

第55巻 補冊2号 平成28年10月

日本臨床細胞学会雑誌

第55回日本臨床細胞学会秋期大会

臨床細胞学の今を考える

—臨床細胞診断学の未来へのステップのために—

会長 横山 繁生 (大分大学医学部診断病理学講座 教授)

THE JOURNAL OF THE JAPANESE SOCIETY OF CLINICAL CYTOLOGY

会 期

平成28年11月18日(金)・19日(土)

会 場

別府国際コンベンションセンター B-Con Plaza

副会長

駄阿 勉 (大分大学医学部診断病理学講座 准教授)

松本 英雄 (レディースクリニック松本醫院 院長)

実行委員長

米増 博俊 (大分赤十字病院検査部)

事務局長

丸田 淳子 (医療法人野口病院研究検査科病理)



公益社団法人
日本臨床細胞学会

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

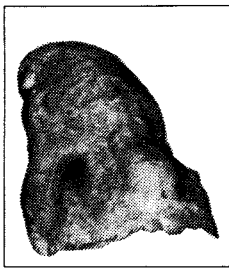
Vol.55 Suppl.

Oct. 2016

2



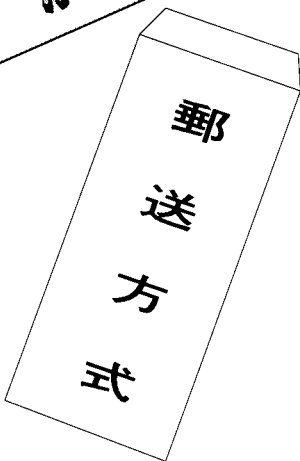
左側：長期間喫煙者の肺



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 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 55 回 日本臨床細胞学会秋期大会

臨床細胞学の今を考える
—臨床細胞診断学の未来へのステップのために—

会 期 平成 28 年 11 月 18 日 (金)・19 日 (土)

会 場 別府国際コンベンションセンター B-Con Plaza
〒 874-0828 別府市山の手町 12 番 1 号
TEL : 0977-26-7111 FAX : 0977-26-7100

会 長 **横山 繁生**
(大分大学医学部診断病理学講座教授)

副 会 長 **駄阿 勉**
(大分大学医学部診断病理学講座准教授)

松本 英雄
(レディースクリニック松本醫院院長)

実行委員長 **米増 博俊**
(大分赤十字病院検査部)

副実行委員長 **甲斐 俊一**
(大分県厚生連鶴見病院病理診断科)

長浜 純二
(大分大学医学部附属病院病理部)

事務局長 **丸田 淳子**
(医療法人野口病院研究検査科病理)

会計 (経理) **平丸 正宣**
(大分県地域保健支援センター)

プログラム委員長 **卜部 省悟**
(大分県立病院臨床検査科病理部)

顧 問 **柏村 正道**
(ウイメンズ KM クリニック顧問)

加来 恒壽
(九州大学大学院医学研究院保健学部門教授)

北尾 學
(医療法人久寿会理事)

檜原 久司
(大分大学医学部産婦人科学講座教授)

杉尾 賢二
(大分大学医学部呼吸器・乳腺外科学講座教授)

谷口 一郎
(大分県地域保健支援センター)

辻 浩一
(大分東部病院検査科部長)

石井 博基
(石井産婦人科院長)

第 55 回日本臨床細胞学会秋期大会 会長挨拶



臨床細胞学の今を考える —臨床細胞診断学の未来へのステップのために—

第 55 回日本臨床細胞学会秋期大会にご参加頂きまして、厚く御礼申し上げます。

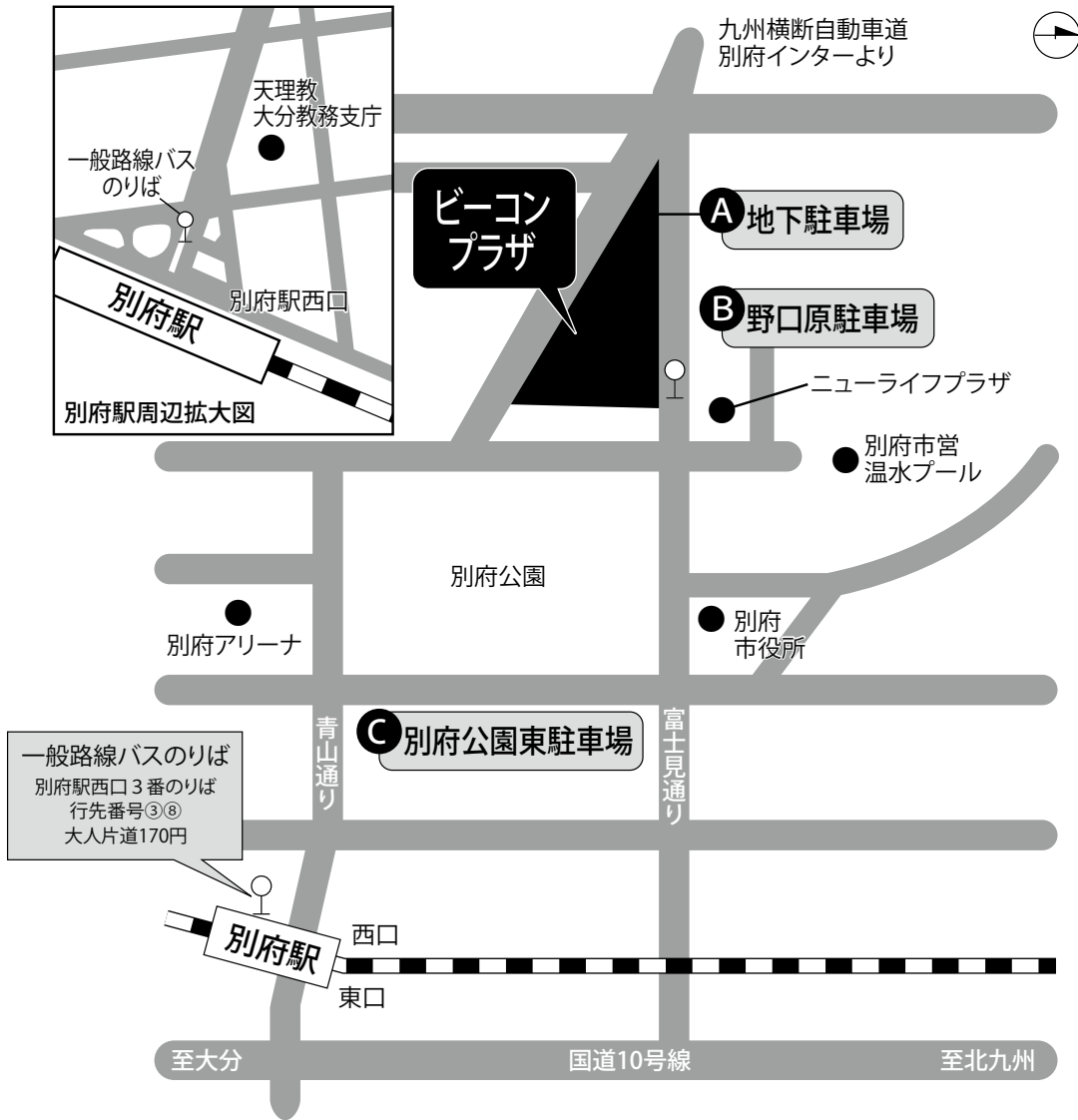
福岡（博多）以外での九州開催は第 22 回秋期大会（学会長 山邊徹先生、1983 年、長崎）以来、実に 33 年ぶりになります。大分県は「豊後の国」と呼ばれた頃から医学にゆかりの深い地で、古くはキリシタン大名・大友宗麟の頃に、ポルトガル人宣教師で外科医でもあったルイス・デ・アルメイダが日本初の病院を開設し、西洋医学を初めて日本に伝えました。また、江戸時代には解体新書を翻訳した前野良沢、明治期には田原結節で知られる病理学者の田原 淳など多くの医学者を輩出しています。そのような大分の地で日本臨床細胞学会秋期大会を開催できることを大分県会員一同、非常に光栄に存じます。

最近では検診時の血液サンプルで早期がんを発見するプロジェクトなど、新たながん診断ツールが開発されつつあり、現在の細胞診がそのまま存続するとは断言しにくい状態にあります。そこで、現在の細胞診断学を再考・整理し、将来の細胞診断学へのステップになるような学会にしたいという思いを込め、メインテーマを「臨床細胞学の今を考える—臨床細胞診断学の未来へのステップのために—」としました。特別講演 2 題「ヘリコバクター・ピロリと人類の移動の歴史（山岡 吉生）」、「細胞外小胞による疾患解明と診断（落谷 孝広）」、シンポジウム 9 題「肺癌取扱い規約細胞判定基準の改訂」、「Koilocytosis を再考する」、「よりよい標本作製を目指して—多分野からの提言—」、「変貌する乳癌診療における細胞診の役割を再考する」、「内膜病変 UP-TO-DATE」、「唾液腺腫瘍の細胞診：総論的理解を求めて」、「泌尿器細胞診報告様式 2015 に沿った細胞診断—リスクの検証—」、「ニッチな領域の細胞診」、「小児甲状腺腫瘍」、ワークショップ 8 題「LEGH の取り扱い」、「泌尿器細胞診報告様式 2015 に沿った細胞診断セミナー」、「口腔細胞診境界病変に対する病理学的アプローチ—パパニコロウでの Class III、ベセスダ分類での SIL、3 段階での偽陽性をどう扱うか—」、「膵管内乳頭粘液性腫瘍の鑑別と類縁病変」、「LBC 検体を用いた ANCILLARY TECHNIQUES」、「呼吸器細胞診での検体取扱い」、「乳腺の境界悪性病変：細胞診どこまで迫れるか?」、「唾液腺細胞診の診断ポイント」、婦人科デバートセッション「子宮内膜細胞診は本当に必要なのか?」に加え、要望講演 11 題、教育講演 12 題、感染対策セミナー、医療倫理セミナー、医療安全セミナー、国際フォーラム（アジア、ヨーロッパ、オセアニア 7 カ国における FNA 細胞診）、市民公開講座（原千晶さんの御講演など）があります。また、文化講演では、「別府温泉の効用」、申年に因んで、最強の伝説的ボスザル・ベンツや昨年物議をかもした子ザル・シャーロット等を盛り込んだ「高崎山のサル社会」を取り上げます。また、357 題の一般演題（ポスター発表）があります。

学会会場となる別府市の別府国際コンベンションセンター（B-Con Plaza）は別府湾や鶴見岳・由布岳などの山々を一望できる風光明媚な場所に位置しています。また、近隣には高崎山自然公園/マリンパレス（うみたまご）、湯布院がひかえ、足を伸ばせば九重連山、紅葉で有名な耶馬溪、青の洞門、宇佐神宮、九重“夢”大吊橋、仏の里で知られる国東半島などの観光地があります。大分県は自称「温泉県」で、特に別府温泉には多数の泉質があり、別府八湯と呼ばれています。学会期間のアフターファイブは温泉で体と心を癒し、豊後水道・別府湾でとれた美味しい料理（関アジ、関サバ、城下カレー、フグ）と「いちこ」「西の関」などの美味しいお酒で心身ともにリフレッシュして下さい。

第 55 回日本臨床細胞学会秋期大会
会長 横山 繁生
(大分大学医学部診断病理学講座 教授)

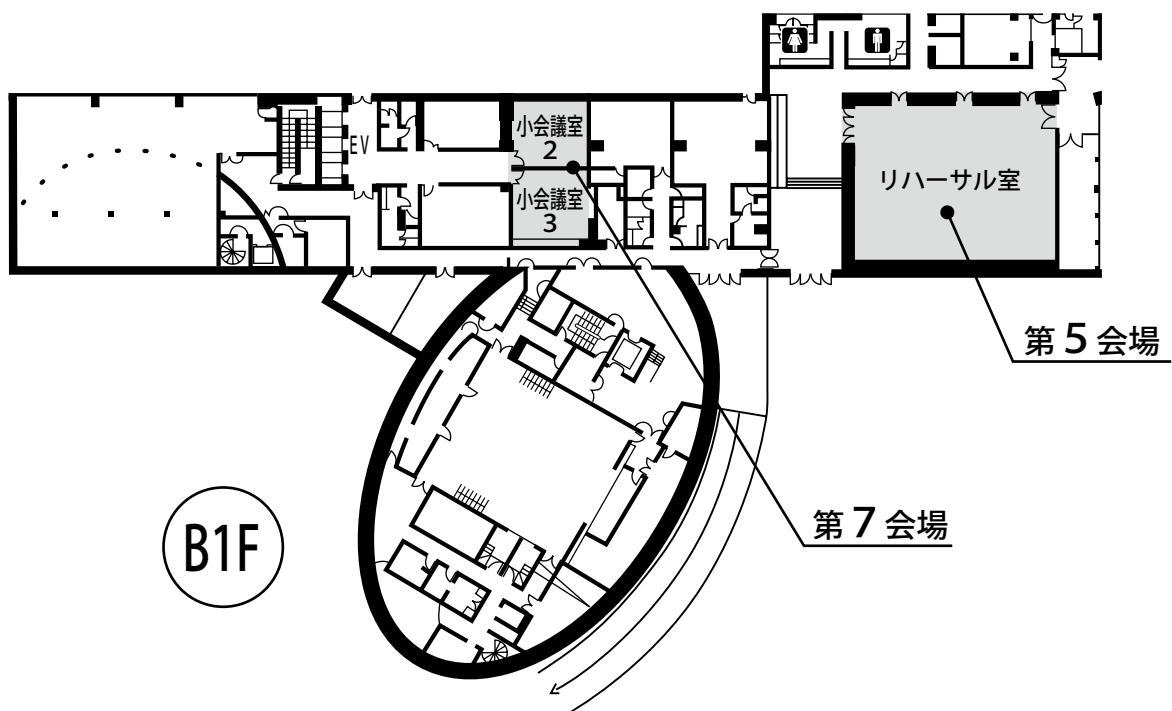
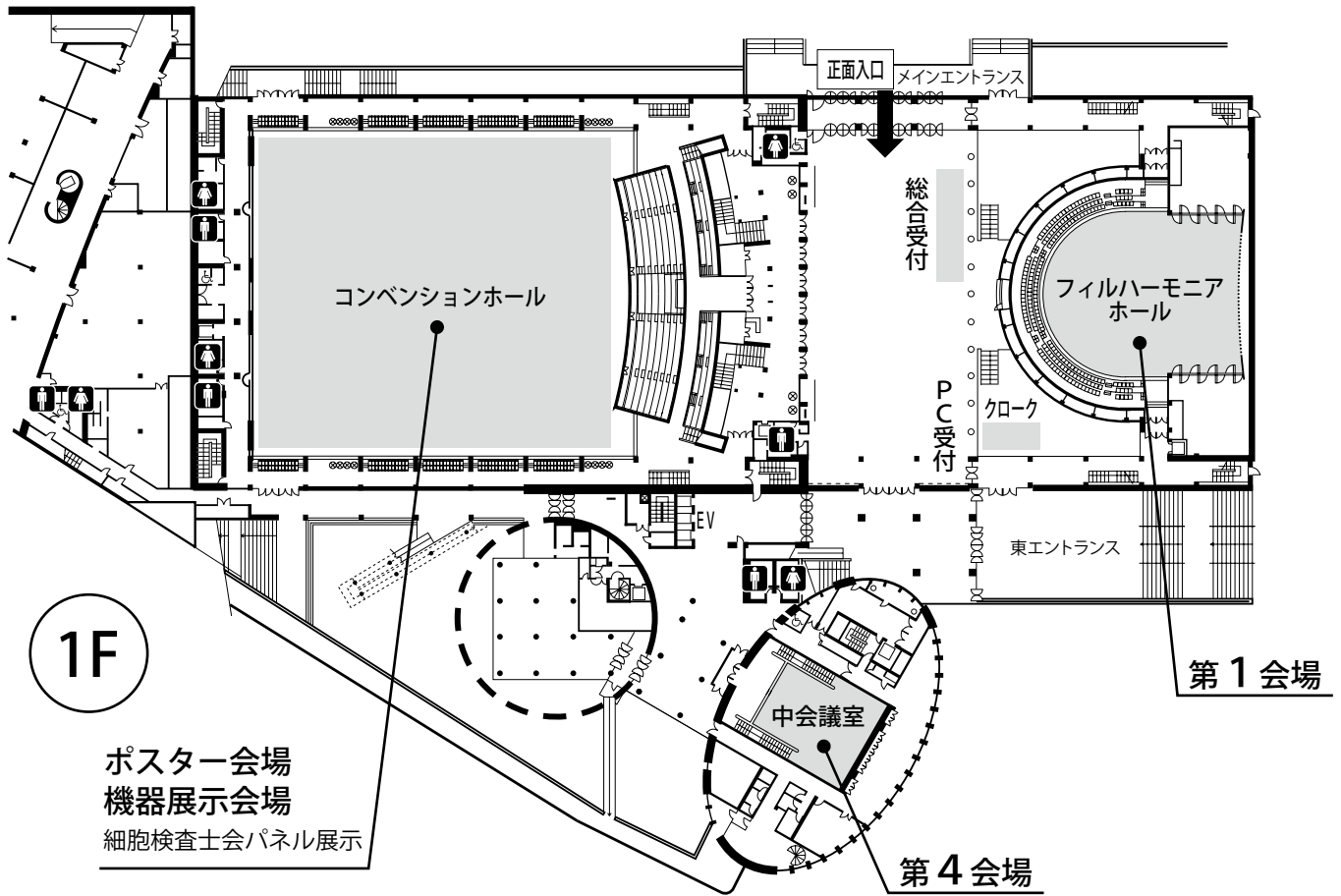
会場周辺図 & 交通案内



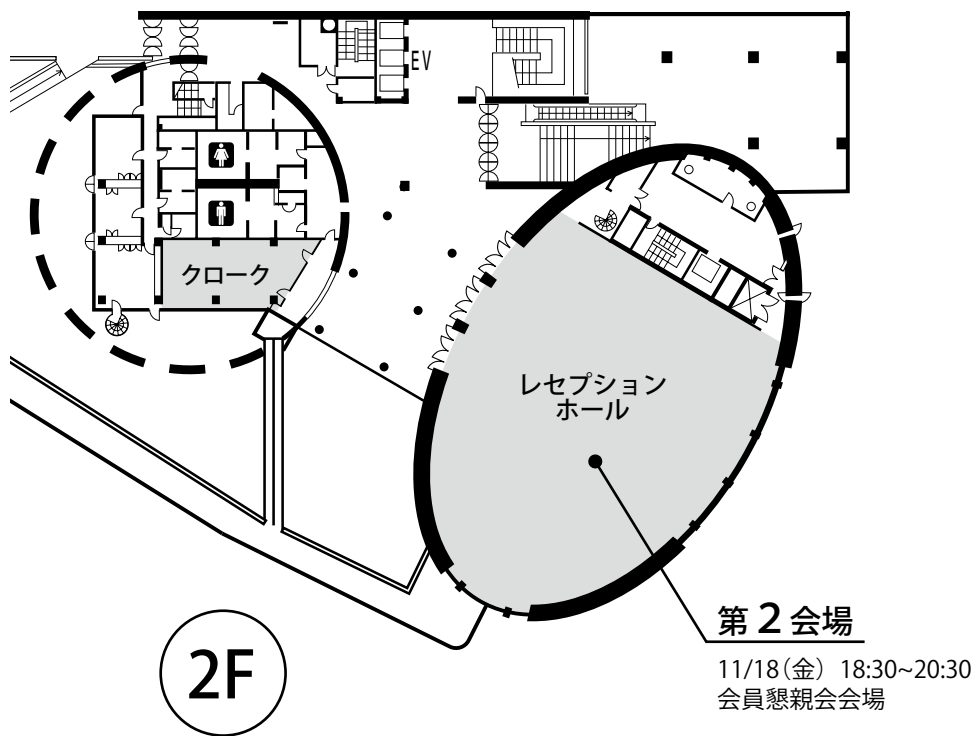
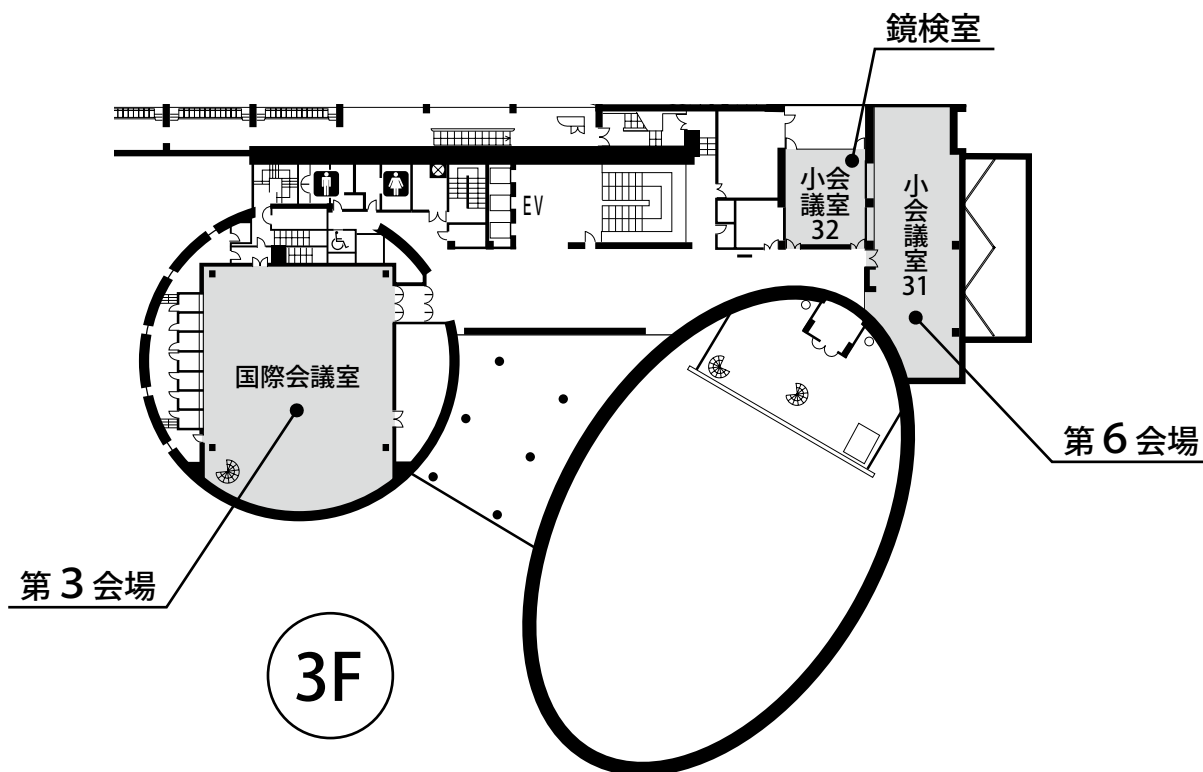
駐車場名称		収容台数	駐車料金
A	ビーコンプラザ地下駐車場	58台	有料 (1時間無料 以後1時間につき100円)
B	ビーコンプラザ野口原駐車場	138台	無料
C	別府公園東駐車場	366台	有料 (1時間：無料、2時間：100円、3時間：210円、4時間：310円、5時間：420円、 6時間：520円、7時間：630円、8時間：730円、1泊：1,050円。)

JRをご利用の方	お車でお越しの方
<p>JR日豊本線別府駅より</p> <ul style="list-style-type: none"> ●徒歩15分～20分 ●路線バス 運賃170円/約5分 JR別府駅西口→ビーコンプラザ前 (路線バスお問合せ：亀の井バス(株) TEL0977-23-0141) [JR別府駅西口3番のりば]行先番号③または行先番号⑧ 	<p>大分自動車道 (別府インターより)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●車で約10分

ビーコンプラザ会場案内図



ビーコンプラザ会場案内図



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

① 別府国際コンベンションセンター ビーコンプラザ 1F メインエントランスの総合受付にて行います。

受付開始時間 11月18日(金) 9:00~より

11月19日(土) 8:00~より

学会参加費 13,000円

学生・その他(学会本部が認めたもの) 無料

(学生証をご提示ください, 資格更新には使えません)

② 総合受付にて学会参加費をお支払いください。引き換えに参加証(ネームカード)をお渡しいたします。入場の際には必ず参加証をご着用ください。参加証のない方の入場は固くお断りいたします。参加証の再発行はできませんのでご了承ください。

③ 学生は, 受付時に学生証をご提示ください。ご提示のない場合は, 通常の参加費をいただきます。

(2) 演者および共同研究者

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 (<http://jscc.or.jp/formalities/enroll/>) 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はできません。

(3) 抄録集の冊子(印刷物)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しております。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。

○アプリ版

・アプリ名: JSCC55ATM

・ご利用方法: App Store, Google Play より「臨床細胞学会」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 Oita

当日会場でお渡しするプログラムには抄録内容は掲載されておられ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医学会カードをお持ちください。

学会参加単位はe医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) 細胞検査士の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。

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303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) 発表時間、討論時間についてはセッションにより異なります。事前にご案内いたしました内容をご確認ください。
- (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台を使用いたします。
※DVD、VTRや35mm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、各セッションの開始の60分前までにPC受付(1Fメインエントランス)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 受付時間	11月18日(金) 9:00より
	11月19日(土) 8:00より

※11月19日(土)の午前中に発表がある方は、前日(18日(金))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) 発表データは、PCデータのみのお受けといたします。
当日会場でご用意いたしますWindows OSは、Windows 7になります。
※Macintoshをご使用の方はご自身のパソコンをお持ちください(【ノートパソコンをお持ち込みの場合】をご参照ください)。
※iPadを使用してもできませんのでご注意ください。
- (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、PowerPoint 2003・2007・2010・2013を使用し作成したものに限り、
※PowerPointの機能の中にある、「発表者ツール」を使用してもできませんので、作成の際はご注意ください。
- (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・メイリオ
〔英語〕Times New Roman・Arial・**Arial Black**・Arial Narrow・Century
Century Gothic・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(動画再生に不安のある方は、ご自身のPCをご持参いただくことをお勧めいたします)。
※Microsoft PowerPoint 2010で、動画ファイルを埋め込み処理された場合は、別途その動画ファイルも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・キーボードを操作し、行ってください。
※PowerPointの機能にある、「発表者ツール」を使用してもできませんので、ご注意ください。
※iPadを使用しても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。

【ノートパソコンをお持ち込みの場合】

- (1) Macintoshを使用される方は、ご自身のPCをお持ちください。
- (2) モニター出力端子にMini-D-Sub15pin 3列コネクタ（通常のモニター端子）が装備されているものに限ります。タブレット端末でのご発表はご遠慮ください。
- (3) スクリーンセーバー、省電力設定をあらかじめ解除してください。
- (4) ACアダプターは必ずご持参ください。
- (5) 故障などの予期せぬトラブルに備え、バックアップデータをご持参ください。
- (6) Macintoshや一部のWindowsマシンでは変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参ください。
- (7) 発表の際は、会場の左側前方のオペレーター席にPCをお持ち込みください。口演終了後、オペレーター席でPCを返却いたします。

4. 示説発表の演者の方へ

- (1) 発表時間は5分、討論時間は2分です。発表時間を厳守してください。
演者はポスター貼付用のパネル前に置かれているリボンを着用の上、発表時間に発表パネルの前にお越しください。
- (2) パネルサイズは全体で縦210cm、横90cm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20cm、横70cm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。

※各日貼り替えとなります。ご発表日に応じて下記の貼付・撤去時間にてご対応ください。

貼付時間	11月18日（金）	9：00～10：00
	11月19日（土）	8：45～9：45
撤去時間	11月18日（金）	16：19～17：20
	11月19日（土）	14：10～15：10

5. 座長の方へ

- (1) 口演発表の座長の方は、セッション開始の30分前に各会場入り口付近にございます座長受付にて受付をお済ませの上、次座長席にお着きください。
- (2) 示説発表の座長の方は、セッション開始の30分前までに、ポスター会場内のポスター受付にて座長リボンをお受け取り下さい。
- (3) 進行は座長に一任いたしますが、セッションごとの時間厳守にご協力ください。

6. 質疑応答について

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

7. スライドカンファレンス、泌尿器細胞診報告様式2015に沿った細胞診断セミナーについて

- (1) 症例は秋期大会ホームページにも掲載し、解答ができます。是非ご覧ください。
- (2) スライドカンファレンスの標本は鏡検室（小会議室32）にて鏡検が可能です。

8. ランチョンセミナーについて

11月18日(金)・19日(土)の両日でお食事を用意いたします(設定時間・会場は、日程表をご参照ください)。ただし、数に限りがありますことをご了承ください。本セミナーは整理券制となっております。配布スケジュールは下記日程をご参照ください。総合受付近くの「整理券配布所」にて整理券を配布いたします(先着順、お一人様1枚のみとなります。またセミナー開始5分後には無効となります)。必ず、学会参加受付を済ませてから整理券をお受け取り下さい。

配布時間	11月18日(金)	9:00~11:00
	11月19日(土)	8:00~11:00

※11月18日に配布する整理券は11月18日のみです。11月19日分の整理券は11月19日朝より配布いたします。

※ランチョンセミナーの同時間帯で開催する講演等には下記の通り「吉野の鶏飯」とお茶をご用意する予定です(無料)。

11月18日(金):文化講演1「別府温泉の効用」
会長講演「皮膚の細胞診」

11月19日(土):感染症対策セミナー「病理検査室における感染対策のピットホール」
文化講演2「高崎山のサル社会」

9. 機器展示会場について

秋期大会会期中、別府国際コンベンションセンター ビーコンプラザ1F コンベンションホール内に設置いたします。

10. クロークについて

別府国際コンベンションセンター ビーコンプラザ1F及び2Fに設置いたしますクロークをご利用ください。

11. 会員懇親会について

日時:11月18日(金)18:10入場開始,18:30開宴

会場:第2会場(別府国際コンベンションセンター ビーコンプラザ2F レセプションホール)

参加費:3,000円

- (1) 懇親会は、懇親会参加用ネームホルダーをご着用の方以外はご遠慮願います。

12. 写真撮影・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。

13. 託児施設について

秋期大会ホームページをご確認ください。

<http://www.c-linkage.co.jp/jscc55atm>

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後に開示していただくこととなります。
3. 利益相反「なし」の場合も、必ず「利益相反なし」と記載していただきます。
4. 開示形式は下記、例1)～例2)をご参照ください。

各々の開示すべき事項についておよび自己申告が必要な金額は、日本臨床細胞学会ホームページ内の指針 (<http://jssc.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55回日本臨床細胞学会秋期大会 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55回日本臨床細胞学会秋期大会 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。

役員会・各種委員会等

11月17日(木) レンブラントホテル大分

13:30~14:00	細胞検査士会創立50周年記念事業打ち合わせ会議	2F	久住の間
14:00~15:00	細胞検査士会創立50周年記念事業全体会議	2F	久住の間
15:00~16:00	細胞検査士会役員会	2F	久住の間
16:00~17:00	細胞検査士会都道府県代表者会議	2F	久住の間

11月18日(金) 大分県立社会教育総合センター ニューライフプラザ

10:30~11:30	細胞診専門医総務会	2F	多目的ホール
-------------	-----------	----	--------

11月18日(金) 別府国際コンベンションセンター ビーコンプラザ

7:00~9:30	日本臨床細胞学会理事会	1F	第4会場(中会議室)
9:30~10:30	細胞診専門医資格試験実施委員長・副委員長会議	B1F	楽屋5
17:25~18:25	第56回秋期大会プログラム委員会	1F	第4会場(中会議室)

11月19日(土) 別府国際コンベンションセンター ビーコンプラザ

7:45~8:45	肺がん学会とのワーキンググループ	B1F	小会議室1
-----------	------------------	-----	-------

第55回 日本臨床細胞学会秋期大会 日程表

第1日目 2016年11月18日		7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
第1会場 フィルハーモニアホール (1F)	開 会 式				10:00 ~ 12:00	シンポジウム1 肺癌取扱い規約細胞判定基準の改訂 羽場 礼次, 齋藤 泰紀, 柿沼 廣邦, 三浦 弘之, 廣島 健三, 吉澤 明彦 座長: 佐藤 之俊		12:05 ~ 13:05 文化講演1 別府温泉の効用 平野 芳弘 座長: 廣川 満良
					10:00 ~ 12:00	シンポジウム2 Koilocytosisを再考する 笹川 寿之, 長峯 理子, 森谷 鈴子, 今野 良 座長: 三上 芳喜, 横山 正俊		12:10 ~ 13:00 ランチョンセミナー1 腫瘍細胞の免疫学的診断 演者: 戴下 竜司 座長: 田上 稔
第2会場 レセプションホール (2F)					10:00 ~ 12:00	シンポジウム4 変貌する乳癌診療における 細胞診の役割を再考する 坂井 威彦, 安毛 直美, 前田 ゆかり, 津田 祥子, 有馬 信之 座長: 大井 恭代, 北村 隆司		12:10 ~ 12:40 会長講演 皮膚の細胞診 横山 繁生 座長: 植田 政嗣
		7:00 ~ 9:30			第4会場 中会議室 (1F)		国際フォーラム (Global Asia Forum) Fine-Needle Aspiration (FNA) for Cellular Evaluation of Various Organs with Different Cytology Practice Setting Franco Fulciniti, Roque Gabriel Wisemman Pinto, Akihiko Kawahara, Bo Ping, Sule Canberk, Jeong Ja Kwak, Siaw Ming Chai Chair: Takuya Moriya, Masami Nambu	
第3会場 国際会議室 (3F)					10:00 ~ 12:00	シンポジウム6 唾液腺腫瘍の細胞診: 総論的理解を求めて 小川 郁子, 多田 雄一郎, 浦野 誠, 樋口 佳代子, 稲垣 宏 座長: 森永 正二郎, 島尾 義也		
		日本臨床細胞学会 理事会			10:00 ~ 10:45		10:45 ~ 11:30	11:30 ~ 12:00
第4会場 中会議室 (1F)					10:00 ~ 10:45	10:45 ~ 11:30	11:30 ~ 12:00	12:10 ~ 13:00
					教育講演2 EUS-FNAの 現状と未来 入澤 篤志 座長: 中泉 明彦	要望講演5 卵管・腹膜 病変の病理 加藤 哲子 座長: 山崎 文朗	応募演題 日本臨床細胞学 会雑誌に掲載さ れた論文の変遷 清水 健 座長: 竹島 信宏	ランチョンセミナー2 共催: 独立行政法人環境再生保全機構 演者: 畠 榮 座長: 松本 慎二
第5会場 リハーサル室 (B1F)					10:00 ~ 11:00	11:00 ~ 12:00		
					地域推薦演題1 口腔・唾液腺 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長: 河合 繁夫	地域推薦演題2 中皮・体腔液 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長: 若狭 朋子		
第6会場 小会議室31 (3F)					9:00 ~ 10:00	10:00 ~ 11:52		
					ポスター貼付 (1日目)	示説発表		
第7会場 小会議室2+3 (B1F)					10:00 ~ 18:00			
					機器展示会場 コンベンションホール (1F)			機器展示
ポスター会場 コンベンションホール (1F)								
機器展示会場 コンベンションホール (1F)								

14:00		15:00		16:00		17:00		18:00		19:00		20:00	
13:10 ~ 14:40 ワークショップ 1 LEGHの取り扱い 河内 茂人, 小島 淳美, 横山 良仁, 岡本 三四郎 座長: 加来 恒壽, 塩沢 丹里		14:40 ~ 15:25 教育講演 1 HPVと 子宮頸部腺癌 大森 真紀子 座長: 宮城 悦子		15:30 ~ 16:30 特別講演 1 ヘリコバクター・ピロリ と人類の移動の歴史 山岡 吉生 座長: 中山 淳		16:50 ~ 17:50 医療倫理セミナー 医療と研究に おける倫理 今井 浩光 座長: 鬼島 宏							
13:10 ~ 15:10 シンポジウム 3 よりよい標本作製を目指して —多分野からの提言— 阿部 英二, 有安 早苗, 山崎 泰樹, 藤島 史喜, 濱川 真治, 田所 猛 座長: 大橋 瑠子, 是松 元子								18:10 ~ 入場開始 18:30 ~ 20:30 会員懇親会					
13:10 ~ 13:55 要望講演 1 乳癌の組織型分類: 乳癌取り扱い規約と WHO分類 増田 しのぶ 座長: 土屋 眞一		13:55 ~ 15:55 婦人科ディベートセッション 子宮内膜細胞診は本当に必要なか? 松元 隆, 進 伸幸, 清川 貴子, 前田 宣延, 池本 理恵, 平本 直美 座長: 寺本 典弘, 矢野 恵子			15:55 ~ 16:40 要望講演 2 尿細胞診における 尿細管上皮細胞の 出方と見方 柳井 広之 座長: 村田 晋一		16:40 ~ 18:10 ワークショップ 2 泌尿器細胞診報告様式2015に沿った 細胞診断セミナー 小椋 聖子, 戸村 弘樹, 岡本 奈美, 小林 和浩, 浅見 英一 座長: 大谷 博, 三浦 弘守						
13:10 ~ 13:55 要望講演 3 口腔癌におけるHPV16, 18と p16の発現とその意義 関根 浄治 座長: 矢田 直美		13:55 ~ 15:25 ワークショップ 3 口腔細胞診境界病変に対する病理学的アプローチ —パピニコロウでのClass III, ベセスダ分類でのSIL, 3段階での偽陽性をどう扱うか— 石川 文隆, 松本 敬, 秀島 克巳, 川嶋 大輔 座長: 田沼 順一			15:25 ~ 17:25 シンポジウム 5 内膜病変 UP-TO-DATE 桜井 孝規, 松本 俊治, 林 透, 平沢 晃 座長: 杉山 裕子, 佐藤 勇一郎			17:25 ~ 18:25 第56回秋期大会 プログラム委員会					
13:10 ~ 13:55 要望講演 4 膵臓の細胞診ガイドラインと 新解凍取り扱い規約の 細胞診報告様式について 内藤 善哉 座長: 岡田 真也		13:55 ~ 15:25 ワークショップ 4 膵管内乳頭粘液性腫瘍の 鑑別と類縁病変 香月 奈穂美, 山口 浩, 大久保 文彦, 竹中 明美 座長: 広岡 保明, 坂谷 貴司			15:25 ~ 16:55 ワークショップ 5 LBC検体を用いたANCILLARY TECHNIQUES 大竹 賢太郎, 高田 奈美, 小山田 裕行, 中村 純子, 軸蘭 智雄 座長: 近藤 哲夫, 郡司 昌治			16:55 ~ 18:25 ワークショップ 6 呼吸器細胞診での検体取扱い 坂東 修二, 元井 紀子, 西村 早菜子, 町田 知久, 中西 陽子 座長: 三宅 真司, 串田 吉生					
13:10 ~ 13:55 要望講演 6 B細胞リンパ腫の 最近の知見と細胞診 中村 直哉 座長: 佐藤 孝		13:55 ~ 14:40 教育講演 3 T/NK細胞リンパ腫の 最近の知見と 細胞診へのフィードバック 竹下 盛重 座長: 細根 勝	14:40 ~ 15:25 要望講演 7 肺癌取り扱い規約 組織分類の改訂 大林 千穂 座長: 川本 雅司	15:25 ~ 16:10 教育講演 4 肺がんの細胞形態 と遺伝子診断 葛 幸治 座長: 門田 球一	16:10 ~ 16:55 要望講演 8 体腔液細胞診 —技術的側面を中心に— 洪田 秀美 座長: 鍋島 一樹	16:55 ~ 17:40 教育講演 5 悪性上皮腫の細胞像 ~中皮腫細胞診評価ワーキング グループの報告をふまえて~ 河原 邦光 座長: 亀井 敏昭							
13:10 ~ 13:55 地域推薦演題 3 骨・軟部 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長: 佐藤 信也		13:55 ~ 14:40 地域推薦演題 4 泌尿器 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長: 夏目 園子	14:40 ~ 15:25 地域推薦演題 5 甲状腺・副甲状腺 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長: 戸田 修二	15:25 ~ 16:25 地域推薦演題 6 乳腺・子宮頸部 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長: 寺畑 信太郎		16:25 ~ 17:25 地域推薦演題 7 子宮頸部 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長: 及川 洋恵							
13:10 ~ 16:19 示説発表					16:19 ~ 17:20 ポスター撤去 (1日目)								
10:00 ~ 18:00 機器展示													

第55回 日本臨床細胞学会秋期大会 日程表

第2日目 2016年11月19日		7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00
第1会場 フィルハーモニアホール (1F)	8:45～9:30	教育講演6 The Paris System : その基本概念と運用方法 都築 豊徳 座長：金城 満			シンポジウム7 泌尿器細胞診報告様式2015に沿った細胞診断 －リスクの検証－ 賀本 敏行, 今井 律子, 福田 正彦, 川崎 隆 座長：白石 泰三, 三村 明弘		11:50～12:50 感染対策セミナー 病理検査室における感染 対策のビットホール 平松 和史 座長：村田 哲也	
	第2会場 レセプションホール (2F)	8:45～9:30	9:35～10:20	10:20～11:50	12:00～13:00			
要望講演9 軟部腫瘍の 病理診断と細胞像 小田 義直 座長：山口 岳彦		要望講演10 乳腺細胞診における 免疫染色・分子生物 学的手法の応用 鹿股 直樹 座長：前田 一郎	ワークショップ7 乳腺の境界悪性病変： 細胞診どこまで迫れるか？ 山口 倫, 松澤 こず恵, 尾田 三世, 長嶋 真紀, 大橋 隆治 座長：小塚 祐司, 横山 俊朗	文化講演2 高崎山のサル社会 藤田 忠盛 座長：石原 明徳				
第3会場 国際会議室 (3F)	8:45～11:50 九州LBC研究会						12:00～12:50 ランチョンセミナー3 共催：ホロジックジャパン株式会社 演者：池本 理恵 座長：矢野 恵子	
	第4会場 中会議室 (1F)	8:45～9:30	9:35～10:20	10:20～11:50	12:00～12:50			
教育講演7 口腔細胞診に関する技術報告 ～採取器具別およびLBC法と 従来法の差異の検討～ 久山 佳代 座長：藤田 修一		教育講演8 唾液腺腫瘍の 病理組織診断と 細胞診断 長尾 俊孝 座長：草深 公秀	ワークショップ8 唾液腺細胞診の診断ポイント 加藤 拓, 駄阿 勉, 山元 英崇, 牛久 綾, 望月 紀英 座長：今村 好章, 大内 知之	ランチョンセミナー4 共催：サクラフアイクリニック株式会社 演者：安藤 加奈江, 庄盛 浩平 座長：森井 英一				
第5会場 リハーサル室 (B1F)	8:45～10:45 シンポジウム9 小児甲状腺腫瘍 菅間 博, 佐々木 栄司, 鈴木 彩葉, 樋口 観世子, 伊東 正博, 坂本 穆彦 座長：越川 卓, 丸田 淳子				10:45～11:30 教育講演9 甲状腺・ 副甲状腺腫瘍の 遺伝学的検査 内野 真也 座長：加藤 良平			
	第6会場 小会議室31 (3F)	8:45～9:30	9:30～10:15	10:20～11:05	11:05～11:50	12:00～12:50		
教育講演10 細胞診から考える 境界病変：WHO 分類改訂の影響 安田 政実 座長：吉田 志緒子		教育講演11 小さな子宮体癌131例の臨床 病理学的研究：体癌の早期 発見と自然史の解明のために 荷見 勝彦 座長：谷口 一郎	教育講演12 絨毛性疾患の病理診断 －胎芽着床のDNA多型による 遺伝子診断と病理診断の比較検討－ 兼城 英輔 座長：福永 眞治	要望講演11 卵巣子宮内膜症 関連病変の病理 笹島 ゆう子 座長：伊藤 潔	ランチョンセミナー5 共催：中外製薬株式会社 演者：丸川 活司, 河原 明彦 座長：羽場 礼次			
第7会場 小会議室2+3 (B1F)	8:45～9:30	9:30～10:30	10:30～11:15	11:15～12:00				
	地域推薦演題8 呼吸器・縦隔1 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長：福岡 順也	地域推薦演題9 呼吸器・縦隔2 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長：中谷 行雄	地域推薦演題10 消化器1 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長：矢野 博久	地域推薦演題11 消化器2 私が経験した 痛恨の一例, 会心の一例 座長：八尾 隆史				
ポスター会場 コンベンションホール (1F)	8:45～9:45 ポスター貼付 (2日目)			9:45～11:51 示説発表				
	8:45～15:00 機器展示会場 コンベンションホール (1F) 機器展示							

13:31 13:38 13:45 13:52 13:59 14:06 14:13 14:20 14:27 14:34 14:41 14:48 14:55 15:02 15:09 15:16 15:23 15:30 15:37 15:44 15:51 15:58 16:05 16:12 16:19

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
卵巢1 山下博 P-1-018～020			卵巢2 石原明 P-1-021～023			卵巢3 石井保吉 P-1-024～026			卵巢4 深澤一雄 P-1-027～029														
脳・頭頸部2 杉田保雄 P-1-050～053				脳・頭頸部3 山城勝重 P-1-054～057				子宮頸部1 永井公洋 P-1-058～060			子宮頸部2 梅澤聡 P-1-061～063			子宮頸部3 山口知彦 P-1-064～066			子宮頸部4 小林裕明 P-1-067～069			子宮頸部5 山本一郎 P-1-070～072			
呼吸器・縦隔4 山本珠美 P-1-090～093				呼吸器・縦隔5 谷山清己 P-1-094～096			呼吸器・縦隔6 横井豊治 P-1-097～099			呼吸器・縦隔7 稲山嘉明 P-1-100～103			呼吸器・縦隔8 西山尚子 P-1-104～107										
中皮腫2 入江準二 P-1-127～129			泌尿器1 河野真司 P-1-130～132			泌尿器2 森内昭 P-1-133～135			泌尿器3 服部学 P-1-136～138			泌尿器4 金室俊子 P-1-139～141											
乳腺2 横山宗伯 P-1-161～163			乳腺3 田宮貞史 P-1-164～166			乳腺4 有廣光司 P-1-167～169			乳腺5 植木美幸 P-1-170～172			乳腺6 田代敬 P-1-173～175			乳腺7 木下勇一 P-1-176～178			乳腺8 木佐貫篤 P-1-179～182					
口腔・唾液腺5 東美智代 P-1-202～204			口腔・唾液腺6 大田喜孝 P-1-205～207			口腔・唾液腺7 岸野万伸 P-1-208～210			口腔・唾液腺8 石橋浩晃 P-1-211～214														

●ポスター2日目(13:00～14:10)

13:00 13:07 13:14 13:21 13:28 13:35 13:42 13:49 13:56 14:03 14:10

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
卵巢5 加藤久盛 P-2-019～021			卵巢6 大城真理子 P-2-022～024			卵巢7 藤原潔 P-2-025～027			
泌尿器5 近藤能行 P-2-045～047			泌尿器6 濱田哲夫 P-2-048～051			泌尿器7 竹内保 P-2-052～054			
甲状腺・副甲状腺3 長沼廣 P-2-071～074				甲状腺・副甲状腺4 中島正洋 P-2-075～077					
骨・軟部4 杉田真太郎 P-2-095～097			骨・軟部5 村山寿彦 P-2-098～100						
乳腺9 畠山金太 P-2-116～118			乳腺10 瀬戸口美保子 P-2-119～122			乳腺11 南雲サチ子 P-2-123～125			
口腔・唾液腺9 中島豊 P-2-139～141			口腔・唾液腺10 奥沢悦子 P-2-142～144						

第55回 日本臨床細胞学会秋期大会 市民公開講座

11月19日(土) 14:10~16:10 第2会場(2F レセプションホール)

子宮がんと乳がんについて語ろう

座長：松本英雄 (レディースクリニック松本醫院)

1部：子宮がん

1. 大切にしたい自分の体~2度の子宮がんを経験して~

女優 原 千晶

2. 最近の子宮頸がんの動向~若い女性に増えている子宮頸がん~

大分県立病院婦人科部長 井上貴史

座長：上尾裕昭 (うえお乳腺外科)

2部：乳がん

1. 乳がんチーム医療の展開

うえお乳腺外科乳腺専門医 上尾裕昭

2. 乳腺診療における細胞診とは

厚生連鶴見病院細胞検査士 甲斐俊一

3. ころを支える~がん患者・家族へのメンタルサポート~

厚生連鶴見病院臨床心理士 加藤真樹子

4. 沢山の出会いにありがとう

リレー・フォー・ライフ大分実行委員長 乳がん体験者 山本克枝

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——

11月18日(金)・19日(土) 1F コンベンションホール

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。Love49活動に関するアンケートの集計結果からは、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ため、各都道府県に様々な問題が生じていることが判明致しました。また、啓発活動中に実施した市民向けアンケート調査では、今年度の結果を5年前と比較することにより、今後の啓発活動の方向性が見えてきました。

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55回日本臨床細胞学会秋期大会横山繁生会長に深謝致します。

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

細胞診専門医会会員へのお知らせ

※細胞診専門医セミナーの受付は昨年までは複写用紙を配布しておりましたが、今大会からご参加の方は必ず会員カードをご持参下さい。会員カードの読み取りで出席の登録を行います。

1. 細胞診専門医セミナー(教育研修指導医講習会を兼ねる)

11月19日(土) 14:30~15:30 第1会場 フィルハーモニアホール

植田 政嗣:「日本専門医機構と細胞診専門医制度—現状と展望—」

杉山 裕子:「教育研修に関わるガイドライン(細胞診専門医資格認定試験ガイドライン)の改定に関して」

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55回日本臨床細胞学会秋期大会学術プログラムの中から細胞診専門医の生涯教育のための研修プログラムとして特にふさわしい下記の講演を細胞診専門医会が選定し「細胞診専門医研修指定講座」に決定いたしました。

なお、今大会から入場時に会員カードの読み取りを行います。

入場時にはカードの読み取りにご協力頂きますようお願い申し上げます。

また、従来から配布してまいりました「聴講証明書」も配布いたしますのでお受取り願います。

医療倫理セミナー

11月18日(金) 16:50~17:50 第1会場 フィルハーモニアホール

「医療と研究における倫理」

今井 浩光(大分大学医学部医療倫理学講座)

感染対策セミナー

11月19日(土) 11:50~12:50 第1会場 フィルハーモニアホール

「病理検査室における感染対策のピットホール」

平松 和史(大分大学医学部附属病院感染制御部)

医療安全セミナー

11月19日(土) 13:10~14:10 第1会場 フィルハーモニアホール

「医療事故の対処手法に関する一考察」

麻生 利勝(麻生総合法律事務所)

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。なお、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 土屋眞一

細胞診専門医委員会委員長 齋藤 豪

第55回日本臨床細胞学会秋期大会 会長 横山繁生

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

1F メインエントランス 「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

11月18日（金）9：00～18：00

11月19日（土）8：00～15：00

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。
会場にて会員カード（日本臨床細胞学会発行）の読取りを行います。

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）

医療倫理セミナー

11月18日（金）16：50～17：50 第1会場 フィルハーモニアホール

「医療と研究における倫理」

今井 浩光（大分大学医学部医療倫理学講座）

感染対策セミナー

11月19日（土）11：50～12：50 第1会場 フィルハーモニアホール

「病理検査室における感染対策のピットホール」

平松 和史（大分大学医学部附属病院感染制御部）

医療安全セミナー

11月19日（土）13：10～14：10 第1会場 フィルハーモニアホール

「医療事故の対処手法に関する一考察」

麻生 利勝（麻生総合法律事務所）

産婦人科領域講習

11月19日（土）13：05～14：05 第2会場 レセプションホール 特別講演2

「細胞外小胞による疾患解明と診断」

落谷 孝広（国立がん研究センター分子細胞治療研究分野）

第55回日本臨床細胞学会秋期大会 プログラム委員／実行委員

会 長	横山 繁生 (大分大学医学部診断病理学講座)
副会長	駄阿 勉 (大分大学医学部診断病理学講座)
	松本 英雄 (レディースクリニック松本醫院)
実行委員長	米増 博俊 (大分赤十字病院検査部)
副実行委員長	甲斐 俊一 (大分県厚生連鶴見病院病理診断科)
	長浜 純二 (大分大学医学部附属病院病理部)
事務局長	丸田 淳子 (医療法人野口病院研究検査科病理)
会計(経理)	平丸 正宣 (大分県地域保健支援センター)
プログラム委員長	ト部 省悟 (大分県立病院臨床検査科病理部)
顧問	柏村 正道 (ウイメンズKMクリニック)
	加来 恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)
	北尾 學 (医療法人久寿会)
	榎原 久司 (大分大学医学部産婦人科学講座)
	杉尾 賢二 (大分大学医学部呼吸器・乳腺外科学講座)
	谷口 一郎 (大分県地域保健支援センター)
	辻 浩一 (大分東部病院検査科)
	石井 博基 (石井産婦人科)

■プログラムコア委員 (敬称略・50音順)

大谷 博 (社会医療法人財団白十字会白十字病院臨床検査科)	長尾 俊孝 (東京医科大学人体病理学分野)
加来 恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)	羽場 礼次 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)
小林 忠男 (大阪大学大学院医学系研究科)	廣川 満良 (医療法人神甲会隈病院病理診断科)
関根 浄治 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)	三上 芳喜 (熊本大学医学部附属病院病理診断科)
内藤 善哉 (日本医科大学統御機構病理学)	森谷 卓也 (川崎医科大学病理学2)

■プログラム委員 (敬称略・50音順)

青木 大輔 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)	岩成 治 (鳥根県立中央病院産婦人科)
石井 保吉 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ細胞病理診断科)	植田 政嗣 (大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)
石原 明德 (JA三重厚生連松阪中央総合病院臨床病理科)	宇田川康博 (獨協医科大学／藤田保健衛生大学)
井関 充及 (国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院病理診断科)	浦野 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科I)
市原 周 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター)	大井 恭代 (社会医療法人博愛会相良病院病理診断科)
伊藤以知郎 (静岡県立静岡がんセンター臨床病理部)	長村 義之 (国際医療福祉大学三田病院)
伊藤 仁 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)	小田 義直 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理)
今村 好章 (福井大学医学部附属病院病理診断科・病理部)	小山 徹也 (群馬大学大学院病理診断学)
岩坂 剛 (医療法人社団高邦会高木病院)	鹿毛 政義 (久留米大学先端癌治療研究センター)
	方山 揚誠 (PCL盛岡病理・細胞診センター)
	加藤 拓 (杏林大学医学部附属病院病理部)

- 加藤 良平 (山梨大学医学部人体病理学講座)
 神尾多喜浩 (済生会熊本病院中央検査部病理診断科)
 亀井 敏昭 (PCL 福岡病理・細胞診センター)
 河合 俊明 (戸田中央臨床検査研究所)
 河原 明彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)
 河原 邦光 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)
 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)
 木佐貫 篤 (宮崎県立日南病院病理診断科)
 岸川 正大 (医療法人長崎病理長崎病理診断科)
 清川 貴子 (東京慈恵会医科大学病理学講座)
 黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I)
 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)
 小林 裕明 (鹿児島大学病院産科婦人科)
 小松 京子 (公益財団法人がん研究会有明病院)
 是松 元子 (株式会社 LSI メディエンス)
 齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学)
 寒河江 悟 (札幌西孝仁会クリニック婦人科)
 坂本 穆彦 (大森赤十字病院)
 桜井 孝規 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
 佐々木 寛 (医療法人沖繩徳洲会千葉徳洲会病院婦人科)
 笹生 俊一 (八戸赤十字病院臨床検査室)
 佐藤 康晴 (岡山大学大学院保健学研究科病態情報科学)
 佐藤 之俊 (北里大学医学部呼吸器外科学)
 島尾 義也 (宮崎県立宮崎病院病理診断科)
 清水 健 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)
 清水 道生 (博慈会記念総合病院病理診断センター)
 下釜 達朗 (社会医療法人製鉄記念八幡病院病理診断科)
 上坊 敏子 (JCHO 相模野病院婦人科)
 白石 泰三 (桑名市総合医療センター)
 園部 宏 (独立行政法人労働者健康安全機構岡山労災病院中央検査部病理診断科)
 竹島 信宏 (公益財団法人がん研究会有明病院婦人科)
 竹中 明美 (大阪府立成人病センター病理細胞診断科)
 田中 文彦 (帝京大学医療技術学部)
 田中 陽一 (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)
 田丸 淳一 (埼玉医科大学総合医療センター病理部)
 辻本 正彦 (大阪警察病院病理診断科)
 津田 均 (防衛医科大学校病態病理学)
 土屋 眞一 (社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)
 都築 豊徳 (愛知医科大学病院病理部)
 寺本 典弘 (四国がんセンター病理科)
 中泉 明彦 (創価大学看護学部)
 中谷 行雄 (千葉大学医学研究院診断病理学)
 中山 淳 (信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室)
 南雲サチ子 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)
 鍋島 一樹 (福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科)
 西山 憲一 (福岡赤十字病院病理診断科)
 根本 則道 (日本大学医学部総合医学研究所)
 則松 良明 (愛媛県立医療技術大学)
 濱田 哲夫 (九州旅客鉄道株式会社 JR 九州病院病理診断科)
 林 透 (潤和会記念病院病理診断科)
 平井 康夫 (東京女子医科大学)
 広岡 保明 (鳥取大学医学部保健学科病態検査学)
 福永 眞治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院病院病理部)
 前田昭太郎 (株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診センター)
 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)
 三上 幹男 (東海大学医学部専門診療学系産婦人科)
 水口 國雄 (帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科)
 湊 宏 (金沢医科大学臨床病理学)
 南口早智子 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
 三宅 真司 (東京医科大学病院病理診断科)
 三宅 康之 (倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)
 村田 晋一 (和歌山県立医科大学人体病理学教室)
 村田 哲也 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院)
 森井 英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理部)
 八重樫伸生 (東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野)
 安田 政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)
 柳井 広之 (岡山大学病院病理診断科)
 矢納 研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科)
 山口 倫 (久留米大学医学部附属医療センター病理診断科)
 山城 勝重 (独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部)
 横山 正俊 (佐賀大学医学部産科婦人科)
 横山 宗伯 (東京警察病院病理診断科)
 吉見 直己 (琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座)
 若狭 研一 (医療法人藤井会石切生喜病院病理診断科)
 若狭 朋子 (近畿大学医学部奈良病院病理診断科)

第55回日本臨床細胞学会秋期大会 学術集会プログラム

特別講演

特別講演 1 11月18日(金) 15:30~16:30 第1会場(1F フィルハーモニアホール)
座長: 中山 淳 (信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室)
ヘリコクター・ピロリと人類の移動の歴史
大分大学医学部環境・予防医学講座 山岡吉生

特別講演 2 11月19日(土) 13:05~14:05 第2会場(2F レセプションホール)
座長: 湊 宏 (金沢医科大学臨床病理学)
細胞外小胞による疾患解明と診断
国立がん研究センター研究所分子細胞治療研究分野 落谷孝広

会長講演

11月18日(金) 12:10~12:40 第3会場(3F 国際会議室)
座長: 植田政嗣 ((財)大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)
皮膚の細胞診
大分大学医学部診断病理学講座 横山繁生

文化講演

文化講演 1 11月18日(金) 12:05~13:05 第1会場(1F フィルハーモニアホール)
座長: 廣川満良 (隈病院病理診断科)
別府温泉の効用
別府八湯ウォーク協議会 平野芳弘

文化講演2 11月19日(土) 12:00~13:00 第2会場(2F レセプションホール)
座長:石原明德(JA三重厚生連松阪中央総合病院臨床病理科)
高崎山のサル社会
高崎山自然動物園 藤田忠盛

要望講演

要望講演1 11月18日(金) 13:10~13:55 第3会場(3F 国際会議室)
座長:土屋眞一(社団法人栗山会飯田病院病理診断科)
乳癌の組織型分類:乳癌取扱い規約とWHO分類
日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野 増田しのぶ

要望講演2 11月18日(金) 15:55~16:40 第3会場(3F 国際会議室)
座長:村田晋一(和歌山県立医科大学人体病理学教室)
尿細胞診における尿細管上皮細胞の出方と見方
岡山大学病院病理診断科 柳井広之

要望講演3 11月18日(金) 13:10~13:55 第4会場(1F 中会議室)
座長: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)
口腔病変におけるHPV16,18とp16の発現とその意義
島根大学医学部歯科口腔外科学講座 関根浄治

要望講演4 11月18日(金) 13:10~13:55 第5会場(B1F リハーサル室)
座長:岡田真也(国際医療福祉大学病院病理診断科)
膵臓の細胞診ガイドラインと新膵癌取扱い規約の細胞診報告様式について
日本医科大学医学部大学院統御機構診断病理学 内藤善哉

要望講演5 11月18日(金) 10:45~11:30 第6会場(3F 小会議室31)
座長:山崎文朗(JCHO佐賀中部病院検査科)
卵管・腹膜病変の病理
弘前大学医学部附属病院病理部 加藤哲子

要望講演6 11月18日(金) 13:10~13:55 第6会場(3F 小会議室31)
座長:佐藤 孝(岩手医科大学病理学講座機能病態学分野)
B細胞リンパ腫の最近の知見と細胞診
東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 中村直哉

要望講演 7 11月18日(金) 14:40~15:25 第6会場(3F 小会議室31)
座長:川本雅司(帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)

肺癌取扱い規約組織分類の改訂

奈良県立医科大学医学部病理診断学講座 大林千穂

要望講演 8 11月18日(金) 16:10~16:55 第6会場(3F 小会議室31)
座長:鍋島一樹(福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科)

体腔液細胞診—技術的側面を中心に—

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⁾

○渋田秀美¹⁾, 安永佳麻里¹⁾, 亀井敏昭²⁾

要望講演 9 11月19日(土) 8:45~9:30 第2会場(2F レセプションホール)
座長:山口岳彦(獨協医科大学越谷病院病理診断科)

軟部腫瘍の病理診断と細胞像

九州大学医学研究院形態機能病理 小田義直

要望講演 10 11月19日(土) 9:35~10:20 第2会場(2F レセプションホール)
座長:前田一郎(聖マリアンナ医科大学診断病理学教室)

乳腺細胞診における免疫染色・分子生物学的手法の応用

川崎医科大学病理学2 鹿股直樹

要望講演 11 11月19日(土) 11:05~11:50 第6会場(3F 小会議室31)
座長:伊藤 潔(東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野)

卵巣子宮内膜症関連病変の病理

帝京大学医学部病院病理部 笹島ゆう子

教育講演

教育講演 1 11月18日(金) 14:40~15:25 第1会場(1F フィルハーモニアホール)
座長:宮城悦子(横浜市立大学付属病院産婦人科)

HPV と子宮頸部腺癌

山梨大学医学部産婦人科 大森真紀子

教育講演 2 11月18日(金) 10:00~10:45 第6会場(3F 小会議室31)
座長:中泉明彦(創価大学看護学部)

EUS-FNA の現状と未来

福島県立医科大学会津医療センター消化器内科学 入澤篤志

- 教育講演 3** 11月18日(金) 13:55~14:40 第6会場(3F 小会議室31)
座長: 細根 勝 (日本医科大学多摩永山病院病理診断科)
T/NK細胞リンパ腫の最近の知見と細胞診へのフィードバック
福岡大学医学部病理学 竹下盛重
- 教育講演 4** 11月18日(金) 15:25~16:10 第6会場(3F 小会議室31)
座長: 門田球一 (香川大学医学部附属病院病理診断科)
肺がんの細胞形態と遺伝子診断
関西医科大学病態検査学講座 薦 幸治
- 教育講演 5** 11月18日(金) 16:55~17:40 第6会場(3F 小会議室31)
座長: 亀井敏昭 (PCL福岡病理・細胞診センター)
悪性中皮腫の細胞像~中皮腫細胞診評価ワーキンググループの報告をふまえて~
大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科 河原邦光
- 教育講演 6** 11月19日(土) 8:45~9:30 第1会場(1F フィルハーモニアホール)
座長: 金城 満 (社会医療法人製鉄記念八幡病院診療技術部)
The Paris System: その基本概念と運用方法
愛知医科大学医学部病理診断科 都築豊徳
- 教育講演 7** 11月19日(土) 8:45~9:30 第4会場(1F 中会議室)
座長: 藤田修一 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科口腔病理学分野)
口腔細胞診に関する技術報告~採取器具別およびLBC法と従来法の差異の検討~
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検査科³⁾, 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座⁴⁾,
千葉県立保健医療大学健康科学部歯科衛生学科⁵⁾
○久山佳代^{1,2)}, 松本 敬²⁾, 浮ヶ谷匡恭³⁾, 二谷悦子²⁾, 森川美雪¹⁾,
末光正昌^{1,2)}, 斉藤隆明³⁾, 山本 泰⁴⁾, 酒巻裕之⁵⁾
- 教育講演 8** 11月19日(土) 9:35~10:20 第4会場(1F 中会議室)
座長: 草深公秀 (静岡県立静岡がんセンター病理診断科)
唾液腺腫瘍の病理組織診断と細胞診断
東京医科大学人体病理学分野 長尾俊孝
- 教育講演 9** 11月19日(土) 10:45~11:30 第5会場(B1F リハーサル室)
座長: 加藤良平 (山梨大学大学院医学工学総合研究部・人体病理学講座)
甲状腺・副甲状腺腫瘍の遺伝学的検査
医療法人野口記念会野口病院外科 内野真也
- 教育講演 10** 11月19日(土) 8:45~9:30 第6会場(3F 小会議室31)
座長: 吉田志緒子 ((公財)東京都予防医学協会母子保健検査部)
細胞診から考える境界病変: WHO分類改訂の影響
埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 安田政実

教育講演 11 11月19日(土) 9:30~10:15 第6会場(3F 小会議室31)

座長: 谷口一郎(大分県地域保健支援センター)

小さな子宮体癌 131 例の臨床病理学的研究: 体癌の早期発見と自然史の解明のために

がん研有明病院婦人科・細胞診断部 ○荷見勝彦, 杉山裕子

教育講演 12 11月19日(土) 10:20~11:05 第6会場(3F 小会議室31)

座長: 福永真治(新百合ヶ丘総合病院病理診断科)

絨毛性疾患の病理診断—胎状奇胎の DNA 多型による遺伝子診断と病理診断の比較検討—

九州大学病院産科婦人科¹, 九州大学保健学科²

○兼城英輔¹, 奥川 馨¹, 矢幡秀昭¹, 園田顕三¹, 加来恒壽², 加藤聖子¹

シンポジウム

シンポジウム 1 11月18日(金) 10:00~12:00 第1会場(1F フィルハーモニアホール)

座長: 佐藤之俊(北里大学医学部呼吸器外科学)

肺癌取扱い規約細胞判定基準の改訂

S1-1 腺癌と扁平上皮癌における細胞診判定基準改訂の概略

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部¹, 北里大学医学部呼吸器外科学², 京都大学医学部附属病院病理診断科³, 大阪府立成人病センター病理・細胞診断科⁴, 東京医科大学病院病理・細胞診断科⁵, 北里大学病院病理部⁶, がん研究会有明病院呼吸器センター⁷

○羽場礼次¹, 佐藤之俊², 吉澤明彦³, 竹中明美⁴, 三宅真司⁵, 柿沼廣邦⁶, 宝来 威⁷

S1-2 腺癌との鑑別を要する反応性異型細胞の細胞所見

宮城県結核予防会複十字健診センター¹, 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科², 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科³

○齋藤泰紀¹, 河原邦光², 廣島健三³

S1-3 神経内分泌腫瘍の細胞診

北里大学病院病理部¹, 北里大学医学部呼吸器外科学²

○柿沼廣邦¹, 佐藤之俊²

S1-4 肺癌取扱い規約 集団検診改定の要点

東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科

○三浦弘之

S1-5 悪性胸膜中皮腫の細胞診

東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科

○廣島健三

S1-6 肺癌取扱い規約 細胞診改訂のまとめ(肺癌細胞診と遺伝子検査の連続性)

京都大学医学部附属病院病理診断科

○吉澤明彦

シンポジウム2 11月18日(金) 10:00~12:00 第2会場(2F レセプションホール)

座長: 三上芳喜(熊本大学医学部附属病院病理診断科)

横山正俊(佐賀大学医学部産婦人科)

Koilocytosisを再考する

- S2-1 HPVのバイオロジー
金沢医科大学医学部産科婦人科
○笹川寿之
- S2-2 細胞診からみたコイロサイトーシス
熊本赤十字病院病理診断科
○長峯理子
- S2-3 CINの診断におけるコイロサイトーシスの意義
滋賀医科大学附属病院病理部¹⁾, 滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座²⁾, 東近江総合医療センター研究検査科³⁾
○森谷鈴子¹⁾, 九嶋亮治²⁾, 宮平良満¹⁾, 岩井宗男¹⁾, 林 裕司¹⁾, 岡本 望¹⁾, 山口 大¹⁾,
籠谷亜希子¹⁾, 春日 希¹⁾, 佐伯仁志³⁾
- S2-4 子宮頸がん検診の方法としての細胞診と諸検査—現在と近い将来
自治医科大学附属さいたま医療センター
○今野 良

シンポジウム3 11月18日(金) 13:10~15:10 第2会場(2F レセプションホール)

座長: 大橋瑠子(新潟大学医学部病理標本センター)

是松元子(株式会社LSIメディエンス病理・細胞診センター)

よりよい標本作製を目指して—多分野からの提言—

- S3-1 乳腺穿刺吸引細胞診における採取材料の肉眼的性状からみた標本作製の工夫
北九州市保健福祉局保健衛生部保健予防課¹⁾, 北九州市立医療センター診療支援部臨床検査技術課²⁾, 北九州市立医療センター病理診断科³⁾
○阿部英二¹⁾, 片山貴美香²⁾, 中村淑美²⁾, 田宮貞史³⁾
- S3-2 尿細胞診の現状を踏まえたよりよい標本作製とは
国立病院機構福山医療センター臨床検査科
○有安早苗
- S3-3 胆汁細胞診におけるより良い標本作製法を探る
獨協医科大学越谷病院病理診断科
○山崎泰樹, 形山幸子, 岡村卓哉, 古谷津純一, 上田善彦
- S3-4 膵胆道系病変からの直接細胞採取法における組織・細胞診断
東北大学医学部医学系研究科病理診断学¹⁾, 東北大学病院病理部²⁾, 大崎市民病院病理診断科³⁾
○藤島史喜¹⁾, 三浦弘守²⁾, 山口祐香²⁾, 村山優理香²⁾, 今野かおり²⁾, 安達友津²⁾, 小泉照樹²⁾,
菅原隆稜²⁾, 谷内真司²⁾, 佐藤聡子³⁾, 渡辺みか²⁾, 笹野公伸^{1,2)}
- S3-5 セルブロック法のより良い標本作製法を目指して
公立昭和病院臨床検査科¹⁾, 昭和大学大学院臨床病理学²⁾, PCL福岡細胞病理センター³⁾, 公立昭和病院病理診断科⁴⁾
○濱川真治^{1,2)}, 柏崎好美¹⁾, 櫻井 勉¹⁾, 近藤洋一¹⁾, 倉品賢治¹⁾, 小坂美絵¹⁾, 若林 良¹⁾,
瀧本雅文²⁾, 亀井敏昭³⁾, 清水誠一郎⁴⁾

- S3-6 退色細胞診標本再染色の検討
市立砺波総合病院臨床検査科
○田所 猛

シンポジウム 4 11月18日(金) 10:00~12:00 第3会場 (3F 国際会議室)

座長: 大井恭代 (博愛会相良病院病理診断科)

北村隆司 (昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室)

変貌する乳癌診療における細胞診の役割を再考する

- S4-1 最近の乳癌診療～乳癌の過剰診断について～
がん研究会有明病院乳腺センター乳腺外科
○坂井威彦, 森園英智
- S4-2 乳腺超音波検診導入に対する穿刺吸引細胞診(FNAC)の役割—MMG/US 併用検診のデータから—
たけべ乳腺外科クリニック¹⁾, 高松平和病院病理検査²⁾
○安毛直美¹⁾, 兼近典子¹⁾, 新井貴士¹⁾, 武部晃司¹⁾, 横山智子²⁾, 宮西智恵²⁾, 佐藤 明²⁾
- S4-3 低異型度癌の診断と運用について
社会医療法人博愛会相良病院病理診断科
○前田ゆかり, 大井恭代, 永尾聡子, 皆倉愛美, 北園暢子
- S4-4 乳腺細胞診の新たな役割について
昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室
○津田祥子
- S4-5 変貌する乳癌診療における細胞診の役割を再考する 「専門医の立場から」
くまもと森都総合病院病理診断科
○有馬信之

シンポジウム 5 11月18日(金) 15:25~17:25 第4会場 (1F 中会議室)

座長: 杉山裕子 (がん研究会有明病院細胞診断部)

佐藤勇一郎 (宮崎大学医学部附属病院病理診断科)

内膜病変 UP-TO-DATE

- S5-1 内膜癌の多彩性
京都大学医学部附属病院病理診断科
○桜井孝規
- S5-2 Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN)
順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科
○松本俊治
- S5-3 Serous endometrial glandular dysplasia (EmGD)のLBC(BD-SurePath)での検出
潤和会記念病院病理診断科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾, 宮崎県立宮崎病院産婦人科³⁾
○林 透¹⁾, 島尾義也²⁾, 丸塚浩助²⁾, 稲田千文²⁾, 木田裕子²⁾, 嶋本富博³⁾
- S5-4 リンチ症候群—その遺伝子型と表現型—
慶應義塾大学医学部産婦人科
○平沢 晃, 山上 亘, 阪埜浩司, 進 伸幸, 青木大輔

シンポジウム6 11月18日(金) 10:00~12:00 第5会場 (B1F リハーサル室)

座長: 森永正二郎 (北里研究所病院病理診断科)

島尾義也 (宮崎県立宮崎病院病理診断科)

唾液腺腫瘍の細胞診: 総論的理解を求めて

- S6-1 唾液腺腫瘍の病理組織診断の基本
 広島大学病院口腔検査センター¹, 広島大学大学院医歯薬保健学研究院口腔顎顔面病理病態学研究室²
 ○小川郁子¹, 高田 隆²
- S6-2 唾液腺腫瘍の臨床と細胞診
 国際医療福祉大学三田病院頭頸部腫瘍センター¹, 国際医療福祉大学三田病院病理診断部², 山王病院病理診断科³, 東京医科大学人体病理学講座⁴
 ○多田雄一郎¹, 玉井誠一², 森 一郎², 相田真介², 西井しのぶ³, 佐野弘子³, 長尾俊孝⁴
- S6-3 唾液腺腫瘍の穿刺吸引細胞診: 実際のアプローチの仕方
 藤田保健衛生大学医学部病理診断科
 ○浦野 誠
- S6-4 唾液腺病変における穿刺吸引細胞診の報告様式: 国内外の最新の知見を含めて
 慈泉会相澤病院病理診断科¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科², 隈病院病理診断科³
 ○樋口佳代子¹, 浦野 誠², 廣川満良³
- S6-5 唾液腺腫瘍における遺伝子異常とその細胞診断への応用
 名古屋市立大学大学院医学研究科
 ○稲垣 宏

シンポジウム7 11月19日(土) 9:30~11:30 第1会場 (1F フィルハーモニアホール)

座長: 白石泰三 (桑名市総合医療センター)

三村明弘 (大阪労災病院中央検査部)

泌尿器細胞診報告様式2015に沿った細胞診断—リスクの検証—

- S7-1 本邦報告様式の臨床的意義~泌尿器科医の立場から~
 宮崎大学医学部泌尿器科
 ○賀本敏行
- S7-2 泌尿器細胞診新報告様式各判定区分に含まれるHGUCの頻度
 公立西知多総合病院¹, 名古屋液掖済会病院病理診断科²
 ○今井律子¹, 夏目園子², 田中瑞穂², 大池里枝², 横井豊治², 佐竹立成²
- S7-3 『泌尿器細胞診報告様式2015』の運用とリスクについて~検査センターの立場から~
 株式会社 LSI メディエンス病理細胞診ラボラトリー
 ○福田正彦, 橋本由紀子, 是松元子, 前田昭太郎
- S7-4 がん診療連携拠点病院におけるHGUCのリスクの検証
 新潟県立がんセンター新潟病院病理部
 ○川崎 隆

シンポジウム 8 11月19日(土) 13:00~15:00 第4会場(1F 中会議室)

座長: 清水道生 (博慈会記念総合病院病理診断センター)

松原美幸 (日本医科大学付属病院病理部)

ニッチな領域の細胞診

- S8-1 眼科領域の細胞診検体の検討
埼玉医科大学病院中央病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学病理学教室²⁾, 博慈会記念総合病院病理診断センター³⁾
○政岡秀彦¹⁾, 稲田博輝¹⁾, 細沼沙紀¹⁾, 瀬山幸子¹⁾, 土居美枝子¹⁾, 金野美年子¹⁾, 李 治平^{1,2)}, 金 玲^{1,2)}, 市村隆也^{1,2)}, 石澤圭介^{1,2)}, 清水道生³⁾, 山田健人^{1,2)}, 佐々木惇^{1,2)}
- S8-2 上気道の細胞診
産業医科大学病院病理診断科
○松山篤二
- S8-3 消化管の細胞診
日本医科大学多摩永山病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学²⁾, LSI メディエンス病理・細胞診センター³⁾, 博慈会記念総合病院病理診断センター⁴⁾
○片山博徳¹⁾, 細根 勝¹⁾, 新井 悟¹⁾, 内藤善哉²⁾, 前田昭太郎³⁾, 清水道生⁴⁾
- S8-4 皮膚の細胞診
大分大学医学部診断病理学講座
○西田陽登, 小山雄三, 門脇裕子, 草場敬浩, 荒金茂樹, 駄阿 勉, 横山繁生
- S8-5 腎・副腎の細胞診: 臨床的に重要な点を中心として
東北大学病院病理部
○渡辺みか

シンポジウム 9 11月19日(土) 8:45~10:45 第5会場(B1F リハーサル室)

座長: 越川 卓 (修文大学看護学部)

丸田淳子 ((医)野口記念会野口病院研究検査科病理)

小児甲状腺腫瘍

- S9-1 小児甲状腺癌の特徴
杏林大学医学部病理学
○菅間 博
- S9-2 びまん性硬化型乳頭癌
伊藤病院診療技術部臨床検査室¹⁾, 山梨大学人体病理学講座²⁾, 慶応大学病院病理診断部³⁾, 伊藤病院外科⁴⁾
○佐々木栄司¹⁾, 近藤哲夫²⁾, 亀山香織³⁾, 伊藤公一⁴⁾
- S9-3 甲状腺筋型乳頭癌の臨床と細胞診
隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾
○鈴木彩菜¹⁾, 廣川満良²⁾, 宮内 昭³⁾
- S9-4 充実型乳頭癌の組織と細胞所見
隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾
○樋口観世子¹⁾, 廣川満良²⁾, 伊藤歩紀¹⁾, 高田奈美¹⁾, 鈴木彩菜¹⁾, 山尾直輝¹⁾, 隈 晴二²⁾, 宮内 昭³⁾
- S9-5 チェルノブイリ原発事故と甲状腺癌
国立病院機構長崎医療センター臨床研究センター機能形態研究部
○伊東正博

- S9-6 福島原発事故と福島県民健康調査
大森赤十字病院検査部
○坂本穆彦

細胞検査士会要望教育シンポジウム

11月19日(土) 13:00~15:00 第5会場 (B1F リハーサル室)

座長: 加戸伸明 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)
松本慎二 (福岡大学病院病理部)

免疫染色とセルブロック法

- SYS-1 細胞転写法の“これまで”と“これから”—免疫細胞化学を中心に—
川崎医科大学附属病院病理部¹⁾, 川崎医科大学中央研究センター²⁾, 川崎医療短期大学
臨床検査科³⁾, 川崎医科大学附属川崎病院病理部⁴⁾, 川崎医科大学病理学¹⁾, 川崎医科大学病
理学²⁾
○米 亮祐¹⁾, 福屋美奈子¹⁾, 菅野豊子¹⁾, 岩知道伸久²⁾, 小林江利¹⁾, 小林博久¹⁾, 鐵原拓雄³⁾,
畠 榮⁴⁾, 西村広健⁵⁾, 伊禮 功⁵⁾, 秋山 隆⁵⁾, 鹿股直樹⁶⁾, 濱崎周次⁵⁾, 森谷卓也⁶⁾,
定平吉都⁵⁾
- SYS-2 乳管上皮増殖性病変の細胞集塊における抗CK14抗体と抗p63抗体の有用性
九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 九州大学大学院形態機能病理学²⁾, 九州大学大学院保健
学部門³⁾
○寺戸信芳¹⁾, 平橋美奈子^{2,3)}, 杉島節夫³⁾, 仲 正喜¹⁾, 中附加奈子¹⁾, 野上美和子¹⁾,
大久保文彦¹⁾, 山元英崇^{1,2)}, 小田義直^{1,2)}
- SYS-3 尿細胞診に有用な免疫染色について
国立病院機構岩国医療センター
○佐藤正和
- SYS-4 LBC法における免疫染色—注意点やpitfallについて—
筑波大学附属病院病理部¹⁾, 東京医科大学茨城医療センター病理診断部²⁾, 筑波大学医学医
療系診断病理³⁾
○中川智貴¹⁾, 村田佳彦¹⁾, 藤原広美¹⁾, 森下由紀雄²⁾, 野口雅之³⁾
- SYS-5 各種セルブロック法のメリット・デメリットについて
大阪府立成人病センター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪府立成人病センター病理・細胞診
断科²⁾
○棚田 諭¹⁾, 竹中明美²⁾, 芦村純一¹⁾, 龍あゆみ¹⁾, 津崎沙世子¹⁾, 西村早菜子¹⁾, 溝口佳緒里¹⁾,
梅野佳美¹⁾, 冨田裕彦²⁾
- SYS-6 セルブロック作製法の標準化を目指して—セルブロック作製におけるピットフォール—
北海道大学病院病理部¹⁾, 北海道大学大学院医学研究科分子診断病理学分野²⁾, 北海道大学
病院コンパニオン診断研究部門³⁾
○丸川活司^{1,2)}, 畑中 豊³⁾, 松野吉宏^{1,2,3)}

ワークショップ

ワークショップ 1 11月18日(金) 13:10~14:40 第1会場 (1F フィルハーモニアホール)

座長：加来恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)

塩沢丹里 (信州大学産婦人科)

LEGHの取り扱い

- W1-1 LEGHの形態と生物学的特性
九州医療センター病理診断科
○河内茂人
- W1-2 自験例から考えるLEGHのマネジメント (1)
岩手医科大学医学部産婦人科¹⁾, 四国がんセンター病理科²⁾, 四国がんセンター婦人科³⁾, 四国がんセンター臨床検査科⁴⁾, 愛媛大学医学部産科婦人科⁵⁾
○小島淳美¹⁾, 寺本典弘²⁾, 大亀真一³⁾, 白山裕子³⁾, 田中慎一⁴⁾, 田母神佐智子⁴⁾, 高畑浩之²⁾, 西村理恵子⁴⁾, 松元 隆⁵⁾, 竹原和宏³⁾, 板持広明¹⁾, 杉山 徹¹⁾
- W1-3 自験例から考えるLEGHのマネジメント (2)
弘前大学医学部産科婦人科
○横山良仁
- W1-4 LEGHの取扱い～自験例から考えるLEGHのマネジメント～
がん研有明病院婦人科¹⁾, がん研有明病院細胞診断部²⁾, がん研有明病院病理診断部³⁾
○岡本三四郎¹⁾, 杉山裕子^{1,2)}, 高澤 豊³⁾, 松浦基樹¹⁾, 松岡和子¹⁾, 長島 稔¹⁾, 勝田隆博¹⁾, 野村秀高¹⁾, 的田真紀¹⁾, 金尾裕之¹⁾, 尾松公平¹⁾, 加藤一喜¹⁾, 宇津木久仁子¹⁾, 竹島信宏¹⁾

ワークショップ 2 11 月 18 日 (金) 16:40~18:10 第 3 会場 (3F 国際会議室)

座長: 大谷 博 (社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科)
三浦弘守 (東北大学病院病理部)

泌尿器細胞診報告様式 2015 に沿った細胞診断セミナー

出題者

小椋聖子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)
戸村弘樹 (大崎市民病院臨床検査部)
岡本奈美 (四国がんセンター臨床検査科)
小村和浩 (福岡赤十字病院病理診断科)
浅見英一 (千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科)

回答者

河村憲一 (独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科)
久保 綾 (佐世保共済病院病理診断科)
永井宏和 (和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理検査室)
高橋久美子 (岩手県立大船渡病院臨床検査技術科)
藤井将希 (山口県立総合医療センター)

コメンテーター

平紀代美 (国立病院機構北海道がんセンター)
大崎博之 (神戸大学大学院保健学研究科)
岩井幸子 (産業医科大学第一病理/PCL 福岡)
清水和彦 (足利赤十字病院病理診断科)
瀬古周子 (名古屋第二赤十字病院病理診断科)
徳田雄治 (古賀病院 21 泌尿器科)
塚本龍子 (神戸大学医学部附属病院)

症例 1

出題者: 小椋聖子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)
年齢: 90 歳代
性別: 男性
臨床所見: 他院にて PSA 高値と膀胱壁腫瘤を指摘され, 精査のため当院受診
採取部位: -
採取法: 自然尿
染色法: パパニコロウ染色
標本作製法: LBC BD サイトリッチレッド法

症例 2

出題者: 戸村弘樹 (大崎市民病院臨床検査部)
年齢: 60 歳代
性別: 男性
臨床所見: 平成 24 年 4 月, 頻尿, 切迫性尿失禁を主訴に当院受診. 尿細胞診にて class III a, Atypical cells を認めたが膀胱鏡で異常を認めず, PSA: 5.294 ng/ml と高値のため, 経直腸的前立腺生検 12 か所施行するも病理組織診断は No malignancy であり, 経過観察となる. 以後, 尿細胞診にて持続的な異型細胞を認めるが, 再前立腺生検, 膀胱生検, 左右腎盂・尿管尿, CT, 膀胱鏡検査のいずれにおいても異常を認めず, 現在に至る.
採取部位: 尿
採取法: 自然尿 (H28 年 6 月の尿検体)
染色法: Papanicolaou 染色, Giemsa 染色
標本作製法: オートスメア標本

症例 3

出題者：岡本奈美（四国がんセンター臨床検査科）
 年齢：70 歳
 性別：男性
 臨床所見：前立腺癌，左尿管結石
 採取部位：自然尿
 採取法：自然尿
 染色法：Papanicolaou 染色
 標本作製法：BD サイトリッチ法

症例 4

出題者：小材和浩（福岡赤十字病院病理診断科）
 年齢：69 歳
 性別：女性
 臨床所見：血尿
 採取部位：-
 採取法：自然尿
 染色法：パパニコロウ染色
 標本作製法：YM 固定液を使用した二回遠沈法

症例 5

出題者：浅見英一（千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科）
 年齢：71 歳
 性別：男性
 臨床所見：右腎盂癌疑い
 検体：自然尿
 染色法：Papanicolaou 染色
 標本作成法：LBC 法

ワークショップ 3 11 月 18 日（金） 13：55～15：25 第 4 会場（1F 中会議室）

座長：田沼順一（朝日大学歯学部口腔病理学分野）

口腔細胞診境界病変に対する病理学的アプローチ—パパニコロウでの Class III，ベセスダ分類での SIL，3 段階での偽陽性をどう扱うか—

- W3-1 病理組織像（H/E・免疫染色）からみた細胞診の診断の現状と問題点
 埼玉県立がんセンター病理診断科¹，日本歯科大学附属病院歯科放射線・口腔病理診断科²
 ○石川文隆¹，柳下寿郎^{1,2}，黒住昌史¹
- W3-2 LSIL に出現した角化表層異型扁平上皮細胞の検討
 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科¹，日本大学松戸歯学部口腔病理学講座²
 ○松本 敬¹，森川美雪^{1,2}，宇都宮忠彦^{1,2}，末光正昌^{1,2}，二谷悦子¹，久山佳代^{1,2}
- W3-3 口腔細胞診における SIL に関する検討
 島根大学医学部歯科口腔外科学講座
 ○秀島克巳，関根浄治
- W3-4 一般病院（当院）における口腔擦過細胞診の現状と問題点
 飯塚病院中央検査部¹，飯塚病院病理科²
 ○川嶋大輔¹，上原俊貴¹，松島優子¹，金谷直哉¹，井上佳奈子¹，桑岡 勲¹，佛淵由佳²，半田瑞樹²，大屋正文²

ワークショップ4 11月18日(金) 13:55~15:25 第5会場(B1F リハーサル室)

座長: 広岡保明 (鳥取大学医学部保健学科病態検査学)

坂谷貴司 (日本医科大学付属病院病理診断科)

膵管内乳頭粘液性腫瘍の鑑別と類縁病変

- W4-1 膵液, EUS-FNA で採取された膵管内病変の細胞像と病理組織学的鑑別診断
香川大学医学部附属病院病理診断科
○香月奈穂美, 松永 徹, 本山睦美, 片倉和哉, 郷田 衛, 宮本加菜, 宮井由美, 門田球一, 串田吉生, 羽場礼次
- W4-2 膵 Intraductal tubulopapillary neoplasm の細胞診
東京医科大学人体病理学分野¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 戸田中央臨床検査研究所病理検査科³⁾
○山口 浩¹⁾, 三宅真司¹⁾, 内藤嘉紀²⁾, 川嶋活彦³⁾, 松林 純¹⁾, 長尾俊孝¹⁾
- W4-3 膵管内乳頭粘液性腫瘍の鑑別と類縁疾患
九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 九州大学大学院保健学部門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⁾, 寺戸信芳¹⁾, 野上美和子¹⁾, 中附加奈子¹⁾, 古賀 裕^{1,3)}, 大石善丈^{1,3)}, 山元英崇^{1,3)}, 麻生 暁⁴⁾, 伊藤鉄英⁴⁾, 大塚隆生⁵⁾, 中村雅史⁵⁾, 小田義直^{1,3)}
- W4-4 膵管内乳頭粘液性腫瘍の細胞像と画像診断
大阪府立成人病センター病理・細胞診断科
○竹中明美, 富田裕彦

ワークショップ5 11月18日(金) 15:25~16:55 第5会場(B1F リハーサル室)

座長: 近藤哲夫 (山梨大学医学部人体病理学)

郡司昌治 (名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部)

LBC 検体を用いた ANCILLARY TECHNIQUES

- W5-1 子宮頸がん検診液状化細胞診の残検体をセルブロックとして利用した精度管理の検討
中部地区医師会検診センター臨床検査課病理・細胞診¹⁾, 中部地区医師会検診センター八重山出張所²⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座³⁾
○大竹賢太郎¹⁾, 赤嶺奈月¹⁾, 黒島義克²⁾, 高松玲佳³⁾, 松崎晶子³⁾, 吉見直己³⁾
- W5-2 LBC 検体を用いた免疫染色—甲状腺・副甲状腺を中心に—
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⁾
○高田奈美¹⁾, 廣川満良²⁾, 鈴木彩菜¹⁾, 樋口観世子¹⁾, 伊藤歩紀¹⁾, 隈 晴二²⁾, 宮内 昭³⁾
- W5-3 乳癌における DISH 法を用いた HER2 遺伝子検出
東海大学医学部附属大磯病院中央臨床検査科¹⁾, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科²⁾, 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科³⁾, 東海大学医学部附属大磯病院病理診断科⁴⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁵⁾
○小山田裕行¹⁾, 加戸伸明²⁾, 坂口繁美²⁾, 才荷 翼²⁾, 望月紀英²⁾, 芹澤昭彦²⁾, 宮嶋葉子²⁾, 伊藤 仁²⁾, 藤田大貴³⁾, 渡具知克³⁾, 町田知久³⁾, 井野元智恵^{4,5)}, 梶原 博⁵⁾, 中村直哉⁵⁾
- W5-4 FISH 法による ALK 融合遺伝子解析
兵庫医科大学病院病理部
○中村純子

- W5-5 RNAの抽出とその応用
 金地病院外科¹, 大阪府立大学大学院生命環境科学研究科², 日本医科大学内分泌外科³, 隈病院病理科⁴
 ○軸菌智雄^{1,2,3}, 石橋 宰², 廣川満良⁴, 乾 隆², 杉谷 巖³

ワークショップ6 11月18日(金) 16:55~18:25 第5会場 (B1F リハーサル室)

座長: 三宅真司 (東京医科大学病院病理診断科)

串田吉生 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

呼吸器細胞診での検体取扱い

- W6-1 細胞診を基にした肺癌治療戦略の構築—臨床医の立場から—
 香川大学医学部血液・免疫・呼吸器内科¹, 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部²
 ○坂東修二¹, 松永 徹², 本山睦美², 片倉和哉², 郷田 衛², 宮本加菜², 宮井由美²,
 門田球一², 香月奈穂美², 串田吉生², 羽場礼次²
- W6-2 正確な診断を行うための検体取扱い—病理医の立場から—
 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科
 ○元井紀子
- W6-3 肺癌の術中における細胞診検体の取扱いと意義
 大阪府立成人病センター臨床検査科病理細胞診¹, 大阪府立成人病センター病理細胞診断科², 大阪府立成人病センター疫学予防課³, 大阪府立成人病センター呼吸器外科⁴
 ○西村早菜子¹, 竹中明美², 芦村純一¹, 富田裕彦², 中山富雄³, 東山聖彦⁴
- W6-4 免疫細胞化学的検索を行うための検体取扱い
 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科¹, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科², 東海大学医学部附属病院病理検査技術科³, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁴
 ○町田知久¹, 伊藤 仁³, 加戸伸明³, 渡具知克¹, 藤田大貴¹, 野村 希¹, 平岩真一郎²,
 杉山朋子², 中村直哉⁴, 田尻琢磨²
- W6-5 遺伝子検査を行うための検体取扱い
 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野¹, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科², 日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野³
 ○中西陽子¹, 関 利美², 鈴木敦子², 山本久恵², 橋本尚子², 勝沼真由美², 廣谷ゆかり¹,
 唐 小燕¹, 楠美嘉晃^{1,2}, 清水哲男³, 辻野一郎³, 高橋典明³, 橋本 修³, 杉谷雅彦²,
 増田しのぶ^{1,2}

ワークショップ7 11月19日(土) 10:20~11:50 第2会場 (2F レセプションホール)

座長: 小塚祐司 (三重大学医学部附属病院病理部)

横山俊朗 (久留米大学医学部附属医療センター)

乳腺の境界悪性病変: 細胞診どこまで迫れるか?

- W7-1 Low-grade breast neoplasia を含むいわゆる境界病変の組織像
 久留米大学医学部附属医療センター病理診断科¹, 久留米大学医学部病理学講座², 三重大学医学部附属病院病理部³
 ○山口 倫^{1,2}, 横山俊朗¹, 小塚祐司³, 矢野博久²
- W7-2 判定区分「鑑別困難」の見方・考え方—組織像に対する細胞像の検証—
 社会医療法人飯田病院病理診断科¹, 日本医科大学付属病院病理部²
 ○松澤こず恵¹, 葉山綾子², 松原美幸², 土屋真一¹

- W7-3 本学における乳管内病変の細胞学的検討
 広島大学病院病理診断科
 ○尾田三世, 有廣光司, 内島由加里, 石田真悠, 田岡智恵, 田中祐菜, 丸橋由加里, 清水智美,
 金子佳恵, 石田克成, 高井チカ子, 小川勝成, 織田麻琴, 木村修士, 城間紀之
- W7-4 境界病変の細胞学的検討: FEA および Low grade DCIS を中心に
 国家公務員共済組合連合会東北公済病院検査科病理¹⁾, 東北公済病院乳腺外科²⁾, 泉中央乳
 腺クリニック³⁾, 川崎医科大学病理学²⁾
 ○長嶋真紀¹⁾, 平川 久²⁾, 武田元博³⁾, 木村道夫³⁾, 森谷卓也⁴⁾
- W7-5 術前針生検および細胞診による乳腺境界病変診断の実情
 日本医科大学付属病院病理診断科
 ○大橋隆治

ワークショップ8 11月19日(土) 10:20~11:50 第4会場(1F 中会議室)

座長: 今村好章(福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部)

大内知之(恵佑会札幌病院病理診断科)

唾液腺細胞診の診断ポイント

- W8-1 多形腺腫を極める: 典型像からピットフォールまで
 杏林大学医学部附属病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部附属病院病理学教室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⁾,
 山野 環²⁾, 住石 歩²⁾, 近藤凡子²⁾, 藤原正親²⁾, 望月 眞²⁾, 柴原純二¹⁾
- W8-2 類基底型細胞からなる唾液腺腫瘍の細胞学的鑑別診断
 大分大学医学部附属病院病理部
 ○駄阿 勉
- W8-3 好酸性細胞や嚢胞形成を特徴とする唾液腺腫瘍の細胞診断
 九州大学病院病理診断科
 ○山元英崇
- W8-4 まれな唾液腺悪性腫瘍の細胞診断
 東京大学医学部附属病院病理部
 ○牛久 綾
- W8-5 唾液腺リンパ増殖性病変の細胞像
 東海大学医学部附属病院病理検査技術科¹⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学²⁾
 ○望月紀英¹⁾, 加戸伸明¹⁾, 芹澤昭彦¹⁾, 宮嶋葉子¹⁾, 伊藤 仁¹⁾, 小倉 豪²⁾, 梶原 博²⁾,
 中村直哉²⁾

国際フォーラム (Global Asia Forum)

11月18日(金) 10:00~12:20 第4会場(1F 中会議室)

Chair: Takuya MORIYA (Kawasaki Medical School, Okayama, Japan)

Co-chair: Masami NAMBU (Kumamoto Health Science University, Kumamoto, Japan)

Fine-Needle Aspiration (FNA) for Cellular Evaluation of Various Organs with Different Cytology Practice Setting

- GAF-1 Benefits of rapid on-site cytology evaluation (ROSE) of FNA samples in European practice
Clinical Cytopathology Service, Istituto Cantonale di Patologia, Locarno, Switzerland
○Franco Fulciniti
- GAF-2 Ultrasound and CT-guided Fine Needle Aspiration (FNA) Cytology with Histopathological correlation in Goa, India
Professor and Head, Department of Pathology, Goa Medical College, Bambolim- Goa, India
○Roque Gabriel Wiseman Pinto
- GAF-3 Diagnostic utility of phospho-STAT5 immunostaining in the diagnosis of mammary analogue secretory carcinoma of the salivary gland by means of FNA cytology
Department of Diagnostic Pathology, Kurume University Hospital, Kurume, Japan
○Akihiko Kawahara, Tomoki Taira, Hideyuki Abe, Yorihiro Takase, Chihiro Fukumitsu, Kazuya Murata, Tomohiko Yamaguchi, Yoshiaki Naito and Jun Akiba
- GAF-4 Value of cytopathology in endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration—utility of both cytology and histology processing for specimens acquired from one procedure
Department of Pathology, Fudan University Shanghai Cancer Center, Shanghai, P.R. China
○Bo Ping, Ying Chen
- GAF-5 The diagnostic approach to fine-needle aspiration of lung cancer: using new cytopathologic classification
Department of Pathology, Acibadem University, Istanbul, Turkey
○Sule Canberk
- GAF-6 Fine needle aspiration (FNA) cytology of the thyroid nodule in Korea. Experience regarding Bethesda System and proposal for better prediction of a risk of malignancy
Department of Pathology, SoonChunHyang University Bucheon Hospital, Korea
○Jeong Ja Kwak
- GAF-7 Endoscopic ultrasound-guided FNA of pancreas: diagnostic challenges and pitfalls
Department of Anatomical Pathology, PathWest QEII Medical Centre, Perth, Australia
○Siaw Ming Chai

感染対策セミナー

11月19日(土) 11:50~12:50 第1会場(1F フィルハーモニアホール)

座長: 村田哲也 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科)

病理検査室における感染対策のピットホール

大分大学医学部附属病院感染制御部

○平松和史

医療倫理セミナー

11月18日(金) 16:50~17:50 第1会場(1F フィルハーモニアホール)

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)

医療と研究における倫理

大分大学医学部医療倫理学講座

○今井浩光

医療安全セミナー

11月19日(土) 13:10~14:10 第1会場(1F フィルハーモニアホール)

座長: 森井英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理部)

医療事故の対処手法に関する一考察

日本臨床細胞学会顧問, 麻生総合法律事務所所長弁護士

○麻生利勝

細胞診専門医セミナー

11月19日(土) 14:30~15:30 第1会場(1F フィルハーモニアホール)

座長: 土屋眞一 (社会医療法人飯田病院病理診断科)

- I 日本専門医機構と細胞診専門医制度—現状と展望—
(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
○植田政嗣
- II 教育研修に関わるガイドライン(細胞診専門医資格認定試験ガイドライン)の改定に関して
がん研究会有明病院細胞診断部
○杉山裕子

婦人科ディベートセッション

11月18日(金) 13:55~15:55 第3会場(3F 国際会議室)

座長: 寺本典弘 (四国がんセンター病理科)

矢野恵子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)

子宮内膜細胞診は本当に必要なのか?

- DS-1 子宮内膜細胞診は本当に必要なのか?
愛媛大学医学部産婦人科
○松元 隆
- DS-2 内膜細胞診の有用性—臨床医の観点から—
慶應義塾大学医学部産婦人科¹⁾, 慶應義塾大学病院病理診断部²⁾
○進 伸幸¹⁾, 山上 亘¹⁾, 片岡史夫¹⁾, 平沢 晃¹⁾, 亀山香織²⁾, 阪埜浩司¹⁾, 青木大輔¹⁾
- DS-3 内膜細胞診の終焉
東京慈恵会医科大学病理学講座
○清川貴子
- DS-4 子宮内膜細胞診の有用性について
富山赤十字病院病理診断科部
○前田宣延
- DS-5 子宮内膜細胞診の有用性—LBC法からの考察—
(株) エスアールエル福岡ラボラトリー
○池本理恵, 久岡陽子, 衛藤久仁子, 秋田律子, 平原尊史, 西 国広, 伊藤裕司, 中島 豊
- DS-6 子宮内膜細胞診の是非を問う—否定の立場から—
独立行政法人国立病院機構岡山医療センター臨床検査科
○平本直美

応募演題

11月18日(金) 11:30~12:00 第6会場(3F 小会議室31)

座長: 竹島信宏(公益財団法人がん研究会有明病院婦人科)

日本臨床細胞学会雑誌に掲載された論文の変遷—第53巻までの3619編の解析—

JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科

○清水 健

スライドカンファレンス

11月19日(土) 13:00~15:00 第3会場(3F 国際会議室)

座長: 米増博俊(大分赤十字病院病理診断科)

長浜純二(大分大学医学部附属病院病理部)

出題者

藤田博正((財)北海道対がん協会細胞診センター)

藤田 勝(岡山大学病院医療技術部)

佐々木健司(JA 広島厚生連尾道総合病院病理研究検査科)

南口早智子(京都大学医学部附属病院病理診断科)

有田茂実(千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科)

回答者

泉田佳緒里(新潟県立新発田病院臨床検査科)

藤田智洋(小牧市民病院臨床検査科)

名嘉正勝(独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター)

渡邊清子(山形県立中央病院中央検査部病理)

矢口裕子(広島市医師会臨床検査センター)

症例1

出題者: 藤田博正((財)北海道対がん協会細胞診センター)

対象臓器: 子宮

年齢: 64歳

性別: 女性

臨床所見: 子宮頸部腫瘍

採取部位: 子宮頸部

採取法: 木製スパーテル 通常標本

染色法: パパニコロウ染色

症例2

出題者: 藤田 勝(岡山大学病院医療技術部)

対象臓器: 子宮体部

年齢: 60歳

性別: 女性

臨床所見: 不正出血. エコーにて子宮筋腫と内膜肥厚あり.

採取部位: 子宮内膜

採取法: 擦過

染色法: パパニコロウ染色

症例 3

出題者：佐々木健司（JA 広島厚生連尾道総合病院病理研究検査科）

対象臓器：呼吸器

年齢：40 歳代

性別：男性

臨床所見：すりガラス状陰影

採取部位：肺あるいは気管支

採取法：気管支洗浄液と器具洗浄液（生検鉗子を生食で洗った検体）

染色法：パパニコロウ染色

症例 4

出題者：南口早智子（京都大学医学部附属病院病理診断科）

対象臓器：膵臓

年齢：67 才

性別：女性

臨床所見：膵頭部癌

採取部位：膵頭部

採取法：膵臓穿刺（経十二指腸 EUS-FNA）

染色法：パパニコロウ染色（SUREPATH TM），ギムザ染色

症例 5

出題者：有田茂実（千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科）

対象臓器：体腔液

年齢：50 歳代

性別：女性

臨床所見：子宮体癌の病理診断

採取部位：術中腹腔洗浄液

採取法：術中腹腔洗浄液

染色法：パパニコロウ染色

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 1 11月18日（金） 12：10～13：00 第2会場（2F レセプションホール）

座長：田上 稔（公益財団法人北海道対がん協会細胞診センター臨床検査部 技術参与）

BD トータリス™ システムを用いた作業効率化と精度管理

株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー 代表取締役社長 藪下竜司

共催：日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

ランチョンセミナー 2 11月18日（金） 12：10～13：00 第6会場（3F 小会議室 31）

座長：松本慎二（福岡大学病院病理部・病理診断科細胞検査士）

『中皮腫細胞診におけるギムザ染色の有用性』—Giemsa 染色の理論と細胞像—

川崎医科大学附属川崎病院病理部 畠 榮

共催：独立行政法人環境再生保全機構

ランチョンセミナー3 11月19日(土) 12:00~12:50 第3会場(3F 国際会議室)

座長: 矢野恵子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)

Thin Prep®を使用した子宮内膜細胞診の実際

株式会社エスアールエル福岡ラボラトリー 池本理恵

共催: ホロジックジャパン株式会社

ランチョンセミナー4 11月19日(土) 12:00~12:50 第4会場(1F 中会議室)

座長: 森井英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学)

医療安全における病理部門システムの役割**病理部門システムを使用した検体照合と運用上の工夫**

大阪市立大学医学部附属病院病理診断科 安藤加奈江

病理報告書の見落とし防止のために一当院における工夫

山陰労災病院病理診断科 庄盛浩平

共催: サクラファインテックジャパン株式会社

ランチョンセミナー5 11月19日(土) 12:00~12:50 第6会場(3F 小会議室31)

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)

病理部門における ALK 陽性肺癌の精度管理**ALK 陽性肺癌細胞株を用いた FFPE セルブロック作製における調査研究**

北海道大学病院病理部 丸川活司

ALK 陽性肺癌における病理組織検査の精度管理の取り組み

久留米大学病院病理診断科・病理部 河原明彦

共催: 中外製薬株式会社

地域推薦演題

地域推薦演題1 11月18日(金) 10:00~11:00 第7会場(B1F 小会議室2+3)**口腔・唾液腺 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例**

座長: 河合繁夫 (とちぎメディカルセンターしもつが臨床検査科病理)

地域1-1 初回治療から60年を経て再発し, 診断に細胞診が有効であった舌上皮内癌の1例島根大学医学部歯科口腔外科学講座¹⁾, 国立病院機構浜田医療センター歯科口腔外科²⁾○岩橋輝明¹⁾, 小池尚史²⁾, 秀島克巳¹⁾, 関根浄治¹⁾**地域1-2 擦過細胞診で陰性と判定した口腔上皮内腫瘍の1例**鳥取県立中央病院中央検査室¹⁾, 鳥取県立中央病院病理診断科²⁾○川上智史¹⁾, 田中瑞歩¹⁾, 前田和俊¹⁾, 松ノ谷尚子¹⁾, 岡田早苗¹⁾, 徳安祐輔²⁾, 中本 周²⁾**地域1-3 細胞診による良悪性判定が困難であった頬粘膜発生 MASC 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⁾○甲斐敬太¹⁾, 中村光男¹⁾, 次富久之¹⁾, 山崎真希子^{1,2)}, 橋口真理子²⁾, 増田正憲²⁾, 高瀬ゆかり²⁾, 相島慎一^{1,2)}

地域 1-4 好酸性細胞優位の耳下腺低悪性度粘表皮癌の 1 例

高知大学医学部付属病院病理診断部

○吉良佳那, 岡本真知, 高橋明日香, 大原栄二, 井口みつこ, 戸井 慎, 弘井 誠

地域推薦演題 2 11月18日(金) 11:00~12:00 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)**中皮・体腔液 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例****座長: 若狭朋子** (近畿大学医学部奈良病院病理診断科)

地域 2-1 縦隔リンパ節の EBUS-TBNA に出現した上皮型中皮腫の 1 例

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科

○梶尾健太, 大西雅子, 西川京子, 大山重勝, 安江智美, 河原邦光

地域 2-2 「原因不明の腹水貯留には要注意」と, 基本に立ち戻らせてくれた癌性腹膜炎の 1 例

群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学³⁾○佐藤香織¹⁾, 平戸純子¹⁾, 小山徹也^{1,2)}, 福田利夫³⁾

地域 2-3 胸水に出現した放射線治療による二次性悪性腫瘍の一例

徳島大学病院病理部¹⁾, 徳島大学医学部疾患病理学分野²⁾○森河由里子¹⁾, 松山友理子¹⁾, 木村優人¹⁾, 米田亜樹子¹⁾, 坂東良美¹⁾, 常山幸一²⁾

地域 2-4 原発巣の推定に苦慮した癌性腹膜炎の 1 症例

滋賀医科大学産婦人科¹⁾, 大津市民病院臨床検査部病理検査室²⁾, 大津市民病院病理診断科³⁾○久保卓郎¹⁾, 田口一也²⁾, 岡本恵子²⁾, 濱田新七³⁾, 高橋健太郎¹⁾**地域推薦演題 3** 11月18日(金) 13:10~13:55 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)**骨・軟部 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例****座長: 佐藤信也** (国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科)

地域 3-1 悪性顆粒細胞腫の一例

新潟大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹⁾, 新潟大学歯学総合病院病理部²⁾○須貝美佳¹⁾, 梅津 哉²⁾, 大橋溜子²⁾, 高橋加奈絵²⁾, 池亀央嗣²⁾, 横山千明²⁾, 川口裕貴恵²⁾, 岩淵三哉¹⁾

地域 3-2 「私が経験した痛恨の 1 例 腋窩腫瘍の FNA」

国家公務員共済組合連合会立川病院病理診断科

○笹井伸哉, 吉岡 瞳, 岡元祐佳, 黒澤仁志, 松田重光, 緒方謙太郎, 上野万里

地域 3-3 頸部リンパ節細胞診が治療選択に大きな影響をもたらした一例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科¹⁾, 神奈川県立足柄上病院検査技術科²⁾, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科³⁾○加藤智美¹⁾, 佐瀬智子¹⁾, 細沼佑介¹⁾, 菅野恵士¹⁾, 鎌倉靖夫¹⁾, 大金直樹²⁾, 永田耕治¹⁾, 中平光彦³⁾, 安田政実¹⁾**地域推薦演題 4** 11月18日(金) 13:55~14:40 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)**泌尿器 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例****座長: 夏目園子** (名古屋掖済会病院病理診断科)

地域 4-1 尿細胞診でデコイ細胞様所見を呈したポリオーマウイルス関連尿路上皮癌

愛媛県立中央病院病理診断科

○木藤克己, 二宮恵子, 中園裕一, 木下幸正, 高石裕子, 大杉増美, 岡田 渚, 杉田敦郎, 前田智治

- 地域 4-2 臨床医との連携で誤陽性を防げた腎盂洗浄検体の1例
奈良市総合医療検査センター病理・細胞診
○安達博成
- 地域 4-3 甲状腺乳頭癌との鑑別に苦慮した腎細胞癌頸部リンパ節転移の1例
兵庫医科大学病院病理部
○石田誠実, 石田圭子, 糸山雅子, 中村純子, 佐藤 元, 中西昂弘, 鳥居良貴, 梶本仙子,
松田育雄, 塚本吉胤, 廣田誠一

地域推薦演題 5 11月18日(金) 14:40~15:25 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)

甲状腺・副甲状腺 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

座長: 戸田修二 (佐賀大学医学部病因病態科学講座病態病理学分野)

- 地域 5-1 甲状腺穿刺吸引細胞診にて粘表皮癌と推定した一例
信州大学医学部附属病院臨床検査部¹⁾, 信州大学医学部病理組織学教室²⁾, 慈泉会相澤病院
病理診断科³⁾
○小林幸弘¹⁾, 百瀬正信¹⁾, 下條康代¹⁾, 中嶋智之¹⁾, 仲田梨恵¹⁾, 堀川美栄子¹⁾, 上原 剛¹⁾,
佐野健司¹⁾, 浅香志穂¹⁾, 下条久志²⁾, 小林実喜子²⁾, 樋口佳代子³⁾
- 地域 5-2 術前細胞診で乳頭癌を推定した濾胞腺腫の一例
野口病院研究検査科
○重永有紀子, 丸田淳子, 橋本裕信, 渡 彩香
- 地域 5-3 乳頭癌と鑑別を要した好酸性濾胞性結節の1例
山梨大学医学部附属病院病理部¹⁾, 上越総合病院病理検査²⁾, 山梨大学医学部人体病理³⁾
○中澤久美子¹⁾, 弓納持勉²⁾, 石井喜雄¹⁾, 望月直子¹⁾, 花井佑樹¹⁾, 佐藤詩織¹⁾, 笠井一希¹⁾,
峰 広美¹⁾, 田原一平³⁾, 中澤匡男¹⁾, 近藤哲夫³⁾, 加藤良平^{1,3)}

地域推薦演題 6 11月18日(金) 15:25~16:25 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)

乳腺・子宮頸部 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

座長: 寺畑信太郎 (富山市立砺波総合病院病理診断科)

- 地域 6-1 乳癌と過剰診断した乳管腺腫の一例
昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室¹⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科²⁾, 昭
和大学医学部臨床病理診断学講座³⁾
○小島朋子¹⁾, 北村隆司¹⁾, 花井絵梨果¹⁾, 津田祥子¹⁾, 尾松睦子²⁾, 御子神哲也²⁾, 国村利明²⁾,
瀧本雅文³⁾
- 地域 6-2 子宮頸部上皮内腺癌と診断した一例—私が経験した痛恨の一例—
公立那賀病院臨床検査科¹⁾, 公立那賀病院病理診断科²⁾, 和歌山県立医科大学人体病理学教
室³⁾
○稲垣充也¹⁾, 岩橋吉史²⁾, 紙谷知子¹⁾, 村田晋一³⁾
- 地域 6-3 細胞診が有用であった子宮頸部上皮内腺癌の1例
盛岡赤十字病院医療技術部病理技術課¹⁾, 盛岡赤十字病院病理部²⁾
○菊池 優¹⁾, 水野幸人¹⁾, 浅沼匡介¹⁾, 井上幸男¹⁾, 門間信博²⁾
- 地域 6-4 私が経験した痛恨の一例—婦人科 LBC 標本—
独立行政法人国立病院機構関門医療センター臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構関
門医療センター病理診断科²⁾
○仲 徹¹⁾, 村上知之²⁾

地域推薦演題 7 11月18日(金) 16:25~17:25 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)**子宮頸部 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例**

座長: 及川洋恵 (医療法人社団スズキ記念病院医療技術部)

- 地域 7-1 細胞診が診断及び術後の経過観察に有用であった子宮頸管ポリープ上皮内癌の1例
富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院産婦人科²⁾, 富山県立中央病院病理診断科³⁾
○宮本藤之¹⁾, 石澤 伸³⁾, 矢野彩子¹⁾, 清水雅彦¹⁾, 酒井哲也¹⁾, 南 里恵²⁾, 飴谷由佳²⁾, 舟本 寛²⁾, 中西ゆう子³⁾, 内山明央³⁾
- 地域 7-2 私が経験した痛恨の一例
鹿児島市立病院
○古屋大幸, 白澤晃樹, 中島真由美, 小山田誠朋, 藤崎人美, 末吉和宣
- 地域 7-3 分類不能子宮頸部腺癌の一例 (痛恨の一症例として)
宮崎県立宮崎病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾, 宮崎県立宮崎病院産婦人科³⁾
○稲田千文¹⁾, 谷口康郎¹⁾, 木田裕子¹⁾, 原口朋子¹⁾, 島尾義也²⁾, 丸塚浩助²⁾, 嶋本富博³⁾
- 地域 7-4 子宮頸部腺癌の細胞像—おさえておきたい要点とピットフォール—
大阪府立成人病センター臨床検査科病理細胞診¹⁾, 大阪府立成人病センター病理細胞診断科²⁾
○龍あゆみ¹⁾, 竹中明美²⁾, 棚田 諭¹⁾, 芦村純一¹⁾, 長田盛典²⁾, 富田裕彦²⁾

地域推薦演題 8 11月19日(土) 8:45~9:30 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)**呼吸器・縦隔 1 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例**

座長: 福岡順也 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学)

- 地域 8-1 診断が二転三転した非小細胞肺癌の1治療例
化学療法研究所附属病院呼吸器外科¹⁾, 小針病院²⁾, 東京医科大学病院呼吸器甲状腺外科³⁾
○山口 学¹⁾, 小中千守¹⁾, 安藤綾子¹⁾, 木ノ下恵理¹⁾, 村主まゆみ³⁾, 川崎徳仁¹⁾, 守尾 篤²⁾, 森 一郎¹⁾, 池田徳彦²⁾
- 地域 8-2 穿刺部位に惑わされ診断が困難であった気管腺様嚢胞癌の一例
聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾, 同病理診断科²⁾, 立川総合病院病理診断科³⁾
○石原冬馬¹⁾, 山田真人¹⁾, 土戸景子¹⁾, 池谷知也¹⁾, 加藤好洋¹⁾, 鈴木愛梨¹⁾, 大月寛郎²⁾, 新井義文²⁾, 小林 寛^{2,3)}
- 地域 8-3 組織型推定を誤った肺扁平上皮癌の1例
鶴岡市立荘内病院病理科
○鈴木俊市, 阿部芙沙子, 石栗えりな, 近藤敏仁, 内ヶ崎新也, 深瀬眞之

地域推薦演題 9 11月19日(土) 9:30~10:30 第7会場 (B1F 小会議室 2+3)**呼吸器・縦隔 2 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例**

座長: 中谷行雄 (千葉大学医学研究院診断病理学)

- 地域 9-1 腺癌と診断が困難であった肺原発悪性黒色腫の一例
愛知医科大学病院病理部
○櫻井包子, 坪井智子, 藤井佳穂, 水野里美, 宮下拓也, 和田栄里子, 佐藤允則, 水野義己, 佐藤 啓, 高橋恵美子, 原 一夫, 都築豊徳

- 地域9-2 術中迅速診断にて肺結核症との鑑別に苦慮した肺クリプトコッカス症の1例
 足利赤十字病院臨床検査部
 ○清水和彦, 清水進一, 中村雅哉, 廣瀬芳江, 川村政人, 山田裕子, 遠藤みゆき, 飯塚あかり
- 地域9-3 気管支鏡下細胞診が有用であったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) 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⁾, 川崎医科大学病理学¹⁾
 ○小林博久¹⁾, 菅野豊子¹⁾, 米 亮祐¹⁾, 小林江利¹⁾, 福屋美奈子¹⁾, 鹿股直樹²⁾, 濱崎周次³⁾,
 森谷卓也²⁾
- 地域9-4 術中捺印細胞診の所見が術中迅速診断の一助となった CMPTs の一例
 仙台厚生病院臨床検査センター病理診断
 ○荒屋敷聖, 諸橋 彰, 成田菊夫, 赤平純一, 遠藤希之

地域推薦演題 10 11月19日(土) 10:30~11:15 第7会場 (B1F 小会議室2+3)

消化器1 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

座長: 矢野博久 (久留米大学医学部病理学講座)

- 地域10-1 肝を冷やした早期胆管癌の1例
 済生会熊本病院中央検査部病理
 ○松岡拓也, 木下史暁, 鮫島彩香, 近藤妙子, 中川美弥, 田上圭二, 神尾多喜浩
- 地域10-2 無用な手術を回避できた自己免疫性膵炎の1例
 公立学校共済組合九州中央病院検査技術科¹⁾, 公立学校共済組合九州中央病院病理診断科²⁾, 熊本保健科学大学保健科学部医学検査学科³⁾
 ○緒方昌倫¹⁾, 宇野大輔¹⁾, 角 正恵¹⁾, 平山賢司¹⁾, 佐谷純一¹⁾, 伊藤やよい¹⁾, 溝口義浩¹⁾,
 峰 真理²⁾, 南部雅美³⁾
- 地域10-3 食道EUS-FNAによる細胞診が診断に有用であった神経内分泌細胞癌の一例
 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, 本山高啓, 浜田 有, 樋渡崇史, 今里孝宏, 丸田秀夫, 米満伸久

地域推薦演題 11 11月19日(土) 11:15~12:00 第7会場 (B1F 小会議室2+3)

消化器2 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

座長: 八尾隆史 (順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)

- 地域11-1 原発性硬化性胆管炎の経過中, 細胞診の過少評価で治療の決定が遅れ死亡した痛恨の1例
 広島大学病院病理診断科
 ○小川勝成, 有廣光司, 石田真悠, 内島由加里, 丸橋由加里, 田中祐菜, 金子佳恵, 清水智美,
 石田克成, 高井チカ子, 尾田三世, 田岡知恵, 織田麻琴, 木村修土, 城間紀之
- 地域11-2 EUS-FNAで膵臓の神経内分泌癌(NEC)と推定された一例
 香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 高松赤十字病院
 病理科部³⁾, 済生会今治病院病理診断科⁴⁾
 ○郷田 衛¹⁾, 飯田加奈子¹⁾, 大通清美¹⁾, 宮本加菜¹⁾, 片倉和哉¹⁾, 本山睦美¹⁾, 松永 徹¹⁾,
 串田真紀子²⁾, 宮井由美²⁾, 坂東健次⁴⁾, 林 俊哲³⁾, 香月奈穂美²⁾, 門田球一²⁾, 串田吉生^{1,2)},
 羽場礼次^{1,2)}
- 地域11-3 膵頭部腫瘍の1例—当院で経験した痛恨の1例—
 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科¹⁾, 三重大学医学部附属病院病理部²⁾, 三重大学
 大学院医学系研究科腫瘍病理学³⁾, 桑名市総合医療センター⁴⁾
 ○金山和樹^{1,3)}, 今井 裕²⁾, 松田知世³⁾, 米田 操¹⁾, 福留寿生²⁾, 白石泰三^{3,4)}

地域推薦演題 12 11月19日(土) 13:00~13:45 第7会場 (B1F 小会議室2+3)

リンパ・血液 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

座長: 岸本浩次 (昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科)

地域 12-1 細胞診にて組織型推定が困難であった縦隔原発大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

KKR 札幌医療センター病理診断科

○蓑島敦志, 今川 誠, 山口まどか, 小泉 潤, 朝日久仁子, 小田由紀子, 目黒祐二, 岩崎沙理, 鈴木 昭

地域 12-2 胃原発バーキットリンパ腫の一部検例

秋田厚生医療センター病理診断科

○高橋正人, 佐々木俊樹, 高橋珠美, 渡邊正人

地域 12-3 胸水セルブロック標本が有用であった PEL-like lymphoma の 1 例

公益財団法人福島県保健衛生協会¹, 埼玉医療生活協同組合羽生総合病院², 公立大学法人福島県立医科大学医学部³, いわき市立総合磐城共立病院⁴, 医療法人敬愛会福島南循環器科病院血液内科⁵

○野口真貴¹, 添田喜憲¹, 鈴木御幸¹, 神尾淳子¹, 森村 豊², 田中瑞子³, 井村徹也³, 藤森敬也³, 西山 浩⁴, 菊池 悟⁵

地域推薦演題 13 11月19日(土) 13:45~14:45 第7会場 (B1F 小会議室2+3)

子宮体部 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

座長: 蜂須賀徹 (産業医科大学病院産婦人科)

地域 13-1 細胞診を契機に発見された卵管癌と子宮体癌の重複癌の 1 例

秋田赤十字病院病理診断科¹, 秋田赤十字病院婦人科²

○三浦宗子¹, 鳴海健大¹, 浅利智幸¹, 田山明義¹, 大山則昭², 佐藤宏和²

地域 13-2 Arias-Stella reaction を子宮体癌と疑陽性判定した 1 例

市立砺波総合病院臨床病理科¹, 市立砺波総合病院病理診断科²

○石倉宗浩¹, 寺畑信太郎², 奥野のり子², 三井由紀子¹, 蟹谷智勝¹, 福田弘幸¹, 大橋美香¹, 西田秀昭¹

地域 13-3 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 2 例

福井県立病院

○堀 芳秋, 加藤三典, 土田 達, 原 季枝, 海崎泰治, 横川早耶香, 木戸口仁美, 針谷朋美, 水野幸恵

地域 13-4 子宮内膜細胞診で癌と誤判定した卵管妊娠の 1 例

千葉県がんセンター臨床病理部¹, 千葉細胞病理診断センター², 千葉県がんセンター婦人科³

○高橋 司¹, 有田茂実¹, 酒井えり¹, 小高亜紀子¹, 平田哲士², 井尻美輪³, 鈴鹿清美³, 田中尚武³, 川名秀忠¹, 荒木章伸¹, 伊丹真紀子¹

一般演題 (示説)

11月18日(金) ポスター会場 (1F コンベンションホール)

子宮体部 1	10:00~10:28	座長: 矢納研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科)
P-1-001	TACAS 法における子宮内膜細胞診の集細胞と細胞形態保持の向上 JA 北海道厚生連帯広厚生病院臨床検査技術科 ¹ , JA 北海道厚生連帯広厚生病院病理診断科 ² ○廣瀬尚樹 ¹ , 常山 聡 ¹ , 似内幸枝 ¹ , 小松良一 ¹ , 辻脇光洋 ² , 菊地慶介 ²	
P-1-002	記述式子宮内膜細胞診報告様式における ATEC の LBC 標本での有用性 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	
P-1-003	子宮体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精度についての検討 仙台赤十字病院産婦人科 ¹ , 東北大学医学部産婦人学教室 ² , 東北大学医学部病理学教室 ³ ○佐藤いずみ ¹ , 岡本 聡 ² , 新倉 仁 ² , 重田昌吾 ² , 橋本千明 ² , 辻 圭太 ² , 徳永英樹 ² , 豊島将文 ² , 三浦弘守 ³ , 渡部みか ³ , 八重樫伸生 ²	
P-1-004	子宮内膜細胞診標本中に他臓器由来の癌細胞が出現した症例の検討 名鉄病院中央臨床検査部病理 ¹ , 名古屋掖済会病院病理診断科 ² ○小林徳子 ¹ , 眞田照一郎 ¹ , 谷川 豊 ¹ , 岸 千晴 ¹ , 鈴木真理子 ¹ , 原田智子 ¹ , 田中瑞穂 ² , 大池里枝 ² , 夏目園子 ² , 西川恵理 ² , 横井豊治 ² , 佐竹立成 ²	
子宮体部 2	10:28~10:56	座長: 小田瑞恵 (こころとからだの元氣プラザ婦人科)
P-1-005	子宮内膜細胞診に出現した卵巣癌の細胞学的検討 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 ○飯野瑞貴 ¹ , 青木裕志 ¹ , 浅見志帆 ¹ , 阿部杏実 ¹ , 坂口垂寿美 ¹ , 小倉加奈子 ^{1,2} , 荻島大貴 ³ , 松本俊治 ¹	
P-1-006	子宮内腔に進展した大腸癌の1例 帯広厚生病院 ¹ , 北海道大学産婦人科 ² , 北海道大学病院病理部 ³ ○奥 聡 ¹ , 武田真人 ² , 小林由佳子 ² , 朝野拓史 ² , 前田悟郎 ² , 石塚泰也 ² , 三田村卓 ² , 渡利英道 ² , 丸川活司 ³ , 櫻木範明 ²	
P-1-007	内膜細胞診で子宮内膜増殖症を推定された症例の組織結果と内膜厚の関連性 神奈川県立がんセンター ○近内勝幸, 上西園幸子, 池田真利子, 今井一章, 川野藍子, 井浦文香, 小野瀬亮, 加藤久盛	
P-1-008	子宮体部漿液性腺癌の術前細胞診に関する検討 がん研有明病院婦人科 ○松浦基樹, 尾松公平, 久 毅, 長島 稔, 勝田隆博, 松岡和子, 野村秀高, 的田真紀, 岡本三四郎, 金尾祐之, 加藤一喜, 宇津木久仁子, 杉山裕子, 高澤 豊, 竹島信宏	

子宮体部 3	10 : 56~11 : 17	座長 : 比嘉盛治 (社会医療法人敬愛会中頭病院病理検査部)
P-1-009	扁平上皮を伴う子宮内膜病変に対して細胞診と組織診で乖離が生じた三例 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 ¹ , 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科 ² ○矢野光剛 ¹ , 加藤智美 ¹ , 細沼佑介 ¹ , 宮坂亞希 ² , 榊 美佳 ¹ , 藤野 節 ¹ , 永田耕治 ¹ , 新井栄一 ¹ , 長谷部孝弘 ¹ , 安田政実 ¹	
P-1-010	細胞診検査では診断することが困難であった鼠径リンパ節転移を伴う低分化腺癌の一例 横浜市立大学附属病院産婦人科 ¹ , 横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部 ² ○萩原有子 ¹ , 松永竜也 ¹ , 太田幸秀 ¹ , 齊藤 真 ¹ , 鈴木幸雄 ¹ , 今井雄一 ¹ , 最上多恵 ¹ , ルイズ横田奈朋 ¹ , 佐治晴哉 ¹ , 佐藤美紀子 ¹ , 佐川弘美 ² , 三田和博 ² , 加藤生真 ² , 古屋充子 ² , 宮城悦子 ¹	
P-1-011	術前の内膜細胞診が陰性であった子宮体癌症例の検討 東京医療センター産婦人科 ○山本阿紀子, 辻 浩介, 滝川 彩, 植木有紗, 三上佳子, 大野暁子, 山下 博	
子宮体部 4	11 : 17~11 : 38	座長 : 矢羽田一信 (大阪府医師会保健医療センター細胞診病理組織診断科)
P-1-012	子宮体部神経内分泌癌における子宮内膜細胞診の後方視的検討 神奈川県立がんセンター婦人科 ¹ , 神奈川県立がんセンター検査科 ² , 神奈川県立がんセンター病理診断科 ³ , 横浜市立市民病院病理診断科 ⁴ , 横浜市立大学附属病院産婦人科 ⁵ ○上西園幸子 ¹ , 池田真利子 ¹ , 今井一章 ¹ , 川野藍子 ¹ , 井浦文香 ¹ , 近内勝幸 ¹ , 小野瀬亮 ¹ , 加藤久盛 ¹ , 北村和久 ² , 岩撫成子 ² , 横瀬智之 ³ , 小野響子 ⁴ , ルイズ横田奈朋 ¹ , 宮城悦子 ⁵	
P-1-013	子宮体部原発小細胞癌の一例 湘南鎌倉総合病院病理診断部 ¹ , 湘南鎌倉総合病院産婦人科 ² ○程島 就 ¹ , 小保方和彦 ¹ , 手島伸一 ¹ , 大沼一也 ² , 井上裕美 ²	
P-1-014	子宮体部原発小細胞癌の一例 札幌医科大学婦人科 ¹ , 札幌北辰病院病理診断科 ² ○寺田倫子 ¹ , 田中綾一 ¹ , 郷久晴朗 ¹ , 寺本瑞絵 ¹ , 岩崎雅宏 ¹ , 中西勝也 ² , 齋藤 豪 ¹	
子宮体部 5	13 : 10~13 : 31	座長 : 加藤友康 (国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科)
P-1-015	子宮内膜細胞診のセルブロック法が診断に有用であった低悪性度子宮内膜間質肉腫の1例 豊橋市民病院産婦人科 ○河合要介, 梅村康太, 前多松喜	
P-1-016	子宮平滑筋肉腫に対する経子宮頸管的針生検の捺印細胞診の有用性 大阪市立総合医療センター婦人科 ¹ , 大阪市立総合医療センター病理部 ² , 大阪市立大学婦人科 ³ ○村上 誠 ¹ , 横田裕香 ² , 石井真美 ² , 福島裕子 ² , 井上 健 ² , 笠井真理 ³ , 市村友季 ³ , 川村直樹 ¹	
P-1-017	針生検による組織診断が困難であった子宮平滑筋肉腫の1例 大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学 ¹ , 大阪市立総合医療センター婦人科 ² , 大阪市立住吉市民病院産婦人科 ³ , 大阪市立大学医学部附属病院病理部 ⁴ ○笠井真理 ¹ , 市村友季 ¹ , 村上 誠 ² , 松田真希子 ³ , 川村直樹 ² , 塩見和彦 ⁴	
卵巣 1	13 : 31~13 : 52	座長 : 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)
P-1-018	卵巣 Sertoli-Leydig 細胞腫の1例 杏林大学医学部産科婦人科 ¹ , 杏林大学医学部病理部 ² , 杏林大学医学部病理学 ³ ○渋谷英里子 ¹ , 西ヶ谷順子 ¹ , 水谷奈津子 ² , 市川美雄 ² , 坂本憲彦 ² , 長内喜代乃 ¹ , 百村麻衣 ¹ , 望月 真 ³ , 松本浩範 ¹ , 小林陽一 ¹ , 岩下光利 ¹	

P-1-019 高齢者に発症した Sertoli-Leydig cell tumor の1例

国立病院機構熊本医療センター

○鹿島星林, 村山寿彦, 石原幸治, 中島一樹, 川上裕之

P-1-020 卵巣 Mitotically active cellular fibroma の細胞像

長崎大学原研病理¹⁾, 諫早総合病院病理診断科²⁾, 島原マタニティ病院³⁾, 長崎大学原研遺伝⁴⁾, 長崎病理診断科⁵⁾

○松田勝也¹⁾, 高木雄三²⁾, 井手圭一郎²⁾, 望月哲朗²⁾, 福海文絵²⁾, 高木美奈¹⁾, 上木 望¹⁾, 三浦史郎¹⁾, 森山伸吾³⁾, 木下 晃⁴⁾, 吉浦孝一郎⁴⁾, 岸川正大⁵⁾, 中島正洋¹⁾

卵巣2

13:52~14:13

座長: 石原 明 (宮崎県立延岡病院病理診断科)

P-1-021 卵巣原発性カルチノイド腫瘍の1例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科

○永田耕治, 佐瀬智子, 加藤智美, 細沼佑介, 瀬山 敦, 安田政実

P-1-022 成熟嚢胞性奇形腫に合併した卵巣原発 島状カルチノイドの1症例

JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科¹⁾, JA 長野厚生連佐久総合病院病理部²⁾

○岩松弘文¹⁾, 中山朋秋¹⁾, 佐藤憲俊¹⁾, 井出伸也²⁾, 塩澤 哲¹⁾, 青柳大樹¹⁾, 石亀廣樹²⁾

P-1-023 卵巣甲状腺腫性カルチノイドの一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診

○伊藤園江, 大田桂子, 長山大輔, 高橋光彦, 鶴野由華, 西田直代, 木村芳三, 檜垣浩一

卵巣3

14:13~14:34

座長: 石井保吉 (こころとからだの元氣プラザ細胞病理診断科)

P-1-024 原発巣の同定が困難であった転移性卵巣癌の1例

北摂総合病院¹⁾, 第一東和会病院²⁾

○田中理恵¹⁾, 鎌田美佳²⁾, 野田洋一²⁾

P-1-025 子宮内膜細胞診に癌細胞が出現した乳癌既往のある卵巣癌の1例

日本医科大学付属病院産婦人科¹⁾, 日本医科大学付属病院病理診断科²⁾

○川瀬里衣子¹⁾, 黒瀬圭輔¹⁾, 山本晃人¹⁾, 松原美幸²⁾, 大橋隆治²⁾, 竹下俊行¹⁾

P-1-026 印環細胞癌の悪性胸水および腹水を認めた乳腺原発の再発小葉癌の1例

立正佼成会附属佼成病院産婦人科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理部²⁾

○井上慶子¹⁾, 鈴木 淳¹⁾, 村田栄一郎²⁾, 當眞嗣陸²⁾, 二階堂孝²⁾, 木村英三¹⁾

卵巣4

14:34~14:55

座長: 深澤一雄 (獨協医科大学産婦人科)

P-1-027 卵巣小細胞癌の一例

佐賀大学医学部産科婦人科¹⁾, 佐賀大学医学部病院病理部²⁾, 佐賀中部病院病理部³⁾

○西山 哲¹⁾, 橋口真理子¹⁾, 福田亜紗子¹⁾, 大隈恵美¹⁾, 花鳥克幸¹⁾, 野口光代¹⁾, 内山倫子¹⁾, 山崎文朗³⁾, 山崎真希子²⁾, 甲斐敬太²⁾, 中尾佳史¹⁾, 横山正俊¹⁾

P-1-028 当院で経験した卵巣小細胞癌の2例

神奈川県立がんセンター婦人科¹⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科, 検査科²⁾, 日本医科大学千葉北総病院女性診療科, 産科³⁾

○池田真利子¹⁾, 上西園幸子¹⁾, 今井一章¹⁾, 中西一步³⁾, 川野藍子¹⁾, 松橋智彦³⁾, 井浦文香¹⁾, 近内勝幸¹⁾, 小野瀬亮¹⁾, 酒井麻衣²⁾, 関谷元幹²⁾, 那須隆二²⁾, 北村和久²⁾, 岩撫成子²⁾, 加藤久盛¹⁾

P-1-029 卵巣 yolk sac tumor の一例

北海道がんセンター婦人科¹⁾, 北海道がんセンター病理診断部²⁾

○藤堂幸治¹⁾, 竹下 奨¹⁾, 大場洋子¹⁾, 岡元一平¹⁾, 加藤秀則¹⁾, 鈴木宏明²⁾, 山城勝重¹⁾

骨・軟部 1	10:00~10:21	座長: 元井 亨 (がん・感染症センター都立駒込病院病理科)
P-1-030	鎖骨下に発生した悪性腎外ラブドイド腫瘍の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 ○岸佑香里 ¹ , 草苺宏有 ¹ , 大川千絵 ¹ , 土居正知 ² , 干川晶弘 ² , 前田一郎 ² , 高木正之 ²	
P-1-031	後腹膜横紋筋肉腫の1例—細胞・組織学的検討を中心に— 国立病院機構嬉野医療センター病理診断科 ○白石幸恵, 岩永浩輔, 小田繁樹, 田場 充, 内藤慎二	
P-1-032	副鼻腔に発生した胞巣型横紋筋肉腫の1例 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 ¹ , 埼玉医科大学国際医療センター病理診断部 ² , 帝京大学医学部病理学講座 ³ ○菊地良直 ^{1,3} , 渡部朱織 ³ , 宇於崎宏 ³ , 加藤智美 ² , 鎌倉靖夫 ² , 瀬山 敦 ² , 榊 美佳 ¹ , 永田耕治 ¹ , 藤野 節 ¹ , 新井栄一 ¹ , 長谷部孝裕 ¹ , 安田政実 ^{1,2}	
骨・軟部 2	10:21~10:42	座長: 北岡光彦 (国家公務員共済組合連合会熊本中央病院病理診断科)
P-1-033	術前の穿刺吸引細胞診が有用であった悪性顆粒細胞腫の1例 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部 ○伊吹英美, 串田吉生, 宮本加菜, 郷田 衛, 片倉和哉, 本山睦美, 松永 徹, 石川 亮, 香川聖子, 宮井由美, 香月奈穂美, 門田球一, 羽場礼次	
P-1-034	骨外性粘液型軟骨肉腫の1例 帝京大学医学部病理学講座 ¹ , 帝京大学医学部附属病院病理部 ² ○渡部朱織 ¹ , 菊地良直 ¹ , 向山淳児 ² , 石井美樹子 ² , 熊谷有紗 ¹ , 東海林琢男 ² , 近藤福雄 ² , 宇於崎宏 ¹	
P-1-035	骨外性粘液型軟骨肉腫の診断における細胞診の有用性について がん研究会有明病院臨床病理センター ¹ , がん研究会がん研究所病理部 ² ○古田則行 ¹ , 神田浩明 ² , 山田麻里沙 ² , 小松京子 ¹ , 藤山淳三 ¹ , 星 利良 ¹ , 池畑浩一 ¹ , 鈴木奈緒子 ¹ , 伊藤崇彦 ¹ , 石井脩平 ² , 高松 学 ² , 杉浦善弥 ² , 杉山裕子 ¹ , 石川雄一 ² , 高澤 豊 ²	
骨・軟部 3	10:42~11:03	座長: 岩田 純 (高知医療センター病理診断科)
P-1-036	左肩に発生した筋上皮癌 myoepithelial carcinoma の1例 がん研究会がん研究所病理部 ¹ , がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部 ² ○石井脩平 ¹ , 古田則行 ² , 小松京子 ² , 藤山淳三 ² , 池畑浩一 ² , 星 利良 ² , 山田麻里沙 ² , 鈴木奈緒子 ² , 伊藤崇彦 ² , 杉浦善弥 ¹ , 元井紀子 ¹ , 神田浩明 ¹ , 高澤 豊 ¹ , 石川雄一 ¹ , 杉山裕子 ²	
P-1-037	細胞診にて判定に苦慮した epithelioid angiosarcoma の一例 JA 神奈川県厚生連相模原協同病院医療技術部臨床検査室 ¹ , JA 神奈川県厚生連相模原協同病院病理診断科 ² , 新百合ヶ丘総合病院病理診断科 ³ ○和田光平 ¹ , 岩本慶太 ¹ , 松岡伶美 ¹ , 林 修平 ¹ , 川井麻衣子 ¹ , 白井正広 ¹ , 風間暁男 ² , 田口勝二 ³ , 高山明子 ³ , 和田幸子 ³ , 福永眞治 ³	
P-1-038	腹水液状化細胞診にて腫瘍細胞を認めた乳児の肝血管肉腫の1例 福井大学医学部附属病院病理診断科病理部 ¹ , 福井大学医学部病態医学講座腫瘍病理学領域 ² ○岩崎和美 ¹ , 森 正樹 ¹ , 前川秀樹 ¹ , 鈴木佑梨 ¹ , 小上瑛也 ¹ , 酒井康弘 ² , 今村好章 ¹	

その他の女性器1 11:03~11:24 座長: 落合和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科)

- P-1-039 Cellprep を用いた婦人科腫瘍擦過細胞の固定時間とアルコール濃度の至適条件
広島大学病院
○金子佳恵, 内島由加里, 石田真悠, 田岡知恵, 田中祐菜, 丸橋由加里, 清水智美, 石田克成,
高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 織田麻琴, 木村修士, 城間紀之, 有廣光司
- P-1-040 原発性卵管癌における子宮腔部頸管・内膜細胞診の有用性に関する検討
独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科
○辻 浩介, 滝川 彩, 植木有紗, 大野暁子, 三上佳子, 山下 博
- P-1-041 腹水セルブロックにおける検討が治療方針決定に有用であった腹膜原発粘液性腺癌の1例
市立釧路総合病院産婦人科¹⁾, 札幌医科大学産婦人科²⁾
○玉手雅人¹⁾, 長尾沙智子¹⁾, 竹田倫子^{1,2)}, 松浦基樹²⁾, 寺本瑞絵²⁾, 郷久晴朗²⁾, 田中綾一²⁾,
岩崎雅宏²⁾, 齋藤 豪²⁾

その他の女性器2 11:24~11:52 座長: 仲里 巖 (沖縄県立南部医療センター・こども医療センター病理診断科)

- P-1-042 3年後に局所再発し, 11年後に多臓器転移再発した外陰 Paget 病の1例
産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座¹⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学教室²⁾, 産業医科大学医学部第1病理学教室³⁾
○松浦祐介¹⁾, 愛甲悠希代²⁾, 卜部理恵²⁾, 植田多恵子²⁾, 栗田智子²⁾, 鏡 誠治²⁾, 川越俊典²⁾,
蜂須賀徹²⁾, 野口紘嗣³⁾, 久岡正典³⁾
- P-1-043 大量の腹水貯留をきたした Large B cell lymphoma の1例
北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾
○小林由佳子¹⁾, 武田真人¹⁾, 丸川活司²⁾, 朝野拓史¹⁾, 前田悟郎¹⁾, 石塚泰也¹⁾, 遠藤大介¹⁾,
岡田宏美²⁾, 三田村卓¹⁾, 渡利英道¹⁾, 畑中佳奈子²⁾, 櫻木範明¹⁾
- P-1-044 腔原発リンパ上皮腫様癌の1例
北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾
○前田悟郎¹⁾, 武田真人¹⁾, 小林由佳子¹⁾, 朝野拓史¹⁾, 石塚泰也¹⁾, 岡田宏美^{1,2)}, 遠藤大介¹⁾,
三田村卓¹⁾, 渡利英道¹⁾, 丸川活司²⁾, 櫻木範明¹⁾
- P-1-045 子宮全摘後の腔断端に発生した扁平上皮癌の2例
新潟県立がんセンター新潟病院
○菊池 朗, 柳瀬 徹, 谷地田希, 笹川 基

脳・頭頸部1 13:10~13:38 座長: 井関充及 (佐世保共済病院病理診断科)

- P-1-046 髄液で診断しえた中枢性神経細胞腫 (Central neurocytoma) の1例
川崎医科大学附属川崎病院病理部
○成富真理, 畠 榮, 物部泰昌, 高須賀博久, 日野寛子
- P-1-047 Dysembryoplastic neuroepithelial tumor 類似の成分を示した Rosette-forming glioneuronal tumor の1例
国立精神・神経医療研究センター病院臨床検査部¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター中央検査部²⁾
○田中洋子¹⁾, 梅戸克之¹⁾, 齊藤祐子¹⁾, 澁谷 誠^{1,2)}
- P-1-048 膠芽腫との鑑別に苦慮した脳原発悪性黒色腫の1例
東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科病理¹⁾, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科²⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学³⁾
○藤田大貴¹⁾, 町田知久¹⁾, 伊藤 仁²⁾, 宮嶋葉子²⁾, 藤戸伸明²⁾, 渡具知克¹⁾, 平岩真一郎¹⁾,
杉山朋子¹⁾, 中村直哉³⁾, 田尻琢磨¹⁾

P-1-049 多様な細胞が出現した膠芽腫の1例

独立行政法人国立病院機構相模原病院病理診断科¹, 独立行政法人国立病院機構相模原病院臨床検査科², 東京医科大学八王子医療センター中央検査部³, 独立行政法人国立病院機構相模原病院脳神経外科⁴

○堀田綾子¹, 余語直実¹, 原田哲也², 倉部 裕², 大矢良之², 福住理絵², 海野みちる¹, 林 亮², 澁谷 誠³, 三島大徳⁴, 齋藤生朗¹

脳・頭頸部 2

13:38~14:06

座長: 杉田保雄 (久留米大学医学部病理学講座)

P-1-050 Atypical teratoid/rhabdoid tumor の2例

宮崎大学医学部附属病院病理部¹, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科², 宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野³

○徳満貴子¹, 野口裕史¹, 大野招伸¹, 峰松映子¹, 森田勝代¹, 黒木栄輝¹, 福島 剛³, 盛口清香², 佐藤勇一郎^{1,2}

P-1-051 中間型松果体実質腫瘍(PPTID)の1例

川口市立医療センター検査科病理¹, 川口市立医療センター病理診断科², 日本大学医学部人体病理学³

○今村尚貴¹, 須賀恵美子¹, 松永英人¹, 鈴木忠男¹, 三俣昌子², 坂田一美², 山本雅博², 本間 琢³, 生沼利倫²

P-1-052 横紋筋分化を示す腫瘍成分を伴う幼児発症松果体芽腫の一例

日本大学医学部附属板橋病院病理部¹, 日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野², 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野³, 日本大学医学部病態病理学系機能形態学分野⁴

○山本久恵¹, 関 利美¹, 本間 琢^{1,2}, 鈴木敦子¹, 橋本尚子¹, 吉田一代¹, 中西陽子^{1,3}, 楠美嘉晃^{1,3}, 大荷澄江^{1,4}, 逸見明博^{1,2}, 羽尾裕之^{1,2}, 増田しのぶ^{1,3}, 杉谷雅彦^{1,4}

P-1-053 頸部に再発し唾液腺腫瘍との鑑別を要した嗅神経芽細胞腫の一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科¹, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院臨床検査部²

○木村芳三¹, 檜垣浩一¹, 西田直代¹, 伊藤園江², 塚本孝久², 武井美和²

脳・頭頸部 3

14:06~14:34

座長: 山城勝重 (独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部)

P-1-054 脈絡叢乳頭腫の一例

岩手医科大学附属病院病理診断科¹, 岩手医科大学医学部病理診断学講座², 岩手医科大学医学部病理学講座機能病態学分野³

○菊池いな子¹, 石田和之^{1,2}, 佐藤彩佳¹, 上田奈央子¹, 肥田野靖史¹, 高橋静子¹, 山田範幸¹, 安保淳一¹, 杉本 亮^{1,2}, 無江良晴^{1,2}, 上杉憲幸^{1,2}, 川崎朋範^{1,2}, 佐藤 孝³, 菅井 有^{1,2}

P-1-055 Intravascular large B-cell lymphoma (IVLBCL) の脳生検の捺印標本

平塚共済病院病理診断科¹, がん研究所病理部²

○関谷 香¹, 吉田友里衣¹, 坂元 肇¹, 加藤順治¹, 松原 修^{1,2}

P-1-056 脳脊髄液細胞診で成人 T 細胞性白血病/リンパ腫を考えた HTLV-1 関連脊髄症の一例

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島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広島市民病院病理診断科²

○高木伸治¹, 戸井紳二¹, 坂田かな枝¹, 喜田真理子¹, 藤本静枝¹, 守都敏晃², 市村浩一²

P-1-057 髄液細胞診から B cell lymphoma が発見された1例

日本大学病院病理診断科

○堀内広美, 古瀬慶子, 岡田京子, 桂 義久, 絹川典子, 逸見明博

子宮頸部 1	14 : 34~14 : 55	座長：永井公洋 (宮崎大学医学部附属病院がん診療部腫瘍センター)
P-1-058	子宮頸部リンパ上皮腫様扁平上皮癌の1例 呉医療センター・中国がんセンター産婦人科 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・中国がんセンター院長 ³⁾ ○中村紘子 ¹⁾ , 高畑敬之 ¹⁾ , 友野勝幸 ¹⁾ , 澤崎 隆 ¹⁾ , 安村奈緒子 ²⁾ , 吉田美帆 ²⁾ , 大西 浩 ²⁾ , 谷山大樹 ²⁾ , 在津潤一 ²⁾ , 齋藤彰久 ²⁾ , 倉岡和矢 ²⁾ , 谷山清己 ³⁾	
P-1-059	子宮頸部リンパ上皮腫様癌の1例 宮崎県立宮崎病院臨床検査科 ¹⁾ , 宮崎県立宮崎病院病理診断科 ²⁾ , 宮崎県立宮崎病院産婦人科 ³⁾ ○杭野章子 ¹⁾ , 木田裕子 ¹⁾ , 稲田千文 ¹⁾ , 原口朋子 ¹⁾ , 谷口康郎 ¹⁾ , 島尾義也 ²⁾ , 丸塚浩助 ²⁾ , 栗原秀一 ³⁾ , 嶋本富博 ³⁾	
P-1-060	子宮頸部原発 CD5 陽性びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の1例 香川県立保健医療大学看護学科 ¹⁾ , 四国細胞病理センター ²⁾ , 香川大学医学部付属病院病理部 ³⁾ , 香川大学医学部周産期学婦人科学 ⁴⁾ ○塩田敦子 ¹⁾ , 田野有美 ²⁾ , 古市幸枝 ²⁾ , 郷田 衛 ³⁾ , 本山睦美 ³⁾ , 伊吹英美 ³⁾ , 宮井由美 ³⁾ , 串田吉生 ³⁾ , 羽場礼次 ³⁾ , 金西賢治 ⁴⁾ , 秦 利之 ⁴⁾	
子宮頸部 2	14 : 55~15 : 16	座長：梅澤 聡 (武蔵野赤十字病院産婦人科)
P-1-061	内膜細胞診にて確定診断に苦慮した内膜表層伸展型子宮頸部原発扁平上皮癌の1例 川崎市立川崎病院検査科病理 ¹⁾ , 川崎市立川崎病院産婦人科 ²⁾ , 国立成育医療研究センター病理診断科 ³⁾ ○横屋瀬里香 ¹⁾ , 谷口早絵 ¹⁾ , 坂井 瞳 ¹⁾ , 鈴木玲子 ¹⁾ , 鏑木友子 ¹⁾ , 千代田達幸 ²⁾ , 中田さくら ²⁾ , 入江理恵 ³⁾ , 杉浦 仁 ¹⁾	
P-1-062	子宮頸部細胞診で診断しえた乳頭状扁平上皮癌 琉球大学医学部附属病院病理診断科 ¹⁾ , 社会医療法人敬愛会中頭病院病理診断科 ²⁾ , 社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院病理診断科 ³⁾ , 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座 ⁴⁾ ○西平育子 ¹⁾ , 仲宗根克 ¹⁾ , 平田幸也 ¹⁾ , 比嘉美香 ¹⁾ , 瑞慶覧陽子 ¹⁾ , 伊原美枝子 ¹⁾ , 新垣和也 ²⁾ , 松崎晶子 ⁴⁾ , 齊尾征直 ³⁾ , 吉見直己 ⁴⁾	
P-1-063	分娩後1年以内に診断された子宮頸部浸潤癌症例の妊娠初期と分娩後の細胞診の比較 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科 ○小林真弓, 渡邊麗子, 高橋健太, 清水華子, 植原貴史, 石川光也, 池田俊一, 吉田 裕, 加藤友康	
子宮頸部 3	15 : 16~15 : 37	座長：山口知彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)
P-1-064	子宮頸部原発悪性黒色腫の1例 地方独立行政法人大阪市立総合医療センター病理部 ¹⁾ , 同 中央臨床検査部 ²⁾ , 同 婦人科 ³⁾ ○山畑 翔 ¹⁾ , 横田裕香 ¹⁾ , 加藤麻衣 ²⁾ , 石井真美 ¹⁾ , 福島裕子 ¹⁾ , 村上 誠 ³⁾ , 川村直樹 ³⁾ , 井上 健 ¹⁾	
P-1-065	子宮頸部すりガラス癌の一例 東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科学講座 ¹⁾ , 東京慈恵会医科大学附属病院病理学講座 ²⁾ ○田中昌哉 ¹⁾ , 山田恭輔 ¹⁾ , 黒田高史 ¹⁾ , 上田 和 ¹⁾ , 清川貴子 ²⁾ , 岡本愛光 ¹⁾	
P-1-066	子宮頸部 Glassy cell carcinoma の1例 北海道大学産婦人科 ¹⁾ , 北海道大学病院病理部 ²⁾ ○石塚泰也 ¹⁾ , 武田真人 ¹⁾ , 丸川活司 ²⁾ , 朝野拓史 ¹⁾ , 三田村卓 ²⁾ , 渡利英道 ¹⁾ , 櫻木範明 ²⁾	

- | 子宮頸部 4 | 15 : 37~15 : 58 | 座長：小林裕明 (鹿児島大学病院産科婦人科) |
|------------|--|---------------------------|
| P-1-067 | 子宮頸部小細胞癌の3例
春日井市民病院臨床検査技術室 ¹ , 春日井市民病院病理部 ²
○齋藤知央 ¹ , 加藤 浩 ¹ , 渡邊弥生 ¹ , 西尾 淳 ¹ , 伊藤 修 ¹ , 立山 尚 ² | |
| P-1-068 | 多発性遠隔転移を伴った子宮頸部小細胞癌の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産婦人科 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臨床検査部 ² , 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 ³
○秋本由美子 ¹ , 谷本博利 ¹ , 柏原倫子 ² , 御手洗賀世 ² , 坂本 聖 ² , 田中信利 ² , 金子真弓 ³ | |
| P-1-069 | 子宮頸部細胞診で診断しえた子宮頸部小細胞癌の2例
佐賀大学医学部産科婦人科
○福田亜紗子, 西山 哲, 橋口真理子, 大隈恵美, 野口光代, 内山倫子, 中尾佳史, 横山正俊 | |
| 子宮頸部 5 | 15 : 58~16 : 19 | 座長：山本一郎 (中津市立中津市民病院病理診断科) |
| P-1-070 | 乳癌子宮転移の3例
北海道がんセンター婦人科 ¹ , 北海道がんセンター臨床検査部 ² , 北海道がんセンター臨床
検査科 ³
○竹下 奨 ¹ , 岡元一平 ¹ , 古田 祐 ¹ , 大場洋子 ¹ , 見延進一郎 ¹ , 藤堂幸治 ¹ , 加藤秀則 ¹ ,
鈴木宏明 ² , 山城勝重 ² , 平紀代美 ³ , 東 学 ³ , 中島真奈美 ³ | |
| P-1-071 | 子宮頸部擦過材料に腫瘍細胞がみられた膀胱癌腔壁浸潤の1例
独立行政法人国立病院機構福山医療センター ¹ , 岡山大学病院病理診断科 ² , 独立行政法人
労働者健康福祉機構岡山労災病院 ³
○末竹智香子 ¹ , 有安早苗 ¹ , 福田由美子 ¹ , 柳井広之 ² , 園部 宏 ³ | |
| P-1-072 | 細胞診及び組織診で確定診断に至らなかった進行子宮頸癌の1例
済生会京都府病院産婦人科
○渡邊 愛 | |
| 甲状腺・副甲状腺 1 | 10 : 00~10 : 28 | 座長：覚道健一 (近畿大学医学部奈良病院病理部) |
| P-1-073 | 甲状腺癌取扱い規約 細胞診新報告様式と旧報告様式との比較検討 1—検体適否を中心に—
三重大学医学部附属病院病理部 ¹ , 三重大学医学部附属病院がんセンター ²
○藤田良浩 ¹ , 松谷史織 ¹ , 佐々木美沙 ¹ , 河井誓里奈 ¹ , 阿曾由美子 ¹ , 林 昭伸 ¹ , 内田克典 ¹ ,
小塚祐司 ¹ , 福留寿生 ^{1,2} , 今井 裕 ¹ | |
| P-1-074 | 甲状腺癌取扱い規約 細胞診新報告様式と旧報告様式との比較検討 2—意義不明を中心に—
三重大学医学部附属病院病理部 ¹ , 三重大学医学部附属病院がんセンター ²
○藤田良浩 ¹ , 松谷史織 ¹ , 佐々木美沙 ¹ , 河井誓里奈 ¹ , 阿曾由美子 ¹ , 林 昭伸 ¹ , 内田克典 ¹ ,
小塚祐司 ¹ , 福留寿生 ^{1,2} , 今井 裕 ¹ | |
| P-1-075 | 甲状腺低分化癌のエコー画像と細胞像および細胞採取部位の検討
伊藤病院診療技術部臨床検査室 ¹ , 慶応大学医学部病理診断部 ² , 山梨大学医学部人体病理
学講座 ³ , 伊藤病院外科 ⁴
○佐々木栄司 ¹ , 亀山香織 ² , 渡辺亜美 ¹ , 徳井理絵 ¹ , 田村 恵 ¹ , 藤澤俊道 ¹ , 近藤哲夫 ³ ,
北川 亘 ⁴ , 鳥屋城男 ¹ , 伊藤公一 ⁴ | |
| P-1-076 | 甲状腺における液状化細胞診 (LBC) の固定条件による検討
広島大学病院病理診断科
○丸橋由加里, 有廣光司, 石田真悠, 内畠由加里, 田岡知恵, 田中祐菜, 清水智美, 金子佳恵,
石田克成, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 織田真琴, 木村修士, 城間紀之 | |

甲状腺・副甲状腺2 10:28~10:49**座長：中村靖司** (大阪細胞病理研究所)

- P-1-077 甲状腺穿刺吸引細胞診にて、核内細胞質封入体を認めた腎細胞癌甲状腺転移の1例
大阪警察病院
○北辻 香, 辻本正彦, 安岡弘直, 築山あゆみ, 郡司有理子, 金田敦代, 小西尋子, 青木 弘, 福田沙織, 松永由紀
- P-1-078 穿刺吸引細胞診で甲状腺癌の転移との鑑別を要した成人型顆粒膜細胞腫の転移例
姫路赤十字病院病理診断科¹, 姫路赤十字病院検査技術部², 岡山大学医学部第一病理³
○伏見聡一郎¹, 堀田真智子¹, 河合穂高¹, 藤澤真義³, 牛丸牧子^{1,2}, 廣尾嘉樹², 井上 瞳², 永谷たみ², 春名勝也², 山本繁秀², 和仁洋治¹
- P-1-079 甲状腺腫の細胞診と免疫染色の所見から発見された肺腺癌の一例
高崎総合医療センター乳腺内分泌外科¹, 高崎総合医療センター呼吸器科², 群馬大学医学部附属病院病理部³, 高崎総合医療センター病理診断科⁴
○荻野美里¹, 鯉淵幸生¹, 中澤祐子¹, 清水雄至², 星川里美³, 宮永朋実⁴, 田中優子⁴, 小川 晃⁴

呼吸器・縦隔1 10:49~11:17**座長：河合俊明** (戸田中央臨床検査研究所)

- P-1-080 甲状腺乳頭癌の尾側に頸部胸腺癌を合併した1例
愛知医科大学病院病理部
○和田栄里子, 櫻井包子, 坪井智子, 藤井佳穂, 水野里美, 宮下拓也, 水野義己, 佐藤允則, 佐藤 啓, 高橋恵美子, 都築豊徳
- P-1-081 胸腺癌の1例と鑑別を要する細胞像
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-1-082 術中捺印細胞診を経験した Atypical type A thymoma variant の2例
宝塚市立病院中央検査室¹, 兵庫医科大学病理学 (病理診断部門)², 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科³
○松尾祥平¹, 塚本吉胤², 土井玲子¹, 山下結衣¹, 太田寛子¹, 竹野真祐³, 東 誠二¹, 廣田誠一²
- P-1-083 術中迅速診断において捺印細胞診が有用であったリンパ球優位型胸腺腫の1例
船橋市立医療センター臨床病理¹, 船橋市立医療センター臨床検査科², 船橋市立医療センター呼吸器外科³
○清水辰一郎¹, 諏訪朋子², 高橋久雄², 内田 修³

呼吸器・縦隔2 11:17~11:38**座長：伊豫田明** (東邦大学外科学講座呼吸器外科学分野)

- P-1-084 肺腺癌の術前経気管支鏡下細胞診良悪判定困難症例の検討
鳥取大学医学部胸部外科¹, 鳥取大学医学部附属病院病理部²
○荒木邦夫¹, 谷口雄司¹, 中村廣繁¹, 松重貴大², 遠藤由香利², 大野千恵子², 桑本聡史², 野坂加苗², 堀江 靖², 梅北善久²
- P-1-085 当院におけるEBUS-TBNA 検査症例の検討
山梨県立中央病院検査部病理診断科¹, 山梨県立中央病院呼吸器内科²
○輿石早紀¹, 雨宮健司¹, 石井恵理¹, 平賀 咲¹, 柿崎有美子², 小山敏雄¹
- P-1-086 呼吸器内視鏡におけるEBUS-GS法の導入と細胞診検査について
JA 岐阜厚生連中濃厚生病院検査科¹, JA 岐阜厚生連中濃厚生病院婦人科²
○玉置和仁¹, 各務里奈¹, 森 良雄¹, 山際三郎²

呼吸器・縦隔 3 13:10~13:31 座長：榎原康亮（労働者健康安全機構九州労災病院病理診断科）

- P-1-087 胸膜生検で小細胞癌，胸水細胞診で腺癌と診断された1例
滋賀県立成人病センター呼吸器内科¹，滋賀県立成人病センター病理診断科²
○塩田哲広¹，橋本健太郎¹，野原 淳¹，石床 学¹，渡邊壽規¹，土肥 誠²，山本喜啓²，
河野文彦²，新宅雅幸²
- P-1-088 術中細胞診で診断に苦慮した肺多形癌の一例
医療法人徳洲会宇治徳洲会病院¹，京都大学医学部附属病院²
○森 雅浩¹，江口光徳¹，中村祥子¹，田村佳枝¹，西村啓介¹，片岡竜貴²
- P-1-089 肺末梢に発生した腺様嚢胞癌の1例
国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院病理診断科
○神農有里絵，福村大祐，大見 忍，勝村雄一，加藤良樹，小笠原良治，柳本邦雄

呼吸器・縦隔 4 13:31~13:59 座長：山本珠美（独立行政法人国立病院機構四国がんセンター）

- P-1-090 Giant cell carcinoma の1切除例
社会医療法人天神会新古賀病院
○河原真弓子，貞嶋栄司，木下準子，山崎加奈子，貞嶋奈津，三宅まどか，徳永 藏
- P-1-091 好中球に中毒性顆粒を認め，G-CSF 産生が示唆された転移性腫瘍の1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
○田代章人¹，井本秀志¹，森田明子¹，尾松雅仁¹，上原慶一郎²，今井幸弘²
- P-1-092 気管支鏡下生検時の迅速細胞診で特徴的な所見を認めた肺原発悪性黒色腫の1例
和歌山県立医科大学呼吸器内科腫瘍内科
○小野安子
- P-1-093 気管支擦過細胞診により疑われた肺悪性黒色腫の一例
慶應義塾大学医学部病理学教室¹，慶應義塾大学病院病理診断部²
○鈴木一生^{1,2}，阿部 仁^{1,2}，草刈 悟^{1,2}，鈴木美那子^{1,2}，中島清聖^{1,2}，佐藤孝之^{1,2}，
三春慶輔^{1,2}，林雄一郎²，佐々木文²，亀山香織²

呼吸器・縦隔 5 13:59~14:20 座長：谷山清己（国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター）

- P-1-094 縦隔に発生した大細胞神経内分泌癌の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-1-095 肺癌検診喀痰細胞診が契機で発見された肺腺癌の解析
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
- P-1-096 定位放射線治療3年後に増大を示し，肺切除施行された原発性肺癌の一例
国際医療福祉大学三田病院呼吸器外科¹，東京医科大学外科学第一講座²，国際医療福祉大学三田病院病理部（病理診断センター）³
○小鹿雅和¹，岩崎賢太郎^{1,2}，長瀬清亮¹，林 和¹，相田真介³，池田徳彦²

呼吸器・縦隔6 14:20~14:41 座長:横井豊治 (名古屋掖済会病院病理診断科)

- P-1-097 気管支原発硝子化明細胞癌の1例
 (公財)がん研究会がん研究所病理部¹⁾, (公財)がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部²⁾, (公財)がん研究会有明病院呼吸器内科³⁾
 ○高松 学¹⁾, 星 利良²⁾, 山田麻里沙²⁾, 佐藤由紀子¹⁾, 武藤麻理子¹⁾, 二宮浩範¹⁾, 柳谷典子³⁾, 宝来 威²⁾, 石井脩平¹⁾, 藤山淳三²⁾, 古田則行²⁾, 杉山裕子²⁾, 小松京子²⁾, 石川雄一¹⁾
- P-1-098 気管支擦過細胞診にて腫瘍細胞を認めた悪性胸膜中皮腫の1例
 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⁾
 ○西中村恵輔¹⁾, 松本慎二¹⁾, 浜崎 慎²⁾, 小島勝己¹⁾, 大石朋子¹⁾, 相知優子¹⁾, 鍋島一樹^{1,2)}
- P-1-099 原発性腸型肺腺癌の臨床細胞診像
 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター病理診断科¹⁾, 近畿大学医学部病理学教室²⁾, 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科³⁾
 ○笠井孝彦¹⁾, 武田麻衣子¹⁾, 寺本友昭¹⁾, 上田利和¹⁾, 名嘉正勝¹⁾, 藤田幸久¹⁾, 清水重喜²⁾, 沖塩協一³⁾

呼吸器・縦隔7 14:41~15:09 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)

- P-1-100 原発性肺癌との鑑別に苦慮し, GATA3にて膀胱癌肺転移を診断し得た1例
 国立病院機構金沢医療センター臨床検査科
 ○久野欽子, 松田愛子, 山岸 豊, 笠島里美, 川島篤弘
- P-1-101 腎癌手術後16年を経過し肺転移を来した1切除例
 朝倉医師会病院病理診断科¹⁾, 朝倉医師会病院病理検査科²⁾, 久留米大学医学部病理学講座³⁾
 ○田口 順¹⁾, 藤井広美²⁾, 林 涼子²⁾, 矢野博久³⁾
- P-1-102 肺動脈血吸引細胞診にてPulmonary tumor thrombotic microangiopathyを診断し得た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腫瘍学講座病理学分野²⁾
 ○竹下かおり¹⁾, 窪田恵美¹⁾, 西田ゆかり¹⁾, 田中和彦¹⁾, 平木 翼²⁾, 山田壮亮²⁾, 東美智代¹⁾, 畑中一仁²⁾
- P-1-103 肺動脈血細胞診から前立腺癌由来のPTTMと同定できた一例
 滋賀医科大学医学部附属病院病理部
 ○山口 大, 森谷鈴子, 岡本 望, 春日 希, 籠谷亜希子, 林 裕司, 岩井宗男, 宮平良満, 九嶋亮治

呼吸器・縦隔8 15:09~15:37 座長:西山尚子 (熊本大学医学部附属病院病理部)

- P-1-104 国内発生2例目の*Cryptococcus gattii*感染症
 愛知県厚生連海南病院病理部¹⁾, 愛知県厚生連海南病院病理診断科²⁾
 ○北島聖晃¹⁾, 伊藤真由美¹⁾, 成田 淳¹⁾, 石川 操²⁾, 中村隆昭²⁾, 後藤啓介²⁾
- P-1-105 肺胞洗浄液検体で同時にクリプトコッカス症, ニューモシスチス肺炎を検出した1例
 群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学³⁾
 ○佐藤香織¹⁾, 平戸純子¹⁾, 小山徹也³⁾, 福田利夫³⁾
- P-1-106 気管支肺胞洗浄液細胞診における原発性肺胞蛋白症と続発性肺胞蛋白症の細胞所見の比較
 新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院検査科¹⁾, 新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院病理診断科²⁾
 ○澁谷大輔¹⁾, 長谷川剛²⁾, 小池 敦¹⁾, 徳永直樹¹⁾, 阿部美香¹⁾, 井口啓太¹⁾

- P-1-107 気管支肺胞洗浄液細胞診のみでは確定診断が難しかった原発性肺胞蛋白症の1例
JR 東京総合病院臨床検査科¹, JR 東京総合病院呼吸器内科², 日本赤十字社医療センター病理部³
○大友梨恵¹, 恩田雅弘¹, 谷川園子¹, 千田雅子¹, 中澤和久¹, 田中さゆり¹, 関 邦彦¹,
山田嘉仁², 武村民子³

体腔液 1 10:00~10:21 座長: 青木 潤 ((株)福山臨床検査センター)

- P-1-108 癌性腹水細胞診を用いた原発巣推定への試み
国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹, 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科²
○福原 萌¹, 渡邊麗子¹, 澁木康雄¹, 佐々木直志¹, 時田和也¹, 小林沙織¹, 藤間瑞穂¹,
吉田正行¹, 加藤友康², 元井紀子¹
- P-1-109 体腔液検体にて経験した免疫細胞化学染色のピットフォール
静岡県立静岡がんセンター病理診断科
○本田勝丈, 大野幸代, 田代 広, 旭 洋子, 椎谷裕之, 渡部庸一, 大石琢磨, 伊藤以知郎
- P-1-110 体腔液細胞診にて原発巣推定に免疫染色が有用であった4例
名古屋第二赤十字病院病理診断科¹, 愛知医科大学医学部病院病理部²
○梅村 彩¹, 瀬古周子¹, 長田裕之¹, 水嶋祥栄¹, 新田憲司¹, 岩田英紘¹, 水野良昭¹,
都築豊徳², 前田永子¹, 村瀬陽太¹

体腔液 2 10:21~10:42 座長: 蒲 貞行 (群馬パース大学保健科学部)

- P-1-111 心嚢液セルブロック標本作製併用が診断に有用であった diffuse large B-cell lymphoma の1例
国家公務員共済組合連合会共済病院病理診断科
○信広亮輔, 柴田 淳, 小林 剛, 佐々木なおみ
- P-1-112 心嚢液にみられた高齢者悪性リンパ腫の2例
一般社団法人姫路市医師会検査センター¹, 広島市民病院病理診断科², 杏和総合医学研究所検査部³, 甲聖会記念病院⁴, 独立行政法人国立病院機構福山医療センター⁵, 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター⁶
○東 正子¹, 市村浩一², 玉岡紗矢佳³, 濱田亜希子¹, 西田美保¹, 祝園寛子¹, 藤田章人¹,
岡橋直哉¹, 長谷川和男^{1,4}, 有安早苗⁵, 佐藤正和⁶
- P-1-113 再発でリンパ腫の診断がはっきりした PEL like lymphoma と考えられた1例
富山県立中央病院内科¹, 富山県立中央病院病理診断科², 富山県立中央病院検査科³
○彼谷裕康¹, 内山明央², 石澤 伸², 矢野彩子³, 酒井哲也³, 宮本藤之³

体腔液 3 10:42~11:03 座長: 田路英作 (大阪がん循環器病予防センター)

- P-1-114 胸水中に著明な反応性中皮を伴い芽球が出現した骨髄異形成症候群(MDS)の一例
山梨大学医学部附属病院病理部¹, 同 人体病理学講座²
○佐藤詩織¹, 中澤久美子¹, 石井喜雄¹, 望月直子¹, 花井佑樹¹, 峰 広美¹, 笠井一希¹,
大石直輝², 河西一成², 望月邦夫², 中澤匡男², 近藤哲夫², 加藤良平²
- P-1-115 胸水貯留と背部痛が初発症状であった多発性骨髄腫の1例
静岡市立静岡病院病理診断科
○江河勇樹, 堂本浩二, 遠藤三佳, 望月裕一, 森木利昭
- P-1-116 心嚢液細胞診で診断し得た乳腺原発悪性リンパ腫の一例
福岡赤十字病院病理診断科¹, 株式会社エスアールエル福岡ラボラトリー², 福岡大学医学部病理学講座³
○碓 益代¹, 石井萌美¹, 遠矢浩隆¹, 小材和浩¹, 藤田 綾¹, 西山憲一¹, 中島 豊²,
竹下盛重³

体腔液 4 **11:03~11:24** **座長:吉見直己** (琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座)

- P-1-117 フローサイトメトリーを利用した腹水細胞診断法のパイロットスタディ
東北大学病院婦人科¹, 東北医科薬科大学医学部産婦人科², 東北大学病院臨床研究推進センターネットワーク部門³
○徳永英樹¹, 岡本 聡¹, 渡部 洋^{2,3}, 重田昌吾¹, 辻 圭太¹, 大槻 愛¹, 海法道子¹, 豊島将文¹, 新倉 仁¹, 八重樫伸生¹
- P-1-118 Cellprep バイアルを用いたセルブロック作製法と有用性の検討
ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社
○坂 英海, 大橋健太
- P-1-119 体腔液細胞診における卵巣悪性上皮性腫瘍の組織型推定の試み
帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科²
○小山芳徳¹, 山崎一人¹, 若原孝子¹, 安達純世¹, 豊永安洋¹, 山本善也¹, 常世田岬¹, 山田正俊¹, 梁 善光², 石田康生¹

体腔液 5 **11:24~11:45** **座長:猪山賢一** (JCHO 熊本総合病院病理診断科)

