

第56巻 補冊2号 平成29年10月

# 日本臨床細胞学会雑誌

## 第56回日本臨床細胞学会秋期大会

### 細胞診と組織診 — 連関と限界 —

会長 加末恒壽  
(九州大学大学院医学研究院 保健学部門 教授)

会期 2017年11月18日(土)・19日(日)  
会場 福岡国際会議場・福岡サンパレス

THE JOURNAL  
OF THE JAPANESE  
SOCIETY OF CLINICAL  
CYTOLOGY



1902年  
Ernst Leitz Wetzlar製

#### 副会長

小田 義直(九州大学大学院医学研究院 形態機能病理学 教授)  
加藤 聖子(九州大学大学院医学研究院 生殖病態生理学 教授)  
鹿毛 政義(久留米大学 先端癌治療研究センター分子標的部門 特命教授)

#### 実行委員長・事務局長

杉島 節夫(九州大学大学院医学研究院 保健学部門 教授)

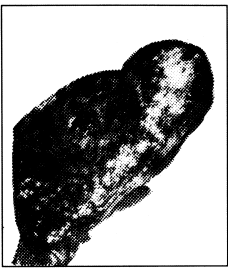


公益社団法人  
日本臨床細胞学会

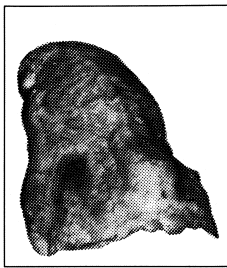
<http://www.jscc.or.jp/>

Vol.56 Suppl. **2**  
Oct. 2017





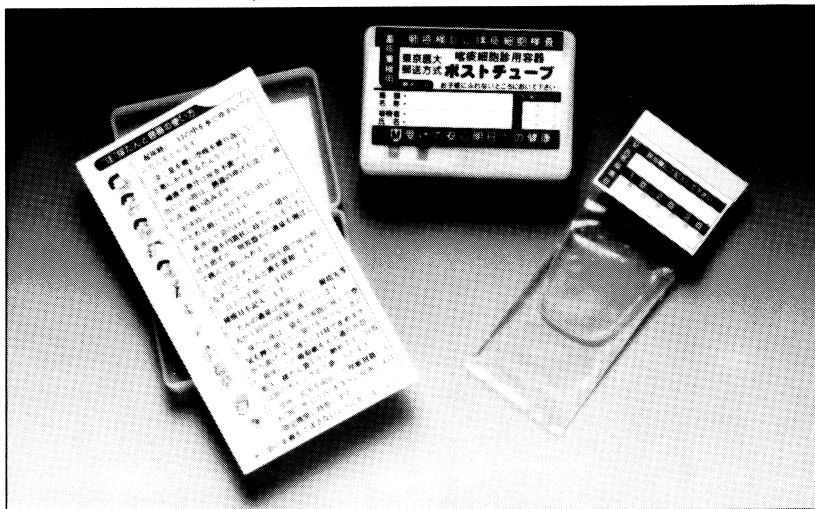
左側：長期間喫煙者の肺



右側：非喫煙者の肺

# 肺がん予防・早期発見のために

## たんのけんさ 喀痰細胞診のすすめ



### 【特長】

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

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

※容器発注及び受検方法などの詳細は、  
下記へお問い合わせ下さい。

製造発売元



### メディカル ケア センター

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

推 薦 東京医科大学外科学教室

# 第 56 回 日本臨床細胞学会秋期大会

## 細胞診と組織診 — 連関と限界 —

会 期 2017 年 11 月 18 日 (土)・19 日 (日)

会 場 福岡国際会議場

〒 812-0032 福岡県福岡市博多区石城町 2-1

TEL : 092-262-4111

福岡サンパレス

〒 812-0021 福岡県福岡市博多区築港本町 2-1

TEL : 092-272-1123

会 長 加来 恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授)

副 会 長 小田 義直 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理学 教授)

加藤 聖子 (九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学 教授)

鹿毛 政義 (久留米大学先端癌治療研究センター分子標的部門 特命教授)

実行委員長 杉島 節夫 (九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授)

副実行委員長 田宮 貞史 (北九州市立医療センター病理診断科 主任部長)

プログラム委員長 竹下 盛重 (福岡大学医学部病理学講座 教授)

副プログラム委員長 山元 英崇 (九州大学病院病理診断科・病理部 准教授)

渉外委員長 松浦 祐介 (産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学 教授)

副渉外委員長 兼城 英輔 (九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学 助教)

事務局長 杉島 節夫 (九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授)

顧 問 柏村 正道 (ウイメンズ KM クリニック 顧問, 産業医科大学名誉教授)

薬師寺道明 (久留米大学名誉学長)

岩坂 剛 (高邦会高木病院名誉病院長 予防医学センター センター長)

嘉村 敏治 (柳川病院 理事長付特命理事, 久留米大学名誉教授)

金城 満 (製鉄記念八幡病院 顧問)

西 国広 (株式会社エスアールエル 顧問)

杉森 甫 (高木学園名誉理事長, 佐賀医科大学名誉教授) (2016 年御逝去)





# 第 56 回日本臨床細胞学会秋期大会 会長挨拶



## 細胞診と組織診 — 連関と限界 —

皆様におかれましては益々御清祥のこととお慶び申し上げます。平素よりご支援をいただき厚く御礼申し上げます。この度、第 56 回日本臨床細胞学会秋期大会を平成 29 年（2017 年）11 月 18 日（土）、19 日（日）の 2 日間、福岡国際会議場および隣接する福岡サンパレスにおいて開催させていただくことになり、大変に光栄に存じます。福岡県臨床細胞学会ならびに日本臨床細胞学会九州連合会ははじめ多くの方々のご支援を受けて準備を進めてまいりました。福岡における日本臨床細胞学会の開催は、今までに 5 回あり、平成 23 年の第 52 回春期大会（岩坂 剛会長）以来の開催となります。本学会に多くの会員の皆様にご参加いただき実りの多い学術集会にしたいと考えております。

本学会のテーマは「細胞診と組織診 — 連関と限界 —」とさせていただきます。各臓器の腫瘍の診断における細胞診と組織診との連関が極めて重要であり、この 2 つの診断法を統合して、2 つの診断法の特徴と限界を理解し、がんのスクリーニングから確定診断に至ることが肝要であります。正確な診断に至り、適切な治療をすることが今後の更なる診断・治療の進展に必須であると考えております。

特別講演としてメリーランド大学名誉教授 Steven G. Silverberg 先生に「The Diagnostic Process in Surgical Pathology and Cytopathology」を、またカリフォルニア大学サンフランシスコ校教授 Charles J. Zaloudek 先生には「New WHO Classification of Ovarian Tumors」、精神科医であり作家の帚木蓬生先生には「インターセックスの苦悩」のご講演をいただきます。招請講演は京都医療センター院長の小西郁生先生、医学史研究家の佐藤 裕先生、大阪大学教授の森 正樹先生、参議院議員の自見はなこ先生にご講演をいただきます。要望講演（15 題）、教育講演（16 題）、医療倫理セミナー、感染対策セミナー、細胞診専門医セミナー、シンポジウム（14 テーマ）、ワークショップ（15 テーマ）、グローバルアジアフォーラム、市民公開講座「もっと良く知ろう 女性特有のがん」、地域推薦演題（42 題）、など多くの先生方によるご講演を予定いたしております。また皆様から 427 題の一般演題をいただき、会員の皆様に深く感謝いたします。優れた研究成果の発表と熱い議論が行われますことを大変に楽しみにしております。

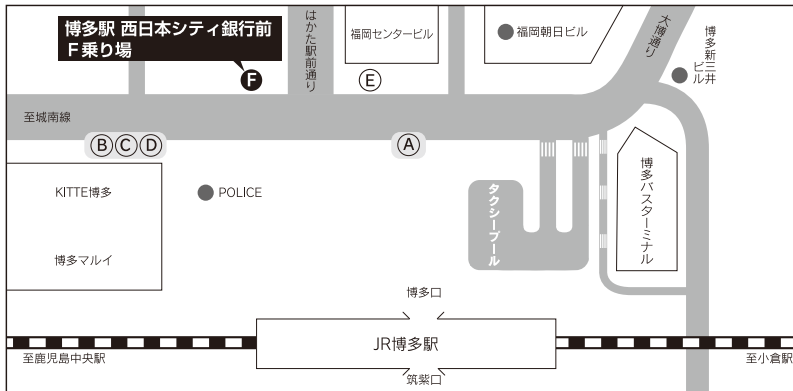
福岡市（156 万人）は古代から博多津とも呼ばれ、遣隋使、遣唐使の経由地として長い歴史を持ち、中世には、商人の町として栄えました。江戸時代には黒田官兵衛・長政父子が城下町福岡（52 万石）を築き、武士と商人の町としての二つの性格を持っています。太宰府の迎賓館であった鴻臚館、大濠公園、筥崎宮、博多祇園山笠で有名な櫛田神社、ソフトバンクホークスの福岡ヤフオク！ドーム、元寇防塁跡等があります。足を延ばせば金印で有名な志賀島、太宰府、世界遺産に登録された宗像大社も近隣にあります。

日本における茶、うどん、そばの発祥の地（聖福寺）であり、多くの山海の幸があり、ふぐをはじめとする海の幸、ラーメン、水炊き、もつ鍋、また屋台なども楽しんでいただけます。隣接する福岡国際センターでは、大相撲九州場所も開催されております。是非、当地を堪能していただきたいと思っております。

全国の会員の皆様のお越しを心からお待ちいたしております。

第 56 回日本臨床細胞学会秋期大会  
会長 加来 恒 壽  
(九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授)

# 交通案内図



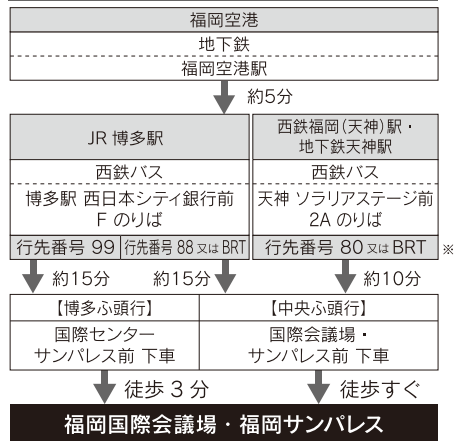
## 福岡国際会議場

〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1  
TEL:092-262-4111

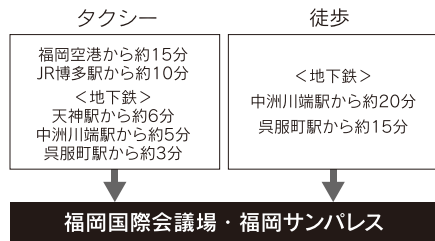
## 福岡サンパレス

〒812-0021 福岡市博多区築港本町2-1  
TEL:092-272-1123

### 地下鉄／バス利用



### タクシー利用／徒歩



※BRT: 連節バス(天神・博多・ウォーターフロント地区を循環)



## 会員懇親会会場 ホテルオークラ福岡

〒812-0027  
福岡市博多区下川端町3-2 博多リバレイン  
TEL:092-262-1111(代)

- 福岡空港より地下鉄約10分、  
「中洲川端駅」下車、直結。  
(川端口の改札を出て6番出口)
- JR博多駅より地下鉄約5分、  
「中洲川端駅」下車、直結。  
(川端口の改札を出て6番出口)

## 学会専用バスのご案内

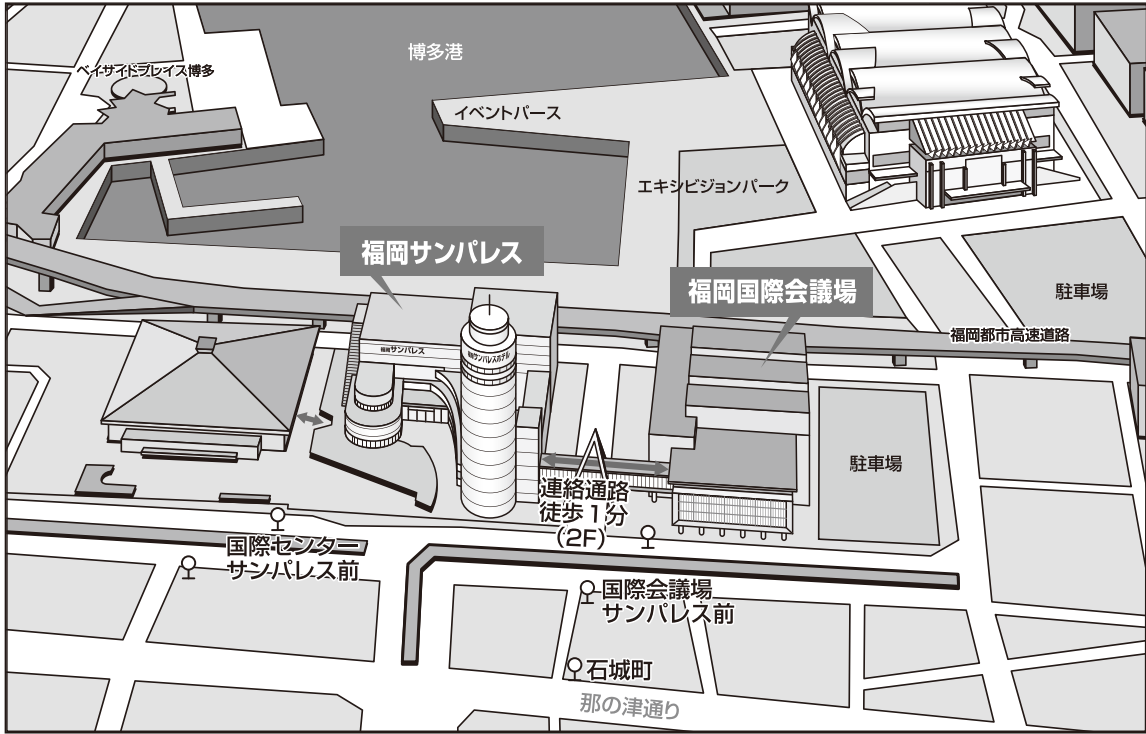
学会期間中の方、お帰りの先生方および会員懇親会ご参加者のためのシャトルバスをご用意いたしております。

(福岡国際会議場→ホテルオークラ福岡: 地下鉄「中洲川端駅」直結)

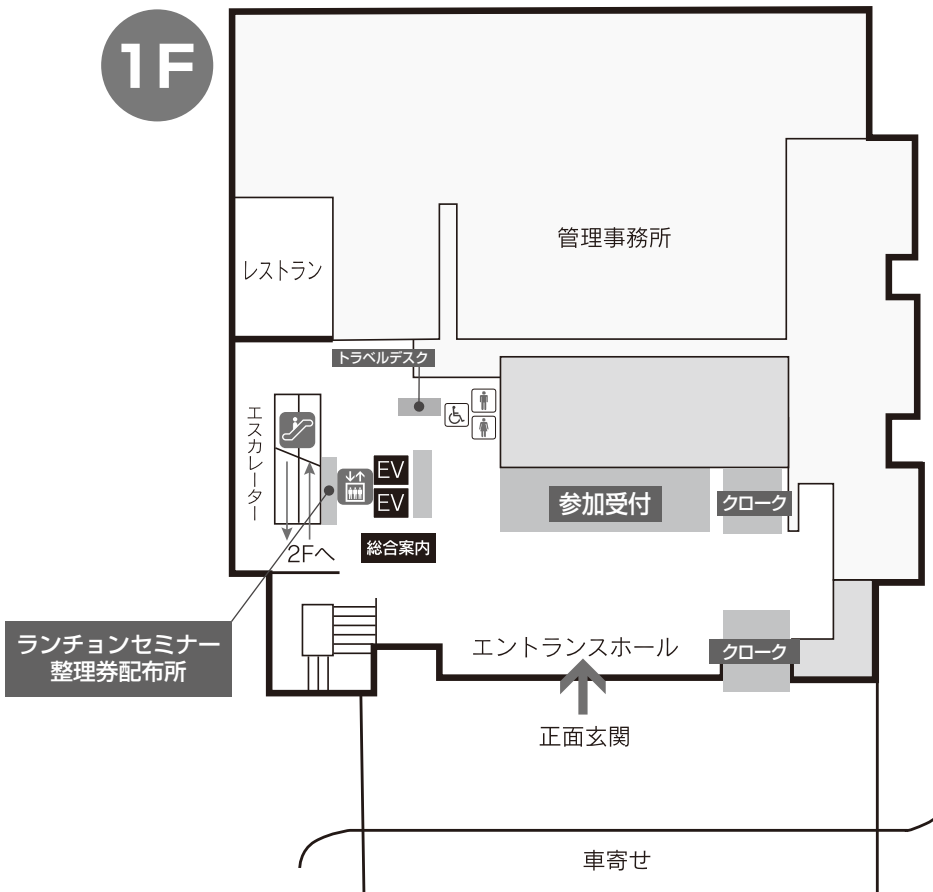
詳細はホームページにてご案内いたしますのでご確認ください。

※会場お越しの際は、上記にございます公共交通機関をご利用ください。

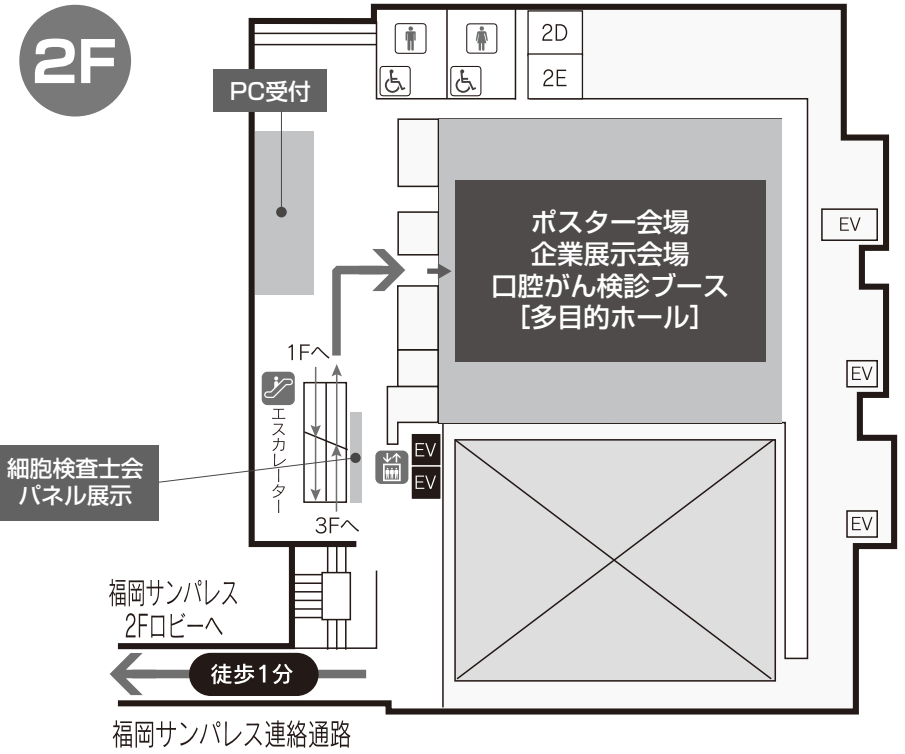
# 会場案内図



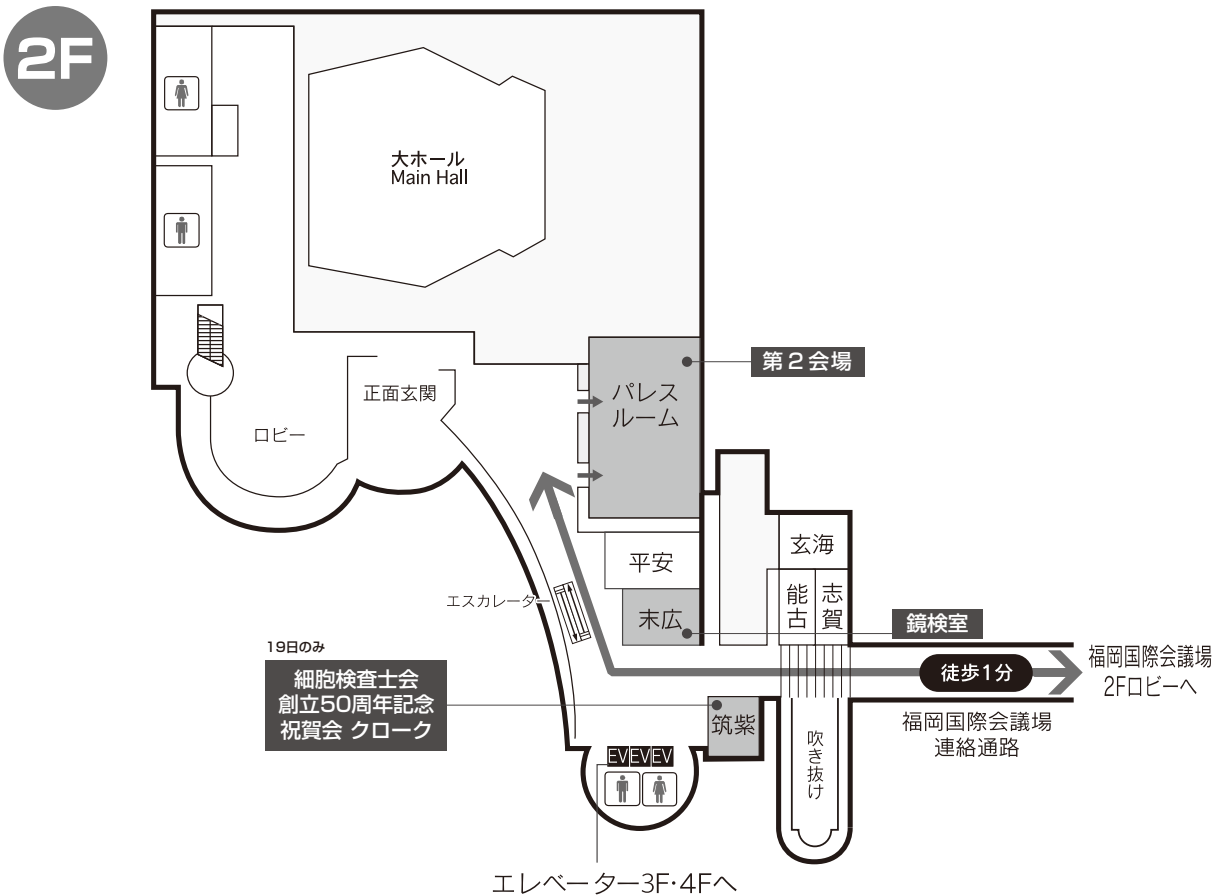
## 福岡国際会議場



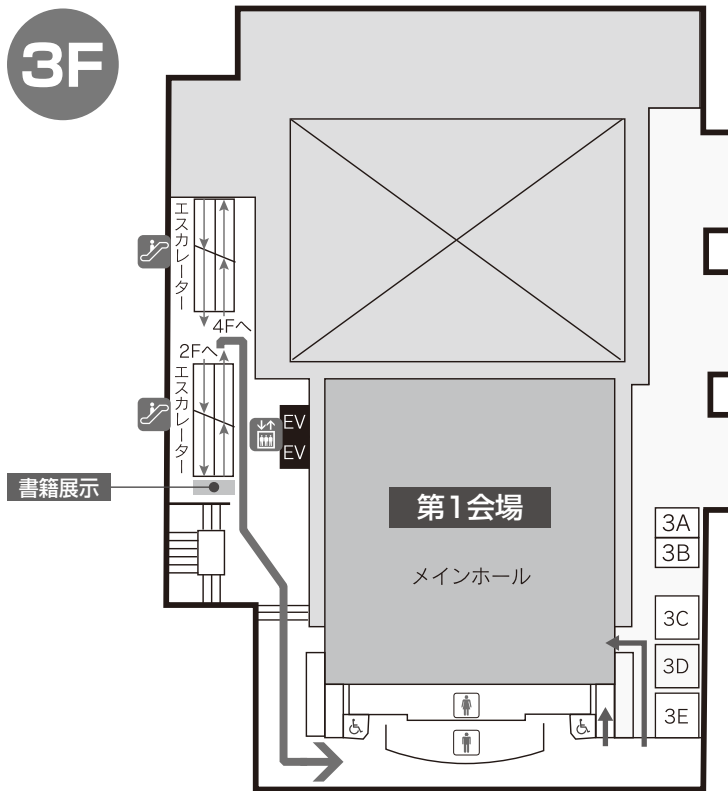
# 福岡国際会議場



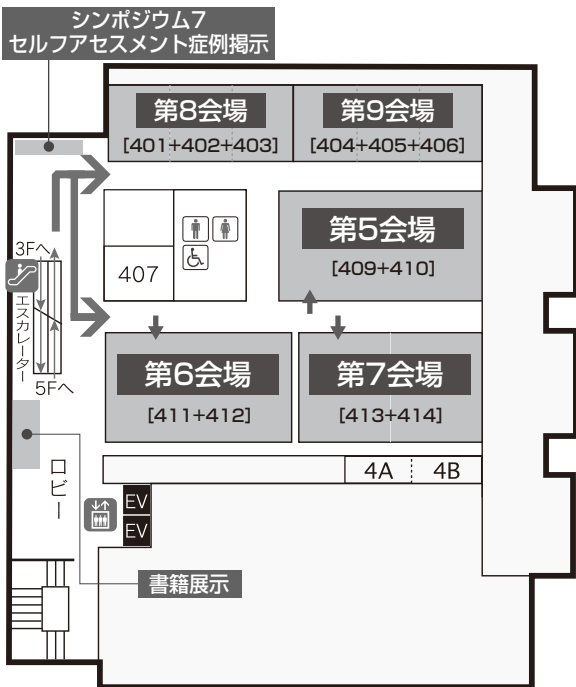
# 福岡サンパレス



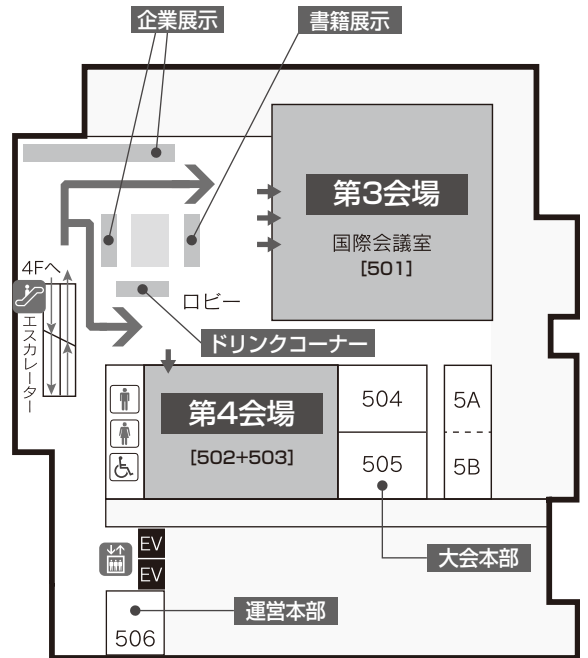
3F



4F



5F





## 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 福岡国際会議場 1F エントランスの参加受付にて行います。

受付開始時間 11月18日(土) 9:00より

11月19日(日) 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 参加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ので、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://jsc.or.jp/formalities/enroll/>)にて入会手続きをご覧ください。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オンライン抄録サービス「My Schedule」を本大会ホームページ(<http://www.congre.co.jp/jsc56atm/>)に公開します。ご希望の方はお使いのパソコンやタブレット、スマートフォンからアクセスしていただきご利用ください。詳細は本大会ホームページにてご案内いたします。

