

ONLINE ISSN 1882-7233
PRINT ISSN 0387-1193

日臨細胞誌
J.Jpn.Soc.Clin.Cytol.

第55巻 補冊1号 平成28年4月

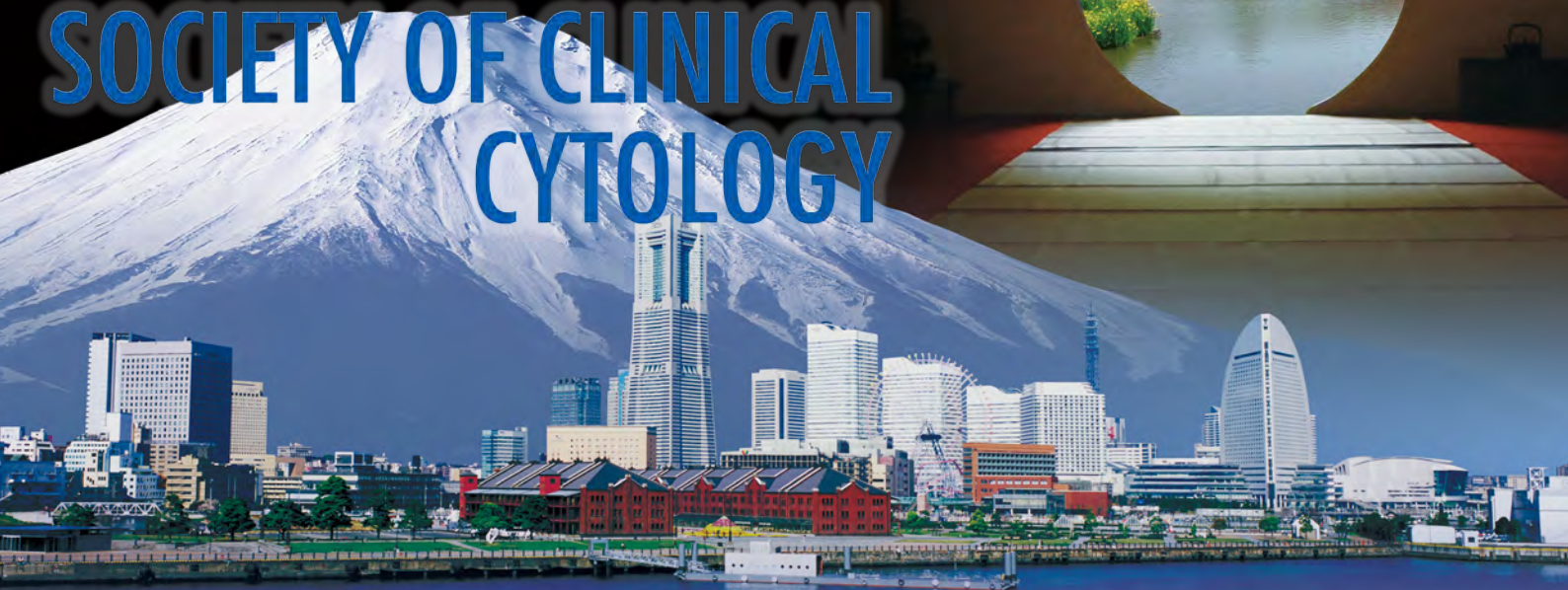
日本臨床細胞学会雑誌

第57回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

New Innovative Technologies Changing Cytology

会長 青木大輔（慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室 教授）

THE JOURNAL
OF THE JAPANESE
SOCIETY OF CLINICAL
CYTOLOGY



会 期：平成28年5月28日（土），29日（日）

会 場：パシフィコ横浜

総会事務局：慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室
事務局長：富永英一郎



公益社団法人
日本臨床細胞学会

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

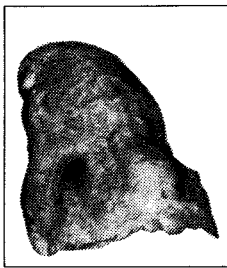
Vol.55 Suppl.

Apr. 2016

1



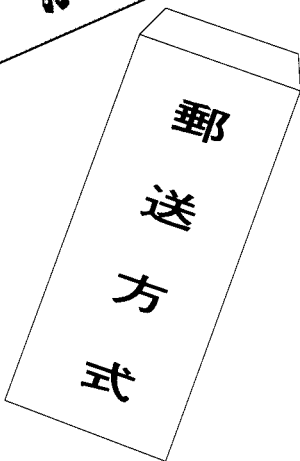
左側：長期間喫煙者の肺



右側：非喫煙者の肺

肺がん予防・早期発見のために

たんのけんきょ 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 57 回 日本臨床細胞学会総会（春期大会）

New Innovative Technologies Changing Cytology

会 期：平成 28 年 5 月 28 日（土），29 日（日）

会 場：パシフィコ横浜

〒 220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい 1-1-1

TEL：045-221-2155

会 長 青 木 大 輔

（慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室 教授）

総会事務局：慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室

事務局長：富永 英一郎（慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室 講師）

〒 160-8582 東京都新宿区信濃町 35

総会 URL：http://www.cytologyjapan2016.com/japanese/



第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会） 会長挨拶

New Innovative Technologies Changing Cytology

この度、第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）ならびに第 19 回国際細胞学会議 International Congress of Cytology (ICC2016) を 2016 年 5 月 28 日（土）から 6 月 1 日（水）まで、パシフィコ横浜にて同時開催いたします。今回この第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）との同時開催を担当させていただくことを大変光栄に感じております。第 19 回国際細胞学会議 (ICC2016) は、国際細胞学会 (IAC) が 3 年ごとに開催する学術集会であり、1961 年の第 1 回から本会議で第 19 回を迎える歴史のある国際学会で、日本では 3 度目の開催となります。また今回のこの国際学会は日本学術会議の主催、そして横浜市からも支援を受けています。

今回は 2 つの学会の共通のテーマとして、「New Innovative Technologies Changing Cytology」を選びました。本学会では本邦における細胞診断学の新たな技術や精度向上への取り組みを世界に向けて紹介し、それらについて意見交換をするとともに、各国で展開されている技術やそれぞれの国や地域の知見をお互いに広く知る機会にしたいと考えています。こうした人的交流は世界的規模で細胞診断学の発展に大いに寄与するものと期待しております。

一方、第 19 回国際細胞学会議 (ICC2016) としては平成 28 年 5 月 28 日（土）の Opening ceremony から始まり、5 月 29 日（日）から 6 月 1 日（水）の 4 日間を scientific program ならびに実技を含んだ workshop を多数準備しております。本国際細胞学会議にはヨーロッパや北米のみならずアジア、オセアニア、ユーラシアなど様々な地域と国の会員がいます。私自身、これまで国際学会に参加してみて細胞診や、細胞診を用いた検診や医療の状況、考え方が場所によって実に様々であることにいつも驚いています。わが国の細胞診には、すでに 50 年を超える歴史がありますが、他の地域のシステムや研究の中にも大変魅力的なもの、参考になるものがたくさんあります。第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）だけでなく第 19 回国際細胞学会議 (ICC2016) にも足を運び、国際学会の雰囲気をも十分に感じ取っていただきたいと思います。日程上、5 月 29 日（日）は、第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）と第 19 回国際細胞学会議 (ICC2016) がまさに同会場で開催となります。やはり海外の参加者のために受付周りや多くの案内板等は英語とする予定ですが、29 日（日）に限ってはパシフィコ横浜会議センターの上層階（4～5 階）は日本語だけの会場として設定し、日本語と英語のメリハリを明確にすることを目論んでいます。

会場となるパシフィコ横浜のある横浜は、1859 年（安政 6 年）に日本開国とともに国際的な玄関として開港して以来、常に世界に向けた日本の window としての貿易都市の性格を持ち続け、わが国の近代化に主要な役割を果たしてきました。今回の学術集会の舞台であるこの横浜は、その国際都市としての伝統とともに先進的な雰囲気を楽しむことができる、まさに温故知新に相応しい場所であると思います。

多くの会員の皆様方にご参加いただき、活発な討議がなされることを楽しみにしております。横浜で会員諸氏のお越しを心からお待ちしております。

第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）
会長 青木大輔
(慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室 教授)

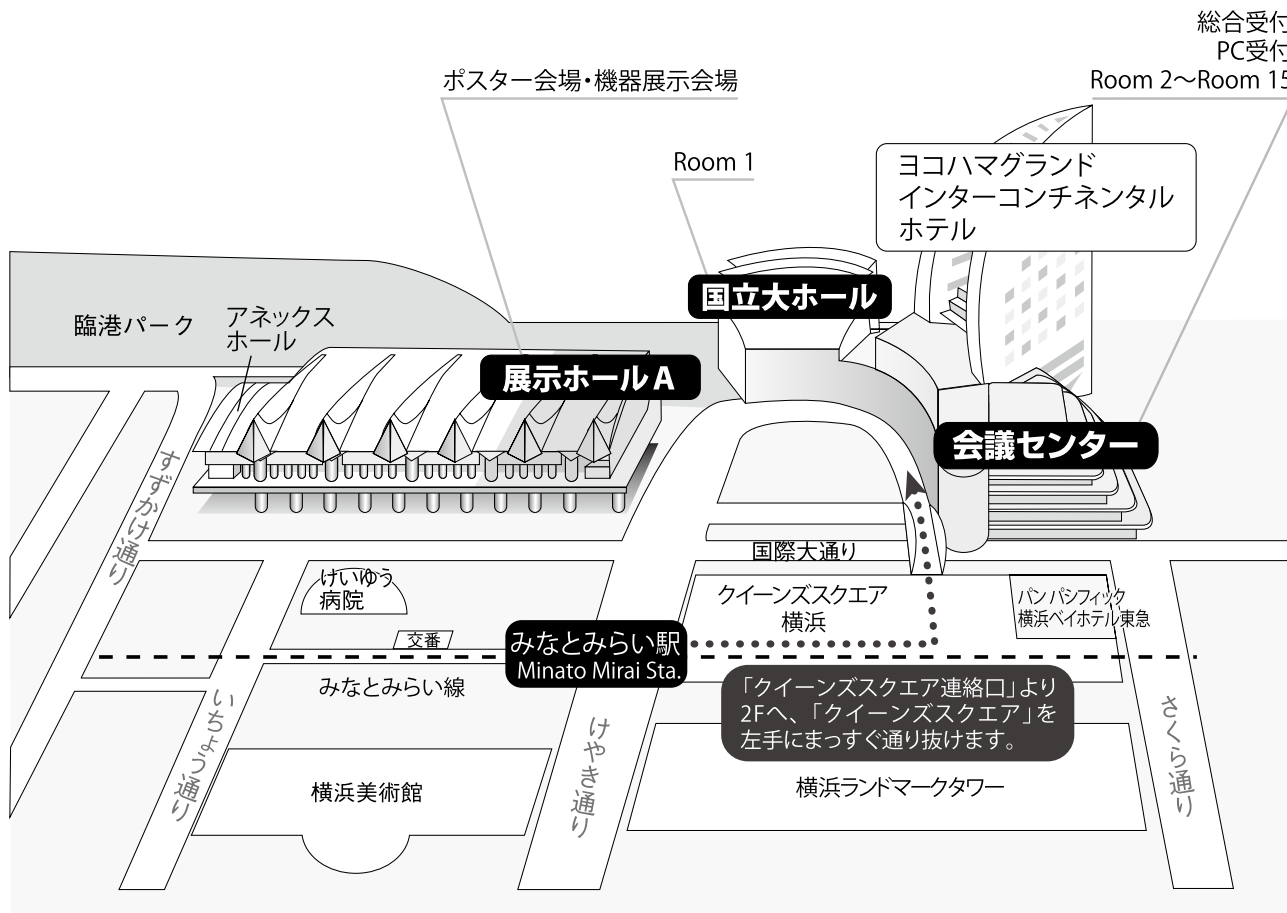
会場周辺図 (パシフィコ横浜)



交通のご案内

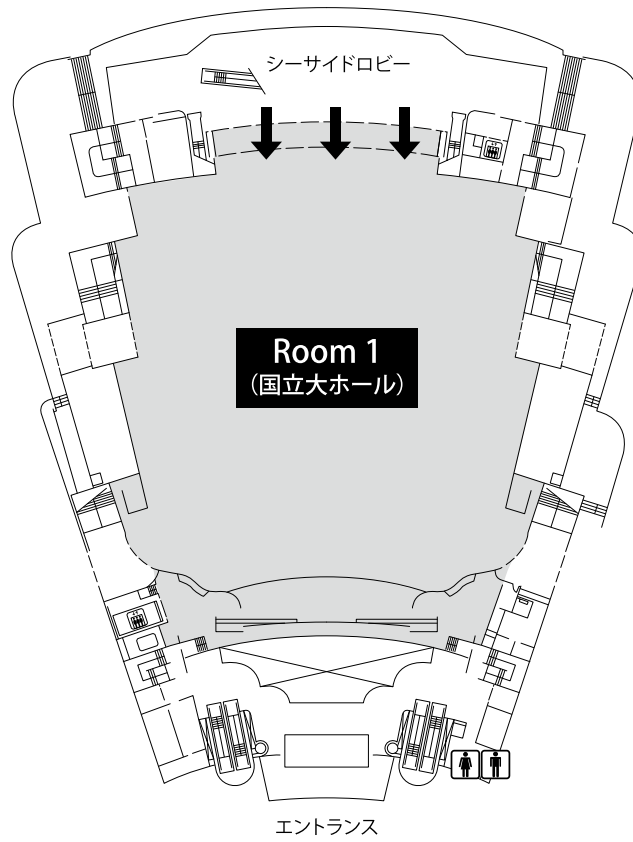
飛行機で	羽田空港	パシフィコ横浜直通リムジンバス			35分	パシフィコ横浜 PACIFICO YOKOHAMA			
		リムジンバス	30分						
	成田空港	京急急行	24分	タクシー	7分				
		リムジンバス (パシフィコ横浜行きは120分)	90分						
電車・新幹線で	渋谷駅	JR成田エクスプレス	90分	横浜駅	みなとみらい線	3分	みなとみらい駅	徒歩	3分
		東急東横線:特急→みなとみらい線 (東急東横線:みなとみらい線 直通運転)		横浜駅	みなとみらい線	3分			
	東京駅	JR東横線	3分	菊名駅	東急東横線	10分			
		JR東海道線	25分						
	新横浜駅	JR横浜線	13分		JR京浜東北線	3分	桜木町駅	徒歩	12分
		横浜市営地下鉄ブルーライン				15分		バス	7分
								タクシー	5分

■会場案内図 パシフィコ横浜

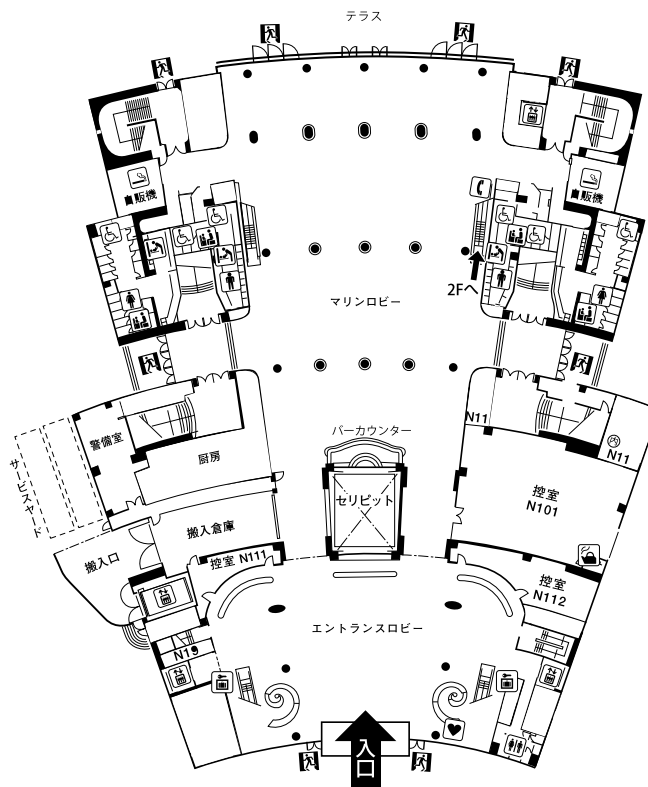


国立大ホール

2F

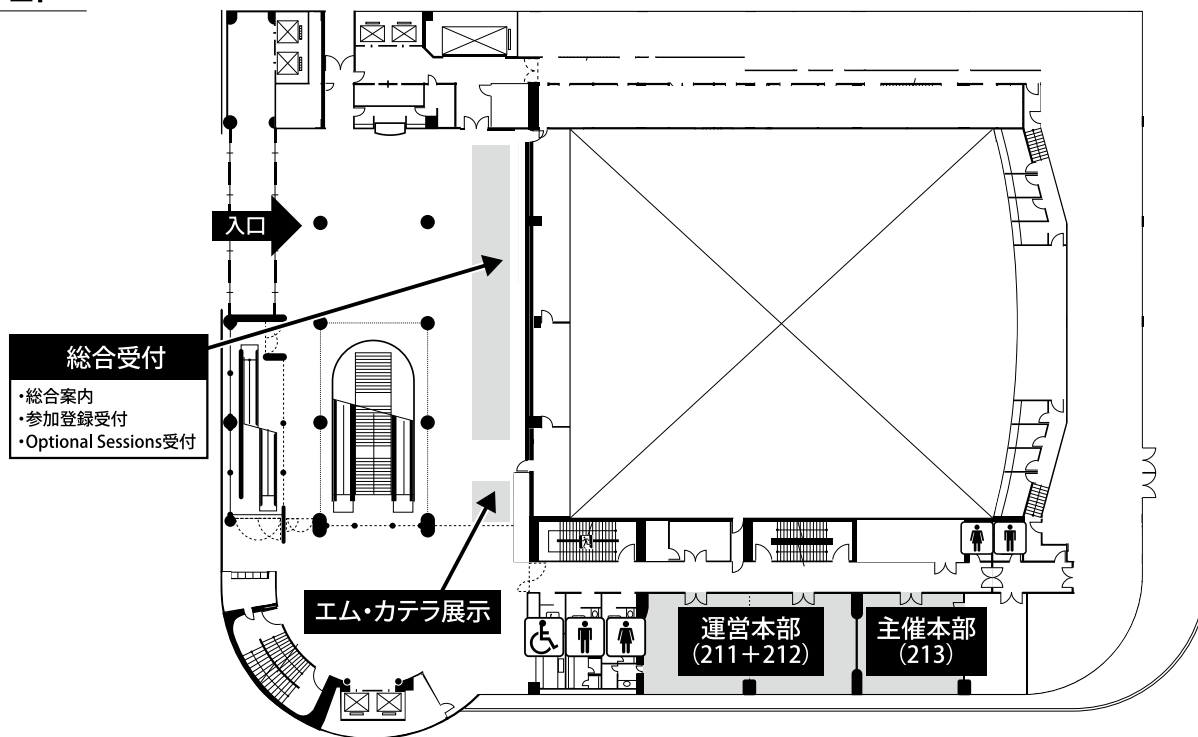


1F

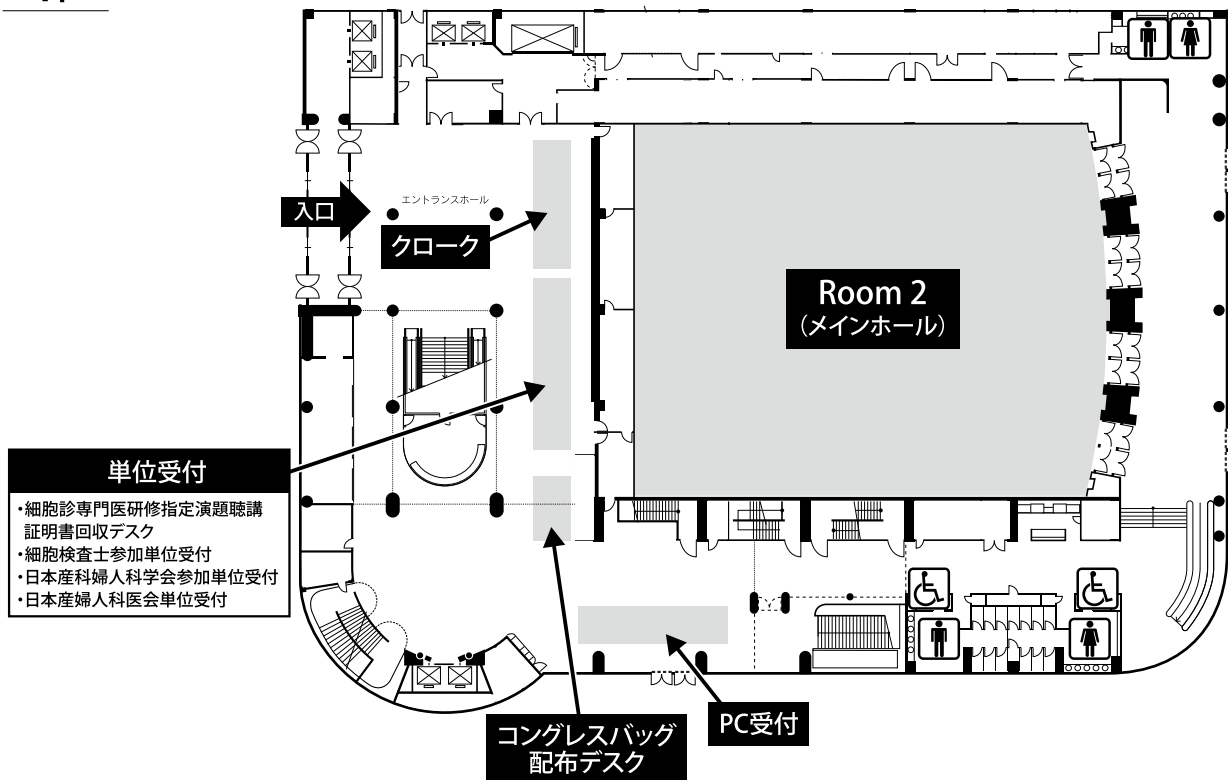


会議センター

2F



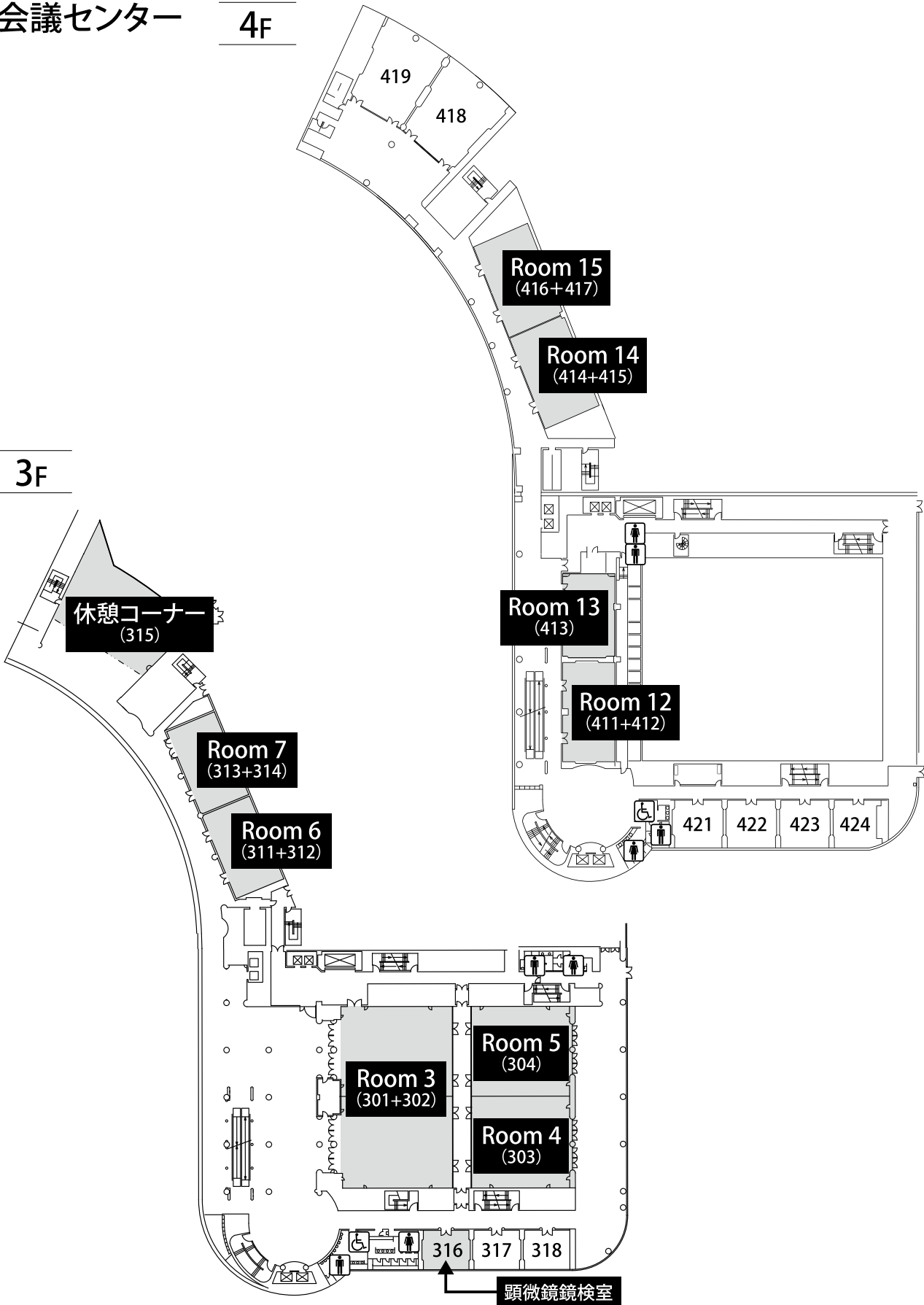
1F



会議センター

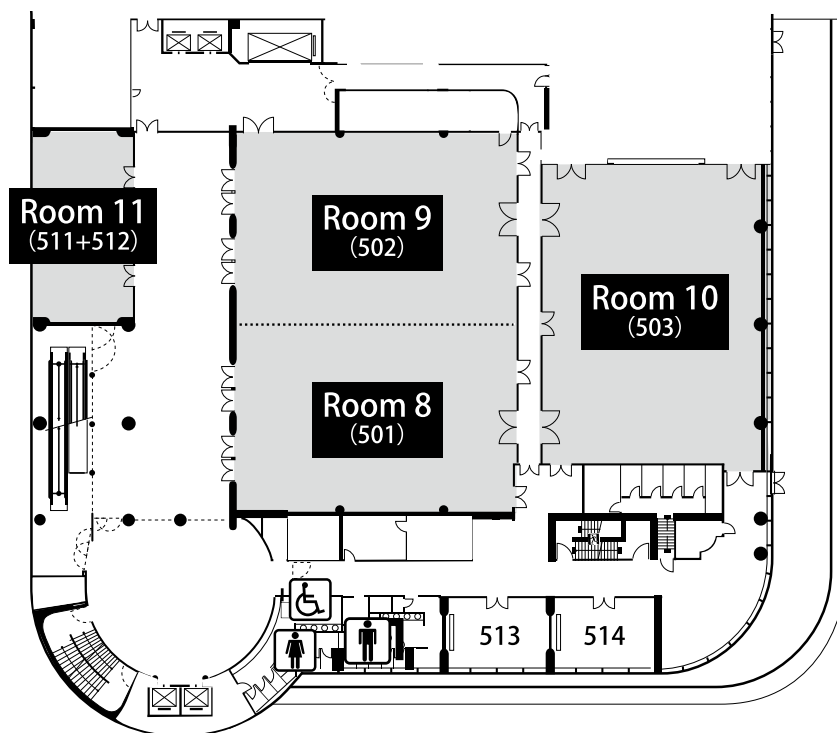
4F

3F



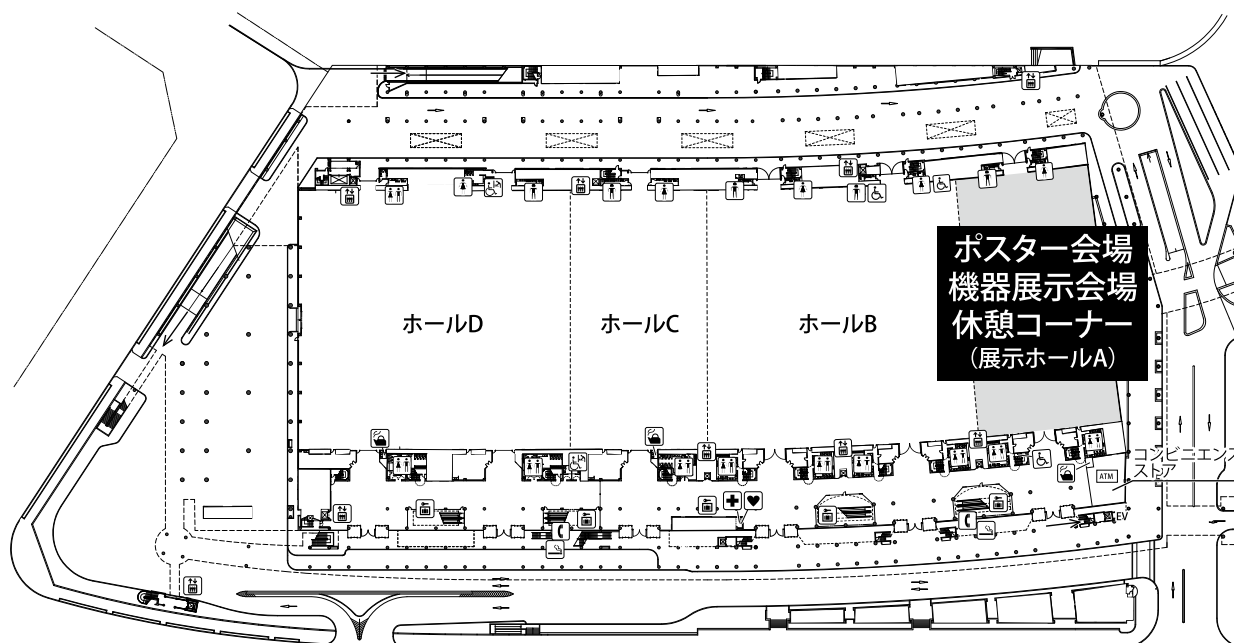
会議センター

5F



展示ホール

1F



役員・各種委員会等

5月27日(金) TKP ガーデンシティ PREMIUM 横浜ランドマークタワー

9:00~10:00	細胞診専門医ありかた委員会	中会議室1 (2502)	25F
9:00~10:00	泌尿器細胞診新報告様式解説書刊行 WG	中会議室2 (2503)	25F
9:00~10:00	臨床試験審査委員会	中会議室3 (2518)	25F
9:00~10:00	総務委員会	中会議室5 (2510)	25F
9:00~10:00	細胞診用語解説集作成 WG	セミナールーム2 (2516)	25F
10:00~11:00	細胞診専門医会会報編集委員会	中会議室1 (2502)	25F
10:00~11:00	倫理委員会	中会議室2 (2503)	25F
10:00~11:00	地域連絡委員会	中会議室3 (2518)	25F
10:00~11:00	細胞診専門医委員会	中会議室5 (2510)	25F
10:00~11:00	細胞検査士委員会	セミナールーム2 (2516)	25F
11:00~12:00	細胞診専門医総務会	中会議室1 (2502)	25F
11:00~12:00	制度審議委員会	中会議室2 (2503)	25F
11:00~12:00	情報処理委員会	中会議室3 (2518)	25F
11:00~12:00	渉外・広報委員会	中会議室5 (2510)	25F
11:00~12:00	計理委員会	セミナールーム2 (2516)	25F
11:00~12:00	細胞検査士会編集委員会	セミナールーム3 (2520)	25F
12:00~13:00	細胞診専門医制度改革推進 WG	中会議室2 (2503)	25F
12:00~13:00	利益相反委員会	中会議室3 (2518)	25F
12:00~13:00	学術委員会	中会議室5 (2510)	25F
12:00~13:00	国際交流委員会	セミナールーム2 (2516)	25F
12:00~13:00	細胞検査士会子宮頸がん検診委員会	セミナールーム3 (2520)	25F
13:00~14:00	全国地域代表者会議	大会議室 (2501)	25F
13:00~14:00	教育研修に関わるガイドライン検討 WG	中会議室1 (2502)	25F
13:00~14:00	社会保険委員会	中会議室2 (2503)	25F
13:00~14:00	臨床試験 WG	中会議室3 (2518)	25F
13:00~14:00	医療安全委員会	中会議室5 (2510)	25F
13:00~14:00	IAC 連絡委員会	セミナールーム2 (2516)	25F
13:00~14:00	細胞検査士会役員会	セミナールーム3 (2520)	25F
14:00~15:00	総会打ち合わせ会	中会議室1 (2502)	25F
14:00~15:00	教育委員会	中会議室2 (2503)	25F
14:00~15:00	肺がん学会との WG	中会議室3 (2518)	25F
14:00~15:00	施設認定制度委員会	中会議室5 (2510)	25F
14:00~15:00	編集委員会	セミナールーム2 (2516)	25F
14:00~15:00	細胞検査士会都道府県代表者会議	セミナールーム3 (2520)	25F
15:30~18:30	理事会	大会議室 (2501)	25F

5月28日(土) パシフィコ横浜

8:00~9:00	細胞診専門医資格認定試験実施委員長副委員長会議	317	3F
-----------	-------------------------	-----	----

5月29日(日) パシフィコ横浜

16:00~16:40	第58回春期大会プログラム委員会	502	5F
-------------	------------------	-----	----

役員・各種委員会等日程表

【5月27日(金)】

会 場	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00
大会議室 2501 TKP横浜ランドマークタワー 25F						13:00～14:00 全国地域 代表者会議		15:30～18:30 理事会			
中会議室1 2502 TKP横浜ランドマークタワー 25F	9:00～10:00 細胞診専門医 ありかた委員会	10:00～11:00 細胞診専門医 会報編集委員会	11:00～12:00 細胞診専門医 総務会		13:00～14:00 教育研修に関わる ガイドライン検討 WG	14:00～15:00 総会 打ち合わせ会					
中会議室2 2503 TKP横浜ランドマークタワー 25F	9:00～10:00 泌尿器細胞診 新報告様式 解説書刊行 WG	10:00～11:00 倫理委員会	11:00～12:00 制度審議委員会	12:00～13:00 細胞診専門医 制度改革推進 WG	13:00～14:00 社会保険委員会	14:00～15:00 教育委員会					
中会議室3 2518 TKP横浜ランドマークタワー 25F	9:00～10:00 臨床試験審査 委員会	10:00～11:00 地域連絡委員会	11:00～12:00 情報処理委員会	12:00～13:00 利益相反委員会	13:00～14:00 臨床試験 WG	14:00～15:00 肺がん学会との WG					
中会議室5 2510 TKP横浜ランドマークタワー 25F	9:00～10:00 総務委員会	10:00～11:00 細胞診専門医 委員会	11:00～12:00 渉外・広報委員会	12:00～13:00 学術委員会	13:00～14:00 医療安全委員会	14:00～15:00 施設認定制度 委員会					
セミナールーム2 2516 TKP横浜ランドマークタワー 25F	9:00～10:00 細胞診用語 解説集作成 WG	10:00～11:00 細胞検査士委員会	11:00～12:00 計理委員会	12:00～13:00 国際交流委員会	13:00～14:00 IAC連絡委員会	14:00～15:00 編集委員会					
セミナールーム3 2520 TKP横浜ランドマークタワー 25F			11:00～12:00 細胞検査士会 編集委員会	12:00～13:00 細胞検査士会 子宮頸がん検診 委員会	13:00～14:00 細胞検査士会 役員会	14:00～15:00 細胞検査士会 都道府県 代表者会議					

【5月28日(土)】

会 場	8:00	9:00
317 パシフィコ横浜 3F	8:00～9:00 細胞診専門医資格認定試験 実施委員長副委員長会議	

【5月29日(日)】

会 場	15:00	16:00	17:00
502 パシフィコ横浜 3F			16:00～16:40 第58回 春期大会 プログラム 委員会

第57回 日本臨床細胞学会総会(春期大会) 日程表

平成28年5月28日(土)

会 場		7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	
J S C C 第 1 日 目	JSSC Room 1 国立大ホール(2F)							
	JSSC Room 2 メインホール(1F)			開 会 式	9:00～11:00 シンポジウム1 新しい甲状腺痛取り扱い規約(第7版) —組織診断基準と細胞診報告様式— 菅間 博, 越川 卓, 近藤 哲夫, 樋口 観世子 座長: 加藤 良平, 廣川 満良	11:00～12:00 特別講演1 新たな時代を迎えた がん免疫療法: Cancer Immunotherapy Comes of Age 河上 裕 座長: 八重樫 伸生	P	
	JSSC Room 3 301 + 302(3F)			9:00～9:40 要望講演1 肺癌WHO分類 (2015)に基づく 新たな呼吸器細胞診 佐藤 之俊 座長: 川本 雅司	9:40～10:20 教育講演1 泌尿器細胞診: 泌尿器科臨床に即した 新報告様式と精度 金城 満 座長: 白石 泰三	10:20～11:00 教育講演2 最近のWHO婦人科 病理分類と細胞診像の対比 安田 政実 座長: 紀川 純三 腫瘍細胞学マテリアル	12:10～13:00 ランチョンセミナー1 共催: ホロシクジャパン(株) 演者: 伊藤 智雄 座長: 長村 義之	
	JSSC Room 4 303(3F)			9:00～11:00 ワークショップ1 リンパ節細胞診: 反応性病変と 腫瘍性病変の相違・鑑別と特徴的所見 岸本 浩次, 小島 勝, 大澤 久美子, 竹下 盛重, 鈴木 暲 座長: 中村 直哉, 光谷 俊幸			12:10～13:00 ランチョンセミナー2 共催: (株)ヤクルト本社 演者: 高張 大亮 座長: 梶山 美明	
	JSSC Room 5 304(3F)			9:00～9:30 一般演題(口演) 頭頸部 座長: 長尾 俊孝 O-1-1～O-1-3	9:30～10:20 一般演題(口演) 乳腺 座長: 増田 しのぶ O-1-4～O-1-8	10:20～11:20 一般演題(口演) 消化器 座長: 中泉 明彦 O-1-9～O-1-14	11:20～12:00 一般演題(口演) 甲状腺 座長: 廣川 満良 O-1-15～O-1-18	12:10～13:00 ランチョンセミナー3 共催: ジョンソン・エンド・ ジョンソン(株) 演者: 井坂 惠一 座長: 八重樫 伸生
	JSSC Room 6 311 + 312(3F)			9:00～10:00 一般演題(口演) 子宮頸部1 座長: 九島 巴樹 O-1-19～O-1-24	10:00～11:00 一般演題(口演) 子宮頸部2 座長: 落合 和彦 O-1-25～O-1-30	11:00～12:00 一般演題(口演) 泌尿器 座長: 石山 功二 O-1-31～O-1-36	12:10～13:00 ランチョンセミナー4 共催: ヤンセンファーマ(株) 演者: 小林 裕明 座長: 宮城 悦子	
	JSSC Room 7 313 + 314(3F)			9:00～9:50 一般演題(口演) 子宮体部1 座長: 小林 陽一 O-1-37～O-1-41	10:00～11:00 一般演題(口演) 中皮・体腔液 座長: 羽場 礼次 O-1-43～O-1-48	11:00～12:00 一般演題(口演) リンパ・造血器 座長: 細根 勝 O-1-49～O-1-54		
	JSSC Room 8 501(5F)			9:00～11:00 シンポジウム2 標本の特性に応じた子宮内膜細胞診判定方法 矢野 恵子, 久岡 陽子, 大野 喜作, 則松 良明, 渡邊 純, 黒川 哲司 座長: 矢納 研二, 平井 康夫			受賞講演 EGFR遺伝子変異特異的抗体を用いた免疫細胞化学における SurePath細胞保存液の固定効果 河原 明彦 座長: 内藤 善哉	12:10～13:00 ランチョンセミナー5 共催: アークレイ(株) 演者: 平林 健一 座長: 鬼島 宏
	JSSC Room 9 502(5F)			9:00～11:00 ワークショップ2 自動スクリーニング装置を用いた精度管理手法について 幸野 俊之, 杉本 直美, 蔽下 竜司, 池本 理恵, 丸山 健 座長: 上野 喜三郎, 大塚 重剛				
	JSSC Room 10 503(5F)			9:00～9:30 班研究報告 甲状腺癌の細胞 診学的特徴の究明 丸田 淳子 座長: 内藤 善哉	10:00～12:00 ワークショップ3 最新呼吸器細胞診鑑別診断総まとめ 田口 明美, 星 利良, 吉澤 明彦, 福満 千容, 西川 武, 柿沼 廣邦 座長: 川本 雅司, 伊藤 仁		12:10～13:00 ランチョンセミナー6 共催: サクラファインテック ジャパン(株) 演者: 濱川 真治 座長: 三宅 真司	
	JSSC Room 11 511 + 512(5F)			9:00～10:30 子宮の日全国アクション —2016報告会 小林 幸弘, 早田 篤子, 桜井 友子, 岡村 智佳子, 今枝 義博 座長: 河原 明彦, 小山 芳徳	10:30～12:00 細胞検査士会ヤングcommitteeワークショップ LBC法 vs 従来法—非婦人科領域 における細胞像を中心に— 酒井 麻衣, 豊永 安洋, 鈴木 彩葉, 木下 勇一 座長: 加戸 伸明, 川井 麻衣子			
	ポスター・展示会場 展示ホールA(1F)		8:00～10:30	JSSC ポスター貼付			11:00 JSSC ～12:00 ポスター発表	

[P]: 単位セッション

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

		14:00 ~ 15:20	[P]	15:30 ~ 16:30		17:00 ~ 18:00	[P]	18:30 ~ 19:30	19:30 ~ 21:00
		細胞診専門医会総会		日本臨床細胞学会総会		教育講演 (倫理委員会指定セミナー) 研究不正の現状とその対策 黒木 登志夫 座長: 河原 栄		ICC2016 OPENING CEREMONY	Welcome Reception ヨコハマグランド インターコンチネンタルホテル 3F ボールルーム ※事前登録不要
	13:20 ~ 13:50	細胞検査士会 要望教育シンポジウム 細胞診の将来を考察する 平田 哲士, 渡邊 純 座長: 古田 則行, 草苺 宏有		16:00 ~ 18:30		市民公開講座			
	13:10 ~ 13:50	教育講演3 遺伝性乳がん卵巣がんの 現状と本邦での取り組み 平沢 晃 座長: 内藤 善哉				17:40 ~ 18:20 教育講演4 2型子宮内膜癌の 細胞像・組織像と 遺伝子異常 永瀬 智 座長: 加藤 久盛			
							17:40 ~ 18:20 教育講演5 ホルモン補充療法は 婦人科悪性腫瘍リスクを 上昇させるのか? 高松 潔 座長: 伊藤 潔		
JSCC ポスター供覧									

第57回 日本臨床細胞学会総会(春期大会) / 第19回 国際細胞学会議 日程表

平成28年5月29日(日)

会場		7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00
ICC 第1日目	ICC Room 1 国立大ホール(2F)				Plenary Lecture 1 Practice of Cytopathologist, at FNA Clinic: A New Approach for Patients	IAC Awards Lecture 1	Presidential Guest Lecture 1 P Systems Medicine Approach in Leukemias and Solid Tumors
	ICC Room 2 メインホール(1F)					Symposium 3 Pathology and Cytology of Ovarian Tumor	
	ICC Room 3 301 + 302 (3F)					Symposium 6 Molecular Testing in Cytology for Lung Cancer	
	ICC Room 4 303 (3F)						
	ICC Room 5 304 (3F)			★ Video Microscopy Tutorial 1 THINPREP CERVICAL CYTOLOGY: Challenging Cases with Histologic Correlation and Clinical Management		★ Video Microscopy Tutorial 2 Cytology of EUS-FNA of the Pancreas	
	ICC Room 6 311 + 312 (3F)			★ Workshop 1 Electronic Image Enhancement for Better Micrographs		★ Workshop 2 Glandular Lesions in Liquid-Based Pap Tests	
	ICC Room 7 313 + 314 (3F)					★ Workshop 5 Diagnostic Pitfalls in The Work Up of Efusions: The Real, The Pretender and The Mimicker	
JSCC 第2日目	JSCC Room 8 501 (5F)		8:00 ~ 10:00 シンポジウム3 新しい細胞診専門医制度 植田 政嗣, 佐々木 寛, 森井 英一, 紀川 純三, 杉山 裕子 座長: 植田 政嗣, 齋藤 豪			10:30 ~ 12:30 ⚡ スライドセミナー 各臓器におけるトピックス 一治療上の変更を有する鑑別点を中心に *婦人科・呼吸器・泌尿器・口腔・咽喉・唾液腺・甲状腺など 井下 尚子, 西尾 昌晃, 向山 淳児, 矢田 直美, 佐藤 由紀子, 湊 宏 座長: 佐藤 由紀子, 渡木 康雄	
	JSCC Room 9 502 (5F)		8:00 ~ 10:00 シンポジウム5 クリニカルシークエンスによる 個別化医療の現状と展望 中釜 斉, 角南 久仁子, 新井 正美, 小崎 健次郎 座長: 落合 敦志, 進 伸幸			10:30 ~ 12:30 シンポジウム6 細胞診検査士養成のあり方 古田 則行, 渡邊 純, 南雲 サチ子, 尾崎 聡, 山城 篤, 広岡 保明 座長: 越川 卓, 小松 京子	
	JSCC Room 10 503 (5F)		8:00 ~ 8:40 教育講演6 血液病理~ Giemsa 染色でわかること, わからないこと~ 茅野 秀一 座長: 中村 直哉	8:40 ~ 9:20 要望講演2 肝発がんの エビゲノム機構 金井 弥栄 座長: 広岡 保明	9:20 ~ 10:00 要望講演3 がん検診精度管理の 考え方 齋藤 博 座長: 寺本 勝寛	10:30 ~ 11:30 招請講演1 細胞内分解系オートファジーの メカニズムと役割 水島 昇 座長: 齋藤 豪	11:30 ~ 12:30 招請講演2 癌幹細胞研究の現状 森 正樹 座長: 森井 英一
	JSCC Room 12 411 + 412 (4F)		8:00 ~ 10:00 ワークショップ4 新しい報告様式による口腔細胞診の診断精度と問題点 矢田 直美, 橋本 和彦, 宇都宮 忠彦, 関根 淨治 座長: 久山 佳代, 田中 陽一			10:30 ~ 12:30 ワークショップ5 妊娠初期の子宮頸部細胞診と管理 刑部 光正, 山本 晃人, 田中 耕平, 杉浦 賢, 大森 真紀子, 有澤 正義 座長: 永瀬 智, 岡本 聡	
	JSCC Room 13 413 (4F)		8:00 ~ 8:40 一般演題(口演) 呼吸器 1 座長: 稲山 嘉明 0-2-1 ~ 0-2-4	8:40 ~ 9:30 一般演題(口演) 呼吸器 2 座長: 岡 輝明 0-2-5 ~ 0-2-9	9:30 ~ 9:50 一般演題 (口演) その他 座長: 井上 龍 0-2-10 ~ 0-2-11		
	JSCC Room 14 414 + 415 (4F)		8:00 ~ 8:50 一般演題(口演) 卵巣・卵管その他 1 座長: 加藤 久盛 0-2-12 ~ 0-2-16	8:50 ~ 9:50 一般演題(口演) 子宮体部 座長: 石井 保吉 0-2-17 ~ 0-2-21			
	JSCC Room 15 416 + 417 (4F)		8:00 ~ 9:10 一般演題(口演) 子宮頸部 3 座長: 竹島 信宏 0-2-23 ~ 0-2-29	9:10 ~ 9:50 一般演題(口演) 卵巣・卵管その他 2 座長: 横山 正俊 0-2-30 ~ 0-2-33			
	ポスター・展示会場 展示ホールA(1F)		Endocervical Glandular Lesions Showing Gastric Differentiation : Morphologic Spectrum and Concepts				10:30 ~ 12:30 JSCC ポスター発表
	Meet the Expert 514 (5F)	★	Meet the Expert 1				

COFFEE BREAK

Ⓟ：単位セッション

🗣️：同時通訳あり

⚡：アナライザーセッション

★：Optional Sessions (有料セッション)

13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00			
	Symposium 1 New Technology and Molecular Cytology			Symposium 2 The IAC Development of a Classification of Breast FNAB Cytology						
Luncheon Seminar A 共催：Hologic Japan, Inc. 演者：Jianyu Rao, Christine Booth 座長：Zenya Naito	Symposium 4 Endometrial Cytology—The Current Status of the Diagnostic Performance and Recent Progress			Symposium 5 Comparison of Different Diagnostic Systems of Thyroid Cytology, Current and Future						
Luncheon Seminar B 共催：Becton, Dickinson and Company 演者：Minaxi Desai, Jesper Bonde Co-speaker：John H.F. Smith 座長：Takayuki Enomoto	BD Sponsored Symposium			⚡ Slide Seminar 1 Cytopathology of Cervical Adenocarcinoma						
	Companion Meeting 1 Global-Asia Forum			Companion Meeting 2 Cervical cancer screening in Asia Pacific Rim: Present and future [Thai Society of Cytology]						
	★ Video Microscopy Tutorial 3 FNAB of Lymph Nodes: The Diagnosis of Lymphoma, the Role of Core Biopsies and Ancillary Tests	★ Video Microscopy Tutorial 4 Atypia in Urine Cytology: What should and shouldn't be reported as atypical and why? [American Society of Cytopathology]	★ Video Microscopy Tutorial 5 Upper urinary tract neoplasia: Cytomorphology and interpretation in clinical context							
	★ Workshop 6 Cytopathology of Infectious Diseases			★ Workshop 7 What a Cytopathologist Should Know on Next Generation Sequencing						
12:40～13:30 ランチョンセミナー7 共催：大鵬薬品工業株式会社 演者：畠 清彦 座長：佐々木 康綱	13:40～15:40 シンポジウム4 乳腺細胞診の鑑別診断と遺伝子変異 大井 恭代, 津田 均, 唐 小燕, 大迫 智, 前田 一郎 座長：増田 しのぶ, 前田 一郎			C O F F E B R E A K						
12:40～13:30 ランチョンセミナー8 共催：日本化薬株式会社 演者：佐藤 美紀子 座長：久布白 兼行										
12:40～13:30 ランチョンセミナー9 共催：中外製薬株式会社 演者：松元 隆 座長：小林 裕明	13:40～14:40 特別講演2 がん関連マイクロRNAの探索と診断・治療への応用 稲澤 譲治 座長：青木 大輔	15:00～15:40 教育講演7 細胞診に役立つ軟部腫瘍の最近の知見 元井 亨 座長：山城 勝重	16:10～16:50 要望講演4 リンパ腫：最近の進展 吉野 正 座長：井上 健					17:10～18:10 教育講演 (医療安全セミナー) 臨床細胞検査等における医療安全について 後 信 座長：森井 英一		
	13:40～15:40 ワークショップ6 子宮頸がん検診精密検査の現状と展望 寺本 勝寛, 小笠原 利忠, 長田 詠美子, 笹島 ゆう子 座長：小田 瑞恵, 植田 政嗣									
12:40～13:30 ランチョンセミナー10 共催：シスメックス株式会社 演者：Bo Ping 座長：植田 政嗣	13:40～15:40 ワークショップ7 唾液腺腫瘍細胞診断の実際—診断精度の向上を目指して— 河原 明彦, 樋口 佳代子, 森永 正二郎, 加藤 拓, 駄阿 勉, 浦野 誠 座長：長尾 俊孝, 河原 明彦									
12:40～13:30 ランチョンセミナー11 共催：ノバルティスファーマ株式会社 演者：高野 忠夫 座長：柴田 清住										
JSCC ポスター供覧	13:40～15:40 JSCC ポスター発表		16:10～17:30 JSCC ポスター撤去							

第19回 国際細胞学会議 日程表

平成28年5月30日(月)

会場		7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00
ICC 第2日目	ICC Room 2 メインホール(1F)		⚡	Slide Seminar 2 Gynecology: Endometrial Cytology		IAC Awards Lecture 2	Keynote Lecture 1 Role of FNAB in the Developed and Developing World: Current Challenges P
	ICC Room 3 301 + 302 (3F)			Symposium 7 Cytology of Pancreas		Symposium 8 Recent progress in cervical cancer screening and Bethesda System	
	ICC Room 4 303 (3F)			Companion Meeting 5 Mountains and Molehills in Cytopathology —Mysteries and Myths [Singapore Society of Cytology]			
	ICC Room 5 304 (3F)			★	Video Microscopy Tutorial 6 A Walk Around the Block	★	Video Microscopy Tutorial 7 The Problems of ASC-US, AGU and Metaplasia in Gynecologic Cytopathology
	ICC Room 6 311 + 312 (3F)			★	Workshop 8 Lessons from the NHSCSP Audit of Invasive Cervical Cancer	★	Workshop 9 Cervical Cytology—Challenging Squamous and Glandular Lesions
	ICC Room 7 313 + 314 (3F)			★	Workshop 13 Thyroid Fine-needle Aspiration (FNA)		
	ICC Room 8 + Room 9 501 + 502 (5F)			Symposium 9 Evolution of potential to translate new technology in the field of cytopathology		Symposium 10 Molecular Cytology - Novel Strategies for Cancer Control	
	ICC Room10 503 (5F)			Symposium 13 Updated Cytology of Lymph Node/Hematology in Asia		⚡	Slide Seminar 4 Asian Forum in Thyroid FNA Cytology, Differential Diagnoses and Pitfalls in Papillary Thyroid Carcinoma
	ICC Room11 511 + 512 (5F)			Proffered Paper 1 Cervix 1		Proffered Paper 2 Endometrium	
	ポスター・展示会場 展示ホールA(1F)			ICC Poster mounting			
	Meet the Expert 513 (5F)	★ Meet the Expert 2 Intraoperative Cytology : An Old Technique for a New Era					
	Meet the Expert 514 (5F)	★ Meet the Expert 3 Detection and Treatment of Pre-invasive Diseases of the Cervix —With Special Reference to Cytology, Colposcopy and Laser Therapy—					

COFFEE BREAK

第19回 国際細胞学会議 日程表

平成28年5月31日(火)

会 場		7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	
ICC 第3日目	ICC Room 2 メインホール(1F)			Symposium 14 Telepathology and Telecytology, Past, Present and Future		IAC Awards Lecture 3	P Plenary Lecture 2 Type 1 and Type 2 Cervical Carcinomas : Some Cervical Cancers are Significantly More Difficult to Prevent with Screening	
	ICC Room 3 301 + 302 (3F)			Symposium 15 Breast Cytology		Companion Meeting 7 Gynecologic Cytopathology: The 2014 Bethesda Nomenclature, Atlas, and Website. An Update and Case-Based Summary [American Society of Cytopathology]		
	ICC Room 4 303 (3F)			Companion Meeting 9 CYTOPATHOLOGY in EURASIA [EFCS, Turkish Society of Cytopathology]		Companion Meeting 10 Morphologic Challenges in Thyroid FNA and Cytology & Radiology Collaboration for Thyroid Nodules (Based on Case Presentations) [Turkish Society of Cytopathology]		
	ICC Room 5 304 (3F)			★ Video Microscopy Tutorial 11 Cervical cytology in a multidisciplinary setting		★ Video Microscopy Tutorial 12 Useful molecular cell biological techniques for cytology		
	ICC Room 6 311 + 312 (3F)			★ Workshop 16 Cell block & beyond : High yield goal- How to ?		★ Workshop 17 Significance and Quality Control of Endometrial Cytology		
	ICC Room 7 313 + 314 (3F)			★ Workshop 21 Lymph node fine needle cytology		★ Workshop 22 A Practical Pattern Based Diagnostic Approach to Salivary Gland Fine Needle Aspiration Cytology		
	ICC Room 8 + Room 9 501 + 502 (5F)			Symposium 16 Problems in Thyroid Pathology				
	ICC Room10 503 (5F)			Companion Meeting 13 Classic and Modern Techniques in Clinical Cytology [Russian Association of Clinical Cytology]				
	ICC Room11 511 + 512 (5F)			Proffered Paper 5 Miscellaneous		Proffered Paper 6 Gastrointestinal, Liver and Pancreas		
	ポスター・展示会場 展示ホールA (1F)							
	Meet the Expert 513 (5F)	★ Meet the Expert 4 Pancreatic Neuroendocrine Neoplasms (PNEN) : Pathology, Cytology and Genomics Update						
	Meet the Expert 514 (5F)	★ Meet the Expert 5 Questions about Digital Pathology, Cytology Automation, and Routine Morphologic Interpretation						

C
O
F
F
E
E

B
R
E
A
K

☐: 単位セッション

⚡: アナライザーセッション ★: Optional Sessions (有料セッション)

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

Luncheon Seminar F 共催: Hologic Japan, Inc. 演者: Annabelle Farnsworth, Thomas Iftner 座長: Takuma Fujii		Cytotechnologist Session Current Topics on Cytology —International Intelligence Network—				Keynote Lecture 3 Cytology Services in the middle income Trapped Country : Thailand Experiences		19:30 ~			
		Companion Meeting 8 I. Cervical cancer screening in China : from smear to HPV test, DNA image cytometry and ancillary test of P16 and Ki-67 dual staining II. Diagnostic challenge of small cell lung cancer and lymphoma diagnosed in cytology samples with ancillary test of molecular techniques and flow cytometry [Chinese Cytology Association]			⚡ Slide Seminar 6 Pulmonary cytology : From morphology to molecular analysis						
Luncheon Seminar G 共催: Sakura Finetek Japan Co.,Ltd. 演者: William DeSalvo 座長: Robert Y. Osamura		Companion Meeting 11 Cytology as an Effective Way to Introduce a Diagnostic Tool in Low-resource Settings [Associazione Patologi Oltre Frontiera]		C O F F E B R E A K				CONGRESS DINNER 大さん橋ホール ※要事前登録 (8,000円)			
		★ Video Microscopy Tutorial 13 The LAST Project—Polishing the Gold Standard								★ Video Microscopy Tutorial 15 Glandular Lesions in Cervicovaginal Cytology as Seen on Conventionals, Thinprep and Surepath Preparations	
		★ Workshop 18 Dysplasia in Biliary Tract Brushings of PSC-Patients				★ Workshop 19 Look-a-likes in LBC				★ Workshop 20 Urinary Cytopathology : An Update on Terminology, Morphology and Clinical Management	
						★ Workshop 24 Pancreas Cytology Made Simple Using an Algorithmic Approach				★ Workshop 25 Directly Sampled Endmetrial Cytology (Conventional and Liquid-based Endmetrial Cytology)	
		Symposium 17 Benefit and Risk of HPV Vaccine				Companion Meeting 12 Cytopathology Updates [Taiwan Society of Clinical Cytology]					
		Companion Meeting 14 Modern aspects of pulmonary cytopathology [German Society of Cytology]		Companion Meeting 15 Fine-Needle Aspiration of Cystic Lesions of Head and Neck : Challenges Encountered and Lessons Learned. A Diagnostic Slide Seminar [Papanicolaou Society of Cytopathology]							
		Proffered Paper 7 Thyroid 1		Proffered Paper 8 Cervix 2							
				ICC Poster Viewing							

第19回 国際細胞学会議 日程表

平成28年6月1日(水)

会 場		7:00	8:00	9:00	10:00	11:00
I C C 第 4 日 目	ICC Room 2 メインホール(1F)		Keynote Lecture 4 Role of the Pathologist in the Management of Breast Cancer	Symposium 18 Cervical Cancer Prevention in the 21st Century – Accomplishments and Concerns from USA, UK, Australia and Europe		
	ICC Room 3 301 + 302 (3F)			Symposium 19 The Paris System for Reporting Urinary Cytology		
	ICC Room 4 303 (3F)		Proffered Paper 9 Respiratory tract		Proffered Paper 10 Soft tissues and Salivary gland	
	ICC Room 5 304 (3F)		★ Video Microscopy Tutorial 16 Thyroid Fine Needle Aspiration Cytology and Liquid-Based Techniques		★ Video Microscopy Tutorial 17 New Method to Restore Fading Papanicolaou Specimen Using an Optical Clearing Agentx	
	ICC Room 6 311 + 312 (3F)		★ Workshop 26 Molecular Cytopathology– Pre-analytical and Technical Requirements for Molecular Testing Using Cytological Samples		★ Workshop 27 NSCLC Subtyping and Predictive Molecular Marker Analyses	
	ICC Room 7 313 + 314 (3F)		★ Workshop 29 Borderline (atypical) squamous cells as an inevitable feature of cervical cytology		★ Workshop 30 FNA in thyroid	
	ICC Room 8 + Room 9 501 + 502 (5F)			Symposium 20 Value of Cytological Diagnosis for MALT Lymphoma : A Diagnostic Challenge		
	ICC Room10 503 (5F)			Companion Meeting 16 An Integrated Clinicopathologic Approach to the Evaluation of a Thyroid Nodule		
	ICC Room11 511 + 512 (5F)				Proffered Paper 12 Effusions	
	Meet the Expert 513 (5F)	★ Meet the Expert 6 Ten Tips for IAC Exam Success				
	Meet the Expert 514 (5F)	★ Meet the Expert 7 Thyroid Cytopathology : Advantages, Limitations and Pitfalls				

C
O
F
F
E
E

B
R
E
A
K

☒ : アナライザーセッション ☒ : Optional Sessions (有料セッション)

12:00 13:00 14:00 15:00 16:00

☒	Slide Seminar 7 Low Grade Lymphoma and Related Lymphoproliferative Disorder	Closing Ceremony				
	Proffered Paper 11 Thyroid 2					
★	Video Microscopy Tutorial 18 Pulmonary Cytology : Diagnostic Challenges and Optimal Use of Immunocytochemical Stains					
★	Workshop 28 Breast FNAC with an emphasis on papillary lesions					
★	Workshop 31 Whole Slide Imaging (WSI) and Cytology : Advantages and Drawbacks with Live Demonstration					
	Proffered Paper 13 Urine and Lymph Node					

第57回 日本臨床細胞学会総会(春期大会) 一般演題(示説) 座長一覧

●DAY-1 (5月28日)

	11:00	11:07	11:14	11:21	11:28	11:35	11:42	11:49	11:56
	ポスター 1	ポスター 2	ポスター 3	ポスター 4	ポスター 5	ポスター 6	ポスター 7	ポスター 8	
A	骨・軟部 P-1-1~7 座長:元井 亨								A
B	口腔・歯科 P-1-8~10 座長:関根 浄治			神経(中枢・末梢) P-1-11~14 座長:杉谷 雅彦					B
C	子宮体部 1 P-1-15~20 座長:渡部 洋								C
D	子宮頸部 1 P-1-21~26 座長:藤原 寛行								D
E	消化器 1 P-1-27~32 座長:竹中 明美								E
F	卵巣・卵管その他 1 P-1-33~38 座長:鈴木 直								F

●DAY-2-AM (5月29日)

	10:30	10:37	10:44	10:51	10:58	11:05	11:12	11:19	11:26	11:33
	ポスター 1	ポスター 2	ポスター 3	ポスター 4	ポスター 5	ポスター 6	ポスター 7	ポスター 8	ポスター 9	
A	わからん会 わからん会 1~4 座長:柿沼 廣邦				卵巣・卵管その他 2 P-2-1~6 座長:磯西 成治					
B	呼吸器 1 P-2-14~18 座長:伊豫田 明					呼吸器 2 P-2-19~24 座長:小中 千守				
C	甲状腺 1 P-2-31~34 座長:近藤 哲夫				甲状腺 2 P-2-35~39 座長:丸田 淳子					
D	子宮頸部 2 P-2-48~54 座長:久布白 兼行							子宮頸部 3 P-2-55~61 座長:小林 裕明		
E	乳腺 1 P-2-62~67 座長:方山 揚誠					乳腺 2 P-2-68~73 座長:是松 元子				
F	中皮・体腔液 1 P-2-79~85 座長:福田 利夫							中皮・体腔液 2 P-2-86~91 座長:片山 博徳		

●DAY-2-PM (5月29日)

	13:40	13:47	13:54	14:01	14:08	14:15	14:22	14:29	14:36	14:43	
	ポスター 1	ポスター 2	ポスター 3	ポスター 4	ポスター 5	ポスター 6	ポスター 7	ポスター 8	ポスター 9		
G	子宮頸部 4 P-2-92~98 座長:長谷川 清志							子宮頸部 5 P-2-99~105 座長:寒河江 悟			
H	リンパ・造血器 1 P-2-106~110 座長:土田 秀					リンパ・造血器 2 P-2-111~115 座長:磯部 宏昭					
I	消化器 2 P-2-123~128 座長:梶原 博					消化器 3 P-2-129~134 座長:井村 穰二					
J	子宮体部 2 P-2-135~140 座長:新倉 仁					子宮体部 3 P-2-141~146 座長:山下 博					
K	頭頸部 1 P-2-147~152 座長:河野 葉子					頭頸部 2 P-2-153~158 座長:渡邊 みか					
L	乳腺 4 P-2-163~168 座長:黒住 昌史					呼吸器 4 P-2-169~174 座長:中山 富雄					

11:33	11:40	11:47	11:54	12:01	12:08	12:15	12:22	12:29
ポスター 10	ポスター 11	ポスター 12	ポスター 13	ポスター 14	ポスター 15	ポスター 16	ポスター 17	
卵巣・卵管その他2 P-2-1~6 座長：磯西 成治		卵巣・卵管その他3 P-2-7~13 座長：小宮山 慎一						A
呼吸器2 P-2-19~24 座長：小中 千守		呼吸器3 P-2-25~30 座長：中谷 行雄						B
泌尿器 P-2-40~47 座長：服部 学								C
子宮頸部3 P-2-55~61 座長：小林 裕明								D
乳腺2 P-2-68~73 座長：是松 元子			乳腺3 P-2-74~78 座長：柳田 裕美					E
中皮・体腔液2 P-2-86~91 座長：片山 博徳								F

14:43	14:50	14:57	15:04	15:11	15:18	15:25	15:32	15:39	
ポスター 10	ポスター 11	ポスター 12	ポスター 13	ポスター 14	ポスター 15	ポスター 16	ポスター 17		
子宮頸部5 P-2-99~105 座長：寒河江 悟								G	
リンパ・造血器2 P-2-111~115 座長：磯部 宏昭		子宮頸部6 P-2-116~122 座長：田畑 務						H	
消化器3 P-2-129~134 座長：井村 穰二									I
子宮体部3 P-2-141~146 座長：山下 博									J
頭頸部2 P-2-153~158 座長：渡邊 みか			その他 P-2-159~162 座長：鷺谷 清忠						K
呼吸器4 P-2-169~174 座長：中山 富雄			呼吸器5 P-2-175~179 座長：南 優子						L

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) 参加受付はパシフィコ横浜 2F エントランスホールの総合受付にて行います。5月28日（土）は **7:30** より、29日（日）は **7:00** より参加受付を開始します。

事前参加登録済の方は「参加登録確認書 (Registration Confirmation Sheet)」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。当日参加登録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：

第57回日本臨床細胞学会総会（春期大会）は第19回国際細胞学会議（ICC2016）と同時開催となります。参加登録いただいた方は、第57回日本臨床細胞学会総会（春期大会）・第19回国際細胞学会議（ICC2016）、どちらの学会にもご参加いただけます。

国内学会のみ、ICC2016 のみの参加登録はございません。

カテゴリー	参加可能期間	参加費
会員*1（細胞検査士を除く）	全日程 （5月28日～6月1日）	60,000円
非会員		70,000円
細胞検査士*2		40,000円
学生／研修医*3		20,000円
1 day ticket*4	会期中いずれか1日のみ	12,000円

*1 会員料金は、日本臨床細胞学会（JSCC）と国際細胞学会（IAC）の会員に適用されます。

*2 臨床検査技師の方もこちらのカテゴリーが適用されます。

*3 受付にて学生証の提示が必要です。ただし、学生料金（学生／研修医）で参加した場合、細胞検査士の単位は付与されません。

*4 細胞検査士の方は希望する1日だけ学会に参加することができます。会期中1枚のみ購入が可能です。1 day ticket は、5月28日分をご購入の方に限り、開会式と懇親会に無料でご参加いただけます。1 day ticket を購入された後で、2日以上参加されることになった場合は、差額をお支払いいただければ、全日程の参加章と引き換えをいたします。

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またはクレジットカードでお願いいたします。

- (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) 抄録集の冊子（印刷物）の配布はありません。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。なお、抄録集閲覧のための専用アプリを学会ホームページに公開いたします。ご希望の方はお使いのパソコンやタブレット、スマートフォンなどにダウンロードしていただきご利用ください。

○ Web 版

本学会ホームページ (<http://www.cytologyjapan2016.com/japanese/>) よりご利用いただけます。

○ アプリ版

- ・ アプリ名：ICC2016
- ・ ご利用方法：App Store, Google Play より「ICC2016」「臨床細胞」などで検索し、ダウンロードしてください。
- ・ 利用料：無料（アプリのダウンロードに別途通信料が発生します。）
- ・ 対応機種：iPhone, iPad, Android

抄録の閲覧にはパスワードの入力が必要です。

パスワード

※Web 版, アプリ版のそれぞれでご登録いただいたスケジュール内容は相互に同期することが可能です。同期は, アプリ版の「設定」より行っていただけます。

※本学会のスライドセミナーにおいて, 本アプリを利用して回答を募ります。ご参加の方はあらかじめアプリをダウンロードのうえ, お越してください。

当日会場でお渡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会員の方は必ず e 学会カードをお持ちください。学会参加単位は e 学会カードで登録を行います。
- (5) 日本産婦人科医会研修参加証を発行いたします。
- (6) 本学会は第 19 回国際細胞学会議 (ICC2016) と同時開催となります。そのため, 学会場の案内図や看板, 参加章など英語表記としております。ご不明な点がございましたら, お近くのスタッフにお声がけください。

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 28 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 (ICC2016 とは異なります)。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, PC 受付 (パシフィコ横浜 会議センター 1F) 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, 5 月 28 日 (土) は **7:30 より**, 29 日 (日) は **7:00 より**開始いたします。
 - ※ 5 月 29 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) 演者は自身のポスターパネルに設置してあるリボンを着用のうえ発表時間にパネルの前で待機してください。

- (3) パネルサイズは全体で縦 200 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。

ポスター貼付：	5月28日(土) 8:00~10:30
ポスター発表：	5月28日(土) 11:00~12:00
	5月29日(日) 10:30~12:30, 13:40~15:40
ポスター撤去：	5月29日(日) 16:10~17:30

5. 座長の方へ

- (1) 口演セッションの座長の方は、担当セッション開始の 30 分前までに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 (パシフィコ横浜 展示ホール A) 内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. ランチョンセミナーについて

5月28日(土)・29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ではございません。

8. 機器展示会について

5月28日(土)・29日(日)パシフィコ横浜 展示ホールAにて開催いたします。

9. IAC 試験受験者の方へ

IAC 試験を受験予定の方は指定された日時に会場へお越しください。

CT (IAC) 試験を受験の方につきましては、27日(金)に事前講習がございます。

試験に関する質問につきましては、日本臨床細胞学会事務局までお問い合わせください。

10. 顕微鏡鏡検室のご案内

会議センター3F「316」に顕微鏡鏡検室をご用意しております。

ご自由にご利用ください。

11. クロークについて

パシフィコ横浜 会議センター1F エントランスホールのクロークをご利用ください。

12. 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。

13. 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。

14. 託児施設について

本学会ホームページをご確認ください。

<http://www.cytologyjapan2016.com/japanese/>

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は、日本臨床細胞学会ホームページ内の指針（<http://jscc.or.jp/wp-content/uploads/2015/05/H250401sisin.pdf>）をご参照ください。

例1) 利益相反「あり」の場合

第57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57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。

細胞診専門医へのお知らせ

*細胞診専門医セミナーご参加の方は、必ず専門医カードをご持参ください。

1. 細胞診専門医会総会

5月28日(土) 14:00~15:20 Room 1 (国立大ホール)

細胞診専門医セミナー

「肺がん検診における喀痰細胞診の診断一致性と標準化」
遠藤 千顕 (仙台徳洲会病院 呼吸器外科)

上記セッションにつきましては、クレジットの登録に際し、専門医カードが必要となります。
必ず専門医カードを持参のうえ、お越しください。

2. 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57回日本臨床細胞学会総会(春期大会)および第19回国際細胞学会議・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。

教育講演 (倫理委員会指定セミナー)

5月28日(土) 17:00~18:00 Room 1 (国立大ホール)

「研究不正の現状とその対策」

黒木 登志夫 (日本学術振興会学術システム研究センター/東京大学/岐阜大学)

教育講演 (医療安全セミナー)

5月29日(日) 17:10~18:10 Room 10 (503)

「臨床細胞検査等における医療安全について」

後 信 ((公財)日本医療機能評価機構/九州大学病院)

特別講演 1

5月28日(土) 11:00~12:00 Room 2 (メインホール)

「新たな時代を迎えたがん免疫療法: Cancer Immunotherapy Comes of Age」

河上 裕 (慶應義塾大学医学部先端医科学研究所 (細胞情報研究部門))

Presidential Guest Lecture 1

5月29日(日) 11:30~12:30 Room 1 (国立大ホール)

“Systems Medicine Approach in Leukemias and Solid Tumors”

Olli Kallioniemi (Institute for Molecular Medicine, Finland)

Keynote Lecture 1

5月30日(月) 11:30~12:30 Room2 (メインホール)

“Role of FNAB in the Developed and Developing World: Current Challenges”

Andrew S. Field (University of Notre Dame Medical School and St. Vincent's Hospital, Australia)

Keynote Lecture 2

5月30日(月) 16:10~17:10 Room2 (メインホール)

“Cytology and Molecular Diagnosis in Lung Cancer”

Dong-ge Liu (Pathology Department, Beijing Hospital, China)

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。受講証控えを「会議センター1階 単位受付」に提出のうえ、原本につきましては、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 真一
細胞診専門医委員会委員長 齋藤 豪
第57回日本臨床細胞学会総会(春期大会)会長 青木 大輔

細胞検査士へのお知らせ

細胞検査士の皆様には資格更新に必要な学会参加単位を下記のごとく設定させていただきます。
単位の登録にはバーコードがついた細胞検査士カードもしくは会員カードが必要となりますので必ずご持参ください。

通常登録 (All Days) の場合

Cytotechnologist (細胞検査士) (通常登録: All Days 5月28日~6月1日)

学会に1日でも参加すれば25単位×2=50単位

学会に2日間以上参加すれば25単位×3=75単位

1 day ticket の場合

いずれの日程に参加しても25単位

登録方法

当日、参加証を受取りましたら、「会議センター1階 単位受付」にて別途単位登録を行ってください。

単位登録の際には、バーコードがついた細胞検査士カードもしくは会員カードが必要となります。

- ・2日間以上参加する方は、その日ごとに単位登録を行ってください。

受付時間

5月28日(土) 9:00~17:00

5月29日(日)~31日(火) 7:00~18:00

6月1日(水) 7:00~12:00

- ・1 day ticketにてご登録された方で、通常登録 (All Days) に変更希望の方は、会議センター2階受付までお越しください。参加費の差額をお支払いの上、通常登録 (All Days) の参加章をお受け取り下さい。
- ・細胞検査士資格更新において、学生料金 (Student/Resident) で参加した場合資格更新の単位は発行されません。
- ・細胞検査士の皆様の資格更新に関する学会参加単位については、細胞検査士資格更新実務に関する施行細則に則り国内学会に限り1回25単位が付与されています。
今回開催される第57回日本臨床細胞学会総会 (春期大会) および第19回国際細胞学会議は期間も長く、同時開催されるという特別な状況であることから単位の付与に関して理事会 (平成27年12月25日) で議論を行い、今回は国際学会の参加についても単位を付与することが決議されました。
付与される単位は、通常登録 (All Days) で2日間以上参加していただいた方には75単位、通常登録 (All Days) で1日間だけ参加していただいた方には50単位、1 day ticket で参加していただいた方には25単位となりますのでご承知おきください。

日本産科婦人科学会 会員へのお知らせ

1. 参加単位登録について

会議センター1階「単位受付」にお越しください。単位登録に際し、e医学会カードが必要となりますので、必ずご持参ください。(専門医シールの配布はございません)

受付時間

5月28日(土)	9:00~17:00
5月29日(日)~31日(火)	7:00~18:00
6月1日(水)	7:00~12:00

2. 指定講座

以下の講演は日本産科婦人科学会の研修会申請システムを通じて、日本専門医機構の専門医共通講習または産婦人科領域講習の単位として認定されております。

会場にて「聴講証明書」を発行いたしますので、講演終了後、受講証控えを「会議センター1階 単位受付」に提出のうえ、原本につきましては、大切に保管してください。

専門医共通講習(日本産科婦人科学会以外の会員にも適用)

教育講演(倫理委員会指定セミナー)

5月28日(土) 17:00~18:00 Room1(国立大ホール)

「研究不正の現状とその対策」

黒木 登志夫(日本学術振興会学術システム研究センター/東京大学/岐阜大学)

教育講演(医療安全セミナー)

5月29日(日) 17:10~18:10 Room10(503)

「臨床細胞検査等における医療安全について」

後 信((公財)日本医療機能評価機構/九州大学病院)

産婦人科領域講習

5月28日(土) 11:00~12:00 Room2(メインホール)

特別講演 新たな時代を迎えたがん免疫療法 Cancer Immunotherapy Comes of Age

河上 裕(慶應義塾大学医学部先端医科学研究所(細胞情報研究部門))

5月31日(火) 11:30~12:30 Room2(メインホール)

Plenary Lecture 2 “Type 1 and Type 2 Cervical Carcinomas: Some Cervical Cancers are Significantly More Difficult to Prevent with Screening”

Marshall Austin (Magee-Womens Hospital of University of Pittsburgh Medical Center, USA)

日本病理学会 会員へのお知らせ

指定講座については学術集会 HP をご確認ください。

<http://www.cytologyjapan2016.com/japanese/>

スライドセミナーのお知らせ

第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）および第 19 回国際細胞学会議では、下記 8 つのスライドセミナーを開催いたします。

【第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）】

スライドセミナー「各臓器におけるトピックス —治療上の変更を有する鑑別点を中心に—」

日時：5月29日（日）10：30～12：30，会場：Room 8（501）

【第 19 回国際細胞学会議（ICC2016）】

Slide Seminar 1「Cytopathology of Cervical Adenocarcinoma」

日時：5月29日（日）16：10～17：40，会場：Room 3（301+302）

Slide Seminar 2「Gynecology：Endometrial Cytology」

日時：5月30日（月）8：00～10：00，会場：Room 2（メインホール）

Slide Seminar 3「Breast Cytology」

日時：5月30日（月）13：40～15：10，会場：Room 2（メインホール）

Slide Seminar 4「Asian Forum in Thyroid FNA Cytology, Differential Diagnoses and Pitfalls in Papillary Thyroid Carcinoma」

日時：5月30日（月）10：30～12：00，会場：Room 10（503）

Slide Seminar 5「Urine Cytology」

日時：5月30日（月）16：10～17：40，会場：Room 10（503）

Slide Seminar 6「Pulmonary Cytology：From Morphology to Molecular Analysis」

日時：5月31日（火）16：40～18：10，会場：Room 3（301+302）

Slide Seminar 7「Low Grade Lymphoma and Related Lymphoproliferative Disorder」

日時：6月1日（水）11：20～12：50，会場：Room 2（メインホール）

スライドセミナーの出題内容は、総会ホームページに掲載し回答ができますので、ぜひご覧ください。また、会期中にも、展示ホール A 内のモニターに出題内容をスライドショーで流します。セッション中には、投票アプリを利用して参加者から回答を募ります。お手持ちのスマートフォンやタブレット端末にあらかじめ学会アプリ（p.24～25 参照）をダウンロードのうえ、ご参加ください。

第19回国際細胞学会議 (ICC2016) Optional Sessions (有料セッション) のご案内

ICC2016では、下記の有料セッションを開催いたします。
是非この機会に、各領域の Experts による対話型セッションにご参加ください。

【有料セッションのご紹介】

Workshop

原則としては、最初に各プレゼンターよりそのテーマに関するレクチャーがあり、その後、多数の細胞診スライドを参加者に回して、顕微鏡で検鏡いただく形式です。

その分野の細胞診スライドを短時間で多数検鏡でき、大変有意義なセッションです。

(※一部のセッションでは、プレゼンターの意向で細胞診スライドの検鏡がない場合があります)

講師と受講者が十分に対話できるよう、30名までの定員制としています。

学会への参加登録とは別に、1セッションにつき7,000円にてお申し込みを受け付けます。

Video Microscopy Tutorial

複数の症例の代表的な細胞診のスライドを、CCDカメラを用いてスクリーンに映写し、プレゼンテーションを行います。リアルタイムにCCDカメラを介して生の標本がそのまま映写されるセッションです。

講師と受講者が十分に対話できるよう、30名までの定員制としています。

学会への参加登録とは別に、1セッションにつき7,000円にてお申し込みを受け付けます。

Meet the Experts

各専門分野の知識をより深めていくことを目的とした、Experts との対話型のセッションです。

講師と受講者が十分に対話できるよう、15名までの定員制としています。

学会への参加登録とは別に、1セッションにつき5,000円にてお申し込みを受け付けます。

参加費には朝食代を含みます。

【お申し込み方法】

※本学会の参加登録をお済みの方のみお申し込みが可能です。

※いずれのセッションも定員制となりますので、お早めにお申し込みください。

1. 事前申し込み

本学会 HP より、お申込みいただけます。

<http://www.cytologyjapan2016.com/japanese/contents/session.html>

申し込み締切：2016年5月19日(木)

2. 当日申し込み

会議センター 2F Optional Sessions 受付にてお申込みいただけます。

申し込み締切：各セッションの開始30分前まで (Meet the Experts は前日まで)

※各セッション定員に達し次第、受付を締切ります。事前申し込みで定員に達したセッションは当日の受付は行いませんので、ご注意ください。

社交行事のご案内

1. Opening Ceremony (開会式)

日 時：5月28日(土) 18:30~19:30

会 場：Room 1 (国立大ホール)

参加条件：無料。必ず参加章をご着用ください。

2. Welcome Reception (懇親会)

日 時：5月28日(土) 19:30~21:00

会 場：インターコンチネンタルホテル 3階 ボールルーム

参加条件：無料。必ず参加章をご着用ください。

3. Congress Dinner

日 時：5月31日(火) 19:30~21:00

会 場：大さん橋ホール

参加条件：8,000円。事前登録制。残数がある場合は、会議センター2F総合受付にて販売いたします。

必ず参加章およびチケットをお持ちください。

参加登録済の方

パシフィック横浜—大さん橋間のシャトルバスを19:00より運行いたします。

シャトルバスにて移動される方は、19:00に会議センター1階前にお集まりください。

4. Closing Ceremony (閉会式)

日 時：6月1日(水) 12:50~13:20

会 場：Room 2 (メインホール)

参加条件：無料。必ず参加章をご着用ください。

エム・カテラ展示のご案内

会議センター2階 総合受付付近に、日本で初めて商業的に成功し、国産顕微鏡の礎となった顕微鏡「エム・カテラ」(2014年 国立科学博物館の重要科学技術史資料[愛称：未来技術遺産]として登録)を展示しております。この機会に是非ご覧ください。(提供：サクラファインテックジャパン株式会社)



細胞検査士会パネル展示 —子宮頸がん検診の啓発・調査活動—

5月28日(土)～6月1日(水) 展示ホールA

厚生労働省は2007年から子宮頸がん検診の無料クーポンや検診手帳の配布などの取り組みを推進してきましたが、受診率は厚生労働省が掲げた目標を達成することはできませんでした。そして、2012年に諸問題を見直し、新たにかん対策推進基本法が策定されました。しかし、現状の検診受診率は目標からは程遠く、諸外国と比較してもかなり低い数値になっています。

細胞検査士会では2009年に子宮頸がん検診委員会が発足しました。この委員会の目的は子宮頸がん検診の精度と受診率の向上を図り、国民・行政・教育・医療機関に子宮頸がん検診の重要性の理解を求め、国民の健康に寄与することです。そして、子宮頸がん検診の啓発活動は、主にこの子宮頸がん検診委員会と渉外委員会が協力して実施してきました。

今回のパネル展示では啓発活動の様子や全都道府県で新たに実施したアンケートの集計結果を展示します。この集計結果から、地域により啓発活動の内容が異なり、活動内容に格差があることが判明しました。また、啓発活動に関する各都道府県からの様々な問題も見えてきました。学会にご参加の皆様にはパネル展示場にお越しいただき、啓発活動の在り方や問題点を共有していただけたらと考えております。

最後に、今回のパネル展示に際し、ご理解とご協力を賜りました第57回日本臨床細胞学会総会（春期大会）関係者に深謝致します。

公益社団法人日本臨床細胞学会 理事長 青木 大輔
細胞検査士会 会長 伊藤 仁
細胞検査士会渉外委員会 委員長 河原 明彦
細胞検査士会子宮頸がん検診委員会 委員長 今枝 義博

子宮の日全国アクション—2016 報告会

5月28日(土) 9:00~10:30 Room 11 (5F 511+512)

座長：細胞検査士会渉外委員会

河原明彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)

小山芳徳 (帝京大学ちば総合医療センター病理部)

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がなされてきています。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、今回で3回目を迎えます。今までの活動報告ととも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. 2016Love49の報告とその取り組み

細胞検査士会渉外委員会

信州大学医学部附属病院臨床検査部病理検査室 小林幸弘

2. 千葉県の活動について

公益財団法人ちば県民保健予防財団 早田篤子

3. 新潟県における LOVE49 活動報告—より広く実効ある活動のために—

新潟県立がんセンター新潟病院病理部 桜井友子

4. 宮城県がん教育事業より、子宮頸がん検診についてのアンケートの集計報告

中川記念ちか子女性クリニック 岡村智佳子

5. Love49 活動の現状と問題—アンケート調査の結果から—

細胞検査士会子宮頸がん検診委員会

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院病理部 今枝義博

第19回 国際細胞学会議 (ICC2016) 第57回 日本臨床細胞学会総会 (春期大会) 市民公開講座

平成28年5月28日(土) 16:00~18:30 パシフィコ横浜 会議センター1階メインホール「Room2」

女性からだ会議® 2016

総合司会

松田陽子 (シンガーソングライター)

開会宣言

加藤久盛 (神奈川県臨床細胞学会会長・神奈川県立がんセンター婦人科)

第1部 「乳がん・子宮頸がんの未来を考える」

スピーチ 「夢を実現するための未来への約束」

井上苑子 (シンガーソングライター)

講演 「婦人科がんの現状と検診のあり方」

宮城悦子 (横浜市立大学附属病院産婦人科)

パネルセッション 「経験者と乳がん・子宮頸がんの未来を考える」

モデレーター: 安倍宏行 (Japan In-depth 編集長)

パネリスト: 宮城悦子 (横浜市立大学附属病院産婦人科)/三原じゅん子 (参議院厚生労働委員会 委員長・参議院議員)/夏目亜季 (アイドル・タレント)/藤森香衣 (モデル)/難波美智代 (一般社団法人シンクパール代表理事)

会長挨拶

青木大輔 (第19回国際細胞学会議(ICC2016)/第57回日本臨床細胞学会総会(春期大会)会長・慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

第2部 パネルセッション 「誕生日には検診を! ママと子供の笑顔を守るからだの約束」

モデレーター: 山本恵子 (NHK 国際放送局 World News 部デスク・記者)

パネリスト: 戸澤晃子 (聖マリアンナ医科大学産婦人科学)/新居日南恵 (manma 代表)/堀江敦子 (スリール株式会社代表取締役)/甲田恵子 (株式会社 AsMama 代表取締役 CEO/奥田絵美 (株式会社ママそら代表取締役)/安藤哲也 (NPO 法人ファザーリング・ジャパン代表理事)

閉会宣言

進 伸幸 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

お問い合わせ先

第19回国際細胞学会議 (ICC2016)・第57回日本臨床細胞学会総会 (春期大会) 運営事務局
株式会社コングレ内 東京都千代田区麹町 5-1 弘済会館ビル 6F
TEL: 03-5216-5318 E-mail: icc2016@congre.co.jp

第 57 回日本臨床細胞学会総会（春期大会） 第 19 回国際細胞学会議（ICC2016） プログラム委員

<p>会 長 事務局長 プログラム委員長</p>	<p>青木 大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室） 富永英一郎（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室） 進 伸幸（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）</p>
---	--

●コアプログラム委員

<p>長村 義之（国際医療福祉大学三田病院病理部） 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） 岡本 愛光（東京慈恵会医科大学産婦人科） 小松 京子（公益財団法人がん研究会有明病院臨床病理センター） 佐藤 之俊（北里大学医学部呼吸器外科学）</p>	<p>内藤 善哉（日本医科大学統御機構診断病理学） 広岡 保明（鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座） 森谷 卓也（川崎医科大学病理学2） 八重樫伸生（東北大学医学部産婦人科学） 安田 政実（埼玉医科大学国際医療センター病理診断科）</p>
---	---

●プログラム委員

<p>赤羽 智子（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室） 石井 保吉（医療法人社団こころからの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科） 石山 功二（公益財団法人東京都予防医学協会母子保健検査二科） 磯西 成治（東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科） 板持 広明（岩手医科大学附属病院産婦人科） 伊藤 潔（東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科） 伊藤 仁（東海大学医学部付属病院病理検査技術科） 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） 岩坂 剛（(医)社団高邦会高木病院） 岩田 卓（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室） 岩成 治（島根県立中央病院産婦人科） 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）） 牛嶋 公生（久留米大学病院産婦人科） 宇田川康博（獨協医科大学産婦人科） 宇津木久仁子（公益財団法人がん研有明病院婦人科） 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） 大村 峯夫（医療法人社団こころからの元氣プラザ婦人科） 大和田倫孝（国際医療福祉大学病院産婦人科） 小笠原利忠（特定医療法人誠仁会大久保病院）</p>	<p>岡 輝明（公立学校共済組合関東中央病院病理科） 岡 俊郎（医療法人社団こころからの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科） 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） 加来 恒壽（九州大学大学院医学研究院保健学部門） 片岡 史夫（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室） 片山 博徳（日本医科大学付属多摩永山病院病理部） 方山 揚誠（PCL 盛岡病理・細胞診センター） 加藤 久盛（神奈川県立がんセンター婦人科） 加藤 良平（山梨大学大学院医学部人体病理学講座） 蒲 貞行（群馬パース大学保健科学部検査技術学科） 嘉村 敏治（(財)医療介護教育研究財団柳川病院） 亀井 敏昭（PCL 福岡病理・細胞診センター） 川名 敬（東京大学大学院医学系研究科産婦人科学講座） 河原 栄（金沢大学医薬保健研究域） 川本 雅司（帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科） 紀川 純三（松江市立病院） 木口 一成（公益財団法人東京都予防医学協会検査研究センター） 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婦人科） 黒田 誠（藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I）</p>
--	--

- 越川 卓 (修文大学看護学部)
- 児玉 省二 (医療法人恒仁会新潟南病院産婦人科)
- 小中 千守 ((公財)化学療法研究所附属病院呼吸器外科)
- 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)
- 小林 佑介 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 小林 陽一 (杏林大学医学部産科婦人科)
- 小宮山慎一 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)
- 齋藤 深雪 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 寒河江 悟 (札幌西孝仁会クリニック)
- 笹川 寿之 (金沢医科大学産科婦人科学)
- 佐々木 寛 (医療法人沖繩徳洲会千葉徳洲会病院婦人科)
- 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)
- 生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学)
- 上坊 敏子 (独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院婦人科腫瘍センター)
- 白石 泰三 (桑名市総合医療センター／桑名東医療センター病理診断科)
- 杉山 裕子 (がん研究会有明病院細胞診断部)
- 鈴木 淳 (佼成病院産婦人科)
- 鈴木 直 (聖マリアンナ医科大学産婦人科学)
- 進 伸幸 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 関根 浄治 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)
- 高倉 聡 (獨協医科大学越谷病院産科婦人科)
- 高野 忠夫 (東北大学病院臨床研究推進センター)
- 高松 潔 (東京歯科大学市川総合病院産婦人科)
- 竹島 信宏 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)
- 竹中 明美 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センター病理・細胞診断科)
- 田中 京子 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 谷山 清己 (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)
- 田畑 務 (三重大学医学部附属病院産婦人科)
- 土屋 眞一 (社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)
- 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)
- 戸澤 晃子 (聖マリアンナ医科大学産婦人科)
- 富永英一郎 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 中泉 明彦 (創価大学看護学部)
- 永瀬 智 (山形大学医学部産科婦人科学講座)
- 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 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)
- 仲村 勝 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 中山 淳 (信州大学大学院医学系研究科分子病理学)
- 中山 富雄 (地方独立行政法人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疫学予防課)
- 新倉 仁 (東北大学医学部産婦人科学)
- 野村 弘行 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 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)
- 長谷川清志 (獨協医科大学産婦人科)
- 長谷川壽彦 (公益財団法人東京都予防医学協会医務局)
- 畠山 重春 ((有)サイバソリサーチセンター)
- 畠 榮 (川崎医科大学附属川崎病院病理部)
- 羽場 礼次 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)
- 林 茂徳 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 阪埜 浩司 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 平井 康夫 (東京女子医科大学産婦人科)
- 平沢 晃 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 廣川 満良 ((医)神甲会隈病院病理診断科)
- 福田 利夫 (群馬大学大学院保健学研究科)
- 藤井多久磨 (藤田保健衛生大学医学部産婦人科)
- 藤原 寛行 (自治医科大学産科婦人科)
- 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)
- 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)
- 松原 美幸 (日本医科大学付属病院病理部)
- 三浦 弘之 (東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科)
- 三上 芳喜 (熊本大学医学部附属病院病理診療科)
- 宮城 悦子 (横浜市立大学医学部附属病院産婦人科)
- 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)
- 本山 悌一 (がん研究会がん研究所病理部)
- 森定 徹 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 森重健一郎 (岐阜大学医学部産婦人科)
- 矢島 正純 (汐留第二セントラルクリニック)
- 矢納 研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科)
- 山上 亘 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 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)
- 山田 恭輔 (東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科)
- 横山 繁生 (大分大学医学部診断病理学講座)
- 横山 正俊 (佐賀大学医学部産科婦人科学)
- 横山 良仁 (弘前大学医学部附属病院産婦人科)
- 渡部 洋 (東北大学病院臨床研究推進センター)

MEMO

Dotted lines for writing content.

第 57 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 5月28日（土） 11：00～12：00 Room 2（1F Main Hall）

座長：八重樫伸生（東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野）

新たな時代を迎えたがん免疫療法：Cancer Immunotherapy Comes of Age

慶應義塾大学医学部先端医科学研究所細胞情報研究部門 河上 裕

※細胞診専門医研修指定講座

※日本専門医機構 産婦人科領域講習

特別講演 2 5月29日（日） 13：40～14：40 Room 10（5F 503）

座長：青木大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）

がん関連マイクロ RNA の探索と診断・治療への応用

東京医科歯科大学難治疾患研究所¹⁾，東京医科歯科大学疾患バイオリソースセンター²⁾ 稲澤讓治^{1,2)}

招請講演

招請講演 1 5月29日（日） 10：30～11：30 Room 10（5F 503）

座長：齋藤 豪（札幌医科大学産婦人科学講座）

細胞内分解系オートファジーのメカニズムと役割

東京大学大学院医学系研究科 水島 昇

招請講演 2 5月29日（日） 11：30～12：30 Room 10（5F 503）

座長：森井英一（大阪大学大学院医学研究科病態病理学）

癌幹細胞研究の現状

大阪大学大学院医学研究科消化器外科 森 正樹

要望講演

- 要望講演 1** 5月28日(土) 9:00~9:40 Room 3 (3F 301+302)
 座長：川本雅司 (帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)
肺癌 WHO 分類(2015)に基づく新たな呼吸器細胞診
 北里大学医学部呼吸器外科学 佐藤之俊
- 要望講演 2** 5月29日(日) 8:40~9:20 Room 10 (5F 503)
 座長：広岡保明 (鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座)
肝発がんのエピゲノム機構
 慶應義塾大学医学部病理学教室 金井弥栄
- 要望講演 3** 5月29日(日) 9:20~10:00 Room 10 (5F 503)
 座長：寺本勝寛 (山梨県立中央病院婦人科)
がん検診の精度管理の考え方
 国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部 斎藤 博
- 要望講演 4** 5月29日(日) 16:10~16:50 Room 10 (5F 503)
 座長：井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)
リンパ腫：最近の進展
 岡山大学大学院病理学 吉野 正

教育講演

- 教育講演 1** 5月28日(土) 9:40~10:20 Room 3 (3F 301+302)
 座長：白石泰三 (桑名市総合医療センター／桑名東医療センター病理診断科)
泌尿器細胞診：泌尿器科臨床に即した新報告様式と精度
 製鉄記念八幡病院検査部・病理診断科 金城 満
- 教育講演 2** 5月28日(土) 10:20~11:00 Room 3 (3F 301+302)
 座長：紀川純三 (松江市立病院)
最近の WHO 婦人科病理分類と細胞診(像)の対比
 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 安田政実
 共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

教育講演3 5月28日(土) 13:10~13:50 Room 3 (3F 301+302)

座長: 内藤善哉 (日本医科大学統御機構診断病理学)

遺伝性乳がん卵巣がんの現状と本邦での取り組み

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室 ○平沢 晃, 青木大輔

教育講演4 5月28日(土) 17:40~18:20 Room 3 (3F 301+302)

座長: 加藤久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)

2型子宮内膜癌の細胞像・組織像と遺伝子異常

山形大学医学部産婦人科 永瀬 智

教育講演5 5月28日(土) 17:40~18:20 Room 8 (5F 501)

座長: 伊藤 潔 (東北大学・災害産婦人科学分野)

ホルモン補充療法は悪性腫瘍リスクを上昇させるのか?

東京歯科大学市川総合病院産婦人科 高松 潔

教育講演6 5月29日(日) 8:00~8:40 Room 10 (5F 503)

座長: 中村直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)

血液病理~Giemsa染色でわかること, わからないこと~

埼玉医科大学医学部病理学 茅野秀一

教育講演7 5月29日(日) 15:00~15:40 Room 10 (5F 503)

座長: 山城勝重 (北海道がんセンター臨床研究部)

細胞診に役立つ軟部腫瘍の最近の知見

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 (医療安全セミナー)

5月29日(日) 17:10~18:10 Room 10 (5F 503)

座長: 森井英一 (大阪大学大学院医学研究科病態病理学)

臨床細胞検査等における医療安全について

(公財)日本医療機能評価機構¹⁾, 九州大学病院²⁾ 後 信^{1,2)}

※細胞診専門医研修指定講座

※日本専門医機構 専門医共通講習

教育講演（倫理委員会指定セミナー）

5月28日（土） 17：00～18：00 Room 1（2F National Convention Hall）

座長：河原 栄（金沢大学医薬保健学系病態検査学講座）

研究不正の現状とその対策

日本学術振興会学術システム研究センター¹，東京大学²，岐阜大学³ 黒木登志夫^{1,2,3}

※細胞診専門医研修指定講座

※日本専門医機構 専門医共通講習

シンポジウム

シンポジウム 1 5月28日（土） 9：00～11：00 Room 2（1F Main Hall）

座長：加藤良平（山梨大学医学部人体病理学講座）

廣川満良（隈病院病理診断科）

新しい甲状腺癌取り扱い規約（第7版）—組織診断基準と細胞診報告様式—

SY1-1 甲状腺腫瘍の組織診断基準について

杏林大学医学部病理学教室

○菅間 博

SY1-2 細胞診断報告様式

修文大学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科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

SY1-3 意義不明，悪性疑の意義

山梨大学医学部人体病理学¹，伊藤病院診療技術部臨床検査科²，伊藤病院外科³

○近藤哲夫¹，藤澤俊道²，北川 亘³，伊藤公一³，加藤良平¹

SY1-4 甲状腺細胞診新報告様式の実際的な運用

医療法人神甲会隈病院臨床検査科¹，医療法人神甲会隈病院病理診断科²，医療法人神甲会隈病院外科³

○樋口観世子¹，廣川満良²，高田奈美¹，鈴木彩菜¹，隈 晴二²，宮内 昭³

シンポジウム 2 5月28日（土） 9：00～11：00 Room 8（5F 501）

座長：矢納研二（JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科）

平井康夫（東京女子医科大学産婦人科学講座）

標本の特性に応じた子宮内膜細胞診判定方法

SY2-1 子宮内膜細胞診の直接塗抹標本における判定の実際とその特長

大阪府済生会野江病院病理診断科¹，京都大学医学部附属病院病理診断科²，大阪市立大学³

○矢野恵子¹，小椋聖子¹，江木さつき¹，高安祥子¹，城戸貴之¹，桜井孝規²，桜井幹己³

- SY2-2 ThinPrep 法における子宮内膜細胞診標本作製の検討(第一報)
株式会社エスアールエル福岡ラボラトリー¹⁾, 誠仁会大久保病院婦人科²⁾
○久岡陽子¹⁾, 池本理恵¹⁾, 秋田律子¹⁾, 衛藤久仁子¹⁾, 平原尊史¹⁾, 西 國廣¹⁾, 伊藤裕司¹⁾,
小笠原利忠²⁾
- SY2-3 内膜細胞診における LBC (TACAS 法) と直接塗抹(従来法)の比較検討—細胞量と細胞像—
上尾中央総合病院検査技術科病理¹⁾, (株)正和ラボラトリー細胞診²⁾, 丸山記念総合病院婦
人科³⁾
○大野喜作¹⁾, 船津靖亮²⁾, 大久保昭治²⁾, 宮崎稚菜²⁾, 鈴木君義²⁾, 丸山正統³⁾
- SY2-4 BD シュアパス—LBC 標本の特性に応じた子宮内膜細胞診判定方法
愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科¹⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人
科²⁾, 東京女子医科大学産婦人科³⁾
○則松良明¹⁾, 矢納研二²⁾, 平井康夫³⁾
- SY2-5 子宮内膜液状化検体細胞診法(LBC法)と従来法の形態学的相違とLBC法の有用性について
弘前大学大学院保健学研究科¹⁾, 弘前大学医学部保健学科²⁾, 弘前大学医学部附属病院病理
部³⁾, 弘前大学大学院医学研究科産婦人科学講座⁴⁾
○渡邊 純¹⁾, 後藤勇也²⁾, 野呂美鈴²⁾, 堀江香代¹⁾, 吉岡治彦¹⁾, 小島啓子³⁾, 刀稱亀代志³⁾,
黒瀬 顕³⁾, 二神真行⁴⁾, 横山良仁⁴⁾
- SY2-6 子宮内膜細胞診の診断精度向上への取り組み—液状化検体法と免疫染色法導入の試み—
福井大学医学部産科婦人科
○黒川哲司, 品川明子, 山本 真, 大沼利通, 知野陽子, 吉田好雄

シンポジウム3 5月29日(日) 8:00~10:00 Room 8 (5F 501)

座長: 植田政嗣 (大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)

齋藤 豪 (札幌医科大学医学部産婦人科学講座)

新しい細胞診専門医制度

- SY3-1 細胞診専門医制度の現状と展望
大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部¹⁾, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²⁾,
京都府立医科大学産婦人科³⁾, 赤穂市民病院産婦人科⁴⁾, 誠仁会大久保病院婦人科⁵⁾
○植田政嗣¹⁾, 明瀬光里¹⁾, 出馬晋二¹⁾, 鳥居貴代¹⁾, 岡本吉明¹⁾, 田中一郎¹⁾, 布引 治²⁾,
明石京子³⁾, 東田太郎⁴⁾, 小笠原利忠⁵⁾
- SY3-2 新しい細胞診専門医制度
千葉徳洲会病院¹⁾, 日本専門医機構専門医制度検討委員会²⁾
○佐々木寛^{1,2)}
- SY3-3 新しい細胞診専門医制度—病理医の立場から
大阪大学大学院医学系研究科病理診断科・病態病理
○森井英一
- SY3-4 あらたな専門医制度 臨床医の立場から
松江市立病院
○紀川純三
- SY3-5 細胞診専門医資格認定試験のこれまでとこれからの取り組み—試験実施委員長の立場から—
がん研究会有明病院細胞診断部・婦人科
○杉山裕子

シンポジウム 4 5月29日(日) 13:40~15:40 Room 8 (5F 501)

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）

前田一郎（聖マリアンナ医科大学病理学）

乳腺細胞診の鑑別診断と遺伝子変異

- SY4-1 乳腺細胞診における鑑別診断の実際
博愛会相良病院病理診断科
○大井恭代, 永尾聡子, 皆倉愛美, 北菌暢子, 前田ゆかり
- SY4-2 乳腺乳管内乳頭状腫瘍の良悪性鑑別—細胞, 組織, 遺伝子・染色体変化
防衛医科大学校病態病理学講座¹, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科²
○津田 均¹, 吉田正行²
- SY4-3 小型細胞乳癌の鑑別診断(硬癌と小葉癌)
日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学
○唐 小燕, 中西陽子, 増田しのぶ
- SY4-4 乳腺分泌癌および類似組織型における鑑別マーカーと細胞診断学的特徴
公益財団法人がん研究会有明病院病理部¹, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部², 公益財団法人がん研究会がん研究所分子標的病理プロジェクト³, 公益財団法人がん研究会有明病院細胞診断部⁴, 公益財団法人がん研究会有明病院乳腺外科⁵
○大迫 智^{1,2}, 竹内賢吾^{2,3}, 池畑浩一⁴, 堀井理絵^{1,2}, 坂井威彦^{4,5}, 森園英智^{4,5}, 岩瀬拓士⁵, 秋山 太^{1,2}
- SY4-5 線維腺腫, 葉状腫瘍の遺伝子変異—MED12 を中心に—
聖マリアンナ医科大学病理学¹, 聖マリアンナ医科大学乳腺内分泌外科², 聖マリアンナ医科大学付属病院病理診断科³
○前田一郎¹, 永澤 慧², 小穴良保³, 高木正之¹

シンポジウム 5 5月29日(日) 8:00~10:00 Room 9 (5F 502)

座長：落合淳志（国立研究開発法人国立がん研究センター東病院先端医療開発センター）

進 伸幸（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）

クリニカルシーケンスによる個別化医療の現状と展望

- SY5-1 がんのゲノム医療の実用化に向けて～我が国の現状と課題について～
国立研究開発法人国立がん研究センター
○中釜 斉
- SY5-2 国立がん研究センターにおけるクリニカルシーケンスの現状と問題点
国立がん研究センター中央病院臨床検査科/遺伝子診療部門
○角南久仁子
- SY5-3 遺伝性乳癌卵巣癌における臨床の現状と今後の対応
がん研有明病院遺伝子診療部
○新井正美
- SY5-4 小児科領域における遺伝子診断の臨床応用の展望
慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センター
○小崎健次郎

シンポジウム6 5月29日(日) 10:30~12:30 Room 9 (5F 502)

座長: 越川 卓 (修文大学看護学部)

小松京子 (がん研有明病院臨床病理センター)

細胞診検査士養成のあり方

- SY6-1 細胞検査士の養成のありかた
がん研有明病院付設細胞検査士養成所
○古田則行, 星 利良, 池畑浩一, 鈴木奈緒子, 山田麻里沙, 伊藤崇彦, 藤山淳三, 小松京子, 杉山裕子
- SY6-2 4年生大学の養成課程における細胞検査士の養成
弘前大学大学院保健学研究科
○渡邊 純, 吉岡治彦, 堀江香代
- SY6-3 大学院における細胞検査士の養成
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
○南雲サチ子, 小林忠男, 松浦成昭
- SY6-4 地域連携組織と自治体との共同による細胞検査士の育成
金沢大学医薬保健研究域保健学系病態検査学
○尾崎 聡, 河原 栄
- SY6-5 地域病院における細胞検査士の養成
地方独立行政法人那覇市立病院
○山城 篤
- SY6-6 細胞検査士養成のあり方
鳥取大学医学部病態検査学¹⁾, 鳥取大学医学部機能病態内科学²⁾, 鳥取大学医学部病態制御外科³⁾
○広岡保明¹⁾, 松本和也²⁾, 徳安成郎³⁾

細胞検査士会要望教育シンポジウム

5月28日(土) 13:50~15:20 Room 2 (1F Main Hall)

座長: 古田則行 (がん研究会有明病院付設細胞検査士養成所)

草苺宏有 (聖マリアンナ医科大学病院病理診断科)

細胞診の将来を考察する

- SYS1 膀胱癌の診断に求められる尿細胞診
千葉県がんセンター臨床病理部¹⁾, 千葉県がんセンター研究所²⁾
○平田哲士¹⁾, 丸 喜明²⁾, 有田茂実¹⁾, 酒井えり¹⁾, 伊丹真紀子¹⁾
- SYS2 子宮内膜細胞診の問題点と将来の展望
弘前大学大学院保健学研究科
○渡邊 純

ワークショップ

ワークショップ 1 5月28日(土) 9:00~11:00 Room 4 (3F 303)

座長：中村直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)

光谷俊幸 (国際親善総合病院臨床検査科, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科)

リンパ節細胞診：反応性病変と腫瘍性病変の相違・鑑別と特徴的所見

WS1-1 反応性病変と腫瘍性病変の鑑別ポイント

昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科¹, 昭和大学横浜市北部病院病理部², 昭和大学医学部病理学講座臨床病理診断学部門³

○岸本浩次¹, 北村隆司², 佐々木陽介³, 太田善樹¹, 船宝直美¹, 塩沢英輔³, 楯 玄秀³, 瀧本雅文³, 光谷俊幸¹, 大池信之¹

WS1-2 炎症性疾患, ウイルス性疾患等と腫瘍性病変の鑑別

獨協医科大学病理形態

○小島 勝

WS1-3 Hodgkin リンパ腫の鑑別診断(特に反応性病変)

埼玉医科大学総合医療センター病理部

○大澤久美子, 田丸淳一

WS1-4 反応性病変と腫瘍性病変鑑別の難解症例, 特に T 細胞性リンパ腫例について

福岡大学医学部病理学

○竹下盛重

WS1-5 リンパ節細胞診における良悪性鑑別困難症例の検討

杏林大学医学部附属病院病院病理部¹, 杏林大学医学部病理学教室²

○鈴木 瞳¹, 加藤 拓¹, 坂本憲彦¹, 水谷奈津子¹, 市川美雄¹, 稲嶺圭祐¹, 菅野大輝¹, 望月 眞², 大倉康男²

ワークショップ 2 5月28日(土) 9:00~11:00 Room 9 (5F 502)

座長：上野喜三郎 (株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー検査部)

大塚重則 (医療法人藤和会藤間病院病理検査)

自動スクリーニング装置を用いた精度管理手法について

WS2-1 BD フォーカルポイント TM の測定原理と運用方法

日本 BD DS 事業部 BD Women's Health

○幸野俊之

WS2-2 ThinPrep[®]イメージングシステムの概要と原理

ホロジックジャパン株式会社

○杉本直美

WS2-3 BD フォーカルポイント TM の使用経験と運用方法について

株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー

○藪下竜司, 花井 誠, 内村洋志, 熊谷朋子, 上野喜三郎, 石澤 貢, 水口國雄

WS2-4 ThinPrep 最新イメージングシステム DUO の使用経験について

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー

○池本理恵, 平原尊史, 衛藤久仁子, 秋田律子, 久岡陽子, 西 国広, 伊藤裕司

WS2-5 スクリーニング支援装置の実際と精度管理

株式会社ピーシーエルジャパン

○丸山 健, 今井寿美子, 新井康弘, 泉 緑, 石黒信吾, 山内一弘

ワークショップ3 5月28日(土) 10:00~12:00 Room 10 (5F 503)

座長: 川本雅司 (帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)

伊藤 仁 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

最新呼吸器細胞診鑑別診断総まとめ

WS3-1 肺癌検診喀痰細胞診が契機で発見された肺腺癌と肺扁平上皮癌の比較

公益財団法人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⁾, 日本赤十字社成田赤十字病院呼吸器外科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⁾, 渋谷 潔^{3,5)}, 中谷行雄⁴⁾, 中島崇裕⁵⁾, 吉野一郎⁵⁾, 藤澤武彦¹⁾WS3-2 扁平上皮癌の気管支穿刺吸引細胞診像の特徴: 腺癌との細胞形態学的鑑別点を中心に
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内科²⁾, がん研究会がん研究所病理部³⁾○星 利良¹⁾, 柳谷典子^{1,2)}, 古田則行¹⁾, 小松京子¹⁾, 杉山裕子¹⁾, 石川雄一^{1,3)}, 宝来 威^{1,2)}

WS3-3 肺腺癌の組織亜型と細胞診一気管支鏡による新鮮細胞診材料を用いて一

京都大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 信州大学医学部附属病院臨床検査部²⁾○吉澤明彦¹⁾, 平伴英美¹⁾, 仲田梨恵²⁾, 浅香志穂²⁾

WS3-4 腺癌と扁平上皮癌—LBC

久留米大学病院病理診断科・病理部

○福満千容, 河原明彦, 多比良朋希, 山口知彦, 安倍秀幸, 吉田友子, 高瀬頼妃呼, 村田和也, 秋葉 純, 鹿毛政義

WS3-5 肺腺癌と転移性腺癌

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⁾○西川 武¹⁾, 中井登紀子²⁾, 大林千穂²⁾

WS3-6 呼吸器細胞診における免疫細胞化学

北里大学病院病院病理部¹⁾, 旭川医科大学病院病理部²⁾, 北里大学医療衛生学部臨床細胞学³⁾, 北里大学医学部呼吸器外科学⁴⁾, 北里大学医学部病理学⁵⁾○柿沼廣邦¹⁾, 齊藤純江²⁾, 町田大輔¹⁾, 山下和也¹⁾, 服部 学³⁾, 古田玲子³⁾, 中島裕康⁴⁾, 佐藤之俊⁴⁾, 三枝 信^{1,5)}, 村雲芳樹^{1,5)}

ワークショップ4 5月29日(日) 8:00~10:00 Room 12 (4F 411+412)

座長: 久山佳代 (日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)

田中陽一 (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)

新しい報告様式による口腔細胞診の診断精度と問題点

WS4-1 口腔細胞診の新報告様式の診断精度と問題点

九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学

○矢田直美, 松尾 拓

WS4-2 口腔細胞診新ガイドラインの有用性の検討—特にO-LSILの意義について

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理

○橋本和彦, 神原亜季, 小谷隆史, 田口晴丈, 福田雅美, 田中陽一

- WS4-3 口腔粘膜病変擦過細胞診の新報告様式による検証
 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座
 ○宇都宮忠彦
- WS4-4 ベセスダシステムにおける SIL とパパニコロウ分類・3段階分類との関連
 島根大学医学部歯科口腔外科学講座
 ○関根浄治

ワークショップ 5 5月29日(日) 10:30~12:30 Room 12 (4F 411+412)

座長：永瀬 智 (山形大学医学部産科婦人科学講座)

岡本 聡 (東北大学病院産婦人科)

妊娠初期の子宮頸部細胞診と管理

- WS5-1 妊娠初期定期診査における子宮頸がん検診の意義と問題点
 山形県立中央病院病理診断科
 ○刑部光正, 柳川直樹, 緒形真也
- WS5-2 妊娠初期における子宮頸部細胞診のピットフォール
 日本医科大学産婦人科
 ○山本晃人, 黒瀬圭輔, 川瀬里衣子, 池田真利子, 米山剛一, 竹下俊行
- WS5-3 妊娠初期における子宮頸部細胞診と HPV 検査の併用検診の有用
 スズキ記念病院
 ○田中耕平, 鏡友理恵, 亀田里美, 和田麻美子, 佐々木宏子, 藤井 調, 飯田修一, 和田裕一, 星 和彦
- WS5-4 妊娠初期における子宮頸部細胞診—液状化検体の意義
 横須賀共済病院
 ○杉浦 賢, 猪股美和, 石渡仁深, 川口幹夫, 福田賢次, 矢毛石真由美, 小林有紀, 津浦幸夫
- WS5-5 妊娠初期と分娩後の子宮頸部細胞診の比較
 山梨大学医学部産婦人科¹⁾, 山梨大学医学部附属病院病理部²⁾
 ○大森真紀子¹⁾, 端 晶彦¹⁾, 奥田靖彦¹⁾, 小笠原英理子¹⁾, 深澤宏子¹⁾, 笠井一希²⁾, 佐藤詩織²⁾, 中澤久美子²⁾, 石井喜雄²⁾, 平田修司¹⁾
- WS5-6 妊娠初期子宮頸部細胞診における細菌性膣症
 都立大塚病院¹⁾, ふじたクリニック²⁾
 ○有澤正義¹⁾, 藤田富雄²⁾

ワークショップ 6 5月29日(日) 13:40~15:40 Room 12 (4F 411+412)

座長：小田瑞恵 (医療社団法人こころとからだの元氣プラザ産婦人科)

植田政嗣 (大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)

子宮頸がん検診精密検査の現状と展望

- WS6-1 ベセスダシステム (TBS) 導入後の細胞診異常例のトリアージの現状と展望
 山梨県立中央病院婦人科¹⁾, 山梨県立中央病院病理検査科²⁾, 甲府市医師会細胞診センター³⁾
 ○寺本勝寛¹⁾, 石井恵理²⁾, 雨宮健司²⁾, 輿石早紀²⁾, 本田智美²⁾, 坂本光正³⁾, 小林美奈³⁾, 三村理恵³⁾, 原田さつき³⁾, 小山敏雄³⁾

- WS6-2 子宮がん検診の精密検査でのコルポ診の必要性和重要性について
 特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科¹, 特定医療法人誠仁会大久保病院検査科細胞診断部², 恵生会恵生会病院産婦人科³, 明和総合病院臨床検査科・病理⁴, 株式会社協同病理⁵, 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部⁶
 ○小笠原利忠^{1,2,4,5}, 圓井知江², 川越道夫², 内藤子来^{2,3}, 脇本栄子³, 松林謙治⁴, 萩原勝美⁴, 覚野綾子⁴, 小川隆文⁵, 植田政嗣⁶
- WS6-3 子宮頸部病変における細胞診・組織診との乖離症例の検討～細胞診の立場から～
 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, こころとからだの元氣プラザ婦人科², 杏林大学保健学部病理学研究室³
 ○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, 小林 綾¹, 大村峯夫², 小田瑞恵², 藤井雅彦³
- WS6-4 細胞診と組織診の乖離症例の検討 (病理医の立場から)
 帝京大学医学部病院病理部
 ○笹島ゆう子

ワークショップ7 5月29日(日) 13:40~15:40 Room 13 (4F 413)

座長: 長尾俊孝 (東京医科大学人体病理学分野)

河原明彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)

唾液腺腫瘍細胞診断の実際—診断精度の向上を目指して—

- WS7-1 唾液腺腫瘍細胞診の実践的アプローチ
 久留米大学病院病理診断科・病理部¹, 生長会府中病院病理診断科²
 ○河原明彦¹, 原田博史², 多比良朋希¹, 安倍秀幸¹, 山口知彦¹, 高瀬頼妃呼¹, 村田和也¹, 福満千容¹, 秋葉 純¹, 鹿毛政義¹
- WS7-2 多形腺腫の細胞診断—多彩性と特徴像の捉え方—
 慈泉会相澤病院病理診断科
 ○樋口佳代子
- WS7-3 Warthin 腫瘍の細胞診断とそのピットフォール
 北里研究所病院病理診断科
 ○森永正二郎
- WS7-4 粘表皮癌の細胞診断—悪性度判定と鑑別診断—
 杏林大学医学部付属病院病院病理部¹, 杏林大学医学部病理学教室²
 ○加藤 拓¹, 坂本憲彦¹, 水谷奈津子¹, 市川美雄¹, 鈴木 瞳¹, 稲嶺圭祐¹, 菅野大輝¹, 藤原正親², 望月 眞², 大倉康男¹
- WS7-5 腺様嚢胞癌の細胞診断とその鑑別診断
 大分大学医学部診断病理学講座
 ○駄阿 勉
- WS7-6 唾液腺腺房細胞癌, 乳腺相似分泌癌の細胞および組織学的鑑別診断
 藤田保健衛生大学医学部病理診断科¹, 慈泉会相澤病院病理診断科², 東京医科大学人体病理学講座³
 ○浦野 誠¹, 樋口佳代子², 長尾俊孝³, 黒田 誠¹

細胞検査士会ヤング Committee ワークショップ

5月28日(土) 10:30~12:00 Room 11 (5F 511+512)

座長: 加戸伸明 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

川井麻衣子 (JA 神奈川県厚生連相模原協同病院臨床検査室病理)

LBC 法 vs 従来法—非婦人科領域における細胞像を中心に—

- YC1 呼吸器領域における LBC 法の細胞像と特徴
 神奈川県立がんセンター検査科¹, 神奈川県立がんセンター病理診断科²
 ○酒井麻衣¹, 関谷元幹¹, 小林志津子¹, 那須隆二¹, 北村和久¹, 岩撫成子¹, 横瀬智之²
- YC2 尿細胞診における従来法と LBC 法の比較—高異型度尿路上皮癌の細胞像を中心に—
 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, 若原孝子, 山本善也, 師岡恭之, 常世田岬, 山田正俊, 石田康生
- YC3 甲状腺 LBC 標本の細胞像—通常標本との比較—
 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¹, 廣川満良², 宮内 昭³
- YC4 LBC を用いた Giemsa 染色の検討
 関西医科大学附属滝井病院病理部¹, 関西医科大学病態検査学講座²
 ○木下勇一¹, 稲葉真由美^{1,2}, 四方伸明^{1,2}, 葛 幸治²

スライドセミナー

5月29日(日) 10:30~12:30 Room 8 (5F 501)

司会: 佐藤由紀子 (がん研究会有明病院病理部)

渋木康雄 (国立がん研究センター中央病院臨床検査部病理細胞検査室)

各臓器におけるトピックス—治療上の変更を有する鑑別点を中心に—

症例提供者

- 尿管腫瘍
○井下尚子 (虎の門病院病理診断科), 浦上慎司 (虎の門病院泌尿器科)
- 顎下腺腫瘍の1例
西尾昌晃 (飯田市立病院臨床検査科)
- 子宮頸部腫瘍の1例
○向山淳児, 笹島ゆう子, 近藤福雄 (以上, 帝京大学医学部附属病院病理部)
- 口底部腫瘍
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)

5. 中咽頭腫瘍の1例

○佐藤由紀子 (がん研究会明病院病理部),
古田玲子 (がん研究会がん研究所・病理部/北里大学医療衛生学部臨床細胞学),
山田麻里沙, 藤山淳三, 古田則行, 小松京子, 杉山裕子 (以上, がん研究会明病院細胞診断部),
石川雄一 (がん研究会明病院病理部/がん研究会がん研究所・病理部)

6. 胸水細胞診の1例

湊 宏 (金沢医科大学医学部臨床病理学)

1. 尿管腫瘍

70歳代 女性 自然尿, パパニコロウ染色
CTで右尿管に腫瘤あり, 精査.
3年前に, 盲腸の進行大腸癌, 上行結腸の早期癌, 胃多発早期癌. この3年後に右浸潤性乳管癌.

2. 顎下腺腫瘍の1例

10歳代 女性 顎下腺腫瘍捺印 パパニコロウ染色
急速に増大する顎下腺腫瘍

3. 子宮頸部腫瘍の1例

50歳代 女性 子宮頸部擦過 パパニコロウ染色
子宮頸癌検診にて異常指摘, 精査目的にて当院紹介受診. 帯下増量なし, 不正出血なし. MRIにて子宮頸部に36mm大の腫瘤.

4. 口底部腫瘍

80歳代 男性 口腔粘膜擦過(歯間ブラシ), 直接塗抹 パパニコロウ染色
3か月前に, 左側口底部腫瘍を自覚した. その後, 接触痛を伴ったため, 近医受診後, 当院を紹介・受診された. 初診時, 左側口底に12×9mmの表面顆粒状, 弾性軟の腫瘍を認めた.

5. 中咽頭腫瘍の1例

60歳代 女性 扁桃左擦過 パパニコロウ染色
2週間前より嚥下時に疼痛あり, 初診時に左扁桃に腫大と粗造な局面を認める. 喫煙なし, 飲酒なし.

6. 胸水細胞診の1例

30歳代 男性 胸水 パパニコロウ染色
4か月前から発熱, 咳嗽あり. 呼吸困難を訴え当院受診. 左胸腔内に巨大な腫瘍と胸水が認められ, 肺癌あるいは悪性中皮腫や縦隔腫瘍などが疑われた.

