫など) と, 悪性病変 (浸潤性乳管癌, 浸潤性小葉癌など) を用いた。LBC-PREP を用いた標本作製法は, 容器内の固定液で穿刺針を洗浄し, 容器を 3000 回転/分で 5 分間遠心, 上清を捨て蒸留水を加えて混和, 容器を逆さにして, 重力による細胞沈下法にて専用スライドに塗抹した。LBC 法の細胞像を直接吹き付け法と比較すると, 良性病変では線維腺腫の双極裸核, 円形裸核, 乳管内乳頭腫の泡沫化組織球といった背景所見に乏しくなり, 乳管上皮細胞集塊は結合性が低下, 筋上皮細胞が不明瞭になるため組織像推定が困難な傾向がみられた。悪性病変では組織型に関わらず, 細胞集塊の結合性が低下するため構造異型が分かりにくくなった。しかし, 細胞異型の判定は容易となり, 硬癌や浸潤性小葉癌では細胞質内小腺腔が明瞭になるなどの利点もあった。また, ER, PgR, HER-2 の各免疫染色は, 直接吹き付け法では重積集塊が過染傾向を示すため判定困難であるのに対し, LBC 法では細胞集塊が平面的になるため比較的良好な染色結果が得られた。以上の結果について実際の症例を交えて提示したい。

YC-2 BD サイトリッチ法による子宮内膜細胞診

京都大学医学部附属病院病理診断科

○梅原美穂(CT), 白波瀬浩幸(CT), 桜井孝規(MD),
平田勝啓(CT), 古畑彩子(CT), 平伴英美(CT),
吉澤明彦(MD), 南口早智子(MD), 羽賀博典(MD)

【はじめに】子宮内膜細胞診は臨床医が塗抹・固定を行うため、固定前乾燥や細胞集塊の過剰な重なりのため詳細な観察が困難な場合がある。当院では標本作製の標準化、スクリーニングの効率化を目的として、2012年8月より内膜細胞診にBD サイトリッチ法によるLBC法(以下、LBC法)を導入している。今回我々はLBC法による子宮内膜細胞の異常集塊の出現状態に着目し、LBC法の有用性について検討したので報告する。

【対象・方法】LBC法による内膜細胞診が施行され、病理組織診断にて裏付けが得られた52例を対象とした。年齢は28歳～85歳(中央値:50.5歳)で、内訳は正常内膜(20症例)、異型内膜増殖症(14症例)、類内膜腺癌(G1)(18症例)である。細胞集塊の評価は、集塊構成内膜細胞が100個以上のものを対象とした。標本で観察された全ての細胞集塊をカウントし、異常集塊(乳頭・管状集塊、不整形突出集塊)の占める割合を算出した。

【結果】異常集塊の占有率は、正常内膜では0.0%～13.9%(中央値13.9%)異型内膜増殖症では、34.3%～89.7%(中央値72.8%)、類内膜腺癌(G1)では48.7%～94.9%(中央値83.0%)であり、正常内膜と異型内膜増殖症および類内膜腺癌(G1)の間で有意差($P<0.01$)を認めた。

【まとめ】LBC法は従来法と比較して、1. 採取時の固定前乾燥によるアーチファクトや過剰な重量性が減少、2. 赤血球が除去され背景がきれい、3. 細胞の回収率が良好、4. 塗抹範囲が一定で鏡検時間の短縮が可能、5. セルブロックの応用が容易などの利点がある。さらに、従来法と同様に異常集塊の占有率に着目した検鏡で異型内膜増殖症以上の病変を検出することが可能となることから内膜細胞診へのLBC法導入は有用である。

YC-3 LBC 検体の迅速細胞診・免疫染色への応用

大阪府立成人病センター臨床検査科病理細胞診¹⁾, 大阪府立成人病センター病理細胞診断科²⁾

○西村早菜子(CT)¹⁾, 竹中明美(CT)²⁾, 芦村純一(CT)¹⁾,
龍あゆみ(CT)¹⁾, 長田盛典(MD)²⁾, 富田裕彦(MD)²⁾

【はじめに】LBC法の普及にともない婦人科頸部材料以外検体に応用されるようになってきた。今回、LBC法が診断に役立つ検体作製、免疫染色について報告する。「LBC法」cellprepシステム(ロシュ・ダイアグノシスティックス株式会社)を使用してLBC検体を作製している。

【対象】婦人科頸部検体以外に尿、穿刺材料(乳腺)、耳鼻科領域擦過、胆汁・膝液(ブラシ洗浄液)、喀痰、胸・腹水、細胞数の少ない検体(リコール)などの検体にLBC法を施行している。また、血液が多く、細胞回収の困難な術中の胸腔・腹腔洗浄液にも応用している。婦人科頸部検体以外は基本、従来法と併用している。

【従来法との比較】婦人科頸部・耳鼻科領域など扁平上皮系腫瘍が中心の検体は、異型細胞が少数、単個で出現する症例もあり、慎重なスクリーニング必要である。細胞所見はほとんど従来法と変わらない。その他の検体では腺系腫瘍が中心になるが、核内所見は明瞭で、構造異型も保持されている。ただ、胸・腹水など核所見だけでは組織球と腺癌の鑑別が困難な症例もある。

【免疫染色への応用】鑑別困難な症例は積極的に免疫染色を施行している。背景がクリアであること、細胞配列が平面的なことから、免疫に適した標本と思われる。他に検体保存が可能であり、必要な時に、必要な抗体数だけ標本作製することができる。婦人科頸部検体ではASC-US、ASC-HにCINtec PLUS(ロシュ)を積極的に施行し、判定の補助にしている。また、胸水では細胞像によりALK(ニチレイ)を行い、陽性であれば短時間に臨床に報告し、早期治療に役立つ。LBC法は保存できるため細胞所見確認後免疫染色で確認、確実な診断することができる。

YC-4 呼吸器検体のLBCと肺癌分子診断への応用

日本大学医学部病理学分野¹⁾, 日本大学板橋病院病理診断科²⁾

○中西陽子(その他)¹⁾, 関 利美(CT)²⁾,
廣谷ゆかり(CT)¹⁾, 鈴木淳子(CT)²⁾,
阪本麻菜美(CT)²⁾, 楠美嘉晃(MD)^{1,2)},
逸見明博(MD)¹⁾, 増田しのぶ(MD)¹⁾,
杉谷雅彦(MD)^{1,2)}, 根本則道(MD)¹⁾

近年、癌の分子標的薬の開発が飛躍的に進歩し、進行、再発癌に対する治療効果が期待されている。非小細胞肺癌の分子標的治療は、上皮成長因子受容体(EGFR)におけるチロシンキナーゼ(TK)活性型の遺伝子変異を有する非小細胞肺癌に対してゲフィチニブやエルロチニブなどのEGFR-TK阻害剤(I), 2番染色体短腕の逆位や転座によって生じるanaplastic lymphoma kinase(ALK)融合遺伝子を有するALK肺癌に対してはクリゾチニブやアレクチニブなどの有効性が確認され、形態学的な評価に加え、それぞれの遺伝子を解析することは治療適応患者を選定するためのコンパニオン診断として必須となっている。分子診断では、結果が治療に直結するため遺伝子解析の精度や感度が問題となる。現在では、技術革新による検査レベルでの安定した遺伝子解析が可能となっており、むしろ検体側の問題が浮上する。細胞診検体は、FFPE検体に比して遺伝子解析に適した検体であることから、我々はこれまでに約110例の呼吸器細胞診検体のThinPrep法(Hologic)によるLBC処理を試みてきた。今回、気管支洗浄液、胸水などの液状検体から、気管支鏡器具類より直接、病理解剖時の各LBC処理検体について、EGFR遺伝子変異解析、ALK免疫細胞化学、ALK融合遺伝子解析を行った結果から、LBC処理による形態および遺伝子、蛋白質の保存状態と肺癌分子診断への有用性について報告する。

◇ガイドライン解説

G-1 領域別ガイドライン：乳腺

川崎医科大学病理学¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査部³⁾

○森谷卓也(MD)¹⁾, 前田一郎(MD)²⁾, 北村隆司(CT)³⁾

【はじめに】乳腺疾患の診断において、針生検法の適応が広がっているが、細胞診はより簡便で侵襲の低い検査法であり、適切に実施すれば多くの情報を入手することができる。乳腺のガイドラインでは、17名の委員が分担して、総論と各論に分けて記載した。

【総論】最初に標準的な細胞採取法と検体処理法を、次に細胞判定のために必要な、乳腺疾患の臨床像と病理学的分類の概要、乳腺細胞診の報告様式(日本乳癌学会による乳癌取り扱い規約;第17版,2012年)について呈示した。さらに、乳腺疾患の良悪性判定を行うための細胞の基本的な見方を解説し、乳頭分泌物、乳頭擦過、術中細胞診、針洗浄法についても触れた。

【各論】乳腺疾患に対する細胞診の判定は、乳癌取り扱い規約で示されている、細胞診および針生検の報告様式に則って記載した。組織型については、取り扱い規約で呈示されているものをほぼ全て網羅するとともに、主要疾患については組織像・細胞像のバリエーションについても取り扱った。また、WHO分類(第4版,2012年)で別途示されている組織型を含め、取り扱い規約以外でも、日常の細胞診断において知っておくべき事項を追加掲載した。鑑別診断を含めて十分な細胞像の解説を心がけており、写真図譜はアトラスとしてもご活用いただきたい。

G-2 細胞診ガイドライン解説「中枢神経系／脊髄液」

埼玉医科大学¹⁾, 東海大学²⁾, 群馬大学³⁾, 日本医科大学⁴⁾, 宮崎大学⁵⁾, 国際医療福祉大学⁶⁾, 千葉県がんセンター⁷⁾

○佐々木惇(MD)¹⁾, 中村直哉(MD)²⁾, 平戸純子(MD)³⁾, 清水秀樹(CT)⁴⁾, 佐藤勇一郎(MD)⁵⁾, 伊古田勇人(MD)³⁾, 井野元智恵(MD)²⁾, 佐藤信也(CT)⁶⁾, 有田茂実(CT)⁷⁾, 芹澤昭彦(CT)²⁾

中枢神経系／脊髄液ガイドラインは、中枢神経系と脊髄液の2項目に大別され、それぞれ総論と各論に分けて解説された。

I) 中枢神経系の基本方針は以下のごとくである：1) 術中迅速診断時の圧搾すり合わせ標本を基本とすること、2) 各論は疾患単位として、腫瘍は代表的な組織型ごとに記載し、臨床現場での重要性を考慮して「非腫瘍」の項目を設けること、3) 転移性腫瘍の項目は設けず、必要があれば各疾患で転移性病変について触れること、4) 診断報告様式項目は設けないが、報告に関する要点は総論に記載すること。各論では、専門医研修ガイドラインにある腫瘍型はほぼすべてに記載し、写真を呈示した。下垂体腺腫は狭義の中枢神経系腫瘍には属さないが、頻度の高い頭蓋内腫瘍型であり、脳外科手術での術中診断も多いことから項目を設けた。脳腫瘍に馴染みの少ない病理医や細胞検査士の参考になるよう、総論と各論では脳腫瘍の臨床、組織学的所見も簡潔に解説した。WHO脳腫瘍分類は2016年に改訂の予定であるが、改訂による本ガイドライン内容の変更・追加はほとんどないと思われる。

II) 脊髄液は基本方針として、染色方法はギムザ染色が中心となり、「中枢神経系」と同様に、総論では1)細胞採取法と処理法、2)診断に必要な基礎知識の項目とし、各論は、1)腫瘍、2)非腫瘍、とした。総論1)の方法は比較的详细な解説を行い、各論1)の腫瘍型は頻度の高い、転移性腫瘍、白血病／リンパ腫を中心に記載した。本ガイドラインは専門医研修とともに日常の細胞診断にも活用していただきたい。

G-3 領域別ガイドライン：泌尿器

社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科

○大谷 博(MD)

泌尿器細胞診ガイドラインは、総論と各論に大別されて記載されている。泌尿器領域の検体の大部分が尿細胞標本であることから、尿細胞診を中心に構成されているが、腎、前立腺、精巣の細胞診も含まれている。総論は、尿路の解剖および病理学的事項、標本作製法、細胞の見方、スクリーニングの実際、報告様式、精度管理、免疫染色、FISH、臨床学的事項からなり、泌尿器細胞診に関して知っておくべき内容やポイントが述べられ、日常の細胞診断に役立つよう工夫されている。各論は、腎、尿路の良性・反応性病変、尿路上皮癌、その他の組織型、ウイルス感染細胞、治療効果と経過観察、前立腺、精巣から構成され、典型的な細胞像が網羅されているので鑑別診断に利用することができる。尿細胞診において最も大切なことは高異型度尿路上皮癌細胞を見落とさないことであり、反応性尿路上皮細胞、反応性尿細管上皮細胞、ウイルス感染細胞等との鑑別が必要である。これらの鑑別診断についても分かり易く解説されている。尿中に出現する細胞には、高度の細胞形態の変化がみられることがあり、適切な診断には尿細胞診独特の知識と経験が必要である。本ガイドラインが普及することにより、標本作製法、標本の見方、報告様式、鑑別方法等の標準化が進み、全国的な診断精度の向上に繋がることを期待する。

G-4 骨・軟部腫瘍細胞診の見方

東京慈恵会医科大学附属第三病院病理部

○福永真治(MD)

まず他の部位の細胞診と同様に細胞診標本として適生か否か判定する。次に主体をなす細胞形態を把握する。円形細胞性、紡錘形性、多形細胞性腫瘍、類上皮/相性腫瘍に大別する。浅在性病変では炎症性、反応性、増殖性病変の可能性を含める。臨床所見、罹患期間、画像所見を総合して診断をする。年齢、部位、臨床像、画像より可能性の高い病変を絞り込む。具体的には、円形細胞性腫瘍として横紋筋肉腫、Ewing肉腫ないし未分化神経外胚葉性腫瘍(PNET)、円形細胞型脂肪肉腫、類上皮肉腫、間葉性軟骨肉腫、悪性黒色腫、悪性リンパ腫、皮膚神経内分泌癌などが挙げられる。化学療法が適応になる腫瘍が多い。紡錘形細胞腫瘍として良性悪性の線維性腫瘍、末梢神経鞘腫瘍、平滑筋性腫瘍、滑膜肉腫、孤立性線維性腫瘍、紡錘形細胞癌などがある。低悪性腫瘍と良性病変の鑑別が困難なことが多い。多形細胞性腫瘍では特徴的な細胞や分化した細胞を探す。“pleomorphic cell tumor”として早く回答することが肝要である。類上皮/2相性腫瘍として類上皮肉腫、滑膜肉腫、横紋筋肉腫、粘液性軟骨肉腫、悪性筋上皮腫などがある。骨腫瘍細胞診の対象として主なものは軟骨性腫瘍、骨巨細胞腫、骨肉腫、Ewing肉腫、脊索腫、転移性腫瘍であり、診断手順は軟部腫瘍の場合と同様である。骨・軟部腫瘍の細胞診では、主たる細胞の形態記載(記述的診断)と良悪性の鑑別が第一の目標であり、可能であれば推定診断に努める。しかし無理をすることは控え確信の持てる範囲でコメントする。今後の検索や治療方針のヒントになる報告で十分である。

G-5 細胞診ガイドライン 上気道

産業医科大学医学部第一病理

○松山篤二(MD)

上気道領域は骨で囲まれた複雑な解剖学的構造を有し、検体採取が容易でない。アレルギー性鼻炎における鼻汁好酸球検査は耳鼻咽喉科外来で頻繁に行われる一種の細胞診検査ではあるが、それ以外の上気道疾患において細胞診専門医・細胞検査士が関与する細胞診断はほとんど行われておらず、この領域の細胞診に関する取り決めもないのが現状である。実際にはこの領域には、それぞれの多くは頻度が低いものの、感染症ならびに非腫瘍性疾患、上皮性ならびに間葉系の良性・悪性腫瘍、ならびに造血器系腫瘍などの多彩な病変が発生するうえ、症例によっては外鼻孔から病変へのアプローチが充分可能であるため、一定の手技に習熟した耳鼻咽喉科医にとっては有意義な診断法となりうる可能性がある。上気道領域の細胞診の普及を期待しつつ、今回の細胞診ガイドラインでは、総論と各論に分けて、細胞像と組織像を対比しながら解説した。今回の口演では、このガイドラインの概略を報告する予定である。まず総論では、最初に上気道の解剖、ならびに組織像・細胞像を含んだ正常構造、次に、検体採取法、染色法について概説する。各論では、この領域に発生しうる特徴的かつ代表的な疾患として、非腫瘍性疾患(真菌感染症)、上皮性腫瘍(鼻副鼻腔乳頭腫、扁平上皮癌、リンパ上皮癌)、非上皮性腫瘍(悪性リンパ腫、嗅神経芽細胞腫、悪性黒色腫、横紋筋肉腫)の順に、それらの臨床像とともに、細胞像と病理組織像を対比させながら供覧する。

G-6 領域別ガイドライン 呼吸器

帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科¹⁾, 細胞診ガイドライン作成ワーキンググループ小委員長²⁾

○川本雅司(MD)^{1,2)}

原発性肺腫瘍では2015年にWHOの新分類(第4版)が発表される。旧分類との主たる違いは、1. 腺癌、2. 大細胞癌の解体、そして3. 免疫組織化学の採用である。腺癌では2011年のIASLC/ATS/ERS分類に加え、免疫組織化学的腺癌が採用され、腺腔や粘液産生が確認されなくても、TTF-1やNapsin Aが陽性である場合は、「充実性腺癌」となる。これは旧分類では大細胞癌に分類されていた癌の一部が、腺癌となったことを意味する。同様に細胞間橋や角化が無くても、類上皮型胞巣とともにp40やp63の発現があれば、旧来は大細胞癌に分類されていたこの種の癌は、「類上皮型扁平上皮癌」と呼ばれるようになる。大細胞癌に分類されていた大細胞神経内分泌癌も、「神経内分泌癌」に移動し、およそ大細胞癌は解体された。これに合わせ、細胞診でも、「大細胞癌の疑い」という判定は避けられようになるが、現実的には「非小細胞型癌」という判定にとどまることになるであろう。腺癌に戻ると、新分類では「浸潤前病変」、「微少浸潤」(野口のType Cが包含される)、「浸潤性」(優勢な型をもって表記)および「特殊型」となり、「浸潤前」として異型腺腫様過形成と上皮内腺癌(AIS)が規定されたが、後者は細気管支肺胞上皮癌(BAC)の読み替えである。ただし、粘液産生を示すBACはおおよそ浸潤癌としての予後を呈することから、「浸潤性粘液癌」として「特殊型浸潤性腺癌」に分類された(細胞像は粘液癌)。ガイドラインでは、WHO新分類に沿った細胞像の呈示するほか、転移性、感染症などの非腫瘍性疾患も掲載し、日々の診療に役立つ内容となっている。

◇口腔細胞診セミナー

1 口腔に発症する白色病変の臨床像

大阪歯科大学口腔外科学第2講座

○堀井活子(DDS)

口腔粘膜に生ずる病変は多種多様でその診断、治療法に苦慮することが多々ある。口腔内に限局するもの、皮膚疾患と関連するもの、全身疾患の一症状として現われるものなど様々な種類がある。特に白色(あるいは赤色、混在)病変は前癌病変・前癌状態など悪性転化するものも含め、その診断は重要である。しかしその多くは口腔粘膜の表在性疾患であり比較的容易に生検ができる事より、病理組織検査は組織検査が主体となっており細胞診の認知度はまだまだ低いのが現状である。しかし近年細胞診は口腔がんの早期診断に役立つ検査法として確立しつつあり、その利用頻度は増加してくるものと思われる。今回口腔白色病変(口腔カンジダ症、口腔扁平苔癬、白板症など)の臨床像と共に細胞診、組織診の採取目的・採取時期などにつき治療法も含めその概要を説明する。

2 口腔に発症する白色病変の病理組織像

九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野

○矢田直美(DDS), 松尾 拡(DDS)

口腔粘膜に発症する白色病変は炎症から腫瘍まで多疾患に見られる所見であり, 口腔擦過細胞診でのスクリーニング検査がよく行われる病変で, 非腫瘍と腫瘍の鑑別が求められる。しかし, 細胞診では, オレンジG好性の光輝性の強い表層型扁平上皮細胞が散見され, もっとも判定に苦慮する病態である。白色病変の本体はカンジダ症, 口腔扁平苔癬, 白板症, 白斑型の扁平上皮癌が主に挙げられる。口腔扁平苔癬は前癌状態, 白板症は前癌病変, カンジダ感染も口腔癌の発生病因子の1つと考えられており, いずれの疾患も低率であるが癌化の可能性がある。口腔扁平苔癬は, 角化異常を伴う慢性炎症性疾患であるが, 病変進行中に上皮性異形成を認めることがある。白板症は臨床病名であり, 組織像では過角化を伴い上皮の肥厚が見られ, 上皮性異形成を有するものとないに分けられる。口腔上皮性異形成は子宮頸部の異形成の構築と異なり, 表層上皮に異型が認められず, 表層分化型扁平上皮癌へと進行することもある。カンジダ症は, 上皮表層の錯角化細胞層に直交して仮性菌糸が細胞質内へ侵入し, 口腔粘膜上皮の角化を促進し, この中で上皮性異形成を伴う場合がある。また, 扁平上皮癌を含む既存の病変に, 二次的に感染する場合もあるため診断に注意を要する。これらの病変の非腫瘍と腫瘍例の病理組織像および免疫組織化学的染色像を呈示し, 組織診からみた細胞診の採取方法の工夫や判定で苦慮する点もあわせて概説する。

3 白色病変の細胞像

日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科¹⁾, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座²⁾

○松本 敬(CT)¹⁾, 宇都宮忠彦(DDS)^{1,2)},
末光正昌(DDS)^{1,2)}, 森川美雪(CT)²⁾, 二谷悦子(CT)¹⁾,
山本浩嗣(DDS)²⁾, 久山佳代(DDS)^{1,2)}

口腔細胞診は口腔癌の罹患・死亡率の増加に伴い要請が高まっているが, その細胞所見は異型が弱く判定困難な症例が少なくない。特に白色病変の理解は重要であり, 原因により上皮分化異常, 感染症, 免疫関与疾患に分けられる。上皮分化異常は非腫瘍性(過角化症, 上皮肥厚)と腫瘍性(乳頭腫, 上皮内腫瘍性病変, 扁平上皮癌)に分けられ, 感染症は多彩な臨床像を示すカンジダ症, 小水疱形成を伴うウイルス感染症, 免疫関与疾患には類天疱瘡, 天疱瘡や前癌状態である扁平苔癬が挙げられる。今回我々は各疾患と出現する特徴的細胞像を示し, 概要を報告する。過角化症では角質物質, 軽度核腫大, ケラトヒアリン顆粒を伴う表層型細胞を認める。上皮異形成では核腫大, 大小不同, クロマチン増量, 核形不整, 細胞質辺縁の不整などの異型細胞が認められる。扁平上皮癌は症例によっては多核形成, 小型異型細胞, 角化球, 癌真珠形成, 奇妙な細胞形態を呈し, 上皮異形成よりOG好染で光輝性が強い細胞質を認める。カンジダ症の細胞には核腫大, 大小不同, 軽度クロマチン増量, 核周明庭がみられるが, 背景は比較的きれいで炎症性背景を伴うこともある。ときには上皮異形成との鑑別が必要である。天疱瘡では核腫大, 大小不同, クロマチン増量, 核小体明瞭を伴う深層型細胞(Tzanck cell)の出現をみる。鑑別にはウイルス感染症や反応性の表層異型細胞がみられるため扁平上皮癌が挙げられる。扁平苔癬は背景が炎症性で, びらんを伴う場合, 核腫大, 大小不同, 多核形成, ケラトヒアリン顆粒を有する細胞を認める。口腔細胞診の検鏡時には疾患の分類・病態を理解したうえで, 細胞所見を観察することが必要である。

◇わからん会

わからん会-1 筋上皮細胞の増生を伴う乳管腺腫の一例

伊那中央病院臨床検査科¹⁾, 伊那中央病院病理診断科²⁾, 信州大学医学部分子病理学講座³⁾, 松本大学人間健康学部スポーツ健康学科⁴⁾, 社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科⁵⁾

○三澤 健(CT)¹⁾, 村松さゆり(CT)¹⁾,
平嶋早百合(CT)¹⁾, 松澤こず恵(CT)⁵⁾,
藤原正之(MD)²⁾, 福島万奈(MD)³⁾, 江原孝史(MD)⁴⁾,
土屋眞一(MD)⁵⁾

【はじめに】乳管腺腫は比較的まれな良性腫瘍で、異型アポクリン化生細胞が出現するため、しばしばアポクリン癌との鑑別を要することで知られている。今回、我々は多彩な像を呈し組織推定に苦慮した乳管腺腫の一例を経験したので、報告する。

【症例】70歳女性。左A領域に8mm大の腫瘤。FNAにて乳腺症が疑われたが、画像所見にて悪性を否定できず針生検が行われた。

【細胞所見】核腫大を伴うアポクリン化生細胞の集塊を多数認め、それらの細胞に混在して紡錘形の核を有する間質細胞が密に配列していた。二相性を伴う乳管上皮細胞が少数観察された。

【針生検所見】部分的にアポクリン化生を伴った乳管上皮細胞が、比較的広い細胞質を持つ筋上皮細胞とともに増殖していた。筋上皮細胞がやや充実性に増殖する部分や一部紡錘形を呈する部分が混在しており、腺筋上皮腫が最も考えられた。

【生検所見】針生検所見と同様に筋上皮細胞の優位な領域を認めたが、乳管上皮細胞が密に増殖する領域も混在しており、乳管腺腫と診断された。

【考察】乳管腺腫は異型アポクリン化生細胞が出現することが知られているが、このほかに間質結合織を伴わない乳管上皮細胞や、紡錘形筋上皮細胞が束状に出現するなど、多彩な像を示し、時に乳管内乳頭腫や腺筋上皮腫との鑑別を要する場合がある。特に本症例のように紡錘形筋上皮細胞が束状に出現する場合には、腺筋上皮腫との鑑別が重要となる。細胞像が多彩で、複数の組織型と鑑別を要する場合には、それぞれの特徴的所見を捉え、診断していくことが重要と思われる。

わからん会-2 舌下腺脱分化型腺様嚢胞癌の一例

市立札幌病院検査部¹⁾, 市立札幌病院病理診断科²⁾

○村上将大(CT)¹⁾, 片平淳子(CT)¹⁾, 梅原理絵子(CT)¹⁾,
吉澤明希(CT)¹⁾, 小熊貴光(CT)¹⁾, 村田 恵(CT)¹⁾,
野崎正行(CT)¹⁾, 中村厚志(CT)¹⁾, 辻 隆裕(MD)²⁾,
深澤雄一郎(MD)²⁾

【はじめに】舌下腺悪性腫瘍は全唾液腺腫瘍中1%以下と稀であり、加えて脱分化型腺様嚢胞癌の報告は数例のみである。今回我々は、舌下腺脱分化型腺様嚢胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。右顎下部腫瘤の精査目的のため当院紹介された。CT検査にて約3cm大の腫瘤性病変を認めた。腫瘤性病変は辺縁平滑で周囲との境界は明瞭、明らかな浸潤の所見はなく、小さな嚢胞性成分を含む実質性腫瘍が疑われた。同部位の穿刺吸引細胞診検査を施行したところ、悪性を疑う細胞を認めたため、腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】異型の乏しい小型細胞からなる腺管状ないし篩状様を呈した細胞集塊と、他に、核腫大、核クロマチン増量したN/C比の高い細胞集塊の異なる所見を認めた。後者は低分化腺癌・未分化癌などが鑑別に挙がり、悪性細胞と考えられた。

【組織所見】篩状型腺様嚢胞癌成分と、その中に多数の核分裂像を伴い、大型核を有する高度異型細胞が充実胞巣状に増殖する所見を認めた。後者は腫瘍全体の30-50%を占め、出血や壊死を伴っており、これらの多くは明瞭な二層性を欠いていた。免疫組織化学的検索ではMIB-1indexが前者より後者で明らかに増加していた。以上より、脱分化型成分を混じた舌下腺由来の腺様嚢胞癌と診断した。

【まとめ】細胞診で腺様嚢胞癌と判定するには、細胞質の乏しい小型細胞が粘液様物質を取り囲む特徴的所見が重要である。本症例ではそのような所見に乏しく、未分化癌様の悪性細胞が多く出現しており組織型判定は困難であった。判定において様々な組織学的形態を理解しておくことが、腺様嚢胞癌の非典型像に対する鑑別診断の要と言える。

わからん会-3 胸膜播種病変から ALK 陽性肺癌の診断に至った1例

洛和会音羽病院臨床検査部¹⁾, 洛和会音羽病院病理診断科²⁾

○重野恭子(CT)¹⁾, 吉岡沙織(CT)¹⁾, 穴吹昌枝(CT)¹⁾, 佐野 守(CT)¹⁾, 安井 寛(MD)²⁾

【はじめに】ALK 遺伝子転座をもつ肺癌 (ALK 陽性肺癌) は肺腺癌のうち 4~5%程度とまれな腫瘍である。今回、胸膜播種病変から ALK 陽性肺癌の診断に至った症例を細胞像、組織像を中心に報告する。

【症例】50 歳, 女性, 喫煙歴なし。関節リウマチにて加療中に撮影された胸部 CT にて右胸膜 (葉間胸膜を含めて) に多数の小型結節影を認め, PET-CT にて FDG 集積亢進を認めた。鑑別疾患として真菌・抗酸菌感染症, 転移性腫瘍, 悪性リンパ腫が挙がり, 気管支鏡検査を行ったが診断に至らず, 胸腔鏡下胸膜生検が行われた。

【細胞所見】上皮性結合を示す大小の腫瘍集塊を認めた。集塊には腺腔や柵状配列が見られ, 辺縁には明瞭な部分とほつれた部分があった。腫瘍細胞の核は偏在傾向を示し大きさは比較的均一, 核小体は正円形で明瞭, 細胞質は淡く泡沫状であった。

【組織所見】好酸性細胞質をもつ円柱上皮が癒合・分岐を伴う複雑な管状~篩状を呈して増生していた。PAS 反応およびアルシアン青陽性の粘液を有する印環様細胞も少数認めた。免疫組織化学的には CK7 (+), CK20 (-), TTF-1 (+), napsinA (+) で, 肺原発の腺癌と診断された。また, 免疫組織化学染色 (IHC) と FISH 法にて ALK 陽性を確認した。

【まとめ】ALK 陽性肺癌は充実型・腺房型をとることが比較的多く, 篩状構造や粘液細胞の存在が特徴的とされる。本症例では Pap 標本にて粘液細胞の認識が容易でなく ALK 陽性との推定は困難と考えられた。

わからん会-4 肺紡錘細胞型カルチノイドの一例

神戸大学医学部附属病院病理部¹⁾, 神戸大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○森藤哲史(CT)¹⁾, 塚本龍子(CT)¹⁾, 酒井康裕(MD)²⁾, 廣尾真奈(CT)¹⁾, 今川奈央子(CT)¹⁾, 柳田絵美衣(CT)¹⁾, 山崎 隆(MD)²⁾, 全 陽(MD)²⁾, 伊藤智雄(MD)²⁾

【はじめに】肺紡錘細胞型カルチノイドは, WHO 分類に記載されているカルチノイドの一亜型であるが, 本邦の取扱い規約には詳細な記載がなされていない。今回我々は, 診断に苦慮した肺紡錘細胞型カルチノイドの症例について報告する。

【症例】68 歳, 男性, 血痰あり, 近医 CT にて右 S1 に 1 cm 大の異常陰影指摘。PET-CT にて集積あり。紹介にて当院呼吸器内科を受診し, 気管支鏡細胞診が施行された。

【細胞所見】豊富な毛細血管を軸とした集塊および散在性に紡錘形異型細胞が多数出現していた。細胞相互の結合性は緩く, 細胞質は不明瞭であった。核クロマチンは粗顆粒状で, 核の大小不同, 多形性には乏しかった。豊富な毛細血管と粗顆粒状の核クロマチンよりカルチノイドを疑ったが, 紡錘細胞癌や非上皮性腫瘍との鑑別を要する像であった。

【病理組織所見】右肺尖部に周囲との境界明瞭な類円形の白色充実性病変を認めた。腫瘍は線維性間質や毛細血管の増生を伴い, 短紡錘形の異型細胞が充実性, 胞巣状, 索状, リボン状に増殖していた。核分裂像は 5 個/10HPF で, 壊死は明らかではなかった。腫瘍細胞は免疫組織化学染色では Chromogranin A, Synaptophysin, CD56 が陽性であった。また, Ki-67 標識率は 3.5% であった。以上より非定型カルチノイドと診断された。

【まとめ】紡錘細胞型カルチノイドは肺の全カルチノイド中 5%程度と稀な腫瘍であり, 日常の業務で遭遇する機会は少ない。しかし, その細胞像は特徴的であり, その特徴について十分な認識があれば, 細胞診材料で組織型推定可能であると考えられる。

わからん会-5 著明な肉芽腫病変を伴うホジキンリンパ腫の一例

洛和会音羽病院臨床検査部¹⁾, 洛和会音羽病院病理診断科²⁾

○穴吹昌枝(CT)¹⁾, 吉岡沙織(CT)¹⁾, 重野恭子(CT)¹⁾,
佐野 守(CT)¹⁾, 安井 寛(MD)²⁾

【はじめに】今回、著明な肉芽腫を伴い、サルコイドーシスとの鑑別を要したホジキンリンパ腫の一例について報告する。

【症例】79歳男性。ふらつきを主訴に受診。精査目的にて撮影した胸腹部CTにて上縦隔リンパ節の腫大を認めた。悪性リンパ腫を疑い、胸腔鏡によるリンパ節生検が施行された。

【細胞所見】リンパ節捺印細胞診。紡錘形核を有する組織球の集簇が目立ち肉芽腫の存在が示唆された。それに混在して単核から多核で大型の核小体を有する大型異型細胞を少数認めた。

【組織所見】リンパ節構造は消失、小型リンパ球及び著明な類上皮肉芽腫を背景に、大型の核小体を有し核形不整を示す大型細胞が散在性に認められた。免疫染色・ISHにて、CD30・EBER：陽性、CD20：部分的に陽性、PAX-5：部分的に弱陽性、CD3、CD15：陰性であった。古典的ホジキンリンパ腫（混合細胞型）と診断された。

【考察】古典的ホジキンリンパ腫（混合細胞型）はHodgkin細胞、Reed-Sternberg細胞の出現とともに、リンパ球、形質細胞、組織球など多彩な炎症像を示し、肉芽腫像が目立つこともある。類上皮細胞増殖が顕著で肉芽腫病変を形成する症例の場合、サルコイドーシスとの鑑別が重要となる。多彩な炎症像に惑わされず、典型的な異型細胞の出現を見逃さないよう留意する必要がある。

◇一般演題(口演)

O-1-1 子宮頸がん細胞に対する CRISPR/Cas による HPV の E6 遺伝子ノックアウトの効果

自治医科大学医学部産科婦人科

○嵯峨 泰(MD), 佐藤尚人(MD), 高橋詳史(MD), 小柳貴裕(MD), 高橋寿々代(MD), 種市明代(MD), 町田静生(MD), 竹井裕二(MD), 藤原寛行(MD), 鈴木光明(MD)

【目的】ゲノム編集において CRISPR/Cas はバクテリアの免疫防御機構を応用した新しい技術であり, 任意の遺伝子を特異的に切断し不活化することができる. 子宮頸がん細胞に対する CRISPR/Cas による HPV の E6 遺伝子ノックアウトの効果を検討した.

【方法】3種の18型HPV(HPV18)陽性子宮頸がん細胞株(HeLa, SKG-I, HCS-2), を対象とした. 1) Cas9発現プラスミドベクターを作成し, 3種の細胞株にリポフェクション法で遺伝子導入した. Cas9発現をウエスタンブロットで検出した. 2) HPV18のE6のPAM配列直近の20bp(標的配列)を含む単ガイド(sg)RNAを搭載した2型アデノ随伴ウイルスベクター(AAV2-sg18E6)を作成した. AAV2-sg18E6をCas9導入子宮頸がん細胞に感染させ, E6遺伝子の変異率を, 標的配列を含むプライマーと含まないプライマーを用いた定量的PCR法をそれぞれ行い推定した. 3) AAV2-sg18E6感染後のE6, p53, p21発現をウエスタンブロットで観察した. 4) AAV2-sg18E6感染後のin vitro細胞増殖をWSTアッセイで検討した. 5) Cas9導入子宮頸がん細胞由来のマウス皮下腫瘍にAAV2-sg18E6を直接接種し効果を検討した.

【結果】1) 遺伝子導入した細胞株3種全てにCas9の発現が確認された. 2) AAV2-sg18E6感染後の子宮頸がん細胞にはE6遺伝子の変異が高頻度に認められた. 3) AAV2-sg18E6感染によりE6の発現が低下し, p53, p21の発現が上昇した. 4) AAV2-sg18E6感染後の子宮頸がん細胞の増殖はウイルス粒子の濃度依存性に抑制された. 5) AAV2-sg18E6は腫瘍増殖を著明に抑制した.

【総括】HPVのE6遺伝子ノックアウトは子宮頸がん細胞の増殖を抑制することが示され, CRISPR/Casによる子宮頸がん新規治療の可能性が示唆された.

O-1-2 ヒトパピローマウイルス16型E6バリエーションと子宮頸がんとの関連

北海道対がん協会

○佐々木隆之(MD), 藤田博正(MD), 白川洋三(CT), 田上 稔(CT), 加藤 修(CT), 横山 恵(CT), 和田恒之(CT), 鈴木美由紀(CT), 茂木由紀(CT)

我々は, ヒトパピローマウイルス16型(HPV16)ゲノムのE6領域のバリエーションと子宮頸がんとの関連を札幌のpopulationを使って調べた. サンプルは細胞診でNILM, ASCUS, あるいはLSILと診断されたもの21例, 組織診でCIN2あるいはCIN3と診断されたもの7例, 手術材料の病理検査で浸潤癌と診断されたもの34例で全例がHPV16陽性であった. 各サンプルから分離したHPV16のE6領域の塩基配列を決定し, さらに, 特定の位置の塩基の種類から分子系統樹上のlineage/sublineageを決定した. その結果, 塩基配列から推定されるアミノ酸残基の置換ではD25E, L83VとE113Dが高頻度で観察された. 分子系統樹上の分類についてはすべてのサンプルがEuropean-Asian lineageに属しており, さらに細かく分類するとE sublineageが37例, As sublineageが25例であった. 上記の三つのアミノ酸置換に関して, 浸潤癌以外のすべてのサンプルを含む群を基準として浸潤癌へのage adjusted odds ratio (OR)を求めるとD25Eが5.39 ($p=0.005$), L83Vが0.11 ($p=0.039$), E113Dが0.42 ($p=0.116$)となり, D25Eが浸潤癌と正に関連していたのに対し, L83Vは浸潤癌に対する抵抗性と関連していた. 同様に, 分子系統樹上のsublineage, EとAsについてORを求めると, Eが0.14 ($p=0.002$), Asが7.10 ($p=0.002$)となりAsが有意に浸潤癌と関連していた.

0-1-3 子宮頸部上皮内腫瘍においてハイリスクが疑われるマイナー HPV の検出状況

杏林大学保健学部病理学研究室¹⁾, 東武医学技術専門学校²⁾, 金沢医科大学産婦人科³⁾, こころとからだの元氣プラザ⁴⁾

○大河戸光章(CT)¹⁾, 岡山香里(CT)^{1,2)}, 笹川寿之(MD)³⁾, 小田瑞恵(MD)⁴⁾, 栗原達哲(CT)⁴⁾, 石井保吉(CT)⁴⁾, 藤井雅彦(MD)¹⁾

【目的】 HR-HPV 検査は CIN に罹患した要精密検査者を選定する重要な役割を担っている。しかしながら、13 種の HR-HPV (HR13) のスクリーニングでは発見できない CIN が存在することも事実である。よって CIN 検出感度向上のために、マイナーな HPV を網羅する必要がある。そこで我々は、HR が疑われる genotype として 26, 69, 82, 30, 53, 66, 70, 67, 73 型 (HR-susp.9) の感染を調査した。

【対象・方法】 こころとからだの元氣プラザにて CIN と診断され、研究に同意が得られた 69 症例を対象とした。子宮頸部細胞診で得られた細胞は液状化処理し、specific primers-PCR 法で HPV を検出した。

【結果・考察】 CIN1 症例 (39 例) において、HR13 陰性は 12 例 (30%) であり、そのうち約半数で HR-susp.9 が検出された。また細胞診結果の内訳は LSIL 8 例, NILM, ASC-US, ASC-H, HSIL が各 1 例であった。また HR13 陽性例の HR-susp.9 混合感染率は約 30% であった。一方、CIN2/3 症例 (30 例) において HR13 陰性は 1 例で、HR-susp.9 も陰性であった。また HR13 陽性例における混合感染率は 10% 未満であった。全症例において HR-susp.9 の型別比率は 53 型, 66 型を合わせると約 70% を占めていた。

研究の結果、HR-susp.9 を含めた HR-HPV 検査は first screening 法として、特に CIN1 の検出感度向上に寄与することが期待された。しかしながら、HR13 陰性例の多くが、LSIL 以上と判定されていることから、現状の“細胞診→HPV 検査”の体系では、HR-susp.9 を含めて検査する意義は少ないと思われた。さらに、HR-susp.9 は CIN1 の発生に関与する一方で、CIN2 以上の進行に関与しない可能性が高いが、現在、HR-susp.9 持続感染例を経過観察しているので、その結果から改めて評価したいと考える。

0-1-4 高リスク型 HPV 検出における Hybrid capture (HC2) 法とコバス HPV テストとの比較

金沢医科大学¹⁾, 豊見城中央病院²⁾, 国際セントラルクリニック³⁾

○関谷奈津子(MD)¹⁾, 前濱俊之(MD)²⁾, 伊藤富士子(MD)³⁾, 笹川寿之(その他)¹⁾

【目的】 子宮頸がん検診における HPV 併用検診が全国で始まりつつある。日本の代表的な検査法である Hybrid capture (HC-2) 法とコバス HPV テストにおいて、高リスク型 HPV 検出における検出力に差があるかどうか検討する。

【方法】 子宮頸部細胞診で異常を示した 86 人および正常 (NILM) の 116 人をエントリーし、子宮頸部から液状細胞診を採取した。患者情報を秘匿した状態で、ベセスダ法による細胞診を依頼し、HC-2 法とコバス HPV テストを同時に実施した。細胞診の異常者にはコルポスコピー検査と狙い組織診を行った。すべての HPV 陽性例について Genosearch-31 法による HPV genotyping を実施した。

【結果】 細胞診結果は、NILM, ASCUS, ASCH, LSIL, HSIL はそれぞれ 54% (110 例), 19% (39 例), 6.4% (13 例), 16% (33 例), 3.5% (7 例) であった。高リスク型 HPV 陽性率は、HC2 法で 46%、コバス HPV テストでは 40% であった。HC2 法とコバス HPV テストの結果の不一致率は 16% (33 例) にみられた。不一致例のうち、HC2 法陽性・コバス HPV テスト陰性が 24 例、HC2 法陰性・コバス HPV テスト陽性が 9 例であった。不一致例のうち HPV genotyping が完了した 12 例について検討したところ、HC2 陽性・コバス HPV 陰性例では、HPV52 型 5 例、HPV39 型 2 例、HPV16, 58 型それぞれ 1 例検出され、HC2 陰性・コバス HPV 陽性例では、HPV18 型 1 例、58 型 2 例が検出された。

【総括】 コバス HPV テストと HC2 法の不一致例は 16% もあった。さらに検討が必要であるが、コバス HPV テストは HC2 法に比べ、HPV52 型に対する検出力が劣る可能性が示唆された。子宮頸がん検診における異常検出感度において両検査法で差があるかどうかの検討が重要である。

0-1-5 集団検診における HPV 併用検診の有効性—第 5 報—

ちば県民保健予防財団¹⁾, 千葉大学医学部附属病院婦人科²⁾

○立花美津子(CT)¹⁾, 河西十九三(MD)¹⁾,
黒川祐子(CT)¹⁾, 早田篤子(CT)¹⁾, 藤澤武彦(MD)¹⁾,
錦見恭子(MD)²⁾, 三橋 暁(MD)²⁾, 生水真紀夫(MD)²⁾

【はじめに】財団では 2012 年度より子宮頸がん集団検診に対しモデル検診による併用検診を 3 市町村に導入し 3 年が経過した。この併用検診による精度向上については明らかになってきているが、今回細胞診 NILM・HPV テスト (+) 群 (以下 A 群) と細胞診 ASC-US・HPV テスト (-) 群 (以下 B 群) の 1 年後の結果について報告し、検診間隔についても検討した。

【対象・方法】2012 年度に行った 8, 043 人中 A 群となった 268 人と B 群の 55 人を対象とした。SurePath 法により LBC 標本を作製後、HCII 法により HPV テストを行った。

【結果】2012 年度 A 群 268 人のうち 1 年後 175 人が受診した。その内訳は、要精密検査対象者 27 人 (ASC-US 14 人, ASC-H 7 人, LSIL 3 人, HSIL 3 人), ASC-US・HPV (-) 1 人, NILM・HPV (+) 44 人, NILM・HPV (-) 103 人であった。精密検査の結果 CIN3 (CIS) 1 人, CIN2 1 人, CIN1 11 人, 異形性疑い 4 人, 異常なし 6 人, 未把握 4 人であった。また、2012 年度 B 群は 55 人で、1 年後 29 人が受診し、その結果は、ASC-US・HPV (+) 1 人, ASC-US・HPV (-) 1 人, NILM・HPV (-) 27 人となり、1 人の精密検査結果は異常なしであった。

【まとめ】A 群から 1 年後に、CIN2 以上が 2 人 (1.1%) 発見された。B 群からは発見されなかった。A 群の検診間隔はリコメンデーションの 1 年後検診が妥当であることが示唆された。今後これらの結果を積み重ねることにより、併用検診での検診間隔がより明らかになると考える。

0-1-6 肛門管擦過細胞診標本における多彩な HPV 感染所見

東武医学技術専門学校¹⁾, 杏林大学保健学部病理学研究室²⁾, 杏林大学医学部内科学腫瘍科³⁾, しらかば診療所⁴⁾

○岡山香里(CT)^{1,2)}, 大河戸光章(CT)²⁾, 北村 浩(MD)³⁾,
井戸田一朗(MD)⁴⁾, 藤井雅彦(MD)²⁾

【目的】HIV 陽性 men who have sex with men (MSM) に発症する肛門管扁平上皮癌の著明な増加が欧米をはじめとして報告されており、その 80% 以上に HPV 感染が認められている。肛門管癌のスクリーニング法は細胞診検査が用いられているが、組織診の結果から細胞診判定基準の精査をおこなった先行研究はない。よって、判定基準は子宮頸部細胞診のベセスダシステム 2001 に準じているのが現状である。しかしながら、肛門管における HPV 感染の認識が乏しいため、HPV 感染細胞を含めた異型細胞の検出感度にばらつきが生じ、細胞診判定の精度の低さが危惧されている。本研究において我々は、肛門擦過細胞診の判定基準の確立を目的とし、肛門擦過細胞診標本における HPV 感染細胞および核異型細胞の形態学的特徴を調べた。

【対象・方法】HIV 陽性 MSM のうち、肛門管擦過細胞診の施行に同意が得られた 24 例を対象とした。得られた細胞は液状化処理し、SurePath 法にて標本作製を行った。HPV-DNA 検査は HPV の E6 遺伝子領域に対する特異的なプライマーを用い、PCR 法によって 13 種類のハイリスク型 HPV を検出した。

【結果・考察】24 例中 19 例 (79.1%) にハイリスク型 HPV 感染が認められた。また、細胞診検査の判定結果は、判定不能 2 例, NILM 4 例, ASC-US 5 例, ASC-H 2 例, LSIL 8 例, HSIL 3 例であり、ASC-US 以上の判定率は 75.0% であった。HPV 感染所見は Koilocyte, Koilocytoid, 異角化, 圧排二核細胞, 多核細胞, スマッジ核が出現しており、多彩な細胞像を示していた。肛門管擦過細胞診断の標準化を行うためには非常に多く認められる HPV 感染所見が上皮内病変と関連しているか否かを調べるのが急務であると考えられた。

0-1-7 子宮頸がん検診“細胞診 HPV 併用検診”導入効果の検討と経済学的視点からの文献的考察

島根県細胞検査士会¹⁾, 島根県立中央病院産婦人科²⁾

○小海志津子(CT)¹⁾, 岩成 治(MD)²⁾

【はじめに】われわれは、松江市健康イベント来場者を対象にした6年間の「子宮頸がん認知度調査」で正解率が約9割まで上昇していたことから、知識普及が受診行動につながっているか検討した。また、経済学的な視点から文献的考察を試みたので報告する。

【対象】2008年-2013年 松江市20歳以上女性 行政検診および妊婦健診受診者

【方法】1. 医学的検討5歳階級別に受診者数, 受診率, HPV検査を選んだ率, HPV陽性率, HSIL以上検出率, 再検査率, 要精密検査率, 精密検査結果, がん発見率などについて検証した。2. 経済学的検討「子宮頸がん検診は20歳代女性にとってのイノベーション」と仮定し, フィリップ・コトラーの経済学理論などを応用して「検診普及状況の可視化」を試みた。

【結果】細胞診 HPV 併用検診導入後, 20-44歳の受診率は4-6倍に増加し約9割が細胞診 HPV 併用検診を選んだ。再検査率は低下し HSIL 以上検出率は上昇, がん発見率は0.082%から0.262%へ上昇した。妊婦健診での HSIL 以上検出率は年平均0.063%から0.567%に上昇していた。検診普及状況を可視化した結果, 20-24歳は知識豊富な「初期採用者」, 25-44歳は実利重視の「初期多数派」へ普及していた。

【考察】日本は、予防ワクチン接種が進まず妊娠と子宮頸がん罹患年齢がほぼ同時期という特異な国であり, 20代での検診デビューは一刻を争う事態となっている。したがって細胞診 HPV 併用検診は, 医学的には HPV 陽性率の高い20代女性に対しては無駄であっても, 経済学的には, 知識を有する20代女性の「ウイルス検査をしたい!」というニーズに今すぐ応え, 検診受診率を高める「唯一の有効ツール」という視点を忘れてはならないと考える。

0-1-8 日本人女性における自己採取 HPV 検査の精度と受容性

横浜市立大学附属病院¹⁾, 小田原市立小田原病院²⁾

○八代藍子(MD)¹⁾, 元木葉子(MD)¹⁾, 古郡 恵(MD)¹⁾, 最上多恵(MD)¹⁾, 丸山康世(MD)¹⁾, 松永竜也(MD)¹⁾, 佐治春哉(MD)²⁾, 佐藤美紀子(MD)¹⁾, 宮城悦子(MD)¹⁾, 平原史樹(MD)¹⁾

【目的】本邦の子宮頸癌検診受診率は先進諸国に比べ非常に低い。一方で, 20代・30代の子宮頸がん死亡数は増加しており, 受診率の向上は HPV ワクチンの普及と合わせて急務の課題である。オランダをはじめとする諸外国では検診未受診者に対して, 自己採取 HPV 検査が実施され一定の効果をあげている。日本人女性における自己採取 HPV 検査の受容性および検査精度については報告がなく, 今回検討を行った。

【方法】当院で, 子宮頸部細胞診異常を認める, または既往があり, 子宮頸部細胞診の定期的採取による経過観察または手術による介入を要する20歳から70歳の女性を対象とした。医師により子宮頸部・頸管擦過細胞診検査, 拡大検査, 医師採取 HPV 検査検体採取を行った後, 自宅にて自己採取 HPV 検査検体を採取し, アンケート記入を行ってもらった。検査検体とアンケートは郵送にて返送してもらった。

【結果】対象者169人のうち, 154名が研究参加に同意した。そのうち自己採取検体を返送したのは85.06%(131/154)であった。対象集団の28名(19%)で CIN2 以上を認めた。医師採取 HPV 検査の CIN2 以上の検出感度・特異度はそれぞれ0.97, 0.50で自己採取 HPV 検査の感度・特異度は0.67, 0.63であった。医師採取が有意に感度が高く, 自己採取が有意に特異度が高かった($p < 0.05$)。アンケートで自己採取は94%が恥ずかしくないと感じ, 91%が痛みがない検査であると回答した。

【結語】検診の精度としては従来の細胞診や医師採取に劣るが, 検査の受容性は良好であり検診未受診者に対する介入の一手段としては有効である可能性が示唆された。

0-1-9 ASCUS/HPV 陽性症例の組織診断について

自治医科大学産婦人科

○森澤宏行(MD), 藤原寛行(MD), 高橋詳史(MD),
佐藤尚人(MD), 高橋寿々代(MD), 種市明代(MD),
町田静生(MD), 竹井裕二(MD), 嵯峨 泰(MD),
鈴木光明(MD)

【諸言】本邦ではASCUS症例はASCCPガイドラインに準拠しハイリスクHPV-DNA検査(以下HPV検査)を施行することが推奨されている。当科においてHPV検査が行われたASCUS症例の転帰を調査したので報告する。

【対象・方法】2010年5月~2014年8月までに当科で経験したASCUS364例にHPV検査を施行し陽性の場合にはコルポスコピーによる精密検査が行われた。コルポスコピー下生検による組織診を最終診断としたが、異常なしにはコルポスコピー検査のみの症例も含まれる。また県内小山地区で行われている併用検診におけるASCUS/HPV陽性例の精検データも参照した。

【成績】ASCUS364症例中HPV検査陽性は104例(28.5%)であった。HPV陽性症例中CIN1~3が52例に認められたが年齢別にみると50歳未満ではCIN有病率が42/69(60.8%)だったのに対し50歳以上では10/35(28.5%)と有意に低かった。しかし50歳以上の異常なし症例中にはSCJ不可視症例が17例含まれていた。そのうち13例に子宮頸管内盲目的生検を追加で行ったところ7例にCINが検出された。50歳以上の子宮頸管内盲目的生検でのCINを加味した修正CIN有病率は17/35(48.6%)で50歳未満のCIN有病率と有意差は認めなかった(P=0.23)。小山地区152例の検討でも年齢階層が上がるにつれてCIN有病率が低下しており、同様の傾向が認められた。

【考察】ASCUS/HPV陽性例の追跡調査により閉経後女性にはSCJ内向症例が含まれる割合が高く単回のコルポスコピー検査ではCIN病変が捉えきれないことがわかった。ASCUS/HPV陽性者のコルポスコピー検査においてSCJが不可視と判定された症例は子宮頸管内盲目的生検などを用いて定期的に精査を繰り返すことが重要であると考えられた。

0-1-10 当院で経験した子宮頸部細胞診ASC-US症例の検討

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座¹⁾, 産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部²⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学教室³⁾

○松浦祐介(MD)¹⁾, 岡 春子(CT)²⁾, 中島悠貴(CT)²⁾,
恒成徳子(CT)²⁾, 佐藤 斉(CT)²⁾, 藤原 仁(CT)²⁾,
小原光祥(CT)²⁾, 川越俊典(MD)³⁾, 蜂須賀徹(MD)³⁾

【目的】当院で経験した子宮頸部細胞診ASC-US症例の臨床病理学的特徴を明らかにする。

【方法】当院では2010年4月からベセスダシステム2001に準拠した細胞診報告様式を採用している。過去4年間に当院でASC-USと診断した331例と他院からASC-USのため紹介された55例を対象に臨床病理学的所見を中心に後方視的に検討した。

【結果】4年間のASC-US症例は全標本の2.3%、疑陽性以上の標本の16.3%であった。2010年度のASC-US症例は56例であり、全標本の1.7%、疑陽性以上の12.4%であったが、2013年度は116例とほぼ倍増し、全標本の4.2%、疑陽性以上の20.3%を占めていた。331例の内訳であるが、異形成経過観察中の症例が208例、円錐切除術後の症例が23例であり、初回診断の症例は100例であった。紹介症例55例を加えた初回診断155例の検討では50例(32%)が50歳以上であった。コルポスコピーを施行した症例では70%に所見があり、HPV検査を施行した症例は56例のみであったが36例(64%)が陽性であった。131例に子宮頸部生検を施行したところ96例(73%)に異形成が検出され、うち15例が中等度異形成であった。その後の転帰であるが、72%の症例が最終細胞診が陰性であった。

【総括】ASC-USについては取り扱いのガイドラインはあるものの曖昧で主観的な評価であり、明確な診断基準がなく、再現性も低いことが問題である。約3/4の症例は最終細胞診が陰性であったが、なかには注意を要する症例が含まれており、慎重な対応が望まれる。

O-1-11 当施設における子宮頸がん検診 ASC-US 判定に関する変遷について

公益財団法人福島県保健衛生協会¹⁾, 北福島医療センター婦人科²⁾, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座³⁾

○栗田和香子(CT)¹⁾, 塚原 孝(CT)¹⁾, 佐藤奈美(CT)¹⁾, 佐藤美賀子(CT)¹⁾, 神尾淳子(CT)¹⁾, 森村 豊(MD)²⁾, 古川茂宜(MD)³⁾, 添田 周(MD)³⁾, 渡辺尚文(MD)³⁾, 藤森敬也(MD)³⁾

【目的】福島県子宮頸がん検診におけるベセスダシステム導入後の変遷を知ることとを目的として, ASC-US と判定された症例について検討した。

【対象】平成 20~25 年度の 6 年間に実施した子宮頸がん検診受診者のべ 457,264 人中, ASC-US 判定 650 例 (0.14%) を対象とした。

【方法】6 年間でベセスダシステム導入直後の前期 (平成 20~22 年度) と後期 (平成 23~25 年度) の 2 期に分け, 1. 年齢構成, 2. 病理組織診結果, 3. HPV 検査 (HC2) 結果を比較検討した。

【結果】ASC-US 判定は前期 309 例 (対受診者率 0.13%), 後期 341 例 (0.15%) であった。年齢構成は, 20 歳代が前期/後期: 0.51%/0.48%, 30 歳代は 0.26%/0.29%, 40 歳代は 0.12%/0.19% であり, 20 歳代が最も多かった。病理組織診結果は, 前期 277 例中 CIN1 は 80 例 (28.9%), CIN2 以上は 85 例 (30.7%) であった。対して後期は 228 例中 CIN1 が 82 例 (36.0%), CIN2 以上は 45 例 (19.7%) であり, 前期と後期の CIN2 以上の検出に有意差が認められた ($p=0.006$, χ^2 検定)。HPV 検査は, 前期/後期: 194 例/251 例で実施され, 151 例 (77.8%)/184 例 (73.3%) が HPV 陽性であった。HPV 陽性例の病理組織診結果は, 前期 CIN1 が 45 例 (30.6%), CIN2 以上は 47 例 (32.0%) であり, 後期 CIN1 は 61 例 (37.0%), CIN2 以上が 28 例 (17.0%) であった。HPV 陽性例においても CIN2 以上の検出に有意差が認められた ($p=0.010$, χ^2 検定)。

【まとめ】ベセスダシステム導入直後の前期に比べ, 後期では CIN2 以上の症例数は有意に減少していた。これは導入直後の ASC-US 判定基準に対する曖昧さに起因していたと思われる。その後, 検討や経験を重ね, 細胞判定に際しての整理がなされたと考えられる。

O-1-12 子宮頸部細胞診における日母分類とベセスダシステムの細胞診結果についての比較検討

大津赤十字病院検査部細胞診¹⁾, 兵庫県立塚口病院産婦人科²⁾

○今村真治(CT)¹⁾, 廣瀬雅哉(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部細胞において, 日母分類とベセスダシステムでの細胞診結果について検討したので報告する。

【方法】細胞検査を実施している 19 施設にアンケートを配布。日母分類 2008 年 1 年間の件数とベセスダシステム 2013 年 1 年間の件数を内容とした。項目は, 材料不適, IIB あるいは IIR, IIIa, IIIb, IV, V, ベセスダシステムの実施方法 (従来法・LBC 法), ASC-US, HPV テストの実施, HPV 陽性, ASC-H, L-SIL, H-SIL, SCC, AGC, AIS, Adeno の件数, LBC 実施施設では従来法でベセスダシステムを行った年度の件数も項目とした。

【結果】13 施設から回答。材料不適は 2008 年が総合計 117 件, 2013 年が 195 件。ASC-US 判定の HPV テストは, 自動的に実施が 4 施設, 必要に応じてが 4 施設, 2 施設が無回答, 3 施設が検査センターと検診施設。ASC-US 時の HPV 陽性率は 16%~64%。LBC 実施施設で材料不適が従来法 60 件, LBC 法 2 件。ASC-US, L-SIL, H-SIL は LBC 法で多かった。

【考察】材料不適は, ベセスダシステムでは細胞数で表示している為多いと思われた。ASC-US 時の HPV テストは, 必要に応じてや受診者の希望で実施している施設があった。同一施設で従来法よりも LBC 法が不適性標本は少なかった。ASC-US や L-SIL, H-SIL も LBC 法で検出率が高かった。

【まとめ】ベセスダシステムは日母分類よりも材料不適が的確に判定されていた。従来法と LBC 法の比較では, 材料不適は LBC 法で少なく, ASC-US, L-SIL, H-SIL の検出率は高く, LBC 法は従来法よりも精度が高いと思われた。

0-1-13 子宮頸がん検査における従来法細胞診と液状化検体細胞診の診断性能比較研究

慶應義塾大学医学部産婦人科¹⁾, がん研究会有明病院婦人科²⁾, 東京慈恵会医科大学柏病院産婦人科³⁾

○西尾 浩(MD)¹⁾, 岩田 卓(MD)¹⁾, 野村秀高(MD)²⁾, 高野浩邦(MD)³⁾, 森定 徹(MD)¹⁾, 竹島信宏(MD)²⁾, 佐々木寛(MD)³⁾, 青木大輔(MD)¹⁾

【目的】子宮頸部細胞診には、採取細胞を直接塗抹し作成する方法（従来法）と採取細胞を溶媒内で固定する方法（LBC法）がある。LBC法は従来法と比較し、細胞の回収量が多く、標本のばらつきを防止でき、HPV検査が可能であるなどの特徴があるが、本邦でその診断性能を検討した報告は少なく、浸透していない。本研究では、細胞診異常を指摘された患者の精密検査時に、再度細胞を採取して従来法とLBC法での細胞診判定を行い、二法の診断性能を組織診の結果と比較検討した。

【方法】2013年8月～2014年7月の期間で3病院の各産婦人科外来にてASC-US以上の子宮頸部細胞診異常で受診した312例を対象とした。採取方法には、従来法とLBC法（ThinPrep[®]: Hologic, Inc, Marlborough, MA, USA.）の二法によるスプリットサンプル法を用いた。従来法検体とLBC法検体をBML社にてベセスダシステム2001準拠報告様式を用いて細胞診判定を行った。主要評価項目はASC-US以上をカットオフ値とした場合の従来法及びLBC法のCIN2以上の病変を検出する適中割合の差とした。なお、本研究は各施設の倫理委員会の承認のもと患者の同意を得て行った。

【結果】対象症例の年齢の中央値は38.0歳（30.0～64.0歳）であり、従来法の標本に不適正を認めた1例を除き、311例を解析対象とした。CIN2以上の組織診断と比較した細胞診の診断性能は、従来法では適中割合が62.4%、感度98.9%、特異度23.8%、陽性適中率57.9%、陰性適中率94.7%であり、LBC法ではそれぞれ59.8%、100.0%、17.2%、56.1%、100.0%であり、これらの診断性能指標において両方法に統計学的に有意な差を認めなかった。

【結論】従来法とLBC法は診断性能において有意な差は認めず、LBC法は細胞採取の際に従来法に代わって使用可能であることが示唆された。

0-1-14 子宮頸部化生性異型細胞の評価における、診断者間の不一致

独立行政法人地域医療推進機構群馬中央病院臨床検査部¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 前橋赤十字病院病理部³⁾, 国立大学法人群馬大学医学部附属病院病理部⁴⁾, 群馬県済生会前橋病院病理診断科⁵⁾, 足利赤十字病院病理部⁶⁾, 医療法人社団東郷会恵愛堂病院検査課⁷⁾

○小保方亜光(CT)¹⁾, 斉藤誠人(CT)¹⁾, 永瀬泰平(CT)¹⁾, 富沢一与(CT)³⁾, 栗原康哲(CT)⁴⁾, 高草木俊範(CT)⁵⁾, 伊古田勇人(MD)⁴⁾, 清水和彦(MD)⁶⁾, 伊藤秀明(MD)⁷⁾, 櫻井信司(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部細胞診において、細胞が扁平上皮由来か腺由来かの判断に迷う経験は多い。扁平上皮化生細胞には、細胞質に粘液を含む腺への分化を多く残す細胞、小型未熟化生細胞、扁平上皮に近似した細胞など、その分化には幅が見られる。それ故、化生性変化を伴う異型細胞を、ベセスダシステムのいずれのカテゴリに分類すべきか、判断に迷う症例が少なくない。今回、このような化生性変化を伴った異型細胞の診断について、異なる施設の細胞検査士及び病理医間における、一致率の比較検討を行った。

【対象】当院で過去に判定した子宮頸部細胞診のうち、核異型を伴った化生性変化を示す細胞の写真18枚を提示し、当院及び近隣病院の細胞検査士20名及び細胞診専門医4名が、個別に各写真の判定を行った。判定はベセスダシステムで行い、各判定者間の一致度（ κ 係数）を算出した。

【結果】写真18問中、全員が一致した回答はなく、回答者間における κ 係数の多くは0前後で、診断の一致はほとんど見られなかった。

【結論】化生性変化を示す異型細胞の診断は、判定者間で、極めて一致率の低いことがわかった。これは、化生を示す細胞の分化に大きな幅があるため、このことがベセスダシステムの分類に影響しているものと考えられる。近年、異型未熟化生病変にハイリスクHPV感染の存在していることが報告されているが、現在のところ、異型未熟化生のgradeを評価する基準はない。異型未熟化生の過剰評価、過少評価による患者の不利益を回避するためにも、ベセスダシステムに化生を伴った異型細胞を分類するカテゴリを作成し、HPV検査による追加検査を行うべきではないかと思われる。

0-1-15 Cellprep plus (ロシュ・ダイアグノスティックス社) の使用経験について

津島市民病院¹⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²⁾, 名古屋掖済会病院病理診断科³⁾

○勝田美保(CT)¹⁾, 細田麻利菜(CT)¹⁾,
奥野公美子(CT)¹⁾, 溝口良順(MD)²⁾, 横井豊治(MD)³⁾

【はじめに】新しいLBC法であるCellprep plusの使用経験につき従来法と比較検討したので報告する。

【方法】子宮頸部検体50例について直接塗抹法とCellprep plus法による標本の細胞像を比較した。初めに綿棒にて細胞を採取しガラスに直接塗抹して標本作製し、次に頸管ブラシにて再度採取しブラシをLBCバイアル内で濯いだのちブラシ先端をバイアルに回収した。バイアルをミキサーで攪拌しCellprep plus(以下CPとする)にて標本作製した。

【結果】50例の直接塗抹法での判定は、NILM 44例(98%), ASC-US 2例(4%), ASC-H 1例(2%), LSIL 2例(4%), AGC 1例(2%)であった。CP法では、49例(98%)で直接塗抹法と判定が一致した。不一致の1例は直接塗抹法でASC-US、CP法ではNILMであった。本例は直接塗抹標本でも異型細胞が少なく、細胞採取に原因があったと思われる。また1例でCP法のみ真菌が確認できた。なお、CP法では1検体の作業時間は30秒程度で、標本の質も安定し、1検体ごとの検体処理のため検体の取り違えもなかった。また、他機種LBC法で報告されている細胞の萎縮がほとんどなかった。

【まとめ】CP法では直接塗抹法と判定において高い一致率を示し日常業務に十分使用可能であると考えられた。当初、LBC法導入により従来法に比べ業務が増え負担増になると予測されたが、CP法は手技が簡便で作業時間は短く、細胞の萎縮がなく見やすいため、鏡検時間が短縮され業務の軽減になった。CP法ではエタノールが主成分で粘液等を除去するための前処理がほとんど必要なく標本作製が可能である。また、残検体は一定期間ストックでき、コバス®HPVテストなどにも利用可能である。本法による標本の細胞像を提示します。

0-1-16 子宮頸部病変における細胞診・組織診の乖離要因の検討

こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科¹⁾, 杏林大学保健学部²⁾

○長田詠美子(CT)¹⁾, 石井保吉(CT)¹⁾, 栗原達哲(CT)¹⁾,
岡 俊郎(CT)¹⁾, 中島弘一(CT)¹⁾, 窪田真弓(CT)¹⁾,
稲垣真智子(CT)¹⁾, 大村峯夫(MD)¹⁾, 小田瑞恵(MD)¹⁾,
藤井雅彦(MD)²⁾

【目的】子宮頸部病変の診断において細胞診と組織診が乖離する症例にしばしば遭遇する。このような症例では細胞診・コルポ所見・組織診を個別に検討し、臨床的取り扱いを決定する必要がある。当院での現状を検討し報告する。

【方法】2008年～2013年6月までに当院で生検を施行した280例の細胞診は、ASCUS 38例, LSIL 107例, ASCH 28例, HSIL(CIN2) 56例, HSIL(CIN3) 30例, MIC/SCC 7例, AGC 5例, AIS 7例, 腺癌 2例であった。このうち組織診と乖離のある症例およびASCHを対象に、細胞診・コルポ所見・組織診を検討した。

【結果】細胞診ASCUSで組織診CIN2であった3例中2例はコルポで高度所見が認められ、1例は組織診で表層はHPV感染所見が主体であった。細胞診LSILでは組織診で頸部腺癌が1例、CIN2/3が9例であった。この9例中4例は組織診でHPV感染所見を伴い、2例は病変が頸管内に存在していた。細胞診HSIL(CIN2)で組織診にてCIN病変が無かった11例中10例はコルポで軽度所見以下、1例は高度所見であった。細胞診HSIL(CIN3)で組織診CIN1以下の6例中5例はコルポで頸管内に高度病変、1例は軽度病変であった。また、個別の細胞像については再鏡検・検討し、報告する。

【考察】細胞診と組織診が乖離する場合、その要因が推定できる症例と不明な症例があった。臨床的な取り扱いは、細胞診・コルポ所見・組織診を統合して考慮することが重要である。

0-1-17 パリ・システム(Paris system)に準ずる尿細胞診判定区分の検討

刈谷豊田総合病院病理技術科¹⁾, 刈谷豊田総合病院病理診断科²⁾, 愛知県立大学看護学部病理学³⁾

○野畑真奈美(CT)¹⁾, 山田義広(CT)¹⁾,
中井美恵子(CT)¹⁾, 中根昌洋(CT)¹⁾, 林 直樹(CT)¹⁾,
村上真理子(CT)¹⁾, 伊藤 誠(MD)²⁾, 越川 卓(MD)³⁾

【目的】尿細胞診の国際統一報告書が国際細胞学会総会にてパリ・システムとして検討されている。I~IXの診断カテゴリーに分類されたパリ・システムのIV. atypical urothelial cells suspicious for high grade urothelial carcinoma (HGUC)と類似する診断カテゴリーとして2004年から当院で用いてきた「悪性の疑い」の診断成績について検討したので報告する。

【方法】2011年1月~2014年6月の間に当院で施行された組織診が施行された202例を検討した。

【結果】組織診が施行された202例尿細胞診判定結果は「良性」60例(29.7%)「鑑別困難」69例(34.2%)「悪性の疑い」43例(21.3%)、「悪性」30例(14.9%)であった。「悪性の疑い」の悪性的中率は95.3%(41/43)であり、その内訳はHGUC88.4%(38/43)、低異型度尿路上皮癌(LGUC)7.0%(3/43)であった。なお、202例中偽陽性例は5例(2.5%)でBCG療法による炎症性の反応性異型1例、炎症性ポリープ1例、アクチノミセスによる炎症性偽腫瘍1例、間質性膀胱炎1例、腎結石1例であり、偽陰性例は4例(2.0%)で全てLGUCであった。

【結論】以上の結果から、当院の「悪性の疑い」はパリ・システムIVに相当する診断区分として用いることが可能と考えられた。LGUCや転移性癌を疑う場合は所見で対応可能である。細胞判定は核腫大やクロマチン濃縮を過大評価せず、ペアセル、重積性集塊のほか背景の壊死所見、アポトーシス、孤在性細胞、核の極性や核溝、クロマチンパターンおよび乳頭状集塊、尿管上皮細胞や表層分化した尿路上皮細胞の出現、細胞質の空胞形成などの所見を加味して判断することが重要と考えられた。

0-1-18 尿細胞診における報告様式と細胞診成績の検討

大阪府済生会野江病院病理診断科¹⁾, 香川大学大学院医学系研究科²⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部³⁾, 大阪市立大学⁴⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科⁵⁾

○小椋聖子(CT)^{1,2)}, 矢野恵子(CT)¹⁾, 江木さつき(CT)¹⁾,
高安祥子(CT)¹⁾, 城戸貴之(CT)¹⁾, 羽場礼次(MD)³⁾,
桜井幹己(MD)⁴⁾, 南口早智子(MD)⁵⁾, 桜井孝規(MD)⁵⁾

【はじめに】当院では日本臨床細胞学会泌尿器細胞診の報告様式に関する委員会による報告様式の統一化を見据え、従来の3段階評価(Negative, Suspicious, Positive)から記述式5段階評価(正常/良性, 鑑別困難 undetermined significance (US), 鑑別困難 favor neoplastic (FN), 悪性疑い, 悪性)に報告様式を変更した。今回、われわれはこの報告様式による細胞診成績と細胞像を調査し、その妥当性を検討したので報告する。

【対象と方法】対象は2013年6月から2014年11月の1年6ヶ月の間に施行された自然尿細胞診1407件とした。このうち鑑別困難US, 鑑別困難FN, 悪性疑いと判定された症例について組織診断の有無を調べた。また同期中に組織学的に悪性とされた症例の術前自然尿細胞診の細胞判定を調べ、各カテゴリーにおける統計学的有意差の有無を調査した。

【結果】組織学的検索によって悪性と診断されたのは鑑別困難US症例35件中11件(低異型度尿路上皮癌LGUC4件, 高異型度尿路上皮癌HGUC6件, その他1件, 31.4%), 鑑別困難FN症例35件中14件(LGUC5件, HGUC7件, その他2件, 40%), 悪性疑いの症例16件中10件(HGUC9件, その他1件, 62.5%)であった。細胞診成績からみた統計学的有意差は鑑別困難FNと悪性疑いの間では認められた($p < 0.05$)が、鑑別困難USと鑑別困難FN間では認められなかった。

【結語】今回の検討で自然尿細胞診の判定において悪性疑いはHGUCを対象として判定していることが判明した。また鑑別困難の細分類は不要と思われた。

O-1-19 カテーテル尿 LBC (Liquid Based Cytology) 標本における免疫染色の有用性

松山赤十字病院

○三好陽子(CT), 吉田彩乃(CT), 坂本真吾(CT),
本吉知里(CT), 窪田裕美(CT), 門屋孝志(MT),
古本好江(CT), 高石治彦(CT), 飛田 陽(MD),
大城由美(MD)

【はじめに】カテーテル尿における細胞診は、良性細胞も集塊で出現するため診断に苦慮することが多い。一方、大型集塊で採取されることより、多層化などの構造異型が認識しやすい利点もある。尿路上皮癌の組織診断ではCK20, CK5/6, p53の免疫染色が有用と報告されているため、LBC標本を用いた細胞診に応用可能か検討した。

【対象・方法】1. 尿路上皮癌と診断された組織標本23例において、CK20, CK5/6, p53の免疫染色態度を確認した。2. 2013年から2014年にカテーテル尿細胞診と組織診がともに行われた30例について、LBC標本と組織標本の免疫染色を施行し、その染色パターンについて検討した。

【結果】1. 組織では、CK20全層陽性かつCK5/6全層陰性または基底層のみ陽性が12例と多かった。CK20全層陰性の8例は、CK5/6全層陽性の4例と、CK5/6全層陰性または基底層のみ陽性の4例に分けられた。尿路上皮癌の染色性は計3パターンに分類でき、p53は特異的な染色性を示さなかった。2. 尿路上皮癌26例は、上記の3パターンに分類され、均一な染色性を示す集塊が多かった。ただし、出現数や大型集塊が少ない場合は判断が難しかった。良性3例では、CK20, CK5/6ともに一部の細胞に染まる集塊が多かった。p53は核異型の高度な症例で高率に強陽性を示したが、umbrella cellにも強陽性を示した。

【考察】免疫染色を行うことにより、LBC標本においても尿路上皮の層構造の分化異常を把握できた。カテーテル尿の細胞診断において、LBC標本による免疫染色CK20, CK5/6, p53を併用することは有用と考える。

O-1-20 泌尿器細胞診における捺印細胞診の検討：192例の解析

製鉄記念八幡病院病理診断科¹⁾, 製鉄記念八幡病院検査部²⁾, 製鉄記念八幡病院泌尿器科³⁾, 独立行政法人国立病院機構大分医療センター病理科⁴⁾

○下釜達朗(MD)¹⁾, 尾坂明美(CT)²⁾, 西堂園紀子(CT)²⁾,
土器若穂(CT)²⁾, 金城 満(MD)¹⁾, 奥村幸司(MD)³⁾,
森内 昭(MD)⁴⁾

【はじめに】当院では、泌尿器科の協力の下、摘出材料を未固定のまま提出してもらい、腫瘍の捺印細胞診を採取している。今回、約5年分の泌尿器捺印細胞診（腎腫瘍を除く）と組織診断、そして術前の尿細胞診との比較検討を試みた。（材料と方法）2010年1月より2014年10月までに採取された192例の捺印細胞診とそれに対応する組織検体の診断を対象とした。また、術前6ヶ月までの細胞診を検索し、その中で最も高いクラス分類の対応する細胞診を集積した。（結果）乳頭腫を含む良性病変が6例、尿路上皮異形成が2例、前立腺癌を含む腺癌が6例含まれており、他の178例は尿路上皮癌(UC)であった。良性病変は、乳頭腫で、Class IIIとしたものがあつたが、Class IV, Vとしたものはなかった。前立腺癌は推定も容易であつたが、膀胱および尿管の腺癌は高異型度尿路上皮癌との鑑別が難しかった。UCについては、高異型度の癌の推定は比較的容易であつた。しかし、低異型度UCについては、高異型度としたものもあり、その鑑別はやや困難であつた。対応する尿細胞診との比較検討を行い、捺印細胞診の有用性を検討している。（考察）捺印細胞診によるUCの組織の推定は、高異型度癌の場合は比較的容易でよく一致していた。しかし、低異型度腫瘍では、高異型度腫瘍よりも一致率が低かつた。これは捺印部位の違いやtumor heterogeneityが原因の一つと考えられる。（まとめ）捺印細胞診による組織型推定が、尿細胞診診断向上につながる可能性について検討した。

0-1-21 妊娠中の子宮頸部細胞診・組織診における過小診断に関する検討

奈良県総合医療センター

○神田蘭香(MD), 杉浦 敦(MD), 佐々木義和(MD), 石橋理子(MD), 米田聡美(MD), 平野仁嗣(MD), 河 元洋(MD), 豊田進司(MD), 井谷嘉男(MD), 喜多恒和(MD)

【目的】妊婦の高齢化・子宮頸がんの若年化が進み、妊娠中の子宮頸部細胞診異常も増加しており細胞診と組織診の不一致は大きな問題となる。そこでわれわれは細胞診と組織診の過小診断と不一致の有無を後方視的に検討し、妊娠中の子宮頸部細胞診結果の管理法を再考した。

【方法】2011年1月～2014年12月の間に妊娠中に子宮頸部細胞診異常を指摘され、コルポスコピー下子宮頸部生検を施行した38例を対象とした。妊娠中の生検あるいは分娩前後の円錐切除による組織診断を最終診断とし、細胞診との乖離を検討した。

【成績】妊娠中の細胞診ではASC-US 9例, LSIL 9例, ASC-H 1例, HSIL 18例, AIS 1例, 生検による組織診では異常なし 5例, CIN1は8例, CIN2は8例, CIN3は17例で浸潤がんはなかった。組織診が細胞診よりupgradeされた症例は16例(42.1%, 16/38)で、組織診がCIN3であった17例の細胞診はASC-US 3例(17.6%), LSIL 1例(5.9%), ASC-H 1例(5.9%), HSIL 12例(70.6%)であった。円錐切除を妊娠中に施行した症例はなく、8例は産後に施行した。そのうち細胞診ではAISであったが生検では異常を認めず円錐切除による組織診でAISにupgradeされた。

【結論】妊娠中の細胞診異常においては常に過小診断の可能性を考慮し、積極的に子宮頸部生検を施行すべきである。また細胞診でAISであった場合生検で異常を認めなくても最終診断がAISであったことから積極的に妊娠中であっても円錐切除施行の必要性が再認識されたと考える。

0-1-22 閉経後卵巣腫瘍における子宮腔部細胞診の検討

千葉大学医学部附属病院産婦人科

○松岡 歩(MD), 楯 真一(MD), 錦見恭子(MD), 碓井宏和(MD), 三橋 暁(MD), 生水真紀夫(MD)

【目的】閉経後の卵巣腫瘍症例では、既知のホルモン産生腫瘍以外でも血中エストラジオール(E2)やプロゲステロン(P4)が高値を示すことがある。しかし、これら腫瘍から産生されるホルモンの局所での影響は明らかではない。そこで、閉経後卵巣腫瘍症例の子宮腔部細胞診を検討することによって、細胞診所見と卵巣腫瘍および血中性ステロイドホルモン値との関連性を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は、当科で手術を行った閉経後卵巣腫瘍症例で、術前に子宮腔部細胞診および血中ステロイドホルモン値測定を行った57例とした。細胞診の分析には細胞成熟度指数(maturation index 以下MI)を用いた。MIは全構成細胞数に占める割合を旁基底細胞/中層細胞/表層細胞の順に示し、これが左方移動したものを1型、右方移動したものを3型、中間を2型に分類した。

【結果】57例のMIは1型が20例、2型が25例、3型が12例であった。3型群では1+2型群に比べ有意に血中E2, P4, TST値が上昇し、LH, FSH値が低下した。組織型別では、粘液性腫瘍はその他の組織型に比べ3型が高頻度に認められた($p=0.0008$)。全対象の腫瘍の良悪性とMIに有意差はなかったが、粘液性腺癌症例は、粘液性腺腫+境界悪性粘液性腫瘍群に比べ3型が高頻度である傾向にあった($p=0.055$)。

【結語】閉経後卵巣腫瘍から産生される性ステロイドホルモンが子宮腔部細胞診のMIに影響を与えることが明らかとなった。通常、卵巣腫瘍の術前に血中ホルモン値まで測定しないことが多いが、閉経後症例では子宮腔部細胞診のMIを評価することによってホルモン産生腫瘍の存在を推定することが可能であると考えられた。また、MIは粘液性腫瘍の組織型推定に有用である可能性が示唆された。

0-1-23 子宮癌のセンチネルリンパ節術中診断における迅速捺印細胞診の有用性

大阪医科大学産婦人科¹⁾, 大阪医科大学病理学²⁾

○田中智人(MD)¹⁾, 寺井義人(MD)¹⁾, 古形祐平(MD)¹⁾, 前田和也(MD)¹⁾, 芦原敬允(MD)¹⁾, 田中良道(MD)¹⁾, 藤原聡枝(MD)¹⁾, 金村昌徳(MD)¹⁾, 山田隆司(MD)²⁾, 大道正英(MD)¹⁾

【目的】子宮頸癌および子宮体癌において骨盤リンパ節郭清は予後や再発率の改善, 正確な病期分類などの利点はあるものの, リンパ浮腫や神経障害を引き起こす原因ともなる。早期癌や臨床的に腫大リンパ節を認めないものに対してはセンチネルリンパ節生検(SNB)が病期の決定に重要な役割を果たす可能性がある。しかしながら, SNBの術中迅速診断には確立された手法はなく未だにさまざまな問題点が指摘されている。今回われわれは, 術中迅速組織診断の問題点を改善する目的で捺印細胞診の有用性について検討した。

【方法】2012~2014年に当科で子宮癌手術時にSNBを施行した子宮頸癌64例および子宮体癌79例を対象とした。アイソトープ法および色素法にて同定したセンチネルリンパ節を2mm間隔に切断し捺印細胞診標本作製した。術中迅速組織診および捺印細胞診(Papanicolaou染色)について永久組織診と比較検討した。

【結果】センチネルリンパ節は323個が同定され, そのうち19個で転移がみられた。感度は術中迅速組織診が84.2%であったのに対して捺印細胞診では73.7%であった。術中迅速組織診では転移がなかったが永久組織診で転移が認められたものが4例あったが, そのうち2例は捺印細胞診で癌細胞を確認できた。

【総括】術中迅速組織診断と捺印細胞診の併用はセンチネルリンパ節術中迅速診断に有用であると考えられた。

0-1-24 AGCの背景と現状

慶應義塾大学病院病理診断部¹⁾, 同 産婦人科²⁾

○照井仁美(CT)¹⁾, 吉田由紀子(CT)¹⁾, 長島義男(CT)¹⁾, 進 伸幸(MD)²⁾, 岩田 卓(MD)²⁾, 青木大輔(MD)²⁾, 亀山香織(MD)¹⁾

【はじめに】AGCは, 上皮内腺癌や浸潤腺癌などの腺系腫瘍性病変を拾い上げる診断の重要な判定分類である。しかしながら, その判定には, 腺系腫瘍性病変のみならず, 扁平系腫瘍性病変や良性病変なども含まれている。今回, 我々は当院におけるAGCの精度を上げるためその追跡調査を試みた。

【方法】2012年1月から2014年3月までに施行された頸部細胞診36529件のうち, AGCと診断された症例は162例で, そのうち頸部由来108例, 体部由来50例, その他4例であった。頸部由来が疑われた108例(AGC-NOS 57例, AGC-FN 51例)を対象とした。

【結果】AGC-NOS 57例中組織診が施行されたのは47例で, 良性病変15例, 腺異型10例, 頸部腺癌(AIS含む)6例, 扁平上皮病変12例, 体癌3例, 卵巣癌1例であった。AGC-FN 51例中組織診が施行されたのは50例で, 腺異型3例, 頸部腺癌(AIS含む)40例, 扁平上皮病変4例, 体癌3例, であった。AGC-NOS例は, 6/57(10.5%), AGC-FN例は, 40/51(78.4%)にAIS以上の頸部腺系病変が検出された。

【まとめ】AGC-NOSと判定した細胞像は, 良性を疑うが軽度の細胞異型や構造異型が見られ, AGC-FNでは, 悪性を疑うが質・量的に所見が乏しい傾向にあった。AGC-FN例は頸部腺癌の検出が高く, AGCの判定が癌を見落とさないためのカテゴリーであると考えられた。しかし, AGC-NOSにおいては, 多数の良性病変が含まれていることから, AGCの精度向上を目指すうえでその細胞判定には十分慎重になる必要があると思われた。

O-1-25 演題取下げ

O-1-26 生検・円錐切除にて診断した AIS 症例の検討

自治医科大学産婦人科¹⁾, 自治医科大学病理診断科²⁾

○小林由香子(MD)¹⁾, 森澤宏行(MD)¹⁾, 郡 俊勝(CT)²⁾, 福嶋敬宜(MD)²⁾, 竹井裕二(MD)¹⁾, 町田静生(MD)¹⁾, 佐藤尚人(MD)¹⁾, 嵯峨 泰(MD)¹⁾, 藤原寛行(MD)¹⁾, 鈴木光明(MD)¹⁾

【緒言】子宮頸部上皮内腺癌(以下 AIS)は病変の拡がりや浸潤の深さを正確に評価することが難しく、術前診断と術後診断が異なる場合や、治療方針に苦慮する症例がある。今回、当院で術前に AIS と診断した症例について後方視的に検討したので報告する。

【方法】当院で 2008 年から 2014 年 11 月までに生検または円錐切除にて診断した AIS 症例 10 例に関し、術前細胞診、組織診検査結果、治療内容、術後組織診検査結果について後方視的に検討した。

【結果】生検で診断した 3 例には単純子宮全摘術が行われ、2 例は AIS であったが 1 例で浸潤腺癌(pT1b1)が見つかった。円錐切除術で診断した 7 例中 3 例では断端陽性が疑われ、この 3 例を含む 6 例で追加の子宮摘出術が行われた。断端陽性 3 例中 1 例で浸潤腺癌(pT1b1)を認め、残り 2 例はそれぞれ腺異形成と AIS の残存を認めた。断端陰性であった 3 例中 2 例で腺異形成の残存を認めた。

【結語】AIS では円錐切除術で断端陰性であっても単純子宮全摘術を行うことが推奨されている。当院での AIS 円錐切除断端陰性例でも高率に腺異形成の残存を認めることから、単純子宮全摘術での治療が妥当と考えられた。しかし単純子宮全摘術では under treatment になる症例も認められた。単純子宮全摘以上の治療を要する症例を術前にどう評価し抽出するかが今後の課題である。

0-1-27 子宮頸部 LBC にて LEGH/胃上皮化生を見落とさない診断法

岡谷市民病院病理診断科¹⁾, 信州大学医学部附属病院臨床検査部²⁾, 松本市医師会医療センター検査部³⁾

○石井恵子(MD)¹⁾, 小林幸弘(CT)²⁾, 上條朋美(CT)³⁾, 横山彩子(CT)³⁾, 北村孝子(CT)³⁾

【はじめに】子宮頸部の LEGH/胃上皮化生(胃型腺系病変)は良性変化であるが, MDA や胃型腺癌の前駆病変に成りうるという点で見落としとしてはならない病変・変化として重要である。我々はこれらが中性ムチンを発現しているが故にパパニコロウ染色でその粘液が黄色調を呈することを報告して以来, 酸性ムチンを発現しピンク調を呈す既存の頸管腺粘液との色調の違いに注目しこれを two-color pattern (TCP) と名付け, 胃型腺系細胞のスクリーニングを行ってきた。今回は LBC を導入するにあたって LBC でも従来法と同様に TCP の同定が可能かを検討し, さらにパパニコロウに加え酸性ムチンと中性ムチンの同定に有用な AB/PAS 染色についての検討, および LBC 液を用いた HIK ラテックス凝集反応の検討も行った。

【検討】SurePath (SP) 法と TACAS 法との比較。HIK ラテックス凝集反応について LBC 原液に加え, 上清と沈渣における反応性の比較。

【結果】LBC では背景粘液が消失するため背景粘液の TCP の観察は不可能となり, パパニコロウでの TCP は従来法に比べ同定困難であった。しかし AB/PAS は逆に背景粘液消失により腺細胞の同定が容易となり, さらに青く染まる酸性ムチンと赤紫を呈す中性ムチンの TCP は明瞭となった。HIK ラテックス凝集反応の感度は原液が最も良好であった。

【結論】今後ますます普及するであろう子宮頸部 LBC における胃型腺系細胞のスクリーニングにはパパニコロウに加え AB/PAS の併用が有用で, 胃型ムチンの確認も LBC 原液を用いて HIK ラテックス凝集反応が行えることが確認できた。

0-1-28 免疫二重染色を用いた卵巣腫瘍における明細胞腺癌と漿液性腺癌の鑑別の検討

神戸大学医学部附属病院病理部¹⁾, 神戸大学医学部附属病院病理部病理診断科²⁾

○柳田絵美衣(CT)¹⁾, 山田 寛(CT)¹⁾, 遠藤亮和(CT)¹⁾, 今川奈央子(CT)¹⁾, 塚本龍子(CT)¹⁾, 伊藤智雄(MD)²⁾

【背景】子宮体部の上皮性腫瘍のうち, 本邦では類内膜腺癌が90%以上を占めており, 漿液性腺癌, 明細胞腺癌の割合は多くないが, 近年は増加傾向にある。漿液性腺癌, 明細胞腺癌は類内膜癌に比して高悪性度であり, 子宮外進展傾向が強く予後不良であることから, 筋層浸潤が浅いなどの進行期が早期であってもハイリスク症例として術後療法を追加することが行なわれている。しかしながら近年, 明細胞腺癌や粘液性腺癌が漿液性腺癌や類内膜腺癌を比較して生存率や化学療法奏効率が低いことが報告されている。従って, 組織亜型別の治療戦略の必要性が提唱され, 国際コンセンサスも形成されており, 明細胞腺癌に対する分子標的薬剤を用いた臨床試験も加速している。漿液性腺癌は砂粒小体の出現, 明細胞腺癌はグリコーゲンによるライトグリーン淡染など独自の組織学的特徴を有する場合も多い。しかし, 共通する細胞特徴も多く, 時に両者の鑑別が困難な場合もある。

【目的】1枚の標本上で両者を鑑別でき, かつ迅速に染色可能な免疫多重染色プロトコールの作成を目的として検討を行った。

【方法】漿液性腺癌のマーカーとして知られる抗 WT-1 抗体, 明細胞腺癌のマーカーである抗 HNF-1 β 抗体を使用し染色を試みた。初期検討として組織検体の漿液性腺癌, 明細胞腺癌の各 50 症例で, 各一次抗体の感度・特異度を検討した後, 細胞検体用プロトコールに改良した。

【結果】細胞診上でも核の WT1, 細胞質の HNF-1 β の各陽性像は明確に区別して判定が可能であった。通常の免疫染色より迅速であり, 組織診断を行うことが難しい進行例においても, 細胞診から治療選択に必要な組織型の決定をより正確に行える方法と考え, 報告する。

O-1-29 診断に苦慮した卵管癌の1例

JA 広島総合病院産婦人科¹⁾, JA 広島総合病院病理科²⁾

○大下孝史(MD)¹⁾, 寺岡有子(MD)¹⁾, 藤本悦子(MD)¹⁾,
中西慶喜(MD)¹⁾, 岡本淳子(CT)²⁾, 上國 愛(CT)²⁾,
井町海太(CT)²⁾, 永田郁子(CT)²⁾, 台丸 裕(MD)²⁾

【緒言】卵管癌の多くは漿液性腺癌である。早期発見が困難である一方、子宮頸部/内膜細胞診が発見の契機となることもある。今回診断に苦慮した卵管癌の術前子宮頸部/内膜細胞診を後方視的に検討してみた。

【症例】症例は76歳、不正出血にて当科受診。子宮腔部は萎縮性腔炎様、超音波検査にて子宮留水腫を認めた。頸部細胞診でAGCであったが、超音波検査では明らかな子宮内、付属器病変を認めなかった。同日施行した内膜細胞診は陽性であり、子宮鏡検査にて子宮内腔に乳頭状腫瘤を認め、生検にて中～低分化型類内膜腺癌の診断であった。子宮体癌と診断して開腹手術を施行したところ、S状結腸漿膜面、骨盤腹膜等骨盤内臓器に播種性病変を認め、左卵管膨大部は2-3cm大に腫大していた。臨床的に卵管癌と考え、子宮全摘、両側付属器摘出、大網生検、骨盤内播種巣摘出術を施行した。病理検査では、卵管原発の低分化型漿液性腺癌であり、子宮内病変も同様の組織型であり、子宮内腔へのimplantと腹腔内播種の診断となった。現在術後補助療法としてddTC療法施行中である。

【頸部細胞診】頸管腺細胞に異型は認められず、扁平上皮集塊の中に数カ所顆粒状クロマチンを有する異型腺細胞の小集塊が認められ、AGCと判定した。

【内膜細胞診】炎症性背景の中、腫瘍細胞は比較的大型の重積性集塊、または小集塊として観察された。集塊辺縁は樹枝状であり、中～低分化型類内膜腺癌が推察された。クロマチンは顆粒状～粗顆粒状に増量、明瞭な核小体を有する異型細胞が認められ、これらは頸部細胞診の異型細胞の核所見と類似していた。

【結語】術前細胞診の再鏡検を考慮しても本症例の術前早期診断は不可能であったと考えられた。

O-1-30 卵巣未熟奇形腫の治療後に発生した Growing Teratoma Syndrome の一例

秋田赤十字病院産婦人科¹⁾, 秋田赤十字病院病理診断科²⁾

○佐藤宏和(MD)¹⁾, 大山則昭(MD)¹⁾, 平野秀人(MD)¹⁾,
太田博孝(MD)¹⁾, 鳴海健大(CT)²⁾, 三浦宗子(CT)²⁾,
浅利智幸(CT)²⁾, 田山明義(CT)²⁾, 奈良幸一(CT)²⁾,
榎本克彦(MD)²⁾

【緒言】Growing Teratoma Syndrome(GTS)は、未熟奇形腫の治療後ないしは化学療法中に、治療抵抗性の成熟成分の発育を認める稀な症候群である。今回、卵巣未熟奇形腫の治療後に発生したGTSを経験したので報告する。

【症例】45歳女性。下腹部痛で発症。卵巣腫瘍疑いで当院消化器内科より紹介。腫瘍は、臍下2横指に達する16x9cmの充実性、一部嚢胞性の腫瘍で、血中 α -フェトプロテイン(AFP)が1824.2ng/mlと高値を示した。左卵巣未熟奇形腫の診断で腹式子宮全摘術および両側付属器摘出術が施行され、遺残腫瘍を認めなかった。術後、同診断でBEP療法が施行され、AFPは正常化した。治療後のCT検査で骨盤内に6x4cmの脂肪や石灰成分を含む腫瘍を指摘され、GTS疑いで再手術となった。骨盤腫瘍は周囲との境界が比較的明瞭であった。その他にも大小さまざまな播種結節が骨盤内に存在したため、これらの腫瘍を可能な限り摘出した。

【腹腔洗浄細胞所見】赤血球、好中球、リンパ球、マクロファージ、反応性中皮細胞を背景に、扁平上皮細胞、オレンジG好染細胞、円柱上皮細胞などが出現していた。扁平上皮細胞は無核のものが多く、他の細胞にも明らかな異型を認めなかった。

【組織所見】骨盤腫瘍は分化した骨、軟骨、扁平上皮嚢胞、神経、腺組織を含む成熟奇形腫の組織像であった。初回手術で認められた未熟な神経組織は認められず、分裂像も確認できなかった。他の播種結節も同様の組織像で、成熟奇形腫の診断であった。

【まとめ】腹腔内に扁平上皮などの上皮系細胞が出現することは稀である。GTSにおいて腹腔内に出現する細胞は多彩であるが、異型のないことに注意が必要である。

O-1-31 Thinprep5000 導入における従来法との胆膵系細胞像の違いについて

神戸大学医学部附属病院病理部

○山田 寛(CT), 柳田絵美衣(CT), 森藤哲史(CT), 廣尾真奈(CT), 今川奈央子(CT), 遠藤亮和(CT), 塚本龍子(CT), 伊藤智雄(MD)

【はじめに】近年, 多くの施設で細胞の変性が少ない液状検体細胞診 (Liquid Based Cytology : LBC) の導入が進められている。LBC 検体は処理方法や使用試薬の違いにより, 従来法と細胞の見え方の全く違うと言って良い。特に扁平上皮と比較して, 腺細胞は従来法とは全く違うものとして見られる。そこで今回当院で Thinprep5000 (HOLOGIC 社) を導入したのを機に従来法との比較を行い LBC 標本の細胞所見の傾向や特徴などの知見を得たので報告する。

【方法】細胞診として提出された, 胆汁, 膵液, 胆管擦過, 膵管擦過検体を使用。

- 1) 検体を2つに分注
- 2) 一方を従来のオートスミア法で処理, 一方を Thinprep5000 で処理
- 3) パパニコロウ染色を行い a) 背景, b) 細胞の出現率, c) 陰性および陽性細胞所見の違いなどを比較

【結果】

a) 背景

炎症細胞が多い場合は, 厚みのある標本ができて目的の細胞が埋もれて見辛い事があるが, LBC では重なりが少なく個々の細胞を見分けが容易であった。

b) 細胞の出現率

粘液物質などの影響で細胞の剥離が見られたが, LBC では前処理により除去されるため出現率は従来法より優れていた。

c) 陰性および陽性細胞所見

ともに従来法に比べて, 細胞が大きくクロマチンが微細である。

【まとめ】従来法を基本に細胞所見を読もうとすると, LBC 検体は異形が弱く見え良性・悪性の判定に苦慮すると思われる。しかしながら背景綺麗で細胞の出現率がよく, 慣れれば LBC 標本は鏡検におけるストレスの軽減が可能であると考え。

我々の知見がこれから LBC を導入を検討している施設の一助になればと考える。

O-1-32 EUS-FNA による Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の細胞像について

北海道大学病院病理部¹⁾, 北海道大学病院病理診断科²⁾, 北海道大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分野³⁾

○安孫子光春(CT)¹⁾, 三橋智子(MD)^{1,2)}, 宮越里絵(CT)¹⁾, 渡部涼子(CT)¹⁾, 望月抄苗(CT)¹⁾, 清水知浩(CT)¹⁾, 山谷幸恵(CT)¹⁾, 丸川活司(CT)¹⁾, 河上 洋(MD)³⁾, 松野吉宏(MD)^{1,2)}

【はじめに】消化管に発生する間葉系腫瘍には, GIST, 神経原性腫瘍, 平滑筋系腫瘍などがあり, いずれも紡錘形を主体とする細胞像を呈する。当院では, 消化管粘膜下腫瘍の超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (以下 EUS-FNA) において紡錘形細胞を主体とする異型細胞を認めた場合, 細胞診断名を Spindle cell tumor としている。今回我々は, 消化管粘膜下への EUS-FNA において, Spindle cell tumor と判定した症例を再鏡検し, 細胞形態的に GIST の推定が可能かを検討した。

【症例】2009~2014 年度に, EUS-FNA を実施し, Spindle cell tumor と判定された, 胃粘膜下腫瘍 15 症例, 食道粘膜下腫瘍 2 症例, 十二指腸粘膜下腫瘍 2 症例, 直腸粘膜下腫瘍 1 症例の 20 症例を対象とした。これらの病理組織診断内訳は, GIST 12 症例, Leiomyoma 5 症例, Schwannoma 3 症例であった。

【細胞所見】総じて GIST 症例では, 比較的きれいな背景に紡錘形細胞の高密度な集塊がみられ, 細胞質はライトグリーン好性, 類円形~棍棒状の核を有し, 一部にはくびれや, く字状に折れ曲がった核形不整がみられた。一方, Leiomyoma では GIST に比べ, 細胞密度が低い傾向にあり, Schwannoma では, 所々に核の腫大を示す細胞の混在がみられた。

【病理組織所見】GIST 症例では, 核近傍に空胞を伴うものも多く, 錯綜する束状~柵状配列または patternless な増殖がみられた。

【まとめ】類円形核を主体とした症例においては不明瞭ではあるが, 長紡錘形の核を主体とする GIST 症例においては, 棍棒状の核にくびれや, く字状の折れ曲がり示す細胞の混在をみるものが多く, これらの核所見は, GIST を推定する上での有用な細胞所見であると思われる。

0-1-33 膵 EUS-FNA における淡明細胞型腎細胞癌転移例の細胞学的特徴

東北大学病院病理部

○村山優理香(CT), 三浦弘守(CT), 安達友津(CT), 今野かおり(CT), 小泉照樹(CT), 佐藤泉希(CT), 藤島史喜(MD), 笠島敦子(MD), 渡辺みか(MD), 笹野公伸(MD)

【はじめに】膵腫瘍性病変の超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下 EUS-FNA)の普及に伴い転移性膵腫瘍に遭遇する機会も増加している。今回、転移性膵腫瘍の中で頻度が高い腎細胞癌について膵 EUS-FNA における細胞学的特徴について報告する

【対象と方法】EUS-FNA が施行され確定診断の得られた5例の腎細胞癌膵転移症例(淡明細胞型 G2:4例, G3:1例)を用いた。Papanicolaou 標本で、背景所見(壊死物質およびヘモジデリン含有組織球の有無)、腫瘍細胞の集塊所見(間質の有無、二層以上の重積性、シート状)、また腫瘍細胞100個について、裸核の数、核所見(形、大きさ、核縁切れ込み、2倍以上の大小不同)、クロマチンの性状、核小体、核の位置(中心、偏在)、N/C比、細胞質(淡明、ライトグリーン好染)について検討した。

【結果】ヘモジデリン含有組織球は2例、壊死物質はG3例にのみ認められた。細胞集塊では、間質を伴う集塊は4例で、他の所見は全ての症例で認められた。裸核に陥った腫瘍細胞の割合は4例が40~93%、淡明な細胞質は43~87%であったが、1例は裸核が11%で細胞質は75%がライトグリーン好染性であった。5症例の核の大きさは好中球の1.5倍以下が76~100%、G3例では2倍以上の核大小不同が24%であった。核形は63~86%が円形、核縁の切れ込みは5~27%、クロマチンは73~97%が細顆粒状を示していた。核小体明瞭については12~79%と症例間で差が認められた。核は56~83%で偏在性を示し、N/C比50%以上はG3が27%であるが4例は2~11%であった。

【まとめ】淡明細胞型腎細胞癌は、核は小型円形で不整に乏しく細胞質は広く淡明であった。また、腫瘍細胞の裸核の割合が高かった。原発性膵腫瘍との鑑別について比較検討を行う。

0-1-34 スコアリングシステムを用いた胆汁細胞判定の検証

川崎市立多摩病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学教室²⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座³⁾, 聖マリアンナ医科大学医学教育文化部門医学統計学⁴⁾

○早川智絵(CT)¹⁾, 千川晶弘(MD)²⁾, 井村譲二(MD)³⁾, 林直美(CT)¹⁾, 岸理恵子(CT)¹⁾, 上野隆彦(MD)⁴⁾, 立浪忍(MD)⁴⁾, 小池淳樹(MD)^{1,2)}

【目的】我々は、独自に構築したスコアリングシステムを用いて、胆汁細胞判定への有用性ならびに、観察者間の診断一致性の検討を行い、スコアリングシステムの実用性について検証したので報告する。

【材料と方法】組織学的診断が確定した胆汁細胞診20例(悪性16例, 良性4例)をバーチャルスライド化し、20名の細胞検査士で陰性、疑陽性、悪性の3段階判定を行った。次に、「クロマチン異常」、「核間距離不均一」、「不規則な重積」、「集塊辺縁凹凸不整」の4所見から構築されるスコアリングシステムで再判定を行い、スコアリングシステム使用前後の診断成績と、観察者間の診断一致性について、統計学的手法を用いて比較した。

【結果】スコアリングシステム使用前の感度、特異度、正診率は、それぞれ平均48%、54%、49%であった。スコアリングシステム使用時の感度、特異度、正診率は、それぞれ平均68%、72%、69%で、スコアリングシステム使用によって診断成績が向上した。また、スコアリングシステム使用前後の観察者間における診断一致性は、それぞれ $\kappa=0.377$, $\kappa=0.685$ で、スコアリングシステム使用によって高い一致性が確認できた。

【考察】独自に構築したスコアリングシステム使用による細胞判定は、観察者間での高い一致性が得られ、診断精度の向上に有用と考えられた。しかし、この手法を用いても誤判定することがあるため、所見の捕らえ方に規定を設けるなど、さらなる検証が必要と思われた。

0-1-35 胆汁細胞診の異型度基準—細胞集塊についての再検討—

順天堂大学大学院医学研究科形態解析¹⁾, 鳥取大学病態検査学²⁾, 順天堂大学人体病理病態学³⁾, 順天堂大学順天堂医院病理診断部⁴⁾, 順天堂大学練馬病院臨床検査科⁵⁾, 済生会神奈川県病院検査科⁶⁾, 川崎太田総合病院中央検査科⁷⁾, 川崎太田総合病院消化器外科⁸⁾

○古旗 淳(CT)¹⁾, 広岡保明(MD)²⁾, 八尾隆史(MD)³⁾, 福村由紀(MD)³⁾, 大沼八千代(CT)⁴⁾, 山里勝信(CT)⁴⁾, 大橋久美子(CT)⁵⁾, 阿部加奈子(CT)⁶⁾, 阿部佳之(CT)⁷⁾, 権田厚文(MD)⁸⁾

【目的】われわれは昨年の本学会秋期大会で, 胆汁細胞診のより客観的な異型度の基準の確立のため, 貯留胆汁細胞診・細胞判定基準のうちの細胞集塊について解析し, 報告した。今回, さらに症例数を増やし, 再検討したので報告する。

【方法】胆汁細胞診に提出された材料を以下の4群に分類した。1) 良性群。B-L群: 細胞異型を認めない群。B-H群: 悪性と鑑別すべき異型を有する群。2) 悪性群。C-L群: 細胞学的異型度が低く, 良性と鑑別すべき群。C-H群: 強い細胞異型を示す群。これら各15例について, 細胞集塊を細胞数により小型(50~100個), 中型(100~250個), 大型(250個以上)に分け, 次の細胞集塊の判定基準の各所見について, 該当細胞の出現率を解析した。1. 不規則な重積, 2. 核の配列不整: 極性不整, 核間距離不整, 3. 集塊辺縁の凹凸不整: 辺縁からの突出細胞数, 分岐不整の頻度。

【結果】異常の基準となる閾値は次の通りであった。不規則な重積: 各集塊とも $\geq 26\%$, 極性不整 1) 小型集塊: $\geq 35\%$, 2) 中・大型集塊: $\geq 29\%$, 核間距離不整 1) 小型集塊: $\geq 30\%$, 2) 中・大型集塊: 26% , 突出細胞数 1) 小型集塊: ≥ 3 個, 2) 中・大型集塊: ≥ 5 個, 分岐不整の頻度 1) 小型集塊: ≥ 1 個/3集塊, 2) 中・大型集塊: ≥ 3 個/5集塊。

【結語】各出現率は集塊の大きさにより異なっていた。特に小型集塊で大きかった。今回の検討は細胞集塊の異型度の基準の重要な指標になると思われた。

0-1-36 Intraductal papillary neoplasm of the bile duct の細胞像

久留米大学医学部病理学講座¹⁾, 久留米大学病院病理診断科²⁾, 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門³⁾

○内藤嘉紀(MD)¹⁾, 多比良朋希(CT)²⁾, 河原明彦(CT)²⁾, 山口知彦(CT)²⁾, 安倍秀幸(CT)²⁾, 岡部義信(MD)³⁾, 秋葉 純(MD)¹⁾, 鹿毛政義(MD)²⁾, 矢野博久(MD)¹⁾

【はじめに】Intraductal papillary neoplasm of the bile duct (IPNB) は胆管内に乳頭状に増殖する予後良好な胆管腫瘍である。従って, 術前にIPNBを推定する事は治療上重要であるが, 細胞学的報告例が少なく, 細胞学的特徴は明らかになっていない。今回我々は, IPNBの組織学的特徴である「粘液産生」と「乳頭状構築」に着目し, IPNBの組織像と細胞像を比較検討した。

【対象・方法】対象は胆道癌取扱い規約第6版に準じてIPNBと組織学的診断がなされた3症例(症例1,2,3)を用いた。細胞学的評価は「粘液の存在」や「乳頭状集塊の有無」を中心に「貯留胆汁細胞診の細胞判定基準」を用いて行った。

【結果】対象症例はいずれも乳頭状増殖を主体とする非浸潤性腫瘍性病変であり, 組織学的に上皮内癌と診断した。細胞学的に症例2,3は背景に粘液を認め, 症例3では乳頭状集塊が散見された。一方, 症例2は壊死性背景に, 異型細胞が孤立散在性に認められた。症例1では細胞学的に粘液は認めなかったが, 乳頭状集塊が散見された。乳頭状の大型集塊はブラシ擦過後細胞診で多く見られる傾向があった。尚, いずれの症例においても「貯留胆汁細胞診の細胞判定基準」で悪性と診断しえた。

【まとめ】IPNBの細胞診断において「粘液背景」や「乳頭状集塊」は有用な細胞所見となる可能性があり, さらに「貯留胆汁細胞診の細胞判定基準」を用いる事で良悪性の判定が可能と思われる。今後は症例を蓄積し, 細胞学的特徴を明らかにしたい。

O-1-37 当院における腭超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) の結果と細胞学的検討

昭和大学病院臨床病理検査室¹⁾, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科²⁾, 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科³⁾, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座⁴⁾

○前田朱美(CT)¹⁾, 津田祥子(CT)¹⁾, 福田ミヨ子(CT)¹⁾, 狩野充治(CT)¹⁾, 吉谷地玲子(CT)¹⁾, 小林美波(CT)¹⁾, 大池信之(MD)²⁾, 九島巳樹(MD)³⁾, 瀧本雅文(MD)⁴⁾

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下 EUS-FNA)は, 平成 22 年 4 月より保険適応となった最先端の内視鏡診断法である. 今回我々は当院における腭 EUS-FNA の結果から細胞学的検討を行ったので報告する.