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 fukuoka

当日会場でお渡しするプログラムには抄録内容は掲載されておりませんのでご注意ください。

- (4) 日本産科婦人科学会会員の方は必ず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490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 35 mm スライドプロジェクター等の用意はございません。
- (3) 演者は, 各セッション開始の 60 分前までに PC 受付 (福岡国際会議場 2F ロビー) にて試写確認を行ったうえで, データを提出してください。

PC 受付時間	11月18日(土) 9:00より
	11月19日(日) 8:00より

※ 11月19日(日)の午前中に発表がある方は, 前日(18日(土))の午後までにデータ受付を済まされることをお勧めします。

- (4) 発表データのファイル名は「セッション名\_演題番号\_氏名」としてください。
- (5) 発表データは, PC データのみの受付といたします。  
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 を使用しての発表もできませんのでご注意ください。
- (6) 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。
- (7) 発表に使用できるデータは, PowerPoint 2007・2010・2013・2016 を使用し作成したものに限りです。  
※ PowerPoint の機能の中にある, 「発表者ツール」を使用しての発表はできませんので, 作成の際はご注意ください。発表原稿が必要な方は, あらかじめプリントアウトをお持ちください。会場でのプリントアウトは対応しておりません。
- (8) 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
- (9) 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・2013・2016 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。
- (10) セッション開始の 30 分前までに発表会場の入り口付近にごございます演者受付にお立ち寄りください。
- (11) 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」を使用しての発表はできませんので, ご注意ください。  
※ iPad を使用しての発表もできませんのでご注意ください。
- (12) 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) PC 受付にて動作確認後、ご自身で会場の左側前方のオペレーター席まで 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 210 cm、横 90 cm です。演題番号は事務局で用意いたします。演題名・所属・氏名は上方の演題番号の横に縦 20 cm、横 70 cm に納まるようにご自身でご用意ください。掲示用のピンは事務局で用意いたしますが、セロテープ、接着剤は使用できませんのでご注意ください。  
貼付および撤去は以下の時間内に行ってください。時間を過ぎても取り外されないポスターについては事務局にて処分いたしますのでご了承ください。  
※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（土）	9：00～10：10
	11月19日（日）	8：00～9：20
撤去時間	11月18日（土）	16：55～18：00
	11月19日（日）	14：17～15：30

## 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 分前まで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うえ、次座長席にお着きください。
- (2) 示説発表の座長の方は、セッション開始の 30 分前までに、ポスター会場前のポスター受付にて座長リボンをお受け取りください。
- (3) 進行は座長に一任いたしますが、セッションごとの時間厳守にご協力ください。

## 6. 質疑応答について

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

## 7. スライドカンファレンスについて

- (1) 症例は本大会ホームページにも掲載しており、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（福岡サンパレス 2F 末広）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(土)・19日(日)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。福岡国際会議場1Fロビーの「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ください。

配布時間	11月18日(土)	9:00~11:10
	11月19日(日)	8:00~11:30

※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。

## 9. 企業展示および口腔がん検診ブースについて

福岡国際会議場2F多目的ホールおよび5Fロビーに企業展示ブースを設置いたします。

また、口腔がん検診(無料)を下記のとおり行いますので是非この機会に受診ください。

受付および受診:11月18日(土)13:00~17:00 ※18日(土)のみとなります。

場所:福岡国際会議場2F多目的ホール

共催:島根大学医学部歯科口腔外科学講座

協賛:日本バクトン・ディッキンソン株式会社

## 10. クロークについて

福岡国際会議場1Fエントランスホールに設置いたしますのでご利用ください。

## 11. 会員懇親会について

日時:11月18日(土)18:10入場開始,18:30開宴

会場:ホテルオークラ福岡4F平安の間

参加費:3,000円

- (1) 参加受付で懇親会参加費をお支払いの際に懇親会参加証をお渡しいたしますので、ご自身のネームホルダーに入れ必ずご着用ください。
- (2) 懇親会参加証をご着用の方以外の参加はご遠慮願います。
- (3) 学会会場(福岡国際会議場)より無料のシャトルバスをご用意いたします。詳細は本大会ホームページをご参照ください。

## 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

完全予約制となっております。

詳細は本大会ホームページ(<http://www.congre.co.jp/jscc56atm/nursery.html>)をご確認ください。

## 演者の方へ重要なお知らせ

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

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

1. 筆頭演者自身の過去1年間における、発表内容に関連する企業や営利を目的とする団体に関わる利益相反の有無を開示していただきます（共同演者のものは開示不要）。
2. 利益相反「あり」の場合は、学術集会発表時に日本臨床細胞学会ホームページ内の本指針 自己申告書1「筆頭演者の利益相反自己申告書」（様式1）に準拠し、**発表スライド、あるいはポスターの冒頭または最後に開示**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://jscs.or.jp/coi/>) をご参照ください。

#### 例1) 利益相反「あり」の場合

第56回日本臨床細胞学会秋期大会 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56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(金) ホテルオークラ福岡

14:00~15:00	細胞検査士会創立50周年記念事業打合わせ	3F	メイフェア
15:00~16:00	細胞検査士会役員会	3F	メイフェア
16:00~17:00	細胞検査士会都道府県代表者会議	3F	メイフェア
17:00~18:00	細胞診専門医会総務会	3F	メイフェア

### 11月18日(土) 福岡国際会議場

9:30~11:30	細胞診専門医資格認定試験実施委員長・副委員長会議	3F	3E
------------	--------------------------	----	----

## 役員会・各種委員会等日程表

### 【準備日：2017年11月17日(金) [ホテルオークラ福岡]】

会場名	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00
メイフェア (3F)		14:00~15:00 細胞検査士会 創立50周年記念 事業打合せ	15:00~16:00 細胞検査士会 役員会	16:00~17:00 細胞検査士会 都道府県 代表者会議	17:00~18:00 細胞診専門医会 総務会		

### 【第1日目：2017年11月18日(土) [福岡国際会議場]】

会場名	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00
3E (3F)		9:30~11:30 細胞診専門医資格認定試験 実施委員長・副委員長会議					

# 第56回 日本臨床細胞学会秋期大会 日程表

第1日目 2017年11月18日(土)		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	
福岡国際会議場	第1会場 3F メインホール			開会式 10:00~11:00 招請講演1 がん細胞の進化ー卵巣癌の 播種性転移を考えるー 小西 郁生 座長:加藤 聖子	11:00~11:30 会長講演 婦人科腫瘍の 組織診と細胞診 加来 恒壽 座長: 青木 大輔		
	福岡サンパレス	第2会場 2F パレスルーム		10:00~10:40 教育講演1 軟部腫瘍の WHO分類と 新たな疾患概念 小田 義直 座長:久岡 正典	10:50~11:30 教育講演2 肺癌治療の進歩を知って 肺癌バイオマーカー検査 を理解しよう! 谷田部 恭 座長:羽場 礼次	11:40~12:30 ランチョンセミナー1 共催:ロシュ・ガイアグノスティクス株式会社 演者:中村 ハルミ 座長:薦 幸治	
福岡国際会議場	第3会場 5F 国際会議室 (501)			10:00~11:30 ワークショップ1 妊婦の子宮頸部細胞診 一細胞採取器具, 検体処理法, 取り扱いー 松浦 祐介, 石岡 伸一, 豊田 進司, 吉野 潔 座長:伊藤 潔, 宮城 悦子		11:40~12:30 ランチョンセミナー2 共催:中外製薬株式会社 演者:高倉 伸幸 座長:園田 顕三	
	第4会場 5F 502+503			10:00~11:30 ワークショップ2 乳腺細胞診の現状と新知見 小穴 良保, 大井 恭代, 長嶋 真紀, 寺戸 信芳 座長:鹿股 直樹, 小松 京子		11:40~12:30 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:都築 豊徳 座長:金城 満	
	第5会場 4F 409+410	7:30~9:30 日本臨床細胞学会理事会			10:30~11:30 要望講演3 甲状腺腫瘍WHO分類2017 一改定点と新概念ー 加藤 良平 座長:伊東 正博		
	第6会場 4F 411+412			10:00~11:30 国際フォーラム(Global Asia Forum) The Relation and Limitation between Cytology and Histology Yoshiaki Naito, Yi-Ju Lee, Young-Jae Oh, Thiti Kuakpaetoon, Amanda Charlton 座長:森谷 卓也, 南部 雅美		11:40~12:30 ランチョンセミナー4 共催:サクラファインテックジャパン株式会社 演者:山下 和也, 濱川 真治 座長:伊藤 仁	
	第7会場 4F 413+414			10:00~11:30 ワークショップ5 卵巣癌と細胞診(浸潤がんを中心に) 伊藤 聡史, 仲 正喜, 竹下 博士, 加藤 智美 座長:眞田 咲子, 實平 悦子			
	第8会場 4F 401+402+403			10:00~10:45 地域推薦演題1 泌尿器・腎臓・膀胱 穴吹 昌枝, 三好 陽子, 金子 実幸 座長:林 洋子, 平田 哲士	10:45~11:30 地域推薦演題2 肝・胆・膵・消化器1 多比良 朋希, 平木 翼, 阿部 藍子 座長:前田 智治		
	第9会場 4F 404+405+406			10:00~11:30 ワークショップ6 体腔液細胞診におけるピットフォール 羽原 利幸, 梶尾 健太, 花牟禮 富美雄, 蒲池 綾子 座長:林 透, 松本 慎二			
	ポスター・ 企業展示会場 2F 多目的ホール (201~204)		9:00~10:10 ポスター貼付 (1日目)	10:10~11:27 示説発表	10:00~17:30 企業展示		

13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00			
12:50~13:50 特別講演1 The Diagnostic Process in Surgical Pathology and Cytopathology Steven G. Silverberg 座長: 加来 恒壽	◎14:00~15:00 感染対策セミナー 病理検査業務における感染対策の理念と実際 高田 徹 座長: 森井 英一	15:10~16:10 特別講演2 インターセックスの苦悩 帯木 蓮生 座長: 柏村 正道	16:10~17:50 シンポジウム1 子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診の整合性 九島 巳樹, 小田 瑞恵, 前田 宜延, 端 晶彦 座長: 安田 政実, 進 伸幸	18:30~ 会員懇親会 ホテルオークラ福岡 4F 平安の間						
12:50~13:30 教育講演3 口腔がん早期発見のための細胞診新報告様式 久山 佳代 座長: 田沼 順一	13:50~14:30 教育講演4 新WHO分類(2014)で考える子宮腫瘍の病理 三上 芳喜 座長: 長坂 徹郎	14:30~15:10 教育講演5 動画で学ぶコルボスコピー—病理組織学的所見との対応— 植田 政嗣 座長: 横山 正俊	15:10~15:50 教育講演6 子宮頸部上皮内腫瘍におけるHPVの役割~ウイルス学・分子生物学・免疫学の融合 川名 敬 座長: 末吉 和宣					15:50~16:30 教育講演7 卵巣癌の細胞・病理組織像に着目した新しい治療法の探索 豊島 将文 座長: 齋藤 豪	16:30~17:10 教育講演8 悪性リンパ腫の最近の組織分類と細胞診の整合性 竹下 盛重 座長: 丸塚 浩助	17:10~17:50 教育講演9 唾液腺細胞診国際報告様式 Milan Systemの解説と運用について 樋口 佳代子 座長: 浦野 誠
12:50~13:50 要望講演1 マクロファージのM1/M2活性化と疾患との関わり 竹屋 元裕 座長: 伊藤 雅文	◎14:00~15:00 (第1会場 中継)	15:10~16:50 シンポジウム2 細胞診検体を用いた分子生物学的解析 有廣 光司, 中西 陽子, 三島 聡子, 坂根 潤一 座長: 鍋島 一樹, 有廣 光司	17:00~18:00 第57回秋期大会 プログラム委員会							
12:50~13:50 要望講演2 乳がんにおける免疫染色によるバイオマーカー診断の臨床的意義 有馬 信之 座長: 小山 徹也	13:50~15:30 シンポジウム3 穿刺吸引細胞診の良性乳腺病変と共に理解する乳癌診断アプローチ 森谷 鈴子, 桜井 孝規, 尾田 三世, 池畑 浩一 座長: 森谷 卓也, 塚本 龍子	16:00~17:40 シンポジウム4 上部尿路上皮癌の診断 関田 信之, 大谷 博, 平 紀代美, 小椋 聖子, 岩田 英紘 座長: 山城 勝重, 都築 豊徳								
12:50~14:20 ワークショップ3 呼吸器領域の細胞診の工夫(将来の展望) 畑中 豊, 竹中 明美, 河原 明彦, 澁木 康雄 座長: 田口 健一, 伊藤 仁	14:20~16:00 シンポジウム5 WHO腫瘍組織分類・肺癌取扱規約第8版に基づく呼吸器細胞診報告様式の使用状況 南 優子, 吉澤 明彦, 元井 紀子, 河原 邦光 座長: 大林 千穂, 星 利良	16:10~17:40 ワークショップ4 骨軟部腫瘍診断における多面的アプローチ: 組織像・細胞像・遺伝子異常—もし日常の細胞診で肉腫に遭遇したら— 孝橋 賢一, 浅見 英一, 松本 明, 杉浦 善弥 座長: 元井 亨, 松山 篤二								
12:50~13:50 要望講演4 日本におけるHPVワクチンの現状 牛嶋 公生 座長: 八重樫 伸生	13:50~14:50 要望講演5 卵巣腫瘍における画像と病理の対比 小山 貴 座長: 岡本 愛光	14:50~15:50 要望講演6 子宮体癌の癌化機序における老化の関与 蜂須賀 徹 座長: 岩坂 剛	16:10~16:50 教育講演10 Lynch Syndrome R.F.T. McMahon 座長: 長村 義之					17:00~18:00 要望講演7 肺癌取扱規約~細胞診 佐藤 之俊 座長: 川本 雅司		
12:50~13:50 要望講演8 尿路上皮癌における最近の進歩: 治療の進歩に尿細胞診はどのように対応すべきか 都築 豊徳 座長: 村田 晋一	13:50~14:50 要望講演9 臨床医から見た口腔細胞診の重要性 関根 浄治 座長: 宇都宮 忠彦	14:50~15:50 要望講演10 Mesonephric adenocarcinoma (中腎性腺癌)の臨床病理と細胞像 福永 真治 座長: 松本 俊治	16:00~17:40 シンポジウム6 脳腫瘍における細胞診の有用性 杉田 保雄, 佐藤 信也, 清水 秀樹, 平戸 純子 座長: 平戸 純子, 柿沼 廣邦							
12:50~13:50 地域推薦演題3 その他 佐藤 香織, 谷山 大樹, 藤井 将希, 濱崎 幸恵 座長: 吉見 直己, 畠 榮	14:00~15:00 地域推薦演題4 造血・リンパ節・骨・軟部・皮ふ 松田 知世, 松倉 圭太, 高橋 良輔, 松下 倫子 座長: 田丸 淳一, 古田 則行	15:10~15:55 地域推薦演題5 子宮内膜 雨宮 健司, 宮本 藤之, 笠井 真理 座長: 加藤 友康	15:55~16:40 地域推薦演題6 口腔・頭頸部・唾液腺 本田 勝丈, 水野 里美, 浮ヶ谷 匡恭 座長: 加藤 拓					16:50~17:50 地域推薦演題7 肝・胆・膵・消化器2 甲斐 敬太, 渡邊 清子, 徳満 貴子, 加藤 輝 座長: 広岡 保明, 加戸 伸明		
12:50~14:20 ワークショップ7 胆汁細胞診のコツとビットフォール 早川 智絵, 長山 大輔, 古旗 淳, 石田 克成 座長: 広岡 保明, 古旗 淳	14:30~16:00 ワークショップ8 リンパ節病変—反応性と腫瘍性病変の鑑別— 岸本 浩次, 佐々木 陽介, 土田 秀, 伊藤 しげみ 座長: 星田 義彦, 岸本 浩次	16:00~17:40 シンポジウム7 セルフアセスメント「細胞診5分間エクササイズ」 座長: 緒方 昌倫, 佐藤 真介								
12:50~13:46 示説発表		15:10~16:55 示説発表	16:55~18:00 ポスター撤去(1日目)							
10:00~17:30 企業展示 (13:00~17:00 口腔がん検診)		※5Fロビーもあり								

# 第56回 日本臨床細胞学会秋期大会 日程表

第2日目 2017年11月19日(日)		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	
福岡国際会議場	第1会場 3F メインホール		◎8:30~9:10 招請講演2 細胞概念の確立から 細胞・組織診へ 佐藤 裕 座長:佐々木 寛	9:20~10:20 招請講演3 マイクロRNAの がん臨床への応用 森 正樹 座長:杉山 徹	10:20~11:20 特別講演3 New WHO Classification of Ovarian Tumors Charles J. Zaloudek 座長:紀川 純三		
	福岡サンパレス	第2会場 2F パレスルーム	8:30~9:10 教育講演11 遺伝性乳癌卵巣癌 症候群とリンチ症候群 の現状と取り組み 新井 正美 座長:前田 一郎	9:10~9:50 教育講演12 2015ATA ガイドラインと 細胞診の実際 廣川 満良 座長:越川 卓	9:50~10:30 教育講演13 悪性上皮腫と 体腔液細胞診 ~up to date~ 亀井 敏昭 座長:濱田 哲夫	10:30~11:10 教育講演14 絨毛性疾患の 病理診断と細胞像 兼城 英輔 座長:井筒 一彦	11:10~11:50 教育講演15 卵巣腫瘍の 免疫染色 大石 善文 座長:嘉村 敏治
福岡国際会議場	第3会場 5F 国際会議室 (501)		8:30~10:10 シンポジウム8 卵巣境界悪性病変の取り扱い 岩本 雅美, 津田 尚武, 刑部 光正, 安永 昌史 座長:清川 貴子, 奥川 馨		10:10~11:50 シンポジウム9 子宮内膜病変における細胞診 -組織診の連関と限界 池本 理恵, 則松 良明, 杉山 裕子, 徳永 英樹 座長:竹島 信宏, 渡部 洋		
	第4会場 5F 502+503		8:30~10:10 シンポジウム10 唾液腺腫瘍の細胞診: 新WHO分類を踏まえて 長尾 俊孝, 浦野 誠, 河原 明彦, 稲垣 宏 座長:駄阿 勉, 島尾 義也		10:10~11:50 シンポジウム11 2017 WHOリンパ系・ 骨髄系腫瘍分類改訂を理解する 橋本 優子, 百瀬 修二, 新野 大介, 佐藤 孝 座長:中村 直哉, 佐藤 康晴	12:00~12:50 ランチョンセミナー6 共催:日本ペクトン・ティンキソン株式会社 演者:平井 康夫 座長:伊藤 仁	
	第5会場 4F 409+410		8:30~10:00 ワークショップ11 私の推奨する細胞診技術 塩竈 和也, 山田 範幸, 棚田 諭, 草刈 宏有 座長:堤 寛, 廣井 禎之		10:10~11:50 シンポジウム12 甲状腺癌取り扱い規約第7版の細胞診断 越川 卓, 鈴木 彩菜, 高田 奈美, 田村 恵 座長:横山 繁生, 加藤 良平	12:00~12:50 ランチョンセミナー7 共催:カルテイスマイクロスコピー株式会社 演者:岩田 英紘, 滝口 正人 座長:都築 豊徳	
	第6会場 4F 411+412		8:30~10:10 シンポジウム13 細胞診ガイドライン・痔瘻取扱い規約第7版 を踏まえた痔領域細胞診の実際 若狭 朋子, 佐々木 健司, 三橋 智子, 西村 早菜子 座長:中泉 明彦, 竹中 明美		10:10~11:50 シンポジウム14 EUS-FNAの課題と工夫 ~検体処理の標準化に向けて~ 麻生 暁, 井上 博文, 玉野 裕子, 能登原 憲司 座長:相島 慎一, 大久保 文彦	12:00~12:50 ランチョンセミナー8 共催:アストラゼネカ株式会社 演者:谷田部 恭 座長:森井 英一	
	第7会場 4F 413+414		8:30~10:00 ワークショップ13 異型細胞の判定について-低異型度尿路上 皮癌は尿細胞診でどこまで読むべきか 白石 泰三, 今井 律子, 三村 明弘, 佐藤 正和, 徳田 雄治 座長:金城 満, 是松 元子		10:10~11:40 ワークショップ14 口腔細胞診SILを判定するために 佐々木 優, 川嶋 大輔, 小川 郁子, 佐藤 由紀子 座長:矢田 直美, 秀島 克巳		
	第8会場 4F 401+402+403		8:30~9:00 地域推薦演題8 子宮頸部1 羽野 健汰, 笹川 寿之 座長:板持 広明	9:00~9:30 地域推薦演題9 子宮頸部2 安孫子 光春, 高橋 明德 座長:冨永 英一郎	9:40~10:25 地域推薦演題10 子宮頸部3 木村 文一, 村田 佳彦, 池田 真利子 座長:石井 保吉	10:35~11:50 地域推薦演題11 呼吸器・上皮腫・体腔液 山下 結衣, 鶴岡 慎悟, 真谷 亜衣子, 那須 篤子, 田中 良太 座長:中谷 行雄, 丸川 活司	
	第9会場 4F 404+405+406		◎8:30~9:10 (第1会場 中継)		10:00~11:50 スライドカンファレンス(解説) 野上 美和子, 阿部 香織, 中澤 匡男, 青木 裕志, 栗原 秀一 座長:山元 英崇, 横山 俊朗		
ポスター・ 企業展示会場 2F 多目的ホール (201~204)		8:00~9:20 ポスター貼付 (2日目)	9:20~11:40 示説発表			8:30~16:30 企業展示	