受賞講演

5月28日(土) 11:00~12:00 Room 8 (5F 501)

座長：内藤善哉（日本医科大学統御機構診断病理学）

EGFR 遺伝子変異特異的抗体を用いた免疫細胞化学における SurePath 細胞保存液の固定効果 (Fixation effect of SurePath preservative fluids using epidermal growth factor receptor mutation-specific antibodies for immunocytochemistry)

久留米大学病院病理診断科・病理部 河原明彦

班研究報告

5月28日(土) 9:00~9:30 Room 10 (5F 503)

座長：内藤善哉（日本医科大学統御機構診断病理学）

甲状腺髄様癌の細胞診断学的特徴の究明

野口病院研究検査科病理¹，隈病院病理診断科²，隈病院臨床検査科³，伊藤病院臨床検査室⁴，山梨大学人体病理学講座⁵，修文大学看護学部⁶，大森赤十字病院検査部⁷

○丸田淳子¹，廣川満良²，樋口観世子³，鈴木彩菜³，佐々木栄司⁴，加藤良平⁵，越川 卓⁶，坂本穆彦⁷

子宮の日全国アクション—2016 報告会

5月28日(土) 9:00~10:30 Room 11 (5F 511+512)

座長 細胞検査士会渉外委員会

河原明彦（久留米大学病院病理診断科・病理部）

小山芳徳（帝京大学ちば総合医療センター病理部）

1. 2016Love49 の報告とその取り組み

細胞検査士会渉外委員会

信州大学医学部附属病院臨床検査部病理検査室

小林幸弘

2. 千葉県の実践について

公益財団法人ちば県民保健予防財団

早田篤子

3. 新潟県における LOVE49 活動報告—より広く実効ある活動のために—

新潟県立がんセンター新潟病院病理部
桜井友子

4. 宮城県がん教育事業より, 子宮頸がん検診についてのアンケートの集計報告

中川記念ちか子女性クリニック
岡村智佳子

5. Love49 活動の現状と問題—アンケート調査の結果から—

細胞検査士会子宮頸がん検診委員会
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院病理部
今枝義博

わからん会

5月29日(日) 10:30~10:58 Poster & Exhibition (1F Exhibition Hall A)

座長: 柿沼廣邦 (北里大学病院病院病理部)

わからん会1 Prostatic ductal adenocarcinoma の1例

関西医科大学附属枚方病院病理部¹, 関西医科大学附属枚方病院病理診断科²
○蛭子佑翼¹, 岡野公明¹, 山東香織¹, 大江知里², 宮坂知佳², 田代 敬², 植村芳子²,
葛 幸治²

わからん会2 集検で HSIL から発見された CIN3 と AIS 共存の一例

一般財団法人下越総合健康開発センター¹, 新潟大学医学部病理標本センター², 県立がんセンター新潟病院³
○峰本佳織¹, 姫路由香里¹, 板垣由香里¹, 本間真由美¹, 大橋瑠子², 本間慶一³

わからん会3 子宮頸がん検診で発見されたリンパ上皮腫様扁平上皮癌の一例

公益財団法人福島県保健衛生協会¹, 一般財団法人慈山会医学研究所付属坪井病院婦人科², 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂綜合病院病理診断科³, 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⁴
○羽野健汰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, 日下部崇³,
添田 周⁴, 渡辺尚文⁴, 藤森敬也⁴

わからん会4 腹水において難沈殿性を示し, 組織型推定に苦慮した腺癌の一例

沖縄県立八重山病院検査科¹, 沖縄県立中部病院検査科², 中部地区医師会立検診センター臨床検査課³, 中部地区医師会立検診センター八重山出張所⁴, 琉球大学医学部附属病院病理部⁵, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座⁶
○新垣善孝¹, 桃原英子¹, 山村育子¹, 多良間隆¹, 安里真奈美², 大竹賢太郎³, 黒島義克⁴,
齋尾征直⁵, 吉見直己⁶

ランチョンセミナー

- ランチョンセミナー 1** 5月28日(土) 12:10~13:00 Room 3 (301+302)
座長：長村義之 (国際医療福祉大学病理診断センター山王病院)
 当院におけるLBC (ThinPrep) 導入効果と今後の展望について—最新トピックスを交えて—
 神戸大学医学部附属病院病理部・病理診断科 **伊藤智雄**
共催：ホロジックジャパン株式会社
- ランチョンセミナー 2** 5月28日(土) 12:10~13:00 Room 4 (303)
座長：梶山美明 (順天堂大学上部消化管外科学)
 胃癌薬物療法～現状とこれからの治療戦略～
 公益財団法人がん研究会がん研有明病院消化器センター消化器化学療法科 **高張大亮**
共催：株式会社 ヤクルト本社
- ランチョンセミナー 3** 5月28日(土) 12:10~13:00 Room 5 (304)
座長：八重樫伸生 (東北大学医学部産科学婦人科学教室)
 子宮頸癌患者を対象としたロボット支援広汎子宮全摘術
 東京医科大学産科婦人科学教室 **井坂恵一**
共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
- ランチョンセミナー 4** 5月28日(土) 12:10~13:00 Room 6 (311+312)
座長：宮城悦子 (横浜市立大学大学院医学研究科がん総合医科学)
 再発卵巣癌治療におけるドキシルの可能性
 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学 **小林裕明**
共催：ヤンセンファーマ株式会社
- ランチョンセミナー 5** 5月28日(土) 12:10~13:00 Room 8 (501)
座長：鬼島 宏 (弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座)
 膵臓癌の診断補助としての細胞診・微量生検検体からの遺伝子検査の可能性
 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 **平林健一**
共催：アークレイ株式会社
- ランチョンセミナー 6** 5月28日(土) 12:10~13:00 Room 10 (503)
座長：三宅真司 (東京医科大学病院病理診断科)
 医療安全を考慮した病理業務のちょっとした工夫
 公立昭和病院臨床検査科 **濱川真治**
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7 5月29日(日) 12:40~13:30 Room 8 (501)

座長: 佐々木康綱 (昭和大学医学部内科学講座腫瘍内科学部門)

抗がん剤治療における支持療法の重要性

公益財団法人がん研究会有明病院血液腫瘍科 畠 清彦

共催: 大鵬薬品工業株式会社

ランチョンセミナー8 5月29日(日) 12:40~13:30 Room 9 (502)

座長: 久布白兼行 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)

婦人科腫瘍の化学療法副作用対策

横浜市立大学附属病院化学療法センター 佐藤美紀子

共催: 日本化薬株式会社

ランチョンセミナー9 5月29日(日) 12:40~13:30 Room 10 (503)

座長: 小林裕明 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学)

アバスチンの登場で変わる婦人科がん治療

愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科 松元 隆

共催: 中外製薬株式会社



ランチョンセミナー10 5月29日(日) 12:40~13:30 Room 13 (413)

座長: 植田政嗣 (大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)

細胞病理学を補完する検査法について: 上海のがん拠点病院での知見

Adjunct tests for cytopathology: experience from a tertiary cancer center in Shanghai

Department of Pathology, Fudan University Cancer Hospital, Shanghai Bo Ping

共催: シスメックス株式会社

ランチョンセミナー11 5月29日(日) 12:40~13:30 Room 14 (414+415)

座長: 柴田清住 (名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学講座)

子宮肉腫に対する最近の治療動向

東北大学病院臨床研究推進センター 高野忠夫

共催: ノバルティス ファーマ株式会社

一般演題（口演）

5月28日（土） Room 5（3F 304）

頭頸部	9:00~9:30	座長：長尾俊孝（東京医科大学人体病理学分野）
O-1-1	唾液腺細胞像類似疾患の鑑別点の検討 九州大学医学系学府保健学専攻 ¹ ,九州大学病院病理部・病理診断科 ² ,九州大学大学院医学 研究院保健学部門 ³ ○河津大雅 ¹ ,大久保文彦 ² ,仲 正喜 ² ,寺戸信芳 ² ,中附加奈子 ^{2,3} ,渡辺寿美子 ³ , 平橋美奈子 ^{2,3} ,山元英崇 ² ,小田義直 ² ,杉島節夫 ³	
O-1-2	原発巣が明らかになった頸部リンパ節転移癌の一例 公立八女総合病院臨床検査科病理 ¹ ,久留米大学医学部病理学講座 ² ,九州医療センター ³ , 渡辺医院 ⁴ ○村上奈由美 ¹ ,中野聖美 ¹ ,甲斐麻莉子 ¹ ,跡部美和 ¹ ,樋口英次郎 ¹ ,村上勇二 ¹ ,渡辺次郎 ⁴ , 桃崎征也 ³ ,谷川 健 ^{1,2}	
O-1-3	穿刺吸引細胞診で多形腺腫と推定した耳下腺上皮筋上皮癌の一例 独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院病理診断科 ○山上朋之,内田雅子,宮下浩子,増田麻紀,武藤美智子,横沢麻希子,佐藤義雄,濱村尚也, 長谷川直樹,角田幸雄	
乳腺	9:30~10:20	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）
O-1-4	乳癌の術前診断における穿刺細胞診の役割について 大阪プレストクリニック ¹ ,関西電力病院 ² ○米川みな子 ¹ ,河合 潤 ²	
O-1-5	LBCによる乳腺細胞診診断の標準化を目指して～線維腺腫10症例の検討～ 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-1-6	神経内分泌細胞への分化を伴う乳癌8例 一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科 ○二瓶憲俊,桂澤安奈,甲賀洋光,小滝 昇,遠藤枝利子,山口佳子	
O-1-7	LBCによる乳腺細胞診診断の標準化を目指して～粘液癌10症例の検討～ 社会医療法人博愛会相良病院病理診断科 ¹ ,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 ² ○永尾聡子 ¹ ,前田ゆかり ¹ ,皆倉愛美 ¹ ,北園暢子 ¹ ,畑中一仁 ² ,大井恭代 ¹	
O-1-8	セルブロック法での乳癌バイオマーカー検索の有用性について 聖路加国際病院病理診断科 ¹ ,東京女子医科大学第1病理 ² ○小川命子 ¹ ,石黒弘美 ¹ ,平林陽介 ¹ ,鈴木正敏 ¹ ,中島美里 ¹ ,宇野美恵子 ¹ ,内田士朗 ¹ , 野寄 史 ¹ ,鈴木高祐 ¹ ,澤田達男 ²	

消化器	10:20~11:20	座長: 中泉明彦 (創価大学看護学部)
O-1-9	膵臓 serous cystadenoma の1例 “穿刺吸引細胞診所見について” 松本市立病院医療技術部検査科 ¹ , 信州大学医学部保健学科生体情報検査学 ² ○小堺智文 ¹ , 岩本拓朗 ¹ , 石田章子 ¹ , 西澤和世 ¹ , 太田浩良 ²	
O-1-10	客観的分類に基づいた胆汁細胞判定の試み 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情報学 ⁴ ○早川智絵 ¹ , 干川晶弘 ² , 井村穰二 ³ , 林 直美 ¹ , 岸理恵子 ¹ , 半田留美子 ¹ , 上野隆彦 ⁴ , 小池淳樹 ^{1,2}	
O-1-11	胆汁細胞診の細胞学的異型度の基準一核所見に関する検討一 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 , 順天堂大学練馬病院臨床検査科 ⁴ , 済生会神奈川県病院検査科 ⁵ , 太田総合病院中央検査科 ⁶ , 太田総合病院消化器外科 ⁷ ○古旗 淳 ¹ , 広岡保明 ² , 東井靖子 ¹ , 福村由紀 ³ , 大橋久美子 ⁴ , 阿部加奈子 ⁵ , 阿部佳之 ⁶ , 権田厚文 ⁷	
O-1-12	膵 EUS-FNA 細胞診で診断し得た比較的稀な転移性膵腫瘍の2例 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診断学講座 ² ○小島啓子 ¹ , 刀稱亀代志 ¹ , 熊谷直哉 ¹ , 加藤哲子 ^{1,2} , 黒瀬 顕 ^{1,2}	
O-1-13	膵上皮内癌における細胞診の検出方法と細胞形態学的検討 九州大学病院病理診断科・病理部 ¹ , 九州大学医学部保健学科 ² , 九州大学大学院形態機能病理学 ³ , 九州大学大学院病態制御内科学 ⁴ , 九州大学大学院臨床・腫瘍外科 ⁵ ○大久保文彦 ¹ , 仲 正喜 ¹ , 杉島節夫 ² , 古賀 裕 ^{1,3} , 大石善丈 ³ , 山元英崇 ^{1,3} , 伊藤鉄英 ⁴ , 大塚隆生 ⁵ , 中村雅史 ⁵ , 小田義直 ^{1,3}	
O-1-14	膵腫瘍における良悪性判別の精度向上を目指して—S-100P 濃度測定を用いて— 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター医療技術部臨床検査科 ¹ , 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理診断科 ² , 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座 ³ ○内田好明 ¹ , 阿部香織 ¹ , 新発田雅晴 ¹ , 吉澤一恵 ¹ , 古村祐紀 ¹ , 安田真大 ¹ , 小井戸綾子 ¹ , 井村穰二 ³ , 斉藤仁昭 ² , 飯嶋達生 ²	
甲状腺	11:20~12:00	座長: 廣川満良 (隈病院病理診断科)
O-1-15	甲状腺穿刺吸引細胞診における LBC PREP2 を用いた液状処理細胞診 北斗病院腫瘍医学研究所病理遺伝子診断科 ¹ , 北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科 ² , 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 ³ ○山口朋美 ¹ , 大貫なつみ ¹ , 坂東伸幸 ² , 赤羽俊章 ¹ , 田中伸哉 ³	
O-1-16	当院における甲状腺細胞診の成績と今後の課題 千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科 ¹ , 千葉県がんセンター研究所 ² ○有田茂実 ¹ , 酒井えり ¹ , 平田哲士 ¹ , 丸 喜明 ² , 青野卓矢 ¹ , 高橋 司 ¹ , 池部 大 ¹ , 伊丹真紀子 ¹	
O-1-17	当院における甲状腺穿刺吸引細胞診の一検討 新潟県立中央病院病理診断科 ¹ , 新潟大学大学院保健学研究科 ² , 新潟大学医学部保健学科 ³ ○林 真也 ^{1,2} , 池田友美 ¹ , 橋詰香織 ¹ , 八木美菜 ¹ , 上原桂月 ¹ , 建部勝彦 ¹ , 酒井 剛 ¹ , 関谷政雄 ¹ , 岩淵三哉 ³	

- O-1-18 甲状腺癌細胞株に対するマイクロ波効果の検討
 紀南病院中央臨床検査部¹, 大阪薬科大学², 株式会社サニーエンジニアリング³, 近畿大学奈良病院病理部⁴, 和歌山県立医科大学病理学⁵
 ○尾崎 敬^{1,5}, 田伏克惇², 渡邊雄也³, 南條佐輝子⁵, 張 穎哲⁵, 中西雅子⁵, 佐藤冬樹⁵, 及川恒輔⁵, 覚道健一⁴, 村垣泰光⁵

5月28日(土) Room 6 (3F 311+312)

子宮頸部 1 9:00~10:00 座長: 九島巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)

- O-1-19 子宮頸部細胞診における AGC の診断意義とハイリスク HPV-DNA 検査
 鳥取大学¹, 岩手医科大学²
 ○小松宏彰¹, 佐藤誠也², 澤田真由美¹, 野中道子¹, 千酌 潤¹, 佐藤慎也¹, 島田宗昭¹, 板持広明², 大石徹郎¹
- O-1-20 子宮頸部細胞診で AGC と判定された症例の後方視的検討
 九州大学病院病理診断科・病理部¹, 九州大学大学院医学研究院保健学部², 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学³, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁴
 ○中附加奈子¹, 加来恒壽², 大久保文彦¹, 寺戸信芳¹, 仲 正喜¹, 園田顕三³, 加藤聖子³, 大石善丈⁴, 山元英崇^{1,4}, 小田義直^{1,4}
- O-1-21 Thin Prep 検体における再作製の検討
 PCL 福岡病理・細胞診センター
 ○秋山讓滋, 稲垣伸介, 早川優佳, 岩井幸子, 亀井敏昭
- O-1-22 LBC 法と従来法に関する比較検討
 株式会社保健科学東日本病理部¹, 上尾中央総合病院検査技術科病理², 秋山レディースクリニック³, 宇井レディースクリニック⁴, 塚原産婦人科医院⁵
 ○高田理恵¹, 大野喜作², 田中康子¹, 若林 蓮¹, 小林茂登¹, 朽木 拓¹, 秋山芳晃³, 宇井万津男⁴, 塚原信五⁵, 塩津英俊¹
- O-1-23 子宮頸部液状細胞診における ASC-H と判定した細胞像の検討
 金沢大学附属病院病理診断科・病理部¹, 金沢大学形態機能病理学²
 ○玉野裕子¹, 今度邦博¹, 酒野香織¹, 田口憲子¹, 藤山桃子¹, 池田博子¹, 原田憲一²
- O-1-24 子宮頸部初期病変の細胞診・組織診不一致症例の解析
 大阪医科大学
 ○田中良道, 寺井義人, 古形祐平, 芦原敬允, 前田和也, 藤原聡枝, 田中智人, 恒遠啓示, 佐々木浩, 大道正英

子宮頸部 2 10:00~11:00 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)

- O-1-25 扁平上皮内病変における染色体増幅の検討
 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婦人科²
 ○山本善也¹, 山崎一人¹, 山田正俊¹, 小山芳徳¹, 安達純世¹, 若原孝子¹, 豊永安洋¹, 常世田岬¹, 梁 善光², 石田康生¹

- O-1-26 子宮頸部乳頭状扁平上皮癌の細胞像—乳頭状増生を呈する扁平上皮癌との比較検討—
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共同研究室²⁾, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科³⁾
○安達純世¹⁾, 山崎一人¹⁾, 小山芳徳¹⁾, 若原孝子¹⁾, 豊永安洋¹⁾, 子安貴良²⁾, 木全淳一郎²⁾, 山田正俊¹⁾, 梁 善光³⁾, 石田康生^{1,2)}
- O-1-27 子宮内頸部に腫瘤形成を示した上皮内乳頭状扁平上皮癌
神奈川県立がんセンター
○中西一步, 今井一章, 川野藍子, 井浦文香, 近内勝幸, 小野瀬亮, 加藤久盛
- O-1-28 膀胱子宮窩に腫瘤を形成した悪性リンパ腫の1例
ジェネティックラボ病理解析センター病理部¹⁾, ジェネティックラボ病理解析センター病理診断科²⁾
○松浦智彦¹⁾, 佐竹秀夫¹⁾, 稲葉智之¹⁾, 早川美由紀¹⁾, 川上 舞¹⁾, 淀野亜沙美¹⁾, 高橋 優¹⁾, 高木芳武²⁾, 小川弥生²⁾
- O-1-29 Orcellex ブラシを用いた BD シュアパス TM 法による腔断端細胞診の標本適否
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⁾
○土屋幸子¹⁾, 梅澤 敬¹⁾, 梅森宮加¹⁾, 堀口絢奈¹⁾, 春間節子¹⁾, 萬 昂士¹⁾, 廣岡信一¹⁾, 清川貴子¹⁾, 池上雅博²⁾, 鷹橋浩幸¹⁾
- O-1-30 治療抵抗性の VAIN 3 (HSIL) の一症例
東邦大学医療センター大橋病院婦人科¹⁾, 東邦大学医療センター大橋病院病院病理部²⁾
○武谷千晶¹⁾, 久布白兼行¹⁾, 小宮山慎一¹⁾, 高橋怜奈¹⁾, 横内 幸²⁾, 安田 貢^{1,2)}, 藤田正志²⁾

泌尿器**11:00~12:00****座長: 石山功二 (公益財団法人東京都予防医学協会)**

- O-1-31 BCG 曝露による p21 の発現増加と p27 の関係
九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹⁾, 九州大学大学院医学研究院保健学部門²⁾, さぎやま泌尿器クリニック³⁾, 九州大学病院病理診断科・病理部⁴⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁵⁾
○藤井直人¹⁾, 渡邊壽美子²⁾, 鷺山和幸³⁾, 加来恒壽²⁾, 杉島節夫^{4,5)}
- O-1-32 当院における尿細胞診新報告様式導入初期の検討
古賀病院 21 泌尿器科¹⁾, 新古賀病院病理検査科²⁾
○徳田雄治¹⁾, 貞嶋栄司²⁾, 河原真弓子²⁾, 木下準子²⁾, 山崎加奈子²⁾, 貞嶋奈津²⁾, 三宅まどか²⁾, 徳永 蔵²⁾
- O-1-33 良性異型を伴う反応性移行上皮細胞の vimentin 染色態度について
西条中央病院臨床検査部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⁾, 市立八幡浜総合病院臨床病理科³⁾, 愛媛県総合保健協会検査部⁴⁾
○佐伯勇輔^{1,2)}, 大崎博之²⁾, 此上武典³⁾, 藤田泰吏^{2,4)}, 則松良明²⁾
- O-1-34 尿細胞診報告様式における Atypical cell カテゴリについての検討
産業医科大学第1病理学教室¹⁾, 大阪労災病院中央検査部²⁾, LSI メディエンス病理細胞診ラボラトリ³⁾, 白十字病院臨床検査科⁴⁾, 製鉄記念八幡病院病理診断科⁵⁾
○岩井幸子¹⁾, 三村明弘²⁾, 是松元子³⁾, 大谷 博⁴⁾, 下釜達朗⁵⁾, 金城 満⁵⁾
- O-1-35 膀胱発生の顆粒球肉腫～細胞診所見で尿路上皮癌を疑われた一例～
産業医科大学医学部第二病理学¹⁾, 産業医科大学病院病理部²⁾, 産業医科大学医学部第一病理学³⁾
○名和田彩¹⁾, 島尻正平^{1,2)}, 野口紘嗣¹⁾, 光田成美²⁾, 岡 春子²⁾, 佐藤 斉²⁾, 藤原 仁²⁾, 松山篤二^{2,3)}, 久岡正典^{2,3)}, 中山敏幸^{2,3)}

O-1-36 尿検体における異なる2法の細胞学的比較検討

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, 倉岡和矢^{1,2}, 菅亜里沙¹, 安村奈緒子¹, 田中美帆¹, 戸田 環¹, 在津潤一¹, 谷山大樹¹, 齋藤彰久¹, 谷山清己³

5月28日(土) Room 7 (3F 313+314)

子宮体部 1**9:00~9:50****座長: 小林陽一 (杏林大学医学部産科婦人科)**

O-1-37 内膜異型細胞 (ATEC) 症例の検体不適正に関する検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○近内勝幸, 今井一章, 中西一步, 八代川野藍子, 井浦文香, 小野瀬亮, 加藤久盛

O-1-38 子宮内膜細胞診疑陽性症例の検討—記述式報告様式に基づいた診断への試み—

福井大学医学部産科婦人科¹, 福井大学医学部附属病院病理診断科病理部²

○品川明子¹, 黒川哲司¹, 知野陽子¹, 吉田好雄¹, 岩崎和美², 森 正樹², 今村好章²

O-1-39 当院における子宮癌肉腫の術前細胞診・組織診についての検討

大阪大学医学部産婦人科¹, 大阪大学医学部附属病院病理部²

○松崎聖子¹, 吉野 潔¹, 堀由美子², 長友忠相², 高田友美¹, 上田 豊¹, 和田直樹², 池田純一郎², 森井英一²

O-1-40 漿液性子宮内膜上皮内癌 (SEIC) の症例報告, ならびに文献調査による本邦の現状

奈良県総合医療センター産婦人科¹, 奈良県総合医療センター中央検査部²

○豊田進司¹, 神田蘭香^{1,2}, 杉浦 敦¹, 井谷嘉男¹, 辻野秀夫², 中村幸子², 喜多恒和²

O-1-41 子宮内膜異型増殖症の診断で鏡視下手術を施行した症例における術前内膜細胞診所見

東京大学医学部産科婦人科¹, 東京大学医学部病理学教室²

○織田克利¹, 松本陽子¹, 長阪一憲¹, 足立克之¹, 池村雅子², 有本貴英¹, 川名 敬¹, 深山正久², 大須賀穰¹, 藤井知行¹

中皮・体腔液**10:00~11:00****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)**

O-1-43 細胞診のみで中皮腫は診断できるか

株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診センター¹, 株式会社 LSI メディエンス遺伝子解析部², 日本医科大学多摩永山病院呼吸器外科³

○前田昭太郎¹, 鈴木行正¹, 井上さおり¹, 橘 康志¹, 青木 隆¹, 林久美子², 細根 勝³, 新井 悟³, 片山博徳³, 平田知己³

O-1-44 中皮腫診断における体腔液細胞診の特徴と考え方—ガイドラインへの提言—

PCL 福岡病理・細胞診センター¹, 山口県立総合医療センター², 公立昭和病院³, 川崎医科大学付属川崎病院⁴, 福岡大学病院病理部⁵, 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター⁶, 戸田中央臨床検査研究所⁷

○亀井敏昭¹, 渋谷秀美², 安永佳麻里², 山本千奈美², 濱川真治³, 畠 榮⁴, 鍋島一樹⁵, 松本慎二⁵, 河原邦光⁶, 河合俊明⁷

O-1-45 体腔液扁平上皮癌における p40 免疫細胞化学染色の検討

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診断学講座²

○刀稱亀代志¹, 小島啓子¹, 熊谷直哉¹, 加藤哲子^{1,2}, 黒瀬 顕^{1,2}

- O-1-46 体腔液中の細胞成分における従来法と LBC 法の細胞サイズについての比較検討
 天津赤十字病院検査部細胞診¹, 天津赤十字病院検査部細胞診², 兵庫県立尼崎総合医療センター³
 ○今村真治¹, 小栗大助¹, 中村美紀¹, 奥野知子², 白瀬智之², 廣瀬雅哉³
- O-1-47 悪性中皮腫における印環細胞の診断的意義に対する考察
 川崎医科大学附属川崎病院病理部¹, PCL 福岡病理・細胞診センター², 山口県立総合医療センター³, 公立昭和病院⁴, 学校共済関東中央病院⁵, 東京女子医大八千代医療センター病理診断科⁶, 兵庫医科大学病理学⁷, 福岡大学医学部病理学⁸, 北海道大学病院病理部⁹
 ○畠 榮¹, 亀井敏昭², 渋谷秀美³, 濱川真治⁴, 岡 輝明⁵, 廣島健三⁶, 辻村 亨⁷, 松本慎二⁸, 鍋島一樹⁸, 丸川活司⁹
- O-1-48 中皮腫診断における体腔液細胞診でのオレンジ G 好性細胞の出現とその意義
 山口県立総合医療センター中央検査部¹, PCL 福岡病理・細胞診センター², 三原市医師会病院³, 兵庫医科大学分子病理学⁴, 学校共済中国中央病院臨床検査科⁵, 福岡大学医学部病理学⁶
 ○渋谷秀美¹, 安永佳麻里¹, 出尾優佳¹, 藤井将希¹, 川西なみ紀³, 辻村 亨⁴, 園部 宏⁵, 鍋島一樹⁶, 亀井敏昭²

リンパ・造血器**11:00~12:00****座長: 細根 勝 (日本医科大学多摩永山病院病理部)**

- O-1-49 成人 T 細胞性白血病/リンパ腫(ATLL)33 例の細胞学的検討
 福岡大学病院病理部・病理診断科¹, 福岡大学医学部病理学講座²
 ○小島勝己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, 西中村恵輔¹, 鍋島一樹²
- O-1-50 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫 (AITL) と反応性濾胞過形成 (RFH) との鑑別
 雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診
 ○塚本孝久, 榎田明美, 武井美和, 深川良隆, 鶴野由華, 木村芳三, 西田直代, 檜垣浩一
- O-1-51 EBV 関連リンパ増殖症における EBER-ISH と表面抗原免疫細胞化学 (CD-ICC) 2 重染色の検討
 長岡赤十字病院病理診断部
 ○高頭秀吉, 江村 巖, 薄田浩幸, 池津 満, 加藤法男, 田村正史, 山田隆志, 山田佑輔
- O-1-52 濾胞性リンパ腫と反応性リンパ過形成の鑑別に有用な抗 CD21/BCL-2 二重免疫染色の検討
 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
- O-1-53 Hodgkin-like cells の出現から ATLL を推定し確定診断に至った 1 例
 鳥取大学医学部附属病院病理部¹, 鳥取大学医学部附属病院器管病理学²
 ○松重貴大¹, 梅北善久², 堀江 靖¹, 桑本聡史¹, 野坂加苗¹, 大野千恵子¹, 遠藤由香利¹, 持田洋利¹, 山田恭子¹
- O-1-54 著明な好酸球増加を認めた慢性リンパ性白血病/小細胞性リンパ種 (CLL/SLL) の一例
 神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部¹, 神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科²
 ○森田明子¹, 丸岡隼人¹, 井本秀志¹, 尾松雅仁¹, 田代章人¹, 上原慶一郎², 今井幸弘²

5月29日(日) Room 13 (4F 413)

呼吸器 1	8:00~8:40	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)
O-2-1	肺癌の液状化検体細胞診における EGFR 遺伝子解析への影響について 北里大学病院病院病理部 ¹ , 北里大学医学部呼吸器外科 ² , 北里大学医学部病理学 ³ ○町田大輔 ¹ , 吉田 功 ^{1,3} , 久場 樹 ¹ , 山下和也 ¹ , 蔣 世旭 ^{1,3} , 佐藤之俊 ² , 三枝 信 ^{1,3} , 村雲芳樹 ^{1,3}	
O-2-2	術中迅速でギムザ染色が有用であった ALK 陽性肺癌の 1 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講座 ² ○白石直樹 ¹ , 森香奈子 ¹ , 手嶋優子 ¹ , 植田清文 ¹ , 上杉忠雄 ¹ , 榎木英介 ² , 前西 修 ² , 筑後孝章 ² , 木村雅友 ² , 佐藤隆夫 ¹	
O-2-3	迅速免疫染色装置 R-IHC を用いた肺癌捺印細胞診標本の組織型迅速診断 土浦協同病院病理診断部 ○池田 聡, 佐竹 藍, 本間恵美子, 井上和成, 永田千草, 鈴木恵子	
O-2-4	EGFR-TKI 治療にて小細胞癌へ形質転換した EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の 3 例 がん研究会有明病院呼吸器内科 ¹ , がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部 ² ○小栗知世 ¹ , 柳谷典子 ^{1,2} , 星 利良 ² , 杉山裕子 ² , 西尾 誠 ¹ , 宝来 威 ^{1,2}	
呼吸器 2	8:40~9:30	座長：岡 輝明 (学校共済関東中央病院病理科)
O-2-5	肉腫型中皮腫との鑑別が困難であった肺紡錘細胞癌の一切除例 久留米大学医学部外科学第一講座 ¹ , 公立八女総合病院病理診断科 ² , 公立八女総合病院臨床検査科 ³ ○渡辺次郎 ¹ , 谷川 健 ² , 中野聖美 ³ , 甲斐麻莉子 ³ , 村上勇二 ³ , 村上奈由美 ³ , 樋口英次郎 ³ , 跡部美和 ³	
O-2-6	肺動脈血細胞診で診断し得た肺腫瘍源性塞栓性微小血管症の 1 例 広島大学病院病理診断科 ○小川勝成, 有廣光司, 尾田三世, 金子佳恵, 清水智美, 丸橋由加里, 田中祐菜, 石田克成, 高井チカ子, 城間紀之	
O-2-7	組織型推定を誤った肺類基底扁平上皮癌の 1 例 日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科 ¹ , 日本医科大学統御機構診断病理学 ² ○中村祐司 ¹ , 前本直子 ¹ , 牧野隆浩 ¹ , 許田典男 ¹ , 北山康彦 ¹ , 内藤善哉 ²	
O-2-8	画像にて肺癌が疑われた炎症性偽腫瘍の細胞像 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 , 真喜志かおり ² , 比嘉 讓 ² , 石川雅士 ²	
O-2-9	後縦隔原発 Malignant teratoma が疑われた 1 例 津田沼中央総合病院 ○田中雅美, 関口哲成, 志賀淳治	
その他	9:30~9:50	座長：井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)
O-2-10	細胞診捺印標本を用いた NGS 解析の有用性 山梨県立中央病院ゲノム解析センター ¹ , 同 検査部病理診断科 ² , 同 呼吸器外科 ³ , 同 乳腺外科 ⁴ , 同 消化器内科 ⁵ ○雨宮健司 ^{1,2} , 弘津陽介 ¹ , 後藤太一郎 ³ , 中込 博 ⁴ , 小山敏雄 ² , 望月 仁 ^{1,5} , 小俣政男 ^{1,5}	

O-2-11 Cytokinesis-block micronucleus assay によるヒト放射線感受性生物学的評価

弘前大学大学院保健学研究科¹, むつ総合病院中央検査科²○真里谷靖¹, 濱谷 修², 中村安孝², 金浜朱稀²

5月29日(日) Room 14 (4F 414+415)

卵巣・卵管その他 I 8:00~8:50

座長: 加藤久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)

O-2-12 ヒト卵巣癌エクソソーム内在 miRNA と細胞内 miRNA 発現プロファイルの網羅的探索

弘前大学大学院保健学研究科医療生命科学領域病態解析科学分野¹, 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座²○堀江香代¹, 横山良仁², 吉岡治彦¹, 渡邊 純¹

O-2-13 卵巣腫瘍の術中迅速診断における捺印細胞診の有用性

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, 順天堂大学医学部附属練馬病院産科・婦人科³○浅見志帆¹, 青木裕志¹, 飯野瑞貴¹, 阿部杏実¹, 大橋久美子², 坂口亜寿美¹, 小倉加奈子^{1,2}, 荻島大貴³, 松本俊治¹

O-2-14 卵管悪性腫瘍の診断—細胞診による診断を中心に

弘前大学大学院研究科産科婦人科学講座¹, 弘前大学医学部保健学科², 弘前大学医学部病理診断学講座³, 弘前大学医学部病理生命学講座⁴, 弘前大学医学部分子病態病理学講座⁵, 弘前大学医学部付属病院病院病理部⁶○二神真行¹, 横山良仁¹, 重藤龍比古¹, 小島啓子⁶, 刀稱亀代志⁶, 加藤哲子³, 渡邊 純², 水上浩哉⁵, 黒瀬 顕³, 鬼島 宏⁴

O-2-15 粘性卵巣腫瘍の免疫組織化学的考察 第2報

独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター病理診断科¹, 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター臨床検査技術科², 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター産婦人科³○棟方 哲¹, 岩本督徳¹, 佐々木伸也², 高瀬未穂², 岡竹里紗², 鈴木雄策², 茂山かおり², 山本敏也³

O-2-16 悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫4例における腹水細胞診の検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○井浦文香, 今井一章, 川野藍子, 中西一步, 近内勝幸, 小野瀬亮, 加藤久盛

子宮体部

8:50~9:50 座長: 石井保吉 (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-2-17 稀な破骨細胞様巨細胞を伴う子宮肉腫2例の細胞学的検討

諫早総合病院病理部¹, 長崎大学原研病理², 長崎大学病院産婦人科³, 諫早総合病院産婦人科⁴, 長崎病理診断科⁵○高木雄三¹, 松田勝也², 望月哲朗¹, 井手圭一郎¹, 福海文絵¹, 高木美奈², 金村さやか^{2,3}, 松脇隆博⁴, 岸川正大⁵, 中島正洋²

O-2-18 子宮内膜細胞診, 組織診が診断の契機となった類上皮性トロホプラスト腫瘍の1例

豊橋市民病院産婦人科¹, 豊橋市民病院女性内視鏡外科², 豊橋市民病院病理診断科³○河合要介¹, 梅村康太², 前多松喜³

- O-2-19 子宮体部癌肉腫における腹水細胞診陽性例の検討
神奈川県立がんセンター婦人科
○今井一章, 中西一步, 川野藍子, 井浦文香, 近内勝幸, 小野瀬亮, 加藤久盛
- O-2-20 子宮内膜間質肉腫の術中腹水細胞診所見の検討
がん研有明病院婦人科
○的田真紀, 松浦基樹, 長島 稔, 野村秀高, 岡本三四郎, 近藤英司, 金尾祐之, 尾松公平, 加藤一喜, 竹島信宏
- O-2-21 腹腔鏡手術中の洗浄細胞診を契機に発覚した子宮体癌の1例
JA 厚生連広島総合病院
○藤本悦子, 大下孝史, 中西慶喜, 岡本淳子, 上國 愛, 井町海太, 永田郁子, 臺丸 裕

5月29日(日) Room 15 (4F 416+417)

子宮頸部 3 8:00~9:10 座長: 竹島信宏 (がん研究会有明病院婦人科)

- O-2-23 子宮がん集団検診における陰性標本再スクリーニングの現状
公益財団法人福島県保健衛生協会¹, 一般財団法人慈山会医学研究所付属坪井病院婦人科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, 福島厚生連白河厚生総合病院産婦人科⁴
○寅磐亮子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⁴, 石橋真輝帆³, 添田 周³, 渡辺尚文³, 藤森敬也³
- O-2-24 細胞診NILM, ASC-USでHPV16, 18型陽性時のCIN2, 3の頻度
北海道対がん協会¹, 北海道大学産婦人科講座², 北海道大学公衆衛生講座³, 札幌医科大学産婦人科講座⁴, 旭川医科大学産婦人科講座⁵
○藤田博正¹, 櫻木範明², 玉腰暁子³, 斎藤 豪⁴, 千石一雄⁵, 木川聖美², 山崎知文¹, 笠茂光範¹, 佐々木隆之¹, 田上 稔¹
- O-2-25 子宮頸癌検診における細胞診正常例でのHPV16型陽性率増加の実態
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, 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
- O-2-26 仙台市の子宮頸がん検診におけるHPV併用検診導入に向けた取り組み
公益社団法人宮城県医師会¹, おざわ女性総合クリニック², 松永女性クリニック³, 岡村婦人科クリニック⁴, SSレディースクリニック⁵, 東北大学大学院医学系研究科病理病態学講座病理診断学分野⁶, 宮城県医師会細胞診検査精度管理委員⁷
○相澤清美¹, 黒川典子¹, 佐々木麻弥¹, 野村 亘¹, 小澤信義^{2,7}, 松永 弦^{3,7}, 岡村けい子⁴, 佐藤信二⁵, 笹野公伸^{6,7}, 東岩井久⁷
- O-2-27 細胞診HPV検査併用子宮頸がん検診における検診間隔の妥当性について—小山地区モデル—
自治医科大学産婦人科
○森澤宏行, 竹井裕二, 町田静生, 高橋詳史, 高橋寿々代, 佐藤尚人, 種市明代, 嵯峨 泰, 藤原寛行

- O-2-28 集団検診における併用検診の有効性
公益財団法人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-2-29 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²⁾
○小海志津子¹⁾, 岩成 治²⁾

卵巣・卵管その他 2 9:10~9:50**座長：横山正俊（佐賀大学医学部産科婦人科）**

- O-2-30 癌性腹膜炎との鑑別を要した悪性腹膜中皮腫の一例
大阪医科大学産婦人科
○芦原敬允, 古形祐平, 前田和也, 藤原聡枝, 田中良道, 田中智人, 恒遠啓示, 寺井義人, 大道正英
- O-2-31 腹腔洗浄細胞診を契機に発見された卵管上皮内癌の一例
八戸赤十字病院検査技術課病理
○吉田幸司, 清水道弘, 小原勇貴, 笹生俊一
- O-2-32 Sister Mary Joseph's nodule を呈した卵巣癌の1例
兵庫県立西宮病院検査部病理科
○岡田麻由奈, 真田浩一, 野村里美, 竹田利恵, 岡 一雅
- O-2-33 心嚢液細胞診で診断し得た卵巣明細胞腺癌心嚢膜転移の一例
鳥取大学¹⁾, 岩手医科大学²⁾
○澤田真由美¹⁾, 野中道子¹⁾, 小松宏彰¹⁾, 佐藤誠也²⁾, 千酌 潤¹⁾, 佐藤慎也¹⁾, 島田宗昭¹⁾, 板持広明²⁾, 大石徹朗¹⁾

一般演題（示説）

— 5月28日（土） Poster & Exhibition (1F Exhibition Hall A) —

骨・軟部	11:00~11:49	座長：元井 亨（がん・感染症センター都立駒込病院病理科）
P-1-1	上腕に発生した Epithelioid rhabdomyosarcoma の一例 宝塚市立病院中央検査室 ¹ , 兵庫医科大学病院病理部 ² ○竹野真祐 ¹ , 廣田誠一 ² , 塚本吉胤 ² , 松尾祥平 ¹ , 東 誠二 ¹ , 太田寛子 ¹ , 山下結衣 ¹	
P-1-2	診断に苦慮した軟部原発悪性ラブドイド腫瘍の一例 独立行政法人労働者健康福祉機構関東労災病院病理診断科 ¹ , 独立行政法人労働者健康福祉機構関東労災病院中央検査部 ² ○林 衛 ¹ , 小田憲一 ¹ , 栗原美香 ¹ , 大谷知広 ² , 坂詰浩一 ² , 五ノ井いずみ ¹ , 田中大貴 ¹ , 三富弘之 ¹ , 植草利公 ¹	
P-1-3	滑膜軟骨腫症の1例 青森市民病院病理診断科 ○八木橋祐弥, 長谷川多紀子, 中田ゆかり, 楠美智巳	
P-1-4	マーカー染色体に <i>PLAG1</i> 遺伝子の再編成を認めた脂肪芽腫 (lipoblastoma) の1例 埼玉医科大学国際医療センター病理診断部 ¹ , 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 ² ○菅野恵士 ¹ , 藤野 節 ² , 後藤義也 ¹ , 瀬山 敦 ¹ , 加藤智美 ¹ , 佐瀬智子 ¹ , 鎌倉靖夫 ¹ , 新井栄一 ² , 安田政実 ^{1,2}	
P-1-5	細胞診で組織型推定が困難であった明細胞肉腫の一例 新潟県立がんセンター新潟病院 ○豊崎勝実, 木下律子, 土田美紀, 山川美沙紀, 神田真志, 畔上公子, 弦巻順子, 北澤 綾, 川崎 隆, 本間慶一	
P-1-6	線維型横紋筋肉腫の1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 ○森田康平 ¹ , 大川千絵 ¹ , 草苺宏有 ¹ , 干川晶弘 ² , 土居正知 ² , 高木正之 ²	
P-1-7	脛骨骨肉腫の1例 呉医療センター・中国がんセンター病理診断科 ¹ , 呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部 ² , 呉医療センター・中国がんセンター院長 ³ , 広島大学大学院医歯薬保健学研究院分子病理学研究室分子病理 ⁴ ○谷山大樹 ^{1,4} , 倉岡和矢 ^{1,2} , 田中美保 ¹ , 安村奈緒子 ¹ , 西村俊直 ¹ , 戸田 環 ¹ , 在津潤一 ¹ , 齋藤彰久 ¹ , 安井 弥 ⁴ , 谷山清己 ³	
口腔・歯科	11:00~11:21	座長：関根浄治（島根大学医学部歯科口腔外科学講座）
P-1-8	口底に発生した類基底扁平上皮癌～細胞診所見が診断に有用であった一例～ 産業医科大学第2病理学教室 ¹ , 産業医科大学病院歯科口腔外科 ² , 産業医科大学病院病理部 ³ ○原田佳和 ^{1,2} , 野口紘嗣 ¹ , 小原光祥 ³ , 藤原 仁 ³ , 佐藤 斉 ³ , 飯盛博子 ¹ , 中山敏幸 ¹ , 山田壮亮 ¹	

- P-1-9 抜歯窩治癒不全の病理組織学的及び細胞学的検討
 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附属病院病理診断科²⁾, 千葉西総合病院病理診断科³⁾
 ○森川美雪¹⁾, 松本 敬²⁾, 宇都宮忠彦¹⁾, 末光正昌¹⁾, 二谷悦子²⁾, 齋藤隆明^{1,3)}, 久山佳代¹⁾
- P-1-10 口腔擦過細胞診における従来法とLBC(ThinPrep)法との比較検討
 大阪警察病院病理科
 ○郡司有理子, 辻本正彦, 築山あゆみ, 中山順子, 金田敦代, 青木 弘, 福田沙織, 安岡弘直, 吉田研一

神経(中枢・末梢) 11:21~11:49 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-1-11 腰髄に転移した atypical teratoid/rhabdoid tumor (AT/RT) の髄液細胞診の1例
 東京女子医科大学中央検査部病理検査室¹⁾, 東京女子医科大学病理診断科²⁾, 東京女子医科大学第一病理学教室³⁾, 東京女子医科大学脳神経外科⁴⁾
 ○橋本哲也¹⁾, 村上佳織¹⁾, 清水絢子¹⁾, 高橋伸治¹⁾, 野並裕司¹⁾, 金室俊子¹⁾, 藍原康雄⁴⁾, 山本智子^{2,3)}, 澤田達男^{2,3)}, 長嶋洋治²⁾
- P-1-12 免疫二重染色 (CD3/CD20) を用いた悪性リンパ腫髄液細胞診の検討
 香川県立中央病院病理部¹⁾, 公立学校共済四国中央病院検査部²⁾
 ○下浦泰昌¹⁾, 竹内名緒子¹⁾, 平松智佳¹⁾, 山内豊子¹⁾, 嶋田美和子¹⁾, 香川恵美子¹⁾, 辻 厚子¹⁾, 中村聡子¹⁾, 溝渕光一¹⁾, 山本洋介²⁾
- P-1-13 当院における脳腫瘍術中迅速診断時の捺印および圧挫細胞診の実際と有用性について
 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター病理部病理診断科
 ○高瀬章子, 田辺美樹子, 菊地美保, 富岡理恵, 武田奈津子, 石津春菜, 甘利保子, 腰高典子, 千葉佐和子, 稲山嘉明
- P-1-14 左大殿筋内に転移した脊索腫の一例
 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⁾, 呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部²⁾, 呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾
 ○齊藤彰久¹⁾, 倉岡和矢^{1,2)}, 田中美帆¹⁾, 西村俊直¹⁾, 安村奈緒子¹⁾, 谷山大樹¹⁾, 在津潤一¹⁾, 谷山清己³⁾

子宮体部 1 11:00~11:42 座長: 渡部 洋 (東北大学病院臨床研究推進センター)

- P-1-15 子宮内膜増殖症の管理方法に対する検討
 四国中央病院
 ○東元あゆか, 山本洋介, 門木貴子, 香川智洋, 田村貴央, 鎌田正晴
- P-1-16 子宮内膜細胞診陽性と判定するも組織学的に体癌の診断にいたらなかった2症例の検討
 神戸大学医学部附属病院産科婦人科¹⁾, 神戸大学医学部附属病院病理部²⁾
 ○森上聡子¹⁾, 蝦名康彦¹⁾, 今福仁美¹⁾, 鈴木嘉穂¹⁾, 篠崎奈々絵¹⁾, 塚本龍子²⁾, 原 重雄²⁾, 伊藤智雄²⁾, 山田秀人¹⁾
- P-1-17 子宮内膜癌からの Lynch 症候群の拾い上げと内膜細胞診
 大阪鉄道病院婦人科¹⁾, 大阪鉄道病院臨床検査室病理²⁾
 ○熊谷広治¹⁾, 坂井昌弘¹⁾, 前田隆義¹⁾, 山崎由香子²⁾, 山内直樹²⁾, 森島英和²⁾, 石田英和²⁾
- P-1-18 子宮体部明細胞癌の一症例
 佐世保共済病院病理診断科¹⁾, 同 産婦人科²⁾
 ○久保 綾¹⁾, 田中義成¹⁾, 川崎辰彦¹⁾, 井関充及¹⁾, 鶴地伸宏²⁾, 木寺義郎²⁾

- P-1-19 子宮体部漿液性腺癌 14 例における細胞診の検討
札幌医科大学産婦人科¹, まどかレディースクリニック²
○寺本瑞絵¹, 田中綾一¹, 竹浪奈穂子¹, 金 美善¹, 鈴木美和^{1,2}, 高橋 円², 郷久晴朗¹,
岩崎雅宏¹, 齋藤 豪¹

- P-1-20 子宮頸癌放射線治療後 21 年後に子宮体部漿液性腺癌が発生した一例
産業医科大学産婦人科¹, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学²
○田尻亮祐¹, 卜部理恵¹, 鏡 誠治¹, 植田多恵子¹, 栗田智子¹, 川越俊典¹, 松浦祐介²,
蜂須賀徹¹

子宮頸部 1 11:00~11:42 座長: 藤原寛行 (自治医科大学産科婦人科学講座)

- P-1-21 子宮頸部細胞診の精度管理基準値についての検討
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病理部², 群馬県立がんセンター婦人科³, 独立行政法人地域医療機能推進機構群馬中央病院臨床検査部⁴, 富士重工業健康保険組合太田記念病院臨床検査部⁵, 伊勢崎市民病院中央検査科⁶, 前橋赤十字病院病理診断科⁷, 桐生地域医療組合桐生厚生総合病院中央検査部⁸, 伊勢崎佐波医師会病院臨床検査科⁹, 公益財団法人高崎・地域医療センター検査課¹⁰
○土田 秀¹, 小保方亜光⁴, 樋口由美子⁵, 鶴田誠司⁶, 尾身麻理恵⁷, 今泉智博⁸, 綱川祥子⁹,
三浦宏弥¹⁰, 飯島美砂², 鹿沼達哉³

- P-1-22 大阪府豊中市における若年者の子宮頸部細胞診 1760 例における後視的解析
大阪大学医学部産婦人科
○中川 慧, 上田 豊, 松崎聖子, 高田友美, 吉野 潔

- P-1-23 子宮頸部擦過細胞診での有所見検出における Cellfoam の Cytopick に対する非劣性試験
奈良市総合医療検査センター¹, きよ女性クリニック²
○安達博成¹, 吉田和弘¹, 倉内佳菜¹, 西田千鶴¹, 斎藤ちいさ¹, 清塚康彦²

- P-1-24 当事業団における子宮頸がん検診不適正検体に関する検討
公益財団法人福岡県すこやか健康事業団¹, 九州大学大学院医学研究保健学部門², 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科³, 聖マリア病院中央検査センター病理細胞診断科⁴
○八尋裕美子¹, 田中亜都子¹, 舟越 乾¹, 加来恒壽², 大田喜孝³, 檜垣浩一⁴

- P-1-25 当院における子宮頸部 LBC 教材を用いた臨地実習の試み～
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-1-26 当施設における ThinPrep Imaging System 導入の有用性について
一般社団法人半田市医師会健康管理センター¹, 社会医療法人財団新和会八千代病院²
○磯貝直子¹, 鈴木雄策¹, 館野みちる¹, 富田理恵子¹, 村上祐子¹, 石田洋平¹, 奥村英雄¹,
市野雅之¹, 社本幹博²

消化器 1 11:00~11:42 座長: 竹中明美 (大阪府立成人病センター病理細胞診断科)

- P-1-27 EUS-FNA にて診断が困難であった胃異所性腺の 1 例
豊見城中央病院病理診断科
○伊禮 彩, 呉地 剛, 照屋敦子, 宮里碧沙, 喜友名正也

- P-1-28 経胃的 EUS-FNA が診断に有用であった大腸低分化腺癌の一例
佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 佐賀大学医学部病因病態科学²⁾, 佐賀大学医学部消化器内科³⁾, 佐賀大学医学部一般・消化器外科⁴⁾
○山崎真希子^{1,2)}, 甲斐敬太¹⁾, 坂井 絢¹⁾, 植崎さやか¹⁾, 中村光男¹⁾, 川久保洋晴³⁾, 坂田資尚³⁾, 河野 博⁴⁾, 野村明成⁴⁾, 相島慎一^{1,2)}
- P-1-29 膵臓 EUS-FNA 迅速細胞診で乳癌転移と診断し得た一例
KKR 札幌医療センター斗南病院病理診断科¹⁾, KKR 札幌医療センター斗南病院呼吸器・乳腺外科²⁾, 北海道大学大学院保健科学研究院病態解析学分野³⁾, 札幌南三条病院呼吸器内科⁴⁾, 手稲溪仁会病院病理診断科⁵⁾
○志田 啓¹⁾, 川田将也²⁾, 石津明洋³⁾, 西海豊寛⁴⁾, 大森優子⁵⁾, 菅原 亨¹⁾, 大坂育美¹⁾, 平野勇志¹⁾, 小山田ゆみ子¹⁾, 武田広子¹⁾
- P-1-30 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) の細胞診と組織診を併用する意義について
イムス札幌消化器中央総合病院消化器内科
○岸 宗佑
- P-1-31 EUS-FNA が組織型推定に有用であった膵転移性悪性黒色腫の1例
近畿大学医学部附属病院病理部¹⁾, 近畿大学医学部附属病院病理学教室²⁾
○土橋千琴¹⁾, 白石直樹¹⁾, 森香奈子¹⁾, 手嶋優子¹⁾, 植田清文¹⁾, 上杉忠雄¹⁾, 筑後孝章¹⁾, 榎木英介²⁾, 木村雅友²⁾, 佐藤隆夫²⁾
- P-1-32 EUS-FNA で診断し得た IPMN の一例
産業医科大学医学部第2病理学¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 久留米大学病院病理診断科・病理部³⁾
○野口紘嗣¹⁾, 内藤嘉紀²⁾, 多比良朋希³⁾, 河原明彦³⁾, 秋葉 純²⁾, 山田壮亮¹⁾, 中山敏幸¹⁾, 矢野博久²⁾

卵巣・卵管その他 1 11:00~11:42
座長：鈴木 直 (聖マリアンナ医科大学産婦人科学)

- P-1-33 進行卵巣癌・腹膜癌の NAC 症例における, 腹水細胞診と腹腔鏡下生検の有用性について
大阪医科大学産婦人科
○古形祐平, 田中良道, 芦原敬允, 前田和也, 藤原聡枝, 田中智人, 恒遠啓示, 佐々木浩, 寺井義人, 大道正英
- P-1-34 未治療漿液性腺癌の原発巣と播種巣の細胞像と発現マーカーの比較検討
日本医科大学統御機構診断病理学¹⁾, 日本医科大学附属病院病理部²⁾
○河本陽子¹⁾, 和田龍一¹⁾, 彭 為霞¹⁾, 手塚 潔¹⁾, 川原清子¹⁾, 恩田宗彦¹⁾, 遠藤陽子²⁾, 石井英昭²⁾, 内藤善哉¹⁾
- P-1-35 卵巣明細胞腺癌の迅速診断における捺印細胞診の有用性
いわき市立総合磐城共立病院中央検査室¹⁾, いわき市立総合磐城共立病院病理科²⁾, いわき市立総合磐城共立病院産婦人科³⁾
○小野早苗¹⁾, 山崎一樹¹⁾, 池田 藍¹⁾, 小松香織¹⁾, 松本朋子¹⁾, 近藤宏徳¹⁾, 蛭田道子¹⁾, 浅野重之²⁾, 本多つよし³⁾, 西山 浩³⁾
- P-1-36 卵巣原発明細胞境界悪性腫瘍の1症例
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⁾
○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⁾, 呉地 剛¹⁾
- P-1-37 卵巣腫瘍捺印細胞診で卵巣原発移行上皮癌と考えられた1例
呉医療センター・中国がんセンター¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 病院長³⁾
○友野勝幸¹⁾, 澤崎 隆¹⁾, 中村紘子¹⁾, 本田 裕¹⁾, 水之江知哉¹⁾, 西村俊直²⁾, 倉岡和矢²⁾, 谷山清巳³⁾

P-1-38 捺印細胞診で推定し得た卵巢癌肉腫の1例

大阪医科大学婦人科腫瘍科¹, 大阪医科大学病理学教室²○藤原聡枝¹, 古形祐平¹, 芦原敬允¹, 田中良道¹, 田中智人¹, 恒遠啓示¹, 寺井義人¹,
山田隆司², 大道正英¹

— 5月29日(日) Poster & Exhibition (1F Exhibition Hall A) —

卵巢・卵管その他2 10:58~11:40 座長: 磯西成治 (東京慈恵会医科大学第三病院産婦人科)

P-2-1 再発を繰り返した卵巢癌肉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附属第三病院産婦人科

○上井美里, 黒田 浩, 武藤美紀, 後藤ちひろ, 田中昌哉, 佐藤琢磨, 關 壽之, 森本恵爾,
柳田 聡, 磯西成治

P-2-2 卵巢ステロイド細胞腫瘍の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病理学分野²○窪田恵美¹, 西田ゆかり¹, 竹下かおり¹, 田中和彦¹, 後藤優子², 北齒育美², 平木 翼²,
東美智代¹, 畑中一仁²

P-2-3 卵巢原発 Steroid cell tumor の一例

岩手医科大学医学部産婦人科学講座¹, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²○菅安寿子^{1,2}, 石田和之², 山田範幸², 小見英夫¹, 本田達也¹, 庄子忠宏¹, 三浦史晴¹,
板持広明¹, 菅井 有², 杉山 徹¹

P-2-4 血中テストステロンが高値を示した steroid cell tumor の1例

佐々木研究所附属杏雲堂病院検査科病理診断科¹, 佐々木研究所附属杏雲堂病院婦人科²,
大森赤十字病院検査部³○森田有香¹, 小瀬木輪子¹, 岩屋啓一¹, 馬屋原裕子¹, 高杉ゆかり¹, 山口乃里子²,
菊池良子², 三宅清彦², 坂本穆彦³, 坂本 優²

P-2-5 腹腔内播種を伴う卵巢ステロイド細胞腫瘍の一例

獨協医科大学産科婦人科¹, 獨協医科大学病理部², 獨協医科大学病理診断科³, 獨協医科大学
大学形態病理⁴○長谷川清志¹, 高橋佳容子¹, 香坂信明¹, 深澤一雄¹, 町田浩美², 永井多美子², 加藤 輝²,
山岸秀嗣³, 今井康雄³, 小島 勝⁴

P-2-6 捺印細胞診で卵黄囊腫瘍成分が推定された卵巢混合型胚細胞腫瘍の1例

岩手医科大学医学部産婦人科¹, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²○佐藤誠也¹, 板持広明¹, 佐藤彩佳², 永沢崇幸¹, 利部正裕¹, 千葉淳美¹, 竹内 聡¹,
上杉憲幸², 菅井 有², 杉山 徹¹**卵巢・卵管その他3 11:40~12:29 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-2-7 子宮内膜細胞診が診断の契機となった早期卵巢癌の1例

がん研有明病院婦人科¹, がん研有明病院病理部²○松浦基樹¹, 的田真紀¹, 金尾祐之¹, 野村秀高¹, 岡本三四郎¹, 近藤英司¹, 杉山裕子¹,
高澤 豊², 竹島信宏¹

P-2-8 原発性腹膜癌が疑われる症例に対する治療前細胞診の意義

神奈川県立がんセンター婦人科

○八代(川野) 藍子, 今井一章, 中西一步, 井浦文香, 近内勝幸, 小野瀬亮, 加藤久盛

- P-2-9 子宮頸部細胞診, 子宮内膜細胞診が発見の契機となる診断が困難であった卵管癌の1例
大阪市立大学医学部産婦人科¹, 大阪市立総合医療センター²
○笠井真理¹, 村上 誠¹, 市村友季¹, 角 俊幸¹, 川村直樹²
- P-2-10 肛門管癌からの広汎な Pagetoid spread を認めた1例
がん研有明病院婦人科¹, 市立長浜病院産婦人科², がん研有明病院細胞診断部³, がん研有明病院病理部⁴
○高橋顕雅^{1,2}, 金尾祐之¹, 長島 稔¹, 野村秀高¹, 的田真紀¹, 近藤英司¹, 宇津木久仁子¹, 杉山裕子³, 高澤 豊⁴, 竹島信宏¹
- P-2-11 外陰部異所性乳腺組織から発生した腺癌の1例
がん研有明病院婦人科¹, 市立長浜病院産婦人科², がん研有明病院細胞診断部³, がん研有明病院病理部⁴
○長島 稔¹, 高橋顕雅^{1,2}, 的田真紀¹, 岡本三四郎¹, 金尾祐之¹, 近藤英司¹, 杉山裕子³, 高澤 豊⁴, 竹島信宏¹
- P-2-12 急激な転帰を辿った外陰 epithelioid sarcoma の1例
愛知県がんセンター中央病院婦人科部
○宇野あす香, 清水裕介, 森 正彦, 近藤紳司, 水野美香
- P-2-13 外陰部乳腺様腺癌の一例
杏林大学医学部付属病院産婦人科¹, 杏林大学医学部付属病院病理学教室²
○渋谷英里子¹, 西ヶ谷順子¹, 長内喜代乃¹, 澁谷裕美¹, 百村麻衣¹, 松本浩範¹, 小林陽一¹, 岩下光利¹, 坂本憲彦², 望月 真²

呼吸器 I**10:30~11:05****座長: 伊豫田明 (東邦大学医学部外科学講座呼吸器外科学分野)**

- P-2-14 捺印細胞診標本を用いた肺癌 EGFR 遺伝子変異検査の検討
綾部市立病院医療技術部臨床検査科病理¹, 京都府立医科大学附属病院病院病理部²
○山口直則¹, 松居由香¹, 岸本光夫²
- P-2-15 経気管支細胞診における擦過ブラシ洗浄液, 気管支洗浄液採取に意義はあるのか
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, 東京通信病院病理部³, 日本医科大学病理学講座⁴
○神山慶也¹, 齋藤嘉奈子¹, 横浜一樹¹, 渡邊 学¹, 篠原令子¹, 小川真紀^{1,4}, 二階堂孝², 岸田由起子^{3,4}, 田村浩一^{3,4}, 横山宗伯¹
- P-2-16 手術捺印標本における肺腺癌及び扁平上皮癌の細胞像
東京女子医科大学八千代医療センター医療技術部臨床検査室¹, 東京女子医科大学八千代医療センター呼吸器外科², 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科³
○角奈美子¹, 今野辰郎¹, 高橋昌樹¹, 末澤亜紀¹, 南部周平¹, 黄 英哲², 関根康雄², 増永敦子³, 廣島健三³
- P-2-17 集検喀痰細胞診 D 判定から発見された原発性肺扁平上皮癌の細胞像一癌未確定例との比較—
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
○佐藤丈晴¹, 室井祥江¹, 荒木由佳理¹, 佐藤美賀子¹, 神尾淳子¹, 田中瑞子²
- P-2-18 気管支擦過細胞診標本における疑陽性症例の検討
群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²
○後藤優典¹, 星川里美¹, 森田 淳¹, 竹瀨友弥¹, 栗原康哲¹, 瀬川篤記², 平戸純子¹, 小山徹也^{1,2}

呼吸器 2	11:05~11:47	座長：小中千守（化学療法研究所附属病院呼吸器外科）
P-2-19	結節性肺アミロイドーシスの1例 国家公務員共済組合連合会熊本中央病院病理診断科 ○立山敏広, 北岡光彦, 紫垣まどか, 岡本真衣, 増永純夫, 逢坂珠美	
P-2-20	細胞診が診断の契機となったムコール症の1例 国際親善総合病院臨床検査科 ○境 郁美, 田村瑛恵, 柴山弘之, 光谷俊幸	
P-2-21	Allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA) の二症例 朝倉医師会病院臨床検査科 ¹⁾ , 朝倉医師会病院病理診断科 ²⁾ ○藤井広美 ¹⁾ , 林 涼子 ¹⁾ , 田口 順 ²⁾ , 荒川正博 ²⁾	
P-2-22	CTガイド下生検のROSEで経験した肺アスペルギルス症の1例 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科 ¹⁾ , 聖マリアンナ医科大学病理学教室 ²⁾ ○佐々木真実 ¹⁾ , 生澤 竜 ¹⁾ , 島田直樹 ¹⁾ , 安田玲子 ¹⁾ , 相田芳夫 ¹⁾ , 高木正之 ²⁾	
P-2-23	経気管支的肺穿刺材料にて経験した原発性肺髄膜腫の1例 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科 ○大橋久美, 澁木康雄, 藤間瑞穂, 佐々木直志, 吉田 裕, 渡邊麗子, 吉田朗彦, 元井紀子	
P-2-24	経気管支吸引細胞診が原発推定に有用であった転移性肺腫瘍の1例 公益財団法人がん研究会有明病院婦人科 ¹⁾ , がん研究会研究所病理部 ²⁾ ○野村秀高 ¹⁾ , 長島 稔 ¹⁾ , 的田真紀 ¹⁾ , 岡本三四郎 ¹⁾ , 金尾祐之 ¹⁾ , 近藤英司 ¹⁾ , 堀井理絵 ²⁾ , 宇津木久仁子 ¹⁾ , 杉山裕子 ¹⁾ , 竹島信宏 ¹⁾	
呼吸器 3	11:47~12:29	座長：中谷行雄（千葉大学大学院医学研究院診断病理学）
P-2-25	当院で経験した肺 Combined large cell neuroendocrine cell carcinoma の細胞学的検討 国保松戸市立病院病理診断科 ¹⁾ , 国保松戸市立病院臨床検査科 ²⁾ , 成田赤十字病院呼吸器外科 ³⁾ ○滝沢敬祐 ¹⁾ , 横山 綾 ¹⁾ , 茅野伴子 ¹⁾ , 大貫美友紀 ²⁾ , 渋谷 潔 ³⁾ , 野呂昌弘 ¹⁾ , 秋草文四郎 ¹⁾	
P-2-26	胸腔洗浄細胞診にて腺癌様構造を示し, CA125陽性であった胸腺扁平上皮癌の1例 独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院病理診断科 ¹⁾ , 独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院中央検査部 ²⁾ , 独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院呼吸器外科 ³⁾ ○土田吉朗 ¹⁾ , 高島且統 ²⁾ , 阿部和子 ²⁾ , 保坂智子 ³⁾ , 中山文恵 ¹⁾ , 岩間憲行 ¹⁾	
P-2-27	角化型扁平上皮癌を疑った巨大肺腫瘍の1症例 産業医科大学病院病理部 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⁾ ○小原光祥 ¹⁾ , 佐藤 斉 ¹⁾ , 藤原 仁 ¹⁾ , 岡 春子 ¹⁾ , 光田成未 ¹⁾ , 松山篤二 ²⁾ , 島尻正平 ²⁾ , 久岡正典 ^{2,3)}	
P-2-28	(演題はとりさげられました)	
P-2-29	若年者肺粘表皮癌の1例 群馬県立がんセンター病理検査課 ¹⁾ , 獨協医科大学病理学（形態） ²⁾ , 群馬県立がんセンター病理部 ³⁾ , 群馬県立がんセンター婦人科 ⁴⁾ ○布瀬川卓也 ¹⁾ , 土田 秀 ¹⁾ , 神山晴美 ¹⁾ , 山崎真美 ³⁾ , 中里宜正 ²⁾ , 飯島美砂 ³⁾ , 鹿沼達哉 ⁴⁾ , 小島 勝 ²⁾	
P-2-30	高悪性度胎児型肺腺癌の1例 川崎医科大学附属川崎病院病理部 ¹⁾ , 川崎医科大学大学病理学 ^{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 1	10:30~10:58	座長: 近藤哲夫 (山梨大学医学部人体病理学講座)
P-2-31	LBC 標本の作製法に関する検討—甲状腺乳頭癌を用いて— 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部 ○岩崎和美, 森 正樹, 前川秀樹, 鈴木佑梨, 竹内 文, 小上瑛也, 今村好章	
P-2-32	甲状腺の嚢胞液中に出現する異型細胞と組織標本との対比 広島赤十字・原爆病院 ○永崎裕志, 久保 望, 村上 寛, 石津英子, 小路伊奈子, 和田健一, 坂谷暁夫, 藤原 恵	
P-2-33	ベセスダ診断様式と甲状腺学会診療ガイドライン様式の比較検討 鳥取大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 近畿大学医学部奈良病院臨床検査部 ²⁾ ○遠藤由香利 ¹⁾ , 覚道健一 ²⁾ , 大野千恵子 ¹⁾ , 松重貴大 ¹⁾ , 持田洋利 ¹⁾ , 山田恭子 ¹⁾ , 桑本聡史 ¹⁾ , 野坂加苗 ¹⁾ , 堀江 靖 ¹⁾ , 梅北善久 ¹⁾	
P-2-34	甲状腺悪性リンパ腫 11 例の細胞学的検討 東京医科大学病院病理診断科 ¹⁾ , 東京医科大学人体病理学分野 ²⁾ ○小池悦子 ¹⁾ , 原由紀子 ^{1,2)} , 三宅真司 ¹⁾ , 桑原 淳 ¹⁾ , 片桐仁子 ¹⁾ , 渡部顕章 ¹⁾ , 稲垣敦史 ¹⁾ , 鈴木恵美子 ¹⁾ , 松林 純 ^{1,2)} , 長尾俊孝 ^{1,2)}	
甲状腺 2	10:58~11:33	座長: 丸田淳子 (野口病院研究検査科病理)
P-2-35	甲状腺未分化癌及び扁平上皮癌と鑑別を要した転移性食道癌の 1 例 公立松任石川中央病院検査室 ¹⁾ , 公立松任石川中央病院病理診断科 ²⁾ , 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部 ³⁾ ○村田由美子 ¹⁾ , 吉野敦子 ¹⁾ , 松岡克優 ¹⁾ , 久富元治 ¹⁾ , 丹羽秀樹 ²⁾ , 今村好章 ³⁾	
P-2-36	甲状腺硝子化索状腫瘍の 1 例 藤田保健衛生大学病院病理部 ¹⁾ , 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 ²⁾ ○藤原真紀 ¹⁾ , 浦野 誠 ²⁾ , 平澤 浩 ¹⁾ , 川島佳晃 ¹⁾ , 伊藤里美 ¹⁾ , 須藤健助 ¹⁾ , 桐山論和 ²⁾ , 塚本徹哉 ²⁾ , 黒田 誠 ²⁾	
P-2-37	診断に苦慮した小児甲状腺癌の 1 例 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⁾ ○望月直子 ¹⁾ , 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⁾ , 笠井一希 ¹⁾ , 中澤匡男 ¹⁾ , 近藤哲夫 ²⁾ , 加藤良平 ^{1,2)}	
P-2-38	悪性疾患との鑑別を要した IgG4 甲状腺炎の一例 関西労災病院病理診断科 ¹⁾ , 関西労災病院中央検査部 ²⁾ ○後藤孝吉 ¹⁾ , 永野輝明 ¹⁾ , 杉生憲二 ²⁾ , 山根三千秋 ²⁾ , 吉野龍一 ²⁾ , 原沙由美 ²⁾ , 中塚伸一 ¹⁾	
P-2-39	TBNA における左肺門リンパ節の迅速細胞診で推定された甲状腺低分化癌の 1 例 医療法人近森会近森病院臨床検査部病理検査室 ¹⁾ , 近森会近森病院病理診断科 ²⁾ ○米谷久美子 ¹⁾ , 尾崎綾乃 ¹⁾ , 北野 唯 ¹⁾ , 今本隼香 ¹⁾ , 橘 知佐 ¹⁾ , 円山英昭 ²⁾	
泌尿器	11:33~12:29	座長: 服部 学 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)
P-2-40	液状化検体細胞診(LBC)における RNA および DNA 検出効率の検討 奈良県立医科大学医学部病理病態学講座 ¹⁾ , 市立奈良病院・病理診断科 ²⁾ ○藤井智美 ¹⁾ , 島田啓司 ^{1,2)} , 小西 登 ¹⁾	
P-2-41	泌尿器洗浄細胞診新報告様式による腎盂尿管洗浄液中の腫瘍細胞の判定 新潟県立がんセンター新潟病院病理部 ○川崎 隆, 土田美紀, 北澤 綾, 弦巻順子, 豊崎勝実, 川口洋子, 鏡十代栄, 木下律子, 桜井友子, 本間慶一	

- P-2-42 多彩な像を呈した HGUC (高異型度尿路上皮癌) の一例
 社会医療法人天神会新古賀病院¹, 社会医療法人天神会古賀病院 21²
 ○貞嶋栄司¹, 河原真弓子¹, 木下準子¹, 山崎加奈子¹, 貞嶋奈津¹, 三宅まどか¹, 徳永 藏¹,
 徳田雄治²
- P-2-43 小細胞癌との鑑別に苦慮した膀胱肉腫様癌の 1 例
 日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科¹, 日本医科大学統御機構診断病理学²
 ○前本直子¹, 許田典男¹, 加藤舞子¹, 川上陽子¹, 中村祐司¹, 永井祥子¹, 牧野隆浩¹,
 北山康彦¹, 内藤善哉²
- P-2-44 尿中に出現した腎明細胞癌の一例
 名古屋第二赤十字病院病理診断科
 ○瀬古周子, 長田裕之, 水嶋祥栄, 新田憲司, 岩田英紘, 梅村 彩, 水野良昭, 前田永子,
 都築豊徳
- P-2-45 形質細胞様型尿路上皮癌の 1 例
 青森市民病院病理診断科
 ○長谷川多紀子, 八木橋祐弥, 中田ゆかり, 楠美智巳
- P-2-46 膀胱洗浄液に出現した乳癌の 1 例
 福山市民病院臨床検査科¹, 福山市民病院病理診断科²
 ○山田貴之¹, 西田正則¹, 秀坂 恵¹, 高田知恵里¹, 延岡由梨¹, 重西邦浩²
- P-2-47 バンクロフト糸状虫感染症の 1 例
 川崎市立井田病院
 ○市川 将, 品川俊人, 出張玲子, 鎌木秀夫, 河合知恵美
- 子宮頸部 2 10:30~11:19 座長: 久布白兼行 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)**
- P-2-48 LEEP 法を中心とした, 当院の CIN2-3 の治療成績
 徳島大学産婦人科¹, 徳島大学病院病理部²
 ○阿部彰子¹, 炬口恵理¹, 加藤剛志¹, 坂東良美², 西村正人¹
- P-2-49 当院における子宮頸部円錐切除術の現況
 福井県立病院
 ○加藤三典, 堀 芳秋, 土田 達, 浦崎晃司, 海崎泰治, 横川早耶香, 木戸口仁美, 針谷朋美,
 水野幸恵, 原 季衣
- P-2-50 子宮頸部円錐切除術後の細胞診陽性例の検討
 弘前大学医学部産婦人科¹, 弘前大学医学部付属病院病理部²
 ○重藤龍比古¹, 三浦理絵¹, 二神真行¹, 横山良仁¹, 加藤哲子², 渡辺 純², 刀禰亀代志²,
 小島啓子²
- P-2-51 SCJ を含めた円錐切除部位よりも体部側に存在した上皮内癌の 1 例
 大阪医科大学医学部病理学教室
 ○服部公亮, 山田隆司, 明石静香, 中山裕子, 浦上真由美, 武田玲郁, 出口千尋, 棚田 諭,
 石崎幸恵, 廣瀬善信
- P-2-52 当院で経験した ASC-US 例の臨床的予後ならびに治療コンプライアンスについての検討
 京都府立医科大学大学院女性医科学
 ○明石京子, 森 泰輔, 辰巳 弘, 黒星晴夫, 澤田守男, 北脇 城
- P-2-53 当科における ASC 症例と high risk HPV に関する検討~Bethesda system 導入から 5 年経って
 名寄市立総合病院産婦人科¹, 名寄市立総合病院臨床検査科²
 ○野澤明美¹, 岡本修平¹, 北村晋逸¹, 吉田英樹², 森 博章²

P-2-54 細胞診NILM, ASC-USでHPV16,18型が陽性 ATHENA studyとの比較

北海道対がん協会細胞診センター

○田上 稔, 加藤 修, 日野順子, 市川浩巳, 和田恒之, 阿部里絵, 鈴木美由紀, 茂木由紀, 藤田博正, 佐々木隆之

子宮頸部 3 11:19~12:08 座長:小林裕明 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学)

P-2-55 子宮頸部細胞診異常で紹介され, 初診時コルポ診で異常所見がみられなかった症例の検討
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-2-56 妊婦の子宮頸部細胞診におけるブラシ使用の安全性と有用性

札幌医科大学産婦人科

○石岡伸一, 金 美善, 西澤庸子, 寺本瑞江, 郷久晴朗, 田中綾一, 岩崎雅宏, 齋藤 豪

P-2-57 多発性リンパ節転移を伴った子宮頸部微小浸潤癌の1例

長崎大学原研病理¹⁾, 諫早総合病院病理部²⁾, 長崎大学病院産婦人科³⁾, 長崎医療センター病理診断科⁴⁾, 長崎病理診断科⁵⁾

○松田勝也¹⁾, 高木雄三²⁾, 望月哲朗²⁾, 井手圭一郎²⁾, 高木美奈¹⁾, 金村さやか^{1,3)}, 佐藤 圭⁴⁾, 伊東正博⁴⁾, 岸川正大⁵⁾, 中島正洋¹⁾

P-2-58 子宮癌における捺印細胞診を用いたセンチネルリンパ節術中迅速診断

大阪医科大学産婦人科¹⁾, 大阪医科大学病理学教室²⁾

○田中智人¹⁾, 寺井義人¹⁾, 前田和也¹⁾, 芦原敬允¹⁾, 藤原聡枝¹⁾, 田中良道¹⁾, 恒遠啓示¹⁾, 山田隆司²⁾, 大道正英¹⁾

P-2-59 子宮頸癌のセンチネルリンパ節生検における捺印細胞診の診断制度についての検討

東北大学医学部産婦人科¹⁾, 東北大学医学部病理学教室²⁾, 東北大学病院臨床研究推進センター³⁾

○佐藤いずみ¹⁾, 岡本 聡¹⁾, 新倉 仁¹⁾, 橋本千明¹⁾, 徳永英樹¹⁾, 豊島将史¹⁾, 三浦弘守²⁾, 渡辺みか²⁾, 渡部 洋^{1,3)}, 八重樫伸生¹⁾

P-2-60 子宮頸癌頸部摘出術でのセンチネルリンパ節術中細胞診断の意義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-2-61 子宮頸部上皮NCE16IIA細胞におけるアデノウイルスによるp53遺伝子導入効果と細胞形態
市立柏原病院¹⁾, 大阪市立大学医学研究科²⁾

○本田謙一¹⁾, 村上 誠²⁾, 笠井真理²⁾, 市村友季²⁾, 角 俊幸²⁾, 石河 修²⁾

乳腺 1 10:30~11:12 座長:方山揚誠 (PCL盛岡病理・細胞診センター)

P-2-62 乳癌における術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(LN-FNA)の有用性の検討

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臓器病態外科学²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学³⁾

○星川里美¹⁾, 荻野美里²⁾, 栗原康哲¹⁾, 佐野孝昭³⁾, 平戸純子¹⁾, 小山徹也^{1,3)}

P-2-63 当院における乳腺穿刺吸引細胞診Liquid based cytology標本の検討

大阪警察病院

○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, 福田沙織, 小西尋子, 安岡弘直, 吉田研一

- P-2-64 乳腺分泌癌の一例
倉敷成人病センター病理診断科¹, 岡山大学病理診断科²
○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
- P-2-65 Invasive cystic hypersecretory carcinoma の一例
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-2-66 乳房 Paget 病の 1 例
社会医療法人天神会新古賀病院¹, 久留米大学外科学講座²
○三宅まどか¹, 河原真弓子¹, 貞嶋栄司¹, 木下準子¹, 山崎加奈子¹, 貞嶋奈津¹, 竹中美貴², 徳永 藏¹
- P-2-67 乳腺内表皮嚢腫に乳管癌の Pagetoid 進展が見られた 1 例
埼玉県済生会川口総合病院¹, 獨協医科大学越谷病院²
○高木実季¹, 金守 彰¹, 山本美里¹, 小原 明¹, 栗田佳子¹, 今田浩生², 伴 慎一², 佐藤英章¹

乳腺 2 **11 : 12~11 : 54** **座長：是松元子 (LSI メディエンス病理細胞診ラボラトリ)**

- P-2-68 Polymorphous adenocarcinoma と考えられた 1 例
横浜南共済病院病理診断科
○仲村 武, 河野尚美, 梅本沙代子, 今井宏樹, 渡辺睦子, 小山剛司, 牧野 純, 野崎真仁
- P-2-69 乳腺 fibromatosis-like metaplastic carcinoma の 1 例
中通総合病院病理部¹, 市立秋田総合病院病理診断科²
○根 裕人¹, 石井 明¹, 今野稔子¹, 山谷千晴¹, 小野 巖¹, 提嶋真人²
- P-2-70 管状腺症を伴った腺様嚢胞癌の 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 2²
○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², 森谷卓也²
- P-2-71 Low-grade adenosquamous carcinoma 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 2²
○菅野豊子¹, 福屋美奈子¹, 米 亮祐¹, 小林江利¹, 小林博久¹, 鐵原拓雄¹, 鹿股直樹², 森谷卓也²
- P-2-72 リンパ節穿刺吸引細胞診にて印環細胞類似の異型細胞を多数認めた浸潤性乳管癌の一例
飯塚病院中央検査部¹, 飯塚病院病理科²
○金谷直哉¹, 松島優子¹, 上原俊貴¹, 川嶋大輔¹, 井上佳奈子¹, 桑岡 勲¹, 佛淵由佳², 大屋正文²
- P-2-73 印環細胞への分化を示す浸潤性乳管癌の 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
○本山睦美¹, 松永 徹¹, 宮本加菜¹, 郷田 衛¹, 片倉和哉¹, 宮井由美², 門田球一², 香月奈穂美², 串田吉生^{1,2}, 羽場礼次^{1,2}

乳腺 3 **11 : 54~12 : 29** **座長：柳田裕美 (日本医科大学付属多摩永山病院病理診断科・病理部)**

- P-2-74 乳腺偽血管腫様過形成の 1 例
白根健生病院検査科¹, 済生会新潟第二病院病理診断科², 新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科³
○木村絵里子¹, 石原法子², 本間慶一³

- P-2-75 アポクリン化生細胞を伴った男性乳癌の一症例
鶴岡市立荘内病院病理科
○近藤敏仁, 阿部芙沙子, 石栗絵里奈, 鈴木俊市, 深瀬真之, 内ヶ崎新也
- P-2-76 過分泌性過形成性核異型を伴う線維腺腫の一例
呉市医師会臨床検査センター病理検査¹⁾, 呉医療センター・中国がんセンター病理診断科²⁾,
呉医療センター・中国がんセンター病院長³⁾
○竹内まゆみ¹⁾, 石本昌子¹⁾, 安村奈緒子²⁾, 田中美帆²⁾, 坂根潤一²⁾, 西村俊直²⁾, 谷山大樹²⁾,
倉岡和矢²⁾, 谷山清己³⁾
- P-2-77 乳腺基質産生癌の一例
聖隷三方原病院臨床検査部¹⁾, 聖隷三方原病院病理診断科²⁾
○古田政敏¹⁾, 外崎友美¹⁾, 木村由紀¹⁾, 大場加央里¹⁾, 山田哲司¹⁾, 八木春奈²⁾, 高橋青志郎²⁾,
小川 博²⁾
- P-2-78 乳腺基質産生癌の一症例
八尾徳洲会総合病院臨床検査科¹⁾, 大阪市立大学大学院医学研究科病理病態学²⁾
○岡崎 健¹⁾, 岩崎由恵¹⁾, 久保勇記²⁾
- 中皮・体腔液 1 10:30~11:19 座長: 福田利夫 (群馬大学大学院保健学研究科)**
- P-2-79 胸膜に原発した類粘液型(Myxoid variant)に相当する上皮型悪性中皮腫の一例
公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科¹⁾, 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科²⁾
○園部 宏¹⁾, 山代翔大¹⁾, 海原恭子¹⁾, 羽原利幸¹⁾, 鍋島一樹²⁾, 松本慎二²⁾
- P-2-80 右頸部～鎖骨上リンパ節転移を示した悪性腹膜中皮腫の1例
東京女子医科大学東医療センター病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科²⁾
○鈴木友里絵¹⁾, 五十嵐昭喜¹⁾, 須賀道恵¹⁾, 飯塚英治¹⁾, 河村俊治¹⁾, 相羽元彦¹⁾, 藤林真理子¹⁾,
廣島健三²⁾
- P-2-81 乳癌患者の胸水に異型細胞が出現し, 癌の転移との鑑別が問題となった悪性中皮腫の1例
金沢医科大学病院病理部¹⁾, 金沢医科大学臨床病理学²⁾
○山下 学¹⁾, 中野万里子¹⁾, 朝倉善史¹⁾, 寺内利恵¹⁾, 竹中美千穂¹⁾, 嶋口智恵¹⁾, 中田聡子^{1,2)},
黒瀬 望^{1,2)}, 湊 宏^{1,2)}, 野島孝之^{1,2)}
- P-2-82 腹膜悪性中皮腫における腹水細胞診所見の検討
四国がんセンター婦人科¹⁾, 四国がんセンター臨床検査科²⁾, 岩国医療センター臨床検査科³⁾, 四国がんセンター病理科⁴⁾
○高畑敬之¹⁾, 小松正明¹⁾, 大亀真一¹⁾, 白山裕子¹⁾, 児嶋健太²⁾, 田中慎一²⁾, 佐藤正和³⁾,
寺本典弘⁴⁾, 竹原和宏¹⁾
- P-2-83 本態性血小板血症(ET)経過中に胸水並びに心嚢液に造血細胞を認めた一例
国家公務員共済組合連合会立川病院病理診断科
○清水 瞳, 岡元佑佳, 黒澤仁志, 松田重光, 笹井伸哉, 緒方謙太郎
- P-2-84 胸水に出現した明細胞肉腫の1例
金沢大学附属病院病理診断科病理部¹⁾, 金沢大学形態機能病理学教室²⁾
○酒野香織¹⁾, 今度邦博¹⁾, 玉野裕子¹⁾, 田口憲子¹⁾, 藤山桃子¹⁾, 池田博子¹⁾, 原田憲一²⁾
- P-2-85 多形核を示す腫瘍細胞が胸水に出現した多発性骨髄腫の1例
青森市民病院
○中田ゆかり, 八木橋祐弥, 長谷川多紀子, 楠美智巳

中皮・体腔液 2 11:19~12:01 座長：片山博徳（日本医科大学多摩永山病院病理部）

- P-2-86 胸腔原発の線維形成性小円形細胞腫瘍の一例
日本赤十字社和歌山医療センター病理診断科
○阪田幸範, 奥村寿崇, 真谷亜衣子, 宮木康夫, 小野一雄
- P-2-87 胸水中に腫瘍細胞が出現した Stewart-Trevel 症候群の 1 例
桐生厚生総合病院中央検査部病理¹⁾, 群馬大学大学院病理診断学²⁾, 老年病研究所付属病院³⁾, 医療法人三思会東邦病院⁴⁾
○今泉智博¹⁾, 鈴木晶子¹⁾, 岡田君男¹⁾, 瀬川篤記²⁾, 小山徹也^{2,3)}, 吉田カツ江³⁾, 城下 尚⁴⁾
- P-2-88 急性大動脈解離緊急手術時の心膜液細胞診検査を契機に発見された原発不明腺癌の一例
群馬県立心臓血管センター技術部病理検査課¹⁾, 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター病理診断科²⁾
○山岸 徹¹⁾, 小川公代¹⁾, 田中優子²⁾
- P-2-89 多量の腹水貯留を契機に診断された胃型粘液を発現する子宮頸部腺癌の 1 例
地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部¹⁾, 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院病理診断科²⁾
○御手洗賀世^{1,2)}, 柏原倫子^{1,2)}, 若林信浩^{1,2)}, 阪本 聖^{1,2)}, 江川博彌¹⁾, 谷本博利¹⁾, 金子真弓²⁾
- P-2-90 VP シャントを介して腹腔内播種した脈絡叢癌の 1 例
国立成育医療研究センター病理診断部
○山崎茂樹, 岩淵英人, 中澤温子, 義岡孝子
- P-2-91 がん性腹膜炎・胸膜炎におけるセルブロック法の有用性
静岡県立静岡がんセンター婦人科¹⁾, 静岡県立静岡がんセンター病理診断科²⁾
○角 暢浩¹⁾, 高橋伸卓¹⁾, 武隈宗孝¹⁾, 平嶋泰之¹⁾, 大石琢磨²⁾, 伊藤以知郎²⁾

子宮頸部 4 13:40~14:29 座長：長谷川清志（獨協医科大学産科婦人科）

- P-2-92 当院における子宮頸部細胞診 AGC 症例の検討
熊本市市民病院病理診断科¹⁾, 熊本市市民病院産婦人科²⁾
○志賀有紗¹⁾, 河野公成¹⁾, 山田智子¹⁾, 豊住康夫¹⁾, 大田俊一郎²⁾
- P-2-93 異型腺細胞(AGC)症例についての検討
産業医科大学病院病理部¹⁾, 産業医科大学病院病理診断科²⁾, 産業医科大学医学部第 1 病理学³⁾, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学⁴⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学⁵⁾
○岡 春子¹⁾, 小原光祥¹⁾, 藤原 仁¹⁾, 佐藤 齊¹⁾, 光田成未¹⁾, 松浦祐介⁴⁾, 蜂須賀徹⁵⁾, 松山篤二²⁾, 島尻正平²⁾, 久岡正典^{2,3)}
- P-2-94 当院の子宮頸部細胞診における腺系病変判定例の検討
名寄市立総合病院医療技術部臨床検査科¹⁾, 名寄市立総合病院産婦人科²⁾, 旭川医科大学医学部看護学講座³⁾, 旭川医科大学病理学講座⁴⁾
○吉田英樹¹⁾, 森 博章¹⁾, 岡本修平²⁾, 野澤明美²⁾, 北村晋逸²⁾, 及川賢輔³⁾, 青木直子⁴⁾, 小林博也⁴⁾
- P-2-95 分葉状頸管腺過形成(LEGH)に AIS が合併した 2 症例
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⁾, 帝京大学医学部病院病理部³⁾, NTT 東日本関東病院産婦人科⁴⁾
○奥山力也¹⁾, 荒井政和¹⁾, 名城珠希²⁾, 橋本浩次²⁾, 堀内 啓^{1,2)}, 笹島ゆう子^{2,3)}, 角田 肇⁴⁾, 佐藤奈加子⁴⁾, 近藤一成⁴⁾

- P-2-96 LEGH と上皮内腺癌が併存した子宮頸部胃型腺癌の1例
東京医科大学産科婦人科学分野¹, 同 病理診断科²
○加藤利奈¹, 土田奈々枝¹, 西 洋孝¹, 佐川泰一¹, 寺内文敏¹, 井坂恵一¹, 島田ゆうか²,
三宅真司², 永井 毅², 長尾俊孝²
- P-2-97 当院における LEGH (lobular endocervical glandular hyperplasia) の診断基準の検討
山王病院病理診断科¹, 山王病院女性腫瘍センター², 国際医療福祉大学三田病院病理部³,
国際医療福祉大学病理診断センター⁴
○佐野弘子^{1,3}, 関根理恵子¹, 片瀬功芳², 石谷敬之², 村上文祥², 玉井誠一³, 相田真介³,
森 一郎³, 長村義之^{3,4}
- P-2-98 子宮全摘出術にて LEGH と診断した7例の術前子宮頸部細胞診の検討
横浜市立大学附属病院産婦人科¹, 横浜市大附属病院病理診断科・病理部²
○近藤真哉¹, 松永竜也¹, 古屋充子², 古郡 恵¹, 最上多恵¹, ルイズ横田奈朋¹,
佐藤美紀子¹, 三田和博², 山中正二², 宮城悦子¹
- 子宮頸部 5 14:29~15:18 座長:寒河江悟 (札幌西孝仁会クリニック婦人科)**
- P-2-99 子宮頸部腺癌腹水細胞診の臨床的意義についての検討
東北大学産婦人科¹, 東北大学災害産婦人科学分野²
○橋本千明¹, 佐藤いずみ¹, 志賀尚美¹, 海法道子¹, 徳永英樹¹, 岡本 聡¹, 高野忠夫¹,
新倉 仁¹, 伊藤 潔², 八重樫伸生¹
- P-2-100 子宮頸部腺扁平上皮癌の一例
越谷市立病院臨床検査科¹, 越谷市立病院病理診断科², 越谷市立病院臨床工学科³
○下鳥 萌¹, 高橋玲子¹, 竹田桂子¹, 南 秀坪¹, 桜井義一¹, 砂川 進¹, 吉原靖之¹,
藤川甲文³, 高瀬 優^{1,2}, 岡田 基^{1,2}
- P-2-101 頸部細胞診での診断が困難であった子宮頸部腺癌の1例
大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学¹, 大阪市立住吉市民病院産婦人科², 大阪市
立総合医療センター婦人科³, 大阪市立大学医学部附属病院病理部⁴
○市村友季¹, 笠井真理¹, 松田真希子², 村上 誠¹, 川村直樹³, 塩見和彦⁴, 角 俊幸¹
- P-2-102 子宮頸部細胞診にて組織型が推察しえた子宮頸部明細胞腺癌の1例
公立甲賀病院産婦人科¹, 公立甲賀病院臨床検査課²
○田中佑治¹, 曾川知里², 森口裕紀²
- P-2-103 粘膜下腫瘍の形態を示した子宮頸部の明細胞腺癌の1例
佐賀大学医学部産婦人科¹, 佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科²
○橋口真理子¹, 西山 哲¹, 福田亜紗子¹, 大隈恵美¹, 野口光代¹, 内山倫子¹, 甲斐敬太²,
中尾佳史¹, 相島慎一², 横山正俊¹
- P-2-104 子宮頸部原発明細胞腺癌の1例
地方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¹, 地方独立行政法
人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター中央臨床検査部², 地方独立行政法人大阪
市民病院機構大阪市立総合医療センター婦人科³
○横田裕香¹, 山畑 翔¹, 加藤麻衣¹, 内山 勲², 保地 讓², 奥野高裕¹, 福島裕子¹,
川村直希³, 井上 健¹
- P-2-105 腔部断端に見られた seromucinous tumor の一例
鶴岡市立荘内病院病理科¹, 弘前大学医学部附属病院病理部²
○阿部美沙子¹, 鈴木俊市¹, 石栗永里奈¹, 近藤敏仁¹, 諏訪晋一¹, 加藤哲子², 内ヶ崎新也¹,
深瀬眞之¹, 本山悌一¹

リンパ・造血器 1 13:40~14:15

座長：土田 秀（群馬県立がんセンター病理検査課）

- P-2-106 EUS-FNA が有用であった Anaplastic large cell lymphoma の 1 例
名古屋記念病院臨床検査部¹, 名古屋記念病院病理診断科²
○南谷健吾¹, 川村辰也¹, 水野晃子¹, 西尾知子²
- P-2-107 他のリンパ腫との鑑別が難しかったマンツル細胞リンパ腫芽球様亜型の 1 例
長崎大学病院病理診断科病理部¹, 長崎病理診断科²
○今泉利信¹, 新野大介¹, 佐藤典子¹, 平山光国¹, 里 翼¹, 穴見正信², 木下直江¹,
安倍邦子¹, 福岡順也¹, 岸川正大²
- P-2-108 頬部腫瘍穿刺により発見された濾胞性リンパ腫の一例
川崎市立川崎病院検査科病理¹, 国立成育医療研究センター病理診断部²
○谷口早絵¹, 横屋瀬里香¹, 坂井 瞳¹, 鈴木玲子¹, 鍋木友子¹, 入江理恵^{1,2}, 杉浦 仁¹
- P-2-109 骨髄異形成症候群の経過中に発症した悪性リンパ腫の一例
昭和大学藤が丘病院臨床病理検査部病理¹, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科², 昭和大学医学部病理学講座臨床病理診断学部門³, 昭和大学江東豊洲病院病理診断科⁴
○川上真理子¹, 岸本浩次¹, 太田善樹¹, 外池孝彦¹, 野呂瀬朋子¹, 塩川 章², 光谷俊幸²,
楯 玄秀^{2,3}, 九島巳樹^{3,4}, 大池信之²
- P-2-110 鼠径部リンパ節に悪性リンパ腫と扁平上皮癌の転移が併存した一例
公益財団法人星総合病院病理診断科¹, 福島県立医科大学病理病態診断学講座², JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科³
○緑川勝彦¹, 緑川真一¹, 田崎和洋², 野沢佳弘³

リンパ・造血器 2 14:15~14:50

座長：磯部宏昭（日本医科大学多摩永山病院病理部）

- P-2-111 脾臓 sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) の 1 例
公立学校共済組合九州中央病院医療技術部検査技術科病理細胞診¹, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学²
○緒方昌倫¹, 宇野大輔¹, 平山賢司¹, 佐谷純一¹, 古賀 裕², 山元英嵩², 小田義直²,
峰 真理¹
- P-2-112 10ヶ月男児に発生した芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍の 1 例
長岡赤十字病院病理診断部
○山田佑輔, 江村 巖, 薄田浩幸, 高頭秀吉, 池津 満, 加藤法男, 田村正史, 山田隆志
- P-2-113 胸水細胞診を契機に骨髄増殖性腫瘍とみなされた 1 例
横須賀共済病院中央検査科病理¹, 横須賀共済病院病理診断科², 横浜市立大学附属病院病理診断科病理部³, 国際医療福祉大学三田病院病理部⁴
○猪股美和¹, 石渡仁深¹, 川口幹夫¹, 福田賢次¹, 津浦幸夫², 矢毛石眞由美², 山中正二³,
相田真介⁴
- P-2-114 脾原発組織球肉腫の 1 例
パナソニック健康保険組合松下記念病院
○藤田美晴, 中島弘美, 松本 仁, 多田絵美, 下岡友子, 宮崎千春, 榎 泰之, 川端健二
- P-2-115 EUS-FNA を契機に悪性黒色腫と診断された 1 例
聖路加国際病院病理診断科¹, 東京女子医科大学第 1 病理², がん研究所病理部³
○三田尚子¹, 小川命子¹, 中田裕人¹, 小林ひとみ¹, 金子あゆみ¹, 恒田直人¹, 吉田光希¹,
鈴木高祐¹, 澤田達男², 神田浩明³

子宮頸部 6 **14:50~15:32** **座長: 田畑 務 (三重大学医学部産婦人科)**

- P-2-116 子宮頸部小細胞癌の1例
トヨタ記念病院臨床検査科¹, トヨタ記念病院病理診断科²
○鈴木良典¹, 小笠原将人¹, 吉森之恵¹, 那須祐次¹, 佐原晴人¹, 澁谷 亮², 北川 諭²
- P-2-117 子宮頸部小細胞癌の一例
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
○吉田優美¹, 穴吹昌枝¹, 重野恭子¹, 吉岡沙織¹, 佐野 守¹, 安井 寛²
- P-2-118 子宮頸部に発生した大細胞神経内分泌癌の二例
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科²
○西村優希¹, 中塚亜子¹, 新田篤史¹, 坂野 桂¹, 石田由香里¹, 高山みずほ¹, 田中八千代¹, 佐久間淑子², 廣瀬隆則², 梶本和義²
- P-2-119 子宮頸部大細胞内分泌癌の1例
弘前大学医学部産科婦人科学講座¹, 弘前大学医学部附属病院病理部², 弘前大学医学部病理生命科学講座³
○三浦理絵¹, 二神真行¹, 重藤龍比古¹, 横山良仁¹, 加藤哲子², 渡邊 純², 鬼島 宏³, 小島啓子², 刀稱亀代志²
- P-2-120 (演題はとりさげられました)
- P-2-121 子宮頸部原発悪性リンパ腫の胸壁へ再発した1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
○小保方和彦¹, 程島 就¹, 大沼一也², 井上裕美², 手島伸一¹
- P-2-122 子宮体癌術後13年目に陰断端にポリープ状の腫瘤形成で再発した1症例
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
○山本美智子¹, 植良 紋¹, 林 優子¹, 東田太郎², 門元辰樹², 金田憲熙², 常盤洋一², 原 重雄³

消化器 2 **13:40~14:22** **座長: 梶原 博 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)**

- P-2-123 神経線維腫症1型に合併した十二指腸乳頭部ソマトスタチン産生性NETの1例
伊達赤十字病院検査部病理¹, 札幌医科大学病院病理部²
○梅崎博嗣¹, 長谷川匡², 平野博嗣², 藤田裕美²
- P-2-124 Gastrointestinal clear cell sarcoma (GI-CCS) の1例
JA 北海道厚生連札幌厚生病院医療技術部臨床検査技術科¹, JA 北海道厚生連札幌厚生病院病理診断科², 札幌医科大学附属病院病理部³
○加藤 隆¹, 鈴木雄太¹, 新谷弥香¹, 吉岡明日香¹, 平尾智美¹, 樋田郁治¹, 市原 真², 後藤田裕子², 村岡俊二², 青山智志³
- P-2-125 膵 Solid-pseudopapillary neoplasm, clear cell variant の一例
北海道消化器科病院病理部
○高橋里実, 田山英司, 十河沙佑里, 藤澤孝志, 高橋利幸
- P-2-126 膵臓に発生した hepatoid carcinoma の一例
岡山大学病院病理部¹, 姫路赤十字病院病理診断科²
○原田和恵¹, 藤田 勝¹, 井上博文¹, 那須篤子¹, 浜田香菜¹, 田中颯之¹, 田中健大¹, 柳井広之¹, 伏見聡一郎²

- P-2-127 Biliary intraepithelial neoplasia 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⁾
 ○長山大輔¹⁾, 内藤嘉紀³⁾, 伊藤園江¹⁾, 原武晃子¹⁾, 中野祐子¹⁾, 大田桂子¹⁾, 中山正道²⁾, 木村芳三²⁾, 西田直代²⁾, 檜垣浩一²⁾

- P-2-128 当院における胆道擦過細胞診ならびに胆汁細胞診の比較検討
 福岡赤十字病院病理診断科
 ○碓 益代, 石井萌美, 遠矢浩隆, 小材和浩, 西山憲一, 中島 豊

消化器 3 14:22~15:04 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)

- P-2-129 胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB: intraductal papillary neoplasm of the bile duct) の 2 例
 鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 山陰労災病院中央検査部²⁾, 山陰労災病院病理診断科³⁾
 ○持田洋利¹⁾, 桑本聡史¹⁾, 村井裕紀²⁾, 阿部あきみ²⁾, 庄盛浩平³⁾, 大野千恵子¹⁾, 遠藤由香利¹⁾, 松重貴大¹⁾, 山田恭子¹⁾, 堀江 靖¹⁾

- P-2-130 術前診断に細胞診所見が有用であった IPNB の一例
 済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾
 ○石井洋子¹⁾, 内藤嘉紀²⁾, 佐藤真介¹⁾, 宮崎浩子¹⁾, 佐藤瑞恵¹⁾, 東 悠介¹⁾, 石橋貴寛¹⁾, 加藤誠也¹⁾

- P-2-131 細胞学的に典型例であった Solid-pseudopapillary tumor の 1 例
 高知大学医学部付属病院病理診断部
 ○岡本真知, 吉良佳那, 高橋明日香, 大原栄二, 戸井 慎, 弘井 誠, 村上一郎

- P-2-132 胆嚢転移を来した左鼻腔原発悪性黒色腫の一例
 JA 秋田厚生連平鹿総合病院検査科¹⁾, JA 秋田厚生連平鹿総合病院病理診断科²⁾
 ○高橋真帆¹⁾, 齊藤昌宏²⁾, 高橋さつき²⁾, 高橋雅之¹⁾, 後藤利明¹⁾, 佐々木久幸¹⁾

- P-2-133 膵併存腫瘍 (Mixed duct-acinar cell carcinoma) の一例
 社会保険田川病院病理診断科¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 帝京大学福岡医療技術学部医療技術学科³⁾
 ○内田 準¹⁾, 梶原須賀子¹⁾, 草野弘宣^{1,2)}, 内藤嘉紀²⁾, 自見厚郎^{1,3)}

- P-2-134 極めて稀な胃蔓状線維粘液腫 (Plexiform fibromyxoma) の一例
 兵庫県立尼崎総合医療センター検査部¹⁾, 兵庫県立尼崎総合医療センター病理診断科²⁾
 ○松木慎一郎¹⁾, 南 智也¹⁾, 高垣和代¹⁾, 吉田憲二¹⁾, 駒井隆夫¹⁾, 西田光輝¹⁾, 中島直樹²⁾, 山本鉄郎²⁾, 安水良知²⁾, 鷹巣晃昌²⁾

子宮体部 2 13:40~14:22 座長: 新倉 仁 (東北大学産婦人科)

- P-2-135 子宮体部原発の大細胞神経内分泌癌の一例
 関西労災病院中央検査部¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 産婦人科³⁾
 ○原沙由美¹⁾, 杉生憲二¹⁾, 山根三千秋¹⁾, 吉野龍一¹⁾, 永野輝明²⁾, 後藤孝吉²⁾, 鶴田智彦³⁾, 伊藤公彦³⁾, 中塚伸一²⁾

- P-2-136 子宮内膜細胞診で診断された子宮体部扁平上皮癌の 1 例
 新百合ヶ丘総合病院産婦人科¹⁾, 新百合ヶ丘総合病院病理診断科²⁾, 東海大学医学部産婦人科³⁾
 ○塚田ひとみ¹⁾, 和田幸子²⁾, 高山明子²⁾, 福永真治²⁾, 鈴木光明¹⁾, 三上幹男³⁾

- P-2-137 子宮体部印環細胞癌の一例
 熊本市立熊本市市民病院産婦人科¹⁾, 熊本市市民病院病理診断科²⁾
 ○大田俊一郎¹⁾, 豊住康夫²⁾, 河野公成²⁾, 山田智子²⁾, 志賀有紗²⁾

- P-2-138 子宮体部癌肉腫の一例
川崎市立多摩病院病理診断科¹, 川崎市立多摩病院産婦人科²
○林 直美¹, 岸理恵子¹, 早川智絵¹, 半田留美子¹, 大熊克彰², 小池淳樹¹
- P-2-139 原発部位の特定が困難であった子宮体部癌肉腫の1例
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学², 聖マリアンナ医科大学病理診断科³, 川崎市立多摩病院産婦人科⁴
○細沼信示¹, 戸澤晃子¹, 三浦彩子¹, 近藤亜未¹, 近藤春裕¹, 大熊克彰⁴, 大原 樹¹, 草苺宏有³, 有泉 泰², 鈴木 直¹
- P-2-140 横紋筋肉腫成分を伴う子宮内膜原発癌肉腫の1症例
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³
○野畑真奈美¹, 伊藤 誠², 山田義広¹, 中井美恵子¹, 中根昌洋¹, 林 直樹¹, 越川 卓³

子宮体部 3 14:22~15:04 座長: 山下 博 (国立病院機構東京医療センター産婦人科)

- P-2-141 子宮体下部に発生した平滑筋肉腫の一例
藤沢市民病院病理検査室¹, 藤沢市民病院病理診断科², 藤沢湘南台病院病理診断科³
○能勢英理子¹, 松倉圭太¹, 荒井 博¹, 榎藤俊一², 下山 潔³
- P-2-142 内膜組織診断で APAM(ポリープ状異型内膜腺筋腫)と診断された内膜細胞像の2例
健生会立川相互病院
○田原恵美子, 藤元祐子, 布村眞季
- P-2-143 子宮内膜悪性リンパ腫の1例
群馬大学医学部附属病院病理部¹, 群馬大学医学部保健学科²
○吉田玲佳¹, 佐藤香織¹, 栗原康哲¹, 平戸純子¹, 福田利夫²
- P-2-144 胎盤部トロホプラスト腫瘍(Placental site trophoblastic tumor: PSTT)の1症例
千葉大学医学部附属病院病理部病理診断科¹, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学², 東京慈恵会医科大学附属病院病理部³
○岩井 優¹, 小野寺清隆¹, 鈴木 学¹, 曾川紀子¹, 四宮義貴¹, 大木昌二¹, 太田 聡¹, 矢澤卓也^{1,2}, 中谷行雄^{1,2}, 清川貴子³
- P-2-145 癌性胸腹膜炎と鑑別が困難であった子宮体癌卵巣転移による偽 Meigs 症候群の1例
新潟県立がんセンター新潟病院
○菊池 朗, 笹川 基, 本間 滋
- P-2-146 IUD 長期装着のエピソードを持ち細胞診で放線菌症と診断された3例
福井県立病院産科・婦人科
○堀 芳秋, 加藤三典, 土田 達, 原 季衣, 海崎泰治, 横川早耶香, 木戸口仁美, 針谷朋美, 水野幸恵

頭頸部 1 13:40~14:22 座長: 河野葉子 (昭和大学歯学部口腔病態診断科学講座口腔病理学部門)

- P-2-147 ワルチン腫瘍と鑑別を要した唾液腺腫瘍の検討
関西医科大学附属枚方病院病理部
○岡野公明, 宮坂知佳, 田代 敬, 植村芳子, 葛 幸治
- P-2-148 副鼻腔真菌症におけるグロコット染色の検討
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耳鼻咽喉科²
○藤田正志¹, 田口勝二¹, 村石佳重¹, 佐々木智子¹, 湯浅瑛介¹, 高橋 啓¹, 大原関利章¹, 横内 幸¹, 榎本泰典¹, 吉川 衛²

- P-2-149 耳下腺原発小細胞癌の1例
東邦大学医療センター大森病院病院病理部¹, 東邦大学医学部病理学講座², 東邦大学医療センター大森病院耳鼻咽喉科³
○緒方美和子¹, 篠崎 稔¹, 石井真由美¹, 稲毛麻弥¹, 渋谷和俊¹, 栃木直文¹, 三上哲夫², 若山 恵¹, 志村英二³, 長船大士³
- P-2-150 耳下腺に生じた多形腺腫由来筋上皮癌の1例
宮崎県立延岡病院臨床検査科
○長友明彦, 谷口慎一郎, 石原 明
- P-2-151 PTTMを伴った耳下腺原発唾液腺導管癌の一例
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, 吉田優美¹, 吉岡沙織¹, 重野恭子¹, 佐野 守¹, 安井 寛²
- P-2-152 右鼻腔より発生した嗅神経芽腫 (Olfactory neuroblastoma)の一例
佐世保市立総合病院中央検査室病理
○原 拓也, 淵慎一郎, 陣内紗永子, 小川めぐみ, 中山結衣, 岩崎啓介

頭頸部 2**14:22~15:04****座長: 渡邊みか (東北大学病院病理部)**

- P-2-153 オンコサイト癌の一例
済生会中津病院病理検査室¹, 済生会中津病院病理診断科²
○金井愛加¹, 池谷武彦¹, 仙崎英人², 宮城佳美²
- P-2-154 直接塗抹法とLBC法で異なる細胞像が得られた中咽頭原発小細胞癌の1例
飯塚病院中央検査部¹, 飯塚病院病理科²
○川嶋大輔¹, 松島優子¹, 金谷直哉¹, 上原俊貴¹, 下代清香¹, 井上佳奈子¹, 桑岡 勲¹, 佛淵由佳², 大屋正文²
- P-2-155 頸部リンパ節に発生したFollicular dendritic cell sarcomaの1例
岐阜大学医学部附属病院検査部¹, 岐阜大学医学部附属病院病理部², 岐阜大学大学院医学系研究科形態機能病理³
○中川 篤¹, 片桐恭雄², 岩田明子², 安藤咲恵², 水野加織², 北野素子², 酒々井夏子², 鬼頭勇輔³, 齊郷智恵美³, 宮崎龍彦²
- P-2-156 充実型腺様嚢胞癌の一例
大阪医科大学医学部病理学教室
○里見英俊, 栗栖義賢, 安田恵美, 廣瀬善信, 中山裕子, 出口千尋, 浦上真由美, 明石静香, 棚田 諭, 石崎幸恵
- P-2-157 乳腺相似分泌癌(MASC)の一例
高知大学医学部附属病院病理診断部¹, 東京医科大学人体病理学分野², 名古屋市立大学医学研究科臨床病態病理学分野³
○高橋明日香¹, 岡本真知¹, 吉良佳那¹, 松本 学¹, 戸井 慎¹, 弘井 誠¹, 村上一郎¹, 長尾俊孝², 稲垣 宏³
- P-2-158 喉頭に発生した成人型横紋筋腫の一例
沼津市立病院臨床検査科¹, 公立福生病院病理診断科²
○佐々木綾子¹, 原田 勉¹, 杉澤きよ美¹, 半田雅則¹, 川口詳司¹, 片岡恵理佳¹, 菅谷知香¹, 野澤昭典¹, 江口正信²

その他	15:04~15:25	座長: 鷲谷清忠 (東京セントラルパソロジーラボラトリー)
P-2-159	皮膚筋炎に合併した後腹膜胚細胞腫瘍の1例 雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診 ○坂本康輔, 塚本孝久, 伊藤園江, 高橋光彦, 榎田明美, 西田直代, 木村芳三, 中山正道, 檜垣浩一	
P-2-160	(演題はとり上げられました)	
P-2-161	退色したパパニコロウ染色標本の再染色の試み 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⁾ , 小林博久 ¹⁾ , 鐵原拓雄 ¹⁾ , 鹿股直樹 ²⁾ , 森谷卓也 ²⁾	
P-2-162	(演題はとり上げられました)	
乳腺 4	13:40~14:22	座長: 黒住昌史 (埼玉県立がんセンター病理診断科)
P-2-163	破骨細胞様多核巨細胞を伴う浸潤性乳管癌の1例 トヨタ記念病院臨床検査科 ¹⁾ , トヨタ記念病院病理診断科 ²⁾ ○吉森之恵 ¹⁾ , 小笠原将人 ¹⁾ , 那須祐次 ¹⁾ , 佐原晴人 ¹⁾ , 鈴木良典 ¹⁾ , 澁谷 亮 ²⁾ , 北川 諭 ²⁾	
P-2-164	骨, 軟骨および横紋筋への分化を示したいわゆる乳腺癌肉腫の1例 社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院病理細胞診室 ○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	
P-2-165	軟骨化生を伴う乳癌の1例 鶴岡市立荘内病院病理科 ○石栗永里奈, 阿部美沙子, 鈴木俊市, 近藤敏仁, 内ヶ崎新也	
P-2-166	乳腺 Carcinoma with osteoclast-like giant cells の1例 九州中央病院検査科病理 ○佐谷純一, 峰 真理, 緒方昌倫, 宇野大輔, 平山賢司, 角 正恵, 伊藤やよい, 溝口義浩	
P-2-167	大胸筋内に発生した未分化多形肉腫が疑われた一例 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・中国がんセンター病院長 ³⁾ ○田中美帆 ¹⁾ , 倉岡和矢 ^{1,2)} , 安村奈緒子 ¹⁾ , 西村俊直 ¹⁾ , 戸田 環 ^{1,2)} , 谷山大樹 ^{1,2)} , 在津潤一 ¹⁾ , 齋藤彰久 ^{1,2)} , 谷山清己 ³⁾	
P-2-168	乳腺穿刺吸引細胞診に出現した胎児型横紋筋肉腫の1例 社会医療法人共愛会戸畑共立病院病理 ¹⁾ , 産業医科大学第1病理学 ²⁾ ○佐藤房枝 ¹⁾ , 森 順子 ¹⁾ , 森光洋介 ¹⁾ , 久岡正典 ²⁾	
呼吸器 4	14:22~15:04	座長: 中山富雄 (大阪府立成人病センター・がん予防情報センター)
P-2-169	肺 Enteric adenocarcinoma の一例 沼津市立病院臨床検査科 ¹⁾ , 公立福生病院病理診断科 ²⁾ ○原田 勉 ¹⁾ , 佐々木綾子 ¹⁾ , 杉澤きよ美 ¹⁾ , 半田雅則 ¹⁾ , 川口詳司 ¹⁾ , 菅谷知香 ¹⁾ , 片岡恵理佳 ¹⁾ , 江口正信 ²⁾ , 野澤昭典 ¹⁾	
P-2-170	Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy を来した乳房外 Paget 病の一部検例 けいゆう病院臨床検査科 ¹⁾ , けいゆう病院病理診断科 ²⁾ , けいゆう病院内科 ³⁾ , けいゆう病院皮膚科 ⁴⁾ ○櫻井 健 ¹⁾ , 里 梯子 ²⁾ , 山下陽子 ¹⁾ , 捧麻耶子 ¹⁾ , 長塩未佳 ¹⁾ , 坂野 彩 ³⁾ , 笠井弘子 ⁴⁾	
P-2-171	原発不明肺腺癌の1例 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部 ○森 正樹, 岩崎和美, 前川秀樹, 鈴木佑梨, 竹内 文, 小上瑛也, 森 和枝, 今村好章	

- P-2-172 気管支擦過細胞診にて推定し得た肺癌肉腫の1例
砂川市立病院検査科¹, 砂川市立病院内科², 砂川市立病院病理診断科³
○椎名真一¹, 天間友理香¹, 堀江孝子¹, 渡部直己², 岩木宏之³
- P-2-173 肺原発性絨毛癌の1例
帝京大学医学部附属病院病院病理部¹, 東京大学医学部附属病院病理部², 帝京大学医療技術学部臨床検査学科³
○宮田佳奈¹, 森田茂樹², 大越 卓¹, 向山淳児¹, 笠井亮子¹, 小島 貴¹, 赤嶺 亮¹,
河野純一¹, 石井美樹子¹, 東海林琢男¹, 斎藤光次¹, 笹島ゆう子¹, 田中文彦³, 近藤福雄¹
- P-2-174 Ciliated muconodular papillary tumor の一例
新潟県立がんセンター新潟病院病理部¹, 新潟県厚生連佐渡総合病院病理²
○畔上公子¹, 柳原優香¹, 土田美紀¹, 山川美沙紀¹, 神田真志¹, 北澤 綾¹, 弦巻順子¹,
竹日健太², 川崎 隆¹, 本間慶一¹

呼吸器 5 **15:04~15:39** 座長: 南 優子 (独立行政法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科)

- P-2-175 (演題はとり上げられました)
- P-2-176 (演題はとり上げられました)
- P-2-177 肺原発リンパ上皮腫様癌の1例
東京医科大学病院病理診断科¹, 東京医科大学人体病理学分野², 東京医科大学呼吸器甲状腺外科³
○磯本愛子¹, 松林 純^{1,2}, 山科光正^{1,2}, 三宅真司¹, 山口真由実¹, 前田純一³, 垣花昌俊³,
大平達夫³, 池田徳彦³, 長尾俊孝^{1,2}
- P-2-178 超音波気管支鏡下針生検に出現したホジキンリンパ腫の1例
独立行政法人国立病院機構京都医療センター臨床検査科病理¹, 大阪市立大学医学部附属病院病理部²
○楠木秀和¹, 桑江優子²
- P-2-179 胸膜肺芽腫の一例
埼玉医科大学国際医療センター病理診断部¹, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科², 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科³, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科⁴
○鎌倉靖夫¹, 細沼佑介¹, 細沼沙紀¹, 中村 勝¹, 瀬山 敦¹, 榎 美佳², 清水禎彦³,
廣島健三⁴, 新井栄一², 安田政実²

抄

録

◇特別講演 I

新たな時代を迎えたがん免疫療法: Cancer Immunotherapy Comes of Age

慶應義塾大学医学部先端医科学研究所細胞情報研究部門

○河上 裕(MD)

最近, 長年, 期待されていた抗腫瘍 T 細胞応答を利用するがん免疫療法として, 免疫チェックポイント阻害療法 (PD-1/PD-L1 阻害, CTLA-4 阻害) と培養 T 細胞利用養子免疫療法 (腫瘍浸潤 T 細胞, TCR/CAR 遺伝子導入 T 細胞) が, 従来, 免疫療法が効く特殊ながんとされた悪性黒色腫や腎がんを超えて, 肺がん, 胃がん, 大腸がん, 肝がん, 頭頸部がん, 膀胱がん, 尿路がん, 卵巣がん, 肉腫, 白血病, 悪性リンパ腫など多様ながんに対して, 多発転移巣をもつ進行がんに対しても持続的な腫瘍縮小効果を示し, 臨床の場でのがん免疫療法の位置付けを一変させた. その結果, Science 誌は 2013 年に Cancer immunotherapy を, がん治療のパラダイムシフトを起こしたとして Breakthrough of the Year に選んだ. 現在, 世界中で多数の企業とアカデミアががん免疫療法の開発に参画し, がん治療開発の方向性が変わりつつある. 一方, まだ効果が認められないがん種や患者も多く, 治療効果予測による症例選択や適切な免疫療法の選択などの個別化治療を可能にするバイオマーカーの同定, 治療効果が期待できない症例を効くように変える方法も含めて, 抗腫瘍 T 細胞応答に重要な複数ポイントを制御する複合免疫療法による治療効果の改善が期待されている. このためには日本で全国的ながん患者ネットワークを構築し, 臨床試験を実施して, その臨床検体を用いて, 各種システム生物学的的手法などを駆使したヒトがん免疫病態のさらなる解明をすることが重要である.

【略歴】

1980 慶應義塾大学医学部卒業
 1980-82 慶應義塾大学病院 内科研修医
 1982-84 国立大蔵病院内科
 1984-85 慶應義塾大学医学部 血液リウマチ感染内科助手
 1985-87 Research Associate, Dept. of Immunology, Univ. South Florida
 1987-97 Visiting Fellow-Scientist, Surgery Branch, National Cancer Institute, NIH
 1989 Visiting Researcher, Dept. of Biology, California Institute of Technology
 1997 慶應義塾大学医学部先端医科学研究所細胞情報研究部門教授
 2005-2015 慶應義塾大学医学部先端医科学研究所所長
 2011 Member, Academy of Cancer Immunology, Cancer Research Institute, New York
 2015 日本がん免疫学会理事長
 2015 慶應義塾大学医学研究科委員長
 2005 Thomson ISI highly cited researcher

◇特別講演 2

がん関連マイクロ RNA の探索と診断・治療への応用

東京医科歯科大学難治疾患研究所¹⁾, 東京医科歯科大学
疾患バイオリソースセンター²⁾

○稲澤譲治 (MD)^{1,2)}

マイクロ RNA (miRNA) は 22 前後の塩基からなる機能的な小分子 RNA であり, 発生, 分化, 上皮間葉転換 (EMT), 細胞死などの生命現象に関与する。その制御異常は, がんの発生や進展にも密接に関与している。がん関連 miRNA は “がん遺伝子型 miRNA (Onco-miR)” と “がん抑制遺伝子型 miRNA (TS-miR)” に大別できる。我々は “がん特異的 DNA メチル化” によるエピジェネティック機構で TS-miR のサイレンシングが起きていることを最初に報告した (Kozaki K et al., Cancer Res 2008)。これを端緒にがん治療体系における RNA 創薬を視野に入れ, 種々のがん細胞株での in vitro 細胞増殖抑制や EMT などのがん細胞特性の変化を指標とした合成二本鎖 miRNA ライブラリー機能的スクリーニングにより新規の TS-miR とその標的分子の探索を進めてきた。その結果, 新規 EMT 関連 miRNA の miR-655 とその標的遺伝子 ZEB1 と TGFBR2 を同定した。また, ARE (Antioxidant Response Element) 活性を指標としたスクリーニングにより抗酸化ストレス応答転写因子 NF-E2-related factor 2 (NRF2) を直接の標的とする miRNA (miR-507, -634, -450a, and -129-5p) などを同定した。一連の成果は miRNA を基盤としたがんの個別化診断・治療法の可能性を示すものである。

【履歴】

昭和 31 年 7 月 5 日生 (兵庫県宍粟市山崎町生)

現 職 東京医科歯科大学・教授

(難治疾患研究所・ゲノム応用医学研究部門・分子細胞遺伝)

学歴 昭和 57 年 3 月 京都府立医科大学卒業

学位 平成 3 年 1 月 医学博士 (京都府立医科大学)

【職歴】

平成 5 年 4 月 京都府立医科大学医学部講師 (衛生学教室)

平成 8 年 10 月 東京大学助教授 (医科学研究所ヒトゲノム解析センター)

平成 10 年 4 月 東京医科歯科大学教授 (難治疾患研究所)

平成 22 年 4 月 東京医科歯科大学硬組織疾患ゲノムセンター長 (平成 26 年 3 月まで)

平成 23 年 4 月 東京医科歯科大学学長特別補佐 (平成 24 年 3 月まで)

平成 24 年 5 月 東京医科歯科大学疾患バイオリソースセンター長

平成 26 年 4 月 東京医科歯科大学副理事 (研究担当)

【賞罰】

平成 3 年度 日本血液学会奨励賞

平成 9 年度 高松宮妃癌研究助成金受領

平成 15 年度 日本医師会医学研究助成費受領

2006 年度 日本癌学会モベルネイ賞

2006 年 ブルガリア国立科学アカデミー外国人会員

平成 20 年度 文部科学大臣表彰 科学技術賞 (研究部門)

◇招請講演 I

細胞内分解系オートファジーのメカニズムと役割

東京大学大学院医学系研究科

○水島 昇(MD)

オートファジーは真核細胞に普遍的な細胞内分解システムである。オートファジーでは、細胞質の一部がオートファゴソームに取り囲まれた後にリソソームへと輸送され、そこで生じた分解産物は再び細胞質に戻されリサイクルされる。酵母を用いた遺伝学的研究をブレークスルーとして、オートファジーの分子機構と生理的機能の研究はこの 10 数年間に大きく進展した。オートファジーの役割は二つに大別することができる。一つは、アミノ酸などの分解産物を調達するための栄養素のリサイクルで、この機能は飢餓時のアミノ酸プールの維持、初期胚発生、内因性抗原提示などにおいて重要である。その制御にはインスリンとアミノ酸が非常に重要である。二つ目の機能は細胞内の品質管理や浄化を目的としたもので、変性タンパク質や不良オルガネラの除去、細胞内侵入病原菌の除去などを行うものである。後者の機能は寿命の長い細胞で特に重要であり、神経細胞変性抑止や腫瘍抑制のような長期的作用をもつことが明らかになっている。さらに家族性パーキンソン病や鉄沈着を特徴とするヒト神経変性疾患 SENDA/BPAN においてオートファジー関連因子の変異が発見され、ヒト疾患との関係も注目されている。講演では、オートファジーの生理・病態生理的意義と分子機構の一端を解説し、オートファジーの新しいモニター方法についても紹介したい。

【略歴】

- 1991 年 東京医科歯科大学医学部卒業
- 1996 年 東京医科歯科大学大学院医学研究科修了 博士 (医学)
- 2002 年 岡崎国立共同研究機構 基礎生物学研究所 助手
- 2004 年 (財)東京都医学研究機構 東京都臨床医学総合研究所 室長
- 2006 年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 細胞生理学分野 (医学部生理学) 教授
- 2012 年 東京大学大学院医学系研究科 分子生物学分野 (医学部生化学) 教授

・所属学会

日本生化学会 (会長), 日本分子生物学会 (理事), 日本細胞生物学会 (理事)

・主な受賞

- 2001 年 日本生化学会奨励賞
- 2005 年 日本分子生物学会三菱化学奨励賞
- 2008 年 日本学術振興会賞
- 2008 年 塚原伸晃記念賞
- 2009 年 井上學術賞
- 2010 年 日本生化学会柿内三郎記念賞
- 2011 年 武田医学賞
- 2013 年 トムソン・ロイター引用栄誉賞
- 2016 年 上原賞

◇招請講演 2

癌幹細胞研究の現状

大阪大学大学院医学研究科消化器外科

○森 正樹(MD)

進行癌や再発癌を抗がん剤で治療すると、がんは小さくなり、場合によっては消えてなくなる。しかしその多くは数カ月から数年後に再発する。そして抗がん剤が効かなくなっていく。癌細胞の中には、抗がん剤にやられやすい癌細胞と、やられにくい癌細胞があり、前者は最近「癌幹細胞」と呼称されている。癌幹細胞は非常に手ごわい。抗がん剤の細胞外排出機能が高く、ストレス応答性の活性酸素への対応力に秀でている。そのため、癌幹細胞に対する創薬が喫緊の課題となっている。われわれは、癌幹細胞を可視化することにより、癌幹細胞の性質を調べると同時に駆逐物質の検出に務めているので、現時点での成果について発表する。他方、われわれは、癌細胞をより穏やかな性質をもった細胞に作り替える「細胞リプログラミング」研究も進めている。生体内での安全性が確認されている3つのマイクロRNAを使って、正常細胞からiPS細胞を作成する方法を見出した。その3マイクロRNAを癌細胞に導入すると腫瘍形成能が著しく低下した。副作用の少ない治療法になる可能性があるため、あわせて紹介する。

【略歴】

昭和 55(1980)年 3月 九州大学医学部卒業
 昭和 55(1980)年 6月 九州大学医学部第二外科入局
 昭和 61(1986)年 3月 九州大学医学系大学院修了
 平成 3(1991)年 4月 アメリカ合衆国ハーバード大学留学
 平成 5(1993)年 6月 九州大学医学部第二外科講師
 平成 6(1994)年 4月 九州大学生体防御医学研究所助教授
 平成 10(1998)年 4月 九州大学生体防御医学研究所教授
 平成 20(2008)年 4月 大阪大学大学院医学系研究科教授

賞 罰

第12回村上記念「胃と腸」賞 (1987年)
 小林がん学術振興会 革新的研究表彰 (2009年)
 日本医師会医学賞 (2010年)
 高松宮妃癌研究基金 学術賞 (2013年)
 佐川がん研究振興財団 佐川特別賞 (2013年)

所属学会・役員など

日本消化器外科学会(評議員・平成23年-27年 理事長)
 日本外科学会(理事・評議員)
 日本癌学会(理事・評議員・平成25年-27年, 平成28年～副理事長)
 日本癌治療学会(監事・評議員)
 日本学術会議第23期会員 (平成26年～)
 日本医療研究開発機構(AMED) プログラムオフィサー (平成27年～)
 医薬品医療機器総合機構(PMDA) 科学委員会委員 (平成24年～)
 日本消化器関連学会機構理事 (平成23年～)
 日本がん治療認定医機構理事 (平成25年～)
 日本医学会連合理事 (平成27年～)
 日本医学会幹事 (平成27年～)

編集委員

Hepatology など英文18誌の編集委員

◇要望講演 1

肺癌 WHO 分類(2015)に基づく新たな呼吸器細胞診

北里大学医学部呼吸器外科学

○佐藤之俊(MD)

WHO 組織分類の改訂(2015)に伴い、肺癌取扱い規約中の細胞診項目が改訂されるので要点を解説する。大きな変更点は、推定組織型の記載法と報告様式の改訂の 2 点である。まず、推定組織型は下記に沿って診断する。1. 非小細胞癌は分化が明確であれば腺癌、扁平上皮癌と推定組織型を記載する。2. 非小細胞癌、特定不能という推定組織型は必要最小限の使用とする。3. 診断が光顕のみか特染や免染に基づくものか明記する。4. 非扁平上皮癌という推定組織型の使用は極力避ける。5. 上皮内腺癌と微小浸潤性腺癌という推定組織型は使用しない。なお、細胞診でそれらを疑う場合は、推定組織型としては腺癌を用い、付記に肺胞上皮置換性成分を有する可能性があることを記載する。6. 大細胞癌、腺扁平上皮癌、肉腫様癌という推定組織型は使用しない。7. 肉腫様成分がみられた場合、非小細胞癌、特定不能(NSCC-NOS)とし、付記として紡錘細胞や巨細胞が混在すること、また腺癌や扁平上皮癌の細胞が混在する場合はその旨を記載する。次に報告様式では、標本の適正評価に加え、下記のごとく記載する：(1)標本の適正評価(適、不適)、(2)判定区分(陰性、疑陽性、陽性)、(3)推定組織型(細胞の特徴が明らかな場合は腺癌、扁平上皮癌、小細胞癌等の推定組織型を記載。明らかでない場合は非小細胞癌等にとどめる)、(4)付記(細胞所見を記載する。なお、特染や免染に基づく場合や、病理所見と比較した場合はその旨を記載する)。さらに、状況の許す限りは各種細胞診標本やセルブロック等を使用し特染や免染を行うことが望ましいとされる。また、本学会からの指針として、細胞診ガイドラインが作成されていることも盛り込まれる。

◇要望講演 2

肝発がんのエピゲノム機構

慶應義塾大学医学部病理学教室

○金井弥栄(MD)

我々は、肝炎ウイルス感染に基づく慢性肝炎・肝硬変症の DNA メチル化異常を世界に先駆けて報告して以来、多数の組織検体におけるエピゲノム解析を継続し、前がん段階のエピゲノム異常が肝細胞がんへ継承され、がんの悪性度や症例の予後を規定することを示してきた。近年では、国際ヒトエピゲノムコンソーシアムに、我が国の代表研究チームとして参画している。

手術検体より純化した C 型肝炎ウイルス (HCV) 陽性肝細胞では広い範囲で K27me3 主体の転写抑制性のヒストン修飾が目立つが、前がん段階で既に起こり肝細胞がんへ継承されるような DNA メチル化異常を示す領域には、K4me1・K27AC 主体の活性化修飾が見られた。前がん段階の炎症等によりヒストン修飾パターンが攪乱され、そのうちの特定のヒストン修飾異常が DNA メチル化異常を誘導する可能性がある。一旦惹起された DNA メチル化異常は維持メチル化機構で保持されることから、HCV 排除後に起こる肝発がん等にも寄与する可能性があると考えている。非アルコール性脂肪性肝炎と肝炎ウイルス感染に基づく慢性肝炎・肝硬変症は異なる DNA メチル化プロファイルを示し、発がんの背景要因毎に、DNA メチル化プロファイルを指標とする発がんリスク診断を行えると期待される。

このような DNA メチル化診断を実用化するため、操作性・定量性に優れた高速液体クロマトグラフィーを基盤とする DNA メチル化診断専用機器を、企業と共同研究開発している。同機器は細胞診検体・体液検体における諸臓器がんの存在診断・病態診断にも適用可能な汎用性を備えており、DNA メチル化診断は個別化予防・治療に有益と考えられた。

◇要望講演 3

がん検診の精度管理の考え方

国立がん研究センター社会と健康研究センター検診研究部

○斎藤 博(MD)

がん検診を行うための主たる条件は、1. 死亡率減少効果の科学的根拠が確立していること、2. 不利益が小さいこと、3. 精度管理の枠組みが確立し、整備されていることである。これらの背景は1: いかにかん検診法の感度が高くてもその有効性の保証はない、2: どのようなスクリーニング検査でも偽陽性・偽陰性を初め、不利益は必発であり、健常者を対象とする検診においてはたとえ利益のエビデンスがあっても多少の不利益の存在で利益・不利益比が小さくなってしまふ—ということである。そこでそれらに加え、3: 精度管理による利益の最大化と不利益の最小化が必須という条件が導かれる。がん検診は、ある一定の年齢の全市民/国民を対象(分母)とするため、受診する患者のみを対象とする診療とは原則や必要な体制が全く異なる。対象の違いから、診療では生存率(1-致死率: 患者数が分母)が指標であり、検診では死亡率(対象人口の数が分母)である。がん検診の有効性の指標が死亡率でなければならない所以である。そこで体制としては全対象者に関する名簿の整備をはじめ、検診結果の把握やフィードバック、更には受診者、未受診者を問わず、検診後の動向、つまり精検の受診の有無や偽陰性の発生などを網羅的に把握する仕組みが不可欠である。つまりがん検診では診療では発生しない大きな仕組みが不可欠となる。その仕組みには診断・治療のみならず、公衆衛生分野など、多くの分野の関与が必要で、それらの全体を有機的に運用する組織化が検診の成否の決定因子であると判明している。組織型検診と呼ばれる所以である。がん検診の利益・不利益とともに、死亡率減少達成のための組織型検診について解説する。

◇要望講演 4

リンパ腫: 最近の進展

岡山大学大学院病理学

○吉野 正(MD)

WHO 分類はそろそろ改訂時期が近づいている。B 細胞性リンパ腫は自験例では全リンパ腫の約 8 割を占めている。本講演では特に B 細胞に焦点を合わせて示したいと考えている。最も顕著な進展は各リンパ腫における分子異常の解明が進んできたことである。濾胞辺縁帯との異同が常に問題になっていたリンパ形質細胞性リンパ腫には高率に MYD88 の遺伝子異常が起こることが判明し、独立した疾患単位であることが広く認められた。一方、濾胞辺縁帯リンパ腫では、新たなマーカーとして IRTA-1 が見出された。濾胞性リンパ腫は節外性のもの、特に消化管(腸管)原発のものについて従来研究を進めているが、十二指腸に主座を有するものは、FDC ネットワークが非常に特異的であること、網羅的分子発現解析の結果を含めて MALT リンパ腫と非常に近似した関係にあることを明らかにしてきた。マンツル細胞リンパ腫については、SOX11 について非常に密接な関係にあることが判明してきた。びまん性大細胞 B 細胞リンパ腫は、すでに GCB 型と ABC (あるいは non-GCB) 型の 2 型に大別されることが認められてきたが、治療の進歩によっても両型で予後が異なることが明らかになってきたところである。非常に興味深いことに、両病型は発癌分子機序が異なることが最近判明してきた。そして、研究の進展は、分子標的薬の驚異的發展とともに長く記憶に残るような転換点にあるように思われる。また、境界領域のリンパ腫も重要である。T/NK 細胞性については、AITL の分子基盤、ATLL での治療についての進歩が特記される。これらについても時間の範囲内で触れたい。

◇教育講演 1

泌尿器細胞診：泌尿器科臨床に即した新報告様式と精度

製鉄記念八幡病院検査部・病理診断科

○金城 満(MD)

本邦における泌尿器細胞診は、実に1947年のPapanicolaou報告依頼、70年以上に亘って、5段階のクラス分類が用いられてきた。しかし、数値だけが一人歩きすること、依頼医が数値のみで判断すること、またClass分類における各カテゴリーの明確な診断基準がないこと、その臨床的意義が明確でないなどの弊害が明らかになり、他臓器の細胞診同様見直しが必要と泌尿器科分野でも学会主導で進められ、2015年4月に本学会理事会の承認が得られ、検体(適、不適)評価と共に細胞異型度の4段階報告様式(陰性、異型細胞、悪性疑い、悪性)として公開されることになった。今回の改訂のもう一つの重要な事は、コメントを重視した報告書になることである。コメントは細胞異型度評価が4段階に単純化されたものを補完する意味があり、コメントはどの細胞評価であっても記載しなければならない。細胞評価前に、検体評価を不適正とした場合は、再検査要望のコメントは必須である。また、委員会の中で常に議論されてきた尿細胞診の診断の標準化と精度についても述べる。精度に関しては後ろ向き研究からの結果と現在進めている前向き研究を含めて述べる。本邦の報告様式の主眼はHGUCの細胞学的診断においているが、本邦より1年遅れで開始された国際細胞学会主導の泌尿器細胞診の報告様式改訂作業の結果も今年の国際細胞学会で発表される予定である。本邦の泌尿器細胞診新報告様式とThe Paris Systemを比較対照し、その相違点と類似点を紹介したい。The Paris Systemの目標も高異型度尿路上皮癌の診断を強く意識していることである。

◇教育講演 2

最近のWHO婦人科病理分類と細胞診(像)の対比

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科

○安田政実(MD)

WHO2014 classificationは婦人科領域の種々の疾患に対し、新たな概念の提唱、用語の変更、亜分類の見直しなど、多くの面で革新的な変遷をもたらした。これらの内容を細胞診断に照らして、実践的意義の深い知識を整理・紹介してみたい。名称変更で“特筆すべき”は「腺癌 adenocarcinoma」は頸部のみに残され、体部、卵巣におけるあらゆる腺癌は「癌腫 carcinoma」となった。

【子宮頸部】ベセスダシステムに沿ってLSILとHSILが代表的に取り扱われることになり、CINやdysplasiaは同義語として位置づけられた；腺異形成 glandular dysplasiaは、概念としての独立性が曖昧なために削除された；腺癌では「粘液性」の扱いがより絞られた形となって、大半の腺癌に“通常型 usual type”の名称が与えられた。

【子宮体部】内膜増殖症は細胞異型の有無に重きが置かれ、構造異型による分類は存在しなくなった；漿液性上皮内癌 serous intraepithelial carcinomaは、独立した腫瘍としての立場が確立された。

【卵巣】多くの卵巣・腹膜漿液性癌で、漿液性卵管上皮内癌 serous tubal intraepithelial carcinoma：STICを合併することが明らかにされた；骨盤(内)漿液性癌 pelvic serous carcinomaという新たな用語が誕生し、漿液性癌の原発臓器が卵巣・卵管・腹膜のいずれにもまたがるように考えられるようになった；漿液性癌は低異型度と高異型度に分けられ、これらは組織発生の上で別個の腫瘍であるとされる。本講演では、上記にあげた様々な疾患のなかから、とくに組織発生論や名称変更によって最も混乱を招きやすい卵巣腫瘍に着目して、細胞診(像)へ影響について考察を加える。

◇教育講演 3

遺伝性乳がん卵巣がんの現状と本邦での取り組み

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室

○平沢 晃(MD), 青木大輔(MD)

遺伝性乳癌卵巣癌 (Hereditary breast and ovarian cancer: HBOC) は *BRCA1* または *BRCA2* (*BRCA1/2*) の生殖細胞系列変異が原因の常染色体優性遺伝性疾患である。*BRCA1/2* 遺伝子変異保持者では乳癌や卵巣癌が高率に発症するものの、卵巣癌においては有効なスクリーニング法が確立されておらず、現時点ではリスク低減卵管卵巣摘出術 (risk reducing salpingo-oophorectomy: RRSO) が最も効果が高い卵巣癌の一次予防法である。RRSO は卵巣癌や乳癌による死亡率を低減し、さらに全死亡も低減するとされている。RRSO のがんリスク低減効果は各種ガイドラインにも記載されており、本邦の実地臨床にも導入されつつある。RRSO に際しては、検体からは occult cancer (オカルト癌) が見つかることがあり、その発見には卵管と卵巣の詳細な病理学的評価が必要で、RRSO 施行医と病理医との連携が重要である。RRSO の有用性を評価するためには、オカルト癌陽性率や浸透率を考慮した *BRCA1/2* 遺伝子変異保持者の発癌リスクの定量化、さらにはゲノム疫学的検討などの様々なパラメーターが必要となるが、これらのエビデンスはすべて海外発のものである。特定非営利活動法人婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG) では *BRCA1/2* 遺伝子変異保持者を対象としたコホート研究を計画している。本臨床研究を通じて本邦における HBOC の理解と臨床導入が期待される。

さらに 2014 年 12 月に欧州 EMA (European Medicines Agency) と米国 FDA (Food and Drug Administration) は PARP 阻害剤の適用を相次いで承認した。EMA は *BRCA1/2* 遺伝子の体細胞変異、FDA は同生殖細胞系列変異を有する卵巣癌を対象としている。本邦のがん診療施設においては PARP 阻害剤の導入を目前に、臨床遺伝学に通暁したスタッフによるクリニカルシーケンス部門の確立が急務となっており、これら実臨床における喫緊の課題を述べる。