【対象】2009 年 8 月~2014 年 11 月に腭 EUS-FNA で細胞診と組織診を同時に施行し, 組織診で診断が得られた 130 例を対象とした. 検体処理方法は, 生理食塩水中に穿刺針から検体排出, 針洗浄を行ったのち組織片を直ちに取出してホルマリン固定し, 残りの液体成分を細胞診検体として標本作製した.

【結果】130 例の細胞診判定は陰性 51 例, 疑陽性 18 例, 陽性 61 例であった. 生検組織診との一致率は, 陰性 80.4% (41/51), 疑陽性 11.1% (2/18), 悪性 91.8% (56/61)であった. 疑陽性 18 例の生検組織診断は, 良性 8 例, 鑑別困難 2 例, 悪性疑いおよび悪性 8 例で良性および悪性が同程度含まれていた. 誤陰性が 10 例, 誤陽性が 3 例あったが, 最終組織診断と合わせた結果では誤陽性は 0 例であった.

【考察】細胞診誤陰性となった症例は, 核所見の過小評価が招いた結果と思われた. その一方で, 核所見の過大評価は細胞診疑陽性率 13.8% (18/130) の上昇を招くことも分かった. また, 細胞診誤陽性となった症例はいずれも最終的に腭癌であったが, 診断に十分な組織片が採取されていなかったことが原因として考えられた. EUS-FNA 細胞診の診断には組織生検と同様の質的診断が求められるため, 良悪性の判定には少量の細胞でも丁寧な核所見の観察および背景や結合性はもちろん, 臨床情報も含めた判断が重要になると思われた.

O-1-38 EUS-FNA による腭内分泌腫瘍 (PanNET) の細胞像についての検討

北海道大学病院病理診断科/病理部

○丸川活司(CT), 三橋智子(MD), 清水知浩(CT), 望月抄苗(CT), 渡部涼子(CT), 宮越里絵(CT), 山谷幸恵(CT), 安孫子光春(CT), 畑中佳奈子(CT), 松野吉宏(MD)

【はじめに】腭内分泌腫瘍 (PanNET) は腭悪性腫瘍の約 3.2% と, 比較的稀な疾患である. 近年では画像診断精度の進歩に加えて空間分解能の高い超音波内視鏡を用いた穿刺吸引術 (EUS-FNA) により採取可能となった微少検体を用いた PanNET の早期診断が求められ, また可能となりつつある. 今回我々は, 腭穿刺吸引細胞診に出現する PanNET の細胞像を組織グレード別に比較し, 特に核所見, 細胞質所見などの差異について検討した.

【症例】2008~2014 年度に, EUS-FNA を実施し, PanNET と判定された 49 症例中, 外科的に切除された G1: 11 症例, G2: 14 症例と, 外科的に切除されなかった神経内分泌癌 (NEC): 4 症例の計 29 症例を対象とした.

【結果】PanNET の細胞は核が円形から類円形で核形不整が目立たず散在性に出現する点が共通し, G1, G2 症例の細胞診断は比較的容易であった. しかし, それぞれの症例に出現する腫瘍細胞 200 個の核径を計測したところ, G1 の平均が 5.86 μm , G2 が 6.07 μm , NEC が 7.89 μm とグレードが高い症例ほど, 核が大型化し大小不同が顕著となっていた. また, NEC の 4 症例に共通して, 壊死物質が認められた.

【考察】2010 年に改定された WHO 分類では, PanNET は手術検体の核分裂増数および Ki-67 指数にてグレード分類がされるようになっている. しかし, NEC は化学療法などが中心であることから, EUS-FNA の果たす役割は大きく, 微少検体から NEC を鑑別することが, 治療方針の早期決定のためにも有用である. 腭腫瘍領域における EUS-FNA の診断感度, 正診率は良好と報告されているが, 本検討の結果は細胞像による PanNET の悪性度診断や予後予測の一助となる可能性がある.

O-1-39 浸潤性膵管癌における術中腹水細胞診の意義について

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学¹⁾, 東海大学医学部外科学系消化器外科学²⁾, 東海大学医学部内科学系消化器内科学³⁾, 東海大学医学部附属病院病理診断科⁴⁾

○平林健一(MD)¹⁾, 井本昭子(MD)¹⁾, 山田美鈴(MD)^{1,2)}, 丸野敦子(MD)³⁾, 加戸伸明(CT)⁴⁾, 宮嶋葉子(CT)⁴⁾, 伊藤 仁(CT)⁴⁾, 川口義明(MD)³⁾, 中郡聡夫(MD)²⁾, 中村直哉(MD)¹⁾

【はじめに】浸潤性膵管癌(invasive ductal carcinoma, IDC)は極めて予後不良の腫瘍である。IDCの術中腹水細胞診の意義は未だ不明な点が多く、現行の膵癌取扱い規約でも病期分類に用いられていない。そこで今回、当院でのIDC手術患者の術中腹水細胞診の臨床病理的検討を行ったので報告する。

【方法】2006年から2013年まで東海大学医学部附属病院で、術中腹水細胞診が施行されたIDC手術症例183例を対象として術中腹水細胞診の結果と臨床病理学的事項について検討を行った。細胞診の結果はclass I-IIを陰性、class IIIを判定困難、class IV-Vを陽性とした。

【結果】術中腹水細胞診は、陰性161例、陽性19例、判定困難3例であった。腹水細胞診陽性例は、65歳上の高齢患者、35mm以上の腫瘍径、遠隔転移、膵被膜浸潤に関連があった。多変量解析では、35mm以上の腫瘍径、リンパ節転移、低分化腫瘍(G3)、術中腹水細胞診陽性が独立した予後不良因子であった。判定困難例の3例はいずれも細胞数少数のため良悪の判定が困難であった。

【まとめ】IDCにおける術中腹水細胞診陽性は独立した予後不良因子であり、腹水細胞診の良悪判定は予後予測の観点で重要である。その為、判定困難例をいかに減らすことが肝要と考えられた。

O-1-40 乳腺由来液状処理検体を使用したmRNA発現解析と次世代シーケンサー(NGS)解析

北斗病院腫瘍医学研究所病理遺伝子診断科¹⁾, 北斗病院乳腺乳がんセンター²⁾, 北斗病院腫瘍医学研究所³⁾, 北斗病院脳神経外科⁴⁾, 北海道大学医学部探索病理学講座⁵⁾, 北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野⁶⁾

○赤羽俊章(CT)¹⁾, 大貫なつみ(CT)¹⁾, 山口朋美(CT)¹⁾, 難波 清(MD)²⁾, 佐和弘基(MD)³⁾, 鎌田 一(MD)⁴⁾, 西原宏史(MD)^{3,5)}, 田中伸哉(MD)⁶⁾

【目的】乳がんのコンパニオン診断においてDNA, RNAを解析することは悪性度や治療選択上重要となってきた。液状処理細胞診検体(LBC)は、標本の再作成などの利点に加えDNAの検出といった、分子生物学的なアプローチが可能である。今回、乳腺穿刺吸引LBC検体から抽出したRNAを使用し幾つかの分子マーカーの発現量解析と胸水由来乳癌細胞LBC検体から抽出したDNAを使用しNGS解析方法を検討したので報告する。

【方法】ER陽性22症例の乳腺LBC検体からRNAを抽出後、cDNA合成し、ABI7900HTにてqPCRをおこなった。またNGS解析用のDNAは、LBCで固定した胸水検体と同一検体からcell blockを作成、それぞれからDNAを抽出し、instructionに従いライブラリを調整、NGSにて解析をおこなった。

【結果】穿刺吸引LBCのmRNA解析の結果、1例にTNBC type同様のprofileを示す症例が認められた。この症例の術材における病理像でmicro papillary様の所見を認めた。胸水由来LBCおよびcell block、それぞれから抽出したDNAを用いたNGS解析では十分なread depthが得られ、またLBCとcell blockともに、PIK3CAのactive mutationを検出することができた。

【総括】LBCからDNAを抽出し変異検出する報告は多数あるが、RNAの検討はまだ少ない。LBCからmRNAを検出できることは分子標的治療の観点からもその有用性は高い。またNGS解析では固定による核酸への影響からノイズSNPが検出されることが知られているが、cell block, LBC、それぞれ2つの結果からノイズをsubtractすることで十分解析が可能であることが示唆された。しかし、他の問題も多くLBCのNGSへの応用方法は今後の課題である。

0-1-41 乳がん既往例の胸・腹水貯留に対する液状細胞診の免疫染色法の有用性

千葉県がんセンター

○中村力也(MD), 山本尚人(MD), 平田哲士(CT),
有田茂美(CT), 池部 大(MD), 伊丹万紀子(MD)

乳癌治療において薬剤感受性を評価する個別化診断が求められており、近年、乳がんの術前診断では穿刺吸引細胞診より針生検に重点が置かれるようになってきた。また再発治療では元来、原発巣の薬剤感受性に基づき治療方法を検討してきたが、原発巣と転移巣でのバイオロジーの不一致が報告されている。その為、転移巣での針生検が推奨されているが侵襲性の問題から適応は限局される。一方、胸水および腹水穿刺は症状緩和のため、しばしば施行される手技である。また転移巣を反映した細胞での免疫染色診断 (Cell block 法) が可能であり注目されている。当院では 2012 年より 2014 年 12 月まで乳癌既往歴のある 25 症例に対して cell block 法により免疫学的診断を行っている。本手法により再発乳癌とは異なり原発肺がん、卵巣がんなどの診断が可能であった。また原発乳癌と比較し ER, PgR の不一致例は 4 例 (16%) 認めた。また HER2 の不一致例は認めていない。ER 陽転化した症例では内分泌療法を開始し治療が奏功した症例も経験している。Cell block 法は標準診断である免疫学的組織診断と比較し問題点も多い。しかしながら転移乳癌の胸水または腹水穿刺法は症状軽減と免疫学的診断の両側面を兼ね備えた有望な手技であり、本会では液状成分の細胞学的診断の pitfall に関して症例を重ね報告する。

0-1-42 鑑別困難であった乳腺症例の細胞学的検討—筋上皮細胞を中心に—

九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹⁾, 九州大学病院病理診断科病理部²⁾, 九州大学大学院医学研究院保健学部門³⁾, 九州大学大学院臨床・腫瘍外科⁴⁾, 九州大学大学院消化器・総合外科⁵⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁶⁾

○田島沙織(MT)¹⁾, 大久保文彦(CT)²⁾,
中附加奈子(CT)²⁾, 仲 正喜(CT)²⁾,
渡邊寿美子(CT)³⁾, 久保 真(MD)⁴⁾,
徳永えり子(MD)⁵⁾, 山元英崇(MD)⁶⁾,
小田義直(MD)^{2,6)}, 杉島節夫(CT)³⁾

【背景】 乳癌は近年増加傾向にある。乳癌の細胞診では、乳管内乳頭腫などの良性病変と細胞像が類似している症例があり、鑑別困難と診断されることも少なくない。良悪の判定は、その後の治療方針に大きな影響を与えてしまうため、細胞診での診断率を向上させることは重要である。そこで、鑑別困難と診断された症例の細胞像について筋上皮細胞を中心に検討し、診断率の向上を図ることを目的とした。

【対象と方法】 九州大学病院病理部で穿刺吸引細胞診を行い鑑別困難とされた 40 症例のパパニコロウ染色標本を対象とした。集塊中に出現する筋上皮細胞について、1) 明瞭性, 2) 数, 3) 形態の 3 項目の観察を行った。その結果から良悪性を判定し、組織診断結果と比較することで筋上皮細胞の特徴により確定的な診断が可能かどうか検討を行った。

【結果】 細胞診と組織診の一致率は約 60%であった。筋上皮細胞の形態に関しては良悪性の判定が不可能であった症例が多く、有用ではない可能性が示唆された。筋上皮細胞が多量に出現していたにも関わらず組織診では悪性であった症例があり、この症例に関しては良性集塊の混在が考えられた。

【結論】 筋上皮細胞の特徴から診断した結果と組織診の結果の一致率は約 60%で、正診率は高いとは言えなかった。正診率を向上させるためにはさらなる項目の追加が必要である。今後、新しい項目の検討も踏まえて、症例数を増やし報告する予定である。

0-1-43 当院の乳腺穿刺吸引細胞診「鑑別困難」症例の検討

東京女子医科大学八千代医療センター臨床検査室¹⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科²⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター乳腺・内分泌外科³⁾, 武蔵野赤十字病院病理診断科⁴⁾

○高橋昌樹(CT)¹⁾, 末澤亜紀(CT)¹⁾, 角奈美子(CT)¹⁾, 南部周平(MT)¹⁾, 河合繁夫(MD)⁴⁾, 廣島健三(MD)²⁾, 宮本礼子(MD)³⁾, 地曳典恵(MD)³⁾, 寺本穂波(MD)³⁾, 清水忠夫(MD)³⁾

【目的】乳腺病変の病理学的診断には穿刺吸引細胞診や針生検等の方法が用いられ, その精度は重要である. 穿刺吸引細胞診は簡便な検査であり, 診断の第一選択として行われる事が多いが, 時に「鑑別困難」や「検体不適正」を生じ, 診断に至らない場合がある. 乳癌取り扱い規約には「鑑別困難」は検体適正例総数の10%以下が望まれると記載されている. 今回, 我々は乳腺細胞診判定の精度向上を目的に, 当院における乳腺穿刺吸引細胞診鑑別困難症例の再検討を行った.

【対象・方法】2012年1月から2014年12月まで, 当院にて乳腺穿刺吸引細胞診が施行され「検体適正・鑑別困難」と判定した47例の中から, その後, 組織学的検索が行われた25症例を対象とした. 細胞異型, 結合性, 孤立細胞の有無, 集塊構造に着目し細胞像の再検討と組織像との対比を行った.

【結果】「鑑別困難」症例の組織診断結果は悪性19例(浸潤性乳管癌13例, 浸潤性小葉癌2例, 管状癌1例, 非浸潤性乳管癌3例), 良性6例(葉状腫瘍1例, 乳管内乳頭腫1例, 乳腺症4例)であった. 「鑑別困難」症例の組織型は浸潤性乳管癌, 非浸潤性乳管癌, 乳頭状病変, 乳管過形成病変等が大部分であり, 要因としては細胞数過少, 筋上皮との二相性が判断困難, 不規則重積や不規則配列を呈する集塊の出現等が多かった.

【考察】鑑別困難例の中でも, 細胞異型や構造異常等を認め, 悪性を疑う所見が存在した. 鑑別困難症例の細胞所見を再検討し組織診断と対比することにより, 乳腺穿刺吸引細胞診判定の精度向上を期待出来ると考えられる.

0-1-44 組織診で low grade DCIS であった乳腺穿刺細胞診成績についての検討

大阪プレストクリニック医療技術部¹⁾, 関西電力病院病理部²⁾

○米川みな子(CT)¹⁾, 河合 潤(MD)²⁾

【はじめに】近年, 乳癌における DCIS の割合は増加しており, 当院でも 25% を超えてきている. 診断については, 全体的に細胞診よりも生検の割合が増加するなか, low grade DCIS は, 悪性の除外診断や, MRI によって新たに検出された多発や対側病変をセカンドルック US で同定後の良悪性鑑別のための診断時に遭遇することが多く, 石灰化病変で超音波所見がない場合以外は, まず穿刺細胞診が選択される. しかし異型が弱いため診断に苦慮することも多い. そこで low grade DCIS の細胞診成績について検討を行った.

【対象】2012年4月から2014年9月までに手術時の組織診で low grade DCIS とされた中で, 穿刺細胞診が施行され, 検体適正であった67例.

【結果】細胞診判定は, 悪性42例(63%)悪性の疑い13例(19%)鑑別困難10例(15%)良性2例(3%)であった. また悪性, 悪性疑いとした55例中 DCIS と推定したのが24例, DCIS か DCIS 優位と推定したものが16例あった. また鑑別困難とした10例は, 乳頭状病変としたものが3例, 乳管内病変としたものが2例, DCIS の混在を疑ったものが5例であった. 良性とした2例は線維腺腫内に発生した DCIS を線維腺腫としたものが1例, 乳腺症を背景にした DCIS を乳腺症としたものが1例であった. また67例の超音波判定はカテゴリー3bが24例で, 3a以下が16例で, 良性よりの判定が60%を占めていた.

【まとめ】生検の増加により細胞診で浸潤癌と判定する症例が少なくなり, 境界的な症例の割合が増えている. Low grade DCIS は特徴的な細胞像を把握すれば, 悪性と判定できるものの方が多いと思われる. 超音波像, 細胞像, 組織像合わせ報告する.

O-1-45 乳腺 DCIS における細胞学的検討

社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科¹⁾, 社会医療法人栗山会飯田病院外科²⁾, 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科³⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学⁴⁾

○松澤こず恵(CT)¹⁾, 土屋眞一(MD)¹⁾, 田中穂積(MD)²⁾, 小穴良保(CT)³⁾, 前田一郎(MD)⁴⁾

【はじめに】乳癌の DCIS は近年, 検診の普及とその啓蒙活動によって著しく頻度が高まってきている。DCIS の画像所見には石灰化, 非腫瘍性病変として描出されることが多いため術前診断として針生検が多用されるが, 腫瘍性病変として出現する DCIS には穿刺吸引細胞診(FNA)が施行されることが少なくない。今回我々は, 数を増している DCIS に対して, FNA がどの程度の診断精度を持って臨床側にアドバイスが可能であるかを探るため, DCIS 30 例を用いて検討したので報告する。

【検討症例】組織学的に DCIS と診断された症例 30 例。組織亜型としては面疱優位型, 充実優位型, 乳頭(低乳頭含)優位型, 篩状優位型に大別した。

【検討項目】1. 採取細胞の出現形態 2. DCIS と浸潤癌における亜型別の細胞学的特徴 3. DCIS と良性病変(乳腺症, 乳管内乳頭腫など)の鑑別点

【結果】検討項目 1 では, 一般的に DCIS は集塊で出現しほつれ傾向は少ないとされているが, 我々の検討症例の中には散在性の出現を示す症例も少なからず観察され, 浸潤癌との鑑別に迷うものも見られた。また穿刺を行う術者により細胞の採取量に大きな差が見られることが分かった。検討項目 2 については亜型別の鑑別は, 面疱型を除く 3 型については推測が可能な場合もあった。検討項目 3 は良性病変との鑑別にはその細胞出現形態によって鑑別点が著しく異なることが分かった。

【考察】DCIS を細胞診で診断することには 2 つの意義があると考えられる。1 点は浸潤癌との鑑別を行うこと, もう 1 点は可能なかぎり良性と鑑別をすることである。今回の検討結果から得られたことを参考にすることにより, ある程度, DCIS の診断に迫ることができるのではないかと考える。

O-1-46 乳腺 Mucoccele-like tumor (MLT) 診断における穿刺吸引細胞診の有用性と問題点

たけべ乳腺外科クリニック¹⁾, 高松平和病院病理検査²⁾

○安毛直美(CT)¹⁾, 兼近典子(CT)¹⁾, 新井貴士(MD)¹⁾, 武部晃司(MD)¹⁾, 横山智子(CT)²⁾, 宮西智恵(CT)²⁾, 佐藤 明(MD)²⁾

【はじめに】MLT は Rosen によって提唱された粘液産生性の良性病変であるが, 悪性合併例が存在することから診断には注意が必要といわれており, 細胞診断も異型細胞が乏しくても, 粘液の存在のみで鑑別困難とする施設もある。画像所見は MMG で濃淡のある粗大石灰化, US で点状高エコーを有する不整のう胞がみられ, 検診でしばしば遭遇する病変である。今回, 悪性合併例の頻度がどの程度あるのか, 早急な組織診断の必要性について検討した。

【対象】当院にて 2006 年から組織診断で MLT と診断した 27 例, 細胞診で MLT と診断し経過観察した 34 例について検討した。

【結果】組織診 27 例中, 増殖性病変なし 9 例(細胞診断: 良性 6 鑑別困難 3 悪性疑い 0 悪性 0), 増殖性病変合併 11 例(同: 2, 9, 0, 0) 悪性合併 7 例(同: 0, 4, 2, 1)であった。悪性合併例は Mic が 2 例, 5 例はすべて low grade DCIS で, 増殖性病変合併例は low grade DCIS と鑑別が難しい境界病変 (FEA, ADH) を合併した症例が多かった。細胞診で経過観察 34 例の MMG はすべて石灰化で, 同部位の不整のう胞を穿刺細胞診施行した。細胞診で MLT と診断 (良性 31 鑑別困難 3) 後 MMG の経過観察では, 石灰化変化なし 16 例, 減少 4 例, 消失 11 例, 増加 3 例であった。増加症例は 1 例が針生検でも鑑別困難, lumpectomy 施行, FEA を伴った MLT であった。2 例は再度細胞診を施行, 良性の判定で経過観察継続となった。

【まとめ】今回の検討で, MLT は悪性や境界病変を合併する割合が高かったが, 高悪性度症例はなかった。また消失する症例も多く存在することから, 細胞診で薄い粘液やシート状の乳管上皮集塊のみで異型細胞がみられなければ良性と診断し, 積極的な外科的生検は避けるべきである。

O-1-47 USで硬癌が疑われたが、細胞診にて顆粒細胞腫と診断した1例

がん研究会有明病院乳腺センター外科¹⁾, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部²⁾, がん研究会有明病院病理部³⁾, がん研究会がん研究所病理部⁴⁾

○新堰佳世子 (MD)¹⁾, 坂井威彦 (MD)¹⁾,
森園英智 (MD)¹⁾, 池畑浩一 (CT)²⁾, 堀井理絵 (MD)^{3,4)},
秋山 太 (MD)^{3,4)}

【はじめに】顆粒細胞腫の画像所見は時に悪性と酷似し診断に苦慮する。今回細胞診で顆粒細胞腫と診断しえた1例を報告する。

【症例】44歳女性。左 Mucoccele-like tumor の診断で経過観察中、USで右乳腺内上領域に腫瘤指摘。触診上は異常なく、MMGは背景乳腺高濃度で明らかな異常は指摘されなかった。USは8mmの境界部高エコー像を伴う不整形低エコー腫瘤で硬癌が疑われた。MRIでは辺縁微細鋸歯状腫瘤で、造影パターンは medium-persistent pattern で良性腫瘍を考慮した。術前診断は顆粒細胞腫を考え、摘出生検施行。

【細胞所見】背景にはライトグリーン好性の微細な顆粒状物質が存在し、異型細胞からなる小型の上皮集塊が出現していた。強拡大で見ると、細胞質の辺縁が不明瞭で、ライトグリーン好性の顆粒状の広い細胞質がみられ、顆粒細胞腫が考えられた。

【組織所見】好酸性で顆粒状の広い細胞質と小型で異型の乏しい核を有する腫瘍細胞が中型胞巣を形成し、乳腺間質と脂肪組織の中で浸潤性に発育していた。核の多形性、核分裂像、壊死は見られなかった。免疫組織化学的に S100 陽性、サイトケラチン AE1/3 陰性であり、顆粒細胞腫の所見であった。

【まとめ】顆粒細胞腫は Schwann 細胞が起源と推定される非上皮性腫瘍である。浸潤性発育する場合は、硬癌類似の画像を呈するので注意を要する。細胞所見は背景の顆粒状物質と、細胞質に顆粒を充満させた細胞を見出すことができれば容易であるが、まれな疾患であり上皮集塊が多く出現しているものでは乳癌と診断することもある病変である。今回は術前に細胞診にて顆粒細胞腫と診断しえたため、腋窩への侵襲を加えずに摘出生検のみを施行することができた一例であった。

O-1-48 Radial sclerosing lesion 5例の細胞学的検討

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科

○前田ゆかり (CT), 永尾聡子 (CT), 皆倉愛美 (CT),
北園暢子 (CT), 大井恭代 (MD)

【はじめに】Radial sclerosing lesion (RSL)は、中心部の瘢痕様線維弾性組織とそれを放射状に取り巻く乳管、小葉より成る良性増殖性複合病変である。画像所見において早期乳癌との鑑別を要するため、穿刺吸引細胞診が行われる機会が増えている。しかし、組織学的にも様々な程度の上皮過形成、硬化性腺症を示すため、細胞診においても良悪鑑別困難なことが多い。そこで今回我々は RSL について細胞学的に検討したので報告する。

【対象・方法】2007年から2014年に当院で穿刺吸引細胞診が施行され、組織学的に RSL と診断された5例(細胞診判定内訳: 良性1例, 鑑別困難4例)について、出現様式、集塊所見(二相性の有無・密度)、核所見(核不整・核緊満感)、間質の性状について検討した。

【結果】出現様式では腺管状、胞巣状、シート状集塊は全ての症例に見られた。篩状4例、孤立性3例、乳頭状1例に見られた。集塊所見では、二相性は5例全てに見られたが、腺管状、胞巣状の一部の集塊では二相性は不明瞭であった。腺管状の集塊の密度は低かったが、胞巣状集塊に密度が高い集塊が4例で見られた。核所見では核不整は4例に見られ、核緊満感の見られたものは1例であった。間質の性状は、弾性線維状3例、硝子化3例、粘液腫状0例、明瞭な線維状0例、弾性線維状硝子化混在5例であった。

【まとめ】RSLは、細胞学的にも上皮の増生を伴うため二相性の不明瞭な腺管状集塊、密度の高い胞巣状集塊、核不整から良悪鑑別困難であるが、集塊の二相性や、核緊満感の欠如、弾性線維・硝子化を伴う間質を詳細に観察することが RSL の診断に重要であると思われた。

0-1-49 乳癌術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診の検討

三重大学医学部附属病院病理部¹, 三重大学医学部附属病院乳腺センター², 三重大学医学部腫瘍病態解明学³, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部⁴

○北山美佳(CT)^{1,2}, 今井 裕(MD)¹,
柴原亜希子(CT)^{1,2}, 金山和樹(CT)³, 米田 操(CT)⁴,
岡南裕子(MD)², 小川朋子(MD)², 白石泰三(MD)^{1,3}

【はじめに】乳癌の腋窩リンパ節転移の評価において、術前超音波ガイド下腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(以下FNA)は有用とされている。当院におけるFNAの成績について検討した。

【対象と方法】2013年6月～2014年6月の期間に当院において乳癌と診断された症例でFNAが施行された症例のうち、手術が行われセンチネルリンパ節生検(SNB)、あるいは腋窩リンパ節郭清が行われた90例を検討した。FNAは原則最低2回の穿刺を行い、吹付後合わせ剥がし法により標本作製した。

【結果】FNAの結果とSNBないし腋窩リンパ節郭清の結果を比較した。感度68%、特異度100%、陽性的中率100%、陰性的中率79%であった。FNA陰性であったがリンパ節転移が陽性であった13症例において再検討を行った。1例は乳頭腺管癌で、4枚のFNA標本中に1個のみ異型度の弱い上皮細胞集塊を認めた。1例は小葉癌で異型の弱い腫瘍細胞が孤在性に認められた。この症例はFNA施行時に乳頭腺管癌との診断であったため、異形の弱い散在性細胞を見落としと考えられた。残りの11例には癌細胞は認められなかった。11例のうち2例は微小転移でありFNAでの診断は困難と考えられた。その他、偽陰性となった症例の標本の共通点として、原則2回行われるべき穿刺が1回しか行われなかった例や、採取されたリンパ球量が少ないなど、検体採取量の不足が考えられた。

【結語】術前の腋窩リンパ節への転移の有無を的確に診断するためには、十分な検体採取量が必要であり、主病変の組織型を確認する必要があると考えられた。

0-1-50 乳癌術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診の診断精度の検討

聖路加国際病院病理診断科¹, 聖路加国際病院放射線科², 聖路加国際病院乳腺外科³, 東京女子医科大学第一病棟⁴

○小川命子(CT)¹, 石黒弘美(CT)¹, 三田尚子(CT)¹,
内田士朗(MD)¹, 宇野美恵子(DDS)¹,
角田博子(MD)², 林 直輝(MD)³, 山内英子(MD)³,
澤田達男(MD)⁴, 鈴木高祐(MD)¹

【目的】乳癌術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(以下LN-FNA)は腋窩郭清や術前化学療法の適応を選択する重要な検査で、年々増加している。今回、LN-FNAの診断精度について検討した。

【対象】2013年1月から2014年6月までに施行されたLN-FNA513例中、術前薬物療法を行わず手術を施行した症例221例を対象とした。

【方法】LN-FNAの転移の有無とセンチネルリンパ節(SLN)を含む手術検体の病理学的診断とを対比し検討した。

【結果】LN-FNA陽性は64例、陰性110例、鑑別困難1例、検体不適正46例であった。LN-FNA陽性例は手術検体で64例全例に転移を認めた。このうち1例に遊離腫瘍細胞のみ陽性の症例があった。LN-FNA陰性110例のうち、手術検体で転移あり30例(SLNのみ陽性24例)、転移なし80例であった。検体不適正46例中、手術検体陽性は18例(SLNのみ陽性9例)あった。適正に細胞を採取できた症例を母数とした場合、検体感度67.4%、特異度100%、陽性反応適中率100%、陰性反応適中率72.1%であった。

【まとめ】LN-FNAは特異度はきわめて高いが一方で感度が低く、この事実を認識した臨床応用が重要である。また検体不適正も20.8%あり、信頼性の高い検査であるゆえに、採取技術の向上がよりよい臨床への貢献に直結すると考えられる。

O-1-51 尿中 WT-1 陽性細胞 (ポドサイト・ボウマン嚢上皮細胞) と各種腎疾患の関連について

愛媛県立医療技術大学臨床検査学科¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理部²⁾, 香川県立保健医療大学臨床検査学科³⁾, 西条中央病院中央検査部⁴⁾, 重井医学研究所附属病院臨床検査部⁵⁾

○大崎博之 (CT)¹⁾, 松永 徹 (CT)²⁾, 串田吉生 (MD)²⁾, 羽場礼次 (MD)²⁾, 平川栄一郎 (MD)³⁾, 佐伯勇輔 (CT)⁴⁾, 重松由美恵 (CT)⁵⁾, 則松良明 (CT)¹⁾

【目的】 各種腎疾患では, 尿中にポドサイト (Pod) やボウマン嚢上皮細胞 (PEC) が出現するとされている. そこで今回我々は, BD SurePath (SP) 法と Pod・PEC のマーカーである WT-1 抗体を用いた尿中 Pod・PEC の検出法を考案し, 尿中 Pod・PEC と各種腎疾患の関連について検討を行った.

【方法】 対象は香川大学附属病院で腎生検を行った腎疾患患者 66 症例と, 泌尿器疾患のない患者 30 症例, 下部尿路疾患患者 45 症例である. 上記症例の自然尿 10 mL から SP 法で標本作製し, WT-1 抗体を用いた酵素抗体法を実施した. その後, WT-1 陽性細胞を計数し, 腎疾患患者においては腎生検の病理組織診断や半月体形成, 各種検査値と比較検討した.

【結果】 腎疾患患者の標本中に WT-1 陽性細胞が 1 個以上出現していたのは 33 症例 (50%, 33/66) であった. 一方, 泌尿器疾患のない 30 症例と下部尿路疾患 45 症例の標本には WT-1 陽性細胞の出現を認めなかった. 疾患別検出率は, IgA 腎症 61% (14/23), 膜性腎症 30% (3/10), 紫斑病性腎炎 60% (3/5), 糖尿病性腎症 100% (5/5), 紫斑病腎症 60% (3/5) 等であった. 細胞性半月体形成との関連では, WT-1 陽性細胞数のカットオフ値を 4 個以上とした場合, 感度 68.8%, 特異度 72.0%, AUC 0.712 であった. また, 尿蛋白, 尿潜血, 血清クレアチニン, 年齢の検査値と尿中 WT-1 陽性細胞数には相関を認めなかった.

【結語】 我々の考案した方法は, 患者に負担のない尿を用いて腎疾患のスクリーニングや活動性のモニタリングができる可能性を示した. 我々の方法を用いることにより侵襲の強い腎生検の頻度を減少させることも可能と考える.

O-1-52 膀胱尿路上皮癌において hTERT 遺伝子プロモーター領域の変異は高頻度である

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○豊永安洋 (CT), 山崎一人 (MD), 小山芳徳 (CT), 安達純世 (CT), 渡邊孝子 (CT), 山本善也 (CT), 師岡恭之 (CT), 常世田岬 (CT), 石田康生 (MD)

【はじめに】 テロメラーゼはテロメア配列の鋳型 RNA と逆転写酵素などから構成され, 酵素活性を担う触媒サブユニット (hTERT) の発現はテロメラーゼ活性と強い相関を示す. 近年, 膀胱尿路上皮癌において hTERT 遺伝子のプロモーター領域に高率に変異が見られ, テロメラーゼの活性に関与することが示されている.

【対象と方法】 膀胱尿路上皮癌 91 例 (非筋層浸潤癌 44 例, 筋層浸潤癌 47 例) の TUR 検体を対象とした. 進行期の内訳は pTa 36 例 (低異型度 18 例, 高異型度 18 例), pT1 8 例, pT2 37 例, pT3 10 例である. これらにおける hTERT 遺伝子プロモーター領域における変異を Sanger 法で検索し, 臨床病理学的事項との関連を検討した.

【結果】 91 例中 60 例 (65.9%) に変異を認めた. 変異の内訳は -146 bp (G>A) 16 例 (26.7%), -124 bp (G>A) 34 例 (56.7%), -57 bp (T>G) 9 例 (15%), 他 4 例 (4.4%) であった. 非筋層浸潤癌では 28 例 (63.6%), 筋層浸潤癌では 32 例 (68.1%) に変異が見られた. 非浸潤性乳頭状尿路上皮癌 36 例のうち, 低異型度群 (n=18) では 12 例 (66.7%), 高異型度群 (n=18) では 9 例 (50%) に変異が見られた. 筋層浸潤性尿路上皮癌のうち, pT2 群 (n=37) では 25 例 (67.6%), pT3 群 (n=10) では 7 例 (70%) に変異が見られた. 変異の頻度と腫瘍の異型度・進行期に有意な関連は見られなかった.

【考察】 膀胱尿路上皮癌における hTERT 遺伝子の変異プロモーター領域は腫瘍の異型度・進行期に関連なく高率であった. 特異的な塩基の点突然変異が大部分を占めることから, 膀胱尿路上皮癌の普遍的な DNA バイオマーカーとなり得る可能性が示唆された. 本研究では, 膀胱癌患者の自然排尿サンプルを用いた hTERT 遺伝子の変異の検証方法についても検討を加える.

O-1-53 尿中に出現した子宮頸部胃型腺癌の1例

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター

○小嶋健太(CT), 佐藤正和(CT), 田中慎一(CT),
松田奈美(CT), 蜂須賀幸(CT), 田母神佐智子(CT),
有江啓二(CT), 西村理恵子(MD), 高畑浩之(MD),
寺本典弘(MD)

【はじめに】膀胱への転移性腫瘍は大腸癌, 前立腺癌, 子宮頸癌が多いとされている. 当センター2年間での, 尿細胞診陽性185症例中, 腺癌と診断した症例は23例であった. そのうち他臓器由来腺癌の浸潤・転移は18例であり, 子宮頸部腺癌は本例のみであった. 今回我々は, 尿中に出現した子宮頸部胃型腺癌を経験したので細胞診上の鑑別点を中心に報告する.

【症例】50代, 女性. 当センターにて広汎子宮全摘術が施行され, 子宮頸部胃型腺癌(pT2bN1M0)と診断された. その後, 補助化学療法を行っていたが画像診断で骨盤壁再発, 小腸浸潤, 膀胱浸潤所見が認められた. 膀胱鏡検査では, 膀胱三角部に腫瘍の浸潤を疑う浮腫状隆起病変がみられた.

【尿細胞診所見】高円柱状で細胞質に豊富な粘液を有し, 核偏在を示す異型上皮細胞が集塊状に認められた. 異型細胞は細胞異型に乏しいが, 細胞の配列不整を伴う腺系集塊であり, 高分化な粘液産生性腺癌を疑った. 背景に尿路上皮系異型細胞は認められず, 患者履歴に子宮頸部腺癌があるため, 子宮頸部胃型腺癌の膀胱浸潤と判断した.

【考察とまとめ】今回経験した症例は, 粘液産生性腺細胞形態であることから良性では腺性膀胱炎や膀胱粘膜の腸上皮化生, 悪性では腸上皮への分化を伴う尿路上皮癌, 消化管の粘液産生性腺癌や膀胱尿管癌との鑑別が必要と思われた. 良性細胞とは細胞配列不整を伴う点で, 腸上皮への分化を伴う尿路上皮癌とは背景に異型尿路上皮細胞がない点で鑑別可能である. 消化管の粘液産生性腺癌, 膀胱尿管癌, 子宮頸部胃型腺癌の鑑別は細胞形態のみで診断することは困難と思われるため, 臨床的背景を加味することで推定可能である.

O-1-54 尿検体における液状処理細胞診 Cell-prep の細胞学的評価

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部²⁾, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾

○西村俊直(CT)¹⁾, 坂根潤一(CT)¹⁾, 田中美帆(CT)¹⁾,
中川裕可里(MT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾,
戸田 環(CT)¹⁾, 谷山大樹(MD)¹⁾, 齋藤彰久(MD)¹⁾,
倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】診断精度向上を目的に液状処理細胞診(LBC)を使用する頻度が増えてきている. 当センターの非婦人科細胞診は, 検体処理が簡便で, 他のLBCに比べ比較的安価なLiqui-PREP(以下, LP法)を用い, 細胞診断を行っている. 従来法との併用が多いが, 尿細胞診においては単独で使用し, 診断精度も高い. 今回, BIODYNE社のCellprep(以下, CP法)を使用する機会があったので, ルーチンで使用しているLP法との細胞診断および細胞像について評価を行った. 細胞診断については, 二法の精度を比較し, 細胞像については, 二法の, 背景(出血, 炎症, 壊死等), 核(形, 大きさ, クロマチン, 核小体), 細胞質(染色性), 細胞の収縮の4項目を検討した.

【対象】自然尿53例(内訳-陽性:尿路上皮癌7例, 疑陽性:変性異型尿路上皮細胞2例, 陰性:44例)とカテーテル尿3例(内訳-陰性:膀胱カテーテル尿2例, 右腎盂カテーテル尿1例)の計56例.

【方法】提出検体を等量に分け, それぞれの手技により細胞診標本作製. その後, LP法とCP法の診断を行った.

【結果】CP法による診断では, カテーテル尿3例と自然尿53例中の陽性例と陰性例で診断一致をみたが, LP法で変性異型尿路上皮細胞とした疑陽性2例のうち, 1例が陰性, 1例が尿路上皮癌疑いとなった. CP法の細胞像については, 背景の出血所見が軽減され, 細胞収縮が少ない為, 核濃染傾向がなくなり, クロマチン分布が明瞭になった. また, 細胞質はライトグリーンの染色性が増した.

【まとめ】CP法は, 細胞の収縮が少なく, 核濃染傾向がない為, 従来法に近い感覚での鏡検が可能となり, 良悪の鑑別に苦慮した変性異型尿路上皮細胞の疑陽性2例も1歩踏み込んだ診断へと繋がった.

0-1-55 唾液腺穿刺吸引細胞診における鑑別困難症例の再検討

東海大学医学部附属病院病理検査技術科¹, 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科², 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学³

○望月紀英(CT)¹, 加戸伸明(CT)¹, 芹澤昭彦(CT)¹, 宮嶋葉子(CT)¹, 伊藤 仁(CT)¹, 町田知久(CT)², 小倉 豪(MD)³, 井野元智恵(MD)³, 梶原 博(MD)³, 中村直哉(MD)³

【はじめに】唾液腺腫瘍は、一般に生検を行わず穿刺吸引細胞診により術式を決定することが多い。細胞診の正診率は高いが、多数を占める多形腺腫やワルチン腫瘍を除くと、細胞像は多彩で、判定に苦慮することが多いとされる。今回われわれは、唾液腺領域のさらなる診断率向上のために、鑑別困難症例の細胞像を再検討した。

【対象および方法】2004年9月～2014年8月までの10年間で当院における唾液腺穿刺吸引細胞診は599例で、検体不適正61例を除く検体適正538例のうち、正常または良性が425例(79.0%)、鑑別困難が51例(9.5%)、悪性疑いおよび悪性が62例(11.5%)であった。鑑別困難症例51例のうち組織学的に裏付けがとれた32例を対象として細胞像を再検討した。

【結果】32例の組織診断は、良性が16例、悪性が16例であった。良性例は、多形腺腫13例、ワルチン腫瘍2例、基底細胞腺腫1例であり、悪性例は、悪性リンパ腫7例、腺様嚢胞癌2例、上皮筋上皮癌2例、粘表皮癌2例、腺癌1例、基底細胞癌1例、不明癌1例であった。良性例では、多形腺腫が13例と最も多く、多形腺腫を主体とする細胞像に核異型を伴った筋上皮細胞および上皮細胞が出現していた。また、悪性例では、悪性リンパ腫が最も多く、全例で悪性リンパ腫を疑ったが鑑別困難と判定された。腺様嚢胞癌と粘表皮癌は、典型的な細胞像が得られず判定が困難であった。上皮筋上皮癌は、腺様嚢胞癌との鑑別に苦慮した。

【まとめ】唾液腺腫瘍は、多数の組織型を含み、さらに多彩な細胞像を示すため、判定に苦慮することが多い。したがって、診断率向上のためには、各腫瘍の特徴的な細胞の出現形態を熟知する必要があると考えられた。

0-1-56 唾液腺における“いわゆる oncocytoma”4例の臨床的・細胞組織学的検討

藤田保健衛生大学医学部病理診断科¹, 藤田保健衛生大学病院病理部², 静岡赤十字病院病理診断科部³, 名古屋記念病院病理診断科⁴

○浦野 誠(MD)¹, 川島佳晃(CT)², 藤原真紀(CT)², 伊藤里美(CT)², 平澤 浩(CT)², 桐山諭和(MD)¹, 塚本徹也(MD)¹, 黒田 誠(MD)¹, 田代和弘(MD)³, 西尾知子(MD)⁴

【はじめに】唾液腺腫瘍の組織分類には1972年のWHO分類(第1版)以来、良性腫瘍としての oncocytoma (oxyphilic adenoma, oncocytic adenoma)が存在するがその頻度は極めてまれであり、真の腫瘍性病変か、あるいは化生性変化としての唾液腺 oncocytosis の一環であるかの知見は一定していない。また oncocytoma と好酸性変化を伴う他の腫瘍型との正確な鑑別診断が重要である。今回、“いわゆる oncocytoma”と考えられた4症例の臨床像、細胞所見、組織所見につき報告する。

【症例】症例1: 70代, 女性, 右耳下腺腫瘍(径20mm)。症例2: 60代, 女性, 左耳下腺腫瘍(径30mm)。症例3: 70代, 女性, 左耳下腺腫瘍(径8mm)。症例4: 70代, 女性, 左耳下腺腫瘍(径9mm)。

【穿刺吸引細胞診所見】いずれの症例も小型類円形核と豊富な好酸性顆粒状胞体を有する上皮細胞集塊を散在性～多数認めた。一部で索状構造もみられた。背景にリンパ球は乏しく Warthin 腫瘍は否定的で、oncocytoma もしくは好酸性細胞型腺房細胞癌を推定した。

【病理組織所見】いずれの症例も被膜構造を欠き、N/C比の低い好酸性細顆粒状細胞質を有する上皮細胞が繊細な血管結合織周囲に索状～胞巣状に増殖していた。浸潤性増殖像はみられなかった。胞巣間には二相性の保たれた非腫瘍性の duct-acinar unit と脂肪成分の介在や巣状のリンパ球浸潤がしばしば観察され、脂腺分化が唆される上皮構造もわずかに認められた。

【考察】唾液腺における“いわゆる oncocytoma”は、真の腫瘍性変化から solitary nodular oncocytosis と名付けるべき非腫瘍性化生性結節、あるいは加齢性変化までを含む広い疾患概念と考えられ、甲状腺や腎等に生じる oncocytoma とは異なるものと思われる。

0-1-57 乳腺相似分泌癌 (MASC) の細胞像の variation について

慈泉会相澤病院病理診断科¹⁾, 信州大学医学系研究科疾患予防医学加齢生物学講座²⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科³⁾, 信州大学医学部病理組織学講座⁴⁾, 東京医科大学医学部人体病理学講座⁵⁾

○樋口佳代子 (MD)^{1,2)}, 浦野 誠 (MD)³⁾,
下条久志 (MD)⁴⁾, 長尾俊孝 (MD)⁵⁾

【目的】唾液腺の Mammary analogue secretory carcinoma (MASC, 乳腺相似分泌癌) は 2010 年に Skálová によって提唱された唾液腺腫瘍で, 乳腺の分泌癌類似的組織像と同じ遺伝子変異 (ETV6-NTRK3 融合遺伝子) を示すことが特徴である. 今回我々が経験した MASC 症例 7 例の細胞像の詳細を提示する.

【方法】過去に腺房細胞癌と診断された症例中, パラフィンブロックを用いた融合遺伝子の検索により MASC と判明した 7 症例の細胞像を解析した.

【結果】MASC 症例の細胞像の特徴として背景に粘液 (6/7) や組織球 (7/7) がみられ, 比較的一様な腫瘍細胞が, 孤立性 (6/7), 合胞体様シート状 (7/7), 濾胞状 (7/7), 乳頭状 (5/7) の集塊で出現し, 細胞質は空胞状で (7/7), zymogen 顆粒があきらかでなく (7/7), 核異型は乏しい (6/7) などがあげられた. 一方で前記の特徴的所見が揃わない症例や所見の程度の違い, 核細胞質比の違い, 核小体の腫大が目立つ大型異型細胞が出現 (症例 4), 壊死を伴う症例 (症例 6) などの variation もみられた. 組織所見では分葉状構造を示し, 小嚢胞状構造が主体であったが濾胞状, 乳頭状あるいは充実性増生が混在していた. 管腔内には D-PAS 陽性粘液を含む泡沫状~好酸性の分泌物をいれ, 免疫染色で mammaglobin, S-100 protein, vimentin に強陽性を示した.

【考察および結論】MASC では高頻度に認められる細胞学的特徴がある一方で, 採取部位や症例ごとに variation もみられることより, 現状では MASC を疑った場合は穿刺吸引細胞診検体や組織検体を用いた FISH あるいは RT-PCR による ETV6-NTRK3 融合遺伝子の証明がのぞましい.

0-1-58 当院における髄液細胞診陽性症例の臨床細胞学的検討

滋賀医科大学医学部附属病院病理部¹⁾, 滋賀医科大学医学部附属病院検査部²⁾

○岩本 望 (CT)¹⁾, 石田光明 (MD)¹⁾, 籠谷亜希子 (CT)¹⁾,
春日 希 (CT)¹⁾, 林 裕司 (CT)¹⁾, 有田奈弥恵 (CT)²⁾,
岩井宗男 (CT)¹⁾, 宮平良満 (CT)¹⁾, 九嶋亮治 (MD)^{1,2)}

【はじめに】髄液細胞診は, 様々な中枢神経の病態の診断に用いられ, 特に軟髄膜転移の有無の検索に有用である. 髄液の臨床細胞学的検索の報告は少なく, 今回当院での 5 年間における髄液細胞診陽性症例について, その臨床細胞学的特徴について検討したので報告する.

【症例・方法】2010 年 1 月から 2014 年 12 月までの髄液細胞診 983 検体のうち, 陽性症例 46 例を再検討した. 小児 (20 歳未満) と成人 (20 歳以上) の 2 群に分け, その臨床細胞学的特徴について検討した.

【結果】小児 12 症例の内訳は, 急性白血病 3 例 (M4, L1, precursor B 各々 1 例), 髄芽腫, 退形成性上衣腫, PNET 及び胚腫が各々 2 例, 退形成性星細胞腫 1 例であった. 成人 34 例の内訳は, 癌腫が 15 例で最も多く, そのうち腺癌が 13 例 (肺癌 10 例, 乳癌 1 例, 胃癌 1 例, 前立腺癌 1 例), 肺扁平上皮癌が 2 例であった. 次いで急性白血病 6 例 (M1 2 例, M2, M3, MDS の急性転化, biphenotype 各々 1 例), 悪性リンパ腫 6 例 (DLBCL 4 例, ALK 陽性 LBCL 1 例, FL 1 例), 神経膠腫 3 例 (星細胞腫, 退形成性星細胞腫, 膠芽腫 各々 1 例), 多発性骨髄腫, 松果体芽腫, 胚腫, 原発不明小型円形細胞腫瘍が各々 1 例であった.

【考察】白血病は成人・小児ともに発生するが, 両者の間には発生する疾患が異なり, 髄液に出現する腫瘍に反映されていた. 転移性癌や多発性骨髄腫の細胞診断は容易であることが多い. しかし, 細胞質内に豊富な顆粒を有する M3 以外の白血病や悪性リンパ腫では, 小型円形細胞の形態を示すことが多く, その組織型の推定はしばしば困難である. また, 小児では髄芽腫や PNET など小型円形細胞の形態を示す腫瘍が多く, 良悪性を含むその細胞診断には臨床病理学的な連携が重要であると考えられた.

0-1-59 星細胞系以外の脳腫瘍における異常血管の形態学的検討

宮崎大学医学部附属病院病理診断科・病理部¹⁾, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科²⁾

○佐藤勇一郎(MD)¹⁾, 徳満貴子(CT)¹⁾, 大野昭信(CT)¹⁾, 野口裕史(CT)¹⁾, 峰松映子(CT)¹⁾, 西川詩織(MT)¹⁾, 黒木英輝(CT)¹⁾, 神田修司(MT)¹⁾, 盛口清香(MD)¹⁾, 佐藤信也(CT)²⁾

【はじめに】星系細胞脳腫瘍の細胞診断では、細胞密度、細胞の多形成、壊死の存在に加え、異常血管の出現が重要である。これまで我々は、星細胞系脳腫瘍の異常血管が、悪性度評価に重要であり、術中迅速診断にも有用であることを報告してきた。近年、転移性脳腫瘍や悪性リンパ腫などの星細胞系脳腫瘍以外の脳腫瘍は増加しているが、術中迅速診断はしばしば困難であり、またこれらの異常血管についての報告はない。そこで我々は星細胞系以外の脳腫瘍細胞診における血管変化について検討を行ったので報告する。

【対象および方法】で2012年から2014年に宮崎大学脳神経外科で術中迅速診断が行われた約90例の圧挫細胞診標本を用い、腫瘍血管の密度、血管径の核層数、および分枝数について検討した。対照として、非腫瘍性領域の圧挫標本を用いた。

【結果】対象群と比べ、希突起細胞系腫瘍、転移性脳腫瘍は血管密度の増加、血管径の核層数、分枝数の増加がみられた。

【結論】星細胞系脳腫瘍以外の脳腫瘍でも血管の変化が観察され、術中診断において組織診断の推定などにおいて有用と考えられた。

0-1-60 GIST 骨転移4例の細胞学的検討

がん研病理¹⁾, がん研細胞診²⁾

○神田浩明(MD)¹⁾, 古田則行(CT)²⁾, 元井紀子(MD)¹⁾, 高澤 豊(MD)¹⁾, 古田玲子(CT)¹⁾, 小松京子(CT)²⁾, 杉山裕子(MD)²⁾, 石川雄一(MD)¹⁾

Gastrointestinal stromal cell tumor (GIST)の骨転移はGIST全体の3-5%に認められる。がん研病院では2001年から現在まで4症例で骨転移組織検体が採取され、すべて細胞診検体を同時に得た。この細胞像を検討した。

【症例】年齢は58歳から71歳、男性3例、女性1例であった。2例は異時性に各々2部位から検体を得た。原発部位は胃、小腸各2例で、すべて他院で手術が行われた。最終的には全例が多発骨転移であった。採取部位は、上腕骨、仙骨、肋骨/胸骨、腰椎/上腕骨 各1例であった。全例グリバック未施行で、細胞診検体は広範手術・開放生検時の圧挫3例(5検体)、針生検時の圧挫1例であった。組織検体の免疫染色でc-kit, CD34陽性を確認した。術後3年未満の1例を除く3例は原病死した。

【結果】全例で紡錘形細胞の細胞密度高い増生を認めた。クロマチンの増量は目立たず、多型性は強くなかった。縦走配列がみられた。一般的に原発巣で認められる特徴を骨転移巣でも示していた。2001年の症例ではGISTの概念が浸透していなかったため診断が難しかったが、近年の症例では診断が容易であった。異時性に複数検体を得た症例では後の検体で細胞の多型性が増していた。鑑別診断としては骨肉腫、平滑筋肉腫、MFH, myxofibrosarcomaがあがるが、多型性の乏しさや核所見に着目すると診断可能であると考えられた。

【結語】GISTはグリバックの治療効果が期待されるため、正確な診断が必要である。骨病変は生検の侵襲が大きく、細胞診の活用が期待されている。骨転移巣でも細胞像により診断が可能であった。

0-1-61 胸水中に出現した放射線照射後の乳房血管肉腫の細胞像

兵庫県立西宮病院検査部¹⁾, 兵庫県立西宮病院病理診断科²⁾

○野村里美(CT)¹⁾, 真田浩一(CT)¹⁾, 竹田利恵(CT)¹⁾,
岡 一雅(MD)²⁾

【はじめに】放射線照射後の乳房血管肉腫は稀で、胸水中の細胞像の報告も少ない。今回経験したので報告する。

【症例】78歳女性。左乳癌に対し、左乳房部分切除術・センチネルリンパ節生検を施行。術後温存乳房に対する放射線照射を施行後、内分泌療法中であつた約4年後に左乳房皮膚腫瘍を認め、当院紹介となつた。左乳房切除術・腋窩リンパ節サンプリングを施行した。病理組織検査は血管肉腫の診断であつた。臨床経過も考慮して、放射線照射により誘発された血管肉腫と診断した。腫瘍は完全切除されており、無治療にて経過観察を行つていたが、術後1年で右膝関節転移・胸膜播種を認め、その1カ月後に永眠された。

【胸水中の細胞像】好中球、リンパ球、組織球、中皮細胞とともに、ライトグリーンに淡染する上皮様異型細胞が、孤立性、平面的、軽度重積性に出現。核クロマチンは細顆粒状で均一に分布し濃染傾向あり。核縁不整を認め、1~複数個の明瞭な核小体を有する。また、少数だが、核分裂像、同心円状配列、細胞質空胞内赤血球貪食像も認められ、細胞形態的に血管肉腫で矛盾しない所見であつた。

【組織像】左乳房、関節ともに融合する不整管腔を認め、管腔内には赤血球の貯留が目立ち、管腔を形成する細胞は核異型を示していた。AE1/AE3(-), vimentin(+)
より間葉系悪性腫瘍であり、血管系マーカーであるCD31(+), CD34(+), Factor 8(+)
が陽性であり血管肉腫と診断した。

0-1-62 腹水中に多数の異型細胞を認めた線維形成性円形細胞性腫瘍の1例

福岡大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 福岡大学医学部病理学講座²⁾

○相知優子(CT)¹⁾, 松本慎二(CT)¹⁾, 濱崎 慎(MD)^{1,2)},
小島勝己(CT)¹⁾, 大石朋子(CT)¹⁾, 原川政彦(CT)¹⁾,
鍋島一樹(MD)^{1,2)}

【はじめに】線維形成性円形細胞性腫瘍 (desmoplastic small round cell tumor 以下 DSRCT) は若年成人男性の腹腔内に好発する稀な悪性腫瘍である。今回我々はDSRCTの1例を経験したのでその腹水中の細胞像を中心に報告する。

【症例】30歳代男性。腹部膨満感が出現。CTで腹腔内に多数の腫瘍。PET-CTにて腹腔、腸管および肝表面、陰嚢内にFDG異常集積を認めた。腹壁および腹膜由来の間葉系腫瘍や精巣の胚細胞性腫瘍の腹膜播種や悪性リンパ腫が疑われ、腹腔鏡下腹膜生検と同時に腹水採取が施行された。

【細胞所見】多数の炎症細胞と反応性中皮細胞を背景に、小型の細胞質に乏しい異型細胞が大型から小型の桑実状の球状集塊を形成して出現。個々の細胞接着性は強く一部には相互封入像も認めた。細胞診断学的には小細胞癌や低分化癌、Ewing肉腫/PENTや神経芽細胞腫などが鑑別にあがり、小型円形細胞腫瘍と報告した。

【組織所見】豊富な線維性間質の中に、細胞質に乏しく、クロマチンが増量した小型卵円形の腫瘍細胞のびまん性増殖を認めた。また多数の核分裂像も見られた。免疫染色にて腫瘍細胞はWT1, CD99, Desminに陽性を示し、RT-PCRにてEWSR1/WT1融合遺伝子が検出された。

【結語】小細胞癌、悪性リンパ腫、Ewing肉腫/PENT、神経芽細胞腫、胎児型横紋筋肉腫などのDSRCTと鑑別が問題となる小型円形細胞腫瘍の腹水細胞診における細胞像の比較を含め報告する。

O-1-63 腹水細胞診におけるPAX8免疫染色の有用性の検討

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹⁾, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科²⁾

○渡邊孝子(CT)¹⁾, 小山芳徳(CT)¹⁾, 安達純世(CT)¹⁾, 豊永安洋(CT)¹⁾, 山本善也(CT)¹⁾, 師岡恭之(CT)¹⁾, 常世田岬(CT)¹⁾, 山崎一人(MD)¹⁾, 梁善光(MD)²⁾, 石田康生(MD)¹⁾

【はじめに】PAX8は、腎臓、甲状腺、ミューラー管由来の臓器発生段階で不可欠な遺伝子転写因子で、婦人科領域では子宮および卵管の正常組織や上皮性の腫瘍細胞、腎明細胞癌にも発現することが知られている。卵巣腫瘍の約半数は診断時の進行期が3期や4期である。今回我々は、腹水の細胞診において、PAX8免疫染色が腹水中の女性生殖器由来および消化管由来の腫瘍細胞の鑑別に有用であるかを検討した。

【対象と方法】2002年1月-2014年8月までに施行された腹水細胞診断のうち偽陽性および陽性と判定された症例のうちセルブロックが作成された67症例中、セルブロック中に腫瘍細胞を含み原発巣が確定されている46症例を対象とした。内訳は女性生殖器悪性腫瘍32例(漿液性腺癌14例, 明細胞腺癌4例, 類内膜腺癌9例, 粘液性腺癌5例), 消化管由来14例(胃癌7例, 大腸癌3例, 膵癌3例, 胆管癌1例)について、PAX8(Proteintech)およびcalretinin(Leica)の免疫染色を行った。

【結果】女性生殖器悪性腫瘍32例中、PAX8は29例に陽性で、3例は陰性であった。PAX8陰性であった3例の内訳は類内膜腺癌G3(1例), 粘液性腺癌(2例)であった。漿液性腺癌では全例で強陽性を示した。消化管由来の悪性腫瘍14例中13例はPAX8陰性で、胃癌の1例のみがPAX8陽性であった。PAX8免疫染色が女性生殖器由来の細胞を検出する陽性適中率は90.6%であった。腹水中に出現する女性生殖器由来と消化管由来の腫瘍細胞との間ではPAX8の発現に有意な差が見られた。P<0.001(OR=125.7, 95% CI, 14.1-993.3)

【考察】PAX8免疫染色は、腹水中に出現する女性生殖器由来の検出において感度・特異度共に高く、他臓器由来の腫瘍細胞との鑑別に有用と考えられた。

O-1-64 Q-FISH法による胸水中皮細胞のテロメア長の測定とその意義の検討

国際医療福祉大学三田病院病理部¹⁾, 東京都長寿医療センター研究所²⁾, 横須賀共済病院病理部³⁾, 東京都長寿医療センター病理部⁴⁾

○相田真介(MD)¹⁾, 相田順子(DDS)²⁾, 直井美穂(CT)²⁾, 森崎優也(CT)³⁾, 川口幹夫(CT)³⁾, 猪俣美和(CT)³⁾, 石綿仁深(CT)³⁾, 鈴木明美(CT)⁴⁾, 津浦幸夫(MD)³⁾

テロメアは真核生物の染色体末端にみられるDNAの繰り返し配列と蛋白からなる構造で、1回の分裂で50~200bp短縮し、テロメアの短縮は老化や悪性腫瘍の発生に関与している。今回我々は、胸水細胞診用に作成したセルブロックを用いたQuantitative-fluorescence in situ hybridization(以下Q-FISH)法により、胸水中の中皮細胞のテロメア長を測定し、特に細胞診診断への応用の可能性を検討した。

【方法】細胞診用に作成した胸水のセルブロックについて、通常の細胞診検査終了後に、新たに切片を作成して、Q-FISH法により、各症例100個以上の中皮細胞および腫瘍細胞のテロメア長を測定した。テロメア長は、テロメア対セントロメア蛍光光度比(TCR)を測定し、さらに同一切片上のテロメア長既知(8.64 kbp)の培養細胞のTCRとの比(normrized TCR, 以下NTCR)として算出した。現時点で、非腫瘍性胸水5例(男性4, 女性1, 71-83歳), 肺腺癌による癌性胸水4例(男性3, 女性1, 58-68歳), 悪性中皮腫症例2例(男性3, 女性1, 66-80歳)を測定した。

【結果】非腫瘍性胸水5例中の中皮細胞のNTCR平均±標準偏差は、 1.4 ± 0.24 , 腺癌4例の腫瘍細胞は 0.99 ± 0.28 , 悪性中皮4例の腫瘍細胞のNTCRは 0.88 ± 0.12 であった。

【考察】胸水中の肺腺癌細胞および悪性中皮腫細胞のテロメアは、非腫瘍性の中皮細胞に比べ、明らかに短かった。さらの検討症例を増やし、石綿曝露との関連も検討する。

〇一六五 胸水細胞診で淡明細胞型悪性中皮腫と考えられた一例

東京女子医科大学東医療センター病理診断科

〇五十嵐昭喜(CT), 飯塚英治(CT), 須賀道恵(CT),
鈴木友里絵(CT), 河村俊治(MD), 相羽元彦(MD),
藤林真理子(MD)

【はじめに】淡明細胞型悪性中皮腫は、上皮型中皮腫の稀な特殊系として1996年にOrdenezらによって初めて報告された。今回、我々は初回の胸水細胞診で腺癌と判定したが、二回目以降の細胞診において淡明細胞型悪性中皮腫と診断した一例を報告する。

【症例】76歳男性・喫煙歴あり、区の検診にて左胸水貯留を指摘され他院受診、肺癌が疑われたため当院受診となる。CT上左肺底部の胸膜肥厚を認めるが肺には明らかなmassは認めなかった。化学療法を行い、胸水の増減を繰り返しながら、外来フォローしていたが初診後4年1ヶ月で死亡、組織診、病理解剖は行われなかった。

【細胞像】腫瘍細胞は多くの組織球やリンパ球を背景に乳頭状に多くの集塊を認めた。胞体は空胞状で明るく、一部にエオジンに染まる顆粒状物質を認めた。核は細胞中心性の物が多く、核は類円形で一部に核形不整を示した。又、多核細胞、核内封入体を認めた。少数のオレンジG好性細胞やcollagenous stromaを有する細胞集塊も認めた。セルブロック標本を用いた免疫染色では、カルレチニン(+), D2-40(+), CK5/6(+), EMA(+), WT-1(-)~(±), デスミン(-), CEA(-), TTF-1(-), BerEP4(-), MOC-31(-), P63(-), CD10(-), ビメンチン(-)の結果を得た。又、胸水検体からの電子顕微鏡観察では、細長い微絨毛の発達や脂肪空胞やミトコンドリアの発達を認めた。

【まとめ】稀な淡明細胞型悪性中皮腫の一例を報告した。明細胞性腫瘍との鑑別が難しいが、この組織型を知る事で、悪性中皮腫も念頭においた細胞観察もできると思われる。

〇一六六 腹水細胞診で診断困難であった卵巣悪性ブレンナー腫瘍の一例

熊本大学医学部附属病院病理診断科

〇森 真琴(CT), 徳永英博(CT), 田上さやか(CT),
石原光浩(CT), 下田 環(CT), 竹下博士(CT),
片淵達也(CT), 住吉真治(MD), 本田由美(MD),
三上芳喜(MD)

【はじめに】悪性ブレンナー腫瘍はブレンナー腫瘍全体の5%以下を占めるにすぎない稀な腫瘍である。今回我々は悪性ブレンナー腫瘍を経験したので報告する。

【症例】80代、女性。腹部膨満感を主訴に受診し、MRIで11cm大の充実部と嚢胞部で構成される左側卵巣腫瘍が指摘された。腹水貯留が高度であったため、腹腔穿刺が行われた後に、単純子宮全摘出術、付属器切除、大網摘出術が施行された。

【腹水細胞診所見】N/C比の高い細胞が散在性ないし小集塊状で多数みられた。細胞質は網状でライトグリーン好性、核は腫大し、核形不整、核の大小不同、顆粒状クロマチン増量を認めた。扁平上皮への分化を疑う細胞も少数みられた。多くの細胞の核は偏在傾向を示し、一部の細胞では粘液空胞の存在がうかがわれたため、腺癌と診断した。その後、セルブロックを作製し、免疫染色を施行した結果、サイトケラチン(AE1/AE3)陽性、カルレチニン陰性で、かつサイトケラチン5/6およびp63陽性であることから、扁平上皮癌や扁平上皮への分化を示す類内膜腺癌、悪性ブレンナー腫瘍などが鑑別診断として挙げられた。

【病理組織所見】卵巣腫瘍は主として異型細胞の充実性増殖で構成されており、随所で扁平上皮への分化を示していた。細胞質内粘液を含有する細胞も認められた。嚢胞様空隙を形成している部位において増殖型ブレンナー腫瘍の成分が認められた。以上より、悪性ブレンナー腫瘍と診断した。

【まとめ】今回、我々は腹水中に出現した悪性ブレンナー腫瘍の腫瘍細胞を観察する機会を得た。細胞形態からは腺癌を考慮したが、扁平上皮様細胞を認めた場合には、本腫瘍も念頭におくことが重要であると考えられる。

0-1-67 腹水中に出現した低異型度漿液性腺癌の1例

熊本大学医学部附属病院病理診断科

○竹下博士(CT), 徳永英博(CT), 田上さやか(CT), 石原光浩(CT), 下田 環(CT), 片淵達也(CT), 森 真琴(CT), 住吉真治(MD), 本田由美(MD), 三上芳喜(MD)

【はじめに】近年, 漿液性腺癌は遺伝子的背景, 発生過程, 臨床病理像の違いなどから低異型度と高異型度に分けられるようになった。今回我々は, 腹水中に出現した低異型度漿液性腺癌を経験したので報告する。

【症例】60代, 女性。26年前に子宮筋腫と診断され経過観察を受けていたが, 嘔吐が出現したため受診。腹部CTにて石灰化を伴う骨盤内腫瘍が認められたため, 両側付属器切除, 子宮全摘術, 大網切除が施行された。

【細胞所見】術中腹水細胞診ではリンパ球, 組織球を背景に, 多数の砂粒小体を伴う小型細胞のシート状ないし乳頭状集塊が認められた。これらの細胞はN/C比が高く, 核は円形ないし類円形で, 核形の不整や核の切れ込みがみられた。クロマチンは微細顆粒状で, 核小体が認められたが, 核分裂像はみられなかった。

【病理所見】左右卵巣はそれぞれ最大径10cm, 14cmの充実性腫瘍で置換されており, 大網では多数の結節がみられた。組織学的には卵巣を含めて, いずれの腫瘍も円形ないし類円形の核を有する比較的均一な細胞の乳頭状ないし微小乳頭状増殖で構成されていたが, 左卵巣では典型的な漿液性境界悪性腫瘍の併存が確認された。腫瘍は子宮体部や左卵管, S状結腸, 直腸に浸潤しており, 右卵管系, 大網, 腹膜では播種がみられた。

【考察】低異型度漿液性腺癌は腫瘍細胞の多形性に乏しいため, 漿液性境界悪性腫瘍や子宮内膜症などの良性病変との鑑別が問題となるが, 細胞量が多い点, 砂粒小体の出現, 核クロマチン増量, 核の鮮明さ, 核小体などが診断の手がかりになると考えられた。

0-1-68 腹腔洗浄細胞診に, 反応性上皮細胞様の形態で出現した子宮体部類内膜腺癌 G1 症例

独立行政法人地域医療推進機構群馬中央病院臨床検査部¹⁾, 独立行政法人地域医療推進機構群馬中央病院病理診断科²⁾

○斉藤誠人(CT)¹⁾, 小保方亜光(CT)¹⁾, 永瀬泰平(CT)¹⁾, 阿部美智子(MT)¹⁾, 櫻井信司(MD)^{1,2)}

【はじめに】CA19-9の異常高値を伴い, 腹腔洗浄液に反応性上皮細胞様の形態で出現した, 稀な子宮体部類内膜腺癌 G1 症例を経験した。

【症例】59歳, 不正出血にて受診。術前CA19-9 13,960 U/ml, 内膜肥厚15mm。子宮内膜細胞診にて腺癌を疑い, 生検で腺癌と確定診断されたため, 単純子宮全摘+右付属器切除(40歳時, 左付属器切除後)を施行し, 腹腔洗浄液が提出された。

【腹腔洗浄細胞診】N/C比が低く, 散在性~小集塊状に多数出現するライトグリーン好性の反応性上皮細胞様の細胞と, N/C比は低いが核異型や空胞状の細胞質を示し, 悪性が疑われる細胞の小集塊を認めた。また, 少数のpsammoma bodyを伴った乳頭状腺細胞集塊も認めた。

【子宮内膜組織診】表層では一部にhobnail様ないし粘液産生細胞の乳頭状増生を見るが, 深部は典型的な類内膜腺癌 G1 の所見が主体である。癌は筋層に浸潤しているが, 漿膜には達しない。リンパ管内に, 腹腔洗浄液で見られたのと同様な, 孤立性の腫瘍細胞が散見される。静脈侵襲は明らかでない。右卵巣に腫瘍性変化は認めない。腹腔洗浄液から作製したcell blockにて, 免疫染色を行ったところ, 細胞診で報告した乳頭状の腫瘍細胞のみならず, 背景の中皮様細胞もCA19-9陽性を示し, 類内膜腺癌由来の細胞と考えられた。暫定Ib期の診断で, 術後化学療法が施行されている。

【まとめ】原発巣とは異なる, 反応性上皮細胞様の低分化腺癌として腹水中に出現した子宮体部類内膜腺癌 G1 症例を経験した。本例のような類内膜腺癌の形態変化は報告がなく, 見落とす可能性があり, 注意を要する。

〇一〇一六九 当院における胃癌術中腹水・腹腔内洗浄細胞診成績と予後との関連

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院臨床検査技術部

○片瀧 直(CT), 本山高啓(CT), 浜田 有(CT),
樋渡崇史(CT), 今里孝宏(CT), 丸田秀夫(CT),
米満伸久(MD)

【はじめに】胃癌手術時に提出される腹水, 腹腔洗浄細胞診(以下CY)は患者予後を左右する因子である。胃癌取り扱い規約第13版にとり入れられて以来, 多くの施設において実施されている。今回我々は, 当院で胃癌手術時に実施された腹水, 腹腔内洗浄細胞診の結果と腫瘍の組織型, 深達度および患者予後について検討した。

【対象および方法】過去10年間で胃癌の手術中に提出された腹水, 腹腔内洗浄液305例を対象とし, 細胞診結果, 組織分化度, 深達度, 腹膜転移および患者予後の関連性を検討した。

【結果】1)胃癌の深達度と細胞診結果との関係を見ると癌細胞が漿膜面へ露出している(se)を境に陽性率が高くなり, 他臓器への浸潤を示す(si), 癌が進行し切除不能であった症例の順に細胞診陽性率は高くなっていった。

2)細胞診陽性率が高くなるseより深達度の深い症例では組織分化度と細胞診陽性率との関連性は認められなかったが, 陽性症例の数は組織分化度の低い症例が多かった。3)se(72例), si(19例)症例における腹膜転移(P), 腹腔細胞診(CY)との関係では, P, CYともに陽性率は58%とsi症例の方が高かった。4)se, si症例のうちCY(+)症例では, 細胞診標本上の悪性細胞出現量が多いほど生存期間が短い傾向にあった。

【まとめ】胃癌におけるCYの成績は, 患者予後を推察する上で重要な因子の1つであり, 陽性頻度が高い分化度の低い悪性細胞は孤立散在性に出現するため, 術前に診断された深達度, 組織分化度を把握してうえでスクリーニングを行う必要がある。陽性例においては悪性細胞の出現量も報告することが望ましいと思われる。

〇一〇一七〇 診断に苦慮した大量血性腹水の一例

神奈川県立がんセンター婦人科

○中西一步(MD), 今井一章(MD), 飯田哲士(MD),
横田奈朋(MD), 近内勝幸(MD), 小野瀬亮(MD),
加藤久盛(MD)

今回我々は大量血性腹水にて腹膜癌を疑ったが診断に苦慮した一例を経験したので報告する。症例は76歳女性2経妊2経産婦。主訴は腹満感。前医より腹膜癌の疑いにて当院紹介受診となった。前医での腹水細胞診は陰性, 子宮内膜細胞診は陽性, 腫瘍マーカーはCA125 195.6 IU/mLと高値を示していた。当院での子宮内膜細胞診は陰性であり精査目的に入院管理となった。再度腹水穿刺を行ったが細胞診所見は陰性であった。僧房弁閉鎖不全術後, 慢性心不全にて前医通院中, 抗凝固薬内服中であつたため循環器内科にて心機能を再評価したところ明らかな心不全兆候を認めたため試験回復術はリスクが高いと考えられた。PET-CTや消化管内視鏡検査では異常所見を認めなかった。結核性, 細菌性腹水の否定のため各種培養検査などを行ったがいずれも陰性であった。出血源精査のため出血シンチグラフィを施行したところ, 胃または横行結腸付近に軽度集積を認めたが明らかな出血点は認められなかった。そこで再度腹水穿刺を行ったところセルブロックにてN/C比の高い細胞, 核偏在性を示す印環細胞様細胞を多数認め腺癌が疑われたが最終的に免疫染色にて核偏在性を示す細胞はLCA弱陽性, CD68陽性でマクロファージと判断され, CEA, BER, EP4, ER, PgR, TTF-1, CK20, mammaglobin, GCDF-15, MUC2, MUC5AC, CDX-2陰性。AE1/AE3, CK7, WT1, カルレチニンが散在性に陽性であり炎症性中皮と診断。前医での子宮内膜細胞診標本は当院でも陽性と診断したが, これは上記の炎症性中皮を見たものと考えられた。心不全による大量腹水と抗凝固薬使用に伴う腹腔内出血と診断し退院。前医で治療を行う運びとなった。その後の経過と文献的考察を加えて報告する。

O-1-71 LBC法および従来法における濾胞性リンパ腫 Grade1-2 の細胞所見の比較

東海大学医学部附属病院病理検査技術科¹, 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科², 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学³

○加戸伸明(CT)¹, 伊藤 仁(CT)¹, 芹澤昭彦(CT)¹, 宮嶋葉子(CT)¹, 望月紀英(CT)¹, 町田知久(CT)², 井野元智恵(MD)³, 平林健一(MD)³, 梶原 博(MD)³, 中村直哉(MD)³

【はじめに】濾胞性リンパ腫(FL)Grade 1-2(G1-2)の腫瘍細胞は小型～中型細胞主体で診断に苦慮することが少なくないが, これまでに我々は従来法における棍棒状細胞および2核様くびれ細胞の診断的有用性について報告してきた。今回我々はFL G1-2を対象に, 従来法標本および液状化検体細胞診(LBC)標本における棍棒状細胞および2核様くびれ細胞の出現率について比較検討を行ったので報告する。

【対象・方法】組織生検にてFL G1-2と確定された従来法標本16例, LBC標本(ThinPrep法)17例を対象に比較検討を行った。そのうち10例は従来法, LBC法ともに同一症例を用いた。紡錘形を示す細胞を棍棒状細胞, 2核様にみえるくびれ細胞を2核様くびれ細胞とし, 従来法標本およびLBC標本ともに対物40倍5視野中における出現率を算出した。さらに, 両法における棍棒状細胞および2核様くびれ細胞の出現率の差異について統計学的に解析を行った。

【結果】従来法における棍棒状細胞の出現率は平均 $16.7 \pm 7.2\%$ であったのに対し, LBC標本では平均 $19.0 \pm 9.5\%$ と有意に高値を示した($p < 0.05$)。また2核様くびれ細胞の出現率は従来法で平均 $3.3 \pm 3.5\%$, LBC標本では平均 $5.3 \pm 5.0\%$ と有意に高値を示した($p < 0.001$)。

【まとめ】今回の検討の結果, LBC標本では従来法に比しFL G1-2特有の核所見が強調される傾向があることが示唆された。また, LBC標本では従来法と比較し棍棒状細胞および2核様くびれ細胞の把握がより容易であることから, FL G1-2の診断精度の向上が図れる可能性が示唆された。

O-1-72 類上皮肉芽性病変を思わす像にて, 診断に苦慮した腺癌のリンパ節転移の穿刺細胞像

富山大学附属病院病理部病理診断科¹, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座², 富山大学大学院医学薬学研究部病態病理学講座³, 砺波総合病院病理診断科⁴

○堀 隆(CT)¹, 常山幸一(MD)², 寺畑信太郎(MD)⁴, 三輪重治(MD)², 林 伸一(MD)², 石井陽子(MD)³, 木屋千恵子(CT)¹, 小梶恵利(CT)¹, 浜田桂司(MT)¹, 井村穰二(MD)²

頸部リンパ節の穿刺細胞診で, 類上皮肉芽性病変との鑑別に苦慮した腺癌転移の一例を経験した。

【症例】60歳代, 女性。手術歴, 既往歴に特記すべきことなし。4ヶ月前に左頸部の腫脹に気づき, その後, 全身浮腫, 改善傾向を経て当院紹介受診された。精査にて左内頸静脈の血栓性静脈炎と診断され, 続発性血栓性静脈炎の除外目的に左頸部リンパ節の穿刺細胞診が行われたが確定診断出来ず, 同部リンパ節生検が行われ転移癌と診断された。

【穿刺細胞像】固有リンパ節由来のリンパ球系細胞を背景に, 大小の細胞集塊が見られた。集塊の細胞境界は不明瞭で, やや好酸性の顆粒状から細線維状, あるいは泡沫状の細胞質を有し, ギムザ染色で淡染性, PAS反応でびまん性に陽性像を呈した。核は辺縁に押しやられるように偏在性で, 印環細胞様～組織球様を呈した。核は軽度腫大し, 大小不同と軽度の核形不整を認めるが, 核網は微細顆粒状で, クロマチン増量は目立たなかった。形態的に上皮細胞よりも組織球増殖を伴う類上皮肉芽性病変や傍神経節由来などを考えたが, 悪性疾患も否定出来ずリンパ節の切開生検を依頼した。

【リンパ節生検組織像】細胞内粘液に富む腺癌細胞の転移を認めた。免染では臓器特異的なパターンは見いだせなかった。

【生検後経過】全身精査で右副腎に小結節を認め, 内視鏡的切除にて同様の転移病巣を認めた。原発巣として各種臓器が挙がるも臨床的に特定出来なかった。現在, 原発不明癌, 左鎖骨上リンパ節転移, 右副腎転移, 癌性リンパ管症の診断にて, 化学療法中。

0-1-73 関節リウマチ患者に発生したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) の 1 例

福岡大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 福岡大学医学部病理学講座²⁾

○小島勝己 (CT)¹⁾, 竹下盛重 (MD)²⁾, 松本慎二 (CT)¹⁾, 大石朋子 (CT)¹⁾, 原川政彦 (CT)¹⁾, 相知優子 (CT)¹⁾, 青木光希子 (MD)²⁾, 鍋島一樹 (MD)²⁾

症例は 60 歳代女性。臨床診断：関節リウマチ（以下 RA）および乳腺悪性腫瘍の疑い。臨床経過：RA でメトトレキサート（以下、MTX）の免疫抑制剤を 20 年間投与を受けていた。H26 年 4 月歩行困難のため、整形外科に入院。その後視力低下をきたし、6 月、眼科入院となる。脈絡膜腫瘍で悪性リンパ腫が疑われたため、6 月中旬に MTX 投与中止となり、6 月下旬、CT にて右前胸部皮下腫瘍、右乳腺 CD 領域、左乳腺 C 領域に結節を指摘され、穿刺吸引細胞診が施行された。右胸部皮下腫瘍または左乳腺腫瘍より悪性リンパ腫と診断した。8 月下旬、両側の乳腺生検が行われた。

0-1-74 リンパ増殖性疾患における lymphoid cell aggregates 出現性の検討

昭和大学医学部臨床病理診断学講座¹⁾, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科²⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室³⁾

○佐々木陽介 (CT)¹⁾, 岸本浩次 (CT)²⁾, 北村隆司 (CT)³⁾, 田澤咲子 (MD)¹⁾, 本間まゆみ (MD)¹⁾, 野呂瀬朋子 (MD)¹⁾, 塩沢英輔 (MD)¹⁾, 矢持淑子 (MD)¹⁾, 楯 玄秀 (MD)¹⁾, 瀧本雅文 (MD)¹⁾

【目的】リンパ増殖性疾患の細胞診において、単一なリンパ球で構成される集簇像 (lymphoid cell aggregates : LAs) は濾胞性リンパ腫の特徴的所見とされているが、穿刺吸引標本では細胞採取量や塗抹状態によって出現性に影響を受けると考えられる。さらに、一部の良性病変や他の悪性リンパ腫でもみられる場合があり疾患特異性に疑問が残る。今回我々は、塗抹状態の均一な捺印細胞標本で、LAs の出現性について検討を行ったので報告する。

【方法】病理組織学的に診断された組織生検 62 例の捺印細胞標本を用いた。組織型のうちわけは良性病変 18 例、濾胞性リンパ腫 14 例、その他の低悪性度 B 細胞性リンパ腫 6 例、高悪性度 B 細胞性リンパ腫 18 例、T 細胞性リンパ腫 3 例、古典的 Hodgkin リンパ腫 3 例であった。LAs の出現性を、10~20 細胞程度の集簇からなる小型 LAs、それ以上の多数の集簇からなる大型 LAs に分け出現頻度を 4 段階 (-~3+) に分類し検討した。

【結果】小型および大型 LAs の両者がみられたのは濾胞性リンパ腫 85.7% (12/14)、その他の低悪性度 B 細胞性リンパ腫 50% (3/6)、反応性病変 22.2% (4/18) であった。反応性病変のなかで反応性過形成では 42.6% (3/7) に LAs が観察された。そのほかの組織型では大小の LAs が同時に出現した症例を認めなかった。

【まとめ】大小の LAs が同時に出現したのは、悪性リンパ腫では低悪性度 B 細胞性リンパ腫のみであり、高悪性度 B 細胞性リンパ腫やその他の組織型との鑑別に有用であると考えられた。しかし濾胞性リンパ腫との鑑別が問題になる反応性過形成でも高い陽性率を示し、両者の鑑別には LAs に加え個々の細胞形態を詳細に観察していくことが重要である。

O-1-75 悪性胸膜中皮腫診断における micro-RNA-31 発現解析の有用性

福岡大学病院病理部¹⁾, 九州大学大学院医学系学府保健学²⁾

○松本慎二(CT)¹⁾, 鍋島一樹(MD)¹⁾, 濱崎 慎(MD)¹⁾,
小島勝巳(CT)¹⁾, 梅村 創(MD)²⁾

【はじめに】 MicroRNA は、19~23 塩基からなる極めて小さい non-coding RNA で、標的遺伝子である mRNA の翻訳抑制あるいは分解を行う遺伝子発現の重要な調節因子である。組織ホルマリン固定パラフィン埋蔵 (FFPE) 標本でもその微細な分子は十分保存されており、様々なヒト悪性腫瘍における特有の microRNA のプロファイリング研究が報告され、診断および予後推定のバイオマーカーとなり得ることが示されている。今回我々は、悪性胸膜中皮腫における microRNA-31 (miR-31) の発現解析を行った。

【材料と方法】 悪性胸膜中皮腫 (25 例) と対照として反応性中皮細胞過形成症例 (20 例) の FFPE サンプルより RNA を抽出し、RT-qPCR 法にて miR-31 の発現解析を行った。併せて、発現レベルと予後との関連についても解析した。

【結果】 悪性胸膜中皮腫では反応性中皮細胞過形成と比べて明らかに miR-31 の発現が低下していたが ($P < 0.01$)、逆に発現が増加している群が存在し、それらは肉腫型成分を含む組織型であり、且つ予後不良な中皮腫であった ($P = 0.0027$)。

【考察】 悪性胸膜中皮腫診断における miR-31 の解析は、組織型診断ならびに予後推定因子として重要な遺伝子学的バイオマーカーとなり得ることを示した。

【結語】 今回の報告はすべて組織標本を用いた研究であるが、ISH 法を用いて microRNA を可視化する方法もあり、形態と microRNA 発現異常との対比も可能である。今後細胞診材料においても microRNA の研究が進むことが想定され、新たな研究手法の一つとして、その問題点も含めて報告する。

O-1-76 右肺動脈原発平滑筋肉腫の一剖検例

公立八女総合病院病理診断科¹⁾, 公立八女総合病院臨床検査科²⁾, 久留米大学医学部病理学講座³⁾

○渡辺次郎(MD)^{1,3)}, 谷川 健(MD)^{1,3)}, 中野聖美(CT)²⁾,
甲斐麻莉子(CT)²⁾, 村上勇二(CT)²⁾,
村上奈由美(CT)²⁾, 樋口英次郎(CT)²⁾,
跡部美和(CT)²⁾, 矢野博久(MD)³⁾

【症例】 80 代男性。

【主訴】 右胸痛, 咳嗽, 労作時の呼吸苦。

【病歴】 上記症状にて来院。TBLB にて器質化肺炎疑いでステロイドによりいったん改善するも、翌年になり造影 CT で右肺動脈血栓症が疑われ次第に増大した。右中間気管支幹よりアプローチして針生検を施行。その結果、肺動脈平滑筋肉腫を疑った。姑息的放射線療法 (2.5Gx26 回) を行い延命は計れたものの、発見から約 2 年後に死亡。剖検に付された。

【病理所見】 穿刺吸引細胞所見: 核肥大, 核型不整, 軽度クロマチンの増加を示す紡錘形細胞集塊であり間葉系腫瘍が疑われた。剖検所見: 左上下肺と、左肺門リンパ節に転移が見られた。筋原性マーカー (α SMA, Desmin) に陽性の紡錘形肉腫であり、平滑筋肉腫と診断した。また、右肺動脈の内膜には原発巣と思われる腫瘍の残存も認められた。

【まとめ】 原発性肺動脈肉腫は非常にまれな腫瘍で、1923 年に Mandelstamm が報告して以来現在までに約 200 例が報告されたに過ぎない。発生率は 0.001~0.03% で、その機序は明らかではないが、原始的な間葉系腫瘍から発生する説が有力である。肺動脈に原発する肉腫は病理学的に、内膜肉腫 (intimal sarcoma) と、血管壁肉腫 (mural sarcoma) とに分類でき、ほとんどは内膜肉腫で低分化型が多い。男女比は 1 : 1.3 とわずかに女性優位で、発生年齢は 13~86 歳 (平均 49 歳) である。主な発生部位は肺動脈本幹 (85%), 右肺動脈 (71%), 左肺動脈 (65%) で、50% が血管内腔を伝って肺や心臓に直接広がり、遠隔転移は少ない (16-25% : 腎臓, 脳, 皮膚など)。診断後の平均生存期間は 5-9 か月と短く非常に致死率が高い腫瘍である。

0-1-77 メンブレンフィルターを用いた結膜細胞診

信州大学医学部附属病院臨床検査部

○小林幸弘(CT), 百瀬正信(CT), 下條康代(CT),
中嶋智之(CT), 内山 篤(CT), 仲田梨恵(CT),
堀川美栄子(CT), 浅香志穂(MD), 佐野健司(MD),
上原 剛(MD)

【はじめに】結膜を含めた眼科領域病変の診断や経過観察では、臨床経過や肉眼所見で判断することが多い。しかし腫瘍性病変では組織診断を行うことがある。その場合、病変によっては周囲組織に損傷を与える可能性があり組織採取が難しいこともある。そこで採取が容易な細胞診で診断や経過観察を有効に行うために、メンブレンフィルターを用いた方法を検討し、細胞採取から染色までのプロトコルを作成したので報告する。

【方法】メルク社のメンブレンフィルター4種(MF-ミリポア, 疎水性デュラポア, オムニポア, アイソポア…各々孔径も検討)を用いてPapanicolaou(以下Pap.)染色染色を行い、フィルター自体の染色性や、細胞が付着したフィルターを簡易的に染色する工程について検討した。

【結果】以下のプロトコルを確立した。1) MF-ミリポア(以下フィルターとする)を予め5mm×3mm角の一角を切り取った五角形とする。2) フィルターを結膜患部に着ける(数箇所から採取する場合は数に応じ割を入れる)。3) フィルターを剥がし、直ちに95%エタノールで固定する(一箇所につき3枚)。4) 病理組織用カセット(透明蓋, 区画有り)に全てのフィルターを入れる。5) カセットごとPap. 染色を施行する。6) 脱水・透徹後、フィルターの細胞接着面を上にしてスライドガラスに載せ封入する。

【まとめ】フィルターのタンパク吸着性を利用し、結膜病変の細胞を付着させて通常のPap. 染色を行うことにより診断が可能となる。また病理組織用のカセットを用いることにより、同時に複数枚を効率良く染色することが可能となる。実際症例での応用は学会当日の報告とする。

0-1-78 Orcellex-ブラシとBD シュアパス™法による口腔擦過細胞診

東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科分子病態検査学分野²⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座³⁾

○梅森宮加(CT)¹⁾, 梅澤 敬(CT)¹⁾, 堀口絢奈(CT)^{1,2)},
土屋幸子(CT)¹⁾, 春間節子(CT)¹⁾, 清川貴子(MD)³⁾,
池上雅博(MD)³⁾, 鷹橋浩幸(MD)¹⁾

【はじめに】口腔擦過細胞診の従来法では、様々な要因が負の相乗効果となり、診断を難しくしている。具体的な要因として、1) 細胞が十分に採取されないこと、2) 乾燥による細胞崩壊など標本のクオリティーが低いこと、3) 異形成や表層分化を伴う上皮内癌が存在することが挙げられる。当院ではOrcellex-ブラシとBD シュアパス™法により、従来法による不適正を排除でき、良好な成績が得られているので報告する。

【対象と方法】2014年2月~10月に提出された口腔擦過細胞診43例(舌23例, 口蓋4例, 口腔底2例, 歯肉部8例, 頬粘膜6例)を対象とした。Orcellex-ブラシを患部に押し当て、5~10回転させ擦過後、先端をBD シュアパス™バイアルに回収した。2枚のシュアパス標本作製し、Papanicolaou 染色とPAS反応を行った。判定は、陰性、疑陽性、陽性、不適正とした。

【結果】細胞診の判定は、陰性31例, 疑陽性10例, 陽性2例で、不適正は認めなかった。いずれの標本も従来法に比べ明らかに多数の細胞が採取され、乾燥や細胞崩壊による不適性は排除できた。これらの症例のうち生検が施行されたのは14例であり、その結果は良性6例, 異形成1例, 扁平上皮内癌1例, 扁平上皮癌4例, その他の癌2例であった。

【結論】Orcellex-ブラシとBD シュアパス™法により、採取細胞が増加し、細胞が良好に保存されることで、不適正の排除と口腔擦過細胞診の診断成績を改善することに成功した。

〇-1-79 従来法とLBC法における口腔細胞診検体の核形態に関する検討

島根大学医学部歯科口腔外科学講座¹⁾, 松江市立病院歯科口腔外科²⁾

○糸原千映子(その他)¹⁾, 秀島克巳(CT)¹⁾,
岩橋輝明(DDS)¹⁾, 渡邊正章(DDS)¹⁾,
成相義樹(DDS)²⁾, 菅野貴浩(DDS)¹⁾, 関根浄治(DDS)¹⁾

【はじめに】口腔細胞診検体の多くは、捺印あるいは塗抹法により作製されている。近年、婦人科や泌尿器科領域でLBC法が標準化されている。LBC法は、背景がきれい、細胞重積性が少なく細胞数は多く、不適正標本が少ないなどの利点を有するが、血液、粘液、炎症性細胞などの診断に必要な成分が失われるという欠点がある。一方、細胞形態については膨大あるいは縮小変化を呈することが報告されているが核形態に関する報告は少ない。そこでわれわれは、口腔細胞診検体における従来塗抹法とLBC法における核形態を核異型度解析法にて検討したので報告する。

【症例および方法】島根大学医学部附属病院歯科口腔外科で、従来塗抹法とLBC法が同時に行われた49例を対象として、従来法は生食綿棒擦過法、LBC法は口腔細胞診専用ブラシを用い、TACASU(MBL社)用手法で行った。画像解析は、Papanicolaou染色標本をデジタルカメラで対物レンズ40倍、有核粘膜細胞100個を撮影し画像解析ソフト(MAC SCOPE, 三谷社製)で核の大きさの指標として核面積と周囲長、核形態の指標として円形度と針状比、大小不同の指標として核面積変異係数(NACV)を算出した。なお、本研究は、島根大学医学部倫理委員会の承認を得ている。

【結果】核面積：従来法($49.07 \pm 23.39 \mu\text{m}^2$), LBC法($48.87 \pm 22.29 \mu\text{m}^2$), 周囲長：従来法($25.68 \pm 6.63 \mu\text{m}$), LBC法($25.62 \pm 6.36 \mu\text{m}$), 円形度：従来法(0.83 ± 0.11), LBC法(0.83 ± 0.11), 針状比：従来法(1.41 ± 0.39), LBC法(1.41 ± 0.36), 核面積変異係数NACV：従来法($45.29 \pm 0.65\%$), LBC法($42.98 \pm 6.29\%$)であった。いずれも統計学的に有意差は認められなかった。