- P-1-120 Malignant rhabdoid tumor of the kidney (RTK) の一例
関西医科大学付属病院病理部
○岡本 久, 蛭子佑翼, 坂井仁美, 宮田奈央子, 宮坂知佳, 石田光明, 田代 敬, 植村芳子, 蔦 幸治
- P-1-121 臨床的に腹膜癌が疑われた epithelioid angiosarcoma の1例
新百合ヶ丘総合病院病理診断科
○和田幸子, 田口勝二, 高山明子, 福永眞治
- P-1-122 胸水中に出現した類上皮血管内皮腫の1例
神戸赤十字病院検査部¹, 神戸赤十字病院病理診断科²
○金高茂弘¹, 森山愛未¹, 谷岡有子¹, 村住敏伸¹, 沖野 毅²

中皮腫 1 **13:10~13:38** **座長:山城 篤** (那覇市立病院医療技術部検査室)

- P-1-123 腹水セルブロック検体にて確定診断に至った腹膜悪性中皮腫の一例
埼玉県立がんセンター婦人科
○原 亜紀, 宮本雄一郎, 富尾賢介, 栗原和子, 堀江弘二, 大庭華子, 黒住昌史, 林田俊樹, 永宗恵子, 西田一典, 横田治重
- P-1-124 異所性成分を伴う二相型悪性胸膜中皮腫の1例
社会医療法人天神会新古賀病院
○山崎加奈子, 河原真弓子, 貞嶋栄司, 木下準子, 貞嶋奈津, 三宅まどか, 徳永 藏
- P-1-125 異種性成分を含む悪性中皮腫の一例
戸田中央総合病院病理診断科¹, 戸田中央臨床研究所², がん研究会有明病院病理部³, 新座志木中央総合病院呼吸器外科⁴
○木口英子¹, 河合俊明², 石川雄一³, 宮島邦治⁴
- P-1-126 多形型腹膜悪性中皮腫の一例
公益財団法人東京都保険医療公社東部地域病院検査科/病理診断科¹, 公益財団法人東京都保険医療公社東部地域病院婦人科², 北里大学北里研究所病院病理診断科³, 東京女子医科大学病院病理診断科⁴, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科⁵
○佐藤祐美穂¹, 折笠英紀¹, 山口ゆかり¹, 真嶋恵子¹, 中原万里子², 森永正二郎³, 山本智子⁴, 廣島健三⁵

中皮腫 2 **13:38~13:59** **座長:入江準二** (長崎みなとメディカルセンター市民病院病理診断科)

- P-1-127 悪性中皮腫ラブドイド型の一剖検例
国立病院機構函館病院病理診断科¹, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科²
○木村伯子¹, 廣島健三²
- P-1-128 胸水細胞診のわずかな所見や経歴から診断し得た胸膜悪性中皮腫の1例
(株)アイル板橋中央臨床検査研究所病理¹, 板橋中央総合病院², 河北総合病院³
○高山由香里¹, 西島千尋¹, 本口ゆき奈¹, 松元照美¹, 川名展弘³, 高尾 匡², 小池裕人²,
早川欽哉¹, 石川由起雄¹
- P-1-129 診断に苦慮した悪性腹膜中皮腫の一例
横浜市立大学附属病院病理部¹, 横浜市立大学医学部病態病理学講座², 横浜市立大学医学部分子病理学講座³, 横浜市立大学附属病院産婦人科⁴
○西尾由紀子¹, 海老塚智恵美¹, 安西桜子¹, 本野紀夫¹, 佐川弘美¹, 三田和博¹, 山中正二¹,
大橋健一^{1,2}, 加藤生真³, 古屋充子³, ルイズ横田南朋⁴, 佐藤美紀子⁴, 宮城悦子⁴

泌尿器 1 **13:59~14:20** **座長:河野真司** (原三信病院病理診断科)

- P-1-130 泌尿器細胞診新報告様式の使用経験
千葉県済生会習志野病院泌尿器科¹, 千葉県済生会習志野病院病理検査科², 公立長生病院
検査科³, 古賀病院 21 泌尿器科⁴, 千葉県済生会習志野病院病理部⁵
○関田信之¹, 下境博文², 佐藤由子², 小島竜司², 西周裕晃³, 徳田雄治⁴, 菅野 勇⁵
- P-1-131 尿細胞診新報告様式の検討
宮崎県立日南病院臨床検査科¹, 宮崎県立日南病院病理診断科²
○福田早織¹, 佐野亜由美¹, 木佐貫篤^{1,2}
- P-1-132 泌尿器細胞診新報告様式に沿った尿細胞診報告の二施設間の対比研究
製鉄記念八幡病院病理診断科¹, 産業医科大学第一病理学²
○下釜達朗¹, 松山篤二², 岩井幸子², 金城 満¹

泌尿器 2 **14:20~14:41** **座長:森内 昭** (独立行政法人国立病院機構大分医療センター研究検査部)

- P-1-133 Cellprep を用いた尿細胞診検体の検討
独立行政法人国立病院機構埼玉病院
○柳 進也, 阪 旨子, 藤澤紀良, 三戸聖也
- P-1-134 腎疾患患者における尿中・腎生検組織中の WT1 陽性細胞数についての検討
愛媛県総合保健協会病理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, 神戸大学大学院保健学研究科³, 西条中央病院臨床検査部⁴, 香川大学医学部附属病
院病理診断科・病理部⁵
○藤田泰史^{1,2}, 大崎博之³, 佐伯勇輔⁴, 串田吉生⁵, 羽場礼次⁵
- P-1-135 非尿路上皮系腫瘍および腫瘍様病変の尿細胞診: 京大病院 10 年間の症例から
京都大学医学部附属病院病理診断科¹, 京都大学医学部附属病院検査部²
○寺本祐記¹, 南口早智子¹, 佐伯美穂^{1,2}, 平伴英美^{1,2}, 古畑彩子^{1,2}, 平田勝啓^{1,2}, 山田洋介¹,
片岡竜貴¹, 吉澤明彦¹, 桜井孝規¹, 白波瀬浩幸^{1,2}, 羽賀博典¹

泌尿器 3 **14:41~15:02** **座長:服部 学** (北里大学医療衛生学部医療検査学科)

- P-1-136 分腎尿における良性, 悪性の細胞像の検討 (目視法, imageJ, フラクタル解析を用いて)
PCL 福岡病理・細胞診センター¹, 福岡メディカルコンサルタント²
○山田 博¹, 稲垣伸介¹, 秋山譲滋¹, 早川優佳¹, 岩井幸子¹, 室 征芳¹, 亀井敏昭¹,
中野盛夫²

- P-1-137 腫瘍捺印・腎盂カテ尿から見た尿中腫瘍細胞の形態変化について
近江八幡市立総合医療センター臨床検査科¹, 洛和会音羽病院臨床検査部², 洛和会音羽病院病理診断科³
○重野恭子¹, 吉田優美², 吉岡沙織^{2,3}, 穴吹昌枝², 佐野 守², 浦崎晃司³, 安井 寛³
- P-1-138 腎オンコサイトーマと嫌色素性腎細胞癌の比較検討
帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部¹, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科², 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科³
○湯澤和彦¹, 山田正人¹, 福田 学¹, 吉野美由紀¹, 山本恵美¹, 阿曾達也², 水口國雄³, 高橋美紀子², 川本雅司²

泌尿器 4 15:02~15:23 座長: 金室俊子 (東京女子医科大学中央検査部病理検査室)

- P-1-139 尿道原発明細胞腺癌の2例
大阪府立急性期・総合医療センター
○佐々木志保, 下山玲子, 小山奈津子, 倉澤佳奈, 小林愛美, 藤中浩樹, 島津宏樹, 伏見博彰
- P-1-140 腎粘液管状紡錘細胞癌の1例
綾部市立病院臨床検査科¹, 高知赤十字病院病理診断科部², 舞鶴共済病院臨床検査科³, 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部⁴
○山口直則¹, 黒田直人², 河田尚子³, 田原義孝³, 嶋本知子³, 藤村沙織³, 大槻小百合³, 今村好章⁴
- P-1-141 前立腺小細胞癌の1例
岡山大学病院病理部
○松岡博美, 今井みどり, 浜田香菜, 那須篤子, 原田和恵, 井上博文, 藤田 勝, 大森昌子, 田中颯之, 田中健大, 柳井広之

リンパ・血液 1 10:00~10:21 座長: 加島健司 (大分県立病院臨床検査科)

- P-1-142 末梢血中に異型細胞と血球貪食像が出現した血管内大細胞型B細胞性リンパ腫の1例
市立旭川病院中央検査科¹, 病理診断科²
○勝見友則¹, 山田和明¹, 越高正広¹, 二郷元彦¹, 武田晃典¹, 高田明生²
- P-1-143 セルブロックが診断に有用であったALK陽性ALCLの一例
大阪市立大学医学部附属病院病理診断科
○大蔵真希, 安藤加奈江, 塩見和彦, 塩田晃子, 脇田江里子, 目黒麻紀, 宇仁和将, 久保勇記, 桑江優子, 大澤政彦
- P-1-144 ALK陰性未分化大細胞型リンパ腫の1例
独立行政法人国立病院機構九州がんセンター臨床検査科¹, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター病理診断科²
○藤本翔大¹, 立山弘樹¹, 小嶋健太¹, 今村彰吾¹, 宮久 禎¹, 加藤裕一¹, 北里謙二¹, 瀧澤克実², 伏見文良², 田口健一²

リンパ・血液 2 10:21~10:42 座長: 大西紘二 (熊本大学大学院生命科学研究部細胞病理)

- P-1-145 HHV8-negative effusion-based lymphoma の1例
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, 昭和大学病院病理検査室⁴, 昭和大学横浜市北部病院消化器センター⁵
○佐々木陽介¹, 岸本浩次², 北村隆司³, 狩野充治⁴, 趙 智成^{1,5}, 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

- P-1-146 眼付属器に発生した低悪性度B細胞性リンパ腫の4症例
宮崎大学医学部附属病院病理部¹, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科²
○野口裕史¹, 徳満貴子¹, 大野招伸¹, 峰松映子¹, 森田勝代^{1,2}, 黒木栄輝¹, 盛口清香², 佐藤勇一郎^{1,2}
- P-1-147 中枢神経浸潤を認めたリンパ形質細胞性リンパ腫 (Bing-Neel 症候群) の2例
横浜市立市民病院検査部¹, 横浜市立市民病院がんセンター², 横浜市立市民病院血液内科³, 横浜市立市民病院病理部⁴
○奥田尚実¹, 多田慶子¹, 田山三郎², 仲里朝周³, 林 宏行⁴

消化器 1 10:42~11:10 座長: 鹿毛政義 (久留米大学先端癌治療研究センター)

- P-1-148 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)の再検討
秋田大学医学部附属病院病理診断科病理部
○成田かすみ, 伊藤 智, 廣嶋優子, 南條 博
- P-1-149 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)における細胞診の検討
新潟県立がんセンター新潟病院病理部
○桜井友子, 柳原優香, 土田美紀, 山川美沙紀, 神田真志, 畔上公子, 北澤 綾, 弦巻順子, 豊崎勝実, 川口洋子, 鏡十代栄, 木下律子, 西田浩彰, 川崎 隆, 本間慶一
- P-1-150 膺超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) における迅速細胞診(ROSE)の有用性
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
○倉岡和矢^{1,2}, 谷山清己³, 安村奈緒子¹, 吉田美帆¹, 在津潤一¹, 谷山大樹¹, 齋藤彰久¹, 末田朝子¹, 菅重里沙¹, 大西 浩¹, 戸田 環²
- P-1-151 膺漿液性囊胞腺腫 (microcystic type) EUS-FNA 検体の細胞・セルブロック所見について
社会医療法人愛仁会高槻病院病理科¹, 社会医療法人愛仁会高槻病院消化器内科², 社会医療法人愛仁会高槻病院外科³
○仲谷武史¹, 谷口由美¹, 伊倉義弘¹, 平尾美智¹, 井本智子¹, 谷本直紀², 朝倉 力³, 岡部英俊¹, 岩井泰博¹

消化器 2 11:10~11:31 座長: 山田範幸 (岩手医科大学附属病院臨床病理部門)

- P-1-152 膺腫瘍 EUS-FNA の BD シュアパス法とセルブロックを用いた診断精度の検討 Direct-to-vial study
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター¹, 東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部², 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科分子病態検査学分野³, 東京慈恵会医科大学病理学講座⁴
○梅澤 敬¹, 梅森宮加², 堀口絢奈^{2,3}, 石橋智美², 土屋幸子², 春間節子², 清川貴子², 鷹橋浩幸², 沢辺元司³, 池上雅博⁴, 酒田昭彦¹
- P-1-153 胆管病変の細胞診における Cellprep 固定液の最適エタノール濃度および固定時間の検討
広島大学病院病理診断科
○内島由加里, 田岡知恵, 有廣光司, 石田真悠, 田中祐菜, 清水智美, 金子佳恵, 丸橋由加里, 石田克成, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 織田麻琴, 木村修土, 城間紀之
- P-1-154 膺腫瘍細胞を対象とする液状化検体細胞診における至適条件の検討
広島大学病院病理診断科
○石田真悠, 有廣光司, 内島由加里, 丸橋由加里, 田中祐菜, 金子佳恵, 清水智美, 石田克成, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 田岡知恵, 織田麻琴, 木村修土, 城間紀之

消化器 3	11:31~11:52	座長：相島慎一 (佐賀大学医学部病因病態科学)
P-1-155	胆管病変に対する胆汁細胞診の診断効率：胆管生検との比較検討 久留米大学病院病理診断科・病理部 ¹⁾ , 久留米大学医学部病理学講座 ²⁾ , 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 ³⁾ ○内藤嘉紀 ^{1,2)} , 河原明彦 ¹⁾ , 多比良朋希 ¹⁾ , 山口知彦 ¹⁾ , 安倍秀幸 ¹⁾ , 吉田友子 ¹⁾ , 高瀬頼妃呼 ¹⁾ , 福満千容 ¹⁾ , 村田和也 ¹⁾ , 岡部義信 ³⁾ , 中山正道 ²⁾ , 矢野博久 ²⁾ , 秋葉 純 ¹⁾	
P-1-156	膵細胞診検体における各ガイドライン報告様式での検者間診断一致率について 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 ¹⁾ , 東海大学医学部附属病院病理検査技術科 ²⁾ , 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科 ³⁾ ○平林健一 ¹⁾ , 才荷 翼 ²⁾ , 東條絵里 ²⁾ , 萩原範子 ²⁾ , 岡島ひとみ ³⁾ , 古市将大 ³⁾ , 時村奈央 ²⁾ , 土田みなみ ²⁾ , 加戸伸明 ²⁾ , 宮嶋葉子 ²⁾ , 伊藤 仁 ²⁾ , 田尻琢磨 ³⁾ , 中村直哉 ¹⁾	
P-1-157	膵臓術前生検 (細胞診・組織診), 当院の現状と細胞病理学的再検討 杏林大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 同 消化器内科 ²⁾ , 同 病理学 ³⁾ ○水谷奈津子 ¹⁾ , 望月 眞 ³⁾ , 加藤 拓 ¹⁾ , 土岐真朗 ²⁾ , 倉田 勇 ²⁾ , 渡邊俊介 ²⁾ , 菅野大輝 ¹⁾ , 稲嶺圭祐 ¹⁾ , 鈴木 瞳 ¹⁾ , 市川美雄 ¹⁾ , 坂本憲彦 ¹⁾ , 山野 環 ³⁾ , 近藤凡子 ³⁾ , 住石 歩 ³⁾ , 柴原純二 ¹⁾	
乳腺 1	13:10~13:31	座長：河野公成 (熊本市立熊本市民病院検査技術室)
P-1-158	診断に苦慮した悪性葉状腫瘍の一例 (株) 正和ラボラトリー ¹⁾ , 丸山記念総合病院外科 ²⁾ , 済生会川口総合病院病理診断科 ³⁾ , 博慈会記念総合病院病理診断センター ⁴⁾ ○宮崎稚菜 ¹⁾ , 鈴木君義 ¹⁾ , 大久保昭治 ¹⁾ , 船津靖亮 ¹⁾ , 丸山正董 ²⁾ , 佐藤英章 ³⁾ , 清水道生 ⁴⁾	
P-1-159	腫瘍切除 11 年後にリンパ節転移を認めた悪性葉状腫瘍の一例 東京都保健医療公社豊島病院 ○國本由里子, 柴崎洋子, 窪田知美, 小池 昇, 荒井克己, 秋田英貴, 鄭 子文	
P-1-160	骨肉腫様分化を伴う悪性葉状腫瘍の 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⁾ ○須藤健助 ¹⁾ , 川島佳晃 ¹⁾ , 藤原真紀 ¹⁾ , 伊藤里美 ¹⁾ , 平澤 浩 ¹⁾ , 田原沙佑美 ²⁾ , 中川 満 ²⁾ , 岡部麻子 ²⁾ , 桐山諭和 ²⁾ , 塚本徹哉 ²⁾ , 浦野 誠 ²⁾ , 黒田 誠 ²⁾	
乳腺 2	13:31~13:52	座長：横山宗伯 (東京警察病院病理診断科)
P-1-161	乳腺原発多形型脂肪肉腫の 1 例 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科 ¹⁾ , 臨床研究部 ²⁾ , 院長 ³⁾ ○安村奈緒子 ¹⁾ , 倉岡和矢 ^{1,2)} , 菅亜里紗 ¹⁾ , 藤澤宏樹 ¹⁾ , 吉田美帆 ¹⁾ , 大西 浩 ¹⁾ , 谷山大樹 ¹⁾ , 在津潤一 ¹⁾ , 齋藤彰久 ¹⁾ , 谷山清己 ³⁾	
P-1-162	乳腺血管肉腫の 1 例 国立病院機構相模原病院臨床検査科 ¹⁾ , 国立病院機構相模原病院病理診断科 ²⁾ , 国立病院機構相模原病院乳腺外科 ³⁾ , 原メディカルクリニック ⁴⁾ ○倉部 裕 ¹⁾ , 原田哲也 ¹⁾ , 大矢良之 ¹⁾ , 福住理絵 ¹⁾ , 余語直実 ²⁾ , 海野みちる ²⁾ , 林 亮 ¹⁾ , 飯塚美香 ³⁾ , 原 英 ^{3,4)} , 堀田綾子 ²⁾ , 齋藤生朗 ²⁾	
P-1-163	乳房温存療法および放射線治療後に生じた血管肉腫の 1 例 製鉄記念八幡病院検査部 ¹⁾ , 製鉄記念八幡病院病理診断科 ²⁾ , 独立行政法人国立病院機構大分医療センター ³⁾ ○土器若穂 ¹⁾ , 尾坂明美 ¹⁾ , 西堂園紀子 ¹⁾ , 下釜達朗 ²⁾ , 金城 満 ²⁾ , 森内 昭 ³⁾	

乳腺 3	13 : 52~14 : 13	座長 : 田宮貞史 (北九州市立医療センター病理診断科)
P-1-164	乳腺顆粒細胞腫の一例 NTT 東日本関東病院 ○上藤房代, 永谷昭義, 栗原正博, 奥山力也, 荒井政和, 名城珠希, 堀内 啓	
P-1-165	乳腺 myofibroblastoma の一例 松阪中央総合病院中央検査科 ○上森 昭, 河合美穂, 水谷伊津子, 杉本寛子, 石原明德	
P-1-166	診断に苦慮した乳腺の Inflammatory myofibroblastic tumor (IMF) の一例 市立四日市病院中央検査病理 ○谷口良子, 中垣茂男, 奈良佳治	
乳腺 4	14 : 13~14 : 34	座長 : 有廣光司 (広島大学病院病理診断科)
P-1-167	多彩な組織像を呈した乳腺癌肉腫の一例 東京警察病院病理診断科 ¹ , 東京通信病院病理部 ² , 立正佼成会附属俊成病院病理科 ³ ○篠原令子 ¹ , 渡邊 学 ¹ , 齋藤嘉奈子 ¹ , 横浜一樹 ¹ , 神山慶也 ¹ , 小川真紀 ¹ , 岸田由起子 ² , 田村浩一 ² , 二階堂孝 ³ , 横山宗伯 ¹	
P-1-168	Solid-basaloid features を有する乳腺腺様嚢胞癌の細胞病理学的分析 岩手医科大学医学部病理診断学講座 ¹ , 名古屋医療センター病理診断科 ² , 盛岡友愛病院外科 ³ , 滋賀医科大学附属病院病理部 ⁴ ○川崎朋範 ^{1,2} , 市原 周 ² , 中井登紀子 ² , 榎本 篤 ² , 佐藤彩佳 ¹ , 安保淳一 ¹ , 石田茂登男 ³ , 多田隆士 ³ , 松谷英樹 ³ , 森谷鈴子 ⁴ , 菅井 有 ¹	
P-1-169	乳腺腺筋上皮腫 4 例における組織像と細胞所見の比較検討 済生会新潟第二病院病理診断科 ○遠藤浩之, 石原法子, 西倉 健, 樋浦賢太郎, 花野佑輔, 竹下奈津子, 三木弘美	
乳腺 5	14 : 34~14 : 55	座長 : 植木美幸 (宮城県立がんセンター臨床検査技術部)
P-1-170	乳腺 Solid papillary carcinoma 5 症例の細胞像について 水戸赤十字病院病理診断科部 ¹ , 水戸赤十字病院臨床検査部 ² , 水戸赤十字病院乳腺外科部 ³ ○土肥香緒里 ¹ , 野口沙希 ¹ , 三村貴裕 ² , 木村勝隆 ¹ , 佐藤宏喜 ³ , 堀真佐男 ^{1,2}	
P-1-171	乳腺 Solid papillary carcinoma の細胞学的検討 山近記念総合病院病理検査室 ¹ , 山近記念総合病院乳腺外科 ² , 日本鋼管病院病理検査科 ³ , 東海大学基盤診療学系病理診断学 ⁴ , 東海大学医学部付属東京病院病理診断科 ⁵ , 済生会新潟第二病院病理診断科 ⁶ , 茅ヶ崎市立病院臨床検査科 ⁷ ○大久保美沙 ¹ , 松井成明 ³ , 遠藤浩之 ⁶ , 森下明博 ⁷ , 内山 瞳 ⁷ , 山近大輔 ² , 久保田光博 ² , 小川高史 ⁵ , 梶原 博 ⁴ , 島村和男 ¹	
P-1-172	乳腺 Solid papillary carcinoma の 1 例 福岡山王病院検査科 ○水野真美, 坂梨史典, 上原美沙貴	
乳腺 6	14 : 55~15 : 16	座長 : 田代 敬 (関西医科大学附属病院病理診断科)
P-1-173	多形型浸潤性小葉癌 (Pleomorphic lobular carcinoma) の 3 例 宝塚市立病院中央検査室 ¹ , 兵庫医科大学病理学 (病理診断部門) ² , 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科 ³ ○太田寛子 ¹ , 廣田誠一 ² , 中込奈美 ² , 松尾祥平 ¹ , 東 誠二 ¹ , 山下結衣 ¹ , 竹野真祐 ³	

- P-1-174 アポクリン細胞への分化を示す乳腺多形型小葉癌の1例
地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島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広島市民病院病理診断科²⁾
○戸井紳二¹⁾, 坂田かな枝¹⁾, 高木伸治¹⁾, 喜田真理子¹⁾, 藤本静枝¹⁾, 守都敏晃²⁾, 市村浩一²⁾
- P-1-175 浸潤性小葉癌の鑑別に苦慮した片側多発性乳癌の1例
北里大学メディカルセンター病理部¹⁾, 北里大学医学部病理²⁾
○吉井智子¹⁾, 秦 夏紀¹⁾, 立身侑子¹⁾, 荻真里子¹⁾, 梶田咲美乃²⁾, 山崎 等¹⁾

乳腺7 15:16~15:37 座長: 木下勇一 (関西医科大学総合医療センター病理部)

- P-1-176 当院における非浸潤性乳管癌の検出状況
順天堂大学附属浦安病院臨床検査医学科¹⁾, 順天堂大学附属浦安病院病理診断科²⁾, 順天堂大学附属浦安病院産婦人科³⁾, 東京ベイ浦安市川医療センター病理診断科⁴⁾
○中村 博¹⁾, 市川彩果¹⁾, 坪内優子¹⁾, 岡崎哲也¹⁾, 奥山直子¹⁾, 喜納勝成¹⁾, 橋爪 茜²⁾, 鈴木千賀子³⁾, 泉 浩²⁾, 齊藤 啓⁴⁾, 冨田茂樹²⁾
- P-1-177 細胞診断が乳腺内の広がり評価に有用であった Paget 病の1例
がん研有明病院乳腺センター乳腺外科¹⁾, がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部²⁾, がん研有明病院病理部³⁾
○吉田和世¹⁾, 坂井威彦¹⁾, 池畑浩一²⁾, 森園英智¹⁾, 堀井理絵³⁾, 古田則行²⁾, 小松京子²⁾, 杉山裕子²⁾, 岩瀬拓士¹⁾
- P-1-178 乳腺嚢胞内乳頭癌の一例
JR 東京総合病院臨床検査科病理
○関 邦彦, 恩田雅弘, 谷川園子, 茂野雅子, 中澤和久, 木村勝巳, 船山英明, 大友理恵, 田中さゆり

乳腺8 15:37~16:05 座長: 木佐貫篤 (宮崎県立日南病院病理診断科)

- P-1-179 乳腺化生癌3例における細胞学的検討
聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾, 聖隷浜松病院病理診断科²⁾, 立川総合病院病理診断科³⁾
○鈴木愛梨¹⁾, 山田真人¹⁾, 土戸景子¹⁾, 赤澤康弘¹⁾, 石原冬馬¹⁾, 新井義文²⁾, 大月寛郎²⁾, 小林 寛^{2,3)}
- P-1-180 乳腺紡錘細胞癌の3例
大阪大学大学院医学系研究科病態病理学¹⁾, 大阪大学医学部附属病院病理部²⁾, 石切生喜病院³⁾
○前野悦子¹⁾, 吉村英雄³⁾, 堀由美子¹⁾, 野島 聡¹⁾, 和田直樹²⁾, 池田純一郎¹⁾, 森井英一¹⁾
- P-1-181 演題取下げ
- P-1-182 乳腺紡錘細胞癌の一症例
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⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科⁴⁾
○植良 紋¹⁾, 林 優子¹⁾, 山本美智子¹⁾, 門元辰樹²⁾, 東田太郎²⁾, 森永友紀子³⁾, 中嶋安彬⁴⁾

その他1 10:00~10:21 座長: 徳永英博 (熊本大学医学部附属病院病理部)

- P-1-183 病理業務の精度管理を目的とする ISO15189 認定取得の意義
広島大学病院病理診断科
○清水智美, 石田真悠, 内島由加里, 田岡知恵, 田中祐菜, 丸橋由加里, 金子佳恵, 石田克成, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 織田麻琴, 木村修士, 城間紀之, 有廣光司
- P-1-184 子宮頸がん検診受診率向上に向けての職場での取り組み
宮崎市郡医師会病院臨床検査科病理検査室
○渡邊浩子, 矢野りか, 寺田一弥

- P-1-185 液状化細胞診システムと病理支援システムの連携による検体取り違い防止体制の構築
 公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科¹⁾, 岡山労災病院病理診断科²⁾
 ○羽原利幸¹⁾, 園部 宏²⁾, 海原恭子¹⁾, 山代翔大¹⁾, 門田有紗¹⁾

その他 2 10:21~10:42 座長: 林徳眞吉 (長崎県島原病院病理診断科)

- P-1-186 溶血作用のある LBC 保存液が細胞像, 免疫組織化学染色に与える影響についての検討
 独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹⁾, 株式会社 LSI
 メディエンス²⁾
 ○鶴岡慎悟¹⁾, 河村憲一¹⁾, 江原輝彦¹⁾, 松井宏江¹⁾, 鈴木 隆¹⁾, 三瓶祐也¹⁾, 清水 健¹⁾,
 是松元子²⁾
- P-1-187 音声認識を活用した細胞・病理組織診断業務の試み
 JR 大阪鉄道病院病理診断科¹⁾, JR 大阪鉄道病院臨床検査科²⁾, JR 大阪鉄道病院婦人科³⁾
 ○真崎 武¹⁾, 森島英和²⁾, 山内直樹²⁾, 山崎由香子²⁾, 前田隆義³⁾, 熊谷広治³⁾, 坂井昌弘³⁾
- P-1-188 機械学習による細胞画像分類の試み
 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⁾
 ○新田篤史¹⁾, 西村優希¹⁾, 上山 優¹⁾, 上月文子¹⁾, 高垣和代¹⁾, 石田由香里¹⁾, 前田妙子¹⁾,
 高山みずほ¹⁾, 佐久間淑子²⁾

口腔・唾液腺 1 10:42~11:10 座長: 山本浩嗣 (日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)

- P-1-189 口腔細胞診領域における Orcellex-ブラシおよび TACASTM法の臨床的有用性評価検討
 株式会社医学生物学研究所¹⁾, 沼津市立病院臨床検査科²⁾, 庵原町中歯科医院³⁾, 東京歯科大学
 市川総合病院臨床検査科⁴⁾, NPO 法人口腔がん早期発見システム全国ネットワーク⁵⁾
 ○林 聖子¹⁾, 杉澤きよ美^{2,5)}, 庵原明倫^{3,5)}, 田中陽一^{4,5)}
- P-1-190 口腔細胞診における細胞採取方法の検討
 岡山大学歯学部口腔病理学¹⁾, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科口腔病理学分野²⁾
 ○藤井昌江¹⁾, 井口貴之¹⁾, 裕 雄麻¹⁾, 河合穂高²⁾, 中野敬介²⁾
- P-1-191 新報告様式を用いた口腔領域細胞診の再検討
 宮崎県立日南病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立日南病院病理診断科²⁾
 ○佐野亜由美¹⁾, 福田早織¹⁾, 木佐貫篤^{1,2)}
- P-1-192 臨床的に診断が困難であった歯肉扁平上皮癌の 1 例
 大阪大学歯学部歯学部附属病院
 ○東條文昭, 近堂侑子, 野田百合, 岸野万伸

口腔・唾液腺 2 11:10~11:31 座長: 齊尾征直 (松波総合病院病理診断科)

- P-1-193 耳下腺オンコサイトーマの一例
 高知赤十字病院・病理診断科部
 ○黒田直人, 和田有加里, 安岡 香, 小原昌彦, 水野圭子, 頼田顕辞
- P-1-194 下顎骨骨折を機に, 細胞診で転移性腎細胞癌と推定し得た 1 例
 島根大学医学部歯科口腔外科学講座
 ○秀島克巳, 岩橋輝明, 菅野貴浩, 関根浄治
- P-1-195 歯肉に転移した乳がんの 1 例
 NTT 西日本大阪病院病理診断科
 ○瀬戸家要, 小嶋啓子, 辻本正彦, 下山正悟

口腔・唾液腺 3 11:31~11:52 座長: 田中陽一 (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)

- P-1-196 島根県出雲市での細胞診を応用した口腔がん検診の現況
 島根大学医学部歯科口腔外科学講座
 ○渡邊正章, 秀島克巳, 岩橋輝明, 関根浄治

- P-1-197 口腔領域における液状化検体細胞診の有用性についての検討
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
○山口真由実¹, 山科光正^{1,2}, 三宅真司¹, 稲垣敦史¹, 小池悦子¹, 片桐仁子¹, 川内ゆうか¹,
石原里佳子¹, 忽滑谷昌平¹, 松林 純^{1,2}, 長尾俊孝^{1,2}

- P-1-198 液状化検体細胞診を用いた生活習慣と細胞像
朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野¹, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座
口腔外科学分野², カワラダ歯科・口腔外科³
○江原道子¹, 中尾寿奈¹, 金子裕康², 川原田幸司³, 永山元彦¹, 住友伸一郎², 田沼順一¹

口腔・唾液腺 4 13:10~13:31 座長: 伊藤由美 (鶴見大学歯学部附属病院病理診断科)

- P-1-199 耳下腺低悪性度篩状嚢胞腺癌 (low-grade cribriform cystadenocarcinoma: LGCCA) の1例
掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター¹, 浜松医科大学再生感染病理学講座²,
東京足立病院医療部³
○石堂 統¹, 有吉啓子¹, 小柏 均¹, 杉浦文美¹, 目黒史織², 半澤 備³

- P-1-200 唾液腺多型低悪性度腺癌の一例
杏林大学医学部付属病院病理部¹, 杏林大学医学部病理学教室²
○菅野大輝¹, 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,
住石 歩², 近藤凡子², 菅間 博², 柴原純二¹

- P-1-201 耳下腺基底細胞腺腫 (Basal cell adenoma) の2例
札幌医科大学附属病院病理部¹, 札幌医科大学附属病院検査部², 恵佑会札幌病院病理診断科³
○東 恭悟¹, 浅沼広子¹, 近藤 啓¹, 青山智之¹, 木戸朋美¹, 佐々木雅博², 遠藤明美²,
大井由紀子², 大内知之³, 藤田裕美¹, 杉田真太郎¹, 平野博嗣¹, 長谷川匡¹

口腔・唾液腺 5 13:31~13:52 座長: 東美智代 (鹿児島大学医学部・歯学部附属病院病理部病理診断科)

- P-1-202 耳下腺 Mammary analogue secretory carcinoma の1例
東京医科大学茨城医療センター病理診断部¹, 東京医科大学人体病理学分野²
○大塚光一¹, 菅 英子¹, 柏木淳一¹, 宇津木悟¹, 福島良明¹, 洪 建偉¹, 森下由紀雄¹,
長尾俊孝²

- P-1-203 乳腺相似分泌癌 (mammary analogue secretory carcinoma: MASC) の細胞学的検討
関西医科大学総合医療センター病理部¹, 関西医科大学附属病院病理部²
○田口香利¹, 坂井仁美¹, 伊藤寛子², 岡野公明², 田代 敬², 石田光明², 稲葉真由美¹,
保坂直樹¹, 蔦 幸治²

- P-1-204 耳下腺原発の硬化性多嚢胞性腺症の1例
帝京大学医学部附属病院病理診断科¹, 帝京大学医学部附属病院放射線科², 帝京大学医学部
附属病院耳鼻咽喉科³
○小島 貴¹, 斉藤光次¹, 大越 卓¹, 向山淳児¹, 宮田佳奈¹, 笠井亮子¹, 赤嶺 亮¹,
河野純一¹, 石井美樹子¹, 笹島ゆう子¹, 東海林琢男¹, 近藤福雄¹, 石田 毅¹, 中井雄大²,
持木将人³

口腔・唾液腺 6 13:52~14:13 座長: 大田喜孝 (国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科)

- P-1-205 穿刺吸引細胞診 (FNA) で上皮様球状集塊を多数認めた顎下部粘液嚢胞の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, 東京女子医科大学第二病理学教室⁴
○清水絢子¹, 村上佳織¹, 橋本哲也¹, 粉川 彩¹, 高橋伸治¹, 長谷川嗣業¹, 野並裕司¹,
金室俊子¹, 村松文章³, 富所貴美子⁴, 板垣裕子², 廣井敦子², 山本智子², 澤田達男³,
長嶋洋治²

- P-1-206 耳下腺に発生した好酸球増多を伴う硬化性粘表皮癌の一例
 済生会福岡総合病院病理診断科¹, 久留米大学病院病理部², 府中病院病理診断科³
 ○佐藤真介¹, 東 悠介¹, 石井洋子¹, 石橋貴寛¹, 宮崎浩子¹, 佐藤瑞恵¹, 安倍秀幸²,
 河原明彦², 原田博史³, 加藤誠也¹

- P-1-207 mucoepidermoid carcinoma, low grade の二例
 長崎大学病院病理診断科病理部¹, 長崎病理診断科², 長崎大学医歯薬学総合研究科³
 ○芝原一樹¹, 佐藤典子¹, 今泉利信¹, 平山三国¹, 里 翼¹, 濱崎幸恵¹, 田中 圭¹,
 二反田隆夫³, 穴見正信², 木下直江¹, 安倍邦子¹, 新野大介¹, 福岡順也¹

口腔・唾液腺 7 14:13~14:34 座長: 岸野万伸 (医療法人美和会平成野田クリニック)

- P-1-208 粘液を多数混じた耳下腺筋上皮癌の一例
 恵佑会札幌病院病理診断科¹, 恵佑会札幌病院検査科², 札幌臨床検査センター病理³, NTT
 東日本札幌病院臨床検査科⁴
 ○小関美穂¹, 中尾佳代², 小林亜紗美³, 松尾和彦³, 黒川孝子³, 原まみえ³, 徳永祐一³,
 古村喜好³, 北村哲也¹, 大内知之¹, 高桑康成⁴, 水無瀬昂³, 武内利直¹
- P-1-209 唾液腺発生の筋上皮腫の2例
 岐阜大学医学部附属病院病理部¹, 岐阜大学医学部附属病院検査部², 岐阜大学大学院医学
 系研究科腫瘍病理学³
 ○水野加織¹, 中川 篤², 片桐恭雄¹, 岩田明子¹, 安藤咲恵¹, 北野素子¹, 佐々木健太²,
 酒々井夏子¹, 波多野裕一郎³, 久松憲治³, 宮崎龍彦¹
- P-1-210 頸部腫瘍穿刺吸引細胞診にて判定に苦慮した唾液腺腫瘍の1例
 関西医科大学附属病院¹, 関西医科大学総合医療センター²
 ○伊藤寛子¹, 田口香利², 岡野公明¹, 蛭子佑翼¹, 坂井仁美², 田代 敬¹, 宮坂知佳¹,
 植村芳子¹, 蔦 幸治¹

口腔・唾液腺 8 14:34~15:02 座長: 石橋浩晃 (金沢医科大学顎口腔外科学講座)

- P-1-211 背景に豊富な上皮性分泌物を認めた耳下腺上皮筋上皮癌の一例
 独立行政法人大阪府立急性期・総合医療センター¹, 社会医療法人生長会府中病院²
 ○下山玲子¹, 原田博史², 佐々木志保¹, 小山奈津子¹, 小林愛美¹, 倉澤佳奈¹, 藤中浩樹¹,
 島津宏樹¹, 伏見博彰¹
- P-1-212 耳下腺上皮筋上皮癌の一例
 慶應義塾大学医学部病理学教室¹, 慶應義塾大学病院病理診断部²
 ○中島清聖¹, 阿部 仁¹, 草刈 悟¹, 鈴木美那子¹, 鈴木一生¹, 佐藤孝之¹, 三春慶輔¹,
 川井田みほ², 亀山香織²
- P-1-213 穿刺吸引細胞診で組織型推定に苦慮した耳下腺腺房細胞癌の1例
 東邦大学医療センター大橋病院病理部¹, 東邦大学医療センター大橋病院電子顕微鏡
 室², 東邦大学医療センター大橋病院耳鼻咽喉科³
 ○湯浅瑛介^{1,2}, 佐々木智子¹, 村石佳重¹, 藤田正志¹, 榎本泰典¹, 横内 幸¹, 大原関利章¹,
 高橋 啓^{1,2}, 森脇宏人³
- P-1-214 リンパ球浸潤を伴う耳下腺腺房細胞癌の一例
 JA 静岡厚生連遠州病院臨床検査科¹, JA 静岡厚生連遠州病院臨床検査科², JA 静岡厚生連遠
 州病院臨床検査科病理³, 新和会八千代病院病理⁴
 ○大井賀広¹, 神田由紀美², 上村 隆³, 社本幹博⁴

—— 11月19日(土) ポスター会場 (1F コンベンションホール) ——

子宮頸部 6	9:45~10:06	座長: 蓮尾泰之 (NHO九州医療センター産婦人科)
P-2-001	液状化検体細胞診法における子宮頸部上皮内癌と子宮頸部病変の鑑別点の検討 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻細胞検査士養成課程 ¹⁾ , 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域 ²⁾ , 虎の門病院 ³⁾ , 竹田総合病院 ⁴⁾ , 弘前大学医学部附属病院病理部 ⁵⁾ , 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座 ⁶⁾ ○渡邊 純 ^{1,2)} , 牧野愛未 ^{1,3)} , 桂澤安奈 ^{1,4)} , 堀江香代 ^{1,2)} , 吉岡治彦 ^{1,2)} , 小島啓子 ⁵⁾ , 刀稱亀代志 ⁵⁾ , 黒瀬 顕 ⁵⁾ , 重藤龍比古 ⁶⁾ , 二神真行 ⁶⁾ , 横山良仁 ⁶⁾	
P-2-002	LBC 標本における ASC-H の検討 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⁾	
P-2-003	CIN3 における子宮頸部レーザー蒸散術後の異型細胞存続例について NTT 東日本札幌病院産婦人科 ¹⁾ , 北海道社会事業協会帯広病院産婦人科 ²⁾ , NTT 東日本札幌病院臨床検査科病理・細胞診検査部門 ³⁾ ○黒田敬史 ¹⁾ , 西川 鑑 ¹⁾ , 真里谷奨 ²⁾ , 小松健一郎 ³⁾ , 杉田有子 ³⁾ , 本間則之 ³⁾ , 高桑康成 ³⁾ , 佐藤昌明 ³⁾	
子宮頸部 7	10:06~10:27	座長: 古田玲子 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)
P-2-004	HIV 陽性 men who have sex with men (MSM) の肛門擦過細胞診における HPV 感染細胞の判定基準 群馬パース大学保健科学部検査技術学科 ¹⁾ , 杏林大学保健学部病理学 ²⁾ , 杏林大学医学部腫瘍内科 ³⁾ , しらかば診療所 ⁴⁾ ○岡山香里 ¹⁾ , 大河戸光章 ²⁾ , 北村 浩 ^{3,4)} , 井戸田一朗 ⁴⁾	
P-2-005	HPV ジェノタイプ判定検査 (クリニチップ) その評価と考察 北海道対がん協会細胞診センター ○和田恒之, 田上 稔, 加藤 修, 日野順子, 市川浩巳, 栄田尚子, 小西加奈子, 茂木由紀, 藤田博正, 佐々木隆之	
P-2-006	子宮頸部細胞診判定と円錐切除検体による組織学的異形成領域の比較検討 済生会川口総合病院臨床検査科 ¹⁾ , 済生会川口総合病院病理診断科 ²⁾ , 済生会川口総合病院産婦人科 ³⁾ , 獨協医科大学越谷病院病理診断科 ⁴⁾ ○鈴木慎也 ¹⁾ , 金守 彰 ¹⁾ , 山本美里 ¹⁾ , 高木実季 ¹⁾ , 毛利紘子 ³⁾ , 今田浩生 ⁴⁾ , 伴 慎一 ⁴⁾ , 佐藤英章 ²⁾	
子宮頸部 8	10:27~10:48	座長: 山本秀巨 (厚木市立病院医療技術部門臨床検査科)
P-2-007	ThinPrep インテグレートイメジャの検討—通常染色標本による判定との比較— 大阪警察病院病理技術科 ¹⁾ , 大阪警察病院 ²⁾ ○金田敦代 ¹⁾ , 辻本正彦 ¹⁾ , 安岡弘直 ¹⁾ , 築山あゆみ ¹⁾ , 郡司有理子 ¹⁾ , 青木 弘 ¹⁾ , 小西尋子 ¹⁾ , 福田沙織 ¹⁾ , 北辻 香 ¹⁾ , 松永由紀 ¹⁾	
P-2-008	子宮頸癌検診における細胞診陰性・HPV 陽性例の臨床的検討 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⁾ , 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⁾	

P-2-009 当施設における HPV 検査導入に伴う採取器具変更の効果について

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
 ○石田洋平¹, 鈴木雄策¹, 館野みちる¹, 富田理恵子¹, 磯貝直子¹, 村上祐子¹, 田中彰和¹,
 佐藤 翠¹, 中里景子¹, 伊藤祐子¹, 光岡幸男¹, 近藤正和¹, 奥村英雄¹, 市野雅之¹,
 社本幹博²

子宮頸部 9 10:48~11:09 座長: 卜部理恵 (産業医科大学医学部産科婦人科学)

P-2-010 当施設で Atypical glandular cells と診断された症例の転帰に関する検討

奈良県立医科大学産婦人科¹, 近畿大学医学部奈良病院産婦人科², 近畿大学医学部奈良病院病理診断科³, 石切生喜病院病理診断科⁴
 ○杉本澄美玲^{1,2}, 中村雅子², 金山清二², 若狭朋子³, 太田義夫³, 若狭研一⁴, 浦 雅彦³,
 福森恭代³, 大井豪一²

P-2-011 当院における子宮頸部細胞診 Atypical Glandular Cell (AGC) 症例の検討

小田原市立病院産婦人科¹, 小田原市立病院病理診断科²
 ○横澤智美¹, 磯崎 勝², 堀井 薫², 丸山康世¹

P-2-012 当院健診センターにおける 2014 年度子宮頸癌検診における要精検患者の検討と対策

市立長浜病院産婦人科¹, 市立長浜病院中央検査技術科², 市立長浜病院中央検査科³
 ○高橋顕雅¹, 西野万由美², 岡本明子², 宮元伸篤², 新川由基², 黒澤 学³

子宮頸部 10 11:09~11:30 座長: 田勢 亨 (宮城県立がんセンター婦人科)

P-2-013 子宮頸部腺癌の術前診断に関する検討

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科
 ○谷地田希, 菊池 朗, 柳瀬 徹, 笹川 基

P-2-014 子宮頸部擦過細胞診における頸部粘液性腺癌と類内膜腺癌の比較検討

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, 九州大学病院病理診断科・病理部³, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学⁴, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁵
 ○鶴留えりか¹, 渡邊壽美子², 大久保文彦³, 加来恒壽^{2,4}, 園田顕三⁴, 加藤聖子⁴,
 小田義直^{3,5}, 杉島節夫²

P-2-015 AIS と CIN を合併した 4 症例の子宮頸部細胞診

東京慈恵会医科大学附属葛飾医療センター¹, 東京慈恵会医科大学附属病院²
 ○津田明奈¹, 駒崎裕美¹, 落合和彦¹, 薄井 環¹, 滑川悠梨子¹, 片倉和香子¹, 山村菜実¹,
 吉川直希¹, 平田幸広¹, 新美茂樹¹, 岡本愛光²

子宮頸部 11 11:30~11:51 座長: 中島久良 (長崎みなとメディカルセンター市民病院)

P-2-016 子宮頸部絨毛腺管状粘液性腺癌の一例

佐賀大学医学部産科婦人科
 ○花鳥克幸, 西山 哲, 福田亜紗子, 大隈恵美, 中尾佳史, 横山正俊

P-2-017 子宮全摘後に腔断端再発を反復した 1 例

防衛医科大学校産科婦人科¹, 防衛医科大学校病院検査部², 国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科³
 ○笹 秀典¹, 岩橋秀樹¹, 吉川智之¹, 坂元崇洋¹, 高野政志¹, 織田智博², 高橋宏美²,
 島崎英幸², 石井賢治³, 古谷健一¹

P-2-018 子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) にて子宮摘出 3 年後に発症した腔上皮内腫瘍 (VaIN)

JA 長野厚生連篠ノ井総合病院臨床検査科¹, JA 長野厚生連篠ノ井総合病院病理診断科²
 ○牧野睦月^{1,2}, 金本涼子¹, 中村恵美子¹, 裏 愛美¹, 川口研二²

- | 卵巣5 | 13:00~13:21 | 座長: 加藤久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科) |
|---------|---|---------------------------|
| P-2-019 | 腹水および子宮内膜細胞診所見から原発巣や組織型の推定に難渋した卵巣腫瘍の一例
東京慈恵会医科大学病理学講座 ¹ , 東京慈恵会医科大学附属病院病理部 ² , 東京慈恵会医科大学産婦人科 ³
○萬 昂士 ¹ , 岩本雅美 ² , 黒田高史 ³ , 鷹橋浩幸 ² , 池上雅博 ¹ , 清川貴子 ² | |
| P-2-020 | 進行卵巣低悪性度漿液性癌および漿液性境界悪性腫瘍の腹水細胞診所見
北海道がんセンター婦人科 ¹ , 北海道がんセンター臨床研究部 ² , 北海道がんセンター臨床検査科 ³
○岡元一平 ¹ , 竹下 奨 ¹ , 藤堂幸治 ¹ , 加藤秀則 ¹ , 中島真奈美 ³ , 東 学 ³ , 鈴木宏明 ² , 山城勝重 ² | |
| P-2-021 | 病的意義不明の少量腹水を認めた閉経後患者に対して子宮の細胞診が有用であった一例
がん研有明病院
○金尾祐之, 松岡和子, 岡本三四郎, 野村秀高, 的田真紀, 尾松公平, 加藤一喜, 宇津木久仁子, 杉山裕子, 高澤 豊, 竹島信宏 | |
| 卵巣6 | 13:21~13:42 | 座長: 大城真理子 (名桜大学国際学群) |
| P-2-022 | 術中迅速診断(捺印細胞診・組織診)が困難であった卵巣原発悪性リンパ腫の1例
社会医療法人愛仁会高槻病院産婦人科 ¹ , 社会医療法人愛仁会高槻病院病理科 ² , 社会医療法人愛仁会高槻病院検査科病理 ³
○飯塚徳昭 ¹ , 小寺知揮 ¹ , 徳田妃里 ¹ , 柴田貴司 ¹ , 大石哲也 ¹ , 伊倉義弘 ² , 岩井泰博 ² , 仲谷武史 ³ , 井本智子 ³ , 谷口由美 ³ | |
| P-2-023 | 間質に高度の慢性炎症性細胞浸潤を伴う卵巣明細胞癌の1例
滋賀県立成人病センター病理部 ¹ , 滋賀県立成人病センター病理診断科 ² , 滋賀県立成人病センター婦人科 ³
○土肥 誠 ¹ , 新宅雅幸 ^{1,2} , 西村みゆき ¹ , 稲葉洋美 ¹ , 谷口裕美 ¹ , 一宮 睦 ¹ , 山本喜啓 ² , 河野文彦 ² , 永井あや ³ , 樋口壽宏 ³ | |
| P-2-024 | 血清エストロゲン値が基準値上限を超えた卵巣腺線維腫様明細胞癌の1例
JR 広島病院診療部臨床検査科(病理診断科) ¹ , JR 広島病院診療部産婦人科 ² , JR 広島病院診療部放射線科 ³
○中山宏文 ¹ , 安原眞由美 ¹ , 清水丈明 ¹ , 佐々木美恵 ¹ , 井瀨真美 ¹ , 中村 聖 ¹ , 高本晴子 ² , 佐野祥子 ² , 伊達秀二 ³ , 藤本英夫 ² | |
| 卵巣7 | 13:42~14:03 | 座長: 藤原 潔 (天理よろづ相談所病院産婦人科) |
| P-2-025 | 卵巣成熟嚢胞奇形腫悪性転化の細胞診
弘前大学大学院研究科産科婦人科学講座 ¹ , 弘前大学医学部附属病院病理部 ² , 弘前大学医学部病理診断学講座 ³ , 弘前大学医学部分子病態病理学講座 ⁴ , 弘前大学医学部病理生命学講座 ⁵
○二神真行 ¹ , 横山良仁 ¹ , 小島啓子 ² , 刀稱亀代志 ² , 加藤哲子 ³ , 水上浩哉 ⁴ , 黒瀬 顕 ³ , 鬼島 宏 ⁵ | |
| P-2-026 | 卵巣原発境界悪性腫瘍の自然被膜破綻が術前腹水細胞診に与える影響について考える
藤沢市民病院産婦人科 ¹ , 藤沢市民病院病理検査室 ² , 藤沢市民病院病理診断科 ³
○佐治晴哉 ¹ , 能勢英理子 ² , 松倉圭太 ² , 荒井 博 ² , 田尻亮輔 ³ , 権藤俊一 ³ | |

- P-2-027 胸水の免疫組織化学が原発巣推定に有用であった卵管癌の1例
長崎大学病院産科婦人科学¹, 長崎大学病院病理診断科², 日本赤十字社長崎原爆病院外科³, 日本赤十字社長崎原爆病院病理部⁴
○川下さやか¹, 金内優典¹, 木下直江², 福岡順也², 谷口英樹³, 柴田健一郎³, 重松和人⁴,
三浦清徳¹, 増崎英明¹

呼吸器・縦隔 9 9:45~10:06 座長:佐藤康晴 (岡山大学大学院病態情報科学)

- P-2-028 ギムザ染色所見が有用であった節外性NK/T細胞リンパ腫, 鼻型の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
○武井美和¹, 伊藤園江¹, 塚本孝久¹, 中野祐子¹, 榎田明美¹, 高橋光彦¹, 深川良隆¹,
鶴野由華², 木村芳三², 西田直代², 檜垣浩一²
- P-2-029 診断に苦慮した肺原発悪性リンパ腫の1例
聖路加国際病院病理診断科¹, 東京女子医科大学第一病理², 昭和大学臨床病理診断学³
○吉田光希¹, 小川命子¹, 植竹 都¹, 平林陽介¹, 鈴木正敏¹, 小林ひとみ¹, 恒田直人¹,
塩川希望¹, 山川真梨奈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,
塩沢英輔³
- P-2-030 捺印細胞診が有用であった肺原発髄外性形質細胞腫の1例
愛知県厚生連安城更生病院臨床検査技術科¹, 愛知県厚生連安城更生病院病理診断科²
○山田貴子¹, 杉山宗平¹, 黒木雅子¹, 杉浦記弘¹, 深井美樹¹, 石川一博¹, 山本宗平²,
酒井 優²

呼吸器・縦隔 10 10:06~10:34 座長:田口健一 (九州がんセンター病理診断科)

- P-2-031 Primary Pulmonary Myxoid Sarcoma の1例
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
○相知優子¹, 松本慎二¹, 浜崎 慎², 小島勝己¹, 大石朋子¹, 西中村恵輔¹, 鍋島一樹^{1,2}
- P-2-032 気管支擦過細胞所見では診断が困難であった炎症性筋線維芽細胞腫瘍の一例
上尾中央総合病院検査技術科病理¹, 公立学校共済組合関東中央病院病理科²
○小林 要¹, 大野喜作¹, 和田亜佳音¹, 渡部有依¹, 横田亜矢¹, 岡 輝明²
- P-2-033 術前に炎症性筋線維芽細胞腫瘍が疑われた肺の紡錘形肉腫の一例
船橋市立医療センター臨床検査科¹, 船橋市立医療センター臨床病理², 船橋市立医療センター呼吸器外科³, 独立行政法人地域医療機能推進機構船橋中央病院臨床検査科診療部⁴
○諏訪朋子¹, 高橋久雄¹, 師岡恭之¹, 白石達見¹, 清水辰一郎², 内田 修³, 五十嵐信之⁴,
小松悌介⁴
- P-2-034 肺原発炎症性筋線維芽細胞腫の一例
国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院中央検査部門
○鳥羽希和子, 村田行則, 飯塚利彦, 猪狩 亨

呼吸器・縦隔 11 10:34~10:55 座長:園部 宏 (岡山労災病院病理診断科)

- P-2-035 リンパ節針生検の器具洗浄液細胞診で推定しえた縦隔卵黄嚢腫瘍の1例
杏林大学医学部外科学 (呼吸器・甲状腺)¹, 杏林大学医学部附属病院病院病理部²
○橘 啓盛¹, 坂本憲彦², 加藤 拓², 中里陽子¹, 田中良太¹, 武井秀史¹, 藤原正親²,
菅間 博², 近藤晴彦¹
- P-2-036 心臓原発 undifferentiated pleomorphic sarcoma が多発転移を来した1例
弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座¹, 弘前市立病院²
○諸橋聡子¹, 吉澤忠司^{1,2}, 清野浩子¹, 羽賀敏博¹, 呉 雲燕¹, 鬼島 宏¹

- P-2-037 小児に発生した心原発血管肉腫の細胞像と組織像
 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⁾, 佐賀大学医学部小児科³⁾, 佐賀大学医学部胸部・心臓血管外科⁴⁾
 ○中村光男¹⁾, 甲斐敬太¹⁾, 高瀬ゆかり²⁾, 北村 捷¹⁾, 西 眞範³⁾, 古賀大介³⁾, 溝端理恵³⁾,
 古川浩二郎⁴⁾, 森田茂樹⁴⁾, 相島慎一^{1,2)}

呼吸器・縦隔 12 10:55~11:16 座長: 神尾多喜浩 (済生会熊本病院中央検査部病理診断科)

- P-2-038 肺の乳頭腫の1例
 西宮市立中央病院臨床病理科
 ○新谷陽子, 三木敦史, 松本玲子, 山田結花, 綾田昌弘
- P-2-039 肺の乳頭腺腫の1例
 北里大学北里研究所病院病理診断科¹⁾, 東京都保健医療公社東部地域病院検査科²⁾
 ○古澤亜希子¹⁾, 森永正二郎¹⁾, 折笠英紀²⁾, 松岡健太郎¹⁾, 滝田晶子¹⁾, 榎本あつみ¹⁾
- P-2-040 肺腺癌に併存した腺上皮乳頭腫の1例
 慈山会医学研究所附属坪井病院病理診断科
 ○小林美穂, 高田佳奈, 佐藤陽子, 原田仁稔, 五十嵐誠治

呼吸器・縦隔 13 11:16~11:44 座長: 香川昭博 (NHO 四国こどもとおとなの医療センター)

- P-2-041 術中迅速細胞診におけるヘマトキシリン・エオジン染色の利点と欠点
 独立行政法人国立病院学会旭川医療センター臨床検査科
 ○玉川 進, 松林 聡, 鈴木みゆき
- P-2-042 原発性肺腺癌と転移性肺腺癌の形態学的鑑別
 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⁾, 九州大学病院病理診断科病理部³⁾, 九州大学大学院医学研究院胸部疾患研究施設⁴⁾, 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科⁵⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁶⁾
 ○平井絵梨花¹⁾, 渡邊壽美子²⁾, 大久保文彦³⁾, 原田大志⁴⁾, 岡本龍郎⁵⁾, 小田義直^{3,6)}, 杉島節夫^{2,3)}
- P-2-043 肺癌 Re-biopsy における細胞検査士の役割について
 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科²⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター呼吸器腫瘍科³⁾
 ○今村彰吾¹⁾, 藤本翔大¹⁾, 小嶋健太¹⁾, 宮久 禎¹⁾, 加藤裕一¹⁾, 北里謙二¹⁾, 瀧澤克実²⁾,
 伏見文良²⁾, 田口健一^{1,2)}, 野崎 要³⁾, 瀬戸貴司³⁾, 竹之山光広³⁾
- P-2-044 肺癌 EGFR 遺伝子検査における細胞診検体保存方法が検出感度へ与える影響調査
 信州大学医学部病態解析診断学教室¹⁾, 信州大学医学部附属病院臨床検査部²⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科³⁾, 信州大学医学部医学科⁴⁾
 ○浅香志穂^{1,2)}, 吉澤明彦³⁾, 齋藤和紗⁴⁾, 仲田梨恵²⁾, 重藤翔平²⁾, 小林幸弘²⁾, 松田和之²⁾,
 上原 剛^{1,2)}, 本田孝行^{1,2)}

泌尿器 5 13:00~13:21 座長: 近藤能行 (大分県厚生連鶴見病院病理診断科)

- P-2-045 形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌の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²⁾
 ○生澤 竜¹⁾, 佐々木真実¹⁾, 赤埴由紀子¹⁾, 安田玲子¹⁾, 柳澤信之^{1,2)}, 相田芳夫^{1,2)}, 高木正之²⁾
- P-2-046 形質細胞様尿路上皮癌の1例
 日本赤十字社医療センター病理部
 ○夏目愛子, 裴 有安, 中 昂一, 松尾梢恵, 富田健一郎, 橋本昭一, 木村浩一郎, 南 哲司,
 石川 晃, 武村民子, 熊坂利夫

P-2-047 膀胱憩室内に発生した膀胱原発腺癌の1例

十善会病院検査部病理¹⁾, 十善会病院泌尿器科²⁾, 佐世保共済病院病理診断科³⁾

○小川桂子¹⁾, 小川繁晴²⁾, 川崎辰彦³⁾, 田中義成³⁾, 久保 綾³⁾, 井関充及³⁾

泌尿器 6 13:21~13:49 座長: 濱田哲夫 (九州旅客鉄道株式会社 JR 九州病院病理診断科)

P-2-048 腎原発滑膜肉腫の1例

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¹⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科²⁾

○菊地美保¹⁾, 石津春菜¹⁾, 小寺輝明¹⁾, 武田奈津子¹⁾, 腰高典子¹⁾, 甘利保子¹⁾, 富岡理恵¹⁾,
高瀬章子¹⁾, 大谷方子¹⁾, 稲山嘉明¹⁾, 鷺見公太²⁾

P-2-049 前立腺原発横紋筋肉腫の一例—尿細胞診の視点から—

東京都済生会中央病院臨床検査科¹⁾, 東京都済生会中央病院病理診断科²⁾

○阿部政太郎¹⁾, 笹本泰子¹⁾, 長渡久美¹⁾, 河野健史¹⁾, 降幡雅子¹⁾, 廣瀬茂道²⁾

P-2-050 尿中に出現した転移性軟骨肉腫の一例

三重大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三重大学医学部附属病院がんセンター²⁾, 鈴鹿医療科学
大学保健衛生学部医療栄養学科³⁾

○佐々木美沙¹⁾, 藤田良浩¹⁾, 阿曾由美子¹⁾, 河井誓里奈¹⁾, 松谷史織¹⁾, 金山和樹³⁾, 林 昭伸¹⁾,
内田克典¹⁾, 小塚祐司¹⁾, 福留寿生^{1,2)}, 今井 裕¹⁾

P-2-051 膀胱原発胎児型横紋筋肉腫の一例

長崎大学病院病理診断科病理部¹⁾, 長崎病理診断科²⁾, 長崎大学医歯薬学総合研究科³⁾

○田中 圭¹⁾, 佐藤典子¹⁾, 今泉利信¹⁾, 平山三国¹⁾, 里 翼¹⁾, 濱崎幸恵¹⁾, 芝原一樹¹⁾,
二反田隆夫³⁾, 穴見正信²⁾, 木下直江¹⁾, 新野大介¹⁾, 福岡順也¹⁾, 安倍邦子¹⁾

泌尿器 7 13:49~14:10 座長: 竹内 保 (岐阜大学大学院医学系研究科形態機能病理学)

P-2-052 前立腺原発癌肉腫の1例

郡上市市民病院検査部¹⁾, 岐阜市民病院検査部²⁾, 郡上市市民病院産婦人科³⁾

○森 栄¹⁾, 山口吉夫¹⁾, 田中卓二²⁾, 丹羽憲司^{1,3)}

P-2-053 尿中に出現した悪性リンパ腫の一例

佐野厚生農業協同組合連合会佐野厚生総合病院¹⁾, 獨協医科大学病院形態病理²⁾

○飯塚 渉¹⁾, 桜井貞広¹⁾, 角張 純¹⁾, 小島 勝²⁾

P-2-054 細胞診断に苦慮した膀胱原発 T 細胞リンパ腫の一例

東大和病院病理細胞診断科

○林友理恵, 河村淳平, 島方崇明, 坂牧久仁子, 桑尾定仁

消化器 4 9:45~10:06 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-2-055 R-IHC を使用した HNF4α 迅速免疫染色による胃がん体腔液術中細胞診断

土浦協同病院病理診断部

○池田 聡, 本間恵美子, 佐竹 藍, 永田千草, 井上和成, 鈴木恵子

P-2-056 胎児型肝芽腫と胎芽型肝芽腫の細胞学的特徴

山形大学医学部附属病院病理部

○志田愛実, 斉藤友則, 鈴木俊紀, 樺澤崇允, 大江倫太郎, 加藤智也, 山川光徳

P-2-057 癌抑制遺伝子産物を指標にした Cellprep 胆汁細胞の異型度の評価の試み

広島大学病院病理診断科

○石田克成, 有廣光司, 石田真悠, 内島由香里, 田岡知恵, 田中祐菜, 金子佳恵, 清水智美,
丸橋由香里, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 織田麻琴, 木村修士, 城間紀之

- | 消化器 5 | 10:06~10:27 | 座長: 今野かおり (東北大学病院病理部) |
|---------|--|-----------------------------|
| P-2-058 | EUS-FNA で NET と鑑別を要した GIST の 1 例
独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院中央検査部病理 ¹⁾ , 独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院病理診断科 ²⁾
○浦芝 敬 ¹⁾ , 三村明弘 ¹⁾ , 岡部美由紀 ¹⁾ , 小倉啓介 ¹⁾ , 金田香央里 ¹⁾ , 三輪秀明 ²⁾ , 森 秀夫 ²⁾ | |
| P-2-059 | 細胞診断に苦慮した Gastrointestinal stromal tumor の 2 例
淀川キリスト教病院病理課 ¹⁾ , 淀川キリスト教病院病理診断科 ²⁾
○小竹千代 ¹⁾ , 三好真由美 ¹⁾ , 小田井学 ¹⁾ , 田中 幸 ¹⁾ , 上田佳世 ²⁾ , 寺村一裕 ²⁾ | |
| P-2-060 | 大腸に発生した内分泌細胞癌の一例
公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院検査科
○柴崎洋子, 國本由里子, 窪田知美, 荒井克己, 小池 昇, 秋田英貴, 鄭 子文 | |
| 消化器 6 | 10:27~10:55 | 座長: 白波瀬浩幸 (京都大学医学部附属病院検査部) |
| P-2-061 | 胆管擦過細胞診が有用であった膵神経内分泌癌 (NEC) の一例
東京通信病院病理科 ¹⁾ , 東京警察病院病理診断科 ²⁾ , 立正佼成会付属佼成病院病理科 ³⁾
○岸田由起子 ¹⁾ , 高橋 剛 ¹⁾ , 中村恵子 ¹⁾ , 清水香織 ¹⁾ , 斉藤佑美 ¹⁾ , 浅川一枝 ¹⁾ , 神戸静香 ¹⁾ , 小川真紀 ²⁾ , 横山宗伯 ²⁾ , 二階堂孝 ³⁾ , 田村浩一 ¹⁾ | |
| P-2-062 | 胆汁細胞診に肝細胞癌と膵管上皮内癌の癌細胞が出現した重複癌の 1 例
八戸赤十字病院検査技術課
○小原勇貴, 萩生田美穂, 清水道弘, 吉田幸司, 笹生俊一 | |
| P-2-063 | 少数の異型細胞から Solid-pseudopapillary neoplasm と推定診断し得た一例
近江八幡市立総合医療センター医療技術部臨床検査科 ¹⁾ , 近江八幡市立総合医療センター医療技術部病理検査科 ²⁾ , 近江八幡市立総合医療センター診療部病理診断科 ³⁾
○富田圭一 ¹⁾ , 重野恭子 ¹⁾ , 吉弘敏美 ¹⁾ , 谷田仁司 ¹⁾ , 北川勇一 ²⁾ , 武内英二 ³⁾ , 細川洋平 ³⁾ | |
| P-2-064 | 膵 EUS-FNA が有用であった solid-pseudopapillary neoplasm の 1 例
獨協医科大学病院病理部 ¹⁾ , 獨協医科大学病理診断学 ²⁾
○町田浩美 ¹⁾ , 永井多美子 ¹⁾ , 佐々木英夫 ¹⁾ , 加藤 輝 ¹⁾ , 金子有子 ²⁾ , 中里宜正 ²⁾ , 黒田 一 ²⁾ , 小島 勝 ²⁾ , 今井康雄 ²⁾ | |
| 消化器 7 | 10:55~11:16 | 座長: 秋葉 純 (久留米大学病院病理診断科・病理部) |
| P-2-065 | 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法と内視鏡的逆行性膵胆管造影検査における細胞診診断率
聖路加国際病院消化器内科 ¹⁾ , 聖路加国際病院内視教室 ²⁾ , 聖路加国際病院病理診断科 ³⁾
○中村健二 ¹⁾ , 松岡 恵 ²⁾ , 岡田修一 ²⁾ , 小川命子 ³⁾ , 池谷 敬 ¹⁾ , 高木浩一 ¹⁾ , 石井直樹 ¹⁾ , 福田勝之 ¹⁾ , 鈴木高祐 ³⁾ , 藤田善幸 ¹⁾ | |
| P-2-066 | 胆汁中の胆管上皮内腫瘍 (BillN) 細胞の形態学的特徴
順天堂大学大学院医学研究科形態解析 ¹⁾ , 順天堂大学練馬病院臨床検査科 ²⁾ , 済生会神奈川県病院検査科 ³⁾ , 太田総合病院中央検査科 ⁴⁾ , 太田総合病院消化器外科 ⁵⁾
○古旗 淳 ¹⁾ , 東井靖子 ¹⁾ , 大橋久美子 ²⁾ , 阿部加奈子 ³⁾ , 阿部佳之 ⁴⁾ , 権田厚文 ⁵⁾ | |
| P-2-067 | 膵癌における癌関連線維芽細胞の細胞学的検討
東海大学医学部附属病院病理検査技術科 ¹⁾ , 東海大学医学部附属大磯病院中央臨床検査科 ²⁾ , 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 ³⁾
○才荷 翼 ¹⁾ , 伊藤 仁 ¹⁾ , 宮嶋葉子 ¹⁾ , 芹澤昭彦 ¹⁾ , 加戸伸明 ¹⁾ , 望月紀英 ¹⁾ , 小山田裕行 ²⁾ , 平林健一 ³⁾ , 井野元智恵 ³⁾ , 梶原 博 ³⁾ , 中村直哉 ³⁾ | |

消化器 8

11:16~11:37

座長：西山憲一（福岡赤十字病院病理診断科）

- P-2-068 膵液細胞診にて腺癌と判定し得た膵管内乳頭状粘液性腫瘍由来の膵癌の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
○寺内利恵¹，竹中美千穂¹，大兼政良育¹，湊 宏²，中田聡子²，水口聖哉¹，嶋口智恵¹，
津幡裕美¹，山下 学¹，中野万里子¹，黒瀬 望²，野島孝之²
- P-2-069 2型自己免疫性膵炎の一例
福山市民病院臨床検査科¹，福山市民病院病理診断科²，倉敷中央病院病理診断科³
○秀坂 恵¹，山田貴之¹，高田知恵里¹，来米由梨¹，重西邦浩²，能登原憲司³
- P-2-070 膵 Intraductal tubulopapillary neoplasm の1症例
社会医療法人財団慈泉会相澤病院臨床検査センター¹，社会医療法人財団慈泉会相澤病院
臨床検査センター病理診断科²
○石橋恵津子¹，樋口佳代子²，小倉和幸¹，小林帆波¹，加藤昌希¹，池上陽太¹，伊丹川裕子¹，
中野 聡¹，小豆畑康児²，伊藤信夫²

甲状腺・副甲状腺 3

13:00~13:28

座長：長沼 廣（仙台市立病院病理診断科）

- P-2-071 小児濾胞癌の1例
日本赤十字社和歌山医療センター病理診断科部
○真谷亜衣子，阪田幸範，奥村寿崇，宮木康夫，岩元竜太，小野一雄
- P-2-072 ラブドイド細胞の出現を伴った甲状腺未分化癌の一例
公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科¹，岡山労災病院病理診断科²
○山代翔大¹，園部 宏²，羽原利幸¹，海原恭子¹，門田有紗¹
- P-2-073 穿刺細胞診で発見された甲状舌管部甲状腺乳頭癌の1例
国立病院機構別府医療センター病理診断科
○吉河康二，安藤陽一郎，飯田嘉昭，竹山朋希，芦田拓未
- P-2-074 びまん性硬化型乳頭癌の1例
JR 東京総合病院臨床検査科¹，JR 東京総合病院乳腺外科²
○恩田雅弘¹，谷川園子¹，千田雅子¹，木村勝巳¹，船山英明¹，中澤和久¹，大友梨恵¹，
田中さゆり¹，関 邦彦¹，名取恵子²，平田 勝²

甲状腺・副甲状腺 4

13:28~13:49

座長：中島正洋（長崎大学原爆後障害医療研究所原研病理）

- P-2-075 甲状腺篩型乳頭癌の1例
公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室¹，公益
財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科²
○山口大介¹，原田美香¹，實平悦子¹，小寺明美¹，中村香織¹，香田浩美¹，内野かおり²，
能登原憲司²
- P-2-076 甲状腺乳頭癌における穿刺吸引細胞診標本を用いた BRAF V600E 変異解析の有用性
名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部¹，名古屋第一赤十字病院病理部²
○村上佳穂¹，伊藤雅文²，藤野雅彦¹，郡司昌治¹，山下比鶴¹，杉山知咲季¹
- P-2-077 DIPN によって誘発したラット甲状腺病変における CD26/DPP IV の発現
九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹，九州保健福祉大学がん細胞研究所²，宮崎
大学医学部内科学免疫感染病態学講座³，古賀総合病院検査技術部⁴，宮崎大学医学部付属
病院病理診断部⁵，九州保健福祉大学大学院保健科学研究科⁶，順和会記念病院病理診断科⁷
○荒武八起^{1,2}，野村 創³，清山和昭⁴，大野招伸⁵，大澤幸希光⁶，西森 誠^{1,2}，宮本朋幸^{1,2}，
葉師寺宏匡^{1,2}，所司睦文^{1,2}，大野節代^{1,2,6}，林 透⁷，岡山昭彦³，大野英治^{1,2,6}

脳・頭頸部 4	9:45~10:06	座長:伊藤以知郎 (静岡県立静岡がんセンター臨床病理部)
P-2-078	頸部腫瘍穿刺細胞診が有用であった paraganglioma の一例 関西電力病院病理検査室 ○長松光美, 上田知英子, 高城理香, 村上ひとみ, 夏秋知佳, 河合 潤	
P-2-079	頸部に発生した myxofibrosarcoma の2症例 鳥取県立中央病院病理診断科 ¹ , 鳥取県立中央病院病理検査室 ² ○徳安祐輔 ¹ , 中本 周 ¹ , 田中瑞歩 ² , 川上智史 ² , 前田和俊 ² , 松ノ谷尚子 ² , 岡田早苗 ²	
P-2-080	成人頸部に発生した紡錘形細胞型横紋筋肉腫の1例 がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部 ¹ , がん研究会がん研究所病理部 ² ○伊藤崇彦 ¹ , 佐藤由紀子 ^{1,2} , 古田則行 ¹ , 藤山淳三 ¹ , 星 利良 ¹ , 池畑浩一 ¹ , 鈴木奈緒子 ¹ , 山田麻里沙 ¹ , 石井脩平 ² , 小松京子 ¹ , 神田浩明 ^{1,2} , 石川雄一 ^{1,2} , 杉山裕子 ¹	
脳・頭頸部 5	10:06~10:27	座長:伊禮 功 (川崎医科大学病理学1教室)
P-2-081	細胞診で診断された真菌・アカントアメーバ眼感染症の3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 ○佐藤 斉 ¹ , 恒成徳子 ¹ , 藤原 仁 ¹ , 光田成未 ¹ , 岡 春子 ¹ , 小原光祥 ¹ , 松山篤二 ^{1,2} , 島尻正平 ^{1,2} , 久岡正典 ^{1,3}	
P-2-082	下眼瞼に発生した Merkel cell carcinoma の一例 一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科 ○甲賀洋光, 桂澤安奈, 小滝 昇, 二瓶憲俊, 遠藤枝利子, 山口佳子	
P-2-083	鑑別が困難であった外耳道腺系悪性腫瘍の1例 福島県立医科大学附属病院病理部 ¹ , 福島県立医科大学病理病態診断学講座 ² ○菅野寿也 ¹ , 村越政仁 ¹ , 山谷幸恵 ¹ , 赤城美代子 ¹ , 岡 佑香 ^{1,2} , 村上美美 ^{1,2} , 喜古雄一郎 ^{1,2} , 田崎和洋 ^{1,2} , 橋本優子 ^{1,2}	
子宮体部 6	10:27~10:48	座長:金守 彰 (済生会川口総合病院臨床検査科病理)
P-2-084	癌性腹膜炎と鑑別を要した性器結核の1例 近畿大学医学部奈良病院産婦人科 ¹ , 近畿大学医学部奈良病院病理診断科 ² , 石切生喜病院病理診断科 ³ ○中村雅子 ¹ , 杉本澄美玲 ¹ , 金山清二 ¹ , 浦 雅彦 ² , 福森恭代 ² , 若狭朋子 ² , 太田善夫 ² , 若狭研一 ³ , 大井豪一 ¹	
P-2-085	子宮体部 Endometrial intraepithelial carcinoma (EIC) の一例 長崎みなとメディカルセンター市民病院病理診断科 ¹ , 長崎みなとメディカルセンター市民病院産婦人科 ² , 長崎大学原研病理 ³ ○丸尾俊昭 ¹ , 森山くるみ ¹ , 山本大貴 ¹ , 上井 元 ³ , 川下さやか ³ , 谷川輝美 ² , 小寺宏平 ² , 中島久良 ² , 入江準二 ¹	
P-2-086	子宮体部扁平上皮癌の1例 白河厚生総合病院産婦人科 ¹ , 白河厚生総合病院病理診断科 ² , 獨協医科大学産科婦人科学教室 ³ ○古川茂宜 ¹ , 吉田史子 ¹ , 山内隆治 ¹ , 野沢佳弘 ² , 長谷川清志 ³	
子宮体部 7	10:48~11:16	座長:齋藤俊章 (独立行政法人国立病院機構九州がんセンター婦人科)
P-2-087	卵巣癌が疑われた子宮発生アデノマトイド腫瘍の一例 社会医療法人愛仁会千船病院技術部検査科 ¹ , 社会医療法人愛仁会杏和総合医学研究所検査部 ² , 社会医療法人愛仁会千船病院診療部産婦人科 ³ , 社会医療法人愛仁会千船病院診療部臨床病理科 ⁴ ○佐藤 圭 ¹ , 伏見翔一郎 ¹ , 玉岡紗矢佳 ² , 安田立子 ³ , 吉安可奈子 ⁴ , 名方保夫 ⁴ , 八十嶋仁 ⁴	

- P-2-088 細胞診のスクリーニングに苦慮した線維形成性小円形細胞腫瘍の1例
 日本大学医学部産婦人科学系産婦人科学分野¹⁾, 日本大学医学部附属板橋病院病理部²⁾, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野³⁾, 日本大学医学部病態病理学系機能形態学分野⁴⁾
 ○仲尾岳大¹⁾, 梶田賢司¹⁾, 中島隆広¹⁾, 春日晃子¹⁾, 高田眞一¹⁾, 千島史尚¹⁾, 関 利美²⁾,
 伊豆麻未^{2,4)}, 唐 小燕^{2,3)}, 大荷澄江^{2,4)}, 増田しのぶ^{2,3)}, 杉谷雅彦^{2,4)}

- P-2-089 AFP産生性子宮体部肝様腺癌の1例
 独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院病理診断科
 ○濱村尚也, 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, 山上朋之,
 高良多磨枝, 長谷川直樹, 角田幸雄

- P-2-090 子宮体部 Dedifferentiated carcinoma の1例
 日本医科大学産婦人科¹⁾, 日本医科大学病理診断科²⁾
 ○石原彩子¹⁾, 黒瀬圭輔¹⁾, 松橋智彦¹⁾, 山本晃人¹⁾, 川瀬里衣子¹⁾, 山田 隆¹⁾, 米山剛一¹⁾,
 鴨井青龍¹⁾, 大橋隆治²⁾, 内藤善哉²⁾, 竹下俊行¹⁾

子宮体部 8 11:16~11:44 座長: 大石善丈 (九州大学形態機能病理)

- P-2-091 子宮体部明細胞腺癌術前診断における細胞診の有用性
 国立病院機構北海道がんセンター婦人科¹⁾, 国立病院機構北海道がんセンター病理診断科²⁾
 ○加藤秀則¹⁾, 竹下 奨¹⁾, 大場洋子¹⁾, 見延進一郎¹⁾, 藤堂幸治¹⁾, 岡本一平¹⁾, 鈴木宏明²⁾,
 山城勝重²⁾
- P-2-092 MPA療法とGnRH療法施行後子宮全摘術に至った異型内膜増殖症の1例
 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア
 病院病理診断科²⁾
 ○榎田明美¹⁾, 伊藤園江¹⁾, 原武晃子¹⁾, 大田桂子¹⁾, 武井美和¹⁾, 長山大輔¹⁾, 坂本康輔¹⁾,
 木村芳三²⁾, 西田直代²⁾, 檜垣浩一²⁾
- P-2-093 紫色レーザーで分取した子宮体癌SP細胞における未分化維持関連遺伝子の発現
 九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹⁾, 九州保健福祉大学がん細胞研究所²⁾, 国際
 医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科³⁾, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科⁴⁾
 ○宮本朋幸^{1,2)}, 富安 聡³⁾, 大澤幸希光⁴⁾, 西森 誠^{1,2)}, 薬師寺宏匡^{1,2)}, 所司睦文^{1,2)},
 荒武八起^{1,2)}, 大野節代^{1,2,3)}, 大野英治^{1,2,3)}
- P-2-094 子宮内膜癌細胞株(Ishikawa細胞)におけるエストロゲン受容体遺伝子導入実験系の確立
 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹⁾, 弘前大学医学部保健学科検査技術科学
 専攻細胞検査士養成課程²⁾, 旭川赤十字病院医療技術部病理課³⁾
 ○堀江香代^{1,2)}, 藤田大貴²⁾, 三浦文仁²⁾, 金丸紘弓^{2,3)}, 吉岡治彦^{1,2)}, 渡邊 純^{1,2)}

骨・軟部 4 13:00~13:21 座長: 杉田真太郎 (札幌医科大学医学部病理診断学)

- P-2-095 右側胸部に発生した粘液型脂肪肉腫の1例
 自衛隊横須賀病院検査研究課¹⁾, 海上自衛隊潜水医学実験隊²⁾, けいゆう病院病理診断科³⁾
 ○桑原祐子¹⁾, 高橋麻衣¹⁾, 大橋幸樹¹⁾, 新原奈穂子¹⁾, 小原一葉¹⁾, 堂本英治³⁾, 河野貴子²⁾
- P-2-096 脱分化型脂肪肉腫の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¹⁾, 公立学校共済組合九州中央病院
 病理診断科²⁾
 ○平山賢司¹⁾, 佐谷純一¹⁾, 伊藤やよい¹⁾, 溝口義浩¹⁾, 宇野大輔¹⁾, 角 正恵¹⁾, 緒方昌倫¹⁾,
 峰 真理²⁾

P-2-097 炎症性筋線維芽細胞性腫瘍 (Inflammatory myofibroblastic tumor) の一例

社会医療法人財団新和会八千代病院¹⁾, 愛知医科大学病院病理部²⁾

○仲間 直¹⁾, 加藤 遼¹⁾, 杉浦美佳¹⁾, 新田永梨奈¹⁾, 佐藤 啓²⁾, 社本幹博¹⁾

骨・軟部 5 13:21~13:42 座長: 村山寿彦 (国立病院機構熊本医療センター)

P-2-098 脛骨骨膜に発生した類上皮肉腫の細胞像: 症例報告

がん研病理¹⁾, がん研有明病院臨床病理センター²⁾, がん研有明病院整形外科³⁾

○神田浩明¹⁾, 古田則行²⁾, 杉浦善弥¹⁾, 元井紀子¹⁾, 高澤 豊¹⁾, 古田玲子¹⁾, 小松京子²⁾,
杉山裕子²⁾, 阿江啓介³⁾, 松本誠一³⁾, 町並陸生¹⁾, 石川雄一¹⁾

P-2-099 多形性細胞異型目立った脊椎脊索腫の一例

近畿大学医学部附属病院病理部¹⁾, 近畿大学医学部病理学教室²⁾

○深田知也¹⁾, 筑後孝章²⁾, 水野瑠子¹⁾, 白石直樹¹⁾, 田村香奈子¹⁾, 手島優子¹⁾, 田中千琴¹⁾,
植田清文¹⁾, 上杉忠雄¹⁾, 佐藤隆夫¹⁾

P-2-100 針洗浄液検体による脊索腫細胞像の検討

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⁾

○上山 優¹⁾, 西村優希¹⁾, 新田篤史¹⁾, 上月文子¹⁾, 高垣和代¹⁾, 石田由香里¹⁾, 前田妙子¹⁾,
高山みずほ¹⁾, 佐久間淑子²⁾, 梶本和義²⁾, 前田尚子²⁾, 廣瀬隆則²⁾

体腔液 6 9:45~10:06 座長: 藤本貴美子 (広島西医療センター臨床検査科)

P-2-101 胸水に出現した直腸カルチノイドの1例

神奈川県立足柄上病院医療技術部検査科¹⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査部²⁾, 神戸大学大学院保健学研究科³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科⁴⁾, 神奈川県立足柄上病院病理診断科⁵⁾

○大金直樹¹⁾, 佐々木秀貴¹⁾, 小林志津子¹⁾, 北村隆司²⁾, 鴨志田伸吾³⁾, 加藤智美⁴⁾, 安田政実⁴⁾,
亀田陽一⁵⁾

P-2-102 腹膜偽粘液腫をきたした虫垂癌の腹水細胞診

大阪医科大学病理学教室

○明石静香, 桑原宏子, 江頭由太郎, 安田恵美, 栗栖義賢, 竹下 篤, 芥川 寛, 服部公亮,
里見英俊, 石崎幸恵, 出口千尋, 浦上真由美, 吉川純子, 中山裕子, 廣瀬善信

P-2-103 経過中悪性胸水が出現した Merkel 細胞癌の一例

東京医科大学病院病理診断科¹⁾, 東京医科大学病院人体病理学分野²⁾

○金子清花¹⁾, 山科光正^{1,2)}, 永井 毅^{1,2)}, 三宅真司¹⁾, 桑原 淳¹⁾, 渡部顕章¹⁾, 藤井愛子¹⁾,
鈴木恵美子¹⁾, 松林 純^{1,2)}, 長尾俊孝^{1,2)}

体腔液 7 10:06~10:27 座長: 大塚証一 (静岡赤十字病院病理診断科部)

P-2-104 腹水中に出現した小児腎ラブドイド腫瘍の一例

慶應義塾大学病院病理診断部

○後藤大輔, 照井仁美, 篠崎千鶴子, 川井田みほ, 大喜多肇, 佐々木文, 林雄一郎, 亀山香織

P-2-105 術中腹水細胞診でLBC標本が診断に有用であった卵巣腫瘍の1例

東京通信病院病理診断科¹⁾, 東京通信病院婦人科²⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理科³⁾, 東京警察病院病理診断科⁴⁾

○高橋 剛¹⁾, 岸田由起子¹⁾, 神戸晴香¹⁾, 斉藤佑美¹⁾, 中村恵子¹⁾, 清水香織¹⁾, 浅川一枝¹⁾,
秦 宏樹²⁾, 二階堂孝³⁾, 小川真紀⁴⁾, 横山宗伯⁴⁾, 田村浩一¹⁾

P-2-106 術前化学療法の決定にセルブロック法が有用であった卵巣漿液性腺癌の1例

済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 済生会福岡総合病院産婦人科²⁾

○石橋貴寛¹⁾, 佐藤真介¹⁾, 宮崎浩子¹⁾, 佐藤瑞恵¹⁾, 東 悠介¹⁾, 石井洋子¹⁾, 丸山智義²⁾,
坂井邦裕²⁾, 加藤誠也¹⁾

体腔液 8	10:27~10:48	座長：西村俊直 （独立行政法人国立病院機構松江医療センター）
P-2-107	腹水中に単純ヘルペスウイルス感染細胞が多数出現した1例 （株）アイル板橋中央臨床検査研究所病理 ¹ ，新松戸中央総合病院 ² ○本口ゆき奈 ¹ ，西島千尋 ¹ ，高山由香里 ¹ ，片山朝子 ¹ ，松元照美 ¹ ，田所治朗 ² ，早川欽哉 ¹ ， 石川由起雄 ¹	
P-2-108	髄腔に転移した悪性黒色腫の一例 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター臨床検査科 ○村重知代，清弘真弓，佐藤正和，山下青葉，藤田健太，安東 綾，山崎理恵	
P-2-109	腹水中の印環細胞癌で微絨毛が観察された1例 藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科 ¹ ，稲沢市民病院病理検査室 ² ○金子千之 ¹ ，柳田隆正 ¹ ，安倍雅人 ¹ ，江崎正則 ² ，谷口大介 ² ，堀尾健太 ²	
中皮腫 3	10:48~11:09	座長：伊藤 仁 （東海大学医学部附属病院病理検査技術科）
P-2-110	腹水細胞中からの樹立したヒト悪性腹膜中皮腫由来細胞株の特性に関する検討 慶應義塾大学医学部産婦人科 ○赤羽智子，富永英一郎，平沢 晃，青木大輔	
P-2-111	悪性中皮腫確定診断における細胞転写法の有用性について PCL 福岡病理・細胞診センター ○稲垣伸介，早川優佳，秋山譲滋，山田 博，室 征芳，岩井幸子，亀井敏昭	
P-2-112	尼崎地域の悪性胸膜中皮腫と，その胸水細胞像についての新しい見方・考え方 大阪赤十字病院病理診断科 ¹ ，兵庫県立尼崎総合医療センター検査科病理検査室 ² ○鷹巣晃昌 ¹ ，松木慎一郎 ² ，南 智也 ² ，芝山隆宏 ¹ ，嶋田俊秀 ¹	
中皮腫 4	11:09~11:30	座長：有谿俊一 （済生会呉病院臨床検査室）
P-2-113	長期経過を辿り再燃した腹膜高分化乳頭状中皮腫（WDPM）の1例 西神戸医療センター臨床検査技術部 ¹ ，西神戸医療センター病理科 ² ○西田 稔 ¹ ，栗田千絵 ¹ ，清水理絵 ¹ ，毛利衣子 ¹ ，舩越真依 ¹ ，井上友佳里 ¹ ，石原美佐 ² ， 橋本公夫 ²	
P-2-114	悪性腹膜中皮腫が疑われた一例 国立病院機構熊本医療センター ¹ ，福岡大病理学・病理部/病理診断科 ² ○中島一樹 ¹ ，村山寿彦 ¹ ，石原幸治 ¹ ，鹿島星林 ¹ ，川上裕之 ¹ ，鍋島一樹 ²	
P-2-115	腹水中で悪性中皮腫と鑑別に苦慮し扁平上皮癌が疑われた1例 国立病院機構都城医療センター中央検査部 ○植山雅彦，芝原修一，小坂裕之	
乳腺 9	13:00~13:21	座長：畠山金太 （奈良県立医科大学病理診断学講座）
P-2-116	マンモトーム生検捺印細胞診で診断可能であったバーキットリンパ腫の1例 滋賀医科大学医学部附属病院病理部 ○林 裕司，森谷鈴子，山口 大，岡本 望，春日 希，籠谷亜希子，岩井宗男，宮平良満， 九嶋亮治	
P-2-117	腫瘍内不均一性を示す治療後再発乳癌の一例，治療選択における細胞診の有用性 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島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広島市民病院病理診断科 ² ，岡山大学病院病理診断科 ³ ○坂田かな枝 ¹ ，戸井紳二 ¹ ，高木伸治 ¹ ，喜田真理子 ¹ ，藤本静枝 ¹ ，守都敏晃 ² ，柳井広之 ³ ， 市村浩一 ²	

P-2-118 胸水中に腫瘍細胞が出現し由来の同定が困難であった TTF-1 陽性乳癌の1例

富山大学附属病院病理部病理診断科¹, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座², 新潟県立中央病院病理診断科³, 富山大学大学院医学薬学研究部病態・病理学講座⁴
 ○小梶恵利¹, 堀 隆¹, 木屋千恵子¹, 林 伸一², 酒井 剛³, 濱島 丈⁴, 石井陽子⁴, 笹原正清⁴, 井村穰二^{1,2)}

乳腺 10 **13:21~13:49** **座長: 瀬戸口美保子 (JCHO 下関医療センター病理診断科)**

P-2-119 LBCによる乳腺細胞診診断の標準化を目指して~Low grade DCIS リングスタディ~

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科¹, 微研株式会社², 鹿児島厚生連病院病理診断科³, 今給黎総合病院病理部⁴, (株)クリニカルパソロジーラボラトリー⁵, 鹿児島大学病院病理部・病理診断科⁶
 ○北園暢子¹, 前田ゆかり¹, 永尾聡子¹, 皆倉愛美¹, 黒木良明², 宮當秀行³, 田邊尚子⁴, 内田美重⁵, 田中和彦⁶, 大井恭代¹

P-2-120 Cellprep を用いた乳腺液状化検体細胞診の至適条件の検討

広島大学病院病理診断科
 ○高井チカ子, 有廣光司, 石田真悠, 内島由加里, 田岡知恵, 丸橋由加里, 田中祐菜, 清水智美, 金子佳恵, 石田克成, 尾田三世, 小川勝成, 織田麻琴, 木村修士, 城間紀之

P-2-121 乳管拡張・嚢胞性病変の乳腺穿刺吸引細胞診におけるスコアリング評価の有用性

弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻細胞検査士養成課程¹, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域², 山形県立河北病院検査部³, 弘前市立病院臨床検査科⁴
 ○吉岡治彦^{1,2)}, 上野 大^{1,3)}, 及川颯大⁴, 堀江香代^{1,2)}, 渡邊 純^{1,2)}

P-2-122 乳管内増殖病変における細胞学的評価の有用性の検証

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部
 ○山田正俊, 小山芳徳, 安達純世, 若原孝子, 豊永安洋, 山本善也, 師岡恭之, 常世田岬, 内田浩紀, 山崎一人, 石田康生

乳腺 11 **13:49~14:10** **座長: 南雲サチ子 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)**

P-2-123 乳癌における術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(LN-FNA)の偽陰性症例の解析

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, 佐野孝昭³, 平戸純子¹, 小山徹也^{1,3)}

P-2-124 乳腺腋窩リンパ節診断の比較検討 細胞診 vs. 針生検

千葉県がんセンター乳腺外科¹, 千葉県がんセンター臨床病理²
 ○中村力也¹, 山本尚人¹, 池部 大², 伊丹真紀子²

P-2-125 乳癌センチネルリンパ節捺印細胞診の細胞像と有用性

東京女子医科大学八千代医療センター臨床検査室¹, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科², 東京女子医科大学八千代医療センター乳腺・内分泌外科³
 ○高橋昌樹¹, 今野辰郎¹, 末澤重紀¹, 角奈美子¹, 南部周平¹, 地曳典恵³, 清水忠夫³, 大出貴士², 増永敦子², 廣島健三²

リンパ・血液 3 **9:45~10:06** **座長: 高橋幸夫 (仙台赤十字病院医療技術部病理技術課)**

P-2-126 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診における迅速細胞診検査の有用性について

群馬県立がんセンター病理検査課¹, 群馬県立がんセンター臨床病理検査部², 群馬県立がんセンター婦人科³, 獨協医科大学病院病理診断科⁴
 ○土田 秀¹, 布瀬川卓也¹, 神山晴美¹, 中里宜正⁴, 高田温子⁴, 飯島美砂², 鹿沼達哉³, 小島 勝⁴

- P-2-127 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診で少数の異型細胞からホジキン病を疑った 1 例
宮崎県立延岡病院臨床検査科病理¹, 宮崎県立延岡病院病理診断科²
○谷口慎一郎¹, 長友明彦¹, 若松亜弥¹, 石原 明²
- P-2-128 紡錘形細胞が出現した CD56 陽性末梢性 T 細胞性リンパ腫の 1 例
東邦大学医療センター佐倉病院病院病理部¹, 東邦大学医療センター佐倉病院病理診断科², 東邦大学医療センター佐倉病院内科³, 東邦大学医療センター佐倉病院外科⁴
○鎌倉正和¹, 大塚成美¹, 佐藤麻依¹, 平川靖那¹, 山崎利城¹, 平山美佐子¹, 山口みはる¹, 北村 真¹, 笹井大督², 徳山 宣², 番 典子³, 清水直美³, 金澤真作⁴, 蛭田啓之²

リンパ・血液 4 10:06~10:27 座長: 一迫 玲 (東北大学病院造血器病理学共同研究部門)

- P-2-129 Myeloid sarcoma の細胞像の検討
がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部¹, がん研究会がん研究所病理部²
○小松京子¹, 古田則行¹, 藤山淳三¹, 伊藤崇彦¹, 鈴木奈緒子¹, 山田麻里沙¹, 星 利良¹, 池畑浩一¹, 石井脩平², 佐藤由紀子², 高澤 豊², 石川雄一², 杉山裕子¹
- P-2-130 メトトレキサート関連リンパ腫の 2 例
宮崎県立宮崎病院臨床検査科¹, 宮崎県立宮崎病院病理診断科², 宮崎県立宮崎病院内科³
○木田裕子¹, 稲田千文¹, 谷口康郎¹, 原口朋子¹, 島尾義也², 丸塚浩助², 山下 清³
- P-2-131 診断に苦慮した消化器・リンパ節に発生した Histiocytic Sarcoma の 1 例
南部徳洲会病院臨床検査部¹, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座², 中部徳洲会病院臨床検査部³
○島袋貴子¹, 立津千絵¹, 知花宗仙³, 小菅則豪², 仲地里織², 小山寛文², 新垣和也², 吉見直己²

その他 3 10:27~10:55 座長: 畠 榮 (川崎医科大学附属川崎病院病理部)

- P-2-132 免疫細胞化学染色のコントロール作製法—細胞浮遊液を用いた検討—
東邦大学医療センター佐倉病院病院病理部¹, 東邦大学医療センター佐倉病院病理診断科²
○佐藤麻依¹, 鎌倉正和¹, 平川靖那¹, 山崎利城¹, 平山美佐子¹, 山口みはる¹, 北村 真¹, 寺井謙介¹, 徳山 宣², 笹井大督², 蛭田啓之²
- P-2-133 免疫細胞化学における精度管理用対照の作製と有用性の検討
国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部
○中村信之, 牧野愛未, 横田 章, 藤田優貴, 菅原明子, 遠藤奈美江, 藤井丈士
- P-2-134 術中迅速診断時における迅速免疫細胞診の有効性の検討
厚生会仙台厚生病院
○諸橋 彰, 雫石智子, 荒屋敷聖, 成田菊夫, 赤平純一, 遠藤希之
- P-2-135 Cellprep 浮遊細胞を用いた fluorescence in situ hybridization (FISH) 法プロトコルの確立
広島大学病院病理診断科
○田中祐菜, 有廣光司, 石田真悠, 内島由加里, 丸橋由加里, 清水智美, 金子佳恵, 石田克成, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 田岡知恵, 織田麻琴, 木村修士, 城間紀之

その他 4 10:55~11:16 座長: 三宅康之 (倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)

- P-2-136 細胞診画像における焦点・露出の画質改善—撮影から画像合成までの自動化の試み—
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, 川崎医科大学病理学¹³
○小林博久¹, 菅野豊子¹, 米 亮祐¹, 小林江利¹, 福屋美奈子¹, 鹿股直樹², 森谷卓也², 定平吉都³
- P-2-137 ギムザ染色標本における細胞転写法の条件検討
山梨県立中央病院検査部病理診断科
○雨宮健司, 輿石早紀, 石井恵理, 小山敏雄

- P-2-138 神経内分泌腫瘍における Insulinoma associated protein1 (INSM1) の発現検討
 熊本大学生命科学研究部機能病理学分野¹⁾, 独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院²⁾
 ○工藤信次¹⁾, 中峰ともみ²⁾, 伊藤隆明¹⁾

口腔・唾液腺 9 13:00~13:21 座長: 中島 豊 ((株) エスアールエル)

- P-2-139 顎下腺癌肉腫の1例
 神戸市立医療センター西市民病院臨床検査技術部¹⁾, 神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科²⁾
 ○宮川祥治¹⁾, 吉田澄子¹⁾, 山下展弘¹⁾, 勝山栄治²⁾
- P-2-140 副鼻腔原発 NUT carcinoma の一例
 健和会大手町病院臨床検査部病理科¹⁾, 健和会大手町病院病理診断科²⁾, 産業医科大学病院病理診断科³⁾
 ○迫村竜巳¹⁾, 杉本紗也佳¹⁾, 藤原友梨¹⁾, 衛藤和美¹⁾, 後藤亮平¹⁾, 内山治美¹⁾, 島尻正平³⁾, 松木康真²⁾
- P-2-141 *MYB, NFIB* の転座を有する腺様嚢胞癌における細胞診検体での FISH の有用性について
 公益財団法人がん研究会明病院病理部¹⁾, がん研究会明病院細胞診断部²⁾, がん研究会がん研究所病理部³⁾
 ○佐藤由紀子^{1,2,3)}, 石井脩平^{2,3)}, 伊藤崇彦²⁾, 山田麻理沙²⁾, 鈴木奈緒子²⁾, 池畑浩一²⁾, 星 利良²⁾, 藤山淳三²⁾, 古田則行²⁾, 小松京子²⁾, 杉山裕子²⁾, 石川雄一^{1,3)}

口腔・唾液腺 10 13:21~13:42 座長: 奥沢悦子 (八戸市立市民病院臨床検査科病理)

- P-2-142 診断に苦慮した唾液腺導管癌の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⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理部³⁾
 ○福田賢次¹⁾, 川口幹夫¹⁾, 猪股美和¹⁾, 石渡仁深¹⁾, 相田真介³⁾, 矢毛石真由美²⁾, 津浦幸夫²⁾
- P-2-143 多形腺腫由来唾液腺導管癌の一例
 八尾市立病院病理診断科¹⁾, 奈良県立医科大学分子病理学教室²⁾
 ○三瀬浩二¹⁾, 政岡佳久¹⁾, 福田文美¹⁾, 笹平智則²⁾, 竹田雅司¹⁾
- P-2-144 上口唇小唾液腺に発生した嚢胞腺癌の一例
 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野¹⁾, 鹿児島大学附属病院病理部²⁾, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座口腔病理解析学分野³⁾
 ○北菌育美¹⁾, 後藤優子¹⁾, 平木 翼¹⁾, 東美智代^{1,2)}, 畑中一仁¹⁾, 田中和彦²⁾, 仙波伊知郎³⁾, 山田壮亮¹⁾

抄

録

◇特別講演 1

ヘリコバクター・ピロリと人類の移動の歴史

大分大学医学部環境・予防医学講座

○山岡吉生(MD)

ヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）がヒトの胃粘膜に炎症を引き起こし、消化性潰瘍の発症に深く関与すること、さらに胃癌の大部分がピロリ菌感染を基盤に発生することは、明らかであり、2013年には、ピロリ菌感染胃炎患者に対する除菌治療に保険適応が適応された。しかし感染者のほとんどが胃癌にならずに一生を終え、また胃癌の発症率にかなりの地域差があるのも事実である。さらに、欧米の一部の国やアフリカ諸国ではピロリ菌感染率が高いにもかかわらず、胃癌の発症率は、東アジア諸国に比べかなり低い。さらに同じ東アジア内でも、南方にいくほど胃癌の発症率は低くなる。これらの理由を説明できる因子として、ピロリ菌の病原性の多様性が注目を浴びており、概説する。

また、ピロリ菌は世界各国において遺伝子型が異なり、ピロリ菌の遺伝子型を解析・分類することによって、世界の諸民族がどのような経路をたどって移動してきたかを科学的に推測することができる。複数遺伝子の塩基配列からピロリ菌を分類する手法：MLST（Multilocus Sequence Typing）が開発され利用されている。ピロリ菌の遺伝子は人のそれに比べ突然変異率が高いので、特に短期間（数千年～数万年）における詳細な変化を知ることができる。MLSTを用いた解析で、ピロリ菌は人類と共に約58000年ほど前にアメリカを旅立ち、その後人類の進化と同様に進化してきたことが判明された。さらに次世代シーケンサーの普及による全ゲノム解析が可能となり、ピロリ菌を用いた人類学的研究は進展を見せている。今回、ピロリ菌遺伝子の解析による人類の歴史推定についても解説する。

◇特別講演 2

細胞外小胞による疾患解明と診断

国立がん研究センター研究所分子細胞治療研究分野

○落谷孝広(PhD)

がん細胞をはじめ、正常の細胞を含むあらゆる細胞が分泌する Extracellular vesicles（細胞外小胞体）の一部である Exosome（エクソソーム）の研究はその発見、命名から30年以上を経た現在、新たな研究の進展を迎えている。エクソソームが内包する microRNA を主体とする non-coding-RNA 等の情報伝達物質の発見は、このエクソソームが、がんなどの疾患の原因究明から体液診断などの応用分野まで、幅広く疾患研究に貢献しうる研究対象である事が明確になってきた。エクソソームの小胞体中の情報伝達物質は、細胞の起源によって異なるものの、タンパク質、mRNA、そして500～1000種類を超える microRNA が内包されている。がん特異的な代謝産物の存在も明らかだ。こうした核酸物質等を含有するエクソソームはまさに複合情報を細胞から細胞、あるいは個体から個体へと伝搬するデリバリーツールであるとともに、がん検診の新しいシステムとなる体液診断としても魅力的な対象である。本講演では、こうしたがん細胞に由来するエクソソームによるがん微小環境の制御の実態を概観するとともに、その経路を遮断することで可能となる新規がん転移治療法についても言及したい。

◇会長講演

皮膚の細胞診

大分大学医学部診断病理学講座

○横山繁生(MD)

皮膚疾患は、腫瘍性病変も含め種類が多彩で、特殊な名称も多く、苦手意識を持つ病理医は少なくない。また、細胞診がほとんど行われていないこともあって、皮膚細胞診は細胞診従事者、特に細胞検査士には馴染みの薄い領域と言える。皮膚細胞診が一般化しない理由は、生検が容易なため、皮膚科医が細胞診を必要としていない一点に尽きる。また、粘膜病変と異なり、表皮には角層が存在するため、擦過による細胞採取が困難である。さらに、細胞が採取できた場合でも、皮膚腫瘍は種類が多く、様々な良性・悪性腫瘍に形態の類似したN/C比の高い小型細胞（いわゆる類基底細胞、basaloid cell）が出現するため、判定は必ずしも容易ではない。細胞診に際し、臨床情報は大いに参考にすべきであるが、臨床診断が誤診に繋がる場合もある。最も誤診されやすい腫瘍が良性の毛母腫（pilomatricoma）で、basophilic cellと呼ばれる小型細胞が出現する。特に頸部、耳下部、乳房の皮下に発生した毛母腫が頸部リンパ節、耳管線腫瘍、乳腺腫瘍として提出された場合、リンパ節の転移性腫瘍や唾液腺癌、乳癌と誤判定されやすい。

本講演では、誤診される可能性の高い疾患を中心に、頻度は低いものの遭遇する機会のありそうな疾患の細胞像を組織像と共に呈示する。

◇要望講演 I

乳癌の組織型分類：乳癌取り扱い規約と WHO 分類

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野

○増田しのぶ(MD)

組織型分類は TNM 分類とともに診療における共通語の一つである。組織型を聞いた臨床医が、腫瘍の良悪性、増殖進展様式の特徴、そして治療方針に関するコンセンサスが想起される用語であることが望ましい。また、国内だけではなく、国際的にも整合性のとれる組織型分類であることが望ましい。

【乳癌取り扱い規約と WHO 組織型分類】 両者の組織型分類を比較すると、1. 前者が病理総論的な非腫瘍と腫瘍、上皮性と非上皮性、良性と悪性、非浸潤癌と浸潤癌という概念的カテゴリー分類であるのに対して、後者は頻度の高い浸潤癌から列記されている、2. 前者が良性と悪性とを峻別しているのに比して、後者では乳管内病変、乳頭状病変、筋上皮系腫瘍というカテゴリー中に良性と悪性病変を含めている、3. 前者が非浸潤癌と浸潤癌を明確に区別しているのに対して、後者では両者が混在するカテゴリーが存在する、4. 前者に比して後者では特殊型の数が多い、5. 前者には浸潤性乳管癌の亜型分類が存在する、などの相違点がある。

【今後の方向性】 2つの組織型分類には前項で指摘したような相違点があるものの、病理形態学的分類であるという点で一致しており、両者は対比可能である。組織型分類の今後の方向性について考察する。

◇要望講演 2

尿細胞診における尿細管上皮細胞の出方と見方

岡山大学病院病理診断科

○柳井広之(MD)

尿細胞診の検体にみられる細胞の多くは尿路上皮細胞であり、ときに炎症細胞が出現してくる。検鏡する際にもこれらの細胞を念頭に置いて鑑別を進めていくが、尿細管上皮が出現することもある。尿細管上皮は尿路上皮とは異なる形態を示し、重積性を示す細胞集塊として出現することもあることから異型細胞として認識され尿路上皮系腫瘍との鑑別が問題となる。尿中に出現する尿細管由来の細胞は多くの場合何らかの傷害を受けているものであり、そのような背景となる糸球体腎炎、急性尿細管壊死、ウイルス感染などの疾患を意識して尿細胞診を見る上で鑑別の中に含めていくべきである。しかし、これらの傷害を受けた尿細管上皮は核の腫大、濃染を示すことが多いため、良悪の鑑別に苦慮することもある。傷害された尿細管上皮はピメンチンを発現することが知られており、細胞診においてもピメンチンについて免疫細胞学的検討がなされ、尿細管上皮由来を推定する根拠となる有効なマーカーとして用いられてきている。これに加えて尿細胞診において尿路上皮特異的マーカーとしてS-100Pの免疫染色を行うことで尿細管上皮と尿路上皮の鑑別がより確実に行える。このことを応用して、例えば腎移植後の患者の尿に出現するデコイ細胞の由来を特定することが可能になっている。本講演では尿細管の各部位ごとの性格の多様性と尿中への出現様式、免疫染色の応用について解説する。

◇要望講演 3

口腔病変における HPV16,18 と p16 の発現とその意義

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○関根浄治(DDS)

口腔上皮性異形成症 (oral epithelial dysplasia, OED) の中には、前癌病変や前癌状態に属する病変が認められ、癌への転化を示唆するものが多い。2010年発行の口腔癌取扱規約では、mild と moderate dysplasia (WHO) と定義し、severe dysplasia (WHO) を口腔扁平上皮内腫瘍 (oral intraepithelial neoplasia, OIN) / carcinoma in situ, CIN とした。さらに、2015年に発行の口腔細胞診ガイドラインでは、dysplasia は SIN という解釈されており、mild, moderate dysplasia は LSIL に、severe dysplasia, CIS は HSIL に相当するとしている。過去のわれわれの調査では、NILM とされた症例の約30%に CIS や扁平上皮癌が見られた。口腔扁平上皮癌の多くは表層分化型を呈する。また、上皮性異形成症のすべてが癌化するわけでもないため、口腔扁平上皮に発症する病変は極めて tricky である。しかし、これらの厳密な鑑別は困難で、正常と OED, OED と OIN/CIS を正確に鑑別する方法の確立が望まれる。われわれは、これまでさまざまな口腔病変における Nucleus accumbens-associated protein 1 (NAC1) の発現を検討してきた。その結果、NAC1 は OED と CIS の鑑別マーカーとして有用であることがわかった。一方、HPV16, 18 と p16 が OED の鑑別マーカーとなることも明らかとなった。本講演では、OED, CIS 等の鑑別マーカーの詳細を紹介する。

◇要望講演 4

膵臓の細胞診ガイドラインと新膵癌取扱い規約の細胞診報告様式について

日本医科大学医学部大学院統御機構診断病理学

○内藤善哉 (MD)

最近、従来治療抵抗性固形癌の代表的な難治性癌とされていた膵臓癌に関しても、画像診断や穿刺吸引細胞診 (FNA) などの発達により早期診断、確定診断がなされる症例が増え、膵臓癌の早期診断や治療方針の決定における細胞診の重要性は高まっている。このような中、膵臓の細胞診を含めた消化器領域の細胞診ガイドラインが、2015 年の 11 月に日本臨床細胞学会編として出版された。これは、婦人科領域の臓器を含む全身の約 25 臓器にわたる全 5 巻からなる「細胞診ガイドライン」の最終巻として位置付けられているが、初心者から専門施設で日々、細胞診に従事する熟練した細胞診専門医や細胞診検査士の診断にも貢献出来るような内容となっている。膵臓の領域では、検体の採取法、基本的な細胞診標本の作製技術から、膵癌取扱い規約、消化器領域の腫瘍の WHO 分類やベセスダシステム、最近の膵管内腫瘍に関する国際コンセンサス会議の結果などを反映した報告様式や細胞判定について注意点を含め具体的に総論として記載されている。また、各論では、細胞診で理解すべき膵疾患の基礎的知識や細胞像の写真を掲載し、細胞の基本的見方、判定の要点とともに重要な鑑別診断などについても詳細に解説されている。今回は、この膵臓の細胞診ガイドラインの内容とともに、初めて細胞診に関する内容が追加され、今年の 7 月に発刊された新しい膵癌取扱い規約 (第 7 版) の細胞診報告様式について解説するが、特に、判定や対応に難渋する「異型/鑑別困難 (atypical/indeterminate) とされる症例の取り扱い」と膵臓の細胞診の pitfall について述べたい。

◇要望講演 5

卵管・腹膜病変の病理

弘前大学医学部附属病院病理部

○加藤哲子 (MD)

卵管は子宮、膣とともに女性生殖管を構成しているが、細胞診断上、卵管が直接的に問題となることはなく、そもそも問題にすることが不可能に近い。すなわち、卵管病変の診断は外科病理に大きく依拠しているが、卵管病変—特に卵管癌—の細胞を日常的な細胞診で間接的に見ていることは必ずしも少なくない。卵管癌が婦人科腫瘍のなかに占める割合は子宮癌や卵巣癌に比べると低い。積極的な外科病理学的検索を行うと上皮内癌 (serous tubal intraepithelial carcinoma: STIC) はしばしば見つかる。昨今、卵巣の高異型度漿液性癌の少なくとも一部が STIC の卵巣進展であることが明らかにされたが、STIC の意義や位置付けについては議論の最中である。女性の骨盤内もしくは腹腔内に発育するミュラー管型腫瘍のなかには、子宮や附属器を徹底検索しても有意な病変が見出せず、腹膜原発と考えざるをえない病変が存在する。発生学的に、女性生殖管の原器であるミュラー管は原始腹膜に由来することから、成人女性の腹膜もミュラー管への潜在的分化能を有するというのがいわゆる“secondary Mullerian system”という概念である。腹腔鏡診断も含めるならば、腹膜および骨盤内臓器の漿膜には、むしろ卵巣実質以上に子宮内膜症が多く認められる。細胞診断上、子宮内膜症が直接的に問題となることはないが、腹水細胞診でときに内膜症由来が示唆される細胞に遭遇する。腹膜の内膜症もさまざまな二次的変化を伴い、診断上問題となることがある。

◇要望講演 6

B 細胞リンパ腫の最近の知見と細胞診

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学

○中村直哉 (MD)

本年 (2016) に WHO 分類が小改訂される予定である。大幅な改変ではないが、最近の知見をもとにそれぞれの亜型の理解と問題点がよりクリアになると期待される。本講演では、その中で B 細胞腫瘍に焦点をあて、変更点を概説する。その中に細胞診との関わりを含めたい。

◇要望講演 7

肺癌取扱い規約組織分類の改訂

奈良県立医科大学医学部病理診断学講座

○大林千穂 (MD)

歴史的に日本肺癌学会組織分類 (以下、規約分類) は本邦の独自分類として版を重ねたが、2003 年刊行の第 6 版からは WHO 分類に準拠する立場をとり、第 6 版、7 版は 1999 年 WHO 刊行の「肺および胸膜腫瘍分類」(以下、WHO 分類) 第 3 版に準拠した。2004 年 WHO Blue-book では組織分類そのものの改訂はなかったため、2015 年の第 4 版は実に 22 年ぶりの改訂である。主要な組織型の枠組みや定義の変更を含む大改訂が成され、特に腺癌は組織型のみならず病期 (pT 因子) にも関連する変更が成された。これは 2011 年の IASLC/ATS/ERS の腺癌分類を導入したもので、革新的な肺癌薬物治療の進歩、分子診断や高分解能 CT の普及を背景に、肺癌の診断・治療に携わる全ての診療科や分子生物学の知見を集約した「学際的腺癌分類」とされている。今回の規約分類改訂に当たっては、従来の方針通り WHO 分類に準拠することとした。WHO 分類で扱う疾患数、記載量は膨大であるため、肺癌と胸膜悪性中皮腫の基本的組織型について重みを付け、組織学的所見を中心に記載した。定義はほぼ邦文訳としたが、解説は必要に応じて独自内容を加えた。特に日本では小型で GGO を含む腺癌が多いことから、肺を専門としない病理医にも理解しやすいよう、腺癌の浸潤・非浸潤の鑑別について、具体的に HE 像に加えて弾性線維染色の図譜を入れて解説する予定である。WHO 分類第 4 版では初めて術前診断を扱い、生検・細胞診の用語や診断アルゴリズムが提示されたが、細胞診では免疫染色を日常的に行う環境ではないことから、生検のみを対象とする用語として掲載した。今後、組織診断や生検診断を広く普及させるとともに、診断者間の一致を検証する必要があるだろう。

◇要望講演 8

体腔液細胞診—技術的側面を中心に—

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⁾

○渋田秀美(CT)¹⁾, 安永佳麻里(CT)¹⁾, 亀井敏昭(MD)²⁾

【はじめに】体腔液細胞診による診断結果は、患者の治療方針の選択や予後推定に重要な情報を提供している。今回は体腔液細胞診において、合理的な診断を得るために必要な標本作製法、免疫染色法、およびLBC法の応用についてその技術的側面を中心に報告する。

【標本作製法】正確な細胞診断のためには「診断に十分な情報を備えた標本」を作製することが重要であり、いかに優れた診断能力を持っていようが、適切な標本が作製されなければいわゆる正診は不可能である。標本作製過程で最も大切なことは、まず提出された検体の性状をよく観察し、適切な集細胞方法や塗抹方法を選択することである。適切な標本作製のポイント、さらにセルブロック標本の作製法についても報告する。

【免疫染色の応用】体腔液細胞診では、腺癌細胞、反応性中皮、および近年増加傾向にある悪性中皮腫の細胞鑑別に用いられ、さらに、原発不明癌の原発巣の推定にも利用されている。現時点では感度、特異度ともに100%という絶対的な細胞マーカーは存在しないため、複数の抗体を組み合わせることで(抗体パネル)により、細胞鑑別を行うことが一般的である。ここで重要なことは、その免疫染色結果を必ずパニコロウ染色像にフィードバックし、細胞診能力の向上を図る事である。

【LBC法の応用】近年、体腔液細胞診領域においてもLBC法が応用されつつある。塗抹原理による差異はあるが、LBC法で作製された標本では、細胞が立体的に塗抹され、収縮傾向がみられるため、通常塗抹法で特徴的とされていた細胞所見が捉えにくいこともある。発表では両方法で作製された標本の細胞像、および免疫染色結果について比較し、その差異につき報告する。

◇要望講演 9

軟部腫瘍の病理診断と細胞像

九州大学医学研究院形態機能病理

○小田義直(MD)

軟部腫瘍は頻度の低さとその種類の多さから、一般病理医にとっては診断困難な腫瘍であり、軟部腫瘍の診断を専門にしている病理医でも確定診断に難渋することが少なくない。軟部肉腫はその細胞形態と間質により、多形性肉腫、粘液性肉腫、紡錘形細胞肉腫、上皮様肉腫および円形細胞肉腫に分けられる。本講演ではこの細胞形態に従って代表的な軟部肉腫とその鑑別となる良性腫瘍の病理組織像と細胞像を解説する。細胞診はもちろん生検でさえも組織垂型の確定ができないことや、良悪性の鑑別すら困難な腫瘍が存在することについても述べる。特に多形性肉腫と多形性腫瘍細胞の出現する良性腫瘍との鑑別、粘液性腫瘍で低悪性度腫瘍と良性腫瘍との鑑別は細胞診では極めて困難である。我々の教室に約40年間にわたって収集された軟部肉腫では、脂肪肉腫、平滑筋肉腫、従来MFHと呼ばれていた未分化多形肉腫、横紋筋肉腫、滑膜肉腫、粘液線維肉腫、悪性末梢神経鞘腫瘍の順に多くこれらの腫瘍で軟部肉腫全体の2/3近くを占める。これらに加えて、骨外性粘液型軟骨肉腫、血管肉腫、類上皮肉腫、骨外性ユーイング肉腫および胞巣状軟部肉腫についても解説する。近年軟部腫瘍の病理診断には遺伝子診断の併用が積極的に導入されている。具体的には滑膜肉腫における*SS18-SSX*のようなキメラ遺伝子の検出、脱分化型脂肪肉腫における*MDM2* 遺伝子増幅、軟部悪性ラブドイド腫瘍における*SMARCB1* 遺伝子異常などがある。これらの遺伝子異常と組織型はかならずしも1対1ではなく全く異なる組織型で遺伝子異常を有するものがあり、やはり詳細な形態の評価は病理診断に際して不可欠である。

◇要望講演 10

乳腺細胞診における免疫染色・分子生物学的手法の応用

川崎医科大学病理学 2

○鹿股直樹(MD)

乳腺細胞診での良悪性判定を目的とした免疫染色は、抗 p63 抗体の出現以降は、筋上皮細胞評価が容易となったため、よく使用されるようになってきている。最近では、CK5/6 や CK14 といった高分子量サイトケラチンを用いた研究も発表されている。細胞診検体は、細胞量に限りがあることが多いため、カクテル抗体を使用した試みもなされている。CK14/p63 カクテル抗体あるいは、いわゆる Breast Marker Cocktail (CK5/14, p63, CK7/18 のカクテルで、通常は 2 種類の色素を用いて染色する)の有用性が報告されている。これらの免疫染色は、高い感度、特異度を示すが、ピットフォールがあり注意を要する。トリプルネガティブ乳癌(基底細胞型)の多くと扁平上皮分化を示す癌は、高分子量サイトケラチンに陽性を示すため、免疫染色的には「良性パターン」となってしまう。また、アポクリン病変は、良性・悪性ともに、高分子量サイトケラチンは常に陰性であるため、特に、良性アポクリン病変での過剰診断に注意が必要である。さらにアポクリン病変は、明らかな良性病変でも筋上皮を欠如あるいは減弱することが少なくないため、p63 が無い・少ない場合のピットフォールになりうる。染色体 1 番(1q)と 16 番(16q)の FISH 法による検索は、現在の市販プローブでは応用が難しいが、今後の改良が期待されている。hTERT 遺伝子上流のメチル化検索は乳腺疾患の良悪性診断に有用なことが報告されている。また、技術の発展に伴い FNA 検体、さらには FNA 洗浄液からでも次世代シーケンサーでの解析が可能となってきた。

◇要望講演 11

卵巣子宮内膜症関連病変の病理

帝京大学医学部病院病理部

○笹島ゆう子(MD)

卵巣子宮内膜症は、以前から類内膜腫瘍や明細胞腫瘍といった上皮性卵巣腫瘍との強い関連性が考えられていたが、近年「卵巣表層上皮」の概念が揺らぎ、本来いわゆる上皮成分を持たない卵巣に発生するこれらの腫瘍の発生母地として改めて認識されることとなった。卵巣子宮内膜症に関連する腫瘍の代表として、類内膜腫瘍、明細胞腫瘍、漿液粘液性腫瘍が挙げられる。類内膜腫瘍は子宮内膜腺に類似する腫瘍性腺上皮からなる腫瘍である。WHO2014 分類(および WHO2014 に準拠した取扱い規約)では、内膜症性嚢胞が良性類内膜腫瘍として記載された。腺癌の組織像は子宮内膜に発生する類内膜腺癌と同様である。明細胞腫瘍は、明るい細胞質を有する細胞あるいはホブネイル状の細胞から構成される腫瘍で、Arias-Stella 反応を来した子宮内膜腺を模倣するものと考えられている。良性および境界悪性は極めて稀で、ほとんどが悪性である。明細胞癌は管状・乳頭状構造の他、多彩な組織形態を呈することで知られ、基底膜様物質の沈着(産生)とホブネイルパターンが診断の決め手となる。漿液粘液性腫瘍は、WHO2014 分類で採用された組織分類名で、ほとんどが境界悪性である。漿液性、内頸部型粘液性上皮が混在して存在し、さらに類内膜上皮、移行上皮、扁平上皮といったミューラー管由来上皮からなる混合上皮性腫瘍であり、従来の mullerian mixed-epithelial BT および endocervical-like MBT が包括される。これらの腫瘍は、予後や治療抵抗性などに違いはあるものの、ARID1A の mutation など共通する遺伝子変異が報告されており、また類内膜腫瘍と漿液粘液性腫瘍の形態学的なオーバーラップなども、これらが近縁疾患であることを示唆するものと思われる。

◇教育講演 1

HPV と子宮頸部腺癌

山梨大学医学部産婦人科

○大森真紀子(MD)

子宮頸部腺癌は頸がん全体の約 20% を占め、若い女性を中心に増加傾向にある。子宮頸部扁平上皮癌のほぼ 100% が高リスク HPV (human papillomavirus) により発生するのに対し、腺癌における HPV の検出率は 70~90% で、胃型粘液性癌、通常型内頸部腺癌の一部、明細胞癌、中腎性癌は HPV 陰性である。HPV 陰性腺癌の発癌メカニズムや病態については不明な点が多い。HPV 陰性腺癌は免疫組織化学的および臨床的に HPV 陽性腺癌とは異なる性質を示す。HPV 陽性腺癌は p16 をはじめ、p14, p27 に陽性を示すが、p53 は陰性である。一方、HPV 陰性腺癌の多くは p53 が陽性であり、その発生に p53 の mutation が関与している可能性が示唆される。臨床的には、HPV 陰性腺癌は診断時にはすでに病期が進行しており、同一進行期で比較しても HPV 陽性腺癌に比べて予後はきわめて不良である。子宮頸部腺癌は扁平上皮癌と異なり前癌病変が明らかでなく、細胞診断も難しいため、スクリーニングで初期病変が十分に捉えきれていない可能性が指摘されている。最近、一部の LEGH (lobular endocervical glandular hyperplasia) から胃型粘液性癌が発生することが知られている。LEGH もまた HPV 陰性である。LEGH には異型を示すものがあるが、異型の程度はさまざまであり、細胞診において診断に苦慮する症例も少なくない。今回は、HPV 陰性腺癌の病態と細胞像、HPV 陰性腺癌の前駆病変として重要な LEGH の細胞像について述べ、さらに LEGH の臨床的取扱いについて検討していきたい。

◇教育講演 2

EUS-FNA の現状と未来

福島県立医科大学会津医療センター消化器内科学

○入澤篤志(MD)

超音波内視鏡下穿刺吸引生検(EUS-FNA)は、経消化管的に観察可能な病変に対して、低侵襲性に安全かつ確実に検体採取が行える手技であり、現在の消化器診療において必要不可欠な診断法として世界中で施行されている。基本的な適応は、今後の治療方針を決定する上で組織採取の必要性がある場合である。「腫瘍性病変の鑑別診断」「癌の進展度診断(腹水、リンパ節の評価など)」「手術不能癌症例における化学療法施行前の組織学的な検証および化学療法後での評価」が施行の主目的となる。対象としては、膵病変、腫大リンパ節、消化管粘膜下腫瘍などが多いが、その他にも、脾臓・副腎・肝臓・胆道などの経消化管的に穿刺可能な様々な病変が対象となり得る。その診断能は、膵腫瘍性病変で感度 90-95%・特異度 90-100%、腫大リンパ節では感度は 90-95%・特異度は 93-100%、消化管粘膜下病変では 80-93% の正診率と良好な成績が報告されている。偶発症発生率は概ね 1% 程度と高い安全性も本法の大きな利点である。一方で、更なる診断能向上のために内視鏡および病理サイドで様々な工夫も実践されている。細胞検査士や病理医の同席による迅速細胞診(Rapid on-site evaluation: ROSE)の施行は EUS-FNA の正診率を上げることが示されているほか、内視鏡医による ROSE (適切な検体採取がなされているか否か)も有用とされる。最近では確実な組織採取を目的として様々な穿刺針が開発されており、診断精度は更に向上している。また、採取された検体を用いての免疫染色、フローサイトメトリー、p53 変異や K-ras 変異などの遺伝子診断も行われており、今後の発展が期待されている。

◇教育講演 3

T/NK 細胞リンパ腫の最近の知見と細胞診へのフィードバック

福岡大学医学部病理学

○竹下盛重(MD)

T/NK 細胞リンパ腫には、主に成人 T 細胞白血病/リンパ腫(ATLL)、血管芽球性 T 細胞リンパ腫(AITL)、未分化大細胞リンパ腫(ALCL)、その他の T 細胞リンパ腫(PTCL,NOS)、NK 細胞リンパ腫がある。ATLL は西日本に群発する。組織学的には多形核が特徴的であり、他に ALC 型、Hodgkin 様型が知られている。我々は、32 例の ATLL を細胞学的に中細胞単調型、中細胞多形型、大細胞多形型、大細胞単調型に分類し、臨床的に中細胞多形型(12 例)が大細胞多形型(11 例)に比較し、高 Ca 血症が高頻度にみられ有意に予後不良であることを確認した($p=0.006$)。現在症例を増やし検討中である。また、AITL は異型小、中型リンパ球とともに形質細胞、組織球、好酸球が多く出現し、反応性病変、慢性活動性 EBV 感染症や Hodgkin リンパ腫と鑑別がむづかしい。AITL は現在濾胞ヘルパー T 細胞由来と考えられ、大部分は PD1 陽性である。今回我々は T/NK 細胞リンパ腫にて PD1 を検討した。PD1 は Lennert 型を含む小細胞型や中、大細胞型 PTCL,NOS で高率に陽性であり、ATLL は半数例で陽性で、慢性活動性 EBV 感染症、Hodgkin リンパ腫や ALCL では PD1 陽性リンパ球の発現は低い状態であった。AITL は、EBV の同定と PD1 陽性 T リンパ球の高率な出現が診断の手立となる。細胞学的に小型、中型リンパ球が多数出現し良悪性の診断が困難な場合は、臨床像とともに PD1 の反応が診断に重要である。

◇教育講演 4

肺がんの細胞形態と遺伝子診断

関西医科大学病態検査学講座

○葛 幸治(MD)

肺がん領域では上皮成長因子受容体(EGFR)の遺伝子変異が EGFR チロシンキナーゼ阻害剤の治療効果と密接な相関が見いだされて 10 年以上経つが、この間に ALK 遺伝子転座、ROS1 遺伝子転座、RET 遺伝子転座、NRG1 遺伝子転座、BRAF 遺伝子変異などが新たに見いだされ、それらの阻害剤が治験段階や実臨床で使用されるようになってきている。これら遺伝子異常と組織形態には種々の特徴が見られることが報告されているが、感度や特異度の面では完全なものではなく同定には分子生物学的な解析が必須である。しかしながら特徴的な細胞像を知ることにより最短で複数の検査から適切な検査に導くことが出来る可能性を秘めていると考えられる。本講演では肺がんにおける EGFR 変異、KRAS 変異、HER2 変異、BRAF 変異、ALK 遺伝子転座、ROS1 遺伝子転座、RET 遺伝子転座、NRG1 遺伝子転座の臨床病理像とともに比較的特徴的と考えられる細胞像について概説する。

◇教育講演 5

悪性中皮腫の細胞像～中皮腫細胞診評価ワーキンググループの報告をふまえて～

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科

○河原邦光(MD)

2005年の所謂“クボタ騒動”以降、本邦においても悪性中皮腫(中皮腫)患者が急増していることが明かになり、日本肺癌学会では、2009～2014年にわたって肺癌取り扱い規約委員会細胞診判定基準改定委員会に中皮腫細胞診評価ワーキンググループ(WG)が設けられ、本邦における中皮腫症例についての検討がなされ、以下のA～Cの有用な診断基準を得ることができた。A. 中皮腫細胞の体腔液細胞診所見の細胞学的特徴：1. 大部分は上皮型および二相型中皮腫の上皮様成分、2. 主に出血性背景、3. 出現腫瘍細胞多数、4. こぶ状の突出を示す集塊辺縁を有した球状・乳頭状の大型集塊、5. 細胞相接像・相互封入所見・hump様細胞質突起、6. 反応性中皮より小さいN/C比、7. 核形不整に乏しい比較的均一な類円形核、8. 軽度増量を示す微細顆粒状クロマチン、9. 1-2個の明瞭な核小体、10. 25%を占める2核細胞を含む多核細胞、11. ライトグリーン好性を示す、比較的豊富で、重厚感を有した、同心円状の層板構造を示す細胞質、12. 不明瞭な細胞質辺縁部、13. オレンジG好性細胞、14. collagenous stromal型。B. 中皮腫診断に際しての免疫細胞学的マーカー：1. 中皮腫関連マーカーのcalretinin・D2-40・WT1、2. 腺癌関連マーカーのCEA・TTF-1・BerEP4・MOC31。C. 中皮腫と反応性中皮の鑑別のポイント：1. 免疫細胞学的マーカーのCD146・GLUT1、2. p16-FISH。今回の教育講演では、上記項目の詳細を報告し、現時点で可能な早期中皮腫診断へのアプローチについて述べる。

◇教育講演 6

The Paris System：その基本概念と運用方法

愛知医科大学医学部病理診断科

○都築豊徳(MD)

尿細胞診は簡便かつ特異度の高い診断方法として、尿路系腫瘍の診断及び治療に重要な役割を果たしている。しかしながら、世界的に統一した報告様式が存在していなかった。その為、報告書の解釈がしばしば異なり、混乱の原因となっていた。その事態を改善するため、2013年にパリで開催された国際細胞学会にて尿細胞診の統一報告様式を作成することが決められ、2016年にThe Paris System(以下TPSと略す)として発刊された。TPSの方向性として特筆すべき点は、尿細胞診は膀胱鏡実施の決定に重要な役割を果たす検査として位置づけたこと、対象者は尿路上皮癌を取り扱う泌尿器科医を中心にしたこと、臓器を膀胱のみにしたこと、主たる対象病変を浸潤癌や上皮内癌を含む高異型度尿路上皮癌(以下HGUCと略す)に絞ったこと、診断項目を4段階(正常、異型尿路上皮、HGUC疑い、HGUC)としたこと、尿細胞診領域に初めて検体適正の基準を明記したこと等が挙げられる。膀胱腫瘍において、生命予後に大きく拘わるのはHGUCのみであり、これらは膀胱鏡の検査に引き続き治療が行われることが一般的である。換言すれば、TPSは現在の尿路上皮癌治療に準拠した報告様式であると言える。その一方で、低異型度尿路上皮癌(以下LGUCと略す)の重要度は低くなった。これはLGUCからHGUCに進行する症例が少なく、LGUCは早期に積極的な治療をする必要がない病変とされていることが反映している。このため、LGUCの診断項目は別に設けられ、LGUC疑いのカテゴリーは存在しない。本講演ではTPS概略を解説し、具体的な運用法を示す。とともに、その問題点にも触れる。

◇教育講演 7

口腔細胞診に関する技術報告～採取器具別および LBC 法と従来法の差異の検討～

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検査科³⁾, 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座⁴⁾, 千葉県立保健医療大学健康科学部歯科衛生学科⁵⁾

○久山佳代(DDS)^{1,2)}, 松本 敬(CT)²⁾,
浮ヶ谷匡恭(CT)³⁾, 二谷悦子(CT)²⁾, 森川美雪(CT)¹⁾,
末光正昌(DDS)^{1,2)}, 齊藤隆明(DDS)³⁾,
山本 泰(DDS)⁴⁾, 酒巻裕之(DDS)⁵⁾

【目的】口腔細胞診は子宮頸部細胞診より 50 年遅れているといわれてきた。しかし口腔がんは増加し続けているため、口腔粘膜疾患の窓口となるべく歯科診療所に勤務する歯科医師による早期発見が強く求められている。口腔細胞診の検体数が増加している地域には、それを啓発している口腔細胞診のリーダーとなる施設、歯科医師ないし細胞検査士が存在し、採取方法から細胞判定に至るまで教育指導に当たっている。現場経験が口腔細胞診を育てることも必要だが、基礎データの蓄積がないままに現場優先となりつつある一面も事実である。そこで今回、口腔細胞診啓発のための基礎実験として、採取器具、固定法、さらに LBC 法と従来塗抹法の比較検討を行い、若干の知見を得たので報告する。

【方法】1) 細胞採取器具別比較検討：健常者（非喫煙者）頬粘膜より、サイトブラシ、歯間ブラシ、Orcellex brush, 乾燥綿棒、湿綿棒で細胞採取し、LBC 標本（TACAS 法）を作製し、画像解析を施した。2) 細胞固定液・固定時間別比較検討：健常者各部位より、歯間ブラシおよび綿棒を用いて細胞採取し、95%エタノール、消毒用エタノールに 2 時間ないし 1 週間固定後、塗抹標本を作製し画像解析を施した。3) 口腔扁平上皮癌の LBC 法（2 種）と従来法の比較検討：口腔扁平上皮癌症例を対象とし、従来型塗抹標本、Surepath 標本、TACAS 標本を作製、染色し、画像解析を施した。さらに、部位別（頬粘膜、歯肉、口底部）の比較検討を行った。

【結果および結論】基本的な比較検討実験であるが、非常に多くの歯科医師から提出される多彩な細胞採取環境を想定すると意義深く、上記結果と考察を併せて報告する。本研究は JSPS 科研費 26463072 の助成を受けたものである。

◇教育講演 8

唾液腺腫瘍の病理組織診断と細胞診断

東京医科大学人体病理学分野

○長尾俊孝(MD)

唾液腺腫瘍は比較的新規なものであるが、穿刺吸引細胞診が術前診断の有用な検査法の 1 つとして広く普及しているため、日常、唾液腺検体の細胞診断を行う機会は少なくない。実際には、穿刺吸引細胞診により採取された検体が腫瘍からのものであるのか否かをみた後、腫瘍と判断されれば良性なのか悪性なのか、悪性であれば高悪性度なのか低悪性度なのか、最後に、推定される組織型は何か、といった疑問点を順に解決していくことになる。このような唾液腺腫瘍の細胞診断を行うにあたっては、細胞像からどこまで組織像を類推できるかが鍵となるため、まず唾液腺腫瘍の病理を熟知する必要がある。また、組織型の判定自体が予後の予測や治療方針の決定に直結するため、その理解は実臨床において欠かせない。しかし、唾液腺腫瘍の特徴である形態学的な多彩性や組織型の多さなどの点から質的診断にはしばしば難渋する。さらに、近年、新たな組織型の提唱、診断に有用な新規免疫組織化学的マーカーの出現、染色体の転座によって形成される腫瘍特異的な融合遺伝子の発見、などの報告が数多くなされ、唾液腺腫瘍の病理を理解する上で複雑さを増している。唾液腺腫瘍の病理診断は、2005 年版 WHO 組織分類に準拠して行うのが一般的であるが、現在その改訂作業中で、近々新 WHO 分類が発刊予定となっている。一方、本学会からは唾液腺細胞診ガイドラインが昨年に発刊された。そこでは新たな報告様式や、代表的な唾液腺腫瘍の細胞所見を中心とし、臨床像、病理像、および鑑別診断にも言及した解説がなされている。本講演では、唾液腺腫瘍の病理組織診断と細胞診断のポイントについて最新の知見にも触れながら解説する。

◇教育講演 9

甲状腺・副甲状腺腫瘍の遺伝学的検査

医療法人野口記念会野口病院外科

○内野眞也(MD)

当院では、遺伝性あるいは家族性の甲状腺・副甲状腺腫瘍に対して遺伝学的・遺伝子検査を実施している。今回は代表的な疾患とその遺伝学的・遺伝子検査をいくつか紹介する。

1. 多発性内分泌腫瘍症2型(MEN2)は、常染色体優性遺伝性疾患であり、甲状腺髄様癌、副腎褐色細胞腫、原発性副甲状腺機能亢進症(PHPT)がみられ、病型別に2A・2B・FMTCに分類される。原因遺伝子はRETがん遺伝子であり、MEN2の99%以上にRET遺伝子の生殖細胞系列変異が認められ、すべての髄様癌症例に対してRET遺伝学的検査が強く勧められている。本診断は4月より保険適応となった。

2. 多発性内分泌腫瘍症1型(MEN1)は、常染色体優性遺伝性疾患であり、PHPT、胃・膵・十二指腸神経内分泌腫瘍、下垂体腫瘍などを発症する。原因遺伝子はMEN1がん抑制遺伝子である。PHPTの浸透率は90%以上であり、病理学的には過形成である。PHPTで若年発症、多腺病変、家族歴や既往歴からMEN1が疑われる症例は、MEN1遺伝学的検査の対象であり、先進医療として実施している。

3. 家族性大腸腺腫症(FAP)は、大腸に数百から数千個のポリープを発生し、大腸癌を高率に発症する常染色体優性遺伝性疾患である。原因遺伝子はAPCがん抑制遺伝子である。FAP若年女性患者では甲状腺篩状型乳頭がんの発生が知られている。逆に、甲状腺篩状型乳頭癌の診断を契機にFAPが発見されることがある。

4. 副甲状腺機能亢進症顎腫瘍症候群(HPT-JT)は、PHPT、顎腫瘍、腎腫瘍などを発生する常染色体優性遺伝性疾患である。原因遺伝子はHRPT2/CDC73がん抑制遺伝子である。PHPTは病理学的には腺腫あるいは癌であり、その多くは若年に発症するのが特徴である。

◇教育講演 10

細胞診から考える境界病変：WHO分類改訂の影響

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科

○安田政実(MD)

婦人科領域の“境界病変”一明らかな良性と明らかな悪性の狭間にあつて、両者との識別が求められる疾患/腫瘍一を、WHO分類改訂の影響を絡めて細胞診から考える。すなわち、これらの推定診断における“論点”を提示する。卵巣：境界悪性腫瘍、子宮頸部（以下頸部）：CIN3、子宮体部（以下体部）：異型増殖症をそれぞれ対象とする。

【卵巣】境界悪性腫瘍のなかでもとくに漿液性は外向性発育を示すことがあり癌性腹水のような状態を呈する。漿液性境界悪性腫瘍は漿液性癌の低異型度とは鑑別が困難であるが、高異型度か境界悪性かでは悩まない。この背景に、漿液性癌が低異型度と高異型度に分けられたことがある。

【頸部】ベセスダシステムの浸透によって、組織診用語もdysplasia → CIN → SILへと主体が移り変わってきた。これによってLSILかHSILとすることが明確になったが、実質は従来の4つの疾患単位からなる。ゆえに、従来通りの4つを基盤に病変を推定し、結果的に2群化に至る発想が根本であると考えられる。

【体部】内膜増殖症は異型のあり・なしに整理された。従来の異型増殖症にWHO2014ではEndometrioid intraepithelial neoplasia（以下EIN）が併記された。本質的には同義と理解されるが、診断基準には若干の違いがある。異型増殖症とするか、類内膜癌とすべきかで解離をみる例が少なくない。なお、EINは、Serous endometrial intraepithelial carcinoma（以下SEIC）とは全く質的に異なった特定の腫瘍で、後者も一つの病態から独立した分類にあげられた。婦人科疾患に限らず、他の領域でも腫瘍分類は2極化が潮流になってきている。本講演では“境界病変”における2極化と1極化、そして“境界病変”が一様でないことに論点を置く。

◇教育講演 11

小さな子宮体癌 131 例の臨床病理学的研究：体癌の早期発見と自然史の解明のために

がん研有明病院婦人科・細胞診断部

○荷見勝彦(MD), 杉山裕子(MD)

子宮体癌の早期発見, 早期治療, 発生の阻止のためには, 早期子宮体癌の自然史を知る事が重要である. そのため我々は, 最大径 10 mm 以下の子宮体癌 (“小さな子宮体癌”) 131 例を臨床病理学的に検討した. この 131 例の子宮体部は全割され, 亜連続切片が作られているので組織発生を詳細に検討できる. また, 全例ホルモン剤を投与されていないので, 自然史を検討する事ができる. “小さな子宮体癌” の 76% は体部の上 1/3 より発生, 肉眼的には 56% は隆起型, 46% は平坦型であった. リンパ節転移と付属器転移は, 共に 1% 以下. 20% において無症状であった. 術前の初回細胞診の体癌診断率 (陽性+疑陽性率) は 85%, 見直し後の診断率は 90% であった. 癌発生時の状況を保持していると考えられる “小さな子宮体癌” とその隣接する内膜より見れば, 1. 腺腫様増殖症に囲まれたもの (グループ 1) と, 2. 正常内膜 (萎縮性, 増殖期, 分泌期内膜) に囲まれたもの (グループ 2) の 2 種類がある事がわかった. グループ 1 は従来考えられていたよりはるかに少なく 40% にすぎず, グループ 2 は 60% を占めた. この事より, 増殖症をへて発生する経路 (hyperplasia-carcinoma sequence) は体癌の主要経路ではなく, 正常内膜より直接発生する de novo 体癌の方が多いと考えられる. それ故, 向後は早期の de novo 体癌発見に努めるべきであろう.

◇教育講演 12

絨毛性疾患の病理診断—胞状奇胎の DNA 多型による遺伝子診断と病理診断の比較検討—

九州大学病院産科婦人科¹⁾, 九州大学保健学科²⁾○兼城英輔(MD)¹⁾, 奥川 馨(MD)¹⁾, 矢幡秀昭(MD)¹⁾, 園田顕三(MD)¹⁾, 加来恒壽(MD)²⁾, 加藤聖子(MD)¹⁾

経腔超音波断層法が普及する以前は, 胞状奇胎は妊娠 12 週以降に娩出されることが多く, ぶどうの房状に絨毛が水腫化する典型的な外観を呈していた. これまでの胞状奇胎の病理学的診断基準の多くは, これらの典型的な奇胎症例の所見を元に作られている. 近年, 早期の奇胎診断が可能となった結果, 典型的な所見を呈する前に娩出される奇胎症例が増え, 病理診断にも混乱が生じていた. 2011 年 7 月に改定された絨毛性疾患取り扱い規約 -第 3 版- においては早期の奇胎症例に対応した大幅な改定がなされたが, 実臨床においては, 新しい取り扱い規約に準じた病理診断が十分に浸透しているとはいえない. 本講演では, 当科で行っている DNA 多型解析を用いた奇胎症例の DNA 診断と, DNA 診断に基づく全胞状奇胎, 部分胞状奇胎の病理診断と, 水腫性流産との鑑別を中心に, 絨毛性疾患の病理診断について述べる. 全胞状奇胎は, 12 週以降はほとんどの絨毛間質の水腫化し, 栄養膜細胞の異常増殖, 絨毛血管の不明瞭化といった, 典型的な病理所見を呈するが, 8 週以前の早期全奇胎においては, 水腫化を呈する絨毛は一部で, 絨毛の多くは水腫化していない. 早期の全胞状奇胎の病理診断においては, 水腫化絨毛の割合は部分胞状奇胎との鑑別に有用でなく, 栄養膜細胞の異常増殖と絨毛辺縁の芽出像, 絨毛間質の未熟な間質細胞と核破砕象が有用と考えられる. 部分胞状奇胎は週数による変化は目立たず, 鋸歯状の絨毛, 絨毛間質の繊維化が特徴的で, 雄核赤血球数が認められれば, 診断の大きな補助となると考えられた. p57kip2 あるいは TSSC3 免疫染色も全胞状奇胎と部分胞状奇胎と病理診断に有用であるが, これらの抗体の使い分けと pitfall にも言及したい.

◇シンポジウム 1

肺癌取り扱い規約細胞判定基準の改訂

S1-1 腺癌と扁平上皮癌における細胞診判定基準改訂の概略

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部¹、北里大学医学部呼吸器外科学²、京都大学医学部附属病院病理診断科³、大阪府立成人病センター病理・細胞診断科⁴、東京医科大学病院病理・細胞診断科⁵、北里大学病院病理部⁶、がん研究会有明病院呼吸器センター⁷

○羽場礼次(MD)¹、佐藤之俊(MD)²、吉澤明彦(MD)³、
竹中明美(CT)⁴、三宅真司(CT)⁵、柿沼廣邦(CT)⁶、
宝来 威(MD)⁷

日本肺癌学会の細胞診判定基準改訂委員会では、2015年に新WHO分類が発刊され、この新分類に準拠した形で細胞診改訂作業を行ってきた。現在の肺癌取り扱い規約第7版では、腺癌と扁平上皮癌に関して喀痰を中心とした細胞所見が主体であり、気管支擦過や穿刺、捺印などの新鮮材料の細胞所見の記載や図譜が少ないことが以前より指摘されていた。最近の肺癌診療では医療の進歩により新鮮材料での細胞診断の重要性が増しており、実際には細胞や核の所見とともに、構造所見を考慮して細胞診断を行っているのが現状である。そこで、腺癌と扁平上皮癌の重要な構造所見に関して、細胞診判定基準委員会では「構造を加味した細胞判定ワーキンググループ」を立ち上げ検討を行ってきた。その結果、気管支擦過材料で腺癌は、孤在性、シート状、乳頭状、柵状、腺腔、微小乳頭状などの構造所見が、扁平上皮癌では層状、集塊辺縁の毛羽立ち、角化が重要な細胞所見と考えられた。EBUS-TBNAの材料では、腺癌で集塊辺縁が平滑あるいは細胞集塊からの核の突出像がみられること、扁平上皮癌で壊死性背景、細胞集塊辺縁の不整や細胞集塊内の流れ状配列がみられることが鑑別点であった。また、捺印細胞診では腺癌で細胞集塊からのほつれや飛び出し、不規則な重積性、核の切れ込み、管腔様構造、乳頭状配列、粘液がみられ、扁平上皮癌では集塊内での流れ状や放射状配列が特徴的であった。今回のワーキンググループで得られた細胞所見を踏まえて現行の肺癌取り扱い規約第7版にある腺癌や扁平上皮癌の肺癌細胞型分類表や細胞写真の図譜、細胞所見を改訂したので、この概略を今回のシンポジウムで解説する予定である。

S1-2 腺癌との鑑別を要する反応性異型細胞の細胞所見

宮城県結核予防会複十字健診センター¹、大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科²、東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科³

○齋藤泰紀(MD)¹、河原邦光(MD)²、廣島健三(MD)³

呼吸器細胞診では、反応性変化を示す細胞が出現するが、稀に腺癌と鑑別が難しい場合、反応性腺系異型細胞と称し、判定区分は疑陽性に相当する。これらは、肺感染症、肺梗塞、ARDS、気管支喘息、気管支拡張症、肺線維症、放射線治療、化学療法、環境曝露による毒素の吸入などの際に出現する。反応性II型肺胞上皮に由来する異型細胞は、細胞採取法により所見は異なるが、立体的な構造を示す集塊を形成して出現し、その立体的な構造は腺癌細胞集塊ほど顕著ではない。異型細胞は核径が増大して、核クロマチンは粗顆粒状で増量し、核膜は不整を示し、腫大した核小体が認められる。腺癌細胞との鑑別点は、細胞診標本上における異型細胞の細胞数が少ないこと、孤立性細胞としての出現が稀であること、同じ標本内でも異型の程度が高度から軽度まで多様であること等である。反応性再生性気管支上皮に由来する異型細胞は、立体的な構造あるいは平面的配列を示す集塊として出現する。気管支喘息での出現はよく知られている。異型細胞の核は大型で、N/Cが高く、核膜は平滑で、核クロマチンは粗顆粒状で増量し、1ないし数個の核小体を有する。腺癌との鑑別点は、集塊が均一な細胞から構成されていること、孤立細胞の出現が稀であること、集塊の構成細胞の核の極性が保たれていること、正常から異型のある細胞まで移行する所見があること、線毛(しばしば変性で消失する)あるいは刷子縁が保たれていること等の点である。核小体が目立つなど、上述の反応性腺系異型細胞が疑われる場合には、臨床所見や経過の確認が極めて重要で、付記にその内容を記載するとともに、再検を指示しなければならない。

S1-3 神経内分泌腫瘍の細胞診

北里大学病院病院病理部¹⁾, 北里大学医学部呼吸器外科学²⁾

○柿沼廣邦(CT)¹⁾, 佐藤之俊(MD)²⁾

昨年, WHO 分類第 4 版が出版されたことを受け, 現在, 肺癌学会により肺癌取扱い規約の改訂作業が行われている。この改訂項目にはいくつかあり, その中で新しいカテゴリーとして独立した神経内分泌腫瘍について, 細胞診における変更点などを主体とした報告を行う。

肺癌における神経内分泌腫瘍には小細胞癌, 大細胞神経内分泌癌, カルチノイド腫瘍が存在するが, 現行の肺癌取扱い規約では, それぞれ異なるカテゴリーに分類されている。小細胞癌は従来の 4 大組織型の一つとして, 大細胞神経内分泌癌は細胞の大きさから大細胞癌の亜型として, カルチノイド腫瘍は唯一, 神経内分泌腫瘍として扱われてきた。これが, 今回の WHO 分類の改訂により, 神経内分泌腫瘍としてまとめられたことにより, 肺癌取扱い規約においても他臓器の神経内分泌腫瘍に近い分類となった。

組織学および細胞学的所見には大きな変更点はなく, 神経内分泌腫瘍の各組織型における細胞所見は従来と同様であるが, 小細胞癌と大細胞神経内分泌癌の鑑別には, しばしば苦慮することが多いため, 規約では表を用いた鑑別所見が示されている。また, 大細胞神経内分泌癌においては, 免疫染色による神経内分泌分化の証明がない場合は疑いとどめることとなっている。さらに, カルチノイド腫瘍の名称は定型と異型という用語を用いることになった。

このように, いくつかの注意点を含め, 本年度中に改訂される肺癌取扱い規約の中の神経内分泌腫瘍の細胞診について報告する。

S1-4 肺癌取扱い規約 集団検診改定の要点

東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科

○三浦弘之(MD)

肺癌取扱い規約における, 集団検診および異型扁平上皮細胞の判定基準改定の要点を解説する。1. 集団検診対象者 従来の 40 歳以上で血痰のある者は, 医療機関での精密検査を行うべきで, 対象者から削除した。また, 医師が必要と認める者にも検診が行われていたが, 喀痰細胞診は喫煙者に発生す上皮癌を早期に発見するために行うべきであり, 厳密に 50 歳以上の男女で, 喫煙指数が 600 以上の高度喫煙者に限定した。2. 喀痰細胞診の判定基準および表 本文の内容は基本的に変更していない。表の欄外に記載されていた注意点の解釈が様々であったため, 簡明な記載に改めた。主旨は, 原則として異型の程度が最も強いところによって判定するが, 個々の細胞の異型度のみならず, 全標本に出現した異型細胞のバリエーションや数も含め総合判定が重要ということである。3. 異型扁平上皮細胞の特徴および表 肺癌学会・臨床細胞学会による合同委員会で, 各判定区分の標準細胞を設定した。これらの細胞をもとに, 異型扁平上皮細胞の特徴を改定した。特に高度異型扁平上皮細胞において, 集塊で出現する細胞も重要であることから, 異型細胞の多くは孤立性であるが, 不規則に異型細胞が配列する集塊もしばしばみられると変更した。表には新たに E 判定, 扁平上皮癌の特徴を加え, 標準細胞に基づき表示を改定した。特に細胞質の光輝性を重要項目にあげ, 核縁の“円滑”, “不整”, “粗剛”の意味を欄外の注に追加した。4. 図譜の刷新 標準細胞から, 特徴的な細胞を供覧し, 図にも簡単な解説を加えた。喀痰細胞診は侵襲も少なく, 繰り返し施行することができる。根治可能な肺癌を早期に発見するため, 有効に活用していただきたい。

S1-5 悪性胸膜中皮腫の細胞診

東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科

○廣島健三(MD)

今回の改訂では、中皮腫の細胞診の報告様式を加えた。中皮腫が疑われる場合は、免疫組織化学的染色を行い、(1) 否定的 (2) 判定困難 (3) 中皮腫の疑いに分類する。中皮腫を示唆する胸水細胞診所見は第7版の記載と同様である。特徴的な所見が見られた場合、癌腫の胸膜転移を鑑別するために、転写法、セルブロック法などにより免疫組織化学的染色を行う。中皮のマーカー2種と癌腫のマーカー2種を検査し、前者が陽性で後者が陰性であることを確認する。癌腫の胸水細胞診標本に出現する反応性中皮が中皮のマーカーに陽性となることがあるので注意が必要である。

細胞診では、中皮腫の組織診断に重要な浸潤所見を判断できないため、中皮腫と反応性中皮を鑑別することは難しい。免疫組織化学的染色で中皮腫と反応性中皮を鑑別する抗体が報告されているが、これらにより100%確実に診断することはできない。FISHによるp16のホモ接合性欠失の検討は、中皮腫と反応性中皮の鑑別に役立つ。しかし、FISHは適切な条件で行い、適切な閾値を用いる。

胸水中にみられる中皮腫細胞は上皮様成分であり、肉腫様成分が胸水中に出現することは稀である。また、多量の赤血球や炎症性細胞が混在している場合や、標本中に十分な量の異型細胞が出現していない場合は診断が難しい。臨床的に中皮腫が疑われ、細胞診が陰性あるいは判定不能の場合、また、細胞診で中皮腫が疑われるが、画像上、胸水貯留のみで腫瘍や胸膜肥厚を認めない場合は、胸腔鏡下に病変の確認と胸膜生検を行うことが望ましい。

胸膜中皮腫の診断には、細胞診断だけではなく、臨床情報、放射線画像、病理所見などを総合して診断を行うことが重要である。

S1-6 肺癌取扱い規約 細胞診改訂のまとめ(肺癌細胞診と遺伝子検査の連続性)

京都大学医学部附属病院病理診断科

○吉澤明彦(MD)

新WHO分類の発刊をうけ日本肺癌学会の細胞診判定基準改訂委員会では改訂作業を行ってきた。主な改訂点、追加点は、1) 新鮮材料を中心とした腺癌と扁平上皮癌の鑑別、その意義、2) 新分類における細胞形態、3) 腺系反応性異型と腺癌の鑑別、4) 集団検診の改訂、5) 悪性胸膜中皮腫の細胞診の拡充、である。今日、肺癌細胞診において最も重要な点は、細胞判定もさることながら、遺伝子検査の連続性にある。肺癌患者の半数以上に手術適応がないと言われており、細胞診材料はその診断の最終材料になる可能性が高い。そうした場合、いかに早く、適切な材料を遺伝子検査にまわすことができるか、これが現在最も大切な点となっている。実際にはEGFR遺伝子変異検査、ALKの免疫染色、ALK、ROS1などに対するFISH検査などが対象になるが、こうした複数の遺伝子検査の最終結果が出るまでには非常に多くの時間を費やしているのが現状である。また、正確な検査結果を導くには、十分な腫瘍細胞が含まれていることが前提になるが、同時に採取されてくることの多い生検材料ともあわせ、適切に遺伝子検査を行うには、ガイドライン、アルゴリズムに記載できない現場の医師、細胞検査士の“推し量ることのできない力量”にかかっていることが多い。ここでは、肺癌細胞診と遺伝子検査の連続性を中心にまとめをおこなう。

◇シンポジウム2

Koilocytosisを再考する

S2-1 HPVのバイオロジー

金沢医科大学医学部産科婦人科

○笹川寿之(MD)

高リスク型のHPVが長期に不顕性感染することは癌の成立に必須であるが、多くの女性はその感染に気づかない。低リスク型に比較して、高リスク型、特にHPV16, 18型のE6, E7蛋白は、それぞれ細胞内蛋白p53, pRBの働きを阻止する作用が強いことが知られている。しかし、低リスク、高リスク型を問わず、通常、HPVのE6, E7蛋白の発現はよくコントロールされていて、E6, E7蛋白は扁平上皮の基底部の細胞にのみ発現し、それらの細胞分裂のみ促す。E2蛋白はより上層の細胞に発現してE6, E7遺伝子発現を制御している。E7は細胞増殖に関係し、koilocytosisやdyskeratosisなど細胞形態変化はE6蛋白の作用が重要と思われる。高リスク型HPVが長期に感染すると、その遺伝子が細胞内遺伝子内に組み込まれ、遺伝子が分断されることでE6, E7遺伝子の発現調節機構が破綻し、E6, E7蛋白が恒常的に発現するようになる。これが細胞癌化の重要なステップである。上皮内癌の出現は遺伝子組み込みの成立を示唆する。この過程の成立には、子宮頸部にあるSC-junctionに存在する幹細胞に感染するかどうか重要であるという考えがある。高リスク型HPV感染であっても、多くの女性では、これらHPV感染細胞は自然に排除され治癒することが知られている。ところが、一部の女性ではこの排除機構が作動せず、長期に持続感染することで癌化に向かう。この個体差を分ける要因は何であろうか？我々の検討から、それは、生体がHPVに対する免疫応答のスイッチが入るかどうかの差であると思われる。その原因として、性行動の欠落、喫煙などの環境因子のほかに、遺伝的に免疫応答の個体差が存在する可能性がある。免疫応答とその回避機構を含めたHPVのバイオロジーについて解説したい。

S2-2 細胞診からみたコイロサイトーシス

熊本赤十字病院病理診断科

○長峯理子(MD)

細胞診を愛する人ならば、それを目にするだけで無条件に心が浮き立つ細胞所見がいくつかはあるものと思うが、コイロサイトはおそらく大多数の人にとってそのような所見の一つではなかろうか。それは美しいだけではなく、初心者にとっても認識しやすい細胞像であると同時に、ヒトパピローマウイルス(HPV)感染を意味する重要な所見であり、子宮頸部細胞診の検鏡中にそれを見つければ即ちLow-grade squamous intraepithelial lesionかそれ以上の病変であることが確定され、肩の荷の一部を降ろすことができる有難い所見でもある。1948-1949年にAyreがその形態を“Halo cell”として初めて記述した後、1956年にKossによって“Koilocytic atypia”という呼称が生み出されて今年で60年になる。その間子宮頸癌とHPVの研究は飛躍的に進み、HPV DNA検査、HPVワクチンの登場により、子宮頸癌スクリーニングは大きく変化しつつあるが、コイロサイトは重要かつ興味深いテーマであり続けている。コイロサイトの60年の歴史から最新の知見をレビューするとともに、肛門、咽頭など非婦人科細胞診における役割についても触れたい。

S2-3 CINの診断におけるコイロサイトーシスの意義

滋賀医科大学附属病院病理部¹⁾, 滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座²⁾, 東近江総合医療センター研究検査科³⁾

○森谷鈴子(MD)¹⁾, 九嶋亮治(MD)²⁾, 宮平良満(CT)¹⁾, 岩井宗男(CT)¹⁾, 林 裕司(CT)¹⁾, 岡本 望(CT)¹⁾, 山口 大(CT)¹⁾, 籠谷亜希子(CT)¹⁾, 春日 希(CT)¹⁾, 佐伯仁志(CT)³⁾

コイロサイトーシスは、HPVに感染した重層扁平上皮の中層から表層にかけて現れる細胞変化で、通常 episomal な感染様式で活発にウイルス粒子が産生されている状態を反映している。形態的に核周囲に境界明瞭な halo が形成され、同時に核にクロマチン増量や核縁不整などの異型が見られるものと定義されている。新 WHO 分類では、扁平上皮内病変は、可逆性であることの多い低異型度扁平上皮内病変 (LSIL, low-grade squamous intraepithelial lesion) と、病変の持続または癌への進展のリスクの高い高異型度扁平上皮内病変 (HSIL, high-grade squamous intraepithelial lesion) に二分された。LSIL は従来 CIN1 に加え、koilocytosis, koilocytotic atypia, flat condyloma と呼ばれてきた病変を全て包括する概念である。従来の CIN1 に含まれる病変のうち、著しく異型の強い細胞や異常分裂像を伴う病変は、HSIL に分類されることになった。LSIL の大部分はコイロサイトーシスを伴う。基底側に異型細胞が出現する場合、炎症性、再生性異型と LSIL の鑑別に悩むことは日常よく経験するが、表層におけるコイロサイトーシスの存在は LSIL 診断の重要な手がかりである。コイロサイトーシスを欠く場合、Ki-67 (MIB-1) 免疫染色で増殖細胞の分布を確認することで両者の鑑別が可能ながある。一方、コイロサイトーシスに類似する組織変化もあり、LSIL と過剰診断され易い。萎縮性扁平上皮では、成熟異常として pseudokoilocytosis が出現する。角化異常の一種である Pagetoid dyskeratosis もコイロサイトーシスに類似する。HSIL でも成熟傾向が残っている場合、表層部にコイロサイトーシスが見られる。未熟扁平上皮化生や萎縮と HSIL の鑑別に悩む場合があるが、わずかなコイロサイトーシスが HSIL の手がかりになることがある。

S2-4 子宮頸がん検診の方法としての細胞診と諸検査—現在と近い将来

自治医科大学附属さいたま医療センター

○今野 良(MD)

子宮頸がん検診は細胞診を用いて約 50 年行われ、多くの癌の発生・死亡を防ぐことに貢献した。現在、子宮頸部病変の細胞生物学および HPV に関する理解は格段に進歩した。2014 年の WHO 分類では子宮頸部病理診断が dysplasia-CIS 分類, CIN 分類を包含する形で、ベセスダシステムと同様の LSIL-HSIL 分類が提唱されている。HSIL (CIN2 と CIN3) は治療しない場合に浸潤癌に進行するリスクが高く、LSIL (CIN1, Koilocytosis) の多くはいずれ消失する HPV 感染を表す。形態学的に HPV 型を同定する方法はない。コルポ診・生検で確定される HSIL の発見と治療に重点が置かれるようになった。現在、先進国における子宮頸がん「一次検診」の主流は HPV 検査に移行しつつある (参照: European Guidelines 2015)。その理由は、1) 細胞診単独は感度が低く、より頻回の検査が必要、2) HPV 検査は細胞診単独と比較して感度が高く、検診間隔を安全に延長可能、3) HPV・細胞診併用検診は HPV 単独に比べて、更なる感度の上昇や費用対効果の点で限界がある、などがある。HPV 検査には、HC2, Cobas, Onclarity (以上 DNA), Aptima (RNA)、その他が開発されている。HPV 陽性の場合、そのトリアージが生検対象を決めるが、選択肢には細胞診、HPV ジェノタイプング (HPV16・18・45)、免疫染色 (p16/Ki67)、メチレーション (宿主・HPV)、等がある。子宮頸がん検診の有益性と弊害、費用対効果を考慮しつつ、医学とテクノロジーの進歩の中で、細胞診の有用性を生かす効率的なプログラムを開発すべき段階にある。目的は子宮頸がんの発生と死亡をさらに減少させることにある (参照: Lancet Oncol. 2016; 17, e305)。HPV ワクチンとの組み合わせも検討課題である。

◇シンポジウム3

よりよい標本作製を目指して—多分野からの提言—

S3-1 乳腺穿刺吸引細胞診における採取材料の肉眼的性状からみた標本作製の工夫

北九州市保健福祉局保健衛生部保健予防課¹⁾, 北九州市立医療センター診療支援部臨床検査技術課²⁾, 北九州市立医療センター病理診断科³⁾

○阿部英二(CT)¹⁾, 片山貴美香(CT)²⁾, 中村淑美(CT)²⁾, 田宮貞史(MD)³⁾

【はじめに】乳腺穿刺吸引細胞診では背景の所見や細胞出現様式, 個々の細胞所見を詳細に観察し, 良・悪性の鑑別や組織型の推定を行うため, 如何に診断しやすい標本作製するかが重要なポイントとなる。我々は採取された材料の肉眼的性状から病変を想像し, 診断しやすい標本作製を行うように心掛けている。今回乳腺穿刺吸引細胞診で得られる採取材料の性状から, どのような点に注意しながら標本作製を行えば良いのかという点について紹介したい。

【標本作製方法】乳腺穿刺吸引細胞診の標本作製法には, 吹きつけ方, 合わせ法, すり合わせ法, 叩き出し法, LBC (Liquid Base Cytology) 法などがあり, これらの方法には一長一短があり, 施設ごとに標本作製法が選択されているのが現状である。我々は合わせ法を採用しているがその理由として, 比較的容易に標本作製の技術を習得できるため, 複数の細胞検査士間での標本作製技術に差が生じにくいためである。またベッドサイドまで出向き標本作製を行っているが, その際に臨床所見や穿刺の手応えなど, いろいろな情報を得ることができるなどの利点がある。

【標本作製の実際】乳腺穿刺吸引細胞診で得られた採取材料の肉眼的な所見として漿液性 (無色透明の液状検体), 泥状, 寒天状, 粘液性, 液状, 脂肪成分などがあり, 加えてスライドガラス同士を合わせた際に感じる指先の感触は標本作製をおこなう際に非常に重要な所見となる。

【まとめ】採取された材料の肉眼的な性状から標本作製を工夫していくことは, 的確な診断を行ううえでの第一歩である。標本の良し悪しは細胞診断に大きく影響を及ぼすことを念頭において標本作製を行う必要がある。

S3-2 尿細胞診の現状を踏まえたよりよい標本作製とは

国立病院機構福山医療センター臨床検査科

○有安早苗(CT)

細胞診断において標本作製法を選択する条件には, 目的の細胞を標本上に載せられるか (集細胞力), 標本上の細胞が評価に値する形態であるか (細胞形態・背景所見の保持), 誰が作製しても同質の標本が作製できるか (標準化), 追加検索への展開・応用が可能かどうかなど, どのような材料にも共通するいくつかのポイントがある。尿, 体腔液など液状検体を対象とした細胞診断では, 擦過細胞診, 穿刺吸引細胞診などと異なり, 細胞を集めてスライド上に載せる集細胞が, よりよい標本作製を考える上での重要な項目である。特に尿のようなタンパク濃度の低い液状検体は細胞剥離を起こしやすく, 標本作製に技術を要し, 標本の良し悪しが診断の質に直結する。ひきガラス法や二重遠心固定法が主流であった尿細胞診も, 近年, LBC を筆頭に様々な標本作製方法が提唱され, 実際の臨床現場でも利用されることで標本の質は向上し診断に貢献している。一方で, 尿検体は採取に患者負担が少なく, 医院, 検査センターから大学病院まで様々な施設で扱う非常に一般的な検体であるがゆえ, その提出方法, 検体量, 固定方法, 作製方法もまちまちで標準化には程遠い泌尿器細胞診の現状がある。このような現状を踏まえたよりよい標本作製とは, 自施設の選択する作製方法について, その利点と弱点を知り, 利点を最大限に生かし弱点をカバーする運用方法を考えることにある。今回は代表的な標本作製法である LBC 法, フィルター法, 自動遠心塗抹法 (オートスメア, サイトスピン), 2回遠心沈殿 (固定液添加)) を中心に, それぞれの利点, 弱点を踏まえた作製方法の工夫と運用について, 若干の検討と文献的考察を加え報告する。

S3-3 胆汁細胞診におけるより良い標本作製法を探る

獨協医科大学越谷病院病理診断科

○山崎泰樹(CT), 形山幸子(CT), 岡村卓哉(CT),
古谷津純一(CT), 上田善彦(MD)

胆道系の細胞診材料には、経皮経肝胆道ドレナージで貯留した胆汁がしばしば使用されるが、提出される検体量や性状は様々であり、その時々で検体処理法を工夫する必要がある。今回我々は、胆汁の性状の違いによる適切な検体処理法の検討を行ったので報告する。検討対象はバックで提出された貯留胆汁の残りをを用いた。粘稠性の有無で大別し、粘稠性のある胆汁に対し生理食塩水で10%、30%、50%、80%に希釈し、粘稠性を低下させた後に集細胞を試みた。この際、すり合わせ法、オートスメア法、液状化細胞診(Liquid based cytology: 以下LBC)法を行い、それぞれの細胞数を比較し粘稠度に対して適した塗抹方法をみた。また、どの程度の希釈倍率で細胞が剥離するかみるためにGiemsa染色を行い細胞数を算定して比較した。さらに、夾雑物のある胆汁に対し、すり合わせ法、LBC法を行い、それぞれの細胞数を算定した。生理食塩水による希釈は粘稠度によっても異なるが50%で比較的安定した集細胞効果が得られた。生理食塩水で希釈しても粘稠性が残るような胆汁はオートスメア法よりすり合わせ法で集細胞効果を得た。LBC法は粘稠度にかかわらず、より集細胞効果が得られた。また、LBC法はすり合わせ法に比べ集細胞効果があったが、夾雑物の除去が困難な場合もあった。診断精度を上げるために細胞所見を習得することは素より、より多くの細胞を標本上に塗抹し情報量を増やす努力も細胞検査士としての務めであると考え。

S3-4 膵胆道系病変からの直接細胞採取法における組織・細胞診断

東北大学医学部医学系研究科病理診断学¹⁾, 東北大学病院病理部²⁾, 大崎市民病院病理診断科³⁾

○藤島史喜(MD)¹⁾, 三浦弘守(CT)²⁾, 山口祐香(CT)²⁾,
村山優理香(CT)²⁾, 今野かおり(CT)²⁾,
安達友津(CT)²⁾, 小泉照樹(CT)²⁾, 菅原隆穰(CT)²⁾,
谷内真司(MD)²⁾, 佐藤聡子(MD)³⁾, 渡辺みか(MD)²⁾,
笹野公伸(MD)^{1,2)}

膵・胆道疾患の診断には、一般に胆汁、膵液細胞診、擦過細胞診、鉗子生検の他、近年では超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)による検体採取も行われている。しかし、診断に十分な量の検体を得られないことも多く、確定診断に至らない症例も経験される。Trefleは先端に付属した金属製のループ(ハネ)により胆管狭窄部から組織を掻き取り、外筒から組織を含んだ胆汁を吸引することによって組織診と細胞診を同時に施行できる新型胆管組織採取用デバイスである。このデバイスの出現により、いままで断片的にしか採取されなかった胆管上皮を大量に掻き取ることができ、診断率の向上が期待されている。当院では、目に見えるような大きな組織片は組織診断用に使用し、残りの液状検体を細胞診用に使用している。細胞診標本を見る際の注意点として、悪性症例並みに多数の大型集塊が採取されること、集塊が小型化し結合性が低下しているようにみえること、小さい集塊では良性であっても辺縁がスムーズになるとは限らないこと、などである。当院での実際の採取法を含めて紹介する。膵臓に関しては、EUS-FNAが実施されるようになり、膵管擦過では遭遇しなかった疾患も採取されるようになってきた。特に腫瘍性病変のみでなく、自己免疫性膵炎(AIP)の診断も積極的に行われている。AIPの病理診断には間質を含めた組織が必要とされ、採取検体をいかに多くスライドガラス上に表出されるようにするかが重要となる。今回我々が提示する標本作製方法では、特殊染色や免疫染色による検討も十分可能となる。正確な組織診断、適切な治療につなげるための標本を作ることは非常に重要であり、我々の施設での方法・工夫を紹介する。

S3-5 セルブロック法のより良い標本作製法を目指して

公立昭和病院臨床検査科¹⁾, 昭和大学大学院臨床病理学²⁾, PCL 福岡細胞病理センター³⁾, 公立昭和病院病理診断科⁴⁾

○濱川真治(CT)^{1,2)}, 柏崎好美(CT)¹⁾, 櫻井 勉(CT)¹⁾, 近藤洋一(CT)¹⁾, 倉品賢治(CT)¹⁾, 小坂美絵(CT)¹⁾, 若林 良(CT)¹⁾, 瀧本雅文(MD)²⁾, 亀井敏昭(MD)³⁾, 清水誠一郎(MD)⁴⁾

【はじめに】2016年4月の診療報酬改定にて新たにセルブロック法が加わり, 現状では悪性中皮腫を疑う患者に対して, 穿刺吸引等により採取した検体を用いて標本作製した場合に限定されているが, 今後その応用範囲はますます広がるものと考えられる. われわれは各種細胞材料に対し, 簡易セルブロック作製法を考案し改良を加えてきた.

【材料および方法】体腔液などの液状検体にて, 塗沫標本作製後に残存する細胞沈渣をポリエチレン製試験管(以下, PE 容器)に回収し, 再度遠心分離を行う. 一方で穿刺吸引材料など細胞沈渣量が少ない場合は, エッペンドルフチップ先端部にパラフィン栓を作製し容器状のもの(以下, チップ容器)を準備し, そこへ細胞沈渣を上部より流し込み, 再度遠心分離により細胞沈渣層を形成させる. 遠心分離後, PE 容器及びチップ容器の上部より, 10%中性緩衝ホルマリン固定液を重層し一晩静置固定する. 固定液排出後に沈渣上部にて各容器切断, さらに細胞沈渣層を容器とともに垂直に割を入れ, 容器ごとアルコール脱水・パラフィン浸透を行う. 包埋時には細胞沈渣層を容器から取り外し, 細胞沈渣のみ割断面にて包埋する.