◇教育講演 4

2 型子宮内膜癌の細胞像・組織像と遺伝子異常

山形大学医学部産婦人科

○永瀬 智(MD)

エストロゲン非依存性である 2 型子宮内膜癌は、漿液性腺癌や明細胞腺癌の組織型に代表され、子宮内膜癌全体の約 10% を占める。類内膜腺癌と比較し、リンパ節転移や腹腔内播種をきたしやすく予後不良な組織型であるため、早期の診断が重要となる。初発症状としては不正性器出血が最も多いため、子宮内膜細胞診により漿液性腺癌が疑われることが多い。その細胞診での典型像では、腫瘍性背景に強い核異型を示す異型腺細胞が重積し乳頭状集塊がみられ、時に砂粒体を伴う。乳頭状集塊は、正常組織における間質細胞の集簇にもみられるため鑑別が必要である。明細胞腺癌では、淡明な細胞質と好酸性の明瞭な核小体を有する異型細胞が、時にミラーボール様に出現する。組織所見は、卵巣癌における漿液性腺癌、明細胞腺癌と同様の組織像を呈する。漿液性腺癌では、絨毛腺管状型の類内膜腺癌などとの鑑別が必要ながあるが、核所見や p53, ER, PR の免疫組織化学染色が鑑別診断に有用である。漿液性腺癌の多くで類内膜腺癌を合併するが、漿液性腺癌成分を有する場合は通常の種類内膜腺癌と比較して予後が不良であるといわれており、両者では推奨される術式に相違がある。そのため、内膜組織診で漿液性腺癌と推定される所見を認めた場合は、その旨を記載すべきである。2 型子宮内膜癌は 1 型の遺伝子異常とは大きく異なり、p53 の異常が約 90% で認められており、漿液性腺癌発生に強く関与している。p53 以外にも、PPP2R1A, PIK3CA などの遺伝子異常が高率に報告されている。本講演では、2 型子宮内膜癌の細胞像、組織像を解説するとともに、病態解明につながる分子病理的知見を紹介する。

◇教育講演 5

ホルモン補充療法は悪性腫瘍リスクを上昇させるのか？

東京歯科大学市川総合病院産婦人科

○高松 潔(MD)

閉経後のエストロゲンレベルの低下による心身の不調に対して、エストロゲンを補うホルモン補充療法（HRT）が有用であることには言をまたない。しかし、エストロゲンやその代謝産物は、エストロゲン受容体を介し、あるいは直接的に細胞増殖や癌化に関与することが知られているため、HRT による悪性腫瘍リスク上昇の可能性が懸念される。

HRT は HPV 感染に影響を与えないと考えられており、子宮頸癌リスクは変化しない。また、子宮内膜癌については、黄体ホルモンを併用すれば、リスクは上昇しないことが示されている。一方、卵巣癌については、前向き研究のメタ解析で僅かながら有意なリスク上昇が認められている。最も懸念される乳癌については、子宮摘出後女性でのエストロゲン単独療法では少なくともリスクは変化せず、有子宮者におけるエストロゲン+黄体ホルモン併用療法でも 5 年未満の施行であればリスクの上昇はなく、5 年以上でも肥満や飲酒、喫煙といった生活習慣関連因子と同等かそれ以下のリスク上昇であることが示されている。婦人科領域以外では基底細胞癌や脳腫瘍リスクが上昇するという報告もあるが、絶対リスクは小さく、逆に大腸癌や胃癌のようにリスクが低下するものもあるため、総合的にみれば全悪性腫瘍罹患率には変化を与えず、死亡率は低下する。

「HRT=がんリスク」のような誤解も少なくないように思われるが、現在では HRT ガイドラインも策定されており、安全・安心かつ有効に HRT が施行できる環境にある。さらに、婦人科癌サバイバーにおける HRT 施行でも少なくとも再発リスクには影響しないことが明らかになっており、女性の QOL 向上のためには正しい知識に基づいた対応が重要である。

◇教育講演 6

血液病理～Giemsa 染色でわかること、わからないこと～

埼玉医科大学医学部病理学

○茅野秀一(MD)

日常の診断業務において末梢血や骨髓穿刺液の塗抹ギムザ染色標本を細胞検査士が検鏡する機会は比較的少ないと思われる。同様に、骨髓の病理組織診断を行う際に骨髓穿刺塗抹標本を併用する病理医は少数派である。こうした現状は我が国に限ったことではなく多くの国にも当てはまり、検体採取から標本作成までの処理過程が病理診断科と臨床検査科で異なることや、国によって医師の subspeciality 制度が異なるなど、要因は多様と考えられる。同じ顕微鏡検査でありながら、細胞検査士や病理医が末梢血や骨髓の塗抹標本の鏡検にあまり積極的とはいえない背景には、個々の血液細胞を見ても細胞帰属の同定が困難であったり、分画算定(カウント)が煩雑であったりと実際の要因も関与していると思われる。すでに本学会では血液細胞像やギムザ染色が教育講演やワークショップなどのテーマとして採りあげられてきているが、この教育講演では、日常の細胞診業務を遂行するうえで知っておきたい血液疾患の病理形態学的知識について、ギムザ染色標本の提示を中心に述べるとともに、造血器腫瘍の WHO 分類のアップデート情報など、これからの課題や展開についても概要を述べる。

◇教育講演 7

細胞診に役立つ軟部腫瘍の最近の知見

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)

細胞診の対象はいつも見慣れた腫瘍ばかりではない。希少さ故に診断、治療上不利な状況にある腫瘍群は希少がんと呼ばれ、近年診療や治療法開発の体制整備が始まっている。肉腫は代表的な希少がんであり、軟部腫瘍には悪性度の高い肉腫が数多く含まれる。細胞診においても希少がんへの取り組みはさし迫った課題であり、肉腫はその中心にある。細胞診従事者が広く希少腫瘍の知識に精通するのは現実的とは言えない。また上皮性腫瘍の細胞診のように異型度からの悪性度判定を主たる目的とはし難い。細胞診の利用法は迅速性と簡便性を活かした鑑別診断の絞り込みにある。臨床、画像、形態情報を統合し診断を絞り込んでいく流れの中で細胞診はその構成ツールの一つであることを理解する必要がある。すなわち細胞形態（円形、紡錘形など細胞形態や粘液など基質の種類）の把握だけで他情報と合わせ絞り込みが可能となる。また原発性腫瘍よりもはるかに頻度の高い転移性癌や悪性リンパ腫などの指摘が大きな役割である。したがって細胞診断従事者には日常遭遇する腫瘍細胞診の知識習得や修練がむしろ重要である。軟部腫瘍はWHO分類(2013年)に基づき形態像や分化マーカーにより分化方向を確認することで診断されている。一方、軟部腫瘍の50%程度で融合遺伝子などの特異的な遺伝子異常が同定されており、全ゲノム解析技術の進歩により現在も新たな異常が見出され、診断マーカーへの応用や分類の再整理が進んでいる。また、将来の侵襲性の低い診断法としてリキッドバイオプシーの開発も始まっている。細胞診もまた液状細胞診検体を用いた新たな分子細胞学的手法により、さらに軟部腫瘍診断に貢献できると考えられる。

◇教育講演（医療安全セミナー）

臨床細胞検査等における医療安全について

(公財)日本医療機能評価機構／九州大学病院

○後 信(MD)

日本医療機能評価機構が運営する医療事故情報収集等事業は、法令に基づく医療事故、ヒヤリ・ハット報告制度である。平成27年10月に開始された医療事故調査制度と比較して、事故を調査し背景・要因や改善策を報告することなど、共通点が多い。また、死亡事例以外も報告する点は相違点である。本事業では、様々な技術的なテーマを取り上げて質的な分析を行ってきた。本学会に特に関連する分析としては、例えば「病理に関連した医療事故」がある。病理に関する医療事故の検体には、細胞診標本の他、手術標本、生検標本、術中迅速組織診標本等があった。また事故の概要としては、「検体提出忘れ」「検体紛失」「検体の混入」「検体取り違い」「判定間違い」「検査結果見忘れ／見落とし」等があった。具体的な事例としては、「甲状腺穿刺吸引細胞診により癌と診断して左半切除術を実施したが、摘出標本に癌を認めず、細胞診の検体を再確認したところ、患者Aの氏名のラベルシールが貼付されたプレパラートに鉛筆で書かれた氏名は患者Bであった。採取部位が異なる10枚のプレパラートを取り扱う中で、氏名の確認が不十分であった。」といった検体取り違いの事例、「左乳房腫瘍に対し、吸引細胞診を実施し、左乳房切除、腋窩リンパ節郭清を実施したが、術後の病理検査で良性出会ったことが判明した。細胞診ではClassIVと診断され、病理医が「術中の細胞診検査で確認してください。」とコメントしていたが、実施されなかった。」といった判定誤りの事例等が報告されている。講演では、医療事故情報収集等事業の説明や、病理に関する医療事故の事例や分析の結果について解説する。

◇教育講演 (倫理委員会指定セミナー)

研究不正の現状とその対策

日本学術振興会学術システム研究センター¹⁾, 東京大学²⁾, 岐阜大学³⁾

○黒木登志夫(MD)^{1,2,3)}

わが国の科学には光と影がある。光が当たっているのは、ノーベル賞受賞である。21世紀になってからの自然科学系3賞の受賞者は、アメリカ(56名)に次いで、わが国は2位の13名である。影の部分は、本講演で取り上げる研究不正である。撤回論文のブログ「リトラクション・ウォッチ」によると、わが国の2人がワースト10の1位, 7位にランクされている。さらに、2014年には、ノバルティス・ファーマによる降圧剤事例と、小保方晴子によるSTAP細胞事件により、わが国の科学は信頼性を失った。

わが国でこのような研究不正が蔓延しているのは、研究環境が悪化する中研究者間の競争が激化したこと、さらにそのような状況であるにもかかわらず、研究不正に対して何ら積極的な対策を取ってきてこなかったためである。

研究不正を防ぐために、少なくとも、次のような対策が必要であろう。

(1) 研究倫理教育：研究不正は若い人だけの問題ではない。教授クラスを含むシニアの研究者に教育が必要である。特に臨床の医師に対しては、多忙な医療業務のためもあり、対策が遅れている。

(2) ねつ造、改ざん、盗用の重大研究不正の他に、利益相反無視、生命倫理違反、文章の盗用(コピペ)などの不適切な行為が広く見られる。医療事故が現場の「ヒヤリ・ハット」検討によって減少したように、不適切な研究行為に目を光らせる必要がある。

(3) 研究不正を防ぐためには、風通しのよい研究環境を作ることが大事である。研究者が自由に発言し、他の研究室とも意見交換できる環境を整える。「アカハラ」「パワハラ」は、研究不正の面からも、問題が大きい。

詳しくは、近著の中公新書『研究不正—科学者の捏造・改竄・盗用』を参照してほしい。

◇シンポジウム1

新しい甲状腺癌取り扱い規約(第7版)—組織診断基準と細胞診報告様式—

SY1-1 甲状腺腫瘍の組織診断基準について

杏林大学医学部病理学教室

○菅間 博(MD)

腫瘍の最終病理診断は組織学的に行われるため、細胞診断においても組織診断基準を十分に理解する必要がある。現在の甲状腺腫瘍の組織分類の世界標準は第4版WHO分類(2014年)である。わが国では甲状腺癌取り扱い規約の組織学的分類(以下取り扱い規約分類)が一般に用いられている。2015年10月に第7版が発刊され、第4版WHO分類との整合性がとるとともに、組織診断基準を明確化すべく本分と図が大幅に刷新された。取り扱い規約分類に沿って、甲状腺腫瘍の組織学的分類を概説するとともに、細胞診断を行う上で理解すべき組織診断基準のポイント、ならびに第7版の主な変更点である乳頭癌の特殊型と低分化癌について解説する。取り扱い規約分類では、甲状腺腫瘍は良性腫瘍として濾胞腺腫と特殊型、悪性腫瘍として乳頭癌、濾胞癌、低分化癌、未分化癌、髄様癌、リンパ腫、その他の腫瘍が分類され、さらに腫瘍様病変として腺様腫が加えられている。乳頭癌は核所見によって特徴づけられる濾胞上皮由来の悪性腫瘍であり、細胞診による確定診断が可能である。一方、濾胞癌の悪性基準は、腫瘍細胞の被膜浸潤、脈管浸潤、甲状腺外への転移のいずれかを組織学的に確認することであり、細胞の異型度は良・悪性の区別に関与しない。このため細胞診報告様式では、濾胞腺腫とともに濾胞性腫瘍の判定区分で報告され、原則的に良悪性の鑑別はおこなわない。乳頭癌の一重型として充実型乳頭癌が採用されたことに伴い、低分化癌の組織診断基準が変更になった。充実性、索状、島状の増殖パターンがみられても、典型的な乳頭癌の核所見がみられる場合は、低分化癌ではなく充実型乳頭癌と診断される。

SY1-2 細胞診断報告様式

修文大学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科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⁾

甲状腺癌取扱い規約第7版(2015)の改訂では、細胞診の報告様式が甲状腺細胞診ベセスダシステム(BS)に準拠した様式に改められた。従来の報告様式からの主な変更点は、1. 検体不適正の診断基準を具体化する、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、3. 現行の「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などである。この結果、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、第7版取扱い規約では、嚢胞液は「不適正」ではなく「嚢胞液」と判定し、「良性」に近い診断カテゴリーとして位置づける。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については、「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った。なお、甲状腺BSで導入されている各診断カテゴリーの悪性の危険度については、今回の改訂では具体的数値を示さない方針とした。

SY1-3 意義不明, 悪性疑の意義

山梨大学医学部人体病理学¹⁾, 伊藤病院診療技術部臨床検査科²⁾, 伊藤病院外科³⁾

○近藤哲夫(MD)¹⁾, 藤澤俊道(CT)²⁾, 北川 亘(MD)³⁾, 伊藤公一(MD)³⁾, 加藤良平(MD)¹⁾

第7版甲状腺癌取扱い規約においては甲状腺ベセスダシステム(以下TBS)に準拠した新たな判定区分が採用されたが、各判定区分の定義、悪性危険度、細胞所見、想定される臨床的対応については細胞診に従事する細胞検査士、細胞診専門医、臨床医が相互に理解をする必要がある。取扱い規約における意義不明 undetermined significance はTBSにおける atypia of undetermined significance (AUS) 及び follicular lesion of undetermined significance (FLUS) に対応する区分である。旧規約には存在していなかったカテゴリーであり、旧規約の鑑別困難に含まれていた症例の一部が意義不明に判定となる。良・悪性の鑑別が困難、他の区分に該当しない、診断に苦慮するなどの細胞診標本が本区分となり、細胞量が少ない、所見が十分でないなどの理由で乳頭癌や濾胞性腫瘍の可能性が否定できない症例が該当する。検体適正症例の10%以下が望ましい割合である。取扱い規約では臨床的対応を定めてはいないが、TBSにおけるAUS/FLUSでは臨床的対応として細胞診の再検が推奨されているカテゴリーである。悪性の疑い Suspicious for malignancy は悪性と思われる細胞が少数または所見が不十分なため悪性と断定できない標本の判定区分である。本区分に関しては英文表記のみの変更であり、旧規約との間に大きな変更はない。本講演では第7版甲状腺癌取扱い規約で改定された甲状腺細胞診の判定区分の中から意義不明と悪性の疑いの2つのカテゴリーについて解説を行う。

SY1-4 甲状腺細胞診新報告様式の実践的な運用

医療法人神甲会隈病院臨床検査科¹⁾, 医療法人神甲会隈病院病理診断科²⁾, 医療法人神甲会隈病院外科³⁾

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

2015年11月に甲状腺癌取扱規約第7版が刊行された。第7版の甲状腺細胞診新報告様式では、2010年、米国における新しい甲状腺細胞診の報告様式である The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (BSRTC)が採用され、本邦の状況に合わせて一部改変がなされている。まず、診断カテゴリーは検体不適正、嚢胞液、良性、意義不明、濾胞性腫瘍、悪性の疑い、悪性の7つに区分されている。つまり、BSRTCにおける「意義不明な異型または意義不明な濾胞性病変」、「濾胞性腫瘍または濾胞性腫瘍の疑い」は、新規約では名称をより短縮して、かつ馴染みやすくし、それぞれ「意義不明」、「濾胞性腫瘍」と称している。BSRTCでは、泡沫細胞のみみられる嚢胞液は、嚢胞形成性乳頭癌の可能性が否定できないとして「検体不適正」に区分されているが、そのような症例の悪性の危険度は「検体不適正」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とした。BSRTCでは、悪性の危険度と推奨する臨床的対応が記載されている。しかし、本邦と欧米では各腫瘍の頻度、切除の適応、社会的状況が異なるため、それらの基準をそのまま導入することは現時点では困難であることから、新規約では、悪性の危険度と推奨する臨床的対応には言及していない。当院では、既にこの新報告様式を日常業務に採用しており、その経験をもとに実際の運用を解説することにする。

◇シンポジウム2

標本の特性に応じた子宮内膜細胞診判定方法

SY2-1 子宮内膜細胞診の直接塗抹標本における判定の実際とその特長

大阪府済生会野江病院病理診断科¹⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 大阪市立大学³⁾

○矢野恵子(CT)¹⁾, 小椋聖子(CT)¹⁾, 江木さつき(CT)¹⁾, 高安祥子(CT)¹⁾, 城戸貴之(CT)¹⁾, 桜井孝規(MD)²⁾, 桜井幹己(MD)³⁾

【はじめに】子宮内膜はホルモン環境により劇的にその形態を変化させることが大きな特徴である。また、体の大部分を占める高分化類内膜腺癌は細胞異型が軽微なことが多く、構造異型を加味した細胞判定が求められる分野である。

【構造異型を加味した細胞診断】細胞異型が目立たない子宮内膜増殖症や、出血や過剰な重積により詳細な細胞所見が観察困難な症例では、構造異型を把握することが必要となる。腺管の幅が整か不整か、内膜間質細胞の付着の有るか無いかに着目することにより、正常細胞集塊として“管状・シート状集塊”、異常細胞集塊として“拡張・分岐集塊”、“乳頭・管状集塊”、“不整形突出集塊”に分類し、標本内の異常集塊の出現数と占有率を計数することは診断の助けとなる。

【高分化類内膜腺癌の細胞像】増殖形態は乳頭状構造主体と、腺管構造主体に分かれ、両者が様々に混じり合いながら増殖することも多い。乳頭状構造を示す類内膜腺癌では組織として絨毛状を示すものの内側には新生血管などの線維性間質成分を含むため、剥離細胞集塊では周囲に間質の付着を認めない乳頭状集塊となり、腺管構造は大小様々な腺腔が不規則に重なり合う集塊として出現する。

【直接塗抹標本の特長】直接塗抹標本の特長は、修飾を受けない細胞像を観察可能なことである。特に、ホルモン不均衡内膜や、種々の細胞質変化(化生)の観察において、適切に塗抹された直接塗抹標本では詳細な細胞所見の把握が可能となる。

【まとめ】子宮内膜細胞診の診断基準の確立には、客観的で再現性の高い診断基準を用いることが重要であり、直接塗抹標本の特長を活かすためには、臨床での適切な塗抹処理が欠かせない。

SY2-2 ThinPrep 法における子宮内膜細胞診標本作製の検討(第一報)

株式会社エスアールエル福岡ラボラトリー¹⁾, 誠仁会大久保病院婦人科²⁾

○久岡陽子(CT)¹⁾, 池本理恵(CT)¹⁾, 秋田律子(CT)¹⁾, 衛藤久仁子(CT)¹⁾, 平原尊史(CT)¹⁾, 西 國廣(CT)¹⁾, 伊藤裕司(MD)¹⁾, 小笠原利忠(MD)²⁾

【目的】 当施設では2014年4月に婦人科細胞診標本作製法をSurePath法からThinPrep法へと変更し, これに伴い子宮内膜細胞診標本作製法もThinPrep法へと変更することとなった。今回我々は子宮内膜細胞診標本作製の検討として, フィルターの検討を行い, 従来法と同等の診断が可能であるかの検討を行った。

【方法】 子宮内膜細胞診施行後の残検体をバイアルに採取し検討用検体を作製した。溶血処理後, 婦人科用(面積314.2 mm²), 非婦人科用(面積314.2 mm²), FISH対応尿用フィルター(面積78.5 mm²)の3種類のフィルターを用いて標本作製を行った。検討内容は, 1. 診断結果, 2. 出現細胞, 3. 細胞集塊の個数と大きさ, 4. 単位面積当たりの集塊の出現頻度とした。

【結果】 1. 細胞判定では, 全検体で一致, 2. 出現細胞もほぼ一致した。3. 細胞集塊の個数と大きさでは, 集塊の個数は婦人科用フィルターで出現が多かったが, 集塊の大きさでみるとFISH対応尿用フィルターで集塊大とした大きさの集塊の出現が多かった。4. 単位面積当たりの集塊の出現頻度をみると, FISH対応尿用フィルターで出現が多かった。

【考察】 今回の検討結果より, ThinPrep法での子宮内膜細胞診の標本作製では, 溶血処理後FISH対応尿用フィルターで標本作製することで, より多くの細胞を標本上に集めることができ, また大きな集塊の出現も多くなり, 体内膜細胞集塊の構築などを観察することができ, 従来法と同等の診断が可能であると考え。またThinPrep標本は限局された範囲(面積78.5 mm²)への塗抹標本であり, 診断時間短縮や精度向上につながると思われる。

SY2-3 内膜細胞診におけるLBC(TACAS法)と直接塗抹(従来法)の比較検討—細胞量と細胞像—

上尾中央総合病院検査技術科病理¹⁾, (株)正和ラボラトリー細胞診²⁾, 丸山記念総合病院婦人科³⁾

○大野喜作(CT)¹⁾, 船津靖亮(CT)²⁾, 大久保昭治(CT)²⁾, 宮崎稚菜(CT)²⁾, 鈴木君義(CT)²⁾, 丸山正統(MD)³⁾

LBC(TACAS法)標本と直接塗抹(従来法)の内膜標本のその細胞量を比較して, LBC標本による今後の活用について検討した。また, その細胞所見も加えて報告する。

【対象】 丸山記念総合病院における保険診療26例と子宮体がん検診78例の計104例(2015年1ヶ月間)で42例は閉経後であった。

【採取器具】 エンドサーチ102例, ソフトサイト2例

【採取方法】 医師5名, 熟練看護師3名により, 同一患者で従来法と看護師が塗抹した後の細胞でTACAS法のスプリット標本を作製した。

【検討項目】 1. 適正・不適正, 2. 細胞量の比較, 3. 細胞診断と細胞所見

【結果】 1. 全体の細胞量は顕微鏡下で83例(79.8%)は双方に充分量で, 15例(14.4%)はやや少なかった。不適正は従来法2例(1.9%)TACAS法6例(5.8%)で2例は同一症例であった。2. 細胞量の比較: 双方大差ない69例(66.3%)従来法が明らかに多い: 13例(12.5%)TACAS法が明らかに多い: 22例(21.2%)であった。不適正の2例は同一症例で双方大差なく, 4例は従来法の方が多かったが全体の細胞量が少なかった。細胞量が少なく差があった7例では6例がTACAS法の方が多かった。3. 細胞診断: TACAS法(不適正を除く)98例を大野式体癌レーダーにて診断した。96例が良性(30点未満)1例は悪性(47点)1例が異型内膜(35点)であった。従来法の細胞診断との対比では疑陽性1例が不一致であった。

【まとめ】 1. エンドサーチ, ソフトサイトで採取したTACAS法標本の不適正は少なく, 充分な細胞量が得られた。2. TACAS法の方が多い標本も少なくなく, 採取器具に塗り残されている細胞が多いと考えられた。3. TACAS法標本で従来法に比して診断に苦慮する症例は無かった。

SY2-4 BD シュアパス-LBC 標本の特性に応じた子宮内膜細胞診判定方法

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科¹⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科²⁾, 東京女子医科大学産婦人科³⁾

○則松良明(CT)¹⁾, 矢納研二(MD)²⁾, 平井康夫(MD)³⁾

子宮内膜細胞診では三次元的構築が診断のカギとなる。われわれはその標準作製法としてBD シュアパス LBC 法(密度勾配処理での重力沈降法)を推奨している。その細胞像について、標本作製過程での操作によるアーティファクトが加わるため、細胞集塊はやや小さくなる傾向にあるが、形状の種類や観察のポイント、弱拡大での観察の重要性は通常検体標本と何ら変わることはない。前固定された細胞が塗抹され、それらの細胞への血液成分や炎症細胞などの被覆のない背景清みな薄層標本であるため、核所見などの細胞個々の観察が容易でとともに、より立体構造が保たれるため集塊構造の観察も容易である。さらに細胞塗抹量が多い(密度が高い)ため異常細胞の出現率(占有率)の把握も必要ない。本シンポジウムでは、BD シュアパス法を用いたOSG 式子宮内膜細胞診判定方法を述べる。その方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、最終判定として第三ステップに導かれる。最終判定での分類は6つのカテゴリーから成り、正常内膜(増殖期、分泌期、萎縮)、子宮内膜腺間質破綻、子宮内膜異型増殖症を含む腺癌または悪性腫瘍、子宮内膜増殖症、内膜異型細胞(ATEC)である。ATECはATEC-USとATEC-Aの2項目に分ける。前者は「意義不明」で、臨床医に細胞診再検を含めた、何らかの方法を用いた経過観察が薦められるもの。後者は「異型増殖症以上を除外できない」で、内膜生検を推奨するものである。

SY2-5 子宮内膜液状化検体細胞診法(LBC法)と従来法の形態学的相違とLBC法の有用性について

弘前大学大学院保健学研究科¹⁾, 弘前大学医学部保健学科²⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部³⁾, 弘前大学大学院医学研究科産婦人科学講座⁴⁾

○渡邊 純(MD)¹⁾, 後藤勇也(その他)²⁾, 野呂美鈴(その他)²⁾, 堀江香代(CT)¹⁾, 吉岡治彦(CT)¹⁾, 小島啓子(CT)³⁾, 刀稱亀代志(CT)³⁾, 黒瀬 顕(MD)³⁾, 二神真行(MD)⁴⁾, 横山良仁(MD)⁴⁾

【目的】液状化検体細胞診法(LBC法)と直接塗抹法(従来法)では、細胞像が異なるとされる。本研究の目的は、子宮内膜細胞診における両方法の形態学的所見の相違を明らかにし、子宮内膜LBC法の有用性について検討することである。

【方法】LBC法と従来法の両方法で同時に作製された子宮内膜細胞診標本のうち、子宮内膜類内膜腺癌Grade1(G1)の3症例(6標本), Grade2(G2)の3症例(6標本)を対象とした。9つの検討項目(重積の層数, 不規則な重積の有無, 集塊からの細胞のほつれ, 1cm²あたりの細胞集塊数, 集塊を構成する細胞数, 細胞集塊の長径, 核面積, 核真円度, 核小体面積)について、LBC法と従来法の結果を比較検討した。

【結果】重積の層数は、LBC法がG1で有意に多かった。不規則な重積の有無と集塊からの細胞のほつれは、G1, G2とも両方法に同じ割合で確認された。1cm²あたりの集塊数は、LBC法がG1, G2とも高値を示した。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G1, G2とも有意に低値を示した。核小体面積は、LBC法がG1, G2とも高値を示した。

【結論】従来法と比較してLBC法は、1. 重積性や細胞のほつれなどの構造異型が保持されている、2. 1cm²あたりの集塊数が高値を示す、以上のことから、構造異型を維持しながら効率良く腫瘍細胞が集められていることが明らかとなった。従来法と異なる細胞所見としては、1. 集塊を構成する細胞数が少ない、2. 細胞集塊の長径が小さい、3. 核面積が小さい、4. 核真円度が低い、5. 核小体は明瞭化する、ことが明らかになった。以上より、LBC法に特徴的な細胞像を理解した上で鏡検することで、LBC法は有用な方法であると考えられる。

SY2-6 子宮内膜細胞診の診断精度向上への取り組み —液状化検体法と免疫染色法導入の試み—

福井大学医学部産科婦人科

○黒川哲司(MD), 品川明子(MD), 山本 真(MD),
大沼利通(MD), 知野陽子(MD), 吉田好雄(MD)

子宮内膜細胞診が、子宮内膜癌の早期発見法として頻用されているが、プロセスに分け大きく三つの問題点が指摘されている。一つは、「細胞採取時」に採取器具が挿入できない症例が存在すること。二つ目は、「塗抹時」に出血や乾燥が多く診断の妨げになること。最後に、「鏡検時」に細胞異型の判定が困難で細胞診断に習熟が必要な点である。我々の研究目的は、直接塗抹法における「塗抹時」と「鏡検時」の問題点を克服した平易な子宮内膜細胞診の診断法確立である。最初に、「塗抹時」に不適正検体を減らす標本作製法を検討した。そこで、内膜細胞診に液状検体法を導入し検討した。方法は、直接塗抹法(CC)と液状検体法(LBC)を同時に行い、不適正検体率を比較した。結果は、LBCが優位に不適正検体率を減らすことを報告した。次に、LBCの導入は、正診率を向上させるか検討した。その結果、感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率は、それぞれCCとLBCと共に差を認めなかった。このように、LBC法の導入は不適切検体率を減らすことができるが、診断効率を上げるまでに至らなかった。その原因の一つに、「鏡検時」の問題点である。この、「鏡検時」の問題点を解決することを目的に、LBCを利用し免疫染色を加えた新しい子宮内膜細胞診の判定法の開発を試みている。子宮内膜細胞診の精度向上には、これまでのCCから新たな展開を迎える必要があるように考えている。LBC導入は、直接塗抹法における「塗抹時」の問題点を克服可能であることを証明した。しかし、「鏡検時」の問題点の解決にまでは至らなかった。免疫染色の導入し、新たな平易な診断法確立を試みているので報告する。

◇シンポジウム3

新しい細胞診専門医制度

SY3-1 細胞診専門医制度の現状と展望

大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部¹⁾, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²⁾, 京都府立医科大学産婦人科³⁾, 赤穂市民病院産婦人科⁴⁾, 誠仁会大久保病院婦人科⁵⁾

○植田政嗣(MD)¹⁾, 明瀬光里(MD)¹⁾, 出馬晋二(MD)¹⁾,
鳥居貴代(MD)¹⁾, 岡本吉明(MD)¹⁾, 田中一郎(MD)¹⁾,
布引 治(CT)²⁾, 明石京子(MD)³⁾, 東田太郎(MD)⁴⁾,
小笠原利忠(MD)⁵⁾

日本臨床細胞学会は、1961年に発足した婦人科細胞診談話会にその他の領域が加わって発展的に組織されたものである。当初68名であった細胞診指導医も2003年の学会NPO法人化にともない細胞診専門医に改称し、2013年の学会公益法人化を経て、現在2,745名(実数)になっている。その間、2009年に日本専門医制評価・認定機構から専門医制度整備指針が出され、本学会でも細胞診専門医制度の改革が加速度的になされてきた。2014年には日本専門医制評価・認定機構を母体に、日本専門医機構が正式に発足した。同機構では、基本領域専門医19学会と subspeciality 領域専門医29学会の認証手続きが進められており、細胞診専門医は未承認領域専門医の筆頭に挙げられている。本学会に求められる新専門医制度へ向けての必須要件は、1)細胞診専門医像の明確化、2)基盤領域学会との適切な関係、3)必要とする専門医数と症例等の推量、4)独立した研修プログラムの構築、の4点である。本学会は日本病理学会および日本産科婦人科学会の2階部分としてほぼ認証されているが、内科・外科など他領域の subspeciality 学会としての位置付けが不明確である。一方、研修モデルプログラムの策定は最重要項目であり、特に専門研修基幹施設・連携施設や専門研修指導医の認定制度を早急に整備する必要がある。また、研修手帳はすでに完成しているが、資格認定試験ガイドラインは現状に即して改定しなければならない。現在、細胞診専門医制度改革推進ワーキンググループを中心に制度改革を進めているが、まずは5年毎、50単位クレジット制に変更した資格更新制度の遂行が急務である。

SY3-2 新しい細胞診専門医制度

千葉徳洲会病院¹⁾, 日本専門医機構専門医制度検討委員会²⁾

○佐々木寛(MD)^{1,2)}

基本領域の専門医については日本専門医機構より研修プログラムの認定, 研修の基幹施設・連携施設の認定, さらに日本産科婦人科学会, 日本病理学会において更新された日本専門医機構認定医がすでに輩出されている。2017年度から新専門医制度が新規の旋光性に適用され, 準備が整いつつある。一方, サブスペシャリティ領域では現在議論の最中であり, 今後のスケジュールは, 2016年4月末までにサブスペシャリティ整備指針が出される予定である。現在サブスペシャリティ領域で認定されている専門医数は29領域であり, 2016年10月には更新作業を終了する必要がある, 第1回ヒアリングが昨年度実施され29領域に加え新たに10領域がヒアリングを終了している。本年度は更新認定の本格的なヒアリングが行われることが決定している。その際議論となる項目は, (1)専門医制度のグランドデザインの根幹ともいえる「二段階制」に基づくべきか? (2)旧機構で認定していた29専門医をそのまま踏襲認定しているが, 修正すべき点等の有無の確認 (3)「専門医の定義や位置づけに鑑み, 医師は基本領域のいずれかの専門医を習得することが適当である」とされたことに基づき, 医師が持つべき専門医数は? (4)サブスペシャリティ領域専門医の定義や医師像, 研修期間やプログラムについて (5)サブスペシャリティ領域専門医の次回の更新時期について (6)機構認定から外れた専門医をどうするか 以上のような内容について2016年6月の理事会にてすべてが決定された上で, サブスペシャリティ領域の新たな認定が行われる予定である。

SY3-3 新しい細胞診専門医制度—病理医の立場から

大阪大学大学院医学系研究科病理診断科・病態病理

○森井英一(MD)

日本臨床細胞学会は, 細胞診専門医を「がんの予防および治療に必要とされる細胞診についての専門的な知識, 技能, 態度を身につけ, 自らが行う臨床実務のみならず, 精度管理や細胞検査士等の指導・育成など幅広い活動を通じて国民の福祉に貢献する医師」として位置づけている。日本専門医機構は基本領域に続くサブスペシャルティ領域を認定する方針であるが, 細胞診専門医はサブスペシャルティ領域の専門医の一つとなる予定である。サブスペシャルティ領域には基盤となる基本領域があり, 細胞診専門医の場合は基本領域の一つが病理科である。病理科の専門医である病理専門医となるには, 細胞診を適切に行えることも必要要件であり, 専門医試験でも細胞診に関する出題がある。ということは病理専門医と細胞診専門医は何が異なるのかという点が重要である。病理専門医研修手帳の中には「細胞診材料を診断し, 報告書を作成できる」という項目がある。内容は3段階のスキルに大別されており, 「各臓器の一般的な細胞診検体に関して, 代表的細胞採取方法, 標本作成方法とそれに要する時間を知り, 細胞診検査で得ることのできる情報について述べることができる。」「諸臓器の各種検体を適切に処理できる。」などの事項が並ぶ。これに対し, 細胞診専門医研修手帳では, より臨床実地に即したことが求められており, 「少なくとも一つ以上の領域において, 臨床現場で実際に細胞診検体を採取し, 標本作製, 診断, 報告書の作成を行い, 細胞診専門医として必要な基本的事項を学ぶ。」などの事項がある。細胞診専門医に求められる要件について, 病理医の立場からまとめた。

SY3-4 あらたな専門医制度 臨床医の立場から

松江市立病院

○紀川純三(MD)

日本臨床細胞学会は、専門職である細胞診専門（指導）医および細胞検査士の養成と認定を行い、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きた。細胞診（指導）専門医の歴史は昭和 43（1968）年に遡る。一方、平成 26 年 5 月に一般社団法人日本専門医機構が設立され、新たな専門医の認定・更新基準や養成プログラム・研修施設の基準を作成し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的事業とした。日本専門医機構は専門医を「それぞれの診療領域において適切な教育を受けて、十分な知識と経験を持ち、患者から信頼され標準的な医療を提供できる医師」と定義し、専門医制度整備指針を発表した。日本臨床細胞学会もそれに対応すべく、細胞診専門医の養成プログラム・研修施設の基準をあらたに作成している。臨床医の立場から、細胞診専門医の在り方について考察したい。細胞診専門医とは「がんの予防および治療に必要とされる細胞診についての専門的な知識、技能、態度を身につけ、自らが行う臨床実務のみならず、精度管理や細胞検査士等の指導・育成など幅広い活動を通じて国民の福祉に貢献する医師」である。しかしながら、細胞診専門医は Subspecialty 領域であり、基本領域専門医を取得した上で認証されることから、病理専門医を基本領域とする細胞診専門医と産婦人科などを基本領域とする臨床医では、専門医像が若干異なると考えられる。臨床医では、細胞診判定のみならず、適正な症例選択、検体採取と保存、さらには、適確な説明など幅広い知識と技術が必要となる。実地臨床において、がん診療に携わるとともに細胞診の質の向上にも貢献しなければならない。

SY3-5 細胞診専門医資格認定試験のこれまでとこれからの取り組み

—試験実施委員長の立場から—

がん研究会有明病院細胞診断部・婦人科

○杉山裕子(MD)

公益社団法人日本臨床細胞学会は、細胞診専門医を「がんの予防および治療に必要とされる細胞診についての専門的な知識、技能、態度を身につけ、自らが行う臨床実務のみならず、精度管理や細胞検査士等の指導・育成など幅広い活動を通じて国民の福祉に貢献する医師」として位置づけている。その細胞診専門医を認定する細胞診専門医資格認定制度も 1968 年発足当初から種々の変遷を繰り返して現在に至っている。近年では、2009 年に日本専門医制評価・認定機構から専門医制度整備指針が出され、専門医試験実施要項の改定が行われ、2013 年の学会公益法人化を経て、現在に至っている。2014 年 5 月に専門医制度を社会に開かれた分かりやすい形にすべく、日本専門医機構（以降：機構）が発足した。この機構認定専門医制度に対応するため「細胞診専門医教育研修カリキュラム作成ワーキンググループ（若狭研一委員長）」により、細胞診専門医研修プログラムならびに研修手帳がすでに完成している。現在「細胞診専門医制度改革推進ワーキンググループ（植田政嗣委員長）」が中心となって機構認定専門医制度に対応した教育研修・認定・更新制度の整備が行われている。本シンポジウムでは、細胞診専門医資格認定試験に的を絞って、2009 年専門医試験実施要項の改定が行われてから現在までの細胞診専門医資格認定試験の変遷に関して説明し、2016-2019 年の移行期を経て 2020 年に新制度のもとで施行される細胞診専門医資格認定試験に向けた取り組みに関して説明する。

◇シンポジウム4

乳腺細胞診の鑑別診断と遺伝子変異

SY4-1 乳腺細胞診における鑑別診断の実際

博愛会相良病院病理診断科

○大井恭代(MD), 永尾聡子(CT), 皆倉愛美(CT),
北菌暢子(CT), 前田ゆかり(CT)

乳腺穿刺吸引細胞診においては判定区分とともに推定する組織型を記載することが推奨されており, この推定組織型と画像所見との整合性を検討することで診断精度は向上する。つまり, 乳腺診療において細胞診断の有用性を発揮するためには適切な組織型推定は欠かせないものである。実際の細胞診断に際しては, 通常, 細胞採取量・背景を把握した後, 集塊の形態・構築を観察し, どのような病変なのかをおおまかに類推する。例えば, 乳頭状病変なのか, 充実性病変なのか, 硬化性病変なのか, それとも線維上皮性腫瘍なのか。その後, 細胞形態をはじめとする詳細な観察を行い, 鑑別診断を進め, 組織型を絞り込んでいく。それぞれの構築や細胞所見に応じて鑑別疾患が存在するが, 近年では様々な知見が蓄積されとともに免疫組織学的な手法が取り入れられたこともあり, 詳細な組織型診断が行われつつある。しかし, 乳頭状病変では筋上皮細胞の有無や乳管上皮細胞の均一さや結合性, 細胞密度などを手掛かりに鑑別を進めるが, 良悪判断の難しい症例は依然として多い。また, 線維上皮性腫瘍では間質細胞密度や核の腫大・異型などを参考にするものの, 線維腺腫と葉状腫瘍の線引きは難しい。また硬癌と小葉癌に関しても中間的な細胞所見を示す症例が多く, どの所見を重視して鑑別すべきなのか, 判断がつかない。adenoid cystic carcinomaや分泌癌, 化生癌などでは疾患特異的な所見をいかに拾い上げるかが鍵となっている。乳腺細胞診における鑑別診断の進め方とその限界について述べる。

SY4-2 乳腺乳管内乳頭状腫瘍の良悪性鑑別—細胞, 組織, 遺伝子・染色体変化

防衛医科大学校病態病理学講座¹⁾, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科²⁾○津田 均(MD)¹⁾, 吉田正行(MD)²⁾

代表的な乳管内乳頭状腫瘍には, 乳管内乳頭腫 (IDP) と乳頭型非浸潤性乳管癌 (DCIS) がある。2012年のWHO分類では, 異型乳管過形成 (ADH) を伴うIDP (papilloma with ADH), DCISを伴うIDP (papilloma with DCIS) といった病変も追加された。乳頭型DCISの中で, 嚢胞内乳頭癌の形態を呈し筋上皮が消失した亜型は encapsulated papillary carcinoma (EPC) と呼ばれる。組織, 細胞の観察では, 上皮二相性の有無, 核形やクロマチンパターン, 細胞集塊や線維血管性間質の状態, アポクリン化生などの所見を総合して判断する。免疫組織化学では, IDPではサイトケラチン(CK) 5/6, p63が陽性, エストロゲン受容体 (ER) は散在性に陽性となるが, 乳頭型DCISではCK5/6陰性, p63は乳管壁のみ陽性 (EPCでは陰性), ERはびまん性陽性となる例が多い。遺伝子・染色体変化については, 染色体領域16p13のヘテロ接合性消失 (LOH) がIDP, 乳頭型DCISの双方で高頻度とされている。一方, 16qほぼ全域のLOHもしくは欠失は乳頭型DCIS, EPCのみに高頻度で見られる。1q増多と16q欠失はER陽性低異型度浸潤性乳管癌で特徴的かつ高頻度で見られる変化であり, 乳頭型DCIS, 管状癌, 浸潤性小葉癌でも高頻度である。これらの多くで染色体転座による派生染色体 der(16)(q10;p10) または der(16)t(1;16) の形成が示唆されている。乳管内乳頭状腫瘍の良悪性鑑別への分子診断の応用について考えてみたい。

SY4-3 小型細胞乳癌の鑑別診断(硬癌と小葉癌)

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学

○唐 小燕(MD), 中西陽子(その他), 増田しのぶ(MD)

乳癌の組織診断において、浸潤性小葉癌および硬癌(狭義)はいずれも小型細胞の短い一列並列の形態を示す場合が多く、その鑑別診断法として、小葉癌の特徴の一つである細胞接着蛋白 E-cadherin の機能喪失を利用した免疫組織化学法はよく使われている。細胞診検体において、浸潤性小葉癌細胞は、結合性が疎な小集団あるいは線状配列が多く、線状集塊辺縁部は丸味を帯びた数珠状である。さらに核は円形から楕円形を示し、クロマチンは微細で淡く、細胞質内小腺腔構造が高頻度で見られるなどの特徴を示す。一方、硬癌は、結合性が密で、線状集塊辺縁部は直線状、核は楕円形～不整形で、クロマチンは増量およびやや粗いものが多い傾向がある。しかし、浸潤性小葉癌の中にも、核異型の強い多形癌や、硬癌で細胞質内小腺腔構造が見られる例もあり、診断にすにあたっては苦慮することが多く、形態学的以外の鑑別方法が求められている。今回、われわれは、細胞診パニコロウ染色標本から作製した転写標本およびセルブロック標本を用いて、E-cadherin の免疫組織化学をおよびその E-cadherin 遺伝子 CDH-1 (16q22.1) の欠損や変異の検出方法を検討した。特に、CDH-1/CEP16 の Due-color Fluorescence in situ hybridization (Due-FISH) 法の細胞診および組織切片で行った検査の比較を行った。その検討結果および細胞診検体をもちいた Due-FISH 法施行に際しての留意点をまとめて紹介する。

SY4-4 乳腺分泌癌および類似組織型における鑑別マーカーと細胞診断学的特徴

公益財団法人がん研究会有明病院病理部¹⁾, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部²⁾, 公益財団法人がん研究会がん研究所分子標的病理プロジェクト³⁾, 公益財団法人がん研究会有明病院細胞診断部⁴⁾, 公益財団法人がん研究会有明病院乳腺外科⁵⁾

○大迫 智(MD)^{1,2)}, 竹内賢吾(MD)^{2,3)}, 池畑浩一(CT)⁴⁾, 堀井理絵(MD)^{1,2)}, 坂井威彦(MD)^{4,5)}, 森園英智(MD)^{4,5)}, 岩瀬拓士(MD)⁵⁾, 秋山 太(MD)^{1,2)}

乳腺分泌癌は 1966 年に若年性癌として初めて報告された極めて稀な腫瘍であり、2002 年に *ETV6-NTRK3* 融合遺伝子を有することが報告された。分泌癌は乳腺腺房細胞癌, cystic hypersecretory carcinoma, 浸潤性乳管癌などと組織形態学的に類似するとされる。しかし、これらの腫瘍の希少性からか、鑑別マーカーおよび細胞像の評価を系統的に行った研究はない。我々は、1961~2010 年の乳癌切除例 23,782 例中“分泌癌”と原診断された 19 例を対象に、それらを形態、免疫組織化学、FISH (*ETV6-NTRK3* 再構成) の結果を総合して再分類し、鑑別マーカーおよび細胞像を評価した。まず、19 例を組織形態学的に濾胞型 9 例、腺房型 3 例、乳管拡張型 3 例、浸潤性乳管癌 3 例、その他 1 例に再分類した。すると、濾胞型全例で *ETV6-NTRK3* 再構成が見られた。また、腺房型全例でアミラーゼが陽性であった。さらに、濾胞型および乳管拡張型全例でラクトアルブミンが陽性、濾胞型全例と乳管拡張型 2 例でアディポフィリンが空胞状に陽性であった。以上より、濾胞型 9 例は真の分泌癌、腺房型 3 例は腺房細胞癌、乳管拡張型 3 例は cystic hypersecretory carcinoma であると診断した。各組織型の細胞診標本を見直すと、分泌癌は集塊状で細胞質内に粘液小球構造が目立つ、腺房細胞癌は孤立性・裸核状で顆粒状の細胞質をもつ、cystic hypersecretory carcinoma は蛋白質を背景とし核形不整が強いという特徴が見られた。これらの病理学的鑑別マーカーおよび細胞学的特徴は、稀であるが故に遭遇時には診断困難となる可能性のある分泌癌、腺房細胞癌、および cystic hypersecretory carcinoma の鑑別に有用と思われた。

SY4-5 線維腺腫, 葉状腫瘍の遺伝子変異—MED12を中心に—

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

○前田一郎(MD)¹⁾, 永澤 慧(MD)²⁾, 小穴良保(CT)³⁾, 高木正之(MD)¹⁾

乳腺線維吸引細胞診 (fine needle aspiration cytology : FNAC) において, 線維腺腫は硬癌, DCIS, 乳管内乳頭腫とともに「鑑別困難」と判定される4代疾患の一つである。A subunit of the transcriptional mediator complex 12 (MED12)は転写メダイエータ複合体の一つであり, 遺伝子の発現機構において重要な役割をはたし, エンハンサーからの情報をRNAポリメラーゼIIへと伝達するのがその役割である。その構造および機能は酵母からヒトまで保存されており, 酵母では21個のサブユニットからなる超分子複合体を形成している。多くの線維腺腫, 葉状腫瘍はこのMED12のエクソン2に遺伝子変異を認めることが報告され, 子宮の平滑筋腫でも同一遺伝子変異が同定されており, 近年, 注目されている。2014年7月, Limら[1]から始まった線維腺腫, 葉状腫瘍のMED12に関する文献は既に12文献におよぶ。葉状腫瘍を用いた当院の研究とこれらの文献について概説したい。1. Lim WK, Ong CK, Tan J, Thike AA, Ng CC, Rajasegaran V, et al. Exome sequencing identifies highly recurrent MED12 somatic mutations in breast fibroadenoma. *Nat Genet* 2014 ; 46 : 877-80.

◇シンポジウム5

SY5-1 がんのゲノム医療の実用化に向けて～我が国の現状と課題について～

国立研究開発法人国立がん研究センター

○中金 斉(MD)

近年, 飛躍的に解析能力が向上したゲノムシーケンズ解析技術を駆使することにより, 一つのがん組織は多様な変異プロファイルを有するがん細胞の集団で構成されていることが分かってきた。同一個体内の腫瘍間でもその変異プロファイルが異なることも示されている。ゲノムの異常という観点から, がんは極めて多様な病態を呈する疾患であることが解明された。個々のがんの治療・診断においては, がんの多様性・複雑性を理解し, がん細胞の生存や増殖に重要な役割を果たしている異常(ゲノム等の異常)を的確に同定することにより, 個々のがんに対して最適な治療法を実践することが求められる。近年のがんゲノム解析の成果により, 肺腺がんにおいては特徴的なドライバー変異(融合遺伝子)が次々と発見された。肺腺がんの約5%ではELM4-ALK融合遺伝子を有することが分かり, ALK阻害剤により劇的な治療効果がえられることが分かった(間野, 2007)。個々のがんのゲノム情報に基づいた個別化治療の高い有用性が示された。その後も, がん特異的なドライバー変異の同定と有効性の高い治療薬の開発が進められている。このことは同時に, 医療現場でのゲノム解析の高い精度での解析能力と再現性が求められることを意味する。多数の遺伝子変異の有無を医療実装レベルで診断する方法論(検査法)として日本で承認されているものは未だない。現在, 日本においてもゲノム情報に基づく医療提供体制に関しては, AMEDの主要プロジェクトの一つとして精力的に取り組もうとしている。ゲノム医療を基軸とした「最適医療(Precision Medicine)」の実現に向けての動きが今後急速に加速することが想定される。その際には, 試料採取・移送, DNA/RNA等の抽出, ゲノムを含むオミックス解析の精度・妥当性, 解析結果の臨床的意義の妥当性, 患者への結果回付等々, 試料採取から患者への結果回付までの様々な段階において, 品質の保証及び品質管理体制の適正性が問われることになる。ゲノム医療等を基軸とする「最適医療(Precision Medicine)」の目指す方向性は, 現在の医療体系を大きく変えるものである。最適医療の実現という大きな潮流の中で, 病理診断を含む臨床検査部門の果たす役割は極めて大きい。全国レベルでの臨床検査体制の質的な均質化を図ることが求められている。

SY5-2 国立がん研究センターにおけるクリニカルシーケンスの現状と問題点

国立がん研究センター中央病院臨床検査科/遺伝子診療部門

○角南久仁子(MD)

疾患そのものに対する分子生物学的な‘研究’を目的とした遺伝子解析ではなく、患者試料の遺伝子解析を行い、結果を患者に返して治療選択に反映させる‘臨床’を目的としたクリニカルシーケンスが国内外で盛んになってきている。これは、がんの治療と関連する遺伝子が数多く同定され、遺伝子異常に基づく治療選択が行われるようになったことや、技術の進歩に伴い、次世代シーケンサーが実用化し、シーケンスデータを日常臨床に活用することが技術的に可能になってきたことを反映している。

当センターでは、日常診療で汎用されるホルマリン固定パラフィン包埋の手術検体および生検検体を用いて約90個のがん関連遺伝子の変異・増幅、約10遺伝子の融合を検出するパネル(NCCオンコパネル)を開発した。そして、それを用いたクリニカルシーケンス研究を行っている(TOP-GEAR: Trial of Onco-Panel for Geneprofiling to Estimate both Adverse events and Response)。この研究の第一弾として、早期企業治験への導入を目的としたTOPICS-1試験(Trial of Onco-Panel for Introduction into Clinical Study-Phase I)を行い、約130例の各種がん組織の解析が終了した。その結果、約半数の症例において理論上分子標的薬の効果と結びつくと考えられる遺伝子異常が同定された。また有用性が示される一方では、品質保証、未知変異の取り扱い、偶発的所見の取り扱いといった課題も残された。そこで、中央病院内に臨床検査レベルの品質保証下でクリニカルシーケンスを行う検査室(SCIラボ: Sysmex Cancer Innovation ラボ)を開設し、TOP-GEAR内の次の臨床試験として、腫瘍組織と正常組織をペアにしたクリニカルシーケンスを開始する。本シンポジウムでは、我々の取り組みを紹介し、議論の場としたい。

SY5-3 遺伝性乳癌卵巣癌における臨床の現状と今後の対応

がん研有明病院遺伝子診療部

○新井正美(MD)

遺伝性乳癌卵巣癌(hereditary breast and ovarian cancer: HBOC)はBRCA1あるいはBRCA2の生殖細胞系列の病的変異に起因する乳癌や卵巣癌などをはじめとする癌の易罹患者性腫瘍症候群である。これまで、わが国では癌の遺伝に関する認識が不足していた。実際、遺伝性腫瘍との認識がなくても日常の癌診療は可能である。しかし医療者がHBOCの可能性を考慮しなければ、HBOCの診断や対策の実施は難しい。患者の生涯にわたる健康管理を行う際に適切な医療が介入する機会を提供できれば、現在の保険診療の枠組みを超えた医療の可能性が拓ける。癌の遺伝医療においてゲノム情報を活用する意義はここにある。HBOCではBRCA遺伝子検査を遺伝カウンセリングの中で行い、この遺伝子変異の情報を用いて、サーベイランスの計画を立てたり、手術術式の選択、リスク低減手術の適応も検討されるようになった。さらに近い将来にBRCA遺伝子検査はPARP阻害薬の効果予測マーカーとして普及する可能性もある。現在の課題として、わが国のBRCA遺伝子変異の実態やHBOCにおける各種癌の臨床的特徴が明らかになっていないこと、BRCA遺伝子検査が一般医療の中に十分に入り込んでいないこと、などがあげられる。そこで、NPO法人日本HBOCコンソーシアムが設立され、全国登録事業が開始されることになった。また医療者のHBOCに対する認識を普及するために、年2回の教育セミナーも実施されている。さらに地域の病院が連携してHBOC患者の診療を行えるように、医療機関の施設認定を実施する新たな機構の設立が予定されている。

SY5-4 小児科領域における遺伝子診断の臨床応用の展望

慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センター

○小崎健次郎(MD)

講演では、小児科領域の遺伝学的検査について、現状と展望を概観する。三次医療機関であっても多くの患者が「診断不明 Undiagnosed diseases」として経過を観察されている。患者の相当数が、単一遺伝子の変異により発症していると推測され、網羅的な遺伝学的検査の臨床現場への導入が待たれる。病因診断により、特異な治療法の実施・合併症の回避、正確な遺伝カウンセリングが期待できる。「未診断疾患患者」に対して、網羅的遺伝子診断を行い、鑑別疾患・絞り込み・確定診断を行う試みが国際的に広がっている。わが国では、Initiative on Rare and Undiagnosed Diseases (IRUD) が昨年の7月に開始された。われわれが同定した新規疾患の CDC42 異常症 (MIM 616737 Takenouchi-Kosaki syndrome) や、過成長症候群 (MIM 616592 Kosaki Overgrowth syndrome) を含め、紹介したい。

Trio exome 解析は有効ではあるが、コストは数十万円のオーダーとなり医療経済学的には臨床現場への導入にはそぐわない。解決策として、発端者のみの既知ヒト疾患原因遺伝子約 5000 のタンパク翻訳領域のみを対象として絞った singleton medical exome 解析が期待される。演者施設での取り組みについて紹介する。今後の課題は、網羅的な遺伝子診断により見出される、二次的所見(偶発的所見)にどのように対応するか、わが国としてのコンセンサスを醸成することである。

◇シンポジウム6

細胞診検査士養成のあり方

SY6-1 細胞検査士の養成のありかた

がん研有明病院付設細胞検査士養成所

○古田則行(CT), 星 利良(CT), 池畑浩一(CT), 鈴木奈緒子(CT), 山田麻里沙(CT), 伊藤崇彦(CT), 藤山淳三(CT), 小松京子(CT), 杉山裕子(MD)

呼称であった「細胞診スクリーナー」を「細胞検査士」と改めたのが1997年(平成9年)のことである。これは時代のニーズから細胞検査士の仕事が、異常細胞のスクリーニングだけではなく多様化してきたことにある。細胞診の現在は、検診、健診現場でのスクリーニング、医療の現場での細胞判定に留まることなく、on site cytology、研究領域にまで用途が広がってきている。視点を変えると、細胞診=細胞検査、細胞診=細胞診断学の二面性も出てきたように思われる。その反面、スクリーニングができない細胞検査士と皮肉られることもある。さらに治療のためには形態学的診断を越えた診断、遺伝子検索等が必要な場合も多くなってきた。当然それらに対応した細胞診の必要性を探る時期でもあり、細胞検査士も時代のニーズに応じた人材育成が必要である。本来の細胞検査士とその養成のあり方、将来について今一度考えてみる時期であると思う。

SY6-2 4年生大学の養成課程における細胞検査士の養成

弘前大学大学院保健学研究科

○渡邊 純(MD), 吉岡治彦(CT), 堀江香代(CT)

【背景】細胞診断は、スクリーニングのみならず記述的診断や質的診断が求められ、より高度で重要な技術となってきた。しかも、細胞検査士資格認定試験は難関である。弘前大学医学部保健学科では、群馬県以北に細胞検査士養成機関がないこともあり、平成21年度に細胞検査士養成課程を開設した。

【現状】細胞検査士養成課程を希望する学生(3年次編入生を含む)は、3年次より始まる細胞検査士養成課程の細胞診断学講義、細胞診断学演習、細胞診断学実習(附属病院実習を含む)の単位をすべて修得すれば、細胞検査士資格認定試験の受験資格を得ることができる。4年制大学の系統的な教育課程で細胞診教育を受けられ、卒業と同時に細胞検査士と臨床検査技師のダブルライセンスを取得できる事は学生にとっても病院側にとっても魅力的である。

【課題】1. 教育用細胞診標本の充足, 2. 希望者全員が修了出来るわけではない, 3. 細胞検査士資格認定試験, 就職試験, 卒業研究, 臨床検査技師国家試験を同時にこなさなければならない, 等が挙げられる。対策としては、1. 医学部附属病院や近隣の病院, 非常勤講師に細胞診標本を貸していただき, さらに, 貴重症例はバーチャルスライドとしてデータ保存して活用する, 2. 非修了者は卒業後も勉強会などに受け入れる, 3. 専用の細胞検査士養成課程研究室を設け, 学生同士が協力して勉強や研究に専念できる環境を整備する, 以上を行っている。

【将来展望】大学にとって、研究も大きな使命である。細胞診断能力だけでなく、卒業研究を通じて自分で考えて問題を解決することができる細胞科学者の卵を育成することは、細胞検査士の地位向上に貢献すると期待される。

SY6-3 大学院における細胞検査士の養成

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

○南雲サチ子(CT), 小林忠男(CT), 松浦成昭(MD)

【背景】大学院でのCT養成教育施設はいまだ少ないが、CT養成の高等教育が広まりつつある。大阪大学では2008年に大学院医学系研究科保健学専攻に細胞検査士コースを開設し、養成教育を開始した。この養成課程については文部科学省の大学教育改革推進事業「がんプロフェッショナル養成プラン」(がんプロ)で、種々のがん専門スタッフの養成を目的に始まった教育活動の一環である。現在第2期がんプロとして継続されている。

【養成課程】がんプロの医療専門スタッフ養成コースは大学院博士前期課程に位置づけられ、学位(修士)+それぞれの専門資格取得が義務づけられている。細胞検査士コースも、本課程に2年以上在学し所定単位30単位以上を修得し、かつ必要な研究指導を受けた上で、修士論文を提出して、その審査に合格しなければならない。また、がん医療全体を理解しチーム医療の連携を図るために、キャンサーボード、合同研修、セミナー等が義務づけられている。さらに、上記以外に大阪大学医学部附属病院および阪大微生物病研究会への実地修練を義務づけている。

【大学院での養成目標】大学院での養成目標は、分子生物学的解析法を含めた高度な医療技術・知識を習得するとともに、チーム医療・情報化・国際化等に対応できる細胞検査士の養成を目指した教育を行うことである。

【今後の課題】がんプロにより多くの医療スタッフの養成が進んでおり高い評価がされているが、細胞検査士の養成はまだ少数にとどまっている。大学院で細胞検査士養成を行うには、指導教員の確保(人的・経済的)が大きな課題であり、またチーム医療の連携を図れるかが重要となる。

SY6-4 地域連携組織と自治体との共同による細胞検査士の育成

金沢大学医薬保健研究域保健学系病態検査学

○尾崎 聡(CT), 河原 栄(MD)

本学会の地域連携組織である石川県臨床細胞学会は、平成23年から27年の5年間にわたり、石川県からの委託事業として細胞検査従事者育成研修会を企画・実施してきた。本研修会は、がん診療やがん検診における細胞検査士の役割に加え、検査士資格取得の難易度が高いことや、高齢化により将来へ人員不足が予想されることなどが理解されて助成が得られたものである。実施要領は、1. 目的：がん医療を支える細胞診検査従事者へ技術支援を行い、がん医療の精度向上及びがん医療の質の向上を図る、2. 実施主体：石川県（石川県臨床細胞学会に委託して実施）、3. 対象者：臨床検査技師または衛生検査技師の資格を持ち、県内の医療機関で細胞検査業務に従事している者、4. 事業内容：がん検診の細胞検査業務従事者の資質向上に係る研修会の実施、となっており、石川県健康福祉部健康推進課生活習慣病対策グループが窓口となって委託契約を取り交わした。研修会は毎年3月～10月の日曜日に全8回～12回にわたって、午前中に講義、午後からは鏡検実習という内容で開催した。講師陣としては、各分野で活躍している専門医のべ24名と検査士のべ44名を5年間に招聘した。受講者の参加費は不要として、受験予定者だけではなく検査士や医師・細胞診専門医も参加可能とした。また、隣県である富山県と福井県からの参加者も受け入れた。

この5年間の研修会は、受験者に役立つだけでなく、われわれ検査士も新たな視点で細胞診を捉えることができ、尚且つ教育に関するノウハウを学ぶことができた。本研修会の開催は細胞検査士育成を通して、学会のもつ公益性を社会に発信することの意義が強調された活動であったと考える。

SY6-5 地域病院における細胞検査士の養成

地方独立行政法人那覇市立病院

○山城 篤(CT)

現在、細胞検査士養成に関する機関は、細胞検査士養成所をはじめ、4年制大学や大学院、短期養成講習会による研修会が主体を占めている。これまで地理的制約のある沖縄県では、細胞検査士を志す技師が県外の養成機関や研修会に参加することが多く、経済面や動力面で大きな負担を伴う環境にあるのが現状で、地域における養成が求められていた。そこで、2009年から沖縄県臨床細胞学会の事業計画の一環として、また、当院は地域がん診療連携拠点病院であるため、主催として細胞検査士養成を展開している。この事業の流れとして、まず、細胞検査士資格取得者の前にあたる臨床検査技師に焦点を当て、沖縄県臨床検査技師会が窓口として希望者を募り、養成研修会を開催する。この事業での合格者は、必然的に研修会の講師を担当するシステムを採用し、良好な成績を収めている。近年、医療過誤の社会問題化や臨床検査技師の超音波検査士認定資格取得のシフト化など、細胞診を取り巻く環境も変化しつつあるが、医療における細胞診の重要性は現在も存在し、更なる進化発展が求められてきている。細胞診業務の技能と魅力を次世代に継承させることは重要で、地方においても細胞検査士認定資格を取得できる環境を構築していくべきだと考えられる。ここでは、実績、カリキュラム、今後の課題などについて述べる。

SY6-6 細胞検査士養成のあり方

鳥取大学医学部病態検査学¹⁾, 鳥取大学医学部機能病態内科学²⁾, 鳥取大学医学部病態制御外科³⁾

○広岡保明(MD)¹⁾, 松本和也(MD)²⁾, 徳安成郎(MD)³⁾

公益社団法人日本臨床細胞学会では、細胞検査士資格認定試験（以下、試験）を昭和44年から開始し、最近では毎年600人前後の臨床検査技師が受験している。当初の合格率は50～60%であったが、昭和60年頃以降は30%前後と低いが、それによって細胞検査士の質が保証されている、という一面もあることは否めない。受験者は、(1) 病院や細胞診検査施設で細胞診の実務に1年以上従事した臨床検査技師、(2) 本法人認定の細胞診技術者養成機関の卒業者、(3) 4年制大学で本法人認定の細胞検査士養成課程修了者、(4) がんプロ等のプロジェクトを利用し大学院博士前期課程で細胞診の修練を積んだ大学院生、等である。筆者は2007年～2012年の6年間、試験委員長として試験実務を統括してきた。今回のシンポジウムでは『細胞検査士養成のあり方』について私見を述べる。細胞検査士を養成するにあたり、養成すべき細胞検査士像とは、果たすべき社会貢献とは、という課題が突きつけられる。がん細胞のスクリーニングで癌の早期発見に寄与すること（臨床）が最も重要であるが、それ以外にも、癌や細胞診に関する研究を行い（研究）、人材の育成（教育）にも注力すべきである。また、学会の認定試験である以上、学会の基本姿勢である細胞診専門医との協働に関しても十分な配慮ができることが必要である。これらの細胞検査士像を考えると、より高度な教育が行われ、研究マインドも習得できるように養成すべきであると思われる。そのためには、まだ少数である大学院での養成を、大学院以外の養成機関や養成課程と同様に1つの大きな柱として注力していく必要があるのではないかとと思われる。

◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

細胞診の将来を考察する

SYS1 膀胱癌の診断に求められる尿細胞診

千葉県がんセンター臨床病理部¹⁾, 千葉県がんセンター研究所²⁾

○平田哲士(CT)¹⁾, 丸 喜明(CT)²⁾, 有田茂実(CT)¹⁾, 酒井えり(CT)¹⁾, 伊丹真紀子(MD)¹⁾

「細胞診の将来を考察する」にあたり尿細胞診を例に発表する。尿細胞診は尿路上皮癌のスクリーニング、診断、経過観察に頻用される重要な検査である。尿細胞診の感度は高異型度の尿路上皮癌（HGUC：高異型度非浸潤性乳頭状癌・浸潤癌・上皮内癌）で高いが、低異型度非浸潤性乳頭状尿路上皮癌（LGUC）では低い。泌尿器科領域では腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約（2011年）、膀胱癌診療ガイドライン（2009年・2015年）、血尿診断ガイドライン（2006年・2013年）などがあり、これらの中で尿細胞診が臨床医から求められるのはHGUCの検出であり、LGUCの診断に対する尿細胞診への期待は低いと考える。LGUC診断が低感度であることより高感度の方が望ましいために、形態学の立場から尿細胞診でのLGUC検出感度向上に関する検討が重ねられてきたが、現在まで感度向上に至る有効な細胞判定基準は確立されていない。尿細胞診でLGUC検出感度向上のために比較的異型の弱い細胞例での検出を増加させると、細胞診誤陽性も増え、不要な細胞診再検査や不要な膀胱鏡検査の発生頻度が増加し、患者や保険診療費の負担が増加することが考えられる。2015年12月、「The Paris System for Reporting Urinary Cytology」が出版され、「目的をHGUCの検出に置き、LGUC診断は確実な場合に限る」とする報告様式が世界標準になろうとしている。一方、日本臨床細胞学会は「泌尿器細胞診報告様式2015」を制定し、診断基準を標準化するための解説書を発刊することになった。膀胱癌の診断に求められるのは、標準化された報告様式、病理組織学的根拠に基づく判定基準を用い、再現性と精度にすぐれ、高い信頼性を有する尿細胞診システムと考える。

SYS2 子宮内膜細胞診の問題点と将来の展望

弘前大学大学院保健学研究科

○渡邊 純(MD)

子宮内膜癌は増加しており、近年子宮頸癌を上回り年間10,000例を超した。本講演は、1. 子宮内膜細胞診の問題点、2. 将来の展望について解説する。1. 子宮内膜細胞診の問題点 子宮内膜細胞診は難しいと考えている人が多い。その理由として、他の臓器の細胞診と異なりホルモンによりダイナミックに変化する点、組織診断の客観性の低さ、採取法による所見の差異、用語の不当性、などが挙げられる。ここでは、問題点を2つ取り上げる。1) 不規則増殖期内膜と子宮内膜増殖症の鑑別は可能か？子宮体癌取扱い規約第3版(2012)によると、「両者の違いは量的な差異に過ぎず形態像には重複が見られる」とある。したがって細胞診で両者を鑑別することは困難と考えられる。2) 子宮内膜増殖症と異型増殖症の鑑別は可能か？同上の取扱い規約では、「子宮内膜異型増殖症は細胞異型を伴う子宮内膜腺の過剰増殖」とある。子宮内膜細胞診で細胞異型を客観的に評価出来れば、両者の鑑別は可能と考えられる。以上、現状において、子宮内膜細胞診では子宮内膜増殖症と腫瘍性と認識できる異型増殖症以上の病変を鑑別することが肝要と考える。2. 将来の展望 1) 構造異型と細胞異型を評価し易い子宮内膜液状化細胞診(内膜LBC)による新しい展開を取り上げる。その原理、利点、欠点、従来法との相違点を解説する。2) 内膜LBCの応用術前に採取された内膜LBC標本を用いて、予後因子を免疫細胞化学的に検討することにより、術前に予後判定が可能であることが明らかとなった。将来、内膜LBCが細胞診断、予後判定、治療効果判定等に应用され、高度先進医療にふさわしい診断システムとして確立されることが期待される。

◇ワークショップ1

リンパ節細胞診：反応性病変と腫瘍性病変の相違・鑑別と特徴的所見

WS1-1 反応性病変と腫瘍性病変の鑑別ポイント

昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科¹⁾、昭和大学横浜市北部病院病理部²⁾、昭和大学医学部病理学講座臨床病理診断学部門³⁾○岸本浩次(CT)¹⁾、北村隆司(CT)²⁾、佐々木隆介(CT)³⁾、太田善樹(CT)¹⁾、船宝直美(CT)¹⁾、塩沢英輔(MD)³⁾、楯 玄秀(MD)³⁾、瀧本雅文(MD)³⁾、光谷俊幸(MD)¹⁾、大池信之(MD)¹⁾

リンパ節細胞診では他領域の細胞診の悪性判定基準(核クロマチンの増量、N/C比の増大、核形不整)とは若干異なる見方が必要である。第一に背景に出現する小型成熟リンパ球(非腫瘍性小型リンパ球)の見極めとおおまかな各種細胞の出現率の算定が重要である。反応性リンパ節炎の反応形式は濾胞過形成、副皮質過形成、リンパ洞の過形成が挙げられる。最も日常経験する濾胞過形成は良性病変の代表的な像でありその細胞像はリンパ節構成細胞をしる上でも重要である。基本的な見方として、反応性リンパ節炎(リンパ濾胞過形成)に出現する様々なリンパ球、組織球、貪食組織球、胚中心の存在を示唆するLymphohistiocytic aggregates、その他細胞の特徴的な所見について解説する。その上で腫瘍性病変との鑑別に必要となる、1) 各種細胞の出現様相(単調、多彩な像、僅かな大型異常細胞の出現、異常細胞の大きさ)、2) 核クロマチン凝集、核形不整(核のくびれ、切れ込み等の程度)、3) 核小体(核小体の有無と大きさ)、4) 細胞質(細胞質の性状、Giemsa染色標本における染色性)等のポイント、見方、考え方を解説したい。

WS1-2 炎症性疾患、ウイルス性疾患等と腫瘍性病変の鑑別

獨協医科大学病理形態

○小島 勝(MD)

演者は非腫瘍性リンパ節病変の細胞診断が有用な疾患は結核などを除けば病変特異性の高い細胞所見や背景所見が出現する場合で、さらに臨床所見が参考になる疾患であることを強調してきた。今回はトキソプラズマリンパ節炎を例に挙げ、単球様 B 細胞の細胞学的・病理形態学的特徴、血管免疫芽球型 T 細胞リンパ腫の腫瘍細胞である淡明細胞との鑑別について提示する。皮膚病性リンパ節症は背景の T 細胞の核に異型が見られることがあり、時に末梢性 T 細胞リンパ腫との鑑別を要することがあるが、ラグビーボールの核を持つ interdigitating reticulum cell とメラニン等を貪食した組織球を見出すことにより細胞診でも診断は可能である。しかし、既往歴に菌状息肉症があるときは診断は不可能である。悪性リンパ腫との鑑別が時に困難な反応性リンパ増殖疾患として、Castleman 病硝子血管型と EBV 感染リンパ増殖疾患を取り上げる。前者はマントル層の過形成を示す代表的な疾患である。核腫大を示す濾胞樹状細胞の集塊の中に細血管の侵入が見られれば細胞診で診断は可能であるが、大きなマントル層の集塊が形成される、primary follicular pattern と称される病変は、マントル細胞リンパ腫や follicular lymphoma grade1 との鑑別は困難と思われる。EBV 感染リンパ増殖疾患は多彩な病理組織像を呈するが、非 Hodgkin リンパ腫ではびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と診断されることがある。リンパ節生検や穿刺吸引細胞診の対象になる 30 歳以上や、末梢血の異型リンパ球増多が見られない症例では悪性リンパ腫と誤診されることがある。

WS1-3 Hodgkin リンパ腫の鑑別診断(特に反応性病変)

埼玉医科大学総合医療センター病理部

○大澤久美子(CT), 田丸淳一(MD)

Hodgkin リンパ腫 (HL) は、多彩な炎症性背景に絶対数の少ない大型の Hodgkin/Reed-Sternberg (HRS) 細胞の出現によって特徴づけられる腫瘍であり、その診断は HRS 細胞の存在なくしては不可能である。しかし、HRS 細胞にもさまざまな形態が知られており、HRS 細胞に似た細胞は HL のみならずリンパ腫をはじめとする様々な腫瘍性病変、そして反応性病変で遭遇するため、鑑別診断には十分な注意が必要である。また、背景にはリンパ球、組織球、形質細胞、好酸球などがさまざまな割合で認められ、好中球や壊死の存在をとまなう症例もみられる。これらの背景細胞に形態学的異型性を認めないことも診断には重要な所見であり、HRS 細胞の出現が目立たない症例では反応性病変との鑑別が難しくなる。

日常の細胞診業務において、非特異的な炎症性背景に HRS 細胞の出現を認識することが HL 診断の第一歩であり、基本的には他の疾患を除外することで HL という疾患診断につながることを念頭に診断業務を遂行してゆくことが大事であろうと思われる。したがって、どのような疾患で HRS 細胞類似細胞が出現し、背景の反応性細胞の出現パターンによって、どのような疾患との鑑別が必要となるかを十分に理解しておくことが重要である。

今回我々は、上記の点を踏まえ鑑別すべき疾患の細胞像や背景像について報告する。

WS1-4 反応性病変と腫瘍性病変鑑別の難解症例, 特に T 細胞性リンパ腫例について

福岡大学医学部病理学

○竹下盛重(MD)

T 細胞性リンパ腫において, angioimmunoblastic T-cell lymphoma (AITL) は反応細胞が多く混在し, 反応性リンパ節炎や Hodgkin リンパ腫との鑑別が難しい. 我々は AITL の細胞学的特徴として, 形質細胞や好酸球と共に中型リンパ球が増加すること, 類形質細胞や大型リンパ球がみられること, 淡明な胞体を有するリンパ球が増加すること, 背景に紡錘型細胞がみられることを上げた. 病因は不明であるが, EBV 感染 B 細胞が散見されるのも診断上重要である. 鑑別する疾患として, 反応性リンパ節炎では, 小型リンパ球が増加し, 中, 大型リンパ球が少ないこと, tingible body macrophage が散見されることを上げた. 慢性活動性 EBV 感染症 (CAEBV) は CD4 陽性 T 細胞が異常に増加する状態で T 細胞性リンパ腫の前段階と推測され AITL と鑑別が必要である. 少ない症例であるが, CAEBV では組織球の反応と共に少数の大型リンパ球の出現と多数の小型リンパ球があり, 淡明細胞は認めないことが鑑別点と推測した. AITL では巨細胞も散見することがあり Hodgkin リンパ腫との鑑別も必要であるが, 背景リンパ球の大きさの違いや淡明細胞の出現が異なる点であった. 現在, AITL は follicular/helper T 細胞 (Thf) 由来の腫瘍であると考えられている. Thf 細胞性リンパ腫には, 濾胞型, びまん性中細胞型, 大細胞型リンパ腫も認められている. これらの形の T 細胞性リンパ腫の細胞学的特徴も把握することにより, 反応性病変, その他の悪性リンパ腫との鑑別がより正確になる.

WS1-5 リンパ節細胞診における良悪性鑑別困難症例の検討

杏林大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部病理学教室²⁾

○鈴木 瞳(CT)¹⁾, 加藤 拓(CT)¹⁾, 坂本憲彦(CT)¹⁾, 水谷奈津子(CT)¹⁾, 市川美雄(CT)¹⁾, 稲嶺圭祐(CT)¹⁾, 菅野大輝(CT)¹⁾, 望月 眞(MT)²⁾, 大倉康男(MT)²⁾

【はじめに】悪性リンパ腫の診断においてリンパ節穿刺吸引・捺印細胞診は迅速に標本作製・診断ができるため有用性のある検査と言える. しかし, これらの細胞診標本は様々な因子により良悪性の鑑別に苦慮する 경우가少なくない. 今回, 我々は良悪性鑑別困難とした症例の細胞像を再鏡検しその細胞所見について検討した.

【対象と方法】当院において 2009 年 12 月から 2015 年 11 月に提出された経皮的リンパ節穿刺吸引, 捺印細胞診検体 997 例中, 良悪性鑑別困難と診断された 66 例 (6.6%) のうち組織学的診断が得られた 42 例を用いた. 標本を再鏡検し, 良悪性鑑別困難になった原因を分析し, 良悪性の診断における細胞所見について検討した.

【結果と考察】細胞診で良悪性鑑別困難と判定された症例の組織学的診断結果の内訳は, 悪性 39 例 (悪性リンパ腫 34 例, 転移性悪性腫瘍 5 例), 良性 3 例 (反応性リンパ節 1 例, 傍皮質過形成 1 例, 濾胞過形成 1 例) であった. 良悪性鑑別困難と診断された所見を検討したところ, 1) 細胞異型が乏しい, 2) 乾燥・挫滅変性, 3) 採取細胞数が過少の 3 項目に分類された. 1) のような場合の細胞所見は, 壊死物質の有無, 細胞の出現様式, 核形不整, 核クロマチンの性状などが鏡検時のポイントと考えられた. 2), 3) のような場合は検体採取時の手技的な要素が大きいと考えられ塗沫・捺印時の手技, 標本の状況に合わせた適切な固定法の選択が重要であった.

【まとめ】良悪性鑑別困難の判定を少なくするために細胞異型が乏しい検体では細胞のより詳細な検討や検体の適切な処理が必須であると考えられる. また, LBC 法を用いて免疫学的な検討も視野に入れることで, より精度の高い細胞診断が可能となると考える.

◇ワークショップ 2

自動スクリーニング装置を用いた精度管理手法について
WS2-1 BD フォーカルポイント TM の測定原理と
運用方法

日本 BD DS 事業部 BD Women's Health

○幸野俊之(CT)

BD フォーカルポイント TM 子宮頸部細胞診スクリーニング支援システムは、子宮頸部細胞診塗抹標本をスキャンし、コンピューターによる画像処理により“悪性らしさ度”をスコア化し、順位付けが可能です。コンベンショナルスライド、BD シュアパス TM プレコートスライドの両方が測定でき、24 時間無人で稼働可能な装置です。BD フォーカルポイント TM システムは、1995 年に精度管理用（コンベンショナル標本）として、1998 年にはプライマリースクリーニング用（コンベンショナル標本）として、2001 年にはプライマリースクリーニング用（BD シュアパス TM 標本）として世界で初めて米国 FDA の承認を受けております。BD フォーカルポイント TM システムの測定原理と運用方法、精度管理の手法について解説いたします。

WS2-2 ThinPrep®イメージングシステムの概要と
原理

ホロジックジャパン株式会社

○杉本直美(CT)

2003 年に ThinPrep®子宮頸部細胞診標本の一次スクリーニング用装置として米国 FDA の承認を得て、現在欧米諸国を中心に導入が進んでいる ThinPrep®イメージングシステム（以後イメージャー）は 1. イメージング（標本の画像解析）機能をもった Imaging station, 2. レビュー（画像解析で選択された視野を自動で顕微鏡に提示する）機能をもった Review Scope Manual+, 3. PC サーバー, 4. 操作用モニターから構成されています。イメージャーのワークフローは 1. イメージング機能で標本上のすべての細胞を画像解析し確認すべき 22 視野を選択 2. レビュー機能をもつ顕微鏡で選択された 22 視野を提示 3. 提示された 22 視野の細胞を細胞検査士が鏡検し判定するという流れになっています。つまりイメージャーは細胞を提示するだけで細胞の判定はすべて細胞検査士が行います。細胞検査士は提示された 22 視野中に異常細胞がなければ陰性として報告することが可能ですが、22 視野中に 1 つでも気になる細胞があれば標本全体を鏡検して判定しなければなりません。イメージャーの特徴は画像解析において ThinPrep®染色液（専用染色液）を用いたプロトコルを順守した ThinPrep®標本を使用することでその画像解析の精度を確保しているところです。また標本の染色性を統一管理することで色の違いによる施設ごとの機器の微調整が不要となり、日常の簡便なメンテナンスだけで運用が可能という利点があります。今回、ThinPrep®イメージングシステムの最新モデルのご紹介とその概要、画像解析の原理および海外におけるマニュアル鏡検とイメージャー鏡検を比較した検討結果などからイメージャー導入のメリットをお伝えします。

WS2-3 BD フォーカルポイント TM の使用経験と運用方法について

株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー

○藪下竜司(CT), 花井 誠(CT), 内村洋志(CT),
熊谷朋子(CT), 上野喜三郎(CT), 石澤 貢(MD),
水口國雄(MD)

形態学, 特に細胞診は他の検体検査と比較し細胞検査士(以下 CT)の経験及び能力に依存する部分が大きく精度管理は重要な問題である。細胞診鏡検査業務においてヒューマンエラーによる異常細胞の見逃しが精度に最も影響を及ぼす。このヒューマンエラーを防ぐ方法として従来から人間同士によるダブルチェックが行われている。しかしながら人間同士によるダブルチェックの欠点として、一度鏡検している先入観により同じ見逃しをする恐れがある。当施設では2006年5月に日本BD社、BD フォーカルポイント子宮頸癌細胞診スクリーニング支援システム(以下FP)およびBD サイトナビ自動座標位置表示システム(以下サイトナビ)を導入し約10年が経過した。当施設におけるFPの運用は精度管理を目的とし、婦人科陰部、頸部、頸管細胞診の内、既往履歴のある標本、CTが再鏡検を希望する症例、ランダムに選択した陰性標本を合わせて陰性QC検体としてFPにて測定しサイトナビにて表示されたポイントの鏡検を実施している。今回は2006年から2015年に実施された子宮頸部細胞診標本4,525,264件の内、陰性QC検体としてFPで測定した275,062件についてその評価を従来法、LBC法で実施し、FPを精度管理用として使用経験、人のダブルチェックとの差異、再鏡検後のFalse negativeの発掘の評価、機器の結果の信用性、他の問題点として、機器運用などについてこれまでの経験を含め報告する。

WS2-4 ThinPrep 最新イメージングシステム DUO の使用経験について

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー

○池本理恵(CT), 平原尊史(CT), 衛藤久仁子(CT),
秋田律子(CT), 久岡陽子(CT), 西 国広(CT),
伊藤裕司(MD)

婦人科細胞診において2002年にFocalPoint(以後FP)を導入し、Conventional標本を精度管理と生産性向上のため使用を開始した。その後、LBC導入によりSurePath標本にもFPをプレスクリーニングに使用した。FPは特に検診検体に対してその能力を発揮し、陰性検体の多くをFPのみで診断を行い生産性を上げ且つ精度向上にも努めた。FPの使用を開始し10年間で、大きな見落とし過誤を起こすことなく診断が行えた。2015年4月からSRLはLBCをSurePathからThinPrepへ変更を行った。それに伴い、自動スクリーニング装置もFPからDUOへ変更を行った。婦人科検診は細胞診検査とHPV検査との併用検診が増え同じ検体(1バイアル)で2つの検査が同時に行えるLBCはその特徴を活かしている。また、細胞診検査に関してもプレスクリーニングとして、陰性の検体が多い検診に活用されている。遵守されたThinPrep染色により作製された標本は、常に同じ色合いで特徴的なクロマチン増量を示す。22カ所の視野はその標本全体を示すもので細胞検査士は示された22カ所について22カ所のみで診断を終えるか、標本全てを診ての診断を行うかの判断を行う。検診においては、多くは22視野での診断で終わることが出来るため、生産性を上げることが可能である。今回我々は婦人科細胞診におけるThinPrepイメージングシステムDUOの1年8か月の使用経験について報告する。

WS2-5 スクリーニング支援装置の実際と精度管理

株式会社ピーシーエルジャパン

○丸山 健(CT), 今井寿美子(CT), 新井康弘(CT),
泉 緑(CT), 石黒信吾(MD), 山内一弘(MD)

子宮頸部細胞診におけるスクリーニングには個人の技量、経験、集中力などの要因で見落としや誤判定が一定の比率で発生することは間違いない事実である。これを補う為の代表的な自動スクリーニング支援装置として日本BD社 Focal Point System (以下FP) とホロジック社のThinPrep Imaging System Duo (以下Duo)が販売されている。FPは異型度スコアの高い上位75%を要再検と判定し、更にこの群を5段階に分類する。残りの最もスコアの低い25%はNo Further reviewとして、米国では装置だけでの子宮頸部細胞診報告を許可しているシステムである。当施設では現在FPを6台保有し、年間約30万件の従来法標本の測定を行っている。さらにFPが測定したランク情報をもとに、サイトナビ(異型細胞をオートステージで誘導するシステム)を併用したダブルチェック体制は精度の維持には欠かせない存在となっている。DuoはThinPrep専用の自動スクリーニング装置で、コンピュータによる画像解析により選択された22視野を細胞検査士がチェックし、異常所見が無ければ米国では陰性として報告できるというシステムである。当施設でもLBCの増加傾向に伴い、精度維持を目的に導入することを予定している。前述したFPにおいては、これまでの運用経験から分類情報の取り扱い方法、運用コストなどについて、またDuoにおいては、導入に伴う事前検討として、100症例の人によるフルスクリーニング結果と、Duoを用いた22ポイントだけを判定した比較結果、専用染色液の染色性検討内容、ホロジック社の行う教育訓練、実運用を開始するにあたっての機器・試薬の選定、実際の運用開始してからのデータ等について報告する。

◇ワークショップ3

最新呼吸器細胞診鑑別診断総まとめ

WS3-1 肺癌検診喀痰細胞診が契機で発見された肺腺癌と肺扁平上皮癌の比較

公益財団法人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⁾, 日本赤十字社成田赤十字病院呼吸器外科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⁾, 渋谷 潔(MD)^{3,5)}, 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は肺門部早期扁平上皮癌の発見を目的に実施されているが、小型肺腺癌も発見されている。喀痰集検が契機で発見された肺腺癌(AD)と肺扁平上皮癌(SCC)を細胞学的に解析し、両者の鑑別について検討した。

【対象と方法】1995~2008年における喀痰集検受診者のうち、喀痰細胞診のC・D・E(中等度異型・高度異型/癌を疑う・癌)判定から肺癌が確定したAD40例とSCC102例を臨床的に比較した。細胞像ではD・E判定細胞が出現し検鏡が可能であった肺癌症例のうち、AD23例と低分化扁平上皮癌(P-SCC)10例について、蓄積標本に出現した細胞を比較検討した。

【結果】SCC102例の平均年齢は70歳、平均喫煙指数1,157で女性は3例、またAD40例の平均年齢は71歳、平均喫煙指数1,002で全て男性であった。細胞像はADで細顆粒状クロマチンの比率が高く、P-SCCはADと比較して核の濃染傾向が強かった。また核小体はADでより顕著であった。出現様式ではP-SCCで孤立性の出現比率が高かったが、ADは細胞小集塊を伴うことが多く、acinar, papillary, mucinous等のADの細胞配列の特徴所見を認識することが両者の鑑別に有用であった。腫瘍径2cm以下のADでは異型細胞の出現数が少なく、SCCとの鑑別のみならずDust cellとの鑑別に留意したスクリーニングが必要であった。

【まとめ】肺癌検診喀痰細胞診で発見されたADは全て男性で、SCCとともに平均喫煙指数が1,000を超えていた。孤立性細胞での両者の鑑別は困難な場合があり、ADの特徴的な細胞配列がSCCとの鑑別に有用であった。また喀痰細胞診による出現少数の異型細胞の検出が、小型ADの発見の契機になり得る可能性が示唆された。

WS3-2 扁平上皮癌の気管支穿刺吸引細胞診像の特徴：腺癌との細胞形態学的鑑別点を中心に

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内科²⁾, がん研究会がん研究所病理部³⁾

○星 利良(CT)¹⁾, 柳谷典子(MD)^{1,2)}, 古田則行(CT)¹⁾, 小松京子(CT)¹⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾, 石川雄一(MD)^{1,3)}, 宝来 威(MD)^{1,2)}

進行性非小細胞肺癌の治療は発展し、多くの選択肢が得られるようになった。しかし、組織型によってペメトレキセドやバシズマブなど使用可能な抗がん剤のレジメンが異なることがあり、臨床的にSQか非SQかの治療前診断は重要である。肺癌は組織検体の採取困難な症例が多く、細胞診での正確な診断が望まれている。そこで、細胞診断におけるSQと腺癌(AD)の鑑別所見を検討した。当院にて2013~2015年に経気管支下細胞診が施行され、かつ組織診断が得られた症例は477例あった。細胞診にてADと診断した335例のうち、327例は組織にてAD、8例はSQであった。一方、SQと診断した142例のうち、139例は組織にてSQ、3例はADであった。診断一致の466例を検討した結果、SQとADの鑑別には、角化異常細胞、腺腔形成、粘液産生性が有用であり、集塊性状、細胞配列、細胞間橋様構造、細胞形状、核位置等での鑑別は容易ではなかった。この結果を基に不一致の11例を再鏡検した。細胞診にてADとした8例中7例(88%)に腺腔様配列、1例(13%)に細胞質内空胞、3例(38%)に核偏在、6例(75%)に立方状~類円形細胞が目立ったが、8例(100%)とも少数の角化異常細胞、6例(75%)に壊死、縦走配列、細胞間橋様構造が認められた。一方、SQとした3例中1例(33%)に壊死、2例(67%)に細胞間橋様構造、3例(100%)に紡錘形細胞が目立った。2例(67%)に腺腔様配列を認めたが、3例(100%)とも細胞質内粘液や空胞はみられなかった。今回はSQとADのさらなる鑑別所見を追求するため、症例を追加し検討、報告する。

WS3-3 肺腺癌の組織亜型と細胞診—気管支鏡による新鮮細胞診材料を用いて—

京都大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 信州大学医学部附属病院臨床検査部²⁾

○吉澤明彦(MD)¹⁾, 平伴英美(CT)¹⁾, 仲田梨恵(CT)²⁾, 浅香志穂(MD)²⁾

2015年、肺癌のWHO分類が、11年ぶりに改訂された。この新分類では、肺癌切除例に付す診断名とは別に、細胞診材料/生検材料による診断名が掲載された。これは、肺癌の多くが発見時切除不能であることが多く、その場合は小さな生検材料や細胞診材料が唯一の診断材料となり、これらから遺伝子検査を含めた精査を行わなければならないこと由来する。即ち、細胞診材料のみでも、小細胞癌か非小細胞癌か、さらには扁平上皮癌か腺癌かの診断を行うことが、分子標的薬などの新規治療薬を用いるうえでの必須事項となっている。尚、判定が困難な場合は、免疫染色を加え検討し、“favor”を付したうえで腺癌か扁平上皮癌かの判定をすることの記載もされている。さらに、肺腺癌においては、“with lepidic pattern”, “with colloid features”などの特徴的な増殖様式を可能な限り記載することが推奨されている。こういった付記内容に関しては、細胞診材料ではなく、生検材料での検討を元に作られており、実際に細胞診材料で、これらの付記がどの程度可能なか記載した報告は多くない。我々は、経気管支鏡的に採取された新鮮な細胞診材料を用いて、細胞異型と重積性が、それぞれのパターンを示唆することのできる有用な所見であることを示してきた。近年では液状検体での材料提出も増えており、併せて、どの程度これらの付記が可能か、検討し、報告する。

WS3-4 腺癌と扁平上皮癌—LBC

久留米大学病院病理診断科・病理部

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

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、乾燥を防ぐと共に、集細胞効果が高いことなどが報告されている。そのため、液状細胞診は非婦人科領域にも応用されつつあり、当院では、2010年から呼吸器領域において液状細胞診を導入し、CytoRich Redを用いたSure Path法（以下Sure Path法）で検体処理を行っている。我々は、以前、2010年から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断の精度について検討を行った。その結果、対象症例の悪性判定例における組織型一致率は、免疫細胞化学を併用した症例を含めて94.2%（82/87）と高かったことを本学会で報告した。その後の追加検討により、SurePath法の細胞像は、直接塗抹法と比較して核の小型化、細胞質のライトグリーン濃染化、核小体の好酸性化を呈し、他領域の報告例と同様の傾向がみられることが明らかになった。また、SurePath法は自然沈降法で処理するため、出現細胞は直接塗抹法と比較して立体的に塗抹され、より組織像を反映しやすいと考える。そのため、液状細胞診は出現様式や細胞構築を考慮した液状細胞診の細胞の見方が必要と思われる。しかし、呼吸器領域におけるSurePath法の細胞学的検討の報告は少なく、SurePath法における詳細な細胞形態学的特徴は明らかになっていない。本シンポジウムでは、呼吸器領域における直接塗抹法と比較した液状細胞診の形態学的変化を明確にし、液状細胞診における腺癌と扁平上皮癌の形態学的相違点について画像解析結果を混えて報告する。

WS3-5 肺腺癌と転移性腺癌

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⁾

○西川 武(CT)¹⁾, 中井登紀子(MD)²⁾, 大林千穂(MD)²⁾

肺は全身からの血流が還流するため、特に血行性転移が多い臓器の一つであり、肺の腫瘍性病変を診断する際には、常に、転移性腫瘍の可能性を念頭に置いておく必要がある。医療技術の進歩と高齢化のため重複癌の症例は増加傾向にあり、原発か転移かの別が治療方針の決定に大きく作用することから、原発性肺癌か転移性肺癌かの鑑別が要求されることとなる。しかしながら、転移性腫瘍について原発腫瘍の既往標本が存在する場合には、その細胞像・組織像との対比が可能であるが、原発巣が臨床的に指摘されていない場合や、診断依頼書に既往歴の記載のない場合には、鑑別が難しいことが多い。本研究では、組織型を腺癌に絞って、肺原発腺癌と転移性腺癌、特に大腸癌・乳癌・膵癌・胃癌・甲状腺癌・腎癌などの腺癌と細胞像を比較し、その各々の細胞像の特徴について鑑別点を含めて検討する。また、liquid based cytology (LBC) 検体を用いた免疫染色の有用性についても併せて検討したい。

WS3-6 呼吸器細胞診における免疫細胞化学

北里大学病院病理部¹⁾, 旭川医科大学病院病理部²⁾, 北里大学医療衛生学部臨床細胞学³⁾, 北里大学医学部呼吸器外科学⁴⁾, 北里大学医学部病理学⁵⁾

○柿沼廣邦(CT)¹⁾, 齊藤純江(CT)²⁾, 町田大輔(CT)¹⁾, 山下和也(CT)¹⁾, 服部 学(CT)³⁾, 古田玲子(その他)³⁾, 中島裕康(MD)⁴⁾, 佐藤之俊(MD)⁴⁾, 三枝 信(MD)^{1,5)}, 村雲芳樹(MD)^{1,5)}

近年, 肺癌における分子標的治療や個別治療などの進歩に伴い, 肺癌の組織型を詳細かつ正確に分類する必要性が増している。そのため細胞診における直接擦過などの新鮮材料を用いた診断の重要性は益々高まってきている。

従来の肺癌細胞診は, 各組織型における細胞所見を光顕的に明らかにしてきた。しかし, それらの形態学的所見に基づく診断には限界があることも事実である。中でも, 低分化な腺癌と扁平上皮癌の鑑別はしばしば問題となる。そのため, 免疫細胞化学染色を診断の補助として使用することは重要であり, CK5/6, p63(p40), Napsin A, TTF-1などの免疫細胞化学的マーカーを抗体パネルとして用いることにより診断精度が向上することが知られている。また, 神経内分泌腫瘍においては免疫細胞化学的に chromogranin A, synaptophysin, NCAMなどの神経内分泌マーカーによる検索が必要となる。さらに, 分子標的治療薬であるクリゾチニブの使用には高感度免疫染色による ALK 陽性所見に加え, 転座の証明が必須とされている。

以上のことを踏まえ, 当院における肺腫瘍切除標本にて, 組織学的に原発性肺癌と診断され, 各種の組織型が確定した症例のうち, 術前における気管支擦過細胞診または摘出腫瘍から捺印標本が作製されたものを対象とし, 我々が検討を行った抗体における免疫細胞化学染色結果を提示すると共に, それぞれの抗体による注意点などを報告する。

昨年肺癌の WHO 分類が改訂され, 本年は肺癌の細胞診を含めた癌取扱規約の改訂が行われる予定である。このような中で, 細胞診における免疫細胞化学染色が診断対象となる組織型によっては必須となる可能性があり, 本発表がその一助となれば幸いである。

◇ワークショップ4

新しい報告様式による口腔細胞診の診断精度と問題点

WS4-1 口腔細胞診の新報告様式の診断精度と問題点

九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学

○矢田直美(DDS), 松尾 拓(DDS)

【はじめに】口腔細胞診の新報告様式は検体適正, NILM, LSIL, HSIL, SCC により評価を行うこととなった。当院では2014年1月から, 従来の判定様式(検体適正, 陰性, 疑陽性, 陽性)と併記して判定を行ってきた。今回, 当院における新しい口腔細胞診報告様式についての診断精度と問題点について検討をした。

【対象と方法】2014年1月から2015年12月に行われた口腔擦過細胞診のうち, 細胞診と組織診が行われた354例を対象とし, 新報告様式について診断精度を算出した。

【結果】新報告様式の判定はNILM 207例, LSIL 96例, HSIL 27例, SCC 24例であった。このうち, 偽陽性は27例で, 細胞診をLSILと判定し, 組織診で炎症性疾患等とした症例, 偽陰性は64例で, 内訳はNILM判定で組織診を上皮性異形成としたものが9例, 扁平上皮癌が8例, LSIL判定で組織診を上皮内癌としたものが7例, 扁平上皮癌が40例であった。診断精度は感度0.53, 特異度0.88, 陽性的中率73.0%, 陰性的中率91.8%, 正診率が74.3%であった。新報告様式では感度, 陽性的中率が低く, その原因はLSIL判定の細胞像と組織像の不一致のためであった。

【まとめ】LSILの定義が低異型上皮内腫瘍性病変あるいは上皮異形成相当とされているが, 組織診を行うと, 炎症から癌までが含まれていた。当日は, 当院で従来行われている判定と新報告様式を比較し, 新報告様式の問題点と今後必要とされることについて述べたい。

WS4-2 口腔細胞診新ガイドラインの有用性の検討 —特に O-LSIL の意義について

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理

○橋本和彦(DDS), 神原亜季(MT), 小谷隆史(CT),
田口晴丈(CT), 福田雅美(CT), 田中陽一(DDS)

【背景】従来, 口腔における剥離細胞診(以下口腔細胞診)はパパニコウ分類によるクラス判定が行われてきた。しかしながら, 口腔癌は子宮頸癌とは癌の発生様式が異なるためパパニコウ分類によるクラス判定では不都合が生じてきたことから, 2015年11月, 口腔細胞診においてもベセスダ・システムを参考とした新しいガイドラインが設けられた。このガイドラインにおける O-LSIL は, 従来のクラス判定では Class IIb~III に相当するもので, 組織学的には低異型度上皮内腫瘍が推定されるが, その真の目的は従来 Class II と判定され見逃すことがあった表層角化型の扁平上皮癌をより多く抽出するため, 生検による確定診断を臨床に促すことにある。今回われわれはこの O-LSIL に着目し, 従来の Class II に潜む扁平上皮癌と, O-LSIL に含まれる扁平上皮癌の割合を比較し, O-LSIL の有用性について検討した。

【方法と材料】2014年1月~2015年12月の2年間で東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理に提出された口腔細胞診1370件を対象とし, Class II および O-LSIL の中で, 病理組織学的に扁平上皮癌と診断された症例を抽出し, その割合を算出した。

【結果】1370件のうち, Class II は674件, O-LSIL は71件であった。Class II 674件のうち, 扁平上皮癌と診断された症例は23件(3.4%)であった。また, O-LSIL 71件のうち, 扁平上皮癌と診断された症例は17件(23.9%)であった。

【考察】今回の研究では, LSILの方がClass IIよりも扁平上皮癌と診断される割合が高いことがわかった。この結果は, 従来のClass IIに潜む扁平上皮癌をO-LSILの方がより多く抽出できることを意味しており, LSILの判定法としての有用性を示したと考えられる。

WS4-3 口腔粘膜病変擦過細胞診の新報告様式による検証

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座

○宇都宮忠彦(DDS)

近年, 口腔癌検診の普及とともに擦過細胞診の重要性が増してきている。2015年にベセスダ方式に準ずる4段階評価の報告様式による新たなガイドラインが制定されるに至った。今回, 口腔擦過細胞診における新報告様式による細胞診判定を検証する目的で, 日本大学松戸歯学部付属病院で擦過細胞診を施行し, 組織診で確定診断(主として上皮異形成, 一部扁平上皮癌)がなされた任意の30症例について, 口腔細胞診の経験のある複数の細胞検査士に細胞診標本の判定を依頼し, 比較・検討した。判定基準は, 新報告様式のNILM, LSIL, HSIL, SCCと, 従来のPapanicolaou分類Class IIbも加え, NILM, IIb, LSIL, HSIL, SCCの判定序列で実施した。検体は全てコンベンショナルな塗抹標本を用いた。抄録作成時現在の中間的な結果において, 中等度以上の異形成症例で, LSIL以上の判定を得た割合が67~100%, 高度異形成及び扁平上皮癌症例では100%と細胞診判定と組織確定診断との間に比較的高い一致をみたが, 軽度異形成症例では50%の症例が多く, 細胞診による判定が困難な傾向を示した。また, 中等度以上の異形成病変ではClass IIbの判定が約50%認められ, 異形成病変を消極的に示唆する判定も存在した。一方, 軽度異形成病変症例でLSIL未満の判定の内訳は, Class IIbが17~33%と低い割合で, 多くがNILMであった。以上の結果から, 新報告様式では中等度以上の異形成病変はLSILの範疇として検出されうると考えられた。また, 従来のClass IIbとして判定した細胞所見はLSILとして認識・判定するのが適切ではないかと推察された。また, 軽度異形成の検出は口腔細胞診ではしばしば困難であるが, LSILとして判定されうると考えられた。

WS4-4 ベセスダシステムにおける SIL とパパニコロウ分類・3段階分類との関連

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○関根浄治(DDS)

口腔細胞診における新報告様式によって LSIL と HSIL と判定された症例とその病理像を後ろ向きに検討することで、SIL の取り扱いならびにパパニコロウ分類、3段階分類との関連を検討した。

対象は、2007年6月1日～2014年9月30日に島根大学医学部附属病院歯科口腔外科で細胞診が行われた2,007件(男性931名, 女性1,076名)である。判定は、新報告様式、従来のパパニコロウ分類(ClassIIIはSubclassII-III, III, III-IVに細分類)と3段階分類も併せ行った。

その結果、新報告様式ではNILM 1,390例, LSIL 168例, HSIL 289例, SCC141例であった。パパニコロウ分類ではClassI 249例, ClassII 1,141例, ClassIII 457例, ClassIV 72例, ClassV 69例であった。3段階評価では、陰性1,390例, 疑陽性457例, 陽性141例であった。判定不能はいずれも19例あった。全症例中、扁平上皮癌がLSIL (SubclassII-III, 27.9%; 17/61例), HSIL (SubclassIII 45.8%; 54/118例, SubclassIII-IV 60.7%; 17/28例)に見られた。

SubclassII-IIIと判定された症例の半数近くに悪性症例が検出されたことから、SILに対する病理組織検査の必要性が示唆された。

◇ワークショップ5

妊娠初期の子宮頸部細胞診と管理

WS5-1 妊娠初期定期診査における子宮頸がん検診の意義と問題点

山形県立中央病院病理診断科

○刑部光正(MD), 柳川直樹(MD), 緒形真也(MD)

子宮頸がん検診受診率の低下、特に若年層での受診率の低さが問題となって久しい。さらには子宮頸癌の若年化と昨今の女性の社会進出に伴う妊娠・出産の高齢化により、以前は出産をすませた女性の疾患とされていた子宮頸部腫瘍性病変が、これから妊娠・出産を迎える女性の疾患へと変化してきている。このような背景の中で、妊娠初期に子宮頸がん検診を行う意義の1つに、若年層の子宮頸がん検診への門戸となることが期待される。妊婦定期健康診査は、母児の安全のために種々の産科的合併症などの早期発見と治療を目的として全妊婦を対象として一連のスクリーニングを行うことであり、妊娠初期定期診査の子宮頸がん検診は、子宮頸部腫瘍合併妊娠という産科リスクの低減を目的としている。また、妊娠初期定期診査の子宮頸がん検診は子宮頸部腫瘍性病変のスクリーニングだけでなく、成熟指数の右方移動による流産の予知や種々の感染症のスクリーニングなど、産科的管理への情報提供にも寄与しうる。これら多くの意義を持つと考えられる妊娠初期子宮頸がん検診であるが、在住市町村による公的補助の有無という不公平が生じているため、わが国の妊娠管理に関わる診療ガイドラインである産婦人科診療ガイドライン産科編2014では、子宮頸部細胞診の実施を推奨レベルC(実施することが考慮される)にとどめているという行政と採取側が抱える問題や、妊娠による細胞像の修飾という診断側が抱える問題がある。これらの妊娠初期子宮頸がん検診のもつ意義や諸問題について、山形県の実状などを踏まえて検討・考察する。

WS5-2 妊娠初期における子宮頸部細胞診のピット フォール

日本医科大学産婦人科

○山本晃人(MD), 黒瀬圭輔(MD), 川瀬里衣子(MD),
池田真利子(MD), 米山剛一(MD), 竹下俊行(MD)

現在, 妊婦に対する子宮頸部細胞診は, 公費による助成もあり妊娠初期に行うべき必須検査となった。妊娠を契機に初めて産婦人科を受診するケースも多く, 妊娠初期スクリーニングに子宮頸部細胞診を行うことは多くの若年患者に対して重要な意味をもつ。しかしながら, 通常のスクリーニング検査とは異なり, 妊婦の子宮頸部細胞診には注意すべき点がある。妊娠中に細胞診異常が指摘される頻度はおよそ1%程度とされ非妊娠時と変わらないが, 非妊娠時と比して一般的に過小評価になりやすい。原因として考えられるのは, 妊娠に伴う母体の生理的変化や細胞採取手技の問題である。妊娠に伴い, 子宮頸部が膨隆・軟化し, 扁平円柱上皮移行体は外反する。更に母体体重の増加と腔壁の膨隆も加わり子宮腔部全体を網羅する適切な細胞採取を困難にする。また, 子宮頸部の粘液分泌増加と易出血性は, 作成された塗抹標本における評価可能な細胞数不足を招く。これらの特徴を踏まえ, 妊婦の子宮頸部細胞診を適切に行い, また異常所見に対する管理を慎重に行う必要がある。実際, 妊娠初期の細胞診ではNILMの判定であったにもかかわらず, 妊娠経過中もしくは分娩後に進行癌として診断された症例を経験する事がある。子宮頸癌の発症機転から, これらの症例では妊娠初期に既に何らかの頸部病変が存在したと考えるのが妥当であり, その原因は過小評価によるものと思われる。そこで今回は, 当院での症例を提示するとともに, 妊娠中の子宮頸部細胞診における注意点を産科的側面から解説する。

WS5-3 妊娠初期における子宮頸部細胞診と HPV 検査の併用検査の有用

スズキ記念病院

○田中耕平(MD), 鏡友理恵(MD), 亀田里美(MD),
和田麻美子(MD), 佐々木宏子(MD), 藤井 調(MD),
飯田修一(CT), 和田裕一(MD), 星 和彦(MD)

【目的】 検査率の低い我が国において妊婦健診は子宮頸癌検査の良い機会だが, HPV 検査併用による効果, 採取器具の妊娠における安全性を検討した。

【方法】 2009年-2014年に同意を得た妊婦3422例にサーベックスブラシ(SB)で子宮頸部擦過細胞診, HPV検査(Hybrid capture2)を行い, 1065例にサーベックスサンプラー(SS)で子宮頸部擦過細胞診を行った。

【結果】 HPV陽性率は, 20才未満(34.0%), 20-25才(22.2%), 25-30才(10.1%), 30-35才(7.6%), 35-40才(6.4%), 40才以上(6.4%)だった。異常細胞出現率はHPV陽性群94/326(28.8%), 陰性群40/3071(1.3%)で前者に高かった($p < 0.01$)。2回以上HPV検査施行例で陰性持続例254例, 陽性持続例17例, 陽転化例6例, 陰転化例24例だった。陽転化1例にCISを認め, 陰転化例は異常細胞消失した。陽性持続3例に細胞所見増悪を認めた。細胞診検体不良158例でHPV検査を行った114例が陰性, 13例が陽性で検査不良例はなかった。2014年分娩772例中(切迫)流早産例35例(4.5%)中SB採取25例(25/505), SS採取10例(10/267)だった($p = 0.444$)。検査から切迫流早産入院までの平均期間は両者14週だった。

【総括】 HPV陽性例に異常細胞出現率は高く, HPV陽性持続例, 陽転化例に異常細胞出現率が高い。細胞診検体不良例にHPV検査不良検体はなかった。採取器具による流早産のリスクはなかった。

WS5-4 妊娠初期における子宮頸部細胞診—液状化検体の意義

横須賀共済病院

○杉浦 賢(MD), 猪股美和(CT), 石渡仁深(CT),
川口幹夫(CT), 福田賢次(CT), 矢毛石真由美(MD),
小林有紀(MD), 津浦幸夫(MD)

【目的】採取した検体をスライドグラスに直接塗抹する方法では, 乾燥変性, 不均一塗抹等が問題とされてきた. 液状検体処理法 (Liquid Based Cytology, 以下, LBC 法) は従来法と比較すると, 乾燥変性が起きにくいなど, さまざまな利点がある. 従来法とLBC法の標本を比較検討し, 特に妊娠初期に行う子宮頸部細胞診の検体処理において, LBC法の意義について検討した.

【方法】従来法とLBC法を併用実施している症例は183例であった. この中で妊娠初期症例は41例であり, これらの標本を比較検討した. 検討内容は成熟度指数(MI)・細菌量・細胞量・白血球数・細胞所見について行った.

【結果】MIは, 33例が中層優位の細胞像を示し, 3例が表層優位の細胞像を示した. LBC法と従来法で乖離をみた症例は5例だった. 細菌量は27例で従来法標本で多く見られる傾向にある. 真菌は従来法とLBC法で差は明らかでなかった. 細胞量については, ほとんどの標本で従来法とLBC法標本で同等か, 従来法標本で多い傾向にあったが, LBC法は標本面に一様に分布するが, 従来法では島状に細胞集簇する傾向にあった. 白血球については従来法標本で多い傾向にあった. 子宮頸部の細胞像については, 従来法とLBC法のいずれの標本もほぼ同程度の所見が得られていた. LBC法の標本は観察範囲が狭いため, 鏡検時間が短縮できることや標本採取時に検体取り違えの危険を回避できることなども確認できた.

【総括】従来法とLBC法の妊娠初期における差は, 異形成や悪性腫瘍を検出する目的ではほぼ同等と思われた. 細菌は白血球などの背景像はLBC法で所見が弱く判定される可能性が示唆された. 総合的にはLBC法は有用であると結論できた.

WS5-5 妊娠初期と分娩後の子宮頸部細胞診の比較

山梨大学医学部産婦人科¹⁾, 山梨大学医学部附属病院病理部²⁾

○大森真紀子(MD)¹⁾, 端 晶彦(MD)¹⁾, 奥田靖彦(MD)¹⁾,
小笠原英理子(MD)¹⁾, 深澤宏子(MD)¹⁾,
笠井一希(CT)²⁾, 佐藤詩織(CT)²⁾, 中澤久美子(CT)²⁾,
石井喜雄(CT)²⁾, 平田修司(MD)¹⁾

【目的】若い女性にとって, 妊娠初期は子宮がん検診を受ける絶好の機会である. 上皮内癌までの病変と診断されれば妊娠中に浸潤癌に進展することは少なく, 分娩終了まで待機できるとされており, 分娩後に病変が消退する例も報告されている. 子宮頸部細胞診異常が認められた妊婦における, 妊娠中および分娩後の細胞診の変化について検討した.

【方法】2008年から2014年の7年間に当院で分娩した3410例のうち, 妊娠初期に頸部細胞診で異常が認められた妊婦51例の細胞診の変化を後方視的に検討した.

【結果】妊娠初期の細胞診異常はASC-US 13例, ASC-H 1例, LSIL 11例, HSIL 21例, AGC 4例, 扁平上皮癌1例であった. コルポスコピーを施行し, 円錐切除術を施行した2例を除く49例を細胞診でfollowし, 30例は経膣分娩, 19例は帝王切開で分娩した. 妊娠後期のHSILは23例(妊娠初期HSIL 17例, LSIL 3例, ASC-US 3例)あり, そのうち20例は分娩後もHSILであった. 分娩約1か月後の生検ではCIN3 7例, CIN2 13例であったが, CIN2の6例は1年以内にCIN3に進展した. 初期はHSILで後期と分娩後に消退していた3例はいずれも分娩後1年以内に再びHSILと診断された. 妊娠後期の細胞診異常が分娩後に消退したのはASC-US 1例(経膣分娩), LSIL 2例(経膣分娩), HSIL 3例(経膣分娩2例, 帝切1例)であった.

【総括】妊娠中の細胞診でHSILまでの症例で, 分娩後にCIN3を超えて進展していた症例はみられなかった. 妊娠後期の細胞診異常は分娩によりほとんど変化することはなかった. 妊娠中あるいは分娩後にHSILであった症例では, 分娩後1か月以降に病変が再燃あるいは進展することがあるため, 分娩後も定期的followが重要である.