13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00
13:00~13:30 招請講演4 臨床細胞学の 未来-最新の 医療政策に 照らして- 自見 はなこ 座長:黒田 誠	13:30~14:30 要望講演11 病理からみたがんの heterogeneity 柴田 龍弘 座長:池田 栄二	◎14:40~15:40 医療倫理セミナー 医療倫理の基本 浅井 篤 座長:土屋 真一	●15:50~16:50 細胞診専門医セミナー 安全管理のあり方 後 信 座長:植田 政嗣	閉 会 式			
13:00~13:40 教育講演16 Cytology in the age of personalized medicine Dong-ge Liu 座長:福田 利夫	14:00~16:00 市民公開講座 「もっと良く知るう 女性特有のがん」 上坊 敏子, 齋藤 俊章, 黒木 祥司, 香月 進, 深野 百合子 司会:加藤 聖子, 鹿毛 政義			17:00~19:00 細胞検査士会創立50周年記念 祝賀会			
13:00~14:30 ワークショップ9 子宮内膜細胞診での ATEC (Atypical endometrial cell) 細胞像と取扱い 矢納 研二, 大野 喜作, 山田 隆司, 松浦 智彦 座長:平井 康夫, 九島 巳樹	14:30~15:50 細胞検査士会要望教育 シンポジウム 岡山 香里, 有安 早苗, 軸蘭 智雄, 赤羽 俊章 座長:丸川 活司, 加戸 伸明	15:50~16:50 細胞検査士会 創立50周年 記念式典					
13:00~14:30 ワークショップ10 腹水細胞診-診断への アプローチと最新の知見- 渋田 秀美, 有田 茂実, 柳井 広之, 桜井 孝規 座長:河原 邦光, 西山 憲一	◎14:40~15:40 (第1会場 中継)	●15:50~16:50 (第1会場 中継)					
13:00~14:30 ワークショップ12 甲状腺NIFTPを考える 覚道 健一, 樋口 観世子, 近藤 哲夫, 佐藤 伸也 座長:坂本 穆彦, 廣川 満良	◎14:40~15:40 (第1会場 中継)	●15:50~16:50 (第1会場 中継)					
13:00~14:00 要望講演12 末梢性T細胞リンパ腫 分類の新しい展開 大島 孝一 座長:新野 大介	14:00~15:00 要望講演13 EUS-FNAにおける 細胞診の役割と課題 安田 一朗 座長:内藤 嘉紀	15:00~16:00 要望講演14 肺癌早期診断における 細胞診の役割 大塚 隆生 座長:田宮 貞史					
13:00~14:00 要望講演15 子宮頸がん妊孕性温存 手術である子宮頸部 摘出術に関わる細胞・ 組織診断上の留意点 小林 裕明 座長:土岐 尚之	14:00~15:30 ワークショップ15 これからの子宮頸がん検診を考察する -液状化検体細胞診- 久布白 兼行, 梅澤 敬, 児玉 省二, 久保 千明 座長:大村 峯夫, 加藤 久盛						
13:00~14:00 地域推薦演題12 乳腺 穴戸 優, 兼近 典子, 加藤 栄一, 遠藤 浩之 座長:黒田 一, 北村 隆司	14:30~15:00 地域推薦 演題13 甲状腺 宅見 智晴, 伊藤 有紀子 座長:中島 正洋						
13:00~14:17 示説発表	14:17~15:30 ポスター撤去 (2日目)						
8:30~16:30 企業展示		※5Fロビーもあり					





●ポスター 1 日目 (15:10 ~ 16:55)

15:10 15:17 15:24 15:31 15:38 15:45 15:52 15:59 16:06 16:13 16:20 16:27 16:34 16:41 16:48 16:55

20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
子宮頸部 6 園田 顕三 P-1-019 ~ 021			子宮頸部 7 佐藤 慎也 P-1-022 ~ 024			子宮頸部 8 中尾 佳史 P-1-025 ~ 028			子宮頸部 9 川越 俊典 P-1-029 ~ 032					
子宮体部 4 田勢 亨 P-1-051 ~ 053			子宮体部 5 矢野 恵子 P-1-054 ~ 056			子宮体部 6 松元 隆 P-1-057 ~ 060			子宮体部 7 寒河江 悟 P-1-061 ~ 064					
乳腺 1 川崎 朋範 P-1-083 ~ 085			乳腺 2 甲斐 俊一 P-1-086 ~ 089			乳腺 3 鈴木 正人 P-1-090 ~ 093			乳腺 4 西村 理恵子 P-1-094 ~ 097					
腎臓・膀胱・泌尿器 1 河野 裕夫 P-1-112 ~ 114			腎臓・膀胱・泌尿器 2 木下 勇一 P-1-115 ~ 118			腎臓・膀胱・泌尿器 3 寺本 典弘 P-1-119 ~ 121			腎臓・膀胱・泌尿器 4 下釜 達朗 P-1-122 ~ 125					
口腔・唾液腺・頭頸部 6 秋葉 純 P-1-143 ~ 145			口腔・唾液腺・頭頸部 7 有馬 良一 P-1-146 ~ 148			口腔・唾液腺・頭頸部 8 原田 博史 P-1-149 ~ 151			口腔・唾液腺・頭頸部 9 今村 好章 P-1-152 ~ 155					
肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 3 高橋 芳久 P-1-170 ~ 172			肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 4 長田 盛典 P-1-173 ~ 176			肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 5 前田 智治 P-1-177 ~ 180			肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 6 坂谷 貴司 P-1-181 ~ 183					
呼吸器・縦隔 3 稲山 嘉明 P-1-201 ~ 204			呼吸器・縦隔 4 稲葉 真由美 P-1-205 ~ 208			甲状腺・副甲状腺 3 中島 正洋 P-1-209 ~ 211			甲状腺・副甲状腺 4 入江 準二 P-1-212 ~ 215					
体腔液 2 廣島 健三 P-1-220 ~ 223			体腔液 3 濱川 真治 P-1-224 ~ 227			体腔液 4 三宅 真司 P-1-228 ~ 230			教育 若狹 朋子 P-1-231 ~ 232					

●ポスター 2 日目 (13:00 ~ 14:17)

13:00 13:07 13:14 13:21 13:28 13:35 13:42 13:49 13:56 14:03 14:10 14:17

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
子宮頸部 18 寺本 勝寛 P-2-020 ~ 023			子宮頸部 19 及川 洋恵 P-2-024 ~ 026			子宮頸部 20 卜部 理恵 P-2-027 ~ 029					
卵巣 3 津田 均 P-2-045 ~ 047			卵巣 4 山崎 文朗 P-2-048 ~ 051			卵巣 5 寺井 義人 P-2-052 ~ 054					
呼吸器・縦隔 10 畑中 一仁 P-2-074 ~ 077			呼吸器・縦隔 11 中谷 行雄 P-2-078 ~ 081			呼吸器・縦隔 12 覚野 綾子 P-2-082 ~ 084					
口腔・唾液腺・頭頸部 10 加藤 拓 P-2-105 ~ 107			口腔・唾液腺・頭頸部 11 湊 宏 P-2-108 ~ 111			口腔・唾液腺・頭頸部 12 伊藤 由美 P-2-112 ~ 114					
腎臓・膀胱・泌尿器 7 南口 早智子 P-2-129 ~ 131			腎臓・膀胱・泌尿器 8 山田 博 P-2-132 ~ 134			腎臓・膀胱・泌尿器 9 川崎 辰彦 P-2-135 ~ 137					
中皮腫 1 片山 博徳 P-2-153 ~ 155			中皮腫 2 岡田 真也 P-2-156 ~ 159			中皮腫 3 安永 佳麻里 P-2-160 ~ 162					
技術 1 久力 権 P-2-176 ~ 178			技術 2 大塚 幸二 P-2-179 ~ 181			技術 3 山田 鉄也 P-2-182 ~ 185					
肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 7 矢野 博久 P-2-186 ~ 188			肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 8 香月 奈穂美 P-2-189 ~ 192			肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 9 伊倉 義弘 P-2-193 ~ 195					

## 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ならびに細胞診専門医研修指定講座の受付は、会員カードの読み取りで出席の登録を行います。必ず会員カードをご持参ください。また、会場前受付時に配布する複写用紙に専門医番号と氏名をご記入後、退室時に控えを提出してください。原本につきましては、次回資格更新時まで大切に保管ください。

### 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(日) 15:50~16:50 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)\*  
「安全管理のあり方」後 信((公財)日本医療機能評価機構/九州大学病院)

### 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56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。

#### 感染対策セミナー

11月18日(土) 14:00~15:00 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)\*  
「病理検査業務における感染対策の理念と実際」高田 徹(福岡大学病院感染制御部)

#### 招請講演2

11月19日(日) 8:30~9:10 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)\*  
「細胞概念の確立から細胞・組織診へ」佐藤 裕(国東市民病院, 日本医史学会)

#### 医療倫理セミナー

11月19日(日) 14:40~15:40 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)\*  
「医療倫理の基本」浅井 篤(東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野)

\*中継会場でのご聴講でも単位の取得が可能となっております。

平成25年度より細胞診専門医資格更新制度が改革され、細胞診専門医会出席義務廃止、研修指定講座等への参加クレジット重視の方向性となっております。

研修指定講座1回出席につき15単位が認められます(新制度では1単位)。

細胞診専門医会会長 植田政嗣  
細胞診専門医委員会委員長 齋藤 豪  
第56回日本臨床細胞学会秋期大会会長 加来恒壽

## 日本産科婦人科学会会員 参加単位登録について

福岡国際会議場 1F エントランスの「日産婦 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(土) 9:00～

11月19日(日) 8:00～

## 日本専門医機構 専門医共通講習のご案内

以下の講演は基本領域学会(※)の専門医共通講習単位として付与認定予定です。  
会場にて「受講証明書」を発行いたしますので、大切に保管してください。

### 感染対策セミナー

11月18日(土) 14:00～15:00 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)

「病理検査業務における感染対策の理念と実際」

高田 徹(福岡大学病院感染制御部)

### 医療倫理セミナー

11月19日(日) 14:40～15:40 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)

「医療倫理の基本」

浅井 篤(東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野)

### ※付与認定予定の基本領域学会

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の単位として認定されております。

- ・日本産科婦人科学会
- ・日本病理学会
- ・日本臨床検査医学会
- ・日本外科学会
- ・日本整形外科学会
- ・日本小児科学会
- ・日本泌尿器科学会
- ・日本耳鼻咽喉科学会

## 第56回 日本臨床細胞学会秋期大会 市民公開講座

11月19日(日) 14:00~16:00 福岡サンパレス 2F パレスルーム

もっと良く知ろう 女性特有のがん

司会：加藤聖子（九州大学大学院医学研究院 生殖病態生理学 教授）

鹿毛政義（久留米大学 先端癌治療研究センター 分子標的部門 特命教授）

開会のあいさつ

第56回日本臨床細胞学会秋期大会 会長  
九州大学大学院医学研究院 保健学部門 教授  
加来恒壽

1. もっと良く知ろう 子宮頸癌

相模野病院 婦人科腫瘍センター長 上坊敏子

2. もっと良く知ろう 増えている子宮体がん

九州がんセンター 婦人科 部長 齋藤俊章

3. 乳癌の診断

黒木クリニック 院長 黒木祥司

4. 福岡県におけるがんの現状

福岡県保健環境研究所 所長 香月 進

5. がんと向き合って生きる

あけぼの福岡 代表 深野百合子

共催：細胞検査士会創立50周年記念事業会

後援：福岡県、福岡市、福岡県医師会、福岡市医師会、

公益財団法人福岡県すこやか健康事業団（日本対がん協会 福岡県支部）



## 細胞検査士会パネル展示 ——がん検診の啓発・調査活動——

11月18日(土)・19日(日) 福岡国際会議場 2F ロビー

細胞検査士会では、2009年より、NPO法人子宮頸がんを考える市民の会に協力し、4月9日「子宮の日」を中心とした子宮頸がん検診受診啓発のための街頭活動“LOVE49プロジェクト”を行っております。この活動は、細胞検査士会がん検診委員会(旧子宮頸がん検診委員会)と渉外委員会が中心となり、各都道府県細胞検査士会の絶大なるご支援の下、現在では全国展開され、47都道府県すべてで開催されるにいたりました。また、数年前より専門医の先生のご支援をいただき、公益社団法人日本臨床細胞学会から各都道府県地域連携組織を通じて本活動に対する支援金をいただくようになっております。

パネル展示では“LOVE49プロジェクト”活動を中心としたがん検診の啓発活動の様子を展示します。また、厚生労働省のがん検診に関する情報、議員連盟が提出した女性のがん対策に関する要望書などについてもご紹介させていただきます。学会にご参加の皆様にはぜひパネル展示場にお越しいただき、啓発活動やがん検診についてご意見を賜ることができれば幸いに存じます。

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56回日本臨床細胞学会秋期大会 加来恒壽会長に深謝致します。

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  
細胞検査士会がん検診委員会 委員長 今枝 義博

## 細胞検査士会創立 50 周年記念事業のご案内

細胞検査士会 50 年（半世紀）の足跡，そして新たなる飛躍をめざして

### 1. 記念式典（50 周年記念式典/功労賞受賞者表彰式）

開催日： 平成 29 年 11 月 19 日（日）

場 所： 福岡国際会議場 5F 国際会議室（501）

時 間： 15：50～16：50

### 2. 50 周年記念祝賀会

開催日： 平成 29 年 11 月 19 日（日）

場 所： 福岡サンパレス 2F パレスルーム

時 間： 17：00～19：00

会 費： 事前申し込み 3,000 円/当日申し込み 4,000 円

（細胞検査士会会報 Vol. 61 に同封の振込み用紙をご利用ください）

### 3. 細胞診と細胞検査士展

開催日： 平成 29 年 11 月 18 日（土）～19 日（日）

場 所： 天神三越デパート横 イベント空間「ライオン広場」

時 間： 18 日（土）10：00～16：00/19 日（日）10：00～13：00

\* パネル展示や実演コーナーを設置し，一般市民に説明

### 4. 市民公開講座

第 56 回日本臨床細胞学会秋期大会とのジョイント

（詳細は 500 ページをご参照ください）

\* 1 および 2 に参加いただく方のクロークおよび帰路の交通手段，その他詳細につきましては，細胞検査士会会報 Vol. 61 をご覧ください。

細胞検査士会創立 50 周年記念事業会 会 長 伊藤 仁

50 周年記念事業実行委員会 委員長 三宅 真司

50 周年記念事業実行委員会 事務局長 阿部 英二

## 第56回日本臨床細胞学会秋期大会 実行委員／プログラム委員

会 長	加来 恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)
副会長	小田 義直 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)
	加藤 聖子 (九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学)
	鹿毛 政義 (久留米大学先端癌治療研究センター分子標的部門)
実行委員長, 事務局長	杉島 節夫 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)
副実行委員長	田宮 貞史 (北九州市立医療センター病理診断科)
プログラム委員長	竹下 盛重 (福岡大学医学部病理学講座)
副プログラム委員長	山元 英崇 (九州大学病院病理診断科・病理部)
渉外委員長	松浦 祐介 (産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学)
副渉外委員長	兼城 英輔 (九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学)
顧 問	柏村 正道 (ウイメンズ KM クリニック, 産業医科大学名誉教授)
	薬師寺道明 (久留米大学名誉学長)
	岩坂 剛 (高邦会高木病院名誉病院長 予防医学センター)
	嘉村 敏治 (柳川病院, 久留米大学名誉教授)
	金城 満 (製鉄記念八幡病院)
	西 国広 (株式会社エスアールエル)
	杉森 甫 (高木学園名誉理事長, 佐賀医科大学名誉教授) (2016年御逝去)

### ■実行委員 (敬称略・50音順)

大石 善丈 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理)	竹下 盛重 (福岡大学医学部病理学講座)
大久保文彦 (九州大学病院病理診断科・病理部)	田宮 貞史 (北九州市立医療センター病理診断科)
大谷 博 (社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科)	西山 憲一 (福岡赤十字病院病理診断科)
小田 義直 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)	蜂須賀 徹 (産業医科大学産婦人科)
加来 恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)	久岡 正典 (産業医科大学医学部第1病理学)
鹿毛 政義 (久留米大学先端癌治療研究センター分子標的部門)	藤原美奈子 (九州大学大学院医学研究院保健学部門検査技術科学分野)
加藤 聖子 (九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学)	松浦 祐介 (産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学)
兼城 英輔 (九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学)	矢幡 秀昭 (九州大学病院産科婦人科)
河原 明彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)	山元 英崇 (九州大学病院病理診断科・病理部)
小島 勝己 (福岡大学病院病理部・病理診断科)	横山 俊朗 (久留米大学医療センター病理診断科・病理部)
杉島 節夫 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)	渡邊壽美子 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)
園田 顕三 (九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学)	
田口 健一 (国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科)	

### ■プログラム委員 (敬称略・50音順)

相島 慎一 (佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野)	青木 大輔 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
	青木 裕志 (順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科)

- 秋葉 純 (久留米大学病院病理診断科・病理部)
- 阿部 英二 (北九州市保健福祉局保健衛生部保健予防課)
- 安倍 秀幸 (久留米大学病院病理診断科・病理部)
- 荒木 邦夫 (鳥取大学医学部附属病院胸部外科)
- 有廣 光司 (広島大学病院病理診断科)
- 池田純一郎 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学)
- 池田 徳彦 (東京医科大学呼吸器甲状腺外科)
- 池本 理恵 ((株)エスアールエル)
- 石井 保吉 (こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科)
- 磯西 成治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科)
- 井谷 嘉男 (奈良県総合医療センター)
- 板持 広明 (岩手医科大学医学部産婦人科)
- 市原 周 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科)
- 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)
- 伊藤 仁 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)
- 伊藤 雅文 (名古屋第一赤十字病院)
- 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)
- 井上佳奈子 (飯塚病院中央検査部)
- 井上 健 (大阪市立総合医療センター病理部・病理診断科)
- 今村 好章 (福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部)
- 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)
- 入江 準二 (長崎みなとメディカルセンター病理診断科)
- 岩坂 剛 (高邦会高木病院予防医学センター)
- 岩成 治 (鳥根県立中央病院)
- 植田 政嗣 ((公財)大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センター)
- 牛嶋 公生 (久留米大学産婦人科)
- 碓井 宏和 (千葉大学大学院医学研究科生殖医学)
- 宇津木久仁子 (公益財団法人がん研究会有明病院婦人科)
- 馬屋原健司 (佐々木研究所附属杏雲堂病院)
- 浦野 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I)
- 卜部 省悟 (大分県立病院臨床検査科病理部)
- 卜部 理恵 (中国労災病院産婦人科)
- 衛藤 貴子 (JCHO 九州病院)
- 榎本 隆之 (新潟大学医学部産婦人科)
- 蝦名 康彦 (神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野)
- 及川 洋恵 (医療法人社団スズキ記念病院医療技術部)
- 大井 恭代 (博愛会相良病院病理診断科)
- 大石 徹郎 (鳥取大学医学部産婦人科)
- 大蔵 尚文 (国立病院機構小倉医療センター産婦人科)
- 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)
- 大森真紀子 (山梨大学医学部産婦人科)
- 大屋 正文 (飯塚病院病理科)
- 小賀 厚徳 (山口大学大学院医学系研究科分子病理学)
- 岡 輝明 (公立学校共済組合関東中央病院病理科)
- 小笠原利忠 (誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)
- 岡部 義信 (久留米大学医学部内科学講座消化器内科学部門)
- 岡本 愛光 (東京慈恵会医科大学産婦人科)
- 小川 伸二 (独立行政法人国立病院機構九州医療センター婦人科)
- 奥川 馨 (九州大学病院産婦人科)
- 長村 義之 (国際医療福祉大学大学院日本鋼管病院病理診断科)
- 小田 瑞恵 (こころとからだの元氣プラザ婦人科)
- 落合 和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)
- 小山 徹也 (群馬大学大学院病理診断学)
- 甲斐 敬太 (佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科)
- 笠松 高弘 (東京都立墨東病院産婦人科)
- 柏村 正道 (ウイメンズ KM クリニック, 産業医科大学名誉教授)
- 片山 博徳 (日本医科大学多摩永山病院病理診断科・病理部)
- 加戸 伸明 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)
- 加藤 一喜 (がん研有明病院婦人科)
- 加藤 拓 (成田富里徳洲会病院病理診断科)
- 加藤 友康 (国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科)
- 加藤 久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)
- 加藤 良平 (山梨大学大学院総合研究部医学域人体病理学講座)
- 金子 千之 (藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科)
- 鹿股 直樹 (川崎医科大学病理学 2)
- 神尾多喜浩 (済生会熊本病院病理診断科)
- 嘉村 敏治 (一般財団法人医療・介護・教育研究財団柳川病院)
- 亀井 敏昭 ((株)ピーシーエルジャパン PCL 福岡病理・細胞診センター)
- 鴨井 青龍 (日本医科大学千葉北総病院女性診療科・産科)
- 河内 茂人 (独立行政法人国立病院機構九州医療センター病理診断科/遺伝子検査センター)
- 川越 俊典 (産業医科大学産婦人科)

- 川崎 朋範 (名古屋医療センター病理診断科臨床研究センター高度診断研究部)
- 河野 裕夫 (山口大学大学院医学系研究科保健学専攻基礎検査学(生体情報検査学)講座)
- 河野 善明 (JCHO九州病院産婦人科)
- 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)
- 菊池 朗 (新潟県立がんセンター新潟病院婦人科)
- 木佐貫 篤 (宮崎県立日南病院病理診断科・臨床検査科)
- 鬼島 宏 (弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座)
- 岸本 浩次 (杏林大学医学部付属病院病院病理部)
- 喜多 恒和 (奈良県総合医療センター産婦人科)
- 北島 信一 (国立療養所星塚敬愛園研究検査科)
- 喜友名正也 (社会医療法人友愛会豊見城中央病院病理診断科・検査科)
- 清川 貴子 (東京慈恵会医科大学病理学講座, 同附属病院病院病理部)
- 金城 満 (製鉄記念八幡病院検査部)
- 九島 巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)
- 久布白兼行 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)
- 倉岡 和矢 (呉医療センター・中国がんセンター病理診断科)
- 久力 権 (焼津市立総合病院)
- 黒住 昌史 (埼玉県立がんセンター病理診断科)
- 黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I)
- 越川 卓 (修文大学看護学部)
- 小島 勝 (獨協医科大学病理診断学講座)
- 小島 淳美 (岩手医科大学産婦人科学講座)
- 小中 千守 (国際医療福祉大学市川病院呼吸器外科)
- 小西 登 (社会医療法人高井病院病理診断科)
- 小林 裕明 (鹿児島大学医学部産科婦人科)
- 小松 京子 (がん研有明病院臨床病理センター)
- 近藤 英司 (三重大学産婦人科)
- 近藤 哲夫 (山梨大学医学部人体病理学)
- 今野 良 (自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科)
- 齊尾 征直 (群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学)
- 齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学講座)
- 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)
- 坂井 邦裕 (済生会福岡総合病院産婦人科)
- 寒河江 悟 (北海道大野記念病院婦人科)
- 櫻木 範明 (小樽市立病院)
- 笹川 寿之 (金沢医科大学・産科婦人科・生殖周産期学)
- 笹川 基 (県立がんセンター新潟病院婦人科)
- 佐々木 寛 (千葉徳洲会病院婦人科)
- 笹島ゆう子 (帝京大学医学部病院病理部)
- 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)
- 佐藤 慎也 (鳥取大学医学部産婦人科)
- 島田 宗昭 (東北大学病院婦人科)
- 自見 厚郎 (帝京大学福岡医療技術学部)
- 清水 健 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)
- 清水 禎彦 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科)
- 下釜 達朗 (製鉄記念八幡病院病理診断科)
- 生水真紀夫 (千葉大学婦人科)
- 白石 泰三 (桑名市総合医療センター)
- 末吉 和宣 (鹿児島市立病院病理診断科)
- 杉山 徹 (岩手医科大学産婦人科)
- 杉山 裕子 (がん研有明病院細胞診断部・婦人科)
- 鈴木 直 (聖マリアンナ医科大学産婦人科学)
- 進 伸幸 (国際医療福祉大学医学部産婦人科, 同大学三田病院女性腫瘍センター・婦人科)
- 関根 浄治 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)
- 駄阿 勉 (大分大学医学部診断病理学講座)
- 多比良朋希 (久留米大学病院病理診断科・病理部)
- 高野 忠夫 (東北大学病院臨床研究推進センター)
- 高橋健太郎 (滋賀医科大学総合周産期母子医療センター)
- 高松 潔 (東京歯科大学市川総合病院産婦人科)
- 竹島 信宏 (がん研究会有明病院婦人科)
- 竹中 明美 (大阪国際がんセンター病理細胞診断科)
- 竹原 和宏 (四国がんセンター婦人科)
- 田勢 亨 (宮城県立がんセンター婦人科)
- 谷山 清己 (呉医療センター・中国がん療センター病理診断科)
- 田畑 務 (三重大学医学部産婦人科)
- 田丸 淳一 (埼玉医科大学総合医療センター病理部(病理診断科))
- 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講座)
- 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診断科)
- 堤 寛 (はるひ呼吸器病院病理診断科)
- 寺井 義人 (大阪医科大学産婦人科)
- 寺畑信太郎 (市立砺波総合病院病理診断科)
- 寺本 勝寛 (山梨県厚生連健康管理センター)
- 寺本 典弘 (四国がんセンター病理科)
- 土岐 尚之 (九州労災病院産婦人科)