【結果】細胞固化には遠心分離法と中性緩衝ホルマリンのみで特殊な試薬を必要としない. また, 2つの容器を用いることにより, 沈渣量が多いものから少ないものまで広く応用可能となった. さらに垂直割断面包埋により, 沈渣層の細胞分布が観察可能となった.

【まとめ】セルブロック法は操作が簡易で細胞への影響が少なく, その後の各種染色や診断に影響を及ぼさないことが重要である. セルブロック法の有用性とともに入製時の注意点について症例をまじえて報告する.

S3-6 退色細胞診標本再染色の検討

市立砺波総合病院臨床検査科

○田所 猛(CT)

細胞診標本は組織標本のようにブロックから, 再薄切するような代償性がなく, 過去の貴重な標本が退色により, 再検討や教育指導等の利用も困難で, 再染色は重要な課題である. 2007年春期大会で, 緩衝液を利用した退色細胞診標本再染色の検討について報告し, 2008年第55, 56回細胞検査士教育セミナーにおいて, 封入剤除去時間, 緩衝液のPHや浸透時間, 検体の種類や効果について新たに追加試験を行い有用と考えられた. 細胞診標本の再染色に関しては, これまで良好な再染色方法の報告はみあたらなかった. 過去に再固定の方法の変更や過ヨウ素酸とアンモニア水による前処理による検討, 界面活性剤を使用した検討を行ったが, それほど良好な改善結果は得られなかった. また発表当時ギムザ染色退色細胞診標本は, 燐酸緩衝液を使用することにより, 赤血球の青が強く強調され, 染色性の向上も期待するほど良好な結果は得られなかった. その後改良を重ね, 100mM 酢酸緩衝液(PH4.7)とシスメックス製(武藤化学製造)メイグリュンワルト液, ギムザ液で染色時間を長めに調整することが有効と考えられた. 標本の退色の原因についてはさまざまな要因が指摘されている. 細胞診標本作製の際には, 固定, 染色, 脱水, 透徹作業を適切に行い, 保管にも十分配慮すべきで, 封入剤の選択にも留意する必要がある. 再染色でカバーガラスを外す際に封入剤によっては, キシレン等の溶剤に溶解しないものや硬化が強い場合, 除去ができない製品もあるので注意が必要と考えられる. 退色した細胞診標本を再染色する上で, 緩衝液を使用した方法は有用と考えられた.

◇シンポジウム 4

変貌する乳癌診療における細胞診の役割を再考する

S4-1 最近の乳癌診療～乳癌の過剰診断について～

がん研究会有明病院乳腺センター乳腺外科

○坂井威彦(MD), 森園英智(MD)

乳癌で悲しむ女性を救うために、世界は乳癌の早期発見・早期治療をスローガンとして、乳がん検診の普及、医療機器の性能向上、早期乳癌や非浸潤性乳管癌(DCIS)の診断技術の確立を進めてきた。本学会も、乳癌を早期発見するための細胞診断技術について研鑽を積んできた歴史がある。これらの成果により、早期発見される乳癌症例は着実に増加していった。しかし乳癌早期発見により期待されていた、進行癌の減少が思ったよりもみられないことが示され、乳癌の“過剰診断”の存在が話題になっている。ここでいう“過剰診断”とは、細胞・組織検査で癌ではないものを癌と診断することを指すのではなく、そのまま放置しておいても生命を脅かすことのない癌を、検診を契機に発見してしまうことを指している。我々が普段診断している中で、どのような乳癌が“過剰診断”にあたるのだろうか？ その候補として、マンモグラフィ検診で発見される Low grade DCIS が挙げられている。術前に DCIS と診断された症例における、手術の有用性を検討した大規模データベースの解析では、Low grade DCIS における手術の生命予後に対する上乗せがほとんどないことが示された。この Low grade DCIS は、良性の増殖性疾患と鑑別を要する病態としてしばしば病理・細胞診断医や、レポートを受け取る臨床医の頭を悩ませてきた。現在このような Low grade DCIS と診断がついた病変に対して、外科治療を行わない Active surveillance の有用性を検証する臨床試験が進行中である。日本の多施設臨床試験グループにおいても現在プロトコルが作成中であり、近日中に登録が始まる予定である。多様性を有する早期乳癌を分類し、個別に対応することが今後求められている。

S4-2 乳腺超音波検診導入に対する穿刺吸引細胞診(FNAC)の役割—MMG/US 併用検診のデーターから—

たけべ乳腺外科クリニック¹⁾, 高松平和病院病理検査²⁾○安毛直美(CT)¹⁾, 兼近典子(CT)¹⁾, 新井貴士(MD)¹⁾, 武部晃司(MD)¹⁾, 横山智子(CT)²⁾, 宮西智恵(CT)²⁾, 佐藤 明(MD)²⁾

【背景】乳腺超音波(US)検診の有効性を検証する JSTART の結果が発表され、MMG に US 検査を上乗せすることで癌発見率は上がるが、不要な検査の増加が懸念されるといわれている。US 検診で見つかる良性病変の対応をどうするべきか今回検討した。

【対象】2010～2014 の当院の MMG/US 同時併用検診、延べ 20,628 名のうち要精査となった 908 名(乳癌 171 良性病変 737)を対象とした。

【結果】第一選択とした精査モダリティは乳癌症例が FNAC153 例、針生検(CNB)18 例。検診時精査で良性病変とした 737 例は FNAC731 例、CNB6 例であった。FNAC731 例の成績は検体不適が 82 例、良性 599、鑑別困難 45、悪性疑い 3、悪性 2 例であった。悪性疑い以上の 5 例(CNB1 外科生検 4)の組織診は乳管内乳頭腫(IDP)3 例、硬化性病変 2 例であった。鑑別困難 45 例の組織診(CNB28 外科的生検 17)は乳腺症(MP)26 例、線維腺腫(FA)4 例、IDP10 例、硬化性病変 1 例、flat epithelial atypia(FEA)2 例、葉状腫瘍 1 例、乳管腺腫 1 例であった。細胞診で良性とした 599 例の推定病変は IDP46 例、硬化性病変 6 例、mucoccele like tumor 8 例、FA95 例、MP129 例、のう胞その他良性 315 例であった。細胞診が良性の診断でも画像上悪性を否定できず CNB を施行した症例が 4 例あった。

【考察】US 検診の導入で要精査となった病変の中には IDP,FEA, 硬化性病変など病変全体を組織診断しなければ診断が難しい病変が存在する。FNAC は負担が少なく、画像で悪性を否定しきれない時に積極的に施行することで組織診の選択ができる。また、特異度の高い検査であり、細胞検査士は良性病変を細胞異型のみで鑑別困難にしないよう努力が必要である。今後導入が予想される超音波検診の精査モダリティとして有用であり、不要な検査にならないと確信する。

S4-3 低異型度癌の診断と運用について

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科

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

乳癌診療は、これまで「早期発見・早期治療」を目指し、検診の普及と画像診断、検体採取の技術の進歩と共に発展してきた。しかし、現在「過剰診断・過剰治療」が目ざされ、命にかかわらない癌についても検討され始めている。

当院においては 2015 年 585 例の乳癌根治術を行い、術前にて細胞診が実施されていた症例は 191 例 (33%) であるが、年々細胞診実施数は減少している。また、根治術を行った 585 例中、組織学的異型度 I の低異型度乳癌は 199 例であり、全乳癌の 3 割以上を占めていた。その組織型内訳は非浸潤性乳管癌 54 例、浸潤癌 145 例であった。低異型度乳癌 199 例中、術前にて細胞診が実施されていた 84 例 (42%) では、症例の腫瘍の広がり方が 2 cm 以下は 52 例 (62%)、臨床的に悪性が疑われた症例は 23 例 (27%) であり、細胞診は臨床的に腫瘍径の小さく、良悪診断が困難な症例に実施される傾向であった。その細胞診診断内訳は悪性 50 例、悪性疑い 13 例、鑑別困難 14 例、良性 2 例、不適正 5 例であり、その内、最終的に細胞診診断にて手術に至った症例は 60 例 (71%) であった。

また、これまで我々は、単調な出現、小型円形核、核緊満感という特徴的な細胞所見と構造異型から Low grade DCIS の診断は可能であり、LBC 標本を併用した細胞診断においては Low grade DCIS の 75%を悪性疑い以上と診断し、その約 9 割で DCIS の推定可能であったと報告してきた。

今回は、遺伝子異常において類似性を示す Low-grade breast neoplasia family という新しい概念を基に、施設間差のない細胞像の得られる LBC 標本も加えた Low grade DCIS, 低異型度浸潤性乳管癌の細胞所見について、細胞学的特徴をお示しし、今後の運用について検討していきたい。

S4-4 乳腺細胞診の新たな役割について

昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室

○津田祥子(CT)

乳腺病変の診断は術前化学療法の普及により、主病変の診断は針生検による組織診断が主流となり、穿刺吸引細胞診は乳腺腋窩リンパ節の転移の有無の判定と副病変の診断へと役割が変化してきている。また、再発症例の胸腹水では免疫組織化学染色を行い ER, PgR, HER2 タンパクの発現性の変化判定に応用されている。腋窩リンパ節の転移の有無の判定では主に術前化学療法の有無が検討され、副病変の判定では切除範囲や術式が決定され、細胞診の判定は患者の治療方針に重要な役割を果たしている。特に副病変の良悪判定は、術前の MRI 検査などで見つかった小病変について、細胞診で迅速に結果を得ることができるため重宝されている。腋窩リンパ節の細胞診判定は、腺癌細胞の有無の判定であり、その細胞診断は比較的容易であるが、判定に苦慮する場合はサイトケラチン等の免疫組織化学染色を併用することも有用である。副病変の判定は、乳管内進展によるものか、あるいは多発性乳癌によるものか、さらには主病変とは関係のない良性病変であるのか否かの判定となる。主病変より腫瘍が小さいことで細胞採取量が少なかったり、主病変と細胞を比較できないことなどから判定に苦慮することも多い。副病変の細胞診断は従来より行われている乳腺穿刺吸引細胞診の見方と同じであるが、副病変の多くが乳腺症であることが多いため、このような病変を鑑別困難とせず良性と判定することが必要で、また、このことが今後、乳腺穿刺吸引細胞診の課題になると思われる。以上のことから、今回は特に副病変としての乳腺症の診断に絞り、その細胞像の見方、考え方を中心に発表した。

S4-5 変貌する乳癌診療における細胞診の役割を再考する 「専門医の立場から」

くまもと森都総合病院病理診断科

○有馬信之(MD)

【はじめに】近年の乳癌診療は腫瘍細胞のバイオロジーに基づく個別化治療の時代に突入した。このような環境変化の中で、細胞診が果たす役割について再考することは有意義である。ここでは乳癌診療を担う病院の細胞診専門医としての立場から現在の乳癌診療における細胞診の役割について述べる。

【細胞診の現状】2015年度に行った穿刺吸引細胞診(FNA)は430件で、内訳は検体不適正20件(4.7%)、良性187件(43.5%)、鑑別困難38件(8.8%)、悪性疑い16件(3.7%)、悪性169件(39.3%)であった。組織学的検索を行った鑑別困難36件の内訳は悪性17件(47.2%)、良性19件(52.8%)で、悪性はDCISを含む乳管内主体の癌と浸潤性乳管癌が各8病変、浸潤性小葉癌1病変で、異型が軽く、筋上皮細胞の介在が問題になる病変や細胞量が少ない病変であった。良性は上皮細胞の増生や乳管拡張を示す病変、乳頭状病変、上皮間葉系腫瘍が占めていた。同期間の切除乳癌のうち、癌の診断に至った検査法が明らかな256例について検討した。検査法はFNA単独94例(36.7%)、FNA+針生検(CNB)69例(27.0%)、CNB単独93例(36.3%)で、計163例(63.7%)に対してFNAが行われていた。次に、同期間に主病変以外の病変をMRIで指摘され、術前にsecond look USが行われた51件のうち、精査として病理検査がなされた17件の検査法の内訳は、FNA単独14件(82.40%)、FNA+CNB1件(5.90%)、CNB単独2件(11.80%)で、計15件(88.24%)にFNAが行われていた。

【結語】細胞診は比較的侵襲が少なく、依然として乳癌の診断において重要な役割を担っている。レベルの高い乳癌診療を行うには精度の高い細胞診が要求され、検査士と専門医の連携による精度向上のための努力が必要である。

◇シンポジウム5

内膜病変 UP-TO-DATE

S5-1 内膜癌の多彩性

京都大学医学部附属病院病理診断科

○桜井孝規(MD)

子宮体癌の90%程度は類内膜癌が占めており、細胞異型と充実成分の割合で1~3のグレード(分化度)に分類される。実際には高分化の例が多いものの、癌細胞が細胞質の淡明化や乳頭状構造を示すのは稀ではないこともあり、強い細胞異型や充実成分が多くなると、悪性度が高い他の癌との鑑別が難しいことがある。実際、ホルモン受容体発現の程度やp53遺伝子変異の有無、増殖活性の程度などを調べると、組織像に並行するような遺伝学的差異が観察される。

近年、子宮内膜癌の予後に影響する因子を分子遺伝学的に分類する試みがなされている。The Human Cancer Genome Atlas (TCGA)を用いた検索では、類内膜癌はコピー数の異常やp53の異常が少なく、PTEN, CCNB1, PIK3CA等の変異を認めるもの(copy number low型)が多いが、1/3程度はmicrosatellite instabilityに特徴付けられる(MSI型)で、他にもPOLEと呼ばれる領域に変異のhot spotが集中している(POLE ultramutated型)や高異型度類内膜癌に多いコピー数およびp53の異常とER/PR発現低下を示す(copy number high型)の4つに類型化される。

これに対し、漿液性腺癌の多くはcopy number high型に含まれ、遺伝学的な多様性は少ない。

一方で類内膜癌との鑑別が問題になるような早期病変では、異型増殖症以外にもpapillary proliferationと呼ばれる浸潤能に乏しい表層上皮の増殖性病変ではvilloglandular carcinomaとの鑑別が難しいし、粘液癌の初期病変とも推測されるpapillary mucinous metaplasiaも、癌との境界が引き難いことがある。内膜ポリープに随伴して認めることも多いが、過剰判断にさえ陥らなければ大きな問題を引き起こすことはないと思われる。

S5-2 Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN)

順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科

○松本俊治(MD)

子宮内膜の前癌病変は 2003 年の WHO 分類では Hyperplasia without atypia と Atypical hyperplasia (AH) であるが, 2014 年の WHO 分類では Hyperplasia without atypia と AH/Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN) に変わっている。変更点は AH に EIN が並行して記載されたことで, EIN の疾患概念については国際的にみても十分に理解されていないのが現状である。EIN はハーバード大学病理の George L. Mutter 教授が提唱した疾患である。EIN の診断は HE 染色での所見で下され, 構造 (腺が間質より多い), 細胞像 (背景内膜に比べて腺の密集と細胞学的な明らかな異常), サイズ (>1 mm), 癌や類似する良性疾患の除外で診断が下される。EIN では 37~39% の症例で endometrioid carcinoma が併存し, また生検で診断された良性症例と EIN 症例で endometrioid carcinoma の発生率の 1 年での比較を行い, EIN では良性に比べて 45 倍の癌の発生率を示したことから, 2014 年 WHO 分類では EIN が記載されるようになった。講演者は東京国際病理診断講習会 (オフィシャルサイト: <http://www.idpctokyohomepage.org/>) を 2009 年, 2011 年, 2013 年に開催し, 2013 年には Mutter 教授が初来日して EIN について講演した。そこで本講演は Mutter 教授の上記講習会での講演内容を中心に EIN について述べる。

S5-3 Serous endometrial glandular dysplasia (EmGD) の LBC (BD-SurePath) での検出

潤和会記念病院病理診断科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾, 宮崎県立宮崎病院産婦人科³⁾

○林 透(MD)¹⁾, 島尾義也(MD)²⁾, 丸塚浩助(MD)²⁾, 稲田千文(CT)²⁾, 木田裕子(CT)²⁾, 嶋本富博(MD)³⁾

内膜癌は臨床病理学的所見および発癌機構より類内膜癌に代表される type I 内膜癌および漿液性腺癌を中心とする type II 内膜癌に分けられる。後者は 10% 内外と頻度は低いものの, 内膜癌死亡例の 40% 以上を占める予後不良な癌であり早期の発見が望まれる。間質浸潤のみられない Endometrial intraepithelial carcinoma (EIC) は早期病変であり発見時に腹膜転移を示す症例がみられ前駆病変とは位置づけられない。近年その前駆病変として p53 signature および EmGD が唱えられ (Zheng et al, 2004), p53 等の免疫組織化学的検討がなされている。これらは漿液性腺癌の非癌内膜に見出され, 癌発見以前の内膜組織にも見出されることから前駆病変として位置づけられこの段階での発見が望ましいとされている。しかし細胞診材料で検討した報告は少ない。県立宮崎病院では 2002 年より内膜細胞診を LBC (BD SurePath) で施行してきた。悪性の検出および組織型推定にも有用で, p53 等の免疫細胞化学も施行でき高い診断精度が期待できる。1 症例において内膜生検にて EmGD および p53 signature に相当すると思われる病変を有する症例の内膜細胞診材料で p53 の免疫細胞化学を施行したところ強陽性の細胞集塊を見出したことから, 細胞診材料での EmGD 等の前駆病変検出を目的とし組織学的に悪性を見出していない 18 例を対象に LBC による内膜細胞診材料で p53 の免疫細胞化学を施行してみたところ 1 例において強陽性の集塊が見られ, 同症例の生検材料でも相当する病変を見出した。このことから細胞診材料で前癌病変の検出の可能性が考えられた。これら病変の自然史は不明で発癌までに至るとは限らないが, これら症例は high risk 例として経過観察が必要かもしれない。今後の prospective な検討が必要と思われる。

S5-4 リンチ症候群—その遺伝子型と表現型—

慶應義塾大学医学部産婦人科

○平沢 晃(MD), 山上 亘(MD), 阪埜浩司(MD),
進 伸幸(MD), 青木大輔(MD)

リンチ症候群は MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 などの DNA ミスマッチ修復 (mismatch repair: MMR) 遺伝子の生殖細胞系列変異を原因として, 大腸癌・子宮体癌・胃癌・卵巣癌をはじめとした多臓器癌の発症を特徴とする常染色体優性遺伝性疾患である。MMR 遺伝子の遺伝子変異保持者女性において, 子宮体癌は高頻度かつ若年に発症することから, 子宮体癌はリンチ症候群の「センチネル癌」とも称せられる。リンチ症候群のスクリーニングにはアムステルダム基準 II や改定ベセスダ基準が用いられており, これらを満たす例に対してマイクロサテライト不安定性 (microsatellite instability: MSI) 検査, または免疫染色で MMR タンパクの消失をみる。最終的には MMR 遺伝子の生殖細胞系列変異をみることで確定診断する。近年は大腸癌領域において家族歴を考慮せずに, 全ての例に対して MSI 検査または免疫染色を行う「ユニバーサルスクリーニング」も提唱されている。リンチ症候群関連大腸癌は右側結腸に好発して, 腫瘍内リンパ球浸潤 (tumor infiltrating lymphocytes: TIL), 髄様増殖, 粘液癌・印環細胞癌様分化, およびクローン様リンパ球反応 (Crohn's-like lymphocytic reaction) などの組織学的特徴がある。一方でリンチ症候群関連子宮体癌においては明らかな形態学的特徴は認めないものの, 免疫染色ではリンチ症候群関連大腸癌と比較して MSH6 蛋白消失例の頻度が高いことが挙げられる。近年は米国 NCCN ガイドラインにおいて, 子宮体癌を対象としたユニバーサルスクリーニングが提唱され, MMR 遺伝子の変異保持者に対するリスク低減卵管卵巣摘出術 (risk-reducing salpingo-oophorectomy: RRSO) が推奨されている。さらに MSI と抗 PD-1 抗体の感受性の関連が報告されており, MMR 遺伝子とその表現型について知ることは重要である。

◇シンポジウム 6

唾液腺腫瘍の細胞診: 総論的理解を求めて

S6-1 唾液腺腫瘍の病理組織診断の基本

広島大学病院口腔検査センター¹⁾, 広島大学大学院医歯薬保健学研究院口腔顎顔面病理病態学研究室²⁾

○小川郁子(DDS)¹⁾, 高田 隆(DDS)²⁾

唾液腺腫瘍は, 発生頻度の低い腫瘍であるにもかかわらず, 多彩な組織像を呈することを反映して多数の腫瘍型に分類され, さらに, 異なる腫瘍型に共通する細胞, 組織像が存在し, 悪性腫瘍であっても異型に乏しいものがあることから「診断の難しい腫瘍」というイメージを持たれている。しかし, 特徴を踏まえた手順に従えば, 診断が困難な例は多くはない。まず, 1. 臨床的特徴(好発部位や年齢, 性差など)の理解が診断に有用な指標となる。次に, 2. 肉眼的性状(色調, 嚢胞形成, 浸潤性や多結節性増殖, 出血や壊死巣など)を観察する。そして, 標本では肉眼的性状を組織学的に評価し, 3. 組織構築(管状, 嚢胞状, 乳頭状, 篩状などの胞巣形態, 束状, 柵状などの細胞配列や間葉様域の有無など)を把握する。この段階で診断に至る例が多いが, 4. 細胞所見, 分化の方向の確認を加えて診断を確定する。唾液腺腫瘍の組織像の多彩さは, 腺上皮と腫瘍性筋上皮/基底細胞様細胞が関わり, それぞれが多様な形態や化生を示すことによる。どちらか一方のみか, 両者で構成されるのかを判断することが診断のポイントとなり, 免疫染色はその確認に用いられる。筋上皮/基底細胞様細胞への分化を示す腫瘍型では粘液様や硝子様基質を伴うことが多いのも特徴である。また, オンコサイト, 扁平上皮細胞, 明細胞などへの分化(化生)が腫瘍型の特徴像か, 亜型かの判断も重要となる。唾液腺腫瘍では腫瘍型の特定が悪性度判定に繋がるが, 組織像による悪性度のグレード分類がなされている腫瘍型もあり, 報告書への記載が必要である。さらに, 良性腫瘍の悪性化, 低悪性腫瘍の高悪性度転化(脱分化)を確実に捉えることにも注意を要する。

S6-2 唾液腺腫瘍の臨床と細胞診

国際医療福祉大学三田病院頭頸部腫瘍センター¹⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理診断部²⁾, 山王病院病理診断科³⁾, 東京医科大学人体病理学講座⁴⁾

○多田雄一郎(MD)¹⁾, 玉井誠一(MD)²⁾, 森 一郎(MD)²⁾, 相田真介(MD)²⁾, 西井しのぶ(CT)³⁾, 佐野弘子(CT)³⁾, 長尾俊孝(MD)⁴⁾

唾液腺腫瘍に対する治療は、基本的に外科的切除術が選択される。悪性腫瘍としての臨床所見、すなわち可動性不良、急激な腫瘍の増大、疼痛、顔面神経麻痺、頸部リンパ節腫大を認める場合は、高悪性度唾液腺癌に対する術式が選択される。これらの所見を認めない症例に対する術式を選択する場合、穿刺吸引細胞診(FNA)による診断は、その方針を一変させるポテンシャルを持っている。巨大な腫瘍でも良性の診断であれば縮小手術が選択されたり、小さな腫瘍でも高悪性度と診断されれば耳下腺全摘術や頸部郭清術の追加が検討されたりと、細胞学的診断は治療方針の決定に重要な地位を確立している。当科では、術前検査としてほぼ全例にFNAを施行しており、その診断結果に、理学所見、画像検査、そして患者の全身状態や希望を考慮し術式を決定している。今回は当センターを受診した唾液腺癌症例の術前診断と予後を検討し報告する。過去10年間に当センターを受診した唾液腺腫瘍症例714例のうち初回手術治療を施行した上皮性悪性腫瘍117例を検討した。FNAの結果を含む術前良性悪性診断の一致率は117例中93例(79%)であった。良悪性診断の正診率はpT1症例で38%と低く、悪性度診断の正診率は高悪性度癌症例で88%と高い傾向にあった。組織型別では腺様嚢胞癌で、良悪性、悪性度、組織型診断とも正診率が高かったが、唾液腺導管癌では、良悪性、悪性度診断の正診率が高いものの、組織型診断正診率は30%程度と低かった。術前良悪性診断、悪性度診断、組織型診断で、それぞれ一致群・不一致群で予後を比較検討したところ、良悪性診断、悪性度診断の不一致群が予後良好、組織型診断不一致群の局所制御率不良の結果が得られた。

S6-3 唾液腺腫瘍の穿刺吸引細胞診：実際のアプローチの仕方

藤田保健衛生大学医学部病理診断科

○浦野 誠(MD)

唾液腺腫瘍は組織型が多彩な割に疾患頻度がさほど高くないことから、細胞検査士や病理医個々人が比較的経験を積みにくいという問題がある。現行の唾液腺腫瘍WHO組織分類2005年版では10種類の良性型、24種類の悪性型が記載されているものの、日常診断で遭遇する腫瘍型は良悪性を含め10数種類程度である。また現在、新しいWHO分類の作成が進行中であり、今後、組織型の整理や新たな概念の追加が予想される。唾液腺の穿刺吸引細胞診は単なる良悪性のスクリーニングとは意味合いが異なり、その意義は可能な限りの診断(組織推定)と臨床医がたてる治療方針に寄与する所見の記述である。今回は、演者が組織推定を正確に行いたいと常々考えている以下の病変について、その診断アプローチの要点とピットフォール、所見記述における注意点について述べる。1) 多形腺腫と筋上皮腫の推定、鑑別の意義、2) ワルチン腫瘍診断のピットフォール、3) 基底細胞腺腫推定の可能性、4) 腺様嚢胞癌と鑑別すべき腫瘍型、5) 乳腺相似分泌癌の位置づけと腺房細胞癌との鑑別。

S6-4 唾液腺病変における穿刺吸引細胞診の報告様式：国内外の最新の知見を含めて

慈泉会相澤病院病理診断科¹⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²⁾, 隈病院病理診断科³⁾

○樋口佳代子(MD)¹⁾, 浦野 誠(MD)²⁾, 廣川満良(MD)³⁾

唾液腺吸引細胞診(FNA)は唾液腺腫瘍の評価のために広く受け入れられており, 病変が腫瘍か非腫瘍か, 腫瘍性病変ではあきらかな良性腫瘍か否か, 悪性腫瘍については低悪性度か高悪性度かを推定可能なため, 治療法の決定に有用である。

しかし一方で唾液腺腫瘍は頭頸部腫瘍の約3-10%を占める比較的稀な腫瘍であるにもかかわらず, 多くの組織型があり, また多種類の, 頻度の低い低悪性腫瘍が存在し, FNAによる組織型推定が困難な場合がある。加えて, 唾液腺FNAの感度, 特異度は, 術者の穿刺技術, 標本作製法, 診断者の経験, 病変内での組織の多彩さ, 嚢胞成分など種々の要因に左右され, 施設ごとの差異が大きいと考えられてきた。

唾液腺FNAにおけるこのような問題に対処するために現在世界共通の唾液腺細胞診報告様式としてMilan System for Reporting Salivary Gland Cytopathologyが提案されている。カテゴリとしては検体不適正, 非腫瘍性病変, 意義不明な異型, 腫瘍性病変(良性, 悪性度不明な腫瘍), 悪性疑い(低悪低あるいは高悪性), 悪性(低悪性あるいは高悪性)の6つが提案されており, その特徴は1. 各カテゴリが悪性のリスクや臨床的対応と直結し, 臨床側にとって有用である, 2. 唾液腺腫瘍であれば手術されることが多いため腫瘍と非腫瘍が別のカテゴリとして区別されている, 3. 悪性腫瘍において低悪性と高悪性の振り分けを考慮していることである。

従来我が国で提案されてきた唾液腺細胞診の報告様式と比較して解説する。

S6-5 唾液腺腫瘍における遺伝子異常とその細胞診断への応用

名古屋市立大学大学院医学研究科

○稲垣 宏(MD)

正常唾液腺の多彩な構成細胞を反映して, 唾液腺腫瘍には多くの組織型があり, 臨床的態度もindolentからaggressiveまで多岐にわたる。臨床的または病理学的因子により患者の予後を正確に推定することはしばしば困難である。近年, 唾液腺腫瘍に関連する分子マーカーが多く報告されている。粘表皮癌の半数以上に認められるCRTC1-MAML2キメラ遺伝子は, この腫瘍に特異的であり, 低悪性度組織型および良好な患者予後と関連する。MYB-NFIBキメラ遺伝子は腺様嚢胞癌に特異的であり, 診断に有用である。最近になってMYBL1-NFIBキメラ遺伝子など, 多くの新しいキメラ遺伝子が報告され, それらの診断学的意義, 予後的意義が注目されている。これまで非典型的な腺房細胞癌と診断されてきた腫瘍の中に, ETV6-NTRK3キメラ遺伝子を有する症例があり, 現在では乳腺類似分泌癌として広く認知されている。この腫瘍に対するTrk阻害薬の有効性が最近になり報告された。唾液腺腫瘍における特異的遺伝子異常の検索は, 腫瘍発生機序を明らかにすると同時に, 腫瘍診断, 予後推定, 腫瘍特異的な分子標的薬の開発において今後ますます重要となってくると思われる。本講演では, 唾液腺腫瘍における遺伝子異常検索のもつ臨床病理学的意義を概説するとともに, 細胞診断への応用について述べたい。

◇シンポジウム7

泌尿器細胞診報告様式2015に沿った細胞診断ーリスクの検証ー

S7-1 本邦報告様式の臨床的意義～泌尿器科医の立場から～

宮崎大学医学部泌尿器科

○賀本敏行(MD)

泌尿器科医にとって尿細胞診は欠かすことのできないツールである。腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約もちろん、各種ガイドラインで尿路上皮癌の診断、治療判定、再発判定のために用いられている。しかしこれまで尿細胞診に統一された報告様式がなかったために、これらが同じ「ものさし(基準)」であったかどうか不明であった。従って、今回の報告様式の統一化は診療現場において意義深いものである。診療現場で最も懸念されることがHGUCの見逃しである。以前から現場の泌尿器科医はLGUCに対する偽陰性の多さは十分に納得しておりLGUCを診断することは期待されていなかった。時期を同じくして、Paris Systemが発表されたことは、泌尿器科医は少々混乱をきたしている。実際には、本邦における報告様式の統一の動きの方が早かったことや、Parisが泌尿器科医を対象にHGUCのみをターゲットにしているのに対し、本邦の報告様式では泌尿器科医以外の一般医家も対象にしており、LGUCはもちろん、decoy cellなどHGUC以外にもターゲットにしている。しかしなぜ、Parisをそのまま採用しないのか、本邦独自の報告様式では国際的に通用しないのではないかという不安も多い。従って、本報告様式においては、Parisに完全に読み替えが可能であることが求められている。報告様式の統一化によって日々の診療レベルの向上と均てん化をもたらすことは間違いのないと思われる。今後さらに精度が向上することによって、全世界的に同じ基準で議論でき、診療の発展に大きく寄与することと確信している。

S7-2 泌尿器細胞診新報告様式各判定区分に含まれるHGUCの頻度

公立西知多総合病院¹⁾, 名古屋液掖済会病院病理診断科²⁾○今井律子(CT)¹⁾, 夏目園子(CT)²⁾, 田中瑞穂(CT)²⁾, 大池里枝(CT)²⁾, 横井豊治(MD)²⁾, 佐竹立成(MD)²⁾

【目的】泌尿器細胞診新報告様式の各判定区分(陰性・良性:N, 異型細胞:A, 悪性疑い:S, 悪性:M以下N,A,S,Mと略す)に含まれる高異型度尿路上皮癌細胞(以下HGUCと略す。低異型度尿路上皮癌はLGUCと略す。)の頻度を調査した。

【対象】2011年～2013年の3年間に名古屋掖済会病院泌尿器科より提出された自然尿細胞診4013検体で、このうち組織診断の確定したHGUC:66症例、組織診断確定前6ヶ月前の126検体を対象とした。

【方法】1)従来判定様式(クラス1,2,3a,3b,4,5)の判定を新報告様式に再分類した。2)HGUC126検体の細胞判定を調査した。3)総検体数4013の各判定に占めるHGUC検体の頻度を調査した。4)HGUCが存在するのにN, A, Sに判定された要因を検討した。

【結果】1)クラス1/2(N):3301(数字は検体数,以下同じ。HGUC12, LGUC50, UCfollow902, 非癌2337),クラス3a(A):428(HGUC12, LGUC9, UCfollow186, 非癌210, 精査不可能11)クラス3b/4(S):151(HGUC32, LGUC19, UCfollow60, 非癌20, 前立腺癌4 SCC2, 精査不可能14),クラス5(M):133(HGUC70, LGUC9, HGUC再発組織無し23, UC以外の悪性腫瘍10, 精査不可能21)。2)(N)12, (A)12, (S)32, (M)70であった。3)(N):12/3301 (A):12/428, (S):32/151, (M):70/133となった。4)判定要因は(N)は異型細胞無し/少数(5個未満), (A)は少数, 小型, 変性, (S)は変性であった。

【まとめ】1, 各判定区分に含まれるHGUCの頻度を正確に算出するためには特にHGUCで組織診断されている症例, UC follow up 症例の検体を再検して評価する必要がある。2, 異型細胞, 悪性疑い, 悪性と判定された検体にはLGUCや他の癌, およびUC follow up 症例等が含まれる。

S7-3 『泌尿器細胞診報告様式 2015』の運用とリスクについて～検査センターの立場から～

株式会社 LSI メディエンス病理細胞診ラボラトリー

○福田正彦(CT), 橋本由紀子(CT), 是松元子(CT),
前田昭太郎(MD)

【はじめに】2015年4月に『泌尿器細胞診報告様式 2015』が提唱された。今回我々はこの新報告様式が運用されていくための課題について検討した。

【材料・方法】2015年1年間に提出された自然尿検体37800件の中から専門医提出となった2139件について、現行のパパニコロウ7段階クラス分類と『泌尿器細胞診報告様式 2015』(以下新分類)を比較し各判定、細胞所見について検討した。またその中から組織診にて尿路上皮癌の診断が得られた81件に対し同様に再評価を行い、新分類を運用するうえでのリスクについても検討した。

【結果】新分類にて再評価した結果をクラス分類に当てはめると class II は『陰性』, class IIIa と III は『異型細胞』, class IIIb と IV は『悪性疑い』, class V は『悪性』に割り当てられた。これにもとづき組織診にて尿路上皮癌の診断が得られた81件を同様に再評価した結果、『陰性』19件、『異型細胞』18件、『悪性疑い』12件、『悪性』32件であった。『陰性』のうち11件は低異型度尿路上皮癌(LGUC), 8件は高異型度尿路上皮癌(HGUC)であり、ともに異型細胞の出現をみなかった。『異型細胞』にはLGUCが1件含まれ、残り17件はHGUCであるものの細胞変性、少数出現などのため『悪性疑い』以上の判定にすることができなかった。『悪性疑い』あるいは『悪性』と判定できたものは44件で、そのすべてがHGUCであった。

【まとめ】検査センターでは臨床情報に乏しく『悪性』と言い切ることに少なからず抵抗がある。そのため『異型細胞』や『悪性疑い』の категорияが多用され、精査となるべきHGUC症例を経過観察としてしまうリスクを秘めている。このリスクを低減させるためにも悪性細胞の判定基準をより明確にすることが必要である。

S7-4 がん診療連携拠点病院におけるHGUCのリスクの検証

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○川崎 隆(MD)

【目的】泌尿器尿細胞診新報告様式では、4段階分類の各カテゴリーに高異型度尿路上皮癌(HGUC)の可能性(リスク)を確率(%)で示している。今回、新報告様式に基づいて過去の尿細胞診の再分類を行い、当院におけるHGUCの出現率を比較検討した。

【対象と方法】2013年1月から12月に自然尿細胞診検体が提出された症例で、その後、臨床的、病理組織学的に良悪性が確定した744例を対象とした。5段階にClass分類された尿細胞診を再分類し、各カテゴリーにおいてHGUCと組織診断された症例数の比率を算出した。

【結果】再分類前のClass分類では、Class I/II: 474例, III: 125例, IV: 32例, V: 113例であった。HGUCと確認された症例は、I/II: 33例, III: 26例, IV: 18例, V: 99例で、HGUCの比率は、I/II: 7.0%, III: 20.8%, IV: 56.3%, V: 87.6%であった。新報告様式による再分類では、「陰性」521例、「異型細胞」85例、「悪性疑い」59例、「悪性」79例であった。HGUCと確認された症例は、「陰性」34例、「異型細胞」28例、「悪性疑い」40例、「悪性」74例で、HGUCの比率は、「陰性」6.5%、「異型細胞」32.9%、「悪性疑い」67.8%、「悪性」93.7%であった。

【まとめ】再分類後のHGUCの出現率は、Class分類と比較して、「陰性」で低く、「異型細胞」、「悪性疑い」、「悪性」で高くなった。新報告様式のHGUCのリスクとの比較では、「陰性」、「悪性疑い」、「悪性」で近似した数値が得られたが、「異型細胞」は2倍以上高い値であった。「異型細胞」におけるHGUCの出現率について、今後その要因を検討する予定である。

◇シンポジウム8

ニッチな領域の細胞診

S8-1 眼科領域の細胞診検体の検討

埼玉医科大学病院中央病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学病理学教室²⁾, 博慈会記念総合病院病理診断センター³⁾

○政岡秀彦(CT)¹⁾, 稲田博輝(CT)¹⁾, 細沼沙紀(CT)¹⁾,
瀬山幸子(CT)¹⁾, 土居美枝子(CT)¹⁾,
金野美年子(CT)¹⁾, 李 治平(MD)^{1,2)},
金 玲(MD)^{1,2)}, 市村隆也(MD)^{1,2)},
石澤圭介(MD)^{1,2)}, 清水道生(MD)³⁾,
山田健人(MD)^{1,2)}, 佐々木惇(MD)^{1,2)}

【目的】眼科領域の病理検体は日常遭遇する頻度は少ない。今回我々はその頻度や種類を後方視的に検討した。

【方法】2004年から2015年までの12年間に、埼玉医科大学病院中央病理診断部に提出された眼科領域の細胞診材料の種類と判定結果および、術中迅速診断時の捺印標本を細胞診の視点から検討を行った。また、付随的に組織診断結果も合わせて検討した。

【結果】当院における眼科領域の細胞診材料は59件あり、硝子体内溶液43件、眼房水8件、角膜擦過2件、結膜擦過2件、嚢胞内容液3件、その他1件であった。判定結果は、class1, 2が51件で、class3が7件、class5は1件であった。Class3の内、malignant lymphoma (ML) 疑いが3件であった。class5もML疑いであった。迅速病理診断は21件中14件が悪性・境界病変と診断されていた。内訳はMALT3件、Sebaceous carcinoma 4件であった。組織診検体480件中111件の悪性診断がなされていた。内訳はMALTが38件と圧倒的に多く、Sebaceous carcinomaが17件、Basal cell carcinomaが11件、MALT以外のMLが6件、malignant melanomaが8件であった。

【考察】眼科領域における細胞診検体は硝子体液や眼房水液が多く、悪性細胞を疑うClass3以上判定も8件あり4件はMLを疑う症例であった。永久組織診断では、全悪性腫瘍中MALTが38件(34%)、次いでSebaceous carcinomaが17件(23%)であり、永久組織診断では、MALTの発生頻度が高いことが確認できた。細胞診断において、MALTの推定は難しいものと思われるが、眼科領域の検体においては、MALTの発生頻度が高いことを念頭に入れておくことは重要だと思われる。

S8-2 上気道の細胞診

産業医科大学病院病理診断科

○松山篤二(MD)

頭頸部領域において、甲状腺や唾液腺の穿刺吸引細胞診は以前から有用な診断法として普及しており、近年では口腔細胞診もしばしば用いられるようになってきている。しかし鼻腔や副鼻腔を中心とした上気道領域に関しては、細胞診はほとんど行われていない。副鼻腔は骨で囲まれた複雑な解剖学的構造を有するため検体採取が容易でないものの、鼻腔内に病変を有する症例では外鼻孔から病変へのアプローチが充分可能であるため、一定の手技に習熟した耳鼻咽喉科医にとっては有意義な診断法となりうる可能性がある。上気道領域の腫瘍性ないし腫瘍類似疾患はあまり頻度が高くないが、感染症ならびに非腫瘍性疾患、上皮性ないし間葉系の良性・悪性腫瘍、造血器系腫瘍などの多彩な病変が発生する。本シンポジウムでは、総論と各論に分け、まず総論では、上気道の解剖、組織像と細胞像を含んだ正常構造について概説する。各論では、この領域に発生しうる特徴的かつ代表的な疾患を供覧する。具体的には、非腫瘍性疾患として真菌(アスペルギルス、ムコール)感染症、上皮性腫瘍として鼻副鼻腔乳頭腫、扁平上皮癌、リンパ上皮癌、非上皮性腫瘍として悪性リンパ腫、嗅神経芽細胞腫、悪性黒色腫、横紋筋肉腫を取り上げ、臨床像とともに細胞像と組織像を対比しながら解説する予定である。

S8-3 消化管の細胞診

日本医科大学多摩永山病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学²⁾, LSI メディエンス病理・細胞診センター³⁾, 博慈会記念総合病院病理診断センター⁴⁾

○片山博徳(CT)¹⁾, 細根 勝(MD)¹⁾, 新井 悟(MD)¹⁾,
内藤善哉(MD)²⁾, 前田昭太郎(MD)³⁾, 清水道生(MD)⁴⁾

消化管の細胞診は今日の日常の診療の場ではほとんど行われなくなっており食道, 胃, 大腸などの感染性疾患, 粘膜下腫瘍の穿刺吸引細胞診などの症例が検体の提出の対象となっている。その他, 生検材料から診断目的のために特殊検査用の材料が採取されているかどうかの判断が必要な時に, 捺印細胞診で迅速に目的の細胞が採取されているか否かを確認することは微小な材料を無駄にしないためにも有用なことである。

胃癌の術中の貯留腹水, 腹腔内洗浄液における癌細胞の有無が取り扱い規約(第13版)に独立した予後因子として記載されており腹水の術中迅速診断の重要性が再認識されている。通常はパパニコロウ染色, ギムザ染色の他にPAS反応, アルシアン青染色を併用し判定しているが, 判定が困難な時は迅速免疫細胞染色を行っている。当院では2ステップで免疫染色が可能なエンビジョン法を用いている。固定液はパパニコロウ染色用の95%のエタノールを用い固定時間は約1分程度としている。1次抗体, 標識抗体はそれぞれ3分反応させる。発色基質はDAB(3,3'-diaminobenzidine)で1~2分反応させている。対比染色はマイヤーのヘマトキシリンを使用し全行程が約10分である。さらに精度管理のために体腔液中に転移を認めた肺癌, 胃癌, 大腸癌, 卵巣癌, 乳癌50例を対象としてretrospectiveに検討した結果としてVillinは胃癌18例中15例(83%), 大腸癌4例全例に陽性であった。その他の抗体についても検討したのでその結果を報告するとともに当施設で経験した症例を提示したい。

S8-4 皮膚の細胞診

大分大学医学部診断病理学講座

○西田陽登(MD), 小山雄三(MD), 門脇裕子(MD),
草場敬浩(MD), 荒金茂樹(MD), 駄阿 勉(MD),
横山繁生(MD)

皮膚の細胞診は, 子宮頸部や尿細胞診といった他臓器の細胞診とは異なり, 日常的に行われているものではない。一般的な皮膚細胞診としてはTzanck試験があり, 天疱瘡やヘルペス感染などの水疱性疾患に有用である。また, 表在性真菌症の診断にKOH検査が行われるが, これも細胞診の一種といえる。しかし, それ以外の皮膚病変に細胞診が行われることはほとんどない。その理由として, 対象となる皮膚病変の多くは角化性病変で, 目的とする腫瘍細胞が得られにくい, 皮膚腫瘍の種類が多く, 組織型の推定が困難, 種々の表皮・付属器腫瘍に基底細胞様の小型細胞が出現し, 良悪性の鑑別が困難, 組織診断のための生検が容易である点が挙がる。皮膚科医は細胞診をほとんど行わないものの, 他科の医師が頸部や乳房に発生した皮膚腫瘍を, リンパ節や乳腺腫瘍と考えて穿刺吸引細胞診を行う場合があり, 依頼書に記載された採取臓器が誤っているため, 重大な誤診につながる可能性がある。その場合には皮膚細胞診に対する細胞診の知識が必要となるが, 実際には細胞診従事者の経験が乏しいことが問題となる。そのため, 今回, 皮膚病変において代表的疾患・遭遇する頻度の高いと思われる疾患を組織像と対比して提示する。実際に標本を観察する際, 肉眼的に診断可能な腫瘍も多いので, 細胞診断には皮膚科医による臨床診断も参考にすべきである。

S8-5 腎・副腎の細胞診：臨床的に重要な点を中心として

東北大学病院病理部

○渡辺みか(MD)

腎臓および副腎は後腹膜に存在しており、穿刺吸引細胞診の対象になることは非常に少ない。他の臓器と同様に、病変部の良悪性や組織型は治療方針の決定などに重要であり、細胞像を観察する上で細胞診は有益な情報を与え得る。腎臓においては、腎細胞癌の亜型診断、腎細胞癌か尿路上皮癌かの鑑別が重要となる。腎細胞癌の亜型には淡明細胞型、乳頭状、嫌色素性などがあるが、最も一般的な淡明細胞型腎癌では近年 VEGF に対する標的治療などがなされており、淡明細胞型か否かの判断は臨床的に重要である。淡い胞体からなることから、副腎皮質腫瘍との鑑別が時に難しい。尿路上皮癌は腎盂に発生するが、浸潤性尿路上皮癌では時に腎実質内に腫瘤を形成し、腎細胞癌と鑑別が難しい場合がある。副腎はステロイドホルモンを産生する皮質と、カテコラミンを産生する髄質とからなり、両者は由来も機能も異なっている。いずれに発生する腫瘍も良悪性の鑑別は困難で、また皮質と髄質の腫瘍との鑑別も時に難しいとされる。良悪性については組織学的にも難しいため、細胞像からの判断も難しい事が多いが、悪性を示唆する所見は知っておく必要がある。皮質は脂質の多い細胞よりなり、淡い胞体を有する細胞よりなるのに対し、髄質は神経内分泌組織であるため、微細顆粒状で脆い胞体を有することが特徴とされる。

◇シンポジウム9

小児甲状腺腫瘍

S9-1 小児甲状腺癌の特徴

杏林大学医学部病理学

○菅間 博(MD)

小児甲状腺癌は、生物学的には二次性徴開始までに発症した甲状腺癌と考えられるが、性差、個人差があり、便宜的に中学を卒業する15歳以下で発症した甲状腺癌と定義される。また、社会的に成人する20歳以下で発症した甲状腺癌に対して、若年性甲状腺癌の名称が使われる。小児甲状腺癌は極めて稀で、発症率は年間およそ100万人に1人程度といわれる。そのため小児の甲状腺癌の特徴は、一般に知られていない。本講演では、福島原発事故以前に国内の多施設で手術された被爆歴のない小児甲状腺癌の180症例を集積し再検討したデータを提示し、小児の甲状腺癌の臨床病理学的ならびに病理組織学的な特徴を整理する。

小児甲状腺癌は二次性徴前の8歳以前には認められず、女児の二次性徴が始まる9歳位からみられ、思春期の16歳以降に発症頻度が指数関数的に増加する。男女比は15歳以下で約1:6、16歳~20歳では約1:4と女に多い。また、性差では髄様癌は男女差がないこと、篩型乳頭癌は100%女であることは注目に値する。

組織型としては、乳頭癌が15歳以下で74.4%、濾胞癌20.5%、20歳以下で乳頭癌83.9%、濾胞癌10.6%と、成人に比し相対的に濾胞癌の割合が高い。乳頭癌の特殊型では、びまん性硬化型乳頭癌が小児で12.8%、若年者で10%と、低年齢で多く、小児に特徴的な組織型で、臨床的には橋本病との鑑別が問題となる。また、濾胞型乳頭癌は小児で10.3%、若年者で7.2%と相対的に多い。チェルノブイリ原発事故後に小児に多発したとされる充実型乳頭癌は、小児で2.6% (1例)、若年者で4.4% (8例) と極端に多い訳ではない。病理組織学的に低分化癌との鑑別が問題となる。

S9-2 びまん性硬化型乳頭癌

伊藤病院診療技術部臨床検査室¹⁾, 山梨大学人体病理学講座²⁾, 慶応大学病院病理診断部³⁾, 伊藤病院外科⁴⁾

○佐々木栄司(CT)¹⁾, 近藤哲夫(MD)²⁾, 亀山香織(MD)³⁾, 伊藤公一(MD)⁴⁾

びまん性硬化型乳頭癌は片葉あるいは両葉に広がる硬い腫瘍であり, 若年者に多く認められる傾向にある。剖面は白色調で光沢があり石灰化が広範囲にみられる場合が多い。超音波像では甲状腺内に明らかな腫瘍が描出されなくとも, 微小な高エコーが散在性に甲状腺全体に広がる像, もしくは, 頸部リンパ節に甲状腺部と同様の内部エコー所見を呈する転移像がみられることから本疾患が疑われることも多い。病理組織像的には拡張したリンパ管内に腫瘍塞栓の形で存在し管内播種をするのも大きな特徴である。扁平上皮化生を伴う頻度も通常の乳頭癌よりも本疾患が圧倒的に多く, また, 極めて多数の砂粒小体がみられる。細胞像は, 背景にリンパ球や形質細胞の出現が目立ち, 腫瘍細胞の一部には扁平上皮化生を伴う細胞も多くみられる。また, 砂粒小体の出現頻度も高く, 砂粒小体周囲に腫瘍細胞を付着させ取り囲まれた状態でみられることが多い。出現する腫瘍細胞は高分化型乳頭癌と同様に微細顆粒状クロマチンや核内細胞質封入体, 核溝を有する核所見を呈することなどで本疾患を乳頭癌と診断可能となるが, 腫瘍細胞量が少ないケースでは慢性甲状腺炎にみられる好酸性変化を伴う上皮細胞などと鑑別が難しい場合があり注意を要する。

S9-3 甲状腺篩型乳頭癌の臨床と細胞診

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

○鈴木彩葉(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 宮内 昭(MD)³⁾

【概要】甲状腺篩型乳頭癌は, 家族性大腸ポリポージスの一部分症として知られている乳頭癌の亜型である。APC 遺伝子異常を伴い家族性に発生するが, 遺伝子異常のない散発例もある。大腸ポリポージスの頭在化前に本腫瘍が発見されることがあるため, 本亜型の診断は重要である。

【臨床所見】女性に多く, 年齢は10歳代~30歳代と若く, リンパ節転移は稀である。散発例は単発性だが, 家族性発生例は多発性であることから, APC 遺伝子異常を伴う場合は単発病変でも甲状腺全摘術が推奨される。

【細胞像】採取細胞量は多く, 背景にコロイドがみられない。腫瘍細胞は篩状, シート状, 乳頭状に出現する。篩状集塊ではコロイドを含まない空隙がみられる。腫瘍細胞の一部は高円柱状で, 柵状に配列する。モルラという渦巻き状集塊が観察されることもある。核内細胞質封入体や核の溝は目立たない。核全体が淡明になったビオチン含有封入体が稀にみられる。核クロマチンは顆粒状を示すことが多い。

【組織像】腫瘍は境界明瞭で, 被膜を有することが多い。腫瘍細胞は篩状, 乳頭状, 柵状, 充実性に増殖し, 篩状の腔内にコロイドを欠いているのが特徴である。モルラが散在性に認められる。腫瘍細胞は類円形, 高円柱状, 紡錘形で, 核クロマチンに富み, ビオチン含有封入体が散見される。免疫組織化学的には, estrogen receptor と progesterone receptor が核に, β -catenin が核や細胞質に陽性局在を示す。

【鑑別診断】細胞診にて通常型乳頭癌との鑑別は困難であるが, 定型的なすりガラス状核やコロイドがみられない, 高円柱状・紡錘形細胞が存在する, 大型集塊内に空隙がある, 渦巻き状集塊がある, などの所見がみられたら, 本亜型を疑い, 上記の免疫染色を行う。

S9-4 充実型乳頭癌の組織と細胞所見

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

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

2015 年 11 月に甲状腺癌取扱い規約第 7 版が刊行された。第 6 版との違いの一つに、乳頭癌の亜型として新たに充実型乳頭癌が追加されたことがあげられる。充実型乳頭癌とは、甲状腺乳頭癌の約 3% に出現するといわれており、若年層に多い。本亜型はチェルノブイリ原発事故後の小児甲状腺癌に占める割合が高いとされているが、本邦では、被曝の既往がない症例がほとんどで、高齢者にもみられるとされている。組織学的には、通常型と同様の細胞所見を示す乳頭癌細胞からなり、充実性胞巣が腫瘍の 50% 以上を占める。細胞異型がより強く、核分裂像や壊死がみられる場合は、低分化癌とされる。細胞所見に関する報告は少なく、その亜型を示唆する細胞所見は確立されていないのが現状である。今回我々は、当院で経験した充実型乳頭癌 18 例の臨床所見、組織所見、および細胞所見を報告することにする。

S9-5 チェルノブイリ原発事故と甲状腺癌

国立病院機構長崎医療センター臨床研究センター機能形態研究部

○伊東正博(MD)

【はじめに】1986 年のチェルノブイリ原発事故後 4 年目から小児甲状腺癌が激増し 10 年でピークに達し漸減し、現在は小児期被曝群から成人甲状腺癌の発生リスクが継続している。主たる被曝様式は内部被曝で、放射性ヨードに汚染された牛乳や母乳を介して乳幼児が高線量被曝をしている。平均被曝線量は 185 mSv (福島: 1 mSv 未満)。放射線被曝による甲状腺癌発生リスクの最も高い年齢層は 0~4 歳未満児と云われている。

【性差】成人では 6~8:1 と女性に多いが、小児期では縮小し 10 歳以下では 1:1 になる。

【病理組織像】事故後早期に激増した小児甲状腺がんの約 90% は乳頭癌が占め、充実性成分を伴う乳頭癌が多くを占めている。病理組織形態は、被曝時年齢と潜伏期によりある程度規定されている。充実性成分は短い潜伏期と関連し ret/PTC3 変異が高率に観察される。充実型亜型は事故後早期に激増した症例に多く観察されている。濾胞構造を呈する乳頭癌は低年齢被曝と関連し、乳頭状構造は年長児被曝と関連が見られる。被曝時年齢と潜伏期が長い群では古典的乳頭癌の占める割合が高くなり、高分化型形態を呈する乳頭癌では ret/PTC1 変異が優位になる。短い潜伏期ほど浸潤性が高く、被膜外浸潤、所属リンパ節転移、遠隔転移などの浸潤性は年齢に逆相関している。

【予後】5 年生存率は 98.8%、10 年生存率は 95.5% で生命予後は自然発症性の小児甲状腺癌と差は見られていない。これまで 15 例の死亡が報告され、腫瘍死は 5 例であった。

【最後に】福島原発事故後の県民健康調査で若年者の甲状腺癌が発見されているが、スクリーニング効果や被曝線量、食事ヨード摂取量、遺伝子背景が異なる点を考慮して、チェルノブイリ症例との比較が望まれる。

S9-6 福島原発事故と福島県民健康調査

大森赤十字病院検査部

○坂本穆彦(MD)

演題名：福島原発事故と福島県民健康調査 演者：坂本穆彦所属：1)大森赤十字病院検査部 2)福島県立医科大学 甲状腺検査専門委員会抄録：2011年3月の東日本大震災の際に生じた東京電力(株)福島第一原子力発電所事故によって、放射性ヨードをふくむ種々の放射性物質が環境中に放出された。放射性ヨードは小児甲状腺癌を誘発する危険因子とされている。そのため、その対策として甲状腺検査が福島県民健康調査の1つにとり入れられ、現在に至っている。当初、原発事故発生時に18歳以下であった福島県居住者全員約36万人が検査対象となった。検査は20歳になるまでは2年おきに、それ以降は5年おきに生涯にわたって実施される予定である。全員に行われる超音波検査によって、精査を要するとされた場合には穿刺吸引細胞診が施行される。一巡目の検査(先行検査)の集計結果によれば、細胞診で悪性ないし悪性の疑いとされた者は113名であった。内訳は男性38名、女性75名であった。平均年齢は 17.3 ± 2.7 歳、震災当時は 14.8 ± 2.6 歳であった。平均腫瘍径は 14.2 ± 7.8 mmであった。これらの内、99名に手術が行われた。手術材料の組織診断では乳頭癌95名、低分化癌3名、良性結節1名であった。現在2巡目の検査が進行中である。これらの結果を勘案して福島原発事故による低線量放射線被曝と甲状腺癌誘発との関連が議論されつつある。

◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

免疫染色とセルブロック法

SYS-1 細胞転写法の“これまで”と“これから”—免疫細胞化学を中心に—

川崎医科大学附属病院病理部¹⁾、川崎医科大学中央研究センター²⁾、川崎医療短期大学臨床検査科³⁾、川崎医科大学附属川崎病院病理部⁴⁾、川崎医科大学病理学1⁵⁾、川崎医科大学病理学2⁶⁾

○米 亮祐(CT)¹⁾、福屋美奈子(CT)¹⁾、菅野豊子(CT)¹⁾、岩知道伸久(CT)²⁾、小林江利(CT)¹⁾、小林博久(CT)¹⁾、鐵原拓雄(CT)³⁾、畠 榮(CT)⁴⁾、西村広健(MD)⁵⁾、伊禮 功(MD)⁵⁾、秋山 隆(MD)⁵⁾、鹿股直樹(MD)⁶⁾、濱崎周次(MD)⁵⁾、森谷卓也(MD)⁶⁾、定平吉都(MD)⁵⁾

近年、液状化検体細胞診(以下LBC)法の発達により、同一検体から、複数枚の標本を作製することが可能となり、細胞転写の必要性が少なくなっているようにも思われる。しかし、実際には、まだLBC法を実施していない施設も多く、また、LBC標本であっても複数の免疫細胞化学などを実施する場合には、細胞転写を必要とする場合もあり、その重要性は決して失われてはいない。細胞転写を始めた当初は、非コーティングガラスに塗抹された標本が多く、パパニコロウ標本での細胞転写率はほぼ100%であった。しかし近年、種々のコーティングガラスが使用され、その貼り付きの良さから、細胞転写は難しいと思われているむきがあるが、転写時の封入剤の種類や量、乾燥時間などを工夫することで、転写は十分可能である。一般に免疫細胞化学は、コントロールとなる細胞を同時に染色することが難しいため、統一した染色条件の確立が困難である。固定に関しても、通常はエタノールを用いるため、賦活は不要とされているが、実際は賦活なしでは染色性が不良となることも多く、特に核内抗原に関しては満足のいく結果が得られない場合をしばしば経験する。また各社のLBC法で用いられる細胞保存液による影響も未知な部分が多い。これらを組織検体と同様に賦活した場合には、細胞の剥離も生じる。また、複数の抗体を用いた多重染色を行う場合も、使用する抗体により細かい条件設定が必要となる。このような場合、細胞転写法で複数枚の標本を作製することで、対応することが可能となる。今回、当院で行っている細胞転写の手技および免疫細胞化学への応用について、症例を交えて紹介する。

SYS-2 乳管上皮増殖性病変の細胞集塊における抗 CK14 抗体と抗 p63 抗体の有用性

九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾,九州大学大学院形態機能病理学²⁾,九州大学大学院保健学部³⁾

○寺戸信芳(CT)¹⁾,平橋美奈子(MD)^{2,3)},
杉島節夫(PhD)³⁾,仲 正喜(CT)¹⁾,中附加奈子(CT)¹⁾,
野上美和子(CT)¹⁾,大久保文彦(CT)¹⁾,
山元英崇(MD)^{1,2)},小田義直(MD)^{1,2)}

【はじめに】乳腺細胞診の判定を行う上で「鑑別困難」となりやすい乳管上皮増殖性病変において、筋上皮細胞の核に陽性を示す抗 p63 抗体 (p63) を用いた免疫染色は良悪性の鑑別に有用である。また、細胞集塊の構造異型、細胞異型の判定で、良悪性の鑑別に苦慮する場合、抗 cytokeratin14 抗体 (CK14) 等の高分子量の cytokeratin (HMWCK) を用いた免疫染色は、良性の乳管内上皮増殖性病変では HMWCK が陽性を示す細胞がモザイク状に出現し、悪性症例では陽性細胞が出現しないことが報告されている。そこで我々は CK14/p63 カクテル抗体を用いて計 31 例 (良性症例 12 例, 悪性症例 19 例) の細胞診標本で検討を行った結果、細胞集塊に対する CK14 陽性細胞の面積の割合が 60%, 筋上皮細胞数が対物 40 倍 1 視野で 25.2 個のいずれか一方、もしくは両方を cut off 値とすることで良悪性の鑑別が可能であることを報告した (第 54 回日本臨床細胞学会秋季大会, 2015 年)。

【対象】細胞診で鑑別困難や悪性疑いとした症例も対象に含め、組織学的に診断された計 19 例 (良性症例 5 例, 悪性症例 14 例) の穿刺吸引細胞診標本で検討を行った。

【結果】我々の Cut off 値を判定に用いると診断可能であった症例は 19 例中 15 例 (良性 5 例中 3 例, 悪性 14 例中 12 例) で 78.9%であった。

【結語】乳腺細胞診における CK14 と p63 を用いた免疫染色は有用であるが、ピットフォールとしては (1) 染色不良, (2) 良性症例の乳管上皮過形成や線維腺腫の症例では CK14 が陰性を示す, 悪性症例では (3) 良性病変の混在, (4) 腫瘍細胞の一部が基底細胞様の分化を示す場合には CK14 陽性細胞が出現することが挙げられる。従ってパバニコロウ染色の細胞像と免疫染色を対比しながら慎重に判定する必要がある。

SYS-3 尿細胞診に有用な免疫染色について

国立病院機構岩国医療センター

○佐藤正和(PhD)

細胞診での免疫染色は、胸・腹水などの体腔液領域において使用される頻度が高いが、尿細胞診では使用される機会は少なかった。その要因は、尿細胞診が診断的要素よりスクリーニングの要素が強い事や集細胞する事に力が注がれたためである。しかし、液状化検体細胞診 (LBC) の普及に伴い保存検体から同品質の標本を複数枚作製出来るようになり免疫染色が施行される機会も増えつつある。尿細胞診で免疫染色を用いる理由としては、目的細胞の由来鑑別、病原体の検出、異型細胞の良悪性の判断などがある。由来の鑑別目的では、大腸癌や婦人科癌の転移、前立腺癌の浸潤の確認などで CDX2 や PSA などが一般的に用いられるが、神経内分泌 (CD56, Synaptophysin, Chromogranin A) やリンパ系腫瘍 (LCA, CD20) の鑑別にも免疫染色は不可欠である。他に、尿細胞診では、尿細管上皮の出現が癌診断に紛らわしい事がある。尿路上皮か尿細管の鑑別として用いる抗体は種々あるが、特に有用と思われるのは、尿路上皮に特異的な S-100P と反応性尿細管上皮に特異的な Vimentin である。次に、病原体の検出では、SV40 が有用である。Decoy 細胞が BK ウイルス感染であるか確定し腎移植後の経過観察での感染確認にも用いられる。尿細胞診で良悪性の診断目的で利用される抗体としては、CK20, MIB-1, p53, p16, FGFR3, CD44 などがある。中でも、一般的に所有している CK20, MIB-1, p53 を組み合わせて用いることでより診断精度を高められる。特に生検困難な上部尿路では、カテーテル尿細胞診での悪性細胞の鑑別に有用と思われる。今回は、鑑別のため尿細胞診で免疫染色を使用した症例を提示し各種抗体の有用性を紹介する。

SYS-4 LBC 法における免疫染色—注意点や pitfall について—

筑波大学附属病院病理部¹⁾, 東京医科大学茨城医療センター病理診断部²⁾, 筑波大学医学医療系診断病理³⁾

○中川智貴(CT)¹⁾, 村田佳彦(CT)¹⁾, 藤原広美(CT)¹⁾, 森下由紀雄(MD)²⁾, 野口雅之(MD)³⁾

液状化細胞診(Liquid-based cytology : LBC 法)に用いる検体は, 採取した細胞を専用の保存液に回収し, 細胞浮遊液として保存できる. そのため, 残余検体を用いた標本の再作製が可能であり, 特殊染色や免疫染色を補助診断として利用する事が従来法よりも容易である. 当施設では, 婦人科のみならず, 様々な細胞診検体に LBC 法(TACAS)を利用しており, 免疫染色を積極的に取り入れ, 診断の補助としている. また, Class V と診断された体腔液や気管支洗浄液の残余検体は, 全例セルブロックを作製している. 昨年の本会の秋期大会では, 10 種類の抗体(抗 CEA, 抗 CK7, 抗 CK20, 抗 D2-40, 抗 Calretinin, 抗 TTF-1, 抗 EGFR, 抗 ALK, 抗 ER, 抗 PgR)におけるセルブロックと LBC 法での免疫染色結果を検討し, ほぼ一致したことを藤原らが報告した. 現時点では LBC 法での免疫染色はまだ保険収載の適用ではないが, セルブロックと同等の検出性能があり, さらに, 標本作製が簡便で短時間でできる点や, 細胞成分の少ない検体についても免疫染色が可能である点から, 今後さらに期待される技術である. しかし, LBC 法における免疫染色は, 保存液の種類, 保存期間, 保存温度などによって, 結果の陰性化や非特異反応が起こると報告されており, 各抗体における条件設定時には, 念頭におく必要がある. 我々の経験上, このような現象は, 特に核内抗原の方が起こりやすい傾向がある. 当施設では LBC 法における免疫染色の際に, 未染標本を 15% 中性緩衝ホルマリンに 1 時間浸漬させた後に組織標本と同じ条件で免疫染色を行っているが, この前処理を行うと上記の現象が軽減される場合がある. 今回 LBC 法での抗原の適切な保存方法またはその対処法を提示するために検証を加え, 報告する.

SYS-5 各種セルブロック法のメリット・デメリットについて

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

○棚田 諭(CT)¹⁾, 竹中明美(CT)²⁾, 芦村純一(CT)¹⁾, 龍あゆみ(CT)¹⁾, 津崎沙世子(CT)¹⁾, 西村早菜子(CT)¹⁾, 溝口佳緒里(CT)¹⁾, 梅野佳美(CT)¹⁾, 富田裕彦(MD)²⁾

体腔液および体腔洗浄液細胞診断の主たる目的は, 出現細胞の良悪性の判定だけでなく, 免疫細胞化学的染色法(以下, 免疫染色)を用いることで, 腫瘍マーカーやリンパ球表面マーカー, 細胞増殖因子や癌抑制遺伝子産物, 細胞骨格フィラメントなどの抗原検索によって, 組織型推定や原発巣の推定まで担うようになってきた. 細胞診材料を用いて免疫染色を施行する際, 細胞塗抹標本そのものを用いて封入剤による細胞転写法と細胞塗抹標本作製後に残余する細胞を効率良く収集し, 組織診断と同様にホルマリン固定, パラフィン包埋ブロックを作製するセルブロック法がある. セルブロック法の利点は, 組織学的手法を用いて, 細胞塗抹標本では十分把握できなかった細胞集塊の構築, 免疫染色をはじめとして, 電子顕微鏡的観察法, mRNA, ISH, FISH などにも応用可能で診断精度の向上に繋がることである. また, 組織と同様にパラフィンブロックは取り扱いが容易で半永久的な保存ができ, 新たな診断法が開発された際にも検索が可能である. 2016 年 4 月の診療報酬改定でセルブロック法が保険収載され, 全国の各施設でセルブロックに対する関心が高まり, 作製法の検討や応用がなされていると思われるが, セルブロック法は大きく分けて遠心分離細胞収集法(遠心管法, クロロホルム重層法, ナイロンメッシュ法, コロジオンバック法, クライオバイアル法, エッペンドルフチップ・スポイド・綿棒チューブを用いた方法など)と細胞凝固・固化法(寒天法, パラフィン・寒天サンドイッチ法, セルロース法, アルギン酸ナトリウム法, グルコマンナン法など)の 2 通りがある. これらの方法について文献的考察を加えて報告する.

SYS-6 セルブロック作製法の標準化を目指して—セルブロック作製におけるピットフォール—

北海道大学病院病理部¹⁾, 北海道大学大学院医学研究科分子診断病理学分野²⁾, 北海道大学病院コンパニオン診断研究部門³⁾

○丸川活司(CT)^{1,2)}, 畑中 豊(PhD)³⁾,
松野吉宏(MD)^{1,2,3)}

現在, 体腔液検体を用いたセルブロック(以下: CB) は腫瘍細胞の組織型や原発巣を特定するのみならず, 分子標的治療適応患者選択における, コンパニオン診断でも利用されている。また, CB 作製は平成 28 年の診療保険点数改定で「細胞診 N006 860 点」を取得し, 今後さらに臨床現場における重要性が増すと考える。しかし, 施設によって採用している CB 作製法は多岐にわたり, 標準化されているとは言い難い。昨年度, 我々は北海道臨床衛生検査技師会・病理細胞部門と厚労働科研 がん対策推進総合研究事業「先端的がん医療実施のための地域完結型病理診断及び臨床・病理連携ネットワークの構築」に関する研究班との合同で北海道内施設の CB 作製法に関する調査を行い, CB 作製法の標準化へ向けた最適な方法について検討を行った。本検討では ALK 陽性肺癌細胞株(H2228)の細胞浮遊液を道内 40 施設に送付し, その後自施設の手法で作製された CB を回収し, HE 染色や-ALK IHC 染色を行い, CB の品質評価を行った。本調査では, 多くの施設で概ね良好な染色結果が得られたが, 作製された CB 中に腫瘍細胞が確認できないものや, IHC で陽性所見を得られなかった CB もあり, 標準化が急がれる実態が明らかとなった。本発表では, 道内の CB 作製法に関する本実態調査の結果の詳細を報告すると共に, この結果を基に実施した当院肺腺癌患者胸水を用いた各種 CB 作製法における細胞形態や各種染色の比較検討も併せて紹介し, CB 作製における現在の問題点や標準化へ向け取り組むべき課題について述べる。

◇ワークショップ I

LEGH の取り扱い

W1-1 LEGH の形態と生物学的特性

九州医療センター病理診断科

○河内茂人(MD)

分葉状内頸部腺過形成(LEGH)の診断には, 悪性腺腫(AM)やその他の粘液性腺癌(AC)の除外が必要である。しかし, LEGH は AM や AC の近傍にもみられることが知られており, これら腺癌との関係, 鑑別については問題の多いところである。これらの腺癌に分子遺伝学的解析を行ない, その結果をもとに LEGH の前癌病変としての可能性を検討した。ホルマリン固定パラフィン包埋組織切片からマイクロダイセクション法で選択的に抽出した DNA を用いて, 染色体 DNA コピー数異常(CNA)ならびにマイクロサテライト不安定性を解析した。AM, AC のみならず LEGH にも CNA が検出され, これら 3 者の間に共通した CNA も認められたことから, LEGH には AM または AC の前癌病変が含まれる可能性が示唆された。引き続き, p16 遺伝子の局在する染色体 9p21 領域の欠失, p16 遺伝子メチル化ならびに p16 蛋白の発現を検討した。LEGH, AM, EMAC の間で 9p21DNA コピー数に有意差を認めなかったが, AM では LEGH, EMAC に比して p16 蛋白の発現低下がみられ, p16 遺伝子プロモーターメチル化も高頻度であった。AM および EMAC は, LEGH に比して有意に高い細胞増殖活性を示したが, AM と EMAC の間には有意差を認めなかった。AM では, EMAC におけるような HPV 癌遺伝子産物 E7 による RB 蛋白の不活化ではなく, p16 遺伝子のエピジェネティックな異常などを介しての p16 発現抑制により細胞増殖が誘発されると考えられ, これらの子宮頸部腺癌における遺伝学的な発癌過程の相違が示唆された。

W1-2 自験例から考える LEGH のマネジメント (1)

岩手医科大学医学部産婦人科¹⁾, 四国がんセンター病理科²⁾, 四国がんセンター婦人科³⁾, 四国がんセンター臨床検査科⁴⁾, 愛媛大学医学部産科婦人科⁵⁾

○小島淳美(MD)¹⁾, 寺本典弘(MD)²⁾, 大亀真一(MD)³⁾,
白山裕子(MD)³⁾, 田中慎一(CT)⁴⁾,
田母神佐智子(CT)⁴⁾, 高畑浩之(MD)²⁾,
西村理恵子(MD)⁴⁾, 松元 隆(MD)⁵⁾, 竹原和宏(MD)³⁾,
板持広明(MD)¹⁾, 杉山 徹(MD)¹⁾

分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia : LEGH) は, 1999 年に Nucci らによって形態学的に定義された『粘液の豊富な高円柱上皮からなる腺管が分葉状に増生する子宮頸部病変』である。またこの病変は, Mikami らによって同時期に報告された幽門腺化生 (Pyloric glandular metaplasia : PGM) を伴う頸管腺過形成と同一とされ, 異型 LEGH は MDA を含む胃型腺癌の前駆病変として推定されている。臨床的には, 水様帯下を訴える女性にみられる, 内子宮口付近を中心とした微小腺管の集簇とその周囲の拡張腺管の存在が特徴的で, これらは経膈超音波や MRI などにおいてコスモサインと呼ばれる像を呈する。LEGH は良性であり, 基本的には経過観察可能であるが, 内子宮口付近で内向性に存在することから, しばしば通常のパンチバイオプシーや搔破生検においては, 異型の有無を確定することが困難である。このため, 病変部を狙って採取した細胞診によって病変を推定して, 治療方針を決定しなければならないことも多い。また, 円錐切除術による LEGH の全摘出には困難をとまうことが多く, 円錐切除可能な範囲においては LEGH のみが検出された場合にも, 残存子宮から異型細胞が検出されることがある。異型 LEGH が前癌病変として想定されている胃型腺癌は, 通常型の内頸部型腺癌に比して I 期で診断される症例が少なく, 化学療法や放射線抵抗性と報告されていることから, その前癌病変の可能性が示唆されている異型 LEGH の段階での確定診断法を模索することは非常に重要と考えられる。今回は, これまでに経験した症例を通して, その取扱いについて考察したい。

W1-3 自験例から考える LEGH のマネジメント (2)

弘前大学医学部産科婦人科

○横山良仁(MD)

LEGH は胃の幽門腺に形態的に類似した頸部小腺管の密集集簇病変で, MDA (最少偏倚腺癌) と同様に HK1083 陽性であるとされる。両者の鑑別は困難であるが, そもそも MDA と LEGH が混在する症例もあること, 異型のある LEGH が存在すること, LEGH と腺癌, AIS が混在する症例もあることが知られてきている。予後は一般的には良好であるが, 混在する疾患によっては不良の場合もある。当科では, LEGH を疑う症例に関しては原則的に円錐切除を施行し, 明らかな悪性疾患を疑う場合は子宮摘出を行うこととしている。その方針に則り, 平成 17 年から 27 年までの間に LEGH を含めた子宮頸部嚢胞性病変に対し, 円錐切除を含む子宮摘出を行った 11 例について検討した。11 例中 LEGH と最終的に診断された症例は 2 例のみであった。11 例中, 術前に LEGH を疑ったのは 4 例で, 術後 LEGH が確定した症例は 1 例のみであった。術前に LEGH を疑い, 術後診断が異なった 3 例は, それぞれ卵管上皮化性 1 例, 反応性異型腺管 1 例, 慢性子宮頸管炎 1 例であった。その他 7 例の術後診断は, 高度異形成 2 例, MDA (胃型腺癌) 2 例, AIS 2 例, LEGH + 子宮体部類内膜腺癌 1 例であった。11 例中画像検査で子宮頸部に嚢胞性病変を認めた症例は 7 例だったが, そのうち 1 例のみが LEGH であった。LEGH であった 2 例の子宮頸部細胞診は, それぞれ AGC と腺癌であった。当科での症例を検討してみると諸家の報告同様, LEGH の診断そのものが困難であることが再認識された。ワークショップでは当科での LEGH を含めた類縁疾患の検討について細胞診, 組織診を中心に解説したいと考えている。

W1-4 LEGHの取扱い～自験例から考えるLEGHのマネージメント～

がん研有明病院婦人科¹⁾, がん研有明病院細胞診断部²⁾,
がん研有明病院病理診断部³⁾

○岡本三四郎(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)^{1,2)},
高澤 豊(MD)³⁾, 松浦基樹(MD)¹⁾, 松岡和子(MD)¹⁾,
長島 稔(MD)¹⁾, 勝田隆博(MD)¹⁾, 野村秀高(MD)¹⁾,
的田真紀(MD)¹⁾, 金尾裕之(MD)¹⁾, 尾松公平(MD)¹⁾,
加藤一喜(MD)¹⁾, 宇津木久仁子(MD)¹⁾,
竹島信宏(MD)¹⁾

子宮頸部腺系病変は、子宮頸部扁平上皮系病変に比較して予後不良であり、抗がん剤治療や放射線治療が奏効しにくいことが多く、早期診断を行い、適切な外科治療を行うことが重要であることに異論はない。近年、子宮頸部腺系病変の中で、分葉状子宮頸部腺過形成(Lobular endocervical glandular hyperplasia; LEGH)という概念が提唱され、その臨床的な取扱いが検討されてきた。LEGHは、1999年にNucci et al.によって提唱された子宮頸部嚢胞性病変で、子宮頸部悪性腺腫と鑑別が必要な良性疾患として発表された。LEGHの定義としては、1. 腺管の分葉状増生、2. 腺上皮の細胞質にはHE染色で淡いエオジン好染性を示す粘液が豊富に存在すること、3. 円形の核が基底部に存在し、脱分化傾向(anaplasia)は示さないこと、などがあげられた。その後多くの症例で検討され、LEGHは組織学的にも三上らが提唱した子宮頸部の胃幽門腺化生と類似する所見があることより、LEGHと胃幽門腺化生は本質的に同一概念であるとされた。しかし、LEGHには、上皮内腺癌の合併がしばしば認められ、また浸潤所見はないものの異型が強いLEGHの存在も報告されており、LEGHと診断されてもその取扱いは慎重でなければならない。今回我々は、2010年から2016年の間に、当院で取り扱った子宮頸部腺系病変の中で、術前にLEGHを疑い子宮摘出術を行った44例について自験例から考えるLEGHを報告する。術後病理結果でLEGHであった症例は24例でLEGHにAISが共存していた症例は5例認めた。今回の発表では、その術前の細胞診所見と術後の病理所見を中心に、またLEGHと鑑別が必要なMinimal deviation adenocarcinoma; MDA症例についても提示する。

◇ワークショップ3

口腔細胞診境界病変に対する病理学的アプローチ—パパニコウでのClass III, ベセスダ分類でのSIL, 3段階での偽陽性をどう扱うか—

W3-1 病理組織像(H/E・免疫染色)からみた細胞診の診断の現状と問題点

埼玉県立がんセンター病理診断科¹⁾, 日本歯科大学附属病院歯科放射線・口腔病理診断科²⁾

○石川文隆(DDS)¹⁾, 柳下寿郎(DDS)^{1,2)}, 黒住昌史(MD)¹⁾

口腔細胞診境界病変で問題となることが多いのが口腔癌の前癌病変・早期病変と炎症に伴う反応性異型上皮である。前癌病変・早期病変は、WHO分類(2005)に基づき、上皮性異形成(軽度, 中等度, 高度)と上皮内癌に分類されることが多いが、口腔癌取扱い規約(2010)では口腔上皮性異形成と口腔上皮内腫瘍(OIN/CIS)に、頭頸部癌取扱い規約(2012)ではLow grade dysplasiaとHigh grade dysplasia/CISに分類されているなど、用語や診断基準が統一されておらず、早期の臨床対応が必要とされる病変の診断についても診断者間の差が存在する(用語・診断基準の問題)。OIN/CISは全層置換型と表層分化型があるが、表層分化型OIN/CISに加えて表層分化型の早期浸潤癌は、表層側の細胞の異型が弱いことから細胞診でのunder-diagnosisにつながっていると思われる(異型細胞が採取されにくい問題)。また、炎症に伴う反応性異型上皮は異型の目立つことがあり、生検標本でも前癌病変・早期病変との鑑別が問題となることがあるが、細胞診でも疑陽性・SILと判定されることがある(非腫瘍・腫瘍の鑑別の問題)。このような境界病変の診断では、形態学的評価に加えて、CK13, CK17, p53, ki-67などの免疫染色が有用なことが多いことから、今回は、上皮性異形成とOIN/CIS, 炎症に伴う反応性異型上皮について病理組織像と免疫染色結果を提示し、口腔細胞診境界病変における診断の問題点について検討する。

W3-2 LSIL に出現した角化表層異型扁平上皮細胞の検討

日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科¹⁾, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座²⁾

○松本 敬(CT)¹⁾, 森川美雪(CT)^{1,2)},
宇都宮忠彦(DDS)^{1,2)}, 末光正昌(DDS)^{1,2)},
二谷悦子(CT)¹⁾, 久山佳代(DDS)^{1,2)}

口腔癌は近年、発生率、死亡率ともに増加傾向にあり、それを早期に発見するためには口腔癌検診が必要不可欠である。さらに2015年11月にベセスダ方式に準ずる4段階評価(NILM, LSIL, HSIL, SCC)の新報告様式が設けられた。しかしながら口腔細胞診は細胞異型が非常に弱く判定困難な症例が少なくないのが現状である。2016年春期大会ワークショップにおいても色々な問題が抽出された。特に炎症性変化による深層型細胞のとらえ方、およびLSILで出現する表層型異型扁平上皮細胞の判定方法に対する議論の必要性が挙げられた。そこで今回我々は特にLSILに出現する細胞所見の検討を目的に、複数の細胞検査士の協力を得て観察および細胞判定を行ったので報告する。

材料は日本大学松戸歯学部付属病院口腔外科にて細胞診を施行し、組織診にて確定診断された軽度～中等度異形成の30症例で内訳は男性15例、女性15例、年齢の平均は63.8歳、発生部位は歯肉17例、舌6例、頬粘膜6例、口蓋1例である。標本の観察項目は細胞質の染色形態、核の大きさ、形態、核クロマチンパターン、背景について行い、LSILに出現する表層異型扁平上皮細胞の特徴と推察される所見を中心に解説する。

W3-3 口腔細胞診におけるSILに関する検討

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○秀島克巳(CT), 関根浄治(DDS)

【はじめに】2015年11月口腔細胞診ガイドラインが発刊され、ベセスダシステム(NILM, LSIL, HSIL, SCC, IFN)を用いた判定基準が定められた。しかし、NILMとLSIL, LSILとHSILの鑑別に難渋することがある。そこで、本研究は核異型度解析を用いて、新ガイドラインに準じて診断された症例の核形態の差異を明らかにする目的で企画した。

【症例および方法】2007年6月1日～2016年4月30日に、当科で細胞診断と病理組織学的診断が同時に行われた症例を対象とした。内訳は、NILM20例、LSIL20例、HSIL14例、SCC20例である。核異型度解析は、対物レンズ40倍で有核細胞100個をデジタルカメラで撮影し、ペンタブを用いて核のトレースを行った。その後、画像解析ソフト(MAC SCOPE, 三谷社製)で、核の大きさの指標：核面積(μm^2)と周囲長(μm)、核形態の指標：円形度と針状比、大小不同の指標：核面積変異係数：NACV(%)を算出した結果について、Kruskal-Wallis検定とt検定を行った。

【結果】Kruskal-Wallis検定にて、核面積、周囲長、NACVの3項目において、NILM, LSIL, HSIL, SCCの4群間で、有意差(<0.01)がみられた。また、同様の3項目において、t検定ではNILMとHSIL間、NILMとSCC間に有意差(<0.01)がみられ、核異型度解析で鑑別可能であることが示されたが、LSILとHSIL間には有意差を認めなかった。

【まとめ】LSILとHSILの鑑別を明らかにするための、さらなる検討が必要であると思われた。

W3-4 一般病院 (当院) における口腔擦過細胞診の現状と問題点

飯塚病院中央検査部¹⁾, 飯塚病院病理科²⁾

○川嶋大輔(CT)¹⁾, 上原俊貴(CT)¹⁾, 松島優子(CT)¹⁾, 金谷直哉(CT)¹⁾, 井上佳奈子(CT)¹⁾, 桑岡 勲(CT)¹⁾, 佛淵由佳(MD)²⁾, 半田瑞樹(MD)²⁾, 大屋正文(MD)²⁾

【はじめに】口腔癌検診の普及とともに擦過細胞診の重要性が増し, 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たが, 当院の口腔擦過細胞診は記述式の結果報告を採用しており, 新報告様式への移行には至っていない。今回, 2014 年 9 月~2015 年 12 月までに提出された口腔擦過細胞診 71 例を対象として新報告様式に再分類をおこなった後, 生検および手術施行数から口腔癌検出ツールとしての口腔擦過細胞診の有用性を検証し, 当院における現状と問題点を考察した。

【結果】新報告様式に準じて評価した結果, NILM: 18/71 例 (25.4%), LSIL: 18/71 例 (25.4%), HSIL: 12/71 例 (16.9%), SCC: 23/71 例 (32.4%) であった。このうち生検および手術が施行された症例は NILM: 3/18 例 (16.7%), LSIL: 7/18 例 (38.9%), HSIL: 7/12 例 (58.3%), SCC: 18/23 例 (78.3%) であり, 上皮内腫瘍と診断された症例は LSIL: 2/7 例, HSIL: 4/7 例, SCC: 2/18 例, 扁平上皮癌と診断された症例は HSIL: 2/7 例, SCC: 15/18 例であった。また, LSIL: 5/7 例, HSIL: 1/7 例, SCC: 1/18 例は偽陽性であった。

【考察】当院における口腔擦過細胞診では NILM と判定される症例が 18/71 例 (25.4%) と少なく, 臨床側の細胞診を施行するか否かの判断でセレクションがかかっていると考えられる。これは口腔粘膜疾患のスクリーニングというよりはむしろ質的診断に細胞診が使われている可能性が高いことを意味する。また, 偽陽性症例の多さが細胞診の精度に大きく影響し, 特に SIL と判定される細胞像の確立が急務である。当日は, 細胞診で SIL と判定された症例の考察を含め, 当院における口腔擦過細胞診の問題点を加え報告する。

◇ワークショップ 4

膵管内乳頭粘液性腫瘍の鑑別と類縁病変

W4-1 膵液, EUS-FNA で採取された膵管内病変の細胞像と病理組織学的鑑別診断

香川大学医学部附属病院病理診断科

○香月奈穂美(MD), 松永 徹(CT), 本山睦美(CT), 片倉和哉(CT), 郷田 衛(CT), 宮本加菜(CT), 宮井由美(MD), 門田球一(MD), 串田吉生(MD), 羽場礼次(MD)

膵病変の診断および治療方針の決定には画像診断とともに, 細胞診が欠かせない検査であり, 細胞採取法には膵液細胞診, 膵管ブラシ擦過細胞診, 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNAC) などがある。膵管内乳頭粘液性腫瘍などの膵管内病変では, 膵液細胞診や膵管ブラシ擦過細胞診が主体であるが, 最近では膵臓の腫瘍性 (充実性) 病変に対する検査は EUS-FNAC が中心となっており, 膵実質の充実性病変に対する EUS-FNAC でも膵管内病変由来の細胞像をみる機会がある。2010 年~2015 年までに香川大学医学部附属病院で行われた手術材料のうち, 膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の症例は 34 例である。そのうち術前検査が行われた症例は 20 例で, 膵液細胞診および膵管擦過ブラシ細胞診が 14 例, EUS-FNAC が 6 例であった。これら 6 例の術前診断 (画像診断) は通常型膵管癌であり, EUS-FNAC での推定病変も同様であった。EUS-FNAC でみられる IPMN の細胞像は, シート状の大型集塊で出現し, 核間距離の不均衡や核型不整などの細胞異型が目立つ傾向にあるため, on-site cytology の現場では通常型膵管癌として判断されることが多かった。また, 6 例の中には, oncocytic type の IPMN の症例が含まれており, 病理組織学的には膵管内の充実性発育が特徴的であった。細胞像も粘液産生が乏しい異型細胞の出現がみられ, 通常型膵管癌や膵管内管状乳頭腫瘍 (ITPN) との鑑別を要した。今回, EUS-FNAC での推定病変と手術材料の病理組織診断に乖離がみられた症例を画像診断を踏まえながら呈示し, 膵管内を充実性に発育する病変の細胞像を中心に, 膵液や EUS-FNAC の細胞像およびセルブロックを用いた組織像との比較を検討, 再評価する予定である。

W4-2 膵 Intraductal tubulopapillary neoplasm の細胞診

東京医科大学人体病理学分野¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 戸田中央臨床検査研究所病理検査科³⁾

○山口 浩(MD)¹⁾, 三宅真司(CT)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)²⁾, 川嶋活彦(CT)³⁾, 松林 純(MD)¹⁾, 長尾俊孝(MD)¹⁾

2010年のWHO classification (Tumours of the Digestive System), 及び本年の膵癌取扱い規約改訂に伴い, 膵管内腫瘍には新たな腫瘍概念が加えられた。これまで知られていた intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) とは別に, intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) が登場し, 膵管内腫瘍は IPMN と ITPN の二腫瘍に大別されることとなった。臨床像～分子病理学的特徴に至るまで, 両腫瘍の特徴にはさまざまな相違点が存在する。病理組織学的特徴に関しては, 1) IPMN は粘液過剰産生性の腫瘍であるのに対し, ITPN は粘液産生のみられない腫瘍であること, 2) IPMN では症例間, あるいは同一症例内において, 低異型度領域と高異型度領域の混在・移行がしばしばみられるのに対し, ITPN は腫瘍全体が均一に高度異型上皮のみから構成される腫瘍であること, の二点が両者の際立った相違点である。この組織学的な相違点は細胞診検体にも反映されることが予想されるが, ITPN は膵管内腫瘍の約3%に当たる稀な腫瘍であり, その細胞像についての知見は現時点では乏しく, 今後の検討課題の一つである。今回は, ITPN の腫瘍概念を概説した後に, 少ないながらも自験例の ITPN を提示しながら本腫瘍に出現し得る細胞学的特徴につき考察する。また, 膵管内腫瘍領域における細胞診の役割についても考えてみたい。

W4-3 膵管内乳頭粘液性腫瘍の鑑別と類縁疾患

九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 九州大学大学院保健学部部門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(PhD)²⁾, 寺戸信芳(CT)¹⁾, 野上美和子(CT)¹⁾, 中附加奈子(CT)¹⁾, 古賀 裕(MD)^{1,3)}, 大石善丈(MD)^{1,3)}, 山元英崇(MD)^{1,3)}, 麻生 暁(MD)⁴⁾, 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)}

【はじめに】IPMNには1)画像診断(病理診断)から主膵管型(混合型)と分枝型, 2)病理学的異型度から low-grade dysplasia (LGD), intermediate-grade dysplasia (IGD), high-grade dysplasia: high (HGD), IPMN with an associated invasive carcinoma (IC), 3)分子生物学的に胃型, 腸型, 膵胆道型, 好酸性顆粒型に分類される。主膵管型 IPMN は悪性例が多く手術の推奨となるが, 分枝型 IPMN は, 閉塞性黄疸を伴う膵頭部病変, CT または MRI で造影される充実部, 10 mm 以上の主膵管拡張を画像診断で示す場合, ならびに膵液細胞診で悪性が疑われる場合は手術が推奨されている。しかしながら実臨床では, 画像的な類縁疾患(粘液性嚢胞性腫瘍: MCN や漿液性嚢胞性腫瘍: SCN)との鑑別, 細胞診での術前の悪性度の鑑別が問題となる。今回, IPMN に対する細胞診の有効性について検討した。

【対象】2009年6月から2016年5月の期間に当院で切除された IPMN139例 (LGD39例, IGD39例, HGD32例, IC28例) ならびに MCN 6例, SCN 10例をレトロスペクティブに検討した。

【結果】最終病理診断が IPMN HGD と IC であった 60例 (胃型13例, 腸型14例, 膵胆道型30例, 好酸性顆粒型3例)での細胞診陽性的中率は 80.0% (48/60)であった。一方で HGD と IC の偽陰性例を検討すると, 胃型3例, 腸型3例, 膵胆道型4例, 好酸性顆粒型2例で好酸性顆粒型に多い傾向を認めた。最終病理診断 IGD39例の検討では, 細胞診で Class I-V (I/II/IIIa/III: 20例, IIIb: 8例, IV/V: 11例)に分類された。また IPMN との鑑別が必要とされる MCN や SCN については, 細胞診での異型度は乏しく IPMN HGD 以上の病変との鑑別は容易であった。

【結語】好酸性顆粒型以外の HGD 以上の IPMN 鑑別に細胞診は有用であるが, IGD の鑑別は困難である。画像的類縁疾患 (MCN や SCN) については細胞診での鑑別は比較的容易である。

W4-4 膵管内乳頭粘液性腫瘍の細胞像と画像診断

大阪府立成人病センター病理・細胞診断科

○竹中明美(CT), 富田裕彦(MD)

【はじめに】膵管内乳頭粘液性腫瘍は画像所見が重要である。しかし、良悪の診断は細胞診・組織診が必須であり、膵液や近年、EUS-FNA 検体が呈出される。良悪の鑑別所見を中心に他の嚢胞性病変との画像・細胞像を呈示したい。

【膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の細胞像】画像診断にて主膵管拡張、嚢胞を指摘され、IPMN が疑われる。この病変は多段階的の発育進展を示すとされ、同一病変に低異型度から高異型度、浸潤がみられ、膵液などの検体中にも、様々な異型細胞を認める。一番異型の強い細胞で異型度の診断を行うが、高異型度になるにつれ、小集塊となり、細胞質内粘液も少なくなるため、慎重なスクリーニングが必要となる。近年、亜型(胃型、腸型、膵胆道型、好酸性細胞型)推定のため免疫組織学的鑑別が施行されるようになったが、異型細胞の特徴は明確でない。良悪の診断にどのような抗体を使い免疫染色を行うのが効率的なのか、検討した。また、膵 EUS-FNA が盛んに施行されるようになり、IPMN に遭遇することも少なくない。穿刺材料であるが、膵液と同様、高度異型細胞が少数採取される症例もあり、スクリーニングが必要である。鑑別が困難とされる非浸潤性と浸潤性についても、検討する。

【嚢胞状を示す膵腫瘍】IPMN 以外に嚢胞状を示す膵腫瘍として粘液性嚢胞腫瘍 (MCN)、漿液性嚢胞腫瘍 (SCN)、SPN があげられる。これらの腫瘍で細胞像のみで鑑別することは、困難なこともあるが、画像診断を知ることにより、鑑別可能となる。SCN, SPN は特徴的な細胞像を示す症例もある。

【画像と細胞像】画像診断を理解することは重要である。また、免疫染色などを施行し客観的診断を求められるようになるであろう。

◇ワークショップ5

LBC 検体を用いた ANCILLARY TECHNIQUES

W5-1 子宮頸がん検診液状化細胞診の残検体をセルブロックとして利用した精度管理の検討

中部地区医師会検診センター臨床検査課病理・細胞診¹⁾, 中部地区医師会検診センター八重山出張所²⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座³⁾○大竹賢太郎(CT)¹⁾, 赤嶺奈月(CT)¹⁾, 黒島義克(CT)²⁾, 高松玲佳(MT)³⁾, 松崎晶子(MD)³⁾, 吉見直己(MD)³⁾

子宮頸がん検診の精度管理をしていくうえで、精密検査の把握は重要な意義があるが、検診施設では精密検査の追跡が煩雑で追跡不能となる場合が見られる。また、ASC-H は ASC の 10% 以下が望ましいとされているが、当センターでは ASC-H が ASC のうち 20% 以上を示し割合が高い。今回、前途に述べた問題点において、液状化検体細胞診 (Liquid Based Cytology ; LBC 法) の残検体をセルブロック標本として活用し、子宮頸がん検診の精度管理への利用の可能性について検討した。対象は 2014 年度~2015 年度の子宮頸がん検診受診者で、要精検の対象となる ASC-US 以上の症例 122 例 (17 歳~90 歳, 平均年齢 44.2 歳) を対象とした。細胞診断ごとに精密検査の結果で CIN1 以上の生検組織診断がされた割合を陽性的中率 (positive predictive value ; PPV), LBC 法残検体のセルブロック標本における推定組織診断と精密検査時の生検組織診断との一致率を κ 係数 (コーエン) にて求めた。個々の細胞診断の PPV は ASC-US 50%, ASC-H 73%, LSIL 57%, HSIL 86%, AGC 63%, Malignancy 100% であった。セルブロック標本と生検組織診断との一致率は中程度 (0.4~0.6) の一致度 ($\kappa=0.43$) とともに、CIN1 以上の扁平上皮病変と診断された 34 例では高い一致度 (0.81 以上) が認められた ($\kappa=0.87$)。PPV の結果は、細胞診として異型の高い判定がされた場合、高い精度での組織病変を予測ができ細胞診の有効性が示された。セルブロック標本は異常細胞集塊を組織構築として、核やクロマチン構造の観察を容易にして組織学的な推定病変として判定可能であった。そのため、組織診の代用として精密検査の未精検受診者や未把握者や ASC-H 判定の振り分けに利用価値があり、精度管理に有効な方法であると考えられた。なお、2016 年度の子宮頸がん検診の要精検症例も加えて考察したい。

W5-2 LBC 検体を用いた免疫染色—甲状腺・副甲状腺を中心に—

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

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

免疫細胞化学染色 (Immunocytochemistry : ICC) は, 免疫組織化学と同様に, 通常塗抹標本において広く診断に利用されてきた. 近年, Liquid-based cytology (LBC) 検体を用いた細胞診断が次第に普及しつつあるが, LBC 検体を用いた ICC の報告は未だ少ない. 今回, 我々は LBC 検体を用いた ICC の方法とメリット, およびそのピットフォールを, 通常塗抹標本を用いた ICC と比較しながら, 甲状腺・副甲状腺の検体を中心に報告する. LBC には様々な方法があり, 固定保存液もそれぞれ異なるため, それぞれの施設で事前に十分な染色性の検討が必要となる. LBC 検体の最大のメリットは, 細胞転写法を用いなくても, 一検体から複数枚の標本作製することができるため, より簡便で迅速に行われることである. また, LBC 保存液中の検体は長期間抗原性が保持されるため, 追加検討も可能である. 当院は, CytoRich RED 液を用いた Sure path 法を採用している. 甲状腺・副甲状腺の領域では, 共染しやすい背景の血液成分やコロイドが除去されるため, 染色性の判定が通常塗抹標本よりも容易である. また, LBC は通常塗抹標本と比べて細胞形態の保持が良いため, 細胞膜や細胞質の染色に優れている. ただし, リンパ腫細胞は細胞質が変性しやすいので, LBC 標本は ICC には不向きである. LBC 検体を用いた ICC は通常塗抹標本と比べ, 簡便性・有用性ともに優れている. LBC 検体で ICC を行う場合は, 十分な染色性の検討が必要である.

W5-3 乳癌における DISH 法を用いた HER2 遺伝子検出

東海大学医学部附属大磯病院中央臨床検査科¹, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科², 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科³, 東海大学医学部附属大磯病院病理診断科⁴, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁵

○小山田裕行(CT)¹, 加戸伸明(CT)², 坂口繁美(CT)², 才荷 翼(CT)², 望月紀英(CT)², 芹澤昭彦(CT)², 宮嶋葉子(CT)², 伊藤 仁(CT)², 藤田大貴(CT)³, 渡具知克(CT)³, 町田知久(MD)³, 井野元智恵(MD)^{4,5}, 梶原 博(MD)⁵, 中村直哉(MD)⁵

抗 HER2 療法の適否を決める HER2 を解析する手法として, 病理組織標本を対象とした免疫組織化学染色 (IHC) 法や FISH 法, CISH 法, DISH 法が応用されている. 前者は HER2 タンパク発現を判定する検査であり, 後者は HER2 遺伝子増幅の有無を検査する. FISH 法, CISH 法, DISH 法はいずれも保険収載されており, 中でも DISH 法は自動免疫染色装置にて染色可能で, 染色の標準化が図れる方法として知られている. しかし, 胃癌・乳癌 HER2 病理診断ガイドラインにも記載されているように, HER2 検査は組織標本を使用して行うこととされ細胞診検体は原則として勧められていないのが現状である. ただし, 乳腺穿刺細胞診標本のみに癌細胞が出現していた場合や体腔液中の癌細胞に対して検査を要する場合には, 細胞診検体が唯一の検査材料になりうるが, 直接塗抹に代表される従来法標本では枚数に制限があり, ISH 法を応用することが困難である.

近年, 新たに液状化処理細胞診 (Liquid-based cytology : LBC) 法が開発され注目を集めている. LBC 法は従来法とは異なり Papanicolaou 染色標本以外に複数枚の未染標本が作製可能という長所を有するほか, メタノールあるいはエタノールベースでの固定液を使用するためタンパクや遺伝子の保持が良好と報告されているが, ISH 法を用いて詳細に検討した報告は少ない. そこで今回われわれは, 乳癌における HER2-ISH 法について LBC 標本を用いて検討した. 材料は術中迅速診断で提出された手術摘出標本の腫瘍部を擦過し, LBC 標本作製した. 遺伝子検出には, 自動免疫染色装置 (BenchMark ULTRA) にて染色可能な DISH 法を用いた. 今後症例を増やし LBC 標本を用いた HER2 遺伝子検査について, メリットデメリットに触れながらその可能性について考察する.

W5-4 FISH 法による ALK 融合遺伝子解析

兵庫医科大学病院病院病理部

○中村純子(CT)

ALK 融合遺伝子は、非小細胞肺癌の約 3~5% に認められる。ALK の異常を検出する方法には、FISH、免疫組織化学、RT-PCR があり、その対象検体としては、手術組織や生検組織、細胞診検体等がある。近年、液状化検体細胞診 (Liquid-based cytology, 以下 LBC) が普及しつつあることから、今回 LBC 検体を用いた FISH 法での ALK 融合遺伝子の検出について検討した。LBC 検体を用いて FISH 法を行う際には二つの問題点がある。まず、種々の LBC 検体作製方法において固定液の成分が異なるため、FISH 法への影響を知っておく必要があること、もう一つは、細胞診検体では腫瘍細胞の同定が困難な場合があり、腫瘍細胞以外の細胞で判定してしまうこと、が挙げられる。今回、1. 各種固定液の違いによる影響、2. 正確に腫瘍細胞を選択して判定する方法、3. 胸水や気管支肺胞洗浄液、組織片の洗浄液等の検体による検出率の違い、の 3 項目について詳細に検討した。検出試薬としては、ALK 阻害剤であるクリゾチニブ及びアレクチニブの非小細胞肺癌患者への適応を判断するためのコンパニオン診断薬であるアボット社の Vysis ALK Break Apart FISH プローブキットを用いた。このキットの「操作上の注意」として「非小細胞肺癌患者の 10% 中性緩衝ホルマリン固定パラフィン包埋がん組織に対してのみ使用できる。」と記載されているが、LBC 検体を用いた本キットによる FISH 法が組織検体の場合と同様に、もしくは補助的に有用であるかどうかについて報告する。

W5-5 RNA の抽出とその応用

金地病院外科¹、大阪府立大学大学院生命環境科学研究科²、日本医科大学内分泌外科³、隈病院病理科⁴

○軸菌智雄(PhD)^{1,2,3}、石橋 幸(PhD)²、
廣川満良(PhD)⁴、乾 隆(PhD)²、杉谷 巖(PhD)³

【はじめに】Liquid based cytology (LBC) は甲状腺細胞診においても普及し始めており、またその余剰検体を用いた研究も行われているものの、固定された細胞からの RNA 抽出は困難を伴うことから、遺伝子発現を指標とした診断への応用は進んでいない。これは固定操作の影響によるものと考えられるが、その点を実証した報告は皆無である。我々は、ホルマリン固定パラフィン包埋サンプルからの RNA 抽出において有効である Proteinase K (ProK) 処理が、LBC と同様の固定処理を施した細胞からの RNA 抽出効率に及ぼす効果について検討した。また、穿刺吸引細胞診検体からの細胞回収時にガラス繊維フィルターを用いたトラップ法を採用することにより、回収効率の改善を試みた。

【方法】ヒト甲状腺乳頭癌細胞株 K-1 を培養し、一定数の細胞を固定しない群と固定保存液サイトリッチレッド (バクトン・ディッキンソン) にて固定した群に分けた。各群のフィルターを、ProK を含む溶解液中に 55℃ にて 0~6 時間浸漬した。この液を回収後 RNAiso-Blood (タカラバイオ) を用いて RNA を抽出した。また、ガラス繊維フィルター GF/C (GE ヘルスケア) に通すことにより細胞をトラップし、その効果を検討した。定量的 RT-PCR により核小体 RNA である U6 small nuclear RNA (U6) の検出を試みた。

【結果】ProK 処理を施した細胞からは定量可能な収量の RNA が得られたが、ProK 未処理細胞からの RNA 収量は定量可能下限値を下回った。また、定量的 RT-PCR により、U6 を検出することができた。さらに、ProK 処理を施して得られた RNA を用いて U6 の検出が可能であった。フィルターを用いることにより、検体中のほぼすべての細胞を回収することが可能であった。

◇ワークショップ 6

呼吸器細胞診での検体取扱い

W6-1 細胞診を基にした肺癌治療戦略の構築—臨床医の立場から—

香川大学医学部血液・免疫・呼吸器内科¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部²⁾

○坂東修二(MD)¹⁾, 松永 徹(CT)²⁾, 本山睦美(CT)²⁾, 片倉和哉(CT)²⁾, 郷田 衛(CT)²⁾, 宮本加菜(CT)²⁾, 宮井由美(MD)²⁾, 門田球一(MD)²⁾, 香月奈穂美(MD)²⁾, 串田吉生(MD)²⁾, 羽場礼次(MD)²⁾

近年, 肺癌の分子メカニズムが解明されるとともに新規治療薬の開発もめざましい進歩をとげている. この10年を振り返っても, 1) 腺癌に有効な抗がん剤, 2) 血管新生阻害薬, 3) 分子標的治療薬, 4) 免疫チェックポイント阻害薬等の登場により肺癌患者の治療選択肢は増加した. 中でも分子標的治療薬は癌細胞が有する遺伝子変異に基づいて選択される薬剤であり, 特異的遺伝子変異を有する患者においては大きな効果が期待できることから, 現在では肺癌治療の中心的役割を担っている. このような治療の進歩と同時に, 細胞診の役割も進化している. すなわち, これまでの良悪性の判断や組織型の推定に加えて遺伝子変異を同定するための細胞診あるいはバイオマーカーを同定するための細胞診へと進化している. 香川大学医学部附属病院においては, 気管支内視鏡検査及びCT下肺生検において, いち早く on site cytology (迅速診断) を導入し, 診断率や安全性の向上を得ることができたが, このシステムが遺伝子変異の検出にも役立つことを見いだした. 遺伝子解析では正常細胞と癌細胞の比率が重要であり, 癌細胞の比率が高い検体ほど解析に適している. この正常細胞と癌細胞の比率を on site cytology で確認し, 癌細胞比率の高い検体を解析することでより正確な結果を得ることが可能となっている. さらに細胞診終了後の検体を用いてセルブロックを作成し, ALK や PD-L1 等バイオマーカーの免疫染色を行い治療戦略の構築に役立っている. 本発表では肺癌治療薬の進歩を概説するとともに当院の細胞診における呼吸器内科と病理診断科・病理部の取り組みについてご紹介する.

W6-2 正確な診断を行うための検体取扱い—病理医の立場から—

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○元井紀子(MD)

肺癌はがん死で最も多い臓器であり, 罹患数も増加している. 肺癌を克服するためには, 適切な診断・治療が求められる. 肺癌はその多くが進行癌であり, 細胞診, 生検などの微小検体での診断が治療方針決定に重要な役割を果たしている. 分子標的治療薬ではドライバーがん遺伝子変異が, 免疫チェックポイント阻害薬では PD-L1 発現がバイオマーカーとして治療選択の上で重要な指標であり, 日常的病理診断でも形態学的診断に加えてバイオマーカー検索を適切に実施する必要がある. 2015年の肺癌 WHO 分類第4版では, 微小検体での診断アルゴリズムが提唱された. 形態学的に判断の難しい場合には免疫染色による分化マーカーを用いた診断を推奨している. 従来の非小細胞癌や大細胞癌のうち, 免疫染色で腺癌(TTF1, Napsin A など)あるいは扁平上皮癌マーカー(p40, CK5/6 など)を用いて細分類する方針となっている. また治療などに必要なバイオマーカー検索が可能となるように検体の無駄な消耗を避ける必要がある. 病理医の立場から微小検体の取り扱いや診断を行うときに知っておくべき注意点, 問題点や日常診療での工夫などを述べる.

W6-3 肺癌の術中における細胞診検体の取扱いと意義

大阪府立成人病センター臨床検査科病理細胞診¹, 大阪府立成人病センター病理細胞診断科², 大阪府立成人病センター疫学予防課³, 大阪府立成人病センター呼吸器外科⁴

○西村早菜子(CT)¹, 竹中明美(CT)², 芦村純一(CT)¹, 富田裕彦(MD)², 中山富雄(MD)³, 東山聖彦(MD)⁴

【はじめに】肺癌の術中細胞診検体として、当センターでは「開胸時胸腔内洗浄」「腫瘍穿刺」「腫瘍捺印」「マージン洗浄」があり、迅速パバニコロウ染色を施行している。その実際と意義について報告する。

【開胸時胸腔内洗浄】開胸時胸腔内洗浄の意義は予後因子とされ、陽性の症例では再発や転移と相関されるといわれているが、病期には反映されていない。しかし、一般的に施行されており、当センターでも全例、実施される。血液成分の多い検体では溶血法を用い、細胞数の少ない検体ではLBC法を用いている。

【腫瘍穿刺】術前診断が不明な症例で施行し、細胞の良悪、組織型の鑑別を行なう。ガラスに吹き付けた後の穿刺針をLBCバイアル液で洗浄し、細胞を保存している。

【腫瘍捺印】細胞の良悪、組織型の鑑別をはじめ、胸腔鏡下腫瘍切除症例で腺癌と診断した症例は予後推定group分類を行なう。主な鑑別項目は「細胞集塊の大きさ」「細胞集塊の重積性」「核の大きさ(大小不同)」「核小体」「クロマチン」であり、点数制にしている。小型腺癌症例でも異型が強く点数が高くリンパ節転移などを否定できない症例は術式変更になることもある。また、腫瘍をLBCバイアル液で保存し、免疫染色を施行し、客観的な組織型の決定を行っている。

【マージン洗浄】摘出された切除材料と切除時に用いた器具の洗浄液が提出される。切除面に異型細胞が無いかが判定し、腫瘍が確実に取りきれているかの確認できる。マージン洗浄が陽性の場合は追加切除となる。

【まとめ】当センターでは術中にgroup分類や迅速マージン洗浄を行ない、結果に応じて術式の変更や追加切除を施行するなど、迅速細胞診が役立っている。

W6-4 免疫細胞化学的検索を行うための検体取扱い

東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科¹, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科², 東海大学医学部附属病院病理検査技術科³, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁴

○町田知久(CT)¹, 伊藤 仁(PhD)³, 加戸伸明(CT)³, 渡具知克(CT)¹, 藤田大貴(CT)¹, 野村 希(CT)¹, 平岩真一郎(MD)², 杉山朋子(MD)², 中村直哉(MD)⁴, 田尻琢磨(MD)²

呼吸器細胞診分野での診断において免疫細胞化学的検索の有用性は言うまでもない。近年、肺癌治療の選択は、EGFR や ALK 等の分子生物学的治療の出現によって選択肢が拡大したと同時に治療効果においても良好な成績が報告されている。また、手術適応か化学療法かの選択においては、神経内分泌系マーカーを用いた小細胞癌の鑑別も重要である。このように免疫染色を行う頻度が高くなるにつれ、細胞診検体を免疫染色に用いる場合も増加している。呼吸器分野で免疫細胞化学的検索に用いられる検体は、喀痰、気管支擦過、気管支洗浄液等が対象となる。喀痰、気管支洗浄液は塗抹が他の検体と比較し厚いこと、また粘性が強いため、免疫染色では操作中の熱や物理的刺激で細胞の剥離が起りやすい。このような場合、粘液融解剤を用いて細胞剥離を軽減させる方法がある。喀痰、気管支擦過検体での粘液融解剤の使用方法、特に添加量、添加時間による染色性変化を検討した。また、予備検体や使用可能な標本が少ない場合は、papanicolaou 染色標本の細胞転写法を用いて新たな標本作製することも一方である。今回は、標本が厚い喀痰、気管支擦過での転写法の工夫について検討を加えた。更に、LBC法は細胞の保存が可能のため鏡検後に免疫染色が必要になる場合や稀少例の際に有用である。気管支擦過の際にブラシまたは鉗子自体を保存液で濯ぎ、必要な場合は標本作製を行う。今回は、BD社のSure Path法を用いて、その操作方法や染色性について検討した。これらを中心に呼吸器領域における免疫細胞化学的検索での問題点を抽出し、その解決策について報告する。

W6-5 遺伝子検査を行うための検体取扱い

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野¹⁾, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科²⁾, 日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野³⁾

○中西陽子(PhD)¹⁾, 関 利美(CT)²⁾, 鈴木敦子(CT)²⁾, 山本久恵(CT)²⁾, 橋本尚子(CT)²⁾, 勝沼真由美(CT)²⁾, 廣谷ゆかり(CT)¹⁾, 唐 小燕(MD)¹⁾, 楠美嘉晃(MD)^{1,2)}, 清水哲男(MD)³⁾, 辻野一郎(MD)³⁾, 高橋典明(MD)³⁾, 橋本 修(MD)³⁾, 杉谷雅彦(MD)²⁾, 増田しのぶ(MD)^{1,2)}

進行肺癌の薬物治療では, 上皮成長因子受容体(EGFR) 遺伝子にチロシンキナーゼ (TK) 活性型の変異を持つ患者に対する阻害剤 (EGFR-TKI) や, Anaplastic lymphoma kinase (ALK) 融合遺伝子を持つ患者に対する阻害剤 (ALK-TKI) の有効性が認められるなど, 分子標的治療の進歩が目覚ましい。分子標的薬のコンパニオン診断として, 治療効果が期待される患者を適切に選定するため, 従来の細胞形態や特殊染色による診断に加えて, 遺伝子検査を行うことが必要となった。遺伝子検査の対象となる呼吸器細胞診検体は, 喀痰, 気管支擦過検体, 気管支洗浄液, 経気管支穿刺吸引検体, 経皮的肺穿刺検体, 縦隔洗浄液, 胸水などすべてである。特に生検が施行されない患者では, 細胞診検体は腫瘍細胞を含む貴重な検体である。遺伝子検査で問題となるのは, 腫瘍細胞中の核酸 (DNA, RNA) の断片化と, 検体中に含まれる腫瘍細胞の数と割合である。前者に対しては, 検体採取法の特徴, 様々な固定および染色条件の違いが影響する。後者については, 実は遺伝子検査において最も重要な点であるため, これらを含めた検体取り扱いについて報告する。進行肺癌において治療方針を決定するための遺伝子検査結果が偽陰性となることは患者に多大な不利益をもたらす。また, 呼吸器細胞診検体はセルブロック化が推奨されているが, 将来, 癌のクリニカルシーケンスによる遺伝子検査が実用化されるような場合も考慮すると, より精細な遺伝子検査の感度や精度を担保できるような検体処理がますます重要となる。

◇ワークショップ7

乳腺の境界悪性病変: 細胞診どこまで迫れるか?

W7-1 Low-grade breast neoplasia を含むいわゆる境界病変の組織像

久留米大学医学部附属医療センター病理診断科¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 三重大学医学部附属病院病理部³⁾

○山口 倫(MD)^{1,2)}, 横山俊朗(CT)¹⁾, 小塚祐司(MD)³⁾, 矢野博久(MD)²⁾

乳腺における境界病変とは様々な考え方・捉え方があると思われる。今回与えられたテーマは“境界病変”であるが, 用語の使い方も含めて我々の考える“境界病変”について概説したい。

組織診断における“境界病変”とは, その1つの考え方に良悪性を確定できない病変を指し, 量的・質的の二つの定義が想定されている。前者には乳管内増殖性病変の平坦型上皮異型 (FEA) や異型乳管過形成 (ADH), 乳頭腫内に見られる異型病変 (ADH or DCIS) がある。これらは免疫組織化学的にも低異型度 DCIS と同様の腫瘍であることが示唆されるが, 構築や2または3 mm という量的規制によって悪性の診断がなされないものであり, 異型細胞は基本的に悪性病変と相等である。後者には良悪性のポテンシャルがまだまだ議論されている乳管内のアポクリン病変や粘液瘤様病変 (MLL) などがある。

細胞診における“境界病変”は, 細胞像において良悪性の鑑別が困難な病変が含まれる。いわゆる鑑別困難例である。乳頭状病変や線維腺腫の上皮成分などが相当するが, それらは組織診断では背景病変と総合して良悪性の診断が確定される。一方, 組織診で量的診断基準のある ADH や FEA, 乳頭腫内の異型病変, 質的基準がまだまだ曖昧なアポクリン病変などを, 細胞診が純粋な細胞像に基づいて悪性と診断する場合も想定しうる。細胞診は組織診よりも病変の本質に迫っている可能性も考えられるが, 細胞診と組織診断に解離が生じうる。

本発表では, いわゆる“境界病変”に絞り, 現在 low-grade breast family と呼ばれている, ADH や FEA を含む高円柱上皮病変 (CCL) や乳頭腫内の異型病変, 加えて良悪性のポテンシャル不明な乳管内アポクリン病変, MLL の組織像について述べる。

W7-2 判定区分「鑑別困難」の見方・考え方—組織像に対する細胞像の検証—

社会医療法人飯田病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学付属病院病理部²⁾

○松澤こず恵(CT)¹⁾, 葉山綾子(CT)²⁾, 松原美幸(CT)²⁾, 土屋眞一(MD)¹⁾

乳癌取扱い規約(第17版)の細胞診の項では、「鑑別困難」は“良性悪性の鑑別が困難な症例を指す”と規定されており, これには主に乳頭状病変, 上皮増生病変, 上皮-結合組織増生病変が含まれるとされ, いわゆる質的診断の部分が含まれている。取扱い規約には上記規定に加え, さらに付帯事項として“「鑑別困難」は検体不適正を除いた細胞診総数の10%以下が望まれる”とされている。しかし現状では「鑑別困難」が10%以上を占めている施設が多いと思われる, この現状を, 臨床側の立場になって考察すると, 「鑑別困難」の場合は, 経過観察で良いのか, 針生検等に進んでよいのか苦慮するところである。さらに「鑑別困難」がかなりの部分を占めてくると, とすれば臨床との信頼関係が損なわれてくることも予想される。日常, 我々が細胞診で, 「鑑別困難」と診断する場合は, 主に2種類が挙げられる。1つは乳管内乳頭腫や乳管腺腫など, その後の組織診断において良性とされたもの, もう1つは非浸潤性乳管癌に代表される悪性病変である。これらを背景に我々は「鑑別困難」と診断する時には可能な限り, 「良性寄り」あるいは「悪性寄り」かを付記することを心掛けている。さらに「良性寄り・悪性寄り」そのどちらとも判断しかねる症例についても臨床側に伝えることにしている。

本ワークショップに当たり, 我々は「鑑別困難」を「良性寄りの鑑別困難例」と「悪性寄りの鑑別困難例」に分け, それぞれに対して良性寄りと考えられる細胞像とその組織像の比較検討, 悪性寄りと考えられる細胞像とその組織像の比較検討を供覧するとともに「鑑別困難」の本質に迫ってみたい。

W7-3 本学における乳管内病変の細胞学的検討

広島大学病院病理診断科

○尾田三世(CT), 有廣光司(MD), 内島由加里(CT), 石田真悠(CT), 田岡智恵(MT), 田中祐菜(CT), 丸橋由加里(CT), 清水智美(CT), 金子佳恵(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT), 小川勝成(CT), 織田麻琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD)

【緒言】現在の乳癌診療では画像診断の向上により, 5 mm以下の小型腫瘍あるいは非腫瘍形成性病変が指摘される症例が増加しており, 細胞学的には乳管内過形成(IDH), 異型乳管内過形成(ADH), 乳管内乳頭腫(IDP), 硬化性乳頭腫(SCP), 非浸潤性乳管癌(DCIS)の鑑別が問題になる。これらの病変の細胞像と推定診断上の留意点を考えてみる。

【対象と方法】本学の乳腺細胞診ファイルの中で上記病変を推定した症例のうち組織学的診断がついた58病変を抽出して組織像との対比を行った。

【結果と考察】細胞診でIDPを推定した38例の組織診断の内訳はIDP10例, SCP7例, 線維腺腫(FA)5例, DCIS2例, 浸潤性乳管癌(IDC)12例であり組織学的浸潤径pT: 0.5-9 mm, 癌腫の乳管内進展も含めた『広がり』は, 10-30 mmであった。ADHを推定した6例の組織診断の内訳はIDP1例, SCP1例, IDC4例でありpT: 3-9 mm, 『広がり』は, 13-30 mmであった。DCISを推定した7例の組織診断の内訳は, IDC1例, SCP1例, DCIS1例, IDC4例であり, pT: 1-6 mm, 『広がり』は, 10-30 mmであった。低異型度悪性細胞の同定と小型病変が推定診断を困難にしていると考えた。更にWHO分類(2012)では低異型度悪性細胞の量的評価によりADHやDCISを伴う乳頭腫が記載されており細胞診による推定診断の可能性が議論される。また平坦状上皮異型(FEA)についても考察したい。

W7-4 境界病変の細胞学的検討：FEA および Low grade DCIS を中心に

国家公務員共済組合連合会東北公済病院検査科病理¹⁾，東北公済病院乳腺外科²⁾，泉中央乳腺クリニック³⁾，川崎医科大学病理学⁴⁾

○長嶋真紀(CT)¹⁾，平川 久(MD)²⁾，武田元博(MD)³⁾，木村道夫(MD)³⁾，森谷卓也(PhD)⁴⁾

近年の画像診断技術の進歩やマンモグラフィ検診の普及により，境界悪性病変，中でも細胞異型や構造異型に乏しい乳管内異型上皮増殖性病変に遭遇する機会は急激に増加している．Flat epithelial atypia (FEA) は単層あるいは3～5層の軽度異型な細胞により置換された乳管内増殖性病変と定義されており，ほとんどは非触知であるがマンモグラフィによる分泌型石灰化を契機に発見される．低異型度で比較的単調な円柱上皮細胞がTDLU内にflat patternをとりながら増殖し嚢胞状に拡張するため，穿刺により病巣から細胞の採取が可能と考えられるが，細胞像の診断基準に関しては十分な整理がされていない．Low grade DCISでは細胞異型に乏しいことに加えて，良性でも見られる組織構築をとる場合や，病巣が小さく周辺の過形成性乳管を含めて細胞が採取される場合では，良悪性の鑑別が困難になることがある．今回は異型の弱い腫瘍の中でもFEAとLow grade DCISの細胞形態について検討し，過少あるいは過剰な判定を防ぐ為に有用な細胞所見やピットフォールについて述べる．

W7-5 術前針生検および細胞診による乳腺境界病変診断の実情

日本医科大学付属病院病理診断科

○大橋隆治(MD)

乳腺腫瘍の病理診断において，“乳腺境界病変”のカテゴリーに含まれる病変には，乳頭状病変（乳管内乳頭腫，乳頭癌，非浸潤性乳管癌），上皮増生病変（乳管過形成，ADH，低異型乳癌など），上皮結合組織増生病変（乳腺症型線維腺腫など）が挙げられる．これらの症例を術前針生検および細胞診で診断する場合，良悪の判定に苦慮することが多い．その理由としては，病変そのものが含有する質的，あるいは量的な問題が大きいのと思われるが，それ以外に診断医の経験，知識なども大きな因子となっている可能性がある．そしてこれらの境界病変は，術前には乳癌取扱い規約第17版で定められている“鑑別困難”のカテゴリーに高頻度に分類されることが多いと予測されるが，その一方で，手術材料では，上記に列挙した境界病変と最終診断されたにも関わらず，術前には，良悪が確定されていた逆の可能性も想定される．本発表では，乳腺境界病変が実際に，どのように術前針生検および細胞診で診断されているのか，診断医によってどのようなばらつきが生じるのか，など，現場で乳腺境界病変がどのように扱われているのかを把握し，診断を困難にしている因子を模索してみる．その結果を踏まえて，我々は今後，どのような点に注意して診断にあたるべきなのか，考察してみる．

◇ワークショップ8

唾液腺細胞診の診断ポイント

W8-1 多形腺腫を極める：典型像からピットフォールまで

杏林大学医学部付属病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部付属病院病理学教室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⁾, 山野 環(CT)²⁾, 住石 歩(CT)²⁾, 近藤凡子(CT)²⁾, 藤原正親(MD)²⁾, 望月 眞(MD)²⁾, 柴原純二(MD)¹⁾

【目的と方法】唾液腺腫瘍の中で最も発生頻度の高い多形腺腫は多彩な細胞形態を示すため、穿刺吸引細胞診標本で診断する際に難渋したり、他の腫瘍と誤診することがある。今回我々は唾液腺腫瘍の穿刺吸引細胞診が行われ、その後組織学的に多形腺腫と診断された症例を用い、細胞診標本での典型的な細胞像とピットフォールについて検討した。

【成績】細胞診標本に出現する物質および細胞像は多い順に間質性粘液、紡錘形細胞、形質細胞様細胞、腺細胞、組織球、扁平上皮化生細胞であった。異型の強い細胞がみられた場合には多形腺腫由来癌との鑑別が必要であった。嚢胞液のみ採取の場合には腫瘍内に嚢胞形成があるもので、再度充実性部分への穿刺が求められた。細胞が採取されない、または乏しかった場合には骨・軟骨化の強いものがあつた。誤診しやすい疾患としては基底細胞腺腫、腺様嚢胞癌、多型低悪性度腺癌など筋上皮細胞が関与する腫瘍であつた。

【考察】多形腺腫の穿刺吸引細胞診のポイントは以下が考えられた。1. 典型像を把握する。2. 嚢胞液のみ、または細胞採取量が乏しいものは場所を変えて穿刺を行う。3. Papanicolaou 染色標本のみならず間質性粘液を把握しやすい May-Giemsa 染色標本も作成して、背景にみられる物質と腫瘍細胞を詳細に観察する。4. 診断の際には細胞像と共に患者の臨床所見(年齢、性別、発生部位、腫瘍の大きさ)を参考にし、総合的に判断する。

W8-2 類基底型細胞からなる唾液腺腫瘍の細胞学的鑑別診断

大分大学医学部附属病院病理部

○駄阿 勉(MD)

基底細胞に類似する腫瘍細胞から構成される唾液腺腫瘍としては、まず基底細胞腺腫、基底細胞腺癌が挙げられる。基底細胞腺腫では、N/C比の高い比較的小型の腫瘍細胞が主体をなし、胞巣形成、索状配列を示す。胞巣辺縁の観兵式配列、胞巣周囲の基底膜様物質が特徴的で、腫瘍周囲には線維性被膜をもつ。細胞像は、軽度の重積性、結合性を示す細胞集塊が出現し、基底膜様物質を伴う。基底細胞腺癌は、組織学的構築は基底細胞腺腫と概ね同様であり、したがって、細胞学的にも同様の像を呈する。両者の鑑別点は浸潤の有無であり、細胞像のみでの鑑別は困難である。上記2者以外で、基底細胞に類似する腫瘍細胞からなる、またはその一部に基底細胞様の腫瘍細胞を含む腫瘍としては、腺様嚢胞癌、多形腺腫、細管状腺腫、筋上皮腫、筋上皮癌、唾液腺非固有のものとして小細胞癌、神経内分泌癌、基底細胞様扁平上皮癌等が挙げられる。発生頻度や良悪鑑別の観点から、基底細胞腺腫(腺癌)、腺様嚢胞癌、多形腺腫3者の鑑別が臨床上重要であろうと考えられる。腺様嚢胞癌、多形腺腫では、硝子球または粘液球、軟骨や間質粘液という、それぞれの特徴像があれば鑑別困難ではないが、充実型腺様嚢胞癌や、間質成分の少ない多形腺腫で粘液球や軟骨等の特徴像に乏しい場合は、その鑑別は困難なものになると思われる。これらの腫瘍を含め、類基底型細胞からなる種々の腫瘍について、細胞像による鑑別点、あるいはその限界について、概説したい。

W8-3 好酸性細胞や嚢胞形成を特徴とする唾液腺腫瘍の細胞診断

九州大学病院病理診断科

○山元英崇(MD)

好酸性細胞、嚢胞形成ならびにリンパ球増生を特徴とするワルチン腫瘍の細胞像は有名である反面、異なる病変をワルチン腫瘍と誤認してしまう恐れがある。本ワークショップではワルチン腫瘍の典型的な細胞像を再整理するとともに、注意すべきピットフォールを紹介したい。鑑別診断に際して、部位は非常に重要である。ワルチン腫瘍は必ずと言っていいほど喫煙者の耳下腺に発生するので、顎下腺の場合は他の病変を考慮すべきである。ときに粘表皮癌や腺房細胞癌などの低悪性度癌が腫瘍関連リンパ球増生(TALP)を伴うことがあるので、上皮細胞+リンパ球=ワルチン腫瘍という公式は必ずしもあてはまらない、ということを確認しておく必要がある。また、好酸性細胞の視点からは、オンコサイトーマや種々の腫瘍のオンコサイト亜型(粘表皮癌など)が鑑別に挙げられる。嚢胞性病変の鑑別診断の点では、リンパ上皮嚢胞、嚢胞腺腫、乳腺相似分泌癌や低悪性度篩状嚢胞腺癌などに加え、多形腺腫や基底細胞腺腫の嚢胞性変化にも注意が必要である。

W8-4 まれな唾液腺悪性腫瘍の細胞診断

東京大学医学部附属病院病理部

○牛久 綾(MD)

唾液腺に発生する腫瘍の多くは良性腫瘍であり、悪性腫瘍の発生する頻度は少ない。さらにその組織像は多彩であり、組織学的、細胞学的にも診断に難渋することが少なくない。唾液腺に発生する悪性腫瘍において、比較的頻度の高いものとしては粘表皮癌、腺様嚢胞癌、多形腺腫由来癌などがあり、この他、腺房細胞癌、乳腺相似分泌癌、唾液腺導管癌、上皮筋上皮癌などのまれな腫瘍も経験される。術前の穿刺吸引細胞診によりこれらの悪性腫瘍を診断することは、適切な治療法の選択や予後の予測を行う上で重要である。典型像を示すものについては比較的診断は容易である一方、細胞診で組織型を特定することが難しい症例もしばしばあり、いまだ課題も多い。正しい診断に至るためには、それぞれの腫瘍における細胞像の特徴を理解しておく必要があり、腫瘍細胞の観察による良悪の判定や二相性の有無の評価、特徴的な構築や付随する間質などの所見をいかに見出すことができるかが鍵となる。また、手術により摘出された腫瘍の組織像と細胞診で得られた細胞像との比較を行うことは、細胞診の精度を高めるために極めて重要なプロセスである。このような点をふまえ、まれな唾液腺悪性腫瘍の細胞診における診断のポイントを提示、解説したい。

W8-5 唾液腺リンパ増殖性病変の細胞像

東海大学医学部付属病院病理検査技術科¹⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学²⁾

○望月紀英(CT)¹⁾, 加戸伸明(CT)¹⁾, 芹澤昭彦(CT)¹⁾,
宮嶋葉子(CT)¹⁾, 伊藤 仁(CT)¹⁾, 小倉 豪(MD)²⁾,
梶原 博(MD)²⁾, 中村直哉(MD)²⁾

唾液腺腫瘍は生検に先んじて穿刺吸引細胞診を行うことが多い。多形腺腫やワルチン腫瘍の良性腫瘍が多く細胞診の正診率は高いとされるが、その他の腫瘍では細胞像が多彩で、判定に苦慮することが多い。中でも唾液腺リンパ増殖性病変は、炎症性変化を含む良性病変から悪性リンパ腫まで種々の病態があり、細胞診での判定はしばしば困難なことがある。良性ではワルチン腫瘍に加えてIgG4関連疾患や Sjogren 症候群などが知られ、悪性では悪性リンパ腫のほか、リンパ上皮癌、さらに粘表皮癌や腺房細胞癌に豊富なリンパ球間質を伴う場合(tumor-associated lymphoid proliferation, TALP)も鑑別になる。唾液腺原発悪性リンパ腫として、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(Diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL)とMALTリンパ腫が多い。前者は大型リンパ球の単調な増生を示すことが多く、細胞診断は比較的容易である。一方後者の診断は、淡明もしくは弱好酸性胞体を有する単球様B細胞(Monocytoid B cell)や形質細胞への分化、lymphoepithelial lesion (LEL)を見出すことが挙げられるが、細胞標本で明確に確認可能なことは稀であり、悪性との判定は難しいことが多い。また、小型から中型のリンパ球や免疫芽球が混在するため、反応性病変、唾液腺内リンパ節との鑑別が問題となる。免疫細胞化学的検索やFISH、フローサイトメトリーなどの所見も重要であり、液状化検体細胞診(Liquid Based Cytology, LBC)は、Giemsa染色が施行不可能で単球様B細胞がわかりづらい欠点を有するが、免疫細胞化学的検索や遺伝子検索を可能とする。唾液腺におけるリンパ増殖性病変について、従来法やLBC法でのMALTリンパ腫の細胞像を中心に触れ、加えてTALPを伴った上皮性腫瘍などの細胞像についても報告する。

◇国際フォーラム (Global Asia Forum)

GAF-1 Benefits of rapid on-site cytology evaluation (ROSE) of FNA samples in European practice

Clinical Cytopathology Service, Istituto Cantonale di Patologia, Locarno, Switzerland

○Franco Fulciniti

【Background】 Rapid on-site evaluation (ROSE) has rapidly spread throughout all Cytopathology Services involved in Fine Needle Aspiration (FNA) sampling of superficial and deep masses. The technique may be performed not only by certified cytopathologists but also by cytotechnicians and provides various levels of improvement of the adequacy of the cytological samples and of their quality.

The aim of this work was that of verifying the advantages provided by ROSE in our case series obtained in the last fifteen years.

【Methods】 We have been applying ROSE for the last 15 years in a Clinical Cytopathology setting, dealing with palpable and non palpable masses (sampled with the help of ultrasound or CT-guidance).

Air-dried smears are obtained that are stained by a modified Diff-Quick™ method in about 40 seconds and examined under the microscope in the same room where the cytologic sample is taken. As we have performed between 2,500 and 3,000 FNA samplings per year, we estimated to have performed approximately 10,000 ROSE in this time interval.

【Results】 An analysis of the performance of ROSE in these cases showed the following advantages ;

- 1) Reduction of the inadequate FNA examination rate to < 2% ;
- 2) Preliminary selection of patients into "medical" and "surgical" categories ;
- 3) Checking consistency between known primary malignancy and that found in metastatic condition ;
- 4) Possibility of collecting further cytologic material for ancillary or molecular pathology tests in selected neoplasms and lesions (thyroid, lung, breast, salivary glands, pancreas, colonic carcinoma, ovarian carcinoma)

ma, lymphoid lesions, infections) ;

- 5) Increased diagnostic capacities towards metastases of unknown primary origin ;
- 6) Malignancy rescue of cystic neoplasms by ROSE of cystic content.

【Conclusion】 Routine application of ROSE increases the diagnostic yield and the diagnostic possibilities of FNA samples by permitting to increase the cellularity of initially poor cytological samples and the programmed, stepwise exploitation of cells obtained by the procedure/s according to the clinical history, the diagnostic impression obtained at the moment of FNA and the demands by clinicians and surgeons.

GAF-2 Ultrasound and CT-guided Fine Needle Aspiration (FNA) Cytology with Histopathological correlation in Goa, India

Professor and Head, Department of Pathology, Goa Medical College, Bambolim- Goa, India

○Roque Gabriel Wiseman Pinto

【Background】 Ultrasound and CT-guided FNA's have modified the Diagnosis & Management of Thoracic and Abdominal Tumors & other lesions due to the many advantages & simplicity.

【Methods】 At the Goa Medical College, Bambolim, Goa India these procedures are carried out for the last 30 years (1986- till date). The Clinical data, Laboratory results, Tumor markers, Imaging & FNA as well as Histopathological findings of Trucut biopsies are studied. Patients of all ages, sexes, and different organs and tissues have been biopsied. FNA slides are stained by Hematoxylin and Eosin and MGG and the Histopathology slides are stained by Hematoxylin and Eosin Ancillary methods like, IHC, culture, special stains are also performed.

【Results】 The following lesions in different organs have been evaluated and diagnosed Liver : - Hepatocellular Carcinoma, Metastatic Carcinoma, Abscess, Tuberculosis and rare lesions like Hepatoblastoma, Fibrolamellar Carcinoma, Metastasis from Small Cell Carcinoma, Neuroendocrine Carcinoma, Multiple Myeloma, involving liver
Pancreas : - Adenocarcinoma, Papillary Cystic Tumor, Mucinous Cystic Tumor, Neuroendocrine Tumor.

Kidney : - RCC, Wilms tumor, Angiomyolipoma and Cysts.
Adrenals : -Metastatic Carcinoma, Pheochromocytoma, Neuroblastoma.

Spleen : Myeloid Metaplasia, TB, Fungal Infection, Hairy Cell Leukemia, Lymphoma

GIT : - *Leiomyosarcoma, GIST, Adeno Carcinoma and Lymphoma*

Retroperitoneal Soft tissue tumors

Intraabdominal lymph nodes, Lymphoma, Metastatic Carcinoma, TB

Intraabdominal testes -Seminoma and Germ cell tumor

arising in undescended testis

Lungs All Cancers and other lesions

Mediastinum Thymoma, Lymphoma, Germ Cell tumor

Orbital and Ocular lesion

【Conclusion】 This procedure is beneficial and useful to patients, their relations, Surgeons, Clinicians,, Radiologists, Radiotherapists and Medical Oncologists.

GAF-3 Diagnostic utility of phospho-STAT5 immunostaining in the diagnosis of mammary analogue secretory carcinoma of the salivary gland by means of FNA cytology

Department of Diagnostic Pathology, Kurume University Hospital, Kurume, Japan

○Akihiko Kawahara, Tomoki Taira, Hideyuki Abe,
Yorihiko Takase, Chihiro Fukumitsu, Kazuya Murata,
Tomohiko Yamaguchi, Yoshiki Naito and Jun Akiba

【Background】 Mammary analogue secretory carcinoma (MASC) of the salivary gland is a recently described tumor harboring ETS variant gene 6 (ETV6)-neurotrophic tyrosine kinase receptor, type 3 (NTRK3) translocation. Histological findings of MASC can exhibit overlap with those of other salivary gland cancers, especially low-grade carcinomas. On fine-needle aspiration cytology, MASC should primarily be considered in the differential diagnosis of acinic cell carcinoma with secretory features. On immunohistochemistry (IHC), it is known that overexpression of signal transducers and activators of transcription 5a (STAT5) occurs in secretory carcinoma of breast and MASC, and STAT 5a expression may be related to the ETV6-NTRK3 translocation. We hypothesized that phospho-STAT5 (p-STAT5) might be specifically expressed in MASC of salivary gland.

【Methods】 Expression of p-STAT5 and mammaglobin (MMG) were examined by IHC and immunocytochemistry (ICC) in tissue sections from 58 salivary gland cancers (8 MASCs and 50 other salivary gland cancers) and in cytological smears from 17 salivary gland cancers (7 MASCs with paired histologic samples and 10 other salivary gland cancers).

【Results】 P-STAT5 IHC was clearly increased in MASC compared with normal salivary gland tissue and other salivary gland cancers. P-STAT5 expression was found in 7 of 8 MASCs (87.5%) and in none of the 50 other salivary gland cancers (0%) by IHC. On cytology, p-STAT5 expression was found in all cases of MASC (7/7 : 100%), but in none of the 10 other salivary gland cancers (0%) by ICC. The expression rate of MMG by histology and cytology

was higher than that of p-STAT5 in the other salivary gland cancers.

【Conclusion】 P-STAT5 might be useful as a detection marker of MASC in the differential diagnosis of salivary gland cancers, and initial screening by p-STAT5 IHC/ICC, combined with auxiliary FISH confirmation, is a reliable, economical approach to identify MASC of the salivary gland.

GAF-4 Value of cytopathology in endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration—utility of both cytology and histology processing for specimens acquired from one procedure

Department of Pathology, Fudan University Shanghai Cancer Center, Shanghai, P.R. China

○Bo Ping, Ying Chen

【Background】 EBUS-TBNA of mediastinal/hilar lymph nodes and parabranchial lesions has been widely used for diagnosis and staging of lung carcinomas. Although cytology and histology are both acceptable preparations, few studies have evaluated the performance of the two types of specimens acquired from one EBUS-TBNA procedure.

【Methods】 Without ROSE, consecutive cases performed between July 2013 and June 2016 were retrospectively analyzed. 22G needles were used to obtain cytology material for smears, liquid-based slides and cell blocks (CB). Any core tissues found in the aspirates were histologically processed. IHC and molecular tests with adequacy assessment were carried out on CB and/or core tissues.

【Results】 1360 lesions from 678 patients were aspirated, and core tissues were collected from 617 patients. On a per-person basis, nondiagnostic rates of the cytology and histology were 0.59% and 2.59%. IHC was done in 58.55% and 12.32% of the cytology and core tissue cases, with similar test failure rates, as 1.29% vs 2.69%. Malignancy, NSCLC and lung adenocarcinomas (LAC) were detected by EBUS-TBNA in 416 (61.36%), 265 (39.09%), and 142 (20.94%) patients. Morphology alone led to NSCLC-NOS rates as 69.76% vs 52.00% of the two groups. While aided by IHC, NSCLC-NOS rates were improved, as 13.03% vs 11.76%, and an overall NOS rate of the 678 cases was 15.09%. 7 of 8 and all 74 LACs missed respectively by cytology and core biopsy were due to lack of IHC. Target therapy related molecular tests were performed on 136 CBs and core tissues of 17 patients, with test failure rates of 0-1.52%.

【Conclusion】 Cytology material and core tissues obtained by one EBUS-TBNA procedure produce similar IHC and molecular results for NSCLC. Nevertheless, lack of IHC tests may do more harm to cytology interpretation of LAC, and the small size of core tissue may also influence the utility of IHC tests.

GAF-5 The diagnostic approach to fine-needle aspiration of lung cancer : using new cytopathologic classification

Department of Pathology, Acibadem University, Istanbul, Turkey

○Sule Canberk

【Background】 Lung cancer is a worldwide major health problem and with the implementation of new targeted molecular therapy, the correct diagnose has become even more critical in the patient management. 80% of lung cancer is inoperable at the time of the diagnoses, this fact makes the small biopsies an integral tool in the assessment of the histotype of the cancer and facilitate individualized treatment.

【Methods and Results】 Sputum, bronchial brushings, bronchial washings, percutaneous fine needle aspiration (FNA), conventional transbronchial FNA, endobronchial ultrasound guided FNA are the main cytological methods used to diagnose lung cancer. Recently, The Papanicolaou Society of Cytopathology (PSC) proposed the guidelines to standardized terminology and nomenclature for respiratory cytology to develop intra, inter departmental and inter instutional communication for the rational patient management.

【Conclusion】 This lecture will address the nomenclature and description with the malignancy risks and patient management of the six-tiered classification system proposed by PSC based on the case examples of our institution.

GAF-6 Fine needle aspiration (FNA) cytology of the thyroid nodule in Korea. Experience regarding Bethesda System and proposal for better prediction of a risk of malignancy

Department of Pathology, SoonChunHyang University Bucheon Hospital, Korea

○Jeong Ja Kwak

【Background】

- 1) The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC) is the standard for interpreting FNAC and it is usually used in Korea. For evaluation of its experience of TBSRTC, incidence and malignant rates of TBSRTC each Categories were investigated.
- 2) For solving the problem found (high-incidence and high malignancy rate of AUS/FLUS category), We investigated that cytomorphology-based subcategorization and how the subcategories correlate with BRAF mutation status.

【Methods】 From January 2012 to December 2014, 6860 thyroid nodules underwent ultrasound guide FNA at SoonChunHyang University Bucheon Hospital.

- 1) Incidences of each Categories of TBSRTC and the malignant rate were investigated.
- 2) 806 Slides diagnosed as AUS/FLUS were reviewed. Subcategorization was based on cytomorphological features such as nuclear atypia (AUS-NA), microfollicle (AUS-MF) and the others (AUS-O). Malignancy rate of each subcategory was calculated based on histologic confirmation. BRAF mutation was tested by PNA clamp BRAF mutation detection kit.

【Results】

- 1) The incidence of each Categories are 12.0% (I), 65.5% (II), 11.8% (III), 0.2% (IV), 5.4% (V) and 5.1% (VI). Malignant rates in each Categories in all cytology cases are 1.3% (I), 0.65% (II), 14.5% (III), 14.3% (IV), 97% (V), 100% (VI) in all cases. The positive and negative predictive values were 98.6% and 99.1%.

- 2) a) Malignant rate was 14.5% (117 of 806) in cases diagnosed as AUS and 69.2% (117/197) in resected case.
- b) In cytomorphology-based subcategories, the malignant rate was 19.5% in AUS-NA (102 of 524), 2.5% in AUS-MF (1 of 40), 5.8% in AUS-O (14 of 242).
- c) The BRAF V600E was detected 50.6% in AUS-NA, 4% in AUS-MF, 30% in AUSO. (% of malignant cases).

【Conclusion】

- 1) Incidence of AUS/FLUS in our study is higher than 7% (recommended rate) and malignant rate in AUS/FLUS (Category III) and suspicious of malignancy (Category V) is higher than malignant rates in reports of foreign countries.
- 2) The AUS-NA subcategory was associated with high malignant rate and frequent BRAF mutation. Subcategorization of AUS/FLUS and BRAF mutation status is important for predicting risk of malignancy of AUS/FLUS.

GAF-7 Endoscopic ultrasound-guided FNA of pancreas : diagnostic challenges and pitfalls

Department of Anatomical Pathology, PathWest QEII Medical Centre, Perth, Australia

○Siaw Ming Chai

【Background】 EUS FNA has become the standard of care for sampling pancreatic neoplasms with high sensitivity (84–81%) and specificity (93–98%).¹ Diagnostic accuracy is affected by several factors including the nature of the lesion i.e. cystic versus solid, sampling technique and cytological interpretation. Familiarity with these factors can minimise false positive and negative diagnoses. The aim of this presentation is to discuss challenges and pitfalls in EUS FNA diagnosis of solid and cystic pancreatic lesions.

【Methods】 Between January 2011 and June 2016, 325 EUS FNA of pancreas were performed at our institution. Rapid on-site evaluation was performed in the vast majority of these cases. Material was triaged for slide and cell block preparation, biochemistry, microbiology and molecular analysis as required. Subgroup analyses of various solid and cystic lesions were performed, aimed at assessing diagnostic accuracy and the value of ancillary studies.

【Results】 Subgroup analysis highlighted several important laboratory and diagnostic issues :

1. The diagnostic yield of EUS FNA is increased by appropriate triage and multimodal analysis including cytology, biochemistry, microbiology and molecular pathology.
2. Identification of neoplastic mucinous cysts can be facilitated by CEA levels, *KRAS* analysis, familiarity with various forms of mucin and dysplastic epithelium lining these cysts. Cytological grading of dysplasia in neoplastic mucinous cysts adds to risk assessment if stratified into low and high grade categories.
3. Judicious application of immunohistochemistry can assist with diagnosis of solid and cystic neoplasms.
3. Analysis of Ki-67 proliferation index in pancreatic neuroendocrine tumours is feasible on EUS FNA cell block

samples, but can under-grade in up to 20% of cases.

4. Several issues such as appropriate interpretation of 'contaminant' epithelium, recognition of unusual inflammatory/autoimmune disorders and rare variants of adenocarcinoma persist despite increasing experience with EUS FNA of pancreas.

【Conclusion】 EUS FNA is an established and highly accurate means of diagnosing pancreatic lesions if interpreted with knowledge of the technique, clinical scenario and appropriate ancillary studies.

1. Eltoun IS, Alston EA, Roberson J. Trends in pancreatic pathology practice before and after implementation of endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration : an example of disruptive innovation effect? *Arch Pathol Lab Med.* 2012 : 136 : 447-453

◇感染対策セミナー

病理検査室における感染対策のピットホール

大分大学医学部附属病院感染制御部

○平松和史(MD)

医療の高度化に伴う易感染宿主の増加や高齢化社会は薬剤耐性菌などの各種感染症の蔓延を助長している。MRSA, MDRP, MDRA, CRE などの耐性菌は接触感染によって伝播され、しばしば院内において交差感染を引き起こし、重大な院内感染事例となる。こうした院内での感染症の蔓延を抑制していくことが感染対策である。また空気感染として広がる結核や飛沫感染によって流行するインフルエンザなど感染性の強い病原体では患者だけでなく、職員への感染を防止していく必要がある。さらに針刺し、粘膜曝露によって HBV, HCV, HIV などに職員が感染することを防止していくことも院内感染対策において重要である。病理検査室では直接患者と接触することはほとんどないため、交差感染の直接的な感染源となることは通常ない。しかしながら送付される検体は患者由来であり、様々な感染症の病原体を有している可能性がある。病理検査室において最も重要な感染対策はこうした検体の切片作成時などに生じる可能性のある切創・粘膜曝露対策であり、上述した HBV, HCV, HIV などの感染対策を適切に行っていく必要がある。また結核についてもその対応は十分留意する必要がある。こうした感染対策はこれまでもたびたび取り上げられ、病理検査室において留意されているものと思われる。一方で検体容器の汚染にも留意する必要がある。検体は検査施行医などによって容器に保管され、搬送されるが、その容器自体が病原体に汚染されている可能性がある。こうした容器の取り扱いの時点から手袋の着用や手指衛生の徹底を行う必要がある。本講演においては感染対策の基本的な考え方や病理検査室における感染対策の問題点などについて講演したい。

◇医療倫理セミナー

医療と研究における倫理

大分大学医学部医療倫理学講座

○今井浩光(MD)

医療行為は必然的に倫理的判断を伴います。これまでに医療に関する倫理については多くの議論がなされてきました。倫理的価値は絶対的なものではなく、時代や文化、社会により変化しますが、医療における倫理の代表的な考え方について俯瞰したいと思います。また、近年医学研究に関して社会的問題まで広がるケースが多くみられます。これは社会の医学研究に対する期待の大きさの裏返しでもあり、医学研究に携わる人々の社会に対する責任の大きさにも繋がります。医学研究倫理についてのこれまでの流れと現在の考え方についても概説を行いたいと思います。

◇医療安全セミナー

医療事故の対処手法に関する一考察

日本臨床細胞学会顧問, 麻生総合法律事務所所長弁護士

○麻生利勝

医療事故に対処するには、医療従事者個人並びに医療機関（以下医療関係者と略）が医療事故をもたらす法的危険の実態を把握しこれを合理的に管理するに尽きる。医療関係者と法律との関係は、医療関係者が法律違反を犯し或いは法律に抵触する所為にて医療事故を惹起させたときである。別の角度からは、その所為がどこまでが許され、どうすれば触法行為に該当しないのか、その範囲が、またその判断基準が問題になる。

医療関係者は高度な知見を有する専門家（医療機関はその集団）であるため、一般国民に比較すると、違法または触法行為の範囲は広く厳格に解されている。患者側は、医療関係者はすべて最新の医療技術を習得済みと見做し、医療関係者にかかればすべての病気が治癒・全快すると考えている。ここに、医療関係者が違法または触法の範囲を事前に予知し、これを抑制する或いは抑制し得ないときには損失を最小限度に抑える対処手法と患者側の期待値との開きは知的対応と感情的期待との乖離に置き換わってしまう。

畢竟するに、医療関係者は、医療事故を限りなくゼロにする法的危険管理システムの構築と法的危険管理の実践が不可欠である。

◇婦人科ディベートセッション

子宮内膜細胞診は本当に必要なのか？

DS-1 子宮内膜細胞診は本当に必要なのか？

愛媛大学医学部産婦人科

○松元 隆(MD)

内膜細胞診が実施される状況には、無症状婦人を対象とする「検診」と、有症状患者に行われる「診療」がある。さらに、「検診」は(1)体がん高危険群(50歳以上または閉経後または月経不規則な未妊で、6ヶ月以内に不正出血を訴えた婦人)を対象としたいわゆる“対策型検診”、(2)無症状者が対象のいわゆる“任意型検診”(健診・ドック)、および(3)無症状者に対して保険診療として実施されている医療機関での検診の三つがある。

【「検診」における内膜細胞診】内膜細胞診による体がん検診の死亡率減少効果についての根拠となる報告は現在のところない。「検診」での内膜細胞診の意義を検討するためには「大規模前向きコホート」を実施する必要がある。

【「診療」における内膜細胞診】内膜細胞診の結果にかかわらず、体がんを疑う症例の治療方針を決定するためには、内膜組織診による確定診断が必須である。従来、外来での内膜組織の採取には金属製の鋭匙が使用されていたが、患者にとって疼痛を伴う検査にもかかわらず、診断に十分な組織量が採取できないこともあり、麻酔下での内膜全面搔爬が必要になる症例も多かった。このような状況においては、疼痛も少なく子宮内腔全面の検査が可能である内膜細胞診は一定の存在価値を有していたと考えられる。しかしながら、欧米において従来より汎用されている内膜吸引組織診の本邦での普及に伴い、状況は一変した。すなわち、内膜吸引組織診は内膜細胞診と同程度の疼痛で実施可能であり、子宮内膜全面より相当量の組織が採取可能である。したがって、現状では内膜細胞診は、内膜組織診では診断が困難な症例に限って、有用である可能性がある。

DS-2 内膜細胞診の有用性—臨床医の観点から—

慶應義塾大学医学部産婦人科¹⁾, 慶應義塾大学病院病理診断部²⁾

○進 伸幸(MD)¹⁾, 山上 亘(MD)¹⁾, 片岡史夫(MD)¹⁾,
平沢 晃(MD)¹⁾, 亀山香織(MD)²⁾, 阪埜浩司(MD)¹⁾,
青木大輔(MD)¹⁾

子宮体がん診療における内膜細胞診について、無症状婦人を対象とした検診と、有症状婦人の精査目的の診療に分けて、細胞診の有用性を支持する立場で debate に臨む。

無症状婦人を対象とした検診に関しては、子宮体がん検診の厚労省のがん検診の有効性に関する研究班による評価として、死亡率減少効果を指標とした有効性は十分に証明されているとは言えないとされ、世界的評価もまだ得られていないが、有症状の外来受診発見症例群に比較して検診発見群は有意に全生存率が良好であったとも示されている。これはI期の比率が外来発見群で62.9%、検診群で83.5%と、後者で早期発見例が多いことが寄与していると考えられる。また米国における無症状婦人が対象のスクリーニングにて、50歳以上婦人では子宮体癌発見率が高く、50歳以上では少なくとも一度は検診を受けるべきとされている。なお内膜組織診による検診は侵襲が高く、報告はない。

有症状患者の精査に関しては、子宮体がんでは外来で異常を捉えるには経腔超音波検査や子宮鏡検査が必要となるが、内膜の厚さの基準値が決まっておらず、また出血時は子宮鏡検査は施行不可である。内膜組織診は、blind状態での検体採取は限界があり、サンプリングエラーの問題が生ずる。内膜細胞診は内腔を広く擦過するもので、子宮体がんの検出感度は疑陽性も含めて79~95%、偽陰性率は13%と報告されているが、核異型の弱い高分化型類内膜腺癌、内膜増殖症の正診率が低いという弱点もある。しかしながら、液状検体により内膜細胞診で腺細胞重積性の客観的評価方法の報告、免疫染色やFISH法を用いた腺細胞の異常を検出する方法の報告など、診断法の改善が図られつつある。最近、内膜組織診では確認しづらい予後不良の漿液性腺癌の早期症例やEICが内膜細胞診によって検出され、内膜全面搔爬で初めて診断された症例が多数報告されている。有症状婦人の治療方針決定には内膜組織診が最も重要であることには論を待たないが、内膜細胞診の補助的診断法としての有用性は、現段階では期待すべき点があると考えられる。

DS-3 内膜細胞診の終焉

東京慈恵会医科大学病理学講座

○清川貴子(MD)

無症状婦人を対象とした検診に関しては、子宮体がん検診の厚労省のがん検診の有効性に関する研究班による評価として、死亡率減少効果を指標とした有効性は十分に証明されているとは言えないとされ、世界的評価もまだ得られていないが、有症状の外来受診発見症例群に比較して検診発見群は有意に全生存率が良好であったとも示されている。これはI期の比率が外来発見群で62.9%、検診群で83.5%と、後者で早期発見例が多いことが寄与していると考えられる。また米国における無症状婦人が対象のスクリーニングにて、50歳以上婦人では子宮体癌発見率が高く、50歳以上では少なくとも一度は検診を受けるべきとされている。なお内膜組織診による検診は侵襲が高く、報告はない。

DS-4 子宮内膜細胞診の有用性について

富山赤十字病院病理診断科部

○前田宣延(MD)

有症状患者の精査に関しては、子宮体がんでは外来で異常を捉えるには経腔超音波検査や子宮鏡検査が必要となるが、内膜の厚さの基準値が決まっておらず、また出血時は子宮鏡検査は施行不可である。内膜組織診は、blind状態での検体採取は限界があり、サンプリングエラーの問題が生ずる。内膜細胞診は内腔を広く擦過するもので、子宮体がんの検出感度は疑陽性も含めて79~95%、偽陰性率は13%と報告されているが、核異型の弱い高分化型類内膜腺癌、内膜増殖症の正診率が低いという弱点もある。しかしながら、液状検体により内膜細胞診で腺細胞重積性の客観的評価方法の報告、免疫染色やFISH法を用いた腺細胞の異常を検出する方法の報告など、診断法の改善が図られつつある。最近、内膜組織診では確認しづらい予後不良の漿液性腺癌の早期症例やEICが内膜細胞診によって検出され、内膜全面搔爬で初めて診断された症例が多数報告されている。有症状婦人の治療方針決定には内膜組織診が最も重要であることには論を待たないが、内膜細胞診の補助的診断法としての有用性は、現段階では期待すべき点があると考えられる。

DS-5 子宮内膜細胞診の有用性—LBC法からの考察—

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー

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

当検査センターには、多くの医院や病院から「診療ベース」での内膜細胞診標本が提出される。内膜組織診に比べて患者への負担が少ないことが、細胞診が選択される最大の理由と考えられるが、その際に問題になるのが診断の精度である。内膜細胞診では細胞の異型度に加え、異常重積や腺の拡張・分岐などの組織学的構築が判定の大きな要素になるという特徴がある。この点か他臓器の細胞診と異なる点であり、高度な診断技術が必要になる場合も少なくない。特にホルモン不均衡(endometrial glandular and stromal breakdown, EGBD)では癌を思わせるような構築異常が見られることがあるため、その鑑別は重要である。

当センターではLBC法(ThinPrep法)を用いて内膜細胞診を行っており、今回その診断精度についての検討を行った。子宮内膜細胞診7048件(2014年9月~2015年12月)のうち、同時期に組織診も提出された75件について検討したところ、両者の診断には86.5%の高い一致率が得られ、内膜細胞診の有用性が確認された。両者とも陰性と判定されたものは53例あり、このうち組織診でEGBDと診断された4例はいずれも細胞診で適切に陰性と判定されていた。細胞診と組織診の判定が異なった9例についてはそれぞれの今後の検討課題が明らかにされた。また、細胞診で陽性または陰性と判定されているながら、組織診では判定困難とされた8例については、細胞診の有用性を示す一面であることが示唆された。内膜細胞診は未だ発展途上にあり、今後の検討と診断技術の向上によりさらにその有用性が認識されることが期待される。

DS-6 子宮内膜細胞診の是非を問う～否定の立場から～

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター臨床検査科

○平本直美(CT)

子宮体癌は年々増加傾向にあり、体癌の早期診断は必要不可欠である。

我が国では、子宮体癌の初期診断に細胞診が採用されているが、欧米では組織診が一般的である。その理由は、診断精度の低さにあると言われている。

当院の例では、2003年5月から2016年4月までに施行された子宮内膜細胞診3734件のうち、組織診が得られた232症例の正診率は、88.8%（悪性を疑陽性とした6.5%を含む）であった。

しかし、この細胞診断と第1鏡検者の判定にはバラツキがある。悪性、悪性疑い、良悪性鑑別困難、陰性の4段階判定で、両者の判定不一致率は、2012年を境に、1段階不一致が9.72%から18.34%に、2段階不一致が0.69%から2.37%とほぼ倍増した。

これはなぜか？2012年以降、当院は人事異動により細胞検査士の平均経験年数が低下した。内膜細胞診は一般的に難しいと言われるが、スキルの差が如実に現れる結果となった。

細胞検査士資格認定試験のあり方にも問題があると思われるが、限界もある。ダブルチェックができる施設はまだよいが、経験の浅いCTが一人で検査しなければならない施設もあろう。また、熟練者といえど、誤判定は避けられない。誤陽性となった患者はfollow-upの負担を何年も強いられ、誤陰性となった患者は癌の発見が遅れることとなる。

患者の立場になって考えるなら、内膜細胞診をいつそやめて、「セルブロック診断」にしてはどうか？

組織片に近い材料が得られるにも関わらず細胞診で診断しているのは、子宮内膜だけではないか。また、細胞診では推定的な記述しかできないが、組織診断なら断定的な記述が可能となり、同じ検体でも患者の利益は向上する。過去の検討例や当院での症例を供覧しながらこれらについても述べたい。

◇応募演題

日本臨床細胞学会雑誌に掲載された論文の変遷—第53巻までの3619編の解析—

JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科

○清水 健(MD)

日本臨床細胞学会雑誌第1巻（1962年）から第53巻（2014年）に掲載された論文総数は、3619編である。種別の内訳は、原著1371編、症例1563編、短報412編、特集234編、総説31編、その他8編である。53年間の全体的な傾向として、日本臨床細胞学会の発展や充実、成熟に伴い論文の内容に変遷が認められる。領域別では産婦人科領域の論文数が1130編で、全体の3割以上を占めている。各年の総論文数に占める比率でみると、産婦人科以外の領域の論文が1974年頃から直線的に増加している。筆頭著者を医師、細胞検査士と2大別すると、細胞検査士筆頭の論文の比率が1976年から現在に至るまで増加し続けており、7割以上を占める年も認められる。領域ごとに検討すると、まず産婦人科については対象臓器の内訳は子宮頸部に関する論文が最も多く450編で、子宮体部341編、卵巣108編、膣80編、外陰部34編、卵管17編と続く。複数臓器にまたがる論文、技術、検診一般などに関する論文が100編ある。子宮頸部、体部の論文は近年減少が目立つ。産婦人科以外では、内訳は呼吸器392編、乳腺366編、消化器343編、体腔液290編、泌尿器・男性生殖器222編、内分泌186編、骨・軟部160編、網内系96編、中枢神経系61編、頭頸部59編、皮膚44編、口腔22編、全身感染症14編、心・大血管8編である。その他の領域として、細胞診断全般に関する技術や教育制度などに関する論文が226編ある。

◇地域推薦演題1 口腔・唾液腺 私が経験した痛恨の一例、会心の一例

地域1-1 初回治療から60年を経て再発し、診断に細胞診が有効であった舌上皮内癌の1例

鳥根大学医学部歯科口腔外科学講座¹⁾, 国立病院機構浜田医療センター歯科口腔外科²⁾

○岩橋輝明(DDS)¹⁾, 小池尚史(DDS)²⁾, 秀島克巳(CT)¹⁾, 関根浄治(PhD)¹⁾

【はじめに】当科ではかかりつけ医療機関との連携により口腔病変検出システムを構築しており、平成19年12月～平成28年5月まで2,121件の細胞診断を行った。今回、本システムにより発見できた60年を経て再発した舌上皮内癌症例を報告する。

【症例】患者は80代男性。2016年1月、右側舌縁部の10x10mm大の赤色病変を自覚し、かかりつけ歯科医を受診した。60年前に舌癌にて、部分切除および放射線化学治療を行った既往があり、同医でfollow中であった。同医にて細胞診が施行された。当科での細胞所見は、炎症性背景に出現する扁平上皮由来中層～深層系細胞に、核の大小不同、N/C比増加、核クロマチンの濃染を認めた。以上よりHSILと判定した。局所・全身検索の後、当科にてexcisional biopsyを行った。

【病理組織診断】粘膜を被覆する扁平上皮には核腫大、核の大小不同や極性の乱れなど高度の異型を認めた。表層には分化した細胞がみられる領域や、ほぼ全層に異型細胞がみられる領域があり、Oral intraepithelial neoplasia/Carcinoma in situと診断され、細胞所見と一致した。

【まとめ】今回の症例は、初回治療から60年を経て再発したものであるが、かかりつけ歯科医の適切な判断により細胞診が行われ、OIN/CISの段階で早期発見・早期治療することができた。かかりつけ医療機関との連携による口腔病変検出検査システムは口腔癌の早期発見に有効であることが示唆された。

地域1-2 擦過細胞診で陰性と判定した口腔上皮内腫瘍の1例

鳥取県立中央病院中央検査室¹⁾, 鳥取県立中央病院病理診断科²⁾

○川上智史(CT)¹⁾, 田中瑞歩(CT)¹⁾, 前田和俊(CT)¹⁾, 松ノ谷尚子(CT)¹⁾, 岡田早苗(CT)¹⁾, 徳安祐輔(MD)²⁾, 中本 周(MD)²⁾

【はじめに】近年、口腔癌の早期発見を目的に口腔細胞診に取り組む施設が増加している。一方で口腔癌の組織学的基準や細胞診の報告様式については様々なものが提唱されており、これらの統一化が望まれている。2010年口腔癌取扱い規約で口腔上皮内腫瘍(以下OIN)は重層扁平上皮として成熟、分化形質を保持したまま腫瘍化する扁平上皮内腫瘍と記載されている。今回我々は擦過細胞診で比較的異型の乏しい表層扁平上皮のみが採取され陰性と判定したOINの1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。飲酒・喫煙習慣なし。他院にて高血圧加療中、左顎下歯肉に白色病変を自覚し当院口腔外科を受診。病変は44x17mm大、肉眼的にやや厚みがあり、硬結は弱く、潰瘍や周囲への浸潤は認めなかった。擦過細胞診はClassIIで白板症と臨床診断され、精査目的で切除生検が施行された。

【細胞所見】細菌を背景に錯角化細胞やオレンジG好染の細胞質と軽度核腫大のみられる扁平上皮を認めた。クロマチンは細顆粒状で核異型に乏しく、ClassIIと診断された。

【組織所見】表層扁平上皮には錯角化亢進や釘脚延長を伴う棘層の肥厚を認め、基底側には核腫大や一部核分裂像のみられる軽度異型細胞を認めた。免疫染色ではCK17, MIB1に陽性を示しOINと診断された。

【考察】擦過細胞診が陰性となった原因として、口腔細胞診の経験不足により、オレンジG好染で軽度核腫大のみられる細胞を異型細胞と認識できず、過小評価したことが考えられた。本症例のように擦過細胞診で表層細胞のみが採取された場合、細胞質のオレンジG光輝性や核所見を詳細に観察しOINを念頭に置いて鏡検することや組織診により良悪性を確認することも重要と考えられた。

地域 1-3 細胞診による良悪性判定が困難であった頬粘膜発生 MASC 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⁾

○甲斐敬太(MD)¹⁾, 中村光男(CT)¹⁾, 次富久之(CT)¹⁾, 山崎真希子(MD)^{1,2)}, 橋口真理子(MD)²⁾, 増田正憲(MD)²⁾, 高瀬ゆかり(MD)²⁾, 相島慎一(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Mammary analogue secretory carcinoma (MASC) は、近年提唱された疾患概念で、乳腺分泌癌と同一の遺伝子転座(ETV6-NTRK3)を示すまれな唾液腺腫瘍である。MASC は耳下腺に好発し、腺房細胞癌との鑑別が問題となることが多い。今回、穿刺吸引細胞診で良悪性の判定が議論となった頬粘膜発生の MASC の一例を経験したので報告する。

【症例と診断の経緯】 50 歳代男性。頬粘膜に腫瘤を自覚し近医を受診。精査加療目的で当院紹介となった。穿刺吸引細胞診が施行された。穿刺吸引細胞診では、豊富な顆粒状細胞質を有する細胞が多数出現しており、その核は類円形でクロマチンは微細で軽度増量、軽度の核形不整と明瞭な小型核小体を複数有していた。この細胞の判定に関して、一次スクリーニングでは Class III、二次スクリーニングでは Class II と判定が割れ、議論となった。病理医のチェックに標本が回されたが、病理医は Class V の判定で、さらにスクリーナーと病理医の間で深い議論となった。他施設の複数名の細胞検査士にも標本を供覧してもらい、意見を求めたところ、良性細胞を支持する意見が多かった。最終的に「Class III, 腫瘍性病変疑い」として報告したが、「悪性の可能性も念頭においた精査を」とコメントを付記した。臨床的に外科切除の方針となり切除が施行された。切除標本の病理診断では、Polymorphous low grade adenocarcinoma (PLGA) との鑑別が問題となったが、最終的に腫瘍細胞の遺伝子転座(ETV6-NTRK3)を証明し、頬粘膜に発生した MASC と診断した。

【まとめ】 MASC は低悪性度癌と考えられており、頬粘膜例は極めて稀である。細胞像から組織型の推定は困難であっても、良悪性の判定は重要である。この点に関して少し掘り下げて報告したい。

地域 1-4 好酸性細胞優位の耳下腺低悪性度粘表皮癌の 1 例

高知大学医学部附属病院病理診断部

○吉良佳那(CT), 岡本真知(CT), 高橋明日香(CT), 大原栄二(CT), 井口みつこ(MD), 戸井 慎(MD), 弘井 誠(MD)

【はじめに】 細胞診でワルチン腫瘍と診断したが組織診で粘表皮癌と診断された耳下腺腫瘍を経験したので細胞学的検討を加えて報告する。

【症例】 80 歳代、女性。数ヶ月前より右耳下部腫脹を自覚していたが最近増大してきたため近医受診、精査加療目的で当科紹介された。

【細胞診】 少数の好中球やリンパ球と多数の壊死を背景に、好酸性上皮細胞集団が見られた。上皮細胞は密な細胞集団で、配列の乱れや核異型は見られず、第一にワルチン腫瘍を考え、鑑別診断にオンコサイトマがあげられた。

【組織診】 オンコサイトが充実性に増殖し、内面は重層扁平上皮で被覆され、粘液を有する細胞もごく少数混在しオンコサイトとの移行も見られた。この嚢胞状の部分は形質細胞、リンパ球、好中球、好酸球や組織球の高度な浸潤や線維化～硝子化、出血、ヘモジデリン沈着などの二次的に修飾像が目立ち、内腔には好酸性の壊死片や種々の程度に炎症細胞が見られた。オンコサイトを伴う低悪性度粘表皮癌と診断した。

【考察】 細胞診では好酸性細胞集団や壊死が主体に見られたためワルチン腫瘍を考えたが、背景のリンパ球が乏しいと点があわなかった。組織診後の再鏡検では細胞質に粘液様成分を有する粘表皮癌の粘液細胞を示唆する上皮細胞集団が少数散見され、それらの細胞には核異型が認められた。リンパ球浸潤や好酸性化生を伴う粘表皮癌や嚢胞を形成するワルチン腫瘍など、唾液腺腫瘍は一つの腫瘍内に多彩な像が見られたり、異なる腫瘍でも部分的に類似の像を呈する。穿刺吸引細胞診は穿刺した病変の一部のみが反映される事を念頭に置き、臨床所見、画像診断を加味し診断することが望まれる。

◇地域推薦演題2 中皮・体腔液 私が経験した痛恨の一例、会心の一例

地域2-1 縦隔リンパ節のEBUS-TBNAに出現した上皮型中皮腫の1例

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科

○梶尾健太(CT), 大西雅子(CT), 西川京子(CT), 大山重勝(CT), 安江智美(CT), 河原邦光(MD)

【はじめに】上皮型中皮腫が細胞診の対象となるのは大部分が胸水においてである。今回、我々は縦隔リンパ節の超音波気管支鏡ガイド下針穿刺吸引(EBUS-TBNA)に出現した胸膜原発の上皮型中皮腫の稀な1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。既往歴は血管炎、多発神経炎。左胸水にて当センターに紹介受診となった。左胸膜肥厚、縦隔リンパ節の多発性腫大がみられ、腫瘍マーカーはCYFRAが358.8ng/mlと高値で、臨床的には肺癌や中皮腫が疑われた。全身状態不良のため、胸腔鏡検査は施行できず、縦隔リンパ節へのEBUS-TBNAが施行された。

【細胞像】壊死性背景の中に、ライトグリーン好性の多边形細胞が散在性、シート状、重積性集塊で出現し、核は類円形で中心性、クロマチンは細顆粒状で軽度の不均等分布を認め、核小体は小型で1個認めた。これに加え、孤立散在性に多数のオレンジG好性細胞を認めた。胸水中で認められる上皮型中皮腫の特徴は乏しかった。

【組織像】広範な壊死の中に大小の充実性胞巣を形成して異型上皮様細胞が浸潤性増殖をしていた。免疫組織化学では、AE1/AE3, Calretinin, WT-1, D2-40が陽性、CEA, TTF-1, p40が陰性であり、以上の結果より上皮型中皮腫の縦隔リンパ節転移と診断した。

【まとめ】EBUS-TBNAの対象は、大部分が肺癌のリンパ節転移である。今回のように縦隔リンパ節に上皮型中皮腫が出現した場合には、肺癌との鑑別が問題となる。そして、胸水以外に出現した場合には、胸水中とは異なる特徴を示す場合があるため、診断に際しては注意が必要である。

地域2-2 「原因不明の腹水貯留には要注意」と、基本に立ち戻らせてくれた癌性腹膜炎の1例

群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学³⁾

○佐藤香織(CT)¹⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)^{1,2)}, 福田利夫(MD)³⁾

【はじめに】体腔液細胞診の最大の目的は、癌をはじめとする悪性細胞の検出、もしくはその否定である。今回、異型細胞が多数出現していたが診断に至らなかった癌性腹膜炎の1例を、教訓的症例として報告する。

【症例】56歳、女性。過去の検診で肝障害がなかったが、不眠状態になり心療内科の向精神薬を服薬し、約2ヶ月後より全身倦怠感、肝障害が出現し、薬剤性肝障害疑いのため前医入院。肝障害の増悪、血小板減少症等の合併があり、当院での精査・加療となった。

【細胞所見】腹水：出血・炎症性背景に、反応性中皮細胞、組織球が多数認められ、全体的に細胞数が多かった。小型の異型細胞が、中皮細胞や組織球と馴染むような小集塊や孤立散在性に出現し、強拡大ではN/C比が高く、核形不整、クロマチンの軽度増量、核小体の軽度腫大を認め、細胞質内に粘液滴を含む細胞も散見された。良悪の判定困難な細胞が多く認められた。