WS5-6 妊娠初期子宮頸部細胞診における細菌性陰症

都立大塚病院¹⁾, ふじたクリニック²⁾

○有澤正義(MD)¹⁾, 藤田富雄(MD)²⁾

【背景】我々は毎日健康な赤ちゃんを抱いて退院していく母と夫の姿を夢見ている。しかし、早産でなかなか退院できない子供や心拍を確認するが、流産を繰り返す(不育症)などの悲しいことも経験する。妊婦健診では妊娠12週までに子宮頸部細胞診, 19週までに細菌性陰症(BV; 早産や不育症の原因となる)のスクリーニングとして陰培養やグラム染色を施行している。細胞診の結果は、9割以上が陰性であるということは知られている。陰性の中に、BVが潜んでいる。パパニコロウ染色でのBVの診断とウレアプラズマ(早産や不育症の原因の可能性)の頻度について検討した。

【材料・方法】不育症外来におけるグラム染色250例と同時に染色されたパパニコロウ染色79例を用いた。グラム染色の評価はNugentの方法を用い正常・判定保留・BVに分けて診断した。パパニコロウ染色のBV評価は4点満点で0-1点は正常、2点は判定保留、3-4点をBVとした。使用した要素はデーデルライン桿菌(多数が0点、少しが1点、認めないが2点)とガードネラなどの細菌(認めないが0点、中程度認めるが1点、クルーセルを認めるが2点)である。ウレアプラズマは60例培養した。

【結果】250例のグラム染色の結果は細菌性陰症が26例、判定保留が84例であった。パパニコロウ染色とグラム染色の診断の一致は85%で、細胞診で正常と細菌性陰症を間違えることはなかった。ウレアプラズマの培養の結果は28/60例が陽性であった。

【考察】産科ガイドラインに記されているBVのスクリーニング、ベセスダシステムで記されているBVの診断に役立てていただくために、パパニコロウ染色でのBVに対するスコアと不育症におけるウレアプラズマの高率の合併について報告する。

◇ワークショップ6

子宮頸がん検診精密検査の現状と展望

WS6-1 ベセスダシステム(TBS)導入後の細胞診異常例のトリアージの現状と展望

山梨県立中央病院婦人科¹⁾, 山梨県立中央病院病理検査科²⁾, 甲府市医師会細胞診センター³⁾

○寺本勝寛(MD)¹⁾, 石井恵理(CT)²⁾, 雨宮健司(CT)²⁾, 興石早紀(CT)²⁾, 本田智美(CT)²⁾, 坂本光正(CT)³⁾, 小林美奈(CT)³⁾, 三村理恵(CT)³⁾, 原田さつき(CT)³⁾, 小山敏雄(MD)³⁾

【目的】TBS導入後の細胞診異常例に対する精密機関でのトリアージの現状と課題を検証する。

【方法】2013年に細胞診センターに集められた山梨県検診受診者34,451人を追跡し、当院で精査を受けた者105人を分析する。

【結果】1. 子宮頸がん受診率(山梨県20~69歳)40.2%(全国3位), 精検受診率46.9%である。2. 受診者の細胞診内訳はNILM 33,756(98%), ASC-US 365(1.1%), ASC-H 40(0.16%), LSIL106(0.31%), HSIL6(0.2%), AGC 14(0.04%), AIS+Ad. Ca 4(0.01%), SCC 1(0.003%), 判定不能93(0.27%)で、598(1.74%)が異常を認めた。3. 患者105人の内訳は、ASC-US 29/365(8%), ASC-H 18/40(45%), LSIL 20/106(19%), HSIL 28/69(41%), AGC 7/14(50%), AIS+Ad.Ca 2/4(50%), SCC 1/1(100%)であり、○ASC-US 26/29はコルボ下生検(CB)が行われ、異常なし20(+細胞診のみ3), CIN1. 1, CIN2. 2, CIN3. 6, ○ASC-H 17/18はCB(他医標本あり3)が行われ、異常なし3, CIN1. 1, CIN2. 1, CIN2~3. 2, CIN3. 9, ○LSIL 18/20はCBが行われ、異常なし16(+細胞診のみ2), CIN1. 3, CIN2~3. 1, HSIL 25/28はCB(他医標本あり3)が行われ、異常なし4, CIN1. 2, CIN1~2. 1, CIN2. 3, CIN3. 18, ○AGC 7/7はCB(他医標本あり1)が行われ、異常なし3, CIN3. 1, AIS+CIN3. 1, Ad.Ca+CIN3. 1, Ad.Ca.1 ○AIS+Ad.Ca 2とSCC 1はCB(他医標本あり2)にて全てCaであった。

【総括】1. ASC-US, LSILは1次機関で管理され、持続進行例は精密機関で精査, ASC-USはHPVが行われている。2. ASC-H, HSILはCIN3が多く, AGCはCaが存在し精密検査が必要である。3. TBSは有効だが、組織診に比し軽度になる傾向があり推定診断の精度を高める必要がある。

WS6-2 子宮がん検診の精密検査でのコルポ診の必要性と重要性について

特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科¹⁾, 特定医療法人誠仁会大久保病院検査科細胞診断部²⁾, 恵生会恵生会病院産婦人科³⁾, 明和総合病院臨床検査科・病理⁴⁾, 株式会社協同病理⁵⁾, 大阪がん循環器病予防センター婦人科細胞診断部⁶⁾

○小笠原利忠(MD)^{1,2,4,5)}, 圓井知江(CT)²⁾,
川越道夫(CT)²⁾, 内藤子来(MD)^{2,3)}, 脇本栄子(MD)³⁾,
松林謙治(CT)⁴⁾, 萩原勝美(CT)⁴⁾, 覚野綾子(MD)⁴⁾,
小川隆文(CT)⁵⁾, 植田政嗣(MD)⁶⁾

【はじめに】子宮がん検診で異常を認めた場合精密検査として組織診が要求される。組織診の結果により治療方針が決定されるゆえ、生検部位の選定には細心の注意が必要である。産婦人科診療ガイドライン2014でも、ASC-US(ハイリスクHPV陽性)以上の判定に対してはコルポスコピー・生検を行うことが必要と明記されている。今回、当院での精密検査の現状とコルポスコピーの活用を検討した。

【方法】2014年1月～2015年10月に当院で採取した子宮頸部細胞診標本(症例)を用いた。採取法は綿棒又はブラシで、標本の種類は従来法で検討した。

【結果】子宮頸部細胞診標本7375例中、ASC-US以上のものは409例(0.07%)であった。当院にて2次検診を行い得た症例362例中HPV陰性ASC-US:102例を除く260例にコルポスコピー・生検を行った。病理組織ではASC-US:93例中、良性:4, CIN1:49, CIN2:28, CIN3:12例。ASC-H:31例中、良性:3, CIN1:4, CIN2:7, CIN3:14, 悪性:3例。LSIL:65例中、良性:2, CIN1:42, CIN2:17, CIN3:4例。HSIL:39例中、良性:0, CIN1:0, CIN2:14, CIN3:25例。AGC:13例中、良性:10, 悪性:3例。SCC:13例, Adeno Ca.:6例は全て悪性所見が得られた。当院での2次検診未施行例は47例であった。

【考察】HPV陽性ASC-US中12例(12.9%)にCIN3が、LSIL中4例(5.6%)にCIN3が存在した。これらの症例には、細胞診判定に反映されていた如くコルポ上大部分にCIN1を示唆する軽度所見が認められたが、一部にCIN3を疑わせる高度所見が存在することも確認できた。正確な診断のためにはコルポスコピーによる子宮頸部の詳細な観察、適切な生検部位の選択が重要である。

WS6-3 子宮頸部病変における細胞診・組織診との乖離症例の検討～細胞診の立場から～

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⁾, こころとからだの元氣プラザ婦人科²⁾, 杏林大学保健学部病理学研究室³⁾

○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⁾,
小林 綾(CT)¹⁾, 大村峯夫(CT)²⁾, 小田瑞恵(MD)²⁾,
藤井雅彦(MD)³⁾

【目的】子宮頸部病変について細胞診と組織診が乖離する症例に遭遇する。このような症例については細胞診・組織診・コルポ診を個別に検討し、臨床的取り扱いを必要があり、それぞれについて検討を行った。

【方法】2008年～2013年に当院でコルポ診、組織診を施行した283例の細胞診はASC-US39例, ASC-H30例, LSIL107例, HSIL(CIN2)56例, HSIL(CIN3)30例, MIC/SCC7例, AGC5例, AIS7例, 腺癌2例であった。このうち細胞診と組織診で乖離のあった症例およびASC-Hについて細胞診の見直しと組織診、コルポ診の検討を行った。

【結果】細胞診ASC-USで組織診CIN2であった5例は全例、移行帯が外頸部にあり、3例には高度所見が見られた。細胞診LSILであった9例は組織診CIN27例, CIN31例, ECMIC1例で、そのうち4例がHPV感染所見を伴っていた。細胞診HSIL(CIN2)の11例は組織診でChr.C9例, Keratosis2例。コルポ診では10例が軽度以下の所見であった。細胞診HSIL(CIN3)の組織診はChr.C1例, CIN15例で、コルポ診では4例が頸管内に移行帯があり、5例に高度所見がみられた。

細胞診ASC-Hであった30例は組織診CIN1以下13例, CIN28例, CIN38例, ECAIS+CIN21例と多彩であった。組織診でCIN2,3であった15例中、病変の大きさ5mm四方以下のものが8例であった。また、組織診CIN1以下であった症例中、経過観察を行ったものからCIN3以上の病変が検出されたものも含まれていた。

【考察】細胞診標本には組織診と乖離する症例や判定に苦慮する症例が含まれる。このような症例においては臨床的取り扱いの検討が必要となる。我々、細胞検査士も細胞診の報告をするだけでなく、どういった病変由来の細胞であったのか細胞診の見直しを含めた組織診・コルポ診の検討など臨床側とのディスカッションを交えることが必要ではないかと改めて感じた。

WS6-4 細胞診と組織診の乖離症例の検討（病理医の立場から）

帝京大学医学部病院病理部

○笹島ゆう子(MD)

頸がん検診精密検査における組織生検は、細胞診で悪性細胞が認められた場合の確認のみならず、SILやASC-H、AGCなどの異常が認められた場合の病変の程度の確認、組織亜型の確認などを目的として行われる。細胞診に見合う組織診断結果が得られれば、各病態に合わせて治療開始あるいは経過観察などの方針が決定される。一方、細胞診で異常が認められるにもかかわらず組織診で病変の確認ができないことも少なからず経験される。この原因としては、コルポスコピーでは確認しづらい病変である場合、病変が頸管内などコルポスコピー視認領域に存在しない場合、生検部位が不適切（移行帯が含まれていないなど）である場合などが考えられる。例えば早期の腺系病変ではコルポスコピー上の異常がしばしば認識しづらく、病変部の組織採取が困難なことがある。頸管内に主座を置く腺系病変や移行帯が頸管内に上昇している高齢者においても組織採取は困難となる。病理診断の上ではこういった臨床的背景を十分に理解し、組織標本上は陰性であっても必要に応じて深切り標本や薄切面を変えた標本の作製、また移行帯が採取されているかどうかを報告書に明記し再検を依頼するなどの病理医側のアクションも重要と思われる。講演にあたっては細胞診と組織診の結果に乖離の見られた実際の症例を検討し、その原因および解決策について考察したい。

◇ワークショップ7

唾液腺腫瘍細胞診断の実際—診断精度の向上を目指して—

WS7-1 唾液腺腫瘍細胞診の実践的アプローチ

久留米大学病院病理診断科・病理部¹⁾、生長会府中病院病理診断科²⁾

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

唾液腺に発生する上皮性腫瘍は良性腫瘍が半数以上を占めている。良性腫瘍の細胞診断は、多形腺腫とワルチン腫瘍の発生頻度が高いため、この両者を的確に推定診断することが非常に重要である。悪性腫瘍は組織型推定が困難な症例に遭遇することも珍しくはないが、組織型の確定に至らない場合であっても、可能な限り低悪性度あるいは高悪性度腫瘍などの併記が望まれる。唾液腺腫瘍の診断において留意すべき点として、唾液腺腫瘍には明確な異型を呈する癌腫よりも異型の乏しい低悪性の癌腫がはるかに多いことが挙げられる。まず、パパニコロウ染色において、背景物質を把握し、腫瘍細胞の多彩性あるいは単調さ、大きさや重積性に着目した出現様式、細胞の大きさや細胞質形状などを詳細に観察する。次に、細胞外基質がみられる場合、メイギムザ染色で異染性の濃さや量、形状などを確認し、筋上皮系細胞が関与する唾液腺腫瘍であるか否かを見極めながら良・悪性を含めた組織型推定を行っていく必要がある。免疫細胞化学に関して、唾液腺腫瘍の細胞診断あるいは組織型の確定に有用なマーカーはさほど多くはないが、WT1、p63やアンドロゲンレセプターなどの検索は推奨される。嚢胞性病変において細胞量の確保を含めた液状化検体細胞診(LBC法)の併用も診断に有用と思われる。但し、LBC法によるパパニコロウ染色単独では組織型推定にしばしば苦慮するので、乾燥固定によるメイギムザ染色やその他の染色を併用しながら診断を行うのが理想的である。今回は、唾液腺腫瘍細胞診の実践的アプローチの方法を提示すると共に、免疫細胞化学やLBC法の効果についても述べる。

WS7-2 多形腺腫の細胞診断—多彩性と特徴像の捉え方—

慈泉会相澤病院病理診断科

○樋口佳代子 (MD)

多形腺腫は全唾液腺腫瘍の約 60%, 唾液腺良性腫瘍の約 80% を占める最も頻度の高い唾液腺腫瘍である。組織学的に上皮成分と間葉成分が混在するが、上皮成分の化生や腫瘍性筋上皮細胞の形態、筋上皮細胞により産生される間葉成分の多様さから組織像が多彩である。

典型例の細胞像では Giemsa 染色で異染性を示す間質粘液内に紡錘形筋上皮をいれた粘液腫様の myxochondroid pattern や、異型に乏しい腺管成分を取り巻く筋上皮成分が周辺からほつれ、背景の粘液成分と入り混じる像が認められ診断は容易であるが、以下のような症例では良悪性にまたがる他の唾液腺腫瘍や間葉系腫瘍などとの鑑別が必要となり注意を要する。

1. 硝子様間質成分が豊富な多形腺腫で、Giemsa 染色で異染性を示す硝子球・粘液球様構造が出現する場合、2. 間質粘液に乏しい富細胞性多形腺腫で、間質粘液がめだたず、小型、紡錘形や形質細胞様などの筋上皮細胞が一樣に出現する場合、3. 大型異型筋上皮細胞が出現する症例、4. 腺管上皮・筋上皮の化生性変化—角化扁平上皮細胞、好酸性腺管上皮、粘液上皮、脂腺化生細胞、脂肪化生細胞などがみられる場合など。また上皮性粘液でも Giemsa 染色で異染性を示すものがあることにも留意が必要である。

多形腺腫の細胞診断にあたっては、多彩な組織像を念頭におき、複数箇所からの穿刺、Giemsa 染色の併用とともに、一部の所見にとらわれず、標本全体から総合的に判定する必要がある。

WS7-3 Warthin 腫瘍の細胞診断とそのピットフォール

北里研究所病院病理診断科

○森永正二郎 (MD)

Warthin 腫瘍は、好酸性顆粒状細胞質を有する円柱上皮細胞がリンパ球性間質を伴って乳頭状・管状に増殖し、しばしば嚢胞を形成することを特徴とする。したがって、穿刺吸引細胞診標本には、好酸性上皮細胞とリンパ球と嚢胞内容液の 3 種類の成分が種々の割合で現れる。ただし、二次的な炎症性細胞浸潤や扁平上皮化生を伴うことがあるため、これらも出現しうる。上皮細胞は通常結合性のある平面的な集団として認められる。その細胞質は顆粒状で、N/C 比が低く、核は類円形で異型に乏しい。肥満細胞が混在していることも特徴の一つである。リンパ球成分は異型のない小型リンパ球が単調に認められることが多い。嚢胞内容液には、顆粒状壊死物質、変性上皮細胞、扁平上皮化生細胞、リンパ球、泡沫状組織球、好中球、コレステリン結晶などが含まれる。これらの 3 成分が揃っていれば診断は容易で、高い正診率が得られる。ただし、好酸性上皮細胞のみが採取されてきた場合には、オンコサイトーマやオンコサイト化生を伴う他の腫瘍との鑑別を要する。また、リンパ球が主体の場合には、正常リンパ節やリンパ節炎、鰓原性嚢胞、悪性リンパ腫などとの鑑別を要する。嚢胞内容液のみが採取されてきた場合には、非腫瘍性の嚢胞や、嚢胞化を伴うほかの腫瘍との鑑別が必要となる。化生性の扁平上皮細胞が壊死物質やリンパ球を背景として出現すると、扁平上皮癌のリンパ節転移との鑑別も問題となる。それらの場合にも、変性した好酸性顆粒状の円柱上皮細胞が同定されれば、Warthin 腫瘍を疑うことができる。

WS7-4 粘表皮癌の細胞診断—悪性度判定と鑑別診断—

杏林大学医学部付属病院病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部病理学教室²⁾

○加藤 拓(CT)¹⁾, 坂本憲彦(CT)¹⁾, 水谷奈津子(CT)¹⁾, 市川美雄(CT)¹⁾, 鈴木 瞳(CT)¹⁾, 稲嶺圭祐(CT)¹⁾, 菅野大輝(CT)¹⁾, 藤原正親(MD)²⁾, 望月 眞(MD)²⁾, 大倉康男(MD)¹⁾

【はじめに】粘表皮癌は唾液腺悪性腫瘍の中で最も頻度が高く、全唾液腺腫瘍の約10%を占めるとされる。好発年齢は30～40歳代であるが、10歳代の若年者にもみられる事があり発生幅が広い。また一般的に腫瘍の構成細胞は粘液産生細胞、扁平上皮細胞および中間細胞の3種類からなるが、構成する細胞型の割合、異形成、核分裂像の数、壊死の有無、神経浸潤、嚢胞形成の割合などにより低悪性度、中悪性度、高悪性度に分類することができる。以上のように一概に粘表皮癌といっても悪性度により細胞形態も異なり、構成する3種類の細胞のどの様な細胞が採取されたかによって診断が変わってしまうことがある。この様に臨牀的にも出現細胞形態的にも幅が広いことが、この腫瘍の診断を難しくしている。

【材料】当院にて2005年1月～2015年12月までに穿刺吸引細胞診が施行され、低悪性度と診断された2例、高悪性度と組織診断された2症。そして細胞診にて粘表皮癌と診断されたが、組織診で粘表皮癌でなかった3例について検討してみた。

【結果】低悪性度例は背景に粘液、粘液産生細胞、中間細胞が出現し、いずれも細胞異型は乏しかった。扁平上皮細胞は少ないか、みられないものがあった。そのため良性嚢胞性病変としてしまう傾向にあった。高悪性度例は背景に壊死、扁平上皮細胞、中間細胞の出現が多く、細胞異型も強かった。粘液産生細胞の出現は乏しかった。そのため唾液腺導管癌や多形腺腫由来癌と診断しているものがあった。

【まとめ】低悪性度と高悪性度では全く出現細胞が異なった。低悪性度例は中間細胞、高悪性度例は粘液産生細胞の存在を見つけ出し確認することが診断に大切であった。

WS7-5 腺様嚢胞癌の細胞診断とその鑑別診断

大分大学医学部診断病理学講座

○駄阿 勉(MD)

腺様嚢胞癌は比較希な唾液腺悪性腫瘍であり、中高齢者に好発し、大唾液腺、小唾液腺に発生する。緩徐な発育を示すが、予後不良の高悪性腫瘍である。組織学的には篩状型、管状型、充実型を含めた三型に分類されるが、同一の腫瘍で三型が混在性に認められることも多い。腫瘍は導管上皮様細胞と筋上皮様細胞の二種類の細胞から構成され、前者は好酸性の細胞質を有し、後者は角張った濃染核をもつという特徴がある。細胞学的には、球状の粘液様物質(いわゆる粘液球、硝子球)を腫瘍細胞が取り囲む所見が腺様嚢胞癌診断のホールマークとなる。FNACでは、一般的には細胞量が多く、比較的小型でクロマチンに富む核と少量の細胞質を伴った筋上皮性の腫瘍細胞が、細胞集塊として、または孤在性に認められる。核は類円形から短紡錘形で、概ね均一である。核小体は通常めだたない。上述の粘液球または硝子球の出現は篩状構造を反映する所見であり、管状型や、特に充実型が優勢な症例で、粘液球・硝子球が目立たない場合は診断が難しくなると考えられる。基底細胞腺腫、基底細胞腺癌、多形腺腫、上皮筋上皮癌、筋上皮腫等が鑑別上、問題となる腫瘍である。基底細胞腺腫では細胞の柵状配列が、多形腺腫では軟骨様、間葉系間質成分の出願が鑑別点となるが、基底細胞腺腫と腺様嚢胞癌とでは細胞像がよく類似しているため、鑑別困難なことが多い。上皮筋上皮癌では明瞭な二相性構造が認められることが多いとされており、筋上皮腫では細胞が紡錘形の形態を示すことが多い。粘液球・硝子球の出現は腺様嚢胞癌の特徴像と考えてよいと思われるが、上述の鑑別対象となる腫瘍でも出現するので注意が必要である。

WS7-6 唾液腺腺房細胞癌, 乳腺相似分泌癌の細胞および組織学的鑑別診断

藤田保健衛生大学医学部病理診断科¹⁾, 慈泉会相澤病院病理診断科²⁾, 東京医科大学人体病理学講座³⁾

○浦野 誠(MD)¹⁾, 樋口佳代子(MD)²⁾, 長尾俊孝(MD)³⁾,
黒田 誠(MD)¹⁾

2010年にSkalovaらが従来腺房細胞癌(acinic cell carcinoma: AciCC)や嚢胞腺癌とされてきた症例の一部にETV6-NTRK3融合遺伝子を発現する腫瘍群を明らかにし, 乳腺相似分泌癌(mammary analogue secretory carcinoma: MASC)と名付け, 発表してから約6年が経過した。MASCの疾患概念は世界的にも認知されつつあり, 英文で文献報告された症例数は2015年末の時点で100例を超える。さらにMASC群から除かれた真のAciCCについての臨床病理学的な再検討も行われ, その境界は徐々に明らかになるようとしている。しかしながらMASCの本態について未だ不明な点は多く, 細胞診領域での認知度や知見は十分とは言い難いものと思われる。現在のMASCおよびAciCC診断の問題点としては, 融合遺伝子の検索を省略し細胞および組織所見のみで鑑別診断が可能か, 診断に有用な免疫染色は何か, 予後不良な高悪性度転化例の解析, その他の組織型との鑑別等があげられる。上記の現状を踏まえ, 今回の発表ではAciCCとMASCの細胞および組織学的鑑別点について述べる。

◇細胞検査士会ヤング Committee ワークショップ

LBC法 vs 従来法—非婦人科領域における細胞像を中心に—

YC1 呼吸器領域におけるLBC法の細胞像と特徴

神奈川県立がんセンター検査科¹⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科²⁾

○酒井麻衣(CT)¹⁾, 関谷元幹(CT)¹⁾, 小林志津子(CT)¹⁾,
那須隆二(CT)¹⁾, 北村和久(CT)¹⁾, 岩撫成子(CT)¹⁾,
横瀬智之(MD)²⁾

【はじめに】近年肺癌治療の進歩によって組織型鑑別の必要性が高まっており, 気管支鏡検査における術前診断としての細胞診の役割は大きい。しかし直接塗抹法(以下直接法)は標本枚数が増えるだけでなく, 乾燥などのアーチファクトが起こりやすいためしばしば診断に苦慮する場合がある。そこで今回我々はLiquid-based cytology(以下LBC)法で作製した呼吸器細胞診標本に対し, 腫瘍細胞像を中心に直接法と比較した。

【方法】手術症例の腫瘍部をブラシで擦過し直接塗抹標本を作製後, 同様に擦過したブラシを生理食塩水, 市販のLBC液[CytoLyt液(HOLOGIC), CytoRich Red液(BD)]中で洗って細胞を浮遊させた。一定時間放置後オートスミア法で塗抹し, 細胞像を比較した。

【結果】直接法と比べ生理食塩水では細胞が膨化し, 市販液では程度の差はあるものの収縮がみられた。集塊は生理食塩水と市販液ともに小型で平面傾向だが, 結合性強固な大型集塊では立体感が増した。染色性においては生理食塩水で核の淡明化, クロマチンの不明瞭化, 細胞質が菲薄化・淡染したのに対し, 市販液では核の濃染, 核縁肥厚, 胞体辺縁の明瞭化, 細胞に丸みを帯びる傾向がみられ, 核と細胞質の色調コントラストの明瞭化などの違いを認めた。

【結語】LBC法は直接法と細胞所見の異なる部分があるため使用する液の性質を踏まえたうえで観察をする必要がある。しかし性質さえ把握できれば従来の判断基準を大きく変えることなく診断が可能であるうえに, 鏡検範囲の縮小とそれに伴う時間短縮による診断効率の向上や保存検体による免疫染色や遺伝子検索への応用ができ, 今後呼吸器領域においてもLBC法の活用が期待される。

YC2 尿細胞診における従来法とLBC法の比較—高異型度尿路上皮癌の細胞像を中心に—

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), 若原孝子(CT), 山本善也(CT), 師岡恭之(CT), 常世田岬(CT), 山田正俊(MD), 石田康生(MD)

【目的】膀胱腫瘍のスクリーニング検査としての尿細胞診の精度を、従来法(2回遠心法:以下CS)とSurePath法(以下SP)とで比較する。また、比較的検出感度が高いとされる高異型度尿路上皮癌の細胞像について両者の比較を行う。

【対象と方法】2014年から2015年12月の間、膀胱鏡にて有所見があり組織診断が確定した症例(高異型度尿路上皮癌(HGUC)83例, 低異型度尿路上皮癌(LGUC)27例, 良性26例)から得られた136件の尿細胞診検体を対象とした。採取された尿検体を2分してCSとSP標本作製し、新報告様式に基づいて細胞評価を行った。また、組織診にてHGUCと確定した症例から得られた53件におけるCSとSPの細胞像を比較し、両者の差異を検討した。

【結果・結語】細胞判定の内訳は、Malignant(CS=45, SP=41), Suspicious(CS=15, SP=16), Atypical(CS=14, SP=13), Negative(CS=62, SP=66)で、両者には高い一致率(92.6%)をみた。陽性・陰性適中率はCS(97.3%, 38.7%), SP(100%, 39.4%)で両者の精度はほぼ同等と考えられた。HGUC53例の細胞像の比較では、SPはCSと比較して背景が清明で、細胞径が小さく、胞体は厚く、核クロマチンが濃染される傾向が見られた。核形の不整やNC比に関して差は見られず、アポトーシス像の検出頻度はやや低かった。両者の細胞形態には若干の差異があるものの、HGUCのスクリーニングにおいてはいずれも特異度の高い有用な検査法と考えられた。

YC3 甲状腺LBC標本の細胞像—通常標本との比較—

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⁾, 宮内 昭(MD)³⁾

当院では、2012年より塗抹後の穿刺針洗浄液を用いたLBC(CytoRich-REDを用いたSurePath:SP法)の併用を行っており、その有用性やLBC標本での細胞像の特徴を検討してきた。SP標本の細胞像は基本的には通常標本と同様で、標本の見方を大きく変える必要はないが、いくつかの異なる所見があるので、その所見を中心に、同一症例の通常標本と比較しながら報告する。

【背景】固定液に溶血作用・蛋白可溶化作用があるため、赤血球やコロイド等の背景成分は減少する。ただし、粘稠コロイドや泡沫細胞、変性赤血球は減少しにくい。濾胞性腫瘍のように、腫瘍内に毛細血管が豊富な病変では、上皮細胞集塊の周囲にフィブリンが出現しやすい。

【細胞構成】自然沈降法にて高比重の細胞が優先的に塗抹されるため、通常標本で泡沫細胞やコロイドのみ塗抹される症例でも、SP標本では濾胞上皮や悪性細胞が観察されやすく、良悪を判定できる可能性がある。

【出現様式】主に細胞集塊として塗抹され、孤立散在性細胞は少ない傾向にある。集塊はより立体的に出現しやすい。

【細胞所見】収縮により核や細胞質は濃染傾向を示し、乳頭癌に特徴的なすりガラス状核の観察は困難である。細胞は塗抹前に固定されることから、細胞形が保たれやすく、高細胞型乳頭癌の高円柱状形態や髄様癌の有尾状突起の認識が容易である。核縁の半周以上に脳回状の凹凸不整を示すジグザグ核(convoluted nuclei)は乳頭癌の約4割に認められ、腺腫様結節や濾胞性腫瘍では出現せず、通常標本にもみられないことから、CytoRich-REDを用いたSP標本における乳頭癌の特徴である。

YC4 LBCを用いたGiemsa染色の検討

関西医科大学附属滝井病院病理部¹⁾, 関西医科大学病態検査学講座²⁾

○木下勇一(CT)¹⁾, 稲葉真由美(MD)^{1,2)},
四方伸明(MD)^{1,2)}, 葛 幸治(MD)²⁾

米国で子宮頸癌検診の検出率の低さが発端で子宮頸部擦過細胞診の診断にベセスダシステムによる標本評価法が採用され、更に、それを補助する形で標本作製法の標準化の手法としてLiquid Based Cytology (LBC)が開発された。LBCの導入は診断精度の向上や細胞検査士の負担の軽減など、大きく細胞診断に貢献に繋がり、近年では子宮頸部擦過材料以外の検体(尿, 体腔液, 呼吸器材料, 穿刺吸引材料など)に広く応用されている。しかしながら、現在使用されているLBCキットの処理液は全てアルコールベースであり、ギムザ染色の検討は未だ成されていないのが現状である。そこで、我々は自作の処理液を用いたギムザ染色標本作製の検討(MGG-LBC法)を行った。検討は従来法(すり合わせ法)で作製したパパニコロー染色標本, ギムザ染色標本ならびにLBC法で作製したパパニコロー染色標本, MGG-LBC標本をそれぞれ形態学的観察, バーチャルスライドと画像解析ソフトを用いて細胞面積, N/C比について計測し, 比較した。結果, 形態学および実測値についてMGG-LBC法は従来法で作製したギムザ染色標本と形態学的に遜色ない方法であると思われた。一方, 塗抹細胞量に関して, 従来法より少ないことが明らかとなった。この結果に対する改善方法が今後の検討課題である。本ワークショップでは若干の臨床材料の細胞像を追加した実際のデータについて報告する。

◇受賞講演

EGFR 遺伝子変異特異的抗体を用いた免疫細胞化学におけるSurePath細胞保存液の固定効果(Fixation effect of SurePath preservative fluids using epidermal growth factor receptor mutation-specific antibodies for immunocytochemistry)

久留米大学病院病理診断科・病理部

○河原明彦(CT)

肺がん治療において非小細胞肺がんにおける上皮増殖受容体(EGFR)の検出はチロシンキナーゼ阻害薬の効果予測のための重要な因子となっている。我々は以前EGFR遺伝子変異特異的抗体の特異性について調査し、さらにこの抗体を用いた肺がん患者のためのスクリーニングシステムについて報告した。この検討の中で細胞診材料におけるEGFR遺伝子変異特異的抗体の発現強度の低下を観察した。そこで我々は近年、液状化細胞診が一般検体に応用されつつあるため、免疫細胞化学, EGFR遺伝子解析およびFISHにおけるSurePath細胞保存液の固定効果について95%エタノール固定やホルマリン固定との比較を交えた検討を行った。

肺癌培養細胞と胸水肺腺癌を用いて, CytoRich Blue, CytoRich Red, 15%中性緩衝ホルマリンおよび95%エタノール固定を行った。固定された肺癌培養細胞は免疫細胞化学, EGFR遺伝子解析およびFISHを行い, 胸水肺腺癌は固定時間における免疫細胞化学の肺腺癌マーカーを用いて発現影響を調査した。免疫細胞化学においてホルマリン系固定液であるCytoRich Redと15%中性緩衝ホルマリンは, アルコール系固定液であるCytoRich Blueと95%エタノールに比べEGFR遺伝子変異特異的抗体や肺腺癌マーカーを強発現した。CytoRich BlueとCytoRich Redは15%中性緩衝ホルマリン固定液に比べDNAの保持に優れていたが, FISHとEGFR遺伝子解析はすべての固定液で良好な結果を観察した。固定時間の発現影響において, 胸水肺腺癌の細胞質抗原は比較的安定していたが, 核内抗原は固定時間に影響を受けた。

CytoRich Redは遺伝子変異特異的抗体を用いた免疫細胞化学に役立つのみでなく, DNA解析にも応用可能である。本研究を踏まえ今後の細胞診の役割についても言及する。

◇班研究報告

甲状腺髄様癌の細胞診断学的特徴の究明

野口病院研究検査科病理¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院臨床検査科³⁾, 伊藤病院臨床検査室⁴⁾, 山梨大学人体病理学講座⁵⁾, 修文大学看護学部⁶⁾, 大森赤十字病院検査部⁷⁾

○丸田淳子(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 樋口観世子(CT)³⁾, 鈴木彩葉(CT)³⁾, 佐々木栄司(CT)⁴⁾, 加藤良平(MD)⁵⁾, 越川 卓(MD)⁶⁾, 坂本穆彦(MD)⁷⁾

【目的】甲状腺髄様癌の細胞診所見について検者間誤差の生じにくい所見と核の計測値のなかから診断に有用なものを検索し、髄様癌における診断率向上と診断のアルゴリズムの提案が可能かを検討した。

【対象および方法】甲状腺髄様癌 78 例, 乳頭癌 20 例, 低分化癌 20 例, 濾胞性腫瘍 20 例(濾胞癌 15 例, 濾胞腺腫 5 例)の細胞診標本を用いて, 粗顆粒状クロマチン, 核溝, 核内細胞質封入体, 多核の腫瘍細胞, アミロイドおよび計測値として核面積, 核の縦横比(長径と短径の比), 核の長径を比較した。

【結果および考察】髄様癌に有用な所見は, 1) 粗顆粒状のクロマチン, 2) 4 核以上の腫瘍細胞, 3) アミロイド, 4) 紡錘形の形状を示す腫瘍細胞(縦横比 1.6 以上), 5) 長径の分位点(10)の3倍以上を認める大小不同性, 6) 縦横比の CV25% 以上である症例内変動(形状の多様性)であった。これらの6つの所見に着目すると, 髄様癌の76%が推定可能であった。更に, 計測値からのロジスティック回帰分析を用いることにより髄様癌の推定可能の割合が若干上昇した。しかし, 乳頭癌, 濾胞性腫瘍, 低分化癌などとの鑑別が不可能である髄様癌が15%あった。検者間誤差の生じにくい所見と核の計測値を用いても推定不可能な髄様癌があり, それらについては免疫染色などを併用することも考慮する必要がある。

◇わからん会

わからん会 1 Prostatic ductal adenocarcinoma の1例

関西医科大学附属枚方病院病理部¹⁾, 関西医科大学附属枚方病院病理診断科²⁾

○蛭子佑翼(CT)¹⁾, 岡野公明(CT)¹⁾, 山東香織(CT)¹⁾, 大江知里(MD)²⁾, 宮坂知佳(MD)²⁾, 田代 敬(MD)²⁾, 植村芳子(MD)²⁾, 蔦 幸治(MD)²⁾

【はじめに】前立腺導管型腺癌は前立腺導管由来の腺癌で, 全前立腺癌の0.4~0.8%程度と比較的稀な腺癌である。今回, 膀胱洗浄液細胞診にて導管型腺癌の症例を経験したので, 細胞所見を中心に検討する。

【症例】80歳代男性。他院で膀胱癌を指摘され, 紹介受診された。膀胱鏡にて右側壁から後壁にかけて乳頭状腫瘍を認め, 膀胱洗浄液細胞診が施行された。MRIでは膀胱内から前立腺に浸潤する腫瘍を認め, 膀胱癌または前立腺癌が疑われ, TUR-Bt および前立腺生検が施行された。

【細胞所見】出血性背景に腫大核で核形不整やクロマチン増量を有する異型細胞が不規則重積を伴う乳頭状集塊で多数出現しており, 尿路上皮癌と判定した。組織所見を踏まえた上で, 再検討したところ, 異型細胞は高円柱状で細胞質が淡く, 柵状に配列する像や腺腔形成が何われ, 腺癌を考慮すべき所見であった。

【組織所見】類円形核で明瞭な核小体と細顆粒状クロマチンを有する淡明~淡好塩基性の胞体を有する高円柱状の異型細胞が篩状, 管状, 乳頭状構造をとりながら浸潤性に増殖していた。形態的に前立腺導管型腺癌が疑われ, 免疫組織化学的にもPSA(+), PSAP(+), 前立腺由来の腺癌を支持する所見であった。尿路上皮には異型はみられず, 前立腺導管型腺癌の膀胱浸潤と診断された。

【考察】前立腺導管型腺癌は臨床的に前立腺尿道部の尿路上皮癌に類似した特徴を有し, 尿路上皮癌との鑑別を要する場合がある。そのため, 前立腺尿道部に乳頭状の腫瘍がある場合には鑑別疾患として想定しておく必要がある。細胞診での特徴所見を踏まえて, 尿路上皮癌などの鑑別を要する腫瘍との細胞所見を比較検討する。

わからん会2 集検でHSILから発見されたCIN3とAIS共存の一例

一般財団法人下越総合健康開発センター¹⁾, 新潟大学医学部病理標本センター²⁾, 県立がんセンター新潟病院³⁾

○峰本佳織(CT)¹⁾, 姫路由香里(CT)¹⁾,
板垣由香里(CT)¹⁾, 本間真由美(CT)¹⁾,
大橋溜子(MD)²⁾, 本間慶一(MD)³⁾

【はじめに】上皮内腺癌(AIS)と子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)はしばしば共存するといわれている。今回我々は、子宮がん検診で高度異型扁平上皮内病変(HSIL)と判定し、組織学的にAIS+上皮内癌(CIS)と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】20代女性。初診。LBC(BD シュアパス法), サーベックスブラシ採取。集団検診でHSIL(高度異形成)を推定し、生検でAIS+CIN3(高度異形成)と診断。その後、子宮全摘術が施行され、AIS及びCIN3(CIS)と診断された。

【細胞診所見】炎症性背景に中層～深層型核異型細胞が弧在性に散見。核クロマチン増量, N/C比中等度～高度上昇, 著明な核形不整が認められ高度異形成を推定。中に、核クロマチン増量を呈する裸核様細胞集塊を認めたが、核縁肥厚, 核緊満感乏しく、1ヶ所のみ出現であったためCISは除外した。他、正常範疇の腺系細胞がシート状小集塊で少量出現していた。

【生検】正常の内頸腺構造に、偽重層, 極性の乱れ, 核腫大を呈する腺細胞の増殖を認める。扁平上皮では、表層1/3に及ぶ著明な極性の乱れ, 核腫大, 核形不整等が認められ、AIS+CIN3(高度異形成)と診断。

【子宮全摘】CIN3の多くは高度異形成であったが、AISと接しているCIN3部の一部で、扁平上皮細胞の層形成や極性の乱れが全層に及ぶ所見が見られ、CISと診断。

【まとめ】組織との照合により、裸核様細胞集塊は、組織のCIS部と類似していたが、CIS断定所見には乏しく、推定には至らなかった。腺系細胞集塊は組織のAISで見られる偽重層, 極性の乱れ, 核腫大はなく、病態由来とは思われなかったが、早期腺癌は、CINとの共存が多く、扁平系異型所見がある場合は腺系病変も視野に入れた鏡検が重要である。

わからん会3 子宮頸がん検診で発見されたリンパ上皮腫様扁平上皮癌の一例

公益財団法人福島県保健衛生協会¹⁾, 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院婦人科²⁾, 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院病理診断科³⁾, 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⁴⁾

○羽野健汰(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⁾,
日下部崇(MD)³⁾, 添田 周(MD)⁴⁾, 渡辺尚文(MD)⁴⁾,
藤森敬也(MD)⁴⁾

【はじめに】子宮頸部リンパ上皮腫様扁平上皮癌は扁平上皮癌の特殊型であり、未分化な腫瘍細胞と著明なリンパ球浸潤が特徴である。今回我々は、子宮頸がん検診にて判定および組織型推定に苦慮した本腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】30歳代女性。平成25年8月に子宮頸がん検診を受診。採取器具は頸管ブラシ。内診所見は易出血性。子宮頸部細胞診ではASC-H, 頸部生検組織診にて扁平上皮癌と診断され円錐切除を施行。手術材料の組織診断にて子宮頸がんI B1期, リンパ上皮腫様扁平上皮癌と診断された。

【細胞所見】好中球が主体の炎症性背景に、シート状～軽度の重積を示す異型細胞集塊が出現していた。細胞境界は不明瞭で、細胞間に好中球の介在, 配列の乱れがみられた。細胞質は淡明, 核は類円形で中心性を示し、軽度の核腫大や大小不同, 立体感を認めたためCISを疑ったが、N/C比は低く、核内も明るいことから炎症性変化との鑑別を要しASC-Hとした。

【組織所見】生検組織診では、円形核で軽度の大小不同を認める腫瘍細胞が充実性の胞巣を形成し、浸潤性に増生していた。手術材料では、間質および腫瘍細胞間に著明なリンパ球浸潤をみ、腫瘍細胞は比較的大型で、著明な大小不同, 細顆粒状クロマチンと肥大した核小体が認められた。

【まとめ】細胞所見ではリンパ球浸潤がなく、特徴的所見に乏しかったため組織推定は困難であった。しかし、本腫瘍は若年者に好発し、予後良好であることから、細胞診での判定結果は臨床診断・治療・予後判定等に大きく寄与すると考える。頸癌の典型的な像以外にも、種々の細胞像を熟知し、それぞれの特徴に留意しながら観察を進めることが重要であることを学んだ。

わからん会 4 腹水において難沈殿性を示し、組織型推定に苦慮した腺癌の一例

沖縄県立八重山病院検査科¹⁾, 沖縄県立中部病院検査科²⁾, 中部地区医師会立検診センター臨床検査課³⁾, 中部地区医師会立検診センター八重山出張所⁴⁾, 琉球大学医学部附属病院病理部⁵⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座⁶⁾

○新垣善孝(CT)¹⁾, 桃原英子(CT)¹⁾, 山村育子(CT)¹⁾, 多良間隆(CT)¹⁾, 安里真奈美(CT)²⁾, 大竹賢太郎(CT)³⁾, 黒島義克(CT)⁴⁾, 齋尾征直(MD)⁵⁾, 吉見直己(MD)⁶⁾

【はじめに】遠心後の腹水上清中に難沈殿性を示す浮遊物を認め、細胞診で組織型推定に苦慮した腺癌を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。胃癌ステージ4に対して化学療法施行中。腹水の増悪を認め、精査目的で腹水穿刺が施行された。

【検体肉眼所見】淡い血性で繊維素析出なし。遠心後の上清は黄色調。上清中に肉眼で確認できる多数の浮遊物を認めた。竹串及びスポイトで上清を攪拌したが糸を引くなど粘調性は確認されなかった。

【細胞所見】少数の炎症細胞を背景にミラーボール状の球状集塊や集塊辺縁から乳頭状様に突出する像などの他、球状集塊から移行するシート状集塊を認めた。シート状集塊は一見、腹腔洗浄液中にみられる静止期中皮細胞様にもみえた。核は殆どが円形～類円形で核縁の肥厚に乏しく、核クロマチンは微細顆粒状。小型円形の核小体を1～2個認めた。細胞質はライトグリーン淡染性。PAS反応は細胞質及び背景共に陰性で明らかな粘液は確認されなかった。第一に腺癌を考えたが、高分化型乳頭状中皮腫(WDPM)を否定出来なかった。

【セルブロック所見】球状浮遊物は基本1層の立方状の細胞が円形に配列する中空構造を示していた。免疫組織化学染色ではBer-Ep4(+), CEA(-), Calretinin(-), D2-40(-), CK7(+), CK20(-), TTF-1(-)であった。臨床情報から胃由来の腺癌が推定されるが、確定は得られていない。

【まとめ】上清中の浮遊物が沈殿しなかった理由について、遠心条件、粘調度、比重、蛋白濃度の影響を検討したが原因の特定には至らなかった。球状集塊として出現する胃癌やWDPMは稀な出現率であるが、その認識と十分な理解があれば細胞像でもある程度推定可能と考える。

◇一般演題(口演)

O-1-1 唾液腺細胞像類似疾患の鑑別点の検討

九州大学医学系学府保健学専攻¹, 九州大学病院病理部・病理診断科², 九州大学大学院医学研究院保健学部門³

○河津大雅(MT)¹, 大久保文彦(CT)², 仲 正喜(CT)², 寺戸信芳(CT)², 中附加奈子(その他)^{2,3}, 渡辺寿美子(その他)³, 平橋美奈子(MD)^{2,3}, 山元英崇(MD)², 小田義直(MD)², 杉島節夫(その他)³

【背景】一般に唾液腺腫瘍は、発生頻度は低く良性腫瘍が多いとされている。その一方で組織型が多く、同一腫瘍内での多彩性や異なる腫瘍間で類似性を示すため診断に苦慮することも少なくない。臨床的に良性腫瘍の場合は基本的に手術による摘出のみで予後は良好である。一方、悪性の場合にはグレードにもよるが腺様嚢胞癌のように予後不良なものもあり、治療の面でも外科的摘出に加えて放射線治療等が行われる。このように、両者の予後や治療方針が異なることから唾液腺腫瘍における良悪性の鑑別を行うことは非常に重要であると考えられる。

【対象と方法】九州大学病院において穿刺吸引細胞診または捺印細胞診が施行され、病理組織学的に診断された多形腺腫4例32～63歳(平均:53歳)、基底細胞腺腫3例45～65歳(平均:54歳)、腺様嚢胞癌5例34～72(平均:53歳)の計12症例について検討を行った。標本はパパニコロウ染色標本を用いて行った。背景の泡沫細胞の出現数、分岐を有する間質の出現の有無、核が押しつぶされたような細胞(以下Crush cellとする。)を主体とした細胞集塊の出現の有無について検討した。

【結果】泡沫細胞の出現数について、30視野平均で多形腺腫では16.95個、基底細胞腺腫では0個、腺様嚢胞癌では0.15個となった。分岐した間質の出現に関して、多形腺腫では4症例中2症例(50%)、基底細胞腺腫では3症例中3症例(100%)、腺様嚢胞癌では5症例中5症例(100%)に見られた。Crush cellの細胞集塊の出現の有無について、多形腺腫では4症例中2症例(50%)、基底細胞腺腫では3症例中3症例(100%)、腺様嚢胞癌では5症例中0症例(100%)であった。

O-1-2 原発巣が明らかになった頸部リンパ節転移癌の一例

公立八女総合病院臨床検査科病理¹, 久留米大学医学部病理学講座², 九州医療センター³, 渡辺医院⁴

○村上奈由美(CT)¹, 中野聖美(MT)¹, 甲斐麻莉子(CT)¹, 跡部美和(CT)¹, 樋口英次郎(CT)¹, 村上勇二(CT)¹, 渡辺次郎(MD)⁴, 桃崎征也(MD)³, 谷川 健(MD)^{1,2}

【はじめに】頸部リンパ節転移癌には原発不明例があり、その発生頻度は頭頸部癌の約3%を占める。原発不明癌として頸部リンパ節生検2年後、肺に原発巣を認めたと一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。嗄声と左声帯麻痺を認め、当院耳鼻科紹介受診。左後頸部リンパ節が10mm大に腫脹しており、穿刺吸引細胞診で低分化型扁平上皮癌を疑った。頸部リンパ節生検では未分化癌と診断。画像所見からは原発巣推定困難であり、最終診断は原発不明未分化癌となった。その約2年後、右肺上葉S2領域に約15mmの結節を認め、診断確定目的で肺部分切除施行。

【細胞所見】肺切除組織の捺印細胞診標本には乳頭状で重積性の強い細胞集塊を認め、一部に核中心性の細胞を見るものの低分化型腺癌を考えた。

【組織所見】異型細胞が乳頭状や小型腺管状に増殖し、一部には篩状構造や充実性増殖を認めた。部分的に壊死をとまない異型細胞は立方状から短円柱状で、淡明から淡好酸性胞体、類円形核を有していた。

【免疫組織化学的結果】肺組織でCK7(+), CK20(focal+), TTF-1(focal+), p40(-), Alcian blue(+), リンパ節組織も同様の染色を行い、CK7(+), CK20(+), TTF-1(+), p40(focal+), Alcian blue(focal+)であった。

【結果】細胞学的に頸部リンパ節と肺腫瘍捺印所見からは異なる組織型を推測した。組織所見や免疫組織化学的結果から組織診断は肺原発腺房細胞型腺癌で、頸部リンパ節には一部の充実性増殖部分が転移したと考えられた。

【まとめ】転移巣が先に見つかった場合、画像で明らかな所見がなくても、CK7, CK20などの免疫組織化学的検討を行い、原発巣をある程度推測し経過観察を行う必要性を強く感じた。

O-1-3 穿刺吸引細胞診で多形腺腫と推定した耳下腺 上皮筋上皮癌の一例

独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院病理診断科

○山上朋之(CT), 内田雅子(CT), 宮下浩子(CT),
増田麻紀(CT), 武藤美智子(CT), 横沢麻希子(CT),
佐藤義雄(CT), 濱村尚也(CT), 長谷川直樹(DDS),
角田幸雄(MD)

【はじめに】上皮筋上皮癌は全唾液腺腫瘍の約1%を占める稀な腫瘍であり、穿刺吸引細胞診のみでの組織型確定は困難な場合が多いとされる。今回我々は、耳下腺に発生し多形腺腫と推定した上皮筋上皮癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。2年前より左耳前部腫瘍を自覚。疼痛、発熱があり抗生剤内服するも変化がないため来院。画像上、20mm大の硬結腫瘍で左耳下腺部に対して穿刺吸引細胞診施行し、多形腺腫疑いで腫瘍摘出術が施行された。

【穿刺吸引細胞所見】出現する細胞量は多く、細胞密度の高い大小の重積集塊と裸核状細胞を孤立散在性に認めた。集塊内では導管様配列を示す腺上皮細胞成分と類円形から紡錘形核を有する筋上皮細胞成分を認めたが、明らかな異型には乏しかった。腺腔様内部には好酸性粘液物質がみられ、ギムザ染色では、集塊辺縁に異染性を示す粘液腫様物質がみられた。以上の所見から多形腺腫を推定した。

【組織所見】耳下腺組織内に線維性組織で被覆された15mm×13mmの充実性腫瘍を認めた。組織学的に、基底膜様物質を背景に淡明な細胞質を有する筋上皮細胞と好酸性の胞体有する腺上皮細胞よりなる2相性の腺腔形成がみられた。腺上皮・筋上皮ともに異型があり、筋上皮の周囲間質と混ざり合うmixed appearanceが見られないことから上皮筋上皮癌と診断された。

【まとめ】本症例は、細胞像で導管上皮細胞と筋上皮細胞の2相性を確認し得た。しかし、概して細胞異型が弱く、腫瘍性筋上皮細胞の核所見やギムザ染色での異染部位の観察が不十分であった事が、多形腺腫を推定した要因に挙げられる。本症例の細胞像に加え多形腺腫との鑑別点について検討し報告する。

O-1-4 乳癌の術前診断における穿刺細胞診の役割について

大阪プレストクリニック¹⁾, 関西電力病院²⁾

○米川みな子(CT)¹⁾, 河合 潤(MD)²⁾

【はじめに】乳癌診断において、生検が普及し、画像上、悪性と判定された病変に対しては、サブタイプ検索もあり、穿刺吸引細胞診が省略されることも多くなってきている。一方、悪性の除外診断、及び術式や切除範囲、化学療法の適応に關与する娘結節の確認、リンパ節転移の有無などは、細胞診が欠かせない検査法になっている。そこで当院における娘結節の確認や、リンパ節穿刺細胞診についての検討を行った。

【対象】2014年から2015年9月までに乳癌で手術した634例

【結果】634例の中で、娘結節の確認のため細胞診を施行したのは、104例で、悪性が32例、悪性疑いが3例、鑑別困難が2例、正常あるいは良性が36例、不可が31例であった。大きさは5ミリ以下が20例、6~9ミリが48例で、超音波で良性よりの判定が87%を占めた。悪性疑い、悪性の35例の内訳は乳管内病変が11例で浸潤癌が24例であった。リンパ節への転移の有無については、超音波所見で疑いの127例に施行されpositiveが56例、negativeが57例、検体不適正が14例であった。Negativeの57例のうち、センチネルリンパ節がpositiveであったのが9例あった。

【まとめ】娘結節の確認については悪性疑い、悪性35例のうち超音波で良性よりの判定が77%、大きさは5ミリ以下が17%、6~9ミリが48%であった。リンパ節の転移検索については、false negativeが9例あったが、転移巣の大きさが、1ミリ以下が3例、3ミリ以下が4例、6ミリが1例で、病変が超音波で描出されなかったか、針が当たらなかったと思われる。以上細胞診はMRIとともに術前検査において重要な役割を担っているが、異型の弱い病変を対象とすることも多く判定に苦慮する。

O-1-5 LBC による乳腺細胞診診断の標準化を目指して～線維腺腫 10 症例の検討～

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】乳腺細胞診は直接塗抹法では、塗抹法の違いにより細胞所見や診断基準が異なると言われている。一方、LBC は、標準化された標本作製法、細胞回収率の向上、免疫染色などにより、診断精度の向上が期待される。そこで、今回我々は乳腺細胞診診断の標準化に向けた取り組みとして、乳腺の代表的な良性病変である線維腺腫の細胞所見を、LBC 標本にて検討した。

【対象・方法】2013 年 9 月～2014 年 12 月に当院にて細胞診が実施され、組織学的に線維腺腫と診断された 10 症例について、直接塗抹後の針内洗浄に BD サイトリッチ TM レッド保存液を使用し作製した LBC 標本の対物 4 倍と 10 倍以上の所見について検討した。

【結果】対物 4 倍では、間質（双極核細胞 6/10・ミクソイド 7/10・線維状 6/10）、乳管上皮細胞集塊（シート状 9/10、腺管状 10/10）が見られ、出現割合は全て間質より乳管上皮細胞が高かった。また、集塊の形状は辺縁が丸い傾向であった（9/10）。10 倍以上の拡大では、乳管上皮細胞集塊の重積は全て二層以下であった。集塊の筋上皮は全てに見られ、筋上皮の数は多かった。筋上皮の核は円～楕円形で、集塊の表面や辺縁から突出するように付着していた（10/10）。

【まとめ】LBC による線維腺腫の診断のためには、まず対物 4 倍にて間質と乳管上皮細胞が出現している全体像を把握し、結合性および上皮性混合腫瘍をイメージすることが大切である。特にミクソイドな間質は線維腺腫を推定するのに非常に有用な所見であった。さらに 10 倍以上の拡大にて、乳管上皮細胞のシート状、二層以下の重積集塊や、集塊辺縁から突出する筋上皮より良性の腺成分が推定され、LBC にて線維腺腫を推定することは可能であると思われた。

O-1-6 神経内分泌細胞への分化を伴う乳癌 8 例

一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科

○二瓶憲俊 (CT), 桂澤安奈 (CT), 甲賀洋光 (CT),
小滝 昇 (CT), 遠藤枝利子 (CT), 山口佳子 (MD)

【はじめに】神経内分泌的特徴を示す乳癌は、WHO 分類第 4 版に採用された疾患名で 3 重型に分類され浸潤性乳癌の 2-5% を占める比較的稀な組織型である。今回、神経内分泌細胞への分化を伴う乳癌 8 例について報告する。

【対象および方法】免疫組織学的に神経内分泌細胞への分化を認めた 8 例（粘液癌 type B 4 例、充実腺管癌 1 例、solid papillary carcinoma 2 例、神経内分泌型非浸潤性乳管癌：NE-DCIS 1 例）平均年齢 67.3 歳について細胞量、出現形態、細胞の大きさ、形状、核・細胞質所見について観察を行った。

【細胞所見】全例細胞量が豊富で NE-DCIS を除く 7 例は、異型細胞が孤立散在性～緩やかな結合を示す細胞集塊で出現していた。異型細胞は形質細胞様を示し細胞質が顆粒状で核クロマチンは細顆粒状、核の大小不同や核型不整に乏しく単調な形態であった。また、線維血管性間質や ICL も多く散見された。しかし、NE-DCIS は細胞質の顆粒は見られたが、一部に筋上皮細胞を伴う大型細胞集塊やシート状集塊が主体であった。

【組織所見】細胞質内に好酸性顆粒を有する比較的均一な所見を示す形質細胞様細胞が充実性増殖を示し、核の大小不同や核分裂像は目立たなかった。免疫組織学では Chromogranin A, Synaptophysin, CD56 などの神経内分泌マーカーが 50% 以上の細胞に陽性であり ER 陽性、PgR 陽性、HER2 陰性であった。

【結語】NE-DCIS を除く 7 例は、細胞質に顆粒を有する形質細胞様細胞が単調な出現形態で充実性に多数出現していたが、NE-DCIS は細胞質の顆粒は見られたものの一部に筋上皮細胞を伴う大型細胞集塊やシート状集塊が主体で神経内分泌的特徴を示す浸潤性乳癌の特徴所見とは異なる細胞形態であった。

O-1-7 LBCによる乳腺細胞診診断の標準化を目指して～粘液癌10症例の検討～

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科¹⁾, 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²⁾

○永尾聡子(CT)¹⁾, 前田ゆかり(CT)¹⁾, 皆倉愛美(CT)¹⁾, 北園暢子(CT)¹⁾, 畑中一仁(MD)²⁾, 大井恭代(MD)¹⁾

【はじめに】LBCは近年各施設で導入が進み診断精度の向上が期待されている。そこで今回我々は乳腺細胞診診断の標準化に向けた取り組みとして乳腺の粘液癌の細胞所見をLBC標本にて検討したので報告する。

【対象・方法】2013年8月～2015年1月に当院にて細胞診が実施され、組織学的に粘液癌と診断された10例について、直接塗抹後の針内洗浄にBDサイトリッチTMレッド保存液を使用し作成したLBC標本の細胞所見について検討した。

【結果】弱拡大では断片的スジ状粘液、上皮細胞は(孤立性7例, 小集塊9例, 大型重積集塊3例)すべてに見られ、細長い毛細血管は5例(分枝状4例, 直線状5例, ループ状1例)に見られた。強拡大では、粘液はヘマトキシリンに淡染され、透明で凝縮したスジ状粘液であり、粘液内には分枝状毛細血管が4例に見られた。上皮細胞集塊には筋上皮細胞の付着が全症例で見られず、集塊の重積が3層以上のものが6例であった。上皮細胞の観察は容易になり、核不整があるものが8例に見られた。

【まとめ】LBCでの粘液癌の標準的な診断のためには、まず粘液は弱拡大で断片的に出現するという認識しておくことが大切である。そして粘液と筋上皮細胞のない3層以上の上皮細胞重積集塊から粘液産生悪性腫瘍を推定することは可能であり、特に細長い毛細血管の出現は、LBCで粘液癌を推定するのに有用な所見であると思われる。

O-1-8 セルブロック法での乳癌バイオマーカー検索の有用性について

聖路加国際病院病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第1病理解²⁾

○小川命子(CT)¹⁾, 石黒弘美(CT)¹⁾, 平林陽介(CT)¹⁾, 鈴木正敏(CT)¹⁾, 中島美里(CT)¹⁾, 宇野美恵子(DDS)¹⁾, 内田士朗(MD)¹⁾, 野寄 史(MD)¹⁾, 鈴木高祐(MD)¹⁾, 澤田達男(MD)²⁾

【はじめに】近年、再発乳癌のバイオマーカーを再評価し、治療方針決定のために参考とすることが推奨されている。しかし組織採取が不可能な再発癌あるいは胸膜・腹膜転移に由来する体腔液では癌組織のパラフィンブロックを作製できない場合がある。今回我々は、体腔液を用いたセルブロック法でのバイオマーカー(ER, PGR, HER2)検索の有用性について検討する。

【対象】2011年～2015年まで臨床から依頼があった乳癌既往歴のある検体17例中、細胞少数の為作製不可能であった4例を除いた胸水検体13例。

【方法】塗抹標本作製後、セルブロックを作製し、自動免疫装置(ロシュ)で免疫染色(ER, PGR, HER2)を施行、組織に準じて判定し原発巣の免疫染色結果と比較した。

【結果】原発巣と一致症例が13例中9例(70%)、原発巣と不一致症例が13例中4例(30%)であった。不一致症例4例の内訳は、ER, PGR消失2例, ER消失1例, ER, PGR消失とHER2陰性から陽性に変化した症例が1例あり、この症例は抗HER2療法を開始した。

【考察】セルブロック法で乳癌のバイオマーカー染色および判定が可能であった。今回我々が検討した中にバイオマーカーの異なった症例が存在した。乳癌再発症例は、原発巣と転移巣でのバイオマーカーが異なる症例が存在する為、セルブロック法で免疫染色を行う事は、治療方針決定の一助と成り得ると考えられた。通常の組織標本と同等の信頼性が得られるかなど、症例を蓄積し今後更なる検討が必要と思われた。

O-1-9 膵臓 serous cystadenoma の1例 “穿刺吸引細胞診所見について”

松本市立病院医療技術部検査科¹⁾, 信州大学医学部保健学科生体情報検査学²⁾

○小塚智文(CT)¹⁾, 岩本拓朗(MT)¹⁾, 石田章子(MT)¹⁾,
西澤和世(CT)¹⁾, 太田浩良(MD)²⁾

【緒言】膵臓 serous cystadenoma (SCA) は稀な腫瘍であり, 中高年女性の膵体尾部に好発する. SCA の1例につき, 摘出臓器に対して実施した穿刺吸引細胞診(FNA)所見を報告する.

【症例】70歳代の女性. 約10年前から膵嚢胞を指摘され経過観察中. CT, MRI では膵尾部に約3cm程の多房性嚢胞性病変を認めた. 分枝膵管型 IPMN の臨床診断のもと, 膵体尾部膵臓合併切除を施行された.

【FNA 細胞所見】摘出臓器の病変部を穿刺したところ, 漿液性の液体が吸引され標本作製した. 清浄な背景に, ライトグリーン(LG)淡染性の胞体を示す上皮細胞がシート状集塊ないしは, 腺腔様構造集塊を形成して認められた. 核には軽度の大小不同性がみられ, クロマチンは細顆粒状で均等に分布していた. 特殊染色ではPAS反応, α -inhibin が陽性であった.

【組織所見】剖面肉眼像では, 膵周囲組織との境界が明瞭な大小の多数の小腔よりなる結節性病変(最大剖面27×18mm)を認めた. 組織学的には, 壁の薄い小嚢胞よりなる多房性病変であり, 嚢胞内面は立方状~扁平の単層の腫瘍細胞より構成されていた. 腫瘍細胞の胞体は淡明, 核には均一性があり, 核分裂像は認められなかった. 腫瘍細胞の胞体はPAS反応顆粒状陽性, ジアスターゼ消化後のPAS反応陰性であり, glycogen が証明された. 免疫染色では, 腫瘍細胞は α -inhibin, MUC6が陽性であり, SCAと診断した.

【総括】SCAの細胞像は, 1)出現傾向はシート状~腺腔様構造集塊を形成, 2)腫瘍細胞の胞体はLG淡染性であり, 核異型に乏しい, といった特徴がある. 術前検査にて細胞学的にSCAが推定される症例に遭遇した場合には, PAS反応や α -inhibin免疫染色の併用が診断に有用と考える.

O-1-10 客観的分類に基づいた胆汁細胞判定の試み

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情報学⁴⁾

○早川智絵(CT)¹⁾, 千川晶弘(MD)²⁾, 井村穰二(MD)³⁾,
林直美(CT)¹⁾, 岸理恵子(CT)¹⁾, 半田留美子(CT)¹⁾,
上野隆彦(MD)⁴⁾, 小池淳樹(MD)^{1,2)}

【目的】胆汁細胞診の良悪性の鑑別に有意な所見を数値化し, 客観的分類に基づく鑑別可能性と細胞像について検討したので報告する.

【対象と方法】吸引法で得られた胆汁細胞診で, 組織学的診断の確定した20例(悪性16例, 良性4例)に対し, 「クロマチン分布」, 「集塊辺縁」, 「核間距離」, 「核形」の4所見を細胞計測し, クラスター解析を用いて客観的判定に基づいた分類と細胞像の比較を行った. また, 同時に30名の細胞検査士で陰性, 疑陽性, 悪性の3段階判定を行い, 診断成績を比較した.

【結果】クラスター解析の結果, 全例は第1群12例(悪性11例, 良性1例), 第2群5例(悪性5例), 第3群3例(良性3例)の3つに分類された. 各群の細胞像と平均計測値を比較すると, 第1群は主に, 集塊辺縁凹凸不整や核間不整, 核異型の目立つ細胞, 第2群は, 集塊辺縁に核が位置し, 核間不整は目立つが核異型の弱い細胞, 第3群は, 集塊辺縁に細胞質がみられ, 核間不整や核異型の目立たない細胞が分類された. この客観的分類と検査士30名の診断成績を比較すると, 第1群を陰性, 疑陽性, 悪性と判定した割合はそれぞれ9%, 38%, 53%, 第2群は, 31%, 41%, 29%, 第3群は61%, 20%, 19%で, 第1群を悪性, 第3群を陰性と判定した検査士が多くみられたが, 第2群では疑陽性率が高かった.

【考察】細胞所見を数値化することによって, 形態的指標による良悪性の鑑別を厳密に行う事が可能と考えられたが, 数値化しても良性例の一部が悪性群に混在することから, 今後, 更なる検証が必要と考えた.

O-1-11 胆汁細胞診の細胞学的異型度の基準—核所見に関する検討—

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⁾, 順天堂大学練馬病院臨床検査科⁴⁾, 済生会神奈川県病院検査科⁵⁾, 太田総合病院中央検査科⁶⁾, 太田総合病院消化器外科⁷⁾

○古旗 淳(CT)¹⁾, 広岡保明(MD)²⁾, 東井靖子(MT)¹⁾, 福村由紀(MD)³⁾, 大橋久美子(CT)⁴⁾, 阿部加奈子(CT)⁵⁾, 阿部佳之(CT)⁶⁾, 権田厚文(MD)⁷⁾

【目的】われわれはこれまで、誰もが同じ判定ができる胆汁細胞診の客観的な細胞学的異型度の基準の確立のため、各細胞所見について異常とする異型の程度と閾値について解析してきた。今回、核所見について検討したので報告する。

【方法】胆汁細胞診が行なわれた Papanicolaou 染色標本中の細胞の異型の程度から、良性例と腺癌例をそれぞれ低異型度群と高異型度群に分けた。これら各 20 例の細胞の出現パターンより散在型 (50 個未満の細胞からなる細胞集団や散在性細胞) と集塊型 (50 個以上の細胞からなる細胞集団) に分けた。次の各所見の異型の条件を満たす核の出現率を計測し、閾値を求めた。1) 核の大小不同: 核長径が平均の 1/2 以下と 2 倍以上の核。2) 核の接触像: 腫大に伴い、接し合う核。3) 核形不整: 切れ込み、核溝を示す核。閾値は良性例・高異型度群の平均 + 1 標準偏差とした。

【結果】腺癌例は全所見で良性例より有意に高値を示した。また、細胞異型が増すほど値が上昇した。散在型と集塊型の閾値はそれぞれ次の通りであった。核の大小不同: 23%, 16%。核の接触像: 50%, 48%。核形不整: 31%, 25%。

【結語】散在型で異型度が強調される傾向を示し、特に良性例の過剰評価に注意が必要と思われた。今回の検討は核所見の客観的な細胞学的異型度の指標になると思われる。

O-1-12 膵 EUS-FNA 細胞診で診断し得た比較的稀な転移性膵腫瘍の 2 例

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診断学講座²⁾

○小島啓子(CT)¹⁾, 刀稱亀代志(CT)¹⁾, 熊谷直哉(CT)¹⁾, 加藤哲子(MD)^{1,2)}, 黒瀬 顕(MD)^{1,2)}

【はじめに】膵腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引 (EUS-FNA) 細胞診にて診断し得た、比較的稀な転移性膵腫瘍の 2 例を経験したので報告する。

【症例】症例 1: 80 歳代, 女性. 約 16 年前甲状腺乳頭癌にて手術歴あり. CT にて膵体尾部に腫瘍を指摘され, EUS-FNA を施行. 症例 2: 30 歳代, 男性. 約 20 年前左下肢胞巣状軟部肉腫にて手術歴あり. CT にて膵頭部に腫瘍を指摘され, EUS-FNA を施行.

【細胞所見】症例 1: 核密度の高いシート状, 乳頭状の細胞集塊がみられた. 異型細胞は微細な核クロマチンを示し, 核溝, 核内細胞質封入体を認め乳頭癌の転移が推定された. 免疫細胞化学染色にて異型細胞は TTF-1, thyroglobulin が陽性を示し, 甲状腺乳頭癌の転移と細胞診断した. 症例 2: 豊富な細胞質を有する大型類円形の異型細胞が出現し間葉系腫瘍を疑った. 異型細胞は顆粒状で好酸性の細胞質を示し, 明瞭な核小体, 核の大小不同がみられ, 胞巣状軟部肉腫の細胞像に合致していた.

【組織所見】症例 1: 核の腫大や核密度の増加を伴う乳頭状の細胞集塊がみられた. 免疫組織化学 (IHC) 染色にて TTF-1, thyroglobulin が陽性を示し, 甲状腺乳頭癌の転移と診断した. 症例 2: 比較的豊かな好酸性顆粒状の細胞質と核小体が目立つ細胞が小集塊ないし孤立性にみられた. 細胞質内にはジアスターゼ抵抗性 PAS 陽性物質を認め, IHC にて TFE3 が陽性を示し, 胞巣状軟部肉腫の転移と診断した.

【まとめ】転移性膵腫瘍は膵悪性腫瘍全体の 5% 未満と比較的稀であり, 甲状腺乳頭癌や胞巣状軟部肉腫の膵転移の報告は少ない. 今回 EUS-FNA 細胞診で遭遇機会の少ない転移性膵腫瘍の 2 例を経験したが, 既往歴を考慮して細胞診断にあたるのが重要と考える。

O-1-13 膵上皮内癌における細胞診の検出方法と細胞形態学的検討

九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾,九州大学医学部保健学科²⁾,九州大学大学院形態機能病理学³⁾,九州大学大学院病態制御内科学⁴⁾,九州大学大学院臨床・腫瘍外科⁵⁾

○大久保文彦(CT)¹⁾,仲 正喜(CT)¹⁾,杉島節夫(CT)²⁾,古賀 裕(MD)^{1,3)},大石善丈(MD)³⁾,山元英崇(MD)^{1,3)},伊藤鉄英(MD)⁴⁾,大塚隆生(MD)⁵⁾,中村雅史(MD)⁵⁾,小田義直(MD)^{1,3)}

【背景】膵上皮内癌は良好な予後が期待されるが,臨床症状や画像所見に乏しく早期の発見が非常に困難とされている。一方で ENPD(内視鏡的経鼻膵管ドレナージ)を留置した複数回の膵液細胞診が有用とする報告がある。今回われわれの経験した膵上皮内癌(PanIN3)について細胞診の検出方法と細胞形態学的特徴について報告する。

【方法】2010年から2015年に画像上膵癌が強く疑われ,手術後の病理組織検査で膵上皮内癌と診断された11例のうち,術前のERP(内視鏡的逆行性膵管造影)下膵管擦過細胞診・膵液細胞診,ENPD留置下膵液細胞診を実施した10例を対象とした。検体処理は膵液を3000rpm・5分間遠心後,細胞成分に10%アルブミン液を1滴加えすり合わせ法を行なった。膵管擦過はブラシに付着した細胞成分をハンクス緩衝液に回収し,膵液と同様の標本作成を行った。

【診断結果】術前細胞診の最終診断は,陰性(Class II)2例,異型細胞(Class IIIb)1例,陽性(Class IV:2例,Class V:5例)7例で膵癌の診断的中率は70%(7/10)であった。診断に至った検査方法は,初回のERP下細胞診6例(膵管擦過2例,膵液6例)で,その後のENPD留置下膵液細胞診実施例は3例(2例はERPで陽性)であった。細胞診陽性であった7例の細胞学的特徴は,腫瘍細胞は少量(7例),細胞集塊は小型(6例),集塊の辺縁の凹凸不整(7例),核配列の乱れ(7例),核クロマチン異常分布(7例),核不整(7例),核小体(6例),細胞質内粘液(6例)を認めた。

【まとめ】初回のERPまたはENPD下の膵液細胞診で癌細胞を比較的高率(70%)に検出でき,膵上皮内癌の診断に有効であることが示唆された。

O-1-14 膵腫瘍における良悪性判別の精度向上を目指して—S-100P濃度測定を用いて—

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター医療技術部臨床検査科¹⁾,茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理診断科²⁾,富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座³⁾

○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⁾,古村祐紀(CT)¹⁾,安田真大(CT)¹⁾,小井戸綾子(CT)¹⁾,井村穰二(MD)³⁾,斉藤仁昭(MD)²⁾,飯嶋達生(MD)²⁾

【緒論】膵腫瘍の診断精度は,近年のEUS-FNAの普及により向上している。一方で,従来の膵液細胞診は汎用性に優れ,嚢胞性病変や上皮内病変の診断などにおける有用性が高いが,細胞変性や細胞採取量不足などにより診断精度に問題がある。今回我々は,細胞診断の補助手段として,細胞増殖誘導作用を持ち膵癌の指標として注目されているS-100Pの蛋白濃度測定を用いて,膵液細胞診の診断精度向上を目的に検討を行ったので報告する。

【材料と方法】材料は,2014年6月~2015年3月までに当院において細胞診断を目的に採取された42症例の膵液,胆汁,ブラシ洗浄液の細胞診標本作製後の上清を用いた(内訳:浸潤性膵管癌20例,IPMA12例,MCN2例,転移性腫瘍1例,非腫瘍性病変7例)。S-100Pの測定にはELISA(CircuLex ELISA Kit: CircuLexTM)を用いて行い,ROC解析にてCut offを設定して良悪性の判別を行った。ROC解析ならびに良悪性判別の診断精度の評価はStat Flex ver.6を用いて行った。

【結果】対象症例における細胞診断のみの良悪性判別の診断精度は,感度68.6%,特異度80%,陽性的中率72.7%,陰性的中率44.4%,正診率71.5%であった。細胞診断とS-100P濃度測定を合わせて判断した良悪性判別の診断精度は,感度88.2%,特異度66.7%,陽性的中率88.2%,陰性的中率66.7%,正診率82.6%であった。

【結語】形態診断である細胞診にS100P蛋白濃度測定を合わせて評価することで診断精度が向上した。細胞診では,細胞変性や採取細胞量不足などにより判定不能や疑陽性と判断される機会が少なくないが,S100P蛋白濃度測定を併用することで,細胞診の持つ問題点を補い,診断精度の向上に寄与することが示唆された。

O-1-15 甲状腺穿刺吸引細胞診における LBC PREP2 を用いた液状処理細胞診

北斗病院腫瘍医学研究所病理遺伝子診断科¹⁾, 北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科²⁾, 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³⁾

○山口朋美(CT)¹⁾, 大貫なつみ(CT)¹⁾, 坂東伸幸(MD)²⁾, 赤羽俊章(CT)¹⁾, 田中伸哉(MD)³⁾

【目的】甲状腺結節に対する LBC の有用性を検討した報告の多くは SurePath 法 (BD) や ThinPrep 法 (Hologic) を用いており, LBC PREP2 (武藤化学) を用いた報告はほとんどみられない。今回我々は LBC PREP2 を使用した甲状腺穿刺吸引細胞診での診断精度と細胞像の特徴を検討した。

【方法】2011 年 6 月から 2015 年 5 月までに甲状腺穿刺吸引細胞診を施行した 887 病変を対象とした。穿刺した注射針を即座に LBC PREP2 で洗浄し, プロトコルに従い標本作製しパパニコロウ染色を行った。細胞診断は甲状腺癌取り扱い規約第 6 版を用いて行った。

【成績】887 病変の細胞診断の内訳は, 検体不適正が 131 病変 (14.8%), 正常あるいは良性は 461 病変 (51.9%), 鑑別困難 143 病変 (16.1%), 悪性の疑い 50 病変 (5.6%), 悪性 102 病変 (11.5%) であった。組織診断と対比できた 205 病変 (23.1%) は鑑別困難を除くと感度 97.9%, 特異度 100%, 正診率 98.2% であった。赤血球の多くは溶血し, その破砕物が背景に出現していた。細胞の収縮, 小型化や核および細胞質の濃染, 立体的な塗抹は他の LBC 法と同様にみられたが, 孤立散在性細胞が多くみられた点が異なっていた。腺腫様甲状腺腫の濾胞上皮細胞集塊辺縁にライトグリーン好染性の境界明瞭な基底膜様物質を認めた。乳頭癌で細かいギザギザの核縁を認めたが腺腫様甲状腺腫や濾胞性腫瘍ではみられなかった。

【結論】LBC PREP2 を用いた当院での成績はこれまでの報告に劣らない成績であり, 従来法から LBC 法に移行することは十分可能であると考えた。鏡検のトレーニングが必要なのももちろんであるが, 各メーカーの LBC 法に共通する点と異なる点があることに注意する必要がある。

O-1-16 当院における甲状腺細胞診の成績と今後の課題

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科¹⁾, 千葉県がんセンター研究所²⁾

○有田茂実(CT)¹⁾, 酒井えり(CT)¹⁾, 平田哲士(CT)¹⁾, 丸 喜明(CT)²⁾, 青野卓矢(CT)¹⁾, 高橋 司(CT)¹⁾, 池部 大(MD)¹⁾, 伊丹真紀子(MD)¹⁾

【目的】甲状腺細胞診は, 手術の適否や術式を決定する上で重要な役割を担っている。今回我々は組織診実施例において, 穿刺細胞診の成績を調べるとともに, 問題点を抽出したので報告する。

【対象】2005 年 1 月～2014 年 12 月に実施された甲状腺組織診 417 件と比較可能な甲状腺穿刺細胞診は 417 件で, 組織診で悪性腫瘍, 良性病変, 濾胞性腫瘍の 3 群に分け, 今回は組織診で悪性腫瘍 275 件, 良性病変 80 件とそれぞれに対応する同数の穿刺細胞診を対象とした。

【方法】細胞診判定区分の「鑑別困難」「悪性疑い」「悪性」を陽性, 判定区分の「正常あるいは良性」を陰性として評価した。

【結果】感度 88.0%, 特異度 71.3%, 正診率 84.2% であった。誤陽性 23 件の組織診断は「腺腫様甲状腺腫」17, 「慢性甲状腺炎・橋本病」5, 「肉芽腫性病変」1 件であった。組織診断別に細胞診判定をみると, 「腺腫様甲状腺腫」は濾胞性腫瘍疑い 11/乳頭癌疑い 6, 「慢性甲状腺炎・橋本病」は濾胞性腫瘍疑い 3/悪性リンパ腫疑い 2, 「肉芽腫性病変」は悪性リンパ腫疑い 1 件であった。誤陰性は 33 件で, 多くは末梢血混入あるいは細胞数が少ないことが原因と考えられた。

【考察とまとめ】甲状腺病変は生検が行われることは殆どなく, 細胞診の判定結果が直接治療方針の決定に影響を及ぼすため, 特に誤陽性を削減しなければならない。誤陽性の原因として濾胞性腫瘍を疑う小濾胞構造所見の過大評価, 明瞭な核内細胞質封入体が無い場合の核所見の過大評価, 悪性リンパ腫と反応性病変の鑑別があった。判定基準の見直しと更に厳しい基準作りが必要と思われる。

O-1-17 当院における甲状腺穿刺吸引細胞診の一検討

新潟県立中央病院病理診断科¹⁾, 新潟大学大学院保健学研究科²⁾, 新潟大学医学部保健学科³⁾

○林 真也(CT)^{1,2)}, 池田友美(CT)¹⁾, 橋詰香織(CT)¹⁾,
八木美菜(CT)¹⁾, 上原桂月(CT)¹⁾, 建部勝彦(CT)¹⁾,
酒井 剛(MD)¹⁾, 関谷政雄(MD)¹⁾, 岩渕三哉(MD)³⁾

【はじめに】甲状腺領域において穿刺吸引細胞診(FNAC)は患者への侵襲性が少ないことから広く普及しており, 結節性病変や一部のびまん性甲状腺腫の診断確定のために用いられる。FNACの判定結果によって治療方針が決定されることが多く, 良悪の判定および組織型の推定が重要となる。今回, 甲状腺癌の90%以上を占める乳頭癌症例において当院のFNACに問題点がないか検討を行ったので報告する。

【対象・方法】2010～2015年に乳頭癌と組織学的に診断され, 術前にFNACが施行された85例中悪性または悪性疑いと判定できなかった28例(鑑別困難7例, 良性18例, 不適正3例, うち9例は再検査で悪性または悪性疑いと判定)を対象とし, 細胞診標本の再鏡検および組織診断との比較を行った。

【結果】鑑別困難の7例中5例については悪性または悪性疑いと判定すべきであった(2例は異型細胞少数で鑑別困難)。5例の組織診断は通常型3例, 濾胞構造主体1例, 嚢胞形成性1例であった。良性の4例には異型細胞が出現しており, 組織診断は嚢胞形成性2例, びまん性硬化型1例, 好酸性細胞型1例であった。再鏡検で過小評価と判断された9例中6例は典型例とは異なる細胞所見であった。良性14例, 不適正3例(偶発癌6例, 石灰化・硝子化が著明3例含む)に異型細胞を認めなかったが, 5例は再検査で悪性と判定されていた。

【まとめ】甲状腺領域においてFNACの判定結果は治療開始等に影響を及ぼすことから, 乳頭癌の嚢胞内での変化や特殊型の細胞所見を把握し, 過小評価とならないよう判定することは重要である。また, 異型細胞を十分に採取・標本化できるよう検体採取～標本作製についても検討していくことが必要と考えられた。

O-1-18 甲状腺癌細胞株に対するマイクロ波効果の検討

紀南病院中央臨床検査部¹⁾, 大阪薬科大学²⁾, 株式会社サニーエンジニアリング³⁾, 近畿大学奈良病院病理部⁴⁾, 和歌山県立医科大学病理学⁵⁾

○尾崎 敬(MD)^{1,5)}, 田伏克惇(MD)²⁾,
渡邊雄也(その他)³⁾, 南條佐輝子(MD)⁵⁾,
張 穎哲(MD)⁵⁾, 中西雅子(その他)⁵⁾,
佐藤冬樹(MD)⁵⁾, 及川恒輔(その他)⁵⁾,
覚道健一(MD)⁴⁾, 村垣泰光(MD)⁵⁾

【目的】甲状腺癌細胞株に対しマイクロ波効果を検討した結果, マイクロ波照射下では致死的温度(47℃)環境下で生存する細胞を認めた。この現象は47℃温浴環境下の癌細胞では確認されないことから, マイクロ波効果により誘導されたと考える。今回, マイクロ波照射高温環境下で生存し, 形態変化を示す癌細胞がどのような特徴を示すか明らかにすることを目的として形態学的・分子生物学的検討をおこなった。

【対象/方法】甲状腺癌細胞株として未分化癌(8505C)と乳頭癌(BCPAP)を使用した。培養細胞株に対し温浴環境下とマイクロ波(2450MHz)照射環境下で47℃, 30分間の致死処理を施行した。その後の癌細胞変化を形態学的・分子生物学的に検討した。形態学的検討はコラーゲンゲル立体培養で行った。分子生物学的検討はoct4, sox2について検討した。

【結果と総括】マイクロ波照射後, 生存細胞の細胞接着能が低下することで細胞形態が類円形に変化し浮遊傾向を示すと考える。Oct-4遺伝子発現が増加することが示され, sox2遺伝子変化を認めるが, この幹細胞遺伝子発現の変化が致死環境下での癌細胞生存に関与するか, もしくは致死環境後の生存癌細胞の特性に関与すると考える。致死温度環境下でマイクロ波効果により誘導された生存細胞は今のところ報告がなく, 今後詳細な検討を要する。

O-1-19 子宮頸部細胞診における AGC の診断意義とハイリスク HPV-DNA 検査

鳥取大学¹⁾, 岩手医科大学²⁾

○小松宏彰 (MD)¹⁾, 佐藤誠也 (MD)²⁾, 澤田真由美 (MD)¹⁾, 野中道子 (MD)¹⁾, 千酌 潤 (MD)¹⁾, 佐藤慎也 (MD)¹⁾, 島田宗昭 (MD)¹⁾, 板持広明 (MD)²⁾, 大石徹郎 (MD)¹⁾

【目的】 AGC は異型を認めるが明らかな AIS や浸潤性腺癌の特徴がない頸部腺系病変をすべて含むものであり, その判定基準は必ずしも明確ではない. また ASC-US と異なり, AGC ではハイリスク HPV-DNA (HR-HPV) 検査の有用性は明らかではない. そこで本研究では, AGC の診断的意義やハイリスク HPV 感染との関連について知ろうとした.

【対象と方法】 2008~2013 年に頸部細胞診異常のため当科に紹介された 455 例の内, 細胞診判定が AGC であった 41 例を対象として, 病理組織診断や HR-HPV 検査結果との関連について後方視的検討を行った. 対象の年齢は 24~79 歳 (中央値 44 歳) であった. HR-HPV 陽性例ではタイピング検査を追加した.

【成績】 HR-HPV は, 41 例中 27 例 (66%) で陽性であった. 病理組織学的検索が行われた 28 例の検討では, 21 例で HR-HPV 陽性であり, 内 20 例では CIN2 以上の扁平上皮病変が認められた (中等度異形成 3 例, 高度異形成 9 例, CIS 6 例, 扁平上皮癌 2 例). 一方, HR-HPV が陰性であった 7 例は, AIS 1 例, 浸潤腺癌 1 例, CIS 2 例, 慢性頸管炎 3 例であった. 型判定の結果, 16 型, 52 型が各 5 例と最も多く, 次いで 18 型, 31 型が各 4 例, 58 型が 3 例であった.

【結論】 AGC 症例では扁平上皮病変が少なからず存在し, 特に HR-HPV 陽性の場合には病変の存在を念頭においた検索の必要性が再認識された. 一方, HR-HPV 陰性例の約半数で腺系あるいは扁平上皮系病変が認められたことから, AGC における HR-HPV 検査の陰性反応の中率は低いことが示唆された.

O-1-20 子宮頸部細胞診で AGC と判定された症例の後方視的検討

九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 九州大学大学院医学研究院保健学部門²⁾, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学³⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁴⁾

○中附加奈子 (CT)¹⁾, 加来恒壽 (MD)²⁾, 大久保文彦 (CT)¹⁾, 寺戸信芳 (CT)¹⁾, 仲 正喜 (CT)¹⁾, 園田顕三 (MD)³⁾, 加藤聖子 (MD)³⁾, 大石善丈 (MD)⁴⁾, 山元英崇 (MD)^{1,4)}, 小田義直 (MD)^{1,4)}

【目的】 ベセスダシステム 2001 における異型腺細胞 atypical glandular cells (以下, AGC) は, 腺癌に対する前癌/前駆病変として位置付けられているが, 良性病変から癌までの広範囲の病変を含む判定区分である. 当院において, 子宮頸部擦過細胞診 (直接塗抹法) で AGC と判定した症例について検討を行った.

【方法】 2010 年 1 月から 2015 年 6 月までに子宮頸部擦過細胞診で AGC と判定された 95 症例 147 検体について, 病理組織診断結果と照合し後方視的解析を行った.

【成績】 95 症例の年齢中央値は 44 歳 (17-91 歳) であった. 病理組織診断の内訳は, 浸潤癌 41 例 (頸部腺癌 10 例, 頸部癌肉腫 1 例, 頸部腺扁平上皮癌 1 例, 体部類内膜腺癌 27 例, 体部漿液性腺癌 1 例, 体部腺扁平上皮癌 1 例), AIS+LEGH1 例, LEGH5 例, CIS1 例, dysplasia7 例, 子宮内膜増殖症 4 例, 良性または病変を同定できなかった症例 13 例, その他 23 例 (卵巣癌 2 例, 転移性癌 3 例, 治療後 18 例) であった.

【結果】 95 症例中, 頸部病変に限定すると 52 例であり, 頸部腺癌 19.2%, 頸部癌肉腫 1.9%, 頸部腺扁平上皮癌 1.9% であった. その他, AIS+LEGH1.9%, LEGH9.6%, CIS1.9%, dysplasia13.5%, 治療後 28.8% であった. ポリープを含む良性病変は 11.5%, 明らかな病変を認めず経過観察症例は 9.6% であった. 以上の結果より, 腺系病変 (頸部腺癌, AIS+LEGH, LEGH) は 30.7%, 扁平上皮系病変 (CIS, dysplasia) は 15.4% であった.

【結語】 細胞診断学的に AGC の判定基準は確立されておらず, 多彩な病変が含まれる. 腺系病変だけでなく, 扁平上皮系の病変も含まれる症例もあり, 細胞所見を適切に把握し, 的確な情報を臨床へ提供する事が重要である.

O-1-21 Thin Prep 検体における再作製の検討

PCL 福岡病理・細胞診センター

○秋山譲滋(CT), 稲垣伸介(CT), 早川優佳(CT),
岩井幸子(CT), 亀井敏昭(MD)

【はじめに】当施設では年間約10,000件以上の子宮頸部Thin Prep検体を扱っている。Thin Prep検体を作製した際、細胞数過少や血液混入などにより、再作製を必要とする症例が発生する。今回、われわれはこれらの症例に対し再作製を行い、良好な結果が得られたのでその検討結果を報告する。

【方法】一定期間でのThin Prep検体の中で検討対象とした約6,700件中、再作製を必要とした82件(1.2%)を用いて検討を行った。不適標本の検体の性状、スライド上の細胞数および細胞分布を観察した。とくに陰部、頸部採取による相違、頸管腺細胞の出現の有無、閉経前後での相違について分析を行った。細胞数過少や血液混入した検体は溶血処理し、処理前後での細胞数を比較、再作製後に異型細胞の検出率や改善がみられなかった検体の割合、性状を提示する。

【結果】Thin Prep検体において、再作製を必要とした82症例中、60歳以上が27%を占め、60歳未満73%とあきらかに差異があることがわかった。しかしながら、再作製後は両者で90%以上の割合で改善が認められ、年齢による有意差はなかった。再作製検体は採取時に粘液の混入が多く、標本作製時に細胞成分がスライド上に塗抹されないものが大半であった。その結果、頸部採取検体の再作製率が高いという結果であった。

【考察】細胞数過少などの不適検体は、溶血処理後の再作製を行うことにより細胞量が大幅に改善された。しかし溶血処理を行うにあたりコストの増加、スタッフの作業量の増加を来すこととなった。今後はそれらの軽減が課題となる。

O-1-22 LBC法と従来法に関する比較検討

株式会社保健科学東日本病理部¹, 上尾中央総合病院検査技術科病理², 秋山レディースクリニック³, 宇井レディースクリニック⁴, 塚原産婦人科医院⁵

○高田理恵(CT)¹, 大野喜作(CT)², 田中康子(CT)¹,
若林 蓮(CT)¹, 小林茂登(CT)¹, 朽木 拓(CT)¹,
秋山芳晃(MD)³, 宇井万津男(MD)⁴, 塚原信五(MD)⁵,
塩津英俊(MD)¹

【はじめに】近年、当施設でも子宮頸部のLBC検体が増加し、従来法と比較すると、不適正率や細胞像、判定に若干差異が生じている。今回我々は、同一患者におけるLBC法、従来法両者で採取された子宮頸部の検診検体を経験し、比較検討を行ったので報告する。

【対象と方法】約3ヶ月間で出検された子宮頸がん検診2,876件の同一患者におけるLBC法、従来法にて、両者の1. 不適正率, 2. 細胞判定(ベセスダシステム)の割合, 3. 細胞判定の不一致数, 4. 細胞像の比較検討を行った。LBC法は武藤化学のLBC PREP, 従来法の採取器具は全てJフィットブラシを用いた。

【結果】2,876件中, 1. 不適正率はLBC法:0.21%, 従来法:0.25%であった。2. 細胞判定は, LBC法, 従来法の順に, ASC-US:1.32%, 1.12%, ASC-H:共に0.14%, LSIL:0.87%, 0.94%, HSIL:共に0.84%, AGC:0.1%, 0.03%であった。3. 細胞判定の不一致数は, LBC法がASC-US, 従来法がNILMでの不一致が一番多く9例だった。4. 細胞像は, 従来法に比して頸管腺細胞, 萎縮扁平上皮細胞に核の濃染傾向がみられた。また, HSILと判定した症例では, 従来法に比して異型細胞が散在性に出現し, 細胞の収縮傾向がみられた。

【まとめ】・2,3の結果から, ASC-USとする異型細胞の検出率はLBC法が高く, 検診検体ではLBC法は有用と考える。・4. より, LBC法では, 異型細胞が正常細胞の中に散在してみられ, 収縮した小型細胞の鑑別が困難な為, 特にHSIL以上の判定の際には, 従来法と併用した判定方法がより正確な細胞診断に繋がると感じられた。

O-1-23 子宮頸部液状細胞診における ASC-H と判定した細胞像の検討

金沢大学附属病院病理診断科・病理部¹⁾, 金沢大学形態機能病理学²⁾

○玉野裕子(CT)¹⁾, 今度邦博(CT)¹⁾, 酒野香織(CT)¹⁾, 田口憲子(CT)¹⁾, 藤山桃子(CT)¹⁾, 池田博子(MD)¹⁾, 原田憲一(MD)²⁾

【はじめに】ベセスダシステムでは ASC-H は「HSIL を除外できない異型扁平上皮細胞」と定義され, ASC の 10% 以下であることが望ましいとされている。ASC のうち HSIL が危惧されるものに限って判断されるべきであるが, 当院では全 ASC のうち ASC-H と判定された症例は 17.5% であり, ASC における ASC-H の割合が高かった。その要因を明らかにするために細胞像の再検討を行い, 判定基準となる組織診と比較検討を行った。

【対象】2010~2015 年の 5 年間に当院で子宮頸部細胞診が施行され, ASC-H と判定された 110 症例中, 生検もしくは手術により組織診断がなされた 105 症例を対象とした。

【結果】ASC と判定された 627 件うち ASC-H は 110 件 (17.5%) であった。組織診断結果は炎症が 4 件 (3.8%), CIN1 が 34 件 (32.4%), CIN2 が 40 件 (38.1%), CIN3 が 24 件 (22.9%), CA が 3 件 (2.9%) であった。

【考察】当院で ASC-H と判定された症例は 1) 炎症による予備細胞過形成や異型扁平上皮化生細胞集塊 2) HSIL を疑うが HSIL の基準を満たさない細胞 3) 判定困難な傍基底型異型細胞集塊 4) 萎縮のため細胞分化の評価が困難な集塊 5) 液状細胞診に出現する変性を伴った小型核腫大細胞 6) HSIL を疑うが細胞状態が良くない細胞などを ASC-H とする傾向がみられた。ASC-H は明確な細胞像が定義されておらず, 個人差によるばらつきがみられ, 過小過大評価が問題として考えられた。本学会ではその細胞像を提示し, 液状細胞診の精度向上につながることを期待する。

O-1-24 子宮頸部初期病変の細胞診・組織診不一致症例の解析

大阪医科大学

○田中良道(MD), 寺井義人(MD), 古形祐平(MD), 芦原敬允(MD), 前田和也(MD), 藤原聡枝(MD), 田中智人(MD), 恒遠啓示(MD), 佐々木浩(MD), 大道正英(MD)

【目的】子宮頸部初期病変の診断において, 細胞診所見とコルポスコピー下組織診所見の不一致症例にしばしば遭遇する。そこで不一致症例の特徴を明らかにするため当科の子宮頸部円錐切除症例を後方視的に解析した。

【方法】過去 5 年間に子宮頸部円錐切除術を施行した 773 例を対象とし, 術前細胞診の推定病変と組織診が合致した症例を一致症例, それ以外を不一致症例とし, 二群間の患者年齢, コルポスコピー所見, 術前の細胞診・組織診, 円錐切除後病理結果, 治療経過を比較検討した。

【結果】最終診断は CIN1 42 例, CIN2 62 例, CIN3 573 例, 1A 期 71 例, 1B 期 25 例であった。一致症例は 506 例, 不一致症例は 267 例であった。一致例・不一致例の円錐切除前後での診断一致率は 81.8%, 62.5% ($P < 0.05$) と不一致症例で有意に低かった。患者年齢は 40.2 ± 7.8 歳, 43.9 ± 8.2 歳 ($P < 0.05$) と有意に不一致症例で高かった。コルポスコピーでの病変不可視率は 20.1%, 20.2% と差は見られなかった。円錐切除標本の高さの平均値は 15.1 mm, 16.0 mm と差は見られなかったが, 切除断端陽性率は 13.6%, 16.2% ($P < 0.05$) と有意に不一致例で高かった。CIN3 までで治癒切除が可能であった症例の再発率は 1.6%, 1.5% と二群間で差は見られなかった。

【総括】術前の細胞診・組織診の不一致症例では有意に診断率が低下する。一致例との比較で, コルポスコピーでの不可視率や切除標本高に差がなく, 切除断端陽性率が高い事から考えると, 不一致症例では子宮頸部のより高位に病変が存在し, 術前に正確に把握できていない可能性が示唆される。

O-1-25 扁平上皮内病変における染色体増幅の検討

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婦人科²⁾

○山本善也(CT)¹⁾, 山崎一人(MD)¹⁾, 山田正俊(MD)¹⁾, 小山芳徳(CT)¹⁾, 安達純世(CT)¹⁾, 若原孝子(CT)¹⁾, 豊永安洋(CT)¹⁾, 常世田岬(CT)¹⁾, 梁 善光(MD)²⁾, 石田康生(MD)¹⁾

【背景】近年, 子宮頸部異形成において, 特定の遺伝子をコードする染色体領域の増幅がみられ, 病変の進行に伴ってその頻度が増すことが明らかとなっている。これらの染色体領域のうち 3q26 (TERC: telomerase RNA component), 5p13 (TERT: telomerase reverse transcriptase) は増幅の頻度が高く, 3q26 領域は HSIL の約 85%, LSIL の約 30% にみられる。このことから, 異形成進行度の評価への応用が期待されている。

【方法と目的】2014年1月~2015年10月の期間に採取された CIN3 病変 20 例の円錐切除検体を用いた。異形成において高頻度に増幅がみられる 1q43, 3p14, 3q26, 5p13 領域に特異的なプローブを作成し, CIN3 病変, 及び, CIN2/1 (CIN2-) 病変における染色体増幅の有無を FISH 法にて観察した。判定基準は 2 細胞以上に 5 以上のシグナル, もしくは, 観察細胞の 50% 以上に 3 以上のシグナルが検出された場合を増幅陽性とした。

【結果】10 例に CIN2- 病変が含まれていた。CIN2- 病変でみられた染色体増幅はすべて同一検体の CIN3 病変でも確認された。このうち,

4 領域増幅例は CIN3 6 例(30%), CIN2- 0 例(0%)
3 領域増幅例は CIN3 2 例(10%), CIN2- 0 例(0%)
2 領域増幅例は CIN3 3 例(15%), CIN2- 1 例(10%)
1 領域増幅例は CIN3 7 例(35%), CIN2- 2 例(20%)
増幅陰性例は CIN3 2 例(10%), CIN2- 7 例(70%)
であった。

【考察】子宮頸部異形成の進行に伴い, 染色体増幅の頻度が上昇し, 主に CIN2- から CIN3 への進行する際に発生することが示唆された。しかし, CIN3 病変でも染色体増幅を伴わない例, CIN2- でも染色体増幅を示す例もあり, 形態学的な CIN の進行度と染色体増幅は必ずしも一致しないことも明らかになった。

O-1-26 子宮頸部乳頭状扁平上皮癌の細胞像—乳頭状増生を呈する扁平上皮癌との比較検討—

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共同研究室²⁾, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科³⁾

○安達純世(CT)¹⁾, 山崎一人(MD)¹⁾, 小山芳徳(CT)¹⁾, 若原孝子(CT)¹⁾, 豊永安洋(CT)¹⁾, 子安貴良(MT)²⁾, 木全淳一郎(MT)²⁾, 山田正俊(MD)¹⁾, 梁 善光(MD)³⁾, 石田康生(MD)^{1,2)}

【はじめに】子宮頸部乳頭状扁平上皮癌(Papillary squamous cell carcinoma; PSCC)は現行の WHO 分類において扁平上皮癌の特殊亜型に分類される稀な腫瘍である。組織学的には血管性間質を軸とする基底型細胞の乳頭状増殖が特徴とされるが, 細胞診における乳頭状増生を呈する浸潤性扁平上皮癌との鑑別はしばしば困難である。

【目的・方法】PSCC 4 例と乳頭状増生を呈する浸潤性扁平上皮癌 3 例の術前に採取された細胞診検体を用いて細胞形態を比較し, (1)細胞性状(細胞密度, 大型集塊の有無, 渦紋状配列, 血管性間質, 核径, 多形性, 核縁の肥厚, 角化細胞の有無), (2)背景(出血, 炎症, 壊死, アポトーシス, 脱落上皮の性状), (3)微細構造, および, (4)HPV type について検討した。

【結果】いずれの検体にも細胞密度の高い大型集塊が見られ, 血管性間質を伴うものも認められた。しかしながら, PSCC に特徴的な渦紋状配列は乳頭状増生を呈する浸潤性扁平上皮癌では確認されなかった。PSCC の細胞は小型で核縁は薄く, 核クロマチンは繊細で核小体は小型であった。コイロサイトーシスや角化細胞は殆ど認められなかった。PSCC の背景には壊死や出血は見られず, 紡錘形の上皮細胞が多数見られ, 角化細胞は殆ど見られなかった。微細構造では微絨毛が多く隣接細胞間の空隙が広がり, トノフィラメントは減少していた。PSCC 4 例中, 2 例に HPV52 型, 2 例に HPV58 型の感染が確認された。

【結語】血管性間質を伴う細胞集塊は乳頭状増生を伴う浸潤性扁平上皮癌にも見られたが, 渦紋状の細胞配列の存在や背景に多数の非角化型紡錘形細胞が見られる点は PSCC に特徴的な細胞所見と考えられた。

O-1-27 子宮内頸部に腫瘤形成を示した上皮内乳頭状扁平上皮癌

神奈川県立がんセンター

○中西一步(MD), 今井一章(MD), 川野藍子(MD), 井浦文香(MD), 近内勝幸(MD), 小野瀬亮(MD), 加藤久盛(MD)

【症例】67歳女性。2経妊2経産婦。性器出血を主訴に前医受診し、細胞診異常のため当院紹介受診となった。子宮頸部細胞診では壊死様の汚い背景の中に、萎縮内膜細胞、核型不整などの異型が目立つクロマチンの増量した大型細胞、OG好染し胞体が厚く輝度の高い細胞、結合性に乏しく散在性の小型紡錘形細胞など、多彩な像が認められた。子宮内膜掻爬検体では濃染核を有する細胞が血管性間質を軸に重層性を示しながら乳頭状に増生しており移行上皮癌様であった。同検体の免疫染色でもCK7, ER, p40が陽性であり移行上皮癌が疑われた。腹部MRI所見では子宮頸部内腔に1.5cm大の腫瘤を認め、内診所見と併せて内頸部型子宮頸部移行上皮癌1b1期の診断で広汎子宮全摘術及び両側付属器摘出術を施行した。術後最終病理診断では、子宮頸部に14mm大の結節上隆起性病変が認められた。同部にCIS様の核密度の高い腫瘍のシート状増殖が見られ、大部分が腺侵襲像を示しているため内反性乳頭腫様を呈した。多数の核分裂像が認められたが明らかな間質浸潤が無く、papillary squamous cell carcinoma (PSCC) in situの診断となった。PSCCは悪性度が非常に高い腫瘍として知られており、内頸部型で腫瘤形成を示したPSCC in situの治療報告は世界的にも稀である。文献的考察を加え報告する。

O-1-28 膀胱子宮窩に腫瘤を形成した悪性リンパ腫の1例

ジェネティックラボ病理解析センター病理部¹⁾, ジェネティックラボ病理解析センター病理診断科²⁾

○松浦智彦(CT)¹⁾, 佐竹秀夫(CT)¹⁾, 稲葉智之(CT)¹⁾, 早川美由紀(CT)¹⁾, 川上舞(CT)¹⁾, 淀野亜沙美(CT)¹⁾, 高橋優(CT)¹⁾, 高木芳武(MD)²⁾, 小川弥生(MD)²⁾

【はじめに】悪性リンパ腫においてリンパ節以外の臓器に発生する節外リンパ腫は約25%であり、婦人科領域における悪性リンパ腫は稀である。今回我々は不正出血を主訴に膀胱子宮窩に腫瘤を形成した悪性リンパ腫の擦過細胞診を経験したので報告する。

【症例】84歳女性。2経妊、2経産。既往歴として30歳に左卵巣腫瘍。家族歴に特記事項なし。平成26年11月頃より不正出血の主訴あり。同年12月外来受診。膀胱子宮窩に約6.0cm大の腫瘤を認め、同日に腫瘤擦過細胞診と子宮体部細胞診を施行した。血液検査では、LD軽度上昇。可溶性IL-2Rは487 U/mL。腫瘍マーカーの上昇はなし。平成27年1月に広汎子宮全摘術と両側付属器切除術を施行した。

【細胞所見】炎症性背景に、核小体腫大、クロマチン増量、類円形～核形不整を伴う裸核状でN/C比の高い小型異型細胞を孤立散在性に認めた。異型細胞は細胞間の結合性は乏しく、出現細胞数は比較的少数ではあるものの幼若な異型リンパ球と考えられ、Malignant lymphomaを否定できない細胞像とした。

【組織所見】N/C比の高い異型細胞のびまん性増殖からなる充実性腫瘍を膀胱子宮窩から子宮頸部に認めた。免疫組織化学染色にてAE1/AE3(-), CD3(-), CD20(+)を示し、diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)と診断した。また、CD10(-), bcl-6(+), MUM1(+), non-germinal center B-cell type (non-GCBtype)とした。

【まとめ】本症例は腫瘤擦過細胞診にて、異型細胞が少数のため判定に苦慮したが、臨床側へ推定病変を報告することによって、早期に診断・治療を開始することができた。小型裸核状の異型細胞を認めた場合は、悪性リンパ腫も念頭に置いて鏡検することが肝要である。

O-1-29 Orcellex ブラシを用いた BD シュアパス TM 法による膣断端細胞診の標本適否

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⁾

○土屋幸子(CT)¹⁾, 梅澤 敬(CT)¹⁾, 梅森宮加(CT)¹⁾, 堀口絢奈(CT)¹⁾, 春間節子(CT)¹⁾, 萬 昂士(MD)¹⁾, 廣岡信一(MD)¹⁾, 清川貴子(MD)¹⁾, 池上雅博(MD)²⁾, 鷹橋浩幸(MD)¹⁾

【目的】従来法による膣断端擦過細胞診は、綿棒を用いた直接塗抹法により、細胞採取量が乏しく細胞の乾燥や崩壊が著しいといった問題点があった。当院では口腔細胞診で用いられている Orcellex ブラシで膣断端から細胞採取を行い、BD シュアパス TM 法で標本作製を行ったので標本適否を中心に報告する。

【方法】2014年3月～2015年8月に当院産婦人科より提出された膣断端細胞診を対象とした。採取器具は Orcellex ブラシを用い、採取後、先端を外して直接専用のボトルに回収した。標本作製は、子宮頸部の BD シュアパス TM 法と同様に行いベセスダシステム 2014 で評価した。

【結果】膣断端塗抹標本 457 件の内訳は検体適正が 456 件で、NILM が 433 件(94.7%), ASC-US が 4 件(0.9%), LSIL が 10 件(2.2%), HSIL が 5 件(1.1%), Carcinoma が 4 件(0.9%), 不適正が 1 件(0.2%)であった。検体適性のうち ASC-US 以上で、以前の直接塗抹法で陰性であったのは 23 件中 10 件(43.5%)であった。Orcellex ブラシは断端部より的確に細胞採取が可能で細胞の回収率が向上し、細胞の乾燥や著しい変性等のアーチファクトは完全に排除された。検体不適正はわずか 1 件で、採取細胞量が極端に乏しいことによるサンプリングエラーが要因であった。

【総括】Orcellex ブラシは細胞採取量が多く、先端部分を保存液に切除して回収するため、細胞の回収率が向上し、BD シュアパス TMLBC で標準化されたクオリティーの高い塗抹標本が作製可能であった。

O-1-30 治療抵抗性の VAIN 3 (HSIL) の一症例

東邦大学医療センター大橋病院婦人科¹⁾, 東邦大学医療センター大橋病院病院病理部²⁾

○武谷千晶(MD)¹⁾, 久布白兼行(MD)¹⁾, 小宮山慎一(MD)¹⁾, 高橋怜奈(MD)¹⁾, 横内 幸(MD)²⁾, 安田 貢(MD)^{1,2)}, 藤田正志(CT)²⁾

【緒言】膣上皮内腫瘍 HSIL (VAIN 3) は CIN との合併例が多いとされているが、報告例が少ないため、症例に合わせて治療法を選択することが必要となる。今回我々は、子宮頸部円錐切除術および子宮全摘出術後に発生した治療抵抗性の膣上皮内腫瘍の一症例を経験したので報告する。

【症例】55 歳女性, 1-G, 0-P, 閉経 47 歳。2001 年他院にて子宮頸癌 IA1 期の診断で子宮頸部円錐切除術を施行。2010 年再発し CIN3 の診断で当院へ紹介受診となった。同年子宮頸部円錐切除術を施行、病理組織診断は CIN3 であった。円錐切除術後 1 年 4 か月後に子宮頸部細胞診 HSIL, 子宮頸部組織診にて CIN3 の診断、また膣壁細胞診 HSIL であったため、2012 年拡大子宮全摘出術+膣壁部分切除術を施行した。手術後、2 年 2 か月間、膣壁細胞診は NILM であったが、2015 年膣壁細胞診にて核の濃染した N/C 比の高い異型細胞が認められ HSIL, 組織診では上皮内全層にわたり核の濃染、腫大、大小不同を伴う N/C 比の高い異型細胞が認められ VAIN 3 と診断された。以上の臨床経過から治療抵抗性の VAIN 3 と考えられた。手術療法を頻回に施行しているにもかかわらず再発を繰り返していることなどから、治療法として放射線腔内照射を選択し、現在治療中である。

【まとめ】VAIN は治療法について、ランダム化比較試験などエビデンスを構築するための臨床試験を設定することは困難であり、治療法に苦慮することが少なくない。症例に応じて治療方法を選択し、治療後厳重かつ長期の経過観察が必要と考えられる。

O-1-31 BCG 曝露による p21 の発現増加と p27 の関係

九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹⁾, 九州大学大学院医学研究院保健学部門²⁾, さぎやま泌尿器クリニック³⁾, 九州大学病院病理診断科・病理部⁴⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁵⁾

○藤井直人(MT)¹⁾, 渡邊壽美子(その他)²⁾,
鷺山和幸(MD)³⁾, 加来恒壽(MD)²⁾,
杉島節夫(その他)^{4,5)}

【背景】BCG 膀胱療法は、表在性膀胱癌に対する標準的な治療法として用いられており、細胞周期制御タンパクである p21 の発現増加を促進すると考えられている。

我々はこれまでに、p21 の発現に p27 が関与している可能性を見出している。本研究では、p27 の機能抑制を行う siRNA を用いて、p27 が p21 の発現および BCG 曝露による p21 発現増加に及ぼす影響について検討する。

【対象と方法】細胞は T-24 (低分化型ヒト尿路上皮由来株化細胞) を使用し、チャンバースライドで培養した。siRNA の投与の有無および BCG 曝露の有無で複数枚のスライドを用意し、培養 4 日後に p21 と p27 の蛍光染色を行って、共焦点レーザー顕微鏡にてそれぞれのスライド上の細胞 200 個の核内発現度を調べた。

【結果】1. siRNA を投与していないものについて、BCG 曝露群では、p21 単独発現は 0~10% (コントロール: 0~10%), p21・p27 共発現は 35~60% (コントロール: 20~40%) であった。

2. 生理食塩水を曝露したものについて、p27-siRNA 投与群では、p21 単独発現は 6% (コントロール: 22%), p21・p27 共発現は 3% (コントロール: 29%) であった。

【結論】p21 の発現には p27 が関与しており、BCG 曝露による p21 の発現増加は、p27 が出すシグナルによって引き起こされている可能性が見出された。今後は、p27-siRNA 投与細胞に BCG 曝露を行った際の p21 発現度の変化、アポトーシスの増減などを調べ報告する。

O-1-32 当院における尿細胞診新報告様式導入初期の検討

古賀病院 21 泌尿器科¹⁾, 新古賀病院病理検査科²⁾

○徳田雄治(MD)¹⁾, 貞嶋栄司(CT)²⁾, 河原真弓子(CT)²⁾,
木下準子(CT)²⁾, 山崎加奈子(CT)²⁾, 貞嶋奈津(CT)²⁾,
三宅まどか(CT)²⁾, 徳永 蔵(MD)²⁾

【目的】当院グループでは、2015 年 10 月に尿細胞診報告様式を 3 段階旧分類から、検体適正判断を加えた 4 段階の新報告様式に移行した。導入初期の状況につき若干の考察を加え報告する。

【方法】2015 年 10/1 より 11/14 までの尿 131 検体につき、報告書の臨床記載、検体の種類、検体性状、旧分類と新分類の比較を行った。検体処理は全例 LBC で行った。

【結果】117 件が泌尿器科で、14 件は他科からの提出、うち 3 件が新伝票で提出されなかった。69 件が血尿スクリーニング、62 件が尿路上皮癌のフォローであった。検体種別は、自然尿 118 件、洗浄尿 3 件、留置テール尿 2 件、カテーテル採取尿 5 件、回腸導尿管尿 2 件、腸管利用代用膀胱尿 1 件であった。検体量は 3-10 ml (中央値 10 ml) で、不適正検体の内訳は回腸導尿管尿の結晶過多と上皮細胞を認めない 2 検体であった。判定できたものの、細胞稀少は 5 件であった。旧分類の陰性は新分類で検体不適 2 例と陰性 110 例からなり、旧分類の擬陽性は新分類では異型細胞 6 例と悪性疑い 1 例に、旧分類の陽性はすべて新分類の悪性 12 例に分けられた。

【総括】3 段階の旧報告様式は新報告様式へ読み替えは問題なく行われた。当院では、泌尿器科主導でスムーズに移行できたが、他科では周知されない分があった。提出検体の種類は伝票から容易に検索できた。臨床情報の記入はチェックボックスを利用するため、簡便に多くの情報提供が行えた。

O-1-33 良性異型を伴う反応性移行上皮細胞の vimentin 染色態度について

西条中央病院臨床検査部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, 市立八幡浜総合病院臨床病理科³, 愛媛県総合保健協会検査部⁴

○佐伯勇輔(CT)^{1,2}, 大崎博之(CT)², 村上武典(CT)³, 藤田泰史(CT)^{2,4}, 則松良明(CT)²

【目的】尿細胞診は, 尿路系悪性腫瘍のスクリーニングや経過観察に欠かすことのできない検査であるが, 他領域の細胞診に比べ誤陽性の比率が高いという問題がある. 特に, 尿路結石患者の尿中に出現する反応性移行上皮細胞は, 形態学的に尿路上皮癌細胞に類似するため, 誤陽性の原因となっている. そこで今回は, 反応性移行上皮細胞と尿路上皮癌細胞を客観的に鑑別することを目的として, vimentin を用いた免疫細胞化学を実施したので報告する.

【方法】反応性移行上皮細胞群 18 症例, 尿路上皮癌細胞群 17 症例, 正常移行上皮細胞群 21 症例を対象とした. 上記症例に vimentin を用いた免疫細胞化学を実施し, 以下の 4 項目について検討した. 1) 各群における症例別の vimentin 陽性率, 2) 各群における全細胞集団別の vimentin 陽性率, 3) 各群における細胞集団数の平均値, 4) 反応性移行上皮細胞群における結石の存在部位と vimentin 陽性率.

【結果】症例別と全細胞集団別の vimentin 陽性率においては, 反応性移行上皮細胞群が尿路上皮癌細胞群, 正常移行上皮細胞群よりも有意 ($p < 0.001$) に高い結果を示した. 細胞集団数の平均値では, 反応性移行上皮細胞群が 11.2, 尿路上皮癌細胞群が 26.8, 正常移行上皮細胞群が 44.7 であった. 結石の存在部位と vimentin 陽性率では, 腎盂の方が尿管よりも有意 ($p = 0.007$) に高い vimentin 陽性率を呈した.

【結語】今回の検討で, 尿路結石症例に出現する反応性移行上皮細胞の vimentin 陽性率は, 尿路上皮癌細胞よりも有意に高いことが明らかになった.

O-1-34 尿細胞診報告様式における Atypical cell カテゴリについての検討

産業医科大学第 1 病理学教室¹, 大阪労災病院中央検査部², LSI メディエンス病理細胞診ラボラトリー³, 白十字病院臨床検査科⁴, 製鉄記念八幡病院病理診断科⁵

○岩井幸子(CT)¹, 三村明弘(CT)², 是松元子(CT)³, 大谷 博(MD)⁴, 下釜達朗(MD)⁵, 金城 満(MD)⁵

【背景】本邦における泌尿器細胞診新報告様式は ASC/IAC を母体とした国際的な Paris system との互換性を図りながら昨年 11 月に最終報告がなされた. 新報告様式に係るガイドライン作製の検討の際に異常所見の中でも 6 細胞所見(N/C 比, クロマチン量, 核偏在, 核突出, 核形不整, クロマチン不均等分布)は高異型度尿路上皮癌(HGUC)の診断精度に寄与することがわかった. 一方, 《Atypical》に分類される例が多くなることも懸念された. 本発表では《Atypical》症例について統計学的検討を加え, 新たな知見が得られたので報告する.

【方法】ガイドライン作製の際の 6 細胞所見を用いた癌例 66 例, 非癌例 30 例での検証で 59 例は Suspect 以上, 37 例は《Negative》, 《Atypical》と判定された. 後者の 37 例についてクラスタ分析を用い, とくに《Atypical》例についてはどのようなグループで構成されているのかを探る.

【結果】《Negative》も含めた 4 クラスタの設定で 51.4%, 21.6%, 8.1%, 18.9% と 4 分類され, 3 クラスタの設定では 67.6%, 27.0%, 5.4% の割合で 3 分類された. これらを構成する 6 細胞所見はいずれも $P < 0.05$ 以下であった. 2 クラスタの設定では 54.1%, 45.9% で構成する細胞所見のうち 3 所見は $P < 0.05$ 以上となり, この設定は不適当と考えられた.

【結論】4 クラスタでは HGUC を《Negative》と誤判定した例は 2.7%, 3 クラスタでは 10.8% となっていることから《Atypical》は, Favor benign, Atypical cell, Favor malignancy の 3 グループから構成されると考えることが適当と考えられた.

O-1-35 膀胱発生の顆粒球肉腫～細胞診所見で尿路上皮癌を疑われた一例～

産業医科大学医学部第二病理学¹⁾, 産業医科大学病院病理部²⁾, 産業医科大学医学部第一病理学³⁾

○名和田彩(MD)¹⁾, 島尻正平(MD)^{1,2)}, 野口紘嗣(MD)¹⁾, 光田成美(CT)²⁾, 岡 春子(CT)²⁾, 佐藤 斉(CT)²⁾, 藤原 仁(CT)²⁾, 松山篤二(MD)^{2,3)}, 久岡正典(MD)^{2,3)}, 中山敏幸(MD)^{2,3)}

【緒言】顆粒球肉腫は髄外組織に顆粒球性幼若細胞が腫瘍を形成する疾患であり, 急性骨髄性白血病や骨髄異形成症候群に先行, あるいは同時期に発症する予後不良の病態である。発症部位は全身に認められるが, 泌尿器領域での発症は極めて稀であり, 本邦では膀胱発症は2例報告があるのみで, 尿細胞診に関しては検索範囲内では報告がない。今回, 膀胱発症の顆粒球肉腫を経験したため, 尿細胞診も含め報告する。

【症例】49歳男性。2ヶ月前より無症候性肉眼的血尿を自覚, 近医でのエコーおよび膀胱鏡検査にて2cm大の非乳頭状広基性腫瘍を指摘され, 当院泌尿器科紹介受診。尿細胞診で, 尿路上皮癌が疑われ, 経尿道的膀胱腫瘍切除術が施行された。

【細胞診所見】軽度の炎症性背景の中に, 比較的大型でクロマチン濃染する, 分葉状あるいはくびれた核を有し, N/C比が高い異型細胞が孤立性に多数出現していた。

【病理組織学的所見】壊死を伴って, 細胞質に乏しく大型の不整な核を有する異型類円形細胞の充実性増殖を認め, 筋層へ浸潤していた。腫瘍細胞は好酸性でくびれのある核を有し, 胞体は比較的淡明であり, 骨髄芽球様であった。免疫染色では, 上皮性マーカーは陰性で, CD33のびまん性陽性および部分的にMPOおよびCD13の陽性像を認め, 顆粒球肉腫と診断した。

【結語】膀胱発症の顆粒球肉腫の貴重な一例を経験した。尿細胞診で孤立性に出現する異型細胞では, 尿路上皮癌が鑑別の第一に挙がるが, とくに高齢者でない症例では非上皮性腫瘍も念頭に置く必要がある。

O-1-36 尿検体における異なる2法の細胞学的比較検討

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⁾, 倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 菅里里沙(MT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾, 田中美帆(CT)¹⁾, 戸田 環(CT)¹⁾, 在津潤一(MD)¹⁾, 谷山大樹(MD)¹⁾, 齋藤彰久(MD)¹⁾, 谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】尿細胞診は, 尿路腫瘍のスクリーニング検査として重要な役割を果たしている。一方で尿細胞診の従来塗抹法は尿路上皮癌の検出において約50%と感度が低い。今回, 液状化細胞診CellPrep(以下, CP法)とルーチン業務で使用している液状化細胞診Liqui-Prep(以下, LP法)を同時に標本作製を行い, それぞれの細胞学的差異について検討した。

【対象】2015年4月から11月までの間に提出された自然尿で, CP法とLP法を同時標本作製した500例(陽性35例, 疑陽性29例, 陰性436例)を対象とした。

【方法】提出検体を20mlずつ等量に分け, 3,000回転5分間遠心し, 沈渣からCP及びLP標本作製した。各法の出血や炎症および壊死などの背景所見を比較検討した。各々の細胞学的特徴を把握する目的でNikon NIS-Elements Dの画像解析ソフトを用い, 尿路上皮細胞(被蓋細胞)や好中球などの正常細胞と尿路上皮癌細胞の同一症例の核長径, 核面積, 細胞面積を比較した。対照検体として直接塗抹法5例を加え, 対象細胞を各々300個計測した。

【結果】CP法では, 溶血処理剤により, 出血所見が軽減し, 癌細胞の同定が容易となった。また, 粘液溶解剤の影響により, 背景がより鮮明になった。CP法では, LP法に比べ正常細胞, 尿路上皮癌細胞において核長径が長く, 核面積, 細胞面積ともに広がった。

【まとめ】CP法では, 背景が鮮明となり, スクリーニング検査としての異型細胞の拾い上げに十分な役割を果たしている。ただ, 直接塗抹法やLP法に比べ核や細胞質が膨化傾向にある為, 核や細胞質が広がり, 核のクロマチン増量が弱いように感じることがある。CellPrepの特徴を念頭に入れ, 鏡検する必要があると考える。

O-1-37 内膜異型細胞 (ATEC) 症例の検体不適正に関する検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○近内勝幸(MD), 今井一章(MD), 中西一步(MD), 八代川野藍子(MD), 井浦文香(MD), 小野瀬亮(MD), 加藤久盛(MD)

【目的】子宮内膜細胞診で内膜異型細胞 (ATEC) と判断された症例のうち、標本が検体不適正であった臨床的原因を調査する。

【対象】2011年4月~2014年12月に当施設を初回受診した2126症例のうち、子宮内膜病変を疑われ、ATECと判断された27症例。

【方法】1) ATECを意義不明 (ATEC-US) と内膜異型増殖症以上を除外できない (ATEC-A) に分類する。2) ATEC-US, ATEC-Aそれぞれについて検体の適正・不適正を調査し不適正症例を抽出する。3) 不適正とされた内容 (例えば採取細胞量不足など) の調査を行う。4) 不適正の原因の推定をMRI等から行う。なお、採取細胞量については、細胞集塊が10個以上認められるもの、もしくは組織様大型集塊が出現しているものを適正とした。

【結果】1) ATEC-USは6, ATEC-Aは21症例であった。2) 不適正症例はATEC-USが3, ATEC-Aは6症例であった。3) ATEC-USは炎症が2, 炎症+細胞量不足が1症例であった。ATEC-Aは細胞量不足が4, 炎症が1, 炎症+細胞量不足が1症例であった。4) ATEC全体として子宮留膿腫様所見が3, 膿性帯下が2, 比較的小さな腫瘍(腫瘍径6立法センチメートル未満)が2症例であった。

【考察】ATEC-USにおいて不適性標本を除外することにより、悪性病変を除外できる可能性があることを前回のワークショップで発表した。今回の検討でATEC症例の内膜細胞診検体不適正は炎症、細胞量不足のいずれか、あるいは両方が主な原因であった。その原因としては、子宮留膿腫や細菌感染、小さな腫瘍が原因と推測された。臨床医はこのような症例に遭遇した場合は、重要な臨床情報として標本に添付するべきであると考えられた。

O-1-38 子宮内膜細胞診疑陽性症例の検討—記述式報告様式に基づいた診断への試み—

福井大学医学部産科婦人科¹⁾, 福井大学医学部附属病院病理診断科病理部²⁾

○品川明子(MD)¹⁾, 黒川哲司(MD)¹⁾, 知野陽子(MD)¹⁾, 吉田好雄(MD)¹⁾, 岩崎和美(CT)²⁾, 森 正樹(CT)²⁾, 今村好章(MD)²⁾

【目的】子宮内膜細胞診の検査精度を向上させるためには、いくつかの問題点を克服する必要がある。不適正検体率が高いことに関しては、子宮内膜液状化検体 (LBC) を導入により、従来の直接塗抹法に比して低下することを報告してきた。2015年春に発刊された「細胞診ガイドライン」では、「記述式報告様式」について細かく記載されている。そして、この報告様式において鍵となるのが、ATEC (atypical endometrial cells) であり、ATECを正しく理解できれば、内膜細胞診の標準化、さらには診断精度向上につながる可能性が考えられる。当院ではこれまで、従来の区分である「陰性」「疑陽性」「陽性」の診断を用いてきた。臨床上しばしば問題となるのは「疑陽性」の取り扱いであり、組織診断を積極的に行なうべきか悩む症例も多い。記述式報告様式を念頭に入れ、当院の過去の疑陽性症例を見直し、詳細に検討した。

【方法】2012~2013年に内膜細胞診を施行した1360症例中、疑陽性と診断されたのは117症例であり、そのうち、全面搔爬か子宮全摘で組織診断の確定している24例について、臨床所見と細胞像を比較検討した。

【結果】疑陽性症例24例中、組織診断が正常・良性変化であったものが14例、内膜増殖症が6例、異型内膜増殖症が3例、癌が1例であり、良性病変の割合が83.3% (20/24) と高かった。

【考察】良性病変であった症例を、細胞診で陰性あるいはATEC-USと診断することは可能かについて検討を行なったが、臨床症状や画像所見を加味することにより、高率に診断できる可能性が示唆された。

O-1-39 当院における子宮癌肉腫の術前細胞診・組織診についての検討

大阪大学医学部産婦人科¹⁾, 大阪大学医学部附属病院病理部²⁾

○松崎聖子(MD)¹⁾, 吉野 潔(MD)¹⁾, 堀由美子(MD)²⁾,
長友忠相(CT)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⁾, 森井英一(MD)²⁾

【目的】子宮体部癌肉腫は予後不良であり正確な術前診断と速やかな治療が求められるが術前に診断することは困難であると考えられている。今回、我々は術前細胞・組織学的検査による早期診断の有用性を調べる目的で検討した。

【方法】2005年1月から2015年10月に当院で診断・治療を行った子宮体部癌肉腫症例について、術前の頸部、子宮内膜細胞診・子宮内膜組織診に関する正診率と細胞的特徴的所見について後方視的検討を行った。

【結果】子宮体部癌肉腫30例の患者平均年齢は63.4歳であった。頸部細胞診は28例で行われ、陽性となった症例は19例(68%)であった。内膜細胞診は19例で行われ、その全てが疑陽性もしくは陽性の診断であった。細胞診で肉腫成分の混在を指摘したものが子宮頸部細胞診では1例(0.3%)、子宮体部細胞診では2例(11%)あり、それに対して子宮内膜組織診では28例中15例(54%)であった。頸部細胞診陽性症例のうち術後病理組織診断で homologous と診断された症例が7例であり子宮頸部細胞診陰性の場合と比較して多かった(39% vs 30%)。

【結語】子宮体部癌肉腫の術前診断において、細胞診で肉腫成分の検出は困難であるが、組織型の推測が困難な異型細胞が含まれることが多いことが分かった。N/C比が著しく高い細胞や細胞質内空胞、裸核状細胞など少量のため診断に至らなかったものの特徴的な細胞も散見されており、診断所見を注視する必要がある。癌肉腫の術前診断において細胞診は確定診断として利用できるものではないが、婦人科外来診療において簡便に行える検査であり、細胞診の所見は組織診と併せて診断の一助となり得ることが示された。

O-1-40 漿液性子宮内膜上皮内癌 (SEIC) の症例報告、ならびに文献調査による本邦の現状

奈良県総合医療センター産婦人科¹⁾, 奈良県総合医療センター中央検査部²⁾

○豊田進司(MD)¹⁾, 神田蘭香(MD)^{1,2)}, 杉浦 敦(MD)¹⁾,
井谷嘉男(MD)¹⁾, 辻野秀夫(CT)²⁾, 中村幸子(CT)²⁾,
喜多恒和(CT)²⁾

我々は、漿液性子宮内膜上皮内癌 (serous endometrial intraepithelial carcinoma, 以下 SEIC) の症例報告と文献調査による本邦の現状を報告する。症例は67歳、検診時に子宮内膜細胞診にて異常を認め当科に紹介された。内膜生検が異型内膜増殖症で、術前画像診断では明らかな子宮体部の腫瘍を認めず、生検診断を参考に腹式子宮全摘と両側切除術を施行した。摘出標本の病理診断は子宮体部異型内膜増殖症であった。その後腹腔内再発を認め再発病変組織が漿液性癌であり、摘出子宮組織に p53 染色を追加し診断を SEIC、手術進行期 pT1aNxM0 に修正した。転帰は術後34ヶ月で原病死した。文献調査は当科症例を含む2000年から2014年まで20例の SEIC を対象とした。平均年齢(±SD)は、62.35±13.09歳であった。5例(25%)に不正性器出血を認めた。5例(25%)は乳癌の既往歴があった。細胞診断は、頸部の3例(15%)、子宮内膜の20例(100%)と腹水の4例(20%)が陽性だった。子宮内膜生検では8例(40%)が腺癌で、3例(15%)は異型子宮内膜増殖症、7例(35%)は良性であった。全例に開腹子宮摘出術と両即付属器切除が施行された。7例(35%)は後腹膜リンパ節切除が追加され、4例(20%)は補助化学療法を受けた。8例(40%)で子宮内膜ポリープに、12例(60%)で萎縮内膜に病変を認めた。病理診断には全例 p53 免疫染色が併用されいづれも強発現が確認された。進行期は全例1a期であった。追跡期間は6~130ヶ月で平均46.8ヶ月であった。なお2例(10%)で再発を認め、1例(5%)は原病死した。5年生存率は92.9%であった。本邦における SEIC は未だに症例数が少ないために文献的調査を用いて診断上および治療上の課題を検討することが必要と考える。

O-1-41 子宮内膜異型増殖症の診断で鏡視下手術を施行した症例における術前内膜細胞診所見

東京大学医学部産科婦人科¹⁾, 東京大学医学部病理学教室²⁾

○織田克利(MD)¹⁾, 松本陽子(MD)¹⁾, 長阪一憲(MD)¹⁾, 足立克之(MD)¹⁾, 池村雅子(MD)²⁾, 有本貴英(MD)¹⁾, 川名 敬(MD)¹⁾, 深山正久(MD)²⁾, 大須賀穰(MD)¹⁾, 藤井知行(MD)¹⁾

【目的】子宮内膜異型増殖症(Atypical Endometrial Hyperplasia: AEH)や初期の子宮体癌(Endometrial Cancer: EC)において鏡視下手術が広く行われているが, AEHとECの鑑別は困難であり, 子宮全摘出術後にECと診断され, 卵巣摘出を含めた追加治療を要することが少なくない. AEHの術前診断で鏡視下手術が施行された症例について, 内膜細胞診・組織診の診断的意義について検討した.

【方法】当院にて子宮内膜全面搔爬術を含む術前検査でAEHと診断され, 腹腔鏡下子宮全摘出術を施行された20例を対象とした. 子宮筋腫や子宮腺筋症による子宮腫大のため開腹手術が選択された症例は除外した. 倫理委員会の承認と患者同意のもと, 内膜細胞診, 全面搔爬による内膜組織診について, 最終診断との関連性を後方視的に解析した.

【結果】20例のうち, ECと最終的に診断されたのは4例(20%)ですべてStage IA, Grade 1であった. 内膜細胞診で陽性(EC疑い)は4例(20%), 疑陽性(異型内膜細胞あり)は12例(60%), 陰性(異型細胞なし)は4例(20%)であり, このうちECは陽性2例(50%)と疑陽性2例(17%)で認められた. 組織診では, EC疑い(AEHとの鑑別困難)が5例(25%), AEHが15例(75%)であり, EC疑いの5例中4例は最終診断がECであった. 組織診でEC疑いと診断された5例のうち3例は内膜細胞診も陽性であった. 細胞診で疑陽性, 組織診でAEHと診断された11例はすべて最終診断がAEHであった.

【総括】内膜細胞診・組織診ともに術後診断との不一致例が存在したが, 双方ともにECが疑われない場合には術後診断はすべてAEHであった. 細胞診・組織診の併用が, 鏡視下手術の術式選択(卵巣温存を含む)に有用であることが示唆された.

O-1-43 細胞診のみで中皮腫は診断できるか

株式会社LSIメディエンス病理・細胞診センター¹⁾, 株式会社LSIメディエンス遺伝子解析部²⁾, 日本医科大学多摩永山病院呼吸器外科³⁾

○前田昭太郎(MD)¹⁾, 鈴木行正(CT)¹⁾, 井上さおり(CT)¹⁾, 橋 康志(CT)¹⁾, 青木 隆(MT)¹⁾, 林久美子(MT)²⁾, 細根 勝(MD)³⁾, 新井 悟(MD)³⁾, 片山博徳(CT)³⁾, 平田知己(MD)³⁾

【はじめに】「中皮腫の診断上, 細胞診は当てにならない」という迷信が長年に亘って信じられてきた. しかし中皮細胞に対する抗体に加え, 2000年以降中皮腫細胞と反応性中皮細胞の鑑別に有用な抗体も複数出現し, さらにセルブロック法, 細胞転写法を用いた免疫染色も実用化されるに至って体腔液細胞診による中皮腫の診断能力は著しく改善された. 細胞診による中皮腫の確定診断に関して症例を提示し, 考察したい.

【材料および方法】2005年以降に体腔液材料を用いて中皮腫と診断した30症例について検討した. 体腔液細胞診で中皮腫の鑑別を要した症例に対して, セルブロック法, 細胞転写法を用いて免疫染色を行い(抗体:カルレチニン, D2-40, WT-1, CEA, MOC31, BerEP4, EMA, CD146, デスミンなど), 必要に応じて, p16遺伝子欠失(FISH法)の検索も行った.

【結果】細胞診の結果だけで中皮腫の治療を行うことのコセンサスが必ずしも得られていないこともあり, 原則として生検が行われている. 生検材料に対する免疫染色の結果は当然のことながら細胞診材料に対する免疫染色の結果と基本的に同様であった. 中皮腫細胞と反応性中皮細胞の鑑別には特に注意が必要であったが, その鑑別にEMA, CD146, デスミンを用いた免疫染色, p16遺伝子欠失(FISH法)の検索が特に有用であった.

【まとめ】体腔液細胞診で中皮腫を確定診断するためには, 以下の条件1~5が必要である. 条件1:対象は上皮型~2相型中皮腫である. 条件2:臨床情報を十分理解する. 条件3:中皮腫の細胞診に精通している. 条件4:体腔液細胞診材料を用いて免疫染色を行う. 条件5:必要に応じてp16遺伝子欠失(FISH法)の検索を行う.