【まとめ】口腔細胞診標本において、核形態については、従来法とLBC法のいずれでも差がないことが明らかとなった。

〇-1-80 舌扁平上皮癌におけるHPV陽性症例の細胞像

島根大学医学部歯科口腔外科学講座¹⁾, 国立病院機構浜田医療センター²⁾

○岩橋輝明(DDS)¹⁾, 恒松晃司(DDS)²⁾,
渡邊正章(DDS)¹⁾, 秀島克巳(CT)¹⁾, 関根浄治(DDS)¹⁾

ヒトパピローマウイルス(HPV)は、子宮頸癌の発生に関与することが広く知られている。細胞像では核周囲明庭がみられるという特徴がある。一方、口腔癌の発生とHPVの関連については、関与があるという報告と関与がないという報告の両方があり、未だ確立されていない。口腔細胞診ではHPV感染に特徴的な所見はあまりないと考えられている。本研究は、口腔扁平上皮癌が最も好発する部位である舌について、HPV陽性症例の細胞像を検討する目的で施行した。対象は、2008年4月から2014年1月までに島根大学医学部附属病院において細胞診と生検が施された舌扁平上皮癌30例である(平均年齢61.9歳(31-90歳), 男性17例 女性13例)。ハイリスクHPVのうちHPV18とHPV16について検討を行った。ホルマリン固定パラフィン包埋切片を用い、抗HPV16抗体、抗HPV18抗体による免疫組織学的染色を行った。免疫染色の結果から、HPV陽性症例とHPV陰性症例について細胞像を比較検討した。HPV陽性のもは腫瘍細胞の核に染色性が確認された。コイロサイトーシスを呈する細胞の核に染色性がみられた症例もあった。陽性症例数は、HPV16は2例(2/30, 6.7%), HPV18は19例(19/30, 63.3%)であった。今回は、これらの詳細を報告する。

0-2-1 Papanicolaou 染色不良標本の染色性復元法

(株) PCL 福岡病理・細胞診センター¹⁾, (株) PCL JAPAN 病理・細胞診センター²⁾

○稲垣伸介(CT)¹⁾, 今井寿美子(CT)²⁾, 早川優佳(CT)¹⁾, 秋山譲滋(CT)¹⁾, 岩井幸子(CT)¹⁾, 石黒信吾(MD)^{1,2)}

【目的】細胞診基本染色の Papanicolaou 染色（以下、Pap 染色）は、固定前に標本が乾燥すると細胞の膨化や Pap 染色性が低下するが、アルコール固定前にスキムミルクや生食に浸すことで形態と Pap 染色性を回復できる。しかし、アルコール固定後や Pap 染色後に染色性の劣化が確認された標本は、Pap 再染色や前述方法で染色性を回復できない。そのため、固定後や Pap 染色後でも染色性を回復する方法が望まれている。われわれは、蛋白の添加、細胞膜への作用、蛋白質の賦活化により染色性の回復が可能か検討した。

【方法】検討した症例は、婦人科従来法塗抹 Pap 染色標本で、染色性の劣化が確認された 29 例。Pap 染色標本は脱カパー後、脱色してスキムミルク（30 分浸漬）・界面活性剤（Tween20/10 分、20 分、30 分浸漬）・賦活化（免疫染色前処理・DAKO 指定方法）による染色前処理を行い、Pap 再染色を施した。

【結果】スキムミルクおよび界面活性剤の浸漬では、染色性の回復は認められなかったが、賦活化で Pap 染色性の回復が確認された。緩衝液の High-pH は炎症細胞の膨化変性が見られ、Low-pH では細胞保持・染色性とも良好であった。

【考察】染色性回復の原理は、賦活化により細胞を構成する蛋白の一部を断片化することで、電位的な断端を再生成し色素の結合性が回復したものと考えられた。

【総括】Pap 染色では、固定後の乾燥や染色キャリヤの近傍などで染色不良が発生することがあり、細胞の判定に苦慮することを経験するが、染色性の回復が可能であれば判定精度の向上に寄与するものと考えられた。

0-2-2 脳腫瘍術中迅速圧挫検体を用いた電界攪拌迅速免疫染色装置の有用性

北海道大学大学院医学研究科病理学講座腫瘍病理学分野¹⁾, 北海道大学大学院医学研究科探索病理学講座²⁾

○竹浪智子(MT)¹⁾, 谷野美智枝(MD)¹⁾, 森谷 純(CT)¹⁾, 鈴鹿 淳(CT)¹⁾, 木村太一(MD)¹⁾, 西原広史(MD)^{1,2)}, 田中伸哉(MD)^{1,2)}

【背景】Rapid immunohistochemistry（以下 R-IHC）とは、電界攪拌により抗原抗体反応を迅速化し、免疫染色の安定性と迅速性、そして強度を増すことを目的とした方法であり、この方法を搭載した装置、Histo-Tec R-IHC が販売された。脳腫瘍の細胞診検体は凍結切片の HE 標本よりも細胞形態の観察に優れ、且つ凍結切片作製時に発生しうる人工産物による影響を受けにくい。さらに免疫染色を加えることによって正診率の向上が期待される。我々は以前、脳腫瘍圧挫検体を用いて染色プロトコールのバリデーションを検討し R-IHC 法による染色性の違いに関して報告した（第 53 回臨床細胞学会秋期大会、Tanino M, et.al, Brain Tumor Pathology 2014）。

【目的】脳腫瘍術中圧挫細胞診検体と凍結組織検体を用いて R-IHC 法による免疫染色を施行し迅速診断におけるそれらの有用性を比較検討する。

【方法】当教室の提出された脳腫瘍の術中検体を用いて圧挫法による細胞診標本の作製と凍結標本を作製し、これまで報告してきたプロトコールに準じた R-IHC 法による Ki-67, CD20 などの免疫染色を行い、その染色性を細胞診圧挫検体、凍結標本、永久標本で比較検討する。

【結果】脳腫瘍の術中迅速診断においてグリオーマのグレード II と III との鑑別や悪性グリオーマと悪性リンパ腫との鑑別診断が困難である症例があった。これらの一部の症例においては凍結標本や細胞診圧挫検体における Ki-67 や CD20 の免疫染色が有用であった。

【まとめと考察】細胞診圧挫検体、凍結標本を用いた R-IHC による免疫染色は脳腫瘍術中診断の診断率向上に役立つ可能性がある。症例数を増やし検討する。

0-2-3 血液混入非婦人科材料における液状化検体細胞診(LBC)法の比較検討

川崎医科大学附属病院病理部¹⁾, 川崎医科大学病理学²⁾

○福屋美奈子(CT)¹⁾, 鐵原拓雄(CT)¹⁾, 菅野豊子(CT)¹⁾, 米 亮祐(CT)¹⁾, 小林江利(CT)¹⁾, 小林博久(CT)¹⁾, 鹿股直樹(MD)²⁾, 森谷卓也(MD)²⁾

【はじめに】近年, LBC法は, 非婦人科材料でも多く利用されている。今回, 各社のLBC法で作製された血液混入材料について, 従来法との標本の見やすさを比較した。

【材料】2014年4月~9月に当院にて検査された尿, 体腔液でBD SurePathTM, TACASTM, ThinPrep ○ R, Cellprep®PLUSいずれかのLBC法を併用した93例を用いた。

【方法】検討1: 赤血球の形態が保たれている群(A群)と, 赤血球が壊れている群(B群)に分け, 各標本を400倍, 各5視野観察し, 1視野当たりの赤血球数または割合を算定した。検討2: 血性体腔液より沈渣を作製し, 引きガラス法を対照とし, 残りの沈渣をBD CytoRichRed, MBL Ruby, ThinPrep Lysis 酢酸添加, CellPrep Lysisを用いて溶血処理を行った後, BD SurePathの非婦人科用手法により標本作製を行い, 形態ならびに染色性の比較をした。検討3: 従来法とLBC標本の形態比較を行った。

【結果】検討1: A群では, BD SurePath, TACAS, Cellprepの3つの方法はオートスメア法に比して有意に低値を示した。B群はBD SurePathはオートスメア法に比して有意に低値を示した。検討2: 従来法に比べ, 各種溶血処理による形態変化として細胞境界の不明瞭化, 核縁の肥厚, 核クロマチン分布の変化, 核小体の染色性の変化が認められた。検討3: LBC法では, 血球成分が適度に処理され, 観察が容易となる症例がみられた。

【考察】血液混入材料でのLBC法は, 溶血操作が適切に行われないと適正な標本作製が行えない。各種LBC法では, 若干の差はあるものの, 赤血球の数が少なくなり, 観察しやすくなっていた。赤血球混在の減少は, 診断精度の向上に大いに寄与することが期待される。

0-2-4 液状化検体細胞診を用いた核色彩の可視顕微分光法によるがん細胞判定の有用性

弘前大学大学院保健学研究科

○吉岡治彦(CT), 堀江香代(CT), 渡邊 純(MD)

【目的】核の色彩は, 種々の波長が混ざった光からなる。高分化がん細胞の核色彩は淡明繊細で非がん細胞と類似しがん細胞判定を困難にすることが多い。これまで, 核色彩を分光して得られる種々の光波長に注目し, がん細胞の核色彩を研究した報告はない。そこで我々は, LBCによる可視顕微分光法(Visible-Microscopic Spectroscopy: Vis-MS)が, がん細胞判定に有用かどうかを検討した。

【方法】材料は, LBC(ThinPrep)液で処理した培養細胞株で, がん細胞200個(A549, MCF-7, LS-180, KATO), 非がん由来細胞100個(NHDF, COS7)のPapanicolaou染色標本を用いた。各細胞の核領域の透過光(400-700nm)をVis-MSの回析格子により分光し, 波長5nmごとの透過率を測定した。統計解析は, 530nm透過率値(エオジン色素最大吸収波長), 580nm透過率値(ヘマトキシリン), 630nm透過率値(ライト緑), 530/560nm値比, 630/560nm値比を用い2項ロジステック回帰分析を行った。

【結果】がん細胞は非がん由来細胞と比較して530nm, 580nm, 630nm透過率値が低く($p < 0.001$), 530/560nm値比が高く($p < 0.001$), 630/560nm値比が低かった($p < 0.001$)。ロジステック回帰分析の結果, 580nm透過率値, 630/560nm透過率値比の2項目を説明変数として構築されるがん細胞確率 $P(x)$ を求める回帰モデル式が得られた(R^2 乗値0.92, 判別的中率98% ($p < 0.001$))。

【総括】がん細胞株の核色彩は, Vis-MSの分光波長として580nm透過率値が低いこと(ヘマトキシリンが濃い), 630/560nm透過率値比が低いこと(ヘマトキシリン色調に対するライト緑色調の割合の高さ)が, 非がん細胞との判別に有用であることが示唆された。

0-2-5 肺癌検診喀痰細胞診のC判定中等度異型とD判定高度異型から発見された肺癌の解析

(公財)ちば県民保健予防財団¹⁾, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科²⁾, 国保松戸市立病院呼吸器外科³⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁴⁾, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁵⁾

○田口明美(CT)¹⁾, 柴 光年(MD)²⁾, 金親久美(CT)¹⁾, 早田篤子(CT)¹⁾, 桑原竹一郎(MD)¹⁾, 渋谷 潔(MD)³⁾, 中谷行雄(MD)⁴⁾, 中島崇裕(MD)⁵⁾, 吉野一郎(MD)⁵⁾, 藤澤武彦(MD)¹⁾

肺癌検診喀痰細胞診の判定と指導区分は、中等度異型でC判定(6ヶ月以内の追加検査)、高度異型ではD判定(至急精密検査)であり、指導区分が異なる両者の判定は慎重に鑑別する必要がある。早期肺癌の発見率向上のために、C判定とD判定から発見された肺癌を解析し比較検討した。

【対象と方法】1995～2008年における喀痰集検受診者のうち、C判定から発見された肺癌62例とD判定からの発見癌39例を対象とした。細胞像は、両群の集検蓄痰標本に出現した異型上皮細胞について比較検討した。

【結果】肺癌発見率は10万対159、各判定からの肺癌発見率はC判定2.0%・D判定24.2%であった。発見された肺癌194例のうちC判定62例32.0%・D判定39例20.1%、I期肺癌はC判定61.3%・D判定51.3%であり、I期の組織型は扁平上皮癌がC判定44.7%・D判定85.0%、腺癌はC判定42.1%・D判定12.1%、また肺癌発生部位は末梢型がC判定45.2%・D判定35.9%であった。集検受診から肺癌確定までの期間は12ヶ月までがC判定45.2%・D判定64.1%、13ヶ月以上ではC判定50.0%・D判定30.8%であった。細胞像ではC判定でOG好性小型円形異型細胞の出現が特徴的であったが、D判定では核クロマチン・細胞質の光輝性・細胞の大きさにおいてC判定よりバリエーションが顕著に認められた。

【まとめ】C判定およびD判定のI期癌比率は50%を超えていた。またI期癌ではD判定で扁平上皮癌が高率なのに対し、C判定では腺癌が比較的高率であった。C判定のみならずD判定で肺癌が発見されない場合は、1年以上の経過観察が必要である。細胞像ではC判定は異型細胞が小型で出現少数であるが、D判定では異型性にバリエーションが認められた。

0-2-6 肺がん検診における喀痰細胞診の標準細胞の検討

公益財団法人宮城県対がん協会¹⁾, 東北大学病院呼吸器外科²⁾, 栗原市立高清水診療所³⁾, 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター呼吸器外科⁴⁾, 鹿児島大学医歯学総合研究科呼吸器外科学分野⁵⁾, 東京医科大学外科学第一講座⁶⁾

○青野佳美(CT)¹⁾, 田名部朋子(CT)¹⁾, 近 京子(CT)¹⁾, 中嶋隆太郎(CT)¹⁾, 遠藤千頭(MD)²⁾, 桜田 晃(MD)²⁾, 菅間敬治(MD)³⁾, 齋藤泰紀(MD)⁴⁾, 佐藤雅美(MD)⁵⁾, 池田徳彦(MD)⁶⁾

喀痰細胞診の精度向上と肺門部扁平上皮癌の早期癌比率の改善を目的として、日本臨床細胞学会と日本肺癌学会の「肺癌検診ワーキンググループ」が実施した、「肺がん検診における喀痰細胞所見判定の標準化に関する研究」において、標準的と判定されたC,D,E判定細胞の比較検討を行なった。同ワーキンググループでは、6施設の検診実施機関にて過去10年間のC,D,E判定それぞれ50症例、計150症例の既製喀痰標本を再判定し、6施設あるいは5施設が同判定とした症例の細胞を標準細胞と定義した。対象は標準細胞と判定されたC判定24例、D判定16例、E判定19例。各症例より研究参加施設が標準的とマークした細胞を抽出し、Nikon画像統合ソフトウェアNIS-Elements Dを使用し、細胞・核それぞれの面積、真円を1とした形状係数、明度などを測定した。標準細胞が数値で表現できるのか、細胞像と合わせて報告する。肺がん検診における喀痰細胞診の標準化が全国的に普及し、精度向上、早期癌比率の向上、しいては喀痰細胞診存続の一助としたい。

0-2-7 原発性肺癌の胸腔鏡手術における標本回収バック内洗浄細胞診についての検討

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, がん研究会有明病院呼吸器外科²⁾, がん研究会有明病院呼吸器内科³⁾

○星 利良(CT)¹⁾, 文 敏景(MD)²⁾, 伊藤崇彦(CT)¹⁾, 山田麻里沙(CT)¹⁾, 池畑浩一(CT)¹⁾, 藤山淳三(CT)¹⁾, 古田則行(CT)¹⁾, 小松京子(CT)¹⁾, 杉山裕子(CT)¹⁾, 宝来 威(MD)^{1,3)}

【目的】肺癌の胸腔鏡手術にて切除肺を体外に取り出す際にはバックにいれて小創(3~4 cm 大)から摘出する。この時に肋骨で圧力が加わり腫瘍細胞が肺外に散布される可能性がある。この予防を目的に、当院では回収バックの内容を生食で洗浄、細胞診標本を作成し、その判定を行っている。今回、施行した回収バック洗浄細胞診について検討、評価を行った。

【方法】対象は、2012年10月~2014年10月に原発性肺癌にて胸腔鏡下肺切除術がなされ、回収バック洗浄細胞診が施行された223例。これらの細胞診の結果と組織型、腫瘍径、ly, v, pl, pNの各因子について比較検討した。

【結果】223例中11例(4.9%)が陽性であった。陽性例の組織型は8例が腺癌、2例が扁平上皮癌、1例がLCNECであった。腫瘍の長径は平均31 mm (10-58 mm)、短径は平均20.9 mm (9-35 mm)であった。8例(73%)がly(+), v(+), pl(-)であり、6例(55%)がp11-3の臓壁胸膜浸潤例で、そのうち2例はp13であった。2例(18%)に肺門リンパ節転移を認めた。腫瘍の長径と短径、ly, v, plについて陽性例と陰性例との間に有意差を認めた。なお、いずれも開胸時と閉胸時洗浄細胞診は陰性であった。

【総括】標本回収バック細胞診が陽性を示す症例は腫瘍径が大きく、リンパ管および脈管侵襲のみられる浸潤癌が多く、とくに胸膜浸潤は有意な因子であった。しかし、いずれも開胸時と閉胸時の洗浄細胞診は陰性であり創部局所再発はなく、バックにより胸腔、胸壁と遮蔽は出来ていたと考えられた。

0-2-8 超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)における細胞診の有用性について

三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学¹⁾, 三重大学医学部附属病院病理部²⁾, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部³⁾, 三重大学医学部附属病院乳腺センター⁴⁾

○金山和樹(CT)¹⁾, 今井 裕(MD)²⁾, 米田 操(CT)³⁾, 北山美佳(CT)^{2,4)}, 柴原亜希子(CT)^{2,4)}, 林 昭伸(MD)²⁾, 広川佳史(MD)¹⁾, 白石泰三(MD)¹⁾

【はじめに】超音波気管支鏡ガイド下針生検(以下EBUS-TBNA)は、肺門・縦隔リンパ節腫大の診断に有用であり、近年普及してきた診断法である。当院では、腫大した肺門・縦隔リンパ節に対して転移の有無や良悪性の鑑別にEBUS-TBNAを行い、細胞診と組織診で診断している。今回、EBUS-TBNAにおける細胞診の有用性について検討した。

【対象と方法】2010年12月から2014年7月までにEBUS-TBNAが施行された30例を対象とした。方法は、穿刺物の肉眼観察で細胞集塊を採取し、合わせ法で標本を二枚作製した。一枚をベッドサイドでDiff-Quik染色を、もう一枚を検査後にPap染色をした。同時に採取された針洗浄液も検体として使用し、Pap染色をした。Diff-Quik標本でベッドサイド診断を行った。残りの検体はすべてホルマリンに回収しセルブロックを作製した。セルブロックの結果を基に細胞診の良悪性一致率を算出した。また、Diff-QuikとPap染色の一致率、Diff-Quik染色の陽性的中率(以下PPV)、陰性的中率(以下NPV)を算出した。

【結果】対比可能であったセルブロックは25例で、細胞診の良悪性一致率は92.0%(23/25)であった。細胞診で陰性・セルブロックで陽性とされた1例は扁平上皮癌であった。反対に細胞診陽性・セルブロック陰性とされた1例は腺癌であった。Diff-Quik染色の一致率、PPV, NPVは96.7%, 90.9%, 85.7%であった。

【まとめ】セルブロックとの良悪性一致率は92.0%と高く、細胞診の成績は良好であった。また、Diff-Quik染色の一致率、PPVは96.7%, 90.9%と高く、迅速細胞診で陽性と判定された場合には検査終了が可能となり、検査時間の短縮、穿刺回数の減少、患者負担軽減に繋がると考えられた。

0-2-9 肺気管支鏡細胞診材料における肺腺癌新組織分類の推定

信州大学医学部附属病院臨床検査部¹⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○仲田梨恵(CT)¹⁾, 吉澤明彦(MD)^{1,2)}, 浅香志穂(MD)¹⁾, 小林幸弘(CT)¹⁾, 堀川美栄子(CT)¹⁾, 下條康代(CT)¹⁾, 百瀬正信(CT)¹⁾, 中嶋智之(CT)¹⁾, 内山 篤(CT)¹⁾, 上原 剛(MD)¹⁾

【目的】2011年, 肺腺癌の新しい組織分類がIASLC/ATRS/ERSから提唱された。この分類は肺腺癌に出現する特徴的な構造をもとに分類を行うが, 細胞診材料がどの程度その構造を反映しているか検討した報告は少ない。今回我々は肺気管支鏡にて採取された細胞診材料を用いて肺腺癌の新分類を推定し得るか否かに関して検討した。

【方法】2009年からの5年間で, 信大病院にて採取された気管支鏡捺印細胞診材料で, 気管支鏡生検材料および手術材料も提出されている原発性肺腺癌93例を対象とした。細胞学的検討項目として「重積性」「細胞異型」「集塊の大きさ」につき検討し, その生検材料と比較した。

【結果】最終的な診断はAIS-1例, MIA-4例, Lepidic-21例, Acinar-15例, Papillary-41例, Solid-8例, Micropapillary-1例, IMA-2例であった。細胞診材料ではLepidic症例の8割以上がシート状集塊として出現, Papillary, Acinar症例では軽度重積性を示した症例が最も多く, Solid症例ではシート状の出現はなく, 高度重積性症例が半数以上であった。Micropapillary症例は小集塊での出現が多く, 症例は少ないがすべてがシート状集塊として認められた。重積性と細胞異型には相関がみられた。

【総括】捺印細胞診材料にて「重積性が弱く, 細胞異型が弱い集塊」はLepidic, 「重積性中等度, 細胞異型中等度の集塊」はPapillary, Acinar, 「重積性強く, 細胞異型も強い集塊」はsolidが推定できることが分かった。重積性, 細胞異型に注目することで肺腺癌における組織構築を推定することが可能と考えられた。

0-2-10 肺癌組織型推定においてLBC標本での免疫細胞化学併用細胞診が有用である

KKR札幌医療センター病理診断科¹⁾, KKR札幌医療センター腫瘍センター²⁾

○岩崎沙理(MD)¹⁾, 今川 誠(CT)¹⁾, 蓑島敦志(CT)¹⁾, 小田由紀子(CT)¹⁾, 山口まどか(CT)¹⁾, 朝日久仁子(CT)¹⁾, 水上恵子(CT)¹⁾, 目黒祐二(CT)¹⁾, 磯部 宏(MD)²⁾, 鈴木 昭(MD)¹⁾

【はじめに】肺癌診療における組織型診断は治療方針を左右する重要なものである。細胞診においても生検組織診と同様に組織型の推定まで求められる一方で, 形態のみでは分化傾向が判然とせず推定困難な症例も多い。当院では2012年秋より呼吸器細胞診時にLBC標本での免疫細胞化学(ICC)を併用して診断精度の向上を図っている。LBC標本でのICCを導入する前後で比較した結果, 組織型推定に至った症例が増加し, 正診率の上昇を認めたので報告する。

【方法】2011年から2014年に当院にて肺癌が疑われ経気管支的に擦過細胞診された原発性肺癌計236症例について検討した。擦過細胞診検体よりLBC標本を作製しICCを併用する前後で比較検討した。LBC固定液はCytoRich Red(BD)を使用し, SurePath(BD)にてLBC標本を作製し, ICCには自動免疫染色装置(Bond Max, Leica)を使用した。組織型の正診率については, 手術材料もしくは剖検材料における組織型との一致率を検証した。

【結果】擦過細胞診による悪性判定率はICC導入前85.9%であったが, ICC導入後は91.2%と増加した。手術もしくは剖検材料による検証で, 組織型正診率は全体でICC導入前では71.1%であったが, ICC導入後は82.9%と増加した。

【考察】呼吸器細胞診においてLBC標本のICC併用により, 組織型の正診率が増加した。LBC標本でのICCは, 従来の転写法などに比して簡便で, 多くの抗体について検討可能であり, 組織診より1日以上早く結果が得られる。ICCを併用すれば細胞診単独で十分な組織型推定が可能となる。今後, 肺癌組織型診断に於いて重要な役割を担うと考えられる。

0-2-11 WHO 新肺癌分類に基づいた肺大細胞癌の診断における細胞診の有用性**0-2-12 演題取下げ**

千葉大学医学部附属病院病理部¹⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学²⁾, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学³⁾

○鈴木 学(CT)¹⁾, 大木昌二(CT)¹⁾, 小野寺清隆(CT)¹⁾, 曾川紀子(CT)¹⁾, 太田 聡(MD)¹⁾, 矢澤卓也(MD)²⁾, 吉野一郎(MD)³⁾, 中谷行雄(MD)^{1,2)}

【背景と目的】 肺大細胞癌は、肺癌の約 2~10% を占め、その組織診断は、基本的に HE 染色所見に基づき、腺癌としての腺腔形成や粘液産生、扁平上皮癌としての角化や細胞間橋が見られない非小細胞癌と定義されてきた。しかし近年、肺腺癌と扁平上皮癌の鑑別が治療薬の選択上重要になる一方、免疫組織化学的にこれらの腫瘍に特異性の高いマーカーが見いだされた。このような背景下、2015 年改訂の WHO 新肺癌分類（以下新分類）での大細胞癌は大細胞神経内分泌癌など現行分類の特殊型は除かれ、さらに腺癌及び扁平上皮癌の免疫組織化学的マーカー検索を行い、いずれも明らかな陽性を示さない腫瘍のみとなった。そこで新分類での大細胞癌診断における細胞診の有用性を検討した。

【方法】 過去 10 年間に当院で大細胞癌と診断された肺切除症例のうち大細胞神経内分泌癌を除いた 13 例について免疫組織化学的検討を行い、細胞診結果と比較した。

【結果】 新分類では大細胞癌 4 例（すべてのマーカーが陰性）、腺癌 4 例（TTF-1, NapsinA の両者又は一方が陽性）、扁平上皮癌 5 例（TTF-1 陰性で p40, CK5/6 の両者又は一方が陽性）となった。この 13 例中、腫瘍捺印細胞診にて十分に細胞が採取され、推定組織型まで報告が可能であった 9 症例では、新分類にて大細胞癌とされた 3 症例はすべて腺癌と推定されていた。腺癌とされた 3 症例中 2 例、また扁平上皮癌の 3 症例については細胞診の結果と一致していた。

【考察】 従来の細胞学的特徴をできる限り正確に捉える細胞診断の重要性が示唆された。さらに免疫細胞化学の有用性等を含めて検討し、新分類における細胞診断の意義・あり方について報告したい。

O-2-13 肺腺癌の EGFR 遺伝子変異の有無と細胞所見

大阪大学医学部附属病院病理部¹, 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻がん教育研究センター²

○長友忠相(CT)¹, 川嶋真由美(CT)¹, 内藤賢朗(CT)¹, 辻 洋美(MD)¹, 野島 聡(MD)¹, 堀由美子(MD)¹, 和田直樹(MD)¹, 池田純一郎(MD)¹, 南雲サチ子(CT)², 森井英一(MD)¹

【背景】 現在肺腺癌の多くに対し、細胞膜上に存在するチロシンキナーゼ型受容体(EGFR 遺伝子)をターゲットとした分子標的治療が行われている。そのため免疫染色や PCR 法による遺伝子変異の検索が行われている。細胞診においても EGFR 遺伝子変異の有無が細胞所見から推定できれば臨床上有用である。今回、細胞診にて肺腺癌の EGFR 遺伝子変異陽性例と陰性例の細胞形態の特徴を検討した。

【対象と方法】 大阪大学附属病院病理部で、肺腺癌と診断された 30 症例(EGFR 遺伝子変異陽性 15 例, EGFR 遺伝子変異陰性 15 例)の病巣擦過材料のパパニコロウ染色標本を対象とした。細胞所見については、細胞集団の大きさ、配列(重積性、シート状、結合性)、核所見(大きさ、大小不同、形)、クロマチン(増量、パターン)、核小体について調べた。

【結果】 変異陽性症例では、細胞集団はシート状で重積性は極めて少なく、クロマチンは細顆粒状が多く核小体は 1 個の細胞が多くみられた。変異陰性例は重積性の細胞集団と散在性が多く、クロマチンは細顆粒状と粗顆粒状が混在し、核小体は大きく 1 個または多発する傾向がみられた。しかし、変異の有無症例間で類似する細胞所見も多くみられた。

【結論】 細胞所見では癌細胞の出現様式とクロマチンパターンについて差が認められ、細胞診で EGFR 遺伝子変異の有無を推定することがある程度可能と考えられた。

O-2-14 Overlay FISH and IHC (OFI) method can improve the accuracy of ALK detection

公財)がん研究会がん研究所病理部¹, 公財)がん研究会がん研有明病院病理細胞診センター², 公財)がん研究会がん研有明病院呼吸器内科³

○元井 紀子(MD)^{1,2}, 長野裕子(MT)¹, 星 利良(CT)², 神田浩明(MD)^{1,2}, 柳谷典子(MD)^{2,3}, 小松京子(CT)², 西尾誠人(MD)³, 宝来 威(MD)^{2,3}, 石川雄一(MD)^{1,2}

【目的】 細胞診は迅速で簡便な診断法として広く普及している。細胞診検体を用いた遺伝子異常検索は有用であるが、診断の精度を管理するためには、形態学と遺伝子変異を統合して解析する必要がある。本研究では、呼吸器細胞診の精度向上と分子標的スクリーニングへの応用を目的として、免疫染色(IHC)と FISH による ALK 肺癌の診断手法を開発、検討した。

【方法】 IHC と FISH の重染色による検出系である overlay FISH IHC (OFI)法を確立した。肺癌症例の胸水セルブロック検体を用いて、肺癌 9 症例の IHC, FISH および OFI の検出能力を比較検討した。

【結果】 ALK 陽性例の検出感度は、IHC100%, FISH80%, OFI100%であった。陰性症例は、すべての検出系で陰性であった。陽性シグナル検出率は、FISH に比較し OFI のほうが高値を示した。

【総括】 ALK 肺癌の診断では IHC は優れた感度を示していたが、FISH はやや低感度であった。IHC-FISH overlay 法は、通常の FISH よりも感度、精度が優れており、正確な診断に寄与できることが示された。

0-2-15 肺腫瘍に対する Confocal laser endomicroscopy (CLE) を用いたリアルタイム細胞診断

松戸市立病院呼吸器外科¹⁾, 同 呼吸器内科²⁾, 同 病理診断科³⁾

○渋谷 潔(MD)¹⁾, 岡田 直(MD)¹⁾, 堀尾稔治(MD)¹⁾,
船橋秀光(MD)²⁾, 横山 綾(CT)³⁾, 茅野伴子(CT)³⁾,
野呂昌弘(MD)³⁾

【目的】共焦点顕微鏡を細径化, 小型化し内視鏡の鉗子口から挿入可能なプローブ型 CLE を用いた肺癌を疑う中枢気道あるいは末梢型肺腫瘍の real time な細胞, 組織診断を行った.

【対象と方法】気管支内視鏡の鉗子口から挿入可能なプローブ型 CLE を用いた. CLE の生体内観察では 488 nm のレーザー光を 1-3 万本のオプティカルファイバーで構成された Cellvizio ミニプローベを通して対象となる肺癌疑いの腫瘍に照射しその画像を TV モニター上 400-1000 倍に拡大し, 顕微鏡観察に類似した micro 像が得られる. 気管支鏡可視範囲に腫瘍の確認された中枢気道腫瘍 3 例, 末梢型肺腫瘍 5 例を対象とした. 中枢気道病変は画像強調内視鏡も含めた通常の観察後に, 末梢型肺腫瘍は EBUS-GS にて腫瘍の所属気管支を確認, 同定した後, 10% 蛍光造影剤フルオレセイン注射液 40-60 mg を点滴静注した. 数分でフルオレセインの蛍光造影効果が出現し, プローブ型 CLE を用いた生体内顕微鏡観察が可能となる.

【結果】3 例の中枢気道腫瘍, 4 例の末梢型肺腫瘍で real time な腫瘍細胞の確認が可能であった. これらの細胞は, 正常気管支上皮細胞に比して, 明らかに大きな細胞で, 大小不同を有し, いわゆる dark or black appearance を呈した. また扁平上皮癌における loop 状腫瘍血管の観察も可能であった.

【まとめ】プローブ型 CLE は肺癌を疑う中枢気道あるいは末梢肺病変に対する real time な細胞観察, 組織観察を可能にした.

0-2-16 Diffuse Pulmonary meningotheliomatosis の細胞所見

沖縄赤十字病院呼吸器外科¹⁾, 沖縄赤十字病院病理科²⁾

○宮城 淳(MD)¹⁾, 鈴木牧子(DDS)²⁾,
真志喜かおり(DDS)²⁾, 比嘉 譲(DDS)²⁾,
石川雅士(MD)²⁾

【はじめに】微小肺髄膜腫結節 (Minute pulmonary meningothelial-like nodules/ MPMN) は髄膜腫に類似した紡錘形の細胞が小葉間間質に出現した病態で, 肺全体に多発した場合は diffuse pulmonary meningotheliomatosis と診断される. 通常は無症状で偶然発見される場合が多く, 予後に影響しないが悪性疾患の多発肺転移との鑑別が問題となる. 今回我々は検診 CT にて偶然見つかった症例を経験したので, その細胞像の特徴も含めて報告する.

【症例】65 歳女性. 検診 CT にて両側肺に多発する 5 mm 以下の小結節が見つかった. PET 検査にて集積はみられず悪性疾患の肺転移は否定的であったが確定診断のため VATS 肺部分切除にて生検を行った.

【スタンプ細胞診】比較的小型で細長い核を有する紡錘形の細胞が出現しており, 小範囲では渦巻状の集塊を認めた. 細胞上は髄膜腫様の所見を呈しており, 細胞異型に乏しく悪性所見はみられなかった.

【病理診断】楕円型核を有する髄膜腫様の細胞の増生がみられる. 免疫染色にて vimentin, CD56, PgR 陽性で AE1/AE3, s-100, CD34, chromogranin, synaptophysin, ER は陰性であった. 以上の点から MPMN と診断された.

【考察】細胞学的には中枢に発生する髄膜腫に類似しているが, 渦巻き状所見がはっきりしない点, 石灰化を有していない点が異なる. 通常は VATS や気管支鏡で病理診断されるが, 悪性疾患の除外という点から考えれば CT ガイド下細胞診断など, より低侵襲な診断方法も検討される.

【結語】Diffuse pulmonary meningotheliomatosis の 1 例を経験したので文献的考察も含めて報告した.

〇-2-17 サルコイドーシスの経過観察中に喀痰細胞診によって診断された肺腺癌の1例

北里大学医学部呼吸器外科学¹⁾, 北里大学病院病院病理部²⁾, 北里大学医学部病理学³⁾

○園田 大(MD)¹⁾, 坂口 忍(CT)²⁾, 横山 大(CT)²⁾, 中島裕康(MD)¹⁾, 塩見 和(MD)¹⁾, 仲田典広(MD)³⁾, 蔣 世旭(MD)³⁾, 吉田 功(MD)³⁾, 柳澤信之(MD)³⁾, 佐藤之俊(MD)¹⁾

【はじめに】喀痰細胞診は、主として中枢気道の肺癌を発見するのに有用で、特に喫煙者などに発生する扁平上皮癌の診断に役立っている。今回我々は、サルコイドーシスの経過観察中に喀痰細胞診によって診断された肺腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳、女性。サルコイドーシスにて2010年より呼吸器内科で経過観察されていた。2014年春に咳嗽と喀痰を自覚したため、喀痰細胞診を施行したところ、腺癌細胞を認めた。精査のため施行した胸部CTで右下葉に結節影を認め、気管支鏡検査を施行するも明らかな悪性所見は認めなかった。精査加療目的に右下葉結節の部分切除を施行し、迅速組織診断にて肺腺癌と診断され、右下葉切除および肺門縦隔リンパ節郭清術を施行した。

【喀痰細胞診所見】炎症性背景に、比較的小型で核形不整や核の大小不同、クロマチンの増量を示す腺系悪性細胞を認めた。悪性細胞は軽度重積を伴う小集塊状を呈していた。以上から肺腺癌と診断した。

【病理組織所見】右下葉S10に大きさ3.5cm大の境界明瞭で辺縁不整な腫瘍を認めた。光顕的には、胸膜直下で癒着化した領域内にpapillary adenocarcinomaを認めた。また、下葉全域には15cmの範囲にわたり円柱状細胞で少量のPAS染色陽性粘液を有する浸潤性粘液産生性腺癌の病巣を多数認めた。以上から全体としてはmixed typeのadenocarcinoma(T3N0M0 IIB期)と診断した。また、肺野と縦隔リンパ節には小型肉芽腫形成を認めた。

【まとめ】他疾患の経過観察中に咳嗽や喀痰などを認め、胸部画像で異常所見を認めた場合には、積極的に喀痰細胞診を施行するべきである。

〇-2-18 セルブロックを用いた ALK 免疫染色におけるホルマリン固定に関する検討

地方独立行政法人神奈川県立がんセンター病理診断科¹⁾, 地方独立行政法人神奈川県立がんセンター医療技術部検査科²⁾, 地方独立行政法人神奈川県立がんセンター研究所がん治療学部³⁾

○横瀬智之(MD)¹⁾, 酒井麻衣(CT)²⁾, 吉原光代(CT)³⁾

【はじめに】近年、分子標的治療においてセルブロックを用いた免疫染色が行われ、診断の一助として有用性が示されている。ホルマリンの影響については組織標本を用いた検討で種々行われているが、細胞検体を用いた検討は比較的少ない。今回、ALK陽性培養細胞を用いて種々のホルマリンの条件下で、染色性の異同について検討したので報告する。

【方法】H2228ALK陽性培養細胞を用いた。セルブロックは一般に用いられるアルギン酸ナトリウム法を用いた。検討項目はホルマリン固定までの時間、ホルマリン濃度、緩衝性の有無、固定時間である。免疫染色は抗ALK抗体(5A4)によるiAEP法を用いた。

【結果】ホルマリン固定までの時間が長いほど、HE標本では細胞の膨化がみられ、染色性はやや低下していた。非緩衝に比し、緩衝ホルマリンの方が染色性は強く、ホルマリン濃度は非緩衝で差が認められた。固定時間について24時間以上は必要と考えられ、72時間までは染色性に大きな差はみられなかった。

【考察】ホルマリン固定までの時間は短時間であれば大きな変化はみられなかった。一方、ホルマリン濃度、緩衝性の有無、固定時間には明らかな差が認められた。ALK免疫染色のためのセルブロック作製において10%中性緩衝ホルマリンで24-72時間固定が良好な染色結果を得るための至適条件であると考えられた。

O-2-19 肺癌肉腫の1例の捺印細胞診所見

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○山口佳織(CT), 澁木康雄(CT), 蔦 幸治(MD)

【はじめに】肺癌肉腫は細胞像の詳細な報告はあまりない。今回扁平上皮癌と横紋筋肉腫による癌肉腫を経験したので、捺印細胞診所見を報告する。

【症例】70歳代女性。5年前まで喫煙歴あり。検診にて異常陰影を指摘され当院紹介受診。画像診断にて左上葉に結節影を認めたため、左上葉切除術を施行された。

【細胞所見】扁平上皮癌成分は壊死性背景にN/C比が高く、類円形で粗顆粒状のクロマチンを呈する核をもつ細胞が流れのある重積した集塊で出現していた。核融解や角化のある細胞も見られた。横紋筋肉腫成分はパパニコロウ染色では鑑別できず、Myogeninによる免疫染色の結果から判定を行った。N/C比が極めて高く裸核様の異型細胞が孤立散在性に認められた。核は小型で類円形から一部紡錘形を示し、クロマチンには粗大凝集が見られた。横紋は認められなかった。

【組織所見】淡明な細胞質をもつ低分化型扁平上皮癌の成分が大部分を占めるが、一部に結合性が低下し、類円形、卵円形ないし紡錘形の細胞が孤立性に増殖する領域が見られた。免疫組織化学的にAE1/AE3(-), p63(-), Myogenin(+)であることから横紋筋への分化が認められ、癌肉腫と分類された。

【まとめ】肺癌肉腫は極めて稀であり細胞所見の報告は極めて少ない。癌肉腫という非常に異型の強い細胞の増殖が想像されるが、Myogenin陽性細胞は胎児型および胞巣型横紋筋肉腫で一般的に言われている小型類円形細胞で出現していた。肺癌肉腫の肉腫成分は本例と同様の横紋筋肉腫の割合が多く、ある程度の量が混在していてもパパニコロウ染色のみでの肉腫成分の同定が難しい原因のひとつと考える。

O-2-20 子宮内膜細胞診の精度

自治医科大学産科婦人科¹⁾, 防衛医科大学校産科婦人科²⁾, 群馬大学医学部産科婦人科³⁾, 埼玉メディカルセンター産科婦人科⁴⁾, 獨協医科大学産科婦人科⁵⁾, 群馬県立がんセンター婦人科⁶⁾, 国際医療福祉大学病院産科婦人科⁷⁾, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科⁸⁾

○高橋詳史(MD)¹⁾, 藤原寛行(MD)¹⁾, 高野政志(MD)²⁾, 中村和人(MD)^{3,6)}, 金田佳史(MD)⁴⁾, 坂本尚徳(MD)⁵⁾, 平川隆史(MD)⁶⁾, 大和田倫孝(MD)⁷⁾, 花岡立也(MD)⁸⁾, 鈴木光明(MD)¹⁾

【目的】子宮内膜細胞診は子宮体癌のスクリーニング法として確立されているが、その精度についてはいまだ定まった評価が得られていない。そこで今回、多数の子宮体癌症例ならびにコントロールとしての子宮良性腫瘍を対象として、子宮内膜細胞診の精度について評価した。

【方法】地方臨床試験グループで後方視的試験に参加した当院を含む8施設において、2001年1月から2010年12月までの10年間に、術前に内膜細胞診を施行し、その後手術により組織学的に確認された子宮体癌1441症例を対象とした。また同期間に子宮筋腫および子宮腺筋症で子宮全摘を行い、組織学的に内膜異常のないことが確認された1361症例をコントロール群とした。採取器具はソフトサイトが過半数を占めた。初回細胞診の他、反復による最終細胞診成績についても検討した。

【結果】1) 子宮体癌症例：初回細胞診では、陰性162例(11.2%)、疑陽性363例(25.2%)、陽性916例(63.6%)であった。2) 反復した細胞診による最終細胞診成績は、陰性100例(6.9%)、疑陽性381例(26.4%)、陽性960例(66.6%)であった。3) 対照群：陰性1341例(98.5%)、疑陽性15例(1.1%)、陽性5例(0.4%)であった。4) 疑陽性以上を検出とした場合、初回細胞診の感度は88.8%、特異度は98.5%であった。5) 反復による最終細胞診感度は93.1%であった。

【総括】多症例の検討により、内膜細胞診の特異度は極めて高いものの、子宮体癌スクリーニング(初回細胞診)としての感度は88.8%であり、改善の余地があることが示された。

O-2-21 子宮内膜漿液性腺癌；LBC (liquid-based cytology) による内膜細胞診における組織型診断

潤和会記念病院病理診断科¹⁾, 県立宮崎病院臨床検査科²⁾, 県立宮崎病院病理診断科³⁾, 県立宮崎病院産婦人科⁴⁾

○林 透(MD)¹⁾, 福田早織(CT)²⁾, 稲田千文(CT)²⁾, 木田裕子(CT)²⁾, 島尾義也(MD)³⁾, 嶋本富博(MD)⁴⁾

漿液性腺癌(UPSC)は子宮内膜癌において比較的稀な組織型であるが発見時には病期が進行している症例が多く予後の悪い組織型とされている。画像診断でも病変の存在および局在が不明瞭な症例がみられ、内膜細胞診の段階からその組織型推定が必要と思われる。内膜細胞診での同組織型診断についての報告は少なく、特に多数例を用いたLBCでの組織型診断に関する報告はみられない。県立宮崎病院では2002年よりLBC(BD SurePath)で内膜細胞診を施行し、ルーチンの報告で組織型診断を行ってきた。組織像と対比して細胞像を解析したので報告する。方法：2002年1月より2013年3月までに組織診断でUPSCとされた症例30例(23例純型, 7例混合型)を対象とした。組織診断での同組織型症例は免疫組織化学的にp53が75%以上強陽性であるか、陰性でもp16INK4Aが大多数の症例にびまん性に染色されるものとした。結果：純型では20例中16例でUPSCと診断されており、他4例は明細胞腺癌, 類内膜型腺癌G3, suspicious, 検体不適であった。混合型では7例中2例で同組織型と診断されていた。細胞像で最も多い所見は組織像での芽出に相当する微小乳頭状あるいは桑実状小集塊であった。類内膜型類似の組織像を呈する3例でUPSCを推定していたものは1例のみであった。Suspiciousとした症例は核異型度にやや乏しく、細胞極性は比較的保たれていた。考察：UPSCの細胞像で最も特徴的な所見は芽出に相当する小集塊が多数出現することで、殆どの症例は高い核異型度を示していた。この所見を把握することで殆どの症例は診断可能と思われる。LBCでは細胞集塊が小型化する傾向にあり、よりこの所見が強調されると思われた。

O-2-22 子宮内膜類内膜腺癌における液状化検体細胞診法の形態学的特徴と有用性の検討

弘前大学大学院保健学研究科¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学医学部産科婦人科学教室³⁾

○堀江香代(CT)¹⁾, 吉岡治彦(CT)¹⁾, 立花誠康(その他)¹⁾, 野呂美鈴(その他)¹⁾, 刀稱亀代志(CT)²⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾, 二神真行(MD)³⁾, 横山良仁(MD)³⁾, 渡辺 純(MD)¹⁾

【目的】子宮内膜細胞診における標本作製は従来法として直接塗抹が行われているが、検体塗抹時の採取器具への残存、乾燥変性などサンプリングエラーの発生が少なくない。さらに血液や粘液、炎症細胞の被覆などによる異型細胞の見落とし(スクリーニングエラー)の発生が危惧される。近年、液状化検体細胞診法(Liquid-based cytology LBC法)は、従来法で起こるサンプリングエラーやスクリーニングエラーを未然に防ぎ、その有用性が注目されている。しかしながら子宮内膜細胞診のLBC法の適応は頸部細胞診ほど普及していないのが現状である。そこで、従来法とLBC法の子宮内膜細胞診スプリット標本を用い、形態学的特徴を定量化・比較することで子宮内膜細胞診におけるLBC法の有用性の検討を行った。

【方法】弘前大学附属病院において細胞診で子宮内膜類内膜腺癌 Grade2 と診断され、従来法とLBC法のスプリット検体3症例(6標本)を対象とした。6種の検討項目(1. 細胞集塊数, 2. 1 cm²あたりの集塊数, 3. 集塊を構成する細胞数, 4. 細胞集塊の長径, 5. 核面積, 6. 核真円度)について、従来法とLBC法の結果を比較した。

【結果】1 cm²あたりの集塊数はLBC法が高値を示し、集塊数, 集塊を構成する細胞数, 細胞集塊の長径, 核面積, 核真円度はLBC法が低値を示した。細胞集塊の長径, 核面積, 核真円度の3項目において有意な差を認めた。

【結論】LBC法は従来法に比べ集塊や核が小さくなるが、悪性と判定することが可能な構造異型は保持されていることが確認され、LBC法は子宮内膜細胞診の診断に有用であることが明らかとなった。

0-2-23 子宮間葉系腫瘍に対する標的分子の探索：カベオリンの分子生物学的解析

信州大学医学部免疫制御¹⁾, 科学技術振興機構²⁾, 信州大学医学部産婦人科³⁾, 東北大学医学部産婦人科⁴⁾, 京都大学医学部産婦人科⁵⁾

○林 琢磨(DDS)^{1,2)}, 塩沢丹里(MD)³⁾,
八重樫伸生(MD)⁴⁾, 小西郁生(MD)⁵⁾

子宮平滑筋肉腫(子宮肉腫)は、再発・転移を繰り返す難治性腫瘍である。人種を問わず成人女性の多くに発症する子宮平滑筋腫(子宮筋腫)と子宮肉腫の判別が極めて難しく、子宮肉腫への治療法は外科的手法に限定されている。そのため、延命効果が認められる分子標的治療法の確立が要望されている。私達は、プロテアソーム構成因子 LMP2 の欠損マウスで、子宮肉腫が高頻度に自然発症することを報告した。そこで、私達は、病理ファイルより選別された各種子宮間葉系腫瘍の生検組織での LMP2 の発現状況について免疫組織化学染色により検討し、特異的に子宮肉腫で LMP2 の発現が著しく減弱することを報告した。提携医療機関との連携の基、私達は、LMP2 に着目した DNA MicroArray の遺伝子プロファイリングを行い、子宮間葉系腫瘍に対する標的分子の探索を行っている。これまでの研究成果より、血管形成に関与するカベオリンが子宮間葉系腫瘍における特異的マーカーおよび治療標的分子の候補因子とする可能性を含む組織学的情報が得られている。現在、私達は、各種子宮間葉系腫瘍におけるカベオリンの発現状況と発現機序について分子生物学的解析を行っている。本研究発表では、複数の候補因子における子宮間葉系腫瘍への標的分子の可能性について研究成果を加えて考察を行いたい。

0-2-24 子宮体部漿液性腺癌における腹水細胞診が再発・再発部位に与える影響

がん研有明病院婦人科

○の田真紀(MD), 山本阿紀子(MD), 高橋顕雅(MD),
野村秀高(MD), 金尾祐之(MD), 近藤英司(MD),
尾松公平(MD), 加藤一喜(MD), 馬屋原健司(MD),
竹島信宏(MD)

【目的】子宮体部漿液性腺癌において、再発・再発部位に与える術中腹水細胞診の影響を明らかにする。

【対象・方法】1995年から2011年の期間に当院で初回手術・治療を行った、漿液性腺癌65症例を対象としカルテ調査を行い後方視的に検討した。

【結果】症例背景は、新FIGO分類IA期31例、IB期4例、II期2例、IIIc期11例、IVa期1例、IVb期14例。I-II期症例において、腹水細胞診陽性割合は8例(21.6%)で、再発は8例中2例(25%)、再発部位は腹膜播種1例、肺1例であった。一方、腹水細胞診陰性であった29例での再発は6例(20.6%)、再発部位は腹膜播種0例、肺転移1例、傍大動脈リンパ節2例、陰断端3例であった。IIIc期症例においては、腹水細胞診陽性割合は7例(63.6%)で、再発は7例中2例(28.5%)、再発部位は腹膜播種1例、肝1例であった。一方、腹水細胞診陰性であった4例での再発は3例(75%)、再発部位は骨・肝・腹膜播種1例、傍大動脈リンパ節1例、傍大動脈・腋窩リンパ節1例であった。

【結論】子宮体部漿液性腺癌における術中腹水細胞診陽性によって再発が多い傾向にはなかった。腹水細胞診陰性であっても腹膜播種再発は起こっており、さらに陰断端再発が多い傾向にあることが明らかとなった。

0-2-25 子宮体部漿液性腺癌の初期病変を見つけるための細胞診の役割

北海道対がん協会細胞診センター

○藤田博正(MD), 佐々木孝之(MD), 田上 稔(CT), 日野順子(CT), 和田恒之(CT), 加藤 修(CT), 阿部里絵(CT), 奥谷裕子(CT), 市川浩巳(CT), 高橋奈穂美(CT)

【はじめに】 uterine papillary serous carcinoma (UPSC) は早期でも予後不良ながんで、がん発生過程は p53 signature (p53S), endometrial glandular dysplasia (EGD), serous endometrial intraepithelial carcinoma (EIC), UPSC と進展すると考えられている。ところが UPSC 初期病変の細胞診に関する報告や細胞診の有益を示す報告は見当たらない。今回、UPSC の発生過程に共通する p53 変異に着目し、UPSC 初期病変症例の細胞、組織像を提示するとともに、新たな細胞診の役割について考察した。さらに EIC は endometrial polyp (UEP) と共存するとの報告が多く、UEP 症例の細胞所見も提示する。

【対象・方法】 内膜細胞診で偽陽性症例(漿液性病変疑い)あるいは UEP が認められた症例に対し LBC 標本作製し、また組織診施行症例にも p53 免疫染色を行った。

【成績】 PAP 染色で核異形、核の大小不同、核小体の明瞭化など異形細胞を認めるも、偽陽性とした症例が 3 例あった。組織診 (HE 染色) では 1 例が PSC の疑いで、2 例は診断が困難であった。一方、LBC 標本の p53 免疫染色では、3 例とも p53 陽性細胞が認められた。細胞診判定をもとに組織標本で p53 免疫染色を施行し、陽性部位の存在が示された。3 例は p53S~EIC の範囲にあると診断され、術後の病理所見もほぼ同様であった。UEP 症例の PAP 染色の細胞診では多くの症例に核の大小不同(核径 2 倍程度)、核小体の明瞭化が認められるが、UPSC の初期病変と判定することは困難と思われた。

【結論】 従来の内膜細胞診判定に当てはまらない細胞異形に対し、p53 免疫染色を応用することは UPSC の初期病変を発見できる可能性があり、臨床的にきわめて有意義であると思われる。

0-2-26 子宮体癌の細胞診における漿液性腺癌の特徴と臨床所見の検討

大阪大学医学部産婦人科¹, 大阪大学医学部病理部², 公益財団法人日本生命済生会付属日生病院³

○松崎聖子(MD)¹, 吉野 潔(MD)¹, 堀 由美子(MD)², 高田友美(MD)¹, 上田 豊(MD)¹, 和田直樹(MD)², 池田純一郎(MD)², 藤田征巳(MD)³, 森井英一(MD)²

【背景】 子宮体部漿液性腺癌は高率に子宮外病変を認め予後不良であり、早期診断、早期治療開始が望まれる。

【目的】 我々は子宮頸部細胞診が子宮体部漿液性腺癌の早期診断の一助となる可能性を検討するため、子宮体癌術前の頸部細胞診を後方視的に再評価し、細胞像の特徴および臨床病理所見との相関について解析した。

【対象および方法】 2005 年から 2014 年の期間に当院で治療を行った子宮体部漿液性腺癌 34 例の頸部細胞診結果および臨床所見を後方視的に検討した。対照として 2011 年から 2013 年の期間に当院で治療した類内膜腺癌 96 例も併せて解析した。

【結果】 子宮頸部細胞診に認められる子宮体部由来の腫瘍細胞のうち、類内膜腺癌の細胞は低異型度から中異型度、小型から中型の細胞であり、細胞間の結合は比較的強い傾向であった。対して漿液性腺癌由来の細胞は大型細胞が特徴的であり、またエオジン好性の細胞が特徴的であった。これらの特徴的所見をもとに対象患者の頸部細胞診を再評価したところ、子宮体部漿液性腺癌は類内膜腺癌と比し子宮頸部細胞診陽性率が有意に高かった ($p < 0.01$)。臨床病期や腹膜播種の有無、筋層浸潤の深さと頸部細胞診の間には、漿液性腺癌、類内膜腺癌のいずれも有意な相関を認めなかった。

【結論】 子宮体部の腫瘍が子宮頸部細胞診に混入した場合、子宮体部漿液性腺癌は類内膜腺癌に比べ、特徴的な細胞所見を示すと考えられる。体部由来の腫瘍細胞の特徴から子宮体部漿液性腺癌を推定できる可能性があることから頸部細胞診の細胞診所見にも注目すべきである。

0-2-27 子宮体癌の腹腔細胞診所見で再発予測は可能か？

聖マリアンナ医科大学産婦人科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理診断科²⁾, 川崎市立多摩病院産婦人科³⁾

○細沼信示(MD)¹⁾, 戸澤晃子(MD)¹⁾, 近藤亜未(MD)¹⁾, 三浦彩子(MD)¹⁾, 近藤春裕(MD)¹⁾, 大熊克彰(MD)³⁾, 大原 樹(MD)¹⁾, 草刈宏有(MT)²⁾, 前田一郎(MD)²⁾, 鈴木 直(MD)¹⁾

【緒言】本邦の子宮体癌取扱い規約(2011)はFIGO2008を受け, 臨床進行期分類から腹腔細胞診が除外された。腹腔細胞診陽性のみでは予後不良因子にならないことが根拠となっているが, 将来再び進行期決定に際し必要な因子になり得る可能性がある。そこで我々は当院の子宮体癌腹腔細胞診のみが陽性であった旧 IIIa 期症例について検討を行った。

【対象】2006年~2013年の8年間で, 当院で治療した子宮体癌306例を対象とした。そのうち腹腔細胞診のみ陽性であった症例(旧 IIIa 期)は27例(8.8%)あり, さらに腹腔細胞診以外の術後再発リスクがみられなかった14例について検討した。

【方法】材料は術中の腹腔細胞診(腹水は吸引または洗浄腹水)を用いて細胞数と出現様式について検討した。検討項目は細胞数については40倍での一視野当たりの細胞数を多数と少数に, 出現様式については集塊状か孤立散在かに分類した。

【結果】腹腔細胞診陽性以外に術後再発リスクがなかった症例は14例(年齢中央値51.5歳)で2例が再発した。腹腔細胞診像で「多数かつ散在」を示す症例が2例あり, 再発症例と一致した。残る12例では無増悪生存中であり, その細胞形態は「少数もしくは集塊」の細胞像様式であった。

【考察】腹腔細胞診像から再発を来すリスク因子の一つとして「細胞集塊が多くかつ散在」の出現パターンが考慮された。単独のリスク因子とするには今後さらに症例を積み重ねていく必要があると考えられ, 再発リスクを有さないIA期において, 新たな再発予後因子となる可能性が示唆された。

0-2-28 子宮体部小細胞癌症例の臨床病理学的検討

神奈川県立がんセンター婦人科¹⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科²⁾

○ルイズ横田奈朋(MD)¹⁾, 今井一章(MD)¹⁾, 中西一步(MD)¹⁾, 飯田哲士(MD)¹⁾, 近内勝幸(MD)¹⁾, 小野瀬亮(MD)¹⁾, 加藤久盛(MD)¹⁾, 小野響子(MD)²⁾, 横瀬智之(MD)²⁾

【目的】子宮体部に発生する小細胞癌は進行が早く予後が不良な疾患として知られている。その希少性から標準的治療は確立されていない。今回我々は当院で経験した子宮体部小細胞癌症例について検討を行った。

【方法】1998年1月から2014年12月までに当院で治療を行った子宮体癌症例のうち組織学的に小細胞癌と診断された8症例を対象に臨床病理学的に検討を行った。

【成績】年齢は45-69歳で中央値は61.0歳。病期はIA期2例, IB期1例, IIIC1期3例, IVB期2例であった。1例を除きすべて類内膜腺癌と共存していた。術前の細胞診で陽性例は7例, 推定組織型は小細胞癌が1例, 類内膜腺癌G2-3が5例, ESSが1例であった。また1例は陰性であった。この陰性例では術後の再評価で小細胞癌と診断された。また術前組織診で5例が小細胞癌を含む組織型と診断された。初回治療は化学療法単独1例(IVB期), 手術療法単独2例, 手術+化学療法5例であった。初回治療にて寛解に至らず死亡した症例は2例(IVB期), 再発4例(IA期1例, IIIC1期2例)無再発生存4例であった。再発症例すべてに化学療法が施行され, 内2例は放射線療法も施行した。予後は原病死3例(OS1-24か月), 無病生存5例(RFS6-112か月)であった。

【結論】子宮体部小細胞癌の多くは類内膜腺癌などほかの組織型と混在しており術前細胞診のみで小細胞癌を推定するのは比較的困難であり組織診と合わせた慎重な評価が必要と考えられる。子宮体部小細胞癌は予後が不良とされているが, 手術療法+化学療法を主体とした集学的治療が予後の改善につながると考えられた。

0-2-29 腹腔鏡下子宮体がん根治術における術中腹腔洗浄細胞診の検討

がん研有明病院婦人科

○近藤英司(MD), 谷口智子(MD), 潮田至央(MD),
宇佐美知香(MD), 野村秀高(MD), 岡本三四郎(MD),
尾松公平(MD), 加藤一善(MD), 馬屋原健司(MD),
竹島信宏(MD)

【目的】2014年4月から本邦において早期子宮体がんに対して腹腔鏡下手術が保険収載され全国で本手術が施行されている。2008年のFIGO, 子宮体がんの進行期分類で腹腔洗浄細胞診が陽性のみの3A期は除外された。しかし現在も腹腔洗浄細胞診が予後因子である報告もあり, 陽性の場合には記録されることとなっている。腹腔鏡下手術中腹腔洗浄細胞診の陽性率についてまだ本邦での報告は少ない。そこで術中腹腔洗浄細胞診の陽性率を調査した。

【方法】2014年4月から12月までに当院で子宮体癌1A期類内膜腺癌G1-2と術前に診断し, 腹腔鏡下手術(マニピュレーター使用なし)を施行した44例と2005-2013年に子宮体癌IA期G1-2で開腹手術した663例の術中腹腔洗浄細胞診陽性率を比較検討した。

【結果】腹腔鏡下手術44例中腹腔洗浄細胞診陽性は4例(9%, 4/44), 開腹手術663例中腹腔洗浄細胞診陽性95例(14%, 95/663)であり統計学的有意差は認めなかった($P=0.56$)。腹腔鏡下手術細胞診陽性4例を検討すると腫瘍径が4cm以上である症例が3例であった。腹腔鏡下手術全44例にて腫瘍径で検討すると4cm以上で細胞診陽性3例(60%, 3/5), 4cm以下で1例(2.5%, 1/39)であり統計学的有意差を認めた($P<0.05$)。その他Grade, 脈管侵襲は有意差認めなかった。

【総括】腹腔鏡下手術において術中腹腔洗浄細胞診陽性率は開腹手術のそれと同等であり, 腫瘍径4cm以上で有意に陽性率が高くなるため, 今後マニピュレーターの使用を検討する際には腫瘍径にも十分考慮して手術に望むことが必要である。

0-2-30 子宮体癌に合併するリンパ脈管筋腫症の2症例

東京大学医学部付属病院女性外科

○鈴木研資(MD), 長阪一憲(MD), 織田克利(MD),
鶴賀哲史(MD), 足立克之(MD), 松本陽子(MD),
有本貴英(MD), 川名敬(MD), 大須賀稔(MD),
藤井知行(MD)

【緒言】リンパ脈管筋腫症(LAM: Lymphangiomyomatosis)は, 比較的若年女性に発症する難病医療費助成の対象疾患である。進行すると肺症状を主体とした全身症状を来すことが知られている。進行子宮体癌の術後病理診断から, 子宮原発のLAMと考えられた2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1: 60歳3経妊3経産。子宮体癌FIGO stageIA期, 類内膜腺癌Grade1の診断で, 準広汎子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤リンパ節郭清術を施行した。症例2: 47歳2経妊0経産。子宮体癌FIGO stage-IIIC2期, 類内膜腺癌Grade1の診断であったが, 合併症のため単純子宮全摘術・両側付属器切除術を施行した。術後化学療法を行ったが傍大動脈リンパ節径(約6cm)の縮小は認めず, 傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。

【細胞所見】腫瘍細胞は α -SMA(+), HMB-45(focally+), MelanA(focally+), PgR(-), ER(focally+), caldesmon(+)であった。

【組織所見】症例1: 摘出リンパ節62個中2個に, LAM様紡錘形細胞の増生を認め, 免疫組織学的にはA-4陽性, HMB45一部陽性を示した。症例2: 摘出リンパ節の100個中62個にLAM細胞を認めた。初回手術時の子宮摘出検体の子宮筋層内にもLAM細胞を認めたことから, リンパ行性に発育する子宮原発のLAMと考えられた。

【まとめ】画像診断では転移性リンパ節を疑ったが, 病理診断からLAMと診断された。2症例とも肺を含む他臓器にはLAMは認めず, 摘出後の再発は認めていない。子宮体癌とLAMは共にエストロゲン依存性との関連が知られている。子宮原発と考えられるLAMは稀な疾患であるが, リンパ節腫大を認める子宮体癌症例においてLAM細胞の存在を念頭に入れる必要がある。

0-2-31 子宮癌肉腫症例における子宮内膜細胞診の検討

慶應義塾大学医学部産婦人科

○真壁 健(MD), 山上 亘(MD), 坂井健良(MD),
二宮委美(MD), 和田美智子(MD), 野村弘行(MD),
片岡史夫(MD), 阪埜浩司(MD), 進 伸幸(MD),
青木大輔(MD)

【目的】子宮癌肉腫は稀な腫瘍で、早期に転移が認められる予後不良の悪性腫瘍である。子宮体がん治療ガイドラインでは骨盤・傍大動脈リンパ節生検/郭清を含む術式が推奨されており、術前に診断しておくことが望ましい。我々は子宮癌肉腫症例における術前診断について後方視的検討を行った。

【方法】2001-2014年に当院で子宮摘出を含む手術を施行し、癌肉腫と診断された22例を対象とした。術前診断は内膜細胞診および内膜組織診、骨盤MRI、術中診断は迅速病理診断についてそれぞれ検討を行った。

【結果】年齢の中央値は64(37-86)歳であった。手術進行期は1期が9例(40%), 2期が1例(5%), 3期5例(23%), 4期7例(32%)であった。組織型は同所性9例(40%), 異所性13例(60%)であった。術前の内膜細胞診は21例(95%)が陽性であったが、推定病変が癌肉腫であったのは1例のみで、他は類内膜腺癌18例、明細胞腺癌2例であった。内膜組織診は類内膜腺癌10例、癌肉腫7例、漿液性腺癌2例、明細胞腺癌、扁平上皮癌それぞれ1例で、肉腫成分の検出に対する感度は32%であった。骨盤MRIにて癌肉腫が疑われた症例は5例で、感度は23%であった。以上を組み合わせた感度は50%であった。迅速病理診断では7例が癌肉腫と診断されたため、14例(64%)は術前または術中に癌肉腫と診断可能だったが、8例(36%)は術後、永久病理標本にて癌肉腫と診断された。

【結論】子宮癌肉腫の術前診断は困難であるため、その取扱いには注意が必要である。

0-2-32 甲状腺癌頸部リンパ節転移穿刺吸引細胞像の検討

静岡赤十字病院病理診断科¹⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²⁾, 藤田保健衛生大学医学部第一病理学教室³⁾

○大塚証一(CT)¹⁾, 後藤 務(CT)¹⁾,
河原崎由紀子(CT)¹⁾, 山田清隆(CT)¹⁾,
岡本香織(CT)¹⁾, 笠原正男(MD)¹⁾, 田代和弘(MD)¹⁾,
浦野 誠(MD)²⁾, 桐山諭和(MD)²⁾, 稲田健一(MD)³⁾

【はじめに】甲状腺癌において術前、術後の転移の有無などで頸部リンパ節腫大に対する検索に穿刺吸引細胞診がしばしば用いられる。今回、頸部リンパ節穿刺吸引細胞診にて甲状腺由来が示唆された細胞像の出現形態について検討し若干の知見を得たので報告する。

【材料・方法】2008年1月~2014年3月の間にリンパ節穿刺吸引細胞診が行われた928件のうち、リンパ節生検および郭清術により組織診断が得られた52例を用い、出現細胞所見(核溝・核内封入体の有無, 細胞配列), 背景について検討した。

【結果】原発甲状腺癌の組織型は、乳頭癌50例、低分化癌2例であった。乳頭癌例のうち1例は今回の郭清術では異所性甲状腺であった。細胞診判定は、陽性38例、疑陽性14例であった。＜細胞所見＞核溝・核内封入体の有無：核溝+核内封入体36%, 核内封入体のみ26%, 核溝のみ10%, なし28%, 配列：シート状+乳頭状20%, シート状のみ20%, シート状+小集塊10%, 乳頭状のみ6%, 乳頭状+濾胞状2%, 小集塊36%, 背景：マクロファージ38%, マクロファージ+砂粒体6%, コロイド4%, 砂粒体2%, 所見なし50%

【考察】甲状腺癌のうち乳頭癌においては、核溝, 核内封入体像の特徴的な所見があり、核質の明るさ, 配列においてはシート状, 乳頭状所見から組織型の推定は容易と考えられた。背景にはコロイド成分や砂粒体もみられたがマクロファージの出現も多く認められた。組織像においても腫瘍間の拡張や囊胞性変化がみられマクロファージを含んでいることがあり、転移部におけるマクロファージの出現は乳頭癌を推定する上でも有用な所見と考えられた。

0-2-33 広島県における甲状腺細胞診の運営状況とその現状

広島県細胞検査士会精度管理委員¹、国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科²、済生会呉病院臨床検査室³、(株)福山臨床検査センター⁴、独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科⁵、公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科⁶、独立行政法人国立病院機構広島西医療センター研究検査科⁷、広島市医師会検査センター⁸

○信広亮輔(CT)^{1,2}、有谿俊一(CT)^{1,3}、新宅由佳(CT)^{1,4}、西村俊直(CT)^{1,5}、羽原利幸(CT)^{1,6}、藤本貴美子(CT)^{1,7}、山下 葵(CT)^{1,8}、佐々木なおみ(MD)²

【はじめに】甲状腺細胞診は甲状腺疾患の診断に大きな役割を担っており、適切な標本作製、細胞診断が重要である。我々は広島県内の細胞診断を行っている施設に対し、甲状腺細胞診における細胞診標本作製状況、標本の適否、細胞判定の状況を調査し、現状と問題点について検討した。

【対象と方法】広島県内 40 施設を対象とした。細胞検査士会広島県支部精度管理委員にて作成した甲状腺細胞診に関する web アンケート（ミスターアンケート）を用い、施設単位で回答を回収した。細胞検査士の勤務状況、標本作製法、細胞診断の報告様式、液状検体標本作製の有無、検体数、検体不適正率等の設問を設けた。また、バーチャルスライド（以下 VS）を用いた甲状腺細胞診症例 8 問を検体の適否、推定組織型について、広島県内の細胞検査士から回答を集めた。

【結果】アンケートは 40 施設中 31 施設（回収率 78%）、VS を用いた設問は 39 施設（回収率 98%）、120 名からの回答があった。アンケート結果からは検体処理法、報告様式、検体不適正率等の施設間差が顕著であり、特に検体不適正率には 0~48% と大きな差がみられた。VS を用いた設問ではいずれの設問も概ね 9 割以上の正当率であった。

【考察】検体不適正率が 30% を超えた 4 施設では液状検体を併用しない、穿刺時に血液が多量に採取・混入しても対処は行わない等の共通点がみられた。採取された検体量、性状に応じた適切な標本作製が検体不適正率を減少させる方法であると考えられた。検体不適正率を減らし、甲状腺細胞診の精度管理を行うことで、正確な細胞診断を目標としたい。

0-2-34 甲状腺低分化癌の細胞学的検討

東京医科大学病院病理診断部¹、東京医科大学人体病理学講座²、東京医科大学呼吸器甲状腺外科学分野³

○渡部顕章(CT)¹、松林 純(MD)²、川内ゆうか(CT)¹、稲垣敦史(CT)¹、桑原 淳(CT)¹、三宅真司(CT)¹、小池悦子(CT)¹、筒井英光(MD)³、池田徳彦(MD)³、長尾俊孝(MD)²

【目的】甲状腺低分化癌は、高分化型乳頭癌ないし高分化型濾胞癌と未分化癌との中間的な形態像および生物学的態度を示す濾胞上皮由来の悪性腫瘍と定義されるが、その細胞所見を記載した報告は少ない。今回我々は、甲状腺低分化癌の細胞学的特徴像を明らかにする目的で検討した。

【対象と方法】2007 年~2014 年までに組織学的に甲状腺低分化癌と診断された 66 例のうち、穿刺吸引細胞診標本が得られた 21 例を対象とした。また、比較対象症例として 2013 年~2014 年までの乳頭癌 31 例を用いた。細胞診上の検討項目として、採取細胞量、構造所見（島状、索状、充実性、乳頭状、およびシート状の細胞集塊）、細胞の結合性（小集塊状、ほつれ像）、血管間質（軸）の存在とその位置（中心性かラッピング構造を呈しているか）、コロイドや壊死の有無、核所見（核内細胞質封入体像、核溝、変性像）を取り上げ、各々の出現頻度を低分化癌と乳頭癌で比較した。

【結果】乳頭癌に比べて低分化癌では、島状や充実性の細胞集塊、ほつれ像、血管間質のラッピング構造、および壊死の出現頻度が有意に高かった。一方で、乳頭状やシート状の細胞集塊や、核内細胞質封入体像、核溝、および変性核といった核所見は、低分化癌よりも乳頭癌で有意に多く認められた。その他の細胞所見については、低分化癌と乳頭癌で出現頻度に有意差はなかった。

【考察】甲状腺穿刺吸引細胞診において、異型濾胞上皮系細胞が、ほつれ像、血管間質のラッピング構造、および壊死を伴って、島状や充実性の細胞集塊が多く認められた場合には、低分化癌を念頭に置いた診断が必要であると考えられる。

0-2-35 細胞診精度管理における院内がん登録の有用性について[第二報]

国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科¹⁾, 国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科²⁾

○宮久 禎(CT)¹⁾, 今村彰吾(CT)¹⁾, 小田澤由貴(CT)¹⁾, 藤本翔大(MT)¹⁾, 桑田理左(MT)¹⁾, 染矢賢俊(CT)¹⁾, 北里謙二(CT)¹⁾, 熊谷玲子(MD)²⁾, 田口健一(MD)²⁾

細胞診精度管理上, 病理組織診断結果の照合は不可欠である。通常は病理組織診や細胞診が臨床診断の根拠となっているため, 組織診と細胞診の差が通常精度管理のポイントとなる。

しかし, 組織診が未施行あるいは確認が得られなかったものについては「答え」が病理診断支援システム(Pathological Diagnosis Support System: PDSS)内に存在しない。

2013年に成立したがん登録推進法案で院内がん登録(HCR)の推進が法制化されたが, 施設のがんデータの台帳であるHCRの利用価値について細胞診関係者の理解は未だ不十分である。昨年我々はHCRを用いた細胞診精度管理の方法についてデータの作成方法を報告した。

今回は対象年数を増やした上でデータの解釈を中心に報告する。2009年から2012年までの呼吸器科細胞診(気管支洗浄・擦過・喀痰細胞診など)の患者ID・Class分類・材料区分等をPDSSからExcel fileに出力し, vlookup, if, countifsなど基本的な関数を用い, 重複検査毎の最大のClass分類を抽出し, 当院のHCRデータと結合し, 症例毎の登録の有無を集計した。

Class Vとした症例のうち, HCRに肺癌登録がない症例(非肺癌の肺転移含む)やHCRで確認出来なかった登録期間前の肺癌症例, 登録漏れ症例をわずかに認めるなど細胞診断からがん登録までの時間的ずれと登録不備による問題が見られた。Class分類別に集計することでサンプリングや診断困難例などの注意点が改めて明らかとなった。今後PDSSとHCRを併用すればさらに精度の高い精度管理が可能であろうと思われる。

0-2-36 スマートフォンを用いたテレサイトロジ

国際医療福祉大学三田病院病理¹⁾, Harvard Medical School²⁾

○森 一郎(MD)¹⁾, 八木由香子(その他)²⁾, 長村義之(MD)¹⁾

スマートフォンのカメラを顕微鏡の接眼レンズに合わせると顕微鏡写真が撮影できる。撮影した画像をメールに添付して送信すれば, もっとも簡単なテレパソロジーが成立する。特に動画撮影機能は細胞診への応用が期待される。今回我々はスマートフォンを顕微鏡の接眼レンズ部に固定する機器を2種類手に入れ, 実際に静止画と動画を撮影し興味ある結果を得たので報告する。

【材料及び方法】ファルマ社製マイクロスマホベースと, 米国Skylight社製, skylightscopeを用いた。これらを顕微鏡の接眼レンズに取り付け, スマートフォンを接眼レンズに合わせて置き, 静止画, 動画を撮影し, 伝送実験を行った。

【結果および考察】撮影は顕微鏡の接眼レンズとスマートフォンカメラレンズ間の距離の調整にややコツがあるが, 比較的簡単にきれいな画像が撮影できた。今回の2機種間では大きな違いはなかった。静止画であれば手で支えているだけでも十分撮影可能であるが, 動画は固定機器を用いたほうが良い動画が撮影できた。特に厚みのある細胞診標本の場合, フォーカスをずらす動画は十分診断に応用可能だった。撮影した約30秒の動画は, 800x480ピクセル, 29フレーム/秒で約6MBあり, メールに添付して送信できる。静止画も含め撮影する画像の解像度やファイルサイズはスマートフォン側で変更でき, 場合に応じて変えることによって条件の悪い場所や海外からもでも顕微鏡画像を送ることができた。撮影する側に視野の選択等, 一定の知識と技量を必要とするが, 細胞検査士がスクリーニングで選択した特定視野を指導医にメールで送り確定診断を求めるような場面には, 十分応用可能と考えられた。

0-2-37 細胞診 (Papanicolaou 染色) 標本のデジタル画像と光学顕微鏡像の色調に関する検討

済生会滋賀県病院臨床検査・病理診断センター

○橋向圭介(CT), 加藤元一(MD), 前田賢矢(MT),
元中 恵(MT), 西野俊博(CT), 植田正己(CT),
加藤寿一(MD), 馬場正道(MD)

【目的】近年, 病理診断のデジタル化技術の進歩により, 組織診標本・細胞診標本のデジタル画像やバーチャルスライドが普及しつつあるが, 撮影する施設や装置, 表示するモニタ等により再現される色調は様々で, 時に診断に支障をきたす場合がある. 今回, 我々は細胞診 (Papanicolaou 染色) 標本の静止画像を撮影し, 現像条件の調整を行い, 光学顕微鏡像にほぼ近い像を再現できるかを検証した.

【方法】当院にて作製された液状細胞診標本 (婦人科の角化型扁平上皮癌, 呼吸器の角化型扁平上皮癌, 体腔液の転移性腺癌) に Papanicolaou 染色を施行し, Canon 社の EOS 5D Mark 3 で予めホワイトバランスを調整したのち RAW 形式の静止画像を撮影. この静止画像を元に, 光学顕微鏡像と対比しながら, 現像ソフトである Digital Photo Professional にて現像条件 (明るさ, コントラスト, 色相, 彩度, シャープネス, ダイナミックレンジ) を細かく調整して現像を行い, 色域の広く階調特性がきちんと調整されたモニタで表示し, 光学顕微鏡像に近い像をモニタ上で再現可能かを検証した.

【結果】用いた Papanicolaou 染色標本の色調は出現細胞により様々であるが, RAW 現像時の現像条件を細かく調整することで, 光学顕微鏡像にほぼ近い像を再現することができた.

【考察】細胞診断に用いる Papanicolaou 染色標本は施設間や撮影装置, 表示するモニタ等によって色調の見え方が異なるため, 特定の標準色に整えることは技術的に不可能であるが, 撮影条件をある程度調整した RAW 形式の静止画像の現像条件を細かく調整することで, 観察者が普段見慣れている光学顕微鏡像に近いものにする事は可能である.

0-2-38 細胞診標本中に出現する微量細胞からの遺伝子解析

慶應義塾大学医学部産婦人科

○赤羽智子(CT), 平沢 晃(MD), 富永英一郎(MD),
青木大輔(MD)

【目的】腫瘍組織標本や細胞診標本には目的とする腫瘍細胞が少数である症例や, 同一標本中に細胞形態の異なる腫瘍細胞が出現する場合がある. また, 組織や細胞の採取が困難な臓器では採取検体から細胞診検査と遺伝子検査を同時に行うことは難しい. そこで細胞診標本中に出現した微量細胞でも解析可能な遺伝子解析法を検討した.

【対象および方法】TP53 p.R273H が検出されるヒト食道扁平上皮癌由来細胞株 A431 について当該遺伝子変異の検出可能な最小細胞数を検討した. A431 の Papanicolaou 染色標本を作製し Laser Capture Microdissection 法にて 20, 10, 5, 3, 1 個の細胞を単離し変異部位を細胞ペレットより抽出したサンプルと比較した. 遺伝子解析は multiplex-PCR 後, 再度 PCR 増幅を行いダイレクトシーケンスにて配列を検出した. 同様の解析を TP53 遺伝子に変異のないヒト卵巣癌由来細胞株 JHOC5 についても行った. さらに卵巣癌症例の腹水検体の Papanicolaou 染色標本について解析を行い, 解析手技が患者検体の少数の腫瘍細胞に応用可能であるか検討した.

【成績】A431 細胞における遺伝子配列の検出は細胞数 3 個以上で可能であり, 同様の解析法にて JHOC5 細胞に遺伝子変異は検出されなかった. 腹腔細胞診標本中に出現した細胞でも遺伝子解析は細胞 3 個以上で可能であり, 特に異型の強い 3 個の癌細胞の解析では複数の変異が検出された.

【結論】本解析手技による遺伝子解析法は Papanicolaou 染色標本中に出現した細胞にて可能であることから, 腫瘍細胞の出現が少数の標本や所見の異なる細胞の形態と遺伝子変異との比較および多数の細胞採取が難しい臓器由来の細胞検体における遺伝子解析に有用な手法であると考えられる.

O-2-39 細胞診検体における SNP タイピングを用いた個体識別法の構築

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○柿島裕樹(CT), 澁木康雄(CT), 佐々木直志(CT),
吉田正行(MD), 葛 幸治(MD)

【目的】細胞診における検体取違い防止は、医療安全管理の重要課題であり、取り違いの可能性が生じた場合は、高い精度の検証法が必要である。今回我々は、SNP タイピングを用いた迅速かつ簡便な個体識別法を構築したので報告する。

【方法】細胞診残余検体とパパニコロウ染色標本より、TaqMan Sample-to-SNP Kit (アプライドバイオシステムズ) を用いてサンプル調整を行った。ターゲットとした SNP は TaqMan SNP Genotyping assays を用い、1. 日本人において多型頻度が高いこと、2. 腫瘍において LOH の率が低いと報告されている locus に存在すること、を指標に選択した。PCR および解析には StepOne Plus を用いた。

【結果】同一患者の残余検体とパパニコロウ染色標本において SNP タイピングは一致した。また異なる患者検体間では、SNP タイピングは異なる結果が得られた。

【考察】同一患者の細胞診検体とパパニコロウ染色標本の SNP タイピングが一致し、患者検体間で異なる結果が得られたことから個体識別は可能であると考えられる。分子生物学的手法を用いた個体識別法のスタンダードは、マイクロサテライトや STR のような反復配列の回数を利用した個体識別法であるが、DNA 抽出処理に手間がかかり、解析にシーケンサーが必要である。今回構築した SNP タイピングを用いた個体識別法は、試薬とインキュベーションするだけでサンプル調整は終了し、PCR 終了後、同一のアプリケーションで解析が行われ、迅速かつ簡便に判定が可能である。

【まとめ】今回構築した SNP タイピングを用いた個体識別法は、約2時間で判定が可能で、操作も簡便であり、細胞診検体取違いの検証に有用である。

◇一般演題(示説)

P-1-1 口腔細胞診における従来法と LBC 法併用の有用性について

千葉西総合病院

○浮ヶ谷匡恭(CT)

【はじめに】口腔細胞診では、検体採取時の状況によって採取される細胞量にばらつきを生ずることがしばしば見られる。当院では従来法(Pap 染色+Pas 染色)に LBC 法を加えた3枚を1セットとして作製しており、LBC 法によって細胞量・大体の出現細胞の把握を、従来法によって、Candida の有無や詳細な細胞の把握を行っている。今回、従来法ではあまり細胞が見られなかった症例など数例を提示し、検討する。

【症例1】60代女性。左舌に潰瘍を認め来院。

【細胞所見(従来法)】

【細胞所見(LBC法)】

【症例2】30代男性。右舌に潰瘍を認め来院。

【細胞所見(従来法)】スライドガラスに検体を塗抹する際、唾液性の検体であったため従来法の検体では殆ど細胞が採取されなかった。

【細胞所見(LBC法)】強い角化・核肥大を呈する扁平上皮が僅かに見られ、異形成が示唆された。

【組織所見】錯角化の亢進や有棘層の肥厚、脚の肥厚・延長からなる leukoplakia に相当する変化が見られると共に、一部に有棘層の異角化、基底層付近の核腫大・核分裂像が認められ軽度の上皮異形成と診断された。

【まとめ】今後、腔癌検診の普及に伴い様々な施設で採取された検体が増えてくることを考えられ、LBC 法と従来法の両方を比較できるこの標本作製方法には、ある程度の意義があると考えられる。

P-1-2 口腔細胞診材料を用いた液状化検体細胞診の形態比較検討

日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科¹⁾, 日本大学松戸歯学部²⁾, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座³⁾

○二谷悦子(CT)¹⁾, 松本 敬(CT)¹⁾, 山本浩嗣(DDS)²⁾, 久山佳代(DDS)³⁾

【目的】 口腔粘膜は扁平上皮細胞で被覆されている。その各部位は外的刺激の程度によって出現細胞形態に差があるため、採取場所、採取器具に注意して判定を進めていく必要がある。今回我々は同一検体の液状化検体細胞診(LBC)と従来塗抹標本を用いて各部位の細胞形態比較の検討を行ったので報告する。

【方法】 健常人の頬粘膜、歯肉より採取器具4種類(サイトブラシ、歯間ブラシ、Orcellex brush、綿棒)を用いて細胞擦過を実施し、従来塗抹標本作製後にLBC固定液に採取器具の先端を回収した。作製標本を用いて細胞形態、細胞質の染色性、長径、面積の計測を行い部位、採取器具の違いがあるかを確認した。

【結果】 頬粘膜と歯肉では歯肉において小型化、厚みのある細胞の出現が認められた。従来塗抹標本とLBCでは細胞径はほぼ変わらないものの、LBCの方が細胞径が大きくなる検体が多くその傾向は頬粘膜擦過において高かった。採取器具間ではブラシ採取が綿棒採取と比較して径が小さかった。ブラシ3種の中でもサイトブラシとOrcellex brushではOrcellex brushの方が小型化する傾向にあり細胞辺縁の折れ曲がりなどが顕著であった。

【考察】 口腔内の細胞擦過には乾燥が伴うことも多いため、採取器具をブラシにすることやLBCを選択することは診断精度向上に寄与することが示唆された。ただし、婦人科材料で報告されているほどの従来塗抹とLBCでの細胞の大きさの違いはないことが推察されたが、一方で歯肉において細胞の小型化や厚みがある細胞の出現が増加することは、外的刺激によるものや採取部位の組織の硬さなどに関係しており、採取部位ごとの特徴を踏まえた上での判定を進める必要がある。

P-1-3 細胞診でNILMと判定された口腔扁平上皮癌の2例

松江市立病院歯科口腔外科¹⁾, 松江市立病院臨床検査科²⁾, 松江市立病院中央検査科³⁾, 島根大学医学部歯科口腔外科学講座⁴⁾

○市山友子(DDS)^{1,4)}, 成相義樹(DDS)^{1,4)}, 吉田 学(MD)²⁾, 神田美津子(CT)³⁾, 野津元秀(CT)³⁾, 岩橋輝明(DDS)⁴⁾, 秀島克巳(CT)⁴⁾, 関根浄治(DDS)⁴⁾

【はじめに】 口腔がんは全がんの約1%を占めるに過ぎないが、高齢化にともないわが国での罹患率は増加傾向にある。口腔扁平上皮癌においては、病理組織学的に表層分化型を呈するものが多いため、細胞診で表層の細胞のみが採取された場合、False negativeあるいは境界病変と診断されることがある。今回、細胞診においてNILMと診断された口腔扁平上皮癌の2例を経験したので報告する。

【症例】 1例目は、51歳の女性。右舌縁部の難治性潰瘍と疼痛を自覚し、精査加療目的に当科紹介となった。右舌縁部に表面不整で弾性硬の潰瘍を伴う30×13mm大の腫瘤を認めた。CTでは、右舌縁部から咽頭側壁におよぶ不均一に造影される病変を認めた。画像上所属リンパ節の腫大はみられなかった。舌悪性腫瘍の疑いで擦過細胞診を施行したところ、NILMと判定された。病理組織診では低分化～中分化型の扁平上皮癌と診断された。2例目は59歳の男性。会社の健康診断で行った上部消化管検査で、左舌縁部の白色病変の存在を指摘され、精査加療目的に当科紹介となった。左舌縁部に35×20mm大の接触痛を伴う白色病変を認めた。同部より擦過細胞診を施行したところ、NILMと判定された。病理組織診では高分化型の扁平上皮癌と診断された。

【まとめ】 口腔細胞診で境界病変と診断された場合、生検等で悪性の可能性を否定する必要があると思われる。

P-1-4 細胞診にて扁平上皮癌と推定された下顎 歯肉疣贅型黄色腫の1例

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○小池尚史(DDS), 菅野貴浩(DDS), 辰巳博人(DDS),
岩橋輝明(DDS), 秀島克己(CT), 関根浄治(DDS)

【緒言】疣贅型黄色腫は、歯肉や歯槽粘膜などの口腔粘膜に発生するまれな良性の表在性病変である。肉眼的には白色あるいは赤色部が混在し、粘膜表面の乳頭状ないし疣贅状の隆起を示し、潰瘍形成を認める場合もある。病理組織学的には、均一に伸長した上皮の乳頭状増生と上皮脚間結合組織の泡沫細胞を特徴とする。今回われわれは、臨床所見と擦過細胞診で悪性腫瘍を強く疑うも、組織診にて疣贅型黄色腫と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】68歳、女性。主訴は下顎前歯部歯肉の違和感。近医歯科にて歯周治療中に下顎歯肉の粘膜病変の存在を指摘され、当科に紹介。初診時、顔貌は左右対称であり、頸部リンパ節の腫大や圧痛は認めなかった。左下歯肉に15mm大の表面粗造な隆起性病変を認めた。周囲の歯牙、粘膜には異常所見を認めなかった。悪性腫瘍の臨床診断のもと、擦過細胞診を施行した。N/C比の増大、核不整と大小不同の異型細胞を認め扁平上皮癌と推定されたため生検を行ったところ、疣贅型黄色腫の病理診断を得た。その後、病変は全身麻酔下に骨膜下で一塊切除した。最終病理診断も同様の結果であった。術後の経過は良好である。

【結語】初診時の細胞診で核異型が強く悪性を疑ったが、これは強い炎症により核の腫大が生じたためと思われた。疣贅型黄色腫の臨床像は多彩で、初期癌と診断されることもあるとされており、臨床像や臨床経過も併せ評価する必要があると考えられた。

P-1-5 奇異な細胞像を示した上顎歯肉扁平上皮 癌の1例

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野¹⁾,
朝日大学歯学部口腔病態医療学講座顎顔面外科学分
野²⁾, カワラダ歯科口腔外科³⁾

○永山元彦(DDS)¹⁾, 金子裕康(DDS)²⁾,
伊藤友里(DDS)²⁾, 長縄鋼亮(DDS)²⁾,
江原道子(DDS)¹⁾, 中尾寿奈(DDS)¹⁾,
川原田幸司(DDS)³⁾, 住友伸一郎(DDS)²⁾,
式守道夫(DDS)²⁾, 田沼順一(DDS)¹⁾

【はじめに】口腔の扁平上皮癌は重層扁平上皮細胞の角化傾向の強い高分化型が多いため、細胞診ではオレンジG濃染の表層角化細胞やライトグリーンに染まる表層から中層細胞の細胞異型を認めるが、深層細胞まで採取されない場合は、表層細胞の細胞異型を重視している。我々は細胞診で奇異な細胞像を示した歯肉に生じた扁平上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】74歳の男性。左側上顎歯肉の出血を伴う腫脹を主訴に来院した。約2ヶ月前から出血を自覚していたという。病変は左側上顎第1小臼歯から第2大臼歯部の歯肉から口蓋にかけて広がる隆起性腫瘍で、表面は粗造で発赤を伴い、微小な凹凸を示した。悪性腫瘍の診断により擦過細胞診と生検を施行した。

【細胞所見】Papanicolaou染色で炎症性背景にクロマチンの増量と核腫大を示す異型核を有するオレンジG濃染やライトグリーン淡染色性を示す異型細胞の集塊を認め、細長い細胞質突起を伸ばして紡錘形を示すライトグリーン淡染色性異型細胞も認めたが、深層の異型細胞は認めなかった。

【組織所見】病変は境界明瞭で、乳頭状外方向性増殖を示しながらも深部への浸潤も示した。腫瘍細胞は細胞異型性が強く、胞巣中心部は紡錘形細胞で構成され、星網状を示す異型に乏しい細胞も見られた。免疫染色ではCK19には陰性で、Ki-67, p53, p63には陽性を示した。組織所見や免疫染色結果から扁平上皮癌と診断した。

【まとめ】本症例は、表層細胞の変化のみで悪性と判断するには情報が乏しく、またライトグリーン淡染色性で紡錘形を示す奇異な細胞がみられ、組織所見で変化に富む細胞形態が明らかになった。

P-1-6 回盲部子宮内膜症の1例

(株) 正和ラボラトリー¹⁾, 丸山記念総合病院²⁾, 済生会川口総合病院病理診断科³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科⁴⁾

○船津靖亮(CT)¹⁾, 鈴木君義(CT)¹⁾, 大久保昭治(CT)¹⁾, 宮崎稚菜(CT)¹⁾, 丸山正統(MD)²⁾, 丸山正董(MD)²⁾, 佐藤英章(MD)³⁾, 清水道生(MD)⁴⁾

【はじめに】腸管子宮内膜症は子宮内膜症患者の7~37%で認められると報告されているが、回盲部子宮内膜症は2%以下と比較的稀である。今回、回盲部に発生した子宮内膜症を経験したので報告する。

【症例】32歳、未経妊未経産、心窩部腹痛を主訴とし近医受診、腸閉塞が疑われ当院を紹介入院となる。バルーン挿入などで改善傾向にあったが、月経直後に腸閉塞様症状が出現し悪化していた。画像診断で回盲部に腫瘤を認め、内膜症による腸閉塞が考えられたが悪性の可能性も否定できなかった。子宮内膜症で卵巣切除歴があり、これらの所見から子宮内膜症による癒着性腸閉塞の診断で手術となった。術中摘出材料で回盲部に粘膜下様腫瘤を認めFNAを施行した。

【細胞所見】孤立散在性に出現する間質細胞と凝集した間質細胞を背景に、子宮内膜細胞と考えられる上皮細胞を集塊状に認めた。一部では化生性的変化を有した細胞がみられたが、上皮細胞はシート状が多く、構造異型や核の異型性はみられなかった。以上より細胞診断は陰性とし子宮内膜症を強く疑った。

【肉眼所見】肉眼的には回盲部に粘膜下腫瘍を認め、粘膜表面には点状出血が認められた。

【組織所見】粘膜下、筋層内、漿膜下組織内に内膜腺上皮と間質からなる島状組織が認められ、回盲部子宮内膜症が考えられた。免疫組織化学的検索では、内膜腺部分はER(+), PR(+), CK20(+), CK7(-), CD10(+)で、回盲部子宮内膜症と診断された。

【まとめ】回盲部子宮内膜症を経験したので報告した。

P-1-7 EUS-FNAで推定しえた胃の気管支原性嚢胞の一例

北里大学北里研究所病院病理診断科

○古澤亜希子(CT), 榎本あつみ(CT), 長田晶子(CT), 森永正二郎(MD)

【はじめに】気管支原性嚢胞は胸腔内や縦隔内に発生することが多く、腹腔内に発生することはまれである。また、術前の画像診断が困難であり摘出後に診断がつく事が殆どであるが、今回、EUS-FNAで推定しえた胃の気管支原性嚢胞を経験したので報告する。

【症例】34歳女性。3ヵ月程前より持続する背部痛を主訴に受診。CT, MRIにて胃噴門部直下(肝との間)に21mm大の嚢胞状病変を指摘された。その後のEUSでGISTが疑われ、EUS-FNAが施行された。その結果、細胞診所見から気管支原性嚢胞が疑われたため、腹腔鏡下胃部分切除術が施行された。

【EUS-FNA所見】ライトグリーンに淡染性を示す豊富な粘液と組織球を背景に、線毛円柱上皮細胞が散在性~集塊で認められ、気管支原性嚢胞が疑われた。異型細胞は認められなかった。

【組織所見】摘出された組織は、胃壁とこれに接する嚢胞性病変から成り、嚢胞性病変は多列線毛円柱上皮細胞で裏打ちされており、杯細胞が介在していた。上皮下には平滑筋組織が認められ、この平滑筋組織は胃壁の平滑筋組織と連続していた。軟骨組織は認められなかった。線毛円柱上皮細胞はTTF-1陽性で、p63陽性の基底細胞も認められたことから、気管支原性嚢胞と診断された。

【考察】胃の気管支原性嚢胞は稀で、これまで本邦では13例報告されているにすぎない。臨床症状に特徴的なものがなく、画像も様々な所見を呈することから術前に診断された症例は極めて少なく、これまでに細胞診で推定しえた報告例はない。しかし、EUS-FNAの細胞診検体中に線毛円柱上皮細胞を認識することが出来れば、術前に気管支原性嚢胞と推定することは可能と考えられる。

P-1-8 乳児に発生した胃原発未熟奇形腫の1例

川崎医科大学附属病院病理部¹⁾, 川崎医科大学病理学¹⁾, 川崎医科大学病理学²⁾, 川崎医科大学病理学³⁾

○米 亮祐(CT)¹⁾, 福屋美奈子(CT)¹⁾, 菅野豊子(CT)¹⁾, 小林江利(CT)¹⁾, 小林博久(CT)¹⁾, 鐵原拓雄(CT)¹⁾, 藤原英世(MD)²⁾, 西村広健(MD)²⁾, 濱崎周次(MD)²⁾, 鹿股直樹(MD)³⁾

【はじめに】小児に発生する胚細胞腫瘍の多くは成熟奇形腫であり, ついで未熟奇形腫, 卵黄嚢腫瘍である。未熟奇形腫は卵巣, 後腹膜, 精巣, 仙骨部の順で発生頻度が高いが, 胃原発は稀である。今回, われわれは胃原発の未熟奇形腫を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】症例は0歳代男児。腹部膨満と嘔吐のため, 近医より紹介受診。腹部エコー及び造影CTにて石灰化を伴う嚢胞状および充実性の腫瘍を認め, 奇形腫疑いにて切除術が施行された。

【細胞診所見】腫瘍内容液: 扁平上皮細胞とともに, ライトグリーンに好染し不整核を有する細胞と散在性に裸核状の細胞が多数みられた。これらの細胞とともにメラニン含有細胞も多数出現していた。摘出腫瘍の捺印および穿刺吸引細胞診: 扁平上皮細胞とともに裸核状の細胞が多数出現した。一部の細胞集塊はロゼット様を呈していた。また, 未熟な神経管様構造も認められた。

【病理組織所見】摘出材料は, 約14×8×7.5cm大, 重量は約300gであった。嚢胞部と充実部がみられ, 充実部の剖面は白〜灰白色, 一部, 褐色調であった。組織学的には中枢神経, 皮膚, 平滑筋, 骨・軟骨, 呼吸上皮, 腸管, 脈管構造に加え, 神経管様構造など, 未熟な神経組織がみられたため, 未熟奇形腫と診断した。また, 胃壁の粘膜下層と腫瘍成分との連続性がみられ, 胃原発と考えられた。

【考察およびまとめ】胃原発の未熟奇形腫は非常に稀である。今回は, 扁平上皮細胞やメラニン含有細胞に加え, 未熟な神経管やロゼット形成を認めたことより, 未熟奇形腫とした。一般に小児の場合, 未熟奇形腫は予後が良好であるが, 悪性成分の有無には注意する必要がある。

P-1-9 腹水中に認められた杯細胞カルチノイドの1例

一般財団法人津山慈風会津山中央病院臨床検査部¹⁾, 一般財団法人津山慈風会津山中央病院病理診断科²⁾

○浜田和久(CT)¹⁾, 三宅孝佳(MD)²⁾

【はじめに】杯細胞カルチノイドは杯細胞と内分泌細胞とが混在している稀な腫瘍である。今回, 我々は腹水中に腫瘍細胞が観察された大腸原発の杯細胞カルチノイドを経験したので報告する。

【症例】30代男性。家族癩および既往歴に特記所見なし。下痢と腹痛にて当院受診。腹部CTにて, 腹水および横行結腸に腫瘍を認められ, 大腸内視鏡および腹水試験穿刺を施行された。

【細胞診所見】腹水では, 豊富な粘液を有し, 核の偏在する印環細胞様の腫瘍細胞が観察され, 印環細胞癌が推定された。

【組織診所見】類円形から多角形の異型核と粘液産生性胞体を有するSignet ring cell様の腫瘍細胞が, 粘膜固有層で集簇増生しています。低分化なAdenocarcinomaと推定されたが, 追加施行した免疫染色では腫瘍細胞は, CD56(+)となり, Goblet cell carcinoidと診断された。

【まとめ】杯細胞カルチノイドはいわゆる通常のカルチノイドとは異なり, 腺癌の性格を有し, 浸潤および播種が比較的多い。腹水細胞診で, 印環細胞型の腫瘍を認めた場合には胃癌のみならず杯細胞カルチノイドも念頭に置き, 鑑別する必要があると考えられた。

P-1-10 GIST 症例の細胞像の検討

神奈川県立がんセンター医療技術部検査科¹, 神奈川県立がんセンター病理診断科², 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室³, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科⁴

○小林志津子(CT)¹, 北村隆司(CT)³, 北村和久(CT)¹, 酒井麻衣(CT)¹, 小島朋子(CT)³, 鷺見公太(MD)², 小野響子(MD)², 河内香江(MD)², 尾松睦子(MD)⁴, 国村利明(MD)⁴

【はじめに】GIST(gastrointestinal stromal tumor)は消化管粘膜下にある未熟な間葉系細胞に由来する肉腫の一種とされ, 他の間葉系腫瘍との鑑別は治療法に直結することから重要性が極めて高いと考えられている。本型の細胞像をみる機会は従来, 腫瘍摘出後の捺印細胞標本が大半であったが, 超音波内視鏡下穿刺針生検(EUS-FNA)が普及した今日では, その検体の適否を決定する迅速細胞診の際にしばしば遭遇する腫瘍の一つと言える。今回我々は14例のGISTを用いてその細胞像をまとめたので報告する。

【対象と方法】GISTと診断された症例の穿刺吸引細胞診標本4例と原発組織(胃, 腸管)および転移巣(肝臓)捺印標本10例にパパニコロウ染色とギムザ染色を施し, その細胞像を比較検討した。

【結果】全症例での腫瘍細胞の核は概ね類円形~楕円形を示し, 背景には同様の裸核細胞が出現していたが, 14例中4例(28.6%)では葉巻状を呈する長楕円形核がみられた。また, 核形不整は14例中8例(57.1%), 14例中7例(50%)において明瞭な核小体を認めた。なお, 全例の細胞診標本において明らかな核分裂像は確認できなかった。出現形態は散在性, 小型から中型の集塊状を呈しており, 後者の集塊の中には周囲基質にギムザ染色にて異染性(メタクロマジー)を示すものが14例中12例(85.7%)観察された。