子宮内膜：血性背景に、正常の内膜細胞がシート状集塊で出現し、腹水同様の異型細胞が小集塊～散在性に混在していた。

【組織所見】胃・S状結腸生検が行われたが、消化管の検索では病変は指摘できなかった。骨髄生検により転移性腺癌と診断されたが、原発巣の推定は困難だった。当院に転院してから約2ヶ月の経過で亡くなられ、病理解剖が行われた。

【まとめ】本症例は、標本全体の細胞数が多いことに加え、これまで経験した異型細胞の出現パターンと異なり、弱拡大での異型細胞の認識不足が診断に至らなかった最大の理由である。体腔液細胞診の悪性細胞の有無は、特に患者の予後に大きく影響する。教訓的症例は皆で情報共有し、様々な細胞の出現パターンを知ることが肝要である。

地域 2-3 胸水に出現した放射線治療による二次性悪性腫瘍の一例

徳島大学病院病理部¹⁾, 徳島大学医学部疾患病理学分野²⁾

○森河由里子(CT)¹⁾, 松山友理子(CT)¹⁾,
木村優人(CT)¹⁾, 米田亜樹子(MD)¹⁾, 坂東良美(MD)¹⁾,
常山幸一(MD)²⁾

【はじめに】口腔の細胞診は年々増加し、重要視されてきている。細胞診断の日常業務においても、臨床所見に口腔内の癌の既往があることが珍しくない。今回、診断に多少の疑問が残ったにもかかわらず、臨床診断に左右された痛恨の一例を報告する。

【症例】患者は60歳代男性2008年に左下顎肉腫、頸部リンパ節転移にて手術、扁平上皮癌と診断。2016年発熱と胸苦を主訴に近医内科受診し、左多量胸水貯留で当院呼吸器内科に紹介、精査となった。

【細胞学的所見】胸水細胞診にて、血性背景、中皮細胞、組織球、好中球が見られる中に核肥大、核の大小不同、核形不整、核小体、クロマチンの増量等を認める異型細胞の集塊が見られた。集塊は比較的平面的だが、核偏在傾向で組織型の鑑別に苦慮したが、上皮性腫瘍を考え、carcinomaとした。

【組織学的所見】胸腔下生検胸膜播腫巣の組織診にて、細胞間接着に乏しい好酸性細胞質を有する異型細胞がびまん性に増殖。肥厚した胸膜の表面に異型細胞を認めた。

【まとめ】肉腫の既往があり、臨床診断は再発か原発性肺腫瘍を疑っていた。スクリーニングの時点で、上皮性結合様の所見はあるものの、扁平上皮癌を断定できる所見は見られず、carcinomaとした。胸膜生検で腫瘍細胞の免疫染色により、扁平上皮癌が否定され、胸膜肥厚が見られるため、中皮腫が鑑別にあがった。さらに免疫染色を追加することにより、血管肉腫と診断された。その後、胸水細胞診標本を用いて、転写法による免疫染色を行い、血管肉腫として矛盾しないことを確認した。放射線治療後の二次性の悪性腫瘍の発生率は上昇しており、今回の様な症例には、十分に注意し、細胞診断していく必要があると痛感した。

地域 2-4 原発巣の推定に苦慮した癌性腹膜炎の1症例

滋賀医科大学産婦人科¹⁾, 大津市民病院臨床検査部病理検査室²⁾, 大津市民病院病理診断科³⁾

○久保卓郎(MD)¹⁾, 田口一也(CT)²⁾, 岡本恵子(CT)²⁾,
濱田新七(MD)³⁾, 高橋健太郎(PhD)¹⁾

【緒言】一般的に体腔液の細胞診の約70%は悪性細胞が対象と言われている。今回腹水中に粘液を有する腺癌細胞を認め、原発巣の推定に苦慮した癌性腹膜炎の1症例を経験したので報告する。

【症例】44歳、女性。2回の帝王切開術と5年前の虫垂切除術の既往がある。便秘と腹部膨満を主訴に消化器内科を受診、腸閉塞の診断で入院。腹水の細胞診は粘液を有する腺癌細胞を認めた。上部の消化管内視鏡では異常所見を認めず、下部は癒着が強く施行困難であった。婦人科診察では両側卵巣に腫大なく、子宮は癒着あるが、頸部と内膜の細胞診は異常所見を認めなかった。CTで盲腸付近の炎症性病変とダグラス窩の播種病変を認めた。外科の試験開腹では原発巣の同定は困難であり、播種病変の生検が行われた。病理所見から大腸癌の腹膜播種と診断され、虫垂癌の転移・播種・再発が最も疑われた。化学療法が行われたが奏功せず、入院3ヶ月後に永眠された。

【細胞所見】腹水中に大小不同の核を有する異型細胞を孤立性または集塊で認めた。異型細胞の細胞質はPAS染色やアルシアンブルー染色で滴状に染まり、粘液を有していた。

【組織所見】腹膜の播種病変は、異型細胞が管状、篩状、索状に配列しながら、浸潤性に増大していた。免疫染色ではCEA(+), CK20(+), CK7(-), 34βE12(+), MUC2(+), MUC5AC(-), MUC6(-)であった。

【まとめ】腹水中に粘液性の腺癌細胞を認め、精査の結果、原発巣として虫垂癌が疑われた1症例を経験した。大腸癌の中で虫垂癌の占める割合は1%以下であるが、虫垂癌が虫垂炎を来して虫垂切除術が施行される場合もある。今回の症例を通して、日常的に行われる虫垂切除術の中にも、落とし穴が潜んでいると痛感させられた。

◇地域推薦演題3 骨・軟部 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

地域3-1 悪性顆粒細胞腫の一例

新潟大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹, 新潟大学医歯学総合病院病理部²

○須貝美佳(CT)¹, 梅津 哉(MD)², 大橋溜子(MD)², 高橋加奈絵(CT)², 池亀央嗣(CT)², 横山千明(CT)², 川口裕貴恵(CT)², 岩淵三哉(MD)¹

【はじめに】顆粒細胞腫(GCT)はSchwann細胞起源と考えられている良性腫瘍である。悪性顆粒細胞腫(MGCT)も稀に発生するが、形態による良悪性の鑑別は困難とされる。今回、軟部腫瘍穿刺細胞診でMGCTを疑った一例を経験したので紹介する。

【症例】63歳男性。来院1年前より痛みを伴う大腿部腫瘍が出現。徐々に増大し下腿神経麻痺を来していた。当院整形外科にて穿刺細胞診施行し、MGCTが疑われたため生検および切除術が行われた。術後、転移・再発を来し化学療法が施行されたが、81ヶ月後、転移性肺腫瘍により永眠された。

【細胞所見】細胞質辺縁不明瞭、好酸性顆粒が充満した細胞質を持つ核小体の明瞭な細胞を認めた。GCTを最も考えたが、N/C比がやや高く思われた。さらに免疫染色ではS-100、CD68が陽性であったが、S-100の染色性が著しく弱かった。

【組織所見】腫瘍径は10x7x5.5cm、腫瘍断面は淡黄白色で充実性、周囲圧排性であった。組織学的に周囲脂肪組織への浸潤性発育を認める領域もみられた。顆粒状で広い細胞質を有する腫瘍細胞が胞巣状に増殖し、一部に紡錘形腫瘍細胞も混在していた。著明な核小体が認められたが核は多形性に乏しかった。分裂像は0~1/10HPF程度であったがKi-67 indexは22%であった。壊死巣はみられなかった。S-100免疫染色は弱陽性であった。細胞異型に乏しいものの臨床所見・組織学的所見を総合してMGCTが疑われた。

【まとめ】細胞診標本において特徴ある細胞像によりGCTと推定したが、明瞭な核小体とN/C比が高い印象に加え、S-100の染色性が減弱しており、細胞診でMGCTを疑うことができた。若干の文献的考察を加えて報告する。

地域3-2 「私が経験した痛恨の1例 腋窩腫瘍のFNA」

国家公務員共済組合連合会立川病院病理診断科

○笹井伸哉(CT), 吉岡 瞳(CT), 岡元祐佳(CT), 黒澤仁志(CT), 松田重光(CT), 緒方謙太郎(MD), 上野万里(MD)

腋窩腫瘍といっても、皮下腫瘍、乳腺腫瘍、副乳、リンパ節など多種多様である。臨床情報によっても細胞の見方、考え方を変える必要がある。私の痛恨の1例は診断前のエピソード、そんな訳ない、思い込み、ピットホールと重なり、細胞診経験があるが為に陥ったとも言える症例である。普段であればおかしいと判断できる細胞も目に入らなくなり思い込みによる判断をしてしまった1例である。

【症例】40代女性、右腋窩にしこりが触れる為、当院乳腺外科を受診した。

【エピソード1】外来にて、腋窩腫瘍のFNAが至急で提出された。その時の臨床情報は腋窩リンパ節からのFNAとの情報のもとに悪性と報告された。

【エピソード2】翌日、他の細胞検査士の意見を求めたところ、悪性ではないかもしれないとの意見であった。

【細胞像】パパニコロウ染色では、血球背景に異型性に乏しく、小型、軽度核腫大したDuctal cell小集塊を認め、集塊の一部に筋上皮様細胞の付着がみられた。背景にリンパ球がみられなかったこともありリンパ節由来ではなく、副乳由来の上皮細胞の可能性があると追加報告した。後日、同部位よりCNBが施行され、Invasive ductal carcinomaと診断された。本症例は、ふたつのエピソードによる思い込み、筋上皮細胞の存在にこだわった故の症例であった。筋上皮細胞にこだわり過ぎると誤診する可能性があることを改めて思い知らされた。筋上皮細胞の存在をどこまで評価すべきか検討し報告する予定である。

地域 3-3 頸部リンパ節細胞診が治療選択に大きな影響をもたらした一例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科¹⁾, 神奈川県立足柄上病院検査技術科²⁾, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科³⁾

○加藤智美(CT)¹⁾, 佐瀬智子(CT)¹⁾, 細沼佑介(CT)¹⁾, 菅野恵士(CT)¹⁾, 鎌倉靖夫(CT)¹⁾, 大金直樹(CT)²⁾, 永田耕治(MD)¹⁾, 中平光彦(MD)³⁾, 安田政実(MD)¹⁾

【はじめに】頭頸部癌のリンパ節転移が疑われる場合、安易な組織生検は根治が失われる可能性があるため一般的に禁忌とされている。このため細胞診の果たす意義は大きい。我々が今回提示する症例は、最終的に組織診における免疫組織化学的検討が決めてとなった。

【症例】55歳、女性。右頸部に径約5cm大の可動性を示す弾性硬な腫瘤を認めたため、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞像】小型リンパ球に混在して、大型で形状不整、クロマチンが増量した核と豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が、結合性を有する集塊として認められた。Class V, 転移性癌（組織型不明）を推定した。

【臨床経過】細胞判定に基づき、原発部位を検索するためPET/CT, CT, MR等の画像検査が行われたが特定できず、原発不明癌・頸部リンパ節転移と診断された。右頸部根治的郭清術が施行された。

【組織像】小型リンパ球に取り囲まれて、大型で多形性の強い核を有する腫瘍細胞が島状に胞巣を形成していた。第一に転移性癌（扁平上皮癌系の未分化癌）を考え、鑑別診断として悪性リンパ腫や悪性黒色腫を候補にあげて免疫組織化学的検討を行った。

【最終診断】当日、細胞像、組織像を供覧の上、“我々が陥った思考過程”を提示する。

【まとめ】細胞診はときに治療方針の決定打となり得る。今回の経験から“細胞診における推定診断の意義”を改めて学んだ。

◇地域推薦演題 4 泌尿器 私が経験した痛恨の一例、会心の一例

地域 4-1 尿細胞診でデコイ細胞様所見を呈したポリオーマウイルス関連尿路上皮癌

愛媛県立中央病院病理診断科

○木藤克己(MD), 二宮恵子(MD), 中園裕一(MD), 木下幸正(CT), 高石裕子(CT), 大杉増美(CT), 岡田 渚(CT), 杉田敦郎(MD), 前田智治(MD)

【はじめに】腎移植後の免疫抑制状態では、しばしばポリオーマウイルス（主にBKウイルス）に感染した尿路系細胞が尿中に出現する。ポリオーマウイルス感染細胞の核にはすりガラス状膨化や濃染がみられ、尿細胞診では癌細胞と間違えられやすいことから、デコイ（おとり）細胞の名称で呼ばれている。

今回我々は腎移植患者に発生したポリオーマウイルス感染を伴う尿路上皮癌を経験した。本症例の癌細胞にはデコイ細胞様の核所見がみられ、尿細胞診では良悪性の鑑別が問題となった。

【症例】10年前に腎移植を受けた50歳台の男性。約2年前より尿細胞診でデコイ細胞を指摘されていた。その後尿管狭窄とともに尿中にデコイ細胞様の異型細胞の増加がみられ、ウイルス性尿管炎や腫瘍性疾患との鑑別に苦慮した。最終的にカテーテル尿細胞診で尿路上皮癌と診断され、移植腎尿管全摘術が行われた。

病理標本では腎盂尿管移行部に隆起性病変を形成する高異型度尿路上皮癌が認められた。癌細胞には核内封入体や泥状のクロマチンが認められ、免疫染色でほぼ全ての癌細胞がSV40 large T抗原陽性となった。一方、非癌部尿路上皮や腎尿管に核内封入体はみられず、SV40 large T抗原は陰性であった。術後の細胞診ではデコイ細胞は消失した。本症例は近年明らかになりつつある癌部にポリオーマウイルス感染を伴う尿路上皮癌と考えられた。

【まとめ】一般に尿細胞診でウイルス感染によるデコイ細胞様の所見をみた場合は過剰診断とならないように留意するが、腎移植症例では稀にポリオーマウイルス関連癌があることを念頭に置く必要がある。

地域 4-2 臨床医との連携で誤陽性を防げた腎盂洗浄検体の 1 例

奈良市総合医療検査センター病理・細胞診

○安達博成(CT)

【初めに】臨床材料によっては、細胞診は最終診断になりえる場合があり、慎重の上にも慎重を期して誤判定を無くす努力は当然であるが、時にピットフォールにおちいり重大な結果を招く場合がある。今回臨床医の適切な判断により重大事項には至らなかったものの、痛恨の 1 例を経験しましたので自戒の意味を込めて報告いたします。

【症例と検体】2012 年 7 月細胞診にて UC を指摘、TUR-bt にて G3UC、pTis にて BCG 療法後、細胞診にて数回の異常所見後、2014 年には陰性化、膀胱鏡にて右尿管口に発赤が見られたため、左右の腎盂洗浄細胞診を施行。検体は通常法にて、Pap 染色、Giemsa 染色を施行した。

【細胞像】左腎盂洗浄検体においては反応性変化を有する細胞を認めるも腫瘍性病変を示唆する細胞は確認できなかった。しかし右腎盂洗浄検体においては、左の細胞像とは異なり、核偏在、N/C 増大、核不整、核大小不同が見られ、一部に強い配列の乱れを有する細胞集塊を認めたため UC を強く疑った。

【結果】臨床医の適切な判断により、種々の精査の結果、腫瘍性病変は確認されず、今回の報告は最終的には False Positive と判断され、医療事故を未然に防げた。

【考察】我々細胞診を行うものにとって誤診を防ぐことは当然であるが、ピットフォールに陥る場合もある。思い込みや考えすぎは避けるとともに、できるだけ臨床医と密に連絡を取り合うことが重要であると考えている。

地域 4-3 甲状腺乳頭癌との鑑別に苦慮した腎細胞癌頸部リンパ節転移の 1 例

兵庫医科大学病院病院病理部

○石田誠実(CT), 石田圭子(CT), 糸山雅子(CT), 中村純子(CT), 佐藤 元(CT), 中西昂弘(CT), 鳥居良貴(CT), 梶本仙子(MD), 松田育雄(MD), 塚本吉胤(MD), 廣田誠一(MD)

【症例】44 歳、女性。右腎細胞癌術後 4 年目に CT にて左頸部等の多数のリンパ節腫脹が指摘された。左頸部リンパ節穿刺吸引細胞診にて、腎細胞癌の転移が疑われたものの甲状腺癌転移の可能性を否定できず、甲状腺の精査にて左葉下極に 15×15 mm 大の境界不明瞭な腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診にて悪性所見は認められず、確定診断のための左頸部リンパ節生検にて腎細胞癌の転移と診断された。

【左頸部リンパ節穿刺吸引細胞所見】明瞭な核小体を有し、核形不整および核溝をみる異型細胞を多数認めた。大部分は裸核状を呈したが、一部に淡明で泡沫状の細胞質を認めた。核クロマチンは細顆粒状を示し、核内細胞質封入体が多数確認された。針洗浄細胞診(LBC)でも穿刺検体と同様の異型細胞を多数認め、大部分は淡明な細胞質をもった上皮様集塊であり、一部で乳頭状構造を呈した。PAS 反応にて細胞質内に顆粒状の陽性像を認めた。

【左頸部リンパ節組織所見】淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が索状・乳頭状に増殖し、腎細胞癌のリンパ節転移と診断された。免疫染色にて TFE3 陽性を示したことから、組織亜型は淡明細胞癌ではなく Xp11.2 転座腎細胞癌の可能性が考えられた。

【まとめ】今回の細胞像の検討においては、穿刺吸引検体では細胞質が不明瞭であり甲状腺癌および腎細胞癌の鑑別は困難であったが、LBC 検体にて腫瘍細胞の細胞質が淡明であった点、PAS 反応で顆粒状を示した点から、甲状腺癌よりも腎細胞癌の可能性を示唆できた。多数の核内細胞質封入体の出現については Xp11.2 転座腎細胞癌との関連性をふまえ、文献的考察を加え報告する。

◇地域推薦演題 5 甲状腺・副甲状腺 私が経験した 痛恨の一例、会心の一例

地域 5-1 甲状腺穿刺吸引細胞診にて粘表皮癌と推定 した一例

信州大学医学部附属病院臨床検査部¹⁾, 信州大学医学部
病理組織学教室²⁾, 慈泉会相澤病院病理診断科³⁾

○小林幸弘(CT)¹⁾, 百瀬正信(CT)¹⁾, 下條康代(CT)¹⁾,
中嶋智之(CT)¹⁾, 仲田梨恵(CT)¹⁾, 堀川美栄子(CT)¹⁾,
上原 剛(MD)¹⁾, 佐野健司(MD)¹⁾, 浅香志穂(MD)¹⁾,
下条久志(MD)²⁾, 小林実喜子(MD)²⁾,
樋口佳代子(MD)³⁾

【はじめに】粘表皮癌は唾液腺原発悪性腫瘍の中では最も頻度が高いが、甲状腺での頻度は低い。今回我々は甲状腺穿刺吸引細胞診材料で粘表皮癌と推定した症例を経験したので報告する。

【症例】83歳、女性。甲状腺左葉に3cm大の腫瘤あり。超音波検査にて乳頭癌が疑われ穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞像】背景は好中球を多く認める炎症性で、一部に粘液も見られた。コロイドや明らかな濾胞上皮は見られなかった。類円形核を有し核小体明瞭な異型細胞集塊を認めた。一部の胞体内には粘液が見られ、周囲には小型の角化細胞が散見された。また高円柱状の細胞集塊も見られた。

【針生検組織像】線維化と炎症細胞浸潤を背景に扁平上皮様の異型細胞と、粘液を有する異型細胞が胞巣状、腺腔状、索状を呈しながら増殖していた。また線毛を有する高円柱状細胞からなる管状構造が見られた。

【左葉手術材料組織像】好中球浸潤、および線維形成の目立つ背景に気管上皮に類似した数層の上皮を持った腺管の増殖を認めた。上皮部では角化を伴った重層扁平上皮や、線毛を持つ上皮、粘液細胞も見られた。また壊死物質や炎症細胞、粘液の貯留した腺管も認めた。

【最終組織診断】甲状腺原発粘表皮癌

【考察】細胞診にて一部に粘液を含む細胞、角化を示す扁平上皮が見られ、頻度は低い甲状腺の粘表皮癌を推定した一例であった。本症例の組織像は広範に線毛細胞がみられるなど、唾液腺の粘表皮癌とは異なる特異な組織像を示す悪性腫瘍であり、安藤らにより2008年に報告された線毛を有する甲状腺粘表皮癌に合致すると考えられた。

地域 5-2 術前細胞診で乳頭癌を推定した濾胞腺腫の 一例

野口病院研究検査科

○重永有紀子(CT), 丸田淳子(CT), 橋本裕信(CT),
渡 彩香(CT)

【はじめに】甲状腺穿刺吸引細胞診において乳頭癌は特徴的所見を有しており高い診断精度を保持している。しかし、今回我々は術前細胞診にて乳頭癌を推定したが、病理診断は濾胞腺腫であった症例を経験したので報告する。

【症例】30代女性。前医にて甲状腺右葉に腫瘤を指摘され、精査目的で当院を受診した。免疫学的検査にてサイログロブリン値356.90ng/dlと高値を示した。超音波検査では甲状腺右葉に多発性の腫瘤を認め腺腫様結節を推定したが、充実性である右葉上極の腫瘤(18×15mm)より穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見及び診断】細胞量が豊富で、乳頭状集塊が大半を占めた。N/C比が高く、核間距離は非常に狭かった。核の辺縁は不整で異形があり、核溝と核内封入体を数カ所認めた。これらの所見から判定区分：悪性、推定病変：乳頭癌と報告した。

【病理組織学的所見及び診断】甲状腺右葉切除術及び気管周囲リンパ節廓清術が施行された。手術中に依頼された右葉上極の腫瘤の術中迅速組織診断は乳頭癌であった。摘出臓器の断面は境界明瞭な充実性腫瘤であった。HE標本において腫瘤は線維性の被膜に囲まれ、周囲組織に圧排性に増殖していた。腫瘍細胞は濾胞状及び管状に増殖し、核は円形から楕円形で核間距離が狭く、核形不整と核溝を認めた。また、極少数の核内細胞質封入体を認めた。核クロマチンは顆粒状に増量していた。病理組織診断は濾胞腺腫であった。

【まとめ】本症例の細胞診所見は乳頭癌と酷似していた。細胞診では乳頭癌と鑑別が非常に困難な濾胞腺腫があると考えられる。

地域 5-3 乳頭癌と鑑別を要した好酸性濾胞性結節の1例

山梨大学医学部附属病院病理部¹, 上越総合病院病理検査², 山梨大学医学部人体病理³

○中澤久美子(CT)¹, 弓納持勉(CT)², 石井喜雄(CT)¹, 望月直子(CT)¹, 花井佑樹(CT)¹, 佐藤詩織(CT)¹, 笠井一希(CT)¹, 峰 広美(CT)¹, 田原一平(MD)³, 中澤匡男(MD)¹, 近藤哲夫(MD)³, 加藤良平(MD)^{1,3}

【はじめに】術前甲状腺穿刺吸引細胞診にて乳頭癌を疑い, 術後, 該当病変が腺腫様甲状腺腫であった症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。10年以上前より多発性の甲状腺腫瘍にて経過観察中, 峡部腫瘍の増大とサイログロブリンの上昇を認め, 峡部腫瘍に対し穿刺吸引細胞診を施行。その結果, 乳頭癌疑いと診断され甲状腺全摘術が施行された。

【細胞診所見】出血性背景に, 好酸性細胞と共に, 裸核状様の異型細胞が多数みられた。異型細胞は, 核の大小不同・不規則重積を伴い出現し, 核内細胞質封入体, 核溝及びすりガラス状核の所見を呈しており乳頭癌を強く疑った。

【組織学的所見】肉眼的に右葉および峡部に3cm大の腫瘍, 左葉に石灰化を伴う1cm大の結節性病変が認められた。右葉および峡部の腫瘍は, 内部に好酸性細胞から成る結節内結節がみられ, 一部に核溝, 核内細胞質封入体を認め, 核所見も若干すりガラス状であったが, 組織学的には腺腫様甲状腺腫と診断された。一方, 左葉の病変は線維化, 石灰化を伴う乳頭癌であった。

【考察および結語】本症例は, 腺腫様甲状腺腫の結節中に好酸性変化を伴う充実性結節が存在し, その結節が変性を伴い強い核異型がみられた。核には核溝や核内細胞質封入体が散見され, すりガラス様の核所見も確認された。細胞診を再検討すると, この部位から細胞が採取され, 変性に陥った裸核状の異型細胞だけに捉われ乳頭癌を疑った。本例のように腺腫様結節内に充実性結節を形成する場合, 穿刺吸引細胞診では, その部位のみから採取されることで返って診断を困難にすることがあり, 画像所見などと併せ総合的な診断を行うことが重要である。

◇地域推薦演題 6 乳腺・子宮頸部 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

地域 6-1 乳癌と過剰診断した乳管腺腫の一例

昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室¹, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科², 昭和大学医学部臨床病理診断学講座³

○小島朋子(CT)¹, 北村隆司(CT)¹, 花井絵梨果(CT)¹, 津田祥子(CT)¹, 尾松睦子(MD)², 御子神哲也(MD)², 国村利明(MD)², 瀧本雅文(MD)³

【はじめに】乳管腺腫は Azzopardi が 1984 年に提唱した疾患概念で, 乳癌と鑑別が難しい組織型の一つである。今回われわれは細胞診で乳癌と判定したが組織学的に乳管腺腫であった痛恨の一例を経験したので, その細胞像を報告するとともに乳管腺腫との鑑別について発表する。

【症例】患者: 77歳, 女性。現病歴: 検診の画像検査にて石灰化を指摘, 精査目的にて昭和大学病院を受診。超音波検査にて左C領域に境界明瞭な楕円形腫瘍がみられ, 穿刺細胞診にて悪性を疑い乳房部分切除術を施行, 組織学的に乳管腺腫と診断された。

【細胞診所見】クロマチン増量に乏しく明瞭な核小体を有する小型からやや大型の類円形異型細胞が散在性, 及び小集塊として出現。異型細胞はN/C比の高いものから低いものが混在し, 核の飛び出し像を顕著に認めた。以上の所見から乳管癌あるいは小葉癌を疑った。

【組織診所見】萎縮乳腺内に5×3mm大の境界明瞭な楕円形腫瘍を認め, 周囲にも小結節が観察された。腫瘍の中心部は線維化と硝子化が目立ち, 辺縁部では種々の大きさの腺管増殖を認めた。浸潤像を疑わせる所見がみられ, SMA染色にて筋上皮細胞との二相性を確認, 乳管腺腫と診断された。

【まとめ】乳管腺腫と診断可能な細胞像は, 1. 異型アポクリン化生細胞と正常乳管上皮との移行像を認める場合, 2. 紡錘形あるいは多辺形の腫瘍性筋上皮細胞がみられる場合, である。本症例は細胞も小型で上記所見を認めないことから乳管腺腫との診断が不可能であった。しかし, 一部には顆粒状の細胞質を持つ異型アポクリン化生を示唆する所見がみられ, このような場合は乳管腺腫の可能性を考慮する必要があると思われた。

地域 6-2 子宮頸部上皮内腺癌と診断した一例—私が経験した痛恨の一例—

公立那賀病院臨床検査科¹⁾, 公立那賀病院病理診断科²⁾, 和歌山県立医科大学人体病理学教室³⁾

○稲垣充也(CT)¹⁾, 岩橋吉史(MD)²⁾, 紙谷知子(CT)¹⁾, 村田晋一(MD)³⁾

【はじめに】早期の子宮頸部腺癌の細胞診での診断は扁平上皮癌に比べ困難であるとされている。今回、子宮頸部細胞診で上皮内腺癌を疑ったが、明らかな腺癌病変が認められなかった一例を経験したので報告する。

【症例】30歳台女性。数ヵ月前よりピンク色の帯下を主訴に、当院産婦人科を受診し、子宮頸部擦過細胞診が施行された。

【細胞所見】炎症性背景に異型腺細胞集塊が出現した。集塊はロゼットや羽毛状構造、柵状配列などの多彩な出現形式を呈し、個々の細胞は高円柱状であった。核異型は軽度で、小型の核小体を数個有するものが多かった。以上の所見より、上皮内腺癌の疑い(Class 4)と報告した。

【組織所見】子宮頸部生検標本では、コイロサイトーシスと基底細胞様異型細胞の増生を認めLSILと診断された。頸部腺には異型を認めなかったが、生検のみでは腺癌を否定することができず、円錐切除術が施行された。円錐切除標本では、頸管腺の腺管密度の増加は明かではなかったが、腺上皮が過形成性変化を示し、複数の核分裂像を伴った。しかし、核異型や極性の乱れは顕著ではなく、腺異形成や上皮内腺癌と判断できる像ではなかった。また、p16の免疫組織染色も陰性であった。

【まとめ】子宮頸部上皮内腺癌は文献的には多彩な出現形態をとる場合が多く、個々の細胞では核の突出像や核分裂像が診断に有用であるとされている。今回の症例の細胞像を再検討したところ、羽毛状構造や柵状配列などの多彩な出現形式を認めたが、核の突出像や核異型は軽度で、Atypical glandular cells (AGC) とすべき細胞像であったと思われた。

地域 6-3 細胞診が有用であった子宮頸部上皮内腺癌の1例

盛岡赤十字病院医療技術部病理技術課¹⁾, 盛岡赤十字病院病理部²⁾

○菊池 優(CT)¹⁾, 水野幸人(CT)¹⁾, 浅沼匡介(CT)¹⁾, 井上幸男(CT)¹⁾, 門間信博(MD)²⁾

【はじめに】初期の子宮頸部腺系病変は、肉眼所見や臨床症状に乏しく組織診にて診断が困難な場合が少なくな。今回、4度の組織生検と円錐切除標本にて病変が認められなかったが、持続した子宮頸部細胞診異常を契機に、上皮内腺癌の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。検診にてAGCと診断され、精査目的に当院産婦人科を受診。2013年7月から2014年12月の子宮摘出術を行うまでの間に、子宮頸部組織生検3回、内膜生検1回と子宮頸部円錐切除が行われたが異型腺管は認められなかった。細胞診は7回施行し、AGC-FNが5回、また同時に採取された内膜細胞診でも疑陽性が3回認められた。子宮頸部円錐切除後の細胞診でもAGC-FNが続いたため、臨床所見と考え合わせ本人同意の上、子宮摘出術+両付属器摘出術を施行した。

【細胞像】清明な背景に、核の腫大と核配列の不整を示す腺細胞集塊が少数出現していた。細胞質は高円柱状で粘液を有し、羽毛状集塊も散見された。核は緊満感を有し、核クロマチンの濃染と明瞭な核小体の腫大を認めた。

【組織像】摘出子宮の子宮頸部を全割して17個の組織標本を作製し、そのうち2個の切片で、径5mmの範囲に異型腺管の集簇が認められた。腺管は腺形不整で、上皮細胞の乳頭状増殖や、同一腺管内でfrontの形成がみられた。間質への浸潤は認められず、上皮内腺癌と診断された。またHIK1083とMUC6の免疫染色では、陽性を示し胃型粘液を有していることが確認された。

【まとめ】本症例では、病変部が非常に小さく組織診での確定診断は困難であったが、細胞診では持続的に異型腺細胞が見出された。細胞診は広範囲に細胞採取が可能であり、腺系病変の把握に有用であると思われる。

地域 6-4 私が経験した痛恨の一例—婦人科 LBC 標本—

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

○仲 徹(CT)¹⁾, 村上知之(MD)²⁾

私が経験した痛恨の一例—婦人科 LBC 標本—独立行政法人国立病院機構関門医療センター臨床検査科¹⁾ 病理診断科²⁾ 仲 徹¹⁾ 村上 知之²⁾

【はじめに】当院は2006年にLiquid Based Cytology (以下LBCと略す)を導入した。約1年後の症例を紹介し、LBC標本の見方・考え方を考察する。

【症例】30歳代女性、子宮頸部擦過、Sure Path法にて作成。依頼箋には氏名・年齢・採取部位の記載はあるが、詳しい臨床情報はなし。

【臨床経過】11月に細胞診提出、ClassII陰性Metaplastic cellsを認める。12月子宮頸部生検施行。依頼箋に「6月に他院でClassIVを認めコルポ下で白色上皮部を生検」とあり、病理診断がSevere dysplasiaであったため細胞診標本の見直しを行った。その後円錐切除にてCIN3の診断を得た。

【細胞所見】炎症細胞を背景に、表層型扁平上皮が多数みられ、頸管腺細胞、化生細胞を散見した。病理診断を加味し再検討した結果、傍基底型の異型細胞を少数認め、追加診断を行った。

【病理所見】炎症細胞浸潤やSquamous metaplasiaの強い頸部粘膜が5片あり、2片にはModerate dysplasia、1片にはSevere dysplasiaを僅かな範囲に認めた。上層になるに従い細胞質が大きくなる分化傾向はあるものの基底部の細胞と同等の異型核を有する部分があり、いわゆる分化型のCIN3(Severe dysplasia)と考える。明らかな間質浸潤は認めなかった。

【考察】LBC標本にてHISIL相当の細胞を見落とした。細胞像を振り返ると、成熟した扁平上皮が多数みられるなかに、1)小型でN/C比が高く、核クロマチンの増量する細胞、2)核縁肥厚のあるBizarreな細胞、3)クロマチンの濃染する小型細胞集塊が出現する場合ASC以上を考慮、注意深くスクリーニングすることが重要である。

◇地域推薦演題7 子宮頸部 私が経験した痛恨の一例、会心の一例

地域 7-1 細胞診が診断及び術後の経過観察に有用であった子宮頸管ポリープ上皮内癌の1例

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院産婦人科²⁾, 富山県立中央病院病理診断科³⁾

○宮本藤之(CT)¹⁾, 石澤 伸(MD)³⁾, 矢野彩子(CT)¹⁾, 清水雅彦(CT)¹⁾, 酒井哲也(CT)¹⁾, 南 里恵(MD)²⁾, 鈴木由佳(MD)²⁾, 舟本 寛(MD)²⁾, 中西ゆう子(MD)³⁾, 内山明央(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸管ポリープは頸管粘膜の増殖による有茎性腫瘤で日常しばしば遭遇する疾患で、その大部分は良性であり、悪性化するものは稀である。今回我々は、細胞診が診断及び術後の経過観察に有用であった子宮頸管ポリープに発生した上皮内癌例を経験したので報告する。

【症例】30歳代、女性、5年前、他院にて扁平上皮内腫瘍(CIN1)の診断にて経過観察、1年後、細胞診でSCC初期浸潤癌疑い、生検組織診でCIN3にて精査目的に当院紹介受診。当院の細胞診ではHISL上皮内癌、生検組織診及び円錐切除術が施行されたがいずれも他院で認められたCIN像は認められなかった。6ヵ月後子宮頸管ポリープが認められ切除したところ上皮の全層置換するCIN3、上皮内癌が認められた。また、切除断端が陽性であったため細胞診は年6回、生検組織診は6ヶ月に1回の経過観察となった。ポリープ切除1年後細胞診はHISL高度異形成が継続、生検組織診にてCIN3高度異形成のため、再円錐切除となる。術後組織診はCIN3高度異形成で内膜側断端陽性であった。再円錐切除後2年間は細胞診HISL高度異形成から上皮内癌が継続したが組織診には異常は認めなかった。子宮頸管内搔爬組織にてCIN3の診断がされ、子宮及び両側卵管摘出術が施行され、CIN3上皮内癌であった。

【まとめ】今回、子宮頸管ポリープに発生した上皮内癌の1例を経験した。子宮頸癌の診断及び術後の経過観察に細胞診が有用であることが再認識された。

地域 7-2 私が経験した痛恨の一例

鹿児島市立病院

○古屋大幸(CT), 白澤晃樹(MT), 中島真由美(CT),
小山田誠朋(CT), 藤崎人美(CT), 末吉和宣(MD)

【症例】30歳代, 女性. 2経妊1経産.

前医の子宮頸がん検診にてHSIL/CISを指摘され, 当院紹介受診.

【細胞診所見】白血球を伴う比較的美しい背景に, 核腫大・顆粒状クロマチン増量・多稜形で豊富な細胞質を伴う異型細胞が平面的な集塊で認められた. 一部に細胞質内粘液様空胞や核小体も散見された. 以上の所見より, Other malignant neoplasms/ 腺扁平上皮癌疑いと報告した.

【組織所見】生検組織では, SCJ領域の頸部粘膜で間質に高度の好中球・リンパ球浸潤を伴い, 所々頸管腺の変性所見が認められ, 核の腫大や大小不同が指摘された. 炎症による反応性・再生性上皮と考えるが, 異型の程度が強く腫瘍性病変を否定できない所見であり Cervicitis with atypical glandular cells と診断された.

細胞診の結果から限局性の腺癌病変も否定できないとの事で, 円錐切除術が施行されたが, Acute and chronic cervicitis の診断であった.

【考察】子宮頸部細胞診で, Other malignant neoplasms/ 腺扁平上皮癌疑いと判定した症例が, 円錐切除された組織診断では炎症所見であった. 今回の原因として1)前医での判定がHSILであった. 2)本症例前, 半年内に経験した2例の腺扁平上皮癌やすりガラス細胞癌の細胞像と類似している点があった. 3)細胞判定に迷いながら無理にベセスダシステムの様式に当てはめてしまった. 4)腺扁平上皮癌, 特にすりガラス細胞癌は予後が悪い為, より絞り込んだ組織型推定を報告したいという思いが強かった, 等が挙げられた.

【まとめ】今回細胞診にて過剰判定した. 確実な細胞所見が無い症例では, 組織型を推定できないという旨を臨床側に明確に伝える必要があり, 特殊な症例ではベセスダシステムにとられない報告様式の採用も検討すべきである.

地域 7-3 分類不能子宮頸部腺癌の一例 (痛恨の一症例として)

宮崎県立宮崎病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾, 宮崎県立宮崎病院産婦人科³⁾

○稲田千文(CT)¹⁾, 谷口康郎(CT)¹⁾, 木田裕子(CT)¹⁾,
原口朋子(CT)¹⁾, 島尾義也(MD)²⁾, 丸塚浩助(MD)²⁾,
嶋本富博(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸部細胞診にて腺癌との診断はし得たが, 推定組織亜型の確定に至らなかった一例を報告する.

【症例】50代女性, 3~4か月前から帯下の増加を認め, 前医を受診. 画像検査にて子宮頸部に多房性嚢胞性病変, 両側卵巣にも嚢胞性病変を指摘され, 当院婦人科を紹介受診した.

【細胞所見】白血球, 多核組織球を背景に認める中, 円柱状細胞のシート状・柵状・乳頭状集塊を認めた. 核の大小不同, 強い核形不整を示し, 核クロマチンは顆粒状に増量し, 核小体を複数個認め, 子宮頸部腺癌と診断した. またリンパ球の5~10倍ほどの大型核, 広く厚い好酸性細胞質を持ち扁平上皮への分化を疑わせる平面状集塊を一部に認めることから, すりガラス細胞癌を鑑別として考えた.

【組織所見】腺管構造の乱れた異型腺管が多数認められ, 腺管は円柱状細胞で構成され, 好酸性細胞質, 核の大小不同が著明で大型核, 明瞭な核小体を有している. 細胞質内にあきらかな粘液を認めず, 一部に乳頭状構造を示し高度な細胞異型を示していることから, 漿液性癌が疑われた. 免疫組織学的にはp16,ER,PgR,PTEN陰性で類内膜癌は否定的であり, またHIK1083, MUC6, CAIX陰性であり胃型粘液性癌も否定的であった. p53がびまん性に強陽性を示していることから漿液性癌に合致する所見であった.

【考察】本症例は子宮頸部並びに両側卵巣に腫瘍性病変があり, 開腹時腹水からも頸部と同様の細胞所見が得られ, 極めて稀であるが, 一元的に子宮頸部原発漿液性癌が両側卵巣・腹腔内播種したものと推定された. 現状では胃型粘液性癌も完全には否定出来ないが, 両者には化学療法効果に差があるため, 鑑別すべきものと考えられる.

地域 7-4 子宮頸部腺癌の細胞像—おさえておきたい 要点とピットフォール—

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

○龍あゆみ(CT)¹, 竹中明美(CT)², 棚田 諭(CT)¹,
芦村純一(CT)¹, 長田盛典(MD)², 富田裕彦(MD)²

【はじめに】婦人科領域ではLBCの浸透により鏡検者の負担が軽減されるようになったが、腺系病変の検出はまだ検証が十分とはいえない。今回、頸部腺癌の初期病変を見落とさないために注意すべき細胞像と腺癌との鑑別を要する細胞像について述べたい。

【対象と方法】2014年4月から2016年3月までに施行された陰頸部細胞診11181件のうち、115件を頸部腺系異型細胞と判定していた。115件中、子宮頸部の切除が施行された73件の内訳は頸部腺癌31件[上皮内腺癌13件を含む]、HSIL8件、体癌24件、腫瘍性病変なし4件、その他6件であった。この中でAGCと判定し、病理診断にて頸部腺癌であった4例(従来法との併用2例、LBCのみ2例)と腺系異型細胞を指摘したが病変が検出されなかった4例(従来法との併用3例、LBCのみ1例)について細胞像を比較した。

【結果】従来法とLBCの共通した所見として、頸部腺癌であった細胞像は小型細胞が柵状配列、シート状配列しているものや、核小体が腫大しクロマチンが微細な症例がみられた。いずれも細胞密度は増加し詳細に観察すると核形不整がみられた。病変が検出されなかった症例は核小体が目立ち、核は増大しているがクロマチンの増量は明らかでなかった。従来法では核間距離があり細胞密度の増加はなかったがLBCでは細胞が一部凝集し、細胞密度が増加しているようにみえる細胞も観察された。

【結語】異型が軽度であっても細胞密度が高く、核形不整がみられる細胞集塊は拾い上げるべきである。また、核および核小体が腫大していてもそれ以外の所見が明らかでないときは慎重に対応する必要がある。本学会では頸部腺系異型細胞を指摘した会心の一例、痛恨の一例を呈示する予定である。

◇地域推薦演題 8 呼吸器・縦隔 1 私が経験した痛恨の一例、会心の一例

地域 8-1 診断が二転三転した非小細胞肺癌の1治療例

化学療法研究所附属病院呼吸器外科¹, 小針病院², 東京医科大学病院呼吸器甲状腺外科³

○山口 学(PhD)¹, 小中千守(PhD)¹, 安藤綾子(CT)¹,
木ノ下恵理(CT)¹, 村主まゆみ(CT)³,
川崎徳仁(PhD)¹, 守尾 篤(PhD)², 森 一郎(PhD)¹,
池田徳彦(PhD)²

【はじめに】近年抗癌剤の進歩により肺癌の診断は小細胞肺癌と非小細胞肺癌の鑑別のみでなく、扁平上皮癌と非扁平上皮癌の鑑別も必要である。診断に際し細胞診は有用であるが、時に鑑別困難な症例もあり、治療方針の決定に際してmiss directionを起こすこともある。診断が二転三転したことにより治療内容が大きく変わった一例を報告する。

【症例】65歳女性。胸部異常陰影を指摘され、当院紹介となる。1.〈小細胞肺癌〉内視鏡検査を行い、細胞量少なく少量の異型細胞しか認められなかったため確定診断に至らなかったが腫瘍マーカーや腫瘍の形態などと総合的に小細胞癌と診断して化学療法を施行した。4コースでSDのみであり、臨床所見との乖離を感じて再度内視鏡検査を行った。2.〈腺癌〉再度行った内視鏡の洗浄細胞診で線毛を持った腺細胞と連続して異型細胞が認められ、低分化の癌を疑う細胞診であった。化学療法(カルボプラチン+ペメトレキセド)を施行した。効果は長期間SDを維持していたが、12か月後にPDとなり、新規抗癌剤を目的に入院した。3.〈扁平上皮癌〉ALK遺伝子変異を調べるためにCTガイド下針生検を行い、組織診で扁平上皮癌の診断となる。ベバシズマブを併用する化学療法を予定したが変更し、効果PRで8か月経過した。再度増大が見られ放射線治療試行し、現在経過観察中である。

【まとめ】肺癌において現在使用可能な抗癌剤は圧倒的に腺癌が多く、扁平上皮癌には使用できないものが多い。細胞診では組織型の確定が困難な場合が多く臨床的判断で治療を決定せざるを得ない場合もあるが、決定に際しては慎重を期して行うべきである

地域 8-2 穿刺部位に惑わされ診断が困難であった気管腺様嚢胞癌の一例

聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾, 同病理診断科²⁾, 立川総合病院病理診断科³⁾

○石原冬馬(CT)¹⁾, 山田真人(CT)¹⁾, 土戸景子(CT)¹⁾, 池谷知也(CT)¹⁾, 加藤好洋(CT)¹⁾, 鈴木愛梨(CT)¹⁾, 大月寛郎(MD)²⁾, 新井義文(MD)²⁾, 小林 寛(MD)^{2,3)}

【はじめに】気管原発の腺様嚢胞癌は比較的稀な腫瘍である。今回我々は、気管腺様嚢胞癌が甲状腺に浸潤して腫瘍を形成し、穿刺吸引細胞診（以下 FNA）を施行したのが診断困難であった一例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代、女性。右頸部腫瘍を自覚し、精査目的で当院内内分泌代謝内科を受診した。US 及び CT にて、甲状腺右葉から峡部にかけて約 2.6×1.9 cm の内部やや不均一な腫瘍を認め、甲状腺腫瘍及びその腫瘍の気管右側壁への浸潤が疑われた。峡部へ施行した FNA にて疑陽性と診断され、甲状腺全摘出術及び気管合併切除術が施行された。

【細胞像】腫瘍細胞は濾胞様、腺腔様構造を伴い、核密度の高い細胞集塊を形成していた。腫瘍細胞は類円形、比較的小型で N/C 比が高く、クロマチンは細顆粒状で核小体は不明瞭であった。以上より、特殊な濾胞性または腺系腫瘍、あるいは腺癌等の可能性を考えたが、異型性に乏しく良悪鑑別困難とした。

【組織像】気管粘膜内から甲状腺内にかけて、大部分は篩状、一部に充実性または小嚢胞構造を呈する腫瘍細胞の浸潤性増生を認めた。腫瘍細胞は類円形かつ小型で異型性に乏しかった。以上より、気管腺様嚢胞癌と診断した。

【考察】気管腺様嚢胞癌は通常、気管粘膜下に沿って進展することが多いが、稀に甲状腺に浸潤し腫瘍を形成することが知られている。今回、FNA からは特殊な腫瘍の可能性を考えた。腺様嚢胞癌も鑑別疾患のひとつとして挙げられたが、甲状腺由来との先入観から積極的な診断には結び付かなかった。通常とは異なる細胞像の場合、臨床側も連携し原発性甲状腺腫瘍だけでなく、隣接臓器からの腫瘍進展や転移の可能性も考慮する必要がある。

地域 8-3 組織型推定を誤った肺扁平上皮癌の 1 例

鶴岡市立荘内病院病理科

○鈴木俊市(CT), 阿部美沙子(CT), 石栗えりな(CT), 近藤敏仁(CT), 内ヶ崎新也(MD), 深瀬眞之(MD)

【はじめに】肺癌は腺癌と扁平上皮癌が多くを占めるが、治療戦略上は両者を含む非小細胞性肺癌と小細胞癌の鑑別が重要であるという時代が長く続いた。しかし治療薬の発達により、現在では腺癌と扁平上皮癌の鑑別も同等に重要であるとされている。今回、細胞診断の形態観察で腺癌と診断したものの、後のセルブロックによる検索で扁平上皮癌と判明した痛恨の 1 症例を経験したので報告する。

【症例】80 歳代男性。当院呼吸器科受診し肺癌が疑われ BF 施行された。擦過および洗浄細胞診が行われ、腺癌と診断された後に扁平上皮癌と訂正され、化学療法が施行された。治療抵抗性であったことから化学療法は中止され、現在は BSC となっている。

【細胞診】類円形核と明瞭核小体を有する核偏在性異型細胞が散見された。胞体は薄く核はユークロマチン状で、集塊形態にも扁平上皮癌を示唆する特徴は見られなかった。細胞形態学的に腺癌と診断し、第一報として臨床に報告した。その後、同時に作製していたセルブロック標本において各種マーカーの免疫染色を施行したところ、異型細胞は p40(+), TTF-1(-)であり、扁平上皮癌と訂正報告した。

【まとめ】腺癌と低分化型扁平上皮癌の鑑別がしばしば困難であること、ペバシズマブ、ニボルマブ、ペメトレキセートなど新治療薬の開発によりその鑑別が重要であることを認識しつつも、細胞形態学的に明らかに腺癌だと考え免疫染色の結果を待たずに第一報を報告した結果、臨床側に間違った組織型を伝えてしまった。細胞診検体が最終診断になり得る肺癌においては、形態学的に疑問がない場合でも、細胞診標本やセルブロック標本で可能な検索し尽くしてから報告することが大切であると痛感した。

◇地域推薦演題 9 呼吸器・縦隔 2 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

地域 9-1 腺癌と診断が困難であった肺原発悪性黒色腫の一例

愛知医科大学病院病理解剖部

○櫻井包子(CT), 坪井智子(CT), 藤井佳穂(CT), 水野里美(CT), 宮下拓也(CT), 和田栄里子(CT), 佐藤允則(CT), 水野義己(CT), 佐藤 啓(MD), 高橋恵美子(MD), 原 一夫(MD), 都築豊徳(MD)

【はじめに】肺に認められる悪性黒色腫は大部分が他臓器からの転移であり, 肺原発は極めて稀で, 肺腫瘍全体の約 0.01% とされる。今回我々は肺原発悪性黒色腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 70 歳代, 男性。1 年前より脱力を自覚, 脳 MRI で境界明瞭な類円形の多発腫瘍性病変を認め, 転移性脳腫瘍が考えられた。その後の CT にて右肺門部背側に 40 mm の不整形腫瘍を認めた。気管支鏡検査にて右下葉第 2 分枝部に白色調腫瘍性病変を認めたため, 経気管肺生検法(TBLB)及び洗浄細胞診が施行された。

【細胞所見】鉗子洗浄液では, 細胞質は豊富で, ライトグリーンに淡染し, 核の大小不同, 核クロマチン増量を伴い, 核偏在性の異型細胞を孤立散在性あるいは結合性の緩い集塊として認めた。一部に核内封入体を伴う細胞や, 2 核の腫瘍細胞を認めた。細胞質にメラニン色素は認めず, 低分化な腺癌の可能性を考えた。

【組織所見】生検にて, クロマチンが増量し, やや偏在した異型核と好酸性細胞質を有する類円形腫瘍細胞の充実性増生を認めた。Rhabdoid 細胞の混在も見られた。腫瘍細胞内にメラニン色素ははっきりしなかった。免疫染色にて腫瘍細胞は, Vimentin, S-100, HMB45 で陽性を示し, CK7, CK20, サイトケラチン(AE1/AE3), TTF-1, Desmin, Inhibin はすべて陰性であった。その後の検査において, 皮膚などの他臓器に病変は認められなかったため肺原発悪性黒色腫と診断した。

【考察】腫瘍細胞の細胞質内にメラニン色素を認める場合には悪性黒色腫の診断は比較的容易であるが, 本症例のようにメラニン色素が認められない場合には腺癌との鑑別を要することがある。

地域 9-2 術中迅速診断にて肺結核症との鑑別に苦慮した肺クリプトコッカス症の 1 例

足利赤十字病院臨床検査部

○清水和彦(MD), 清水進一(DDS), 中村雅哉(CT), 廣瀬芳江(CT), 川村政人(CT), 山田裕子(CT), 遠藤みゆき(CT), 飯塚あかり(CT)

【はじめに】大腸癌術後の肺結節の術中迅速検体にて, 肉眼所見・細胞所見から結核症を推定したが, 肺クリプトコッカス症であった例を経験したので報告する。

【症例】70 代, 男性。S 状結腸癌手術の既往あり。左肺上葉に 2 個の小結節が出現し, 肺部分切除が施行された。

【肉眼所見・細胞所見】肉眼的に肺末梢性に 2 個の小結節(7 mm 大と 5 mm 大)が近接して認められ, 2 個の小結節ともに中心に壊死が目立った。小結節断面を擦過及び捺印し, パパニコロウ染色の細胞診標本を作製した。細胞診では背景に壊死が目立ち, 異型のない上皮が少量みられ, 多核巨細胞が散在性に認められた。悪性を疑わせる細胞はみられなかった。良性病変と診断し, 結核症を推定した。

【組織所見】中心に広い壊死を伴う肉芽腫性病変で, 周囲を肉芽腫性組織が取り囲んでいた。肉芽腫内には多核巨細胞が多くみられた。HE 染色, PAS 染色, グロコット染色を施行し, 多核巨細胞の細胞質内と壊死組織内にクリプトコッカスが多数観察され, クリプトコッカス症と診断した。

【細胞診標本の再検討】多核巨細胞の核にピントを合わせた状態では細胞質内のクリプトコッカスは認識しにくく, ピントをずらしたり, コンデンサを調節することでクリプトコッカスは明瞭となった。背景の壊死物と混在したクリプトコッカスはわかりにくかった。

【まとめ】肺結核症に似た肺クリプトコッカス症もあることを認識すること, 多核巨細胞を観察する際に細胞質をよくみる習慣をつけることが重要である。本例は術中迅速診断にて良悪の鑑別という目的は達成できたが, 肺クリプトコッカス症の診断には至らなかったことが悔やまれる例である。

地域 9-3 気管支鏡下細胞診が有用であったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) 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⁾, 川崎医科大学病理学¹⁾

○小林博久(CT)¹⁾, 菅野豊子(CT)¹⁾, 米 亮祐(CT)¹⁾, 小林江利(CT)¹⁾, 福屋美奈子(CT)¹⁾, 鹿股直樹(MD)²⁾, 濱崎周次(MD)³⁾, 森谷卓也(MD)²⁾

症例は 60 歳代女性。3 年前より近医にて CEA 高値, 1 年前に左舌区に結節影を指摘されるも PET で集積なく経過観察していた。しかし, 咳, 喀痰増加, CEA 値上昇傾向, 左舌区の結節影増大してきたため当院紹介となり, 肺腺癌疑いの元, 気管支鏡下細胞診が施行された。入院時の検査結果では喀痰細菌検査は細菌 (少量), 真菌 (-), 血中 CEA 9.2 ng/mL, 好酸球分画 22% であった。

細胞所見では好酸球, シェルコーライデン結晶を認める背景にシュウ酸カルシウム結晶と少数の菌糸状真菌の菌体の一部を認めたが, 悪性所見は認めなかった。アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 allergic bronchopulmonary aspergillosis (ABPA) を疑うと報告された。

組織検査では, 粘液様物質を背景に好酸球塊がみられ, 壊死状に変性を認めるも真菌は認められなかったが, Allergic bronchopulmonary mycosis の粘液栓子の可能性ありと報告された。その後, 肺癌手術は延期され, 細菌の再検査により *aspergillus niger* が検出され, ABPA に対する治療が行われた結果, 症状は改善し退院となった。

ABPA は主に *Aspergillus fumigatus* によって引き起こされるアレルギー性疾患で, 咳や喀痰と好酸球の増加が起りやすい疾患である。本例は *A.niger* が起炎菌で, 細胞診による好酸球やシュウ酸カルシウム, 菌体の発見が ABPA の診断に大きく寄与した症例であった。

呼吸器細胞診において好酸球の増多を見た場合, ABPA を念頭にシュウ酸カルシウム結晶や菌糸状真菌の存在を注意深く観察する必要があると考えられた。

地域 9-4 術中捺印細胞診の所見が術中迅速診断の一助となった CMPTs の一例

仙台厚生病院臨床検査センター病理診断

○荒屋敷聖(CT), 諸橋 彰(CT), 成田菊夫(CT), 赤平純一(PhD), 遠藤希之(MD)

Ciliated muconodular papillary tumors (CMPTs) は肺末梢部に発生する稀な腫瘍である。組織学的には線毛を有する細胞と杯細胞が乳頭状や肺胞上皮置換性増殖などやや多彩な組織像を呈し, 高分化腺癌との鑑別が問題となる病変である。今回術中迅速診断時に施行した捺印細胞診が診断の一助となった CMPTs を報告する。症例は 74 歳女性。検診で右肺 S10 末梢 8 mm 大の GGO を指摘, 1 年毎のフォローで内部陰影に core が生じ, 診断的治療目的に胸腔鏡下肺部分切除を施行, 術中迅速診断を行った。凍結切片 HE 標本では II 型肺胞上皮様細胞と杯細胞が混在しつつ肺胞上皮置換性や一部乳頭状構造を呈する像が認められた。当初は高分化型腺癌を強く考えたが, 背景にリンパ球主体の炎症性細胞浸潤もあることから反応性変化も否定しきれなかった。同時に施行した捺印細胞診では上皮性の小型集塊が出現, 構成細胞には一部線毛が認められた。HE 標本と対比すると線毛は II 型肺胞上皮細胞様が有していた。そこで末梢肺にも関わらず線毛を有する細胞が出現している点, 杯細胞も混在し乳頭状構造を呈する特徴などから CMPTs を強く疑う, と診断した。永久組織標本でも線毛を有する細胞と杯細胞が乳頭状増殖を示し, 肺胞置換像が認められた。免疫染色では上述の 2 種類の細胞直下に p63 と CK5/6 陽性基底細胞の裏打ちが確認された。以上より最終的に CMPTs と診断した。術中凍結切片標本のみでは CMPTs に特徴的な線毛細胞を確認することが困難だった。一方, 細胞診標本では腫瘍面を満遍なく捺印したため, 線毛を有する細胞が腫瘍性集塊中に確認できた。組織のみでは高分化腺癌と誤診する可能性があったが, 末梢病変にも関わらず線毛細胞が確認されたことで診断に至る事ができた。

◇地域推薦演題 10 消化器 1 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

地域 10-1 肝を冷やした早期胆管癌の1例

済生会熊本病院中央検査部病理

○松岡拓也(CT), 木下史暁(CT), 鮫島彩香(CT), 近藤妙子(CT), 中川美弥(CT), 田上圭二(CT), 神尾多喜浩(MD)

【はじめに】膵胆道領域の悪性腫瘍に罹患した患者が手術療法を受けるまでに、画像検査に加えて通常は病理診断が行われ、生検と細胞診の両方が行われることも多い。しかし、生検では採取量が少ない場合、悪性細胞が採取されないこともあり、細胞診のみに悪性所見が見出されることも少なくない。また、膵胆道領域の手術療法は侵襲性が高く、術前診断で誤診があっては決していけない。今回われわれは、画像検査と細胞診で術前に癌と診断され手術となり、切り出し時に明らかな病変を認めず、肝を冷やした早期胆管癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70代、男性。心窩部痛が出現し、近医を受診した。胆石性胆嚢炎が疑われ、当院へ救急搬送となった。内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)が施行され、総胆管結石性胆管炎と診断されたが、下部胆管に狭窄を認め、悪性腫瘍の可能性が否定できず、精密検査が行われた。

【画像検査】超音波内視鏡(EUS)、CTで下部胆管癌が疑われた。

【術前病理検査】1回目 ERCPで下部胆管に壁不整を認め、生検を施行されたが、悪性所見を認めなかった。2回目4日後、下部胆管狭窄部から生検とブラシ擦過細胞診が施行された。生検では悪性所見を認めず、細胞診で悪性細胞陽性(腺癌)と判断した。

【肉眼所見】摘出臓器の切り出し時、肉眼的に明らかな病変を認めなかった。

【組織所見】膵内胆管の一部に異型細胞がみられ、癌は微小であった。画像所見と照合すると、壁不整像と一致しており、細胞異型および極性の乱れから、上皮内癌と診断された。

【まとめ】発表では細胞所見および組織所見を提示するとともに、この症例以降変更した当病理室での細胞診に関する運用を紹介する。

地域 10-2 無用な手術を回避できた自己免疫性膵炎の1例

公立学校共済組合九州中央病院検査技術科¹⁾, 公立学校共済組合九州中央病院病理診断科²⁾, 熊本保健科学大学保健科学部医学検査学科³⁾

○緒方昌倫(CT)¹⁾, 宇野大輔(CT)¹⁾, 角 正恵(CT)¹⁾, 平山賢司(CT)¹⁾, 佐谷純一(CT)¹⁾, 伊藤やよい(CT)¹⁾, 溝口義浩(CT)¹⁾, 峰 真理(MD)²⁾, 南部雅美(PhD)³⁾

【はじめに】平成元年に細胞検査士資格を取得後、これまで沢山の症例達に出会ってきた。今回は記憶に深く刻まれている自己免疫性膵炎(AIP)の1症例を提示する。

【症例】80歳代、男性。胆石、膀胱腫瘍、前立腺肥大の手術歴有り。糖尿病、高血圧、高脂血症を治療中、短期間にHbA1cが上昇した為、精査加療目的で当院内科紹介。当時の血液検査で、CEA:7.5 ng/ml, CA19-9:88.5 U/ml, IgG4:134 mg/dlと高値を示した。画像診断にて主膵管の狭窄を伴う膵体部に腫瘍を疑う所見があり、膵癌とAIPとの鑑別目的でERCP及び膵管擦過細胞診を施行した。

【細胞所見】異型細胞は大小のシート状や乳頭状に集塊を形成し、核の大小不同、核形不整、細顆粒状のクロマチン、小型ながら明瞭な核小体を有していた。軽度の極性の乱れもあり、一部には核溝や核内封入体を有していた。背景にリンパ球や形質細胞はほとんど認めなかった。判定に苦慮するも悪性を強く疑う所見であったが、コンサルトを依頼し良性疾患の可能性を否定できないコメントをいただき、臨床にその旨を報告した。

【経過】細胞診の結果を踏まえ、ステロイド治療を2週間施行した。再度ERCPと擦過細胞診、血液検査を施行したところ、いずれの検査も改善傾向がみられた。発見から6年経過した現在、AIP、糖尿病等の治療で当院に入院中である。

【まとめ】膵癌との鑑別が非常に困難であったAIPの1例を経験した。我々にとって経験不足の領域の症例であったが、コンサルトいただいたおかげで無用な手術を回避でき、患者にも我々にも有益であった。

地域 10-3 食道 EUS-FNA による細胞診が診断に有用であった神経内分泌細胞癌の一例

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

○片淵 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(CT)

【はじめに】食道に発生する神経内分泌細胞癌は、比較的稀な疾患である。今回我々は、食道 EUS-FNA で適切な組織診断用検体が採取できず細胞診が診断に有用だった神経内分泌細胞癌の一例を報告する。

【症例】60 歳代、男性。当院循環器内科受診中、CABG 後の胸部 CT にて食道壁肥厚を指摘され消化器内視鏡科紹介。GIS では中部食道に 30 mm の粘膜下腫瘍を認めた。EUS-FNA による細胞診を施行し、神経内分泌腫瘍疑いと報告した。近医にて経過観察をしていたが3年後増大傾向にあり、当院にて再度 EUS-FNA を施行し2回目も神経内分泌腫瘍の疑いとなり手術となった。

【組織像】正常粘膜上皮下に示しクロマチンが増加した腫瘍細胞が胞巣状・充実性に増殖しており、一部に短紡錘形で錯綜する間葉系成分も認められた。核は小型円形から不整な多形性で大小不同が見られ、細胞質は好酸性あるいは淡明だった。免疫組織学的染色では Synaptophysin, CD56 陽性, ChromograninA 陰性, Ki67 は hot spot で 40%程度だった。

【細胞像】小型で N/C 比が高く、核は円形から類円形、クロマチン増量した細胞が散在性あるいは上皮様結合を示した小集塊で見られた。核の大小不同や核内封入対が目立つ細胞も見られた。クロマチンは細顆粒状から顆粒状で小型の核小体が数個認める細胞も見られた。LBC 標本による免疫染色では CD56 陽性, Synaptophysin, ChromograninA 陰性であった。

【まとめ】神経内分泌細胞癌は扁平上皮癌との併存が多く術前の診断が困難とされているが、悪性度が高く予後不良とされているため正確な診断が求められる。そのためには細胞像を詳細に観察することや神経内分泌細胞腫瘍を疑った際には神経内分泌マーカーや ki67 の免疫組織化学染色を行うことで適切な診断が可能となる。

◇地域推薦演題 11 消化器 2 私が経験した痛恨の一例、会心の一例

地域 11-1 原発性硬化性胆管炎の経過中、細胞診の過少評価で治療の決定が遅れ死亡した痛恨の 1 例

広島大学病院病理診断科

○小川勝成(CT), 有廣光司(MD), 石田真悠(CT),
内島由加里(CT), 丸橋由加里(CT), 田中祐菜(CT),
金子佳恵(CT), 清水智美(CT), 石田克成(CT),
高井チカ子(CT), 尾田三世(CT), 田岡知恵(MT),
織田麻琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD)

【はじめに】胆道系の擦過細胞診では、反応性上皮あるいは再生上皮細胞が癌細胞との鑑別で問題となる。胆管擦過細胞診で悪性を疑うが、生検では確定診断が得られず、原発性硬化性胆管炎として治療が開始されたが肝不全で死亡した 1 例を経験したので、病理組織学的及び細胞学的な検証を行い報告する。

【症例】患者は 60 代、男性。死亡約 4 カ月前に黄疸が出現し、他院より本学消化器外科に転科した。血液生化学検査にて肝胆道系酵素の上昇、CA19-9 や DUPAN2 が高値を示した。腹部 CT 検査では、肝内胆管の拡張と肝門部胆管の壁肥厚を認めた。胆管造影で肝門部胆管の狭窄、肝内胆管に輪状狭窄が多発した。病理検査：肝内胆管擦過細胞診では、明瞭な核小体と不規則な重積性を認め、上皮内腺癌あるいは異形成を推定した。生検では慢性炎症を伴う線維性間質と再生上皮が採取されたのみであった。その後、内視鏡的逆行性胆管膵管造影法及び磁気共鳴胆管膵管撮影法にて原発性硬化性胆管炎と診断され、薬物療法が施行されたが、症状の改善せず肝移植が検討された。死亡 25 日前、DIC 及び敗血症ショックに陥り死亡した。剖検所見：組織学的に肝臓では、肝門部に線維性間質を伴い不整形腺管が浸潤する高分化管状腺癌を認めた。拡張胆管内には好中球浸潤を認め、胆管周囲は線維性で原発性硬化性胆管炎であった。高度な慢性膵炎以外には多臓器に特異的炎症像はなかった。

【まとめ】肝内胆管系病変においては、擦過細胞診による推定診断の意義が大きい。本例では、細胞診と生検との乖離が見られ適切な診断を付けられなかった痛恨の 1 例である。このような乖離例においては、FISH や遺伝子検索を行い診断精度の向上に繋げたい。

地域 11-2 EUS-FNA で膵臓の神経内分泌癌(NEC)と推定された一例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 高松赤十字病院病理科³⁾, 済生会今治病院病理診断科⁴⁾

○郷田 衛(CT)¹⁾, 飯田加奈子(CT)¹⁾, 大通清美(CT)¹⁾, 宮本加菜(CT)¹⁾, 片倉和哉(CT)¹⁾, 本山睦美(CT)¹⁾, 松永 徹(CT)¹⁾, 串田真紀子(MD)²⁾, 宮井由美(MD)²⁾, 坂東健次(MD)⁴⁾, 林 俊哲(MD)³⁾, 香月奈穂美(MD)²⁾, 門田球一(MD)²⁾, 串田吉生(MD)^{1,2)}, 羽場礼次(MD)^{1,2)}

【はじめに】膵臓の神経内分泌癌(Neuroendocrine carcinoma: 以下 NEC)は膵臓の腫瘍の約1%未満と比較的まれであり, 高悪性度で遠隔転移を伴いやすく, 予後不良な腫瘍である。また, 神経内分泌腫瘍(Neuroendocrine tumor: 以下 NET)と比較して治療方針も異なることから, 早期発見と適切な治療選択が重要となる。今回我々は膵臓のEUS-FNAでNECと推定された一例を経験したので, 細胞像を中心に報告する。

【症例】60代男性。上腹部痛を主訴として, 当院に紹介受診となった。CTおよびエコーで膵頭部に約3cmの腫瘍と膵管拡張が認められ, 血液検査でCA19-9の上昇がみられた。臨床像から腺癌が疑われ, 診断確定のためEUS-FNAが施行された。

【細胞所見】N/C比が高く, 裸核状の腫瘍細胞が集塊状～孤立散在性に多数出現していた。腫瘍細胞の核は円形～類円形で, 核縁は薄く, 細顆粒状～ごま塩状のクロマチンおよび核小体が認められた。また, 背景に核線, 多数の核分裂像, 相互封入像, ロゼット様配列が認められ, 細胞像からNECが推定された。

【組織所見】生検組織では, N/C比の高い類円形の細胞の増殖が認められた。免疫組織化学の結果, chromogranin A, synaptophysin, CD56に陽性を示し, 核分裂像は50/10HPF, Ki-67陽性率は90%以上であり, 組織像からNEC (small cell type)と診断された。尚, 腫瘍は肝転移を伴っており, EUS-FNA施行後に化学療法が選択された。

【考察】膵臓のEUS-FNAの細胞診では, 核分裂像および相互封入像などの所見を含めた細胞像の詳細な観察によりNECの推定は可能であり, cell blockによる免疫組織化学的検索も併用することで, 悪性度の分類を含めた診断能の向上や, 迅速で適切な治療選択が期待できると思われた。

地域 11-3 膵頭部腫瘍の1例—当院で経験した痛恨の1例—

鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科¹⁾, 三重大学医学部附属病院病理部²⁾, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学³⁾, 桑名市総合医療センター⁴⁾

○金山和樹(CT)^{1,3)}, 今井 裕(MD)²⁾, 松田知世(CT)³⁾, 米田 操(CT)¹⁾, 福留寿生(MD)²⁾, 白石泰三(MD)^{3,4)}

【はじめに】今回我々は, 稀な膵頭部腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性, 他院で閉塞性黄疸と診断され精査加療目的のため当院紹介となった。生化学的所見は, ALP: 1932 U/l, γ -GTP: 1030 U/l, ビリルビン: 3.6 mg/dl, およびCA-19-9: 226.4 U/lと上昇を認めた。CTで膵頭部に不均一な増強効果を示す約4cm大の腫瘍を指摘され, ERCPでは胆管の狭窄を認めた。臨床的に膵癌が強く疑われ, EUS-FNAが施行された。細胞診で悪性と判定し, 腺癌が推定された。閉塞性黄疸も伴っていたため膵頭十二指腸切除が行われ, 膵過誤腫と最終診断された。術後5年が経過した現在も再発は認められていない。

【細胞所見】背景に間質細胞や腺房細胞を伴って, 核の腫大やクロマチンの増量を示し, 核重積を示す小集塊を認めた。セルブロックでは, 核の大小不同を示す細胞が極少量認められた。

【組織所見】肉眼的に約4cm大の境界明瞭な腫瘍を形成していた。組織的には豊富な線維性間質を伴って, 非腫瘍性の萎縮した膵腺房や導管が疎に混在していた。免疫組織化学染色では, 間質細胞はCD34(+), c-kit(-)を示し, 上皮成分はCK7(+), CK18(+), chymotrypsin(+ : 腺房成分)を示した。診断に苦慮したが, コンサルテーションにより膵過誤腫とされた。

【まとめ】膵過誤腫の1例を経験した。膵頭部腫瘍の鑑別診断に膵過誤腫も挙げるのが重要と考える。

◇地域推薦演題 12 リンパ・血液 私が経験した痛恨の一例, 会心の一例

地域 12-1 細胞診にて組織型推定が困難であった縦隔原発大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

KKR 札幌医療センター病理診断科

○蓑島敦志(CT), 今川 誠(CT), 山口まどか(CT), 小泉 潤(CT), 朝日久仁子(CT), 小田由紀子(CT), 目黒祐二(CT), 岩崎沙理(MD), 鈴木 昭(MD)

【背景】縦隔原発大細胞型 B 細胞性リンパ腫 primary mediastinal large B-cell lymphoma (PMBL) は全悪性リンパ腫に占める割合が 0.25% と極めて稀な腫瘍で, 前縦隔腫瘍を鑑別する上で極めて重要な腫瘍の一つである。今回, 我々は細胞診で鑑別に苦慮した PMBL の一症例を経験したので報告する。

【症例】20 代男性。3 か月前より前胸部痛が出現。乾性咳嗽, 顔面・両上肢の浮腫が出現したため, 胸部レントゲンを施行し, 縦隔腫瘍が疑われた。CT で前縦隔に 13 cm 大の不整形腫瘍を認めたため, 超音波ガイド下に経皮的穿刺吸引細胞診及び針生検が施行された。

細胞所見では少量のリンパ球を背景に, 核クロマチン粗造, 核形不整を有する異型細胞が多数みられた。細胞質顆粒状で一部紡錘形を呈する上皮様細胞が孤立性, 大部分が結合性を有する小集塊状にみられた。悪性腫瘍を考えたが上皮性か非上皮性かを含め, 組織型の推定は困難だった。

組織学的には大型異型細胞のびまん性増殖からなり, 背景には硬化性線維性間質の増生が認められた。腫瘍細胞は淡好酸性から淡明の中等大から大型の胞体を有し, 核は類円形や分葉状であった。臨床的に前縦隔に塊状腫瘍を形成する比較的若年に発生した腫瘍であること, 病理組織学および免疫組織化学的に CD20, CD30 が陽性, ALK 陰性を示す B 細胞性腫瘍であることから, PMBL の診断に至った。

【結語】PMBL は種々の程度に硬化性線維性間質を伴い, 多彩な細胞像を呈することが特徴であり, 細胞診においては上皮性腫瘍との鑑別が困難な症例も存在する。本症例の様に細胞形態のみでは腫瘍の組織型や分化方向をし難い細胞診検体の診断に際しては免疫細胞化学の併用が有用であると考えられた。

地域 12-2 胃原発バーキットリンパ腫の一部検例

秋田厚生医療センター病理診断科

○高橋正人(MD), 佐々木俊樹(MD), 高橋珠美(CT), 渡邊正人(CT)

バーキットリンパ腫は超高悪性度 B 細胞性リンパ腫であり, 非流行地の欧米, 日本では悪性リンパ腫の 1-2% と稀であるが, 胃原発はさらに非常に稀である。症例は 50 代男性, 人間ドッグの胃内視鏡検査で異常を指摘され, 胃生検にてびまん性大細胞型 B 細胞性悪性リンパ腫と診断された。臨床病期は stage II-A, International prognosis index は Low risk と R-CHOP で長期予後が期待出来る症例であった。R-CHOP を計 17 コース行うも寛解に至らず, 36.8 Gy の放射線照射を追加するも腫瘍は残存。全身状態が急速に悪化し, 診断から約 9 ヶ月で永眠され, 家族の承諾が得られ剖検が行われた。胃には胃体上部に全周性, 壊死を伴い, 漿膜を露出した 10x10 cm の巨大な tumor を認め, 膵臓に癒着していた。腔水症および大動脈周囲から左鎖骨上リンパ節の全身性リンパ節腫脹を認めた。組織学的に, 胃には全層性にびまん性大型のリンパ腫細胞の浸潤がみられ, 漿膜を露出, 小腸, 結腸, 胆嚢の漿膜に播種し, それらの固有筋層まで浸潤していた。横隔膜を胸膜側に浸潤, 露出, 両側肺臓側胸膜に播種, 肺実質に直接浸潤していた。他臓器は左副腎, 脾臓, 骨髄, 全身リンパ節に浸潤増殖を認めた。リンパ腫細胞は CD20, CD79a, CD30 に陽性を示し, CD3, CD5, CD10, ALK 陰性, EBER 陰性であった。通常の化学療法で寛解に至ることがなく, 急速な転帰をたどった点や腹水細胞診検体で c-myc 遺伝子転座を含む複雑な遺伝子異常がみられたことから, バーキットリンパ腫が疑われた。剖検検体, 組織診, 細胞診を見直すと, 腹水細胞診のメイギムザ染色でバーキットリンパ腫の特徴であるリンパ腫細胞の細胞質に脂肪と思われる空胞が目立ち, 最終診断に至る手がかりとなった。

地域 12-3 胸水セルブロック標本が有用であった PEL-like lymphoma の1例

公益財団法人福島県保健衛生協会¹, 埼玉医療生活協同組合羽生総合病院², 公立大学法人福島県立医科大学医学部³, いわき市立総合磐城共立病院⁴, 医療法人敬愛会福島南循環器科病院血液内科⁵

○野口真貴(CT)¹, 添田喜憲(CT)¹, 鈴木御幸(CT)¹, 神尾淳子(CT)¹, 森村 豊(MD)², 田中瑞子(MD)³, 井村徹也(MD)³, 藤森敬也(MD)³, 西山 浩(MD)⁴, 菊池 悟(MD)⁵

【はじめに】 Primary effusion lymphoma (以下 PEL) は, 明らかな腫瘍形成がなく, 体腔液にのみ出現する B 細胞リンパ腫である. 本疾患は WHO 分類 2008 における human herpesvirus 8 (HHV8) 陽性の狭義の PEL と HHV8 陰性の PEL 類似の病態を示す PEL-like lymphoma (以下 PEL-LL) に区別される. 今回我々は PEL-LL の 1 例を経験したので報告する.

【症例】 80 歳代男性. 安静時に突然の胸苦を自覚し, 救急搬送された. 胸部 CT にて著明な心嚢液貯留を認め, 吸引細胞診より悪性リンパ腫が疑われたが, 全身 CT, 骨髓生検では異常所見が認められなかった. その後, 胸水貯留し細胞診にて悪性リンパ腫が推測され, 確定のためセルブロックが作製された. 免疫染色の結果より diffuse large B-cell lymphoma が第一に考えられたが, 胸水・心嚢液以外に所見はなく, HHV8 が陰性であったため本診断となった. 化学療法を施行し, 以後体腔液の再貯留は認められない.

【細胞所見】 心嚢液および胸水細胞診では N/C 比の増大した中型～大型の異型細胞が孤立散在性に多数出現. 核形は分葉状, 切れ込み状の不整形で, 好酸性核小体が目立ち, 悪性リンパ腫と推定した.

【胸水セルブロック所見】 小型リンパ球に混在して中～大型異型細胞が出現. 免疫染色では CD3 陽性小型 T リンパ球に混在して, これらの異型細胞は CD20, MUM1 陽性, BCL-6 ごく一部陽性, CD5, cyclinD1, CD10, CD30, CD138 が陰性であった. PEL 疑いのため HHV8, EBER-1 が追加され共に陰性であった.

【まとめ】 本症例は腫瘍を形成しないため細胞診断は重要であったと思われる. また, セルブロック法を追加することにより病理組織型の診断や PEL/PEL-LL の鑑別にも有用であった.

◇地域推薦演題 13 子宮体部 私が経験した痛恨の 一例, 会心の一例

地域 13-1 細胞診を契機に発見された卵管癌と子宮 体癌の重複癌の1例

秋田赤十字病院病理診断科¹, 秋田赤十字病院婦人科²

○三浦宗子(CT)¹, 鳴海健大(CT)¹, 浅利智幸(CT)¹, 田山明義(CT)¹, 大山則昭(MD)², 佐藤宏和(MD)²

【症例】 62 歳, 女性. 子宮癌検診で子宮内膜細胞診陽性のため精査目的で当院を紹介受診した. 当院にて施行した子宮内膜細胞診は陽性(漿液性腺癌推定), 子宮内膜吸引組織診は腺癌疑いだった. MRI にて子宮内腔に内膜ポリープ様の腫瘤を認めた. 子宮体癌が推定され, 腹式子宮全摘術・両側付属器摘出術を施行した. 永久標本で卵管開口部付近に異型上皮を認め, 類内膜腺癌 G1 と診断した. しかし, 細胞診で見られたような漿液性腺癌を疑う所見はなかったため, 再度標本を精査したところ, 右卵管采表層上皮に異型細胞を認め, 漿液性腺癌と診断した.

【子宮内膜細胞所見】 炎症性背景の中に異常重積を示す乳頭状細胞集塊を認めた. 異型細胞の核は類円形で腫大し, 核小体が著明で, 核クロマチンは細顆粒状に増量していた. 背景には多数の砂粒小体を認めた.

【病理組織所見】 子宮底部の卵管開口部付近に円形の大核と豊富な細胞質を持つ異型腺管を認め, 類内膜腺癌 G1 と診断した. 子宮体部にみられたポリープは基部に内膜異型増殖症の所見があったが, 浸潤癌を疑う所見はなかった. また, 右卵管采表層上皮にクロマチン濃染の類円形異型核を有する N/C 比の高い異型上皮を認めた. 異型上皮は一部で間質内へ浸潤しており, p53 強陽性を示したことから高異型度漿液性腺癌と診断した.

【考察】 細胞診を契機に発見された卵管癌と子宮体癌の重複癌を経験した. 卵管癌は画像診断で異常が発見しにくいことや自覚症状が乏しいこともあり, 早期診断はきわめて困難である. 子宮内膜細胞診が卵管癌の診断の手がかりとなったことより, 子宮内膜細胞診は卵管癌の診断に有用な検査であると考えられる.

地域 13-2 Arias-Stella reaction を子宮体癌と疑陽性判定した 1 例

市立砺波総合病院臨床病理科¹⁾, 市立砺波総合病院病理診断科²⁾

○石倉宗浩(CT)¹⁾, 寺畑信太郎(MD)²⁾,
奥野のり子(MD)²⁾, 三井由紀子(CT)¹⁾,
蟹谷智勝(CT)¹⁾, 福田弘幸(CT)¹⁾, 大橋美香(CT)¹⁾,
西田秀昭(CT)¹⁾

【はじめに】受精卵が子宮内膜に着床し妊娠が成立すると、hCG の作用により子宮内膜腺細胞に Arias-Stella 反応と内膜間質細胞に脱落膜反応を起こす。Arias-Stella 反応は、子宮内膜細胞の分泌亢進で核の腫大や大小不同を示し、核クロマチンの増量、細胞質が広がる現象を示す。また、2014 年 WHO 婦人科腫瘍組織分類(第 4 版)で初めて EIN/EIC や S-EIN//S-EIC が採用された。今回我々は、妊娠の情報が無く Arias-Stella 反応を起こした内膜細胞集塊を子宮体癌と疑陽性判定した 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代女性 3 経 2 産、60 日間の持続不正性器出血にて当院受診。子宮頸部肉眼異常なし、子宮内膜 12 mm、両側卵巣異常なし。子宮内膜細胞診を行い類内膜腺癌が疑われ、子宮内膜生検にて流産が示唆された。

【細胞像】異型細胞は、シート状に出現し、核肥大、核の大小不同、核型不整、クロマチン増量が見られ、一部には核内封入体を認めた。細胞質は、レース状または腔胞状のやや広い胞体であった。

【組織像】凝血・壊死物・フィブリン塊と共に断片化した内膜組織が見られ、その内膜組織には、明らかな腫瘍性病変・悪性所見はなかった。また少量だが変性した脱落膜様組織が混在しており流産が示唆された。

【まとめ】今回我々は、妊娠の情報が無く Arias-Stella 反応を起こした内膜細胞集塊を子宮体癌と疑陽性判定した 1 例を経験したので報告する。通常、妊娠中や疑いの子宮内膜細胞診を鏡検することはなく、患者情報がいかに重要であるか考える 1 例であった。

地域 13-3 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 2 例

福井県立病院

○堀 芳秋(MD), 加藤三典(MD), 土田 達(MD),
原 季枝(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 週間投与し治療した。症例 1, 2 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おらず子宮細胞診が治療方針の決定に役立った。2 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。

地域13-4 子宮内膜細胞診で癌と誤判定した卵管妊娠の1例

千葉県がんセンター臨床病理部¹⁾, 千葉細胞病理診断センター²⁾, 千葉県がんセンター婦人科³⁾

○高橋 司(CT)¹⁾, 有田茂実(CT)¹⁾, 酒井えり(CT)¹⁾,
小高亜紀子(CT)¹⁾, 平田哲士(CT)²⁾, 井尻美輪(MD)³⁾,
鈴鹿清美(MD)³⁾, 田中尚武(MD)³⁾, 川名秀忠(MD)¹⁾,
荒木章伸(MD)¹⁾, 伊丹真紀子(MD)¹⁾

【はじめに】異所性妊娠は全妊娠の1~2%を占め、その大部分は卵管妊娠である。妊娠時の子宮内膜は、内膜腺の分泌像とアリアス・ステラ反応、間質の浮腫状変化と脱落膜様変化を特徴とする。今回我々は子宮内膜の細胞診で癌との鑑別を要した卵管妊娠の1例を経験したので報告する。

【症例】30代, 既婚女性。経妊経産なし。臍~心窩部痛, 嘔吐を主訴に他院を受診し卵巣腫瘍, 不正性器出血で当センターに紹介受診となった。画像上, 左卵巣腫瘍と腹腔内出血が認められ, この時に採取された子宮内膜細胞診にて悪性と判定した。当センター来院時には上記の症状は軽減していたため帰宅し, 後日内膜生検を施行したが異型細胞はみられず, 再度行った子宮内膜細胞診は陰性であった。最終的に左卵巣腫瘍の臨床診断のもと左付属器切除術, 右卵巣嚢腫摘出術, 子宮内膜全面搔爬が施行された。

【細胞所見】初回の細胞像は小集団~散在性にみられ, 中分化な腺癌を考える所見であった。核は大型で異型が強く, 豊富な泡沫状の胞体で明瞭な核小体を有する大型細胞もみられた。

【組織所見】術中迅速病理診断: 左卵管に血腫と少数の絨毛を思わせる所見を認めた。子宮内膜: 間質に前脱落膜変化がみられ, 一部にアリアス・ステラ反応を疑う異型的な上皮を少量認めた。左付属器: 卵管内に凝血と少数の陰影化した絨毛様の構造を認め, 卵管妊娠と診断された。

【まとめ】当センターはがん専門病院であり, 子宮内膜細胞診において妊娠に関連する検体の経験が少なく, 鑑別の対象として妊娠に伴う反応性変化を想起することができなかった。妊娠可能年齢女性に由来する検体においては, 妊娠による変化を考慮する必要がある。

◇一般演題(示説)

P-1-001 TACAS 法における子宮内膜細胞診の集細胞と細胞形態保持の向上

JA 北海道厚生連帯広厚生病院臨床検査技術科¹⁾, JA 北海道厚生連帯広厚生病院病理診断科²⁾

○廣瀬尚樹(CT)¹⁾, 常山 聡(CT)¹⁾, 似内幸枝(CT)¹⁾, 小松良一(CT)¹⁾, 辻脇光洋(MD)²⁾, 菊地慶介(MD)²⁾

【はじめに】近年, 液状細胞診塗抹装置の全自動化に伴い, 国内の LBC 化が急速に進んでいる。しかしながら, 子宮内膜細胞診に関して LBC 化を実施している施設は多くない。当院では 2016 年 4 月より全自動細胞診塗抹装置 TACAS Pro を導入し, 子宮内膜細胞診を LBC 法にて実施している。今回我々は, 溶血処理に用いる TACAS Ruby 液の内膜細胞に与える影響を評価し, 若干の知見を得たので文献的考察を加え報告する。

【対象及び方法】2016 年 4 月に子宮内膜細胞診を行った 20 件を対象とした。内膜採取器具はソフトサイトを用いた。方法は TACAS GYN Vial (10 ml) に採取された検体を半量ずつにスプリットし, 一方の検体に Ruby 液を 2 ml 添加した (TAC-Ruby 法)。もう一方の検体はそのまま用いた (TAC 法)。この 2 つの検体を TACAS Pro にて標準作製を行った。染色後, 標本の細胞集塊数, 細胞集塊の長径, 細胞集塊長径 201 μm 以上の出現数および出現率について 1 視野あたりの平均 \pm SD 値を算出し評価した。また, 両者の細胞像の比較を行った。

【結果】1 視野あたりの細胞集塊数は TAC-Ruby 法 (21.4 \pm 11.5 個) は TAC 法 (11.2 \pm 6.12 個) の約 2 倍の差を認め, 有意に高いことがわかった ($p=0.00145$)。また, 細胞集塊長径 201 μm 以上の出現数も TAC-Ruby 法 (9.26 \pm 5.35 個) は TAC 法 (4.4 \pm 3.24 個) の 2 倍以上の差がみられ, 有意に高いことがわかった ($p=0.00152$)。しかしながら, 細胞集塊の長径と細胞集塊長径 201 μm 以上の出現率については TAC-Ruby 法と TAC 法の間有意な差は認められなかった。

【結語】子宮内膜細胞診は不正出血を主訴とした患者から検体採取する機会が多く, 血液混入が避けられない。ホルムアルデヒドを含む TACAS Ruby 液を添加し, 適切な溶血処理と蛋白凝集抑制処理を行うことが集細胞と細胞形態の保持の観点から重要であるといえる。

P-1-002 記述式子宮内膜細胞診報告様式における ATEC の LBC 標本での有用性

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】記述式子宮内膜細胞診報告様式 (NTEMC) の報告から 4 年が経過しているが, いまだ実際の運用に関しての報告は多くはない。今回我々は, LBC 標本を用いて NTEMC を実際に運用し, その様式の有用性, 特に ATEC の有用性について検討したので報告する。

【対象】2014 年 4 月から 2016 年 5 月まで当院で採取された内膜細胞診 LBC 標本 661 件を対象とした。

【方法】内膜細胞診標本は NTEMC に従って診断報告された。組織標本と対応のある症例については, 組織診断と対比した。

【結果】細胞診断は, 不可 22 件 (3.3%), Negative 620 件 (93.8%), ATEC-US 10 件 (1.5%), ATEC-A 3 件 (0.5%), Malignant 6 件 (0.9%) であった。組織との対応のある症例では, ATEC-US は 7 件 (87.5%) が良性, 1 件 (12.5%) が悪性であり, ATEC-A は 3 件いずれも悪性であった。

【考察】ATEC-US, ATEC-A の割合はいずれも推奨される割合の 5%, 0.5% 以下であり, 基準を満たしていた。ATEC-A には ATEC-US より悪性が多く含まれる結果であった ($P=0.01$)。子宮頸部細胞診ベセスダシステムの ASC 同様に, ATEC と組織診断の関係は予想通りであり, ATEC を含む NTEMC は実地臨床でも十分機能することが検証された。臨床的対応を含めた NTEMC の活用が求められる。

P-1-003 子宮体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精度についての検討

仙台赤十字病院産婦人科¹⁾, 東北大学医学部産婦人学教室²⁾, 東北大学医学部病理学教室³⁾

○佐藤いずみ(MD)¹⁾, 岡本 聡(CT)²⁾, 新倉 仁(MD)²⁾, 重田昌吾(MD)²⁾, 橋本千明(MD)²⁾, 辻 圭太(MD)²⁾, 徳永英樹(MD)²⁾, 豊島将文(MD)²⁾, 三浦弘守(CT)³⁾, 渡部みか(MD)³⁾, 八重樫伸生(MD)²⁾

【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体癌SLNでの報告は少ない。そこで我々は、子宮体癌SLNにおける捺印細胞診の診断精度を検討した。

【方法】2009年4月から2015年6月まで術前組織診にて子宮体癌と診断され、SLNについて術中迅速診断を行った85例(類内臓腺癌75例, 漿液性腺癌8例, 明細胞腺癌1例, 癌肉腫1例)291個を対象とした。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(ITC)とした。

【結果】290個の凍結切片の病理結果は、27個が転移陽性(大型転移10個, 微小転移10個, ITC7個), 264個が転移陰性であった。一方、捺印細胞診は、23個を転移陽性、267個を転移陰性とし、診断精度は感度88.9%、特異度100%、陽性的中率100%、陰性的中率98.9%、一致率99.0%であった。不一致は3個認め、捺印細胞診は微小転移1個とITC2個を検出することができなかった。

【結論】SLNを短軸2mmに分割した捺印細胞診は凍結切片の病理診断と同等の精度であったが、微小転移やITCが偽陰性となる可能性あるため臨床応用には注意を要すると考えられた。

P-1-004 子宮内膜細胞診標本中に他臓器由来の癌細胞が出現した症例の検討

名鉄病院中央臨床検査部病理¹⁾, 名古屋掖済会病院病理診断科²⁾

○小林徳子(CT)¹⁾, 眞田照一郎(CT)¹⁾, 谷川 豊(CT)¹⁾, 岸 千晴(CT)¹⁾, 鈴木真理子(CT)¹⁾, 原田智子(MD)¹⁾, 田中瑞穂(CT)²⁾, 大池里枝(CT)²⁾, 夏目園子(CT)²⁾, 西川恵理(MD)²⁾, 横井豊治(MD)²⁾, 佐竹立成(MD)²⁾

【はじめに】子宮内膜細胞診標本中に他臓器由来の癌細胞が認められた症例について、原発巣や、子宮内膜細胞診の細胞像について検討した。

【対象】子宮内膜細胞診標本中に他臓器由来の癌細胞が認められた症例11例を対象にした。これらの症例は全例子宮内膜細胞診が行われており、他臓器由来の癌細胞が認められている。また1例を除き原発巣の組織型が組織診断されている。

【方法】1. 原発巣と組織像を調査した。2. 子宮頸部、腹水細胞診標本中の癌細胞の有無を調査した。3. 内膜細胞診の細胞像を検討した。

【結果】1. 卵巣癌が多くを占めていた。腹膜原発のSerous surface papillary carcinoma(SSPC), 肺癌や卵管癌も認められた。2. 大部分の症例で子宮頸部や腹水細胞診標本中にも癌細胞が認められた。3. 正常の内膜細胞集塊が多数認められる中に癌細胞が少数認められる症例が大部分を占めていたが、2例では癌細胞が多く認められそのうち1例では正常の内膜細胞が認められなかった。

【まとめ】1. 正常の内膜細胞集塊が多数認められる中に癌細胞が少数認められる所見は他臓器からの浸潤を示唆する細胞像と考えられた。2. 組織型の診断には内膜細胞診材料を用いたセルブロック標本が有用であった。

P-1-005 子宮内膜細胞診に出現した卵巣癌の細胞学的検討

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

○飯野瑞貴(CT)¹, 青木裕志(CT)¹, 浅見志帆(CT)¹,
阿部杏実(CT)¹, 坂口亜寿美(MD)¹,
小倉加奈子(MD)^{1,2}, 荻島大貴(MD)³,
松本俊治(MD)¹

【はじめに】卵巣癌では腫瘍細胞が卵管を経由して子宮内膜や頸管、腔に出現することが知られているが、患者情報の得られない場合には子宮内膜原発と卵巣癌からの混入との鑑別が困難な症例も少なくない。また、子宮体癌では卵巣癌と同様の組織型を示す腫瘍細胞が出現することも、両者の鑑別を困難にさせている。今回我々は、子宮内膜細胞診における卵巣癌と子宮体癌の鑑別を目的に、細胞学的検討を行ったので報告する。

【対象・方法】2013年1月から2016年3月までに子宮全摘出術および両側付属器摘出術が行われ組織診にて卵巣が原発と確認された子宮内膜細胞診陽性の卵巣癌7例を対象とした。対象とした7例の組織型は漿液性腺癌6例、明細胞腺癌1例であった。細胞診標本における背景や腫瘍細胞の出現様式、正常内膜細胞の有無などを観察し、子宮体癌原発の腫瘍細胞と比較・検討を行った。

【結果】卵巣癌の混入を認めた細胞診では、炎症性またはきれいな背景に小型集塊～散在性の腫瘍細胞が正常内膜細胞に混在して出現していた。一方、子宮体癌原発の細胞診では、正常内膜細胞が混在する症例もあったが、壊死物質を認める背景に腫瘍細胞の大型重積性集塊が出現している症例が多くみられた。よって、子宮内膜細胞診における卵巣癌と子宮体癌の鑑別には背景の壊死物質や腫瘍細胞の出現様式が有用な所見と考えられた。

【まとめ】子宮内膜細胞診に出現する卵巣癌は腹水が存在するような進行例が多く、早急に子宮体癌と鑑別する必要がある。両者の鑑別是个々の細胞形態のみでは難しいため、背景や出現様式などを含め細胞像を総合的に判断することが重要である。

P-1-006 子宮内腔に進展した大腸癌の1例

帯広厚生病院¹, 北海道大学産婦人科², 北海道大学病院病理部³

○奥 聡(MD)¹, 武田真人(MD)², 小林由佳子(MD)²,
朝野拓史(MD)², 前田悟郎(MD)², 石塚泰也(MD)²,
三田村卓(MD)², 渡利英道(MD)², 丸川活司(CT)³,
櫻木範明(MD)²

【はじめに】大腸癌の子宮内腔への進展例を経験したので経過を報告する。

【症例】患者は76歳(2経妊2経産-閉経50歳)。横行結腸癌のため、69歳時に横行結腸切除後、73歳時に再発を認め化学療法を施行、75歳時に画像検査では明らかな再発所見は確認できなかったがCEAの上昇あり化学療法を再開した。半年後性器出血を認め当科紹介となった。経腔超音波画像で子宮内膜の肥厚が見られ、子宮内膜細胞診および組織診でadenocarcinomaと診断された。MRIでは子宮内腔へ突出する腫瘍と筋層への浸潤を認めた。子宮体部悪性腫瘍の診断で単純子宮全摘および両側付属器摘出術を施行した。

【組織診所見】内膜組織診-摘出子宮標本ともに、核の腫大した高円柱状の異型細胞が不整な腺管を形成し増殖する部分と、核異型が強く腺管構造も不明瞭な部位が混在し、類内膜腺癌G2相当と考えたが、免疫染色でCK20, CDX-2が陽性、CK7, ER, PgRが陰性で大腸癌の転移と診断された。

【細胞診所見】壊死性背景にクロマチン増量、明瞭核小体、核の大小不同を伴う異型の高円柱上皮細胞を多数認め、柵状配列から腺癌、特に結腸癌の転移が疑われた。

【まとめ】既往歴から大腸癌からの進展も考慮しつつも、症状や画像所見からは子宮体部原発の癌を疑ったが、内膜細胞診-組織診ともに大腸癌の特徴を強く示すの所見であった。子宮への進展の経路として、腹腔内の播種病変が経卵管的に子宮内腔に流入し発育したものと考えられた。

P-1-007 内膜細胞診で子宮内膜増殖症を推定された症例の組織結果と内膜厚の関連性

神奈川県立がんセンター

○近内勝幸(MD), 上西園幸子(MD), 池田真利子(MD),
今井一章(MD), 川野藍子(MD), 井浦文香(MD),
小野瀬亮(MD), 加藤久盛(MD)

【目的】子宮内膜細胞診で子宮内膜増殖症を推定された症例の組織結果と内膜厚の関連性を調査する。

【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、内膜細胞診で疑陽性と判定された51症例。

【方法】1) 疑陽性を、記述式細胞診結果報告様式に従って、子宮内膜増殖症(増殖症)、子宮内膜異型増殖症(異型増殖症)、内膜異型細胞(ATEC)推定に分類し、増殖症推定症例を抽出する。2) 増殖症推定症例の組織診断を調査する。3) 増殖症推定症例の、組織診断別の子宮内膜厚を比較する。

【結果】1) 増殖症推定は19症例であった。2) 組織診で悪性所見なしが12、体部腺癌が3、異型増殖症が2、増殖症が1、頸部腺癌が1症例であった。3) 内膜厚の平均値は、悪性所見なしで8.8mm、異型増殖症で17.5mm、体部腺癌で16.2mm、増殖症は1例のみで9mmであった。異型増殖症以上(異型増殖症+体部腺癌)とすると16.7mmであり、悪性所見なしに比べ有意に厚かった($p < 0.05$)。

【考察】細胞診で増殖症を推定された症例の半数以上は悪性所見を認めなかった。細胞診断と組織診断が一致したのはわずか1例のみで、増殖症の細胞診断は満足できる結果ではなかった。細胞診で増殖症が疑われていても、子宮内膜が肥厚している場合は、異型増殖症以上の可能性があることを念頭に置く必要があると思われる。

P-1-008 子宮体部漿液性腺癌の術前細胞診に関する検討

がん研有明病院婦人科

○松浦基樹(MD), 尾松公平(MD), 久毅(MD),
長島稔(MD), 勝田隆博(MD), 松岡和子(MD),
野村秀高(MD), 的田真紀(MD), 岡本三四郎(MD),
金尾祐之(MD), 加藤一喜(MD), 宇津木久仁子(MD),
杉山裕子(MD), 高澤豊(MD), 竹島信宏(MD)

【目的】子宮体癌の中でも漿液性腺癌は予後が不良であり、その可能性がある症例は系統的骨盤、傍大動脈リンパ節郭清、大網切除が必要であり、術前に正確な情報を得ることは非常に有用である。今回我々は当院で病理組織学的に子宮体部漿液性腺癌と診断された症例を後方視的に解析し、術前細胞診の正診率などを検討した。

【方法】2005年1月～2016年3月に当院で手術を施行した子宮体癌1806例のうち術後病理診断が漿液性腺癌であった67例を対象に検討した。

【成績】67例の平均年齢は64.3歳、進行期は1期35例、2期2例、3期12例、4期18例であった。術前細胞診で漿液性腺癌を疑ったのは24例(35.8%)であった。術前細胞診、組織診いずれも漿液性腺癌の疑いとされたのが12例(17.9%)、細胞診、組織診のいずれかが漿液性腺癌とされたのが38例(56.7%)、漿液性腺癌の疑いとされなかったのが29例(43.3%)であった。腫瘍の肉眼形態を比較すると、術前細胞診で漿液性腺癌と診断された症例では、びまん内向型が33.3%、限局外向型が29.1%の頻度であったのに対し、漿液性腺癌と診断できなかった症例では限局内向型が25.6%と最も頻度が多かった。またポリープ内に漿液性腺癌を認めたのは10例存在したが、そのうち術前細胞診で漿液性腺癌とされたのは2例のみであった。漿液性腺癌と診断された群と診断されなかった群の腫瘍の平均長径はそれぞれ38mm、31mmと有意差を認めず、筋層浸潤の深さに関しても両群間に有意差を認めなかった。

【結論】術前細胞診では約65%の症例で漿液性腺癌と診断されていない。術前細胞診で組織型を推定することは難しいため、組織型が推定できない症例では免疫染色の追加や術中迅速病理検査を行う必要があると考えられた。

P-1-009 扁平上皮を伴う子宮内膜病変に対して細胞診と組織診で乖離が生じた三例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科²⁾

○矢野光剛(MD)¹⁾, 加藤智美(CT)¹⁾, 細沼佑介(CT)¹⁾, 宮坂亜希(MD)²⁾, 榊 美佳(MD)¹⁾, 藤野 節(MD)¹⁾, 永田耕治(MD)¹⁾, 新井栄一(MD)¹⁾, 長谷部孝弘(MD)¹⁾, 安田政実(MD)¹⁾

【緒言】 子宮内膜細胞診で扁平上皮細胞の異常を認めた際は、子宮体部の扁平上皮癌、扁平上皮への分化を伴う類内膜癌、扁平上皮化生、もしくは子宮頸癌の浸潤や混入など判断に迷うことが多い。今回我々は、扁平上皮を伴う子宮内膜病変に対して細胞診と組織診で乖離が生じた三例について報告する。

【症例 1】 69 歳, 2 経妊 2 経産, 主訴は不正性器出血。子宮内膜細胞診は class V で扁平上皮癌を推定したが、内膜組織診では異型の乏しい扁平上皮を認めた。術後組織診断は扁平上皮への分化を伴う類内膜癌 G1 であり、術前細胞診、術前組織診、術後組織診いずれにも乖離がみられた。

【症例 2】 75 歳, 3 経妊 3 経産, 主訴は不正性器出血。子宮内膜細胞診は class III で軽度核腫大を伴う細胞集塊を認めたが、内膜組織診は扁平上皮癌であった。術後組織診断は扁平上皮への分化を伴う類内膜癌 G3 であり、術前細胞診、術前組織診、術後組織診いずれにも乖離がみられた。

【症例 3】 84 歳, 4 経妊 3 経産, 主訴は不正性器出血。子宮内膜細胞診は class III で扁平上皮細胞と配列の乱れた細胞集塊を認め、内膜組織診では異型の乏しい扁平上皮を認めた。術後組織診断は扁平上皮化生を伴う腺線維腫であり、術前細胞診や組織診での推定が困難であった。

【結論】 子宮内膜細胞診で扁平上皮細胞を認めた際は、異型の程度、異型腺細胞の有無、また病変の首座などの臨床情報に注意して診断することが重要と考えられた。

P-1-010 細胞診検査では診断することが困難であった鼠径リンパ節転移を伴う低分化腺癌の一例

横浜市立大学附属病院産婦人科¹⁾, 横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部²⁾

○萩原有子(MD)¹⁾, 松永竜也(PhD)¹⁾, 太田幸秀(MD)¹⁾, 齊藤 真(MD)¹⁾, 鈴木幸雄(MD)¹⁾, 今井雄一(MD)¹⁾, 最上多恵(PhD)¹⁾, ルイズ横田奈朋(PhD)¹⁾, 佐治晴哉(PhD)¹⁾, 佐藤美紀子(PhD)¹⁾, 佐川弘美(CT)²⁾, 三田和博(CT)²⁾, 加藤生真(MD)²⁾, 古屋充子(PhD)²⁾, 宮城悦子(PhD)¹⁾

【はじめに】 鼠径リンパ節の穿刺細胞診にて腺癌と診断したが、子宮頸部・内膜病理検査では診断が困難であった婦人科低分化腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】 58 歳。右鼠径部腫瘤にて当院に紹介となり、内膜肥厚と骨盤内腫瘤があり卵巣癌または子宮体癌が疑われた。

【細胞所見】 子宮頸部細胞診では頸部では非壊死性の背景に、N/C 比の高くクロマチンが増量した大小不同の核を呈す異型細胞の集塊を認めた。シート状の集塊や集塊からの核の飛び出し像も見られ、扁平上皮、腺の双方への分化が示唆された。内膜では前述の異型細胞に加え、萎縮内膜細胞が観察された。子宮頸部由来の扁平上皮への分化を伴う腺癌が最も妥当な所見であった。鼠径リンパ節穿刺細胞診：好中球主体の炎症性・腫瘍性背景に結合性の低い、乳頭様集塊とその周囲には孤在性の異型細胞が見られた。明るい胞体を持ち核は偏在し、転移性腺癌を疑う所見であった。

【組織生検結果】 頸管からは CIN3、内膜には頸管同様の CIN3 にごく少量の異形腺上皮を認めたが、細胞診の所見とは乖離があったため原発巣や組織型の確定には至らなかった。腫瘍減量と原発巣精査を目的に開腹手術を行った。

【摘出検体組織学的所見】 膀胱子宮窩の腫瘍は低分化腺癌の像であり、子宮壁に連続していた。子宮頸部の細胞診で見られた異形細胞は CIN3 に由来する扁平上皮細胞に加齢や炎症による変性が加わったものと考えられ、鼠径リンパ節穿刺細胞診で見られた異形細胞は漿液性腺癌由来と推測した。両側付属器には外側からの腫瘍の浸潤を認めたのみで、子宮壁内または膀胱子宮窩腹膜に発生した腺癌の漿膜浸潤、経円靭帯進展による鼠径リンパ節転移と推測された。子宮頸部には CIN3 が見られた。

P-1-011 術前の内膜細胞診が陰性であった子宮体癌症例の検討

東京医療センター産婦人科

○山本阿紀子(MD), 辻 浩介(MD), 滝川 彩(MD),
植木有紗(MD), 三上佳子(MD), 大野暁子(MD),
山下 博(MD)

【目的】 子宮頸がん検診における細胞診の有用性は確立されているが, 体がん検診においてはいまだその意義については議論の分かれるところである。今回, 当院にて子宮摘出術が施行された子宮体がん症例のうち, 術前の内膜細胞診陰性例の臨床所見および細胞所見を後方視的に解析し, 内膜細胞診の問題点について検討した。

【結果】 2013 年 1 月から 2016 年 6 月までに手術を施行した子宮体がん症例の 75 例のうち, 当院で術前に細胞診を施行しなかった 21 例(他院の組織診にて腺癌と診断), 子宮口閉鎖などによる採取不能 4 例を除外した 50 症例を対象とした。50 症例中, 内膜細胞診陽性 23 例, 疑陽性 20 例, 陰性 7 例であった。細胞診が陰性であった症例のうち 4 例は画像にて内膜肥厚や内膜不整を認め, 増殖性疾患が疑われたため組織診を行い, 術前に子宮内膜異型増殖症以上の診断となった。1 例は頸部細胞診にて AGC であり, また卵巣腫瘍を認め, PET/CT を施行し, 子宮内膜に集積を認めたため子宮摘出に至っている。2 例は術前には子宮筋腫と腺筋症で子宮を摘出したところ偶発的に子宮体がんが見つかった症例であった。最終病理診断は 7 症例とも高分化型の類内膜腺癌で臨床進行期は IA 期であった。

【結語】 外来で施行可能である内膜細胞診は子宮体がんの診断に有用であるものの, 確定診断は症状や画像診断, 組織診などととも総合的に行う必要がある。閉経後や, 筋腫などの器質的な疾患を有する場合には診断可能な細胞の採取が十分でなく, 結果として陰性と判定された可能性がある。特に高分化型類内膜腺癌では診断が困難であった。当日は細胞所見を加え発表する。

P-1-012 子宮体部神経内分泌癌における子宮内膜細胞診の後方視的検討

神奈川県立がんセンター婦人科¹⁾, 神奈川県立がんセンター検査科²⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科³⁾, 横浜市立市民病院病理診断科⁴⁾, 横浜市立大学附属病院産婦人科⁵⁾

○上西園幸子(MD)¹⁾, 池田真利子(MD)¹⁾,
今井一章(MD)¹⁾, 川野藍子(MD)¹⁾, 井浦文香(MD)¹⁾,
近内勝幸(MD)¹⁾, 小野瀬亮(MD)¹⁾, 加藤久盛(MD)¹⁾,
北村和久(CT)²⁾, 岩撫成子(CT)²⁾, 横瀬智之(MD)³⁾,
小野響子(MD)⁴⁾, ルイズ横田奈朋(MD)¹⁾,
宮城悦子(MD)⁵⁾

【諸言】 子宮体部に発生する神経内分泌癌 (neuroendocrine carcinoma; NEC) は子宮体癌の 1% 未満とされ稀な疾患である。今回我々は子宮体部 NEC において術前の子宮内膜細胞診で NEC 推定の精度向上が可能か後方視的に検討した。

【方法】 1998 年から 2014 年の 17 年間に当院で子宮摘出術を行い組織学的に NEC への分化を認めた子宮体癌を検索した。子宮内膜細胞診を後方視的に検鏡し, 細胞診で NEC の可能性を推定できるか否か検討した。

【対象】 NEC と診断しうる 22 例のうち, 術前の子宮内膜細胞診標本が評価可能な 18 例を対象とした。

【結果】 18 例の病理学的診断は large cell NEC が 12 例, small cell NEC が 5 例, 両方の混在が 1 例であった。1 例を除く 17 例で類内膜腺癌などとの複合型であった。子宮内膜細胞診は全例陽性で, NEC の可能性は 3 例 (16.7%) のみで指摘されていた。後方視的検鏡により NEC の可能性を考慮できると判断したものは 12 例 (66.7%) であり, もともと指摘されていた 3 例も含まれる。NEC を疑う所見として壊死性背景, 腫瘍細胞の索状配列, 孤立散在性の出現パターン, 比較的均一な類円形の細胞, 高 N/C 比, 顆粒状のクロマチン, 不明瞭な核小体などの細胞学的特徴を認めた。後方視的に NEC を疑う所見があるとされた 9 例はほぼ中分化ないし低分化腺癌と推定されていた。

【結語】 子宮体部 NEC の多くは他の組織型と混在し鑑別が困難となりうるが, 分化の低い成分を認めた場合 NEC を念頭におきつつ細胞像を確認することで NEC の推定が行いうる可能性が示唆された。

P-1-013 子宮体部原発小細胞癌の一例

湘南鎌倉総合病院病理診断部¹⁾, 湘南鎌倉総合病院産婦人科²⁾

○程島 就(CT)¹⁾, 小保方和彦(CT)¹⁾, 手島伸一(MD)¹⁾,
大沼一也(MD)²⁾, 井上裕美(MD)²⁾

【はじめに】子宮体部小細胞癌は本邦では、全子宮体癌の0.3%と稀な腫瘍である。今回我々は子宮体部原発小細胞癌（神経内分泌癌）を経験したので報告する。

【症例】80代女性。不正性器出血を主訴に前医を受診し、子宮内膜細胞診で類内膜腺癌が疑われ当院紹介受診。当院の内膜細胞診では、低分化～未分化癌や神経内分泌癌が疑われた。生検では小細胞癌と診断とされ、子宮全摘術＋両側付属器切除術が施行された。

【細胞所見】内膜細胞診は、出血と壊死を背景に、小型から大型の異型細胞が、緩く結合した小集塊や孤立散在性に出現している。異型細胞のN/C比は高く、核は円形、類円形および楕円形で大小不同が認められる。また、ライトグリーンに淡染される細胞質を有する細胞や裸核様細胞も見られ、核クロマチンは微細顆粒状、核小体は1個もしくは数個や不明瞭な細胞も認められた。

【病理所見】肉眼的には、子宮体部後壁に茎を有し、内腔を充満する50x50x30mmの隆起性病変が認められた。組織学的には、比較的小型のN/C比の高い類円形の癌細胞が密在性に増生し、広範な壊死を伴っていた。免疫組織化学的には、CD56陽性、シナプトフィジン陽性。電顕像では、細胞質内に100～200nmの高電子密度芯状顆粒（神経内分泌顆粒）が認められた。以上より小細胞癌と診断された。癌巣のごく一部に類内膜腺癌も認められた。子宮筋層浸潤は6mmで筋層の1/2以下にとどまっていた(pT1a)。

【考察】子宮体部小細胞癌は、他の組織型と混在することが多く、純粋型は少ない。本症例はごく一部に類内膜腺癌が混在する小細胞癌であった。肺の小細胞癌と細胞像が類似しており、出現形態や核所見をよくとらえることが重要だと考えられた。

P-1-014 子宮体部原発小細胞癌の一例

札幌医科大学婦人科¹⁾, 札幌北辰病院病理診断科²⁾

○寺田倫子(MD)¹⁾, 田中綾一(MD)¹⁾, 郷久晴朗(MD)¹⁾,
寺本瑞絵(MD)¹⁾, 岩崎雅宏(MD)¹⁾, 中西勝也(MD)²⁾,
齋藤 豪(MD)¹⁾

子宮体部原発の小細胞癌は稀であり、発見時には臨床進行期3期以上のことが多く、予後不良である。今回子宮体部原発小細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】58歳女性

【経過】4か月前からの血性帯下と数日前からの腹痛・発熱あり近医内科医院を受診し抗生剤内服処方されるも改善なく、近医総合病院を受診しCRP=23mg/dlと高値のため入院精査施行した。CTにて子宮留膿腫を認めたため、前医産婦人科に転院となった。子宮腔内のドレナージを行ったところ、内膜肥厚を認め子宮体癌疑いとなったため、当院へ転院となった。当院入院後、抗生剤治療を継続したが、感染の制御には子宮摘出が必要と考え、当院転院5日後に準広汎子宮全摘＋両側付属器摘出＋骨盤リンパ節郭清＋大網切除術を施行した。術後病理結果は、子宮体部原発小細胞癌2期(pT2N0M0)のため、術後CPT-11とCDDPの併用療法を施行中である。

【細胞像】手術摘出物病理結果確定後に再鏡検した所見は、細胞質の少ない小型の腫瘍細胞が疎な結合をして認められ、小細胞癌の細胞像に矛盾しなかった。

【組織像】核小体明瞭で円形、類円形、多辺形の腫大した核と弱好酸性細胞質を有する比較的小型な腫瘍細胞がシート状に増殖しており、免疫染色ではCK AE1/AE5, synaptophysin, chromogranin Aが強陽性、CD99は一部陽性、CD56, vimentin, CD34, c-kit, cyclin D1は陰性であった。

【まとめ】子宮体部原発の小細胞癌は稀であるが、細胞像から小細胞癌を予測することは可能である。

P-1-015 子宮内膜細胞診のセルブロック法が診断に有用であった低悪性度子宮内膜間質肉腫の1例

豊橋市民病院産婦人科

○河合要介(MD), 梅村康太(MD), 前多松喜(MD)

【緒言】子宮内膜間質肉腫は子宮悪性腫瘍のわずか0.2～0.8%という稀な疾患であり、術前細胞診での診断は困難なことが多く、診断率はもとより陽性率も低いとされている。また陽性の場合でも典型的な細胞像を示さないことが多いため早期発見は困難である。術前の子宮内膜細胞診で子宮内膜間質肉腫を推定することができ、初期段階で治療することができた症例を経験した。

【症例】49歳, 2経妊2経産, 未閉経, 1ヶ月間継続する不正性器出血を主訴に当院受診。重症貧血を認め緊急入院となり輸血を要した。子宮内膜細胞診にて内膜間質に類似した紡錘形, 多稜形の異型細胞を孤在散在性に多数認めた。子宮内膜細胞診のセルブロック法で免疫染色を施行したところ, CD10(+), ER(+), PgR(+), Vimentin(+), α -SMA(-)であった。子宮内膜組織診の診断は単純型子宮内膜増殖症であった。骨盤MRIでは直径70mm大の筋層内筋腫が指摘されるのみであった。子宮内膜細胞診のセルブロック法所見より子宮内膜間質肉腫を疑い, 腹式単純子宮全摘術+両側付属器摘出術を施行。摘出標本のマクロ所見では子宮内腔に明らかな腫瘍塊を認めず, 子宮内膜の肥厚所見も無かった。病理組織像では子宮内膜の表層部で細胞異型を伴った間質細胞の密な集簇が散見されるのみであった。以上の経過より低悪性度子宮内膜間質肉腫の初期病変(StageIA)と診断。追加治療無しで経過観察しているが再発所見は認めていない。

【考察】子宮内膜細胞診のセルブロック法にて免疫染色ができたことで, 低悪性度子宮内膜間質肉腫の初期病変を術前診断し早期発見することができた。セルブロック法で免疫染色を行うことが診断の一助と成り得ると考えられた。

P-1-016 子宮平滑筋肉腫に対する経子宮頸管的針生検の捺印細胞診の有用性

大阪市立総合医療センター婦人科¹⁾, 大阪市立総合医療センター病理部²⁾, 大阪市立大学婦人科³⁾

○村上 誠(MD)¹⁾, 横田裕香(該当なし)²⁾, 石井真美(該当なし)²⁾, 福島裕子(該当なし)²⁾, 井上 健(該当なし)²⁾, 笠井真理(該当なし)³⁾, 市村友季(該当なし)³⁾, 川村直樹(該当なし)¹⁾

【はじめに】当院では子宮筋腫と子宮平滑筋肉腫の鑑別診断を目的に経子宮頸管的針生検を行っている。その際に針生検標本の捺印細胞診を行っており針生検標本の捺印細胞診が診断に有用と考えられた症例を経験したのでその細胞像を報告する。

【対象】2015年10月から6か月間に手術摘出標本で最終的に子宮平滑筋肉腫と診断された症例のうち, 術前に経子宮頸管的針生検および捺印細胞診を行った4症例を対象とした。手術摘出標本で最終的に子宮筋腫と診断され術前に経子宮頸管的針生検および捺印細胞診を行った4症例を対照例とした。

【結果】平滑筋肉腫4例中3例で壊死性背景に核腫大の著明な細胞が散在性に出現していた。裸核状, あるいは淡く細長い紡錘状の細胞質を有し, クロマチンは著しく増量し顆粒状で不均一分布を示していた。1例は腫瘍細胞の数が少なく評価が困難であったが観察範囲内の細胞には核腫大は著明ではなかった。核分裂像は4例中1例に認めた。子宮筋腫4例は腫瘍細胞がほとんどプレパラートに付着していなかった。

【まとめ】子宮肉腫と子宮筋腫の鑑別において, 捺印される腫瘍細胞の数は重要な情報である可能性が示唆された。また細胞異型の程度に加え, 核分裂像の有無, 壊死性背景の有無は有用な鑑別指標となる可能性が示唆された。

P-1-017 針生検による組織診断が困難であった子宮平滑筋肉腫の1例

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

○笠井真理(MD)¹⁾, 市村友季(MD)¹⁾, 村上 誠(MD)²⁾, 松田真希子(MD)³⁾, 川村直樹(MD)²⁾, 塩見和彦(CT)⁴⁾

【はじめに】非典型的な組織像を示す子宮平滑筋肉腫(LMS)の生検による診断, 特に核異型の弱いLMSの診断は困難である。われわれが経験した生検診断が困難であったLMSの1例を報告する。

【症例】症例は60歳代, 3経妊3経産。子宮腫瘍と下腹部痛を主訴に当院受診となった。MRIでは子宮に約7cmおよび6cm大のT2強調画像高信号示す腫瘍を認めた。T1強調画像で高信号領域は明らかでなかった。CTでは大網に腫瘍を認め, 多発肺腫瘍および肋骨などに骨腫瘍が認められていたことから多臓器転移を伴うLMSを疑い, 子宮腫瘍と肋骨病変の針生検を行ったが悪性疾患の診断に至らなかった。そこで子宮摘出術を行い, 摘出標本の病理検査でLMSの診断に至った。

【細胞所見】針生検標本の腫瘍捺印細胞診ではきれいな背景に紡錘形の核を有する細胞の集塊を認めた。一部に軽度異型を伴う細胞も認められたことから疑陽性と判断した。

【組織所見】子宮腫瘍の針生検標本中には核異型や分裂像は認められなかった。肋骨病変の針生検標本では軽度の核異型と数個の分裂像が認められたものの, 凝固壊死の存在は認めずLMSとの診断は困難であった。摘出標本の組織像では中等度核異型と凝固壊死の存在からLMSと診断したが, 異型細胞の存在は限定的で, 凝固壊死も隣接するviable cellの異型は弱く, LMSとしては非典型的組織像を示していた。

【まとめ】LMSの針生検診断では核異型の存在がkey pointとなることが多く, 異型の乏しいLMSの診断は困難である。捺印細胞診では紡錘形核をもつ細胞が比較的目的立っていたことから, 細胞診を組織診と併用することによりこのような症例においても生検診断の精度が向上する可能性が示唆された。

P-1-018 卵巣 Sertoli-Leydig 細胞腫の1例

杏林大学医学部産科婦人科¹⁾, 杏林大学医学部病理部²⁾, 杏林大学医学部病理学³⁾

○渋谷英里子(MD)¹⁾, 西ヶ谷順子(MD)¹⁾, 水谷奈津子(CT)²⁾, 市川美雄(CT)²⁾, 坂本憲彦(CT)²⁾, 長内喜代乃(MD)¹⁾, 百村麻衣(MD)¹⁾, 望月 眞(MD)³⁾, 松本浩範(MD)¹⁾, 小林陽一(MD)¹⁾, 岩下光利(MD)¹⁾

Sertoli-Leydig 細胞腫 (SLCT) は混合性性索間質性腫瘍に分類され, 卵巣腫瘍の0.5%以下と稀な腫瘍である。中分化型や低分化型が多く, 患者平均年齢は25歳とされている。今回我々はSLCTの1例を経験したので捺印細胞診所見を中心に報告する。

【症例】69歳, 主婦, 2経妊2経産。閉経48歳。既往歴として高血圧にて内服加療中。脱毛を主訴に他院皮膚科通院中で, 8年前から骨盤内腫瘍を指摘されていた。その後当院に転院され, 高テストステロン血症(血中テストステロン:2.57ng/ml)を指摘され当科紹介となった。診察, 画像検査上, 左卵巣ホルモン産生腫瘍の疑いにて開腹術を施行した。腫瘍は表面平滑で充実性腫瘍であり, 単純子宮全摘+両側付属器切除術を施行した。

【腫瘍捺印細胞診所見】集塊性ないしは散在性に出現する異型細胞が認められ, 集塊は重積性を伴い, 一部には腺腔様ないしは索状構造を認める。異型細胞はN/C比が高く, 細胞境界は不明瞭で細胞質は淡明狭小, 核は類円形で, 核に溝などの異型が認められ, 核クロマチンは細顆粒状で増量傾向を示し, 小型核小体を認めた。

【摘出組織病理所見】類円形~楕円形核を有する細胞質の乏しい短紡錘形~類円形の異型細胞が充実性に増殖するSertoli細胞腫の部分と, 好酸性で比較的豊富な細胞質を有する類円形~多角形の細胞が充実性に増殖するLeydig細胞腫の部分とを認めた。核分裂像は2/10HPF以下でKi-67陽性細胞は5%以下であり, 中分化型SLCTと診断された。

P-1-019 高齢者に発症した Sertoli-Leydig cell tumor の1例

国立病院機構熊本医療センター

○鹿島星林(CT), 村山寿彦(MD), 石原幸治(CT),
中島一樹(CT), 川上裕之(CT)

【はじめに】 Sertoli-Leydig cell tumor (以下 SLCT) は、全卵巣腫瘍の約0.5%と非常に稀な腫瘍である。発症年齢は若年者に多く、50歳以上では約10%のみである。今回我々は、高齢者に発症した SLCT の1例を経験したので報告する。

【症例】 63歳女性、不正性器出血を主訴に受診。血中 CA125, E2, テストステロンの軽度上昇を認めたが、再女性化や男性化兆候は認めなかった。MRI にて子宮右側に多房性嚢胞性腫瘍、また隔壁の肥厚や多発結節、一部充実部分もあり、内膜肥厚も認めた。内膜生検で類内膜癌、右付属器は顆粒膜細胞腫が疑われた。

【肉眼所見】 右付属器は手拳大に腫大し、表面平滑、白色で一部黄色透明な嚢胞と卵管間膜表面にワルサード結節様の黄色粟粒大の結節の多発を認めた。

【組織像・捺印細胞像】 多房性の嚢胞状構造を呈する腫瘍性病変がみられ、嚢胞壁には、管状及び索状、胞巣状構造からなる上皮様構造と、好酸性胞体を有する多辺形の細胞の増殖を認めた。IHC では、上皮様細胞は α -inhibin 陽性、Calretinin も部分的に陽性、CK7, CEA 陰性であり、高分化型 SLCT と診断された。捺印細胞像も同様に、索状に配列した高円柱上皮細胞と、大型で好酸性細胞質を有する核小体明瞭な細胞集塊を認めた。

【結語】 今回経験した SLCT は、血液検査で CA125, E2, テストステロンが軽度上昇していた。術前生検で類内膜癌も認めていたためエストロゲン産生腫瘍の可能性を考えていたが、病変の組織像は比較的典型的な SLCT であり、捺印細胞診でも組織像を反映した細胞像が得られた。SLCT の高齢者発症は稀であり、多くは血中アンドロゲンの上昇を認めるが、高分化型ではエストロゲン活性を示すことが多いため、卵巣腫瘍で念頭に置く必要があると再認識した。

P-1-020 卵巣 Mitotically active cellular fibroma の細胞像

長崎大学原研病理¹⁾, 諫早総合病院病理診断科²⁾, 島原マタニティー病院³⁾, 長崎大学原研遺伝⁴⁾, 長崎病理診断科⁵⁾

○松田勝也(PhD)¹⁾, 高木雄三(CT)²⁾, 井手圭一郎(CT)²⁾, 望月哲朗(CT)²⁾, 福海文絵(MT)²⁾, 高木美奈(CT)¹⁾, 上木 望(MD)¹⁾, 三浦史郎(MD)¹⁾, 森山伸吾(MD)³⁾, 木下 晃(PhD)⁴⁾, 吉浦孝一郎(MD)⁴⁾, 岸川正大(MD)⁵⁾, 中島正洋(MD)¹⁾

【緒言】 卵巣 Mitotically active cellular fibroma (MACF) は希な腫瘍で組織学的には線維肉腫や顆粒膜細胞腫との鑑別を要する。今回、MACF の捺印細胞診を経験したので報告する。

【症例】 40代 4妊3産婦 閉経。検診目的で前医を受診し、6cm大の子宮筋腫を指摘され経過観察されていた。1年後には約10cmに増大、精査加療を目的に紹介され受診した。画像上、子宮筋腫あるいは右卵巣腫瘍(線維腫/莢膜細胞腫)が疑われ、腹腔鏡補助下右付属器摘出術が施行された。

【捺印細胞診所見】 N/C が高く類円形～紡錘形核を有する細胞が、孤在性および結合性疎な小集塊で出現していた。核の大小不同と核形不整は軽度、核クロマチンは微細顆粒状で均一に分布し、核溝を伴っていた。核分裂像を散見するも、核異型は乏しく、線維腫、莢膜細胞腫、顆粒膜細胞腫を推定した。

【病理所見】 肉眼剖面所見では黄色調充実性腫瘍であった。組織学的には、N/C比の高い短紡錘形細胞が錯走増生から成り、細胞密度は高く、核分裂像は多いところで20個/10HPF以上認めた。異常分裂像は認めず、Ki-67 LI 10%以上で、高い増殖能が示唆された。鑑別診断として、成人型顆粒膜細胞腫、富細胞性線維腫、線維肉腫を挙げ、免疫染色施行。vimentin, HHF35, α -inhibin, PgR が陽性、EMA, desmin, chromogranin A, synaptophysin が陰性で、渡銀染色で、個々の腫瘍細胞に細網線維の囲みを認め、細胞異型は軽度で多形性に乏しく壊死や出血がないことから MACF と診断した。

【結語】 比較的希な卵巣 MACF の捺印細胞診を経験した。PubMed および医中誌で文献検索する限り MACF の細胞像についての報告はなく、顆粒膜細胞腫との鑑別に重要な FOXL2 遺伝子解析結果を含めて考察する。

P-1-021 卵巢原発性カルチノイド腫瘍の1例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科

○永田耕治(MD), 佐瀬智子(CT), 加藤智美(CT),
細沼佑介(CT), 瀬山 敦(CT), 安田政実(MD)

卵巢の原発性カルチノイドは比較的まれな腫瘍で、本邦でみられるカルチノイドの多くは甲状腺腫性カルチノイドである。今回我々は稀な卵巢索状カルチノイドを経験したので、細胞組織所見を甲状腺腫性カルチノイドと比較して報告する。

症例は18歳女性、月経周期不順のため近医受診し、超音波検査で卵巢腫瘍を認めたため当院紹介受診。精査の結果、13x12x10.5 cm 大の右卵巢多房性腫瘍で、隔壁に肥厚がみられ充実部の存在から境界悪性卵巢腫瘍と診断され、卵巢嚢腫核出術が行われた。

肉眼的には、長径13.5 cm 大の緊満した多房性腫瘍で、漿液を容れており、断面は黄白色調であった。術中迅速診断時の捺印細胞診では、均一な小型異型細胞が索状集塊あるいは孤立散在性にみられ、少数の大型の異型細胞が散見された。これらの細胞はライトグリーンに淡染する細胞質を有し、N/C比は高く核は円形ないし類円形で大小不同は目立たなかった。核クロマチンは粗顆粒状で核小体は目立たなかった。

組織学的には、線維性間質中に腫瘍細胞が索状、リボン状、一部充実性に増殖していた。一部に粘液性カルチノイド様の円柱上皮細胞と杯細胞様細胞からなる腺管構造を認めた。核分裂像は<1/10 HPFsで、ほとんどみられなかった。免疫組織化学的には、腫瘍細胞は chromogranin A, synaptophysin, CAM5.2 がびまん性に陽性を示し CD56, serotonin, glucagon, S-100 タンパクが一部陽性を示した。Ki-67 LI は1.4%であった。以上より、trabecular type の卵巢 carcinoid と診断した。

P-1-022 成熟嚢胞性奇形腫に合併した卵巢原発 鳥状カルチノイドの1症例

JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科¹⁾, JA 長野厚生連佐久総合病院病理部²⁾

○岩松弘文(CT)¹⁾, 中山朋秋(CT)¹⁾, 佐藤憲俊(CT)¹⁾,
井出伸也(CT)²⁾, 塩澤 哲(MD)¹⁾, 青柳大樹(MD)¹⁾,
石亀廣樹(MD)²⁾

【はじめに】卵巢カルチノイドは全カルチノイドの0.5~1.7%、全卵巢腫瘍の0.1%以下を占める稀な低悪性度腫瘍である。今回我々は右卵巢成熟嚢胞性奇形腫に合併した卵巢原発カルチノイドの1例を経験したので報告する。

【症例】50代、女性。他院の検診にて両側卵巢腫瘍を指摘された。MRIにて右卵巢は70 mm 大で隔壁様構造と充実部分を伴う嚢胞状を示し、右卵巢奇形種が疑われた。左卵巢にも40 mm 大の嚢胞性病変を認め、手術目的で当院紹介となった。

【組織所見】右卵巢は72×45 mm で、多房性嚢胞と黄色の充実性部分からなる。組織学的に嚢胞部分は脂腺や汗腺を伴った皮膚組織や、杯細胞が混在する多列線毛上皮を含む成熟奇形種の像を示す。黄色充実性部分は類円形の核を有する上皮が充実性胞巣状に増殖し、鳥状やロゼット構造が混在する。核分裂像はほとんどみられず免疫染色では Chromogranin A, Synaptophysin 陽性を呈し卵巢カルチノイド(鳥状カルチノイド)と診断された。左卵巢の嚢胞性病変は卵嚢嚢胞であった。

【捺印細胞所見】核は小型類円形で軽度大小不同がみられるものの比較的均一な像を示す。細胞質は広めでライトグリーン淡染性の細胞が大小の集塊や弧在性で出現し、ロゼット様構造もみられる。核小体は1~少数個みられクロマチンは均一で微細顆粒状を呈する。

【まとめ】成熟奇形腫は最も頻度の高い卵巢良性腫瘍であるが、稀に扁平上皮癌などの体細胞型悪性腫瘍が合併することがある。卵巢カルチノイドは成熟奇形腫に合併することが多く特徴的な画像所見がないため術前診断が困難とされるが、卵巢充実性腫瘍の鑑別疾患として念頭に置く必要があると考えられる。

P-1-023 卵巣甲状腺腫性カルチノイドの一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診

○伊藤園江(CT), 大田桂子(CT), 長山大輔(CT),
高橋光彦(CT), 鶴野由華(CT), 西田直代(CT),
木村芳三(CT), 檜垣浩一(CT)

【はじめに】卵巣カルチノイドは比較的稀な腫瘍で全カルチノイドの約0.5~1.7%といわれ、卵巣腫瘍の0.1%以下である。今回我々は術後に卵巣甲状腺腫性カルチノイドと診断された症例を経験したので報告する。

【症例】患者は66歳女性で膵胆管拡張、上腸間膜動脈瘤疑いで近医より当院消化器内科に紹介される。造影CTにて左卵巣腫瘍が疑われ婦人科転科となる。腹部超音波検査では左卵巣に60×60×54mm大の充実性腫瘍を認め良悪性鑑別のため術中迅速病理組織診断が提出された。

【捺印細胞診所見】術中に提出された左卵巣は6cm大で剖面が黄色分葉状の充実性腫瘍で一部出血を認めた。腫瘍の捺印標本では多くの大小コロイドを認め、これらを囲むように小型で均一核ながらクロマチン染色性の増加した腫瘍細胞が索状集塊や散在性に観察され、カルチノイドに特徴的なロゼット状配列も見られた。

【病理組織所見】組織学的にはりボン状、索状、充実性の胞巣を呈し増殖した小型で均一な腫瘍細胞を認め、部分的に甲状腺濾胞様構造の介在とその内腔にはコロイドを認めた。核分裂像は2/10HPF以下であった。腫瘍は左卵巣に限局し壊死や脈管侵襲、被膜外への浸潤は認めなかった。腫瘍の周辺には一部卵巣甲状腺腫を認めた。腫瘍部分の免疫組織化学染色ではCD56(+), chromograninA(-), synaptophysin(+), AE1/AE3(w+)でMIB1indexは1%であった。以上より卵巣甲状腺腫性カルチノイドと診断された。

【考察】本症例は捺印細胞診標本に多くのコロイドを認め、出現腫瘍細胞の異型が少なく、すぐにカルチノイドの診断に結びつかなかったが、このように小型異型細胞の増殖とともにコロイド成分を認めた場合は、本症を念頭に置くことが必要であると考えられた。

P-1-024 原発巣の同定が困難であった転移性卵巣癌の1例

北摂総合病院¹⁾, 第一東和会病院²⁾

○田中理恵(MD)¹⁾, 鎌田美佳(MD)²⁾, 野田洋一(MD)²⁾

【はじめに】転移性卵巣腫瘍は原発巣よりも転移を受け腫大した卵巣腫瘍として発見されることが多く、消化管や乳腺原発の頻度が高いが原発巣同定が困難な場合がある。

【症例】58歳女性。胸水腹水貯留のため当院内科へ紹介。CTで骨盤内に多房性嚢胞性腫瘍を認め卵巣癌疑いにて当科へ紹介。PET-CTでは両側卵巣に加え腓体尾部にも異常集積を認め、腹膜播種、多発リンパ節転移(縦隔、傍大動脈、左鎖骨下)を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9が優位に高値(11430.0U/ml)であり、膵臓原発悪性腫瘍が疑われた。

【経過】胸水細胞診では粘液性・炎症性背景に核の大小不同、核形不整およびクロマチン異常を伴う異型細胞が孤立散在性に出現し、細胞質に粘液を有していた。EUS-FNAでの細胞診では壊死性背景に大型で粘液を有する腺癌細胞の集塊を認め、組織では壊死を伴う腺癌細胞の増殖を認めたがCK7(+), CK20(-)で膵癌としては非典型的であった。超音波所見も膵原発としては非典型的であった。確定診断目的に両側付属器切除術+虫垂切除術を施行。摘出卵巣の組織像は、高円柱異型細胞が腺腔を形成し乳頭状に増殖しており、腺管への分化が著名で細胞質には粘液を含み、子宮・卵巣以外の臓器原発(膵臓や大腸)を強く疑わせる腺癌であったが、原発巣の同定には至らなかった。虫垂に腫瘍性変化はなく、上部下部消化管にも悪性所見を認めないことから原発不明癌と診断された。

【結語】転移性卵巣癌では原発巣の同定に苦慮することがあり、細胞診は組織の特徴を反映するものの原発巣推定は困難なことも多く、十分留意して診療にあたることが重要である。

P-1-025 子宮内膜細胞診に癌細胞が出現した乳癌既往のある卵巣癌の1例

日本医科大学付属病院産婦人科¹⁾, 日本医科大学付属病院病理診断科²⁾

○川瀬里衣子(MD)¹⁾, 黒瀬圭輔(MD)¹⁾, 山本晃人(MD)¹⁾, 松原美幸(CT)²⁾, 大橋隆治(MD)²⁾, 竹下俊行(MD)¹⁾

【はじめに】乳がんや卵巣がんの5-10%は遺伝的要因が強く関与して発症すると考えられている。対側乳癌の既往がある患者で、子宮内膜細胞診に癌細胞が出現した卵巣癌の症例を経験した。

【症例】68歳3経産、対側乳癌既往にてアロマターゼ阻害薬を内服中であった。無症状検診にて受診し、経膈超音波検査では子宮と付属器に異常はなかったが、頸部細胞診NILM、体部細胞診ADNCであった。遺伝性乳がん卵巣がん症候群も念頭におき速やかに精密検査を行った。マンモグラフィー、胸部CTで乳癌の再発は認めず、内膜組織診では悪性所見はなかった。3週間後に行ったMRIで両側卵巣腫大を認め、卵巣癌の疑いにて開腹手術を行った。腹水はごく少量、両側卵巣は腫大し被膜に腫瘍を認め、ダグラス窩に播種を認めた。明らかなリンパ節腫大はなかったが、卵巣癌 FIGO IIIB 期 pT3bN1M0, serous carcinoma であった。

【細胞所見】きれいな背景に、N/C比が上昇しクロマチンが上昇した異型細胞から成る小型の重積集塊がみられた。内膜由来より子宮外（乳腺を含む）由来の可能性が考えられた。

【組織所見】両側卵巣には乳頭状や一部腺管状に異型細胞が増生し、核の大小不同が目立ち、高度の壊死を伴っていた。傍大動脈リンパ節に転移を認めた。

【まとめ】乳癌の既往がある卵巣癌の症例を経験した。超音波検査で病変が指摘できなかったが、内膜細胞診で腺癌と診断され、その後の検査で明らかな卵巣腫大が確認され手術に至った。遺伝性乳がん卵巣がん症候群では進行が早いと言われ早期発見が困難であったが、内膜細胞診が疾患の発見の手がかりとなった。

P-1-026 印環細胞癌の悪性胸水および腹水を認めた乳腺原発の再発小葉癌の1例

立正佼成会附属佼成病院産婦人科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理部²⁾

○井上慶子(MD)¹⁾, 鈴木 淳(MD)¹⁾, 村田栄一郎(CT)²⁾, 當眞嗣陸(CT)²⁾, 二階堂孝(MD)²⁾, 木村英三(MD)¹⁾

我々は印環細胞癌の悪性胸水および腹水を認め、診断に苦渋した乳腺原発の再発小葉癌の1例を経験した。症例は46歳、女性。前医にてほぼ7年前に左乳房の浸潤小葉癌を診断され、左腋窩リンパ節転移も認めたため、T3N1M0, stage IIIA の診断にて術前化学療法を8コース施行。その後、左乳房切除術および腋窩リンパ節郭清術を施行。病理診断にて浸潤小葉癌であり、術後補助療法として胸壁照射および aromatase inhibitor 内服を継続した。当院受診1ヶ月前より胸水貯留を認め、画像上は卵巣腫大も認めたため当院婦人科受診となり、精査後に原発性または転移性卵巣腫瘍の診断で手術となる。手術前に採取した胸水細胞診および術中腹水細胞診では印環細胞癌の細胞像を認めた。ただ術前および術後の上部消化管精査では胃の印環細胞癌は認めず、術後の摘出卵巣腫瘍の病理組織検査では印環細胞癌類似の豊富な粘液性胞体を有する腫瘍像および印環細胞癌の浸潤像を示す組織像の混在を認めた。免疫組織化学的には cytokeratin は CK 8.18(+), high MW CK(+), CK7(+), CK20(-); その他 GCDFP-15(+), e-cadherin (+), estrogen receptor (+), progesterone receptor (+)であり、原発乳癌と類似する免疫組織化学的な形式を示し、乳腺小葉癌の再発として矛盾しない組織像と診断した。本症例では原発乳腺組織像は小葉癌の単一像であり印環細胞癌の共存を認めなかったものの、再発時は印環細胞癌への分化像を示した症例である。

P-1-027 卵巣小細胞癌の一例

佐賀大学医学部産科婦人科¹⁾, 佐賀大学医学部病院病理部²⁾, 佐賀中部病院病理部³⁾

○西山 哲(MD)¹⁾, 橋口真理子(MD)¹⁾,
福田亜紗子(MD)¹⁾, 大隈恵美(MD)¹⁾, 花島克幸(MD)¹⁾,
野口光代(MD)¹⁾, 内山倫子(MD)¹⁾, 山崎文朗(MD)³⁾,
山崎真希子(MD)²⁾, 甲斐敬太(MD)²⁾, 中尾佳史(MD)¹⁾,
横山正俊(MD)¹⁾

【初めに】卵巣小細胞癌は非常に稀な疾患であり, 起源不明の卵巣腫瘍に分類される。予後は不良であるため, 適切な病理組織学的診断が望まれるが, 稀な腫瘍であること, 顆粒膜細胞腫との組織学的類似から, 鑑別が問題となることがある。

【症例】30歳代女性, 0経妊0経産, 妊娠希望で受診した前医で卵巣嚢腫(子宮内膜症性嚢胞疑い)で経過観察されていたが, 初診から半年後, 増大傾向, 充実部出現あり, 手術目的で紹介された。術前腫瘍マーカーは, CA125, CA19-9が軽度高値を示していた。画像上, 充実性腫瘍が主体であったため, 上皮性悪性腫瘍の他, 性索間質性腫瘍も鑑別に挙げたが, エストラジオール, プロゲステロン, テストステロンの上昇は認めなかった。開腹手術を行い, 術中迅速病理検査では成人顆粒膜細胞腫が考えられたため, 右付属器切除, 大網切除, ダグラス窩結節切除術を施行した。しかし, 最終病理診断結果は卵巣小細胞癌であり, ダグラス窩結節にも悪性細胞を認め, T2bNxM0であった。術後, 化学療法(CDDP+CPT-11)を施行し, 追加手術(単純子宮全摘, 左付属器切除, 骨盤リンパ節郭清, 傍大動脈リンパ節生検)を行った。骨盤内播種病変を複数認め, 術前化学療法は無効と判断し, 術後PTX+CBDC療法を施行している。

【捺印細胞診】壊死性背景の中に, 多数の異型細胞が孤立散在性, 一部は小集塊を形成している。細胞質が乏しい裸核状の細胞が見られ, 一部ではあるが木目込み状配列を認めた。核溝, ロゼット状配列は認めなかった。

【まとめ】今回の症例から, 卵巣小細胞癌に関する捺印細胞診の有用性に関して, 考察を行う。

P-1-028 当院で経験した卵巣小細胞癌の2例

神奈川県立がんセンター婦人科¹⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科, 検査科²⁾, 日本医科大学千葉北総病院女性診療科, 産科³⁾

○池田真利子(MD)¹⁾, 上西園幸子(MD)¹⁾,
今井一章(MD)¹⁾, 中西一步(MD)³⁾, 川野藍子(MD)¹⁾,
松橋智彦(MD)³⁾, 井浦文香(MD)¹⁾, 近内勝幸(MD)¹⁾,
小野瀬亮(MD)¹⁾, 酒井麻衣(CT)²⁾, 関谷元幹(CT)²⁾,
那須隆二(CT)²⁾, 北村和久(CT)²⁾, 岩撫成子(CT)²⁾,
加藤久盛(MD)¹⁾

【緒言】卵巣小細胞癌(以下OSCC)は, 卵巣悪性腫瘍全体の約0.1%と稀であり, その予後は不良である。今回我々は, 非常に稀なOSCCを2例経験したため, 細胞学的所見をふまえ紹介する。

【症例1】76歳, 2経妊0経産, 卵巣癌の疑いで紹介となり, 各種検査の結果, 卵巣癌, 肝転移の臨床診断となった。術前化学療法を施行し, 単純子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 大網切除術を施行した。腹水細胞診はN/C比の高い細胞が乳頭状に集塊しており腺癌が推定されたが, 摘出検体の組織学的所見は, 小型で細胞質が乏しい類円形細胞が密に増殖しており, 免疫組織化学検査を併用しOSCCと診断した。その後多発脳転移を発症し, 治療開始7か月後に原病死となった。

【症例2】50歳, 0経妊, 卵巣癌の疑いで紹介となった。初診時より巨大卵巣腫瘍および多量腹水を認め, 腹水細胞診とセルブロック法による免疫組織化学検査を行った。細胞診所見は, 小型でN/C比の高いクロマチン粗顆粒状の異型細胞を多数認め, 木目込み細工様配列及び線状配列を認めた。免疫組織化学検査を施行した結果, OSCCの疑いと術前診断し, 右付属器摘出術を施行した。摘出検体の組織学的所見は, 裸核状の異型細胞が大小の胞巣を形成し, 索状配列やロゼット形成を認めた。腫瘍細胞の核縁は不整で, 核分裂像も多く, 免疫組織化学検査を併用しOSCCと診断した。抗癌剤治療を経て, 単純子宮全摘出術, 左付属器摘出術, 大網部分切除術を施行した。その後追加の抗癌剤治療が奏功せず, 治療開始10か月後に原病死となった。

【結語】OSCCは稀な疾患であるが予後不良であるため, 術前の腹水細胞診の所見で同疾患を推定することは臨床情報として有益と考える。

P-1-029 卵巣 yolk sac tumor の一例

北海道がんセンター婦人科¹⁾, 北海道がんセンター病理診断部²⁾

○藤堂幸治(MD)¹⁾, 竹下 奨(MD)¹⁾, 大場洋子(MD)¹⁾, 岡元一平(MD)¹⁾, 加藤秀則(MD)¹⁾, 鈴木宏明(MD)²⁾, 山城勝重(MD)¹⁾

【はじめに】卵巣に発生した yolk sac tumor を経験したのでその細胞診像について報告する。

【症例】23歳, 女性. 主訴下腹部痛. 骨盤内腫瘍に血清 AFP 値の異常高値(345817 mg/dl)を伴い悪性胚細胞性腫瘍の診断で開腹手術. 淡血性腹水(1800 ml)を認め, 右卵巣に原発性腫瘍を認めた. 腫瘍被膜は破綻しており, 大網および直腸漿膜に播種を認めた. 右付属器切除および大網部分切除を行った. 病理診断は yolk sac tumor であったため術後 BEP (BLM: 30mg, day2,9,16, ETP: 150 mg/body, day1-5, CDDP: 30 mg, day1-5) を 3 コース, EP (ETP: 150 mg/body, day1-5, CDDP: 30 mg, day1-5) を 2 コース実施した. 術後 2 年が経過して無病生存中である. 血液内分泌データ(LH/FSH)は正常範囲内で月経も順調に発来している.

【細胞所見】腫瘍捺印細胞診: N/C 比が低く泡沫状の胞体を有する細胞集塊と N/C 比の高い細胞集塊が存在した. N/C 比の低い細胞は大型で結合性がゆるくシート状の集塊を形成して, 核の形態が多形成, 多様性に富んでおり, 多核化を示すもの, 核溝が目立つものがあつた. N/C 比の高い細胞はおおむね立方形でやや結合性が強く, 重積性を示す部分もあつた. 核の形態はおおむね円形から楕円形でクロマチンは粗造で核小体が著明なものも認めた. そのほか扁平ないし細長形の紡錘形濃染核を有する細胞が混在していた. またオレンジ G 好性の硝子様小球を認めた.

【組織所見】立方ないし扁平な細胞が網目状, 乳頭状あるいは充実性配列を示す. 腫瘍細胞が血管周囲に配列する Sciller-Duval 小体が散見される. 細胞内外に硝子様小球が多数存在する.

【まとめ】腫瘍捺印細胞診では立方ないし扁平な細胞の混在, 核異型の強い大型の細胞, 硝子様小球の存在など yolk sac tumor に特徴的な所見が出ていた.

P-1-030 鎖骨下に発生した悪性腎外ラブドイド腫瘍の 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⁾

○岸佑香里(CT)¹⁾, 草苺宏有(CT)¹⁾, 大川千絵(CT)¹⁾, 土居正知(MD)²⁾, 干川晶弘(MD)²⁾, 前田一郎(MD)²⁾, 高木正之(MD)²⁾

【はじめに】悪性ラブドイド腫瘍は極めて稀な腫瘍であり, 予後不良な小児の悪性腎腫瘍である. しかしながらそれとは別に, 同様の組織像を示す腫瘍が, 軟部組織にも発生することが指摘された. 今回我々は, 小児の鎖骨下に発生した悪性腎外ラブドイド腫瘍を経験したので報告する.

【症例】4歳男児. 右上肢の痛みを主訴に当院を紹介受診. 画像所見にて, 横紋筋肉腫や神経鞘腫等が疑われ, 診断確定のため術中迅速病理診断が施行された.

【術中細胞診所見】壊死性背景に, 小型異型細胞が散在性から小集塊で出現していた. N/C 比は高く, 核は類円形で核形不整を有し, クロマチンは細顆粒状で明瞭な核小体を有していた. 細胞質は顆粒状, または, 好酸性の細胞質内封入体を有する 2 種類の細胞を認めた. 以上の所見より, 肉腫や胚腫等の小円形細胞腫瘍が疑われた.

【組織所見】壊死を伴う腫瘍細胞の増生を認めた. 腫瘍細胞は類円形で高度な核異型を有し, 一部では好酸性細胞質を認めた. 免疫組織化学染色では, vimentin はびまん性に陽性, CK(AE1/AE3)や CD56 は一部陽性, myogenin や caldesmon, LCA は陰性であった. 加えて, INI-1 陰性であることから, 悪性腎外ラブドイド腫瘍と診断された.

【考察】横紋筋肉腫様の細胞が散在性に出現している中に, 上皮様結合を有する細胞集塊を認めた. 形態学的所見および免疫組織化学染色の結果より, 悪性ラブドイド腫瘍細胞は上皮性要素を有していると考えられた. 横紋筋肉腫の形態を示す中に上皮様結合を認めた場合, 本腫瘍を鑑別に挙げることは可能であると考えられた.

P-1-031 後腹膜横紋筋肉腫の 1 例—細胞・組織学的検討を中心に—

国立病院機構嬉野医療センター病理診断科

○白石幸恵(CT), 岩永浩輔(CT), 小田繁樹(CT),
田場 充(MD), 内藤慎二(MD)

【はじめに】横紋筋肉腫は種々の分化段階の横紋筋芽細胞から構成される悪性度の高い軟部腫瘍で、小児や若年者の頭頸部に好発する。高齢者では四肢に好発するが、後腹膜に発生するものは全ての年齢で極めて稀である。今回、後腹膜に発生した横紋筋肉腫の 1 例を経験し、細胞・組織学的検討を行ったので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】76 歳女性。右下腹部痛を主訴に近医を受診。腹部 CT にて後腹膜腫瘍と右尿管拡張を指摘され当院外科紹介となった。腹部造影 CT にて後腹膜に 10×5 cm 大の浸潤性腫瘍性病変が認められ、針生検+腫瘍捺印細胞診を施行。Malignant small round cell tumor, rhabdomyosarcoma suspected の病理診断にて、後腹膜腫瘍切除術が施行された。摘出標本の病理診断は rhabdomyosarcoma であった。

【細胞所見】細胞質は好酸性または淡明で、核は単核～多核、核形不整あり、クロマチンは増量、著明な核小体を有する異型細胞が孤在性或いは小集塊で出現していた。

【組織所見】9×5 cm 大、やや弾性硬、灰白色調の腫瘍で、腫瘍細胞は好酸性大型の核小体を有する核と類円形あるいは紡錘形の広い胞体から成り、弱い接着性を示しながら胞巣状に増生していた。PTAH 染色にて一部横紋様の所見が認められ、免疫組織及び免疫細胞化学で vimentin (+), myoglobin(+), desmin(-), MyoD1(-), CD99(+) であった。また電顕で束状の myofilament が観察された。

【まとめ】後腹膜に発生した横紋筋肉腫の 1 例を経験した。後腹膜腫瘍の細胞診において好酸性或いは淡明な胞体と好酸性大型の核小体を有する類円形の間葉系異型細胞を認めた際は、低頻度であっても横紋筋肉腫を念頭に置き、横紋の検索と myoglobin, myoD1, CD99 抗体を含めた免疫細胞化学による鑑別が重要である。

P-1-032 副鼻腔に発生した胞巣型横紋筋肉腫の 1 例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断部²⁾, 帝京大学医学部病理学講座³⁾

○菊地良直(MD)^{1,3)}, 渡部朱織(CT)³⁾, 宇於崎宏(MD)³⁾,
加藤智美(CT)²⁾, 鎌倉靖夫(CT)²⁾, 瀬山 敦(CT)²⁾,
榊 美佳(MD)¹⁾, 永田耕治(MD)¹⁾, 藤野 節(MD)¹⁾,
新井栄一(MD)¹⁾, 長谷部孝裕(MD)¹⁾,
安田政実(MD)^{1,2)}

【はじめに】横紋筋肉腫は骨格筋への分化を示す悪性軟部腫瘍であり、胎児型・胞巣型・多形型・紡錘細胞型/硬化型の 4 型に分類される。今回我々は、悪性リンパ腫の既往がある成人男性に発生した副鼻腔原発胞巣型横紋筋肉腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】39 歳、男性。血痰および頭痛を主訴に近医を受診。CT・MRI で右眼窩壁および前頭蓋窩に進展が及ぶ右副鼻腔腫瘍を認め、頸部リンパ節転移、多発骨転移を伴っていた。精査・加療目的に当院紹介受診となり、鼻腔腫瘍生検および頸部リンパ節穿刺吸引細胞診が施行された。診断確定 8 か月後、腫瘍の全身進展により死亡となった。

【細胞所見】血性背景に裸核状の異型細胞を多数認めた。N/C 比は高く、核クロマチンは増量しており核形不整、核小体がみられた。核は偏在性で、好酸性細胞質を有する腫瘍細胞も認めた。

【組織所見】胞巣状～びまん性に増殖する小型円形腫瘍細胞がみられた。腫瘍細胞は明調な細胞質と類円形核を有していた。免疫組織化学的には、Desmin (+), MyoD1 (+), Myogenin (+), Myoglobin (-/+), CD56 (+) であった。FOXO1 の split FISH で陽性所見を認めた。

【考察】胞巣型横紋筋肉腫は、特にリンパ節転移や骨転移合併例では、血液系悪性腫瘍との鑑別が問題となる場合がある。鼻腔発生例で腫瘍細胞が CD56 (+) となる場合は、NK/T 細胞リンパ腫との鑑別が重要である。細胞所見では線維性間質に腫瘍細胞が強く結合する所見が胞巣型横紋筋肉腫に特徴的とする報告もあるが、免疫組織化学的検索および融合遺伝子の証明によって総合的に判断する必要がある。

P-1-033 術前の穿刺吸引細胞診が有用であった悪性顆粒細胞腫の1例

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○伊吹英美(MD), 串田吉生(MD), 宮本加菜(CT), 郷田 衛(CT), 片倉和哉(CT), 本山陸美(CT), 松永 徹(CT), 石川 亮(MD), 香川聖子(MD), 宮井由美(MD), 香月奈穂美(MD), 門田球一(MD), 羽場礼次(MD)

【はじめに】顆粒細胞腫は舌を含む頭頸部領域に好発し、特徴的な好酸性顆粒を有する比較的稀な腫瘍で、末梢神経の Schwann 細胞由来とされている。通常無症候性で増殖は緩徐であるが、1~2%の頻度で悪性例が認められる。今回、我々は術前の穿刺吸引細胞診で推定可能であった悪性顆粒細胞腫の1例を経験したので、その細胞学的特徴や良悪性の鑑別を中心に報告する。

【症例】60代、男性。約1ヶ月前に左背部腫瘍を自覚し、精査のためMRI, PET, 穿刺吸引細胞診が施行された。広背筋内にPETでFDGの集積を示す長径約10cmの腫瘍性病変が認められた。

【細胞所見】類円形~紡錘形で顆粒状の細胞質を有する異型細胞が、集塊状あるいは孤在性に認められた。異型細胞は核の大小不同と明瞭な核小体を有していた。背景にも顆粒状物質を認め、悪性顆粒細胞腫が鑑別に挙げられた。

【組織所見】類円形核と好酸性顆粒状の細胞質を有する腫瘍細胞が、出血やmyxoid変性を伴いながらびまん性に増殖していた。細胞密度は高く、核の多形性や核分裂像の増加(10個/10HPF)、壊死を認めた。免疫組織化学的に腫瘍細胞はvimentinに陽性、S-100, CK AE1/AE3, SMAなどに陰性であった。電顕では細胞質にautophagosomesを有する腫瘍細胞が多数認められた。以上、S-100が陰性である点は非定型的であったが、悪性顆粒細胞腫と診断した。

【まとめ】細胞診で核異型を示す紡錘形細胞が多数出現する場合、稀ではあるが悪性顆粒細胞腫を鑑別に挙げる必要がある。

P-1-034 骨外性粘液型軟骨肉腫の1例

帝京大学医学部病理学講座¹⁾, 帝京大学医学部附属病院病院病理部²⁾

○渡部朱織(CT)¹⁾, 菊地良直(MD)¹⁾, 向山淳児(CT)²⁾, 石井美樹子(CT)²⁾, 熊谷有紗(CT)¹⁾, 東海林琢男(MD)²⁾, 近藤福雄(MD)²⁾, 宇於崎宏(MD)¹⁾

【はじめに】骨外性粘液型軟骨肉腫(extraskelatal myxoid chondrosarcoma: 以下EMC)は中年にやや多くみられる稀な軟部肉腫であり、典型的には大腿や膝下などの筋肉内深部に発生する。今回、術前細胞診においてEMCが疑われた1例を経験したので、その細胞像を中心に報告する。

【症例】78歳、女性。5年前から左大腿部の腫瘍を自覚し、次第に増大したため近医を受診。腫瘍性病変が疑われ当院紹介受診となった。MRI画像では、左大腿部の外側広筋内に長径14cm程の腫瘍性病変が認められた。針生検および捺印細胞診の結果EMCが強く疑われたため、広範切除が施行された。

【細胞所見】粘液基質を背景に、小集塊・索状・孤立性に異型細胞が認められた。N/C比は高く、核は類円形~紡錘形でクロマチンは細顆粒状、明瞭な核小体を認めた。しばしばコーヒー豆様の核溝がみられ、一部で核内封入体も認められた。

【組織所見】豊富な粘液状基質を背景に、索状・網目状・一部充実性に増殖する腫瘍を認めた。腫瘍細胞は小型類円形~短紡錘形の核と好酸性胞体を有しており、免疫組織化学的にはNSEのみ陽性であった。

【考察】EMCは背景に粘液状基質がみられることから、粘液型脂肪肉腫、粘液線維肉腫、脊索腫などを代表とする粘液性背景を伴う軟部腫瘍が鑑別として挙げられるが、過去の報告にもあるように、高度な核異型あるいは多形性は見られず、特徴的な介在血管を欠くことなどから鑑別が可能とされている。一方、軟部組織に発生する筋上皮腫との類似性が古くから指摘されており、細胞形態のみでの鑑別は極めて困難である。臨床所見や融合遺伝子の検索など総合的な評価が必要と考えられる。

P-1-035 骨外性粘液型軟骨肉腫の診断における細胞診の有用性について

がん研究会有明病院臨床病理センター¹⁾, がん研究会がん研究所病理部²⁾

○古田則行(CT)¹⁾, 神田浩明(MD)²⁾, 山田麻里沙(CT)²⁾, 小松京子(CT)¹⁾, 藤山淳三(CT)¹⁾, 星 利良(CT)¹⁾, 池畑浩一(CT)¹⁾, 鈴木奈緒子(CT)¹⁾, 伊藤崇彦(CT)¹⁾, 石井脩平(CT)²⁾, 高松 学(MD)²⁾, 杉浦善弥(MD)²⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾, 石川雄一(MD)²⁾, 高澤 豊(MD)²⁾

【はじめに】骨外性粘液型軟骨肉腫は特徴的な細胞像を示す腫瘍であり, Core-needle 材料などの微量検体や, 非典型例で組織診断が困難な場合でも, 細胞診では判定が容易な場合もある. 我々は 2008 年に骨外性粘液型軟骨肉腫の細胞像を後方視的に検討し, 判定に有用な所見を得た. 1. 腫瘍細胞の核溝, 2. ゼリー様の細胞間物質, 3. 腫瘍細胞の細胞間物質を軸にした索状配列である. その後の骨外性粘液型軟骨肉腫の細胞判定について検証した.

【対象と方法】2009~2016 年 6 月までに骨外性粘液型軟骨肉腫と診断された 10 例. 材料別 (Core-needle, 切開生検, 切除材料) の細胞診断, 組織診断結果を中心に検討し, 免疫組織化学染色, FISH 等の結果も併せて報告する.

【結果】初診時整形外科外来で 14G Core needle 穿刺が細胞診断, 組織診断用に同時施行されたのが 5 例, 初回に切開生検が細胞診断, 組織診断用に行われたのが 4 例であり, 1 例は初診時, 細胞診断用のみ Core needle 穿刺が行われ, 切開生検材料は組織診断用のみに提出されていた. 細胞診では初回材料 Core-needle 6 例, 切開生検 4 例の全例で骨外性粘液軟骨肉腫と判定されていた. 組織診断では微量材料では診断に制限があるという理由で, Core-needle 5 例, 切開生検材料では, mixoid tumour ないし, mixoid sarcoma の診断であった. 摘出材料では, 免疫組織化学染色, FISH 等の検索を合わせた判断で, 骨外性粘液型軟骨肉腫と最終診断されていた.

【まとめ】微量材料の, 骨外性粘液型軟骨肉腫の判定には, 細胞診が有用であり, 組織学的には非典型例であっても, 細胞診では判定が容易な例もあった. 細胞診の結果で FISH による遺伝子検索が先行して行われる場合もあり, 早期の確定診断にも貢献している.

P-1-036 左肩に発生した筋上皮癌 myoepithelial carcinoma の 1 例

がん研究会がん研究所病理部¹⁾, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部²⁾

○石井脩平(CT)¹⁾, 古田則行(CT)²⁾, 小松京子(CT)²⁾, 藤山淳三(CT)²⁾, 池畑浩一(CT)²⁾, 星 利良(CT)²⁾, 山田麻里沙(CT)²⁾, 鈴木奈緒子(CT)²⁾, 伊藤崇彦(CT)²⁾, 杉浦善弥(MD)¹⁾, 元井紀子(MD)¹⁾, 神田浩明(MD)¹⁾, 高澤 豊(MD)¹⁾, 石川雄一(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)²⁾

【はじめに】筋上皮癌 (myoepithelial carcinoma, 以下 MC) は 1975 年に Stromeier らによって初めて報告された腫瘍であり, 殆どが唾液腺に発生し, 乳腺, 皮膚, 副鼻腔, 喉頭, 肺などでも報告されているが, 軟部発生は非常に稀である. 今回, 左肩に発生した MC を経験したので報告する.

【症例】10 歳代男性. 既往歴なし. 約 10 年前より左肩腫瘤を自覚. 半年前より急速に増大したため, 当院紹介受診となった. 左肩腫瘤からの針生検が行われたが確定診断には至らず, 切開生検切除術が施行された.

【細胞所見】切開生検時の圧座標本では, 小円形細胞を主体とした腫瘍細胞が血管ないし線維性間質の周囲を取り巻くような集塊, ロゼット様細胞配列, および孤立散在性に認められた. 腫瘍細胞の細胞質は非常に淡く, 裸核様にみえる細胞も認めた. 核は類円形~短紡錘形で, 核クロマチンは細顆粒状均一で核内に充満するように分布し, 核縁の肥厚は無く, 小型の核小体を有する細胞もみられた. また, 核分裂像も観察された.

【組織所見】淡明な細胞質と腫大核を有する紡錘形細胞が充実性にあるいは上皮様に増殖し, 大型の胞巣を形成していた. 免疫染色で desmin, αSMA, CK AE1/AE3, S100 が陽性, CD34 が陰性を示した. また, FISH 法にて EWSR1 遺伝子の break apart 陽性, SS18 遺伝子の break apart 陰性の結果が得られた. Desmin が部分的に陽性を示した点が非典型的だが, その他の免疫染色や FISH 法の結果より筋上皮腫瘍と考え, 細胞の核異型, 核分裂像および Ki-67 の高い陽性率から MC と診断された.

【まとめ】細胞診標本ではユーイング肉腫を疑い, MC の推定には至らなかった. “Carcinoma” が軟部に発生することの意味を含め, 本疾患の考え方について, 文献的考察を加えて報告する.

P-1-037 細胞診にて判定に苦慮した epithelioid angiosarcoma の一例

JA 神奈川県厚生連相模原協同病院医療技術部臨床検査室¹⁾, JA 神奈川県厚生連相模原協同病院病理診断科²⁾, 新百合ヶ丘総合病院病理診断科³⁾

○和田光平(CT)¹⁾, 岩本慶太(CT)¹⁾, 松岡伶美(CT)¹⁾, 林 修平(CT)¹⁾, 川井麻衣子(CT)¹⁾, 白井正広(CT)¹⁾, 風間暁男(MD)²⁾, 田口勝二(CT)³⁾, 高山明子(CT)³⁾, 和田幸子(CT)³⁾, 福永眞治(MD)³⁾

【はじめに】血管肉腫は発生頻度が全軟部肉腫の約1%とまれな疾患である。今回われわれは細胞診にて低分化腺癌が疑われ、組織生検にて軟部発生が最も考えられる epithelioid angiosarcoma 症例を経験したので報告する。

【症例】20歳代男性、左腋窩腫瘍を自覚、疼痛しびれなく経過観察するが約4ヶ月後より急速に増大したため受診。CT, MRIにて左腋窩に79mm大の周囲リンパ節腫大を伴う腫瘍および、両側肺に粒状影、浸潤影、すりガラス様陰影を認めた。またPETにて甲状腺に高集積、その他全身の筋肉、骨にも多発した集積が認められた。これらよりTBLB、甲状腺穿刺吸引細胞診および左腋窩腫瘍針生検を施行した。

【細胞像】気管支洗浄液では異型細胞の小集塊を少数認め、細胞質に空胞がみられ核は腫大濃染し、低分化腺癌が疑われた。甲状腺穿刺材料では著明な出血性背景に異型細胞が散在性ないし結合性の弱い集塊状に出現し、細胞質は淡くときに空胞がみられ、核は腫大しやや偏在傾向、クロマチンは不均等分布し著明な核小体もみられた。以上より低分化腺癌が疑われた。

【組織像】左腋窩針生検では腫大した異型核を有する類円形から紡錘形の異型細胞が充実性ないしスリット状に増生し、一部で血管腔様の構造も認められた。免疫組織化学的にはAE1/AE3, CD34陽性, Factor8, D2-40一部陽性, TTF-1陰性であった。上記の所見より epithelioid angiosarcoma と診断された。

【まとめ】気管支洗浄液、甲状腺穿刺材料に出現する左腋窩軟部発生と思われる epithelioid angiosarcoma を経験した。年齢や臨床経過も考慮し、細胞診に空胞や赤血球を容れる像を認めた場合は本症の存在も念頭に置き診断することが重要である。

P-1-038 腹水液状化細胞診にて腫瘍細胞を認めた乳児の肝血管肉腫の1例

福井大学医学部附属病院病理診断科病理部¹⁾, 福井大学医学部病因病態医学講座腫瘍病理学領域²⁾

○岩崎和美(CT)¹⁾, 森 正樹(CT)¹⁾, 前川秀樹(MT)¹⁾, 鈴木佑梨(MT)¹⁾, 小上瑛也(MD)¹⁾, 酒井康弘(MD)²⁾, 今村好章(MD)¹⁾

【はじめに】今回、我々は腹水液状化細胞診(以下LBC)にて腫瘍細胞を認めた乳児肝血管肉腫の1例を経験したのでその細胞所見と病理所見について報告する。

【症例】7ヶ月、男児。血便を主訴に前医を受診し、超音波で肝腫大と腹水を認め、血液検査ではHbとPltの低下および凝固異常を認めたため、精査目的のため当院紹介入院となった。当院での腹部画像検査では肝芽腫が疑われたため、肝生検が施行され、術中に腹水の採取が行われた。化学療法が施行され、その2ヶ月後に治療効果判定のために腹水が再度提出された。

【術中腹水LBC所見】血性背景にN/C比の高い、核小体の目立つごく少数の異型細胞がみられた。

【肝生検組織所見】肝組織内に小型類円形細胞の数個～数十個から成る胞巣状集塊が散在性にみられ、一部では小管腔様構造を認めた。免疫組織化学的染色ではvimentin, CD31, CD34, von Willebrand factor およびERGが陽性であったが、hepatocyte, AFP, Glypican-3 およびcytokeratinは陰性であり、血管肉腫と診断された。

【術後腹水LBC所見】炎症性背景に、異型細胞が乳頭状集塊～孤立散在性に少数みられた。腫瘍細胞には細胞質内小腺腔や相互封入像が認められ、N/C比は高く、明瞭な核小体を有していた。免疫細胞化学的染色ではFIL-1とERGが陽性であったことから血管肉腫の腹膜転移・浸潤を考えた。

【考察とまとめ】血管肉腫は高齢者の頭皮に好発する血管内皮細胞由来の悪性腫瘍であるが、肝原発は稀であり、体腔液細胞診に腫瘍細胞が出現した報告はほとんどない。血管肉腫は予後不良であり、組織学的だけでなく、迅速に細胞学的に診断が可能であれば治療方針の決定や治療効果を判定する上で患者にとって非常に有益であると思われた。

**P-1-039 Cellprep を用いた婦人科腫瘍擦過細胞の
固定時間とアルコール濃度の至適条件**

広島大学病院

○金子佳恵(CT), 内島由加里(CT), 石田真悠(CT),
田岡知恵(MT), 田中祐菜(CT), 丸橋由加里(CT),
清水智美(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT),
尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 織田麻琴(DDS),
木村修士(MD), 城間紀之(MD), 有廣光司(MD)

【目的】Cellprep で推奨される固定時間は 18 時間であり、直接塗抹法と比較し長時間であるため、短時間でも使用可能な溶液濃度を検討した。

【方法】摘出された 6 例の子宮体部あるいは卵巣腫瘍剖面を擦過した細胞を、Cellprep(30%エタノール), 50%, 70%, 95%のエタノール濃度に調整した固定液、ThinPrep に浸漬した。固定時間は 30 分, 3 時間, 18 時間として、Cellprep PLUS でスライドガラスに塗抹し、Pap 染色した。評価項目は、最多出現部 1 視野当たりの背景赤血球数、細胞重積の状態が互いに類似する判定可能な細胞集塊の割合、最多出現部 1 視野当たりの塗抹細胞数である。

【結果と考察】6 症例の背景の平均赤血球数は 3 種類の固定時間での平均で、Cellprep, アルコール濃度 50%, 70%, 95%, ThinPrep においてそれぞれ 1, 3, 476, 223, 7 個であり、70%で赤血球数が多かった。固定時間 30 分, 3 時間, 18 時間で判定可能な 6 症例の平均細胞集塊はそれぞれ、アルコール濃度 30%では 20%, 48%, 77%, 50%では 32%, 73%, 79%, 70%では 7%, 43%, 82%, 95%では 0%, 2%, 25%, ThinPrep では 44%, 48%, 50%で、いずれも 18 時間固定標本が良好であった。アルコール濃度 95%標本では、細胞の塗抹量が少なく、塗抹された細胞でも収縮し判定可能な細胞量が少ないことより、高濃度アルコールによる細胞の脱水が悪影響を及ぼすと考えられた。判定可能な集塊については、重積性集塊では同一標本内で核所見にばらつきがあり、固定時間が長いほど良好な細胞が増えた。50%では、固定 3 時間の判定可能細胞数は固定 18 時間の細胞数に近く、50%アルコール濃度の固定液を用いることで、細胞固定時間が短縮できる可能性が示唆された。

**P-1-040 原発性卵管癌における子宮腔部頸管・内膜
細胞診の有用性に関する検討**

独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科

○辻 浩介(MD), 滝川 彩(MD), 植木有紗(MD),
大野暁子(MD), 三上佳子(MD), 山下 博(MD)

原発性卵管癌は婦人科全悪性腫瘍のうち約 1%を占める比較的可成な腫瘍であり、術前に卵管癌と推定もしくは診断し得る症例は少ない。だが術前の子宮腔部頸管細胞診や子宮内膜細胞診に異型細胞が出現することがあり、診断の一助として有用であるという報告も散見される。今回 2014 年 7 月から 2016 年 1 月までに原発性卵管癌と診断した 5 症例の臨床的背景・臨床症状・術前細胞診所見・手術病理組織診所見を検討し、原発性卵管癌における術前子宮腔部頸管細胞診・子宮内膜細胞診の有用性に関して検討した。

P-1-041 腹水セルブロックにおける検討が治療方針決定に有用であった腹膜原発粘液性腺癌の1例

市立釧路総合病院産婦人科¹⁾, 札幌医科大学産婦人科²⁾

○玉手雅人(MD)¹⁾, 長尾沙智子(MD)¹⁾,
竹田倫子(MD)^{1,2)}, 松浦基樹(MD)²⁾, 寺本瑞絵(MD)²⁾,
郷久晴朗(MD)²⁾, 田中綾一(MD)²⁾, 岩崎雅宏(MD)²⁾,
齋藤 豪(MD)²⁾

【緒言】腹膜癌は病理組織学的に進行上皮性卵巣癌に類似しており、それに準じた Staging や治療が行われている。予後因子としては組織型と手術における残存病変の程度、リンパ節転移の有無があげられる。最も多い組織型は漿液性腺癌であり、その多くは化学療法が有効であるがその他の組織型においては治療抵抗性であることが多い。今回腹水セルブロック(以下、CB法)により粘液性腺癌と診断し、治療方針決定に有用であった腹膜癌の症例を経験したので若干の考察とともに報告する。

【症例】62歳女性2経妊2経産、腹部膨満感にて当科初診。超音波・CTで大量腹水と大網の肥厚、ダグラス窩や肝表面、横隔膜などの腹膜肥厚を認め腹膜癌が疑われた。腫瘍マーカーはCEA, CA125, CA19-9いずれも上昇を認め、子宮・付属器には明らかな異常を認めなかった。腹水細胞診で腺癌が疑われ、腹水CB法による免疫染色の結果、粘液性腺癌の可能性が示唆された。除外診断のため消化管精査するも明らかな病変は指摘されず、腹膜癌3C期として術前化学療法DTX+CBDCA療法2コース施行後に腫瘍減量手術を行った。病理結果でも粘液性腺癌の診断であり化学療法治療効果はGrade0。術後補助療法としてGEM+CBDCA+BV療法の方針となった。現在2コース終了しており大きな副作用症状なく順調に経過している。

【考察】腹膜癌において漿液性腺癌か否かは治療効果や予後予測において重要である。今回、術前化学療法よりマーカーは低下していたものの、セルブロックを用いた組織型推定により薬物療法への抵抗性を考え、手術を先行させた症例を経験した。セルブロック作製による組織型の推定は診断、治療法選択に有用である。

P-1-042 3年後に局所再発し、11年後に多臓器転移再発した外陰 Paget 病の一例

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座¹⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学教室²⁾, 産業医科大学医学部第1病理学教室³⁾

○松浦祐介(MD)¹⁾, 愛甲悠希代(MD)²⁾, 卜部理恵(MD)²⁾,
植田多恵子(MD)²⁾, 栗田智子(MD)²⁾, 鏡 誠治(MD)²⁾,
川越俊典(MD)²⁾, 蜂須賀徹(MD)²⁾, 野口紘嗣(MD)³⁾,
久岡正典(MD)³⁾

【はじめに】外陰 Paget 病は非扁平上皮性の外陰部上皮内腫瘍に分類され、表皮に限局した症例は予後が良好であるが、ときに真皮内に浸潤性に増殖することもある。また、他臓器癌を合併する頻度が10~30%と高いことも特徴である。

【症例】G2P2。70歳時に外陰 Paget 病の診断で左外陰皮膚切除術+皮膚移植術+左鼠径部リンパ節生検を施行した。病理組織診では1.5mmの間質浸潤を認めた。また、入院時の胸部CTで右肺S4に径20mmの結節を認め、引き続き胸腔鏡補助下右肺中葉切除+リンパ節郭清術が施行され、右肺癌stageIA(well differentiated papillary adenocarcinoma)と診断された。術後、3年7カ月目に外陰部に局所再発したため右外陰皮膚切除術を施行したが、以後3年経過後からlost followとなっていた。初回治療から11年5カ月後のCTで水腎症、尿管周囲リンパ節を含む全身の深部リンパ節腫大と左坐骨転移を認めた。その後腎機能低下により全身状態が悪化し死亡され、剖検を施行した。

【外陰部擦過細胞診所見】初回治療時は異型細胞が出現しているが、錯角化細胞が出現しており、扁平上皮癌が否定できない像であった。再発時には核小体の明瞭な核形不整を有する異型細胞集団が出現しており、Paget細胞と判断した。

【剖検所見】骨盤内および大動脈周囲リンパ節は腫大し、リンパ節内に異型上皮細胞が増殖していた。免疫組織学的にCK7, GCDPF-15が陽性でTTF-1は陰性であった。過去の外陰部の標本と同様の所見であり、外陰 Paget 病が全身へリンパ行性転移をきたしたと判断した。

P-1-043 大量の腹水貯留をきたした Large B cell lymphoma の1例

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○小林由佳子(MD)¹⁾, 武田真人(MD)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾, 朝野拓史(MD)¹⁾, 前田悟郎(MD)¹⁾, 石塚泰也(MD)¹⁾, 遠藤大介(MD)¹⁾, 岡田宏美(MD)²⁾, 三田村卓(MD)¹⁾, 渡利英道(MD)¹⁾, 畑中佳奈子(MD)²⁾, 櫻木範明(MD)¹⁾

【はじめに】子宮内膜の細胞診および腹水より作成したセルブロックが診断に有効であった腹腔内の Large B cell lymphoma の1例を経験したのでその診断経過を報告する

【症例】患者は49歳(2経妊2経産-閉経47歳). 腹部膨満感を主訴に近医の内科を受診. 超音波画像で大量の腹水を認めた. 消化管精査で悪性所見は無くMRI画像でも子宮や付属器その他の臓器には異常を認めないが, 腹水および腹膜の肥厚や造影効果から, 腹膜癌の疑いで当科紹介となった. 腹水セルブロックの組織により Large B cell lymphoma と診断され, 血液内科に転科後 R-CHOP 療法が行われた.