O-1-44 中皮腫診断における体腔液細胞診の特徴と 考え方—ガイドラインへの提言—

PCL 福岡病理・細胞診センター¹⁾, 山口県立総合医療センター²⁾, 公立昭和病院³⁾, 川崎医科大学付属川崎病院⁴⁾, 福岡大学病院病理部⁵⁾, 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター⁶⁾, 戸田中央臨床検査研究所⁷⁾

○亀井敏昭(MD)¹⁾, 渋田秀美(CT)²⁾, 安永佳麻里(CT)²⁾, 山本千奈美(CT)²⁾, 濱川真治(CT)³⁾, 畠 榮(CT)⁴⁾, 鍋島一樹(MD)⁵⁾, 松本慎二(CT)⁵⁾, 河原邦光(MD)⁶⁾, 河合俊明(MD)⁷⁾

中皮腫細胞診の特徴は、細胞量が多い。殊に初回では、多数の細胞が出現する傾向にあり、10個以上の中皮様細胞で構成される球状および乳頭状、マリモ状などの集塊をみる場合、中皮腫を疑う。集塊の中心部ではII型 collagenous stroma が観察される。細胞集塊は平面的ないし2~3層程度。細胞境界は全般に不明瞭で、細胞間の微絨毛の発達を示す。しかし集塊所見のみでは、腺癌との鑑別は難しい。細胞質は豊富な中間径フィラメントのため重厚感を呈するが、淡明な腺癌様細胞まで様々な形態を示す。パパニコウ染色標本ではライトグリーン好染、ギムザ染色標本では好塩基性が強調される。中皮腫細胞に混じて、オレンジG好性細胞をみる。また、中皮腫細胞はパパニコウ染色にて淡い黄色味を帯び、顆粒状のグリコゲンに相当する。さらに細胞辺縁部は全周性の不明瞭な境界を示し、顕微鏡のコンデンサを絞りフォーカスをずらすことで微絨毛の発達が観察できる。核は類円形で中心性であり、偏在傾向は乏しい。異型が強い場合は癌腫と、異型が弱い場合は反応性中皮との鑑別が必要。1ないし2個の核小体が目立つ例が多い。核クロマチンは微細顆粒状から細顆粒状を呈するものまで幅があるが、癌腫に比べるとクロマチン増量に乏しい。核数では2核以上の多核細胞率が高く(25%以上)、時に10核以上を呈する細胞も出現する。多核の核の大きさは比較的均一で、2核細胞は特徴的な鏡面像として観察される。細胞相接や窓(window)形成は、中皮系細胞の特徴である。相互封入は反応性中皮や癌に比べると出現頻度は高く、hump様細胞質突起を有する鋳型細胞は中皮腫を示唆する指標となる。上記所見の評価を統計学的に検証する。

O-1-45 体腔液扁平上皮癌における p40 免疫細胞化学染色の検討

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診断学講座²⁾

○刀稱亀代志(CT)¹⁾, 小島啓子(CT)¹⁾, 熊谷直哉(CT)¹⁾, 加藤哲子(MD)^{1,2)}, 黒瀬 顕(MD)^{1,2)}

【背景】体腔液中に扁平上皮癌細胞が出現する頻度は低い。さらに角化型悪性細胞の出現は稀で、非角化型悪性細胞も出現量が少ない場合が多く、細胞形態のみでは組織型の断定に苦慮することも多い。扁平上皮癌の同定にはp40が高い特異性を有することから日常の病理診断で広く用いられている。今回われわれは、扁平上皮癌の既往のある症例にみられた体腔液中の悪性細胞に対し、p40の免疫細胞化学染色を試み、その有用性を検討した。

【材料と方法】扁平上皮癌が確定している23症例(肺癌9, 舌癌4, 子宮頸癌3, 食道癌2, 下咽頭癌2, 胸腺癌2, 声門上癌1)のうち、悪性細胞が検出された体腔液30検体(重複例含む, 胸水27, 腹水2, 心嚢液1)を用いた。角化や層状構造の有無などから細胞形態のみで明らかに扁平上皮癌と断定できた検体をA群, 扁平上皮癌の疑いにとどまった検体をB群, 扁平上皮癌としての特徴を欠き、腺癌などとの鑑別が難しく組織型の断定が困難であった検体をC群に振り分け、各々Papanicolaou染色標本を脱色しp40の免疫細胞化学染色を行い評価した。

【結果】30検体中、A群は12検体、B群は3検体、C群は15検体であった。p40の陽性頻度は、A群100%(12/12)、B群100%(3/3)、C群80%(12/15)で、全体としては90%(27/30)であった。C群でp40が陰性を示したのは3検体あり、肺癌・胸水1例、舌癌・胸水1例、胸腺癌・胸水1例であった。

【結論】今回の検討では、細胞形態のみでは扁平上皮癌の診断が難しい場合でも、p40の免疫細胞化学染色を併用することで扁平上皮癌の断定に至った症例も多かった。すなわち、体腔液細胞診における扁平上皮癌の診断にはp40の免疫細胞化学染色は有用であると考えられる。

O-1-46 体腔液中の細胞成分における従来法とLBC法の細胞サイズについての比較検討

大津赤十字病院検査部細胞診¹⁾, 大津赤十字病院検査部細胞診²⁾, 兵庫県立尼崎総合医療センター³⁾

○今村真治(CT)¹⁾, 小栗大助(CT)¹⁾, 中村美紀(CT)¹⁾, 奥野知子(MD)²⁾, 白瀬智之(MD)²⁾, 廣瀬雅哉(MD)³⁾

【はじめに】LBC法は細胞成分が小型化するとされているが, 細胞サイズについての報告は殆ど無い。今回我々は, 体腔液中の細胞成分のサイズを計測し, 従来法とLBC法について比較検討したので報告する。

【方法】胸水, 腹水, 術中洗浄腹水, 心嚢水を, 3等分し, 遠心沈殿法(以下遠心法と略す), メンブレンフィルター法(センシンメディカル社製; 以下フィルター法と略す), LBC PREP法(武藤化学社製), SurePath法(BD社製)及び遠心法, フィルター法, TACAS法(MBL社製)で標本作製。白血球, 中皮細胞, 悪性細胞, 悪性細胞集塊のサイズをマイクロメーター(Nikon製)で計測。

【結果】白血球は, SurePathとLBC PREP TACASが遠心法やフィルター法よりも大きかった。中皮細胞は, 胸水, 腹水共にフィルター法が最も大きく, SurePath及びTACAが最も小型であった。悪性細胞は, 遠心法とフィルター法が最も大きく, LBC PREP, SurePath, TACASが小型であったが, 一部TACASが遠心法よりも大きかった。悪性細胞集塊は, フィルター法が殆ど大型で, LBC PREPとTACASの殆どは小型であった。SurePathとTACASの一部で遠心法よりも大きかった。

【まとめ】白血球は, LBC法が遠心法やフィルター法よりも細胞サイズが大きく, 特にSurePathとTACASでは核所見も鮮明であった。中皮細胞や悪性細胞は, LBC法が小型であったが, 悪性細胞でTACASが一部遠心法よりも大型検体があった。悪性細胞集塊では, LBC PREPが最も小型であったが, SurePath法とTACAS法では, 一部遠心法よりも大型検体があった。

O-1-47 悪性中皮腫における印環細胞の診断的意義に対する考察

川崎医科大学附属川崎病院病理部¹⁾, PCL福岡病理・細胞診センター²⁾, 山口県立総合医療センター³⁾, 公立昭和病院⁴⁾, 学校共済関東中央病院⁵⁾, 東京女子医大八千代医療センター病理診断科⁶⁾, 兵庫医科大学病理学⁷⁾, 福岡大学医学部病理学⁸⁾, 北海道大学病院病理部⁹⁾

○畠 榮(CT)¹⁾, 亀井敏昭(MD)²⁾, 渋谷秀美(CT)³⁾, 濱川真治(CT)⁴⁾, 岡 輝明(MD)⁵⁾, 廣島健三(MD)⁶⁾, 辻村 亨(MD)⁷⁾, 松本慎二(CT)⁸⁾, 鍋島一樹(MD)⁸⁾, 丸川活司(CT)⁹⁾

【はじめに】印環細胞とは細胞質内腺腔の中に粘液が充満し, 一つの細胞質内空胞を有し, 核が一方に圧排される細胞形態である。この所見は, 胃癌及び乳癌(小葉癌や粘液癌), 大腸癌, 膀胱癌などで報告されている。今回, 悪性中皮腫における印環細胞の形態学的特徴とその診断的意義について報告する。

【対象と方法】中皮腫ワーキンググループで検討した反応性中皮59例, 悪性中皮腫186例(早期中皮腫40例を含む), 肺癌22例を対象とし, 印環細胞の出現数を調査。一部では細胞学的検討, 免疫組織化学及び電顕的検索を行った。

【結果と考察】印環細胞の出現頻度は反応性中皮では59例中3例(5.1%), 1例中の出現個数は0~3個, 平均0.2個。悪性中皮腫186例中, 早期中皮腫では40例中25例(20.2%), 1症例中の出現個数は0~231個(平均35個)。進行中皮腫では146例中86例(58.9%)で1例中の出現個数は0~177個(平均13.3個)。肺癌では22例20例(90.9%), 1例中の出現個数は0~49個(平均41.6個)。細胞学的には反応性中皮ならびに悪性中皮腫の細胞質内空胞はパパニコロウ染色でヘマトキシリンに淡染し, ギムザ染色では印環細胞内物質は弱い異染性を呈した。一方, 肺癌症例でみられた印環細胞ではライトグリーンに淡染性を示し, ギムザ染色では明らかな異染性は認めなかった。免疫染色では, 中皮腫例での印環細胞はcalretinin, CK5/6, D2-40, EMAが陽性を呈し, CEA, TTF1, desminは陰性であった。電顕的検索では, 核を周辺部に圧排した印環細胞が認められ, 細胞質内の腺腔面には細胞表面と同じく微絨毛が観察された。これら, 悪性中皮腫で観察される印環細胞は反応性中皮細胞と中皮腫の鑑別の一助になるものと考えた。

O-1-48 中皮腫診断における体腔液細胞診でのオレンジ G 好性細胞の出現とその意義

山口県立総合医療センター中央検査部¹⁾, PCL 福岡病理・細胞診センター²⁾, 三原市医師会病院³⁾, 兵庫医科大学分子病理学⁴⁾, 学校共済中国中央病院臨床検査科⁵⁾, 福岡大学医学部病理学⁶⁾

○渋田秀美(CT)¹⁾, 安永佳麻里(CT)¹⁾, 出尾優佳(CT)¹⁾, 藤井将希(CT)¹⁾, 川西なみ紀(CT)³⁾, 辻村 亨(MD)⁴⁾, 園部 宏(MD)⁵⁾, 鍋島一樹(MD)⁶⁾, 亀井敏昭(MD)²⁾

【はじめに】日本では 2005 年のクボタショックに象徴されるようにアスベスト健康被害に関連して中皮腫症例が増加し, 2030 年頃までは右肩上がりに増えるものと推定されている。中皮腫例では, 比較的早期から体腔液貯留がみられ, その体腔液細胞診により診断する機会も多くなっている。今回は体腔液中に出現する悪性中皮腫の細胞像の中で, 一つの特徴的所見とされるオレンジ G 好性細胞 (OG 細胞) について検討し, その結果を報告する。

【症例及び方法】進行型中皮腫 171 例, 早期中皮腫 45 例, 反応性中皮 33 例, 肺腺癌 23 例の体腔液細胞診を観察し, オレンジ G 好性細胞の出現率を調査した。また, 一部の例では, 免疫染色によりオレンジ G 好性細胞の由来についても検討した。

【結果】進行中皮腫では, OG 細胞は 75/171 (43.9%), 1 例 (1 枚) 当たり 18.4 コ, 早期中皮腫は, 18/45 (40%), 1 例 (1 枚) 当たり 1.4 コ, 反応性中皮では 3/33 (9.1%), 1 例 (1 枚) 当たり 1.3 コ, 肺腺癌では 5/16 (31.2%) であった。また, 中皮腫例での免疫細胞化学的所見では, OG 細胞はカルレチニン陽性, D2-40 陽性, CEA 陰性, TTF-1 陰性であり, 中皮腫細胞の変性所見と考えることができた。これらの OG 細胞の電顕的観察でも, 核濃縮に相当するヘテロクロマチンの増加, 中間径フィラメントの密集などの像を認め, いわゆる偽角化所見による OG 細胞と判断することができた。

【結語】OG 細胞の出現は, 体腔液に浮遊した中皮腫細胞の酸素不足により変性した細胞が中間径フィラメントの幅を狭くし, その結果, 分子量の少ない OG 色素のみがフィラメント間に付着した結果としての偽角化所見と結論付けた。

O-1-49 成人 T 細胞性白血病/リンパ腫 (ATLL) 33 例の細胞学的検討

福岡大学病院病理部・病理診断科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⁾, 西中村恵輔(CT)¹⁾, 鍋島一樹(MD)²⁾

【目的】ATLL は HTLV-1 により生じる末梢 T 細胞リンパ腫で多形性のびまん性増殖を示す。ATLL は九州, 沖縄地区に多く発生し, 現在でも予後不良な疾患である。今回我々は ATLL の 33 例を細胞学的特徴や臨床的所見を検討したので報告する。

【方法】1999~2015 年の 17 年間の ATLL の 33 例の捺印標本の Papanicolaou 染色を用いて細胞学的に中細胞単一型, 中細胞多形性型, 大細胞多形性型, 未分化大細胞型の 4 型に分類し, 細胞学的検討を行った。

【結果】ATLL は B 細胞性リンパ腫と比較して, 核の切れ込みや著明な核形不整, 小リンパ球まで認め, 核のクロマチンは凝集性の粗大顆粒状を示す細胞が多い。細胞学的に中細胞単一型の 5 例は小~中細胞からなり, 核の切れ込みと著明な核形不整はみれらるが, 核の大小不同は著明ではない。中細胞多形性型は 11 例に認められ, 主に中細胞で大細胞が混在する。大細胞多形性の 11 例は中細胞~大細胞が多く混在する。未分化大細胞型の 6 例は散在性, 核はかなり大きく, 著明な核形不整がみられる。この中の 3 例にはリードステルンベルク様巨細胞が混在して認めた。

【総括】ATLL は細胞学的には大きさ, 核形および核クロマチンに多彩な像を示し, 細胞大きさでの再分類では予後との関連はなかったが, 未分化大細胞型は全ての症例で CD30 が陽性を示した。少数ながらホジキンリンパ腫に類似した例もあるが, 今後の検討を要する。

O-1-50 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫 (AITL) と反応性濾胞過形成 (RFH) との鑑別

雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診

○塚本孝久(CT), 榎田明美(CT), 武井美和(CT), 深川良隆(CT), 鶴野由華(CT), 木村芳三(MD), 西田直代(MD), 檜垣浩一(MD)

【はじめに】血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫 (AITL) は、しばしば多彩な反応性細胞の混在を認め、反応性病変との鑑別に苦慮することがある。今回、AITL の細胞像をリンパ節穿刺吸引細胞診で検討し、本症と鑑別を要する反応性濾胞過形成 (RFH) との比較検討を行った。

【対象】病理組織学的に確定された AITL 8 例と RFH 6 例のリンパ節穿刺吸引細胞診とリンパ節捺印を用いた。

【検討方法】1). 穿刺吸引細胞診での各細胞組成と細胞形態の特徴 2). AITL の穿刺吸引細胞診と組織捺印細胞診での細胞形態比較 3). 反応性濾胞過形成との細胞形態比較 4). AITL と RFH の細胞出現率における t 検定を施行し統計学的有意差の検討を行った。

【結果】AITL の穿刺吸引細胞形態では多彩な細胞形態を示したが、中型リンパ球が主体をなし平均 62.0% 出現していた。大型類リンパ球、淡明細胞の出現は比較的少数であったが、類形質細胞が平均 9.4%、免疫芽球が平均 4.8% 出現し、すべての症例に細胞質のやや広い紡錘形細胞が出現していた。4 例には細胞質にアズール顆粒、3 例には大型で核の鏡面像を示す RS 様細胞を認めた。穿刺吸引では淡明細胞が平均 1.2% に対し、組織捺印では平均 21.4% と明らかな違いを認めた。RFH は多彩な細胞形態を示したが、小リンパ球が主体をなし平均 89.1% 出現し、すべての症例に紡錘形細胞を認めた。AITL と RFH の t 検定による統計学的検討では中リンパ球、類形質様細胞と免疫芽球に $p < 0.05$ を呈し有意差を認めた。

【考察】AITL と RFH の穿刺吸引細胞診断での鑑別に関しては、それらの特徴的な形態をとらえることが重要であり、特に類形質様細胞、免疫芽球の出現に着目することが肝要と考えられる。

O-1-51 EBV 関連リンパ増殖症における EBER-ISH と表面抗原免疫細胞化学 (CD-ICC) 2 重染色の検討

長岡赤十字病院病理診断部

○高頭秀吉(CT), 江村 巖(MD), 薄田浩幸(MD), 池津 満(CT), 加藤法男(CT), 田村正史(CT), 山田隆志(CT), 山田佑輔(CT)

EBV はリンパ腫や EBV 関連リンパ増殖症 (EBV-LPD) を発症させる。特に EBV 関連 T/NK 細胞 LPD は劇症型で予後不良例も多く、正確な診断には EBV 感染細胞の表現形解析が必須である。以前我々は細胞診標本に対し、10%ホルマリン再固定と Pepsin 前処理による EBV-encoded small nuclear RNA in situ hybridization (EBER-ISH) の有用性を報告した。しかし、Pepsin 処理が不要な事が判明し、また近年高感度 ICC が開発された。今回両方法を利用した EBER-ISH/CD-ICC 2 重染色を検討した。

【方法】健常人の末梢血 (PB), Raji 細胞株 (Raji), EBV-LPD の PB とリンパ節 (LN) の 95% エタノール湿固定細胞診標本を使用した。ISH は EBER-ISH kit (PanPath) を、CD-ICC には Bond Polymer Refine Detection (ライカ) を使用した。ISH 前処理条件として、細胞診標本再水和後に 10%ホルマリン再固定 15 分、30 分、60 分、16 時間を検討した。前処理後、Digoxigenin (Dig) 標識 probe を ISH し、ALPase 標識抗 Dig 抗体反応後 Fast Red 発色した。ISH 後の CD-ICC は、pH9.0 抗原賦活液で熱処理した後、抗 CD 抗体、抗マウス IgG 抗体、Peroxidase 標識ポリマー抗ウサギ抗体を順次反応させ DAB 発色した。

【結果】10%ホルマリン再固定は、15 分と 30 分にて ISH 所見、CD シグナルと核染色像とも良好であった。症例では EBV-DLBCL の LN 標本と PB 標本において EBER⁺CD20⁺細胞が多数検出され、Raji 標本では全細胞が EBER⁺CD20⁺であった。CAEBV の PB 標本では EBER⁺CD4⁺細胞が、EBV-HLH の PB 標本では EBV⁺CD8⁺細胞が証明された。

【結語】細胞診標本を対象とした EBER-ISH/CD-ICC 2 重染色は、EBV-LPD の正確な診断に有用である。

O-1-52 濾胞性リンパ腫と反応性リンパ過形成の鑑別に有用な抗 CD21/BCL-2 二重免疫染色の検討

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】濾胞性リンパ腫は低悪性度 B 細胞性リンパ腫で最も頻度が高く, 細胞形態学的に良性病変との鑑別がしばしば問題となる。我々は第 54 回秋期大会において, リンパ節病変における濾胞樹状細胞の出現様相および抗 CD21 染色の meshwork 状陽性像が組織型推定に際し有用であることを報告したが, 良性病変と低悪性度 B 細胞性リンパ腫の鑑別には他の形態学的所見の重要性を述べた。今回, 我々は抗 CD21 染色の meshwork 状陽性像に免疫染色を追加し, 両者の鑑別に有用な免疫二重染色を検討したので報告する。

【方法】病理組織学的に診断された濾胞性リンパ腫 14 例, 反応性リンパ過形成 5 例の組織生検の捺印細胞標本を用いた。Pap.染色標本観察後, 抗 CD21/BCL-2 二重免疫染色を行い, BCL-2 陽性細胞 30%以上を BCL-2 陽性とし, meshwork 像内部とその周囲の細胞に分け判定した。

【結果】散在する細胞および meshwork 像周囲の細胞が BCL-2 陽性であった症例は濾胞性リンパ腫 14/14 (100%), 良性病変 2/5 (40%)であった。BCL-2 陽性細胞が meshwork 像内部とその周囲ともに見られた症例は, 濾胞性リンパ腫 12/14 (85.7%), 良性病変 0/5 (0%)であった。

【まとめ】BCL-2 陽性細胞は反応性リンパ過形成でもみられたが, meshwork 像内部の BCL-2 染色性と総合的に判断することで濾胞性リンパ腫と反応性リンパ過形成の鑑別が可能であり, 抗 CD21/BCL-2 二重免疫染色が有用である可能性が示唆された。他の低悪性度 B 細胞リンパ腫の染色性も検討し報告する。

O-1-53 Hodgkin-like cells の出現から ATLL を推定し確定診断に至った 1 例

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部附属病院器管病理学²⁾

○松重貴大(CT)¹⁾, 梅北善久(MD)²⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾, 野坂加苗(MD)¹⁾, 大野千恵子(CT)¹⁾, 遠藤由香利(CT)¹⁾, 持田洋利(CT)¹⁾, 山田恭子(MT)¹⁾

【はじめに】成人 T 細胞性白血病・リンパ腫(ATLL)は時に Hodgkin-like cells の混在を伴って発症し Hodgkin リンパ腫との鑑別が問題となることがある。今回我々は同細胞の出現から ATLL を疑い確定診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】80 歳代男性。両頸部多発リンパ節腫大を主訴に医療機関を受診。悪性リンパ腫を疑われ, FNAC の後に摘出生検が施行された。

【細胞所見】クロマチン増量, 核型不整, 核縁肥厚, 小型核小体を示す中型サイズの異型リンパ球系細胞が出現し, 加えて単核や馬蹄型核を有する大型異型リンパ球系細胞が少数散見された。後者には著明な核型不整を認めた。細胞診判定は悪性とし, 組織型として悪性リンパ腫を推定した。

【組織所見】リンパ節の正常構築は消失し, 中型異型リンパ球系細胞のびまん性増生に加えて著明な大型異型核と核小体を有する Hodgkin 様細胞の散在性分布を認めた。免疫染色にて前者は CD3, CD4, CD5 陽性を示し, 後者は CD20, CD79a, CD30 陽性かつ EBER-ISH 陽性であった。また Flow cytometry (FCM) では CD3low/CD4+/CD25+/CD7-の集団を 66.1%認めた。以上より Hodgkin-like ATLL を疑い, 血清 HTLV-I 抗体を測定したところ陽性と判明し, 形態像・FCM 所見と併せ本症と確定診断された。

【まとめ】Hodgkin-like ATLL は比較的予後良好な ATLL の一型として認識されており, Hodgkin 様細胞の出現を認めた際に本疾患の可能性も認識しておくことの重要性が示された。

O-1-54 著明な好酸球増加を認めた慢性リンパ性白血病/小細胞性リンパ種(CLL/SLL)の一例

神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部¹⁾,
神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科²⁾

○森田明子(CT)¹⁾, 丸岡隼人(MT)¹⁾, 井本秀志(CT)¹⁾,
尾松雅仁(CT)¹⁾, 田代章人(CT)¹⁾, 上原慶一郎(MD)²⁾,
今井幸弘(MD)²⁾

【はじめに】慢性リンパ性白血病/小細胞性リンパ性リンパ腫(CLL/SLL)は小型類円形核を有する成熟Bリンパ球が、末梢血・骨髄・リンパ節・脾で増殖する疾患である。腫瘍細胞は小型で異型性が乏しいため、細胞診においては診断が困難である場合が多い。今回、著明な好酸球増加を認めたCLL/SLLを経験したので報告する。

【症例】50歳代、男性。1ヶ月前から左顎下部腫瘤自覚し近医受診。頸部CTにて20mmの腫瘤を認め、精査のため当院耳鼻咽喉科紹介受診。悪性の可能性も否定できず、リンパ節穿刺吸引細胞診が実施された。

【細胞所見】小型～中型の異型のないリンパ球が多数見られた。Tingible body macrophageも認められ積極的に悪性リンパ腫を疑うような所見ではなかったが、強拡大(400倍)で20個以上/視野の成熟好酸球の増加が見られた。末梢血中の好酸球は128/ μ lと増加しておらず、リンパ節内での好酸球の異常な増生より、悪性リンパ腫や慢性好酸球性白血病の腫瘍形成などの血液腫瘍の可能性を疑うと報告し、生検と遺伝子検査での精査を依頼した。

【組織所見】正常構造の消失と偽濾胞形成を示した。びまん性の浸潤を示す小型の腫瘍細胞はCD5+, CD20+, CD23+でありCLL/SLLと診断された。

【Flowcytometry】CD5+, CD10, CD19+, CD20+, CD23+, CD200+, Lambda+の異常集団を認めた。

【遺伝子検査】IgH再構成：陽性

【まとめ】著明な好酸球増加を契機にCLL/SLLの診断に結びついた症例を経験したので報告した。好酸球の活性化や遊走にはIL-5などのサイトカインが関与している。免疫染色や定量PCRを用いて、腫瘍とサイトカインの関連についても検討する。

O-2-1 肺癌の液状化検体細胞診におけるEGFR遺伝子解析への影響について

北里大学病院病院病理部¹⁾, 北里大学医学部呼吸器外科²⁾, 北里大学医学部病理学³⁾

○町田大輔(CT)¹⁾, 吉田 功(MD)^{1,3)}, 久場 樹(CT)¹⁾,
山下和也(CT)¹⁾, 蔣 世旭(MD)^{1,3)}, 佐藤之俊(MD)²⁾,
三枝 信(MD)^{1,3)}, 村雲芳樹(MD)^{1,3)}

【はじめに】従来、肺癌における細胞診は推定診断に貢献してきたが、現在の肺癌治療に際しては組織型診断のみならず遺伝子プロファイル解析も要求される。近年、液状化検体細胞診(Liquid-based cytology: LBC)の標準作製と診断を試みる施設が増加しており、今回我々は日本ベクトンディッキンソン社から供給されるBDサイトリッチ™レッド(以下CR-R)を用い、固定後の時系列的なEGFR遺伝子解析への影響について検証したので報告する。

【材料・方法】当研究の実施にあたり文書による同意の得られた肺癌切除10例を対象とし、術中新鮮材料の腫瘍断面から細胞を擦過採取後、CR-R 25mLに懸濁した。固定後30分および7日目まで1日経過ごとに1mL採取し、遠心沈渣をPBSにて洗浄後、QIAGEN社製品でDNAを抽出した。EGFR遺伝子解析は、リアルタイムPCR装置でCycleave法を、ジェネティック・アナライザでフラグメント解析法およびDirect Sequence法を実施した。

【結果】全対象材料において、いずれの解析方法でもEGFR遺伝子の増幅が確認されたが、Cycleave法ではC_T値の時系列的な上昇を全例で認めた。半数例を対象にexon20 codon790およびexon21 codon858野生型を三反復解析したところ、固定後30分と7日目でC_T値の差は最小4.5、最大9.0であった。10例中2例で変異陽性(exon18 G719C変異例とexon19欠失変異例)であり、G719C変異は固定後7日目で検出不能であったが、欠失変異は全時系列材料から検出した。

【考察】肺癌のCR-R固定材料は時系列的にDNA保存性の減弱が明らかとなり、長期固定により変異検出に影響を及ぼす可能性が示唆された。しかしCR-R固定後、速やかにDNAを抽出することで、EGFR遺伝子解析は十分行えることが実証された。

0-2-2 術中迅速でギムザ染色が有用であった ALK 陽性肺癌の 1 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講座²⁾

○白石直樹(CT)¹⁾, 森香奈子(CT)¹⁾, 手嶋優子(CT)¹⁾, 植田清文(CT)¹⁾, 上杉忠雄(CT)¹⁾, 榎木英介(MD)²⁾, 前西 修(MD)²⁾, 筑後孝章(MD)²⁾, 木村雅友(MD)²⁾, 佐藤隆夫(MD)¹⁾

【はじめに】ALK 陽性肺癌は非小細胞癌のうち腺癌で多く認められ, 粘液性篩状構造や印環細胞の出現が高頻度で報告されている。今回, 術中迅速検体の捺印標本にてギムザ染色が特徴的な染色性を示し, 組織型推定に有用であった ALK 陽性肺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】71 歳, 女性。

【捺印細胞診所見】HE 染色で粘液を胞体に有する異型細胞の集塊がみられた。粘液はギムザ染色でメタクロマジーを呈した。

【病理組織所見】迅速検体で, 広い胞体に粘液を豊富に有する円柱状の印環細胞類似の異型細胞が不規則な腺管状, 篩状構造を示して観察された。PAS 染色, alcian blue 染色で粘液, 胞体ともに陽性, 粘液はギムザ染色でメタクロマジーを呈した。IHC で CK7(+), CK20(-), TTF-1(+), NapsinA(+), ALK(+), FISH 法でも ALK(+)であった。手術検体でも同様の所見であり, 肺原発の ALK 陽性肺癌が考えられた。

【まとめ】今回, ALK 陽性肺癌の検体において, ギムザ染色で粘液にメタクロマジーを示す印環細胞がみとめられた。著明な粘液産生や印環細胞の出現などとともに, ギムザ染色を併用することは ALK 陽性肺癌の組織型推定に有用であることが示唆された。

0-2-3 迅速免疫染色装置 R-IHC を用いた肺癌捺印細胞診標本の組織型迅速診断

土浦協同病院病理診断部

○池田 聡(CT), 佐竹 藍(CT), 本間恵美子(CT), 井上和成(MD), 永田千草(MD), 鈴木恵子(MD)

【はじめに】細胞診の免疫染色は由来の検証や良悪性鑑別などに有効な手段であり, 術中診断においても, 組織診と並行して細胞診標本を迅速に作成し診断の補助に使うことも多く, この場合も免疫染色を併用することにより診断精度の向上が期待できる。また, 非小細胞肺癌の治療に際しては, ベバシズマブやペメトレキセド等の薬剤が扁平上皮癌患者への使用が禁止されていることもあり, 病理診断には扁平上皮癌と非扁平上皮癌を必ず鑑別することが求められている。今回, サクラファインテック(株)の迅速免疫染色装置 R-IHC を検討する機会を得たので, 肺癌の捺印細胞標本を用い, 非小細胞肺癌の組織型をこの装置を用いて迅速に鑑別できるか検討したので報告する。

【対象】当院にて手術が行われた 30 例の非小細胞肺癌(腺癌 19 例, 扁平上皮癌 9 例, 大細胞癌 2 例)の捺印細胞標本を用いた。標本は作成後ただちに 95%エタノールにて湿固定され保存されたものを用いた。

【方法】検討の結果, 腺癌のマーカーとして TTF-1 を, 扁平上皮癌のマーカーとして CK5 をそれぞれ選択した。一次抗体は 5 分染色を行い, その後ポリマー試薬を二次抗体に用いて 5 分染色を行った。

【結果】2 種の抗体を用い対象の捺印細胞標本について染色した結果, すべての腺癌で TTF-1 陽性 CK5 陰性であり, 扁平上皮癌では TTF-1 陰性, CK5 陽性, 大細胞癌では TTF-1 陰性, CK5 陰性であった。

【結語】R-IHC は細胞診標本を用いてもその染色は良好で, 検討においても肺の扁平上皮癌と腺癌の鑑別が可能であった。R-IHC は迅速組織診のために開発されたデバイスであるが, 細胞標本にも使用できその応用範囲は今後拡大していくものと思われる。

O-2-4 EGFR-TKI 治療にて小細胞癌へ形質転換した EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の3例

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

○小栗知世(MD)¹⁾, 柳谷典子(MD)^{1,2)}, 星 利良(CT)²⁾, 杉山裕子(MD)²⁾, 西尾 誠(MD)¹⁾, 宝来 威(MD)^{1,2)}

【はじめに】EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の EGFR-TKI に対する耐性の機序として, T790M 変異, Met 遺伝子増幅, 小細胞癌への形質転換などが報告されている。今回 EGFR-TKI 治療により小細胞癌への形質転換を来した肺腺癌3例を経験したので報告する。

【症例】症例1 73歳女性 腺癌4期, EGFR L858R 陽性の診断にて Gefitinib を開始したが1年7か月後に多発肺転移が増大し再生検を施行した。症例2 76歳女性, EGFR L858R 陽性の肺腺癌の術後再発にて Gefitinib を開始した。1年5か月後に右鎖上リンパ節腫大を認め再生検を施行した。症例3 66歳男性, 腺癌4期, EGFR 19del 陽性の診断にて Gefitinib を開始したが1年後に耐性となり, 化学療法, Afatinib を投与したが, 10か月後に多発皮下転移出現し再穿刺を施行した。全例で小細胞癌への形質転換を認めたが, 再検時にも治療開始前と同じ EGFR 遺伝子変異を有していた。

【細胞所見】3例に共通して初診時の細胞所見は小～中型悪性細胞がシート状～乳頭状集塊で出現し, 集塊内に管腔形成がみられ, 核は比較的小型で核偏在性を認め, 腺癌と診断された。一部の細胞質に粘液様空胞を認めた。再生検時の細胞診ではいずれの症例も壊死物質を背景に, 裸核様の小型悪性細胞が孤立散在性～集塊状に多数出現していた。核は濃染性を示し, 鋳型様構造がみられ小細胞癌と診断された。

【結語】小細胞癌へ形質転換した EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の細胞所見を検討した。今後, EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌で形質転換を来さなかった症例との間で細胞所見を比較検討していく。

O-2-5 肉腫型中皮腫との鑑別が困難であった肺紡錘細胞癌の一切除例

久留米大学医学部外科学第一講座¹⁾, 公立八女総合病院病理診断科²⁾, 公立八女総合病院臨床検査科³⁾

○渡辺次郎(MD)¹⁾, 谷川 健(MD)²⁾, 中野聖美(CT)³⁾, 甲斐麻莉子(CT)³⁾, 村上勇二(CT)³⁾, 村上奈由美(CT)³⁾, 樋口英次郎(CT)³⁾, 跡部美和(CT)³⁾

【症例】70代女性

【病歴】3年前に胸写異常を指摘されるも器質性肺炎の診断で経過観察。今回血痰の主訴にて TBLB 行い肉腫様癌が疑われ手術施行。術前腫瘍マーカーは, CEA 1.9 ng/ml, CA19-9 19.3U/ml, SCC 3.2 ng/ml, CYFRA1.0 以下, Pro-GRP 25.5 pg/ml であった。

【気管支擦過細胞所見】孤立性ないし集塊をなして紡錘形ないし菱形の異常細胞の出現を見る。N/C 比が高く, 核は粗顆粒状のクロマチンで, 著明な樹枝状核小体を有し, 悪性を考えた。核偏在傾向が見られるが, 明らかな分化傾向は認めず, 推定組織型は低分化腺癌や肉腫様癌, 紡錘細胞癌を考えた。出現細胞数は少ないものの, 気管支吸引痰, 洗浄も同様の細胞像であった。

【組織所見】病変は左上葉の壁側胸膜に接する黄白色充実性の6cm大の腫瘍で, 高度の炎症細胞浸潤を伴い, 紡錘形ないしは類円形の異型細胞の錯走増殖からなり, 中央部分は壊死に陥っていた。免染を行ったところ, 陽性は EMA, AE1/AE3, Vimentin。陰性は S100, CEA, SP-A, TTF-1, αSMA, HHF35, Desmin, ALK, CD21, CD1a, G-CSF。また中皮のマーカーである Calretinin, D2-40, HBME-1 にも一部陽性を示したため, 肉腫型中皮腫との鑑別に苦慮した。

【まとめ】最終的には肺紡錘細胞癌と総合的に判断した。紡錘細胞癌は肺癌の0.2～0.3%と非常に稀な組織型で, 中年以降の喫煙者に多いとされるが, 本症例には喫煙歴は認めなかった。

0-2-6 肺動脈血細胞診で診断し得た肺腫瘍源性塞栓性微小血管症の1例

広島大学病院病理診断科

○小川勝成(CT), 有廣光司(MD), 尾田三世(CT), 金子佳恵(CT), 清水智美(CT), 丸橋由加里(CT), 田中祐菜(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT), 城間紀之(MD)

【はじめに】肺腫瘍源性塞栓性微小血管症 pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) は、肺動脈の微小腫瘍塞栓と内膜の線維増生を来す病態で、臨床的には肺高血圧症と呼吸不全を伴い、多くの例では予後不良である。臨床的に PTTM が疑われ、肺動脈血細胞診で確定診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】患者は、60代の男性。死亡約1年前に尿細胞診にて悪性と判定され、経尿道的膀胱腫瘍切除標本では、浸潤性尿路上皮癌と診断された。膀胱全摘術が施行され、その組織診断は、尿路上皮内癌を伴う浸潤性微小乳頭癌であった。その後、経過観察されていたが、呼吸状態の悪化と肺高血圧症が疑われ加療目的で再入院した。入院時の胸部単純X線検査では、肺野内に異常所見は認められなかった。胸部造影CT検査では、両肺に瀰漫性にすりガラス状陰影が認められ PTTM が疑われた。細胞診：治療改善を目的に、肺動脈でのウェッジ採血が施行され肺動脈血細胞診が施行された。提出された血液検体10ccより、Cellprep専用溶血液にて処理後、転写処理後にパパニコロウ染色標本を作製した。その細胞像では、上皮性結合を示すN/C比の高い異型細胞を多数認め、癌腫の転移を推定した。剖検所見：肺組織では、末梢肺動脈血管内の腫瘍塞栓と内膜の線維性増生による狭窄を認めた。

【まとめ】PTTMは、非常に希な疾患であるが治療方針の決定には、細胞診は有効とされている。本例で実施した液状化検体細胞診(Cellprep法)は、血液中からの癌細胞の検出にも有用であった。

0-2-7 組織型推定を誤った肺類基底扁平上皮癌の1例

日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学統御機構診断病理学²⁾

○中村祐司(CT)¹⁾, 前本直子(CT)¹⁾, 牧野隆浩(CT)¹⁾, 許田典男(MD)¹⁾, 北山康彦(MD)¹⁾, 内藤善哉(MD)²⁾

【はじめに】肺扁平上皮癌は、出現頻度の高い腫瘍である。新WHO分類では扁平上皮癌に3亜型あり、その中で類基底扁平上皮癌は小細胞癌との鑑別が困難なことが知られている。我々は、細胞診断に苦慮した肺類基底扁平上皮癌を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。湿性咳嗽を認め、近医にて胸部単純写真を撮影したところ、右中肺野に異常陰影を指摘され、精査加療目的にて当院を紹介受診した。胸部CTで右肺S6に2cm大の結節影を認めたため、気管支鏡検査が施行された。

【細胞所見】気管支擦過標本にて、背景は比較的清明、鋳型状配列を示す小型～中型でN/C比の非常に高い細胞を認め、核線もみられたため、まず小細胞癌を疑った。また、大小不同の類円形核、核クロマチンの細顆粒状～顆粒状増量、核小体を有する不規則重積性集塊を認めたため、腺癌や大細胞内分泌腫瘍も鑑別に挙げた。

【病理組織所見】類円形～楕円形の核を持ち、N/C比の高い異型細胞が柵状配列を伴う不整な胞巣状構造をとり増生していた。核クロマチンは粗顆粒状で不均一な分布、明瞭な核小体も混在していた。免疫組織化学染色では、CK7やp40、CK5/6が陽性。TTF-1陰性。CD56一部陽性、chromograninA、synaptophysinは陰性だった。これらより、類基底扁平上皮癌と診断された。

【考察】細胞出現パターンが多様でありながら一部の細胞配列を重視した結果、組織型推定を誤った。小細胞癌と類基底扁平上皮癌との鑑別には、核所見の慎重な観察や全体像の把握が重要であるとされている。これらの鑑別点を比較検討し報告する。

O-2-8 画像にて肺癌が疑われた炎症性偽腫瘍の細胞像

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(CT)²⁾,
真喜志かおり(CT)²⁾, 比嘉 讓(CT)²⁾, 石川雅士(MD)²⁾

【はじめに】画像上, 肺癌が強く疑われた炎症性偽腫瘍(以下 IPT と略す) の 1 例を経験した。

【症例】51 歳男性. 平成 17 年の検診で左舌区に 12×8 mm の結節が見つかった. CT にて経過観察されていたが次第に増大して, 平成 27 年には 20×17 mm と増大して辺縁不整となり肺癌が疑われた. 嘔吐反射が強く気管支鏡検査はできなかったが, PET 検査で集積(SUV 値: 2.2)がみられたため VATS 生検目的に当院へ紹介となった。

【細胞所見】スタンプ細胞診では多数のリンパ球が出現しており, 小範囲には形質細胞の出現も見られた. また上皮性細胞はほとんど見られず, ごく小範囲に腺組織の細胞集塊が散見されたが, いずれも異型に乏しく悪性所見は否定的であった。

【病理所見】リンパ球様の細胞が大小の濾胞様構造を形成, また肺虚脱した部分では多数の形質細胞もみられた. 免疫組織学的検討を含め IPT (plasma cell granuloma type) と診断された。

【考察】画像所見では肺癌との鑑別が困難との報告が多い. 気管支鏡で検体を採取する場合, 腫瘍辺縁へのアプローチとなり肺癌周囲に出現する炎症細胞との鑑別が難しい. CT ガイド下の穿刺細胞診により腫瘍の中心部から検体が採取できれば診断できる可能性がある. しかしながら pleomorphic carcinoma など炎症の強い肺癌では組織学的にも鑑別が難しいとの報告もある。

【結語】画像上および臨床経過で肺癌が疑われた IPT の 1 例を経験した. IPT の細胞所見の報告は少なく文献的考察を含めて報告する。

O-2-9 後縦隔原発 Malignant teratoma が疑われた 1 例

津田沼中央総合病院

○田中雅美(CT), 関口哲成(CT), 志賀淳治(MD)

【はじめに】今回我々は, 解剖時の捺印細胞診で malignant teratoma が疑われた 1 例を経験したので報告する。

【症例】94 歳, 男性, 右胸部痛を主訴に当院循環器内科受診. CT 検査で誤嚥性肺炎を伴う巨大後縦隔腫瘍と診断され緊急入院となった. 造影 CT 検査では食道 GIST, 悪性傍神経鞘腫などが疑われ, その後, 腫瘍の気管支圧排で呼吸不全となり死亡. 病理解剖を施行した. 腫瘍は径 13 cm 大の後縦隔腫瘍が認められ, 肝, 骨髄に転移を認めた. その腫瘍断面の捺印細胞診を施行した。

【細胞所見】扁平上皮細胞, 線毛円柱上皮細胞, 紡錘状異型細胞や大型多核異形細胞など多彩な細胞がみられた. メイグリンワルド・ギムザ染色では, 異染性の重積性集塊もみられた。

【組織所見】組織学的には極めて多彩な像を呈していた. 上皮性成分は未分化な扁平上皮, 腺管成分を認め, 一部で扁平上皮癌や腺癌様であった. これらの上皮性成分の周囲に多量の非上皮性成分が認められ, これらは大部分が悪性で肉腫様であった. 肉腫様の成分は分化傾向に乏しい未分化紡錘形円形肉腫様の部分から, 軟骨肉腫, 骨肉腫, 血管肉腫, 悪性線維性組織球腫など通常の肉腫様の部分まで多彩な像が認められたことにより奇形癌肉腫と診断した。

【まとめ】後縦隔腫瘍の奇形癌肉腫は極めて珍しい. 今回, 腫瘍捺印細胞診で, 多彩な上皮細胞及び間葉系細胞, また, その上皮細胞や間葉系細胞に異型を伴った細胞がみられ, 貴重な経験をすることが出来た. 解剖時に稀な腫瘍では, 細胞診と組織診を合わせておこなう事が大切と考える。

O-2-10 細胞診捺印標本を用いた NGS 解析の有用性

山梨県立中央病院ゲノム解析センター¹⁾, 同 検査部病理診断科²⁾, 同 呼吸器外科³⁾, 同 乳腺外科⁴⁾, 同 消化器内科⁵⁾

○雨宮健司(CT)^{1,2)}, 弘津陽介(その他)¹⁾, 後藤太郎(MD)³⁾, 中込 博(MD)⁴⁾, 小山敏雄(MD)²⁾, 望月 仁(MD)^{1,5)}, 小俣政男(MD)^{1,5)}

【目的】腫瘍内の遺伝子異常を知ることは分子標的薬治療をする上で重要である。近年の次世代シーケンサー技術の発展により、様々な腫瘍で網羅的遺伝子変異解析が行われ、そのデータが蓄積されてきている。臨床では formalin-fixed, paraffin-embedded (FFPE) を用いて遺伝子解析を行うことが一般的である。しかしながら FFPE はホルマリンで DNA が断片化することが知られており、量的、質的に遺伝子解析に支障をきたすことがある。また検体作成までにも数日要する。迅速に治療に結びつけるため、より簡便で迅速な方法が必要である。今回我々は細胞診捺印標本から癌関連遺伝子の網羅的解析を行い、その有用性を検討した。

【材料・方法】9名の肺癌患者と1名乳癌患者の FFPE と捺印細胞診標本を用いた。DNA の量的・質的評価はリアルタイム PCR を行った。捺印細胞診 DNA が NGS 可能か検証するため、肺癌患者 FFPE と捺印標本を用いて in house で合成した肺癌パネル (53 遺伝子) で解析した。トリプルネガティブ(TN)とホルモンレセプター(HR)陽性を含む原発乳癌と転移リンパ節を用い、腫瘍内 heterogeneity について乳癌パネル(53 遺伝子)を用い解析した

【結果】DNA の質は FFPE より細胞診標本の方が上回っていた。肺癌検体ではランサマリーはほぼ FFPE と捺印標本で同程度であった。肺癌患者で計 38 変異が同定され 19 個が FFPE, 19 個が捺印標本であった。17 の遺伝子変異が両者のサンプルで認められ 89.5% の一致率を示した。乳癌捺印標本においても TN と HR 陽性部では異なる遺伝子変異を示した。

【結果】以上の結果より、細胞診捺印検体で腫瘍の網羅的遺伝子変異解析は可能であり今後の NGS 解析ツールとして有用である。

O-2-11 Cytokinesis-block micronucleus assay によるヒト放射線感受性生物学的評価

弘前大学大学院保健学研究科¹⁾, むつ総合病院中央検査科²⁾

○真里谷靖(MD)¹⁾, 濱谷 修(CT)²⁾, 中村安孝(CT)²⁾, 金浜朱稀(MT)²⁾

【目的】Cytokinesis-block micronucleus assay (CBMn assay) によるリンパ球微小核 (Mn) 発現計測は、事故や被災による放射線被ばくが疑われる場合に必須の生物学的線量評価法である。今回我々は CBMn assay によるヒト放射線感受性の評価を試みた。

【方法】対象は I-131 内用療法のため弘前大学病院を受診した甲状腺癌患者 13 例で、過去に外科的治療、TSH 抑制療法以外の抗癌治療を受けていない。男性 4 名、女性 9 名。年齢は 45~67 歳。末梢血よりバフィーコートを取分け、サンプルとした。IAEA マニュアルに準拠し、培地中に PHA を添加後 0~3 Gy の X 線を照射した。その際、細胞質分裂阻害薬を添加し細胞分裂を block したまま核分裂は保持する CBMn assay を施行、線量依存性に増加する Mn が発現した二核細胞 (BNC) の全 BNC 中の割合 (MnBNC) を求めた。

【結果】1) 非照射細胞における MnBNC は最小 0.7%, 最大 10.0%, 平均 $3.7 \pm 3.2\%$ と個人差大であった。2) 照射線量増大に伴う MnBNC 増加率も、最小 1.3%/Gy, 最大 3.7%/Gy, 平均 $2.2 \pm 0.8\%/Gy$ と個人差が大きかった。

【考察】CBMn assay は電離放射線被ばくが疑われる個人の線量推定を迅速に評価、医学的処置を要する個人を高い確率で特定できる。非照射細胞での MnBNC は、事故・被災から検体採取時迄の時間が長くない場合、被ばくの有無の判断や線量推定に寄与する。また線量依存性 Mn 発現は個人放射線感受性の指標で、その把握は放射性核種汚染現場等での作業従事者の放射線感受性を評価、個人のリスクを予め推測した上での就業管理に繋がる。今回は若干例での検討だが個人間の差異が示された。対象を増やしデータを蓄積することで、より正確なアッセイを確立できると考える。

O-2-12 ヒト卵巣癌エクソソーム内在 miRNA と細胞内 miRNA 発現プロファイルの網羅的探索

弘前大学大学院保健学研究科医療生命科学領域病態解析科学分野¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座²⁾

○堀江香代(CT)¹⁾, 横山良仁(MD)²⁾, 吉岡治彦(CT)¹⁾, 渡邊 純(MD)¹⁾

【目的】 エクソソームは細胞から放出される微小な小胞で, 内在する microRNA(miRNA)は腫瘍増殖やアポトーシス, 腫瘍増殖への関与が示唆されている. 現在のところ卵巣癌エクソソーム内在 miRNA についての機能は明らかになっていない. 本研究は卵巣癌細胞培養上清中エクソソームや細胞内に存在する miRNA の詳細なプロファイルを明らかにすることを目的とする.

【材料・方法】 漿液性嚢胞腺癌(HRA), 類内膜腺癌(TOV112D), 粘液性嚢胞腺癌(MCAS), 明細胞腺癌(HAC-2)およびヒト卵巣表面上皮細胞(HOSE)の培養上清からエクソソームを回収し, micro RNA の抽出を行った. その後バイオアナライザーを用いて micro RNA の量・質のチェックを行い, 続いてマイクロアレイを用いた網羅的 miRNA 解析を行った.

【結果】 マイクロアレイ解析により正常卵巣上皮細胞に比べ 4 種の卵巣癌で共通して発現の増加が認められたエクソソーム内在 miRNA 1 種, 発現の低下が認められた miRNA 99 種を検出した. また細胞内で発現が増加していた miRNA 22 種 発現の低下が認められた miRNA16 種を検出した. そのうちエクソソームと細胞内で共通して発現の低下を認めた miRNA は 14 種であった. 一方, 共通して発現の増加を示した miRNA は認められなかった.

【結論】 卵巣癌培養細胞上清からのエクソソーム内在 miRNA 解析方法を確立し, 異なる組織型の卵巣癌細胞株のエクソソーム内在 miRNA と細胞内 miRNA のプロファイルを明らかにした.

O-2-13 卵巣腫瘍の術中迅速診断における捺印細胞診の有用性

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⁾, 順天堂大学医学部附属練馬病院産科・婦人科³⁾

○浅見志帆(CT)¹⁾, 青木裕志(CT)¹⁾, 飯野瑞貴(CT)¹⁾, 阿部杏実(CT)¹⁾, 大橋久美子(CT)²⁾, 坂口亜寿美(MD)¹⁾, 小倉加奈子(MD)^{1,2)}, 荻島大貴(MD)³⁾, 松本俊治(MD)¹⁾

【はじめに】 卵巣腫瘍は術前に組織型を把握することが困難であり, 術式の決定や治療方針を選択するうえで, 術中迅速診断の果たす役割は大きい. しかし, 人為的, 設備的要因により術中迅速診断が行えない施設も少なくない. 今回, 卵巣腫瘍における捺印細胞診の有用性について, 術中迅速診断および組織診断と比較・検討したので報告する.

【対象および方法】 2013 年 6 月~2015 年 6 月に当院にて術中迅速診断が実施された卵巣腫瘍 40 例を対象とした. 腫瘍断面の肉眼的所見の異なる部分から捺印細胞診を行った. 診断は患者情報(年齢, 臨床データ, 画像など)がない状態でを行い, 術中迅速診断および病理組織診断と比較した.

【結果】 40 例のうち組織診断で悪性腫瘍と診断された症例は 23 例, 境界悪性腫瘍は 7 例, 良性腫瘍は 10 例であった. 捺印細胞診では良悪性の鑑別は可能であったものの, 境界悪性腫瘍の推定は困難であった. 術中迅速診断より捺印細胞診の診断が有用であった症例が 4 例含まれていた.

【まとめ】 卵巣腫瘍における捺印細胞診では良性および悪性腫瘍の鑑別は可能であり, 術中迅速診断の代わりに担える可能性が示唆された. 臨床情報や肉眼像を加味することで, 診断精度向上につながるものと思われる.

O-2-14 卵管悪性腫瘍の診断—細胞診による診断を中心に

弘前大学大学院研究科産科婦人科学講座¹, 弘前大学医学部保健学科², 弘前大学医学部病理診断学講座³, 弘前大学医学部病理生命学講座⁴, 弘前大学医学部分子病態病理学講座⁵, 弘前大学医学部附属病院病院病理部⁶

○二神真行(MD)¹, 横山良仁(MD)¹, 重藤龍比古(MD)¹, 小島啓子(CT)⁶, 刀稱亀代志(CT)⁶, 加藤哲子(MD)³, 渡邊 純(MD)², 水上浩哉(MD)⁵, 黒瀬 颯(MD)³, 鬼島 宏(MD)⁴

【緒言】卵管悪性腫瘍は婦人科悪性腫瘍の0.18-1.6%と稀な腫瘍である。術前診断は困難で、付属器腫瘍であれば卵巣ないし腹膜癌、腫瘍がみられない場合子宮体癌として手術が行われ、術後に診断されることが多い。今回当科の卵管悪性腫瘍例の診断、特に術前の細胞診を中心に検討した。

【目的】卵管悪性腫瘍を対象とし、患者特性、子宮頸部(以下CS)及び内膜細胞診(以下ES)、内膜組織診、術前診断、組織型、予後等について検討。

【結果】卵管癌12例、卵管癌肉腫5例の計17例。平均年齢63.8歳。CSで腺癌3例、class III1例で23.5%(4/17)に細胞診異常を認めた。ESは腺癌3例、疑陽性2例と38.5%(5/13)で細胞診異常を認めた。卵管癌肉腫5例のうち1例のみCSがclass IIIであったが、それ以外は正常だった。卵管癌に限るとES異常は41.7%(5/12)だった。卵管癌のCS/ESを再検鏡すると、きれいな背景に集塊状に出現する腺癌細胞で丸みをおびた細胞を多く認めた。卵管癌の内膜組織診異常を呈した4例では、類内膜腺癌2例、漿液性腺癌1例、腺癌1例だった。術前診断は、卵巣ないし卵管癌とされた1例を除き、卵巣癌4例、腹膜癌2例、子宮体癌2例、子宮頸癌1例、卵巣ないし子宮体癌1例と診断されていた。全て組織型は漿液性腺癌だった。無病生存5例、原病死4例、担癌生存2例、不明1例であった。原病死のES陽性率は25%(1/4)で、無病生存の60%(3/5)に対し低かった。

【結論】卵管癌肉腫よりも卵管癌で特にES異常率は高く41.7%だった。細胞診(特にES)と画像検査を併せて検討すること(子宮、付属器に異常がないがES異常がみられる場合)で卵管癌診断の一助となる可能性がある。

O-2-15 粘液性卵巣腫瘍の免疫組織化学的考察 第2報

独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター病理診断科¹, 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター臨床検査技術科², 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター産婦人科³

○棟方 哲(MD)¹, 岩本督徳(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, 茂山かおり(MT)², 山本敏也(MD)³

【はじめに】粘液性卵巣腫瘍(MOT)の発生起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(MC)22例、境界悪性腫瘍(MBT)39例、良性腫瘍(MA)33例を、また奇形腫に発生した粘液性腫瘍(Tera)19例、消化管由来の腺癌(GI)86例、計199例を対象とした。

【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(+), CDX-2(-) or CK20(-), B群:PAX8(+), CDX-2(+) or CK20(+), C群:PAX8(-), CDX-2(+) or CK20(+), D群:PAX8(-), CDX-2(-) or CK20(-)とした。

【結果】MOTでは、60-70%がA群またはB群であり、A群ではMA, MC, MBTの順に多かったが、B群では逆であった。C群はほとんどなく、D群ではMA, MBT, MCはそれぞれ15%, 30%, 36%を占めた。Tera, GIはほとんどがD群であった。

【考察】PAX8の発現するA, B群は原発性と考えられ、悪性化とともに消化管形質の獲得がみられた。D群にはTera由来のものや、GIの転移が混在している可能性が示唆された。

O-2-16 悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫4例における腹水細胞診の検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○井浦文香(MD), 今井一章(MD), 川野藍子(MD),
中西一步(MD), 近内勝幸(MD), 小野瀬亮(MD),
加藤久盛(MD)

【緒言】 卵巣成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化は1%程度で、その80%が扁平上皮癌と言われている。まれな腫瘍であり、治療抵抗性で予後不良といわれており、腹水細胞診の検討報告は少ない。当院で2000~2015年の15年間に悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫4例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】 平均年齢は54.5歳(45-60歳)、進行期はIIb期が3例、IIIc期が1例であり、初回手術は3例が当院で、1例が他院で施行された。初診時全例でSCCの上昇を認め悪性化の成分はいずれも扁平上皮癌であった。当院初回手術は単純子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術でcomplete surgery (CS)が2例、試験開腹に終わった症例が1例、他院手術例は良性皮様嚢腫と診断され腹腔鏡下单純子宮全摘+両側付属器切除が施行されたが、腹壁癒着部位に残存を認めた。腹水細胞診が陰性であったのは進行期IIb期でCSの1例で、他は疑陽性と診断された。後者3例ではいずれも異型扁平上皮細胞が認められ、扁平上皮癌と断定できるものではないが、本来存在しない腹腔内の扁平上皮細胞であること、卵巣組織標本の結果より悪性細胞と推定された。なお、術前の子宮腔部および内膜細胞診はいずれの症例においても陰性であった。腹水細胞診疑陽性例のうち2例で術中および病理組織で腹膜表面への播種巣が確認された。腹水細胞診陰性例は4年7ヶ月無病生存、疑陽性例の1例がCS症例で1年3ヶ月無病生存、1例が15ヶ月で死亡、他は11ヶ月で担癌生存である。

【結語】 今回の症例は卵巣成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化全例が扁平上皮癌であり、腹水細胞診の診断には組織型をふまえた判定が必要と考えられた。

O-2-17 稀な破骨細胞様巨細胞を伴う子宮肉腫2例の細胞学的検討

諫早総合病院病理部¹⁾, 長崎大学原研病理²⁾, 長崎大学病院産婦人科³⁾, 諫早総合病院産婦人科⁴⁾, 長崎病理診断科⁵⁾

○高木雄三(CT)¹⁾, 松田勝也(CT)²⁾, 望月哲朗(CT)¹⁾,
井手圭一郎(CT)¹⁾, 福海文絵(MT)¹⁾, 高木美奈(CT)²⁾,
金村さやか(MD)^{2,3)}, 松脇隆博(MD)⁴⁾,
岸川正大(MD)⁵⁾, 中島正洋(MD)²⁾

【はじめに】 破骨細胞様巨細胞(以下OGC)は破骨細胞に類似した反応性の多核巨細胞で、種々の悪性腫瘍に出現する。その頻度は乳癌や膀胱癌で1%以下、子宮では極めて稀とされる。今回、OCCを伴う子宮肉腫2例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例1】 44歳。下腹部に22cm大の腫瘤を指摘、子宮筋腫の臨床診断で摘出術を施行、術中に悪性が疑われた。捺印細胞診像は、胞体が乏しく紡錘形から不整形核を有する異型細胞に加えて、さらに高度の核異型を伴う裸核細胞を散在性に認めた。異型細胞とともに、LG好性の豊富な胞体と異型に乏しい小型核を数個有するOGCが散見された。平滑筋肉腫を推定した。

【症例2】 55歳。8cm大の子宮腫瘤を認め、子宮肉腫の臨床診断で摘出術を施行。捺印細胞診像は、比較的豊富な胞体を有する大型の異型細胞が孤立性に多数出現、核は類円形から不整形で核小体、分裂像も目立った。OGCの基本像は上記と同様であるが、核は十数個以上で大型、出現量は豊富であった。低分化な肉腫を推定した。

【組織所見】 症例1は紡錘形細胞の増生からなり、核不整と分裂像亢進がみられ、 α SMA陽性で平滑筋肉腫と診断。症例2は多形性のある核と多角形で豊富な胞体を有する異型細胞の増生で、CD10陽性、ER・PgR陰性、hCG一部陽性、未分化肉腫と診断。OGCは両者ともCD68陽性、症例1では小型で異型の強い部分に限局、症例2では大型で核も多く腫瘍全体に多数分布していた。

【考察】 OGCは腫瘍からの液性因子の刺激で、特に未分化な部分に出現する。子宮肉腫でも同様に、細胞診でも肉腫の分化度を推定するのに有用である可能性がある。

O-2-18 子宮内膜細胞診, 組織診が診断の契機となった類上皮性トロホプラスト腫瘍の1例

豊橋市民病院産婦人科¹⁾, 豊橋市民病院女性内視鏡外科²⁾, 豊橋市民病院病理診断科³⁾

○河合要介(MD)¹⁾, 梅村康太(MD)²⁾, 前多松喜(MD)³⁾

【緒言】類上皮性トロホプラスト腫瘍(ETT)は胎盤部トロホプラスト腫瘍(PSTT)と同様に中間型栄養膜細胞が腫瘍化したとされる非常に稀な疾患であり, 診断には病理学的所見が重要である。非転移例は予後良好であるが, 一般に化学療法感受性が低く, 手術療法が治療の中心となる。

【症例】49歳, 3経妊3経産。不正性器出血を主訴に当院受診。診察にて子宮内膜の肥厚所見を認めたが, 子宮内膜細胞診にて内膜の細胞成分を採取できず, 壊死性物質と炎症性細胞のみ確認できた。追加で施行した子宮内膜組織診にて, 核が腫大し胞体が豊かな大型細胞および淡明な胞体を有する小型細胞がシート状に配列した集簇を認めた。免疫染色で胎盤アルカリフォスファターゼ(+)であり, trophoblastic cell と考えられた。血中hCG値は4.3 mIU/mL(基準値2.7以下)。MRIにて子宮体部にhypervascularな腫瘍を認めたが, CTでは遠隔転移を認めなかった。絨毛性腫瘍を疑い全腹腔鏡下子宮全摘術を施行。摘出標本のマクロ所見では子宮体部筋層内に深く浸潤し内腔に突出した黄色の腫瘤を認め, 中心部が壊死していた。病理所見では中間型栄養膜細胞様の異型細胞が平滑筋層を分け入るように浸潤しており, 免疫染色の結果も合わせてETTと診断。術後血中hCG値は陰性化。追加治療なしで術後12ヶ月経過しているが再発所見は認めていない。

【考察】子宮内膜細胞診, 組織診が診断の契機となったETTの1例を経験した。腫瘍サイズに比して血中hCG値が低いことから術前に中間型トロホプラスト腫瘍の可能性を疑うことはできたが, 確定診断には子宮摘出が必要であった。

O-2-19 子宮体部癌肉腫における腹水細胞診陽性例の検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○今井一章(MD), 中西一步(MD), 川野藍子(MD), 井浦文香(MD), 近内勝幸(MD), 小野瀬亮(MD), 加藤久盛(MD)

【目的】子宮体癌において腹水細胞診陽性は, 独立した予後因子とはならないとする報告より, 新FIGO分類では, 進行期分類に反映されず, 参考所見となった。今回我々は, 子宮体癌の中でも, 悪性度の高い稀な特殊組織型である癌肉腫(以下UCS)における腹水細胞診陽性例について検討した。

【方法】当センターにおいて, 1991年1月から2014年12月までに経験したUCS症例46例のうち, 腹水細胞診を施行した44例を対象とした。腹水中に出現した細胞像の特徴や腹水細胞診陽性例と予後との関連性を解析した。

【結果】組織型は, 異所性18例, 同所性26例であった。腹水細胞診陽性は約半数の21例(47.7%)に認めた。その中で, 癌肉腫と判定されたのは3例で, その他の18例は上皮性の腺癌成分のみが検出された。癌肉腫と判定した症例の細胞像は, いずれも上皮性と非上皮性の悪性細胞が混在し, 特に肉腫成分は孤立散在性に出現し, 巨大な核, 多核細胞, 核小体の多発化など多彩な像を呈していた。また腹水細胞診陽性例の生存期間中央値は37か月で, 5年生存率は28.6%であり, 腹水細胞診陰性例と比較しても有意に予後不良であった($P=0.02$)。予後と関連する臨床因子を多変量解析した結果, 腹水細胞診陽性は有意な相関を認めた(ハザード比, 3.1; 95%信頼区間1.09-8.73, $P=0.033$)。

【結論】UCSにおける腹水細胞診陽性例は約半数に認め, 出現する細胞のほとんどが, 上皮性の腺癌細胞であった。また予後のリスク因子となる為, 腹水細胞診陽性例は, 慎重な対応が必要である。

0-2-20 子宮内膜間質肉腫の術中腹水細胞診所見の検討

がん研有明病院婦人科

○の田真紀(MD), 松浦基樹(MD), 長島 稔(MD), 野村秀高(MD), 岡本三四郎(MD), 近藤英司(MD), 金尾祐之(MD), 尾松公平(MD), 加藤一喜(MD), 竹島信宏(MD)

【目的】子宮肉腫は腹水貯留のある場合であっても細胞診陽性となることはまれであり, 3-6%にすぎないと報告されている。さらに頻度の少ない子宮内膜間質肉腫における腹水細胞診の検討はあまり行われていない。今回は, 当院で治療を行った子宮内膜間質肉腫症例で, 腹水細胞診陽性である場合の所見について後方視的検討を行った。

【方法】1994年から2014年までの期間に当院で子宮内膜間質肉腫と診断し治療を行った30症例の中で腹水細胞診陽性となった3症例についてその所見と臨床経過を調査した。

【結果】症例1: 未分化子宮内膜間質肉腫 StageIVB, 腹膜播種・多発肺転移の症例。腹水細胞診所見は単核から多核で著明な核異型を示し, 孤立散在性に極少量の悪性細胞を認めた。症例2: 未分化子宮内膜間質肉腫 Stage-IIIc, 後腹膜リンパ節転移の症例。腹水細胞診所見はN/C比が著明に高い小~中型悪性細胞を孤立性ないし集塊で認めた。症例3: 低悪性度子宮内膜間質肉腫 StageIIの症例。腹水細胞診は著明な核異型を示し, 腫大した核小体を持つ悪性細胞を少数認めた。

【総括】腹水細胞診の所見では, いずれの症例も強い異型を示し肉腫を疑わせる所見を認めた。今回の症例は手術時の腹水細胞診所見であるが, 手術困難な症例であっても腹水貯留が認められた場合には診断に有用である可能性もあることが示唆された。

0-2-21 腹腔鏡手術中の洗浄細胞診を契機に発覚した子宮体癌の1例

JA 厚生連広島総合病院

○藤本悦子(MD), 大下孝史(MD), 中西慶喜(MD), 岡本淳子(CT), 上國 愛(CT), 井町海太(CT), 永田郁子(CT), 臺丸 裕(MD)

【緒言】子宮体癌は不正出血や下腹部痛を主訴に発見されることが多い。今回, 良性卵巣腫瘍における術中腹水細胞診で発見された子宮体癌の1例を報告する。

【症例】63歳, 3経妊2経産。健康診断にて4cmと6cm大の骨盤内嚢胞を指摘され当科へ紹介受診となった。卵巣内膜症性嚢胞の疑いで腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行し, 悪性所見は認めなかった。術中, 腹腔内は播種等なくきれいであったが, 洗浄腹水細胞診はclassVであり低分化型腺癌が疑われた。術後の精査にて子宮内腔に14×9mm大の腫瘤が認められ, 組織診でendometrioid adenocarcinoma, G1の診断であった。臨床所見との乖離があったため免疫染色を追加したところ, p53陽性であり, serous carcinomaの性格を有していると考えられた。子宮全摘術, 骨盤リンパ節郭清術, 傍大動脈リンパ節生検, 大網全摘術を追加した。傍子宮結合織内に転移所見を認め, FIGO IIIA期(pT3aN0M0)と診断した。再発高リスク群であるため, 術後monthly TC療法を開始しているが, 現在まで再発, 転移所見は認めていない。

【洗浄腹水細胞診】背景はきれいで, 多数のリンパ球や中皮細胞とともに重積性の強い小型の異型細胞集塊を認めた。N/C比は高く, 核クロマチンは細顆粒状で増量し低分化型腺癌を示唆する所見であった。

【結語】良性卵巣腫瘍に対する腹腔鏡手術において, 術中洗浄細胞採取に関しては議論が分かれるところではある。一般的には摘出した卵巣腫瘍が悪性であった場合には進行期の決定に必要であるが, 今回は子宮体癌の発見に有用であった。

O-2-23 子宮がん集団検診における陰性標本再スクリーニングの現状

公益財団法人福島県保健衛生協会¹, 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院婦人科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, 福島厚生連白河厚生総合病院産婦人科⁴

○寅磐亮子(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)⁴, 石橋真輝帆(MD)³, 添田 周(MD)³, 渡辺尚文(MD)³, 藤森敬也(MD)³

【はじめに】子宮がん集団検診の精度向上を目的とし、当施設でも日本臨床細胞学会の精度管理ガイドラインに基づいて、陰性標本の一部について再鏡検を実施している。今回、最近の検診成績からみた再スクリーニングの意義と効果を明らかにすることとした。

【対象及び方法】2008～2014年の7年間の検診受診者のべ533,848名のうち初回スクリーニングNILM判定528,402例を対象として、問診で得た初回受診者と若齢者に対して再鏡検を行った。これらの細胞診判定と組織診結果を調査・検討した。

【結果】初回スクリーニング時のNILM判定528,402例のうち20,987例について再鏡検（再鏡検率3.97%）した。要精検となったのは44例で、内訳はASC-US:16, ASC-H:9, LSIL:17, HSIL:1, AGC:1であり、Carcinomaを推定させるものはなかった。初回及び再鏡検による要精検数（ \geq ASC-US）は計4,434例で、偽陰性率は0.99%（44/4,434）、初回スクリーニングの感度は99.0%（4,390/4,434）と算出された。また、精密検査時の組織診においてCIN3以上病変の検出数は、初回スクリーニング533,848例中962例（0.18%）、再鏡検20,987例中4例（0.02%）であり、初回スクリーニングにおいて有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。

【考察】再スクリーニングによる偽陰性率は、当施設（0.99%）でも他施設同様（1%前後）の結果であり、検診としてのスクリーニングは有効に機能していた。また、少数ながらCINが検出されたことより、再スクリーニングは偽陰性検出に有効であったと考えられた。今後も、陰性標本における再鏡検を含めた、細胞診の精度向上のための方策を検討していきたい。

O-2-24 細胞診NILM, ASC-USでHPV16,18型陽性時のCIN2,3の頻度

北海道対がん協会¹, 北海道大学産婦人科講座², 北海道大学公衆衛生講座³, 札幌医科大学産婦人科講座⁴, 旭川医科大学産婦人科講座⁵

○藤田博正(MD)¹, 櫻木範明(MD)², 玉腰暁子(MD)³, 斎藤 豪(MD)⁴, 千石一雄(MD)⁵, 木川聖美(MD)², 山崎知文(MD)¹, 笠茂光範(MD)¹, 佐々木隆之(MD)¹, 田上 稔(CT)¹

【はじめに】細胞診NILMはHPV陽性であっても通常精密検査を行わない。一方、ATHENA studyは細胞NILM, ASC-US症例でもHPV16,18型陽性であればCIN2,3症例が多数見つかること報告している。細胞診NILM, ASC-US症例でHPV16,18型陽性者に対しコルポ診を施行、CIN2,3症例が見つかる頻度を算出し、今後のHPV併用子宮頸がん検診について検討した。

【方法、対象】2013.4～2014.3までにHPV検査（Cobas法）併用子宮頸がん検診を受診した16,323人のうち、HPV16,18型陽性で細胞診NILM85例、ASC-US162例を対象とした。

【結果】細胞診NILM67例中CIN3+症例（受診から12ヵ月以内）は12例で、HPV16型陽性が10.45%（7/67）、HPV18型陽性が5.56%（1/18）、一方、HPV16,18型以外の型では1.66%（4/302）であった。CIN2以上は22例で、それぞれ17.91%（12/67）、11.11%（2/18）、2.32%（8/302）であった。ASC-US症例は129例、CIN3症例は8例でHPV16型陽性が40.00%（6/15）、HPV18型陽性が0%（0/3）、HPV16,18型以外の型が2.94%（1/34）、HPV陰性症例が1.30%（1/77）であった。細胞診NILM, ASC-US症例でHPV16,18型とHPV16,18型以外の型とでは大きな差があることが判明した。

【考察】NILM症例におけるHPV陽性例のCIN3+の存在するリスクはHPV16型が10.45%、HPV1型8が5.56%であり、ATHENA studyの11.7%、5.7%と同等の結果であった。ASC-US症例においてもHPV16,18型陽性はCIN2,3以上のリスクが高いことも判明した。HPV併用子宮頸がん検診での進展リスク判定、HPV16,18型陽性者の対応など、今後の子宮頸がん検診のあり方を問い直す必要性を感じた。

O-2-25 子宮頸癌検診における細胞診正常例でのHPV16型陽性率増加の実態

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⁾, 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⁾

【目的】子宮頸癌検診における HPV 検査の重要性は現在認識されつつある。さらに、HPV 型別検査によりハイリスク型の同定は子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) の存在や、CIN への進展予測に有用とされている。そこで、約 20 年間での細胞診正常例での HPV 感染率、年代別 HPV 感染率、型別検査の比較解析を行い、HPV 検索の意義を再考した。

【方法】1993 年 1 月～1995 年 12 月 (A 群) と 2009 年 1 月～2013 年 12 月 (B 群) の子宮頸癌検診症例における細胞診正常例の HPV 検査および型別検索を比較検討した。HPV 検査は PCR 法で行い、型別検索は direct sequence 法により分析した。

【成績】A 群での HPV 感染率は 10.2% (333/3249) であり、B 群の 10.8% (230/2137) と同等であった。年代別 HPV 感染率は A 群では 20 代で 20.4%、30 代 9.0%、40 代 9.1%、50 代 10.0%、60 代 10.9% であった。B 群では 20 代 18.5%、30 代 13.8%、40 代 7.2%、50 代 6.4%、60 代 6.7% であり、A 群と B 群ではほぼ同等の感染率であった。HPV 型別検査では A 群の HPV 陽性例中 16 型の頻度は 4.8% (16/333)、B 群では 21.3% (49/230) であり、2 群間には有意差を認めた。さらに、A 群での 16 型陽性率の年齢別頻度は差がなく、B 群では 20、30 代で高い傾向にあった。

【結論】正常細胞診例の HPV 感染率は約 20 年間 (両群間) での比較で相違を認めなかった。しかし、HPV 陽性例での 16 型の頻度は約 20 年経た現在で有意に高く、16 型陽性の意義を勘案すると子宮頸癌検診での HPV 型検索がきわめて重要であることが示された。

O-2-26 仙台市の子宮頸がん検診における HPV 併用検診導入に向けた取り組み

公益社団法人宮城県医師会¹⁾, おぎわ女性総合クリニック²⁾, 松永女性クリニック³⁾, 岡村婦人科クリニック⁴⁾, SS レディースクリニック⁵⁾, 東北大学大学院医学系研究科病理病態学講座病理診断学分野⁶⁾, 宮城県医師会細胞診検査精度管理委員⁷⁾

○相澤清美(CT)¹⁾, 黒川典子(CT)¹⁾, 佐々木麻弥(CT)¹⁾,
野村 亘(CT)¹⁾, 小澤信義(MD)^{2,7)}, 松永 弦(MD)^{3,7)},
岡村けい子(MD)⁴⁾, 佐藤信二(MD)⁵⁾,
笹野公伸(MD)^{6,7)}, 東岩井久(MD)⁷⁾

【はじめに】仙台市の子宮頸がん検診は原則的には直接塗抹法細胞診で行われてきたが、2015 年度は任意型検査として受診者に説明し、希望者のみに HPV 検査 (HC2 法) を追加実施した。

【対象】2015 年 6 月～2016 年 2 月までの 9 カ月間を本研究の対象期間とし、20 歳以上の仙台市子宮頸がん検診受診者中のべ 44 施設で HPV 検査を併用した者を対象とした。2015 年 12 月現在、6～10 月までの 5 ヶ月間のデータについて中間報告する。

【結果】1) HPV 検査実施率は 30,217 名中 6,070 名 (20%) であり、陽性率は 318/6,070 名 (5.2%) であった。2) HPV 陽性 318 名の細胞診で何らかの所見が認められた者は 181 名 (55.5%) であり、その内訳は ASC-US : 101 名 (32%)、ASC-H : 7 名 (2%)、LSIL : 41 名 (13%)、HSIL : 21 名 (7%)、Adeno ca : 1 名 (0.3%) であった。3) 318 名中細胞診で細胞検査士 2 名と指導医のダブルチェックで有意の所見が認められず NILM になった者は 137 名 (44.5%) であった。4) 年代別の HPV 陽性率の傾向としては 20 歳代で高かった。5) HPV 陽性者中 ASC-US や LSIL は若年者で高い有病率を示したが HSIL の割合は 30 代以降で高かった。

【まとめ】今回の検診受診者の中から希望者を対象とした任意型 HPV 検査による検討から 20、30 代における HPV 検査は前がん病変の早期発見に意義のあるものと考えられた。しかし今後対策型検診として HSIL 以上の発見を目的としての導入を考える際には、30 歳以上での HPV 検査が効率的であるとも考えられた。また発見率が上昇するとはいえ、一部の子宮頸部腺癌では HPV 陰性であり、引き続き形態学的所見に基づく細胞診のスクリーニング力向上へのたゆまぬ努力が望まれる。

O-2-27 細胞診 HPV 検査併用子宮頸がん検診における検診間隔の妥当性について—小山市モデル—

自治医科大学産婦人科

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

【はじめに】本邦において各地で細胞診-HPV 検査併用子宮頸がん検診が行われてきており, その多くは日本産婦人科医会のリコメンデーションに従い運用されている。

しかし検診間隔として設定された ASCUS/HPV 検査陰性, NILM/HPV 検査陽性の1年後再検, NILM/HPV 検査陰性(ダブルネガティブ)における3年後再検などが適当であるかは未だ明らかではない。そこでこの3群における2回目受診結果を検討したので報告する。

【方法】2012年より小山市2市1町において行われている液状化細胞診(LBC)を用いた子宮頸部細胞診とHPV-DNA検査の併用検診におけるデータを用いた。初年度ASCUS/HPV陰性およびNILM/HPV陽性例は1年後, ダブルネガティブ例は3年後に受診した際の細胞診異常頻度およびその精密検査結果を検討した。

【結果】2012年4月~2015年3月までの総受診者は21,615人だった。初年度ASCUS/HPV陰性156例のうち1年後受診者は99例(63%)で, うち要精検となったのは3例(3%)で精検を受けた1例はCIN1だった。一方, 初年度NILM/HPV陽性240例のうち1年後受診者は131例(55%)で要精検だったのは60例(46%)で, 精検を受けた15例中14例はCIN1だったが, 1例はCIN3であった。初年度NILM/HPV陰性は10,554例で3年後受診者は2,566例(24%), うち要精検だったのは28例(1.1%), 精検を受けた5例中3例は異常なし, 2例はCIN1であった。

【考察】ASCUS/HPV陰性の1年後, NILM/HPV陰性の3年後例における有病率は低く, また最高でもCIN1であったことから, 各々の検診間隔は妥当と思われる。一方NILM/HPV陽性は要精検率が高くCIN3も認めたことからASCUS/HPV陰性と同様の検診間隔で良いのかは今後検討が必要と思われる。

O-2-28 集団検診における併用検診の有効性

公益財団法人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3市町村において, 子宮頸がん集団検診に併用検診を導入した。今回3年を経過したのでその現状を追跡調査結果も含め報告し, 有効性について検討した。

【対象】3市町村で2012年4月から2014年3月まで行った17292件を対象とし, 従来法で行われてきた過去5年間の平均7800件を比較対象とした。

【結果】細胞診NILM・HPV(-)は16167件(93.5%), NILM・HPV(+)は551件(3.2%), ASC-US・HPV(-)は150件(0.9%), 要精密検査対象者は424件(2.5%)となった。また, 把握できた精密検査の結果よりCIN2以上の発見率は76件(0.4%)であった。2012年度の細胞診NILM・HPV(-)7514件のうち1年後要精検になったのは23件, また2年後に要精検となったのは19件であった。この42件の精密検査の結果からCIN1が14件発見されたがCIN2以上の病変は認められなかった。NILM・HPV(+)551件のうち1年後に受診し要精密検査となり, その結果CIN2以上の病変が発見されたのは2件であった。同様にASC-US・HPV(-)150件からはCIN2以上の病変は発見されなかった。

【まとめ】従来法の過去5年間と比較すると併用検診を導入することにより要精検率が0.9%から2.4%に, CIN2以上の発見率も0.2%から0.4%に上昇し精度は上がった。細胞診NILM・HPV(-)から1年後2年後に発見された要精検対象者のその後の追跡調査の結果からはCIN2以上の病変は認められていないことから, 医会リコメンデーションの検診間隔3年が妥当であると示唆された。

O-2-29 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²⁾

○小海志津子(CT)¹⁾, 岩成 治(MD)²⁾

【はじめに】日本では妊娠と子宮頸がん罹患年齢が重なり、若年女性受診率向上は喫緊の課題である。我々は、健康イベントで子宮頸がん認知度調査を実施し正解率が約9割であったことから、知識普及が受診行動につながっているか検討した。また、経済学的視点から文献的考察を試みたので報告する。

【対象】2008年-2014年 松江市20歳以上女性 住民検診, 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検査選択率, HSIL以上検出率, CIN3以上検出数, がん発見率などについて検証した。2. 経済学的検討「子宮頸がん検診は若い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歳の約9割が HPV 併用検診を選択し受診率が約5倍に増加, 検出された CIN3 以上症例中約9割が CIN3 であった。がん発見数は年平均で約3.5倍に増加し, 2014年30歳代で2件の浸潤がんが発見された。検診普及状況を可視化した結果, 20-24歳では知識豊富な「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】20-44歳女性の受診率向上によって CIN3 検出数は増加し妊孕能温存に貢献した。一方で30歳代浸潤がん症例も検出され, 更に効果的受診勧奨の必要性が示唆された。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, 知識を有する若年女性の「ウイルス検査をしたい!」というニーズに今すぐ応え, 検診受診率を高め妊孕能温存に貢献する「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。

O-2-30 癌性腹膜炎との鑑別を要した悪性腹膜中皮腫の一例

大阪医科大学産婦人科

○芦原敬允(MD), 古形祐平(MD), 前田和也(MD), 藤原聡枝(MD), 田中良道(MD), 田中智人(MD), 恒遠啓示(MD), 寺井義人(MD), 大道正英(MD)

【はじめに】悪性中皮腫は胸腔内もしくは腹腔内に被覆する漿膜から発生する悪性腫瘍で, 全悪性腫瘍の約0.2%と稀な疾患である。今回, 腹水貯留と下腹部痛から癌性腹膜炎との鑑別を要したが, 腹腔鏡下手術により悪性腹膜中皮腫の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】66歳, 2経妊2経産。腹部膨満感を主訴に近医を受診し, 血液検査で高炎症と軽度CA125の上昇, 画像検査で腹水貯留と播種病巣を指摘され, 癌性腹膜炎を疑われた。精査加療目的で, 当院に紹介となり, 診断目的で腹腔鏡下手術を施行した。術中所見では, 淡黄色の粘液性の腹水貯留と大網の肥厚, 骨盤内から肝臓表面に至るまで多数の播種病巣を認めた。腹水採取と播種病巣の生検を行い, 悪性腹膜中皮腫の診断に至った。

【捺印細胞診】出血性背景に, 核が大小不同で核形不整な細胞集塊を認め, 明瞭な核小体を有しおり, 核異型は強かった。淡い細胞質を有する細胞からほぼ裸核様の細胞もあり, 多彩な細胞像を呈していた。

【腹水細胞診】腫瘍性背景に, 大型核や多核を呈する異型細胞を孤立散在性に認めた。細胞質は厚く, 細胞境界が比較的明瞭であった。hump様の突起構造を呈しており, 中皮由来の異型細胞の可能性が考えられた。

【病理組織診】粘液性基質を背景に, 空胞状の細胞質を有する上皮様の異型細胞を認める部分と, 非上皮様の成分が混在していた。免疫染色の結果はWT-1, D2-40, AE1/AE3が陽性, Calretininが弱陽性, CK7, CK20, S-100(-), CEAが陰性であり, Ki-67の陽性率は40%であった。

【まとめ】癌性腹膜炎との鑑別を要した悪性腹膜中皮腫の一例を経験した。本症例の細胞所見, 組織所見を中心に, 文献学的考察を加え報告する。

0-2-31 腹腔洗浄細胞診を契機に発見された卵管上皮内癌の一例

八戸赤十字病院検査技術課病理

○吉田幸司(CT), 清水道弘(CT), 小原勇貴(CT),
笹生俊一(MD)

卵管癌は稀な腫瘍であるが、近年腹水や子宮内膜細胞診を契機に発見される例の報告がある。今回我々は子宮筋腫の術中腹腔洗浄液で腺癌細胞を検出し、卵管の詳細な切り出しを行い、病巣の発見に至った卵管上皮内癌の一例を経験した。

【症例】51歳、女性。検診にて子宮筋腫を指摘され当院を受診。超音波上、子宮筋腫と左卵巢腫瘍を認めた。MRIにて多発子宮筋腫と子宮内膜症性嚢胞を認め、子宮全摘術および両側卵巢切除術が施行された。

【術中腹腔洗浄細胞診所見】タイホーコーザイ製フィルカップスーパーによるフィルター標本上に一個の腺癌細胞集塊がみられた。癌細胞集塊は重積性が強く、核大小不同と核不整を示し、強い異型がみられた。遠心塗抹後すり合わせ法による標本には癌細胞は認められなかった。

【組織所見】摘出標本では、子宮内膜と卵巢、卵管に癌巢を示唆する所見はみられなかったため、卵管を含めた組織の詳細な切り出しを行った。右卵管の一部の微小部分に上皮内癌がみられた。その部は上皮に軽い異型増殖があり、免疫組織化学的に p53 の強い発現がみられた。子宮に多発する子宮筋腫と、左右卵巢と卵管に子宮内膜症をみた。

【まとめ】腹水に事前情報と異なる腺癌細胞が見られたときには、卵管癌の可能性も考える必要がある。腹水等の検体処理には集細胞原理の異なる処理法を併用することが重要であると考えられた。

0-2-32 Sister Mary Joseph's nodule を呈した卵巢癌の1例

兵庫県立西宮病院検査部病理科

○岡田麻由奈(CT), 真田浩一(CT), 野村里美(CT),
竹田利恵(CT), 岡一雅(MD)

【はじめに】Sister Mary Joseph's nodule (SMJN) は内蔵悪性腫瘍の臍転移で末期兆候とされているがその頻度は少ない。今回、臍部腫瘍に対し、穿刺吸引細胞診にて確定した卵巢癌の SMJN を経験したので報告する。

【症例】64歳女性。2013年9月、卵巢癌（腹水細胞診陽性）にて化学療法を施行。2014年4月腫瘍減量術（単純子宮全摘術＋両側付属器摘出＋大網部分切除術＋骨盤内リンパ節郭清）を行う。病理結果は漿液性腺癌，ypT3bN0M0，stage 3bであった。術後再度化学療法を行うも、2014年11月に臍部腫瘍出現し、穿刺吸引細胞診にて、卵巢癌の臍転移（SMJN）と診断。PET-CTにて、骨盤内多発腫瘍，臍部播種，左肺転移を確認。緩和ケアを希望され転院となり、2015年11月永眠される。

【腹水中の細胞像】上皮結合有するシート状の細胞集塊を多数認めた。細胞は、細顆粒状のクロマチンが密に増量し、N/C比上昇，核型不整，明瞭な核小体などの悪性像を示していた。微細空胞状の細胞質，核の偏在性，核内空胞の存在および免疫染色結果（CK7＋CK20-）など卵巢癌で矛盾しない像であった。

【臍腫瘍の穿刺吸引細胞診の細胞像】多量の壊死物質を背景に腺系の異型細胞集塊を認めた。細胞変性が強く，クロマチン状態は不明であったが，重積性のある乳頭状集塊，結合性低下，N/C比上昇，核型不整などから，腺癌，卵巢癌の臍転移（SMJN）と考えて矛盾しない細胞所見であった。

【組織像】大網に8mm程度で，乳頭状増生をしめす異型細胞からなる漿液性腺癌の像を認めた。癌が存在したが，治療により消失したと考えられる変化（石灰化，ヘモジデリン沈着を伴う肉芽組織の像）を大網，左右付属器，子宮体部の漿膜面に広範囲に認めた。

O-2-33 心嚢液細胞診で診断し得た卵巣明細胞腺癌 心嚢膜転移の一例

鳥取大学¹⁾, 岩手医科大学²⁾

○澤田真由美(MD)¹⁾, 野中道子(MD)¹⁾, 小松宏彰(MD)¹⁾,
佐藤誠也(MD)²⁾, 千酌 潤(MD)¹⁾, 佐藤慎也(MD)¹⁾,
島田宗昭(MD)¹⁾, 板持広明(MD)²⁾, 大石徹朗(MD)¹⁾

【はじめに】心タンポナーデを来した再発卵巣明細胞腺癌の一例を経験したので, その細胞像を含めて報告する。

【症例】46歳, 0経妊。卵巣癌IIIc期の診断で, 卵巣癌根治術を施行。術後5コースの補助化学療法に引き続いて, 維持化学療法を施行中, 傍大動脈節, 縦隔リンパ節および両側鎖骨上窩節への転移を認めた。2次化学療法を施行したが無効であり, 縦隔リンパ節および両側鎖骨上窩節へ放射線療法を施行した。その後再燃し, 4次化学療法に至ったが, 息切れ, 動悸の増悪が出現した。胸部CTで多量的心嚢液貯留を認め, 循環器科を受診。心タンポナーデの診断で緊急心膜開窓術を行い, 心嚢液600mlを吸引した。自覚症状は改善し, その後は在宅療養へ移行した。心嚢液の再貯留はなく, QOLを維持することができた。開窓術施行5か月後に永眠した。

【心嚢液細胞像】きれいな背景に, 腫瘍細胞は散在性ならびに集塊を形成し出現していた。核は円形で, 大小不同を示し。核縁は薄く, クロマチンは顆粒状で不均一に分布していた。細胞集塊は平面的細胞集塊, 不規則重積性な小球状から乳頭状の集塊, ライトグリーンに好染する無構造物質をとり囲むように配列する球状集塊, いわゆるcollagenous ballおよびミラーボール状集塊を散在性に認めた。これらの細胞集塊は卵巣明細胞腺癌に特徴的な所見であり, 卵巣癌心嚢膜転移と判定した。

【まとめ】心嚢液細胞診において卵巣明細胞腺癌に特徴的な細胞像がみられ, 卵巣癌心嚢膜転移を診断し得た。

◇一般演題(示説)

P-1-1 上腕に発生した Epithelioid rhabdomyosarcoma の一例

宝塚市立病院中央検査室¹⁾, 兵庫医科大学病院病理部²⁾

○竹野真祐(CT)¹⁾, 廣田誠一(MD)²⁾, 塚本吉胤(MD)²⁾,
松尾祥平(MD)¹⁾, 東 誠二(CT)¹⁾, 太田寛子(CT)¹⁾,
山下結衣(CT)¹⁾

【はじめに】Epithelioid rhabdomyosarcoma (以下 epiRMS) は高齢の成人男性に好発する稀な疾患で, RMSの一亜型として最近提唱され予後不良とされる。今回, 術中捺印細胞診で epiRMS に相当する症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性。半年程前に左上腕部の腫瘍を自覚し徐々に増大。MRIにて上腕筋間に26mm大の腫瘍性病変を認めた。造影CTにて他臓器やリンパ節に有意な所見は得られなかった。臨床的に神経鞘腫が第一に疑われたが, 悪性腫瘍の除外のため術中迅速診断が施行された。

【術中捺印細胞診】類円形でN/C比高く, 比較的均一な異型細胞が孤立散在性, または重積性集塊として出現していた。細胞は核偏在性で目立つ核小体を有し, 微細なクロマチンの増量を認めた。核分裂像も散見された。重積性集塊の形態から上皮性腫瘍も鑑別に挙げられたが, rhabdomyoblastを認めたため, RMSの可能性を考えた。

【組織診】類円形腫瘍細胞が胞巣状かつ充実性に増殖し, 横紋筋組織から皮下脂肪織にかけて結節性の病変をなしていた。粘液腫様間質を伴う部分では rhabdomyoblast を認め, 横紋筋への分化が明らかであった。充実性増殖部位では上皮様にも見えた。強い多形性や alveolar pattern, 壊死は明らかでなかった。腫瘍細胞は MyoD1, myogenin, desmin が陽性, CK (AE 1/3), myoglobin は陰性を示した。総合的に epiRMS と診断された。

【まとめ】上腕に発生した epiRMS を経験した。RMS は主に小児で好発する腫瘍であるが, epiRMS の場合は高齢の成人にも発生することを念頭に置く必要がある。

P-1-2 診断に苦慮した軟部原発悪性ラブドイド腫瘍の一例

独立行政法人労働者健康福祉機構関東労災病院病理診断科¹⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構関東労災病院中央検査部²⁾

○林 衛(CT)¹⁾, 小田憲一(CT)¹⁾, 栗原美香(CT)¹⁾, 大谷知広(CT)²⁾, 坂詰浩一(CT)²⁾, 五ノ井いずみ(CT)¹⁾, 田中大貴(MD)¹⁾, 三富弘之(MD)¹⁾, 植草利公(MD)¹⁾

【はじめに】悪性ラブドイド腫瘍は幼少期に発生する予後不良な腫瘍で、腎以外に発生することは稀である。今回我々は、軟部原発悪性ラブドイド腫瘍の一例を経験したので、その細胞所見を中心に報告する。

【症例】40歳代、女性。外陰部から右鼠径部の皮下腫瘍と疼痛を主訴に当院に入院した。

【細胞所見】Papanicolaou染色では、少量のリンパ球を背景に腫瘍細胞が散在性～ごく一部小集塊状にみられた。細胞質はライトグリーン好性で、核は偏在傾向、核クロマチンは細顆粒状に増量し、腫大した核小体を認めた。May-Giemsa染色では好塩基性の細胞質で形質細胞様の形態を示した。核分裂像も目立ち悪性腫瘍を考えたが、組織型の推定は困難であった。

【組織所見】検体は8×6×5mm大までの3個の右鼠径部腫瘍の切除材料で、HE染色では、腫瘍細胞は脂肪織内にシート状に密に増生していた。腫瘍細胞の細胞質は好酸性、核は円～楕円形で偏在していた。免疫染色ではビメンチン陽性、AE1/AE3はごく一部陽性、CD99は細胞質顆粒状陽性、CD3、CD79a、CD34、CD117、HMB45、S-100、クロモグラニンA、シナプトフィジン、bcl-2、ミオグロビン、デスミン、CA125は陰性、INI1発現喪失、SALL4陽性で悪性ラブドイド腫瘍と診断した。

【考察】細胞像を再検討した結果、多くは腫瘍細胞同士の接着性を欠くことから非上皮性悪性腫瘍であり、メラニン顆粒、細胞質内小腺腔、核内封入体は見られず、核小体の目立つ腫大した偏在核が特徴的で、悪性黒色腫や胎児型横紋筋肉腫よりも悪性ラブドイド腫瘍を推定できる細胞像と考えた。

【まとめ】本症例のような特徴的な細胞像を抽出することは、軟部腫瘍の鑑別診断において重要である。

P-1-3 滑膜軟骨腫症の1例

青森市民病院病理診断科

○八木橋祐弥(CT), 長谷川多紀子(CT), 中田ゆかり(CT), 楠美智巳(MD)

【症例】34歳、女性。1年ほど前に階段で転倒し左膝を打撲した。趣味のダンスを続け痛みが憎悪し、半年ほど前から腫張を生じるようになった。近医にて保存的治療を受けるも軽快せず、当院を受診。MRIでは関節軟骨や半月の損傷を認めず、原因は不明であった。関節穿刺では、黄色透明の関節液内に多数の浮遊物を認め、細胞診に提出された。関節鏡が施行され、関節内に細片化した10mm大の滑膜組織塊を多数認めたため、組織診に提出された。

【細胞所見】泡沫組織球や滑膜細胞様の類円形細胞とともに、軟骨細胞の胞巣状集塊を認めた。軟骨細胞の核は大小不同性を示し、核密度は高く、少数の2核細胞を混在していた。細胞間には軟骨基質とみられるヘマトキシリン好染性の粘液様物質が介在していた。炎症細胞はほとんどみられなかった。経過より再生性軟骨細胞を疑ったが、軟骨腫などの腫瘍性病変との鑑別が困難であった。

【組織所見】既存の滑膜組織と軟骨組織により構成される遊離体を認めた。硝子軟骨組織が集簇して多結節状に増生し、細胞密度は高く、核の大小不同など軽度異型性がみられ、細胞診と同様の所見を示した。nidusや同心円状発育の像は観察されなかった。骨化、石灰化は明らかでなく、滑膜軟骨腫症と診断された。

【まとめ】細胞診で所見が得られた滑膜軟骨腫症の1例を経験した。滑膜軟骨腫症はMRI等の画像検査により診断が可能であるが、原因がはっきりしない場合、関節液細胞診で軟骨細胞の細胞密度の高い胞巣状増生などの所見を捉えることで、術前診断の一助となると考えられた。

P-1-4 マーカー染色体に *PLAG1* 遺伝子の再編成を認めた脂肪芽腫 (lipoblastoma) の1例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科²⁾

○菅野恵士(CT)¹⁾, 藤野 節(MD)²⁾, 後藤義也(CT)¹⁾, 瀬山 敦(CT)¹⁾, 加藤智美(CT)¹⁾, 佐瀬智子(CT)¹⁾, 鎌倉靖夫(CT)¹⁾, 新井栄一(MD)²⁾, 安田政実(MD)^{1,2)}

【はじめに】脂肪芽腫(lipoblastoma)は、小児の体幹あるいは四肢に好発する比較的稀な良性腫瘍で、細胞診断についても言及した報告は少ない。今回我々は、擦過捺印標本での細胞像を、遺伝学的解析と併せて詳細に検討することができたので報告する。

【症例】2歳、男児。右大腿部に自覚症状を欠く2cm大の皮下結節が出現。9ヶ月で4cm大にまで増大したため、近医にてMRI施行。画像上、脂肪肉腫が疑われたため当院受診。確定診断目的で針生検を施行し、細胞像および組織像より脂肪芽腫が考えられたため、腫瘍摘出術施行。

【擦過捺印細胞所見】一部に粘液腫様の基質がみられる背景に、楕円形核を有する短～長紡錘形細胞や成熟脂肪細胞とともに、小型の印環細胞様細胞、あるいは核が肥大し多空胞状細胞質を有する脂肪芽細胞と考えられる細胞など、各成熟段階の脂肪細胞が認められた。核異型は軽度でありクロマチンの増量はみられなかった。

【組織所見】線維性結合織により分葉状に境界される、脂肪性組織を認めた。各分葉内の構成細胞は、細胞像同様に多彩な脂肪性細胞であった。また、所々に粘液腫様変性を伴っていた。

【遺伝学的解析】G分染法解析では〔47, XY, +mar1〕の染色体異常が認められた。さらに脂肪芽腫で報告されている *PLAG1* 遺伝子領域について FISH 法解析を施行した。結果、G分染法で観察されたマーカー染色体 (mar1) 上に再編成を認めた。

【まとめ】脂肪芽腫の細胞像を例示した。脂肪芽腫の細胞診断には、脂肪性細胞の構造が明瞭にみられる Giemsa 染色標本を丹念に観察し、各成熟段階の脂肪性細胞を同定するとともに遺伝学的解析も考慮することが大切と考えられた。

P-1-5 細胞診で組織型推定が困難であった明細胞肉腫の一例

新潟県立がんセンター新潟病院

○豊崎勝実(CT), 木下律子(CT), 土田美紀(CT), 山川美沙紀(CT), 神田真志(CT), 畔上公子(CT), 弦巻順子(CT), 北澤 綾(CT), 川崎 隆(MD), 本間慶一(MD)

【はじめに】明細胞肉腫は軟部悪性腫瘍の数%程度と極めて稀な腫瘍である。発症は若年成人に多く、性差はないとされている。好発部位は四肢遠位部で約3/4は下肢に発生する。また、メラノサイトへの分化を示すことが特徴で、免疫組織化学所見等でその性状が証明されるが、皮膚悪性黒色腫とは別の腫瘍である。今回私たちは細胞診で組織型推定が困難であった明細胞肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】24歳男性。2年前から右足痛を自覚。1年2ヶ月前に近医受診したが経過観察となった。1年前に痛みが増強し総合病院受診したところ、MRIで軟部腫瘍が疑われ当院紹介となった。画像で右足第1～2指間の軟部組織に7cm大の分葉状腫瘍を認めた。

【細胞像】背景には細胞崩壊物が目立ち、黄褐色の結晶物が散見され、その中に直線的な細胞束を形成する紡錘形の異型細胞が見られた。細胞変性が強く核分裂像は目立たなかったが、悪性が疑われ、classIV, malignant cells susp.と報告した。悪性黒色腫や紡錘形細胞肉腫などが鑑別に挙げられた。

【組織像】腫瘍は足部末梢の骨格筋、腱の中に主座をおく5.5x3.5x4.0cmの腫瘍で、形態的には胞巣状に増生する紡錘形細胞から構成されていた。免疫組織化学的にはHMB45, MelanA, S-100等の悪性黒色腫マーカーの他にbcl-2陽性で、上皮系、神経系、筋系マーカーは陰性であった。腫瘍と皮膚には連続性がなく、形態や発生部位から明細胞肉腫と診断された。

【まとめ】一般的に軟部腫瘍は良悪の鑑別も含め形態のみでは組織型推定が困難な事が多い。しかし、悪性黒色腫が鑑別に挙がる際には、緩慢な増大を示す臨床経過や発生部位から、本腫瘍も念頭におく必要があると考える。

P-1-6 線維型横紋筋肉腫の1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⁾

○森田康平(CT)¹⁾, 大川千絵(CT)¹⁾, 草薙宏有(CT)¹⁾,
干川晶弘(MD)²⁾, 土居正知(MD)²⁾, 高木正之(MD)²⁾

【はじめに】横紋筋肉腫(以下 RMS)は小児に最も頻度が高く, 軟部肉腫の約 50% を占める. このうち胎児型 RMS の 1 亜型である線維型横紋筋肉腫は, 全 RMS の 3% と稀な組織型である. 今回我々は, 小児から発生した線維型横紋筋肉腫を経験したので報告する.

【症例】4 歳男児. 約 2 年前に移動性精巣と診断され, 当院小児外科で完治. その後, 左陰嚢に精巣を 2 つ触知し, 精査目的で緊急入院となった. 造影 MRI にて腫瘍性病変を認めた. 臨床的に悪性腫瘍が疑われ, 高位除辜術が施行された.

【細胞診断所見】術中迅速診断では紡錘形細胞と類円形細胞が混在しており, 非上皮性腫瘍を考えた. 永久標本では核が濃染し不整を伴う, 結合性の乏しい紡錘形細胞を認めた. 類円形細胞は核偏在性で, 細胞質はライト G 好染性であったが, 良悪性の鑑別を含めて診断は困難であった.

【組織診断所見】術中迅速診断は異型紡錘形細胞を認め, 肉腫とした. 永久標本では N/C 比の高い異型類円形細胞や不規則配列する異型紡錘形細胞の増生を認めた. 免疫組織化学染色では横紋筋マーカーが陽性であった. 紡錘形細胞の領域が 80% 以上であることから, 線維型横紋筋肉腫と診断した.

【まとめ】小児に発生した線維型横紋筋肉腫の 1 例を経験した. 胎児型 RMS の典型的な細胞所見である, 好酸性細胞質を有する多彩な腫瘍細胞を本症例では認めなかった. 他の紡錘形細胞からなる腫瘍との鑑別を要するため, 患者の年齢や腫瘍の発生部位等の臨床情報を考慮し, 本型の存在を念頭に置いて診断することが重要である.

P-1-7 脛骨骨肉腫の1例

呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部²⁾, 呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾, 広島大学大学院医歯薬保健学研究院分子病理学研究室分子病理⁴⁾

○谷山大樹(MD)^{1,4)}, 倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 田中美保(CT)¹⁾,
安村奈緒子(CT)¹⁾, 西村俊直(CT)¹⁾, 戸田 環(CT)¹⁾,
在津潤一(MD)¹⁾, 齋藤彰久(DDS)¹⁾, 安井 弥(MD)⁴⁾,
谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】骨肉腫は四肢の長管骨に発生する代表的な悪性骨腫瘍であるが, 細胞診で遭遇する頻度は低い. 今回われわれは骨肉腫の手術時腫瘍捺印及び穿刺吸引細胞診を施行し, 細胞形態について検討する機会を得たので報告する.

【症例】70 歳代女性. 抗凝固剤を内服中. X 年に転倒し左膝を打撲. 疼痛が持続するため近医を受診し病的骨折として保存的に加療されたが軽快せず. MRI 検査にて左脛骨骨幹端に腫瘍を認め, 周囲の筋肉や皮下組織に浸潤する像を認めた. 生検にて骨肉腫と診断され左脛骨広汎切除術が施行された.

【細胞所見】腫瘍捺印標本では集塊状, 穿刺吸引標本では孤立性に多数の腫瘍細胞が認められた. 腫瘍細胞は類円形や紡錘形で強い大小不同が認められ, 多形性を示し異常核分裂像や多核巨細胞も散見された. クロマチンは著しく増量し, 粗顆粒状で不均等な分布を示した. 類骨を示唆するパパニコロウ染色にて黄緑色調を呈する状無構造物が認められた. 以上より, 骨肉腫が推定された.

【組織所見】左脛骨および周囲の横紋筋組織に, 類円形～紡錘形の大型異型核を伴う腫瘍細胞が密に増生する像が認められた. 腫瘍細胞間に好酸性物が認められ, 類骨形成を伴っていた. 異常核分裂像も認められた. 通常型線維芽細胞型骨肉腫と診断した.

【まとめ】骨肉腫は多彩な細胞像を呈する. 大型で多形性に富む腫瘍細胞では, 未分化型多形肉腫との鑑別が必要であり, 骨肉腫の診断には類骨の証明が重要である.

P-1-8 口底に発生した類基底扁平上皮癌～細胞診所見が診断に有用であった一例～

産業医科大学第2病理学教室¹⁾, 産業医科大学病院歯科口腔外科²⁾, 産業医科大学病院病理部³⁾

○原田佳和(DDS)^{1,2)}, 野口紘嗣(MD)¹⁾, 小原光祥(CT)³⁾, 藤原 仁(CT)³⁾, 佐藤 斉(CT)³⁾, 飯盛博子(CT)¹⁾, 中山敏幸(MD)¹⁾, 山田壮亮(MD)¹⁾

【緒言】類基底扁平上皮癌(BSCC)は扁平上皮癌の一亜型であり, 遠隔転移をきたしやすく, 予後不良とされる。本腫瘍は上皮基底層から発生し, 浸潤性に増殖するため, 細胞診や生検による確定診断は難しい。鑑別疾患として, 腺様嚢胞癌, 神経内分泌腫瘍, 腺扁平上皮癌などが挙げられる。今回, 口底部に発生したBSCCの診断においてretrospectiveに, 細胞診所見が有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】61歳, 女性。初診の1ヵ月前から右口底部の腫瘍および舌の運動障害を自覚した。肉眼所見では, 表面粘膜に潰瘍を伴う粘膜下を主体とする, 大きさ15x10mmの結節性病変を認めた。肺および腸骨への遠隔転移が見られ, 全身化学療法併用放射線治療による治療を受けるも, 初診から約1.5年後に死亡された。

【細胞診所見】軽度の炎症性背景に, 小型で細胞質に乏しく, クロマチン濃染で核異型を認める細胞が, 重積性を有しながらシート状あるいは索状配列を呈し, 小集塊状に出現していた。一部にこれらの集塊と連続するように, ライトグリーン好性で, 中心性の核を有する細胞集団を認め, オレンジ好性の光輝性胞体を有する異型扁平上皮細胞も散見されたが, 診断はSCCまでにとどめられた。

【病理組織学的所見】細胞質に乏しい小型異型細胞が周囲に硝子様基質を伴って充実性に増殖し, 一部で腺様構造を呈しており, BSCCの診断に至った。

【結語】BSCCの確定診断において, 細胞診所見も有用である。

P-1-9 抜歯窩治癒不全の病理組織学的及び細胞学的検討

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⁾, 千葉西総合病院病理診断科³⁾

○森川美雪(CT)¹⁾, 松本 敬(CT)²⁾, 宇都宮忠彦(DDS)¹⁾, 末光正昌(DDS)¹⁾, 二谷悦子(CT)²⁾, 齋藤隆明(DDS)^{1,3)}, 久山佳代(DDS)¹⁾

【目的】抜歯窩は歯科治療において抜歯後の歯槽骨にいた孔であり, 抜歯創の治癒過程(凝血期→肉芽組織期→仮骨期→治癒期)をたどり最終的には上皮に覆われるのが一般的であるが, 治癒がスムーズに行われない状態を抜歯窩治癒不全という。抜歯窩治癒不全の主な原因は感染であるが, その病態は様々であり, 時に悪性腫瘍を疑うX線あるいは肉眼像に遭遇することもある。口がんとの鑑別が大切な臨床診断名は抜歯窩治癒不全, 難治性潰瘍と白色病変であると報告してきた。そこで今回われわれは, 抜歯窩治癒不全に対し細胞診を行った症例について検討を行ったので報告する。

【症例】2013年～2015年に日本大学松戸歯学部付属病院にて実施された抜歯窩治癒不全に対する細胞診症例20例について見直しを行った。細胞診の結果は陽性5例, 疑陽性3例, 陰性12例であった。組織診の結果は陽性5例中2例が扁平上皮癌, 1例が悪性リンパ腫, 1例が肉芽組織であり, 1例は組織診が実施されなかった。疑陽性3例中2例が扁平上皮癌, 1例がエナメル上皮腫であった。

【まとめ】抜歯窩治癒不全の細胞像は修復細胞の出現や炎症, その他口腔特有の細菌などにより細胞像が修飾されるため多彩であり, 診断の際には臨床経過及び肉眼所見が重要となる。抜歯後の不良肉芽と診断され発見が遅くなる例もあるので, 細胞診は良悪性の判断には有効と考えられる。

P-1-10 口腔擦過細胞診における従来法とLBC (ThinPrep)法との比較検討

大阪警察病院病理科

○郡司有理子(CT), 辻本正彦(MD), 築山あゆみ(CT), 中山順子(CT), 金田敦代(CT), 青木 弘(CT), 福田沙織(CT), 安岡弘直(MD), 吉田研一(MD)

【はじめに】口腔癌は増加傾向にあり, 口腔擦過細胞診は検体採取が容易である為, スクリーニング的役割は大きい. 今回我々は従来法とLBC(ThinPrep)法の細胞像について比較し, 次に組織診施行例について細胞像の見直しを行った.

【対象及び方法】2010年1月~2015年11月に, 口腔内擦過細胞診を施行した266症例中, 1)従来法53例とLBC法213例の細胞像について比較検討を行い, 次に2)LBC法213例中, 組織採取前に擦過細胞診を施行した125例について細胞像の見直しを行った.

【結果】1)従来法で背景に出血や炎症性細胞, 異型のない扁平上皮細胞が多い場合, 異型細胞が同定困難な場合があった. 乾燥標本では細胞の詳細が不明瞭となり判定に苦慮する場合もあった. LBC法では赤血球が取り除かれ, 細胞の重なりが少なく乾燥もなく, 異型細胞の同定が容易であった. 従来法より集団の大きさはやや小さいが, 異型細胞個々の形や大きさは差がなかった. 2)細胞診判定は, 陰性44例, 疑陽性38例, 陽性43例で, 組織診の内訳は, 良性53例, 異形成15例, 悪性57例であった. 疑陽性を除いた症例の感度は95%, 特異度94.3%であった. 細胞診偽陰性2症例を再検すると, 異型細胞少数で, N/C比は小さいが細胞質は厚く光輝性で, 核異型が認められた. 細胞診偽陽性2症例はいずれも潰瘍病変で深層系細胞が出現しており, 再生異型変化を悪性と判定したと考えられた.

【まとめ】口腔擦過細胞診においてLBC法は, 従来法に比べ異型細胞の同定が容易であった. 判定上N/C比が小さくても細胞質の光輝性が強い場合は, 悪性の可能性を考慮し, 核腫大があってもクロマチン増量がなく光輝性に乏しい細胞は良性異型の可能性を考慮することが必要である.

P-1-11 腰髄に転移した atypical teratoid/rhabdoid tumor (AT/RT) の髄液細胞診の1例

東京女子医科大学中央検査部病理検査室¹⁾, 東京女子医科大学病理診断科²⁾, 東京女子医科大学第一病理学教室³⁾, 東京女子医科大学脳神経外科⁴⁾

○橋本哲也(CT)¹⁾, 村上佳織(CT)¹⁾, 清水絢子(CT)¹⁾, 高橋伸治(CT)¹⁾, 野並裕司(CT)¹⁾, 金室俊子(CT)¹⁾, 藍原康雄(MD)⁴⁾, 山本智子(MD)^{2,3)}, 澤田達男(MD)^{2,3)}, 長嶋洋治(MD)²⁾

【はじめに】AT/RTは, 主に乳幼児の後頭蓋窩に好発する予後不良な脳腫瘍である. 今回われわれは, 術後に腰髄転移をきたしたAT/RTの1症例を経験したので, 髄液細胞像について報告する.

【症例】7歳 男児. 発症当時(4歳), 嘔吐を繰り返していた. 画像上, 延髄左外側から左小脳脚にかけて広がる病変が認められ, 悪性腫瘍が疑われた. 当院脳神経外科にて開頭摘出術が施行された. 摘出された組織は, 小型類円形の腫瘍細胞が, びまん性, あるいは一部乳頭状に増生していた. 少数ながらrhabdoid cellを認めた. 免疫組織化学でvimentin, EMA, SMA (+); chromogranin A, desmin, GFAP, INI-1 (-)を示し, AT/RTと診断された. 術後, 放射線治療と化学療法を実施し経過観察していたが, 約3年で腰髄に転移を認め, 髄液細胞診が施行された.

【髄液細胞診所見】N/C比が高く, 核偏在性で明瞭な核小体をもつ異型細胞を, 集塊状ないし散在性に認めた. また, 好酸性細胞質内封入体を有するrhabdoid cellも観察され, 細胞判定はclass Vとした. cell blockの免疫組織化学では, vimentin, S-100 (+); synaptophysin, chromogranin A, desmin, GFAP, INI-1 (-)であった. 以上からAT/RTの転移を推定した.

【まとめ】AT/RTは稀な腫瘍で, その細胞像を経験することは少ないが, rhabdoid cellを伴う異型細胞の出現が特徴といわれている. 本症例は, AT/RTの手術歴があり, 髄液中にrhabdoid cellの出現もみられたことから, 細胞診での組織型の推定が可能であった. cell blockの所見を含め, 細胞像を報告する.

P-1-12 免疫二重染色 (CD3/CD20) を用いた悪性リンパ腫髄液細胞診の検討

香川県立中央病院病理部¹⁾, 公立学校共済四国中央病院検査部²⁾

○下浦泰昌(CT)¹⁾, 竹内名緒子(CT)¹⁾, 平松智佳(CT)¹⁾, 山内豊子(CT)¹⁾, 嶋田美和子(CT)¹⁾, 香川恵美子(CT)¹⁾, 辻 厚子(CT)¹⁾, 中村聡子(MD)¹⁾, 溝渕光一(MD)¹⁾, 山本洋介(MD)²⁾

【はじめに】髄液細胞診では、非腫瘍性疾患と血液系腫瘍の鑑別に苦慮することがある。非腫瘍性疾患ではリンパ球の増加する症例が多く、異型の少ない悪性リンパ腫や白血病との鑑別は難解である。また他分野に比べ、出現細胞が少ないことも診断を困難にしている。今回、反応性リンパ球と悪性リンパ腫の鑑別について免疫染色の有用性について検討したので報告する。

【対象と方法】2013 年 1 月から 15 年 8 月までに当院で経験した髄液細胞診 210 件 95 症例を対象とし、臨床的基礎疾患の内訳と細胞診陽性率を検討した。さらに、パパニコロウ染色を脱色し、CD3/CD20 カクテル抗体を用いて二重染色を行い、非腫瘍性病変と悪性リンパ腫の比較や困難症例の診断精度を上げられるか検討した。

【結果】基礎疾患の内訳は悪性リンパ腫 36 症例 (113 件, 陽性率 26.5%), 白血病・MDS 19 症例 (49 件, 陽性率 6.1%), 癌 16 症例 (24 件, 陽性率 68.8%), 非腫瘍性疾患 24 症例 (24 件, 陽性率 0%) であった。

【考察】髄液中に出現するリンパ球は、治療の影響やアーチファクトにより、変性や核形不整、膨化を示すことが多い。診断精度を上げる方法として、免疫染色が有用であるが、髄液中に出現するリンパ球は一般に少数であり、複数の抗体を用いた免疫染色は困難な場合が多い。我々は CD3/CD20 二重染色を用いて検討を行った。反応性リンパ球は T 細胞が多く、基礎疾患が B 細胞性リンパ腫の場合、核形不整を有する反応性リンパ球と悪性リンパ腫の鑑別に CD3/CD20 二重染色は役立つと考えられる。

P-1-13 当院における脳腫瘍術中迅速診断時の捺印および圧挫細胞診の実際と有用性について

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター病理部病理診断科

○高瀬章子(CT), 田辺美樹子(MD), 菊地美保(CT), 富岡理恵(CT), 武田奈津子(CT), 石津春菜(CT), 甘利保子(CT), 腰高典子(CT), 千葉佐和子(MD), 稲山嘉明(MD)

【はじめに】脳腫瘍において、術中迅速診断時に圧挫や捺印標本を作製し、細胞診をヘマトキシレン・エオジン染色 (以下 HE 染色) で行い、凍結切片やパパニコロウ染色 (以下 Pap 染色) の標本と比較検討した。

【疾患】下垂体腺腫 2 例, 髄膜腫 4 例, 神経鞘腫 1 例, リンパ腫 1 例, グリオーマ 3 例, 転移性上皮腫瘍 1 例

【細胞所見】凍結切片は脳疾患では核に変性が加わっており、細胞質や血管の走行は不明瞭になっていた。転移性上皮腫瘍は集塊の構築が良く観察できた。Pap 染色標本は核の保持が非常に良く、クロマチン、核小体の状況が詳細の観察できた。HE 染色標本も Pap 染色と同様に核所見は良く観察でき、さらに細胞質所見も良く観察できた。

【まとめ】凍結切片標本は凍結時に生じるアーチファクトにより本来の構築や細胞形態が変化し、特徴をとらえ難い。圧挫や捺印標本を診断の補助とする事は日常行われているが、HE 染色で細胞診を染色する利点として、凍結切片を染色する工程と同時にできる事や病理医にとって通常見慣れている染色で観察できる事があげられる。検体が固いものや乾燥など標本作製に注意しないとイケないが、凍結切片を作製しなくても細胞診標本で迅速診断に対応できれば時間の短縮となる。また、迅速時の検体しか提出されない事が多いリンパ腫などは、凍結による組織のダメージをなくす事ができ、確定診断をする際には形態や免疫染色にも影響が少ないと考えられる。今後さらに対象疾患を増やして報告したい。

P-1-14 左大殿筋内に転移した脊索腫の一例

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⁾, 呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部²⁾, 呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾

○齊藤彰久(DDS)¹⁾, 倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 田中美帆(CT)¹⁾, 西村俊直(CT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾, 谷山大樹(MD)¹⁾, 在津潤一(MD)¹⁾, 谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】脊索腫は脊索の遺残に由来する腫瘍で、予後は比較的良好とされている。しかし、稀に再発や転移が認められる。今回、我々は、左大殿筋内に転移した脊索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歳代の女性。4年前に、他院にて仙骨S4レベルの脊索腫に対して広範切除の既往がある。経過観察のMRIにて、仙骨S4椎体下端に24mm大の再発病変と左大殿筋内に30mm大の腫瘍が認められた。仙骨部脊索腫再発・転移の臨床診断のもと、腫瘍広範切除が施行された。

【組織所見】仙骨腫瘍は大きさ2.6cm大であり、左大殿筋内の腫瘍は2.7cm大であった。断面はいずれも、灰白色粘液調であった。組織学的にはいずれの腫瘍も、線維性被膜や隔壁を有しており、分葉状を呈していた。被膜内では、大小不同を伴う類円形あるいは楕円形の核と豊富な淡好酸性の胞体を有する腫瘍細胞が、粘液状間質を伴いシート状に増生していた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は、AE1/AE3、ビメンチン、S-100陽性であった。以上より脊索腫の像であり、再発及びその転移と診断した。

【細胞診所見】左大殿筋内腫瘍の捺印細胞診標本では、上皮様結合を示す細胞集塊が多数認められた。一部で、少量の粘液物質を伴っていた。腫瘍細胞は大小不同を伴う類円形の核とライトグリーン淡染する胞体を有していた。核内封入体や胞体内空胞が散見された。核クロマチンは粗大顆粒状で、小型の核小体を有していた。また、腫瘍細胞の胞体はPAS染色陽性を示した。以上の所見より、脊索腫と細胞診断した。

【まとめ】脊索腫の転移と細胞診断した左大殿筋の1例を経験した。

P-1-15 子宮内膜増殖症の管理方法に対する検討

四国中央病院

○東元あゆか(MD), 山本洋介(MD), 門木貴子(MD), 香川智洋(MD), 田村貴央(MD), 鎌田正晴(MD)

【目的】子宮内膜増殖症は、子宮内膜腺の過剰増殖であり、子宮体癌の前駆病変と考えられている。しかし、細胞診ではその判定は困難であり、陰性と診断されることも多い。そこで、子宮内膜増殖症の管理方法としての細胞診と、組織診の有用性を比較検討した。

【対象と方法】不正出血を主訴に当院を受診した161例において、ソフトサイトと液状検体を使用した2014年1月～12月までの一年間と、ブラシと塗抹による細胞診+吸引生検を行った2015年1月～11月までの11ヶ月間のうち、子宮内膜増殖症と診断された17例を対象とした。

【結果】2014年は62例に細胞診を施行し、組織診は10例(16%)、内膜増殖症と診断した症例は2例(0.03%)であった。2015年は79例に細胞診および吸引生検を行い、15例(18%)が内膜増殖症と診断された。細胞診で偽陽性以上と診断された症例は2015年以降に2例あり、最終組織診断では、子宮内膜異型増殖症、単純型子宮内膜増殖症であった。2015年以降の検体は明らかに細胞量が少なく、構造異型の評価はほぼ不可能であった。しかし、Class3と診断された症例は、細胞量は多く、構造異型の判定が可能であった。吸引生検を用いた2015年からは内膜増殖症の診断率が急激に上昇しており、細胞診の採取器具や方法を変えるよりも、吸引生検を用いる方が確実に診断率を向上させると考えられた。液状検体の方が明らかに細胞量は多く、粘液や出血による汚染が除去されるが、内膜増殖症の診断率は向上させなかった。

【結論】子宮内膜増殖症の細胞診断は困難であり、適切なフォローアップをするためには、組織診と併用することが重要である。

P-1-16 子宮内膜細胞診陽性と判定するも組織学的に体癌の診断にいたらなかった2症例の検討

神戸大学医学部附属病院産科婦人科¹⁾, 神戸大学医学部附属病院病理部²⁾

○森上聡子(MD)¹⁾, 蝦名康彦(MD)¹⁾, 今福仁美(MD)¹⁾, 鈴木嘉穂(MD)¹⁾, 篠崎奈々絵(MD)¹⁾, 塚本龍子(CT)²⁾, 原重雄(MD)²⁾, 伊藤智雄(MD)²⁾, 山田秀人(MD)¹⁾

【はじめに】今回我々は、子宮内膜細胞診で陽性と判定するも、組織学的に悪性の診断にいたらなかった50才代女性の2症例を経験したので、細胞像と病理組織像とを比較検討し報告する。

【症例】症例1 閉経後出血で前医を受診。内膜肥厚を認め、子宮体癌(類内膜腺癌G2疑い)として紹介された。当院で施行した子宮内膜細胞診は陽性であったが、内膜組織診では内膜表層に著明な化生性変化を認めるのみであった。前医の内膜組織標本を再鏡検したところ、多彩な化生性変化を認めるが異型内膜増殖症もしくは類内膜腺癌とするほどの異型を認めなかった。子宮内膜全面搔爬による組織診も同様の結果であった。しかし性器出血が持続していたため、子宮内膜増殖症の診断で単純子宮全摘および両側付属器切除術を施行した。摘出物では、子宮内膜ポリープと一部に複雑型子宮内膜増殖症を認めるのみであった。症例2 検診目的にて前医で子宮頸部細胞診を施行したところ、AGCの判定であった。子宮頸部組織診はCIN1、子宮内膜細胞診は疑陽性、内膜組織診で類内膜腺癌G1であり、子宮体癌の診断で紹介された。当院で施行した子宮内膜細胞診は鑑別困難、組織診で異常所見を認めず、前医の内膜組織標本を再鏡検したところ、強い化生性変化がみられ一部に不整腺管を認めた。細胞診と組織診の不一致があり、再検査・経過観察していくこと提案したが、不安が強く単純子宮全摘および両側付属器切除術を施行した。摘出物病理組織にて、増殖症や癌を認めなかった。

【まとめ】子宮内膜の化生性変化は、細胞・病理診断に影響を与えており、細胞診・組織診不一致例においては、その可能性を考慮する必要がある。

P-1-17 子宮内膜癌からのLynch症候群の拾い上げと内膜細胞診

大阪鉄道病院婦人科¹⁾, 大阪鉄道病院臨床検査室病理²⁾

○熊谷広治(MD)¹⁾, 坂井昌弘(MD)¹⁾, 前田隆義(MD)¹⁾, 山崎由香子(CT)²⁾, 山内直樹(CT)²⁾, 森島英和(CT)²⁾, 石田英和(MD)²⁾

【目的】遺伝性腫瘍のLynch症候群では大腸癌に次いで子宮内膜癌の生涯発症リスクが高い。逆に子宮内膜癌の約5%がLynch症候群に関連すると報告されている。そこで子宮内膜癌の全症例からLynch症候群のハイリスク症例(Lynchハイリスク)を拾い上げ、ミスマッチ修復遺伝子発現の免疫組織化学検査などを推し進める必要がある。今回、Lynchハイリスクの拾い上げに内膜細胞診が有用か否かを後方視的に検討した。

【方法】過去3年間に当院で治療した子宮内膜癌IA期24例、IB期9例、IIIA期1例、IIIC1期1例、IVB期4例の計39例を対象とした。年齢、既往歴、家族歴、内膜細胞診像、内膜生検の組織像、手術検体の組織像などについて調査し、Lynchハイリスクの拾い上げを試みた。

【結果】39例の年齢中央値は64歳(43~81歳;50歳未満5例)で、既往歴の乳癌3例と、家族歴の胃癌3例、大腸癌7例、乳癌3例、肺癌1例、膀胱癌2例をLynchハイリスクの拾い上げの参考にした。45%(16/39)に施行した内膜細胞診像からLynchハイリスクとして未分化癌1例と非上皮性腫瘍1例を、94%(36/39)に施行した内膜生検像からLynchハイリスクとして粘液性癌2例と未分化癌2例を拾い上げた。手術検体の組織像は、類内膜癌が32例(G1:26例, G2:4例, G3:2例)、癌肉腫が2例、漿液性癌が2例、混合型(類内膜・粘液癌)が1例、未分化癌が2例で、腺癌ユニットの非移行像に注目するなどの詳細な組織検鏡からLynchハイリスク8例を拾い上げた。

【結論】Lynchハイリスクの拾い上げに内膜細胞診や内膜生検の役割は限定的で、家族歴の聴取と手術検体の詳細な組織検鏡が有用である。

P-1-18 子宮体部明細胞癌の一症例

佐世保共済病院病理診断科¹⁾, 同 産婦人科²⁾

○久保 綾(CT)¹⁾, 田中義成(CT)¹⁾, 川崎辰彦(CT)¹⁾,
井関充及(MD)¹⁾, 鶴地伸宏(MD)²⁾, 木寺義郎(MD)²⁾

【はじめに】子宮体部明細胞癌はエストロゲン非依存性のII型に分類され、全子宮体癌の1~5%と稀な腫瘍である。今回子宮体部明細胞癌の一症例を経験したので報告する。

【症例】55歳, 女性。閉経50歳。1か月前不正性器出血を主訴に近医受診。子宮内膜細胞診疑陽性にて当院紹介。内膜細胞診, 内膜組織診ともに明細胞癌の診断, MRIにて子宮底部側に筋層浸潤のない病変が疑われ, 腹式単純子宮全摘, 両付属器摘出, 骨盤リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】出血性背景に, 核が腫大し明瞭な核小体を有する腫瘍細胞が乳頭状や腺管状集塊で認められた。核は円形から類円形で大小不同であり, クロマチンは細顆粒状であった。一部に豊富な胞体を有する腫瘍細胞がシート状集塊でみられた。また, ライトグリーンやエオジン好性の基底膜様物質が認められた。なお, 手術時の腹水細胞診は陽性であった。

【組織所見】腫瘍は萎縮性子宮内膜組織を背景に内膜内に限局してみられた。核小体の明瞭な核からなる腫瘍細胞が小管腔ないし微小乳頭状構造を示し増殖していた。一部に hobnail cell もみられ胞体内グリコーゲンもみられた。小管腔内には好酸性物質が散見された。免疫染色ではER, PgR, WT-1陰性, p53は陽性であった。以上より clear cell carcinoma と診断した。

【まとめ】子宮体部明細胞癌はエストロゲン非依存性のII型で, 閉経後の比較的高齢者に発症するといわれており, 発見された時にはすでに浸潤している場合があるため高悪性度に分類されている。子宮体部では稀であるが, 豊富な胞体を有する細胞や, 明瞭な核小体, 基底膜様物質など明細胞癌の細胞学的特徴がみられると診断は可能と考えられる。

P-1-19 子宮体部漿液性腺癌14例における細胞診の検討

札幌医科大学産婦人科¹⁾, まどかレディースクリニック²⁾

○寺本瑞絵(MD)¹⁾, 田中綾一(MD)¹⁾, 竹浪奈穂子(MD)¹⁾,
金 美善(MD)¹⁾, 鈴木美和(MD)^{1,2)}, 高橋 円(MD)²⁾,
郷久晴朗(MD)¹⁾, 岩崎雅宏(MD)¹⁾, 齋藤 豪(MD)¹⁾

【緒言】子宮体部漿液性腺癌は組織学的悪性度が高く, 子宮外進展を起こしやすいため, 予後不良であることが知られている。そのため術前の組織型推定は, 後腹膜腔リンパ節郭清や大網切除を含めた術式の選択において重要である。

【方法】2012年から2015年までの4年間に当院にて診断・治療を行った子宮体部漿液性腺癌14例において後方視的に年齢・患者背景, 子宮頸部・内膜細胞診, 子宮内膜組織診等について検討した。

【結果】平均年齢は70.1歳(54~83歳), 平均経妊回数2.6(0~5), 平均経産回数1.9(0~4)。I期4例, III期3例, IV期7例であった。子宮内膜細胞診は疑陽性2例(悪性疑い), 陽性12例であったが, 腫瘍性背景に線維血管性間質を軸として乳頭状構造を示す細胞集塊の増生や, 集塊辺縁のほつれ像, 強い細胞異型(N/C比大, 粗大クロマチン, 大型核小体や核分裂像, 多核細胞など), 白血球の取り込み像, 砂粒小体の出現などより漿液性腺癌を推定し得たのは5例のみであった。子宮頸部細胞診はNILM4例, AGC3例, Adenocarcinoma7例であった。術前内膜組織診では12例が腺癌, うち5例で漿液性腺癌と診断された一方, 2例では組織採取困難であった。術前内膜細胞診・組織診にて漿液性腺癌を推定・診断し得たのは7例50%であった。子宮内膜細胞診再鏡検にて, 術前に漿液性腺癌を推定出来なかった9例中5例に漿液性腺癌を示唆する所見が見られた。

【結論】今回の検討では術前子宮内膜細胞診にて漿液性腺癌正診率は35.7%であったが, 乳頭状細胞集塊, 辺縁ほつれ像, 強い核異型などに留意することにより, 細胞診の向上につながると考えられた。また, 液状検体や免疫染色も今後導入していく予定である。

P-1-20 子宮頸癌放射線治療後21年後に子宮体部漿液性腺癌が発生した一例

産業医科大学産婦人科¹⁾, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学²⁾

○田尻亮祐(MD)¹⁾, 卜部理恵(MD)¹⁾, 鏡 誠治(MD)¹⁾, 植田多恵子(MD)¹⁾, 栗田智子(MD)¹⁾, 川越俊典(MD)¹⁾, 松浦祐介(MD)²⁾, 蜂須賀徹(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸癌に対する放射線治療は有効な治療法として確立されている。一方で、放射線に発癌性があることも知られており放射線誘発癌は長い潜伏期間を経て生じる。今回我々は子宮頸癌に対し放射線治療後21年で子宮体部漿液性腺癌を生じた症例を経験したため報告する。

【症例】72歳 G4P2, 51歳時に子宮頸癌2A期(扁平上皮癌)に対し放射線治療後1年後に腔再発で再度放射線治療を施行された。以後再発なく経過していた。治療後21年の検診時の腔細胞診, 腔生検でいずれも腺癌が指摘され, 子宮体部原発の腺癌が最も疑われ開腹術を施行した。子宮は手拳大に腫大し, 腹腔内に播種結節が散在していた。腹式単純子宮全摘出術, 両側付属器切除術, 大網部分切除, 左鼠径リンパ節・傍大動脈リンパ節生検を施行した。摘出した子宮は壊死が著明であり, 腫瘍により筋層全体が置換されていた。術後診断は子宮体癌(Serous adenocarcinoma StageIVB pT3bN1M1)であり, TC療法を計6コース施行した。

【細胞所見】腔壁標本では核の大小不同, クロマチンの増量した異形細胞が孤在性, および胞巣状に多数認められ, 腺癌と診断された。摘出した子宮体部の腫瘍捺印では出血壊死性背景に, 核偏在, 核形不整, 核腫大した異型腺上皮細胞集塊が認められた。

【組織所見】小石灰化巣を伴って異型腺上皮が乳頭管状に浸潤・増殖する漿液性腺癌に相当する像が認められ, 部分的に淡明な細胞質を有する円柱状異型上皮細胞が癒合管状に配列増殖した類内膜腺癌様の部分を認めた。

【まとめ】子宮頸癌放射線治療後21年で発生した子宮体部漿液性腺癌の一例を経験した。本症例は放射線治療後の放射線誘発癌の可能性も示唆された。

P-1-21 子宮頸部細胞診の精度管理基準値についての検討

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病理部²⁾, 群馬県立がんセンター婦人科³⁾, 独立行政法人地域医療機能推進機構群馬中央病院臨床検査部⁴⁾, 富士重工業健康保険組合太田記念病院臨床検査部⁵⁾, 伊勢崎市民病院中央検査科⁶⁾, 前橋赤十字病院病理診断科⁷⁾, 桐生地域医療組合桐生厚生総合病院中央検査部⁸⁾, 伊勢崎佐波医師会病院臨床検査科⁹⁾, 公益財団法人高崎・地域医療センター検査課¹⁰⁾

○土田 秀(CT)¹⁾, 小保方亜光(CT)⁴⁾, 樋口由美子(CT)⁵⁾, 鶴田誠司(CT)⁶⁾, 尾身麻理恵(CT)⁷⁾, 今泉智博(CT)⁸⁾, 綱川祥子(CT)⁹⁾, 三浦宏弥(CT)¹⁰⁾, 飯島美砂(MD)²⁾, 鹿沼達哉(MD)³⁾

【はじめに】ベセスダシステム2001では全報告中のASCの割合, ASC中のASC-Hの割合, ASC/SIL比が精度管理項目として設定され, それぞれ基準値が設けられている。しかし, これらは初期スクリーニング検査の精度管理で用いられる基準値であり, 精密検査などを目的とした診療施設で行われる子宮頸部細胞診にはあてはまらない可能性がある。そこで, この値が診療施設の基準値としてあてはまるのか検討を行った。

【対象および方法】病院9施設と検診専門施設1施設で2011年度から2014年度に行われた子宮頸部細胞診の報告数を集計し, 精度管理項目について検診と診療などに分けて比較した。

【結果】全報告中のASCの割合は検診に比し診療で優位に高かったが, ASC中のASC-Hの割合とASC/SIL比に有意差はみられなかった。しかしながら, 診療のASC中のASC-Hの割合は基準値よりも優位に高かった。さらにSILが全体に占める割合からSIL率を算出し, 診療施設をSIL率の高い施設と低い施設に2分して比較したが, 両者に有意差は認められなかった。

【まとめ】診療施設では, 初期スクリーニング検査とは一部異なる子宮頸部細胞診の精度管理項目基準値の設定が必要と思われた。

P-1-22 大阪府豊中市における若年者の子宮頸部細胞診 1760 例における後視的解析

大阪大学医学部産婦人科

○中川 慧(MD), 上田 豊(MD), 松崎聖子(MD),
高田友美(MD), 吉野 潔(MD)

【目的】若年世代の子宮頸がん検診の経過の追跡を行い、適切な管理方法を検討すること

【方法】H24年に満20-29歳の大阪府豊中市に住民票を持ち、市民検診を利用した1760例の追跡調査と後方視的検討

【結果】平成24年において豊中市の子宮頸がん検診の受診者数は20歳174名、21歳69名、22歳176名、23歳101名、24歳108名、25歳408名、26歳133名、27歳168名、28歳184名、29歳239名であった。細胞診の陽性率は20-24歳で17/628例(2.7%)、25-29歳で27/1132例(2.4%)であった。ASC-USが最も多く、LSIL以上に限れば20-24歳で6/628例(1.0%)、25-29歳で14/1132例(1.2%)であった。精密検査、細胞診によるフォローアップの結果、良性や病変の消失を認めた症例は20-24歳で5/17例(29.4%)、25-29歳で5/27例(18.5%)であった。最終的に治療を要した症例は20-24歳では0例であったが、25-29歳ではCIN2の3例中2例がレーザー治療を、CIN3の1例が円錐切除をそれぞれうけた。一方細胞診異常が認められたものの、フォローアップできなかったものが、20-24歳で9/17例(52.9%)、25-29歳で7/27例(25.9%)認められた。

【考察】20代では年齢の上昇に伴い受検者数が増加したが、無料クーポンが送付される20歳、25歳の年代では有意に受検者数が増加した。20代前半と後半に大きく分類すると前半での細胞診異常はASC-USが多く、年齢が進むにつれ、LSILやHSILがみられ、治療を要する割合も多かった。一方で、若年者は仕事や婚姻による転居や異動が多く、自治体レベルでの継続的なフォローアップが難しいことが問題点として考えられた。

P-1-23 子宮頸部擦過細胞診での有所見検出における Cellfoam の Cytopick に対する非劣性試験

奈良市総合医療検査センター¹⁾, きよ女性クリニック²⁾

○安達博成(CT)¹⁾, 吉田和弘(CT)¹⁾, 倉内佳葉(CT)¹⁾,
西田千鶴(CT)¹⁾, 斎藤ちいさ(CT)¹⁾, 清塚康彦(MD)²⁾

【目的】新たな子宮頸部細胞採取用具: Cellfoam(F)を考案した。これの細胞採取能の有効性を検討するため Cytopick(P)をカウンターパートとするRCTを行い、その非劣性を証明することを目的とする。

【方法】2014年1月-2015年6月の子宮頸がん検診受診者を対象に、子宮頸部に糜爛を有する1000例を抽出し、F/P双方での擦過法によるスプリットサンプルを採取、同一検者による盲検での検鏡を行った。有所見例では全例にcolposcopy下生検での病理組織診断を得た。両者の異常所見検出率の有意差を統計学に解析し、採取された細胞の形態学的特徴を検討した。

【結果】有所見検出率は、F/P: 5.6%(56/1000)/5.8%(58/1000)で有意差を認めなかった。有所見例数の内訳(ASC-US/ASC-H/LSIL/HSIL)では、F/P: (25/3/17/11)/(21/3/25/9)となり完全一致しなかった。偽陰性例はF/P: 4/3であった。

【考察】子宮頸部の擦過細胞診では有所見検出におけるFのPに対する非劣性が証明されたことより、新たな細胞採取用具として臨床応用可能である。頸管粘液が多い症例ではFでのASC-US判定に低い傾向がみられる反面、広範囲の糜爛を有する症例に対してはHSILの検出が高く見られた。採取された細胞は単離細胞として観察されることが特徴であり、擦過細胞診に加えて、LBC標準作成での有用性が期待される。

P-1-24 当事業団における子宮頸がん検診不適正検体に関する検討

公益財団法人福岡県すこやか健康事業団¹⁾,九州大学大学院医学研究保健学部門²⁾,国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科³⁾,聖マリア病院中央検査センター病理細胞診断科⁴⁾

○八尋裕美子(CT)¹⁾,田中亜都子(CT)¹⁾,
舟越 乾(CT)¹⁾,加来恒壽(MD)²⁾,大田喜孝(CT)³⁾,
檜垣浩一(MD)⁴⁾

【はじめに】ベセスダシステムに準拠した不適正判定後の対応として検診での再検査案内又は、福岡県集団検診協議会登録医療機関にて再検査が受診できる体制を整えた。今回、不適正症例の理由、再検査の状況、再検査結果について検討を行った。

【対象と方法】2012年7月～2015年3月までに実施された子宮頸部細胞診167077例を対象とした。採取方法はサイトブラシで実施し従来法による判定を行った。但し目視にて直接塗抹時に細胞少量を疑う検体においてはLBC法を併用し判定を行った。方法は、ホルモン周期有無群に分け年齢別に不適正となった理由、再検査実施状況ならびに結果、要精検となった追跡結果の検討を行う。

【結果】167077例中、不適正判定は500例(0.30%)であった。年齢別による不適正は、19～29歳0.31%、30～39歳0.37%、40～49歳0.53%、50～53歳0.32%、54～59歳0.33%、60～89歳0.15%であった。不適正の理由は、細胞少量97.4%、炎症細胞1.8%、血球細胞0.8%であった。再検査状況は、受診済81.4%、未受診18.6%であった。再検査にて要精検となった15例は追跡結果にてHSIL1例、LSIL5例、頸管炎7例、不明2例であった。

【考察】不適正500例(0.30%)にてホルモン周期有群(19～53歳)が0.31%～0.53%と高くこれらの原因は頸管粘液を伴う細胞少量が主であった。サイトブラシによる頸管内への採取は、他の採取器具に比べ頸管粘液が付加する割合が高いと考え塗抹の際には粘液の除去が必要であると考え。また再検査受診にて要精検率3.7%と高くその後の追跡にてHSIL病変が検出されており、今後も再検査の受診勧奨を積極的に進めていくべきと考える。

P-1-25 当院における子宮頸部LBC教材を用いた臨地実習の試み～

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】当院では、臨床検査技師教育の実習施設として、本学保健学科検査技術科学専攻をはじめ、他大学の保健学部生、専門学校生、薬学部生などの病院実習を受け入れており、2013年から子宮頸部細胞診の教材にLBC標本を取り入れた。実際に鏡検実習を行った学生がLBC標本についてどのような印象を持つのか、アンケート調査を行ったので報告する。

【対象】2013年～2015年度に細胞診鏡検を行った、本学保健学科検査技術科学専攻3年生(各学年約40名)を対象にアンケート調査を行った。

【結果】アンケート内容は、1)鏡検が好きか?2)LBC標本は直接塗抹標本と比べて見やすいか?3)自分が細胞検査士だったら、どちらの標本を鏡検したいか?4)自分が検診を受けるとしたら、どちらがいいか?の4項目および自由記載とした。各項目の回答は、1)好き:46名、嫌い:4名、どちらでもない:35名、2)見やすい:83名、変わらない:2名、見にくい:0名、3)LBC:82名、直接塗抹標本:0名、どちらでもよい:3名、4)LBC:69名、直接塗抹標本:2名、どちらでもよい:14名であった。(2013年～2014年度の集計)

【まとめ】当院の臨地実習で細胞診標本の鏡検実習を行う学生の多くは、学内の実習で実際の細胞診標本を鏡検する機会が少なく、病理部での実習で初めて鏡検することが多いが、概ねLBC標本と直接塗抹標本の違いや利点・欠点を理解し、細胞診に興味を持って実習を終える学生が多かった。LBC教材は、鏡検のストレスを減らし、細胞診との出会いを作り、理解を深めることに繋がると考えられた。

P-1-26 当施設における ThinPrep Imaging System 導入の有用性について

一般社団法人半田市医師会健康管理センター¹⁾, 社会医療法人財団新和会八千代病院²⁾

○磯貝直子(CT)¹⁾, 鈴木雄策(CT)¹⁾, 館野みちる(CT)¹⁾, 富田理恵子(CT)¹⁾, 村上祐子(CT)¹⁾, 石田洋平(CT)¹⁾, 奥村英雄(CT)¹⁾, 市野雅之(CT)¹⁾, 社本幹博(MD)²⁾

【目的】今回、当施設では液状化検体細胞診(Liquid based cytology: LBC)の一つであるホロジック社の ThinPrep 法(TP 法)の標準作製装置 ThinPrep5000 プロセッサ AutoLoader と自動スクリーニング支援装置 ThinPrep Imaging System(TIS)を導入し、異型細胞の出現率、TIS の性能について若干の知見を得たので報告する。

【対象・方法】当施設では検診検体(施設内検診、車検診)と診療科からの検体を受託しており、そのうち診療科からの検体で2014年4月～2015年3月までの1年間におけるTP標本30,095件について検討した。TP標本は最初に細胞検査士が検鏡し、次にTISにより選択された22視野の確認を行い、異常所見があった場合は再度全視野検鏡を行った。そのため検討内容は、異型細胞の検出結果、22視野の中に異型細胞が含まれる確率、TISにて判定不可となった標本の検討について実施した。

【結果】検出された異型細胞は、ASC-US: 768件、LSIL: 974件、HSIL: 525件、ASC-H: 9件、AGC: 8件、carcinoma: 6件であった。TISで判定不可であった標本は全検体数中1,089件で、その中に80件の疑陽性以上が含まれていた。細胞検査士が陰性と判定した中から、185件の見落としをTISで拾うことが出来た。また疑陽性以上の標本全てを再度確認した結果、TISは94.5%で異型細胞を選択していた。(選択率は2014年7月現在)

【まとめ】今回の検討では、二次スクリーニングの時点で185件の疑陽性を発見することが出来た。この結果として、TISが精度管理の向上に繋がる有用な装置であると示唆された。しかし、全ての標本について異型細胞を選択出来なかった結果から、TISを過信すること無く更にスクリーニング能力を高めていく必要があると考えられる。

P-1-27 EUS-FNAにて診断が困難であった胃異所性腺の1例

豊見城中央病院病理診断科

○伊禮 彩(CT), 呉地 剛(CT), 照屋敦子(MT), 宮里碧沙(CT), 喜友名正也(MD)

【はじめに】本来の膵臓から解剖学的に全く別の場所に存在し、膵臓の中の管や連絡もない膵臓組織を異所性腺と言うが、発生頻度は割合に多く、1～2%の発生率で、大きさは0.2～5mm程度である。今回、胃の粘膜下に発生した異所性腺を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性、健診時の胃カメラにて胃角部大湾に16mm大の胃粘膜下腫瘍を認め当院紹介、精査目的のEUSにてGISTが疑われた。1年後のフォローにて大きさに変化はないが、内部不均一のため、悪性も否定できなかった。EUS-FNAを施行されたが、確定診断困難でGISTを否定できず、胃部分切除術が施行された。