【まとめ】GISTは免疫組織化学的検索によって診断されるため細胞診が最終診断となることはない。GIST検索を目的としたEUS-FNA時の細胞診検査においては, 一般的細胞像を熟知している必要があることに加え, 今回はギムザ染色で腫瘍細胞集塊に周囲基質の異染性を示したGIST症例の割合が高く組織推定の一助となる可能性が示唆された。

P-1-11 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診が有用であった腎腫瘍の2例

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹, 富山県立中央病院病理診断科²

○宮本藤之(CT)¹, 石澤伸(MD)², 矢野彩子(CT)¹, 清水雅彦(CT)¹, 酒井哲也(CT)¹, 中西ゆう子(MD)², 内山明央(MD)²

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration 以下EUS-FNA)は, 胃や十二指腸等の消化管から超音波内視鏡で胸腹部や骨盤内の腫瘍を観察し, 消化管内から針を刺して細胞を採取する方法である。今回, 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診において, 腎腫瘍2例を経験したので報告する。

【症例1】40歳代, 女性, 健診にて胃体部後壁隆起性病変を指摘され精査加療目的に当院紹介。胃内視鏡施行され, 胃体部大弯側に半球状のSMTを認め, EUS-FNAを施行された。細胞診では軽度の重積性のある細胞集塊及び孤立散在性に出現する悪性細胞を認めた。細胞は多稜形から類円形, 細胞質は豊富, 核は類円形で腫大, 大小不同, 核形の不整, クロマチンの増量, 核小体がみられ, 2核細胞もみとめられ腎癌が疑われた。同時に施行された組織診では嫌色素性腎細胞癌であった。

【症例2】50歳代, 男性, 7年前よりAMLにて通院中, 3年前に骨髄移植後再発なし。貧血, 盗汗を伴う発熱を認め外来受診, CTにて左腎盂ならびに肝に腫瘍が認め, 診断目的にEUS-FNAが施行された。細胞診では重積性のある細胞集塊及び孤立散在性に出現する悪性細胞を認めた。細胞は類円形, 細胞質は泡沫状で一部に空胞をみとめ, 核は類円形で腫大, 大小不同, 核形の不整, クロマチンの増量, 核小体がみとめられ高異型度尿路上皮癌が疑われた。同時に施行された組織診では左腎盂原発高異型度尿路上皮癌であった。

【まとめ】腎腫瘍においてもEUS-FNAは有用な診断方法であると考えられた。

P-1-12 膵 EUS-FNA 迅速細胞診を導入して

独立行政法人国立病院機構呉医療センター中国がんセンター病理診断科¹⁾, 同 臨床研究部²⁾, 同 院長³⁾

○田中美帆(CT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾,
中川裕可里(MT)¹⁾, 坂根潤一(CT)¹⁾, 西村俊直(CT)¹⁾,
谷山大樹(MD)¹⁾, 斉藤彰久(DDS)¹⁾, 倉岡和矢(MD)^{1,2)},
谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】当院では経消化管的な超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)による膵腫瘍の迅速診断を行っている。合併症を防ぐために、できるだけ少ない穿刺回数での診断が望まれる。本検討では、迅速細胞診導入前後の診断率と報告時間について比較検討を行ったので報告する。

【対象】2010年3月～2014年11月に採取された70例を対象とした。内、従来法(迅速診断未実施)は、2012年9月までの25例。迅速診断施行は、それ以降の45例。

【方法】迅速診断実施前は、臨床側で穿刺後細胞診専用固定液(LP)で内筒を洗い、Pap染色のみでの診断を行っていた(従来法)。迅速診断実施後では、以下の工程で標本作製並びに迅速報告を行った。臨床医が穿刺吸引材料を病理に持参し、ドラフト内でスライドガラス上に吹き付ける。吹き付けられた検体を病理医が肉眼的に観察し、組織切片の有無や血液等の除去を行う。血餅等はLPへ入れる。穿刺針内筒を生食で洗浄。スライドの残渣物はDiff-Quick染色を行う(迅速診断標本)。診断時に臨床医を交えて鏡検を行う。

【結果】従来法25例中、細胞診断の内訳は陽性(腺癌)15例(60%)、疑陽性(腺癌疑い、異型腺細胞)2例(8%)、陰性7例(28%)、検体不適1例(4%)であった。迅速診断を実施した45例の永久診断は、細胞診断陽性(腺癌、神経内分泌腫瘍)は35例(78%)、疑陽性(腺癌疑い、異型腺細胞)は6例(13%)、陰性は4例(9%)、検体不適は0例(0%)であった。診断に要した日数および穿刺回数は、従来法では平均3日、3.3回、迅速診断では平均38分、2.4回であった。

【まとめ】迅速診断導入により、診断率が向上し報告日数の短縮に繋がった。

P-1-13 胆管・膵管擦過ブラシ洗浄液の従来法とLBC法との細胞学的検討

宮崎大学医学部附属病院病理部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科³⁾

○徳満貴子(CT)¹⁾, 野口裕史(CT)¹⁾, 峰松映子(CT)¹⁾,
大野招伸(CT)¹⁾, 神田修司(MT)¹⁾, 黒木栄輝(CT)¹⁾,
西川詩織(MT)¹⁾, 佐藤信也(CT)³⁾, 盛口清香(MD)²⁾,
佐藤勇一郎(MD)^{1,2)}

【背景】胆道系・膵臓に発生する腫瘍は、近年増加傾向にある。画像診断の発展により早期発見例も多くなっているが、良悪性の判断には、細胞診または生検病理診断が不可欠である。Liquid-Based Cytology(LBC)法(Hologic社, ThinPrep)は、胆道系・膵腫瘍にも応用されてきているが、腫瘍の亜分類との関連について、十分な知見はない。

【目的】我々は、昨年の本学会で、疑陽性例を中心に、従来法とLBC法についての細胞形態の違いを比較検討し、LBC法での有用性について報告した。今回、症例数を増やし、病理組織像とLBC法の比較・検討により、胆道系・膵腫瘍の診断精度の向上を目的とする。また免疫細胞化学(p53)での検討も合わせて行う。

【対象と方法】2012年10月から2014年11月の間に提出された、胆道・膵臓領域の擦過ブラシ洗浄液で、従来法とLBC法ともに標本作製し、組織診断も行われた149例について再評価を行った。細胞診・組織診ともに良性の28例、細胞診・組織診ともに悪性の54例について、従来法とLBC法での細胞像の形態学的比較を行った。検討項目として、(1)集塊を構成する細胞数、(2)集塊の配列異常・重積性、(3)核の大きさ・核形不整、(4)核小体の大きさ・数について検討する。また、LBC標本で免疫細胞化学を行い、p53が良悪性の診断に有用な抗体であるかを検討する。

【結論】胆管・膵管擦過ブラシ洗浄液のLBC法標本において、細胞形態を検討し、免疫細胞化学結果を含めて、悪性細胞の判定基準となりうる所見を報告する予定である。

P-1-14 膵液細胞診で悪性としたが、組織学的に癌細胞のなかった症例の検討

広島赤十字・原爆病院病理診断科

○坂谷暁夫(MD), 藤原 恵(MD), 和田健一(CT),
小路伊奈子(CT), 久保 望(CT), 永崎裕志(CT),
村上 寛(CT)

【はじめに】膵腫瘍の治療には適切な時点で手術をする必要があるが、同時に大きな負担であり、正確な診断が必要である。そこで膵液細胞診で癌細胞としたにもかかわらず、膵の手術材料で癌細胞やその前駆細胞を見出せず、術後4年経過しても異常のなかった症例を見返した。

【対象および方法】2000年から2010年の間に膵液細胞診で癌細胞ありと判定し、提出された膵の組織診検体で癌細胞が確認されず、4年以上経過した2014年末時点で生存していた症例は6例であった。これらについて、組織所見・細胞所見を見直し、overdiagnosisをした原因を考察した。

【結果】組織診では6例中1例のみが膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)と診断されていたが、6例全てに粘液上皮の過形成性変化が観察された。細胞診断では、孤立性細胞ないし小型集塊および、N/C比増大と核配列の乱れを示す集塊に対して悪性を疑われた検体が多く、大型乳頭状集塊に対して悪性を疑われた検体は少なかった。

【考察】良性のIPMNの一部箇所および再生上皮において軽微なN/C比増大と核配列の乱れが出現するが、これらの所見を正しく認識する必要があると考えた。また、背景に好中球の多い細胞標本では孤立性細胞が多いが、組織標本では対応する所見がなく、ENPDチューブ自体が炎症刺激となって細胞所見に影響を与える可能性も示唆された。膵液細胞診では、N/C比ではなく核腫大を正確に判定することが良悪の鑑別に有用であり、核クロマチン濃度の評価を加味することで診断の正確性が増すと考えた。

P-1-15 超音波内視鏡下穿刺吸引 EUS-FNA にて診断し得た膵腺房細胞癌の1例

京都大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 京都民医連中央病院病理診断科²⁾

○山口真希(MD)¹⁾, 白波瀬浩幸(CT)¹⁾,
南口早智子(MD)¹⁾, 柴山隆宏(MD)¹⁾, 吉澤明彦(MD)¹⁾,
藤田葉子(MD)²⁾, 羽賀博典(MD)¹⁾

【はじめに】膵腺房細胞癌は、膵癌の約1-2%でありEUS-FNAの診断機会は多くない。診断時に内分泌腫瘍や充実性偽乳頭状腫瘍等の低悪性度腫瘍との鑑別を要するが、腺房細胞癌は高悪性度腫瘍であり、術式決定の観点からも術前診断が重要である。今回EUS-FNAで診断し得た腺房細胞癌を経験したので報告する。

【症例】78歳男性。人間ドックで腹部超音波にて25mmの膵頭部腫瘍を認めた。MRCP, CTでは主膵管拡張はなかった。臨床的には無症状であり、胆道系酵素・膵酵素やCA19-9の上昇もみられなかった。IgG4 254 mg/dLと上昇を認めたため、IgG4関連自己免疫性膵炎を疑い、EUS-FNAが施行された。

【細胞所見・セルブロック】異型細胞が平面状ならびに房状集塊で多数出現していた。腫大した核は類円形で大小不同を示し、好酸性の明瞭な核小体を有していた。細胞質は好塩基性顆粒状で、細胞境界不明瞭であった。腺房細胞癌を強く疑い、セルブロックの免疫組織化学染色にて、Bcl10, trypsin 陽性を確認し、診断を確定した。

【組織所見】膵頭部に3.0 x 2.5 x 2.1 cm大の膵内に限局する比較的境界明瞭な白色充実性腫瘍を認めた。顆粒状で比較的広い細胞質と明瞭な核小体を有する腫大した核を伴った腫瘍細胞が、腺房状、乳頭状、大索状、充実性に増殖する腺房細胞癌の像であった。門脈浸潤を認めたが、転移は明らかではない。IgG4関連疾患の像はみられなかった。

【結語】明瞭な核小体と顆粒状の細胞質が特徴的であり、EUS-FNAにより十分量の腫瘍細胞を得ることで、形態と免疫組織学的検索により正確な術前診断が可能であった。

P-1-16 膝退形成癌・紡錘細胞型の1例

東海大学医学部附属八王子臨床検査技術科¹, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科², 東海大学医学部附属病院病理検査技術科³, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁴

○町田知久(CT)¹, 伊藤 仁(CT)³, 加戸伸明(CT)³, 渡具知克(CT)¹, 藤田大貴(CT)¹, 平岩真一郎(MD)², 井野元智恵(MD)⁴, 杉山朋子(MD)², 中村直哉(MD)⁴, 田尻琢磨(MD)²

【はじめに】膝退形成癌は本邦の取扱い規約では浸潤性膝管癌に分類され、巨細胞型、破骨細胞型、多型細胞型、紡錘細胞型に亜分類される。今回、我々は肉腫様形態を主体とした膝退形成癌・紡錘細胞型の一例を経験したので報告する。

【症例】76歳男性。上腹部痛の主訴にて近医受診。CTにて膝嚢胞を指摘され当院紹介受診された。ERCPおよびEUS-FNAにおいて悪性が疑れ、膝全摘術が施行された。

【細胞所見】EUS-FNAでは膝頭部と膝体部の2ヶ所から穿刺が行われた。膝頭部は、核腫大、比較的明瞭な核小体を有する紡錘形異型細胞が散在性に出現する肉腫様の細胞像を呈していた。膝体部では、クロマチン増量、N/C比の極めて高い類円形異型細胞が少数出現していた。一部に核線を引き神経内分泌系腫瘍由来が疑われた。

【組織所見】摘出膝では頭部～尾部にかけて嚢胞を伴う腫瘍が多発していた。いずれの腫瘍も紡錘形を主体に多型性の強い細胞が密に増殖し、一部に小型腺管や類骨形成が観察された。免疫組織化学的にKeratin AE1/3陰性、Vimentin、Actin-SM陽性、類骨形成部にCD56が陽性を示し退形成癌・紡錘細胞型と診断された。

【まとめ】退形成癌は本邦では膝癌中0.1%と非常に稀で、通常型膝管癌と比較し予後不良をされている。しかしながら、同じ退形成癌の破骨細胞様巨細胞型では比較的前後が良好との報告もあり、組織型推定の意義は重要である。紡錘細胞型の細胞所見を中心に文献的考察を加え報告する。

P-1-17 胆管原発 mixed adenoneuroendocrine carcinoma の一例

社会医療法人河北医療財団河北総合病院¹, 日本医科大学付属病院², 東京大学医学部附属病院³

○寺澤憲昭(CT)¹, 坂谷貴司(MD)², 川名展弘(CT)¹, 小坂達朗(CT)¹, 小林美保(CT)¹, 鈴木純子(CT)¹, 林 玲匡(MD)³, 町並陸生(MD)¹

【はじめに】胆道系悪性腫瘍の大半は腺癌であり、神経内分泌細胞癌は非常にまれである。今回、術前に施行された胆管擦過、胆汁細胞診にて神経内分泌細胞癌及び腺癌を推定し、組織学的に、胆管原発の mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC) と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性、全身倦怠感と白色便を認めたため当院を受診。皮膚に黄疸、CTで胆嚢腫大、総胆管拡張を認め、減黄及び原因精査のためERCPを施行。

【細胞学的所見】胆管擦過細胞診では、血性背景に、N/C比大、核形不整、顆粒状クロマチン増量、小型核小体を有した裸核様異型細胞からなる集塊と、類円～卵円形核、軽度に核の大小不同を示し、微細顆粒状の明るいクロマチンを有した異型細胞の集塊を少数認めた。前者は神経内分泌癌、後者からは腺癌が推定された。胆汁細胞診では、胆汁色素を背景に、変性著明な濃染核を有した小型異型細胞の集団と、核偏在、核形不整を示し、ライト緑に淡染した泡沫状～空胞状の比較的豊富な細胞質を持った異型細胞からなる小集塊を認めた。

【組織学的所見】肉眼的には、遠位胆管の乳頭部寄りに、内腔を圧排するように34×20×15ミリの結節性病変を認めた。組織学的には、異型細胞が不規則腺管構造、癒合腺管構造を呈して増殖する腺癌成分と、N/C比の高い異型細胞が胞巣状構造を呈して増殖する神経内分泌癌成分から構成され、両者は概ね領域を持って局在しており胆管原発MANECの診断となった。

【まとめ】胆管原発MANECは、まれな腫瘍ではあるが、注意深い細胞像の観察から組織型推定は可能であると考えられた。

P-1-18 Intraductal tubulopapillary neoplasm の一例

鳥取大学大学院医学系研究科¹⁾, 鳥取大学医学部付属病院病理部²⁾, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学³⁾

○小柳由貴(MT)¹⁾, 松重貴大(CT)²⁾, 遠藤由香利(CT)²⁾, 大野千恵子(CT)²⁾, 永見光子(CT)²⁾, 堀江 靖(MD)²⁾, 松下倫子(CT)³⁾, 広岡保明(MD)³⁾

【はじめに】 Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) は膵管上皮に発生する非常に稀な疾患であり, 膵外分泌腫瘍の 0.9%と報告されている. 予後は通常の膵管癌より良好であり, 浸潤性膵管癌や他の膵管上皮性腫瘍との鑑別が重要である. 今回, ITPN の膵液細胞診および超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) での細胞像を病理学的所見と合わせて報告する.

【症例】 85 歳男性. 自覚症状なし. CT にて膵尾部に造影効果を伴う充実性成分と嚢胞性成分の混在する 110 mm 大の腫瘍性病変を指摘された. 精査目的に EUS-FNA が施行された.

【細胞所見】 膵液細胞診では出血性背景に N/C 比が大きく, 円~類円形の核を有する細胞が集塊で出現していた. 小型核小体が明瞭に見られ, 核の大小不同, クロマチン増生もみられた. 細胞質に粘液は乏しかった. EUS-FNA でも同様の細胞が出現しており, 集塊は不規則重積性のあるものもみられ, 腺癌が疑われた.

【組織所見】 腫瘍は膵管内に充実結節状に増生しており, それにより膵管は不整に押し広げられていた. 腫瘍細胞は粘液の乏しい立方~低円柱状の細胞であり, 管腔を形成しつつ密に増生し, 一部で乳頭状パターンを示していた. しばしば腫瘍内に微小壊死巣を伴っていた. 腫瘍細胞は高度異型相当であった.

【まとめ】 ITPN の一例を報告した. ITPN は比較的予後良好であり, 術前の細胞学的鑑別のためさらなる症例の集積が必要であると思われた.

P-1-19 膵管内管状乳頭腫瘍 (ITPN) の一例

大阪警察病院病理科

○青木 弘(CT), 辻本正彦(MD), 築山あゆみ(CT), 郡司有理子(CT), 中山順子(CT), 金田敦代(CT), 小西尋子(CT), 福田沙織(CT), 安岡弘直(MD), 吉田研一(MD)

【はじめに】 膵管内管状乳頭腫瘍 Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) は, 2009 年に山口らによって提唱され, 膵管内に管状乳頭状増生を伴うが, 粘液産生に乏しく, 膵管内乳頭粘液性腫瘍とは異なる増殖形態をとる腫瘍である. 今回我々は, ITPN の一例を経験したので報告する.

【症例】 70 歳代男性. 2008 年より慢性膵炎で経過観察中, 2 年後に腹部 CT で膵管内腫瘍と主膵管の拡張を指摘, 膵管擦過細胞診で疑陽性と判定され, 膵体尾部切除術が施行された. 以後経過観察中, 術後 4 年目に膵頭部の膵管に拡張が認められ, 膵管擦過細胞診及び EUS-FNA で陽性と判定, ITPN の再発と診断された.

【細胞像】 術前の膵管擦過細胞像は, 不規則重積集塊や散在性に異型細胞が多数出現しており, 個々の細胞は核腫大や大小不同を認めたが, 核形不整はほとんどなく, 多数の細胞が一様に採取されており, 充実性腫瘍が考えられた. 背景や個々の細胞に粘液は認められなかった. 再発時の残存膵管擦過や EUS-FNA の細胞像は, 背景に壊死が出現し, 術前に採取された腫瘍細胞と類似の細胞が出現していた.

【初回手術の肉眼及び組織像】 肉眼的に膵体尾部の膵管内を直径 1 cm の境界明瞭な白色調腫瘍が連続して進展しており, 組織学的に粘液は乏しく, 腫瘍細胞は膵管内に充実性に乳頭状増生していた. 膵尾部で硬い結節形成を示し, 浸潤巣と化骨形成が認められた. 免疫染色は CK7, CK19, MUC1 が陽性, MUC2, MUC5AC, MUC6, Trypsin が陰性. 電子顕微鏡像でチモーゲン顆粒は認められず, ITPN と診断された.

【まとめ】 膵管拡張を伴う膵管内腫瘍では, 粘液が乏しく, 不規則重積集塊や散在性細胞が出現した場合, ITPN を念頭におく事が重要である.

P-1-20 膵臓での Solid-pseudopapillary neoplasm と Neuroendocrine tumor の細胞像の比較検討

大阪市立総合医療センター病理部¹⁾, 大阪市立大学大学院医学研究科分子病理学²⁾

○奥野高裕(MD)^{1,2)}, 加藤麻衣(CT)¹⁾, 横田裕香(CT)¹⁾, 内山 勲(CT)¹⁾, 保地 讓(CT)¹⁾, 福島裕子(MD)¹⁾, 井上 健(MD)¹⁾

【はじめに】Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) と Neuroendocrine tumor (NET) は膵臓に発生する腫瘍であり、時に鑑別が必要となるが、超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) の普及に伴い、小さな組織片や細胞診での鑑別が求められる機会が増加している。今回、SPN と NET の細胞像を比較し検討を行った。

【方法】当院で EUS-FNA が施行された後に手術にて摘出された SPN4 例と NET6 例について EUS-FNA 検体の細胞像を比較し検討を行った。

【結果】SPN と NET はいずれも小型円形の核と好酸性の狭小な細胞質を有する細胞からなり、結合性は弱く平面的な細胞集塊を形成し、類似した細胞像を呈していた。しかしながら、SPN は細胞の結合性がより弱く散在性の細胞が多くみられ、NET では弱い結合性ながらも細胞が集簇する傾向があった。また、SPN は出現する細胞が多彩であり、多角形の細胞や裸核様の細胞、突起様の細胞質を有する細胞、細胞質内に空胞を有する細胞がみられた一方で、NET では比較的均一な多角形の細胞が出現していた。偽乳頭状構造は SPN に、ロゼット様配列は NET にみられる傾向があったが、少量で不明瞭なことが多かった。

【考察】SPN と NET の細胞像は類似しているが、詳細に観察を行えば鑑別可能である場合が多いと考えられた。偽乳頭状構造やロゼット様配列といった組織構築の観察は細胞診では困難なことが多く、鑑別の際には細胞の結合性や多彩性がより重要となる可能性が示唆された。鑑別が困難な場合では細胞像に加え、組織像や免疫染色を参考にすることが重要である。

P-1-21 液状化細胞診で診断可能であった solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の 1 例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹⁾, 福井赤十字病院病理診断科²⁾

○岩崎和美(CT)¹⁾, 森 正樹(CT)¹⁾, 前川秀樹(MT)¹⁾, 小上瑛也(MD)¹⁾, 酒井康弘(MD)¹⁾, 太田 諒(MD)²⁾, 今村好章(MD)¹⁾

【はじめに】今回、我々は液状化細胞診 (以下 LBC) で診断可能であった膵の solid-pseudopapillary neoplasm (以下 SPN) の 1 例を経験したのでその細胞所見と病理所見について報告する。

【症例】30 歳代、女性。上腹部不快感を主訴に前医を受診し、腹部エコーで膵頭部に充実性の腫瘍を指摘され、当院紹介入院となった。腫瘍マーカー (CEA, CA19-9 および DUPAN-2) は正常範囲内であった。画像検査で SPN を疑われ、膵 EUS-FNA で採取された LBC 標本や組織生検標本でも SPN が疑われたため、垂全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行された。

【膵 EUS-FNA の LBC 所見】清明な背景に比較的均一な腫瘍細胞からなる結合性に乏しい集塊を認め、細胞質は不明瞭であった。核は類円形でクロマチンは微細顆粒状～顆粒状、小型核小体が 1-2 個みられた。免疫染色では CAM5.2, vimentin, CD10, CD56, β -catenin および α 1-antitrypsin が陽性であった。

【病理所見】生検標本では小型卵円形～立方状の腫瘍細胞の偽乳頭状構造が認められた。切除標本では膵内に出血を伴う充実性の腫瘍がみられた。組織学的には異型に乏しい小型立方状の腫瘍細胞の充実性増生から成り、偽乳頭状を示す部分や、粘液を有する腺房様構造が認められた。免疫染色では vimentin, CD10, α 1-antitrypsin, α 1-antichymotrypsin および β -catenin が陽性を示し、CD56 を除く内分泌マーカーと trypsin が陰性であったことから SPN と最終診断された。

【考察とまとめ】SPN は若年女性に好発し、膵非内分泌腫瘍の約 1-2% を占めるとされる比較的稀な腫瘍であるが、本症例は典型的な SPN の細胞像を示していたと思われる。また、LBC 標本の免疫染色が細胞診断に非常に有用であった。

P-1-22 淡明泡沫細胞を多く認めた腓神経内分泌腫瘍の一例

帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部¹⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科²⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院消化器内科³⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院外科⁴⁾

○福田 学(CT)¹⁾, 山田 正人(CT)¹⁾, 湯澤和彦(CT)¹⁾, 吉野美由紀(CT)¹⁾, 山本恵美(CT)¹⁾, 小澤範高(MD)³⁾, 春日井尚(MD)⁴⁾, 阿曾達也(MD)²⁾, 高橋美紀子(MD)²⁾, 川本雅司(MD)²⁾

【はじめに】淡明泡沫細胞と hyaline globule 様の好酸性物質を認めた腓神経内分泌腫瘍(NET)を経験したので報告する。

【症例】50代, 女性. 腓体尾部に20mm大の血流豊富な腫瘍を認めた. 超音波内視鏡穿刺吸引(EUS-FNA)による組織診と細胞診を行い, NETの診断にて尾側腓切除術を施行.

【細胞所見】腫瘍細胞は集塊～散在性に出現し, 部分的に裸核状であった. 集塊の一部には毛細血管とロゼット様配列を認めた. 個々の細胞は類円形核でN/C比が高く, クロマチンは細～粗顆粒状であった. 細胞質は好酸性細胞顆粒状を呈し, 一部にhyaline globule様の好酸性物質を認めた. また, 細胞質が泡沫状の組織球様細胞が混在した. 以上の所見から総合的にNETと判定した.

【組織所見】EUS-FNA: ロゼット構造と一部に大型泡沫細胞とhyaline globule様の好酸性物質を認め, 免疫染色結果を加えNETと診断.

手術材料: 腓体尾部に2.0cm大の境界明瞭な充実性腫瘍を認めた. リボン状配列を示す部分と淡明泡沫細胞からなる部分があり, 後者は広範囲で細胞質内にhyaline globule様の好酸性物質がみられた. 核分裂像は<1/10HPF, 免疫染色にてChromogranin A, Synaptophysin, CD56が陽性, Ki-67陽性率は<1%でありNET, G1と診断した.

【まとめ】細胞像にてNETを推定し得たが, 淡明泡沫細胞については変性あるいは組織球と思われた. 淡明泡沫細胞を主とした場合はvon Hippel-Lindau病合併NETや低分化型腓管癌, SPN, 腎細胞癌, 副腎皮質腫瘍などと鑑別を要する.

P-1-23 気管支擦過細胞診におけるp63・TTF-1の段階的二重免疫染色

東京医科大学八王子医療センター病理診断科¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科²⁾

○若槻よしえ(CT)¹⁾, 三浦弘之(MD)²⁾, 信太えりか(CT)¹⁾, 加藤彩子(CT)¹⁾, 田辺 夢(CT)¹⁾, 横山明子(CT)¹⁾, 脇屋 緑(MD)¹⁾, 塚本 哲(MD)¹⁾, 芹澤博美(MD)¹⁾

【背景】IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer) による肺癌新国際分類では生検・細胞診のアルゴリズムが示され組織型の推定を推奨している.

【目的】細胞診で扁平上皮癌または腺癌への分化が明らかでない場合には免疫染色や粘液染色を行ない追加検索することになるが, 保険収載されていないこと, 複数抗体を染色しなければ診断できない事もありコスト面で問題がある. 組織型推定に迷った気管支擦過材料の免疫染色を日常業務に導入することを目的にP63とTTF-1を2回に分けて染色し, 検討を行ったので報告する.

【対象】2013年から2014年の擦過細胞診検体で組織型推定に迷った8例(組織診にて低分化腺癌4例, 中分化扁平上皮癌3例, 多形癌1例)

【方法】パパニコロー染色標本を鏡検後, カバーガラスを剥がす. 15%中性緩衝ホルマリンにて10分間固定しp63染色をDAB(茶色)発色で染色する. 鏡検. その後TTF-1をファーストレッド(赤色)で染色する. Leica-BOND使用.

【結果】組織診にて低分化腺癌の1例と中分化扁平上皮癌1例でTTF-1, p63共に陽性を示した. 中分化扁平上皮癌2例ではp63のみ陽性, 低分化腺癌3例ではTTF-1のみ陽性であった.

【考察】2回に分けて染色することで, 核に染まる二種類の抗体について個々の細胞の染色性の確認ができる. 一抗体を染めた時点で診断確定が出来る場合にはその後染色する必要はないことから推定診断に応じて染色すれば抗体の無駄を省くことができる.

**P-1-24 気管支洗浄細胞診 LBC (TACAS) 標本
における免疫細胞化学染色の検討**

JA 秋田厚生連山本組合総合病院臨床検査科病理¹⁾, JA 秋田厚生連山本組合総合病院病理診断科²⁾

○棟方美利加 (CT)¹⁾, 齋藤孝良 (CT)¹⁾, 藤嶋正人 (CT)¹⁾,
小松正代 (MD)²⁾

近年, 国内における液状化細胞診 (Liquid based cytology: 以下 LBC) は標本作成の均一化・標準化による不適正検体の減少と診断精度向上, 鏡頭時間の減少による細胞検査士の労力軽減が期待され, 子宮頸部を始めとする婦人科領域において普及しつつある。当院では 2014 年 8 月より婦人科頸部・腔壁断端細胞診に LBC を導入している。さらに LBC は免疫細胞化学染色や分子病理学的検索を可能にし, 診断の質的向上にも寄与している。そのため, 非婦人科領域の検体にも応用され, その有用性が報告されている。そこで我々は呼吸器領域に着目した。従来, 呼吸器領域の細胞診においては小細胞癌か非小細胞癌かの鑑別が主体であったが, 近年の分子標的薬の普及に伴い, 非小細胞癌の中でも扁平上皮癌と非扁平上皮癌の鑑別を求められるようになってきた。組織の採取ができない場合は細胞診が重要な役割を担っている。しかしながら日常業務の中では, 組織型の推定が困難な症例に遭遇することは少なくない。また乾燥や挫滅により細胞像が読みにくい例もある。従来法による免疫細胞化学染色は標本枚数の制限や細胞の重なりによる染色性の不明瞭さがあり, LBC ではそういった点が従来法より優れていると報告されている。今回我々は, 呼吸器検体の中で気管支洗浄液の細胞診後余剰となった検体を用いて LBC (TACAS) と従来法との細胞像の比較, 並びに免疫細胞化学染色の有用性を検討したので報告する。

P-1-25 呼吸器液状化細胞診における保存性の免疫学的検討

町田市民病院病理診断科

○尾崎成美 (CT), 腰高 豊 (CT), 西郷千恵 (CT),
後藤友理 (CT), 阿部光文 (MD)

【はじめに】液状化細胞診には長期保存性があり, 遺伝子検索や免疫染色等の追加検査が可能とされている。前回われわれは, 形態学的にはおよそ 12 か月間の保存は可能であると報告した。これまでの形態学的保持の結果に基づき, 今回は保存期間がもたらす免疫細胞化学染色への影響について対比検討した。

【対象および方法】気管支洗浄液や喀痰等の呼吸器検体を LBC PREP にて液状化後, 一定期間保存し標本を作製した。NapsinA, TTF-1, p40 の 3 種類の一次抗体を用いて免疫細胞化学染色を実施し, 組織生検材料等の結果と比較を行った。また, LBC 検体の保存期間による染色性の変化を観察した。

【まとめ】これまでの検討では, 形態学的保存期間は 12 か月程度であった。特に, 正常細胞では, 腺細胞より扁平上皮細胞の方が保存状態はよく, 腫瘍細胞では扁平上皮癌の方が保存期間は短く, かつ細胞質から劣化することを報告した。今回検討した免疫染色結果については, 抗体により染色性に差異を認めるが, およそ 3 ヶ月以内であれば保存の影響を受けずに染色された。組織材料で陽性となった抗体について染色性を検討した結果, 染色可能な保存期間は NapsinA と p40 はおよそ 6 か月, TTF-1 はおよそ 3 か月であり, 抗原の存在部位が同じ核内であっても抗体による抗原保存性の差を認めた。形態的な保存性と抗原の保存性の期間は一致しなかった。さらに複数の抗体による抗原保存性を検討し, 有用な保存期間を検索することが必要と考えられる。また, LBC 検体を活用した有効な保存方法の検討も行っていきたいと考えている。

P-1-26 術前未確診肺腫瘍性病変に対する術中迅速細胞診の成績と問題点

国立病院機構西新潟中央病院臨床検査科¹⁾, 国立病院機構西群馬病院臨床検査科²⁾, 新潟大学大学院医歯学総合研究科細胞機能講座分子細胞病理学分野 (病理学第二講座)³⁾

○森田千穂(CT)¹⁾, 川上喜久(CT)²⁾, 長谷川剛(MD)³⁾

【はじめに】 検査の普及と画像診断の進歩により末梢小型肺腫瘍の発見される機会が増加し、同時に術前確定診断の困難な症例が少なくない。当院では術前未確診の肺腫瘍に対し術中迅速細胞診を試みてきた。今回、術前未確診肺腫瘍に対する迅速細胞診と術後の病理診断とを比較検討した。

【対象】 2010年4月～2014年11月に実施した術前未確診肺腫瘍の術中迅速細胞診 196例。

【結果】 196例の内訳は、陽性 170、陰性 16、判定困難 10例。陽性例では腺癌 118例、(気管支肺胞上皮癌 (BAC) 35例)、扁平上皮癌 39例、小細胞癌 4例の他、複数の組織型を呈す肺癌も見られた。一方で偽陽性が 1例あった。陰性例は結核および肉芽腫形成疾患が半数を占め、真菌感染症や炎症巣(ANCA陽性)、過誤腫等が含まれた。判定困難例は BAC 3例の他、転移性腺様嚢胞癌、MAL-Toma、硬化性血管腫等の腫瘍性疾患が半数以上で、肉芽腫性疾患 2例、胸膜炎、無気肺等 2例であった。

【考察】 偽陽性例とした症例は炎症性背景に結合性の乏しい腺系の異型細胞や核異型を伴う多核細胞が見られ腺癌を疑った。術前に間質性肺炎に肺癌の合併が疑われた症例で、術式は部分切除のみで大きな手術侵襲はなかった。判定困難例では細胞異型に乏しい BAC での部分切除が 3例あったが、その他の病変も含め術式の変更は要さなかった。

【まとめ】 偽陽性 1例や判定困難 10例が生じたが、大きな過誤は経験しなかった。しかしながら当院は常勤の病理医が不在であり、常に迅速組織診を行うことはできず、また術中での限られた人員や時間での診断はリスクも高い。臨床との情報交換を密に、術前の十分な症例検討が重要と考える。

P-1-27 肺腺癌切除検体から採取した LBC 法の有用性

奈良県立医科大学附属病院病理部¹⁾, 奈良県立医科大学病理診断学講座²⁾

○龍見重信(CT)¹⁾, 西川 武(CT)¹⁾, 鈴木久恵(CT)¹⁾, 田中京子(CT)¹⁾, 内山智子(MD)²⁾, 森田剛平(MD)²⁾, 高野将人(MD)²⁾, 中井登紀子(MD)²⁾, 畠山金太(MD)²⁾, 大林千穂(MD)²⁾

今回我々は、肺腺癌症例において Liquid-based cytology (LBC) 法の有用性の検討を行った。

【対象と方法】 2014年1月から10月の期間に切除された原発性肺腺癌 24症例及び転移性癌 4症例を対象とした。新鮮検体病変部に割を入れ、歯間ブラシを用いて細胞採取を行った。標本作製は、直接塗抹標本を 2枚作製後、Cytosol Red(BD)で洗浄、液状検体とした。液状検体の半量で、手動的に BD SurePath™(SP)法により LBC 標本作製を行った。残りの半量を冷蔵保存、組織診断時に免疫染色が行われた症例に対し、TTF-1, Napsin A などの免疫染色を行った。また、生検で ALK 融合遺伝子が判明している 1症例に対し固定期間を変えて FISH 法及び ALK-iAEP 法(ニチレイ)、EGFR 遺伝子変異が判明している 2症例の解析(外注委託)を LBC 検体で再度行った。

【結果】 直接塗抹法に比し LBC 法の細胞像は、組織集塊は立体的であり、核クロマチンや核小体が明瞭となる。細胞がやや縮小し細胞間橋がはっきりするなどの特徴が見られた。免疫染色では、組織標本と同様の染色結果が得られたが、非腫瘍と腫瘍の鑑別がしばしば難しく、細胞学的な特徴を熟知した上で慎重に判断を行う必要があると考えられた。EGFR 変異検査は LBC 検体で生検と同様の結果が得られた。また、ALK-iAEP 法では 1日-14日固定すべての SP 標本で明瞭な陽性所見が得られた。ALK-FISH 法では、シグナルは組織標本に比し SP 標本でより明瞭であった。しかし、組織標本、SP 標本とも固定 3日以後よりシグナルの減衰が見られ固定時間の影響が確認された。

【考察】 呼吸器領域においても LBC 標本は免疫染色や分子診断も可能で、有用な検査法と考えられた。今後より症例を重ねて検討する必要がある。

P-1-28 融合遺伝子を有する肺腺癌の細胞診における形態学的解析

熊本大学医学部附属病院病理診断科病理部¹⁾, 国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科²⁾, 福岡大学医学部病理学講座・病院病理部³⁾, 久留米大学医療センター病理部⁴⁾

○西山尚子(CT)¹⁾, 田口健一(MD)²⁾, 横山俊郎(CT)⁴⁾, 松本慎二(CT)³⁾, 鍋島一樹(MD)³⁾

【はじめに】肺癌は罹患率, 死亡率共に極めて高い悪性腫瘍の一つである。臨床的対処法の違いから, 小細胞癌, 非小細胞癌 (NSCLC) と分類されるが, NSCLC, 特に腺癌の治療法は遺伝子異常が陽性の肺癌の発見により, 分子標的薬の開発において目覚ましい変革が起きている。これらの遺伝子異常を伴う肺癌患者は全体の4%だが, 若年肺癌の約3割を占め, 非喫煙者に多いという特徴があり, 有効な治療法の選択が求められている。その組織学的形態は粘液産生性細胞が充実性ないし篩状構造を呈しながら増殖するという通常の肺腺癌では稀な組織構築を持つことが知られている。また, 肺腺癌では極めて稀な印環細胞を所々に含むことも報告されている。

【目的】肺癌は進行期に発見されることも多く, 組織材料が十分に採取されない症例が多く存在する。従って細胞診材料における診断の重要性は近年一段と増している。細胞診検体を用いてその形態学的な解析を行い, 組織学的形態と同様に有用な所見が得られるか検討を行う。

【方法】手術摘出後直ちに腫瘍捺印細胞診を施行し, その摘出材料の遺伝子解析結果をもとに検索をおこなった。腫瘍捺印細胞診標本より9例のALK肺癌, 1例のROS1肺癌, 1例のRET肺癌を認めた。この11例においてPapanicolaou染色標本の細胞像を対物40倍にて写真撮影を行い, 各症例約100個の細胞核について画像解析ソフトを用いて形態計解析を行い報告する。

P-1-29 同一肺葉内に発生し, 異なる組織型を呈した同時性三重肺癌の一例

国際医療福祉大学三田病院病理部¹⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理診断センター²⁾, 山王病院病理診断科³⁾

○相原乃理子(CT)¹⁾, 西井しのぶ(CT)¹⁾, 佐野弘子(CT)³⁾, 関根理恵子(CT)³⁾, 相田真介(MD)²⁾, 森一郎(MD)²⁾, 玉井誠一(MD)²⁾, 長村義之(MD)²⁾

【はじめに】今回われわれは, 同一肺葉内に発生した異なる組織型を呈する同時性三重肺癌を経験したので報告する。

【症例】70歳代, 女性。喫煙歴50本×20年。S状結腸癌術後7年。右肺下葉(S6)に淡いすりガラス状陰影が出現し, CTにて経過観察中。4カ月前より増大傾向を示し, S10に新たな結節が出現した。肺癌の疑いにて右肺S6,S10部分切除術が施行された。

【捺印細胞所見】S6腫瘍:核腫大, クロマチン増量, 核形不整, 腫大核小体, 豊富な細胞質を有する大型異型細胞を孤立性~集塊状に認めた。S10腫瘍:2種類の異型細胞を認めた。一方は大型核, 粗大なクロマチン増量, 核大小不同, 核形不整, 裸核状~淡い細胞質を有する異型細胞を孤立性~結合性疎な集塊状に認めた。高頻度に核分裂像を認めた。他方はクロマチン顆粒状に増量, 核形不整を伴う異型細胞を不規則重積性小集塊状に認めた。

【組織所見】S6腫瘍:1.0cm大の腫瘍を認めた。淡好酸性の豊富な胞体を有する細胞の充実性増殖からなり, TTF-1,CK7陽性で, 肺大細胞癌と診断された。S10腫瘍:胸膜直下に2.0cm大の腫瘍と胸膜からやや離れて1.2cm大の腫瘍を認めた。胸膜直下の腫瘍はN/C比大, 粗大なクロマチンに富む大型核を有する細胞の充実性増殖からなり, 壊死と多数の核分裂像を認めた。TTF-1,CD56,synaptophysin,chromograninA陽性で, 肺大細胞神経内分泌癌と診断された。胸膜から少し離れた腫瘍は異型細胞の管状・乳頭状増殖と肺胞壁に沿った増殖からなり, TTF-1,CK7陽性で, 肺腺癌と診断された。

【まとめ】3種類の異なる組織型を呈する肺癌が同時に近接して発生した稀な症例である。細胞診においてもこれを区別でき, 組織型推定が可能であった。

P-1-30 “ALK 肺癌”の細胞像

結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科¹⁾, 結核予防会複十字病院臨床検査技術科²⁾, 結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科³⁾

○菊池康華(CT)^{1,2)}, 吉田 勤(MD)^{1,3)},
温井奈美(CT)^{1,2)}, 草野行治(CT)^{1,2)}, 出井 禎(CT)²⁾,
菊地文史(MD)¹⁾

EML4-ALK 融合遺伝子陽性肺癌 (いわゆる“ALK 肺癌”)は非小細胞肺癌の約5%で認められ, 頻度は低いものの分子標的治療の適応となることから, ALK 肺癌を遺伝子学的に正しく診断することは重要である. 本研究の目的は, ALK 肺癌の形態学的特長を細胞診学的に検討することである.

【対象】2012年6月から2014年7月までの間に, 組織診および細胞診検体にて EML4-ALK 融合遺伝子陽性を認めた原発性肺癌7例を対象として, 細胞診による形態学的特長を検討した.

【結果】患者背景は男性4例, 女性3例, 平均年齢は59.4歳(43-83歳), 平均喫煙指数は486(0-1410)であった. 2例が肺癌根治手術を受け, 3例が気管支鏡的肺生検, 1例が経皮針生検, 1例が胸水細胞診で確定診断を得ている. 組織型はいずれも腺癌で, 組織亜型は signet cell carcinoma: 2例, aciner predominant: 2例, papillary predominant: 1例, solid predominant: 1例で, 細胞診のみで診断された1例は粘液産生が示唆された. 細胞診では signet cell carcinoma の1例で粘液産生, papillary predominant の1例で乳頭状の集塊を認め, 組織亜型の判定に一致したが, 4例では腺癌の診断を得られたものの組織亜型の判定には至らず, 2例は扁平上皮癌との鑑別を要した. 全例で ALK チロシンキナーゼ阻害剤 (Crizotinib: 7例, Alectinib: 3例) が投与され, そのうち1例で Crizotinib 治療後の再生検で小細胞肺癌の診断を得ており, 原発巣の治療前組織を再検したところ, 神経内分泌成分の混在を認めた.

【結語】ALK 肺癌の細胞所見は多彩であり, 1例で小細胞肺癌の混在が示唆された.

P-1-31 多種の腫瘍マーカー高値を示した肺腺扁平上皮癌の1例

水戸赤十字病院病理診断科¹⁾, 水戸赤十字病院検査部²⁾, 水戸赤十字病院外科部³⁾

○野口沙希(CT)¹⁾, 土肥香緒里(CT)¹⁾, 三村貴裕(CT)²⁾,
木村勝隆(CT)¹⁾, 佐藤宏喜(MD)³⁾, 堀真佐男(MD)^{1,2)}

【はじめに】ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP) や Neuron-specific enolase (NSE) 高値の非小細胞肺癌は稀である. 今回この両者の上昇が認められ, 胸水細胞診では腺癌成分のみが認められた肺腺扁平上皮癌の剖検例を経験したので報告する.

【症例】68歳の女性で左肺膿胸疑いで治療を受けていた. 死亡1週間前より左胸水と心のう水の増加が認められ, 腫瘍マーカーは腺癌・扁平上皮癌・神経内分泌腫瘍全てのマーカーが高値であった. 胸水細胞診は悪性(腺癌)の診断であった. その後急激に呼吸状態が悪化し死亡された. 臨床診断は肺癌疑いとなったが, 小細胞癌等の神経内分泌腫瘍の混合型も考えられ, その組織型の確認のため剖検が施行された.

【剖検所見】左肺原発腺扁平上皮癌であったが, 臓器・リンパ節転移の組織型は腺癌成分のみであった. 神経内分泌腫瘍を示唆する組織構造は乏しく免疫組織化学染色では Synaptophysin・Chromogranin・CD56 はいずれも陰性であった. 一方NSEは腺癌組織の一部に陽性であった.

【考察】ProGRP・NSE高値の腺扁平上皮癌であり, 稀な症例と考えられた. 胸水細胞診で腺癌成分のみが認められた理由とNSE高値の理由は, 剖検で明らかとなった. 臨床医には神経内分泌マーカー高値の非小細胞肺癌も存在することを必要であれば知らせるべきであろう.

【結語】臨床医の考えていた組織型・胸水細胞診・病理組織診断の3者に相違が認められた興味深い症例であった.

P-1-32 variant NUT midline carcinoma の1例

磐田市立総合病院臨床検査技術科¹⁾, 磐田市立総合病院病理診断科²⁾

○黒田志保(CT)¹⁾, 鈴木潮人(MD)²⁾, 栗田 昭(CT)¹⁾, 村木真里(CT)¹⁾, 鶴野由紀美(CT)¹⁾, 平田一樹(CT)¹⁾, 谷岡書彦(MD)²⁾

【はじめに】 Nuclear protein in testis(NUT) midline carcinoma(NMC)は, 非常に稀で, 予後不良な悪性腫瘍であり, 75%以上の症例においてBRD3/4-NUT融合遺伝子がみられる。BRD3/4-NUT以外の融合遺伝子を有するvariant NMC症例について, その細胞像に関する報告は無い。今回, 我々は肺原発variant NMCの1例を経験したので報告する。

【症例】36歳, 女性。2ヶ月前から続く喘鳴, 咳嗽を主訴に当院を受診した。造影CTで, 左肺下葉肺門部から中縦隔へ進展する長径7cm大の腫瘍と, 肝臓・乳腺・骨・リンパ節に転移巣が指摘された。経気管支生検および超音波気管支鏡ガイド下針生検が施行された。

【細胞所見】背景は壊死像で, 小型リンパ球の2~2.5倍程度の単調な異型細胞が, 孤立散在性, 結合の乏しい不規則重積性集団にて多数みられた。異型細胞はN/C比が高く, 繊細な細胞質とわずかな核形不整を伴う類円形核, 腫大した核小体を有していた。一部では, 層構造や異角化細胞を伴う真珠形成が認められた。

【組織所見】類円形の腫大した核と好酸性の胞体を有するN/C比の高い腫瘍細胞が, 壊死を伴う充実性胞巣を形成しており, 扁平上皮への分化は明らかではなかった。免疫染色ではEMA, CK AE1/AE3, CK CAM 5.2, CD138, p63, vimentinが部分的に陽性で, NUTはび漫性に核に陽性を示した。FISH法でBRD3/4-NUT融合遺伝子はみられず, NSD3-NUT融合遺伝子が同定された。

【まとめ】形態学的にNMCと低分化癌を厳密に鑑別することは困難であるが, 本症例のように, 細胞診において低分化であるにも関わらず多形性に乏しく, 層構造や異角化細胞を伴う真珠形成がみられた場合には, NMCを鑑別に挙げる必要があると考えられた。

P-1-33 当院で経験した肺多形癌について

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○弦巻順子(CT), 土田美紀(CT), 北澤 綾(CT), 豊崎勝実(CT), 川口洋子(CT), 鏡十代栄(CT), 木下律子(CT), 桜井友子(CT), 川崎 隆(MD), 本間慶一(MD)

【はじめに】肺多形癌は全肺腫瘍の0.3%と稀な腫瘍で, 紡錘細胞あるいは巨細胞を10%以上含む非小細胞癌, もしくは紡錘細胞と巨細胞のみからなる腫瘍と定義されている。今回我々は当院で経験した肺多形癌について検討したので報告する。

【方法】2004年1月~2014年5月に切除肺標本で肺多形癌と病理組織診断された18症例について臨床学的背景をまとめた。また, 術前細胞診を再鏡検した結果, 肉腫様細胞が確認可能であった7症例の細胞像を検討した。

【臨床的背景】年齢55~79歳(平均68.6歳)。男女比8:1。発生部位 上葉14例 下葉4例。最大腫瘍径1.5~10.5cm(平均4.8cm)。生存期間2~78か月(平均21か月)。5年生存率33.9%。病期はIA期2例, IB期1例, IIA期2例, IIB期7例, IIIA期3例, IIIB期2例, IV期1例。腫瘍構成における上皮性成分は, 腺癌16例, 扁平上皮癌2例であった。

【細胞所見】採取法は気管支擦過3例, 術中穿刺吸引3例, CTガイド下針生検1例。肉腫様細胞は多核円形~多核巨細胞主体2例, 紡錘形~多角形細胞主体が5例であった。これらは共通して明らかな上皮結合はなく, 散在性に出現する傾向にあり, 核異型は高度であった。

【まとめ】細胞診で肺多形癌を推定することが難しいとされる理由として, 採取部位によって細胞形態が異なる点や腫瘍全体に占める肉腫様成分の量的判断ができない点が挙げられる。しかし, 巨細胞や紡錘細胞を含む多形性に富んだ異型細胞を認める場合, 肺多形癌の可能性を臨床に伝えることは, 予後予測に重要であると考えられる。

P-1-34 肺原発が疑われた悪性黒色腫の一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾

○鶴野由華(CT)¹⁾, 塚本孝久(CT)¹⁾, 中野祐子(CT)¹⁾, 榎田明美(CT)¹⁾, 深川良隆(CT)¹⁾, 長山大輔(CT)¹⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 西田直代(MD)²⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】肺原発の悪性黒色腫は極めて稀で, 肺腫瘍全体の0.01%, 悪性黒色腫の0.4~0.5%を占めるにすぎない。今回, 肺原発が疑われた悪性黒色腫を経験したので細胞像を中心に報告する。

【患者】70歳代・男性

【既往歴】約11年前, 右乳癌, 1年半前, 右声門部癌

【現病歴】1年前より早期声門部癌に対し放射線療法が施行され, 当院外来の経過観察中に胸部X線にて右肺門部に腫瘍影を認めた。CTにて右肺中葉に腫瘍を認め, TBLBと気管支擦過および気管支洗浄細胞診が施行された。組織, 細胞診断ともに悪性が疑われ右肺中葉切除術が施行された。腫瘍は4cm大で剖面は黄白色で一部暗褐色を呈していた。

【細胞所見】腫瘍細胞は小集団~弧在性に出現しており, N/C比が高く, 核の大小不同や核形不整を認め, 核クロマチンは微細で, 一部に大型細胞, 多核細胞, 核内封入体, 好酸性大型核小体も認められた。低分化な腺癌や大細胞癌なども鑑別に挙げたが, 免疫細胞染色を施行し, AE1/AE3陰性, HMB45に陽性を示し悪性黒色腫を疑った。

【組織所見】TBLBでは類円形ないし多角形の異型細胞の増殖を認め, 一部大型細胞, 多核細胞を認めたが確診に至らなかった。摘出臓器の組織像は明瞭な類円形の核小体, 核形不整, 大小不同を示す大型異型細胞が充実性に増殖しており, 腫瘍周囲の気管支上皮にjunctional changeを認め, 免疫組織染色の結果と併せ悪性黒色腫と診断した。全身検索でも原発病巣は認めず肺原発が疑われた。

【まとめ】肺細胞診において, 多核細胞や核内封入体, 明瞭な好酸性核小体が出現した場合は悪性黒色腫も念頭に置き, 詳細な細胞観察と免疫細胞染色を併用することで, より診断の向上につながると考えられる。

P-1-35 気管支肺泡洗浄液細胞診が発見の契機となったALK陰性未分化大細胞型リンパ腫の1例

群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学³⁾

○佐藤香織(CT)¹⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)^{1,2)}, 福田利夫(MD)³⁾

【はじめに】ALK陰性未分化大細胞型リンパ腫(以下ALCL, ALK-negative)はALK陰性の成熟T細胞性リンパ腫であり, CD30陽性の多形性に富む腫瘍細胞が主体である。今回, 気管支肺泡洗浄液細胞診(BAL)が発見の契機となったALCL, ALK-negativeの1例を報告する。

【症例】70歳, 男性。2ヶ月前から発熱, 咳嗽, 血痰を主訴に近医受診し, 血液検査, 各種画像検査, 気管支鏡を施行したが診断がつかず受診。CTで, 肺野全体に散発する小結節影および右中葉に空洞を伴う浸潤影を認めた。Wegener肉芽腫症, 感染症, 悪性腫瘍等が疑われ, 精査のためTBLBおよびBALが施行された。

【細胞所見】リンパ球主体の炎症性背景に, 肺組織球, 線毛円柱上皮細胞, 杯細胞が出現。標本全体に, 中~大型で, 核形不整, クロマチン増量が顕著な異型細胞が, 孤立散在性に多数認められ, 2核・多核細胞や核分裂像も混在。細胞転写法による免疫染色で, keratin:-, CD3:+, CD20:-であり, T細胞性リンパ腫が疑われた。

【組織所見】TBLB検体4個で, 当初のHE標本では異型細胞は見られず, 肉芽腫および感染症検索の特殊染色のための追加標本作製過程で異型細胞が認められた。大型で多形性のある異型細胞が小結節状に認められ, CD3:+, CD20:-, keratin:-, EMA:-, CD30:+, ALK:-, CD4:+, TIA-1:+, CD56:±, GranzymeB:±, CD5:-, CD8:-, PD-1:-, PAX-5:-, EBER:-の結果からALCL, ALK-negativeと診断された。

【まとめ】本症例は, 細胞診検査が最初に腫瘍細胞を指摘し, 最終診断に至る手助けとなった。BALではリンパ腫は頻度の低い病変であるが, 他臓器の細胞標本で培った診断スキルが活かされた症例であった。

P-1-36 気管支擦過標本にて推定しえた肺 PEComa の1例

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野²⁾

○大野千恵子(CT)¹⁾, 松重貴大(CT)¹⁾,
遠藤由香利(CT)¹⁾, 永見光子(CT)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾,
野坂加苗(MD)¹⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾, 梅北善久(MD)²⁾

【はじめに】肺 PEComa はまれな肺良性腫瘍であり、無症状で末梢肺に境界明瞭な結節として発見される事が多い。今回、細胞診において特徴的な細胞所見から推定しえた肺 PEComa を経験したので報告する。

【症例】69歳女性。糖尿病治療経過中、単純CTにて右下肺結節を指摘。腫瘍マーカーの有意な上昇は無く、画像所見から良性疾患を考えフォローされたが、継続的に増大傾向を認め診断・精査目的で気管支鏡検査を施行。

【細胞所見】出血性背景に大小集塊が認められ、集塊は不規則重積性があり充実性であった。腺腔形成や層状構造はみられなかった。N/C比は低く、核は小型、円形～楕円形で軽度に大小不同や核型不整が認められるものの、核縁は平滑、核クロマチンは細顆粒状で均等分布を示していた。細胞質は豊富で淡く泡沫状であった。一部に核内空胞所見も認められた。

【組織所見】TBLBにて肺 PEComa を疑われ、腫瘍摘出術施行。腫瘍は境界明瞭な白色充実性で、淡明～弱好酸性顆粒状細胞質と軽度の大小不同を伴う類円形～楕円形核を有する腫瘍成分が、大小の血管を伴って充実性に増殖していた。細胞質はPAS反応陽性、免疫組織化学的には、HMB-45陽性、MelanA陽性、AE1/AE3陰性であり診断が確定した。

【まとめ】本腫瘍は比較的まれな疾患であるが、特徴的な細胞形態を把握する事で、細胞学的に PEComa の推定が可能であると考えられた。

P-1-37 胸膜に発生した単相型滑膜肉腫の3例

京都桂病院検査科¹⁾, 京都桂病院病理診断科²⁾

○小山奈津子(CT)¹⁾, 二宮慶太(CT)¹⁾,
春日里佳子(CT)¹⁾, 小山 賢(CT)¹⁾, 豊山浩祥(CT)¹⁾,
安原裕美子(MD)²⁾

【はじめに】滑膜肉腫は若年成人に好発する悪性軟部腫瘍である。好発部位は四肢の大関節近傍の軟部組織であり、胸膜発生は比較的稀である。今回我々は胸膜原発の単相型滑膜肉腫3例を経験したのでその捺印細胞像を中心に報告する。

【症例1】50歳男性、前縦隔腫瘍。

【症例2】72歳男性、右横隔膜に接する腫瘍。

【症例3】43歳男性、左胸膜に接する腫瘍。

【捺印細胞所見】いずれも卵円形～短紡錘形の均質な腫瘍細胞が散在性に出現。集塊形成部での腫瘍細胞相互の結合性は極めて弱い。腫瘍細胞の核は均一であり、核小体は小型で明瞭、クロマチンは微細顆粒状で高度に増量していた。

【病理組織所見】いずれも胸腔内に腫瘤を形成する。大きさ10cm大で充実性で脆く灰褐色～灰白色調を呈する。組織学的には束状ないし錯綜パターン、血管周皮腫瘍パターンを示す。均質な卵円形～紡錘形細胞の密な増殖からなる。免疫染色ではBcl-2が陽性、サイトケラチンAE1/AE3が部分的に陽性を示し、うち2例にはSYT-SSXが確認された。

【結語】胸膜原発の単相型滑膜肉腫の3例を経験した。細胞診検体から滑膜肉腫を鑑別疾患として挙げることで、融合遺伝子などの検索に検体を採取することができる。

P-1-38 腋窩リンパ節転移を認めた肺原発滑膜肉腫の一例

国家公務員共済組合連合会浜の町病院

○西野 彩(CT), 古賀 隆(CT), 舩田昭三(CT),
田中祐也(CT), 西村久子(CT), 本下潤一(MD)

【はじめに】滑膜肉腫は、若年成人の四肢近傍に好発する悪性軟部腫瘍である。本腫瘍は上皮細胞成分と紡錘細胞成分との割合によって、二層型滑膜肉腫、単層繊維型滑膜肉腫、単層上皮型滑膜肉腫に大別される。滑膜肉腫の診断には、18番染色体のSYT遺伝子とX染色体のSSX遺伝子の融合の検出が有用とされている。今回、我々は腋窩リンパ節転移を認めた肺原発滑膜肉腫の一例を経験したので報告する。

【細胞所見】腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診において、炎症細胞、ヘモジデリン貪食組織球を背景に、小型類円形と短紡錘形の異型細胞を孤在性から大小の集塊にて認めた。小型類円形細胞は、N/C比が高く、上皮様の結合性を示していた。紡錘細胞は小型で明瞭な核小体を有し、小血管を軸に束状の配列を示していた。

【組織所見】腋窩リンパ節生検において、細胞境界不明瞭で短紡錘形の腫瘍細胞が緩やかな束状を示し増生していた。胞体は淡好酸性、核異型は軽度であり、核分裂像が散見された。免疫染色では、Vimentin(+), TLE1(+, partial), S-100(+, weak, focal)を示し、上皮マーカー、中皮腫マーカー、肺腺癌マーカー、扁平上皮癌マーカーは全て陰性、悪性黒色腫マーカーはMelan A(-), HMB45(-), S-100(+, focal), 神経内分泌腫瘍マーカーはCD56(+, focal), Synaptophysin(-), Chromogranin A(-), CD34(-), CEA(-), CD68(-)を示した。遺伝子解析において、SYT-SSX1融合遺伝子陽性であり、滑膜肉腫の診断となった。

【まとめ】肺原発の滑膜肉腫は比較的稀であるが、N/C比の高い小型類円形や短紡錘形の異型細胞が束状の配列を示し出現した際は、滑膜肉腫も鑑別診断の一つとして念頭に置くことが重要であると考えられた。

P-1-39 肺類上皮血管内皮腫の一例

岡山大学病院病理部

○藤田 勝(CT), 原田和恵(CT), 浜田香菜(CT),
那須篤子(CT), 井上博文(CT), 今井みどり(CT),
松岡博美(CT), 田中顕之(MD), 田中健大(MD),
柳井広之(MD)

【はじめに】類上皮血管内皮腫は、血管内皮由来の非上皮性腫瘍で、軟部組織、肺、肝などに発生を見ることがある。今回我々は肺に発生した類上皮血管内皮腫を経験したので、その細胞像を中心に報告する。

【症例】60代、女性。喘息で他院通院中、画像検査にて右肺下葉に異常影を指摘され、肺癌の疑いで来院。確定診断を目的にCTガイド下針生検が施行され、同時に細胞保存液による生検針洗浄細胞診を行った。生検組織で類上皮血管内皮腫と診断され、右上葉・下葉の部分切除が施行された。

【細胞所見】パパニコロウ染色標本では、形質細胞様のライトグリーン好性類円形細胞が小集塊で認められた。腫瘍細胞は軽度の重積性を示し、核は類円形～楕円形で不整は目立たず、核内封入体様所見が散見された。粗顆粒状クロマチンの特徴とすることから、カルチノイドを疑って悪性判定とした。保存細胞検体の免疫染色では、CD31の陽性像を確認した。

【組織所見】生検材料では間質の硝子化が目立ち、粘液性背景の中に上皮様形態を示す細胞が増殖していた。免疫染色ではAE1/AE3陰性、TTF-1陰性、CD31陽性、CD34陽性、ALK陰性で類上皮血管内皮腫と診断された。手術材料では、黄褐色調の境界比較的不明瞭な結節状腫瘤を認め、組織学的には、類円形～短紡錘形の核を持つ紡錘形細胞が乳頭状構造物を形成し、肺腔内を充填する形で増殖する腫瘍組織が認められた。免疫染色にて、CD31およびCD34陽性が確認された。

【考察】呼吸器細胞診で類上皮血管内皮腫に遭遇する機会はきわめてまれである。本疾患では、通常型の肺癌とともに、特殊型肺癌や転移性腫瘍との鑑別を考慮する必要がある。

P-1-40 縦隔に発生した傍神経節腫 (Paraganglioma) の3症例

JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科¹⁾, JA 長野厚生連佐久総合病院病理診断科²⁾

○岩松弘文(CT)¹⁾, 中山朋秋(CT)¹⁾, 井出伸也(CT)¹⁾,
佐藤憲俊(CT)²⁾, 青柳大樹(MD)¹⁾, 塩澤 哲(MD)¹⁾,
石亀廣樹(MD)¹⁾

【はじめに】傍神経節は神経由来の器管で自律神経節や神経叢近傍に円形集合体として存在している。縦隔から発生する傍神経節腫 (PG) の頻度は約2%と少なく、偶発発見の良性3症例を報告する。

【症例】1)60歳代男性。肺炎にて近医を受診、胸部CTにてTh6に接する後縦隔腫瘍の指摘で当院紹介、腫瘍摘出術施行。2)70歳代女性。咳嗽を主訴に近医受診し胸部Xpで縦隔腫瘍が疑われた。胸部CT上Th3~4左側に3cm大の後縦隔腫瘍が指摘され胸腔鏡下摘出術施行。3)30代男性。検診で胸部異常陰影を指摘、心臓右側周囲を圧迫する6cm大の中縦隔腫瘍が疑われた。術中に血圧の高度上昇を認め機能性PG疑いとなり針生検のみ施行。後日の腫瘍摘出術となった。

【腫瘍捺印細胞像】1, 2)接合性疎な多形細胞が出現。大小不同目立つ類円形核は細顆粒状クロマチンと核小体が見られ、2核細胞も混在。多辺形の細胞質は顆粒状を呈し核偏在傾向を示す。紡錘形の間質細胞や毛細血管成分も混在する。3)接合性しっかりした集塊は核大小不同が目立ち多核細胞や巨核細胞が混在する他、核内細胞質封入体が見られる。細胞質内に褐色顆粒を有する細胞も見られる。

【組織所見】腫瘍サイズは各々20mm, 30mm, 70mmで、断面は暗赤褐色調の充実性腫瘍を示し、被膜領域に血管増生と神経節を伴う。組織像は融合性の小型胞巣や類洞形成から構成され、大型腫瘍細胞がシート状や偽ロゼット配列を示しS-100陽性の支持細胞が混在する。

【まとめ】いずれも偶発発見例で、後縦隔~中縦隔に位置する。3例とも悪性の指標となる細胞分裂や壊死は確認されない。腫瘍サイズ70mm大の症例3は大型異型細胞の出現が非常に目立つので、過剰診断しない注意が必要となる。

P-1-41 胸水中に異型細胞が認められた小児胸膜肺芽腫の一例

近畿大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 近畿大学医学部病理学教室²⁾

○森香奈子(CT)¹⁾, 小林彩香(CT)¹⁾, 手嶋優子(CT)¹⁾,
土橋千琴(CT)¹⁾, 植田清文(CT)¹⁾, 上杉忠雄(CT)¹⁾,
佐藤隆夫(MD)¹⁾, 筑後孝章(MD)²⁾, 木村雅友(MD)²⁾,
榎木英介(MD)²⁾

胸膜肺芽腫は5歳以下、特に3歳以下の乳幼児に発生し、咳・胸痛・呼吸困難・発熱などを主訴とする、非常に稀な肺・胸膜原発の小児悪性腫瘍である。治療は手術が第一選択であり化学療法、放射線療法を組み合わせた治療が行われるが、再発率が高く予後不良の疾患である。

【症例】3歳4か月男児。咳、発熱あり受診、感冒と診断され抗生物質投与するも改善見られず、胸部X線にて左肺全体の透過性低下、胸部CTにて左肺の萎縮、多量の胸水貯留、片側肺圧排像を認め精査加療目的に当院へ紹介された。

【胸水細胞診所見】多数の泡沫細胞とリンパ球を背景に、N/C比大、核形不整、微細顆粒状クロマチンの増量を示し、核小体の多発する核を有する異型細胞を少数認めた。術中胸水には、変性の強い、裸核状でやや大型の濃染核を有する異型細胞が少数見られた。

【組織診所見】濃染する長円形ないし卵円形の異型核を有する紡錘状、星芒状の腫瘍細胞、好酸性の細線維状の細胞質を有する細胞を認めた。また、明瞭な核小体が見られる大型異型核を有する、大型の好酸性細胞(横紋筋芽細胞)も散見され、免疫染色の結果も考慮して横紋筋肉腫と診断された。この後、肺切除術が施行され、横紋筋肉腫様の組織所見とともに短紡錘形の形態を示す未熟な異型細胞や、軟骨形成、二核細胞など多彩な組織像が見られた。以上より胸膜肺芽腫と診断された。

【まとめ】小児に発生した胸膜肺芽腫の中でも、胸水中に異型細胞が出現するという非常にまれな症例を経験した。細胞像は悪性を疑うものであったが、細胞診では組織型の確定には至らなかった。年齢や臨床経過、画像所見などを加味しての総合診断を行うことが重要と思われる。

P-1-42 肺動脈カテーテルによる吸引細胞診が有用であった腫瘍塞栓性肺動脈微小血管症の一例

日本赤十字社医療センター病理部¹⁾, 同 検査部²⁾, 同呼吸器内科³⁾, 同 呼吸器外科⁴⁾

○松尾梢恵(CT)¹⁾, 熊坂利夫(MD)¹⁾, 関口明日(CT)¹⁾, 阿部直也(CT)¹⁾, 橋本昭一(CT)¹⁾, 藤原睦憲(MD)²⁾, 武村民子(MD)¹⁾, 近藤圭介(MD)³⁾, 生島壮一郎(MD)³⁾, 古畑善章(MD)⁴⁾

【はじめに】腫瘍塞栓性肺動脈微小血管症 (pulmonary tumor thrombotic microangiopathy, 以下 PTTM) は肺末梢血管の多発性腫瘍塞栓を起因とするフィブリン血栓ならびに内膜増殖による肺高血圧をきたし, 急激な転機をたどるため生前診断が難しい予後不良な疾患である。今回我々は呼吸困難を発症した PTTM に対し肺動脈血吸引細胞診により診断確定し治療導入にいたった一例を報告する。

【症例】乳癌既往歴のある 50 代女性。労作時呼吸困難の精査加療のため入院。入院時検査所見は PaO₂ 64 mmHg と低下し, CEA17.4 ng/mL, CA15-3 435 U/mL, D ダイマー 5.2 ug/mL と上昇。肺血流シンチグラフィで両肺の多発血流欠損像より PTTM を疑い, 肺動脈カテーテル検査時に右上葉, 左下葉の肺動脈の楔入下へパリン加肺動脈血 10 ml 吸引採取。遠心したパフィーコートから塗抹標本, セルブロックを作製した。

【細胞像】血性背景の中に不整重積性の乳頭状集塊が認められた。腫瘍細胞は核偏在性で核には大小不同, 不整形, クロマチン増加, 核小体腫大を認め, 乳癌の転移を疑いセルブロックから ER, Her2 陽性を確認し乳癌と診断した。

【治療】診断確定後乳癌および肺高血圧に対し治療が開始され, 呼吸状態の改善がみられ退院したが, 再び呼吸困難が出現し PTTM 診断後 5 か月で永眠された。

【まとめ】PTTM の確定診断は CT ガイドや経気管支肺生検によりなされるが, 低酸素血症があり難しいことが多い。本例のように肺動脈カテーテルによる吸引細胞診から診断した例は極めて少ないが, 肺動脈圧測定時に同時に行えるため生検より安全であり, PTTM の診断に有用である。

P-1-43 細胞診にて指摘し得た肺癌に合併した肺非結核性抗酸菌症の 1 例

労働者健康福祉機構旭労災病院中央検査部¹⁾, 愛知医科大学医学部病理学講座²⁾

○秋山哲文(CT)¹⁾, 瀬古憲弘(CT)¹⁾, 服部和宏(CT)¹⁾, 山村宗幸(CT)¹⁾, 伊藤秀明(MD)²⁾, 稲熊真悟 (MD)²⁾, 池田 洋(MD)²⁾

【はじめに】肺非結核性抗酸菌症(肺 NTM 症)は近年増加傾向にあり, 肺癌に合併することもまれではない。今回我々は肺扁平上皮癌に合併した肺 NTM 症を経験したので報告する。

【症例】80 代男性。左上葉に腫瘤影出現。気管支内視鏡検査が施行された。左 B1+2 に狭窄があり, 白色隆起性病変が認められ生検および擦過が施行された。細菌学的検査は, 気管支擦過でガフキー 1 号, 気管支洗浄液は集菌塗抹 +/-, 培養第 2 週陽性, TB 抗原(-), 気管支鏡吸引痰は集菌塗抹 +/-, 培養第 2 週陽性, PCR にて *Mycobacterium avium* が検出された。

【細胞所見】N/C 比増大, クロマチン増量した異型扁平上皮細胞の重積性集塊を認め一部に角化もみられた。この他に好中球を主体とする炎症性背景に微細顆粒状の壊死, 類上皮細胞集塊, 少数の多核巨細胞, 一部にリンパ球の集簇を認め, 扁平上皮癌と抗酸菌感染症の合併が疑われた。

【組織所見】類円形核と細胞境界の不明瞭な細胞質を有し, 充実性・索状に増生する腫瘍胞巣がみられ, 周囲にリンパ球浸潤を認めた。免疫組織化学染色と形態とを合わせて低分化扁平上皮癌と診断された。乾酪壊死や類上皮細胞肉芽腫は認められなかった。

【まとめ】壊死は肺癌をはじめ塵肺症など良性疾患でも認められる。肺 NTM 症に伴う壊死との鑑別は難しいが, 好中球を伴う微細な壊死の存在が手掛かりとなる。多核巨細胞は間質性肺炎などでも出現し, ラングハンス巨細胞と判断することは容易ではないが, 壊死や類上皮細胞とともに認められた場合は肺 NTM 症をより疑う所見となりえる。背景所見に注意し, 細菌学的検索も考慮しながら慎重なスクリーニングにより, 肺 NTM 症はある程度推定可能ではないかと考える。

P-1-44 胸部 X 線で薄壁空洞を呈する陰影を呈し細胞診にて診断された肺クリプトコッカスの一例

東京医科大学八王子医療センター病理診断科¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科²⁾

○石崎幹子(CT)¹⁾, 三浦弘之(MD)²⁾, 若槻よしえ(CT)¹⁾, 信太えりか(CT)¹⁾, 加藤彩子(CT)¹⁾, 田辺 夢(CT)¹⁾, 脇屋 緑(MD)¹⁾, 塚本 哲(MD)¹⁾, 芹澤博美(MD)¹⁾

【はじめに】クリプトコッカス症とは *C. neoformans* が鳩などの糞便から経気道的に肺に感染する真菌症である。胸部 X 線で薄壁空洞を呈する陰影に対して気管支擦過細胞診を行い、肺クリプトコッカス症と診断した症例を報告する。

【症例】71 歳男性, 2 型糖尿病で加療中, 溶血性貧血及びネフローゼ症候群にてステロイド剤投与中, 胸部 CT にて空洞状病変が出現したため当院に紹介受診された。

【画像診断】胸部 CT にて左 S3a に 26×16 mm の薄壁空洞を呈する陰影が認められた。

【細胞所見】赤血球や好中球, 壊死を認める背景に孤立散在性に菌体が認められた。菌体の大きさは赤血球大からその 4 倍程度で大小不同を伴い, 形は円から楕円形, 出芽状まで認められた, 色は透明なものからオレンジ G に好染するものまでと様々であり, 光沢感があつた。周囲は 2 重の厚い膜に覆われていた。

【組織所見】生検材料では組織球様細胞が集簇して見られ, その細胞内に PAS 染色, ALB 染色, ムチカルミン染色陽性の莢膜を認め, クリプトコッカス症と診断された。

【臨床経過】クリプトコッカス抗原は 64 倍で陽性, 髄液中にはクリプトコッカスは認められずクリプトコッカス髄膜炎は否定的であった。現在抗真菌薬内服加療中である。

【まとめ】クリプトコッカス症の画像所見では経過中 30% から 70% に空洞形成を認めるとされており, 空洞を伴う腫瘤陰影の鑑別には肺癌や結核などとともにクリプトコッカス症の可能性を考えておく必要がある。またクリプトコッカスは髄膜親和性があり, 速やかに診断する必要がある。本症のように胸部画像所見で空洞形成を認めた場合, 菌体の大小不同, 厚い莢膜などの特徴を把握して鏡検を行う必要があると考えた。

P-1-45 扁平上皮癌との鑑別に苦慮したヘルペス感染を伴う高度異形成の一例

市立旭川病院中央検査科¹⁾, 市立旭川病院病理診断科²⁾, 市立旭川病院産婦人科³⁾

○山田和明(CT)¹⁾, 勝見友則(CT)¹⁾, 越高正広(CT)¹⁾, 二郷元彦(CT)¹⁾, 武田晃典(CT)¹⁾, 高田明生(MD)²⁾, 神田 誠(MD)²⁾, 林 博章(MD)³⁾, 幸村 近(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部異形成は日常しばしば見られるものであるが, 背景に高度の炎症が存在することにより Over diagnosis となることも少なくない。今回, 高度異形成にヘルペス感染が合併し, 扁平上皮癌との鑑別に苦慮した一例を提示する。

【症例】34 歳 0 経妊。既往歴: 尖形コンジローマ切除(20 歳, 他院), 潰瘍性大腸炎(26 歳~)。

【経過】潰瘍性大腸炎にて当院消化器内科加療中に腰部・陰部に疼痛を伴う水疱が出現し, 子宮頸部細胞診施行。この時の細胞診で多核形成や核のスリガラス状変化を伴うヘルペス感染細胞を多数認めた。また細胞質が紡錘形を示し, 濃縮状のクロマチンを有する異常角化細胞の出現も認められたため扁平上皮高度病変, あるいはそれ以上の病変の共存を考えたが, 高度の炎症による細胞変化を否定できず, ヘルペス治癒後の再検を依頼した。1 週間後の再検ではヘルペス感染細胞は認められなかったが, 初診時と同様の異型細胞の残存を認めたため扁平上皮癌を疑い組織診を依頼した。3 日後の生検でヘルペス感染を伴う多核細胞とともに, 非傍基底細胞型の異型扁平上皮を認め, 高度異形成の診断となった。後日, 円錐切除術が施行され, 生検と同様の組織診断であった。

【まとめ】高度の炎症を伴う子宮頸部異形成では, 細胞異型が炎症により増強されている可能性があることを考慮し, 消炎後の再検や組織診を行う必要があると考えられた。

P-1-46 検査技術科学専攻学生（群馬大学）の子
宮頸癌ワクチンに対する動向と意識調査

群馬大学大学院保健学研究科

○佐藤 幸(その他), 吉田朋美(CT), 福田利夫(MD)

【目的】 我が国において子宮頸癌ワクチンの接種が承認されたのは2009年であり, その翌年から公費接種が開始されたが, 一昨年より副作用の報告が相次ぎ, 現在, 接種を積極的推奨する動きが中断されている. 若年者がワクチン接種に迷いを感じている現在, 接種の現状やワクチンについての意識, 知識および動向を把握することで, 今後の若年層に対するアプローチ法を検討する.

【対象・方法】 群馬大学保健学科検査技術科学専攻に在籍し, 本研究の参加に同意した18~24歳の学生144名(男子29名, 女子115名)を対象とした. ピアエデュケーション手法による頸癌ワクチンの啓発活動の前後でアンケート調査を行い, 学年進行別, 性別等による知識, 意識の変化および動向を解析した.

【結果】 頸癌ワクチンを「接種したい」「接種したくない」と回答したのは, 1年生(50.0%, 50.0%), 3年生(42.9%, 47.6%), 4年生(34.8%, 34.8%)と各学年ともに半数ずつであった. またピアエデュケーション後も「接種を迷う」と答えた学生は多く, ピアエデュケーションによってHPVワクチンについての正しい知識を得たことが, 接種に対しての“迷い”を取り除く要因にはならない可能性が考えられた. また「迷い」の理由として「副作用」, 「費用」が挙げられた.

【考察】 頸癌ワクチンについて, 若年者, 特に中学生や高校生を対象に, 副作用に関してだけでなくワクチンの利点も踏まえた正確な知識を啓発することが大切である. また正確な知識を得ると同時に, より幅広い自己選択ができる話し合える場, 意見交換できる場などの環境作りが重要な因子として考えられ, 大学からの出前授業のシステムを活用した地域貢献との連携の必要性も考える.

P-1-47 妊娠初期子宮頸部細胞診異常とHPV感
染との関連性についての検討

武蔵野赤十字病院産婦人科

○黒須博之(MD), 山崎龍王(MD), 矢野 亮(MD),
澁谷英里子(MD), 小林織恵(MD), 大田昌治(MD),
小林弥生子(MD), 梅澤 聡(MD)

【目的】 子宮頸部細胞診異常合併妊娠では浸潤癌を疑う所見がない場合, 経過観察とされる場合が多い. 妊娠初期に細胞診異常を認めた症例を検討し, リスク因子, 産後の経過を検討した.

【方法】 2012年1月から2014年12月までに当院で分娩を行った妊婦のうち妊娠初期に細胞診異常を認めた症例を対象に, 細胞診の推移, HPV感染, 産後の経過を後方視的に検討した.

【結果】 全分娩数3382例のうち, 妊娠初期に細胞診異常を呈した症例は60例(1.7%)であった. 妊娠初期細胞診異常はASC-US 17例, LSIL 17例, HSIL 20例, ASC-H 5例, AGC 1例であった. 妊娠中に細胞診異常の消失を認めたのは20例, 妊娠中に浸潤癌と診断されたのは2例であった. 経産分娩が45例, 帝王切開が14例, 妊娠中断が1例であった. 分娩後も当院で検査されたのは46例あり, 産後初回での細胞診異常消失は19例で, 16例で細胞診異常の持続を認めた. 持続例のうち2例は妊娠中に一度消失を認めていた. HPV検査が施行されたのは38例あり, 34例で陽性であった. 円錐切除術が施行されたのが5例, 浸潤癌に進展したのが2例あり, 6例でHPV 16型または18型の感染を認めた. 10例はCIN病変持続を認め定期検診中である.

【結論】 HPV感染症例, 特に16型or18型陽性例では進展リスクが高い傾向があり, 産後も厳重な管理が必要である. 一方で分娩後女性は育児等により外来受診が途絶えてしまう例も散見され, HPV検査を積極的に併用し高リスク群を抽出することで分娩後のフォローアップが途絶えないようにすることも重要であると考えられた.

P-1-48 子宮頸癌リンパ節の術中迅速診断における Tissue rinse liquid-based cytology の有用性

国立病院機構北海道がんセンター¹⁾, 国立病院機構北海道がんセンター病理診断科²⁾

○山崎博之(MD)¹⁾, 首藤聡子(MD)¹⁾, 藤堂幸治(MD)¹⁾, 岡元一平(MD)¹⁾, 加藤秀則(MD)¹⁾, 山城勝重(MD)²⁾, 鈴木宏明(MD)^{1,2)}, 平紀代美(CT)²⁾, 中島真奈美(CT)²⁾

【目的】近年, 子宮頸癌におけるセンチネルリンパ節生検(SNNS)が行われている。しかし同定されたリンパ節の評価方法が問題となる。当院では Tissue rinse liquid-based cytology (TRLBC) 法が乳癌において高感度に SNNS の術中転移診断ができることから子宮頸癌でも採用している。子宮頸癌における術中迅速診断での TRLBC 法の有用性について検討した。

【方法】2005年から2013年に広汎子宮全摘出術+SNNSを行った子宮頸癌88例(I期85例, II期3例)を対象とした。TRLBC法では2mm間隔でセンチネルリンパ節を切り出し洗浄液中でリンスして細胞を回収, Thin-layer法で標本を作成, パパニコロー染色に抗ケラチン抗体染色を併用して術中迅速診断を行った。リンス後の検体はホルマリン固定を行い摘出材料と併せて永久標本として病理診断を行った。両者の診断成績について比較検討した。

【結果】TRLBC法で21個のリンパ節が転移陽性と術中診断された。永久標本では前者に加えて, 孤立腫瘍細胞(ITCs)の1個を加えた22個のリンパ節で転移陽性の診断がなされた。通常のリンパ節転移(2mm以上)19個では両者の結果は一致していた。一方, 抗ケラチン抗体染色併用でのみ診断可能な微小転移またはITCsでも2/3個(66.7%)で転移診断が可能であった。

【結論】TRLBC法は比較的簡便な方法でもあり術中迅速診断において有用な手法であると考えられる。症例数は少ないものの免疫染色も併用することで微小転移や孤立性癌細胞も高頻度に検出できる印象を持った。

P-1-49 子宮頸癌に対する頸部摘出術後の臨床病理因子および細胞診所見に関する後方視的解析

九州大学病院産科婦人科¹⁾, 九州大学病院病理部²⁾

○園田顕三(MD)¹⁾, 矢幡秀昭(MD)¹⁾, 奥川 馨(MD)¹⁾, 兼城英輔(MD)¹⁾, 中附加奈子(CT)²⁾, 仲 正喜(CT)²⁾, 大久保文彦(CT)²⁾, 小田義直(MD)²⁾, 加来恒壽(MD)¹⁾, 加藤聖子(MD)¹⁾

【目的】子宮頸癌症例に対して妊孕性温存目的の頸部摘出術が施行されているが, 治療後経過観察での細胞診所見に関する報告は少数のみである。当科に於ける頸部摘出術後の臨床病理因子および細胞診所見に関して解析を行った。

【方法】当施設倫理審査委員会の承認下に, 2005年6月以降に文書による説明・同意取得後に頸部摘出術を施行した子宮頸癌125例の臨床病理因子および細胞診所見に関して解析を行った。臨床病理因子は診療録から後方視的に抽出した臨床情報を基に, 年齢, 進行期, 組織型, 術式, 頸部円錐切除術の有無, 化学療法併用の有無について解析を行った。細胞診は頸部~腔壁から綿棒を用いて採取し, 従来法により診断を行った。

【成績】年齢の中央値は32歳(21歳~43歳), 進行期はIA1期:1例, IA2期:11例, IB1期:110例, IIA1期:3例, 組織型は扁平上皮癌:86例, 腺癌:29例, 腺扁平上皮癌:10例であった。術式は単純頸部摘出術:8例, 準広汎頸部摘出術:41例, 広汎頸部摘出術:76例で, 骨盤リンパ節転移を5例に認めた。頸部円錐切除術施行後が46例で, 頸部摘出術前・後に化学療法を施行した症例が7および5例存在した。1例に再発を認め, 子宮および両側付属器摘出術を施行した。細胞診所見は表層型・中層型の扁平上皮細胞を主体としていたが, 炎症, 扁平上皮化生, 体部内膜由来の腺および間質細胞の混在等が認められた。

【結論】頸部摘出術後の細胞診に於いては炎症, 扁平上皮化生, 体部内膜由来の腺および間質細胞の混在等を考慮のうえ診断を行うべきであると考えられた。

P-1-50 妊娠合併子宮頸癌と細胞診断

佐賀大学医学部産婦人科¹⁾, 佐賀県医療センター好生館²⁾, 佐賀中部病院³⁾, 高木病院⁴⁾

○光 貴子(MD)¹⁾, 野口光代(MD)¹⁾, 西山 哲(MD)¹⁾, 橋口真理子(MD)¹⁾, 安永牧生(MD)²⁾, 金井督之(MD)³⁾, 内山倫子(MD)¹⁾, 中尾佳史(MD)¹⁾, 横山正俊(MD)¹⁾, 岩坂 剛(MD)⁴⁾

女性の高齢出産増加と初交年齢の低下によって、出産年齢と子宮頸癌発症時期のピークが重なる時代となった。妊娠期、および産褥期に診断された子宮頸癌について報告し、妊娠期の子宮頸部細胞診について考察する。当科にて2011年から2014年までに経験した子宮頸癌185例のうち、妊娠に合併したと考えられたものは8例であった。1A1期が2例、1B1期が3例、1B2期が1例、2A期1例、2B期が1例。妊娠転帰は、診断が21週までであった3例が人工流産、25週から36週までの4例が治療のための帝王切開、2例は診断前であったため経膈分娩されていた。治療は、円錐切除にて1A1期であった症例は単純子宮全摘、5例は広汎子宮全摘、1例は他院にて広汎子宮頸部切断、2期の2例は放射線化学療法を施行された。産褥3か月にて1B2期であった症例は術後CCRTを施行したが骨盤内リンパ節に再発をきたし発症から1年で原病死した。8例のうち妊娠前から細胞診異常を指摘されていたものは2例、妊娠初期の細胞診がNILM、クラス2であった症例が3例あり、31週、36週、産褥3か月に診断された。分娩した6例のうち出血・破水などの症状があったものは2例であり、症状のないものは36週から産褥に診断されている。妊娠期の子宮頸部細胞診はプロゲステロンが優位であるため、過剰な診断になると考えられていたが、実際は粘液、炎症細胞が多いため過小診断になる可能性があり、子宮頸部からの出血を恐れることや、綿棒の使用によって採取自体が不十分になることがある。妊娠合併子宮頸癌が増加していることを念頭に、妊娠初診時に確実な細胞採取による子宮頸部細胞を行うことが重要であると考えられる。

P-1-51 子宮頸部細胞診 ASC-H 症例の直接塗抹法と Thinprep 法の比較検討

大阪警察病院病理科

○金田敦代(CT), 辻本正彦(MD), 築山あゆみ(CT), 郡司有理子(CT), 中山順子(CT), 青木 弘(CT), 小西尋子(CT), 福田沙織(CT), 安岡弘直(MD), 吉田研一(MD)

【目的】直接塗抹法(従来法)とThinprep法(Thinp法)によるASC-H症例の比較検討、さらにその細胞像と組織診結果を対比検討した。

【対象】2010年1月から2011年12月までの2年間に従来法15257件、2013年1月から2014年12月までの2年間にThinp法14334件を対象にASC-H症例の比較検討を行った。

【結果】従来法15257件中、ASCは403件(2.6%)さらにASC-Hは30件あり、ASC全体の7.4%、Thinp法14334件中、ASCは376件(2.6%)さらにASC-Hは37件あり、ASC全体の9.8%であった。従来法30件中21件、LBC法37件中31件に組織診が行われ、従来法でCIN1が12件、CIN2が2件、CIN3が7件(CIN2以上は9/21件;42.9%)であり、Thinp法で、異常所見なしが3件、CIN1が10件、CIN2が9件、CIN3が8件、SCCが1件(CIN2以上は18/31件;58.1%)であった。組織結果が異常所見なしであった3件中、2件は閉経後で、萎縮上皮細胞や炎症を過大判定している可能性が考えられた。【考察】従来法とThinp法いずれもASC-HはASC全体の10%未満であったが、Thinp法で頻度がやや増加した。また、ASC-H組織診施行例では、CIN2以上症例は従来法42.9%に比してThinp法58.1%とThinp法で増加し、異常所見なし症例も出現した。

【結語】ASC-H症例は細胞診全体の0.2%程と頻度は高くないが、組織診では約半数にHSILが含まれていた。今後もASC-H症例について組織診との結果照合を定期的に行うことが必要と考えられる。

P-1-52 子宮頸部細胞診異常で紹介されたが、コ
ルポ診で異常所見がみられなかった 90
症例の検討

県立がんセンター新潟病院婦人科

○笹川 基(MD), 菊池 朗(MD), 柳瀬 徹(MD),
本間 滋(MD)

【目的】子宮頸部細胞診異常で紹介されたが、コルポ診で異常所見がみられない症例の転帰を、臨床的に検討した。

【方法】子宮細胞診異常で紹介され、初診時のコルポ診で異常所見がみられなかった 90 例（コルポ診不適例を除く）を対象とした。前医の細胞診結果が ASC-US 症例では 82%、ASC-H 症例では 0%、LSIL 症例では 44%、HSIL 症例では 30%、全体では 47%の症例においてコルポ診で異常所見がみられなかった。通常 3 か月後に頸部細胞診を実施するが、その後の臨床経過を後方視的に解析した。

【結果】前医の細胞診結果ごとに 3 か月後の細胞診結果を検討した。(1) ASC-US 20 例では NILM 13 例, ASC-US 5 例 (生検で軽度異形成 1 例), ASC-H 1 例, LSIL 1 例であった。(2) ASC-H 9 例では NILM 4 例, ASC-US 3 例 (生検で軽度異形成 1 例), ASC-H1 例, HSIL1 例であった。(3) LSIL 46 例では NILM 24 例, ASC-US 14 例 (生検で軽度異形成 1 例, 中等度異形成 1 例), LSIL 8 例であった。(4) HSIL 15 例では NILM 5 例, ASC-US 3 例, ASC-H 2 例, HSIL 5 例 (生検で軽度異形成 1 例, 中等度異形成 2 例, 上皮内癌 1 例) であった。3 か月後の細胞診が NILM の症例はその後概ね順調に経過している。

【考察】初診時のコルポ診で異常所見がみられない症例の約半数では 3 か月後の細胞診で異常所見が認められた。紹介前の細胞診結果ごとに検討すると、HSIL で紹介された患者では 15 例中 4 例で CIN が確認され、慎重な取り扱いが重要であると考えられた。

P-1-53 円錐切除後における細胞診での follow
とその正診率

東京慈恵会医科大学産婦人科

○宇田川治彦(MD), 江澤正浩(MD), 田部 宏(MD),
小曾根浩一(MD), 鈴木美智子(MD), 鈴木二郎(MD),
駒崎裕美(MD), 山下修位(MD), 高野浩邦(MD),
岡本愛光(MD)

当院において 2009 年 9 月から 2010 年 8 月までの 1 年間で行った円錐切除術 116 例について 5 年間の予後、および細胞診及び組織診の所見を後方視的に検討した。116 例中 5 症例 (4.3%) で円錐切除後再発を認めた。当院では外側腔方向の細胞採取は綿棒で行い、頸管内の細胞採取はブラシにて行っている。別々に採取した結果、子宮頸管における陽性率は 5 例中 5 例 (100%) であり、子宮腔部における陽性率は 5 例中 5 例 (100%) であった。術後の follow における細胞診と術後の病理診断における正診率は 60%であった。術後の細胞診 follow における細胞採取では正診率が低く、組織診による確定診断が必要である。スクリーニング法としては頸管内ブラシによる細胞診検体採取が重要と考えられた。

P-1-54 子宮頸部神経内分泌腫瘍における細胞学的及び免疫組織化学的検討

会津中央病院病理部¹⁾, 寿泉堂総合病院病理診断科²⁾

○高根澤裕介(CT)¹⁾, 加藤 淳(CT)¹⁾, 日下部崇(MD)²⁾,
川口隆憲(MD)¹⁾

【目的】子宮頸部神経内分泌腫瘍は子宮頸部悪性腫瘍の5%以下と稀な腫瘍であり診断に苦慮する場合がある。今回我々は当院で経験した子宮頸部神経内分泌腫瘍について細胞学的及び免疫組織化学的に検討をしたので報告する。

【材料と方法】2007年1月から2014年11月までの当院で施行された子宮頸部擦過細胞診のうち神経内分泌腫瘍と診断された3例を対象とし、比較として角化型扁平上皮癌11例、非角化型扁平上皮癌11例、子宮頸部腺癌6例の細胞学的検討を行った。またこの期間に、当院で施行された手術検体のうち神経内分泌腫瘍と診断された4例を対象とし、比較として扁平上皮癌13例、腺癌5例、腺扁平上皮癌2例について免疫組織化学的検討を行った。

【結果】子宮頸部擦過細胞診で神経内分泌腫瘍と診断された3例共に核は類円形で細顆粒状に増量したクロマチンを示し核の大小不同は軽度であった。細胞の大きさや核の位置などは小型核を有する非角化型扁平上皮癌と類似する点があったが緩い結合性を示すシート状重積集塊、核縁、クロマチンパターン、核線を明確に捉える事で両者の細胞判別は可能であった。手術検体における神経内分泌腫瘍4症例の免疫組織化学的検討はAllred scoreを元にTS3以上を陽性とした場合、CD56:1例、chromogranin A:2例、Synaptophysin:3例、NSE:3例であった。

【まとめ】細胞診断で子宮頸部神経内分泌腫瘍に遭遇する機会は少ないと思われるが可能性を常に考慮し慎重に検鏡する必要がある。また、核の特徴を認識する事が細胞学的診断の向上につながると考える。なお、神経内分泌腫瘍の確定診断には免疫組織化学的検索が不可欠である。

P-1-55 特徴的な細胞診所見を呈した子宮頸部コンジローマ様癌の一例

市立池田病院産婦人科¹⁾, 市立池田病院病理診断科²⁾, 大阪医科大学附属病院産婦人科³⁾

○川口浩史(MD)¹⁾, 竹原幹雄(MD)¹⁾, 山口慶子(CT)²⁾,
岩城真理子(CT)²⁾, 金本貴之(CT)²⁾, 河合 賢(CT)²⁾,
向井英代(CT)²⁾, 大橋寛嗣(MD)²⁾, 寺井義人(MD)³⁾,
大道正英(MD)³⁾

【緒言】子宮頸部コンジローマ様癌は、子宮頸癌取扱い規約では、扁平上皮癌変の特殊型に分類され、子宮頸癌の約0.1%を占める。今回、われわれは、子宮頸部細胞診で特徴的な所見を認め、さらにHPV typing および抗p16抗体を用いた免疫染色が診断に寄与した子宮頸部コンジローマ様癌の一例を経験したので報告する。

【症例】症例は70歳女性、閉経後不正性器出血を主訴に来院。診察所見で、子宮頸部より径3.5cmの外向性乳頭状腫瘍を認めた。拡大鏡所見で、酢酸加工により腫瘍は乳白色に染まり、赤点斑を有していた。直腸診で左傍結合織に腫瘍浸潤を認めた。頸部細胞診はSCC、生検で子宮頸部コンジローマ様癌あるいは乳頭状扁平上皮癌が疑われた。血中SCC抗原は1.7mg/mL。HPV16型陽性、および下記に示す細胞診、組織診所見より子宮頸部コンジローマ様癌IIB期と診断。同時放射線化学療法を施行し、寛解を得た。

【細胞所見】腫瘍性背景の中に、核異型を有するコイロサイトおよびfiber cellを認める。免疫染色で、p16陽性細胞を認める。

【組織所見】間質血管軸を伴って、乳頭状構造を示す異型扁平上皮層を認め、表層にコイロサイトを有する。免疫染色でp16陽性であった。

【結論】比較的稀な疾患である、子宮頸部コンジローマ様癌を経験した。細胞診でSCCであったが、異型を伴ったコイロサイトを認め、HPVのtypingや細胞診免疫染色を診断に加えることでコンジローマ様癌の診断に至った。本症例のように、乳頭状発育を示す病変は、良性病変である尖形コンジローマや、疣状癌、乳頭状扁平上皮癌等が挙げられるが、細胞像に併用し、HPVの型判定や擦過細胞診の免疫染色法の併用が、診断の一助となることが示唆された。

P-1-56 初期に診断し得た子宮頸部すりガラス細胞癌 (Glassy cell carcinoma) の1例

長崎大学医学部産婦人科¹⁾, 長崎大学病院病理診断科・病理部²⁾, 長崎病理診断科³⁾, 島原病院病理診断科⁴⁾

○谷川輝美(MD)¹⁾, 金内優典(MD)¹⁾, 佐藤典子(CT)²⁾, 穴見正信(CT)³⁾, 橋迫美貴子(MD)¹⁾, 木下直江(MD)²⁾, 林徳真吉(MD)⁴⁾, 安倍邦子(MD)^{2,4)}

【緒言】 子宮頸部のすりガラス細胞癌は稀な腫瘍であり, 一般的には進行が早いいため診断時に進行癌であることが多い。今回, 早期で診断し得たすりガラス細胞癌の1例を報告する。

【症例】 症例は33才, 未産婦であった。子宮がん検診を受診し, 子宮頸部細胞診がクラスVであったため当院を受診した。不正性器出血などの自覚症状はなかった。内診所見は特に異常なく, コルポスコピー所見では, モザイクおよび異型血管の所見を認めた。子宮頸部細胞診はclassV, 子宮内膜細胞診は陰性であった。術前の生検組織診断でGlassy cell carcinomaと診断された。子宮頸部細胞診の所見では, 炎症性背景に軽度核重積の細胞集塊が散見された。核の大小不同, 微細顆粒状のクロマチン, 核縁肥厚および腫大した核小体をともなっていた。低分化な扁平上皮癌もしくは腺癌が推定された。鑑別診断としてGlassy cell carcinomaの可能性も考えられていた。治療は円錐切除術を行い組織診断はGlassy cell carcinomaで, 断端は陰性であった。術後診断は子宮頸癌FIGO stage Ia1期 (pT1a1, N0, M0)であった。術後に生児を得て, 6年間無病生存で経過している。

【結語】 Glassy cell carcinomaは進行癌が多いと言われていたが, 今回Ia期で診断でき円錐切除術のみで治療した症例を経験した。Glassy cell carcinomaに特徴的な細胞所見は認められなかったが, 扁平上皮もしくは腺細胞由来の低分化な癌が推定されていた。

P-1-57 子宮頸部に発生した大細胞神経内分泌癌の一例

佐賀大学医学部産科婦人科¹⁾, 佐賀大学医学部病理部²⁾, 佐賀中部病院病理部³⁾

○西山 哲(MD)¹⁾, 光 貴子(MD)¹⁾, 橋口真理子(MD)¹⁾, 大隈恵美(MD)¹⁾, 野口光代(MD)¹⁾, 内山倫子(MD)¹⁾, 山本美和子(MD)²⁾, 山崎文朗(MD)³⁾, 中尾佳史(MD)¹⁾, 横山正俊(MD)¹⁾

【症例】 60歳代, P0. 喫煙あり。146 cm, 33 kg, PS:3. 倦怠感, 食思不振を主訴に近医内科に入院したが, 明らかな原因特定に至らず数日で退院した。その後, 恥骨, 左肩の痛み, 排尿前後の痛み, 不正性器出血(おそらく3-4年前から)を主訴に近医産婦人科を受診したところ, 腔口より腫瘍が露出しており, 当科紹介となった。子宮腔部は腫瘍で崩壊し腔口左側まで連続性に増殖していた。頸部腫瘍は6 cm大で, 多発肺転移, 多発骨転移, 多発リンパ節転移, 膀胱粘膜浸潤を認めた。CEA, CA19-9, CA125, 後日測定したNSEが高値で, SCC, Pro-GRPは正常範囲だった。病理診断で大細胞神経内分泌癌(large-cell neuroendocrine carcinoma; LCNEC)と診断され, 子宮頸癌4B期に対し, 全身化学療法(CDDP+CPT-11)と疼痛緩和目的の放射線療法(骨照射)を施行中である。

【病理所見】 細胞診では, 出血性・壊死性背景に, やや大型でN/C比の高い細胞が小集塊で認められる。裸核状で核線を有する細胞も散見される。クロマチンは顆粒状・ごま塩状であり, 核小体が目立つ。明瞭なロゼット形成は認めない。組織診では, 核異型は強く, ロゼット形成は不明瞭であるが柵状配列様の部分が見られる。免疫染色では, Chromogranin 陽性, Synaptophysin 陽性, p63, p40, CD56はごく少量の細胞で陽性であり, LCNECに矛盾しない組織学的所見であった。

【まとめ】 比較的頻度が低く, 予後不良の経過をたどると言われるLCNECの一例を経験した。本症例は典型的とは言えない組織所見であったため組織診断に苦渋したが, 細胞所見を契機に免疫染色を追加することで診断に至った症例であったため, 報告する。

P-1-58 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例

杏林大学医学部産婦人科¹⁾, 杏林大学医学部付属病院病理部²⁾, 杏林大学医学部病理学教室³⁾

○百村麻衣(MD)¹⁾, 小林陽一(MD)¹⁾, 鳥海玲奈(MD)¹⁾, 齋藤将也(MD)¹⁾, 坂本憲彦(CT)²⁾, 平野和彦(MD)³⁾, 望月 眞(MD)³⁾, 寺戸雄一(MD)³⁾, 岩下光利(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部大細胞神経内分泌癌は子宮頸癌の1%以下とされ、脈管侵襲が著明で早期に転移を認めることから予後不良である。今回我々は、術前化学療法が奏功した子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】49歳, 2経妊2経産。不正性器出血を主訴に前医を受診し、子宮頸癌の診断で当科紹介受診となった。子宮頸部には9cm大の腫瘍を認め、両側の骨盤リンパ節腫大を認めた。子宮頸癌 IIIB 期の診断となり化学療法が施行された。CPT-11+CDDP2 コースにて腫瘍、リンパ節ともに縮小し手術を施行した。