- 徳田 雄治 (古賀病院 21 泌尿器科)
- 富永英一郎 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 内藤 嘉紀 (久留米大学病院病理診断科・病理部)
- 内藤 善哉 (日本医科大学大学院統御機構診断病理学)
- 中泉 明彦 (創価大学看護学部)
- 長尾 俊孝 (東京医科大学人体病理学分野)
- 中尾 佳史 (佐賀大学産科婦人科学)
- 長坂 徹郎 (名古屋大学大学院医学系研究科医療技術学専攻病態解析学講座)
- 中島 久良 (長崎みなとメディカルセンター産科・婦人科)
- 中島 正洋 (長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学)
- 中島 豊 (エスアールエル福岡ラボラトリー)
- 永瀬 智 (山形大学医学部産婦人科)
- 中谷 行雄 (千葉大学大学院医学研究院診断病理学)
- 中村 栄男 (名古屋大学大学院医学系研究科臓器病態診断学)
- 中村 直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)
- 中山 宏文 (JR 広島病院診療部臨床検査科 (病理診断科)/教育研修部)
- 南部 雅美 (熊本保健科学大学)
- 新倉 仁 (東北大学産婦人科)
- 西 国広 ((株)エスアールエル福岡ラボラトリー)
- 布引 治 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)
- 能登原憲司 (倉敷中央病院病理診断科)
- 則松 良明 (愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座)
- 羽賀 博典 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
- 萩原 聖子 (メディカルトピア草加病院婦人科)
- 端 晶彦 (山梨大学医療福祉支援センター産婦人科)
- 長谷川壽彦 (公益財団法人東京都予防医学協会)
- 波多江正紀 (聖成会柿木病院)
- 畠 榮 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)
- 畑中 一仁 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)
- 羽場 礼次 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)
- 濱川 真治 (公立昭和病院臨床検査科)
- 濱田 哲夫 (九州旅客鉄道株式会社 JR 九州病院臨床検査科・病理診断科)
- 林 透 (潤和会記念病院病理診断科)
- 林 洋子 (長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学)
- 原口 力 (臨床病態医学研究所)
- 阪埜 浩司 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 東 美智代 (鹿児島大学病院病理部・病理診断科)
- 樋口佳代子 (相澤病院病理診断科)
- 平井 康夫 (獨協医科大学産婦人科)
- 平川 俊夫 (真田産婦人科麻酔科クリニック)
- 平田 哲士 ((株)千葉細胞病理診断センター)
- 廣井 禎之 (新渡戸文化短期大学臨床検査学科病理学)
- 広岡 保明 (鳥取大学医学部病態検査学講座)
- 廣川 満良 (医療法人神甲会隈病院病理診断科)
- 廣島 健三 (東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科)
- 福田 利夫 (群馬大学)
- 藤井多久磨 (藤田保健衛生大学)
- 藤田 勝 (岡山大学病院病理部)
- 藤原 潔 (天理よろづ相談所病院産婦人科)
- 藤原 寛行 (自治医科大学産科婦人科学講座)
- 古田 則行 (がん研究会有明病院付設細胞検査士養成所)
- 古旗 淳 (順天堂大学大学院医学研究科形態解析イメージング研究室)
- 古本 博孝 (徳島市民病院)
- 細根 勝 (日本医科大学多摩永山病院病理診断科)
- 前田 一郎 (聖マリアンナ医科大学病理学)
- 前田 智治 (愛媛県立中央病院病理診断部)
- 増田しのぶ (日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野)
- 松井 英雄 (東京女子医科大学産婦人科学講座)
- 松隈 敬太 (原土井病院)
- 松本 光司 (昭和大学医学部産婦人科学講座)
- 松本 慎二 (福岡大学病院病理部・病理診断科)
- 松元 隆 (愛媛大学医学部産婦人科)
- 松本 俊治 (順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科)
- 松山 敏剛 (産婦人科まつやまクリニック)
- 的田 眞紀 (がん研有明病院婦人科)
- 丸川 活司 (北海道大学病院病理部)
- 丸田 淳子 (医療法人野口病院研究検査科)
- 三上 芳喜 (熊本大学医学部附属病院病理診断科)
- 皆川 幸久 (鳥取県立厚生病院産婦人科)
- 南口早智子 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
- 宮城 悦子 (横浜市立大医学部産婦人科)
- 三宅 康之 (倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)
- 宮本 朋幸 (九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科, 同大学がん細胞研究所)
- 棟方 哲 (堺市立総合医療センター病理診断科)
- 村田 晋一 (和歌山県立医科大学・人体病理学教室/病理診断科)
- 室谷 哲弥 (こころとからだの元氣プラザ婦人科)
- 元井 亨 (がん・感染症センター都立駒込病院病理科)



- 元井 紀子 (国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科)
- 森井 英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理診断科)
- 森下由紀雄 (東京医科大学茨城医療センター病理診断科)
- 森村 豊 (埼玉医療生活協同組合羽生総合病院婦人科)
- 森谷 卓也 (川崎医科大学病理学2)
- 八重樫伸生 (東北大学産婦人科)
- 安田 政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)
- 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)
- 谷田部 恭 (愛知県がんセンター遺伝子病理診断部)
- 柳井 広之 (岡山大学病院病理診断科)
- 矢野 恵子 (関西医療大学保健医療学部臨床検査学科)
- 矢野 博久 (久留米大学医学部病理学講座)
- 矢納 研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科)
- 山上 亘 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 山口 知彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)
- 山口 倫 (久留米大学医学部附属医療センター病理診断科・臨床検査室)
- 山崎 文朗 (独立行政法人地域医療機能推進機構佐賀中部病院臨床検査科)
- 山下 博 (国立病院機構東京医療センター)
- 山城 勝重 (北海道がんセンター臨床研究部)
- 山田 隆司 (大阪医科大学病理学教室)
- 山田 鉄也 (社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター)
- 山田 博 (PCL 福岡病理・細胞診センター)
- 葉 清泉 (社会医療法人雪の聖母会聖マリアヘルスケアセンター・国際保健センター)
- 横井 豊治 (津島市民病院病理診断部)
- 横山 正俊 (佐賀大学医学部産科婦人科)
- 横山 良仁 (弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座)
- 横山 繁生 (野口病院病理診断科)
- 吉野 潔 (大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室)
- 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 朋子 (近畿大学医学部奈良病院病理診断科)
- 鷲谷 清忠 (秋田病理組織細胞診研究センター)
- 渡邊 みか (東北大学病院病理部)
- 渡利 英道 (北海道大学病院婦人科)

# 第 56 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(土) 12:50~13:50 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)  
座長: 加来恒壽(九州大学大学院医学研究院保健学部門)  
The Diagnostic Process in Surgical Pathology and Cytopathology  
University of Maryland School of Medicine Baltimore, MD, USA Steven G. Silverberg

特別講演 2 11月18日(土) 15:10~16:10 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)  
座長: 柏村正道(ウイメンズ KM クリニック)  
インターセックスの苦悩  
作家・精神科医 帚木蓬生

特別講演 3 11月19日(日) 10:20~11:20 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)  
座長: 紀川純三(松江市立病院)  
New WHO Classification of Ovarian Tumors  
Department of Pathology, University of California, San Francisco, USA Charles J. Zaloudek

## 招請講演

招請講演 1 11月18日(土) 10:00~11:00 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)  
座長: 加藤聖子(九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学)  
がん細胞の進化—卵巣癌の播種性転移を考える—  
国立病院機構京都医療センター 小西郁生

招請講演 2 11月19日(日) 08:30~09:10 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)  
座長: 佐々木寛(医療法人沖繩徳洲会千葉徳洲会病院婦人科)  
細胞概念の確立から細胞・組織診へ  
国東市民病院(日本医史学会) 佐藤 裕

招請講演 3 11 月 19 日 (日) 09:20~10:20 第 1 会場 (福岡国際会議場 3F メインホール)

座長: 杉山 徹 (岩手医科大学産婦人科学講座)

マイクロ RNA のがん臨床への応用

大阪大学大学院医学系研究科消化器外科 森 正樹

招請講演 4 11 月 19 日 (日) 13:00~13:30 第 1 会場 (福岡国際会議場 3F メインホール)

座長: 黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I)

臨床細胞学の未来—最新の医療政策に照らして—

参議院議員・医師 自見はなこ

## 会長講演

11 月 18 日 (土) 11:00~11:30 第 1 会場 (福岡国際会議場 3F メインホール)

座長: 青木大輔 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

婦人科腫瘍の組織診と細胞診

九州大学大学院医学研究院保健学部門 加来恒壽

## 要望講演

要望講演 1 11 月 18 日 (土) 12:50~13:50 第 3 会場 (福岡国際会議場 5F 国際会議室 (501))

座長: 伊藤雅文 (名古屋第一赤十字病院病理部)

マクロファージの M1/M2 活性化と疾患との関わり

熊本大学大学院生命科学研究部細胞病理学分野 竹屋元裕

要望講演 2 11 月 18 日 (土) 12:50~13:50 第 4 会場 (福岡国際会議場 5F 502+503)

座長: 小山徹也 (群馬大学大学院病理診断学)

乳がんにおける免疫染色によるバイオマーカー診断の臨床的意義

くまもと森都総合病院病理診断科 ○有馬信之, 遠山亮佐, 溝上美江, 岩田理央, 内田衣里子, 木下裕也

要望講演 3 11 月 18 日 (土) 10:30~11:30 第 5 会場 (福岡国際会議場 4F 409+410)

座長: 伊東正博 (長崎医療センター病理診断科)

甲状腺腫瘍 WHO 分類 2017—改定点と新概念—

山梨大学大学院総合研究部医学域・人体病理学講座 加藤良平

- 要望講演 4** 11月18日(土) 12:50~13:50 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
座長:八重樫伸生(東北大学産婦人科)  
日本におけるHPVワクチンの現状  
久留米大学医学部産婦人科学講座 牛嶋公生
- 要望講演 5** 11月18日(土) 13:50~14:50 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
座長:岡本愛光(東京慈恵会医科大学産婦人科学講座)  
卵巣腫瘍における画像と病理の対比  
倉敷中央病院放射線診断科 小山 貴
- 要望講演 6** 11月18日(土) 14:50~15:50 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
座長:岩坂 剛(高木病院)  
子宮体癌の癌化機序における老化の関与  
産業医科大学医学部産婦人科 蜂須賀徹
- 要望講演 7** 11月18日(土) 17:00~18:00 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
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~細胞診  
北里大学医学部呼吸器外科学 佐藤之俊
- 要望講演 8** 11月18日(土) 12:50~13:50 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)  
座長:村田晋一(和歌山県立医科大学病理学第二教室)  
尿路上皮癌における最近の進歩:治療の進歩に尿細胞診はどのように対応すべきか  
愛知医科大学病院病理診断科 都築豊徳
- 要望講演 9** 11月18日(土) 13:50~14:50 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)  
座長:宇都宮忠彦(日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)  
臨床医から見た口腔細胞診の重要性  
島根大学医学部歯科口腔外科学講座 関根浄治
- 要望講演 10** 11月18日(土) 14:50~15:50 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)  
座長:松本俊治(順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科)  
Mesonephric adenocarcinoma(中腎性腺癌)の臨床病理と細胞像  
新百合ヶ丘総合病院病理診断科 福永真治
- 要望講演 11** 11月19日(日) 13:30~14:30 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)  
座長:池田栄二(山口大学大学院医学系研究科病理形態学)  
病理からみたがんの heterogeneity  
東京大学医科学研究所ゲノム医学分野 柴田龍弘
- 要望講演 12** 11月19日(日) 13:00~14:00 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
座長:新野大介(長崎大学病院長崎病理医育成・診断センター)  
末梢性T細胞リンパ腫分類の新しい展開  
久留米大学医学部病理学教室 大島孝一

**要望講演 13** 11月19日(日) 14:00~15:00 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
座長: 内藤嘉紀(久留米大学病院病理部・病理診断科)

EUS-FNAにおける細胞診の役割と課題

帝京大学溝口病院消化器内科 安田一朗

**要望講演 14** 11月19日(日) 15:00~16:00 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
座長: 田宮貞史(北九州市立医療センター病理診断科)

膵癌早期診断における細胞診の役割

九州大学医学研究院臨床・腫瘍外科<sup>1)</sup>, 九州大学医学研究院形態機能病理学<sup>2)</sup>,  
九州大学病院病理診断科・病理部<sup>3)</sup> ○大塚隆生<sup>1)</sup>, 大久保文彦<sup>3)</sup>, 小田義直<sup>2)</sup>, 中村雅史<sup>1)</sup>

**要望講演 15** 11月19日(日) 13:00~14:00 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)  
座長: 土岐尚之(九州労災病院産婦人科)

子宮頸がん妊孕性温存手術である子宮頸部摘出術に関わる細胞・組織診断上の留意点

鹿児島大学医学部産科婦人科 小林裕明

## 教育講演

**教育講演 1** 11月18日(土) 10:00~10:40 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 久岡正典(産業医科大学医学部第1病理学)

軟部腫瘍のWHO分類と新たな疾患概念

九州大学医学研究院形態機能病理学 小田義直

**教育講演 2** 11月18日(土) 10:50~11:30 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
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)

肺癌治療の進歩を知って肺癌バイオマーカー検査を理解しよう!

愛知県がんセンター遺伝子病理診断部 谷田部恭

**教育講演 3** 11月18日(土) 12:50~13:30 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 田沼順一(朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野)

口腔がん早期発見のための細胞診新報告様式

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>1)</sup>, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>,  
医療法人社団誠馨会病理センター<sup>3)</sup>, 千葉西総合病院病理診断科<sup>4)</sup>  
○久山佳代<sup>1)</sup>, 松本 敬<sup>2)</sup>, 金田悦子<sup>1)</sup>, 才藤純一<sup>3)</sup>, 浮ヶ谷匡恭<sup>4)</sup>, 二谷悦子<sup>1,2)</sup>,  
森川美雪<sup>1,2)</sup>, 末光正昌<sup>1,2)</sup>, 宇都宮忠彦<sup>1,2)</sup>, 齋藤隆明<sup>4)</sup>

**教育講演 4** 11月18日(土) 13:50~14:30 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 長坂徹郎(名古屋大学医学部保健学科)

新WHO分類(2014)で考える子宮腫瘍の病理

熊本大学医学部附属病院病理診断科 三上芳喜

- 教育講演 5** 11月18日(土) 14:30~15:10 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 横山正俊(佐賀大学医学部産科婦人科学)  
動画で学ぶコルポスコピー — 病理組織学的所見との対応 —  
大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部<sup>1)</sup>, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科<sup>2)</sup>,  
京都中部総合医療センター産婦人科<sup>3)</sup>, 赤穂市民病院産婦人科<sup>4)</sup>, 誠仁会大久保病院婦人科<sup>5)</sup>  
○植田政嗣<sup>1)</sup>, 明瀬光里<sup>1)</sup>, 出馬晋二<sup>1)</sup>, 鳥居貴代<sup>1)</sup>, 岡本吉明<sup>1)</sup>, 田中一朗<sup>1)</sup>,  
布引 治<sup>2)</sup>, 明石京子<sup>3)</sup>, 東田太郎<sup>4)</sup>, 小笠原利忠<sup>5)</sup>, 野田 定<sup>1)</sup>
- 教育講演 6** 11月18日(土) 15:10~15:50 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 末吉和宣(鹿児島市立病院病理診断科)  
子宮頸部上皮内腫瘍における HPV の役割~ウイルス学・分子生物学・免疫学の融合  
日本大学医学部産婦人科学分野 川名 敬
- 教育講演 7** 11月18日(土) 15:50~16:30 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 齋藤 豪(札幌医科大学産婦人科学講座)  
卵巣癌の細胞・病理組織像に着目した新しい治療法の探索  
東北大学医学部産婦人科 豊島将文
- 教育講演 8** 11月18日(土) 16:30~17:10 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 丸塚浩助(県立宮崎病院病理診断科)  
悪性リンパ腫の最近の組織分類と細胞診の整合性  
福岡大学医学部病理学教室 竹下盛重
- 教育講演 9** 11月18日(土) 17:10~17:50 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 浦野 誠(藤田保健衛生大学医学部病理診断科)  
唾液腺細胞診国際報告様式 Milan System の解説と運用について  
相澤病院病理診断科 樋口佳代子
- 教育講演 10** 11月18日(土) 16:10~16:50 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)  
座長: 長村義之(日本鋼管病院病理診断科)  
Lynch Syndrome  
Department of Histopathology, Manchester Royal Infirmary and University of Manchester, UK  
R.F.T. McMahon
- 教育講演 11** 11月19日(日) 08:30~09:10 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 前田一郎(聖マリアンナ医科大学診断病理学教室)  
遺伝性乳癌卵巣癌症候群とリンチ症候群の現状と取り組み  
がん研有明病院遺伝子診療部 新井正美
- 教育講演 12** 11月19日(日) 09:10~09:50 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)  
座長: 越川 卓(修文大学看護学部)  
2015ATA ガイドラインと細胞診の実際  
医療法人神甲会隈病院病理診断科 廣川満良



教育講演 13 11月19日(日) 09:50~10:30 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)

座長: 濱田哲夫 (JR九州病院病理診断科)

悪性中皮腫と体腔液細胞診~up to date~

(株)ピーシーエルジャパン PCL 福岡病理・細胞診センター 亀井敏昭

教育講演 14 11月19日(日) 10:30~11:10 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)

座長: 井篁一彦 (和歌山県立医科大学産科婦人科)

絨毛性疾患の病理診断と細胞像

九州大学病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 九州大学医学部保健学科<sup>2)</sup>

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

教育講演 15 11月19日(日) 11:10~11:50 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)

座長: 嘉村敏治 (柳川病院産婦人科)

卵巣腫瘍の免疫染色

九州大学大学院医学研究院形態機能病理 大石善文

教育講演 16 11月19日(日) 13:00~13:40 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)

座長: 福田利夫 (財団法人老年病研究所病理部)

Cytology in the age of personalized medicine

Department of Pathology, Beijing Hospital, National Center of Gerontology, Beijing, China Dong-ge Liu

## シンポジウム

シンポジウム 1 11月18日(土) 16:10~17:50 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)

座長: 安田政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)

進 伸幸 (国際医療福祉大学三田病院女性腫瘍センター・婦人科)

子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診の整合性

S1-1 子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診

昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科

○九島巳樹

S1-2 早期子宮頸部腺系病変の診断(コルポスコピー・細胞診・組織診の整合性)

こころとからだの元氣プラザ婦人科<sup>1)</sup>, こころとからだの元氣プラザ細胞病理科<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学産婦人科<sup>3)</sup>

○小田瑞恵<sup>1,3)</sup>, 大村峯夫<sup>1)</sup>, 室谷哲弥<sup>1)</sup>, 藤井雅彦<sup>2)</sup>, 岡 俊郎<sup>2)</sup>, 石井保吉<sup>2)</sup>, 上田 和<sup>3)</sup>, 斎藤元章<sup>3)</sup>, 岡本愛光<sup>3)</sup>

S1-3 子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診の整合性 液状化検体細胞診導入の効果と問題点

富山赤十字病院病理診断科部

○前田宜延, 佐賀良子, 尾矢剛志

- S1-4 臨床医からみた子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診の整合性  
 山梨大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 山梨大学附属病院病理部<sup>2)</sup>, 山梨大学医学部人体病理学講座<sup>3)</sup>  
 ○端 晶彦<sup>1)</sup>, 大森真紀子<sup>1)</sup>, 花井佑樹<sup>2)</sup>, 中澤久美子<sup>2)</sup>, 笠井一希<sup>2)</sup>, 佐藤詩織<sup>2)</sup>, 望月直子<sup>2)</sup>,  
 石井喜雄<sup>2)</sup>, 中澤匡男<sup>2)</sup>, 近藤哲夫<sup>3)</sup>, 加藤良平<sup>3)</sup>, 平田修司<sup>1)</sup>

シンポジウム 2 11月18日(土) 15:10~16:50 第3会場(福岡国際会議場 5F 国際会議室(501))

座長: 鍋島一樹(福岡大学医学部病理学講座)

有廣光司(広島大学病院病理診断科)

#### 細胞診検体を用いた分子生物学的解析

- S2-1 乳癌細胞診検体を用いた FISH 法による HER2 遺伝子増幅検索の有用性  
 広島大学病院病理診断科  
 ○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, 小川勝成, 田岡知恵, 織田麻琴, 城間紀之
- S2-2 呼吸器細胞診検体を用いた遺伝子解析による治療効果予測因子の検討  
 日本大学医学部腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 日本大学板橋病院病理診断科<sup>2)</sup>, 日本大学医学部人体病理学<sup>3)</sup>, 日本大学医学部形態機能病理学<sup>4)</sup>  
 ○中西陽子<sup>1)</sup>, 関 利美<sup>2)</sup>, 鈴木淳子<sup>2)</sup>, 山本久恵<sup>2)</sup>, 橋本尚子<sup>2)</sup>, 中島弘一<sup>2)</sup>, 吉田一代<sup>2)</sup>,  
 勝沼真弓<sup>2)</sup>, 廣谷ゆかり<sup>3)</sup>, 大荷澄江<sup>2,4)</sup>, 楠美嘉晃<sup>1,2)</sup>, 唐 小燕<sup>1)</sup>, 杉谷雅彦<sup>2,4)</sup>,  
 増田しのぶ<sup>1,2)</sup>
- S2-3 尿細胞診における UroVision-FISH の有用性について  
 島根大学医学部病態病理学<sup>1)</sup>, 島根大学医学部器官病理学<sup>2)</sup>, Queens Medical Center, HI, USA<sup>3)</sup>  
 ○三島聡子<sup>1)</sup>, Pamela Tauchi-Nishi<sup>3)</sup>, 並河 徹<sup>1)</sup>, 丸山理留敬<sup>2)</sup>
- S2-4 子宮頸部重層扁平上皮癌に進展する早期病巣の DNA メチル化異常解析  
 地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>  
 ○坂根潤一<sup>1)</sup>, 谷山清己<sup>2)</sup>

シンポジウム 3 11月18日(土) 13:50~15:30 第4会場(福岡国際会議場 5F 502+503)

座長: 森谷卓也(川崎医科大学病理学2)

塚本龍子(神戸大学病院病理部・病理診断科)

#### 穿刺吸引細胞診の良性乳腺病変と共に理解する乳癌診断アプローチ

- S3-1 良性増殖性病変と混在する乳癌の組織学的特徴  
 滋賀医科大学医学部病理診断科  
 ○森谷鈴子
- S3-2 悪性と間違えやすい細胞像を呈する乳腺疾患: 細胞像と組織像  
 京都大学医学部附属病院病理診断科  
 ○桜井孝規, 白波瀬浩幸, 羽賀博典
- S3-3 良性乳腺病変特に硬化性病変を伴う乳癌の細胞診  
 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, 田岡知恵, 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, 城間紀之

- S3-4 乳癌と良性病変が併存した症例の細胞像  
 がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院乳腺センター<sup>2)</sup>,  
 がん研究会有明病院病理部<sup>3)</sup>  
 ○池畑浩一<sup>1)</sup>, 森園英智<sup>2)</sup>, 堀井理絵<sup>3)</sup>, 坂井威彦<sup>2)</sup>, 古田則行<sup>1)</sup>, 小松京子<sup>1)</sup>, 杉山裕子<sup>1)</sup>

シンポジウム4 11月18日(土) 16:00~17:40 第4会場(福岡国際会議場 5F 502+503)

座長: 山城勝重(北海道がんセンター臨床研究部)

都築豊徳(愛知医科大学病院病理診断科)