【細胞所見】異型の乏しい腺細胞と核が紡錘形を示す間質由来細胞集塊が認められ、核腫大、軽度核形不整、核クロマチン濃縮濃染状を伴っていた。周りの腺細胞は集塊状で結合性があったが、経胃生検のため胃粘膜由来細胞を考えた。紡錘形細胞の出現から、細胞学的にはGISTが強く疑われた。

【組織所見】EUS-FNAの組織標本は、細胞診で見られた紡錘形細胞の出現はなく、胃底腺由来を考える組織とより小型で膵臓の腺房細胞に類似した組織が見られた。異所性腺を疑ったが、免疫染色でα1アンチキモトリプシンが陽性所見を呈さず、確定診断は困難であった。GISTを否定できないため、胃部分切除術が施行された。切除組織では、粘膜下層から一部固有筋層にかけて、黄色調の12mm大の腫瘍を認めたが、腺房、導管、ランゲルハンス島を含む膵臓組織であった。

【まとめ】胃粘膜下腫瘍をEUS-FNAにて診断する際に、間質由来の細胞以外に腺細胞を認めた場合、胃粘膜由来以外に異所性腺の可能性も念頭に入れた細胞診断が必要と考えられた。

P-1-28 経胃的 EUS-FNA が診断に有用であった大腸低分化腺癌の一例

佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 佐賀大学医学部病因病態科学²⁾, 佐賀大学医学部消化器内科³⁾, 佐賀大学医学部一般・消化器外科⁴⁾

○山崎真希子(MD)^{1,2)}, 甲斐敬太(MD)¹⁾,
坂井 絢(CT)¹⁾, 植崎さやか(CT)¹⁾, 中村光男(CT)¹⁾,
川久保洋晴(MD)³⁾, 坂田資尚(MD)³⁾, 河野 博(MD)⁴⁾,
野村明成(MD)⁴⁾, 相島慎一(MD)^{1,2)}

【はじめに】大腸の低分化腺癌は大腸癌全体の5%以下と稀であり, 大腸癌の診断に EUS-FNA を用いる機会も極めて限られている。今回, 経胃的 EUS-FNA が診断に有用であった大腸の低分化腺癌を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性。腹痛と嘔吐を主訴に近医受診。左腹部の腫瘍を指摘され, 当院紹介となった。腹部造影 CT では, 左側腹腔内に 10 cm 大の腫瘍を認め, 画像所見からは横行結腸癌, 悪性リンパ腫, 間葉系腫瘍が鑑別に挙げられた。下部消化管内視鏡では横行結腸に高度狭窄を認め, それより口側の評価は不能であった。狭窄部からの生検に腫瘍は認めなかった。確定診断目的に経胃的 EUS-FNA が施行され, 細胞診検体が提出された。

【細胞所見】豊富な間質細胞の中に, 接合性のある異型細胞集塊を認めた。核型不整が強く, 核縁はやや肥厚し細胞質に乏しい異型細胞であった。また, 間質の細胞も細胞密度が高く, 核腫大や核型不整を伴う細胞が混在していた。悪性細胞であり, 腺癌が疑われるが, 癌肉腫や肉腫様癌も否定できないと報告した。

【外科切除標本所見】周囲臓器浸潤(胃, 空腸, 膵体部, 下行結腸)を伴う横行結腸癌の診断で, 空腸, 胃部分切除および膵体尾部脾合併切除を伴う結腸左半切除術(D3 リンパ節郭清)が施行された。切除標本では, 横行結腸に主座を持つ 11x8 cm 大の 5 型進行癌を認め, 肉眼的に腫瘍は腸間膜および小腸に広範に浸潤し, 膵臓および胃壁へも浸潤していた。組織学的には低分化腺癌が豊富な間質を伴って増殖していた。

【まとめ】経胃的 EUS-FNA が診断に有用であった大腸の低分化腺癌の一例を経験した。間質成分が豊富な低分化腺癌であり, 癌肉腫や肉腫様癌との鑑別が必要であった。

P-1-29 膵臓 EUS-FNA 迅速細胞診で乳癌転移と診断し得た一例

KKR 札幌医療センター斗南病院病理診断科¹⁾, KKR 札幌医療センター斗南病院呼吸器・乳腺外科²⁾, 北海道大学大学院保健科学研究所病態解析学分野³⁾, 札幌南三条病院呼吸器内科⁴⁾, 手稲溪仁会病院病理診断科⁵⁾

○志田 啓(CT)¹⁾, 川田将也(MD)²⁾, 石津明洋(MD)³⁾,
西海豊寛(MD)⁴⁾, 大森優子(MD)⁵⁾, 菅原 亨(CT)¹⁾,
大坂育美(CT)¹⁾, 平野勇志(CT)¹⁾,
小山田ゆみ子(MD)¹⁾, 武田広子(MD)¹⁾

【はじめに】転移性の膵腫瘍は報告が少なく, 特に乳癌の膵転移は極めて稀である為, 診断が難しい。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)の迅速細胞診で乳癌の転移との診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】61歳女性 26年前(35歳)右乳癌にて手術, 5年後右前頭葉に転移を認め腫瘍切除+全脳照射を施行した。初発から21年後(56歳)に左肺下葉に腫瘤を認め切除を行い, 乳癌肺転移の病理診断であった。この度 CT で膵頭部から鉤部に 12 mm の結節を認め EUS-FNA を施行した。また, 同 CT で左肺 S6 に炎症としては非典型的な陰影を認め, 他院にて BF を施行した。

【細胞所見】膵臓 EUS-FNA の on-site 迅速 Pap 染色法では乾燥工程が入ることにより ICL が目立ち乳癌の可能性があると判断できた。しかし, 通常の Pap 染色では腺癌と診断は出来たが ICL は明確ではなく乳癌との鑑別は困難であった。また, 左肺 BF 時の細胞所見は線毛円柱上皮細胞の核と同様の大きさで一部クロマチンの増量を認めるのみで偽陽性の判断しか出来なかったが ICC で ER が染まり乳癌の転移と判定できた。

【組織所見】EUS-FNA 検体で ER(+), PGR(-), CK7(+), CK20(-)で 56 歳の時の肺切除所見と同様であった。

【考察】膵臓の EUS-FNA で乳癌の転移と診断できた事は患者にとって手術なのか, 化学療法, 若しくは内分泌療法なのか非常に重要である。on-site で迅速細胞診を行う事で確実に検体が採取され ER が陽性であったことから化学療法ではなく内分泌療法ができ, 患者にとって副作用が少ない治療ができた。また, 医師の立場からみても期待が大きいので今後も期待に応えられるようにより積極的に取り組んでいきたい。

P-1-30 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) の細胞診と組織診を併用する意義について

イムス札幌消化器中央総合病院消化器内科

○岸 宗佑(MD)

各種画像診断により質的診断がつかない症例では、治療開始にあたり細胞診もしくは組織診による確定診断が望まれる。当院では、超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を用いて、膵臓を中心に、胃、リンパ節、胆嚢などから細胞診・組織診検査を行っているが、細胞診と組織診とで結果が異なることも経験する。当院で過去56ヶ月に行われたEUS-FNA 121件について、組織型や診断方法の特徴などを検討した。121件のうち良悪性の内訳は、悪性疾患97例、良性疾患24例であり、その内訳は膵癌80件 (膵頭部癌23件、膵体部癌43件、膵尾部癌14件)、自己免疫性膵炎8件、神経内分泌腫瘍 (NET) 6件、GIST 6件、膵嚢胞4件、悪性リンパ腫2件、他15件であった。121件の検査で良悪性についての感度は73%、特異度は99%であった。膵癌症例に限ると「組織診：細胞診：組織細胞診併用」で、感度は「58：66：71%」であり、組織診単独に比べ細胞診を併用した場合、感度が高くなる傾向があった (組織診 vs 両方併用：p=0.059)。他施設では、膵癌が疑われ膵切除された症例でも5-10%は切除標本に膵癌が証明されず、炎症性疾患などであったとの報告もあり、手術侵襲が大きいことを考慮すると、少なくとも画像診断で膵癌の診断に難渋する場合には、可能であれば、EUS-FNAによる検査を行い、さらに細胞診を併用した病理検査を行うことが望ましいと考える。EUS-FNAの細胞像を含めて報告する。

P-1-31 EUS-FNA が組織型推定に有用であった膵転移性悪性黒色腫の1例

近畿大学医学部附属病院病院病理部¹⁾、近畿大学医学部附属病院病理学教室²⁾

○土橋千琴(CT)¹⁾、白石直樹(CT)¹⁾、森香奈子(CT)¹⁾、手嶋優子(CT)¹⁾、植田清文(CT)¹⁾、上杉忠雄(CT)¹⁾、筑後孝章(MD)¹⁾、榎木英介(MD)²⁾、木村雅友(MD)²⁾、佐藤隆夫(MD)²⁾

【はじめに】画像診断等により腫瘍の質的診断が困難な場合、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) は非常に有用な検査法である。今回我々は、悪性黒色腫の膵転移が疑われ、EUS-FNA が組織型推定に有用であった1例を報告する。

【症例】81歳、女性。

【臨床経過】鼻腔原発悪性黒色腫の重粒子線治療後、約1年で膵臓、骨盤底部などに多発性腫瘍が出現した。悪性黒色腫の転移が疑われたため、膵臓へのEUS-FNAが行われた。

【細胞所見】N/C比が大きく、結合性の乏しい腫瘍細胞が観察された。明瞭な核小体や、核内細胞質封入体様構造 (Apitz 小体) を伴ったものが多数見られ、悪性黒色腫が推定された。

【病理所見】細胞所見と同様の所見を示す異型細胞が結合性の乏しい胞巣を形成していた。免疫染色の結果、腫瘍細胞に一致して、melanA、S-100、HMB45、NKI-C3が高率に陽性となり、悪性黒色腫と診断された。

【まとめ】鼻腔原発悪性黒色腫が膵転移を来した稀な症例を経験した。悪性黒色腫の確定診断には免疫染色が不可欠であるが、Apitz 小体の存在は、EUS-FNAでの組織型推定に有用であった。

P-1-32 EUS-FNA で診断し得た IPMN の一例

産業医科大学医学部第2病理学¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 久留米大学病院病理診断科・病理部³⁾

○野口紘嗣(MD)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)²⁾, 多比良朋希(CT)³⁾, 河原明彦(CT)³⁾, 秋葉 純(MD)²⁾, 山田壮亮(MD)¹⁾, 中山敏幸(MD)¹⁾, 矢野博久(MD)²⁾

【症例】58歳 女性。背部痛を主訴として近医を受診し、画像検査により膵頭部に40-50mm大の充実性腫瘍性病変を指摘され、管状腺癌、神経内分泌腫瘍、腺房細胞癌が疑われた。25 Gaugeの穿刺針を使用し、膵頭部腫瘍に対してEUS-FNAを施行された。腺癌と診断し、膵頭部十二指腸切除術を施行された。

【細胞診所見】背景は清明であり、シート状を呈する細胞集塊を多数認めた。核小体が明瞭で、顆粒状ないし厚みのある広めの細胞質と類円形から多形性の腫大した核を有する立方状細胞が、重積性をもって乳頭状の集塊を呈しており、一部で粘液様の所見が観察された。免疫組織化学的には、腫瘍細胞はsynaptophysin陰性であり、Intraductal papillary-mucinous carcinoma (IPMC)ないし管状腺癌を診断に挙げ、神経内分泌腫瘍や腺房細胞癌は否定であった。

【病理組織所見】嚢胞状に拡張した膵管内に、血腫と粘液を伴って、乳頭状に増殖する充実性病変を認めた。好酸性顆粒状の豊富な胞体を有し、明瞭な核小体と大型の不整な核からなる異型腺細胞が、繊細な線維血管性間質を伴って乳頭状及び複雑な分枝状構造や篩状構造を呈して増殖し、線維性間質内へ浸潤していた。免疫組織化学的には、腫瘍細胞はMUC1・MUC 5AC・MUC 6陽性、MUC2陰性であり、IPMN, oncocytic typeと診断した。

【まとめ】IPMNの中で、oncocytic typeは1.6~13%と稀な腫瘍であり、細胞像について組織像と対比させた上で検討し、文献的考察を加え報告する。

P-1-33 進行卵巣癌・腹膜癌のNAC症例における、腹水細胞診と腹腔鏡下生検の有用性について

大阪医科大学産婦人科

○古形祐平(MD), 田中良道(MD), 芦原敬允(MD), 前田和也(MD), 藤原聡枝(MD), 田中智人(MD), 恒遠啓示(MD), 佐々木浩(MD), 寺井義人(MD), 大道正英(MD)

【目的】近年初回手術時に完全摘出が困難と予想される進行卵巣癌・腹膜癌症例に対する術前化学療法(NAC: Neo-adjuvant chemotherapy)の有用性(完全切除率の上昇や術期合併症の減少等)を示す前方視的研究が報告され始め、今後初回治療のオプションとして多くの施設で定着する事が予想される。しかし転移性卵巣腫瘍の画像診断の難しさや、腹水細胞診は必ずしも陽性とならない事から診断に苦慮する症例も存在する。今回腹腔鏡下生検の有用性と、腹水細胞診について検討した。

【方法】画像上進行卵巣癌・腹膜癌が疑われ、生検手術を施行した37例(腹腔鏡群28例, 試験開腹群9例)の画像, 組織型, 腹水細胞診, 手術時間, 出血量, 合併症, 治療開始までの日数を解析した。

【結果】腹腔鏡群/試験開腹群の成績は、平均手術時間85.7±29.1分/134.8±14.0分(P<0.01), 平均出血量13.8±23.2ml/374.5±574.6ml(P<0.01), 術後化学療法施行までの日数9.6±3.5日/14.5±6.6日(P<0.01)であり腹腔鏡群で有意に良好な成績が得られた。全37例中、腹水細胞診陰性は7例(漿液性腺癌4例, 粘液性腺癌2例, 類内膜腺癌1例), 疑陽性は5例あり、32.4%の症例は細胞診での診断が困難であった。また大量の腹水を認め術前画像でSSPCを疑い、腹腔鏡下生検により虫垂粘液性腺癌の卵巣転移と判明した症例が存在した。本症例は腹水細胞診陰性であり生検によりの確な診断が付き適切な治療を選択できた。

【結語】進行した症例でも腹水細胞診陽性率は67.6%に留まる。正確な診断, 低侵襲で術後早期の化学療法開始という観点や, NAC症例に対する腹水細胞診のみの診断の限界から, 腹腔鏡下生検を検討すべきと考える。

P-1-34 未治療漿液性腺癌の原発巣と播種巣の細胞像と発現マーカーの比較検討

日本医科大学統御機構診断病理学¹⁾, 日本医科大学付属病院病理部²⁾

○河本陽子(CT)¹⁾, 和田龍一(MD)¹⁾, 彭 為霞(MD)¹⁾, 手塚 潔(MT)¹⁾, 川原清子(MT)¹⁾, 恩田宗彦(MD)¹⁾, 遠藤陽子(MD)²⁾, 石井英昭(MD)²⁾, 内藤善哉(MD)¹⁾

卵巣・卵管に発生する漿液性腺癌は、low grade と high grade の癌があり、病態や治療効果に違いがある。今回、生前には原発不明癌とされ、未治療のまま亡くなられた卵管原発の漿液性腺癌の一例をもちい、原発巣と腹膜播種巣における組織像と細胞診像、そして治療関連分子の発現を比較検討した。症例は70歳代女性で、著明な腹水の貯留を認め、穿刺吸引細胞診で腺癌と診断されたが原発巣は特定されなかった。未治療のままの状態は悪化して亡くなり、剖検が行われた。剖検では、卵管原発の漿液性腺癌と診断され、腹腔に多数の播種巣を認めた。原発巣の組織と播種巣の捺印細胞診を用いて、組織像と細胞診像の比較と免疫による発現マーカーを比較した。その結果、原発巣は異型細胞が小胞巣状に増殖し、砂粒小体を伴う漿液性腺癌であった。播種巣の捺印細胞診では、大型異型細胞もしばしば見られる異型の強い細胞集塊が砂粒体と共に見られた。免疫染色では、CA125とPAX8が原発巣と播種巣共に陽性で、WT1は原発巣では陰性であったが、播種巣では陽性だった。TP53は原発巣で10%程度が陽性であったが、播種巣では80%と高い傾向があった。また、薬剤感受性に関わり幹細胞マーカーともされるABCG2の免疫染色を行ったところ、原発巣では、ほとんど陽性像が見られなかったが、播種巣では約10%の細胞が陽性を示した。以上のことから、播種巣は悪性度の高い癌細胞が病変を形成している可能性が考えられた。播種巣の捺印細胞診検体は、原発巣の組織型の推定のみならず、病態の理解や治療効果予測にも応用出来る可能性が考えられた。

P-1-35 卵巣明細胞腺癌の迅速診断における捺印細胞診の有用性

いわき市立総合磐城共立病院中央検査室¹⁾, いわき市立総合磐城共立病院病理科²⁾, いわき市立総合磐城共立病院産婦人科³⁾

○小野早苗(CT)¹⁾, 山崎一樹(CT)¹⁾, 池田 藍(CT)¹⁾, 小松香織(CT)¹⁾, 松本朋子(CT)¹⁾, 近藤宏徳(CT)¹⁾, 蛭田道子(CT)¹⁾, 浅野重之(MD)²⁾, 本多つよし(MD)³⁾, 西山 浩(MD)³⁾

【はじめに】卵巣の明細胞腺癌は組織学的に淡明で豊富な細胞質を有する腫瘍細胞や、hobnail細胞などを特徴とする上皮性悪性腫瘍である。術中迅速組織診断では鑑別診断に苦慮することも少なくないため、捺印細胞診が補助的診断として有用であるかを検討したので報告する。

【対象】2008年1月～2015年7月に、卵巣腫瘍摘出術が施行され組織学的に明細胞腺癌と診断された37例のうち、迅速診断と同時に捺印細胞診が施行された13例を対象とした。

【方法】組織標本は、腫瘍の組織パターンを充実型、乳頭型、腺管型および嚢胞型に分類し、さらに細胞質の明るい(clear)タイプと暗い(dark)タイプに分類した。また、迅速診断で鑑別困難であった症例の組織パターンを検討した。

捺印細胞診は集塊の出現形態や構成している腫瘍細胞を組織標本と比較検討した。

【結果】組織標本は複数の組織パターンが複雑に混在していた。細胞境界は細胞質(clear)タイプで明瞭、(dark)タイプで不明瞭であった。迅速診断で鑑別に苦慮した症例では、(dark)タイプが腫瘍細胞のほとんどを占め、hobnail細胞は出現していなかった。

捺印細胞診ではhobnail細胞の出現は少数であったが、多くの症例で細胞質淡明な腫瘍細胞がシート状や重積性集塊で出現していた。また、迅速組織標本中にはみられなかったパターンも出現しており、より多彩な細胞像であった。

【まとめ】卵巣明細胞腺癌の組織パターンおよび迅速診断における捺印細胞診の有用性について検討した。迅速組織標本では検索範囲が限られており、組織パターンが複雑な明細胞腺癌では特徴的な細胞が出現していない場合があり、捺印細胞診が補助的診断として有用であると考えられた。

P-1-36 卵巣原発明細胞境界悪性腫瘍の 1 症例

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⁾

○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⁾,
呉地 剛(CT)¹⁾

【はじめに】卵巣の明細胞腫瘍は、グリコーゲンに富む淡明な細胞質を示すか、またはわずかな細胞質と大型核を有して hobnail 状の形態をとる腫瘍細胞によって構成される。その大部分が悪性腫瘍である明細胞癌であるが、まれに境界悪性腫瘍や腺腫がある。今回、我々は明細胞境界悪性腫瘍と考えられた症例を経験したので報告する。

【症例】症例は 36 歳女性, 0G0P で, 既往歴に左卵巣腫瘍捻転で他院にて LSO を施行されている。今回は不妊症の治療目的で当院産婦人科外来を受診。子宮内膜ポリープ及び右卵巣に 5 cm 大の嚢腫及び 2 cm のチョコレート嚢腫と 2 cm の黄体嚢胞を指摘され, 腹腔鏡下で 5 cm 大の嚢腫のみ核出術を施行された。嚢胞壁の一部では最大 5 mm 大の小嚢胞が多数集簇していた。

【組織所見】嚢胞内容物は漿液性であったが, 嚢胞壁では扁平な細胞に覆われた部分と軽度核異型を有する hobnail 状細胞に覆われた部分が見られた。後者は, PAS 染色は一部陽性で, Napsin A の免疫染色は広範な陽性を示した。明らかな間質浸潤はなく, 明細胞境界悪性腫瘍と考えられた。

【細胞所見】腫瘍捺印標本では, 大小不同を示す類円形核と淡い胞体を有する細胞が軽度重積のある小集塊を形成していた。一部では hobnail 状細胞も見られた。腫瘍細胞は小型核小体を見るものの核異型やクロマチンの増量は軽度で, 悪性型に見られるような硝子様物質や特徴的な mirror ball pattern 像は見られなかった。

【まとめ】明細胞境界悪性腫瘍は, 通常の明細胞癌より異型が軽度で, 硝子様間質を欠き, 比較的平面的な配列を示すことから, 両者の鑑別は可能であると考えられた。

P-1-37 卵巣腫瘍捺印細胞診で卵巣原発移行上皮癌と考えられた 1 例

呉医療センター・中国がんセンター¹⁾, 同 病理診断科²⁾,
同 病院長³⁾

○友野勝幸(MD)¹⁾, 澤崎 隆(MD)¹⁾, 中村紘子(MD)¹⁾,
本田 裕(MD)¹⁾, 水之江知哉(MD)¹⁾, 西村俊直(CT)²⁾,
倉岡和矢(MD)²⁾, 谷山清巳(MD)³⁾

【緒言】卵巣原発の移行上皮癌は表層上皮性・間質性腫瘍に分類される。その発生頻度は稀で, 細胞像についての報告も少ない。今回我々は卵巣癌原発移行上皮癌の 1 例を経験し, 卵巣捺印細胞診から移行上皮癌を推定出来たので報告する。

【症例】60 歳代, 女性, 未経妊, 閉経 51 歳。検診にて少量の腹水と腫瘍マーカーの上昇を認め (CA125: 315U/ml), 骨盤部 MRI を実施するも特記異常を認めなかった。その 1 年半後に食欲不振, 胃痛を主訴に近医内科を受診した。上部消化管に異常所見を認めず, 便潜血も陰性であった。腹部超音波検査, 腹部 CT にて腹水貯留を認め, 左卵巣が 6 cm 大に腫大していたため, 当科紹介となった。当科での骨盤部 MRI で左卵巣に多房性嚢胞性腫瘍を認め, 多量の腹水貯留を伴っていた。腫瘍マーカーは CA125 が 1053U/ml, CA19-9 が 5471U/ml と上昇していた。卵巣原発の悪性腫瘍と考え, 開腹にて単純子宮全摘術と両側付属器切除術を実施した。迅速病理診断では移行上皮癌と腺癌が混在していた。卵巣捺印細胞診では軽度の炎症性背景に泡沫細胞が散見された。また多層化した異型移行 (尿路) 上皮細胞が乳頭状集塊で出現していた。核は腫大し, N/C 比が高く核中心性で核形不整や核クロマチンの増量がみられ, 移行上皮癌が考えられた。腹水細胞診では腺癌成分は確認できたが, 移行上皮癌の推定は困難であった。

【結論】今回, 捺印細胞診で卵巣原発の移行上皮癌を示唆する所見が確認出来た。捺印細胞診は比較的簡便に検体採取が可能であり, 病理組織診断の一助になると考えられた。

P-1-38 捺印細胞診で推定し得た卵巣癌肉腫の1例大阪医科大学婦人科腫瘍科¹⁾, 大阪医科大学病理学教室²⁾

○藤原聡枝(MD)¹⁾, 古形祐平(MD)¹⁾, 芦原敬允(MD)¹⁾, 田中良道(MD)¹⁾, 田中智人(MD)¹⁾, 恒遠啓示(MD)¹⁾, 寺井義人(MD)¹⁾, 山田隆司(MD)²⁾, 大道正英(MD)¹⁾

卵巣癌肉腫の発生頻度は、全卵巣悪性腫瘍の中で約1%と稀である。発生頻度の低さから、術前、術中の診断は困難である。今回、捺印細胞新から肉腫成分を含む卵巣悪性腫瘍と推定し得た1例を経験したので報告する。症例は68歳、腹部膨隆感を主訴に前医を受診し、骨盤内腫瘍の診断で当科紹介となった。MRI画像では、子宮の背側に骨盤内を占拠する多房性の1腫瘍を認め充実部を有することから卵巣悪性腫瘍を疑った。貧血とイレウス症状を呈し、保存的加療で軽快しないため開腹手術とした。腹腔内は血性腹水で充満し、右卵巣は小児頭大に腫大、被膜は自然破綻していた。周囲との癒着が強固であった残存なく右付属器を摘出した。術中迅速病理診断では、異型の強い腫瘍細胞が充実性に増殖し悪性腫瘍の診断は可能であったが、原発巣の推定、非上皮性成分の有無は困難であった。2期的に手術を行う方針とし閉腹した。摘出標本の捺印細胞診では、紡錘形の核異型を伴う腫瘍細胞が散見され肉腫成分を含む悪性腫瘍と推定された。組織像では、大部分が核異型の強い様々な形態の腫瘍細胞が錯綜し充実性の増殖していた。同部位は、vimentinが陽性、AE1/AE3が陰性であった。一方、一部に好酸性の細胞質をもつ腫瘍細胞が敷石状に増殖する扁平上皮癌の成分を認め、卵巣原発の癌肉腫と診断した。再開腹のうえ子宮、左付属器摘出、大網全摘、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を行った。傍大動脈リンパ節に転移を認め、現在術後補助療法中である。本疾患は術中診断が困難であったが、組織診に捺印細胞診を加えることでより正確な診断が可能となると考えた。

P-2-1 再発を繰り返した卵巣癌肉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附属第三病院産婦人科

○上井美里(MD), 黒田 浩(MD), 武藤美紀(MD), 後藤ちひろ(MD), 田中昌哉(MD), 佐藤琢磨(MD), 關 壽之(MD), 森本恵爾(MD), 柳田 聡(MD), 磯西成治(MD)

卵巣癌肉腫は全卵巣癌の1~2%程度を占める疾患であり予後不良と考えられている。今回我々は再発を繰り返す卵巣癌肉腫に対して手術療法と化学療法を行う中で腹水細胞診の細胞像に変化を認めた症例を経験したので報告する。症例は64歳1経妊1経産。腹部膨満感を主訴に近医を受診、卵巣腫瘍を指摘され当院紹介受診となった。当院精査により卵巣悪性腫瘍を疑い、手術を施行した。腫瘍は左卵巣を中心に存在し右腸骨窩、腹腔内に播種像を認め、左卵巣腫瘍摘出術、大網切除術、右腸骨窩腫瘍摘出術を施行した。摘出標本の病理診断は carcinosarcoma pT3cNxM1(胸水 classV)で、卵巣癌肉腫 IVA 期となった。術中腹水細胞診では N/C 比が高く、明瞭な核小体と核不整を示す異型細胞が重積する集塊を認め、腺癌と診断した。後療法として ddTC 療法を施行、4 コース終了後、IDS(単純子宮全摘術、右付属器摘出術、大網切除、後腹膜腫瘍摘出)を施行、残存腫瘍を認めなかった。病理検査では carcinosarcoma であったが上皮性成分はわずかに認めるのみであった。腹水細胞診では前回認めた腺癌は認めず、核の腫大、クロマチン増加を示す著明な核異型のある細胞を認め孤立性の肉腫成分のみを認めた。術後の ddTC 療法施行中に(6 コース後)の CT にて骨盤内再発を認め、再度手術(右後腹膜腫瘍摘出術、小腸部分切除)を施行、残存腫瘍を認めなかった。摘出検体の病理では肉腫成分のみであり、腹水細胞診では classIII であった。ddTC 療法にて癌成分が消失し、肉腫成分のみが再発したと考え GD 療法を 6 コース施行、現在経過観察中である。

P-2-2 卵巣ステロイド細胞腫瘍の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
歯学総合研究科病理学分野²⁾

○窪田恵美(CT)¹⁾, 西田ゆかり(CT)¹⁾,
竹下かおり(CT)¹⁾, 田中和彦(CT)¹⁾, 後藤優子(MD)²⁾,
北園育美(MD)²⁾, 平木 翼(MD)²⁾, 東美智代(MD)¹⁾,
畑中一仁(MD)²⁾

【はじめに】卵巣ステロイド細胞腫瘍は全卵巣腫瘍の約0.1%と稀な腫瘍で、発生部位や Reinke 結晶の有無により間質性黄体腫、ライディッヒ細胞腫瘍に分類されるが、これらの同定は困難なことが多い。今回、我々は卵巣ステロイド細胞腫瘍を経験したので、その捺印細胞像を中心に報告する。

【症例】70代女性。7経妊4経産。C型慢性肝炎の経過観察中に右卵巣腫瘍を認め、臨床的に悪性が疑われたため摘出術が施行された。

【細胞所見】血性背景に、腫瘍細胞が孤立散在性から小集塊状に出現していた。Papanicolaou 染色で腫瘍細胞は好酸性で淡い泡沫状の細胞質と類円形核を有しており、N/C比は低く、一部に核の軽度大小不同を認めるが核形不整は乏しかった。微細顆粒状クロマチンが均等に分布し、明瞭な核小体を認めた。Reinke 結晶は認めなかった。Giemsa 染色で細胞質に小空隙を認めた。

【組織所見】4×2×2 cmの淡黄褐色調の充実性腫瘍で、円形から多辺形の豊富な胞体を有する腫瘍細胞が充実に増殖し、大小の胞巣状構造を呈していた。胞体は淡好酸性で、泡沫状の脂質が豊富な胞体も認められた。一部に出血がみられたが、核異型は目立たず、壊死や核分裂像も認められなかった。免疫組織化学ではα-inhibin および calretinin 陽性であった。なお、Reinke 結晶は確認できず、hyperthecosis もみられなかった。

【まとめ】男性化等の症状と本例のような腫瘍細胞の単調な出現から捺印細胞診での鑑別は可能と考えるが、無症状の場合には顆粒膜細胞腫、明細胞腺癌、転移性癌などが鑑別として挙げられ、出現様式、核所見、臨床情報の把握が重要である。

P-2-3 卵巣原発 Steroid cell tumor の一例

岩手医科大学医学部産婦人科学講座¹⁾, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²⁾

○菅安寿子(MD)^{1,2)}, 石田和之(MD)²⁾, 山田範幸(CT)²⁾,
小見英夫(MD)¹⁾, 本田達也(MD)¹⁾, 庄子忠宏(MD)¹⁾,
三浦史晴(MD)¹⁾, 板持広明(MD)¹⁾, 菅井 有(MD)²⁾,
杉山 徹(MD)¹⁾

【はじめに】卵巣原発 Steroid cell tumor は、間質性黄体腫、Leydig cell tumor、Steroid cell tumor, not otherwise specified (SCT-NOS) に分類される。SCT-NOS は卵巣腫瘍の0.1%未満と非常にまれな腫瘍であり、間質性黄体腫や Leydig cell tumor と比較して悪性の臨床経過をたどることが多い。今回卵巣原発 SCT-NOS の1例を経験したので報告する。

【症例】80歳女性。3経妊3経産。閉経54歳。骨盤内腫瘍の加療目的で当科に紹介となった。経腔超音波検査およびMRI検査で、左付属器領域に直径15 cmの充実性腫瘍を認めた。血清腫瘍マーカー検査では、CA125: 227.5 U/ml および CA19-9: 46.8 U/ml が高値であった。卵巣癌を疑い両側付属器摘出術、単純子宮全摘出術を施行した。現在、外来にて経過観察中である。

【細胞所見】腫瘍捺印細胞診では、壊死性背景に類円形の細胞が規則的な配列を呈して出現していた。核は類円形で異型に乏しく、N/C比は低かった。

【組織所見】円形で好酸性の細胞質を有した細胞が充実に増殖し、広範囲に出血と壊死を伴っていた。腫瘍細胞の核異型は軽度で2個/10HPFの核分裂像を認めた。

Reinke 結晶はみられず、免疫組織化学では Ad4BP/SF-1, α-inhibin, カルレチニンが陽性であった。以上の所見から、卵巣原発 SCT-NOS と診断した。

【考察】SCT-NOS の予後不良因子として腫瘍径7 cm以上、核分裂像2個以上/10HPF、壊死と出血、核異型などが挙げられている。本症例ではこのうち3項目が当てはまることから、慎重な経過観察が必要と考えられた。

P-2-4 血中テストステロンが高値を示した steroid cell tumor の 1 例

佐々木研究所附属杏雲堂病院検査科病理診断科¹⁾, 佐々木研究所附属杏雲堂病院婦人科²⁾, 大森赤十字病院検査部³⁾

○森田有香(CT)¹⁾, 小瀬木輪子(CT)¹⁾, 岩屋啓一(MD)¹⁾, 馬屋原裕子(CT)¹⁾, 高杉ゆかり(MT)¹⁾, 山口乃里子(MD)²⁾, 菊池良子(MD)²⁾, 三宅清彦(MD)²⁾, 坂本穆彦(MD)³⁾, 坂本 優(MD)²⁾

テストステロンを産生する稀な卵巣腫瘍を経験したので、その細胞像を中心に報告する。症例は 30 歳、主訴は無月経。平成 21 年より月経維持のために内服治療（女性ホルモン剤）を行った。この頃より声が低くなり、時折声が掠れることを自覚していたが、外性器には異常を認めなかった。画像診断にて左卵巣に 4 cm の嚢胞を認めたものの、患者の希望により経過を観察していた。平成 25 年に左卵巣病変が 10 cm の充実性腫瘍へと増大したため、手術適応となった。妊娠・出産歴はなく、既往歴に特記事項はない。術前の血液検査ではテストステロンが 35.3 ng/mL と高値を示していた。開腹手術にて左卵巣に充実性腫瘍がみられ、断面は黄褐色で不均一、腫瘍内には出血がみられた。捺印細胞診では、細胞質が豊富で淡い細胞が孤立散在性や間質結合織を有する細胞境界不明瞭な集塊でみられた。裸核状の細胞や細胞質に好酸性顆粒を有する細胞もあった。核は円～類円形で不整や核縁肥厚はなく、粗顆粒状の核クロマチンが均等に分布し、円形で腫大した核小体が 1～数個みられた。一部の細胞では著しい核の大小不同や核内封入体が認められた。組織学的には、腫瘍は充実性あるいは胞巣状に増殖し、明らかな腺管構造を認めなかった。腫瘍細胞は比較的豊富な胞体内に弱好酸性の顆粒を認めた。Steroid cell tumor, NOS と診断された。術後より血中テストステロン値は正常化し、約 2 年が経過した平成 27 年 12 月現在、明らかな再発の兆候はない。Steroid cell tumor, NOS は全卵巣腫瘍の 0.1% に満たない。その細胞所見は他の sex cord stromal tumor に共通する特徴を有し、核異型の強い腫瘍細胞の存在から悪性と断定しないことが肝要と考えられた。

P-2-5 腹腔内播種を伴う卵巣ステロイド細胞腫瘍の一例

獨協医科大学産科婦人科¹⁾, 獨協医科大学病理部²⁾, 獨協医科大学病理診断科³⁾, 獨協医科大学形態病理⁴⁾

○長谷川清志(MD)¹⁾, 高橋佳容子(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⁾, 加藤 輝(CT)²⁾, 山岸秀嗣(MD)³⁾, 今井康雄(MD)³⁾, 小島 勝(MD)⁴⁾

卵巣ステロイド細胞腫瘍は全卵巣腫瘍の 0.1% とされるが、今回、腹腔内播種を伴う症例を経験したので報告する。

【症例】40 歳、2 経妊 2 経産。右卵巣腫瘍にて紹介受診となった。MRI では 53x40 mm 大の内部がほぼ均一な充実性腫瘍で、T2 強調像で淡い高信号を示し、均一の造影効果を示した。同様な所見を示す 38x15 mm の腫瘍が直腸右側に認められた。E2: 425.5 (pg/ml) と高値であった。開腹所見は、腹水は淡血性少量で、膀胱子宮窩にも 5 mm の播種病変を認めた。術中迅速病理診断では small round cell tumor (悪性) とされ、子宮全摘出術、両側付属器切除術、大網切除術、播種巣切除術および骨盤リンパ節生検を施行した。腫瘍断面は黄白色で出血・壊死はほとんどなかった。

【腹水細胞診】核クロマチンは微細であるが核縁の軽度肥厚があり、偏在核や多核の異型細胞が重積性の少ない集塊状や散在性に多数出現していた。核小体は著明で、巨大核やカニバリズム様所見も認められ、悪性と判断された。

【病理組織所見】右卵巣腫瘍および播種巣ともに強い好酸性胞体、一部淡明な胞体の大型類円形細胞が結節状のパターンをとって増生する腫瘍で、一部に顕微鏡的壊死を認めた。小型核小体を有し、軽度の核異型を有するも、核分裂像は 10 視野中 2 個以下であった。Reinke 結晶(-), MIB-1: 5-6%, vimentin, calretinin, α -inhibin, CD99 陽性で、CK18, S-100, HMB-45, Melan-A 陰性であった。以上より性索間質性腫瘍、中でもステロイド細胞腫瘍が最も考えられた。

【まとめ】腹水細胞像はやや多彩で異型を有する腫瘍細胞が極めて多数出現しており、本症例の臨床的悪性所見を反映しているものと思われた。

P-2-6 捺印細胞診で卵黄囊腫瘍成分が推定された卵巣混合型胚細胞腫瘍の1例

岩手医科大学医学部産婦人科¹⁾, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²⁾

○佐藤誠也(MD)¹⁾, 板持広明(MD)¹⁾, 佐藤彩佳(CT)²⁾, 永沢崇幸(MD)¹⁾, 利部正裕(MD)¹⁾, 千葉淳美(MD)¹⁾, 竹内 聡(MD)¹⁾, 上杉憲幸(MD)²⁾, 菅井 有(MD)²⁾, 杉山 徹(MD)¹⁾

【症例】24歳女性, 未経産. 骨盤内腫瘍の診断で近医にて手術予定であった. 数日間持続する下腹痛を主訴に当科を受診した. 骨盤MRIおよびCT検査で, 著明な腹水と骨盤内に径12cmの石灰化を伴う分葉状囊胞性腫瘍, 腹腔内播種病変, 傍大動脈リンパ節腫大を認めた. 血清腫瘍マーカー検査では, AFP: 48202 ng/ml (≤ 7.0), CA125: 285.6 U/ml (≤ 30.4) および CA19-9: 70.7 U/ml (≤ 37.6) が高値で, LDH と HCG は正常範囲内であった. 3週後に開腹手術を施行した. 多量の血性腹水と新生児頭大の左卵巣腫瘍を認めた. また, 膀胱子宮窩, ダグラス窩, 肝表面および大網2cmを超える多数の播種病変がみられ, 傍大動脈リンパ節は母指頭大に腫大していた. 妊孕性の温存を考慮し, 左付属器摘出術, 大網部分切除術および可及的に播種病変の摘出術を施行した.

【腫瘍捺印細胞像】壊死性背景に, 比較的大型で核の大小不同, 核クロマチンの増量, 大型の核小体を伴う腺癌様細胞が出現していた. 細胞質は不明瞭で, 類洞様構造を形成していた. 硝子様小球もみられ卵黄囊腫瘍を推定した.

【術中迅速組織診】低円柱状細胞が類洞様に配列し, Schiller-Duval 小体を形成していた.

術後組織診では, 皮膚, 神経, 軟骨成分も確認され混合型胚細胞腫瘍(卵黄囊腫瘍および成熟奇形腫)と診断した. 術後にプレオマイシン, エトポシド, シスプラチン併用療法を4サイクル施行した. 現在, パクリタキセル, イホスファミド, シスプラチン併用療法を追加中である.

【まとめ】卵巣混合型胚細胞腫瘍の1例を経験した. 捺印細胞診が, 卵黄囊腫瘍の組織型推定の一助となることが再確認された.

P-2-7 子宮内膜細胞診が診断の契機となった早期卵巣癌の1例

がん研有明病院婦人科¹⁾, がん研有明病院病理部²⁾

○松浦基樹(MD)¹⁾, 的田真紀(MD)¹⁾, 金尾祐之(MD)¹⁾, 野村秀高(MD)¹⁾, 岡本三四郎(MD)¹⁾, 近藤英司(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾, 高澤 豊(MD)²⁾, 竹島信宏(MD)¹⁾

【目的】卵巣癌は進行癌の状態で見られることが多いが, 今回我々は無症状であったが定期診察の子宮内膜細胞診で卵巣癌を疑われ, 手術により診断が確定された1例を経験したので報告する.

【症例】54歳, 女性, 0経妊, 閉経は47歳. 近医の検診にて子宮頸部細胞診AGC, 内膜細胞診陽性と診断され当科紹介となる. MRIでは子宮内膜肥厚や卵巣腫大を認めず, PET/CTでも骨盤内に異常集積は認めなかった. 腫瘍マーカーはCA125が10.8, CA19-9は41.1と軽度上昇を認めた. 子宮頸部細胞診は頸部成分には異型を認めなかったが内膜細胞診で見られる悪性細胞に類似した異型細胞を認めた. 子宮内膜細胞診では小~中型悪性細胞が小型の集塊で出現し, 内膜成分には異型は認めず, 卵管癌や卵巣癌など子宮外悪性腫瘍が推定された. 術前の内膜組織診では萎縮した内膜組織のみで腫瘍性変化は見られなかった. 画像上は卵巣, 卵管に異常所見を認めなかったが, 上記の細胞診所見より悪性を強く疑い腹腔鏡下子宮全摘, 両側付属器摘出術を施行した. 術後病理組織診では, 肉眼的には著変を認めず, 右卵巣表面近くに充実性胞巣状, 一部管状, 乳頭状をなして増殖, 浸潤する腫瘍を認め, 卵巣表面への露出を認めた. 右卵管采にも上皮内癌を認めた. 子宮内膜には腫瘍を認めず, 腹水細胞診も陰性であり卵巣癌pT1cNxM0と診断された.

【結論】卵巣癌の無症状での早期発見は難しいと考えられるが, 今回の症例のように画像上は異常所見を認めない場合でも, 子宮内膜細胞診が診断の契機になることもあり, 内膜細胞診は重要な検査である.

P-2-8 原発性腹膜癌が疑われる症例に対する治療前細胞診の意義

神奈川県立がんセンター婦人科

○八代 (川野) 藍子(MD), 今井一章(MD),
中西一步(MD), 井浦文香(MD), 近内勝幸(MD),
小野瀬亮(MD), 加藤久盛(MD)

【目的】 原発性腹膜癌が疑われる症例に対する, 治療前子宮内膜吸引細胞診および穿刺腹水・胸水細胞診の意義について検討する.

【方法】 2009年1月~2014年12月に当院で初回治療を行った原発性腹膜癌16例のうち, 鼠径ヘルニア術摘出検体で偶発的に診断された1例と, 鎖骨リンパ節転移の生検より診断された1例を除く13例を対象とし, 子宮内膜吸引細胞診, 穿刺腹水・胸水細胞診が治療開始前診断に寄与したかについて検討した.

【結果】 子宮内膜吸引細胞診は全例で施行され, 4例で陽性(腺癌), 1例で偽陽性の診断であった. 特に陽性であったうちの1例は, 無症状検診で異常が指摘されたことが本疾患診断の契機となった症例であった. 穿刺腹水・胸水細胞診は9例で行われ, 3例ではセルブロックによる免疫染色が行われていた. 全例CD7陽性, CK20・TTF-1・CDX-2・カルレチニン陰性であった. 細胞診結果で悪性が確定し, 術前化学療法(NAC)を行ったのは10例(76.9%)であった.

【総括】 近年初回手術でoptimal surgeryが不可能と予想される進行卵巣癌に対する, NAC+interval debulking surgeryという治療法の妥当性が評価されており, 治療前診断の重要性は高まっている. 可能であれば病理組織診断を行うべきではあるが, 原発性腹膜癌は診断時腹水・胸水貯留に伴い全身状態が不良な場合も多く, より非侵襲的な細胞診による術前診断を行うことの意義は高いと考えられる. 画像検査に加え, 胸水細胞診のセルブロック免疫染色の結果と子宮内膜吸引細胞診結果を総合的に判断することで腹膜癌の診断に至った症例もあり, 原発性腹膜癌が疑われる場合は, 子宮内膜吸引細胞診も積極的に行うべきであると考えられた.

P-2-9 子宮頸部細胞診, 子宮内膜細胞診が発見の契機となる診断が困難であった卵管癌の1例

大阪市立大学医学部産婦人科¹⁾, 大阪市立総合医療センター²⁾

○笠井真理(MD)¹⁾, 村上 誠(MD)¹⁾, 市村友季(MD)¹⁾,
角 俊幸(MD)¹⁾, 川村直樹(MD)²⁾

原発性卵管癌の術前診断は困難なことが多く子宮頸部・内膜細胞診が診断に有用であると報告が散見される. 今回, 子宮頸部・内膜細胞診ともに異常を指摘されたが診断に苦慮した早期卵管癌の1例を経験した. 症例は50歳台, 閉経後, 2経妊2経産, 非定型抗酸菌症と虫垂炎の既往があった. 子宮筋腫のフォロー中検診目的に施行した子宮頸部細胞でadenocarcinoma, 内膜細胞診でpositiveの判定であったため精査目的に紹介となった. いずれも同様の所見で, 類円形細胞の小集塊が散在し, N/C比は高く, 核は類円形で辺縁不正, 細~粗顆粒状のクロマチンがびまん状に増加し核小体が目立った. コルポ所見は異常なく, 内膜組織診は悪性所見を認めなかった. 超音波検査にて子宮筋腫を認めた他異常所見は認めなかった. 子宮鏡検査を施行したが頸管内膜・体部内膜に肥厚や不整は認めず, 分別組織診を施行したが異常は指摘されなかった. 卵管癌の可能性も念頭に慎重に経過観察とした. 3か月後, 子宮頸部細胞診でadenocarcinoma; 核が腫大し, 核の偏在と核小体が目立つクロマチンの増加した異型細胞集塊を認めた. 内膜組織診では大型で不整な核小体の目立つ異型細胞の乳頭状配列を認め腺癌と診断された. 超音波検査・MRI検査で異常所見は認めなかった. 子宮内膜癌の術前診断で手術を施行した. 腹水を少量認めたが腹膜播種病変はなく, 子宮内膜は薄く, 両側付属器に異常は認めなかった. 顕微鏡下に右卵管采に10×5mmの病巣が確認でき, 漿液性癌Grade2, 原発性卵管癌と診断した. 子宮頸部・内膜組織診にて異常が得られなかった場合は画像検査で確認できない早期の卵管癌の存在を念頭においた診断目的の手術が考慮される.

P-2-10 肛門管癌からの広汎な Pagetoid spread を認めた1例

がん研有明病院婦人科¹⁾, 市立長浜病院産婦人科²⁾, がん研有明病院細胞診断部³⁾, がん研有明病院病理部⁴⁾

○高橋顕雅(MD)^{1,2)}, 金尾祐之(MD)¹⁾, 長島 稔(MD)¹⁾, 野村秀高(MD)¹⁾, 的田真紀(MD)¹⁾, 近藤英司(MD)¹⁾, 宇津木久仁子(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)³⁾, 高澤 豊(MD)⁴⁾, 竹島信宏(MD)¹⁾

【はじめに】 Pagetoid spread とは直腸や肛門管の腺癌が連続的に肛門周囲の表皮に進展して生じるまれな病態である。肛門管癌から外陰部にかけて広汎に Pagetoid spread を認めた症例を経験したので、細胞所見を中心に報告する。

【症例】 82歳, 2経妊2経産。数年前より外陰部, 陰核部の搔痒感を認めていた。近医を受診し, 外陰 Paget 病の診断で紹介となった。紅斑は外陰部, 尿道口, 膣, 肛門部と広汎に認めており, 外陰擦過細胞診, mapping biopsy を施行し, 肛門部で断端陽性であった。大腸内視鏡検査にて肛門ポリープを認め, 生検組織で腺癌であった。肛門管癌の Pagetoid spread と診断し, 広汎外陰切除, 骨盤内臓全摘術を施行し, 回腸導管及び人工肛門造設, 鼠径皮弁形成術を行った。

【細胞診所見】 過角化した扁平上皮細胞を伴い, 核小体が1~数個の明瞭な異型の目立つ腫瘍細胞が小集塊状~孤立性に出現していた。一部で核が偏在している腫瘍細胞も認め, 腺腔構造を呈する集塊も認められた。

【組織診所見】 肛門管の大型の不整な管状構造を示す高分化型腺癌が認められ, 腫大異型核を有する細胞が配列の乱れを伴い増殖していた。腫大核と弱好塩基性を示す比較的広い胞体を有する異型細胞が, 散在性あるいは胞巣をなして, 外陰部上皮内に Pagetoid spread していた。腫瘍細胞は CK7 陰性, CK20 陽性, cdx2 陽性であり, 結腸原発と考えた。

【考察】 臨床的には外陰 Paget 病であったが, 細胞診では Paget 細胞より腺癌細胞を疑う所見であり, 肛門管癌からの Pagetoid spread を示唆していたものと考えられる。採取細胞数が少ないなどの問題もあるが, より早期に発見するには注意深い観察が必要であると考えられた。

P-2-11 外陰部異所性乳腺組織から発生した腺癌の1例

がん研有明病院婦人科¹⁾, 市立長浜病院産婦人科²⁾, がん研有明病院細胞診断部³⁾, がん研有明病院病理部⁴⁾

○長島 稔(MD)¹⁾, 高橋顕雅(MD)^{1,2)}, 的田真紀(MD)¹⁾, 岡本三四郎(MD)¹⁾, 金尾祐之(MD)¹⁾, 近藤英司(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)³⁾, 高澤 豊(MD)⁴⁾, 竹島信宏(MD)¹⁾

【はじめに】 異所性乳腺は腋窩から鼠径に至る primitive milk line に発生し 1~2% に認める。異所性乳腺から発生する癌腫の発生頻度は乳癌全体の 0.2~0.6% と稀である。発生部位は腋窩が多く, 外陰部は稀である。外陰部異所性乳腺から発生したと考えられる腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】 69歳, 2経妊2経産。10年前より外陰部腫瘤を自覚。増大傾向のため近医を受診。外陰癌の疑いにて当院紹介。左外陰部に 3 cm 大の表面不整な病変を認めた。外陰擦過細胞診では好中球や異型のない扁平上皮細胞を背景に細胞質は淡く核偏在性で, 核小体の目立つ異型細胞が不規則配列および重積性を示す集塊状に出現しており, 腺癌が推定された。外陰部組織診では好酸性の豊かな胞体を有する異型細胞が篩状構造を示して浸潤性増殖する腺癌を認めた。画像検査で両側鼠径リンパ節転移, 左閉鎖リンパ節転移, 左恥骨下枝及び両側腸骨転移を認め, 外陰癌 4b 期(T1bN1M1)の診断となった。腺癌であったため, 局所病変に対して単純外陰切除を施行後, 同時化学放射線療法を施行した。術後病理診断は浸潤性乳管癌に類似する腫瘍であったが, 異所性乳腺組織は確認できなかった。免疫染色では EMA(+), Androgen R(+), GCDFP15(+), p63(-), ER(-), PgR(-), HER2 score1 であった。

【まとめ】 本症例は外陰部に発生した浸潤性乳管癌に類似する腫瘍であり, 外陰部異所性乳腺組織が発生母地として考えられた。

P-2-12 急激な転帰を辿った外陰 epithelioid sarcoma の 1 例

愛知県がんセンター中央病院婦人科部

○宇野あす香(MD), 清水裕介(MD), 森 正彦(MD),
近藤紳司(MD), 水野美香(MD)

【緒言】外陰の epithelioid sarcoma は非常に稀な疾患である。当院で経験した本疾患を若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】40代女性。特記すべき既往歴なし。外陰部腫瘍を医療機関で1年間以上経過観察。増大傾向を示すため、異所性子宮内膜症性嚢胞を疑い、摘出術が行われたが一部残存。病理結果 epithelioid sarcoma にて、術後6週間後、当院へ紹介。初診時、外陰部創部瘢痕に一致して、小結節あり。

【病理組織像】初回摘出標本 HE 染色；核小体名称でクロマチンの乏しい淡明な核をもつ大型異型細胞が充実性に増殖。好酸性の胞体をもつラブドイド細胞が散見。免疫組織学的染色；Cytokeratin (陽性+)、CD99 (+)、Actin (+)、ER (+)、CD34 (陰性-)、INI1/SMARCB1 の発現消失。

【臨床経過】初診1か月後、外陰に再度5cmの腫瘍と周辺に小結節を認め、疼痛を伴うため、急遽、外陰腫瘍摘出術を行った。その2か月後に、左鼠径リンパ節が2cm大に増大し廓清を行うも、同部位に急速に腫瘍が大腿動静脈を巻き込み、皮膚表面に突出した6cmの増大をきたした。疼痛と浮腫を伴うため、緊急入院、外腸骨動～大腿動静脈、皮膚、筋肉と合併腫瘍切除を施行。術後照射を開始したが、術後2か月で局所および、肺転移、血清胸水貯留をきたし、その後死亡に至った。

【考察】外陰腫瘍の確認後の経過は長い、増大後、急激に進行した本疾患を経験した。文献的には、他の肉腫と比較して、局所再発やリンパ節転移が多いことが報告されているが、臨床的には進行が緩徐であるとも言われている。一方、ラブドイド細胞を伴うものは予後不良であるとも言われている。外陰腫瘍の診断、観察に稀な疾患も含め留意したい。

P-2-13 外陰部乳腺様腺癌の一例

杏林大学医学部付属病院産婦人科¹⁾, 杏林大学医学部付属病院病理学教室²⁾

○渋谷英里子(MD)¹⁾, 西ヶ谷順子(MD)¹⁾,
長内喜代乃(MD)¹⁾, 澁谷裕美(MD)¹⁾, 百村麻衣(MD)¹⁾,
松本浩範(MD)¹⁾, 小林陽一(MD)¹⁾, 岩下光利(MD)¹⁾,
坂本憲彦(CT)²⁾, 望月 眞(MD)²⁾

【緒言】外陰部腺癌は外陰癌の約4%と稀な疾患であり、中でも乳腺様腺癌は極めて稀である。発生源は2つの説が言われており、Van der Putte らが提唱する説では、外陰部皮膚には乳頭腺様腺 (mammary-like gland) が存在し、同部位から発生する癌を乳腺様腺癌とし、組織学的に乳癌と類似する。今回我々は外陰部乳腺様腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】77歳女性、2経妊2経産、47歳閉経。1年前より続く外陰部腫瘍感のため前医受診。潰瘍を伴う外陰部腫瘍を認め、精査のため当院紹介となる。病巣は右外陰部に4cm大の潰瘍形成を伴う腫瘍であり、外陰部擦過細胞診はclassV、腺癌疑いであった。組織診では核異型の高度な大型類円形細胞が大小の胞巣を形成して増殖浸潤し、外陰表皮にも浸潤し潰瘍形成するとともに、表皮内にパジェット類似の微小胞巣を形成していた。免疫染色はBRST1陽性、CEA陽性であり、外陰部の皮膚付属器原発の腺癌の診断であった。腫瘍マーカーに異常は認めなかった。MRI及びCTでは右鼠径リンパ節転移を疑う所見を認めるも、乳房を始めとする他の部位には異常がみられなかった。外陰癌IIIB期(FIGO)と判断し、診断確定のため単純外陰切除術を施行。HE染色では腫瘍は真皮を中心に増殖し、好酸性の胞体を持つ異型細胞の充実胞巣状から索状、一部腺管状の増殖を示していた。皮下脂肪や表皮に浸潤しており、一部は表皮内でパジェット様に拡がっていた。以上より外陰部パジェット病の関連する癌が疑われ、外陰部乳腺様腺癌と診断とした。術後放射線治療を施行し、現在外来にて経過観察中である。

P-2-14 捺印細胞診標本を用いた肺癌 EGFR 遺伝子変異検査の検討

綾部市立病院医療技術部臨床検査科病理¹⁾, 京都府立医科大学附属病院病理部²⁾

○山口直則(CT)¹⁾, 松居由香(CT)¹⁾, 岸本光夫(MD)²⁾

【はじめに】肺癌における Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) 遺伝子変異検査は, チロシンキナーゼ型受容体を標的とした分子標的治療薬の使用適否の判断に必須となっている。材料の多くはホルマリン固定パラフィン包埋 (FFPE) が用いられているが, DNA の断片化や微量検体における偽陰性化などが影響する。今回, EGFR 遺伝子変異検査における捺印細胞診標本の有用性について検討したので報告する。

【対象と方法】2014 年 7 月～2015 年 6 月に当病院にて外科的切除された FFPE 標本と術中迅速時の生検捺印細胞診標本各々から EGFR 遺伝子変異検査が実施できた 18 例中, 変異を検出した 11 例を対象とした。それぞれについて変異の有無, 変異の割合, DNA 濃度とリアルタイム PCR を用いたゲノム定量について比較検討した。遺伝子変異検査は遺伝子解析装置 i-densy IS-5320 (アークレイ) を使用した。

【結果】標本間での変異検出の有無に差はなくすべて一致した。変異領域はエクソン 21 L858R が 6 例, エクソン 19 欠失変異が 5 例であり, 標本間ですべて一致した。変異の割合は捺印細胞診標本が高い傾向にあり, 一方 DNA 濃度は低い傾向にあった。ゲノム定量の結果, DNA のクオリティーは捺印細胞診標本が高い傾向にあった。

【考察】捺印細胞診標本は FFPE 標本に比較して変異含有率が高く, より低い DNA 濃度でも検査が可能である。また, 捺印細胞診は腫瘍細胞の選択的回収に優れた手法であり, その DNA は断片化や分解が少なく, 高いクオリティーであることが示唆された。過固定あるいは腫瘍比率の低い生検 FFPE 標本の代用としてアルコール固定を基本とした捺印細胞診標本を EGFR 遺伝子変異検査に活用することがより有用であると考えられた。

P-2-15 経気管支細胞診における擦過ブラシ洗浄液, 気管支洗浄液採取に意義はあるのか

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⁾, 東京通信病院病理部³⁾, 日本医科大学病理学講座⁴⁾

○神山慶也(CT)¹⁾, 齋藤嘉奈子(CT)¹⁾, 横浜一樹(CT)¹⁾, 渡邊 学(CT)¹⁾, 篠原令子(CT)¹⁾, 小川真紀(MD)^{1,4)}, 二階堂孝(MD)²⁾, 岸田由起子(MD)^{3,4)}, 田村浩一(MD)^{3,4)}, 横山宗伯(MD)¹⁾

【はじめに】当院に対し社会保険診療報酬基金から, 経気管支細胞診時に気管支擦過細胞診に付随した形で行われる擦過ブラシ洗浄液, 気管支洗浄液の診断的意義はあるのかという問いがあったので以下の検討を行った。

【対象・方法】当院で 2008.4 月～2014.1 月までに提出された経気管支細胞診 (気管支擦過, 擦過ブラシ洗浄液, 気管支洗浄液) について異型細胞の出現のばらつきを調べた。疑陽性以上を陽性とし, 気管支擦過のみ陽性, 気管支擦過と擦過ブラシ洗浄液が陽性, 気管支擦過と気管支洗浄液が陽性, すべて陽性, 擦過ブラシ洗浄液のみ陽性, 擦過ブラシ洗浄液と気管支洗浄液が陽性, 気管支洗浄液のみ陽性, すべて陰性の 8 通りについて検討した。

【結果】気管支擦過細胞診のみで判断すると 9.2% を見逃し, 擦過ブラシ洗浄液, 気管支洗浄液のみで判断すると 15.2% を見逃すという結果となった。また, 擦過細胞診と擦過ブラシ洗浄液・気管支洗浄液の一致率は 75.6% であった。

【結語】採取法の特長からだけでなく異型細胞の検出率からも擦過ブラシ洗浄液, 気管支洗浄液細胞診は偽陰性を少なくするために必要な検査であると考えられた。

P-2-16 手術捺印標本における肺腺癌及び扁平上皮癌の細胞像

東京女子医科大学八千代医療センター医療技術部臨床検査室¹⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター呼吸器外科²⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科³⁾

○角奈美子(CT)¹⁾, 今野辰郎(CT)¹⁾, 高橋昌樹(CT)¹⁾, 末澤亜紀(CT)¹⁾, 南部周平(MT)¹⁾, 黄英哲(MD)²⁾, 関根康雄(MD)²⁾, 増永敦子(MD)³⁾, 廣島健三(MD)³⁾

【はじめに】非小細胞癌は手術可能例では切除を行い必要に応じて抗癌剤が追加されるが実際には切除不能で化学療法が治療の主体となる場合が多い。今回我々は新規抗癌剤治療選択において必須となった腺癌と扁平上皮癌の鑑別について細胞学的に検討したので報告する。

【方法】当院での2014年肺癌手術例の中から腺癌57例, 扁平上皮癌20例の腫瘍捺印標本の細胞像を1. 壊死の有無, 2. 集塊の構造(腺腔構造, 乳頭状, 流れ状, 集塊辺縁の引き伸ばし, 集塊辺縁の扁平化), 3. 細胞所見(核の位置, 核の大小不同, クロマチン顆粒状・粗顆粒状・濃縮状, 非常に明瞭な核小体, 泡沫状の細胞質, 均質な細胞質, 角化, 細胞質内空胞)について検討した。

【結果】1. 壊死(腺癌24%/扁平上皮癌95%), 2. 構造(腺腔構造42%/10%, 乳頭状63%/0%, 流れ状12%/60%, 集塊辺縁の引き伸ばし17%/40%, 集塊辺縁の扁平化8%/45%), 3. 細胞所見(中心核21%/65%, 偏在核68%/20%, クロマチン顆粒状56%/10%, クロマチン粗顆粒状47%/90%, クロマチン濃縮状21%/80%, 非常に明瞭な核小体50%/45%, 泡沫状の細胞質66%/60%, 均質な細胞質50%/80%, 角化0%/75%, 細胞質内空胞36%/5%)であった。

【考察】新鮮材料における腺癌と扁平上皮癌の細胞像は集塊の構造, 個々の細胞所見などに重複する所見が多く, 両者の鑑別は困難な場合がある。肺癌取扱い規約に記載されている喀痰中心の所見は新鮮材料の細胞所見と一致しない場合がある。

【まとめ】新鮮材料で腺癌と扁平上皮癌を鑑別する際には, 個々の細胞所見と併せて組織所見を反映する集塊の構造も観察することが重要である。

P-2-17 集検喀痰細胞診D判定から発見された原発性肺扁平上皮癌の細胞像—癌未確定例との比較—

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⁾

○佐藤文晴(CT)¹⁾, 室井祥江(CT)¹⁾, 荒木由佳理(CT)¹⁾, 佐藤美賀子(CT)¹⁾, 神尾淳子(CT)¹⁾, 田中瑞子(MD)²⁾

【目的】喀痰細胞診D判定とした症例の中で, その後の精密検査により原発性肺扁平上皮癌が発見された症例と癌未確定例について細胞所見の比較を行い, 両者の細胞像に違いがあるか否かについて検討を行った。

【対象】平成7~26年度までの20年間に実施した住民検診で, 進行期I期の扁平上皮癌と診断された17例と, 精密検査の結果は異常がなく, その後5年間癌が発見されていない20例を対象とした。

【方法】喀痰細胞診はYM法で行い, 各症例6枚作製したパパニコロウ染色標本にて高度異型以上を示す細胞を抽出し, 出現細胞数, 背景, 細胞質, 核所見を比較した。細胞所見は, 長径の計測, 細胞形状, 細胞質染色性, 細胞質辺縁, 光輝性の有無, 核クロマチン量等について観察した。

【結果】癌症例は全員男性で平均68.6歳(50~85歳), 平均喫煙指数898(400~1600)であった。癌未確定例は男性が19例, 女性が1例で, 平均64.3歳(52~83歳), 平均喫煙指数898(360~1600)であった。細胞所見は, 小型から中型でオレンジまたはイエローに染まり細胞質の辺縁明瞭な細胞が両者に共通してみられた。癌症例には, 細胞質がイエローで光輝性が有り核クロマチン増量した細胞がみられたが, 細胞変性も強く出現は少数であった。

【まとめ】D判定の中には, 高度異型扁平上皮や悪性腫瘍の疑いのある細胞が含まれる。今回の症例でも異型細胞の形態は共通した所見が多く, 異型度の強い細胞の出現は極少数であった。また, 癌症例に出現した細胞に同様な傾向はみられるものの, 両者を鑑別するまでの所見には至らなかった。D判定とした場合には, 細胞所見にかかわらず早期に精密検査をすることが肝要であると思われる。

P-2-18 気管支擦過細胞診標本における疑陽性症例の検討

群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾

○後藤優典(CT)¹⁾, 星川里美(CT)¹⁾, 森田 淳(CT)¹⁾, 竹淵友弥(CT)¹⁾, 栗原康哲(CT)¹⁾, 瀬川篤記(MD)²⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)^{1,2)}

【目的】擦過細胞診や洗浄細胞診は確定診断となり得る重要な検査方法で、推奨される報告様式として、陽性、疑陽性、陰性が用いられる。陽性、陰性は、悪性細胞を認めるか認めないかで定義が明確である。疑陽性は悪性腫瘍の疑われる異型細胞あるいは、良性悪性境界病変に由来する異型細胞を認めるとされる。今回当院における擦過細胞診における疑陽性症例を良性、悪性に判定できるか検討した。

【対象と方法】検体は、2014年1月から2015年12月までに当院病理部に提出された擦過細胞診235件中、疑陽性と判定された検体24例を対象とした。細胞診標本の見直しを行い、(1)標本の状態(2)異型細胞の出現数(3)細胞所見について検討した。

【結果】(1)標本の状態については、乾燥：5/24例、挫滅：1/24例であった。(2)異型細胞の出現数については、1～5個出現：3/24例、6～20個出現：4/24例、20個以上出現：17/24例であった。(3)細胞所見は1)重積性2)核腫大3)核形不整4)細顆粒状クロマチンの増量5)核内空胞6)細胞質の変化をポイントとして判定すると、悪性：6/24例、悪性の疑い：5/24例で、何れも組織診断で悪性とされた症例であった。また、良悪判定不能：8/24例、良性：5/24例であった。

【考察】悪性または悪性の疑いと判断した症例は、細胞所見の項目に多く該当しており、生検または手術材料で悪性の診断がついた症例であった。良悪判定不能症例や良性と判定した症例の中にも、生検または手術材料で、悪性と診断された症例があるが、良悪判定不能症例は、細胞所見の項目に該当する所見が少なく、乾燥や挫滅によって詳細な観察が困難であること、細胞の出現数も少ないことが原因とみられた。良性と判定した細胞は、核小体または核腫大がみられ、反応性変化が考えられた。

P-2-19 結節性肺アミロイドーシスの1例

国家公務員共済組合連合会熊本中央病院病理診断科

○立山敏広(CT), 北岡光彦(MD), 紫垣まどか(CT), 岡本真衣(CT), 増永純夫(CT), 逢坂珠美(CT)

【はじめに】結節性肺アミロイドーシスの1例を経験したので、細胞診での amyloid 形態を中心に報告する。

【症例】患者は80歳代、男性。主訴は胸部異常陰影。既往歴は20歳肺結核、54歳皮膚悪性腫瘍。現病歴は健康診断の胸部X線検査で右中肺野に円形陰影を認め確定診断のため当院紹介となった。

【画像所見】右下葉S6に葉間胸膜と接する長径22mm程度の結節を認めた。辺縁はやや不整で胸膜陥入を認めた。

【細胞所見】気管支擦過では炎症細胞とともに無構造物質が見られ小型塊では light green に淡染性でレース状や顆粒状を示し辺縁は淡く不明瞭なものと light green に濃染し厚ぼったく硝子様で辺縁が滑らかで境界明瞭なものが見られた。一部には亀裂があり、繊維の束状で辺縁が毛羽立っていた。大型の塊では orange G, light green に濃染し一部透明であった。papanicolaou 染色で一部が偏光顕微鏡で偏光を示した。

【肉眼所見】腫瘤は約30x15mm大で胸膜下に見られ割面性状は黄土色粗顆粒状で境界不明瞭だった。

【組織所見】摘出腫瘤では限局性広範囲に、結節状、中小斑状の淡好酸性硝子様沈着物が血管壁や肺実質間質内に見られた。沈着物周囲には炎症細胞浸潤、繊維化などの肉芽性炎症も伴っていた。過マンガン酸カリウム処理の congo red 染色でも amyloid 沈着像が見られ偏光顕微鏡で偏光を示した。周囲肺実質内小血管への amyloid 沈着像は見られず結節性肺アミロイドーシスを考えた。

【まとめ】細胞診で amyloid は種々の性状で出現し、顆粒状、硝子様では壊死物質などとの鑑別が問題となる。また透明で厚く硬質な硝子様物質や微細な線維の束は amyloid に特異的な所見で確認出来れば他の無構造物との鑑別が可能である。

P-2-20 細胞診が診断の契機となったムコール症の一例

国際親善総合病院臨床検査科

○境 郁美(CT), 田村瑛恵(CT), 柴山弘之(CT),
光谷俊幸(MD)

ムコール症は比較的稀であるが、致命率が高く、早期の診断と治療が重要な感染症である。今回我々は気管支洗浄細胞診にて異型細胞の存在と平麵状無構造異物を認め、グロコット染色の結果、ムコール菌の存在を推定し、診断の契機となった症例を経験したので報告する。

【症例】64才男性。ふらつき、歩行困難で当院救急搬送。CTにて肺炎像を認め、精査加療目的で緊急入院。三日後、気管支鏡を施行し、気管支洗浄液が細菌検査と細胞診材料として提出された。

【細胞診所見】核腫大、核小体の目立つ異型細胞が集塊状および孤立散在性に出現。集塊の部分では配列の乱れが感じられた。核の腫大が変性様の膨満感があるもので、クロマチン増量ははっきりしない。また周囲に橙色または緑色に染まる平麵状物質が散見された。翌日、標本の1枚にグロコット染色を行い、真菌が染色された。菌糸は太く、隔壁を認めず、一部、直角分岐や捻れがあり、ムコールの可能性を考えた。抗真菌薬療法を開始したが、肺陰影の急激な増悪があり、入院2週間後、多臓器不全に至り死亡し、剖検を施行。

【剖検所見】両肺は著明な真菌症であり、多発膿瘍(膿瘍)、空洞形成+壊死、真菌塞栓が見られた。グロコット染色にて、細胞診と同様に菌糸の染色像を得た。また心外膜にも菌糸が検出された。

【まとめ】本症例は糖尿病を持つ患者であり、免疫機能の低下がより重篤な状態を招いたと思われる、最終的には心外膜への浸潤を伴う両肺ムコール症になっていた。細胞診標本での異型細胞の由来は、剖検所見から、肺の空洞化、壊死に伴う変化であると考えられた。感染症の診断にも細胞診検査の迅速性が有効かつ重要に感じられる症例であった。

P-2-21 Allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA)の二症例

朝倉医師会病院臨床検査科¹⁾, 朝倉医師会病院病理診断科²⁾

○藤井広美(CT)¹⁾, 林 涼子(CT)¹⁾, 田口 順(MD)²⁾,
荒川正博(MD)²⁾

【はじめに】ABPAは、気管支喘息、気管支の粘液塞栓から引き起こされる肺の浸潤影、*Aspergillus fumigatus*の関与を特徴とする。本邦におけるABPAの頻度は、喘息患者の概ね1~1.5%程度と言われている。

【症例1】39才女性。1か月前より咳が増強し、胸部レントゲンにて異常陰影を認め、当院に紹介となる。・気管支鏡検査所見 右気管支はほぼ閉塞し、白色、粘ちよう性の粘液栓物質が充満していた。・細胞診所見 多数の好酸球を背景に異型の乏しい線毛円柱上皮細胞を認めた。好酸球は、およそ95%を占め、ABPAや寄生虫等を疑った。グロコット染色を追加し、Y字に分岐する菌糸を認め、形態的にアスペルギルスと診断した。

【症例2】56才男性。持続する咳、体重減少、胸部異常陰影で当院紹介となる。左上葉肺癌を疑われ、TBLB施行。・気管支鏡検査所見 左B1+2bに壊死物質による塞栓を認めた。・気管支擦過細胞診所見 壊死様物質、炎症性背景に隔壁を有し、Y字に分岐する菌糸を認め、形態的にアスペルギルスと診断した。好酸球はおよそ10%認めた。

【考察】症例1は、自施設に細菌室を持たないため、細胞診検査が先行して診断できた症例であった。その後、培養検査にて*Aspergillus fumigatus*が検出された。症例2は、病理組織、細胞診検査では、アスペルギルスを認めたものの、細菌培養では検出できなかった。好酸球の増加は、ABPAの診断上重要な所見である。LBC標本では、より好酸性の顆粒が明瞭でパバニコロウ染色でも容易に好酸球の増加が確認できた。

【結語】好酸球の増加、気管支鏡にて粘液栓を認めた際は、積極的にグロコット染色を併用することで、早期にABPAの診断が可能である。

P-2-22 CTガイド下生検のROSEで経験した肺アスペルギルス症の一例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学教室²⁾

○佐々木真実(CT)¹⁾, 生澤 竜(CT)¹⁾, 島田直樹(CT)¹⁾, 安田玲子(CT)¹⁾, 相田芳夫(MD)¹⁾, 高木正之(MD)²⁾

【はじめに】ROSE(Rapid On-Site Evaluation)は, 細胞検査士が採取現場で顕微鏡を用い, 迅速に検体の質的評価を行うことである。今回, 我々はCTガイド下生検のROSEで, 思いのほか判定に苦慮した肺アスペルギルス症の一例を経験したので報告する。

【症例】78歳男性, 主訴は咯血。画像で右肺下葉に嚢胞性陰影がみられ, アスペルギルス症を疑ったが細菌検査と喀痰細胞診ではアスペルギルス陰性のためCTガイド下生検を施行した。生検時のROSEでは, 太い棒状の無構造物を多数認めたが, これを菌糸とは断定できなかった。ROSE後, 標本を乾燥・封入し, 再度詳細に鏡検した結果, 太い棒状の無構造物の近傍に黒い粒状の分生子の集簇がみられ, アスペルギルスが考えられた。

その後, 湿固定した捺印標本と生検材料から作製したパラフィン切片よりパパニコロウ染色, HE染色, PAS染色, グロコット染色を施行し, アスペルギルス症と診断した。

【考察】ROSEは通常とは異なる条件下(1. 新鮮な材料, 2. 染色が限定, 3. 未乾燥・未封入状態, 4. 高倍率にできない, 5. 限られた鏡検時間)での判定を強いられる。今回の症例では通常の方法で比較的容易に同定し得るアスペルギルスもROSEという特殊な条件下での判定の難しさを教えられた。

現在, ROSEはEUS-FNAを中心に普及しつつあり, 今後も様々な術式や臓器に対して適用が拡大すると思われる。よって, 感染症も含め, 通常細胞像とROSEでの細胞像との違いを理解し, 検体の適否だけでなく, より的確な情報を臨床側に伝えるスキルの必要性を痛感した。

P-2-23 経気管支的肺穿刺材料にて経験した原発性肺髄膜腫の一例

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○大橋久美(CT), 澁木康雄(CT), 藤間瑞穂(CT), 佐々木直志(CT), 吉田 裕(MD), 渡邊麗子(MD), 吉田朗彦(MD), 元井紀子(MD)

【はじめに】髄膜腫は髄膜を構成する髄膜皮細胞から発生する中胚葉性腫瘍で, 全頭蓋内腫瘍の約30%を占めている。髄膜腫が中枢神経系外に発生することは極めてまれであり, 眼窩, 鼻腔, 皮膚, 縦隔などで異所性発生例が報告されている。今回我々は, 原発性肺髄膜腫と考えられた一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代 女性材料: 経気管支的肺穿刺現病歴: 検診精査により偶発的に右肺下葉に約2cm大の結節が指摘され, 経気管支的肺穿刺が施行された。肺区域切除施行。また, 同時期に甲状腺乳頭癌も発見され, 甲状腺切除術施行。肺術後6ヶ月まで再発, 合併症なく生存。

【細胞所見】きれいな背景に, 流れ様配列や同心円状の渦巻状配列を呈する集塊が出現している。一部に石灰化を伴い砂粒小体も認められる。個々の細胞は紡錘形で淡明な細胞質を有し, 核は類円形~短紡錘形, 軽度の核の大小不同はあるが異型に乏しい。核クロマチンは細顆粒状で, 核内封入体を多数認める。

【組織所見】核内封入体を伴う類円形~短紡錘形核を有し, 淡好酸性の胞体をもつ, 髄膜皮細胞類似の細胞が密に増殖している。渦巻き形成や砂粒小体を認める。免疫染色: EMA(+), PgR(+), AE1/3(-), MIB1(1-5%)画像診断にて, 中枢神経系に病変が認められないことから, 原発性肺髄膜腫と考える。

【まとめ】原発性肺髄膜腫は非常にまれではあるが, 細胞所見は特徴的であり, 本疾患を推定することは可能であると考えられる。診断確定には, 細胞形態, 免疫染色形質の確認に加え, 画像診断による他臓器病変の検索による転移性腫瘍の除外が重要である。

P-2-24 経気管支吸引細胞診が原発推定に有用であった転移性肺腫瘍の1例

公益財団法人がん研究会有明病院婦人科¹⁾, がん研究会研究所病理部²⁾

○野村秀高(MD)¹⁾, 長島 稔(MD)¹⁾, 的田真紀(MD)¹⁾, 岡本三四郎(MD)¹⁾, 金尾祐之(MD)¹⁾, 近藤英司(MD)¹⁾, 堀井理絵(MD)²⁾, 宇津木久仁子(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾, 竹島信宏(MD)¹⁾

【緒言】重複癌の既往を有する症例において、転移性肺腫瘍を疑った場合には原発推定のために苦慮する場合がしばしばある。今回我々が経験した症例は、経気管支肺生検では明らかな悪性所見を認めなかった。しかし、経気管支吸引細胞診にて腺癌細胞を認め、免疫染色を行った結果、原発を推定することができた。この症例の臨床経過を報告する。

【症例】症例は61歳女性。43歳時に左乳癌にて部分切除・術後照射、55歳時に卵巣癌IA期(明細胞腺癌)にて根治術を施行されていた。検診で受けた胸部レントゲンにて肺腫瘍を指摘され、精査のために行った肺CTにて15mm大の肺腫瘍を左上葉に2か所に指摘された。その後、経気管支肺生検、経気管支吸引細胞診が施行されたが、生検では明らかな悪性所見は得られず、細胞診にて腺癌細胞を認めた。悪性細胞は孤立散在性から集塊状に出現しており、裸核様の悪性細胞が多かったが、腺様の集会を形成している細胞は淡明で豊富な細胞質を有していた。形態学的には乳癌の転移か卵巣癌の転移かの鑑別は困難であった。さらに免疫組織化学的に検討した結果、ER(+), GATA3(+強陽性), Mammoglobin(+弱陽性)であり、既往乳癌組織と染色パターンが一致していた。既往卵巣癌組織はER(+), GATA3(-), Mammoglobin(-)であった。以上より、乳癌原発と判断した。現在、アロマターゼ阻害薬による治療を開始している。

【結論】経気管支肺組織診で確定診断が得られなくとも、免疫組織化学的検討を加えることで、経気管支吸引細胞診により原発を推定することができ、細胞診の有用性が示された一例であった。

P-2-25 当院で経験した肺 Combined large cell neuroendocrine cell carcinoma の細胞学的検討

国保松戸市立病院病理診断科¹⁾, 国保松戸市立病院臨床検査科²⁾, 成田赤十字病院呼吸器外科³⁾

○滝沢敬祐(CT)¹⁾, 横山 綾(CT)¹⁾, 茅野伴子(CT)¹⁾, 大貫美友紀(CT)²⁾, 渋谷 潔(MD)³⁾, 野呂昌弘(MD)¹⁾, 秋草文四郎(MD)¹⁾

【目的】混合型大細胞神経内分泌癌 Combined large cell neuroendocrine cell carcinoma (以下 Combined LCNEC) は腺癌、扁平上皮癌などの非小細胞癌が混在する LCNEC である。Combined LCNEC は純粋な LCNEC と異なり複数の組織型が混在するため、多彩な細胞像を示し細胞学的に診断することが難しい。一方で LCNEC は小細胞癌に類似の腫瘍性格を示すため、予後や治療方針を決める上で LCNEC の診断を得ることは重要である。従って細胞学的に複数の組織型の混在、特に LCNEC 成分の有無を診断することができれば治療に役立つものと考え、その上で今回我々は組織学的に Combined LCNEC と診断された症例の細胞学的診断の可能性について検討した。

【対象と方法】対象は2009年1月～2015年11月までの原発性肺癌外科切除例である。Combined LCNEC と組織学的に診断された症例について、切除腫瘍の組織標本と捺印細胞診標本、および術前気管視鏡下細胞診標本を用いて組織学的所見と細胞学的所見を比較検討した。

【検討】対象期間中に Combined LCNEC の組織診断を得た症例は5例であった。そのうち、組織診断確定前に細胞学的に Combined LCNEC と診断し得た症例は1例であった。他4例の細胞学的診断は、腺癌が2例、非小細胞癌(組織型詳細不明)が2例であった。

5例の Combined LCNEC の細胞像と組織像を見直し、細胞学的な LCNEC と腺癌の鑑別すべき特徴的所見の有無と、Retrospective に Combined LCNEC の診断が可能であるか再検討し、その結果を報告する。

P-2-26 胸腔洗浄細胞診にて腺癌様構造を示し、CA125陽性であった胸腺扁平上皮癌の一例

独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院病理診断科¹⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院中央検査部²⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構東北労災病院呼吸器外科³⁾

○土田吉朗(CT)¹⁾, 高島且統(CT)²⁾, 阿部和子(CT)²⁾, 保坂智子(MD)³⁾, 中山文恵(MD)¹⁾, 岩間憲行(MD)¹⁾

【はじめに】CA125陽性の胸腺原発扁平上皮癌を経験し、診断に苦慮したので報告する。

【症例】40代男性。5年前から胸部重苦感があり憎悪。3ヵ月前に胸部X線で縦隔の異常陰影、胸部CTで前縦隔の35mm大の腫瘤、肺内の多発結節、右胸膜の腫瘤が認められた。血清CA125は325U/ml(基準値35未満)。胸腔鏡下右胸膜生検と洗浄細胞診が行われた。

【細胞所見】異型細胞の大小の集塊が認められ、重積性、あるいは平面的であり、腺癌様構造が多数認められるものもあった。細胞質は淡染性、核は円形・類円形で、一部偏在性を示し、クロマチンは細顆粒状に増量し、明瞭な核小体が見られ、腺癌と診断した。

【組織所見】明瞭な核小体を持つ腫大した核と弱好酸性の胞体の異型細胞が胞巣状・充実性に増殖していた。変性による微小な類円形の空隙が部分的に認められた。免疫染色はp40, p63, CK5/6, CD5, c-kitが陽性を示し、胸腺扁平上皮癌であった。また、CA125がびまん性に陽性を示した。

【まとめ】胸腔洗浄細胞診での低分化型扁平上皮癌、胸腺原発扁平上皮癌の診断は困難である。さらにCA125の高値がありうるという知識がないと困惑させられる。胸腺癌での血清CA125の上昇と腫瘍組織での発現に関しては極少数ながら報告があった。CA125がハッサル小体や胸腺癌に局所的に陽性となりうることを認識して診断にあたるのが重要と思われた。

P-2-27 角化型扁平上皮癌を疑った巨大肺腫瘍の1症例

産業医科大学病院病理部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⁾

○小原光祥(CT)¹⁾, 佐藤 斉(CT)¹⁾, 藤原 仁(CT)¹⁾, 岡 春子(CT)¹⁾, 光田成未(CT)¹⁾, 松山篤二(MD)²⁾, 島尻正平(MD)²⁾, 久岡正典(MD)^{2,3)}

【はじめに】角化異型扁平上皮細胞と線毛を有する細胞集団が混在する極めて稀な肺腫瘍を経験したので細胞像、組織像について報告する。

【症例】70歳代男性、喫煙歴あり。

【現病歴】特に自覚症状はなかったが、健診で胸部異常陰影を指摘され来院した。術前の細胞診では扁平上皮癌された。右肺下葉切除と縦隔リンパ節廓清術を施行された。

【細胞所見】術前の気管支擦過・洗浄液細胞診では、多数の角化異型扁平上皮細胞が軽度重積性を示すシート状・乳頭状集団をなして出現していた。

【病理組織学的所見】生検では円柱状で時に線毛を有する異型上皮細胞が乳頭状・シート状に増殖しており、胞体内粘液や腺腔形成も認めた。粘表皮癌や腺癌が疑われた。手術検体では、腫瘍は乳白色調の11×10×6cmの充実性腫瘍であった。組織学的には扁平上皮と線毛を有する高円柱状の多層性の腺上皮の両者が混在しながら、肺胞を置換するように乳頭状に増殖していた。浸潤は明らかでなかった。背景には間質性肺炎の像を伴っていた。

【考察】本例は扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫に類似する組織像を示しつつも、肺胞置換性に増殖する巨大な腫瘍であり、文献的にも類似する症例の報告は見出せなかった。扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫の細胞所見は、細気管支内腔に剥離した多数の角化異型扁平上皮細胞、線毛を有する乳頭状構造集団、比較的異型性の弱い扁平上皮化生様細胞の出現が特徴である。本例の細胞像も類似している。扁平上皮以外にも角化異型細胞が出現することを認識することは重要である。

P-2-28 (演題はとり上げられました)**P-2-29** 若年者肺粘表皮癌の1例

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

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

【はじめに】肺原発の粘表皮癌は気管支腺より発生する稀な腫瘍で、若年者に比較的多くみられるとされるが、20歳以下の報告は少ない。今回、気管支鏡検査で組織採取に至らなかったが、手術摘出組織で捺印細胞診標本作製することができた若年者肺粘表皮癌の1例について報告する。

【症例】10歳代の女性。感冒で近医を受診し喘息が疑われた。約10か月後に治療抵抗性の喘鳴発作があり、胸部異常陰影を指摘された。当院を紹介受診となり、胸部CTで左肺下葉中核側に腫瘍を認め下葉は完全虚脱していた。また、腫瘍の一部は入口部から主気管支に突出していた。気管支鏡検査が施行されたが腫瘍は易出血性で生検ができなかったため、気管支洗浄が施行された。その後、確定診断および治療を目的に腫瘍が摘出され、捺印細胞診標本作製した。

【細胞所見】粘液を背景に小型で円形の核を有する腫瘍細胞が平面的な集塊で出現していた。集塊には中心性の核と境界明瞭で厚い細胞を有する扁平上皮系の腫瘍細胞、淡明な細胞質に粘液を有する腺系の腫瘍細胞や中間的な細胞が混在していた。

【組織所見】間質の線維増生、硝子化傾向、炎症細胞浸潤、軽度の浮腫を伴い、扁平上皮系腫瘍細胞が巣状や木目込み状の増殖、腺系腫瘍細胞が大小の腺管、癒合腺管や索状胞巣の増殖、両者の中間的な腫瘍細胞が小腺腔を含む層状配列で、それぞれの腫瘍細胞の混在や移行像が認められた。

【まとめ】若年者の肺癌および肺原発の粘表皮癌は稀であるが、若年者では粘表皮癌が比較的多いことを念頭に置き検査することが診断精度を高めるためには重要と思われた。

P-2-30 高悪性度胎児型肺腺癌の 1 例

川崎医科大学附属川崎病院病理部¹⁾, 川崎医科大学大学病理学^{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】胎児型肺腺癌は組織学的に胎児肺に類似した稀な腫瘍である。我々は、高悪性度胎児型肺腺癌の摘出肺からの穿刺吸引細胞診で、その細胞像を得る機会を得たので、細胞像を中心に報告する。

【症例】70 歳代男性。ラクナ梗塞で入院中、CT 検査にて右腎癌と左肺結節を指摘された。1ヶ月後、右腎臓の摘出術が施行され、病理組織診断は淡明型の腎細胞癌であった。その1か月半後、肺結節の診断確定のため気管支鏡検査が施行された。細胞診では悪性の確診にいたらなかったが、臨床的に悪性を疑ったため患者の希望により左肺下葉の摘出術が施行された。

【摘出肺の穿刺細胞診所見】リンパ球、組織球を背景に、立方状～高円柱状の異型細胞からなる重積性の集塊やシート状、管状の集塊、高円柱状細胞の柵状配列を認めた。個々の細胞の核は類円形で腫大し、大小不同、核形不整、クロマチンは顆粒状、核小体は小型で1～2個みられた。N/Cはやや上昇し、細胞質は明るく、レース状であった。

【病理組織所見】左肺下葉 S8 領域に、10x8 mm 大の境界明瞭な小腫瘍を認めた。立方状～高円柱状の異型細胞が小乳頭状、或いは大小の不規則な腺管を形成して浸潤増殖していた。拡張した腺管内腔には乳頭状増殖がみられた。腫瘍細胞の細胞質には PAS 染色で顆粒状の陽性物質を認めた。免疫染色では、腫瘍細胞は synaptophysin, CD56 に陽性、 β -catenin は細胞膜優位に陽性で、高悪性度胎児型肺腺癌と診断した。

【まとめ】胎児型肺腺癌は低悪性度と高悪性度で予後が異なるため、細胞像を熟知したうえで臨床所見と合わせて総合的に判断し鑑別する必要がある。

P-2-31 LBC 標本の作製法に関する検討—甲状腺乳頭癌を用いて—

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○岩崎和美(CT), 森 正樹(CT), 前川秀樹(MT),
鈴木佑梨(MT), 竹内 文(MD), 小上瑛也(MD),
今村好章(MD)

【はじめに】近年、液状化細胞診(LBC)は非婦人科検体においても積極的に導入への検討がなされている。しかしながら、LBC 標本を作製するためには高額な機器を購入する必要があること、標本作製法が煩雑であることおよびコストパフォーマンスが悪いこと等の問題点が指摘されている。これらの問題を解決するため、我々は以前よりベクトン・ディッキンソン(BD)社の Cytorich Red 固定・保存液を用いた LBC 標本の簡便な作製法(以下簡便法)について検討し、良好な結果を得ていることを報告してきた。今回、我々はこの簡便法に加え、BD Sure Path 法(以下 SP 法)と OLYMPUS Thin Prep 法(以下 TP 法)を用いて LBC 標本を作製し、3 者の比較・検討を行ったので報告する。

【材料と方法】当院において 2015 年 7 月から 12 月に行われた術中迅速組織検査において甲状腺乳頭癌あるいは甲状腺乳頭癌のリンパ節転移と診断された症例を対象として用いた。切除された甲状腺腫瘍あるいはリンパ節の未固定の検体から捺印細胞診標本と穿刺吸引細胞診標本(合わせ法)を作製した。また、穿刺吸引材料の LBC 検体より 3 種類の LBC 標本を作製し、各 LBC 標本の作製に要する時間やコストパフォーマンスについて比較・検討を行った。さらに、捺印細胞診標本・穿刺吸引細胞診標本と各 LBC 標本における細胞像の違いについても併せて比較・検討した。

【結果とまとめ】標本作製に要する時間は TP 法で最も短く、次いで簡便法・SP 法の順であった。また、コストパフォーマンスは簡便法が最も良好であった。症例をさらに追加し、細胞像の違いについても併せて報告する。

P-2-32 甲状腺の嚢胞液中に出現する異型細胞と組織標本との対比

広島赤十字・原爆病院

○永崎裕志(CT), 久保 望(CT), 村上 寛(CT),
石津英子(MT), 小路伊奈子(CT), 和田健一(CT),
坂谷暁夫(MD), 藤原 恵(MD)

【目的】甲状腺の穿刺吸引細胞診(以下 FNAC)はその簡便さから広く施行されているが, 採取される嚢胞液中に出現する細胞は変性や出現量の少なさから, 判定に苦慮する場合が少なくない. 今回我々は, 広島赤十字・原爆病院における甲状腺の嚢胞液中に出現する異型細胞と組織標本を対比し, その特性について検討した.

【方法】2006年1月から2015年12月の期間で, 甲状腺の嚢胞から FNAC を施行し, 陽性または疑陽性と判定され, その後に組織診断が行われた12例を対象とした.

【結果】対象症例12例の細胞診の内訳は, 陽性が2例, 疑陽性が10例であった. 組織診断では, 陽性2例はどちらも癌であり, 一致していた. 疑陽性10のうち, 3例は癌であり一致していたが, 5例では癌とはいえないものの, 異型的な濾胞上皮細胞が存在していた. 1例は手術材料を全て標本とし, 嚢胞はみられたが異型細胞はなく, 1例は手術材料に嚢胞が含まれず, 充実性の病変のみで, 異型細胞はなかった.

【総括】組織標本での嚢胞壁は内容物により圧迫されており, 細部の観察が困難で, 異型的な上皮細胞としか診断出来なかった. 同部位の嚢胞からの穿刺吸引細胞診検体には, 異型を伴う細胞や配列の乱れた細胞集塊が出現しており, 組織標本よりも観察が容易であった. 甲状腺の嚢胞からの穿刺吸引細胞診標本に異型細胞が存在する場合には, 手術組織の嚢胞から多数の組織標本を作製する必要があると考えられた.

P-2-33 ベセスダ診断様式と甲状腺学会診療ガイドライン様式の比較検討

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 近畿大学医学部奈良病院臨床検査部²⁾

○遠藤由香利(CT)¹⁾, 覚道健一(MD)²⁾,
大野千恵子(CT)¹⁾, 松重貴大(CT)¹⁾, 持田洋利(CT)¹⁾,
山田恭子(CT)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾, 野坂加苗(MD)¹⁾,
堀江 靖(MD)¹⁾, 梅北善久(MD)¹⁾

【はじめに】ベセスダ診断様式および甲状腺学会診療ガイドライン様式の2つの基準の診断精度および悪性の比率について比較検討したので報告する.

【対象と方法】2010年~2014年に当院で判定した甲状腺細胞診のうち, 組織診断後の症例を対象とした. 検体は超音波ガイド下で穿刺吸引し, 直接塗抹(合わせ法)後の Papanicolaou 染色標本2枚を再鏡検した. 判定はベセスダ診断および甲状腺ガイドラインで推奨する基準を用いた.

【結果】対象症例は277例であった(再検例含む). ベセスダ診断では, 検体不適正41例(14.8%), 良性33例(11.9%), AUS/FLUS 53例(19.1%), FN/SFN 26例(9.4%), 悪性疑い41例(14.8%), 悪性83例(30.0%)であり, 悪性の比率は順に48.8%, 21.2%, 49.1%, 26.9%, 97.6%, 100.0%であった. 甲状腺ガイドラインでは, 検体不適正32例(11.6%), 良性43例(15.5%), 良悪判定困難A-1 13例(4.7%), 良悪判定困難A-2 21例(7.6%), 良悪判定困難A-3 4例(1.4%), 良悪判定困難B 40例(14.4%), 悪性疑い41例(14.8%), 悪性83例(30.0%)であり, 悪性の比率は順に62.5%, 14.0%, 23.1%, 19.0%, 75.0%, 57.5%, 97.6%, 100%であった.

【まとめ】ベセスダ診断様式では甲状腺ガイドラインより不適正が9例多かった(嚢胞所見7例, コロイド所見2例). AUS/FLUSの悪性の比率は49.1%と高値を示した. 要因には臨床データを含めた総合判断で手術が施行されている点, 本研究は手術施行例を対象とした点が考えられた. 甲状腺ガイドラインの良悪判定困難症例をA-1とA-2およびA-3の2群で比較すると, 悪性の比率は20.6%と75.0%であり, 悪性の可能性を明示する基準に2群の分類も有用である可能性が示唆された.

P-2-34 甲状腺悪性リンパ腫 11 例の細胞学的検討

東京医科大学病院病理診断科¹⁾, 東京医科大学人体病理学分野²⁾

○小池悦子(CT)¹⁾, 原由紀子(MD)^{1,2)}, 三宅真司(CT)¹⁾, 桑原 淳(CT)¹⁾, 片桐仁子(CT)¹⁾, 渡部顕章(CT)¹⁾, 稲垣敦史(CT)¹⁾, 鈴木恵美子(CT)¹⁾, 松林 純(MD)^{1,2)}, 長尾俊孝(MD)^{1,2)}

【はじめに】甲状腺悪性リンパ腫では、細胞診にて良悪の判定や悪性度の推定が困難であることが少なくない。今回我々は、組織学的に甲状腺悪性リンパ腫と診断された症例の穿刺吸引細胞診像を見直し、組織診断との比較検討を行ったので報告する。

【対象症例】2007年～2015年の9年間に組織像と穿刺吸引細胞診像との対比が可能であった11症例を対象とした。対象症例は男性2人、女性9人で、年齢は23～86歳(平均67歳)と比較的高齢者に多かった。

【細胞所見】「正常または良性」と判定した1例では、核異型に乏しいリンパ球系細胞が少数採取されていた。「良・悪性鑑別困難」と判定した5例では、小～中型リンパ球系細胞と共に好中球の出現が目立ち、反応性のリンパ球浸潤が示唆されたが、低悪性度の悪性リンパ腫を否定できなかった。「悪性の疑い」あるいは「悪性」と判定した5例では、核のくびれや著明な核小体およびクロマチンの凝集を伴う中～大型異型リンパ球が多数認められた。

【組織所見】細胞診上「正常または良性」とした1例はMALTリンパ腫、「良・悪性鑑別困難」とした5例のうち3例がDLBCL、1例がMALTリンパ腫、1例がHodgkinリンパ腫であり、「悪性の疑い」あるいは「悪性」とした5例のうち4例がDLBCLで1例がMALTリンパ腫であった。

【結語】甲状腺悪性リンパ腫にはDLBCLやMALTリンパ腫が多く認められる。穿刺吸引細胞診にて小～中型のリンパ球系細胞が好中球を伴って出現し、良・悪性鑑別困難と診断される症例の中には、MALTリンパ腫のみならずDLBCLが含まれていることを認識して鏡検する事が重要と考えられる。

P-2-35 甲状腺未分化癌及び扁平上皮癌と鑑別を要した転移性食道癌の1例

公立松任石川中央病院検査室¹⁾, 公立松任石川中央病院病理診断科²⁾, 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部³⁾

○村田由美子(CT)¹⁾, 吉野敦子(CT)¹⁾, 松岡克優(CT)¹⁾, 久富元治(CT)¹⁾, 丹羽秀樹(MD)²⁾, 今村好章(MD)³⁾

【はじめに】食道癌の甲状腺転移は剖検例では約7%の頻度で見られるとされているが臨床例の報告はほとんどない。今回、甲状腺未分化癌及び扁平上皮癌と鑑別を要した転移性食道癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。近医より、前頸部甲状腺右葉下極と連続する部分に5cm程の大きな硬い腫瘤を認め、右喉頭麻痺を主訴に紹介され、当院耳鼻科受診された。CTにて甲状腺右側から総頸動脈を巻き込む大きな腫瘍を認め、気管にも浸潤し3/4程を狭窄していた。PETにて甲状腺右葉から縦隔まで進展する巨大腫瘤あり、甲状腺未分化癌、悪性リンパ腫等を疑い、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】壊死物を背景に核腫大、濃染した異型細胞を集塊～孤在性にみとめた。また角化を示す異型細胞もみられ、扁平上皮への分化を伴う未分化癌を疑い、生検を依頼した。

【組織所見】前頸部甲状腺右葉下極と連続する腫瘤の針生検では核の腫大を伴う異型扁平上皮細胞が、シート状に増殖しており、扁平上皮癌と診断された。甲状腺未分化癌の扁平上皮成分としても矛盾しないが免疫染色ではTTF-1・サイログロブリンおよびPAX8がいずれも陰性であったため、転移性扁平上皮癌も疑われ、食道癌の可能性もあり、内視鏡検査を依頼した。内視鏡検査が施行され、食道上部に2cm径の陥凹性病変がみられ、食道生検では扁平上皮癌であった。

【まとめ】甲状腺原発の扁平上皮癌は非常にまれで、未分化癌の扁平上皮分化や転移性病変を鑑別する必要がある。今回の症例は食道癌の気管傍リンパ節転移からの甲状腺浸潤であった。形態学的特徴を理解し、先入観にとらわれず、転移性腫瘍の可能性も念頭に置き、的確に診断することが重要である。

P-2-36 甲状腺硝子化索状腫瘍の1例

藤田保健衛生大学病院病理部¹⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²⁾

○藤原真紀(CT)¹⁾, 浦野 誠(MD)²⁾, 平澤 浩(CT)¹⁾, 川島佳晃(CT)¹⁾, 伊藤里美(CT)¹⁾, 須藤健助(CT)¹⁾, 桐山論和(MD)²⁾, 塚本徹哉(MD)²⁾, 黒田 誠(MD)²⁾

【はじめに】甲状腺硝子化索状腫瘍(以下HTT)は非常にまれな腫瘍であり, その細胞像は核内細胞質封入体が見られることや, 硝子化物質がアミロイド様に見えることから乳頭癌あるいは髄様癌に誤認されやすい。今回我々はHTTの1例を経験したので報告する。

【症例】60代, 女性。検診で甲状腺両葉の腫瘍を指摘された。右葉からのFNAで鑑別困難, 乳頭癌疑いと診断され当院紹介となった。当院では左葉に対してFNAが施行された。

【細胞所見】楕円形から紡錘形を呈する異型上皮細胞の不規則な重積性集塊を認めた。細胞質は広く境界は不明瞭, 腫瘍細胞間には硝子様物質がみられた。多数の核内細胞質封入体を認めたことから乳頭癌が疑われたが, シート状・乳頭状構造が見られないことから定型像とは異なり鑑別困難と判定した。

【手術組織所見】右葉腫瘍: 乳頭状異型上皮細胞にすりガラス状核, 核溝, 核内細胞質封入体を有する定型的乳頭癌像であった。左葉腫瘍: 径7mm大の境界明瞭な白色結節で, 楕円形～紡錘形腫瘍細胞が好酸性硝子化物質で区画され索状胞巣状に増殖していた。多数の核溝, 核内細胞質封入体と細胞質にyellow bodyがみられた。免疫染色ではthyroglobulin, TTF-1陽性, calcitonin陰性, MIB-1が細胞膜に強陽性を呈し, HTTと診断した。

【まとめ】HTTは日常診療で遭遇することはまれであり, 細胞所見のみでは診断に苦慮する場合が多い。しかし細胞境界が不明瞭で硝子様物質を伴いシート状, 乳頭状配列がみられないこと, ごま塩状核クロマチンを欠く点などが乳頭癌や髄様癌との鑑別上重要と思われた。

P-2-37 診断に苦慮した小児甲状腺癌の1例

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⁾

○望月直子(CT)¹⁾, 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⁾, 笠井一希(CT)¹⁾, 中澤匡男(MD)¹⁾, 近藤哲夫(MD)²⁾, 加藤良平(MD)^{1,2)}

【はじめに】小児甲状腺癌は稀少な疾患である。今回我々は, 左耳下腺腫瘍のフォロー中に発見された小児甲状腺癌を経験したので報告する。

【症例】10才未満女児。左耳下腺腫瘍のフォロー中, 頸部エコーにて甲状腺腫大と低エコーmassを認め, 穿刺吸引細胞診が施行された。その結果, Class III(乳頭癌が否定できない)であった。再検でClass IV(乳頭癌疑い)と診断され, 甲状腺左葉切除が施行された。

【細胞所見】1回目 多くのリンパ球を背景に, 扁平上皮化生および核腫大した濾胞上皮細胞が認められた。核所見など乳頭癌としての特徴が乏しいが, 背景に砂粒小体が散見され乳頭癌が否定できない所見であった。2回目 背景にリンパ球を伴い, やや核腫大した濾胞上皮細胞の集塊が少数みられ, 一部に核内細胞質封入体や核溝が認められた。1回目の細胞像と併せ, 慢性甲状腺炎に加え乳頭癌が強く疑われた。

【組織所見】肉眼的に左葉の上極に10mm大の結節が確認された。組織学的には同部位に一致し, 異型細胞が大小の充実性胞巣や濾胞形成を呈し増殖し, 核溝や核内封入体の乳頭癌の核所見も認めた。papillary carcinoma, solid variantと診断された。また, 背景には慢性甲状腺炎の像も認めた。

【考察】小児の甲状腺癌は, 通常型乳頭癌に加え, 充実型/充実濾胞型などの亜型がみられる。充実型乳頭癌は, 第7版甲状腺癌取り扱い規約において, 新たに乳頭癌の特殊型に加えられたため, 細胞像の検討は十分に行われていない。本例では, 慢性甲状腺炎を伴っていたことも診断を困難にした要因のひとつであったが, 充実型乳頭癌は通常型の様な典型的な所見が乏しいことが所見であることを念頭に置く必要があると思われた。

P-2-38 悪性疾患との鑑別を要した IgG4 甲状腺炎の一例

関西労災病院病理診断科¹⁾, 関西労災病院中央検査部²⁾

○後藤孝吉(MD)¹⁾, 永野輝明(MD)¹⁾, 杉生憲二(CT)²⁾,
山根三千秋(CT)²⁾, 吉野龍一(CT)²⁾, 原沙由美(CT)²⁾,
中塚伸一(MD)¹⁾

【はじめに】橋本病には IgG4 関連疾患類似の組織学的特徴を持つ 1 群があり, その臨床的特徴とともに橋本病の 1 亜型を形成しているとされる。今回我々は, 悪性疾患との鑑別を要した IgG4 甲状腺炎の一例を経験したので, その細胞所見と合わせて報告する。

【症例】60 代男性。約 1ヶ月前から頸部腫瘤を自覚し受診。触診にて甲状腺腫大と両側頸部リンパ節腫大が疑われた。腫大リンパ節を疑う部位から穿刺吸引細胞診施行。

【細胞所見】小型リンパ球とともに, 細胞境界不明瞭な平面的小集塊を形成する異型細胞を認めた。広い胞体と大小不同を示す円形核を有し, 核小体は概ね明瞭であった。集塊の一部には小濾胞構造を認めた。リンパ節穿刺の検体として提出されていたこともあり, 悪性と判断した。

【組織所見】甲状腺全摘術が実施された。甲状腺は軽度分葉状を呈してびまん性に腫大。断面は黄白色充実性で, 明らかな出血や壊死は認めなかった。組織学的にはびまん性に高度の形質細胞, リンパ球浸潤と線維化を伴う甲状腺組織であった。濾胞上皮は広範囲に萎縮, 消失し, 残存濾胞上皮細胞の多くは核腫大と好酸性変化を認め, 大型多形性核を有する濾胞上皮細胞を散見した。甲状腺周囲組織への炎症や線維化の波及は認めなかった。免疫染色にて約 70 個/HPF の IgG4 陽性形質細胞浸潤を認め, IgG4 甲状腺炎と考えられた。

【まとめ】IgG4 甲状腺炎は通常の橋本病と比較して進行が速いとされ, 著明な甲状腺腫大や頸部圧迫症状を示して臨床的に悪性疾患との鑑別を要する場合がある。通常の橋本病と同様に濾胞上皮細胞は異型を示すため, 細胞診においても注意が必要と考えられた。

P-2-39 TBNA における左肺門リンパ節の迅速細胞診で推定された甲状腺低分化癌の 1 例

医療法人近森会近森病院臨床検査部病理検査室¹⁾, 近森会近森病院病理診断科²⁾

○米谷久美子(CT)¹⁾, 尾崎綾乃(CT)¹⁾, 北野 唯(CT)¹⁾,
今本隼香(CT)¹⁾, 橘 知佐(CT)¹⁾, 円山英昭(MD)²⁾

【はじめに】甲状腺低分化癌は甲状腺癌のなかで 0.9%と稀な腫瘍であるが, 遠隔転移の頻度が高く, 予後も不良である。今回, 気管支内視鏡ガイド下針生検 (TBNA) 施行時に行われた迅速細胞診により推定しえた甲状腺低分化癌の 1 例を報告する。

【症例】70 歳, 女性。11 年前に乳癌手術, 10 年前から甲状腺腫大の既往がある。甲状腺は他院で細胞診 Class3 でありエコーにより経過観察されていた。1 カ月前からの腰痛を主訴に転移性骨腫瘍を疑われ当院に紹介となり, PET-CT により左肺門リンパ節腫脹が指摘された。今回, 左肺門リンパ節に対し TBNA による迅速細胞診および, リンパ節生検が施行された。

【迅速細胞診所見】細胞診では血性背景に孤立散在性の細胞や不規則重積性のある充実性集塊と一部に濾胞状構造を示す集塊を認めた。濾胞状構造の中心には凝縮したコロイド様物質を認め, 核は円形から類円形で核小体を認め, クロマチンは細顆粒状であった。濾胞状構造, コロイド様物質の存在により甲状腺濾胞癌の転移を疑った。

【組織所見】淡好酸性, 淡明, 空胞状細胞質で類円形の核を持った腫瘍細胞が小集簇, 小胞巣を形成し索状, 島状に密に浸潤, 増殖しており, 一部に PAS 陽性のコロイド様内容物を入れた小濾胞様の構造を示し, 間質は乏しく硝子化が目立ち, 毛細血管が発達していた。腫瘍細胞は TTF-1 陽性, CK7 陽性, CK20 陰性, NapsinA 陰性であり, 甲状腺原発の低分化癌と診断された。

【まとめ】甲状腺低分化癌は稀な腫瘍であるが, 迅速細胞診により診断を推定することが可能なため, 積極的に行うことで, 主治医に迅速な情報提供をすることができる。

P-2-40 液状化検体細胞診(LBC)におけるRNAおよびDNA 検出効率の検討

奈良県立医科大学医学部病理病態学講座¹⁾, 市立奈良病院・病理診断科²⁾

○藤井智美(MD)¹⁾, 島田啓司(MD)^{1,2)}, 小西 登(MD)¹⁾

液状化検体細胞診(Liquid-based cytology: LBC)は検体が均一化でき、一定期間保存可能であるため、残余検体を用いて免疫細胞化学染色など追加検討を行うことができる。一方、核酸増幅法(PCR法)を用いて腫瘍細胞由来の遺伝子を検出する分子診断法は臨床病理学において有用な方法として汎用されつつある。今回、市販のLBCキット(3種類)および55%メタノール固定液を用いて固定した細胞由来の核酸検出効率を検討したので報告する。膀胱癌あるいは子宮頸癌細胞株T24, SKG-IIを細胞数10-1,000個に調整し、4種のLBC固定液で48時間あるいは14日間固定した。これらの細胞からtotal RNA, DNAを抽出し、定量的RT-PCR法でT24あるいはSKG-II由来RNAは各々CD44, E7 mRNAを検出し、定量的PCR法でT24あるいはSKG-II由来DNAは各々p53, E7 DNAを検出した。その結果、各々4種の固定細胞はいずれも10細胞まで検出できたが、固定液によりコピー数に有意なばらつきを認めた。また、ホルマリンを含む固定液では含まない固定液と比較してDNAのコピー数が1/10程度まで、mRNAのコピー数が1/1,000~1/100まで低下した。免疫細胞化学染色ではホルマリンを含まない固定液と比較しても良好な染色結果が得られた。これらの結果から、1つのLBC検体を用いて細胞診スクリーニングや免疫細胞化学染色法による形態学的診断からDNAやRNAを検出することによる分子診断への応用が可能であるが、固定液の性質を十分理解した利用が望まれる。

P-2-41 泌尿器洗浄細胞診新報告様式による腎盂尿管洗浄液中の腫瘍細胞の判定

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○川崎 隆(MD), 土田美紀(CT), 北澤 綾(CT), 弦巻順子(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), 本間慶一(MD)

【目的】尿細胞診新報告様式(新報告様式)では、核偏在、核突出、核クロマチン不均等分布、核形不整、N/C比増大、核クロマチン増量の6所見が良悪、特に高異型度尿路上皮癌(HGUC)の鑑別に重要とされる(細胞診ガイドライン2015より)。腎盂尿管洗浄液は腫瘍由来の細胞が多く採取され、自然尿より診断的意義が高い。今回、腎盂尿管癌の術前に行われた腎盂尿管洗浄液について新報告様式による再評価を行い組織との比較を行った。

【方法】2011年11月から2015年12月に腎尿管全摘が行われた腎盂尿管癌40例(腎盂27例, 腎盂尿管移行部1例, 尿管12例)を対象とした。上記6所見を全て満たす場合を悪性、1-2項目が欠如した場合を悪性疑い、1-3項目を満たす場合を異型細胞、いずれも見られない場合を良性とした。

【結果】病理組織学的には、HGUC 31例、低異型度尿路上皮癌(LGUC)9例であった。新報告様式による評価は、悪性15例(全てHGUC)、悪性疑い10例(HGUC 8例, LGUC 2例)、異型細胞15例(HGUC 8例, LGUC 7例)で、良性はなかった。悪性疑いのHGUC 8例では、核突出または核クロマチン不均等分布が不明瞭であった。異型細胞判定のHGUC 8例では、5例が細胞少数、2例は低異型度成分が多く、1例は核突出・核クロマチン不均等分布・核形不整が不明瞭であった。また、悪性疑いのLGUC 2例で核形不整を認めた。異型細胞判定のLGUC 7例では、核偏在・N/C比増大・核クロマチン増量を伴う軽度異型を示す細胞の単調な出現が見られた。

【まとめ】新報告様式による判定では、核突出と核クロマチン不均等分布の2項目がHGUCにより特異的であった。

P-2-42 多彩な像を呈した HGUC (高異型度尿路上皮癌) の一例

社会医療法人天神会新古賀病院¹⁾, 社会医療法人天神会古賀病院²⁾

○貞嶋栄司(CT)¹⁾, 河原真弓子(CT)¹⁾, 木下準子(CT)¹⁾, 山崎加奈子(CT)¹⁾, 貞嶋奈津(CT)¹⁾, 三宅まどか(CT)¹⁾, 徳永 藏(MD)¹⁾, 徳田雄治(MD)²⁾

【はじめに】尿路上皮癌は扁平上皮癌や腺癌成分を併存する事があり, 規約では扁平上皮あるいは腺上皮への分化を伴う尿路上皮癌と分類されている。今回我々は, 術前尿細胞診にて HGUC (高異型度尿路上皮癌) に扁平上皮癌及び腺癌成分が混在し, 多彩な像を呈した一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代, 男性。2年前より肉眼的血尿を主訴に近医受診し, 膀胱癌が疑われ精査治療目的で当院泌尿器科紹介受診となる。諸検査にて膀胱癌と診断され, 膀胱部分切除並びに残存膀胱に対し術後放射線治療が施行された。

【膀胱鏡検査所見】膀胱頂部から前壁にかけて約6cmの非乳頭状広基性腫瘍を認め, 表面に白苔付着, 腫瘍周囲粘膜浮腫を認めた。

【細胞学的所見】赤血球や好中球, 壊死様物質を背景に, 類円形で N/C 比は高く, 核形不整や顆粒状にクロマチン増量した細胞を認め, HGUC の所見であった。また, OG や LG 好性で奇怪な形態を呈する細胞や細胞質の肥厚, 輝度の上昇, 核異型を伴う扁平上皮癌成分を認めた。さらに, 一部には円柱状で柵状配列を呈し, 微細顆粒状のクロマチンパターンを呈する腺癌成分も混在しており, 扁平上皮及び腺上皮への分化を伴う HGUC が疑われた。

【病理組織学的所見】高度異型尿路上皮細胞からなる HGUC で, 固有筋層を越えて外膜ないし漿膜下脂肪組織まで浸潤が見られた。また, 腺癌や扁平上皮癌への分化も見られ, Invasive urothelial carcinoma with squamous and glandular differentiation と診断した。

【まとめ】扁平上皮や腺上皮への分化を伴う尿路上皮癌は, 急速に進行する可能性があり, 予後不良とされている。このため, 細胞像を詳細に観察し, 正確な組織型推定することが必要である。

P-2-43 小細胞癌との鑑別に苦慮した膀胱肉腫様癌の1例

日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学統御機構診断病理学²⁾

○前本直子(CT)¹⁾, 許田典男(MD)¹⁾, 加藤舞子(CT)¹⁾, 川上陽子(CT)¹⁾, 中村祐司(CT)¹⁾, 永井祥子(CT)¹⁾, 牧野隆浩(CT)¹⁾, 北山康彦(MD)¹⁾, 内藤善哉(MD)²⁾

【はじめに】膀胱肉腫様癌は稀な腫瘍であり, 発症年齢が高く, 予後は不良である。その細胞像の報告は少なく詳細は明らかではない。今回, 当院で経験した膀胱肉腫様癌の1例を報告する。

【症例】60歳代, 女性。血尿を自覚し, 近医受診。膀胱右後壁に腫瘍を認め, 精査・加療目的で当院泌尿器科を紹介された。TUR-Bt 施行し, 下記診断に至った。術前化学療法及び膀胱部分切除を行ったが再発を認めたため, 化学療法を行うも奏効せず, 初診から3年9ヶ月で永眠された。

【細胞所見】初回の自然尿では, 出血性背景に尿路上皮癌と思われる N/C 比が高い中型～やや大型の異型細胞が大小乳頭状集塊や孤在性で出現しており, 一部の細胞は核偏在傾向がみられ, 相互封入像もみられた。また, これらよりやや小さな異型細胞で, 核圧排像を示す小集塊もみられた。2回目の自然尿では, より小型な異型細胞が主に出現しており, 小細胞癌に類似していた。

【組織所見】乳頭状増殖を示す尿路上皮癌とともに, myxoid な間質を背景に類円形でクロマチン濃染性の核を持つ細胞が増生していた。細胞密度が高い部分は小細胞癌様に見えるところもあるが, 明らかな軟骨基質を産生する軟骨肉腫の成分が認められ, 最終的に異所性成分を伴う膀胱肉腫様癌の診断に至った。

【まとめ】今回, 稀な膀胱肉腫様癌の一例を報告した。特殊型尿路上皮癌の尿細胞像は報告例が少なく, 組織型の推定は困難なことが多い。本症例のような細胞が出現した際には小細胞癌に加え, 肉腫様癌も含め広く鑑別を考え, 細胞学的, 組織学的両面から検討する必要があると思われた。

P-2-44 尿中に出現した腎明細胞癌の一例

名古屋第二赤十字病院病理診断科

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

【はじめに】腎細胞癌が尿中に出現することは稀である。今回我々は、分腎尿中に出現した腎明細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。慢性腎不全にて透析歴26年。貧血、全身倦怠感、両側胸水貯留にて当院受診。水腎症疑いにて分腎尿細胞診が施行された。精査ののち、腎・尿管摘出術が施行された。

【分腎尿細胞像】少量の好中球を背景に、淡明で豊富な細胞質をもつ異型細胞を散在性～集塊状に認める。核は円形で偏在し、N/Cは低く、腫大した明瞭な核小体を1個有する。細胞異型は軽度であるが、重積性集塊においては不規則な配列を呈した。背景は清明で、採取細胞量は少なく、長年の透析による、腎尿細管の反応性異型によるものか、腎癌として良いか鑑別に苦慮した。当院にて過去に反応性尿細管上皮を認めた症例との比較を行い、細胞質がより淡明であること、N/C比が小さいこと、赤染し、腫大した核小体を認めること、集塊構成細胞数が50個以上の集塊を認めることなどにより、腎細胞癌が疑われた。

【摘出組織所見】右腎臓に大小の独立した腫瘍の形成を認める。腫瘍は腎盂内腔に突出・充満して尿管に及ぶ。腫瘍内では、腫大した類円形核と淡明な胞体を有する腫瘍細胞が、血管網を伴って胞巣状・索状・乳頭状に増殖する。腫瘍細胞はやや大型で、明瞭な核小体を有する。多形性は乏しい。Clear cell renal cell carcinoma, Fuhrman grade3と診断された。腫瘍は尿管にも及び、術前の分腎尿に出現した細胞は腎癌由来であると考えられる。

P-2-45 形質細胞様型尿路上皮癌の1例

青森市民病院病理診断科

○長谷川多紀子(CT), 八木橋祐弥(CT),
中田ゆかり(CT), 楠美智巳(MD)

【症例】71歳、男性。2～3年前から夜間頻尿、尿勢不良などの訴えあり、当院受診した。尿細胞診で悪性、尿路上皮癌の判定となった。膀胱鏡にて、後壁に多発性腫瘍を認め、組織生検で浸潤性膀胱癌が疑われた。腫瘍摘出術が行われたが、3半年後に局所再発が認められ、現在は治療中である。

【細胞所見】好中球の背景に、2核、多核を含む異型細胞が、孤立散在性～重積性集塊で多数認められた。異型細胞は、一部核小体が明瞭で核の大小不同、核形不整、クロマチン増量を伴い、核分裂像が見られた。高異型度の尿路上皮癌を考えた。

【組織所見】摘出標本では、腫瘍細胞は平滑筋層を超え、脂肪組織への浸潤が認められた。腫瘍細胞はびまん性、索状に増殖し、変性像、壊死像に乏しく、類円形核で広い細胞質を有し、接着性が低下していた。小細胞癌、他亜型の尿路上皮癌、悪性リンパ腫などが鑑別に挙げられていたが、免疫染色でAE1/AE3, CK7, CK20, p63が陽性となり形質細胞様型尿路上皮癌と診断された。

【まとめ】形質細胞様型尿路上皮癌は、浸潤性膀胱癌の3%未満と遭遇する機会の少ないまれな腫瘍であるが、転移、再発の頻度が高く、予後が悪いとされている。通常型の尿路上皮癌と比べて、背景はきれいで偏在性核や豊富な細胞質を持つ異型細胞が孤立性に見られ、一部に2核細胞、相互封入像が特徴とされている。本症例は炎症性背景で、異型細胞は核中心性が多く見られたが、大型細胞、豊富な細胞質などの特徴を捉えて、鑑別に挙げることが重要と考えられた。

P-2-46 膀胱洗浄液に出現した乳癌の 1 例福山市民病院臨床検査科¹⁾, 福山市民病院病理診断科²⁾○山田貴之(CT)¹⁾, 西田正則(CT)¹⁾, 秀坂 恵(CT)¹⁾,
高田知恵里(CT)¹⁾, 延岡由梨(CT)¹⁾, 重西邦浩(MD)²⁾

【はじめに】今回我々は、右乳癌にて部分切除術後経過観察中の膀胱洗浄液中に乳癌由来の悪性細胞を認めた 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代 女性。他院にて右乳房 CD 領域の腫瘤を指摘された。右乳房円状部分切除術を施行し、病理診断で scirrhous carcinoma であった。免疫組織化学的染色(以下:免疫染色)では、ホルモンレセプター (ER/PgR) 陰性、HER2 陰性であった。術後 4 年で多発骨転移をきたし、治療目的で当院紹介となった。CT 画像で腹膜播種による膀胱浸潤が疑われ、血尿が継続したため、膀胱洗浄細胞診と膀胱生検が施行された。

【細胞所見】壊死性背景に核腫大、核偏在、核型不整、核内封入体を伴う異型細胞が弧在性～小集塊として観察された。細胞質はやや厚く、N/C 比が増大した細胞もみられた。異型尿路上皮細胞と考え、尿路上皮癌を疑ったが、臨床所見より乳癌転移の可能性も考慮した。細胞診標本を用いた免疫染色では GCDFP-15(+)であった。

【組織所見】粘膜を覆う上皮細胞の異型は乏しく、一部に umbrella cell もみられた。また、粘膜から脱落し、断片化した部分では大型の核が散見された。炎症細胞浸潤もあり、反応性変化あるいは尿路上皮癌の部分像が考えられたが、鑑別は困難であった。異型細胞は免疫染色で p63(-), Uroplakin(-), Mammaglobin(-), GCDFP-15(+)であり、乳癌の転移の可能性が考えられた。

【結果・検討】乳房部分切除標本で免疫染色を追加し、上記の膀胱洗浄液や膀胱生検と同様の結果が得られた。膀胱洗浄液中の異型細胞は乳癌由来の細胞と考えられた。さらに尿路上皮癌細胞との形態的比較検討および文献的考察を加えて報告する。

P-2-47 バンクロフト糸状虫感染症の 1 例

川崎市立井田病院

○市川 将(CT), 品川俊人(MD), 出張玲子(MD),
鏑木秀夫(CT), 河合知恵美(CT)

バンクロフト糸状虫感染症は東南アジアやアフリカで流行している寄生虫感染症で、日本では年間に数例程度が発症する。

日本国内での感染はほとんど確認されておらず、輸入感染例がほとんどである。

蚊を媒介として感染し、リンパ管およびリンパ節で炎症を起こして不可逆的な症状を引き起こす。

近年、海外からの渡航者数が増加し、また温暖化の影響により蚊の生息域拡大が報告されている。

今回我々はバンクロフト糸状虫感染症を経験したので、パパニコロウ染色、ギムザ染色でのバンクロフト糸状虫の写真と共に、フィラリアの生活史を報告する。

【症例】発症の 2 年前に来日した 30 代のネパール人男性に陰嚢の腫大を認めた。

陰嚢はソフトボール大に腫大し、陰嚢内容液は黄白色で混濁していた。パパニコロウ染色標本では、多数の小型成熟リンパ球と共に、大きさ 364 μm 大のオレンジ G 好性線状構造物を認めた。

線虫を疑い、無染色で観察し、自立運動を確認した。夜間採血を行ったところ、血中にマイクロフィラリアを確認し、バンクロフト糸状虫と同定された。

スパトニン経口投与を開始し、虫体の減少を確認し現在に至っている。

P-2-48 LEEP法を中心とした、当院のCIN2-3の治療成績

徳島大学産婦人科¹⁾, 徳島大学病院病理部²⁾

○阿部彰子(MD)¹⁾, 炬口恵理(MD)¹⁾, 加藤剛志(MD)¹⁾,
坂東良美(MD)²⁾, 西村正人(MD)¹⁾

【目的】 CIN2-3 に対して当院外来では、LEEP 生検およびサージトロンによる凝固を行っており、範囲の狭い CIN の場合、外来 LEEP 生検のみで治療することも経験する。今回、CIN2-3 の経過について検討を行った。

【方法】 2011 年 4 月～2015 年 6 月で、当科で診断した CIN2-3 の症例のうち 50 歳以下の 303 例について、後方視的検討を行った。初回治療に子宮摘出を行った症例は除外した。また LEEP 後通院 1 回のみ症例も除外した。入院 LEEP では、局所麻酔下に loop 電極による LEEP の後、YAG レーザー蒸散術を行う。円錐切除はハーモニックで実施している。術後細胞診や生検が 2 回以上陰性のものを治癒とし、LSIL/CIN1 以上を認めた場合は再燃と判定した。

【成績】 CIN2 120 例、CIN3 183 例、年齢分布は、10 代 1 例、20 代 76 例、30 代 168 例、40 代 58 例であった。CIN2 のうち初回外来 LEEP のみ 94 例、入院 LEEP+レーザー蒸散 22 例、円錐切除 4 例であり、再燃は各々 30 例(31.9%)、5 例(22.7%)、0 例であった。CIN3 では外来 LEEP81 例、入院 LEEP+レーザー蒸散 76 例、円錐切除 26 例であり、再燃は各々 33 例(40.7%)、8 例(10.5%)、6 例(23.1%)であった。再燃計 82 例中、外来再 LEEP を 54 例に行うも CIN1 以上の持続を 11 例に認めた。追加切除により、現在も CIN1 以上が持続しているのは 4 例、子宮頸癌 1a-b 期に進行した例は 5 例(1.7%)で、治癒率 97.0%(294/303)であった。最終的に入院治療を 303 例中、CIN2 33 例(27.5%)、CIN3 は 115 例(62.8%)に要した。

【結論】 範囲の狭い CIN は、外来での LEEP 切除で治癒が期待できるが、持続再燃症例もあり、慎重なフォローアップが必要である。また、CIN3 に対するレーザー蒸散術は低侵襲で、有効な治療法である。

P-2-49 当院における子宮頸部円錐切除術の現況

福井県立病院

○加藤三典(MD), 堀 芳秋(MD), 土田 達(MD),
浦崎晃司(MD), 海崎泰治(MD), 横川早耶香(CT),
木戸口仁美(CT), 針谷朋美(CT), 水野幸恵(CT),
原 季衣(MD)

子宮頸癌では初期癌の増加傾向と、20～40 歳代の若年層における罹患率の増加、晩婚化に伴う出産年齢の高齢化に伴い、子宮頸部初期病変に対する診断及び治療としての頸部円錐切除術が増加している。今回、当科で行われた最近 3 年間の症例について検討したので報告する。2013 年から最近までの 3 年間に当院で行った子宮頸部円錐切除術 136 例を対象とした。円錐切除の適応としては、若年者、未婚者、未産婦や育児希望がある場合。また、コルポスコピー下の生検で組織診とコルポスコピー所見と異なる場合やコルポスコピー不適例の際に、診断的または治療的円錐切除を行っている。その方法は、コールドナイフ法、LEEP 法、コロラドディセクションニードルを用いた方法のいずれかとし、行っている。この針状電極はチップ先端が 5 ミクロンと極めて鋭利なモノポーラ針で、通常のモノポーラ針以上に止血能に優れ、さらに先端が極めて鋭利であるため、周囲組織障害を起こしにくく、また、汎用されているメスホルダーにそのまま接続可能であるため、導入も容易であった。組織病理標本では、LEEP での標本では周辺が熱で収縮し上皮がはがれやすくなっているが、針状電極での標本では、切除断端はコールドナイフと見劣りしない。病理の Dr からも針状電極使用のものは LEEP によるものと比べて、熱による収縮や上皮の浮き上がりなどがなく見やすいといわれている。成績としては、年齢分布は 23 歳から 67 歳まで 136 例で 30～49 歳までが多く 30 代が 57 例と最も多く見られた。円錐切除術前と術後の最終診断の一致率は 30%前後であり、過小評価の可能性について患者、家族への十分な説明が必要で、術前に見つけにくい病変も存在するため慎重な対応が必要と考える。

P-2-50 子宮頸部円錐切除術後の細胞診陽性例の検討

弘前大学医学部産婦人科¹⁾, 弘前大学医学部付属病院病理部²⁾

○重藤龍比古(MD)¹⁾, 三浦理絵(MD)¹⁾, 二神真行(MD)¹⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 渡辺 純(MD)²⁾, 刀瀬亀代志(CT)²⁾, 小島啓子(CT)²⁾

【目的】円錐切除術には出血予防のために様々な device が使用されているが, 当院では超音波凝固切開装置(ハーモニクスカルベル)を用いた円錐切除術を行っている。レーザーや LEEP 法に比べ組織の熱損傷が少ないとされているため病理診断への影響は少なくなるが, 逆に断端面の蒸散効果は低いと考えられる。上記を踏まえ術後の細胞診での陽性例について後方視的に予後を検討した。

【方法】当院で行われた 2009 年 1 月から 2013 年 12 月までの 5 年間に行われた円錐切除術 263 件のうち再円錐切除術となった 4 件を除いた 259 例で, 術後細胞診陽性となった 15 例について, 切除断端陽性例と陰性例に分けて検討した。

【成績】断端陰性 211 例中 11 例は微小浸潤癌以上の病変であったため, 追加治療を行った。残りの 200 例中 6 例(3%)で術後細胞診異常を認めた。一方, 断端陽性例では 48 例中 9 例で追加治療を行い, 残りの 39 例中 9 例(23%)で術後細胞診異常を認めた。両者の Cone height の平均は, それぞれ 1.21 ± 0.27 cm と 1.14 ± 0.27 であり, 両群間には有意差は認めなかった($P=0.087$)。断端陰性例の 6 例のうち 3 例は細胞診が正常化し, 残り 3 例は経過観察中である。断端陽性例の 9 例うち 4 例は術後細胞診異常が続き, 組織学的に CIN3 の再発が確認された時点で再度円錐切除術を行い, その後は再発を認めていない。

【結論】予想通り切除断端陽性例で術後の細胞診陽性率が高くなっていった。断端陽性例では再治療を要する症例が存在したが, 断端陰性例では今回の検討では追加治療は不要であった。

P-2-51 SCJ を含めた円錐切除部位よりも体部側に存在した上皮内癌の 1 例

大阪医科大学医学部病理学教室

○服部公亮(MD), 山田隆司(MD), 明石静香(CT), 中山裕子(CT), 浦上真由美(CT), 武田玲郁(CT), 出口千尋(CT), 棚田 諭(CT), 石崎幸恵(CT), 廣瀬善信(MD)

【はじめに】子宮頸部円錐切除術は, 頸部初期病変に対する低侵襲性の診断を兼ねた治療法であるが, 頸管内に病変が存在する場合十分な診断や治療ができない場合がある。今回, 円錐切除術を施行したにもかかわらず, 細胞診にて異型細胞が出現し続けた症例を経験したので報告する。

【症例】49 歳, 未経妊女性。子宮癌検診の結果から精査が必要となり, 当院婦人科を紹介受診した。当院では, 細胞診で扁平上皮癌の疑いがあったものの, 生検で CIN2 という診断から円錐切除術が施行されたが, 術後も頸部細胞診にて異型細胞の出現が持続した。病巣の遺残を疑い, 円錐切除約 1 年後に腹腔鏡下单純子宮全摘出術および両側卵管切除術, 左卵巢囊腫摘出術を施行したところ, 上皮内癌が認められた。術後, 再発は認めていない。