【細胞診所見】出血性背景に、散在性あるいは結合性の緩い異型細胞の集塊を認める。N/C比は極めて高く、裸核状の細胞が多数認められる。核は円形ないしは類円形で大小不同を示し、緊満感を有するものが主体である。核クロマチンは細～粗顆粒状で著しい増量を示し、核内不均等分布や核縁への不均一な凝集像が認められる。核分裂像も散見される。未分化あるいは低分化な癌が考えられた。

【組織学所見】腫瘍は中型から大型のN/C比の高い異型細胞からなり、充実性ないし胞巣状に増殖する。核は空砲状で、核小体が目立つ。手術検体では中等度のリンパ管侵襲と静脈侵襲が認められる。免疫組織学検査では、synaptophysin 陽性、CD56、chromograninA 陰性で、Ki67 陽性率90%を超える。

【結語】細胞診では柵状配列やロゼット形成などは見い出せず、低分化/未分化癌の推定にとどまった。しかし神経内分泌癌を疑い免疫染色を加えることで診断が可能であり迅速な治療に役立った。予後不良といわれているが本症例では化学療法が奏功し、術後6か月経過し再発を認めていない。

P-1-59 子宮頸部細胞診・生検からLCNECと診断した進行子宮頸癌の1例

横浜市立大学附属病院産婦人科¹⁾, 横浜市立大学附属病院病理部²⁾

○古郡 恵(MD)¹⁾, 松永竜也(MD)¹⁾, 川野藍子(MD)¹⁾, 最上多恵(MD)¹⁾, 丸山康世(MD)¹⁾, 佐治晴哉(MD)¹⁾, 佐藤美紀子(MD)¹⁾, 三田和博(MD)²⁾, 古屋充子(MD)²⁾, 宮城悦子(MD)¹⁾

Large Cell Neuroendocrine Carcinoma (LCNEC) は早期から遠隔転移を来し予後不良の疾患であるが、他の組織型が混在していることも多く、診断は難しい。症例：47歳。子宮頸部細胞診では腫瘍性背景、結合性の弱いシート状の細胞集塊を認めるが集塊の辺縁にはほつれを認め、周りに小在性の異型細胞が散在していた。細胞は核小体が目立ち、粗造なクロマチンの凝集を認める異型の強い細胞を認め神経内分泌癌を疑った。組織診では核腫大、好酸性の細胞質を有す比較的大型の異型細胞が蜂巣構造を形成像がみられ、扁平上皮癌や腺癌の成分は明らかではなかった。免疫染色では Chromogranin A (-), Synaptophysin (+), CD56 (+), CK AE1/AE3 (+), CK CAM5.2 (+) であった。臨床的には子宮頸癌 4B 期 (T3bN1M1(PUL)), NSE223 ng/ml と高値であった。低分化な腺癌や扁平上皮癌も鑑別として考えた上で LCNEC の診断とした。本症例では治療前に LCNEC の診断が得られたため、イリノテカン・シスプラチン併用療法を選択した。LCNEC は進行が早く手術の適応とならないことも多く、細胞診や組織診での正確な診断が望まれる。

P-1-60 術前細胞診で推定しえた小細胞癌と粘液性腺癌合併子宮頸癌の1例

がん研有明病院婦人科¹⁾, がん研有明病院細胞診断部²⁾,
がん研有明病院婦人科³⁾

○高橋顕雅(MD)¹⁾, 的田真紀(MD)¹⁾, 宇佐美知香(MD)¹⁾,
岡本三四郎(MD)¹⁾, 近藤英司(MD)¹⁾, 金尾祐之(MD)¹⁾,
尾松公平(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)^{1,2)}, 高澤 豊(MD)³⁾,
竹島信宏(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸癌における小細胞癌の頻度は約2%であり, 稀な予後不良の腫瘍である。小細胞癌は時に他の組織型と合併することがあり, 今回, われわれは小細胞癌と粘液性腺癌との混合癌の症例を経験したので報告する。

【症例】51歳。性器出血を主訴に前医を受診し, 子宮頸癌の診断で当院に紹介となった。子宮頸部細胞診で小細胞癌と低分化腺癌の混合癌が推定された。子宮頸部組織診でも同様の所見であった。MRIで子宮頸部に限局する5cmの腫瘍を認めた。PET-CTにて遠隔転移の所見は認められず, FIGOstageIB2の診断で, 広汎子宮全摘術, 両側付属器切除術, 骨盤リンパ節郭清術を施行した。術後化学療法を施行したが, 再発所見を認め, 現在化学療法中である。

【細胞所見】壊死性背景にN/C比の高い小型異型細胞が大小の細胞集塊あるいは孤立散在性に存在し, 索状配列を認め, 小細胞癌を推定した。しかし, 一部に小細胞癌に比べ大型で, 細胞内に粘液を有し, 核小体が目立つ細胞も認められ, 低分化腺癌が混在していた。

【組織所見】腫瘍の大部分はN/C比の高い比較的小型異型細胞が木目込み配列を呈して増殖, 浸潤しており, Synaptophysin(+), Chromogranin A(+), CD56(-)であり, 小細胞癌と診断した。不正な管状構造や乳頭状構造をなす腺癌と衝突している像が見られ, 粘液性腺癌との混合癌と診断した。また左基靭帯および閉鎖リンパ節転移を認めた。

【結語】子宮頸部小細胞癌は時に他の組織型を合併することが知られている。本症例では細胞診で小細胞癌を疑う細胞が主体を占めていたが, 十分な観察により低分化腺癌の合併を推定しえた。

P-1-61 採取法が異なる子宮頸部LCNEC 2例の細胞像

四国がんセンター婦人科¹⁾, 四国がんセンター病理科²⁾,
四国がんセンター臨床検査科³⁾

○大亀真一(MD)¹⁾, 橋本真也(MD)¹⁾,
山本弥寿子(MD)¹⁾, 白山裕子(MD)¹⁾,
竹原和宏(MD)¹⁾, 蜂須賀幸(CT)³⁾, 佐藤正和(CT)³⁾,
西村理恵子(MD)³⁾, 寺本典弘(MD)²⁾, 野河孝充(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部大細胞神経内分泌癌(以下LCNEC)は子宮頸癌の1%以下とされる稀な疾患であり, 細胞像についての検討は少なく細胞診による組織型推定は困難である。LCNECの細胞診従来法1例とLBC法1例の細胞像を比較検討した。

【症例1】66歳, III B期, cT3bN1M0。細胞診(従来法)では, 核線を伴う壊死性背景にN/C比が高く, 裸核状も呈する腫瘍細胞が孤立散在性~小集塊状に出現し, 索状配列もみられた。大小異なる類~楕円形の大型核を認め, クロマチンは粗顆粒状であった。細胞質内にはライトグリーン好性球状物質を認めた。

【症例2】60歳, IB2期, pT1b2N0M0。細胞診(LBC法)では, 背景に核線や壊死物質は認められなかった。クロマチンが粗顆粒状に増量した大型核をもつ腫瘍細胞が, 軽度の重積を伴い集塊状に出現していた。細胞質内にはライトグリーン好性で顆粒状, レース状であった。細胞質内にはライトグリーン好性球状物質を認めたが, 従来法よりも識別は困難であった。

【まとめ】採取法により背景や集塊の形態に違いがみられるが, クロマチンを含めた核の所見や細胞質の性状, 細胞質内球状物質などの共通した細胞像を理解することでLCNECを推定することは可能である。

P-1-62 子宮頸部細胞診に出現した悪性黒色腫の3例

京都第一赤十字病院病理診断科

○井上小百合(CT), 菊田 健(CT), 久保喜則(CT),
片岡恵美(CT), 間瀬八重(CT), 河崎瑞江(CT),
田中哲郎(CT), 中尾龍太(MD), 樋野陽子(MD)

【はじめに】婦人科領域における悪性黒色腫は、外陰部や陰部で稀にみられる腫瘍である。今回、我々は子宮頸部擦過細胞診において、悪性黒色腫細胞を認めた3症例を経験したので、その細胞学的特徴を報告する。

【症例】(1)63歳、女性、従来法、外陰部腫瘍、(2)62歳、女性、従来法、外陰部悪性黒色腫手術後、子宮頸部に黒色腫瘍、(3)85歳、女性、液状細胞診(Thin-Prep法)、不正性器出血、陰部から子宮陰部が硬化

【細胞所見】(1)(2)(3)ともに、類円形あるいは多稜形異型細胞が、集団あるいは個別散在性にみられた。(1)では紡錘形や大型の異型細胞もみられた。これらの細胞は、腫大核を有し、核クロマチン増加と核小体腫大があり、多核化もみられた。(1)(2)は、異型細胞や背景のマクロファージの細胞質に茶褐色や黄緑色の顆粒を有するものがしばしばみられた。(3)は顆粒を有する細胞は全体の中で少数であった。(1)-(3)で顆粒のみられない細胞は、淡くライトグリーンに染まる泡沫状の細胞質を有しており、コイロサイトーシスはみられなかった。

【組織】(1)(2)(3)悪性黒色腫

【まとめ】子宮頸部擦過細胞診では、稀に悪性黒色腫細胞を認めることがありHSILとの鑑別を要する。異型細胞の細胞質や背景に茶褐色や黄緑色のメラニン顆粒がみられれば悪性黒色腫と推定できるが、顆粒がない場合にはHSILとの厳密な鑑別は難しい。しかしながら、今回の3例では、年齢層がHSILとするにはやや高いこと、臨床的に外陰部や陰部寄りの病変が指摘されていること、背景にコイロサイトーシスがみられないこと、悪性黒色腫細胞は扁平上皮系細胞に比して細胞質が淡く泡沫状のものがみられることなどの特徴を認めた。

P-1-63 子宮頸部原発の無色素性黒色腫の1例

慶應義塾大学医学部病理学教室¹, 慶應義塾大学病院病理診断部², 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室³

○釘先結香(CT)^{1,2}, 照井仁美(CT)², 長島義男(CT)²,
鈴木美那子(CT)^{1,2}, 草刈 悟(CT)^{1,2},
仲村 勝(MD)³, 田中京子(MD)³, 青木大輔(MD)³,
江本 桂(MD)², 亀山香織(MD)²

【はじめに】子宮頸部原発の悪性黒色腫の報告は少なく、特に無色素性の報告は稀である。今回我々は診断に苦慮した子宮頸部原発の無色素性黒色腫を経験したので報告する。

【症例】53歳女性。検診の細胞診にて悪性腫瘍を指摘され、当院を受診した。コルポスコピー下に子宮頸部前唇に発育する13×25mm大の腫瘍が存在し、浸潤癌病変が疑われたので、細胞診と生検を施行した。

【細胞所見】腫瘍性背景に核腫大した異型細胞が集塊状及び散在性に多数出現していた。裸核状細胞が散在性に認められ、細胞密度の高い集塊や粘液状物質を有する集塊が認められた。核異型は強く、著明な核小体や核内細胞質封入体を認めた。悪性を考えたが組織型の推定は困難であり、other malignancyとして報告した。

【組織所見】子宮頸部生検材料では、腫大核と淡明な胞体を有する異型細胞が間質内で充実性に増殖していた。頸管腺構造は保たれていた。メラニン顆粒は認められなかった。これらの異型細胞はpancytokeratin(-), HMB-45(+), S100 protein(+)であり、無色素性黒色腫と診断した。その後手術が行われた。

【まとめ】稀な細胞像を示す悪性黒色腫を経験した。本症例ではメラニン顆粒が認められず悪性黒色腫を選択肢に挙げるのが難しかった。また、細胞診の標本には多量の異型細胞が集塊状に出現している部分があり、低分化な癌や他の肉腫との鑑別を要した。本症例のような細胞像を認めた場合は悪性黒色腫を念頭に置いて注意深く観察する必要があると考えた。

P-1-64 腔に発生した悪性黒色腫の1例

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学¹⁾, 神奈川県厚生連伊勢原協同病院病理診断科²⁾, 東海大学医学部付属病院病理検査技術科³⁾, 東海大学医学部専門診療学系産婦人科⁴⁾

○梶原 博(MD)¹⁾, 関戸康友(MD)²⁾, 井本昭子(MD)¹⁾, 井野元智恵(MD)¹⁾, 平林健一(MD)¹⁾, 加戸伸明(CT)³⁾, 宮嶋葉子(CT)³⁾, 伊藤 仁(CT)³⁾, 三上幹男(MD)⁴⁾, 中村直哉(MD)¹⁾

腔原発悪性黒色腫は腔原発悪性腫瘍の3%程度の稀な疾患である。今回、不正性器出血の精査で行われた細胞診により発見された腔悪性黒色腫について報告する。

【症例】60台女性 2経妊2経産

【現病歴】受診3ヶ月前より性器出血あり。近位を受診したところ、腔壁に腫瘤を認め、細胞診にて悪性黒色腫が疑われたため当院紹介となった。

【術前細胞所見】擦過細胞診では、豊富なメラニン顆粒を伴う多角形の異型細胞が多数確認され、核は円形・楕円形でクロマチンは細顆粒状、明瞭な核小体を有していた。

【術前組織所見】高度の核異型を伴う多角形腫瘍細胞がみられ、細胞質にはメラニン顆粒を含んでいた。免疫染色を施行したところ、HMB-45, Melan A, S-100 蛋白が強陽性であり、MIB-1 index は40%であった。

【手術所見】広汎子宮全摘術施行、両側付属器切除術および骨盤リンパ節廓清が施行された。肉眼的に腔に約35x30 mm 大の黒色調の外向性に発育する腫瘍性病変を認め、腫瘍周辺にも淡い黒色調領域がまだらに広がっていた。組織学的には、豊富なメラニン顆粒を伴う多角形の異型細胞の充実性、びまん性に増殖が確認された。異型細胞は明瞭な核小体を伴う腫大核を有し、大型奇形な核や多核の細胞も散見された。免疫組織化学では生検標本と同様の染色態度が確認された。腫瘍の子宮頸部および腫瘍周囲の腔壁への進展も確認されたが、腔側切除断端は陰性であった。郭清リンパ節には転移は認められなかった。術後4ヶ月にて画像上骨盤内再発を認め、現在国立がんセンターにてPD1 抗体療法を施行中である。

【まとめ】腔原発悪性黒色腫は、皮膚原発のものに比較して進行が早く、早期発見が困難であるため予後不良とされ、早期診断、早期発見が重要と考えられた。

P-1-65 破骨細胞様巨細胞を伴った子宮平滑筋肉腫の1例

日本医科大学附属病院女性診療科・産科¹⁾, 日本医科大学解析人体病理²⁾

○米山剛一(MD)¹⁾, 寺崎美佳(MD)²⁾, 川瀬里衣子(MD)¹⁾, 山本晃人(MD)¹⁾, 黒瀬圭輔(MD)¹⁾

破骨細胞様巨細胞を伴った子宮平滑筋肉腫の1例を経験し、特徴的な腫瘍捺印細胞診所見が得られたので報告する。症例は80歳、未経妊の女性、主訴は下腹部腫瘤感である。子宮筋腫として経過観察されていたが、近医にて子宮平滑筋肉腫を否定できないと診断され、当科へ紹介となった。当科での臨床診断も子宮平滑筋肉腫であった。某日、腹式単純子宮全摘術および両側付属器切除術を施行した。腫瘍剖面にて出血壊死巣が観察された。病理組織所見が特徴的であり、最終診断は、Uterine leiomyosarcoma with osteoclast-like giant cells であった。組織学的には腫瘍細胞は核の大小不同を伴う、紡錘形核、比較的豊かな好酸性細胞質を有し、一部、流れるような配列を示していた。また、異常核分裂を含む多数の核分裂像を示した。特異的な所見として腫瘍細胞に混在して破骨細胞様巨細胞を認めた。また、数か所の静脈と思われる脈管内に腫瘍浸潤が認められた。免疫組織化学的検索では、腫瘍組織内に多数のCD68 陽性のマクロファージの浸潤がみられ、混在する破骨細胞様巨細胞は、 α -SMA 陰性、CD68 陽性であった。腫瘍捺印細胞診でも同様に、多数の大型異型巨細胞を認めた。また、破骨細胞様巨細胞も観察された。臨床的には術後、ゲムシタビン、ドセタキセル併用化学療法を施行するも無効であった。また、ヴォトリエントの使用を開始したが、骨転移による左大腿骨骨折を認めた。稀有な組織型であり、組織像、細胞像を中心に本症例を呈示する。

P-1-66 子宮原発と考えられた Undifferentiated pleomorphic sarcoma の一例

公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院検査科¹⁾, 公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院婦人科²⁾, 聖マリアンナ医科大学病理部³⁾, 大森赤十字病院⁴⁾

○永野友佳里(CT)¹⁾, 小松明男(MD)¹⁾, 徳田眞美(CT)¹⁾, 三田俊二(MD)²⁾, 前田一郎(MD)³⁾, 安田 允(MD)²⁾, 坂本穆彦(MD)⁴⁾

【はじめに】 Undifferentiated pleomorphic sarcoma (UPS) は従来 MFH と呼ばれていた悪性軟部腫瘍の一つであり, 様々な肉腫の特殊型と鑑別を要する腫瘍である. 今回, 我々は, 臨床的に子宮原発と考えられた UPS の一例を経験したので報告する.

【症例】 49歳女性 2か月程続く下腹部膨満感と約一か月で急速増大する腹部を主訴に近医受診. 下腹部の巨大腫瘍を認め, 当院婦人科へ紹介. 子宮筋層由来平滑筋肉腫が疑われ, 腹式単純子宮全摘術, 両側付属器切除, 大網切除術を施行. 開腹時, 多数の腹膜播種を認め, 臨床的に子宮原発と考えられた.

【病理組織所見】 子宮の大きさは 18x18x14 cm. 重さは 2150 g. 子宮, 後腹膜, 大網に及ぶ巨大な腫瘍で子宮, ダグラス窩腫瘍はそれぞれ成人頭大であった. 断面は灰白色充実性で, 多数の結節を認めた. 組織標本で, 巨大な異型核を伴い多形性を呈する異型細胞と一部には紡錘形細胞が認められた. storiform pattern, 三極分裂など異型分裂も散見された. 明瞭な軟骨形成, 骨形成, 脂肪形成は見られず, UPS と考えられた.

【細胞所見】 術前腔部細胞診では明らかな異型細胞は認められなかった. 術中迅速腹水細胞診において, 明瞭な核小体を有し, 多形な核をもつ異型細胞が束状ないし孤立性に多数認められた. 大型で核異型の強い細胞や紡錘形細胞も見られた. 核分裂像も多数見られ, 悪性, 平滑筋肉腫として報告した. 腫瘍捺印細胞診でも同様の異型細胞が認められた.

【まとめ】 巨大な子宮腫瘍のため, 術前に UPS の診断は困難であったが, 異型が強く, 多形性に富む肉腫の場合, 本症例の可能性を考えることも大切である. 免疫染色の結果と合わせて報告する.

P-1-67 子宮粘液性平滑筋肉腫の一例

社会医療法人愛仁会千船病院技術部検査科¹⁾, 社会医療法人愛仁会杏和総合医学研究所検査部²⁾, 社会医療法人愛仁会千船病院診療部産婦人科³⁾, 社会医療法人愛仁会千船病院診療部臨床病理科⁴⁾

○佐藤 圭(CT)¹⁾, 林 純一(CT)¹⁾, 伏見翔一郎(CT)²⁾, 岡田十三(MD)³⁾, 吉安可奈子(MD)⁴⁾, 名方保夫(MD)⁴⁾, 八十嶋仁(MD)⁴⁾

【はじめに】 子宮腫瘍の代表的なものに平滑筋腫があげられ, 悪性腫瘍の 1~3% に平滑筋肉腫が認められる. 今回我々は子宮平滑筋肉腫の中でもまれな子宮粘液性平滑筋肉腫の 1 例を経験したので報告する.

【症例】 50歳代女性. 2009年から子宮筋腫の経過観察中, 子宮頸部細胞診, 子宮内膜細胞診では異常所見はみられなかった. 2014年8月不正性器出血と左下腹部痛を主訴に本院受診. MRIで子宮前壁に 14x18x19 cm の隔壁様構造を有する嚢胞性腫瘍を認め, 粘液性変性を伴う子宮筋腫や肉腫が鑑別に挙がった. 同年10月に腹式単純子宮全摘術, 左付属器切除術(右付属器切除後)を行った. 子宮重量は 3100 g で子宮体部に多発する結節病変が認められ, 最大腫瘍断面では中心壊死, 液状変性が認められた.

【細胞診所見】 ライトグリーンに染まった粘液性背景にライト G に染まる紡錘型胞体を呈し異型核を伴う細胞が散在性に認められ, 核分裂像や核内封入体も見られた.

【組織所見】 アルシアン青陽性の粘液様間質を背景に異型の強い腫瘍細胞が認められ, 核分裂像が目立ち MIB1 陽性率は高率であった. 明らかな脈管侵襲の所見はみられなかった. 免疫組織化学的に HHF35, desmin, caldesmon, αSMA 陽性, CD34, c-kit 陰性で平滑筋肉腫として矛盾しない.

【まとめ】 本症例では術前の細胞診で異常所見は認められず, 術後の捺印細胞診により平滑筋肉腫の所見が得られたが, 細胞診検査でも平滑筋肉腫が示唆されたとの報告もある. 組織像を反映した特徴的な所見が得られれば, まれな組織型でも細胞診で診断可能である. 粘液性平滑筋肉腫の発生源とともに免疫細胞学的所見, 文献的考察を加えて報告した.

P-1-68 子宮体部発生の embryonal rhabdomyosarcoma の1例

産業医科大学第2病理学教室¹⁾, 福岡徳洲会病院病理診断科²⁾

○野口紘嗣(MD)¹⁾, 名和田彩(MD)¹⁾, 飯盛博子(CT)¹⁾, 猿渡淑子(MT)²⁾, 中山敏幸(MD)¹⁾, 吉田尊久(MD)²⁾, 山田壮亮(MD)¹⁾

55才女性(閉経46才, G3P3). 主訴は性器出血と下腹部腫瘍感であり, 内診にて子宮口から一部脱出する腫瘍が認められた. MRI検査では子宮は内腔に充満する腫瘍により小児頭大に腫大していた. 術前に行われた頸部の擦過細胞診では, 高度の壊死と変性した扁平上皮細胞集塊を背景に, ライトグリーン好性で類円形からテニスラケット型の多形性を示す胞体に, 核の大小不同が目立ち, 細顆粒状のクロマチンを有する異型細胞が孤立性から小集塊状に散見されていた. 非上皮性腫瘍も鑑別に挙げられたが, atypical cells として報告するに止まった. 組織生検では壊死組織が主体であり, 確定診断には至らず, 診断目的で単純子宮全摘+両側付属器切除が施行された. 肉眼上, 子宮内腔にポリープ状に突出, 充満する巨大な隆起性病変であり, 断面は白色~灰白色で内部に壊死を認め, 下方性の発育は目立たなかった. 組織学的には, 高度異型核を持った間葉系腫瘍細胞のびまん性増殖から成っており, 横紋筋芽細胞様の分化を呈する細胞を多数混在させていた. これらは, 豊富な好酸性胞体を持ったりボン状, ラケット状あるいは類円形の形態を呈し, 胞体内の明瞭な横紋が部分的に認められた. また, 胞体の乏しい小型類円形腫瘍様の細胞像といった多様な分化段階も確認された. 以上より, embryonal rhabdomyosarcoma の最終診断とした. 子宮体部発生の横紋筋肉腫は本邦での症例報告数が35例の非常に稀な腫瘍であり, 細胞診学的にどこまでアプローチし得るのか検討したい.

P-1-69 リンパ節郭清術後16年で下肢リンパ浮腫から血管肉腫を発症した一例の細胞像

がん研有明病院婦人科¹⁾, がん研有明病院細胞診断部²⁾

○宇津木久仁子(MD)^{1,2)}, 山本阿紀子(MD)¹⁾, 野村秀高(MD)¹⁾, 宇佐美知香(MD)¹⁾, 加藤一嘉(MD)¹⁾, 古田則行(CT)²⁾, 杉山裕子(MD)^{1,2)}, 竹島信宏(MD)^{1,2)}

【はじめに】長期間のリンパ浮腫罹患の合併症として血管肉腫(Stewart-Trevus 症候群)があり, 長期生存リンパ郭清患者の0.03%くらいに発症し予後不良である. 診断確定までに時間を要することがあるが, 今回細胞診で推定した血管肉腫の1例を報告する.

【症例】70歳代女性. 妊娠出産歴なし. 既往歴, 家族歴なし. 16年前に子宮体癌のため準広汎子宮全摘術, 両側付属器切除術, 骨盤リンパ節郭清術を施行された. 術後1年くらいより下肢リンパ浮腫が出現した. 当院でリンパ浮腫の治療を受けていたが, この2年間受診歴なし. 1~2ヶ月前から紫色の斑点と痛みが出現したため受診. 両下肢浮腫(国際リンパ学会ステージIII)があり, 右下腿には, 赤褐色の隆起性病変が数個存在. リンパ浮腫に伴う血管肉腫を疑い整形外科紹介した. 病変より core-needle で組織を採取し, 圧挫細胞診, 病理組織診を提出. 細胞所見: 繊細な核クロマチンをもつ紡錘形あるいは多角形の細胞が, 一部で上皮様細胞配列を呈している. 核小体は大小様々で目立つ. 核線が多くみられ, また裸核も多い. 組織所見: 皮下に出血および壊死を伴い浸潤性増殖を示す腫瘍を認める. 類円形細胞よりなる管腔様構造を示し, 内腔に赤血球を容れる部分や紡錘形細胞の束状増殖を示す部分も認める. 免疫染色で腫瘍細胞は CD31(+), CD34(+), Factor VIII(+), D2-40(+), CK AE1/3(-), Ki67(+)で, 血管肉腫を疑った. 血管肉腫の診断で下肢切断を勧めたが, 同意なきらず, 抗癌剤を投与. 効果なく, 診断から8ヶ月後に死亡に至った.

【まとめ】血管肉腫は稀な疾患で診断がつきにくい. リンパ浮腫に伴い赤褐色の隆起性病変があるときは, 細胞診を含めた検査が有用である.

P-1-70 子宮ポリープ状異型腺筋腫から発生した leiomyosarcoma の 1 例

日本医科大学武蔵小杉病院女性診療科・産科

○伊藤友希(MD), 米山剛一(MD), 佐藤杏月(MD),
高屋 茜(MD), 土居大祐(MD)

子宮ポリープ状異型腺筋腫 (atypical polypoid adenomyoma; APAM) は、子宮体部に発生する上皮性・間葉性混合腫瘍の良性病変であり、30-40 歳代の妊娠可能な年齢に好発する。子宮体癌の合併発生の報告はあるが、leiomyosarcoma を合併した報告はない。今回我々は 78 歳と高齢女性に発生し、APAM 由来の leiomyosarcoma と診断した 1 例を経験したので報告する。症例は 78 歳の 1 回経産婦。不正性器出血を主訴に当科初診となった。経腔超音波断層法で子宮内腔全体を占める不整な多房性病変を認めた。子宮内膜細胞診では紡錘形の細胞が集塊または孤立性に出現し、長楕円核で 2 核細胞などの異型を認める所見であった。内膜組織診では、大部分が inflammatory debris で部分的に異型に乏しい変性した腺上皮と一部に微量の紡錘形の増殖が認められるのみで、悪性を示唆する所見は認められなかった。骨盤 MRI では子宮内部に不均一な強い造影効果を認める嚢胞成分を伴った不正な像を認めた。腫瘍マーカーは CA125 69 U/ml と若干高値であったが、CEA, CA19-9 は正常範囲であった。以上の所見、特に画像所見から、子宮肉腫をまず疑い開腹手術を行った。腹式子宮全摘術、両側付属器切除術を施行、出血量は 460 g であった。摘出子宮で子宮内腔に隆起する 6.5 cm 大のポリープを認めた。病理組織所見では、内膜間質と共に平滑筋の増生を伴った内膜ポリープのごく先端に約 3 cm の充実性成分が存在し、同部位に異型紡錘細胞の錯綜した増生が認められた。Actin 陽性、MIB-1 70% の陽性率であった。背景の子宮内膜には異形成が認められなかった。以上より APAM 由来の leiomyosarcoma と診断した。現在外来にて経過観察中である。

P-1-71 子宮体部癌肉腫の 1 例

東京通信病院病理科¹⁾, 東京通信病院婦人科²⁾

○高橋 剛(CT)¹⁾, 岸田由起子(MD)¹⁾, 神戸晴香(MT)¹⁾,
斉藤佑美(CT)¹⁾, 中村恵子(CT)¹⁾, 清水香織(CT)¹⁾,
山崎志寿子(CT)¹⁾, 葛岡美津穂(MD)²⁾,
秦 宏樹(MD)²⁾, 田村浩一(MD)¹⁾

【はじめに】子宮の悪性腫瘍で癌肉腫の占める割合は 2~3% と稀である。今回、術前の細胞診では、診断が困難であった同所性癌肉腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】65 歳, 女性。閉経 52 歳。不正出血を主訴に受診。MRI で子宮体癌が疑われ、内膜細胞診で類内膜腺癌と診断。腫瘍摘出術が施行され、組織診で同所性癌肉腫と診断された。

【細胞所見】血性背景に核密度の高い不規則に重積した異型腺管の集塊と、孤立散在性に核が卵円形、クロマチンの増加した核小体の明瞭な異型細胞を認めた。術前では孤立性の異型細胞を低分化の腺癌と考えたが、組織診断より再検討した結果、これらの細胞は Vimentin(+), CAM5.2(-) で間葉系の異型細胞と考えられた。

【肉眼所見】子宮内膜に底部から隆起する径 3.5 cm の腫瘍を認めた。

【組織所見】腫瘍は、腺管ないし胞巣を形成して浸潤増殖する癌成分と、その間質にびまん性に増殖する卵円形異型細胞を主体とする肉腫成分で構成されていた。前者には類内膜腺癌の成分も認めた。後者は Vimentin (+), CD10 (+), keratin(-) を示した。以上から同所性癌肉腫と診断した。

【まとめ】癌肉腫は予後が不良なため、肉腫成分の診断が重要であるが、細胞診での術前診断は困難な場合が多い。本症例でも、術前細胞診では孤立性の異型細胞を低分化な腺癌と判断したが、このような異型細胞は肉腫の存在も考慮する必要があると考えた。

P-1-72 腹水細胞診で肉腫成分を認めた子宮体部異所性癌肉腫の1例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹⁾, 福井赤十字病院病理診断科部²⁾

○小上瑛也(MD)¹⁾, 酒井康弘(MD)¹⁾, 森 正樹(CT)¹⁾, 岩崎和美(CT)¹⁾, 前川秀樹(MT)¹⁾, 太田 諒(MD)²⁾, 今村好章(MD)¹⁾

【はじめに】癌肉腫が疑われた症例の組織型の推定に、腹水細胞診が有用であった1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。下腹部違和感と残尿感を主訴に当院泌尿器科受診。下腹部腫瘤を指摘され、CTおよびMRIにて子宮内膜悪性腫瘍、両側卵巣・骨盤内リンパ節転移、癌性腹膜炎が疑われたため当院婦人科受診となった。子宮頸部と内膜細胞診で腺癌と扁平上皮癌、内膜組織診で扁平上皮癌を認めたが、明らかな肉腫成分は確認できなかった。子宮体部癌肉腫としてTC療法が施行されたが、8ヶ月後に腫瘍が再増大し、腹水細胞診で肉腫成分を認めた。その後、全身状態が悪化し死亡、病理解剖が施行された。

【細胞所見】腹水細胞診では、小集塊状や孤立散在性に異型細胞を認めた。腫瘍細胞は大型で核の大小不同や多形性が目立ち、明瞭な核小体を伴い、一部では多核細胞も認められた。免疫細胞化学的には上皮系マーカーは陰性で、vimentin・desmin・myogeninおよびHHF-35が陽性であったことから、横紋筋肉腫の腹膜播種と診断した。

【解剖所見】肉眼的に子宮内腔にポリープ状病変を認め、組織学的には変性を伴った類内膜腺癌や扁平上皮癌成分の他、横紋筋肉腫の混在を認めた。腹膜播種巣やリンパ節・骨転移巣の組織型は主に横紋筋肉腫であった。

【まとめ】癌肉腫は予後不良であり、その術前診断は重要であるが、腫瘍の一部しか得られない場合や出血・壊死により診断が困難な症例がある。本症例は不幸な経過を辿ったが、腹水細胞診における免疫細胞化学的検討が診断に有用であった。

P-1-73 子宮体部癌肉腫における腹水細胞診が再発・予後に与える影響

がん研究会有明病院

○金尾祐之(MD), 的田真紀(MD), 高橋顕雅(MD), 山本阿紀子(MD), 近藤英司(MD), 野村秀高(MD), 尾松公平(MD), 加藤一喜(MD), 馬屋原健司(MD), 竹島信宏(MD)

【目的】子宮体癌の中でも悪性度の高い組織型である癌肉腫において、再発・再発部位・予後に与える術中腹水細胞診の影響を明らかにする。

【対象・方法】1995年から2011年の期間に当院で初回手術・治療を行った、癌肉腫80症例を対象としカルテ調査を行い後方視的に検討した。術前化学療法を施行した症例は除外した。

【結果】症例背景は、新FIGO分類IA期32例、IB期24例、II期4例、IIIc1期14例、IIIc2期6例。I-II期80症例において、腹水細胞診陽性割合は10例(16.6%)で、再発は10例中1例(10%)、再発部位は腹膜播種であった。一方、腹水細胞診陰性であった50例での再発は11例(15.7%)、再発部位は腹膜播種3例、肺転移6例、縦隔リンパ節1例、脾臓1例であった。全生存期間中央値は陽性67.4か月、陰性65.0か月、腹水細胞診の結果による有意差は認めなかった(p=0.90)。IIIc期20症例においては、腹水細胞診陽性割合は5例(25%)で、再発は5例中3例(60%)、再発部位は腹膜播種1例、膣1例、肺1例であった。一方、腹水細胞診陰性であった15例での再発は7例(46.6%)、再発部位は骨3例、肝2例、肺1例、大網1例であった。全生存期間中央値は陽性44.1か月、陰性65.8か月、腹水細胞診の結果による有意差は認めなかった(p=0.88)。

【結論】子宮体部癌肉腫における術中腹水細胞診の結果が再発・予後に与える影響は少ないことが明らかになった。

P-1-74 子宮腺筋症からの発生が疑われた子宮癌肉腫の一例

獨協医科大学産婦人科¹⁾, 獨協医科大学病理部²⁾

○高橋佳容子(MD)¹⁾, 長谷川清志(MD)¹⁾,
香坂信明(MD)¹⁾, 深澤一雄(MD)¹⁾, 町田浩美(CT)²⁾,
永井多美子(CT)²⁾, 佐々木英夫(CT)²⁾,
小島 勝(MD)²⁾, 三富弘之(MD)²⁾, 正和信英(MD)²⁾

子宮腺筋症からの癌肉腫の発生は極めて稀であり、今回一症例を経験したので報告する。

【症例】56歳，2経妊2経産。腹部腫瘤にて紹介受診となった。MRIでは子宮肉腫が疑われ，後腹膜リンパ節転移も指摘された。PET/CTでは多発骨転移も疑われた。頸部，内膜細胞診は陰性であった。開腹所見は，子宮は成人頭大で腫瘤は右側後壁から破綻・露出しており出血・壊死を伴い脆弱で，骨盤内腹膜へ浸潤していた。子宮全摘出術，両側付属器切除術および腹膜切除術を施行した。

【腹水細胞診】上皮性の配列・結合性を示し，一部細胞質内空胞を伴うクラスターと大型で核型不整が強い異型細胞が散在性に出現していた。

【腫瘍捺印細胞診】核型不整でクロマチンは細顆粒状に増量し，著明な核小体を有するクラスターと大型，多核，核形不整が強い異型細胞が散在性に認められた。

【病理組織所見】管腔形成，一部充実性増殖を有する腺癌成分以外に，多核の大型細胞，ラブドイド様細胞や束状増生する平滑筋肉腫様など多彩な非上皮性細胞の所見を呈しており，両者には移行像も認められた。前者はサイトケラチンAE1/3陽性，後者はビメンチン，ミオグロビン陽性，アクチン，S-100，CD10陰性で横紋筋肉腫の性格が示唆された。子宮内膜，両側卵巣は正常で，腫瘍近傍には子宮腺筋症が認められたことより，腺筋症から発生した癌肉腫が疑われた(T4N1M1)。

【経過】急速に左大腿部後面知覚障害(疼痛)が出現したため第12胸椎と第1・2仙椎転移巣に緩和的照射を施行し，化学療法を継続中である。

【まとめ】腹水，腫瘍捺印細胞診ともに多彩な病理組織像を反映した上皮性，非上皮性腫瘍成分が出現していた。

P-1-75 内膜細胞診が診断に有用であったタモキシフェン内服後に子宮癌肉腫を発症した2例

大阪医科大学婦人科腫瘍科¹⁾, 同 病理学教室²⁾

○古形祐平(MD)¹⁾, 藤原聡枝(MD)¹⁾, 芦原敬允(MD)¹⁾,
田中智人(MD)¹⁾, 田中良道(MD)¹⁾, 金村昌徳(MD)¹⁾,
寺井義人(MD)¹⁾, 山田隆司(MD)²⁾, 大道正英(MD)¹⁾

乳癌術後療法のタモキシフェン内服に伴う子宮体癌の発症をしばしば経験する。その発症の約85%は類内膜腺癌であるが，約10%に癌肉腫の発症が報告されている。今回タモキシフェン内服後に子宮癌肉腫を発症し，細胞診による診断が有用であった2例を経験したので報告する。症例1は68歳，2経妊2経産。58歳時に乳癌手術が施行され，術後5年間タモキシフェン内服の既往がある。68歳時に閉経後出血を認め，内膜組織検査で腺癌の診断であったため手術加療となった。摘出子宮の病理組織診断は横紋筋肉腫成分を伴う子宮癌肉腫の診断で，大網転移を伴うIVB期であった。症例2は57歳，未経妊。51歳時に乳癌手術をうけ，術後4年間のタモキシフェン内服，その後アロマターゼ阻害薬内服に変更し，現在に至っている。婦人科検診で内膜の肥厚を認め，内膜組織検査で類内膜腺癌G2の診断のため手術加療となった。最終病理診断は，内膜間質肉腫に類似した肉腫成分を含む癌肉腫であり，大網転移を認めるIVB期であった。内膜細胞像2例ともに，N/C比の高い核異型を伴う腫瘍細胞がクラスターを形成して存在し，その周囲には孤立散在性に核異型が強く核の大小不同を伴う紡錘形や類円形の異型間質細胞を多数認めた。肉腫成分の存在と考え，癌肉腫を推定した。過去の報告でタモキシフェン内服後は，内服終了後，約5倍の子宮癌肉腫発症のリスクが上昇すると報告されている。本症例のように組織診断のみでは診断困難であっても，タモキシフェン内服既往の場合は癌肉腫発症も念頭に，内膜細胞診を併用することで術前診断をより正確に行えると考えた。

P-1-76 子宮内膜ポリープ由来癌の細胞像および臨床病理学的背景

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科¹⁾, 神奈川県立足柄上病院検査科²⁾, 埼玉医科大学国際医療センター画像診断科³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科⁴⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁵⁾

○加藤智美(CT)¹⁾, 佐瀬智子(CT)¹⁾, 鎌倉靖夫(CT)¹⁾, 菊地 淳(MD)¹⁾, 大金直樹(CT)²⁾, 小澤栄人(その他)³⁾, 今井雄一(MD)⁴⁾, 長谷川幸清(MD)⁵⁾, 梶原 博(MD)⁵⁾, 安田政実(MD)¹⁾

【はじめに】子宮内膜ポリープ (EMP) はしばしば癌の発生母地となることが知られている。特に閉経後でそのリスクが高く、多くが初期病変としてみつかる一方で、転帰が思わしくない例や既に子宮外病変を認める例も稀ながら経験する。このような“EMP由来内膜癌”の発見には細胞診が威力を発揮する例を経験する。

【目的・対象】細胞診の有用性と臨床病理学的背景を、子宮摘出材でEMP内に内膜腺癌が確認された21例において検討した。

【結果】年齢：49-78歳(平均：62歳, 全例閉経後)。術前の内膜細胞診陽性率：95% (20/21)。組織生検陽性率：58% (11/19)。ポリープ径：8-50mm(平均19mm)。癌がポリープ内に限局：6例, 癌がポリープおよび背景の内膜に存在：15例。組織型：漿液性腺癌14例(非浸潤性のみからなる5例含む), 類内膜腺癌6例, 明細胞腺癌1例。病期：IA期20例(腹腔細胞診陽性2例, 卵巣癌との重複癌1例含), IVB期1例。3例に乳癌の既往あり。

【細胞像】1)壊死反応の乏しい, 2)正常な萎縮内膜を伴っている, が共通して認められ, 萎縮内膜との対比において細胞異型を捉えることは容易であった。また微小乳頭状構築や硝子様間質を伴う集塊, 多彩な化生性変化など個々の組織型を反映した所見が観察された。

【まとめ】“EMP由来内膜癌”は概して組織生検よりも細胞診が診断に有用である。このことは本腫瘍の臨床病理学的特徴による。閉経後においては、「内膜細胞診陽性・組織生検陰性」の場合, “EMP由来内膜癌”も鑑別診断として考慮すべきである。

P-1-77 Peutz-Jeghers 症候群に合併した子宮腫瘍の2症例

徳島大学病院産婦人科

○阿部彰子(MD), 西村正人(MD), 東元あゆか(MD), 炬口絵里(MD), 加藤剛志(MD)

【はじめに】Peutz-Jeghers 症候群(PJS)は常染色体優性遺伝で, 発症頻度は10万人に1人と稀な疾患である。今回PJSに子宮体癌, LEGH(lobular endocervical glandular hyperplasia)を各々合併した若年症例を経験したので報告する。症例1 28歳女性。家族歴：母PJS。既往歴：11歳と26歳の2回腸閉塞で手術既往有り。幼少時から皮膚と口唇に多数の黒褐色の色素斑を認める。現病歴：月経不順のため近医受診し, 内膜細胞診で細胞重積を伴う乳頭状集塊, 大小不同のある偏在核をもつ異型腺細胞を認め, 腺癌が疑われ当科紹介初診。MRIで5cm大のポリープ状腫瘤を認め, 生検により子宮体部類内膜腺癌la期と診断。妊孕性温存希望のためMPA療法(600mg)を行い, 寛解を認めたが, 再燃を認め現在MPA療法再開している。またMPA休業中に小腸および大腸ポリープを認めこれを切除されている。症例2 24歳女性。家族歴なし。既往歴：3歳と16歳で2回胃ポリープを内視鏡下切除。現病歴：大量の水様性帯下を主訴に初診。頸部細胞診ではNILMであったが, 子宮頸部に4cm大の多発性嚢胞集簇を認め, 円錐切除術を施行。当時悪性腺腫の診断であり, 子宮全摘術と両側付属器切除, 骨盤リンパ節郭清を施行, 以降再発は認めていない。今回再顕鏡により軽度異型のあるLEGHであった。また術後3年目に大腸の多発性ポリープ切除が施行されている。まとめPJSに子宮腫瘍として子宮体癌, 子宮頸部腺癌やLEGHを合併することが知られている。今回若年女性2例を経験したが, 妊孕性温存の問題があり, 今後も方針決定に難渋することが予想される。

P-1-78 子宮癌検診にて発見された漿液性子宮内 膜上皮内癌の一例

宮城県立がんセンター臨床検査技術部¹⁾, 宮城県立がん
センター婦人科²⁾, 宮城県立がんセンター病理診断科³⁾

○竹内美華(CT)¹⁾, 田勢 亨(MD)²⁾, 植木美幸(CT)¹⁾,
名村真由美(CT)¹⁾, 大場いづみ(CT)¹⁾,
藤田信弘(MD)²⁾, 大友圭子(MD)²⁾, 伊藤しげみ(MD)³⁾,
佐藤郁郎(MD)³⁾

【はじめに】漿液性子宮内膜上皮内癌(Serous endometrial intraepithelial carcinoma SEIC)は, 子宮体部漿液性腺癌の前駆病変と考えられているが, 広範囲に子宮外への転移を来し, 予後不良な場合がある. 今回子宮癌検診において発見された SEIC の一例を経験したので報告する.

【症例】62 歳女性. 集団検診の際, 子宮内膜肥厚が見られ, 子宮体部内膜細胞診を施行し疑陽性であった. 生検組織診において SEIC と診断され当院に紹介となった. 子宮全摘および両側付属器摘出術が施行され, 組織診断にて内膜ポリープの一部に SEIC が確認された.

【擦過細胞診所見】きれいな背景所見の中に, 核の腫大や大小不同, 核濃染, 大型核小体などを示す異型細胞が, 平面的なシート状から重積性集塊として出現し, 一部に小乳頭状構造や萎縮内膜と連続する部分も認められた. 検診での結果は疑陽性とされたが, 当院で採取された標本では漿液性腺癌と判定した.

【生検組織診所見】萎縮性内膜とともに極性の喪失, 高度の核異型を示す腫瘍細胞の小集塊が見られたが, 基底層を越えずに上皮内に留まっていることが示され, また免疫染色では, p53 が腫瘍細胞において強陽性となり, 漿液性上皮内腺癌と診断された.

【摘出標本組織診所見】子宮内膜面に肉眼的にポリープが認められ, その一部に, 極性の乱れを呈するとともに核異型の強い細胞が見られた. 間質浸潤は認めず, SEIC と診断された.

【まとめ】今回経験した SEIC は検診で発見された. SEIC は子宮外への進展が見られるため早期発見が重要である. 宮城県では子宮頸がん検診の際に, 必要に応じ体部の内膜細胞診を実施しており, SEIC の早期発見に有用であることが示唆された.

P-1-79 Endometrial intraepithelial carcinoma の一例

東北大学病院婦人科

○徳永英樹(MD), 新倉 仁(MD), 岡本 聡(CT),
田中創太(MD), 志賀尚美(MD), 海法道子(MD),
宇都宮裕貴(MD), 伊藤 潔(MD), 渡部 洋(MD),
八重樫伸生(MD)

【はじめに】子宮体部漿液性腺癌(uterine serous carcinoma, USC)は頻度が低いものの予後不良である. その初期像と考えられる endometrial intraepithelial carcinoma (EIC) の 1 例を経験したので報告する.

【症例】57 歳, 女性. 不正出血を主訴に当科受診. 膣部及び内膜細胞診にて体部由来と考えられる腺癌を疑ったものの組織標本での確定診断に至らず.

【細胞所見】血性背景に, 大小混在した異型細胞集塊が多数出現していた. 異型細胞集塊の長径を 100 μm 以上と 100 μm 未満に分けると出現数はほぼ同じであった. 100 μm 以上の集塊の形状はシート状集塊が殆どであったが, 乳頭状集塊も散見された. 異型細胞の核は正常核の 2~3 倍と大型で, 核形不整やクロマチン増量, 好酸性の大型核小体が観察された. 術前に体部より再度細胞を採取して行った p53 免疫染色は陽性だった.

【組織所見】萎縮した内膜腺組織の一部でクロマチン増加とわずかな核腫大や核分裂像を伴う腺管を認め, 内膜腺に発生した上皮内病変を疑う所見であった. 頸管腺領域及び右卵管上皮の一部で子宮内病変とは異なった異型腺細胞とごく少数の核分裂像を認めた. これらの病変部で p53, Ki67 の免疫染色を行ったところいずれの病変でも陽性だった.

【まとめ】USC は類内膜腺癌との混在移行, 子宮内膜ポリープを背景として発生, 萎縮内膜を基盤として上皮内癌の形態で発症(しばしば多中心性)のように発生すると考えられているが, 本症例では 3 つ目の特徴と合致する. 臨床所見に乏しく組織診断が困難であったが, 細胞診が診断に有用であった.

P-1-80 検診で施行した子宮内膜細胞診が診断の契機となったポリープ状異型腺筋腫の1例

公益財団法人がん研究会有明病院

○野村秀高(MD), 宇佐美知香(MD), 的田真紀(MD), 岡本三四郎(MD), 尾松公平(MD), 近藤英司(MD), 金尾祐之(MD), 馬屋原健司(MD), 杉山裕子(MD), 竹島信宏(MD)

【はじめに】子宮体部ポリープ状異型腺筋腫 (APA) は良性腫瘍に分類される疾患であるが, 類内膜腺癌への移行や, 癌との並存が問題となる。不正性器出血や, 不妊を主訴とする患者に対して施行した内膜組織診や子宮鏡検査で診断されることが多いとされる。今回我々が経験した症例は, 子宮頸部高度異形成に対して円錐切除を施行し, その経過観察中に検診目的で施行した内膜細胞診が診断の契機になった。その臨床経過を報告する。

【症例】症例は29歳0経妊の未婚女性。BMI20.0。月経周期は30日型, 整。3年前に子宮頸部高度異形成の診断で円錐切除を施行していた。術後2年目からは半年毎に子宮頸部・内膜細胞診を施行していた。術後2年半で施行した子宮頸部・内膜細胞診では異常を認めなかったが, 術後3年で施行した内膜細胞診で, 不整重積性や配列の乱れのある異型内膜細胞集塊を多く認めた。また, 核密度の高い集塊も認められ, 疑陽性と診断した。外来で施行した内膜組織診では, 内膜の一部に腺管密度の増加や間質の減少を認めた。一部に核の腫大, 重層化が見られたが細胞異型は目立たなかった。Morula形成も認められ, APAが疑われた。その後全身麻酔下に施行した子宮内膜全面搔爬によってAPAと診断した。これに対し, 9か月間のmedroxyprogesterone acetate 40 mg/日を投与し, 病変は消失した。その後, 本症例は結婚し, 健児を得ている。

【まとめ】検診で施行した内膜細胞診が診断の契機となったポリープ状異型腺筋腫の1例を経験した。検診により早期発見, 早期治療を行うことが可能となった。APAに対する内膜細胞診の有用性が示唆された症例であった。

P-1-81 術後20年目に腔断端に局所再発した子宮体癌の一例

日鋼記念病院産婦人科¹⁾, 札幌医科大学産婦人科²⁾

○田淵雄大(MD)¹⁾, 松浦基樹(MD)¹⁾, 寺本瑞絵(MD)²⁾, 郷久晴朗(MD)²⁾, 田中綾一(MD)²⁾, 岩崎雅宏(MD)²⁾, 齋藤 豪(MD)²⁾

子宮体癌は近年増加傾向が指摘されており, その治療後の再発は3年以内に起こる事が多いとされている。今回, 術後20年の経過を経て腔断端に再発した子宮体癌晩期再発例を経験したので報告する。71歳女性。3経妊2経産。59歳当時に子宮体癌と診断され当院で準広汎子宮全摘出術, 骨盤内リンパ節郭清術を施行された。術後診断はendometrioid adenocarcinoma, pT1aN0M0であり, 術後2年5か月間ピリミジン拮抗薬を300 mg/dayで内服, 明らかな再発を認めず術後4年10か月以降受診されていなかった。今回, 不正出血を主訴に受診。経陰超音波にて腔断端部に径5 cm大の腫瘍を認めた。腫瘍壁の擦過細胞診では, 出血性背景に軽度の核増大や核形不整と明らかなクロマチンの増量を有する異形細胞が不規則性集塊で見られ, 陽性。組織診断では, 乳頭状, 癒合状の異形腺管の増殖を認め, G2相当のadenocarcinomaを疑う所見であった。この組織所見を院内に保管されていた20年前の子宮体癌の検体と比較した所, ほぼ同様の所見でありadenocarcinomaの再発として矛盾のないものであった。全身精査の結果, 他に転移巣を認めず子宮体癌の腔断端局所再発として腫瘍摘出術を行った。術後病理所見としてはクロマチンが増量した類円形の核と少量の細胞質を有する円柱状の腫瘍細胞が腺腔を形成する密な増殖からなり, 大きな乳頭状構造を示し, endometrioid adenocarcinoma, G1と診断した。この病理所見は術前の組織診同様20年前の子宮体癌の再発として矛盾しない所見であった。3年以内に再発する事が多いとされる子宮体癌において20年目の再発は非常に稀であると言える。本症例に関して若干の文献的考察を加えながら報告する。

P-1-82 類内膜腺癌に併存した絨毛腺管型類内膜腺癌の一例

赤穂市民病院臨床検査部病理¹⁾, 赤穂市民病院産婦人科²⁾, 神戸大学医学部付属病院病理診断科³⁾, 京都大学医学部付属病院病理診断科⁴⁾

○山本美智子(CT)¹⁾, 門元辰樹(MD)²⁾, 東田太郎(MD)²⁾, 植良 紋(CT)¹⁾, 林 優子(CT)¹⁾, 森永友紀子(MD)³⁾, 原 重雄(MD)³⁾, 中嶋安彬(MD)⁴⁾

【はじめに】絨毛腺管型類内膜腺癌は2012年4月に改定された子宮体癌取り扱い規約第3版では, 類内膜腺癌のその他の変異型として紹介にとどまっている。今回, 内膜細胞診で特徴的構築を示した絨毛腺管型類内膜腺癌を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 女性。不正出血が続くため当院産婦人科受診。エコーにて腔内に月経血様の貯留が認められ内膜細胞診を行った。内膜細胞診で偽陽性, 内膜生検を行い, MRIで内膜が肥厚し信号の低下もみられ内膜腫瘍を疑い, 子宮全摘術が施行された。

【細胞所見】出血性背景に, 配列の整った内膜細胞を認め, 間質が集塊の中心にあり内膜細胞の集塊の辺縁には間質はみられなかった。核異形は弱くシダ状を呈した細胞集塊であった。腫瘍性病変の可能性を考え, 類内膜腺癌, 類内膜腺癌の villoglandular variant, 漿液性腺癌などが鑑別に挙がった。

【病理組織所見】子宮内腔に乳頭状若しくは絨毛状に突出した乳頭色の腫瘍で大きさは最大3.8cm大であった。高分化型内膜腺癌が増生し, 筋層内浅層に浸潤し, 筋層の2分の1は超えていなかった。部分的には, villoglandular 若しくは papillo-tubular に配列していた。以上より, Adenocarcinoma, endometrioid, grade 1, with focal villoglandular pattern と診断された。

【まとめ】内膜細胞診で集塊の中心に間質があるシダ状の内膜細胞の集塊を認めたときは, 核異形が弱くても類内膜腺癌の villoglandular variant の可能性があることを念頭に, 集塊の出現パターンや細胞所見を詳細に観察すべきであると考えられた。

P-1-83 子宮頸部細胞診を契機に判明した, 性器出血のない進行性子宮内膜原発小細胞癌の1症例

赤穂市民病院産婦人科¹⁾, 赤穂市民病院臨床検査部病理²⁾, 神戸大学附属病院病理診断科³⁾

○門元辰樹(MD)¹⁾, 東田太郎(MD)¹⁾, 金田憲熙(MD)¹⁾, 常盤洋一(MD)¹⁾, 山本美智子(CT)²⁾, 植良 紋(CT)²⁾, 林 優子(CT)²⁾, 森永友紀子(MD)³⁾, 原 重雄(MD)³⁾

子宮内膜原発の小細胞癌は子宮悪性腫瘍の約1%程度の稀な疾患である。今回我々は, 子宮頸部細胞診を契機に発見された小細胞癌と類内膜腺癌の併存する進行性子宮内膜癌の1例を経験したので報告する。患者は57歳女性, 1回経産婦。下腹部痛を主訴に来院。性器出血なし。子宮頸部細胞診を施行。細胞診所見)比較的きれいな背景に結合性の比較的緩い平面配列の異型細胞集塊が見られ, 木目込み様配列を認めた。細胞はN/C比が高く裸核状, 核は円形状~不整形, 核縁は比較的明瞭で不均一な肥厚あり。核内クロマチンは細顆粒状に分布, 核小体は明瞭ではなかった。コルポスコピー所見はUCF, 子宮頸管搔把術で悪性組織は認めず。子宮内膜細胞診, 組織診にて類内膜型腺癌(G1)を認めた。MRI,PET-CTにて骨盤内リンパ節及び傍大動脈リンパ節腫大, 右付属器転移を疑い進行子宮内膜癌の診断にて試験開腹術を施行。子宮は摘出不能。腹水採取, 子宮膈上部切断術および両側付属器切除術, 骨盤内リンパ節生検を行った。摘出病理標本)右卵管開口部付近では, クロマチンの増量したN/C比の高い異型細胞が子宮筋層内で広範に増殖し, 多数の核分裂像と高度の脈管侵襲, 部分的な凝固壊死像が見られた。免疫染色で synaptophysin および chromograninA 弱陽性, CD56 陽性で小細胞癌と診断。電子顕微鏡では細胞内に神経内分泌顆粒が確認された。一方子宮体部後壁には類内膜型腺癌(G2)の像もみられた。腹水細胞診は陽性, 右円靭帯と左卵巣に転移を認めた。術後化学療法(Etoposide150mg×3days+CBDC600mg×day1)を2course施行。腫瘍マーカー(NSE)134ng/ml(術前)→8.7(EC2course後)と軽快。現在再発兆候なく慎重に経過観察中である。

P-1-84 子宮体部に発生した神経内分泌性小細胞癌の一例

横浜市立みなと赤十字病院病理部¹⁾, 横浜市立みなと赤十字病院産婦人科²⁾

○山村信一(CT)¹⁾, 武川瑞穂(MT)¹⁾, 伊藤圭祐(MT)¹⁾, 星野夏那(CT)¹⁾, 山本容子(CT)¹⁾, 林 榮一(CT)¹⁾, 津田明奈(MD)²⁾, 高橋慎治(MD)²⁾, 多田聖郎(MD)²⁾, 熊谷二郎(MD)¹⁾

【はじめに】子宮体部原発の神経内分泌性小細胞癌は子宮体癌の1%程度とされる稀な腫瘍である。今回我々は下腹部重量感および、子宮腔内の液状成分貯留を契機に発見された子宮体部発生の内分泌性小細胞癌を経験したので報告する。

【症例】62歳女性。4経妊4経産。数週間前より茶色帯下と下腹部重量感を自覚して来院。頸腔超音波検査にて子宮腔内に液状成分の貯留と辺縁不整の充実性腫瘍を認めた。内膜細胞診で低分化型類内膜腺癌、内膜生検で小細胞癌と診断され、術前化学療法の後、単純子宮全摘術、両側付属器切除術及びリンパ節郭清術が行われた。

【細胞所見】初回に採取された子宮腔内に貯留した赤褐色液体の細胞診は、上皮成分は極少量であり判定困難とした。二回目の内膜細胞診では殆ど裸核状の異型細胞で占められ一部に小型の異型細胞集塊が見られた。核は細顆粒状のクロマチンの増量を認め、低分化型の類内膜腺癌を疑った。

【組織所見】内膜生検及び手術材料には、細胞密度の高い小型腫瘍細胞が小胞巣～索状配列で見られた。細胞の核は大小不同、核形不整及び核の濃染が見られた。免疫組織学的に、腫瘍細胞は、AE1/AE3(+), CD56(+), Synaptophysin(+/-), ChromograninA(-)であり、Small cell carcinomaと診断された。

【まとめ】子宮体部原発の神経内分泌性小細胞癌は発症年齢が平均62歳で閉経後に多いとされる。発見時臨床病期は3期以降の進行例が多く、予後不良である。今回我々は内膜細胞診で低分化型の類内膜腺癌を疑ったが、細胞間の著明な結合性の低下やN/C比の極めて高い細胞を認める症例では小細胞癌を鑑別に挙げる必要性を感じた。

P-1-85 細胞診断に苦慮した子宮内膜原発脱分化癌(WHO 2014)の1例

関西医科大学附属枚方病院病理部¹⁾, 兵庫県立尼崎病院病理診断科²⁾

○伊藤寛子(CT)¹⁾, 坂井仁美(CT)¹⁾, 中野麗香(MD)¹⁾, 坂井田紀子(MD)¹⁾, 植村芳子(MD)¹⁾, 鷹巣晃昌(MD)²⁾

【症例】70歳代女性。4経妊2経産。直腸癌、乳癌の既往あり。不正出血にて近医受診。細胞診にて乳癌転移が疑われ精査・加療目的で当院受診。PETで頸部～体部に64mm×40mmの腫瘍を認めた。細胞診にて陽性、生検にて低分化の腫瘍が考えられ、準広範子宮全摘、両付属器、骨盤内リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】腫瘍性背景に類円形核でN/C大の異型細胞を孤在性に多数認めた。顆粒状にクロマチンの増量を認め比較的均一な像を呈した。核所見から神経内分泌腫瘍も鑑別を要したが、上皮性の性格に乏しい肉腫様孤在性異型細胞が大半を占めていたため、頸部細胞診ではother、内膜細胞診では間質肉腫と判断した。

【組織所見】生検でみられた低分化な所見に加え粗クロマチンの中型～大型異型核と好塩基性の胞体を有する腫瘍細胞が線維血管間質を茎とし乳頭状に増殖していた。免疫組織学的にAE1/3, vimentinが陽性、管腔形成部でCK7陽性、p53が高率に陽性を示した。類内膜腺癌(G1)を随伴することから、WHO分類(2014)のdedifferentiated endometrial adenocarcinomaと診断した(TNM分類:T2, 手術進行期分類2期)。

【まとめ】2014年にWHO分類が改訂され、新たにdedifferentiated endometrial adenocarcinomaが分類された。子宮体部で孤在性異型細胞を多数認めた場合、分化不良な癌や神経内分泌腫瘍、間葉系腫瘍に至るまで鑑別が多岐に渡るため上皮結合の有無を含めた詳細な観察が必要である。

P-1-86 圧挫標本が診断の一助となった頭蓋内類表皮嚢胞の1例

横須賀市立うわまち病院病理検査室¹⁾, 横須賀市立うわまち病院脳神経外科²⁾

○増尾孝実(CT)¹⁾, 村井伸枝(CT)¹⁾, 田中誠也(CT)¹⁾, 重松幸徳(MT)¹⁾, 廣田暢夫(MD)²⁾, 飯田真岐(MD)¹⁾, 辻本志朗(MD)¹⁾

【はじめに】頭蓋内に発生する類表皮嚢胞の報告数は少なく、悪性転化する例はまれである。その診断に細胞診が有用であった1例を経験したので報告する。

【症例】89歳女性。17年前頭部外傷受診時に脳梗塞を指摘され抗血小板療法施行。三叉神経痛に対して11年前、4か月前に神経ブロックするも現在まで軽度持続。5年前より後頭蓋骨左腹側部に嚢胞性病変を指摘されていた。2か月前からふらつきや左頬に違和感が出現し当院紹介受診。画像診断で腫瘍は径2.5cm大で小脳橋角部にあり、橋・脳幹部への浸潤が疑われた。ADLの急激な低下を認めたため手術が施行された。

【術中迅速病理診断】類表皮嚢胞；提出材料は角化物など微小片数個にとどまり嚢胞壁そのものは摘出されなかった。

【細胞診】背景に角化物が目立ち無核扁平上皮を多数見ると。一部にN/C比の高い異型細胞集塊を認めた。胞体の角化が目立ちsquamous cell carcinomaが示唆された。

【組織診断】Epidermal cyst with atypical squamous epithelium Epidermal cystを背景に寸断された角化物集塊と、扁平上皮の集塊がみられた。上皮の核はクロマチン濃染し腫大傾向を示す。また核小体を有する細胞や核が陰影化し細胞壊死を伺わせる像も僅かに認めた。

【まとめ】脳腫瘍に対して迅速診断時の細胞診併用が有効なことは知られている。今回も迅速診断時に圧挫標本を作成しsquamous cell carcinomaが疑われた。腫瘍発生部位として不明原発巣からの腫瘍転移は考えにくく、また術前検査では脳以外の原発巣は指摘されなかった。検討の結果、脳原発類表皮嚢胞の悪性転化と診断された。

P-1-87 細胞診検体でMYB, NFIB転座を検出した舌根部腺様嚢胞癌の1例

がん研究会有明病院臨床病理センター病理部¹⁾, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部²⁾, がん研究会有明病院研究所病理部³⁾

○佐藤由紀子(DDS)^{1,2,3)}, 池畑浩一(CT)²⁾, 石井脩平(CT)^{2,3)}, 伊藤崇彦(CT)²⁾, 藤山淳三(CT)²⁾, 古田則行(CT)²⁾, 小松京子(CT)²⁾, 高松 学(MD)³⁾, 杉山裕子(MD)²⁾, 石川雄一(MD)^{1,3)}

【はじめに】唾液腺腫瘍は組織型に一致した融合遺伝子の発現が報告され、診断の際に補助的に用いられる。腺様嚢胞癌ではMYB, NFIBの転座が約80%に検出される。今回、我々は細胞診検体でMYB, NFIBの転座を検出し得たので報告する。

【症例】40歳代後半、女性。当院初診の8か月前より舌の違和感を覚えたが、診断がつかず2か月前に前医にて舌根癌の診断となる。当院に治療目的で紹介来院となる。初診の1か月後にT4N0の診断にて、舌喉頭全摘出術となる。

【捺印細胞所見】結合性がやや強い、比較的辺縁明瞭な細胞集塊からなり、外側には薄い基底膜様物質を認める。集塊内には管状構造や小型で裸核状の細胞が球状集塊を形成する部がみられる。免疫染色にて腫瘍細胞はMYB抗体で核陽性を示し、FISHにてMYB, NFIBのsplit FISH陽性を示した。

【組織所見】腫瘍細胞が管状構造を示しながら増殖し、篩状構造を呈する部が混在する。導管上皮様細胞と腫瘍性筋上皮細胞よりなる2層からなる。

【まとめ】当院頭頸科にて2005～2014年に細胞診で腺様嚢胞癌と診断された症例は42例あり、33例は組織診が実施されずに治療開始され、そのうちの29例に手術治療、4例に手術以外の治療(重粒子線や陽性線)が実施された。治療方針決定の際に細胞診が重要な意味を持つことが窺える。また、小唾液腺発生の場合には、擦過で採取され、腫瘍量も少ないことから組織型のみならず良悪の判定も困難な場合があった。以上の点から、細胞診での診断するには免疫染色やFISHによる検索が有用であると考えられ、今後も検討を行っていきたいと考える。

P-1-88 コンタクトレンズ保存液からアカントアメーバの嚢子を検出した一例

産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部¹⁾, 産業医科大学病院病理診断科²⁾, 産業医科大学第1病理学教室³⁾, 産業医科大学第2病理学教室⁴⁾

○佐藤 斉(CT)¹⁾, 恒成徳子(CT)¹⁾, 中島悠貴(CT)¹⁾, 岡ハル子(CT)¹⁾, 藤原 仁(CT)¹⁾, 小原光祥(CT)¹⁾, 山田壮亮(MD)⁴⁾, 松山篤二(MD)^{1,2)}, 島尻正平(MD)^{1,2)}, 久岡正典(MD)^{2,3)}

【はじめに】アカントアメーバは自然界に広く分布する単細胞原性動物であり水道水中にも生育している。アカントアメーバがひき起こす角膜炎の85~90%はコンタクトレンズ(CL)装着であり、アカントアメーバ角膜炎は難治性で重症化すると失明をきたしうる。今回、CL保存液からアカントアメーバの嚢子を検出し、細胞診が早期発見に有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】20代, 女性。2ヶ月前から流涙, 異物感が現れ他院で治療するも改善なく, アカントアメーバ角膜炎も疑われたため当院眼科紹介受診となった。初診時, 左眼放射状角膜炎を認め, CL保存液細胞診からアカントアメーバの嚢子が発見され, 近医での治療となったが右眼角膜実質炎も加わり当院眼科入院となった。

【CL保存液細胞診】Pap. 染色では外壁と内壁を有する2重膜構造で内部は球状あるいは放射状で不染な病原体を多数検出した。PAS染色では外壁が突起状, 外壁と内壁間には不染で内部は暗赤色に染まっていた。それらの形態からアカントアメーバの嚢子と同定した。

【角膜擦過細胞診】右眼角膜擦過細胞診を3回施行するもアカントアメーバは検出されなかった。

【培養検査】一般培養検査のみ施行されアカントアメーバ培養は実施されなかった。

【まとめ】CL保存液からアカントアメーバの嚢子が発見されて, 両眼アカントアメーバ角膜炎(初期)診断のもと抗真菌薬による点眼治療が奏効した。アカントアメーバ角膜炎は増加傾向にあり, 難治性のため早期に診断して治療することが重要である。アカントアメーバの検出方法と形態を熟知することが必要である。

P-1-89 診断において捺印細胞診が有用であった中耳腺腫の1例

公立福生病院医療部臨床検査科

○松本 純(CT), 山久智加(MT), 米良隆志(CT), 鈴木康央(CT), 深町 茂(CT), 江口正信(MD)

【1はじめに】中耳腺腫は非常にまれな症例であり, 上皮分化と神経内分泌分化を示し, 最近では神経内分泌腺腫との名称も用いられている。今回, 術中捺印細胞診が有用であった中耳腺腫の症例を経験したので報告する。

【2症例・経過】65才・女性, 左耳の耳鳴りと難聴のため当院耳鼻科を受診, 中耳内に白色, 表面平滑な腫瘍が認められ, 摘出手術が施行された。

【3細胞所見】腺細胞を思わせるやや大型の細胞集塊をみとめ, 増殖傾向が強く極性はやや乱れていたが, 結合性は保たれていた。核は偏在していたが大小不同, 核縁不整などの核異型は乏しかった。

【4組織所見】円柱状または立方状の異型の乏しい腫瘍細胞が多数を占め, 核分裂像の増加は認めず, 管状, 索状配列あるいは小充実性増殖像を示していた。免疫染色の結果は生検材料, 手術材料ともに上皮細胞マーカー及びクロモグラニンAやシナプトフィジンなどの神経内分泌系のマーカーが陽性となった。

【5考察】本症例では, 術中迅速細胞診にて, 重積性があり増殖傾向は強いが, 極性の乱れ, 細胞異型共に乏しいことから中耳腺腫を疑った。手術材料でのHE染色標本では, 腫瘍の全体像は腺腫様の組織所見が大部分を占めていたが, 一部に索状配列を示すなどカルチノイド腫瘍様の組織形態も認め, 免疫染色結果を含め, 神経内分泌分化を伴う中耳腺腫との結論に至った。本症例はごく稀な腫瘍ではあるが細胞診における, 細胞異型や集塊の構造異型の観察により推定が可能であった。特に核クロマチン所見, 細胞質の性状, 集塊の細胞重積性をよく観察することにより, 更に精度の高い診断を行えるものと考えられる。

P-1-90 頭頸部細胞診における LBC 固定液からのセルブロック追加作製の有用性

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野²⁾

○遠藤由香利(CT)¹⁾, 大野千恵子(CT)¹⁾,
永見光子(CT)¹⁾, 松重貴大(CT)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾,
野坂加苗(MD)¹⁾, 梅北善久(MD)²⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾

【はじめに】近年、穿刺吸引細胞診（以下 FNAC）の検体処理の手法として、LBC 固定液を用いた針洗浄検体の利用が普及しつつある。LBC 固定液で針を洗浄する利点には、固定液中の細胞の長期保存が可能であり再作製や追加染色が実施できる点が挙げられる。今回我々は LBC 固定液中の遺残検体からセルブロックを作製した症例を振り返り、その有用性について検討したので報告する。

【対象・方法】LBC 固定液による針洗浄法を導入した 2013 年 2 月から 2014 年 10 月の期間に、当院耳鼻科で施行された頭頸部 FNAC 症例 396 検体のうち、セルブロックを作製した 77 例を対象とした。針洗浄検体は従来の直接塗抹法を実施後、LBC 固定液 (CytoRich RED) で針円筒内を洗浄した検体を利用した。セルブロック (アルギン酸法) は針洗浄検体に凝血塊がみられた場合や細胞形態上で組織型や良悪について判定が困難であった場合に残検体の遠沈物から追加作製した。

【結果】セルブロック検体を用いたことで新たに診断を確定し得た症例は 14 例 (18.2%) であった。このうち 13 例では免疫染色の併用により組織型や細胞由来の確定が可能であり、その内訳としては悪性リンパ腫や転移性腫瘍の頻度が高かった。また、直接塗抹法で鑑別困難であったがセルブロックの併用にて良悪の確定に至った症例は 6 例あった。

【結論】遺残検体を利用した場合でも多くの症例で十分な細胞が回収可能であった。またセルブロックでの免疫染色により組織型の確定診断に至る症例も少なからずあり、本手法の有用性が示された。

P-1-91 細胞診にて推定し得た Exrtanodal NK/T cell lymphoma, nasal type の 1 例

独立行政法人労働者健康福祉機構中部労災病院病理診断科

○玉腰利長(CT), 宮地 努(CT), 高橋綾子(CT),
森 敦雄(CT), 長坂 暢(MD), 加藤一夫(MD)

【はじめに】Exrtanodal NK/T cell lymphoma, nasal type (以下 ENKTL) はわが国の悪性リンパ腫の約 3% と比較的稀な腫瘍である。今回、細胞診が有用であった 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代, 男性

【経過】右側頬部腫脹で近医歯科受診し虫歯の治療をしていたが腫脹引かず当院口腔外科紹介される。口腔外科より上顎洞炎疑いで耳鼻科紹介となり右上顎洞粘膜生検がされたが、炎症細胞浸潤を認めるのみであった。その後、右側頬部より穿刺吸引細胞診が施行され、ENKTL が疑われたため口腔生検が施行された。

【細胞所見】Papanicolaou 染色では核クロマチンは細～顆粒状で核異型はあまり認めず、核小体を 1~2 個認める中型リンパ球程度の大きさの血液系と思われる細胞を認めた。Gimesa 染色では細胞質内に赤い顆粒を有し、少数だが核分裂像も認めた。

【組織所見】リンパ球, 組織球, 好中球などの多彩な炎症細胞浸潤と壊死組織を伴う肉芽組織を背景に、中～大型のリンパ系細胞のび慢性の増殖を認めた。血管破壊像もあり ENKTL と診断した。また免疫染色にて CD3, CD56 が陽性となり、CD15, CD20, CD30 は陰性であった。

【考察】ENKTL は小さな生検材料だと壊死組織や炎症細胞のみ採取され診断に至らないこともあり、本症例は細胞診が有用であった。稀な腫瘍だが常に可能性も考えて診断を進める必要があると考えた。

P-1-92 耳下腺に発生した脂腺癌 (sebaceous carcinoma) の1例

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科

○植田 萌(CT), 児玉良典(MD), 津田健治(CT),
糸山光磨(CT), 高木景城(CT), 山本 賢(CT),
秦 直也(CT), 森 清(MD), 眞能正幸(MD)

【はじめに】脂腺癌 sebaceous carcinoma は比較的まれな腫瘍である。主に眼瞼、皮膚に発生するが、今回我々は、細胞診断が有用であった耳下腺に発生した脂腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、男性2013年11月頃に耳下腺腫脹を自覚され近医受診し、当センター耳鼻科に紹介された。エコー上3cm大の腫瘤に対してFNAが実施されたが、上皮細胞成分の出現がなく、画像から多形腺腫などの良性病変と診断された。その後、外来でフォロー中に疼痛も度々あり、緩徐に増大傾向にあったため2014年9月に再度FNAが実施され、悪性疑いと診断され腫瘍摘出となった。

【細胞像】好中球を主体とする炎症性細胞を背景に、粘液塊を囲むように軽度の重積性を示す上皮細胞の集塊が出現していた。個々の細胞は小型で、核は円形、N/Cは高く、クロマチンはやや増量しており核小体が目立つ細胞の出現も見られた。以上より、腺様嚢胞癌を第一に考えるが、典型的な細胞像の出現が少なく、組織型の推定は困難であった。

【組織像】腫瘍細胞は胞巣状あるいは腺腔様構造を形成し不規則に癒合しながら増殖しており、胞巣中心部では泡沫状の胞体を持つ細胞の集簇が見られた。これらの細胞は、EMA陽性、adipophilin陽性となり脂腺への分化を示した。分裂像が見えられ、壊死もみられることから悪性が考えられ脂腺癌と診断された。

【まとめ】今回、脂腺癌というまれな症例を経験した。脂腺癌は細胞診での組織型の推定は困難であると考えますが、細胞像から悪性と判断することは可能であった。本症例では、臨床的に良性と診断されていたが細胞診により悪性疑いと診断され腫瘍摘出となり、穿刺吸引細胞診が治療に有用であったと考える。

P-1-93 耳下腺部腫脹を契機に発見された ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫の1例

独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院

○濱村尚也(CT), 増田麻紀(CT), 武藤美智子(CT),
内田雅子(CT), 宮下浩子(CT), 遠山麻希子(CT),
山上朋之(CT), 佐藤義雄(CT), 長谷川直樹(DDS),
角田幸雄(MD)

【はじめに】ALK陰性未分化大細胞型リンパ腫(ALK陰性ALCL)はWHO分類第4版で独立した疾患亜型となったが、その細胞像の報告例は少ない。今回我々は、ALK陰性ALCLの1例を経験したので穿刺吸引細胞診所見を中心に報告する。

【症例】86歳男性。他院にて右耳下腺の悪性腫瘍疑いで、紹介され当院受診。右耳下腺部の穿刺吸引細胞診において悪性を疑うも組織型推定困難となった。経過中、PET/CTにて右耳下腺・右耳前部の腫脹、上内深頸領域リンパ節の腫大が認められ、右耳前部リンパ節生検が施行された。

【穿刺吸引細胞所見】腫瘍細胞は大型多形で孤立散在性～平面的集簇として認めた。淡明で豊富な細胞質に著明な核型不整、大型の核小体を1～数個を有し、核分裂像も多く認めた。多核の異型細胞も散見された。これらの異型細胞は上皮様結合がみられ、未分化癌、ホジキン・リンパ腫などの鑑別を要したが、組織型推定は困難であった。

【組織所見】壊死を伴う肉腫様を呈し、一部に上皮様の結合がみられ、分裂像や腫大した核小体、多核細胞などが認められる。免疫組織学的に、CD20・CD8・ALK陰性、CD3・CD4・CD30・EMA陽性であり、ALK陰性ALCLと診断した。

【まとめ】本症例は当初、耳下腺腫瘍が疑われ、細胞診での組織推定に苦慮したが、精査の結果ALK陰性ALCLと診断された。細胞像を見直してみると、腎形や馬蹄形の核を有する大型細胞はhallmark cellと考えられ、核内細胞質封入体(ドーナツ細胞)は認められなかった。ALK陰性ALCLの最終診断は免疫組織染色によるが、特徴的な細胞像に加え、臨床的所見を加味して診断を進めることが重要と考えた。

P-1-94 耳下腺に発生した MALT リンパ腫の 4 例

関西医科大学附属枚方病院病理部¹⁾, 兵庫県立尼崎病院病理診断科²⁾

○田口香利(CT)¹⁾, 坂井仁美(CT)¹⁾, 蛭子佑翼(CT)¹⁾, 宮坂知佳(MD)¹⁾, 植村芳子(MD)¹⁾, 鷹巢晃昌(MD)²⁾

【はじめに】MALT 型リンパ腫は marginal zone cells の増殖を特徴とした腫瘍で、小型～中型リンパ球よりなるリンパ腫であり、炎症性病変に浸潤するリンパ球と類似した細胞に特徴がなく良悪の判定に苦慮することが多い。今回我々は耳下腺穿刺吸引細胞診(FNA)にて診断しえず、摘出標本にて MALT リンパ腫と診断した 4 例について報告する。

【症例】50～60 歳代すべて女性。耳下腺腫瘍疑いにて近医からの紹介。うち 1 例は他院で MALT リンパ腫にて胸腺摘出後 4 年。MRI, CT, エコー像などにて腫瘍が確認されて FNA を施行。

【細胞所見】4 症例全てにおいて、小型リンパ球主体で少数ながら中～大リンパ球が混在していた。上皮性細胞成分は認められなかった。1 例は上皮様結合した集塊を少数認め Wartin tumor を疑い、残り 3 例は腺内リンパ節もしくは血液成分のみと判定した。

【組織所見】唾液腺の構造は消失し小型から中型のリンパ球がびまん性に増殖、リンパ濾胞の残存を伴っていた。いずれもリンパ上皮性病変も認められた。これらのリンパ球は免疫組織化学的に CD20(+), CD79(+), CD3(-), CD5(-), CD10(-) の B 細胞性であり MALT リンパ腫と合致する所見であった。

【まとめ】4 症例ともに小型で細胞異型が弱く、術前の FNA では MALT リンパ腫と判定することが困難であった。組織結果を踏まえて再検討すると、多数の小型リンパ球は核小体がみられ軽度の核異型も認めた。上皮性細胞成分をほとんど認めず小型ながらも異型のあるリンパ球で占められた場合は、MALT リンパ腫の可能性も念頭に入れて判定することが重要と考えられた。

P-1-95 核密度の上昇と壊死を伴う嫌色素性腎細胞癌の一例

高知赤十字病院病理診断科部

○黒田直人(MD), 和田有加里(CT), 井上 香(CT), 小原昌彦(CT), 水野圭子(CT)

【はじめに】核密度の上昇を伴う嫌色素性腎細胞癌の細胞診の報告例は乏しい。今回、われわれは捺印細胞診所見を経験したので、ここに報告する。

【症例】66 歳男性。意識消失発作の精査にて腹部 CT にて左腎に腫瘍が見つかり、腎癌の診断にて根治的腎摘出術が施行された。

【捺印細胞診所見】大型、中型、小型の細胞集塊から構成され、孤在性の腫瘍細胞も認められた。小型の腫瘍細胞が主体で、細胞質は顆粒状を呈し、核は円形で、核クロマチンは顆粒状で、核周囲明量は認められなかった。細胞境界は不明瞭であった。

【肉眼所見】径 82x66x61 mm 大の浸潤性発育傾向を示す腫瘍がみられ、断面では淡褐色調からページュ色で、一部に黄色調を呈する腫瘍で、出血、壊死がみられた。

【組織所見】好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が密に増殖している像がみられ、全体として nuclear crowding が目立っていた。一部では細胞質が豊富な腫瘍細胞がみられ、大型核が奇異核もみられた。二核細胞もしばしば観察され、壊死が目立っていた。コロイド鉄染色では腫瘍細胞の細胞質に瀰漫性に陽性像がみられ、免疫染色では腫瘍細胞は CD117, E-cadherin に瀰漫性に陽性で、CD82, MOC31, cytokeratin 7, CD56 に一部が陽性であった。

【まとめ】核密度の上昇を伴う嫌色素性腎細胞癌の捺印細胞診所見では核周囲明量ははっきりせず、円形核、顆粒状クロマチンなどオンコサイトーマの所見に類似するために注意を払う必要があるものと考えられた。

P-1-96 自然尿中に出現した腎集合管癌の1例

産業医科大学病院病理診断科¹⁾, 産業医科大学第2病理学²⁾, 産業医科大学第1病理学³⁾

○柴 瑛介(MD)¹⁾, 松山篤二(MD)¹⁾, 小原光祥(CT)¹⁾, 藤原 仁(CT)¹⁾, 島尻正平(MD)¹⁾, 中山敏幸(MD)²⁾, 久岡正典(MD)³⁾

【はじめに】集合管癌は腎悪性腫瘍の1%以下を占める稀な腫瘍で、高悪性度の腎細胞癌の一型とみなされている。腎髓質錐体を中心に発生するため、他の亜型と比較すると尿中に出現しやすいと考えられるが、細胞学的に検討した報告例は少ない。今回我々は自然尿中に腫瘍細胞が出現した集合管癌の一例を経験したため、その細胞像を報告する。

【症例】70歳代、男性。発熱、倦怠感、食思不振を主訴に前医を受診し、腹部CTで左腎に造影効果の乏しい5cm大の腫瘍を認めた。抗菌薬投与で改善が認められず、当院泌尿器科を紹介受診した。自然尿の尿細胞診で悪性(尿路上皮癌)疑い、針生検で集合管癌が疑われたため、開腹左腎尿管全摘除術が施行された。

【細胞所見】軽度炎症性背景に、異型上皮細胞が小集塊状に散見された。N/C比は高く、核は類円形で、偏在傾向を示した。腫大した明瞭な核小体を有し、クロマチンは増加しており、一般的な尿路上皮癌に比べ細顆粒状で、核形不整が目立つ細胞もみられた。少数ながら細胞質内空胞を有する細胞も認められた。

【組織所見】腎実質に周囲との境界不明瞭な腫瘍が認められ、明瞭な核小体を有する異型上皮細胞が管状、乳頭状に増殖していた。腎髓質錐体では既存の集合管上皮を置換するように腫瘍細胞が増殖し、腎杯への進展もみられたが、隣接する腎盂粘膜には腫瘍性変化はみられなかった。免疫組織化学的には、CK34betaE12+, CK7+, AMACR+ (focal), p63-, CK20-であった。

【まとめ】集合管癌の腫瘍細胞は稀に尿中に出現することがあるため、画像所見を参考にすると共に、明瞭な核小体やクロマチンパターンなど通常の尿路上皮癌とは異なる細胞所見を拾い上げることが細胞診断上重要である。

P-1-97 皮下転移を契機に発見された腎細胞癌の1例

社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 検査技術部³⁾

○山田鉄也(MD)¹⁾, 杉山誠治(MD)²⁾, 松永研吾(MD)²⁾, 福井加代子(CT)³⁾, 藤本不二男(CT)³⁾

【はじめに】腎細胞癌はしばしば遠隔転移をきたすものがあるが、皮下転移をきたすものはまれである。今回、我々は皮下転移を契機に発見された腎細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、男性。初診の約1ヶ月前に、左下腹部の痛みを伴う硬結に気づいた。急速にサイズが増大したため、当院皮膚科を受診した。超音波検査やMRI検査では陰茎左側基部に24×14mm大の円形皮下腫瘍を認めた。全身PET-CT検査では他臓器に腫瘍は指摘されず、当初は皮下原発軟部腫瘍として、生検が行われた。その後の1ヶ月弱で腫瘍は約2倍に増大し、腫瘍全摘出術が行われた。血液検査および尿細胞診では特記すべきものはなかった。なお、全摘後の全身再検索(造影CT検査)にて右腎下極に32×23mm大の腫瘍を指摘された。

【細胞所見】全摘時の捺印細胞診では、腫瘍細胞は類円形～多角形～紡錘形と多彩で、明るい比較的豊富な細胞質を有し、核形はやや不整で、一部の核には明瞭な小型の核小体を認め、核クロマチンは細顆粒状であった。細胞質はPAS染色陽性であった。

【肉眼および組織所見】皮下に40×45×22mm大の淡黄色の比較的境界明瞭な腫瘍を認めた。淡明な胞体を有する類円形～多角形の腫瘍細胞が充実胞巣状に増殖していた。一部では紡錘形細胞が束状に増殖していた。核形不整や核の大小不同を認め、多数の核分裂像を認めた。背景には豊富な細い血管性間質を伴っていた。PAS染色とOil red染色が陽性で、免疫組織染色ではAE1/AE3, EMA, vimentin, CD10, CAIX, PAX8が陽性であった。以上より、紡錘形細胞成分を伴うG2の淡明型腎細胞癌の皮下転移と診断した。

【結語】皮下転移を契機に発見された腎細胞癌の1例を報告した。

P-1-98 形質細胞様型尿路上皮癌の1例

同愛記念病院研究検査科

○介川雅之(CT), 金井順侯(CT), 千野秀教(CT),
高平雅和(CT), 岸 宏久(MD)

【はじめに】形質細胞様型尿路上皮癌は浸潤性尿路上皮癌の比較的まれな亜型で、形質細胞に類似した細胞がみられる予後不良な腫瘍である。今回われわれは形質細胞様型尿路上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。肉眼的血尿を主訴に当院受診。腹部CTで膀胱右側壁に46x15mmの広基性隆起性病変を指摘された。初診時尿細胞診で高異型度尿路上皮癌を疑う異型細胞を認めた。TUR-Btが施行され高異型度尿路上皮癌の形質細胞様型と診断された。筋層への浸潤があり、その後膀胱全摘術が施行された。

【細胞所見】初診時細胞診ではN/C比の低い小型～大型の異型細胞が孤立散在性もしくは小集塊で出現していた。核クロマチンは多くは濃染していたが粗顆粒状を呈するものもみられた。細胞質はライトグリーン好性を示し高異型度尿路上皮癌を疑った。後の検鏡で、核小体が目立ち偏在した類円形の核を有する細胞が孤立散在性に出現しているため形質細胞様細胞と考えた。

【組織所見】異型腫瘍細胞の充実性浸潤性増殖を認め、表層は乳頭状を示す尿路上皮癌であったが、多くの部分で腫瘍は孤立性に存在し、核偏在性、好酸性の細胞質を有する形質細胞に類似した形態を示した。免疫組織化学的にCK AE1/AE3, CK7, CD138陽性でCK20は一部に陽性。Vimentinは陰性であった。以上より高異型度尿路上皮癌の形質細胞様型と診断された。

【まとめ】細胞診で尿路上皮癌に遭遇する機会が多い。形質細胞様型尿路上皮癌は予後不良なため早期に推定診断することは重要である。本症例の様に偏在した類円形の核を有し孤立散在性に出現する腫瘍細胞がみられた場合は鑑別診断に挙げる必要があると考える。

P-1-99 尿管に発生した小細胞癌の一例

西知多医療厚生組合知多市民病院臨床検査室¹⁾, 名古屋掖済会病院病理診断科²⁾, 藤田保健衛生大学病理診断科²⁾

○服部 聡(CT)¹⁾, 石黒達哉(MT)¹⁾, 角屋雅路(CT)¹⁾,
渡邊緑子(MD)¹⁾, 倉科正徳(MD)¹⁾, 横井豊治(MD)²⁾,
溝口良順(MD)³⁾

【はじめに】小細胞癌は全身各臓器に発生することが知られているが、尿路系での発生は稀である。今回、尿管に発生した小細胞癌と扁平上皮への分化を示す尿路上皮癌(Urothelial carcinoma: UC)の混合腫瘍を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。CTにて水腎症を指摘され受診。自然尿細胞診で疑陽性。造影CTにて右尿管壁肥厚を認め、右尿管尿細胞診陽性にて右腎盂尿管全摘および膀胱部分切除術が施行された。

【細胞所見】自然尿では核腫大し、クロマチンの増量した核形不整の小型～中型の異型細胞を少数、孤在性ないし小集塊で認めた。右尿管尿では核腫大し、クロマチンの増量した異型尿路上皮細胞と一部に異型扁平上皮細胞を認め、扁平上皮への分化を伴う尿路上皮癌を考えた。

【組織所見】粘膜から隆起する全周性の腫瘍で、腫瘍は比較的小型核の充実性増殖からなる領域A、異型尿路上皮細胞が胞巣状に増殖するUCの領域B、扁平上皮細胞への分化を示す領域Cから形成されていた。免疫組織化学では領域AにCD56(+), synaptophysin(+), chromogranin-A(+weak)であり、小細胞癌と扁平上皮への分化を示す尿路上皮癌と診断された。

【考察】本例では、細胞診検査において異型尿路上皮細胞と異型扁平上皮細胞を認めたため、扁平上皮への分化を示す尿路上皮癌を第一に疑った。組織診断をふまえて詳細に観察すると、少数ながら小細胞癌を示唆する所見を認めた。尿路系の癌ではUCと扁平上皮癌や腺癌との混合腫瘍みでなく小細胞癌との混合腫瘍も稀ながら報告されている。小細胞癌は高悪性腫瘍であり、多彩な異型細胞の出現する検体では詳細な観察が必要である。

P-1-100 尿細胞診で尿路上皮癌との鑑別に苦慮したウイルス性出血性膀胱炎の一例

琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座¹⁾, 琉球大学医学部附属病院病理診断科/病理部²⁾

○玉城智子(MD)¹⁾, 斉尾征直(MD)^{1,2)}, 比嘉美香(CT)²⁾, 瑞慶覧陽子(CT)²⁾, 西平育子(CT)²⁾, 伊原美枝子(CT)²⁾, 仲宗根克(CT)²⁾, 仲西貴也(MD)¹⁾, 松崎晶子(MD)¹⁾, 吉見直己(MD)¹⁾

【緒言】 decoy cell (D-cell)はウイルス感染でよくみられ、癌細胞と間違えやすいため注意が必要とされるが、今回、成人T細胞性白血病リンパ腫(ATLL)に対する骨髄移植後の尿細胞診で尿路上皮癌との鑑別に苦慮した一例を経験したので報告する。

【症例】50歳代男性。骨髄移植後108日目より肉眼的血尿と膀胱刺激症状が出現し、膀胱腫瘍の有無検索のため尿細胞診を施行。

【尿細胞診の所見】初回の検体は、壊死性背景にN/C比上昇、核濃染を伴う異型細胞が孤在性～小集塊状に出現し、相互封入像や核小体の目立つ細胞も散見され、高異型度の尿路上皮癌を疑った。他方、膀胱炎症状消失後に施行した2回目・3回目の検体では主として反応性尿路上皮細胞を認め、2回目の検体に軽度の異型を呈する細胞がみられた。

【その後の経過】初回の尿細胞診施行時の尿PCR検査でアデノウイルス(ADV)11型とBKVが陽性となり、初回尿細胞診の異型細胞はD-cellと考えられた。2回目はセルブロック(CB)が作製できたので、CBでSV40 Large T抗原(T抗原)の免疫染色をしたところ異型細胞の核に陽性であった。他方で、初回の尿細胞診検体を転写法で染めるとT抗原が染まる核がごくわずかにみられた。

【考察】D-cellはBKVやJCポリオマウイルス(PyV)の力価が高い場合にみられることが多く、移植後の免疫抑制状態では、BKが20%程度、JCが40%程度の症例で陽性であるのに対し、ADVは1%程度である。したがって本例はADVよりBKV感染によるD-cellの可能性が高く、T抗原の染色結果もそれを裏付けた。

P-1-101 膀胱原発小細胞癌の一症例

佐世保共済病院病理診断科

○久保 綾(CT), 田中義成(CT), 川崎辰彦(CT), 井関充及(MD)

【はじめに】膀胱原発小細胞癌は全膀胱悪性腫瘍の中でも稀な腫瘍であり、予後不良と言われている。今回膀胱原発小細胞癌の一症例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、男性。血尿を主訴に当院泌尿器科へ紹介受診され、当院初診時尿細胞診にて小細胞癌が疑われた。膀胱左側壁に約4cmの非乳頭状、広基性腫瘍を認め、経尿道的切除術を施行。

【細胞所見】出血性背景に、N/C比が高く細顆粒状のクロマチンを有する小型異型細胞が数個集簇するようにみられた。核は類円形で一部に核形不整や裸核状細胞も散見された。一部で木目込み細工様配列もみられ小細胞癌を疑った。

【病理組織学的所見】N/C比が高く過染核からなる類円形～卵形の腫瘍細胞が粘膜下に大きな不規則な胞巣を形成するように瀰漫性に増殖。胞巣周辺に柵状配列を呈する傾向にあり、一部にロゼット様構造もみられた。多数の核分裂像を認め、広範な壊死も伴っていた。筋層浸潤もみられた。免疫染色でNSE, chromogranin A, CD56が陽性で小細胞癌と診断した。ごく一部に小管腔形成を示す腺癌の像や角化および細胞間橋を示す扁平上皮癌の像もみられた。

【まとめ】膀胱原発の小細胞癌は悪性度が高く、早期の治療方針の決定が望まれる。今回の症例では尿細胞診で小細胞癌が疑われたため、迅速に臨床に報告し早期に治療方針の決定がなされた。尿細胞診での小細胞癌は変性を伴いやすく診断に苦慮する症例もあるが、特徴的細胞像を示す小型異型細胞がみられた場合は、小細胞癌も考慮において観察することが重要と思われる。

P-1-102 尿細胞診にて診断に苦慮した膀胱原発小細胞癌の2例

独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部

○加藤麻衣(CT), 横田裕香(CT), 内山 勲(CT),
保地 讓(CT), 奥野高裕(MD), 福島裕子(MD),
井上 健(MD)

【はじめに】膀胱原発の小細胞癌は比較的稀な腫瘍とされている。今回我々は、尿細胞診にて診断に苦慮した2例を経験したので報告する。

【症例】(症例1) 90歳代女性。血尿を主訴に他院受診し、超音波検査にて膀胱腫瘍を指摘され当院紹介。膀胱鏡にて、後壁に易出血性の非乳頭状腫瘍を認め、TUR-BT目的に入院となった。(症例2) 70歳代男性。血尿を主訴に他院受診し、CTにて膀胱腫瘍を指摘され当院紹介。TUR-BTが施行された。

【細胞所見】材料：自然尿。症例1,2ともに多数の壊死物質を背景に、孤立散在性から小集塊で異型細胞が出現していた。異型細胞の大きさは小型で比較的均一、N/C比は極めて高く裸核状のものもあった。核は円形から類円形で一部核形不整も見られ、クロマチンは粗顆粒状で密に増量していた。また、症例2ではこれらの細胞の他に、細胞質が比較的豊富で細顆粒状のクロマチンが増量し、小型核小体を認める異型細胞も見られた。

【組織所見】症例1,2ともに、壊死性背景の中、細胞質に乏しくN/C比の高い異型細胞が充実性に増殖しており、核クロマチンは細顆粒状に増量していた。免疫染色にてsynaptophysin (+), CD56 (一部+)を示し、小細胞癌と診断された。症例1では、採取された組織に、他の組織型の成分は認められなかった。一方、症例2では、一部に腺管様構造を形成しつつ浸潤増殖しているadenocarcinomaの混在が認められた。

【まとめ】膀胱原発小細胞癌は、他の組織型との混在が見られることが多い。小細胞癌は予後が悪く、早期に診断するためには、細胞像を理解し、小細胞癌の存在を常に念頭に置きスクリーニングすることが重要と思われた。

P-1-103 膀胱原発悪性リンパ腫の一例

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾

○小穴良保(CT)¹⁾, 草苺宏有(CT)¹⁾, 大川千絵(CT)¹⁾,
土居正知(MD)²⁾, 高木正之(MD)²⁾

【はじめに】悪性リンパ腫はリンパ組織に発生する悪性腫瘍であり、身体のかな部位に発生し得る。リンパ節以外の組織を原発とする悪性リンパ腫の好発部位は、扁桃、胃、咽頭の順であり、泌尿器科領域における悪性リンパ腫は比較的少数で、中でも精巣に発生することが最も多いとされている。そのため、本症例の様に、膀胱に発生する事は非常に稀である。今回我々は膀胱原発の悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】80才代女性。肉眼的血尿を主訴に他院を受診。US上、膀胱腫瘍が疑われ、当院に紹介受診となった。CT, MRIでは、膀胱から膈前面にかけて腫瘤が認められ、膀胱鏡においても、腫瘤性病変が認められた。尿細胞診で悪性と判定したため、精査目的に、TURが施行された。

【組織所見】やや大型の異型リンパ球様細胞の密な増生がみられた。悪性リンパ腫が疑われた為、免疫組織化学染色が施行された。腫瘍細胞はCD20, CD79a, CD10, bcl-2, bcl-6で陽性。CD3, CD5, EBER-1, CKAE1/AE3で陰性であった。以上の結果からDiffuse large B-cell lymphomaと診断された。

【細胞所見】Pap染色では、裸核様の異型細胞が孤立散在性に出現し、一部は、小集塊状に出現していた。Giemsa染色では、好塩基性の細胞質と脂肪滴が認められた。以上の所見より悪性リンパ腫を考えたい細胞像であったが、鑑別組織型として小細胞癌が挙げられた。

【まとめ】今回、極めて稀な膀胱原発悪性リンパ腫の一例を経験した。小円形腫瘍の形態を示したが、Giemsa染色で得られた所見より、小細胞癌との鑑別は可能であった。

P-1-104 術中迅速診断時に精上皮腫との鑑別が困難であった精巣原発悪性リンパ腫の一例

東京警察病院病理診断科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理理科²⁾, 東京通信病院病理診断科³⁾

○渡邊 学(CT)¹⁾, 神山慶也(CT)¹⁾, 篠原令子(CT)¹⁾, 山崎京子(CT)¹⁾, 佐藤正明(CT)¹⁾, 小川真紀(MD)¹⁾, 二階堂孝(MD)²⁾, 岸田由紀子(MD)³⁾, 田村浩一(MD)³⁾, 横山宗伯(MD)¹⁾

【はじめに】精巣原発悪性リンパ腫は精巣腫瘍の約5%, 全節外性悪性リンパ腫の約1%とされる。罹患年齢は60~80歳代の高齢者に多く, 60歳以上に発症する精巣腫瘍に限れば約40%と多くみられる。また, 他の節外性悪性リンパ腫に比べ浸潤, 再発率が高く, 予後不良とされている。ここに術中迅速診断時に精上皮腫との鑑別が困難であった精巣原発悪性リンパ腫の一例を報告する。

【症例】83歳男性。頻尿を主訴に紹介受診の際, 左睾丸の腫脹・発熱を認めた。CTにて左精巣腫瘍, 多臓器転移巣を指摘された。精上皮腫疑いの診断で精巣高位摘除術の施行に際し, 術中迅速診断材料が提出された。

【捺印細胞診所見】少数の成熟リンパ球と壊死を背景に, 核の大小不同と核線を伴い明瞭な核小体を複数有する異型細胞を充実に認めた。核は円形で一部にくびれや切れ込みを認め, クロマチンは粗顆粒状であった。胞体は明るく, 明瞭な細胞境界と結合性を認める部分もみられた。悪性リンパ腫より精上皮腫を思わせる細胞像であった。

【組織診所見】核は円形で大小不同を伴い少数の目立つ核小体を認め胞体に乏しい異型細胞が, びまん性に増殖している。免疫染色を加えて悪性リンパ腫と診断された。

【考察】精巣原発悪性リンパ腫の細胞像では, 精上皮腫との鑑別に注意が必要と考えられた。

P-1-105 腎移植後35年で発生した尿道原発コンジローマ様癌の1例

福岡県済生会八幡総合病院検査科

○石井久喜(CT), 笠原 稿(CT), 吉田昌史(MT), 花岡栄治(MT), 原武讓二(MD)

【はじめに】尿道原発のコンジローマ様癌はまれな腫瘍である。今回我々は腎移植後長期にわたり免疫抑制剤投与中に発生したコンジローマ様癌を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】60才男性で慢性腎不全のため35年前に生体腎移植を受けた。現在も免疫抑制剤を服用し定期的に経過観察をしていたが, 2012年後半より肉眼的血尿や排尿痛が出現し, 尿沈渣で異型細胞が出現するようになった。また尿細胞診でも扁平上皮癌が強く疑われ, 尿道鏡と生検で koilocytic atypia を伴う扁平上皮癌と診断されたため広範な尿道粘膜剥離術が施行され, コンジローマ様癌と診断された。経過観察を行っていたが術後1年10か月に陰茎腫瘍と膀胱腫瘍が出現したため, 陰茎全摘と膀胱及び前立腺全摘術が施行された。

【細胞診像】多数の好中球を主体とする炎症性背景に角化を伴うクロマチンの増量した異型細胞が孤立性もしくは小集塊に出現した。異型細胞はFiver状を呈する角化したオレンジ好性やライトグリーン好性の多稜形の細胞質を有し核の腫大とクロマチンの増量を認めた。また核周明庭を呈する koilocytic atypia も認められた。