#### 上部尿路上皮癌の診断

- S4-1 上部尿路上皮癌に対する臨床的アプローチ  
 千葉県済生会習志野病院泌尿器科<sup>1)</sup>, 古賀病院 21 泌尿器科<sup>2)</sup>, 千葉県済生会習志野病院検査科病理<sup>3)</sup>, 公立長生病院検査科<sup>4)</sup>  
 ○関田信之<sup>1)</sup>, 徳田雄治<sup>2)</sup>, 森山愛未<sup>3)</sup>, 小島竜司<sup>3)</sup>, 沖野由子<sup>3)</sup>, 下境博文<sup>3)</sup>, 西周裕晃<sup>4)</sup>, 菅野 勇<sup>3)</sup>
- S4-2 上部尿路上皮癌の細胞診と病理  
 社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査技術部<sup>2)</sup>  
 ○大谷 博<sup>1)</sup>, 小出祐子<sup>2)</sup>, 森 健一<sup>2)</sup>
- S4-3 上部尿路腫瘍の細胞診—尿管カテーテル尿と自排尿による判定と細胞所見—  
 国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部<sup>2)</sup>  
 ○平紀代美<sup>1)</sup>, 山城勝重<sup>2)</sup>
- S4-4 上部尿路細胞診における工夫と限界 —高異型度尿路上皮癌を中心に—  
 大阪府済生会野江病院<sup>1)</sup>, 関西医療大学大学院<sup>2)</sup>, 大阪市立大学<sup>3)</sup>  
 ○小椋聖子<sup>1)</sup>, 江木さつき<sup>1)</sup>, 城戸貴之<sup>1)</sup>, 高安祥子<sup>1)</sup>, 神原七規<sup>1)</sup>, 矢野恵子<sup>2)</sup>, 桜井幹己<sup>3)</sup>, 渋谷信介<sup>1)</sup>
- S4-5 上部尿路上皮癌の術前診断における UroVysion の有用性の検討  
 名古屋第二赤十字病院病理診断科<sup>1)</sup>, 名古屋第一赤十字病院泌尿器科<sup>2)</sup>, 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学泌尿器科学講座<sup>3)</sup>, 愛知医科大学病院病理診断科<sup>4)</sup>  
 ○岩田英紘<sup>1)</sup>, 梅村 彩<sup>1)</sup>, 水野良昭<sup>1)</sup>, 新田憲司<sup>1)</sup>, 水嶋祥栄<sup>1)</sup>, 長田裕之<sup>1)</sup>, 瀬古周子<sup>1)</sup>, 村瀬陽太<sup>1)</sup>, 前田永子<sup>1)</sup>, 服部良平<sup>2)</sup>, 佐々直人<sup>3)</sup>, 後藤百万<sup>3)</sup>, 都築豊徳<sup>4)</sup>

シンポジウム5 11月18日(土) 14:20~16:00 第5会場(福岡国際会議場 4F 409+410)

座長: 大林千穂(奈良県立医科大学病理診断学講座)

星 利良(がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部)

#### WHO 腫瘍組織分類・肺癌取扱規約第8版に基づく呼吸器細胞診報告様式の使用状況

- S5-1 肺癌の組織と細胞診~WHO 分類第4版編  
 国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 筑波大学付属病院病理部<sup>2)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理<sup>3)</sup>  
 ○南 優子<sup>1)</sup>, 村田佳彦<sup>2)</sup>, 杉山 栞<sup>2)</sup>, 野口雅之<sup>3)</sup>
- S5-2 肺癌取り扱い規約第8版に基づいた細胞診報告の現状  
 京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 同 大学院医学研究科附属総合解剖センター<sup>2)</sup>  
 ○吉澤明彦<sup>1)2)</sup>

- S5-3 呼吸器細胞診の現状と課題  
 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, 千木良浩志, 吉田和宏, 時田和也, 澁木康雄, 杉山迪子, 橋本大輝
- S5-4 呼吸器細胞診における反応性腺系異型細胞～肺癌取り扱い規約第8版をふまえて～  
 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター病理診断科  
 ○河原邦光

シンポジウム6 11月18日(土) 16:00～17:40 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)

座長: 平戸純子(群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科)

柿沼廣邦(北里大学病院病理部)

#### 脳腫瘍における細胞診の有用性

- S6-1 中枢神経系原発悪性リンパ腫の術中迅速診断時における細胞診の有用性  
 久留米大学医学部病理学講座<sup>1)</sup>, 久留米大学病院病理部<sup>2)</sup>  
 ○杉田保雄<sup>1)</sup>, 秋葉 純<sup>2)</sup>, 内藤嘉紀<sup>2)</sup>, 安倍秀行<sup>2)</sup>
- S6-2 グリア系腫瘍における腫瘍血管の捉え方  
 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>3)</sup>  
 ○佐藤信也<sup>1)</sup>, 徳満貴子<sup>2)</sup>, 野口裕史<sup>2)</sup>, 佐藤勇一郎<sup>2,3)</sup>
- S6-3 髄膜腫の細胞診  
 日本医科大学千葉北総病院病理診断科・病理部  
 ○清水秀樹, 羽鳥 努, 佐藤春明
- S6-4 胎児性脳腫瘍における細胞診の有用性  
 群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科  
 ○平戸純子

シンポジウム7 11月18日(土) 16:00～17:40 第9会場(福岡国際会議場 4F 404+405+406)

座長: 緒方昌倫(九州中央病院医療技術部検査技術科)

佐藤真介(福岡県済生会福岡総合病院病理診断科)

#### セルフアセスメント「細胞診5分間エクササイズ」

どなたでも自由参加の自己採点方式のスライドカンファレンスとなっております。

基礎的な症例から Pithole になり得る症例をご用意し、皆様に供覧致します。

尚、症例は12例用意しており採取部位も12通りです。

比較的経験の浅い方から経験豊富な方にも満足いただける内容となっておりますので、多くの会員の皆様にご参加いただきますようお願い申し上げます。

#### 手順

「5分間エクササイズ」の症例は、学会開催期間中、福岡国際会議場4階ロビーに掲示致します。

「5分間エクササイズ」開催直前に、会場内の皆様に臨床所見と解答選択肢を記載した用紙を配布致します。

最初に全12症例を供覧致します。(それぞれをその都度ご解答ください)

次に1症例目から解答及び細胞所見のポイントや疾患の説明を行います。

質疑応答は全症例の解説後に行います。

## シンポジウム8 11月19日(日) 08:30~10:10 第3会場(福岡国際会議場 5F 国際会議室(501))

座長: 清川貴子(東京慈恵会医科大学病理学講座)

奥川 馨(九州大学病院産科婦人科)

## 卵巣境界悪性病変の取り扱い

- S8-1 卵巣漿液性境界悪性腫瘍(SBT)の病理像と取り扱い  
東京慈恵会医科大学病理学講座  
○岩本雅美
- S8-2 漿液性境界悪性腫瘍の臨床的取り扱い  
久留米大学医学部産科婦人科学教室  
○津田尚武, 那須洋紀, 西尾 真, 河野光一郎, 駒井 幹, 牛嶋公生
- S8-3 卵巣粘液性境界悪性腫瘍の病理  
岩手医科大学医学部病理診断学講座  
○刑部光正
- S8-4 卵巣粘液性境界悪性腫瘍についての臨床的取り扱い  
九州大学病院産科婦人科  
○安永昌史

## シンポジウム9 11月19日(日) 10:10~11:50 第3会場(福岡国際会議場 5F 国際会議室(501))

座長: 竹島信宏(がん研有明病院婦人科)

渡部 洋(東北医科薬科大学産婦人科学)

## 子宮内膜病変における細胞診-組織診の連関と限界

- S9-1 ThinPrepにおける子宮内膜細胞診と組織診  
(株)エスアールエル福岡ラボトリー<sup>1)</sup>, 製鉄記念八幡病院<sup>2)</sup>  
○池本理恵<sup>1)</sup>, 衛藤久仁子<sup>1)</sup>, 久岡陽子<sup>1)</sup>, 秋田律子<sup>1)</sup>, 平原尊史<sup>1)</sup>, 西 国広<sup>1)</sup>, 伊藤裕司<sup>1)</sup>,  
中島 豊<sup>1)</sup>, 金城 満<sup>2)</sup>, 下釜達朗<sup>2)</sup>
- S9-2 LBC法を用いた子宮内膜病変における細胞診-OSG判定法と組織診の連関と限界-  
愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>  
○則松良明<sup>1)</sup>, 原田美香<sup>2)</sup>, 香田浩美<sup>2)</sup>
- S9-3 早期子宮体がんにおける内膜細胞診-組織診の連関と限界  
がん研究会有明病院細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院婦人科<sup>2)</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>3)</sup>  
○杉山裕子<sup>1,2)</sup>, 荷見勝彦<sup>1,2)</sup>, 小松京子<sup>1)</sup>, 野村秀高<sup>2)</sup>, 的田真紀<sup>2)</sup>, 伊藤崇彦<sup>1)</sup>, 山田麻里沙<sup>1)</sup>,  
鈴木奈緒子<sup>1)</sup>, 池畑浩一<sup>1)</sup>, 星 利良<sup>1)</sup>, 藤山淳三<sup>1)</sup>, 古田則行<sup>1)</sup>, 宇津木久仁子<sup>1,2)</sup>, 高澤 豊<sup>3)</sup>,  
竹島信宏<sup>1,2)</sup>
- S9-4 MPA療法中における子宮内膜細胞診と組織診断の一致率に関する検討  
東北大学病院婦人科  
○徳永英樹



シンポジウム 10 11月19日(日) 08:30~10:10 第4会場(福岡国際会議場 5F 502+503)

座長: 駄阿 勉 (大分大学医学部診断病理学講座)

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: 新 WHO 分類を踏まえて

- S10-1 唾液腺腫瘍新 WHO 分類の解説  
東京医科大学人体病理学分野  
○長尾俊孝
- S10-2 唾液腺分泌癌の細胞学的特徴と鑑別診断  
藤田保健衛生大学医学部病理診断科<sup>1</sup>, 相澤病院病理診断科<sup>2</sup>, 愛知学院大学歯学部顎顔面  
外科学講座<sup>3</sup>, 東京医科大学人体病理学講座<sup>4</sup>  
○浦野 誠<sup>1</sup>, 樋口佳代子<sup>2</sup>, 宮部 悟<sup>3</sup>, 長尾俊孝<sup>4</sup>, 黒田 誠<sup>1</sup>
- S10-3 唾液腺腫瘍細胞診に有用な免疫細胞化学  
久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 生長会府中病院病理診断科<sup>2</sup>  
○河原明彦<sup>1</sup>, 原田博史<sup>2</sup>, 安倍秀幸<sup>1</sup>, 高瀬頼妃呼<sup>1</sup>, 村田和也<sup>1</sup>, 福満千容<sup>1</sup>, 山口知彦<sup>1</sup>,  
吉田友子<sup>1</sup>, 多比良朋希<sup>1</sup>, 内藤嘉紀<sup>1</sup>, 秋葉 純<sup>1</sup>
- S10-4 唾液腺細胞診における遺伝子異常の関わり  
名古屋市立大学医学部臨床病態病理学  
○稲垣 宏

シンポジウム 11 11月19日(日) 10:10~11:50 第4会場(福岡国際会議場 5F 502+503)

座長: 中村直哉 (東海大学医学部病理診断学)

佐藤康晴 (岡山大学大学院保健学研究科検査技術科学分野)

2017 WHO リンパ系・骨髄系腫瘍分類改訂を理解する

- S11-1 低悪性度 B 細胞性腫瘍の改訂点 WHO2017  
福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座  
○橋本優子
- S11-2 高悪性度 B 細胞リンパ腫の変更点  
埼玉医科大学総合医療センター病理部  
○百瀬修二, 大澤久美子, 大野優子, 青木智章, 田丸淳一
- S11-3 2017 WHO リンパ系・骨髄系腫瘍分類改訂 T/NK 細胞リンパ腫の変更点  
長崎大学病院長崎病理医育成・診断センター  
○新野大介
- S11-4 骨髄増殖性腫瘍の 2017 WHO 分類改訂について  
岩手医科大学病理学講座機能病態学分野  
○佐藤 孝, 阿保亜紀子

シンポジウム 12 11月19日(日) 10:10~11:50 第5会場(福岡国際会議場 4F 409+410)

座長: 横山繁生 (野口病院病理診断科)

加藤良平 (山梨大学大学院総合研究部医学域人体病理学講座)

甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診断

- S12-1 甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診報告様式  
修文大学看護学部病理学  
○越川 卓



- S12-2 甲状腺細胞診—標本作製とLBC—  
隈病院臨床検査科<sup>1</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2</sup>, 隈病院外科<sup>3</sup>  
○鈴木彩菜<sup>1</sup>, 廣川満良<sup>2</sup>, 樋口観世子<sup>1</sup>, 高田奈美<sup>1</sup>, 伊藤歩紀<sup>1</sup>, 林 俊哲<sup>2</sup>, 隈 晴二<sup>1</sup>,  
宮内 昭<sup>3</sup>
- S12-3 甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診断—検体不適正と囊胞液の細胞診断—  
隈病院臨床検査科<sup>1</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2</sup>, 隈病院外科<sup>3</sup>  
○高田奈美<sup>1</sup>, 廣川満良<sup>2</sup>, 樋口観世子<sup>1</sup>, 鈴木彩菜<sup>1</sup>, 隈 晴二<sup>2</sup>, 林 俊哲<sup>2</sup>, 宮内 昭<sup>3</sup>
- S12-4 甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診断 ～意義不明と濾胞性腫瘍の細胞診断～  
伊藤病院診療技術部<sup>1</sup>, 山梨大学医学部人体病理学講座<sup>2</sup>, 伊藤病院外科<sup>3</sup>  
○田村 恵<sup>1</sup>, 近藤哲夫<sup>2</sup>, 北川 亘<sup>3</sup>, 伊藤公一<sup>3</sup>

シンポジウム 13 11月19日(日) 08:30~10:10 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)

座長: 中泉明彦(創価大学看護学部)

竹中明美(大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)

細胞診ガイドライン・痔瘻取扱い規約第7版を踏まえた腭領域細胞診の実践

- S13-1 腭管内乳頭粘液性腫瘍(IPMNs)  
近畿大学医学部奈良病院病理診断科<sup>1</sup>, 大阪赤十字病院病理診断科<sup>2</sup>  
○若狭朋子<sup>1</sup>, 稲山久美子<sup>2</sup>
- S13-2 腭液細胞診における腭上皮内腫瘍性病変から浸潤癌の鑑別について  
JA尾道総合病院病理研究検査科<sup>1</sup>, JA尾道総合病院内視鏡センター<sup>2</sup>  
○佐々木健司<sup>1</sup>, 杉山佳代<sup>1</sup>, 神田真規<sup>1</sup>, 米原修治<sup>1</sup>, 花田敬士<sup>2</sup>
- S13-3 神経内分泌腫瘍および充実性偽乳頭状腫瘍などの細胞診の実践  
北海道大学病院病理診断科  
○三橋智子
- S13-4 腭領域における免疫細胞染色  
大阪府立病院機構大阪国際がんセンター臨床検査科病理細胞診<sup>1</sup>, 大阪府立病院機構大阪  
国際がんセンター病理細胞診断科<sup>2</sup>  
○西村早菜子<sup>1</sup>, 龍あゆみ<sup>1</sup>, 芦村純一<sup>1</sup>, 長田盛典<sup>2</sup>, 中塚伸一<sup>2</sup>

シンポジウム 14 11月19日(日) 10:10~11:50 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)

座長: 相島慎一(佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野)

大久保文彦(九州大学病院病理診断科・病理部)

EUS-FNAの課題と工夫～検体処理の標準化に向けて～

- S14-1 検体の見える化から学んだこと—内視鏡医の立場から  
九州大・病態制御内科<sup>1</sup>, 九州大学病院国際医療部<sup>2</sup>, 九州大学病院病理診断科・病理部<sup>3</sup>, 九  
州大形態機能病理学<sup>4</sup>  
○麻生 暁<sup>1,2</sup>, 蓑田洋介<sup>1</sup>, 小森圭司<sup>1</sup>, 後藤綾子<sup>1</sup>, 岩佐 勉<sup>1</sup>, 荻野治栄<sup>1</sup>, 大久保文彦<sup>3</sup>,  
伊原栄吉<sup>1</sup>, 小田義直<sup>3,4</sup>, 小川佳宏<sup>1</sup>
- S14-2 検体の特徴に着目した取り扱い方法 ～Precision Medicineを考慮した検体処理の提案～  
岡山大学病院病理部/病理診断科<sup>1</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科臨床遺伝子医療  
学<sup>2</sup>  
○井上博文<sup>1,2</sup>

- S14-3 知っておきたい EUS-FNA の有用性と盲点  
 金沢大学附属病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 金沢大学分子細胞病理学<sup>2</sup>  
 ○玉野裕子<sup>1</sup>, 今度邦博<sup>1</sup>, 酒野香織<sup>1</sup>, 田口憲子<sup>1</sup>, 宮下麻代<sup>1</sup>, 藤山桃子<sup>1</sup>, 下田 翼<sup>1</sup>,  
 池田博子<sup>1</sup>, 大井章史<sup>2</sup>
- S14-4 病理医の立場からの課題  
 倉敷中央病院病理診断科<sup>1</sup>, 倉敷中央病院臨床検査技術部<sup>2</sup>  
 ○能登原憲司<sup>1</sup>, 内野かおり<sup>1</sup>, 板倉淳哉<sup>1</sup>, 石井文彩<sup>1</sup>, 香田浩美<sup>2</sup>

## 細胞検査士会要望教育シンポジウム

11月19日(日) 14:30~15:50 第3会場(福岡国際会議場 5F 国際会議室(501))

座長:丸川活司(北海道大学病院病理部)

加戸申明(東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

- SYS-1 婦人科検体における in situ PCR 法  
 群馬パース大学保健科学部検査技術学科<sup>1</sup>, 杏林大学保健学部臨床検査技術学科<sup>2</sup>  
 ○岡山香里<sup>1</sup>, 大河戸光章<sup>2</sup>
- SYS-2 BK virus 感染モニタリングツールとしての尿細胞診と尿中ウイルス DNA PCR  
 国立病院機構福山医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 高知学園短期大学医療衛生学科<sup>2</sup>, 国立病院  
 機構岡山医療センター臨床検査科<sup>3</sup>, 岡山大学病院病理部<sup>4</sup>  
 ○有安早苗<sup>1</sup>, 三木友香理<sup>2</sup>, 神農陽子<sup>3</sup>, 谷口 香<sup>3</sup>, 柳井広之<sup>4</sup>
- SYS-3 甲状腺癌における FFPE および FNA 検体からの RNA 抽出とその解析について  
 金地病院外科<sup>1</sup>, 日本医科大学内分科<sup>2</sup>, 大阪府立大学大学院生命環境科学研究科<sup>3</sup>  
 ○軸菌智雄<sup>1,2,3</sup>
- SYS-4 病理検体を使用したクリニカルシーケンス実用化 LBC 検体でどこまでできるか?  
 北斗病院病理遺伝子診断科<sup>1</sup>, 北海道大学病院がん遺伝子診断部<sup>2</sup>, 北海道がんセンターが  
 んゲノム医療センター<sup>3</sup>  
 ○赤羽俊章<sup>1</sup>, 柳田絵美衣<sup>2</sup>, 橋場なつみ<sup>1</sup>, 山口朋美<sup>1</sup>, 西原広史<sup>3</sup>

## ワークショップ

ワークショップ1 11月18日(土) 10:00~11:30 第3会場(福岡国際会議場 5F 国際会議室(501))

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)

宮城悦子(横浜市立大学大学院医学部産婦人科学)

### 妊婦の子宮頸部細胞診—細胞採取器具, 検体処理法, 取り扱い—

- W1-1 妊娠中に診断された高度扁平上皮内病変(HSIL)の検討 —綿棒による子宮頸部細胞診—  
産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学<sup>1</sup>, 産業医科大学病院総合周産期母子医療センター<sup>2</sup>, 産業医科大学医学部産科婦人科学<sup>3</sup>  
○松浦祐介<sup>1</sup>, 荒牧 聡<sup>2</sup>, 森 博士<sup>2</sup>, 厚井知穂<sup>3</sup>, 植田多恵子<sup>3</sup>, 栗田智子<sup>3</sup>, 鏡 誠治<sup>3</sup>,  
川越俊典<sup>3</sup>, 蜂須賀徹<sup>3</sup>
- W1-2 妊婦の子宮頸部細胞診におけるブラシ使用の安全性と有用性  
札幌医科大学医学部産婦人科  
○石岡伸一, 金 美善, 黒田敬史, 郷久晴朗, 寺本瑞絵, 岩崎雅宏, 斎藤 豪
- W1-3 妊婦の子宮頸部細胞診における湿綿球の使用と液状検体法の有用性について  
奈良県総合医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 中央検査部<sup>2</sup>, 産婦人科<sup>3</sup>  
○豊田進司<sup>1,3</sup>, 石田英和<sup>1</sup>, 辻野秀夫<sup>2</sup>, 岡田 博<sup>2</sup>, 竹田善紀<sup>3</sup>, 伊東史学<sup>3</sup>, 杉浦 敦<sup>3</sup>,  
井谷嘉男<sup>3</sup>, 喜多恒和<sup>3</sup>
- W1-4 妊娠を合併した子宮頸がんの治療  
大阪大学医学部産婦人科  
○吉野 潔

ワークショップ2 11月18日(土) 10:00~11:30 第4会場(福岡国際会議場 5F 502+503)

座長: 鹿股直樹(川崎医科大学病理学2)

小松京子(がん研有明病院臨床病理センター)

### 乳腺細胞診の現状と新知見

- W2-1 乳腺細胞診における liquid-based cytology(LBC)の可能性と展望  
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2</sup>, 聖マリアンナ医科大学乳腺内分泌外科<sup>3</sup>  
○小穴良保<sup>1</sup>, 前田一郎<sup>2</sup>, 大川千絵<sup>1</sup>, 津川浩一郎<sup>3</sup>, 高木正之<sup>2</sup>
- W2-2 乳腺液状化細胞診による新たな診断アプローチの検討  
博愛会相良病院病理診断科<sup>1</sup>, 鹿児島大学腫瘍学講座病理学分野<sup>2</sup>  
○大井恭代<sup>1</sup>, 前田ゆかり<sup>1</sup>, 永尾聡子<sup>1</sup>, 皆倉愛美<sup>1</sup>, 北菌暢子<sup>1,2</sup>, 飛田 陽<sup>2</sup>
- W2-3 乳腺疾患に対する細胞診の役割の変化  
国家公務員共済組合連合会東北公済病院検査科病理<sup>1</sup>, 国家公務員共済組合連合会東北公済病院乳腺外科<sup>2</sup>, 泉中央乳腺クリニック<sup>3</sup>, 東北大学病院病理部<sup>4</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>5</sup>  
○長嶋真紀<sup>1</sup>, 高橋良輔<sup>1</sup>, 平川 久<sup>2</sup>, 木村道夫<sup>3</sup>, 渡辺みか<sup>4</sup>, 森谷卓也<sup>5</sup>

## W2-4 当院における乳腺細胞診の現状と免疫染色について

九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>，九州大学大学院保健学部<sup>2</sup>，九州大学大学院形態機能病理学<sup>3</sup>，九州大学大学院臨床・腫瘍外科<sup>4</sup>，九州大学大学院消化器・総合外科<sup>5</sup>  
 ○寺戸信芳<sup>1</sup>，大久保文彦<sup>1</sup>，仲 正喜<sup>1</sup>，野上美和子<sup>1</sup>，中附加奈子<sup>1</sup>，木村理恵<sup>1</sup>，杉島節夫<sup>2</sup>，  
 久保 真<sup>4</sup>，山下奈真<sup>5</sup>，藤原美奈子<sup>2,3</sup>，山元英崇<sup>1,3</sup>，小田義直<sup>1,3</sup>

**ワークショップ 3** 11月18日(土) 12:50~14:20 第5会場(福岡国際会議場 4F 409+410)

座長：田口健一(九州がんセンター病理診断科)

伊藤 仁(東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

## 呼吸器領域の細胞診の工夫(将来の展望)

## W3-1 ゲノム診療における今後の細胞診の役割と対応

北海道大学病院コンパニオン診断研究部門<sup>1</sup>，北海道大学病院病理診断科/病理部<sup>2</sup>，北海道大学病院内科 I<sup>3</sup>，北海道大学病院腫瘍内科<sup>4</sup>  
 ○畑中 豊<sup>1,2</sup>，安孫子光春<sup>2</sup>，清水知浩<sup>2</sup>，丸川活司<sup>2</sup>，畑中佳奈子<sup>1,2</sup>，品川尚文<sup>3</sup>，木下一郎<sup>4</sup>，  
 松野吉宏<sup>1,2</sup>

## W3-2 呼吸器領域の細胞診の役割と工夫

大阪国際がんセンター病理細胞診断科  
 ○竹中明美，中塚伸一

## W3-3 液状検体細胞診を用いた呼吸器領域の細胞診の工夫

久留米大学病院病理診断科・病理部  
 ○河原明彦，安倍秀幸，高瀬頼妃呼，村田和也，福満千容，山口知彦，吉田友子，多比良朋希，  
 内藤嘉紀，秋葉 純

## W3-4 クリニカルシーケンスに対応したサンプルマネジメント

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科  
 ○澁木康雄，角南久仁子，柿島裕樹，山口佳織，時田和也，元井紀子