【細胞所見】初診時の検体では, オレンジ G 好性の細胞質を有し, 核濃染した異型細胞がみられ, SCC(扁平上皮癌)が疑われた。円錐切除後も, オレンジ G 好性の細胞や, 核濃染した異型細胞が出現し続け, 少なくとも HSIL(上皮内癌)と考えられた。

【組織所見】円錐切除標本では, 扁平上皮・頸管腺は含まれていたが, SCJ 付近に病巣はみられていなかった。摘出子宮標本では, SCJ および頸管腺より体部側に上皮内癌が認められた。

【まとめ】円錐切除術は SCJ を中心に切除する診断・治療法であるが, 本例では, SCJ を含めた円錐切除部位より体部側に病変が存在していたため, 適切な診断・治療効果が得られていなかった。頸部細胞診で異常が持続する場合は, 病変が頸管内や体部側に存在する可能性を念頭に置く必要があると思われた。

P-2-52 当院で経験した ASC-US 例の臨床的予後ならびに治療コンプライアンスについての検討

京都府立医科大学大学院女性医科学

○明石京子(MD), 森 泰輔(MD), 辰巳 弘(MD),
黒星晴夫(MD), 澤田守男(MD), 北脇 城(MD)

【目的】当院で施行した子宮頸部細胞診で ASC-US と診断した症例についてその臨床的予後を検討した。さらに患者管理状況を検証し、その問題点について検討した。

【方法】2012 年 1 月から 2015 年 7 月までの間に当院で ASC-US と診断し、その後経過観察をした 209 例について、カルテ記載情報を元に後方視的に検討した。

【結果】平均観察期間は 22.5ヶ月 (range1.3-43.2ヶ月)。209 例中 148 例(70.8%)がハイブリッドキャプチャー法による HPV 検査(HC-HPV)を受けていた。148 例中 95 例(64.2%)がハイリスク群陽性であった。陰性群のうち CIN3 以上に進展した症例は認めなかったが、陽性群では 10 例(10.5%)が CIN3 以上に進展していた。ハイリスク HPV 陽性患者の管理の重要性を裏付けた。脱落症例は 26 例(12.4%)で、HC-HPV 陰性群が 53 例中 1 例(1.9%)であったのに対し、HC-HPV 陽性群は 95 例中 11 例(11.6%)、HPV 未検群 61 例中 14 例(23.0%)であった。脱落 26 例には、人工妊娠中絶時スクリーニング 2 例、15 歳以下 1 例、薬物乱用者 1 例、入院歴のある精神疾患患者 1 例が含まれ、社会的問題が背景として考えられた。

【総括】ASC-US かつハイリスク HPV 陽性例は嚴重に管理が必要である。ハイリスク HPV 陽性は陰性例より治療コンプライアンスが悪かった。より嚴重なリスクマネジメントの徹底が求められる。

P-2-53 当科における ASC 症例と high risk HPV に関する検討～Bethesda system 導入から 5 年経って

名寄市立総合病院産婦人科¹⁾, 名寄市立総合病院臨床検査科²⁾

○野澤明美(MD)¹⁾, 岡本修平(MD)¹⁾, 北村晋逸(MD)¹⁾,
吉田英樹(CT)²⁾, 森 博章(CT)²⁾

【はじめに】ベセスダシステムの新しいカテゴリーである ASC-US 及び ASC-H は明確に扁平上皮内病変と判定できない症例に用いられるが、その判定には明確な細胞像の基準がなく取扱いに苦慮する場合がある。今回当院で ASC 症例の追跡調査を行ったので報告する。

【対象と方法】2010 年 4 月からの 5 年間で子宮頸部細胞診検査を行った総数は 9595 例であった。内訳は NILM6788 例, LSIL184 例, HSIL150 例, ASC-US390 例, ASC-H101 例, SCC5 例, AGC-NOS44 例, Adeno Ca.15 例, 判定保留 120 例であった。その中で ASC-US 及び ASC-H を対象とし後方視的に HPV 感染の有無、組織学的診断、手術治療の有無を検討した。

【考察】ASC-US と判定された症例 298 例のうち HPV 検査が行われたものが 257 例あり、陰性は 160 例(62.3%)、陽性は 97 例(37.7%)であった。組織診未施行が 212 例、組織診で CIN が確認されないものが 17 例、CIN1 が 36 例、CIN2 が 22 例、CIN3 が 10 例、SCC が 1 例であった。CIN2 以上の症例では、27 例に円錐切除術が施行され、8 例に子宮全摘術が施行されていた。ASC-H と判定された症例は 100 例あり、組織診未施行が 21 例、組織診で CIN が確認されないものが 26 例、CIN1 が 27 例、CIN2 が 12 例、CIN3 が 14 例であった。CIN2 以上の症例では 7 例に円錐切除術が施行され、11 例に子宮全摘術が施行されていた。

【結論】ASC 症例ではハイリスク HPV 検査を施行することで細胞診の感度向上と CIN 病変の効率的な検出が可能となった。当科では ASC-US と判定された件数が全体の 5.1%、ASC-H が ASC 全体の 20.5% を占め精度管理が今後の重要な課題である。また再診を指示するも未受診である症例が約 2 割あり再診を促すような工夫が必要と考えられた。

P-2-54 細胞診NILM, ASC-USでHPV16,18型が陽性 ATHENA study との比較

北海道対がん協会細胞診センター

○田上 稔(CT), 加藤 修(CT), 日野順子(CT),
市川浩巳(CT), 和田恒之(CT), 阿部里絵(CT),
鈴木美由紀(CT), 茂木由紀(CT), 藤田博正(MD),
佐々木隆之(MD)

【はじめに】細胞診NILMはHPV陽性であっても通常精密検査を行わない。一方、ATHENA studyはHPV16,18型陽性であれば細胞NILM, ASC-US症例でもCIN2,3症例が多数見つかることを報告している。HPV16,18型陽性で細胞診NILM, ASC-US症例からどの程度CIN2,3症例が見つかる頻度を算出、ATHENA studyと比較しHPV併用子宮頸がん検診について検討した。

【方法, 対象】2013.4~2014.3までにHPV検査(Cobas法)併用子宮頸がん検診を受診した16,323人のうち、HPV16,18型陽性で細胞診NILM85例, ASC-US162例を対象とした。

【結果】細胞診NILM67例中CIN3+症例(受診から12ヵ月以内)は12例で、HPV16型陽性が10.45%(7/67)、HPV18型陽性が5.56%(1/18)で、この結果はATHENA studyの11.7%、5.7%とほぼ同等の結果であった。一方、HPV16,18型以外の型では1.66%(4/302)であった。CIN2以上は22例で、それぞれ17.91%(12/67)、11.11%(2/18)、2.32%(8/302)であった。ASC-US症例は129例、CIN3症例は8例でHPV16型陽性が40.00%(6/15)、HPV18型陽性が0%(0/3)、HPV16,18型以外の型が2.94%(1/34)、HPV陰性症例が1.30%(1/77)でASC-US症例においてもHPV16,18型陽性はCIN2,3以上のリスクが高いことも判明した。

【考察】細胞診NILM, ASC-US症例であってもHPV16,18型陽性は高い進行リスクを有していることが判明した。HPV併用子宮頸がん検診におけるリスク別判定は有用であるとともに、発見されたHPV16,18型陽性者の対応など、今後の子宮頸がん検診のあり方を問い直す必要性を感じた。

P-2-55 子宮頸部細胞診異常で紹介され、初診時コルポ診で異常所見がみられなかった症例の検討

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、初診時コルポ診で異常所見がみられなかった症例の転帰を、臨床的に検討した。

【方法】子宮細胞診異常で紹介されコルポ診を実施したが、異常所見がみられなかった102例を対象とした。前医の細胞診結果がASC-US症例では74%、ASC-H症例では42%、LSIL症例では44%、HSIL症例では29%、全体では48%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ヵ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、その後の転帰を解析した。(1)ASC-US 23例ではNILM 17例、ASC-US 4例、LSIL 1例(生検で軽度異形成)、HSIL 1例(生検で高度異形成)であった。(2)ASC-H 12例ではNILM 7例、ASC-US 1例、ASC-H 1例、LSIL 1例(生検で軽度異形成)、HSIL 2例(生検で高度異形成2例)であった。(3)LSIL 50例ではNILM 36例、ASC-US 7例、ASC-H 1例(生検で中等度異形成)、LSIL 4例(生検で軽度異形成1例)、HSIL 2例(生検で高度異形成2例)であった。(4)HSIL 17例ではNILM 9例、ASC-US 2例、ASC-H 1例、HSIL 5例(生検で軽度異形成1例、中等度異形成1例、上皮内癌3例)であった。3ヵ月後の細胞診がNILMの症例は、その後も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かった症例の約半数では、3ヵ月後の細胞診が陰性であった。前医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が確認された。細胞診がHSILの症例では、初診時のコルポ診で異常所見がなくとも慎重に取り扱うことが重要であると考えられた。

P-2-56 妊婦の子宮頸部細胞診におけるブラシ使用の安全性と有用性

札幌医科大学産婦人科

○石岡伸一(MD), 金 美善(MD), 西澤庸子(MD), 寺本瑞江(MD), 郷久晴朗(MD), 田中綾一(MD), 岩崎雅宏(MD), 齋藤 豪(MD)

【目的】妊婦の子宮頸部細胞診における細胞採取は、通常ブラシの使用は禁忌とされ、綿棒などが用いられることが多い。しかしながら綿棒による細胞採取はブラシに比較して細胞採取量が少なく、false negativeの原因となることも報告されている。当科では患者の同意のもと、基本的に全例ブラシ(Cervex ブラシ)による細胞診採取を主に妊娠初期に行なっているが、その安全性、有用性につき検討した。

【方法】最近3年間、同意を得た約200人の妊娠初期子宮頸部細胞採取におけるブラシ使用に伴う問題点の有無、またLSIL以上の細胞診異常の患者5例に対する綿棒擦過とブラシ擦過の細胞診の違いにつき検討した。

【結果】ブラシを用いた擦過に伴う出血は、ごく少量を含めると約半数の症例に認められたが、その出血が原因となったと考えられる子宮内感染、流産は1例も認めなかった。また出血のほとんどは、患者への聴取から2-3日以内に認められなくなっていた。LSIL以上の細胞診異常を認めた5例に対して患者の同意の下、綿棒使用とブラシ使用を同時に行なったが、綿棒では十分な細胞が得られずfalse negativeとなった症例が3例認められた。

【総括】妊婦に対する子宮頸部細胞診は、ブラシ使用による細胞採取でも安全に施行可能であり、特に細胞診異常が疑われる症例に対しては積極的なブラシ使用による細胞採取がfalse negativeを防ぐ意味からも望ましいと考えられた。

P-2-57 多発性リンパ節転移を伴った子宮頸部微小浸潤癌の1例

長崎大学原研病理¹⁾, 諫早総合病院病理部²⁾, 長崎大学病院産婦人科³⁾, 長崎医療センター病理診断科⁴⁾, 長崎病理診断科⁵⁾

○松田勝也(CT)¹⁾, 高木雄三(CT)²⁾, 望月哲朗(CT)²⁾, 井手圭一郎(CT)²⁾, 高木美奈(CT)¹⁾, 金村さやか(MD)^{1,3)}, 佐藤 圭(CT)⁴⁾, 伊東正博(MD)⁴⁾, 岸川正大(MD)⁵⁾, 中島正洋(MD)¹⁾

【緒言】子宮頸部微小浸潤癌(MIC)が骨盤リンパ節に転移する頻度は1%未満と極めて稀である。左鎖骨上窩リンパ節腫大を契機に発見されたMICの1例を経験した。

【症例】49歳女性。左鎖骨部腫瘍感を主訴に受診。腹部CTで骨盤リンパ節腫大と右付属器領域の腫瘍を指摘された。他臓器に腫瘍影は指摘できず、悪性卵巣腫瘍の疑いで単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節生検術が施行された。

【細胞診所見】術前頸部細胞診では、出血・炎症性背景に、小型でN/C比が高く、大小不同と高度の核異型を伴う細胞が結合性疎な集塊状や孤在性に多数出現。一部にLG好性の厚い胞体を有する細胞や角化した小型異型細胞も散見され、腫大核小体を伴う細胞を混じていた。浸潤癌も否定できなかったが、HSILと判定した。

【組織診断】頸部SCJの扁平上皮全層に及ぶ異型細胞の増生と垂直極性の出現を認めた。1切片上で基底膜をわずかに超え、周囲間質反応を伴っていて、MICと診断した。脈管侵襲像は指摘できず。右付属器領域の腫瘍はリンパ節で、両側付属器に著変は認めず。腫大リンパ節には扁平上皮癌を認め、転移の原発巣検索目的で施行したp16免疫染色では、MICとともに強陽性であり、頸がんの転移と考えた。その後、左鎖骨上窩リンパ節穿刺吸引細胞診でも扁平上皮癌を確認、最終診断は子宮頸癌4B期とした。

【考察】細胞診でHSILと判定される例には少なからず浸潤癌が含まれ、本例でも浸潤癌とは判定しえなかった。HPV感染のsurrogate markerとしてのp16免疫染色が転移巣に陽性で、MICを原発と診断した。HPV ISH解析を追加し報告する。

P-2-58 子宮癌における捺印細胞診を用いたセンチネルリンパ節術中迅速診断

大阪医科大学産婦人科¹⁾, 大阪医科大学病理学教室²⁾

○田中智人(MD)¹⁾, 寺井義人(MD)¹⁾, 前田和也(MD)¹⁾, 芦原敬允(MD)¹⁾, 藤原聡枝(MD)¹⁾, 田中良道(MD)¹⁾, 恒遠啓示(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】2012~2015年に当科で子宮癌手術時にSNBを施行した子宮頸癌97例および子宮体癌125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587個が同定され, そのうち34個で転移がみられた。感度は術中迅速組織診が73.5%であったのに対して捺印細胞診では64.8%であった。子宮頸癌と体癌を比較すると頸癌での術中迅速組織診および捺印細胞診の感度がそれぞれ75%, 75%であるのに対して体癌では80%, 40%と捺印細胞診の感度が低かった。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8個あったが, そのうち5個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。

P-2-59 子宮頸癌のセンチネルリンパ節生検における捺印細胞診の診断制度についての検討

東北大学医学部産婦人科¹⁾, 東北大学医学部病理学教室²⁾, 東北大学病院臨床研究推進センター³⁾

○佐藤いずみ(MD)¹⁾, 岡本 聡(その他)¹⁾, 新倉 仁(MD)¹⁾, 橋本千明(MD)¹⁾, 徳永英樹(MD)¹⁾, 豊島将史(MD)¹⁾, 三浦弘守(MD)²⁾, 渡辺みか(MD)²⁾, 渡部 洋(MD)^{1,3)}, 八重樫伸生(MD)¹⁾

【目的】センチネルリンパ節(SLN)生検を利用して縮小手術を行うには術中迅速診断は欠かせない。捺印細胞診は, 術中迅速診断によく応用される技術であるが子宮頸癌SLNでの報告は少ない。そこで今回我々は, 子宮頸癌SLNにおける捺印細胞診の診断精度を検討した。

【方法】当院で2009年4月から2015年6月まで術前組織診にて子宮頸癌と診断され, SLNについて術中迅速診断を行った64例を対象とした。方法は, SLNを短軸2mm毎に分割して, 全断面より捺印細胞診と凍結切片を作製した。捺印細胞診はパパニコロウ染色を, 凍結切片はHE染色を行い, 凍結切片(HE染色)をgold standardとして捺印細胞診の診断精度を求めた。なお, 転移陽性SLNについてはHE標本の観察面における転移巣の最大径が2mm以上を大型転移, 0.2から2mmを微小転移, 0.2mm未満を孤立性腫瘍細胞とした。

【結果】当院で子宮頸癌としてSLN術中迅速診断を行った64例のうち, 捺印細胞診陽性例は6例, 陰性例は58例であった。捺印細胞診陽性で凍結切片でも陽性であった例が5例, 捺印細胞診陽性だが凍結切片陰性の症例が1例あった。捺印細胞診陰性であったが凍結切片では陽性例が4例あった。また, 捺印細胞診, 凍結切片ともに陽性だったが永久標本では陰性だった症例が3例あった。捺印細胞診の感度は55.6%, 特異度は98.2%, 陽性的中率は83.3%, 陰性的中率は91.5%であった。

【結論】SLN生検において捺印細胞診のみでは見逃しが出る可能性があるが, 捺印細胞診および凍結切片の併用により術中迅速診断の精度が増す可能性があると考えられる。

P-2-60 子宮頸癌頸部摘出術でのセンチネルリンパ節術中細胞診断の意義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、当科ではセンチネルリンパ節ナビゲーション手術を併用し頸部摘出術の可否を決定している。センチネルリンパ節術中迅速細胞診の診断的意義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～2015年11月に文書による説明・同意取得後に頸部摘出術を施行した154例および術中センチネルリンパ節転移陽性のため子宮摘出術に変更した10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。センチネルリンパ節は^{99m}Tcを使用したRI法で同定した。

【成績】年齢の中央値は33歳(21歳～43歳)、進行期は上皮内癌:3例, IA1期:5例, IA2期:14例, IB1期:137例, II A1期:5例, 組織型は扁平上皮癌:114例, 腺癌:40例, 腺扁平上皮癌:10例であった。術式は頸部摘出術(単純:14例, 準広汎:50例, 広汎:90例), 子宮摘出術(広汎:10例)であった。頸部円錐切除術施行後が90例で、頸部摘出術前・後に化学療法を施行した症例が8および17例存在した。頸部摘出術後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。センチネルリンパ節術中組織診陽性10例のうち、術中細胞診陽性は9例であった。術中組織診陰性と診断されたが術後陽性に変更された7例中2例に術中細胞診陽性であった。

【結論】センチネルリンパ節術中迅速細胞診は適切な術式決定に有用と考えられた。

P-2-61 子宮頸部上皮 NCE16IIA 細胞におけるアデノウイルスによる p53 遺伝子導入効果と細胞形態

市立柏原病院¹⁾, 大阪市立大学医学研究科²⁾

○本田謙一(MD)¹⁾, 村上 誠(MD)²⁾, 笠井真理(MD)²⁾, 市村友季(MD)²⁾, 角 俊幸(MD)²⁾, 石河 修(MD)²⁾

【目的】ヒトパピローマウイルス16型の遺伝子を挿入された子宮頸部上皮 NCE16IIA 細胞において、estrogen response element (ERE) を付加した p53 遺伝子を挿入することでアポトーシスを誘導して、ヒトパピローマウイルス16型の遺伝子によって癌化の危険が生じた異型上皮細胞を排除する治療の可能性を検討する。

【方法】ヒト正常子宮頸部上皮由来でヒトパピローマウイルス16型の遺伝子を挿入された NCE16IIA 細胞を Culture Slides 上で培養し、ヒトパピローマウイルスの E6 遺伝子に対応する E6siRNA で4時間前処理した細胞としない細胞で、ERE 付加 p53 遺伝子を挿入したアデノウイルスを添加し、3日後に細胞をエタノールで固定し細胞形態を調べた。細胞培養ディッシュでも同様に細胞を培養し、回収した細胞への p53 遺伝子の取込み量と発現した p53mRNA 量を real time PCR 法で調べた。

【結果】NCEIIA 細胞はライトグリーン好染性細胞質を有し核が腫大しているが、細胞間の結合は弱く散在分布していた。ERE 付加 p53 遺伝子を挿入したアデノウイルスを添加された細胞では、E6siRNA による前処理の有無にかかわらずアデノウイルスの取り込みを示す GFP が多く発現し apoptosis 過程細胞形態を示す細胞の割合が多く、p53 遺伝子の取込み量と発現した p53mRNA 量も多くなっていた。

【総括】ヒトパピローマウイルス E6 遺伝子によって p53 遺伝子の機能不全に陥っている異型上皮細胞においても、アデノウイルスにより ERE 付加 p53 遺伝子を導入して細胞排除を誘導できる可能性が考えられた。

P-2-62 乳癌における術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(LN-FNA)の有用性の検討

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臓器病態外科学²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学³⁾

○星川里美(CT)¹⁾, 荻野美里(MD)²⁾, 栗原康哲(CT)¹⁾, 佐野孝昭(MD)³⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)^{1,3)}

【目的】乳癌に対して腋窩リンパ節郭清を省略する目的で、センチネルリンパ節生検が広く普及している。また、乳腺腫瘍の診断に針生検が普及する一方で、FNAの新たな役割として術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(LN-FNA)が増加する傾向にある。今回我々は、乳癌におけるLN-FNAの有用性を検討したので報告する。

【対象と方法】2012年1月から2015年11月までに、超音波ガイド下にてLN-FNAが施行された症例239例中、術前化学療法施行症例を除く手術施行症例178例を用いた。当院では、超音波ガイド下にて無麻酔で1回のみ穿刺を行い、ガラスに吹き付け、合わせ法にて直接塗抹標本を2枚作製し、針先洗浄液も作製している。

【結果】LN-FNA施行症例178例のうち検体不適正が33例、検体適正が145例であった。検体適正症例145例のうちLN-FNA良性が76例、LN-FNA悪性が69例であった。LN-FNA良性76例中、組織学的に転移陰性が45例、転移陽性(偽陰性症例)が31例であった。LN-FNA悪性69例は組織学的にすべて転移陽性が確認されている。LN-FNAにて偽陰性であった症例31例の内訳は、ITC(isolated tumor cells)が1例、micrometastasisが6例、転移巣2-3mmが10例で、転移巣3.1mm以上が14例であった。当院LN-FNAの感度は69%で、特異度は100%であった。検体不適正率は16%であった。

【考察】当院における乳癌のLN-FNAは特異度が100%であり、有用性があると思われた。また検体不適正率の高さが今後の課題として挙げられた。

P-2-63 当院における乳腺穿刺吸引細胞診 Liquid based cytology 標本の検討

大阪警察病院

○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), 福田沙織(CT), 小西尋子(CT), 安岡弘直(MD), 吉田研一(MD)

【はじめに】乳腺穿刺吸引細胞診(以下ABC)においてのLiquid based cytology(以下LBC)併用の有用性を細胞像の変化も含め検討した。

【対象及び方法】検討対象は当院で2015年1月から12月までの間に乳腺ABCが行われた206例である。乳腺ABC時に従来法で標本作製した後、注射筒を専用の洗浄液(商品名:CytoLyt)で洗浄後、HOLOGIC社のThinPrep法にてLBC標本作製した。

【検討結果】従来法に比べ、LBC標本上で細胞集塊や細胞数が同等或いは増加していた件数は全体の約70%で、従来法実施後の標本作製であることを考慮すると、LBC法の集細胞効果が十分認められると考えられた。LBCを併用していなかった期間に比べ、検討対象期間では検体不適正率が23%から13%に減少した。細胞像に関しては、良性検体として線維腺腫20例、組織診で確認された悪性検体50例を、従来法とLBCで比較した結果、LBCでは全体的に細胞集塊は丸みを帯び、核構造の鮮明化と核小体の明瞭化、細胞質に厚みが増す傾向があった。背景の血液成分が減少し、細胞観察が容易になるなどのメリットの一方、双極裸核や粘液、壊死などが減少し、背景所見がつかみにくいなどのデメリットがあった。

【まとめ】乳腺ABCにおけるLBC(ThinPrep法)の併用は、細胞所見が従来法と若干異なるというデメリットはあるが、検体不適正率が減少し、細胞の観察が容易になり、また後の免疫染色にも応用可能であるというメリットは大きいと考えられる。

P-2-64 乳腺分泌癌の一例

倉敷成人病センター病理診断科¹⁾, 岡山大学病理診断科²⁾

○高田由貴(CT)¹⁾, 石原真理子(CT)¹⁾, 蔵重 亮(CT)¹⁾,
小湊喜枝(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⁾

乳腺分泌癌は、乳癌取り扱い規約で浸潤癌の特殊型に分類され、その頻度は全乳癌の0.03~0.15%と極めて稀である。今回我々は、分泌癌の一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。健診で左乳腺に腫瘤を指摘され当院受診。超音波検査で、左D領域に7×6×6mm大の腫瘤が認められた。腫瘤は境界明瞭、円形でやや角張った腫瘤が認められた。腫瘤内部には点状高エコーがみられ、後方エコー増強を示した。穿刺吸引細胞診で悪性と判定され、乳房部分切除術が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引した細胞成分は豊富で、集塊や散在性に認められた。それらの細胞はクロマチン増量を示し、泡沫状の細胞質をもつ細胞で集塊中に筋上皮細胞が認められないことより乳頭腺管癌を考えた。

【組織所見】淡い好酸性の豊富な胞体をもつ腫瘍細胞がmicrocystic patternをとり浸潤、増殖し腺腔内に好酸性の分泌物の貯留が認められた。その分泌物は、アルシアン青染色陽性、消化PAS反応陽性を示した。免疫染色ではER、S-100陽性、PgR、HER-2陰性であった。以上より分泌癌と診断された。

【まとめ】乳腺分泌癌は稀な腫瘍であるが、特徴的所見である粘液小球状構造やぶどうの房状集塊に着目することが重要である。

P-2-65 Invasive cystic hypersecretory carcinomaの一例

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】今回われわれは、極めて稀な乳腺Cystic hypersecretory carcinoma (CHC)の一例を経験したので報告する。

【症例】70代女性、4か月前からしこりを自覚し受診した。超音波検査で左AC領域に41×29mmの低エコー腫瘤を認め、前方境界線断裂や内部には複数の無エコー領域を認めた。マンモグラフィでカテゴリー5と悪性が疑われMRI、PET-CTとCNBが施行された。これらの検査から悪性の診断が得られ乳房部分切除術が施行された。

【細胞所見】捺印細胞診では、オレンジG好性のコロイド様物質や泡沫細胞、炎症細胞を背景にシート状集塊や腺腔を伴った乳頭状集塊または散在性に腫瘍細胞を認めた。集塊に筋上皮細胞との明らかな二相性は見られず、一部にbridging patternを認めた。腫瘍細胞は比較的均一でN/C比は低く核異型は軽度であり、一部に細胞質が空胞状で細胞境界が明瞭な細胞を認めた。

【組織所見】手術摘出材料は最大径40mm大の白色調腫瘤で出血や粘液性部分も混在し、境界は比較的明瞭であった。大小の拡張乳管が嚢胞状構造を呈し、嚢胞内部には泡沫細胞を含むエオジン好性の液状物質が充満していた。嚢胞内の上皮細胞は平坦状パターンから低乳頭状、充実増殖と多彩な構造を呈し、細胞異型は軽度から中等度で、一部に乳管外への浸潤を認めた。

【まとめ】CHCの病理組織学的所見としては1. cystの密在 2. cyst内の好酸性分泌物の貯留 3. cyst内面の上皮の乳頭状増殖像が挙げられる。細胞診においても、これらの特徴を反映する像が得られることが多いとされており、コロイド様物質等の背景所見、上皮の構造、細胞異型を認識し、画像所見を加えることで術前にCHCを示唆することは可能と考える。

P-2-66 乳房 Paget 病の1例

社会医療法人天神会新古賀病院¹⁾, 久留米大学外科学講座²⁾

○三宅まどか(CT)¹⁾, 河原真弓子(CT)¹⁾,
貞嶋栄司(CT)¹⁾, 木下準子(CT)¹⁾, 山崎加奈子(CT)¹⁾,
貞嶋奈津(CT)¹⁾, 竹中美貴(MD)²⁾, 徳永 藏(MD)¹⁾

【はじめに】乳房 Paget 病は乳癌全体の約 0.5% を占める比較的稀な疾患であり, 皮膚の慢性湿疹・乾癬様病変をきたし, 乳頭・乳輪の表皮内進展を特徴とする癌である。今回我々は乳房 Paget 病の一例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代, 女性。左乳房の痛みを自覚し, 乳頭部周囲の痂皮剥離とびらん拡大のため当院受診, 擦過細胞診及び針生検にて Paget 病と診断し左乳房全摘出術が施行された。

【細胞所見】受診時に行われた擦過細胞診では, 好中球や扁平上皮細胞が大半を占め, 炎症が強く異型細胞は少量であった。一方, 術中に痂皮を剥がし行われた擦過細胞診では, 類円形で比較的豊富な細胞質を有する異形細胞が散在性ないしシート状~軽度重積性集塊で出現し, 初回の細胞診に比べ多数の細胞が観察された。異型細胞には核腫大やクロマチンの増量, 核形不整がみられ, 単個の明瞭な核小体が認められた。また, 一部では大小不同のメラニン顆粒を有する細胞や対細胞もみられた。

【組織所見】乳頭部皮膚の重層扁平上皮内に, 淡明な胞体と大型核・明瞭な単個の核小体を有する Paget 細胞が増殖していた。乳頭内乳管~乳腺内では広範な乳管内進展が見られたが, 明らかな浸潤像はみられなかった。免疫組織化学染色では, CK7(+), HER2(+), S-100(-), HMB45(-)であった。

【まとめ】Paget 病の診断では擦過細胞診が有用であり, 細胞質が広く核小体の著明な細胞や大小不同のメラニン顆粒などの特徴的な所見を詳細に観察することが重要であるが, 細胞の採取が不十分であると診断困難となる場合もあり, 検体採取時にも注意が必要と考えられた。

P-2-67 乳腺内表皮嚢腫に乳管癌の Pagetoid 進展が見られた1例

埼玉県済生会川口総合病院¹⁾, 獨協医科大学越谷病院²⁾

○高木実季(CT)¹⁾, 金守 彰(CT)¹⁾, 山本美里(CT)¹⁾,
小原 明(CT)¹⁾, 栗田佳子(CT)¹⁾, 今田浩生(MD)²⁾,
伴 慎一(MD)²⁾, 佐藤英章(MD)¹⁾

【はじめに】乳腺内表皮嚢腫は比較的まれな良性嚢胞性病変であるが, 乳管癌との合併は極めて稀であり文献的に細胞像の記載は乏しい。今回, 非浸潤性像乳管癌が乳腺内表皮嚢腫内へ進展をした1例を経験したので報告する。

【症例】70 代, 女性。左乳房のしこりを主訴に当院受診。左 C 領域に 20 mm 大の可動性良好な硬結を伴う腫瘤を触知。超音波及びマンモグラフィ所見より悪性が疑われ穿刺吸引細胞診を施行。

【細胞学的所見】多数の壊死成分を背景にシート状集塊や不規則重積集塊および孤在性の細胞を認めた。集塊内に筋上皮細胞の介在は不明瞭で, 集塊を形成する個々の細胞や孤在性の細胞には核腫大や核形不整, 核クロマチンの増量, 明瞭な核小体を認めた。以上の所見より浸潤性乳管癌を疑った。一部には扁平上皮由来を考慮する異型の乏しい細胞成分も認めた。

【組織学的所見】左乳房部分切除検体。乳腺間質内に径 1.8 cm 大の嚢胞性病変で内部は黄褐色泥状。組織学的に嚢胞は顆粒層を有する扁平上皮で裏打ちされ, 角化物, 壊死物が貯留し表皮嚢腫と診断。さらに表皮嚢腫内を腺癌細胞が Pagetoid に進展をする像を認め, 嚢腫周辺の乳管内には壊死を伴う非浸潤性乳管癌がみられた。非浸潤性乳管癌と表皮嚢腫に組織学的な連続性は証明できないものの, 腫瘍の組織学的類似性より, 乳管癌の表皮嚢腫内進展と考えた。

【考察】本病変は当初結節として穿刺吸引細胞診が施行されたが, 扁平上皮由来を考慮する細胞および多量の角化物の存在があり, 表皮嚢腫を鑑別診断に含める必要がある。また腫瘍壊死および腺癌成分も含まれており, 稀ではあるが乳管癌との合併も考慮し診断にあたる必要があると考えられた。

P-2-68 Polymorphous adenocarcinoma と考えられた 1 例

横浜南共済病院病理診断科

○仲村 武(CT), 河野尚美(MD), 梅本沙代子(MD),
今井宏樹(CT), 渡辺睦子(CT), 小山剛司(CT),
牧野 純(CT), 野崎真仁(CT)

【はじめに】 Polymorphous adenocarcinoma (以下 PA) は唾液腺 Polymorphous low -grade adenocarcinoma (以下 PLGA) に類似した組織像を示す。今回われわれは PA と考えられた症例を経験したので報告する。

【症例】 50 歳代女性, 左乳房 C 領域の 2 cm 大の腫瘤により当院へ紹介された。マンモグラフィでは辺縁が微細鋸歯状で高濃度の円形から楕円形の腫瘤を認め, カテゴリ 4 であった。エコーでは分葉状で境界不明瞭, 内部エコー均一な腫瘤を認め充実腺管癌が疑われた。ともに石灰化が観察された。

【細胞所見】 重積性の強い集塊から散在性に多くの細胞が採取されていた。集塊の多くは積み重なるように配列し, 一部に腺腔様構造が観察された。集塊の周囲にはライトグリーンに淡染する粘液様物質と壊死様変性物を認めた。細胞は中型で細胞質はライトグリーンに淡染し, やや顆粒状であった。細胞境界は不明瞭で裸核状の細胞も散在性に観察された。核は類円形でクロマチンは微細顆粒状均一に分布し, 核小体は不明瞭であった。核分裂像がみられた。

【組織所見】 腫瘤は 16×15 mm 大で小型類円形核を持つ腫瘍細胞が大小胞巣を形成して増殖していた。また, 腺管状, 索状構造を示し浸潤する部分もあった。腫瘤内には線維化, 硝子化を認め, 一部粘液変性を示し, 唾液腺由来の PLGA に類似していた。免疫染色で Bcl-2, S-100 蛋白陽性, ホルモンレセプター陰性であった。静脈侵襲を認めた。

【結語】 PA と考えられた症例を経験した。腫瘍細胞は類円形の核を有し, 背景に粘液様物質が多くみられた。唾液腺由来と異なり, 核分裂像がみられ, aggressive な腫瘍と思われた。

P-2-69 乳腺 fibromatosis-like metaplastic carcinoma の 1 例

中通総合病院病理部¹⁾, 市立秋田総合病院病理診断科²⁾

○根 裕人(CT)¹⁾, 石井 明(CT)¹⁾, 今野稔子(CT)¹⁾,
山谷千晴(CT)¹⁾, 小野 巖(MD)¹⁾, 提嶋真人(MD)²⁾

【はじめに】 乳腺 fibromatosis-like metaplastic carcinoma (以下, FLMCa) は低異型度の紡錘細胞癌に相当する稀な病変で細胞診の報告は極めて乏しい。今回, 我々は FLMCa の穿刺吸引細胞診を経験したので報告する。

【症例】 60 歳代女性。現病歴, 検診 MMG で右 C 領域の FAD を指摘され当院初診。その後のフォロー中に 2 度の穿刺吸引細胞診が施行されいずれも陰性だった。2 年半後, 画像上それまでとは異なるスピクラを伴う腫瘤が出現, 3 度目の細胞診を施行したが陰性だった。生検でも良悪性を確定できず, 腫瘤摘出術が施行された。

【病理所見】 辺縁不規則な白色調病変(3×2.2 cm)で, 組織学的に両端鋭な核や卵円形~類円形の軽度腫大核を有する紡錘形細胞が錯綜, 増生していた。小型核小体を伴う軽度腫大核と比較的豊富な好酸性細胞質からなる多稜形~短紡錘形細胞が結合性疎な類上皮様小集塊を形成する像も混在した。これら細胞の異型は軽度だった。またごく少量, 明らかな上皮性の浸潤胞巣も認めた。CK の免疫染色では浸潤胞巣, 類上皮様集塊が陽性, 紡錘形細胞は一部陽性だった。以上から FLMCa と診断された。

【穿刺吸引細胞診所見(見直し)】 1, 2 度目は病変が採取されておらず再度陰性だった。3 度目では正常乳管上皮集塊と共に紡錘形細胞を認めたが異型軽度で見直しでも悪性と判定できなかった。しかし出現細胞を検討した結果, 組織と同様の紡錘形細胞や小型類上皮様集塊が区別され CK の免疫染色でも陽性だった。

【結語】 1, FLMCa の細胞像は組織像をよく反映していた。2, 異型は軽度で Pap 染色のみでの悪性判定はかなり困難と思われる。3, 軽度腫大核, LG 好性の多稜形~短紡錘形細胞からなる結合性疎な類上皮様集塊は診断に有用な所見と考える。

P-2-70 管状腺症を伴った腺様嚢胞癌の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)²⁾, 森谷卓也(MD)²⁾

【はじめに】乳腺における腺様嚢胞癌は約0.1%という稀な腫瘍である。今回われわれは腺様嚢胞癌に管状腺症様変化を伴った1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代, 女性。既往歴は両側乳腺症。右乳房A領域に小腫瘤を自覚。徐々に増大し痛みを伴った。近医で悪性と診断され, 当院で乳腺部分摘出術が施行された。

【細胞所見】摘出標本より穿刺吸引細胞診とLBCを行った。裸核細胞を背景に, 2種類の細胞集塊がみられた。一方は, 乳頭状重積や篩状構造を呈し, 個々の細胞は, N/C比が大, 核の大小不同, 核形の不整があり, 核小体が腫大していた。集塊内には粘液様物質が認められ, これらをGiemsa染色で観察するとメタクロマジーを示していた。もう一方は, 管状やシート状を呈し, 個々の細胞は, 大小不同がなく, N/C比も小さく, 核は類円形～円形で基底側にあり, 核クロマチンの増量はなく, 細胞質は淡明であった。

【摘出標本組織所見】腫瘍は, 20×14mmの浸潤癌であった。異型細胞が篩～管状, あるいは充実性の胞巣を形成し, 管腔内には粘液様物質がみられた。癌の胞巣中心部はc-kitが陽性, 辺縁部はp63とCK14, calponinおよびS-100が陽性で, 腺様嚢胞癌と診断された。また, 癌と不規則に混在する高円柱状の上皮からなる腺管増生がみられた。それらはp63およびcalponin陽性の筋上皮細胞を介しており, 少数S-100が陽性, CK14の染色性は低く, ER陰性, PgR陰性, 内腔の細胞はCK19陽性, EMA陽性で, 管状腺症 tubular adenosis と判断した。

【考察】腺様嚢胞癌の背景病変として, 管状腺症を伴う例の存在が報告されている。本例の細胞像は, 多彩な組織像を十分反映したものであり, 主病変以外の細胞像の観察も重要であることを改めて認識できた。

P-2-71 Low-grade adenosquamous carcinoma 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⁾

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

【はじめに】Low-grade adenosquamous carcinoma は化生癌に含まれる稀な腫瘍であり, 今回我々はその1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代, 女性。4年前に子宮筋腫にて子宮全摘術を施行。10年以上前から左乳房にしこりを認めたが, 1カ月前より痒みや痛みが生じたため当院受診。針生検にて浸潤癌と診断され, 左乳房切除術を施行した。

【乳房穿刺吸引およびLBC細胞所見】少数のリンパ球を背景に上皮細胞集塊がみられた。これらの細胞は細胞質が淡染性, 核形は類円形, 核クロマチンは細顆粒状を呈していた。また, 扁平上皮への分化を思わせる細胞はシート状に出現し細胞質が広くやや厚みを持ち, 核形は不整, 核クロマチンは細顆粒状を呈し1～数個の核小体を有していた。一部, 紡錘形の細胞もみられた。各々の細胞集塊には筋上皮との二相性は認められなかった。

【乳房組織所見】管状あるいは索状の異型上皮浸潤からなる腫瘍がみられた。少数, 角化を示す細胞も認めた。免疫組織学的にER陰性, P63陽性, CK14陽性よりLow-grade adenosquamous carcinoma と診断した。

【まとめ】Low-grade adenosquamous carcinoma は稀な腫瘍であるが, 管状癌などと同様に核異型は軽度であっても筋上皮との二相性を欠く細胞集塊が多くみられる場合には悪性の可能性も念頭において診断することが肝要であると思われた。また, 管状癌様の像に加え, 軽度の異型を示す扁平上皮成分がみられる場合にはLow-grade adenosquamous carcinoma の可能性も考慮すべきと考えらる。

P-2-72 リンパ節穿刺吸引細胞診にて印環細胞類似の異型細胞を多数認めた浸潤性乳管癌の一例

飯塚病院中央検査部¹⁾, 飯塚病院病理科²⁾

○金谷直哉(CT)¹⁾, 松島優子(CT)¹⁾, 上原俊貴(CT)¹⁾, 川嶋大輔(CT)¹⁾, 井上佳奈子(CT)¹⁾, 桑岡 勲(CT)¹⁾, 佛淵由佳(MD)²⁾, 大屋正文(MD)²⁾

【はじめに】乳腺領域においても印環細胞類似の異型細胞を多数認めることがあるが, その細胞学的報告は多くない。今回我々は触診及び画像診断で乳房に腫瘤を認めず, リンパ節穿刺吸引細胞診(以下, FNA)を契機に診断に至った浸潤性乳管癌の症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 女性。右腋窩部しこりを自覚し当院受診。USにて右腋窩に25×12mmの腫大リンパ節を認めたが, 当初US, MMG, CT及びMRIで乳房内に病変を認めなかった。精査目的に施行された右腋窩リンパ節FNAにて悪性, 同リンパ節生検にて浸潤癌(乳腺もしくは唾液腺由来)と診断された。再度US施行した際, 明らかな腫瘤を認めなかったが, 右C領域に乳腺構造の引きつれを伴う部位を認めたため, 同部位に対しCNB施行し浸潤性乳管癌の診断に至った。術前化学療法施行後, 乳房円状部分切除術, 腋窩リンパ節廓清が施行された。

【細胞所見】腫大不整形核を含む異型細胞を多数認めた。多くは淡明胞体内に粘液様物質を窺い, 腺癌などの転移を疑った。

【組織所見】摘出リンパ節中には印環細胞類似の粘液含有細胞(ジアスターゼ消化PAS, アルシアンブルー共に陽性)と淡明胞体を有する異型細胞の索状～胞巣状増生を認めた。免疫組織化学的にGCDFP-15, E-cadherin, ER, PgRは陽性, HER2は陰性を示し浸潤性乳管癌と診断された。CNB及び摘出乳房中にも類似の異型細胞を認めた。

【まとめ】本症例は腫瘤非形成性で原発巣が画像上認知し辛かったが, 腋窩リンパ節に腫脹を認め, これが診断の契機となった。いわゆる乳腺印環細胞癌をはじめとする印環細胞分化を示す癌の組織・細胞学的報告は依然として少なく, 今回は若干の文献的考察を含め報告する。

P-2-73 印環細胞への分化を示す浸潤性乳管癌の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⁾

○本山睦美(CT)¹⁾, 松永 徹(CT)¹⁾, 宮本加菜(CT)¹⁾, 郷田 衛(CT)¹⁾, 片倉和哉(CT)¹⁾, 宮井由美(MD)²⁾, 門田球一(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】乳腺細胞診断上, 印環細胞形態を示す病変には, 小葉癌, 乳管癌, 粘液癌や転移性悪性腫瘍などがあげられる。今回我々は, 印環細胞への分化を示す浸潤性乳管癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60代, 女性。以前より左乳房腫瘤を自覚。検診にてMMGで異常が指摘され, 当院に精査・治療目的で紹介受診。左乳房に3cm大の腫瘤を認め, 穿刺吸引細胞診で陽性と診断され, 乳房切除術が施行された。

【細胞所見】腫瘍細胞は小集塊～散在性に出現しており, 核偏在性で多くは印環細胞様であった。核は小型で切れ込み等の核不整が顕著で, 分葉状核も散見された。核クロマチンは細顆粒状に増量し, 核縁は薄く, 小型核小体を数個認めた。細胞質はライトグリーンに淡染性で, 細胞質内にPapanicolou染色で淡桃色調に染まる粘液様物質を認めた。また一部では, 粘調性のある粘液様物質を認め, 浮遊する印環細胞様の腫瘍細胞が認められた。

【組織所見】左乳房A領域に約45×20mm大の腫瘤を認め, 組織学的に腫瘍細胞は充実性や索状に浸潤増殖していた。腫瘍細胞の大部分は細胞質内に粘液を有し, 部分的に印環細胞様の形態を示していた。一部で大量の細胞外粘液に腫瘍細胞の小集塊が浮遊する像も認められた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は, E-cadherin, ER, PgRに陽性, HER2スコアは0, Ki-67は約30%であった。以上の所見より印環細胞への分化を示す浸潤性乳管癌と診断された。

【結語】穿刺吸引細胞診で印環細胞様の腫瘍細胞を多数認め, 小葉癌および転移性悪性腫瘍などとの鑑別を要した一例を経験したので, その細胞形態を中心に若干の文献的考察を加え報告する。

P-2-74 乳腺偽血管腫様過形成の1例

白根健生病院検査科¹⁾, 済生会新潟第二病院病理診断科²⁾, 新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科³⁾

○木村絵里子(CT)¹⁾, 石原法子(MD)²⁾, 本間慶一(MD)³⁾

【はじめに】乳腺の偽血管腫様過形成 (pseudoangiomatic stromal hyperplasia, 以下 PASH) は血管様の間隙を伴う, 乳腺間質の過形成を呈する比較的稀な良性疾患である。今回我々は PASH の 1 例を経験したので細胞像と病理組織像を報告する。

【症例】44 歳女性, 3 経産, 10 年前より右乳腺にしこりを感じるも放置。最近大きくなり受診, MMG, CT, MRI, エコー施行。右乳腺全体を占める巨大腫瘍で, 境界は明瞭。内部に嚢胞成分を伴っていた。画像検査では葉状腫瘍が疑われた。穿刺吸引細胞診と針生検を各二回施行。患者の希望により乳房切除術が行われた。細胞診は二回とも良性, 葉状腫瘍または巨大線維腺腫疑い。他施設での生検診断と切除腫瘍の診断はいずれも乳腺症または fibrocystic disease であった。

【細胞診所見】血性背景に円形～楕円形の双極裸核が散見され核肥大を伴う紡錘形の間質由来細胞が少数出現していた。乳管上皮細胞はシート状～重積性集塊で認められ, 集塊からのほつれはなく, 二相性は保持されていた。乳管上皮に軽度核肥大はあるものの, 核異型は見られなかった。

【組織所見】切除腫瘍は 155×150×45 mm で肉眼的に境界明瞭であり, blunt duct adenosis 様の軽度から嚢胞性の拡張を示す異型のない乳管や細乳管がみられた。これらの間に線維性から硝子化間質があり, 異型の乏しい紡錘形細胞からなる slit 状間隙が認められた。免疫染色にて間質細胞は vimentin, CD34, PgR, αSMA が陽性。CD31 は陰性。これらの所見から PASH と考えられた。Retrospective には CNB にも同様所見が認められた。

【まとめ】乳腺に発生する巨大腫瘍としては葉状腫瘍を第一に考えるが, 今回経験した PASH も念頭に置いておくことが大切であると思われた。

P-2-75 アポクリン化生細胞を伴った男性乳癌の一症例

鶴岡市立荘内病院病理科

○近藤敏仁(CT), 阿部美沙子(CT), 石栗絵里奈(CT), 鈴木俊市(CT), 深瀬真之(MD), 内ヶ崎新也(MD)

【はじめに】男性乳癌は比較的希な悪性腫瘍であり, 発生頻度も全乳癌の 1% 以下である。今回我々は, 背景にアポクリン化生細胞の存在があったため鑑別困難か悪性かの判定に迷った男性乳癌の症例を経験したので報告する。

【症例】46 歳, 男性, H27 年の 6 月初旬より右乳頭部から血性分泌物有り。開業医を受診し, 右乳頭下に 1 cm 超えの腫瘍を触知, 当施設紹介となった。二度の穿刺吸引細胞診を施行し, 一度目鑑別困難, 二度目悪性疑いと判定し, 腫瘍摘出となった。

【細胞所見】泡沫細胞とアポクリン化生細胞を背景に, N/C 比大, 微細顆粒状の核クロマチンと核緊満感を呈した腺系異型細胞を不規則重積性, 樹枝状細胞集塊として多数認めた。細胞集塊辺縁に細胞のほつれ像が見られ, 細胞集塊中には毛細血管と間質が見られた。二度の ABC は同じ所見で有ったが, 二度目の ABC にてセルブロックを作成し, 免疫染色を試みた。結果, α-SMA (+), p63 (-) であったため, 筋上皮の存在は無いものと判断し, 悪性細胞の疑いと判定した。

【組織所見】腫瘍は右乳房内側下部から乳輪部に存在し, 15×15×15 mm 大。Encapsulated papillary carcinoma with minimal invasion と診断された。断端, センチネルリンパ節は陰性であった。核 Grade (G2), ER (3+), PgR (3+), HER2 (1+)。また, 腫瘍付近に gynecomastia の所見も見られた。

【まとめ】細胞異型や構造異型から悪性が考えられたが, 背景にアポクリン化生細胞が見られたため良性腫瘍との鑑別に迷った。今回はセルブロックにて免疫染色が出来たことで鑑別することが出来た。細胞が多く採取された時は, 可能な限りセルブロックを作成すべきであると考え。

P-2-76 過分泌性過形成性核異型を伴う線維腺腫の一例

呉市医師会臨床検査センター病理検査¹⁾, 呉医療センター・中国がんセンター病理診断科²⁾, 呉医療センター・中国がんセンター病院長³⁾

○竹内まゆみ(CT)¹⁾, 石本昌子(CT)¹⁾,
安村奈緒子(CT)²⁾, 田中美帆(CT)²⁾, 坂根潤一(CT)²⁾,
西村俊直(CT)²⁾, 谷山大樹(MD)²⁾, 倉岡和矢(MD)²⁾,
谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】乳腺で粘液が認められるものの中には、主に粘液癌、線維腺腫、Mucocoele-like lesion 等が挙げられ鑑別が必要とされる。今回我々は穿刺吸引細胞診検体にて当初、粘液癌を疑ったが、生検及び腫瘍摘出材料により、過分泌性過形成性核異型を伴う線維腺腫と診断された一例を経験したのでここに報告する。

【症例】50歳代、女性。MMGにて右C3, FAD(M)、微小円形石灰化散在性。USにて右乳房12時方向に8.7×6.6×4.9mm大の腫瘤を認め、血流は辺縁にあり、穿刺吸引細胞診施行された。

【穿刺吸引細胞診所見】背景には多数の赤血球、少数のリンパ球と好中球が見られ、少量の粘液と共に少数の乳管上皮細胞が採取されていた。異型のない小型上皮の小集塊と軽度腫大した核を有する上皮の小集塊が混在し、後者では細胞接着性の低下と軽度の核異型が認められ粘液癌を疑った。

【組織所見】生検標本において、乳管増生像と粘液腫状間質組織の増生が見られ、乳腺症型線維腺腫と診断された。腫瘍摘出標本(4.7g, 2.5×2.0×1.7cm)には、著明な浮腫状に増生した線維性間質により圧迫され分枝管状を示す乳管が認められた。乳管上皮の核は小型で筋上皮との二相性は保たれており、管内型線維腺腫と見做された。腺腫内の径3mmの範囲に1~4層に木釘状増生する軽度異型乳管上皮が認められた。これらの内腔に分泌物と微細石灰化小体が認められ、過分泌性過形成性核異型と見做された。

【まとめ】粘液が少量であったことや筋上皮の付着した異型のない乳管上皮と軽度核異型のある上皮が混在したこと等から、線維腺腫と粘液癌の鑑別を要したが、本病変の可能性を念頭において注意深く観察することが重要であると考えられた。

P-2-77 乳腺基質産生癌の一例

聖隷三方原病院臨床検査部¹⁾, 聖隷三方原病院病理診断科²⁾

○古田政敏(CT)¹⁾, 外崎友美(CT)¹⁾, 木村由紀(CT)¹⁾,
大場加央里(CT)¹⁾, 山田哲司(CT)¹⁾, 八木春奈(MD)²⁾,
高橋青志郎(MD)²⁾, 小川博(MD)²⁾

【はじめに】乳腺基質産生癌(matrix-producing carcinoma: 以下, MPC)は乳癌取扱い規約第17版では特殊型乳癌の一つとして分類されており、発生頻度は乳癌全体の0.05~0.2%と稀な腫瘍である。今回我々はMPCの一例を経験したので報告する。

【症例】47歳女性。右乳房腫瘤を他院で指摘され当科受診。マンモグラフィーにて右乳腺A/C領域に50mm大の分葉状腫瘤を認めた。穿刺吸引細胞診・針生検を施行し、浸潤性乳管癌と診断された。術前化学療法の後、右胸筋温存乳房切除・右腋窩リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】壊死性背景に孤立細胞が散見され、結合性の乏しい小型の細胞集塊が少量みられた。個々の細胞はN/C比が高く、核形は類円形から不整形、核クロマチンは密に増量、小型の核小体を1~2個認めた、細胞質はライトグリーンに淡染、細胞境界は不明瞭。以上の所見より面癌癌、充実腺管癌を組織推定した。

【肉眼・組織所見】切除標本腫瘍断面は肉眼的に辺縁白色調、内部は透明で光沢があり境界明瞭であった。組織学的に、腫瘍は多数の小結節状腫瘍細胞集塊から成り、個々の腫瘍小結節内部に著明な壊死がみられた。腫瘍細胞は腫大した不整な核を有し、小胞巣状または不規則索状に配列し、腫瘍間質に軟骨其質が認められた。以上の所見よりMPCと診断した。

【まとめ】乳腺MPCは稀な腫瘍である。MPCに関する過去の症例報告では、背景にヘマトキリンに淡染およびGiemsa染色でメタクロマジーを示す軟骨基質様物質が認められており、本症例においても組織型確定後の再鏡検で一部に同様の所見がみられた。細胞診にて軟骨基質を背景に腫瘍細胞が集塊状から孤立性に出現する場合は本組織型も念頭におくことが必要と考える。

P-2-78 乳腺基質産生癌の一症例

八尾徳洲会総合病院臨床検査科¹⁾, 大阪市立大学大学院医学研究科病理病態学²⁾

○岡崎 健(CT)¹⁾, 岩崎由恵(CT)¹⁾, 久保勇記(MD)²⁾

【はじめに】基質産生癌(matrix producing carcinoma: 以下 MPC)は乳癌取り扱い規約第16版において特殊型の一亜型に分類され, 発生頻度は乳癌全体の約0.05%と非常に稀である。今回, 針生検捺印細胞診で粘液癌を疑ったが, MPCであった症例を経験したので報告する。

【症例】57歳女性。既往歴なし。乳癌家族なし。

【現病歴】10年前から左乳房腫瘍に気づくも放置。腫瘍が増大してきたため, 検診を受け, 異常指摘され精査目的で当院受診となった。MMG C3。USは悪性疑い。左乳腺D領域に25×19mmの境界明瞭なやや高エコー腫瘍。後方エコー増強あり, 血流は辺縁にのみ認められた。針生検+捺印細胞診施行。生検では浸潤性乳管癌とされ左乳房全摘術が施行された。

【捺印細胞診結果】粘液様物質を背景に孤立と大小集塊で異型細胞を認めた。軽度N/C増加, 軽度クロマチン増量, 核網は微細顆粒状, 核偏在性, 核形は類円, 核形不整を認めるも核縁肥厚は認めず核小体は小型。核内空胞を僅かに認めた。細胞質構築は泡沫状から空胞を有する細胞も認めた。粘液様物質を重視し粘液癌typeBを疑った。

【生検組織診断】乳頭腺管癌の浸潤性乳管癌。核異型度Grade1(3点=2+1)。ER1-3%, PgR 0%, HER2 score0(negative), Ki-67-LI 7%。

【手術材料組織診断】腫瘍辺縁部には浸潤性乳管癌様細胞, 腫瘍中心部にはアルシアン青染色陽性, ギムザ染色でメタクロマジーを示す軟骨基質を認めた。両者の移行部に紡錘形細胞や破骨巨細胞は認めず, MPCとされた。

【まとめ】細胞診で粘液癌を疑ったMPCを経験した。乳腺細胞診で粘液は重要な背景所見であるがその同定は難しい。MPCも念頭に置き, 注意深く観察することが重要であると考えられた。

P-2-79 胸膜に原発した類粘液亜型(Myxoid variant)に相当する上皮型悪性中皮腫の一例

公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科¹⁾, 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科²⁾

○園部 宏(MD)¹⁾, 山代翔大(CT)¹⁾, 海原恭子(CT)¹⁾, 羽原利幸(CT)¹⁾, 鍋島一樹(MD)²⁾, 松本慎二(CT)²⁾

【はじめに】胸膜原発の上皮型悪性中皮腫(以下 EMM)には, 幾つか亜型をみるが, 旺盛な類粘液基質を背景とする類粘液亜型 Myxoid variant (以下 Myxoid)は稀であり, これまでにその細胞学的所見に言及した報告は殆どない。今回, 胸膜原発の Myxoid EMM を経験した。

【症例】75歳男性で, ビル建設現場で働いており, 石綿暴露の可能性がある。2か月間, 咳と発熱があり, 胸部X線検査で右胸水を認め, CTと内視鏡検査では右胸腔の縦隔～横隔膜面に広がる軟らかい多結節状の腫瘍がみられ, 胸水細胞診と生検が施行された。

【細胞所見】炎症性背景に, 大型類円形の上皮様細胞を孤立性～小集簇性に少数認めた。核は円形で中心性にみられ, ある程度の異型を示し, 豊富で均質な細胞質には種々の大きさの小空胞を認めた。以上より, Atypical mesothelial cells と判定した。

【組織所見】小空胞をもつ好酸性の豊富な細胞質, 異型を示す円形核を有する大型類円形の上皮様細胞が豊富な類粘液を背景に散在性にみられ, 免疫染色ではCD146, D2-40, Calretininに陽性で, MOC31, CEA, Desminには陰性であった。以上より, Myxoid EMM と診断した。

【FISH所見】p16のホモおよびヘテロ欠失率はそれぞれ25%, 50%程度で, 悪性中皮腫を裏付けるものであった。

【考察】稀な Myxoid EMM は, 豊富な類粘液基質が腫瘍の半分以上を占めるものと定義されている。本例腫瘍は, 組織学的にこの定義に合致し, 典型例といえる。また今回, 胸水細胞診では核異型が比較的軽度であり, 悪性との判定を躊躇したが, 本例の Myxoid EMM については, 腫瘍細胞の異型が比較的弱く, 豊富で均質な細胞質に小空胞をみることが特徴的であった。

P-2-80 右頸部～鎖骨上リンパ節転移を示した悪性腹膜中皮腫の1例

東京女子医科大学東医療センター病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科²⁾

○鈴木友里絵(CT)¹⁾, 五十嵐昭喜(CT)¹⁾,
須賀道恵(CT)¹⁾, 飯塚英治(CT)¹⁾, 河村俊治(MD)¹⁾,
相羽元彦(MD)¹⁾, 藤林真理子(MD)¹⁾, 廣島健三(MD)²⁾

【はじめに】悪性腹膜中皮腫の進展は腹腔内を基本とし遠隔転移は稀である。今回我々は、右頸部～鎖骨上リンパ節転移を示した一例を経験したので報告する。

【症例】66歳女性、4か月前より排尿困難で近医に通院。その後、四肢浮腫と腹水の増悪を認め、無尿となり透析目的で当院に転院。エコー検査で右頸部～鎖骨上リンパ節、腸間膜リンパ節の腫大、PET/CTで右頸部リンパ節と腹膜に集積を認めた。悪性リンパ腫や腹膜中皮腫が疑われた。腹水細胞診、腹膜生検、右鎖骨上部リンパ節生検及び捺印細胞診を施行。入院より41日で死亡し、病理解剖を施行。

【細胞像】腹水：炎症細胞を背景に、ライトグリーンに好染する細胞質や空胞を有し、核クロマチンが増量し、核小体の腫大した単核～多核の大型異型細胞を孤立性に認めた。細胞質辺縁は不明瞭で、エオジン好性細胞を僅かに認めた。リンパ節：ライトグリーン好染～両染色性の細胞質を有する小型の異型性の乏しい細胞と腹水中の細胞と同様の細胞を孤立性～シート状に認めた。腹水、リンパ節の免疫染色はCalretinin+, D2-40+, CEA-, EMA(腹水のみ)は細胞膜に+であった。腹水は中皮腫を疑い、リンパ節は中皮腫の転移を第一に考えた。

【組織像】腹膜生検には腫瘍細胞を認めず、リンパ節生検には核小体を有する楕円形核と豊富な細胞質を有した腫瘍細胞が敷石状～孤立性に増殖し、免疫染色はCalretinin+, D2-40+, CEA-, BerEP4-, p63-で悪性中皮腫が示唆された。

【解剖所見】上皮様配列部を主体として散在性に紡錘形細胞の肉腫様配列を伴う悪性腹膜二相型中皮腫と診断。

【まとめ】頸部リンパ節の腫大は細胞診の対象になり鑑別も多岐にわたるが中皮腫の細胞像を念頭におき免疫染色を併用すれば診断可能と考えられる。

P-2-81 乳癌患者の胸水に異型細胞が出現し、癌の転移との鑑別が問題となった悪性中皮腫の1例

金沢医科大学病院病理部¹⁾, 金沢医科大学臨床病理学²⁾

○山下 学(CT)¹⁾, 中野万里子(CT)¹⁾, 朝倉善史(CT)¹⁾,
寺内利恵(CT)¹⁾, 竹中美千穂(CT)¹⁾, 嶋口智恵(MD)¹⁾,
中田聡子(MD)^{1,2)}, 黒瀬 望(MD)^{1,2)},
湊 宏(MD)^{1,2)}, 野島孝之(MD)^{1,2)}

【はじめに】乳癌手術の既往がある患者の胸水に異型細胞が出現し、癌の転移との鑑別が問題となった悪性中皮腫の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。5年前に右浸潤性乳管癌に対し乳房部分切除を施行。手術後に放射線治療とホルモン療法を行っていた。通院中に胸部CTにて、左胸膜肥厚と左胸水の増悪を認めたため乳癌の播種が疑われた。胸水細胞診が行われ悪性中皮腫が疑われた。アスベスト暴露歴不明で、組織診断を行うために胸腔胸下胸膜生検が行われた。

【細胞所見】核腫大、クロマチン増、核小体の著明な異型細胞が弧在性から集塊状に多数出現していた。核は中心性で2核～多核が混在した。細胞質はライトグリーン好性で厚みがあり一部にハンブ様突起が認められた。また、OG好性細胞質の小型細胞も散見され、悪性中皮腫が疑われた。セルブロックによる免疫染色を行い、カルレチニン、CK5/6が陽性。EMAが細胞膜に陽性、CEA、ER、PGRは陰性だった。

【組織所見】類円形で比較的均質な核を有する上皮様異型細胞が乳頭状に増殖しており、わずかに間質浸潤が疑われた。免疫染色では、EMAは細胞膜に陽性、カルレチニン、CK5/6、WT1、D2-40、IMP3が陽性で、GLUT1は一部陽性であった。CEA、MOC31、TTF1は陰性。

【まとめ】本症例ではアスベスト暴露歴がなく乳癌の既往があり、細胞診・組織診で反応性中皮や腺癌との鑑別が問題となった。悪性中皮腫を示唆する形態学的所見に習熟すると共に、積極的にセルブロックを作成して免疫染色を行うことの重要性を再認識した。

P-2-82 腹膜悪性中皮腫における腹水細胞診所見の検討

四国がんセンター婦人科¹⁾, 四国がんセンター臨床検査科²⁾, 岩国医療センター臨床検査科³⁾, 四国がんセンター病理科⁴⁾

○高畑敬之(MD)¹⁾, 小松正明(MD)¹⁾, 大亀真一(MD)¹⁾, 白山裕子(MD)¹⁾, 児嶋健太(CT)²⁾, 田中慎一(CT)²⁾, 佐藤正和(CT)³⁾, 寺本典弘(MD)⁴⁾, 竹原和宏(MD)¹⁾

【諸言】腹膜悪性中皮腫は稀な疾患であり, 腹水細胞診も診断に用いられるが, 腺癌や反応性中皮との鑑別が困難なこともあり, その正診率は10%程度に留まる。今回, 確定診断までに2回の腹水細胞診を行い, 組織学的に上皮型悪性中皮腫と診断された症例を経験したので, 細胞診所見を中心に検討した。

【症例】50代女性。子宮頸癌に対して同時化学放射線療法の既往がある。治療後6年4ヶ月に腹水が出現し, PET-CT検査では腹水にFDG集積の亢進を認めたが, 希望により診断目的の手術を行わず経過観察した。治療後8年11ヶ月にダグラス窩穿刺で腹水を採取した。

【細胞所見】1回目の細胞診では, 核異型に乏しく, 同程度に軽度腫大した中皮細胞を多数認めた。一部で多核細胞(主に2~3核)やwindow形成, 相互封入所見も認めたが, 悪性中皮腫の診断に至らなかった。その翌年に行った腹水細胞診では, 核異型に乏しく, 大小不同を呈する中皮細胞を多数認めた。3~4核以上の多核細胞も多く, 様々な大きさの細胞集塊を形成していた。相互封入像, window形成, Hump様突起も多く認め, 他にも悪性中皮腫のscoring systemで特徴的とされる所見も増加していた。免疫染色の所見も併せて, 悪性中皮腫が考えられた。

【まとめ】本例では, 腹膜悪性中皮腫に特徴的とされる所見のうち, 早期より相互封入像やwindow形成を一部に認めた。その後所見が増加し, 診断に至ったが, 診断時にも認めなかった所見もあった。本例に特徴的な所見を認める場合には, 免疫染色などを併用することで正診率の向上につながると考えられた。

P-2-83 本態性血小板血症(ET)経過中に胸水並びに心嚢液に造血細胞を認めた一例

国家公務員共済組合連合会立川病院病理診断科

○清水 瞳(CT), 岡元佑佳(CT), 黒澤仁志(CT), 松田重光(CT), 笹井伸哉(CT), 緒方謙太郎(MD)

【諸言】本態性血小板血症(Essential thrombocythemia: ET)は, 巨核球系細胞が増殖の主体をなす骨髄増殖性腫瘍(MPN)の一型である。今回我々は, ETの経過中に胸水, 心嚢液中に造血細胞を認めた一例を経験したので報告する。

【症例】80代, 男性。平成19年に血小板増多症と診断され, 同26年骨髄生検でJAK2遺伝子変異が確認されETと診断された。同27年11月頻脈性心房細動, 心不全にて当院を紹介受診。両側胸水, 心嚢液貯留を認め穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】Pap染色では背景に好中球, 組織球, 中皮細胞がみられ散在性にN/C比が高く核小体が目立つ細胞や, 核が分葉状やくびれのあるクロマチン増量した大型細胞を認めた。ギムザ染色では背景に多数の血小板を伴い, 巨核球, 赤芽球, 骨髄球など3系統の造血細胞を認め, セルプロックの免疫組織化学染色にてCD42b, Glycophorin A, MPO陽性細胞を確認した。

【考察】ETは骨髄幹細胞のクローン性増殖による腫瘍性疾患の一型であるが, 骨髄外組織への浸潤は通常みられない。一方, 髄外造血は種々の病態で認められ, 骨髄外における非腫瘍性の血球産生で, 代償性の機転が考えられている。本症例の体腔液中の造血細胞が代償性の髄外造血か腫瘍性の造血かの鑑別は難しい。巨核球凝集像から腫瘍細胞の増殖の可能性を考えたいが, 確定診断には体腔液中の細胞のJAK2遺伝子変異の検索が必要である。更に本例は体腔液中で造血細胞が出現する稀な病態を示したが, Pap染色ではリンパ腫, 肉腫との鑑別が難しいことも指摘されており, 細胞診業務に際しては造血細胞が骨髄や末梢血液以外で出現し得ることに留意し, ギムザ染色も併用し検査をすることが有用と考える。

P-2-84 胸水に出現した明細胞肉腫の1例

金沢大学附属病院病理診断科病理部¹⁾, 金沢大学形態機能病理学教室²⁾

○酒野香織(CT)¹⁾, 今度邦博(CT)¹⁾, 玉野裕子(CT)¹⁾, 田口憲子(CT)¹⁾, 藤山桃子(CT)¹⁾, 池田博子(MD)¹⁾, 原田憲一(MD)²⁾

【はじめに】明細胞肉腫は若年成人の四肢に好発する軟部組織肉腫であり、軟部組織に発生する特殊な悪性黒色腫と考えられている。今回、胸水に出現した明細胞肉腫を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。4年前に左膝窩部腫瘍を自覚し近医受診、生検で左膝窩部明細胞肉腫と診断され、化学療法と広範切除、肺転移巣切除を行った。化学療法目的に当院紹介となり、呼吸困難感と胸腹部圧迫感を自覚し、CTにて左肺胸水貯留を認め、胸水穿刺を行った。

【細胞所見】血性背景に孤立散在性や比較的結合性の緩い細胞集塊で出現しており、淡く広い細胞質に、核は類円形、大型で明瞭な核小体を有した細胞を認めた。多核細胞もみられ、細胞質内に茶褐色の顆粒を有した細胞を比較的多数認めた。転移が疑われ、セルブロックを作製し、免疫染色を行った。腫瘍細胞はS-100陽性、HMB45陽性、Melan-A陽性、SOX-10陽性、CK AE1/AE3陰性、CD68陰性、Calretinin陰性となり、明細胞肉腫の転移が疑われた。

【組織所見】原発では腫瘍細胞はN/C比の大きな不整形濃染核細胞で、核内構造の不明瞭な細胞と核小体を示す細胞が混在していた。細胞質の不明瞭な細胞と淡明、または好塩基性を示す細胞が含まれていた。充実性胞巣状、索状、孤在性に浸潤していた。

【まとめ】細胞診標本に明細胞肉腫が出現することは稀であるが、細胞所見やセルブロックでの免疫染色などにより、転移か原発かの推定に役立つと考えられる。

P-2-85 多形核を示す腫瘍細胞が胸水に出現した多発性骨髄腫の1例

青森市民病院

○中田ゆかり(CT), 八木橋祐弥(CT), 長谷川多紀子(CT), 楠美智巳(MD)

【症例】70歳、男性。胃癌手術目的で当院受診。術前検査でネフローゼ症候群を指摘され、腎生検で膜性腎症の診断となった。胃切除標本では管状腺癌であり、粘膜下層に達していた(pT1b)。術後、胸水貯留を認め、胸膜播種の可能性も考えられ穿刺細胞診が施行された。高カルシウム血症、IgG-κ型のM蛋白血症などがみられ、多発性骨髄腫を疑い、骨髄穿刺を施行したが採取不可能であった。化学療法を行うも、改善なく永眠された。

【細胞所見】反応性中皮細胞、マクロファージを背景に、形質細胞様の異型細胞が散在性に出現していた。核は類円形～分葉状のくびれを認め、偏在傾向を示した。胞体は好塩基性で、Russel body様の好酸性物を有した細胞も混在していた。核はくびれが目立ち、flower cell様で、成人T細胞白血病-リンパ腫も鑑別にあがったが、抗HTLV-1抗体は陰性であった。免疫染色では、CD79aとCD138陽性、CD20弱陽性であり、形質細胞と考えられた。上記の結果から、骨髄腫が疑われた。胃癌由来の細胞は認められなかった。

【まとめ】多形核を示す腫瘍性の形質細胞を胸水中に認めた稀な症例と考えられた。このような症例では、パバニコロウ染色のみでは診断が困難であり、メイギムザ染色や免疫染色との併用が診断を確定するうえで有用であると思われた。

P-2-86 胸腔原発の線維形成性小円形細胞腫瘍の一例

日本赤十字社和歌山医療センター病理診断科部

○阪田幸範(CT), 奥村寿崇(CT), 真谷亜衣子(CT),
宮木康夫(CT), 小野一雄(MD)

【はじめに】線維形成性小円形細胞腫瘍 (desmoplastic small round cell tumor ; DSRCT) は若年者の腹腔内に好発する稀な腫瘍である。今回我々は、胸水中に出現した胸腔原発の DSRCT を経験したので報告する。

【症例】30代男性。主訴は上腹部緊満感。胸部 CT にて多量の胸水、胸膜播種を疑う像を認め、胸水細胞診を施行。また左肺門上に腫瘤も認め、肺癌や縦隔腫瘍が疑われたが、胸膜腫瘍生検により DSRCT と診断。およそ半年間の化学療法の後、左胸膜肺全摘術が施行されたが、1年後に多量の胸水貯留、肝臓と右肺に転移再発を認めた。

【細胞所見】初診時の胸水細胞診では、上皮様結合を示す N/C 比の高い異型細胞が認められた。核異型の高度な大型細胞も少数混在し、上皮性悪性腫瘍が疑われた。再発時の胸水細胞診では、結合性密な異型細胞集塊を多数認めた。セルブロックによる免疫染色の結果、DSRCT の再発と考えられた。

【組織所見】胸膜腫瘍生検では、小型で N/C 比の高い上皮様細胞の増殖が desmoplastic stroma 内にみられた。免疫染色により、AE1/AE3, EMA, Desmin, Vimentin が陽性、calretinin, D2-40, CK 5/6 が陰性となり DSRCT と診断された。摘出肺では肺内と胸膜に多数の腫瘤がみられ、小型で N/C 比の高い細胞から大型多核の細胞まで様々な腫瘍細胞を認めた。

【まとめ】DSRCT は未分化な間葉系細胞由来と考えられており、多彩な細胞像を示すことが知られている。本症例のように上皮系への分化を示す例も報告されており、細胞像だけで DSRCT を判定するのは困難である。若年者で胸腹膜に播種性病変を認める場合は DSRCT も考慮する必要があり、セルブロックによる免疫染色も診断の一助になると考えられる。

P-2-87 胸水中に腫瘍細胞が出現した Stewart-Trevel 症候群の1例

桐生厚生総合病院中央検査部病理¹⁾, 群馬大学大学院病理診断学²⁾, 老年病研究所付属病院³⁾, 医療法人三思会東邦病院⁴⁾

○今泉智博(CT)¹⁾, 鈴木晶子(CT)¹⁾, 岡田君男(CT)¹⁾,
瀬川篤記(MD)²⁾, 小山徹也(MD)^{2,3)},
吉田カツ江(MD)³⁾, 城下 尚(MD)⁴⁾

【はじめに】Stewart-Trevel 症候群とは、種々の原因による四肢の慢性リンパ浮腫を発生母地とした脈管肉腫を主体とした症候群である。今回我々は、胸水中に腫瘍細胞が出現した Stewart-Trevel 症候群(リンパ管肉腫)の1例を経験したので報告する。

【症例】70代、女性。咳嗽、黄色痰を主訴に近医受診。改善見られず、左胸水貯留を認めた為当院紹介となり、両側胸水貯留、肺炎像、気胸を認め同日入院となった。

【既往歴】先天性リンパ管症(右上肢)、慢性C型肝炎、甲状腺機能低下症、高血圧

【胸水細胞所見】多数の好酸球を背景に、N/C比の高い小型～中型細胞で構成される乳頭状、球状集塊を多数認め、一部には小型平面的集塊を認めた。核は偏在性、類円形で核形不整を示し、クロマチンは微細顆粒状、複数個の小型核小体を認めた。細胞質は淡く、ライトグリーンに好染し、腺腔様構造が見られ腺癌が疑われた。免疫染色を行なったが、上皮マーカー、腺癌マーカー共に陰性、D2-40陽性となり、追加染色でCD31, LYVE-1陽性となりリンパ管肉腫疑いとした。

【生検組織所見】右上肢の先天性リンパ管症を患っており、腫瘍性に隆起した硬結部分より生検を行なった。中型でN/C比の高い異型細胞が比較的密に胞巣状充実性に増殖していた。表皮直下から皮下組織にまで増殖し、浸潤の主体は真皮深層から皮下組織であった。リンパ管構築を模倣する構造は確認出来なかった。胸水同様に、D2-40, CD31, LYVE-1陽性で、VEGFR3も陽性でありリンパ管肉腫と診断された。

【まとめ】胸水貯留から診断された Stewart-Trevel 症候群の1例であり、診断に苦慮したが、臨床との情報共有の重要性を再認識した症例であった。

P-2-88 急性大動脈解離緊急手術時の心膜液細胞診検査を契機に発見された原発不明腺癌の一例

群馬県立心臓血管センター技術部病理検査課¹⁾, 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター病理診断科²⁾

○山岸 徹(CT)¹⁾, 小川公代(CT)¹⁾, 田中優子(MD)²⁾

【症例】58歳女性, 自営業. 腎結石, 高血圧の既往. 3週間前より咳と喀痰, 1週間前より心窩部痛あり, 呼吸苦を主訴に前医受診した. CT上, 急性大動脈解離 StanfordA型, 心タンポナーデと診断され, 当院に転院し緊急手術となった.

【手術所見】開胸後, 血性心膜液600mlを排液し, 心タンポナーデを解除後, 上行大動脈置換術を施行した. 気管周囲は炎症性に腫れており術者が癌性心膜炎を疑ったため, 心膜液は細胞保存液に保存され, 大動脈と大動脈周囲組織が組織診検査に提出された.

【細胞所見】大小の乳頭状重集塊を形成するN/Cの高い異型細胞集塊を認めた. 核分裂像が散見され, 核腫大, 核型不整, クロマチン増量, 明瞭な核小体を複数個認めた. セルブロック標本は免疫組織化学的にAE1/AE3(+), EMA(+), CEA(一部+), TTF-1(+), NapsinA(+), CK7(+), CK20(-), EgR(-), vimentin(-)であり, 腺癌と診断され, 肺原発である可能性が示唆された.

【組織所見】大動脈周囲組織に異型細胞浸潤像を認めた. 異型細胞は免疫組織化学的にセルブロック標本と同一の染色像であった. 大動脈解離の原因は嚢胞性中膜壊死の関与が示唆された.

【術後経過】CT, シンチ検査を実施したが, 全身に明らかな原発巣は指摘されなかった. その後心房細動起源の脳梗塞を発症し, 術後50日目に永眠された. 病理解剖は承諾されず, 腺癌の原発巣は確定されなかった.

【考察】救命を優先とする緊急手術においても, 悪性腫瘍の存在を考慮した検索と検体保存が重要である. また, 心膜液セルブロック標本は, 免疫組織化学的に大動脈周囲組織の異型細胞と同一の細胞であることが証明され, 肺原発腺癌の浸潤が推定された. 悪性腫瘍の原発巣推定にセルブロック標本の作製は有用である.

P-2-89 多量の腹水貯留を契機に診断された胃型粘液を発現する子宮頸部腺癌の1例

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部¹⁾, 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院病理診断科²⁾

○御手洗賀世(CT)^{1,2)}, 柏原倫子(CT)^{1,2)}, 若林信浩(CT)^{1,2)}, 阪本 聖(CT)^{1,2)}, 江川博彌(MD)¹⁾, 谷本博利(MD)¹⁾, 金子真弓(MD)²⁾

【はじめに】胃型粘液を発現する子宮頸部腺癌(以下胃型腺癌)は, WHO分類第4版に新しく加わった亜型で, HPV陰性の頻度が高く, 予後不良で, 本邦での頻度が高いことを特徴とする. 今回我々は多量の腹水貯留を伴う癌性腹膜炎の状態で見られた胃型腺癌の1症例を経験したので報告する.

【症例】42歳, 4経妊4経産. 来院1ヵ月前から食欲の低下, 2週間前から腹部膨満感が出現したため近医を受診, 腹水貯留を指摘された. 当院総合診療科紹介受診し腹部CTにて, 子宮腫瘍および癌性腹膜炎が疑われた. 産婦人科受診し, 内診にて子宮から腔壁におよぶ可動性不良の腫瘍が認められた. 腹水細胞診にて, 細胞質淡明で胞体内に粘液を認め, 核形不整強く, 微細顆粒状のクロマチン増量を示し, 核小体明瞭な異型細胞が小集塊~球状集塊で多数出現. また, 多核細胞や核分裂像も認められ, 腺癌と診断した. 子宮頸部生検では, 異型粘液上皮が乳頭腺管状, 小腺管状, 不整合腺管状構造をとって浸潤性に増殖していた. その後, 癌性腹膜炎によるイレウスに対する開腹術施行時, 大網の一部を切除し病理診断を行った結果, 子宮頸部胃型腺癌の転移と診断した. 免疫組織学的には, 細胞診, 子宮頸部, 大網腫瘍, いずれもMUC5AC(+), p16(-), ER(-), PgR(-)であった. 化学療法を施行したが2コース終了後, 腫瘍の縮小は無く, 全身状態が悪化し初診から3ヵ月目に永眠された.

【まとめ】癌性腹膜炎で見られる子宮頸癌は稀であるが, 胃型腺癌等の予後不良の組織型の場合は, 本症例の様な急激な経過をたどることがある為, その可能性を念頭に置くことが重要と思われる.

P-2-90 VP シヤントを介して腹腔内播種した脈絡叢癌の 1 例

国立成育医療研究センター病理診断部

○山崎茂樹(CT), 岩淵英人(MD), 中澤温子(MD), 義岡孝子(MD)

【はじめに】脈絡叢腫瘍は脳室の脈絡叢から発生する腫瘍で小児では 1 歳未満で最も発生頻度が高い脳腫瘍である。WHO 分類で grade III に分類される脈絡叢癌は、小児発生の脈絡叢腫瘍の約 20% を占め、髄液播種や脳実質浸潤をみることが多い。今回我々は VP シヤントを介して腹腔内播種した脈絡叢癌を経験したので報告する。

【症例】4 歳 5 か月の男児、1 歳時に眼振と座位保持困難を主訴に受診され、病理組織診において脈絡叢癌と診断された。経過観察中に VP シヤント術が行われたが、大量の腹水貯留がみられ、腹腔内播種疑いで腹水が提出された。

【細胞所見】背景には好中球や組織球がみられ、核分裂像が認められる。核は単核から多核の類円形であり、顆粒状から粗顆粒状のクロマチンで 1 から 2 個の核小体を有する。細胞質は泡沫状でしばしば細胞質突起が認められる。

【組織診断】提出腹水より作製したセルブロックでは、N/C 比が高く、高度な異型核を有する腫瘍細胞がびまん性に認められた。腫瘍細胞は D2-40 陽性、Vimentin, AE1/3 一部陽性、Ki-67 陽性率は 50% 以上、GFAP, S100, EMA は陰性を示し、腫瘍細胞像と免疫組織化学的検索結果より脈絡叢癌の腹腔内播種と診断された。

【考察】脈絡叢癌は髄液播種や脳実質浸潤をきたしやすい腫瘍であり、経過観察中に腹水がみられた場合、VP シヤントを介しての腹腔内播種も考慮しなければならない。また、細胞質突起と特徴的な細胞所見を呈することから、髄液播種や再発の診断において、細胞診での組織型推定が可能であると考えられた。

P-2-91 がん性腹膜炎・胸膜炎におけるセルブロック法の有用性静岡県立静岡がんセンター婦人科¹⁾, 静岡県立静岡がんセンター病理診断科²⁾○角 暢浩(MD)¹⁾, 高橋伸卓(MD)¹⁾, 武隈宗孝(MD)¹⁾, 平嶋泰之(MD)¹⁾, 大石琢磨(MD)²⁾, 伊藤以知郎(MD)²⁾

【目的】がん性腹膜炎・胸膜炎を呈する患者の原発臓器の同定のためには迅速かつ精度の高い検査が求められる。当院における胸・腹水セルブロック法の診断精度やその有用性について検討した。

【方法】2013 年から 2015 年に当科においてセルブロック法を用いたがん性腹膜炎・胸膜炎患者を対象とした。HE 染色、免疫組織化学染色を基に、画像所見などの臨床情報を加えた上で(1)原発臓器や組織型に関する臨床診断、(2)実際に生検した症例における病理組織学的な診断精度について後方視的に検討した。

【結果】セルブロック法を実施した症例は 28 例であった。(1)臨床診断の内訳は上皮性卵巣癌 15 例、腹膜癌 7 例、子宮体癌 2 例、上皮性卵巣癌と大腸癌の重複癌 1 例、腎細胞癌 1 例、S 状結腸癌 1 例、虫垂癌 1 例であった。このうち胸・腹水細胞診陽性は 27 例 (96.4%)、疑陽性は 1 例 (3.6%) であった。セルブロック法のみで悪性と判定した症例は 28 例中 26 例 (92.9%) であり、原発臓器を推定できた症例は 26 例 (92.9%)、組織型を推定できた症例は 19 例 (67.9%) であった。腹水細胞診疑陽性の 1 例はセルブロック法でも悪性と判定できなかった。(2)手術・播種組織の生検を実施した症例は 11 例であり、セルブロック法と生検検体を比較すると、原発臓器を同定した症例は 10 例 (91.0%)、組織型を同定した症例は 8 例 (72.7%) であった。

【結論】セルブロック法の診断精度は高く、原発臓器の特定に十分に寄与する診断方法である。

P-2-92 当院における子宮頸部細胞診 AGC 症例の検討

熊本市市民病院病理診断科¹⁾, 熊本市市民病院産婦人科²⁾

○志賀有紗(CT)¹⁾, 河野公成(CT)¹⁾, 山田智子(CT)¹⁾,
豊住康夫(MD)¹⁾, 大田俊一郎(MD)²⁾

【はじめに】扁平上皮系腫瘍と比較して腺上皮系腫瘍の頻度は低く、異型腺細胞 (atypical glandular cells : AGC) を明確な基準で判定することは困難である。今回、我々は当院における AGC 判定の状況を評価する目的で検討を行った。

【対象】2010年1月1日～2015年12月11日の当院婦人科頸部細胞診18,666例から、ベセスダシステム報告様式にてAGCと判定した後に円錐切除あるいは子宮摘出術が施行された17例を対象とした。

【結果】AGC17例の組織型は、扁平上皮病変7例(CIN1:1例, CIN3:5例, 扁平上皮癌:1例), 頸部腺上皮病変5例(上皮内腺癌(AIS):4例, 最小偏倚型粘液性腺癌:1例), 内膜腺上皮病変5例(複雑型子宮内膜異型増殖症:1例, 類内膜腺癌:4例)であった。細胞診標本を見直すと、扁平上皮病変と診断されたAGC症例は、核が偏在し細胞質が淡い腺上皮様異型細胞が重積性集塊で出現していたが、扁平上皮様異型細胞も集塊内や孤立性に少数認められた。AISと診断されたAGC4例中1例は、AISに特徴的な集塊は少ないが、細胞異型が目立つ異型細胞を散見し、断定は困難だが腺癌を疑う所見がみられた。他の2例はAISに特徴的な所見はみられるものの細胞異型に乏しく、1例は異型細胞が極少数であり、AISと断定できなかった。内膜腺上皮病変と診断された5例は、全て内膜由来AGCと報告していた。

【結論】当院のAGC判定状況の検討では、扁平上皮病変をAGCとしていた割合が高かった。AGCと判断される可能性のある細胞として、高度扁平上皮内病変の一部も含まれるが、細胞の分化の特徴をより正確に捉えて、腺上皮病変と扁平上皮病変を鑑別していく必要がある。

P-2-93 異型腺細胞(AGC)症例についての検討

産業医科大学病院病理部¹⁾, 産業医科大学病院病理診断科²⁾, 産業医科大学医学部第1病理学³⁾, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学⁴⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学⁵⁾

○岡 春子(CT)¹⁾, 小原光祥(CT)¹⁾, 藤原 仁(CT)¹⁾,
佐藤 斉(CT)¹⁾, 光田成未(CT)¹⁾, 松浦祐介(MD)⁴⁾,
蜂須賀徹(MD)⁵⁾, 松山篤二(MD)²⁾, 島尻正平(MD)²⁾,
久岡正典(MD)^{2,3)}

【はじめに】ベセスダシステム2001では異型腺細胞(atypical glandular cell : AGC)というカテゴリーは「反応性変化や修復変化を超えた異常を認めるが、明らかな内頸部上皮内腺癌(AIS)や浸潤性腺癌の特徴を欠くもの」とされている。しかしながら、AGCの判定基準は明確でないためAGCと判定した症例の中には腺系だけではなく扁平系の異型細胞も含まれることがある。今回我々はAGCと判定した症例について組織診断を基に細胞像について検討を行ったので報告する。

【対象】当院で2010年4月から2015年3月までに実施された子宮頸部細胞診17,485件のうちAGCと判定された47件中、組織学的検索を施行した40件(34症例)について検討を行った。

【結果】組織診断34例の内訳は、体部腺癌13例(38.2%), 頸部腺癌5例(14.7%), AIS2例(5.9%), 腺過形成1例(2.7%), 扁平上皮癌1例(2.9%), 子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)4例(11.8%), 卵巣癌1例(2.9%), 良性7例(20.6%)であった。組織型別の特徴所見は、体部腺癌:異型細胞少数11例(84.6%), 頸部腺癌:シート状集塊4例(80.0%), CIN:重積性集塊3例(75.0%), 良性:核クロマチン均一7例(85.7%)であった。

【まとめ】1. 体部腺癌では出現細胞が少数のため良悪性の判定が低くなる可能性がある。2. 頸部腺癌では出現細胞数は多いが良悪性の判定が難しい場合がある。3. 粗顆粒状の核クロマチンと孤立性の核異常細胞の出現に着目すればCINとAGCの鑑別は可能と思われる。

P-2-94 当院の子宮頸部細胞診における腺系病変判定例の検討

名寄市立総合病院医療技術部臨床検査科¹, 名寄市立総合病院産婦人科², 旭川医科大学医学部看護学講座³, 旭川医科大学病理学講座⁴

○吉田英樹(CT)¹, 森 博章(CT)¹, 岡本修平(MD)², 野澤明美(MD)², 北村晋逸(MD)², 及川賢輔(MD)³, 青木直子(MD)⁴, 小林博也(MD)⁴

【はじめに】近年, 子宮頸部腺癌および子宮体癌は増加傾向にあり, それに伴い子宮頸部細胞診の役割として腺系病変の判定に関する重要性が増している。ベセスダシステム 2001 により AGC など腺系病変の判定カテゴリーが新設されたが, 腺系病変は低頻度で検討数も少なく, 判定基準が施設あるいは観察者間で一定の見解が得られていない。

今回, 腺系病変に対する細胞診断の精度向上を目的に子宮頸部細胞診にて腺系病変を示唆した症例に対し検討を行った。

【方法】2006年1月から2015年10月までに当院で施行された子宮頸部細胞診18,820例中, AGCと判定した73例, 腺癌(ADC)と判定した39例のうち組織診と比較できた85例(AGC:53例, ADC:32例)を対象として, 異型細胞の由来を含めた組織型等について検討を行った。なお, ベセスダシステムの報告様式採用以前に関しては現在の判定基準に合わせて検討した。

【結果】子宮頸部細胞診18,820例中, 腺系病変を示唆した症例は112例(0.6%), 内訳はAGC:73例(0.39%), ADC:39例(0.21%)であった。そのうち85例に組織診が施行されAGCでは扁平上皮系病変17例, 腺系病変12例(子宮内膜異型増殖症1例, 頸部腺癌1例, 子宮体癌9例, 腹膜癌1例), ADCでは扁平上皮系病変2例, 腺系病変29例(上皮内腺癌1例, 頸部腺癌4例, 子宮体癌17例, 卵巣癌5例, 大腸癌2例), 癌肉腫1例が検出された。

【まとめ】AGCでは悪性病変やCIN2以上が高頻度で存在しAGCの設定が高度病変の検出に有用であったが, 一方で組織診との一致率が低く判定の際には慎重を期する必要があると思われた。ADCでは子宮体癌由来が半数を占めていたが卵巣癌も15.6%検出されており, 腺系病変の判定では子宮外領域の由来も考慮する必要がある。

P-2-95 分葉状頸管腺過形成(LEGH)にAISが合併した2症例

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, 帝京大学医学部病院病理部³, NTT 東日本関東病院産婦人科⁴

○奥山力也(CT)¹, 荒井政和(CT)¹, 名城珠希(MD)², 橋本浩次(MD)², 堀内 啓(MD)^{1,2}, 笹島ゆう子(MD)^{2,3}, 角田 肇(MD)⁴, 佐藤奈加子(MD)⁴, 近藤一成(MD)⁴

【はじめに】分葉状頸管腺過形成(Lobular endocervical glandular hyperplasia; LEGH)は良性増殖性疾患であり, 胃幽門腺粘液の形質発現が特徴とされる。LEGHには腺癌合症例が報告されているが, 細胞像の報告は少ない。今回我々は長い経過を辿りAISを合併したLEGHの2症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例1】[臨床経過]50歳代閉経女性。粘調な分泌物過多を主訴として他院を受診, 腺癌を疑い円錐切除術を施行したが癌は認められなかった。当院受診後細胞診により約10年間の経過観察が行われ, 最終的にAGC favor neoplasticと診断された。MRIでLEGHを疑われ子宮全摘術+両側付属器切除術施行。[病理診断]Adenocarcinoma in situ in lobular endocervical glandular hyperplasia (atypical LEGH) [細胞所見]胞体に粘液を有するやや細胞密度の高い腺上皮細胞集塊を認めた。異型は軽度であったが配列が不規則であった。

【症例2】[臨床経過]50歳代閉経女性。悪性腺腫を疑い他院で円錐切除術を施行しナボット嚢胞と診断された。当院受診後細胞診により約10年間の経過観察が行われた。最終的にAGC favor neoplasticと診断されMRIでLEGHを疑い子宮全摘術+両側付属器切除術施行。[病理診断]Adenocarcinoma in situ in lobular endocervical glandular hyperplasia (atypical LEGH) [細胞所見]軽度の重積を伴う異型の内頸部腺細胞の集塊を認めた。N/C比はやや高く核の大小不同, 核腫大, クロマチンの軽度増量, やや明瞭な核小体を認めた。

【まとめ】LEGHは2例の細胞像からLEGHにAISの合併を推定する所見として配列の不規則さや重積といった構造異型を見ることが重要であると考えられた。

P-2-96 LEGH と上皮内腺癌が併存した子宮頸部胃型腺癌の1例

東京医科大学産科婦人科学分野¹⁾, 同 病理診断科²⁾

○加藤利奈(MD)¹⁾, 土田奈々枝(MD)¹⁾, 西 洋孝(MD)¹⁾, 佐川泰一(MD)¹⁾, 寺内文敏(MD)¹⁾, 井坂恵一(MD)¹⁾, 島田ゆうか(CT)²⁾, 三宅真司(CT)²⁾, 永井 毅(MD)²⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾

【緒言】子宮頸癌の組織亜型である胃型腺癌は通常 HPV 陰性であり, また分葉状頸管過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia, 以下 LEGH) を伴うことがあるなど, 特殊な性質を持つ。今回, LEGH と上皮内腺癌が併存した子宮頸部胃型腺癌を経験したので報告する。

【症例】60 歳代, 2 経産。子宮頸がん検診で AGC と判定されたため, 前医にて経過観察されていたが, 初診から 1 年半後当院へ紹介となった。内子宮口付近に 13 mm 大の多胞性腫瘍像を認め, 細胞診で腺癌と判定された。HPV-DNA は陰性であった。組織診では十分な組織量は採取できなかったが, インフォームド Consent のもと準広汎子宮全摘術を施行した。患者の希望により術後療法は施行せず, 現在無病生存中である。

【細胞所見】子宮頸部の細胞診では, きれいな背景に, N/C 比の高い異型上皮細胞が重積性を示す集塊として出現していた。異型上皮細胞は円形～類円形の核を有し, 大小不同, くびれや核溝が目立ち, クロマチンは微細顆粒状で, 核小体は腫大していた。細胞質は淡くレース状で, 一部には粘液様空胞を認めた。

【組織所見】LEGH を背景に, 上皮内腺癌と共にその辺縁には粘液性腺癌の浸潤性増殖を認めた。粘液性腺癌は, 免疫組織化学的に HIK1083 陰性, MUC-6 一部陽性で, 典型的な胃型粘液形質を有しているとは言えなかったが, 組織形態を重視し胃型腺癌と診断した。胃型腺癌の浸潤部の拡がり幅は 5 mm 深さ 5 mm であり pT1a2 と判定した。

【結語】子宮内頸部の嚢胞性病変では, LEGH を背景に腺癌が併存していることがあるため慎重に対応する必要がある。細胞診や生検で診断が困難な場合は, 積極的に円錐切除を行い早期に診断すべきであると考えられる。

P-2-97 当院における LEGH (lobular endocervical glandular hyperplasia) の診断基準の検討

山王病院病理診断科¹⁾, 山王病院女性腫瘍センター²⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理部³⁾, 国際医療福祉大学病理診断センター⁴⁾

○佐野弘子(CT)^{1,3)}, 関根理恵子(CT)¹⁾, 片瀬功芳(MD)²⁾, 石谷敬之(MD)²⁾, 村上文祥(MD)²⁾, 玉井誠一(MD)³⁾, 相田真介(MD)³⁾, 森 一郎(MD)³⁾, 長村義之(MD)^{3,4)}

【はじめに】子宮頸部腺上皮の増殖性病変は良性から悪性まで様々な疾患が存在し, 日々のルーチンでもその鑑別は極めて重要である。分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia: 以下 LEGH) は良性病変であるが, 悪性腺腫 (adenoma malignum: 以下 AM) や最少偏倚腺癌 (minimal deviation adenocarcinoma: 以下 MDA) との鑑別が困難で大きな課題となっている。今回, 我々は LEGH と診断された症例の細胞像と組織像を再検討し, 臨床所見を含め LEGH の診断基準を考察したので報告する。

【方法】2010 年から 2014 年に当院で診断された LEGH 5 症例の細胞像, 組織像, 臨床所見を検討した。

【細胞所見】頸管腺上皮の個々の細胞異型は乏しいが, 軽度の配列の乱れや重積が確認できる。また, 胞体内の粘液は, 黄色味があった所見も認めた。

【組織所見】高円柱上皮からなる内頸腺の小葉状増殖を認める。嚢胞状に拡張した腺管の周囲に小腺管が集簇する。免疫染色は, MUC6: 一部陽性, HIK1083: 弱～強陽性を示した。

【まとめ】LEGH は胃幽門腺形質を有する腺系病変の中で, 良性病変と位置づけられ, AM や MDA と分離されている。また, これらの鑑別は患者の予後にも大きく影響するにも関わらず, 病理学的に困難なことが多い。しかし, 臨床所見を含めた詳細な所見を取ることにより, ある程度の鑑別は可能となると考えた。学会では文献を含めた検討を発表する。

P-2-98 子宮全摘出術にてLEGHと診断した7例の術前子宮頸部細胞診の検討

横浜市立大学附属病院産婦人科¹, 横浜市大附属病院病理診断科・病理部²

○近藤真哉(MD)¹, 松永竜也(MD)¹, 古屋充子(MD)²,
古郡 恵(MD)¹, 最上多恵(MD)¹,
ルイズ横田奈朋(MD)¹, 佐藤美紀子(MD)¹,
三田和博(CT)², 山中正二(MD)², 宮城悦子(MD)¹

【目的】Lobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH) は原則的には良性疾患と考えられている。しかし adenocarcinoma in situ (AIS), minimal deviation adenocarcinoma (MDA) を代表とする腺系の上皮性悪性腫瘍が合併する事があり, LEGH は一部の頸部腺癌における前癌病変である可能性が指摘されている。鑑別には組織診断が必須となるが, 細胞診ではLEGHの異常所見をとることが重要となる。そこでわれわれはLEGHと診断した症例の子宮頸部細胞診の特徴について検討を行った。

【方法】2009年8月から2015年11月までに当院で子宮頸部嚢胞性病変に対し子宮全摘出術を施行した14例のうち, LEGHの診断に至った7例の術前子宮頸部細胞診標本を後方視的に検討した。

【結果】摘出子宮の病理組織診断結果ではLEGH7例中3例にAISの合併が見られた。LEGHの診断となった4例の細胞診はいずれもAGC(LEGH疑い)の診断で, 4例ともに立体感のある細胞集塊や細胞質粘液が認められたが, 細胞集塊の辺縁は整であり, 核異型は軽度で悪性細胞の存在は疑われなかった。一方で, AISを合併した3例の細胞診は, 1例がNILM, 1例がAGC(MDA疑い), 1例はadenocarcinomaで実際の組織診断との乖離も認められた。7例に共通した細胞像は, 頸管腺由来細胞の増加と黄色の粘液を持つ細胞集塊の出現であった。

【結論】LEGHではAGC相当の細胞が検出される可能性が高いが, 細胞診のみでLEGHと診断することは困難である。頸管腺細胞の増加や黄色の粘液を持つ細胞集塊などの異常所見を拾い上げることで, 正確な診断につながると考えられる。

P-2-99 子宮頸部腺癌腹水細胞診の臨床的意義についての検討

東北大学産婦人科¹, 東北大学災害産婦人科学分野²

○橋本千明(MD)¹, 佐藤いずみ(MD)¹, 志賀尚美(MD)¹,
海法道子(MD)¹, 徳永英樹(MD)¹, 岡本 聡(CT)¹,
高野忠夫(MD)¹, 新倉 仁(MD)¹, 伊藤 潔(MD)²,
八重樫伸生(MD)¹

【目的】子宮頸癌において, 扁平上皮癌と比較し腺癌で予後が不良であることが知られている。予後因子としては, 腫瘍径やリンパ節転移の有無, 子宮傍結合織浸潤, 間質浸潤の有無などがあるが, 今回我々は, 当院で経験した子宮頸部腺癌の腹腔内洗浄細胞診を含む腹水細胞診の臨床的意義について検討を行った。

【方法】2001年1月~2010年12月までの10年間で, 子宮頸部腺癌の診断で初回治療に手術を施行した71症例を対象とし, 腹水細胞診施行例の臨床病理学的因子について, 後方視的に比較検討を行った。

【結果】組織型は腺扁平上皮癌 8例, 粘液性腺癌 53例, 類内膜腺癌 9例, 明細胞腺癌 1例。進行期(日産婦2011)はIA 6例, IB 59例, IIA 1例, IIB 5例であった。腹水細胞診陽性例は3例, 腹腔内洗浄細胞診陽性例は5例に認め, 全体では8/71(11.3%)が陽性であった。臨床病理学的因子の中で, 卵巣転移を全71症例中3例(4.2%)に認め, そのうちIB1期 1例, IB2期 2例であり, また組織型は腺扁平上皮癌 2例, 類内膜腺癌 1例であった。腹水細胞診陽性症例8例中, 卵巣転移陽性症例は3例(37.5%), また陰性症例63例中, 卵巣転移陽性症例は0例(0.0%)であり, 腹水細胞診陽性症例では, 有意に卵巣転移が認められた($p < 0.01$)。

【考察】術中腹水細胞診陰性症例では卵巣転移を認めず, 陽性症例で高率に卵巣転移を認め, 腹水細胞診と卵巣転移との関連が示唆された。

P-2-100 子宮頸部腺扁平上皮癌の一例

越谷市立病院臨床検査科¹⁾, 越谷市立病院病理診断科²⁾,
越谷市立病院臨床工学科³⁾

○下鳥 萌(CT)¹⁾, 高橋玲子(CT)¹⁾, 竹田桂子(CT)¹⁾,
南 秀坪(MT)¹⁾, 桜井義一(CT)¹⁾, 砂川 進(CT)¹⁾,
吉原靖之(CT)¹⁾, 藤川甲文(CT)³⁾, 高瀬 優(MD)^{1,2)},
岡田 基(MD)^{1,2)}

【はじめに】今回、子宮頸部では比較的稀な腺扁平上皮癌の一例を経験したので、報告する。

【症例】40歳台女性、1経妊1経産。家族歴、既往歴に特記事項無し。現病歴：手術時より約2ヶ月前に帯下を主訴に当院産婦人科受診。外子宮口自壊あり。スメアでASC-H+AGCが認められた。役2週間後の内診時径30mm大の腫瘤を認めた。組織診の結果は腺扁平上皮癌であった。約1ヶ月後、FIGO IB1の診断で広範子宮全摘術施行となった。

【細胞像】炎症性背景に核腫大、核型不整、核クロマチン増量のある細胞を集塊あるいは孤立性に数多く認めた。集塊の形状や細胞質の性状、核クロマチン・パターンの中で、扁平上皮系、腺系、あるいは化生様の特徴をもつ細胞など多彩であり、異型扁平上皮細胞または異型腺細胞あるいは両者混在の可能性を考え、Bethesda：ASC-H+AGCとした。

【生検組織像】充実性増殖を示す腫瘍に腺腔形成部を認め、免疫染色の所見も併せ腺扁平上皮癌と診断した。

【手術検体】広範子宮全摘出検体。頸部にほぼ全周性、75x45mm大の潰瘍形成性腫瘤を認めた。組織学的には、生検時と同様の腺扁平上皮癌であった。浸潤は頸部筋層深部に達していたが、傍組織診浸潤は見られなかった。脈管侵襲はly, v共に(+)であった。内膜方向、陰壁方向への進展はなく、断端(-)であった。リンパ節への転移は認められなかった。pN0(0/56)。FIGO Stage IB2相当であった。他に右卵巣に30x30x25mm大の成熟奇形腫を認めた。

【まとめ】細胞像、組織像の詳細に文献的考察を加えて供覧する。

P-2-101 頸部細胞診での診断が困難であった子宮頸部腺癌の1例

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

○市村友季(MD)¹⁾, 笠井真理(MD)¹⁾, 松田真希子(MD)²⁾,
村上 誠(MD)¹⁾, 川村直樹(MD)³⁾, 塩見和彦(CT)⁴⁾,
角 俊幸(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸癌はそのほとんどが頸部細胞診異常を契機に診断されるが、腫瘍の部位や組織型により時に細胞診による診断が困難な場合がある。今回われわれは水腎症を契機に紹介を受け、臨床的に子宮頸がんが疑われるも初診時の細胞診陰性であった子宮頸部腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】75歳女性、下腹痛を主訴に前医受診しCTにて水腎症と子宮筋腫の指摘を受け当院泌尿器科紹介となった。MRIでは頸部腫大はみられなかったが内子宮口付近にびまん性のT2高信号領域を認め、子宮右側に4cm大の嚢胞性病変および子宮腔内にIUDがみられたことから、水腎症の原因として婦人科疾患が疑われ当科紹介となった。初診時頸部細胞診はNILM、内膜細胞診は陰性であった。子宮頸がんのほか骨盤放線菌症も疑い子宮鏡下にIUDの抜去と頸管内膜組織診を行ったところIUD擦過細胞診が腺癌疑い、頸管内膜組織診の結果が胃型腺癌の結果であったため、子宮頸癌IIIB期と診断し化学放射線治療を開始した。

【細胞所見】抜去したIUDによる擦過細胞診所見は、壊死性背景にクロマチン粗顆粒状に増量した腫大核を持つ細胞を認め、比較的大きな核小体もみられた。一部細胞質に粘液を有する細胞も認められた。

【組織所見】頸管内膜組織所見は粘液産生性の腫瘍細胞が充実性に増殖していた。核異型や核分裂像はあまり目立たなかった。免疫染色の結果CEA・MUC6・サイトケラチン7が陽性であったことから、胃型腺癌と診断した。

【まとめ】子宮頸部細胞診陰性であった場合でも、MRIなど画像所見や水腎症などの臨床所見から子宮頸がんの可能性が否定できない場合には、積極的に生検を行うことも必要と思われた。

P-2-102 子宮頸部細胞診にて組織型が推察しえた子宮頸部明細胞腺癌の 1 例

公立甲賀病院産婦人科¹⁾, 公立甲賀病院臨床検査課²⁾

○田中佑治(MD)¹⁾, 曾川知里(CT)²⁾, 森口裕紀(CT)²⁾

【緒言】子宮頸部明細胞腺癌は子宮頸部腺癌の 4%と稀である。その予後は扁平上皮癌と比較して不良である。今回我々は子宮頸部細胞診にて明細胞腺癌の診断が推察された 1 例を経験したため報告する。

【症例】患者は 68 歳, 3 回経妊 2 回経産の女性で, 特記すべき既往歴はなし。不正性器出血を主訴に来院した。子宮頸部後唇より乳頭状発育する腫瘤を認め, 内診では腔や傍子宮頸部組織への浸潤所見を認めなかった。子宮頸部, 子宮内膜細胞診で共に炎症性背景のなかにミラーボール状配列を示す細胞集塊を認めた。核の大小不同は著明で核形は類円形であった。hobnail 細胞や大型裸核細胞の出現を認め, 明細胞腺癌が疑われた。また腫瘍細胞は子宮内膜細胞診よりも子宮頸部細胞診に多く認められた。子宮鏡検査併用の子宮内膜搔爬, 子宮頸部生検による病理組織検査では子宮内膜組織に異常を認めず子宮頸部組織に明細胞腺癌が認められた。骨盤部 MRI 検査では子宮頸部後唇に局限した 8 mm の腫瘍を認め, 胸腹部 CT 検査では遠隔転移は認めなかった。子宮頸部明細胞腺癌 IB1 期と診断し, 広汎子宮全摘術を施行した。最終病理診断は乳頭状発育型の子宮頸部明細胞腺癌 pT1b1N0M0 であった。術後補助療法は施行せず, 現在術後 12 カ月であるが再発兆候なく経過している。

【結論】子宮の明細胞腺癌は多くが子宮体部原発であり子宮頸部原発の報告は本邦で数十例程度である。その診断にあたっては細胞診にて組織型の推察が可能であり, 生検や子宮鏡検査及び画像診断等で子宮体癌との鑑別の上, 正確な術前検査に基づく治療が必要であると考えられた。

P-2-103 粘膜下腫瘍の形態を示した子宮頸部の明細胞腺癌の 1 例

佐賀大学医学部産婦人科¹⁾, 佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科²⁾

○橋口真理子(MD)¹⁾, 西山 哲(MD)¹⁾, 福田亜紗子(MD)¹⁾, 大隈恵美(MD)¹⁾, 野口光代(MD)¹⁾, 内山倫子(MD)¹⁾, 甲斐敬太(MD)²⁾, 中尾佳史(MD)¹⁾, 相島慎一(MD)²⁾, 横山正俊(MD)¹⁾

【症例】50代 0 経妊 0 経産 閉経 49 歳

【現病歴】水様性帯下を主訴に前医を受診。細胞診で腺癌を疑う異型細胞を指摘され, 精査目的に当院受診。

【診察所見】子宮腔部は拇指頭大で平坦。肉眼的に子宮腔部や腔壁に異常はなし。コルポスコピー所見は UCF。経腔超音波にて子宮体下部もしくは子宮頸部後壁に 18x16 mm の腫瘍を認めた。

【画像所見】MRI では子宮頸部に 23x26x33 mm の嚢胞性腫瘍を認め内部に乳頭状の充実部分を認めた。

【子宮頸部細胞診】水様性の背景に核クロマチンの軽度増量した異型細胞が重積性のある集塊として出現, 大小不同や明瞭な核小体を複数個認めた。腺癌が疑われる所見であったが, 異型細胞の数が少なく推定困難とした。

【子宮内膜組織診】非腫瘍性の頸管腺が含まれるのみで, 異型細胞は認めない。

【臨床経過】以上より組織学的な確定診断は得られなかったが, 画像, 細胞診所見から子宮頸癌もしくは子宮体癌を疑い, 子宮摘出術が施行された。子宮頸部粘膜面には肉眼的に異常所見はなかったが, 上皮を切開したところ, 粘膜下に乳頭状の腫瘍を認めた。組織学的には明調な細胞質を有する異型細胞が腺腔を形成しながら増殖し, 一部にホブネイル様の細胞を認め, 明細胞腺癌の所見であった。免疫組織学的に HNF-β が陽性を示した。

【考察】今回, 稀な粘膜下腫瘍の形態を示した子宮頸部の明細胞腺癌の症例を経験した。肉眼的に子宮頸部に異常所見は認めなかったが, 子宮頸部の細胞診では腫瘍細胞が出現しており, 細胞診が有用であったと考える。

P-2-104 子宮頸部原発明細胞腺癌の1例

地方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¹⁾, 地方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中央臨床検査部²⁾, 地方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婦人科³⁾

○横田裕香(CT)¹⁾, 山畑 翔(CT)¹⁾, 加藤麻衣(CT)¹⁾, 内山 勲(CT)²⁾, 保地 譲(CT)²⁾, 奥野高裕(MD)¹⁾, 福島裕子(MD)¹⁾, 川村直希(MD)³⁾, 井上 健(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部原発の明細胞腺癌は子宮頸部に発生する腺癌のわずか4%の発生頻度で、比較的まれな疾患であるといわれている。今回、子宮頸部の明細胞腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。約1年前より不正性器出血を認めためて翌月近医を受診、子宮癌と疑われ当院を紹介受診された。MRIにて子宮頸部に4cm大の腫瘤を認めたため病変部の生検および細胞診が施行されたのち、手術が施行された。

【細胞所見】腫瘍細胞は散在性や小型の集塊で出現していた。細胞質はライトグリーン淡染性で明るく、核は円形ないし類円形で比較的中央にあるものが多かった。クロマチンは微細で、1~2個の赤染した明瞭な核小体の特徴的であった。

【組織所見】(生検)明るい細胞質を持つ異型細胞が増生していた。細胞異型が強く核の大小不同がみられ、細胞質内にPAS染色陽性の物質が認められた。(手術材料)明るい細胞質を持つ異型細胞が充実性胞巣を形成して増生していた。好酸性の細胞質を持つ異型細胞が乳頭状や管状嚢胞状構造を形成して増生している部分や、核が内腔に突出した hobnail cell もみられた。以上の所見より明細胞腺癌と診断した。

【まとめ】明細胞腺癌は稀な疾患であるため、的確な診断が必要であり、かつ症例の集積による治療法の標準化が求められている。そのため、子宮頸部擦過細胞診で腺癌細胞が見られたときは明細胞腺癌を考慮に入れ注意深く鏡検する必要がある。今回経験した症例の細胞像の特徴を示すとともに、明細胞腺癌と他の頸部原発腺癌との細胞像を比較しその違いについて報告する。

P-2-105 腔部断端に見られた seromucinous tumor の一例

鶴岡市立荘内病院病理科¹⁾, 弘前大学医学部付属病院病理部²⁾

○阿部美沙子(CT)¹⁾, 鈴木俊市(CT)¹⁾, 石栗永里奈(CT)¹⁾, 近藤敏仁(CT)¹⁾, 諏訪晋一(MT)¹⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 内ヶ崎新也(MD)¹⁾, 深瀬眞之(MD)¹⁾, 本山悌一(MD)¹⁾

【はじめに】seromucinous borderline tumor は2014年に刊行されたWHO分類第4版で新たに設けられた分類である。内膜症を背景に、漿液性上皮細胞と内頸部型粘液性上皮細胞を主体として種々の上皮細胞が見られる。今回子宮・卵巣全摘後の腔部断端細胞診にて確認された例を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性。2妊2産。2006年重度の月経痛で受診し、子宮筋腫と右卵巣嚢胞で腹式単純子宮全摘術+右卵巣嚢胞摘出術施行。2010年2月より腔部断端に圧痛や硬結を認める。2014年3月に左卵巣嚢胞増大と右卵巣嚢胞出現し卵巣癌も否定できず、3月に両側卵巣切除術施行。右卵巣において粘液性成分を伴う漿液性境界悪性腫瘍(ミューラー管型混合腫瘍)と診断された。その後も腔部断端腫瘍あり、腔部断端細胞診施行の後、腫瘍の一部を生検となった。

【細胞所見】粘液をもたない漿液性上皮細胞が大型の乳頭状集塊で出現している。また、内頸部型粘液性上皮細胞集塊や内膜上皮細胞様の集塊も少数見られる。軽度の核腫大、核の大小不同、細胞密度の上昇などがあるが、核クロマチン増量や核形不整など明らかな悪性所見には乏しい。

【組織所見】内膜症を背景として漿液性上皮細胞や内頸部型粘液性上皮細胞が見られる。乳頭状集塊や細胞密度の上昇、偽重層などはあるが、間質浸潤像は見られない。

【まとめ】子宮腔部断端には、原則として腔壁の扁平上皮細胞しか見られない。腺細胞の出現がある場合、他からの転移や浸潤、または子宮内膜症の存在を考慮すべきである。漿液性上皮細胞と内頸部型粘液性上皮細胞の混在した seromucinous tumor も新しい概念として知っておかなければならない。

P-2-106 EUS-FNA が有用であった Anaplastic large cell lymphoma の1例

名古屋記念病院臨床検査部¹⁾, 名古屋記念病院病理診断科²⁾

○南谷健吾(CT)¹⁾, 川村辰也(CT)¹⁾, 水野晃子(CT)¹⁾, 西尾知子(MD)²⁾

【はじめに】Anaplastic large cell lymphoma (ALCL) は成人の非ホジキンリンパ腫の約3%を占めるリンパ腫であり, CD30 陽性の T 細胞性リンパ腫の1つで Anaplastic lymphoma kinase (ALK) の発現の有無により大別される。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引(EUS-FNA)が診断に有用であった1例を報告する。

【症例】20歳代男性, 腹痛を主訴に当院救急外来を受診, 初診時検査結果は WBC8200/ μ L, LD242u/L, CRP2.37 mg/dL, 可溶性 IL-2 レセプター 9713u/mL, 腹部 CT にて腹部大動脈周囲にリンパ節の腫大が多数認められた。悪性リンパ腫が疑われ確定診断の為に経十二指腸的 EUS-FNA が施行された。

【細胞所見】血性背景に大型リンパ球を散見する。大型リンパ球は核異型が見られ, 2核のもの, 細胞質に空胞を有するものも見られ多彩, 核小体は大型でクロマチンは繊細。ALCL もしくはびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫を疑った。

【組織所見】既存リンパ球を背景に多形性を示す大型リンパ球が散在し, 大型細胞は核小体が出現する RS 細胞様細胞も含むが, 核小体は好酸性大型核小体とは異なる。また好酸球の浸潤は認めない。腫瘍細胞の免疫組織染色は, CD30(+), ALK-1(+), Granzyme B(+), CD3(-), CD20(-), CD15(-), PAX-5(-), EBER(-), 背景のリンパ球は B, T 細胞がほぼ同程度の分布であった。これらの所見より ALCL と診断された。

【まとめ】今回, 腫瘍が腹部大動脈周囲に存在し, のアプローチには EUS-FNA が非常に有用であった。また Rapid On-Site Evaluation を行うことにより, 細胞診で推定病変を絞り込むことができ診療においても有用な検査と考える。本症例はセルブロックによる組織診において, 免疫染色の結果より ALCL と診断された。

P-2-107 他のリンパ腫との鑑別が難しかったマンツル細胞リンパ腫芽球様亜型の1例

長崎大学病院病理診断科病理部¹⁾, 長崎病理診断科²⁾

○今泉利信(CT)¹⁾, 新野大介(MD)¹⁾, 佐藤典子(CT)¹⁾, 平山光国(CT)¹⁾, 里 翼(CT)¹⁾, 穴見正信(CT)²⁾, 木下直江(MD)¹⁾, 安倍邦子(MD)¹⁾, 福岡順也(MD)¹⁾, 岸川正大(MD)²⁾

【はじめに】Mantle cell lymphoma (MCL) は classical type と 4 つの細胞形態学亜型が知られているが, 発生は classical type が9割近くを占める。今回, 我々は亜型の1つである芽球様亜型 blastoid variant を経験したので報告する。

【症例】患者は80歳代男性。頸部腫瘍を自覚したため近医を受診し, CT で両側頸部, 鎖骨下, 腋窩, 鼠径部に腫大したリンパ節が認められ, 頸部リンパ節生検が施行され, 生検組織より捺印標本を作製し, Giemsa 染色および Pap 染色を行った。

【捺印細胞所見】軽度の核形不整やくびれを有し, 核小体は小型で1~2個認める中型異型リンパ球の様な増殖を認め, 背景に組織球を散見した。DLBCL や低悪性度 B 細胞性リンパ腫などの悪性リンパ腫が疑われた。

【病理組織所見】中型主体の異型細胞がびまん性, 一部結節状に増殖。異型細胞の核クロマチンは繊細で核小体は目立たず, 核形不整が目立っていた。間質には血管増生とピンク色の細胞質を有する組織球を散見した。異型細胞は CD20(+), CD5(+), cyclinD1(+), MIB1 陽性率 62% であり, MCL, blastoid variant と診断した。

【まとめ】MCL の希少な亜型である, MCL, blastoid variant を経験した。MCL の診断では cyclinD1 染色が最も重要であるが, 本症例は, 形態から DLBCL や濾胞性リンパ腫との鑑別が難しいところがあったが, 中型異型リンパ球主体の様な増殖, 豊富な胞体を有する組織球を散見する際には, この亜型の可能性があることを念頭に置く必要がある。

P-2-108 頬部腫瘍穿刺により発見された濾胞性リンパ腫の一例

川崎市立川崎病院検査科病理¹⁾, 国立成育医療研究センター病理診断部²⁾

○谷口早絵(CT)¹⁾, 横屋瀬里香(CT)¹⁾, 坂井 瞳(CT)¹⁾, 鈴木玲子(CT)¹⁾, 鍋木友子(CT)¹⁾, 入江理恵(MD)^{1,2)}, 杉浦 仁(MD)¹⁾

【はじめに】頭頸部領域における悪性リンパ腫は、頸部リンパ節等に発生することが多く、頬部腫瘍を主訴として発見されることは稀である。今回我々は、頬部腫瘍の穿刺吸引細胞診により発見された濾胞性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。近医にて右頬部腫瘍を指摘され、当院歯科口腔外科を紹介受診。CTとMRIにて、右頬部深部側の咬筋前方および上顎骨外側に約35mm大の卵円形腫瘍を認めた。触診にて、頸部リンパ節、右顎下リンパ節の腫脹は明らかではなかった。唾液腺腫瘍等が疑われ、穿刺吸引細胞診が施行された。

【穿刺吸引細胞診所見】小型リンパ球主体の細胞像で、中～大型リンパ球は少数であった。上皮・間質系細胞やマクロファージは見られなかった。リンパ球の中には、軽度の核型不整や核小体明瞭等の核異型を呈するものを認めており、リンパ球系腫瘍性病変の存在が疑われ、組織生検が施行された。

【組織所見】病変部には胚中心を有さない濾胞構造が多発しており、濾胞構造を形成するリンパ球は、CD20(+), Pax-5(+), bcl-2(+), CD10(+)であった。centroblastを17-20/HPF認め、濾胞性リンパ腫 Grade3Aと診断された。

【捺印細胞診所見】核にくびれや切れ込み、明瞭な核小体を有する中～大型リンパ球の出現を認めた。大型異型リンパ球は、細胞質淡染性、クロマチン細網状で、centroblastに由来する腫瘍細胞であると考えられた。

【染色体検査】46, XX, t(14; 18)(q32; q21)を認めた。

【まとめ】頭頸部のリンパ節外腫瘍性病変において、比較的小型なリンパ球主体の細胞像を認めた場合、鑑別診断として悪性リンパ腫の可能性も念頭に置き、核異型に留意する必要があると考えられた。

P-2-109 骨髄異形成症候群の経過中に発症した悪性リンパ腫の一例

昭和大学藤が丘病院臨床病理検査部病理¹⁾, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科²⁾, 昭和大学医学部病理学講座臨床病理診断学部門³⁾, 昭和大学江東豊洲病院病理診断科⁴⁾

○川上真理子(CT)¹⁾, 岸本浩次(CT)¹⁾, 太田善樹(CT)¹⁾, 外池孝彦(CT)¹⁾, 野呂瀬朋子(MD)¹⁾, 塩川 章(MD)²⁾, 光谷俊幸(MD)²⁾, 楯 玄秀(MD)^{2,3)}, 九島巳樹(MD)^{3,4)}, 大池信之(MD)²⁾

骨髄異形成症候群(MDS)の経過中に発症した悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性、約6年前、倦怠感、労作時息切れ出現。近医にて汎血球減少あり、進行性のため当院紹介入院。入院時胸骨骨髄所見では三系統に異形成を認め、染色体検査でdel(13q)、腸骨骨髄所見が低形成であることからMDS(unclassifiable)と診断。投薬、輸血療法にて徐々に改善され約2年後からは無治療にて経過観察中であった。しかし今回、頸部腫瘍を認めたためリンパ節穿刺吸引細胞診施行。細胞診断：Class IV(悪性リンパ腫疑い)、組織生検にてMalignant lymphomaと診断された。その後、治療するもMDSの影響と思われる汎血球減少出現。現在、投薬、輸血にて加療中である。

【細胞像】Pap.染色：小リンパ球の出現は少なく大型リンパ球大の異常細胞が単調に出現、貪食組織球の介在が目立った。異常細胞の核は類円形でくびれ、切れ込みを有する細胞もみられた。背景はライト緑淡染性のLGBが散見され、また壊死様核破砕物も観察された。Giemsa染色標本：異常細胞の細胞質は好塩基性で多数の小空胞がみられた。以上の所見から悪性リンパ腫を第一に疑ったが貪食組織球の出現が目立つことから高度濾胞過形成、壊死様背景から癌転移、また、既往にMDSがあることから他の血液系腫瘍との鑑別を要した。

【組織診断】大型異常リンパ球のびまん性増殖が認められること、免疫染色の結果B cell marker(+), CD30(+), Ki-67-LI(80%), EBER(-)からDiffuse large B cell lymphoma(Anaplastic type)(non-GCB type)と診断された。

【まとめ】本症例の細胞診断にあたってはMDSの既往、多数の貪食組織球、壊死様核破砕物の出現を考慮した。

P-2-110 鼠径部リンパ節に悪性リンパ腫と扁平上皮癌の転移が併存した一例

公益財団法人星総合病院病理診断科¹⁾, 福島県立医科大学病理病態診断学講座²⁾, JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科³⁾

○緑川勝彦(CT)¹⁾, 緑川真一(CT)¹⁾, 田崎和洋(MD)²⁾, 野沢佳弘(MD)³⁾

【はじめに】右鼠径部リンパ節生検の捺印標本で、同一リンパ節内に悪性リンパ腫と扁平上皮癌の転移が併存した症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代 女性, 高血圧症あり。意識不明で当院に救急搬送された。CTにて右肺門部上葉に腫瘤様像, 縦隔・右肺門部リンパ節に複数の腫大, さらに膀胱, 子宮, 直腸に一塊の腫瘤像がみられ, 周囲リンパ節にも多数の腫大を認めた。また, 腔壁の細胞診で扁平上皮癌と診断され, 子宮頸癌が考えられた。Ga シンチでは骨盤腔内の腫瘤を除く, 両側頸部, 縦隔, 肺門, 傍大動脈領域, 総腸骨動脈領域に集積を認め, 悪性リンパ腫の可能性も指摘されたため, 右鼠径部リンパ節の生検が行われ, 同時に捺印細胞診を行った。

【細胞診所見】クロマチンの不均等な分布と不整な核形, 核小体, 核分裂像を呈し, N/C比が高い円形~類円形のやや大型の異型細胞が結合性を示さずびまん性に認められた。さらに, 壊死様物質の中にオレンジG~ライトグリーン好性の細胞質を持つ異型扁平上皮細胞が散見された。

【病理組織所見】摘出されたリンパ節は大型の異型リンパ球様細胞がびまん性に増殖していたが, 一部に上皮様異型細胞による不規則な胞巣を認めた。異型リンパ球様細胞はCD20, MUM-1, Bcl-6が陽性, CD10, CD3は陰性, 上皮様異型細胞はAE1/3, CK5/6, p63, p16が陽性で, 悪性リンパ腫(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫)の病変と扁平上皮癌のリンパ節転移の併存と診断された。

【まとめ】同一リンパ節内に悪性リンパ腫と扁平上皮癌の転移が併存した, 非常に稀な症例ではあるが, スクリーニングの際に見落としがないよう注意深い観察が必要であると再認識した。

P-2-111 脾臓 sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) の1例

公立学校共済組合九州中央病院医療技術部検査技術科病理細胞診¹⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学²⁾

○緒方昌倫(CT)¹⁾, 宇野大輔(CT)¹⁾, 平山賢司(CT)¹⁾, 佐谷純一(CT)¹⁾, 古賀 裕(MD)²⁾, 山元英嵩(MD)²⁾, 小田義直(MD)²⁾, 峰 真理(MD)¹⁾

【はじめに】脾臓 sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT) は稀な腫瘤形成性病変である。今回, 我々は脾臓 SANT の病変剖面より擦過細胞診を行い, 細胞学的所見を得たので報告する。

【症例】40歳代, 男性。当院ドックの超音波検査で脾臓腫瘍を指摘され当院外科を受診。MRI 検査にて SANT が疑われ, 経過観察中であつたが, 2年後腫瘍の増大傾向を認め, 腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。

【細胞所見】背景にヘモジデリン顆粒とリンパ球を伴い, 腫瘍細胞の大半は結合性が乏しく孤立散在性に見られた。顕著な核の大小不同と核形不整, 小型で明瞭な核小体を1個有する短~長紡錘形細胞であり, クロマチンは細顆粒状で増量は認めず, 核分裂像も見られなかった。

【組織所見】脾臓重量は450g, 腫瘍径は60×74mm。肉眼上境界明瞭で被膜形成のない弾性硬で赤褐色調の充実性腫瘍であり, 中心部に放射状の白色線維成分を認めた。組織学的に線維性結合織に囲まれた多数の血管腫様の結節からなる病変で, 結節内には赤血球を含む小型の脈管と紡錘形細胞の増生を認め, ヘモジデリン沈着を伴っていた。また線維性間質にはリンパ球及び形質細胞の浸潤を認めた。免疫組織化学的に(CD34+/CD8-/CD31+)の cord capillaries, (CD34-/CD8+/CD31+)の sinusoids, (CD34-/CD8-/CD31+)の small veins の3成分の混在を認めた。

【まとめ】本病変は2004年に報告された比較的新しい概念の良性腫瘍であり, 臨床的に症例の蓄積が必要とされている。また, 細胞診の検査対象にはなりにくく, 細胞学的所見を報告する例は少数であると思われるため症例を提示した。

P-2-112 10ヶ月男児に発生した芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍の1例

長岡赤十字病院病理診断部

○山田佑輔(CT), 江村 巖(MD), 薄田浩幸(MD),
高頭秀吉(CT), 池津 満(CT), 加藤法男(CT),
田村正史(CT), 山田隆志(CT)

芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍(Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm: BPDCN)は形質細胞様樹状細胞の前駆細胞由来のまれな腫瘍で、高齢者の皮膚病変で発見されることが多く、小児では極めてまれである。今回我々は10ヶ月男児の精巣で発見されたBPDCNの1例を経験したので報告する。

【症例】10ヶ月男児。左精巣腫大にて受診。精巣捻転疑いにて手術が施行されたが、精巣の広範囲を占拠する腫瘍が認められたため、精巣摘出された。

【組織像および遺伝子検査】リンパ球様の腫瘍細胞の結節性増生からなる腫瘍で、免疫染色ではCD45, CD4, CD56(一部), CD68に陽性, CD20, CD2, CD3, CD99, CD13, TdT, CD34, CD8, Perforin, GranzymeBに陰性であり、EBER-ISHも陰性であった。免疫グロブリン遺伝子およびTCR遺伝子のモノクローナルな再構成も認められず、BPDCNと診断された。

【細胞像】摘出された腫瘍の一部を洗浄し、洗浄液をオートスマア塗抹して細胞診標本を作製した。中型、類円形の不整形核を有する細胞が孤立散在性に出現。核クロマチンは細顆粒状で、1~数個の核小体を認めた。核偏在を示す細胞が多く、突起状の細胞質を有する細胞も少数認めた。また、一部の細胞で細胞質内空胞または封入体を認めた。

【まとめ】BPDCNは白血化すると急速に進行することが多く、素早く正確な診断を行うことが大切である。細胞診のみでの確定診断は困難だが、突起状の細胞質、細胞質内空胞はBPDCNにおいて比較的特徴的な所見とされ、孤立散在性の異型細胞でこのような所見をみた場合、BPDCNも年齢を問わず、鑑別の一つとして加えることが重要と考える。

P-2-113 胸水細胞診を契機に骨髄増殖性腫瘍とみなされた1例

横須賀共済病院中央検査科病理¹⁾, 横須賀共済病院病理診断科²⁾, 横浜市立大学附属病院病理診断科病理部³⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理部⁴⁾

○猪股美和(CT)¹⁾, 石渡仁深(CT)¹⁾, 川口幹夫(CT)¹⁾,
福田賢次(CT)¹⁾, 津浦幸夫(MD)²⁾,
矢毛石真由美(MD)²⁾, 山中正二(MD)³⁾,
相田真介(MD)⁴⁾

【はじめに】胸水細胞診において異型巨核球を認め、追加検索により骨髄増殖性腫瘍とみなされた症例を経験したので報告する。

【症例】84歳男性

【既往歴】2010年大腸癌に対して手術及び抗癌剤治療が施行されている。以前に白血球数高値を指摘されるも詳細は不明である。

【現病歴】2週間前に外傷による右肋骨多発骨折があり、保存的に加療していた。経過中にめまい、嘔気、胸水貯留が認められ、同時に白血球数高値のため、精査目的に当院を紹介された。貯留した胸水に対して、細胞診が施行された。

【胸水細胞像】出血性背景に、反応性中皮細胞、組織球とともに、大型の単核~多核の異型細胞を散在性に認めた。核小体は目立たないが、クロマチンの増加、核の偏在傾向がみられ、PAS染色陽性であった。既往歴より腺癌細胞由来を疑ったが、結合性に乏しいため非上皮性の異型細胞の可能性が示唆された。セルブロックを用いて免疫染色を行ったところ、大型異型細胞はFactorVIII陽性で骨髄増殖性腫瘍に由来する巨核球と考えられた。

【骨髄生検像】過形成性の骨髄で、3系統ともに分化傾向を認める。但し、いずれの系統でも成熟異常を示唆する細胞が見られ、骨髄増殖性腫瘍が疑われた。

【まとめ】胸水細胞診を契機に骨髄増殖性腫瘍とみなされた例は稀であり、追加検索結果と若干の文献的考察を合わせて報告する。

P-2-114 脾原発組織球肉腫の1例

パナソニック健康保険組合松下記念病院

○藤田美晴(CT), 中島弘美(CT), 松本 仁(CT),
多田絵美(CT), 下岡友子(CT), 宮崎千春(CT),
榎 泰之(MD), 川端健二(MD)

【はじめに】組織球肉腫(Histiocytic sarcoma: HS)は全造血管腫瘍の1%以下とされ, 標準的治療法が確立されていない予後不良な腫瘍である。我々は脾原発HSを経験したので捺印細胞像と免疫染色, 遺伝子検査結果を報告する。

【症例】70歳代男性。COPDの経過中, 呼吸困難にて他院より紹介。CT, PET検査で脾腫瘍, 肝腫瘍, 肝門部・腹部大動脈周囲リンパ節腫大を認め, 悪性リンパ腫を疑い脾摘出術が施行された。

【捺印細胞所見】背景にリンパ球, 組織球を認め, 大型細胞が散在性もしくは弱い結合の小集塊で出現。胞体は豊富だが多くは泡沫状ではなかった。異型が顕著な細胞は核偏在性の大型核で核形不整, 顆粒状クロマチンの増量, 明瞭な核小体を認めた。多核の細胞も多くみられ, 血球貪食像も認めた。反応性と思われる異型の弱い細胞も認めた。

【組織所見】境界が比較的明瞭な多結節性増殖で中心部に壊死や嚢胞変性を伴っていた。胞体が豊富な大型異型核(単核および多核)で明瞭な核小体を示す細胞が主体であった。

【免疫染色】CD163, CD68, lysozyme 陽性, S100は巢状に陽性, CD45, CD3, CD20, CD30, CD10, bcl-2, perforin, CD56, CD1a, CD21, MPO, EBER-ISH, CK(AE1/AE3)は陰性, Ki-67陽性率は約40%であった。

【遺伝子検査】IgHおよびTCRβ遺伝子の再構成は認めなかった。

【術後経過】脾摘後, 化学療法による肺障害を考慮し無治療で経過観察中。肝腫瘍, リンパ節は縮小傾向である。

【考察】大型異型細胞はALCL, DLBCL, Hodgkin lymphomaとの鑑別が必要となるがHSはT, B, NKマーカーをもたないことによる除外診断となる。血球貪食像は特異的所見ではなく反応性との鑑別は困難だがHSを推定する一助となる。

P-2-115 EUS-FNAを契機に悪性黒色腫と診断された1例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第1病理²⁾, がん研究所病理部³⁾

○三田尚子(CT)¹⁾, 小川命子(CT)¹⁾, 中田裕人(CT)¹⁾,
小林ひとみ(CT)¹⁾, 金子あゆみ(CT)¹⁾,
恒田直人(CT)¹⁾, 吉田光希(CT)¹⁾, 鈴木高祐(MD)¹⁾,
澤田達男(MD)²⁾, 神田浩明(MD)³⁾

【はじめに】悪性黒色腫は極めて悪性度が高く, 早期に転移を来す予後不良の腫瘍である。今回我々は, 超音波内視鏡下穿刺吸引(EUS-FNA)細胞診ならびに組織診を契機に悪性黒色腫と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。血尿を主訴に当院受診。CT・MRIにて上腹部多発リンパ節腫大, 腹腔内結節, 左胸水貯留などを認め, 尿細胞診では異型細胞が認められた。精査加療目的で入院。傍大動脈リンパ節に対してEUS-FNAを施行し, 組織診にて悪性黒色腫の転移と診断された。上部消化管内視鏡を施行し食道原発と推定された。

【細胞所見】壊死性背景に, N/C比の高い類円形の異型細胞が孤立散在性～血管増生を伴う大型充実性集塊で多数出現していた。核偏在性, 単～多核で核形不整, クロマチンは細顆粒状に増量, 核小体は明瞭で1～数個認められた。細胞質はライト緑好性で小空胞がみられたが, 明らかなメラニン色素は認められなかった。判定は悪性とし, 鑑別診断として肉腫, 悪性リンパ腫, 低分化腺癌, 悪性黒色腫が考えられた。尿・胸水細胞診でも同様の異型細胞が認められた。

【組織所見】中等大の類円形から不定形異型核, 大型核小体, 淡好酸性, 好塩基性胞体を有する腫瘍細胞が密に増殖していた。核分裂が多数みられた。明らかなメラニン色素は認められなかった。免疫染色ではvimentin, S-100, HMB45, melan A, SOX10に陽性を示した。以上より, 悪性黒色腫(メラニン欠乏性)の転移と診断された。

【まとめ】本症例は, 細胞診のみで組織型を確定することは困難であった。メラニン色素が認められない場合でも, 細胞所見から悪性黒色腫を鑑別診断として考慮する必要があると思われた。

P-2-116 子宮頸部小細胞癌の1例

トヨタ記念病院臨床検査科¹⁾, トヨタ記念病院病理診断科²⁾

○鈴木良典(CT)¹⁾, 小笠原将人(CT)¹⁾, 吉森之恵(CT)¹⁾, 那須祐次(CT)¹⁾, 佐原晴人(CT)¹⁾, 澁谷 亮(MD)²⁾, 北川 諭(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部の小細胞癌は、子宮頸部悪性腫瘍の5%以下と稀な腫瘍である。今回我々は、子宮頸部の小細胞癌の一例を経験したので細胞像、組織像、及び文献的考察を加えて報告する。

【症例】40代女性。2015年7月頃より不正出血、右腹痛を自覚し、2015年10月他院受診。USにて9cm大のmassを認め、当院に紹介受診となる。MRIにて子宮頸部から外方向性に増大する腫瘍が見られ、骨盤内リンパ節の腫大を認めた。PET/CTでは、両側卵巣、外腸骨リンパ節、腓骨部、左乳腺に異常集積を認めた。

【子宮頸部細胞診】壊死性背景に小型でN/C比大の裸核状異型細胞を散在性に認め、一部に小集塊を呈し核線が見られた。核型は不正で核クロマチンは濃縮していた。

【子宮頸部生検組織診】広範な壊死を認め、血管周囲にN/Cが高い裸核状の異型細胞の密な増殖を認めた。核クロマチンは濃縮し、核小体は目立たなかった。核分裂像やapoptosisが散見され、crash artifactを伴っていた。免疫染色では、AE1/AE3, Cam5.2, TTF-1, Chromogranin, Synaptophysin, CD56が陽性で、LCA, CD3, CD20が陰性であった。以上の所見より小細胞癌と診断された。

【まとめ】子宮頸部小細胞癌は、発生頻度は低く比較的若い年齢に発症(年齢40歳代)し、早期から脈管侵襲、リンパ節及び遠隔転移をきたすため予後不良である。このため早期に診断することが重要で子宮頸部細胞診において壊死性背景に裸核状異型細胞・核線を見つけたときは小細胞癌も念頭に置き良く観察する必要があると思われた。

P-2-117 子宮頸部小細胞癌の一例

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⁾

○吉田優美(CT)¹⁾, 穴吹昌枝(CT)¹⁾, 重野恭子(CT)¹⁾, 吉岡沙織(CT)¹⁾, 佐野 守(CT)¹⁾, 安井 寛(MD)²⁾

【背景】子宮頸部小細胞癌(SmCC)は、予後不良といわれ、本邦では稀な疾患である。今回、当院で経験した子宮頸部SmCCの一例を報告する。

【症例】40歳代女性。1経妊1経産。High riskHPV陽性。3年前より細胞診でSILの存在を否定できず、6ヶ月ごとの検診を継続。不正性器出血を主訴に受診した際に頸管ポリープを採取、組織診にてSmCCと診断し、広汎子宮全摘術を施行。

【細胞所見】子宮頸部擦過(ポリペク50日前):好中球主体の炎症性背景に、表層~中層扁平上皮細胞に軽度核腫大や核クロマチン濃縮を認めた。また一部に、N/C比やや高く、核クロマチン濃縮の小型の異型細胞を小集塊状で認めた。

【組織所見】ポリペク:高度の壊死を伴って、N/C比の高い小型異型細胞が大小の胞巣~細胞索を形成して増生していた。免疫染色:chromogranin A(+), synaptophysin(+), CD56(+)以上よりSmCCと考えられた。子宮摘出検体:腫瘍は子宮頸部に限局し大きさは2×2mmであった。リンパ節転移は認めなかった。

【考察・まとめ】子宮頸部擦過の再検ではSmCCを否定できない小型異型細胞を認めたが、子宮内膜間質細胞との鑑別は困難であった。このような異型細胞を認めた場合、積極的に組織診を薦めるのが良いと考えられる。子宮頸部SmCCは、high-risk HPV感染を背景に発生し、転移しやすく予後不良な腫瘍であり、スクリーニングの際、常に念頭におく事が重要である。

P-2-118 子宮頸部に発生した大細胞神経内分泌癌の二例

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科²⁾

○西村優希(CT)¹⁾, 中塚亜子(CT)¹⁾, 新田篤史(CT)¹⁾,
坂野 桂(CT)¹⁾, 石田由香里(CT)¹⁾,
高山みずほ(CT)¹⁾, 田中八千代(CT)¹⁾,
佐久間淑子(MD)²⁾, 廣瀬隆則(MD)²⁾, 梶本和義(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部における大細胞神経内分泌癌(以下 LCNEC)は非常に稀な腫瘍である。今回、我々は LCNEC の 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】41 歳。3 経妊 3 経産。性器出血のため前医受診。細胞診・組織診で類基底細胞癌と診断され、当院紹介となった。細胞診では、クロマチン顆粒状で N/C 比の高い細胞を、合胞状集塊、孤在性に多数認め、一部に腺腔様構造がみられた。同時に細胞質重厚、クロマチン濃染性の細胞を認め、類基底細胞癌に矛盾しないと考えた。

【症例 2】38 歳。未経妊。5 年前に子宮頸部細胞診 classIIIa, 組織診 CIN2-3 と診断され定期フォローされていた。不正性器出血のため近医受診し細胞診・組織診で扁平上皮癌と診断され当院紹介となった。細胞診では、濃縮状～顆粒状淡明クロマチンを持つ N/C 比の高い小型細胞を大小乳頭状で多数認め、一部核線を伴う集塊もみられ、神経内分泌腫瘍も疑われたが OG 強染性の異型角化細胞を僅かに認めたため、扁平上皮癌を推定した。切除検体では、両症例とも子宮頸部に充実胞巣状に増生する腫瘍を認めた。柵状配列やロゼット形成を伴っており、壊死・多数の核分裂像を認めた。免疫染色では synaptophysin, CD56, chromogranin A, p16 に陽性, p63, CK5/6 に陰性であり、子宮原発の LCNEC と診断された。症例 1 では僅かだが一部に腺癌を、症例 2 では AIS と CIN3 を伴っていた。

【まとめ】子宮頸部における LCNEC は、稀な腫瘍であり形態学的には扁平上皮癌や類基底細胞癌との鑑別が難しいが、その予後は不良で早期の正確な診断が望まれる。神経内分泌腫瘍様の核所見や細胞診でロゼット様構造や柵状配列がみられた場合には LCNEC を念頭に置くことが必要と考えられた。

P-2-119 子宮頸部大細胞内分泌癌の 1 例

弘前大学医学部産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学医学部病理生命科学講座³⁾

○三浦理絵(MD)¹⁾, 二神真行(MD)¹⁾, 重藤龍比古(MD)¹⁾,
横山良仁(MD)¹⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 渡邊 純(MD)²⁾,
鬼島 宏(MD)³⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 刀稱亀代志(CT)²⁾

【はじめに】子宮頸部大細胞内分泌癌(以下 LCNEC)はまれであり、その予後は通常の扁平上皮癌よりも不良である。それゆえに正確な診断が求められる。

【症例】48 歳女性。性器出血のため近医受診。肉眼的に子宮頸部腫瘍を認め当科紹介。腫瘍は子宮頸部から発生し、約 3 cm の大きさであった。同部位からの細胞診は扁平上皮癌、生検で腺扁平上皮癌と診断された。子宮頸癌 Ib1 期としてロボット支援下広汎子宮全摘術を施行した。

【細胞所見】核内のクロマチンは粗顆粒状に増加し、核腫大、N/C 比大の比較的厚みのある胞体を有する異型細胞を集塊ないし孤立散在性に認めた。

【組織所見】類円形の核を有する腫瘍細胞が胞巣状から索状に浸潤する部分と一部に粘液を有する腫瘍細胞を認めた。免疫染色ではシナプトフィジン、クロモグラニン A, CEA 陽性で、粘液細胞は PAS, アルシアンブルー陽性であった。腺癌と共在というよりは、一部に粘液を産生する LCNEC と思われた。子宮頸部以外に病変はなく T1b1N0M0 であった。

【病理組織診断後の細胞診検体での免疫染色】シナプトフィジン、クロモグラニン A はともに陽性であったが、再度の鏡検でも LCNEC の診断は困難だった。

【まとめ】細胞及び組織診では LCNEC の診断が困難であった症例を経験した。豊富な細胞質、粗いクロマチン、リンパ球と比べて大きい(3-5 倍)核、mitosis や壊死性組織の存在があった場合には、扁平上皮癌や腺癌との鑑別が困難であることは多いが免疫染色を行うことで診断することが可能となる可能性が有る。

P-2-120 (演題はとり上げられました)

P-2-121 子宮頸部原発悪性リンパ腫の胸壁へ再発した1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⁾

○小保方和彦(CT)¹⁾, 程島 就(CT)¹⁾, 大沼一也(MD)²⁾, 井上裕美(MD)²⁾, 手島伸一(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部原発の悪性リンパ腫は稀である。治療中左胸壁に再発した症例を経験したので報告する。

【症例】再生不良性貧血の既往を有する70代女性。不正出血と帯下量の増加がみられ、当院紹介受診となる。CTやMRIでは子宮腔部後唇に5cm程の腫瘤がみられ、子宮頸部擦過標本では悪性リンパ腫が強く疑われた。子宮頸部組織生検では壊死が強かったこともあり診断に難渋したが、最終的にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断された。化学療法(CHOP療法)が施行され、画像的には奏効したが、6カ月後に左胸壁に再発、その2カ月後に死亡された(剖検は行なえなかった)。

【細胞所見】子宮頸部擦過標本では、小型から中型でN/C比が高く、2~3個の核小体、粗顆粒状の核クロマチンを有する異型細胞が孤立散在性に出現し、悪性リンパ腫を強く疑う所見であった。左胸壁腫瘤の捺印標本では、子宮頸部擦過標本と同様の像を呈し、円形から類円形でN/C比が高く裸核様の異型細胞が多数みられ、悪性リンパ腫を疑った。

【組織所見】子宮頸部組織生検では、中型から大型で類円形や多角形を示し、細胞質の乏しい腫瘍細胞がびまん性に増生する像がみられた。免疫組織学的にはLCA(+), CD20(-), CD79(+), CD3(-), Bcl-2(-), CD10(-)であり、DLBCLと診断した。左胸壁腫瘤では、星空像がみられ、FISHで*c-myc* 遺伝子の転座を認めた。パークットリンパ腫や分類不能型B細胞リンパ腫等との鑑別に苦慮したが、子宮頸部DLBCLの再発と診断した。

【まとめ】胸壁に再発した子宮頸部悪性リンパ腫の稀な報告例である。細胞診では悪性リンパ腫が強く疑われたが、DLBCLの組織学的診断にかなりの労力を費やした。

P-2-122 子宮体癌術後13年目に陰断端にポリープ状の腫瘤形成で再発した1症例

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⁾

○山本美智子(CT)¹⁾, 植良 紋(CT)¹⁾, 林 優子(CT)¹⁾, 東田太郎(MD)²⁾, 門元辰樹(MD)²⁾, 金田憲熙(MD)²⁾, 常盤洋一(MD)²⁾, 原 重雄(MD)³⁾

【症例】症例は86歳女性, 3回経妊1回出産, 自然流産1回, 人工妊娠中絶1回. 13年前に子宮体癌1b期(扁平上皮への分化を伴う類内膜癌)の診断で腹式単純子宮全摘術及び両側付属器切除術を施行し, 追加治療(化学療法 Cisplatin, Endoxan, Adriamycin: CAP療法)2コース後, 外来経過観察していた. 術後6年目以降は6か月毎に検診を継続し, 術後12年間に陰断端細胞診及び腫瘍マーカー, 画像検査などで特に再発兆候を認めなかった. 最終外来受診時にも細胞診, 腫瘍マーカー(CA19-9, 術前130.5 → 34.1U/mL)は正常だったがその3か月後に性器出血を認め来院. 陰断端に易出血性びらん及び1×3cmのポリープ状の腫瘤形成を認め, 陰断端細胞診を施行した.