【組織診所見】分葉状の不整形核を有し, 結合性の乏しい大型の異型細胞が見られ, 免疫染色の結果(LCA-CD20-bcl-6 MUM-1 陽性)から Large B cell lymphoma と診断された.

【細胞診所見】子宮内膜擦過細胞診では, 異型に乏しい子宮内膜を背景に, クロマチンの増量-大型核小体-核の大小不同を伴い, 結合性の乏しい異型細胞を散在性に認め, 大型で単核から多核で細胞質は塩基性の異型細胞も混在した.

【まとめ】悪性リンパ腫の, 腹腔内の発生は頻度の高いものではないため, 画像所見からは同腫瘍を推定できなかったが, 子宮内膜の細胞診所見からも悪性リンパ腫等の血液疾患は十分想定し得た. 開腹もなく腹腔内のどこに原発したのかは不明であるが, 子宮内膜の腫瘍細胞は腹水中から卵管を経て子宮内腔に流入したものと思われる.

P-1-044 腔原発リンパ上皮腫様癌の1例

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○前田悟郎(MD)¹⁾, 武田真人(MD)¹⁾, 小林由佳子(MD)¹⁾, 朝野拓史(MD)¹⁾, 石塚泰也(MD)¹⁾, 岡田宏美(MD)^{1,2)}, 遠藤大介(MD)¹⁾, 三田村卓(MD)¹⁾, 渡利英道(MD)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾, 櫻木範明(MD)¹⁾

腔原発リンパ上皮腫様癌の1例

【はじめに】リンパ上皮腫様癌 (LELC) は扁平上皮癌の特殊型に分類されるまれな腫瘍である. 今回, 肺や子宮頸部と比較すると, 非常にまれである腔原発の LELC を経験したので, その臨床経過を報告する.

【症例】患者は62歳(2経妊2経産-閉経56歳). 検診で子宮頸部擦過細胞診クラスIVと判定され, 前医で円錐切除を含む精査を行ったが, 悪性腫瘍は確認できなかった. 2ヶ月後, 腔門蓋部に肉眼的腫瘍が認められ, 組織診でリンパ腫様上皮癌の診断となり当科に紹介された. 治療として, 広汎子宮全摘(切除腔長5cm)+両側付属器摘出+リンパ節廓清を施行した.

【組織診所見】術前の組織診および手術(摘出子宮および腔)標本ともに, 腫大核と明瞭な核小体, 豊富な好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が周囲に強いリンパ球浸潤を伴いながら充実に増殖し, 腫瘍細胞内にもリンパ球浸潤がみられた. 腫瘍細胞は大型かつ未分化で, 背景と合わせ, LELC と診断した.

【細胞診所見】子宮腔部~腔門蓋部の擦過細胞診では, リンパ球を背景に, 核の大小不同, 核形不整, 核小体の増大を伴う大型の異型細胞が散在性に存在した.

【まとめ】LELC はまれ, 腫瘍組織は未分化であるが, リンパ球の所見により組織診断は容易であった. また細胞診所見は組織所見を強く反映していた. 尚, 患者は術後補助化学療法を施行し, 初回治療時より5年間再発所見を認めていない.

P-1-045 子宮全摘後の腔断端に発生した扁平上皮癌の2例

新潟県立がんセンター新潟病院

○菊池 朗(MD), 柳瀬 徹(MD), 谷地田希(MD),
笹川 基(MD)

【はじめに】子宮全摘後の腔断端に生じた inclusion cyst を発生母地とした腔癌の可能性のある2症例を経験したので報告する。

【症例1】30歳代経産婦。8年前子宮頸部上皮内癌で単純子宮全摘施行。腔側切除断端陽性。コルポ下腔断端部生検で軽度異形成の診断。腔内照射7GyX4回施行。細胞診で経過観察していたが約1年前腔断端に嚢胞出現した。MRIで悪性を示唆する所見は認めなかったため、細胞診と超音波検査で経過観察を継続した。腔断端細胞診で異型扁平上皮細胞出現。コルポ診で腔断端に白色上皮を認め、同部位を生検した。生検部位は嚢胞壁であり、嚢胞を穿破、泥状の内容液が流出した。内容液細胞診は扁平上皮癌、腔壁生検でも非角化型扁平上皮癌の診断であった。Parametrectomy+upper vaginectomy+骨盤リンパ節郭清施行。術後病理検査でも嚢胞部位に非角化型扁平上皮癌を認めた。腔傍組織浸潤あり。

【症例2】60歳代経産婦。約30年前子宮筋腫で子宮全摘施行。1年前から腹部腫瘤を自覚。下腹部痛出現したため近医受診。骨盤内腫瘍を指摘され当科初診。左下腹部に超手拳大の可動性不良の腫瘤を触れる。CT/MRIで腔断端に連続した約15cm大の嚢胞性腫瘍があり、周囲に浸潤、左水腎症を呈していた。多発リンパ節転腫大あり。腔断端細胞診NILM。腫瘍針生検：非角化型扁平上皮癌、現在化学療法施行中。

【まとめ】腔断端に発生した嚢胞状の扁平上皮癌の2例を経験した。Inclusion cystが癌化した可能性を考えている。2例とも診断に苦慮したが、腔のinclusion cystは癌化することを念頭に置くことが必要である。

P-1-046 髄液で診断しえた中枢性神経細胞腫 (Central neurocytoma) の1例

川崎医科大学附属川崎病院病理部

○成富真理(CT), 畠 榮(PhD), 物部泰昌(MD),
高須賀博久(CT), 日野寛子(CT)

【はじめに】髄液で診断しえた中枢性神経細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】30代、女性。会社で転倒し、前額部を打撲したため、当院を受診した。意識消失なく、頭痛や嘔吐等の症状は認められなかった。CTおよびMRIで、右側脳室に43mm大の分葉状腫瘤がみられ、多数の嚢胞成分を認めた。脳実質への浸潤、脳室やくも膜下腔への播種病変はみられなかった。内視鏡下脳室内腫瘍生検が施行され、同時に採取された髄液が提出された。

【細胞所見】髄液は液状化検体細胞診(以下LBC)にて標本作製した。異型細胞が大～小集塊状あるいは散在性に多数認められた。異型細胞は比較的均一で、小型類円形、細胞境界明瞭、細胞質はライトグリーンに淡染していた。核は類円形で、核クロマチンはごま塩状、核小体は不明瞭であった。一部にロゼット様配列や、ライトグリーン淡染性で疎な線維状構造物がみられた。免疫細胞学的にsynaptophysinが陽性であった。中枢性神経細胞腫を疑った。

【腫瘍生検組織所見】細胞境界明瞭な小型類円形細胞が繊細な小血管を伴いながらシート状に増殖し、所々でHomer-Wright型ロゼットを形成していた。腫瘍細胞の細胞質は淡明で、核は類円形、クロマチンはごま塩状、核小体は不明瞭で、核分裂像は認められなかった。免疫組織学的にsynaptophysin, CD56, S100蛋白陽性、GFAPは部分的に陽性、MIB-1 indexは3%であった。中枢性神経細胞腫、WHO grade2と診断した。

【まとめ】髄液検体などの少量の検体でも積極的にLBC法を活用し、免疫染色を併せ、的確に診断することが可能であった。

P-1-047 Dysembryoplastic neuroepithelial tumor 類似の成分を示した Rosette-forming glioneuronal tumor の一例

国立精神・神経医療研究センター病院臨床検査部¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター中央検査部²⁾

○田中洋子(CT)¹⁾, 梅戸克之(CT)¹⁾, 齊藤祐子(MD)¹⁾, 澁谷 誠(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Rosette-forming glioneuronal tumor (RGNT) は, 主に若年成人の小脳虫部から第 4 脳室近傍に発生する稀な腫瘍で, 神経分化を示すロゼットからなる領域と astrocytoma 様の領域からなる mixed neuronal-glioma tumor である。今回, 右頭頂葉内側に発生した RGNT を経験したので報告する。

【症例】 9 歳, 男児, 5 歳ごろ陳旧性脳梗塞によるてんかんと診断されたが難治に経過, 9 歳時に当院受診した。頭部 MRI にて右頭頂部に境界明瞭な病変を認め, 脳腫瘍によるてんかんと診断し腫瘍切除術を施行した。

【細胞所見】 摘出組織より圧座標本を作製し, PAP 染色, HE 染色を施行した。粘液様物質を取り囲むように分岐湾曲した血管周囲に小型円形細胞の増生を認め, 大型核で微細クロマチン, 小型核小体を有す神経細胞が粘液様物質に浮遊していた。また少数ではあるが集簇細胞の内側に微細線維性構造をもつロゼット様構造が散見された。いずれの細胞も, 核異型, クロマチン増量等の所見は認められない。

【組織所見】 腫瘍組織は, 粘液様物質を有する小嚢胞状構造を形成し, 網状血管周囲に希突起膠細胞に類似した小円形細胞 (oligodendroglia-like cell) 増殖が見られ, 肺泡状構造の中に浮遊する神経細胞が認められた。また, 病変部周囲に比較的均一な小型類円形神経細胞から構成されるロゼットあるいは血管周囲性偽ロゼットが散見された。ロゼットを形成する細胞のほとんどが olig2 陽性, ロゼット内側の微細線維性物質は synaptophysin 陽性であり, RGNT と診断した。

【まとめ】 本例は dysembryoplastic neuroepithelial tumor 様背景をもった RGNT であった。このような症例では, 特徴的組織像は一部に限られる場合もあり, 圧挫標本においても, RGNT の存在を念頭に置き詳細な観察が必要である。

P-1-048 膠芽腫との鑑別に苦慮した脳原発悪性黒色腫の一例

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

○藤田大貴(CT)¹⁾, 町田知久(CT)¹⁾, 伊藤 仁(PhD)²⁾, 宮嶋葉子(CT)²⁾, 加戸伸明(CT)²⁾, 渡具知克(CT)¹⁾, 平岩真一郎(MD)¹⁾, 杉山朋子(MD)¹⁾, 中村直哉(MD)³⁾, 田尻琢磨(MD)¹⁾

【はじめに】 頭蓋内原発性悪性黒色腫は, 主に脳軟膜に存在する melanocyte を発生母地として単発ないし多発性に発生する非上皮性色素性腫瘍である。脳腫瘍全国集計調査によると全脳腫瘍の 0.1% とされ, 稀な腫瘍である。今回我々は, 臨床画像的に皮質下血腫が疑われ, 脳生検術において確定した脳原発悪性黒色腫を経験したので報告する。

【症例】 80 歳, 男性, 左上下肢の脱力を主訴に当院を受診。頭部 MRI において右頭頂葉に病変を認め, 臨床的に皮質下血腫が疑われた。その後, 右頭頂葉病変の拡張・脳浮腫の悪化を認めたため, 脳生検術を施行し, 悪性黒色腫と診断された。全身検索を行ったが他病変を認めなかったことから, 脳原発悪性黒色腫の最終診断に至った。

【細胞所見】 生検時に作製した圧座標本では, くびれや分葉状核を呈する異型の強い腫瘍細胞が結合性の緩い集塊～散在性に出現していた。明瞭な核小体を単個ないし複数個有しており, 一部に核内封入体や細胞質内顆粒を認めた。

【組織所見】 高度な出血・壊死を伴う中に腫瘍組織が観察され, 腫瘍細胞は大型の核小体を伴う異型核と好酸性細胞質を有していた。ごく一部, 細胞質内に褐色調の色素がうかがわれた。免疫染色では, keratin, LCA 陰性および Vimentin, S-100, HMB45, MART-1 が陽性を示し悪性黒色腫と診断された。

【まとめ】 脳原発悪性黒色腫は他臓器に発生する悪性黒色腫と同様な細胞形態を示した。膠芽腫や転移性腫瘍が鑑別に挙げられるが, アピッツ小体やメラニン顆粒の存在に着目することで診断の手掛かりになると考えられた。特徴的な臨床情報や細胞像を得た場合は本腫瘍も念頭に置き鏡検することが肝要である。

P-1-049 多様な細胞が出現した膠芽腫の1例

独立行政法人国立病院機構相模原病院病理診断科¹, 独立行政法人国立病院機構相模原病院臨床検査科², 東京医科大学八王子医療センター中央検査部³, 独立行政法人国立病院機構相模原病院脳神経外科⁴

○堀田綾子(MD)¹, 余語直実(CT)¹, 原田哲也(CT)², 倉部 裕(CT)², 大矢良之(CT)², 福住理絵(CT)², 海野みちる(CT)¹, 林 亮(CT)², 澁谷 誠(MD)³, 三島大徳(MD)⁴, 齋藤生朗(MD)¹

脳腫瘍のうちびまん性神経膠腫系腫瘍は、術中組織診断の難しい腫瘍の1つであり、細胞診断の有用性が認められている。今回我々は、多様な細胞成分が出現した膠芽腫の1例を経験した。術中捺印細胞診の細胞所見と、病理組織所見を比較しつつ報告する。

【症例】78歳男性。数日前より動作が緩慢になり、失語症が出現したと近医より当院脳神経外科へ紹介受診。頭部画像検査で左前頭葉に局限する腫瘍を認めた。腫瘍により左脳室は圧排され、正中が右に偏位した状態であった。来院約10日後に、開頭腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】集塊状ないし孤在性に多数の腫瘍細胞が出現していた。大小不同ある類円形核を有し、細胞質突起が目立たない裸核状細胞と、繊細な細胞質突起を有するやや小型の腫瘍細胞を認めた。さらに、好酸性顆粒状の細胞質を有し、明瞭な突起をもつ細胞が多数出現しており、本腫瘍の特徴と考えられた。

【組織所見】核クロマチン増加した腫大核を持つ腫瘍細胞の充実性増殖を認めた。好酸性顆粒状の細胞質を持つ所謂 granular astrocytoma 様の細胞が混在する。腫瘍の中央部に敷石状配列を示す乏突起膠腫成分を含む。腫瘍表層部には石灰沈着を認めた。

【まとめ】本症例は、退形成性乏突起膠腫成分と膠芽腫成分が共存する腫瘍で、2007年旧WHO脳腫瘍分類によれば「乏突起膠腫成分を伴う膠芽腫(Glioblastoma with oligodendroglioma component)」と分類される。膠芽腫成分、乏突起膠腫成分に加え数種の好酸性細胞が混在し、複雑な組織像を呈する腫瘍で、術中捺印細胞診の細胞所見が診断の一助となった。

P-1-050 Atypical teratoid/rhabdoid tumor の2例

宮崎大学医学部附属病院病理部¹, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科², 宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野³

○徳満貴子(CT)¹, 野口裕史(CT)¹, 大野招伸(CT)¹, 峰松映子(CT)¹, 森田勝代(CT)¹, 黒木栄輝(CT)¹, 福島 剛(MD)³, 盛口清香(MD)², 佐藤勇一郎(MD)^{1,2}

【はじめに】Atypical teratoid/ rhabdoid tumor (AT/RT) は乳幼児に発症する胎児性腫瘍で、予後不良である。今回我々は1歳未満の乳児に発症した、AT/RTの2例を経験したので術中迅速診断時の圧挫・捺印標本の細胞像を中心に報告する。

【症例】(症例1)8ヶ月女児。2ヶ月前に左顔面麻痺にて近医受診。頭部MRIで左小脳橋角部に腫瘤を認め、AT/RT、胚細胞腫瘍が疑われ、当院にて腫瘍摘出術が施行された。

(症例2)5ヶ月女児。頭部を右に側屈するようになり近医受診。頭部MRIで右側脳室三角部と第4脳室左側の2か所に腫瘍性病変を認め、Primitive neuroectodermal tumor (PNET)、AT/RT、anaplastic ependymomaなどが疑われ、当院にて腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】2症例共に、腫瘍細胞は多数出現し、圧挫標本では、血管を軸に腫瘍細胞の集積が見られた。腫瘍細胞は、N/C比が高く、核は類円形や不整形など多彩で大小不同を伴い、クロマチンは微細顆粒状、明瞭な核小体を認めた。また、核圧排像、腫瘍細胞間の包み込み像、核分裂像、異常血管も認めた。

【組織所見】症例1では未分化な腫瘍細胞のびまん性増殖を認め、一部に好酸性の細胞質を有するラウドイド細胞がみられた。症例2では未分化な腫瘍成分に加えて、上皮様成分、さらにロゼット形成もみられた。免疫組織化学染色で腫瘍細胞は、INI-1に陰性であり、AT/RTと診断した。

【まとめ】2症例共に、細胞像ではAT/RTの特徴とされるラウドイド細胞の出現は判然としなかった。臨床・画像所見を加味し、AT/RTも鑑別に挙げることは可能であったが、細胞像のみでは髄芽腫やPNETと類似した所見で、診断に難渋した。発表時には、細胞像より鑑別が必要な腫瘍の出現様式や細胞形態を比較し、相違点について検討し報告する。

P-1-051 中間型松果体実質腫瘍(PPTID)の1例

川口市立医療センター検査科病理¹⁾, 川口市立医療センター病理診断科²⁾, 日本大学医学部人体病理学³⁾

○今村尚貴(CT)¹⁾, 須賀恵美子(CT)¹⁾, 松永英人(CT)¹⁾, 鈴木忠男(CT)¹⁾, 三俣昌子(MD)²⁾, 坂田一美(MD)²⁾, 山本雅博(MD)²⁾, 本間 琢(MD)³⁾, 生沼利倫(MD)²⁾

【はじめに】松果体実質から発生する腫瘍は頭蓋内発生腫瘍の0.3%を占めるのみで極めて稀である。今回我々は中間型松果体実質腫瘍(Pineal parenchymal tumor of intermediate differentiation: 以下PPTID)の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。3~4ヶ月前よりの眩暈・ふらつきを主訴に近医を受診。MRIにて内部はやや不均一な塊状の腫瘍を松果体部に認め、松果体腫瘍の疑いとなり、手術が施行された。

【細胞所見】きれいな背景の中に、クロマチン顆粒状、核小体明瞭、類円形核を示す裸核様の腫瘍細胞が散在性に出現していた。核の大小不同, mitosis, ロゼット配列は確認されなかった。術中迅速時には pineocytoma を疑った。

【組織所見】腫瘍は細胞密度が高く、構成する腫瘍細胞は salt and pepper 状のクロマチン増加、不整形円形核、比較的明瞭な核小体、やや乏しい淡好酸性細胞質を示した。腫瘍は細血管の介在を伴い、分葉状の充実性病変を形成していた。明瞭な pineocytomatous rosette の形成は確認出来なかった。核分裂像は0個(10/HPF)で、壊死や微小血管増生は見られなかった。

【免疫組織化学的所見】synaptophysin, chromogranin A に陽性を示し、GFAP, EMA, S-100 は陰性。Ki-67 は約15%が陽性を示した。以上からPPTID, WHO grade II と診断した。

【まとめ】極めて稀なPPTIDの1例を経験した。細胞像と組織像、文献的考察をふまえて報告する。

P-1-052 横紋筋分化を示す腫瘍成分を伴う幼児発症松果体芽腫の一例

日本大学医学部附属板橋病院病理部¹⁾, 日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野²⁾, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野³⁾, 日本大学医学部病態病理学系機能形態学分野⁴⁾

○山本久恵(CT)¹⁾, 関 利美(CT)¹⁾, 本間 琢(MD)^{1,2)}, 鈴木敦子(CT)¹⁾, 橋本尚子(CT)¹⁾, 吉田一代(CT)¹⁾, 中西陽子(PhD)^{1,3)}, 楠美嘉晃(MD)^{1,3)}, 大荷澄江(MD)^{1,4)}, 逸見明博(MD)^{1,2)}, 羽尾裕之(MD)^{1,2)}, 増田しのぶ(MD)^{1,3)}, 杉谷雅彦(MD)^{1,4)}

【はじめに】松果体芽腫(PB)は、若年者に多い悪性松果体腫瘍である。今回、横紋筋分化成分を伴うPB(PB with rhabdomyoblastic component: PB-RMb)と判断した稀な一例を経験したので、その細胞学的特徴につき報告する。

【症例】2ヶ月続く嘔吐を契機に、頭部CTで松果体部腫瘍及び閉塞性水頭症と診断された5歳男児。当院に紹介入院し、脳室内髄液細胞診および松果体腫瘍生検術が施行された。

【細胞所見】出血性背景に、弧在性、集塊で多数の小型類円形細胞を認めた。また、二核から多核の大型細胞が弧在性に混在していた。前者は、細顆粒状クロマチンの増量と明瞭な核小体をみる不整形核をもつ核比高い腫瘍細胞で、一部にロゼット様集簇をみた。後者は、クロマチン増量した二核から多核の不整形核、線維状で厚みある好酸性細胞質を有していた。壊死物質や核分裂を認め、悪性腫瘍を疑った。

【組織所見】壊死伴う高細胞密度の腫瘍であった。不整形円形核をもつ細胞質に乏しい中型腫瘍細胞に混在して、横紋筋様の単核/多核好酸性腫瘍細胞が見られた。一部にロゼット様集簇を認めた。免疫染色では、神経系マーカー陽性の腫瘍細胞が多いが、横紋筋様腫瘍細胞は横紋筋マーカー陽性であった。INI1蛋白発現は保持されていた。

【考察】以上から、PB-RMbと診断した。PB亜型に pineal anlage tumor (PAT)がある。非定型的だが、本例について、PATに類するPB亜型である可能性が推定された。

【結語】稀なPB亜型だが、細胞学的特徴に加え、このような腫瘍があること、年齢や病変局在など臨床像を考慮することで、推定診断が可能と思われる。

P-1-053 頸部に再発し唾液腺腫瘍との鑑別を要した嗅神経芽細胞腫の一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院臨床検査部²⁾

○木村芳三(MD)¹⁾, 檜垣浩一(MD)¹⁾, 西田直代(MD)¹⁾, 伊藤園江(CT)²⁾, 塚本孝久(CT)²⁾, 武井美和(CT)²⁾

【はじめに】嗅神経芽細胞腫は鼻腔の嗅粘膜部に発生する神経原性悪性腫瘍である。今回我々は長期経過後に頸部に再発し唾液腺腫瘍との鑑別に苦慮した嗅神経芽細胞腫を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】63歳男性。2ヶ月ほど前より右頸部に腫瘤を自覚し、徐々に増大したため当院耳鼻科を受診した。左顎下部、左右耳下腺に各3cm大の充実性腫瘤を認め、唾液腺腫瘍疑いにて穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】細胞像ではほぼ裸核状で微細顆粒状のクロマチンを有する小型均一な腫瘍細胞の小集塊を認めた。セルブロックでの免疫染色にて神経内分泌系マーカー(Synaptophysin, Chromogranin A, CD56)が陽性であったことから小細胞癌を疑った。しかし唾液腺原発小細胞癌は極めて稀であり、転移の可能性も否定できなかった。

【組織所見】確定診断目的にて頸部腫瘍切除が後日行われたが、組織像では細顆粒状のクロマチンを有する均一な小型～中型腫瘍細胞が線維性結合組織に隔てられ分葉状に増殖していた。当初、顎下腺腫瘍が疑われていたが顎下腺自体に腫瘍は存在せずリンパ節転移と考えられた。詳細な病歴を確認したところ6年前に嗅神経芽細胞腫に対して切除、放射線治療が行われておりこの再発と診断した。

【まとめ】嗅神経芽細胞腫は稀な神経原性悪性腫瘍であるが、発生部位から診断に至ることはさほど難しくない。しかし、長期経過後にも再発することがあり、特に頭頸部領域では神経内分泌癌との鑑別として見落としてはならない疾患である。

P-1-054 脈絡叢乳頭腫の一例

岩手医科大学附属病院病理診断科¹⁾, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²⁾, 岩手医科大学医学部病理学講座機能病態学分野³⁾

○菊池いな子(CT)¹⁾, 石田和之(MD)^{1,2)}, 佐藤彩佳(CT)¹⁾, 上田奈央子(CT)¹⁾, 肥田野靖史(CT)¹⁾, 高橋静子(CT)¹⁾, 山田範幸(CT)¹⁾, 安保淳一(CT)¹⁾, 杉本 亮(MD)^{1,2)}, 無江良晴(MD)^{1,2)}, 上杉憲幸(MD)^{1,2)}, 川崎朋範(MD)^{1,2)}, 佐藤 孝(MD)³⁾, 菅井 有(MD)^{1,2)}

【はじめに】脈絡叢乳頭腫は脳室の脈絡叢上皮から発生するとされる腫瘍で原発脳腫瘍の約0.3%、小児の脳腫瘍では1～2%を占める稀な腫瘍である。今回我々は、側脳室に発生した脈絡叢乳頭腫の一例を経験したので報告する。

【症例】生後5か月女児。意識障害と嘔吐を主訴として近医を受診した。CTにて脳腫瘍を指摘され紹介となった。頭部MRIにて右側脳室三角部外側に5×4×6cmの腫瘍性病変を認めた。腫瘍の周囲には嚢胞が形成され、脳の左方への正中偏位がみられた。Primitive neuroectodermal tumour (PNET)、上衣腫、脈絡叢乳頭腫が鑑別診断として挙げられ、脳脊髄液細胞診および腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】脳脊髄液細胞診では、好中球、リンパ球、単球等を背景に結合性が明らかな上皮様の細胞集塊を認めた。N/C比は高く、核は小型類円形で大小不同や細胞重積はみられなかった。術中迅速時圧標本では、血管結合織を伴った大型の上皮様の細胞集塊を認め、乳頭状を示す細胞集塊も多く観察された。上皮細胞の核は類円形でクロマチンは細顆粒状を示していた。細胞集塊に重積性は乏しく、一層の均一な細胞配列を示していた。

【組織所見】腫瘍摘出標本では正常脈絡叢上皮に類似した立方状の腫瘍細胞が単層に増殖し、乳頭状構造を示していた。腫瘍細胞は豊富な血管を伴う細い線維性間質に基底膜で接していた。細胞異型は目立たず全体的に均質であった。以上より脈絡叢乳頭腫と診断した。

【まとめ】脈絡叢乳頭腫の一例を経験した。細胞診では間質を伴う乳頭状集塊で類円形核の上皮細胞が単層に出現する特徴的な像を呈していた。臨床情報と細胞像を併せることにより組織型を推定することは可能であると考えられた。

P-1-055 Intravascular large B-cell lymphoma (IVLBCL)の脳生検の捺印標本

平塚共済病院病理診断科¹⁾, がん研究所病理部²⁾

○関谷 香(CT)¹⁾, 吉田友里衣(CT)¹⁾, 坂元 肇(CT)¹⁾,
加藤順治(CT)¹⁾, 松原 修(MD)^{1,2)}

Intravascular large B-cell lymphoma (IVLBCL)を細胞診断する機会は少ない。脳腫瘍の開頭生検の際の捺印標本による細胞診断を経験したので報告する。

【症例】59歳, 男性。

【現病歴】2015年6月から進行性の認知症症状, 意識障害が出現した。7月に精査目的に本院の神経内科へ入院した。当初はJCS Iの台であった。MRIで経過をフォローしていると, 白質の異常信号域が次第に拡大し, 意識レベルも徐々に悪化した。最終的にJCS III-300となった。Gaシンチで有意な集積像は見られなかった。体幹部のCTでも悪性リンパ腫の再発は否定的であった。髄液の細胞診も陰性であった。当初の脳の造影MRIでも造影される病変は認められなかった。7月31日より診断的治療としてステロイドパルス療法を行ったが効果はなかった。臨床的に進行性多巣性白質脳症を疑い, 8月に脳外科で開頭脳生検が行われた。

【左後頭葉の腫瘍の迅速診断の捺印材料】材料は最大径1.5cm。背景は壊死様物質や小血管が見られ, 結合性がなく, バラバラに異型細胞が見られた。異型細胞は核腫大, 核小体腫大, 核不整, 核クロマチンが増量していた。一部に切れ込み様の核不整も見られた。核の集簇巣もあり, 小血管の輪郭があり, 血管内の腫瘍細胞の充満像と思われた。組織学的に脳組織は広範に壊死が見られ, 小血管に異型細胞が充満, 増殖し, 異型細胞はIHCでCD79a, Bcl2に陽性で, CD20, CD10に陰性であった。IVLBCLと診断した。生検5日後に死亡, 剖検でIVLBCLの診断が確認された。

P-1-056 脳脊髄液細胞診で成人 T 細胞性白血病/リンパ腫を考えた HTLV-1 関連脊髄症の一例

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島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広島市民病院病理診断科²⁾

○高木伸治(CT)¹⁾, 戸井紳二(CT)¹⁾, 坂田かな枝(CT)¹⁾,
喜田真理子(CT)¹⁾, 藤本静枝(CT)¹⁾, 守都敏晃(MD)²⁾,
市村浩一(MD)²⁾

【はじめに】Human T-cell Leukemia Virus Type I (HTLV-1)は, 成人 T 細胞性白血病/リンパ腫 (ATLL) や HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) などの原因ウイルスである。今回, 神経症状を有する HTLV-1 キャリアの脳脊髄液細胞診にて核形不整を示すリンパ球が多数認められ, ATLL の脊髄浸潤を考えたが, 最終的に HAM と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。12月末, 両下肢にこむら返りを繰り返し, 同部位に脱力感を認めた。翌年1月末, 両下肢や手に痺れが生じ, 歩行は可能だが困難な状態となった。時に尿失禁も見られた。同年2月初旬, 歩行不能となる。精査加療のため当院の脳神経内科を紹介受診され, 入院となった。脳脊髄液検査が行われ, 細胞診検体が提出された。

【入院時検査結果】血清抗 HTLV-1 抗体 (WB 法) 陽性, LDH163 U/L, TP7.2 g/dL, ALB3.9 g/dL, BUN17 mg/dL, WBC5200/μL, Ly890/μL

【細胞診と臨床経過】多数のリンパ球が出現しており, 小型～中型, 大型の細胞として見られた。花弁状の核形態を示す細胞が目立ち, 血清抗 HTLV-1 抗体が陽性であったことより, ATLL の脊髄浸潤の可能性を考え, 報告を行った。臨床医も, HAM として病態の進行が典型的でないことより ATLL の可能性を考慮し, 議論となった。しかし, 総合的な判断で HAM と診断し, ステロイドパルス療法を開始。その治療のみで病状の改善があった。

【まとめ】HTLV-1 キャリアの ATLL の発症率は約 5%, HAM 発症率は約 0.3%であると報告されている。これらの疾患は特有の地域分布を示し, 施設によっては診断の機会が少ない。更に HAM の細胞像については成書等に記載が少ない。そこで, 診断に苦慮した経験に基づき ATLL と HAM との異同鑑別について考察する。

P-1-057 髄液細胞診から B cell lymphoma が発見された 1 例

日本大学病院病理診断科

○堀内広美(CT), 古瀬慶子(CT), 岡田京子(MD),
桂 義久(MD), 絹川典子(MD), 逸見明博(MD)

【はじめに】通常、悪性リンパ腫における髄液細胞診は、その髄液播種の検索として行われる場合が多く、すでにリンパ節生検その他の臓器の組織診で悪性リンパ腫と確定診断されている場合がほとんどである。今回我々は、明らかな全身リンパ節の腫大や頭蓋内腫瘍を認めず、髄液細胞診によって初めて悪性リンパ腫を診断し得た症例を経験したので報告する。

【症例】80歳女性。他院で1年前より慢性腎炎、IgA腎症と診断され通院加療していた。一週間前より頭痛を訴え、視界がぼやけてきたため、眼科を受診し、右動眼神経麻痺と診断され精査のため、当院に紹介受診した。頭部CT, MRIでは明らかな腫瘍性病変は認められず、動眼神経炎の診断のもとに、感染症の精査が行われたが原因は不明であった。ステロイド治療や抗生剤治療が行われたが症状は改善せず、髄液細胞診で悪性リンパ腫の診断に至った。本人がさらなる侵襲のある検査や加療を希望せず、詳細な組織型、原発巣の断定には至らないままdown hill courseをとり永眠された。

【細胞所見】初回の髄液細胞診では反応性の異型リンパ球と判断したが、1か月後の髄液細胞診では、成熟リンパ球より大型でN/C比が高く、繊細なクロマチンの増加や核の切れ込み等、核異型を示す細胞の増加を認め、悪性リンパ腫の存在が考慮された。3度目の髄液細胞診での細胞転写法による免疫染色では、ほとんどの細胞がB cellマーカー(+)を示し、Ki-67も90%以上が(+)であった。

【まとめ】細胞診の基本である出現細胞の詳細な形態観察が本例の発見においてもっとも重要であった。さらに、ギムザ染色を含めた標本作製の工夫、細胞転写法による免疫染色を加えることで、悪性リンパ腫の確定診断が可能であった。

P-1-058 子宮頸部リンパ上皮腫様扁平上皮癌の 1 例

呉医療センター・中国がんセンター産婦人科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・中国がんセンター院長³⁾

○中村紘子(MD)¹⁾, 高畑敬之(MD)¹⁾, 友野勝幸(MD)¹⁾,
澤崎 隆(PhD)¹⁾, 安村奈緒子(CT)²⁾, 吉田美帆(CT)²⁾,
大西 浩(CT)²⁾, 谷山大樹(MD)²⁾, 在津潤一(PhD)²⁾,
齋藤彰久(PhD)²⁾, 倉岡和矢(PhD)²⁾, 谷山清己(PhD)³⁾

【緒言】リンパ上皮腫様扁平上皮癌はEBウイルスやHPVとの関連性が示唆され、耳鼻科領域で比較的報告の多い腫瘍であるが、全子宮頸癌では0.7%と非常にまれな腫瘍である。

【症例】70歳台女性、2経妊2経産

【既往歴】特記なし2ヶ月前より不正性器出血を認め前医を受診し、子宮頸癌を疑われたため当院に紹介となった。前医での子宮頸部細胞診はNILM、子宮頸部組織診は非角化型扁平上皮癌の診断であった。当院初診時、経腔超音波検査で子宮頸部に29×22mmの腫瘍をみとめ、腔鏡診では子宮腔部全体に浸潤癌を疑う所見がみられた。直腸診で両側子宮傍結合組織に浸潤を疑う小指頭大の硬結を認めた。当院での子宮頸部細胞診は、出血性背景に壊死性細胞を集塊状に認め、一部にN/C比が高く、極性の乱れた不規則な重積性を伴う異型細胞集塊を認めた。また、細胞異型は軽度ではあるがインディアンファイル状の配列もみられた。以上の所見より癌の可能性はあるが判定困難でASC-Hと診断した。子宮頸部組織診ではN/C比の高い淡好酸性の胞体を伴う異型腫瘍細胞が密に増生する像がみられ、間質および腫瘍細胞間に高度なリンパ球浸潤をみとめ、リンパ上皮腫様扁平上皮癌と診断した。CT検査にて遠隔転移は認めず、子宮頸癌IIB期と診断し、広汎子宮全摘出術を施行した。摘出した子宮頸部に5cm大の隆起性病変を認め、組織学的には好酸性の細胞質と大小不同の強い核を有する腫瘍細胞が胞巣状に増生する像がみられ、胞巣内および周囲に密なリンパ球浸潤が認められた。術後病理組織診断はリンパ上皮腫様扁平上皮癌、pT2bN1M0とした。術後は現在化学療法中で再発所見は認めていない。

P-1-059 子宮頸部リンパ上皮腫様癌の1例

宮崎県立宮崎病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾, 宮崎県立宮崎病院産婦人科³⁾

○杭野章子(MT)¹⁾, 木田裕子(CT)¹⁾, 稲田千文(CT)¹⁾, 原口朋子(CT)¹⁾, 谷口康郎(CT)¹⁾, 島尾義也(MD)²⁾, 丸塚浩助(MD)²⁾, 栗原秀一(MD)³⁾, 嶋本富博(MD)³⁾

【はじめに】今回我々は、稀な子宮頸部原発のリンパ上皮腫様癌(Lymphoepithelioma-like carcinoma: LELC)を経験したので、その細胞像を中心に報告する。

【症例】30代後半, 4経妊2経産。4ヶ月前より時折不正性器出血を認め、当院産婦人科紹介受診。各種精査にて、子宮頸部後唇を主体とした3.5x4 cm大の腫瘤性病変を認めた。細胞診・組織診にて悪性を示唆され、広汎子宮全摘術・骨盤リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】子宮腔部の擦過検体をLBC法(SurePath)にて、炎症細胞・壊死様物質を背景に、異型細胞が多数出現しており、多くは小型でN/C比が高く、核型不整・クロマチン増量を認めた。角化した細胞も認められ、扁平上皮癌と診断した。背景の炎症細胞は小型リンパ球主体であるが多彩で特に異型もなく、通常よりやや多い印象を受け、腫瘍細胞集塊内のリンパ球浸潤が見られた。

【組織所見】大小不同で多彩な形態を示す腫瘍細胞が、孤在性~胞巣状に増殖し、背景に著明なリンパ球・形質細胞及び好酸球の浸潤を伴っていた。孤在角化は認めるものの、あきらかな癌真珠等は認めず、免疫組織学的にp63, p40がびまん性に陽性で低分化扁平上皮癌の組織像であった。p16がびまん性に強陽性でハイリスクHPVの関与が示唆された。EBERs-ISHは陰性であった。

【まとめ】子宮頸部原発のLELCは稀であり、子宮頸部擦過細胞診(LBC法)の所見に関する報告はほとんどない。多くは若年者に発生し、比較的予後良好とされているので、生物学的違いも含めて鑑別する意義について考察する。

P-1-060 子宮頸部原発 CD5 陽性びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の1例

香川県立保健医療大学看護学科¹⁾, 四国細胞病理センター²⁾, 香川大学医学部付属病院病理部³⁾, 香川大学医学部周産期学婦人科学⁴⁾

○塩田敦子(MD)¹⁾, 田野有美(CT)²⁾, 古市幸枝(CT)²⁾, 郷田 衛(CT)³⁾, 本山陸美(CT)³⁾, 伊吹英美(MD)³⁾, 宮井由美(MD)³⁾, 串田吉生(MD)³⁾, 羽場礼次(MD)³⁾, 金西賢治(MD)⁴⁾, 秦 利之(MD)⁴⁾

【緒言】CD5陽性びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)は高齢者に多く、予後不良因子を高率に有し、予後不良といわれている。子宮頸部原発DLBCLを経験したので報告する。

【症例】89歳, 1妊1産。血尿を主訴に近医総合病院泌尿器科受診。超音波にて子宮に異常陰影を指摘され、同院婦人科紹介となった。内診にて膈前壁は膈入口部近くまで隆起性腫瘍が浸潤しており易出血性、経膈超音波で子宮頸部前壁を中心に径4.5 cmの血流豊富な腫瘍を認めた。右子宮傍結合組織浸潤あり、膀胱壁への浸潤は明らかでなかった。

【細胞診断】ベセスダ: Other malignancy。出血性背景に単一な増殖を示す核形不整、核小体のみられる孤立散在性細胞を多数認め、悪性リンパ腫が疑われた。

【組織診断】DLBCL 中型から大型の異型リンパ球の密な増殖を認め、免疫組織化学的染色でCD5(+), CD10(+), bcl-6(+), MUM-1(+))にてDLBCL, GCB type (Hans分類)と診断された。またKi-67陽性率は95%であった。

【画像診断と治療経過】FDG-PET, CT等で子宮は体部、両側付属器まで一塊となっており、右心房壁、右乳房にも節外病変あり、右鎖骨上窩、縦隔、腹骨盤内リンパ節に腫大を認めた。骨髄浸潤はなく、Stage IV, 国際予後因子R-IPIはpoorであった。高齢で糖尿病の合併あるも治療を強く望まれたため、THP-COP療法後rituximabを投与した。大きな有害事象もなく治療開始より6か月で腫瘍はすべて縮小、現在ほぼCRが得られている。

【考察】子宮悪性腫瘍のわずか0.05%といわれる悪性リンパ腫であるが、細胞診で疑うことができれば、正確な病理診断とともに正確な病期診断を早期に行うことができ、適切な治療を行えば予後の改善が望めるものと考えられる。

P-1-061 内膜細胞診にて確定診断に苦慮した内膜表層伸展型子宮頸部原発扁平上皮癌の1例

川崎市立川崎病院検査科病理¹⁾, 川崎市立川崎病院産婦人科²⁾, 国立成育医療研究センター病理診断科³⁾

○横屋瀬里香(CT)¹⁾, 谷口早絵(CT)¹⁾, 坂井 瞳(CT)¹⁾, 鈴木玲子(CT)¹⁾, 鍋木友子(CT)¹⁾, 千代田達幸(MD)²⁾, 中田さくら(MD)²⁾, 入江理恵(MD)³⁾, 杉浦 仁(MD)¹⁾

今回我々は子宮頸部から内膜へ伸展した、子宮頸部扁平上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】79歳女性、閉経50歳、1経妊1経産。他院画像検査にて子宮体癌が疑われ当院紹介受診し、内膜細胞診が施行された。多数の炎症細胞とやや異型の扁平上皮細胞を極少数認めたが、内膜細胞が見られない為検体不適とした。繰り返し内膜組織診・細胞診を施行するも、異型の扁平上皮細胞のみで内膜細胞の出現を認めず、頸部扁平上皮系腫瘍の存在が疑われたものの子宮体癌との確定診断には至らなかった。診断・治療目的として子宮全摘+付属器切除が施行された。

【細胞所見】核腫大、核型不整、クロマチン増量を呈する異型細胞が軽度重積性を伴った集塊状に出現していた。OG好性の角化細胞の出現も認め、扁平上皮系腫瘍が疑われた。非腫瘍性の内膜腺細胞は採取されておらず腺系異型上皮細胞の出現も認めなかった。

【組織所見】子宮頸部では、ほぼ全周性に、上皮内全層性に異型扁平上皮細胞が密に増生する像を認めた。局所的に間質浸潤を認め、微小浸潤扁平上皮癌と診断された。StageはFIGO IA2であった。子宮体部では、頸部と同様の異型扁平上皮細胞が内膜全体を置換するように上皮内伸展を呈する像を認めた。以上より、頸部の扁平上皮癌が体部に伸展したと考えられた。

【考察】今回我々は子宮頸部から内膜上皮内全層性に伸展した子宮頸部扁平上皮癌という稀な症例を経験した。内膜細胞診にて内膜細胞が採取されず、扁平上皮系の異型細胞のみを認める場合は、子宮頸部からの腫瘍の伸展の可能性もある事も考慮に入れる必要があると考えられた。

P-1-062 子宮頸部細胞診で診断しえた乳頭状扁平上皮癌

琉球大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 社会医療法人敬愛会中頭病院病理診断科²⁾, 社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院病理診断科³⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座⁴⁾

○西平育子(CT)¹⁾, 仲宗根克(CT)¹⁾, 平田幸也(CT)¹⁾, 比嘉美香(CT)¹⁾, 瑞慶覧陽子(CT)¹⁾, 伊原美枝子(CT)¹⁾, 新垣和也(MD)²⁾, 松崎晶子(MD)⁴⁾, 齊尾征直(MD)³⁾, 吉見直己(MD)⁴⁾

子宮頸部細胞診で診断しえた乳頭状扁平上皮癌

【はじめに】子宮頸部乳頭状扁平上皮癌(Papillary squamous cell carcinoma; PSCC)は、子宮頸部扁平上皮癌のまれな一亜型で、組織学的に乳頭状構造を示す。今回、細胞診において、その細胞学的所見により診断しえた一例として報告したい。

【症例】70代女性。健診にて子宮頸癌が疑われ、当院へ紹介受診となる。既往歴は喘息、心臓病、脳梗塞、高血圧など。

【細胞所見】大型の核小体を有するN/C比の高い細胞の集塊が多数見られた。集塊は重積性があり、血管を軸とする乳頭状を呈していた。その他に、輝度の高い異常角化細胞や、層状構造のある細胞質に顆粒状のクロマチンを有する異型細胞も見られた。悪性細胞と考えられ、ClassV SCCと判定し、PSCCも疑った。

【組織所見】全層性にN/C比の高い異型扁平上皮細胞が乳頭状に増殖していた。核分裂像も多数みられ、胞巣状の角化巣が散見された。間質では浮腫と血管拡張が見られた。明らかな間質浸潤は特定されないものの、わずかに基底膜が不明瞭となっている部分を認め、PSCCと診断された。

【まとめ】乳頭状扁平上皮癌は膀胱に発生する乳頭状の尿路上皮癌に近似し、著しい乳頭状の増殖形態を示す。上気道などにみられるが子宮頸部では稀とされており、鑑別を要する腫瘍として、扁平上皮乳頭腫、尖圭コンジローマ、疣状癌が挙げられる。今回の症例では、血管を軸とする乳頭状集塊や、表層型で異型の弱い角化した細胞などが見られ、PSCCが疑われた。PSCCは、転移や晩期再発が多く、細胞診検査で指摘することは、非常に有意義と言える。

P-1-063 分娩後 1 年以内に診断された子宮頸部浸潤癌症例の妊娠初期と分娩後の細胞診の比較

国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科

○小林真弓(MD), 渡邊麗子(MD), 高橋健太(MD),
清水華子(MD), 植原貴史(MD), 石川光也(MD),
池田俊一(MD), 吉田 裕(MD), 加藤友康(MD)

【目的】妊娠初期は子宮頸癌検診受診のよい機会であるが、妊娠に伴う母体の生理的変化や細胞採取手技の問題で、非妊娠時と比較して一般的に過小評価になりやすいという問題点がある。我々は、分娩後 1 年以内に診断された子宮頸部浸潤癌について、分娩前後の細胞診判定、臨床経過を追跡し、妊婦細胞診検診が抱える問題点について検討した。

【方法】2006 年 1 月から 2015 年 3 月までに、当院で治療開始した 45 歳以下の子宮頸癌 317 例のうち、分娩後 1 年以内に浸潤癌と診断された 8 症例について、後方視的に臨床情報を調べた。また、妊娠初期の細胞診標本が入手可能であった 3 症例について細胞像を確認した。

【結果】年齢中央値は 35.5 歳(31-39 歳)。分娩後 1 年以内に浸潤子宮頸癌と診断された 8 症例の組織型は扁平上皮癌 6 例、粘液性腺癌 1 例、腺扁平上皮癌 1 例、進行期は IA1 期 3 例、IB1 期 4 例、IIB 期 1 例であった。妊娠初期の細胞診判定は NILM5 例、ASC-US1 例、ClassIII2 例、採取方法は直接塗抹法 6 例(綿棒 5 例、サイトピック 1 例)、LBC 法が 2 例であった。再鏡検した 3 例(綿棒 1 例、サイトピック 1 例、LBC 法 1 例)はいずれも、分娩後の標本よりも妊娠初期標本で炎症細胞が多く出現し、LBC 法に比べ直接塗抹法標本では炎症細胞によるマスキング効果が強い印象を受けた。また、綿棒による直接塗抹法標本では採取された細胞量が少ない印象であった。

【総括】妊婦では炎症細胞を取り除きやすい LBC 法の利点が生かされる可能性が示唆された。綿棒以外の採取器具採用の検討も含め、妊婦検診における LBC 法の普及が望ましいと考えた。

P-1-064 子宮頸部原発悪性黒色腫の 1 例

地方独立行政法人大阪市立総合医療センター病理部¹⁾,
同 中央臨床検査部²⁾, 同 婦人科³⁾

○山畑 翔(CT)¹⁾, 横田裕香(CT)¹⁾, 加藤麻衣(CT)²⁾,
石井真美(MD)¹⁾, 福島裕子(MD)¹⁾, 村上 誠(MD)³⁾,
川村直樹(MD)³⁾, 井上 健(MD)¹⁾

【はじめに】婦人科領域における悪性黒色腫の発生頻度は全悪性黒色腫の 1~4%とされており、その大部分が外陰、陰部原発である。今回我々は、比較的まれな子宮頸部原発の悪性黒色腫を経験したので報告する。

【症例】60 代女性。約 1 カ月前より不正性器出血を認められたため近医受診。MRI 検査で子宮頸部に突出するピンポン玉大の腫瘍が認められた。生検が施行されたのち、精査加療目的で当院を紹介受診された。子宮頸部擦過細胞診検査が実施されたのち、手術が施行された。

【細胞所見】N/C 比が高く、クロマチンの増量を認める類円形の腫瘍細胞が散在性から結合の緩い集塊で出現していた。大型の核小体を有し、核偏在性で、核分裂像も多数認められた。また、少数ではあるが黄褐色の顆粒が腫瘍細胞の細胞質内に認められた。

【手術標本所見】手術標本では、子宮頸部に 35 mm 大の黒色の隆起性病変が認められ、陰部にも黒色の病変が広がっていた。組織学的には、核小体明瞭で、腫大した核を有する多角形から短紡錘形の異型細胞が充実性、びまん性に増殖しており、陰部近傍にまで腫瘍細胞の伸展が認められた。また、一部の細胞は黄褐色の色素を有していた。以上の所見より悪性黒色腫と診断した。

【まとめ】今回の症例は細胞診でも少数であるが黄褐色の顆粒が出現し、また核分裂像も多く認められたため、診断の一助になったが、核偏在性で核小体が著明な細胞が見られることから頸部腺癌との鑑別を考えなければならぬ症例であった。今回経験した症例の特徴を示すとともに頸部腺癌との細胞像を比較検討する。

P-1-065 子宮頸部すりガラス癌の一例

東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科学講座¹⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院病理学講座²⁾

○田中昌哉(MD)¹⁾, 山田恭輔(MD)¹⁾, 黒田高史(MD)¹⁾,
上田 和(MD)¹⁾, 清川貴子(MD)²⁾, 岡本愛光(MD)¹⁾

【緒言】子宮頸部すりガラス癌 glassy cell carcinoma (以下GCC) は、腺扁平上皮癌の特殊型に分類される稀な腫瘍である。若年者に好発し、急速な臨床経過をたどり、治療抵抗性で予後不良である。GCC の一例について、子宮頸部液状化検体(LBC)細胞像を中心に臨床経過と合わせて報告する。

【症例】38歳, 0経妊0経産, 不正性器出血を主訴に当院を受診した。初診時, 子宮頸部に外向性発育を示す径6.3cmの易出血性腫瘍を認めた。子宮頸部細胞診で悪性細胞を, 子宮頸部組織診では非角化型扁平上皮癌を認めた。広汎子宮全摘術および両側付属器摘出術を施行した。摘出子宮の頸部には浸潤癌を認めた: pT2bN0M0。癌の主体はGCCで, その表層に非角化型扁平上皮癌成分を伴っていた。

【子宮頸部細胞像(LBC)】術前の細胞診を後方視的に観察した。背景には形質細胞および好酸球を含む多彩な炎症細胞を認め, 壊死はみられなかった。大型の上皮性異型細胞が重積性を示さない集塊ないし孤細胞性に出現していた。腫瘍細胞の細胞質は豊富で, 核は類円形で水泡状を呈し, 明瞭な核小体を有していた。巨大な核を有する細胞や核分裂像もみられた。

【まとめ】子宮頸部細胞診にGCCの組織像を反映する細胞所見を認めた。若年者の急激に増大する大型子宮頸癌で外向性腫瘍を形成する場合は, GCCの可能性を念頭に置き鑑別診断を行う必要がある。GCCは扁平上皮癌や腺癌成分と併存することがあるが, 術前には組織診に加え子宮頸部細胞診の詳細な観察によって組織重型についての診断精度が向上することが示唆された。

P-1-066 子宮頸部 Glassy cell carcinoma の1例

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○石塚泰也(MD)¹⁾, 武田真人(MD)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾,
朝野拓史(MD)¹⁾, 三田村卓(MD)²⁾, 渡利英道(MD)¹⁾,
櫻木範明(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部のすりガラス細胞癌の1例を経験したので経過を報告する。

【症例】患者は32歳(1経妊1経産)。産後検診時に子宮腔部に存在したポリープ様腫瘍の病理組織学的検討により悪性腫瘍が疑われ, 精査・加療のため当科紹介となった。子宮頸部のりガラス様癌Ib1期と診断され, 広汎子宮全摘を施行した。

【組織所見】術前組織診では, 核縁不整でN/C比の大きな異型細胞が胞巣状や充実性に増殖する像が見られ, 異型細胞は1個か複数個の核小体と好酸性の豊富な細胞質を有し, 核分裂像も多数見られた。形態的には, 扁平上皮癌を支持する角化や細胞間橋は見られず, また, 腺腔構造も明瞭ではなく, 低分化な癌が考えられたが, 細胞質の所見からGlassy cell carcinomaと診断された。手術標本では同様の腫瘍の腔壁やリンパ節転移への進展が認められ, pT2a2, pN1と診断された。

【細胞診所見】腫瘍細胞の細胞質はすりガラス状を呈し, 核は中心性に位置し, 大型-類円形で大小不同が著しく, 核クロマチンは細顆粒状から顆粒状で不規則に分布し, 1~2個の大型の核小体もみられた。

【まとめ】特定の組織への分化がないため組織診断に難渋し, 細胞診の方が特徴的な所見を示す等の報告も少なくないが, 本症例も同様であった。患者は術後に補助化学療法を行うも, 多発リンパ節転移を来とし, 初回治療より8ヶ月後に死亡した。

P-1-067 子宮頸部小細胞癌の 3 例

春日井市民病院臨床検査技術室¹⁾, 春日井市民病院病理部²⁾

○齋藤知央(CT)¹⁾, 加藤 浩(CT)¹⁾, 渡邊弥生(CT)¹⁾,
西尾 淳(CT)¹⁾, 伊藤 修(CT)¹⁾, 立山 尚(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部小細胞癌は稀な腫瘍で, 早期から遠隔転移を来す予後不良な疾患である。今回我々は, 子宮頸部原発の小細胞癌の 3 例を経験したので報告する。

【症例 1】患者: 70 歳代 女性, 2 経妊 2 経産 (54 歳閉経) 現病歴: 10 日前より水っぽい帯下あり出血を少量認めたため, 当院産婦人科を受診した。子宮 1 時方向に 1 cm 大の硬い腫瘍を認めたため, 細胞診及び生検が行われた。

【症例 2】患者: 40 歳代 女性, 2 経妊 1 経産 (1 流産) 現病歴: 下腹部痛及び出血で当院産婦人科受診。子宮腔部腫瘍部より細胞診及び生検が行われた。

【症例 3】患者: 60 歳代 女性, 2 経妊 1 経産 現病歴: 不正性器出血を認めたため当院産婦人科受診。子宮腔部びらん部より細胞診及び生検が行われた。

【細胞診所見】症例 1・2 は, 小型でクロマチンが増加した裸核状の細胞が結合の緩い細胞集塊として出現している。一部に壊死も見られた。また, 症例 1 では, 角化を伴い核の腫大した異型扁平上皮を認めた。症例 3 は, 小型か中型でクロマチンが増加した裸核状の細胞が集塊から結合の緩い集塊として出現していた。核縁は薄く, クロマチンは細から顆粒状で核小体は目立たない。

【病理組織診断】3 症例とも壊死を伴い, クロマチンの増加した N/C 比の高い細胞が散在性から集塊状に多数出現していた。免疫染色では synaptophysin, CD56 が陽性, chromogranin, p63 が陰性で小細胞癌と診断された。症例 2・3 では, 一部に扁平上皮癌と腺癌成分が見られた。

【まとめ】子宮頸部に発生する小細胞癌は, 非常にまれで高悪性度の腫瘍である。他の組織型を合併する頻度が約 40% と比較的高く, 他の組織型との鑑別が重要になってくる。

P-1-068 多発性遠隔転移を伴った子宮頸部小細胞癌の 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産婦人科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臨床検査部²⁾, 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³⁾

○秋本由美子(MD)¹⁾, 谷本博利(MD)¹⁾, 柏原倫子(CT)²⁾,
御手洗賀世(CT)²⁾, 坂本 聖(CT)²⁾, 田中信利(CT)²⁾,
金子真弓(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸部に発生する小細胞癌は子宮頸部悪性腫瘍の 0.8~6% と比較的稀な腫瘍で, 早期から血行性転移を起こす予後不良な疾患である。今回我々は, 多発性遠隔転移を伴った子宮頸部小細胞癌の 1 例を経験したのでその細胞診所見を中心に報告する。

【症例】64 歳女性。閉経 50 歳。現病歴: 1 週間前より不正性器出血があり近医受診, 子宮頸部腫瘍を指摘され当科紹介となった。初診時, 子宮頸部には 4×3 cm 大の易出血性腫瘍があり, CT および PET 検査で骨盤および傍大動脈リンパ節多発転移, 脾臓転移, 腹膜播種, 肝右葉上部などへの多発転移巣を認めた。血液検査で腫瘍マーカーは CA125 50.6 U/ml と CEA 32.1 ng/ml が高値であった。子宮頸部細胞診, 組織診で小細胞癌と診断し TC 療法を 6 コース施行し完全寛解となり外来で経過観察中である。

【細胞像】出血性背景の中に, N/C 比が高くクロマチンが増量した核形不整の異型細胞が孤立散在性から充実性集塊となって多数認められた。大部分は裸核状で一部に偏在した核と細胞質を有する異型細胞もみられた。壊死物質や相互封入像を認めたが角化異型細胞はみられなかった。

【病理組織像】N/C 比の大きい腫瘍細胞が充実性に密に増殖し, 壊死や変性も伴っていた。腫瘍細胞は核形不整が目立ちクロマチンは増量するが繊細, 顆粒状で核小体はあまり目立たなかった。アポトーシス小体を多数散見した。免疫染色では AE1/AE3, CD56, chromogranin A, synaptophysin, CK7, CEA は陽性, CD3, CD20, CD79α, CK20 は陰性であった。また, 腫瘍細胞の多くは p53 発現を示し, Ki67 は 70% 以上の細胞が陽性で高い増殖能があると思われた。

【まとめ】子宮頸部小細胞癌は低分化腺癌などとの鑑別が困難な場合もあり。特徴的な細胞診所見や免疫染色所見を理解する必要がある。

P-1-069 子宮頸部細胞診で診断しえた子宮頸部小細胞癌の2例

佐賀大学医学部産科婦人科

○福田亜紗子(MD), 西山 哲(MD), 橋口真理子(MD),
大隈恵美(MD), 野口光代(MD), 内山倫子(MD),
中尾佳史(MD), 横山正俊(MD)

【背景】子宮頸部小細胞癌は子宮頸癌の0.3~5%と報告されており, まれな組織型である。早期に進行しやすく, きわめて予後の不良な疾患である。細胞診の特徴としては比較的均一な小型腫瘍細胞が充実性に増殖し, 壊死性背景を伴うことが多く, 孤立散在性あるいは結合の疎な集塊状に出現し, 時にロゼット様構造を伴う。核は円形から楕円形, N/C比はきわめて高く, クロマチンは細顆粒状一部顆粒状で核小体はあまり目立たないなどがあげられるが, 細胞診で診断するのは困難なことも多い。今回子宮頸部細胞診で小細胞癌を診断しえた2例を経験したので臨床経過も併せて報告する。

【症例1】30代前半, 3経妊1経産, 不正出血を主訴に前医受診した。子宮頸部細胞診で悪性細胞が疑われ, 当科紹介された。当科の細胞診では血性背景に裸核状の小型異型細胞を細胞密度の高い集塊で多数認めた。一部に木目込み細工様配列を認め, 核は不整形で顆粒状のクロマチンの増量を認め, 小細胞癌が疑われた。組織診で小細胞癌が証明された。

【症例2】30歳代前半, 未経妊, 不正出血を主訴に前医受診した。子宮頸部細胞診で小細胞癌が疑われ, 当科紹介となった。当科の細胞診ではN/C比の高い裸核状の異型細胞を集塊状に多数認めた。核は類円形から軽度不整形でクロマチンは顆粒状で増殖し, carcinomaの所見であり, それに加え木目込み細工様配列を認め, 核縁の肥厚がないことより小細胞癌が疑われた。組織診で小細胞癌が証明された。

P-1-070 乳癌子宮転移の3例

北海道がんセンター婦人科¹⁾, 北海道がんセンター臨床検査部²⁾, 北海道がんセンター臨床検査科³⁾

○竹下 奨(MD)¹⁾, 岡元一平(MD)¹⁾, 古田 祐(MD)¹⁾,
大場洋子(MD)¹⁾, 見延進一郎(MD)¹⁾, 藤堂幸治(MD)¹⁾,
加藤秀則(MD)¹⁾, 鈴木宏明(MD)²⁾, 山城勝重(MD)²⁾,
平紀代美(CT)³⁾, 東 学(CT)³⁾, 中島真奈美(CT)³⁾

【諸言】骨盤外臓器における悪性腫瘍からの婦人科領域(子宮卵巣)への転移は卵巣が最も多く, 子宮への転移は極めてまれである。本邦において子宮転移をきたす癌腫としては胃癌が多いとされており, その乳癌の子宮転移は非常にまれとされている。今回我々は乳癌子宮転移の3例を経験したのでその細胞診所見を報告する。

【症例1】68歳: 右乳癌(浸潤性乳管癌: ER+PgR+HER2+) 右乳房切除術後, 化学療法, 放射線療法施行。19年後肺転移出現, その後脳転移, 骨転移, 肝転移出現。その4年後検診目的の子宮精査にて転移判明。子宮頸部細胞診所見: きれいな背景に, 比較的平面の小集塊が出現していた。明瞭な核小体を有し, 細胞質内小腺腔を認めた。

【症例2】61歳: 左乳癌(浸潤性乳管癌: ER- PgR-HER2+) 左乳房切除術を施行後, 放射線療法を施行。翌年PETCTにて骨, リンパ節, 副腎, 子宮に転移判明。子宮内膜細胞診: 比較的きれいな背景に, 重積性を認める小集塊が多数出現していた。核はN/C比が高く, クロマチンが増量していた。細胞質内小腺腔は認めなかった。

【症例3】47歳: 左乳癌(浸潤性乳管癌: ER- PgR-HER2-) 化学療法後に乳房切除術施行しその後放射線療法施行。翌年画像検査にて多発リンパ節転移, 子宮腫瘍あり転移を疑われる。子宮頸部細胞診: 炎症性の背景に結合性が緩い集塊を多数認めた。明瞭な核小体を有し, 細胞質内小腺腔を認めた。3例とも性器出血は認めなかった。

【結語】乳癌の子宮転移は頻度が少ないが, 近年の乳癌罹患率の上昇により診療において今後遭遇する可能性がある。乳癌は晩期再発もあり, 子宮体部細胞診, 頸部細胞診においてその既往歴の把握が重要と考える。

P-1-071 子宮頸部擦過材料に腫瘍細胞がみられた膀胱癌腔壁浸潤の1例

独立行政法人国立病院機構福山医療センター¹⁾, 岡山大学病院病理診断科²⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構岡山労災病院³⁾

○末竹智香子(CT)¹⁾, 有安早苗(CT)¹⁾,
福田由美子(CT)¹⁾, 柳井広之(MD)²⁾, 園部 宏(MD)³⁾

【はじめに】膀胱癌の腔壁浸潤に関する記載やその細胞像についての報告は少ない。我々は腺癌および小細胞癌成分を伴う尿路上皮癌が、腔壁浸潤により子宮頸部擦過細胞診に出現し、頸部腺癌や内膜癌の子宮頸部進展との鑑別を要する症例を経験した。その細胞像を中心に報告する。

【症例】80歳代, 女性。尿細胞診, 膀胱鏡にて悪性を指摘されTUR-BTを施行。組織診にて腺癌および小細胞癌成分を伴う尿路上皮癌と診断された。経過観察中, 画像所見にて腔壁浸潤を疑い子宮頸部擦過細胞診および組織生検が施行された。

【細胞像】壊死性背景に核腫大を示す腺様細胞が血管結合組織を軸とする大型乳頭状集塊でみられた。個々の細胞はN/C比の増大, 核形不整, クロマチン増量を認め, 腺癌を考える細胞で, 頸部腺癌や内膜腺癌の頸部進展が鑑別に挙がる像であった。

【組織像】異型立方～円柱上皮が乳頭状に増殖する腺癌の像であった。腫瘍細胞は免疫染色でCK7(+), CK20(+), p16(+), ER(-)であり, 膀胱腫瘍腺癌成分の組織形態, 免疫染色態度と一致する結果であることから膀胱癌の腔壁浸潤と診断された。

【考察・まとめ】当院の子宮頸部擦過細胞診で腺癌と診断された38例について本症例の特徴像である大型乳頭状集塊の出現頻度を調べた。頸部腺癌2例, 内膜癌の頸部進展6例, 卵巣癌の頸部転移1例に同様の細胞集塊を認め, 細胞像のみでの鑑別は難しいと思われた。また, 本例では免疫染色結果も子宮頸部腺癌の染色態度としても矛盾がなく判別は困難であった。診断には病変の首座を判断する画像所見や臨床情報が重要な症例であった。

P-1-072 細胞診及び組織診で確定診断に至らなかった進行子宮頸癌の1例

済生会京都府病院産婦人科

○渡邊 愛(MD)

頸管内の細胞診は陽性であるが, コルポ診で組織診を行っても, 異常所見を得られないことが閉経後(老年期)の女性の場合はしばしばある。しかし, 今回, 46歳経産婦であったが, 組織診で悪性所見を得られず, 診断に苦慮した症例を経験したので報告する。症例は46歳女性, 分娩歴; 1経妊1経産。既往歴; 特記すべきことなし。月経は初経13歳以後規則的。X年3月末, 前年8月よりの下腹痛, 腰痛, (整形外科通院中)を主訴に初診。前年9月他院での婦人科検診異常なし。12月に内科的スクリーニング異常なし。初診時内診上, 子宮傍結合織の硬化・抵抗を触知, 子宮口は右方向へ偏位気味, 超音波上子宮頸部の腫大を認めた。細胞診にてSquamous cell carcinoma s/oの結果を得たため1回目のコルポ診施行。外子宮口に隆起性病変, W1, 閉鎖頸管腺の所見を認め隆起性病変の部分の組織を採取した。結果はcervicitisであった。1週間後, 2回目施行。結果はfragments of squamous dysplastic cells。同時に採取した細胞診はHSILであった。MRI上子宮頸癌が疑われ, SCC:17.7, CA19-9:285.3と高値のため, 頸管内そう爬施行, Squamous cell carcinoma in situの結果であった。手術可能と診断し, 広汎子宮全摘出術および骨盤リンパ節郭清を施行した。術後病理結果はSquamous cell carcinoma, non-keratinizing, of the uterine cervix, pT3b, pN1, margin(+)/s/oであった。現在, 同時化学放射線療法中である。今回の症例は, 進行が速いタイプであった可能性もあるが, 半年前の婦人科検診で細胞が採取できていなかった可能性もあると考える。成熟期女性であっても, 頸管内の細胞採取を行うことの重要性を改めて認識し, 内診や画像診断で総合的に判断すること, 疑わしい場合は再検査することの重要性を感じた。

P-1-073 甲状腺癌取扱い規約 細胞診新報告様式と旧報告様式との比較検討 1—検体適否を中心に—

三重大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三重大学医学部附属病院がんセンター²⁾

○藤田良浩(CT)¹⁾, 松谷史織(CT)¹⁾, 佐々木美沙(CT)¹⁾, 河井誓里奈(CT)¹⁾, 阿曾由美子(CT)¹⁾, 林 昭伸(MD)¹⁾, 内田克典(MD)¹⁾, 小塚祐司(MD)¹⁾, 福留寿生(MD)^{1,2)}, 今井 裕(MD)¹⁾

【はじめに】甲状腺癌取扱い規約第7版において, 細胞診が新報告様式(以下新様式)に変更された。旧報告様式(以下旧様式)からの主な変更点は, 検体適正とする際の細胞の量的な基準化, 判定区分「嚢胞液」の新設, 「鑑別困難」が「意義不明」および「濾胞性腫瘍」に分けられたことである。今回, 当院における新旧様式の比較を行い, 特に検体適否について検討した。

【対象と方法】2013年7月から2016年3月までに当院で施行された甲状腺穿刺吸引細胞診1004例(重複を除く889病変)を対象に, 旧様式および新様式による再評価を行い, 両者を比較検討した。

【結果】旧様式では「不適正」128例(12.7%), 「正常あるいは良性」708例(70.5%), 「鑑別困難」89例(8.9%), 「悪性の疑い」11例(1.1%), 「悪性」68例(6.8%), 新様式では「不適正」81例(8.1%), 「良性」637例(63.4%), 「嚢胞液」87例(8.7%), 「意義不明」84例(8.4%), 「濾胞性腫瘍」25例(2.5%), 「悪性の疑い」21例(2.1%), 「悪性」69例(6.9%)であった。

旧様式の「不適正」128例のうち新様式では45例が「良性」, 2例が「意義不明」に再分類されたが, これらの殆どが細胞量において新様式の適正基準を満たしていた。

116病変が切除され, 旧様式で「不適正」および「正常あるいは良性」とされた5病変に, 新様式で「不適正」および「良性」とされた2病変に悪性腫瘍を認めた。旧様式での「不適正」から新様式で「意義不明」に再分類された2病変中1病変にも悪性腫瘍を認めた。

【考察】新様式では検体適否の明確な基準化により不適正数が減少し, 不要な再検の回避に役立つと推定される。旧様式で不適正とされていた悪性症例の一部を意義不明に拾い上げることができたが, 経過観察の方法を含め検討が必要である。

P-1-074 甲状腺癌取扱い規約 細胞診新報告様式と旧報告様式との比較検討 2—意義不明を中心に—

三重大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三重大学医学部附属病院がんセンター²⁾

○藤田良浩(CT)¹⁾, 松谷史織(CT)¹⁾, 佐々木美沙(CT)¹⁾, 河井誓里奈(CT)¹⁾, 阿曾由美子(CT)¹⁾, 林 昭伸(MD)¹⁾, 内田克典(MD)¹⁾, 小塚祐司(MD)¹⁾, 福留寿生(MD)^{1,2)}, 今井 裕(MD)¹⁾

【はじめに】甲状腺癌取扱い規約第7版において, 細胞診はベセスダ・システム(以下BS)に準拠した新報告様式(以下新様式)に変更された。新旧様式の比較を行い, 特に「意義不明」について検討した。

【対象と方法】2013年7月から2016年3月までに当院で施行された甲状腺穿刺吸引細胞診1004例(重複を除く889病変)を対象に, 旧様式および新様式による再評価を行い, 比較検討した。それらのうち手術が施行された116病変の組織診断との整合性, ならびに「意義不明」に分類された結節をBSの診断基準を用いて詳細に検討した。

【結果】旧様式では「不適正」128例(12.7%), 「正常あるいは良性」708例(70.5%), 「鑑別困難」89例(8.9%)に分類された。旧様式の「不適正」のうち2例, 「正常あるいは良性」のうち28例(4.0%), 「鑑別困難」のうち54例が新様式で「意義不明」に再分類された。「意義不明」84例(重複を除く79病変)のうち17病変で手術が施行され, 9病変に悪性を認めた。これらのうち3病変は旧様式で「不適正」や「正常あるいは良性」と判定された症例であった。

BSの細分類では基準1「小濾胞状集塊が優勢だが濾胞性腫瘍の基準を満たさない」が27病変(34.2%), 基準2「細胞量, コロイドが少なく好酸性細胞が優勢」は11病変(13.9%), 基準5「一部に乳頭癌を疑う所見を認めるが, 多くは良性細胞」が28病変(35.4%)で, この3項が約84%を占めていた。基準5のうち6病変で手術が施行され4病変が悪性であった。

【考察】旧様式で「不適正」や「正常あるいは良性」とされた症例において, 新様式で「意義不明」に再分類されたものが多かった。「意義不明」例において, BSの診断基準に基づく再分類を行うことにより, さらに詳細なりスク分類が可能であると考えられた。

P-1-075 甲状腺低分化癌のエコー画像と細胞像および細胞採取部位の検討

伊藤病院診療技術部臨床検査室¹⁾, 慶応大学医学部病理診断部²⁾, 山梨大学医学部人体病理学講座³⁾, 伊藤病院外科⁴⁾

○佐々木栄司(CT)¹⁾, 亀山香織(MD)²⁾, 渡辺亜美(CT)¹⁾, 徳井理絵(CT)¹⁾, 田村 恵(CT)¹⁾, 藤澤俊道(CT)¹⁾, 近藤哲夫(MD)³⁾, 北川 亘(MD)⁴⁾, 鳥屋城男(MD)¹⁾, 伊藤公一(MD)⁴⁾

低分化癌は高分化癌(乳頭癌ないし濾胞癌)と未分化癌との中間的な形態像および生物学的態度を示す濾胞上皮由来の悪性腫瘍とされ, 高分化癌に比べると遠隔転移の頻度が高く, 予後不良との報告もされている。低分化癌の診断には濾胞癌と同様に被膜浸潤や脈管浸潤あるいは甲状腺外への転移の存在が必要であり, 甲状腺癌取扱い規約(第7版)の改訂では充実性, 索状, 島状の増殖パターンを低分化成分とよび, 腫瘍の50%以上を占めると定義された。また, 低分化成分から構成される甲状腺腫瘍に乳頭癌の典型的な核所見のみられる場合, 第6版では低分化型乳頭癌または低分化癌に分類されていたが第7版よりは充実型乳頭癌に診断されることになった。

【目的】濾胞癌の細胞診断は規約上は無理だが細胞像をエコー画像とともに再検討することで濾胞性腫瘍由来の低分化癌を推定する細胞所見や採取部位を確定する。

【対象】2010.1.1から2016.5.30の約5年半の当院における手術症例は12355件あり, 初回手術で病理組織診断が低分化癌とされた中で乳頭癌の核所見を有しておらず, 細胞診施行例の31例を対象とした。

【結果】細胞診成績では良性4/31(12.9%), 濾胞性腫瘍 favor benign 7/31(22.5%), borderline 4/31(12.9%), favor malignant 14/31(45.2%), 低分化癌2/31(6.5%)であった。

【まとめ】細胞診で良性としたものは4例のみであり, その原因は穿刺時期や穿刺部位が左右する結果であった。境界域から悪性を示唆したものは20/31(64.5%)となった。

【考察】濾胞癌全体数から考えると低分化癌の頻度は極めて少ないが, 予後不良の低分化癌の細胞像の特徴を把握し, 画像から採取部位を選択することは濾胞性腫瘍とくに濾胞癌の可能性を示唆することに寄与できると考える。

P-1-076 甲状腺における液状化細胞診(LBC)の固定条件による検討

広島大学病院病理診断科

○丸橋由加里(CT), 有廣光司(MD), 石田真悠(CT), 内島由加里(CT), 田岡知恵(MT), 田中祐菜(CT), 清水智美(CT), 金子佳恵(CT), 石田克成(MT), 高井チカ子(CT), 尾田三世(CT), 小川勝成(MT), 織田真琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD)

【はじめに】液状化細胞診は, 子宮頸部や子宮内膜あるいは尿や体腔液での導入が主流を占めているが, 穿刺検体での使用も増えつつある。今回, 穿刺吸引細胞診が主である甲状腺を対象に, Cellprepを用いて固定溶液のエタノール濃度と固定時間についての検討を行った。

【材料と方法】6例の甲状腺切除標本の腫瘍断面からブラシで細胞を擦過採取した。Cell prep 溶液(30%エタノール), これを基に調整した50%エタノール溶液, 70%エタノール溶液, 95%エタノール溶液及びThinPrep 溶液に細胞を注入した。固定時間は30分, 3時間, 18時間で, CellprepPLUSを用いて細胞を塗抹しパパンニコウ染色を行った。各標本では形態学的に観察に適する細胞の割合を算出した。

【結果と考察】固定時間が30分, 3時間, 18時間における6症例の平均適正細胞の割合を算出すると, それぞれCellprep 溶液では97.5%, 97.5%, 70.0%, 50%エタノール溶液では57.5%, 56.7%, 15.8%, 70%エタノール溶液では25.8%, 24.2%, 13.3%, 95%エタノール溶液では1.7%, 0.8%, 0%, Thin prep 溶液では68.3%, 53.3%, 33.3%であった。適正な細胞の割合が最も高かった条件は, Cellprep 溶液を用いた30分間固定であった。Cellprepによる甲状腺を対象とする細胞診では, 迅速に良好な標本を作製し得ることがわかった。

P-1-077 甲状腺穿刺吸引細胞診にて、核内細胞質封入体を認めた腎細胞癌甲状腺転移の1例

大阪警察病院

○北辻 香(CT), 辻本正彦(MD), 安岡弘直(MD), 築山あゆみ(CT), 郡司有理子(CT), 金田敦代(CT), 小西尋子(CT), 青木 弘(CT), 福田沙織(CT), 松永由紀(MD)

【はじめに】甲状腺腫瘍の術前穿刺吸引細胞診(以下ABC)にて核内細胞質封入体(以下INCI)を認め、甲状腺乳頭癌との鑑別が難しかった腎細胞癌(以下RCC)甲状腺転移の稀な1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代男性。9年前に前医にてRCCで右腎摘出。4年前にRCC腎転移により脛体尾部切除術施行。今回、前医にて左甲状腺に7x4cm大の腫瘍を指摘されABCが施行された。甲状腺乳頭癌と判定され、当院に手術目的で紹介された。当院の細胞診判定では乳頭癌とは診断できず、RCCの転移も鑑別になったが、手術適応ありとのことで手術が施行された。

【前医ABC所見】出血やリンパ球を背景に、上皮細胞がシート状を主体とする小集塊や孤立散在性に出現していた。集塊は辺縁不明瞭で、内部に薄い血管網が目立っていた。細胞質は泡沫状ないし顆粒状で、核は小型類円形～楕円形で明瞭な核小体が1~2個認められた。核溝は少なく、INCIが散見された。

【切除組織所見】肉眼的に黄白色の境界明瞭な単発性結節性病変を認め、組織学的には腫瘍は両葉に多発しており、淡明～好酸性細胞質を有する異型細胞が多数の血管網を伴い、胞巣構造を形成して増生する像が認められた。免疫染色では腫瘍細胞はpax2(+), TTF-1(-), thyroglobulin(-)であり、RCCの甲状腺転移と診断された。

【まとめ】本症例では甲状腺ABCにおいて、乳頭癌の特徴であるINCIを認めたが、細胞質は泡沫状・顆粒状で、明瞭な核小体を有することが乳頭癌典型例と異なっていた。RCCではINCIを認めるという報告もあり、典型的な乳頭癌の像でない場合、RCCの転移も鑑別する必要がある。

P-1-078 穿刺吸引細胞診で甲状腺癌の転移との鑑別を要した成人型顆粒膜細胞腫の転移例

姫路赤十字病院病理診断科¹⁾, 姫路赤十字病院検査技術部²⁾, 岡山大学医学部第一病理³⁾

○伏見聡一郎(MD)¹⁾, 堀田真智子(MD)¹⁾, 河合穂高(DDS)¹⁾, 藤澤真義(MD)³⁾, 牛丸牧子(CT)^{1,2)}, 廣尾嘉樹(CT)²⁾, 井上 瞳(CT)²⁾, 永谷たみ(CT)²⁾, 春名勝也(CT)²⁾, 山本繁秀(CT)²⁾, 和仁洋治(MD)¹⁾

【はじめに】成人型顆粒膜細胞腫は、低異型度悪性腫瘍として扱われ、晩期再発することも知られている。今回、卵巣腫瘍の術後22年に左鎖骨上窩リンパ節転移で再発が判明した一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。甲状腺腫瘍で経過観察中であった。定期検査で左鎖骨上窩に不整な腫瘍が認められた。穿刺吸引細胞診後に、左鎖骨上窩リンパ節生検が行われた。

【穿刺細胞所見】孤在性の裸核状細胞や、ライトグリーン好性の基質が認められた。球状基質の周囲を裸核状の細胞が取り巻く構造も認められた。甲状腺髄様癌の転移などが疑われたが、確定に至らずリンパ節生検が行われた。

【組織所見】リンパ節の構造は残存せず、均質な小型の腫瘍細胞が索状や乳頭状構造をとって密に増殖していた。腫瘍は核溝を有していて、管腔様のCall-Exner bodyと考えられる構造も認めた。腫瘍細胞は免疫組織学的にFOXL2陽性であり、成人型顆粒膜細胞腫の転移が疑われた。22年前に卵巣腫瘍の手術歴があることが判明したので、検討したところ、典型的な成人型顆粒膜細胞腫の像であり、その転移と考えられた。

【まとめ】成人型顆粒膜細胞腫は、晩期に転移再発することが知られていて、特に本例のように臨床的に想定されない遠隔転移をきたした場合には、細胞診での組織推定は困難なことが多いと考えられる。また、細胞所見についても十分な知見がないことが、困難の一因であると考えられる。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

P-1-079 甲状腺腫の細胞診と免疫染色の所見から発見された肺腺癌の一例

高崎総合医療センター乳腺内分泌外科¹⁾, 高崎総合医療センター呼吸器科²⁾, 群馬大学医学部附属病院病理部³⁾, 高崎総合医療センター病理診断科⁴⁾

○荻野美里(MD)¹⁾, 鯉淵幸生(MD)¹⁾, 中澤祐子(MD)¹⁾, 清水雄至(MD)²⁾, 星川里美(CT)³⁾, 宮永朋実(MD)⁴⁾, 田中優子(MD)⁴⁾, 小川 晃(MD)⁴⁾

【症例】79歳女性。

【現病歴】甲状腺腫に対し前医で穿刺吸引細胞診が行われ、悪性所見はみられず、臨床所見とあわせて良性腫瘍として経過観察となっていた。経過観察中に増大し気管圧排像がみられたため精査目的に当院紹介受診となった。

【初診時臨床所見】視触診では、甲状腺右葉に4.5×4.0cmの可動性良好、弾性軟の腫瘍を認めた。超音波では甲状腺右葉下極に4.4×3.3cm、境界は比較的明瞭、内部は嚢胞成分と充実成分が混在し、一部に石灰化を伴う腫瘍を認めた。甲状腺ホルモン値は正常、サイログロブリン値も上昇していなかった。

【穿刺吸引細胞診所見】穿刺吸引細胞診を施行したところ、パパニコロウ染色では泡沫細胞・好中球を背景にN/C比の高い異型細胞を小集塊状に認めた。上皮性悪性腫瘍が疑われたが、乳頭癌の核所見は認めず、甲状腺原発悪性腫瘍よりも腺癌の転移が疑われた。免疫染色では、異型細胞はTTF-1陽性で、肺腺癌・甲状腺癌の鑑別はできなかった。次いでPAX-8染色を行い、陰性であったことから肺腺癌の転移が強く疑われた。

【経過】全身CTで肺に異常影を認め、肺腺癌、多発肺内転移、骨転移、甲状腺転移の診断となった。StageIVの肺腺癌治療に対して化学療法を行ったが、初診から2年2ヶ月で死亡した。経過中に甲状腺転移巣の縮小はみられなかった。

【考察】甲状腺への転移は、非小細胞肺癌患者の剖検例のうち約2~4%に認められる。転移性甲状腺腫の原発巣別の割合は腎臓33%、肺16%、乳腺16%、食道9%と報告されている。今回、細胞診の免疫染色により腺癌の甲状腺転移が疑われ、肺腺癌が発見された一例を経験した。肺癌の転移性甲状腺腫は、比較的稀ではあるが、組織診を行わなくとも細胞診とその免疫染色により、診断が可能であると考えられた。

P-1-080 甲状腺乳頭癌の尾側に頸部胸腺癌を合併した1例

愛知医科大学病院病院病理部

○和田栄里子(CT), 櫻井包子(CT), 坪井智子(CT), 藤井佳穂(CT), 水野里美(CT), 宮下拓也(CT), 水野義己(CT), 佐藤允則(CT), 佐藤 啓(MD), 高橋恵美子(MD), 都築豊徳(MD)

【はじめに】頸部穿刺吸引細胞診で胸腺上皮性腫瘍に遭遇することはまれで、鑑別診断に拮がる事は少ない。我々は、甲状腺乳頭癌の尾側に頸部胸腺癌を合併し細胞診で組織型を推定しえた稀な1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。既往歴として16年前に肋骨軟骨肉腫。嚥下痛、前頸部腫脹を自覚しCTで前頸部に腫瘍を認め、さらにPETにて前頸部病変に加えて甲状腺左葉にもFDGの集積がみられたためそれぞれ穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見】甲状腺穿刺吸引細胞診：コロイドを背景にN/C比が高く、核縁不整、核間距離の不均等を示す濾胞上皮細胞集塊を認めた。核内封入体、核溝も認められ乳頭癌と診断した。前頸部病変穿刺吸引細胞診：きれいな背景の中にN/C比が高く、核クロマチンの増量、一部に核小体の目立つ異型細胞集塊を認めた。集塊には流れるような配列が見られ扁平上皮癌を疑った。穿刺部位が胸骨上端近傍の頸部で胸腺が存在しうるため胸腺上皮性腫瘍の可能性を考えた。両者はそれぞれ別の腫瘍であると考えた。

【組織像】前頸部病変：腫瘍は甲状腺尾側に近接し、頸部～胸骨背面に位置していた。組織学的に核小体が明瞭で、腫大した核を有する異型細胞が充実性の胞巣を形成し増殖。する所見を認めた。胞巣辺縁で扁平上皮への分化がみられた。幼稚なりンパ球浸潤はなく、免疫染色にて腫瘍細胞はCD5、CD117陽性であることから胸腺癌と診断した。甲状腺：高分化な乳頭癌を認めた。

【まとめ】穿刺吸引細胞診で胸腺が穿刺される機会は少ないため、判定に苦慮することがある。しかし頸部領域には発生学的に胸腺が存在しうるため胸腺由来の疾患が生じる事を念頭に置く必要がある。

P-1-081 胸腺癌の1例と鑑別を要する細胞像

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】今回われわれは胸腺癌の1例を経験し、それを契機に鑑別診断として挙がる細胞像について検討したので報告する。

【症例】60代男性。右反回神経麻痺にて受診し、超音波検査で右甲状腺右葉尾側に70mm大の腫瘤を認めた。CTでこの腫瘤は食道や気管を圧迫し、右内頸動脈は腫瘤によって取り囲まれていた。肺や肝臓への転移が疑われた。画像上は原発巣の推定が困難で甲状腺、食道、縦隔の悪性腫瘍が疑われ穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】リンパ球様細胞と壊死物質を背景に、充実性あるいは索状の集塊や孤立散在性に腫瘍細胞が出現していた。個々の細胞は類円形から紡錘形、裸核状まで多辺形を呈し、核の大小不同、核型不整は著明でクロマチンは粗顆粒状、複数個の明瞭な核小体を認めた。以上の所見より胸腺癌疑いと診断し、鑑別として腺癌、CASTLE, LCNEC, リンパ上皮腫様癌が挙げられた。

【組織所見】線維性組織を背景に大小の胞巣状に増殖する異型細胞を認めた。異型細胞は腫大した類円形の核と両側染色性から好酸性の胞体を持った大型の細胞であった。上皮性の接着が疑われ、壊死や核分裂像の増加(20/10HPF前後)を認めた。免疫組織化学ではCD5(+), bcl-2(+), Synaptophysin(±), p40(±), TTF-1(-)であった。以上より胸腺癌と診断された。

【まとめ】縦隔腫瘍は様々な組織型が出現し、他臓器からの浸潤や転移も少なくないため原発巣の推測も困難なことが多い。本症例も他臓器との連続性を認めたことから画像上原発は不明であり細胞診での組織型推定は重要であった。その鑑別点として背景、構造、個々の細胞所見を入念に観察することで、組織型推定は可能と考えた。当日は、それらの鑑別点について言及する。

P-1-082 術中捺印細胞診を経験した Atypical type A thymoma variant の2例

宝塚市立病院中央検査室¹⁾, 兵庫医科大学病理学(病理診断部門)²⁾, 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科³⁾

○松尾祥平(MD)¹⁾, 塚本吉胤(MD)²⁾, 土井玲子(MD)¹⁾,
山下結衣(CT)¹⁾, 太田寛子(CT)¹⁾, 竹野真祐(CT)³⁾,
東 誠二(CT)¹⁾, 廣田誠一(MD)²⁾

【はじめに】2015年のWHO Classification of Tumors of the Lung, Pleura, Thymus and Heartに収載された比較的新しい概念である Atypical type A thymoma variant の2例を経験し、術中捺印細胞診を施行した。Atypical type A thymoma variant の細胞学的特徴については既報がなく、今回経験した2例の細胞像について報告する。

【症例】症例1:60歳代, 男性。3.5cm大の前縦隔腫瘍。症例2:60歳代, 女性。4.5cm大の前縦隔腫瘍。いずれも、偶発的に指摘された前縦隔腫瘍に対し、胸腺腫の臨床診断にて腫瘍摘除術施行された。

【術中捺印細胞診・細胞学的所見】少量の小型リンパ球を背景に、ライトグリーン淡染性の胞体を有した紡錘形～卵円形細胞からなる上皮様細胞が集塊として、あるいは散在性に認められた。これは Type A thymoma としても矛盾しない細胞像であったが、上皮様細胞集塊の細胞密度は高く、一部ではあるが核分裂像も見られた。また、個々の腫瘍細胞の核は腫大し、核縁は比較的明瞭であった。症例2は症例1と比較し核溝が目立った。

【手術材料・組織学的所見】いずれも、紡錘形～卵円形腫瘍細胞の密な増殖からなり、通常 Type A thymoma と比較し、細胞密度に富み、腫瘍細胞の核は腫大していた。また壊死も認められ、核分裂像も目立った。免疫染色態度も併せて、Atypical type A thymoma variant と診断した。

【考察】Atypical type A thymoma variant は、組織学的に細胞密度や核分裂数の増加、focal necrosis を認めることを特徴とする。今回経験した2例は、細胞学的にもその特徴を有しており、術中迅速診断時に捺印細胞診を併用することが診断に有用な可能性がある。

P-1-083 術中迅速診断において捺印細胞診が有用であったリンパ球優位型胸腺腫の1例

船橋市立医療センター臨床病理¹⁾, 船橋市立医療センター臨床検査科²⁾, 船橋市立医療センター呼吸器外科³⁾

○清水辰一郎(MD)¹⁾, 諏訪朋子(CT)²⁾, 高橋久雄(CT)²⁾,
内田 修(MD)³⁾

【はじめに】リンパ球優位型胸腺腫の上皮成分をHE組織標本で確認することはしばしば困難である。我々は、リンパ球優位型胸腺腫の上皮細胞成分の確認に捺印細胞診が有用であった1切除例を経験したので報告する。

【症例】77歳女性。検診で前縦隔腫瘍を指摘され、当院呼吸器外科を紹介受診となった。胸腺腫の臨床診断にて摘出術が施行された。術中迅速組織標本では、小型リンパ球の密な増生を認めた。リンパ球優位型胸腺腫を疑ったが、上皮細胞成分の混在が不明瞭でその確定に躊躇した。しかし、同時に作製した腫瘍の細胞診標本において、上皮細胞の混在が明瞭に認められたことより、リンパ球優位型胸腺腫と確定することができた。

【結語】リンパ球優位型胸腺腫の術中迅速組織診断時には、細胞診を併用することが非常に有用であると考えられる。

P-1-084 肺腺癌の術前気管支鏡下細胞診良悪判定困難症例の検討

鳥取大学医学部胸部外科¹⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理部²⁾

○荒木邦夫(MD)¹⁾, 谷口雄司(MD)¹⁾, 中村廣繁(MD)¹⁾,
松重貴大(CT)²⁾, 遠藤由香利(CT)²⁾,
大野千恵子(CT)²⁾, 桑本聡史(MD)²⁾, 野坂加苗(MD)²⁾,
堀江 靖(MD)²⁾, 梅北善久(MD)²⁾

【はじめに】肺癌に対する術前気管支鏡検査において、生検組織診が陰性で細胞診が良悪判定困難となった症例は、手術時に迅速病理検査を行うかどうか問題となる。該当する腺癌症例の臨床病理細胞学的特徴を解析し、治療に係る対応について検討した。

【対象と方法】2013-15年で術前に気管支鏡下生検組織診と細胞診を併施した肺腺癌手術189例のうち組織診陰性が40例。この中で細胞診陽性が15例、良悪判定困難が10例であり、この2群間での臨床病理事項(腫瘍径、コンソリデーション/腫瘍径比、FDG集積値、優勢組織亜型、分化度、胸膜浸潤、脈管浸潤、EGFR変異)を比較した。良悪判定困難例については、生検組織、細胞診標本を再検討した。

【結果】細胞診陽性群と良悪判定困難群の間で有意となった臨床病理因子は、分化度のみであった。良悪判定困難の細胞診を見直すと、10例全て採取異型細胞量が少ないことが判定困難の理由の一つであり、細胞形態は構造異型、細胞異型いずれも腺癌を示唆する特徴を有していた。手術時の迅速病理は3例に行っていたが、癌と判明したことでの術式変更は1例のみであった。その他は患者背景、腫瘍の局在を考慮して迅速病理を省略し根治手術を行った。またこの期間に生検陰性・細胞診良悪判定困難とした症例が術後非癌病変と診断された偽陰性症例はなかった。

【まとめ】気管支鏡下細胞診で良悪判定困難とされる症例は陽性例と比較してより高分化群であった。細胞診上は腺癌を疑う細胞形態は有していたが、採取細胞が少ないことが良悪判定困難の根拠となっていた。偽陽性例はなかったことも踏まえ、細胞診良悪判定困難例に対しては、手術時の迅速病理の省略は概ね妥当と考えられた。

P-1-085 当院におけるEBUS-TBNA 検査症例の検討

山梨県立中央病院検査部病理診断科¹⁾, 山梨県立中央病院呼吸器内科²⁾

○興石早紀(CT)¹⁾, 雨宮健司(CT)¹⁾, 石井恵理(CT)¹⁾,
平賀 咲(MT)¹⁾, 柿崎有美子(MD)²⁾, 小山敏雄(MD)¹⁾

【はじめに】近年、超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)が多くの施設で導入され、有用性の報告がされている。今回我々は、当院での症例を後方視野的に検討し、結果をまとめた。現時点までの症例を示す。

【対象】当院呼吸器内科において2013年5月～2016年6月にEBUS-TBNAを施行した76症例85病変。平均年齢64.6(27～83)歳、男性38例、女性28例。

【結果】適応理由は原発性肺癌診断及び病期評価が最多の43病変(50.6%)、次いでサルコイドーシス疑いを含めた原因不明の両側肺門リンパ節腫脹32病変(37.6%)であった。穿刺部位は気管分岐部リンパ節が最多の72病変(84.7%)。穿刺回数は平均2.65回であった。細胞診の検体適正率は95.3%(81/85)で、ClassIII以上は46病変。ClassIまたはIIは35病変で、うち18病変に類上皮細胞を認めた。組織診の検体適正率は72.9%(62/85)で、悪性または悪性疑い40病変、良性22病変であった。良性のうち12病変にはサルコイドーシスに矛盾しない類上皮肉芽腫がみられた。左気管気管支リンパ節では細胞診と組織診双方で検体不適正となった割合が高かった。細胞診と組織診の一致率は、組織診悪性または悪性疑いで100%、良性で95.5%であった。

【まとめ】EBUS-TBNAは悪性腫瘍のみならず、サルコイドーシスの診断にも有用であった。細胞診は組織診に比べ検体不適が少なく、固形検体の採取されにくい病変にも有効といえる。また、組織診検体不適正例の救済、免疫染色や遺伝子検査など肺癌における個別化医療へ応用できると考え、検査時に作製したセルブロックを用いて検討を進めている。

P-1-086 呼吸器内視鏡におけるEBUS-GS法の導入と細胞診検査について

JA岐阜厚生連中濃厚生病院検査科¹⁾, JA岐阜厚生連中濃厚生病院婦人科²⁾

○玉置和仁(CT)¹⁾, 各務里奈(CT)¹⁾, 森 良雄(MD)¹⁾,
山際三郎(MD)²⁾

【はじめに】当院では呼吸器内視鏡を用いた細胞診断を行うにあたり、細胞検査士が放射線透視を行う内視鏡検査室に出向き、他職種との連携のもとに行っている。内視鏡施行時には、病変へのアプローチの際にガイドシース(以下GS)を用いることのほか、新しく導入した超音波気管支鏡(以下EBUS)を併用している。所謂EBUS-GS法の導入により病変に到達しているか否かの判断がより正確に評価でき、内視鏡生検の施行に大きな威力を発揮している。また、当院は本年3月より電子カルテが導入され、EBUS-GSの画像も各端末から閲覧可能となった。それらの画像所見と擦過細胞診材料等を照らし合わせて細胞診断を行うことも可能となり、従来と比較し総合的で多面的な判断を行う展開が可能となった。

【対象および方法】2016年3月から2016年5月までの当院におけるEBUS-GS法を用いた呼吸器内視鏡細胞診50例を対象とした。細胞検査士による内視鏡生検の介助ができなかった例も少数含まれるが、それらは電子カルテによるEBUS画像の参照・確認のみで評価した。

【結果及び考察】呼吸器内視鏡による細胞及び組織のサンプリングは、可視下で行う症例は少なく、多くは透視下で行う。従来は透視を行う方向を患者正面と側面の2方向から行い、病変部へのアプローチの評価を行って来た。この度EBUSでの画像確認を併用した結果、病変部に可能な限り届かせるための更なる取り組みが可能となった。組織サンプリングの精度向上を試みた結果、EBUS導入がもたらす細胞診断業務への影響と、電子カルテによる画像参照をどのように細胞診断業務に活かすかについて報告したい。

P-1-087 胸膜生検で小細胞癌, 胸水細胞診で腺癌と診断された1例

滋賀県立成人病センター呼吸器内科¹⁾, 滋賀県立成人病センター病理診断科²⁾

○塩田哲広(MD)¹⁾, 橋本健太郎(MD)¹⁾, 野原 淳(MD)¹⁾, 石床 学(MD)¹⁾, 渡邊壽規(MD)¹⁾, 土肥 誠(CT)²⁾, 山本喜啓(MD)²⁾, 河野文彦(MD)²⁾, 新宅雅幸(MD)²⁾

症例は45歳, 男性。右胸水貯留の精査目的で当科外来を紹介受診となる。初診時の胸部CT所見では右上葉S2に26mm×17mmの腫瘤陰影を認め, 葉間胸膜および壁側胸膜表面にも小隆起性病変を多数認めたが, 肺門・縦隔リンパ節腫大はみられなかった。腫瘍マーカーはCEA10.9ng/ml シフラ1.3ng/ml ProGRP 207pg/mlであった。肺癌および胸膜播種の疑にて気管支鏡検査を施行するも確定診断には至らなかったため局所麻酔下胸腔鏡検査を施行した。胸腔内には血性胸水の貯留を認め, 肺胸膜, 壁側胸膜, 横隔膜には大小様々な隆起性病変を多数認めた。胸水を排液した後この隆起性病変から生検を施行した。胸水細胞診では血性背景に異型細胞が孤立性または立体的集塊で標本一面に出現していた。N/C比は非常に大きく, 一部で細胞質内に空胞を有する所見を認め腺癌と診断した。一方壁側胸膜の腫瘍性病変から施行した生検のHE染色像では, 核はクロマチンが増量しN/C比が高く裸核状の異型細胞が膠原線維に浸潤性に増生していた。免疫染色の結果pan-CK(+) CD56(+) chromograninA(-) synaptophysin(+)から小細胞癌と診断した。当初は進展型小細胞肺癌の診断にてCDDP+VP-16による化学療法を施行したが, 治療効果は限定的で胸水の増加を認めたため再度胸水細胞診を施行したところ, やはり腺癌の細胞所見であった。EGFR感受性遺伝子変異(exon 21 L858R)を認めたため現在EGFR TKIによる治療を施行している。近年小細胞肺癌と腺癌は同じ2型肺胞上皮細胞を起源として発症し, EGFR TKIに対する抵抗性が発現した時にEGFR遺伝子変異陽性腺癌サブセットが小細胞癌に形質転換するという報告に注目が集まっている。今回の症例は腺癌と小細胞癌の共存を示唆する貴重な症例と考え報告する。

P-1-088 術中細胞診で診断に苦慮した肺多形癌の一例

医療法人徳洲会宇治徳洲会病院¹⁾, 京都大学医学部附属病院²⁾

○森 雅浩(CT)¹⁾, 江口光徳(CT)¹⁾, 中村祥子(CT)¹⁾, 田村佳枝(CT)¹⁾, 西村啓介(MD)¹⁾, 片岡竜貴(MD)²⁾

術中細胞診で診断に苦慮した肺多形癌の一例

【はじめに】肺原発多形癌は低分化な非小細胞癌であり, 紡錘細胞あるいは巨細胞を含む扁平上皮癌, 腺癌, 大細胞癌, あるいは紡錘細胞と巨細胞のみからなる腫瘍であり, 紡錘細胞あるいは巨細胞が少なくとも腫瘍の10%を占めると定義される。その頻度は全肺悪性腫瘍の0.3%と稀であり今回術中迅速細胞診にて診断に苦慮した肺多形癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。既往歴20代虫垂切除 59歳子宮筋腫 2015年11月25日徐脈にて他院より当院の心臓血管内科に紹介, 同日の冠動脈CTにて胸部異常陰影指摘。胸腹部造影CTで左肺上葉に17mm大の腫瘤, 右S9a/S10bに42.6mm大の腫瘤影を認め, 2016年2月に右肺下葉切除術施行。病理診断で混合型腺癌と診断。術後の経過も良く2月23日退院されたが4月に左肺上葉の腫瘤も増大傾向(直径30mm)にあり4月18日に左肺上葉S1+2区域切除術施行。術中迅速組織診を採取した際に液体成分が採取されたため術中迅速細胞診が提出された。

【細胞所見】炎症性背景に多核組織球や類上皮細胞様の細胞が多数出現。間質を軸に樹枝状に増殖する細胞集塊が多数みられた。核種大や軽度核形不整など認められたがクロマチン増量は軽度で反応性変化や良性腫瘍の可能性が示唆された。

【病理組織所見】巨細胞癌, 充実性型低分化腺癌, 紡錘細胞癌, 腺房型腺癌といった多彩な構成成分が混在して見られ多形癌の像であった。

【考察】術中細胞診にて多核組織球や異型のある多数の巨細胞を認めた場合は多形癌も考慮すべきであると思われる。

P-1-089 肺末梢に発生した腺様嚢胞癌の1例

国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院病理診断科

○神農有里絵(CT), 福村大祐(CT), 大見 忍(CT),
勝村雄一(CT), 加藤良樹(MD), 小笠原良治(MD),
柳本邦雄(MD)

【はじめに】腺様嚢胞癌は全肺悪性腫瘍の1%以下と比較的稀な腫瘍であり、気管支腺原発の腫瘍と考えられている。そのため、同腫瘍のほとんどが気管及び中枢気管支に発生する。今回我々は肺末梢に発生した腺様嚢胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。他院で胸部X線写真にて左肺下葉異常陰影を指摘され、精査目的で当院受診。既往歴・家族歴ともに特記すべき事項なし。

【画像所見】胸部X線及びCT画像で左下葉の末梢部に辺縁不整な1cm大の腫瘤を認めた。

【組織所見】肉眼的には13x13x10mmの境界明瞭な灰白質充実性小結節を認めた。HE標本では腫瘍細胞が粘液を取り囲むように篩状構造を呈していた。特殊染色では、粘液物質がアルシアン青染色陽性を示し、ギムザ染色でメタクロマジーを示した。免疫染色では導管上皮様細胞にcytokeratin陽性、筋上皮/基底細胞様細胞にp63陽性を示した。

【細胞所見】腫瘍捺印標本では、N/C比高く、クロマチン増量した異型の乏しい類円形の小型細胞が、ライトグリーン淡染性または透明の粘液様物質を取り囲むような球状集塊として認められた。

【結語】腺様嚢胞癌は肺癌取扱規約では唾液腺型癌に分類される。組織学的には唾液腺の腺様嚢胞癌と同様の所見を示し、その特徴的な所見から篩状構造を示す腺癌と容易に鑑別可能であると考えられるが、肺末梢に発生する腺様嚢胞癌の可能性を考え鏡検することが肝要である。若干の文献的考察を加えて報告する。

P-1-090 Giant cell carcinomaの1切除例

社会医療法人天神会新古賀病院

○河原真弓子(CT), 貞嶋栄司(CT), 木下準子(CT),
山崎加奈子(CT), 貞嶋奈津(CT), 三宅まどか(CT),
徳永 藏(MD)

【はじめに】肺のGiant cell carcinomaは多形・肉腫様あるいは肉腫成分を含む癌のうち紡錘形細胞あるいは巨細胞を含む癌に分類され、「emperipolesis」と呼ばれる腫瘍細胞内に好中球を取り込んだ像がしばしば見られるとされている。今回我々は気管支擦過にて多数の好中球を伴ったGiant cell carcinomaの1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。市の検診にて胸部異常陰影を指摘され精査目的にて当院受診し気管支鏡検査及び胸腔鏡補助左肺上葉部分合併下葉切除術が施行された。

【細胞像】多数の好中球を背景に、大型円形あるいは楕円形の巨細胞を散在性に認めた。細胞質は淡く泡沫状で、核内には大型円形核小体を有し、細胞質内に数~数十個の多数の好中球を取り込んだ像を認めた。

【病理組織像】腫瘍は75×60mmの分葉状結節で、腫瘍細胞は豊富な好酸性胞体を有し核小体の目立つ大型で異型の強い細胞からなる充実性増殖を示していた。細胞像と同様にemperipolesisが多数認められ、免疫染色ではAE1/AE3, Vimentin陽性。Desmin, S-100, TTF-1, p40, CK5/6陰性で明らかな腺癌や扁平上皮癌の部分は見られなかった。

【考察】多形・肉腫様成分を含む癌は急速な経過をたどり症例によって非小細胞癌と紡錘形細胞、巨細胞の割合が異なる為、非小細胞癌以外の細胞の出現を考慮し鏡検する必要がある。又経過中患者の白血球数は10000/m³前後で推移し臨床的にG-CSF産生腫瘍は疑われていなかったが好中球を取り込んだ像が見られる際にはG-CSF産生腫瘍の可能性も考慮する必要があると思われた。

【まとめ】肺癌の治療において組織型を特定することは重要である為、特徴的な細胞像の報告や必要に応じた免疫染色を行い臨床に有用な情報を積極的に提供する必要があると考えられた。

P-1-091 好中球に中毒性顆粒を認め、G-CSF産生が示唆された転移性腫瘍の1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⁾

○田代章人(CT)¹⁾, 井本秀志(CT)¹⁾, 森田明子(CT)¹⁾,
尾松雅仁(CT)¹⁾, 上原慶一郎(MD)²⁾, 今井幸弘(MD)²⁾

【はじめに】顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF)は、好中球系細胞の分化増殖を促進したり、成熟好中球の機能を亢進させたりするサイトカインである。G-CSF産生腫瘍は様々な臓器で発生する稀な腫瘍で、一般に予後不良とされている。今回、G-CSF産生が示唆された頸部リンパ節転移腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性、1ヶ月以上続く発熱を主訴に、著明な白血球数増多、CRP上昇が認められ、他院にて気管支鏡肺生検で肺腺癌と診断された。加療のため当院へ転院後、肺癌の多発転移が疑われ、頸部リンパ節生検および穿刺吸引、捺印細胞診材料を採取した。

【細胞所見】多数の好中球を背景に類円形大型核、明瞭な核小体、淡い胞体、偏在核を示す異型細胞を認め、腺癌を疑った。May-Giemsa染色では中毒性顆粒を持つ好中球を多数認めた。

【組織所見】核形不整、明瞭な核小体、淡好酸性胞体、管腔構造を示す異型細胞を認め、低分化腺癌の頸部リンパ節転移を考えた。好中球浸潤も見られた。他院の肺生検組織の癌の像と同様な像で、肺腺癌の転移と考えた。免疫組織化学的にCK7陽性、CK20陰性、G-CSF陽性であった。

【まとめ】細胞診で認められた中毒性顆粒の増加は、G-CSF産生腫瘍により過剰状態となったG-CSFによって急速に好中球産生が促進され、その際にアズール顆粒の残存として生成されたと考えた。白血球数の著明な増加を認める場合、細胞診においては好中球内の中毒性顆粒の有無に着目し、G-CSF産生腫瘍を考慮して観察することで、診断や治療に貢献できる可能性が示唆された。

P-1-092 気管支鏡下生検時の迅速細胞診で特徴的な所見を認めた肺原発悪性黒色腫の1例

和歌山県立医科大学呼吸器内科腫瘍内科

○小野安子(CT)

【背景】悪性黒色腫は皮膚原発が約90%と肺原発は比較的稀で、これまで気管支鏡下迅速細胞診(Rapid on-site cytologic evaluation; ROSE)の所見について報告はない。今回、ROSEで悪性黒色腫の細胞診を観察できた1例を経験したので報告する。

【症例】81歳、女性。胸部異常陰影を指摘され当科を紹介受診となった。胸部CTでは、左肺S4に径約5cm大の腫瘍および多発縦隔リンパ節腫大を認め、気管支鏡下生検を施行した。ROSEはDiff-Quik stainTMを用いた。ROSEの所見は、N/C比の比較的大きな大型の異型細胞が孤立散在性および数個の集塊として多数出現し、異型細胞は細胞質内に暗褐色の顆粒状物質を認め、核内封入体も見られた。組織球の細胞質内にも大小不同の暗褐色の顆粒が存在していたが、異型細胞の胞体内での均一な暗褐色の細顆粒物質とは異なっていた。病理診断における細胞所見は、N/C比高の細胞を孤立性や小集塊で多数認め、細胞は胞体に緑～茶褐色調の顆粒を確認できた。組織所見では壊死を伴い、類円形核で好酸性の細胞質を有した異型細胞のシート状増殖が見られた。背景に褐色色素を貪食した組織球も認められた。免疫染色で腫瘍細胞は、MelanA+, SOX10+, AE1/AE3-, p40-で悪性黒色腫と診断した。

【結論】本症例の肺原発悪性黒色腫では、特徴的とも言えるメラニン顆粒を細胞質内に有していて、ROSEでもその特徴を確認でき、組織球の貪食像と鑑別することが可能であった。

P-1-093 気管支擦過細胞診により疑われた肺悪性黒色腫の一例

慶應義塾大学医学部病理学教室¹⁾, 慶應義塾大学病院病理診断部²⁾

○鈴木一生(CT)^{1,2)}, 阿部 仁(CT)^{1,2)}, 草刈 悟(CT)^{1,2)}, 鈴木美那子(CT)^{1,2)}, 中島清聖(CT)^{1,2)}, 佐藤孝之(CT)^{1,2)}, 三春慶輔(CT)^{1,2)}, 林雄一郎(MD)²⁾, 佐々木文(MD)²⁾, 亀山香織(MD)²⁾

【はじめに】悪性黒色腫はメラノサイト由来悪性腫瘍で、早期から血行性、リンパ行性に遠隔転移をきたす予後不良の疾患である。発生部位は90%が皮膚で、その他鼻咽頭粘膜、眼底などがある。肺でみられる悪性黒色腫のほとんどは転移性のもので、原発は極めて稀であり、全悪性黒色腫の0.4~0.5%程度、肺原発腫瘍においては0.01%とされている。今回我々は肺原発の可能性のある悪性黒色腫症例を経験したため、細胞学的所見を含め報告する。

【症例】70歳の男性。前医人間ドッグの胸部レントゲンで左上葉腫瘤陰影、CTにて32mmの結節を指摘され、肺癌疑いの精査加療目的で当院紹介受診となった。気管支鏡下による検査では肉眼的異常はみられなかったが、CTによる指摘部位から細胞診及び生検が施行された。細胞像は、正常気管支円柱上皮細胞とともに褐色調物質を貪食したマクロファージが散見され、少数ながら明瞭な核小体を有する異型細胞を認めたため、悪性黒色腫を第一に考え、悪性疑いとした。生検組織は微小で異型細胞を認めるも、組織型の確定は困難であったが、細胞所見が一助となり、免疫染色にてHMB-45, Melan-Aが行われ、その陽性結果より悪性黒色腫と診断した。その後、原発巣の特定のため全身検索を行ったが、他に原発巣を疑う明らかな病変もなく、左肺葉切除術およびリンパ節郭清が施行された。数ヶ月経過した現在まで、リンパ節転移や再発はない。

【まとめ】細胞診で本腫瘍の組織推定は困難なことが多い。その要因として、本症例が極めてまれであり、気管支鏡で病変がみられなかったことに加え、呼吸器領域においてはメラニンとの鑑別に炭粉、リポフスチン、ヘモジデリン等があること考えられた。

P-1-094 縦隔に発生した大細胞神経内分泌癌の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)

【症例】患者は60歳代男性。主訴は咳嗽。現病歴は3ヶ月前より咳嗽にて受診、胸部レントゲン、CT検査で縦隔腫瘍を指摘され当院呼吸器内科に紹介となった。EBUS-TBNAにて低分化癌と診断され手術となった。

【画像所見】気管右腹側の縦隔に36x26mm大の腫瘍性病変を認めた。

【肉眼所見】腫瘍は約45x40mm大で境界は明瞭。剖面は黄白色調、分葉状で泥状部分と充実性部分が見られた。

【細胞診所見】EBUS-TBNAではN/C比の高い細胞が小集塊または孤在性で認められ、それらは大小不同、核形不整、クロマチンの増量、核小体が著明だった。また摘出腫瘍捺印細胞診では壊死物質を背景に大型で裸核状から一部レース状で淡い豊富な細胞質を有する細胞がシート状集塊で出現していた。核は類円形から楕円形でしわやくびれなど核形不整がり、粗顆粒状のクロマチン増量、一部明瞭な核小体も見られLCNECが考えられた。

【組織所見】EBUS-TBNAでは凝血塊や線維化巣とともに淡好酸性細胞質、および核腫大、明瞭な核小体を有する腫瘍細胞の小巣状、胞巣状増生が見られた。また摘出腫瘍では周囲を脂肪織や線維性被膜で境界され、類円形の大型腫瘍細胞が大小不規則な胞巣状ないしは索状構造を取って増生し、胞巣の中心部では好酸性壊死巣が見られた。小型の腺管やロゼット形成も見られた。免疫染色ではsynaptophysin, TTF-1, CK7が陽性、Ki67 L.I.は30%以上で縦隔由来のLCNECと診断した。

【まとめ】EBUS-TBNAでは細胞診での確定は困難であったが、捺印細胞診では十分な特徴的所見を認め確定診断ができた。本症例の原発巣は肺由来も疑われたが、詳細な全身検索でも腫瘍は見られず、術後経過観察でも腫瘍は出現せず原発巣は縦隔が最も疑われた。

P-1-095 肺癌検診喀痰細胞診が契機で発見された肺腺癌の解析

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, 扁平上皮癌のみならず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をIA期(3cm以下)とIB期以上の2群に分類し, 臨床的および細胞学的に比較検討した。

【対象と方法】1995~2008年の喀痰集検受診者のうち, C・D・E(中等度異型・高度異型・癌)判定から発見された腺癌40例のなかから, 病期が確定しD・E判定細胞が認められ検鏡が可能であった19例をIA期5例とIB期以上14例の2群に分類し, 年齢・喫煙指数・異型上皮細胞の出現数・集塊細胞出現数・異型度・核クロマチンについて比較した。2群間の比較は χ^2 検定による統計学的な解析を行い, p値0.05未満を有意とした。

【結果】腺癌40例は全て男性, 平均年齢は71歳, 平均喫煙指数は1,002であった。細胞像については平均出現数がIA期19個・IB期以上256個, 孤立性出現比率はIA期63.5%・IB期以上3.5%($p<0.001$), 小型(3~10個)集塊比率はIA期36.5%・IB期以上1.6%($p<0.001$), 中型(11~20個)集塊はIA期0.0%・IB期以上35.7%($p<0.001$), 大型(21個以上)集塊はIA期0.0%・IB期以上59.3%($p<0.001$), 核クロマチンの不均等分布はIA期24.0%・IB期以上88.4%($p<0.001$), 核縁の肥厚はIA期28.1%・IB期以上79.0%($p<0.001$), 高度異型細胞および癌細胞の出現比率はIA期44.8%・IB期以上88.2%($p<0.001$)であった。

【まとめ】喀痰集検で発見された肺腺癌の平均年齢は71歳, 平均喫煙指数は1,032で重喫煙者が多かった。IA期の異型細胞の出現数は少数で, 孤立性あるいは小型集塊で出現する傾向があり, さらにIB期以上に比較して異型性に乏しいため, 検出には慎重なスクリーニングが必要であった。

P-1-096 定位放射線治療3年後に増大を示し, 肺切除施行された原発性肺癌の一例

国際医療福祉大学三田病院呼吸器外科¹⁾, 東京医科大学外科学第一講座²⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理部(病理診断センター)³⁾

○小鹿雅和(PhD)¹⁾, 岩崎賢太郎(PhD)^{1,2)}, 長瀬清亮(PhD)¹⁾, 林 和(PhD)¹⁾, 相田真介(PhD)³⁾, 池田徳彦(PhD)²⁾

症例は73才女性5年前に前医にて右肺下葉に原発性肺癌を疑う腫瘍を認めた。確定診断が困難であり定位放射線治療(SRT: stereotactic radiotherapy)施行。3年後に照射部位に重なる右肺S8に増大を示す結節影を認めた。セカンドオピニオン目的に当院受診。継続的に増大しており, 悪性病変の鑑別にて気管支鏡検査施行。生検では異型細胞を認めなかったが, 擦過細胞診では核腫大, クロマチン細顆粒状, 不整, 核小体を認め核内封入体も散見されるシート~小集塊状を呈す腺癌の細胞所見を得た。右肺下葉切除術+縦隔リンパ節郭清術施行。組織像は無気肺と線維化, 膿瘍形成を伴う炎症性の背景に4mm大の核異型の強い細胞増殖を認め, 遺伝子解析でも原発性肺癌を示唆する所見であった。SRT施行後3年目に増大する結節影を切除し, 瘢痕と炎症が主体の中に微小な腺癌を認めた症例を経験したので文献を踏まえて報告する。

P-1-097 気管支原発硝子化明細胞癌の1例

(公財)がん研究会がん研究所病理部¹⁾, (公財)がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部²⁾, (公財)がん研究会有明病院呼吸器内科³⁾

○高松 学(MD)¹⁾, 星 利良(CT)²⁾, 山田麻里沙(CT)²⁾, 佐藤由紀子(DDS)¹⁾, 武藤麻理子(MD)¹⁾, 二宮浩範(MD)¹⁾, 柳谷典子(MD)³⁾, 宝来 威(MD)²⁾, 石井脩平(CT)¹⁾, 藤山淳三(CT)²⁾, 古田則行(CT)²⁾, 杉山裕子(MD)²⁾, 小松京子(CT)²⁾, 石川雄一(MD)¹⁾

【背景】硝子化明細胞癌 (Hyalinizing clear cell carcinoma: HCCC)は比較的稀な腫瘍で、唾液腺原発のものが知られている。気管支原発のHCCCは極めて稀であり、ごく少数の症例報告がなされているのみである。

【症例】56才女性。6年前の健診胸部X線で胸膜肥厚を指摘され、胸部CTで右中葉無気肺を認めた。当院紹介となり、気管支鏡検査にて中葉気管支のわずかな粘膜隆起がみられたが、気管支鏡下擦過細胞診および生検は陰性であったため経過観察となった。その後胸部CTにおいて右肺門部腫瘍の増大を認めた。FDG-PETではSUV max 8.7と集積がみられた。超音波気管支鏡下吸引細胞診(TBAC)を行ったところ、Atypical cellsであり、同生検(TBNA)では扁平上皮癌との診断に至った。病変は肺門部リンパ節およびその周囲組織にあると考えられたため、原発不明癌(cT0N1)として右肺中下葉切除術を施行された。病変は中下葉分岐部に存在し、組織学的には淡明細胞が硝子様間質を伴いながら索状、充実性に増殖していた。捺印細胞診では、核異型が比較的弱く、軽度重積性を示す淡明細胞よりなる小集塊が散在性にみられた。組織切片を用いて実施した免疫染色では、腫瘍細胞はp40, p63, CK 5/6に陽性を示し、FISH法ではEWSR1のbreak apartが陽性であった。以上よりHCCCと診断した。

【考察】稀な気管支原発腫瘍であるHCCCを経験した。

P-1-098 気管支擦過細胞診にて腫瘍細胞を認めた悪性胸膜中皮腫の1例

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⁾

○西中村恵輔(CT)¹⁾, 松本慎二(PhD)¹⁾, 浜崎 慎(MD)²⁾, 小島勝己(CT)¹⁾, 大石朋子(CT)¹⁾, 相知優子(CT)¹⁾, 鍋島一樹(MD)^{1,2)}

【はじめに】悪性胸膜中皮腫の進行期における肺浸潤では、びまん性の胸膜肥厚を伴った浸潤性の増殖形態を示すのが通常で、肺実質内に結節性の腫瘍を形成する事は比較的稀である。今回我々は臨床的に原発性肺癌が疑われ、気管支擦過及び洗浄液細胞診にて腫瘍細胞を認めた悪性胸膜中皮腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。呼吸困難、腹部膨満感を主訴に当院受診。初診時、多量の腹水を認めたため腹水細胞診を施行。CTにて右肺中葉の腫瘍影および胸膜肥厚を認めたため、肺癌や悪性中皮腫疑いにて気管支鏡検査が施行された。

【細胞所見】腹水細胞診では多くの異型細胞が出現しており、細胞像、免疫細胞化学染色、FISH法によるp16遺伝子解析より悪性中皮腫の診断を得た。気管支擦過及び洗浄液細胞診では、やや大型の異型細胞の小集塊を認め、2~4核の多核細胞も見られた。細胞質は繊細で境界不明瞭、中心部の重厚感と辺縁の不明瞭化を認め、腹水で認められた異型細胞に酷似した細胞所見であった。免疫細胞化学染色にて異型細胞はcalretininに陽性であり、以上の所見より悪性胸膜中皮腫の肺浸潤を疑った。

【組織所見】肺胞腔内にびまん性に増殖する異型細胞が見られ、免疫組織化学染色およびp16遺伝子ホモ欠失陽性の結果より悪性胸膜中皮腫と診断した。

【考察】本症例は、腹水細胞診にて腫瘍の存在が疑われ、気管支細胞診にて確定診断を得る事ができた悪性胸膜中皮腫症例であった。気管支細胞診材料中に悪性中皮腫細胞が出現する事は稀であるが、悪性中皮腫診断における細胞診の有効性と確定診断のための免疫染色などの補助ツールの必要性を再認識できた。

P-1-099 原発性腸型肺腺癌の臨床細胞診像

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター病理診断科¹⁾, 近畿大学医学部病理学教室²⁾, 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科³⁾

○笠井孝彦(MD)¹⁾, 武田麻衣子(MD)¹⁾, 寺本友昭(CT)¹⁾, 上田利和(CT)¹⁾, 名嘉正勝(CT)¹⁾, 藤田幸久(CT)¹⁾, 清水重喜(MD)²⁾, 沖塩協一(MD)³⁾

原発性腸型肺腺癌の発生頻度は、少なくその臨床病理像及びその細胞診像の報告は少ない。今回我々は、当院で経験した腸型肺腺癌の臨床病理細胞診像を報告する。

【対象と方法】2013年から2016年までに当院病理診断科において、臨床的に原発性大腸癌の合併がないと確認され、病理学組織学的に大腸癌類似形態を示す原発性肺腺癌の成分が50%以上に認められた10例(男女比9:1, 平均69歳)。その臨床病理像、それぞれの擦過、穿刺、および捺印細胞診像を検討し、転移性大腸癌症例の細胞診像との比較を行った。

【結果とまとめ】病理組織学的に、8例は本成分からなり、2例は混合型(胎児型成分を伴う腺癌と腺扁平上皮癌)であった。免疫組織学的には、CK7は全例陽性を示し、8例はCDX-2陽性であり2例はTTF-1陽性を示していた。Driver gene mutationは、ALKの転座は確認できなかったが、2例にEGFR遺伝子変異が認められた。腸型肺腺癌の細胞診像は、円柱上皮型の異型腺上皮細胞が、重積傾向を示しながら出現するも、転移性大腸癌と比較して結合性に乏しくnuclear palisadingや腺腔形成が目立たず核小体も目立たなかった。壊死性背景は、小型の腸型肺腺癌には見られなかった。

P-1-100 原発性肺癌との鑑別に苦慮し、GATA3にて膀胱癌肺転移を診断し得た1例

国立病院機構金沢医療センター臨床検査科

○久野欽子(CT), 松田愛子(CT), 山岸 豊(CT), 笠島里美(MD), 川島篤弘(MD)

【はじめに】近年、CT画像の発達により肺腫瘍の発見頻度が増しているが、原発か転移か迷う事も稀ではなく、治療方針決定のためには病理診断が必須である。今回我々は、膀胱癌術後に発見された孤立性肺腫瘍の組織診と細胞診の結果が当初不一致となり、GATA3染色でようやく膀胱癌肺転移と診断し得た1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。既喫煙者(30本×23-68歳)。X年11月、膀胱癌全摘術施行。膀胱左側壁の尿路上皮癌(pT2aN0Mx)であった。X+2年8月、肺孤立性腫瘍がCTで指摘され、肺原発が疑われた。全身PET-CTでは、左内腸骨動脈領域にFDG集積あり。X+3年2月、確定診断のため肺腫瘍に対してEBUS-TBNAによる組織診と細胞診が行われた。組織診は陰性で、細胞診は陽性(腺癌)であったため、HEの見直しを行ったところ、通常では指摘し得ないほどの微小な異型細胞集塊が2個認められた。1個が免疫染色でGATA3陽性となり、膀胱癌肺転移と診断されたが、その他の切片には集塊がなく、TTF-1とnapsin Aは評価できなかった。

【細胞所見】不規則重積性を示す核密度の高い細胞集塊で、核偏在傾向、核の不整、クロマチンの増量や不均等分布を認め、細胞質は淡く、腺癌と考えた。

【まとめ】孤立性の辺縁不整な肺腫瘍は、当初、原発性肺腺癌が疑われたが、その後のHE見直しとGATA3染色追加で、膀胱癌肺転移と最終診断し得た。細胞診では、原発性肺腺癌と膀胱癌転移の鑑別は非常に難しい。組織またはセルブロックでGATA3などの免疫染色を行えば、確定診断可能と思われた。

P-1-101 腎癌手術後 16 年を経過し肺転移を来した 1 切除例

朝倉医師会病院病理診断科¹⁾, 朝倉医師会病院病理検査科²⁾, 久留米大学医学部病理学講座³⁾

○田口 順(MD)¹⁾, 藤井広美(CT)²⁾, 林 涼子(CT)²⁾, 矢野博久(MD)³⁾

【はじめに】腎細胞癌切除後の長期経過観察中に肺転移を来す症例が存在する。今回我々は腎癌切除後 16 年の経過で、肺転移を来した淡明細胞型腎細胞癌と考えられる 1 例を経験した。

【症例】70 歳, 男性。16 年前腎癌にて右腎摘出の既往がある(詳細不明)。僧帽弁置換術後で当院循環器科 follow 中であった。経過中施行された胸部 CT 検査で、右下葉に直径 10 mm 大の腫瘤を認めた。精査目的にて当院に入院。右原発性肺癌疑いにて胸腔鏡下右肺部分切除が施行される。

【捺印細胞所見】腫瘍細胞はシート状集塊として存在し、淡明あるいは泡沫状の豊富な細胞質を有している。核は円から類円形、濃染性で不整像を認める。N/C 比は低く、核小体はあまり目立たない。

【組織所見】切除された腫瘤は大きさ 13X10 mm, 境界明瞭で、黄白色調を呈する。腫瘍細胞は組織学的に立方状あるいは円柱状で、淡明な細胞質を有している。核は濃宿状で小さく、円形から類円形をなしている。また、腫瘍細胞は血管性の間質に囲まれ、胞巣構造をなし、増殖している。免疫染色 CD10 に陽性を示した。

【まとめ】淡明細胞型腎細胞癌の肺転移の症例を経験した。腎癌においては長期経過の後肺に転移する症例が存在する。今回、その細胞像、組織像について検討した。

P-1-102 肺動脈血吸引細胞診にて Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy を診断し得た 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腫瘍学講座病理学分野²⁾

○竹下かおり(CT)¹⁾, 窪田恵美(CT)¹⁾, 西田ゆかり(CT)¹⁾, 田中和彦(CT)¹⁾, 平木 翼(MD)²⁾, 山田壮亮(MD)²⁾, 東美智代(MD)¹⁾, 畑中一仁(MD)²⁾

【要旨】乳癌術後に出現した労作時呼吸困難及び肺高血圧症に対し、肺動脈血吸引細胞診を施行する事で Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) を存命中に診断し得た 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 代女性。4 年前に浸潤性乳癌で左乳房切除の既往がある。1ヶ月前より労作時呼吸困難を自覚する様になり受診。胸部 CT では両側肺野末梢に楔状浸潤影を、肺血流シンチグラフィでは多発性の楔状欠損影を認め、微小多発肺腫瘍塞栓が疑われた。スワン・ガンツカテーテルでは平均肺動脈圧は 41 mmHg と高値で肺高血圧症と診断され、同時に肺動脈血吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】肺動脈血 30 ml を BD サイトリッチレッド™ にて溶血させ LBC 標本作製した。多数の白血球を背景に異型細胞を孤在性あるいは中型～大型集塊状に認めた。個々の細胞では強い核形不整や大型の核小体を認め、悪性上皮性細胞が示唆された。セルブロック標本の免疫染色では、異型細胞は CK-34βE12, GCDFP-15 陽性, mammaglobin, Estrogen receptor (ER), Progesterone receptor (PgR) 陰性であった。

【組織所見】原発と思われる左乳房検体の再検討を行った。小型乳頭管状を呈し浸潤性に増殖する異型上皮細胞を認め、異型上皮細胞の多くは好酸性で豊富な細胞質を有していた。免疫染色では CK-34βE12, GCDFP-15 陽性, mammaglobin, ER, PgR 陰性であり、浸潤性乳癌(アポクリン癌)と診断された。

【まとめ】PTTM は担癌患者における致死合併症であり早期診断が望まれるが、高度の呼吸不全がある患者から侵襲的検査を施行するのは困難であり、生前に確定診断される例は稀である。画像検査の結果微小多発肺腫瘍塞栓が疑われた場合、本症例の様に肺動脈血吸引細胞診を早期に行う事が診断の一助となると考える。

P-1-103 肺動脈血細胞診から前立腺癌由来の PTTM と同定できた一例

滋賀医科大学医学部附属病院病理部

○山口 大(CT), 森谷鈴子(MD), 岡本 望(CT),
春日 希(CT), 籠谷亜希子(CT), 林 裕司(CT),
岩井宗男(CT), 宮平良満(CT), 九嶋亮治(MD)

【はじめに】 Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) は、肺動脈の微小腫瘍塞栓によって急性の肺高血圧症と呼吸不全を伴い、多くが予後不良の経過を辿る疾患である。今回、臨床的に PTTM が疑われ、肺動脈血の細胞診とセルブロックによって診断が可能となった一例を紹介する。

【症例】 60 代の男性。前立腺癌の骨転移にてホルモン加療中。PET-CT および胸部造影 CT にて PTTM が指摘された。細胞診検体として、スワン・ガンツカテーテル法によって採取された右下葉肺動脈血、左下葉肺動脈血、右下葉背側肺動脈血が提出された。各々の検体は、遠心後に擦り合わせ法にて処理し、Papanicolaou 染色、Giemsa 染色、PAS 染色を行った。同時にセルブロック標本も作製し、HE 染色、免疫染色 (PSA, Factor8, cytokeratin AE1/AE3) を施行した。細胞診標本では、好中球を背景に核が腫大、裸核状で一部多核を示す異型細胞が見られた。ごく少数ながら上皮様結合を思わせる集塊も観察され、腫瘍細胞の可能性が否定できない細胞像であった。セルブロックの HE 標本では、赤血球、成熟好中球に混じって、骨髄巨核球と類似する多核細胞が散見された。また、上皮性結合を示し、核の腫大を認める細胞集塊もごく少数認められた。セルブロックの免疫染色標本では、上皮性結合を示す細胞に PSA および AE1/AE3 が陽性を示し、多核細胞の一部で Factor8 が陽性であった。以上の結果より、肺動脈血中に前立腺癌由来の腫瘍細胞と骨髄巨核球が存在すると考えられた。

【まとめ】 PTTM に対しては原疾患の治療が有効であるが、本例では細胞診、セルブロックの併用により侵襲性の低い検査で前立腺癌腫瘍細胞を同定することができ、治療方針決定の一助となった。

P-1-104 国内発生 2 例目の *Cryptococcus gattii* 感染症愛知県厚生連海南病院病理部¹⁾, 愛知県厚生連海南病院病理診断科²⁾

○北島聖晃(CT)¹⁾, 伊藤真由美(CT)¹⁾, 成田 淳(CT)¹⁾,
石川 操(MD)²⁾, 中村隆昭(MD)²⁾, 後藤啓介(MD)²⁾

【はじめに】 Cryptococcosis の原因真菌には *Cryptococcus neoformans* と *C. gattii* があるが、本邦でのほとんどの症例が *C. neoformans* による感染である。一方、*C. gattii* は熱帯から亜熱帯地域を中心に生息し、この菌による感染は一般に輸入感染症と考えられている。今回我々は国内発生例の *C. gattii* 感染症を経験したので報告する。

【症例】 患者は免疫不全のない 39 歳男性で海外渡航歴はなかった。2 週間以上持続する頭痛と微熱を主訴に当院を受診した。胸部 CT にて右肺下葉に約 5 cm の腫瘤影が指摘され、頭部造影 MRI では多発性の脳内結節もみつけた。画像所見や炎症反応上昇がないことから多発性脳転移を伴う肺癌が疑われ、気管支鏡検査が施行された。

【病理所見】 気管支鏡細胞診では、多核巨細胞を含む多数の組織球とともに、大小不同を示す酵母様病原体が多く出現していた。菌体は莢膜を有し、PAS 染色および Grocott 染色に陽性であった。生検組織診では肺胞組織内に粘液状基質や泡沫細胞もみられた。のちに真菌株は *C. gattii* と判明した。

【考察】 国内で発生する Cryptococcosis は *C. neoformans* によるとされているが、今回我々は国内発生 2 例目となる *C. gattii* 感染症を経験した。本例のように粘液状基質を伴いながら菌体が観察される病理像は、免疫不全患者に生じる Cryptococcosis でよく知られているが、本例は免疫不全のない若年男性であった。*C. gattii* は免疫不全のない健常者にも感染することが多いとされているが、その細胞像や組織像については十分な報告がない。本例のように、粘液状基質の背景を伴いながら大小不同のある酵母様真菌が免疫正常患者において観察されるときには *C. gattii* 感染症を鑑別に挙げるべきかもしれない。

P-1-105 肺胞洗浄液検体で同時にクリプトコッカス症、ニューモシスチス肺炎を検出した1例

群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院保健学研究生体情報検査科学³⁾

○佐藤香織(CT)¹⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)³⁾, 福田利夫(MD)³⁾

【はじめに】免疫不全状態では、日和見感染症が生じ、複数感染もまれではない。今回我々は、肺胞洗浄液細胞診検体(BAL)で、クリプトコッカス症およびニューモシスチス肺炎を同時に検出したので報告する。

【症例】44歳、男性。男性間性交渉者。前医にて連日続く頭痛、嘔吐、発熱を主訴に受診し、精査の結果、AIDS、クリプトコッカス性髄膜炎と診断された。AIDSの専門治療のため当院を紹介受診。入院時より右肺に肺病変が指摘されており、確定診断のため気管支内視鏡検査が施行された。

【細胞所見】右S8空洞性病変：炎症細胞および肺胞組織球とともに、Pap染色で透明で大小様々の円形～類円形の酵母様真菌が認められた。真菌は出芽し組織球に貪食され、PAS、グロコット染色に陽性で、Cryptococcosisの所見であった。右上葉すりガラス影部：炎症細胞および肺胞組織球とともに、Pap染色で灰青色の泡沫状集塊が多数認められた。泡沫状集塊は、PAS、グロコット染色陽性の赤血球大の菌体からなり、Pneumocystis jirovecii感染の所見であった。

【組織所見】TBLB検体で、断片状の肺組織および肉芽組織が認められた。PAS、グロコット染色陽性出芽する酵母様真菌が組織球に貪食されており、Cryptococcosisと診断された。

【まとめ】感染症の検索には、細胞診が適している場合が多々ある。病原体によっては組織診、細菌検査よりも迅速な結果が得られ、早期の治療開始に貢献できる。本症例は、肺の画像所見と検出された病原体が一致しており、細胞所見も典型的で教育的な症例であった。

P-1-106 気管支肺胞洗浄液細胞診における原発性肺胞蛋白症と続発性肺胞蛋白症の細胞所見の比較

新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院検査科¹⁾, 新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院病理診断科²⁾

○澁谷大輔(CT)¹⁾, 長谷川剛(PhD)²⁾, 小池 敦(CT)¹⁾, 徳永直樹(CT)¹⁾, 阿部美香(CT)¹⁾, 井口啓太(CT)¹⁾

【はじめに】肺胞蛋白症(PAP)は、末梢気腔にサーファクタント由来物質が貯留し、呼吸困難をきたす稀少疾患で、原因として肺胞マクロファージの機能障害が知られている。すなわち、胸部CTなどの画像とともに、気管支肺胞洗浄(BAL)液がミルク状に白濁し、特徴的な泡沫状マクロファージを観察することが診断基準とされる。PAPの9割は抗GM-CSF抗体が関与する自己免疫性で、他に続発性(9%)、先天性(1%)に分類される。さらに、続発性PAPでは8割が血液疾患に合併し、特にMDSとの関連がよく知られている。今回、我々はMDS患者で、BAL液で肺胞蛋白症と診断した続発性肺胞蛋白症(sPAP)を経験し、自己免疫性(aPAP)の症例とその所見を比較検討したので報告する。

【細胞所見】1. BAL液の所見：sPAPはaPAPに比し、白濁の程度が軽微で、細胞診標本では、好酸性無構造物質の量に関連した。2. 炎症細胞：sPAPはaPAPに比し、リンパ球が目立った。3. マクロファージ：sPAPはaPAPに比し、大小のマクロファージが混在し、泡沫状マクロファージにおいても、核の腫大や多核化を認めた。

【考察】自己免疫性PAPは、GM-CSFを用いた治療も試みられ、比較的予後良好な疾患であるが、続発性PAPは、血液疾患(特にMDS)など原疾患の治療が必要であり、予後不良と考えられている。したがって、両者のBAL液の特徴的所見をとらえて鑑別することは重要であると考えられた。

P-1-107 気管支肺胞洗浄液細胞診のみでは確定診断が難しかった原発性肺胞蛋白症の 1 例

JR 東京総合病院臨床検査科¹⁾, JR 東京総合病院呼吸器内科²⁾, 日本赤十字社医療センター病理部³⁾

○大友梨恵(MD)¹⁾, 恩田雅弘(CT)¹⁾, 谷川園子(CT)¹⁾, 千田雅子(CT)¹⁾, 中澤和久(CT)¹⁾, 田中さゆり(MD)¹⁾, 関 邦彦(MD)¹⁾, 山田嘉仁(MD)²⁾, 武村民子(MD)³⁾

【はじめに】肺胞蛋白症 (pulmonary alveolar proteinosis, PAP) は, 肺胞腔内に無構造で PAS 染色陽性のリポタンパクが貯留する稀少疾患である。気管支肺胞洗浄液 (BALF) 検体の細胞診では PAS 染色陽性の泡沫マクロファージがみられ, 組織像では肺胞腔内に微細顆粒状の好酸性・無構造物質が貯留することが特徴である。今回, 細胞診上は泡沫細胞が目立たなかったが, 組織診検査および血清抗 GM-CSF 抗体陽性であり原発性 (自己免疫性) PAP と診断し得た症例を経験したため報告する。

【症例】60 代女性。3 か月前から咳嗽, MRC1 程度の呼吸困難感あり。CT 検診で肺異常陰影と KL-6 が 3000 台と高値であることを指摘され当院受診。画像上, 薬剤性肺炎または PAP が疑われた。気管支内視鏡を行ったが確定診断が困難なため胸腔鏡下肺生検が施行された。

【BALF】色調はやや白濁するも米のとぎ汁状とは言い難かった。リンパ球優位 (85%), CD4/8 比は 16 と高値であった。少数の泡沫状組織球と, PAS 陽性無構造物はごく少数のため PAP の断定は困難であった。

【肺生検】肺胞腔内にはしばしばサーファクタントに相当する好酸性無構造物質とともに多数のマクロファージ, 巨細胞の滲出がみられ, PAP の診断に至った。背景肺には細静脈周囲, 肺胞中隔に T リンパ球浸潤が目立った。

【その後の経過】血清抗 GM-CSF 抗体を測定したところ陽性であり原発性 (自己免疫性) PAP の診断に至った。無治療で肺陰影は軽快し, 呼吸困難感も改善があり, 経過観察中である。

P-1-108 癌性腹水細胞診を用いた原発巣推定への試み

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹⁾, 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科²⁾

○福原 萌(CT)¹⁾, 渡邊麗子(MD)¹⁾, 澁木康雄(CT)¹⁾, 佐々木直志(CT)¹⁾, 時田和也(CT)¹⁾, 小林沙織(CT)¹⁾, 藤間瑞穂(CT)¹⁾, 吉田正行(MD)¹⁾, 加藤友康(MD)²⁾, 元井紀子(MD)¹⁾

【はじめに】原発不明の癌性腹水細胞診検体を用いて, 組織型・原発巣推定に関して細胞形態診断の精度と免疫細胞化学的染色 (ICC) の役割を後方視的に検討した。

【方法】2010 年~2015 年に提出された原発不明の癌性腹水細胞診のうち, 同時期に施行した組織診あるいはセルブロックにて原発巣を推定しえた 44 例を対象とした。細胞検査士 5 名により細胞診標本を再鏡顕し, 組織型・原発巣推定を試みた。最終診断と一致した人数を正答スコア (0-5) として解析し, 細胞学的特徴, 鑑別に必要な ICC 項目を検討した。

【結果】最終診断の内訳は, 婦人科系高異型度漿液性腺癌 (以下 HGSC) 27 例, 卵巣明細胞腺癌 2 例, 卵巣境界悪性粘液性腫瘍 1 例, 子宮頸部腺癌 1 例, 消化器系腺癌 4 例 (以下 GI: 胃, 大腸, 虫垂, 膵, 各 1 例), 悪性中皮腫 (以下 MM) 3 例, 乳癌 4 例 (小葉癌 3, 乳管癌 1), 肺腺癌 2 例である。

正答スコア 3 以上の割合は, HGSC で最も高く (59%), 次いで GI (50%), MM (33%) であった。それ以外の症例はすべてスコア 2 以下であり, 細胞形態による推定診断は困難であった。大腸癌, 肺癌では HGSC と見誤られる傾向があった。また, 粘液含有細胞が出現した場合は, 婦人科系由来か GI 由来かの鑑別が難しかった。

セルブロックによる ICC は 1 症例あたり平均 7 項目 (範囲 0-14) 実施されていた。婦人科系癌では PAX8 (陽性率 92%), MM では Calretinin (100%), GI では CDX2 (66%), 乳癌では mammaglobin (66%), GCDFP-15 (66%), 肺腺癌では TTF1 (100%) であった。

【考察】婦人科系 HGSC は細胞形態のみの評価でも半数以上は推定可能であるが, 正確な診断には ICC の追加が必須と考える。鑑別に苦慮した症例の細胞像を提示し, 診断に有用な ICC マーカーについて報告する。

P-1-109 体腔液検体にて経験した免疫細胞化学染色のピットフォール

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

○本田勝丈(CT), 大野幸代(CT), 田代 広(CT),
旭 洋子(CT), 椎谷裕之(MT), 渡部庸一(CT),
大石琢磨(MD), 伊藤以知郎(MD)

【はじめに】免疫組織化学染色は組織診に限らず細胞診でも免疫細胞化学染色（以下、免疫染色）として幅広く応用されており、体腔液検体では悪性中皮腫と腺癌との鑑別や原発不明癌の原発巣推定などに寄与している。当院では腺癌症例の体腔液検体のほぼ全例において、腫瘍細胞検出を目的としCEA, BerEP4抗体を用いて免疫染色を行っている。今回、体腔液検体にて経験した免疫細胞化学染色のピットフォールについて報告する。

【症例】65歳、男性、胃癌（por2>sig）胃切除後、CTにて右胸水貯留を認め胸腔穿刺が施行された。

【胸水細胞診所見】炎症性背景に中皮細胞を認めた。また、形態的に悪性を疑う細胞は見られなかったがCEA, BerEP4共に陽性を示す小型細胞を少数認めた。組織型を考慮し腫瘍の可能性を否定できないためClass3, 疑陽性とした。

【免疫染色の解釈】異型細胞を認めない、CEA, BerEP4陽性細胞の染色態度が酷似し形態的に形質細胞に類似する、以上の点より免疫によるピットフォールを疑い、一次抗体を介さず二次抗体が直接細胞に結合した可能性を考えた。追加検討のため残余検体より標本作製し、内因性ペルオキシダーゼの除去後、二次抗体のみを反応させDAB発色した。結果、CEA, BerEP4陽性を示す細胞と同様の細胞に陽性反応を認めた。形質細胞に類似する細胞に二次抗体が交差反応したと解釈しClass2, 陰性と訂正報告をした。なお、免疫染色はDAKO社ENVISION+キットを用いて行った。

【考察】本症例のように細胞形態と免疫染色の結果が乖離する場合はその意義を可能な限り明らかにする必要がある。また、今回のピットフォールでは形態的特長より回避可能であり、免疫染色を行う上で常に念頭に置くことが重要であると考えらる。

P-1-110 体腔液細胞診にて原発巣推定に免疫染色が有用であった4例

名古屋第二赤十字病院病理診断科¹, 愛知医科大学医学部病院病理部²

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

【はじめに】体腔液細胞診において、原発巣を推定することは重要である。しかし、体腔液中の腫瘍細胞は形態学的特徴のみでは診断が困難な場合も多い。今回、免疫染色を追加することにより原発巣の推定が可能となった4例を提示する。

【症例】(1)70歳代、女性、胸水、既往歴：甲状腺癌（未分化癌）(2)50歳代、男性、胸水、既往歴：肺癌（腺癌）、食道癌（扁平上皮癌）(3)60歳代、女性、腹水、既往歴：乳癌、卵巣癌（漿液性腺癌）(4)70歳代、男性、腹水、既往歴：膀胱癌

【細胞像】(1)核偏在性で腫大した核小体明瞭な異型細胞を散在性～2, 3個の細胞から成る小集塊で少数認める。(2)大型で細胞質が厚く、核中心性～やや偏在性で核クロマチン粗大顆粒状に増量した異型細胞を集塊で多数認める。集塊の重積性は乏しい。(3)やや大型で、胞体に空胞を有し、核小体が目立つ核偏在性の異型細胞を乳頭状の集塊で少数認める。(4)核腫大し、核形不整と核小体の目立つ異型細胞をマリモ状の集塊で多数認める。

【免疫染色結果と推定される原発巣】(1)PAX8陽性、TTF-1陰性より低分化な甲状腺癌由来と推定。(2)p40陽性、TTF-1陰性より食道の扁平上皮癌由来と推定。肺腺癌は否定的。(3)WT1陽性、GATA3陰性より卵巣癌由来と推定。乳癌由来は否定的。(4)GATA3陽性より膀胱癌由来と推定。

【まとめ】体腔液細胞診において、形態学的特徴や既往歴から原発巣を推定することはある程度可能ではあるが、原発巣の推定が困難な場合も免疫染色を追加することで推定可能となる。今回は臨床経過と形態所見から、適当な抗体を選択することにより、原発巣の推定が可能になった。

P-1-111 心嚢液セルブロック標本作製併用が診断に有用であった diffuse large B-cell lymphoma の1例

国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科

○信広亮輔(CT), 柴田 淳(CT), 小林 剛(CT),
佐々木なおみ(MD)

【はじめに】細胞診検体として提出された心嚢液をセルブロック (CB) 標本を追加作製することで, diffuse large B-cell lymphoma と診断することが出来た症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。息切れ, 咳嗽を主訴に当院救急外来を受診。初診時検査結果は WBC: 6760/ μ l, LD: 865 u/L, CRP: 3.78 mg/dL, 可溶性 IL-2 レセプター: 1433 u/mL であった。心エコーにて大量の心嚢液を認め, CT では縦隔リンパ節腫大を認めた。心嚢液ドレナージを施行し, 血性心嚢水 750 ml が採取され, その一部が細胞診検体として提出された。

【細胞診所見】大型リンパ球に相当する大きさの腫瘍細胞が多数みられた。腫瘍細胞の核は成熟小型リンパ球の2倍以上の大きさであり, 核はくびれており, 核分裂像が多数認められた。腫瘍細胞の細胞質は好塩基性であり, 小空胞がみられた。細胞浮遊液を用いた免疫細胞化学染色では腫瘍細胞は CD20 が陽性, CD3 は陰性であり, B 細胞性であった。

【CB 標本所見】細胞診標本と同様の形態を呈する腫瘍細胞が多数認められた。免疫組織化学染色では腫瘍細胞は CD20, BCL2, MUM1 が陽性であり, CD10, BCL6, CD5 は陰性であった。Ki-67LI は 90% 以上であるが 99% に達しなかった。Diffuse large B-cell lymphoma, NOS, non-GCB と診断した。

【まとめ】心嚢液の CB 標本作製を併用することで, リンパ節生検を施行すること無く, 悪性リンパ腫と確定診断することができた。体腔液中に多数のリンパ腫細胞が出現している場合は, CB 標本を追加作製することにより, 免疫染色による腫瘍細胞の表面マーカーや遺伝子の検索などが可能になり, 悪性リンパ腫の組織型を確定することができる。悪性リンパ腫は組織型により治療方針が異なるので, CB 標本作製は治療方針の決定に有用であると考えられる。

P-1-112 心嚢液にみられた高齢者悪性リンパ腫の2例

一般社団法人姫路市医師会検査センター¹⁾, 広島市民病院病理診断科²⁾, 杏和総合医学研究所検査部³⁾, 甲聖会記念病院⁴⁾, 独立行政法人国立病院機構福山医療センター⁵⁾, 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター⁶⁾

○東 正子(CT)¹⁾, 市村浩一(MD)²⁾, 玉岡紗矢佳(CT)³⁾,
濱田亜希子(CT)¹⁾, 西田美保(CT)¹⁾, 祝園寛子(CT)¹⁾,
藤田章人(CT)¹⁾, 岡橋直哉(CT)¹⁾, 長谷川和男(MD)^{1,4)},
有安早苗(CT)⁵⁾, 佐藤正和(CT)⁶⁾

【はじめに】今回, 心嚢液細胞診にて確定診断した高齢者悪性リンパ腫を2例経験したので報告する。それぞれ, 心嚢液貯留を主症状とし, 他臓器に病変がなく, 診断に際して心嚢液のみが採取可能であった症例である。

【症例】(1)90歳代, 女性。うつ血性心不全の経過観察中に心嚢液貯留を認め, 細胞診が施行された。全身の CT 検査では特に腫瘍形成は見られなかった。(2)70歳代, 女性。全身倦怠感を主訴に受診。エコー検査にて下大静脈拡大, 肝腫大とともに心嚢液貯留を認め, 細胞診が施行された。CT 検査にて右房・右室内に最大径 60 mm の腫瘍形成を認めたが, その他の臓器に病変は見られなかった。

【細胞像と診断】(1)血性背景に大型で不整形な核を有する lymphoid cell を認めた。免疫染色は CD20 陽性, CD3 陰性, AE1/AE3 陰性, EBER in situ 陰性を示し, 全身精査するも腫瘍形成を認めず, 原発性体腔液リンパ腫と診断された。(2)血性背景に大型で不整形な核を有する lymphoid cell を認めた。免疫染色で CD20 陽性, CD3 陰性, AE1/AE3 陰性, Ki-67 高率に陽性, EBER in situ 陰性を示し, 心臓原発のびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と診断された。組織診断は行われなかった。

【考察】体腔液を病変の主座とする悪性リンパ腫は, WHO 分類では Diffuse large B-cell lymphoma with chronic inflammation/Pyothorax-associated lymphoma (PAL) と Primary effusion lymphoma (PEL) があげられている。いずれも免疫不全を背景とする EBV 陽性のリンパ腫である。今回の2例は高齢者の体腔液で診断された症例であったが, 免疫不全を疾患背景とせず EBER in situ は陰性であり, PEL とは別枠で扱われる疾患に相当する症例であった。

P-1-113 再発でリンパ腫の診断がはっきりした PEL like lymphoma と考えられた 1 例

富山県立中央病院内科¹⁾, 富山県立中央病院病理診断科²⁾, 富山県立中央病院検査科³⁾

○彼谷裕康(MD)¹⁾, 内山明央(MD)²⁾, 石澤 伸(MD)²⁾, 矢野彩子(CT)³⁾, 酒井哲也(CT)³⁾, 宮本藤之(CT)³⁾

【はじめに】今回, 再発でリンパ腫の診断がはっきりした PEL like lymphoma と考えられた 1 例を経験したので報告する.

【症例】2010 年 8 月心タンポナーデにて入院. 心嚢水細胞診でリンパ腫が疑われたが, 当日行った心膜生検, 後日行ったセルブロックにて悪性腫瘍を示唆する所見は認められなかった. CT 上, 腫瘤形成はなかった. ドレナージ抜去後も安定していたため経過観察となっていた. 2015 年 11 月下旬より労作時呼吸困難を認め, 12 月下旬に胸水を指摘され当科に紹介となった.

【細胞所見】2010 年の検体では, 散在性に出現する細胞は N/C 比が高く核クロマチンは細顆粒状で核小体が目立ち, 核形の不整がみられ, 核分裂像も散見された. 今回入院時の検体でも比較的大きさの揃ったやや大型で異型性を示すリンパ球様細胞が孤立散在性に認められた. 細胞は類円形で単調, 核は類円形でクロマチンの増量, 核縁の不整, 核の切れ込みがみられ, 大型の核小体をもとめた. セルブロックでも同様に, びまん性大細胞型が強く示唆された. HHV8 は陰性であった. 初診時心膜生検所見およびセルブロックではリンパ腫の所見は認められなかった.

【考察】体腔液性リンパ腫はドレナージのみで寛解する例も報告されている. 本症例はセルブロック作製時はすでにドレナージ後であったため, ほぼ寛解状態になってしまい腫瘍細胞がとらえられなかった可能性も考えられた. 体腔液性リンパ腫を疑った場合には, ほぼ同時にフローサイト, セルブロック用の検体を採取する必要があると考えられた. また, 臨床的には, 腫瘤形成して数年後に再発することにも留意する必要があると考えられた.

P-1-114 胸水中に著明な反応性中皮を伴い芽球が出現した骨髓異形成症候群(MDS)の一例

山梨大学医学部附属病院病理部¹⁾, 同 人体病理学講座²⁾

○佐藤詩織(CT)¹⁾, 中澤久美子(CT)¹⁾, 石井喜雄(CT)¹⁾, 望月直子(CT)¹⁾, 花井佑樹(CT)¹⁾, 峰 広美(CT)¹⁾, 笠井一希(CT)¹⁾, 大石直輝(MD)²⁾, 河西一成(MD)²⁾, 望月邦夫(MD)²⁾, 中澤匡男(MD)²⁾, 近藤哲夫(MD)²⁾, 加藤良平(MD)²⁾

【はじめに】骨髓異形成症候群(MDS)は造血幹細胞の異常による形態異常, 無効造血, 前白血球状態を特徴とする腫瘍性疾患である. MDS 由来の芽球が胸水中に出現し, 診断に苦慮した一例を報告する.

【症例】40 歳代, 男性. MDS(RAEB-2)の診断で経過観察中, 発熱および頻呼吸をきたした. CT にて左胸膜肥厚と左胸水貯留を認め, 胸水細胞診が提出された.

【細胞像: 初回】炎症性背景に細胞密度の高い球状集塊が多数みられた. 核小体, 厚い細胞質を有する類円形細胞で異型は軽度であった. また, hump 像や二核細胞が比較的高頻度にみられたが多核細胞は目立たず, 反応性中皮細胞と悪性中皮腫との鑑別困難な細胞像であった.

【細胞像: 再検】多くのマクロファージと共に, 大型で N/C 比が高く, 核小体および繊細なクロマチンをもつ芽球様細胞を認めた. 初回のような中皮細胞は認めなかった. 以上より悪性中皮腫は否定的で MDS 由来の異型細胞の出現が疑われた.

【再検時セルブロック】血液成分とマクロファージ, 中皮細胞と共に, N/C 比が高く, 核小体の目立つ異型細胞が混在していた. これらは免疫組織化学的に MPO, CD34, C-kit, p53 陽性, AE1/AE3 陰性で, 芽球と考えられた.

【考察およびまとめ】初回の細胞像を見直すと, 芽球様細胞が僅かに認められた. 本症例は, 初回は大小様々な球状集塊を形成する著明な反応性中皮細胞が目立ち, 再検ではマクロファージが多数みられたため, 相対的に芽球の出現量が少なく診断に苦慮した. 細胞診標本で MDS に遭遇する機会は少ないが, 芽球の所見を理解し, 体腔液においても念頭に置く必要がある.

P-1-115 胸水貯留と背部痛が初発症状であった多発性骨髄腫の 1 例

静岡市立静岡病院病理診断科

○江河勇樹(MD), 堂本浩二(CT), 遠藤三佳(CT),
望月裕一(CT), 森木利昭(MD)

【はじめに】胸水貯留の原因として, 多発性骨髄腫は稀である。今回胸水中に多数の異型細胞を認めたが, 診断に難渋した症例を経験したので報告する。

【症例】87 歳, 男性。背部痛を主訴に近医受診したところ胸水貯留を指摘され, 当院呼吸器内科に紹介となった。肺癌の臨床診断で胸水穿刺が施行され, 下記の細胞所見を得た。その後精査にて高 γ グロブリン血症, IgG- κ 型 M タンパク, PET-CT にて多発骨病変を認め, 多発性骨髄腫と診断された。外来にて緩和療法と低容量 MP 療法とを行う予定であったが, 呼吸状態や全身状態が増悪し, 受診から約 1 ヶ月後に死亡された。

【細胞所見】胸水中には, 結合性の乏しい大型で N/C 比の高い異型細胞を多数認めた。核形は不整で核クロマチンは微細顆粒状で増加し, 比較的明瞭な核小体が 1~数個みられた。多核細胞も散見された。免疫染色では CD138(+), cytokeratin(ごく少数が+), TTF-1(-)。

【まとめ】多発性骨髄腫では 6% に胸水を認めるとされているが, 通常は腎不全や心不全, 感染に伴う良性のものであり, 骨髄腫細胞による胸水貯留は 1% 以下と極めて稀である。また本例のように低分化な腫瘍細胞からなる骨髄腫では, 細胞所見のみから診断することは困難であり, 免疫組織化学的検索が必要である。文献的考察を加えて報告する。

P-1-116 心嚢液細胞診で診断し得た乳腺原発悪性リンパ腫の一例

福岡赤十字病院病理診断科¹⁾, 株式会社エスアールエル福岡ラボラトリー²⁾, 福岡大学医学部病理学講座³⁾

○碓 益代(CT)¹⁾, 石井萌美(CT)¹⁾, 遠矢浩隆(CT)¹⁾,
小材和浩(CT)¹⁾, 藤田 綾(MD)¹⁾, 西山憲一(MD)¹⁾,
中島 豊(CT)²⁾, 竹下盛重(MD)³⁾

【はじめに】乳腺原発の悪性リンパ腫は, 全悪性リンパ腫の 0.5% 以下, 乳腺悪性腫瘍の約 0.15% と希な疾患である。今回我々は, 心嚢液細胞診で診断し得た乳腺原発悪性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【症例】71 歳, 女性。腹部膨満感, 嘔気, 呼吸苦を主訴に当院受診。胸腹部 CT にて, 右乳腺に 7 cm 程度の境界明瞭な腫瘤, 心嚢液貯留, 下大静脈緊満, 心腔の狭小化を認めた。乳癌ならびに癌性心膜炎による心タンポナーデと診断され, 心タンポナーデに対して心嚢ドレナージを施行, その際の心嚢液が細胞診に提出された。その後, 乳腺腫瘤に対して組織生検が施行された。現在, 当院血液内科にて化学療法が行われている。

【心嚢液細胞像】大型リンパ球様の腫瘍細胞が単調に出現していた。細胞結合性は認めず, 細胞質は淡染, N/C 比は上昇, 核は類円形, くびれ等の核形不整を認めた。核小体は大型で 1~数個認めた。Class V, 悪性リンパ腫と報告した。

【乳腺生検組織像】中~大型の異型リンパ球が, びまん性に増殖していた。免疫組織化学染色では, CD45・CD20・CD79a 陽性, CD3・AE1/AE3 陰性であった。びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と報告した。

【結語】乳腺原発悪性リンパ腫という希な症例を経験したのでその細胞像を報告する。

P-1-117 フローサイトメトリーを利用した腹水細胞診断法のパイロットスタディ

東北大学病院婦人科¹⁾, 東北医科薬科大学医学部産婦人科²⁾, 東北大学病院臨床研究推進センターネットワーク部門³⁾

○徳永英樹(MD)¹⁾, 岡本 聡(CT)¹⁾, 渡部 洋(MD)^{2,3)}, 重田昌吾(MD)¹⁾, 辻 圭太(MD)¹⁾, 大槻 愛(MD)¹⁾, 海法道子(MD)¹⁾, 豊島将文(MD)¹⁾, 新倉 仁(MD)¹⁾, 八重樫伸生(MD)¹⁾

【目的】腹水中の浮遊細胞あるいは、腹腔洗浄液中の浮遊細胞の細胞診において、腹膜中皮細胞と腫瘍細胞の鑑別は時に困難である。顕微鏡を用いた主観的検査であり、客観的な指標が存在すれば、診断の一助となりうる。腹水細胞診の判定は癌治療の目安ともなり得るため、診断の適否は診療上重要である。本研究では、採取された腹水細胞の一部をフローサイトメトリー法により細胞、核の大きさを計測し、客観的なパラメーターと病理診断を照合し、良・悪性の診断精度を向上できるかをパイロット的に検証した。

【方法】剥離細胞分析装置 LC-1000 (シスメックス社) は、細胞保存液中の剥離細胞を解析することにより細胞増殖能に関する指標として CPIx (Cell Proliferation Index) を算出する一般医療機器である。LC-1000 は細胞の情報 (核 DNA 量, 細胞の大きさ, 核の大きさならびに、核の大きさと細胞の大きさの比 (NCI_x)) を取得する。

【成績】29 例が登録され、平均 56 歳、卵巣がん 13 例、子宮体癌 11 例、頸部腺癌 1 例、その他 4 例だった。9 例は肉眼的あるいは画像上癌性腹膜炎を呈していた。細胞診断は陰性 20 例、陽性 9 例、疑陽性 1 例だった。陰性例の CPIx 値は平均 0.16、陽性例では 0.81 と統計学的に優位な分布の差が認められた。

【結論】LC-1000 を用いたフローサイトメトリーによる CPIx 値が腹水細胞診断に有用な可能性がある。

P-1-118 Cellprep バイアルを用いたセルブロック作製法と有用性の検討

ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

○坂 英海(CT), 大橋健太(CT)

【背景と目的】平成 28 年度診療報酬改定に伴いセルブロック法による標本作製加算が新たに保険収載された (注: 悪性中皮腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定)。今回我々は Cellprep 穿刺吸引・体腔液用バイアルを用い、体腔液検体のセルブロック作製法ならびに免疫染色への有用性を検討した。

【方法】Cellprep 穿刺吸引・体腔液用バイアル保存検体を用い、セルブロック作製法を検討した。セルブロックの作製には操作が簡便で染色性への影響が少ないエッペンドルフチューブ法、スポイト法、ピペット・オブラート法の 3 法について、条件別にセルブロックを作製し免疫染色を実施した。セルブロック作製条件は 1. 生検体, 2. Cellprep 穿刺吸引・体腔液用バイアル保存検体 (ホルマリン固定あり), 3. Cellprep 穿刺吸引・体腔液用バイアル保存検体 (ホルマリン固定なし) の 3 条件を設定し、自動免疫染色装置はベンタナ ベンチマーク GX を用い、染色条件は作製条件 1, 2 で IHC プロトコール, 作製条件 3 で ICC プロトコールによる染色を実施した。一次抗体は CEA, Napsin A, TTF-1, CK7, CK20 などを用いた。

【結果】ホルマリン固定ありの場合、セルブロック作製法 3 法ともに細胞量を保持した標本作製が可能であった。一方、ホルマリン固定なしの場合はスポイト法が最も細胞量の保持が良好であった。免疫染色については各作製条件での染色性の比較を報告予定である。

【考察】Cellprep 穿刺吸引・体腔液用バイアルを用いることにより検体保存が可能で必要に応じセルブロックを作製することによる効率化に加え、ICC プロトコールを用いることで染色時間を短縮し、細胞診断の TAT 短縮に寄与できると考えられる。

P-1-119 体腔液細胞診における卵巢悪性上皮性腫瘍の組織型推定の試み

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹⁾, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科²⁾

○小山芳徳(CT)¹⁾, 山崎一人(MD)¹⁾, 若原孝子(CT)¹⁾, 安達純世(CT)¹⁾, 豊永安洋(CT)¹⁾, 山本善也(CT)¹⁾, 常世田岬(CT)¹⁾, 山田正俊(MD)¹⁾, 梁 善光(MD)²⁾, 石田康生(MD)¹⁾

【目的】 卵巢癌の組織型は原発巣を対象とする病理組織診によって行われるが, 試験開腹の適応が得られない症例では腹水細胞診標本が唯一の形態学的診断根拠となる。明細胞癌や粘液性腺癌は他の組織型に比べて標準的な TC 治療の奏効率が低いとされており, また, 進行卵巢粘液性腺癌は大腸癌をはじめとする消化器癌の転移としばしば鑑別が困難である。細胞診による組織型推定が今後重要となる可能性が考えられるため, 我々は体腔液細胞診検体を用いた卵巢癌の組織型推定を試みた。

【対象と成績】 当院で 2005 年以降に施行された 4300 件の体腔液細胞診のうち, クラス 3b 以上と判定され, 病理組織診にて卵巢癌と診断された 90 症例 (漿液性腺癌 40 例, 明細胞腺癌 15 例, 類内膜腺癌 13 例, 粘液性腺癌 7 例, 転移性腺癌 4 例, その他 11 例) について細胞所見を比較した。漿液性腺癌では壁が薄く外方に突出した大型の空胞をもつ細胞集塊や砂粒体, 類内膜腺癌は管腔状の集塊, 明細胞癌では mirror ball pattern を呈する集塊や hobnail 細胞などが見られた。粘液性腺癌では腫瘍細胞は細胞質が豊富で弱好酸性を呈し, N/C 比は低く, 核クロマチンの凝集は軽度であった。胞体に粘液を含む細胞も見られ, 背景にはしばしば豊富な粘液を認めた。胃癌・結腸癌からの転移性腫瘍においては, 粘液性背景は乏しく, その細胞形態は多様であった。

【結語】 体腔液中に出現する卵巢癌細胞には組織型毎に特有な所見を見るものの, 組織型を推定し得ない症例も存在した。免疫細胞染色を利用して, 組織型推定により有用な所見を検索し報告する。

P-1-120 Malignant rhabdoid tumor of the kidney (RTK) の一例

関西医科大学付属病院病理部

○岡本 久(CT), 蛭子佑翼(CT), 坂井仁美(CT), 宮田奈央子(MD), 宮坂知佳(MD), 石田光明(MD), 田代 敬(MD), 植村芳子(MD), 葛 幸治(MD)

【はじめに】 Malignant rhabdoid tumor の多くは 1 歳までの乳児期に発症し, 腎・中枢神経・軟部組織など体のあらゆる部位に発生する予後不良の腫瘍である。今回我々は, 小児の腎に発生した Malignant rhabdoid tumor of the kidney (以下 RTK) を経験したので報告する。

【症例】 2 歳, 女児。近医にて腹水と腹腔内腫瘍を認め当院紹介受診, MRI 検査にて右腹部に約 10 cm の solid and cystic mass を認めた。血液検査は AFP : 2.7 ng/ml, CEA : 1.0 ng/ml, NSE : 238.1 ng/ml, 尿中 VMA : 14.5 ng/ml cre, HVA : 20.2 ng/ml cre で, 神経芽細胞腫との鑑別を要するが画像にて正常な腎を認めない事から, Wilms 腫瘍疑いとして腫瘍摘出術が施行された。

【組織所見】 11.5×8×8 cm の結節状腫瘍。剖面は灰白色で充実性, 出血・壊死を伴っていた。腫瘍細胞は均一で, 明瞭な核小体を有する中型類円形の異型核と, 好酸性の封入体を伴う細胞質 (rhabdoid feature) を有し, 瀰漫性に増殖し, 壊死・脈管侵襲が豊富であった。免疫組織学的には, EMA, Vimentin が陽性, α-SMA, NF, WT-1 が一部陽性, Desmin, GFAP, INI1 が陰性で, HE 染色の rhabdoid feature と INI1 陰性所見を併せ RTK と診断された。

【細胞所見】 術後経過観察中の腹水が提出された。核偏在性で明瞭な核小体と核形不整を有した異型細胞が, 孤在性や結合性の緩い集簇で多数認められた。多核の細胞も散見され, 比較的広く明瞭な細胞質には好酸性の封入体を有した rhabdoid feature の形態が認められた。

【まとめ】 今回経験した RTK の細胞像は, 細胞異型が強く悪性の判断は容易であるが, rhabdoid feature を呈する他の腫瘍との鑑別や確定診断には, 免疫染色なども合わせた総合的な判断が必要である。今後, 細胞診標本やセルブロックでの免疫染色等の追加検討を行い報告する。

P-1-121 臨床的に腹膜癌が疑われた epithelioid angiosarcoma の 1 例

新百合ヶ丘総合病院病理診断科

○和田幸子(CT), 田口勝二(CT), 高山明子(CT),
福永真治(MD)

【はじめに】類上皮型血管肉腫 (epithelioid angiosarcoma) は、深在性軟部組織に発生する上皮様異型内皮細胞から成る非常に稀な腫瘍で、予後不良ある。今回我々は、大網原発と考えられる epithelioid angiosarcoma の症例を経験したので報告する。

【症例】30歳代女性。下腹部痛、腹部膨満感を主訴に受診。USで腹水貯留、軽度両側卵巣腫大及び腹膜腫瘍を認めた。またCT, MRIで肝、脾、肺、第12腰椎に転移性病変を認め、血清CA125が高値であった。これらより臨床的に腹膜癌が疑われ、腹水細胞診、大網部分切除術及び両側付属器摘出術が施行された。

【細胞所見】腹水では、類円形の異型細胞が不規則乳頭状及びロゼット状に出現していた。細胞質は淡明泡沫状で空胞が見られ、核は偏在性で腫大し、大小不同及び軽度核形不整を認めた。クロマチンは細顆粒～顆粒状に増量し、明瞭な核小体を認めた。また同検体のセルブロック標本では、細胞質内に赤血球を容れた異型細胞も散見された。

【組織所見】大網では、浸潤性増殖を示す充実性腫瘍を認め、出血及び壊死を伴っていた。腫瘍細胞は胞巣状ないし上皮様配列を示し、細胞質は豊富で空胞が見られ大型核小体を認めた。また、スリット状ないし上皮様配列を示す腫瘍性血管腔も認められた。また、両卵巣皮質に多数の小結節性転移巣を認めた。免疫染色では、CD31, ERG, vimentin, D2-40が陽性、AE1/AE3, CD34, Factor8が一部陽性、calretinin, S-100, CAM5.2が陰性であった。

【まとめ】Angiosarcomaは赤血球を容れる細胞質内空胞がひとつの診断クレーになる。しかし類上皮型では特に腺癌との鑑別は困難であり、内皮マーカーによる免疫染色が必要であると思われる。

P-1-122 胸水中に出現した類上皮血管内皮腫の 1 例

神戸赤十字病院検査部¹⁾, 神戸赤十字病院病理診断科²⁾

○金高茂弘(CT)¹⁾, 森山愛未(CT)¹⁾, 谷岡有子(CT)¹⁾,
村住敏伸(CT)¹⁾, 沖野 毅(PhD)²⁾

【はじめに】類上皮血管内皮腫(EHE)は、細胞形態的に類上皮様形態を示す血管内皮への分化を示す稀な腫瘍である。今回、腫瘍細胞が胸水中に出現したEHEの症例を経験したので報告する。

【症例】83才、女性。近医で胸水貯留を指摘され、胸膜炎疑いにて当院呼吸器内科へ紹介された。

【既往歴】膵管内乳頭粘液腫瘍、他。

【細胞所見】穿刺された胸水は肉眼的に血性で、顕微鏡的には赤血球、中皮細胞、リンパ球に混じって平面状或いは乳頭状の一見上皮様結合を示す細胞集塊を認めた。個々の細胞は比較的小型で、異型性に乏しい。詳細な観察により、核の大小不同、核形不正、核溝や細胞質内空胞、ヘモジデリンや赤血球貪食像を認める。

【組織所見】診断目的で、胸腔鏡下壁側胸膜生検が施行された。組織学的に結合組織層主体に、クロマチンが増量し腫大した核を有する多角形の腫瘍細胞が帯状に集簇性に増生しており、所々で胸膜表面へ露出していた。不整形の血管腔の空隙形成を伴っていた。胸水セルブロックの免疫組織化学染色で同細胞はCD31, D2-40陽性であり、EHEと診断された。

【まとめ】EHEの細胞所見に関する報告は少ないが、1上皮様の細胞集塊、2細胞質内小腺腔(ICL)または印環細胞様の空胞を有する細胞、3核溝や核内細胞質封入像を有する核、4細胞質内の赤血球成分の存在があげられている、本症例に於いても同様の所見であった。胸水細胞診での鑑別診断としては、腫瘍細胞が上皮様結合を示す為、肺腺癌や悪性中皮腫などが挙げられるが、本例ではセルブロックの作製、免疫染色が診断確定に役立った。

P-1-123 腹水セルブロック検体にて確定診断に至った腹膜悪性中皮腫の一例

埼玉県立がんセンター婦人科

○原 亜紀(MD), 宮本雄一郎(MD), 富尾賢介(MD), 栗原和子(MD), 堀江弘二(MD), 大庭華子(MD), 黒住昌史(MD), 林田俊樹(CT), 永宗恵子(CT), 西田一典(MD), 横田治重(MD)

【背景】中皮腫は漿膜腔を覆う中皮細胞から発生する悪性腫瘍で腹膜原発は約 10-20% を占める。腹膜悪性中皮腫は腹水貯留、腹膜の肥厚及び多発性の腹膜結節病変が特徴的とされ、癌性腹膜炎との鑑別が困難であり、確定診断には腹膜生検を要することが多い。今回我々は、臨床所見も合わせた総合判断に、腹水セルブロックの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, 0 経 0 経産, 閉経 47 歳。腹部膨満感を主訴として他院を受診。上部消化管内視鏡検査は異常所見なく、経腔超音波検査では子宮、両側付属器は正常所見であった。造影 CT 検査で腸間膜に造影される結節影が見られ、癌性腹膜炎を疑う所見であった。腹水細胞診で漿液性腺癌の疑いと診断され、前医にて卵巣癌として試験開腹手術を予定されていたが、当院での精査・治療を希望され紹介初診となり、当院でも腹水細胞診検査を施行した。腹水の性状は粘稠性で、細胞診にて漿液性腺癌、悪性中皮腫が鑑別に挙がり、腹水セルブロックを作成し、次のような所見を得た。微小乳頭状の構造を示す部分もみられ、免疫組織化学的に、Ber-EP4(-), CEA (一部に弱陽性), AE1/AE3(+), Calretinin(+), CK5/6(+), D2-40(+) で、悪性中皮腫という判断に至った。

【結論】悪性腹膜中皮腫の診断に腹水セルブロック検体が有用であった症例を経験した。試験開腹や腹膜生検は全身麻酔下の手術が必要であり、診断に至るまでの時間や患者負担を要する。まだ確立された診断方法ではないものの、今後、腹水セルブロック検体により診断することができれば、そのような時間や負担を軽減できると考えられる。

P-1-124 異所性成分を伴う二相型悪性胸膜中皮腫の 1 例

社会医療法人天神会新古賀病院

○山崎加奈子(CT), 河原真弓子(CT), 貞嶋栄司(CT), 木下準子(CT), 貞嶋奈津(CT), 三宅まどか(CT), 徳永 藏(MD)

【はじめに】悪性胸膜中皮腫は、組織学的に上皮型・肉腫型・二相型に分類され、稀にこれら基本組織型に種々の分化を伴う症例が報告されている。今回我々は、異所性成分を伴う二相型悪性胸膜中皮腫の一例を経験したので報告する

【症例】70 歳代男性, 虚血性心不全の定期検査で胸部 X 線写真が施行され、右胸水貯留を指摘された。胸部 CT 検査及び胸水細胞診にて悪性中皮腫が疑われ、確定診断目的で胸腔鏡下腫瘍摘出術が施行された

【細胞所見】術前の胸水細胞診では球状～乳頭状集塊を形成する小型類円形の異型細胞を多数認めた。核クロマチンは微細顆粒状に増量し、一部に多核細胞を認め、上皮型悪性中皮腫を疑う所見であった。術中の腫瘍捺印細胞診では、短～長紡錘形の異型細胞を散在性に認め、胸水細胞診とは異なり肉腫型を疑う所見であり、一部にギムザ染色にて異染性を示す類骨様所見がみられた

【組織所見】腫瘍細胞は中等度大の紡錘形細胞からなる束状・柵状増殖を主体とし、一部では小～中型類円形細胞からなる不規則な腺管様構造、さらに類骨組織・軟骨基質成分も見られた。免疫組織化学染色では AE1/AE3・EMA 陽性、Calretinin・D2-40 一部陽性、CEA 陰性、さらに Alcian Blue 染色では軟骨基質陽性部分を認め、異所性成分を伴う二相型悪性胸膜中皮腫と診断された

【まとめ】悪性中皮腫は予後不良の為、早期に病変をとらえ治療を開始する事が重要である。早期診断には胸水細胞診が有用であるが、肉腫や異所性成分の出現率は極めて低く、細胞診のみでの診断は困難である。胸水細胞診にて悪性中皮腫を疑えれば、積極的に組織検査をすることが重要である

P-1-125 異種性成分を含む悪性中皮腫の一例

戸田中央総合病院病理診断科¹⁾, 戸田中央臨床研究所²⁾, がん研究会有明病院病理部³⁾, 新座志木中央総合病院呼吸器外科⁴⁾

○木口英子(MD)¹⁾, 河合俊明(MD)²⁾, 石川雄一(MD)³⁾, 宮島邦治(MD)⁴⁾

【症例】70歳後半の男性, 元大工, 昭和30年代から10年間アスベスト曝露歴あり

【現病歴】2012年他院で左胸水貯留を指摘され, 胸水細胞診でClass5, 悪性中皮腫が疑われ紹介受診となる. CTでは左臓側及び壁側胸膜の癒着, 臓側胸膜に腫瘍形成を認めた. 胸腔鏡下左肺下葉(S10)部分切除+胸膜生検で, 軟骨形成を伴った二相性悪性中皮腫と診断. 化学療法及び温熱療法も併用したが術後1年約2ヶ月で永眠された.