**ワークショップ 4** 11月18日(土) 16:10~17:40 第5会場(福岡国際会議場 4F 409+410)

座長：元井 亨(がん・感染症センター都立駒込病院病理科)

松山篤二(産業医科大学医学部第1病理学)

## 骨軟部腫瘍診断における多面的アプローチ：組織像・細胞像・遺伝子異常—もし日常の細胞診で肉腫に遭遇したら—

## W4-1 骨軟部腫瘍の病理組織分類の現状と基盤となる遺伝子異常

九州大学大学院医学研究院形態機能病理  
 ○孝橋賢一，山元英崇，山田裕一，木下伊寿美，小田義直

## W4-2 細胞診断の実際(円形細胞性，紡錘形・線維性，多形性腫瘍)

がん・感染症センター都立駒込病院病理科  
 ○浅見英一，元井 亨

## W4-3 細胞診断の実際(上皮様腫瘍，粘液性腫瘍，巨細胞性腫瘍)

九州医療センター臨床検査部  
 ○松本 明

## W4-4 日常の細胞診での肉腫診断の進め方について

がん研究会がん研究所病理部<sup>1</sup>，がん研有明病院細胞診断部<sup>2</sup>，都立駒込病院<sup>3</sup>，河北総合病院<sup>4</sup>  
 ○杉浦善弥<sup>1,2</sup>，元井 亨<sup>3</sup>，神田浩明<sup>1,2</sup>，古田則行<sup>2</sup>，小松京子<sup>2,3</sup>，杉山裕子<sup>2</sup>，高澤 豊<sup>1,2</sup>，  
 町並陸生<sup>1,4</sup>，石川雄一<sup>1,2</sup>

**ワークショップ5** 11月18日(土) 10:00~11:30 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)

座長: 眞田咲子(久留米大学医学部病理学講座)

實平悦子(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)

**卵巣癌と細胞診(浸潤がんを中心に)**

- W5-1 腹水・腹腔洗浄細胞診における卵巣類内膜癌の細胞像とその鑑別  
東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部  
○伊藤聡史, 清川貴子, 鷹橋浩幸
- W5-2 卵巣明細胞腺癌の細胞像—核内封入体の診断学的意義—  
九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>2)</sup>, 九州大学  
大学院医学研究院保健学部門<sup>3)</sup>, 北九州市立医療センター病理診断科<sup>4)</sup>, 九州大学大学院医  
学研究院生殖病態生理学<sup>5)</sup>  
○仲 正喜<sup>1)</sup>, 大石善丈<sup>2)</sup>, 杉島節夫<sup>3)</sup>, 加来恒壽<sup>3)</sup>, 渡辺寿美子<sup>3)</sup>, 田宮貞史<sup>4)</sup>, 大久保文彦<sup>1)</sup>,  
加藤聖子<sup>5)</sup>, 小田義直<sup>1,2)</sup>
- W5-3 低異型度漿液性癌の細胞像  
熊本大学医学部附属病院病理診断科  
○竹下博士, 石原光浩, 三上芳喜, 住吉真治
- W5-4 高異型度漿液性癌 high-grade serous carcinoma (HGSC) の細胞像・病理像・臨床像  
埼玉医科大学国際医療センター病理診断部<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断  
科<sup>2)</sup>, 神奈川県立足柄上病院検査科<sup>3)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科<sup>4)</sup>  
○加藤智美<sup>1)</sup>, 矢野光剛<sup>2)</sup>, 佐瀬智子<sup>1)</sup>, 細沼佑介<sup>1)</sup>, 菅野恵士<sup>1)</sup>, 鎌倉靖夫<sup>1)</sup>, 大金直樹<sup>3)</sup>,  
長谷川幸清<sup>4)</sup>, 新井栄一<sup>2)</sup>, 安田政実<sup>2)</sup>

**ワークショップ6** 11月18日(土) 10:00~11:30 第9会場(福岡国際会議場 4F 404+405+406)

座長: 林 透(潤和会記念病院病理診断科)

松本慎二(福岡大学病院病理部・病理診断科)

**体腔液細胞診におけるピットフォール**

- W6-1 反応性中皮細胞の形態学的多彩性とピットフォール  
公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 岡山労災病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○羽原利幸<sup>1)</sup>, 門田有紗<sup>1)</sup>, 山代翔大<sup>1)</sup>, 海原恭子<sup>1)</sup>, 藤木正昭<sup>2)</sup>, 園部 宏<sup>2)</sup>
- W6-2 胸水細胞診における悪性中皮腫と癌腫の鑑別とそのピットホールについて  
大阪はびきの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, 上田佳世, 河原邦光
- W6-3 当院における体腔洗浄細胞診の現状とピットフォール  
独立行政法人地域医療機能推進機構宮崎江南病院検査部<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理  
部<sup>2)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>3)</sup>, 潤和会記念病院病理診断科<sup>4)</sup>  
○花牟禮富美雄<sup>1)</sup>, 森 智子<sup>1)</sup>, 野口裕史<sup>2)</sup>, 佐藤勇一郎<sup>3)</sup>, 林 透<sup>4)</sup>
- W6-4 体腔液細胞診におけるリンパ系腫瘍の鑑別  
大分市医師会立アルメイダ病院臨床検査部  
○蒲池綾子



ワークショップ7 11月18日(土) 12:50~14:20 第9会場(福岡国際会議場 4F 404+405+406)

座長: 広岡保明(鳥取大学医学部病態検査学講座)

古旗 淳(順天堂大学大学院医学研究科形態解析イメージング研究室)

### 胆汁細胞診のコツとピットフォール

- W7-1 胆汁細胞診における高分化型腺癌と良性細胞の鑑別  
川崎市立多摩病院病理診断科<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>2</sup>, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座<sup>3</sup>, 聖マリアンナ医科大学医学教育文化部門医学情報学<sup>4</sup>  
○早川智絵<sup>1</sup>, 干川晶弘<sup>2</sup>, 井村穰二<sup>3</sup>, 佐藤克洋<sup>1</sup>, 岸理恵子<sup>1</sup>, 林 直美<sup>1</sup>, 半田留美子<sup>1</sup>, 上野隆彦<sup>4</sup>, 小池淳樹<sup>1,2)</sup>
- W7-2 胆汁細胞診のコツとピットフォール —異型を伴う反応性上皮を中心に—  
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診<sup>1</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2</sup>, 久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>3</sup>  
○長山大輔<sup>1</sup>, 内藤嘉紀<sup>3</sup>, 塚本孝久<sup>1</sup>, 伊藤園江<sup>1</sup>, 榎田明美<sup>1</sup>, 木村芳三<sup>2</sup>, 西田直代<sup>2</sup>, 檜垣浩一<sup>2)</sup>
- W7-3 胆汁細胞診のピットフォール  
順天堂大学大学院医学研究科形態解析研究室<sup>1</sup>, 順天堂大学練馬病院臨床検査科<sup>2</sup>, 済生会神奈川県病院検査科<sup>3</sup>, 太田総合病院中央検査科<sup>4</sup>, 太田総合病院消化器外科<sup>5</sup>  
○古旗 淳<sup>1</sup>, 東井靖子<sup>1</sup>, 大橋久美子<sup>2</sup>, 阿部加奈子<sup>3</sup>, 阿部佳之<sup>4</sup>, 権田厚文<sup>5</sup>
- W7-4 胆汁細胞診の鑑別困難症例における免疫染色, FISH法を用いた異型度評価の試み  
広島大学病院病理診断科  
○石田克成, 有廣光司, 石田真悠, 内畠由加里, 田岡知恵, 田中祐菜, 金子佳恵, 清水智美, 丸橋由加里, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 織田麻琴, 城間紀之

ワークショップ8 11月18日(土) 14:30~16:00 第9会場(福岡国際会議場 4F 404+405+406)

座長: 星田義彦(国立病院機構大阪南医療センター臨床検査科)

岸本浩次(杏林大学医学部付属病院病理部)

### リンパ節病変—反応性と腫瘍性病変の鑑別—

- W8-1 反応性病変と鑑別を要するT細胞性リンパ腫について  
杏林大学医学部付属病院病理部<sup>1</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2</sup>  
○岸本浩次<sup>1</sup>, 坂本憲彦<sup>1</sup>, 水谷奈津子<sup>1</sup>, 市川美雄<sup>1</sup>, 鈴木 瞳<sup>1</sup>, 稲嶺圭祐<sup>1</sup>, 菅野大輝<sup>1</sup>, 古川由香<sup>1</sup>, 近藤凡子<sup>2</sup>, 住石 歩<sup>2</sup>, 大森嘉彦<sup>2</sup>, 柴原純二<sup>2)</sup>
- W8-2 リンパ節穿刺吸引細胞診 良性・悪性の鑑別における follicular tissue fragments の有用性  
昭和大学医学部臨床病理診断学講座<sup>1</sup>, 杏林大学医学部付属病院病理部<sup>2</sup>, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室<sup>3</sup>  
○佐々木陽介<sup>1</sup>, 岸本浩次<sup>2</sup>, 北村隆司<sup>3</sup>, 田澤咲子<sup>1</sup>, 本間まゆみ<sup>1</sup>, 塩沢英輔<sup>1</sup>, 矢持淑子<sup>1</sup>, 楯 玄秀<sup>1</sup>, 瀧本雅文<sup>1</sup>
- W8-3 肉眼像と捺印細胞像の比較  
群馬県立がんセンター病理検査課<sup>1</sup>, 獨協医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>  
○土田 秀<sup>1</sup>, 中里宜正<sup>2</sup>, 小島 勝<sup>2)</sup>
- W8-4 悪性リンパ腫と胸水細胞診  
宮城県立がんセンター病理診断科<sup>1</sup>, 宮城県立がんセンター臨床検査技術部<sup>2</sup>, 宮城県立精神医療センター検査科<sup>3</sup>  
○伊藤しげみ<sup>1</sup>, 植木美幸<sup>2</sup>, 大場いづみ<sup>2</sup>, 大山友紀<sup>2</sup>, 名村真由美<sup>3</sup>, 竹内美華<sup>2</sup>, 内城孝之<sup>2</sup>, 佐藤郁郎<sup>1</sup>



**ワークショップ9** 11月19日(日) 13:00~14:30 第3会場(福岡国際会議場 5F 国際会議室(501))

座長:平井康夫(獨協医科大学産科婦人科学教室)

九島巳樹(昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)

**子宮内膜細胞診での ATEC(Atypical endometrial cell)細胞像と取扱い**

## W9-1 ATEC(Atypical endometrial cell)に関する検査手法と臨床対応の確立

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科<sup>1</sup>, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 愛媛県立医療技術大学保健科学部<sup>3</sup>○矢納研二<sup>1</sup>, 丹羽正幸<sup>1</sup>, 中村 豊<sup>2</sup>, 市川孝昭<sup>2</sup>, 馬場洋一郎<sup>2</sup>, 村田哲也<sup>2</sup>, 則松良明<sup>3</sup>

## W9-2 ATEC-US, ATEC-A の臨床的な対応の基準点を求めて

上尾中央総合病院検査技術科病理<sup>1</sup>, 上尾中央総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 自治医科大学附属さいたま医療センター病理診断科<sup>3</sup>, 東京女子医科大学婦人科学講座<sup>4</sup>, (株)保健科学東日本病理センター<sup>5</sup>○大野喜作<sup>1</sup>, 小林 要<sup>1</sup>, 和田亜佳音<sup>1</sup>, 渡部有依<sup>1</sup>, 横田亜矢<sup>2</sup>, 河野哲也<sup>3</sup>, 二村 梓<sup>4</sup>, 高田理恵<sup>5</sup>, 若林 蓮<sup>5</sup>

## W9-3 当院における従来法による ATEC 判定と臨床的取扱い

大阪医科大学病理学教室<sup>1</sup>, 大阪医科大学病理部・病理診断科<sup>2</sup>○山田隆司<sup>1</sup>, 石崎幸恵<sup>2</sup>, 武田玲郁<sup>2</sup>, 浦上真由美<sup>2</sup>, 出口千尋<sup>2</sup>, 吉川純子<sup>2</sup>, 中山裕子<sup>2</sup>, 能瀬伊沙子<sup>2</sup>, 有我こずえ<sup>2</sup>, 富宇加麻里<sup>2</sup>, 明石静香<sup>1</sup>

## W9-4 記述式子宮内膜細胞診報告様式における ATEC を中心とした検討

株式会社ジェネティックラボ病理部<sup>1</sup>, 株式会社ジェネティックラボ病理診断部<sup>2</sup>○松浦智彦<sup>1</sup>, 佐竹秀夫<sup>1</sup>, 長内智佳子<sup>1</sup>, 稲葉智之<sup>1</sup>, 奥山雅美<sup>1</sup>, 淀野亜沙美<sup>1</sup>, 吹谷美佳<sup>1</sup>, 高橋 優<sup>1</sup>, 高木芳武<sup>2</sup>, 小川弥生<sup>2</sup>**ワークショップ10** 11月19日(日) 13:00~14:30 第4会場(福岡国際会議場 5F 502+503)

座長:河原邦光(大阪はびきの医療センター病理診断科)

西山憲一(福岡赤十字病院病理診断科)

**腹水細胞診—診断へのアプローチと最新の知見—**

## W10-1 標本作製技術と形態学的細胞鑑別のポイント

山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1</sup>, 公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科<sup>2</sup>, 公立昭和病院臨床検査科<sup>3</sup>, 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科<sup>4</sup>, PCL 福岡病理細胞診センター<sup>5</sup>○渋谷秀美<sup>1</sup>, 安永佳麻里<sup>1</sup>, 山本千奈美<sup>1</sup>, 藤井将希<sup>1</sup>, 出尾優佳<sup>1</sup>, 水間俊一<sup>1</sup>, 羽原利幸<sup>2</sup>, 濱川真治<sup>3</sup>, 鍋島一樹<sup>4</sup>, 亀井敏昭<sup>5</sup>

## W10-2 腹水・腹腔洗浄細胞診の現状

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<sup>1</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部<sup>2</sup>○有田茂実<sup>1</sup>, 酒井えり<sup>1</sup>, 高橋 司<sup>1</sup>, 小高亜紀子<sup>1</sup>, 杉山孝弘<sup>2</sup>, 川名秀忠<sup>2</sup>, 荒木章伸<sup>2</sup>, 伊丹真紀子<sup>2</sup>

## W10-3 婦人科腫瘍と腹水細胞診

岡山大学病院病理診断科

○柳井広之

## W10-4 腹水中粘液細胞と腹膜偽粘液腫

京都大学医学部附属病院病理診断科

○桜井孝規, 白波瀬浩幸, 羽賀博典

ワークショップ 11 11月19日(日) 08:30~10:00 第5会場(福岡国際会議場 4F 409+410)

座長: 堤 寛 (はるひ呼吸器病院病理診断科)

廣井禎之 (新渡戸文化短期大学臨床検査学科病理学)

### 私の推奨する細胞診技術

- W11-1 好中球細胞外トラップ (NETs): 細胞診標本における免疫組織化学  
藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科形態・細胞機能解析学  
○塩竈和也
- W11-2 私の推奨する細胞診技術—胆膵系細胞診の検体処理方法—  
岩手医科大学附属病院病理診断科<sup>1</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2</sup>  
○山田範幸<sup>1</sup>, 佐藤彩佳<sup>1</sup>, 肥田野靖史<sup>1</sup>, 高橋静子<sup>1</sup>, 菊池いな子<sup>1</sup>, 安保淳一<sup>1</sup>, 藤田泰子<sup>1,2</sup>,  
刑部光正<sup>1,2</sup>, 上杉憲幸<sup>1,2</sup>, 石田和之<sup>1,2</sup>, 菅井 有<sup>1,2</sup>
- W11-3 スクリーニングの基礎と迅速細胞診検査  
大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診<sup>1</sup>, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科<sup>2</sup>  
○棚田 諭<sup>1</sup>, 芦村純一<sup>1</sup>, 龍あゆみ<sup>1</sup>, 津崎沙世子<sup>1</sup>, 西村早菜子<sup>1</sup>, 溝口佳緒里<sup>1</sup>, 梅野佳美<sup>1</sup>,  
神月 梓<sup>1</sup>, 岡 大地<sup>1</sup>, 中塚伸一<sup>2</sup>
- W11-4 当院における細胞診材料を使用した EGFR 遺伝子変異解析での工夫  
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2</sup>  
○草苅宏有<sup>1</sup>, 島田直樹<sup>1</sup>, 大川千絵<sup>1</sup>, 干川晶弘<sup>2</sup>, 前田一郎<sup>2</sup>, 高木正之<sup>2</sup>

ワークショップ 12 11月19日(日) 13:00~14:30 第5会場(福岡国際会議場 4F 409+410)

座長: 坂本穆彦 (大森赤十字病院検査部)

廣川満良 (隈病院病理診断科)

### 甲状腺 NIFTP を考える

- W12-1 NIFTP の概念と組織診断  
近畿大学医学部奈良病院  
○覚道健一
- W12-2 NIFTP の細胞所見  
隈病院臨床検査科<sup>1</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2</sup>, 隈病院外科<sup>3</sup>  
○樋口観世子<sup>1</sup>, 廣川満良<sup>2</sup>, 伊藤歩紀<sup>1</sup>, 高田奈美<sup>1</sup>, 鈴木彩菜<sup>1</sup>, 隈 晴二<sup>2</sup>, 林 俊哲<sup>2</sup>,  
宮内 昭<sup>3</sup>
- W12-3 NIFTP の遺伝子異常  
山梨大学医学部人体病理学  
○近藤哲夫
- W12-4 NIFTP の臨床的取扱い  
福甲会やました甲状腺病院<sup>1</sup>, 近畿大学医学部奈良病院中央臨床検査部病理<sup>2</sup>  
○佐藤伸也<sup>1</sup>, 覚道健一<sup>2</sup>, 山下弘幸<sup>1</sup>

ワークショップ 13 11月19日(日) 08:30~10:00 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)

座長: 金城 満 (製鉄記念八幡病院検査部)

是松元子 (株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診ラボラトリー)

異型細胞の判定について—低異型度尿路上皮癌は尿細胞診でどこまで読むべきか

- W13-1 低異型度尿路上皮癌の病理学的位置付け  
桑名市総合医療センター  
○白石泰三
- W13-2 低異型度尿路上皮癌の細胞診断—高異型度尿路上皮癌との鑑別  
公立西知多総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 名古屋駅掖済会病院病理診断科<sup>2</sup>  
○今井律子<sup>1</sup>, 夏目園子<sup>2</sup>, 田中瑞穂<sup>2</sup>, 大池里枝<sup>2</sup>, 佐竹立成<sup>2</sup>
- W13-3 自然尿細胞診の異型細胞判定について—良性異型と低異型度尿路上皮癌の鑑別は可能か—  
大阪労災病院中央検査部<sup>1</sup>, 大阪労災病院病理診断科<sup>2</sup>  
○三村明弘<sup>1</sup>, 岡部美由紀<sup>1</sup>, 金田香央里<sup>1</sup>, 小倉啓介<sup>1</sup>, 浦芝 敬<sup>1</sup>, 森 秀夫<sup>2</sup>, 三輪秀明<sup>2</sup>
- W13-4 尿細胞診における免疫染色を用いた異型細胞の悪性度評価について  
国立病院機構岩国医療センター<sup>1</sup>, 国立病院機構福山医療センター<sup>2</sup>, 国立病院機構四国がんセンター<sup>3</sup>  
○佐藤正和<sup>1</sup>, 清弘真弓<sup>1</sup>, 有安早苗<sup>2</sup>, 岡本奈美<sup>3</sup>
- W13-5 臨床の立場から  
古賀病院 21 泌尿器科<sup>1</sup>, 千葉県済生会習志野病院泌尿器科<sup>2</sup>, 新古賀病院検査科<sup>3</sup>, 新古賀病院病理部<sup>4</sup>  
○徳田雄治<sup>1</sup>, 関田信之<sup>2</sup>, 貞嶋栄司<sup>3</sup>, 徳永 藏<sup>4</sup>

ワークショップ 14 11月19日(日) 10:10~11:40 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)

座長: 矢田直美 (九州歯科大学口腔病態病理学分野)

秀島克巳 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)

口腔細胞診 SIL を判定するために

- W14-1 口腔細胞診のサンプリングに関する諸問題  
医療法人優和会おひさまにこにこ歯科医院  
○佐々木優
- W14-2 口腔細胞診における標本作製法—直接塗抹法と LBC 法の比較—  
飯塚病院中央検査部形態検査室<sup>1</sup>, 飯塚病院病理科<sup>2</sup>  
○川嶋大輔<sup>1</sup>, 上原俊貴<sup>1</sup>, 金谷直哉<sup>1</sup>, 井上佳奈子<sup>1</sup>, 桑岡 勲<sup>1</sup>, 柴田大樹<sup>2</sup>, 平木由佳<sup>2</sup>, 大屋正文<sup>2</sup>
- W14-3 WHO(2017)に基づく Oral epithelial dysplasia の病理診断  
広島大学病院口腔検査センター  
○小川郁子
- W14-4 SIL の細胞像と組織像  
公益財団法人がん研究会有明病院病理部  
○佐藤由紀子

ワークショップ 15 11月19日(日) 14:00~15:30 第7会場(福岡国際会議場 4F 413+414)

座長: 大村峯夫(こころとからだの元氣プラザ婦人科)

加藤久盛(神奈川県立がんセンター婦人科)

これからの子宮頸がん検診を考察する ―液状化検体細胞診―

- W15-1 子宮頸部液状化検体細胞診を用いた臨床研究  
東邦大学医療センター大橋病院婦人科  
○久布白兼行
- W15-2 液状化検体細胞診による子宮頸部擦過細胞診の品質管理とベストプラクティス  
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部<sup>3)</sup>, 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座<sup>4)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属柏病院病院病理部<sup>5)</sup>, 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<sup>6)</sup>, 東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>7)</sup>  
○梅澤 敬<sup>1)</sup>, 原田 徹<sup>1)</sup>, 落合和彦<sup>2)</sup>, 清川貴子<sup>3)</sup>, 鷹橋浩幸<sup>3)</sup>, 山田恭介<sup>4)</sup>, 落合和徳<sup>4)</sup>, 岡本愛光<sup>4)</sup>, 春間節子<sup>5)</sup>, 沢辺元司<sup>6)</sup>, 池上雅博<sup>7)</sup>
- W15-3 対策型子宮頸がん検診における液状化検体法の評価  
新潟南病院産婦人科  
○児玉省二
- W15-4 子宮頸がんの液状化検体細胞診をめぐる当院の取り組み  
大阪国際がんセンター病理・細胞診断科<sup>1)</sup>, 大阪国際がんセンターがん対策センター疫学統計部<sup>2)</sup>  
○久保千明<sup>1)</sup>, 長田盛典<sup>1)</sup>, 中山富雄<sup>2)</sup>, 中塚伸一<sup>1)</sup>

## 国際フォーラム (Global Asia Forum)

11月18日(土) 10:00~11:30 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)

座長: 森谷卓也(川崎医科大学病理学2)

南部雅美(熊本保健科学大学健科学部医学検査学科)

The Relation and Limitation between Cytology and Histology

- GAF-1 Usefulness of biliary juice Liquid-based cytology  
Department of Diagnostic Pathology, Kurume University Hospital, Kurume, Japan<sup>1)</sup>, Department of Pathology, Kurume University School of Medicine, Kurume, Japan<sup>2)</sup>, Shin-Koga Hospital, Medical Corporation Tenjinkai, Kurume, Japan<sup>3)</sup>, Division of Gastroenterology, Department of Medicine, Kurume University School of Medicine, Kurume, Japan<sup>4)</sup>, Department of Pathology, Omuta City Hospital, Omuta, Japan<sup>5)</sup>  
○Yoshiki Naito<sup>1,2)</sup>, Akihiko Kawahara<sup>1)</sup>, Eiji Sadashima<sup>3)</sup>, Yorihiro Takase<sup>1)</sup>, Yoshinobu Okabe<sup>4)</sup>, Kazuhide Shimamatsu<sup>5)</sup>, Hirohisa Yano<sup>2)</sup>, Jun Akiba<sup>1)</sup>
- GAF-2 A Case Report: Angiosarcoma in Breast Fine-Needle Aspiration Cytology  
Department of Pathology, Chung-Shan Medical University Hospital, Taiwan  
○Yi-Ju Lee