【病理組織学的所見】著明な乳頭状を呈し表層は角化を伴う扁平上皮の密な増殖からなり核の腫大や大小不同, 極性の乱れが目立った。中層にかけては著明な核周明庭を伴った koilocytic atypia が認められた。基底層では細胞密度が高く, 細胞分裂像も認められた。以上の所見より condylomatous carcinoma と診断された。

【まとめ】長期的な免疫抑制剤投与によりHPVが持続的に感染しそれにより発生したコンジローマ様癌の1例を経験した。免疫抑制状態が癌化を誘発し発生したまれな腫瘍であり細胞像を中心に報告する。

P-1-106 尿中に出現した前立腺原発神経内分泌癌の1例

明和病院臨床検査科¹⁾, 藤野婦人科クリニック²⁾, 恵生会病院産婦人科³⁾, 大久保病院産婦人科⁴⁾, 竹村婦人科クリニック⁵⁾

○松林謙治(CT)¹⁾, 覚野綾子(MD)¹⁾, 鈴木由紀(CT)¹⁾, 澁谷昌広(MT)¹⁾, 檜山弘道(CT)¹⁾, 脇本栄子(MD)²⁾, 内藤子来(MD)³⁾, 岸清彦(MD)¹⁾, 小笠原利忠(MD)⁴⁾, 竹村正(MD)⁵⁾

前立腺癌は病理組織学的にほとんどが腺癌で、神経内分泌癌(小細胞癌)の頻度は0.3~2%とまれであるが、前立腺は肺外小細胞癌の発生するもっとも頻度が高い部位の一つである。大部分が進行癌で発見され、3/4の症例ではすでに転移を有している。今回我々は前立腺原発神経内分泌癌の腫瘍細胞が尿中に出現した1例を経験したので報告する。(症例)79歳、男性。(主訴)ふらつき(現病歴)2010年より近医にてPSA値高値を指摘され経過観察されていた。2012年には13単位となったため当院泌尿器科を紹介受診。前立腺生検にて低分化型腺癌と診断された。Gleason score10点。抗アンドロゲン薬内服およびLH-RHアゴニスト皮下注にて加療されていた。2014年歩行時ふらつきを自覚し頭部CTにて脳内に多発する腫瘍を指摘された。病理組織学的に混合型腺神経内分泌癌と診断された。その後原発巣検索のため2012年の前立腺生検を再検討したところ、免疫組織化学的に神経内分泌マーカーおよび腺癌マーカーが陽性であったため前立腺癌の転移と判断した。2014年8月当院泌尿器科にて前立腺生検を施行し、神経内分泌癌と診断された。(尿細胞診)出血、壊死を背景にN/C比大の裸核状の小型異型細胞が多数みられた。木目込み細工様配列も見られた。核クロマチンは増量し、ヘマトキシリンに濃染していた。(前立腺生検病理組織所見)N/C比大の異型細胞の胞巣状配列を認め、多核巨細胞が散見された。免疫組織化学的にシナプトフィジンが陽性であった。(結語)前立腺癌の腫瘍細胞が尿中に出現することはまれで、核が濃染した腫瘍細胞が出現すると尿路上皮癌と鑑別困難となると考えられ、診断を慎重に行う必要があると考えられた。

P-1-107 細胞質内小腺腔(ICL)を多数認めた乳管内乳頭腫の1例

高知大学医学部附属病院病理診断部¹⁾, 高知大学医学部附属病院外科学講座外科¹⁾

○高橋明日香(CT)¹⁾, 高橋保(CT)¹⁾, 吉良佳那(CT)¹⁾, 大原栄二(CT)¹⁾, 吉本成美(MT)¹⁾, 一圓美穂(MT)¹⁾, 戸井慎(MD)¹⁾, 弘井誠(MD)¹⁾, 杉本健樹(MD)²⁾

【はじめに】乳管内乳頭腫は乳管上皮が乳管内で乳頭状に増殖する良性腫瘍で、細胞質内小腺腔(以下:ICL)を多数認めることはまれである。今回われわれは乳腺穿刺吸引細胞診でその1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。左乳房の痛みを主訴に当院外科を受診。超音波検査で左乳房A領域に0.5x0.4x0.4cm大の低エコー病変を認めた。半年後の経過観察でも変化は認められなかったが、患者の希望で穿刺吸引細胞診が施行され悪性疑いと判定。針生検で乳管内乳頭腫と診断され、現在経過観察中である。

【細胞所見】マクロファージや間質結合織片が散見される背景に大型の上皮細胞集団が多数認められた。集団の細胞密度はやや高い乳頭状や篩状構造を示し二相性は保たれていた。しかし、一部の集団では二相性が不明瞭であった。腫瘍細胞の核は小型類円形で、ICLを有する細胞が目立ち、内部に分泌物を入れたA型のICLが多数認められた。

【生検組織所見】線維性間質を軸にして乳管上皮細胞が乳頭状や腺管状に増殖する像が認められた。核は比較的小型で、p63やCK5/6に陽性となる筋上皮細胞が基底側に認められ、二相性は保たれていた。増生した乳管上皮細胞の細胞質内には、分泌物を入れたICLが多数認められ分泌物はPAS反応に陽性を示した。乳管内に、乳管上皮過形成相当の病変が認められたが、あきらかなICLはみられなかった。

【まとめ】本症例は、細胞密度が高く乳頭状や篩状の構造を呈し、A型のICLを多数認めたことから悪性を疑った。しかし、ICLが多数認められる乳管内乳頭腫が存在することを認識しておくことで、背景のマクロファージや大型の線維性間質などの所見から本症例の推定診断は可能と考えられる。

P-1-108 乳癌術前MRIで指摘された偶発病変に対する穿刺吸引細胞診と針生検の比較検討

千葉大学医学部臓器制御外科学¹, 千葉大学医学部附属病院病理部²

○羽山晶子(MD)¹, 長嶋 健(MD)¹, 榊原雅裕(MD)¹, 三階貴史(MD)¹, 藤本浩司(MD)¹, 椎名伸充(MD)¹, 藤咲 薫(MD)¹, 榊原淳太(MD)¹, 中谷行雄(MD)², 宮崎 勝(MD)¹

【はじめに】乳癌の術前精査で乳房MRIは病変進展評価のために広く使用されている。しかし、この乳房MRIで偶発的に微小病変を指摘されることがあり(MRI-detected lesion), 術式決定の上で重要な問題となっている。ACRより提唱されているBI-RADSの指針では、MRI Category 4以上の病変は悪性が疑われるため、MRIガイド下生検が奨められているが、本邦ではMRIガイド下生検の保険適応はなく、また施行できる施設は限られている。このため、これらの微小病変に対してはUSガイドの針生検が標準手技として代替される。このような微小病変に対し穿刺吸引細胞診は針生検より低侵襲で確に病巣を採取しうる有効な手技として認識されている。そこで今回我々は、乳癌術前MRIで指摘された偶発病変に対するアプローチの相違による比較検討を行った。

【対象】当院で2010年11月から2014年6月に施行した原発性乳癌手術、725症例のうち、MRI-detected lesion (Category4)を認めた症例45例。そのうち2nd look USで病変を指摘できた40例。

【方法】40例の術前診断法と摘出標本での病理組織学的診断を比較。

【結果】CNB施行が22例、FNAC施行が18例(うち2例はCNBを追加)。また術前診断が悪性で摘出標本で良性であった偽陽性例はCNB群で2例、FNAC群で0例。一方、術前診断で良性であったが乳房全摘の結果悪性診断であった偽陰性例はCNB群で1例、FNAC群で1例であった。

【結語】FNACはMRIで偶発的に発見された微小病変の診断に有用である。

P-1-109 前立腺癌内分泌療法中に出現し、葉状腫瘍との鑑別を要した女性化乳房の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹, 株式会社LSIメディエンス², 防衛医科大学校病態病理学³

○三瓶祐也(CT)¹, 江原輝彦(CT)¹, 河村憲一(CT)¹, 下地恵吉(CT)¹, 松井宏江(CT)¹, 鶴岡慎悟(CT)¹, 清水 健(MD)¹, 是松元子(CT)², 津田 均(MD)³

【はじめに】特異な細胞像、組織像を呈した女性化乳房症例を経験したので報告する。

【症例】80代男性。前立腺癌に対し4年前よりホルモン療法を受けている(ピカルタミド内服)。徐々に腫大する右乳房腫瘍を自覚し当院外科を受診。右乳頭下に35mm大の弾性軟の腫瘍が触知され、超音波では境界明瞭、スリット様構造を伴う内部均質な低エコー像がみられた。針生検では女性化乳房が推定されたが、臨床的には葉状腫瘍が疑われ摘出生検が行われた。

【細胞所見】摘出生検材料からの穿刺吸引を行った。採取細胞量は多く、結合性良好な腺上皮細胞集塊がみられた。集塊は大型で、一見うねりのような形態を示すものと、シート状のものが混在していた。前者では、集塊内部に腺管構造や小乳頭状突出が目立った。いずれの集塊でも不整な重積はみられず、筋上皮細胞との二相性が保たれていた。個々の細胞は小型で、一部の細胞に断頭分泌が確認できた。核の形態はそろっており、多形性はみられなかった。間質細胞からなる集塊は少数しか認められなかった。

【組織所見】摘出検体は約35mm大の結節状腫瘍で、組織学的には大型～中型腺管が密に増生し、内腔には腺上皮細胞の小乳頭状増生、重層化がみられた。断面でスリット状の裂隙を呈する部分では、葉状構造に類似する大型腺管が認められた。結合織は線維性で間質細胞の増生は乏しく、女性化乳房の範疇と考えられた。

【考察】通常的女性化乳房との差異を確認し、上皮細胞増殖性疾患の細胞学的鑑別として葉状腫瘍、乳管内乳頭腫、(異型性の弱い)非浸潤性乳管癌との比較検討を行った結果を報告する。

P-1-110 乳腺腺筋上皮腫の一例

独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院中央検査科¹⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院病理診断科²⁾

○小倉啓介(CT)¹⁾, 三村明弘(CT)¹⁾, 岡部美由紀(CT)¹⁾, 浦芝 敬(CT)¹⁾, 金田香央里(CT)¹⁾, 三輪秀明(MD)²⁾

【はじめに】乳腺腺筋上皮腫は乳管上皮および筋上皮細胞の増殖からなる比較的稀な腫瘍である。今回我々は、乳腺 CNB 捺印細胞診で乳腺腺筋上皮腫を疑った 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代・女性、3 年前より左乳房に腫瘤を触知し近医を受診、当院乳腺外科紹介となった。エコー・マンモグラフィーにて腫瘍が認められ、カテゴリー 4 と報告された。乳腺外来にて CNB が施行され、オンサイト迅速捺印細胞診にて FA 疑いと仮報告。その後、通常の Pap 染色にて乳腺腺筋上皮腫疑いと修正報告をし、CNB 組織診と手術検体にて乳腺腺筋上皮腫と診断された。

【迅速細胞診標本所見】腺管状の上皮性結合を示す細胞集塊を認め、背景には通常筋上皮細胞と比較するとやや大型ではあるが、双極裸核細胞と考えられる細胞を認めたため FA を疑った。

【通常細胞診標本所見】大多数の細胞所見は迅速時の細胞所見と同様であったが、筋上皮由来と考えられる細胞の中に大型細胞で核内細胞質封入体を認めるものを散見した。背景にはライトグリーンに淡染する無構造物を認め、ギムザ染色では同様の物質がメタクロマジーを示し、間質粘液基質ないしは基底膜様構造物と推定された。以上の所見より腺筋上皮腫疑いと報告した。

【病理組織所見】病変は境界明瞭な充実性腫瘍で、エオジン好性の細胞質を有する乳管上皮と淡明な胞体を有する筋上皮細胞の 2 種類の増生が認められ、乳腺腺筋上皮腫と診断された。

【考察】乳腺腺筋上皮腫は多彩な組織像を示し、細胞像からの組織推定は困難であるとの報告が多いが、本症例のように比較的典型的な細胞像を示す症例であれば、間質成分を有用な手がかりとして組織推定が可能であると考えられた。

P-1-111 破骨細胞型巨細胞を伴う乳腺腺筋上皮腫の 1 例

長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学¹⁾, 長崎大学原爆後障害医療研究所生体試料保存室²⁾, 長崎医学中央検査室³⁾, 聖フランシスコ病院⁴⁾, 糸柳プレストクリニック⁵⁾, 長崎県健康事業団⁶⁾

○松田勝也(CT)¹⁾, 上木 望(MD)¹⁾, 三浦史郎(MD)²⁾, 藤田幹雄(CT)³⁾, 馬場博昭(CT)⁴⁾, 川井智加子(CT)⁴⁾, 糸柳則昭(MD)⁵⁾, 松尾 武(MD)⁶⁾, 中島正洋(MD)^{1,2)}

【はじめに】乳腺の腺筋上皮腫 (Adenomyoepithelioma : AME) は乳管上皮と筋上皮が増殖する希な良性腫瘍である。今回、破骨細胞型巨細胞を伴った極めて希な AME の一例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代、女性。乳癌検診で腫瘤を指摘され受診。超音波検査で右 A 領域に 16.8×11.8 mm 大の腫瘤が指摘され、MRI で浸潤性乳管癌が疑われた。穿刺吸引細胞診で悪性が疑われ、右乳房部分切除術が施行された。

【細胞所見】血性および粘液性背景に、類円形～紡錘形細胞が不規則に重積する大型集塊を認めた。細胞密度が高く、軽度の核型不整と小型の核小体を伴っていた。ライトグリーン淡染性の胞体を有する単核～多核細胞を孤在性に、核が腫大し大小不同、微細顆粒状クロマチンと小型核小体を呈する細胞成分も散見された。明らかに上皮性と判断できる細胞は認めず、紡錘細胞癌や肉腫が疑われた。

【病理所見】肉眼的には約 2～7 mm 大の境界明瞭な灰白色充実性腫瘍が 3 個程集簇する形態であった。組織学的にはいずれの腫瘍も同質で、紡錘形細胞の束状増生からなり、膠原線維性間質と破骨細胞型巨細胞の出現を伴い、上皮細胞の小集塊を混じていた。核分裂像は多い所で 3/10HPF であった。免疫組織化学的に、紡錘形細胞は αSMA, HhF-35, p63 に陽性、S100 は一部で陽性、AE1/AE3, desmin, h-caldesmon, calponin は陰性、Ki-67 標識率は 4% であった。以上より上皮細胞成分が少ない非定型的な腺筋上皮腫と診断された。

【まとめ】悪性を疑った破骨細胞型巨細胞を伴う腺筋上皮腫の 1 例を経験したので、細胞像を中心に文献的考察を含めて報告する。

P-1-112 乳腺筋上皮腫の一例

JR 東京総合病院臨床検査科

○中澤和久(CT), 恩田雅弘(CT), 谷川園子(CT),
茂野雅子(CT), 木村勝巳(CT), 船山英明(CT),
大友梨恵(MD), 関 邦彦(MD)

【はじめに】乳腺筋上皮腫は比較的稀な良性疾患で、乳管上皮細胞と筋上皮細胞の2種類が腫瘍性に増殖する腫瘍である。今回我々は組織学的に筋上皮腫と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】50歳代、女性。左BD領域に楕円形平滑で境界明瞭、線維腺腫を疑う腫瘍を認めた。5~6年前にも指摘されていたが、近年腫瘍の増大傾向が認められたため、CNB及びCNBの捺印細胞診が施行された。

【細胞所見】出血性の背景に結合性および2層性の保たれた乳管上皮細胞の集塊を認めた。集塊の周囲には類円形で裸核様、小型核小体を有する孤立性の細胞が散在していた。悪性を疑う所見はなかったが、組織型の推定には至らなかった。

【組織所見】腺腔を形成し、好酸性の胞体を持つ筋上皮細胞は1層で異型に乏しく、その外側には淡明で豊富な胞体をもつ筋上皮細胞が多層性に増生し、硝子様物質の沈着を伴って大小多数の結節を形成していた。免疫組織学的に筋上皮細胞は α SMA陽性であり、筋上皮腫が考えられた。後日部分切除が施行され、筋上皮腫と確定診断された。

【まとめ】今回の細胞像では筋上皮腫の一般的な特徴とされる核内細胞質封入体や基底膜様物質はみられなかったが、組織像を反映して淡明な細胞質を持つ筋上皮細胞が認められた。また、これらの細胞の核は類円形で小型核小体が目立ち、腺腔に付着する筋上皮細胞と同様であった。これらの特徴を踏まえて詳細な観察を行い、組織学的な特徴も把握することで細胞診でも筋上皮腫の推定は可能であると考えられた。

P-1-113 乳腺 Rosai-Dorfman 病の穿刺吸引細胞像

金沢医科大学病院病理部¹⁾, 金沢医科大学臨床病理学²⁾

○水口聖哉(CT)¹⁾, 中野万里子(CT)¹⁾, 寺内利恵(CT)¹⁾,
竹中美千穂(CT)¹⁾, 嶋口智恵(CT)¹⁾, 津幡裕美(CT)¹⁾,
黒瀬 望(MD)²⁾, 中田聡子(MD)²⁾, 湊 宏(MD)²⁾,
野島孝之(MD)²⁾

【はじめに】Rosai-Dorfman病(RDD)は、無痛性のリンパ節腫脹をきたす原因不明の稀な組織球増殖性疾患であるが、皮膚、皮下、眼窩、耳下腺、上気道、消化管、髄膜などの節外発症例や多発例、自然消退例も報告されている。今回我々は、乳腺炎との鑑別が困難であった乳腺発生RDDの穿刺吸引細胞像(FNA)を経験したので、細胞所見を中心に報告する。

【症例】70代、女性。無痛性の右乳腺腫瘍を主訴に来院。マンモグラフィーで右乳腺CD領域に径18mm大の境界不明瞭な非対称性陰影(カテゴリー4)と、左乳腺U/M領域に径8mm大の非対称性陰影(カテゴリー3)を認めた。両側乳腺腫瘍のFNAと針生検が施行された。右乳腺腫瘍はFNAと針生検が施行されるも悪性所見を認めず、乳腺炎と診断され、最終的に右乳腺腫瘍の摘出生検にてRDDと診断された。左乳腺腫瘍は針生検にてアポクリン分化を伴う非浸潤性乳管癌と診断され、摘出術が予定されている。

【細胞所見】右乳腺のFNAでは、リンパ球、形質細胞、好中球、組織球などの炎症性背景に、少数の異型のない乳管上皮細胞と出血を認めた。また、通常組織球(径20 μ m大)と共に、大型組織球(径65 μ m大)が散見され、細胞質内にリンパ球、好中球を保有したemperipolesisを伴っていた。

【組織所見】摘出材料では、乳腺組織および脂肪織内に大型組織球の密な集簇とemperipolesisを認めた。免疫組織化学的に組織球は、CD68、CD4、S-100蛋白陽性で、CD1a陰性であり、節外性RDDと診断した。

【まとめ】乳腺炎を思わせる炎症細胞主体の細胞像をみたときは、RDDも念頭に置き、特徴的な大型組織球やemperipolesisを見逃さないことが肝要であると思われた。

P-1-114 CKAE1/3-p63 の二重免疫染色が有用であった葉状腫瘍の一例

公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院検査科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾, 大森赤十字病院³⁾

○徳田眞美(CT)¹⁾, 前田一郎(MD)²⁾, 小松明男(MD)¹⁾, 永野友佳里(CT)¹⁾, 坂本穆彦(MD)³⁾

【はじめに】葉状腫瘍は間質結合織成分と腺成分の増生を特徴とする。今回、由来不明な大型異型細胞がみられた症例に対し、二重免疫染色を施行し、推定診断に有用であった葉状腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】40代女性。右乳房外側に内部充実成分と嚢胞成分の混在する巨大嚢胞性病変を認めた。嚢胞内出血の可能性もあり、充実部分と嚢胞部分からFNAC施行。

【細胞像】小型筋上皮細胞を伴う上皮細胞集塊、アポクリン化生細胞、間質様結合織が見られた。間質様結合織を構成する細胞は類円形～紡錘形で境界不明瞭。また、孤立散在性に大型異型細胞が多数見られた。多数の裸核様細胞を認め、N/C比が高く、核形不整が目立ち、細胞質封入体が見られた。クロマチンは細顆粒状で、核小体を単個有した。これら大型異型細胞が筋上皮細胞を含む上皮由来か非上皮由来か判定困難であり、悪性葉状腫瘍、肉腫、紡錘細胞癌、悪性筋上皮腫などを鑑別に挙げ、CKAE1/3-p63の二重免疫染色を施行。大型異型細胞はCKAE1/3陰性、p63陰性で、間葉系細胞と考え、推定組織型に葉状腫瘍(境界悪性、悪性)、間質肉腫を挙げた。

【組織像】切除材料において腫瘍は比較的境界明瞭な腫瘍様病変で、間質結合織成分と腺成分の増生からなる葉状腫瘍であった。間質結合織成分は核密度が高く、細胞異型は高度で、核分裂像が散見された。葉状腫瘍、悪性と最終診断した。

【考察】今回見られた大型異型細胞は様々な細胞像を呈し、組織型の推定が困難であったが、細胞診標本でのCKAE1/3-p63の二重免疫染色の施行により、組織型の推定が可能となった。細胞所見の他に免疫細胞化学染色を参考とし、診断することは有用であると考えられた。

P-1-115 乳癌原発巣と再発巣(体腔液)が異なる subtype であった 3 症例

群馬大学医学部附属病院病理診断科・病理部¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科臓器病態外科学³⁾

○星川里美(CT)¹⁾, 佐野孝昭(MD)²⁾, 荻野美里(MD)³⁾, 樋口 徹(MD)³⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)^{1,2)}

【はじめに】乳癌再発症例において原発巣と再発巣の subtype が異なる症例が存在するため、転移巣の biomarker を可能な限り検索し、治療方針を検討することが望ましいとされている。しかしながら、必ずしも組織生検が可能であるとは限らず、体腔液の貯留のみを認める場合も存在するため、細胞診検体で免疫染色を行うことは重要である。今回、体腔液検体において免疫染色を行い、原発巣と異なる subtype であった 3 例を経験したので報告する。

【症例 1】65 歳女性。2010 年に浸潤性小葉癌にて右乳房切除術を施行し、ER(+), PgR(+)であった。ホルモン療法中の 2013 年に胃転移を認め、ER(+), PgR(-)で、PgR が陰性化した。2014 年に胸水貯留を認めた。胸水 Liquid Based Cytology 検体で免疫染色を施行したところ ER(-), PgR(-)で、ER の陰性化を認めた。

【症例 2】80 歳女性。2013 年局所進行右乳癌、肺・肝転移にて CNB 施行し浸潤性乳管癌、ER(+), PgR(+), HER2(0)であった。ホルモン療法施行中の 2014 年に右胸水貯留を認め、Cell block(CB)で、免疫染色を施行したところ、ER(+), PgR(-)-(+), HER2(1+)で、PgR の減弱を認めた。

【症例 3】58 歳女性。2007 年に浸潤性乳管癌のため左乳房切除術を施行し、ER(+), HER2(0)であった。骨転移を認めたためホルモン療法+化学療法を行っていた。2014 年に胸水貯留を認め、CB にて免疫染色を施行したところ ER(+), HER2(2+)であった。HER2-FISH を行い、シグナル比 3.6 で増幅を認めたため、現在は抗 HER2 療法を行っている。

【まとめ】再発巣では subtype が異なる場合があるため、細胞診検体で免疫染色を行う事は、治療方針決定の一助となり得る。

P-1-116 乳腺 neuroendocrine carcinoma と診断された4症例

東京女子医科大学病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第一病理学教室²⁾, 東京女子医科大学第二病理学教室³⁾

○橋本哲也(CT)¹⁾, 齋藤美津子(CT)¹⁾, 金室俊子(CT)¹⁾, 野並裕司(CT)¹⁾, 高橋伸治(CT)¹⁾, 富所貴美子(CT)³⁾, 粉川 彩(CT)¹⁾, 山本智子(MD)^{1,2)}, 澤田達男(MD)^{1,2)}, 長嶋洋治(MD)¹⁾

【はじめに】 乳腺原発 neuroendocrine carcinoma (NEC) は乳癌でも稀な腫瘍で, 60~70歳代に好発する。今回, 我々は, 乳腺原発 NEC4 症例を経験したので, その細胞像について報告する。

【症例】 症例はいずれも女性である。症例1~3) は70歳代, 乳房のしこりを自覚。症例4) は40歳代で, 褐色の乳頭分泌物を認めた。

【細胞所見】 症例1) クロマチン増量を伴う, 類円形~楕円形核を有する裸核様異型細胞を, 散在性または一部集塊状に認めた。また, 核線形成や木目込み様配列も見られた。症例2,3) 小型で, N/C比の増大を伴う異型細胞を, 散在性または一部集塊状に認めた。症例4) 核腫大, 核小体腫大, クロマチン増量を伴う異型細胞の集塊を認めた。

【病理組織所見】 症例1) N/C比の増大を示す腫瘍細胞が浸潤性増殖を示していた。免疫組織化学 (IHC) では, synaptophysin (SP) 陽性, chromograninA (CGA) 陰性であった。症例2) リンパ球様の腫瘍細胞が, 特定の構造を示さず, 脂肪組織や乳管周囲間質に浸潤していた。IHCでは, SP陽性, CGA少数陽性を示した。症例3) 類円形核を有する, 比較的小型の腫瘍細胞の浸潤性増殖を認めた。IHCでは, SP陰性, CGA陽性を示した。症例4) 導管内に, 核の偏在傾向を伴う腫瘍細胞の増殖を認めた。IHCでは, SP陽性, CGA陽性を示した。

【まとめ】 一般に, NECの細胞学的特徴として, 細顆粒状のクロマチン, 木目込み様配列, ロゼット様配列などが挙げられる。症例1) では, これらと共通する細胞像を示し, 推定診断が可能であった。一方, 症例2~4) では, その特徴に欠けており, 推定が困難であったと考えられる。高齢者で乳癌の疑いがある場合は, 乳腺原発 NECも鑑別に入れてスクリーニングを行うべきだが, 細胞像は様々で, 注意が必要と考えられる。

P-1-117 OSNA 法に術中捺印細胞診の併用が有用であった CK19 陰性乳癌の1症例

独立行政法人国立病院機構佐賀病院¹⁾, 熊本大学病院病理部²⁾, 福岡大学病院病理部³⁾, 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科探索病理⁴⁾

○佐田勇樹(CT)¹⁾, 西山尚子(CT)²⁾, 松本慎二(CT)³⁾, 林 洋子(MD)⁴⁾

【はじめに】 乳癌では, センチネルリンパ節 (SLN) に転移が無ければ, 腋窩リンパ節郭清は省略される。よって術中の SLN 転移の有無の判定には, 迅速かつ正確な判断が求められる。One-step nucleic acid amplification (OSNA) 法は, 採取したリンパ節を可溶化し, 転移性乳癌のマーカーとして, リンパ節中のサイトケラチン (CK) 19 mRNA を増幅して検出する方法であり, 従来の術中病理検査よりも感度が高いとされている。CK19 陰性の乳癌は全体の約 1.0% と稀だが, OSNA 法では偽陰性の原因となる。今回, 術中 OSNA 法に捺印細胞診を併用することにより SLN 転移偽陰性の判断を防ぐことができた CK19 陰性乳癌の一症例について, 考察を加え報告する。

【症例】 70歳代女性, 左乳房 CD 領域に 2.5 cm 大の腫瘍があり, マンモトーム生検にて浸潤性乳管癌と診断され, 左乳房全摘術が行われた。術中 OSNA 法にて SLN 転移陰性であったが, 同時に施行した細胞診捺印標本にて転移が疑われた。術後, 免疫組織化学検査にて, 本症例の乳癌は CK19 陰性であった。

【考察】 乳癌における CK19 の免疫組織化学検査では, 陰性例の他, 同一腫瘍内で不均一な陽性像を示す例もあり, OSNA 法における偽陰性の原因となり得る。術前生検時に免疫組織化学検査で乳癌における CK19 発現の検索を行うことに加え, 術中 OSNA 法に捺印細胞診を併用することで, SLN 転移偽陰性を効果的に防ぐことができると考えられた。

P-1-118 転移巣の穿刺吸引細胞診から組織型を推定しえた乳腺原発高分化型神経内分泌腫瘍の一例

岩手医科大学附属病院病理診断科¹, 岩手医科大学医学部病理診断学講座², 岩手医科大学医学部外科学講座³

○肥田野靖史(CT)¹, 川崎朋範(MD)^{1,2}, 山田範幸(CT)¹, 佐藤彩佳(CT)¹, 上田奈央子(CT)¹, 高橋静子(CT)¹, 菊池いな子(CT)¹, 安保淳一(CT)¹, 柏葉匡寛(MD)³, 菅井 有(MD)^{1,2}

【はじめに】神経内分泌形質を有する乳癌は、新 WHO 分類において特殊型浸潤癌の rare type に分類され、全浸潤癌のわずか 1% の頻度である。今回我々は、その 1 亜型である高分化型神経内分泌腫瘍において、転移巣の穿刺吸引細胞診 (FNAC) がその診断に有用であった症例を報告する。

【症例】77 歳女性。大動脈弁狭窄症の加療中に、CT で左乳房腫瘍 (1.7 cm) と腋窩リンパ節腫大を指摘され、前者にコア針生検、後者に FNAC が施行された。

【細胞像】背景にリンパ球を伴って、腫瘍細胞が軽度重積性を示す結合性の緩い充実性集団～孤立散在性に出現していた。細胞質は比較的豊富で、ライトグリーン好性を示した。核は円形から類円形で、偏在性を示し (形質細胞様形態)、大小不同や核形不整は軽度であった。クロマチン・パターンは細顆粒状であった。ときに二核の細胞もみられた。小型の核小体を認めた。以上の細胞所見より、神経内分泌癌が疑われた。

【組織像】種々の程度に線維性間質を伴いつつ、腫瘍細胞が中～小型の充実性ないし索状胞巣を形成しながら浸潤していた。胞体はやや細顆粒状、核は類円形であった。免疫組織化学的に、chromogranin A, synaptophysin がびまん性に陽性であり、ER 陽性、PgR 陽性、HER2 (1+), MIB-1 (7%) を示した。

【考察】本症例では、原発巣は T1 ながらリンパ節転移を認め、組織診よりも細胞診の方が特徴的形態像を呈した。神経内分泌乳癌は、非特殊型浸潤癌と比較し、ホルモン/化学療法感受性を伴って予後良好と考えられてきたが、近年では侵襲性の臨床経過を示すというエビデンスがある。それゆえ、細胞診で本組織型を推定し、より早期に適切な診断治療を行うことは意義を有する。

P-1-119 貧血を主訴とし骨髄塗沫細胞診により明らかになった術後 17 年目の乳腺小葉癌再発の 1 例

独立行政法人地域医療機能推進機構熊本総合病院病理診断科

○平岡陽介(CT), 寺園広太(CT), 平江幸裕(MT), 猪山賢一(MD)

【はじめに】乳腺浸潤性小葉癌の再発・転移巣では粘液空胞をもつ小葉癌細胞は胃の印環細胞癌の転移と鑑別がしばしば困難である。今回、乳癌の術後 17 年目に貧血症状で骨髄へ播種転移をきたし、骨髄塗沫細胞診で粘液産生を呈した癌細胞を同定し、骨髄セルブロックの免疫染色で乳腺小葉癌の骨転移と診断した。

【症例】60 歳代、女性。17 年前に右乳癌で右乳房全摘術の既往あり。術後、経過は順調で局所再発や遠隔転移は認めなかった。初診時、貧血と CEA (100 ng/ml) の上昇を認め、骨髄穿刺塗沫標本と骨髄セルブロックでの細胞検索を行った。

【骨髄細胞所見】孤立散在性ないし一部結合性を持つ上皮性異型細胞を多数認め、異型細胞には細胞質内小腺腔 (ICL, type A や type B) を含み、核が偏在し、印環細胞癌類似の細胞形態も認めた。

【骨髄セルブロックの免疫染色の結果】AE1/AE3, Cytokeratin 7, ER, PgR, GCDFP-15 がいずれも陽性、E-cadherin, Cytokeratin 20 はいずれも陰性、Her-2 は 1 (+) であったため、乳腺小葉癌の骨髄転移を鑑別の第一に挙げ、他院で手術された 17 年前の病理診断と検体保存ブロックで乳癌の組織亜型を確認したところ、摘出乳腺腫瘍は浸潤性小葉癌であった。

【まとめ】浸潤性小葉癌が 17 年後に骨髄癌症で転移再発した稀な症例であり、その他の腫瘍マーカーの推移、消化管病変の追加検索、治療経過と骨髄セルブロックの免疫染色の有用性と限界について考察したい。

P-1-120 Invasive lobular carcinoma, histiocytoid/pleomorphic type の1例

市立砺波総合病院臨床病理科¹⁾, 市立砺波総合病院病理診断科²⁾

○石倉宗浩(CT)¹⁾, 寺畑信太郎(MD)²⁾, 杉口 俊(MD)²⁾,
奥野のり子(MD)²⁾, 三井由紀子(CT)¹⁾,
福田弘幸(CT)²⁾, 蟹谷智勝(CT)¹⁾

【はじめに】 Invasive lobular carcinoma, histiocytoid/pleomorphic type は, WHO2012 で提唱された浸潤性小葉癌の1亜型で, その発生頻度は本邦の報告では全乳癌の0.3%と稀である。今回我々は, 同症の1例を経験したので, その細胞像の特徴を乳管癌との鑑別を含め報告する。

【症例】70歳代女性。2014年5月に左乳房腫瘍を自覚し, 徐々に増大したため, 同年9月に近医受診し, 当院紹介となった。USにてD領域に3cm大の腫瘍, CD領域に4mm大の腫瘍を認め, 針生検にて浸潤性小葉癌と診断された。乳房切除術が施行され, Invasive lobular carcinoma, histiocytoid /pleomorphic type と最終診断された。

また, 精査の結果右乳房に浸潤性乳管癌が認められ, 乳腺部分切除が同時に施行された。

【細胞所見】やや広い細胞質を持つ中～大型異型細胞が, 結合性の緩い重積性の集塊を形成し, シート状や孤在性～indian file 状の配列も認めた。核は類円形, 中心性～偏在傾向で, 細顆粒状に増量したクロマチンと目立つ核小体が1～2個みられ, 細胞質は肥厚し顆粒状であり, 一部少量の壊死物質を認めた。

【組織所見】比較的大型で, 淡好酸性, 顆粒状の豊富な細胞質を持ち, 中心に円形の核を有する異型細胞がindian file, targetoid pattern を示し増殖していた。腫瘍内にはpagetoid spread, 一部にcomedo 壊死を伴うLCIS像を認めた。免疫染色では, E-Cadherin-, HER2-, ER-, PgR-, GCDPF15+, AR+ を呈した。

【まとめ】今回我々は, Invasive lobular carcinoma, histiocytoid/pleomorphic type を経験したが, classical なlobular carcinoma に比べて異型が強く壊死を伴うことから, 乳管癌やアポクリン癌との鑑別が必要と思われた。

P-1-121 浸潤性小葉癌の穿刺吸引細胞診の検討

香川大学医学部附属病院病理診断科

○宮井由美(MD), 串田吉生(MD), 香月奈穂美(MD),
林 俊哲(MD), 門田球一(MD), 坂東健次(MD),
松永 徹(CT), 本山睦美(CT), 大通清美(CT),
羽場礼次(MD)

【はじめに】浸潤性小葉癌は細胞異型が弱く, 細胞採取量が少ないためFNACで良悪性の判定や組織型を推定するのが困難な場合が多い。当院における浸潤性小葉癌の術前FNACについて検討を行ったので報告する。

【対象】2008年1月から2014年12月までに当院において組織学的に浸潤性小葉癌と診断された11例を対象とした。

【結果】11例の内訳は, 検体不適性2例, 鑑別困難4例, 悪性疑い2例, 悪性3例であった。鑑別困難例では, 核不整が軽度以上認められたが, 細胞採取量が少なく良悪の判定ができなかった。また, そのうち1例は, 軽度の核不整や少数のICL構造を認めたが, 組織球様細胞が孤立散在性に出現し, 浸潤性小葉癌としては非定型的であった。悪性疑い以上とした5例は, 細胞採取量が多く, 結合性の緩い細胞集塊で, 軽度～中等度の核不整を認めた。組織学的にWHO分類では, 検体不適性2例は古典型, 鑑別困難例は古典型が2例, 多形型が2例, 悪性疑い以上とした5例は古典型が2例, 充実型が2例, 胞巣型が1例であった。

【まとめ】浸潤性小葉癌はFNACにおいて異型に乏しい小型の細胞で, 細胞採取量が少量であることが多いため, 鑑別困難の比率が高くなる。また, 浸潤性小葉癌は古典型の他に多形型などの亜型の存在を認識していなければ組織型を推定するのが困難な場合もある。しかし, 細胞採取量が少量の場合や非定型的な細胞像を呈している場合でも, 個々の細胞所見を注意深く観察することにより組織型推定率の向上につながるのではないかと考えた。

P-1-122 集検喀痰細胞診により発見された癌症例の確定診断までの期間について

公益財団法人福島県保健衛生協会¹⁾, 公立大学法人福島県立医科大学基礎病理学講座²⁾, 北福島医療センター婦人科³⁾

○室井祥江(CT)¹⁾, 佐藤丈晴(CT)¹⁾, 佐藤美賀子(CT)¹⁾, 神尾淳子(CT)¹⁾, 田中瑞子(MD)²⁾, 森村 豊(MD)³⁾

【はじめに】がん検診では精度管理が重要であり、そのためには要精検者における精密検査の受診状況や確定診断等の把握を行うことが必要である。今回は、喀痰細胞診検査で要精検となり、その後、癌が発見された症例について、発生部位の違いにより確定に至るまでの期間に差があるか否かについて検討した。

【対象および方法】平成7~24年度までの18年間に実施した住民検診の受診者は延べ144,054件であり、予後調査により170件の癌が発見された。その内、原発性肺癌の扁平上皮癌107件(肺門部53件, 末梢部42件, 部位不明12件)と上気道癌14件(喉頭癌10件, 咽頭癌4件)について、発生部位と進行期別に、検診受診日から癌が確定されるまでの日数を調査した。

【結果】原発性肺癌の中で扁平上皮癌は、肺門部0期とI期が平均133日(最少24~最大503日)、末梢部I期が平均204日(18~788日)、肺門部II期以上が平均136日(10~786日)、末梢部II期以上が平均61日(10~157日)であった。喉頭癌では平均466日(28~1378日)、咽頭癌では平均369日(47~708日)であった。癌が確定されるまでの平均日数は、原発性肺癌よりも上気道癌の方が長い期間を要していた。一方、末梢部II期以上の扁平上皮癌では全て半年以内に発見されていた。

【まとめ】癌確定症例では、発生部位や進行期によって発見までの期間が異なっており、中には長い経過をたどる症例もみられた。一回の精密検査で異常が認められなかった場合でも、上気道の精査や十分な経過観察を継続して行うことが重要であると思われた。

P-2-1 甲状腺穿刺吸引細胞診における不適正検体改善に向けた検討

鳥根大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥根大学医学部病態病理学講座²⁾, 鳥根大学医学部器官病理学講座³⁾

○上垣真由子(CT)¹⁾, 荒木 剛(CT)¹⁾, 長崎雅幸(CT)¹⁾, 藤永聡美(CT)¹⁾, 吉田さおり(CT)¹⁾, 小池美貴男(CT)¹⁾, 三島聡子(CT)²⁾, 石川典由(MD)³⁾, 原田祐治(MD)¹⁾, 丸山理留敬(MD)³⁾

【はじめに】現在、ベッドサイド細胞診(以下BSC)は、多くの領域で用いられている。当院では甲状腺領域の不適正検体削減を目指し、2013年3月より穿刺針洗浄液の標本作製をオートスメア処理(以下AS)からLBCに変更し、さらに2014年5月より甲状腺領域でBSCを導入した。

【方法】LBC導入前後(AS:180例, LBC:245例)やBSC導入前後(前:155例, 後:114例)における不適正率や、エコー所見と不適正率の関連について比較検討を行った。

【結果】不適正率は、AC:23.3%, LBC:16.7%で、BSC導入前が16.7%, 導入後も16.7%あった。エコー所見との比較では、結節の最大径が10mm未満:52.4%, 10-19mm:11.9%, 20mm以上:5.9%であった。推定病変別では、腺腫様結節:18.4%, 乳頭癌r/o:28.0%, 濾胞性腫瘍疑い:4.5%, 乳頭癌疑い:6.3%であった。エラストスコア4で不適正検体はなかった。

【考察】穿刺針洗浄液の標本作製にLBCを導入したことで、不適正率が改善した。BSCは一般的な方法と比較していくつかの制約を定めた中で導入したが、不適正率は改善しなかった。エコー所見との比較では、良性を疑う結節で不適正率が高くなる傾向が見られた。悪性病変は一般に細胞接着力が弱く細胞が採れやすい事、悪性所見があれば細胞が少数でも不適正にならない事が、不適正率に影響していると考えられた。上記のデータを報告し、現在の制約について可能な限り改善するよう穿刺医と検討した。今後のデータも加え、さらなる統計学的解析をもって報告する。

P-2-2 穿刺吸引細胞診でアステロイド小体（星芒体）を認めた甲状腺乳頭癌の一例

川崎医科大学附属川崎病院病理部¹⁾, 川崎医科大学病理学^{1,2)}

○日野寛子(CT)¹⁾, 畠 榮(CT)¹⁾, 高須賀博久(CT)¹⁾, 成富真理(CT)¹⁾, 物部泰昌(MD)^{1,2)}

【はじめに】アステロイド小体はサルコイドーシスなどに出現する多核組織球に見られる構造物として知られるが、細胞診での報告は少ない。今回、穿刺吸引細胞診でアステロイド小体を認めた甲状腺乳頭癌を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】60歳代女性。約1年前にS状結腸癌鏡切除術を施行後UFT（テガフル・ウラシル）を6か月服薬し経過観察中、PET-CTにて甲状腺峡部に異常集積を認め精査となった。甲状腺右葉峡部寄りに1cm大の硬い腫瘤を触知し、超音波では微細高エコー伴う低エコー腫瘤を認め、穿刺吸引細胞診が施行された。臨床的に悪性が疑われ、甲状腺右葉・峡部が摘出された。

【細胞診所見】フィルム用コロイドを背景に、濾胞上皮細胞および多核巨細胞が認められた。濾胞上皮の核は軽度腫大していたが核溝や核内封入体は観察されなかった。一部には細胞質にリポフスチン様の顆粒がみとめられた。また、多核巨細胞が散見され、細胞質にアステロイド小体が認められた。

【病理組織所見】甲状腺右葉の下極に、境界明瞭で淡黄白色調の8x6mm大の小結節性腫瘍が存在した。硝子化した結合組織内に異型細胞が濾胞を形成しながら浸潤増殖していた。腫瘍細胞は好酸性の胞体を有し、核溝、核内偽封入体を有し、濾胞型乳頭癌と診断した。その周囲にはコレステリン結晶物の沈着巣とそれに反応した異物型多核巨細胞が存在し、細胞質にアステロイド小体が認められた。

【まとめ】自験例のアステロイド小体は、甲状腺乳頭癌の結節内に腫瘍内出血など何らかの原因でコレステリン結晶物が沈着し、反応性に出現した異物巨細胞に形成されたものと考えられた。

P-2-3 初回細胞診より8年後に診断された甲状腺衝突癌（髄様癌・乳頭癌）の一例

健和会病院病理科¹⁾, かやの木診療所²⁾, 健和会病院外科³⁾

○林 誠一(MD)¹⁾, 伊坪哲也(CT)¹⁾, 吉川一実(CT)¹⁾, 中村 清(MD)²⁾, 本田晴康(MD)³⁾

【はじめに】甲状腺髄様癌は比較的頻度が少なく、乳頭癌との併存は極めて稀である。今回我々は初回及び経過中の穿刺吸引細胞診(FNAC)で「正常あるいは良性」と判定したため、結果的には8年経過観察してしまった甲状腺衝突癌を経験したので報告する。

【症例】80歳、女性。'06年9月甲状腺右葉に長径13.9mm大の結節を指摘され、FNACでは「正常あるいは良性」の判定であったため経過観察の方針となった。ほぼ年1回の画像検査で最大腫瘍計は13.9~16.8mmの範囲で推移していた。'14年5月のFNACでは細胞出現様式及び核所見から髄様癌が疑われ、同時に作成したセルブロックでカルシトニン陽性像を認めた。髄様癌の診断のもとに'14年7月右葉摘除術が施行された。

【細胞診所見】淡染性で多菱形、一部紡錘形胞体と小型類円形・楕円形核を有した細胞が疎結合性ないしは孤立散在性に多数出現していた。クロマチンは濃染性、細顆粒状で均一に分布していた。過去2回の標本にも同様の細胞が出現しており、免疫染色による再検索でカルシトニン陽性であった。

【組織所見】上方ほぼ1/3の領域に17x11mm大、灰白色・白黄色、軟の腫瘍がみられた。小型類円形・紡錘形核を有した異型に乏しい腫瘍細胞が胞巢性に増殖し、血管腫様構造もみられた。カルシトニン陽性で一部サイログロブリンも陽性であった。アミロイド沈着なし。髄様癌巣に接する形で長径2mm大の乳頭癌がみられた。

【まとめ】本例は長期間大きさに著変なく、サイログロブリン陽性及び衝突癌という稀な症例である。髄様癌の細胞の特徴を熟知することが大事と痛感させられた。

P-2-4 甲状腺異型濾胞腺腫の1例

兵庫県立がんセンター検査部¹⁾, 兵庫県立がんセンター病理診断部²⁾

○坂野 桂(CT)¹⁾, 炭本久代(CT)¹⁾, 中塚亜子(CT)¹⁾, 新田篤史(CT)¹⁾, 石田由香里(CT)¹⁾, 高山みずほ(CT)¹⁾, 前田尚子(MD)²⁾, 梶本和義(MD)²⁾, 佐久間淑子(MD)²⁾, 廣瀬隆則(MD)²⁾

【はじめに】甲状腺穿刺吸引細胞診にて、悪性を示唆する異型細胞を認めたが、甲状腺濾胞腺腫特殊型の異型腺腫であった症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。甲状腺穿刺吸引細胞診にて悪性の疑いと診断され、術中迅速診断でも癌が疑われたため、甲状腺左葉峡部切除、左傍気管部リンパ節郭清が施行された。

【細胞所見】コロイド様物質や少数の小型類円形の濾胞構造を呈す細胞集塊と共に、核クロマチンが増量した円形～楕円形の腫大核を有する異型細胞を認めた。小塊状あるいは孤立性に散在する核縁不整な大型異型細胞も認め、組織型の推定は困難であったが、低分化な癌を疑った。

【肉眼および組織所見】術中迅速診断でも、細胞診同様の多形性に富む異型細胞が認められ癌が疑われた。切除された甲状腺左葉には2cm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。腫瘤はベージュ色で、一部に出血が見られた。組織学的に、腫瘤は全周性に被膜に覆われ、濾胞構造の密な増生が見られた。また、濾胞細胞の一部は核腫大などの異型性を示していた。特に出血部で、異型細胞が多数存在し、これが細胞診に出現していたと考えられる。被膜および血管侵襲は見られず、異型濾胞腺腫と診断された。

【まとめ】甲状腺穿刺吸引細胞診において、本症例の様に背景にコロイド様物質を認め、大型異型細胞と通常の細胞とが混在する場合は、濾胞腫瘍の特殊型である異型腺腫の可能性を念頭におく必要がある。

P-2-5 甲状腺原発好酸性細胞型乳頭癌の一例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○郷田 衛(CT)¹⁾, 宮本加菜(CT)¹⁾, 片倉和哉(CT)¹⁾, 本山睦美(CT)¹⁾, 松永 徹(CT)¹⁾, 宮井由美(MD)²⁾, 林 俊哲(MD)²⁾, 香月奈穂美(MD)²⁾, 串田吉生(MD)^{1,2)}, 羽場礼次(MD)^{1,2)}

【はじめに】好酸性細胞型乳頭癌は甲状腺乳頭癌の特殊型に分類されており、乳頭癌の核所見を有する好酸性細胞が主体を占めるまれな腫瘍である。今回、我々は好酸性細胞型乳頭癌の一例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】40代、女性。関節リウマチの加療中、超音波検査で甲状腺の両葉に腫瘤を指摘されたため、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では、両葉とも出血背景にコロイドを認め、濾胞上皮細胞がシート状に出現していた。細胞質は好酸性顆粒状で、豊富な細胞質を有していた。核は円形～類円形で、核クロマチンは顆粒状に増量していた。一部で核の大小不同や核溝および小濾胞構造も確認された。以上の所見から、好酸性細胞型乳頭癌と好酸性細胞型濾胞癌などの鑑別が問題となった。

【組織所見】腫瘍は限局性で、大きさは左葉約13mm、右葉約9mmで、断面は茶褐色を呈していた。好酸性の細胞質と明瞭な核小体を有する腫瘍細胞で、核腫大、核膜不整、核溝がみられた。周囲への被膜浸潤や脈管浸潤は認められなかった。以上の所見から、好酸性細胞型乳頭癌と診断された。

【まとめ】好酸性細胞型乳頭癌では、乳頭癌に特徴的な核所見を呈する場合に診断は容易であるが、本症例のように核所見に乏しい症例では鑑別に苦慮することがある。好酸性細胞が出現する症例では、好酸性細胞からなる乳頭癌が稀に存在することを念頭におき、核所見について詳細な観察をすることが重要であると考えられる。

P-2-6 甲状腺乳頭癌の肺転移巣における胸水・心嚢液で未分化転化を観察し得た1剖検症例

北海道大学大学院医学研究科病理学講座腫瘍病理学分野¹⁾, 北海道大学大学院医学研究科探索病理学講座²⁾, 北海道大学病院病理部/病理診断科³⁾

○漆戸万紗那(CT)¹⁾, 谷野美智枝(MD)¹⁾, 森谷 純(CT)¹⁾, 鈴鹿 淳(CT)¹⁾, 木村太一(MD)¹⁾, 西原広史(MD)²⁾, 丸川活司(CT)³⁾, 松野吉宏(MD)³⁾, 田中伸哉(MD)^{1,2)}

症例は60歳代男性。2011年4月、進行する息切れを自覚し当院受診。既往歴としては2001年に甲状腺乳頭癌にて甲状腺全摘出術、2003年まで放射線ヨード治療が施行された。同時期に胸部CTにて多発小結節が見られ甲状腺癌の肺転移と診断されたが、増殖が緩慢であり経過観察となっていた。今回の胸部CTでは左多量胸水と、前回同様の多発小結節を認めたが左上葉の結節は急速に増大していた。またPETでの陽性所見も認めた。胸水細胞診では乳頭状構造を示す異型細胞を多数認め、核は大小不同、核形不整を有していた。細胞質は比較的豊富で変性空胞状であった。甲状腺乳頭癌で特徴的とされている細胞質核内封入体や核溝の所見は認めなかった。5ヶ月後、心嚢液が貯留し細胞診が施行された。胸水細胞診の所見とは異なり、散在性に核の偏在傾向を示す大型異型細胞を認めるも甲状腺乳頭癌の所見は見られなかった。免疫細胞化学染色ではthyroglobulin陰性、TTF-1陽性であり胸水セルブロックの免疫組織化学染色と同様の染色結果であった。以上の臨床所見、細胞所見、免疫形質よりadenocarcinomaの診断となり肺原発の可能性が高いと考えられた。その後急激に症状増悪し死亡され、剖検となった。剖検所見では、肺病変の大部分は甲状腺未分化癌の所見であったが、一部コロイドを含む甲状腺乳頭癌の所見も見られ、その移行像も見られた。胸水および心嚢液細胞診のレトロスペクティブな検討にて、その細胞形態的变化は乳頭癌の未分化転化の過程を反映していると考えられた。以上、7年の経過観察の後、甲状腺乳頭癌肺転移病巣が急激に未分化転化をおこし、その細胞形態を観察し得た症例を経験したので報告する。

P-2-7 甲状腺節（・モルラ）型乳頭癌の1例

川崎医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 川崎医科大学病理学²⁾

○小林江利(CT)¹⁾, 鐵原拓雄(CT)¹⁾, 米 亮祐(CT)¹⁾, 菅野豊子(CT)¹⁾, 福屋美奈子(CT)¹⁾, 鹿股直樹(MD)^{1,2)}, 森谷卓也(MD)^{1,2)}

【はじめに】甲状腺節（・モルラ）型は乳頭癌の特殊型で、若年女性に発生しやすい稀な腫瘍である。今回、甲状腺節（・モルラ）型乳頭癌の症例を経験したので、細胞学的形態を中心に報告する。

【症例】10歳代、女性。自覚症状はなく、腫瘍が偶然見つかった。当院乳腺甲状腺科を受診し、結節性甲状腺腫の疑いで、穿刺吸引細胞診が施行された。悪性と診断され、甲状腺左葉峡部切除術とリンパ節廓清が施行された。

【細胞所見】上皮細胞が平面状や乳頭状の集塊を多数形成していたが、コロイドはごく少量しか見られなかった。これらの細胞は大型で、核密度の増加があり、核形の不整や大小不同がみられた。核クロマチンは細顆粒状で、核内細胞質封入体様の構造もわずかにみられ、乳頭癌として矛盾しない像であった。しかし、ごく一部に扁平な細胞が渦巻き状にみられるところもあり、節（・モルラ）型乳頭癌が疑われた。

【組織所見】摘出された組織は63×40×15mmで、腫瘍は11×10×9mmと2×2mmの2箇所であった。節状が多く、一部で充実性扁平上皮様のモルラ構造が散見された。典型的な乳頭癌に比べて、核のすりガラス化や封入体は不明瞭であった。また、1個のリンパ節に転移を認めた。免疫染色では、腫瘍細胞はβカテニンが核と細胞質に陽性であった。Thyroglobulinは周囲の甲状腺より弱く、一部にのみ陽性であった。TTF-1, PAX8, Vimentin, CK19が陽性であった。

【まとめ】乳頭状の集塊がみられた場合には、扁平な細胞で渦巻き状の集塊にも注意し、診断する必要があると思われる。

P-2-8 頭蓋骨転移をきたした甲状腺低分化癌の一例

東京都健康長寿医療センター病理診断科¹⁾, 東京都健康長寿医療センター研究所老年病理学研究チーム²⁾

○白幡浩人(CT)¹⁾, 今泉雅之(CT)¹⁾, 江坂四季音(CT)¹⁾, 浜島裕理(CT)¹⁾, 木下真由美(CT)¹⁾, 鈴木明美(CT)¹⁾, 相田順子(DDS)²⁾, 松田陽子(MD)¹⁾, 新井富生(MD)¹⁾

【はじめに】今回私たちは、甲状腺穿刺細胞診にて濾胞性病変を疑い、良悪性の鑑別困難と判定した後、5年を経過し頭蓋骨転移をきたした甲状腺低分化癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。右下肢浮腫の精査にて左甲状腺腫瘍(2cm大)、転移性肺腫瘍を指摘された。甲状腺穿刺細胞診では良悪性判定困難(濾胞性病変)と判定。紹介先医療機関で手術拒否し通院中断。5年後、右前額部に腫瘤を認め、甲状腺癌の骨転移の疑いで腫瘍摘出術を施行。迅速組織診で甲状腺癌(低分化癌)の骨転移として矛盾しないと診断された。

【細胞所見】甲状腺穿刺吸引細胞診にて、濾胞上皮細胞が小濾胞状や大小の集塊で多数認められ、周囲には孤在細胞も多数認められた。集塊には核密度の高い、充実性・索状・島状集塊も散見された。裸核状で腫大した核、クロマチンは細顆粒状で軽度増量を示し、明らかな核溝や核内細胞質封入体は認められなかった。

【組織所見】右前頭骨腫瘍摘出標本(65×57×35mm)。骨内側面と硬膜との間に、56×53×35mm大の黄白色調の充実性腫瘍を認めた。腫瘍は硬膜および骨内にも浸潤し、骨外側面にも露出していた。組織学的には立方状の腫瘍細胞が大小の濾胞を形成し密に増殖する濾胞癌が多くを占め、一部に、腫瘍細胞が充実性、太い索状に増殖する低分化癌の成分を認めた。

【まとめ】甲状腺低分化癌には高分化、低分化両成分が混在する例が多い。低分化癌は分化型の癌に比べ、予後不良という報告もあるため、本症例のように濾胞性腫瘍を疑う細胞所見の他に、豊富な孤在細胞や充実性・索状・島状集塊が散見された場合、低分化癌の可能性も考慮する必要があると思われた。

P-2-9 免疫細胞化学的な証明が診断に有用であった紡錘細胞型甲状腺髄様癌の1例

土浦協同病院病理診断部¹⁾, 筑波メディカルセンター病院病理科²⁾

○池田 聡(CT)¹⁾, 内田 温(MD)²⁾, 井上和成(MD)¹⁾, 鈴木恵子(MD)¹⁾

【はじめに】甲状腺髄様癌は甲状腺の上皮性悪性腫瘍の中で1.5%の頻度の比較のまれな組織型であり、30%ほどは遺伝的背景を伴う。髄様癌の細胞像は様々で、亜型も複数知られている。今回われわれは、紡錘細胞型の細胞像を呈し、免疫細胞化学的な証明が確定診断に有用であった1例を経験したので報告する。

【症例及び細胞所見】症例は77歳男性。検診により甲状腺右葉に腫瘍陰影を指摘され当院を受診した。針穿刺吸引細胞診が行われ、炎症や出血のない背景に紡錘型の細胞が散在～集塊に多数出現していた。細胞は多形性やクロマチン増量などの悪性所見に乏しく均一的であった。CASTLEやSETTLEなどの病変も可能性として考えられたため、腫瘍の確定のため免疫細胞化学染色が行われた。

【免疫染色所見】染色の結果、CASTLE等で有用なCD5、p63は陰性であり、CEA、CGA、シナプトフィジン、カルシトニンが陽性となり、紡錘細胞亜型髄様癌と推定することができた。

【組織所見】症例は細胞診結果に基づき摘出術が行われた。検体は7×6×4ミリの充実性腫瘍で、均一な紡錘型細胞が石灰化を伴って胞巣状に増殖していた。なお、本症例では家族歴等に指摘される点はなかった。

【考察】細胞はpap染色では異型所見に乏しく、診断には免疫細胞化学的検索が必須であった。髄様癌はもともと細胞像が多彩であり、形態診断のみではこの診断を確定するのは困難である。当院では穿刺吸引細胞診材料などは全てLBC固定され保存されており、この保存検体を用いた免疫細胞化学のような再検討のためにはLBC固定液での保存が有効と考えられた。

P-2-10 橋本病の濾胞過形成を穿刺吸引細胞診で 甲状腺悪性リンパ腫と over diagnosis した1例

横浜市立みなと赤十字病院病理部¹⁾, 横浜市立みなと赤十字病院外科²⁾

○星野夏那(CT)¹⁾, 武川瑞穂(CT)¹⁾, 伊藤圭祐(MT)¹⁾,
山本容子(CT)¹⁾, 林 榮一(CT)¹⁾, 山村信一(CT)¹⁾,
阿部哲夫(MD)²⁾, 熊谷二郎(MD)¹⁾

【はじめに】橋本病患者に生じた甲状腺腫瘍の穿刺吸引細胞診で悪性リンパ腫と推定した病変が, 組織標本で橋本病の濾胞過形成と診断された1例を経験したので, 細胞診断上の反省点を含め報告する。

【症例】40歳代, 女性. 多発性硬化症や高安病などが疑われ通院中に甲状腺左葉に6mm大, 右葉に20mm大の腫瘍を指摘され, 穿刺吸引細胞診を施行した. 左葉の腫瘍が悪性リンパ腫の可能性が高いとされたため, 甲状腺左葉切除術を施行した。

【穿刺吸引細胞所見】甲状腺左葉の標本は上皮細胞成分を伴わない小型～中型リンパ球が主体で, 大型リンパ球も少数混在する. リンパ球は軽度の核形不整や細顆粒状の核クロマチン増量を示すとともに小型明瞭な核小体を有し, 出現様式も単調で, 低悪性度悪性リンパ腫を推定した. 右葉の検体は採取量がわずかであるが橋本病の可能性があると推定した. 異型リンパ球は認めなかった。

【組織所見】甲状腺全体に著しい炎症細胞浸潤, 甲状腺濾胞の不明瞭化, 上皮細胞の好酸性変化を認めた. 穿刺吸引細胞診を採取した上極6mm大の結節では特にリンパ濾胞の過形成が著明であった. 免疫染色およびフローサイトメトリーで悪性リンパ腫を支持する所見は得られず, この病変は橋本病の濾胞過形成巣と診断された。

【まとめ】橋本病患者の甲状腺穿刺標本に悪性リンパ腫を疑う細胞が見られた場合, 明らかな大細胞性リンパ腫以外は濾胞過形成と低悪性度悪性リンパ腫の鑑別は困難であり, 境界悪性と診断すべきとされている. 本例ではリンパ球の核所見と単調な出現様式からリンパ腫の可能性を強く考えたが, 濾胞過形成でもこのような細胞が出現しうることを学ばされた1例であった。

P-2-11 穿刺細胞診にて診断が困難であった甲状腺髄様癌の一例

金沢大学医薬保健研究域医学系分子細胞病理学

○尾山 武(MD)

【はじめに】甲状腺髄様癌はC細胞への分化を示し, calcitonin 分泌を特徴とする甲状腺上皮性悪性腫瘍で, 原発性甲状腺悪性腫瘍の1.5%を占める. 本疾患の25%程度が Multiple endocrine neoplasia や Familial medullary thyroid carcinoma などの遺伝性背景を有すると言われていた. 今回, 甲状腺穿刺吸引細胞診で小型の細胞が優位であったため診断が困難であった甲状腺髄様癌の一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 男性. 8か月前の検診にて肺の異常陰影を指摘されていたが放置していた. その後咳嗽が出現し近医受診した際に右中肺野に径5cm大の腫瘍陰影を指摘されたため, 当院に紹介受診となった。

【細胞所見】孤立散在性あるいは, 結合性の低下した10～30個程度の細胞集塊を認めた. それらの細胞には不明瞭な細胞質を有するかまたは裸核状のものが多く見られ, その核は小型類円形で, 核縁は均等かつ整, 核クロマチンは粗顆粒状でやや不均等であった。

【組織所見】シート状～島状を呈する多辺形細胞が主体であるが, 一部には小型細胞や形質細胞様細胞も認められた. 免疫染色でそれらの細胞には calcitonin 陽性であり背景には amyloid を認めたため, 甲状腺髄様癌と診断された。

【まとめ】本症例では, 穿刺吸引細胞診にて小型の核を有する裸核状細胞あるいは細胞質が不明瞭な細胞が主体であったため, 良悪性を含め種々の疾患が鑑別として考えられた. 背景に amyloid を認めなかったことも診断を困難にしたと思われる. 甲状腺髄様癌の細胞像は多彩であり, 甲状腺細胞診にて孤立散在性パターンを示す時においては鑑別すべき疾患として念頭に置く必要があると考えられる。

P-2-12 アズール顆粒を有する中枢神経系原発 B 細胞性悪性リンパ腫の 1 例

宮崎大学医学部附属病院病理部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科³⁾

○野口裕史(CT)¹⁾, 徳満貴子(CT)¹⁾, 大野招伸(CT)¹⁾, 峰松映子(CT)¹⁾, 黒木栄輝(CT)¹⁾, 西川詩織(MT)¹⁾, 盛口清香(MD)²⁾, 丸塚浩助(MD)³⁾, 佐藤勇一郎(MD)^{1,2)}

【はじめに】アズール顆粒を有する悪性リンパ腫は, T/NK リンパ腫に認められる事が多く, B 細胞性リンパ腫においては稀である. 今回我々は, 脳脊髄液並びに腫瘍生検捺印細胞診にて多数のアズール顆粒を認めた B 細胞性悪性リンパ腫の 1 例を経験したので報告する.

【症例】30 歳代, 男性

現病歴: 指力低下, 意識障害が出現し, 近医受診. 頭部 MRI にて脳梁膝部~体部前方に増強効果を有する腫瘤を指摘され, 悪性リンパ腫が疑われた. 精査・治療目的で当院転院, 脳外科にて脳脊髄液検査及び穿頭生検術が施行された.

【脳脊髄液並びに腫瘍生検捺印細胞診】メイギムザ染色では, 接着性のない中型~大型のリンパ球様細胞が多数認められた. 個々の細胞は, 豊富な細胞質内には多数の微細なアズール顆粒や空胞を有し, 核形不整, クロマチン網状増量, 腫大した核小体が認められた. パパニコロウ染色では, 多角形の核を有し, 核形不整, 核小体が目立つ大小様々な細胞が多数認められた. また, 分裂像も散見された. 以上の所見から, 悪性リンパ腫を疑った.

【病理組織学的所見】不整形の核をもつ中型~大型のリンパ球様細胞が壊死を伴いびまん性に増殖していた. 免疫組織化学では, リンパ球様細胞は CD20・CD79a・Bcl-2・Bcl-6・MUM1 が陽性, cCD3・CD5・CD10・CD138 は陰性であった. EBER-ISH 陽性, MIB-1 陽性率は 50% 以上であった. 以上の結果から, EBV 関連 B 細胞性悪性リンパ腫と診断した.

【まとめ】アズール顆粒を有する B 細胞性悪性リンパ腫の稀な 1 例を経験した. その後, HIV 感染が判明した. アズール顆粒はリソソームに相当するとされ, その詳細な形態, 電子顕微鏡像並びに EBV・HIV 感染との関連について考察・報告する.

P-2-13 脳ヘルニアを契機に発見された, 非定型的な頭蓋内胎児性腫瘍の 1 例

土浦協同病院病理診断部¹⁾, 土浦協同病院脳神経外科²⁾

○井上和成(MD)¹⁾, 池田 聡(CT)¹⁾, 永田千草(MD)¹⁾, 鈴木恵子(MD)¹⁾, 伊藤なつみ(MD)²⁾, 山本信二(MD)¹⁾

【症例】1 歳 4 ヶ月 女児

【家族歴】特記事項なし

【既往歴】特記事項なし

【臨床経過】嘔吐と活気不良のため当院受診. 頭部 CT で左側頭部に 8.3x5.8 cm 大の腫瘤を認め, central nervous system primitive neuroectodermal tumor (CNS-PNET) が疑われた. 腫瘤により脳実質は右側に偏位し, 左後頭葉の一部のヘルニア疑いで緊急開頭となったが, 出血により腫瘍の一部の生検のみが実施された.

【細胞像】N/C 比の高い異型細胞の, 乳頭状集塊多数.

【組織像】N/C 比の高い異型細胞が, 小乳頭状や一部で血管周囲偽ロゼット形成を伴い, 密に増殖する像が見られた. 巨細胞状の腫瘍細胞あり. 出血壊死が目立ち, 核分裂像は著増(10-13/HPF 程度)していた. 免疫染色で腫瘍細胞は cytokeratin が広範に陽性, その他 EMA, vimentin, neurofilament, αSMA, CD99(MIC2)などが一部陽性から弱陽性, GFAP, CD45, chromogranin A, synaptophysinなどは陰性となった. INI-1(BAF47)の欠失は認めない. p53 は大部分が陽性, Ki-67(MIB1)標識率は約 86%であった.

【まとめ】未分化な小型細胞の増殖からなる腫瘍で, 胎児性腫瘍と考えられた. GFAP が陰性で髄芽腫は考えにくく, また Atypical teratoid/rhabdoid tumor は INI-1(BAF47)の欠失がなく否定的で, 組織学的にも CNS-PNET を第一に考えた. 小児の, 非定型的な頭蓋内胎児性腫瘍の 1 例の捺印細胞診を経験したため報告する.

P-2-14 印環細胞様形態を示す上衣腫の一例

岡山大学病院病理部

○今井みどり(CT), 浜田香菜(CT), 那須篤子(CT),
井上博文(CT), 松岡博美(CT), 藤田 勝(CT),
田中健大(MD), 柳井広之(MD)

【はじめに】原発性脳腫瘍の1.2%を占める上衣腫は、脳室上衣細胞への分化を示す腫瘍であり、取扱い規約上、細胞性、乳頭状、明細胞、伸長細胞性の4種類の亜型が存在する。今回我々は、圧挫細胞診標本において印環細胞様の形態が特徴的であった上衣腫の一例を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】20代、男性。後頭部痛で他院受診。第4脳室腫瘍を指摘され、当院紹介受診。開頭手術となり、診断確定のため術中迅速検査を施行。凍結組織標本作成と並行して圧細胞診標本を作成した。

【細胞像】H.E.染色、パパニコロウ染色、ヘマカラー染色標本を作成した。パパニコロウ染色では、ライトグリーンに淡染するN/Cの高い腫瘍細胞とともに、2個の円形核を有し細胞質内が空胞で占められる印環細胞様の腫瘍細胞が多数認められた。ヘマカラー染色では、これらの空胞部分に一致して淡赤色・微細顆粒状の所見が認められた。

【組織像】印環細胞様の形態を示す円形核を有する腫瘍細胞と核周明庭を持つ腫瘍細胞がN/Cの高い腫瘍細胞と混合して密に増殖していた。また、血管周囲性偽ロゼットを明瞭に認めた。免疫組織化学的検索ではGFAP陽性であった。

【電顕像】パパニコロウ染色標本でライトグリーン淡染性を示した細胞質に、glial filamentを認めた。

【考察】取扱い規約の分類にない印環細胞様の形態を示す上衣腫もあり、細胞診上、消化器などからの転移性腫瘍との鑑別が必要となる。本例では、細胞質の空胞化をとまう2核細胞の出現が特徴的と考えた。

P-2-15 悪性腹膜中皮腫との鑑別に苦慮した atypical mesothelial proliferation の1例

王子総合病院臨床検査科¹, 王子総合病院産婦人科², 北海道大学大学院医学研究科分子病理分野³, 北海道大学大学院保健科学研究院⁴, (株)ジェネティックラボ⁵

○石川麻美(CT)¹, 堀井恒哉(CT)¹, 小山内翔祐(CT)¹,
勘野真紀(MD)², 大塚紀幸(MD)³, 外丸詩野(MD)³,
石津明洋(MD)⁴, 高木芳武(MD)⁵

【はじめに】膠原病や子宮内膜症などで反応性中皮細胞が過形成し、悪性中皮腫に類似した所見を呈することは知られている。反応性中皮細胞の過形成は時に悪性中皮腫と鑑別が難しく、今回我々は悪性腹膜中皮腫との鑑別を要した atypical mesothelial proliferation の1例を経験したので報告する。

【症例】30代女性。不正性器出血を主訴に近医受診。超音波検査にて多量の腹水を認めたため、精査目的で当院紹介となった。PET/CT検査で腹壁下の大網に不整な density 上昇がみられ、同部に軽度のFDG集積(Max-SUV=2.15)がみられた。癌性腹膜炎などの可能性も疑われ、試験開腹術が施行された。

【細胞所見】小型リンパ球を背景に多数の中皮細胞と考えられる細胞を散在性～一部小集塊で認めた。核は円～類円形で腫大し、1～数個の核小体を認めた。2核～多核細胞やオレンジG好性細胞、相互封入像、hump様細胞突起もみられ、悪性腹膜中皮腫との鑑別を要した。

【組織所見】腹膜、大網及び卵巣、虫垂の漿膜面には、核の腫大と若干の異型を見る中皮細胞が一部で低乳頭状、集塊状に増生し、リンパ球浸潤、部分的には線維性の腹膜肥厚が認められた。また、中皮細胞集塊がやや深く脂肪織内にも小集塊を形成する像を認めた。免疫組織化学的にはcalretinin(+), EMA(focal+), Glut-1(-), desmin(-)を呈した。大網の一部には子宮内膜腺管組織が間質を伴って分布する像がみられ、子宮内膜症に伴う atypical mesothelial proliferation と診断された。

【まとめ】腹水細胞診にて多数の核腫大を伴う中皮細胞を認め、悪性腹膜中皮腫との鑑別に苦慮した atypical mesothelial proliferation を経験した。文献的考察も加えて検討し、報告する。

P-2-16 悪性胸膜中皮腫の胸水細胞像と組織像との対比—(第3報:胸水中,集塊形成型)

兵庫県立尼崎病院病理診断科¹⁾, 関西医科大学付属枚方病院病理部²⁾, 関西医科大学付属滝井病院病理部³⁾, 兵庫県立尼崎病院検査科病理検査室⁴⁾

○鷹巣晃昌(MD)^{1,2,3)}, 松木慎一郎(CT)⁴⁾,
南 智也(CT)⁴⁾, 荻原英里(CT)⁴⁾, 高垣和代(CT)⁴⁾,
駒井隆夫(CT)⁴⁾, 石橋万亀朗(CT)⁴⁾, 中島直樹(MD)¹⁾

【はじめに】尼崎市地域には石綿関連疾患, とりわけ悪性胸膜中皮腫(以下, MPM)が頻発することを, 私たちは本学会にも報告してきた。MPMの特徴は, 腺癌にも増して胸腔でも増殖し, 手つなぎしつつ大きな集塊を構成して胸膜中の増殖と相まって胸壁を厚くすることにあると考慮するが, 胸水細胞像とその基礎を作る組織像との比較には, なお解明の余地があると思われる。昨年秋の本学会(於:下関)では, 組織像で表層側方進展や表層乳頭状増殖を示す症例の胸水細胞像は, 単個, 平坦, 索状や小球状・小乳頭状集塊を呈する所見が主であり, 腫瘍細胞が集塊を構成しても50個程度までに収まると報告した。

【対象と方法】そこで, MPM陽性胸水中で50個以上の中～大型集塊を構成する症例を抽出して, 対応する組織像について検討した。対象とした症例は, 2006年から2014年まで当院にて診断されたMPM例178例中37例(男性26例, 女性11例, 年齢52-84歳[平均68.4歳])である。

【結果】胸水中, 中～大型集塊を示すMPMの組織像は, 上皮様型23例, 二相型14例, 肉腫様型0例と二相型が比較的多くを占めた。表層に平坦あるいは小乳頭状の進展を示す部分を含む症例もまじえつつも, 大部分の症例で浸潤性増殖が顕著で, 充実性, 乳頭状や索状の増殖パターンを主とした。初診時から死亡日までの平均余命日数は, 転帰が明らかな範囲では462日であった。

【まとめ】明確な線引きは困難であるが, 細胞像に対して多少柔軟な評価を図りつつ, 画像所見を参考に, MPMの進行期や早期を推測しうる可能性がある。この点で臨床側と各症例について協議する必要性が高い。

P-2-17 砂粒体を伴った悪性胸膜中皮腫の一例

兵庫県立医科大学病院病理部¹⁾, 兵庫県立医科大学病理学(分子病理部門)²⁾

○石田誠実(CT)¹⁾, 中西昂弘(CT)¹⁾, 西上圭子(CT)¹⁾,
佐藤 元(CT)¹⁾, 鳥居良貴(CT)¹⁾, 松田育雄(MD)¹⁾,
羽尾裕之(MD)¹⁾, 塚本吉胤(MD)¹⁾, 廣田誠一(MD)¹⁾,
辻村 亨(MD)²⁾

【はじめに】体腔液細胞診では, 腺癌と悪性中皮腫との鑑別が困難な症例にしばしば遭遇する。今回我々は, 胸水細胞診にて砂粒体出現を伴い, 腺癌との鑑別に苦慮した悪性胸膜中皮腫の一例を経験したので報告する。

【症例】60代女性, 喫煙歴なし, アスベスト暴露歴不明, 左胸水貯留を指摘され, 胸水ヒアルロン酸値は297000 ng/mlで, 左胸水細胞診にて腺癌が疑われた。胸腔鏡が施行され, 生検にて悪性胸膜中皮腫と診断された。

【左胸水細胞所見】多数の反応性中皮細胞に混在して, N/C比大, クロマチン増量, 多核化を示す異型細胞が球状から小乳頭状集塊を呈して多数認められた。核形不整に乏しく, 細胞質の重厚感から悪性中皮腫が疑われたが, 砂粒体を認め, 免疫染色でEMA(+), Calretininは一部でのみ(+であったことから腺癌疑いとした。後日行った胸水セルブロックの免疫染色ではCalretinin(+), D2-40(+であった。

【組織所見】砂粒体形成が著明で, 乳頭状に増殖し, 間質浸潤を示す上皮様異型細胞を認め, 免疫染色にてCalretinin(+), D2-40(+であり, 悪性胸膜中皮腫と診断された。

【まとめ】砂粒体は壊死に陥った細胞への石灰沈着像であるとの考えがあり, 主に卵巣漿液性腺癌など乳頭状増殖を示す病変で高頻度にみられる。悪性胸膜中皮腫でも稀に砂粒体がみられ, 乳頭状増殖との関係の可能性はあるが詳細は不明である。本症例は胸水細胞診の免疫染色で明らかなCalretinin陽性像が見られなかったが, 後日の胸水セルブロックの免疫染色では, Calretinin(+を示した。腺癌と悪性中皮腫との鑑別には, セルブロックを用いた免疫染色が有用である。

P-2-18 高分化型乳頭状胸膜中皮腫の1例

兵庫県立尼崎病院検査・放射線部¹⁾, 兵庫県立尼崎病院病理診断科²⁾

○松木慎一郎(CT)¹⁾, 荻原英里(CT)¹⁾, 南 智也(CT)¹⁾, 高垣和代(CT)¹⁾, 駒井隆夫(CT)¹⁾, 石橋万亀朗(CT)¹⁾, 中島直樹(MD)²⁾, 鷹巢晃昌(MD)²⁾

【はじめに】悪性中皮腫は予後の悪い疾患であり, 5年生存率は極めて低い。我々は, 発症から約6年半の長期経過を辿った悪性胸膜中皮腫(以下, MPM)の1例を経験したので報告する。

【症例】発症時70歳代前半の女性。尼崎在住。うつ病で当院神経内科受診時に右胸水貯留を認めた。細胞診陽性, 胸膜生検にてMPMと診断した。胸膜癒着術後, 放射線治療および化学療法を実施するも骨髄抑制のため1コースで中止。病態は安定していたが, 約6年後に急激な胸水貯留を認め, 細胞診にてMPM疑いと診断。その約1カ月後に永眠された。

【細胞所見】発症時の胸水には, 小型細胞で構成される細胞密度の高い球状・乳頭状集塊を多数認めた。細胞異型は軽度で, 核所見などが均一であったためMPMを疑ったが, マリモ状集塊が目立つことから腺癌との鑑別が必要と判定した。急変再発時の胸水細胞像は発症時とは異なり, 大型の中皮細胞を孤立散在性ないし集塊状に認め, 多核細胞の割合が高いことからMPMを疑った。

【組織所見】小結節が点在した臓側胸膜を含む肺の一部と壁側胸膜が提出された。臓側胸膜には中皮の低乳頭状増殖を認めたものの, 腫瘍性か反応性かの鑑別は困難であったが, 壁側胸膜には比較的単調で異型の目立たない小型中皮細胞の乳頭状増殖を認め, 高分化上皮型MPMと診断した。

【まとめ】本症例は, 稀な高分化型乳頭状胸膜中皮腫の1例であったと考えられる。これまでの報告と同じく細胞異型は軽度ながら細胞診にて悪性と判定可能で, 経過は良好であった。再発時には細胞異型が強くなっていた。このような症例を積み重ね, 細胞像と予後の関連についてさらに検討していきたい。

P-2-19 比較的多数の腫瘍細胞が胸水中に出現した肉腫型胸膜中皮腫の2症例

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科

○梶尾健太(CT), 安江智美(CT), 野邊八重子(CT), 大西雅子(CT), 浅井浩次(CT), 大山重勝(CT), 河原邦光(MD)

【はじめに】肉腫型中皮腫の胸水中への出現は稀であり, 出現した場合もその細胞数は極めて少量で陽性診断が難しいとされている。今回, 胸水中に比較的多数の腫瘍細胞が出現した肉腫型胸膜中皮腫の2例について報告する。

【症例】症例1: 70歳代男性, 石綿暴露歴なし。左胸水の精査のため当センターを受診。胸水細胞診が2回施行され初回は疑陽性(異型細胞少数), 2回目は陽性で, 非小細胞肺癌疑いであった。症例2: 60歳代男性, 石綿暴露歴不明。右大量胸水認め, 当センターに緊急入院。胸水細胞診にて, 陽性で, 非小細胞肺癌疑いであった。2例とも胸腔鏡下胸膜生検が施行され, 肉腫型中皮腫と診断された。

【細胞所見】症例1: 炎症性背景に孤立散在性に腫瘍細胞が出現。細胞境界は明瞭, 細胞質はライトグリーンに濃染し, 辺縁は淡明であった。核は類円形でクロマチンは細顆粒状, 核小体は類円形で大型であった。一部には奇怪な形態を示す細胞も見られた。症例2: 炎症性背景に孤立散在性に腫瘍細胞が出現。細胞境界は比較的明瞭で, 細胞質はライトグリーンに淡染し, 核は不整形で, クロマチンは細顆粒状, 核小体は複数認められた。

【まとめ】比較的多数の腫瘍細胞が出現した肉腫型胸膜中皮腫の2例を経験した。いずれの症例も, 病理組織学的には多形細胞型肉腫型中皮腫であった。肉腫型中皮腫の細胞診断に際して示唆に富む症例であった。

P-2-20 胸水中に類上皮細胞および多核組織球を認めたりウマチ性胸膜炎の1例

獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学形態病理²⁾

○町田浩美(CT)¹⁾, 加藤 輝(CT)¹⁾, 永井多美子(CT)¹⁾,
佐々木英夫(CT)¹⁾, 圓谷 勝(CT)¹⁾, 中里宜正(MD)²⁾,
小島 勝(MD)²⁾, 正和信英(MD)²⁾

【はじめに】今回我々は、胸水細胞診にて類上皮細胞および多核組織球を認め、胸膜生検にてリウマチ結節が確認された、リウマチ性胸膜炎の一例を経験したので報告する。

【症例】47歳女性、関節リウマチ(RA)疑いで外来に入院中、左側胸水貯留を認め、精査目的に入院。穿刺吸引細胞診施行し、RAによる胸膜炎を考える像であった。胸腔鏡検査でもリウマチ性胸膜炎の診断となった。

【細胞像】多量の顆粒状の壊死物質を背景に好中球が多数と、細胞質が中等度に濃染、好酸性で、紡錘形の組織球と、多核組織球が混在していた。さらに崩壊した核から形成されたPAP染色で青色に染まる物質を有するリウマチ細胞と、リウマチ結節に由来する類上皮細胞の集簇像が見られた。中皮細胞は殆ど見られなかった。

【組織像】胸膜には反応性の組織球の増生、好中球やリンパ球の浸潤とフィブリンの析出や線維化がみられ、多核組織球が含まれてさらにリウマチ結節を認めた。

【まとめ】(i)多量の壊死物質、(ii)細長い細胞質を有する組織球、(iii)多核巨細胞、(iv)リウマチ細胞の出現に加え、(v)中皮細胞の反応が乏しい点は、本症例の胸水細胞所見がリウマチ性胸膜炎の所見として矛盾しないものと思われる。関節リウマチでは稀ながら胸膜にリウマチ結節が形成されることが知られており、胸水中に現れた類上皮細胞は組織生検で見られたリウマチ結節の一部であると思われた。細胞像のみでは結核性のものと鑑別が困難であるため、臨床症状や血液検査または組織生検などを踏まえた上で慎重に診断していく必要があると思われる。

P-2-21 鼠径部リンパ節穿刺吸引細胞診を契機に発見された腹膜原発漿液性腺癌の一症例

広島鉄道病院臨床検査室(病理診断科)¹⁾, 広島鉄道病院産婦人科²⁾, 広島鉄道病院外科³⁾, 広島赤十字・原爆病院産婦人科⁴⁾

○安原真由美(CT)¹⁾, 中山宏文(MD)¹⁾, 清水丈明(CT)¹⁾,
佐々木美恵(CT)¹⁾, 高本晴子(MD)²⁾,
吉岡伸吉郎(MD)³⁾, 小出千絵(MD)⁴⁾, 藤本英夫(MD)²⁾

【はじめに】リンパ節転移巣の穿刺吸引細胞診で転移性腺癌と診断され、最終的に腹膜原発漿液性腺癌と診断された一症例を報告する。

【症例】60代の女性、患者本人が左鼠径部に軽い圧痛を伴う腫瘤を触知され、当院外科を受診された。触診にて、リンパ節腫大およびその近傍の皮下腫瘤が指摘された。腫瘍を疑い腹部CT検査が施行され、卵巢腫瘍の鼠径部リンパ節および皮下転移を疑われたため、鼠径部の両病変に対してエコーガイド下穿刺吸引細胞診が施行された。リンパ節は低エコーで腫大しており、皮下腫瘤は低エコーかつ不整形と評価された。腫瘍マーカーは血清CA125が高値786.3 U/ml(0-35 U/ml)を示した。

【穿刺吸引細胞診】いずれの病変からも重責性が目立つ大小の細胞集塊が多数採取された。線維血管性の間質を伴わない微小乳頭状配列の可能性が疑われた。扁平上皮分化はみられなかった。明らかな腺腔形成はみられなかったが、総合的に判断し、転移性腺癌と診断した。

【病理組織診断】画像所見、血清腫瘍マーカー値、および細胞診所見から、右卵巢腫瘍、腹膜播種および鼠径部リンパ節・皮下転移、の臨床診断の下、TC療法を3クール施行後、腫瘤が著しく縮小したため、準広範囲子宮全摘術が施行された。右卵巢表面から子宮広間膜にかけて漿液性腺癌像が認められ、砂粒体が多数みられた。卵巢表面から実質内の病巣が5x5 mm以内であり、GOGの原発性腹膜癌の診断基準をみたしていた。

【まとめ】Retrospectiveにみれば、臨床所見、画像所見、および細胞診材料を詳細に検討することで、術前に最終診断推定を下せた可能性がある。症例の集積および免疫染色の併用により、経験を深め、診断精度を高めることが望まれる。

P-2-22 細胞診判定に苦慮した耳下腺腺房細胞癌の1例

独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院中央検査部病理¹⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院病理診断科²⁾, 社会医療法人生長会府中病院病理診断科³⁾

○浦芝 敬(CT)¹⁾, 三村明弘(CT)¹⁾, 岡部美由紀(CT)¹⁾, 小倉啓介(CT)¹⁾, 金田香央里(CT)¹⁾, 三輪秀明(MD)²⁾, 原田博史(MD)³⁾

【はじめに】唾液腺・腺房細胞癌 (Acinic cell carcinoma 以下 ACC) は複数の増殖形態を示し, 組織, 細胞診判定に苦慮する症例も少なくない. 今回, 我々は細胞診判定に苦慮した耳下腺 ACC の1例を経験したので報告する.

【症例】76歳・女性

【既往歴】特記事項なし

【主訴】数年前より右頬部皮下に腫瘤を自覚, 徐々に増大傾向を認めたが, 疼痛や顔面神経麻痺症状は認めなかったため放置.

【現病歴】右頬部皮下腫瘤の増大のため当院受診. 触診上耳下腺腫瘍が疑われ, CT, MRI 検査を施行し, 右耳下腺の SOL を指摘された. 質的診断として FNA 細胞診が施行され, Class2, Warthin 腫瘍疑いと報告したが, 腫瘍の増大傾向を認めるため, 腫瘍摘出術が施行された.

【細胞所見】背景には粘液, 顆粒状物質と少量のリンパ球や組織球を認めた. 出現細胞は散在性またはシート状を示し, 細胞質は顆粒状でやや厚く, 核は中心性で明らかな核形不整・核クロマチンの増量は認められなかったが, 細胞質内に空胞を有する細胞を認めた. また血管結合織と思われる間質細胞も認められた. 以上の所見から Class2, Warthin 腫瘍疑いとした.

【組織所見】腫瘍は, 乳頭状増殖を認める部分と大小の嚢胞状構造の集簇部分から構成されていた. 細胞質は好酸性ないしやや淡明で, 核には軽度の核形不整を認めたが, 核分裂像は目立たなかった. 核の近傍に vacuolated cell を認める部分もあった. 免疫染色では, AE1/AE3・CAM5.2・S-100 陽性, Vimentin 一部陽性, SMA・GFAP・p63 陰性であったことから, ACC (Papillary-cystic variant) と診断された.

【考察】本症例と他の唾液腺腫瘍との鑑別は容易でなく, 細胞像を十分に把握して判定することが重要と考えられた.

P-2-23 診断に苦慮した耳下腺リンパ上皮癌の1例

国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院病理診断科¹⁾, 横浜市大学附属病院病理部²⁾

○大見 忍(CT)¹⁾, 福村大祐(CT)¹⁾, 神農有理絵(CT)¹⁾, 勝村雄一(CT)¹⁾, 加藤良樹(MD)¹⁾, 三田和博(CT)²⁾, 三宅暁夫(MD)²⁾, 柳本邦雄(MD)¹⁾

【はじめに】唾液腺原発のリンパ上皮癌 (lymphoepithelial carcinoma) は, 全唾液腺腫瘍の1%以下と稀な腫瘍である. 今回我々は, 術前穿刺吸引細胞診で推定しえた耳下腺原発リンパ上皮癌の1例を経験したので報告する.

【症例】80歳代男性, 左耳下部腫脹を主訴により当院耳鼻科を受診. 画像上, Warthin 腫瘍等の良性耳下腺腫瘍と判断されたが, 穿刺吸引細胞で悪性腫瘍が強く疑われた.

【細胞所見】穿刺吸引細胞診ではリンパ球を背景に N/C 比が高く, クロマチン細顆粒状で大型明瞭核小体を有する異型細胞クラスターが多数認められリンパ上皮癌を第1選択とする悪性腫瘍が疑われた. 【病理所見】肉眼的には左耳下腺内に 14×13×12 mm 大の境界明瞭な灰白色充実性腫瘍が認められた. 細胞学的には, リンパ球性間質を伴って胞巣状に増殖を示す核小体の目立つ多形性の著しい腫瘍細胞が認められた. 免疫染色では同腫瘍細胞核に EBER 陽性を示し, リンパ上皮癌と診断された.

【まとめ】耳下腺穿刺吸引細胞診で, 背景に多数のリンパ球が出現し異型性の強い悪性細胞を多数認めた場合は, 耳下腺リンパ節への分化度の低い転移性腫瘍の可能性を念頭におき, 本腫瘍を診断する必要がある. また画像診断で良性腫瘍が疑われた症例であっても, 術前穿刺吸引細胞診を行う事は, 確定診断に不可欠であると考え.

P-2-24 多形腺腫由来癌 6 例の検討

産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 産業医科大学第一病理学教室³⁾, 同 第二病理学教室⁴⁾

○恒成徳子(CT)¹⁾, 小原光祥(CT)¹⁾, 岡ハル子(CT)¹⁾, 藤原 仁(CT)¹⁾, 佐藤 斉(CT)¹⁾, 中島悠貴(CT)¹⁾, 野口博嗣(MD)⁴⁾, 松山篤二(MD)^{2,4)}, 島尻正平(MD)²⁾, 久岡正則(MD)^{2,3)}

【はじめに】多形腺腫由来癌は、既存の多形腺腫から発生したと考えられる癌腫で、癌の組織型は多彩ながら de novo の唾液腺癌に類似するためか、細胞学的検討の報告は少ない。

【対象】2009年～2014年の5年間で診断された多形腺腫由来癌 6 症例について、細胞診と組織診の対比検討を行った。

【結果】癌腫成分は 5 例は導管癌、1 例は扁平上皮癌で、腫瘍内で癌腫成分が占める割合は 10～90%であった。いずれも細胞診で悪性の診断がされていた。多形腺腫成分の細胞は 2 例で出現していた。全例に出血、壊死が共通してみられた。導管癌のうち核小体が腫大し明瞭であったのは 3 例、細胞質内小腺腔がみられたのは 2 例で、4 例では細胞質は好酸性顆粒状～泡沫状であった。扁平上皮癌例では核異型を伴った角化細胞が認められた。

【まとめ】いずれも細胞診で癌腫部分の悪性の診断は容易であった。細胞診では穿刺する場所によって出現する細胞像が異なり多形腺腫と癌腫の像が混在しうるが、癌腫占有率に関わらず悪性細胞が出現する確率が高いと思われる。全例に壊死が見られ、細胞診で多形腺腫の所見と共に壊死が見られた場合、癌腫細胞がないか意識する必要がある。今後、異型を伴う多形腺腫との細胞像の違いも検討していきたい。

P-2-25 唾液腺導管癌の 1 例

群馬県立がんセンター病理検査課¹⁾, 群馬県立がんセンター臨床病理検査部²⁾, 群馬県立がんセンター婦人科³⁾, 獨協医科大学病理学 (形態)⁴⁾

○土田 秀(CT)¹⁾, 神山晴美(CT)¹⁾, 布瀬川卓也(CT)¹⁾, 山崎真美(DDS)²⁾, 中里宜正(MD)⁴⁾, 飯島美砂(MD)²⁾, 鹿沼達哉(MD)³⁾, 小島 勝(MD)⁴⁾

【はじめに】唾液腺導管癌は耳下腺に好発する比較的良好な腫瘍で、局所再発やリンパ節転移などを起こし予後不良とされる。今回、耳下腺の穿刺吸引細胞診検査で悪性を考えたが、組織型の推測に至らなかった唾液腺導管癌の 1 例について報告する。

【症例】50 歳代の男性。2～3 か月前より右耳下部と右耳前部の主張を自覚し前医を受診したところ、確定診断および治療を目的に当院紹介となった。当院の穿刺吸引細胞診検査で低分化癌が推測され、右耳下腺全摘出術が行われた。

【細胞所見】血液成分および壊死物質を背景に腫瘍細胞が孤立散在性に出現していた。腫瘍細胞は腫大した核と境界明瞭で多彩性に富んだ細胞質を有し、クロマチンは顆粒状に増量し核小体が認められた。また、小型の核で N/C 比の高い細胞がシート状集塊や篩状構造の集塊で認められた。

【組織所見】唾液腺内に薄い被膜を有する腫瘍結節が形成されていた。細顆粒状のクロマチンに数個の中型核小体のみられる核と卵円形、多辺形や円柱状などの多彩な細胞質を有する腫瘍細胞が篩状構造、橋渡し構造を形成しながら増殖していた。末梢神経周囲浸潤がみられ、一部で被膜を越えて周囲脂肪織に浸潤していた。

【まとめ】今回、肉腫様成分を伴い多彩な細胞像を呈した唾液腺導管癌の 1 例を経験した。本腫瘍は悪性度の高い腫瘍であり、耳下腺の穿刺吸引細胞診標本を検査する際には本腫瘍も念頭に置くことが重要と考えた。

P-2-26 Salivary duct carcinoma, mucin-rich variant の1例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹⁾, 福井赤十字病院病理診断科²⁾

○今村好章(MD)¹⁾, 小上瑛也(MD)¹⁾, 森 正樹(CT)¹⁾, 岩崎和美(CT)¹⁾, 前川秀樹(MT)¹⁾, 酒井康弘(MD)¹⁾, 太田 諒(MD)²⁾

【はじめに】Salivary duct carcinoma (SDC)にはいくつかの亜型が知られている。今回、我々は mucin-rich variant のSDCを経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。約10日前から持続する咽頭違和感を主訴に当院受診。頭頸部CTにて右顎下腺内に約2cm大の内部に石灰化を伴った腫瘤を指摘されたため、右顎下腺摘出術と右頸部リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】術前の穿刺吸引細胞診では清明な背景に不規則な重積を示す小型～中型の異型上皮細胞集塊が散見された。腫瘍細胞はライトグリーン好性の豊富な細胞質を有し、細胞境界は明瞭であった。核の大小不同が目立ち、大型核小体も認められた。一方、術中迅速診断時に作製した捺印細胞のPapanicolaou染色標本は上記とほぼ同様の所見であったが、Giemsa染色標本では背景に粘液が認められた。

【病理所見】肉眼的には、右顎下腺内に最大径約23mm大の境界明瞭な灰白色調の腫瘤が認められ、内部に出血を伴っていた。組織学的には通常型のSDCの領域と細胞外に豊富な粘液を有する領域が認められた。腫瘍細胞の形態はどちらもほぼ同様であったが、前者では comedo壊死がみられた。免疫染色ではどちらの領域でもAR・GCDFP-15・HER-2およびMUC6が陽性であり、MIB-1 indexは高値であった。また、MUC2は後者のみ陽性であった。腫瘍は顎下腺内に限局し、一部では多型腺腫と思われる領域が残存していた。リンパ節転移は認められなかった。

【考察とまとめ】SDC, mucin-rich variant はこれまでに十例余り報告されているが、我々が検索した範囲では細胞診に関する報告はない。通常のSDCの所見に加え、背景に粘液が認められた場合にはこの亜型を考慮すべきと思われた。

P-2-27 耳下腺穿刺吸引細胞診にて神経内分泌腫瘍と鑑別を要した眼瞼脂腺癌の転移症例

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科²⁾

○米倉由香(CT)¹⁾, 岡崎 勲(CT)¹⁾, 坂倉健司(CT)¹⁾, 市川規子(CT)¹⁾, 大野文栄(CT)¹⁾, 岩尾文彦(CT)¹⁾, 市原 周(MD)²⁾, 森谷鈴子(MD)²⁾, 長谷川正規(MD)²⁾, 岩越朱里(MD)²⁾

【はじめに】脂腺癌は主に脂腺細胞への分化を示す悪性腫瘍の総称である。上眼瞼に好発する主にMeibom腺由来の眼瞼型と皮脂腺由来の眼瞼外型に分類される。後者は頭頸部を中心とするが稀である。組織学的には細胞質内に脂肪滴を含む多空胞状の腫瘍細胞によって特徴づけられるが、細胞診所見での報告例はほとんどない。今回、小細胞癌との鑑別が問題となった脂腺癌のFNA症例を経験したので報告する。

【症例】65歳男性、2014年3月右眼瞼腫瘍にて眼科で腫瘍を摘出され、脂腺癌と診断された。同年10月、CTで右耳前部腫瘍の増大を指摘され耳鼻科でFNAが施行された。

【細胞診標本所見】上皮結合が見られる小型でN/C比の高い異型細胞が孤在性から大型集塊まで多数認められた。細胞質はほとんど見られず、核クロマチンは微細顆粒状に増量し、対細胞や木目込み細工様配列も観察された。既往歴と細胞像から低分化上皮性悪性腫瘍・脂腺癌のリンパ節転移が考えられたが、細胞像から神経内分泌腫瘍(小細胞癌)も否定できなかった。

【組織所見】中心壊死を伴い分葉状、多結節状に増殖する腫瘍で、N/C比の高い腫瘍細胞が主体であったが、特徴的な脂肪滴を有する腫瘍細胞の存在や免疫染色の結果から眼瞼脂腺癌の耳下腺周囲リンパ節転移と診断された。

【考察】脂腺癌では、脂肪滴を有する腫瘍細胞の割合が低いことがあり、その様な場合には神経内分泌腫瘍に類似した形態を呈しうることを知っておくべきである。脂腺癌の好発部位の腫瘍や、転移を来しやすい頭頸部領域のリンパ節FNAに於いて神経内分泌腫瘍様の所見が見られた場合、脂腺癌も鑑別の一つに挙げるべきである。

P-2-28 左耳下腺 Mammary analogue secretory carcinoma の1例

NTT 東日本関東病院臨床検査部¹⁾, NTT 東日本関東病院病理診断科²⁾

○永谷昭義(CT)¹⁾, 川岸克博(CT)¹⁾, 進藤亜沙子(CT)¹⁾, 荒井政和(CT)¹⁾, 郡司真理子(MD)^{1,2)}, 堀内 啓(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Mammary analogue secretory carcinoma (以下 MASC) は, 2010 年に Skalova らにより提唱され近年確立された概念で, Acinic cell carcinoma (以下 AciCC) との鑑別がしばしば問題とされている. 今回我々は AciCC との鑑別に苦慮した MASC の症例を経験したので報告する.

【症例】 22 歳女性. 1 年前より左耳下腺部腫脹を自覚し, 増大傾向を示したため当院受診. MRI, US にて左耳下腺浅葉に 24×18 mm 大の境界明瞭な類円形腫瘍で内部に嚢胞性病変を認めた為, FNA 施行. 細胞診にて Class3 と診断され左耳下腺浅葉切除術施行. 組織診にてコンサルトの後 MASC と診断された.

【細胞所見】 嚢胞性背景に間質を伴って乳頭状に増殖する好酸性の上皮細胞集塊を認めた. 一部の集塊では不規則重積を示し, 集塊内に細胞配列の乱れが見られた. 細胞質は顆粒状で広く円形~高円柱状を呈し, 類円形の小型核で N/C 比は低く, 腺房細胞に類似した像であり AciCC を疑う細胞像であった.

【組織所見】 嚢胞形成を伴う腫瘍で, 嚢胞内腔には乳頭状に増殖する腫瘍がみられ, 腫瘍内腔に好酸性分泌物を容れた微小嚢胞形成が認められた. 免疫組織化学的に S-100(+), vimentin(+), AE1/AE3(+), EMA(+), GCDFP-15 一部(+), D-PAS 染色にて明らかなチモージェン顆粒は認められなかった. RT-PCR にて MASC に特徴的な ETV6-NTRK3 融合遺伝子が確認された.

【まとめ】 AciCC との鑑別が困難な症例であるが, 細胞質内の PAS 染色陽性のチモージェン顆粒が MASC では陰性となることや, 内腔面の分泌物が PAS 染色陽性となり, Giemsa 染色で異染性を示すことが特徴とされている. 細胞診で AciCC が疑われた際には MASC も鑑別に上げる必要があると考えられた.

P-2-29 Mammary analogue secretory carcinoma (MASC) の一例

横浜市立大学附属病院病理部¹⁾, 横浜市立大学医学部病態病理学²⁾

○三田和博(CT)¹⁾, 佐川弘美(CT)¹⁾, 本野紀夫(CT)¹⁾, 西尾由紀子(CT)¹⁾, 尾崎由実(CT)¹⁾, 梅田茂明(MD)²⁾, 奥寺康司(MD)²⁾, 日比谷孝志(MD)¹⁾, 山中正二(MD)¹⁾, 大橋健一(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Mammary analogue secretory carcinoma (以下 MASC) は, チェコの Skalova らが提唱した唾液腺腫瘍で, 乳腺の分泌癌と同様の組織像を示すとされている. 今回, 免疫染色や遺伝子検査により MASC と診断された症例を経験したので報告する.

【症例】 20 歳, 男性. 右耳下腺の腫瘍を自覚し, 急速に増大したため前医を受診. 前医の穿刺吸引細胞診 (以下 FNA) で甲状腺乳頭癌が疑われたが, 甲状腺に腫瘍は確認されず, 当院耳鼻科に紹介された. 当院 FNA で耳下腺の悪性腫瘍が疑われ, 右耳下腺腫瘍摘出術, 右頸部郭清術が施行された.