【細胞所見】初回の胸水細胞診では, 多核巨細胞によるミラーボール様集塊が認められた. 細胞質の境界は淡く, 細胞中心には1,2個の核小体を有する円形または卵形核がみられた. 生検のタッチスメアでは, 核クロマチン増量, N/C比大の異型細胞が小集塊あるいは孤立散在性に認められ, 一部は細胞凝集の形態で出現していた.

【生検組織】肥厚した胸膜では軟骨基質の形成があり, 紡錘形の間葉系細胞や小細胞癌様細胞, 小型腺管構造など多彩な形態であった. 胸膜に沿った増殖部分では, AE1/AE3(+), カルレチニン(+), D2-40(+), TTF-1(-), BAP-1(+). 胸膜から突出した部分では, カルレチニン(-), D2-40(+). 以上より異種性成分を含む悪性中皮腫と診断した.

【剖検所見】左胸膜は下葉を主体に胸腔全体が肥厚しており, 左肺内への浸潤を伴う. 肉腫型, 小細胞型, 上皮型およびアデノマトイド型中皮腫も認めた.

【結語】腫瘍の解剖学的分布が中皮腫に合致していれば, 軟骨成分, 小細胞成分が存在しても肺肉腫様癌を鑑別して異種性中皮腫と診断すべきである.

P-1-126 多形型腹膜悪性中皮腫の一例

公益財団法人東京都保険医療公社東部地域病院検査科/病理診断科¹⁾, 公益財団法人東京都保険医療公社東部地域病院婦人科²⁾, 北里大学北里研究所病院病理診断科³⁾, 東京女子医科大学病院病理診断科⁴⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科⁵⁾

○佐藤祐美穂(CT)¹⁾, 折笠英紀(MD)¹⁾, 山口ゆかり(CT)¹⁾, 真嶋恵子(CT)¹⁾, 中原万里子(MD)²⁾, 森永正二郎(MD)³⁾, 山本智子(MD)⁴⁾, 廣島健三(MD)⁵⁾

【はじめに】多形型中皮腫は上皮型中皮腫の稀な亜型である. 我々は, 腹膜原発症例を経験したので報告する.

【症例】50歳代女性, 東南アジア出身, 明らかなアスベスト曝露歴はない. 下部腹痛で発症, 骨盤腹膜炎が疑われ, 子宮摘出目的で開腹したところ, 腹水貯留, 大網の肥厚・硬化が認められ, 大網が迅速診断に提出された. 肉腫疑いと迅速診断され, 大網, 子宮・両側付属器切除, 小腸部分切除施行. 小腸腔瘻を合併し, 腫瘍が急速に増大し, 術後40日で永眠.

【細胞所見】術中迅速診捺印細胞診では, 多数のリンパ球を背景に, 強い多形性を示す大型の多角形細胞が孤立性に認められた. 核は類円形~楕円形, クロマチンは細顆粒状で, 大型の核小体を有し, 核分裂像も多数認められた. OG好染性細胞も少数認められた. 腹水細胞診では, 炎症性・血性背景に, 捺印細胞診に類似する細胞が少数認められた.

【組織所見】好酸性で豊富な細胞質を有し強い多形性を示す上皮様の大型の多角形細胞の充実性増殖が認められた. 壊死, 多数の核分裂像もみられた. 高度のリンパ球浸潤を伴っていた. ごく一部に典型的な上皮型中皮腫もみられた. 一部に肉腫型成分もみられた. 免疫染色は, CK(AE1/AE3)(+), D2-40(+), WT-1(+), calretinin(ごく一部+), CK5/6(-), CEA(-), MOC31(-), Ber-EP4(-), EMA(-), desmin(-), BAP1(+), α -SMA(-), S-100(-), CD34(-), CD68(-), ER(-), TTF-1(-)であった. FISHでp16のホモ結合性欠失は認められなかった. 以上の所見と, 病変が大網, 子宮・両側付属器, 小腸にびまん性に拡がっていることから, 多形型中皮腫と診断した.

【まとめ】多形型中皮腫では体腔液に出現する細胞は典型的な中皮腫の所見ではなく, 異型細胞が少数に認められた.

P-1-127 悪性中皮腫ラブドイド型の一部検例

国立病院機構函館病院病理診断科¹, 東京女子医科大学
八千代医療センター病理診断科²

○木村伯子(MD)¹, 廣島健三(MD)²

悪性中皮腫は WHO (2015) の新分類では, 上皮型と肉腫型, desmoplastic 型および2相型にわけられる. このどれにも入らない特殊型の一つとしてラブドイド型があるが, 現在までに10例程しか報告されていない. 今回ラブドイド型悪性中皮腫の剖検例を経験したので報告する.

【症例】62歳男性, 現病歴: 左胸痛が出現し, 左胸水と左肺腫瘍を指摘された. 生活歴: 喫煙歴有. 職業歴: アスベストの吸入歴無. 検査結果: 左胸腔に血清の胸水大量に貯留. 左下葉及び左背側胸膜に腫瘍あり. その後も大量の胸水が持続した. 胸水ヒアルロン酸 15900 ng/ml, 肺癌マーカーの上昇無. 臨床的に肺癌の診断で, 制癌剤 (CDDP+PEM) 2コース施行するも, わずかな腫瘍の縮小を認めるのみで胸水排液は持続した. 全経過8か月で永眠.

【細胞診所見】シアン好性の厚い胞体と偏在する大型核, 明瞭な核小体および辺縁に微絨毛を有する異形細胞がシート状の集団で多数出現. 僅かだがミラーボール状の集塊も出現し, 悪性中皮腫のスコアリングシステム (Kimura et al. Diagnostic Cytopatho.2009; 37: 885-890) では8点だった. (5点以上は中皮腫を強く示唆).

【剖検所見】血性胸水 (1350 ml). 左肺上葉の下1/3から下葉, 及び横隔膜にかけて小型粒状の軟らかい腫瘍が表面を覆っている. 剖面では腫瘍は胸膜に存在し, 肺実質への浸潤は下葉のみ. 組織所見: 腫瘍細胞は好酸性胞体と偏在する円形核および明瞭な核小体を有し, びまん性充実性に増殖し, 横紋筋肉腫の細胞に類似. 免疫染色: 陽性抗体: vimentin, D2-40, calretinin, CAM5.2, AE1/AE3. 陰性抗体: WT-1, TTF-1, CEA, CK7, CK20, MUC1-014E, desmin. 以上より悪性中皮腫ラブドイド型と診断したが, P16FISH のホモ接合性は見られず BAP1 免疫染色は陽性を示した.

P-1-128 胸水細胞診のわずかな所見や経歴から診断し得た胸膜悪性中皮腫の1例

(株) アイル板橋中央臨床検査研究所病理¹, 板橋中央総合病院², 河北総合病院³

○高山由香里(CT)¹, 西島千尋(CT)¹,
本口ゆき奈(CT)¹, 松元照美(CT)¹, 川名展弘(CT)³,
高尾 匡(MD)², 小池裕人(MD)², 早川欽哉(MD)¹,
石川由起雄(MD)¹

【はじめに】悪性中皮腫は近年増加傾向にあり, 腔水細胞診による非侵襲性確定診断は重要である. 今回, 胸水細胞診で当初肺腺癌が疑われたが, collagenous stroma (以下CS)を有する集塊所見やアスベスト曝露歴を基に, セルブロック(以下CB)の免疫染色施行により, 悪性中皮腫と確診した1例を報告する.

【症例】80代男性. 2012年2月より右胸痛. 9月に右胸水指摘され, 精査目的に当社関連病院を受診. 喫煙歴は20~80歳まで, 10本/日. 以前, 建築大工の仕事をしており, アスベスト曝露歴がある. 胸部CTにて右胸水あり, 腹部CTでは異常所見なし. 滲出性胸水は淡血性で, 細胞診 class3. 細菌性胸水を疑い, 抗生剤投与を行ったところ, 胸水は消失. その後経過観察し転医した. 2016年2月より労作時息切れが出現. 去痰難もあり, 2016年3月再診. 胸部CTでは右肺中葉浸潤影及び両側肺野の多発結節影, さらに右鎖骨上及び気管前気管分岐下のリンパ節腫大, 両側胸水を認めた. 胸水は滲出性であり, 細胞診にて腺癌が疑われた.

【細胞像】胸水の異形細胞は, 多数の大小の島状~乳頭状集塊を形成. これら細胞はN/C比増大, 核形不整, 微細クロマチン増量し, 核小体明瞭であり, 細胞質はライト緑に淡染し, 腺癌を疑ったが, CSを有する集塊も散見され, CBを作製した. その切片では好酸性胞体と大型核小体をもつ異型核を呈する細胞の乳頭状増生が認められ, 免疫染色にてCEA-, TTF-1-, Calretinin+, D2-40+, EMA+であった.

【考察】本例ではアスベスト曝露歴があり, 細胞診でCSを認めたが, それ以外に中皮腫に特異的な所見が乏しく, 腺癌との鑑別が困難であった. 胸水細胞診で悪性中皮腫の疑いがある場合は, 積極的なCB作製と免疫染色による確認が必要であると考えられた.

P-1-129 診断に苦慮した悪性腹膜中皮腫の一例

横浜市立大学附属病院病理部¹、横浜市立大学医学部病態病理学講座²、横浜市立大学医学部分子病理学講座³、横浜市立大学附属病院産婦人科⁴

○西尾由紀子(CT)¹、海老塚智恵美(CT)¹、
安西桜子(CT)¹、本野紀夫(CT)¹、佐川弘美(CT)¹、
三田和博(CT)¹、山中正二(MD)¹、大橋健一(MD)^{1,2}、
加藤生真(MD)³、古屋充子(MD)³、
ルイズ横田南朋(MD)⁴、佐藤美紀子(MD)⁴、
宮城悦子(MD)⁴

【はじめに】悪性中皮腫は近年増加傾向の予後不良な疾患であり、腹膜原発の中皮腫は10～20%と比較的稀である。今回我々は診断に苦慮した悪性腹膜中皮腫を経験したので報告する。

【症例】38歳、女性。1年前から腹部膨満感を主訴に近医を受診。卵巣癌疑いで当院を紹介された。CT,MRIでは著明な腹水貯留を認めたが、卵巣に腫大はなく、肝S6領域に腫瘤と腹膜に不整な肥厚を認めた。腹水細胞診は鑑別困難であった。原発巣特定できず、試験開腹にて腹膜生検と右卵巣の一部が摘出された。

【細胞所見】好中球、リンパ球を背景に、核が類円形で核小体が目立つN/C比の高い細胞集塊や多核細胞をみとめた。核は中心性で胞体は厚みがあり、辺縁は微絨毛様のももみられた。悪性を否定できずセルブロックにて免疫染色を行ったが、異型細胞が少なく評価できなかった。

【組織所見】比較的大きい核小体を有する類円形の異型細胞が、上皮様の細胞配列をとり、乳頭状や充実性に増殖していた。一部で線維性間質を伴い索状胞巣を形成し卵巣に浸潤していた。卵巣癌、腹膜癌、転移性腺癌、悪性中皮腫などが鑑別にあがったが、免疫染色の結果は、Calretinin,CK5/6,D2-40,CK7に陽性を示し、PAX8,BerEP4,ER,PgRは陰性で中皮細胞の染色態度を示しており、浸潤像があることから、悪性中皮腫と診断された。その後、化学療法を施行されていたが、2年後に再発し左卵巣が摘出された。

【まとめ】女性の悪性腹膜中皮腫は、特に腺癌や反応性中皮など形態学的な類似性から診断困難な場合が多く、免疫組織化学的検索が必要不可欠である。近年有用とされる抗体や遺伝子異常の検索も追加して報告したい。

P-1-130 泌尿器細胞診新報告様式の使用経験

千葉県済生会習志野病院泌尿器科¹、千葉県済生会習志野病院病理検査科²、公立長生病院検査科³、古賀病院21泌尿器科⁴、千葉県済生会習志野病院病理部⁵

○関田信之(MD)¹、下境博文(CT)²、佐藤由子(CT)²、
小島竜司(CT)²、西周裕晃(CT)³、徳田雄治(MD)⁴、
菅野 勇(MD)⁵

2015年に刊行された細胞診ガイドラインにおいて、尿細胞診に対する新たな報告様式が提唱された。標本・検体が適正かどうかを報告に含め、細胞評価は1：陰性、2：異型細胞、3：悪性疑い、4：悪性の4段階とし、伝えたい追加情報はコメントとして付記する。さらに高異型度腫瘍の存在確率を1：5%未満、2：15%程度、3：70%程度、4：95%以上となるように分類されることを目指すというものである。我々の施設では、泌尿器細胞診に対して新報告様式での報告を開始した。報告結果とともに実際に行った診療内容を確認し、報告に対する臨床医の対応について検討した。対象は2015年4月より12月までの9か月間に当院で提出された泌尿器細胞診1,103検体(873症例)。新報告様式での分類割合、各分類における悪性疾患の含まれる割合を算出した。「異型細胞」に分類された検体は、細胞診の検査目的により細分類し、行われた診療内容の検討を行った。異型細胞に分類された検体は120例(11%)であった。陰性 / 異型細胞 / 悪性疑い / 悪性の各分類における高異型度尿路上皮癌の割合は、0.7% / 20% / 65% / 94%であった。診断前検査として提出された細胞診で「異型細胞」と報告された症例に対しては、65%で膀胱鏡が、80%以上でCT検査が施行されていた。新報告様式の各カテゴリーに含まれる高異型度腫瘍の割合は、目標に近い値となり、妥当な数値設定であったと考えられた。「異型細胞」と報告された症例のうち、診断前検査として提出された細胞診に対しては、臨床医の対応は一定しておらず、過剰検査がなされていた可能性が考えられた。新報告様式について臨床医への周知と同時に、付記されたコメントへの対応についての検討が必要であると思われた。

P-1-131 尿細胞診新報告様式の検討

宮崎県立日南病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立日南病院病理診断科²⁾

○福田早織(CT)¹⁾, 佐野亜由美(CT)¹⁾, 木佐貫篤(MD)^{1,2)}

【はじめに】尿細胞診の報告様式については, papanicolaou 分類にて運用している施設が多い中, 尿細胞診報告様式検討ワーキンググループにより検討された4段階分類が採用することが決定された。今回, 当院で行われた尿細胞診についてレビューし, 新報告様式を用いて検討したので報告する。

【方法】2015年4月から2016年5月までの期間, 組織診断で尿路上皮癌(UC)とされた63件中, 細胞診が行われた40件をレビューし, 現様式(3段階分類:陰性, 疑陽性, 陽性)での判定例について新報告様式(4段階分類)を用いて再判定した。

【結果】組織診断にて低異型度尿路上皮癌(LGUC)であった11件について, 現様式では陰性5件, 疑陽性6件。高異型度尿路上皮癌(HGUC)23件では陰性5件, 疑陽性4件, 陽性14件。CIS2件は陰性2件。小細胞癌2件は陽性2件。UC(区別なし)2件は陽性2件であった。新報告様式では, LGUCは不適正3件, 陰性2件, 異型細胞1件, 悪性疑い5件。HGUCは, 陰性0件, 異型細胞5件, 悪性疑い1件, 悪性17件。CISは陰性1件, 異型細胞1件。小細胞癌およびUC区別なしは, 4件すべて悪性とした。組織診断でUCであったもので現様式にて陰性と判定していたものの中に, 3件の多数の好中球を認めるものがあり, 不適正 inadequate とすべきものであったと想定される。また, 現様式にて疑陽性としたものは新報告様式にてLGUCでは異型細胞1件, 悪性疑い5件。HGUCでは異型細胞1件, 悪性3件と区分できた。

【考察】現様式での疑陽性が新報告様式での異型細胞と悪性疑いに区分されたことで臨床への報告はより明確となると思われた。今後は新報告様式を用いて, 臨床への報告をより充実したものとし, 細胞判定の標準化の一助としたい。

P-1-132 泌尿器細胞診新報告様式に沿った尿細胞診報告の二施設間の対比研究

製鉄記念八幡病院病理診断科¹⁾, 産業医科大学第一病理学²⁾

○下釜達朗(MD)¹⁾, 松山篤二(MD)²⁾, 岩井幸子(CT)²⁾, 金城 満(MD)¹⁾

【背景】2015年4月に泌尿器細胞診の全国統一様式が公開された。これまで, 本様式を用いた, 大学病院と市中病院の2施設での前向き研究を行ってきており, その結果を報告する。

【材料及び方法】(1)産業医大(2013/12~2014/2)連続664例を検鏡し, 旧4段階分類, 新4段階分類を行い, 2014年4月までの臨床所見, 病理所見を参照し, 最終診断とし, 旧4段階分類, 新4段階分類の比較検討を行った。(2)製鉄記念八幡病院(2013/11~2014/2)連続451例を検鏡し, 従来のPapanicolaou分類, 新4段階分類を行い, 2014年5月までの臨床所見, 病理所見を参照し, 最終診断とし, Papanicolaou分類, 4段階分類の比較検討を行った。

【結果】(1)両施設ともに, 陽性的中率(PPV)は40%台で, 4段階分類ではPPVは若干低下した。また陰性的中率(NPV)は良好な結果であった。(2)異型細胞を陽性と考えると, 両施設共に4段階分類で増加しており, 境界領域診断が増加する可能性を示唆することになった。

【考察】1. 両施設ともに, 陽性尤度比は10以上となり, 良好な結果であった。しかし, 陰性尤度比は産医大では旧分類, 新分類といずれも良好であったが, 製鉄病院では有意とされている0.5を越えておらず, 決して良好とはいえなかった。しかし, 新分類で0.27と約半分に改善した。2. 二乗平均平方根(RMS)は平均値からのばらつきを示す指標であるが, 産医大では旧分類より新分類で若干の改善が見られた一方, 製鉄病院では新旧共にばらつきの程度が強く, 今後改善策を練る必要があると思われた。

P-1-133 Cellprep を用いた尿細胞診検体の検討

独立行政法人国立病院機構埼玉病院

○柳 進也(CT), 阪 旨子(CT), 藤澤紀良(CT),
三戸聖也(MD)

【はじめに】尿細胞診は尿路系腫瘍のスクリーニング検査として重要な役割を担っている。一方で尿検体は粘稠性に乏しく、湿固定や染色中に細胞が剥離し易く、細胞が少数しか残っていない場合も少なくない。今回、液状化細胞診 Cellprep (以後 CP) で作成した標本と引きガラス、沈降法について比較検討を行った。

【対象】2016年2月～4月までの間に提出された自然尿で、CP、引きガラス法(パパニコロウ染色、ギムザ染色)、沈降法にて同時標本作成した213件である。

【方法】検体を3000rpm5分の条件で遠心後デカンテーション、沈渣成分からそれぞれ標本作成した。各標本での細胞量、背景、細胞学的所見について、顕微鏡下で検討した。

【結果】CPで作成した標本は、他の標本と比較しても明らかに細胞採取量が多かった。背景は鮮明となったが細胞は全体的にやや膨化傾向、核クロマチン・核小体は明瞭、小型細胞は集塊を形成する傾向がみられた。

【考察】CPの利点は標本作製が容易であるため、技師の経験や力量に左右されず、同じ品質の標本を作成することが可能である。細胞採取量については、塗抹面に風圧で細胞を転写するため、他法に比べ細胞の定着性が高く、見落としやスクリーニングの軽減に繋がる。問題点としては、細胞が風圧により押しつぶされるため、膨化傾向や細胞境界の不明瞭な集塊が見られることがある。これは検討当時の遠心条件が高かったことが起因していたと考える。CPで作成した標本は、従来法に比べ細胞集塊の見え方や核所見、特にクロマチンの見え方に若干の違いがあるため、多くの標本を経験して慣れることが最も重要であると考えられる。

P-1-134 腎疾患患者における尿中・腎生検組織中の WT1 陽性細胞数についての検討

愛媛県総合保健協会病理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⁾, 神戸大学大学院保健学研究科³⁾, 西条中央病院臨床検査部⁴⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部⁵⁾

○藤田泰吏(CT)^{1,2)}, 大崎博之(CT)³⁾, 佐伯勇輔(CT)⁴⁾,
串田吉生(MD)⁵⁾, 羽場礼次(MD)⁵⁾

【目的】各種腎疾患では、糸球体上皮細胞(ポドサイト)が傷害されてしばしば糸球体から剥離し尿中に出現する。また、半月体形成(ボウマン囊上皮細胞の増殖)は、糸球体から剥離しかかったポドサイトがボウマン囊に接着することで惹起される。我々は、半月体形成の早期発見を目的として、ポドサイトとボウマン囊上皮細胞のマーカーである WT1 を用いて、尿中と腎生検組織における WT-1 陽性細胞数について比較検討したので報告する。

【方法】香川大学医学部附属病院にて腎生検を行った腎疾患患者52例(半月体あり15例, 半月体なし37例)の腎生検当日の早朝尿10mLと腎生検組織を対象とした。尿細胞診標本は SurePathTM法で作製した。尿細胞診標本と腎生検標本に対して WT1 を用いた酵素抗体法を行った。尿細胞診は全塗抹面中に出現する WT1 陽性細胞をカウントし、腎生検標本では糸球体とボウマン囊(腎小体)にみられる WT-1 陽性細胞をカウントした。その後、両者の WT-1 陽性細胞数の相関、および半月体形成の有無による WT-1 陽性細胞数の差を比較し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

【結果】尿中と腎生検中における WT-1 陽性細胞数の相関係数に有意差はみられなかった。半月体に関しては、半月体形成があれば、WT-1 陽性細胞数は尿中で有意に多く(半月体あり: 31.3 ± 48.3 , 半月体なし: 11.7 ± 30.6 , $p < 0.01$)、腎生検組織中で有意に少なかった(半月体あり: 30.1 ± 11.5 , 半月体なし: 37.6 ± 12.4 , $p < 0.05$)。尿中 WT-1 陽性細胞数のカットオフ値を4個以上とした場合、感度73.3%, 特異度64.9%, AUC 0.734であった。

【結論】腎疾患患者の尿中に WT-1 陽性細胞が4個以上出現した場合には半月体形成の可能性があることが明らかになった。

P-1-135 非尿路上皮系腫瘍および腫瘍様病変の尿細胞診：京大病院 10 年間の症例から

京都大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 京都大学医学部附属病院検査部²⁾

○寺本祐記(MD)¹⁾, 南口早智子(MD)¹⁾, 佐伯美穂(CT)^{1,2)}, 平伴英美(CT)^{1,2)}, 古畑彩子(CT)^{1,2)}, 平田勝啓(CT)^{1,2)}, 山田洋介(MD)¹⁾, 片岡竜貴(MD)¹⁾, 吉澤明彦(MD)¹⁾, 桜井孝規(MD)¹⁾, 白波瀬浩幸(CT)^{1,2)}, 羽賀博典(MD)¹⁾

非尿路上皮系病変が尿細胞診に占める割合は小さい。しかし、その中には、尿路原発だけでなく転移性腫瘍や非腫瘍性病変など多彩な病態が含まれる。2016 年に発表された The Paris System でも、特に 1 章を割いて詳述されている通り、尿細胞診を観察するにあたり常に念頭に置く必要がある。

京大病院で過去 10 年間(2006 年 4 月～2016 年 5 月)に提出された尿細胞診は 23,834 例(全細胞診の 16%)であり、うち悪性と判定されたのは 1,019 例(4.2%)である。推定組織型は、尿路上皮癌が最も多く 960 例を占め、腺癌が 25 例、扁平上皮癌が 19 例、小細胞癌 4 例、悪性リンパ腫 2 例、推定不能が 9 例であった。腺癌の中には、純粋な膀胱原発腺癌や、腺系への分化を示す尿路上皮癌だけでなく、淡明細胞型腎細胞癌、陰茎大細胞神経内分泌癌といった原発性腫瘍、また前立腺癌や大腸癌の膀胱浸潤、胃癌の膀胱転移、外陰部 Paget 病細胞の混入が含まれていた。扁平上皮癌には、子宮頸癌の膀胱浸潤 2 例を含んでいた。リンパ腫 2 例は、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫および未分化大細胞型リンパ腫であった。

非腫瘍性病変では、膀胱アミロイドーシスが 10 年間に 3 例組織学的に診断されているが、いずれも尿細胞診では単に陰性として返却されていた。Retrospective に標本の残っていた症例についてレビューしたところ、アミロイド様物質が認められ、血尿からアミロイドーシス等の非腫瘍性病変を想起することの難さを示しているものと考えられた。

本発表では、各病変の代表的な細胞像を提示するとともに、鑑別診断および有用な免疫染色マーカーについて述べる。

P-1-136 分腎尿における良性、悪性の細胞像の検討(目視法, imageJ, フラクタル解析を用いて)

PCL 福岡病理・細胞診センター¹⁾, 福岡メディカルコンサルタント²⁾

○山田 博(CT)¹⁾, 稲垣伸介(CT)¹⁾, 秋山譲滋(CT)¹⁾, 早川優佳(CT)¹⁾, 岩井幸子(CT)¹⁾, 室 征芳(CT)¹⁾, 亀井敏昭(MD)¹⁾, 中野盛夫(MD)²⁾

【目的】腎盂・尿管尿では核濃縮を伴う尿路上皮の重積性集塊が多くみられ、細胞判定に苦慮することが多い。今回、我々は腎盂・尿管分腎尿において病理組織学的診断により尿路上皮癌が証明された悪性症例と良性症例について細胞学的に検討を行ったので報告する。

【方法】腎盂・尿管尿分腎尿で病理組織学的に悪性 29 例と、陰性 30 例それぞれについて以下の方法にて比較検討した。1. 目視法 15 項目 2. Image J 解析 3. 集塊辺縁フラクタル解析

【成績】1. 目視法の結果 (χ^2 検定) 3 層以上の集塊、小型(100 コ以下)と大型(300 コ以上)集塊出現率、明瞭な核小体の存在で有意差がなく、中型(100～300 コ)と散在性で有意差がみられた。その他の項目では、細胞の大小不同性、集塊辺縁円滑度、細胞密度、最外層細胞 N/C 比、N/C 比、核形不整、核偏在、核濃染、クロマチン分布、辺縁細胞 merge、好中球、壊死の有無で (p 値 < 0.01) 有意差があった。2. Image J 解析 (核平均値の t 検定) Area (核面積) は有意差なし、distance (核間距離)、RD (核クロマチン分布)、AR (核アスペクト比)、Circ (核円形度) Solidity (核充実度)、辺縁細胞 N/C 比で p 値 < 0.01 となり、有意差がみられた。3. フラクタル解析結果、悪性集塊 (n=29) で $D=1.3134 \pm 0.064$ (SD) 1.3177 (FD 値)、良性集塊 (n=32) $D=1.294084 \pm 0.1022$ (SD) 1.2838 (FD 値) となり、p 値 0.041721 となった。

【結論】目視法では、小型集塊、大型集塊の出現率、重積性 3 層以上集塊、明瞭な核小体の存在で良性と悪性で有意差はみられなかったが、その他多くの項目で有意差がみられた。Image J を用いた解析 では Area (核面積) 以外の項目で有意差がみられた。集塊辺縁のフラクタル解析 では、p 値 0.042 < 0.05 となった。さらに良性細胞のヴァリエーションの検討を加え報告をする。

P-1-137 腫瘍捺印・腎盂カテ尿から見た尿中腫瘍細胞の形態変化について

近江八幡市立総合医療センター臨床検査科¹⁾, 洛和会音羽病院臨床検査部²⁾, 洛和会音羽病院病理診断科³⁾

○重野恭子(CT)¹⁾, 吉田優美(CT)²⁾, 吉岡沙織(CT)^{2,3)}, 穴吹昌枝(CT)²⁾, 佐野 守(CT)²⁾, 浦崎晃司(MD)³⁾, 安井 寛(MD)³⁾

【目的】尿路上皮癌の診断における細胞診の重要性は今後も不変と考えられる。しかし、自然尿に出現する腫瘍細胞は、非生理的な環境に由来する細胞変性のため、しばしば評価が困難となる。一方、腎盂カテ尿では、反応性変化と腫瘍の鑑別に迷う例が少なくない。今回、腫瘍組織から尿中排泄までの、腫瘍細胞の形態変化を調べ、尿中の細胞像から本来の細胞形態の推定が可能か否かを検討した。

【対象】2010年以降に外科的切除が施行された上部尿路原発尿路上皮癌25例中、腫瘍捺印・腎盂カテ尿・自然尿の細胞診標本が得られた7例。異型度・進行度は、low grade・pTa:1例, high grade・pTa:2例, high grade・pT1:1例, high grade・pT3:3例であった。

【方法】腫瘍組織標本および3種の細胞診標本について、集塊形状・細胞形状・核形態・核クロマチンに重点を置いて細胞形態を比較・検討した。

【結果】腫瘍捺印では、結合の緩い集塊または孤在性を呈し、個々の細胞形状および核形態は組織を良く反映、特に核形態の詳細な評価が可能であった。腎盂カテ尿では、表層細胞に被包された乳頭状集塊が時に目立ち、良性集塊との鑑別が困難となり、個々の核形態の丁寧な観察を要した。また核濃染が症例によって種々の程度に見られた。自然尿では、2例において異型細胞が少数で、円形の孤在性細胞が主体であった。他の5例では小集塊～孤在性異型細胞が比較的多数出現、細胞形状はある程度保存されていたが、核質濃染傾向が強ククロマチンの評価は時に困難であった。尿の細胞から本来の細胞形態を推定することは限定的には可能と考えられた。

P-1-138 腎オンコサイトーマと嫌色素性腎細胞癌の比較検討

帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部¹⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科²⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科³⁾

○湯澤和彦(CT)¹⁾, 山田正人(CT)¹⁾, 福田 学(CT)¹⁾, 吉野美由紀(CT)¹⁾, 山本恵美(CT)¹⁾, 阿曾達也(MD)²⁾, 水口國雄(MD)³⁾, 高橋美紀子(MD)²⁾, 川本雅司(MD)²⁾

【はじめに】腎に発生する腫瘍でオンコサイトーマ(以下 Onco)と嫌色素性腎細胞癌(以下 Chromo)は好酸性細胞からなり、類似する所見が多く鑑別が困難である。今回、捺印細胞診にて比較検討する機会を得たので文献的考察を加え報告する。

【症例】Onco:40代後半, 女性。1年前より自覚する右上腹部の腫瘍。画像にて右腎中央から上極にかけて13cm大の腫瘍を認めた。Chromo:20代前半, 男性。画像にて右腎中央から上極にかけて8cm大の腫瘍を認めた。

【捺印細胞診】共通する所見は、1. 背景に顆粒状物質。2. 核は類円形でN/C比が低い。3. 核内封入体。4. 二核細胞。5. 細胞質は顆粒状。6. 結合の弱い類円形～多稜形細胞などである。異なる所見として、核の大小不同、切れ込み、しわ等の核形不整、核内封入体をChromoでより多く認めた。

【組織所見】両腫瘍とも肉眼的に褐色(ベージュ)調で中心部に白色の瘢痕を認めた。組織像は索状～充実性に増殖し、一部は小腺管様の配列を示した。細胞質は好酸性顆粒状である。核所見に違いがあり、Oncoは円形で比較的小型であるが、一部に奇怪な形態を示すものが混在した。核内偽封入体を少数認めた。Chromoは不整が目立ち、核内偽封入体を多数認めた。一部に核周囲明庭を認めた。Colloid鉄染色はOncoでは主として管腔面に陽性、Chromoはびまん性に弱陽性で異なる所見であった。

【まとめ・考察】捺印細胞診では、核所見にやや違いが見られたが、類似する所見が多く判定に苦慮する。しかし両者の悪性度には大きな差があるため正確な診断が求められる。診断には本腫瘍の特徴を理解し組織所見に酵素抗体法、電顕、染色体検査等を加え総合的に判断することが重要である。

P-1-139 尿道原発明細胞腺癌の 2 例

大阪府立急性期・総合医療センター

○佐々木志保(CT), 下山玲子(CT), 小山奈津子(CT),
倉澤佳奈(CT), 小林愛美(CT), 藤中浩樹(CT),
島津宏樹(MD), 伏見博彰(MD)

【はじめに】尿道に発生する悪性腫瘍は比較的まれである。今回我々は、尿道原発の明細胞腺癌を 2 例経験したので報告する。

【症例 1】70 歳代女性。尿勢低下を認め近医受診。尿細胞診で疑陽性、膀胱鏡で頸部に腫瘍を認めたため、当センター泌尿器科に紹介受診となった。初診時の尿細胞診において、異型細胞の小集塊が見られたが、N/C 比がそれほど高くなく核異型も弱いことから疑陽性。その後の TUR-BT 検体においても確定診断に至らなかった。約 10ヶ月後の細胞診で疑陽性、TUR-BT で明細胞腺癌と診断されたため、切除術が施行された。

【症例 2】70 歳代女性。再発性膀胱炎、頻尿を主訴に近医 follow 中、精査のため当センター泌尿器科に紹介となった。初診時の尿細胞診は陰性であったが、膀胱鏡にて頸部に腫瘍が認められたため TUR-BT が行われ、明細胞腺癌の診断で切除術が施行された。後日、細胞診の見直しを行ったところ異型細胞を数個認めたが、悪性を疑うのは困難であった。

【組織像】2 症例とも尿道憩室内に腫瘍が認められた。腺腔形成や乳頭状の増殖を示す異型細胞が見られ、hobnail 細胞が認められたため、明細胞腺癌と診断された。

【考察】今回経験した 2 症例は、女性尿道の憩室内に発生した明細胞腺癌であり、何れの症例においても個々の細胞異型が弱く、出現細胞数が少なかったため、悪性を疑うのは困難であった。

【まとめ】尿道原発の腺癌は比較的まれな腫瘍である。また、明細胞腺癌は異型が弱いことも多い。自然尿の細胞診においては、臨床所見や画像所見を参考にし、泌尿器系臓器全体の腫瘍性病変の可能性を考慮する必要があると思われた。

P-1-140 腎粘液管状紡錘細胞癌の 1 例

綾部市立病院臨床検査科¹, 高知赤十字病院病理診断科部², 舞鶴共済病院臨床検査科³, 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部⁴

○山口直則(CT)¹, 黒田直人(MD)², 河田尚子(CT)³,
田原義孝(CT)³, 嶋本知子(CT)³, 藤村沙織(CT)³,
大槻小百合(CT)³, 今村好章(MD)⁴

【はじめに】粘液管状紡錘細胞癌 (Mucinous tubular and spindle cell carcinoma: MTSCC) は 2004 年に採用された比較的まれな腎癌である。新 WHO 分類では low grade malignancy の定義がはずされ、high grade 例では死亡例の報告もある。今回、high grade MTSCC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 代、男性。僧房弁閉鎖不全症の術前スクリーニングにおける画像検査にて偶然、左腎内側に約 45 mm 大の腫瘍がみられ、後腹膜鏡下左腎摘除術が施行された。

【細胞所見】腫瘍捺印標本では類円から紡錘形状の異型細胞が孤在性あるいは大小の不整な集塊を形成して認められた。核は腫大し、核縁の不整や皺、明瞭に腫大した核小体が認められた。細胞質は微細な顆粒状であった。背景には粘液様物あるいは硝子様物がみられた。免疫細胞化学的に異型細胞は AMACR に陽性、CK7、CD10 は陰性であった。

【切除標本所見】左腎内側に比較的境界明瞭な白色調の充実性腫瘍がみられ、出血、壊死を伴い腎外に突出していた。組織学的に腫瘍細胞は延長傾向を示す不整な腺管増殖と紡錘形細胞の増殖が混在して認められた。細胞質内に空胞を示す領域や Fuhrman Grade 3 相当の核異型度を示す領域もみられた。Alcian blue 染色で陽性を示す粘液性間質がみられた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は AMACR、RCC Ma に瀰漫性に陽性、CK7 に一部が陽性、CD10、CA9、Cathepsin-K は陰性であった。MIB-1 index は約 20%であった。

【まとめ】High grade MTSCC の細胞所見に関する報告はほとんどない。乳頭状腎細胞癌を含めた他の high grade な腎癌との鑑別が問題となるが、背景の粘液様間質の存在や紡錘形細胞の混在、免疫細胞化学所見ならびに染色体異常所見を加味した総合的な所見の認識と把握が重要であると思われた。

P-1-141 前立腺小細胞癌の1例

岡山大学病院病理部

○松岡博美(CT), 今井みどり(CT), 浜田香菜(CT),
那須篤子(CT), 原田和恵(CT), 井上博文(CT),
藤田 勝(CT), 大森昌子(MD), 田中顕之(MD),
田中健大(MD), 柳井広之(MD)

【はじめに】前立腺に発生する小細胞癌は前立腺癌全体の0.3~2%と稀な腫瘍であり, 大部分が進行癌で発見される。今回我々は尿中に腫瘍細胞を認めた前立腺小細胞癌を経験したので報告する。

【症例】80歳代, 男性。体重減少の精査中に腹部CTで前立腺領域に600ml大の腫瘤と右水腎症が認められ, また血中腫瘍マーカーのCEA, NSE, ProGRFが高値を示したため紹介受診された。当院にて尿細胞診と前立腺針生検が施行された。

【細胞所見】出血性背景に裸核状~狭小な細胞質を有する小型腫瘍細胞を単在あるいは集塊状に認めた。それらよりやや大型で核小体の著明な腫瘍細胞も認めた。chromogranin A, synaptophysinが陽性となり神経内分泌腫瘍が示唆された。またCK7, CK20が陰性であり, 前立腺由来が推定された。

【組織所見】クロマチンが増量したN/C比の高い異型細胞が索状あるいは胞巣状に増殖していた。核分裂像が多数みられ, 腫瘍内に壊死を認めた。腫瘍細胞はchromogranin A一部陽性, synaptophysin陽性, CD56一部陽性, TTF-1陽性となりsmall cell carcinomaと診断された。

【まとめ】極めて予後不良である前立腺小細胞癌を尿細胞診で推定診断することは, 迅速な治療につながるため重要と考えられた。

P-1-142 末梢血中に異型細胞と血球貪食像が出現した血管内大細胞型B細胞性リンパ腫の1例市立旭川病院中央検査科¹⁾, 病理診断科²⁾

○勝見友則(CT)¹⁾, 山田和明(CT)¹⁾, 越高正広(CT)¹⁾,
二郷元彦(CT)¹⁾, 武田晃典(CT)¹⁾, 高田明生(MD)²⁾

【はじめに】血管内大細胞型B細胞性リンパ腫(IVL)は, 腫瘍細胞が小血管, 特に毛細血管や小静脈内で閉塞性に増殖する稀なリンパ腫である。殆どがリンパ節腫大や腫瘤形成を伴わないため, 診断困難な疾患である。本邦では血球減少と血球貪食症候群を伴うアジア型が半数以上を占め, 急激な臨床経過を示すとされている。末梢血中に腫瘍細胞を認めることは極めて稀であるが, 今回末梢血中に異型細胞と血球貪食像が出現し, その後皮膚生検でIVLと診断された1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。2週間以上続く全身倦怠感と発熱にて当院受診。貧血と血小板減少を指摘され入院。sIL-2Rが20790U/mlと著増を示していたが, リンパ節腫脹は認められなかった。入院時には僅かであった前胸部の発赤が徐々に顕在化し皮膚生検が行われた。

【細胞所見】末梢血標本では大型でN/C比の増大と粗網~粗剛状の核網を伴う異型細胞が散在~集簇を形成しながら出現し, 血球貪食像(HPS)が散見された。骨髓標本でも同様のHPSが散見された。

【組織所見】真皮から皮下脂肪織の小血管内に限局して異型細胞の増殖を認めた。異型細胞はCD20, 79a, BCL-2, MUM-1陽性, CD3, 5, 10, BCL-6陰性で, IVLと診断された。

【経過】IVL診断後THP-COP療法を施行し, 末梢血の異型細胞の消失と一時的な解熱・血球改善を認めたが, 治療開始27日目にHPSが再燃した。翌日より再度THP-COP療法を開始したが, 治療効果は一時的でHPS再燃とともに全身状態悪化を認め, 治療開始後52日目に永眠された。

【結語】末梢血中に異型細胞が出現した稀なIVL症例を経験した。末梢血標本にて非上皮系の異型細胞集簇やHPSが認められた場合はIVLの存在を積極的に考慮する必要があると思われた。

P-1-143 セルブロックが診断に有用であった ALK 陽性 ALCL の一例

大阪市立大学医学部附属病院病理診断科

○大蔵真希(CT), 安藤加奈江(CT), 塩見和彦(CT), 塩田晃子(CT), 脇田江里子(CT), 目黒麻紀(CT), 宇仁和将(CT), 久保勇記(MD), 桑江優子(MD), 大澤政彦(MD)

【はじめに】Anaplastic Large Cell Lymphoma (ALCL) は、接着性の高い胞体を認めるため、低分化型悪性腫瘍と鑑別が難しいことがある。今回、我々はセルブロックを併用することにより、診断が可能となった ALK 陽性 ALCL の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 代男性、左腋窩部のリンパ節腫脹を自覚し来院。1 か月で 2 cm の増大が見られ、MRI では悪性の可能性が疑われたため摘出した。その後、創部に発赤・潰瘍が生じ、全身状態が悪化、潰瘍部皮膚を生検した。胸水貯留も認められた。

【細胞像】摘出リンパ節の捺印標本では、小型リンパ球を背景に N/C 比の高い大型異型細胞が孤立散在性に多数出現。核は腎形、馬蹄形、ドーナツ状を呈し、核小体明瞭、核分裂像も認められ、低分化型上皮性腫瘍を疑った。その後、胸水細胞診にも類似した大型細胞を認めたため、セルブロックを作成し免疫染色を行った。T cell, B cell 系は(-)であったが、CD30(+), ALK(+)となり、悪性リンパ腫と診断された。

【組織像】真皮内に浸潤する炎症細胞として小型リンパ球、形質細胞、大型細胞が見られた。この大型細胞の核は hyper chromatic で、核形は豆状から分葉するものまで、様々であった。免疫染色はセルブロックと同様であった。

【まとめ】低分化型上皮性腫瘍と悪性リンパ腫は、ともに孤立散在性に大型細胞が見られるため、細胞診断では鑑別が困難であった。今回、セルブロックの免疫染色を併用したことは診断に有用であった。

P-1-144 ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫の 1 例

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター病理診断科²⁾

○藤本翔大(CT)¹⁾, 立山弘樹(MT)¹⁾, 小嶋健太(CT)¹⁾, 今村彰吾(CT)¹⁾, 宮久 禎(CT)¹⁾, 加藤裕一(CT)¹⁾, 北里謙二(CT)¹⁾, 瀧澤克実(MD)²⁾, 伏見文良(MD)²⁾, 田口健一(PhD)²⁾

【背景】未分化大細胞型リンパ腫 (ALCL) は CD30 抗原の発現を認め、t(2;5) による anaplastic lymphoma kinase (ALK) の発現が深く関与することが明らかになっており、大型多型細胞の増殖を来す非ホジキンリンパ腫、末梢 T/NK 細胞腫瘍である。本邦での発生頻度は悪性リンパ腫の約 1.5% と比較的稀で日常的に遭遇することは少ない。今回、我々は Hodgkin 様細胞、R-S 様巨細胞が散見されたことにより Hodgkin リンパ腫との鑑別に苦慮した ALK 陰性 ALCL の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 代男性。半年前から発熱が続き、解熱しないため前医受診し、悪性リンパ腫の疑いで当院紹介となった。全身リンパ節腫脹、体重減少を認め、LDH461 IU/L、可溶性 IL-2 受容体 7611 U/ml と高値であった。初診時に鼠径部リンパ節生検が施行された。

【細胞所見】背景には好酸球、少数の成熟リンパ球、組織球が混在して見られた。腫瘍細胞は中型から大型で孤立散在性、一部に上皮様の結合を認めた。好塩基性の豊富な細胞質を有し、核は類円形で単～2 核、明瞭な核小体を 1～複数個認めるものが多数で、多核や強い切れ込みを持つ核異型を呈する細胞も少数認められた。

【組織所見】濾胞構造は萎縮しており、中型から大型の異型リンパ球のびまん性増殖を認めた。免疫組織化学的検索では CD30 に陽性、CD3, CD15, CD20, CD79a, TIA1, granzymeB, PAX-5, ALK, EBER に陰性を示し、ALK 陰性 ALCL の確定診断に至った。

【考察】ALCL は花冠状、腎形あるいは馬蹄形の核形態を有する hallmark cell やドーナツ状の核内封入体が診断上特徴的な所見とされているが、本症例ではそれらの所見に乏しい像であったため組織型推定が困難であった。Hodgkin 様細胞、R-S 様巨細胞の出現を認めた際には本疾患の可能性があることを念頭に置くことが必要であると考えられる。

P-1-145 HHV8-negative effusion-based lymphoma の 1 例

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⁾, 昭和大学病院病理検査室⁴⁾, 昭和大学横浜市北部病院消化器センター⁵⁾

○佐々木陽介(CT)¹⁾, 岸本浩次(CT)²⁾, 北村隆司(CT)³⁾, 狩野充治(CT)⁴⁾, 趙 智成(MD)^{1,5)}, 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⁾

【はじめに】 Human Herpesvirus 8-negative effusion-based lymphomas (HHV8-negative EBLs) は、体腔液中に発生し明らかな腫瘤形成を伴わない悪性リンパ腫のうち HHV-8 の関与を認めないリンパ腫とされ、多くが B 細胞性表面抗原の発現を示す。今回我々は B 細胞性表面抗原陰性の HHV8-negative EBLs の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 80 代、女性。4ヶ月前に子宮体癌と診断され放射線治療を受けていた。2ヶ月前に呼吸苦を認め CT 検査で右胸水貯留がみられた。胸水細胞診および胸水セブブロック組織検査を行い悪性リンパ腫と診断、リンパ節や他臓器に病変を認めず体腔液原発悪性リンパ腫が疑われた。化学療法施行するも呼吸状態悪化し死亡。病理解剖が行われた。

【胸水細胞像】 中型～大型リンパ球大、単核～二核で類円形核の核を有する細胞の増殖を認めた。核形不整は目立たず、核偏在性を示し明瞭な核小体を有し Giemsa 染色で細胞質は好塩基性を示し多数の小空胞を認めた。

【胸水セブブロック組織像・剖検所見】 大型で核小体の目立つ異型リンパ球様細胞の増殖を認めた。免疫組織化学でこれらの細胞は LCA, CD138, VS38c, Cyclin D1, c-MYC に陽性、CD3, CD5, CD10, CD20, CD30, CD56, Bcl-2, Bcl-6, MUM-1, HHV-8, EBER (ISH) に陰性、Ki-67 陽性率は 80% 以上であった。HHV-8(-) であることから HHV8-negative EBLs が考えられた。剖検には右胸壁に腫瘤を形成するリンパ腫を認め、右肺、右横隔膜、子宮、卵巣、傍大動脈リンパ節へのリンパ腫の浸潤がみられた。

【考察】 本症例は細胞形態の特徴、免疫形質が primary effusion lymphoma と類似していたが HHV-8 の関与を認めず、一方で HHV8-negative EBLs としては非定型的な、B 細胞性表面抗原陰性を示した稀な症例であった。

P-1-146 眼付属器に発生した低悪性度 B 細胞性リンパ腫の 4 症例

宮崎大学医学部附属病院病理部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○野口裕史(CT)¹⁾, 徳満貴子(CT)¹⁾, 大野招伸(CT)¹⁾, 峰松映子(CT)¹⁾, 森田勝代(CT)^{1,2)}, 黒木栄輝(CT)¹⁾, 盛口清香(MD)²⁾, 佐藤勇一郎(MD)^{1,2)}

【はじめに】 眼付属器に発生した低悪性度 B 細胞性リンパ腫 4 症例の捺印細胞診を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】 症例 1 は 40 歳代、女性。左眼に違和感自覚、左眼結膜腫瘍。症例 2 は 40 歳代、女性。右眼に違和感自覚、右眼結膜腫瘍。症例 3 は 60 歳代、男性。右眼腫脹を自覚、右眼瞼結膜腫瘍。症例 4 は 80 歳代、女性。右眼瞼腫脹を自覚、眼窩内腫瘍。それぞれ肉眼的にはサーモンピンク色調の腫瘍性病変で、生検術が施行され、捺印細胞診を実施した。

【捺印細胞診】 全症例において、メイギムザ染色では、小型～大型のリンパ球様細胞、単球様細胞、組織球、好中球、形質細胞が認められた。小型リンパ球様細胞よりもやや大きな中型リンパ球様細胞が概ね優位な像であった。症例 2 ではリンパ球様細胞に Russell 小体や Dutcher 小体が認められた。パパニコロウ染色にてリンパ球様細胞の不整形核（軽度～高度切れ込み、皺）を強拡大でカウントすると、不整形核比率は症例 1 : 30%、症例 2 : 75%、症例 3 : 45%、症例 4 : 48% であった。4 症例共に悪性リンパ腫疑いと診断した。

【病理組織学的所見】 不整形核をもつ小型～中型のリンパ球様細胞がびまん性に増殖し、単球様細胞や形質細胞様細胞も混在していた。一部の結膜上皮にはリンパ上皮病変も認められた。免疫組織化学では、リンパ球様細胞は B 細胞系マーカー陽性で、低異型度 B 細胞性悪性リンパ腫と診断した。

【まとめ】 眼付属器腫瘍から摘出される組織検体量は少なく、挫滅を伴うことが多いため、診断に必要な組織標本作成が困難なことも多い。詳細な観察が可能な細胞診の併用により、診断率の向上が期待できると思われる。また、不整形核を持つリンパ球様細胞の検索の意義について検討し報告する。

P-1-147 中枢神経浸潤を認めたリンパ形質細胞性リンパ腫 (Bing-Neel 症候群) の2例

横浜市立市民病院検査部¹⁾, 横浜市立市民病院がんセンター²⁾, 横浜市立市民病院血液内科³⁾, 横浜市立市民病院病理部⁴⁾

○奥田尚実(CT)¹⁾, 多田慶子(CT)¹⁾, 田山三郎(CT)²⁾, 仲里朝周(MD)³⁾, 林 宏行(MD)⁴⁾

【はじめに】リンパ形質細胞性リンパ腫 lymphoplasmacytic lymphoma (以下 LPL) は, 非 Hodgkin リンパ腫の 0.7% と稀で通常骨髄で増殖しリンパ節, 肝臓, 脾臓, 末梢血に高頻度で浸潤・出現し, 緩徐な経過をとる腫瘍である。LPL に伴う中枢神経浸潤は稀であり Bing-Neel 症候群と呼ばれる。今回 Bing-Neel 症候群の 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】70 歳代男性, 2006 年から赤沈の亢進があり 2011 年視覚異常, 体重減少, 労作時呼吸困難感が出現し他院を受診。原発性マクログロブリン血症が疑われ当院へ転院となった。表在リンパ節腫大(-), 肝脾腫(-), HCV(-), IgM 6140 mg/dL, IgM- κ 型 M 蛋白を認めた。骨髄検査では, 免疫染色で CD20(+), CD79a(+), CD138(+/-), CD3(-), CD5(-), CD23(-), FCM で IgM/ κ (+) の所見もあり LPL と診断された。化学療法にて奏効状態であったが, 2015 年 10 月より神経症状が出現。頭部 MRI で髄膜の増強効果と髄液で細胞数の上昇を認めた。髄液細胞診所見では小~中型で N/C 比が高いリンパ球と核の偏在を示すリンパ球を多数認め, 髄液 FCM では CD19(+), CD20(+), IgM/ κ (+) であり LPL の中枢神経浸潤の診断となった。AraC/MTX/PSL 髄注を繰り返し行い髄液中の異常細胞は消失した。

【症例 2】70 歳代男性, 2008 年左前胸部の皮下腫瘍出現。表在リンパ節腫大(-), 肝脾腫(-), HCV(-), IgM 5190 mg/dL, IgM- κ 型 M 蛋白を認めた。胸壁腫瘍生検の免疫染色で CD20(+), CD79a(+), CD3(-), CD5(+/-), IgM(+), LPL と診断され, また骨髄と中枢神経浸潤も認めた。髄液細胞診所見では小~中型で N/C 比が高いリンパ球を多数認める中に核膜不整や切れ込みをもつリンパ球も少数認めた。化学療法および MTX 髄注を行い, 寛解を維持している。

【まとめ】Bing-Neel 症候群は極めて稀であり, 細胞も小型で異型が弱いいため, 判定が困難なケースが多い。髄液の FCM による表面抗原解析が診断の一助となりうると考えられた。

P-1-148 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) の再検討

秋田大学医学部附属病院病理診断科病理部

○成田かすみ(CT), 伊藤 智(CT), 廣嶋優子(MD), 南條 博(MD)

【目的】当院で膵腫瘍性病変を中心に行われている超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(以下 EUS-FNA)成績を組織診断と比較し, 細胞像を再検討したので報告する。

【対象と細胞診成績】2010 年 12 月~2016 年 5 月までに施行された EUS-FNA 症例のうち組織診断と比較できた 157 例。穿刺部位の内訳は, 膵腫瘍 108 例, リンパ節 19 例, 上部消化管粘膜下病変 14 例, 腹部・腹腔内腫瘍 6 例, 肝腫瘍 5 例, 後縦隔 2 例, 後腹膜 2 例。細胞診の判定は, 正常または良性が 47 例(29.9%), 良悪性の鑑別困難 6 例(3.8%), 神経内分泌腫瘍(以下 NET)や胃消化管間質腫瘍(以下 GIST)などの腫瘍性病変 28 例(17.8%), 悪性疑い 6 例(3.8%), 悪性 70 例(44.6%)だった。

【組織診断との比較および細胞像の再検討結果】細胞診で良悪性の鑑別困難とした 6 例の組織診断は, 腺癌 2 例, IgG4 関連硬化性疾患 1 例, 良性 3 例だった。腫瘍性病変では, NET ないし NET を推定した 11 例の組織診断はすべて NET(G1,G2)だった。GIST を推定した症例は 6 例あり, 5 例の組織診断は GIST, 1 例は平滑筋肉腫だった。悪性 70 例および悪性疑い 6 例, 計 76 例の組織診断は, 腺癌 64 例, 神経内分泌癌(NEC)3 例, 扁平上皮癌 1 例, 腎淡明細胞癌 1 例, 悪性腫瘍 1 例, 異型上皮 2 例, IgG4 関連硬化性疾患 1 例, 軽度異型組織球 1 例, 既存リンパ節 1 例, 悪性所見なし 3 例だった。細胞診と組織診断の良悪性の不一致は 9 例あり, 一致率は 94.3% だった。細胞像の再検討で, 炎症に伴う異型腺上皮と腺癌細胞の鑑別, 裸核状の組織球と腺癌細胞の鑑別, 細胞重積や細胞配列を慎重に判断すべき症例があった。

【まとめ】良悪性の鑑別が難しい細胞像を念頭に, 悪性細胞を正確に捉えつつ総合的に判定し, また免疫細胞化学を適宜導入し, 今後の EUS-FNA 診断精度向上に努めた。

P-1-149 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)における細胞診の検討

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○桜井友子(CT), 柳原優香(CT), 土田美紀(CT), 山川美沙紀(CT), 神田真志(CT), 畔上公子(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), 西田浩彰(MD), 川崎 隆(MD), 本間慶一(MD)

【はじめに】当院ではEUS-FNAを行う際、迅速細胞診(on-site cytology)で適正検体かどうかの判断を行い、可能であれば良悪の判定や組織型の推定を口頭で伝えている。これまでの施行症例をまとめ、考察を加えて報告する。

【対象と方法】2014年5月から2016年5月までの間にEUS-FNAが施行された117症例125検体(膵80件, リンパ節17件, 粘膜下腫瘍17件, 肝5件, 副腎1件, その他腫瘍5件)を対象とした。細胞診判定(迅速時仮報告, 最終報告), 推定病変(組織型)と組織診の検討を行った。

【結果】125検体の細胞診最終報告では, Class V: 82件(65.6%), IV: 10件(8.0%), III: 22件(17.6%), I/II: 9件(7.2%), 所見のみ: 2件(1.6%)であった。推定組織型は, 腺癌70件(56.0%), GIST12件(9.6%), 神経内分泌腫瘍10件(8.0%), 悪性リンパ腫7件(5.6%), その他悪性腫瘍10件(8.0%), 異型細胞4件(3.2%), 良性9件(7.2%), 所見のみ3件(2.4%)であった。組織診では, 腺癌74件(59.2%), GIST10件(8.0%), 神経内分泌腫瘍10件(8.0%), 悪性リンパ腫7件(5.6%), その他腫瘍13件(10.4%), 良性9件(7.2%), 所見のみ2件(1.6%)であった。今回の検討では, 細胞診・組織診いずれも不適正検体はなかった。しかし, 採取検体少量で組織診が行えなかった検体, 免疫染色で腫瘍成分がなくなり, 十分な検索ができなかった検体がそれぞれ1件あった。

【まとめ】EUS-FNA時の迅速細胞診で最も優先されることは, 採取細胞の確認である。通常に比べ染色性の劣るPapanicolaou標本で適・不適の判断を求められるが, これまでの結果は良好であった。今後, 迅速細胞診仮報告と細胞診最終報告, 細胞診と組織診でそれぞれ乖離のあった症例について, 検討予定である。

P-1-150 膵超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)における迅速細胞診(ROSE)の有有用性

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⁾

○倉岡和矢(PhD)^{1,2)}, 谷山清己(PhD)³⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾, 吉田美帆(CT)¹⁾, 在津潤一(MD)¹⁾, 谷山大樹(MD)¹⁾, 齋藤彰久(DDS)¹⁾, 末田朝子(MT)¹⁾, 菅重里沙(MT)¹⁾, 大西 浩(CT)¹⁾, 戸田 環(CT)²⁾

【はじめに】Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration cytology (EUS-FNA)による膵腫瘍の診断の際, 病理医が立ち会い, 迅速診断(Rapid onsite evaluation: ROSE)を行うことにより, 診断率が高くなることが知られている。当院では2012年より, ROSEを行っている。この有用性について, 前回より症例数を追加して検討した。

【対象】臨床的に膵腫瘍が疑われ, 2010年3月~2016年6月に採取された102例。この内, 2012年9月までの25例はROSE非施行例, 以降の77例はROSE施行例。

【方法】消化器内科医によりスライドガラスに吹き付けられた検体を病理医が肉眼的に観察し, 血液等を除去し, 迅速診断用のDiff-Quick染色標本と, 永久標本用従来法及び液状標本(Liqui-Prep)を作製した。注射器を生食で洗った検体も液状標本とした。1例につき, 1~6回穿刺が行われ, 各回ごとに検体が提出された。

【結果】ROSE非施行例25例の細胞診断の内訳は陽性(腺癌)15例(60%), 疑陽性(腺癌疑い, 異型腺細胞)2例(8%), 陰性7例(28%), 検体不適1例(4%)であった。ROSE施行77例では陽性(腺癌, 神経内分泌腫瘍, 未分化癌/腺扁平上皮癌疑い)は61例(79.2%), 疑陽性(腺癌/神経内分泌腫瘍疑い, 異型腺細胞)は7例(9.1%), 陰性は8例(10.4%), 検体不適は1例(1.3%)であった。穿刺回数は, ROSE非施行例では平均3.3回, ROSE施行例では平均2.3回であった。また, ROSEに要した時間は平均32分であった。

【考察】ROSE非施行例に比べ, ROSE施行例では大幅に陽性率が高く, 陰性率が低かった。さらに, 必要な穿刺回数が少なかった。また, 直近20例では陽性率95%であり, 病理医及び細胞検査士, 内科医の技量の向上が窺われた。

【結語】EUS-FNA細胞診におけるROSEは膵腫瘍性病変の診断法において, 有用と考えられた。

P-1-151 漿液性嚢胞腺腫 (microcystic type) EUS-FNA 検体の細胞・セルブロック所見について

社会医療法人愛仁会高槻病院病理科¹⁾, 社会医療法人愛仁会高槻病院消化器内科²⁾, 社会医療法人愛仁会高槻病院外科³⁾

○仲谷武史(CT)¹⁾, 谷口由美(CT)¹⁾, 伊倉義弘(MD)¹⁾, 平尾美智(CT)¹⁾, 井本智子(CT)¹⁾, 谷本直紀(MD)²⁾, 朝倉 力(MD)³⁾, 岡部英俊(MD)¹⁾, 岩井泰博(MD)¹⁾

漿液性嚢胞腫瘍は膵腫瘍の1~2%を占めるまれな腫瘍病変である。大部分は良性(漿液性嚢胞腺腫; SCA)だが, ごく稀に悪性(漿液性嚢胞癌)も存在する。SCAは微小嚢胞の集まりからなるmicrocystic typeと, 大きな嚢胞が主体のmacrocystic typeに分類され, 前者は画像診断で充実病変と認識され, 質的診断は困難である。今回我々はEUS-FNAで細胞・セルブロック検体を採取したSCA microcystic typeを経験したので報告する。

【症例】40代, 女性。検診の腹部エコーで膵体部腫瘍を指摘され紹介。当院の腹部エコーでは13×9mm大の低エコー腫瘍, 造影CTでは径約10mmの濃染腫瘍として検出され, 膵内分沁腫瘍を疑いEUS-FNAが行われた。

【細胞所見】変性小型細胞がシート状集塊として出現し, 積極的に悪性や内分沁腫瘍を疑うには至らないものの, 一部で核の大小不同や重積傾向が軽度に認められ, 腫瘍性病変の存在を否定できない所見であった。

【セルブロック】上皮集塊は少数ながらCD56陽性を呈し, ジアスターゼで消化されるPAS陽性物質(=グリコーゲン)を含んでいた。

【膵切除標本】膵実質内に境界明瞭な結節病変(径10mm)が認められた。淡明な胞体を有する異型性に乏しい細胞が小腔をなし増殖していた。増殖細胞はCD56陽性だがクロモグラニンA, シナプトフィジン陰性であり, 内分沁腫瘍を否定。セルブロック所見同様, グリコーゲンを豊富に含んでおり, SCA microcystic typeと診断した。

【まとめ】SCA, 特にmicrocystic typeは非常に稀ではあるが, 境界明瞭な結節に対しては, 本疾患の可能性も念頭において鏡検すべきことが示された。またEUS-FNA検体は, セルブロック法の併用により組織化学的検索が可能となり, さらなる診断精度の向上が期待できる。

P-1-152 膵腫瘍 EUS-FNA の BD シュアパス法とセルブロックを用いた診断精度の検討 Direct-to-vial study

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター¹⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部²⁾, 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科分子病態検査学分野³⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座⁴⁾

○梅澤 敬(CT)¹⁾, 梅森宮加(CT)²⁾, 堀口絢奈(CT)^{2,3)}, 石橋智美(CT)²⁾, 土屋幸子(CT)²⁾, 春間節子(CT)²⁾, 清川貴子(MD)²⁾, 鷹橋浩幸(MD)²⁾, 沢辺元司(MD)³⁾, 池上雅博(MD)⁴⁾, 酒田昭彦(MD)¹⁾

【はじめに】Direct-to-vialによるBD SurePath liquid-based cytology (LBC)の, 膵腫瘍超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration cytology: EUS-FNA)に対する診断精度を試みた。

【対象と方法】2013年4月~2016年3月までの3年間に実施された, 膵腫瘍EUS-FNAを対象とした。Rapid on-site evaluation (ROSE)を行わずに, 内視鏡医がFNA検体を直接サイトリッチレッド固定液に洗い出した。LBC標本はBD SurePathの手順に従い1枚作製し, 残り検体でcell blockを遠心法で作製した。感度, 特異度, 診断精度, PPV, NPV, unsatisfactoryの頻度について分析した。

【結果】対象は70例(男性:37例, 女性:33例), 年齢は平均63.7歳(29~86)であった。EUS-FNAの成績は, Negative:15例(21.4%), Suspicious:11例(15.7%), Positive:43例(61.4%), Unsatisfactory:1例(1.4%)であった。Unsatisfactoryの要因はsampling errorであった。Cell block作製率は48.6%(70例中34例)であった。組織診断が得られた52例(Cell block:34例, Surgical resection:18例)は, Benign:9例, Atypical gland:1例, 膵管内乳頭粘液性腫瘍:1例, 腺癌:38例, 神経内分沁癌:1例であった。BD シュアパス法の成績は, 感度:92.9%, 特異度:77.8%, 診断精度:90.2%, 陽性的中率:95.1%, 陰性的中率:70.0%, Unsatisfactory:1.4%であった。明らかなfalse-positiveやfalse-negativeはなかった。

【考察】膵腫瘍EUS-FNAはROSEを行わずにdirect-to-vialで検体の回収率を上げ, 1枚のBD シュアパス標本とcellblockの作製頻度を高め診断精度の向上に寄与す。

P-1-153 胆管病変の細胞診における Cellprep 固定液の最適エタノール濃度および固定時間の検討

広島大学病院病理診断科

○内島由加里(CT), 田岡知恵(MT), 有廣光司(MD), 石田真悠(CT), 田中祐菜(CT), 清水智美(CT), 金子佳恵(CT), 丸橋由加里(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT), 尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 織田麻琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD)

【はじめに】近年, 液状化細胞診(LBC)を行う施設が増えており, 本学でも殆どの検体を LBC 法の一つである Cellprep 固定バイアルで 18 時間以上の固定を行い, 標本作製している。そこで固定時間の短縮とより検鏡に適した標本作製するために, 最適エタノール濃度と固定時間を検討した。

【対象と方法】4 例の胆管癌の腫瘍断面をブラシで擦過して採取した細胞を Cellprep 穿刺吸引・体腔液用バイアル(30%エタノール)と, これを基に 50%,70%のエタノール濃度に調整した固定液及び ThinPrep の 4 種類の固定液に浮遊させた。固定時間 30 分, 3 時間, 18 時間で Cellprep PLUS を用いて塗抹しパパニコロウ染色標本作製した。1 症例につき 12 枚作製したプレパラートを検鏡して全体像を代表する細胞所見の 5 視野を選択し, 対物 40 倍で細胞像を撮影し印刷した。5 枚の紙面上で核縁が明瞭で染色性の良好な細胞の割合を算出した。

【結果と考察】固定時間が 30 分, 3 時間, 18 時間における 4 症例の良好な細胞の割合の平均は, Cellprep 溶液ではそれぞれ 27%,43%,30%,50%エタノール溶液では 20%, 34%, 46%, 70%エタノール溶液では 17%,42%, 41%,ThinPrep では 30%,29%,41%であった。30 分間の固定時間で最も良好な細胞が多かったのはエタノール濃度 30%の Cellprep バイアルであり, 全体的に良好な細胞の割合が最高で, 良質な標本は 50%エタノール溶液で 18 時間固定した条件であった。更に症例数を増やして検討を加える。

P-1-154 膀胱癌細胞を対象とする液状化検体細胞診における至適条件の検討

広島大学病院病理診断科

○石田真悠(CT), 有廣光司(MD), 内島由加里(CT), 丸橋由加里(CT), 田中祐菜(CT), 金子佳恵(CT), 清水智美(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT), 尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 田岡知恵(MT), 織田麻琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD)

【背景と目的】本学では liquid-based cytology として Cellprep を導入したが, Cellprep 保存液での固定時間は 18 時間以上と長い。そこで, 膀胱癌擦過細胞を対象として, Cellprep を用いたより迅速な標本作製を試みた。

【材料と方法】広島大学病院にて切除された 5 例の膀胱癌断面の擦過により細胞を採取し, Cellprep 保存液(30%エタノール溶液), これを基に調整した 50%エタノール溶液, 70%エタノール溶液及び ThinPrep 保存液にそれぞれ細胞を注入した。固定時間は 30 分, 3 時間, 18 時間として, Cellprep PLUS を用いて細胞を塗抹し, パパニコロウ染色標本作製した。標本 1 枚につき, 対物 40 倍で細胞量の多い 5 視野を選び, 細胞像を撮影, 印刷した後, 1 紙面上の細胞の中で形態学的に適正な細胞の割合を算出した。

【結果と考察】固定時間が 30 分, 3 時間, 18 時間における適正細胞割合の 5 症例の平均値を算出すると, それぞれ Cellprep 溶液では 66%, 69%, 75%, 50%エタノール溶液では 57%, 60%, 65%, 70%エタノール溶液では 46%, 49%, 47%, ThinPrep 溶液では 50%, 49%, 52%であった。適正細胞の割合が最も高かった条件は Cellprep 溶液 18 時間固定であり, アルコール濃度が高く固定時間が短い程, 適正細胞の割合は低かった。ThinPrep 溶液では固定時間による違いは乏しかった。膀胱癌細胞を対象として Cellprep によって迅速に細胞診検体を作製するためには更に条件を変えて至適条件を検討する必要がある。

P-1-155 胆管病変に対する胆汁細胞診の診断効率： 胆管生検との比較検討

久留米大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 久留米大学医学部内科学講座消化器内科学部³⁾

○内藤嘉紀(PhD)^{1,2)}, 河原明彦(CT)¹⁾,
多比良朋希(CT)¹⁾, 山口知彦(CT)¹⁾, 安倍秀幸(CT)¹⁾,
吉田友子(CT)¹⁾, 高瀬頼妃呼(CT)¹⁾, 福満千容(CT)¹⁾,
村田和也(CT)¹⁾, 岡部義信(MD)³⁾, 中山正道(MD)²⁾,
矢野博久(MD)²⁾, 秋葉 純(MD)¹⁾

【目的】胆道腫瘍は膵管癌と同様に予後不良な疾患群であり, 胆汁細胞診や胆管生検を用いた早期診断が試みられている。今回我々は胆汁細胞診と胆管生検における診断能の差異について検討を行ったので報告する。

【方法】久留米大学病院で2014年から2015年に胆汁細胞診と胆管生検を行った38症例(胆管癌28症例, 胆管非腫瘍10症例)を用いた。胆汁細胞診は, 「貯留胆汁細胞診の細胞判定基準」, 「細胞診ガイドライン 消化器」に沿って判定を行った。胆管生検については, 「adequate = 検体適性」と「inadequate = 検体不適性」に大別し, adequate を「normal」, 「indeterminate」, 「suspicious for malignancy/ malignant」の4段階で評価した。

【成績】検体不適は胆汁細胞診で2症例(5%), 胆管生検で3症例(7%)と有意差は認められなかった(P=0.643)。胆汁細胞診及び胆管生検の感度・特異度は, 胆汁細胞診で68%/100%, 胆管生検で29%/100%であった。胆管癌28症例における胆汁細胞診では, suspicious for malignancy/ malignant が19症例(68%), indeterminate が3症例(10%), normal が5症例(18%)であった。一方で, 胆管生検は suspicious for malignancy/ malignant が8症例(29%), indeterminate が6症例(21%), normal が12症例(43%)であり, 悪性検出率は胆汁細胞診が有意に高かった(P<0.05)。尚, 胆管生検で indeterminate であった6症例のうち, 3症例は胆汁細胞診を併せる事で suspicious for malignancy/ malignant と判定する事が可能であった。

【結論】胆汁細胞診は胆管生検と比較し感度が高く, 存在診断として有用な検査法と言えた。また, 胆管生検に胆汁細胞診を併用する事で, 診断効率の向上が得られた。

P-1-156 膵細胞診検体における各ガイドライン報告 様式での検者間診断一致率について

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

○平林健一(MD)¹⁾, 才荷 翼(CT)²⁾, 東條絵里(CT)²⁾,
萩原範子(CT)²⁾, 岡島ひとみ(CT)³⁾, 古市将大(CT)³⁾,
時村奈央(該当なし)²⁾, 土田みなみ(CT)²⁾,
加戸伸明(CT)²⁾, 宮嶋葉子(CT)²⁾, 伊藤 仁(CT)²⁾,
田尻琢磨(MD)³⁾, 中村直哉(MD)¹⁾

【目的】近年, 日本臨床細胞学会(Japanese Society of Clinical Cytology: JSCC)およびThe Papanicolaou Society of Cytopathology (PSC)より膵臓細胞診の新たな報告様式が相次いで提唱された。いずれの報告様式も従来のclass分類と比較し分類が細分化されており診断一致率の低下が懸念される。そこで本研究では, 膵臓細胞診検体を対象として各分類での検者間診断一致率について検討した。

【方法】膵液・膵管擦過:25例, 膵腫瘍穿刺:25例のパパニコロウ染色検体を対象とした。それぞれの症例についてclass分類, JSCC分類, PSC分類に従って5人の細胞検査士が診断した。Class分類はclass I-Vの5段階, JSCC分類は「検体不適正」, 「陰性/良性」, 「異型/鑑別困難: 良性を支持する所見/診断」, 「異型/鑑別困難: 悪性を支持する所見/診断」, 「異型/鑑別困難: その他」, 「悪性の疑い/低悪性度以上」, 「陽性/悪性」の7段階, PSC分類は「Nondiagnostic」, 「Negative (for malignancy)」, 「Atypical」, 「Neoplastic: benign」, 「Neoplastic: other」, 「Suspicious (for malignancy)」, 「Positive/malignant」の7段階で診断した。診断は同じ検体を対象として, 1回目は臨床情報を提供せずスライドのみで診断, 2回目は臨床情報を提供し診断分類した。結果はFleissの κ 係数により, 各分類での検者間診断一致率を検討した。

【成績】臨床情報無しでの κ 係数はClass分類で0.392, JSCC分類で0.339, PSC分類で0.326であった。臨床情報有りでの κ 係数はClass分類で0.418, JSCC分類で0.325, PSC分類で0.322であった。

【結論】JSCC分類とPSC分類では従来のclass分類と比較すると診断一致率がやや低かったが, 各分類間での診断一致率に大きな差は認められなかった。また, 臨床情報はいずれの分類でも診断に大きな影響は与えなかった。

P-1-157 膵臓術前生検（細胞診・組織診）、当院の現状と細胞病理学的再検討

杏林大学医学部付属病院病院病理部¹、同 消化器内科²、同 病理学³

○水谷奈津子(CT)¹、望月 眞(MD)³、加藤 拓(CT)¹、土岐真朗(MD)²、倉田 勇(MD)²、渡邊俊介(MD)²、菅野大輝(CT)¹、稲嶺圭祐(CT)¹、鈴木 瞳(CT)¹、市川美雄(CT)¹、坂本憲彦(CT)¹、山野 環(CT)³、近藤凡子(CT)³、住石 歩(CT)³、柴原純二(MD)¹

近年内視鏡の進歩や穿刺器具の開発により、膵組織への超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)が普及してきた。今回我々は、当院での膵臓EUS-FNA検体の現状を調べ、正診率向上に向けての細胞所見の検討を行った。対象は、当院における2010年1月より2016年4月までの6年間の膵臓EUS-FNA細胞診検体163例である。これらについて組織生検・手術検体の有無とその内容、臨床経過から癌治療の有無を調べた。膵癌として手術あるいは化学療法を施行された症例は149例で、細胞診断の内訳は、Class V 74例、Class IV 24例、Class III 46例、Class II 5例、Class I 0例であった。膵癌の治療が行われなかった症例は14例で、細胞診断の内訳は、Class V 1例、Class IV 1例、Class III 3例、Class II 9例、Class I 0例であった。症例は全てEUS-FNA組織生検が同時に行われていた。組織診断を癌、癌疑い、良悪性判定困難、良性異型、良性に分類し、細胞診断と比較したところ約70%が一致していた。今回は、組織診断、臨床経過との不一致例を中心に、膵臓EUS-FNAでの癌の細胞診断について、細胞像を再検討し提示する。

P-1-158 診断に苦慮した悪性葉状腫瘍の一例

(株)正和ラボラトリー¹、丸山記念総合病院外科²、済生会川口総合病院病理診断科³、博慈会記念総合病院病理診断センター⁴

○宮崎稚菜(CT)¹、鈴木君義(CT)¹、大久保昭治(CT)¹、船津靖亮(CT)¹、丸山正董(MD)²、佐藤英章(MD)³、清水道生(MD)⁴

【はじめに】乳腺葉状腫瘍は乳腺腫瘍の0.3~0.5%であり、その中でも悪性は10%前後と報告されており比較的稀な腫瘍である。通常、上皮成分は非腫瘍性で、間質成分は肉腫様の形態をとる。今回我々は、針生検捺印細胞診で肉腫成分のみ出現し診断に苦慮した悪性葉状腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】44歳、女性。左乳房C領域にしこり、疼痛を自覚し当院外科を受診。MMGでは左乳房に4.5×4.0cm大の境界不明瞭な不整形の腫瘤を認めた。USでは分葉状を呈し、内部エコーは不均一であった。画像診断共にカテゴリー5とされたため、針生検を施行し同時に捺印細胞診を行った。生検組織診で悪性と診断され、左乳房部分切除術が施行された。

【捺印細胞所見】壊死性背景に円形ないし類円形、紡錘形と多彩性のある核を示す細胞を散在性に認めた。クロマチンは微細顆粒~顆粒状で、核小体が目立ち、核形不整も著明であった。また核分裂像を散見した。標本中には明らかな乳管上皮成分や上皮性の結合はみられず悪性葉状腫瘍や肉腫を考えた。

【組織所見】腫瘤部分では、壊死を伴い高度な細胞異型のある紡錘形の腫瘍細胞が密に増殖し、核分裂像が散見され、間質肉腫や悪性葉状腫瘍を疑った。免疫組織化学染色で腫瘍細胞はAE1/AE3(-)、desmin(-)、S-100(-)、CD31(-)、MIB-1(40%)で、周囲への浸潤も認められ悪性葉状腫瘍と診断された。

【まとめ】今回我々は、肉腫成分のみ出現し診断に苦慮した悪性葉状腫瘍の一例を経験したので報告する。

P-1-159 腫瘍切除11年後にリンパ節転移を認めた悪性葉状腫瘍の一例

東京都保健医療公社豊島病院

○國本由里子(CT), 柴崎洋子(CT), 窪田知美(CT), 小池昇(CT), 荒井克己(CT), 秋田英貴(MD), 鄭子文(MD)

【はじめに】乳腺の悪性葉状腫瘍でリンパ節転移を来すものは極めて稀である。今回リンパ節に転移を認めた症例を経験したので細胞像とともに報告する。

【症例】60歳代, 女性。14年前に左乳房腫瘍を認め, 当院で12×10×6cm大の腫瘍摘出を行い, Giant fibroadenomaと診断された。その3年後, 同部位に10×8×5.5cm大の腫瘍を認め, 針生検で葉状腫瘍と診断された。

同年疼痛が出現。左乳房部分切除を行い悪性葉状腫瘍が確認された。11年後, 左腋窩部に腫瘍を認め, 同部のリンパ節針生検を行い, 悪性葉状腫瘍の転移と診断された。

【細胞所見】リンパ節針生検の捺印標本: 散在性に紡錘形細胞がみられ, 多くが裸核状で, 一部に紡錘形の細胞質がみられた。核は楕円形で腫大し, クロマチンは繊細で増量は目立たないが, 時々核縁に凹凸を有するものや, 核小体をもつ細胞を認めた。以上より悪性葉状腫瘍の転移の可能性があると考えた。上皮性の腫瘍成分は認めなかった。

【組織所見】2回目手術時材料: 樹枝状および管状の腺管と葉状の間質の増殖が見られた。細胞密度・核の多形性が強く, 核分裂像も10/HPF以上と多数見られ, 悪性葉状腫瘍と診断した。MIB-1陽性率は高いところで5%程度。左腋窩リンパ節生検: 紡錘形細胞の密な増殖を認めた。核は不整腫大し, 核分裂像は多い所で強拡大10視野当たり7-8個程度。悪性葉状腫瘍の再発として矛盾しない像であった。MIB-1陽性率は30%程度。いずれもCK AE1/AE3, c-kit, CD34, α-SMA, CD34は陰性。

【まとめ】リンパ節転移を認めた悪性葉状腫瘍を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

P-1-160 骨肉腫様分化を伴う悪性葉状腫瘍の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⁾

○須藤健助(CT)¹⁾, 川島佳晃(CT)¹⁾, 藤原真紀(CT)¹⁾, 伊藤里美(CT)¹⁾, 平澤浩(CT)¹⁾, 田原沙佑美(MD)²⁾, 中川満(MD)²⁾, 岡部麻子(MD)²⁾, 桐山諭和(MD)²⁾, 塚本徹哉(MD)²⁾, 浦野誠(MD)²⁾, 黒田誠(MD)²⁾

【はじめに】悪性葉状腫瘍は稀な腫瘍であり, 上皮成分は異型に乏しく, 間質成分が軟部組織の肉腫と同様の異型性を示す場合がある。今回我々は, 骨肉腫様分化を伴う悪性葉状腫瘍の1例を経験したので細胞所見, 組織所見を中心に報告する。

【症例】50代, 女性。MMG検診で左乳房に石灰化を指摘され当院乳腺外科を受診。US上, 左A領域に23×17mmの内部石灰化を伴う境界明瞭な腫瘤を認め, FNAおよびCNBを施行し線維腺腫と診断。1年後のフォローにて画像上の変化は乏しいが若干の増大傾向を認め, 本人の切除希望によりFNAを再施行し, 鑑別困難, 切除生検が実施された。

【細胞所見】ギムザ染色にて赤色を示す類粘液様物質を背景に, 核径の増大した間質細胞を多数認めた。上皮細胞成分は乏しく, 多核巨細胞を散在性に認めた。間質細胞の出現数が多く, 多形性を示すことより葉状腫瘍を疑い鑑別困難と判定した。

【組織所見】高度に器質化した線維腺腫像が病変辺縁部にあり, 中心部には比較的境界明瞭な異型間葉系細胞の充実性腫瘍がみられた。腫瘍細胞は大小不同を示す類円形や短紡錘形の核が増殖しており, 核分裂像(15/10HPF)がみられ, 一部の領域において骨肉腫様の分化を認めた。免疫染色では腫瘍部にAE1/AE3(-), CAM5.2(-), vimentin(+), MIB-1陽性率(19%), p53(focal+)となり, 限局性の骨肉腫様分化を伴う悪性葉状腫瘍と診断された。

【まとめ】後方視的には, 細胞所見における異型を伴う多数の間質細胞と多核巨細胞の出現, 背景の粘液様物質の存在から悪性葉状腫瘍の可能性が示唆された。しかし上皮細胞成分の出現は乏しく, 化生癌およびその他の肉腫との鑑別は困難であった。

P-1-161 乳腺原発多形型脂肪肉腫の1例

独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 臨床研究部²⁾, 院長³⁾

○安村奈緒子(CT)¹⁾, 倉岡和矢(PhD)^{1,2)},
菅重里紗(MT)¹⁾, 藤澤宏樹(MT)¹⁾, 吉田美帆(CT)¹⁾,
大西 浩(CT)¹⁾, 谷山大樹(MD)¹⁾, 在津潤一(MD)¹⁾,
齋藤彰久(DDS)¹⁾, 谷山清己(PhD)³⁾

【はじめに】乳腺原発脂肪肉腫は全乳腺悪性腫瘍の0.003%と非常に稀である。今回我々は乳腺原発多形型脂肪肉腫の1症例を経験したので報告する。

【症例】30歳代, 女性。2ヶ月前より両側乳房が急速に腫大。咳嗽, 発熱, 左胸の疼痛と咳嗽時の腰痛を主訴に他院受診。両下肺野に浸潤影を認め, 精査加療目的に当院呼吸器外科紹介受診し, CT検査にて両肺に多数の結節影と胸椎に溶骨性変化, 両乳腺に巨大な低吸収腫瘤を認めた。乳癌の多発肺転移, 骨転移が疑われ, 乳腺外科紹介となった。両側乳房はハンドボール大に腫脹, 可動性良好な弾性腫瘤であった。超音波検査では腫瘤が大きいためビームが届かず評価困難であった。葉状腫瘍が疑われ, 穿刺吸引細胞診及び針生検が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引塗抹標本では, 細胞採取量は少数であった。穿刺による出血性背景を示し, 筋上皮細胞との二相性を示す乳管上皮細胞を少数認めた。それらに混在し, 中～大型で, 紡錘形, 類円形, 奇怪形など多彩な細胞形を呈する異型細胞が孤在性に比較的多数出現していた。異型細胞は核大小不同性, 強い核形不整, 顆粒状のクロマチン増量を認め, 核小体は一部明瞭であった。ごく一部に脂肪芽様細胞を認めた。ズダン染色にて胞体内に脂肪滴が認められた。免疫染色にて, Vimentin(+), S100a(±), Desmin/CD34/CD68(-)であり, 多形型脂肪肉腫と診断した。

【組織所見】両側乳房生検標本では, 多形性を伴う異型肉腫組織を認めた。脂肪芽細胞が散見され, 多形型脂肪肉腫と診断された。標本内に葉状腫瘍の像は認められなかった。核分裂像は, 10高倍率視野中17個認められた。

【結語】稀な乳腺原発多形型脂肪肉腫の1症例を経験した。

P-1-162 乳腺血管肉腫の1例

国立病院機構相模原病院臨床検査科¹⁾, 国立病院機構相模原病院病理診断科²⁾, 国立病院機構相模原病院乳腺外科³⁾, 原メディカルクリニック⁴⁾

○倉部 裕(CT)¹⁾, 原田哲也(CT)¹⁾, 大矢良之(CT)¹⁾,
福住理絵(CT)¹⁾, 余語直実(CT)²⁾, 海野みちる(CT)²⁾,
林 亮(CT)¹⁾, 飯塚美香(MD)³⁾, 原 英(MD)^{3,4)},
堀田綾子(MD)²⁾, 齋藤生朗(MD)²⁾

【はじめに】乳腺血管肉腫は乳腺悪性腫瘍の中でも約0.04%と稀な疾患である。今回我々は乳腺血管肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代, 女性。10年前に左乳癌にて乳房部分切除術及び腋窩リンパ節廓清施行。10年間再発がみられなかったが, 左乳頭部および左乳房の腫脹に気づき近医受診。生検にて血管肉腫と診断され, 手術目的に当院紹介受診となった。左乳房全摘術が行われ手術材料の捺印標本を作製した。

【画像所見】左乳房E領域に3.6cm大の腫瘤を認めた。乳頭や皮膚への浸潤像もみられ, 胸部筋層とも接していた。

【肉眼所見】乳頭部に5.0×4.0×6.0cm大の出血を伴う褐色調の腫瘍を認めた。表皮にはびらんや出血がみられた。

【捺印細胞像】出血性背景に結合性疎な集塊性に出現する紡錘形または類円形の異型細胞を認めた。円形の空洞を囲む様な配列も見られた。核は類円形～長楕円形, N/C比は高いが核形不整は目立たない。細胞所見より非上皮性腫瘍, 悪性葉状腫瘍, 紡錘細胞癌などが鑑別に挙げられた。

【組織所見】血管腔様の構造を中心に密な紡錘形ないし卵円形細胞の増殖・浸潤からなり, 石灰化や核分裂像が散見された。免疫組織化学染色は, CD34(+), factor-VIII(ごく一部のみ+), D2-40(+), CytokeratinAE1/AE3(-), 腫瘍細胞の約75%がKi-67(+)を示した。以上より乳腺血管肉腫と診断された。

【まとめ】血管肉腫は稀な腫瘍であり, 細胞像は症例ごとの異型の程度により異なるため細胞所見のみで直ちに血管肉腫を推定することは困難である。しかし多くの血液を背景に紡錘形細胞を含む集塊が採取されるとされており, 本症例の所見と一致していた。このような細胞像を認めた場合には血管肉腫も鑑別に挙げる事が重要と考えられた。

P-1-163 乳房温存療法および放射線治療後に生じた血管肉腫の 1 例

製鉄記念八幡病院検査部¹⁾, 製鉄記念八幡病院病理診断科²⁾, 独立行政法人国立病院機構大分医療センター³⁾

○土器若穂(CT)¹⁾, 尾坂明美(CT)¹⁾, 西堂園紀子(CT)¹⁾, 下釜達朗(MD)²⁾, 金城 満(MD)²⁾, 森内 昭(MD)³⁾

【はじめに】まれに, 乳房温存療法および放射線治療後に血管肉腫が生じることは知られている. 今回, 比較的短時間の後におきた乳房温存療法および放射線治療後の血管肉腫を経験し, その捺印細胞像, および肉腫切除後に採取した吸引細胞像を検討したので, 報告する.

【症例】61 歳 女性 5 年前に, 右乳癌の診断で乳房部分切除術(乳房温存)その後放射線治療が施行された. 術後の診断は, 浸潤性乳管癌で, センチネルリンパ節生検陰性, ER(+), PgR(+), Her2(-)であった. 5 年後, 乳房内に多発性の結節が生じ, 急速に増大したため, 乳房全摘出術が施行された. 摘出後の診断は, (放射線治療後の)血管肉腫であった. また, その後胸壁に再発した. 乳房全摘出術の際に捺印標本を 胸壁再発時の術後標本から吸引細胞標本作製して細胞像を検討した.

【細胞像】いずれの標本も, 細胞が多数採取されていた. 孤在性および集塊状の細胞がともに認められた. また, 背景は壊死を伴っていた. 腫瘍細胞は卵円形ないし紡錘形で, 核は円形で 1, 2 個の核小体が目立った. 少数ながら, 小さな管腔様構造やその中に赤血球を混じる像も観察された. 免疫染色で, これらの腫瘍細胞は, CD31 陽性であった.

【考察】比較的短期間で, 乳房温存療法および放射線治療後に生じた血管肉腫を経験した. 乳房以外では, 転移を含めて, 吸引細胞診の対象となることも考えられるため, 細胞像の把握は重要と思われた. 臨床経過を念頭に, 豊富な異型細胞, 血管を模するような管腔構造やその中の赤血球, および免疫染色を併用することで診断は可能となると考えられた.

P-1-164 乳腺顆粒細胞腫の一例

NTT 東日本関東病院

○上藤房代(CT), 永谷昭義(CT), 栗原正博(CT), 奥山力也(CT), 荒井政和(CT), 名城珠希(MD), 堀内 啓(MD)

【はじめに】顆粒細胞腫は Schwann 細胞由来の良性腫瘍とされ, 乳腺での発生率は顆粒細胞腫全体の 4.6~14% と言われている. 今回我々は比較的まれな乳腺顆粒細胞腫の一例を経験した. 細胞学的特徴が類似するアポクリン癌と比較し検討したので報告する.

【症例】65 歳女性. 左乳癌術後経過観察中, 右乳房外側側胸部に硬くふれる径 14 mm 大の辺縁不整の低エコー腫瘤を認め穿刺吸引細胞診を施行した. 細胞診 Class3 atypical cell にて針生検施行. 顆粒細胞腫の診断となった. 経過観察ののち, 肺腺癌の手術の際, 同時に皮下腫瘍摘出術を施行した.

【細胞診所見】多数の顆粒状物質を背景に腫瘍細胞がシート状にみられた. 壊死は無かった. 腫瘍細胞は類円形あるいは多稜形で N/C 比は低く, 核中心性であった. 腫瘍細胞の細胞質は豊かで顆粒状であり, 核は均一な小型類円形で異型は乏しかった. クロマチンは微細顆粒状で, 核小体は目立たなかった.

【組織所見】針生検: 好酸性顆粒状の豊富な胞体を有する腫瘍細胞が充実性, 索状に増殖を認め, 核は類円形で小型であった. 免疫組織化学では S-100 蛋白陽性で顆粒細胞腫と診断された. 摘出検体: 針生検と同様の組織像で, 免疫組織化学的に S-100 蛋白陽性であり顆粒細胞腫と診断された.

【まとめ】顆粒細胞腫は顆粒状細胞質を有することからアポクリン化生細胞やアポクリン癌との鑑別が問題となり, その場合には免疫細胞化学も鑑別の一助となると考えられた. また背景の壊死の有無, 顆粒状物質の有無などの所見にも留意し診断にあたる必要がある.

P-1-165 乳腺 myofibroblastoma の一例

松阪中央総合病院中央検査科

○上森 昭(CT), 河合美穂(CT), 水谷伊津子(CT),
杉本寛子(MD), 石原明德(MD)

【はじめに】 乳腺の myofibroblastoma (筋線維芽細胞腫) は、乳腺間質の線維芽細胞や筋線維芽細胞に由来するまれな良性腫瘍である。今回我々は、myofibroblastoma の 1 例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】 41 歳、女性。右乳房腫瘤にて近医より紹介され当院受診。超音波検査にて AC 領域に 13 mm × 14 mm × 8 mm の境界明瞭な楕円形腫瘤を認めた。穿刺吸引細胞診が施行され、紡錘形細胞腫瘍が疑われたが組織型推定に至らず鑑別困難と診断した。針生検にて myofibroblastoma を疑い腫瘤摘出術が施行された。

【細胞所見】 紡錘形細胞が不規則集塊状または散在性に多数観察された。紡錘形細胞は淡明な広い細胞質を認め、核は楕円形で大小不同、くびれを認めたが核クロマチンの増量はなかった。また背景にライトグリーンに染まるコラーゲン様物質がみられた。以上の所見より紡錘形細胞腫瘍で筋上皮や線維芽細胞由来の腫瘍、紡錘形細胞癌などを考えたが組織型推定に至らず鑑別困難とした。

【組織所見】 摘出腫瘤は 15 × 12 mm 大の結節状病変で、肥厚した膠原線維を伴い、紡錘形細胞の増生が認められた。核に異型はみられず、核分裂像は目立たなかった。免疫染色で紡錘形細胞は CD34・desmin・bcl2・ER・PgR が陽性で、CK・CD10・P63 は陰性であった。以上の所見と周囲に乳腺組織を伴うことから乳腺原発の myofibroblastoma と診断した。

【まとめ】 乳腺に発生する myofibroblastoma は稀な腫瘍であるが、異形の乏しい紡錘形細胞増生と膠原線維を伴う場合は本症を鑑別に挙げる必要があると思われた。

P-1-166 診断に苦慮した乳腺の Inflammatory myofibroblastic tumor (IMF) の一例

市立四日市病院中央検査病理

○谷口良子(CT), 中垣茂男(CT), 奈良佳治(MD)

【はじめに】 炎症性線維芽細胞腫瘍 (Inflammatory myofibroblastic tumor : IMT) は、著明な炎症細胞浸潤を伴う筋線維芽細胞の増殖からなる腫瘍で約半数に ALK 転座が認められている。IMT は肺や軟部組織に好発し肝、膀胱や腸間膜などにも発生する。乳房に発生した IMT は非常にまれで、その機会を得たので報告する。

【症例】 67 歳女性で左乳房 D 領域腫瘤あり、前医の細胞診で乳癌と診断され紹介となる。画像検査では浸潤癌を強く疑われたため組織生検を行った。その結果は「線維芽細胞と血管内皮の増生とリンパ球浸潤によりなる肉芽織」であったが、病変が採取されていない可能性が考えられ、診断と治療を兼ねて Probe lumpectomy を行った。病変の肉眼像は白色で硬く、境界不明瞭であった。断面は中心部が融解し cystic となり、超音波と同様な所見であった。

【細胞所見】 細胞診標本ではリンパ球背景に多稜形から紡錘形の細胞が集塊状に見られた。それらの細胞は、細胞密度は高いものの結合性は比較的ゆるやかであった。核は、類円形から楕円形で核形不整、核縁が薄く、クロマチン増量が見られた。癌は否定的で、線維性腫瘍や神経腫瘍など、紡錘形腫瘍を疑った。病理組織標本では、細胞診像と同じくリンパ球を伴う紡錘形細胞が見られ、細胞密度が高く、核腫大を伴って腫瘍性の増殖が見られて、HE 染色から IMT を疑った。免疫染色を行った結果、SMA、Calponin、AE1+AE3 及び MNF116 は (+) であり、CD34、CD23、ALK (ALK-01) は (-) であった。ALKFISH も陰性であった。

【まとめ】 細胞診、組織診で診断困難であった乳腺の IMT の症例を経験したので、その細胞像並びに組織像の結果と若干の考察を加えて報告する。

P-1-167 多彩な組織像を呈した乳腺癌肉腫の一例

東京警察病院病理診断科¹⁾, 東京通信病院病理部²⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理科³⁾

○篠原令子(CT)¹⁾, 渡邊 学(CT)¹⁾, 齋藤嘉奈子(CT)¹⁾, 横浜一樹(CT)¹⁾, 神山慶也(CT)¹⁾, 小川真紀(MD)¹⁾, 岸田由起子(MD)²⁾, 田村浩一(MD)²⁾, 二階堂孝(MD)³⁾, 横山宗伯(MD)¹⁾

【はじめに】癌肉腫は乳腺以外の臓器にはしばしば見られるとされているが, 乳腺原発癌肉腫は極めて稀とされている。今回私たちは多彩な組織像を呈した乳腺癌肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】68歳, 女性。2ヶ月前より左乳房腫瘍を自覚, 徐々に増大してきたとして外来に受診した。エコーにて左ACE領域に8×7cm大の嚢胞性病変と充実性病変の混在を認めた。嚢胞部は穿刺吸引細胞診を行い充実性病変部はCNBを行った。画像上は悪性葉状腫瘍が疑われ左乳房全摘術が行われた。

【細胞所見】出血性背景の中に炎症細胞や泡沫細胞が見られた。この中に核中心性で細胞質が角化した扁平上皮系の異型細胞と細胞質が淡く核型に強い不整が見られ核クロマチンの増量した大型異型細胞が見られた。

【組織所見】腫瘍の大きさは65×60×55mmで多房性の嚢胞構造を呈していた。紡錘形ないし多形性の異型細胞が線維性間質の中に弧在性に分布する肉腫(様)組織を背景に角化巣や細胞間橋の明らかな分化した扁平上皮癌が巣状に認められた。移行像は見られなかったので化生癌では無く癌肉腫と診断された。また, 低乳頭状, 充実性の非浸潤性乳管癌も周囲に認められた。

【免疫組織学的検索所見】扁平上皮癌の部分ではEMA, AE1/AE3, CK7, 34βE12, CK5/6が陽性で, 肉腫の部分ではVim, αSMA, actinが陽性であった。

【考察】巨大な嚢胞性腫瘍を診断する際には扁平上皮癌の可能性も念頭に置いておく必要があると考えた。また少数でも肉腫様細胞が見られた場合は記載する事が大事であると思われる。

P-1-168 Solid-basaloid features を有する乳腺腺様嚢胞癌の細胞病理学的分析

岩手医科大学医学部病理診断学講座¹⁾, 名古屋医療センター病理診断科²⁾, 盛岡友愛病院外科³⁾, 滋賀医科大学附属病院病理部⁴⁾

○川崎朋範(MD)^{1,2)}, 市原 周(MD)²⁾, 中井登紀子(MD)²⁾, 榎本 篤(MD)²⁾, 佐藤彩佳(CT)¹⁾, 安保淳一(CT)¹⁾, 石田茂登男(MD)³⁾, 多田隆士(MD)³⁾, 松谷英樹(MD)³⁾, 森谷鈴子(MD)⁴⁾, 菅井 有(MD)¹⁾

【はじめに】乳腺腺様嚢胞癌は salivary gland-type tumors のスペクトラムに含まれ, 頻度は乳癌全体の0.1%未満である。Solid variant of adenoid cystic carcinoma with basaloid features (SBACC) の細胞学的特徴を初めて報告する。

【材料と方法】乳癌746症例中, SBACCは3例(0.4%)を占めた。55才(#1), 56才(#2), 88才(#3)の女性で, #1, #2は穿刺吸引細胞診(診断: 鑑別困難および癌), #3は術中捺印細胞診が施行された。

【細胞像】背景は, #1が血性, #2, #3がclearであった。細胞採取量はいずれも豊富で, N/C比の非常に高い異型細胞が, 結合性の緩い充実性集塊から孤立散在性の出現パターンを示した。核はクロマチンが増量し, 核形不整が軽度のみられ, 小型の核小体を有していた。一方, 細胞質が広く, ライトグリーンに好性で, 繊細なクロマチンパターンを示す比較的大型の核を有する異型細胞も少数観察された。これらの細胞は, 部分的に腺様配列を示していた。

【組織像】基底細胞様の癌細胞が充実性/索状胞巣を形成しながら浸潤していた。胞巣内には, 好酸性の胞体を有する癌細胞が微小管腔を形成する像を部分的に認めた。免疫組織化学的に, 癌細胞はc-kit, AE1/AE3が陽性で, CK5/6は後者の管腔形成成分に独特な陽性所見を示した。いずれもER, PgR, HER2陰性であった。リンパ節転移が#2のみでみられ, 2個のLevel Iリンパ節に転移を認めた。

【考察】SBACCは, 通常型ACCと比較してリンパ節転移や局所再発を来しやすいとされるが, 遠隔転移は稀で, 死亡例の報告は未だない。それ故, 細胞診でprimitiveな癌細胞が一様に採取された場合, 注意深くbiphasic patternを観察し, 微小管腔構造に着目して本腫瘍を推定することは, 高悪性度のトリプルネガティブ乳癌や小細胞癌を鑑別する上で意義を有する。

P-1-169 乳腺腺筋上皮腫 4 例における組織像と細胞所見の比較検討

済生会新潟第二病院病理診断科

○遠藤浩之(CT), 石原法子(MD), 西倉 健(MD),
樋浦賢太郎(CT), 花野佑輔(CT), 竹下奈津子(CT),
三木弘美(CT)

【はじめに】乳腺腺筋上皮腫 4 例の細胞学的特徴について組織像と比較したので報告する。

【対象と方法】穿刺吸引細胞診が施行され、切除生検にて病理組織学的に腺筋上皮腫と診断された 4 例を対象とした。これらを 1) 臨床的所見, 2) 組織所見, Tavassolin による組織亜型分類と組織像の特徴, 3) 細胞所見, 細胞判定, 組織亜型と対比した細胞学的特徴を比較検討した。

【結果】1) 平均年齢 55.8 歳, 平均腫瘍径 10.3 mm, 腫瘍存在部位は全例左乳房, 乳房辺縁部 3 例, 乳頭側 1 例であった。2) 組織亜型分類は分葉型 1 例(以下 A), 管状型 1 例(以下 B), 紡錘細胞型非典型例 1 例(以下 C), 紡錘細胞型典型例 1 例(以下 D)であり, D は腺管構造を示す乳管上皮細胞が少数しかみられないが, C は腺管構造を示す乳管上皮細胞が多く残存していた。組織像は腺管状乳管上皮細胞を取り巻くように A は形質細胞様, B は多角形, C・D は紡錘形を呈する腫瘍性筋上皮細胞が増殖していた。3) 細胞判定は A, C, D が鑑別困難, B は正常あるいは良性であった。A は腺管状乳管上皮細胞を取り巻くように形質細胞型筋上皮細胞が充実状集塊で増殖し, Collagenous spherulosis がみられた。B は明るい筋上皮細胞で取り囲まれた腺管状乳管上皮細胞の小集塊が観察され, 核内封入体を認めた。C はシート状や腺管状の乳管上皮細胞に近接して胞体の厚ぼったい紡錘型筋上皮細胞が小型集塊で出現していた。D は紡錘型筋上皮細胞が束状集塊で採取され, 少数の小型シート状乳管上皮細胞がみられた。

【まとめ】乳管上皮細胞と筋上皮細胞の 2 種類から構成される集塊が出現した場合は, 腺筋上皮腫の可能性を考え, Tavassoli の組織亜型分類を念頭において判定することが肝要と考えられた。

P-1-170 乳腺 Solid papillary carcinoma 5 症例の細胞像について

水戸赤十字病院病理診断科¹⁾, 水戸赤十字病院臨床検査部²⁾, 水戸赤十字病院乳腺外科部³⁾

○土肥香緒里(CT)¹⁾, 野口沙希(CT)¹⁾, 三村貴裕(CT)²⁾,
木村勝隆(CT)¹⁾, 佐藤宏喜(MD)³⁾, 堀真佐男(MD)^{1,2)}

【はじめに】乳腺の Solid papillary carcinoma (以下 SPC) は, 比較的境界明瞭な結節形成と線維性間質を伴う低異型度腫瘍細胞の充実性増殖を示す。また神経内分泌性の分化や粘液産生が高頻度に認められることを特徴とするが, 細胞診断で SPC を推定することは必ずしも容易ではない。今回我々は組織所見から SPC と診断された 5 例の乳癌症例の術前細胞像について retrospective に検討した。

【症例】患者は 42 歳～78 歳(平均 67.8 歳)の女性で, 腫瘍長径は 12～40 mm(平均 22.4 mm)であった。発見状況は腫瘍自覚 4 例, 検診 1 例で, 腫瘍自覚症例では乳房腫脹を 1 例, 血腫を 1 例に伴っていた。

【細胞学的所見】いずれの症例も細胞量は豊富で中型から大型集塊, 孤立散在性出現が認められた。細胞は小型で類円形や楕円形主体で異型に乏しかった。紡錘核形が目立った症例が 1 例, 形質細胞様の細胞が確認された症例が 3 例, 粘液産生が認められた症例は 2 例であった。SPC に特徴的とされている繊細な毛細血管の出現を確認できた症例は無かった。診断は「鑑別困難」が 2 例, 「悪性の疑い」が 1 例, 「悪性」が 2 例(推定組織型は硬癌 1 例, 乳頭腺管癌 1 例)であった。

【組織学的所見】5 例中浸潤癌は 4 例で, そのうち 3 例では脂肪組織に浸潤が認められた。脈管内侵襲やリンパ節転移をきたした症例は認められなかった。免疫染色の結果, 全例が神経内分泌抗体陽性であった。

【考察】術前細胞診で SPC を推定できなかった原因として, その細胞像の多様性・比較的弱い細胞核異型が考えられた。代表的組織所見とされている毛細血管性 core を反映する細胞所見を確認できなかったこともあるが, SPC という稀な組織型に対する我々の認識不足も考慮すべきであろう。

P-1-171 乳腺 Solid papillary carcinoma の細胞学的検討

山近記念総合病院病理検査室¹⁾, 山近記念総合病院乳腺外科²⁾, 日本鋼管病院病理検査科³⁾, 東海大学基盤診療学系病理診断学⁴⁾, 東海大学医学部附属東京病院病理診断科⁵⁾, 済生会新潟第二病院病理診断科⁶⁾, 茅ヶ崎市立病院臨床検査科⁷⁾

○大久保美沙(CT)¹⁾, 松井成明(CT)³⁾, 遠藤浩之(CT)⁶⁾, 森下明博(CT)⁷⁾, 内山 瞳(CT)⁷⁾, 山近大輔(MD)²⁾, 久保田光博(MD)²⁾, 小川高史(MD)⁵⁾, 梶原 博(MD)⁴⁾, 島村和男(MD)¹⁾

【はじめに】乳腺 Solid papillary carcinoma (以下, SPC) は, 拡張乳管内に血管結合組織を伴い充実乳頭状増殖を示す乳頭癌である。特徴的な病理組織学的所見として, 神経内分泌分化や細胞内外に粘液貯留を示すことが知られている。今回われわれは, SPC の細胞学的所見を検討した。

【対象と方法】2009年～2015年までに当院および関連施設にて組織学的に SPC と診断された 11 例を用いた。患者年齢は平均 65 歳 (37 歳～84 歳)。全例が女性。これらの症例をもとに, 術前細胞診の評価, 穿刺吸引細胞診による細胞学的所見 (核所見, 核・細胞質面積, N/C 比, 背景粘液, 充実性細胞集団および血管間質の有無) について検討した。

【結果】術前穿刺吸引細胞診にて組織推定が可能であったのは 7/11 例 (63.6%)。核所見については核形不整 2/7 例 (28.6%), 多核 1/7 例 (14.3%) が認められていた。核面積, 細胞質面積, N/C 比の平均は, それぞれ $48.1 \mu\text{m}^2$, $108.3 \mu\text{m}^2$, 0.45 であった。一方, 組織推定に至らなかった 4/11 例 (36.4%) については, 核異型に乏しい類円形核を有しており, 核面積, 細胞質面積, N/C 比の平均は, それぞれ $40.8 \mu\text{m}^2$, $95.5 \mu\text{m}^2$, 0.44 であった。さらに組織推定が可能であった 7 例は, 背景粘液, 充実性細胞集団, 血管間質が全例に認めるのに対し, 組織推定に至らなかった 4 例では, それぞれ 1/4 例 (25.0%), 3/4 例 (75.0%), 2/4 例 (50.0%; few) の頻度を示していた。

【結論】SPC の核異型は概ね軽度である。また, 症例間における核面積, 細胞質面積, N/C 比に顕著な偏りをみない。従って, 細胞学的にみた SPC の組織推定に際しては, 個々の細胞観察に加えて背景粘液, 血管間質の有無が重要な観察点となることが示唆された。

P-1-172 乳腺 Solid papillary carcinoma の 1 例

福岡山王病院検査科

○水野真美(CT), 坂梨史典(CT), 上原美沙貴(CT)

【はじめに】Solid papillary carcinoma (以下 SPC) は 2012 年に改訂された乳腺 WHO 分類第 4 版に新たに加えられた組織型で, 非常に稀な腫瘍である。近年 SPC の乳腺穿刺吸引細胞診 (以下 FNA) に関する報告の文献は少ない。今回, 当院で経験した SPC 1 例と, SPC の細胞所見を詳細にまとめられた文献の細胞学的所見とを比較した。所見が合致しているか, 良悪の鑑別および SPC の組織推定が可能かを, 細胞所見 15 項目を中心に考察したので報告する。

【比較項目】細胞採取量, 細胞集塊の出現様式と孤立性細胞の有無, 細胞密度, 細胞質の性状, 核異型の程度, 核所見, 裸核細胞の出現の有無, 細血管の出現, 壊死と炎症の有無など。

【細胞所見】細胞採取量が多い。孤立性細胞とともに結合性の緩い大小様々の不規則重積集塊で出現し, 一部にロゼット様構造を認めた。細胞の大きさは均一で, やや大型, N/C 比はやや低い。円形から卵円形核, 軽度増量がある顆粒状のクロマチン, 小型核小体など, 軽度の核異型が観察された。細胞質は好酸性もしくは顆粒状で, 一部の細胞は形質細胞様にみられた。背景にはこれまでの報告にはみられなかった多量の壊死物質および石灰化小体が観察された。また WHO 分類に記載のある細血管の出現はみられなかった。

【考察・結論】文献の細胞所見と多少の相違はあったものの, 良悪の鑑別は可能であると思われた。しかし良性病変, 悪性病変それぞれに鑑別疾患が挙げられ, FNA では SPC の組織推定には難渋すると思われた。

P-1-173 多形型浸潤性小葉癌 (Pleomorphic lobular carcinoma) の3例

宝塚市立病院中央検査室¹⁾, 兵庫医科大学病理学 (病理診断部門)²⁾, 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科³⁾

○太田寛子(CT)¹⁾, 廣田誠一(MD)²⁾, 中込奈美(MD)²⁾, 松尾祥平(MD)¹⁾, 東 誠二(CT)¹⁾, 山下結衣(CT)¹⁾, 竹野真祐(CT)³⁾

【はじめに】浸潤性小葉癌は WHO 分類 4 版では 6 亜型に分類され, その 1 亜型である Pleomorphic lobular carcinoma (以下 PLC) の 3 例を経験したので報告する.

【症例 1】70 歳代女性. 左乳房 AC 領域に 2 cm 大の腫瘤.

【症例 2】70 歳代女性. 右乳房 C 領域と AC 領域に各 2 cm 大の腫瘤.

【症例 3】70 歳代女性. 左乳房 AC 領域に 2 cm 大の腫瘤.

【細胞所見】いずれの症例も, 大小不同と多形性が目立つ核偏在性の異型細胞が, 結合性に乏しくあるいは緩い結合性で多数出現していた. これらの異型細胞は, 大型核と明瞭な核小体を有し, 著しい核形不整を認めた. 細胞質は豊富で好酸性泡沫状あるいは顆粒状を呈し, 細胞質内小腺腔 (ICL) あるいは細胞質内粘液が目立った. 一部の症例では, 数珠状配列や, 乳管癌を疑う重積性のある細胞集塊も認めた.

【組織学的・免疫組織化学的所見】好酸性の細胞質を有する異型細胞が, 孤立散在性あるいは胞巣状に結合性に乏しく浸潤・増殖する像を認めた. いずれの異型細胞も, 免疫組織化学染色では E-cadherin の膜面での発現は見られず, アポクリン分化を示す GCDFP-15 は陽性を示した. 以上から, PLC と診断された.

【考察】PLC は古典型小葉癌と比べ, 細胞は大型で著明な核形不整や明瞭な核小体, 豊富な細胞質を有し, 細胞像のみでは浸潤性乳管癌やアポクリン癌との鑑別が難しいとされている. しかし, 好酸性の豊富な細胞質や ICL, 数珠状配列の所見を念頭に置いて検鏡すれば, 細胞像からでも PLC の推定が可能と考えられる.

P-1-174 アポクリン細胞への分化を示す乳腺多形型小葉癌の1例

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島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広島市民病院病理診断科²⁾

○戸井紳二(CT)¹⁾, 坂田かな枝(CT)¹⁾, 高木伸治(CT)¹⁾, 喜田真理子(CT)¹⁾, 藤本静枝(CT)¹⁾, 守都敏晃(MD)²⁾, 市村浩一(MD)²⁾

【はじめに】乳腺多形型浸潤性小葉癌の 1 例を経験した. 本症例は細胞像としてアポクリン細胞への分化が著明であり, 当院乳癌細胞診検体における鑑別疾患と合わせ文献的考察を加え提示する.

【症例】症例は 60 歳代才女性. 右乳房 E 領域に手拳大腫瘤を認め, 乳癌が疑われたため穿刺吸引細胞診が施行された.

【細胞像】重積した集塊とともに, 接着性が乏しく散在性に分布する多量の腫瘍細胞が採取された. 核は中から大型で類円形を示し, クロマチンは増量し一個の明瞭な核小体を認めた. 細胞質は豊富で顆粒状, 多辺形でライトグリーンに好染しアポクリン細胞への分化が示唆された. 異型の強さ, 細胞の大きさなどから古典的小葉癌の細胞像と異なり, アポクリン癌に類似した細胞所見であった.

【組織像】細胞診陽性を受けて, 生検が施行された. 類円形の核と好酸性の豊富な胞体を有する腫瘍細胞の浸潤性増殖像と同時に乳管内病変を認めた. 酵素抗体法上, ER 陰性, PgR 陰性, HER2 陰性, GCDFP-15 強陽性, E-cadherin 陰性であった. 多形型小葉癌と診断した.

【まとめ】乳腺腫瘍における WHO 分類には小葉癌に複数の亜型があげられている. その一型である多形型小葉癌には, アポクリン細胞への分化が著明な症例があり, 特異な細胞像と酵素抗体法上の表現型を示す. 同様の像を示す非浸潤性病変の扱いに対する対応も含め, 症例の蓄積が望まれる.

P-1-175 浸潤性小葉癌の鑑別に苦慮した片側多発性乳癌の1例

北里大学メディカルセンター病理部¹⁾, 北里大学医学部病理²⁾

○吉井智子(MT)¹⁾, 秦 夏紀(CT)¹⁾, 立身侑子(CT)¹⁾, 荻真里子(CT)¹⁾, 梶田咲美乃(MD)²⁾, 山崎 等(MD)¹⁾

【症例】73歳・女性。右乳房自発痛を主訴に当院外来を受診。USで右乳房は乳腺炎疑い, 左乳房AC領域とその上方に2つの低エコー腫瘤像を認め, 左乳癌疑いとなった。MRIで両側多発性乳癌疑い, FNACでは左2か所は悪性, 右は良性と報告した。CNBでは左乳癌の診断にて, 乳房切除術が施行された。

【細胞所見】左2つの腫瘤の所見は, ともに類円形~著明な核形不整で明瞭な核小体が目立ち, 濃染する好酸性細胞質を有した。画像上腫瘤は近接しており1つは娘結節と考えたため, アポクリン癌や充実腺管癌の乳管癌を疑い, 悪性とした。

【組織所見】近接した2つの腫瘍として観察された。1つの腫瘍は不規則な乳頭腺管状に配列し, アポクリン化生を示した。免疫組織化学的にも, E-cadherin陽性であり, アポクリン分化を伴う浸潤性乳管癌(以下IDC)と診断した。CNBでも同様な所見であった。もう1つの腫瘍は, アポクリン化生細胞や組織球様細胞が充実性集塊に, その辺縁には線状配列を示した。免疫組織化学的には, E-cadherin陰性であり, 浸潤性小葉癌(以下ILC)と診断した。

【まとめ】本症例のIDCとILCはアポクリン分化を伴うなど細胞形態の類似点が多く, 鑑別不能であった。さらに, 2つの腫瘍が近接していたため判定が困難となった。本症例のILCではWHO分類のILC/pleomorphic typeの出現があった。このILCは, 著明な核異型と豊富な細胞質をもつ大型細胞であるが, 細胞接合性の乏しさを示唆する出現形態は古典型と共通する。鑑別は非常に困難であるが, IDCとの鑑別点を検討した。

P-1-176 当院における非浸潤性乳管癌の検出状況

順天堂大学附属浦安病院臨床検査医学科¹⁾, 順天堂大学附属浦安病院病理診断科²⁾, 順天堂大学附属浦安病院産婦人科³⁾, 東京ベイ浦安市川医療センター病理診断科⁴⁾

○中村 博(CT)¹⁾, 市川彩果(CT)¹⁾, 坪内優子(CT)¹⁾, 岡崎哲也(CT)¹⁾, 奥山直子(CT)¹⁾, 喜納勝成(CT)¹⁾, 橋爪 茜(MD)²⁾, 鈴木千賀子(MD)³⁾, 泉 浩(MD)²⁾, 齊藤 啓(MD)⁴⁾, 富田茂樹(MD)²⁾

【はじめに】乳癌の罹患率は年々増加傾向にあるが, 検診の啓蒙や画像診断性能の向上により早期診断が可能となっている。細胞診断においても非浸潤性乳管癌をはじめ乳管内病変に遭遇する機会の増加に伴いこれらの鑑別が重要となる。今回我々は当院にて非浸潤性乳管癌と診断された症例について細胞像の再鏡検を行った。

【材料と方法】2011年1月から2016年5月までに当院外科で摘出術を施行し, 組織学的に非浸潤性乳管癌と診断された症例103例中, 術前に穿刺吸引細胞診あるいは乳管洗浄細胞診が提出された44例(検体不適3例)について細胞の出現様式, 細胞集塊, 背景所見, 細胞異型, 筋上皮の有無などについて再鏡検を行った。

【結果】今回検討した44例の細胞診結果の内訳は良性10例(21.7%), 鑑別困難10例(21.7%), 悪性疑い7例(15.9%), 悪性17例(38.6%), 検体不適3例(6.4%)であった。初回良性と判定した10症例中6例は少数だが異型細胞を認めた症例や, 乳頭腫を考えた症例に悪性所見を認め鑑別困難となった。残りの3例は異型細胞の確認ができなかった。鑑別困難とした10例中2例は悪性と判断できる所見が確認できた。また, 初回に悪性疑い, 悪性と判定した症例のうち6例が鑑別困難と判定区分の低下が認められた。これらは異型細胞を認めるが悪性の所見が乏しい症例や異型細胞を認めるが背景に繊維芽細胞を多数認め良悪の判断に苦慮した症例であった。

【まとめ】今回行った再鏡検により当院においては, 異型細胞数が少ない場合や良性と悪性の所見が混在する場合に判定が過小評価となる傾向が観察されたため, 少数の異型細胞や乳頭腫との鑑別が重要と考える。

P-1-177 細胞診断が乳腺内の広がり評価に有用であった Paget 病の 1 例

がん研有明病院乳腺センター乳腺外科¹⁾, がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部²⁾, がん研有明病院病理部³⁾

○吉田和世(MD)¹⁾, 坂井威彦(MD)¹⁾, 池畑浩一(CT)²⁾, 森園英智(MD)¹⁾, 堀井理絵(MD)³⁾, 古田則行(CT)²⁾, 小松京子(CT)²⁾, 杉山裕子(MD)²⁾, 岩瀬拓士(MD)¹⁾

【はじめに】 Paget 病とは乳癌細胞が乳管内を乳頭方向へ進展し, 乳頭・乳輪の扁平上皮層にまで及んだものである。今回我々は, 乳頭部 Paget 病と画像上連続性が明らかではない乳腺内の腺癌の細胞所見が類似していたことから一連の Paget 病を疑った症例を経験したので報告する。

【症例】 79 歳女性, 左乳頭の変形を主訴に当科を受診した。左乳頭は陥凹してびらんを伴っており, 擦過細胞診で腺癌と診断された。造影 MRI では左乳頭に局限した造影域を認めたが, 外下にも 7 mm 大の造影域があり, 両者に明らかな連続性は指摘できなかった。外下の病変に対して穿刺吸引細胞診を行い腺癌と診断された。両者の細胞所見が類似していたため一連の Paget 病を疑い乳房切除術を施行した。

【細胞学的所見】 乳頭擦過細胞診では炎症細胞と扁平上皮細胞を背景として, 明瞭な核小体を有する中から大型の類円形主体の腺癌細胞を散在性に認めた。腺癌細胞は, 相互封入像を示す細胞集塊, 一部では淡明な細胞質を有しており Paget 病が疑われた。乳腺の穿刺吸引細胞診では多数のリンパ球を背景に擦過細胞診と類似の腺癌細胞を集塊状および散在性に認めた。

【摘出標本の組織学的所見】 左外下の乳腺組織内には区域性に面疱型および篩面疱型の乳管内癌巣を認めた。乳頭直下に乳管内癌巣を認め, そこから続く表皮内に Paget 細胞がみられた。2つの病変の間には乳管内癌巣による連続性は確認できなかったが, “healing” と呼ばれる乳管内成分が自然消褪する像が存在したため一連の病変と考えられた。

【まとめ】 画像的に連続性がない 2 箇所細胞診断では, 両者の細胞像の類似性とその関連を示す有用な情報源になると考えられた。

P-1-178 乳腺嚢胞内乳頭癌の一例

JR 東京総合病院臨床検査科病理

○関 邦彦(MD), 恩田雅弘(CT), 谷川園子(CT), 茂野雅子(CT), 中澤和久(CT), 木村勝巳(CT), 船山英明(CT), 大友理恵(MD), 田中さゆり(MD)

比較的可成りな嚢胞内乳頭腺癌の 1 例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。症例は 75 歳女性, 当院リウマチ膠原病科に通院中。治療前検査にて施行された胸部 CT にて左乳腺に腫瘤を指摘された。MMG では 35x25 mm の境界明瞭な分葉状腫瘤で category-3。US では乳頭直下から上外側に 24.4x27.1x12.6 mm 大の嚢胞として描出され, 一部に血流を伴う充実性成分を認めた。造影 MRI では多房性嚢胞壁と, 一部で結節状に造影される部分を認めた。腋窩リンパ節腫大はなかった。吸引穿刺細胞診では血性背景内にヘモジデリンを貪食した泡沫細胞の他, 乳頭状集塊を散見した。腫瘍細胞核は核小体を伴いクロマチンが増量しており, 乳管癌と診断した。CNB にても乳管癌と診断され, 左乳房切除術が施行された。肉眼的に腫瘍は CE 領域皮膚直下にあり, 3.0x2.0x3.0 cm 大で, 褐色漿液性液体を容れた内腔平滑な多房性嚢胞からなり, 径 0.4 cm 大の小嚢胞腔を埋め尽くす充実性腫瘤を一か所で認めた。組織学的には嚢胞壁には, 小型異型細胞が低乳頭状・架橋を形成して増殖していた。充実性部分は血管結合織を伴い同様の異型細胞が乳頭状に増殖していた。浸潤像は認められなかった。嚢胞内乳頭腺癌と診断した。

P-1-179 乳腺化生癌3例における細胞学的検討

聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾, 聖隷浜松病院病理診断科²⁾, 立川総合病院病理診断科³⁾

○鈴木愛梨(CT)¹⁾, 山田真人(CT)¹⁾, 土戸景子(CT)¹⁾, 赤澤康弘(CT)¹⁾, 石原冬馬(CT)¹⁾, 新井義文(MD)²⁾, 大月寛郎(MD)²⁾, 小林 寛(MD)^{2,3)}

【はじめに】乳腺の化生癌は、浸潤性乳癌の1~5%と比較的稀な腫瘍である。腺癌成分に加えて扁平上皮などの非腺癌成分、あるいは間葉系組織への分化を示す腫瘍成分が種々の程度に混在する。当院で経験した低悪性度、高悪性度の化生癌の細胞像を再検討したので報告する。

【症例】1. 50歳代 女性, 左CD領域, 3.0×1.8 cm 2. 50歳代 女性, 左C領域, 2.0×2.0 cm 3. 60歳代 女性, 右B領域, 4.3×3.5 cm

【細胞所見】1. 小型で異型の弱い腫瘍細胞が腺腔様構造を認める集塊および孤在性に出現していた。腫瘍細胞が孤在性に出現している部分に異形の弱い紡錘形細胞もみられた。2. 泡沫細胞, リンパ球を認める嚢胞性および炎症性背景に, 好酸性で豊かな胞体をもつ細胞集塊が出現していた。一部に角化を認める集塊もみられた。3. 単核から多核の腫瘍細胞が孤在性および疎な結合の集塊で出現していた。多くの細胞は多稜形で, 核は大型で核形不整が目立ち, 細胞質はやや重厚感のある細胞や淡い細胞など様々であった。

【組織所見】1. 腺癌から紡錘形細胞への移行像がみられ, 核異型は弱かった。2. 一部に腺癌がみられるが, 大部分は異型の弱い扁平上皮癌からなり, 一部に紡錘形細胞への移行像がみられた。3. 核異型, 細胞の多形性の目立つ多稜形~紡錘形腫瘍細胞の不規則で密な増生がみられた。部分的に浸潤性乳管癌がみられ, 一部に前者との移行を認めた。免疫染色では, いずれも紡錘形細胞領域の一部がcytokeratin陽性であった。以上より1,2は低悪性度, 3は高悪性度の化生癌と診断した。

【まとめ】化生癌は種々の成分が混在することが多く, 穿刺する部位によっても細胞像が異なるため, 診断際には様々な要素を考慮する必要があると考える。

P-1-180 乳腺紡錘細胞癌の3例

大阪大学大学院医学系研究科病態病理学¹⁾, 大阪大学医学部附属病院病理部²⁾, 石切生喜病院³⁾

○前野悦子(CT)¹⁾, 吉村英雄(CT)³⁾, 堀由美子(MD)¹⁾, 野島 聡(MD)¹⁾, 和田直樹(MD)²⁾, 池田純一郎(MD)¹⁾, 森井英一(MD)¹⁾

【はじめに】乳腺紡錘細胞癌は全乳癌の0.1~0.7%のまれな腫瘍である。今回我々は術前の穿刺吸引細胞診にて組織型の推定が困難であった3例を経験したので報告する。

【症例1】30歳代女性右乳房に腫瘤を触知され受診。右乳房A領域に約1cmの病変を認めた。

【細胞所見】類円形~短紡錘形の核を示す異型細胞集団が多数みられた。細胞質辺縁は不明瞭で, 軽度の多形性が見られた。上皮細胞か間葉系細胞かの鑑別困難な細胞が多く, 組織型の推定が困難であった。

【組織所見】紡錘形~多角形の胞体をもつ異型細胞が密に増生する肉腫様の像を呈しており, その中に乳管癌胞巣が散在していた。

【症例2】30歳代女性右胸骨部の腫瘤を自覚, 他院で非上皮性腫瘍を疑われ受診。右AB胸骨傍に約2cmの腫瘤を認めた。

【細胞所見】細胞破砕物とともに類円形~多辺形の異型細胞を認めた。悪性腫瘍を疑うが, 組織型の推定は困難であった。

【組織所見】紡錘形細胞が錯綜して密に増生し一部に壊死を伴う。これらの細胞はCK AE1+AE3陽性を示した。

【症例3】30歳代女性右乳房腫瘤を自覚し他院で乳癌を疑われ受診。右AC領域に約7cmの腫瘤を認めた。

【細胞所見】壊死物質とともに異型細胞集団を認め, 乳管癌を疑った。

【組織所見】異型上皮の充実性増生がみられ, 一部連続して紡錘形~多形性の異型細胞が不規則に増生する肉腫様成分への移行像が認められた。

【まとめ】乳腺紡錘細胞癌は肉腫様の紡錘形細胞からなり, 癌との移行像や紡錘形細胞が上皮性であることを確認する必要がある。穿刺吸引細胞診で紡錘形の異型細胞が認められた場合は鑑別として紡錘細胞癌も考慮に入れ検鏡することが必要と考えられる。

P-1-181 演題取下げ

P-1-182 乳腺紡錘細胞癌の一症例

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⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科⁴⁾

○植良 紋(CT)¹⁾, 林 優子(CT)¹⁾, 山本美智子(CT)¹⁾, 門元辰樹(MD)²⁾, 東田太郎(MD)²⁾, 森永友紀子(MD)³⁾, 中嶋安彬(MD)⁴⁾

【はじめに】乳腺紡錘細胞癌は、乳癌全体の0.1~0.2%以下とされる極めて稀な腫瘍で、WHO分類のmetaplastic carcinomaに含まれる。経皮的針生検(CNB)にて紡錘細胞癌や腺扁平上皮癌の可能性が疑われ、手術摘出となった症例について、腫瘍断面の捺印細胞像を中心に提示する。

【症例】60歳代、女性。10年前、CT検査にて5cm大の嚢胞状腫瘍に対し左乳癌と診断されるも、その後の乳房腫大にも拘わらず放置。今回、全身倦怠感出現し、当院受診。肉眼的には、手掌大の腫瘍が表皮より露出し、黄色調を帯び、鎖骨下リンパ節腫大及び、画像上、両肺、肝に結節性腫瘍を認めた。CNBにて紡錘細胞癌の可能性も含めた悪性腫瘍と診断され、左胸筋温存乳房切除術が施行された。

【腫瘍捺印細胞像】壊死性背景に、オレンジG好性の奇怪な大型異型細胞が孤在性に出現し、シート状の上皮性結合の明瞭な細胞集塊も認め、分化度が低く異型の目立つ細胞や紡錘形様の細胞が孤在性に混在する。

【病理組織所見】腫瘍は摘出検体のほぼ全体を占め、表皮面に露出し、複数の組織標本の全体に、角化を伴いシート状に配列する扁平上皮癌の像が見られるほか、多角形~短紡錘形の多形性の目立つ異型細胞が結合性に乏しい肉腫様の増生を示す部分や、浸潤性乳管癌の領域なども混在し、各成分は互いに境界不明瞭に移行する。骨・類骨・軟骨などの器質産生は明瞭ではない。

【まとめ】捺印標本の如く、多彩な像を示し、組織型の推定の困難な例においては、角化した細胞や、肉腫様変化の可能性の有無を含めて注意深く観察する事により、紡錘細胞癌の可能性についても常に検討すべきと思われる。本例の組織像、免疫組織学的特徴について、文献的考察も加えて報告する。

**P-1-183 病理業務の精度管理を目的とする
ISO15189 認定取得の意義**

広島大学病院病理診断科

○清水智美(CT), 石田真悠(CT), 内島由加里(CT), 田岡知恵(MT), 田中祐菜(CT), 丸橋由加里(CT), 金子佳恵(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT), 尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 織田麻琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD), 有廣光司(MD)

【はじめに】国際標準化機構 International Organization for Standardization (ISO) は、様々な国際標準を定める組織であり、ISO15189 は「臨床検査室の品質と能力に関する特定要求事項」を示したものである。本学は、広島大学病院検査部・輸血部・病理診断科として、2015年3月に ISO15189 認定(認定番号 RML00920) を取得した。そこで病理診断科での ISO15189 に関する取り組みについて報告する。

【取り組み内容】ISO15189 の要求事項として、第4章の管理上の要求事項と第5章の技術的要求事項がある。これらを満たすために、検査部・輸血部・病理診断科では、組織構築、品質マニュアル、共通手順書の作成を行った。病理診断科では、共通手順書に従って、標準操作手順書 standard operating procedure (SOP) と機器操作手順書を作成した。次に、検体受付記録簿、夜間検体受付記録簿、検体廃棄記録表、自家調整試薬記録、抗体管理簿、毒物・劇物受払簿、温度記録簿、機器の点検やトラブル記録、精度管理表などを作成した。更に、外部精度管理として、日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査、広島県技師会臨床検査精度管理調査に参加した。内部精度管理として、パバニコロー染色では染色液交換後に、コントロール標本を染色し染色性の評価を行う。また、細胞診では、プレパラート標本あるいは画像で細胞像を供覧し細胞検査士間での目合わせを行っている。

【まとめ】ISO15189 の要求事項に基づいたシステムを構築することにより、作業手順の見直し、記録や精度管理の重要性が認識出来た。今後、この構築したシステムの活用と維持向上が重要であろう。

**P-1-184 子宮頸がん検診受診率向上に向けての職場
での取り組み**

宮崎市郡医師会病院臨床検査科病理検査室

○渡邊浩子(CT), 矢野りか(CT), 寺田一弥(CT)

【はじめに】子宮頸がんの罹患率は年々増加傾向であるにも関わらず、検診受診率は向上せず厚生労働省の目標としている50%にはいまだに到達していない。当学会においても LOVE49 プロジェクトに参加し街頭での啓発活動や子宮頸がん検診委員会のアンケート調査など受診率向上に向けた取り組みが行われている。今回、我々は視点を変え一般市民向けではなく職員や看護学生の子宮頸がんに対する意識調査を行ったので報告する。

【対象】2015年、2016年度に宮崎市郡医師会全職員・看護学生に対し「子宮頸がん検診委員会」のアンケート調査と同じ内容で1. 年齢 2. 性別 3. HPV という言葉を聞いたことがあるか 4. HPV が子宮頸がんと深く関わっていることを聞いたことがあるか 5. 子宮頸がん検診を受けたことがあるかの5項目を行った。また2016年度には受診間隔や受診しない理由など具体的な内容を追加した。

【結果】回答数は2015年度職員535名(回収率84.4%)看護学生299名(回収率86.4%)、2016年度職員505名(回収率79.7%)看護学生289名(回収率83.5%)であった。結果の詳細は会場にて報告する。

【まとめ】イベントや街頭での啓発活動は、広く一般市民の方々に検診受診を呼びかける重要な場である。しかし、活動を行うためには行政や他団体の協力、また資金や準備期間が必要となる。まずは我々でもできる身近なこと、足元を固めていくことを考え職員の意識調査を行い検診受診のきっかけをつくることを試みた。今後、医療従事者である職員自らが検診受診し家族や身近な人達に検診の重要性を伝える情報発信源となることを期待している。

P-1-185 液状化細胞診システムと病理支援システムの連携による検体取り違い防止体制の構築

公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科¹⁾, 岡山労災病院病理診断科²⁾

○羽原利幸(CT)¹⁾, 園部 宏(MD)²⁾, 海原恭子(CT)¹⁾, 山代翔大(CT)¹⁾, 門田有紗(CT)¹⁾

【はじめに】従来当院では、子宮頸部細胞診は診察室で患者名を手書きしたプレパラートに細胞を塗抹・固定した標本を病理部門で受け取り、染色、封入後の標本に病理番号、患者名、検体名が印字されたシールを貼付し、鏡検後、結果入力をしていた。この工程の中で、プレパラートへ患者名の書き間違いやシールの貼り間違いを時に経験したが、医療安全の面で具体的な改善策はなく、対応に苦慮していた。今回、液状化細胞診システム(CellprepAuto ロシユ)と病理支援システム(Path Window マツナミ)の連携で、有効な検体取り違い防止の管理体制ができたので報告する。

【管理体制の概要】婦人科医が採取した細胞を専用のバイアルに保存後、患者名、患者ID、採取日時と、それらに検体の種別情報を加えたバーコードを印字したシールが打ち出され、バイアルに貼付して検体を提出する。そのバーコードを病理支援システムで読み取り、採番した後にスライドグラス自動印字装置(Fine Frost Printer Mini マツナミ)で、患者名、病理番号と、バイアルのバーコードの情報を2次元に変換したバーコードをプレパラートに印字する。バイアルとプレパラートを液状化細胞診システムに設置しスタートさせると、両バーコードを自動的に読み取り、バイアル中の細胞を対応するプレパラートに転写する。固定、染色、封入後に病理支援システムでプレパラートの2次元バーコードを読み取り、対応する患者画面から細胞診結果を入力する。

【まとめ】液状化細胞診の導入に際し、バイアルを受け取ってから結果入力まで、バーコードによる一貫した管理体制を構築でき、名前の書き間違いやシールの貼り間違いのリスクはなくなり、医療安全の向上につながった。

P-1-186 溶血作用のあるLBC保存液が細胞像、免疫組織化学染色に与える影響についての検討

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹⁾, 株式会社LSIメディエンス²⁾

○鶴岡慎悟(CT)¹⁾, 河村憲一(CT)¹⁾, 江原輝彦(CT)¹⁾, 松井宏江(CT)¹⁾, 鈴木 隆(CT)¹⁾, 三瓶祐也(CT)¹⁾, 清水 健(MD)¹⁾, 是松元子(CT)²⁾

【はじめに】血性検体では溶血作用のあるLBC保存液、LBC用スライドガラスを使用することで、細胞収集能が向上することが知られ、当院でもその目的で使用している。今回我々は細胞像、免疫組織化学染色(Ki67, TTF-1)の経時的変化について報告する。

【対象および方法】当院で肺腺癌の転移と診断された3症例の体腔液材料を用いた。LBC保存液はBDサイトリッチTMレッド保存液(日本BD株式会社)、TACAS TM Ruby(MBL株式会社医学生物研究所)を用いた。1)これらのLBC保存液を添加し当日、1日、2日、3日、1週間、1か月、3か月後と経時的に細胞を静置し、室温で作製したLBC標本で、Pap.染色の細胞像を比較した。2)同時に作製したLBC未染色標本、残検体で作製したセルブロック標本に対してKi67(DAKO社MIB-1)、TTF-1(ニチレイバイオサイエンス社SPT24)を用いて免疫組織化学染色を施行した。標本中の悪性細胞100個を無作為に抽出し、顕微鏡撮影装置(Nikon DS-U3 NIS-Elements)を用いて、輝度、明度を測定し0, +1, +2, +3でDAB発色を評価した。

【結果】1)細胞像では、通常法と比べ当初は核が濃染していたが3日後から経時的に核クロマチンが淡染し核内所見が明るくなる傾向がみられた。それに伴い核小体や核内細胞質封入体が強調されて観察されるようになった。2)免疫組織化学染色では、LBC未染色標本でKi67が1日後、TTF-1が3日後から経時的に染色性の減弱傾向がみられた。セルブロック標本ではKi67が1日後から減弱したが、TTF-1に経時的変化は認められなかった。

【結語】溶血作用のあるLBC保存液を用いたLBC標本では、経時的に細胞像、免疫組織化学染色に対し影響がみられた。

P-1-187 音声認識を活用した細胞・病理組織診断業務の試み

JR 大阪鉄道病院病理診断科¹⁾, JR 大阪鉄道病院臨床検査科²⁾, JR 大阪鉄道病院婦人科³⁾

○真崎 武(MD)¹⁾, 森島英和(CT)²⁾, 山内直樹(CT)²⁾, 山崎由香子(CT)²⁾, 前田隆義(MD)³⁾, 熊谷広治(MD)³⁾, 坂井昌弘(MD)³⁾

【目的】細胞・病理診断業務において、音声認識を用いたパソコン操作と文書入力の有用性と短所を検証する。

【方法】パソコンにマイクロホンを接続し、Windows 7 OS の音声認識機能を稼働させた。

【成績】パソコン操作においては、ファイル操作やスクロール、標準搭載ソフトの起動などが可能であった。しかし、病理診断業務ソフトウェア(PathWindow, 松波硝子工業(株))が音声認識に完全対応していないため、操作ボタンなどが音声認識で操作できず、文字入力も診断文欄と所見文欄に直接入力ができず、「メモ帳」や「ファイルメーカープロ」に音声入力してからコピー & ペーストする必要があった。

文字入力においては、一般用語は辞書登録をしなくても認識されたが、同音異義語に誤認識されることがあった。単語としてではなく、報告書に特有の表現を定型文として音声辞書へ登録し、認識率を高めることができた。専門用語は、当初は誤認識されたが、音声辞書に登録後は同音異義語が少ないことから確実に認識された。

【結論】顕微鏡を覗く姿勢からパソコンに向かってキーボードとマウスを手にする姿勢に変えることが不要になった。切り出し業務など、手が汚れていてキーボードに触れられない状況では、音声認識は特に有用であった。顕微鏡を覗いたまま、両手も顕微鏡操作を中断せずに文章を入力すると、顕微鏡所見に意識を集中したままで診断業務を行えることも利点であった。キーボードとマウスによる操作のおよそ 1/3 を音声認識で置き換えることができ、省力化と時間短縮、ストレス低減が可能であった。さらに実用性を高めるには病理業務ソフトウェアが音声認識など OS の機能に対応する必要がある。

P-1-188 機械学習による細胞画像分類の試み

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⁾

○新田篤史(CT)¹⁾, 西村優希(CT)¹⁾, 上山 優(CT)¹⁾, 上月文子(CT)¹⁾, 高垣和代(CT)¹⁾, 石田由香里(CT)¹⁾, 前田妙子(CT)¹⁾, 高山みずほ(CT)¹⁾, 佐久間淑子(MD)²⁾

【はじめに】近年、検索エンジンや画像の顔認識技術、自動運転など様々な分野で機械学習(人工知能)が使用されている。病理・細胞診検査でも、画像データ、検査システムによる臨床データなどの大量のデータが蓄積されつつある。このようなビックデータ解析を得意とする機械学習を用いることにより、新しい知見が発見できる可能性がある。しかし、機械学習を使用するにはプログラミングや画像処理、統計学の知識が必要であり簡単に行うことができない。今回我々は、そのような知識が不要で数個のコマンド入力で行える画像認識オープンソースソフトウェアである wndchrm を使用し細胞画像を用いた機械学習による分類を試みた。

【方法】バーチャルスライドで撮影した画像より 100 ピクセル四方の画像を切り出し、分類別にフォルダ保存。PC 上のコマンドラインで、フォルダを指定し、学習を行い(wndchrm により自動的に様々な画像処理を行い約 4000 の特徴量を計測)分類器を作成、交差検定で精度を検証。作成した分類器で学習に用いていない未知の画像を分類させ、正答率を測定した。個々の細胞で分類を行う為、今回は孤在性の細胞を切り出しやすい尿細胞診検体を用い尿路上皮細胞と尿路上皮癌細胞の分類を行った。

【結果】簡単な操作で画像分類解析が可能であった。分類器は精度約 90% であり、未知の画像の正答率は、約 70% であった。

【考察】正答率を高めるには、さらに多様な細胞の画像データが大量に必要であると思われる。今後、細胞診画像での EGFR 遺伝子変異の有無の分類や細胞診画像と臨床データを組み合わせた機械学習など様々なものに活用していきたい。

P-1-189 口腔細胞診領域における Orcellex-ブラシおよび TACAS™法の臨床的有用性評価検討

株式会社医学生物学研究所¹⁾, 沼津市立病院臨床検査科²⁾, 庵原町中歯科医院³⁾, 東京歯科大学市川総合病院臨床検査科⁴⁾, NPO 法人口腔がん早期発見システム全国ネットワーク⁵⁾

○林 聖子(CT)¹⁾, 杉澤きよ美(CT)^{2,5)},
庵原明倫(DDS)^{3,5)}, 田中陽一(DDS)^{4,5)}

【目的】 口腔粘膜領域における検査は剥離細胞診が一般的に用いられている。口腔細胞診は今後検診受診者数が増加することが予想され、採取器具や標本作製法の標準化が必要とされている。今回、口腔細胞診の判定精度向上のため、口腔専用採取器具である Orcellex-ブラシおよび液状化検体細胞診 TACAS™法を用いた際の臨床的有用性を評価したので報告する。

【対象と方法】 2013年8月～2016年1月に庵原町中歯科医院へ受診し、同意が得られた25名を対象とした。同一対象者に対して歯間ブラシと Orcellex-ブラシを用いて細胞採取を行い、歯間ブラシは従来法による標本作製を、Orcellex-ブラシは TACAS™法による標本作製を行った。また、対象者より Orcellex-ブラシの使用感について回答を得た。各法にて作製した標本を用いて、細胞診判定一致率および標本品質に関する評価を行った。

【結果】 従来法および TACAS™法のいずれにおいても不適正標本は認められず、細胞診判定一致率は100%ですべてNILMであった。標本上に出現している扁平上皮細胞について、採取部位に関わらず従来法ではオレンジG好性細胞が、TACAS™法ではライトグリーン好性細胞が多く認められた。また、Orcellex-ブラシの使用感については概ね良好との回答が得られた。

【まとめ】 今回の検討において従来法と TACAS™法の判定一致率は同等であり、両法とも細胞数や背景を含め判定に足る評価が可能であった。標本上に出現する扁平上皮細胞の差については、Orcellex-ブラシでの採取の方がより深層の細胞を採取出来る可能性が考えられる。TACAS™法と Orcellex-ブラシとの組み合わせは細胞数や染色性から良好な標本作製できる点より、判定精度向上に繋がる可能性が示唆された。

P-1-190 口腔細胞診における細胞採取方法の検討

岡山大学歯学部口腔病理学¹⁾, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科口腔病理学分野²⁾

○藤井昌江(CT)¹⁾, 井口貴之(St)¹⁾, 裕 雄麻(St)¹⁾,
河合穂高(DDS)²⁾, 中野敬介(DDS)²⁾

【はじめに】 近年、早期の口腔扁平上皮癌と臨床像の類似する他の口腔粘膜疾患の鑑別に、細胞診が用いられている。しかし、HPV感染が成因である子宮頸部扁平上皮癌と異なり、重層扁平上皮の深部病変の検出が必要とされる。今回、われわれは、細胞採取器具、採取条件、標本作製法による違いについて調べ、適切な標本作製するための条件を検討した。

【方法】 健常ボランティア40人の口腔粘膜に対して擦過細胞診を行い、採取細胞数を表層細胞、深層細胞別に計測・評価した。1) 頬粘膜、舌、歯肉に対し、綿棒、歯間ブラシ、口腔用サイトブラシ(オーセレックスブラシ)、紙製鋭匙を用いて細胞を採取した。2) 頬粘膜を歯間ブラシとサイトブラシを用いて擦過時20g以下、20～40g、40g以上の力で細胞を採取した。3) 従来法塗抹標本およびLBC法標本作製した。4) 熟練者2人、未経験者2人が同一条件で細胞採取を行った。

【結果】 1) 歯間ブラシ、サイトブラシは多くの細胞が採取できたが、サイトブラシは歯肉で採取量が少なかった。2) 歯間ブラシでは40g以下で採取量にばらつきがみられた。サイトブラシでは、どの力の強さでも歯間ブラシより多くの細胞が採取できた。一方で、総数に占める深層細胞の割合は歯間ブラシの方が多かった。3) LBC法では従来法と比較し約3倍以上の細胞が採取された。4) 従来法では未経験者の採取量は少なかったが、LBC法では未経験者でも、熟練者が採取した従来法以上の細胞量を採取できた。

【まとめ】 歯間ブラシ、サイトブラシは多くの細胞を採取でき、LBC法は術者の経験・技術不足を補い、十分な細胞を採取できる有用な方法であった。

P-1-191 新報告様式を用いた口腔領域細胞診の再検討

宮崎県立日南病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立日南病院病理診断科²⁾

○佐野亜由美 (CT)¹⁾, 福田早織 (CT)¹⁾, 木佐貫篤 (MD)^{1,2)}

【目的】近年口腔癌症例は増加しつつあり, 口腔細胞診の重要性も増している. 当院では 2013 年 4 月に歯科口腔外科が新設され, 口腔領域の細胞診を開始した. 当初より判定は三段階方式 (陰性, 偽陽性, 陽性) で行ってきた. このたび日本臨床細胞学会口腔細胞診ワーキンググループより口腔細胞診報告様式が提案されたことをうけ, 症例の再評価を行い有用性について検討を行った.

【方法】2013 年 4 月~2016 年 6 月に行った口腔細胞診について新報告様式にて再判定を行った. 鋭匙あるいはブラシで検体を採取しスライドガラスに直接塗抹した. ブラシは LBC 液で洗浄後, BD 社による集細胞法を行った.

【結果】3 年 3 ヶ月で 55 例の口腔細胞診が行われた. 判定はすべて適正, 三段階方式では陰性 35 例, 疑陽性 9 例, 陽性 11 例であった. 新報告様式による再検討の結果, 陰性 35 例は, NILM 29 例, LSIL 6 例と再判定された. 疑陽性 9 例は LSIL 4 例, HSIL 5 例と再判定された. 陽性 11 例はすべて SCC と再判定された. 組織で扁平上皮癌と診断された 19 例のうち, 細胞が深層まで採取できず LSIL あるいは HSIL と判定した症例が 9 例みられた.

【総括】新報告様式の判定はこれまでの報告様式とほぼ同じ結果であった. 軽度異型のある反応性を疑う扁平上皮細胞について NILM, LSIL, IFN の判定が困難な症例があり, 基準を統一することが課題と考えた. 新報告様式を継続利用することで判定基準の確立をはかり開業歯科との連携をすすめて口腔癌の早期発見, 治療の一助となる細胞診をめざしていきたい.

P-1-192 臨床的に診断が困難であった歯肉扁平上皮癌の 1 例

大阪大学歯学部歯学部附属病院

○東條文昭 (DDS), 近堂侑子 (CT), 野田百合 (DDS), 岸野万伸 (DDS)

【概要】扁平上皮癌は口腔領域では最も発生頻度の高い悪性腫瘍である. しかし, 時として病変が臨床経過や肉眼眼像から扁平上皮癌であるのか歯周炎などの炎症性疾患であるのか診断に苦慮する場合も少なくない. 今回われわれは, 臨床的に診断が困難であった歯肉扁平上皮癌の 1 例を経験したので報告する.

【症例】70 歳代, 男性. 初診より半月前に, 通院中の歯科医院にて右下第一大臼歯部が腫脹を認めた. 消炎処置を実施するも腫脹軽減を認めないため当院初診となった. 口腔内所見としては, 右下第一大臼歯部は残根状態で動揺を伴っていた. 周囲粘膜は潰瘍状で易出血性であったが, 辺縁不整等認めず, 慢性根尖性歯周炎に由来する下顎骨骨膜炎が第一に疑われた. しかし, 洗浄により角化物様組織片と出血を認めたため扁平上皮癌も否定できず, 細胞診及び画像検査を実施した. 画像所見は顎骨の虫食い状透過像を認めたことより扁平上皮癌が疑われた. 細胞診では, 表層細胞は細胞形態不整, 核型不整, 核クロマチンの増量を認め, 深層細胞でも核腫大, N/C 比増大, クロマチン増量を認めたことより扁平上皮癌の推定診断を得た. また, 後の生検にて扁平上皮癌と診断された.

【考察】口腔癌は全悪性腫瘍の中では発生頻度は低いが, 口腔癌の大部分は粘膜由来の扁平上皮癌である. 視診可能であるにもかかわらず, 5 年生存率は平均すると 60% 程度と全癌の中では低い数値となっている. 今回, 臨床所見だけでは診断に苦慮する症例に対し, 診断の材料の一つとして細胞診が貢献できた症例だと考えられた. また, 早期発見や早期治療, 予後向上のためにも, 一般開業医での口腔細胞診導入が推奨される.

P-1-193 耳下腺オンコサイトーマの一例

高知赤十字病院・病理診断科部

○黒田直人(MD), 和田有加里(CT), 安岡 香(CT),
小原昌彦(CT), 水野圭子(CT), 頼田顕辞(CT)

【はじめに】唾液腺オンコサイトーマは唾液腺腫瘍の約1.5%を占め、耳下腺腫瘍の3%を占める稀な腫瘍で、捺印細胞診に遭遇する機会は多くないと思われる。今回、我々は捺印細胞診所見を経験したので、ここに提示する。

【臨床経過】86歳、男性。右耳下の腫脹に気づき、CE-MRI上、右耳下腺下極に球状の境界明瞭な腫瘍が認められ、右耳下腺浅葉切除術が施行された。顔面神経麻痺や疼痛は認められなかった。

【捺印細胞所見】シート状の平面的な集塊がみられ、細胞質は豊富で顆粒状を呈し、核は円形で、核縁は整で、核は中心部に位置していた。背景にはリンパ球は認められなかった。

【肉眼所見】径23x17x15mm大の境界明瞭な腫瘍がみられ、断面では褐色調を呈しており、充実性の腫瘍で、嚢胞形成はみられなかった。

【組織所見】好酸性顆粒状の細胞質を有する腫瘍細胞が小蜂巢状、充実状ないしは管状に増殖しており、核は円形ないしは類円形で、多くの細胞は核小体が1個確認された。核縁は整で、核は中心部に位置し、核分裂像は認められなかった。オンコサイトーマと診断された。

【考察】オンコサイトーマの細胞像では上皮細胞の形態がワルチン腫瘍と細胞所見が類似するが、特徴的な細胞形態に加え、背景のリンパ球浸潤がないことを確認することで、鑑別できると思われた。悪性所見は細胞異型が乏しいことで除外できると思われる。

P-1-194 下顎骨骨折を機に、細胞診で転移性腎細胞癌と推定し得た1例

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○秀島克巳(CT), 岩橋輝明(DDS), 菅野貴浩(DDS),
関根浄治(DDS)

【はじめに】口腔に発生する悪性腫瘍は、90%が原発性の扁平上皮癌とされており、他臓器からの転移性腫瘍は1-3%と報告されている。今回、我々は、下顎骨骨折を機に、細胞診で転移性腎細胞癌と推定し得た1例を経験したので報告する。

【症例】88歳、男性。2013年9月、以前より右腎癌を指摘されていたが経過観察。今回、食事中に咬合不全を生じたため、かかりつけ歯科医院を受診。X線所見で右側下顎骨骨折が疑われたため、当院外来を紹介受診。骨折部歯肉に腫瘍性病変を認めたため、生検と捺印細胞診を行った。

【細胞所見】一部壊死が見られる出血性背景に、ライトグリーン好性の淡い細胞質に重積性がある細胞集塊、核は軽度大小不同があり、クロマチン増量、核膜の不均衡肥厚、核偏在傾向で核小体が目立ち、淡明な細胞質が豊富な集塊が見られたため、陽性（転移性腎癌）とした。

【組織所見】HE染色では、線維化を伴い増生する充実性胞巣が見られ、腫瘍細胞は、淡明な細胞質を有し、核はリンパ球より大きく、大小不同や明瞭な核小体を有し、淡明細胞型腎細胞癌の像と思われた。一方、免疫組織染色の結果、Vimentin(+), CD10およびEMAの一部(+), CK7(-), CK20(-)で腎癌の転移が示唆された。

【まとめ】下顎骨骨折を機に発見された、転移性腎細胞癌の1例を経験した。

P-1-195 歯肉に転移した乳がんの1例

NTT 西日本大阪病院病理診断科

○瀬戸家要(CT), 小嶋啓子(MD), 辻本正彦(MD),
下山正悟(CT)

【はじめに】口腔領域における悪性腫瘍の中で、転移性のものは極めて稀である。今回我々は歯肉へ転移した乳がんの一例を経験したので報告する。

【症例】50代, 女性。5年前に右乳癌及び1年前に左乳癌手術。左側上顎歯肉の潰瘍性病変を自覚し、歯肉癌疑いにて当院紹介受診。潰瘍形成部の擦過細胞診及び切除生検施行。

【細胞学的所見】多数の細菌や好中球を伴う炎症性の背景に、扁平上皮細胞が見られた。一方、それらの細胞とは異なるクロマチンの増量した明瞭な核小体を持つN/C比の高い細胞がシート状集塊や軽度重積性集塊で認められた。

【組織所見】潰瘍形成部を含む腫瘍は10mm大の白色調病変で大型異型細胞が腺管形成性に浸潤増生している腺癌の像であった。乳癌の既往があるとのことであり免疫染色を行った結果、CK7陽性、CK14陽性、BerEP4陽性、ER/PgR/HER2陰性、Ki-67高率に陽性、過去の乳癌手術標本においても、CK7陽性、CK14陽性箇所あり、今回の歯肉生検とも同様の免疫染色結果で組織像も類似していた。

【考察】口腔領域での転移性悪性腫瘍は比較的稀であり、本症例は潰瘍性病変を形成していることから、傍基底型の扁平上皮細胞や再生上皮の存在も考慮する必要がある。今回の症例は歯肉への乳がん転移であったが、先入観にとらわれず臨床所見をふまえた細胞像を理解した上での診断が重要であると考えらる。

P-1-196 島根県出雲市での細胞診を応用した口腔がん検診の現況

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○渡邊正章(MD), 秀島克巳(CT), 岩橋輝明(DDS),
関根浄治(DDS)

【緒言】本邦での口腔がん罹患患者数は年間約12,000人、死亡者数は年間6,000人を超えた。本邦での口腔がん検診はまだ試行段階にあり、これまで島根県の一部地域で集団検診を行ってきたが、出雲市での開催には至っていなかった。今回、はじめて出雲市で大規模な口腔がん検診を企画・実施するに至ったため、当検診で検出された疑陽性症例の病理学的検討もあわせて報告する。

【対象と方法】平成27年12月15日(半日)で施行された口腔がん集団検診の全受検者を対象とした。検診は全て当講座日本口腔外科学会指導医・専門医ならびに同医による監督のもと日本口腔外科学会認定医が担当した。口腔粘膜病変やそれを疑う病変に対し、細胞診を施行した。全例LBC法を適用し、ベセスダの新分類に準じたNILM, LSIL, HSIL, SCC, IFNの細胞判定を行った。

SIL以上の症例は、口腔外科専門機関への受診を促した。【結果】本検診の受検者数は、計655名(男性229名, 女性425名, 性別不詳1名)、平均年齢は66.9歳(24~91歳)であった。そのうち、細胞診は56名(計61検体)に対して施行し、NILM44例, LSIL13例, HSIL4例という結果であり、SCCとIFNはなかった。SIL以上の症例において、現在までのところ追跡し得た症例のうち病理組織学的検索を行ったものは4症例である。幸い、その中から悪性腫瘍の検出はなかった。

【まとめ】今回の検診では、LBC法を適用したことで細胞採取の適正化が図られた。細胞診の結果、SIL症例については、今後の長期的なfollow upの必要性が示唆された。

P-1-197 口腔領域における液状化検体細胞診の有用性についての検討

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⁾

○山口真由実(CT)¹⁾, 山科光正(MD)^{1,2)}, 三宅真司(CT)¹⁾, 稲垣敦史(CT)¹⁾, 小池悦子(CT)¹⁾, 片桐仁子(CT)¹⁾, 川内ゆうか(CT)¹⁾, 石原里佳子(CT)¹⁾, 忽滑谷昌平(CT)¹⁾, 松林 純(MD)^{1,2)}, 長尾俊孝(MD)^{1,2)}

【はじめに】近年, 口腔がん検診の推進に伴って, スクリーニングとしての口腔擦過細胞診を行う機会やその重要性が増している. 一般的に, 擦過細胞診は標本作製方法の違いにより, 従来型の直接塗抹細胞診と液状化検体細胞診(Liquid Based Cytology: LBC)の二種類に分けられるが, 種々の臓器の細胞診検体において, 直接塗抹法と比較して, 回収される細胞量が多いこと, 細胞の乾燥や重なりが少ないこと, などの点から LBC の有用性が報告されている. 我々の施設では, 約 4 年前から口腔擦過細胞診は直接塗抹細胞診から全て LBC に移行された. 今回, 口腔擦過細胞診のスクリーニングとしての LBC の有用性について検討を行ったので報告する.

【方法】口腔擦過細胞診症例のうち, 組織診による確定診断がなされている直接塗抹細胞診および LBC (Sure-Path) 各々 100 症例について, 採取細胞量, 乾燥の有無, および組織診との一致率に着目して, それぞれ比較した.

【結果】直接塗抹細胞診では, 診断に支障を来すような細胞過少が 7 例, 乾燥が 2 例認められたのに対して, LBC では全ての症例において十分な細胞量が得られ, 乾燥による診断困難例はみられなかった. また, 組織診で悪性と診断された症例のうち, 口腔擦過細胞診で良悪性鑑別困難, 悪性疑い, および悪性と診断されたものは, 直接塗抹細胞診が 37%, LBC が 45% と後者の正診率の方が高かった.

【まとめ】LBC は直接塗抹細胞診と比較して細胞過少や乾燥が生じにくく, 組織診との一致率も高かったことから, 口腔擦過細胞診スクリーニングの標本作製方法には LBC が推奨される.

P-1-198 液状化検体細胞診を用いた生活習慣と細胞像

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野¹⁾, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野²⁾, カワラダ歯科・口腔外科³⁾

○江原道子(DDS)¹⁾, 中尾寿奈(DDS)¹⁾, 金子裕康(DDS)²⁾, 川原田幸司(DDS)³⁾, 永山元彦(DDS)¹⁾, 住友伸一郎(DDS)²⁾, 田沼順一(DDS)¹⁾

【はじめに】口腔粘膜は様々な刺激に常時暴露されており, 個々の細胞は少なからず傷害を受けていると考えられる. そこでわれわれは, 正常な口腔粘膜上皮細胞検体を用いて細胞異型の診断基準である N/C 比について, 外的刺激との関連について検討した.

【研究材料と方法】学生ボランティアの右側舌縁部より歯間ブラシを用いて粘膜上皮細胞を採取し, ThinPrep を用いて標本作製し, Papanicolaou (PAP) 染色を施した. PAP 染色標本は, 顕微鏡で写真撮影を行い, 画像解析ソフトを用いて, オレンジ G 好染 (OG) 細胞とライトグリーン好染 (LG) 細胞について, 細胞面積と核面積の算定から N/C 比を求め, 喫煙, 味覚的嗜好および飲酒歴と細胞像の関連について検討した.

【結果】OG・LG いずれの細胞においても, 喫煙者の方が非喫煙者より N/C 比が高い傾向を示した. 味覚に関しては, OG 細胞, LG 細胞の両方において, 辛いものと甘いものの両方が好きな人の N/C 比が最も高値を示し, 次いで辛いものが好きな人, 甘いものが好きな人の順に N/C 比が高く, 最も低値を示したのは, 辛いものも甘いものも好まない人であった. 飲酒歴との関連については, OG 細胞において, 飲酒習慣が無い人より, 飲酒習慣がある人で, N/C 比が高値を示し, LG 細胞においては, 飲酒習慣が無い人より, 飲酒習慣がある人の方が低値を示した.

【まとめ】正常粘膜上皮においても, 各々の上皮細胞は外的刺激による細胞傷害を受けており, 軽微ではあるが細胞異型を示すことが示唆された. このような刺激に長期間かつ持続的に暴露することは, より強い異型を示すようになることが予測された.