- GAF-3 Lymphoma cases in EBUS-TBNA slides and usefulness of making cell blocks  
Department of Pathology, University of Ulsan College Medicine, Asan Medical Center Seoul,  
Republic of Korea  
○Young-Jae Oh, Kyung Hee Shon, Myong Ja Jeon, Young Joo Kim, Ji Yoon Eum,  
Kwang Pyo Hong, Eung-Soo Eo, Jae-Ho Kim, Kyung-Ja Cho
- GAF-4 The Corelation of Cytology and Histology in Rajavithi Hospital  
Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand  
○Thiti Kuakpaetoon
- GAF-5 A snapshot of how gynaecologic cytology - histology correlation works at the laboratory level to drive  
quality assurance within a National Screening and Cancer Registry Programmes in New Zealand  
LabPlus, Auckland Hospital, New Zealand  
○Amanda Charlton

## 感染対策セミナー

11月18日(土) 14:00~15:00 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)

座長: 森井英一(大阪大学大学院医学系研究科病態病理学講座)

病理検査業務における感染対策の理念と実際

福岡大学病院感染制御部 高田 徹

## 医療倫理セミナー

11月19日(日) 14:40~15:40 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)

座長: 土屋眞一(社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)

医療倫理の基本

東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野 浅井 篤

## 細胞診専門医セミナー

11月19日(日) 15:50~16:50 第1会場(福岡国際会議場 3F メインホール)

座長: 植田政嗣(大阪がん循環器病予防センター)

安全管理のあり方

(公財)日本医療機能評価機構/九州大学病院 後 信

## スライドカンファレンス

11月19日(日) 10:00~11:50 第9会場(福岡国際会議場 4F 404+405+406)

座長: 山元英崇(九州大学病院病理診断科・病理部)

横山俊朗(久留米大学医療センター病理診断科病理部)

### 出題者

野上美和子(九州大学病院病理診断科・病理部)  
阿部香織(茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター臨床検査技術科)  
中澤匡男(山梨大学医学部附属病院病理部)  
青木裕志(順天堂大学医学部附属練馬病院)  
栗原秀一(県立宮崎病院産婦人科)

### 回答者

新谷慶幸(石川県立中央病院医療技術部検査室)  
稲山久美子(大阪赤十字病院病理診断科)  
神月 梓(大阪国際がんセンター臨床検査科)  
浅見力也(武蔵野赤十字病院病理部)  
石原幸治(国立病院機構熊本医療センター臨床検査科病理)

### 症例 1

出題者: 野上美和子(九州大学病院病理診断科・病理部)

臓器: 耳下腺

年齢: 65歳

性別: 男性

臨床所見: 2年半前, 右耳下腺ワルチン腫瘍を切除。最近, 右耳下腺部の腫脹あり。

採取部位: 右耳下腺部

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色

### 症例 2

出題者: 阿部香織(茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター臨床検査技術科)

臓器: 膵臓

年齢: 65歳

性別: 女性

臨床所見: 自覚症状なし。健診エコーで指摘された膵頭部腫瘍。CTにて, 膵管の拡張と嚢胞性病変を指摘。ERCPにて, 膵管ブラシ擦過施行。後日, 膵頭十二指腸切除術が行われた。

採取部位: 膵管

採取法: ブラシ擦過

染色法: パパニコロウ染色

### 症例 3

出題者: 中澤匡男(山梨大学医学部附属病院病理部)

臓器: 甲状腺

年齢: 25歳

性別: 女性

臨床所見: 家族性大腸腺腫症(familial adenomatous polyposis: FAP)の背景あり。超音波検査で甲状腺右葉中部に, 境界明瞭, 嚢胞形成を伴う腫瘍を指摘された。

採取部位: 甲状腺右葉

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色, メイ・ギムザ染色

### 症例 4

出題者: 青木裕志(順天堂大学医学部附属練馬病院)

臓器: 乳腺

年齢: 60歳代

性別: 女性

臨床所見: 左D領域の8mmと10mmのダンベル状の腫瘍。MMGにて異常の指摘。

採取部位: 左乳腺

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色



## 症例 5

出題者：栗原秀一（県立宮崎病院産婦人科）

臓器：子宮

年齢：40歳

性別：女性

臨床所見：経妊3回経産2回。3ヵ月前より不正性器

出血を自覚した。月経 day 25 に採取。

採取部位：子宮頸部

採取法：ブラシ

染色法：パパニコロウ染色（LBC法, BD SurePath）

## ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 1 11月18日（土） 11：40～12：30 第2会場（福岡サンパレス 2F パレスルーム）

座長：葛 幸治（関西医科大学病態検査学講座）

肺癌の細胞診断・組織診断

大阪国際がんセンター病理・細胞診断科 中村ハルミ

共催：ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

ランチョンセミナー 2 11月18日（土） 11：40～12：30 第3会場（福岡国際会議場 5F 国際会議室（501））

座長：園田顕三（九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学分野）

VEGF 阻害の重要性と今後の展望

VEGF 阻害による腫瘍血管新生の制御～婦人科腫瘍における特徴～

大阪大学微生物病研究所情報伝達分野 高倉伸幸

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー 3 11月18日（土） 11：40～12：30 第4会場（福岡国際会議場 5F 502+503）

座長：金城 満（製鉄記念八幡病院検査部）

液状細胞診が創る新たな細胞診の展開

愛知医科大学病院病理診断科 都築豊徳

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18日（土） 11：40～12：30 第6会場（福岡国際会議場 4F 411+412）

座長：伊藤 仁（東海大学医学部附属病院病理検査技術科）

H・E染色を分析した事例から学ぶこと

北里大学病院病理部 山下和也

自動染色装置「ティシュー・テック プリズマ プラス」の特長と使用経験について

公立昭和病院臨床検査科 濱川真治

共催：サクラファインテックジャパン株式会社

ランチョンセミナー 5 11月19日(日) 12:00~12:50 第2会場(福岡サンパレス 2F パレスルーム)

座長:小田義直(九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)

バイオマーカーに基づいた非小細胞肺癌の最新治療戦略

九州大学病院呼吸器科 田中謙太郎

共催:株式会社エスアールエル

ランチョンセミナー 6 11月19日(日) 12:00~12:50 第4会場(福岡国際会議場 5F 502+503)

座長:伊藤 仁(東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

子宮頸部液状化検体細胞診における精度管理の実際

—最新のデータから見た大規模細胞診施設の精度管理戦略—

獨協医科大学産婦人科, BML 総合研究所内ピーシーエルジャパン川越センター細胞診検査部

平井康夫

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 7 11月19日(日) 12:00~12:50 第5会場(福岡国際会議場 4F 409+410)

座長:都築豊徳(愛知医科大学病院病理診断科)

FISH 自動解析の有用性の検討と今後の展望-FISH プローブに関する最新のトピックを交えて-

名古屋第二赤十字病院病理診断科, 愛知医科大学病院病理診断科 岩田英紘

カールツァイスマイクロスコーピー株式会社 滝口正人

共催:カールツァイスマイクロスコーピー株式会社

ランチョンセミナー 8 11月19日(日) 12:00~12:50 第6会場(福岡国際会議場 4F 411+412)

座長:森井英一(大阪大学大学院医学系研究科病態病理学講座)

肺がんにおける CAP/IASLC/AMP 遺伝子テストガイドラインと細胞診

愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部 谷田部恭

共催:アストラゼネカ株式会社

## 地域推薦演題

地域推薦演題 1 11月18日(土) 10:00~10:45 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

泌尿器・腎臓・膀胱

座長:林 洋子(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学)

平田哲士(千葉細胞病理診断センター)

地域 1-1 Rhabdoid feature を伴う腎細胞癌の 1 例

洛和会音羽病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 洛和会音羽病院病理診断科<sup>2)</sup>

○穴吹昌枝<sup>1)</sup>, 吉田優美<sup>1)</sup>, 吉岡沙織<sup>1)</sup>, 佐野 守<sup>1)</sup>, 安井 寛<sup>2)</sup>

地域 1-2 カテーテル尿細胞診における抗体パネル(CK20・CK5/6・p53)の有用性

松山赤十字病院

○三好陽子, 窪田裕美, 石原香菜子, 坂本真吾, 門屋孝志, 古本好江, 高石治彦, 飛田 陽,

大城由美

## 地域1-3 尿細胞診で転移性腫瘍とした細胞像の免疫染色による検討

岩手県立中央病院病理診断センター

○金子実幸, 平山主税, 山田孝弘, 北條寛尚, 渡邊陽子, 高橋一博, 八重樫弘, 佐熊 勉

## 地域推薦演題2 11月18日(土) 10:45~11:30 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

## 肝・胆・膵・消化器1

座長: 前田智治(愛媛県立中央病院病理診断部)

## 地域2-1 胆嚢原発神経内分泌癌の1例

久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門<sup>2)</sup>○多比良朋希<sup>1)</sup>, 河原明彦<sup>1)</sup>, 内藤嘉紀<sup>1)</sup>, 安倍秀幸<sup>1)</sup>, 山口知彦<sup>1)</sup>, 福満千容<sup>1)</sup>, 高瀬頼妃呼<sup>1)</sup>, 村田和也<sup>1)</sup>, 吉田友子<sup>1)</sup>, 岡部義信<sup>2)</sup>, 秋葉 純<sup>1)</sup>

## 地域2-2 膵腫瘍性病変の膵穿刺細胞診と生検組織との比較検討

鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 鹿児島大学医学部病理学分野<sup>2)</sup>○平木 翼<sup>1)</sup>, 東美智代<sup>1)</sup>, 霧島茉莉<sup>1)</sup>, 後藤優子<sup>2)</sup>, 北蘭育美<sup>2)</sup>, 宿里亜李沙<sup>1)</sup>, 窪田恵美<sup>1)</sup>, 竹下かおり<sup>1)</sup>, 西田ゆかり<sup>1)</sup>, 田中和彦<sup>1)</sup>, 飛田 陽<sup>2)</sup>, 谷本昭英<sup>1,2)</sup>

## 地域2-3 膵腺房細胞癌の1例

埼玉医科大学総合医療センター病理部

○阿部藍子, 日下卓万, 青木智章, 大野優子, 大澤久美子, 松野和子, 木内恭子, 花見恭太, 阿部倫子, 扇田智彦, 菊地 淳, 増田 渉, 百瀬修二, 田丸淳一

## 地域推薦演題3 11月18日(土) 12:50~13:50 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

## その他

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)

畠 榮(神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)

## 地域3-1 治療に直結する真菌感染症の細胞診

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

## 地域3-2 希少腫瘍における捺印細胞診と穿刺吸引細胞診像の比較

呉医療セ・中国がんセ・病理診断科<sup>1)</sup>, 呉医療セ・中国がんセ・臨床研究部<sup>2)</sup>, 呉医療セ・中国がんセ・臨床検査科<sup>3)</sup>, 呉医療セ・中国がんセ・院長<sup>4)</sup>, 広島大・院医歯薬学・分子病理<sup>5)</sup>○谷山大樹<sup>1,5)</sup>, 倉岡和矢<sup>1,2)</sup>, 吉田美帆<sup>1)</sup>, 安村奈緒子<sup>1)</sup>, 佐伯由美<sup>1)</sup>, 戸田 環<sup>1)</sup>, 山本英喜<sup>3)</sup>, 在津潤一<sup>1)</sup>, 齋藤彰久<sup>1)</sup>, 安井 弥<sup>5)</sup>, 谷山清己<sup>4)</sup>

## 地域3-3 当院における非婦人科領域LBC標本の有用性と課題

山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 山口県立総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>○藤井将希<sup>1)</sup>, 洪田秀美<sup>1)</sup>, 安永佳麻里<sup>1)</sup>, 山本千奈美<sup>1)</sup>, 出尾優佳<sup>1)</sup>, 水間俊一<sup>1)</sup>, 田中慎介<sup>2)</sup>

## 地域3-4 長崎大学病院でのバーチャルスライドを用いた診断の取り組み

長崎大学病院病理診断科病理部

○濱崎幸恵, Ruben Groen, 平山三国, 今泉利信, 田中 圭, 芝原一樹, シン友喜, 二反田隆夫, 安倍邦子, 新野大介, 福岡順也

**地域推薦演題 4** 11月18日(土) 14:00~15:00 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

造血・リンパ節・骨・軟部・皮ふ

座長: 田丸淳一(埼玉医科大学総合医療センター病理部)

古田則行(がん研有明病院付設細胞検査士養成所

臨床病理センター細胞診断部サルコーマセンター)

- 地域 4-1 EUS-FNA で診断された腹腔内原発濾胞性リンパ腫の1例—分子生物学的解析の有用性—  
三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 鈴鹿医療科学  
大学保健衛生学部医療栄養学科<sup>3)</sup>  
○松田知世<sup>1)</sup>, 今井 裕<sup>2)</sup>, 林 昭伸<sup>2)</sup>, 金山和樹<sup>3)</sup>, 米田 操<sup>3)</sup>, 渡邊昌俊<sup>1)</sup>
- 地域 4-2 穿刺細胞診にて悪性リンパ腫と誤った悪性黒色腫の一例  
藤沢市民病院病理検査室<sup>1)</sup>, 藤沢市民病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○松倉圭太<sup>1)</sup>, 荒井 博<sup>1)</sup>, 田尻亮輔<sup>2)</sup>, 権藤俊一<sup>2)</sup>
- 地域 4-3 細胞診で悪性が疑われた小児軟部腫瘍の1例  
東北公済病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 東北公済病院整形外科<sup>2)</sup>, 東北大学病院病理部<sup>3)</sup>  
○高橋良輔<sup>1)</sup>, 長嶋真紀<sup>1)</sup>, 土肥 修<sup>2)</sup>, 渡辺みか<sup>3)</sup>
- 地域 4-4 SMARCA4-deficient thoracic sarcoma の細胞所見  
鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 鳥取大学医  
学部附属病院胸部外科<sup>3)</sup>  
○松下倫子<sup>1)</sup>, 桑本聡史<sup>2)</sup>, 遠藤由香利<sup>2)</sup>, 大野千恵子<sup>2)</sup>, 荒木邦夫<sup>3)</sup>, 北村幸郷<sup>1)</sup>, 堀江 靖<sup>2)</sup>

**地域推薦演題 5** 11月18日(土) 15:10~15:55 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

子宮内膜

座長: 加藤友康(国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科)

- 地域 5-1 長期の内膜細胞診フォローにより発見された子宮内膜癌の一例  
山梨県立中央病院検査部病理診断科<sup>1)</sup>, 山梨県立中央病院産婦人科<sup>2)</sup>  
○雨宮健司<sup>1)</sup>, 輿石早紀<sup>1)</sup>, 名執佑芽<sup>1)</sup>, 石井恵理<sup>1)</sup>, 寺本勝寛<sup>2)</sup>
- 地域 5-2 当院における記述式内膜細胞診報告様式, 内膜異型細胞(ATEC)例の検討  
富山県立中央病院臨床検査部検査科<sup>1)</sup>, 富山県立中央病院産婦人科<sup>2)</sup>, 富山県立中央病院病  
理診断科<sup>3)</sup>  
○宮本藤之<sup>1)</sup>, 石澤 伸<sup>3)</sup>, 矢野彩子<sup>1)</sup>, 清水雅彦<sup>1)</sup>, 酒井哲也<sup>1)</sup>, 南 里恵<sup>2)</sup>, 飴谷由佳<sup>2)</sup>,  
舟本 寛<sup>2)</sup>, 中西ゆう子<sup>3)</sup>, 内山明央<sup>3)</sup>
- 地域 5-3 子宮腫瘍の針生検と捺印細胞診  
大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学<sup>1)</sup>, 大阪市立大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 大  
阪市立総合医療センター婦人科<sup>3)</sup>  
○笠井真理<sup>1)</sup>, 市村友季<sup>1)</sup>, 塩見和彦<sup>2)</sup>, 村上 誠<sup>3)</sup>, 川村直樹<sup>3)</sup>, 角 俊幸<sup>1)</sup>

**地域推薦演題 6** 11月18日(土) 15:55~16:40 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

口腔・頭頸部・唾液腺

座長: 加藤 拓(成田富里徳洲会病院病理診断科)

- 地域 6-1 口腔擦過細胞診で扁平上皮癌との鑑別が困難であった尋常性天疱瘡の一例  
静岡県立静岡がんセンター病理診断科  
○本田勝丈, 刀稱亀代志, 大野幸代, 田代 広, 椎谷裕之, 渡部庸一, 角田優子, 大石琢磨,  
飯塚利彦, 佐々木恵子, 草深公秀, 伊藤以知朗

## 地域6-2 唾液腺分泌癌の2症例

愛知医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 愛知医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>, 愛知医科大学病理学講座<sup>3</sup>  
 ○水野里美<sup>1</sup>, 高橋恵美子<sup>1,2</sup>, 坪井智子<sup>1</sup>, 藤井佳穂<sup>1</sup>, 宮下拓也<sup>1</sup>, 古畑彩子<sup>1</sup>, 櫻井包子<sup>1</sup>,  
 和田栄里子<sup>1</sup>, 佐藤允則<sup>1</sup>, 伊藤秀明<sup>1,2,3</sup>, 岩越朱里<sup>1,2</sup>, 佐藤 啓<sup>1,2</sup>, 大橋明子<sup>1,2</sup>,  
 都築豊徳<sup>1,2</sup>

## 地域6-3 細胞診と組織診にて乖離の生じた症例の検討

社会医療法人社団木下会千葉西総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 社会医療法人社団木下会千葉西総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>3</sup>, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科<sup>4</sup>  
 ○浮ヶ谷匡恭<sup>1</sup>, 大村光浩<sup>2</sup>, 齋藤隆明<sup>2</sup>, 岩堀朋美<sup>1</sup>, 神林な奈絵<sup>1</sup>, 久山佳代<sup>3</sup>, 松本 敬<sup>4</sup>

**地域推薦演題7** 11月18日(土) 16:50~17:50 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

肝・胆・膵・消化器2

座長: 広岡保明(鳥取大学医学部病態検査学講座)

加戸伸明(東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

## 地域7-1 当院における胆道・膵の細胞診の成功例と教訓例

佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科<sup>1</sup>, 佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野<sup>2</sup>

○甲斐敬太<sup>1</sup>, 北村 捷<sup>1</sup>, 龍由希子<sup>1</sup>, 中村光男<sup>1</sup>, 相島慎一<sup>1,2</sup>

## 地域7-2 胆管擦過細胞診で免疫細胞化学が診断に有効であった肝門部領域胆管癌の1例

山形県立中央病院中央検査部病理<sup>1</sup>, 山形県立中央病院病理診断科<sup>2</sup>

○渡邊清子<sup>1</sup>, 植松美由紀<sup>1</sup>, 郷右近秀平<sup>1</sup>, 渡邊いづみ<sup>1</sup>, 鈴木俊顕<sup>2</sup>, 柳川直樹<sup>2</sup>, 緒形真也<sup>2</sup>

## 地域7-3 LBC法を用いた膵臓・胆道の形態学的特徴および免疫細胞化学的検討

宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>

○徳満貴子<sup>1</sup>, 野口裕史<sup>1</sup>, 大野招伸<sup>1</sup>, 峰松映子<sup>1</sup>, 森田勝代<sup>1</sup>, 黒木栄輝<sup>1</sup>, 西川詩織<sup>1</sup>,  
 佐藤勇一郎<sup>1,2</sup>

## 地域7-4 EUS-FNAによる細胞診が診断に有用であった血液系疾患の5例

獨協医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 獨協医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>

○加藤 輝<sup>1</sup>, 古米 遥<sup>1</sup>, 永井多美子<sup>1</sup>, 佐々木英夫<sup>1</sup>, 町田浩美<sup>1</sup>, 中里宜正<sup>2</sup>, 黒田 一<sup>2</sup>,  
 小島 勝<sup>2</sup>, 今井康雄<sup>2</sup>

**地域推薦演題8** 11月19日(日) 08:30~09:00 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

子宮頸部1

座長: 板持広明(岩手医科大学附属病院産婦人科)

## 地域8-1 子宮頸がん検診における隔年検診の現状

公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1</sup>, 羽生総合病院産婦人科<sup>2</sup>, 白河厚生総合病院産婦人科<sup>3</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座<sup>4</sup>

○羽野健汰<sup>1</sup>, 野口真貴<sup>1</sup>, 佐藤奈美<sup>1</sup>, 栗田和香子<sup>1</sup>, 佐藤美賀子<sup>1</sup>, 神尾淳子<sup>1</sup>, 森村 豊<sup>2</sup>,  
 古川茂宜<sup>3</sup>, 石橋真輝帆<sup>4</sup>, 添田 周<sup>4</sup>, 渡辺尚文<sup>4</sup>, 藤森敬也<sup>4</sup>

## 地域8-2 子宮頸癌スクリーニングにおける細胞診と3つの市販HPV検査の有効性評価

金沢医科大学産科婦人科

○笹川寿之, 坂本人一, 大阪康宏, 柴田健雄, 高倉正博



**地域推薦演題 9** 11月19日(日) 09:00~09:30 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)**子宮頸部 2** 座長: 富永英一郎(慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

地域 9-1 子宮頸部細胞診における萎縮性変化と HSIL との鑑別を要する細胞像に関する検討

北海道大学病院病理部<sup>1</sup>, 北海道大学病院病理診断科<sup>2</sup>○安孫子光春<sup>1</sup>, 出口貴祥<sup>1</sup>, 清水知浩<sup>1</sup>, 恩田千景<sup>1</sup>, 渡部涼子<sup>1</sup>, 宮越里絵<sup>1</sup>, 丸川活司<sup>1</sup>,  
岡田宏美<sup>2</sup>, 高桑恵美<sup>2</sup>, 三橋智子<sup>2</sup>, 松野吉宏<sup>2</sup>

地域 9-2 子宮頸部円錐切除症例における術前細胞診の後方視的検討

公益財団法人天理よろづ相談所病院

○高橋明徳, 松岡直子, 松田江身子, 坂本真一, 藤田久美, 本庄 原

**地域推薦演題 10** 11月19日(日) 09:40~10:25 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)**子宮頸部 3** 座長: 石井保吉(こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科)

地域 10-1 Lobular endocervical glandular hyperplasia の核・細胞質における細胞診画像解析研究

信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1</sup>, 信州大学学部附属病院臨床検査部病理検査室<sup>2</sup>, 岡谷市民病院病理診断科<sup>3</sup>, 東京工業大学・工学院<sup>4</sup>, 諏訪中央病院病理診断科<sup>5</sup>○木村文一<sup>1</sup>, 小林隆樹<sup>1</sup>, 金井 峻<sup>1</sup>, 小林幸弘<sup>2</sup>, 石井恵子<sup>3</sup>, 山口雅浩<sup>4</sup>, 浅野功治<sup>5</sup>

地域 10-2 子宮頸部液状化細胞診検体における p16/ki-67 二重免疫染色

筑波大学附属病院病理部<sup>1</sup>, 筑波大学医学医療系<sup>2</sup>○村田佳彦<sup>1</sup>, 中川智貴<sup>1</sup>, 藤原広美<sup>1</sup>, 佐藤泰樹<sup>1</sup>, 上杉憲子<sup>1</sup>, 坂下信悟<sup>2</sup>, 野口雅之<sup>2</sup>

地域 10-3 子宮頸癌放射線治療後の局所残存症例における子宮頸部細胞診の検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○池田真利子, 上原萌美, 上西園幸子, 内山亜弥, 最上多恵, 近内勝幸, 小野瀬亮, 加藤久盛

**地域推薦演題 11** 11月19日(日) 10:35~11:50 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)**呼吸器・中皮腫・体腔液** 座長: 中谷行雄(千葉大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

丸川活司(北海道大学病院病理部)

地域 11-1 細胞診が肺腫瘍術中迅速診断の組織型推定に有用であった一例

宝塚市立病院中央検査室<sup>1</sup>, 宝塚市立病院病理診断科<sup>2</sup>, 兵庫医科大学病理学(病理診断部門)<sup>3</sup>○山下結衣<sup>1</sup>, 太田寛子<sup>1</sup>, 東 誠二<sup>1</sup>, 小松敏也<sup>1</sup>, 松尾祥平<sup>1</sup>, 塚本吉胤<sup>2</sup>, 廣田誠一<sup>3</sup>

地域 11-2 胸水細胞診で原発巣推定の重要性を再認識した卵巣漿液性癌の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科<sup>1</sup>, 株式会社 LSI  
メディエンス<sup>2</sup>○鶴岡慎悟<sup>1</sup>, 河村憲一<sup>1</sup>, 江原輝彦<sup>1</sup>, 松井宏江<sup>1</sup>, 鈴木 隆<sup>1</sup>, 三瓶祐也<sup>1</sup>, 清水 健<sup>1</sup>,  
是松元子<sup>2</sup>