細胞診所見は, 好中球を中心にした炎症性背景にクロマチンの増量した重積性のある異型細胞集塊を認めた. 核は大小不同を認め, 細胞質を有し, 扁平上皮由来の異型細胞が認められた.

陰断端組織診では一部管腔形成を伴う扁平上皮癌を認め, 陰断端癌2a期と診断した. Positron Emission Tomography(PET)/CTでは陰断端左縁にFDGの強い集積像を認めたが他臓器の転移は認めず, 血液学的検査はSCC: 0.8 ng/mlで正常値(1.5 ng/ml以下)だった. 高齢の為CCRTは施行せず, 外照射および腔内照射による放射線治療を施行した. 治療終了1か月後の効果判定では陰断端細胞診はNILM, SCC 0.7 ng/ml, CA19-9 31.1U/mLで正常. MRI画像検査でもリンパ節を含め他臓器への転移を認めずComplete Response(CR)と判定した. 現在照射後18か月を経過するも再発兆候はない. 本症例は臨床的には13年前の子宮体癌の再発と考えたが学会では免疫組織学的所見を加え, 若干の文献考察を加え報告したい.

P-2-123 神経線維腫症1型に合併した十二指腸乳頭部ソマトスタチン産生性NETの1例

伊達赤十字病院検査部病理¹⁾, 札幌医科大学病院病理部²⁾

○梅崎博嗣(CT)¹⁾, 長谷川匡(MD)²⁾, 平野博嗣(MD)²⁾, 藤田裕美(MD)²⁾

【はじめに】神経線維腫症1型(NF1)はvon Recklinghausen病とも呼ばれ全身の皮膚にカフェオレ斑や神経線維腫などの症候を呈する遺伝性疾患で消化管に腫瘍性病変を合併することが知られている. 今回NF1患者の十二指腸乳頭部腫瘍に対して施行したEUS-FNAでロゼット配列を示す異型細胞を認め病理検査でソマトスタチン産生性neuroendocrine tumorと診断された一例を経験したので報告する.

【症例】患者: 50歳代女性 主訴: 特になし 現病歴: 検診時CTで膵管, 胆管拡張を指摘された. 上部内視鏡検査で十二指腸主, 副乳頭部に2.0cmと1.6cm大の非露出腫瘍性病変を認め乳頭部腫瘍の疑いでEUS-FNAを施行した. 既往歴: 神経線維腫症1型(NF1) 家族歴: 特記すべき事項なし.

【FNA細胞診】ドット状クロマチン, 淡明胞体を有する異型細胞の疎な集塊が出現しロゼット様配列も示した.

【FNA組織診】円形核, 顆粒状好酸性胞体を有する類上皮細胞が集塊状に出現しNETを疑った.

【手術材料】十二指腸主, 副乳頭部の筋層内に腺腔形成, 胞巣状, 索状に増殖するNET(G1)の像を認めた. NF1患者に好発する十二指腸乳頭部ソマトスタチン産生性NETに相当する. 核分裂像は無いが領域リンパ節に転移を認めた. 膵臓に病変は認めず切除断端は陰性であった.

【病理診断】Duodenal neuroendocrine tumor, G1

【考察】NF1は消化管NETの合併が知られていて十二指腸乳頭部領域のソマトスタチン産生性NETが指摘されている. また腫瘍径2cm以下でも半数近くにリンパ節転移を認めるとの報告があり, 今回我々が経験した症例でもリンパ節転移を認めた. NF1では予め詳しい患者既往歴が必要で腫瘍性病変の合併を念頭に置いた細胞診, 組織診検査の進め方が重要である.

P-2-124 Gastrointestinal clear cell sarcoma (GI-CCS) の1例

JA 北海道厚生連札幌厚生病院医療技術部臨床検査技術科¹⁾, JA 北海道厚生連札幌厚生病院病理診断科²⁾, 札幌医科大学附属病院病理部³⁾

○加藤 隆(CT)¹⁾, 鈴木雄太(CT)¹⁾, 新谷弥香(CT)¹⁾, 吉岡明日香(CT)¹⁾, 平尾智美(CT)¹⁾, 樋田郁治(CT)¹⁾, 市原 真(MD)²⁾, 後藤田裕子(MD)²⁾, 村岡俊二(MD)²⁾, 青山智志(CT)³⁾

【はじめに】消化管に発生する GI-CCS は極めて稀な腫瘍とされている。今回、我々は小腸に発生した GI-CCS を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性。S状結腸もしくは回腸と連続する腫瘍を指摘され当院紹介入院となった。腹部CT検査にて骨盤内に限局的な小腸壁の肥厚を伴う腫瘍が認められ、小腸リンパ腫が疑われた。腸間狭搾と出血が持続していたため、小腸・S状結腸切除術が施行された。切除検体に対して捺印細胞診を実施した。

【捺印細胞診所見】壊死物質を背景に、豊富な細胞質を有する異型細胞が集塊状から孤立散在性に多数出現していた。核は円形から楕円形で、核クロマチンは微細顆粒状に増量し、明瞭な核小体を1~数個有しており、核分裂像も認められた。細胞質は淡明で一部好酸性を呈し、血管を軸とした乳頭様の集塊や破骨細胞様の多核巨細胞が散見された。非上皮性の悪性腫瘍が疑われたが、細胞所見で組織型の推定は困難であった。

【組織学的所見】小腸及びS状結腸に浸潤する4.5cm大の境界やや不明瞭な灰白色調占拠性病変を認めた。病変内には壊死を伴っていた。明瞭な核小体を有し比較的大型の異形核と淡い好酸性~一部淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が、血管性の茎周囲にいわゆる偽乳頭状構造を形成しながら充実性増殖を示していた。随所に破骨細胞様巨細胞の出現を伴っていた。免疫組織化学染色では、Vimentin, S-100蛋白が陽性、 α -SMA, c-kit, リンパ系マーカー、更に軟部発生のCCSで陽性を示すHMB-45, MelanAが陰性であった。GI-CCSと診断された。

【まとめ】消化管に発生した極めて稀で、特徴的な細胞所見を呈するGI-CCSを経験した。文献的考察と併せて報告する。

P-2-125 膵 Solid-pseudopapillary neoplasm, clear cell variant の一例

北海道消化器科病院病理部

○高橋里実(CT), 田山英司(CT), 十河沙佑里(MT), 藤澤孝志(MD), 高橋利幸(MD)

【はじめに】膵の Solid-pseudopapillary neoplasm (以下SPN) は分化方向不明な低悪性度の腫瘍で、若年の女性に好発する。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法にて、SPNのまれな亜型である clear cell variant を診断する機会を得たので報告する。

【症例】44歳、女性。前医で行った検診CTで膵体部腫瘍を指摘される。SPNを疑い経過観察していたが、腫瘍の大きさが増大したため、精査、加療目的で当院受診した。

【細胞所見】細胞は比較的小型で、N/Cの上昇はなかった。核は円形~類円形で均一、核形不整はみられず、クロマチンは微細で軽度増加していた。細胞質はレース状~顆粒状を呈していたが、広い空胞状の胞体をもつ細胞も確認された。配列は一部ロゼット様もみられたが、大部分は孤立にて認められた。

【組織所見】腫瘍は石灰化のある被膜に覆われていた。ほとんどの腫瘍細胞は淡明な空胞状の胞体と小型で類円形、微細なクロマチンのある核からなり、豊富な樹枝状の血管を介して充実性、あるいは偽乳頭状に増殖していた。また、コレステリン結晶の析出や出血が認められた。PAS染色は陰性であった。以上の組織所見に加え、免疫組織化学的な特徴からSPN, clear cell variant と診断された。

【まとめ】細胞診では、SPNに特徴的な血管を中心として腫瘍細胞が偽乳頭状に増生する所見やhyaline globulesが見られなかったこと、また一部ロゼット様配列もみられたため、PNETとの鑑別に苦慮した。SPNが疑われ、腫瘍細胞に空胞状の胞体が認められた場合は、本亜型を念頭において観察することが肝要である。

P-2-126 膵臓に発生した hepatoid carcinoma の一例

岡山大学病院病理部¹⁾, 姫路赤十字病院病理診断科²⁾

○原田和恵(CT)¹⁾, 藤田 勝(CT)¹⁾, 井上博文(CT)¹⁾,
那須篤子(CT)¹⁾, 浜田香菜(CT)¹⁾, 田中顕之(MD)¹⁾,
田中健大(MD)¹⁾, 柳井広之(MD)¹⁾, 伏見聡一郎(MD)²⁾

【はじめに】膵臓における hepatoid carcinoma は、膵管に発生する極めて稀な腫瘍で、肝細胞癌類似の腫瘍細胞の出現等の特徴とする。今回我々は、膵体部発生で、細胞診にて診断が困難であった hepatoid carcinoma の一例を経験したので、その細胞像を中心に報告する。

【症例】50 代, 男性。検診の腹部超音波検査にて膵体部に 45 mm 大の低エコー腫瘍を指摘され、紹介受診。画像検査上、類円形の充実性腫瘍であり、明らかなリンパ節腫大、肝転移はみられなかった。診断目的に EUS-FNA が施行された。

【細胞所見】大小不同の類円形核、豊富な細胞質を有する多辺形の腫瘍細胞を散在性ないし偽乳頭状集塊で認めた。クロマチンは細顆粒状で、二核ないし三核の細胞を多数認めた。細胞質には好酸性顆粒がみられ、また核内封入体の所見を認めた。免疫細胞化学的検索で β -catenin が核に陽性であり、SPN 疑いと判定した。

【病理所見】類円形核で好酸性の豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が充実性に増殖していた。偽乳頭状構造は明らかでないものの、免疫染色で β -catenin が核に陽性であり、SPN が考えられたが、追加で免疫染色を行い、上皮系マーカー及び肝細胞マーカーが陽性であったため、hepatoid carcinoma と診断された。

【考察】EUS-FNA で SPN との鑑別が困難であった、膵臓を原発とする hepatoid carcinoma の一例を経験した。細胞診においては、豊富な細胞質に好酸性顆粒がみられる二核ないし三核の腫瘍細胞を多数認め、SPN の直線状の線維血管軸とは異なる繊細な血管軸を有していたことが、当院の典型的な SPN 症例との相違点であった。SPN 以外でも偽乳頭状構造が出現する可能性を念頭に置き、慎重に診断する必要があると考えた。

P-2-127 Biliary intraepithelial neoplasia 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⁾

○長山大輔(CT)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)³⁾, 伊藤園江(CT)¹⁾,
原武晃子(CT)¹⁾, 中野祐子(CT)¹⁾, 大田桂子(CT)¹⁾,
中山正道(MD)²⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 西田直代(MD)²⁾,
檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】以前より胆管癌には前癌病変が存在することが知られ、様々な名称で呼ばれていたが、WHO 分類(2010)にて胆管上皮内腫瘍(Biliary intraepithelial neoplasia: BilIN)の名称が採用された。しかし、その細胞形態学的特徴を示した報告は非常に少ない。今回我々は、BilIN 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】40 歳代男性。右背部痛を主訴とし当院消化器内科を受診。CT 検査にて肝内胆管拡張、肝内胆管結石、胆嚢結石を認め、PTCD が施行され胆汁が採取された。画像検査にて積極的に悪性腫瘍を疑う所見はなかったが、肝内胆管狭窄が強く悪性も否定できず、治療目的にて当院外科へ転科し腹腔鏡下肝左葉切除術と胆嚢摘出術が施行された。

【細胞像】好中球を主体とする炎症細胞と胆汁色素を背景に、異型細胞は不規則な重積や集塊辺縁の凹凸不整に乏しい平面的配列集塊として出現していた。細胞質は泡沫状～顆粒状で、核の配列不整、核腫大、核の切れ込みなどの核形不整を認め、核クロマチン構築は細顆粒状～顆粒状で軽度増量し、小型核小体もみられた。

【組織像】異型細胞は微小乳頭状の構造異型を伴って増殖し、細胞質は好酸性が増加し、核腫大、核形不整の細胞異型を認めたが、明らかな浸潤所見はなく BilIN-2~3 と診断された。

【考察】胆管癌の多くは BilIN から浸潤癌へと多段階の発癌過程を経て発生すると考えられているため、胆管癌の予後改善のためには前癌病変である BilIN の診断が極めて重要である。その細胞診断には不規則な重積や集塊辺縁の凹凸不整に乏しい平面的配列集塊で出現するにもかかわらず、核腫大、核形不整の個々の細胞異型を認めることに着目することが重要である。

P-2-128 当院における胆道擦過細胞診ならびに胆汁細胞診の比較検討

福岡赤十字病院病理診断科

○碓 益代(CT), 石井萌美(CT), 遠矢浩隆(CT),
小材和浩(CT), 西山憲一(MD), 中島 豊(MD)

【目的】胆道擦過細胞診は、胆道癌の診断において重要な役割を果たす。今回我々は、胆道擦過細胞診と胆汁細胞診の比較検討を行った。

【対象】2010年1月から2015年11月に当院で手術が行われた肝外胆管癌、肝内胆管癌および胆嚢癌のうち、術前に胆道擦過細胞診と胆汁細胞診をいずれも施行した28例(肝外胆管癌20例、肝内胆管癌3例、胆嚢癌5例)を対象とした。

【方法】対象28症例について、腫瘍部位別に胆道擦過細胞診と胆汁細胞診の細胞判定結果を比較検討した。

【結果】全対象28例のうち、12例において胆道擦過細胞診と胆汁細胞診の判定結果が一致した。14例では胆道擦過細胞診の方がより正確な評価が可能であったが、2例においては胆汁細胞診の方がより正確な評価が可能であった。肝外胆管癌では、20例のうち6例において胆道擦過細胞診と胆汁細胞診の判定結果が一致した。13例では胆道擦過細胞診の方がより正確な評価が可能であったが、1例においては胆汁細胞診の方がより正確な評価が可能であった。肝内胆管癌では、3例のうち2例において胆道擦過細胞診と胆汁細胞診の判定結果が一致した。1例で胆汁細胞診の方がより正確な評価が可能であった。胆嚢癌では、5例のうち4例において胆道擦過細胞診と胆汁細胞診の判定結果が一致した。1例で胆道擦過細胞診の方がより正確な評価が可能であった。

【まとめ】胆道癌において、胆道擦過細胞診は胆汁細胞診と比較してより正確な評価をすることが可能であり、その傾向は特に肝外胆管癌で認められた。

P-2-129 胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB ; intraductal papillary neoplasm of the bile duct) の2例

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 山陰労災病院中央検査部²⁾, 山陰労災病院病理診断科³⁾

○持田洋利(CT)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾, 村井裕紀(CT)²⁾,
阿部あきみ(CT)²⁾, 庄盛浩平(MD)³⁾,
大野千恵子(CT)¹⁾, 遠藤由香利(CT)¹⁾,
松重貴大(CT)¹⁾, 山田恭子(MT)¹⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾

【背景】胆汁細胞診を施行された胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) の2例を報告する。

【症例1】70歳代男性。他科通院中に胆道系酵素上昇を指摘され、画像検査にて左肝内胆管の拡張と左肝管に造影効果を伴う腫瘍を認めた。ERCP時に採取した胆汁細胞診にてclass V (腺癌) と判定し、その後摘出術が施行された。

【症例2】80歳代女性。胆嚢癌切除後、臍内遺残胆管内に腫瘍を認めたため、胆汁細胞診ならびに切除術が施行された。2例とも細胞診では比較的結合性を有する異型細胞が集塊状または散在性にみられ、粘液を伴う出血性背景を認めた。核は偏在性で、核クロマチンは軽度増加し、核の切れ込み・核腫大や一部で核突出像を認めた。核小体が目立つ細胞も認められ、異常重積性を示す所見を認めた。胞体は比較的豊富で、ライトグリーンに淡染していた。腫瘍切除標本では狭い線維性血管芯を伴う乳頭状上皮成分の胆管内腔へのポリープ状増殖を認め、検索範囲での間質浸潤はみられなかった。免疫染色では症例1はCK7, CK20, CDX-2は全て陰性、症例2はCK7, CDX-2が陽性、CK20が一部陽性を示した。異型細胞、および組織構造の性状より症例1はIPNB, pancreatobiliary type, 症例2はIPNB, gastric typeと診断された。

【考察】IPNBは従来の胆管癌と比べて予後が良好であるが、比較的近年に提唱された腫瘍であり、細胞診の報告例は少ないため、その細胞像は十分確立されていない。今回の後ろ向き検討では、胆汁細胞診における通常型の腺癌と比べて異型細胞の多形性は軽度であり、血管軸や間質成分を伴い乳頭状に増生している点が注目されると考えられた。

P-2-130 術前診断に細胞診所見が有用であった IPNB の一例

済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾

○石井洋子(CT)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)²⁾, 佐藤真介(CT)¹⁾, 宮崎浩子(CT)¹⁾, 佐藤瑞恵(CT)¹⁾, 東 悠介(CT)¹⁾, 石橋貴寛(CT)¹⁾, 加藤誠也(MD)¹⁾

【はじめに】胆管内乳頭状腫瘍 (intraductal papillary neoplasm of the bile duct : IPNB) は肝門部や肝内の大型胆管内腔に生じる乳頭状病変で、嚢胞状の胆管拡張や粘液過剰産生を示し、膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) 同様、腺腫、境界悪性、(上皮内) 癌から構成される稀な疾患である。今回、胆汁細胞診で異型細胞を認めた IPNB を経験したので報告する。

【症例】80歳代の男性。健診の腹部エコーで肝内病変を指摘され当院受診。CTでは肝右葉後区域に長径7cmの多房性嚢胞性病変と肝内胆管後区域枝根部に2cm大の肝内結石を認めた。結石による胆管拡張も疑われたが、嚢胞隔壁は軽度造影され IPNB や粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) も否定できない所見であった。細胞診目的で ERCP により胆汁採取を行った。

【細胞所見】壊死性、粘液性背景に軽度重積性や結合性低下を示し胞体内に粘液様物質を含む細胞集塊を少数認めた。核の大小不同、核形不整、クロマチンの細顆粒状濃染を伴うも悪性との確定には至らず ClassIII, IPNB 疑いと判定した。

【組織所見】肝右葉尾状葉および胆管切除術が施行された。摘出標本では多房性に拡張する肝内胆管と顕著な粘液産生を認め、組織では血管間質を軸とする乳頭状増殖を示す腫瘍で、核の高度異型と極性の乱れを認めた。免疫染色では MUC1(+), MUC2(focal+), MUC5AC(+), MUC6(+) であり IPNB, carcinoma in situ, pancreatobiliary type と診断した。

【考察】本例の胆汁細胞診は術前診断に有用であったが、近年公開された貯留胆汁細胞診判定基準を用いると悪性とする項目を満たしており、同基準の参照は診断精度の向上に有益と考えられた。

P-2-131 細胞学的に典型例であった Solid-pseudo-papillary tumor の1例

高知大学医学部附属病院病理診断部

○岡本真知(CT), 吉良佳那(CT), 高橋明日香(CT), 大原栄二(CT), 戸井 慎(MD), 弘井 誠(MD), 村上一郎(MD)

【はじめに】Solid-pseudopapillary tumor (以下 : SPT) は膵癌取り扱い規約第6版で分化方向の不明な上皮性腫瘍に分類される膵非分泌性腫瘍の1つで1~2%にみられる稀な腫瘍である。若年女性に好発し、多くは予後良好な低悪性度の腫瘍である。今回、膵穿刺吸引細胞診で SPT と推定診断した1例を経験したので報告する。

【症例】20歳代、女性。2年前腹痛を主訴に近医受診。虫垂炎疑いにて治療するも、腹部CTにて膵尾部腫瘍内に石灰化のある4cmのLow Density Areaを認め、精査加療目的で当院紹介受診。膵穿刺吸引細胞診で SPT と推定診断され、膵体尾部切除術が施行された。

【細胞所見】リンパ球が見られる血性背景に、分岐状の比較的細い血管結合織を伴った乳頭状で異型の軽い円形~楕円形の腫瘍細胞集団が散在性に認められた。細胞質はライトグリーンに淡染、核は小型でやや濃染し、核クロマチンは細顆粒状で核小体は不明瞭であった。

【組織所見】被膜様構造を持つ周囲との境界明瞭な5×4.2cm大の腫瘍が切除膵の大部分を占めており、剖面上は灰白色で出血を伴っていた。類円形の比較的均一な核を持つ細胞が、偽乳頭状、シート状、索状に増殖しており、Foamy macrophageの集簇巣や、間質の硝子化、石灰化などが認められた。免疫組織学的に、腫瘍細胞はchromogranin A, α1-ACTが陽性、Ki-67 indexは1%以下であった。

【まとめ】SPTは予後良好な低悪性度の腫瘍であることが知られているが、ごく稀に転移や再発をきたす報告もあり注意が必要である。今回の症例は細胞学的・組織学的に典型例であり診断は比較的容易であったが、神経内分泌腫瘍等の可能性も念頭におき、免疫染色を追加・検討する必要がある。

P-2-132 胆嚢転移を来した左鼻腔原発悪性黒色腫の一例

JA 秋田厚生連平鹿総合病院検査科¹⁾, JA 秋田厚生連平鹿総合病院病理診断科²⁾

○高橋真帆(CT)¹⁾, 齊藤昌宏(MD)²⁾, 高橋さつき(MD)²⁾, 高橋雅之(CT)¹⁾, 後藤利明(CT)¹⁾, 佐々木久幸(CT)¹⁾

【はじめに】悪性黒色腫は早期に他臓器に転移をきたす予後不良の悪性腫瘍であるが、胆嚢への転移例は比較的少なく、胆汁標本でその細胞像を確認する事は非常に稀と考える。今回、我々は左鼻腔原発悪性黒色腫と病理診断され、術後3年目に胆嚢転移を来した症例を経験し、その細胞所見を他の組織型と比較検討機会を得たので報告する。

【症例】60歳代男性、術後3年目のフォローアップCTで胆嚢腫瘍を指摘された。原発性か転移性かの判別のため内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージにて胆汁細胞診検査を2回施行した。採取された胆汁中には黒褐色調の浮遊物を認めた。

【細胞所見】(初回細胞診)胆汁成分を背景に、核異型の乏しい良性胆管上皮を小集塊状に認めた。標本中には、濃縮した胆汁とともに黒褐色の砂状顆粒物も認めたが、明らかな異型細胞を認めず陰性と報告した。(再検細胞診)背景には、初回時と同様に胆嚢成分と黒褐色の砂状顆粒物を認めた。この中に、小型で極めてN/C比の高い異型細胞が、散在性から塊状の細胞集塊を多数認めた。特徴的な構造は見られなかった。核クロマチンは細顆粒状に増量、核縁は被薄で1~数個の小型核小体を有していた。また核溝やくびれなどの著明な核形不整を伴い、核分裂像や二核細胞も認めた。メラニン顆粒を有する異型細胞を極めて少数認めたため、ClassV悪性黒色腫の転移疑いと報告した。

【まとめ】胆汁内に出現する小型類円形細胞主体の悪性腫瘍としては、低分化腺癌や神経内分泌癌等があり、メラニン顆粒が少ない悪性黒色腫との鑑別が必要となる。本例においてこれらの組織型との鑑別点を再検討することが出来た。加えて検体の肉眼的性状も診断の補助的要素として重要であった。

P-2-133 膵併存腫瘍(Mixed duct-acinar cell carcinoma)の一例

社会保険田川病院病理診断科¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 帝京大学福岡医療技術学部医療技術学科³⁾

○内田 準(CT)¹⁾, 梶原須賀子(CT)¹⁾, 草野弘宣(MD)^{1,2)}, 内藤嘉紀(MD)²⁾, 自見厚郎(MD)^{1,3)}

【はじめに】膵管癌、神経内分泌癌あるいは腺房細胞癌が混在する膵併存腫瘍はまれであり、その報告は極めて少ない。今回、我々は膵管癌と腺房細胞癌の混在するmixed duct-acinar cell carcinomaの一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。近医にて高血圧と糖尿病の治療を受けていたが、急激な血糖コントロールの悪化のため、当院へ紹介となった。超音波検査、CT、MRCPなどの画像検査にて膵頭部腫瘍と主膵管の拡張が指摘され、膵液細胞診でmalignant, adenocarcinomaと診断し、膵頭十二指腸切除術が施行された。

【細胞所見】壊死様物質と一部粘液様成分を背景に、淡明な細胞質を有する異型細胞が乳頭状集塊で出現していた。核形不整や明瞭な核小体を伴っており、しばしば粘液様成分を含む異型細胞も認めた。また、明らかな腺癌細胞とは別に多菱形でN/C比の高い小型細胞が索状～やや乳頭状の集塊で見られた。

【組織所見】膵管内増殖を主体とした腫瘍性病変で、周囲には浸潤を伴っていた。膵管内病変は乳頭状～管状あるいは腺房様構造を呈しており、壊死も伴っていた。構成細胞は淡明で細胞質内の粘液が明らかな細胞とやや暗調で粘液が判然としない細胞が見られた。免疫染色にて腫瘍細胞はMUC1(+), MUC2(-), MUC5AC(+), MUC6(+)であり、腺房様部分においてはtrypsin(+)であった。Ductal, acinarいずれの分化も認められることから、mixed duct-acinar cell carcinomaと診断した。

【まとめ】極めて稀な膵併存腫瘍を経験した。細胞所見のみで本組織型を推定するのは困難であるが、腺癌細胞だけではなく小型細胞も注意深く観察することが本腫瘍を導き出す手がかりになると考える。

P-2-134 極めて稀な胃蔓状線維粘液腫 (Plexiform fibromyxoma) の一例

兵庫県立尼崎総合医療センター検査部¹⁾, 兵庫県立尼崎総合医療センター病理診断科²⁾

○松木慎一郎(CT)¹⁾, 南 智也(CT)¹⁾, 高垣和代(CT)¹⁾, 吉田憲二(CT)¹⁾, 駒井隆夫(CT)¹⁾, 西田光輝(CT)¹⁾, 中島直樹(MD)²⁾, 山本鉄郎(MD)²⁾, 安水良知(MD)²⁾, 鷹巢晃昌(MD)²⁾

【はじめに】胃間葉系腫瘍の大部分は Gastrointestinal stromal tumor (GIST) であるが, 今回我々は, 極めて稀な蔓状線維粘液腫(Plexiform fibromyxoma: PFM)の一例を経験したので報告する。

【症例】40歳代前半男性。嘔気嘔吐を主訴に他院を受診し, 食道潰瘍および胃前庭部粘膜下腫瘍を指摘された。CT画像ではGISTが疑われたため, 当院に紹介受診となった。胃生検では正常粘膜採取に終わり, 胃粘膜下腫瘍の診断には到らなかったが, 幽門側胃切除術が施行され, PFMと確定診断された。

【細胞像】腫瘍の捺印細胞像では, 間質性の軸を中心に, 概ね類円形ないし楕円形核を有する細胞が緩やかな結合性で集塊を形成している像を認めた。クロマチンは細顆粒状で均一に増量し, 小型で単個の核小体が認められた。ギムザ染色では, メタクロマジーを呈する粘液が細胞を取り囲むように認められた。

【組織像】腫瘍断面の肉眼像では淡紅色や灰白色を呈し, 大部分が浮腫状や粘液腫様を呈していた。ミクロでは, Alcian blue 陽性の間質性粘液および類円形ないし楕円形核を有する腫瘍細胞で構成される多結節性の粘液性腫瘍が固有筋層に認められ, 一部粘膜への浸潤傾向が見られた。免疫染色では, CK(-), c-kit(-), DOG-1(-), CD34(-), S-100(-), Desmin(-), α -SMA(+), CD10(+), MIB-1 index 1% 以下であった。以上の所見から PFM と診断した。

【まとめ】本腫瘍の組織像は特徴的であり, 特に免疫染色態度は GIST とは大きく異なる。細胞像のみで本腫瘍を推定するのは難しいが, 本症例のように間質性粘液の存在など定型的な GIST と異なる像を呈している場合, 免疫染色を併用することによって診断可能であると考えられた。

P-2-135 子宮体部原発の大細胞神経内分泌癌の一例

関西労災病院中央検査部¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 産婦人科³⁾

○原沙由美(CT)¹⁾, 杉生憲二(CT)¹⁾, 山根三千秋(CT)¹⁾, 吉野龍一(CT)¹⁾, 永野輝明(MD)²⁾, 後藤孝吉(MD)²⁾, 鶴田智彦(MD)³⁾, 伊藤公彦(MD)³⁾, 中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】子宮体部を原発とする大細胞神経内分泌癌(LCNEC)は非常に稀な疾患である。今回我々は, 子宮頸部細胞診にて腫瘍細胞を認めた子宮体部原発のLCNECの一例を経験したので考察を加えて報告する。

【症例】70歳代, 女性(G0P0, 55歳閉経)。左下腹部痛, 不正出血にて当院受診。子宮内膜細胞診は検体採取が不可能であり, 子宮頸部細胞診にて異型細胞を認めた。またMRI, CTにて子宮腫瘍, リンパ節転移を認め子宮体部悪性腫瘍が疑われ, 腹式単純子宮全摘術及び両側付属器切除術が施行された。

【細胞所見】壊死物質を背景に伴い, 円形~類円形で狭小な細胞質を持つ比較的小型な異型細胞を主に散在性に認めた。クロマチンは細顆粒状に増量し, 核小体を単個~複数個認め, 低分化な悪性腫瘍が疑われた。

【肉眼所見】子宮体部に広範な壊死を伴う径15cmの白色充実性腫瘍が形成されており, 正常な子宮内膜は認めず, 子宮体部は概ね腫瘍により置換されていた。

【組織所見】核小体の比較的明瞭な異型核を有する腫瘍細胞が胞巣状~索状に増殖しており, 壊死と核分裂像が目立っていた。免疫染色で腫瘍細胞はsynaptophysinに陽性でありLCNECと診断とした。明らかな類内腺癌や肉腫の成分は確認されなかった。

【まとめ】子宮体部原発のLCNECは進行が早く予後不良とされており, また治療法も確立されていない。本疾患を念頭におくことで, 子宮頸部細胞診においても早期に正しい診断に至ることが可能と考えられる。

P-2-136 子宮内膜細胞診で診断された子宮体部扁平上皮癌の1例

新百合ヶ丘総合病院産婦人科¹⁾, 新百合ヶ丘総合病院病理診断科²⁾, 東海大学医学部産婦人科³⁾

○塚田ひとみ(MD)¹⁾, 和田幸子(CT)²⁾, 高山明子(CT)²⁾, 福永眞治(MD)²⁾, 鈴木光明(MD)¹⁾, 三上幹男(MD)³⁾

子宮内膜細胞診で子宮体部扁平上皮癌と診断された稀な症例を経験したので報告する。

【症例】61歳, 3経産。2か月前に不正出血の既往あり。

【集団検診で子宮頸部細胞診】ASC-H, 内膜細胞診:陽性(クラス5), であったため前医を受診し, 内膜組織診で扁平上皮癌が疑われ当院に紹介された。当院で施行された内膜細胞診は陽性で扁平上皮癌が疑われた。

【細胞所見】軽度の腫瘍性背景のなかに, クロマチンの増量したN/Cの高い悪性細胞が, 孤立散在性また重積性を伴ったクラスターとして出現した。クラスターの辺縁は不正で, 腺腔形成はみられなかった。またオレンジG強染性の無構造物質と濃染核を有するファイバー型の悪性細胞が多数見られ, 扁平上皮癌と診断された。内膜組織診では, 扁平上皮癌もしくは低分化がんの診断であった。なお頸部細胞診はNILMで, 頸管組織診も異常はみられなかった。

【臨床所見】腫瘍マーカーはSCC1.9ng/mlと軽度高値以外は異常なし。MRIでは子宮底部に筋層浸潤を伴う病変が認められた。子宮体癌1B期の診断の下に, 腹腔鏡下子宮全摘, 両側付属器切除, 骨盤・傍大動脈リンパ節廓清, 大網切除を施行した。

【病理組織診断】病変は子宮体部に限局した角化型扁平上皮癌で, 腺癌成分は認められなかった。筋層浸潤1/2以上, Ly(+), V(+), リンパ節および大網転移はみられなかった(pT1bN0M0)。

【考察】子宮体部扁平上皮癌は子宮体癌の0.1%と極めて稀な疾患ある。高齢者に多く, 子宮内リング, 子宮留膿腫, 頸管狭窄, 照射など内膜の扁平上皮化生を背景に発症することが報告されている。今回の症例では, 頸部に病変がなく, 内膜細胞診所見で典型的な角化型扁平上皮癌を示したことが診断の根拠となった。

P-2-137 子宮体部印環細胞癌の一例

熊本市立熊本市市民病院産婦人科¹⁾, 熊本市市民病院病理診断科²⁾

○大田俊一郎(MD)¹⁾, 豊住康夫(MD)²⁾, 河野公成(CT)²⁾, 山田智子(CT)²⁾, 志賀有紗(CT)²⁾

年齢は60歳代で半年前より継続する不正性器出血を主訴として当科を受診した。双手診では子宮体部は手拳大であり, それと別に小骨盤内に弾性固の腫瘤を触知した。子宮内膜細胞診では小型の印環細胞が集塊を呈しており陽性と診断され印環細胞癌が疑われた。子宮内膜組織生検でも同様に印環細胞癌と診断された。他臓器原発悪性腫瘍の転移が疑われたために上部下部消化管ならびに乳腺の精査を施行したが異常は認めなかった。子宮体癌・卵巣癌疑いと術前診断し単純子宮全摘術+両側付属器切除術+骨盤内リンパ節廓清術+傍大動脈リンパ節生検術+大網切除術+虫垂切除術を施行した。摘出組織の病理組織検査では子宮体癌3c期 poorly differentiated adenocarcinoma, signet ring cell carcinomaと診断された。術後化学療法を施行し経過観察中であるが再発は認めていない。

P-2-138 子宮体部癌肉腫の一例

川崎市立多摩病院病理診断科¹⁾, 川崎市立多摩病院産婦人科²⁾

○林 直美(CT)¹⁾, 岸理恵子(CT)¹⁾, 早川智絵(CT)¹⁾,
半田留美子(CT)¹⁾, 大熊克彰(MD)²⁾, 小池淳樹(MD)¹⁾

【はじめに】癌肉腫は癌腫と肉腫からなる予後不良の悪性腫瘍であるが, 細胞診で両成分を見極めることは難しい。今回我々は, 同所性の子宮体部癌肉腫を経験したので報告する。

【症例】70代女性。帯下異常を主訴に当院受診。子宮内腔は拡張し, 内部に突出する表面カリフラワー状の5cm大腫瘍性病変が認められた。内膜細胞診では細胞質が広い異型細胞が認められ, 明細胞腺癌など悪性が疑われる細胞像であった。子宮全摘・両側付属器切除が行われ, 腫瘍捺印を行った。

【捺印細胞診所見】内膜と同様に細胞質が広く, 核小体明瞭な異型細胞が集塊状～散在性に多数認められた。また腺腔を形成する細胞集塊や核異型を伴う紡錘形細胞が孤立散在性に認められた。腺癌が疑われたが, 肉腫成分を推定することは出来なかった。

【組織所見】類内膜腺癌(G2)と肉腫様部分が混在する腫瘍性病変であった。肉腫様成分は免疫染色でビメンチン陽性, CD10陽性, 平滑筋アクチン陰性, デスミン陰性であり同所性癌肉腫の診断となった。

【まとめ】今回, 細胞診では肉腫成分の判定に苦慮した子宮癌肉腫の症例を経験した。散在性に核異型の強い細胞や紡錘形細胞が見られた時は肉腫が混在する可能性を考慮すべきであると考えられた。

P-2-139 原発部位の特定が困難であった子宮体部癌肉腫の1例

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学²⁾, 聖マリアンナ医科大学病理診断科³⁾, 川崎市立多摩病院産婦人科⁴⁾

○細沼信示(MD)¹⁾, 戸澤晃子(MD)¹⁾, 三浦彩子(MD)¹⁾,
近藤亜未(MD)¹⁾, 近藤春裕(MD)¹⁾, 大熊克彰(MD)⁴⁾,
大原 樹(MD)¹⁾, 草苺宏有(MT)³⁾, 有泉 泰(MD)²⁾,
鈴木 直(MD)¹⁾

【緒言】子宮体部癌肉腫は子宮体部悪性腫瘍の約5%の比較的稀な疾患で, 肉眼的にポリープ状の腫瘍形成することが多い。今回我々は原発の特定が困難だった子宮体部癌肉腫を経験したので報告する。

【症例】84歳3経妊3経産。腹部膨満を主訴に受診し, 腹水細胞診でclassV, 腺癌, 腹腔内腫瘍を認め卵巣がん疑いで当科受診となった。MRI検査では腹腔内に約16cmの充実性腫瘍が認められ, 子宮には異常を認めず, 卵巣がんFIGO IIIC期が疑われた。術前化学療法としてTC療法を5コース施行したが腫瘍が増大傾向のため, 診断と腫瘍減量の目的で手術施行となった。腹腔内所見では, 腫瘍は横行結腸腸間膜内に存在し, 出血と壊死を伴っていた。子宮と両側付属器は正常であったため, 原発は腸間膜の診断となり, 横行結腸部分切除, 腸間膜切除術を施行した。病理組織所見は壊死, 中分化腺癌組織と, 紡錘形や多形性を示す結合性の低い腫瘍細胞も認められた。免疫組織化学染色でDesmin, sarcomeric actin, myogenin陽性であったため横紋筋肉腫成分を伴う癌肉腫と診断した。横行結腸には腫瘍が存在せず, 腺癌成分が結腸原発とするには非典型的であった。術後の細胞診では子宮頸部腔部細胞診NILM, 内膜細胞診では類内膜腺癌の所見と非上皮性由来と考えられる大型の腫瘍細胞が散在していた。以上より子宮体部原発の癌肉腫との診断に至った。

【結語】腹腔内所見から腸間膜原発と考えられたが, 病理組織検査と術後の内膜細胞診で子宮体部原発癌肉腫と考えられる症例を経験した。本症例は内診困難例のため術前に細胞診が行われなかったが, 腫瘍を呈さず画像検査で異常がみられない場合でも原発である可能性を考慮し, 子宮細胞診組織診を施行することが重要と考えられた。

P-2-140 横紋筋肉腫成分を伴う子宮内膜原発癌肉腫の1症例

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³⁾

○野畑真奈美(CT)¹⁾, 伊藤 誠(MD)²⁾, 山田義広(CT)¹⁾, 中井美恵子(CT)¹⁾, 中根昌洋(CT)¹⁾, 林 直樹(CT)¹⁾, 越川 卓(MD)³⁾

我々は横紋筋肉腫の所見を伴う子宮内膜原発癌肉腫を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。不正出血で来院。子宮内膜肥厚あり子宮腔部細胞診にてIIIb。内膜細胞診悪性。内膜生検にて癌肉腫と診断。術中腹腔洗浄液にて悪性。(pStage IIIa [pT3N0])。化学療法6クール施行するも術後約10.5ヶ月、骨盤腔再発のため死亡した。剖検では骨盤腔を占拠する92×78×83mm大腫瘍塊のため結腸閉塞と穿孔性腹膜炎が認められた。腫瘍遺残部は横紋筋肉腫であった。

【細胞診所見】子宮腔部細胞診では少数のクロマチン増加した類円形異型細胞とやや丸みを帯びた紡錘状の孤在性細胞が散見された。腫瘍部の擦過細胞診では壊死性背景に類円形または紡錘形異型細胞をシート状にみとめた。核は偏在し豊富な細胞質は細線維状で核の両側に延長し部分的に横紋様構造を有していた。核はクロマチン増加し繊細で細胞質からはみ出す感じが特徴的で、細胞質の上に乗っているように観察された。異型の強い核が細胞の太い方の端に飛び出した出目金様細胞も出現していた。横紋筋肉腫に矛盾しない所見と考えられた。

【組織所見】子宮内腔に外向性発育を示す腫瘍が存在した。腺癌の所見とともに紡錘系から大型円形の異型細胞が認められ、好酸性で細線維性の細胞質やrhabdoidな好酸性物質を有しており、横紋筋肉腫成分を伴う異所性癌肉腫と考えられた。免疫組織化学的にdesmin陽性、HHF-35陽性、 α SMA陽性でcytokeratin CAM5.2もrhabdoid cellの一部でco-expressionしていることから癌肉腫と考えられた。

【結語】子宮内膜原発癌肉腫は極めて稀であり、細胞学的に横紋筋細胞の形質をよく捉えていたので報告する。

P-2-141 子宮体下部に発生した平滑筋肉腫の一例

藤沢市民病院病理検査室¹⁾, 藤沢市民病院病理診断科²⁾, 藤沢湘南台病院病理診断科³⁾

○能勢英理子(CT)¹⁾, 松倉圭太(CT)¹⁾, 荒井 博(CT)¹⁾, 権藤俊一(MD)²⁾, 下山 潔(MD)³⁾

【はじめに】平滑筋肉腫は、子宮の肉腫では最も多いが、子宮悪性腫瘍の約1%と稀で、細胞診で平滑筋肉腫をみる機会は少ない。今回、子宮体下部に発生した平滑筋肉腫を液状化細胞診にて経験したので報告する。

【症例】40歳代女性、3経妊1経産。不正性器出血と頸部細胞診異常を主訴に他院より紹介された。頸部腺癌が疑われ、細胞診と生検を施行した。MRIにて、体下部に長径40mm大のポリープ様腫瘤がみられ、ポリペクトミーを行った。

【細胞所見】炎症背景に、細胞密度の高い紡錘形細胞の集塊が散見された。核は大小不同が強く、核型不整があり、核小体が目立っていた。細胞質は淡く、細胞境界は不明瞭であった。以上より、肉腫を疑った。

【組織所見】生検標本では、紡錘形から類円形の腫瘍細胞の密な増殖がみられた。非上皮性腫瘍と考えたが良悪の判定に苦慮した。ポリペクトミー標本で行った免疫染色で、腫瘍細胞は α -SMAとactin, desminが陽性、p53がびまん性に陽性で、平滑筋肉腫と考えた。なお、腺癌などの腺系腫瘍はなかった。

【まとめ】婦人科細胞診では、非上皮性腫瘍は組織型推定にも苦慮する場合が多い。上皮性細胞に比べ肉腫は剥離しにくく、著しい変性・壊死などを伴うことが多いなどが理由とされている。また、平滑筋肉腫は筋層内に発生・発育することが多く、子宮内腔を検索する細胞診では検出されにくい。本例では、腫瘍がポリープ状を呈したため、十分な量の腫瘍細胞が採取され、肉腫の可能性を指摘できたと考える。

P-2-142 内膜組織診断で APAM(ポリープ状異型内膜腺筋腫)と診断された内膜細胞像の2例

健生会立川相互病院

○田原恵美子(CT), 藤元祐子(CT), 布村眞季(MD)

【はじめに】ポリープ状異型内膜腺筋腫(atypical polypoid adenomyoma: APAM)は, 扁平上皮化生を伴う不規則な異型内膜腺の増殖とその周囲を取り囲む平滑筋の密な増殖よりなるポリープ状病変で, 比較的若年の未妊婦に好発し, 内膜癌が続発することがある. 今回, 組織診で APAM と診断された内膜細胞診の2例を見直した. 症例1: 48歳, 2経産. 不正出血, 月経不順, 過多月経を主訴に受診. 症例2: 36歳, 未経産. 不妊症, 前医で頸部子宮筋腫を指摘され受診.

【組織像(内膜搔破)】両症例とも, 腺管にはいびつな拡張・分岐が散見され, 上皮には多彩な変化(線毛化生・好酸性化生・morule)とがみられた. 間質には免疫染色で SMA(+), CD10(-)を示す平滑筋が介在し, APAM と診断した.

【細胞像】症例1: 随所に拡張腺管と化生を伴う内膜上皮集塊がみられ, 一部は複雑な構造を示す. 核異型は認められない. 症例2: 出血性背景に複雑な腺管構造を示す内膜上皮集塊が多くみられる. 腺管は不整に拡張・分岐し, 軽度の重積, morule を含む腺管もみられる. また, 集塊中に平滑筋成分が認められる.

【まとめ】組織診で APAM と診断された内膜細胞像を見直した. 2症例とも複雑な構造を示す内膜上皮集塊がみられ, 増殖症との鑑別を要する. morule は両症例にみられたが, 平滑筋細胞は症例2のみであった. 内膜細胞診のみで APAM と正診することは困難であるが, 化生を伴う不規則な異型内膜腺に着目し, 臨床情報を合わせて総合的に診断することが必要だと考えられた.

P-2-143 子宮内膜悪性リンパ腫の1例

群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾, 群馬大学医学部保健学科²⁾

○吉田玲佳(CT)¹⁾, 佐藤香織(CT)¹⁾, 栗原康哲(CT)¹⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 福田利夫(MD)²⁾

【はじめに】子宮内膜原発の悪性リンパ腫は稀であり, 細胞診での診断は困難なことが多く, 子宮頸部, 内膜の両方の細胞診で悪性リンパ腫を推定することができた1症例を報告する.

【症例】77歳, 女性. 重症貧血の精査の為のCTで子宮腫大を指摘され, MRIで悪性リンパ腫が疑われ, 子宮頸部・内膜細胞診, 内膜生検で悪性リンパ腫と診断され, 化学療法, 放射線療法で寛解し, 再発はない.

【細胞所見】頸部液状化細胞診: 多数の赤血球, 好中球を背景に, 大型で円形, N/C比が高く, 核形不整が目立ち, 不規則なクロマチン分布を示し, 核小体明瞭な異型細胞が孤立散在性, あるいは一部集塊状に認められた. 上皮性結合は見られなかった. LBC標本の免疫染色で, keratin(-), CD20(+), bcl-2(+). 内膜: 頸部と同様の異型細胞が散在性に多数認められ, 本来の内膜成分は認められなかった.

【内膜生検所見】挫滅性背景に大型の異型リンパ球が散在性に認められ, 免疫染色で CD20(+), CD3(-), CD10(-), bcl-2(+), bcl-6(+), MUM-1(+), CD5(-), cyclinD1(-), keratin(-), CAM5.2(-)であり, diffuse large B-cell lymphoma と診断された.

【まとめ】子宮体部原発の悪性リンパ腫は類内膜腺癌 G3 や内膜間質肉腫, 未分化神経外胚葉性腫瘍等との鑑別が必要であるが, 今回の症例では, 細胞質が乏しく, 核は大型, 類円形で, 核形不整が著明であったため診断が可能であった. 悪性リンパ腫は子宮体癌と治療方針が異なり化学療法と放射線治療であるため, 的確に診断する必要がある.

P-2-144 胎盤部トロホプラスト腫瘍(Placental site trophoblastic tumor : PSTT)の1症例

千葉大学医学部附属病院病理部病理診断科¹⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学²⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院病理部³⁾

○岩井 優(CT)¹⁾, 小野寺清隆(CT)¹⁾, 鈴木 学(CT)¹⁾, 曾川紀子(CT)¹⁾, 四宮義貴(CT)¹⁾, 大木昌二(CT)¹⁾, 太田 聡(MD)¹⁾, 矢澤卓也(MD)^{1,2)}, 中谷行雄(MD)^{1,2)}, 清川貴子(MD)³⁾

【はじめに】PSTTは着床部の中間型栄養膜細胞で構成される極めてまれな絨毛性腫瘍である。子宮体部前壁に発生したPSTTについて細胞像を中心に報告する。

【症例】30歳代女性。1経妊1経産。正常経膈分娩後5ヶ月目から不正性器出血が持続し、近医を受診。子宮前壁内腔に約1cm大の腫瘤を指摘され経過観察していたが、増大傾向があり、絨毛性腫瘍の疑いで当院へ紹介となった。MRIでは子宮体部内膜直下の筋層に一部境界不正な径2cmの腫瘤を認めた。術前の血中hCGは72.9 mIU/mlであった。PSTTの疑いで単純子宮全摘術を施行した。

【病理所見】子宮底部から体部前壁および両側壁子宮内膜直下筋層内に2.8×2.8×2.0cmの比較的境界明瞭な腫瘤を認めた。断面は黄白色で壊死はみられないものの出血が目立った。組織学的に子宮内膜直下の筋層を主座として、既存の平滑筋束を分け入るように浸潤性に増殖する腫瘍を認めた。腫瘍細胞は類円形で淡明ないし好酸性の豊富な細胞質、大型の核と明瞭な核小体を有し、多核細胞も混在していた。核分裂像は4/10HPFであった。間質の血管は拡張と血管壁のフィブリノイド変性を示し、腫瘍細胞は血管壁および血管内へ浸潤していた。壊死はみられなかった。免疫組織化学では腫瘍細胞はhCG, hPLともに陽性で、hPL陽性細胞が優位であった。

【腫瘍捺印細胞所見】背景は出血性で壊死は認めなかった。円形ないし多辺形の異型細胞が孤立散在性ないしシート状集塊を形成して出現していた。腫瘍細胞は好酸性ないし淡明で豊富な細胞質を有し、細胞境界は明瞭であった。核は大型で大小不同や核形不整を示し、核クロマチンは顆粒状に増量、1個ないし2個の核小体を有していた。多核の細胞も散見された。

P-2-145 癌性胸腹膜炎と鑑別が困難であった子宮体癌卵巣転移による偽Meigs症候群の1例

新潟県立がんセンター新潟病院

○菊池 朗(MD), 笹川 基(MD), 本間 滋(MD)

【症例】30歳代未産婦。腹部膨満感及び下腹部痛で近医内科受診。CTで腹水、右胸水あり。子宮体癌及び卵巣転移、腹膜播種、傍大動脈リンパ節転移が疑われ当科紹介。クスコ診で子宮口から腫瘍が突出していた。腫瘍表面の擦過細胞診では多量のcell debrisを認めるが、悪性細胞は指摘できず。組織診でも壊死組織のみであった。腹水及び胸水細胞診で好中球や反応性中皮細胞が多数出現していたが、少数ではあるが軽度クロマチン増量、小型核小体を認める細胞が散在性～小集塊状も出現していた。異型は軽いがMOC31陽性であり、腺癌細胞の可能性が高いと判断した。胸腹水の生化学所見は浸出液のパターンを呈した。胸腹水は急激に増加、全身状態は悪化した。癌性胸腹膜炎の可能性が高く化学療法も考慮したが、偽Meigs症候群の可能性が否定できないこと、組織学的悪性の診断が確定していないことより、胸腔ドレーンを留置後子宮全摘及び両側付属器切除術施行した。ダグラス窩及び右傍結腸溝に限局した播種を認めたが、その他の腹膜や大網は肉眼的には正常であった。全身状態が不良のため、子宮全摘及び両側付属器摘出のみで閉腹した。術後胸腔ドレーンからの流出は著減、術後6日目抜去。その後胸腹水の再貯留は認めていない。術後検査では類内膜腺癌G3であり、卵巣転移を伴う子宮体癌IVB期と診断した。現在化学療法施行中である。

【まとめ】臨床経過より偽Meigs症候群と診断したが、術前に癌性胸腹膜炎との鑑別は困難であった。転移性卵巣腫瘍に伴う偽Meigs症候群の胸腹水は化学療法でコントロールできない可能性もあり、胸腹水を伴った悪性卵巣腫瘍では偽Meigs症候群の可能性も考慮すべきである。

P-2-146 IUD 長期装着のエピソードを持ち細胞診で放線菌症と診断された3例

福井県立病院産科・婦人科

○堀 芳秋(MD), 加藤三典(MD), 土田 達(MD),
原 季衣(MD), 海崎泰治(MD), 横川早耶香(CT),
木戸口仁美(CT), 針谷朋美(CT), 水野幸恵(CT)

放線菌症(actinomycosis)は嫌気性グラム陽性桿菌(*Actinomyces israelii*)によって発症する慢性化膿性肉芽腫性感染症である。成人女性の骨盤放線菌症の90%以上にIUDが装着されている。骨盤放線菌症は腫瘍や瘻孔を形成すると、画像上悪性腫瘍と似た像を呈する。又内診所見で浸潤子宮体癌と鑑別を要することもある。嫌気性菌であるため培養による検出率は2%と極めて低く病理組織学的に診断される場合が多い。今回IUD長期装着のエピソードを持ち、子宮体癌との鑑別を要したが、子宮内膜細胞診により骨盤放線菌症と診断された3症例を経験したので報告する。症例1は25年前にIUDを挿入されていた。子宮腔部細胞診で高度炎症所見と細かく分枝するフィラメント状の菌体を認めた。ペニシリン投与し手術を行った。病理組織診で炎症細胞浸潤、線維化を認めた。症例2は40年前にIUDを挿入されていた。子宮内膜細胞診でフィラメントが放射状に広がる細胞集塊を認めた。放線菌症を疑いアモキシシリンを9週間投与し治癒した。症例3は10年以上前にIUDを挿入されていた。子宮頸部細胞診でフィラメント状の菌塊を認めセフトリアキソン投与後に手術を行った。病理組織診で炎症細胞の浸潤を伴う肉芽腫形成を認めた。症例1,3の病理組織診では明らかな細菌塊は認めなかった。また培養検査でも放線菌は検出されず子宮細胞診が治療方針の決定に役立った。3例とも悪性腫瘍との鑑別を要したがIUD長期装着した症例という情報が有用であった。

P-2-147 ワルチン腫瘍と鑑別を要した唾液腺腫瘍の検討

関西医科大学附属枚方病院病理部

○岡野公明(CT), 宮坂知佳(MD), 田代 敬(MD),
植村芳子(MD), 葛 幸治(MD)

【はじめに】唾液腺でみられるワルチン腫瘍は、二層性をとった場合比較的診断が容易であるが、時に鑑別に苦慮する症例を経験する。今回、穿刺吸引細胞診に於いてワルチン腫瘍との鑑別を要した唾液腺腫瘍を再検討したので報告する。

【対象】2005～2015年の間に、穿刺吸引細胞診が施行され、組織学的にワルチン腫瘍と診断された65例を対象とした。平均年齢は61歳(37～81歳)、男性54例女性11例、全例が耳下腺発生であった。

【結果】炎症性や壊死性背景を伴い異型扁平上皮化生細胞が出現する症例では、扁平上皮癌との鑑別を要した。しかし、ワルチン腫瘍は扁平上皮癌に比べ核異型が弱く、組織診では嚢胞壁が扁平上皮化生を起こした細胞と合致した。好酸性細胞が変性や壊死を示し核が陰影状を呈しても、細胞質の顆粒状所見からワルチン腫瘍の診断が可能であったが、嚢胞性疾患でワルチン腫瘍との鑑別の難しい症例もみられた。慢性唾液腺炎では、多数のリンパ球を伴うものの好酸性細胞はみられず、導管上皮の細胞集団を少数認める程度であった。また、慢性唾液腺炎は顎下腺(20/24例)での発生が多かった。リンパ上皮性嚢胞はリンパ球や泡沫細胞が目立つものの嚢胞壁を構成する上皮細胞成分は確認できなかった。TALPでも関連のある腺房細胞癌や粘表皮癌の中には、ワルチン腫瘍との鑑別の必要な症例があり、上皮細胞成分が好酸性細胞か否かの見極めが重要であった。

【まとめ】ワルチン腫瘍は耳下腺の穿刺吸引細胞診で比較的良好に遭遇するが、他のリンパ球増多をみる疾患との鑑別や嚢胞を伴い変性・壊死を示す症例では、細胞の注意深い観察が重要で、臨床所見も含めた慎重な判定が必要と思われた。

P-2-148 副鼻腔真菌症におけるグロコット染色の検討

東邦大学医療センター大橋病院病理科¹⁾, 東邦大学医療センター大橋病院耳鼻咽喉科²⁾

○藤田正志(CT)¹⁾, 田口勝二(CT)¹⁾, 村石佳重(CT)¹⁾, 佐々木智子(CT)¹⁾, 湯浅瑛介(CT)¹⁾, 高橋 啓(MD)¹⁾, 大原関利章(MD)¹⁾, 横内 幸(MD)¹⁾, 榎本泰典(MD)¹⁾, 吉川 衛(MD)²⁾

副鼻腔真菌症は近年増加傾向にあるが、副鼻腔真菌症の培養は陰性になる頻度が高く、かつ最終報告までに長時間を要するため、菌体を標本上で証明出来る病理組織学的検索は診断的価値が高い。病理標本における真菌の確認にはグロコット染色が最良であるが、副鼻腔真菌症、特にアレルギー性真菌性副鼻腔炎ではアレルギー性ムチンと呼ばれる粘稠な分泌物中に真菌が存在するため、メセナミン銀を用いたグロコット染色では背景のムチンが共染し真菌の観察が困難となることが多い。そこで、背景の共染を抑え菌体を明瞭に観察することの出来るグロコット染色法について検討を試みた。

【方法】副鼻腔真菌症の組織標本に対しグロコット染色を施した。通常行われている無水クロム酸・メセナミン銀を用いた方法と過ヨウ素酸・アンモニア銀を用いた方法について反応時間、反応温度を変え、真菌の染色性、背景ムチンの共染程度を比較検討した。

【結果】過ヨウ素酸による酸化は無水クロム酸に比較して時間短縮されたが、65℃で反応した場合、アンモニア銀はメセナミン銀に比べ良好な菌体染色性を得るのに長時間を要した。一方、80℃に設定した場合アンモニア銀の反応時間は短縮され、予備加温したアンモニア銀液で15分反応させると背景の共染を抑えつつ菌体を明瞭に染色することが可能になった。

【まとめ】今回、副鼻腔真菌症の病理検体に対し過ヨウ素酸・アンモニア銀を用いてより高温で反応させることでアレルギー性ムチン内の真菌の隔壁や分岐状態を安定的かつ明瞭に観察することができた。

P-2-149 耳下腺原発小細胞癌の1例

東邦大学医療センター大森病院病理科¹⁾, 東邦大学医学部病理学講座²⁾, 東邦大学医療センター大森病院耳鼻咽喉科³⁾

○緒方美和子(CT)¹⁾, 篠崎 稔(CT)¹⁾, 石井真由美(CT)¹⁾, 稲毛麻弥(CT)¹⁾, 渋谷和俊(MD)¹⁾, 栃木直文(MD)¹⁾, 三上哲夫(MD)²⁾, 若山 恵(MD)¹⁾, 志村英二(MD)³⁾, 長船大士(MD)³⁾

【はじめに】唾液腺原発小細胞癌は稀な腫瘍であり全唾液腺悪性腫瘍の約1%にみられるとされる。今回、我々は耳下腺に発生した小細胞癌を経験したので報告する。

【症例】63歳女性。右頸部の腫脹に気付く。4ヶ月後、当院耳鼻科に受診。触診にて可動性ある唾液腺腫瘍を認めた。臨床的には多形腺腫を疑い、穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では、N/C比が高い小型の異形細胞を孤立散在性に認め、一部では緩い結合性を示す集塊を形成していた。細胞はリンパ球の3倍ほどの大きさの類円形の核をもち、クロマチンは繊細で顆粒状に増量、数個の小型核小体を有し数か所で細胞分裂像もみられた。腺様嚢胞癌などを推定したが特徴的な所見に乏しく組織型の特定に至らなかった。

【組織所見】腫瘍は4.5×3.8×3.2cm大。剖面は灰白色から淡褐色髄様であった。細胞質の乏しい小円形の異形細胞が緩やかな上皮性結合(Indian-file状配列や索状配列)を一部で示しつつ充実性胞巣を形成しながら増殖していた。ロゼット形成あり、核分裂像や核崩壊像が目立つ。免疫染色でシナプトフィジン、クロモグラニンA、CD56が陽性であり小細胞癌と診断された。

【まとめ】稀な耳下腺原発小細胞癌の症例を経験した。本症例は穿刺吸引細胞診にて組織型の特定には至らなかったが、細胞像を振り返ると組織像を反映した所見が観察された。実際の唾液腺腫瘍の細胞診断を行うにあたっては、疾患の臨床情報と組織像の特徴を把握し、細胞像からどこまで組織型を推定できるかが診断の鍵になると思われた。

P-2-150 耳下腺に生じた多形腺腫由来筋上皮癌の1例

宮崎県立延岡病院臨床検査科

○長友明彦(CT), 谷口慎一郎(CT), 石原 明(MD)

【はじめに】筋上皮癌は全唾液腺腫瘍の中で1%以下の発生率と言われている。今回われわれは多形腺腫由来の癌成分として筋上皮癌を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性, 約2年前から左耳下部から下顎部に無痛性腫瘍を自覚。徐々に増大傾向となり近医で左耳下腺腫瘍を疑われ当院耳鼻科紹介受診。境界明瞭, 辺縁は不整, 可動性, 弾性硬の腫瘍を触知。圧痛無し, 顔面神経麻痺無し。喫煙は20年間30本/日。

【細胞像】出血性背景に, N/C比が高い小型細胞が孤立散在性や重積する集塊で多数出現。細胞質は集塊では確認しづらく, 弧在性細胞では厚ぼったく一部で薄い泡沫状を示していた。核は偏在傾向, 核異型は軽度で繊細なクロマチン, 小型好酸性核小体を認めた。悪性を疑ったが組織型推定には至らず組織学的精査の検討を依頼した。

【病理所見】腫瘍は65×42×31mm, 被膜様構造に包まれているが, 表面直下に突出する結節を認めた。断面では28×21mm大の粘性を有する軟骨様の灰白色充実性結節が徐々に黄白色調領域に移行していた。灰白色結節は軟骨様基質を背景に, 小型上皮細胞の索状, 小型腺管状増殖が認められ多形腺腫が示唆された。黄白色調部は中・大型多形腫瘍細胞のシート状増殖からなり, 胞巣中心部に腫瘍壊死を来している。腫瘍細胞の一部は偏在核とすりガラス状細胞質を有し形質細胞様形態をとり, 粘液腫状基質内に浮遊するように観察された。腫瘍細胞はS100, CAM5.2が陽性, αSMAが一部陽性, CK20, desmin, neurofilament, synaptophysinは陰性であったため, 多形腺腫由来筋上皮癌と判断した。

【まとめ】細胞診での診断は困難だが, 本症例は形質細胞様形態などから, その可能性を示唆することが出来た症例であった。

P-2-151 PTTMを伴った耳下腺原発唾液腺導管癌の一例

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⁾, 吉田優美(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】唾液腺導管癌は高齢男性の大唾液腺に好発し, 浸潤性乳管癌類似の組織像を示す腫瘍である。今回私たちは, PTTM (Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy) を伴う耳下腺原発唾液腺導管癌の一例を経験した。

【症例】80歳代女性, 労作時の息切れを主訴に受診。当院呼吸器内科に入院, 精査が行われた。諸検査によりPTTMが疑われ, PET-CTでは, 左頸部リンパ節・耳下部にFDG集積を認めた。頸部リンパ節に対し穿刺吸引細胞診および生検が施行され, いずれも腺癌と診断された。抗癌剤治療にかかわらず永眠され, 病理解剖施行となった。

【細胞所見】<頸部リンパ節穿刺吸引細胞診>不規則重積を伴う大小の上皮性集塊を多数認めた。腫瘍細胞は大型で境界明瞭, ライトグリーン好性の比較的豊富な顆粒状細胞質を有し, 核腫大, 核小体腫大や多発を認めた。背景は少数のリンパ球を認めるのみで壊死物質は認められなかった。

【組織所見】<頸部リンパ節生検>腫大した類円形核, 両染色顆粒状細胞質を有する腫瘍細胞を認めた。一部に分泌像を伴う小腺腔様構造が見られた。<剖検>右耳下腺には, リンパ節生検と同様の癌胞巣のscirrhous carcinoma様増生を認め, 一部にアポクリン分泌像を認めた。免疫染色にてGCDFP15(+), Her2(+), で耳下腺原発の唾液腺導管癌と診断した。肺にはPTTMが確認された。

【まとめ】穿刺吸引細胞診による唾液腺導管癌の診断は困難とされている。今回, 穿刺吸引細胞診でライトグリーン好性の顆粒状細胞質を有する大型腫瘍細胞が認められ, アポクリン様分化が示唆された。壊死物質が乏しくとも, この様な細胞質の特徴から唾液腺導管癌を考慮する必要がある。

P-2-152 右鼻腔より発生した嗅神経芽腫 (Olfactory neuroblastoma) の一例

佐世保市立総合病院中央検査室病理

○原 拓也(CT), 淵慎一郎(CT), 陣内紗永子(CT),
小川めぐみ(CT), 中山結衣(MT), 岩崎啓介(MD)

【はじめに】嗅神経芽細胞腫(olfactory neuroblastoma: 以下 ONB)は上鼻腔の嗅上皮部に発生する悪性の神経外胚葉性腫瘍で鼻副鼻腔腫瘍の約2~3%とまれである。今回我々は、右鼻腔より発生した ONB の一例を経験したので報告する。

【症例】56歳, 男性。鼻出血を繰り返し, 頭痛, 複視出現し, 当院紹介受診。CT および MRI にて右鼻腔, 篩骨洞に造骨性の腫瘍を認めた。一部は頭蓋内に突出していた。右頸部に2cm大のリンパ節腫大があり, リンパ節の穿刺吸引細胞診施行され, 鼻腔内に突出している腫瘍より生検施行された。

【細胞診所見】細胞質に乏しい小型から中型の異型細胞が孤立性から一部結合性を疑う集塊で認められた。多くは裸核状で, 細胞質は乏しく, 核は比較的均一な円形から類円形を示し, 核クロマチンは細~粗顆粒状であった。小型核小体を有するものもみられた。

【病理所見】粘膜上皮部の一部潰瘍, 壊死巣を伴い上皮下線維組織中に小型異型上皮の充実巣状, 索状分岐状の増生を認めた。細胞質は乏しいがやや淡明で, 核は類円形で, 一部 mitosis を認めた。免疫組織化学的に ChromograninA, Synaptophysin, CD56, S-100, GFAP に陽性で, AE1/3, Desmin, CD99 は陰性を示した。以上より ONB と診断した。

【まとめ】今回, 我々は右鼻腔より発生した ONB の一例を経験した。小細胞癌, 悪性リンパ腫, ユーイング腫瘍, 悪性黒色腫等の鑑別点について検討をした。細胞診検査においても本腫瘍を鑑別することが必要であると考え

P-2-153 オンコサイト癌の一例

済生会中津病院病理検査室¹⁾, 済生会中津病院病理診断科²⁾

○金井愛加(CT)¹⁾, 池谷武彦(CT)¹⁾, 仙崎英人(MD)²⁾,
宮城佳美(MD)²⁾

【背景】症例は, 84才女性。生来健康であったが, 約一ヶ月前から左顎下部に無痛性の小さなしこりに気づき, 当院受診。左顎下腺にエコーで腫瘍を認め, 穿刺吸引細胞診施行。

【細胞像】標本上, 細胞密度の高い集塊が認められた。細胞質は, 淡い泡沫状で顆粒がみられた。一部で細胞境界を認めた。核は円形で, 腫大や大小不同がみられる。また, クロマチン増量し, 核内封入体様の変化や核小体の腫大を認めた。免疫染色の結果, ケラチン, $\alpha 1$ アンチキモトリプシン陽性, SMA 陰性より, acinic cell carcinoma ないしオンコサイト癌を疑うと臨床側に伝えた。

【組織像】腫瘍細胞は, 毛細血管増生を伴って好酸性顆粒を有した豊富な細胞質と中央に位置する類円型核を有している。細胞質はPTAH染色にて顆粒状に陽性。腫瘍細胞は核小体明瞭な大小不同核や核型不整なもの, 多核のものなど, 多形性をみる核を有している。オンコサイト癌を推定する。

【考察】腺房細胞癌の細胞質には, チモーゲン顆粒があり, ギムザ染色でメタクロマジーを示すことが特徴であるが, 今回の症例では明らかなメタクロマジーはみられず, $\alpha 1$ アンチキモトリプシン陽性で鑑別疾患として挙げた。しかし, 顆粒状の豊富な細胞質を有しており, オンコサイト癌を推定しえた。

【結語】オンコサイト系腫瘍の細胞診では, ギムザ染色での細胞質の所見に着目すれば推定可能であると考えられた。

P-2-154 直接塗抹法とLBC法で異なる細胞像が得られた中咽頭原発小細胞癌の1例

飯塚病院中央検査部¹⁾, 飯塚病院病理科²⁾

○川嶋大輔(CT)¹⁾, 松島優子(CT)¹⁾, 金谷直哉(CT)¹⁾,
上原俊貴(CT)¹⁾, 下代清香(CT)¹⁾, 井上佳奈子(CT)¹⁾,
桑岡 勲(CT)¹⁾, 佛淵由佳(MD)²⁾, 大屋正文(MD)²⁾

【はじめに】小細胞癌は高悪性度の神経内分泌癌として広く認識されている。時に頭頸部領域での発生が報告されるが、中咽頭原発の小細胞癌は非常に稀である。今回われわれは、直接塗抹法とLBC法(TACAS)で異なる細胞像が得られた中咽頭原発の小細胞癌症例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。主訴：軽度意識障害、食欲低下、嘔吐。右側頭葉に頭部MRI検査、造影CTで増強される4.5cm大の腫瘍性病変を認めた。上下部消化管内視鏡、腹部エコー、胸部X線単純撮影が施行されたが、原発巣となりうる病変は認めなかった。悪性腫瘍(転移性腫瘍、脳原発腫瘍)疑いにて開頭腫瘍摘出術を行い、病理組織診断により小細胞癌転移の診断がなされた。原発巣検索のためPET-CTが施行され、右中咽頭にのみ異常集積を認め、同部位の擦過細胞診および生検が施行された。

【細胞所見】直接塗抹法：N/C比が高く、細～粗顆粒状のクロマチンを有する異型細胞を少数認め、小細胞癌が示唆された。LBC法：N/C比の高い腫瘍細胞を多数認めたが、直接塗抹法と比較しクロマチン形態はより微細なパターンを示していた。LBC残液からの免疫細胞化学では神経内分泌への分化が証明された。

【組織所見】N/C比の高い裸核状の異型細胞の増生を認めた。核線変性や壊死を伴い、免疫組織化学の結果からも小細胞癌が示唆された：synaptophysin(+), CD56(+).

【まとめ】LBC標準では小細胞癌特有のクロマチン形態に変化がみられたことから、LBC法単独で細胞診断を行うと、小細胞癌の推定が困難となる可能性がある。LBC法を用いる場合は、直接塗抹法や免疫細胞化学を併用することで、より精度の高い細胞診断につながると考える。

P-2-155 頸部リンパ節に発生したFollicular dendritic cell sarcomaの1例

岐阜大学医学部附属病院検査部¹⁾, 岐阜大学医学部附属病院病理部²⁾, 岐阜大学大学院医学系研究科形態機能病理³⁾

○中川 篤(CT)¹⁾, 片桐恭雄(CT)²⁾, 岩田明子(CT)²⁾,
安藤咲恵(CT)²⁾, 水野加織(CT)²⁾, 北野素子(CT)²⁾,
酒々井夏子(MD)²⁾, 鬼頭勇輔(MD)³⁾,
齊郷智恵美(MD)³⁾, 宮崎龍彦(MD)²⁾

【はじめに】Follicular dendritic cell sarcoma(以下FDCS)は濾胞樹状細胞由来の悪性腫瘍で、頸部リンパ節に発生しやすい他、口腔や消化管などの節外でも約半数発生する。今回、我々は頸部リンパ節に発生したFDCSを経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。右頸部腫瘍を自覚。疼痛なし。他院受診し生検にてFDCSと診断。加療目的にて当院紹介及び腫瘍摘出術が施行された。その約半年後、頸部CTにて前頸部及び左鎖骨上窩リンパ節に腫瘍形成を認め穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】リンパ球を背景にN/C比が大きく、核クロマチンが微細に増量した異型細胞が多数認められた。胞体は類円形から多辺形で細胞境界は不明瞭、核は主に類円形で一部不整形がみられ核小体は腫大しているものが認められた。細胞間には緩い結合性がみられ上皮様集塊が比較的目立った。

【腫瘍摘出材料組織所見】類円形核と好酸性胞体を有する腫瘍細胞が緩い結合性を示して充実状に増殖し、線維血管性の隔壁で分画されていた。広範な出血及び地図状の壊死を認め、多数の核分裂像がみられた。免疫組織化学にてCD21(+), CD23(+), Vimentin(+), EMA(一部に+), Cytokeratin AE1/AE3(一部に+), CAM5.2(-), D2-40(-), LCA(-), CD3(-), CD20(-), CD79a(-), MIB-1 indexは約60%であった。

【まとめ】FDCSは緩い結合性を示し、上皮様の集塊が出現する事から低分化な癌等との鑑別を要する。胞体及び核の特徴を把握し、この腫瘍を念頭に置く必要があると思われた。

P-2-156 充実型腺様嚢胞癌の一例

大阪医科大学医学部病理学教室

○里見英俊(MD), 栗栖義賢(MD), 安田恵美(MD),
廣瀬善信(MD), 中山裕子(CT), 出口千尋(CT),
浦上真由美(CT), 明石静香(CT), 棚田 諭(CT),
石崎幸恵(CT)

【はじめに】腺様嚢胞癌は、唾液腺腫瘍の10%を占める腫瘍で、浸潤性の発育を示す予後不良の悪性腫瘍である。50-60歳台女性に多く発生する。篩状・管状・充実性の形態をとり、充実成分が30%を越えるものは予後不良である。細胞診で、粘液球などの特徴的な細胞像を呈するものは、診断が比較的容易である。しかし、充実成分を主体とするものは、他の唾液腺腫瘍との鑑別が困難である。今回、左顎下腺由来の充実型腺様嚢胞癌の一例を経験したので、細胞像を供覧する。

【症例】70歳台女性。3か月前より、徐々に増悪する左頸部痛を自覚したため、当院を受診した。

【吸引細胞像】Papanicolaou染色では、壊死性背景に、小型でN/C比の高い裸核様の細胞が、比較的強い結合性を有する集塊で出現していた。集塊には不規則な重積性が認められたが、核分裂像や核異型は目立たなかった。Giemsa染色で、粘液球は認められなかった。

【組織】クロマチンの増加が目立つ異型細胞が充実性の小胞巣を形成しながら浸潤していた。高度の神経周囲浸潤・神経侵襲像がみられた。充実成分が大部分で、篩状成分や管状成分は少数であった。

【考察】腺様嚢胞癌では、粘液球を取り囲むように細胞集塊が認められ、粘液球の異染性が、特徴的であるが、本症例ではこの細胞像が認められず、診断に苦慮した。壊死性背景と尖型小型細胞集塊の出現は、充実型腺様嚢胞癌の特徴と考えられた。核異型の目立たないN/C比の高い小集塊が認められた場合は、基底細胞腺腫/癌・富細胞性多型腺腫等のみならず、充実型腺様嚢胞癌を鑑別する必要がある。

P-2-157 乳腺相似分泌癌(MASC)の一例

高知大学医学部附属病院病理診断部¹⁾, 東京医科大学人体病理学分野²⁾, 名古屋市立大学医学研究科臨床病態病理学分野³⁾

○高橋明日香(CT)¹⁾, 岡本真知(CT)¹⁾, 吉良佳那(CT)¹⁾,
松本 学(MD)¹⁾, 戸井 慎(MD)¹⁾, 弘井 誠(MD)¹⁾,
村上一郎(MD)¹⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾, 稲垣 宏(MD)³⁾

【はじめに】乳腺相似分泌癌(以下MASC)は近年認知された唾液腺腫瘍で、腺房細胞癌と診断されてきたものが多く、予後不良である。形態学的にも特徴的所見は少なく、ETV6-NTRK3遺伝子の融合の存在が診断上必須である。術中迅速細胞診・組織診で腺房細胞癌と推定診断し、後にETV6遺伝子の分離が見られMASCと診断された1例を経験したので報告する。

【症例】20歳代、女性。右耳下部に腫瘤を自覚し近医を受診。右耳下腺腫瘍を指摘され当院に紹介受診。MRI検査で内部不均一、辺縁不明瞭な深葉腫瘍を認めた。術中迅速診断で悪性疑いと診断。右耳下腺腫瘍摘出術とリンパ節郭清が施行された。

【細胞所見】血性背景に重積性を伴い結合性が疎な腫瘍細胞集団を多数認めた。腫瘍細胞は好酸性で顆粒状～泡沫状の不明瞭な細胞質を有し、類円形核、明瞭な核小体が認められ、細胞間橋が見られる扁平化生上皮様細胞も観察された。

【組織所見】好酸性で広い細胞質と類円形核を有した腫瘍細胞が胞巣状～管状に増殖し、広い範囲で神経周囲に浸潤、胞巣状の部分には多数の小腔を有する微小嚢胞型優位であった。小腔内にはPAS陽性の淡好酸性粘液様分泌物がみられた。免疫組織学的に腫瘍細胞はS-100、Mammaglobin陽性であった。遺伝子学的にFISH法ではETV6遺伝子の分離が認められMASCと診断した。

【まとめ】MASCとされる多くは乳頭嚢胞型、濾胞型腺房細胞癌とされており、本症例も好酸性で広い顆粒状の細胞質を有し微小嚢胞型に増殖していたことから腺房細胞癌との鑑別は困難であった。症例の蓄積・検討が必要だが、小児や若年発症例である時はMASCの可能性を考慮してETV6遺伝子の検索と免疫染色を用いた総合的診断が望まれる。

P-2-158 喉頭に発生した成人型横紋筋腫の一例

沼津市立病院臨床検査科¹⁾, 公立福生病院病理診断科²⁾

○佐々木綾子(CT)¹⁾, 原田 勉(CT)¹⁾,
杉澤きよ美(CT)¹⁾, 半田雅則(CT)¹⁾, 川口詳司(CT)¹⁾,
片岡恵理佳(CT)¹⁾, 菅谷知香(CT)¹⁾, 野澤昭典(MD)¹⁾,
江口正信(MD)²⁾

【はじめに】横紋筋腫は横紋筋に由来するまれな良性腫瘍であるが, その報告例は比較的少ない。今回我々は喉頭に発生した成人型横紋筋腫の一例を経験したので報告する。

【症例】40歳代, 女性。一年前に嗄声が出現し, 消炎治療を受けたが, 変化なく精査のため当院を受診。喉頭鏡では, 左仮声帯～披裂部にかけて可動性不良で表面平滑な腫瘍が認められた。MRI では左披裂部を主体として, 最大径25mmの境界明瞭で辺縁平滑な充実性の腫瘍を認め, 臨床的に神経鞘腫などが疑われ, 腫瘍摘出術が施行された。

【細胞像】摘出された腫瘍の捺印標本では, 豊富な細胞質を有する円形から多稜形の細胞が孤立性や小集塊で見られた。細胞質はライトグリーンに染まりやや厚みのあるものや顆粒状に見える細胞も認められた。核は偏在傾向が見られ, 軽度の核不整や核クロマチンの軽度増量した細胞や核小体の見られる細胞も認められた。

【病理組織所見】組織学的には一部に既存の筋組織や固有腺組織を含むが, その他好酸性細胞質(一部で細顆粒状)と円形・類円形核を有する腫瘍細胞のシート状増殖を認めた。さらに空胞状細胞質を有する細胞や反対に厚い好酸性細胞質を伴った腫瘍細胞の混在も見られた。特殊染色および免疫染色では, 上記の好酸性細胞質を有する腫瘍細胞に一致してPAS陽性反応を認め, desmin, vimentin およびSMAに対する陽性反応が認められた。S-100蛋白は陰性であった。これらの結果や細胞・組織形態などより, 成人型横紋筋腫と考えられた。

【まとめ】本腫瘍の発生頻度は低く, まれな腫瘍であり細胞像の報告例は少ない。細胞像を理解しておくことは有用であり, 文献的考察を加え報告する。

P-2-159 皮膚筋炎に合併した後腹膜胚細胞腫瘍の1例

雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診

○坂本康輔(CT), 塚本孝久(CT), 伊藤園江(CT),
高橋光彦(CT), 榎田明美(CT), 西田直代(MD),
木村芳三(MD), 中山正道(MD), 檜垣浩一(MD)

【はじめに】皮膚筋炎に悪性腫瘍を合併することは広く知られており, その合併頻度は15~30%とされ, 胃癌, 肺癌が多く, 胚細胞腫瘍: Germ cell tumor (以下GCT) は極めて稀である。今回我々は, 皮膚筋炎に合併した後腹膜GCTの1例を経験したので報告する。

【症例】20歳代・男性で顔面紅班, 両下肢筋力低下を自覚し当院皮膚科を受診。皮膚症状, CPK高値と組織検査などから皮膚筋炎と診断された。治療開始後に皮膚筋炎の悪性腫瘍合併検索のため画像検査を施行し, 腹部傍大動脈周囲に腫瘍が認められた。皮膚科受診から約1ヶ月後に後腹膜腫瘍摘出術を施行し, 術中迅速組織診と捺印細胞診が行われた。

【捺印細胞所見】壊死性背景に, N/Cの高い大型の細胞が重積性を伴い集塊状で観察された。細胞質は乏しく, ライトグリーン淡染性で, 核縁の肥厚はなく核は円形から楕円形で大小不同, 核形不整が著明に認められた。クロマチン染色性は増量し, 細顆粒状で不均一に分布し, 大型の核小体が1~数個認められた。

【肉眼・組織所見】摘出腫瘍の剖面には地図状の壊死が広がっており, この周囲に, 細顆粒状の核クロマチン染色性を示し, やや広い細胞質と明瞭な核小体を示す大型腫瘍細胞がシート状に増殖していた。免疫組織化学染色ではCKAE1/AE3, CD30, PLAP, CD99に陽性, AFP, c-kit, ALK, hCG, p40に陰性を示しGCTと診断された。

【まとめ】本症は画像所見などから後腹膜に限局しており, 精巣や縦隔などには異常所見は認められず, 性腺外GCTが考えられた。また, 皮膚筋炎に合併する悪性腫瘍の中でもGCTは稀な組織型ではあるが, 若年者の場合はGCTも念頭に置く必要があると考えられた。

P-2-160 (演題はとり上げられました)**P-2-161** 退色したパパニコロウ染色標本の再染色の試み

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⁾

○福屋美奈子(CT)¹⁾, 小林博久(CT)¹⁾, 鐵原拓雄(CT)¹⁾, 鹿股直樹(MD)²⁾, 森谷卓也(MD)²⁾

【はじめに】長期保管標本では、染色性が低下し、再鏡検が不可能である場合をしばしば経験する。退色した標本を再染色する試みはいくつか報告されているが、満足のいく染色性が得られていない。そこで、我々は、種々の方法を組み合わせ、良好な染色性を得るための検討を行った。

【材料】2011年～2015年までに、細胞診検査が実施され、退色した尿18例、体腔液12例、喀痰1例、婦人科材料10例を用いた。

【方法】細胞転写法にて標本を細分割し、予備実験として、0.01M クエン酸緩衝液(pH6.0)、0.1M リン酸緩衝液(pH7.4)、抗原賦活液(High-pH)(DAKO)に室温1時間、3時間、加熱100℃5分、1% Tween20水溶液に30分浸漬を行った。本実験では、1%塩酸アルコールによる脱色処理(3分)あり、なし、それぞれに対し、0.01M クエン酸緩衝液(pH6.0)、0.1M リン酸緩衝液(pH7.4)、抗原賦活液(High-pH)(DAKO)に室温1時間浸漬を行った。処理後の標本は、型のごとくパパニコロウ染色を行った。

【判定方法】前処理による違いでは再染色標本の核、核小体、細胞質の染色性について評価した。細胞剥離については、再染色前後に対物20倍で、1視野に占める細胞の割合を、少、中、多として比較した。

【結果】脱色なし・High pHと脱色あり・クエン酸緩衝液1時間での処理が良好な結果となった。脱色ありでは、細胞剥離が多くみられた。

【考察】今回の検討では、前処理では、脱色なし・High pHと脱色あり・クエン酸緩衝液1時間での処理が良好な結果となったが、脱色ありでは、細胞剥離が多くみられた。細胞が剥離してしまつては診断的価値が下がるため、脱色処理を行わずに、High pHに1時間浸漬後に再染色を行うのが、現段階では妥当と考える。

P-2-162 (演題はとり上げられました)

P-2-163 破骨細胞様多核巨細胞を伴う浸潤性乳管癌の 1 例

トヨタ記念病院臨床検査科¹⁾, トヨタ記念病院病理診断科²⁾

○吉森之恵(CT)¹⁾, 小笠原将人(CT)¹⁾, 那須祐次(CT)¹⁾,
佐原晴人(CT)¹⁾, 鈴木良典(CT)¹⁾, 澁谷 亮(MD)²⁾,
北川 諭(MD)²⁾

【はじめに】乳癌組織内に破骨細胞様多核巨細胞 Osteoclast-like giant cell (以下 OCGC) の出現を稀に見ることがあり, その割合は全乳癌の 0.5~1.2% と言われている。今回我々は, 穿刺吸引細胞診で OCGC を伴う浸潤性乳管癌の 1 例を経験したので細胞像, 組織像, 及び文献的考察を加え報告する。

【症例】40 歳代女性。2009 年検診にて US で両側腫瘤を指摘され当院を受診。精査の結果, 濃縮嚢胞・線維腺腫と診断され当院において経過観察中であった。2015 年 5 月に右 A 領域に新たな腫瘤を認めた。US において 9.6 × 9.9 mm 境界明瞭平滑・低エコーであった。

【穿刺吸引細胞診・MMT 所見】血液成分を背景に OCGC が散見され, シート状または孤立散在性に二相性が不明瞭な細胞集塊が多数見られた。細胞は類円形の核に軽度の大小不同を呈し, クロマチンの増量を認めた。一部に円柱状細胞も散見され, 悪性を否定できず MMT を実施し浸潤性乳管癌と診断された。

【手術材料組織所見】核クロマチンの増量, N/C 比の増大を伴う異型細胞が小型管状構造を示し増殖していた。周囲には出血を伴いリンパ球と共に多核巨細胞の浸潤を認め, 免疫染色で腫瘍部は p63 陽性の筋上皮細胞との二相性が消失しており, 多核巨細胞は CD68 陽性であった。以上の所見から浸潤性乳管癌 (WHO 分類の carcinoma with osteoclast-like giant stromal cells) と診断された。

【まとめ】OCGC は悪性病変で認められることが多く, 背景に多核巨細胞を認めた時には, その性状及び出現する細胞を良く観察する必要があると思われた。

P-2-164 骨、軟骨および横紋筋への分化を示したいわゆる乳腺癌肉腫の1例

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院病理細胞診室

○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】骨、軟骨化生を伴う、あるいは横紋筋への分化を伴う乳癌はそれぞれ非常にまれな腫瘍である。今回我々は、骨、軟骨および横紋筋への分化を示したいわゆる乳腺癌肉腫を経験したので報告する。

【症例】50歳代、女性。右乳腺搔痒感を主訴に近医を受診し、CTにて右CD領域に腫瘤を指摘され当院へ紹介された。肉眼的にも隆起した硬結があり、超音波検査にてカテゴリー5と判断された。生検にてCarcinoma with metaplastic feature (muscular differentiation)と診断され、胸筋温存乳房切除術が施行された。

【画像所見】PET-CTでは右乳房に5cm大の腫瘤があり、FDGの集積を認めた。超音波検査では右CD領域に腫瘤を認め、充実部でも血流が豊富にみられた。

【組織所見】乳頭直下に10 x 7 x 4 cmの結節性腫瘤がみられ、内部には出血、壊死を伴っていた。N/C比の高い高度な核異型を示す異型細胞が索状に配列する部分を認めた。核分裂像も目立った(30個以上/10HPF)。癌腫成分の間には、紡錘形の異型細胞が密に増殖し、未熟な類骨形成・軟骨化生とともに横紋筋へ分化した部分も混在しMyoglobin, Desmin, HHF35が陽性だった。

【細胞所見】N/C比の高い異型細胞が上皮集塊で出現していた。他の部分では、大型で異型の強い腫瘍細胞が弧在性あるいは緩い結合性を示し出現していた。破骨細胞様の多核巨細胞も出現していた。また、楕円形核で細胞質がライトグリーン好染した細胞が出現し、一部に横紋構造を認めた。

【まとめ】本症例は多彩な細胞像を示し穿刺吸引細胞診では診断が困難な場合が多いとされているが、詳細に観察することにより本組織型の診断の精度をあげることができると考えられた。

P-2-165 軟骨化生を伴う乳癌の1例

鶴岡市立荘内病院病理科

○石栗永里奈(CT), 阿部美沙子(CT), 鈴木俊市(CT),
近藤敏仁(CT), 内ヶ崎新也(MD)

【はじめに】軟骨化生を伴う乳癌は、予後不良の化生癌の1つである。今回我々はその1例を経験したので報告する。

【症例】64歳女性。左乳房のしこりを自覚、乳癌検診にて腫瘤を指摘され当院外科受診。MMG・超音波検査で左C領域に16×16×14 mmの腫瘤を認め悪性が疑われた。穿刺吸引細胞診施行後、当院にて左乳房切除術が施行された。

【細胞所見】血性背景に大小様々な異型細胞が弧在性ないし結合性の乏しい平面的な小集塊として出現していた。細胞質は比較的豊富で、核は類円形、核クロマチンは細～粗顆粒状を呈し1～2個の明瞭な核小体を認めた。二核細胞や多核細胞も見られた。背景にはライトグリーン好染の軟骨成分が多く見られた。細胞診では軟骨化生様細胞を伴う腫瘍が第一に考えられたが、採取された腫瘍細胞は少数であったために、良悪性の判断は難しく鑑別困難とし組織学的検索を依頼した。

【組織所見】腫瘍は多彩な組織像を呈し、類円形～紡錘形の腫瘍細胞が浸潤性に増殖し、粘液様基質や軟骨細胞が見られた。腫瘍細胞はE-cadherin (+), S-100 (+), Vimentin (+), ER(-), PgR (-), HER2 (-)であった。また、MIB-1indexが51%と高度増殖能を認めた。最終診断はMetaplastic carcinoma (carcinoma with chondroid differentiation)と診断された。

【考察】本例のように穿刺吸引細胞診にて軟骨成分が豊富に見られる例は稀であると考えられる。Metaplastic carcinomaと診断された本症例を後方視的に提示し、細胞学的特徴との関連を供覧する。

P-2-166 乳腺 Carcinoma with osteoclast-like giant cells の1例

九州中央病院検査科病理

○佐谷純一(CT), 峰 真理(MD), 緒方昌倫(CT),
宇野大輔(CT), 平山賢司(CT), 角 正恵(CT),
伊藤やよい(CT), 溝口義浩(CT)

【はじめに】乳腺の osteoclast-like giant cells (以下 OCGC) を伴う癌は 0.5~1.2% と比較的稀である。また好発年齢は通常の乳癌と比し若干低い。今回、我々は乳腺の OCGC を伴う乳癌の1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。他院で左D領域に腫瘤を指摘され当院紹介。超音波検査で左D領域に9.8×8.6mmの腫瘤を認めたため、穿刺吸引細胞診及び組織針生検が施行された。細胞診では鑑別困難と判定したが、針生検で浸潤性乳管癌と診断された。CT画像上でも悪性を疑ったため、左乳腺部分切除術が施行された。

【細胞所見】背景は出血成分を呈し、双極裸核細胞を認めなかった。大小様々な上皮性集塊がみられ、重積を認めた。集塊辺縁はほつれがみられ、二相性ははっきりとしなかった。核は大小不同をみるも核形不整は軽度であり、核クロマチンは粗顆粒状で、核小体を1~2個認めた。乳管上皮の集塊周囲に多核巨細胞が孤在散在性に出現していた。多核巨細胞は数個~10個程度の核を有し軽度の重積性を認めた。クロマチンは微細で核小体を1個認めた。また貪食像はみられなかった。

【組織所見】腫瘍径は8×5mm、境界明瞭で充実性腫瘍。一部に管状構造を伴い充実性胞巣状に増殖する腫瘍細胞間に OCGC が散在性に多数出現していた。ER、PRは共に陽性であり、HER2はスコア0であった。組織学的異形度はGrade3で、リンパ節の転移は認めなかった。

【まとめ】乳腺の OCGC を伴う癌は比較的稀であるが、細胞診標本において多核巨細胞の存在を認めた場合、本腫瘍を考える必要がある。

P-2-167 大胸筋内に発生した未分化多形肉腫が疑われた一例

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・中国がんセンター病院長³⁾

○田中美帆(CT)¹⁾, 倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 安村奈緒子(CT)¹⁾,
西村俊直(CT)¹⁾, 戸田 環(CT)^{1,2)}, 谷山大樹(MD)^{1,2)},
在津潤一(MD)¹⁾, 齋藤彰久(DDS)^{1,2)}, 谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】未分化多形肉腫は悪性軟部腫瘍の約20%を占め、胸部発生は4.7%と稀である。今回、我々は左乳房AC領域下の大胸筋内に発生した未分化多形肉腫が疑われた1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性。4ヶ月前に左乳房腫瘍を自覚。急速に腫瘍が増大し当院紹介受診。マンモグラフィ検査で大胸筋内にカテゴリー5の高濃度腫瘍を認め、MRI検査では4.5cmの腫瘍が認められた。乳房内には腫瘍は指摘されなかった。穿刺吸引細胞診が施行され肉腫と診断された。その後、針生検にて未分化多形肉腫と診断され、左大胸筋腫瘍切除術が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では、間質様細胞集塊や大型異型細胞が孤在性に少数認められた。間質様細胞集塊では、紡錘状または強い核形不整を示す中型異型細胞のほつれが見られた。孤在性に出現する細胞は、非常に大型で奇怪な核を有する巨細胞や多核細胞など多彩な細胞像であった。個々の細胞は、N/C比は非常に高く、核の大小不同性、強い核形不整、顆粒状クロマチン増量を認めた。

【組織所見】摘出された腫瘍は、4.7x4.5x4.2cm大の境界明瞭な肌色調充実性腫瘍であった。腫瘍細胞は、紡錘形、楕円形あるいは多角形の大小不同を伴う大型異型核を有し、錯綜状配列や花蕊状配列を示し密に増生していた。大型で奇怪な核も散見された。免疫染色では、Vimentin陽性、CD34/Bcl2一部陽性、その他の筋系及び上皮性マーカー等は陰性であった。強い多形性を考慮し未分化多形肉腫が疑われた。現在、悪性弧在性線維性腫瘍等との鑑別について検討中である。

【結語】大型で細胞異型の目立つ多形性細胞が見られた場合は、本症例を念頭に置いて診断する必要があると考えられた。

P-2-168 乳腺穿刺吸引細胞診に出現した胎児型横紋筋肉腫の1例

社会医療法人共愛会戸畑共立病院病理¹⁾, 産業医科大学第1病理学²⁾

○佐藤房枝(CT)¹⁾, 森 順子(CT)¹⁾, 森光洋介(MD)¹⁾, 久岡正典(MD)²⁾

【はじめに】横紋筋肉腫は骨格筋への分化を示す筋芽細胞由来の悪性軟部腫瘍で, 小児や若年者の四肢, 泌尿器, 頭頸部での発生が多いとされている。今回我々は, 乳腺穿刺吸引細胞診に出現した胎児型横紋筋肉腫の症例を経験したので報告する。

【症例】73歳。女性。胃もたれ・季肋部痛・味覚異常を主訴に近医から紹介された。内視鏡による胃生検組織で転移性腫瘍と診断され, 画像診断で乳腺腫瘍が疑われて乳腺穿刺吸引細胞診を実施した。

【細胞所見】出血性背景の中に, N/C比大で核の大小不同, 核形不整を示す異型細胞が弧在性ないしは集塊状で出現していた。細胞は低分化で, 弧在性細胞は裸核状を呈するものもあったが, 集塊状細胞では細胞質を有して上皮様の結合が窺われた。核クロマチンは微細顆粒状に増加し明瞭な核小体を有していた。一部に多核細胞や鋳型配列の集団が観察された。

【組織所見】乳腺生検組織では分化に乏しい裸核状小型腫瘍細胞が特有の配列を示すことなく増殖しており, 胃生検で転移性腫瘍と診断した腫瘍と同一の組織とみなされた。低分化あるいは未分化な癌を疑ったが, 免疫組織化学では上皮系・神経内分泌系・リンパ球系マーカーのいずれも陰性, ホルモンレセプター・HER2も陰性であり, 乳腺原発性腫瘍の根拠が得られず診断に苦慮した。最終的に筋原性マーカーが陽性であり, 胎児型横紋筋肉腫の乳腺および胃壁転移と診断した。

【まとめ】乳腺穿刺吸引細胞診で診断に苦慮した胎児型横紋筋肉腫の症例であった。非定型的な細胞像の場合, 転移性腫瘍も考慮して慎重に観察することが重要である。

P-2-169 肺 Enteric adenocarcinoma の一例

沼津市立病院臨床検査科¹⁾, 公立福生病院病理診断科²⁾

○原田 勉(CT)¹⁾, 佐々木綾子(CT)¹⁾, 杉澤きよ美(CT)¹⁾, 半田雅則(CT)¹⁾, 川口詳司(CT)¹⁾, 菅谷知香(CT)¹⁾, 片岡恵理佳(CT)¹⁾, 江口正信(MD)²⁾, 野澤昭典(MD)¹⁾

【はじめに】肺腸型腺癌は肺腺癌の亜型に分類される大腸癌の肺転移と類似した細胞形態を呈する腫瘍であり, その発生頻度は肺癌の約0.1%と非常に稀な腫瘍である。今回我々は, 虫垂癌術後経過観察中に肺右上葉に8mm径の結節を認め, 肺上葉切除術を施行した肺腸型腺癌の一例を経験したので報告する。

【患者】80歳代 男性 4年前に虫垂癌摘出術施行。虫垂癌術後6ヶ月で腹膜結節摘出術施行し病理診断は肉芽腫であった。経過観察中, 右肺上葉に8mm径の結節が出現し, 増大傾向とPET-CTにて集積を認めたため肺癌を疑い上葉切除術及び術中迅速穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞像】背景はきれいで, 核異型を呈する高円柱状の異型細胞や細胞質の豊富な杯細胞様の異型細胞が, 柵状配列や重積性のある結合性の比較的強い集塊で出現しており, 乳頭状集塊や腺腔を思わせる細胞配列も認められた。

【組織像】HE染色標本では, 明らかな壊死は見られなかった。気管支粘膜を置換するように高円柱状の異型細胞が配列し, 間質に浸潤する所見や腺管状構造も見られ内腔には粘液の貯留も認められた。核は基底層に並び, 表層側に粘液を有するものや杯細胞様の粘液も見られた。PAS反応では内腔に粘液の貯留が見られ, 細胞質内にも粘液が認められた。免疫組織化学染色ではCK7(+), CK20(+), TTF-1(-), CDX2(+), napsin(-), MUC2(partial+)であった。

P-2-170 Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy を来した乳房外 Paget 病の一例

けいゆう病院臨床検査科¹⁾, けいゆう病院病理診断科²⁾,
けいゆう病院内科³⁾, けいゆう病院皮膚科⁴⁾

○櫻井 健(CT)¹⁾, 里 梯子(MD)²⁾, 山下陽子(CT)¹⁾,
捧麻耶子(CT)¹⁾, 長塩未佳(CT)¹⁾, 坂野 彩(MD)³⁾,
笠井弘子(MD)⁴⁾

【はじめに】 Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) は肺動脈の微小腫瘍塞栓により肺高血圧症を来す病態であるが, しばしば原発巣が不明な形で発症する。今回, 我々は, 当初は原発不明であったが, 最終的に乳房外 Paget 病 (EMPD) 由来の PTTM と考えられた症例を経験したので, 細胞像から剖検所見までを含めて提示し, 若干の考察を加える。

【症例】 70 歳男性。下肢浮腫, 労作時動悸・めまいに加え, 強い呼吸困難が出現し, 近医を介し緊急入院となった。受診時 pO₂ 59, pCO₂ 28, D-dimer 高値などより肺血栓塞栓症が疑われたが, dynamic CT においては明らかな血栓像は指摘できなかった。右陰囊～鼠径にかけての皮膚では広くびらんが見られ, EMPD が疑われたが, 結節状病変は認めなかった。右鼠径リンパ節の腫大も見られたため, 皮膚およびリンパ節生検を施行した。皮膚は EMPD, リンパ節は腺癌の転移像を呈し, これらには類似性があるように思われた。スワングアンツカテーテルによる肺動脈圧計測時に, 左右肺動脈血を採取し細胞診を施行したところ, 核偏在細胞の重積性集塊がみられ, 腺系の腫瘍細胞の存在が確定的となった。化学療法も数回施行されたが, 奏功しないまま, 入院後 20 日ほどで死亡された。剖検による検索では, 肺動脈の細い分枝に多数の腫瘍塞栓形成が確認され, それに連なる血栓形成も伴っており, PTTM の組織像と合致した。陰囊皮膚では, 一部ではあるが真皮内への浸潤巣が認められた。皮膚, 肺血管内腫瘍に共通して, GCDPF-15 などの陽性像が見られ, EMPD 由来の PTTM と考えられた。PTTM を来す腫瘍は, 胃癌, 乳癌, 肺癌などが主であり, 本例は極めて稀な症例と考えられる。

P-2-171 原発不明肺腺癌の 1 例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○森 正樹(CT), 岩崎和美(CT), 前川秀樹(MT),
鈴木佑梨(MT), 竹内 文(MD), 小上瑛也(MD),
森 和枝(その他), 今村好章(MD)

【はじめに】 原発不明癌 (Occult cancer) とは, 転移巣を認めながらも十分な検索にも関わらず原発巣が特定できない悪性腫瘍である。頻度は全悪性腫瘍の約 1-5% であり, その多くがリンパ節転移で発見されるとされている。今回, 肺腺癌の右下顎骨転移および甲状腺左葉転移と診断された原発不明肺癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 80 歳代, 女性。右頬部腫脹及び疼痛を主訴に当院紹介受診。頭頸部 CT・MRI 検査で右下顎頭～下顎角に腫瘤を認め, 周囲組織への浸潤と頸椎転移および小脳転移を認めた。FDG-PET 検査でも右下顎腫瘤に一致して FDG の集積を認め, 甲状腺左葉にも結節状の集積を認めた。胸部単純 X 線・FDG-PET および胸部 CT 検査では, 両肺野に明らかな病変は認められなかった。右下顎腫瘍の生検術が施行され, 右下顎骨内から採取された Liquid-based cytology (LBC) 標本の Pap 染色では, 結合性を有し, hobnail 様構造をとる腫瘍細胞の集団を認めた。免疫染色では TTF-1 と Napsin A が陽性であった。甲状腺左葉穿刺吸引 LBC 標本からも同様の腫瘍細胞集団を認め, EGFR・KRAS および BRAF の遺伝子変異の有無を検索したところ, EGFR L858R 遺伝子変異が検出された。右下顎腫瘍生検組織では, 出血・壊死を伴う大型不整形核を有する腫瘍細胞を認め, TTF-1 と Napsin A が陽性であった。以上の所見より, 右下顎骨転移と甲状腺左葉転移を伴った原発不明肺腺癌 (stage IV) と診断された。

【考察】 細胞診検査において, 原発不明癌の原発巣や組織型を推定する際には, 免疫細胞化学的に上皮系・間葉系・リンパ系・胚細胞系マーカーに加えて腫瘍特異的のマーカーについても検索を行うことが不可欠である。

P-2-172 気管支擦過細胞診にて推定し得た肺癌肉腫の1例

砂川市立病院検査科¹⁾, 砂川市立病院内科²⁾, 砂川市立病院病理診断科³⁾

○椎名真一(CT)¹⁾, 天間友理香(CT)¹⁾, 堀江孝子(CT)¹⁾, 渡部直己(MD)²⁾, 岩木宏之(MD)³⁾

【はじめに】肺癌肉腫は、非小細胞肺癌と軟骨や横紋筋等の異所性成分を含む肉腫からなる腫瘍である。0.3%程度の頻度で、予後不良な疾患である。今回我々は、擦過細胞診にて肉腫様癌を推定し得た症例を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】70歳代女性、他院で胸部異常陰影を指摘され、当院内科を紹介受診。右肺S2:60mm大、右肺S6:15mm大の結節影を認めた。診断目的に、気管支擦過細胞診、生検をS2の腫瘤に対して施行した。その後、右肺上葉切除・右肺S6部分切除術が施行された。

【細胞所見】核円形で腫大、核クロマチン増量する異型細胞が平面的～乳頭状集塊としてみられ腺癌を考えた。同時に、細胞質乏しく核クロマチンが増量する円形～短紡錘形の非上皮性由来と思われる異型細胞が細胞密度の高い集塊状～散在性にみられ、多形癌や癌肉腫を考えた。

【組織所見】生検材料は、Al-b陽性の基質内にS-100が部分的に陽性を示す短紡錘形の異型細胞の増生と明らかな腺癌がみられ癌肉腫を第一に考えた。右肺S2/S6共に手術材料は、白色充実性の出血を伴う腫瘤で、腺癌と円形～短紡錘形異型細胞が充実性に増殖していた。その中に、軟骨形成や細胞質好酸性で核異型の強い細胞も混在していた。軟骨肉腫・横紋筋肉腫の成分があり形態及び免疫染色の結果から癌肉腫と診断した。

【まとめ】細胞診で推定し得た癌肉腫の1例を経験したので細胞像を中心に報告した。肺腫瘍の組織型は多彩な事が多く、微小検体での組織型推定は難しいのが現状である。しかし、円形や短紡錘系等の非上皮性成分を示唆する異型細胞がみられた場合に、癌肉腫や多形癌を鑑別に挙げる事は、予後や治療の観点からも重要であると考える。

P-2-173 肺原発性絨毛癌の1例

帝京大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 東京大学医学部附属病院病理部²⁾, 帝京大学医療技術学部臨床検査学科³⁾

○宮田佳奈(CT)¹⁾, 森田茂樹(MD)²⁾, 大越卓(CT)¹⁾, 向山淳児(CT)¹⁾, 笠井亮子(CT)¹⁾, 小島貴(CT)¹⁾, 赤嶺亮(CT)¹⁾, 河野純一(CT)¹⁾, 石井美樹子(CT)¹⁾, 東海林琢男(MD)¹⁾, 斎藤光次(MD)¹⁾, 笹島ゆう子(MD)¹⁾, 田中文彦(MD)³⁾, 近藤福雄(MD)¹⁾

【はじめに】絨毛癌は human chorionic gonadotrophin (HCG)を分泌する胚細胞腫瘍であり、主に生殖器や縦隔などで発生し、肺原発の報告は稀である。悪性度は極めて高く、正確かつ早期の診断が要求される。今回我々は、肺原発性の絨毛癌1例を経験し、その細胞像を観察し得たので報告する。

【症例】40代、男性。Smoking index 1200。HCG12000 mlU/ml。全身倦怠感、微熱、咳嗽を主訴に当院を受診。胸部CTにて左肺上葉腫瘍と多発肝転移巣を認めた。出血コントロール及び診断目的で胸腔鏡下部分切除が施行された。手術後1ヶ月で、多臓器転移、肝臓腫瘍からの出血によるショックにより永眠された。

【細胞所見】出血及び壊死性背景に、軽度の核形不整や大小不同性を呈する腺癌細胞の平面的集塊を認めた。また、細胞質が豊富であり明瞭な核小体を有する大型の cytrophoblast 様の細胞と、核濃染する多核の syncytiotrophoblast 様の細胞が見られた。

【組織所見】腫瘍全体の30～40%の領域において、強い出血及び壊死を伴って、cytrophoblast 様の細胞の充実性増殖を認め、syncytiotrophoblast 様の多核細胞が介在する像からなる絨毛癌成分が認められた。他の領域は papillary type adenocarcinoma が最も優位に占めていた。

【まとめ】稀な肺原発絨毛癌の1例を経験した。他組織型の合併も認められ、多彩な細胞像を示したが、出血・壊死性背景や2種の trophoblast 様細胞などの特徴的な細胞所見が確認された。

P-2-174 Ciliated muconodular papillary tumor の一例

新潟県立がんセンター新潟病院病理部¹⁾, 新潟県厚生連佐渡総合病院病理²⁾

○畔上公子(CT)¹⁾, 柳原優香(CT)¹⁾, 土田美紀(CT)¹⁾, 山川美沙紀(CT)¹⁾, 神田真志(CT)¹⁾, 北澤 綾(CT)¹⁾, 弦巻順子(CT)¹⁾, 竹日健太(CT)²⁾, 川崎 隆(MD)¹⁾, 本間慶一(MD)¹⁾

【症例】70 歳代男性. 検診で胸部異常影を指摘され前医受診. 胸部 CT で右肺 S5 に 20 mm の高濃度結節, S8 に 15 mm の気腔を伴った淡いすりガラス状陰影があり, 重複肺癌の疑いで当院に紹介受診. S5 は右肺中葉切除で小細胞癌とされた. S8 は前医の気管支擦過細胞診で確定診断がつかず右肺下葉部分切除が施行され, 術中腫瘍穿刺迅速細胞診が提出された.

【細胞所見】粘液と共に大小の集塊の出現が見られ, 集塊は主に線毛を有する細胞からなり, 粘液含有細胞も混在していた. 細胞密度は高く, 重積, 配列の乱れを認めた. 個々の細胞は比較的小型だが細胞の大小があり, 核は類円形~紡錘形, 核の大小不同, 核形軽度不整, 核クロマチン軽度増量, 核小体, 核内空胞を認めた. 集塊の形状や出現形式は正常とは異なり, 腫瘍性病変を疑うものの線毛の存在から, 疑陽性 Atypical cells とされた.

【組織所見】右 S8 の腫瘍は大きさ 16x8x16 mm で, 断面には光沢があり, 境界は明瞭であった. 肺胞の軽い虚脱と気腔の拡張はあるが, 線維化は限局性であった. 上皮細胞には重積が見られ, 異型性軽度な線毛細胞と粘液含有細胞の増生があり, 小乳頭状集塊を認めた. 免疫染色では CK7 (+), CK20 (-), TTF-1 (-), CEA (+), Ki-67 標識率 2% であった. 肺胞置換性の腫瘍形成, 線毛上皮の増生, 小乳頭状構造の所見から Ciliated muconodular papillary tumor (CMPT) とされた.

【まとめ】CMPT は構成細胞に線毛を有し, 肺胞置換性に増殖することを特徴とする. 良悪性については確定しておらず, 今後の症例集積による検討が必要と考えられる. 現在 20 例の報告があり, 当院でこれまでに経験した症例(組織診)2 例とあわせ, 文献的考察を加え提示する.

P-2-175 (演題はとり上げられました)

P-2-176 (演題はとり上げられました)

P-2-177 肺原発リンパ上皮腫様癌の1例

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

○磯本愛子(CT)¹, 松林 純(MD)^{1,2},
山科光正(DDS)^{1,2}, 三宅真司(CT)¹,
山口真由実(CT)¹, 前田純一(MD)³, 垣花昌俊(MD)³,
大平達夫(MD)³, 池田徳彦(MD)³, 長尾俊孝(MD)^{1,2}

【はじめに】肺原発リンパ上皮腫様癌は、現行の肺癌取扱い規約では大細胞癌の特殊型に、新 WHO 分類ではその他・分類不能に分類される稀な腫瘍である。我々はリンパ上皮腫様癌と診断した肺切除症例を1例経験したので、細胞学的所見を中心に報告する。

【症例】60代女性。健診で右中葉に腫瘤陰影を指摘され、当院を受診した。気管支鏡下擦過細胞診で低分化な非小細胞癌と診断され、右中下葉切除術が施行された。

【細胞所見】小型リンパ球を背景に、大型異型細胞の集塊を多数認めた。異型細胞は、N/C比が高く、大小不同、核形不整、及び粗大顆粒状のクロマチンパターンを示し、複数の明瞭な核小体を有していた。

【組織所見】切除標本にて、腫瘍は充実性の胞巣形成からなり、周囲圧排性に浸潤し、広範な壊死を伴っていた。腫瘍細胞は、核クロマチンが粗造で明瞭な核小体を含む類円形～紡錘形の大型核と、両染色～好塩基性の細胞質を有していた。細胞境界が明瞭な部分と不明瞭な部分が混在しており、胞巣内には小リンパ球が散在性に浸潤していた。免疫組織化学的にCK5/6, p40, p63が陽性で、CD56, クロモグラニンA, ナプシンA, CK7, SP-A, TTF-1は陰性であった。低分化な扁平上皮癌が鑑別に挙げられたが、EBER-ISHで多くの腫瘍細胞が陽性を示したため、リンパ上皮腫様癌と診断した。

【まとめ】肺原発リンパ上皮腫様癌は、鼻咽頭癌類似の組織像を呈し、その発生にはEBウイルスが強く関与している。擦過細胞診での術前診断が困難との報告が多いが、リンパ球性背景に粗大顆粒状クロマチンと明瞭な核小体を有する大型異型細胞が集塊状に出現する場合は、稀ながらリンパ上皮腫様癌を鑑別疾患として考慮する必要がある。

P-2-178 超音波気管支鏡下針生検に出現したホジキンリンパ腫の1例

独立行政法人国立病院機構京都医療センター臨床検査科病理¹⁾, 大阪市立大学医学部附属病院病理部²⁾

○楠木秀和(CT)¹⁾, 桑江優子(MD)²⁾

【はじめに】ホジキンリンパ腫(HL)はリンパ節と脾臓を侵す疾患で、頸部リンパ節に見られることが多い。今回、我々は、超音波気管支鏡下針生検(EBUS-TBNA)の細胞診でHLが疑われ、左鎖骨上窩リンパ節生検でHLと診断が確定した1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、男性。2000年頃、肺癌にて左上葉切除術。2013年2月、膀胱癌にてTUR-Bt。2015年9月のCTで縦隔リンパ節の腫大が見られ、精査目的で当院を紹介された。10月7日PET-CT検査で気管支、両側鎖骨上窩、縦隔、腹膜のリンパ節腫脹が認められ、肺癌や膀胱癌の多発転移や悪性リンパ腫が疑われた。10月22日、#4Rリンパ節でEBUS-TBNA施行。細胞診にてHLが疑われたため、左鎖骨上窩リンパ節の生検が施行された。

【細胞所見】標本内には上皮様結合の異形細胞は認められなかった。正常リンパ球を背景に、少数の大型の単核や多核の異形細胞を認めた。大型異形細胞には、丸みを帯びた核と大型の核小体が見られ、HLを疑った。

【組織所見】リンパ節の構造は大部分が消失しており、萎縮した濾胞構造が散見された。多数の組織球に混在して、大型で1個から時に多核の核小体が著明なReed-Sternberg cell様の異形細胞が散見された。免疫染色では、上記の大型細胞は、CD30(+), CD3(-), CD5(-), L26(-), CD79a(-)、背景のリンパ球は大部分がT-cellであった。以上の所見より、古典的ホジキンリンパ腫・混合細胞型と診断された。

【まとめ】EBUS-TBNAでHLに遭遇する頻度は少ないと思われる。EBUS-TBNAもリンパ節穿刺であり、リンパ性悪性腫瘍を考慮する必要があると思われた。

P-2-179 胸膜肺芽腫の一例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科²⁾, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科³⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科⁴⁾

○鎌倉靖夫(CT)¹⁾, 細沼佑介(CT)¹⁾, 細沼沙紀(CT)¹⁾, 中村 勝(CT)¹⁾, 瀬山 敦(CT)¹⁾, 榊 美佳(MD)²⁾, 清水禎彦(MD)³⁾, 廣島健三(MD)⁴⁾, 新井栄一(MD)²⁾, 安田政実(MD)²⁾

【はじめに】胸膜肺芽腫は小児の肺、胸膜に発生し、嚢胞部分と充実性部分からなるまれな悪性腫瘍である。組織学的に未熟な間葉系細胞からなり、部分的に横紋筋や軟骨等に分化傾向がみられるが、未熟な上皮成分は認められない。今回われわれは胸膜肺芽腫の一例を経験したので、術中迅速診断時に作製した捺印細胞像について報告する。

【症例】2歳男児。他院にて肺膿瘍を疑い治療を行ってきたが、精査目的で当院を受診。病変の増大がみられたため、腫瘍性病変を考え手術が行われた。

【細胞所見】血性背景に小型類円形から楕円形核を有する異形細胞が集塊状に出現していた。これらの異形細胞の細胞質は淡く、小型の核小体が認められた。加えて核偏在性で細胞質が好酸性の細胞や細胞質が豊富で明るく核小体の目立つ単核、多核の異形細胞もみられた。

【病理所見】肉眼的に壊死様の組織が付着した6x6cm大の黄白色結節状の病変であった。組織学的には異型のない呼吸上皮がみられ、上皮下に未熟な細胞が細胞密度高く配列する、いわゆるcambium layerを形成していた。腫瘍の多くは異形細胞が充実性・びまん性に増生する肉腫様の像であったが、好酸性の胞体を有する横紋筋への分化を示す細胞も認められ、一部には軟骨肉腫への分化もみられた。嚢胞状構造を伴っていることから胸膜肺芽腫type2と診断した。

【まとめ】胸膜肺芽腫はまれな腫瘍で経験することが少ないため細胞像のみから本腫瘍を推定することは困難であるが、嚢胞状構造を伴っていること、組織学的に幼若な間葉系異形細胞や横紋筋への分化をみる細胞が混在していることが診断の根拠となり、また画像所見や臨床経過を参考にして診断することが重要と考えた。

平成二十八年四月二十八日発行

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