P-1-199 耳下腺低悪性度篩状嚢胞腺癌 (low-grade cribriform cystadenocarcinoma : LGCCA) の 1 例

掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター¹⁾, 浜松医科大学再生感染病理学講座²⁾, 東京足立病院医療部³⁾

○石堂 統(CT)¹⁾, 有吉啓子(CT)¹⁾, 小柏 均(CT)¹⁾, 杉浦文美(CT)¹⁾, 目黒史織(MD)²⁾, 半澤 儁(MD)³⁾

【はじめに】唾液腺低悪性度篩状嚢胞腺癌(以下 LGCCA) は, WHO 分類で嚢胞腺癌の一亜型として分類された稀な腫瘍である。今回, われわれは右耳前部穿刺吸引細胞診では組織型の推定ができず, 病理組織学的に LGCCA と診断された 1 例を経験したので, その細胞像および病理組織学的所見を報告する。

【症例】60 歳代女性。右耳下腺腫瘍疑いで当院皮膚科より耳鼻いんこう科へ紹介受診。痛み, 発熱はなく腫脹自覚もなし。エコーにて右耳下部に 12x12x11 mm の腫瘍を認めたため, エコー下にて同部位の穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】出血性背景で泡沫細胞とともに小型の集塊で異型細胞を認めた。細胞質はライトグリーン好性で厚みのある細胞, 顆粒状, 空胞状を呈する細胞が混在していた。核異型は軽度で小型核小体がみられた。retrospective に標本を見直すと細胞質内にヘモジデリン様顆粒がみられた。

【組織所見】腫瘍は, p63 陽性細胞に裏打ちされた拡張した導管内に異型細胞が乳頭状, 融合管状, 篩状構造を呈し増殖していた。明らかな間質浸潤や脈管浸潤はみられなかった。細胞異型は軽度～中等度で, ベルリン青染色陽性のヘモジデリン貪食細胞もみられた。免疫組織化学的には, AE1/AE3, S100 蛋白, mammaglobin が陽性, EMA が一部陽性を示した。GCDFP-15 は陰性であった。以上の所見により LGCCA と診断された。

【まとめ】嚢胞性病変を背景に, ヘモジデリン貪食細胞や異型の弱い腫瘍細胞を認めたときには本疾患も念頭に置いた細胞診断を行う必要があると考えられた。

P-1-200 唾液腺多型低悪性度腺癌の一例

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⁾

○菅野大輝(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⁾, 鈴木 瞳(CT)¹⁾, 稲嶺圭祐(CT)¹⁾, 住石 歩(CT)²⁾, 近藤凡子(CT)²⁾, 菅間 博(MD)²⁾, 柴原純二(MD)¹⁾

【はじめに】多型低悪性度腺癌は口腔小唾液腺に好発し, 多様な増殖パターンを示す低悪性度の腫瘍である。また, しばしば多形腺腫や腺様嚢胞癌との鑑別が必要とされる。今回, 多形腺腫との鑑別に苦慮した多型低悪性度腺癌の一例を報告する。

【症例】患者は 66 歳, 女性。2 年前から耳下腺周辺の腫瘍を自覚しており, 痛みを伴い始めた為, 近医を受診した。その後, 当院へ紹介受診となり穿刺吸引細胞診が施行され, 手術となった。

【細胞診所見】血性背景に, 単一な小型類円型核を伴う小細胞集塊が強い結合性を伴い出現した。腺管状, 索状, シート状配列を示して見られ, その集塊内及び周囲に間質性粘液物質が認められた。以上の所見より多形腺腫が疑われた。

【組織診所見】組織学的に腫瘍は線維性被膜で覆われ卵円形に腫大する核を持つ中型の腫瘍細胞が, 小腺管構造, 篩状構造, 充実性, あるいは索状配列など様々な形態で増殖する。一見多形腺腫様であるが, 一部に浸潤性増殖を示す比較的限局した腫瘍であり, 多型低悪性度腺癌と診断された。

【まとめ】多型低悪性度腺癌は多形腺腫や腺様嚢胞癌との鑑別が必要とされる。今回経験した症例は典型的な多形腺腫と比較すると, 毛羽立つような間質性粘液の出現, 散在する形質細胞様細胞や腺様嚢胞癌でみられるミラーボール状の細胞集塊は見られなかった。多型低悪性度腺癌の診断には今後更に症例を重ね, 詳細に検討することが必要である。

P-1-201 耳下腺基底細胞腺腫 (Basal cell adenoma) の2例

札幌医科大学附属病院病理部¹⁾, 札幌医科大学附属病院検査部²⁾, 恵佑会札幌病院病理診断科³⁾

○東 恭悟(CT)¹⁾, 浅沼広子(CT)¹⁾, 近藤 啓(CT)¹⁾, 青山智之(CT)¹⁾, 木戸朋美(CT)¹⁾, 佐々木雅博(CT)²⁾, 遠藤明美(CT)²⁾, 大井由紀子(CT)²⁾, 大内知之(DDS)³⁾, 藤田裕美(MD)¹⁾, 杉田真太郎(MD)¹⁾, 平野博嗣(MD)¹⁾, 長谷川匡(MD)¹⁾

【はじめに】基底細胞腺腫は唾液腺に発生する比較的希な腫瘍である。今回我々は耳下腺に発生した2例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【臨床経過】症例1：60歳代，女性。1年前より左耳下部の腫脹を自覚。CT, MRI等の検査で左耳下腺に境界明瞭な腫瘍を認め穿刺吸引細胞診が施行された。症例2：70歳代，男性。1年ほど前より右耳下部に腫脹を自覚。増大傾向があり近医を受診。可動性良好，弾性硬，CT, MRI等の検査で辺縁平滑な腫瘍を指摘され，精査目的に当院を受診し，穿刺吸引細胞診が行われた。

【穿刺細胞所見】症例1：出血性背景に円形～楕円核を有する小型細胞が結合性の強い集塊状に認められ，細胞密度の高い集塊も見られた。症例2：出血および変性物質を背景に，クロマチン増量，核の大小不同を伴う異型細胞を比較的結合性の強い集塊状で認められた。間質性粘液は目立たず，多形腺腫，基底細胞腺腫が疑われた。

【組織所見】症例1, 2ともに周囲唾液腺組織とは薄い線維性皮膜によって境されていた。症例1は類円形～楕円形核，好酸性の胞体を持つ基底細胞様細胞が，充実性ないし索状に増殖し，一部で腺管形成を示している。免疫組織化学的には，cytokeratin陽性， α -SMA, p63は胞巣辺縁部の細胞に陽性，S-100蛋白は間質の紡錘形細胞に陽性であった。症例2は，基底細胞様細胞の充実性増殖を主体に，一部で腺管様の構造が認められた。腫瘍胞巣と周囲の境界は非常に明瞭で，周囲間質は硝子化が高度であった。免疫組織化学的に腫瘍細胞は，p63, CK14が陽性でS-100, α -SMAが一部陽性，calponinは陰性であった。以上より，症例1は索状～管状型，症例2は充実型を主体とする基底細胞腺腫と診断された。

P-1-202 耳下腺 Mammary analogue secretory carcinoma の1例

東京医科大学茨城医療センター病理診断部¹⁾, 東京医科大学人体病理学分野²⁾

○大塚光一(CT)¹⁾, 菅 英子(CT)¹⁾, 柏木淳一(CT)¹⁾, 宇津木悟(CT)¹⁾, 福島良明(CT)¹⁾, 洪 建偉(MD)¹⁾, 森下由紀雄(MD)¹⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾

【はじめに】Mammary analogue secretory carcinoma (MASC; 乳腺相似分泌癌)は，乳腺分泌癌と形態学的，分子病理学的に類似した唾液腺腫瘍である。今回，耳下腺に発生したMASCの1例を経験したので報告する。

【症例】43歳，男性。2015年3月，耳下腺腫瘍を主訴として当院耳鼻科を受診し，頸部MRI検査を行ったところ左耳下腺部に23mm大の腫瘍が認められた。同年9月，腫瘍摘出術が施行された。

【穿刺吸引細胞像】術前の左耳下腺腫瘍穿刺吸引細胞診標本では，高度の血性背景を呈し泡沫細胞や好酸性無構造物が散見される中，上皮性細胞がシート状～乳頭状集塊として多数出現していた。中心部に血管ないし結合織性の茎を伴う集塊も認められた。上皮性細胞は好酸性で顆粒状の胞体，円形～類円形の核を有していた。核は比較的均一だが，核の腫大した細胞や核小体の明瞭な細胞も認められた。

【病理組織像】広範囲に出血を伴って，軽度の核異型を示す立方状ないし多角形の腫瘍細胞が，腺管状，濾胞状，篩状，乳頭状，あるいは嚢胞状に増殖していた。腺管状ないし嚢胞状の構造の内腔には，淡好酸性の分泌物が貯留していた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は，S-100とmammaglobinにびまん性に陽性を呈した。腫瘍組織よりRNAを抽出しRT-PCRを行ったところ，ETV6-NTRK3融合遺伝子が確認された。以上より，MASCと診断された。

【考察】唾液腺腫瘍は組織像が多彩であり多くの組織型や亜型が存在することから，細胞診でのMASCの診断は容易ではないと思われるが，本症例は好酸性で顆粒状の胞体を有する腫瘍細胞がシート状ないし乳頭状集塊で出現しており，過去のMASC報告例における細胞像と類似した細胞像であった。

P-1-203 乳腺相似分泌癌 (mammary analogue secretory carcinoma : MASC) の細胞学的検討

関西医科大学総合医療センター病理部¹⁾, 関西医科大学附属病院病理部²⁾

○田口香利(CT)¹⁾, 坂井仁美(CT)¹⁾, 伊藤寛子(CT)²⁾, 岡野公明(CT)²⁾, 田代 敬(MD)²⁾, 石田光明(MD)²⁾, 稲葉真由美(MD)¹⁾, 保坂直樹(MD)¹⁾, 蔦 幸治(MD)²⁾

【はじめに】乳腺相似分泌癌 (mammary analogue secretory carcinoma : MASC) は2010年に報告された稀な唾液腺腫瘍である。組織学的には従来の腺房細胞癌に類似しており、生物学的解析によりMASCの大多数に*ETV6-NTRK3*の転座が認められることが明らかになっている。今回我々はMASCの3例を経験し、細胞学的特徴および免疫組織学的特徴でMASCの診断が可能か検討した。

【穿刺吸引細胞像】粘液様物質を背景に、類円形や多稜形、紡錘形を示す異型細胞を孤立性や結合性の緩い集塊で多数認めた。核は類円形で小型核小体を1-2個持ち胞体は泡沫状で比較的広く、May-Giemsa染色で異染性を示す粘液様物質がみられる印環細胞様の異型細胞も認められた。血管を芯にした細胞集塊も見られた。細胞採取量は豊富であった。

【組織所見】核小体を持つ類円形の異型核と顆粒状、好酸性の胞体を示す腫瘍細胞が乳頭状～管状、嚢胞状構造をとって増殖していた。免疫組織化学的にGATA3+, S100+, DOG1-であった。遺伝子学的に*ETV6-NTRK3*融合遺伝子の発現が見られた。

【まとめ】MASCは粘液様物質が背景にみられることが多く、細胞集塊内にも粘液様物質が多くみられる。細胞質は豊富で泡沫状を呈するものが多かった。印環細胞様の細胞も見られた。これら細胞像に加えて免疫組織化学的にGATA3陽性、DOG1陰性の所見が見られた場合、MASCを示唆することも可能と考えられる。

P-1-204 耳下腺原発の硬化性多嚢胞性腺症の1例

帝京大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 帝京大学医学部附属病院放射線科²⁾, 帝京大学医学部附属病院耳鼻咽喉科³⁾

○小島 貴(CT)¹⁾, 斉藤光次(MD)¹⁾, 大越 卓(CT)¹⁾, 向山淳児(CT)¹⁾, 宮田佳奈(CT)¹⁾, 笠井亮子(CT)¹⁾, 赤嶺 亮(CT)¹⁾, 河野純一(CT)¹⁾, 石井美樹子(CT)¹⁾, 笹島ゆう子(MD)¹⁾, 東海林琢男(MD)¹⁾, 近藤福雄(MD)¹⁾, 石田 毅(MD)¹⁾, 中井雄大(MD)²⁾, 持木将人(MD)³⁾

硬化性多嚢胞性腺症 (sclerosing polycystic adenosis : 以下SPA) は唾液腺に発生する稀な非腫瘍性病変で、密な線維化や導管の嚢胞状拡張と萎縮からなる多彩な像を呈するため、臨床的にも病理組織学的にも悪性腫瘍との鑑別が問題となる。今回、術前穿刺細胞診にて悪性腫瘍との鑑別が困難であった耳下腺原発のSPAの1例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。既往に大腸癌、腺腫様甲状腺腫あり。2年前より耳下腺腫大。造影CTで濃染する3cm大の腫瘤を認めた。腫瘍性病変を疑い穿刺吸引細胞診を施行。悪性腫瘍の可能性が否定できず、他院にて腫瘍切除術を施行され、SPAと診断された。

【細胞像】ライトグリーン好性の顆粒状物質を背景に、核腫大、核大小不同、顆粒状の広い胞体を有するアポクリン化生様細胞が、一部に重積性をしめず結合性の強い集塊、または裸核状散在性に多数出現していた。クロマチンは細顆粒状で密に充満し、大型核小体を有していた。Giemsa染色にて異染性は見られなかった。核の大小不同や配列の乱れを伴い腺房細胞癌などの悪性腫瘍の可能性を否定できなかった。

【組織像】境界明瞭な病変で、硝子様変化を伴う膠原線維の増生、導管の嚢胞状拡張や萎縮よりなり、導管上皮にはアポクリン化生を認めた。核の大小不同を伴うが核形不整は目立たず、SPAと診断された。

【考察】SPAは画像診断では内部不均一な腫瘤として描出され、臨床的に腫瘍として穿刺細胞診を施行されることが多い。細胞診において腺房細胞癌との鑑別が問題となるが、アポクリン化生上皮の出現、集塊の結合性、配列の均一性などに留意することにより診断が可能であり、本疾患も念頭において慎重に観察することが必要であると考えられた。

P-1-205 穿刺吸引細胞診 (FNA) で上皮様球状集塊を多数認めた顎下部粘液嚢胞の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⁾, 東京女子医科大学第二病理学教室⁴⁾

○清水絢子(CT)¹⁾, 村上佳織(CT)¹⁾, 橋本哲也(CT)¹⁾, 粉川 彩(CT)¹⁾, 高橋伸治(CT)¹⁾, 長谷川嗣業(MT)¹⁾, 野並裕司(CT)¹⁾, 金室俊子(CT)¹⁾, 村松文章(CT)³⁾, 富所貴美子(CT)⁴⁾, 板垣裕子(MD)²⁾, 廣井敦子(MD)²⁾, 山本智子(MD)²⁾, 澤田達男(MD)³⁾, 長嶋洋治(MD)²⁾

【はじめに】大部分の粘液嚢胞は、内部に種々の炎症細胞を含む粘液物質の貯留を認め、壁は炎症性肉芽組織からなり、裏装上皮を欠く。FNA 標本では粘液物質と炎症細胞を認めることが多い。今回我々は、細胞診で多数の上皮様球状集塊を伴う症例を経験したので報告する。

【症例】20歳代、女性。右顎下部腫瘍を自覚し近医を受診。頭部CT、MRI所見より、右顎下部がま腫、またはリンパ管腫が疑われた。当院耳鼻咽喉科を紹介受診し、OK-432嚢胞内注入療法時に穿刺吸引した嚢胞内容液が、細胞診材料として提出され、全量を標本化した。

【細胞所見】泡沫細胞を伴う背景に、軽度核形不整や大小不同、小型で明瞭な核小体を伴う核の密集した上皮様球状集塊や、好酸性無構造物質を取り囲む紡錘形細胞の球状集塊を多数認めた。好酸性無構造物質はGiemsa染色で異染色性を呈した。同時に作製したセルブロック法での免疫細胞化学では、これらの球状集塊を構成する細胞は α -SMA一部陽性、CK(AE1/AE3)、CK7、CK5/6、CD68、CD34、S-100蛋白、Desmin陰性で、線維芽細胞および筋線維芽細胞であると推定した。

【考察】今回、顎下部粘液嚢胞で上皮様球状集塊を多数認めた症例を提示した。セルブロック法での免疫細胞化学が、上皮様球状集塊を構成する細胞の同定において有用であり、肉芽組織の形成が示唆された。本症例のように上皮様球状集塊が粘液嚢胞でみられることは非常に稀であり、頸部唾液腺領域においては腺様嚢胞癌、多形腺腫、筋上皮腫などの腫瘍との鑑別を要する。粘液嚢胞においても上皮様球状集塊が出現する可能性があることを銘記する必要がある。

P-1-206 耳下腺に発生した好酸球増多を伴う硬化性粘表皮癌の一例

済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 久留米大学病院病理部²⁾, 府中病院病理診断科³⁾

○佐藤真介(CT)¹⁾, 東 悠介(CT)¹⁾, 石井洋子(CT)¹⁾, 石橋貴寛(CT)¹⁾, 宮崎浩子(CT)¹⁾, 佐藤瑞恵(CT)¹⁾, 安倍秀幸(CT)²⁾, 河原明彦(CT)²⁾, 原田博史(DDS)³⁾, 加藤誠也(MD)¹⁾

【はじめに】Sclerosing mucoepidermoid carcinoma with eosinophilia (SMECE)は腫瘍組織内の線維化、好酸球浸潤を特徴とし、甲状腺では橋本病に伴う稀な腫瘍としてWHO分類にも掲載されているが、唾液腺発生例も知られている。今回、我々は末梢血好酸球増多を伴った右耳下腺原発SMECEを経験したので報告する。

【症例】40歳代男性。喫煙歴10本/日×25年、2年前より右耳下部の腫脹を自覚、徐々に増大するため近医受診、耳下腺腫瘍が疑われ当院紹介となる。アレルギー疾患の既往はない。右耳下腺部に鶏卵大の腫瘍を触知し、血液検査では好酸球増多(WBC 6800/ μ l, Eosin 10.8%)を認めた。画像検査では多形腺腫、ワルチン腫瘍、低悪性度の癌腫等が疑われ、腫瘍摘出術が施行された。

【捺印細胞診所見】多数のリンパ球、好酸球を含む背景に大小の扁平上皮様集塊が見られ、部分的には腺腔様配列を認めた。集塊を構成する細胞はN/C比が高く、軽度の核形不整や核大小不同、核濃染を呈していた。角化像や粘液産生像は明らかでなかった。

【組織所見】径5cm大の充実性腫瘍で剖面は灰白色調、一部は嚢胞化していた。組織像では胚中心形成を伴うリンパ組織の増生が目立つ背景にシート状の不整な上皮胞巣を認め、N/C比の高い基底細胞様細胞の増生と僅かに粘液産生細胞や腺腔形成像が見られた。腫瘍内にはTALP(tumor-associated lymphoid proliferation)の目立つ領域に加えて癒痕状線維化や好酸球浸潤を伴っていた。免疫染色で基底細胞様の細胞はCK5/6、p63陽性、腺腔様部分ではCK7陽性、EBER-ISHは陰性であった。SMECEと診断した。

【考察】SMECEは稀に唾液腺にも発症する場合があります。細胞所見における鑑別では粘表皮癌様の上皮成分に加えて背景の好酸球浸潤に気付く事が重要と思われた。

P-1-207 mucoepidermoid carcinoma, low grade の二例

長崎大学病院病理診断科病理部¹⁾, 長崎病理診断科²⁾, 長崎大学医歯薬学総合研究科³⁾

○芝原一樹(CT)¹⁾, 佐藤典子(CT)¹⁾, 今泉利信(CT)¹⁾, 平山三国(CT)¹⁾, 里 翼(CT)¹⁾, 濱崎幸恵(CT)¹⁾, 田中 圭(CT)¹⁾, 二反田隆夫(CT)³⁾, 穴見正信(CT)²⁾, 木下直江(MD)¹⁾, 安倍邦子(MD)¹⁾, 新野大介(MD)¹⁾, 福岡順也(MD)¹⁾

【はじめに】唾液腺に発生する mucoepidermoid carcinoma は唾液腺悪性腫瘍全体の 30% と比較的頻度の高い腫瘍で, low grade から high grade に分類される。Low grade では構成細胞が多彩かつ細胞異型が弱いため, 判定困難となる場合がある。今回, 我々は mucoepidermoid carcinoma, low grade と推定診断することができた二例を経験したので報告する。

【症例】1) 53 歳, 男性。左耳下前方に 2.5 cm の腫瘍があり, 弾性硬, 可動制限あり。2) 65 歳, 男性。左耳下部に 3.5 cm の腫瘍があり, 可動性良好。

【細胞所見】1) 粘液細胞や重厚な細胞質を持つ多辺形の細胞が集塊状に認められた。核腫大した細胞が大小の集塊で出現し, 核の大小不同, 核縁の不整を認め, クロマチンは高度に増量していた。2) 比較的大型で, 多辺形～不整形細胞が大小の集塊で出現した。細胞質は均質～淡明でライトグリーンに好染, あるいは粘液を思わせる像も観察された。核は腫大し, N/C 比が高く, 大小不同, 核縁の不整を有し, クロマチンは高度に増量していた。

【組織所見】1) 粘液細胞, 扁平上皮細胞, 淡明細胞, 中間型細胞が混在し, 管状や充実胞巣状に増殖していた。核分裂像, 明瞭な神経周囲浸潤, 腫瘍外神経周囲への進展は見られなかった。2) 大部分は嚢胞状。粘液細胞主体で類表皮細胞, 中間型細胞のシート状増殖が少量認められた。核分裂像や細胞異型は乏しく, 高度の細胞異型や脈管侵襲, 神経周囲浸潤は見られなかった。

【まとめ】粘液細胞や扁平上皮様細胞が混在するため腺扁平上皮癌との鑑別に留意する必要があると考えられた。Low grade では多彩な細胞の出現が診断に有用であるため, 多くの標本作成を行うことで細胞の出現率が増加し, 診断を容易にすると考えられた。

P-1-208 粘液を多数混じた耳下腺筋上皮癌の一例

恵佑会札幌病院病理診断科¹⁾, 恵佑会札幌病院検査科²⁾, 札幌臨床検査センター病理³⁾, NTT 東日本札幌病院臨床検査科⁴⁾

○小関美穂(CT)¹⁾, 中尾佳代(CT)²⁾, 小林亜紗美(CT)³⁾, 松尾和彦(CT)³⁾, 黒川孝子(CT)³⁾, 原まみえ(CT)³⁾, 徳永祐一(CT)³⁾, 古村喜好(CT)³⁾, 北村哲也(DDS)¹⁾, 大内知之(DDS)¹⁾, 高桑康成(MD)⁴⁾, 水無瀬昂(MD)³⁾, 武内利直(MD)¹⁾

【はじめに】筋上皮癌は非常に稀な中～高悪性の唾液腺腫瘍で, 腫瘍性筋上皮細胞のみで構成される腫瘍とされる。今回われわれは耳下腺に生じ粘液を多数混じた筋上皮癌と考える一例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代男性。長径 3 cm 大の右耳下腺腫瘍に対し FNA を施行するも組織型の推定には至らなかった。画像検査で周囲組織への浸潤が疑われたため, 周囲皮膚を含めた腫瘍切除が施行された。

【細胞所見】腫瘍細胞は粘液腫様の所見を背景に, 孤立散在性～集塊状に多数観察された。細胞間の結合は緩く, 細胞質は多稜形, 楕円形～短紡錘形で LG に淡染。核は大小不同の類円～楕円形, クロマチンは顆粒状に増量し小型な核小体 1～数個が認められた。細胞質内に OG に染まる粘液様物質を種々の程度に有する細胞が多数混在していた。

【組織所見】腫瘍は分葉状に増殖し, 線維性被膜に境されているが一部で周囲組織への浸潤が認められた。多稜形などの腫瘍細胞は, 好酸性～淡明な細胞質を有し, 杯細胞様の消化 PAS, ムチカルミン陽性粘液を保有する部位が散見された。いずれも calponin, p63, S-100 蛋白に陽性で, Ki-67 陽性率が約 20% と高値である点から粘液を保有する筋上皮癌と考えた。また, 一部に軟骨様基質や低異型の二層性腺管がみられ, 多形腺腫由来癌として発生した可能性も考えられた。

【考察】Retrospective に検討すると, 結合の緩い集塊や杯細胞様の細胞が多数出現している点から鑑別疾患として粘表皮癌が考えられるが, 類表皮細胞や中間細胞の出現など粘表皮癌の特徴を欠いていた。本例は近年 mucinous myoepithelial carcinoma や signet-ring cell (adeno) carcinoma of salivary gland などとして報告されている症例と同一のものと考えられた。

P-1-209 唾液腺発生の筋上皮腫の2例

岐阜大学医学部附属病院病理部¹⁾, 岐阜大学医学部附属病院検査部²⁾, 岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍病理学³⁾

○水野加織(CT)¹⁾, 中川 篤(CT)²⁾, 片桐恭雄(CT)¹⁾, 岩田明子(CT)¹⁾, 安藤咲恵(CT)¹⁾, 北野素子(CT)¹⁾, 佐々木健太(CT)²⁾, 酒々井夏子(MD)¹⁾, 波多野裕一郎(MD)³⁾, 久松憲治(MD)³⁾, 宮崎龍彦(MD)¹⁾

【はじめに】筋上皮腫は構成細胞の殆どが腫瘍性筋上皮よりなる稀な良性腫瘍で、発生頻度は全唾液腺腫瘍の約1.5%である。今回我々は筋上皮腫の2例を経験したので報告する。

【症例1】60代男性。3年前に左耳下部に腫瘤を認め、近医受診し摘出術施行。悪性ではないと診断されたが、再び増大してきたため当院紹介受診。MRIにて40×23×45mm大の境界明瞭な多結節癒合状の腫瘤を認め、FNA施行。その後摘出術施行。

【症例2】20代男性。右顎下部腫瘤に気づき近医受診。MRIにて19×15×20mm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。手術加療目的で当院紹介受診。FNA及び摘出術施行。

【細胞所見】症例1では、比較的均一な細胞が主に集塊で認められた。核形は類円形から短紡錘形で軽度な核クロマチンの増量がみられ、筋上皮由来の良性腫瘍が疑われた。症例2では、核の大小不同及び核クロマチン増量のみられる細胞が主に集塊で認められた。比較的核異型が強く、一部に核内空胞がみられ、筋上皮由来の腫瘍が疑われた。

【組織所見】症例1では分葉状白色充実性病変を認め、ミクロでは類円形から短紡錘形核を有する細胞が網状に増生していた。症例2では顎下腺内に境界明瞭な白色結節性病変を認め、ミクロでは形質細胞様、紡錘形の筋上皮細胞が充実胞巣状に増生していた。両者とも多形腺腫との鑑別を要したが、明瞭な腺管構造や間葉成分の増生は認めず筋上皮腫と診断した。

【まとめ】頭頸部穿刺材料で筋上皮成分のみ認められても、非上皮成分が採取されていない可能性も考慮し、多形腺腫との鑑別を要する。また、筋上皮腫は多彩な像を示すことを念頭に置く必要がある。

P-1-210 頸部腫瘤穿刺吸引細胞診にて判定に苦慮した唾液腺腫瘍の1例

関西医科大学附属病院¹⁾, 関西医科大学総合医療センター²⁾

○伊藤寛子(CT)¹⁾, 田口香利(CT)²⁾, 岡野公明(CT)¹⁾, 蛭子佑翼(CT)¹⁾, 坂井仁美(CT)²⁾, 田代 敬(MD)¹⁾, 宮坂知佳(MD)¹⁾, 植村芳子(MD)¹⁾, 蔦 幸治(MD)¹⁾

【目的】頸部腫瘤を主訴とした病変は多岐にわたる。今回我々は頸部腫瘤を主訴とし細胞診判定に苦慮した唾液腺腫瘍を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。左頸部の急激な腫脹を主訴に近医受診。精査・加療目的で当院紹介受診となる。PET検査にて左頸部に最大36mm大の腫瘤を認め、頸部腫瘤の穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】紡錘形から楕円形の裸核状細胞を背景に、クロマチン増量を示す核密度の高い細胞集塊が出現していた。個々の細胞は小型であるが、N/C比は大きく核の大小不同や核小体が明瞭な異型細胞集塊であった。鑑別疾患として扁平上皮癌、小細胞癌、基底細胞腺癌、腺様嚢胞癌(充実型)、多形腺腫由来癌などが考えられた。Giemsa染色にてメタクロマジーを示す間質性粘液もみられ、唾液腺腫瘍を第一に考えたが、穿刺部位が頸部リンパ節か唾液腺かが不明であり、陽性(Malignant tumor)と判断したが組織型推定は困難であった。

【組織所見】摘出された顎下腺では粘液腫状間質と腺上皮・筋上皮の増殖からなる多形腺腫の像を認めた。これと連続して壊死を伴う異型細胞の浸潤増殖がみられた。形態的にも多形腺腫から癌腫成分に移行していた。

【まとめ】頸部腫瘤を主訴とした病変は多岐にわたり、細胞診判定に苦慮する場合が多い。今回の症例で得られた細胞像を鑑別点と共に報告する。

**P-1-211 背景に豊富な上皮性分泌物を認めた耳下腺
上皮筋上皮癌の一例**

独立行政法人大阪府立急性期・総合医療センター¹⁾, 社会
医療法人生長会府中病院²⁾

○下山玲子(CT)¹⁾, 原田博史(MD)²⁾, 佐々木志保(CT)¹⁾,
小山奈津子(CT)¹⁾, 小林愛美(CT)¹⁾, 倉澤佳奈(CT)¹⁾,
藤中浩樹(CT)¹⁾, 島津宏樹(MD)¹⁾, 伏見博彰(MD)¹⁾

【はじめに】上皮筋上皮癌は唾液腺腫瘍の1%と比較的まれな低悪性癌である。今回我々は背景に豊富な上皮性分泌物が見られたため、組織型の推定に苦慮した上皮筋上皮癌を経験したのでその細胞所見を中心に報告する。

【症例】70歳代女性。頸部腫瘍にて、近医受診。増大したため当センター耳鼻咽喉・頭頸部外科を診断・治療目的で紹介。左耳下腺下極に13mm大、辺縁不整な腫瘍を認め、穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診で悪性の可能性が疑われ、腫瘍切除術が施行された。

【細胞所見】管状やシート状の上皮細胞とその周囲や背景に見られる裸核状の筋上皮細胞からなる腫瘍と考えられた。背景には多量の分泌物が見られ、分泌物内部にも細胞成分が多くみられたが、ギムザ染色でメタクロマジーは呈さないことから間質性粘液ではなく、上皮性分泌物と考えられた。

【組織所見】大小の2層性腺管を主体とする腫瘍で、腺管は内側に見られる1層の立方上皮細胞と外側の淡明な細胞質を有する筋上皮細胞からなり、同様の筋上皮細胞のみからなる胞巣構造も混在していた。以上より上皮筋上皮癌と診断された。一部の腺管は著明な拡張を呈し、多量の好酸性粘液を容れていた。

【結論】一般に上皮筋上皮癌の細胞所見において背景の分泌物に関して触れられる事はあまりない。組織上本症例では部位により腺管の数や大きさに著しい差異があり、穿刺により破綻した大型腺管から溢出した分泌物が背景に多量に出現したため診断に苦慮したが、Giemsa染色も合せた所見より、この腫瘍の多彩性を認識した上で、非定型的な所見に惑わされることなく細胞診でもこの腫瘍を推定することは可能であると考えられた。

P-1-212 耳下腺上皮筋上皮癌の一例

慶應義塾大学医学部病理学教室¹⁾, 慶應義塾大学病院病理診断部²⁾

○中島清聖(CT)¹⁾, 阿部 仁(CT)¹⁾, 草刈 悟(CT)¹⁾,
鈴木美那子(CT)¹⁾, 鈴木一生(CT)¹⁾, 佐藤孝之(CT)¹⁾,
三春慶輔(CT)¹⁾, 川井田みほ(MD)²⁾, 亀山香織(MD)²⁾

【はじめに】上皮筋上皮癌 (Epithelial myoepithelial carcinoma) は全唾液腺腫瘍の約1%を占める稀な腫瘍であり、60歳前後の耳下腺に好発する。発育は緩徐だが局所再発やリンパ節転移も認められ、低悪性度の癌として知られている。本腫瘍は上皮性結合の強い導管上皮細胞とやや結合性の乏しい淡明筋上皮細胞2種類からなり、細胞診ではそれぞれの細胞形態の理解が重要と考える。今回我々は左耳下腺由来の上皮筋上皮癌を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】60歳代、男性。2010年他院にて左耳下腺腫瘍により左耳下腺浅葉切除術施行。上皮筋上皮癌と診断され、2015年MRIにて再発が疑われ当院紹介となった。左耳下腺穿刺吸引細胞診にて上皮筋上皮癌を疑い、左耳下腺全摘術施行。組織診断にて上皮筋上皮癌と診断された。

【細胞所見】出血性、壊死性背景に結合性の緩い裸核状細胞と小腺腔様構造を有する細胞集塊が出現していた。裸核状の淡明筋上皮様細胞と腺腔を形成する導管上皮様細胞の2種類の細胞が認められたことと、既往より上皮筋上皮癌が示唆された。

【組織所見】不整な核と淡い好酸性胞体を有する異型細胞が増殖していた。また、好酸性分泌物を容れた腺腔様構造物との二層性が疑われ、上皮筋上皮癌と診断された。

【まとめ】本症例において、穿刺吸引細胞診で得られた細胞像では組織像を反映した所見が観察され、上皮筋上皮癌の特徴を呈していた。本症例の細胞像を熟知し、本腫瘍と類似する細胞像を示す他の唾液腺腫瘍との鑑別点を理解することは上皮筋上皮癌の診断の一助になると考える。

P-1-213 穿刺吸引細胞診で組織型推定に苦慮した耳下腺腺房細胞癌の1例

東邦大学医療センター大橋病院病院病理部¹, 東邦大学医療センター大橋病院電子顕微鏡室², 東邦大学医療センター大橋病院耳鼻咽喉科³

○湯浅瑛介(CT)^{1,2}, 佐々木智子(CT)¹, 村石佳重(CT)¹, 藤田正志(CT)¹, 榎本泰典(MD)¹, 横内 幸(MD)¹, 大原関利章(MD)¹, 高橋 啓(MD)^{1,2}, 森脇宏人(MD)³

【はじめに】腺房細胞癌は耳下腺に好発する低悪性度腫瘍である。我々は細胞診で組織型推定に苦慮した耳下腺腺房細胞癌の1例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】30歳女性。1年以上持続する耳下腺部の腫脹、疼痛を主訴に当院耳鼻咽喉科受診。抗生剤内服にて改善したが硬結は残存した。5か月後に施行された穿刺吸引細胞診はclass IIであった。臨床的にWarthin腫瘍が疑われ、1か月後浅葉切除術が施行された。

【穿刺吸引細胞像】ライトグリーン好性顆粒様物質と共に円形～紡錘形の小型核を有する胞体の不明瞭な細胞が孤立性に多数見られた。また、より大型の類円形核を有する細胞が一部に集簇して認められた。

【摘出検体の病理組織所見】好酸性、顆粒状の豊富な細胞質と小型、類円形の偏在核とからなる均一な形状の腫瘍細胞が多発性の充実性結節を形成しながら増殖していた。細胞質はPAS反応陽性、ジアスターゼ消化PAS反応陽性で腺房細胞癌と診断した。

【腫瘍捺印細胞像】腫瘍細胞は不規則重積性集塊として観察され、淡明で豊富な細胞質を有した。周囲には穿刺吸引細胞診と同様の胞体の不明瞭な細胞が多数見られた。ギムザ染色で異染性を示す細胞質内顆粒は明らかでなかった。

【結語】腺房細胞癌は単調な腫瘍細胞集塊が豊富に出現するのを特徴とし、シート状、合体様、小集塊状、腺房状、孤立性の出現形式を示すとされる。本例の穿刺吸引細胞診では胞体の不明瞭な腫瘍細胞が孤立性に多数出現していたため、腫瘍の組織型を推定するうえで困難であったと考える。細胞診で腺房細胞癌を確定することは困難であるが、多彩な所見を示すことを理解し鏡検する必要がある。

P-1-214 リンパ球浸潤を伴う耳下腺腺房細胞癌の一例

JA 静岡厚生連遠州病院臨床検査科¹, JA 静岡厚生連遠州病院臨床検査科², JA 静岡厚生連遠州病院臨床検査科病理³, 新和会八千代病院病理⁴

○大井賀広(CT)¹, 神田由紀美(CT)², 上村 隆(MD)³, 社本幹博(MD)⁴

【はじめに】腺房細胞癌は漿液性腺房細胞への分化を示す腫瘍で、唾液腺悪性腫瘍の約18%を占め、耳下腺が好発部位である。本腫瘍は唾液腺腫瘍の中でも予後は比較的良好である。今回比較的稀な組織型である、リンパ球浸潤を伴う腺房細胞癌を経験したので報告する。

【症例】40歳代男性。2015年10月、右耳下腺腫脹を指摘され当院紹介受診。CT、MRIでは多形腺腫の可能性を指摘されたが、穿刺吸引細胞診でWarthin腫瘍と診断した。2016年4月手術目的で当院耳鼻科へ入院。腫瘍は被膜で覆われて、臨床的には良性と考えられたが、腫瘍の大きさから、外科的処置により摘出された。

【穿刺吸引細胞所見】背景は血性で多数のリンパ球を認めた。細胞質が広く、核は類円形で核腫大、核クロマチンの増量を伴う上皮細胞集塊を認めるが、核異型は弱く異型性は乏しい。粘液成分等特徴的な所見は認められず、Warthin腫瘍と診断した。

【組織所見】摘出検体は被膜に覆われた腫瘍径約3cmの腫瘍であり、膨張性で境界明瞭な広がりを示しており、リンパ球浸潤を伴った上皮性細胞を認めた。細胞質は好塩基性に染まる胞体で一部は淡明、PAS反応に陽性のみられる丈の低い細胞から成り、充実性あるいは小腺腔を有する篩状の胞巣を形成していた。核分裂像はほとんど認められなかった。組織学的にStag2の耳下腺腺房細胞癌と診断した。

【まとめ】腺房細胞癌は唾液腺腫瘍の中で、多形腺腫に次いで組織像、細胞像が多彩である。穿刺吸引細胞診でも異型が乏しい為、判定に苦慮することがある。リンパ球が背景にある場合、慢性硬化性唾液腺炎やWarthin腫瘍などの鑑別が重要となる。

P-2-001 液状化検体細胞診法における子宮頸部上皮内癌と子宮頸部病変の鑑別点の検討

弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻細胞検査士養成課程¹⁾, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域²⁾, 虎の門病院³⁾, 竹田総合病院⁴⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部⁵⁾, 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座⁶⁾

○渡邊 純(MD)^{1,2)}, 牧野愛未(CT)^{1,3)}, 桂澤安奈(CT)^{1,4)}, 堀江香代(PhD)^{1,2)}, 吉岡治彦(PhD)^{1,2)}, 小島啓子(CT)⁵⁾, 刀稱亀代志(CT)⁵⁾, 黒瀬 顕(MD)⁵⁾, 重藤龍比古(MD)⁶⁾, 二神真行(MD)⁶⁾, 横山良仁(MD)⁶⁾

【目的】子宮頸部細胞診で導入が進んでいる液状化検体細胞診法(Liquid-Based Cytology法:LBC法)には多くの利点があるが,従来法との間で細胞像が異なるという問題がある。本研究の目的は,子宮頸部病変のLBC法での細胞学的特徴を検討し,鑑別点を明らかにすることである。

【方法】子宮頸部病変LBC標本(Thin Prep法,サーベックスブラシ採取)の背景,出現形式,細胞形態,細胞質,核,核クロマチン,核小体について顕微鏡下に検討した。さらに,核の大小不同と核真円度をPhotoshopを用いて画像解析した。

【結果】CISの細胞像の特徴として,孤立散在性から丸みのある大型の集塊として出現,細胞質がライトグリーンに淡染し辺縁不明瞭,核の大小不同,クロマチン淡明,小型の核小体,核真円度高値,が挙げられた。微小浸潤癌の細胞像の特徴として,ゴースト細胞,多核細胞,小型fiber cell, bizarre cell,濃縮状核,クロマチンの多彩さ,挙げられた。しかし,背景にわずかに認められた壊死物質は,悪性細胞との連続性を欠如しており認識しづらかった。CISと微小浸潤癌の鑑別点とされる核の大小不同と核小体がCIS細胞にも認められた。CISと高度異形成および扁平上皮癌の鑑別点については従来法と同様であった。

【結論】CISと微小浸潤癌のLBC法におかる特徴的な細胞所見が明らかとなった。またCISと子宮頸部病変の鑑別点は従来法と基本的には変わらなかった。しかし,CISと微小浸潤癌の鑑別点とされている背景の壊死物質,核の大小不同と核小体の有無から両者を鑑別することは困難であることが示唆された。

P-2-002 LBC 標本における ASC-H の検討

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】当財団では2009年度よりベセスダシステムを取り入れ,2011年度より一部の市町村にLBCによる子宮頸がん集団検診を導入してきた。ベセスダシステムにおけるASCの割合は全婦人科検体数の5%程度にすることが望ましく,ASC-Hの比率は全ASCの10%以下であることが望ましいという基準があり,またLBC標本は従来法と異なる細胞の見方があり,ASC-Hの判定には苦慮している。今回細胞所見を組織像およびHPV結果を含め後方視的に検討した。

【対象】2011年4月から2015年3月まで行われたLBCによる子宮頸がん集団検診39,997件のうちASC-Hと診断されたのは152件で,そのうち財団にて精密検査を受診した95件を対象とした。

【結果】39,997件のうちASC-USは346件0.9%,ASC-Hは152件0.4%であった。全体のASCの割合は498件1.2%で基準の5%以内に収まっているが,ASC-Hの比率は全ASCの30.5%になり,基準の10%以下より遥かに多い。初回精検結果CIN1は18件18.9%,CIN2は7件2.8%,CIN3は3件3.2%,腺異形成2件2.1%,CIN疑い28件29.5%で異常なしは37件38.9%であった。経過観察となった56件のうち2016年5月現在経過観察中は23件で,そのうちCIN3に進展したのは0件で消退したのが24件であった。ASC-Hの細胞所見として,出現形式・細胞質変化・核所見等HPV検査結果を加味した検討についても報告する。

【考察】LBC標本におけるASC-Hの細胞像を明らかにすることで,より正確に鏡検ができ精度向上につながると思われる。

P-2-003 CIN3 における子宮頸部レーザー蒸散術後の異型細胞存続例について

NTT 東日本札幌病院産婦人科¹⁾, 北海道社会事業協会帯広病院産婦人科²⁾, NTT 東日本札幌病院臨床検査科病理・細胞診検査部門³⁾

○黒田敬史(MD)¹⁾, 西川 鑑(MD)¹⁾, 真里谷奨(MD)²⁾, 小松健一郎(CT)³⁾, 杉田有子(CT)³⁾, 本間則之(CT)³⁾, 高桑康成(MD)³⁾, 佐藤昌明(MD)³⁾

【目的】子宮頸部レーザー蒸散術（以下蒸散術とする）は円錐切除術よりも低侵襲な手術であり、妊孕性への影響を考慮する CIN 患者において有用な手術と考えられる。ただし摘出物病理診断を伴わないため、細胞診による術後の異型細胞の評価とそれに関連する諸因子の特定が長期予後を検討する上で重要であると考えられる。今回我々は CIN3 に対する蒸散術後の異型細胞の残存と HPV との関連性について検討した。

【方法】2007-2011 年に当院でインフォームドコンセントを得て子蒸散術を施行した CIN3 症例 137 例のうち、施術 2 ヶ月後の子宮腔部細胞診にて異型細胞を認めた 18 症例 (ASCUS, AGC, LSIL, HSIL) を対象とし、蒸散術後に HPV が存続した群と消失した群に分け、2 群の異型細胞が存続した期間、追加治療の有無について比較検討を行った。

【結果】18 例中 HPV 存続群が 11 例 (ASCUS1 例, LSIL7 例, HSIL3 例), HPV 消失群が 7 例 (ASCUS3 例, AGC1 例, LSIL3 例) であった。HPV 存続群で術後フォローしえた 9 例のうち、HSIL2 例は組織診にて再度 CIN3 を認めたため円錐切除術または子宮全摘術を施行した。他 7 例 (ASCUS1 例, LSIL6 例) においては異型細胞消失まで 6-34 ヶ月 (平均 15.8 ヶ月) を要し、うち 2 例で再度蒸散術を施行した。HPV 陰性群のうちフォローしえた 5 例 (ASCUS2 例, LSIL3 例) はいずれも術後 6 ヶ月で異型細胞が消失した。

【結論】術後 2 ヶ月の時点での異型細胞は、HPV 消失群の場合、その後異型細胞は消失することから、治癒判定には HPV テストが有用であると考えられた。

P-2-004 HIV 陽性 men who have sex with men (MSM) の肛門擦過細胞診における HPV 感染細胞の判定基準

群馬パース大学保健科学部検査技術学科¹⁾, 杏林大学保健学部病理学²⁾, 杏林大学医学部腫瘍内科³⁾, しらかば診療所⁴⁾

○岡山香里(CT)¹⁾, 大河戸光章(CT)²⁾, 北村 浩(MD)^{3,4)}, 井戸田一朗(MD)⁴⁾

【目的】HIV 陽性 MSM に発症する肛門上皮内病変 (Anal Intraepithelial Neoplasia, AIN) のスクリーニング検査には肛門擦過細胞診 (Anal Pap Smear, APS) が用いられている。APS は子宮頸部のベセスダシステムに準じてその判定基準が定められており、独自の判定基準が存在しない。今回我々は、APS に多く出現する HPV 感染細胞の判定基準を確立することを目的とし、組織診検査と細胞診検査における診断の一致を検討したので報告する。

【対象・方法】HIV 陽性 MSM のうち、APS 施行に同意が得られた 37 例を対象とした。採取された細胞は液状化処理し、SurePath 法にて標本作製を行い、HPV 感染細胞、核異型細胞を検出した。ASC-US を核肥大細胞および HPV 感染細胞が出現するものの SIL と判断するには不十分であるものと定義した。HPV-DNA 検査は各ジェノタイプに対する特異的なプライマーを用い、PCR 法によってハイリスク型 23 種類を検出した。なお、ASC-US 判定以上で同意が得られた患者に対し、拡大肛門鏡 (High resolution anoscopy with biopsy ; HRA) を施行した。

【結果】APS の判定結果は ASC-US 7 症例, LSIL 11 症例, HSIL 5 症例, ASC-H 3 症例, 判定不能 2 症例であり、ASC-US 以上の判定率は 85.7% であった。また、HRA で生検組織診を行い APS にて、ASC-US 判定以上の 26 症例中すべての症例で AIN が検出された。

【考察】本研究では ASC-US の定義に HPV 感染細胞を加えたため、ベセスダシステムに準じた判定基準に比較し ASC-US 以上の判定率が高くなったと考えられる。本研究において、細胞診検査と組織診検査の診断の一致を検討したところ、ASC-US 判定以上ではすべての症例で AIN が検出された。以上により、APS では HPV 感染細胞を ASC-US の判定基準に反映させ HRA を施行することで、AIN 検出率を向上させることができると示唆された。

P-2-005 HPV ジェノタイプ判定検査 (クリニチップ) その評価と考察

北海道対がん協会細胞診センター

○和田恒之(CT), 田上 稔(CT), 加藤 修(CT),
日野順子(CT), 市川浩巳(CT), 柴田尚子(CT),
小西加奈子(CT), 茂木由紀(CT), 藤田博正(MD),
佐々木隆之(MD)

【目的】子宮頸がんの原因とされる約15種類のヒトパピローマウイルス (以下 HPV) 特に HPV16,18 は20代前半に感染が多く, 感染後急速に高度病変 (CIN2,3) へと進展し, 20代後半から30代に子宮頸がん (上皮内癌含む) が最多となる. CIN1,2の症例に対し, 進展リスク評価としてクリニチップを用いた HPV 型検査の実施状況と問題点を考察する.

【対象と方法】13種類の型分析が可能なクリニチップを実施した CIN1,2 症例 478 例 (以下 A 群), PCR 法 (2000-2010) で検査した危険型 7 種 (45 型を除く) の HPV 型細胞診陽性例 2231 症例 (以下 B 群), および細胞診併用 HPV 検査 (コバス) による 200 (13323 例中) 例 (以下 C 群) で比較した. A 群は CIN1,2, B,C 群は ASC-US 以上あるいは CIN1~浸潤癌が対象である.

【結果】CIN1,2 と診断された細胞診は LSIL238 例, ASC-US106 例, HSIL96 例, 他 38 例であった. HPV 型検出では HPV16,18 が 3 例 (17.6%) HPV16,18 以外の 11 種 231 例 (49.0%), HPV 陰性 157 例 (33.3%) であった. 特に危険とされる HPV16,18 検出頻度は A 群が B,C 群より少ない, また A 群は年齢が上昇するにつれて HPV16,18 の頻度が上昇した (通常は年齢が上がると低下) CIN3 へと進展した症例は 9 例でわずか 2.8% であり, 大多数は軽快するか維持をしたままであった.

【考察】CIN1,2 は B,C 群と比較し HPV16,18 比率が低く, 16,18 以外の HPV の関与が示唆された. リスクが高い若年者ほど HPV16,18 比率が低い B,C 群とは逆の現象は HPV16,18 症例が急速に高度病変へと進展し, HPV16,18 以外が CIN1,2 として残された物と考えられる. CIN1,2 の軽度病変に精密な HPV 型検査が必要なのか? しかし, HPV16,18 以外にもがん化リスクに大きな違いがあるのも事実である. CIN2,3 の取り扱いに関しても多くの意見もあるが, 組織診陽性の場合 HPV 型検査が必要であるように思われる.

P-2-006 子宮頸部細胞診判定と円錐切除検体による組織学的異形成領域の比較検討

済生会川口総合病院臨床検査科¹⁾, 済生会川口総合病院病理診断科²⁾, 済生会川口総合病院産婦人科³⁾, 獨協医科大学越谷病院病理診断科⁴⁾

○鈴木慎也(CT)¹⁾, 金守 彰(CT)¹⁾, 山本美里(CT)¹⁾,
高木実季(CT)¹⁾, 毛利紘子(MD)³⁾, 今田浩生(MD)⁴⁾,
伴 慎一(MD)⁴⁾, 佐藤英章(MD)²⁾

【目的】子宮頸部細胞診による異形成の判定と子宮頸部円錐切除検体による最終的な組織診断との間で, しばしば乖離を経験する. 細胞診では採取手技や診断技術の改善により正診率の向上が試みられてきたが, 他施設の検討・報告も含め完全な一致からは程遠く, 細胞診判定と子宮頸部円錐切除検体の詳細な比較を行った検討は乏しい. 今回我々は子宮頸部円錐切除検体の異形成領域の広さに着目し, 細胞診判定との比較検討を行ったので報告する.

【材料と方法】2010年2月から2016年4月まで当院で施行された円錐切除術143例の内, 組織診断において CIN2/3 (HSIL) と診断された子宮頸部円錐切除検体 (12-18 分割) および, 円錐切除術の直近で行われた細胞診判定において ASC-H, LSIL および HSIL と判定された症例 42 例を対象とし, 組織学的に CIN2/3 の領域の広さを算定し, 細胞診判定との関連を比較・検討した.

【結果】細胞診において HSIL と診断された症例の切除検体では CIN2/3 の領域は 0.1-10 mm/断面と幅広くみられた一方で LSIL と診断された症例では切除検体による CIN2/3 の領域は 4 mm/断面を越えなかった. ASC-H は検体数が少なく厳密な判定は難しいが CIN2/3 の領域は 4 mm/断面を越える症例は見られなかった. また HSIL に比べ LSIL では腺浸潤を有する症例の頻度が低い傾向にあった.

【考察】細胞学的に LSIL と診断された症例は, HSIL 症例に比べて組織診断における異形成の領域が比較的狭く, 腺浸潤を有する症例は少ない可能性が示唆された.

P-2-007 ThinPrep インテグレートイメージャの検討—通常染色標本による判定との比較—

大阪警察病院病理技術科¹⁾, 大阪警察病院²⁾

○金田敦代(CT)¹⁾, 辻本正彦(MD)¹⁾, 安岡弘直(MD)¹⁾,
築山あゆみ(CT)¹⁾, 郡司有理子(CT)¹⁾,
青木 弘(CT)¹⁾, 小西尋子(CT)¹⁾, 福田沙織(CT)¹⁾,
北辻 香(CT)¹⁾, 松永由紀(MD)¹⁾

【はじめに】米国ではLBC標本による自動スクリーニングが普及している。今回我々は自動スクリーニング支援装置であるThinPrepインテグレートイメージャ(ホロジック社, 以下I2)を検討する機会を得たので報告する。

【対象方法】子宮頸部ThinPrep(TP)・Papanicolaou染色標本で, マニュアル検鏡(以下M検鏡)した550例(内訳はNILM430例, ASC-US72例, LSIL38例, ASC-H5例, HSIL5例)を対象とした。再度標本を作製し, 専用染色であるThinPrep Stain(以下TP染色)にて染色後, I2を用いて選択された22視野を検鏡した(以下I2検鏡)。I2検鏡にて異常所見があった場合, 全視野検鏡を行い最終判定した。検討内容は1:M検鏡, I2検鏡の細胞診判定の比較, 2:M検鏡とI2検鏡での判定不一致症例の検討を行った。

【結果】1:M検鏡/I2検鏡の細胞診判定一致率は, 91.1%であった。M検鏡NILM症例の92.1%でI2検鏡のみでNILM判定が可能であった。2:M検鏡/I2検鏡の判定不一致例は49件で, M検鏡NILM, I2検鏡ASC-US以上(I2偽陽性)は23例(ASC-US20例, ASC-H2例, LSIL1例)であった。23例のM検鏡標本を再検したが見落としはなかった。M検鏡陽性(全例ASC-US), I2検鏡NILM症例(I2偽陰性)は26例であった。M検鏡LSIL以上でI2検鏡NILM症例はなかった。

【考察およびまとめ】今回の検討ではI2検鏡診断はM検鏡診断と比べて遜色はなかった。I2偽陽性はTP染色とPap染色の染色性の相違が原因で, TP染色への慣れが必要である。I2偽陰性の原因は当院では検診標本においてASC-USの判定を強めに行っている事が考えられる。I2検鏡を併用する事で, ASC-US診断の客観化が向上すると考えられ, I2検鏡は細胞診業務の時間短縮ならびに精度向上に繋がり, 有用と考える。

P-2-008 子宮頸癌検診における細胞診陰性・HPV陽性例の臨床的検討

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⁾, 吳地 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】当院検診センターにおける細胞診とHPV検査併用により, 細胞診陰性・HPV陽性例の頻度を解析した。さらにその中において子宮頸部上皮内腫瘍が診断される割合と型別頻度についても分析した。

【方法】平成20年4月より平成27年12月までの検診症例48,405例, HPV検査(Hybrid Capture-2法:524例, PCR法・direct sequence法:3265例)を行った計3789例を対象とした。HPV検査は希望者に同意を得て施行し, 年齢別に細胞診陽性率, HPV陽性率, HPV型別診断を分析した。細胞診陰性・HPV陽性例では可能な限りHPV型検査とコルポ診, 組織診を行い, HPV検査, 型分析の臨床的意義を検討した。

【成績】検診症例の細胞診陽性率はクラス分類では0.76%(93/12,172), ベセスダ分類では1.5%(529/36,350), HPV検査受診例は2,946例であり, 細胞診正常例のなかでHPV陽性率は10.2%(360/3,528)であった。その年齢別HPV陽性率は20~29歳が18.2%と最も高く, 30代以降では低下していた。細胞診陰性・HPV陽性例が348例あり, その中で追跡できた216例中114例(52.8%)がコルポ診と組織診にて頸部上皮内腫瘍(CIN1:92例, CIN2:13例, CIN3:9例)と診断された。また, 細胞診陰性・HPV陽性例で型判定できたCIN症例を検討するとHPV high riskの陽性率がCIN1で50.5%, CIN2で58.3%, CIN3で88.9%であった。

【結論】細胞診正常例でのHPV陽性率は10.2%であった。細胞診陰性・HPV陽性例においてCINが52.8%も存在することを示した臨床的意義はきわめて大きい。また, CINのgradeが高いほど, HPV high riskの頻度が高く, HPV検査および型同定の併用は細胞診単独より臨床的に有用であることが示された。

P-2-009 当施設における HPV 検査導入に伴う採取器具変更の効果について

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⁾

○石田洋平(CT)¹⁾, 鈴木雄策(CT)¹⁾, 館野みちる(CT)¹⁾, 富田理恵子(CT)¹⁾, 磯貝直子(CT)¹⁾, 村上祐子(CT)¹⁾, 田中彰和(CT)¹⁾, 佐藤 翠(CT)¹⁾, 中里景子(CT)¹⁾, 伊藤祐子(CT)¹⁾, 光岡幸男(CT)¹⁾, 近藤正和(CT)¹⁾, 奥村英雄(CT)¹⁾, 市野雅之(CT)¹⁾, 社本幹博(MD)²⁾

【はじめに】当施設では子宮頸がん検診において、従来綿棒採取による細胞診検査を実施してきたが、昨年度より希望者に対してオプション項目として HPV 検査を導入する事となった為、この機会に採取器具をサーベックスブラシへ変更した。今回、採取器具変更に伴う効果を確認する為、HPV 検査導入前後の検査結果について比較検討した。また、HPV 検査の効果についても若干の知見を得たので報告する。

【対象と方法】HPV 検査導入前後に施行した子宮頸がん検診で、H26 年度 28,921 件(綿棒)、H27 年度 34,342 件(サーベックスブラシ)を比較対象とした。また、HPV 検査は H27 年度に希望者のみで実施された 6,899 名を対象とした。標本作製は LBC を用いた。

【結果】1) ベセスダ判定の割合は H26 年度、H27 年度の順に、不適正：共に 0%、NILM：98.90%、98.29%、ASC-US：0.36%、0.72%、ASC-H：0.00%、0.04%、LSIL：0.54%、0.56%、HSIL：0.19%、0.38%、AGC：0%、0.01%、SCC：0.01%、0%であり、要精検率は 1.10%、1.71%であった。2) HPV 検査実施者は 34,342 名中 6,899 名(20%)であり、陽性者は 6,899 名中 300 名(4.3%)であった。HPV 陽性検体での細胞診結果は要精密検査が 91 名、陰性が 209 名であった。細胞診陰性/HPV 陽性となった 209 名のうち、1 年後に再受診した細胞診検査で 54 名中、要精密検査を 9 名確認した。(H28 年 6 月現在)

【まとめ】採取器具を綿棒からサーベックスブラシへ変更した事により、細胞量が増え、これに伴い HSIL 以上を疑う異型細胞の検出率が約 2 倍に増加した事を確認できた。また、HPV 検査との併用検査を始めて、細胞診陰性/HPV 陽性検体を追跡した結果、翌年の再受診で異型細胞を検出している事例より、今後の検診において、細胞診検査の精度向上に繋がる事が推測できる結果となった。

P-2-010 当施設で Atypical glandular cells と診断された症例の転帰に関する検討

奈良県立医科大学産婦人科¹⁾, 近畿大学医学部奈良病院産婦人科²⁾, 近畿大学医学部奈良病院病理診断科³⁾, 石切生喜病院病理診断科⁴⁾

○杉本澄美玲(MD)^{1,2)}, 中村雅子(MD)²⁾, 金山清二(MD)²⁾, 若狭朋子(MD)³⁾, 太田義夫(MD)³⁾, 若狭研一(MD)⁴⁾, 浦 雅彦(CT)³⁾, 福森恭代(CT)³⁾, 大井豪一(MD)²⁾

【目的】AGC は、反応性変化や修復変化を越えた異常を認めるが、明らかな内頸部上皮内腺癌や浸潤腺癌の特徴がないものと定義される。しかし、臨床において結果の取り扱いに難渋することが多い。今回、当施設で AGC と判定された症例の転帰を後方視的に検討した。

【方法】近畿大学医学部奈良病院で行った 2011 年 1 月から 2015 年 12 月までの 5 年間の子宮頸部擦過細胞診症例延べ 19328 例のうち、AGC と判定された症例を抽出し、臨床経過や病理組織診断の結果と比較検討した。方針は個々の担当医によるが、細胞診あるいは頸管内キュレットの結果で決定した。3ヶ月毎の頸部細胞診で 1 年以上 NILM が続いたものは良性として扱った。

【成績】当施設で 5 年間に AGC と判定された症例は 31 例(0.16%)であった。細胞診による follow up を含めた良性の経過は 17 例(54.8%)で、そのうち Glandular dysplasia は 1 例、頸管ポリープが 1 例であった。CIN1 は 2 例(6.4%)、扁平上皮癌は 1 例(3.2%)、AIS は 2 例(6.4%)、子宮頸部腺癌は 3 例(9.6%)、子宮体癌は 4 例(12.9%)、他臓器癌の転移は 2 例(6.4%)であった。診断目的で円錐切除術を施行したのは 3 例で、そのうち 2 例が AIS、1 例は Glandular dysplasia であった。

【結論】子宮頸部腺系病変の異型はコルポスコピーや狙い生検では診断が困難であることが多い。診断が困難な場合は円錐切除術や内膜キュレットも考慮し、CIN や子宮内膜病変の可能性を念頭に置いた慎重な follow up を要する。

P-2-011 当院における子宮頸部細胞診 Atypical Glandular Cell (AGC) 症例の検討

小田原市立病院産婦人科¹⁾, 小田原市立病院病理診断科²⁾

○横澤智美(MD)¹⁾, 磯崎 勝(CT)²⁾, 堀井 薫(CT)²⁾, 丸山康世(MD)¹⁾

当院では、毎年約3000例(同一症例は除く)の子宮頸部細胞診を施行しているが、2011年6月から2016年5月の5年間に当院で施行した子宮頸部細胞診で Atypical Glandular Cells (AGC) と診断された45例について後方視的に検討した。治療を要した CIN3 以上の症例が9例(20%)で、その内訳は子宮頸部腺癌4例、子宮体癌2例、上皮内癌1例、上皮内腺癌1例、高度異形成1例であった。異形成は7例(15.5%)で、軽度異形成5例、中等度異形成2例であった。その他は生検または円錐切除術によって診断された頸管炎が16例であった。CIN3以上の症例は子宮腔部生検によって診断したものが5例、円錐切除術によって診断したものが1例、生検、円錐切除術で異常所見がないもののATHによって診断されたものが1例存在した。子宮体癌の2例は子宮内膜生検によって診断した。生検では異常がないがAGCが持続し、繰り返し細胞診、組織診を行うことで診断に至った例も存在した。文献的にAGCにおける高度病変の頻度は22.2~87.8%と報告によってばらつきがあるものの比較的高く、また子宮頸癌、子宮体癌だけでなく卵巣癌を診断する契機にもなるとされている。AGC症例に対しては高度病変の可能性が比較的高いこと、病変が多岐にわたることを念頭に置き、診療を行うことが重要であると考える。

P-2-012 当院健診センターにおける2014年度子宮頸癌検診における要精検患者の検討と対策

市立長浜病院産婦人科¹⁾, 市立長浜病院中央検査技術科²⁾, 市立長浜病院中央検査科³⁾

○高橋顕雅(MD)¹⁾, 西野万由美(CT)²⁾, 岡本明子(CT)²⁾, 宮元伸篤(CT)²⁾, 新川由基(CT)²⁾, 黒澤 学(MD)³⁾

【はじめに】本邦の子宮がん検診受診率の低迷と若年層での子宮頸癌罹患率の急増に対して、子宮がん検診受診率向上を目的とした啓蒙活動が多く行われており、ある一定の成果を果たしている。人口12万人の地方都市における公立病院健診センターにおける子宮がん検診要精検者の傾向を検討し、今後の対策を図る。

【対象】2015年4月1日から2016年3月31日まで当院健診センターに受診した705名のうち子宮頸部細胞診異常の14名(2.0%)について検討した。対象には人間ドックに伴う検診と職域検診が含まれていた。子宮頸部細胞診はサーベックスブラシコンピを用いて直接塗抹法で行っており、HPV検査は行っていない。

【結果】平均年齢は50.4歳で、30歳代が3人、40歳代が4人、50歳代が4人、60歳以降が3人であった。前回健診時期は毎年が5人、2年前が4人、3年前が1人、初回が4人であった。細胞診結果はASC-USが10人、LSIL、ASC-H、HSIL、SCCが1人ずつであった。2次検診受診したのが11人(78.6%)で10人は当院で受診し、1人は他院を受診した。HPV検査を受けたのは7人で、3人が陽性であった。組織診断は7人で行われ、異型なしが3人、CIN2が1人、CIN3が2人、子宮頸癌IA1が1人であった。円錐切除は3人に行われた。

【考察】ASC-USによる要精検判定が最も多かった。年齢層では30歳以上が大半を占めており、HPV併用検診を施行することにより効率よく子宮頸部異形成を発見することが可能と考えられる。今後は当院においてもHPV併用検診を施行していく予定である。

P-2-013 子宮頸部腺癌の術前診断に関する検討

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科

○谷地田希(MD), 菊池 朗(MD), 柳瀬 徹(MD),
笹川 基(MD)

【緒言】 子宮頸癌治療ガイドライン 2011 年版によれば, 子宮頸部腺癌は上皮内腺癌, 微小浸潤癌及び浸潤癌で治療方針が異なっており, 適切な治療方針決定のためには正確な術前診断が求められる。しかし, 子宮頸部腺癌は頸管内病変であることが多く, コルポ診で特徴的な所見がない, MRI の信頼性も劣るとされ正確な術前診断が難しい。今回我々は術前評価の正診率を示し子宮頸部腺癌の適切な治療方針決定の方法を明らかにすることを目的とした。

【方法】 当院で治療を行った 2005 年～2014 年, 10 年間 107 例の腺癌症例 (上皮内腺癌を含む, 腺扁平上癌を除く) の, 細胞診, コルポ所見, 組織診, MRI 診断を後方視的に検討した。

【結果】 術前細胞診で腺系の異常を指摘されていたものは腺癌症例全体の 91%であったが, 上皮内腺癌のうち, 30%の症例が adenocarcinoma, 微小浸潤癌の 36.9%, 浸潤癌の 11.5%で AGC または AIS と診断されていた。コルポスコピーは腺癌症例全体の 20.7%で正常所見または扁平上皮境界不明瞭であり, 上皮内腺癌のうち 25%は浸潤癌との評価であった。術前組織診も細胞診同様 90%の症例で腺系の癌を指摘されていたが, 上皮内癌のうち 30%の症例が腺癌と診断されていた。MRI は上皮内腺癌または微小浸潤癌では所見を呈さず浸潤癌でも 18.2%の症例で所見を呈さなかった。

【結語】 子宮頸部細胞診で腺系の異常を指摘することは約 9 割の症例で可能である。しかし細胞診その後の精査で正確な病期を診断することは難しいため, 上皮内腺癌以上を疑い, MRI で所見がない症例は子宮頸部円錐切除の施行を考慮すべきである。

P-2-014 子宮頸部擦過細胞診における頸部粘液性腺癌と類内膜腺癌の比較検討

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⁾, 九州大学病院病理診断科・病理部³⁾, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学⁴⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁵⁾

○鶴留えりか(MD)¹⁾, 渡邊壽美子(PhD)²⁾,
大久保文彦(CT)³⁾, 加来恒壽(MD)^{2,4)},
園田顕三(MD)⁴⁾, 加藤聖子(MD)⁴⁾, 小田義直(MD)^{3,5)},
杉島節夫(PhD)²⁾

【背景】 子宮頸部粘液性腺癌(ECA)は類内膜腺癌(EMA)に比べ放射線抵抗性で予後が悪いうえ, 細胞質内粘液を持たない ECA と EMA との鑑別がしばしば困難な場合がある。その上, 子宮頸部擦過細胞診には子宮体部由来の異型細胞も出現することがあり, 原発巣の特定も必要となる場合がある。

【目的】 子宮頸部擦過細胞診に出現する ECA と EMA を細胞形態学的に観察し, その鑑別を行う。

【対象と方法】 九州大学病院で子宮頸部擦過細胞診が施行され, 病理組織学的に ECA と診断された 11 症例, および EMA と診断された 11 症例のパパニコロウ染色標本を用い, 鏡検および Image-J を用いた測定を行った。鏡検については, 細胞集塊を各症例最大 30 集塊観察し, 集塊の大きさ, 細胞質内空胞の有無, 核の大小不同性, 細胞集塊の出現パターンについて検討した。Image-J を用いた測定については, 400 倍で観察される各症例最大 10 集塊の核面積, 核中心点間最短距離, 核アスペクト比について測定した。

【結果】 鏡検では, EMA に比べ ECA で細胞質内空胞を多く持ち, 特に中分化型で有意にみられた。また, ECA では腺房状や柵状配列で出現する傾向が得られた。Image-J による測定では, EMA に比べ ECA が核面積, 核中心点間距離, 核アスペクト比で大きい値となった。

【結論】 ECA と EMA の鑑別には, 細胞質内空胞, 細胞集塊の出現パターン, 核の大きさや形を比較することが有用であることが示唆された。今後はクラスター解析を行うことでより精度の高い鑑別項目の組み合わせについて検討する。

P-2-015 AIS と CIN を合併した 4 症例の子宮頸部細胞診

東京慈恵系医科大学附属葛飾医療センター¹⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院²⁾

○津田明奈(MD)¹⁾, 駒崎裕美(MD)¹⁾, 落合和彦(MD)¹⁾, 薄井 環(MD)¹⁾, 滑川悠梨子(MD)¹⁾, 片倉和香子(MD)¹⁾, 山村菜実(MD)¹⁾, 吉川直希(MD)¹⁾, 平田幸広(MD)¹⁾, 新美茂樹(MD)¹⁾, 岡本愛光(MD)²⁾

子宮頸部上皮内腺癌(adenocarcinoma in situ, 以下 AIS)では約 60%に子宮頸部上皮内腫瘍(cervical intraepithelial neoplasia, 以下 CIN)を合併するといわれている。当院において 2013 年 4 月から 2016 年 3 月までの 3 年間に円錐切除で診断された, AIS と CIN を合併した 4 症例の頸部擦過細胞診につき検討した。4 例のうち, 細胞診で腺系の上皮細胞異常を指摘された症例は 2 例であった。そのうち 1 例は妊娠初期検査で AGC を指摘されて当院に紹介となった症例で, 妊娠 12 週に当院で再採取した細胞診では NILM であった。もう 1 例では AGC および ASC-H~HSIL を指摘されていた。残りの 2 例はそれぞれ SCC, ASC-H であり, 腺系の上皮細胞異常は指摘されていなかった。子宮頸部の初期腺系病変は細胞診や生検組織診での検出が困難とされる。子宮頸部腺癌は頸管内からの発生が多いが, 特に妊娠中では子宮頸管内の細胞採取が不十分となっている可能性があり, 早期発見の観点からは子宮腔部に加えて子宮頸管の擦過細胞診採取の徹底が重要と思われる。また AIS における CIN の合併頻度が高いことから, 扁平上皮系の異常を認める場合には腺系病変の合併の可能性を念頭においた管理が重要と考えられた。

P-2-016 子宮頸部絨毛腺管状粘液性腺癌の一例

佐賀大学医学部産科婦人科

○花鳥克幸(MD), 西山 哲(MD), 福田亜紗子(MD), 大隈恵美(MD), 中尾佳史(MD), 横山正俊(PhD)

【緒言】当院で経験した子宮頸部絨毛腺管状粘液性腺癌症例について報告する。

【症例】49 歳女性 2 経妊 0 経産。帯下増加, 子宮下垂感の為近医を受診した。子宮頸部細胞診 AGC, 以後未受診であった。半年後不正性器出血の為近医を再受診し, 頸部細胞診 AGC, 子宮内膜細胞診偽陽性であり, 精査目的で前医紹介受診した。腔鏡診で子宮腔部 3 時方向に乳頭状病変あり, 頸部細胞診 AIS, 頸部組織診 adenocarcinoma, 内膜細胞診陰性, 内膜組織診で腺癌細胞少数あり。精査加療目的で当院紹介受診した。腔鏡診上子宮腔部鶏卵大, 0~3 時 IC あり, 腔壁浸潤なし, 帯下中等量, 異常量の粘液なし。経腔エコー上頸部腫瘍不明瞭。内診上円蓋部・腔に腫瘍の進展なし。コルポスコピー上 11~2 時方向に IC, 長径 25 mm。胃型ムチン陰性。各種腫瘍マーカー陰性。CT 上明らかな転移所見なし。MRI 上明らかな頸部腫瘍なし。子宮頸部腺癌 I B1 期と診断し広汎子宮全摘術+両側付属器切除術+傍大動脈リンパ節郭清+骨盤内リンパ節郭清施行した。病理組織診上中等度異型を示す高円柱細胞が絨毛状, 管状構造を示しつつ増殖しており, 絨毛腺管状粘液性腺癌と診断した。現在後療法なしで経過観察中である。

【考察】子宮頸部絨毛腺管状粘液性腺癌は子宮頸部腺癌の約 5%を占め, 若年者に好発し予後は比較的良好である。病理学的特徴として核の偽重層化や分裂像を伴う高円柱状の腫瘍細胞が狭い線維性間質を軸に絨毛状・乳頭状に外向性増殖し, 細胞異型は軽い点が挙げられる。

【結語】子宮頸部腺癌は細胞異型だけでなく集塊の形, 重積性等の構造異型にも注意深い観察が必要である。

P-2-017 子宮全摘後に腔断端再発を反復した1例

防衛医科大学校産科婦人科¹⁾, 防衛医科大学校病院検査部²⁾, 国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科³⁾

○笹 秀典(MD)¹⁾, 岩橋秀樹(MD)¹⁾, 吉川智之(MD)¹⁾, 坂元崇洋(MD)¹⁾, 高野政志(MD)¹⁾, 織田智博(CT)²⁾, 高橋宏美(CT)²⁾, 島崎英幸(MD)²⁾, 石井賢治(MD)³⁾, 古谷健一(MD)¹⁾

陰癌は発生頻度が低いものの、前癌病変である腔上皮内腫瘍(vaginal intraepithelial neoplasia: VIN)は、子宮頸部上皮内腫瘍(cervical intraepithelial neoplasia: CIN)や子宮頸癌の既往があることが多い。また閉経後の50~60歳代に好発し、CINと同様に主としてヒト乳頭腫ウイルス(HPV)に惹起される病変であり、頻度はCINの1%以下と稀である。今回、子宮頸癌Ia1期術後、経過観察中にVINを繰り返した症例を経験した。症例は、53歳時に子宮頸癌IA1期で準広汎子宮全摘術を行い、組織型は扁平上皮癌であった。術後3年目に腔断端の生検でVIN3が認められ腔切除を行い、術後7年目には再々発で2回腔切除を行った。翌年の腔断端細胞診でベセスダ分類HSIL、コルポスコープ下生検でVINが認められ経過観察していた。HPV型別判定では16型陽性であった。その後の腔断端細胞診ではHSILやASC-Hが続き、生検でVIN3が認められたため、62歳時に腔壁粘膜切除を再度行った。組織診断ではVIN3、断端の判定困難という結果であり、経過観察中である。VINは、子宮摘出術後に時間をあけて発生することがあり、そのほとんどは無症状である。ハイリスクHPV陽性の場合も多く、細胞診を含めた長期間の経過観察に留意するべきと考えられた。

P-2-018 子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)にて子宮摘出3年後に発症した腔上皮内腫瘍(VaIN)

JA長野厚生連篠ノ井総合病院臨床検査科¹⁾, JA長野厚生連篠ノ井総合病院病理診断科²⁾

○牧野睦月(MD)^{1,2)}, 金本涼子(CT)¹⁾, 中村恵美子(CT)¹⁾, 奥 愛美(CT)¹⁾, 川口研二(MD)²⁾

【はじめに】VaINはCINと同様ヒトパピローマウイルス(HPV)の感染が発生に関与しているが、その頻度は100,000人に0.2-0.3人といわれ、CINと比較するとかなり低い。その一方で、CINで子宮を摘出した患者の1-7%に数カ月から数年の経過でVaINが発生すると言われている。

【症例】60歳代、女性。検診の子宮頸部擦過細胞診で軽度扁平上皮内病変(LSIL)を指摘された。Hybrid capture法でhigh risk HPV陽性であり、生検でCIN3と診断された。子宮全摘、両側付属器切除が施行され、病理診断はCIN3、切除断端陰性であった。その後、6か月ごとに腔断端擦過細胞診が施行されたが、いずれも陰性であった。子宮摘出後3年で施行された腔断端擦過細胞診でコイロサイトーシスを伴う核異常細胞がみられ、LSILと判定された。High risk HPVは再び陽性であった。生検では、重層扁平上皮がやや不規則に乳頭状増殖を示しており、表層にはコイロサイトーシスや核異型が見られ、基底側には未分化異型細胞が増殖していた。これらの所見からVaIN1と診断された。

【考察】VaINの一部はCINと同一の病変とも言われているが、本症例のようにCINのある子宮を摘出した数年後に腔断端に発生する病変があることから、HPV感染に伴う病変が異時多発性に起こることが示唆され、長期の経過観察が必要と考えられる。

P-2-019 腹水および子宮内膜細胞診所見から原発巣や組織型の推定に難渋した卵巣腫瘍の一例

東京慈恵会医科大学病理学講座¹⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院病理部²⁾, 東京慈恵会医科大学産婦人科³⁾

○萬 昂士(MD)¹⁾, 岩本雅美(MD)²⁾, 黒田高史(MD)³⁾, 鷹橋浩幸(MD)²⁾, 池上雅博(MD)¹⁾, 清川貴子(MD)²⁾

卵巣漿液粘液性腫瘍の多くは境界悪性腫瘍(SMBT)であり, 漿液粘液性癌はまれである。SMBTの12~40%は両側発生, 1/3は内膜症を合併する。両側卵巣腫大を示す患者において, 術前の腹水および子宮内膜細胞診にみられた腫瘍細胞から組織型および原発巣の推定に苦慮した卵巣漿液粘液性癌の一例を経験したので報告する。症例は55歳, 女性。下腿浮腫と腹部膨満感を主訴に前医を受診。両側卵巣腫大, 腹水貯留および子宮腫大を指摘され, 当院産婦人科を紹介受診した。初診時以下の血清腫瘍マーカーが高値を示した: CA19-9 257 U/ml, CA125 978 U/ml。腹部CTおよび骨盤MRIにて子宮内膜肥厚, 両側卵巣腫大(右径11 cm, 左径10 cm)を認め, 原発性あるいは転移性卵巣癌のいずれも鑑別に挙げられた。

術前の腹水および内膜細胞診に, 高度の細胞異型を示し, 核の重積性および核の集塊からの突出を認める高異型腺癌成分と, 細胞異型は軽度であるものの複雑な乳頭状構造を示す上皮成分の混在を認めた。細胞像から組織型や腫瘍の由来が問題となった。

両側卵管卵巣摘出術および子宮内膜搔刮が施行され, 組織学的に, 両側卵巣に腺癌を認め, 腹膜および大網に拡がっていた: pT3cpNX (UICC 7th)。両側卵巣とも背景にSMBTを伴い, 異型が軽度の漿液粘液性癌を認めたが, 右卵巣ではこれに加えて明細胞腺癌成分も混在していた。子宮内膜には内膜ポリープを認めた。後方視的に, 術前の腹水および内膜細胞診に認めた腫瘍は右卵巣由来と考えられた。

P-2-020 進行卵巣低悪性度漿液性癌および漿液性境界悪性腫瘍の腹水細胞診所見

北海道がんセンター婦人科¹⁾, 北海道がんセンター臨床研究部²⁾, 北海道がんセンター臨床検査科³⁾

○岡元一平(MD)¹⁾, 竹下 奨(MD)¹⁾, 藤堂幸治(MD)¹⁾, 加藤秀則(MD)¹⁾, 中島真奈美(CT)³⁾, 東 学(CT)³⁾, 鈴木宏明(MD)²⁾, 山城勝重(MD)²⁾

【目的】卵巣漿液性癌は高悪性度漿液性癌(HGSC)と低悪性度漿液性癌(LGSC)に分類された。LGSCはIII-IV期症例が60%以上を占めるが, 生存期間の中央値は6年を超えHGSCとは発生過程や化学療法の効果を含めて臨床的に大きく異なり, 別の治療戦略が必要な組織型である。また浸潤性Implantを有する漿液性境界悪性腫瘍(SBT)もLGSCに含まれることになった。LGSCおよび進行SBTについて, 腹水細胞診所見に臨床経過を含めて解析した。

【方法】2011年から2015年の間に, 治療を開始したSBT2例(IIIc期2例)およびLGSC8例(II期2例, III期6例)の計10症例を対象とした。液状検体処理された腹水細胞診所見を中心に, 開腹所見やリンパ節転移の有無, 予後などの臨床所見を加えて検討した。

【成績】全例が腹水細胞診陽性であった。腹水細胞診所見は原発巣の所見を反映しており, 細胞異型は比較的軽度で, 整った小乳頭状集塊で出現していた。また砂粒体を伴っているものもあった。集塊の形態や細胞異型などからHGSCの腹水細胞診所見とは異なる特徴を有していた。臨床的には10例中9例が両側性腫瘍で, 4例はリンパ節転移も伴っていた。観察期間内(6-64ヵ月:中央値35ヵ月)には死亡例を認めなかった。

【結論】細胞診所見も臨床経過などと同様にHGSCとは異なるものであった。

P-2-021 病的意義不明の少量腹水を認めた閉経後患者に対して子宮の細胞診が有用であった一例

がん研有明病院

○金尾祐之(MD), 松岡和子(MD), 岡本三四郎(MD), 野村秀高(MD), 的田真紀(MD), 尾松公平(MD), 加藤一喜(MD), 宇津木久仁子(MD), 杉山裕子(MD), 高澤 豊(MD), 竹島信宏(MD)

【はじめに】閉経後患者における少量腹水の病的意義は不明であるが, 閉経前患者に比較し慎重な対応が必要と考えられている。今回子宮の細胞診が少量の腹水貯留を認めた閉経後患者の診断に有用であったので報告する。

【現病歴】50才代後半(閉経後7年)。検診にて少量の腹水貯留を認めたため, 腹部CT, 上部, 下部消化管内視鏡を施行したものの異常所見を認めず。経腔超音波, 骨盤MRIにても子宮, 卵巣は正常, 内膜肥厚を認めなかった。不正出血, 下腹部痛などの自覚症状も認めず, スクリーニング目的にて頸部・内膜細胞診を施行した。

【細胞診】腔部から採取した検体では異常を認めなかったが, 頸管および内膜より採取した検体から腺癌を推定する少数の悪性細胞を認めた。内膜細胞診では, 吸引法・ブラシ法共に, 腺型の悪性細胞が辺縁に丸みのある小集塊にて, 萎縮様の正常内膜細胞中に唐突に出現しており, 子宮外由来の腺癌を推測した。

【臨床経過】診断的腹腔鏡手術を施行したところ, 子宮, 卵巣に異常を認めないものの, 腹水を少量認め, ダグラス窩腹膜に播種様病巣を認めた。その他上腹部を含め腹腔内に異常所見を認めなかった。腹水細胞診では小～中型悪性細胞を小集塊状に認め, ダグラス窩腹膜の播種病変の生検にて低分化型腺癌との迅速病理診断を得たため, 腹膜癌または卵管癌の疑いにて子宮, 両側付属器切除術を施行。

【病理診断】右卵管采に上皮内増殖, 間質浸潤を示す高悪性度漿液性腺癌を認め, 左右卵巣, 左卵管間膜に播種を認めた。

【まとめ】閉経後の腹水は少量とはいえ異常所見であることがあり, 子宮内膜肥厚, 不正出血などを認めなくとも頸部・内膜細胞診を施行することは重要と考えられた。

P-2-022 術中迅速診断(捺印細胞診・組織診)が困難であった卵巣原発悪性リンパ腫の1例

社会医療法人愛仁会高槻病院産婦人科¹⁾, 社会医療法人愛仁会高槻病院病理科²⁾, 社会医療法人愛仁会高槻病院検査科病理³⁾

○飯塚徳昭(MD)¹⁾, 小寺知揮(MD)¹⁾, 徳田妃里(MD)¹⁾, 柴田貴司(MD)¹⁾, 大石哲也(MD)¹⁾, 伊倉義弘(MD)²⁾, 岩井泰博(MD)²⁾, 仲谷武史(CT)³⁾, 井本智子(CT)³⁾, 谷口由美(CT)³⁾

【はじめに】卵巣原発悪性リンパ腫は0.14-0.2%と稀である。また, 卵巣腫瘍の中でも悪性リンパ腫は0.08%にとどまる。その為即座に的確な診断を下すことは難しい。術中迅速診断を行うも正診に至らず過剰手術となった卵巣原発悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】73歳女性。改善しない微熱・倦怠感・LDHの上昇を認め, sIL-2Rが2850と高値であったため画像検査を施行した。MRIで左卵巣充実性腫瘍(濃染像あり)を認め, PET-CTで強いFDG集積を示した。卵巣外への転移を疑う所見はなく, 腫瘍マーカーは陰性。左卵巣癌の疑いで試験開腹手術を施行し術中迅速診断を行った。

【迅速病理所見】細胞検体には明瞭な核小体を有する高N/C比の未分化細胞を結合性乏しく認めた。悪性細胞と判断したが組織型推定には至らなかった。凍結組織染色標本では高N/C比の多角形細胞が充実性増殖を呈し, 悪性腫瘍であることは明らかであった。形態所見のみではこれ以上の鑑別は不可能と判断し「悪性」の判定のみにとどめた。

【術後病理診断】卵巣癌に準じて子宮・両側付属器切除+骨盤リンパ節郭清+大網切除を施行。永久標本でも未分化細胞の単調な充実性増殖をみるのみで鑑別困難であったが, 免疫染色でCD20・CD79a陽性を示し卵巣原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。卵巣外への進展は認めなかった。

【考察】本例は特徴的な症状・検査所見を呈していたが, 稀少疾患ゆえ鑑別すべき疾患に悪性リンパ腫を想起できなかった。術中迅速診断では良悪判別に重きを置いたため, 臨床所見を十分に加味できていなかった。必要な情報を仔細に検討すれば, 迅速診断という時間的制約の中でも的確に診断し不要な手術侵襲を回避できたと考えられる。

P-2-023 間質に高度の慢性炎症性細胞浸潤を伴う卵巣明細胞癌の1例

滋賀県立成人病センター病理部¹⁾, 滋賀県立成人病センター病理診断科²⁾, 滋賀県立成人病センター婦人科³⁾

○土肥 誠(CT)¹⁾, 新宅雅幸(MD)^{1,2)}, 西村みゆき(CT)¹⁾, 稲葉洋美(CT)¹⁾, 谷口裕美(CT)¹⁾, 一宮 陸(CT)¹⁾, 山本喜啓(MD)²⁾, 河野彦彦(MD)²⁾, 永井あや(MD)³⁾, 樋口壽宏(MD)³⁾

【はじめに】卵巣明細胞癌の中に、間質に形質細胞主体の高度の慢性炎症性細胞浸潤を伴う稀な一群があることは従来から知られていたが、Kato et al.はそれを新しい1亜型として提唱した(Histopathology 2016; 68: 588-595)。我々は本亜型の1例を経験したので、報告する。

【症 例】48歳女性。子宮頸部腺癌(通常型, pT1b1)の手術に際して、術前検査で右卵巣腫瘍が発見された。摘出卵巣腫瘍は径約5cmで、大部分は充実性で、一部に嚢胞を形成している。

【細胞所見】腫瘍断面の捺印細胞診では立体的で辺縁不整、不規則な輪郭を示す樹枝状、小型の細胞塊もしくは孤立性細胞を認め、核は粗なクロマチンを有し、細胞質は淡明もしくはライトグリーンに淡染。背景には強い炎症性細胞浸潤を認める。

【組織所見】充実性胞巣を主体とし、その内部に小腺腔の形成を示す明細胞癌で、乳頭状構造や微小嚢胞はごく一部で見られるのみ。間質に形質細胞、Tリンパ球(CD8>CD4)の浸潤が強く、壊死巣周辺では好中球、macrophageの浸潤も目立つ。

【考 察】間質に高度の慢性炎症性細胞浸潤を伴う明細胞癌の細胞像に関しては従来報告を見ないが、本亜型は通常の明細胞癌とは異なり、hobnail cellに被覆された乳頭状構造、硝子様もしくは類粘液性間質を殆ど有しない。そのため、乳頭状細胞集塊や*mirror ball*, *raspberry body*といった明細胞癌に特徴的な細胞所見は殆ど見られないと考えられるので、注意が必要である。本腫瘍はdysgerminomaとの鑑別が困難なことがある。細胞集塊が立体的で辺縁不整を示すことや核所見の特徴などが鑑別の一助になると思われるが、免疫組織化学的所見を参考にすることが必要である。

P-2-024 血清エストロゲン値が基準値上限を超えた卵巣腺線維腫様明細胞癌の1例

JR 広島病院診療部臨床検査科(病理診断科)¹⁾, JR 広島病院診療部産婦人科²⁾, JR 広島病院診療部放射線科³⁾

○中山宏文(MD)¹⁾, 安原真由美(CT)¹⁾, 清水丈明(CT)¹⁾, 佐々木美恵(CT)¹⁾, 井瀨真美(CT)¹⁾, 中村 聖(MT)¹⁾, 高本晴子(MD)²⁾, 佐野祥子(MD)²⁾, 伊達秀二(MD)³⁾, 藤本英夫(MD)²⁾

【はじめに】血清エストロゲン値が基準値上限を超える卵巣原発腺線維腫様明細胞癌(adenofibromatous clear cell carcinoma)を1例経験したので、その擦過細胞、肉眼所見および病理組織像を、免疫組織化学的検討結果とともに報告する。

【症例】60代後半の女性で、不正性器出血にて近医を受診され、左卵巣腫瘍を指摘されたため、当院産婦人科を紹介された。画像上、一部に嚢胞状変化を伴う充実性腫瘍で、血中エストロゲン値が高く(60.7 pg/dl(基準値40 pg/dl以下))、顆粒膜細胞腫が疑われ、両側付属器切除+子宮全摘術が施行された。

【肉眼所見】摘出された左卵巣には14x10.5x7cmの充実性腫瘍が認められ、その内部に、6x6x2cmの嚢胞を伴っていた。

【断面擦過細胞像】紡錘形間質細胞の束状配列からなる大きい集塊が採取され、その辺縁に大型類円形の核および淡明な細胞質を有する異型細胞からなる胞巣が認められた。また、上記異型細胞のみからなる集塊もみられ、好酸性の細胞質を有する異型細胞も認められた。

【病理組織診断】弱拡大では、腺線維腫パターンを示し、拡大を上げて観察すると、明るい細胞質を有する異型細胞が、種々の大きさの胞巣を形成し、周囲に紡錘形間質細胞の束状配列を伴って増殖していた。また、好酸性細胞質を有する異型細胞からなる胞巣も認められた。異型細胞のうちERおよびPgR陽性細胞は10%未満、p53の染色パターンはwild-type、napsinは陽性であった。以上より、明細胞腫瘍で、特に腺線維腫様明細胞癌と診断した。

【まとめ】擦過細胞所見から最終診断を推定できる可能性があり、症例の集積が望まれる。

P-2-025 卵巣成熟嚢胞奇形腫悪性転化の細胞診

弘前大学大学院研究科産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学医学部病理診断学講座³⁾, 弘前大学医学部分子病態病理学講座⁴⁾, 弘前大学医学部病理生命学講座⁵⁾

○二神真行(MD)¹⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 刀稱亀代志(CT)²⁾, 加藤哲子(MD)³⁾, 水上浩哉(MD)⁴⁾, 黒瀬 顕(MD)³⁾, 鬼島 宏(MD)⁵⁾

【はじめに】成熟嚢胞奇形腫の悪性転化はまれであり, その予後は不良である。稀であるがゆえに, 腹水や腫瘍の剖面の細胞診を目にする機会も少ない。

【症例】69 歳女性。悪性葉状腫瘍のため左乳腺腫瘍切除の既往のある方。そのフォローのための PETCT 検査で 6 年前から骨盤内腫瘍を指摘されていた。その後も定期的に経過観察していたが, 徐々に増大したために婦人科受診を勧められたが受診しなかった。1 か月前から増大した腫瘍のため食事が困難となり当科初診。骨盤 MRI 検査で径 20 cm の脂肪成分を含む腫瘍であり, 造影される部分も認めた。血清 SCC 値は 5.8 ng/ml と高値であった。悪性転化も否定できず手術予定であったが, 数日前から 39 度の発熱, 嘔吐を認め緊急入院。腫瘍の破綻も疑われ手術。開腹すると破綻とともにすでに播種しており, 癌性腹膜炎の状態であった。腸管実質含め播種が多数あり, 左卵巣が原発で右付属器, レチウス窩にも播種を認め, IIIc 期と診断した。残存腫瘍は 2 cm 以上であり今後化学療法の予定である。

【細胞所見】大量の壊死物質を背景に, 角化を伴う不整な形状の異型のある扁平上皮細胞を認めた。Ghost, fiber 状のものも認める。

【組織所見】左卵巣由来で比較的高分化な扁平上皮癌で腫瘍のほとんどが占められていた。また腫瘍内に毛髪, 歯を認め, 成熟嚢胞奇形腫の悪性転化と診断した。

P-2-026 卵巣原発境界悪性腫瘍の自然被膜破綻が術前腹水細胞診に与える影響について考える

藤沢市民病院産婦人科¹⁾, 藤沢市民病院病理検査室²⁾, 藤沢市民病院病理診断科³⁾

○佐治晴哉(MD)¹⁾, 能勢英理子(CT)²⁾, 松倉圭太(CT)²⁾, 荒井 博(CT)²⁾, 田尻亮輔(MD)³⁾, 権藤俊一(MD)³⁾

【緒言】卵巣悪性腫瘍の被膜破綻は腹水内に腫瘍内容液が混在するものの, 一定の頻度で腹水細胞診が陽性と判定し得ず, 術前診断に苦慮する場面にしばしば遭遇する。今回我々は術前腹水細胞診で疑陽性に留まり, 被膜破綻により腫瘍嚢胞像を示さないため原発不明癌疑いにて腹腔鏡下手術を施行, 自然破綻した卵巣原発境界悪性腫瘍と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】42 歳, 0 妊 0 産。腹部膨満感を主訴に当院救急科受診, CT 上骨盤内腫瘍を指摘され同日当科へ紹介初診となった。エコー上腹水貯留を認め, 腹水穿刺によって得た細胞診は疑陽性に留まる所見であった。MRI 上多発子宮筋腫以外付属器領域に明らかな嚢胞性腫瘤像は指摘されず, PET-CT でも異常集積部位は認めなかった。腹水再貯留は認められず, 診断目的に腹腔鏡下手術を施行したところ, 右付属器に自然破綻し萎縮した腫瘍壁を認め, 腹腔内に流出した暗赤色の腫瘍内容液 1500 ml を認めた。播種病変なく右付属器摘出術を施行し終刀, 術後右卵巣原発の粘液性境界悪性腫瘍と診断, 術前及び術中腹水細胞診は腫瘍の自然破綻による内容液を反映した所見と考えられた。

【結論】進行卵巣癌でも漿液性腺癌を除けば, 腹水細胞診は必ずしも高くなく, 本症例のように粘液性が多数を占める境界悪性腫瘍では更に低くなりやすい。被膜破綻が疑わしい症例でも陽性と断じることができない場合には, 自然破綻の有無や生検での組織診断の併用も視野にいたした診断的検査は有用な選択肢になり得る。

P-2-027 胸水の免疫組織化学が原発巣推定に有用であった卵管癌の1例

長崎大学病院産科婦人科学¹⁾, 長崎大学病院病理診断科²⁾, 日本赤十字社長崎原爆病院外科³⁾, 日本赤十字社長崎原爆病院病理部⁴⁾

○川下さやか(MD)¹⁾, 金内優典(MD)¹⁾, 木下直江(MD)²⁾, 福岡順也(MD)²⁾, 谷口英樹(MD)³⁾, 柴田健一郎(MD)³⁾, 重松和人(MD)⁴⁾, 三浦清徳(MD)¹⁾, 増崎英明(MD)¹⁾

【はじめに】卵巣・卵管・腹膜癌は進行した状態で発見されることが多く、所属リンパ節への転移や腹膜播種を伴い、典型的には癌性腹膜炎の病態を呈する。今回、横隔膜上の病変を主体とし画像所見からは乳癌が疑われたが、セルブロック法を用いた胸水細胞の免疫組織化学により婦人科癌が推定された、卵管癌 4B 期の 1 例を経験したので報告する。

【症例】48 歳女性。2 経妊 2 経産。胸痛および胸水貯留を主訴に受診し、PET-CT で胸水、胸膜播種のほか、腋窩、内胸、横隔膜直上リンパ節の腫大を認め、乳房にも FDG の集積を認めたことから乳癌が疑われた。腹腔内には目立った病変は指摘されず、初診時の子宮頸部・内膜細胞診ともに異常なかった。胸水細胞診は Class V (Adenocarcinoma) であり、セルブロック法を用いた免疫組織化学では CK7, PAX8, p53, WT-1, ER 陽性、mammaglobin, GATA3, TTF-1 は陰性であった。乳癌および肺腺癌は否定的であり、ミューラー管由来の漿液性腺癌あるいは未分化な類内膜腺癌の可能性を考えた。同時期に腹水が増加しはじめ、再度施行した子宮頸部・内膜細胞診はともに Adenocarcinoma であった。両側付属器摘出術+大網切除を施行し、卵管原発の Serous adenocarcinoma と考えられた。

【まとめ】所属リンパ節への転移や腹膜播種が目立たず、臨床的には原発巣の推定が困難であった卵管癌の 1 例を経験した。セルブロック法を用いた免疫組織化学は情報量が多く、原発不明癌において原発巣の推定に有用である。

P-2-028 ギムザ染色所見が有用であった節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型の 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⁾

○武井美和(CT)¹⁾, 伊藤園江(CT)¹⁾, 塚本孝久(CT)¹⁾, 中野祐子(CT)¹⁾, 榎田明美(CT)¹⁾, 高橋光彦(CT)¹⁾, 深川良隆(CT)¹⁾, 鶴野由華(CT)²⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 西田直代(MD)²⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型は鼻腔をはじめとする上気道に好発する稀なリンパ腫であり、EBV の関与が示唆されている。今回、肺の術中捺印細胞診にてリンパ腫を疑った、節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型の 1 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。下腹部痛を主訴に他院受診。通院中に咳嗽が出現し、胸部レントゲンにて両肺野に班状陰影を認め、精査目的にて当院紹介となった。CT 検査にて腫瘍性病変を疑い、確定診断目的にて胸腔鏡下にて右下葉部分切除が施行された。

【細胞所見】腫瘍部の捺印標本には多数の小リンパ球、組織球に混在し、いくらかの異型リンパ球が観察された。それらの多くは中型リンパ球大で、細胞質は比較的豊富で淡明から弱好塩基性を呈し、核形は類円形あるいは不整形で、核クロマチンは細網状であった。また詳細に観察すると、細胞質には舌状の突出像やアズール顆粒が観察された。

【組織所見】腫瘍部は梗塞壊死に陥った所見であり、肺隔壁には不整な核、小型核小体、細顆粒状のクロマチンを呈する小型～中型異型リンパ球が散見された。また異型リンパ球の血管中心性、血管破壊性の浸潤が目立った。リンパ腫様肉芽腫症や感染症も鑑別に挙げたが、細胞診のギムザ染色にてアズール顆粒を認める異型リンパ球を認めたこと、免疫染色にて CD3, CD56, Granzyme B, EBEBER-ISH で陽性所見が得られたことから、節外性 NK/T 細胞リンパ腫、鼻型と診断された。

【まとめ】本リンパ腫は稀な疾患であり節外性であるため、通常は細胞診の検体として診断する機会は少ないと思われる。しかし特徴的なアズール顆粒や細胞質の舌状突出像は、診断につながる重要な補助的所見であると考えられた。

P-2-029 診断に苦慮した肺原発悪性リンパ腫の1例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第一病理²⁾, 昭和大学臨床病理診断学³⁾

○吉田光希(CT)¹⁾, 小川命子(CT)¹⁾, 植竹 都(CT)¹⁾, 平林陽介(CT)¹⁾, 鈴木正敏(CT)¹⁾, 小林ひとみ(CT)¹⁾, 恒田直人(CT)¹⁾, 塩川希望(CT)¹⁾, 山川真梨奈(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⁾, 塩沢英輔(MD)³⁾

【はじめに】肺原発の悪性リンパ腫は全肺腫瘍の約0.3%と稀な腫瘍である。今回我々は、診断に苦慮した肺原発悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代, 男性。前医にて左肺異常陰影を指摘され, 胸部CTを施行し, 左肺尖部に7cm大の腫瘤がみられた。喀痰細胞診, 気管支洗浄細胞診で悪性細胞を認め, 生検にて悪性リンパ腫と診断され, 化学療法, 放射線治療が行われた。半年後に両側胸水を指摘され, 胸水細胞診を施行し, 悪性細胞を認めた。3週間後に呼吸不全にて死亡し, 剖検が施行された。

【細胞所見】喀痰ではN/C比極めて高く, クロマチン増量し, 核にくびれや切れ込みなどを示す小型異型細胞が集簇性に多数出現していた。気管支洗浄では成熟リンパ球を認める背景に, 同様の異型細胞を認めた。また中～大型の異型細胞も孤立散在性にみられ, 一部木目込み細工様配列を呈していた。小細胞癌の可能性を考えたが, 悪性リンパ腫も否定できなかった。胸水でも同様の所見を呈する悪性細胞を認めた。

【組織所見】N/C比の高い大型類円型核, 核小体を有する腫瘍細胞がびまん性に増殖していた。核にはくびれや切れ込みがみられ, 核小体や核分裂像を認めた。免疫染色はLCA, CD20, CD79aが陽性, CD3, AE1/AE3, CGAが陰性, Ki-67陽性率100%であった。以上より, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。

【剖検所見】肺原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫であり, 両側肺, 心, 腸管, 肝, 脾, 両側腎, リンパ節などの全身諸臓器に浸潤を認めた。

【まとめ】細胞診では異型細胞が集簇性に出現していたため, 確定診断に至らなかった。細胞の出現様式や形態を詳細に観察することにより, 悪性リンパ腫の診断につなげることが重要である。

P-2-030 捺印細胞診が有用であった肺原発髄外性形質細胞腫の1例

愛知県厚生連安城更生病院臨床検査技術科¹⁾, 愛知県厚生連安城更生病院病理診断科²⁾

○山田貴子(CT)¹⁾, 杉山宗平(CT)¹⁾, 黒木雅子(CT)¹⁾, 杉浦記弘(CT)¹⁾, 深井美樹(CT)¹⁾, 石川一博(CT)¹⁾, 山本宗平(MD)²⁾, 酒井 優(MD)²⁾

【はじめに】髄外性形質細胞腫は全形質細胞腫瘍の3～5%であり, うち約80%が上気道領域で発生し, 肺原発は稀である。今回, 肺腫瘤に対してCTガイド下針生検及び捺印細胞診を行い, 髄外性形質細胞腫と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。健診にて左上肺野の腫瘤を指摘され当院受診。胸部CT検査にて左肺上葉に首座を置き, 一部胸壁外に進展する腫瘍性病変が認められたため, CTガイド下針生検及び捺印細胞診を施行した。後日, 骨髄生検が行われた。

【細胞所見】核偏在性, 粗顆粒状核クロマチン, 不明瞭な核周囲明庭, 好塩基性微細顆粒状の細胞質を有する, 形質細胞様細胞が多数認められた。これら形質細胞様細胞には, 中等度までの多形性が見られ, 核分裂像が散見された。一部には, 多核状の異型細胞も認められた。

【組織所見】肺針生検では, 異型形質細胞様細胞のびまん性増殖像が認められた。免疫組織化学的にはCD138, CD79a, EMA, IgGに陽性, IgGλ>IgGκを示し, 形質細胞腫と考えられた。骨髄生検に形質細胞増殖像は認められなかった。以上より, 髄外性形質細胞腫として矛盾しないと考えられた。

【まとめ】肺内腫瘍の捺印細胞診において, 異型形質細胞様細胞のmonotonousな増殖像を認めた場合には, 炎症性偽腫瘍等とともに, 髄外性形質細胞腫を鑑別疾患の一つとして挙げる必要があると考えられた。

P-2-031 Primary Pulmonary Myxoid Sarcoma の 1 例

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⁾

○相知優子(CT)¹⁾, 松本慎二(PhD)¹⁾, 浜崎 慎(MD)²⁾, 小島勝己(CT)¹⁾, 大石朋子(CT)¹⁾, 西中村恵輔(CT)¹⁾, 鍋島一樹(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Primary Pulmonary Myxoid Sarcoma (以下 PPMS) は, 1999 年 Nicholson らによって最初に報告され, WHO 分類 第 4 版 (2015 年) で新たな腫瘍として追加された非常に稀な原発性の肉腫である。比較的若い女性の気管支内に好発するが, 多くの症例が限局性で, 基本的には完全切除により予後が良好な低悪性度肉腫である。これまでに約 20 例の文献報告がなされているのみで, その細胞診所見の報告は未だ一例もなく, 我々が渉猟し得た範囲では本報告が最初である。

【症例】 40 歳代, 男性。咳嗽を契機に受診。気管支鏡にて左 B10 内腔に突出する表面平滑な腫瘍を認め, 臨床的および画像診断的にカルチノイドが疑われた。診断確定の為, 術中迅速にて穿刺吸引細胞診および組織診が施行され, その後, 左肺下葉切除術が行われた。

【細胞所見】 出血・炎症性の背景に, 多くの紡錘形細胞が粘液性の間質成分を伴い出現していた。紡錘形細胞は, 孤立散在性および疎な束状集塊で出現し, 個々の形態は多形性が強く, 細顆粒状クロマチンの増量, 核形不整, 小型の核小体を認めた。細胞診断学的には, カルチノイドよりも非上皮性悪性腫瘍を疑う所見であった。

【組織所見】 紡錘形細胞が疎な束状や網状構造を呈しながら, 粘液様の間質を伴って増殖し, 間質部分には小血管の増生や浮腫状変化が見られた。

【結語】 本腫瘍における特徴的な遺伝子変化として EWSR1-CREB1 融合遺伝子が知られており, 本症例においても FISH 法にて EWSR1 遺伝子の再構成 (分離シグナル) が証明された。RT-PCR 法の解析結果も併せて, 細胞像を中心に報告する。

P-2-032 気管支擦過細胞所見では診断が困難であった炎症性筋線維芽細胞腫瘍の一例

上尾中央総合病院検査技術科病理¹⁾, 公立学校共済組合関東中央病院病理科²⁾

○小林 要(CT)¹⁾, 大野喜作(CT)¹⁾, 和田亜佳音(CT)¹⁾, 渡部有依(CT)¹⁾, 横田亜矢(MD)¹⁾, 岡 輝明(MD)²⁾

【はじめに】 炎症性筋線維芽細胞腫瘍 (inflammatory myofibroblastic tumor : IMT) は若年層に好発し, 紡錘形の筋線維芽細胞の増殖で構成され, 形質細胞やリンパ球を主体とした炎症細胞浸潤を伴う病変である。肺原発の IMT を経験したので, 気管支擦過細胞及び手術検体の捺印細胞と組織所見を中心に, 細胞所見の診断学的意義について報告する。

【症例】 20 歳代, 男性, 喫煙歴あり。某年 6 月当院検診胸部 X 線にて右肺下葉に 14 mm 大の異常陰影がみられ同年 8 月に気管支鏡検査 (擦過, 生検) を施行されたが, 精査にても確定診断困難で, 翌年 2 月右肺下葉切除が行われた。

【細胞所見 : 気管支擦過・腫瘍部捺印】 紡錘形の異型細胞が, 孤在性または重積を伴う集塊で認められた。核は腫大し, 核形不整と軽度のクロマチン増量を伴い, 核小体が目立ち, 細胞質には細胞質内偽封入体を認めた。背景にはリンパ球を主体に好中球等の炎症細胞がみられた。以上より, 非上皮性腫瘍を考えたが組織型の推定には至らなかった。

【組織所見】 15x14x13 mm 大の境界明瞭な結節性腫瘍で, 灰白色充実性で黄色と赤黒い部分が混在していた。組織学的には, 短紡錘形の細胞がランダムに, 一部では流れをもって増殖し, 泡沫細胞, 多核巨細胞, リンパ球, 形質細胞などの浸潤が認められた。免疫組織化学的検索では, vimentin, desmin, ALK1 が陽性であった。以上の所見より, 肺原発の IMT と診断された。

【まとめ】 若年者に発生した肺腫瘍で, 異型が著しく高くない紡錘形細胞の集塊がみられ, 炎症性細胞を伴っているような場合には IMT も鑑別疾患として考えるべきであると思われた。

P-2-033 術前に炎症性筋線維芽細胞腫瘍が疑われた肺の紡錘形肉腫の一例

船橋市立医療センター臨床検査科¹⁾, 船橋市立医療センター臨床病理²⁾, 船橋市立医療センター呼吸器外科³⁾, 独立行政法人地域医療機能推進機構船橋中央病院臨床検査科診療部⁴⁾

○諏訪朋子(CT)¹⁾, 高橋久雄(CT)¹⁾, 師岡恭之(CT)¹⁾, 白石達見(CT)¹⁾, 清水辰一郎(MD)²⁾, 内田 修(MD)³⁾, 五十嵐信之(CT)⁴⁾, 小松悌介(MD)⁴⁾

【はじめに】肺原発の間葉系腫瘍は極めて稀であり, 気管支鏡検査が実施されながらも, 確定診断をうるまでに至らず, 手術によって腫瘍の病理組織学的検索が行われ, はじめて明確になることが多い. 今回, 我々は術前に炎症性筋線維芽細胞腫瘍が疑われた肺の紡錘形肉腫の一例を経験したので, 再検討の結果も踏まえ報告する.

【症例】56歳, 男性. 職場検診で右中肺野異常影を指摘され他院受診. 胸部CTにて右下葉S9に径30mm大の辺縁整の境界明瞭な結節を認め, 気管支鏡下生検にて炎症性筋線維芽細胞腫瘍が疑われた. 診断兼治療目的にて, 当院呼吸器外科に紹介受診され, 胸腔鏡下右下葉切除およびリンパ節郭清を施行された.

【細胞学的所見】リンパ球, 組織球等の炎症性背景に, 核の腫大した紡錘形細胞を認めた. 核は類円形~楕円形, 2核細胞も認め, しばしば切れ込み, 湾入などの核形不整が見られた. クロマチンは微細顆粒状~顆粒状に見られ, 非上皮性の腫瘍を疑うが, 組織型の推定は困難であった.

【組織所見】一部核膜の不整を伴い核小体が比較的明瞭な大型~中型核を持つ紡錘形細胞の充実性増殖が見られた. 巨大核や2核の細胞が散見され, 核異型の強い細胞も認め, 核内空胞, 好酸性細胞質に空胞を示す細胞が見られた. 免疫組織化学染色ではDesminおよびCD31が強く陽性を示し, SMA, ALKは陰性であった. 現在のところSpindle cell sarcomaが最も考えられている.

【結語】本症例は特徴と思われる紡錘形細胞を多数散見できたが, 細胞診断では組織型を判定することが困難であった. 組織学的及び免疫組織化学所見を併せ, その細胞像を再検討する.

P-2-034 肺原発炎症性筋線維芽細胞腫の一例

国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院中央検査部門

○鳥羽希和子(CT), 村田行則(CT), 飯塚利彦(MD), 猪狩 亨(MD)

【はじめに】炎症性筋線維芽細胞腫(IMT)は, 小児期から青年期を中心にみられ, 腹腔骨盤内, 肺, 後腹膜等に好発する. 肺腫瘍全体では0.04%程度と稀な腫瘍である. 今回われわれは肺原発IMTの一例を経験したので報告する.

【症例】30歳代, 男性. 自覚症状無し. 検診にて胸部異常陰影を指摘された. 胸部CTにおいて右下肺に心臓に接する約2cmの円形陰影が認められたため当院受診となった. 診断目的で胸腔鏡下右下葉部分切除術が施行された.

【細胞所見】リンパ球主体の炎症細胞とともに紡錘形の腫瘍細胞が孤立散在性から集簇として出現していた. 核は軽度核異形を伴う類円形から楕円形, 微細顆粒状のクロマチンと小型核小体を有しており, 細胞質はライトグリーン好性であった.

【組織所見】紡錘形腫瘍細胞が束状あるいは不明瞭なstoriform patternを呈して増殖し, 腫瘍細胞の胞体は好酸性で, 軽度核異型がみられた. 腫瘍細胞間には好中球等の炎症細胞浸潤が僅かに認められた. 免疫組織化学染色では, ALK陽性, S-100一部陽性, SMA弱陽性, CK-AE1/AE3, DesminおよびCAM5.2は陰性であった. 以上の所見よりIMTと診断された.

【まとめ】IMTは肺に発生する腫瘍としては非常にまれであり, 臨床診断に際しては上皮性・非上皮性悪性腫瘍も鑑別として挙げられる. 細胞形態や組織学的所見からIMTも鑑別診断に加え, ALKなどの免疫染色を参考に臨床情報や各種検査結果も考慮して, 総合的に診断することが重要であると考えられた.

P-2-035 リンパ節針生検の器具洗浄液細胞診で推定しえた縦隔卵黄囊腫瘍の1例

杏林大学医学部外科学（呼吸器・甲状腺）¹⁾, 杏林大学医学部付属病院病院病理部²⁾

○橋 啓盛(MD)¹⁾, 坂本憲彦(CT)²⁾, 加藤 拓(CT)²⁾, 中里陽子(MD)¹⁾, 田中良太(MD)¹⁾, 武井秀史(MD)¹⁾, 藤原正親(MD)²⁾, 菅間 博(MD)²⁾, 近藤晴彦(MD)¹⁾

症例は51歳の男性、左頸部腫脹を主訴に当院を受診した。CTでは前縦隔に12×7cm大の辺縁に造影効果を伴う内部不均一な充実性腫瘤を認めた。左鎖骨上窩リンパ節や内胸リンパ節の腫大も認めた。腫瘍マーカーはCEA 0.6 ng/ml, AFP 19022 ng/ml, CYFRA 5.2 ng/ml, ProGRP 32.4 pg/ml, β -HCG 0.1 ng/ml 以下, IL2-R 431 U/mlであった。確定診断目的に左鎖骨上窩リンパ節から針生検を施行した。器具洗浄液細胞診では出血性背景に集塊性、散在性に異型細胞を認め、血管間質を伴う乳頭状構造を呈していた。異型細胞はN/C比が高く、比較的大型で円形な核、淡明な細胞質を有し、PAS染色では背景や細胞質の一部に硝子様物質を認めた。組織診では細い血管性間質に沿って乳頭状に増殖する腫大核と淡明な細胞質を有する立方状の腫瘍細胞を認めた。免疫染色ではAFP, c-kit 陽性, CK7, CK20, hcG- β , CEA, TTF-1, CD30 陰性であった。以上より本症例を卵黄囊腫瘍と診断した。細胞診でも卵黄囊腫瘍に特徴的な所見（腫瘍細胞が血管周囲に乳頭状に配列する Schiller-Duval body, PAS 陽性の硝子小体など）がみられ、推定診断が可能であった。

P-2-036 心臓原発 undifferentiated pleomorphic sarcoma が多発転移を来した1例

弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座¹⁾, 弘前市立病院²⁾

○諸橋聡子(MD)¹⁾, 吉澤忠司(MD)^{1,2)}, 清野浩子(MD)¹⁾, 羽賀敏博(MD)¹⁾, 呉 雲燕(MD)¹⁾, 鬼島 宏(MD)¹⁾

【症例】64歳、女性。

【家族歴】特記事項なし。

【既往歴】幼少期：肝炎 40歳くらい：子宮筋腫摘出術 50代～：高血圧、高脂血症。

【主訴】労作時、夜間の呼吸苦。

【臨床経過】死亡17ヶ月前に夜間・労作時の呼吸苦で当院循環器内科受診し、臨床的に左房粘液腫と診断され、心臓腫瘍摘出術が施行された。死亡6ヶ月前に発熱し再度入院となり、超音波検査で心臓を圧排する縦隔腫瘤が認められ、PET-CTでは縦隔、左房、胃に陽性集積像も認められた。縦隔（気管支分岐部腫瘤）の超音波気管支鏡下針生検捺印細胞診では、粘液性背景に腫瘍集塊が認められ、腫瘍細胞の細胞境界は不明瞭で淡い細胞質を有していた。核は楕円形・類円形・一部紡錘形で異型を伴っていた。縦隔の針生検（組織）と心臓腫瘍の病理所見再検討の結果、sarcomaの診断となった。死亡4ヶ月前に胃からの出血と貧血あり、胃生検でsarcomaの転移と診断された。外科的切除は困難であり、化学療法のレジメンもなく、放射線治療の方針となった。胃病変の縮小あり、縦隔は著変なかったが、全身状態は少し改善し自宅退院となった。その後、夜間の呼吸困難、浮腫、食思不振を主訴に入院し、徐々に酸素化悪化し、永眠された。

P-2-037 小児に発生した心原発血管肉腫の細胞像と組織像

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⁾, 佐賀大学医学部小児科³⁾, 佐賀大学医学部胸部・心臓血管外科⁴⁾

○中村光男(CT)¹⁾, 甲斐敬太(MD)¹⁾, 高瀬ゆかり(MD)²⁾, 北村 捷(MT)¹⁾, 西 眞範(MD)³⁾, 古賀大介(MD)³⁾, 溝端理恵(MD)³⁾, 古川浩二郎(MD)⁴⁾, 森田茂樹(MD)⁴⁾, 相島慎一(MD)^{1,2)}

【はじめに】原発性心臓悪性腫瘍の頻度は 0.01~0.02% 程度とされ, その多くが成人の血管肉腫で小児の心臓原発血管肉腫は極めて稀である。今回, 小児の心臓原発血管肉腫の一例を経験したので, その細胞像と組織像について報告する。

【症例】10 歳代女性。感冒症状を主訴に近医受診。胸部単純写真で心拡大を指摘され当院紹介。多量の心嚢液貯留を認め, 穿刺吸引細胞診が提出されたが陰性であった。画像による精査の結果, 右房内の不整形腫瘍と多発肺結節影および縦隔リンパ節腫大を伴っていた。悪性の可能性が否定できない心臓腫瘍の臨床診断のもと, 腫瘍摘出術が施行された。腫瘍は右房壁の大部分に浸潤していた。腫瘍組織が術中迅速組織診に提出された。

【細胞所見】術中迅速時の腫瘍の捺印標本では, 組織球を伴って粗な結合性を示す紡錘形の異型細胞が細胞の流れを示す集塊として多数出現していた。異型細胞の核は紡錘形から類円形でクロマチンは細顆粒状で増量し, 大小不同と核型不整を呈し, 一部不規則な核縁の彎入を認めた。細胞質は淡くレース状であった。肉腫を疑う細胞像であった。

【組織所見】切除標本では, 紡錘形の腫瘍細胞が束状配列を示しながら増殖していた。腫瘍細胞の異型性は強く, 核分裂像も認められた。スリット状の裂隙や, 不規則な吻合状の血管腔の形成がみられ, 腫瘍細胞は免疫組織学的に CD34, CD31 が陽性, Factor VIII related antigen が一部に弱陽性であった。以上より心原発の血管肉腫と診断した。

【まとめ】心臓原発血管肉腫はあらゆる年齢層に発生しうるが, 好発年齢は 30-50 歳代であり, 小児例は極めてまれである。今回, 小児の心臓原発血管肉腫の細胞像を経験したので組織像と併せて報告する。

P-2-038 肺の乳頭腫の 1 例

西宮市立中央病院臨床病理科

○新谷陽子(CT), 三木敦史(CT), 松本玲子(CT), 山田結花(CT), 綾田昌弘(MD)

【はじめに】今回, 我々は稀な肺の良性上皮性腫瘍の肺乳頭腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代。男性。主訴は右胸部鈍痛があり, 近医を受診した。胸部 CT で左下葉に結節を認めた。肺癌を疑われ, 当院に紹介となった。

【画像所見】左肺下葉底区 S8 に大きさ 23 mm の結節影を認める。境界明瞭, 辺縁整, 頭側部分で分葉状を呈す。造影 CT では内部はやや不均一に造影された。乳頭腫あるいは腺癌が疑われ手術となった。

【細胞所見】気管支鏡時のブラシ擦過標本では, 核の大小不同と軽度の核型不整がある平面的集塊を多数認めた。結合性の緩やかな集塊も散在性に認められた。核クロマチンは細顆粒状で, 核内細胞質封入体が非常に多く認められた。

【組織所見】比較的境界明瞭な腫瘍で薄い結合織性の被膜でおおわれ, 一部は気管支内にも腫瘍がみられた。炎症細胞浸潤と浮腫を伴う線維血管性結合織の間質周囲に乳頭状に増殖する立方状の上皮細胞が認められる。増殖する上皮細胞は通常の肺胞上皮細胞よりも大きく, 核は均一な大きさで核異型は乏しく核分裂像や壊死は認められなかった。核内細胞質封入体が多数見られた。

【まとめ】本症例の乳頭腫は腺癌や硬化性血管腫, 甲状腺の乳頭癌の転移などと鑑別を要するが核形不整に乏しく, 核クロマチンの増量や核縁の肥厚は認められないことから悪性との鑑別は可能と考えられる。しかし気管支鏡標本では, 腺癌の一部を見ている可能性があり細胞所見だけで組織型を推定することは難しいと思われた。稀ではあるが本腫瘍を念頭に置いて鏡検に望む必要があると思われた。

P-2-039 肺の乳頭腺腫の1例

北里大学北里研究所病院病理診断科¹⁾, 東京都保健医療公社東部地域病院検査科²⁾

○古澤亜希子(CT)¹⁾, 森永正二郎(MD)¹⁾,
折笠英紀(MD)²⁾, 松岡健太郎(MD)¹⁾, 滝田晶子(CT)¹⁾,
榎本あつみ(CT)¹⁾

【はじめに】肺の乳頭腺腫は1980年にSpencerらによりはじめて報告された極めて稀な疾患である。今回VATSにて乳頭腺腫と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】50歳男性。3年前に検診で胸部異常陰影を指摘されたが経過観察されていた。当院で、胸部CTにて左肺S6b末梢に1cm大の結節影が認められ、肉芽腫が疑われたため、VATSが施行された。術前細胞診は施行されていない。

【肉眼所見】末梢肺実質内の境界明瞭な軟らかい腫瘍で、断面では乳頭状の内容物が膨隆する独特の形態を示した。

【組織所見】低円柱状ないし立方状の均一な単層の非線毛円柱上皮細胞が間質の芯を取り囲むように乳頭状に増殖するもので、術中迅速診断では腺癌が疑われた。永久標本では腫瘍は周囲組織と境界明瞭で、肺胞上皮置換性増殖は認められず、被膜の形成や気管支との連続性も認められなかった。腫瘍細胞は、免疫染色では2型肺胞上皮の性格を示していた。核異型や核分裂像は認められず、Ki-67陽性細胞も極めて少数であったことから乳頭腺腫と診断された。

【捺印細胞所見】泡沫状の組織球を背景に、核は小型円形で均一、細胞質は乏しく、結合性の保たれた乳頭状配列の細胞集塊が散見された。細胞に多彩性や粘液は認められなかったが、核内封入体が観察された。

【考察】乳頭腺腫は稀な疾患のため、術前術中に確定診断することが難しいとされている。鑑別診断としては乳頭型腺癌や硬化性肺胞上皮腫などが挙げられる。本症例においても術中迅速組織診および捺印細胞診では腺癌が疑われたが、核異型の有無や間質の性状に着目すれば正診できた可能性がある。

P-2-040 肺腺癌に併存した腺上皮乳頭腫の1例

慈山会医学研究所附属坪井病院病理診断科

○小林美穂(DDS), 高田佳奈(CT), 佐藤陽子(CT),
原田仁稔(CT), 五十嵐誠治(CT)

【症例】60歳代男性、喫煙歴20-30本/日、40年以上、
【臨床経過】右肺上葉に異常陰影を指摘されて気管支鏡検査を施行された。上葉の病変は擦過細胞診、生検で腺癌と診断された。気管支鏡検査の際に、右下葉B8aの入口部にポリープ状に発育する病変が認められ、同部から擦過細胞診と生検が施行された。

【細胞像】擦過細胞診のパパニコロウ染色では、ライトグリーン好性の上皮性細胞が細胞間結合性の緩い平面的なクラスターを形成して多数認められた。これらの細胞は円柱状～多角形状で、多くの細胞には線毛は認めないが、線毛を有するものも少数みられた。核は類円形で均一感があり、クロマチンは顆粒状で小型の核小体が認められた。細胞数の多さと均一な印象から腫瘍性病変と考えられたが、悪性を疑うほどの異型なかった。

【組織像】やや幅のひろい線維血管性間質の表層を円柱上皮が被覆した乳頭状構造を呈する病変で、上皮は円柱状で多くは無線毛性であるが一部には線毛を有する上皮も認められた。杯細胞が散在性に認められた。細胞質はやや好酸性、核は類円形、ほぼ均一で、目立った異型は認めなかった。多くの部分で基底細胞と円柱上皮の2層からなる配列が認められた。上記の所見から腺上皮性乳頭腫 glandular papilloma と考えられた。

【まとめ】肺腺癌に併存した腺上皮乳頭腫の1例を経験した。肺の腺上皮乳頭腫は稀な腫瘍であり、文献的な考察を加えて報告する。

P-2-041 術中迅速細胞診におけるヘマトキシリン・エオジン染色の利点と欠点

独立行政法人国立病院学会旭川医療センター臨床検査科

○玉川 進(MD), 松林 聡(CT), 鈴木みゆき(CT)

病巣の病理診断や切除範囲の決定などを目的に術中迅速診断は多くの施設で行われている。しかし術中迅速細胞診は胸水や腹水の検査に限られることが多く、病巣の良悪の判断に用いられることはそれほど多くない。その理由として病理診に比べ細胞診は情報量が限られることが大きな理由を占めると思われるが、病理診のヘマトキシリン・エオジン(HE)染色に加えてパパニコロウ染色を行うことによる仕事量の増大もその理由として挙げることができる。今回我々は主に呼吸器外科手術を対象に腫瘍捺印細胞診を試み、HE染色とパパニコロウ染色を両者の比較した。両者の染色時間を比較すると、固定が終わったスライドグラスに対し染色し封入が完了するまでHE染色では8分程度かかる。これに対してパパニコロウ染色は9分程度の時間を要する。この時間の差は、HE染色では2つの染色であるのに対し、パパニコロウ染色は3つの染色が必要であることに起因する。またHE染色は凍結切片として切出された組織診標本と一緒に染めることができるため、人手のロスは最小限で済む。染色の結果については、HE染色は迅速組織診と同じであり、病理医にはそれほど抵抗がない。ホルマリンで固定した永久染色と比べ色のコントラストが弱くぼやけて見えるため、微細な細胞の観察は不向きである。また細胞検査士にとっては見慣れない色彩であり戸惑いが大きい。それに対してパパニコロウ染色では迅速細胞診であっても通常の診断で用いている標本と同じ作成過程を踏み、染色も3種類とカラーバリエーションが豊かなため、を踏むため、核のクロマチンの増加や微細構造なども明瞭である。

P-2-042 原発性肺腺癌と転移性肺腺癌の形態学的鑑別

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⁾, 九州大学病院病理診断科病理部³⁾, 九州大学大学院医学研究院胸部疾患研究施設⁴⁾, 九州大学大学院医学研究院消化器・総合外科⁵⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁶⁾

○平井絵梨花(St)¹⁾, 渡邊壽美子(PhD)²⁾, 大久保文彦(CT)³⁾, 原田大志(MD)⁴⁾, 岡本龍郎(MD)⁵⁾, 小田義直(MD)^{3,6)}, 杉島節夫(PhD)^{2,3)}

【背景】肺癌は、悪性腫瘍の中でも男女共に死亡率が高く、その中でも腺癌の頻度が最も高いとされている。また、肺は他臓器からの転移が多い臓器の一つであり、肺癌において原発性か転移性かを鑑別することは、その後の治療方針を決定する際に非常に重要である。しかし、両者の細胞像による鑑別は困難であることが多いとされている。

【目的】原発性肺腺癌(Primary Adenocarcinoma: PA)と転移性肺腺癌(Metastatic Adenocarcinoma: MA)の形態学的鑑別点を検討することを目的とする。

【対象・方法】対象は九州大学病院にて病理組織学的に肺腺癌と診断されたPA 15症例、MA 10症例である。細胞の観察は気管支擦過あるいは気管支洗浄液より採取されたパパニコロウ染色標本を用いて行った。

方法は、鏡検による細胞配列や壊死物質、核小体、核内細胞質封入体の出現頻度に関する細胞学的検討とImage-Jによる核円形度、核アスペクト比、核間距離、RD値に関する定量的検討を行った。

【結果】PAとMAの比較において、細胞配列では、シート状はMA、柵状、花冠状はPAで高頻度に出現した。壊死物質はMA、核小体、核内細胞質封入体はPAで高頻度に出現した。核間距離はPAの方が大きく、核形はPAの方がより正円に近い形態を示した。核クロマチン分布についてはPAとMAに有意差は見られなかった。

【結論】本研究では、PAとMAの鑑別点として壊死物質、核小体、核内細胞質封入体の出現頻度や核間距離、核形などが有用であると示唆された。しかし、悪性腫瘍は分化度や組織型によって形態が異なる可能性があり、多変量解析も含めて発表する。

P-2-043 肺癌 Re-biopsy における細胞検査士の役割について

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科²⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター呼吸器腫瘍科³⁾

○今村彰吾(CT)¹⁾, 藤本翔大(CT)¹⁾, 小嶋健太(CT)¹⁾, 宮久 禎(CT)¹⁾, 加藤裕一(CT)¹⁾, 北里謙二(CT)¹⁾, 瀧澤克実(MD)²⁾, 伏見文良(MD)²⁾, 田口健一(MD)^{1,2)}, 野崎 要(MD)³⁾, 瀬戸貴司(MD)³⁾, 竹之山光広(MD)³⁾

EGFR 遺伝子変異陽性肺癌に対する EGFR チロシキナーゼ阻害薬(EGFR-TKI)は極めて高い奏効率を示すが、ほぼ例外なく耐性を獲得する。最近に主な耐性機序の T790M 変異に有効な第三世代 EGFR-TKI が開発され、今後は耐性獲得時に re-biopsy を行いその機序を明らかにすることが重要になる。当院の re-biopsy について、実際の運用や細胞検査士の関わりを報告する。当院では re-biopsy の際、細胞検査士が on-site で採取検体内の腫瘍細胞の有無と可能な範囲での組織型推定を行う。採取方法は主に TBLB で、経皮的針生検や外科切除が施行される場合もある。採取検体は迅速細胞診ののち、検査終了後に生検用(ホルマリン固定)・凍結保存用と振り分け、それぞれに細胞診断を記録・報告する。生検用は組織診断後、腺癌であれば薄切切片を遺伝子検査(外注)に提出する。凍結保存用は院内解析用(ダイレクトシーケンシング法)で EGFR や ALK 等の遺伝子検査を行う。2014 年度 EGFR 遺伝子変異陽性 re-biopsy 施行症例は 33 例、組織が提出された 25 例中肺 VATS・CT-CNB3 例、肺以外臓器 5 例は組織診での癌診断が可能であったが、残る TBLB17 例では 9 例のみであった。癌組織診断不能 TBLB8 例は、陰性 5 例で残る 3 例に異型細胞を認め、細胞診で 2 例は陽性、1 例は異型細胞であったため、2 例は PNA-LNA PCR clamp 法、1 例は凍結保存用検体から解析できた。患者にある一定のリスクを伴う re-biopsy はリスクを必要最小限にして最大の患者利益を得るためにも細胞検査士の関わりは重要である。

P-2-044 肺癌 EGFR 遺伝子検査における細胞診検体保存方法が検出感度へ与える影響調査

信州大学医学部病態解析診断学教室¹⁾, 信州大学医学部附属病院臨床検査部²⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科³⁾, 信州大学医学部医学科⁴⁾

○浅香志穂(MD)^{1,2)}, 吉澤明彦(MD)³⁾, 齋藤和紗(St)⁴⁾, 仲田梨恵(CT)²⁾, 重藤翔平(該当なし)²⁾, 小林幸弘(CT)²⁾, 松田和之(該当なし)²⁾, 上原 剛(MD)^{1,2)}, 本田孝行(MD)^{1,2)}

【背景と目的】胸水や気管支洗浄液など細胞診材料を用いた肺癌 EGFR 遺伝子検査は、ホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)でセルブロックを作成し、組織型診断後、パラフィン切片から DNA 抽出し、PCR 法で検査を行うことが推奨されている。しかし、ホルマリン固定作用による核酸の架橋形成、DNA の断片化などにより PCR 反応効率は低下するため、癌細胞の含有率が低い検体では、適正な結果が得られていない可能性がある。今回我々は、細胞診検体の保存方法が変異検出感度に与える影響を、セルブロック、液状検体化細胞診(LBC)、新鮮材料で比較検討した。

【方法】EGFR 遺伝子変異陽性肺癌培養細胞(PC9: E746_A750del)と変異陰性肺癌培養細胞(A549)を用いて 10%変異陽性細胞液を作成し、そこからセルブロック、LBC、新鮮材料(ペレット、上清)に分けて試料を製し、DNA 抽出を行った。PCR 反応は theascreen EGFR 変異検出キット RGO「キアゲン」を用い、それぞれ試料の変異検出の有無、Ct 値(Threshold Cycle)の計測を行った。

【結果】セルブロック、LBC、ペレット、上清いずれにおいても、EGFR 遺伝子変異は検出された。Ct 値は低い順に、ペレット(29.61)、LBC(30.10)、上清(30.76)、セルブロック(34.93)であった。

【結論】セルブロックよりも、ペレットや上清などの新鮮材料や LBC を試料として用いた方が検出感度は高いことが示唆された。検体量や癌細胞の含有率が少ない細胞診材料の場合には、新鮮材料を用いた EGFR 遺伝子検査が有効と考えられた。

P-2-045 形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌の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²⁾

○生澤 竜(CT)¹⁾, 佐々木真実(CT)¹⁾,
赤埴由紀子(CT)¹⁾, 安田玲子(CT)¹⁾, 柳澤信之(MD)^{1,2)},
相田芳夫(MD)^{1,2)}, 高木正之(MD)²⁾

【はじめに】形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌は、予後不良な尿路上皮癌の一亜型であり、その発生頻度は稀である。今回、組織検体で形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌と診断された細胞診標本を再評価し、細胞像の特徴を検討したので報告する。

【症例】80歳代、男性。HCCおよび前立腺がんの加療目的で入院。入院時採尿検査にて異型細胞を認め、精査目的にて尿細胞診検査が施行された。

【細胞所見】炎症を伴う出血性背景に、卵円形から類円形の腫瘍細胞が主に弧在性に出現していた。腫瘍細胞の核はおおむね偏在性を示し、N/C比が高く、核形不整やクロマチンの増量、および明瞭な核小体も観察された。細胞質はライトグリーンに好染性を示すものが主体で、粘液染色で陰性を示す印環状の細胞やpair cellも混在して認められた。また二核細胞の出現が目立ち一部それ以上の多核細胞も出現していた。

【組織所見】膀胱頸部左側から上方にかけて非乳頭状腫瘍をみとめTUR-BTにて腫瘍が切除された。組織学的には核偏在性を示す結合性に乏しい異型細胞が、びまん性に増生していた。免疫組織学的にCK7,GATA3,CD138陽性、LCA,PSA陰性、E-cadherinは陽性像を示す腫瘍細胞と陰性像とが混在していた。腫瘍細胞の形態および免疫組織化学染色の結果より形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌の診断となった。

【考察】一般的な高異型尿路上皮癌においても本症例と類似した細胞を認めることがある。しかしながら結合性に乏しい円形の腫瘍細胞が主体をなし、さらに上記所見の中でも印環状の細胞や多核細胞の出現は特徴的な所見になりうると考えた。

P-2-046 形質細胞様尿路上皮癌の1例

日本赤十字社医療センター病理部

○夏目愛子(CT), 裴 有安(MD), 中 昂一(CT),
松尾梢恵(CT), 富田健一郎(CT), 橋本昭一(CT),
木村浩一郎(MD), 南 哲司(MD), 石川 晃(MD),
武村民子(MD), 熊坂利夫(MD)

【はじめに】形質細胞様尿路上皮癌(PUC)は全浸潤性膀胱癌の約3%に見られる高悪性度の組織亜型である。PUCの細胞診断は難しいとされている。当院において経験したPUCの一例を報告する。

【症例】80歳代、女性。3年前から頻尿あり、肉眼的血尿と排尿時痛のため紹介受診。膀胱鏡所見：広範な膀胱粘膜浮腫、尿道狭窄。CT：子宮に連続する膀胱壁の不整な肥厚。TUR-Bt：核偏在性の孤立性・小胞巣状異型細胞集塊を認め、転移性腫瘍疑い。臨床的に膀胱癌として子宮・両側付属器合併膀胱全摘術施行。

【尿細胞所見】清明な背景の中にN/C比の高い孤立性の多数の異型細胞と重積性のある少数の細胞集塊が認められた。異型細胞の核は変性のため濃縮していた。再見では核は偏在傾向でクロマチンは粗顆粒状・核形不整がみられた。一部、核周明庭が認められた。細胞は一樣で、炎症性背景は認めなかった。

【病理所見】膀胱全体に壁肥厚を認め、膀胱子宮窩から子宮・付属器へ浸潤する境界不明瞭な腫瘍。膀胱内腔には黄白色小隆起を一面に認めた。浸潤する癌細胞は孤立性で小型円形核をもち胞体は好酸性。核クロマチンは顆粒状で形質細胞に類似。一部に上皮内、微小乳頭状、胞巣状癌細胞を認め、PUCと診断された。

【結語】PUC細胞は珍しい組織亜型であり、細胞像は多数の孤立性小型細胞、核は淡染一樣、核小体は目立たず、通常のUCを念頭に置くと悪性と診断するのは難しい。本例においても変性尿路上皮との鑑別からClass IIIとした。しかしながら、上記細胞所見を認めた場合、臨床情報を合わせ積極的にPUCの診断をする必要があると考えられた。

P-2-047 膀胱憩室内に発生した膀胱原発腺癌の1例

十善会病院検査部病理¹⁾, 十善会病院泌尿器科²⁾, 佐世保共済病院病理診断科³⁾

○小川桂子(CT)¹⁾, 小川繁晴(MD)²⁾, 川崎辰彦(CT)³⁾, 田中義成(CT)³⁾, 久保綾(CT)³⁾, 井関充及(MD)³⁾

【はじめに】膀胱憩室内の膀胱原発の腺癌は極めて稀である。今回我々は膀胱憩室内に発生した膀胱原発腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。2013年7月血尿にて近医受診。精査目的で当院泌尿器科受診。CT, エコーにて右尿管口部に腫瘍を伴った憩室様の拡張がみられた。膀胱鏡にて膀胱三角部右側に憩室を認め尿管開口部および憩室内部に乳頭状腫瘍が認められTUR-BT施行された。TUR-BTで膀胱原発腺癌と診断され膀胱全摘出術が施行された。TUR-BT施行前の自然尿にて尿細胞診を行った。

【細胞所見】腫瘍性背景に核腫大を示す異型細胞が孤立散在性ないし乳頭状集塊で多数みられた。細胞質は比較的薄く核偏在性, 核膜肥厚, 核縁不整がみられ, 核クロマチンは細顆粒状, 類円形の核小体が1~数個みられた。孤立性出現している細胞は核異型が強く比較的大型の異型細胞が多くみられた。

【組織像】憩室内に異型性を示す腫瘍細胞が乳頭状ないし癒合腺管を形成し増殖浸潤している像と平坦で部分的に管腔軽視絵を示す平坦な尿路上皮内癌に相当する像がみられた。一部で上皮内癌の像と腺癌の像に移行を思わす像もみられた。免疫染色で上皮内癌の管腔形成を示す部位ではP504S, MUC5AC, p53が陽性であった。以上より上皮内癌成分を伴った腺癌と診断した。

【まとめ】今回膀胱憩室内に発生した膀胱原発の腺癌の1症例を報告した。憩室腫瘍は憩室壁の筋層が菲薄であるため早期に膀胱外に進展しやすく予後不良の場合が多い。また憩室内粘膜の慢性的な刺激により腫瘍が発生する事がしばしば起こるため憩室が認められた場合定期的な精査が重要であると思われた。

P-2-048 腎原発滑膜肉腫の1例

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¹⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科²⁾

○菊地美保(CT)¹⁾, 石津春菜(CT)¹⁾, 小寺輝明(CT)¹⁾, 武田奈津子(CT)¹⁾, 腰高典子(CT)¹⁾, 甘利保子(CT)¹⁾, 富岡理恵(CT)¹⁾, 高瀬章子(CT)¹⁾, 大谷方子(MD)¹⁾, 稲山嘉明(MD)¹⁾, 鷺見公太(MD)²⁾

【はじめに】滑膜肉腫は軟部肉腫の5~10%を占める腫瘍で, 主として下肢の軟部組織に発生する。稀に軟部組織以外から発生し, 近年様々な臓器からの発生の報告がある。今回我々は, 腎原発滑膜肉腫を経験し, その捺印細胞像について報告する。

【症例】70歳代女性。右側腹部痛で近医受診。CT施行で右腎腫瘍が認められ, 当院で開放根治的右腎摘出術および下大静脈腫瘍塞栓摘除術が行われた。

【細胞所見】赤血球を背景に, 小型で単一な印象の細胞が散在性に多数出現していた。核は円形~楕円形。薄い核縁と微細なクロマチン, 1~2個の小型明瞭な核小体を有していた。細胞質は乏しく, 均一。輪郭の不明瞭な紡錘形の細胞が多かった。

【病理所見】腫瘍の大きさは22×10.5×10 cm。右腎の大半が腫瘍に置き換わっていた。類円形から楕円形の核と狭い細胞質を持つ細胞が瀰漫性に増殖し, 一部の細胞は紡錘形となり, 間質は浮腫状であった。核分裂像が多く, 壊死, 出血を伴い, 腎実質内に転移巣を多数認めた。腎静脈内に腫瘍塞栓を認めた。免疫染色ではTLE-1やMIC2, vimentin等が陽性, 滑膜肉腫として矛盾しない結果を示した。遺伝子解析ではSYT-SSX2融合遺伝子が検出された。

【まとめ】滑膜肉腫は, 稀ではあるが腎臓を含む種々の臓器から発生する可能性がある。また再発・転移率が高い為, 肺転移や体腔液でも経験する可能性がある。滑膜肉腫の細胞像を把握し, 認識しておくことは重要と考えた。

P-2-049 前立腺原発横紋筋肉腫の一例—尿細胞診の視点から—

東京都済生会中央病院臨床検査科¹⁾, 東京都済生会中央病院病理診断科²⁾

○阿部政太郎(CT)¹⁾, 笹本泰子(CT)¹⁾, 長渡久美(CT)¹⁾, 河野健史(CT)¹⁾, 降幡雅子(CT)¹⁾, 廣瀬茂道(MD)²⁾

【はじめに】横紋筋肉腫は若年者に好発する軟部腫瘍であり, 好発部位として頭頸部・四肢とともに泌尿生殖器が知られているが, 尿細胞診で同腫瘍を診断する機会は稀である。今回, 我々は, 前立腺原発横紋筋肉腫の一例を経験し, 経過中に腫瘍の再発を尿細胞診にて確定診断する機会を得たので, 細胞診断学の視点から同症例を報告する。

【症例】20 歳代男性。左側腹部痛・尿量減少にて発症。前立腺腫瘍の疑いにて前立腺針生検が施行された。同検体のスタンプ細胞診と組織診にて横紋筋肉腫と診断した。化学療法・放射線療法にて 7 か月後には臨床的 CR となり, 同時期の前立腺生検にて腫瘍の消失を確認した。しかし, その 6 か月後には再発が疑われ, 排尿障害と血尿のために施行された尿細胞診にて, 横紋筋肉腫の再発と診断したが, 急速に病状が進行し, 初診から 15 か月後に永眠。引き続き病理解剖が施行された。

【腫瘍細胞の細胞診所見】核小体が明瞭でクロマチン増加を示す異型核と, 類円形の胞体からなる N/C 比の高い細胞で, 核の偏在傾向が目立つ。細胞相互の結合性は緩く, 大半は孤在性に出現しており, 明らかな分化傾向を示さない。悪性を疑うべき異形円形細胞である。なお, 診断時には施行しなかったが, 本報告に際し, 細胞転写法および cell block 法を用いた免疫染色による検討を行い, 診断に対する有用性を評価したので, 併せて報告する。

【まとめ】異形円形細胞として出現する悪性腫瘍は多岐にわたるが, 若年者の尿細胞診に際しては, 泌尿生殖器に発生する悪性腫瘍の一つとして横紋筋肉腫を念頭におき, 尿中に異形円形細胞が出現した場合には, 免疫染色による検討も含め, 積極的に診断確定に取り組むべきである。

P-2-050 尿中に出現した転移性軟骨肉腫の一例

三重大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三重大学医学部附属病院がんセンター²⁾, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科³⁾

○佐々木美沙(CT)¹⁾, 藤田良浩(CT)¹⁾, 阿曾由美子(CT)¹⁾, 河井誓里奈(CT)¹⁾, 松谷史織(CT)¹⁾, 金山和樹(CT)³⁾, 林 昭伸(MD)¹⁾, 内田克典(MD)¹⁾, 小塚祐司(MD)¹⁾, 福留寿生(MD)^{1,2)}, 今井 裕(MD)¹⁾

【はじめに】軟骨肉腫は, 骨原発の悪性腫瘍の中で骨肉腫に次いで多く, 骨原発腫瘍の 15~27% を占める。Grade の高い軟骨肉腫では転移を来すことが多いが, その転移先の殆どが肺であり, 腎臓に転移することは極めて稀である。今回我々は, 尿中に腫瘍細胞を認めた軟骨肉腫の腎転移の 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代女性, 左肩原発軟骨肉腫(grade 2)に対し, 腫瘍切除および左上腕骨頭置換術施行。術後 2 年後に両肺多発肺転移を指摘され, 手術切除と化学療法を行うも局所再発を繰り返した。原発の切除から 12 年後, 右腎に徐々に増大する腫瘤が出現し, 肉眼的血尿をきたした。右腎尿管全摘手術が行われた。

【細胞所見】背景に Pap 染色で薄紫~薄緑色に染まる軟骨基質が存在し, 卵円形~多角形の比較的小型な腫瘍細胞が弧在性または疎な結合を呈して認められた。空胞状または泡沫状の細胞質を有し, 核は類円形~卵円形で一部不整形を示した。クロマチンは顆粒状で, 明瞭な核小体を複数個認めた。また, 2 核細胞も少数認められた。ギムザ染色では, 背景の軟骨基質がメタクロマジーを示し, 一部, 軟骨小腔が認められた。

【組織所見】腎上極に 5 cm 大の白色充実性病変を認め, 一部に嚢胞形成を伴っていた。組織的には軟骨基質を背景に, 核の腫大と大小不同の目立つ軟骨細胞が増生する腫瘍であり, 軟骨肉腫の腎転移と診断された。腫瘍の腎盂への浸潤を認めた。

【まとめ】軟骨肉腫の細胞が尿中に出現した稀な 1 例を報告した。腫瘍細胞は捺印像と同様に尿細胞診でも軟骨基質のメタクロマジーや軟骨小腔といった特徴的な所見を示した。尿細胞診でこれらの所見を正確に捉え, 臨床情報と合わせて診断することが必要と考えられた。

P-2-051 膀胱原発胎児型横紋筋肉腫の一例

長崎大学病院病理診断科病理部¹⁾, 長崎病理診断科²⁾, 長崎大学医歯薬学総合研究科³⁾

○田中 圭(CT)¹⁾, 佐藤典子(CT)¹⁾, 今泉利信(CT)¹⁾, 平山三国(CT)¹⁾, 里 翼(CT)¹⁾, 濱崎幸恵(CT)¹⁾, 芝原一樹(CT)¹⁾, 二反田隆夫(CT)³⁾, 穴見正信(CT)²⁾, 木下直江(MD)¹⁾, 新野大介(MD)¹⁾, 福岡順也(MD)¹⁾, 安倍邦子(MD)¹⁾

【はじめに】横紋筋肉腫は小児がんの中でも2.9%と稀な腫瘍である。中でも胎児型横紋筋肉腫 (Embryonal Rhabdomyosarcoma: ERMS) は10歳以下の頭頸部, 泌尿生殖器領域に好発する。今回, 我々は膀胱壁に発生したERMSを経験したので報告する。

【症例】2歳女児。以前より神経線維腫症1型で近医において経過観察されていた。腹痛を主訴に腹部腫瘤を指摘され当院受診。食事摂取不良, サブイレウス状態で緊急手術を施行された。腫瘤は膀胱と硬く結合しており剥離困難であった。手術所見からは膀胱原発の悪性腫瘍が疑われた。摘出組織より捺印細胞標本を作製し, 組織細胞学的検討を行った。

【細胞所見】白血球を背景に楕円～短紡錘形の異型細胞を散在性に多数認めた。細胞質辺縁は不明瞭で, 核縁の不整や著明な核小体を有しておりクロマチンは細顆粒状であった。また, 上皮性結合を思わせる部分はなく, 細胞像からは非上皮性悪性腫瘍が疑われた。

【組織所見】腫瘍組織はmyxoidな間質を背景に好酸性の胞体と卵円形の核を有する細胞が増殖しており, 核の大小不同や核分裂像もみられた。臨床的に悪性末梢神経鞘腫瘍 (malignant peripheral nerve sheath tumor: MPNST) が疑われたが, 肉腫を中心に鑑別診断を挙げた。免疫染色では筋原性マーカーであるdesminやmyogeninが陽性で横紋筋への分化がみられた。そのほかに, S100, CD34, vimentin, MIB-1が陽性であり, NF, MyoD1, c-kit, CK7が陰性であった。これらの結果から, ERMSと診断された。

【まとめ】肉腫の中でも稀な, 胎児型横紋筋肉腫を経験した。捺印細胞像からは非上皮性悪性腫瘍が疑われた。細胞診での組織型の推定はさらに免疫染色などを行う必要性が考えられた。

P-2-052 前立腺原発癌肉腫の1例

郡上市市民病院検査部¹⁾, 岐阜市民病院検査部²⁾, 郡上市市民病院産婦人科³⁾

○森 栄(CT)¹⁾, 山口吉夫(CT)¹⁾, 田中卓二(MD)²⁾, 丹羽憲司(MD)^{1,3)}

【症例】77歳男性。心房細動等にて近医通院中に血尿を認め当院泌尿器科受診。尿細胞診2回陰性, PSA 4.71 (<4)。直腸診で左葉のみ硬結を触知。MRIで前立腺左葉に壁不整を伴った嚢胞性病変を認めた。前立腺生検にて5/8 中分化型腺癌 (Gleason score 3+4=7), T3bN0M0。内分泌療法を希望され, LH-RHa注+ピカルタシド療法開始。治療開始から8ヵ月目に尿閉, MRIにて前立腺部が不整に腫大, TUR-P施行するも, 腫瘍が急速に再増大したため, 骨盤内蔵全摘術(PE)施行。その後, 局所再発し, 全身状態悪化し, 初発から約1年で死亡された。

【細胞診所見】TUR時の捺印細胞診では2種類の腫瘍細胞を認めた。シート状で腺癌を示唆する細胞群と, 核異型が著明で小型の核小体を数個有し, 胞体の乏しい大型の肉腫を示唆する腫瘍細胞を認めた。

【病理所見】生検では中分化型から高分化の腺癌細胞を認め, 極一部にSMA(+/-), HHF35(+)の肉腫様細胞を認めた。TUR時には高分化から中分化型の腺癌細胞と肉腫細胞を認めた。腺癌細胞はPSA(+/-)を示し, 肉腫細胞はSMA(+), HHF35(+)であった。この時点で癌肉腫と確定診断され, 肉腫成分は平滑筋肉腫と診断した。

【結語】今回, 非常に稀な前立腺原発癌肉腫の1例を経験した。鑑別診断には細胞診も有用であった。前立腺癌肉腫は腺癌の肉腫様変化との鑑別が問題となるが, 本症例ではホルモン療法開始前の病理, 免疫染色所見より, 前立腺原発癌肉腫と考えられた。

P-2-053 尿中に出現した悪性リンパ腫の一例

佐野厚生農業協同組合連合会佐野厚生総合病院¹⁾, 獨協医科大学病院形態病理²⁾

○飯塚 涉(CT)¹⁾, 桜井貞広(CT)¹⁾, 角張 純(CT)¹⁾,
小島 勝(MD)²⁾

【はじめに】悪性リンパ腫(ML)は節性, 節外性に分類される。節外性の中でも膀胱に発症する例は0.15-0.2%と極めて稀である。今回, 尿沈査や尿細胞診でMLと診断しえた一例を経験したので報告する。

【症例】80歳女性。パーキンソン病でADL低下, Percutaneous Endoscopic Gastrostomy 挿入中の既往歴あり。一週間の嘔吐を認め近医受診。血液検査で異常値を指摘され, 精査加療目的に当院紹介受診。初回検査にて尿沈査, 尿細胞診, セルブロックで悪性リンパ腫と診断された。また肝胆道系酵素の上昇や嘔吐精査のため上部消化管内視鏡を施行。組織診断の結果DLBCLと診断された。臨床状態急性増悪により第9病日に永眠された。

【カテーテル尿細胞所見】パパニコロウ染色では多量の壊死と炎症細胞を背景に, 好中球2-3倍程の大きさのリンパ由来細胞を認めた。大小のリンパ球が見られ, 核形不整, クロマチン増加, 大型核小体を認めた。ライト・ギムザ染色では好塩基性を示す芽球細胞を認めた。尿中細胞が豊富であったためセルブロックを作成し免疫染色を実施した。腫瘍細胞はCD20, CD79 α 陽性CD3, CD5陰性でありMLと診断された。

【上部消化管組織所見】核分裂像を多数認め, 中~大型を主とする異型リンパ球を認めた。免疫染色ではCD10, CD20, CD79 α 陽性, CD5, CyclinD1陰性であった。以上の所見からDLBCLと最終診断された。

【まとめ】MLはどこから発生したかを厳密に判定するのは困難であるが, 尿中に大型の弧在性細胞を認めた場合, MLを疑いセルブロックや免疫染色を用いることは有用である。

P-2-054 細胞診断に苦慮した膀胱原発T細胞リンパ腫の一例

東大和病院病理細胞診断科

○林友理恵(CT), 河村淳平(CT), 島方崇明(CT),
坂牧久仁子(CT), 桑尾定仁(MD)

【はじめに】膀胱原発のリンパ腫は, 全膀胱悪性腫瘍の約0.16~0.2%を占める極めて稀な腫瘍である。今回, 我々は診断に苦慮した膀胱原発リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70代, 男性。約半年前からコントロール不良の糖尿病と難治性膀胱炎で近医を受診。精査・加療を希望し, 当院泌尿器科へ紹介受診となった。自然尿細胞診では数回にわたり小型の異型細胞が出現し, 膀胱鏡検査にて膀胱後壁に広基性腫瘍を認めたので, TUR-Btを施行した。

【細胞所見】自然尿では, 好中球主体の炎症性背景に, 小型類円形でN/C比の高い異型細胞が散在性あるいは結合の緩い小集塊状に散見された。細胞質はLG好塩基性で, 核は中心性を示し, 軽度核形不整, クロマチンの顆粒状増量を認めたが, 核小体は目立たなかった。Giemsa標本でも好塩基性で狭い細胞質を有する小型の異型細胞が観察され, 異型尿路上皮細胞と診断した。

【組織所見】小型の腫瘍成分がびまん性に広く増殖し, 浸潤型尿路上皮癌(リンパ腫・形質細胞様型)が第一に考えられた。鑑別診断としてリンパ腫が挙がり, 免疫組織化学的検索を行った結果, T細胞マーカーが陽性であったことから, T細胞リンパ腫と診断した。膀胱原発か他部位からの転移・浸潤かの判断は困難であったが, 膀胱以外に病変が見られないことから, 膀胱原発T細胞リンパ腫であると考えられた。

【まとめ】泌尿器領域のリンパ腫は稀であり, 細胞形態が低分化な小型尿路上皮癌に類似しているため診断に苦慮したが, 再鏡検してみると, リンパ腫としても矛盾しない細胞所見であった。尿路上皮癌は極めて多彩な細胞形態を呈しうするため, 稀な腫瘍の存在も念頭に置きながら診断することが重要である。

P-2-055 R-IHC を使用した HNF4 α 迅速免疫染色による胃がん体腔液中細胞診断

土浦協同病院病理診断部

○池田 聡(CT), 本間恵美子(CT), 佐竹 藍(CT),
永田千草(MD), 井上和成(MD), 鈴木恵子(MD)

【はじめに】胃がん手術において術中体腔液の細胞診断は腹膜播種と同様に体腔にがん細胞が散布されていることを意味し、患者の予後因子として規約にも盛り込まれている。しかし、術中細胞診は迅速に診断しなければならないストレスの多い検査であり、診断根拠を補うため迅速 PAS 染色などの併用を行う施設もある。一方、免疫染色はいまや病理診断に必要な不可欠な手段であり、迅速組織診断に応用できる R-IHC も昨年発売された。この機械は液温を上昇させることなくガラス表面上の水滴を攪拌できる電界非接触攪拌技術を利用し迅速な免疫染色を実現している。HNF4 α は胃がんなどの消化器上皮細胞に発現する転写因子で、胃がん細胞のほとんどは陽性となる。今回、胃がん術中迅速細胞診にこのマーカーを利用した R-IHC による迅速免疫染色がこの迅速細胞診断に有用であるか検討したので報告する。

【対象と方法】対象に 80 例の体腔液および術中体腔洗浄液を用い、HNF4 α を用いた迅速免疫染色を行った。染色前にニチレイ社抗原賦活化液 pH9 に界面活性剤を約 0.3% 添加した液による抗原賦活化処理を 15 分行い、水洗後 R-IHC を用いて染色を行った。R-IHC では HNF4 α 抗体を FFPE 用の希釈倍率 (200 倍) で、推奨モードで 5 分の反応を行い、続いてシンプルステイン MAX-PO を同様に 5 分反応させ DAB で発色させた。

【結果および考察】染色では胃がんの細胞が出現した 6 例ではすべて HNF4 α 陽性細胞が見られ、その他の標本では悪性細胞にも良性細胞にも陽性反応は見られなかった。確実な細胞診断を行うためには免疫染色のような客観的方法を併用することは重要であり、HNF4 α を用いた迅速免疫染色は胃がん体腔液の術中迅速細胞診に有用と考えられた。

P-2-056 胎児型肝芽腫と胎芽型肝芽腫の細胞学的特徴

山形大学医学部附属病院病理部

○志田愛実(CT), 齊藤友則(CT), 鈴木俊紀(CT),
樺澤崇允(MD), 大江倫太郎(MD), 加藤智也(MD),
山川光徳(MD)

【はじめに】肝芽腫は悪性の小児固形腫瘍である。小児の外科的悪性腫瘍全国集計結果で、小児肝悪性腫瘍の登録数は過去 20 年間 (1988~2007 年) で 660 症例に及ぶが、そのうち肝芽腫は 505 症例 (76.5%) で、小児肝悪性腫瘍の大半を占める。肝芽腫は胎生期の肝細胞に似た種々の分化度を示す上皮性細胞の増殖からなる。今回、我々は肝芽腫の 4 例を経験し、そのうちの 3 例の術中迅速診断時の腫瘍捺印細胞診像の特徴を報告する。

【症例 1】2 才女児細胞像：N/C 比が高く裸核様の腫瘍細胞が、結合性が疎な集塊状や散在性に見られた。細顆粒状の核クロマチンの増加、大小不同や核形不整があるが、比較的均一な腫瘍細胞の増殖像であった。これらの所見より、胎芽型に相当する細胞像であった。アポトーシスや細胞分裂像も見られた。

【症例 2】1 才 6 か月男児細胞像：症例 1 に類似した所見で、核小体は 1~数個見られる腫瘍細胞が多かった。ロゼット様の部分や、鋳型状配列様の部分も見られた。また、髄外造血巣を思わせる骨髓造血細胞が見られた。これらの所見より、胎芽型に相当する細胞像であった。

【症例 3】0 才 11 か月男児細胞像：腫瘍細胞は、正常肝細胞に類似するが正常の肝細胞と比較すると小型で、N/C 比が高く、軽度の核形不整が見られた。2~3 核 (最大 5 核) の腫瘍細胞も見られた。細胞質は好酸性を呈していた。腫瘍細胞間に紡錘形の細胞が見られた。これらの所見より、胎児型に相当する細胞像であった。

【まとめ】予後は、胎児型肝芽腫、特に純胎児型肝芽腫で良好と言われており、胎芽型肝芽腫との鑑別が必要である。上記の細胞所見からこれらの組織型の鑑別は可能であり、組織診断の補助的診断になりえると考えられた。

P-2-057 癌抑制遺伝子産物を指標にした Cellprep 胆汁細胞の異型度の評価の試み

広島大学病院病理診断科

○石田克成 (CT), 有廣光司 (MD), 石田真悠 (CT), 内島由香里 (CT), 田岡知恵 (MT), 田中祐菜 (CT), 金子佳恵 (CT), 清水智美 (CT), 丸橋由香里 (CT), 高井チカ子 (CT), 尾田三世 (CT), 小川勝成 (CT), 織田麻琴 (DDS), 木村修士 (MD), 城間紀之 (MD)

【目的】胆汁細胞診では狭窄や胆汁貯留による炎症性異型及び胆管内乳頭状病変など様々な程度の細胞異型が出現するため推定診断が困難な例が多い。一方、肝外胆管癌では Biliary intraepithelial neoplasia (BilIN) での分子生物学的研究により様々な癌遺伝子や癌抑制遺伝子の異常が指摘されている。今回、Cellprep 保存液の残余胆汁材料を用いて、癌抑制遺伝子 p53, p16, p21 の各蛋白を対象とする免疫染色を行い、細胞異型の評価に有用か検討したので報告する。

【方法】本学で採取されガイドラインに従って判定された胆汁標本のうち、悪性 4 例、悪性疑い 4 例、鑑別困難 7 例、良性 11 例の検体を用いた。残余検体から未染色標本を作製し、抗 p53 抗体 (DO-7, Roche), 抗 p16 抗体 (E6H4, Roche), 抗 p21 抗体 (SX118, DAKO) を用いて免疫染色を行った。染色強度は発現なし・軽度・中等度・高度の 4 段階、陽性細胞の割合は 0%・<5%・5-49%・≥50% の 4 段階に分類した。染色強度が中等度以上で陽性細胞が 1 個でもあれば陽性と判定して、細胞異型度と比較した。

【成績】良性、鑑別困難、悪性疑い、悪性における陽性率は、p53 ではそれぞれ 27%, 43%, 75%, 50%, p16 では 27%, 43%, 25%, 25%, p21 では 45%, 71%, 50%, 100% を示した。

【結論】胆汁標本を用いた胆管上皮細胞での p53, p16, p21 蛋白発現の評価は細胞異型度判定に有用な情報を与える可能性がある。今後、更に検討症例数を増やして報告する。

P-2-058 EUS-FNA で NET と鑑別を要した GIST の 1 例

独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院中央検査部病理¹⁾, 独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院病理診断科²⁾

○浦芝 敬 (CT)¹⁾, 三村明弘 (CT)¹⁾, 岡部美由紀 (CT)¹⁾, 小倉啓介 (CT)¹⁾, 金田香央里 (CT)¹⁾, 三輪秀明 (MD)²⁾, 森 秀夫 (MD)²⁾

【はじめに】Gastrointestinal stromal tumor (以下 GIST) は Cajal の介在細胞由来と考えられる粘膜下腫瘍である。組織形態には紡錘細胞型、類上皮型があり、大部分が紡錘細胞型を占め、類上皮型は比較的まれである。今回我々は EUS-FNA で neuroendocrine tumor (以下 NET) と鑑別を要した GIST を 1 例経験したので報告する。

【症例】50 代女性

【既往歴】特になし

【現病歴】胃痛、吐血、黒色便を主訴に、精査目的で当院受診。EGD で 30 mm 大の胃粘膜下腫瘍を認め、EUS-FNA を施行した。

【細胞像】血管結合織を軸とした細胞集塊を認め、細胞境界は不明瞭、核は円形～類円形、クロマチンは細顆粒状、細胞質はライトグリーン淡染性であった。また、一部ロゼット様配列、索状配列も認められたことから、Class V NET 疑いと報告した。

【組織像】類円形細胞より成り、細胞配列は上皮様でリボン状構造を呈していた。免疫染色では c-kit, Dog-1 陽性, AE1/AE3, chromograninA, Synaptophysin, α-SMA, S-100 陰性であったことから、GIST と診断した。

【まとめ】本症例はロゼット様、血管随伴像など NET に類似した細胞所見のため、診断に苦慮した。本症例と NET との鑑別点として、クロマチンパターン、核の多彩性、核内細胞質封入体が挙げられる。EUS-FNA で消化管粘膜下腫瘍が疑われ、上皮様細胞を認めた場合は、類上皮型 GIST と NET の鑑別のため核所見を検討することが重要であると考えられた。

P-2-059 細胞診断に苦慮した Gastrointestinal stromal tumor の2例

淀川キリスト教病院病理課¹⁾, 淀川キリスト教病院病理診断科²⁾

○小竹千代(CT)¹⁾, 三好真由美(CT)¹⁾, 小田井学(CT)¹⁾, 田中 幸(CT)¹⁾, 上田佳世(MD)²⁾, 寺村一裕(MD)²⁾

【はじめに】 Gastrointestinal stromal tumor (以下, GIST) は KIT (CD117) 陽性の間葉系腫瘍で紡錘細胞型が 90% を占めている。他に類上皮細胞型や混合型があり, この場合 GIST と推定することは困難な事が多い。今回我々は針生検時の捺印細胞診で診断に苦慮した GIST の2例を経験したので報告する。

【症例】 症例 1: 50 歳代男性。画像検査にて多発骨盤内腫瘍を認め経皮的腫瘍生検および捺印細胞診を施行し, 後に摘出手術を施行した。症例 2: 80 歳代女性。小腸 GIST 術後 8 年経過中に画像検査にて多発肝腫瘍を認め経皮的肝生検および捺印細胞診を施行した。

【細胞所見】 症例 1: 血液を背景に結合性の疎な細胞集塊を認めた。裸核様やライトグリーン好性の細胞質を有する細胞で核は類円形や楕円形, 核形不整や大小不同が見られ, 微細顆粒状のクロマチンや核小体を単個認めた。傍神経節腫を疑ったが断定には至らなかった。症例 2: 血液を背景に不規則に重積する細胞集塊や散在性に細胞を認めた。ライトグリーン好性の細胞質を有し, 核は楕円形や類円形で核形不整や大小不同, 細顆粒状から顆粒状のクロマチンを認めた。悪性と考えたが GIST を推定することは困難であった。

【生検所見】 症例 1: 類円形核の細胞が髄様に不明瞭な胞巣様構造を呈していた。症例 2: 短紡錘形, 楕円形, 類円形核の細胞が不規則な配列を呈していた。両症例とも HE 染色と免疫組織化学を用いて GIST と診断した。

【まとめ】 生検材料の捺印細胞診の診断に苦慮した GIST の2例を経験した。この様な細胞を GIST と診断し得るために注意すべき所見を細胞像を提示して報告する。

P-2-060 大腸に発生した内分泌細胞癌の一例

公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院検査科

○柴崎洋子(CT), 國本由里子(CT), 窪田知美(CT), 荒井克己(CT), 小池 昇(CT), 秋田英貴(MD), 鄭 子文(MD)

【はじめに】 内分泌細胞癌は大腸ではまれで, 細胞診所見の報告は少ない。今回, 術中のリンパ節の捺印細胞診で, 組織型の推定に苦慮した内分泌細胞癌を経験したので報告する。

【症例】 70 代, 男性。食欲不振が出現し, 他院より精査加療目的で当院外科に紹介。上行結腸癌, リンパ節及び肝転移を認めたため, リンパ節の術中迅速診断と上行結腸切除術が施行された。

【細胞所見】 リンパ節の捺印標本による細胞所見: 大小不同のある類円形~多角形細胞が主に散在性に見られた。大型細胞は多核や分葉状の大型核を持ち, 小型細胞は N/C 比が高く, 時々木目込み様の小集団を作っていた。クロマチンは全般に粗顆粒状を呈していた。

【組織所見】 術中迅速組織診所見: 核形不整の目立つ細胞がびまん性に増殖し, 一部不明瞭な腺腔形成を伴っていた。低分化腺癌, 未分化癌, 内分泌細胞癌などが鑑別に挙げられた。

永久標本所見: 上行結腸から盲腸にかけ, 6.0×5.5 cm 大の隆起性病変を認め, 周囲リンパ節と一塊となっていた。組織学的には大型核や, 多核の大型細胞がシート状に増殖する領域と, 小型で均一な細胞がロゼット構造を伴いながら充実性に増殖する領域を認めた。免疫染色で不均一だが, synaptophysin と CD56 に陽性であった。以上から, 内分泌細胞癌 (endocrine cell carcinoma) と診断された。

【まとめ】 細胞診所見では, 細胞の異型度が高く悪性と判定することは容易であったが, 細胞形態が多彩で組織型の推定は困難であった。

P-2-061 胆管擦過細胞診が有用であった膵神経内分泌癌 (NEC) の一例

東京通信病院病理科¹⁾, 東京警察病院病理診断科²⁾, 立正佼成会付属佼成病院病理科³⁾

○岸田由起子(MD)¹⁾, 高橋 剛(CT)¹⁾, 中村恵子(CT)¹⁾, 清水香織(CT)¹⁾, 斉藤佑美(CT)¹⁾, 浅川一枝(CT)¹⁾, 神戸静香(CT)¹⁾, 小川真紀(MD)²⁾, 横山宗伯(MD)²⁾, 二階堂孝(MD)³⁾, 田村浩一(MD)¹⁾

膵原発の神経内分泌癌は極めて稀であり, 臨床的に術前診断が困難である. 術前の胆管擦過細胞診が有用であった症例を経験したので細胞及び組織所見を呈示する. 症例は 70 歳代男性. 現病歴: MGUS, 特発性好中球減少症で血液内科通院中, C 型慢性肝炎に対し IFN 療法後, 消化器内科フォロー中, 食欲不振, 尿濃染, 黄色便を自覚し, 受診結果, T Bil, γ GTP, ALP の上昇も確認され, 腹部 CT を施行, 膵頭部癌が疑われ入院となった. 生活歴: 機会飲酒, 喫煙歴 30 歳まで 20 本/日. 造影 CT 所見: 膵頭部に 2.5 cm 大の腫瘤, 尾側の MPD 拡張, 膵実質の萎縮, 上流の胆管及び胆嚢の強い拡張, 門脈の軽度狭小化を認める. MRCP では同部位に DWI にて高信号を認め, ERCP, 胆管擦過細胞診が施行された. BD CytoRich Red preservative を用いた LBC 標本を作成した. 細胞像: 核細胞質比が高い, 裸核様小型異型細胞の小集塊を散見し, 軽度の核形不整を認め, クロマチンは繊細, 細顆粒状, 核の圧排像と思われる像もみられた. 判定は Class5, neuroendocrine carcinoma 疑い. 狭窄部の胆管生検も施行され, 核線が主体で挫滅効果が強く詳細は不明であったが核細胞質比の高い小型細胞を壁内に認め, CD56, synaptophysin, chromogranin 陽性所見を認めた. 膵頭部癌 (cT4N0M0) に対し膵頭十二指腸切除, 門脈合併切除術を施行. 最終診断は腫瘍径 2.5 cm の neuroendocrine carcinoma (small cell type), ly1, v2, ne2, rp+, pl+, pv+, pdm+ で pT4 であった. 術後, ストレプトゾトシンを投与され, 現在, 経過観察中である.

P-2-062 胆汁細胞診に肝細胞癌と膵管上皮内癌の癌細胞が出現した重複癌の 1 例

八戸赤十字病院検査技術課

○小原勇貴(CT), 萩生田美穂(CT), 清水道弘(CT), 吉田幸司(CT), 笹生俊一(MD)

【はじめに】今回我々は胆汁細胞診標本に肝細胞癌と膵管癌の 2 種類の癌細胞を, 胆管擦過細胞診標本に肝細胞癌を認め, 剖検にて重複癌を確認した稀な症例を経験した.

【症例】63 歳, 男性. HCV 抗体(+). 56 歳時に肝細胞癌にて肝部分切除術を施行後, 定期的に通院していた. CT 検査で左肝内胆管の拡張を認め, ERCP 施行. 胆汁細胞診が計 5 回施行された. その後閉塞性黄疸のため入院. エコー下腫瘍生検と ERCP による胆管擦過細胞診が施行され, 肝細胞癌と診断された. 徐々に肝不全が進行, 永眠され病理解剖が行われた.

【胆汁細胞診所見】1 回目: 陰性と報告したが, 見直した結果, 肝細胞癌の細胞が出現していた. 2~4 回目: 陰性であった. 5 回目: 腺癌を疑う細胞集塊を少数認めた. その細胞集塊は辺縁が凹凸不整で細胞の不整な配列を認めた. 細胞は小型で細胞質はライトグリーンに淡染しており, N/C 比は大きかった. クロマチンは増量して不均等分布を示していた.

【胆管擦過細胞診所見】結合性の緩い細胞集塊が多数みられた. その細胞は円形~類円形で淡明な広い細胞質を有し, 好酸性顆粒を認めた. 核は小型円形で, 小型核小体を有していた. 肝細胞癌を推定した.

【病理組織所見】肝には直径 21 cm 以下の大小多数の肝細胞癌巣を認めた. 一部胆管内へ浸潤していた. 膵臓は肉眼的には腫瘍を認めなかったが膵管内に上皮内癌部を認めた.

【結語】肝細胞癌の胆管侵襲の頻度は低いが, 今回胆汁細胞診・胆管擦過細胞診に肝細胞癌の細胞を認めることができた. さらに胆汁細胞診で膵上皮内癌も認めるという胆汁内に 2 種類の癌細胞を認めた貴重な症例であった.