【細胞所見】 背景は血性, 腫瘍細胞は大小の集塊状で出現していた. 腫瘍細胞の核は, 小型の核小体を有しクロマチンは顆粒状で, 核形が類円形~楕円形, 一部に核縁の不整や核内封入体のみられた. 細胞質の空胞化をみる細胞を認めた. 腫瘍細胞は多数採取されていた.

【組織所見】 腫瘍の大きさは 18×17×15 mm で, 断面は黄白色充実性で辺縁に嚢胞様の空隙がみられた. 組織像は腫瘍細胞が不整形な胞巣状構造を形成し, 微小嚢胞様や管腔様になって増殖していた. 内腔にコロイド様物質を有する部分を認めた. 被膜構造ははっきりしなかった. WHO 分類に基づき腺房細胞癌と診断されが, MASC が疑われ遺伝子検査を行った結果, ETV6-NTRK3 の転座が確認され MASC と診断された. また, 免疫染色では CK19, CAM5.2, S-100, Vimentin, Mammaglobin が陽性であり, MASC を支持する所見であった.

【考察】 MASC は疾患概念が提唱されるまで, 腺房細胞癌と診断された可能性が高い. MASC は再発や転移をきたすという報告もあり, 腺房細胞癌が疑われた場合 MASC の可能性を検討する必要があると考える.

P-2-30 乳腺分泌癌の一例

KKR 札幌医療センター病理診断科

○藁島敦志(CT), 今川 誠(CT), 山口まどか(CT),
朝日久仁子(CT), 小田由紀子(CT), 目黒祐二(CT),
岩崎沙理(MD), 鈴木 昭(MD)

【背景】乳腺分泌癌 secretory carcinoma(以下 SC と略記)は著明な外分泌所見を特徴とする特殊型乳癌の一つであり, 発生頻度は全乳癌の 0.15%以下と非常に稀な組織型である。今回, 乳腺 SC の一症例を経験したので報告する。

【症例】60 代, 女性。左乳房 BD 領域に腫瘤を自覚し当院乳腺外科受診。マンモグラフィ, US で悪性が疑われたため, 穿刺吸引細胞診が施行された。細胞所見では, 血性背景に, シート状または乳頭状構造を有する小型～中型の細胞集塊がみられた。細胞集塊には数個の腫瘍細胞が内腔に粘液を含む粘液小球状構造 (mucous globular structure : MGS) や, 胞体内に粘液を含み核が偏在した印環細胞や細胞質内小腺腔 (intracytoplasmic lumina : ICL) を有する細胞が見られた。

乳房部分切除術が施行され, 組織学的に病変部では, 好酸性胞体で一部胞体内粘液や細胞質内小腺腔を有する異型細胞が, 微小嚢胞状, 管状もしくは胞巣状増殖していた。微小嚢胞, 管腔内には好酸性の分泌物が貯留しており, PAS 染色, アルシアン青染色で陽性を示した。免疫組織化学的に異型細胞は ER, PgR, HER2 はいずれも陰性であり, SC と診断された。

【結論】細胞診断において, MGS や多数の印環細胞, ICL を有する細胞が見られたときは, SC との推定は可能であると考えられた。SC は basal-like subtype に分類されるが, 他組織型と比較して予後良好であるため, 本組織型を推定することは臨床上有用であると考えられた。

P-2-31 乳腺原発腺様嚢胞癌の 1 例

福岡赤十字病院病理診断科

○遠矢浩隆(CT), 小材和浩(CT), 碓 益代(CT),
今林尚美(CT), 西山憲一(MD), 中島 豊(MD)

【はじめに】今回我々は乳腺に発生した腺様嚢胞癌を経験したので報告する。

【症例】40 歳代, 女性。右乳房痛にて受診。超音波検査にて右乳房 AC 境界領域に 13 mm の不整形腫瘤を認め, カテゴリ-4 と診断。穿刺吸引細胞診施行後, 右乳房部分切除術が行われた。

【細胞所見】N/C 比の高い小型細胞からなる不整な細胞集塊を多数認めた。集塊の結合性はさまざまで, ごく一部に篩状様構造が見られた。核形は円形から類円形で, 異型性や多形性に乏しかった。以上より乳管癌を疑ったが, 核異型に乏しかったため悪性疑いと報告した。

【組織所見】小型の腫瘍細胞が小胞巣状構造を呈して間質に浸潤増殖していた。胞巣内には小嚢胞腔が形成されており, 内腔に粘液様物質を認めた。これらは, PAS 染色や Alcian blue 染色で陽性像を示した。ER, PgR, HER2 はいずれも陰性であった。最終診断は乳腺原発の腺様嚢胞癌とした。

【考察】乳腺原発の腺様嚢胞癌は, 乳癌全体の 0.1~0.2% とまれな腫瘍である。好発年齢は 60 歳代で, 他の乳癌より高齢である。リンパ節転移, 遠隔転移及び再発は少ないとされている。組織像や細胞像は唾液腺原発のものと同じ所見である。本症例では粘液様物質の出現が少なく腺様嚢胞癌と診断することができなかった。しかしながら, Giemsa 染色で異染性を示す粘液様物質が少数見られ, その点に着目すれば腺様嚢胞癌と診断しえたのではないかと考える。改めて Giemsa 染色の有用性と, 日頃からまれな疾患の細胞学的特徴をおさえて診断することの重要性を再認識した。

P-2-32 好酸性細胞質を有する多形型小葉癌の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科¹⁾, 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科²⁾

○飯野瑞貴(CT)¹⁾, 青木裕志(CT)¹⁾, 浅見志帆(CT)¹⁾,
阿部杏実(CT)¹⁾, 坂口亜寿美(MD)¹⁾,
小倉加奈子(MD)^{1,2)}, 松本俊治(MD)¹⁾

【はじめに】乳腺多形型小葉癌は古典型小葉癌に比べ予後不良とされており、早期診断が求められる。今回我々は、乳腺穿刺吸引細胞診でアポクリン化生様の好酸性細胞質を有する腫瘍細胞を認め、診断に苦慮した多形型小葉癌を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。2011年頃に右乳房の腫瘤を自覚し、近医を受診。経過観察していたが、一時中断していた。2014年9月に腫瘤の増大傾向を認めたため、他院を受診。針生検にて浸潤性小葉癌と診断され治療予定となったが、右乳房の精査中に左乳房腫瘤を指摘された。当院での治療を希望され、2014年10月に紹介受診。左乳房の精査のため、穿刺吸引細胞診および針生検が行われた。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では、アポクリン化生様の好酸性細胞質を有する類円形細胞を認めた。核小体が目立ち細胞結合性も低下していたことから、アポクリン癌などの悪性腫瘍を考えたが、乳管腺腫などの良性腫瘍の可能性も否定できず、鑑別困難とした。

【組織所見】針生検では、アポクリン化生様の好酸性細胞質を有する腫瘍細胞が乳管内に増生していた。E-cadherin陰性で非浸潤性小葉癌と診断され、大型核小体などの細胞異型を認めたことから多形型と判定された。

【まとめ】本症例は好酸性細胞質を有する腫瘍細胞が採取されていたことから、アポクリン化生細胞が出現する腫瘍との鑑別が困難であった。鑑別点を含め細胞学的所見を報告する。

P-2-33 穿刺吸引細胞診が有用であった乳腺扁平上皮癌の1例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾, 久留米大学医学部病理学講座³⁾

○大田桂子(CT)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)³⁾, 伊藤園江(CT)¹⁾,
原武晃子(CT)¹⁾, 武井美和(CT)¹⁾, 坂本康輔(CT)¹⁾,
高橋光彦(CT)¹⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 西田尚代(MD)²⁾,
檜垣浩一(MD)²⁾

乳腺原発の扁平上皮癌は乳癌の約0.1%の頻度で発生する稀な腫瘍である。今回乳腺穿刺吸引細胞診が有用であった扁平上皮癌の症例を経験したので報告する。

【患者】60歳代女性。左乳房出血斑を伴うしこりを主訴に当院乳腺外科受診。画像検査では5cm大の嚢胞性腫瘤が認められたが充実性部分は明らかでなかった。嚢胞内部を穿刺吸引細胞診施行。暗赤褐色の内容物が約45ml採取された。

【細胞像】壊死性背景に一部角化を伴う核形不整、核クロマチン染色性高度増加した悪性細胞を多数認め、扁平上皮癌と診断した。嚢胞内容液のセルブロック標本を作成し組織学的検索を施行したが腫瘍性病変か否かの質的診断は困難であった。その後乳房切除術が施行された。

【組織像】病変は嚢胞性で嚢胞壁および周辺は核腫大や核異型、細胞間橋を有する異型細胞(CK5/6,P63,Invol-crimm陽性)で裏打ちされておりInvasive carcinoma, Special type, Squamous cell carcinoma (WHO criteria: Adenosquamous carcinoma) with intraductal component. と診断された。

【考察】本型は臨床的に腫瘤の急速増大あるいは疼痛、発赤などの炎症症状を伴い、他の組織型に比べ発生年齢は高く腫瘍径は大きく嚢胞形成がみられる症例が多い。自験例は、画像検査で充実性部分が明らかではなく、血腫疑いで穿刺吸引細胞診が施行され、扁平上皮癌と診断した。現在当院では臨床医的に悪性を疑う場合は生検を施行しホルモンレセプターまで施行する例が主流であるが、本症例のごとく嚢胞性病変では生検にて診断がつけにくいいため穿刺吸引細胞診の意義は高く診断に有用と考える。

P-2-34 穿刺吸引細胞診にて推定しえた乳腺管状癌の1例

福島赤十字病院検査部病理検査課¹⁾, 福島県立医科大学病理病態診断学講座²⁾

○石川 梓(CT)¹⁾, 根本 浩(CT)¹⁾, 橋本優子(MD)²⁾

【はじめに】管状癌は高分化な管腔形成性浸潤癌で乳癌取扱い規約では特殊型に分類され, その発生頻度は1%前後と稀な腫瘍である。穿刺吸引細胞診では採取量や細胞異型の乏しさから, 誤陰性となりやすい。今回, 穿刺吸引細胞診にて管状癌と推定しえた1例を経験したので報告する。

【症例】60代女性。乳がん検診にて異常を指摘され, 当院を受診。超音波検査にて右乳房A領域に7mm大の腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診および針生検では悪性が疑われ, 右乳房部分切除術が施行された。

【細胞所見】きれいな背景に, 結合性の強い立体的な土管状構造を呈する細胞集塊が散見された。二相性はみられず, 周囲には双極裸核やアポクリン化生細胞も認められなかった。集塊は大小不同の乏しい均一な小型細胞で構成され, 核間距離は均等であった。核クロマチンは細顆粒状にやや増量していた。以上の所見から管状癌を推定した。

【組織所見】12×7mmの腫瘍が放射状にみられ, 大小の腺管が豊富な線維性間質を伴って浸潤していた。筋上皮との二相性はみられず, 一層の異型乳管上皮で腺管が構成されており, 管状癌と診断された。

【考察】本症例は, 細胞診標本上に組織像がよく反映されており, 二相性の欠如した土管状集塊がみられたことから, 管状癌を推定することができた。通常, 細胞診での管状癌推定は難しい症例が多いが, 特徴的な細胞形態と出現パターンを認識できれば, 細胞診の段階で推定することは可能と思われた。

P-2-35 乳腺原発の adenoid cystic carcinoma の一例

国際医療福祉大学病院病理診断科

○鉢村和章(CT), 神蔵慎一(CT), 黒田 一(MD)

【はじめに】乳腺原発の adenoid cystic carcinoma は全乳癌の0.1%以下と非常に稀な乳腺悪性腫瘍である。今回我々は乳腺原発の adenoid cystic carcinoma の一例を経験したので報告する。

【症例】50代女性。当院検診にて左乳房に腫瘍を指摘。乳腺エコーにて左上外2時方向(左乳房C領域)に長径1.8cm大の境界不明瞭な低エコーの腫瘍を認め, エコーガイド下穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見】比較的きれいな背景に, 篩状, 管状などの重積性の強い腫瘍細胞が多数認められた。集塊を構成する細胞は小型で円形~楕円形の核を有し, 大小不同に乏しく均一, クロマチンは顆粒状であった。比較的均一な腫瘍細胞の中に粘液様物質を含む篩状構造が認められた。

【組織所見】小型異型細胞が篩状構造を有する大小の胞巣を形成して浸潤性増殖を示し, 免疫組織化学染色においてP-63, α -SMA, CD10の筋上皮マーカーを施行したところ, 偽腺管腔および癌胞巣辺縁部に筋上皮マーカー陽性の癌細胞像が確認された。

【まとめ】本症例では篩状, 管状など多種の出現様式を示す細胞集塊が認められ, 本組織型の特徴である腺上皮細胞で形成される小腺腔が確認された。加えて, 腫瘍性筋上皮細胞の均一な核形態, 間質性粘液, 基底膜様物質などの特徴的所見に注目することにより, 組織型推定が可能と考えられた。

P-2-36 乳腺紡錘細胞癌の1例

JA 神奈川県厚生連伊勢原協同病院病理検査室¹⁾, JA 神奈川県厚生連伊勢原協同病院病理診断科²⁾, 地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立足柄上病院検査科³⁾

○村山巧馬(CT)¹⁾, 福島幸司(CT)¹⁾, 服部洋介(CT)¹⁾, 石橋麻美(CT)¹⁾, 川上由美子(CT)¹⁾, 関戸康友(MD)²⁾, 大金直樹(CT)³⁾

【はじめに】乳腺紡錘細胞癌は、浸潤癌の特殊型に分類され、全乳癌の0.8%以下の稀な上皮性悪性腫瘍である。今回、われわれは術前の乳腺穿刺吸引細胞診において「悪性」と判定し、組織型の推定が困難であった乳腺紡錘細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】77歳、女性。特記すべき既往歴はなし。右乳房に腫瘤を自覚し当院受診。超音波では右乳腺D領域にやや不整形、内部エコー不均一、嚢胞性領域のある腫瘍性病変を認めた。MMGではカテゴリ-4と判定された。腋窩リンパ節に転移の疑いと診断されたため、腫瘤部及び右腋窩リンパ節に対し穿刺吸引細胞診が行われた。その後、右乳房全摘術及び右腋窩リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】リンパ球を背景に、腫瘍細胞を散在性から大型集塊で多数認めた。核は類円形から楕円形で、著明な大小不同、核形不整、クロマチンは微細顆粒状増量、複数の大きな核小体など異型が強く、裸核状細胞も多く認めた。腫瘤部・右腋窩リンパ節ともに同様の所見であり、悪性と報告したが、髄様癌、癌肉腫、紡錘細胞癌などの鑑別を要し、組織型の推定までは至らなかった。

【組織所見】腫瘍を構成する異型細胞は多角形または紡錘形に近い形態をしており、大型で多核の奇怪な細胞も多数観察され、核異型は高度であった。未分化に近い形態をしていることから、紡錘細胞癌と診断した。

【まとめ】本症例では上皮性結合を示す集塊に注目しがちであったが、背景に少数ながら異型を有する紡錘様細胞も認められた。紡錘細胞癌を推定するうえで、上皮性成分と肉腫様成分を確認し、それらの腫瘍細胞の細胞所見が同様であることを確認することが重要であると考えられた。

P-2-37 骨・軟骨化生を伴う乳癌の1例

飯田市立病院¹⁾, 慈泉会相澤病院²⁾

○岩田貴博(CT)¹⁾, 西尾昌晃(CT)¹⁾, 北原新一(CT)¹⁾, 實原正明(CT)¹⁾, 伊藤信夫(MD)²⁾

【はじめに】骨・軟骨化生を伴う乳癌は発生頻度が全乳癌の0.1%以下とまれな疾患である。今回我々はその1例を経験したので報告する。

【症例】60歳女性。以前からあったしこりが増大しているのに気づき受診。超音波検査で左C領域に25×18mmの充実性腫瘤を認め、マンモグラフィでカテゴリ-4と悪性が疑われMRI、PET-CTと穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では粘液基質を背景に大型核でN/C比の保持された異型細胞が結合性の乏しい集塊で出現していた。集塊を構成する細胞は二相性を認めず、著明な核異型がみられた。集塊の周囲に散在する細胞は多角形で肉腫様形態を示した。これらの所見から非上皮性の悪性腫瘍を疑ったが組織型推定までは至らず要生検と診断した。

【組織所見】手術摘出材料は最大径19.7mm大の灰白色腫瘍で境界は比較的明瞭であった。腫瘍中心部には粘液様基質の中に著明な核異型を呈する細胞と壊死巣認め、辺縁部には充実性の低分化な上皮性成分を認めた。またその移行部には紡錘形細胞や破骨細胞様巨細胞を認め、骨・軟骨化生を伴う乳癌と診断された。

【まとめ】本疾患は上皮成分と骨・軟骨化生成分またその移行部で細胞像が大きく異なることから穿刺吸引細胞診においては採取された細胞成分・量によって診断の精度が大きく異なる。組織型推定には類骨や軟骨基質と上皮性の悪性細胞の存在が必要となるが、本症例のように上皮細胞が採取されない場合は葉状腫瘍や肉腫との鑑別が重要となる。穿刺吸引細胞診で本疾患を診断できればその後の治療方針の決定や予後を予測する上で、その意義は大きいと考える。

P-2-38 Metaplastic carcinoma (squamous cell carcinoma mixed type) の一例

三重大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三重大学医学部附属病院乳腺センター²⁾, 三重大学医学部腫瘍病態解明学³⁾, 三重大学医学部附属病院がんセンター⁴⁾, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部⁵⁾

○柴原亜希子(CT)^{1,2)}, 今井 裕(MD)¹⁾,
北山美佳(CT)^{1,2)}, 金山和樹(CT)³⁾, 米田 操(CT)⁵⁾,
小塚祐司(MD)¹⁾, 福留寿生(MD)⁴⁾, 小川朋子(MD)²⁾,
白石泰三(MD)³⁾

【はじめに】乳腺化生癌(扁平上皮癌)の一例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。12年前に子宮頸癌にて広汎子宮全摘施行。10年前に局所再発し化学療法施行後再発なし。今回、左房腫瘍を自覚し当院受診。マンモグラフィで左M/Oに辺縁微細鋸歯状の円形高濃度腫瘍(カテゴリー4)、超音波検査にて左D領域に内部に13.0x8.8mm大の無エコー部分を含む26.5x25.2mm大の境界不明瞭な腫瘍を認め、穿刺吸引細胞診および針生検施行後、乳房部分切除された。

【細胞像】壊死物質と伴に、不整重積性集塊が出現していた。構成細胞は核の大小不同や核形不整、クロマチンの増量を示した。一部の細胞は中心性の核を有し重厚感のある細胞質を伴っていた。また高輝度でオレンジG好性を示す奇怪な細胞も散見された。

【組織像】切除標本では内部に空洞形成を伴う充実性腫瘍で、明瞭な核小体を含んだ空胞状大型核を有する腫瘍細胞が大小の充実胞巣を形成し、浸潤増殖していた。少量の乳管内癌成分を認めた。部分的に扁平上皮化生を示し、空洞を被覆する上皮にも扁平上皮化生を認めた。免疫染色では、扁平上皮分化成分でCK5/6, CK14が陽性、CK8は陰性、腺癌成分ではCK5/6, CK14が弱陽性、CK8は陽性であった。扁平上皮化生成分は50%未満でMetaplastic carcinoma, squamous cell carcinoma mixed with coexisting invasive carcinoma (WHO分類第4版)と診断された。

【結語】乳腺穿刺吸引細胞診にて、非常に稀な化生癌(扁平上皮癌)を経験したので報告した

P-2-39 乳腺原発血管肉腫の2例

JA尾道総合病院病理研究検査科¹⁾, 因島医師会病院外科²⁾

○杉山佳代(CT)¹⁾, 神田真規(CT)¹⁾, 佐々木健司(CT)¹⁾,
米原修治(MD)¹⁾, 倉西文仁(MD)²⁾

【はじめに】乳腺原発血管肉腫は全乳房悪性腫瘍の約0.05%と稀な腫瘍である。我々は乳腺原発血管肉腫の2例を経験したので報告する。

【症例1】50歳代、女性。乳癌検診にて右乳房に腫瘍を認め、当院受診。穿刺吸引細胞診が4回行われ、4回中3回は陰性、4回目に血管肉腫疑い、疑陽性と判定された。超音波検査にて右乳房AC領域に7cm大の腫瘍を認め、カテゴリー3、葉状腫瘍が推定され、非定型乳房切除術が施行された。

【症例2】60歳代、女性。右乳房に腫瘍を自覚。乳癌検診のマンモグラフィにて局所的非対称性陰影を指摘され、カテゴリー3と診断、当院を紹介された。穿刺吸引細胞診にて陽性、血管肉腫が推定され、単純乳房切除術が施行された。

【細胞所見】陰性と判定された標本では、出血性背景を認めるが、採取細胞量は少なく、少量の紡錘形細胞を認めた。陽性と判定された細胞像は出現細胞量は豊富で、背景は出血性であった。腫瘍細胞が孤立散在性から立体集塊で出現し、血管腔様構造を認めた。細胞質は淡明で、境界不明瞭、核は楕円～紡錘形、クロマチンは顆粒状に増量していた。核が円形～類円形で上皮様結合を示す集団には中心にライトグリーンに染まる硝子様物質を有していた。また細胞同士が互いに抱え込む細胞相互封入像が見られた。

【まとめ】乳腺原発血管肉腫と判定し得た細胞像は既報告にみる細胞学的所見に一致していた。陰性と判定された標本では出血性背景を認めるものの、細胞採取量は少量であった。血管肉腫の穿刺吸引細胞診では多量の出血成分のため、細胞採取が困難な場合もあり、臨床側に再検を促す必要性があると考えた。

P-2-40 乳腺に発生した血管肉腫の2例

聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾, 聖隷浜松病院病理診断科²⁾, 立川総合病院病理科³⁾

○石原冬馬(CT)¹⁾, 山田真人(CT)¹⁾, 赤澤康弘(CT)¹⁾, 土戸景子(CT)¹⁾, 福田 淳(CT)¹⁾, 大月寛郎(MD)²⁾, 新井義文(MD)²⁾, 小林 寛(MD)³⁾

【はじめに】血管肉腫は、皮膚や軟部組織に好発する比較的稀な悪性腫瘍である。今回我々は、乳腺に発生した血管肉腫の2例を経験したので報告する。

【症例】症例1は20歳代、女性。1年前より左眼窩腫瘍あり。性器出血を主訴に当院救急外来受診し、精査目的で入院。画像診断で乳房右A領域に3.5×2.8cmの腫瘤を認めた。乳腺外科で施行された穿刺吸引細胞診にて陽性と診断。乳腺腫瘍摘出術が施行された。症例2は40歳代、女性。他院で葉状腫瘍が疑われ、当院乳腺外科受診。画像診断にて右A領域に7.5×8.5cmの腫瘤が認められた。穿刺吸引細胞診では疑陽性、針生検では高分化型血管肉腫疑いと診断。乳房切除術が施行された。

【細胞像】症例1は、血性背景に腫瘍細胞が集塊または孤在性に出現し、硝子様間質を伴っていた。腫瘍細胞はN/C比が高く、核の切れ込みやクロマチンの増量、大型の核小体が1個から数個認められた。以上の所見から高悪性度の癌を考えた。症例2は腫瘍細胞が網状の集塊で出現し、一部に乳頭状突出がみられ、硝子様間質も認めた。間葉系腫瘍を疑ったが、異型性に乏しく良悪の鑑別は困難であった。

【組織像】症例1は、不規則な吻合を示す網状の血管腔形成が見られた。多形性に富む腫瘍細胞が充実性あるいは腔を裏打ちするように増生していた。症例2は症例1と同様の組織像も認めたが、異型の弱い成分が多くを占めていた。両症例とも病理組織学的に血管肉腫と診断された。

【考察】血管肉腫は比較的稀ではあるが乳腺に発生する可能性がある。また極めて稀で予後不良な腫瘍であるため、細胞診での正確な診断が求められる。本腫瘍の細胞学的特徴について、文献的考察を含め報告する。

P-2-41 乳房に発生した原発性皮膚CD30陽性T細胞増殖疾患群の1例

独立行政法人国立病院機構東京医療センター臨床検査科

○佐藤和美(CT), 村田有也(MD), 大内結衣(CT), 阿久津朋子(CT), 沼田ますみ(CT), 石橋康則(MD), 白石淳一(MD), 山下 博(MD), 前島新史(MD), 倉持 茂(MD)

【はじめに】原発性皮膚CD30陽性T細胞増殖疾患群は、皮膚におけるCD30陽性芽球化T細胞からなるリンパ増殖病変である。今回我々は、乳房に発生した原発性皮膚CD30陽性T細胞増殖疾患群の1例を経験したので報告する。

【症例】80代女性。右乳房の皮膚発赤・糜爛にて当院紹介受診。超音波検査にて悪性を否定できず病変部擦過細胞診を施行し、腺癌と推定された。その後病変は消退傾向を示すも、確定診断目的のため右乳腺部分切除術が施行された。

【細胞所見】多数の扁平上皮細胞を背景に、核クロマチンの増量した異型細胞が弧在性ないしは小集簇性に出現している。異型細胞の核は偏在傾向で、明瞭な核小体を有している。腺癌細胞の表皮内進展と考えられ、乳腺内に病変が存在するのであればPaget病として矛盾しない細胞像であると推定された。

【組織所見】真皮上層には炎症細胞浸潤巣が大小の結節を形成し、その中に異型細胞がびまん性に増殖している領域が数ヶ所に認められる。免疫染色にて、CKAE1/3-, CD3+, CD4+, CD8-, CD10-, CD20-, CD30+の形質を示すことから、T cell typeの悪性リンパ腫の可能性が考えられた。標本内に含まれている乳腺組織には悪性を示唆する所見は認められない。以上の形態・形質および病変が消退傾向を示すという臨床経過から、原発性皮膚CD30陽性T細胞増殖疾患群と考えられ、肉眼像と組織像からはリンパ腫様丘疹症の可能性を第一に考えた。

【まとめ】細胞診検体では腺癌を推定したが、原発性皮膚CD30陽性T細胞増殖疾患群であった1例を経験した。その細胞学的特徴をretrospectiveに解析し、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-2-42 異型腺細胞(AGC)症例の検討

防衛医科大学校産科婦人科¹⁾, 防衛医科大学校病院検査部²⁾

○笹 秀典(MD)¹⁾, 宮本守員(MD)¹⁾, 後藤友子(MD)¹⁾, 高野政志(MD)¹⁾, 川口 翔(CT)²⁾, 織田智博(CT)²⁾, 高橋宏美(CT)²⁾, 島崎英幸(MD)²⁾, 古谷健一(MD)¹⁾

【目的】異型腺細胞(atypical glandular cells: AGC)は、上皮内腺癌(adenocarcinoma in situ: AIS)や浸潤腺癌の可能性を視野に入れた区分であるが、判定基準が曖昧で臨床的取扱いが難しい場合がある。今回当院におけるAGC症例の検討からAGCの取り扱いについて考察を加えた。

【方法】2009～2014年の6年間に当院にAGCで紹介された34例(平均年齢43.0歳)を対象とした。コルポスコプ下に行った細胞診と組織診の結果やその後の経過を後方視的に比較検討した。細胞診はサーベックスブラシを用いて採取した。

【結果】34例中、細胞診再検でAGCと判定されたのは、10例、AISは3例、HSILは7例、AGC+HSILは10例であった。生検の組織検査ではCIN3は8例、AISは4例、陰性は14例で、円錐切除は15例に行った。その結果、CIN3は3例、AISは5例、頸部腺癌は3例、扁平上皮の浸潤癌1例であった。根治手術として子宮全摘5例、広汎子宮全摘2例であった。

【総括】AGC例では、生検は腺系異常組織の検出が困難な場合が多く、慎重な対応が必要と考えられた。ASCCPのガイドラインに準拠すると、AGC例ではコルポスコピー、頸管内生検、HPVテスト、35歳以上では内膜生検が推奨されている。精査により明らかな病変が明確ではない場合には、積極的に診断的円錐切除術を考慮すべきと思われる。

P-2-43 当センターにおけるAGC症例の解析

(株)千葉細胞病理診断センター

○八田未紀(CT), 高橋年美(CT), 浦崎政浩(CT), 中村 恵(CT), 小林貴代(CT), 篠崎貴子(CT), 増田友紀江(CT), 井上好華(CT), 麻生 晃(CT), 亀田典章(MD)

【はじめに】AGCとは反応性変化や修復変化を超えた異常を示すが、明らかな内頸部AISや浸潤性腺癌の所見に至らないときに用いる。悪性病変を見逃さないために重要なカテゴリーである。当センターでは2010年よりベセスダシステムを導入し運用しており、AGCと判定された症例の組織学的背景について検討した。また、前回の調査との比較についても報告する。

【対象】2011年11月～2014年11月までに実施された子宮腔部・頸部細胞診検査363,659例中、AGCと判定された症例は123例(0.03%)であった。その後の追跡調査で組織学的診断が確認された24例について検討した。

【結果】内訳は、慢性頸管炎やポリープ等の良性反応性変化7例、HSIL2例、腺異形成2例、頸部腺癌3例、体部増殖症2例、体部腺癌5例、その他3例(体部肉腫1例、由来不明の明細胞腺癌1例、病変が特定できなかった症例1例)であった。前回は2010年4月～2011年10月におけるAGC症例の解析と比較すると、AGCと判定された症例は0.04%から0.03%へと減少した。その内訳は、良性病変をAGCと判定した症例が減少し、浸潤癌をAGCと判定した症例が増加した。

【まとめ】AGCと判定された症例のうち、浸潤癌は24例中10例(41%)あり、特に子宮体部類内膜腺癌の頻度が高かった。AGCには内頸部病変だけでなく、体部病変、時には卵巣等の付属器由来の病変も含まれることがあるため、AGCと判定された場合には、頸部の精査だけでなく、内膜の細胞診、組織診、場合によっては骨盤内臓器全体の精査を勧める必要があると思われる。また、前回の調査と比較すると、ベセスダシステム導入当初より、良性病変をAGCとしてoverdiagnosisする率が減少した。

P-2-44 Atypical glandular cells (AGC)の臨床病理学的検討

名古屋大学医学部産婦人科¹⁾, 名古屋大学医学部附属病院病理部²⁾

○水野美香(MD)¹⁾, 坂田 純(MD)¹⁾, 梶山広明(MD)¹⁾, 小林晴美(CT)²⁾, 加藤克幸(CT)²⁾, 島田聡子(MD)²⁾, 佐藤 啓(MD)²⁾, 下山芳江(MD)²⁾

【緒言】進行子宮頸部腺癌は扁平上皮癌と比較し、予後不良であり、早期診断が望まれる。腺系の上皮内腫瘍には、扁平上皮系と異なり、cervical intra neoplasia(CIN)のような区分はない。ベセスダシステム 2001 では、異型腺細胞(atypical glandular cells: AGC)は癌のリスクの高さを示すカテゴリーとされ、できる限り由来細胞を区別し、「favor neoplastic: FN」、「not otherwise specified: NOS」を付記することも挙げている。AGCは、AISや頸部腺癌などを拾い上げる手段であるが、臨床的に取扱いに難渋する区分でもある。

【方法】2009年から2013年で当院の細胞診のデータベースから抽出した84例のAGCの臨床的病理学的背景と転帰を調査した。

【結果】年齢中央値42(26-84)才。ACG判定の契機は、婦人科癌で紹介された13例、検診39例、CINの経過観察中12例、円錐切除後10例、不正性器出血6例、その他3例であった。AGC判定後精査を行った70症例の結果は子宮内膜癌4例(5.6%)、異型内膜増殖症3例(4.2%)、悪性卵巣腫瘍1例(1.4%)。頸部病変(手術検体を含む)は子宮頸部腺癌IB期2例(2.8%)、IA期5例(7.1%)、AIS4例(5.7%)、扁平上皮癌IA期1例(1.4%)、CIN22例(31.4%)、腫瘍性病変なし29例(41.4%)であった。全84症例の検討では、AGC-FN22例中に微小浸潤・浸潤腺癌8例(36.3%)、AIS3例(13.6%)、子宮内膜癌3例(13.6%)、AGC-NOS±SIL39例中では、其々5例(10.2%)、1例(2%)、1例(2%)を認めた。

【考察】AGC-FNの背景には、約6割にAIS以上悪性疾患がみられ、AGC-NOSでは、半数に腫瘍性病変を認めない反面、2割程度に悪性疾患が含まれることにも留意し、慎重な診療が必要と考えられた。

P-2-45 ベセスダシステム 2001 における AGC (atypical glandular cell) の臨床的背景の検討

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科¹⁾, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部²⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科³⁾

○田川尚美(MD)¹⁾, 平田幸広(MD)¹⁾, 中野 真(MD)¹⁾, 藪崎恵子(MD)¹⁾, 中島有紀(MD)¹⁾, 久田裕恵(MD)¹⁾, 新美茂樹(MD)¹⁾, 落合和彦(MD)¹⁾, 根本 淳(MD)²⁾, 岡本愛光(MD)³⁾

ベセスダシステム 2001 において AGC は腺型細胞の異型を示唆する重要な分類であるが、その病変の可能性は多岐にわたり、臨床的取り扱い方法は未だ確立されていないのが現状である。今回、我々は当院にて実際にベセスダシステムが導入、運用された2013年8月以降AGCと診断された43例に関して、後方視的に検討した。43症例中AGC-NOSは29例、AGC-FNは14症例で、それぞれの年齢中央値は44歳、53.5歳であった。子宮頸部円錐切除術以上の手術を施行した症例は21症例であり、最終病理組織学的診断は子宮頸部腺癌が2例、子宮体部類内膜腺癌が9例、AIS(adenocarcinoma in situ)が1例、CIS(cervical carcinoma in situ)が1例、CIN2が5例、未分化癌が1例、ポリープなどの良性病変が2例であった。子宮頸部細胞診にてAGCと判定された症例の28%に浸潤癌が認められ、浸潤癌の中では子宮体部類内膜腺癌が75%と最も多かった。確立された取り扱い方法や検査方法が無い現状において、AGCと判定された場合には、子宮頸部の組織学的検査を積極的に行うと共に、浸潤癌も念頭に置き、臨床的検索を行っていくことが肝要であると再認識した。

P-2-46 Peutz-Jeghers 症候群の経過観察中に発見された子宮頸部異型腺病変の一例

岩手医科大学産婦人科¹⁾, 岩手医科大学病理診断学講座²⁾

○竹下亮輔(MD)¹⁾, 小島淳美¹⁾, 深川智之^{1,2)},
高取恵理子¹⁾, 永沢崇幸¹⁾, 本田達也¹⁾, 菅井 有²⁾,
上杉憲幸²⁾, 高橋静子²⁾, 杉山 徹¹⁾

【はじめに】最小偏倚腺癌(MDA)ではその半数にLKB1/STK11 遺伝子異常を認め, Peutz-Jeghers 症候群(PJS)に合併することが知られている。今回, PJSに合併した子宮頸部胃型腺病変の一例を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性, 未経妊。34歳でPJSと診断され, 消化器内科にて定期的な経過観察を受けていた。CTにて子宮頸部多嚢胞性腫瘤を以前より指摘されていたが, 増大を認めたため婦人科紹介受診。子宮頸部(頸管)細胞診にて黄色粘液を有する異型腺細胞集塊が認められた。MRIでは内子宮口付近の集簇性嚢胞病変に, 一部不規則な腺管増生を認め, atypical lobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH)以上の病変を疑われたため当院紹介受診。当院での細胞診でもAGC-NOSの診断であったが, コルポスコピーはUCFであり, 生検組織診では腺病変を捕捉できなかった。円錐切除診ではLEGHの診断であった。主病変が残存し, 繰り返し異型細胞が検出されているものの, 病変の局在は内子宮口付近にとどまり, 画像上も明らかに浸潤を疑うような所見はないことから, 準広汎子宮全摘出術, 両側付属器摘出術および骨盤内リンパ節生検を施行予定である。

【細胞像】比較的清明な背景に, 粘液を豊富に含み, 核形不整や核小体の目立つ異型腺上皮細胞集塊を認めた。粘液は一部黄色調であり, 細胞の多形性に乏しいことから, (異型)LEGHを想定するが, 高分化腺癌との鑑別を要する。

【組織像】分葉状構造はやや明瞭でないものの, 胃幽門腺との形態的類似性を示す腺管の増生を認めLEGHと診断した。HIK1083は陽性, ERは陰性であった。

【結語】PJSでは種々の悪性腫瘍発を併発し, その頻度は消化管以外では子宮頸部, 卵巣, 肺の順とされる。特にMDAとの関係が注目されてきたが, MDAに関連する異型LEGHや胃型腺癌にも注意して管理する必要がある。

P-2-47 当院におけるAGC例の報告様式と診断一致率

京都大学医学部附属病院病理診断科

○平伴英美(CT), 南口早智子(MD), 白波瀬浩幸(CT),
平田勝啓(CT), 古畑彩子(CT), 梅原美穂(CT),
羽賀博典(MD)

【はじめに】ベセスダシステム2001では癌へのリスクの高さを示すカテゴリーとして異型腺細胞(Atypical glandular cells: AGC)を設け, 特定不能な異型(AGC-NOS)と腫瘍を示唆する異型(AGC-favor neoplastic)に分類し, 更にそれぞれ内頸部, 内膜由来かを示唆できる場合は記載が推奨されている。当院のAGCの報告内容を分類し, 組織診断との一致率を検討した。

【対象と方法】子宮頸腔部細胞診30,076件(2010.3-2014.8)中AGCは97件(0.3%), 81例であった。当院では, AGCの細分化は診断名では行っていないがコメント欄で詳細を記載している。報告内容よりAGC-NOS(-EC; 内頸部由来, -EM; 内膜由来, -NOS; 分類不能), AGC-favor neoplastic(-EC, -EM, -NOS)の6項目に分類し, 組織診断との一致率を検討した。

【結果】AGC81例中, 48例(59%)は悪性で, 体部30例(63%), 頸部13例(27%), その他5例(10%)であった。AGC-favor neoplastic 51例(63%)中, 組織診断にて悪性であったのは41例(80%)であった。-NOS 26例(51%), -EC 8例(16%), -EM 17例(33%)であり, EC/EMと判定した症例の組織診断との一致率は84%(21/25)であった。AGC-NOS 30例(37%)中, 悪性は7例(23%)であり, -favor neoplasticよりは有意に低かった(p<.01)。AGC-NOS中, 細胞由来を判定できたEC/EMの一致率は57%(4/7)であった。

【考察】AGC-favor neoplasticと-NOSに分類することは, 悪性腫瘍率に有意な差があり, 臨床側にとって重要な情報となりうる。良悪性, 組織型不一致例の再検討が精度の向上に必要である。

P-2-48 分葉状内頸部腺過形成 (LEGH) との共存がみられた子宮頸部腺癌の 1 例

大阪医科大学産婦人科

○前田和也(MD), 田中良道(MD), 芦原敬允(MD), 藤原聡枝(MD), 田中智人(MD), 恒遠啓示(MD), 佐々木浩(MD), 金村昌徳(MD), 寺井義人(MD), 大道正英(MD)

【背景】子宮頸部腺癌の診断において頸部嚢胞性腫瘤を認めた場合は分葉状内頸部腺過形成(LEGH)や最小偏倚型粘液性腺癌との鑑別が問題になる。今回 LEGH との共存がみられた子宮頸部腺癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】47 歳, 未経妊。40 歳時に乳癌の既往がある。41 歳時に婦人科検診目的で受診した際に子宮頸部嚢胞性病変を指摘された。子宮頸部細胞診NILM, 内膜細胞診陰性, 組織診でも悪性所見を認めず, 骨盤 MRI 画像所見の頸部コスモサインから臨床的に LEGH と診断した。1 年毎に施行した頸部・内膜細胞診では異常を認めずサイズの変化もなかった。6 年後, 嚢胞の増大を認め, 子宮頸部細胞診で偏在核を有し核クロマチンの増量した細胞が集塊で出現した。核形不整が目立ち一部高円柱状の細胞集塊を認め腺癌を疑った。組織診で核の重積を伴う異型腺管を認め腺癌と診断した。HPV は検出されなかった。子宮頸癌 1B2 期の診断で広汎子宮全摘出術, 両側付属器摘出術を施行した。病理組織結果では子宮頸部から体部にかけて大小多数の嚢胞性病変を認めた。一層の細胞から構成され異型の乏しいものから粘液を有し細胞異型の強い乳頭状の腺癌まで様々な所見を認めた。小型内頸部腺の分葉状集簇性増生や Muc6 一部陽性で胃型粘液も観察された事から LEGH が共存した mucinous adenocarcinoma, gastric type, pT1b2pN0pM0 と診断し術後補助療法中である。

【結論】病理組織所見や臨床経過, 画像所見などの所見から LEGH からの悪性転化とも考えられる症例であるが関連性については不明であり今後多数例での解析が望まれる。LEGH に関連した子宮頸部嚢胞性腫瘤を認めた場合細胞診のみでは診断が困難な場合もあり慎重な対応が望まれる。

P-2-49 子宮留水腫を合併した分葉状内頸部腺過形成(LEGH)の 1 例

国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科¹⁾, 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科²⁾

○高橋健太(MD)¹⁾, 吉田正行(MD)²⁾, 隅蔵智子(MD)¹⁾, 竹原也恵(MD)¹⁾, 石川光也(MD)¹⁾, 池田俊一(MD)¹⁾, 吉田 裕(MD)²⁾, 加藤友康(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部の分葉状内頸部腺過形成(lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH)の自覚症状は帯下増加が多く, 画像上は多嚢胞を反映したコスモサインを呈することが知られているが, 子宮留水腫を合併した症例についての報告はない。今回, 我々は高齢女性の LEGH に子宮留水腫を合併した症例を経験したので報告する。

【症例】75 歳, 4 経妊 2 経産。50 歳で閉経し, 特記すべき既往歴はなかった。もともと帯下が多く閉経後も持続したため 2 年前に近医を受診し, 頸部細胞診で AGC と診断された。頸部生検では腺過形成や最小偏倚型粘液性腺癌が疑われた。MRI では子宮留水腫を認め, 頸部に集簇嚢胞を認めた。精査加療目的に当科を受診した。この時の頸管細胞診では胞体内に黄色調粘液を有し, 平面的配列を示す腺細胞集団を一部に認めることから, LEGH の存在が疑われた。内膜細胞診および子宮内腔貯留液の細胞診はいずれも陰性だった。子宮頸管からの組織診では, やや大型の腺管周囲に小型の腺管が集簇しており, LEGH を考える像であった。留水腫を合併した LEGH と考え外来での経過観察を行ったが, 本人が手術を希望したため, 腹式単純子宮全摘術, 両側付属器切除術が為された。組織学的には SCJ よりやや高位の頸部全周にわたり, 異型に乏しく偏在した核と粘液を貯留した頸管腺上皮が, 大型の拡張腺管を形成し, 周囲に小型の腺管を伴って分葉状に増生していた。粘液は AB-PAS 染色で PAS 陽性を示しており, LEGH と診断した。子宮内膜は萎縮しており, 内膜増殖性病変や内膜腺の拡張はみられなかった。

【まとめ】LEGH の臨床像として子宮留水腫が合併しうることが示された。高齢者の LEGH に限られるかどうかは今後の症例の蓄積を待ちたい。

P-2-50 当科における子宮頸部胃型腺癌症例の検討

東京大学医学部附属病院女性外科¹⁾, 東京大学医学部附属病院病理部²⁾

○柳澤愛実(MD)¹⁾, 松本陽子(MD)¹⁾, 曾根献文(MD)¹⁾, 菊地良直(MD)²⁾, 足立克之(MD)¹⁾, 長阪一憲(MD)¹⁾, 有本貴英(MD)¹⁾, 織田克利(MD)¹⁾, 川名 敬(MD)¹⁾, 藤井知行(MD)¹⁾

【緒言】子宮頸部腺癌は増加傾向にあり, 近年は子宮頸癌症例の約25%を占める. WHO分類第3版(2003)では子宮頸部腺癌の多くは内頸部型粘液性腺癌であるが, 予後不良の粘液を多く含む真の粘液性腺癌と区別するため, WHO分類第4版(2014)では粘液の少ない通常型腺癌と粘液性腺癌を区別して扱い, 粘液性腺癌の細分類に胃型腺癌が加わった. 胃型腺癌の組織像は豊富な細胞質内粘液を反映し淡明~淡抗酸性の細胞質で細胞境界は明瞭であり, 免疫染色でHIK1084及びMUC6が陽性を示す. 症例数が少なく臨床経過は一般に不明だがその発症頻度は頸部腺癌の10-20%で, ヒトパピローマウイルス(HPV)感染が陰性の症例は予後不良といわれている.

【方法】今回当科において2009年1月から2014年12月までに子宮頸部粘液性腺癌と診断された30症例のうちHPV陰性の10症例を抽出し, 組織像, 臨床経過について検討した. また病理診断で胃型腺癌と診断された症例の臨床像と経過について調べた.

【結果】10症例はFIGO stageIB 4人, stageIIB 4人, stageIVB 1人, 未確定1人であった. そのうち3例は組織学的に胃型腺癌であった. HPV陰性症例の割合は粘液性腺癌症例(胃型以外)では約39%(7/18), 胃型腺癌症例では100%(3/3)であった. 発症してから確定診断に至るまでの期間は, 非胃型腺癌と胃型腺癌症例では中央値がそれぞれ117日および290日と胃型腺癌症例で長い傾向がみられたが, 再発率に差はなかった.

【考察】腺系病変は一般に診断が難しく過少評価されやすいが, 胃型腺癌では特に診断確定に難渋することが示唆された. 胃型腺癌を含むHPV陰性腺癌はHPV-DNAテストやワクチンのpitfallになる恐れもあり, 今後診断や臨床像の更なる解明や理解が求められる.

P-2-51 Virchow リンパ節穿刺吸引細胞診が治療前診断に有用であった進行子宮頸部腺癌の1例

小田原市立病院産婦人科¹⁾, 小田原市立病院病理診断科²⁾, 横浜市立大学附属病院産婦人科³⁾, 藤沢市民病院産婦人科⁴⁾

○佐治晴哉(MD)^{1,4)}, 長谷川章雄(MD)²⁾, 磯崎 勝(CT)²⁾, 堀井 薫(CT)²⁾, 川野藍子(MD)³⁾, 元木葉子(MD)³⁾, 丸山康世(MD)³⁾, 松永竜也(MD)³⁾, 佐藤美紀子(MD)³⁾, 宮城悦子(MD)³⁾

【緒言】Virchow リンパ節転移を伴う子宮頸癌の主たる治療は化学療法や放射線療法であり, 原発巣も易出血性の進行例が多い. そして子宮頸部組織診で壊死を伴う低分化な悪性細胞としばしば診断される場合, 扁平上皮または腺系いずれの由来に起因するものか, その判別に難渋することが多い. 今回, 子宮頸部組織診で低分化癌と診断された進行子宮頸癌において, Virchow リンパ節穿刺吸引細胞診が組織型判別に有用であった症例を経験したのでここに報告する.

【症例】47歳女性, 2経妊2経産. 不正性器出血を主訴に当科を初診. 子宮頸部組織診を施行したところ, 散在性の核異型の強い悪性細胞が多数出現していたが, 壊死物質と出血像の背景が強く, 組織型判別困難な低分化癌と診断された. 触診上Virchow リンパ節腫大も認められたため, 同部位の穿刺細胞診を行ったところ, 腺異型の著しい重積性と核の偏在を伴った腺系由来の低分化な異型細胞像が少量の壊死物質のみで構成される背景の中に認められた. このことから子宮頸部腺癌IVB期(T3bN1M1)と診断し, 全身化学療法の方針とした. その後Virchow リンパ節転移も有意に縮小し化学療法Partial Responseを示したため, 局所治療として化学療法併用放射線療法(CCRT)を行った.

【まとめ】組織型によって優先される加療の手順が異なる場合も想定されるがん治療の術前評価法として, リンパ節穿刺吸引細胞診は壊死像を伴った背景を伴うことが少ないため, 異型細胞の形態学的特徴を簡便に把握することに有用である.

P-2-52 卵巣転移をきたした IA1 期子宮頸部腺癌の 1 例

がん研有明病院婦人科¹, がん研有明病院細胞診断部²

○山本阿紀子(MD)¹, 小松京子(CT)², 高橋顕雅(MD)¹, 宇佐美知香(MD)¹, 岡本三四郎(MD)¹, 近藤英司(MD)¹, 尾松公平(MD)¹, 金尾祐之(MD)¹, 馬屋原健司(MD)¹, 竹島信宏(MD)¹

【はじめに】子宮頸部腺癌 I 期での卵巣への転移は 1.8-4.0%とされているが, そのほとんどは IB 期の症例である。今回, 卵巣に転移をきたした子宮頸部腺癌 IA1 期の 1 例を経験したので報告する。

【症例】41 歳 2 経妊 2 経産 腹部膨満感にて近医を受診したところ大量の腹水と卵巣腫大を認めたため, 卵巣癌の疑いにて初診となった。腹水細胞診は陰性であったが, スクリーニング目的に施行した子宮頸部細胞診にて, 上皮内腺癌を推定する細胞を多数認め, 生検にて上皮内腺癌の診断となった。画像上は両側の卵巣に多房性腫瘍を認めたが子宮頸部には病変を指摘できなかった。以上より子宮頸部上皮内腺癌および卵巣腫瘍の診断で手術が施行された。最終病理にて子宮頸部微小浸潤腺癌, 両側卵巣転移と診断した。

【細胞所見】腹水細胞診: 多量の粘液中に少数の中皮細胞を認めるが腫瘍由来の細胞は確認できず頸部細胞診: 比較的きれいな背景に, 濃染核を有する高円柱状の異型細胞が, 腺構造を呈して大型集塊として出現する。核突出像がみられ上皮内腺癌を推定内膜細胞診: 頸部由来をうたがう異型腺細胞が少数認める。

【組織所見】子宮頸部に広範囲に上皮内腺癌を認め, ごく僅かに深さ 0.1 mm, 幅 0.1 mm の範囲で間質への浸潤が認められる。頸部の病変は連続性に子宮体部に上皮内病変として進展する。両側の卵巣腫瘍は, 粘液腺腫がほとんどを占めるが, 一部は異型が強く, 間質への浸潤像を認めており, 組織学的に子宮頸部からの転移性卵巣癌と診断した。

【まとめ】子宮体部を上皮内に進展し卵巣にも転移をきたした, まれな子宮頸部微小浸潤腺癌を経験した。術前に確定診断をつけることは困難であったが, 細胞診が方針決定に有用であった。

P-2-53 術前に子宮体癌が疑われた子宮頸部腺癌の 1 例

弘前大学医学部附属病院産婦人科¹, 弘前大学医学部附属病院病理部²

○重藤龍比古(MD)¹, 山内愛紗(MD)¹, 二神真行(MD)¹, 横山良仁(MD)¹, 渡邊 純(MD)², 刀禰亀代志(CT)², 小島啓子(CT)²

【はじめに】子宮頸部明細胞腺癌は子宮頸部に発生する腺癌の約 4%と比較的稀な疾患であり, その細胞診所見の報告は多くない。今回, 術前に子宮体部明細胞腺癌が疑われた子宮頸部明細胞腺癌 1 例を経験したので報告する。

【症例】64 歳, 0 経妊 0 経産。51 歳閉経。乳癌の既往歴あり, 術後約 2 年間 aromatase inhibitor を内服。性器出血を主訴に近医受診。子宮頸部は肉眼的に明らかな腫瘍形成はなく, 子宮筋腫と子宮留血腫を認めた。頸部細胞診で adenocarcinoma の診断となったが, この時点では組織型の推定までは至らなかった。内膜細胞診を試みたが頸管が狭くゾンデも通過しなかったため, 流出してきた血液を採取し組織診に提出したところ, 核小体明瞭な腫大した核と淡明な胞体を有する腫瘍細胞が papillary, solid, tubular に増生しているのが確認され, 明細胞腺癌の診断となった。内膜の明らかな肥厚は認められなかったが, 内腔が出血により拡大していたこともあり子宮体部明細胞腺癌の術前診断にて準広汎子宮全摘術, 両側付属器切除, 骨盤リンパ節郭清, 大網部分切除術を施行。摘出した子宮を確認すると, 腫瘍は頸部に存在していた。病理組織学的には, 腫瘍は抗賛成細胞質を有する N/C 比の高い腫瘍細胞が著しい乳頭状増殖を主体に, 嚢胞状, 腺管状に増生。hobnail pattern や collagenous stroma が目立ち, 術後診断は子宮頸部明細胞腺癌 pT1b1N0M0 となった。現在術後 13ヶ月経過しているが, 再発徴候なく経過している。

【まとめ】術前の出血中の組織片での病理診で明細胞腺癌の診断となり, 子宮体癌が疑われた 1 例を経験した。稀な疾患ではあるが, 頸部原発の明細胞腺癌を念頭に置いた術前検索も必要であると思われた。

P-2-54 平滑筋肉腫として再発した子宮頸部原発の悪性度不明な平滑筋肉腫 (STUMP) の一例

札幌医科大学産婦人科

○寺本瑞絵(MD), 田中綾一(MD), 今 沙織(MD), 西澤庸子(MD), 竹浪奈穂子(MD), 鈴木美和(MD), 高橋 円(MD), 郷久晴朗(MD), 岩崎雅宏(MD), 齋藤 豪(MD)

【緒言】悪性度不明な平滑筋腫瘍 (Smooth muscle tumor of uncertain malignant potential; STUMP) は, 頻度が少なく臨床経過や予後も様々である。今回我々は STUMP 核出後, 術後 10 か月で平滑筋肉腫として再発した一例を経験したので報告する。

【症例】30代, 女性。前医にて子宮頸部後壁より突出する 12 cm 大の腫瘤認め, 腫瘍核出術施行。病理検査で STUMP との診断であり, 外来経過観察中, 術後 10 か月で再発が疑われ, 精査加療目的に当科紹介受診。

【前医手術標本組織所見】円形核～紡錘形核を有する腫瘍細胞が, 粘液硝子基質を背景に網状に増殖。明らかな凝固壊死は認めず。核淡明化, 核小体明瞭化を認める。細胞異型は中程度で, 核分裂像数 2/10HPF。Ki-67 標識率 1%未満であり, STUMP の診断。

【治療方針】子宮頸部後壁右側に 9 cm 大の腫瘤を認め, STUMP もしくは肉腫再発が疑われ腹式子宮全摘出術+両側付属器摘出術を施行。

【腫瘍捺印細胞診所見】出血性背景に, 軽度クロマチン増量, 核小体が目立ち核の大小不同と核形不整を示す異型細胞を小集塊状～散在性に認める。疑陽性。

【手術標本組織所見】子宮頸部筋層と連続する白色～灰白色の腫瘤。核小体明瞭な卵円形～類円形核と好酸性胞体を示す上皮様, 菱形, 紡錘形細胞が策状, 束状, 網状, 充実性に浮腫性背景や硝子線維性組織を介在させて増殖。核分裂像は 4/10HPF。腫瘍壊死は認めず。Ki-67 標識率 12%, ALB 染色で豊富な粘液性基質を認める。腫瘍壊死や高度の異型はないものの核異型を示し, 核分裂像や Ki-67 標識率より増殖能の増加が示唆され, 粘液型平滑筋肉腫と診断。

【治療経過】術後経過は順調であり, 術後 GD (gemcitabine/docetaxel) 療法施行中である。

P-2-55 子宮頸部原発腺様嚢胞癌の一例

湘南鎌倉総合病院病理診断部¹⁾, 湘南鎌倉総合病院産婦人科²⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座³⁾

○小保方和彦(CT)¹⁾, 程島 就(CT)¹⁾, 手島伸一(MD)¹⁾, 井上裕美(MD)²⁾, 清川貴子(MD)³⁾

【はじめに】子宮に発生する腺様嚢胞癌はきわめて稀である。今回我々は子宮頸部原発腺様嚢胞癌を経験したので報告する。

【症例】70代女性。帯下量が増加したため前医を受診し, 子宮頸部細胞診で腺癌と診断され, 当院紹介受診された。CTやMRIで子宮頸癌の診断のもとに, 広汎子宮全摘出術+両側付属器切除術が施行された。生検はなされなかった。

【細胞所見】前医での頸部擦過標本を借用して再検した。出血性背景に, 重積性あるいは孤立性に, 小型でN/C比の高い腫瘍細胞が出現していた。核は円形から類円形で軽度の大小不同がみられ, クロマチンは細顆粒状から粗顆粒状で核小体は不明瞭であった。ライトグリーンに淡染色される粘液様成分を腺細胞が取り囲み, 嚢胞状構造や篩状構造などを呈する腺様嚢胞癌に特徴的な像が多数みられた。

【組織所見】子宮頸部に全周性に 40x40 mm 大の隆起性病変が認められた。基底細胞様腫瘍細胞が胞巣状に浸潤増殖する像がみられる。腫瘍細胞はN/C比が高く, クロマチンの増量や異型をみるが, 多形成はみられない。扁平上皮に分化を示す部分のごく一部にのみみられた。腫瘍細胞が基底膜様物質を取り囲んで配列する像が広くみられ腺様嚢胞癌と診断される。

【まとめ】腺様嚢胞癌は, 腺癌や扁平上皮癌を伴うことが多く, 純粋な型は少ないとされているが, 本例は細胞学的に典型的な像を示していた。本症例では粘液成分を取り囲む細胞は比較的低異型度の腫瘍であったため, 構造異型をとらえることが診断に重要であると考えられた。

P-2-56 子宮頸部細胞診から推定し得た子宮頸部悪性リンパ腫の2例

東北大学病院産婦人科¹⁾, 東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野²⁾, 東北大学病院臨床研究推進センター³⁾

○田中創太(MD)¹⁾, 岡本 聡(CT)¹⁾, 海法道子(MD)¹⁾, 徳永英樹(MD)¹⁾, 宇都宮裕貴(MD)¹⁾, 高野忠夫(MD)¹⁾, 新倉 仁(MD)¹⁾, 伊藤 潔(MD)²⁾, 渡部 洋(MD)³⁾, 八重樫伸生(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部悪性リンパ腫は非常に稀な疾患である。非上皮性腫瘍であり、子宮頸部細胞診での発見は難しいとの報告がある。今回我々は組織診での診断に苦慮するも細胞診で子宮頸部悪性リンパ腫を推定し得た2例を経験した。

【症例】症例1は39歳, 0妊0産。症例2は82歳, 3妊3産。共に子宮頸部腫瘍を認め加療目的で当科紹介となった。初診時, 症例1は病変が子宮限局, 症例2は全身にリンパ節腫大を認めた。コルポ診では2例とも子宮腔部表面は平滑で全体が腫大していたが, 有意なコルポ所見は認めなかった。血清LDH値はそれぞれ154 IU/L, 435 IU/Lだった。可溶性IL-2受容体値はそれぞれ721 U/mL, 8230 U/mLと高値だった

【細胞診所見】症例1の背景はきれいで上皮性細胞が多数出現する中に異型細胞が所々集簇していた。核は小型リンパ球の2~3倍とやや大きく, 核濃染や小型核小体を1~数個認めた。症例2は血清背景で上皮性細胞を殆ど含まず, 結合性を欠いた小型異型細胞を孤立散在性に認めた。核は小型リンパ球よりやや大きく, 1~4個の著明な核小体や核分裂像を認めた。lymphoglandular bodyは両症例に観察された。共に悪性リンパ腫を考えた。

【組織診所見】初回生検: 両症例共に間質内に小型で円形のN/C比が高く, 一部に細胞間の結合性が乏しい異型細胞や核線を認めた。診断はいずれも小細胞癌と悪性リンパ腫を疑った。再生検: 2例ともREAD system[®]でDiffuse large B-cell lymphoma(DLBCL)と診断された。

【まとめ】細胞像の異なったDLBCLを経験した。今回のように生検組織のHE標本では迅速に診断を確定出来ない場合があるので, 悪性リンパ腫の細胞像を熟知することは重要である。

P-2-57 子宮内膜細胞診を契機に発見できた胃原発の印環細胞癌の一例

倉敷成人病センター病理診断科¹⁾, 岡山大学病院病理診断科²⁾, 広島市民病院病理診断科³⁾

○高田由貴(CT)¹⁾, 石原真理子(CT)¹⁾, 蔵重 亮(CT)¹⁾, 小淵喜枝(CT)¹⁾, 瀬島雅子(CT)¹⁾, 林佳代子(CT)¹⁾, 安原聖子(CT)¹⁾, 國友忠義(MD)¹⁾, 大森昌子(MD)²⁾, 市村浩一(MD)³⁾

【はじめに】今回, 子宮内膜細胞診が契機となり, 胃原発の印環細胞癌を発見することができた症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。健診にて, 腹部超音波で右卵巢腫瘍を指摘され当院受診となった。MRIにて右卵巢線維腫が疑われ, 同時に行われた内膜細胞診では, 印環細胞癌を示唆する所見がみられた。原発巣検索のため, 上部内視鏡検査が施行されたところ, 胃体部に浅い潰瘍性病変が多発していた。生検の結果Group5と診断された。全身検索の結果, 他に原発巣となり得る病変は認められなかった。

【細胞診所見】子宮内膜細胞診では, 炎症性背景に孤立散在性で小型の腫瘍細胞が少数認められた。N/C比はやや大でクロマチンは細顆粒状に増量していた。また核は細胞質内の粘液により一側に圧排されており, 粘液はPAS染色およびアルシアンブルー染色で陽性を示した。

【生検の組織所見】胃体部及び胃小弯からの生検では, 粘膜内印環細胞癌を含む低分化腺癌が存在した。PAS染色とアルシアンブルー染色を行ったところ, どちらも陽性を示した。免疫染色では, CK7, MUC1, GCDFP-15陽性, CK20, MUC2, MUC5AC, MUC6, mammaglobin, ER, PgR陰性であった。

【まとめ】臨床情報が少ない状況で, 子宮内膜細胞診にて胃原発の印環細胞癌を発見することができた貴重な症例であった。子宮内膜細胞診において印環細胞が出現した場合には, 胃をはじめ他臓器からの転移を視野に入れ報告および検索する必要があると考えられる。また, 内膜の構造異型にばかり着目すると, 印環細胞などの小型細胞を見落とす危険性があるので慎重にスクリーニングを行うことが重要であると思われる。

P-2-58 臨床症状からPSTTを疑い、術後に絨毛癌であった一例

川崎市立多摩病院産婦人科¹⁾, 川崎市立多摩病院病理²⁾, 聖マリアンナ医科大学病院産婦人科³⁾

○大熊克彰(MD)¹⁾, 黄 志芳(MD)¹⁾, 佐藤 佑(MD)¹⁾, 朱 丞華(MD)¹⁾, 杉下陽堂(MD)¹⁾, 小池淳樹(MD)²⁾, 鈴木 直(MD)³⁾

【症例】32歳, 1経妊1経産, 主訴は産褥9か月での大量性器出血で既往歴や家族歴なし. 他院にて妊娠40週0日に自然経膣分娩にて3124g, 49.5cmの男児を分娩. 胎盤に形態学的異常なく, 分娩時出血も約800mlであった. 分娩後の経過は良好で退院時, 1か月健診時共に異常は認めなかった. 産褥4-5か月頃から断続的に性器出血を認めたために近医を受診したが特に異常は指摘されなかった. 今回産褥9か月目で大量性器出血を認めたために当院へ救急搬送となった. 経膣超音波検査では子宮内膜は30mmと肥厚していた. 骨盤MRIでは子宮内腔から筋層左側にかけて連続性の腫瘍性病変を認め, 血流も豊富でjunctional zoneも不明瞭であった. 胎盤ポリプやPSTTが疑われた. 血中hCGは27.0mIU/mlであり, 頭部MRIや上下腹部CTでは遠隔転移は認めなかった. 臨床経過からPSTTを強く疑い, また絨毛癌診断スコアは5点以上になるため臨床的絨毛癌と診断されるため十分なインフォームドコンセントを行い, IVR後に子宮全摘術を施行した. 腹水細胞診は陰性, 術後腫瘍の捺印細胞診では単球, 多核を伴うトロホプラスト細胞を認めPSTTが疑われが病理診断は形態学的に合体性栄養膜細胞様の高度異型細胞が含まれること, 免疫組織化学染色で汎サイトケラチン陽性, 大部分がhCG陽性細胞で構成されてきた腫瘍胞巣が見られることから子宮絨毛癌と診断した. 術後血中hCGは陰性化し, 経過は順調で遠隔転移も認められない.

P-2-59 子宮内膜細胞診が有用であった Placental site trophoblastic tumor (PSTT) の1例

富山県健康増進センター¹⁾, 富山赤十字病院病理診断科²⁾, さたけ産婦人科³⁾, 富山県立中央病院臨床検査部検査科⁴⁾, 富山県立中央病院病理診断科⁵⁾

○谷口直美(CT)¹⁾, 早川麻衣(CT)¹⁾, 練合 博(CT)¹⁾, 柴田昌美(CT)¹⁾, 高林真澄(CT)¹⁾, 前田宜延(MD)²⁾, 佐竹紳一郎(MD)³⁾, 宮本藤之(CT)⁴⁾, 中西ゆう子(MD)⁵⁾, 石澤 伸(MD)⁵⁾

【はじめに】胎盤部トロホプラスト腫瘍(以下PSTT)は, 30歳前後で発症し, 着床部の中間型栄養膜細胞由来の腫瘍細胞の増殖により, 子宮に腫瘍を形成する絨毛性疾患である. また, 一部悪性経過をとる腫瘍であり, 発生頻度は絨毛性疾患の0.23~3%で極めてまれな疾患である. 今回, 我々は子宮内膜細胞診が有用であったPSTTの1例を経験したので報告する.

【症例】30歳代女性, 3経妊2経産. 正常分娩後10か月経った頃, 不正性器出血があり近医を受診. 超音波検査上, 腫瘍を指摘され, 加療目的で基幹病院に紹介となった.

【細胞所見】比較的きれいな背景に, ライトグリーン好性でやや厚い胞体を有した単核~多核の異型細胞が, 孤在性~小集塊に出現していた. 核クロマチンは細顆粒状~顆粒状に増量し, 核形は類円形~多角形, 核小体も目立っていた. 以上の所見から中間型栄養膜細胞由来の異型細胞が疑われた.

【組織所見】体部後壁筋層内に35×27×30mm大の境界不明瞭な腫瘍が認められた. 明らかな絨毛構造はなく, 淡い好酸性~淡明な胞体を有する中~大型の中間型栄養膜細胞が, 孤在性あるいは不整なシート状構造をなして浸潤性に増殖していた. 核分裂像は3個/10HPFであった. 免疫染色ではCKAE1/3, hPL, hCG, CD146は陽性, p63, PLAPは陰性であった.

【まとめ】子宮内膜細胞診が有用であったPSTTの1例を経験したので報告した. 本症例の大部分は産後2年以内に発症する. 子宮内膜細胞診に異型を帯びた栄養膜細胞が見られた場合, 絨毛癌や過大着床部などが鑑別の対象となる. 背景の脱落膜細胞や壊死物質の有無, 核分裂像の出現数, 異型の程度等により鑑別が可能と考えられた.

P-2-60 内膜細胞診が術前診断に有用であった卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例

姫路赤十字病院検査技術部形態検査課病理¹⁾, 姫路赤十字病院病理診断科²⁾

○永谷たみ(CT)¹⁾, 廣尾嘉樹(CT)¹⁾, 井上 瞳(CT)¹⁾, 春名勝也(CT)¹⁾, 山本繁秀(CT)¹⁾, 堀田真智子(MD)²⁾, 和仁洋治(MD)²⁾

【はじめに】内膜細胞診で、卵巣癌、大腸癌、乳癌など転移性腫瘍細胞を認めることがある。特に卵巣由来の漿液性腫瘍が多いが、漿液性境界悪性腫瘍(SBT)は漿液性腺癌(SAC)に比べ頻度が低い。今回我々は、内膜細胞診がSBT 同定の端緒となった一例を報告する。

【症例】30歳代女性。主訴、腹痛。超音波にて内膜肥厚と卵巣腫大を認め、子宮頸部及び内膜細胞診施行。後者に漿液性腫瘍を疑う細胞を認めた。内膜吸引組織診を含めた精査の後、子宮及び両側付属器切除術が施行された。

【細胞像】内膜細胞診では、背景に壊死はなく、正常内膜細胞集塊とともに、重積性の強い不整乳頭状集塊が砂粒体を伴って多数出現していた。腫瘍細胞の核は、不整を伴った円形から楕円形で、軽度肥大、濃染し、小型の核小体を有していた。卵巣あるいは内膜由来のSACと考えた。標本中の組織片をセルブロックとした標本では、内膜組織片辺縁、間質内に付着して小集塊が少数認められ、砂粒体を伴うものもみられた。免疫染色では、WT-1, P53ともに弱陽性所見を呈していた。

【生検組織像】増殖期の内膜で、腺管密度の増加はなく、腺上皮の細胞異型も乏しい。腫瘍細胞は認められなかった。

【手術材料組織診断】腹膜のインプランテーションを伴う両側卵巣SBT(StageIIIc)

【まとめ】本症例のように、卵巣腫瘍と内膜肥厚があり、穿刺可能な腹水がない場合、術前に施行される子宮頸部あるいは内膜細胞診は転移性腫瘍同定のきっかけとなり得る。本症例の手術検体では、内膜病変は同定されず、内膜細胞診で見られた腫瘍細胞は、卵巣から経卵管的に内膜への流入となったものと推測され、術前診断では細胞診の方が有用であった。

P-2-61 子宮内膜細胞診を契機に診断に至ったALK陽性未分化大細胞型リンパ腫の一例

済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 済生会福岡総合病院産婦人科²⁾

○東 悠介(CT)¹⁾, 佐藤真介(CT)¹⁾, 宮崎浩子(CT)¹⁾, 佐藤瑞恵(CT)¹⁾, 丸山智義(MD)²⁾, 坂井邦裕(MD)²⁾, 中島明彦(MD)¹⁾, 加藤誠也(MD)¹⁾

【はじめに】ALK陽性未分化大細胞型リンパ腫(ALK-positive ALCL)は末梢性T細胞リンパ腫に分類されリンパ節や節外臓器に病変を形成するが、婦人科領域の細胞診に見ることは稀である。

【症例】30歳代後半の女性。左鼠径部腫脹に対し抗生剤投与するも改善に乏しく、不正性器出血も認め骨盤部CTを施行。子宮体癌疑いで頸部、内膜細胞診、生検を施行した。細胞診Class V, 生検でも悪性と判断され腹式子宮全摘+両側付属器切除+大網生検+左鼠径リンパ節摘出術が施行された。

【細胞所見】血液成分を背景に多数の大型異型細胞が孤立散在性ないし集簇して出現。豊富で淡い細胞質に類円形核や切れ込み、くびれを有する核も散見された。核クロマチンは顆粒状~粗顆粒状で明瞭な核小体が1~数個確認された。結合性に乏しくlymphoma等の非上皮性悪性腫瘍が示唆された。

【組織所見】内膜間質を置換し大型類円形の異型細胞がびまん性に増殖。免疫染色ではLCA(+), CD3(-), CD20(-), CD30(+), EMA(+/-), ALK(+), またATLA陰性でありALK陽性ALCLと診断した。子宮頸部、両側付属器、大網に病変を認め、更にCTで肺、肝、腎、乳腺と骨盤内、傍大動脈等のリンパ節に腫瘍の波及が疑われた。

【考察】ALCLは非ホジキンリンパ腫の1.5%程度であるがALK陽性例は若年者では代表的な悪性腫瘍の一つとされる。早期より広範な腫瘍進展を示すが、治療反応性は良好で5年生存率は90%とされ診断的意義は高い。子宮の細胞診検体にも原発性、二次性のリンパ腫を見ることがあり診断契機として重要と考えられた。

P-2-62 子宮体部 diffuse large B-cell lymphoma の1例

滋賀医科大学医学部母子女性診療科¹⁾, 滋賀医科大学医学部地域周産期医療学講座²⁾, 滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座病理診断科³⁾

○西村宙起(MD)¹⁾, 脇ノ上史朗(MD)¹⁾,
籠谷亜希子(CT)³⁾, 信田侑里(MD)¹⁾, 天野 創(MD)¹⁾,
郭 翔志(MD)¹⁾, 中川哲也(MD)¹⁾, 高橋健太郎(MD)²⁾

【症例】55歳女性。下腹部痛、歩行困難を主訴に当科受診。CTおよびMRIにて子宮体部腫瘍と左鎖骨上窩から縦隔、傍大動脈にかけてリンパ節腫大を認めた。内診が困難な症例であり子宮頸部および体部の細胞診が施行できず、左鎖骨上窩から吸引細胞診および組織診を行った。

【細胞所見】背景に赤血球、マクロファージ、リンパ球がみられる中、多数の異型細胞が孤立散在性に認められた。N/C比は高く裸核状細胞も認め、核形は不整、クロマチンは顆粒状、好酸性の小型核小体が複数個みられ、small round cell tumorで悪性リンパ腫が疑われた。

【組織所見】N/C比が高く胞体の乏しい大型の類円形細胞がびまん性に増生し、免疫染色においてCD20が陽性、CD3、CD4、CD8、bcl2、bcl6は陰性であり、diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)と診断した。

【経過】子宮体部のDLBCL、stageIV BとしてR-CHP (Rituximab, Cyclophosphamide, Doxorubicin, Prednisolone)療法を施行した。子宮腫瘍およびリンパ節腫大は著明に縮小し完全寛解となったが、その後髄膜浸潤を認め永眠された。

【考察】初診時のリンパ節腫大の部位および子宮以外の他臓器には異常を認めなかったことより、本症例は続発性ではなく原発性の子宮体部悪性リンパ腫と考えられた。画像診断上、子宮体部間葉性腫瘍との鑑別がしばしば困難であり細胞診、組織診が重要である。細胞診にて孤立性に円形細胞が出現しているときはリンパ腫も鑑別にあげる必要性があり、簡便に行える細胞診は有用と思われる。

P-2-63 腔原発悪性黒色腫の2例

長崎大学病院産科婦人科学¹⁾, 長崎みなとメディカルセンター市民病院産科・婦人科²⁾, 長崎みなとメディカルセンター市民病院病理診断科³⁾, 諫早総合病院病理診断科⁴⁾, 日本赤十字社長崎原爆病院病理診断科⁵⁾

○金村さやか(MD)¹⁾, 金内優典(MD)¹⁾, 小寺宏平(MD)²⁾,
入江準二(MD)³⁾, 岸川正大(MD)⁴⁾, 中島正洋(MD)⁴⁾,
重松和人(MD)⁵⁾, 中島久良(MD)²⁾, 増崎英明(MD)¹⁾

【はじめに】腔悪性黒色腫は、腔悪性腫瘍の3%と言われる稀な腫瘍である。今回我々は、擦過細胞診で推定診断に至った腔悪性黒色腫の1例と、扁平上皮系腫瘍との鑑別に苦慮した無色素性腔悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

【症例1】67歳女性。2経妊2経産。左外陰と腔粘膜に黒褐色で易出血性の腫瘤を認めた。広汎外陰切除+腔壁切除+両側鼠径リンパ節郭清術を施行した。

【症例1 細胞所見】背景に黒褐色顆粒を散見し、一面に異型細胞を認めた。核は細長く馬蹄形で、結合性は明らかではなかった。核異型が強く、一部に明瞭な核小体を認め、悪性黒色腫と推定診断した。

【症例1 組織学的所見】メラニン顆粒を有し核小体が明瞭な、異型細胞からなる浸潤性腔悪性黒色腫の所見であった。外陰の皮膚病変は上皮内悪性黒色腫であった。

【症例2】65歳女性。0経妊0経産。腔粘膜に易出血性の隆起性の腫瘤を認めた。

【症例2 細胞所見】出血性の背景のなかに、少数の中層～表層扁平上皮細胞とともに、核の腫大や不整が目立ちクロマチンの増量した、異形成を考える細胞をシート状や孤在性、裸核で多数認め、HSILと診断した。

【症例2 組織学的所見】類円形から短紡錘形の核分裂像が目立つ異型細胞の増生を認める。AE1/AE3、CK5/6、p16は陰性であった。メラニン色素は確認できなかったが、免疫組織化学でmelanAおよびHMB-45陽性であり、悪性黒色腫と診断した。

【まとめ】メラニン顆粒やApitz小体を有する悪性黒色腫の診断は比較的容易だが、無色素性の場合、悪性リンパ腫や低分化な上皮性悪性腫瘍との鑑別が必要である。診断には免疫組織化学が有用である。

P-2-64 臍細胞診が診断の契機となった重症子宮内膜症の1例

郡上市民病院臨床検査部¹⁾, 岐阜市民病院²⁾, 郡上市民病院産婦人科³⁾

○畑中佑惟(MT)¹⁾, 森 栄(CT)¹⁾, 山口吉夫(CT)¹⁾, 田中卓二(MD)²⁾, 丹羽憲司(MD)³⁾

今回、臍細胞診を契機として診断し、内視鏡治療後妊娠した重症子宮内膜症の1例を経験したので報告する。

【症例】27歳, 女性, G0P0. 月経困難症にて当院受診。クスコ診にて後膣門蓋部に径約2mmの発赤を2カ所認め、子宮頸部および臍細胞診施行。判定はともに陰性であったが、臍細胞診から稀少部位子宮内膜症を示唆する所見を認めた。経膣超音波検査にて左卵巣に径3.7cmのチョコレート嚢胞を認めたが、治療を希望されなかったため、経過観察となった。初診から4ヶ月後チョコレート嚢胞の増大傾向(径約5cm)が認められ、性交時痛も増強したため、内視鏡下治療の方針となった。初診から6ヶ月後、腹腔鏡下に閉塞したダグラス窩解放、左卵巣子宮内膜症性嚢胞核出、右卵巣子宮内膜症性嚢胞蒸散し、仙骨子宮靱帯は部分切除し、ダグラス窩から膣壁を切開、内視鏡直視下、臍子宮内膜症を含む膣壁を切除後、縫合した。通色素試験にて、右側通過、左側閉塞を確認し、手術終了。術後1ヶ月後にダグラス窩閉塞確認。術後3ヶ月後で妊娠許可し、自然妊娠成立。経膣分娩の予定であったが36週にて前期破水、臍帯圧迫性徐脈頻発したため、帝王切開にて児娩出した。骨盤腔内は内膜症の再燃所見を認めなかった。

【細胞所見】臍細胞診において形態的に子宮内膜症を示唆する細胞集塊を認め、免疫細胞染色にて内膜症様腺細胞はCK7(+)であった。

【組織所見】卵巣嚢胞、膣壁に間質を伴う、子宮内膜症所見を認め、腺細胞はCK7(+), CK20(-), 間質細胞はCK10(+/-)であった。

【結語】今回、臍細胞診を契機として重症子宮内膜症と診断し、内視鏡下治療後自然妊娠が成立し、生児を得た1例を報告した。

P-2-65 外陰部原発粘液性腺癌の1例

慶應義塾大学病院病理診断部¹⁾, 慶應義塾大学病院産婦人科²⁾

○小野彩夏(CT)¹⁾, 照井仁美(CT)¹⁾, 森田久美(CT)¹⁾, 長島義男(CT)¹⁾, 篠崎千鶴子(CT)¹⁾, 佐々木文(MD)¹⁾, 鈴木 淳(MD)²⁾, 冨永英一郎(MD)²⁾, 青木大輔(MD)²⁾, 亀山香織(MD)¹⁾

【はじめに】外陰癌は非常にまれな悪性腫瘍で女性生殖器原発癌の3~5%を占める。その中でも扁平上皮癌が86.2%であるのに対し、腺癌の割合は0.6%とごくわずかである。今回我々は外陰部原発と思われる腺癌を経験したので、細胞病理像を中心に報告する。

【症例】70代女性 閉経52歳。胃粘膜下腫瘍、胆嚢炎により胃の部分切除、胆嚢全摘術の既往がある。今回、膣の入口部に10mm大の腫瘤を自覚し、帯下とともに出血を認めるようになり、近医を受診した。生検にて膣腫瘍の疑いと指摘され、精査加療目的で当院受診となった。膣、頸部、体部細胞診を施行し、膣と頸部に腺癌を疑う細胞を認めた。生検では腺癌と診断した。外陰原発と考え広汎外陰部切除、両側鼠径リンパ節郭清術を施行した。

【細胞所見】膣、頸部では小型球状~大型不規則重積の異型腺細胞集塊を認めた。細胞は高円柱状で核クロマチンは増量し微細~細顆粒状、腫大した核小体を認めた。外陰部では粘液を有する高円柱状の異型腺細胞が重積集塊~散在性に多数認められ、粘液性腺癌を疑う所見であった。

【組織診所見】25X18mm大の隆起性病変を認め、表面は顆粒状であった。濃染・腫大核を有する高円柱状の異型細胞が細長い間質を軸として乳頭状に増生しており、粘液を有する細胞もみられ、粘液性腺癌と診断した。尿管侵襲、リンパ節転移は認めなかった。免疫染色ではCK20, CDX2, p16が陽性であった。

【まとめ】外陰部原発粘液性腺癌の1例を経験した。外陰における腺癌の発生は非常にまれであり、一般にバルトリン腺からの発生が多いと言われている。本例はバルトリン腺からも離れており、消化管の精査でも異常が認められず由来となる組織は不明であった。

P-2-66 術前に腹水細胞診で組織型を予測しえた yolk sac tumor の2例

弘前大学医学部附属病院産婦人科¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学医学部保健学科³⁾

○山内愛紗(MD)¹⁾, 二神真行(MD)¹⁾, 重藤龍比古(MD)¹⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 刀稱亀代志(CT)²⁾, 渡邊 純(MD)³⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾

【はじめに】卵黄嚢腫瘍は若年者に多くみられ, 胚細胞腫瘍の中では予後不良である。多量の腹水を認め, 進行が非常に早い症例も経験する。一期的手術が困難な場合, 試験開腹の上すみやかに抗がん剤治療を行う必要がある。全身状態が悪い症例では簡便かつ負担の少ない診断がのぞまれる。我々は, 術前腹水細胞診で yolk sac tumor (YST) を強く疑いえた2症例を経験した。

【症例】1. 45歳女性。腹部膨満感を主訴に前医初診。骨盤MRI検査で直径7cmの左卵巣腫瘍, 多量腹水, 腹膜播種を認めた。血清AFP値は25,194 ng/mlで, 腹水細胞診でYSTを強く疑い, 試験開腹を行い診断確定した。

2. 26歳女性。腹部膨満感を主訴に前医受診。骨盤MRI検査で両側卵巣腫瘍, 多量腹水, 腹膜播種を認めた。血清AFP値は45,671 ng/mlで, 腹水細胞診でYSTを強く疑い, 試験開腹を行い診断確定した。1,2いずれでもBEP療法後に腫瘍減量術を施行, 術後化学療法を継続した。

【症例1,2の腹水細胞診所見】1,2ともに共通した細胞所見であった。核腫大, 高N/C比, 核形不整, 核の大小不同, 核クロマチン増量, 核小体腫大を示し, 淡く広い胞体を有する異型細胞を小集塊状に認めた。免疫染色でCA125陰性, AFP陽性。

【組織所見】1. 類円形の大型異型核を有する腫瘍細胞が類洞様に微小嚢胞状, 乳頭状など多彩なパターンを混在し増殖。Schiller-Duval小体も認めた。2. vesicularな大型核, 腫大核小体を有する腫瘍細胞が, 内胚葉洞様, 微小嚢胞状, 網状など多彩なパターンを呈し増殖。

【考察】試験開腹前の腹水細胞診でYSTを予測できた。診断精度を上げれば試験開腹を省略して治療を開始できる可能性が示唆される。

P-2-67 再発を繰り返した腹膜悪性中皮腫の腹水細胞診細胞像の経時的変化

東京慈恵会医科大学付属第三病院産婦人科

○野口大斗(MD), 井上桃子(MD), 大和田彬子(MD), 白石絵莉子(MD), 竹中将貴(MD), 飯倉絵理(MD), 黒田 浩(MD), 田中邦治(MD), 磯西成治(MD), 岡本愛光(MD)

腹膜悪性中皮腫は, 極めて稀であり, 5年生存率は19.4%と長期予後は不良な疾患である。今回我々は, 積極的な外科的治療と化学療法の組み合わせによって長期生存が得られた症例の経時的腹水細胞像を報告する。症例は29歳1経妊1経産, 実父にアスベスト関連の職歴あり。左下腹部痛を主訴に当院受診。CA125 63 U/ml, IAP 731 μ g/ml, 腹部MRIにて腫瘍内に隔壁, DWI高信号を呈する充実成分を伴う嚢胞状腫瘍を認め, 腹膜癌疑いにて手術施行した。腫瘍は大網を中心に右卵巣, 腹壁に散在, 右卵巣部分切除術, 大網切除術, 腫瘍摘出術を施行し肉眼的完全摘出を施行した。摘出検体の病理にて, 卵円形核~短紡錘形核と弱好酸性胞体を有する多角形~短紡錘形腫瘍細胞のびまん性増殖を認め, 免疫染色にてCalretinin(+), D2-40(+), WT-1(+), HBME-1(+), EMA(+), Cytokeratin(+), CA5.2(+), であり, 診断はびまん性上皮様腹膜悪性中皮腫 stageIIICであった。腹水細胞診では悪性中皮腫の存在が疑われ ClassIIIであった。後療法としてDC療法2コース, CAP療法4コース施行したが, 初回手術から2年後再発を認め再手術(内性器全摘術, 腹膜腫瘍摘出術)施行, 腹水は反応性中皮の疑いであった。術後CAP療法を6コース施行した。化学療法終了後より6年後, CTにて4ヶ所の孤立散在性の腹腔内再発を認めこれらに対して完全腫瘍摘出術を施行した。病理診断は前回同様腹膜悪性中皮腫であった。腹水細胞診, 腹水セルブロック法では悪性中皮腫は認めなかった。現在後療法としてGC療法を施行中である。

P-2-68 ダグラス窩に微小転移を認めた卵巣境界悪性表在性乳頭状腫瘍の1例

豊見城中央病院産婦人科¹⁾, 豊見城中央病院病理診断科²⁾

○前濱俊之(MD)¹⁾, 安座間誠(MD)¹⁾, 上地秀昭(MD)¹⁾,
呉地 剛(CT)²⁾, 矢部香織(CT)²⁾, 照屋敦子(CT)²⁾,
伊禮 彩(CT)²⁾, 宮里碧沙(CT)²⁾, 喜友名正也(MD)²⁾

表在性乳頭状腫瘍は卵巣表層から外方性の乳頭状増殖をきたす腫瘍で、漿液性腫瘍において特徴的である。小さな乳頭状の病変は良性の場合もあるが、概ね境界悪性か悪性腫瘍であることが多い。今回、我々はダグラス窩に微小転移を認めた卵巣境界悪性表在性乳頭状腫瘍の1例を報告する。症例は44歳、3経妊3経産。婦人科検診において、充実性の卵巣腫瘍を指摘され当科紹介となった。当院の経膈超音波検査で長径7cmの充実性の右卵巣腫瘍を認め、辺縁はirregularであった。MRI検査では大部分が充実性で造影効果を示した。手術所見において腹水は淡黄色で少量であった。右卵巣腫瘍は乳頭状の充実部分が外方に発育、露出した形態であった。ダグラス窩には微小な転移が3か所認められた。迅速病理は漿液性境界悪性腫瘍であった。子宮および両側付属器摘出、リンパ節廓清、大網部分切除、ダグラス窩微小転移摘出を施行した。腹水細胞診は腫瘍細胞陽性であり、所見として異型細胞がシート状、重積性集塊でみられた。核形不整、一部クロマチン軽度増量、石灰化小体様構造物も見られたが、結合性保持、核相互の異型が弱い印象であった。永久標本の病理所見でも境界悪性腫瘍であり、手術進行期分類はIIcとなった。遺残病巣はなく、術後化学療法は施行せず、現在まで6か月間再発所見は認めない。

P-2-69 腹腔内に生じた上衣腫の1例

四国がんセンター婦人科¹⁾, 四国がんセンター病理科²⁾,
四国がんセンター臨床検査科³⁾

○山本弥寿子(MD)¹⁾, 楠本真也(MD)¹⁾, 大亀真一(MD)¹⁾,
白山裕子(MD)¹⁾, 竹原和宏(MD)¹⁾, 田中慎一(CT)³⁾,
佐藤正和(その他)³⁾, 西村理恵子(MD)³⁾,
寺本典弘(MD)²⁾, 野河孝充(MD)¹⁾

【はじめに】上衣腫は通常、中枢神経組織に発生する腫瘍である。今回、我々は、きわめて稀な腹腔内原発の上衣腫を経験したので報告する。

【症例】23歳女性。発熱、腹痛にて前医を受診したところ骨盤内腫瘍と腹腔内の血液貯留を認め、腹腔鏡手術を施行された。円靭帯付近から生じたと思われる結節性腫瘍を可及的に切除、病理組織学的に腺癌と診断され、腹膜癌の疑いで当院紹介受診した。当院での画像検査で骨盤内に複数の播種巣および肝下面の腫瘍を認め、残存腫瘍摘出を行った。

【組織所見】異型円柱ないし立方上皮で構成される血管を軸とした乳頭状構造や、充実性増殖が混在、また砂粒体も認められた。腫瘍細胞は多形性が少なく、核は比較的粗なクロマチンで小型から中等大、小さな核小体を有した。偽ロゼット構造も認められた。low gradeの漿液性腺癌、中皮腫、上衣腫が鑑別にあがったが、免疫染色でGFAP (glial fibrillary acidic protein)陽性であり上衣腫と診断した。Keratin7が大部分に陰性、p53陰性、WT-1陰性であり卵巣漿液性腺癌を否定、またCalretinin陰性で中皮腫を否定した。

【細胞診所見】腹水細胞診では球状集塊を多数認めた。明瞭な核異型や乳頭状集塊は認めず、悪性中皮腫や腺癌としての異型はないと考えた。個々の細胞に注目すると反応性中皮細胞との鑑別は困難であったが、集塊の形状は中皮の様ではなかった。免疫染色にてGFAP陽性、Calretinin陰性であり、上衣腫の腫瘍細胞が腹水中に出現していると思われた。

【考察】腹腔内に生じた上衣腫の細胞像の報告例は少ない。免疫組織学的検索を含め、その細胞像の詳細を報告する。

P-2-70 胸水細胞診で悪性中皮腫と鑑別困難であった腹膜原発癌の1例

兵庫医科大学病院病理科¹⁾, 兵庫医科大学病理学(分子病理部門)²⁾

○中村純子(CT)¹⁾, 織田みほ(CT)¹⁾, 岡村義弘(CT)¹⁾, 糸山雅子(CT)¹⁾, 榎本利香(CT)¹⁾, 鳥居良貴(CT)¹⁾, 羽尾裕之(MD)¹⁾, 塚本吉胤(MD)¹⁾, 廣田誠一(MD)¹⁾, 辻村 亨(MD)²⁾

【はじめに】腹膜原発癌は臨床的にも病理診断学的にも悪性中皮腫との鑑別が困難なことがある。今回、左胸水が出現し胸水細胞診で悪性中皮腫が疑われた腹膜原発癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 女性。3回経妊2回経産, 閉経58歳。左胸水が貯留し, 胸水細胞診が施行され悪性中皮腫が疑われた。また, CT検査で骨盤内腫瘍を認め, 腹膜生検より腺癌が考えられ, 大網および両側付属器摘出術が施行された。腫瘍マーカーはCA125とCA19-9が高値を示した。

【胸水細胞所見】リンパ球や組織球, 反応性中皮細胞を背景に, 結合性の強い乳頭状集塊を多数認めた。集塊を成す細胞はN/C比が大で, クロマチン増量を示す類円形核, 腫大核小体を認めた。大型核や多核細胞, 核分裂像もみられた。集塊からの核の飛び出しは目立たず, 辺縁には細胞質が保持されており, 悪性中皮腫細胞を疑った。しかし, 免疫染色ではcalretinin, D2-40が陰性, MOC-31, Ber-EP4, ERが陽性を示し, 腺癌と結論づけた。

【組織所見】左右の卵巣実質内には腫瘍は認めず, 卵管表層および大網, 骨盤腹膜に, 目立つ核小体と類円形で好酸性の胞体を有する腫瘍細胞が乳頭状, 一部で腺管形成性, 胞巣状を呈して浸潤・増殖していた。核分裂像が目立ち, 多形大型核や多核を示す腫瘍細胞もみられた。免疫染色の結果と併せ, 腹膜原発の漿液性腺癌と診断した。

【まとめ】近年, 腹膜原発癌は卵管采遠位端の早期病変である卵管上皮内癌を起源とする説が注目されている。その腫瘍発生に関する免疫染色パターンや細胞診における腹膜原発癌と悪性中皮腫との鑑別点について文献学的考察する。

P-2-71 5年無再発生存となった大網転移を伴う原発性腹膜癌

佐久市立国保浅間総合病院産婦人科¹⁾, 佐久市立国保浅間総合病院病理部²⁾, 佐久市立国保浅間総合病院検査科³⁾

○太田雄治郎(MD)¹⁾, 山ノ井一裕(MD)²⁾, 林 和樹(CT)³⁾, 篠原 恵(CT)³⁾, 井出景子(CT)³⁾, 井上博之(CT)³⁾

【はじめに】原発性腹膜癌は概念が確立されるにつれて治療法や臨床経過が明らかになってきている。腹腔内に広範な転移を認めたが, 各病巣は小さく, 化学療法により5年生存を果たした症例を経験したので症例を提示する。

【症例】67歳2回経産婦。閉経49歳。56歳で両側乳がんの既往がある。子宮内膜細胞診陽性, 子宮内膜組織診では漿液性嚢胞腺癌を疑ったために当科に紹介された。腫瘍マーカーはCEA:1.4 CA19-9:6.8 CA125:23.0と正常範囲。内診, 経膈エコーでは子宮と卵巣は正常大であった。

【細胞所見】初診時に子宮頸部, 体部細胞診で腺癌細胞の乳頭状の集塊を認め, 一部に砂粒小体が見られた。子宮内膜の肥厚が見られ内膜細胞にも核の腫大や配列の乱れが見られたが, 卵巣の漿液性腺癌を第一に考えて開腹術を施行した。

【開腹所見】両側卵巣は正常大, 子宮, 大網にも肉眼的に腫瘍塊を認めず, ダグラス窩に10x3mmの腫瘍を認めた。摘出物病理所見では子宮体部漿膜面, 右付属記漿膜面に播種巣が見られ, 大網には顕微鏡的な播種巣を認めた。しかし後腹膜リンパ節には転移を認めなかった。stage IIIa2と診断した。

【臨床経過】病巣が小さいために術後, PETを施行したが他にがんの病巣は認めなかった。術後化学療法として, パクリタキセル, カルボプラチンを合計6コース投与した。現在まで再発は無く5年経過した。

P-2-72 子宮頸部，内膜細胞診が診断の契機となった原発性卵管癌の1例

NTT 東日本札幌病院¹⁾，NTT 東日本札幌病院臨床検査科²⁾

○池田桂子(MD)¹⁾，小松健一郎(MT)¹⁾，中野有子(MD)²⁾，
本間則之(MT)²⁾，佐藤晶明(MD)²⁾，高桑康成(MD)²⁾，
西川 鑑(MD)¹⁾

原発性卵管癌は婦人科悪性腫瘍の中でもまれな疾患であるが，近年，卵管采遠位端の卵管上皮癌（TIC）が腹膜癌の起源であるという説が提唱され注目されている。今回我々は，定期子宮癌検診の細胞診異常を契機に精査し診断し得た原発性卵管癌を経験したので報告する。

【症例】60歳，2経妊2経産，55歳閉経，毎年子宮癌検診を受けていたが異常を指摘された事はなかったが，ある年に子宮頸部および内膜細胞診 class5（adenocarcinoma 疑い）のため，当院を紹介受診した。子宮内膜組織診，子宮鏡検査，MRI，CTにて，子宮，附属器には悪性を疑う腫瘍性病変は認めなかった。細胞診所見から卵管癌ないし腹膜癌と判定し，腹腔鏡手術を行った。術中に右側卵管采に局限した腫瘍性の病変を認め，卵管癌を疑い，子宮全摘+両側附属器摘出術+骨盤リンパ節サンプリングを行った。術後病理検査にて卵管癌と診断され，また外腸骨リンパ節転移陽性で3c期（pT1cN1M0）の診断となった。

【細胞所見】子宮頸部細胞診：核は大型で偏在性，明瞭な核小体をもつ異型細胞が球状集塊で出現していた。子宮体部細胞診：頸部と同様の大型の核が偏在し，核クロマチン増量，明瞭な核小体をもつ異型細胞が大小の集塊で多数出現していた。

【組織所見】右卵管は4.8×2cmと腫大しており，核異型を示し核分裂の目立つ立方状の腫瘍細胞が乳頭状～胞巣状に増殖している。免疫染色ではp53とWT-1が陽性であった。

【まとめ】早期に発見しえたと考えられた卵管癌であるが腫瘍は小さいにも関わらずリンパ節転移陽性であり，TICの悪性度の高さ，また腹膜癌の起源となることがかがわれた。

P-2-73 子宮内膜細胞診が発見の契機となった卵管上皮内癌の一例

朝日大学歯学部村上記念病院臨床検査部病理診断科¹⁾，東海細胞研究所²⁾，岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍病理³⁾，朝日大学歯学部村上記念病院婦人科⁴⁾，岐阜市民病院病理診断科・病理診断研究センター⁵⁾

○杉江茂幸(MD)¹⁾，坂本寛文(CT)²⁾，舟橋供爾子(CT)²⁾，
波多野裕一郎(MD)³⁾，富田弘之(MD)³⁾，
藤本次良(MD)⁴⁾，田中卓二(MD)^{1,5)}

原発性卵管癌は，婦人科悪性腫瘍の0.3～1%程度と極めて稀な疾患である。術前に正しく診断されることは少なく，他の疾患として開腹され，摘出物の病理診断で初めて判明することもある。今回，我々は，子宮内膜細胞診が端緒となって発見された卵管上皮内癌の1例を経験したので報告する。

【症例】56歳女性。当院人間ドックにて頸管ポリープが指摘され，当院婦人科受診。子宮体癌検診も合わせて希望されたため，内膜細胞診を施行。

【細胞所見】類円形から楕円核を有するN/C比の高い上皮異型細胞が小集塊性ないし散在性に見られた。細胞質は，ライトグリーン好染性で，時に細胞質内空胞を有し，核の異型，大小不同が目立ち，核のクロマチンは微細顆粒状でクロマチンが増加し，核小体が目立った。裸核も散見された。これらのことから内膜癌が強く疑われ，内膜生検を行うも悪性所見は得られなかった。本人同意のもと子宮全摘術施行した。

【肉眼所見】卵管に著変なく，子宮，卵巣とも委縮性で，筋層に子宮筋腫と思われる腫瘍を認めたが，それ以外に明らかな腫瘍の存在は認めなかった。

【組織所見】卵管は，右の峡部の一部に大小不同，核異型，核小体の肥大が目立つ，核分裂像も散見される上皮細胞の増殖が見られ，極性の乱れも認めた。浸潤はなく，上皮内癌を考え，免染を施行した。

【免疫染色所見】p53，p16，ER，WT-1は陽性，bcl-2は陰性であった。Ki-67陽性率は15%であった。以上から，Serous Tubal Intraepithelial Carcinomaと診断した。

【まとめ】細胞診所見からは，悪性が示唆されたが，内膜癌との鑑別は困難であった。卵管癌の早期から内膜細胞診での診断が可能であり，卵管癌発見に有用と考えられた。

P-2-74 子宮頸部細胞診を契機に発見された卵管癌の一例

松江市立病院産婦人科¹⁾, 松江市立病院病理部²⁾

○高橋正国(MD)¹⁾, 田代稚恵(MD)¹⁾, 入江 隆(MD)¹⁾,
吉田 学(MD)²⁾, 紀川純三(MD)¹⁾

【はじめに】卵管癌は術前診断が困難で、予後不良な疾患である。子宮頸がん検診を契機に、偶然発見された卵管癌を経験したので報告する。

【症例】57歳, 閉経50歳。子宮頸がん検診で腺癌を疑われ、二次検診のため当科を受診した。子宮頸管内を搔爬したが、検体量が少なく判定不能であった。子宮内膜細胞診は陽性、子宮内膜組織診で腺癌組織を認めたが、その所見から卵巣や卵管病変の可能性があると考えた。

MRI検査, PET-CT検査を行ったが、子宮やその他の臓器に明らかな異常所見は認めなかった。子宮と両側付属器を摘出し、病理組織検査を行った。子宮内膜と右卵管に腺癌組織があり、卵管癌か子宮体癌か診断に苦慮したが、臨床的に卵管癌として扱うことにし、骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術、大網切除術を追加した。

【細胞診所見】子宮頸部細胞診：壊死組織のない頸管腺細胞を背景に、少数、散在性に腺癌細胞を疑う異型細胞集塊を認めた。子宮内膜細胞診：シート状の良性内膜腺細胞集塊に混じて、大型異型細胞の集塊を認めた。

【組織所見】子宮内膜全面搔爬：大型でN/C比が高く、クロマチンの増量した異型細胞が、孤在性あるいは小集団で出現していた。手術標本：子宮底部内膜および右卵管膨大部から卵管采にかけて、核異型高度な腺癌組織を認めた。右卵管病変は長さ3cmで、軽度の浸潤を疑った。子宮内膜病変は1x0.7cmで、わずかな浸潤を否定できなかった。どちらが原発か鑑別は困難だった。

P-2-75 粘液性卵巣腫瘍の免疫組織化学的考察

独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院病理診断科¹⁾, 独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院臨床検査技術科²⁾, 独立行政法人堺市立病院機構市立堺病院産婦人科³⁾

○棟方 哲(MD)¹⁾, 大島健司(MD)¹⁾, 佐々木伸也(CT)²⁾,
高瀬未穂(CT)²⁾, 岡竹里紗(CT)²⁾, 鈴木雄策(CT)²⁾,
江尻麻衣(CT)²⁾, 山本敏也(MD)³⁾

【はじめに】粘液性卵巣腫瘍の発生源については諸説あるが、粘液癌の多くは消化器癌の転移といわれている。われわれは、粘液性腫瘍の起源に迫るため免疫染色を用いて検索した。

【対象】2003年4月から2014年9月まで当院で手術した粘液性卵巣腫瘍のうち、悪性腫瘍17例、境界悪性腫瘍34例、良性腫瘍30例、合計81例のパラフィン切片を対象とした。

【方法】パラフィン切片は1次抗体にPAX8, PAX2, MUC1, CDX-2, CK7, CK20を用い免疫染色を行った。免疫染色パターンを、A群:PAX8(+)とCDX-2(-)/CK20(-), B群:PAX8(+)とCDX-2(+)/CK20(+), C群:PAX8(-)とCDX-2(+)/CK20(+), D群:PAX8(-)とCDX-2(-)/CK20(-)と分類し解析した。

【結果】悪性群では、A, B, C, D各群はそれぞれ1例(6%), 10例(59%), 6例(35%), 0例(0%), 境界悪性群では、それぞれ0例(0%), 23例(68%), 11例(32%), 0例(0%), 良性群では、それぞれ15例(50%), 6例(20%), 5例(17%), 4例(13%)であった。それぞれのパターンの分布には、各群間で有意な差を認めた($p < 0.0001$)。

【考察】PAX8は各群とも高率に発現がみられたが、良性群と悪性群、境界悪性群では染色パターンに差が認められた。粘液性腫瘍の起源の多彩さがうかがわれた。

P-2-76 診断に苦慮した卵巣低異型度漿液性腺癌の1例

豊見城中央病院病理診断科¹⁾, 豊見城中央病院産婦人科²⁾, 南部徳洲会病院検査科³⁾

○喜友名正也(MD)¹⁾, 前濱俊之(MD)²⁾, 上地秀昭(MD)²⁾, 宮里碧沙(CT)¹⁾, 伊禮 彩(CT)¹⁾, 照屋敦子(CT)¹⁾, 矢部香織(CT)¹⁾, 呉地 剛(CT)¹⁾, 島袋貴子(CT)³⁾, 立津千絵(CT)³⁾

【はじめに】卵巣漿液性腺癌の約10%は核異型が比較的軽度な低異型度漿液性腺癌(以下LGSC)であり, 腺腫-癌シークエンスにより境界悪性腫瘍が浸潤能を獲得したものとされている。今回, 我々は, 若年者に発症したLGSCの症例を経験したので報告する。

【症例】20歳代 女性。右下腹部痛で, 近医産婦人科を受診。MRI検査においてチョコレート嚢胞が疑われ, 術前診断は両側卵巣子宮内膜症性嚢胞であった。子宮内膜症性嚢胞の部分切除術が施行され, 高異型度漿液性腺癌と診断された。その後, 他院にて約1年抗癌剤治療をするも腫瘍の漸増があり, セカンドオピニオンのため, 当院産婦人科へ紹介となった。当科で前医の病理組織を再検討し, LGSCと判断し, 左卵巣摘出術及び腹壁腫瘍摘出が施行された。腹膜播種と大網腫瘍は残存している。

【細胞所見】近医及び当院の腹水細胞診では, 血性背景に重積性のある乳頭状の丸みを帯びた細胞集塊が出現し, 結合性は強かった。核は小型円形で核密度が高く, クロマチンは細顆粒状で1個の核小体が認められた。また, 砂粒小体が散見され, 漿液性腺癌と診断した。

【組織所見】小型円形核と好酸性の狭い胞体を有する異型腺管上皮が乳頭状構造や篩状構造を形成していた。砂粒小体が豊富に認められ, 細胞異型が弱いLGSCの部分と境界悪性腫瘍成分の混在が見られた。

【考察と結語】本症例は, 当初漿液性腺癌の診断で抗癌剤治療を施行されたが奏功せず, 組織を見直すとLGSCと考えられた。低異型度の場合, 本症例のように化学療法低感受性であるが, 予後は高異型度よりよいとされており, 高悪性度と治療方針が異なるために, 両者の鑑別が重要と考えられた。

P-2-77 進行卵巣漿液性境界悪性腫瘍の腹水細胞診所見

北海道がんセンター婦人科¹⁾, 北海道がんセンター臨床検査科²⁾, 北海道がんセンター臨床研究部³⁾

○岡元一平(MD)¹⁾, 山崎博之(MD)¹⁾, 首藤聡子(MD)¹⁾, 見延進一郎(MD)¹⁾, 藤堂幸治(MD)¹⁾, 加藤秀則(MD)¹⁾, 奥山 大(CT)²⁾, 中島真奈美(CT)²⁾, 鈴木宏明(MD)²⁾, 山城勝重(MD)³⁾

【目的】卵巣漿液性境界悪性腫瘍は40%が40歳未満の若年者に発症し94%がI期症例であり, 保存的な治療がなされることが多く, 一般的には予後良好な疾患と考えられている。しかし, 転移巣を有する進行例も存在し再発/死亡に至る症例も存在する。原発巣の形態(微小乳頭状構造)に加えて, 転移巣の浸潤形態(invasive-implantの有無)が最も予後に反映すると考えられており, 特に転移巣での病理学的な評価が重要である。腹水細胞診での転移巣の浸潤形態の推定可能性について検討した。

【方法】2011年から2014年の間に, 治療を開始した卵巣漿液性境界悪性腫瘍5例(IIc期:1例, IIIa期:1例, IIIc期:3例)について液状検体処理された細胞診所見と病理所見を比較検討した。

【結果】5例共に腹水細胞診は陽性であった。細胞診所見(細胞出現数, 集塊の形状・大きさ, 細胞異型, 砂粒体など), 原発巣の病理所見(微小浸潤の有無, 微小乳頭状構造, 砂粒体など), 転移巣の病理所見(invasive-implantの有無, 砂粒体, 細胞異型)を比較検討すると, invasive-implantを有する3例においては, 腹水細胞診で出現細胞の細胞異型がやや強い印象を持ったが, 砂粒体の有無などその他の細胞診所見は主に原発巣の形態を反映していた。

【結語】予後を推察するためには転移巣の病理学的な評価が必要である。

P-2-78 卵巣粘液性境界悪性腫瘍(内頸部様)の1例

大阪医科大学医学部病理学教室¹, 大阪医科大学医学部産婦人科学教室²

○服部公亮(MD)¹, 山田隆司(MD)¹, 明石静香(CT)¹, 橋田宗祐(MD)², 藤原聡恵(MD)², 佐々木浩(MD)², 金村昌徳(MD)², 寺井義人(MD)², 大道正英(MD)², 廣瀬善信(MD)¹

【はじめに】卵巣腫瘍において漿液性や粘液性の境界悪性腫瘍は術中診断が困難な場合がある。外向性に発育している場合などは、腹水中に多くの腫瘍由来細胞がみられ、卵巣の進行癌との鑑別が重要となる場合がある。今回我々は腹水細胞診で、多くの腫瘍由来細胞がみられた卵巣粘液性境界悪性腫瘍(内頸部様)を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性。不生性器出血を主訴に他院を受診したところ、画像診断にて両側卵巣に辺縁不整な充実性腫瘤を認め、血中CA125が395 U/mlと高値であることが判明した。そこで治療目的にて当院婦人科に紹介となり、腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網部分切除術および虫垂切除術が施行された。

【細胞所見】腹水細胞診では軽度核異型のある細胞のマリモ状や乳頭状の集塊がみられ、それらはPAS染色で陽性の粘液が認められた。また、両側卵巣の捺印細胞診では背景が高度の粘液性で、乳頭状の細胞集塊が認められた。

【組織所見】両側卵巣は同様の所見で、軽度の異型性のある立方状～円柱状の上皮が主として外向性に乳頭状に発育する像がみられた。粘液を分泌する上皮もあり、一部にはserous micropapillary patternにみえる部分もあるが、明らかな間質浸潤は認められないことから、卵巣粘液性境界悪性腫瘍(内頸部様)の組織診断だった。また、大網にインプラントがみられた。

【まとめ】外向性に発育する卵巣境界悪性腫瘍では、腹水中に多くの腫瘍細胞が出現するが、細胞異型が軽度であることから、進行性卵巣癌で出現する細胞との鑑別には注意を要する必要がある。

P-2-79 肉腫様変化を伴った卵巣未分化癌の一例

がん研有明病院婦人科

○宇佐美知香(MD), 杉山裕子(MD), 的田真紀(MD), 岡本三四郎(MD), 尾松公平(MD), 近藤英司(MD), 金尾祐之(MD), 加藤一喜(MD), 馬屋原健司(MD), 竹島信宏(MD)

【はじめに】卵巣未分化癌は比較的にまれな卵巣上皮性悪性腫瘍である。腫瘍捺印細胞診が診断の一助となった症例を経験したため報告する。

【症例】63歳女性、3回経妊3回経産、3ヶ月持続する発熱と高CRP血症、ダグラス窩腫瘍にて当院を受診。MRIおよびCTにて両側卵巣腫瘍と診断、血液検査ではHb 8.1 g/dl, CRP 22.7 mg/dl, と貧血及び高CRP血症を認めた。腫瘍マーカーはCA125の軽度上昇を認めた(45.3 U/ml)。手術にて切除の方針とし、開腹手術を施行した。腫瘍は右卵巣由来で骨盤腔内を占拠し、直腸・S状結腸を巻き込んでおり、両側卵巣切除・子宮全摘・大網切除に加え低位前方切除を施行した。腹水細胞診は陰性。術後、発熱は認めずCRPも速やかに陰性化した。凍結切片による迅速病理ではディスジャーミノーマが疑われたが、腫瘍捺印細胞診では肉腫様変化を伴う癌が疑われ、最終的には未分化癌と診断された。

【腫瘍捺印細胞所見】紡錘細胞を主体とした悪性細胞を認めた。厚い細胞質を有し、筋原性を思わせる細胞やpleomorphic cellも混在していた。肉腫や肉腫様変化を伴う癌を推定する所見を認めた。

【組織所見】腫瘍細胞が紡錘形化し肉腫様の形態を示す部分もあるが、サイトケラチン(CK)8/18が多くの腫瘍細胞で明瞭な陽性所見を示す。ビメンチンも共に発現している腫瘍細胞が多くみられるが、肉腫とするにはCK8/18の発現が多くの細胞で強く、細胞質が比較的豊富な細胞が上皮性にみえる部分もあることより、肉腫様の像を示す癌腫と診断した。CD117/KIT陰性、DOG-1陰性でGISTの所見は認めなかった。

【まとめ】肉腫様変化を伴う卵巣未分化癌の一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

P-2-80 顆粒膜細胞腫を合併した卵巣粘液性嚢胞腺腫の1例

公益財団法人東京都保健医療公社東部地域病院検査科¹⁾, 放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院治療課²⁾, 公益財団法人東京都保健医療公社東部地域病院婦人科³⁾, 北里研究所病院病理診断科⁴⁾

○山口ゆかり(CT)¹⁾, 折笠英紀(MD)¹⁾, 押本貴之(CT)¹⁾, 齋藤博子(CT)^{1,2)}, 中原万里子(MD)³⁾, 森永正二郎(MD)⁴⁾

【はじめに】卵巣粘液性腫瘍と顆粒膜細胞腫の合併は稀である。我々は、術中迅速診断時に捺印細胞診を併用することにより成人型顆粒膜細胞腫の合併を推定し得た卵巣粘液性嚢胞腺腫の1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代前半女性、閉経前。10年前から近医にて卵巣嚢腫の経過観察中、腹部膨満感が出現、嚢腫の増大が疑われ当院受診。ホルモン異常は認められない。左付属器摘出術が施行された。現在術後1年6カ月で再発は認められない。

【肉眼所見・術中迅速組織所見】15 cm 大の多房性嚢腫で、粘液性嚢胞と共に、壁の一部に5 cm にわたり黄色調の軽度の肥厚が認められた。迅速診断では、粘液性嚢胞腺腫の所見のほかに、核/細胞質比の高い細胞の充実性増殖が認められ、顆粒膜細胞腫、ブレンナー腫瘍、カルチノイド腫瘍等が疑われた。

【捺印細胞所見】大きさ・形が揃った核/細胞質比の高い細胞が、結合性の弱い集塊を形成し、一部にロゼット様配列がみられた。核は類円形でコーヒー豆様の核溝が散見された。小型の核小体を有する細胞もみられた。これらの細胞所見からは、特に顆粒膜細胞腫と推定された。

【最終組織診断】固定後の検索では、索状配列や一部にCall-Exner body も認められ、免疫組織化学染色ではインヒビン- α (+), カルレチニン (+), CD56 (+), ケラチン (AE1/AE3) (+), EMA (-), クロモグラニン A (-), シナプトフィジン (-) であったことから、顆粒膜細胞腫と確認された。全体として、粘液性嚢胞腺腫と成人型顆粒膜細胞腫の合併と最終診断された。

【まとめ】粘液性嚢胞腺腫に合併する腫瘍には、頻度は低いが顆粒膜細胞腫も念頭に置くべきものと考えられた。

P-2-81 卵巣甲状腺腫性カルチノイドの1例

明和病院臨床検査科¹⁾, 明和病院産婦人科²⁾, 隈病院外科³⁾, 隈病院病理診断科⁴⁾, 大久保病院産婦人科⁵⁾, 竹村婦人科クリニック⁶⁾

○鈴木由紀(CT)¹⁾, 覚野綾子(MD)¹⁾, 脇本 裕(MD)²⁾, 松塚文夫(MD)³⁾, 松林謙治(CT)¹⁾, 澁谷昌広(MT)¹⁾, 檜山弘道(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)⁴⁾, 小笠原利忠(MD)⁵⁾, 竹村 正(MD)⁶⁾

卵巣甲状腺腫性カルチノイドは全カルチノイドの0.5～1.7%を占め、卵巣カルチノイドは単胚葉性奇形腫の中で2番目に頻度が高い。卵巣カルチノイドは、1. 島状カルチノイド、2. 索状カルチノイド、3. 粘液性カルチノイド、4. 甲状腺腫性カルチノイドに分類され、甲状腺腫性カルチノイドは22～44%を占める。今回我々は甲状腺組織単独より成る甲状腺腫性カルチノイドの1例を経験したので報告する。(症例)44歳、女性。(主訴)嘔気、便秘。(既往歴)特記すべきことなし(家族歴)特記すべきことなし(現病歴)1か月前より続く嘔気、便秘傾向を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査で子宮の背側に液体を容れる20 cm 大の腫瘍を指摘された。卵巣腫瘍または直腸原発腫瘍等の可能性を疑われ、精査目的に当院産婦人科を紹介受診となった。画像上左卵巣甲状腺腫の可能性が疑われたため、左付属器切除術および右卵巣楔状切除術が施行された。(摘出標本肉眼所見)黄白色の光沢のある1269 g と巨大な充実性腫瘍で、断面には透明でやや粘稠な液を容れる嚢胞が多数含まれていた。(摘出標本病理組織所見)主に2種類の細胞より成り、好酸性のコロイドを容れる甲状腺濾胞を多数認め、カルチノイド腫瘍類似の腫瘍細胞の索状配列も見られた。甲状腺以外の成分(皮膚、骨、軟骨、大脳組織、肺)は含まれていなかった。(摘出標本捺印細胞診)甲状腺濾胞上皮の小集塊を認め、胞体の広いカルチノイド腫瘍類似の細胞集塊も見られた。以上の像より、卵巣甲状腺腫性カルチノイドと診断した。

P-2-82 成熟嚢胞奇形種から発生した肉腫の一例

関西労災病院臨床検査科¹⁾, 関西労災病院婦人科²⁾, 関西労災病院病理診断科³⁾

○山根三千秋(CT)¹⁾, 宮城香乃子(MD)²⁾,
奥 和子(CT)¹⁾, 杉生憲二(CT)¹⁾, 吉野龍一(CT)¹⁾,
後藤孝吉(MD)³⁾, 永野輝明(MD)³⁾, 堀 謙輔(MD)²⁾,
伊藤公彦(MD)²⁾, 中塚伸一(MD)³⁾

【はじめに】 卵巣成熟嚢胞奇形腫(MCT)の悪性転化はまれな現象であり, 多くは扁平上皮癌などの上皮性腫瘍の組織像をとる。今回, MCT から発生したと考えられる肉腫の一例を経験したので, その捺印細胞像とともに報告する。

【症例】 70歳代女性

【主訴】 腹部膨満, 食欲不振

【現症】 上記主訴で受診。超音波断層法, CT等で骨盤腔から腹腔内にかけて充実部を伴う巨大な多房性嚢胞性腫瘍を認め, 悪性腫瘍を疑い, 摘出術を施行した。術中迅速診断では肉腫ないしは癌肉腫の疑い。子宮・両側付属器・大網切除, 腸管合併切除で腫瘍を完全切除した。

【画像所見】 ダグラス窩とその頭側に各々10cm大の嚢胞充実性腫瘍あり。脂肪成分, 石灰化を伴う。

【血液検査所見】 SCC, CA19-9, CEAは基準値内。CA-125は軽度上昇。

【捺印細胞像】 出血とリンパ球を背景に, 核クロマチンが増量し, 著明な不整形核小体, 核形不整が見られる類円形または不整形の大型細胞を多数認める。胞体は淡緑色レース状。ほとんどは孤立散在性に出現する。一部集簇して見られるが, 全体からは非上皮性腫瘍が示唆される。

【組織像】 典型的なMCTの成分に連続して多形性の強い紡錘形細胞が増生する肉腫様の成分を認める。上皮成分, 未熟成分は含まれない。免疫染色でSMA(+), CD31(+を示すものの, 明確な分化傾向はなく, MCTの悪性転化として発生した未分化多形肉腫と診断した。

【考察】 きわめてまれなMCTから発生した肉腫の一例について捺印細胞診を得たので報告した。

P-2-83 傍大動脈リンパ節転移を認めた dysgerminoma の1例

日本医大産婦人科¹⁾, 日本医大病理学教室²⁾

○川瀬里衣子(MD)¹⁾, 山本晃人(MD)¹⁾, 黒瀬圭輔(MD)¹⁾,
米山剛一(MD)¹⁾, 松原美幸(CT)²⁾, 彭 為霞(MD)²⁾,
和田龍一(MD)²⁾, 内藤善哉(MD)²⁾

【はじめに】 Dysgerminomaは悪性胚細胞腫瘍の中では最も多い腫瘍のひとつだが, 全卵巣悪性腫瘍の1%以下と珍しく, 主に30歳未満の若年女性にみられる疾患である。傍大動脈リンパ節転移を認めたdysgerminomaを経験した。

【症例】 49歳女性, 未経産。うつ病の既往あり。腹部膨満にて前医を受診し, CTにて骨盤腫瘍を認めて当科に紹介された。子宮右側に10cm大の充実性腫瘍を認め, 腹水は少量であった。PET-CTでは腫大した傍大動脈リンパ節にFDG集積を認め, 血液検査ではLDHが1965と上昇し, CA125 142, hCG 15であった。卵巣癌の疑いにて腹式子宮全摘術, 両側付属器切除術, 大網切除術, 骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を施行した。

【捺印細胞所見】 リンパ球を主体とした炎症細胞を背景に, 著明な核小体や顆粒状のクロマチン構造を呈するN/C比の高い類円形細胞を多数認めた。

【組織所見】 断面は乳白色の腫瘍で, 淡明な細胞質を有する腫瘍細胞がシート状に増生していた。周囲には小型リンパ球が混在し, 壊死も見られた。他のembryonal carcinoma成分を認めず, dysgerminomaと診断された。腫瘍は右付属器および子宮右側壁まで浸潤し, 傍大動脈リンパ節転移を認め, FIGO IIIC期 pT2c(2)N1M0であった。

【まとめ】 傍大動脈リンパ節転移を認めたdysgerminomaの1例を経験した。腫瘍細胞とリンパ球のtwo-cell patternが特徴的で, 他のembryonal carcinoma成分の検索に捺印細胞診が有用と考えられた。

P-2-84 試験開腹にて診断された卵巢小細胞癌の一例

岩手医科大学附属病院産婦人科学講座

○村上一行(MD), 深川智之(MD), 利部正裕(MD),
本田達也(MD), 三浦史晴(MD), 杉山 徹(MD)

卵巢小細胞癌は予後不良で稀な組織型である。今回、完全切除困難であり、試験開腹にて診断され術後化学療法を施行した1例を報告する。症例は55歳、2経妊2経産。検診にて1年前に卵巢腫瘍を指摘され前医にて経過観察中に増大傾向認め当院紹介となった。子宮がん検診にて、子宮内膜細胞診では異常所見認めず、MRIにて右卵巢に7cm大の充実性腫瘍、少量の腹水を認めた。腫瘍マーカーはCA125が49.6U/mlであった。初診より1か月後試験開腹術施行。腫瘍は超手拳大でDuglus窩に強固に癒着しており完全切除は困難であった。また肝臓表面、横隔膜下に腫瘍は触知せず、腫瘍の一部を生検し手術を終了した。術後病理診断にて小細胞癌を疑う卵巢癌であり、免疫染色を追加。NCAM(+), クロモグラニン(+), シナプトフィジン(+), NF(-), c-kit(-), CK5/6(-), CK14(-), p40(-)であり卵巢小細胞癌と診断。現在術後化学療法を2クール行っており、今後病変の評価を行いながら化学療法を継続していくを継続していく予定であるが、文献的考察を加えて報告する。

P-2-85 腎細胞癌による転移性卵巢腫瘍の一例

北海道がんセンター

○藤堂幸治(MD), 山崎博之(MD), 大場洋子(MD),
首藤聡子(MD), 見延進一郎(MD), 岡元一平(MD),
鈴木宏明(MD), 山城勝重(MD)

【はじめに】腎細胞癌の転移好発部位は肺、骨、リンパ節、肝、脳、副腎であり卵巢転移は極めて稀である。

【症例】52歳、女性。1年前に腎細胞癌にて腹腔鏡下右腎摘出術の既往あり。臨床症状はなし。婦人科検診で右卵巢の充実性腫瘍が指摘されたため、開腹のうえ両側付属器切除を実施した。右卵巢の腫大を認めたが、被膜破綻は認めなかった。腫瘍断面は出血を伴う黄色充実性腫瘍で嚢胞の形成は認めなかった。

【細胞所見】腫瘍擦過細胞診：腫瘍細胞は小型から中型のやや重積性を示す細胞集塊を形成した。細胞質が広くレース状ないし泡沫状で核が偏在し、明瞭な核小体を認める細胞と、細胞質内に褐色の顆粒を有する細胞が混在して認められた。卵巢明細胞腺癌に特徴的なCollagenous stroma within cell ballやミラーボール状の細胞集塊は認めなかった。

【組織所見】右腎臓(1年前の摘出標本)：腎上極に剖面黄色調の腫瘍が存在。淡明あるいは好酸性の胞体を有する腫瘍細胞がalveolarに増殖。Expansiveな増殖で被膜をこえた浸潤、脈管侵襲は明らかでない。右卵巢：境界明瞭な剖面黄色調の腫瘍が存在。淡明あるいは好酸性の胞体を有する腫瘍細胞がalveolarに増殖しており、既往の腎細胞癌と類似性を認めた。卵巢明細胞腺癌に特徴的である多様な組織構造(乳頭状、管状構造の併存)を認めなかった。免疫組織化学所見はAE1/AE3(-), CAM5.2(+), CD10(+であった。

【まとめ】極めて稀な腎細胞癌の卵巢転移を経験した。卵巢原発明細胞腺癌との鑑別が問題となるが腫瘍断面の肉眼像は大いに参考となる所見である。腫瘍擦過細胞診や組織学的特徴、免疫組織化学所見を参考とすれば鑑別は比較的容易と思われた。

P-2-86 卵巣に転移した上皮型腎芽腫の1例

東京女子医科大学産婦人科学講座¹⁾, 東京女子医科大学病院病理診断科²⁾

○岡田薫子(CT)¹⁾, 木村祐子(CT)¹⁾, 花田 梓(CT)¹⁾, 広兼春美(CT)¹⁾, 深川富美子(MD)¹⁾, 秋澤叔香(MD)¹⁾, 石谷 健(MD)¹⁾, 長嶋洋治(MD)²⁾, 平井康夫(MD)¹⁾, 松井英雄(MD)¹⁾

【はじめに】我々は、卵巣転移が確認された上皮型腎芽腫について、直接塗抹法および液状検体法(LBC法)で採取した捺印細胞診標本を検討する機会を得たので報告する。

【症例】20歳代, 女性, 0経妊。右腎腫瘍に対して他院で腹腔鏡下右腎摘出術施行した。摘出腎組織診断では上皮型腎芽腫と診断された。初回手術1年3ヵ月後に局所再発を認め、当院泌尿器科で、上行結腸を含めて拡大再発巣腫瘍切除術を施行した。再手術直後より下腹部膨満感が出現。CT上、左卵巣腫瘍の急速な増大が認められたため、翌月、当科で左卵巣摘出術を施行した。その後は、偽閉経療法を行い6ヵ月経過した現在、無再発生存中である。

【細胞所見】卵巣腫瘍の捺印細胞診において、N/C比の上昇した類円形～紡錘形の腫瘍細胞が散在性もしくは乳頭状の集塊で出現していた。腫瘍細胞の核所見は均一で、クロマチンは顆粒状に増量し、明瞭な核小体を数個有する細胞も散見された。

【組織所見】卵巣腫瘍は、N/C比の増大した高円柱状～立方状異型細胞の乳頭状～管状増生を認めた。腫瘍細胞は、WT-1陽性、ER、PgRはごく一部陽性、CK7、CK20はともに陰性であった。免疫染色の染色パターンも含め局所再発腫瘍と類似した所見であり、腎悪性腫瘍の転移として矛盾しないと考えた。

【まとめ】腹膜播種による左卵巣子宮内膜症性嚢胞への転移と診断されたが、組織型の確定診断が困難な右腎原発腫瘍の1例を経験した。その卵巣腫瘍より採取した捺印細胞診標本の細胞像について、Pap染色および免疫化学染色法で得られた細胞診所見を交えて報告する。

P-2-87 尿管管癌による転移性卵巣腫瘍の一例

北海道がんセンター

○加藤秀則(MD), 藤堂幸治(MD), 山崎博之(MD), 岡元一平(MD), 見延進一郎(MD), 鈴木宏明(MD), 山城勝重(MD)

【はじめに】尿管管癌は稀な腫瘍で発生頻度は全膀胱癌の1%未満である。局所再発傾向の強い疾患とされるが、rare tumorのためか卵巣転移の報告は少ない。

【症例】52歳, 女性。1年半前に尿管管癌の手術歴あり。検診で右付属器に充実性領域を伴う多房性腫瘍の存在が判明し、開腹のうえ両側付属器切除を行った。右卵巣腫瘍は恥骨との間で浸潤性の強固な癒着を形成しており、被膜破綻を伴う手術となった。腫瘍断面は大小様々な嚢胞と硬化の強い白色充実性部分から構成されていた。

【細胞所見】卵巣腫瘍捺印細胞診：シート状から重積性を示す細胞集塊を形成しており、細胞間結合は所々で腺腔様構造をとっていた。構成細胞は高円柱状で柵状配列を示す大腸腺癌類似の細胞、および細胞質内に粘液空胞を有し一部印環型細胞として観察される細胞があった。核クロマチンは著しく増量し、核大小不同、核縁不整を認めた。

【組織所見】膀胱(1年半前の摘出標本)：tubularな構造を呈する多彩な分化度を示す異型腺管が筋層内に瀰漫性に存在。構成細胞には高円柱状細胞、細胞質内粘液空胞を有する細胞が認められる。著明な脈管侵襲、神経周囲浸潤を認めた。免疫組織化学所見はCK7(+), CK20(+), CDX-2(+), CA19-9(+)であった。右卵巣：glandularな構造を呈する異型細胞が瀰漫性に増殖、強い浸潤傾向を示していた。粘液を有する細胞を認めた。免疫組織化学所見は膀胱腫瘍と同様であった。

【まとめ】極めて稀な尿管管癌の卵巣転移を経験した。卵巣原発粘液性腺癌との鑑別が問題となるが、腫瘍と周囲組織との間に認める強い浸潤傾向、腫瘍捺印細胞診や組織学的特徴を参考とすれば鑑別は可能と思われた。

P-2-88 外陰部に生じた脂腺癌の一例

立川相互病院病理検査室

○田原恵美子(CT), 谷 正行(CT), 藤元祐子(CT),
布村真季(MD)

【はじめに】脂腺癌は稀な脂腺由来の皮膚癌で、その多くは眼瞼のマイボーム腺由来である。眼瞼以外に生じるものはさらに稀とされている。今回、外陰部に生じた脂腺癌を経験したので報告する。

【症例】94歳、女性。3経産、閉経50歳。陰部腫瘍で当院婦人科初診。左小陰唇内側に10mm程の発赤伴う扁平な隆起状腫瘍を認めた。腫瘍は硬く触診で痛みがあり、擦過細胞診を施行した。細胞診でclassVと診断され、組織生検を施行した。

【細胞像】大型の核を有する異型細胞が大小の集塊ないし散在性に出現していた。集塊は平面的で核中心性の厚い胞体を有する扁平上皮様の異型細胞がみられる一方で、淡い胞体と明るい核を有する腺上皮様の異型細胞がみられた。また、扁平系と思われるなかに腺系との移行像もみられた。以上の所見より細胞診断では悪性と診断したものの組織形の推定には至らなかった。分化の悪い扁平上皮癌やPaget病などが鑑別にあがった。

【組織像】腫瘍組織では高分化扁平上皮癌の一部に、微小空胞状の胞体を有する大型類円形の細胞が充実胞巣状に増殖している像がみられた。微小空胞細胞は脂腺類似でありAdipophilin陽性の顆粒がみられ、脂腺癌と診断された。

【まとめ】脂腺癌はまれな皮膚の扁平上皮癌の1つであり、細胞像は扁平上皮系の特徴に加えて、脂腺系の異型細胞が出現していることで診断可能となる。皮膚付属器の悪性腫瘍は組織像が多彩であり、各々の細胞像の特徴を把握しておく必要がある。

P-2-89 扁平上皮癌を伴ったメルケル細胞癌の1例

東邦大学医療センター大橋病院病理部¹⁾, 東邦大学医療センター大橋病院電子顕微鏡室²⁾, 東邦大学医療センター大橋病院皮膚科³⁾

○湯浅瑛介(MT)^{1,2)}, 佐々木智子(CT)¹⁾, 村石佳重(CT)¹⁾,
藤田正志(CT)¹⁾, 岩原 実(CT)¹⁾, 田口勝二(CT)¹⁾,
榎本泰典(MD)¹⁾, 横内 幸(MD)¹⁾, 高橋 啓(MD)^{1,2)},
福田英嗣(MD)³⁾

【はじめに】メルケル細胞癌は表皮に存在するメルケル細胞由来の神経内分泌腫瘍で、高齢者の顔面、頭頸部、四肢に腫瘍を形成する悪性度の高い稀な腫瘍である。今回、扁平上皮癌を伴ったメルケル細胞癌を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】70歳代男性。2年前から右胸部に色素斑を認めた。その後同部位が増大し結節が出現。出血を伴ってきたため当院受診。生検並びに穿刺吸引細胞診の結果、扁平上皮癌と診断され腫瘍全摘術が施行された。摘出検体は50×35×45mm大で、45×35×25mm大の有茎性腫瘍が認められた。剖面に腫瘍は白色調、充実性であった。

【穿刺吸引細胞像】オレンジGに好染した重厚感のある胞体と濃染核を有する角化細胞と共に、小型で極めてN/C比の高い、類円形の異型細胞が索状あるいは散在性に出現していた。核クロマチンは細顆粒状で核小体は認められなかった。

【摘出検体の病理組織像】小型～中型の類円形核と好酸性細胞質を有する、N/C比が高い異型細胞が大小の充実性あるいは索状、リボン状構造を示しながら密に増生、浸潤していた。腫瘍の表層は重層扁平上皮に被われ、部分的に濃染、腫大した大型核を有する扁平上皮癌が認められた。表層の扁平上皮癌と上述した腫瘍とは移行像がみられた。腫瘍の大部分は、免疫組織学的にCD56(+), シナプトフィジン(+), クロモグラニンA(+), TTF-1(-)であった。CK20は腫瘍細胞の細胞質内、核周囲にドット状に陽性を示した。一方、表層部分に存在する扁平上皮癌領域では神経内分泌マーカーおよびCK20は陰性であった。

【結語】メルケル細胞癌は扁平上皮癌を高頻度に伴うことが報告されており、文献的考察を加え報告する。

P-2-90 腰椎に転移した肝細胞癌の1例

藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科¹⁾, 稲沢市民病院検査部病理²⁾

○金子千之(CT)¹⁾, 江崎正則(CT)²⁾, 谷口大介(CT)²⁾,
柳田隆正(CT)¹⁾, 安倍雅人(MD)¹⁾

【はじめに】今回、我々は腰椎に転移した肝細胞癌の1例を経験したので文献的考察を含め報告する。症例70歳代、女性。現病歴：平成6年よりC型肝炎にて近医フォローアップ中、平成25年11月、AFPが1193.3ng/mlと高値を示し、当院を紹介。造影CT、腹部エコー検査にて肝S1,S7のHCCが疑われ、最大腫瘤のS1に対し、平成25年12月TACEを施行。平成26年3月、右腰痛出現、MRI検査にてL5右横突起、推弓根、錐体の一部に腫瘤が認められ、4月腫瘍摘出術施行。組織検査にてHCCの転移が確認された。

【材料および方法】：材料は腫瘍穿刺吸引を施行し、更に腫瘍の一部からLBC法による方法も併用し、セルブロック法を作製した。

【結果】腫瘍細胞は散在性～集塊を呈し出現していた。腫瘍細胞のN/C比は大きく、核型は類円形でクロマチンは粗大顆粒状で増加していた。また核小体は明瞭に認められた。組織所見で腫瘍細胞は索状配列を示していた。免疫染色結果ではAFPが陽性を示した。

【考察】腰椎に転移した肝細胞癌は極めて稀な症例である。今回、本例を経験したので文献的考察を含め報告した。

P-2-91 術中迅速組織検査捺印標本にて細胞像を経験した Melanotic schwannoma の一例

琉球大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹⁾, 琉球大学医学研究科腫瘍病理学講座²⁾

○伊原美枝子(CT)¹⁾, 齊尾征直(MD)^{1,2)}, 仲宗根克(CT)¹⁾,
比嘉美香(CT)¹⁾, 瑞慶覧陽子(CT)¹⁾, 小菅則豪(MD)²⁾,
青山 肇(MD)²⁾, 仲西貴也(MD)²⁾, 新垣和也(MD)²⁾,
吉見直己(MD)^{1,2)}

【はじめに】Melanotic schwannoma (以下MS)は極めて稀な腫瘍でMelanomaとの鑑別が必要である。今回我々は術中迅速組織の捺印標本でその細胞像を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。腰痛と左下肢のしびれを主訴に5年前に前医受診。精査でL2/3左椎間孔外に硬膜外腫瘍を認め腫瘍切除術を施行。病理組織診断では確定困難であったが、術後5年で同院にて再発を認め、精査加療目的で当院紹介となり腫瘍切除術施行。その際に術中迅速組織検査が実施された。

【細胞所見】N/C比が高い紡錘形細胞が単調に出現。核は類円形で単核～多核を呈し、やや偏在傾向。核小体は大型で目立つが、クロマチンは微細顆粒状、淡染性で核縁の肥厚はなかった。細胞内に多数の茶褐色顆粒を認めたが、核異型は強くなく分裂像にも乏しく良性が示唆された。

【術中迅速組織所見】多量のメラニン顆粒をもつ腫瘍細胞が密なシート状に増殖。核小体を有するが核異型は軽度で核分裂像は目立たず、一部柵状配列や流れるような配列を示す部分や、紡錘形を示す細胞もみられた。

【手術材料の組織所見】迅速時と同様であったが、壊死、分裂像、核異型に乏しく、Ki67も5%以下で、S-100陽性、HMB45陽性であったため、MSとした。

【まとめ】MSは黒褐色の顆粒状の色素を細胞質に持つこと、核の所見では、類円形核をもちしばしば波状の核が出現し、クロマチンの増量や異型が無いことが特徴とされるが、本例においてはほとんど波状の核がみられない以外は特徴にあてはまった。メラニン顆粒は、黒色腫、髄膜腫、PNET等でもみられるので、診断時には細胞像の慎重な検討が必要である。

P-2-92 組織型の推定に LBC 法が有用であった多形型横紋筋肉腫の 1 例

札幌医科大学附属病院病理部

○近藤 啓(CT), 東 恭悟(CT), 浅沼広子(CT),
井上朋美(CT), 荻野次郎(MD), 杉田真太郎(MD),
長谷川匡(MD)

【はじめに】横紋筋肉腫は、小児に多く発生する軟部肉腫の一つとして知られているが、その亜型である多形型横紋筋肉腫は、成人の四肢に多く発生する。今回、成人の後腹膜に発生した稀な多形型横紋筋肉腫を経験したので、LBC による細胞像を中心に報告する。

【症例】69 歳、男性。右膝痛、右大腿部痛を主訴に近医を受診。悪性軟部腫瘍を指摘され、精査目的で当院に入院となり、後腹膜より切開生検が施行された。その検体の一部から捺印細胞診標本と TACAS 固定液にて LBC 標本を作製した。

【細胞所見】壊死物質を背景に、円形および紡錘形や多核巨細胞などの多形性を示す異型の強い細胞が散在性に出現していた。異型細胞はライトグリーン好性の胞体で、核はクロマチンが増量し、著明な核小体を 1~数個有し、核形不整、核大小不同を示していた。また、ライトグリーンに濃染する胞体を有する核偏在性の横紋筋芽細胞様の異型細胞もみられた。さらに、LBC 標本で免疫染色を施行し、myogenin が一部の核に陽性を示したことにより、横紋筋肉腫が疑われた。

【組織所見】異型、多形の目立つ紡錘形、大型多形細胞が腫瘍壊死を伴いながら密に増殖していた。好酸性の胞体と核偏在性を示す横紋筋芽細胞も認められた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は、vimentin, desmin, HNF35 がびまん性に強陽性で、myogenin も一部に陽性像がみられ、多形型横紋筋肉腫と診断された。

【まとめ】成人の後腹膜に発生した多形型横紋筋肉腫を経験した。細胞像から多形性肉腫を疑うことは可能であったが、他の多形性肉腫との鑑別は困難であり、細胞像と合わせて免疫染色を併用することが必要と考えられた。

P-2-93 左大腿滑膜肉腫の一例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部²⁾, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾

○齊藤彰久(DDS)¹⁾, 西村俊直(CT)¹⁾, 坂根潤一(CT)¹⁾,
田中美帆(CT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾, 谷山大樹(MD)¹⁾,
倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】今回、我々は、比較的稀である滑膜肉腫の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】患者は 60 歳代の男性。C 型肝炎、濾胞性リンパ腫の既往がある。MRI にて偶然、左大腿近位内側に長径 7 cm 大の腫瘍が認められたため、当院整形外科を紹介受診した。左大腿悪性軟部腫瘍の臨床診断のもと、腫瘍切除が施行された。

【組織所見】切除された腫瘍は大きさ 13×12×6.5 cm 大であった。剖面は灰白色充実性で、広範な出血、壊死を伴っていた。組織学的には、錯綜状配列を示して増生する腫瘍が認められた。腫瘍細胞は細胞質に乏しく、紡錘形あるいは短紡錘形で小型の異形核を有していた。核分裂像は 50 高倍視野中に 13 個認められた。一部で、骨化を伴っていた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は、ビメンチン、CD99 陽性を示し、EMA が一部陽性であった。AE1/AE3、筋原性マーカー、CD34 及び S-100 は陰性であった。RT-PCR にて、滑膜肉腫に特異的な SYT-SSX キメラ mRNA が検出された。以上より、本症例は滑膜肉腫、単相型と診断した。

【細胞診所見】腫瘍摘出時の捺印塗抹標本では、弱い出血を伴い、集塊状や孤在性に非上皮性腫瘍が多数認められた。壊死像や明らかな上皮性接着を示す細胞像は見られなかった。また、腫瘍細胞の核は、赤血球の 2~3 倍前後からなる紡錘形あるいは楕円形で、一定方向性を示し、全体像としては均一性があり、小型であった。N/C 比が高く、核クロマチンは細~顆粒状で、均一分布が見られた。肉腫であり、線維肉腫や単相型あるいは低分化型滑膜肉腫が疑われた。

【まとめ】比較的稀な滑膜肉腫の 1 例を経験した。滑膜肉腫の細胞像は成書に記載が乏しく、貴重な症例と考えられた。

P-2-94 胸部明細胞肉腫の一例

海老名総合病院病理診断科¹⁾, 相模原相武台病理研究所²⁾

○本田恭子(CT)¹⁾, 宮崎小百合(CT)¹⁾, 斉藤美紀(CT)¹⁾, 野々山尚布(CT)¹⁾, 鈴木崇真(CT)¹⁾, 井上正年(CT)¹⁾, 本告 匡(MD)^{1,2)}, 松本光司(MD)¹⁾

【はじめに】明細胞肉腫(以下CCSa)はメラノサイト由来と考えられる稀な軟部悪性腫瘍である。今回我々は、胸部軟部組織に出現した本腫瘍を経験したので、その細胞像及び組織所見について文献的考察を加え報告する。

【症例】70歳代, 男性。2014年4月に右腋窩の腫瘤に気づき近医受診, 当院を紹介されCTにて右腋窩皮下に辺縁やや不整, 出血を伴う径78×34mmの腫瘤が認められ, 手術目的にて入院となった。組織生検の後に腫瘤全摘出が行われ, 摘出材料に対して捺印細胞診を施行した。

【細胞像】類円形核で粗大なクロマチンと明瞭な核小体を有し, 細胞質はライトグリーン好性を示す小型紡錘形から多角形の異型細胞が, 散在性および一部重積を伴う集塊で認められた。CCSaの可能性が疑われたが, 明らかなメラニン顆粒は確認されなかった。

【組織像】HE染色では, 淡明および淡好酸性~好酸性の細胞質と類円形~楕円形の核を有する異型細胞が, 充実性の増殖を示していたが, 場所により血管周囲性に発育する所見も認められた。特殊染色にて細胞質にグリコーゲンが確認され, 免疫染色ではビメンチン, S100, melan-Aが陽性, ケラチン, HMB45は陰性, Ki67 labeling indexは20%程度の標識率を示した。以上の結果よりCCSaと診断された。

【まとめ】CCSaは軟部組織の比較的深部に発生し, 癌腫様または肉腫様増殖形式をとることから, 癌腫の転移や他の悪性軟部腫瘍との鑑別が問題となる。メラニンが確認されれば診断は比較的容易であるが, 明らかなメラニンが確認されない場合は診断に難渋する。本症例のような細胞像, 組織像に遭遇した場合には, CCSaの可能性も念頭におき慎重に検鏡することが重要であると思われる。

P-2-95 細胞診検体を使用して行ったFISH検査がTAT短縮に寄与したEwing肉腫の一例

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

○阿部将人(CT), 大野幸代(CT), 渡邊麗子(MD), 伊藤以知郎(MD)

【はじめに】当院では臨床より生標本が提出された場合に, 固定に先立ち捺印標本や生標本を生理食塩水で洗い, その懸濁液を利用した塗抹標本を作成する場合がある。今回, 結果報告が急がれる症例において上記の検体を利用したFISH検査を行うことにより, 組織標本に先立って有用な一次報告が出来, turn around time (TAT)を大幅に短縮することが出来た症例があったので, これを報告する。

【症例】10歳 男児 骨盤骨腫瘍 右腸骨骨腫瘍の生検材料からの腫瘍捺印

【所見】核クロマチン細顆粒状増加, 裸核状を示す類円形の腫瘍細胞が結合性の緩い集塊で認められた。PAS陽性でEwing肉腫を推定。生検材料を懸濁した生理食塩水をスメアした細胞診標本にてEWSR1 FISH検査を施行した。

【結果】生検翌日にEWSR1(22q12)プローブにてBreak Apartを確認。組織標本にてsmall round cell carcinoma, PAS陽性, ジアスターゼ消化試験陽性, CD99陽性を確認。FISHの結果を合わせ, Ewing sarcomaと診断した。

【考察】Liquid based cytology検体, 腫瘍捺印検体等の細胞診標本を遺伝子検査に利用することが, 状況によって臨床への報告に要するturn around timeを短縮する一助となりうる。

P-2-96 多形性硝子化血管拡張腫瘍の1例

公財がん研有明病院付設細胞検査士養成所¹, 公財がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部², 公財がん研有明病院サルコーマセンター³, 公財がん研究会がん研究所⁴, 公財がん研有明病院臨床病理センター⁵

○古田則行(CT)^{1,2,3,4}, 元井紀子(MD)^{1,2,3,4},
神田浩明(MD)^{1,3,4}, 小松京子(CT)^{1,5},
星 利良(CT)^{1,2}, 池畑浩一(CT)^{1,2}, 古田玲子(CT)^{1,4},
高澤 豊(MD)^{1,2,4}, 杉山裕子(MD)^{1,2},
石川雄一(MD)^{1,3,4,5}

【はじめに】多形性硝子化血管拡張腫瘍 (pleomorphic hyalinizing angiectatic tumor : PHAT) は Smith らにより報告されたまれな腫瘍であり, 成人の下肢皮下に好発する。切除後の再発はあるが転移例の報告はない。組織学的には硝子化した血管壁を有する血管が不規則拡張, 集簇する像が特徴で, 周囲にある紡錘形細胞の核には多形性や濃染および空胞様の変化をみる。生検材料の圧挫細胞診で判定に苦慮した PHAT の 1 例を報告する。

【症例】10 歳代男性, 1 年半前に右下腿に腫瘤を自覚, 2 ヶ月前に近医受診し局麻下にて腫瘤摘出。悪性の病理診断にて当院整形外科を紹介受診し, 追加広範囲切除術が施行される。

【細胞像】ゼリー様の基質をともなって, 紡錘形細胞が細胞集塊で出現していた。細胞集塊内にはリンパ球浸潤や, ヘモジデリン沈着もみられた。孤立散在性に出現する細胞は少なかった。紡錘形細胞には小型で核異型の目立たない細胞と, 大型異型核を有する細胞が混在していた。大型異型核には変性空胞様の構造が目立った。核分裂像は確認できなかった。変性型神経鞘腫や多形肉腫との鑑別に苦慮した。

【組織像】組織学的には硝子化の強い線維性間質を背景に多形性の強い紡錘形細胞が storiform pattern を示して増殖し, 腫瘍細胞には大型核小体や, 核内封入体様変化がみられた。ヘモジデリン沈着, 血管の介在, 血管周囲リンパ球浸潤, 硝子化血管もみられた。CD34 陽性, Ki67 の陽性細胞と核分裂像は少なく PTAT と診断された。

【最後に】PHAT の細胞は, 多形細胞を認めるため多形肉腫との鑑別が必要である。孤立散在性に出現する細胞が少ないこと, 核の空胞様変化, 核分裂像に着目することで推定可能と考えられる。

P-2-97 稀な部位に発生した顆粒細胞腫 2 例

横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科

○富岡理恵(CT), 高瀬章子(CT), 腰高典子(CT),
小寺輝明(CT), 海老塚智恵美(CT), 甘利保子(CT),
菊地美保(CT), 田辺美樹子(MD), 大谷方子(MD),
稲山嘉明(MD)

【はじめに】唾液腺や肺に発生する顆粒細胞腫 (以下, 本症) の報告は稀である。今回, 耳下腺腫瘍の穿刺吸引細胞診(FNA)でワルチン腫瘍を疑い組織診で確定診断された症例と, 気管支擦過にて本症を推定しえた症例を経験したので報告する。

【症例 1】60 歳代, 女性, 喫煙歴有り。15 年程前より左耳下部の腫張を自覚。徐々に増大し, 前医で FNA が施行されワルチン腫瘍が疑われ, 当院紹介受診となり再度 FNA を施行。ワルチン腫瘍の診断で腫瘍摘出術が行われた。

【症例 2】60 歳代, 男性, 喫煙歴有り。高血圧で加療中, 左上肺野異常影を認め, 肺癌疑いにて TBLB を施行。気管支擦過および洗浄細胞診にて本症を疑い, 生検にて確定診断を得た。

【細胞像】症例 1 では血性, リンパ球を背景に細胞膜が薄く好酸性顆粒を持つ細胞を認めワルチン腫瘍を考えた。症例 2 では, N/C 比の低い好酸性顆粒を持つ細胞が, 柵状配列様の境界不明瞭な集塊で出現, 本症を疑った。

【肉眼・組織像】症例 1 では腫瘍は約 3 cm 大, 断面は黄白色～黄色調, 充実性であった。唾液腺～周囲結合織にかけて, 広い細胞質内に好酸性の顆粒を持つ大型の腫瘍細胞の増生を認めた。リンパ球浸潤も見られた。症例 2 では気管支粘膜下に, 細胞質内に好酸性顆粒を有し, 小型で異型に乏しい核を持つ細胞が集簇して見られた。どちらも PAS 反応, S-100, CD68 陽性で, 本症と診断した。

【考察】症例 1 では少量の変性した好酸性顆粒を持つ細胞とリンパ球の 2 相性があり, 当初ワルチン腫瘍と推定してしまった。症例 2 では特徴的な細胞像で細胞診にて推定診断をなしえた。本症は様々な部位に発生することがあるので注意が必要である。

P-2-98 術中迅速捺印細胞診が有用であった胸腺腫瘍の1例

帝京大学医学部附属病院病理部

○石井美樹子(CT), 大越 卓(CT), 向山淳児(CT),
宮田佳奈(CT), 笠井亮子(CT), 小島 貴(CT),
赤嶺 亮(CT), 河野純一(CT), 斉藤光次(MD),
笹島ゆう子(MD), 近藤福雄(MD), 東海林琢男(MD)

【はじめに】一般的に術中迅速組織診は、採取技術や標本の質によっては組織構築や個々の細胞の観察が困難なことがある。これを踏まえ当院では、術前に組織型の特定されていない腫瘍の迅速組織診断時、同時に捺印細胞診標本を作製し、組織型確定の一助としている。今回、術中迅速組織診にて組織型の確定が困難であったにもかかわらず、迅速捺印細胞診にて扁平上皮癌を推定し得た胸腺腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。半年前から呼吸器症状を自覚していた。検診にて胸部異常陰影を指摘、精査にて前縦隔右房側壁に接する約4cm大の分葉状腫瘍を認めた。悪性リンパ腫の可能性も含めた組織型確定のため腫瘍摘出術が施行された。

【迅速組織診】大小不同の不整核を有する腫瘍細胞が増殖する像からなり、紡錘形～短紡錘形の腫瘍細胞や多核細胞も認められる。角化や層状分化は明らかでなく、B3型胸腺腫、扁平上皮癌、未分化大細胞型リンパ腫などが鑑別として挙げられた。

【迅速捺印細胞診】クロマチン顆粒状の腫大核を有する類円形細胞が、結合性の強い集塊を形成して出現している。核形不整が目立ち、一部に細胞間橋が窺われることから扁平上皮癌が推定された。

【手術検体病理所見】肉眼的には黄白色調の分葉状充実性腫瘍で、断面は均一で壊死や出血は認められない。組織学的には、明瞭な核小体を持つ大小不同の不整核を有する紡錘形腫瘍細胞が充実性胞巣状に増殖する像を認め、多核細胞や多形性の強い核を有する細胞がしばしば混在していた。

【結語】術中迅速捺印細胞診が組織型確定に有用であった胸腺腫瘍の1例を経験した。

P-2-99 塗抹手技向上のための擬似喀痰の作製方法について

神戸大学医学部附属病院病理部¹⁾, 神戸大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○廣尾真奈(CT)¹⁾, 塚本龍子(CT)¹⁾, 森藤哲史(CT)¹⁾,
山田 寛(CT)¹⁾, 柳田絵美衣(CT)¹⁾,
今川奈央子(CT)¹⁾, 遠藤亮和(CT)¹⁾, 宮崎愛子(CT)¹⁾,
伊藤智雄(MD)²⁾

【背景】現在、全国的に細胞検査士の需要が高まっており、資格取得を目指して多くの受験者が日々トレーニングを行っている。各施設でトレーニングすることが多いが、手技試験に関しては施設により喀痰の検体が得られず、十分なトレーニングが行えない受験者も多い。

【目的】どの施設でも用意できる材料を用いて擬似喀痰を作製し、塗抹手技向上に役立てることを目的とする。

【材料】市販の冷凍とろろ/市販の増粘剤/ガーゼ/シャーレ等の容器

【作製方法】1. ガーゼを広げ、4枚程度重ねる。2. 市販の冷凍とろろを流水で解凍する。3. 解凍した冷凍とろろをガーゼの中央に適量置き、緩めの力でこす。4. こした際に出る粘調性の部分を容器に回収する。5. 4で回収したものに、必要に応じて増粘剤を加える。6. 必要に応じて、色素やケチャップを用い、血痰部分等を作製する。

【結果】当施設の細胞検査士に複数の性状の擬似喀痰の塗抹を行わせた際の使用感は「粘り気や塗抹時の広がり本物に近い」「唾液成分主体、膿様の性状に似ている」等、良好であった。

【まとめ】実際の喀痰は検体により緩さやサンプリングの行いやすさが異なる。この擬似喀痰はガーゼの枚数やこす力の入れ具合、増粘剤の量を調節することで、様々な性状を作ることが可能である。また、複数性状の擬似喀痰を作製し、混合することで、複数の性状を有する擬似喀痰を作製することもできる。多量に作製でき、保存も可能で、感染性もなく安全であることから勉強会での活用も有用である。実際に平成26年度兵庫県臨床検査技師会での細胞検査定期講習会(二次模試)にも使用した。今後の活用が期待される。

P-2-100 骨格筋に転移した淡明細胞型腎細胞癌の1例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科¹⁾, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科分子細胞病理学²⁾, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科人体がん病理学³⁾, 鹿児島市医師会病院病理診断科⁴⁾

○竹下かおり(CT)¹⁾, 西田ゆかり(CT)¹⁾, 舞木公子(CT)¹⁾, 田中和彦(CT)¹⁾, 田崎貴嗣(MD)²⁾, 東美智代(MD)³⁾, 高城千彰(MD)⁴⁾, 畑中一仁(MD)²⁾

【はじめに】癌の骨格筋転移は非常に稀で、剖検例での検討では約1%の頻度である。今回、右上腕筋に転移した淡明細胞型腎細胞癌を経験したので、穿刺吸引細胞像を含めて報告する。

【症例】50歳代男性。4年前に淡明細胞型腎細胞癌で左腎摘除。1か月前より右肩から上腕の疼痛があり、MRIにて右上腕部の軟部腫瘍が疑われ、穿刺吸引細胞診と腫瘍切除術施行。

【細胞所見】少量の壊死物質を背景に、孤立散在性または小～中型の細胞集塊を認めた。細胞は結合性を有し、N/C比は低く、細胞質は空胞状で、細胞境界は不明瞭であった。また、核の軽度の大小不同、立体不整、クロマチンの微細顆粒状増量、核小体の腫大がみられた。免疫細胞化学ではvimentin, AE1/AE3, CD10, PAX8が陽性で、淡明細胞型腎細胞癌の転移が疑われた。

【組織所見】右上腕筋内に80×45×43mmの白色調充実性腫瘍があり、組織学的に不整形核と淡明な胞体を有する細胞の索状ないし胞巣状増殖を認め、壊死を伴っていた。既往の腎細胞癌と同様で、免疫組織化学も免疫細胞化学と同じ結果であり、腎細胞癌の転移と診断した。

【考察】骨格筋へ転移した癌の原発巣として肺癌26%、腎細胞癌26%、食道癌13%との報告があり、腎細胞癌の既往がある筋肉内腫瘍例では転移の可能性も念頭におく必要がある。一方、腎腫瘍穿刺吸引細胞診は殆ど行われておらず、その細胞像に接する機会は少ないが、本症例のように転移巣での穿刺吸引細胞診などで腎細胞癌の細胞像に遭遇する可能性があり、その細胞所見を認識しておくことは診断の一助になると考えられる。

P-2-101 腔原発悪性黒色腫の1例

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学¹⁾, 大阪市立大学医学部附属病院病理部²⁾, 大阪市立総合医療センター婦人科³⁾, 市立柏原病院産婦人科⁴⁾

○村上 誠(MD)¹⁾, 市村友季(MD)¹⁾, 塩見和彦(CT)²⁾, 笠井真理(MD)¹⁾, 松田真希子(MD)¹⁾, 川村直樹(MD)³⁾, 本田謙一(MD)⁴⁾, 角 俊幸(MD)¹⁾

【緒言】腔原発悪性黒色腫は全悪性黒色腫の1%以下とされるまれな腫瘍である。今回我々は腔壁に散在する多数の黒色病変とポリープ状病変、ならびに子宮頸部に黒色腫瘍を認めた腔原発悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

【症例】63歳女性。不正性器出血を主訴に前医を受診し、腔と子宮頸部に易出血性の黒色病変を指摘され、細胞診にて悪性黒色腫が疑われたため当院紹介となった。当科にて施行した細胞診ならびに部分生検の結果は悪性黒色腫で、MRIおよびCT画像では子宮頸部と腔以外に病変は認められなかった。子宮全摘術・両側付属器摘出術・腔全摘術ほかを施行し、術後診断はpT3aN2cM0であった。

【細胞所見】ライトグリーン好染の類円形の異型を有する細胞集塊を認め、クロマチンは細～粗顆粒状に増量し核小体もみられた。細胞質には茶褐色のメラニン様顆粒が多数認められた。

【組織所見】境界不明瞭に充実性胞巣を形成する異型細胞を認め、核は大型～類円形で核クロマチンは増量し大小不同が目立ち核分裂像もみられた。細胞質にメラニン顆粒を含有する細胞が目立ち、免疫染色にてS100およびHMB45陽性であり悪性黒色腫と診断した。

【まとめ】腔原発悪性黒色腫は皮膚の悪性黒色腫と異なり、外見上発見されにくい場所に存在するため発見が遅れる傾向にある。本症例も進行例で発見されており、今後化学療法を予定している。

P-2-102 CIN3にて円錐切除後に発症した陰癌の1例

筑波メディカルセンター病院婦人科

○野末彰子(MD), 西出 健(MD)

【はじめに】陰癌は女性性器癌の約1%に過ぎない稀な癌だが、子宮頸癌同様 HPV 感染に関連する疾患と考えられており、CIN や子宮頸癌の既往があるものから発生することも多い。今回我々は CIN3 加療後の経過観察中に細胞診異常が出現し、CIN3 の再発を疑うも診断できず、結果的には陰癌を発症していた症例を経験したので報告する。

【症例】60歳女性、6年前に CIN3 (子宮頸部高度異形成) の診断で円錐切除術を施行した。切除断端は陰性で、その後3~6ヶ月ごとに子宮頸部細胞診を施行し経過管理していた。術後4年目に LSIL 相当の細胞異常が出現した。3ヵ月後にエストロゲン投与後再検したところ、一部に小型で N/C 比が高く、クロマチンの増量や核型不整が目立つ細胞を認め、HSIL と診断した。また同時に施行したコルポ診で、子宮腔部は UCF であり、頸管搔爬では CIN1 相当の所見しか認めなかった。この後1年間は LSIL が続いたが、円錐切除から5年半後、再び傍基底型の異型扁平上皮細胞が少数出現し HSIL と診断した。再診後腔内を確認したところ、腔壁右上部 1/3 の狭い範囲にわずかに易出血性の部分を認め、コルポ診で赤点斑を確認した。同部を生検し VAIN (vaginal intraepithelial neoplasia) と診断した。その後、腔壁部分切除を施行し、陰癌 I 期と診断した。同時に施行した円錐切除では子宮腔部は CIN1 であり、HSIL 相当の異型細胞の由来は腔からと推定した。

【まとめ】CIN3 円錐切除後に発生した陰癌の症例を経験した。陰癌は稀ではあるが HPV 関連疾患であり、CIN の既往はリスク因子である。細胞診異常を認め、CIN の再発を疑うも子宮に再発病変を確認できない場合は陰癌の存在も念頭においた注意深い診察が必要である。

P-2-103 当院における TACAS 法の導入と運営の実際

独立行政法人国立病院機構熊本医療センター病理診断科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構熊本医療センター臨床検査科²⁾

○村山寿彦(MD)¹⁾, 成毛有紀(MD)¹⁾, 舟瀬将一(CT)²⁾, 石原幸治(CT)²⁾, 中島一樹(CT)²⁾, 川上裕之(MT)²⁾

当院では平成24年1月より TACAS 法を本格的に導入し、約3年が過ぎた今、その有用性や問題点が明らかになってきた。そこで今回、現在 LBC 法導入を検討されている施設の参考にしていただく目的で、導入前に必要な準備、導入の実際、問題点、有用性などについて整理した。導入前各 LBC 法 (SurePath 法, ThinPrep 法, TACAS 法,) 全てを実際に試行・検討し、導入コスト、標本作成の簡便性、標本の質などから TACAS 法を選択した。次に当院で最も検体数の多い婦人科細胞診標本で従来法と TACAS 法における細胞像を比較し、後者における診断基準を確認した。ここまでの段階で臨床医、とくに当院では産婦人科医の協力が重要であった。次に導入後明らかになった問題点として TACAS 法では細胞が標本の周囲に偏在し、粘液が不明瞭化する傾向がみられた。さらに LBC 法で問題となる細胞の収縮による診断基準のずれの可能性に関して子宮頸部細胞診で検討した。導入前 (2009年~2011年) と導入後の各疾患単位の構成比率をみると、とくに中等度異型性が増加 (2.2% から 5.1%) し、上皮内癌が減少 (1.4% から 0.7%) していた。導入後の細胞像と組織診断との比較により、上皮内癌の診断基準がずれたことにより、他の HSIL に相当する病変がよりアンダーに評価された可能性が示唆された。このことは LBC 導入後に診断基準の再確認を行うことが重要であることを示している。最後に LBC 法の免疫染色への応用例、体腔液で診断を確定できた症例 (胸水検体 腺癌, 悪性リンパ腫, リンパ脈管平滑筋腫症) を提示し、その有用性を強調したい。

P-2-104 関節液の簡易偏光結晶検査と細胞診標本との対比について

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院検査科

○玉置和仁(CT), 各務里奈(CT), 森 良雄(MD),
山際三郎(MD)

【はじめに】当院では関節液結晶検査を病理検査室で行っている。一般的に関節液結晶検査は、未染色標本で偏光装置を用いて結晶の有無やその種類等の報告を行う。しかしながら、未染色標本では細胞成分の種類を求めることは困難を要する。そこで従来の未染色で行うことに加えて、湿固定標本と乾燥固定標本を作製した。特に DiffQuik (Sysmex 社) 等の迅速 Giemsa 染色標本は有用で、検査所要時間に大きな影響を与える事なく細胞像の把握が可能であった。また、臨床画像 (CT, MRI) の所見や生化学の labo date も適宜参考にした。

【対象および方法】2013年4月から2014年12月までの当院に於ける関節液結晶検査112例を対象とした。上記の如く標本を作製し、未染色標本と迅速 Giemsa 標本を対比させ結晶検査を行った。後日 Papanicolaou 標本及び Cellbrock 標本も作製した。

【結果及び考察】関節液結晶検査112例の内、結晶成分を認めたのは37例(33%)であった。37例の内、尿酸ナトリウム結晶が8例、ピロリン酸カルシウム結晶が29例であった。結晶の種類や量を観察する事に於いては簡易偏光装置を用いて未染色標本で行ったが、ある程度 Giemsa 染色標本でも結晶観察は可能である。細胞が固定されているので移動せず観察し易いことや、迅速に細胞の種類を知るのに有利である。好中球の結晶貪食像は見易く、永久保存も可能と思われる。細菌を認めた例も少数あり本取り組みが細菌性関節炎の指摘に資する事が出来たと思われる。Papanicolaou 染色では滑膜細胞や軟骨細胞が見られる際は有利であり、全体的な細胞像の把握に有用であった。

P-2-105 胸水中に出現した頭皮原発血管肉腫の1例

徳島県立中央病院医療技術局検査技術科¹⁾, 徳島県立中央病院病理診断科²⁾

○繁木麻里(CT)¹⁾, 山田順子(CT)¹⁾, 佐竹宣法(MD)²⁾,
工藤英治(MD)²⁾

【はじめに】血管肉腫は全肉腫の1%で、皮膚特に高齢者の頭部、顔面に好発する腫瘍である。悪性度が極めて高く、5年生存率は10~20%といわれている。今回我々は、頭皮に発生した本腫瘍が胸水中に出現した症例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。2007年に頭皮の血管肉腫と診断され、当院形成外科で切除および放射線治療を実施。2010年再発後、切除術・放射線療法・化学療法を続けていた。2014年5月中旬より急激に状態が悪化し、多量の胸水と肝転移を認め、胸水を細胞診検査に提出。

【細胞学的所見】中型で、核偏在傾向の見られる異型細胞が孤在性に出現。一部結合性が見られる集塊も認めた。細胞質は泡沫状でやや広く、クロマチンは細顆粒状に増量、小型核小体が目立った。また、多核細胞も認められた。セルブロックを作成し免疫染色を施行したところ、異型細胞はCD31, D2-40, FactorVIII 陽性であった。

【組織学的所見】表皮に著変は見られず、真皮浅層から中層に類円形から紡錘形の腫瘍細胞の結節状充実性の増殖が認められ、周辺部には、内皮に異型のある毛細血管を認める。免疫染色では、CD31とD2-40がびまん性に強陽性で、FactorVIIIが部分的に弱陽性であった。

【まとめ】頭皮に発生した血管肉腫が胸水中に出現した一例を経験した。胸水中の腫瘍細胞は、組織で見られた細胞形態とよく似ており、孤在性あるいは上皮性結合を思わせる集塊で出現し、一部腺癌様の部分もあった。セルブロックの免疫染色では、CD31, D2-40, FactorVIII 陽性であった。胸水(体腔液)には種々の腫瘍細胞が出現し、血管肉腫は上皮様集塊で出現することがあるため、免疫染色を用いた鑑別をすることが重要である。

P-2-106 胸水中に腫瘍細胞が認められた皮膚原発血管肉腫の2例

東京医科大学病院病理診断部¹⁾, 東京医科大学病院人体病理学講座²⁾

○石原里佳子(CT)¹⁾, 山科光正(DDS)²⁾, 三宅真司(CT)¹⁾, 片桐仁子(CT)¹⁾, 鈴木恵美子(CT)¹⁾, 磯本愛子(CT)¹⁾, 山口真由実(CT)¹⁾, 大城久(DDS)²⁾, 松林純(DDS)²⁾, 長尾俊孝(DDS)²⁾

【はじめに】血管肉腫は皮膚や軟部組織に好発する稀な腫瘍で、その悪性度は高い。今回、我々は胸水中に腫瘍細胞が認められた血管肉腫の2例を経験したので報告する。

【症例1】42歳男性、頭頂部に腫瘤を自覚し、増大傾向を示したため部分切除が施行された。血管肉腫と診断され、拡大切除と放射線治療を行うも、術後半年で左胸水が貯留し細胞診が施行された。

【症例2】79歳男性、幼少時に頭部の熱傷を負い民間療法で頭皮に墨やペンキを塗布していた。20歳で瘢痕切除術が施行された。その後77歳より腫瘤が出現し増大したため生検が行われ、血管肉腫と診断された。放射線治療の2か月後に胸水貯留を認めたため細胞診が施行された。

【細胞所見】2例に共通して、腫瘍細胞は上皮様結合を示したが、一部に管腔様構造がみられ、その腔内に赤血球や好中球を取り込んだ像を認めた。腫瘍細胞の細胞質はライトグリーン好染、レース状で、N/C比の増加や核偏在傾向、核形不整、核の大小不同、クロマチンの増量がみられた。また核分裂像も散見された。セルブロックによる免疫組織化学的検索で腫瘍細胞はFactorVIII(+), CD31(+), CD34(-)であった。

【組織所見】2例とも、真皮及び皮下組織に腫瘍細胞が上皮様形態や血管腔を模倣した構造をとりながら結節状に認められた。腫瘍細胞は円形～紡錘形を示し、核腫大や核形不整、大小不同が目立っていた。また核分裂像も多数認められた。

【まとめ】胸水中に出現した腫瘍細胞は、腺癌との鑑別を要した。核所見や管腔様構造、赤血球取り込み像などが鑑別上有用な所見であると思われるが、免疫染色の併用により確実な診断に繋がると考えられた。

P-2-107 胸水中に認められた血管肉腫の一例

川崎市立井田病院検査科病理

○鍋木秀夫(CT), 河合知恵美(CT), 市川将(CT), 出張玲子(MD), 品川俊人(MD)

【はじめに】軟部肉腫は全悪性腫瘍の1%以下の頻度とされるが、血管肉腫は、さらに軟部肉腫の約2%の頻度で、非常に稀な腫瘍である。我々は、悪性中皮腫による胸水貯留の疑いで入院し、組織生検にて血管肉腫と診断され、後に胸水から血管肉腫細胞を認めた症例を経験した。胸膜を中心とした血管肉腫は稀であるが、特に胸水に腫瘍細胞が出現する症例は稀であり報告する。

【症例】症例は68歳男性。胸水貯留で他医受診、悪性中皮腫の診断にて化学療法施行するも効果なく、咳嗽、呼吸困難が出現し当院を受診。CTにて左胸水貯留、胸膜の肥厚を認めた。肺野に腫瘍性陰影は認めず、他の臓器、皮膚などにも腫瘤は認めなかった。左胸膜生検にて小形で核小体の目立つ類円形細胞～多稜形異型細胞の集簇が見られ、免疫学的検索にてCEA(-), CK7(-), CK20, D2-40(-), Calretinin(-), TTF-1(-), Chromogranin A(-), Synaptophysin(-), CD34(+), CD31(+), Factor 8(+)と血管内皮由来のマーカーが陽性を示し、血管肉腫と診断した。6ヶ月後、左胸水貯留を認め、胸水細胞診を施行。比較的均一で核小体の目立つ紡錘形～円形の異型細胞が孤立散在性～乳頭状集塊として出現し、一部にロゼット状管腔構造を呈していた。セルブロックを作成し免疫学的検索を行ったところCEA(-), D2-40(-), Calretinin(-), TTF-1(-), CD34(+), CD31(+), Factor 8(+)で血管由来のマーカーが陽性を示し、血管肉腫と診断した。化学療法を行うも効果なく、右悪性胸水、肝転移、腹膜播種へ進行し、9ヶ月の経過で永眠された。

P-2-108 小腸に発生した類上皮血管内皮腫の1例

三井記念病院検査部病理検査室¹⁾, 三井記念病院病理診断科²⁾

○近亜沙子(CT)¹⁾, 前川原貴美子(CT)¹⁾,
伊藤恵美(CT)¹⁾, 相原久美子(CT)¹⁾, 松木由法(CT)¹⁾,
森 正也(MD)²⁾

【はじめに】類上皮血管内皮腫は、血管内皮由来の稀な悪性腫瘍である。好発部位は軟部組織・肝・肺であり、消化管原発は少ない。今回われわれは、きわめて稀な小腸原発と考えられる類上皮血管内皮腫を経験したので報告する。

【症例】60代男性。数か月前から原因不明の腹水貯留があり、当院内科で精査されていた。肝・肺に腫瘍なし。その後、普段みられない体動時の腹痛が出現し、当院救急外来受診。緊急開腹術を施行。空腸に小穿孔が確認され、部分切除が施行された。

【組織所見】小腸の粘膜下組織から漿膜下層にかけて、類円形核を有する腫瘍細胞が充実性あるいは胞巣状に増殖。漿膜下層に浸潤している部位には、短紡錘形の腫瘍細胞もみられ、周囲に線維増生を伴っている部分があった。免疫組織化学的にはCD31(+), vimentin(+), D2-40(一部+), thrombomodulin(一部+), CD34(-), Factor-VIII(-), calretinin(-), WT1(-), CK5(-), Ber-EP4(-), MOC-31(-), CA19-9(-)。以上の結果から類上皮血管内皮腫と診断した。

【細胞所見】背景には好中球を主体とする炎症細胞がみられ、その中にN/C比が高く、小さな核小体を有し上皮様の結合を示す異型細胞集塊が認められた。上皮マーカーのBer-EP4, MOC-31は陰性。中皮腫といえるような異型性はなく、組織診断が確定した後にいった免疫染色でCD31陽性細胞が確認された。

【まとめ】小腸原発と考えられる類上皮血管内皮腫の細胞像を経験した。腹水中に出現していた細胞は上皮や中皮の集塊とも見える細胞像であった。振り返ってみると、術前に提出された腹水にも類似の異型細胞が出現していた。術前 carcinoma や中皮腫は否定できたが、細胞診断が困難な症例であった。

P-2-109 腹水中に腫瘍細胞が出現し診断に苦慮した PNET/Ewing 肉腫の1例

武蔵野赤十字病院病理部¹⁾, 独立行政法人国立病院機構相模原病院統括診療部病理診断科²⁾, 武蔵野赤十字病院産婦人科³⁾

○古屋能孝(CT)¹⁾, 齋藤生朗(MD)²⁾, 宅見智晴(CT)¹⁾,
北村洋一(CT)¹⁾, 浅見力也(CT)¹⁾, 浦田育美(CT)¹⁾,
高橋聡子(CT)¹⁾, 山崎龍王(MD)³⁾, 瀧 和博(MD)¹⁾,
櫻井うらら(MD)¹⁾

【はじめに】Primitive neuroectodermal tumor (PNET) は骨軟部組織に好発する予後不良な小円形細胞腫瘍であり PNET/Ewing 肉腫として一連の腫瘍群とされている。腹水中に腫瘍細胞が出現し診断に苦慮した PNET/Ewing 肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】20歳代、女性。発熱、腹部膨満感を主訴に紹介受診。画像検査で腹腔内に小腸と一塊となった9cm大の腫瘍性病変と大量の腹水が認められた。試験開腹にて拳2個分程の脆い腫瘍が大網や小腸と一塊となって認められた。

【細胞所見】腹水細胞診ではN/C比大、クロマチン増量する小型円形核の異型細胞が孤立性ないし小集塊を形成し出現していた。核小体は目立たなかった。鑑別診断として悪性リンパ腫、横紋筋肉腫(胞巣型)、PNET/Ewing 肉腫、小細胞癌などが挙げられた。捺印細胞診も同様の所見であった。

【組織所見】組織学的にN/C比の高い腫瘍細胞が髄様、一部索状に増殖していた。腫瘍細胞の核は類円形に腫大し、多核や巨核のものが散在し核分裂像を多数認めた。壊死を一部に伴っていた。免疫染色ではAE1/AE3(-), CD56(±focal), synaptophysin(-), chromograninA(-), vimentin(+), desmin(±), S-100(-), CD3(-), CD20(-), WT1(-), CD99(+))であった。RT-PCR法では、EWS52/ERG-R1融合遺伝子のキメラ転写産物が検出され、シーケンス解析にてEWS exon7と、ERG exon14の間にin-frame fusionが確認された。以上よりPNET/Ewing 肉腫と診断された。

【まとめ】PNET/Ewing 肉腫を含む小児期ないし若年成人における小円形細胞腫瘍は細胞像や組織像のみでは確定診断は困難である。鑑別診断を考慮し免疫染色を積極的に行うとともに遺伝子検索の為の生標本の採取が望ましいと考えた。

P-2-110 腹水細胞診にて組織型の推定が困難であった消化管間質腫瘍(GIST)の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室¹⁾, 同 病理診断科²⁾

○玉城真太(CT)¹⁾, 安部拓也(CT)¹⁾, 定常友美(CT)¹⁾,
西山純司(CT)¹⁾, 豊嶋憲子(CT)¹⁾, 奥蘭 学(CT)¹⁾,
大内清子(MD)²⁾, 笹栗毅和(MD)²⁾, 中野龍治(MD)²⁾

【はじめに】消化管間質腫瘍(GIST)は明らかな筋原性,あるいは神経原性の性質を示さない間葉系由来の腫瘍である。発生頻度は胃で60~70%,小腸で20~30%とされており,稀ではあるが大腸や大網,腸間膜にも発生する。今回,術中迅速腹水細胞診にて組織型の推定が困難であったGISTの1例を経験したので報告する。

【症例】46歳男性。1カ月前から腹部膨満感および食欲不振を自覚し,前医を受診。CTにて腹部全体に広がる軟部組織を疑う陰影を認め,精査加療目的に当院紹介となった。上・下部内視鏡検査では有意な所見は認めなかった。診断目的に大網部腫瘍より生検が行われ,腹水貯留を認めた為,術中迅速腹水細胞診が行われた。

【細胞所見】リンパ球,組織球を背景に細胞境界不明瞭な間葉系由来を思わせる紡錘形細胞が集塊で出現していた。また類円形の細胞質を持つ上皮様の結合を示した異型細胞集塊も見られた。いずれの集塊においても核は楕円~類円形で,微細顆粒状のクロマチン増量,核不整を認めた。悪性の推定は可能であったが,肉腫や癌肉腫,あるいは悪性中皮腫との鑑別など,組織型の推定は困難であった。

【組織所見】紡錘形ないし,多角形の異型細胞が錯綜し,密に増殖しており,腫瘍細胞は核分裂像および空胞変性を認めた。一部粘液腫様の基質産生を伴っていた。免疫組織化学染色にてVimentin(+),S-100(-),Desmin(-),c-kit(+),CD34(一部+),Calretinin(-),Pankeratin(-),Ki-67 LI 30%であり,消化管間質腫瘍(GIST)high risk.と診断された。

【結語】体腔液中に紡錘形の異型細胞が見られる場合,肉腫や,癌,中皮腫などに加えGISTも鑑別に挙げる必要がある。

P-2-111 胸水中に腫瘍細胞が出現した腎粘液管状紡錘細胞癌の1例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾,東京女子医科大学第一病理学教室²⁾,東京女子医科大学病院病理診断科³⁾

○平林陽介(CT)¹⁾,小川命子(CT)¹⁾,植竹 都(CT)¹⁾,
鈴木正敏(CT)¹⁾,小林ひとみ(CT)¹⁾,
金子あゆみ(CT)¹⁾,金澤卓也(CT)¹⁾,鈴木高祐(MD)¹⁾,
澤田達夫(MD)²⁾,長嶋洋治(MD)³⁾

【はじめに】粘液管状紡錘細胞癌(以下MTSCC)は腎細胞癌の亜型で,頻度は低い。中高年女性に好発し,予後良好なものが多い。今回,我々は腫瘍細胞が胸水中に出現した症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。虚血性心疾患経過観察中のCTで,偶発的に右腎上極に腫瘤を見出された。右腎全摘術が施行され,MTSCCと診断された。術後半年のCTにて,肺内転移および右胸水貯留を伴う胸膜播種が指摘され,胸水細胞診が施行された。術後9か月後に呼吸不全にて死亡した。

【腎腫瘍組織所見】肉眼的に上極に境界不明瞭な白色充実性腫瘍(8×8×2.5cm)を認めた。組織学的には,管状乳頭状構造を示す腫瘍細胞からなり,浸潤部では巣状を示していた。嚢胞状空隙内に乳頭状突出を形成する部分,好酸性細胞や紡錘形の部位など多彩な像を示していた。免疫組織化学的にはAMACR+,PAX8一部+,GATA3-であり,形態とあわせMTSCCと診断された。

【胸水細胞所見】炎症性背景に,細胞境界明瞭で,泡沫状~顆粒状の比較的広い細胞質を有し,軽度重積性や不規則配列を呈する乳頭状~索状の異型細胞集塊を散見した。核は類円形で,腫大,大小不同,核形不整を示した。クロマチンは粗顆粒状に増量し,明瞭な核小体を認めた。腎手術材料標本に類似した異型細胞であり,MTSCC由来の細胞と考えた。

【まとめ】本症例では,胸水中の癌細胞を,既往手術組織所見を参考にMTSCCと推定することができたが,細胞像のみから本腫瘍を診断することは困難であった。通常のMTSCCは低悪性腫瘍で,癌性胸膜炎をきたした症例は少ない。しかし予後不良な高異型度例の報告もあり,既往手術検体や免疫染色・臨床情報を考慮し診断につなげる必要がある。

P-2-112 稀な形質発現を認めた HHV8-negative effusion-based lymphoma の一例

公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院検査科¹⁾, 昭和大学医学部病理学講座²⁾, がん・感染症センター都立駒込病院病理科³⁾

○窪田知美(CT)¹⁾, 柴崎洋子(CT)¹⁾, 國本由里子(CT)¹⁾, 荒井克己(CT)¹⁾, 野呂瀬朋子(MD)²⁾, 瀧本雅文(MD)²⁾, 比島恒和(MD)³⁾, 鄭子文(MD)¹⁾

【はじめに】 Human Herpesvirus 8 negative effusion-based lymphoma (HHV8-negative EBL) は、体腔液貯留を主症状とし、明らかな腫瘍形成を伴わないリンパ腫のうち、HHV-8 感染がないものとして primary effusion lymphoma と区別されている。本邦の HHV8-negative EBL の報告は B 細胞表面抗原陽性例がほとんどで、陰性例は稀である。今回、稀な形質発現を認めた HHV8-negative EBL を経験したので報告する。

【症例】 80 歳代女性。呼吸困難を主訴として近医を受診し、症状が改善されず当院内科を受診。胸部 CT にて左胸部に大量の胸水を認め、精査目的で穿刺吸引細胞診を施行した。縦隔、肺門リンパ節の腫大はみられず、他臓器にも腫瘍を認めなかった。

【細胞所見】 背景に多彩な炎症細胞が出現している中、核中心性～やや偏在性の N/C 比が高い類円形核の形質細胞類似の異型細胞を認めた。また、多核異型細胞の出現が目立ち、核分裂像もみられた。

【免疫組織学的所見】 セルブロックを用いた免疫染色では、 $\kappa > \lambda$, CD45, CD38, CD138, VS38c, MUM-1 陽性, CD79a, CD20, CD19, CD3, CD30, LANA-1, EBER-1 陰性であり、HHV8-negative EBL と診断された。

【まとめ】 細胞診による組織型推定が困難でセルブロック作製が有用であった。B 細胞表面抗原陰性で、形質細胞への分化を示す HHV8-negative EBL 症例を経験した。稀な形質発現を示す症例と考えられた。

P-2-113 体腔液中に出現した子宮内膜間質腫瘍の 1 例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○宮本加菜(CT)¹⁾, 松永 徹(CT)¹⁾, 本山睦美(CT)¹⁾, 片倉和哉(CT)¹⁾, 郷田 衛(CT)¹⁾, 宮井由美(MD)²⁾, 林 俊哲(MD)²⁾, 香月奈穂美(MD)²⁾, 串田吉生(MD)^{1,2)}, 羽場礼次(MD)^{1,2)}

【はじめに】 子宮内膜間質腫瘍は子宮体部の間葉性腫瘍の中でも 10% 以下と稀な腫瘍である。子宮内膜間質腫瘍細胞が体腔液中に出現する頻度は低いとされ、その報告は少ない。今回我々は、体腔液中に出現した未分化子宮内膜肉腫の症例を経験したので報告する。

【症例】 60 代、女性。前医で子宮体癌を疑われ当院を受診。腹部 CT では骨盤腔内を占拠する巨大な腫瘍が認められた。腫瘍は子宮から連続しており、子宮体部筋層はほぼ腫瘍に置換されていた。胸腹水の急速な貯留を認め、胸腹水細胞診を施行した。

【細胞所見】 胸腹水中にはリンパ球や組織球を主体とした炎症性背景に、N/C 比の高い異型細胞が孤立散在性や集塊状に認められた。核は類円形～楕円形で一部では核のくびれを認め、核クロマチンは細顆粒状で増量し、明瞭な核小体を 1～数个認めた。

【組織所見】 開腹時の腫瘍生検組織では、類円形の腫瘍細胞がびまん性に浸潤増殖していた。免疫組織化学は vimentin, CD10 が陽性を示し、 α SMA, CD20, CD79 α , CD3, CD5, CD30 が陰性を示した。以上より、未分化子宮内膜肉腫と診断された。

【結語】 本症例は胸腹水中に類円形腫瘍細胞が認められ、低分化腺癌、悪性リンパ腫、未分化胚細胞腫などを考えたが、細胞所見のみでは組織型の確定には至らなかった。未分化子宮内膜肉腫の細胞学的特徴として、子宮内膜細胞診では、孤立散在性の出現様式や、比較的均一な小型～中型の腫瘍細胞、細顆粒状で増量するクロマチンや明瞭な核小体を有することなどが報告されているが、本症例の胸腹水中にも同様の所見を認めた。体腔液中に類円形腫瘍細胞がみられた場合、本疾患の存在も考慮して検討する必要があると考えられた。

P-2-114 濾胞性リンパ腫(Gradel-2)の診断を目的としたBCL2/BCL6二重免疫染色の有用性の検討

東邦大学医療センター佐倉病院病理部¹⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院病理診断科²⁾

○山崎利城(CT)¹⁾, 徳山 宣(MD)^{1,2)}, 佐藤麻依(CT)¹⁾, 平川靖那(CT)¹⁾, 寺井謙介(MT)¹⁾, 平山美佐子(CT)¹⁾, 山口みはる(CT)¹⁾, 北村 真(CT)¹⁾, 笹井大督(MD)^{1,2)}, 蛭田啓之(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Grade(G)1-2の濾胞性リンパ腫(FL)の腫瘍細胞は異型に乏しく, 非腫瘍性病変(反応性濾胞過形成など)との鑑別に苦慮する場合がある. そこで今回われわれは, 胚中心細胞でのBCL2蛋白発現の有無を明確にすることがFL, G1-2の診断に有用と考えた. 胚中心細胞マーカーとしてCD10(細胞膜)の代わりにBCL6(核)を用いて, BCL2(細胞質)との二重免疫染色の検討を行ったので報告する.

【対象-方法】 FL, G1-2, FL, G3, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫, 非腫瘍性病変(反応性濾胞過形成など)のPapanicolaou染色標本を材料とした. 抗体はBCL2(マウスモノクローナル抗体), BCL6(ラビットモノクローナル抗体)をカクテル化し, 二次抗体もあらかじめカクテル化(MACH2 Double Stain2)されたものを使用した. 発色試薬はVulcan Fast Red, Vina Greenを用いてそれぞれ行った. BCL2を緑色にBCL6は赤色に染色した.

【結果】 FL, G1-2症例においては, 細胞質がBCL2で緑色に, 核がBCL6で赤色に染色され, 二重陽性像が容易に認識できた. それに対し非腫瘍性症例の胚中心細胞はBCL6で赤色のみの染色性を示した. 二重陽性像をもって悪性と判定が可能であった.

【まとめ】 BCL2とBCL6を組み合わせた免疫染色を行うことで, 胚中心細胞でのBCL2蛋白発現の有無が明確となった. FL, G1-2の診断において強力な補助診断ツールになると考えられた.

P-2-115 液状処理法によるリンパ節FNAにおいて, 癌の鑑別が難しかった悪性リンパ腫の5症例

京都第一赤十字病院病理診断科

○樋野陽子(MD), 井上小百合(CT), 荻田 健(CT), 久保喜則(CT), 片岡恵美(CT), 間瀬八重(CT), 河崎瑞江(CT), 田中哲郎(CT), 中尾龍太(MD)

【はじめに】 当施設では, 2013年8月からリンパ節FNAにおいて従来法から液状処理細胞診(ThinPrep直接法)に変更した. その中で癌との鑑別が難しかった悪性リンパ腫の5症例を経験し細胞学的特徴を報告する.

【症例】 (1)64歳, 女性, 右顎下腺外側のリンパ節腫脹, 10年前から認識, (2)68歳, 女性, 顎下部正中部のリンパ節腫脹, (3)79歳, 男性, 両側頸部リンパ節腫脹, 鼻腔腫瘍あり, 癌転移疑い, (4)86歳, 男性, 左下内深頸リンパ節腫脹, 癌転移疑い, (5)70歳, 男性, 甲状腺周囲リンパ節腫脹, 甲状腺両葉腫瘍あり

【細胞診所見】 これら5例では異型細胞が集団で出現し, 弱拡大では転移性癌を疑わせるパターンであった. (1)(3)(5)の3例では大型集団が出現し, 集団に極性はなく辺縁で毛羽立ちがみられ, 集団内には大型異型細胞に混じって小型リンパ球がみられた. (2)(4)の2例は, 集団は小型であった. 集団部では個々の細胞の観察が難しかったが, (1)(3)(4)(5)の4例では, 背景に多数の大型リンパ球様の細胞が個在性に出現し個々の細胞の結合性は乏しく, 集団部を除くと悪性リンパ腫を考える細胞出現パターンであった. (2)の1例は, 集団は小型で少数, 背景に大型リンパ球様の細胞を伴うが小型リンパ球も混在し, 単一な細胞の出現パターンではなく, 悪性リンパ腫とはしがたかった.

【組織】 5例全てdiffuse large B-cell lymphomaであった.

【まとめ】 リンパ節FNAにおいて, ThinPrep直接法は従来法に比して細胞が凝集し集塊で出現するため, 悪性リンパ腫と低分化癌の鑑別が難しいことが指摘されている. 当院ではThinPrep直接法へ移行して間もなくこれら5例を経験した. 現在, ThinPrep間接法への切り替えを検討中である.

P-2-116 リンパ節捺印細胞診にて転移性腫瘍との鑑別に難渋した CD30(+)B 細胞性リンパ腫の一例

日本医科大学多摩永山病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学²⁾, LSI メディエンス³⁾

○柳田裕美(CT)¹⁾, 細根 勝(MD)¹⁾, 片山博徳(CT)¹⁾, 磯部宏昭(CT)¹⁾, 川野記代子(CT)¹⁾, 岩瀬裕美(CT)¹⁾, 日吾美栄子(CT)¹⁾, 新井 悟(MD)¹⁾, 前田昭太郎(MD)^{1,3)}, 内藤善哉(MD)²⁾

【緒言】リンパ節細胞診では、結合性を示す上皮様細胞集塊を認めた場合は原則として癌腫などの転移性病変を疑うが、時にその原則が正診をミスリードするような難解例にも遭遇し得る。今回、捺印細胞診にて癌腫の転移との鑑別が困難であった悪性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【現病歴】50 歳代男性、右鼠径部リンパ節腫大を主訴に来院し、生検、捺印細胞診が行われた。

【細胞所見】Pap 染色では中型～大型の異型リンパ球様細胞の散在性出現を背景に、大型円形～多形細胞の島状集簇を多数認めた。Giemsa 染色ではこれらの細胞質は厚重で好塩基性を示し、上皮性病変が示唆された。

【組織所見と病理診断】リンパ節の基本構造は消失し、多形性を示す大型細胞の結節性～びまん性増生によりほぼ置換されていた。辺縁洞内には大型細胞のシート状増生が観察され、未分化癌などの転移性病変が第一に疑われた。最終的に CD30(+)/ALK(-)びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と診断した。

【考察】本例はかつて B 細胞性未分化大細胞型リンパ腫(B-ALCL)あるいは“B-pleo”などと呼ばれた亜型に一致すると考えられるが、この亜型は通常の ALCL や ALK(+)大細胞型 B 細胞性リンパ腫などと並んで癌腫と紛らわしい上皮様結合を示すことが知られており、時に cytokeratin(+)にもなり得る。本例は稀れながらもリンパ節細胞診の pitfall になり易く、念頭に置くべき亜型かと考えられ供覧する。

P-2-117 CML 寛解中に出現した大腿部 Myeloid sarcoma の一例

佐賀大学医学部附属病院病理部¹⁾, 佐賀大学医学部病因病態科学²⁾

○植崎さやか(CT)¹⁾, 甲斐敬太(MD)¹⁾, 中村光男(CT)¹⁾, 次富久之(CT)¹⁾, 中原因利重(MT)¹⁾, 山崎真希子(MD)^{1,2)}, 増田正憲(MD)²⁾, 高瀬ゆかり(MD)²⁾, 相島慎一(MD)²⁾, 戸田修二(MD)^{1,2)}

【はじめに】Myeloid sarcoma (MS) は、骨髓芽球や未分化な骨髄系細胞が髓外に腫瘤を形成する疾患と定義され、慢性骨髄性白血病 (CML) の寛解中に MS が出現することは稀である。今回、CML 寛解中に出現した大腿部 MS の一例を経験したので、その細胞像と組織像について報告する。

【症例】50 歳代男性。発熱のため当院受診し、CML と診断された。治療により血液学的寛解状態であったが、治療開始から 10ヶ月目に左股関節痛が出現。MRI で左大腿骨および骨盤骨周囲に 11.7×10.8 cm 大の腫瘤が認められた。腫瘤の生検と捺印細胞診が施行された。

【細胞所見】捺印標本のギムザ染色では、リンパ球および好酸球を背景に、接着性が乏しく N/C 比の高い異型細胞が多数出現していた。核は類円形から不整形、クロマチンは微細顆粒状で明瞭な大型核小体を認めた。核偏在性の細胞や空胞を有する細胞も認めた。アズール顆粒は確認できなかった。

【組織所見】腫瘍は肉眼的に白色充実性であった。組織学的には円形ないし類円形の異型核とやや広い細胞質を有する異型細胞が充実性に増生し、明瞭な大型核小体を有していた。免疫染色では、異型細胞はリンパ球マーカー陰性で、LCA がびまん性に陽性、CD30, CD68, c-kit が部分的に陽性であった。MPO は陰性であった。免疫染色の結果から、未熟な造血細胞の腫瘍が考えられ、CML で加療中という背景も加味して MS と診断した。その後、FISH (bcr-abl) で MS の診断が確認された。

【まとめ】CML 寛解中に出現した稀な大腿部 MS の一例を報告した。細胞像のみで MS を推定するのは困難であり、病歴や臨床像、免疫染色を含む組織診や FISH といった情報を総合して診断を進めることが重要であった。

P-2-118 リンパ節捺印細胞診から前立腺原発の腺癌が推定できた一例

JA 静岡厚生連遠州病院臨床検査科¹⁾, JA 静岡厚生連遠州病院病理²⁾, 浜松医科大学基礎看護健康科学³⁾, 新和会八千代病院病理⁴⁾

○大井賀広(CT)¹⁾, 上村 隆(MD)²⁾, 三浦克敏(MD)³⁾, 社本幹博(MD)⁴⁾

【はじめに】リンパ節は米粒から大豆大の腎形組織であり, 腫脹の原因として腫瘍性か非腫瘍性があり, 腫瘍性には原発性が転移性がある. 今回, 傍大動脈リンパ節腫脹で悪性リンパ腫が疑われたが生検によって前立腺癌の転移と推定した症例を経験したので報告する.

【症例】70歳代, 男性. 2014年10月, 近医CTで腹腔内リンパ節腫大を認め, 悪性リンパ腫が疑われ, 精査目的で, 当院外科にて開腹リンパ節生検を施行した. 生検と同時に捺印細胞診も施行した.

【捺印細胞所見】小型リンパ球を中心に, 上皮様集塊を認めた. 腫瘍細胞は, 核は腫大し, クロマチンは細顆粒状で増量, 核小体もみられ, 泡沫状の広い細胞質を持つ細胞からなり, PAS反応は細胞質内に弱陽性に染まった.

【組織所見】泡沫状の比較的広い胞体と, 類円形濃染核をもつ細胞が不規則に配列・密集し, また少量ではあるが微小腺腔形成, 篩状管構造をみる組織像であった. PAS反応は細胞所見同様, 細胞質内に弱陽性に染まった. 免疫染色の結果, サイトケラチンが強陽性, EMA, CK7は陰性, CK20は陰性から弱陽性を示し, 前立腺癌の転移を強く疑った. 生検後, 全身精査から原発に相当する前立腺癌がみつかった.

【考察】臨床症状がなく偶然に原発病変がみつかる場合を偶発癌という. 本症例は臨床的に気付かれていない前立腺癌がリンパ節転移から発見された症例である. 原発の推定は難しい場合が多く, 中でも前立腺癌や甲状腺癌は頻度が高く考慮すべき臓器である.

P-2-119 ホジキンリンパ腫結節硬化型 syncytial variant の一例

関西労災病院中央検査部¹⁾, 関西労災病院病理診断科²⁾

○吉野龍一(CT)¹⁾, 永野輝明(MD)²⁾, 奥 和子(CT)¹⁾, 杉生憲二(CT)¹⁾, 山根三千秋(CT)¹⁾, 後藤孝吉(MD)²⁾, 中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】Syncytial variant はホジキンリンパ腫結節硬化型(HL-NS)のまれな亜型である. 大型細胞がシート状に出現し, 上皮性腫瘍との鑑別が問題となる場合もある. 今回, 潜在性乳癌が疑われた腫大腋窩リンパ節から診断がついたHL-NS syncytial variant の一例を経験したので報告する.

【症例】90歳代女性

【主訴】右腋窩リンパ節腫大

【現症】上記主訴で受診. 乳癌のリンパ節転移を疑い, 検索するも原発巣は見当たらず. 潜在性乳癌, リンパ腫を念頭におき, リンパ節穿刺を施行したが判定困難. 確定診断のため, リンパ節廓清術が施行された.

【画像所見】エコー, CT等で右腋窩に2cm弱の腫大リンパ節あり. PETで集積あり.

【血液検査所見】CEA, CA15-3正常範囲内. sIL-2R未検.

【細胞像】穿刺では少数の大型細胞を認めるも判定困難. 捺印では小型リンパ球集団を背景に明瞭な核小体と粗大なクロマチンを有した大型核の細胞を単個もしくは結合性を有した集簇として認めた.

【組織像】線維性硬化の目立つリンパ節で, 中心部に好中球集簇を伴った結節状の大型細胞集団を認める. 核小体は明瞭で, 診断的価値のあるHRS細胞も認める. 免疫染色でcytokeratin(-), LCA(-), CD30(+), CD15(+であった. EBV mRNAは陽性であった.

【考察】HL-NS syncytial variant は通常型のHLと異なり, 大型多形細胞が多数, 集簇性に出現することがある. 上皮性腫瘍の転移との鑑別が問題となることもあるため, 本疾患の存在を念頭において, 臨床所見をよく吟味して推定診断を行う必要がある.

P-2-120 細胞診専門医資格認定試験のOCR導入の利点と問題点について

奈良県総合医療センター産婦人科

○豊田進司(MD)

【目的】細胞診専門医資格認定試験はこれまで解答用紙が光学文字認識 (Optical Character Recognition, 以下OCR) に非対応であった。そのため試験結果に対する迅速な評価と多項目の分析が困難であった。今回、細胞検査士試験と同様に解答用紙をOCR化することの利点と問題点を検討した。

【方法】OCR導入に向けた準備段階でのコンピューターソフトの選定、解答用紙の作成、予行演習と専門医試験当日、さらに試験後の結果の評価と分析について検討した。

【結果】Win Reader Hand Sがソフトに選定された。解答用紙は数字を手入力する方法とした。予行演習は試験の3か月前と2週間前に施行され試験当日に見込まれる問題点が確認された。試験当日は試験終了後迅速に解答用紙の操作読み込みがなされた。2枚の解答用紙が読み込み困難であったが条件修正により入力可能となった。試験終了後35分間で受験生の成績と各問題の正答率が算出された。スライド検鏡試験は3部屋に分かれ施行され各部屋間の正解率の差が最大6%あることが迅速に算出され合否判定の資料とされた。その後合計70問の各設問に対する正解不正解や正答率と受験生の専門科、所属施設との関連の評価、試験問題そのものの評価が可能になった。問題点としてデータの解析評価のための新しい判定基準ができていないことがあげられた。

【総括】細胞診専門医資格認定試験のOCR導入により試験結果への迅速な評価と多項目の検討が可能になった。今後は試験問題のOCR化により単年の受験生の評価のみならず経年的な評価が可能となり専門医制度を支える礎になると考える。

P-2-121 モンゴル国における研究支援の発展を目指した相互研修の試み

群馬大学大学院保健学研究科

○小林さやか(CT), 吉田朋美(CT), 福田利夫(MD)

【目的】群馬大学では2012年から大学間協定に基づきモンゴル国立医科学大学(MNUMS)と病理・細胞診分野の教育研究支援を行っており、今後も継続的に支援を行うためには両大学の学生同士が異文化交流し、各々の文化を背景とした医療の現状や興味のある研究分野について意見交換することは重要と考える。今回、群馬大学大学院生を対象とした海外留学支援制度採択プログラムに参加し開発途上国における保健医療システムを見学し、さらにMNUMSの大学院生と病理・細胞診分野の共同研究計画を立案する機会を得たので、その概要と成果を報告する。

【方法・結果】2014年10月に、モンゴルでの保健医療の実態を学ぶためウランバートル市内にある国立第二次・第三次病院、国立母子保健センターを訪問し、モンゴル国での保健医療・臨床検査システムおよび施設状況を見学した。また、MNUMSとの新たな研究を立ち上げるため、最初に両大学の大学院生が今までの研究概要や今後の研究計画を紹介し、その後3日間のグループワークを通じて共同研究のテーマを決定し、具体的な対象・方法を含む研究計画を立案した。最後に両大学の教員、大学院生が共同研究の実現に向けて討論した。

【考察】研究計画の立案過程で、言葉の壁により細かい意思疎通が困難であったが、分かりやすく図を多用しながら議論を繰り返すことで言葉の溝を埋めることが出来た。また現地視察により、モンゴルの保健医療の現状や文化的背景を把握することで、より現地のニーズに合った研究計画の立案が可能となった。今後「ウランバートルでの婦人科患者を対象とした婦人科および自己採取法の比較検討」をテーマとして研究を開始する予定である。

P-2-122 ラオス国の病理検査の現状と課題— NPO 法人ラオスの病理を支援する会の 活動から—

川崎市立川崎病院検査科¹⁾, 青梅市立総合病院病理診断科²⁾, 江戸川病院病理検査科³⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座⁴⁾, 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科分子病態検査学⁵⁾, 国立国際医療研究センター病院中央検査部⁶⁾, 東京都保健医療公社荏原病院検査科⁷⁾, 高崎総合医療センター臨床検査科⁸⁾

○椋 清美(CT)¹⁾, 遠藤 隆(CT)⁸⁾, 伊佐わかな(CT)⁷⁾,
村田行則(CT)⁶⁾, 笠原一郎(MD)²⁾, 遠藤久子(MD)³⁾,
吉見直己(MD)⁴⁾, 沢辺元司(MD)⁵⁾

【はじめに】NPO 法人ラオスの病理を支援する会は、日本臨床細胞学会会員の病理医と細胞検査士を中心として2012年12月に設立された団体である。ラオス国内での病理検査は首都ビエンチャンのみで行われている。しかし、病理医は10名以下であり、また病理検査の知名度も低いため、今なお常時行われている検査の1つではない。このような背景から我々は調査、人材育成、機材供与、資金提供を主として活動を行いラオスの病理検査領域の発展を目標としこれまで活動を行ってきた。

【活動と成果】人材育成の一環としてラオス語の病理学教科書を作成し、病理検査関係者、医学生へ配布しこの教科書を元にラオス健康科学大学病理学講座の教員による病理検査の指導・授業が行われるようになった。また、ラオス首都、東北部、中部において医療従事者を対象としてラオス人病理医と日本人専門家指導のもと細胞診断ワークショップを開催した。これまで、病理検査の有用性を認識する機会がなかった医療従事者を対象にしたことにより病理検査が普及される可能性が高まった。ラオス国内での癌罹患状況は未だ詳細が報告されていないため、癌罹患状況の一助とするためラオス東北部の女性を対象として子宮頸癌健診を実施した。これまで東北部では子宮頸癌の罹患状況は不明であったがこの調査により罹患状況を確認することができた。

【まとめ】2015年4月からラオス健康科学大学病理学講座の医師が東京医科歯科大学へ留学する予定である。当会としては、日本国内では彼らへの病理検査技術のレベルアップを支援し、ラオスにおいては調査・支援を定期的かつ継続していく予定である。

平成二十七年四月二十四日発行

編集兼
発行人

公益社団法人
日本臨床細胞学会
代表者 竹 島 信 宏

〒100-1062 東京都千代田区神田駿河台二丁目一
番一
発行所 公益社団法人 日本臨床細胞学会
駿河台サンライズビル三階
電話〇三(五七七)四六八〇 振替〇〇一一〇一〇一三五五四五