P-2-063 少数の異型細胞から Solid-pseudopapillary neoplasm と推定診断し得た一例

近江八幡市立総合医療センター医療技術部臨床検査科¹⁾, 近江八幡市立総合医療センター医療技術部病理検査科²⁾, 近江八幡市立総合医療センター診療部病理診断科³⁾

○富田圭一(CT)¹⁾, 重野恭子(CT)¹⁾, 吉弘敏美(CT)¹⁾, 谷田仁司(CT)¹⁾, 北川勇一(CT)²⁾, 武内英二(MD)³⁾, 細川洋平(MD)³⁾

【はじめに】膵 Solid-pseudopapillary neoplasm (以下 SPN) は, 若年女性に好発し分化方向の不明な低悪性度腫瘍で膵非分泌性腫瘍の約 1~2% と比較的稀な腫瘍である。今回, EUS-FNA で少数の異型細胞から SPN と推定診断し得たので報告する。

【症例】40 歳代, 女性。健診の腹部超音波検査で膵体部腫瘍を指摘された。MRI で PNET も疑われたが, EUS-FNA で SPN と推定診断され膵体尾部切除術が施行された。

【細胞所見】小型で比較的均一な N/C 比の高い細胞が散在性に認められた。細胞質は顆粒状で, 長く伸びる細胞質突起様構造を認めた。核は円~類円形でクロマチンは細顆粒状で増量し核小体は不明瞭だった。一部に細い血管結合織を軸とする小集塊も認められた。核分裂像や核溝は認められなかった。

【組織所見】比較的境界明瞭な約 1.5 cm 大の腫瘍が認められた。内部に cholesterol cleft を多数伴う cystic space や fibrovascular core を有し papillary に増生する特徴的な像が認められた。

【まとめ】健診で偶然発見された膵腫瘍を経験した。細胞診では細胞数が少なく SPN の診断に難渋したが, 細胞配列や細胞の大きさや細胞質の突起様構造等に着目し, 診断に繋げることができた。

P-2-064 膵 EUS-FNA が有用であった solid-pseudopapillary neoplasm の 1 例

獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学病理診断学²⁾

○町田浩美(CT)¹⁾, 永井多美子(CT)¹⁾, 佐々木英夫(CT)¹⁾, 加藤 輝(CT)¹⁾, 金子有子(MD)²⁾, 中里宜正(MD)²⁾, 黒田 一(MD)²⁾, 小島 勝(MD)²⁾, 今井康雄(MD)²⁾

【はじめに】膵 solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) は若年女子に好発し嚢胞状変化を特徴とするまれな膵腫瘍で, 内分泌腫瘍や腺房細胞癌との鑑別が困難である。今回, EUS-FNA の検体における免疫染色の結果より診断した症例を報告する。

【症例】40 歳, 男性。背部と心窩部に疼痛を自覚し, MRI で膵頭部腫瘍を指摘され EUS-FNA がおこなわれた。

【細胞所見】類円形~楕円形核を有し, 小型で核の偏在傾向が見られる上皮細胞が, 小集塊や散在性に単調に増殖。細胞質はライトグリーン好染性で, 核の異型, 大小不同は乏しく核も均等なクロマチンを示していた。間質細胞が少数見られるものの, 血管は見られず, 内分泌腫瘍を疑った。

【組織所見】小型類円形核, 好酸性胞体を有する上皮細胞が, 毛細血管を取り囲むように乳頭状や一部充実性に増殖して見られた。免疫組織化学的には, クロモグラニン, シナプトフィジン (-), CD56, CD10, Vimentin(+), β カテニン(+), MIB-1<0.5% であった。以上の所見より, SPN と診断した。

【手術材料】膵頭部に 2×1 cm 大の境界明瞭な白色を呈する充実性腫瘍で, 管状及び乳頭状構造を呈する腫瘍の増殖を認めた。免疫組織化学的には, クロモグラニン(-), シナプトフィジン一部(+), CD56, CD10, Vimentin が瀰漫性に(+), β カテニン核と細胞質に(+), MIB-1<0.5% であり, SPN に矛盾しない像であった。

【まとめ】今回, 臨床的には典型的とは云えず, 細胞診では毛細血管の存在が見られず, 内分泌腫瘍と SPN の鑑別は困難であった。しかし, 組織での免疫染色により SPN との診断に至った。鑑別診断には, 免疫染色は必須であり, EUS-FNA における異型細胞の確認と免疫染色を行える十分な細胞を採取してもらうことが重要である。

P-2-065 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法と内視鏡的逆行性膵胆管造影検査における細胞診断率

聖路加国際病院消化器内科¹, 聖路加国際病院内視教室², 聖路加国際病院病理診断科³

○中村健二(PhD)¹, 松岡 恵(MT)², 岡田修一(MT)², 小川命子(CT)³, 池谷 敬(MD)¹, 高木浩一(PhD)¹, 石井直樹(PhD)¹, 福田勝之(PhD)¹, 鈴木高祐(MD)³, 藤田善幸(MD)¹

【背景と目的】超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(以下EUS-FNA)と内視鏡的逆行性膵胆管造影検査(以下ERCP)関連手技は、膵癌に対する病理診断として標準的に行われている。症例や施設の方針に応じ両者の検査が選択され行われ、診断率向上のため各施設で工夫が重ねられ報告されている。本研究の目的としてEUS-FNAとERCP関連手技における細胞診の診断率につき後方視的に検討した。

【対象と方法】2012年4月から2015年12月までに膵癌と診断した症例においてEUS-FNAおよびERCP関連手技を行った連続する73症例83件を対象に横断研究を行った。膵癌の診断は外科もしくはEUS-FNAなどの組織診断で診断された症例もしくは、6ヶ月以上の臨床経過で膵癌に矛盾しない症例とした。細胞診診断は癌及び癌疑いを診断可能、それ以外を診断不能とした。

【結果】検査施行回数はEUS-FNA群(以下A群)69件、ERCP群(以下B群)14件であった。両群の年齢中央値(範囲)は、A群67(44-86)、B群73(51-82)、男女比は、A群34/35、B群8/6で差は認めなかった。病変部位は膵頭部/膵体尾部で部位別し、A群42/27、B群12/2で有意差は認めないが $P=0.08$ であった。細胞診の診断率は、A群87%、B群50%で、A群で有意($P=0.001$)に診断率が高かった。偶発症は、A群4.3%(腹痛・腹膜炎・出血各々1例)、B群7.1%(膵炎1例)で差は認めなかった。複数回検査が行われた症例は、EUS-FNAが2回行われた症例が2例、ERCPとEUS-FNAが7例に行われ1例はEUS-FNAが2回行われていた。

【結論】膵頭部症例では閉塞性黄疸を発症することが多くERCP関連手技が行われているが、ERCP関連手技単独での診断率は不十分であった。早期診断のためにEUS-FNAの併用が細胞診診断率向上に有用である可能性が考えられた。

P-2-066 胆汁中の胆管上皮内腫瘍(BiIN)細胞の形態学的特徴

順天堂大学大学院医学研究科形態解析¹, 順天堂大学練馬病院臨床検査科², 済生会神奈川県病院検査科³, 太田総合病院中央検査科⁴, 太田総合病院消化器外科⁵

○古旗 淳(PhD)¹, 東井靖子(CT)¹, 大橋久美子(CT)², 阿部加奈子(CT)³, 阿部佳之(CT)⁴, 権田厚文(MD)⁵

【目的】胆管上皮内腫瘍(biliary intraepithelial neoplasia: BiIN)は胆道癌の境界病変とされ、腺癌病巣の周囲にも高頻度に見られる。しかし、その細胞形態学的特徴像はいまだ明確ではない。今回、胆汁中に出現したBiIN由来と思われる細胞について、その形態学的特徴をまとめた。

【方法】胆汁細胞診が行なわれ、切除標本中にBiIN病変を認めた11例を対象とした。症例の内訳は、胆石症2例、異型上皮1例、胆管癌7例、胆嚢癌1例である。BiIN部分の内訳は、BiIN-1:9例; BiIN-2:1例; BiIN-3:1例である。Papanicolaou染色標本中のBiINに相当する細胞と、再生上皮細胞や腺癌細胞を貯留胆汁細胞診・判定基準を用いて判定した。

【結果】BiIN-1~3に共通して、不規則な重積(+);核の配列不整(+);集塊辺縁の凹凸不整(-);核形不整(-);クロマチン異常(+),細胞集塊辺縁に細胞質(+))を示した。核腫大はBiIN-1(-); BiIN-2,3(+))であった。核はすべて楕円形~長円形が主体であった。

【結語】BiINに相当する細胞は、結合性は良好であるが、不整な立体的配列とクロマチン異常を示し、組織学的異型度の上昇とともに核異型度が増強した。この病変の細胞像の確立は、腺癌の存在の推定など、胆汁細胞診の診断精度の向上に重要と思われた。

P-2-067 膵癌における癌関連線維芽細胞の細胞学的検討

東海大学医学部付属病院病理検査技術科¹⁾, 東海大学医学部付属大磯病院中央臨床検査科²⁾, 東海大学医学部基礎診療学系病理診断学³⁾

○才荷 翼(CT)¹⁾, 伊藤 仁(CT)¹⁾, 宮嶋葉子(CT)¹⁾,
芹澤昭彦(CT)¹⁾, 加戸伸明(CT)¹⁾, 望月紀英(CT)¹⁾,
小山田裕行(CT)²⁾, 平林健一(MD)³⁾,
井野元智恵(MD)³⁾, 梶原 博(MD)³⁾, 中村直哉(MD)³⁾

【はじめに】浸潤性膵管癌(Invasive ductal carcinoma : IDC)は高度の線維化を伴う膵臓原発の腺癌である。IDCには超高分化型腺癌の形態をとるものがあり、細胞診検体では細胞異型が乏しいために診断に難渋することがある。また膵液細胞診では変性により詳細な細胞形態の観察が難しいことも多い。そこで今回我々は癌の間質に注目し、癌関連線維芽細胞(Carcinoma associated fibroblast : CAF)と呼ばれる活性化線維芽細胞が膵癌の細胞診断に有用となりうるか検討を行った。

【対象と方法】膵管擦過細胞診で悪性と判定され、外科的切除材料でIDCと病理診断された20例の膵管擦過細胞診標本を対象にCAFの出現の有無とその性状を観察した。また、陰性対象として膵管擦過細胞診標本で良性と判定された経過観察中の48例を用いた。CAFの判定基準は、花筵状の細胞集塊、大型楕円形核、小型核小体の3項目全てを認める細胞と定義した。一方向に流れる血管様集塊や挫滅により観察困難である間質集塊は除外した。

【結果】CAFはIDCにおいて20例中8例(40%)に認められたが、陰性例では48例中2例(4%)のみに観察された。また両者の間には統計学的有意差を認めた($p < 0.01$)。CAFの出現量はスライド1枚あたり1~2集塊程度であり、集塊の大きさは大小様々であった。

【まとめ】CAFは陰性例の一部にも認められたが、IDCではCAFの出現率が有意に高かった。上皮細胞成分の評価に加えCAFの存在にも着目することで、膵癌細胞診断の精度向上が図れると考えられた。

P-2-068 膵液細胞診にて腺癌と判定し得た膵管内乳頭状粘液性腫瘍由来の膵癌の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⁾

○寺内利恵(CT)¹⁾, 竹中美千穂(CT)¹⁾,
大兼政良育(CT)¹⁾, 湊 宏(MD)²⁾, 中田聡子(MD)²⁾,
水口聖哉(CT)¹⁾, 嶋口智恵(CT)¹⁾, 津幡裕美(CT)¹⁾,
山下 学(CT)¹⁾, 中野万里子(CT)¹⁾, 黒瀬 望(MD)²⁾,
野島孝之(MD)²⁾

【はじめに】膵管内乳頭状粘液性腫瘍(以下IPMN)は粘液産生能を有し乳頭状増殖を特徴とする膵管内腫瘍であり、細胞診では、腺腫と腺癌との鑑別はしばしば困難である。今回、膵液細胞診にてIPMN由来の腺癌が確定された症例について報告する。

【症例】症例は60代後半の男性。多発性膵嚢胞を認め、IPMNが疑われ造影CTが試行された。内部に充実部分や壁肥厚のある膵頭鉤部多房性腫瘍と膵管の拡張が認められ、浸潤癌の疑いで膵液細胞診が施行された。亜全胃温存膵頭十二指腸切除術後、抗癌剤治療にて経過観察されている。

【膵液細胞像】炎症細胞を伴う粘液性背景に、乳頭状集塊や孤在性に粘液の充満する異型上皮細胞が認められた。粘液に圧排された均一な核を有する細胞集塊が多くみられ腺腫成分と考えられたが、著明な乳頭状増殖を示す集塊や印環細胞様の異型細胞も少数認められたため上皮内癌や腺癌が示唆された。膵液セルブロックからのp53染色で一部に陽性細胞が認められ、腺癌を支持する所見であった。

【組織像】腫瘍は5cm×3.5cm大で、拡張した主膵管、分岐膵管と膵管内腔に隆起する腫瘍を認めた。組織学的に、膵管内乳頭状増殖を示す腺腫成分と上皮内癌と思われる異型病巣、間質浸潤を伴う腺癌成分が混在し、後者は散在性に周囲組織に浸潤しリンパ節にも転移していた。IPMN由来の浸潤性膵管癌と診断された。

【まとめ】膵液細胞診のみでは腺癌の確定は困難であったが、セルブロックを作製して免疫組織化学的検索を行うことで、より自信をもって診断することができた。今後は形態診断技術の向上とともに他の診断技術も習熟して細胞診断の精度を上げていきたい。

P-2-069 2型自己免疫性膵炎の一例

福山市民病院臨床検査科¹⁾, 福山市民病院病理診断科²⁾, 倉敷中央病院病理診断科³⁾

○秀坂 恵(CT)¹⁾, 山田貴之(CT)¹⁾, 高田知恵里(CT)¹⁾, 来米由梨(CT)¹⁾, 重西邦浩(MD)²⁾, 能登原憲司(MD)³⁾

2型自己免疫性膵炎の一例 福山市民病院 臨床検査科1), 福山市民病院 病理診断科2), 倉敷中央病院 病理診断科3) 秀坂 恵(CT)1), 山田 貴之(CT)1), 高田知恵里(CT)1), 来米, 由梨(CT)1), 重西 邦浩(MD)2), 能登原 憲司(MD)3)

【はじめに】自己免疫性膵炎(以下AIP)には1型, 2型の異なるタイプが存在し, 本邦で経験するAIPの多くは1型である。2型AIPは欧米のAIP症例の病理学的解析をとおしてその存在が明らかになった疾患で, 本邦では稀である。今回, 血液検査と臨床所見より2型AIPが疑われ, EUS-FNAにより診断することができた2型AIPの一例を経験したので, 報告する。

【症例】48歳, 男性。潰瘍性大腸炎で当院通院中。仕事中に突然の腹痛にて来院。血液検査で, 膵酵素上昇と, CT検査にて全体に膵腫大あり。自己免疫性膵炎が疑われ, 精査のためEUS-FNAが施行された。

【細胞所見】EUS-FNAでは, やや変性した核をもつ腺上皮細胞が, 血管結合組織とともに認められた。結合組織や腺細胞の間には好中球が混在していた。腺細胞には核異型やクロマチン増量など, 悪性を思わせる所見はみられなかった。

【組織所見】小葉内において, 腺房細胞の著減と好中球浸潤からなる強い炎症所見がみられた。小葉内には多数の小型腺管構造があり, その上皮内, あるいは内腔に好中球が浸潤していた。また小葉管結合組織では線維芽細胞の増生と幼弱な線維化があり, 小葉破壊の強い部分では小葉内にこの変化が及んでいた。これらの小葉内の所見を総合して, 2型AIPと診断した。

【まとめ】アジアでは稀とされる2型AIPの一例を経験した。その時作製された細胞診標本の細胞像について, 1型AIPや他の膵疾患と比較検討したものを報告する。

P-2-070 膵 Intraductal tubulopapillary neoplasm の1症例

社会医療法人財団慈泉会相澤病院臨床検査センター¹⁾, 社会医療法人財団慈泉会相澤病院臨床検査センター病理診断科²⁾

○石橋恵津子(CT)¹⁾, 樋口佳代子(MT)²⁾, 小倉和幸(CT)¹⁾, 小林帆波(CT)¹⁾, 加藤昌希(CT)¹⁾, 池上陽太(CT)¹⁾, 伊丹川裕子(CT)¹⁾, 中野 聡(CT)¹⁾, 小豆畑康児(MD)²⁾, 伊藤信夫(MD)²⁾

【はじめに】Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN)は2010年のWHO分類で新しく定義された腫瘍で, 外分泌腫瘍の1%以下と稀な疾患である。今回我々は手術検体にてITPNと診断された膵腫瘍の術前膵液および膵管擦過細胞診を経験したので報告する。

【症例】60歳, 男性。心窩部痛を主訴に救急搬送。急性膵炎の診断にて治療経過し, 2ヶ月後の造影CTにて膵体尾部主膵管の拡張と膵頭体部境界に約1cmの造影早期低濃度腫瘍, 翌月のERCPにて同部位に膵管途絶像, 膵管狭窄を認め, 膵液及び狭窄部の擦過細胞診検体が採取された。細胞診では良悪性判定困難としたが臨床的に悪性が疑われ, 同月亜全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行された。

【細胞所見】膵液及び擦過細胞診ともに, 背景に粘液は乏しく, 一部に壊死変性細胞がみられた。細胞重積を伴う大集塊と結合性疎な細胞集団, 散在細胞など細胞量が非常に多く, 毛細血管を伴う樹枝状構造もみられた。個々の細胞は軽度の細胞腫大とN/C比増大を認め, 腫瘍性病変を疑ったが, 核クロマチン増量や核形不整は軽度で, 良悪性判定困難と報告した。

【組織所見】主膵管内に血管間質を伴って管状・篩状に密に上皮細胞が増生し, 所々に壊死を伴う腫瘍を認めた。粘液産生性は目立たず, 一部膵管周囲に初期浸潤を認めた。免疫染色ではcytokeratin7(+), cytokeratin19(+), MUC5AC(-), MUC2(-), MUC6(+), chromograninA(-), synaptophysin(-), p53(+), Ki67 Labelling Index35.3%で, 最終的にITPN with associated invasive carcinomaと診断された。

【まとめ】ITPNは比較的新しい分類で診断経験の蓄積が必要であるが, 膵管内の病変にて粘液産生性がみられず, 核型不整の乏しい異型細胞が管状や乳頭状の集塊として多数観察された場合には, ITPNを鑑別として念頭におき診断する必要がある。

P-2-071 小児濾胞癌の1例

日本赤十字社和歌山医療センター病理診断科部

○真谷亜衣子(CT), 阪田幸範(CT), 奥村寿崇(CT),
宮木康夫(CT), 岩元竜太(MD), 小野一雄(MD)

【はじめに】小児濾胞癌は非常に稀とされており、その報告例は少ない。今回我々は小児濾胞癌の症例を経験したので報告する。

【症例】患者は10歳代前半男性。左頸部の腫脹を自覚し近医を受診。頸部腫瘍精査のため当センター紹介となった。CTおよびエコーにて、甲状腺左葉に約6cmの腫瘍が認められ、穿刺吸引細胞診施行。クラス3と報告され、腫瘍も大きかったことから甲状腺左葉切除術が施行された。

【穿刺吸引細胞像】背景にはライトグリーンやオレンジG好染の無構造物質が多数認められる。採取細胞量は豊富で、多くは散在性、一部重積性を示す小集塊で出現している。悪性も否定できないが、鑑別困難としてクラス3と報告された。

【摘出腫瘍マクロ像】最大径5cmの白色腫瘍が認められる。

【組織像】密に存在する小型濾胞からなる腫瘍で、周囲には厚い被膜形成がうかがえるが、腫瘍は被膜を超え周囲の甲状腺実質への浸潤や、甲状腺被膜内への浸潤を示している。乳頭癌の核所見は認められず、濾胞癌と診断された。

【腫瘍捺印細胞像】穿刺吸引細胞像とほぼ同じ所見で、コロイドを取り囲む明瞭な濾胞構造はほとんど認められず、結合性の低下が示唆される。

【まとめ】本症例では明瞭な濾胞構造は少数で、多くは散在性に出現し、多数認められたコロイドはアミロイドも否定できないと考えられた。また、患者が低年齢であったことも組織型の推定に至らなかった要因の一つであると考えられる。

【結語】社会的背景もあり、今後小児の甲状腺腫瘍に遭遇する可能性もあると思われる。年齢にとらわれ過ぎずに、細胞をしっかりと観察していく必要があると考える。

P-2-072 ラブドイド細胞の出現を伴った甲状腺未分化癌の一例

公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科¹⁾, 岡山労災病院病理診断科²⁾

○山代翔大(CT)¹⁾, 園部 宏(MD)²⁾, 羽原利幸(CT)¹⁾,
海原恭子(CT)¹⁾, 門田有紗(CT)¹⁾

【はじめに】甲状腺悪性腫瘍の中、未分化癌は1~2%といわれるが、その中にラブドイド細胞が出現する稀な亜型が存在する。今回我々は、その稀なラブドイド型未分化癌と考えられる一例を経験したので報告する。

【症例】患者は80歳代、男性である。1ヶ月前に、左肘皮下腫瘍生検で、転移性癌が疑われた。CTで甲状腺右葉から尾側に膨隆する腫瘍を認め、その穿刺吸引細胞診により未分化癌や転移性腺癌が疑われたが、精査で他臓器に原発巣がなく、甲状腺全摘術となった。

【細胞所見】少量の壊死と好中球を背景に、大小不同を示す類円形~楕円形の異型細胞が孤在性~小集塊状に多数みられた。細胞質は豊かで、泡沫状~ライトグリーン濃染性を示した。核は強く偏在し、核形不整、核クロマチンの増量、二核~多核性を示した。以上より、未分化癌を疑ったが、転移性低分化腺癌も鑑別に挙げられた。

【組織所見】腫瘍は、類円形~楕円形の多形性を示す異型細胞よりなる未分化癌成分が主体を成し、一部に典型的な乳頭癌成分を認め、互いに移行を窺わせた。多形を示す腫瘍細胞には、好酸性の強い細胞質を示すものが混在し、ビメンチン、サイトケラチンAE1/AE3, p53に陽性であった。以上より、ラブドイド型未分化癌と診断された。

【まとめ】本例の甲状腺癌は、組織学的にラブドイド型未分化癌に相当する。また、細胞診では、腫瘍細胞が、多形に富み、偏在する核の異型が高度で、胞体がライトグリーンに濃染するものが混在する点が特徴的と思われる。いずれにせよ、甲状腺未分化癌の中に、ラブドイド型の形態を示す特殊なものがあることを知っておくことが重要である。

P-2-073 穿刺細胞診で発見された甲状舌管部甲状腺乳頭癌の 1 例

国立病院機構別府医療センター病理診断科

○吉河康二(MD), 安藤陽一郎(CT), 飯田嘉昭(CT),
竹山朋希(CT), 芦田拓未(MT)

甲状舌管は胎生第 3 週に舌根部に発生した甲状腺原基が頸部正中を下降する際に一時的に出来る構造物であるが、これが遺残すると嚢胞や腫瘍が発生することがある。甲状舌管部癌は、甲状舌管に由来する甲状腺濾胞細胞などから発生する稀な悪性腫瘍である。今回我々は穿刺細胞診により術前に診断することが出来た症例を経験したのでここに報告する。症例は 40 代男性で、前頸部正中、舌骨上の皮下に直径 15 mm 程度の嚢胞性腫瘍があり、穿刺吸引細胞診が行われた。細胞診では、多数のマクロファージを含む血性背景に、結合性の高い異型腺様細胞の重積集塊が少数見られた。核はほぼ円形で、クロマチンはきわめて微細で、よく観察すると核溝や核内細胞質封入体が見いだされた。砂粒体と思われる細胞外物質も認めた。細胞診断は、甲状腺乳頭癌あるいはそのリンパ節転移が疑われる(悪性の疑い)とした。当初、超音波や CT 検査では頸部に他の異常は見いだせなかったが、他院における精査にて甲状舌管に位置する原発巣が発見され、根治手術が行われ甲状舌管部甲状腺乳頭癌の診断が確定した。Heshmati らは自施設における 44 年間の甲状舌管嚢胞手術例 741 例を拾い出し、そのうち 12 例(0.7%)に癌腫の発生を見いだしたと報告しているが、そのうち術前に正しく細胞診断されたのはわずか 1 例であったとしている。頸部の腫瘍や嚢胞性病変の細胞診では、甲状舌管部甲状腺乳頭癌も重要な鑑別診断として考慮する必要があると思われる。また、このような病変の穿刺細胞診の精度を上げるためには、一度嚢胞内腔の液体を抜き取った後で充実部を再度穿刺する方法も一考に値すると思われる。

P-2-074 びまん性硬化型乳頭癌の 1 例

JR 東京総合病院臨床検査科¹⁾, JR 東京総合病院乳腺外科²⁾

○恩田雅弘(CT)¹⁾, 谷川園子(CT)¹⁾, 千田雅子(CT)¹⁾,
木村勝巳(CT)¹⁾, 船山英明(CT)¹⁾, 中澤和久(CT)¹⁾,
大友梨恵(MD)¹⁾, 田中さゆり(MD)¹⁾, 関 邦彦(MD)¹⁾,
名取恵子(MD)²⁾, 平田 勝(MD)²⁾

【はじめに】甲状腺びまん性硬化型乳頭癌は、若い女性に好発し、通常の乳頭癌に比べ臨床的・病理学的に特徴を有する稀な腫瘍である。今回我々はその 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳、女性。2014 年、検診で甲状腺腫大指摘されるも症状なく放置。2016 年 4 月に他院受診し腫瘍を指摘され、当院へ紹介された。

【US 所見】右葉～峡部付近にかけて、13×17×1 mm の内部に多数石灰化を伴う境界不明瞭な不整形腫瘍を認めた。

【細胞所見】砂粒小体、多数のリンパ球を背景に核溝および核内細胞質封入体を伴う異型細胞集塊を認めた。核クロマチンもスリガラス状で、乳頭癌を考えた。砂粒体とリンパ球が多さから、びまん性硬化型、また一部に胞体が広く厚いものも認めたためその他の亜型も疑われた。

【組織所見】好酸性の胞体を有し、核腫大と核内封入体を伴う異型細胞がリンパ性間質を伴って乳頭状・胞巣状に増生していた。腫瘍周囲のリンパ管は拡張し、一部には腫瘍細胞と石灰化の浸潤像を認めた。免疫組織化学的に TTF-1(+), CK7(+), PAX8(weak focal+), p40(-), CK5/6(focal+)。以上からびまん性硬化型乳頭癌と診断された。

【まとめ】びまん性硬化型乳頭癌は、全乳頭癌中の 0.5～3%という稀な亜型であり、乳頭癌と診断できても亜型の推定までは難しいとされるが、一般的に若年性に多く、予後の悪い症例報告もあるので亜型推定は臨床的意義が高い。本症例は、提出組織標本と比較し細胞診標本を振り返ると、びまん性硬化型乳頭癌の特徴が十分に認められ、推定診断が可能だったのではないかと考える。今回の経験を活かし、より慎重に鏡検し精度向上していければと考える。

P-2-075 甲状腺篩型乳頭癌の1例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室¹⁾, 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科²⁾

○山口大介(CT)¹⁾, 原田美香(CT)¹⁾, 實平悦子(CT)¹⁾, 小寺明美(CT)¹⁾, 中村香織(CT)¹⁾, 香田浩美(CT)¹⁾, 内野かおり(MD)²⁾, 能登原憲司(MD)²⁾

【はじめに】家族性大腸腺腫症 (Familial adenomatous polyposis ; FAP) と合併し, 甲状腺に多発する篩型乳頭癌の症例を経験したので, 細胞学的特徴を中心に報告する。

【症例】10代女性. 2年前にFAPにて大腸全摘術の既往あり. 他院で甲状腺結節を指摘され当院紹介となった. エコー上甲状腺左葉に26×19mm, 右葉に5mmの結節が認められた. 穿刺吸引細胞診により両葉ともに甲状腺乳頭癌が疑われ, 甲状腺全摘術が施行された.

【細胞所見】高円柱状, 類円形の異型濾胞上皮細胞が, 分岐した間質とともに不規則重積性のある集塊で出現していた. 核は腫大し円形～類円形, 一部に核形不整および核溝があり, 核内細胞質封入体を多数認めた. クロマチンは細顆粒状で, 典型的な乳頭癌の核所見とは異なり, FAPとの関連から篩型乳頭癌も鑑別に挙げられた.

【組織所見】左葉の病変は境界明瞭な腫瘍で, 乳頭状, 索状, 篩状と多彩な構築が認められ管腔内にコロイドを欠いていた. 一部にmorulaの形成もあった. 核所見は, 一部にのみ乳頭癌様のすりガラス状核や封入体を認めた. 免疫染色では β -cateninが細胞質および核に陽性を示し, 形態もあわせて篩型乳頭癌と診断された. 右葉5mmの病変は大部分繊維化し標本上腫瘍細胞は同定されなかった. また肉眼的に指摘できない微小な病変が両葉に散見された.

【まとめ】本症例の細胞像は, 典型的な乳頭癌の構築と核所見がみられず, FAPの既往, 多発性の甲状腺癌という臨床的特徴から篩型乳頭癌を鑑別診断に挙げることができた. 細胞像を見直してみると篩状構造に相当する像が認められたが診断時には断定できなかった. 日頃より組織像と対比し, 細胞像にどのように反映されるか理解しておくことが重要である.

P-2-076 甲状腺乳頭癌における穿刺吸引細胞診標本を用いた BRAF V600E 変異解析の有用性

名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部¹⁾, 名古屋第一赤十字病院病理部²⁾

○村上佳穂(CT)¹⁾, 伊藤雅文(MD)²⁾, 藤野雅彦(MD)¹⁾, 郡司昌治(CT)¹⁾, 山下比鶴(CT)¹⁾, 杉山知咲季(CT)¹⁾

【はじめに】甲状腺乳頭癌は, 原発性甲状腺癌の80%以上を占める悪性腫瘍で, その29~69%でBRAF V600E変異が認められる. 穿刺吸引細胞診は乳頭癌を含む甲状腺腫瘍形成病変の確定診断が可能な診断手技である. しかし形態的に腺腫様甲状腺腫などの良性腫瘍との鑑別に苦慮する場合がある. 今回我々は, 穿刺吸引細胞診で確定診断に至らなかった甲状腺乳頭癌症例におけるBRAF V600E変異解析の有用性を検討した.

【方法】穿刺吸引細胞診で甲状腺乳頭癌の確定診断が得られず, 組織診断により甲状腺乳頭癌と診断された10症例, 対象として細胞診, 組織診断ともに腺腫様甲状腺腫と診断された10症例の計20症例を用いて検討を行った. 各症例の細胞診標本からQIAGEN社QIAamp Mini Kitを用いてDNA抽出を行い, Arkray社i-densyを用いてBRAF V600E変異を解析した.

【結果】甲状腺乳頭癌10症例のうち8例でBRAF V600E変異が認められ, 腺腫様甲状腺腫10症例では検出されなかった. また, 甲状腺乳頭癌10症例の細胞像をBRAF V600E変異の有無により比較検討したが, 両者に細胞学的な特徴の差はみられなかった.

【考察】甲状腺乳頭癌の確定診断が得られなかった症例のうち半数以上でBRAF V600E変異が認められ, 腺腫様甲状腺腫では検出されなかった. このことから穿刺吸引細胞診におけるBRAF V600E変異解析は甲状腺乳頭癌の診断に有用であると考えられた. 今回の検討では80%という文献値よりも高いBRAF V600E変異陽性率が得られたが, BRAF V600E陽性乳頭癌の細胞学的特徴の特定には至らなかった.

P-2-077 DIPNによって誘発したラット甲状腺病変におけるCD26/DPP IVの発現

九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹⁾, 九州保健福祉大学がん細胞研究所²⁾, 宮崎大学医学部内科学免疫感染病態学講座³⁾, 古賀総合病院検査技術部⁴⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断部⁵⁾, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科⁶⁾, 順和会記念病院病理診断科⁷⁾

○荒武八起(PhD)^{1,2)}, 野村 創(PhD)³⁾, 清山和昭(CT)⁴⁾, 大野招伸(PhD)⁵⁾, 大澤幸希光(CT)⁶⁾, 西森 誠(PhD)^{1,2)}, 宮本朋幸(CT)^{1,2)}, 葉師寺宏匡(該当なし)^{1,2)}, 所司陸文(PhD)^{1,2)}, 大野節代(MT)^{1,2,6)}, 林 透(MD)⁷⁾, 岡山昭彦(MD)³⁾, 大野英治(PhD)^{1,2,6)}

【目的】我々はCD26/DPP IV(dipeptidyl peptidase IV)がヒト甲状腺乳頭癌および濾胞癌に高発現していることを報告してきた。甲状腺癌におけるCD26/DPP IVの発現は、何らかの増殖刺激と関連していることは推測されるが、詳細については不明である。この研究の目的は甲状腺腫瘍の発生とCD26/DPP IV発現をヒトとラットについて比較検証することである。

【方法】生後4週齢のWisterラットを3グループに分け、グループAはdiisopropanol-nitrosamine (DIPN)の750 mg/kgを週に一回、10週間背部皮下に注入し、11-20週は0.003%の6-n-propyl-2-thiouracil(PTU)を飲料水として与えた。グループBには11-20週にPTUのみ与えた。グループCは対照として無処理で20週間飼育した。20週後、麻酔下で屠殺した。摘出した甲状腺から凍結切片とホルマリン固定パラフィン切片を作製し、酵素活性染色および免疫組織化学染色で評価した。病変は1. Proliferative nodule, including hyperplasia and adenoma (PN), 2. PN with atypia, indefinite carcinoma, 3. Definite carcinomaの3 typeに分けて評価した。なお、本研究は宮崎大学動物倫理委員会承認のもとに行った。

【結果】グループAの8匹中5匹にDefinite carcinomaが見られた。グループBにはPNを認めたがそれ以上の病変は発生しなかった。活性染色および免疫染色の結果は相関し、NP, NP with atypia, Definite carcinomaの順に強い陽性像を示した。この結果はヒト甲状腺におけるBenign, Carcinomaの所見と良く相関した。DIPNによるラット甲状腺病変の誘発はヒト甲状腺癌の病態を検討する上で有用と考える。本研究において、甲状腺腫瘍の進展とCD26/DPP IVの発現には関連性があることが明らかとなった。

P-2-078 頸部腫瘍穿刺細胞診が有用であった paraganglioma の一例

関西電力病院病理検査室

○長松光美(CT), 上田知英子(CT), 高城理香(CT), 村上ひとみ(CT), 夏秋知佳(CT), 河合 潤(MD)

【はじめに】Paragangliomaは傍神経節細胞由来の腫瘍である。傍神経節腫瘍の90%は副腎の発生する褐色細胞腫であるが、約10%は副腎外に発生しparagangliomaと称される。さらにparagangliomaの悪性は約40%あり、非常に稀な腫瘍である。今回、左頸部腫瘍で臨床的には良性の神経鞘腫を疑っていた。しかし、頸部FNAにて悪性疑い、PET-CTにて異常集積が認められた為、腫瘍摘出および頸部郭清術が行われた。腫瘍摘出後の病理診断においてparagangliomaとされ、同時にリンパ節転移もみられた。悪性paragangliomaと診断された症例を経験したので報告いたします。

【症例】51歳男性。現病歴は右肩・右手のしびれにて整形外科受診するも理学的に明らかな異常は見られなかった。しかし、頸椎症疑いにて施行されたMRIで左頸部腫瘍を指摘され、精査目的で耳鼻科に紹介となった。左腫瘍は縦7センチ×横3センチの大きさで、穿刺吸引細胞診が行われた。

【細胞像】核型不整、クロマチン増量した異型細胞が弧在性または集塊に多数認められた。核は類円形ないしは楕円形で濃縮していた。また、核内に空胞のあるものも見られた。細胞質は紡錘状の細胞で組織球様にもみられた。そのため、悪性線維性組織球症や腺癌が疑われ、悪性疑いとして報告された。

【まとめ】今回の症例では臨床的には良性腫瘍が疑われていた。また、CT, MRIの画像検査でも同様の結果であった。穿刺細胞診とPET-CTで悪性が疑われたため、左頸部腫瘍摘出および頸部郭清が行われて、確定診断された。Paragangliomaは頸部腫瘍の中でも非常に稀な疾患であり、細胞診断時には予想し得なかった。この経験を生かし今後の細胞診精度向上に努めたいと思う症例であった。

P-2-079 頸部に発生した myxofibrosarcoma の 2 症例

鳥取県立中央病院病理診断科¹⁾, 鳥取県立中央病院病理検査室²⁾

○徳安祐輔(MD)¹⁾, 中本 周(MD)¹⁾, 田中瑞歩(CT)²⁾, 川上智史(CT)²⁾, 前田和俊(CT)²⁾, 松ノ谷尚子(CT)²⁾, 岡田早苗(CT)²⁾

【はじめに】 Myxofibrosarcoma は成人に発生する肉腫の中では比較的頻度が高く、高齢者の四肢に発生が多いと言われている。今回我々は高齢男性の頸部に発生した 2 症例を経験したので報告する。

【症例】(症例 1) : 70 歳代, 男性。左耳下部の腫張を指摘, 左耳下腺腫瘍疑いにて近医より当院紹介となった。左胸鎖乳突筋に連続する 5 cm 大の腫瘤であり, FNA にて良悪鑑別困難であり切除となった。(症例 2) : 60 歳代, 男性。2ヶ月前より右頸部腫瘤を自覚し近医受診, 当院紹介となった。右耳介後方の 40 mm 大の皮下腫瘤であり, FNA にて良悪鑑別困難であった。後日の生検にて肉腫疑いであったため切除となった。

【細胞所見】 2 症例とも, 類円形~楕円形核を持つ細胞が主体で, 核型不整のある大型核や多核のものも少なからず見られた。細胞密度の高い部~低い部まで見られたが, 異型核分裂を含め核分裂像は明らかには認めなかった。背景には LG に淡染する粘液様の薄い基質や小リンパ球が見られた。悪性(肉腫)の可能性も疑われたが, 良悪の鑑別は困難であった。発生部位(いずれも耳下腺近傍)も含めて鑑別は多岐にわたり, 組織型の推定は困難であった。

【組織所見】 2 症例とも紡錘形異型細胞が背景に粘液様基質や血管増生を伴って疎あるいは密に増殖していた。大型核や多核のものも散見され, 異型核分裂を含む核分裂像も見られた。免疫染色では Vimentin と α SMA が陽性であり, 他の筋原性マーカーや上皮系マーカー, CD34, S100 等は陰性であった。

【まとめ】 軟部腫瘍において細胞診での組織型の推定は困難な場合が多いが, 悪性の可能性が示唆される場合は切除生検の際に断端に留意するなど, 術者にとって有益な情報を与えうると考える。

P-2-080 成人頰部に発生した紡錘形細胞型横紋筋肉腫の 1 例

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, がん研究会がん研究所病理部²⁾

○伊藤崇彦(CT)¹⁾, 佐藤由紀子(DDS)^{1,2)}, 古田則行(CT)¹⁾, 藤山淳三(CT)¹⁾, 星 利良(CT)¹⁾, 池畑浩一(CT)¹⁾, 鈴木奈緒子(CT)¹⁾, 山田麻里沙(CT)¹⁾, 石井脩平(CT)²⁾, 小松京子(CT)¹⁾, 神田浩明(MD)^{1,2)}, 石川雄一(MD)^{1,2)}, 杉山裕子(MD)¹⁾

【はじめに】 紡錘形細胞型横紋筋肉腫 : Spindle cell rhabdomyosarcoma (SRMS) は小児では胎児型横紋筋肉腫の予後良好な亜型であった。WHO 2013 年版では Spindle cell / sclerosing RMS と新たに分類された。今回, 成人に頰部発生した SRMS の 1 例を報告する。

【症例】 40 代女性。右下顎痛自覚し, 近医受診し腫瘍指摘され, 当院紹介受診。右頰粘膜腫瘍から穿刺吸引細胞診施行, Spindle cell tumor と判定した。後日, 切除生検施行され SRMS と診断された。化学放射線治療施行後に腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】 炎症細胞を少数伴い, 紡錘形を呈する腫瘍細胞が孤立散在性に出現していた。腫大する楕円形から紡錘形核および一部に葉巻状核を有し, 核クロマチンは細顆粒状を呈していた。核の大小不同がみられ, 核形不整を伴う腫瘍細胞も認められた。細胞質は淡く辺縁不明瞭な紡錘形を呈していた。

【組織所見】 長紡錘形細胞が膠原繊維を伴い浸潤し, 炎症細胞浸潤を伴っていた。免疫染色にて, Desmin, SMA, Myogenin, MyoD1 陽性。HHF35 弱陽性。MIB-1 約 40% 陽性を示した。平滑筋肉腫, 結節性筋膜炎, SRMS が鑑別となり, 遺伝子学的検索施行 PAX-FOXO1 キメラ遺伝子陰性, MYOD1 コドン 122 の変異が認められ, SRMS と診断された。

【まとめ】 穿刺吸引細胞診では葉巻状核を有する平滑筋肉腫様細胞を含む紡錘形細胞成分のみで, 横紋への分化を示す細胞が出現しておらず SRMS まで推測することは困難であった。葉巻状核を有する平滑筋肉腫様細胞を含む紡錘形細胞成分を認めた場合, SRMS を鑑別に挙げる必要があると考えられた。

【謝辞】 本症例を発表するにあたり病理診断及び遺伝子診断に関してご指導頂きました。がん研究会がん研究所高澤豊先生, 中村卓郎先生, 町並陸生先生に深謝いたします。

P-2-081 細胞診で診断された真菌・アcantアメーバ眼感染症の3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⁾

○佐藤 斉(CT)¹⁾, 恒成徳子(CT)¹⁾, 藤原 仁(CT)¹⁾,
光田成未(CT)¹⁾, 岡 春子(CT)¹⁾, 小原光祥(CT)¹⁾,
松山篤二(MD)^{1,2)}, 島尻正平(MD)^{1,2)},
久岡正典(MD)^{1,3)}

【はじめに】細胞診で診断されたカンジダ性眼内炎, 糸状菌性角膜真菌症, アcantアメーバ角膜炎の症例を経験したので報告する。

【症例1】患者: 60代, 男性. 主訴: 右眼視力低下. 既往歴: 肝硬変, 食道動脈瘤, 糖尿病. 硝子体灌流液細胞診: 炎症細胞を背景に仮性菌糸と胞子を有する真菌が出現しておりカンジダと同定した. 培養検査: *Candida Albicans*

【症例2】患者: 70代, 男性. 主訴: 右眼痛, 視力低下. 既往歴: 糖尿病, 木の枝で右眼外傷. 角膜擦過細胞診: 炎症細胞を背景に真菌塊が採取されていた. それらの真菌は菌糸幅が一定で隔壁を有しており種属までの同定は困難ながら糸状菌と判断できた. 培養検査: 陰性

【症例3】患者: 20代, 女性. 主訴: 両眼痛, 流涙. コンタクトレンズ(CL)装着歴: 2週間交換型SCL装着. CL保存液細胞診: Pap.染色では外壁と内壁を有する2重膜構造で内部は球状あるいは放射状で不染な病原体を多数検出した. PAS染色では外壁が突起状, 外壁と内壁間是不染で内部は暗赤色に染まっていた. それらの形態からアcantアメーバの嚢子と同定した. 培養検査: 一般培養検査がのみ施行されアcantアメーバ培養は実施されなかった.

【まとめ】最近のCL装着者の増加, 抗生剤やステロイド剤の使用頻度の増加で眼感染症は増加傾向にあり, 細胞診が有用な診断手段であると考えられた.

P-2-082 下眼瞼に発生した Merkel cell carcinoma の一例

一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科

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

【はじめに】Merkel cell carcinoma (以下MCC)は, 高齢者の頭部や顔面の露光部に好発する, 神経内分泌系の比較的稀な高悪性腫瘍である. 今回, 下眼瞼に発生した巨大な皮膚腫瘍の穿刺吸引細胞診(以下FNA)および皮膚生検でMCCと診断された例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

【症例】80歳女性. 3月頃に右下眼瞼に1.5cm大の黒褐色調の腫瘍を自覚. 増大したため5月に他院を受診したが, 高齢を理由に精査, 手術を希望せず経過観察となった. 8月に腫瘍が4cmまで増大し, 出血したため当院救急室を受診し, 形成外科へ紹介された. 後日, 診断目的の為, FNAおよび皮膚生検を施行した.

【細胞所見】血性の背景に, 小型裸核状の類円形細胞が孤立性や小集塊で見られた. 核クロマチンは微細に増量していたが, 核の切れ込みや核小体は見られなかった. また, 集塊部分では木目込み構造が認められた. これらの所見から肺小細胞癌の転移, 悪性リンパ腫, MCCが疑われた.

【組織所見】真皮層に, クロマチン濃染性の小型類円形細胞の充実性増殖が見られた. MCCや肺小細胞癌の転移など神経内分泌腫瘍が考えられ, 確定診断のため免疫染色が施行された. 免疫染色の結果ではCK20(+), TTF-1(-), Synaptophysin(+), CD56(+), ChromograninA(-)であった. CK20では核の近傍にドット状の強陽性像(perinuclear dot pattern)が確認された. 以上の所見よりMCCと診断された.

【まとめ】MCCの診断は, 細胞診検体の細胞像の観察のみでは不正確であり, 生検を行い免疫組織学的検索を加えて慎重に確定診断を行うことが必要であるとされる. 皮膚腫瘍を対象としてFNAを施行する例は少ないが, 本例は細胞像によってMCCを鑑別診断の一つに挙げる事が可能な症例であった.

P-2-083 鑑別が困難であった外耳道腺系悪性腫瘍の1例

福島県立医科大学附属病院病理部¹⁾, 福島県立医科大学病理病態診断学講座²⁾

○菅野寿也(CT)¹⁾, 村越政仁(CT)¹⁾, 山谷幸恵(CT)¹⁾, 赤城美代子(CT)¹⁾, 岡 佑香(MD)^{1,2)}, 村上英美(MD)^{1,2)}, 喜古雄一郎(MD)^{1,2)}, 田崎和洋(MD)^{1,2)}, 橋本優子(MD)^{1,2)}

【はじめに】外耳道に発生する悪性腫瘍は比較的稀な疾患であり、頭頸部悪性腫瘍のうち1.38~1.44%で、病理組織学的には扁平上皮癌が最も多く、次いで基底細胞癌、腺様嚢胞癌などであり、単純癌である腺癌は非常に稀と報告されている。今回我々は、穿刺吸引細胞診で、鑑別困難として報告し、その後の生検組織診にて、腺系悪性腫瘍が示唆され、摘出に至った症例を経験したので報告する。

【症例】32才、男性。左外耳道後壁腫脹、圧痛を主訴として当院に紹介された。一部腫瘍形成を認め、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞像】重積性のある小型細胞から成る大型の集塊が少数認められた。背景は、比較的きれいで粘液や壊死は明らかではなかった。核はN/C比が高く、類円形で大小不同や核異型には乏しく、クロマチンは均一に軽度増量していた。細胞質は淡く、細胞境界は不明瞭であった。腺系上皮由来が第一に推測されるが、基底細胞系腫瘍、筋上皮系腫瘍も鑑別に挙がり、由来及び良悪の鑑別は困難であった。

【組織像(生検)】一部、粘液腫様の変性を伴った線維性基質を背景に、不規則に配列する胞巣状の腫瘍細胞の増殖を認めた。細胞は比較的小型の類円形核と好酸性の細胞質を有し、一部索状に配列する傾向を示すが、アーチファクトのため、細胞形態を認識するに至らなかった。細胞の大きさは比較的均一で異型が弱いものの小型の胞巣を形成しながら間質内に浸潤する傾向があり、悪性が示唆され、免疫染色では腺上皮マーカーは陽性、筋上皮マーカーは陰性であった。

【まとめ】外耳道に発生した悪性腫瘍を経験した。摘出材料の詳細な結果と、後方視的な細胞像の検討を加えて報告する。

P-2-084 癌性腹膜炎と鑑別を要した性器結核の1例

近畿大学医学部奈良病院産婦人科¹⁾, 近畿大学医学部奈良病院病理診断科²⁾, 石切生喜病院病理診断科³⁾

○中村雅子(MD)¹⁾, 杉本澄美玲(MD)¹⁾, 金山清二(MD)¹⁾, 浦 雅彦(CT)²⁾, 福森恭代(CT)²⁾, 若狭朋子(MD)²⁾, 太田善夫(MD)²⁾, 若狭研一(MD)³⁾, 大井豪一(MD)¹⁾

【緒言】結核性腹膜炎・性器結核は結核疾患の中では非常に稀な病態である。今回われわれは、大量腹水貯留と腹膜結節を生じ、癌性腹膜炎との鑑別に難渋した症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性、3経妊2経産。2カ月間継続する腹部膨満感を主訴に前医を受診した。経腹超音波で中等量の腹水貯留を認め、MRIでは腹膜肥厚を認めた。腹水ADA値は75 IU/lと上昇を認め、結核性腹膜炎の可能性を疑うも、腹水塗抹鏡検と腹水培養検査は陰性であった。血中CA125値は139 U/mlと異常値を示した。上部下部消化管内視鏡検査では異常を認めず、腹膜癌を疑われ当科紹介となった。子宮頸部・体部細胞診では、上皮成分はほとんど採取されず、壊死性背景にリンパ球主体の炎症性細胞と類上皮肉芽腫様の細胞集塊を認めた。しかし明らかなランゲルハンス巨細胞を認めず、結核の確定に至らなかった。腹膜癌・癌性腹膜炎の可能性も否定できなかったため、N95マスク着用下での試験開腹術を実施した。腹膜と大網の術中迅速病理検査ではランゲルハンス巨細胞を含む類上皮肉芽腫を認め、結核性腹膜炎を強く疑った。手術は腹式単純子宮全摘術と両側付属器切除術を追加し閉腹した。術後、T-SPOTと子宮腔内膿のTb-PCRが陽性で、摘出病理標本から子宮・卵管および腹膜結核と診断された。腹水と子宮腔内膿の培養検査でM.tuberculosisが検出されたため、抗結核剤で治療した。

【結語】子宮内膜細胞診で著明な炎症所見を認めた場合は、結核性腹膜炎を含む炎症性腹膜炎の可能性を念頭に置く必要がある。

P-2-085 子宮体部 Endometrial intraepithelial carcinoma (EIC) の一例

長崎みなとメディカルセンター市民病院病理診断科¹⁾,
長崎みなとメディカルセンター市民病院産婦人科²⁾, 長崎大学原研病理³⁾

○丸尾俊昭(CT)¹⁾, 森山くるみ(CT)¹⁾, 山本大貴(MT)¹⁾,
上井 元(CT)³⁾, 川下さやか(MD)³⁾, 谷川輝美(MD)²⁾,
小寺宏平(MD)²⁾, 中島久良(MD)²⁾, 入江準二(MD)¹⁾

【はじめに】 Endometrial intraepithelial carcinoma (EIC) は漿液性腺癌の浸潤前の前駆病変とされている。今回、我々は細胞診で腺癌が推定され、子宮体部における EIC を認めた症例を経験したので、報告する。

【症例】 70歳代、女性。不正性器出血があり、子宮脱を伴っていた。子宮内膜細胞診で、核腫大を示し、核密度が高い異型内膜細胞集塊が認められた。子宮頸部細胞診では、異型腺系細胞がみられ、内膜細胞診と類似していたことから、内膜由来の異型上皮細胞と考えられた。以上から細胞診陽性で、腺癌が推定された。当院 MRI で浸潤の程度が不明であったが、準広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術が行われた。

【結果】 摘出子宮の前壁を切開したが、内膜面には明らかな病変が認められなかった。子宮内膜の全割切片を組織学的に検索したところ、子宮内膜のごく一部に EIC が認められた。EIC では体部漿液性腺癌や腹膜の漿液性腺癌を合併することが多いとされているが、本例では、両側卵管采も含めて他臓器に認められなかった。

【考察】 本例は、細胞診で腺癌が疑われたが、摘出臓器の肉眼的観察で病変を見出すことができず、標本の徹底した検索で、微少な癌を見出すことができた。細胞診で、それを検出していたことから、細胞診の威力を実感できた症例であった。細胞診で陽性であったとき、摘出臓器に肉眼的に認められなくても、顕微鏡的に見出すことができると信じて、検索を行うべきである。

P-2-086 子宮体部扁平上皮癌の1例

白河厚生総合病院産婦人科¹⁾, 白河厚生総合病院病理診断科²⁾, 獨協医科大学産科婦人科学教室³⁾

○古川茂宜(MD)¹⁾, 吉田史子(MD)¹⁾, 山内隆治(MD)¹⁾,
野沢佳弘(MD)²⁾, 長谷川清志(MD)³⁾

子宮体部扁平上皮癌はこれまで本邦で数十例程度の報告しかない稀な腫瘍であり、内膜の扁平上皮化生が関与するとされる。66歳、2経妊2経産、閉経55歳。2年前からの不正性器出血を自覚していた。検診の際に子宮内腔に腫瘤を指摘され受診した。初診時、経腔超音波にて子宮内膜は委縮しており、内腔に筋腫と思われる15mm大の低エコー像を認めた。子宮内膜細胞診では核腫大、核縁不正を伴うオレンジG好染の扁平上皮細胞が集塊で散在しており、内膜腺細胞は認められず検体不適正とした。続く内膜組織診では乳頭状構造を伴う肥厚した扁平上皮を認め、内膜扁平上皮化生と診断した。内膜細胞診および組織診にて経過観察の方針とした。3ヶ月後の細胞診、組織診でも同様に内膜扁平上皮化生の所見であった。MRI 上子宮内腔に2cm大の粘膜下筋腫を認め、内膜は菲薄しており悪性を疑う所見には乏しかったが、不正出血が持続していたため、本人と相談して全腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。肉眼的には、術前の画像通り子宮は鶏卵大で頸部には異常を認めなかった。内腔に小さい粘膜下筋腫を認め、内膜は鱗状に変性していた。術後病理組織診では正常の内膜腺上皮の表層に広く扁平上皮化生の所見を認めた。扁平上皮化生に連続して間質に浸潤する扁平上皮癌を認めた。一部で1/2以上の筋層浸潤と静脈侵襲を認めたため、再手術として骨盤、傍大動脈リンパ節郭清を施行した。摘出したリンパ節に転移は認めなかった。pT1bN0M0, stage1B (FIGO2008) として、現在パクリタキセルおよびカルボプラチンにて術後化学療法を施行中である。今回、内膜扁平上皮化生を背景に発生したと思われる子宮体部扁平上皮癌の1例を経験したため報告する。

P-2-087 卵巣癌が疑われた子宮発生アデノマトイド腫瘍の一例

社会医療法人愛仁会千船病院技術部検査科¹⁾, 社会医療法人愛仁会杏和総合医学研究所検査部²⁾, 社会医療法人愛仁会千船病院診療部産婦人科³⁾, 社会医療法人愛仁会千船病院診療部臨床病理科⁴⁾

○佐藤 圭(CT)¹⁾, 伏見翔一郎(CT)¹⁾,
玉岡紗矢佳(CT)²⁾, 安田立子(MD)³⁾,
吉安可奈子(MD)⁴⁾, 名方保夫(MD)⁴⁾, 八十嶋仁(MD)⁴⁾

【はじめに】アデノマトイド腫瘍は精巣, 卵管, 子宮より発生する中皮細胞由来の良性腫瘍で, 摘出した検体に偶然発見されることが多く, 細胞診検体として得られる機会は少ない。今回我々は, 卵巣癌が疑われ術中迅速診断にて悪性とされた腫瘍より, 捺印細胞診検体を得, その後組織診断で子宮より発生したアデノマトイド腫瘍と診断された一例を経験した。その細胞所見について報告する。

【症例】54歳女性。1経産(帝切), 気管支喘息既往, 2015年右卵巣腫瘍疑いで当院紹介。腔頸部細胞診はNILM。内診で腹部に子宮と一塊で超手拳大の腫瘤を触れる。経腔エコーで子宮95mm大, 左卵巣腫大なし。右卵巣59.8×57.4mm, 充実部分30.7×29.8mm。腫瘍マーカーはCA125 52.8U/ml(正常値35U/ml)と高値で, SCC, CA19-9, CEAは正常値であった, CT, MRIで悪性腫瘍が疑われたため, 試験開腹術および術中迅速診断が施行された。

【術中迅速組織所見】管腔および嚢胞様構造を示す腫瘍細胞が認められ, また印環細胞様細胞も散見された。

【捺印細胞診所見】ライトグリーンに染まる細胞をシート状に認めた。胞体は厚く細胞間に空隙があり中皮様細胞のwindow形成と捉えられ, 一部では大小の空隙に核が圧排された印環細胞様所見や腺腔様配列も認められた。核は小型でクロマチンは均一, 核内封入体を伴う所見もみられた。

【まとめ】本腫瘍は主要病変に付随して得られることが多い為, 細胞診検体として得られることはまれである。他方腺腔形成細胞と印環細胞が認められた場合, 良悪の鑑別が重要となる。印環細胞を含む中皮様細胞が認められた場合は, 本腫瘍も考慮しなければならない。

P-2-088 細胞診のスクリーニングに苦慮した線維形成性小円形細胞腫瘍の1例

日本大学医学部産婦人科学系産婦人科学分野¹⁾, 日本大学医学部附属板橋病院病理部²⁾, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野³⁾, 日本大学医学部病態病理学系機能形態学分野⁴⁾

○仲尾岳大(MD)¹⁾, 梶田賢司(MD)¹⁾, 中島隆広(MD)¹⁾,
春日晃子(MD)¹⁾, 高田眞一(MD)¹⁾, 千島史尚(MD)¹⁾,
関 利美(CT)²⁾, 伊豆麻未(DDS)^{2,4)},
唐 小燕(MD)^{2,3)}, 大荷澄江(MD)^{2,4)},
増田しのぶ(MD)^{2,3)}, 杉谷雅彦(MD)^{2,4)}

【背景】線維形成性小円形細胞腫瘍(desmoplastic small round cell tumor, DSRCT)は急速に進行する悪性腫瘍で, その多くは腹腔内に発生する。今回我々は細胞診断に苦慮したが免疫組織学的にはDSRCTと思われる症例を経験したので報告する。

【症例】患者は52歳, 女性, 子宮体部に10cmの腫瘤と左鎖骨上窩リンパ節腫大ならびに腎不全を指摘され当科を紹介された。腫瘤は小骨盤腔を占拠し, 手術の適応なく, 化学療法開始前に永眠された。

【細胞所見】子宮内膜細胞診において, 壊死性背景に大小不同見られる異型細胞を孤立性から集塊で認めた。細胞は楕円から紡錘形で大型化を示し, クロマチンは粗顆粒状で明瞭な核小体を有し, 核形不整, 一部に核溝や多核細胞, mitosisを認めた。細胞質は淡く線維状で細胞境界不明瞭であった。

【組織所見】子宮内膜生検では広範な壊死を伴い小型円形や多形の異型細胞が増生していた。免疫染色上, 腫瘍細胞は, synaptophysin, vimentin, WT1に陽性, CD56, Desminは一部陽性を示し, AE1/AE3, CK7, CK20, chromogranin, CD10, HNF1 β , HMB45, α SMA, ER, PgR陰性であった。これらの所見からDSRCTを最も疑った。

【結論】本邦では未だ稀なDSRCTと考えられた1例を経験した。DSRCTの細胞診では小細胞とともに線維性間質由来の細胞が特徴とされる。本例の場合, 内膜細胞診のみでは組織型の推定が困難であったが, 組織所見よりDSRCTを考えた。さらに腫瘍組織を用いたESW-WT1融合遺伝子検索を施行したが, 陽性所見が同定できず, 細胞転写法による追加検索を施行中で, その結果も加えて報告する。

P-2-089 AFP 産生性子宮体部肝様腺癌の 1 例

独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院病理診断科

○濱村尚也(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), 山上朋之(CT), 高良多磨枝(CT),
長谷川直樹(DDS), 角田幸雄(MD)

【はじめに】今回我々は AFP 産生性子宮体部肝様腺癌の 1 例を経験した。細胞学的特徴を検討したので報告する。

【症例】55 歳。女性。不正出血を主訴に、エコー検査にて子宮体癌が疑われ、当院紹介となった。子宮内膜細胞診で class5, 子宮内膜生検は低分化類内膜腺癌の診断であった。背景にアルコール性肝機能障害があり、AFP (6891 ng/ml), PIVKA (196 mAU/ml) が高値であったことから肝細胞癌が疑われたが、画像上所見無く、肝臓については経過観察となった。肝機能の改善がみられたため子宮全摘、両側付属器切除、リンパ節郭清が施行された。

【細胞所見】出血壊死性背景に、辺縁不整な大型の重積集塊、平面的小集塊を認めた。集塊内部には腺腔様構造が目立ち、周囲には裸核細胞を認めた。細胞異型が強く、高異型度の腺癌を疑った。

【組織所見】好酸性の胞体、類円形核と腫大した核小体をもつ腫瘍細胞が敷石状に配列し、充実性や索状に増殖、腺腔様構造を形成しており、肝細胞癌に類似していた。一部には分化した腺癌部分を認めた。免疫組織化学染色は肝様腺癌部分、腺癌部分共に AFP 陽性、p53 陽性、ER 陰性となり、腺癌部分は 2 型の子宮体癌と考えられた。

【まとめ】組織像で腫瘍の約 9 割が髓様増殖を示す肝様部であることから、内膜細胞診像は肝細胞癌に類似していると思われた。しかし、組織でみられた腺管様構造や、索状構造は認められたものの、個々の細胞については明らかな肝細胞に類似した所見が得られず、組織型推定は困難であった。臨床的な背景や、血清 AFP 値を加味したうえで慎重に診断することが重要と考えた。

P-2-090 子宮体部 Dedifferentiated carcinoma の 1 例

日本医科大学産婦人科¹⁾, 日本医科大学病理診断科²⁾

○石原彩子(MD)¹⁾, 黒瀬圭輔(MD)¹⁾, 松橋智彦(MD)¹⁾,
山本晃人(MD)¹⁾, 川瀬里衣子(MD)¹⁾, 山田 隆(MD)¹⁾,
米山剛一(MD)¹⁾, 鴨井青龍(MD)¹⁾, 大橋隆治(MD)²⁾,
内藤善哉(MD)²⁾, 竹下俊行(MD)¹⁾

【緒言】子宮体部 Dedifferentiated carcinoma は、未分化癌に Grade1 ないし Grade2 の類内膜腺癌が混在する稀な腫瘍であり、その予後は不良であると言われ注意が必要な疾患である。今回我々は、術後病理組織診断にて Dedifferentiated carcinoma と診断された 1 例を経験したので報告する。

【症例】53 歳。1 経妊 0 経産。閉経 50 歳。子宮筋腫にて近医フォロー中に子宮内膜細胞診にて classIV を指摘され当科紹介となった。前医での細胞診では異型細胞は裸核状で多形性もみられ、肉腫系腫瘍との鑑別を要する所見であった。当院で施行した子宮内膜組織診では、大型不整形や bizarre な細胞も混在し、高悪性度子宮内膜間質肉腫が疑われた。骨盤 MRI にて多発子宮筋腫と子宮内膜の肥厚を認めたが、腫瘍の筋層浸潤は明らかでなかった。PET-CT では明らかな転移は認めなかった。以上の結果より、高悪性度子宮内膜間質肉腫の術前診断にて腹式子宮全摘出術、両側付属器切除術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。子宮は超手拳大で、腫瘍は子宮内腔に向かってポリープ状に突出するように増殖していた。腫瘍の捺印細胞診では、高度炎症性背景に核形不整、核小体の目立つ変性の強い異型細胞が少数認められた。術後病理組織診断の結果は、未分化癌成分と Grade1 の類内膜腺癌成分が混在した Dedifferentiated carcinoma であり、臨床進行期 IA 期 (pT1aN0M0) の診断であった。現在、術後補助化学療法として TC 療法を施行中である。

P-2-091 子宮体部明細胞腺癌術前診断における細胞診の有用性

国立病院機構北海道がんセンター婦人科¹⁾, 国立病院機構北海道がんセンター病理診断科²⁾

○加藤秀則(MD)¹⁾, 竹下 奨(MD)¹⁾, 大場洋子(MD)¹⁾, 見延進一郎(MD)¹⁾, 藤堂幸治(MD)¹⁾, 岡本一平(MD)¹⁾, 鈴木宏明(MD)²⁾, 山城勝重(MD)²⁾

【目的】子宮体部明細胞腺癌は漿液性腺癌などと並び2型の体癌と言われ臨床的に悪性度も高く, 術前に正確な診断を得ることはその後の治療方針の検討に必要である。その術前診断における細胞診の有用性を検討する。

【方法】従来の報告や病理学的特徴から細胞診における特徴となりえる, A. 細胞配列 B. 細胞質の明調 C. 裸核の存在 D. hobnail 様細胞質の飛び出し E. 多角化 F. 核の大小不同 G. 大きな核小体の存在 の有無と程度について19例の子宮体部明細胞腺癌について検討した。また術前診断の内臓組織診との補完についても検討した。

【結果】1) 細胞診所見での出現率は, A はシート状, 乳頭状出現が半々, BC は 73.7% DEG は 84.2%, F は 57.9%であり, BCDEG が評価所見として有用と考えられた。2) 有所見率は 8 例で 5/5 (100%), 6 例で 4/5 (80%), 3 例で 3/5 (60%), 2 例で 2/5 (40%)であった。2 所見しかなかった 2 例のうち 1 例は核所見のみであったがもう 1 例は hobnail 様細胞質の飛び出しが見られ診断が可能であった。以上から 18/19 例で組織型推定が可能であった。3) 術前組織診で組織型の診断がつけられなかった 5 例のうち 3 所見以上あるものが 4 例あり組織型診断に有用であった。

【結論】子宮体部細胞診において, 細胞質の明調, 裸核の存在, hobnail 様細胞質の飛び出し, 核の大小不同, 大きな核小体の存在を指標に明細胞腺癌の存在を診断することは組織診と並び有用である。

P-2-092 MPA 療法と GnRH 療法施行後子宮全摘術に至った異型内膜増殖症の 1 例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾

○榎田明美(CT)¹⁾, 伊藤園江(CT)¹⁾, 原武晃子(CT)¹⁾, 大田桂子(CT)¹⁾, 武井美和(CT)¹⁾, 長山大輔(CT)¹⁾, 坂本康輔(CT)¹⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 西田直代(MD)²⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】子宮体癌は増加傾向にあり, 40 歳以下の若年症例も増加している。今回我々は複雑型子宮内膜異型増殖症(以下 AEHC) 診断後高容量 MPA 療法に加え GnRH 療法を施行し子宮全摘術に至った症例を経験し, 内膜塗抹標本及びブラシ洗浄によるすり合わせ標本の細胞像, セルブロック(以下セル B) 組織診を含めた組織像の変化を観察する機会を得たので報告する。

【症例】36 歳, 0 経 0 産。不正出血を主訴に当院受診。子宮筋筋症及び AEHC と診断され高容量 MPA 療法 6 サイクル施行され, 効果判定にて寛解と判断され, 細胞診及びセル B 組織診による経過観察をされた。子宮筋筋症と過多過長月経, 貧血に対し GnRH3 療法を 3 サイクル, 3 年後に 6 サイクル施行された。9 ヶ月後の内膜細胞診にて偽陽性, 組織診にて AEHC と再燃を認めたため子宮全摘出となった。最終診断は AEHC であった。

【細胞像, 組織像】MPA 療法 3 サイクル後では内膜腺の萎縮性変化や間質の脱落膜様変化を認めた。MPA 療法 6 サイクル後では内膜腺の萎縮性変化が主体で AEHC の残存は認めなかった。GnRH 療法 3 サイクル後の細胞像では被覆上皮の乳頭化生や, 腺の拡張を認めた。GnRH6 サイクル後には萎縮した内膜腺と不規則な増殖拡大を見る内膜腺上皮を認めた。細胞像では拡張分岐所見に加え乳頭状, 扇状, 篩状所見を認め AEHC と診断したが, G1 との鑑別が必要であった。

【まとめ】MPA 療法において寛解に至るまでの内膜細胞診や組織診の経時的変化に加え, GnRH 施行時の内膜細胞診や組織診の経時的変化を経験した。

P-2-093 紫色レーザーで分取した子宮体癌 SP 細胞における未分化維持関連遺伝子の発現

九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹⁾, 九州保健福祉大学がん細胞研究所²⁾, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科³⁾, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科⁴⁾

○宮本朋幸(CT)^{1,2)}, 富安 聡(PhD)³⁾,
大澤幸希光(CT)⁴⁾, 西森 誠(PhD)^{1,2)},
葉師寺宏匡(該当なし)^{1,2)}, 所司睦文(PhD)^{1,2)},
荒武八起(PhD)^{1,2)}, 大野節代(MT)^{1,2,3)},
大野英治(PhD)^{1,2,3)}

癌幹細胞は自己複製能, 分化能, 造腫瘍能を有し, 癌の再発や転移に関与している為, 新規治療標的として近年注目されている. 紫外(UV)レーザー(波長: 350 nm)を用いたフローサイトメトリ解析において, 癌幹細胞は side population (SP)細胞と呼ばれる Hoechst 陰性分画に多く含まれる. しかしながら UV レーザーを用いた場合, 解析・分取の過程で細胞への障害を避けることが困難であり, 分取後の生物学的特性解析にも影響を与え得る事が懸念される. そこで我々は分取時の細胞障害を避けるため, 紫色(violet)レーザー(407 nm)を用いた癌幹細胞の分取を試みた. 対象として, 近紫外(near-UV)レーザー(375 nm)を用いた解析において SP 細胞の存在を確認した子宮体癌細胞株 HEC-50B 細胞を用いた. Violet レーザーを用いて SP 細胞と main population (MP)細胞を分取し, 生物学的特性を解析したところ, SP 細胞は自己複製能と高い造腫瘍能を有していた. 以上のことから, violet レーザー搭載型 FACS Aria は細胞障害性の低い SP 細胞分取に有用であり, 癌幹細胞の同定や生物学的特性の解析に有用であると思われた. また, 幹細胞の分化多能性や iPS 細胞作出に関与している未分化維持関連遺伝子が癌幹細胞維持や癌の悪性度に関連している事が想定される為, 子宮体癌 SP 細胞における未分化維持関連遺伝子発現についても報告する.

P-2-094 子宮内膜癌細胞株(Ishikawa 細胞)におけるエストロゲン受容体遺伝子導入実験系の確立

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹⁾, 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻細胞検査士養成課程²⁾, 旭川赤十字病院医療技術部病理課³⁾

○堀江香代(CT)^{1,2)}, 藤田大貴(St)²⁾, 三浦文仁(St)²⁾,
金丸紘弓(CT)^{2,3)}, 吉岡治彦(CT)^{1,2)}, 渡邊 純(MD)^{1,2)}

【背景・目的】子宮内膜癌は, エストロゲンの過剰刺激と遺伝子異常の蓄積による細胞増殖制御機構の破綻によって発生することが知られているが, 詳細なエストロゲンの作用機序は未だ不明である. 加えて高分化型類内膜腺癌由来の Ishikawa 細胞は, エストロゲンレセプター(ER)とプロゲステロンレセプター(PR)を有するが, 長期培養によりそれらの発現が低下すると報告されている. 本研究では ER 遺伝子導入実験系の確立を目的とし, ER α cDNA 遺伝子導入した Ishikawa 細胞に Estradiol (E2) を作用させ ER を介したエストロゲン効果を確認した.

【方法】1. Ishikawa 細胞に ER 遺伝子導入した後, サイトスピン標本による免疫染色を行い経時的な ER タンパク発現を確認した. 2. ER 遺伝子導入後 E2 を添加し, E2 作用の指標としてアルカリホスファターゼ (ALP) 活性と細胞増殖能の測定を行った. 3. エストロゲン・ER 複合体によって誘導される PR タンパク発現を免疫染色により確認した.

【結果】1. ER タンパクは主に核に強発現を認め, その核強陽性率は遺伝子導入後 24 hr で最も高値 (40%以上) を示した. 2. ALP 活性は, コントロールと比べ E2 濃度 1×10^{-7} M で有意に高活性を認めた. また, E2 添加群ではコントロールと比べ有意に細胞増殖充進を認めた. 3. エストロゲン ER 複合体により PR が誘導されることを確認した.

【結論】本研究において確立した ER 遺伝子導入実験系は, 子宮内膜癌エストロゲン機能解析の基盤を成すものと考えられ, 子宮内膜癌の発生機序や細胞増殖・抑制の作用機序の解明に繋がる事が期待される.

P-2-095 右側胸部に発生した粘液型脂肪肉腫の一例

自衛隊横須賀病院検査研究課¹⁾, 海上自衛隊潜水医学実験隊²⁾, けいゆう病院病理診断科³⁾

○桑原祐子(CT)¹⁾, 高橋麻衣(CT)¹⁾, 大橋幸樹(CT)¹⁾, 新原奈穂子(CT)¹⁾, 小原一葉(MD)¹⁾, 堂本英治(MD)³⁾, 河野貴子(MD)²⁾

脂肪肉腫は軟部肉腫の中で最も発生頻度が高く、中年～高年の大腿、膝窩部、臀部、後腹膜に生じる。今回我々は右側胸部に発生した粘液型脂肪肉腫を経験したので報告する。47歳男性。2ヶ月前に同僚から右側胸部の腫瘍を指摘され、近医を受診。穿刺吸引細胞診にてClass3のため、精査目的で当院受診となった。右側胸部に弾性軟の腫瘍を触知し、可動性は良好であった。CTでは腫瘍の内部は不均一に造影され、広背筋と連続し、一部前鋸筋上に位置しているが筋層構造は保たれていた。MRIではT1 Low T2 Highであった。確定診断と治療目的のため、同日腫瘍摘出術となった。提出された検体は6.5×5.0×3.0 cm 大の分葉状の境界明瞭な腫瘍で、断面は茶褐色調、脆弱なゼラチン様であった。捺印標本での細胞像は、豊富な粘液様の背景と樹枝状の毛細血管を伴い、小型の類円形、短紡錘形細胞が疎にみられた。類円形の小型の細胞の出現は少なく、核異型の乏しい短紡錘形細胞の割合が多く、ごくわずかに比較的大型で空胞状の細胞が散見された。短紡錘形の細胞の核異型が軽度でほぼ均一な像であったことから、非上皮性で悪性と判断できない腫瘍を考え、Class3aで報告をした。組織診断で、粘液型脂肪肉腫と確定されたが、細胞診では典型的な脂肪芽細胞が少なかったため、異型の少ない円形・紡錘型の未熟な腫瘍細胞のみからは粘液型脂肪肉腫の診断には至らなかった。脂肪芽細胞は主として辺縁部に少数認められたため、辺縁部を含め広範囲の複数の箇所・断面からの組織・捺印標本の作製が重要と考える。

P-2-096 脱分化型脂肪肉腫の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¹⁾, 公立学校共済組合九州中央病院病理診断科²⁾

○平山賢司(CT)¹⁾, 佐谷純一(CT)¹⁾, 伊藤やよい(CT)¹⁾, 溝口義浩(CT)¹⁾, 宇野大輔(CT)¹⁾, 角正恵(CT)¹⁾, 緒方昌倫(CT)¹⁾, 峰真理(MD)²⁾

【はじめに】脱分化型脂肪肉腫は中高年の後腹膜に好発する腫瘍である。今回、我々はその1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。右下腹部の腫瘍を自覚し近医受診。回盲部に固い10 cmほどの腫瘍を触知した為、当院を紹介受診。画像検査にて右後腹膜に腫瘍を認めた為、摘出術が施行された。その際に腫瘍擦過細胞診を施行した。

【細胞所見】背景は壊死様、腫瘍細胞は裸核様～紡錘型、細胞質は菲薄で核は類円形～紡錘型、核形不整や核の大小不同を認めた。一部奇怪な形の大型細胞が単核や多核で出現。核小体は不明瞭なものから1～数個大型明瞭なものも見られた。

【肉眼所見】腫瘍径は65×55 mm、腫瘍は薄い被膜に覆われており、境界明瞭。断面は大部分黄白色調で、その他に黄色調や出血を伴った部分も見られ膨張性発育を示していた。

【組織所見】腫瘍を構成する細胞の大部分は豊富な好酸性細胞質を持っていたが、膠原基質を持つ紡錘型細胞の増殖もみられた。また、奇怪な形をした大型細胞が散見された。免疫組織化学ではMDM2, p16, CDK4, CD34陽性、SMA, デスミン, S-100は陰性であった。

【結語】脱分化型脂肪肉腫は局所再発や遠隔転移を起こし易く予後不良である。治療法として確立されたものではなく、surgical marginを確保した外科的切除のみが有効とされている。四肢や後腹膜穿刺で本症例の様な細胞像が得られた場合には本腫瘍の可能性も考えられる事を臨床側へ報告出来れば患者予後に貢献出来るものと思われる。

P-2-097 炎症性筋線維芽細胞性腫瘍 (Inflammatory myofibroblastic tumor) の一例

社会医療法人財団新和会八千代病院¹⁾, 愛知医科大学病院病理部²⁾

○仲間 直(CT)¹⁾, 加藤 遼(CT)¹⁾, 杉浦美佳(CT)¹⁾, 新田永梨奈(CT)¹⁾, 佐藤 啓(MD)²⁾, 社本幹博(MD)¹⁾

【はじめに】炎症性筋線維芽細胞性腫瘍 (IMT) とは, 形質細胞・リンパ球浸潤を伴う myofibroblast の増生を主体とする軟部組織腫瘍である。今回我々はその一例を経験したので報告する。

【症例】30歳代男性。左胸部のしこりを主訴に来院。エコーにて左前胸部の脂肪組織内に分葉状, 低エコーを示す 25.5×27.1×6.4 mm 大の腫瘤を認め FNA, CNB を施行。既往として扁桃腺手術と小・中学時に両側乳腺の手術を行っているが詳細は不明。

【細胞所見】粘液性背景にリンパ球・形質細胞主体の炎症像が見られた。上皮性成分は認めず, 多数の炎症細胞に紛れて裸核の紡錘形細胞が孤在性に出現。異型は乏しく, 核小体は不明瞭で核分裂像は認めなかった。一部に脂肪細胞も確認。以上より良性軟部腫瘍を疑ったが確定診断には至らなかった。

【生検組織所見】細胞診と同様に上皮性成分は認めなかった。間質成分は粘液調で形質細胞やリンパ球等の炎症細胞浸潤が見られるのみ, 粘液変性肉芽組織と診断。

【手術組織所見】皮下脂肪から真皮表層にかけて境界不明瞭な病変を確認。生検と同じく多数の形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤が目立ち, 巨細胞が散見された。また, 線維系紡錘形細胞が混在し, 粘液を有する部分も見られた。核異型は乏しく核分裂像は目立たなかった。免疫染色は α -SMA (+), S-100 (-), CD34 (-), desmin (-), Calponin (-), caldesmon (-), ALK1 (-), CAM5.2 (-), AE1/AE3 (-), であり MIB-1 index は 5%程度と判断し, IMT と診断。

【考察】IMT は紡錘形細胞と炎症細胞の増生を認めても, 結節性筋膜炎など様々な疾患との鑑別を要する。さらに本腫瘍の組織学的形態は一様ではないため, 細胞診のみでの診断には非常に苦慮した。

P-2-098 脛骨骨膜に発生した類上皮肉腫の細胞像：症例報告

がん研病理¹⁾, がん研有明病院臨床病理センター²⁾, がん研有明病院整形外科³⁾

○神田浩明(MD)¹⁾, 古田則行(CT)²⁾, 杉浦善弥(MD)¹⁾, 元井紀子(MD)¹⁾, 高澤 豊(MD)¹⁾, 古田玲子(PhD)¹⁾, 小松京子(CT)²⁾, 杉山裕子(MD)²⁾, 阿江啓介(MD)³⁾, 松本誠一(MD)³⁾, 町並陸生(MD)¹⁾, 石川雄一(MD)¹⁾

骨発生の類上皮肉腫は極めてまれで, 文献上脛骨発生の1例が報告されるのみで, 長管骨発生や骨膜発生の報告はない。今回脛骨骨膜発生の類上皮肉腫を経験し, 捺印細胞診を施行したので細胞像を紹介する。

【症例】23歳女性。主訴, 左下腿腫脹。約1月前から主訴を自覚し近医を受診。左脛骨に溶骨性病変が認められ, 当院を紹介された。術前化学療法(ADM+CDDP 2クール)の後, 広範切除術が施行された。

【切除材料肉眼像】左脛骨骨幹部表面に 83x27x22 mm 大の白色充実性, 多結節状病変があり, 主として骨の長軸方向に進展していた。腫瘍は骨皮質を破壊して皮質骨内に浸潤し, また, 骨膜を圧迫して, 一部は骨膜を破り軟部組織に浸潤していた。

【細胞像】広範切除材料から捺印細胞診を施行した。背景に炎症細胞浸潤は強くなく, 紡錘形細胞もあるが, 多くの部分では多角形で上皮様の腫瘍細胞が認められた。腫瘍細胞には大小不同があり, 結合性に乏しく, 細胞質は薄く, 核は卵円形でクロマチンは繊細, 核小体は小型のものが一部に認められた。核が偏在するいわゆる”ラブドイド”細胞も認められた。類骨形成は認められなかった。

【組織像および免疫染色結果】上皮様の部分と紡錘形細胞が増生する部分が認められた。核分裂像が目立ち, 細胞密度が高かった。類骨形成は認められなかった。免疫染色で EMA(+), INI1(-), CD34(+)であり, 類上皮肉腫と診断された。術前療法効果は認められなかった。

【まとめ】長管骨骨膜発生の類上皮肉腫を報告した。細胞像は軟部発生の類上皮肉腫と類似していたが, 骨や骨膜にも発生することが認識されており, 診断は困難であった。この症例が周知されれば今後診断が可能になると考えられる。

P-2-099 多形性細胞異型目立った脊椎脊索腫の一例

近畿大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 近畿大学医学部病理学教室²⁾

○深田知也(CT)¹⁾, 筑後孝章(MD)²⁾, 水野瑠子(CT)¹⁾, 白石直樹(CT)¹⁾, 田村香奈子(CT)¹⁾, 手島優子(CT)¹⁾, 田中千琴(CT)¹⁾, 植田清文(CT)¹⁾, 上杉忠雄(CT)¹⁾, 佐藤隆夫(MD)¹⁾

【はじめに】脊索腫は胎生期の脊索との関連が示唆されている悪性腫瘍である。全悪性骨腫瘍中の1~4%とされ40~60歳代の男性に多いとされている。今回、我々は臨床的に臀部から仙椎に浸潤する悪性軟部腫瘍が疑われた脊索腫の一例を経験したので報告する。

【症例】患者は82歳、男性。主訴は座位時臀部痛。他院にてバジェット病の既往があり、高血圧、糖尿病の治療中。当院におけるMRI検査にて、左臀部に15cm大の腫瘍が認められた。針生検の結果、粘液型脂肪肉腫が疑われ臀部広範切除が施行された。

【細胞所見】捺印細胞診標本では、粘液様物質を背景に上皮様結合を示す細胞集塊が多数認められた。腫瘍細胞は大小不同を伴う類円形核とライトグリーンに淡染する胞体を有しており、粘液はPAS染色、Alcian blue染色共に陽性、Giemsa染色にてmetachromasiaを呈した。また、一部で胞体内空胞や核内封入体が認められた。

【組織所見】腫瘍断面は肉眼的に灰白ゼラチン様で、分葉状を呈しており、骨破壊像が認められた。増殖細胞は大小不同の類円形核と好酸性で広い胞体、あるいは淡明で空胞状を呈した胞体からなり、数珠状、索状、レース状に配列して増殖していた。浸潤部では巨核細胞や多核細胞などの多形性が目立ち、また、核内細胞質偽封入体が見られた。Lipoblastは認められなかった。免疫組織化学的にAE1/AE3, EMA, vimentin, brachyury陽性であり脊索腫と診断された。浸潤部の主要組織では細胞に多形性が目立つが、脱分化型脊索腫とする明らかな組織像は認められなかった。

【まとめ】腫瘍の診断においては臨床診断などの限られた情報にとらわれず、固定前の捺印細胞診所見など、より多くの情報が診断確定に重要であると再確認させられた。

P-2-100 針洗浄液検体による脊索腫細胞像の検討

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⁾

○上山 優(CT)¹⁾, 西村優希(CT)¹⁾, 新田篤史(CT)¹⁾, 上月文子(CT)¹⁾, 高垣和代(CT)¹⁾, 石田由香里(CT)¹⁾, 前田妙子(CT)¹⁾, 高山みずほ(CT)¹⁾, 佐久間淑子(MD)²⁾, 梶本和義(MD)²⁾, 前田尚子(MD)²⁾, 廣瀬隆則(MD)²⁾

【はじめに】脊索腫は胎生期の遺残脊索組織に由来するとされる比較的稀な腫瘍である。40歳以上の中高年男性に多く、頭蓋底の斜台と仙尾骨部が好発部位である。今回、CTガイド下生検にて脊索腫と診断された針洗浄液4例の細胞像を検討した。

【症例】年齢は63~74歳、男性3名、女性1名。発生部位はいずれも仙骨である。2例は痛みや腰部の重だるさなど自覚症状があり、2例は他病精査・フォロー中の画像で腫瘍を指摘された。

【細胞所見】3例は赤紫色の粘液物質を伴い、空胞状の豊富で明るい細胞質と小型単調、類円形の中心性核をもつ異型細胞を集塊で認めた。いずれでも特徴的な空胞状の細胞と粘液基質が見られ脊索腫に矛盾しないと考えた。もう1例は粘液様物質を背景にライトグリーン好性細胞を集塊で認めた。腫大核、2核細胞、紡錘形細胞も認めるが、空胞状細胞ははっきりせず判定には至らなかった。この1例に関してセルブロック作製を行った。粘液性基質を背景に空胞状の細胞質をもつ細胞が索状配列を示しており、これらは免疫染色でAE1/3, CAM5.2, vimentin, S-100に陽性で脊索腫と診断した。

【まとめ】針洗浄液において3例では、特徴的な細胞所見が見られ、発生部位、年齢、臨床所見と併せて細胞像で脊索腫と判定が可能であった。1例は細胞診では判定に至らなかったが、セルブロックで判定しえた。針洗浄液では、細胞数が十分でない場合や集塊が見られない場合には構築を観察することが難しく、判定が困難な場合がある。しかし、特徴的な細胞を捉えることにより判定が可能であると考えられた。さらに塗抹標本で判定が困難な場合でも、液状検体からのセルブロックが診断に有用と考えられた。

P-2-101 胸水に出現した直腸カルチノイドの 1 例

神奈川県立足柄上病院医療技術部検査科¹⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査部²⁾, 神戸大学大学院保健学研究科³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科⁴⁾, 神奈川県立足柄上病院病理診断科⁵⁾

○大金直樹(CT)¹⁾, 佐々木秀貴(CT)¹⁾,
小林志津子(CT)¹⁾, 北村隆司(PhD)²⁾,
鴨志田伸吾(PhD)³⁾, 加藤智美(CT)⁴⁾, 安田政実(MD)⁴⁾,
亀田陽一(MD)⁵⁾

【はじめに】直腸カルチノイド腫瘍は WHO 分類における neuroendocrine tumor (NET G1,G2) に該当する概念の腫瘍で, 比較的まれな腫瘍である。また, 体腔液に出現は, ほとんど報告がない。我々は直腸カルチノイド術後 10 年で肝転移を来し, 22 年後胸水に腫瘍細胞が出現した 1 例を経験したので報告する。

【症例】64 歳女性, 22 年前に直腸カルチノイドで外科的切除が施行され, 13 年前に肝転移を認め部分切除が行われた。今回, 胸水により呼吸困難の可能性があり, 緊急入院となり, 胸水細胞診が実施された。細胞診ではクラス V 悪性と診断した。

【細胞所見】多数の組織球とリンパ球を背景に, 核小体が目立つ腺癌細胞類似の腫瘍細胞が不規則な配列を示す小集塊鑑別で出現していた。

【組織所見】小型類立方異型細胞が, 胞巣状, リボン状, 索状配列を取りながら浸潤性に増殖していた。免疫染色では chromograninA, synaptophysin, NCAM (CD56) を発現し, Ki-67index は 5% であった。以上の所見よりカルチノイド腫瘍 G2 と診断された。また, 肝転移巣においても同様な所見であり, 転移巣での Ki-67index は 5% であった。

【まとめ】カルチノイドは予後が比較的良く, 体腔液に出現する事は非常にまれであり, 報告例もほとんどない。今回のように, 長期的な経過をたどるケースの時は, 胸水中に腫瘍細胞が出現する可能性を念頭におき免疫染色を含めた検索により診断を行う必要があると考えた。

P-2-102 腹膜偽粘液腫をきたした虫垂癌の腹水細胞診

大阪医科大学病理学教室

○明石静香(CT), 桑原宏子(MD), 江頭由太郎(MD),
安田恵美(MD), 栗栖義賢(MD), 竹下 篤(MD),
芥川 寛(MD), 服部公亮(MD), 里見英俊(MD),
石崎幸恵(CT), 出口千尋(CT), 浦上真由美(CT),
吉川純子(CT), 中山裕子(CT), 廣瀬善信(MD)

【はじめに】腹膜偽粘液腫(PMP)は粘液産生性腫瘍細胞が腹膜に播種し, 腹腔内に粘液様腹水が貯留する疾患である。今回, 我々は虫垂癌により PMP をきたした若年女性の症例を経験したので, 腹水細胞像を報告する。

【症例】20 歳代女性, 半年前から腹部膨満感を自覚し来院された。入院時の CT で多量の腹水および虫垂の嚢胞性病変が, また血清 CEA, CA19-9, CA125 の上昇がみられた。虫垂の嚢胞性腫瘍の破裂による PMP が疑われ, 腹腔鏡下盲腸部分切除および臍部皮下結節切除が行われた。手術では粘稠な淡黄色腹水が 1700 ml みられ, 虫垂粘液嚢胞性腫瘍の穿孔による PMP と診断された。

【術中腹水細胞所見】軽度の粘液性背景に, 核は小型で円～楕円形, 細胞質は軽度の重厚感を伴い, 一部泡沫状を示す腫瘍細胞が, 孤立散在性～緩い結合を有する平面的な集塊として認められた。細胞質は PAS 染色に陽性で, 軽微な核形不整を伴う細胞が散見され, PMP として矛盾しない細胞像と考えた。

【手術検体病理所見】虫垂は嚢胞状に拡張し, 内腔には粘液が充満し, 乳頭状増殖を示す高円柱状の異型細胞で覆われていた。一部は高度の核重積がみられ, 低異型度の粘液癌と診断された。

【結語】PMP の腹水は粘稠性が高く, 細胞量が少ないことが知られている。また, 腫瘍細胞の細胞異型も乏しいことから, 背景の粘液に注意しながら細胞診標本を観察することが重要と考えられた。また虫垂癌の好発年齢は 60 歳代で, 本例のような若年性虫垂癌は比較的稀である。文献的考察を加えて報告する。

P-2-103 経過中悪性胸水が出現した Merkel 細胞癌の一例

東京医科大学病院病理診断科¹⁾, 東京医科大学病院人体病理学分野²⁾

○金子清花(CT)¹⁾, 山科光正(MD)^{1,2)}, 永井 毅(MD)^{1,2)}, 三宅真司(CT)¹⁾, 桑原 淳(CT)¹⁾, 渡部顕章(CT)¹⁾, 藤井愛子(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】Merkel 細胞癌 (MCC) は, 神経内分泌分化を示す皮膚の高悪性度腫瘍である。局所再発や遠隔転移を来すことが少なくないが, 胸水中に出現すると他の腫瘍との鑑別を要する。今回我々は, 経過中悪性胸水を伴った MCC の一例を経験したので報告する。

【症例】79 歳女性。右上眼瞼に 15 mm 大の腫瘤を自覚し, 急速に増大したため当院を受診した。生検の結果 MCC と診断されたため切除となった。術後 8 か月で胸水が認められ, 全身性転移により死亡した。

【細胞学的所見】胸水中の腫瘍細胞は, N/C 比が高く裸核状で, 小型類円形の核を有し, 孤立性から緩い結合の集団として多数出現していた。核クロマチンは繊細で顆粒状を呈し, 小型の核小体を数個認めた。核分裂像も目立っていた。以上は小円形細胞腫瘍の所見であり, 既往歴より MCC の転移を第一に考えた。

【組織学的所見】結膜上皮及び表皮直下には, 均一な類円形核と細顆粒状の核クロマチンを有する小型腫瘍細胞の充実性・浸潤性増殖を認めた。核小体は小さく, 目立たなかった。また, 多数の核分裂像がみられた。免疫組織化学的に, 腫瘍細胞は chromogranin A (+), Synaptophysin (+), CD56(+), CK20 (核周囲にドット状に+), CK7 (部分的に+), TTF-1 (-) であった。腫瘍細胞の Ki-67 標識率は最大で 70% を示した。以上より, MCC と診断した。

【まとめ】本症例では悪性胸水の由来として, 既往歴より MCC の転移と診断できたが, 胸水中に小円形腫瘍細胞をみた場合には, 悪性リンパ腫や小細胞癌以外に, MCC の存在を念頭に置くことが重要と考えられた。セルブロックを用いた免疫組織化学的検討結果も合わせて報告する。

P-2-104 腹水中に出現した小児腎ラブドイド腫瘍の一例

慶應義塾大学病院病理診断部

○後藤大輔(CT), 照井仁美(CT), 篠崎千鶴子(CT), 川井田みほ(MD), 大喜多肇(MD), 佐々木文(MD), 林雄一郎(MD), 亀山香織(MD)

【はじめに】悪性ラブドイド腫瘍は小児に発生する極めて稀な腫瘍である。組織起源はいまだ不明で腎, 軟部組織以外に肝, 中枢神経などに発生する。今回われわれは, 腹水中に異型細胞を認めたラブドイド腫瘍を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】1 歳男児。便秘, 発熱, 腹部の腫瘤に気づき近医受診。悪性を疑われ, 精査加療目的に当院を受診した。画像所見と NSE, LDH 高値より神経芽腫, 腎芽腫が疑われ左腎腫瘍摘出術が施行された。術中迅速組織診が行われ, 悪性腫瘍で第一にラブドイド腫瘍が考えられた。同時に施行した迅速腹水細胞診はクラス V, 組織推定は細胞所見では困難であった。

【細胞所見】腫瘍細胞は小型で円形～類円形を示し, 核偏在性で明瞭な核小体, ライトグリーン好染の淡明な細胞質を有し, 散在性～小集塊状に多数認められた。細胞像から肉腫が考えられたが組織型の推定は困難であった。

【病理組織学的所見】腫瘍は検体(14×10×8 cm)のほぼ全体を占拠していた。核小体明瞭な N/C 比の高い円形異型細胞が充実性に増殖していた。いわゆる rhabdoid な細胞も多く観察された。免疫染色では, BAF47/INI 陰性, Cytokeratin(AE1/AE3)一部陽性, EMA 一部陽性, S100 タンパクごく少数陽性, Desmin 陰性, MyoD1 陰性, CD34 陰性, MIC2(12E7)陰性, サイクリン D1 一部陽性, bcl2 一部陽性, Ki67 多数の細胞に陽性であった。以上の所見よりラブドイド腫瘍と診断された。

【まとめ】今回われわれは, 腹水中に出現した小児のラブドイド腫瘍を経験した。鑑別診断として神経芽腫, 横紋筋肉腫, ラブドイド腫瘍が考えられた。本症例の細胞像ならびに鑑別を要する他の腫瘍を比較して報告する。

P-2-105 術中腹水細胞診でLBC標本が診断に有用であった卵巣腫瘍の1例

東京通信病院病理診断科¹⁾, 東京通信病院婦人科²⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理科³⁾, 東京警察病院病理診断科⁴⁾

○高橋 剛(CT)¹⁾, 岸田由起子(MD)¹⁾, 神戸晴香(MT)¹⁾, 斉藤佑美(CT)¹⁾, 中村恵子(CT)¹⁾, 清水香織(CT)¹⁾, 浅川一枝(CT)¹⁾, 秦 宏樹(MD)²⁾, 二階堂孝(MD)³⁾, 小川真紀(MD)⁴⁾, 横山宗伯(MD)⁴⁾, 田村浩一(MD)¹⁾

【はじめに】術中迅速細胞診において、従来法による標本作製では血液などの夾雑物や細胞の剥離が原因で、細胞量が少数となり診断が困難となることがある。今回、LBC法(BDサイトリッチ標本)が術中腹水の細胞診断に有用であった卵巣腫瘍の1例を報告する。

【症例】36歳, 女性。下腹部痛と肛門痛を主訴に他院を受診。右卵巣腫大と腫瘍マーカー(CA125)の高値を指摘され当院を紹介となった。右卵巣に85mmの充実性腫瘍を認め、増大傾向を示したため右卵巣摘出術が施行された。

【細胞所見】リンパ球と組織球, 中皮細胞を背景に、細胞密度が高い乳頭状集塊を散在性に認め、一部には砂粒体が確認された。異型細胞は小型類円形で核偏在性, 核小体が明瞭であった。また、卵巣組織の断面と表面突出部の捺印標本の異型細胞を比較すると、術中標本に認めた異型細胞と類似していた。

【組織所見】卵巣表面には多数の白色調乳頭状腫瘍を認めた。断面では嚢胞内に乳頭状増殖や充実性の腫瘍がみられた。組織学的にはN/C比が高い異型細胞が乳頭状増殖を示し粘液産生を認めた。免疫組織化学的検索をふまえて、Serous adenocarcinoma, low grade と診断された。

【まとめ】本症例では、従来法による標本は細胞量が少なく、しかも腫瘍細胞の異型が弱かったため、組織球や中皮細胞との鑑別が困難であった。しかし、LBC法(BDサイトリッチ標本)では、異型は弱い細胞集塊を多く認めたため診断が可能となった。

P-2-106 術前化学療法の決定にセルブロック法が有用であった卵巣漿液性腺癌の1例

済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 済生会福岡総合病院産婦人科²⁾

○石橋貴寛(CT)¹⁾, 佐藤真介(CT)¹⁾, 宮崎浩子(CT)¹⁾, 佐藤瑞恵(CT)¹⁾, 東 悠介(CT)¹⁾, 石井洋子(CT)¹⁾, 丸山智義(MD)²⁾, 坂井邦裕(MD)²⁾, 加藤誠也(MD)¹⁾

【はじめに】癌性腹水を示す症例はしばしば組織診が困難であり体腔液細胞診による診断確定が求められる。今回、術前化学療法の決定にセルブロック法が有用であった卵巣漿液性腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。尿潜血の原因検索のため腹部エコーを施行。左卵巣に径4cm大の嚢胞性腫瘍を認めた。CTにて腹水貯留、ダグラス窩腹膜の肥厚が指摘され当院紹介。MRIでは子宮腹側にも5cm大の腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはCEA, CA125が高値を示した。内膜スミアはClassVであり腹膜播種を伴う悪性疾患を想定、更に腹水穿刺液を細胞診に供した。

【細胞所見】異型細胞が孤在性かつ単調に出現していた。細胞辺縁は不明瞭で細胞質は重厚感を増しており、核は偏在～やや中心性、核クロマチンの軽度増量を認め、二核～多核形成も確認された。ClassVとし低分化腺癌や悪性中皮腫が推定された。セルブロック法による免疫染色において、異型細胞はCK7(+), CK20(+), carletinin(-), MOC-31(+), Ber-EP4(+), WT-1(+), p53もほぼ全ての異型細胞の核に陽性である事から漿液性腺癌と診断した。

【臨床経過及び組織所見】審査腹腔鏡も考慮されていたが、腹水細胞診の結果より卵巣癌ないし腹膜癌が示唆され化学療法を施行。腹水消失、CA125低下を認め手術適応となった。術後組織診では微小乳頭状を伴う漿液性腺癌を認め、左卵巣原発と考えられた。

【考察】セルブロック法の有用性が再確認される症例を経験した。現在の保険診療ではセルブロック作成の適用は悪性中皮腫に限定されているが、治療前診断や分子標的治療の適応決定に不可欠な情報が得られる場合があり適切に応用ないし評価されるべき手法と考える。

P-2-107 腹水中に単純ヘルペスウイルス感染細胞が多数出現した1例

(株) アイル板橋中央臨床検査研究所病理¹⁾, 新松戸中央総合病院²⁾

○本口ゆき奈(CT)¹⁾, 西島千尋(CT)¹⁾,
高山由香里(CT)¹⁾, 片山朝子(CT)¹⁾, 松元照美(CT)¹⁾,
田所治朗(MD)²⁾, 早川欽哉(MD)¹⁾, 石川由起雄(MD)¹⁾

【はじめに】単純ヘルペスウイルス (herpes simplex virus: 以下 HSV) 感染細胞は, 細胞診検体としてしばしば口腔・呼吸器・生殖器領域材料で観察され, 細胞の巨大化, 核内封入体の出現, 多核化, 核縁のクロマチン凝集などの所見を示し, 時に悪性細胞との鑑別が困難となる。今回, 腹水中に多数の HSV 感染細胞が出現した稀な症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 男性。多発性骨髄腫, 糖尿病, 腎機能障害にて治療中に急性膵炎による腹膜炎を来し, 腹水細胞診を施行した。その結果と HSV 感染を疑う皮膚所見出現から, 抗ウイルス剤投与を開始した。

【細胞所見】腹水細胞診標本には, 好中球主体の炎症性背景に, 単核～多核を示す細胞が散在性に多数出現していた。均一無構造のスリガラス状核や核圧排像が認められ, ヘルペスウイルス感染細胞と診断。HSV の型特定のため, セルブロックを作製し, HE 染色及び免疫細胞化学を施行。HE 染色標本では, 同様の HSV 感染を疑う細胞が認められ, 免疫細胞化学では, HSV Type1 及び 2 が陽性であった。それら細胞は, calretinin, D2-40 の発現が陽性であったことから, 中皮起源と思われた。

【考察】腹水中に HSV 感染細胞が出現した要因は, 多発性骨髄腫により易感染性状態であったためと考えられる。本例は, 腹水細胞診が HSV 感染発見の一助となり, 感染症診断における細胞診検査の有用性を示唆していた。細胞診検体としての腹水は, HSV 感染の好発材料ではないが, 悪性腫瘍細胞の判定だけでなく, ウイルス感染も念頭に置いた観察も重要であると考えられた。

P-2-108 髄腔に転移した悪性黒色腫の一例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター臨床検査科

○村重知代(CT), 清弘真弓(CT), 佐藤正和(CT),
山下青葉(CT), 藤田健太(CT), 安東 綾(CT),
山崎理恵(MD)

【はじめに】悪性黒色腫は早期にリンパ節や全身に転移する予後不良の腫瘍である。今回, 右上肢の悪性黒色腫が髄液に出現したが, メラニン顆粒に乏しく診断に苦慮した症例を経験したので, 細胞像を中心とした鑑別について報告する。

【症例】60歳代男性。3年前に他院にて右上肢の悪性黒色腫で摘出手術の既往あり。来院時に既往は不明であり, 歩行困難を訴えたため改善を目的とし, 髄液が採取された。

【細胞所見】髄液細胞診では, 少数のリンパ球や好中球を背景に, N/C 比の高い異型細胞を散在性に認めた。異型細胞は結合性に乏しく, 核小体の腫大や核内封入体が目立った。その後の聴取で悪性黒色腫の既往が判明した。悪性黒色腫のほか血液系悪性腫瘍, 非上皮性腫瘍, 癌の転移などを鑑別に挙げ, 免疫染色を施行した。S-100(+), HMB45(±), CK AE1/AE3(-), LCA(-)となり, 悪性黒色腫の転移と考えた。

【組織所見】他院の手術摘出標本では, 真皮のほぼ全層に明瞭な核小体を有する大型異型細胞が胞巣を形成し増生していた。個々の細胞は好酸性の広い胞体を有し, 類上皮様の形態を呈していた。浸潤部はメラニン顆粒に乏しかったが, 表皮内に異型メラノサイトの増生が認められ, 悪性黒色腫と診断した。

【考察・結語】本症例は, 核内封入体や大型核小体などの所見を認めたが, メラニン顆粒に乏しい悪性黒色腫であったため診断に苦慮した。自身では, 悪性黒色腫の髄腔転移の経験はないが, 中枢神経系への転移の頻度は高いと報告されている。髄液中に由来が不明確な細胞が認められた場合には, 悪性黒色腫も鑑別に挙げ, 既往歴の聴取や免疫染色を行うことで, 速やかに診断できると考える。

P-2-109 腹水中の印環細胞癌で微絨毛が観察された 1 例

藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科¹⁾, 稲沢市民病院病理検査室²⁾

○金子千之(CT)¹⁾, 柳田隆正(CT)¹⁾, 安倍雅人(MD)¹⁾, 江崎正則(CT)²⁾, 谷口大介(CT)²⁾, 堀尾健太(CT)²⁾

【はじめに】今回, 我々は印環細胞癌で多くの微絨毛が観察された 1 例を経験したのでその結果について文献的考察を含め報告する。

【症例及び経過】症例は 60 歳代の女性。平成 26 年 10 月, 腹痛, 下痢を主訴に当院内科受診。同 11 月, 大腸内視鏡検査にて直腸に全周性の腫瘤を認め, 生検にて印環細胞癌と診断され, 摘出術施行。病理診断は印環細胞癌, pT4,ly1,vo,pN2,PMO,DMO,PMx, リンパ節検体中に腹膜播種を疑わせる検体を認める。平成 27 年 2 月頃, 外来治療中腹水が貯留し, 上皮様結合を呈する腺癌細胞と印環細胞癌細胞を認めた。同年 11 月再び腹水が貯留し, 細胞像は印環細胞癌が主体を示した。現在, 外来治療中である。

【結果及び考察】パパニコロウ染色及びギムザ染色では腫瘍細胞は集塊および散在性に出現している。腫瘍細胞の N/C は小さく, 細胞質内に粘液様物質を思わせる所見が観察される。PAS 反応では細胞質内に陽性を示し, 赤紫色に染色されている。また, 長い微絨毛(絨毛)が比較的多くの細胞に観察された。病理組織学的には胞体内に大量の粘液が貯留し, 核の偏在がみられ, 印環細胞癌と診断された。また, 腫瘍は粘膜にとどまらず, 筋層, 漿膜にまでの浸潤, リンパ節への転移も認められた。今回, 我々は PAS 反応において印環細胞癌で微絨毛が観察された 1 例を経験した。文献的にはギムザ染色において卵巣漿液性腺癌で微絨毛が観察されることは稀に認められる。今回, 印環細胞癌の PAS 反応において微絨毛が観察された症例を報告した。

P-2-110 腹水細胞中からの樹立したヒト悪性腹膜中皮腫由来細胞株の特性に関する検討

慶應義塾大学医学部産婦人科

○赤羽智子(CT), 富永英一郎(MD), 平沢 晃(MD), 青木大輔(MD)

【目的】悪性腹膜中皮腫の発症はまれであるが, 予後不良であることから感受性の高い新規薬剤や治療法の開発が望まれる。これまで腹膜中皮腫由来の細胞株は本邦において 2 報が報告されているのみである。今回, 悪性腹膜中皮腫由来症例の腹水検体より細胞株を樹立したので報告する。

【方法】症例は 42 歳女性, 不正出血を主訴に来院。CT 所見にて腹膜および大網に肥厚があり, 腹水貯留も認められ原発性腹膜癌が疑われた。術前化学療法として dose-dense TC 療法 (PTX + CBDCA) 実施後, 外科的切除を施行した。術後 CDDP + PEM 治療を 6 cycle 実施したが, 7 か月後に腹水貯留が出現したため患者同意のもと腹水採取した。腹水検体は遠心集細胞後 10% FBS 添加 DMEM/F12 培地に懸濁し, 培養上清を複数回交換して浮遊細胞を取り除き連続培養した。樹立細胞株は細胞増殖能と Q-バンド法による核型解析にて特性を検討した。

【結果】手術摘出腫瘍病変は好酸性細胞の乳頭状増殖および浸潤を伴う組織像であった。術前腹水細胞診は腺癌が推定されたが, セルブロック標本にてカルレチニン陽性となり中皮腫も疑われた。病変組織の免疫組織染色はカルレチニン, D2-40, WT-1 が陽性であり CEA, TTF-1, Ber-ep4 陰性, Cytokeratin7 陽性 Cytokeratin 20 陰性の結果から悪性腹膜中皮腫と診断された。腹水検体由来細胞は 6 か月間培養後, 出現した単一所見の細胞集塊を樹立し現在 36 継代されている。樹立細胞株の Q-バンド法核型解析は染色体数 3-4 倍体モード, 細胞倍化時間は 12-16 時間, カルレチニン陽性であった。

【結論】希少例である悪性腹膜中皮腫由来の細胞株を樹立した。本細胞株は悪性腹膜中皮腫の病態解明や薬剤感受性試験等による新規治療法の基礎的研究分野における生物資源として有用である。

P-2-111 悪性中皮腫確定診断における細胞転写法の有用性について

PCL 福岡病理・細胞診センター

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

【目的】中皮腫の確定診断は、石綿健康被害救済制度による救済給付を受けるために極めて重要な意味を有している。われわれは、2015年4月から2016年3月までの胸水細胞診1059例中、委託元より中皮腫確定診断のための免疫染色の追加について了承が得られた4例中、2例で中皮腫の確定した。また、中皮腫についてのコンサルテーション症例が6例あり、免疫染色により4例の中皮腫を確定した。これらの経験から、中皮腫の確定診断に用いた細胞転写法の有用性および問題点について報告する。

【方法】中皮腫の鑑別のために、2015年度に実施した免疫染色10例のうち、1)通常の細胞塗抹標本2例、2)トリミング分割法2例、3)細胞転写法6例のそれぞれの適応について検討した。

【成績】いずれの方法でも、目的とする異型細胞が十分に確保される必要があり、複数の1次抗体を使用する前提がある。1)細胞塗抹標本：複数の標本作製および異型細胞の確認が最も容易である。2)トリミング分割法：塗抹面を拭き取ることによる塗抹面積の減少があり、分割数が細胞転写法に比して少ない。3)細胞転写法：複数の標本に効率よく分割が可能である。しかし、転写操作の際に転写面を誤ることによる細胞剥離の危険性があった。

【結論】中皮腫の確定は、複数の標本を必要とするため細胞塗抹標本の追加作製が最優先である。しかしながら、沈渣の残量が不足し材料の追加も望めず、細胞塗抹標本が追加作製が不可能な状況で、現存する標本による中皮腫確定を希望されることがある。そのような環境では、一つの標本を効率よく分割できる細胞転写法が推奨される。

P-2-112 尼崎地域の悪性胸膜中皮腫と、その胸水細胞像についての新しい見方・考え方

大阪赤十字病院病理診断科¹⁾, 兵庫県立尼崎総合医療センター検査科病理検査室²⁾

○鷹巢晃昌(MD)¹⁾, 松木慎一郎(CT)²⁾, 南 智也(CT)²⁾,
芝山隆宏(MD)¹⁾, 嶋田俊秀(MD)¹⁾

【はじめに】1)尼崎市の死因統計によると、呼吸器系がんでは、悪性胸膜中皮腫(以下MPM)は、その約1割を占める。2)2005年のクボタショックと前後して兵庫県立尼崎病院(以下本院;兵庫県立尼崎総合医療センターの前身)のMPM患者は徐々に増加したが、総数224名の住所と地域の風配図を比較すると、風配の低い地域に患者発生が多い。

【MPMの胸水細胞像の検討結果】2005年~2014年までの本院MPM182例の胸水細胞標本を対象に様々な観点から検討した。その結果、判明したことを列挙する。1)MPMは、胸膜に発生する予後不良な悪性腫瘍であるが、胸水中でも増殖する。その舞台は、まず壁側胸膜、次に胸腔、更に臓側胸膜へ進展すると推定する。2)MPM細胞は遊離し、時に剥離して胸腔に浮遊するが、「手つなぎ現象」により細胞集団を構成し壁着する。また胸水中の集塊は、肺腺癌の集塊よりも大きくなり易い。3)MPMを転帰あるいは生存期間により予後良好群と予後不良群に分けると、後者に細胞異型が強く、集塊にばらつきが大で、大きな集塊を作る傾向を示す。これらがMPMの特徴を構成する。

【MPM胸水細胞像の新しい見方・考え方】1)MPMが胸水中に出現する場合、殆どが上皮性の腫瘍部に由来する。2)細胞像の特徴は、窓形成、相接、相互封入、Hump、多核化、乳頭状やマリモ状集塊等である。3)以上の所見に、手つなぎや融合等の現象を加えて一連の動きとして捉え(entosis)、その結果として一層大きな集塊形成や胸壁肥厚へと連なると判断する。4)この考え方は、まだ専門家の間でも理解が少ない印象を受ける。「ルビンの盃」に似て全てはそこにあると言えるが、複雑な細胞像をいかに拾いあげるかに関わるので、その把握や解釈は観察者により相違する。

P-2-113 長期経過を辿り再燃した腹膜高分化乳頭状中皮腫 (WDPM) の1例

西神戸医療センター臨床検査技術部¹⁾, 西神戸医療センター病理科²⁾

○西田 稔(CT)¹⁾, 粟田千絵(CT)¹⁾, 清水理絵(CT)¹⁾, 毛利衣子(CT)¹⁾, 船越真依(CT)¹⁾, 井上友佳里(CT)¹⁾, 石原美佐(MD)²⁾, 橋本公夫(MD)²⁾

【はじめに】高分化乳頭状中皮腫はまれな低悪性度の腹膜中皮腫で女性に好発する。発症から16年後に再燃したと考えられたWDPMを報告する。

【症例】60歳代, 女性。16年前子宮筋腫手術後, CA125高値が持続, 腹水を認めたため細胞診を行い中皮腫を疑った。試験開腹術が施行され, 小腸間膜や大網の播種性小結節の一部を切除し, WDPMと診断され, 対症療法にて経過観察されていた。今回, CTにて腹水貯留と腹膜結節の増大を指摘された。WDPMの再燃または癌性腹膜炎を疑われ, 腹水細胞診を施行された。

【細胞所見】初発時, 中皮細胞は単核や2核が多く, 相互封入像や小型乳頭状集塊を少数認めた。細胞質は泡沫状で比較的広いものが多く, 細胞間のウィンドウ形成やhumpを認めた。核は中心性で類円形, クロマチンは微細顆粒状で増量は少なく, 小型核小体を1~2個認めた。今回は初発時と同様な細胞所見とともに, 比較的厚重な細胞質をもつ中皮細胞や, OG好性の細胞が散見され細胞量も多かった。中皮腫を疑い悪性と判定した。

【組織所見】初発時組織像は, 血管結合組織を芯に一層から一部重層する細胞が微少乳頭状に増生していた。胞体は好酸性で高円柱状の上皮細胞である。核は円形で軽度腫大が見られるが核小体は小型で, 2核の細胞が見られた。腹膜表層のWDPMと診断された。

【まとめ】WDPMで見られる細胞は異型が軽度であるため, 細胞所見を十分にとらえ悪性と判定することが重要である。今回細胞診標本を長期保管することで, 初発, 再燃時の細胞像を見比べることができ, 再燃を考えることに役立った。

P-2-114 悪性腹膜中皮腫が疑われた一例

国立病院機構熊本医療センター¹⁾, 福岡大病理学・病理部/病理診断科²⁾

○中島一樹(CT)¹⁾, 村山寿彦(MD)¹⁾, 石原幸治(CT)¹⁾, 鹿島星林(CT)¹⁾, 川上裕之(CT)¹⁾, 鍋島一樹(MD)²⁾

【はじめに】悪性中皮腫の頻度は, 全悪性腫瘍の0.2%程度であり, さらに悪性腹膜中皮腫は悪性中皮腫の10~15%と比較的稀な腫瘍である。今回我々はCTにて腹腔内病変を認め, 開腹生検した結果, 悪性腹膜中皮腫が疑われた症例を経験したので報告する。

【症例】80代男性, 4年前にマントル細胞リンパ腫の診断。化学療法にて加療中。昨年CTで左腹腔内脂肪組織濃度上昇を指摘され, 今年1月PETでも左側腹膜に取り込みを認め消化器系の腫瘍の併発が疑われた。腹水の貯留も認めた。リンパ腫の再発あるいは腹膜播種病変の疑いにて腹水細胞診施行, さらに腹腔鏡下組織生検が行われたところ, 腹腔内一様に白色結節が認められた。

【細胞所見】炎症細胞を背景に多数の異型細胞が集塊~孤在性に出現していた。集塊は乳頭状, 管状や球状のものが見られ, 細胞は核中心性からやや偏在傾向で2核から多核を形成, 相互封入像も散見された。胞体辺縁には偽線毛を有する細胞も散見され, PAS染色は瀰漫性~顆粒状に陽性。腺癌あるいは悪性中皮腫が疑われた。像であった。

【組織所見】腫瘍細胞が乳頭状あるいは管状に配列し増殖しており, 腫瘍細胞はおおむね均一で, 好酸性あるいは空胞を伴う胞体と, 大型の濃染あるいは水疱状の核を有していた。免疫組織化学的にはカルレチニン(+), CK5/6(+), WT-1(+), BerEP4(-), CEA(-)などの結果であったため, 悪性中皮腫, 上皮型が疑われた。

【結語】腹水細胞診による正診率は10%前後と言われている。今回も細胞像において組織型推定が困難を極めた症例を経験した。悪性中皮腫の診断には免疫組織化学的検討が必須であり, p16FISH法による更なる解析により確定診断が可能である。p16FISH法の結果を踏まえ追加報告する。

P-2-115 腹水中で悪性中皮腫と鑑別に苦慮し扁平上皮癌が疑われた1例

国立病院機構都城医療センター中央検査部

○植山雅彦(CT), 芝原修一(CT), 小坂裕之(MD)

【はじめに】体腔液中に扁平上皮癌が出現することは非常にまれで悪性体腔液の1%程度である。今回腹水中で悪性中皮腫との鑑別に苦慮し扁平上皮癌が疑われた1例を経験したので報告する。

【症例】70歳台、男性、H19年大腸癌の診断で摘出術を施行、その後再発は無く経過していた。H26年2月腹部のはりが出現し受診、左側腹部に圧痛があり、エコー検査で腹水を認め、CTで大腸癌術後再発を疑い、精査加療目的で入院となった。入院後内視鏡検査で大腸癌の再発は認めなかった。その後容体が悪化し原発巣不明のまま死亡となった。

【細胞診所見】腫瘍細胞は少数のリンパ球を背景に、弧在性や乳頭状集塊を形成し出現していた。核は中心性、核形不整、大小不同、多核を呈し、核縁は薄く、クロマチンは微細顆粒状、細胞質はライトグリーン好性、層状で重厚感があり、空胞変性や相互封入像がみられた。核小体は明瞭で1~2個認められた。以上より低分化な扁平上皮癌や悪性中皮腫を疑った。

【免疫組織学的所見】腹水でセルブロックを作製し免疫染色を行った。結果はCalretinin(-), WT-1(-), D2-40(-), CK5/6(+), Ber-EP4(+), CEA(-), p40(-)で悪性中皮腫は否定的で扁平上皮癌を疑った。

【まとめ】扁平上皮癌が体腔液に出現する場合、角化細胞の出現を認めれば診断は容易であるが、角化型の出現は約10%と低く、多くは非角化型であり、悪性中皮腫の細胞所見と類似すると思われる。細胞所見で、弧在性細胞の核異形が強い場合や細胞質に空胞変性や層状構造が目立つ場合は扁平上皮癌が疑えると思われた。

P-2-116 マンモトーム生検捺印細胞診で診断可能であったパーキットリンパ腫の1例

滋賀医科大学医学部附属病院病理部

○林 裕司(CT), 森谷鈴子(MD), 山口 大(CT),
岡本 望(CT), 春日 希(CT), 籠谷亜希子(CT),
岩井宗男(CT), 宮平良満(CT), 九嶋亮治(MD)

【はじめに】パーキットリンパ腫(BL)はB細胞リンパ腫に分類される悪性リンパ腫で、極めて進行の早い高悪性度のリンパ腫である。発生頻度は悪性リンパ腫全体の1~2%程度とされ、小児と30~40代の若年成人に多い。今回我々は乳腺腫瘍のマンモトーム生検による捺印細胞診にて診断しえたBLの1症例を経験したので報告する。

【症例】30代女性。3週間前より両側乳腺腫脹、下腹部痛のため近医を受診。CT, MRIにて骨盤内の巨大腫瘤形成と両側乳腺腫瘍がみられたため乳腺FNA及び骨髄生検にてDLBCLを疑い当院へ紹介受診。乳腺腫瘍のマンモトーム生検が施行された。

【捺印細胞診】中~大型で好塩基性の胞体を有し、核クロマチンは粗顆粒状、核のくびれのみられるリンパ球由来と考えられる異型細胞がびまん性にみられた。Giemsa染色にて胞体に空胞がみられ、背景にはマクロファージが多く、星空像(starry sky appearance)様の部位もみられた。BLを推定した。

【組織診】単調な中~大型のリンパ球がdiffuseに既存の乳管や小葉の間に浸潤し、小葉を破壊するように増殖していた。核片を貪食した組織球が散在し、starry sky appearanceを呈していた。免疫組織化学染色ではCD20(+), CD10(weakly and focally+), bcl-6(+), c-myc(+))を示し、Ki-67indexはほぼ100%であった。その後の染色体検査を併せ、BLと診断した。

【結語】本症例ではマンモトーム生検を捺印することで、穿刺吸引細胞診では観察し難いが、BLにおいて特徴的とされる星空像が組織標本と同様に観察することができ、診断に有用であった。また、捺印細胞診にて腫瘍を確認したことにより、迅速にフローサイトメトリーや、染色体検査等に検体を提出することができ、適切な診断と早期の治療につながった。

P-2-117 腫瘍内不均一性を示す治療後再発乳癌の一例, 治療選択における細胞診の有用性

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島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広島市民病院病理診断科²⁾, 岡山大学病院病理診断科³⁾

○坂田かな枝(CT)¹⁾, 戸井紳二(CT)¹⁾, 高木伸治(CT)¹⁾, 喜田真理子(CT)¹⁾, 藤本静枝(CT)¹⁾, 守都敏晃(MD)²⁾, 柳井広之(MD)³⁾, 市村浩一(MD)²⁾

【始めに】 乳癌は病理組織検査におけるホルモン受容体(ER, PgR)およびHER2の発現状況によって治療選択が行われる領域となっている。我々は、腫瘍内不均一性を示した治療後再発乳癌について、細胞診が治療選択の一助となりえた一例を経験したので報告する。

【症例】 現在40代女性。他院にて、X年左乳癌、X+2年右乳癌手術。どちらも浸潤性乳管癌、充実腺管癌と診断される。X+10年、右再発性乳腺腫瘍として当院に紹介となり生検施行。生検材料での診断は浸潤性乳管癌、硬癌であり、免疫組織化学上、ER(-), PgR(-), HER2(-)のTriple negative cancerとして、術前化学療法後に乳房全摘術が施行された。手術材料では、腫瘍は形態的にも免疫組織化学的にも不均一性を示した。主に二種類の異なる成分が存在し、充実腺管癌部分ではER(+), PgR(+), HER2 Score2, 硬癌部分では生検材料と同様のTriple negativeであった。X+12年に生じた背部皮膚転移巣も、硬癌に類似する組織像を示し、Triple negativeであった。X+13年、心嚢液貯留に対して穿刺細胞診が施行された。

【細胞所見】 N/C比の高いやや小型の細胞が、重積性を示す大集塊や小集簇性、孤在性に出現していた。充実腺管癌、硬癌いずれの成分の転移かが問題となった。同一検体から作製したセルブロック標本での免疫組織化学で、ER(-), PgR(-), HER2(-)を示し、硬癌、Triple negative cancer成分の転移と診断された。

【考察】 近年、ひとつの腫瘍の中にはゲノムの異なる複数のクローンが存在することが知られている。この現象は腫瘍内不均一性と呼ばれ、治療選択において難しい課題となる可能性がある。そのため再発癌、転移癌については腫瘍の再評価が求められる場合がある。生検不可能な転移病変、ことに体腔液においては、セルブロック法を併用した細胞診が有効な手段となりえるものと考えられる。

P-2-118 胸水中に腫瘍細胞が出現し由来の同定が困難であった TTF-1 陽性乳癌の1例

富山大学附属病院病理部病理診断科¹⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座²⁾, 新潟県立中央病院病理診断科³⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病態・病理学講座⁴⁾

○小椋恵利(CT)¹⁾, 堀隆(CT)¹⁾, 木屋千恵子(CT)¹⁾, 林伸一(MD)²⁾, 酒井剛(MD)³⁾, 濱島丈(MD)⁴⁾, 石井陽子(MD)⁴⁾, 笹原正清(MD)⁴⁾, 井村穰二(MD)^{1,2)}

症例は50歳代、女性。右乳癌術後1年4ヶ月、術後放射線化学療法後、放射線肺炎、器質性肺炎で治療中。左胸水貯留を認め、胸水細胞診が施行された。

標本中には、ミラーボール状、マリモ状や乳頭状の集塊を主体として出現する腺癌細胞を認め、それらは核異型が著しく、細胞質には空胞が目立っていた。同時にセルブロックを作製し、免疫組織化学染色を行うと、腫瘍細胞はCalretinin(-), BerEP4(+), CK7(+), CK20(-), ER(-), PgR(-), HER2(IHC)(2+), HER2(FISH)(-), GCDFP-15(-), NapsinA(-), TTF-1(+))であった。

腫瘍細胞の出現パターンからは乳癌の播種を第一に考えたが、腫瘍細胞がTTF-1陽性を示し、臨床的にも肺癌の可能性を完全に否定できなかったため、さらなる検討を行った。すると、乳腺材料においても腫瘍細胞の一部はTTF-1陽性を示した。GATA3は乳腺材料、セルブロックの両方において、腫瘍細胞は一部に陽性を示した。以上の結果より、胸水中の腫瘍細胞は乳癌由来であることが確認された。

TTF-1は肺や甲状腺原発腫瘍の鑑別に有用であるが、その他の臓器原発の神経内分泌腫瘍においても稀に陽性となることがある。原発性乳癌の約2~3%においてもTTF-1が陽性であると報告されている。胸水細胞診において肺癌と乳癌の鑑別はしばしば問題となり、TTF-1の免疫染色を行うことも少なくないが、原発性乳癌においても稀に陽性になる症例があることを念頭に置いておかなければならないと考える。

P-2-119 LBCによる乳腺細胞診診断の標準化を目指して～Low grade DCIS リングスタディ～

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科¹⁾, 微研株式会社²⁾, 鹿児島厚生連病院病理診断科³⁾, 今給黎総合病院病理部⁴⁾, (株)クリニカルパソロジーラボラトリー⁵⁾, 鹿児島大学病院病理部・病理診断科⁶⁾

○北園暢子(CT)¹⁾, 前田ゆかり(CT)¹⁾, 永尾聡子(CT)¹⁾, 皆倉愛美(CT)¹⁾, 黒木良明(CT)²⁾, 宮當秀行(CT)³⁾, 田邊尚子(CT)⁴⁾, 内田美重(CT)⁵⁾, 田中和彦(CT)⁶⁾, 大井恭代(MD)¹⁾

【目的】 Low grade DCIS は極めて予後の良い癌であり, 過剰侵襲とならない臨床対応が検討される中, 低侵襲な細胞診診断のニーズは大きい. そこで, Low grade DCIS の標準的診断を目指し, 標準化された標本作製法である LBC による Low grade DCIS 診断の精度と観察者間の共通抽出所見を検討した.

【方法】 組織診断がなされた Low grade DCIS 5 例, High grade DCIS 1 例, 硬癌 1 例, 粘液癌 1 例, 線維腺腫 2 例の直接塗抹標本, LBC 標本を用い, リングスタディを行った. 協力者は経験年数, 日常的に乳腺細胞診に従事する頻度が様々な CT 11 名, MT 4 名. 実施手順は, まず直接塗抹標本と LBC 標本を解説なしで「良性」「Low grade DCIS」「Low grade DCIS 以外の悪性」の 3 つに判定. 次に LBC 標本の Low grade DCIS 細胞所見のみ解説後, 同一症例を所見用紙に沿って判定を行い, 解析した.

【結果】 Low grade DCIS の正解率(解説前/後)は, LBC 標本(65%/76%)が直接塗抹標本(51%/64%)より正解率は高く, 解説後上昇した. 共通抽出所見(LBC/直接塗抹)は, 細胞の単調さ(76%/74%), 筋上皮の欠如・減少(83%/80%), 核の小型(90%/81%)円形(87%/77%)であった. また, 乳頭型 3 例では裸血管の所見が LBC 標本で直接塗抹標本より高かった(81%/5%).

【考察】 LBC は背景がクリアになったため, 所見の把握が容易になり, これまでの Low grade DCIS に特徴的な細胞異型・構造異型の所見がさらに強調され, LBC 標本の正解率が高かったと考えられた. 標準化された LBC 標本を用いて客観性の高い所見を組み合わせることで Low grade DCIS の標準的診断ができる可能性が示唆された.

P-2-120 Cellprep を用いた乳腺液状化検体細胞診の至適条件の検討

広島大学病院病理診断科

○高井チカ子(CT), 有廣光司(MD), 石田真悠(CT), 内島由加里(CT), 田岡知恵(MT), 丸橋由加里(CT), 田中祐菜(CT), 清水智美(CT), 金子佳恵(CT), 石田克成(CT), 尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 織田麻琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD)

【はじめに】 Liquid-based cytology (LBC) の一つである Cellprep を用いた乳腺細胞診の長所と短所及びその改善法について検討する.

【材料と方法】 本学で採取された乳癌細胞診検体を対象とした. 穿刺吸引細胞は従来法と針洗浄液を Cellprep vial に移して Cellprep PLUS を用いて標本作製した. 次に切除された 21 例の乳腺腫瘍の剖面から擦過により十分量の細胞を採取し, Cellprep 穿刺吸引用固定液(30% エタノール固定液)と, それを基にエタノール濃度を調整した 3 種類の固定液及び ThinPrep 固定液を用いて, 固定時間は 30 分, 3 時間, 18 時間として標本作製し, 標本 1 枚当たり 10 視野中の観察に適した細胞の割合を算出した.

【結果と考察】 Cellprep 標本では従来標本と比較して大型集塊の欠如, 細胞の小型化, 出血性背景の減少や粘液物質の断片化などの相違点が観察された. Cellprep 法の原理がフィルター法のため, 大型集塊が通過しにくいと推測されたが, 細胞の小型化や出血性背景の減少, 粘液物質の断片化は溶血剤や粘液溶解剤によると考えた. 適正細胞の割合は Cellprep 穿刺吸引用固定液で, 固定時間 30 分, 3 時間, 18 時間ではそれぞれ 43%, 46%, 47%であった. 50% エタノール固定液ではそれぞれ 38%, 47%, 44%, 70% エタノール固定液ではそれぞれ 30%, 38%, 39% で, 95% 固定液ではいずれも約 3% で, ThinPrep 固定液ではそれぞれ 31%, 36%, 29% であった. Cellprep による乳腺細胞診標本作製の至適条件は, Cellprep 固定液で 18 時間固定, 50% エタノール固定液で 3 時間固定であった. 一方, 30 分間固定では Cellprep 固定液で適正細胞が最多であった.

P-2-121 乳管拡張・嚢胞性病変の乳腺穿刺吸引細胞診におけるスコアリング評価の有用性

弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻細胞検査士養成課程¹⁾, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域²⁾, 山形県立河北病院検査部³⁾, 弘前市立病院臨床検査科⁴⁾

○吉岡治彦(PhD)^{1,2)}, 上野 大(CT)^{1,3)}, 及川颯大(CT)⁴⁾, 堀江香代(PhD)^{1,2)}, 渡邊 純(MD)^{1,2)}

【目的】 乳管内拡張や嚢胞性病変を伴う病変の針生検では, 細胞採取量が少なく判定困難となることが多いため, 穿刺吸引細胞診は欠くことの出来ない検査法であり, 判定精度向上が求められている. 本研究の目的は本病変を用いて細胞診スコアリング法から良悪性の鑑別所見や特徴を解析し, 細胞判定に有用な所見を明らかにすることである.

【方法】 検討材料は, 背景に泡沫細胞の出現を認め細胞学的に乳管拡張および嚢胞性病変のある標本23症例(良性12例; 190画像, 悪性11例; 237画像)を用いた. スコアリング項目は以下の10項目で各1~3点, 合計範囲10~30点である. 構造異型: 1. 散在性上皮細胞, 2. 集塊辺縁凹凸不整, 3. 上皮細胞の核の重なり. 細胞異型: 4. 核大小不同, 5. 核形態不整, 6. クロマチン濃染度, 7. クロマチン性状, 8. クロマチン分布, 9. 核小体, 10. 筋上皮細胞無し.

【結果】 1. スコアリングカットオフ値: 20.75点以上は悪性を疑う(正診率95.7%, 感度90.9%, 特異度100%).

2. 各所見間の相関性: 悪性は集塊凹凸不整が強くなると同時に散在性が強く($r_s=0.8$)なり, 核大小不同が強くなると同時にクロマチン分布が不規則になる($r_s=0.9$)傾向を示した.

3. 癌判定に有用な所見: 感度の高い順に, 集塊の凹凸不整, 核の重なり, 筋上皮細胞無しの所見のスコア値が高くなり, 特異度の高い順では核小体, 上皮細胞の散在性, クロマチン分布, 核の重なり在所見のスコア値が高くなった.

【結論】 乳管内拡張や嚢胞性病変を伴う病変に対し, 細胞診スコアリング評価は精度の高い有用な方法であった. さらに悪性の時に正に相関して出現してくる所見の組み合わせや, 有意にスコア値が高くなる所見が明らかになった.

P-2-122 乳管内増殖病変における細胞学的評価の有用性の検証

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○山田正俊(MD), 小山芳徳(CT), 安達純世(CT), 若原孝子(CT), 豊永安洋(CT), 山本善也(CT), 師岡恭之(CT), 常世田岬(CT), 内田浩紀(CT), 山崎一人(MD), 石田康生(MD)

【はじめに】 乳腺における乳管内増殖病変は浸潤癌の前駆病変と位置付けられ, 正確な組織診断が求められる. その一方で, 採取量の少ない針生検体では的確な診断が困難なことも多い. 従って乳管内増殖病変の診断の補助的手段として乳腺穿刺吸引細胞診が果たす役割は大きい. 今回, 乳管内増殖病変の各組織型による形態の違いについて, 細胞学的にアプローチを試みた.

【方法と結果】 乳管内増殖病変を組織学的に, usual ductal hyperplasia (UDH), atypical ductal hyperplasia (ADH), ductal carcinoma in situ (DCIS) に分類, また DCIS については G1, G2, G3 の3段階に区分し, 各組織型に対応する細胞診標本を評価した. 評価については, 核に関しては, 大きさ, 大小不同, 形態, 核小体, 核クロマチン, 及び核縁を, またその他に壊死の有無, 核分裂像数, 及び筋上皮細胞数をパラメータとして抽出, スコアリングをして評価した. 核のパラメータでは, 大きさ, 大小不同, ならびに形態に関して, UDH では他の組織型に比し有意にスコアが低く, かつ UDH では集塊における筋上皮細胞数が有意に多かった. また, ADH から DCIS の各グレードに関しては, いずれのパラメータも悪性度が増すにつれて高くなる傾向を示した.

【考察】 詳細な細胞学的評価が各種乳管内増殖病変の診断に寄与することが示された. 乳管内増殖病変に対する細胞診の有用性について詳細に考察する.

P-2-123 乳癌における術前腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(LN-FNA)の偽陰性症例の解析

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⁾, 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の偽陰性症例について解析したので報告する。

【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が施行された症例のうち、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。偽陰性症例は31例あった。

【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。LN-FNA標本を見直したところ31例中1例に悪性細胞を認め、5例は採取細胞量が少量で検体不適正相当と考えられた。偽陰性症例の転移巣の最大径は最小が0.2mm、最大が18mmであった。LN-FNA陽性症例69例のうち、転移巣の最大径が計測可能であった66例は最小が4mm、最大が30mmであった。最大径4mm以上が穿刺可能とすると、4mm以上で偽陰性となった症例は14例あった。転移巣が小さいことを除き、偽陰性となった原因を考察すると、LN-FNA施行リンパ節と転移陽性リンパ節が異なる症例が8例、転移巣の偏りがある症例が6例あった。

【考察】偽陰性症例を減少させるには、腫大リンパ節1個に対する穿刺回数を増やす、腫大したリンパ節が複数個ある場合にはそのいくつかにFNAを施行することが必要と思われる。

P-2-124 乳腺腋窩リンパ節診断の比較検討 細胞診 vs. 針生検

千葉県がんセンター乳腺外科¹⁾, 千葉県がんセンター臨床病理²⁾

○中村力也(PhD)¹⁾, 山本尚人(PhD)¹⁾, 池部 大(PhD)²⁾, 伊丹真紀子(PhD)²⁾

【はじめに】センチネルリンパ節生検で転移陽性であっても腋窩郭清の省略は予後に影響しないことが示された。この対象は臨床的リンパ節転移陰性症例であり、術前の腋窩リンパ節診断が重要となる。さらに海外では腋窩リンパ節のステージングは外科的手法(SNB)から画像診断+穿刺吸引細胞診(FNAC)で代替する臨床試験(SOUND trialなど)も進行中である。そのため、さらなる厳格な術前腋窩リンパ節診断が要求されると考える。当施設では臨床的N0診断を画像およびFNACで検討してきたが、厳格なcN0診断のため、リンパ節針生検(CNB)の導入を試みたので報告する。

【対象と方法】2012年から2016年3月まで画像上転移を疑わないcN0:689例と画像上転移を疑うもFNAまたはCNBで陰性のcN0/FNA(-)群254例とcN0/CNB(-)群141例のSLN転移陽性率とnon SLN転移陽性率および精度を検討した。(結果)SLN転移陽性率とnon SLN転移陽性率はcN0群(11%,2.5%),cN0/FNA(-)群(14%,5.9%),cN0/CNB(-)群(4%,0%)。精度、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率はcN0群(90%,37%,98%,77%,91%),cN0/FNA(-)群で(91%,83%,99%,97%,88%),cN0/CNB(-)群で(97%,93%,99%,99%,97%)。なお、画像上リンパ節転移を疑いCNBを施行し転移陰性であった3例はFNAを追加し2例で転移陽性であった。

【まとめ】臨床的リンパ節転移陰性は各モダリティで異なる。CNBの精度は高いがFNAとの併用でさらなる精度向上が期待できる。

P-2-125 乳癌センチネルリンパ節捺印細胞診の細胞像と有用性

東京女子医科大学八千代医療センター臨床検査室¹⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科²⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター乳腺・内分泌外科³⁾

○高橋昌樹(CT)¹⁾, 今野辰郎(CT)¹⁾, 末澤亜紀(CT)¹⁾, 角奈美子(CT)¹⁾, 南部周平(MT)¹⁾, 地曳典恵(MD)³⁾, 清水忠夫(MD)³⁾, 大出貴士(MD)²⁾, 増永敦子(MD)²⁾, 廣島健三(MD)²⁾

【はじめに】リンパ節転移の有無は癌の最も強力な予後因子である。今回、センチネルリンパ節の診断精度向上を目的に、リンパ節転移の細胞像と組織像との比較を行った。

【対象】2014年1月から2016年5月まで、当院にて術中迅速センチネルリンパ節生検が行われた191例の中から、転移陽性と診断された35例を対象とした。

【結果】リンパ節転移陽性と診断された組織型の内訳は乳頭腺癌12例、充実腺癌6例、硬癌14例、浸潤性小葉癌2例、浸潤性微小乳頭癌1例であった。転移巣の組織像は、それぞれの組織型の特徴が反映された組織像であった。捺印材料の細胞像は浸潤性乳管癌では大部分が重積性を伴う上皮結合性集塊を形成しており、特徴的な腺管構造や充実性集塊等は目立たなかった。浸潤性小葉癌は核腫大を伴う核偏在性異型細胞が孤立散在性に出現し、集塊を形成しても数個の異型細胞からなる小塊であった。

【考察】今回の検討対象内に組織診と細胞診の判定不一致(組織が陽性、細胞診が陰性)が5例存在し、一致率は86%であった。不一致例は腫瘍細胞が辺縁洞にのみ存在するものや、2mm以下の微小転移、ITCレベルの転移であった。捺印細胞診で浸潤性乳管癌では腺管構造等、特徴的な構造を反映した細胞像は確認出来なかったが、腫瘍細胞は主に上皮性結合集塊で出現していた。核異型度の高いものは多くは孤立性に出現し、集塊を形成する場合も結合性が弱い。浸潤性小葉癌の場合は結合性が弱く、主に弧在性出現を特徴とする。センチネルリンパ節の転移診断においての捺印細胞診は、凍結標本の状態が悪い場合や組織上でも判定が難しい場合に、診断の一助と成り得る。組織診と捺印細胞診を併用する事は有意義だと考える。

P-2-126 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診における迅速細胞診検査の有用性について

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

○土田 秀(CT)¹⁾, 布瀬川卓也(CT)¹⁾, 神山晴美(CT)¹⁾, 中里宜正(MD)⁴⁾, 高田温子(MD)⁴⁾, 飯島美砂(MD)²⁾, 鹿沼達哉(MD)³⁾, 小島 勝(MD)⁴⁾

【はじめに】頸部などの表在リンパ節に腫脹がみられた場合、通常はまず穿刺吸引細胞診が行われる。穿刺吸引細胞診では予後、治療法を考えるうえで良性病変、癌の転移、悪性リンパ腫などの鑑別が求められ、必要に応じて確定診断を目的とした組織採取が行われる。今回、頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診に迅速細胞診検査を併用することで迅速な組織採取に繋がるか検討を行った。

【対象および方法】2011年1月から2014年12月の間に頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診が行われた273例のうち、リンパ節摘出術により病理組織診断が確定した27例を対象とした。対象は迅速細胞診検査導入前後で穿刺吸引細胞診施行からリンパ節摘出までの日数、穿刺吸引細胞診と組織診の結果について比較した。

【結果】穿刺吸引細胞診施行からリンパ節摘出までの日数は迅速細胞診検査導入前の平均が14.9±15.1日、導入後の平均が5.6±6.1日で、導入前後で比較すると導入後が有意に短期間であった。また、組織診断に対する正診率は迅速細胞診検査導入前が90.0%、導入後が88.2%で有意差は認められなかった。

【まとめ】頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診に迅速細胞診検査を併用することで、必要に応じ短期間でリンパ節摘出が行われ、迅速な治療に繋がるものと思われた。

P-2-127 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診で少数の異型細胞からホジキン病を疑った1例

宮崎県立延岡病院臨床検査科病理¹⁾, 宮崎県立延岡病院病理診断科²⁾

○谷口慎一郎(CT)¹⁾, 長友明彦(CT)¹⁾, 若松亜弥(MT)¹⁾, 石原 明(MD)²⁾

【はじめに】ホジキン病の細胞診断では Hodgkin/Reed-Sternberg 様細胞(HRS)を認識することが最も重要だが, 穿刺吸引細胞診(FNA)材料中にこれらが充分観察できない場合も多い。今回我々は, 咽頭癌の転移を疑い行われた顎下腺リンパ節のFNAで, 極少数のHRSを見出したことより正しい診断に導くことが出来た症例を経験したので報告する。

【症例】38歳女性 5, 6年前から鼾を主訴に紹介となる。上咽頭前壁から中咽頭方向へぶら下がる瘤状の腫瘤及び左顎下腺部腫瘤の存在から上咽頭癌のリンパ節転移を疑いリンパ節のFNAが行われた。

【細胞像】FNAでは, 採取検体量は適正, 成熟したリンパ球を背景にHRSを疑う1~2核の大型細胞を極少数認めるのみであった。大型細胞の核異型は弱かったため細胞判定は(+/-), 推定組織型はホジキン病を疑い, 生検を依頼した。

【上咽頭生検組織像】重層扁平上皮に異型は無く, 固有層にリンパ組織腫大を認めた。内部に好酸球と混じて大型異型細胞を認めた。悪性疾患鑑別の為, 免疫染色を行った。

【リンパ節組織像】胚中心を伴うリンパ濾胞が認められ, 濾胞間は狭小化している。小型リンパ球を背景に単核, 2核の異常大型細胞が多数認められ, HRSと判断した。好酸球や形質細胞の浸潤は見られなかった。古典的ホジキン病, リンパ球豊富型(LRCHL)と診断された。

【免疫染色】CD30+, LCA+, CD15+, MUM1+, PAX5弱陽性

【考察】FNAで判断に適した細胞が少なかったが, HRSを疑い, 臨床に次のステップへ繋がる情報を伝えることが出来た症例と考える。

P-2-128 紡錘形細胞が出現したCD56陽性末梢性T細胞性リンパ腫の1例

東邦大学医療センター佐倉病院病理部¹⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院病理診断科²⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院内科³⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院外科⁴⁾

○鎌倉正和(CT)¹⁾, 大塚成美(MT)¹⁾, 佐藤麻依(CT)¹⁾, 平川靖那(CT)¹⁾, 山崎利城(CT)¹⁾, 平山美佐子(CT)¹⁾, 山口みはる(CT)¹⁾, 北村 真(CT)¹⁾, 笹井大督(MD)²⁾, 徳山 宣(MD)²⁾, 番 典子(MD)³⁾, 清水直美(MD)³⁾, 金澤真作(MD)⁴⁾, 蛭田啓之(MD)²⁾

【はじめに】腋窩リンパ節の穿刺吸引細胞診にて紡錘形細胞が多数出現したCD56陽性末梢性T細胞性リンパ腫(CD56+PTCL)の1例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。両側乳房にシリコン注入歴があり, 約2年前から右乳房の発赤, 硬結を繰り返していた。7ヵ月前, 右乳房から針生検が施行され, シリコン肉芽腫の診断のもと, ステロイド治療が行われたが, 徐々に皮膚の発赤や腫脹の範囲が拡大し, 腋窩リンパ節腫大を認めた。乳癌の可能性も考慮し, 腋窩リンパ節から穿刺吸引細胞診を行った結果, T細胞性リンパ腫が疑われた。胸部発赤部からの皮膚生検にて, CD56+PTCLと診断され, CHOP療法を行うも1ヵ月後に死亡した。

【細胞所見】N/C比が増大した中~大型の異型細胞を孤立散在性に多数認められ, 核は切れ込みなどの不整を有し類円形~楕円形を示した。また, 核偏在性で細胞質が細長い, あるいは先細りした紡錘形細胞も多数認めた。核分裂像や多核細胞もみられた。形態学的な鑑別は困難であったが, 肉腫や臨床的背景から悪性リンパ腫の可能性を考慮し, 免疫染色を実施した。LCA, CD3陽性, CD20, CD79a, AE1/AE3陰性を示しT細胞性リンパ腫が疑われた。

【組織所見】少量の胞体を有し, 切れ込みなどの核形不整や一部多核化を示す異型細胞を認めた。楕円形核を有する細胞も混在していたが, 肉腫を疑う様な紡錘形細胞は見られなかった。免疫染色でCD3, CD8, CD56, granzymeB陽性, CD4, CD5, CD20, CD30, CD79a, ALK, β F1, EBER-IHC陰性を示し, CD56+PTCLと診断した。

【まとめ】悪性リンパ腫で紡錘形細胞が多数出現することは稀であるが, 臨床的背景を考慮した上で, 悪性リンパ腫の可能性を除外せず, 免疫染色を実施することが望ましいと考えられた。

P-2-129 Myeloid sarcoma の細胞像の検討

がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, がん研究会がん研究所病理部²⁾

○小松京子(CT)¹⁾, 古田則行(CT)¹⁾, 藤山淳三(CT)¹⁾,
伊藤崇彦(CT)¹⁾, 鈴木奈緒子(CT)¹⁾,
山田麻里沙(CT)¹⁾, 星 利良(CT)¹⁾, 池畑浩一(CT)¹⁾,
石井脩平(CT)²⁾, 佐藤由紀子(DDS)²⁾,
高澤 豊(MD)²⁾, 石川雄一(MD)²⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾

【はじめに】Myeloid sarcoma (髄外性白血病: 以下MS) は, 髄外に白血病細胞が腫瘤を形成するもの, 白血病の診断に先立って腫瘤が発見される場合もある. 白血病の型は顆粒系白血病が多いが, 単球系白血病でもみられることがある. 幼若骨髄細胞で構成されるため, 細胞診では悪性リンパ腫や悪性黒色腫など他の小円形細胞腫瘍との鑑別が難しいことが多い. 今回我々は, MS と組織学的に診断された3症例の細胞像を検討したので報告する.

【症例】40歳代男性Aの胸壁腫瘤・40歳代男性Bの歯肉腫瘍・30歳代女性の右小陰唇の腫瘤として発見され, 細胞診・組織診が行われた.

【細胞所見】3例に共通した細胞像として, 繊細な核クロマチンを有する, 小円形細胞が単調に出現していたため, 横紋筋肉腫, 悪性リンパ腫や, MS, 悪性黒色腫, 皮膚付属器癌を鑑別との鑑別が必要であると判定していた.

【組織診所見】組織診所見では, 微細なクロマチンを有するN/C比の高い小型細胞の浸潤性増殖を認めた. 免疫染色はMPO, CD34, CD68, CD123, TdT, CD56など, 多種類の免疫染色が併用されMSと診断された.

【まとめ】組織診の結果より, それぞれ全身検索が行われ, 40歳代男性Aの胸壁腫瘤患者からはAMLが発見され, 40歳代男性Bの歯肉腫瘍・30歳代女性の右小陰唇の腫瘤の患者からは局所病変のみであることが確認された. 3例とも臨床的にMSは推定されていなかったが, 細胞診でMSを推定することで, 組織診だけではなく, flow cytometry や遺伝子解析にも貢献できると思われる.

P-2-130 メトトレキサート関連リンパ腫の2例

宮崎県立宮崎病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾, 宮崎県立宮崎病院内科³⁾

○木田裕子(CT)¹⁾, 稲田千文(CT)¹⁾, 谷口康郎(CT)¹⁾,
原口朋子(CT)¹⁾, 島尾義也(MD)²⁾, 丸塚浩助(MD)²⁾,
山下 清(MD)³⁾

【はじめに】メトトレキサート(MTX)は, 抗がん剤の他にも免疫抑制剤として関節リウマチ(RA)を中心とした自己免疫疾患等の治療に使用されており, その免疫抑制作用によりMTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)を発症することが知られている. 今回我々は, メトトレキサート関連リンパ腫の2例を経験したので報告する.

【症例1】80代男性, 約2年前よりRAに対しMTX投与. 左鼠径リンパ節腫脹を指摘され, HTLV-1陽性であったことから, ATLLが疑われリンパ節生検が施行された. 細胞像は中型~大型リンパ球で占められ, 核形不整や核小体を認めた. 組織学的には大型細胞がCD20, CD79aに陽性を示し, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された.

【症例2】70代女性, 約20年前よりRAに対しMTX投与. 下腹部痛を主訴に来院, CTにて膀胱壁腫瘤, 腹腔内リンパ節腫脹及び肺結節を指摘され, 鼠径リンパ節生検が施行された. 細胞像は小型リンパ球を主体とし, 明瞭な核小体を有する核を持つ巨細胞が散見された. 多核の巨細胞も少数認めた. 組織学的には一様な小型リンパ球が周囲に見られる中, 大型核小体を持つ大型核細胞を認め, ホジキンリンパ腫と診断された.

【まとめ】MTX-LPDは組織学的にはB細胞性リンパ腫が多く, ホジキンリンパ腫や前リンパ腫状態のリンパ球増殖疾患を呈するものがある. これらの病態にはEBVの関与が考えられており, 半数以上の症例にEBV感染を認める. 2例とも大型B細胞・ホジキン細胞にEBV感染を認め, EBV関連のMTX-LPDと考えられた.

P-2-131 診断に苦慮した消化器・リンパ節に発生した Histiocytic Sarcoma の 1 例

南部徳洲会病院臨床検査部¹⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座²⁾, 中部徳洲会病院臨床検査部³⁾

○鳥袋貴子(CT)¹⁾, 立津千絵(CT)¹⁾, 知花宗仙(CT)³⁾,
小菅則豪(MD)²⁾, 仲地里織(MD)²⁾, 小山寛文(MD)²⁾,
新垣和也(MD)²⁾, 吉見直己(MD)²⁾

【はじめに】 Histiocytic sarcoma (HS) は組織球性の免疫形質を発現する稀な疾患であり予後不良である。我々は消化器とリンパ節検体から推定された HS の症例を経験したので報告する。

【症例】 70 歳代女性。高度貧血にて鉄剤投与続けるも改善しない為、上部内視鏡検査を施行され、食道、胃、十二指腸に腫瘍性病変を認めた。また、腋窩リンパ節の腫脹を認めたため、穿刺吸引細胞診および組織診がなされた。

【穿刺吸引細胞診】 血性背景に N/C の低い大型の異型細胞を孤在性から一部小集塊状に認め、細胞像は多彩であった。核異型強く、核腫大と核型不整や核の切れ込み、一部好酸性に腫大した核小体を認め、クロマチンは顆粒状で不均等に分布していた。多くの細胞では、核は偏在性で、細胞質はレース状を呈しているが、一部、核中心性で細胞質に厚みのある細胞や粘液様空胞を有する細胞も伴っており、多彩な形態を呈した。また多核細胞や血球貪食像を認め、核の分裂像も散見された。

【消化管生検およびリンパ節生検】 とともに線維化を伴い、びまん性に増生する異型細胞を認め、免疫染色で Vimentin と組織球系マーカー(CD68, CD163, CD204)のみに陽性を示した。

【まとめ】 今回、稀な疾患である HS の細胞像が得られ多彩な細胞像を呈するため細胞診で組織型の鑑別は困難であり、免疫化学的検索が不可欠である。血球貪食像は組織球由来を示唆する有力な所見である。鏡検の際、多彩な細胞像、血球貪食像を認めた場合は HS も鑑別疾患の一つとして念頭に置く必要があると考える。

P-2-132 免疫細胞化学染色のコントロール作製法—細胞浮遊液を用いた検討—

東邦大学医療センター佐倉病院病理部¹⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院病理診断科²⁾

○佐藤麻依(CT)¹⁾, 鎌倉正和(CT)¹⁾, 平川靖那(CT)¹⁾,
山崎利城(CT)¹⁾, 平山美佐子(CT)¹⁾,
山口みはる(CT)¹⁾, 北村 真(CT)¹⁾, 寺井謙介(MT)¹⁾,
徳山 宣(MD)²⁾, 笹井大督(MD)²⁾, 蛭田啓之(MD)²⁾

【はじめに】 細胞診での免疫染色は広く用いられているが安定したコントロールを確保することが難しく、コントロールなしで染色される場合がある。そこで滴下するだけで簡便に使用できる細胞浮遊液をコントロールとする方法を考案し、固定条件、染色条件、染色性が保持される期間について検討した。最初の条件検討には培養細胞株を用いたが、体腔液などの臨床検体からもコントロールを作製できるか検討した。

【方法】 細胞を固定後、6%ポリエチレングリコール 70% エタノール(6% PEG70% EtOH)に移し細胞浮遊液として 4℃で保存する。使用時にスライドガラスに滴下し風乾させて標本作製し免疫染色を行う。固定液は TACAS Ruby, TACAS Amber, 95%エタノール、使用した抗体は ER, PgR, TTF-1, Synaptophysin, Calretinin, WT-1, CDX-2。免疫染色の条件は、賦活(なし、イムノセイバー加熱 1 分)、一次抗体の反応時間(20, 30, 60 分)、二次抗体の反応時間(20, 40, 60 分)、6% PEG70% EtOH に移し替えてからの保存期間を検討した。

【結果】 TACAS 固定液と比較して 95%エタノール固定では細胞が剥離しやすい傾向であった。固定液によって染色性に多少の差異を認めたが、染色の判定に影響が出るような差はみられなかった。賦活条件は Calretinin が賦活なし、それ以外はイムノセイバー加熱 1 分、一次抗体は 20 分または 30 分で、二次抗体は 20 分で良好な染色結果が得られた。培養細胞株で 3ヶ月、臨床検体で 1ヶ月、染色性が保持されることを確認した。

【結語】 6% PEG70% EtOH に保存した細胞浮遊液は長期間の保存性と簡便性に優れた免疫細胞化学染色のコントロールとなる事を示した。培養細胞株を用いれば大量に安定したコントロールを供給することが可能であるが、臨床検体からでもコントロールを作製することが十分可能である。

P-2-133 免疫細胞化学における精度管理用対照の作製と有用性の検討

国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部

○中村信之(CT), 牧野愛未(CT), 横田 章(CT),
藤田優貴(CT), 菅原明子(CT), 遠藤奈美江(CT),
藤井丈士(MD)

【はじめに】非水溶性封入剤を支持剤とした細胞転写法は、細胞診標本などの限られた材料から複数の染色を可能にする非常に有用な技術であり、免疫細胞化学的検索による腫瘍の鑑別や原発巣の推定に用いられている。そして、その際には精度管理用対照をおくことが望ましいが、細胞診検体は固定法などの標本作製過程が組織検体と異なるため、免疫細胞化学的検索のための精度管理用対照には細胞診検体と同様の条件で固定・作製されたものが必要となる。ところで、アルギン酸ナトリウムはカルシウムイオンの存在下で水に不溶性のアルギン酸カルシウムに変化するという特徴をもっており、セルブロック法等に応用されている。今回われわれは、細胞転写法にアルギン酸ナトリウムを応用し、免疫細胞化学的検索のための精度管理用対照の作製を試みた。そして、作製した精度管理用対照の保存安定性について検討した。

【方法】精度管理用対照は肺腺癌の腫瘍捺印標本を用いて作製後、冷蔵庫で保存した。1日, 1週間, 1ヶ月, 3ヶ月後に TTF-1, Napsin A, CK7, CK20 の免疫細胞化学染色を施行し、染色性の変化を観察した。

【結果】精度管理用対照は染色操作中に剥がれることはなかった。染色性の変化については現在検討中のため結果は当日報告する。

【まとめ】精度管理用対照は染色したい標本に直接貼り付けることができるため、標本毎の精度管理が可能となり、染色手技に起因する偽陰性・偽陽性の判断に有用である。

P-2-134 術中迅速診断時における迅速免疫細胞診の有効性の検討

厚生会仙台厚生病院

○諸橋 彰(CT), 雫石智子(MT), 荒屋敷聖(CT),
成田菊夫(CT), 赤平純一(MD), 遠藤希之(MD)

【はじめに】当院では年間約 350 例の術中迅速診断を行っている。その内訳は呼吸器外科 239 例, 消化器外科 111 例である。しかしながら術中迅速診断は限られた条件下で行われ、診断に苦慮する症例に遭遇することも経験する。そこで今回、迅速免疫染色装置ヒストテック R-IHC (ラピート)(以下ラピート)を使用する機会を得たことから、術中迅速診断時に免疫染色を併用することで、精度の高い診断を実現できるかを検討した。

【対象・方法】当院で実施された術中迅速診断 350 例(呼吸器外科, 消化器外科)の内、主に転移性腫瘍が疑われた 53 例を対象とした。凍結標本と同時に捺印細胞診標本を作成、ラピートを使用し迅速免疫染色を行い、染色に要する時間と、術後永久標本における染色結果と比較検討した。

【結果】R-IHC を用いることで一次抗体及び二次抗体の通常 1 時間から 30 分程度要する反応時間を 5 分に短縮することができた。その結果、全体の染色時間は通常の染色で要する約 3 時間から約 30 分に短縮された。術後組織標本との染色結果との比較では、CK7, CK20 ではほぼ同様の染色性を呈したのに対して、TTF1 や ER では結果の相違がみられた。

【考察】今回ラピートを使用することで、染色時間の大幅な短縮が得られた。今後の課題として、染色時間の短縮によるとみられる抗体ごとの染色態度の相違等についてさらに検討が必要と思われた。また、陽性コントロールの問題が解決されれば、限られた時間の中でさらに精度及び客観性の高い診断が期待できる。さらに細胞診検体における迅速免疫染色法により、常勤病理医が不在などの理由で細胞検査士が補助的に迅速細胞診断を行っている施設においても精度の高い細胞診断が可能になると考えられた。

P-2-135 Cellprep 浮遊細胞を用いた fluorescence in situ hybridization (FISH) 法プロトコルの確立

広島大学病院病理診断科

○田中祐菜(CT), 有廣光司(MD), 石田真悠(CT), 内島由加里(CT), 丸橋由加里(CT), 清水智美(CT), 金子佳恵(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT), 尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 田岡知恵(MT), 織田麻琴(DDS), 木村修士(MD), 城間紀之(MD)

【はじめに】当院では、2015年に liquid-based cytology (LBC) の一つである Cellprep を導入し、標本作製を行っている。LBC は検体の長期間保存、特殊染色や免疫染色が可能であり、加えて fluorescence in situ hybridization (FISH) 法や遺伝子検索への応用が期待される。LBC 検体の FISH 法による検索については、これまでに Thin-Prep, Surepath での報告がされている。今回、Cellprep 検体への FISH 法の応用を試みた。

【方法】切除された肺腫瘍の断面を擦過し、Cellprep のバイアルで固定した浮遊細胞を対象とした。前処理として、塩酸、抗原賦活化液 pH9 (ニチレイ)、プロテアーゼ K (Abott 社)、ペプシン (ロッシュ・ダイアグノスティックス) で行った。反応時間は、それぞれ 10, 20, 30 分で、反応温度は、塩酸は室温、抗原賦活化液は 97℃、プロテアーゼとペプシンは 37℃とした。FISH 法は CEP1 (Dako) プロンプを用い、型通りに行った。

【結果と考察】良好なシグナルの検出が得られた条件はプロテアーゼによる前処理、最良のシグナルは、ペプシンにより前処理を行った場合であったが、蛍光顕微鏡下ではシグナルが弱く観察が困難であった。そこで、MetaSystems 社の自動蛍光画像解析装置 Metafer を用いることで明瞭なシグナルの観察が可能となった。アルコール固定された細胞では、塩酸などの化学的な処理では良好な結果が得られなかったが、酵素処理によりシグナルの観察が可能になった。このシグナルは微弱であり更なる条件改良を要する。

P-2-136 細胞診画像における焦点・露出の画質改善—撮影から画像合成までの自動化の試み—

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⁾, 川崎医科大学病理学¹⁾

○小林博久(CT)¹⁾, 菅野豊子(CT)¹⁾, 米 亮祐(CT)¹⁾, 小林江利(CT)¹⁾, 福屋美奈子(CT)¹⁾, 鹿股直樹(MD)²⁾, 森谷卓也(MD)²⁾, 定平吉都(MD)³⁾

【目的】細胞診画像の画質改善で有用な焦点・露出の画像合成法では、焦点・露出の異なる非常に多くの段階の撮影が必要である。この撮影労力の軽減と精度を向上させるため、前回報告した自動露出撮影に、今回は焦点変更の自動化の検討を加え、撮影から画像合成までの自動化を試みたので報告する。

【方法】膀胱鏡後尿、尿液等の細胞集塊を被写体に、撮影には Nikon ECLIPSE 80i と顕微鏡デジタル撮影装置 (Shimadzu 社 Moticam Pro252A) を用いた。焦点変更の自動化には電動焦点コントローラーを USB ステップモーターカード (K8096, Vellemam 社)、ステップモーター (SM-42BYG011: 秋月電子)、Visual Studio2015 (Visual Basic) にて開発し、タイミングベルトでモーターと顕微鏡の微動ハンドルとを接続した。露出自動化には kms Ver1.1 (SEP) を用い、焦点・露出の画像合成には TuFuse 1.6 (tawbaware), EnFuse4.2 64 bit (Christoph Spiel.) を用いた。なお、全体のプログラムの作成にはデータベースソフト桐 Ver.8 の簡易言語を用いた。この自動撮影方式と手動撮影方式とを焦点 10 段階、露出 20 段階の計 200 枚の撮影で比較した。また、同画像にて TuFuse と EnFuse の処理時間等を比較した。

【成績】撮影行程では、手動は操作が非常に煩雑で撮影ミスも発生し、撮影時間は約 17 分であった。自動では、焦点、露出ともに正確な撮影が可能であり、撮影時間は約 9 分 30 秒で、手動よりも速かった。画像合成行程では、CPU: Core i7 3.5 GHz, Mem: 16 GB, Win10 環境で TuFuse: 6 分 45 秒, EnFuse: 約 7 分であった。

【結論】電動焦点コントローラーの開発と画像合成ソフトの連動により、撮影から画像合成までを自動化することに成功した。今後、さらなる検討により焦点・露出合成による細胞画像の画質改善を図りたい。

P-2-137 ギムザ染色標本における細胞転写法の条件検討

山梨県立中央病院検査部病理診断科

○雨宮健司(CT), 興石早紀(CT), 石井恵理(CT),
小山敏雄(MD)

【初めに】当院でゲノム解析センターが開設されてから、様々な腫瘍において次世代シーケンサーを活用した癌関連遺伝子の網羅的解析が行われている。我々は、FFPEよりDNAの質がよく準備も容易で迅速に解析が行えるツールとしてギムザ染色標本を用いた捺印細胞診検体由来DNAを紹介してきた。しかし、過去標本で解析を行う場合は細胞転写法を行う必要がある。細胞転写法の最も一般的なツールはパパニコロウ染色標本だが、乾燥固定を行うギムザ染色ではその条件検討をした報告が少ない。ギムザ染色ではパパニコロウ標本よりもDNAの質がよく、且つ乾燥固定のためパパニコロウ標本よりも細胞量も多く目的の細胞が載っている可能性も高い。細胞転写を行うことができれば過去標本においても有用な遺伝子解析ツールとなりうる。

【目的】ギムザ染色標本における最適な細胞転写法の条件を検討する。

【方法】標本作製スライドガラスの違い(通常スライドとシランコートスライド)やマリノールの種類(550 cpsと750 cps)やキシレンの含有割合の検討。また、硬化や軟化の時間や温度について検討を行う。DNAの断片化についてはHuman genomic DNAに1コピー存在するRNase Pを増幅する2種類のプライマーと2種類の長さの断片を検出するTaqman Probe [87 bp (short), 256 bp (long)]を使用したリアルタイムPCR法によりDNA収量を確認し、longとshortのDNA量の比をとることでDNA断片化の評価を行う。

【結果・考察】現在種々の条件を含め検討中であり、その結果をDNAの断片化のデータとともに報告する。

P-2-138 神経内分泌腫瘍における Insulinoma associated protein1 (INSM1)の発現検討

熊本大学生命科学研究部機能病理学分野¹⁾, 独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院²⁾

○工藤信次(CT)¹⁾, 中峰ともみ(CT)²⁾, 伊藤隆明(MD)¹⁾

【目的】INSM1は、C2H2-typeのzinc-finger型転写因子で、膵ランゲルハンス島細胞、消化管神経内分泌細胞などの発生に関与している。一方で、INSM1は下垂体腺腫、甲状腺髄様癌、インスリノーマなど神経内分泌腫瘍での発現が知られているが、十分な免疫組織化学的検討はなされていない。そこで、各種神経内分泌腫瘍を用いてINSM1の発現解析をおこない、INSM1が神経内分泌分化マーカーとして有用なのか検討した。

【方法】下垂体腺腫、甲状腺髄様癌、皮膚メルケル細胞癌、膵臓NET、胃腸管NET、肺カルチノイド、肺大細胞神経内分泌癌、肺小細胞癌、副腎褐色細胞腫のホルマリン固定パラフィン包埋切片を用いて免疫組織化学染色を施行した。染色標本における陽性細胞の比率と発現強度をスコア化し、神経内分泌分化マーカーのChromograninA, Synaptophysin, NCAMと比較検討した。また、神経内分泌腫瘍の一部細胞診標本を用いてINSM1の発現確認をおこなった。

【結果】INSM1は、下垂体腺腫(7/7)、甲状腺髄様癌(7/7)、皮膚メルケル細胞癌(7/7)、膵臓NET(11/11)、胃腸管NET(28/28)、肺カルチノイド(5/5)、肺大細胞神経内分泌癌(4/4)、肺小細胞癌(19/19)、副腎褐色細胞腫(5/7)で核に陽性所見を示した。神経内分泌腫瘍の細胞診検体は、検討した症例で全て核に陽性所見を示した。

【考察】INSM1は、多数の神経内分泌腫瘍において核に特異的に陽性所見を認めた。さらに、他の神経内分泌分化マーカーと比較した結果、一部の例外を除き高感度であることがわかった。今回の検討結果から、INSM1が有用な神経内分泌分化マーカーであり、神経内分泌腫瘍の診断補助に寄与しうることが示唆された。

P-2-139 顎下腺癌肉腫の1例

神戸市立医療センター西市民病院臨床検査技術部¹⁾, 神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科²⁾

○宮川祥治(CT)¹⁾, 吉田澄子(CT)¹⁾, 山下展弘(CT)¹⁾, 勝山栄治(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺に生じる癌肉腫は全唾液腺腫瘍の0.04~0.16%, 悪性唾液腺腫瘍の0.4%と極めて稀な腫瘍である。今回われわれは顎下腺に発生した癌肉腫を経験したので報告する。

【症例】50歳代の男性。数年前より右顎下部に腫瘤を触知していた。徐々に腫瘤が大きくなってきたため近医を受診し、その後当院紹介受診となった。当院で行ったMRIで右顎下腺内に45×35mmの腫瘤形成を認めた。同部の穿刺吸引細胞診および右顎下腺摘出術が施行された。

【細胞所見】蛋白変性物を背景に、N/C比の大きい異型細胞を多数認めた。胞体は類円形のものが多く、核は中心性で類円形を示し核腫大やクロマチンの増加をみた。細胞異型の強い大型細胞や核分裂像もみられた。オレンジGに染まるゴーストセル様の部分もあった。一部には胞体が淡く、核はやや偏在し、核小体が目立つ異型細胞を認めた。

【組織所見】境界明瞭な腫瘍をみた。大小不同、異常な核分裂像等の多形性を示す腫瘍の浸潤増生像を認めた。扁平上皮癌様のパターンも多かったが、一部には腺癌相当の部分も認めた。またmyxoidな間質形成を伴い肉腫とすべき所見もみた。benign mixed tumorの成分はみず、癌肉腫の所見であった。免疫組織化学染色では癌腫様部分にはcytokeratin AE1/AE3が陽性、肉腫様部分にはvimentinが陽性であった。

【まとめ】癌肉腫は多様な形態を示し細胞診で悪性を疑ったが組織型の推定は困難であった。稀な腫瘍であるが、鑑別診断の1つに加えておく必要がある。

P-2-140 副鼻腔原発 NUT carcinoma の一例

健和会大手町病院臨床検査部病理科¹⁾, 健和会大手町病院病理診断科²⁾, 産業医科大学病院病理診断科³⁾

○迫村竜巳(CT)¹⁾, 杉本紗也佳(CT)¹⁾, 藤原友梨(CT)¹⁾, 衛藤和美(CT)¹⁾, 後藤亮平(CT)¹⁾, 内山治美(CT)¹⁾, 島尻正平(MD)³⁾, 松木康真(MD)²⁾

副鼻腔原発 NUT carcinoma の一例

【はじめに】NUT carcinoma (nuclear protein in testis-C) は、主として胸腺を含む縦隔や上気道など横隔膜より頭側の正中線上に発症する稀な腫瘍である。今回、副鼻腔内に発症した本腫瘍の一例を経験したので、その組織診および捺印細胞診を報告する。

【症例】30歳代男性。前医にて左鼻腔から篩骨洞の病変を指摘され、当院を精査目的にて受診。篩骨洞から中鼻道に下垂する赤色調のポリープ様充実病変を認めたため、鼻腔内視鏡検査が施行された。

【細胞像】壊死物質を背景に、核の腫大、クロマチンの増量した異型細胞が孤立散在性から集塊状に認められ、核は類円形でほぼ裸核状、一部に不明瞭な細胞質を有していた。小細胞癌もしくは神経内分泌系腫瘍を疑った。しかし、全体像を通し明らかな組織型判定は困難であった。【組織像】壊死物質と炎症細胞浸潤を伴った腫瘍組織は、クロマチンの増量した異型類円形核で占められたN/C比大の腫瘍細胞であり、びまん性の浸潤増生を認めた。免疫組織学的検査ではAE1/AE3(+), p63(+), vimentin (focal+)を示しLCA(-), chromograninA(-), CD56(-), 抗NUT(+)であった。NUTタンパクが核内斑点状の陽性を示しており、最終的にNUT-Cと診断された。

【まとめ】副鼻腔内に発生したNUT-Cを経験した。NUT-Cは融合遺伝子形成を伴う腫瘍であり予後不良とされる。若年者に発症するというコンセプトであったが、現時点では、幼児から高齢者まで比較的広い年齢分布を示す。更に、肺や膵など中心より離れた臓器にも発症しており、有効な治療法はいまだ確立されていない。今後、副鼻腔内に発症する腫瘍にはNUT-Cも念頭に置き、積極的に免疫組織学的検査やFISH検査を行う必要がある。

P-2-141 *MYB,NFIB* の転座を有する腺様嚢胞癌における細胞診検体での FISH の有用性について

公益財団法人がん研究会有明病院病理部¹⁾, がん研究会有明病院細胞診断部²⁾, がん研究会がん研究所病理部³⁾

○佐藤由紀子(DDS)^{1,2,3)}, 石井脩平(CT)^{2,3)},
伊藤崇彦(CT)²⁾, 山田麻理沙(CT)²⁾,
鈴木奈緒子(CT)²⁾, 池畑浩一(CT)²⁾, 星 利良(CT)²⁾,
藤山淳三(CT)²⁾, 古田則行(CT)²⁾, 小松京子(CT)²⁾,
杉山裕子(MD)²⁾, 石川雄一(MD)^{1,3)}

唾液腺腫瘍は組織型に特異的な融合遺伝子が知られている。腺様嚢胞癌は、形態学的に腫瘍性筋上皮細胞の関与する多形腺腫、上皮筋上皮癌などとの鑑別が難しい場合がある。そのため、*MYB,NFIB* の少なくとも一方の転座を検出することが診断において有用である。腺様嚢胞癌の治療は外科手術が第1選択であるが、局所侵襲性が強く、残存した場合に有効な治療法がないことから、術中迅速組織診断において断端検索や神経周囲浸潤の検索が必須である。従って、術前に診断されていることが望ましい組織型である。本研究の対象は、融合遺伝子の発現が確認された腺様嚢胞癌のうち、細胞診検体に腫瘍細胞が採取されている9症例である。細胞診検体において、球状硝子物質、管状配列、基底膜構造、敷石状配列などの出現を検討した。その結果、球状硝子物質が多数採取されたのは4例(44%)、管状配列1例(11%)、基底膜構造6例(67%)、敷石状配列4例(44%)が確認された。特徴的な像が複数確認された5例(56%)は形態的に腺様嚢胞癌と診断可能で、鑑別には挙がったものの確定できなかった症例が4例(44%)であった。後者については、転座陽性であるため FISH を細胞診検体にて実施することが有効である可能性がある。形態的な特徴が乏しく診断確定にいたらなかった腺様嚢胞癌症例については、*MYB,NFIB* の FISH 検索を追加することで診断確定できる可能性があり、今後更に検討していくことが必要と考えられる

P-2-142 診断に苦慮した唾液腺導管癌の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⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理部³⁾

○福田賢次(CT)¹⁾, 川口幹夫(CT)¹⁾, 猪股美和(CT)¹⁾,
石渡仁深(CT)¹⁾, 相田真介(MD)³⁾,
矢毛石真由美(DDS)²⁾, 津浦幸夫(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺導管癌(Salivary Duct Carcinoma, SDC)は全唾液腺腫瘍の1~2%を占めるとされ、頸部リンパ節や遠隔転移が高率にみられる高悪性度の腫瘍である。今回、超音波下穿刺吸引細胞診(FNA)において粘表皮癌との鑑別に苦慮した SDC を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性。急速に増大する右顎下部の腫瘍と開口障害を自覚し当院耳鼻科を紹介受診した。超音波、CT、MRIにて右顎下腺に約3cm大の腫瘍を指摘され、FNAおよび腫瘍摘出術が施行された。

【細胞像】壊死性背景を認めない検体で、重積性を示すやや大型のクラスターを散見した。類円形あるいは短紡錘形の腫瘍細胞は、核小体を有するものの、腺系としては非定型的で、好酸性で厚みのある胞体をもった細胞が多くを占めていた。二相性は確認されなかった。また、孤在性ながら高度の核異型をもった大型細胞も散見され、高悪性度粘表皮癌を第一に推定した。

【組織像】右顎下腺から周囲脂肪組織に浸潤する約4cm大の腫瘍で、組織学的には大型の異型核と好酸性の胞体を有する細胞の、腺管状あるいは充実胞巣状の増殖像であった。免疫組織化学的には、腫瘍細胞はHER2, Androgen Receptorが陽性で、SDCと診断した。

【考察】腺系とも扁平上皮系とも言い難い腫瘍細胞の存在から、粘表皮癌を推定したが、鑑別にSDCがあがらなかった理由を、他の鑑別診断と合わせて考えたい。

P-2-143 多形腺腫由来唾液腺導管癌の一例

八尾市立病院病理診断科¹⁾, 奈良県立医科大学分子病理学教室²⁾

○三瀬浩二(CT)¹⁾, 政岡佳久(CT)¹⁾, 福田文美(CT)¹⁾, 笹平智則(DDS)²⁾, 竹田雅司(MD)¹⁾

【はじめに】唾液腺導管癌は非常に予後が悪く、早期発見早期治療が重要である。細胞学的診断は比較的容易であるが、同一腫瘍内に別の成分(多形腺腫)が混在したために診断に苦慮した症例を報告する。

【症例】60歳代男性 主訴は疼痛 顔面神経麻痺はないが可動性やや不良 画像所見では悪性腫瘍あるいは炎症の広がりと考えられた。

【細胞診所見】壊死様物質を認める背景に、シート状あるいは孤立散在性に、核の腫大を示す唾液腺上皮細胞を多数認めた。核小体の目立つ細胞で、核は類円形で腫大し偏在し、クロマチン増量を示した。一部には細胞質内小腺腔認め、浸潤性乳管癌に類似する細胞像であった。また別の視野では紡錘形細胞と上皮細胞の混在した細胞集塊を認めた。こちらは多形腺腫を疑うものであった。

【組織所見】左耳下腺に不整形で、辺縁浸潤性の白色腫瘍を認めた。その中央には境界明瞭な白色結節も認めた。組織標本では、充実性～索状に浸潤増殖する32×26mmの腫瘍を認めた。核小体を伴う腫大した高度不整形核をもつ細胞が、一部では腺腔形成や篩状構造、面疱状壊死も確認された。免疫染色では、腫瘍細胞はHER2, GCDFP15, CEA, E-cadherin, CK7がいずれも陽性, p40, CK5/6, SMA, p63, S100はいずれも陰性で、唾液腺導管癌と診断した。高度の神経侵襲像を認め、一部に micro-papillary 様の成分を伴っていた。病変中央の白色結節は硝子化した、細胞成分の極端に少ない結節であり、陳旧化した多形腺腫と判断した。以上より多形腺腫に発生した唾液腺導管癌と考えられた。

【まとめ】多形腺腫の所見とともに、異型の強い上皮細胞をみた場合は、多形腺腫由来癌の可能性を考慮すべきである。

P-2-144 上口唇小唾液腺に発生した嚢胞腺癌の一例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野¹⁾, 鹿児島大学附属病院病理部²⁾, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座口腔病理解析学分野³⁾

○北菌育美(MD)¹⁾, 後藤優子(MD)¹⁾, 平木 翼(MD)¹⁾, 東美智代(MD)^{1,2)}, 畑中一仁(MD)¹⁾, 田中和彦(CT)²⁾, 仙波伊知郎(DDS)³⁾, 山田壮亮(MD)¹⁾

【緒言】唾液腺嚢胞腺癌は稀な組織型で、発生頻度は唾液腺悪性腫瘍の約2%とされる。粘液貯留を伴う嚢胞形成が見られる低悪性度腫瘍で、鑑別疾患は良性疾患から悪性腫瘍まで多岐にわたり、術前に診断することは困難である。今回、上口唇小唾液腺に発生した嚢胞腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】82歳、男性。上口唇右側に潰瘍と粘稠排液を伴う腫瘍性病変を自覚した。ドレナージ液細胞診で明らかな悪性所見は指摘されなかった。増大傾向があり手術された。病変は13x9mm大の境界明瞭な灰白色調の腫瘍で、粘液貯留を伴っていた。

【細胞診所見】ドレナージ液細胞診標本では、豊富な粘液状物質を背景に高度な変性を伴う細胞が小塊状あるいは孤在性に少数認められた。手術後のretrospectiveな検討では、クロマチン濃染核と淡明な胞体を有する異型細胞をごく少数認めた。

【病理組織学的所見】中心部に粘液貯留を認める嚢胞状腫瘍で、嚢胞内腔に向かって、類円形から楕円形の腫大核と粘液状胞体を有する高円柱状の腫瘍細胞が乳頭状に増殖していた。核分裂像が散見され、腫瘍辺縁では小型管状、篩状に間質へ浸潤しており、上口唇小唾液腺由来の嚢胞腺癌と診断された。

【結語】本腫瘍の発生頻度は低く、細胞診像の報告は少ない。本症例のドレナージ液細胞診をretrospectiveに再検討するとともに文献的考察を加え報告する。

平成二十八年十月十九日発行

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
発行所 駿河台サンライズビル三階
公益社団法人 日 本 臨 床 細 胞 学 会
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