地域 11-3 気管支擦過細胞診における組織型の検討 ―組織診との不一致例を中心に―

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

地域 11-4 チーム医療としての呼吸器領域における On-site cytology の有用性

岡山大学病院病理部

○那須篤子, 原田和恵, 濱田香菜, 井上博文, 今井みどり, 松岡博美, 藤田 勝, 都地友紘,  
田中顕之, 田中健大, 柳井広之



## 地域11-5 肺癌診療領域におけるLBCを用いた遺伝子プロファイリング

杏林大学医学部外科学教室(呼吸器・甲状腺)<sup>1</sup>, 杏林大学医学部病院病理部<sup>2</sup>, 杏林大学医学部臨床検査医学<sup>3</sup>

○田中良太<sup>1</sup>, 坂本憲彦<sup>2</sup>, 鈴木 瞳<sup>2</sup>, 中里陽子<sup>1</sup>, 橘 啓盛<sup>1</sup>, 武井秀史<sup>1</sup>, 大塚弘毅<sup>3</sup>,  
岸本浩次<sup>2</sup>, 藤原正親<sup>2</sup>, 柴原純二<sup>2</sup>, 菅間 博<sup>2</sup>, 近藤晴彦<sup>1</sup>

## 地域推薦演題12 11月19日(日) 13:00~14:00 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

## 乳腺

座長: 黒田 一(獨協医科大学病理診断学講座)

北村隆司(昭和大学横浜市北部病院病理部)

## 地域12-1 自施設の乳腺Solid papillary carcinomaの細胞診断学的検討

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 独立行政法人国立病院機構浜田医療センター病理診断科<sup>2</sup>

○宍戸 優<sup>1</sup>, 久保智子<sup>1</sup>, 吉川由紀<sup>1</sup>, 長崎弥生<sup>1</sup>, 森川祥史<sup>1</sup>, 長崎真琴<sup>1,2</sup>

## 地域12-2 術後組織診断でradial scarまたはcomplex sclerosing lesionと診断された症例の検討

たけべ乳腺外科クリニック<sup>1</sup>, 高松平和病院病理<sup>2</sup>

○兼近典子<sup>1</sup>, 安毛直美<sup>1</sup>, 新井貴士<sup>1</sup>, 武部晃司<sup>1</sup>, 横山智子<sup>2</sup>, 宮西智恵<sup>2</sup>, 佐藤 明<sup>2</sup>

## 地域12-3 乳癌, 同時併用検診カテゴリー3, 穿刺吸引細胞診は針生検減少につながるかの検討

坂井市立三国病院産婦人科<sup>1</sup>, 福井大学医学部産科婦人科<sup>2</sup>, 福井大学医学部付属病院病理診断科病理部<sup>3</sup>, (株式会社)ピーシーエルジャパン<sup>4</sup>

○加藤栄一<sup>1</sup>, 黒川哲司<sup>2</sup>, 折坂 誠<sup>2</sup>, 吉田好雄<sup>2</sup>, 今村好章<sup>3</sup>, 平井康夫<sup>4</sup>, 丸山 健<sup>4</sup>

## 地域12-4 トリプルネガティブ乳癌症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, 加藤 卓, 樋浦賢太郎, 花野佑輔, 竹下奈津子, 三木弘美

## 地域推薦演題13 11月19日(日) 14:30~15:00 第8会場(福岡国際会議場 4F 401+402+403)

## 甲状腺

座長: 中島正洋(長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学研究分野)

## 地域13-1 腺腫様甲状腺腫の細胞像

武蔵野赤十字病院病理部<sup>1</sup>, 帝京大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>, 伊藤病院診療技術部臨床検査室<sup>3</sup>, 伊藤病院外科<sup>4</sup>, 慶應義塾大学病院病理診断部<sup>5</sup>, とちぎメディカルセンターしもつか病理診断科<sup>6</sup>, 独立行政法人国立病院機構相模原病院統括診療部病理診断科<sup>7</sup>

○宅見智晴<sup>1</sup>, 笹島ゆう子<sup>2</sup>, 佐々木栄司<sup>3</sup>, 河合繁夫<sup>6</sup>, 齋藤生朗<sup>7</sup>, 櫻井うらら<sup>1</sup>, 瀧 和博<sup>1</sup>,  
亀山香織<sup>5</sup>, 伊藤公一<sup>4</sup>

## 地域13-2 甲状腺嚢胞型乳頭癌の1例

医療法人野口病院研究検査科<sup>1</sup>, 医療法人野口病院病理診断科<sup>2</sup>

○伊藤有紀子<sup>1</sup>, 丸田淳子<sup>1</sup>, 渡 彩香<sup>1</sup>, 横山繁生<sup>2</sup>

## 一般演題・示説

## 11月18日(土) ポスター会場(福岡国際会議場 2F 多目的ホール (201-204))

子宮頸部 1	10:10~10:38	座長: 渡邊 純 (弘前大学大学院保健学研究所)
P-1-001	胃癌の子宮頸部転移が疑われた1例 釧路赤十字病院産婦人科 <sup>1</sup> , 北海道大学産婦人科 <sup>2</sup> , 手稲溪仁会病院産婦人科 <sup>3</sup> , 北海道大学病院病理部 <sup>4</sup> ○前田悟郎 <sup>1</sup> , 武田真人 <sup>1</sup> , 奥 聡 <sup>2</sup> , 朝野拓史 <sup>1</sup> , 小林由佳子 <sup>1</sup> , 石塚泰也 <sup>1</sup> , 丸川活司 <sup>4</sup> , 今井一章 <sup>3</sup> , 遠藤大介 <sup>1</sup> , 岡田宏美 <sup>4</sup> , 三田村卓 <sup>2</sup> , 渡利英道 <sup>2</sup> , 畑中佳奈子 <sup>4</sup> , 櫻木範明 <sup>2</sup> , 松野吉宏 <sup>4</sup>	
P-1-002	原発性子宮頸癌と鑑別が困難であった乳癌子宮頸部転移の1例 新潟県立がんセンター新潟病院婦人科 <sup>1</sup> , 新潟県立がんセンター新潟病院病理 <sup>2</sup> ○菊池 朗 <sup>1</sup> , 笹川 基 <sup>1</sup> , 川崎 隆 <sup>2</sup> , 本間慶一 <sup>2</sup>	
P-1-003	子宮頸部悪性リンパ腫の1例 PCL 福岡病理・細胞診センター <sup>1</sup> , 長崎大学病院産婦人科 <sup>2</sup> ○田中哉子 <sup>1</sup> , 秋山讓滋 <sup>1</sup> , 早川優佳 <sup>1</sup> , 平田祐子 <sup>1</sup> , 亀井美由紀 <sup>1</sup> , 藤井華子 <sup>1</sup> , 山田 博 <sup>1</sup> , 岩井幸子 <sup>1</sup> , 亀井敏昭 <sup>1</sup> , 阿部修平 <sup>2</sup>	
P-1-004	子宮に発生した悪性リンパ腫5例の臨床病理学的検討 横浜市立大学附属病院産婦人科 <sup>1</sup> , 横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部 <sup>2</sup> , 横浜市立大学医学部分子病理学教室 <sup>3</sup> ○太田幸秀 <sup>1</sup> , 松永竜也 <sup>1</sup> , 鈴木幸雄 <sup>1</sup> , 齊藤 真 <sup>1</sup> , 今井雄一 <sup>1</sup> , ルイズ横田奈朋 <sup>1</sup> , 西尾由紀子 <sup>2</sup> , 三田和博 <sup>2</sup> , 古屋充子 <sup>3</sup> , 山中正二 <sup>2</sup> , 佐藤美紀子 <sup>1</sup> , 大橋健一 <sup>2</sup> , 宮城悦子 <sup>1</sup>	
子宮頸部 2	10:38~10:59	座長: 吉田朋美 (群馬大学大学院保健学研究所・生体情報検査科学分野)
P-1-005	$\kappa$ 係数を用いた内部精度管理と細胞像の検討 獨協医科大学越谷病院病理診断科 ○並木幸子, 山崎泰樹, 古谷津純一, 岡村卓哉, 遠藤真美, 松本祐弥, 山口岳彦, 伴 慎一, 小野祐子, 松岡健太郎, 藤井晶子, 今田浩生, 峰宗太郎, 飯田 俊, 上田善彦	
P-1-006	福岡県大川市で働く女性を対象とした子宮頸癌に関する意識調査 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科 <sup>1</sup> , 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻臨床検査学分野 <sup>2</sup> ○富安 聡 <sup>1</sup> , 佐藤信也 <sup>1,2</sup> , 大田喜孝 <sup>1,2</sup>	
P-1-007	若年者における子宮頸がん検診の結果分析について 公益財団法人福岡県すこやか健康事業団 <sup>1</sup> , 九州大学大学院医学研究保健部門 <sup>2</sup> , 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科 <sup>3</sup> , 社会医療法雪の聖母会聖マリア病院病理科 <sup>4</sup> ○田中亜都子 <sup>1</sup> , 八尋裕美子 <sup>1</sup> , 舟越 乾 <sup>1</sup> , 加来恒壽 <sup>2</sup> , 大田喜孝 <sup>3</sup> , 檜垣浩一 <sup>4</sup>	
子宮頸部 3	10:59~11:20	座長: 小島淳美 (岩手医科大学産婦人科学教室)
P-1-008	子宮頸部腫瘍に対するコルポスコピーと生検に関する後方視的検討 東邦大学医療センター大橋病院婦人科 ○高橋怜奈, 武谷千晶, 釘宮剛城, 小宮山慎一, 久布白兼行	

- P-1-009 多様な浸潤癌が含まれる子宮頸部細胞診の AGC  
大阪鉄道病院婦人科<sup>1</sup>, 大阪鉄道病院臨床検査室病理<sup>2</sup>, 大阪鉄道病院病理診断科<sup>3</sup>  
○熊谷広治<sup>1</sup>, 坂井昌弘<sup>1</sup>, 前田隆義<sup>1</sup>, 山崎由香子<sup>2</sup>, 山内直樹<sup>2</sup>, 森島英和<sup>2</sup>, 真崎 武<sup>3</sup>
- P-1-010 AGC と判定された症例の織学的転帰と臨床背景に関する検討  
奈良県立医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2</sup>  
○杉本澄美玲<sup>1</sup>, 内山智子<sup>2</sup>, 岩井加奈<sup>1</sup>, 山田有紀<sup>1</sup>, 川口龍二<sup>1</sup>, 小林 浩<sup>1</sup>, 松岡未奈巳<sup>2</sup>,  
西川 武<sup>2</sup>, 大林千穂<sup>2</sup>

**子宮頸部 4 12:50~13:18 座長: 横山良仁 (弘前大学医学部附属病院産婦人科)**

- P-1-011 コンジローマ様癌と鑑別を要しレーザー蒸散術が奏功した子宮頸部異形成の一例  
さがら女性クリニック婦人科<sup>1</sup>, 相良病院病理診断科<sup>2</sup>, 鹿児島大学腫瘍学講座分子細胞病理学<sup>3</sup>  
○辻 隆広<sup>1,2</sup>, 前田ゆかり<sup>2</sup>, 永尾聡子<sup>2</sup>, 皆倉愛美<sup>2</sup>, 北園暢子<sup>2</sup>, 板坂美里<sup>2</sup>, 畑中一仁<sup>3</sup>,  
大井恭代<sup>2</sup>
- P-1-012 子宮頸部細胞診で悪性の細胞所見が得られなかった子宮頸癌 IB1 期の一例  
旭川厚生病院産婦人科  
○宇津野泰弘, 岩城 豊, 箱山聖子
- P-1-013 分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の一例  
市立大町総合病院診療技術部臨床検査室<sup>1</sup>, 信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室<sup>2</sup>  
○服部守恭<sup>1</sup>, 藤井真一<sup>1</sup>, 山ノ井一裕<sup>2</sup>, 福島万奈<sup>2</sup>, 中山 淳<sup>2</sup>
- P-1-014 鑑別に苦渋した Arias-Stera reaction の一例  
福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座<sup>1</sup>, 福島県立医科大学附属病院病理部<sup>2</sup>  
○喜古雄一郎<sup>1,2</sup>, 鈴木エリ奈<sup>1,2</sup>, 村越政仁<sup>2</sup>, 菅野寿也<sup>2</sup>, 山谷幸恵<sup>2</sup>, 赤城美代子<sup>2</sup>,  
田崎かずひろ<sup>1,2</sup>, 橋本優子<sup>1,2</sup>

**子宮頸部 5 13:18~13:46 座長: 岩成 治 (島根県立中央病院産婦人科)**

- P-1-015 妊婦子宮頸がん検診時の採取器具比較  
スズキ記念病院  
○田中耕平, 及川洋恵, 赤石一幸, 高橋重智, 圓山晶子, 宮原周子, 藤井 調, 飯田修一,  
佐々木宏子, 和田裕一, 星 一彦
- P-1-016 尿検体からの HPV-DNA 検出について有用性の検討  
北海道対がん協会細胞診センター  
○和田恒之, 加藤 修, 日野順子, 市川浩巳, 茂木由紀, 小西加奈子, 栄田尚子, 藤田博正
- P-1-017 福井県における対策型検診に HPV 検査同時併用検診導入の試み  
福井大学医学部産科婦人科  
○黒川哲司, 大沼利通, 品川明子, 知野陽子, 吉田好雄
- P-1-018 妊娠初期における子宮頸癌スクリーニングについての検討  
三沢市立三沢病院産婦人科<sup>1</sup>, 三沢市立三沢病院中央検査科<sup>2</sup>, 青森県総合健診センター<sup>3</sup>  
○丸山英俊<sup>1</sup>, 吉田多美子<sup>2</sup>, 成田靖之<sup>2</sup>, 桜庭 厚<sup>3</sup>

**子宮頸部 6 15:10~15:31 座長: 園田顕三 (九州大学医学部産婦人科)**

- P-1-019 子宮頸部細胞診標本中に出現する扁平上皮細胞集塊の検討  
東邦大学医療センター大橋病院病理部<sup>1</sup>, 東邦大学医療センター大橋病院婦人科<sup>2</sup>, 医療法人社団仁厚会安田診療所<sup>3</sup>  
○村石佳重<sup>1</sup>, 湯浅瑛介<sup>1</sup>, 佐々木智子<sup>1</sup>, 藤田正志<sup>1</sup>, 榎本泰典<sup>1</sup>, 横内 幸<sup>1</sup>, 大原関利章<sup>1</sup>,  
高橋 啓<sup>1</sup>, 久布白兼行<sup>2</sup>, 安田 貢<sup>3</sup>

- P-1-020 子宮頸部 LBC における核エッジ・フラクタル解析を用いた頸管腺と上皮内癌の判別分析  
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<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科<sup>2)</sup>, 旭川医科大学病院病理部<sup>3)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>4)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座<sup>5)</sup>  
○吉岡治彦<sup>1)</sup>, 相澤里奈<sup>1)</sup>, 小泉昌代<sup>3)</sup>, 小島啓子<sup>4)</sup>, 熊谷直哉<sup>4)</sup>, 黒瀬 顕<sup>4)</sup>, 二神真行<sup>5)</sup>, 横山良仁<sup>5)</sup>, 堀江香代<sup>1,2)</sup>, 渡邊 純<sup>1,2)</sup>

- P-1-021 濃度共起行列を用いた子宮頸部胃型腺系病変における細胞診断応用  
信州大学保健学科検査技術科学専攻<sup>1)</sup>, 信州大学医学部附属病院臨床検査部病理検査室<sup>2)</sup>, 岡谷市民病院病理診断科<sup>3)</sup>, 東京工業大学工学院<sup>4)</sup>  
○金井 峻<sup>1)</sup>, 小林隆樹<sup>1)</sup>, 小林幸弘<sup>2)</sup>, 石井恵子<sup>3)</sup>, 山口雅浩<sup>4)</sup>, 木村文一<sup>4)</sup>

**子宮頸部 7 15:31~15:52 座長:佐藤慎也 (鳥取大学医学部産婦人科)**

- P-1-022 血清飢餓培養における 2 核細胞の形成機序と分裂動態に関する検討  
九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 浜の町病院臨床検査部<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>3)</sup>  
○西村和徳<sup>1,2)</sup>, 渡邊寿美子<sup>3)</sup>, 加来恒壽<sup>3)</sup>, 杉島節夫<sup>3)</sup>
- P-1-023 HPV E6・E7 遺伝子領域をターゲットとした型特異的プライマーによる uniplex PCR アッセイ  
杏林大学保健学部臨床検査技術学科<sup>1)</sup>, 群馬パース大学保健科学部検査技術学科<sup>2)</sup>, 金沢医科大学産科婦人科<sup>3)</sup>  
○大河戸光章<sup>1)</sup>, 岡山香里<sup>2)</sup>, 笹川寿之<sup>3)</sup>
- P-1-024 癌精巢抗原 BORIS は婦人科癌幹細胞性に関与し, 免疫療法のターゲットになりうる  
札幌医科大学医学部病理学第一講座  
○廣橋良彦, 浅野拓也, 鳥越俊彦

**子宮頸部 8 15:52~16:20 座長:中尾佳史 (佐賀大学医学部産科婦人科学)**

- P-1-025 当院における子宮頸部細胞診 LBC 法, P16/Ki67 二重免疫染色の有効性についての検討  
旭川厚生病院産婦人科  
○岩城 豊, 宇津野泰弘
- P-1-026 子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) における RNAscopeISH 法を用いた HPV E6/E7 mRNA 発現の検討  
群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学  
○真下祐一, 吉田朋美, 齊尾征直, 福田利夫
- P-1-027 子宮頸部細胞診における ThinPrep イメージングシステムの評価・有用性の検討  
(株) エスアールエル福岡ラボトリー  
○平原尊史, 池本理恵, 衛藤久仁子, 秋田律子, 久岡陽子, 倉永博之, 西 国広, 伊藤裕司, 中島 豊
- P-1-028 当施設における子宮頸部細胞診自動スクリーニング支援装置の運用について  
臨床病態医学研究所<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>  
○早川 愛<sup>1)</sup>, 小川明香<sup>1)</sup>, 工藤雅美<sup>1)</sup>, 松下敦子<sup>1)</sup>, 笠間美紀子<sup>1)</sup>, 関本哉恵<sup>1)</sup>, 加来恒壽<sup>2)</sup>

**子宮頸部 9 16:20~16:48 座長:川越俊典 (産業医科大学産婦人科)**

- P-1-029 病理組織にて中等度異形成 (CIN2) と診断された細胞像の検討  
(医) ころとからだの元氣プラザ細胞病理診断科<sup>1)</sup>, (医) ころとからだの元氣プラザ婦人科<sup>2)</sup>, 杏林大学保健学部病理学研究室<sup>3)</sup>  
○伊藤千恵子<sup>1)</sup>, 石井保吉<sup>1)</sup>, 栗原達哲<sup>1)</sup>, 窪田真弓<sup>1)</sup>, 小林 綾<sup>1)</sup>, 稲垣真智子<sup>1)</sup>, 長田詠美子<sup>1)</sup>, 池田葉奈<sup>1)</sup>, 大河戸光章<sup>3)</sup>, 小田瑞恵<sup>2)</sup>, 大村峯夫<sup>2)</sup>, 藤井雅彦<sup>1)</sup>

- P-1-030 CIN 経過観察症例における HPV 型判定の有用性  
公益財団法人ちば県民保健予防財団<sup>1)</sup>, 千葉大学医学部附属病院婦人科<sup>2)</sup>  
○立花美津子<sup>1)</sup>, 河西十九三<sup>1)</sup>, 黒川祐子<sup>1)</sup>, 藤澤武彦<sup>1)</sup>, 錦見恭子<sup>2)</sup>, 三橋 暁<sup>2)</sup>, 生水真紀夫<sup>2)</sup>
- P-1-031 子宮頸部円錐切除術症例の予後と Human papillomavirus (HPV) タイピング検査  
鳥取大学産科婦人科  
○工藤明子, 小作大賢, 澤田真由美, 小松宏彰, 野中道子, 千酌 潤, 佐藤慎也, 大石徹郎
- P-1-032 Human Papillomavirus genotypes detection in Mongolian women with cervical lesion  
Gunma University, Graduate School of Health Sciences<sup>1)</sup>, Mongolian National University of Medical Sciences<sup>2)</sup>  
○Tsedenbal Batchimeg<sup>1,2)</sup>, 藤森美沙<sup>1)</sup>, 吉田朋美<sup>1)</sup>, 齊尾征直<sup>1)</sup>, 福田利夫<sup>1)</sup>

**子宮体部 1 10:10~10:38 座長: 礪西成治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科)**

- P-1-033 子宮血管周囲性類上皮細胞腫瘍 (PEComa) の 1 例  
松山赤十字病院  
○島本久美, 林 広典, 東條伸平
- P-1-034 子宮腺肉腫の再発に Docetaxel + Gemcitabine 療法が奏功した一例  
九州がんセンター  
○赤澤宗俊, 前之原章司, 富田友衣, 北出尚子, 長山利奈, 有吉和也, 岡留雅夫, 齋藤俊章
- P-1-035 子宮平滑筋肉腫の内膜細胞診に関する後方視的検討  
九州大学病院産科婦人科  
○園田顕三, 小玉敬亮, 奥川 馨, 兼城英輔, 小野山一郎, 安永昌史, 大神達寛, 山口真一郎, 加来恒壽, 加藤聖子
- P-1-036 子宮体部腺肉腫の 3 例  
済生会福岡総合病院<sup>1)</sup>, 済生会福岡総合病院産婦人科<sup>2)</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>3)</sup>  
○宮崎浩子<sup>1)</sup>, 佐藤真介<sup>1)</sup>, 佐藤瑞恵<sup>1)</sup>, 東 悠介<sup>1)</sup>, 石井洋子<sup>1)</sup>, 石橋貴寛<sup>1)</sup>, 米田智子<sup>2)</sup>, 丸山智義<sup>2)</sup>, 坂井邦裕<sup>2)</sup>, 真田咲子<sup>3)</sup>, 加藤誠也<sup>1)</sup>

**子宮体部 2 10:38~10:59 座長: 山口知彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)**

- P-1-037 Serous endometrial intraepithelial carcinoma を鑑別に挙げた, 高悪性度子宮内膜癌の 2 症例  
山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 山口県立総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>  
○水間俊一<sup>1)</sup>, 渋田秀美<sup>1)</sup>, 安永佳麻里<sup>1)</sup>, 藤井将希<sup>1)</sup>, 出尾優佳<sup>1)</sup>, 山本千奈美<sup>1)</sup>, 田中慎介<sup>2)</sup>
- P-1-038 巨大子宮内膜ポリープに局限発生した明細胞腺癌の 2 例  
大阪警察病院  
○北辻 香, 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, 辻 洋美, 辻本正彦
- P-1-039 子宮体部明細胞腺癌の細胞像の検討  
帝京大学医学部附属病院病院病理部  
○赤嶺 亮, 笹島ゆう子, 向山淳見, 大越 卓, 宮田佳奈, 笠井亮子, 小島 貴, 河野純一, 石井美樹子, 近藤福雄

**子宮体部 3 10:59~11:20 座長: 小笠原利忠 (誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)**

- P-1-040 子宮内膜 microglandular carcinoma の一例  
市立砺波総合病院臨床病理科<sup>1)</sup>, 市立砺波総合病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○蟹谷智勝<sup>1)</sup>, 寺畑信太郎<sup>2)</sup>, 奥野のり子<sup>2)</sup>, 西田秀昭<sup>1)</sup>, 三井由紀子<sup>1)</sup>, 石倉宗浩<sup>1)</sup>, 福田弘幸<sup>1)</sup>



- P-1-041 内膜細胞診で推定できた大腸癌の子宮転移の1例  
 足利赤十字病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 足利赤十字病院産婦人科<sup>2)</sup>, 永寿総合病院産婦人科<sup>3)</sup>  
 ○遠藤みゆき<sup>1)</sup>, 中村雅哉<sup>1)</sup>, 廣瀬芳江<sup>1)</sup>, 川村政人<sup>1)</sup>, 山田裕子<sup>1)</sup>, 小林萌夏<sup>1)</sup>, 飯塚あかり<sup>1)</sup>,  
 有馬宏和<sup>2)</sup>, 隅田能雄<sup>2)</sup>, 高橋峰夫<sup>3)</sup>, 清水進一<sup>1)</sup>, 清水和彦<sup>1)</sup>
- P-1-042 胆管癌子宮転移の一例  
 がん研究会有明病院婦人科<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院細胞診断部<sup>2)</sup>, がん研究会有明病院病理部<sup>3)</sup>  
 ○西村宙起<sup>1)</sup>, 宇津木久仁子<sup>1)</sup>, 杉原 武<sup>1)</sup>, 岡本三四郎<sup>1)</sup>, 杉山裕子<sup>1,2)</sup>, 高澤 豊<sup>3)</sup>, 竹島信宏<sup>1)</sup>
- 子宮頸部 10 12:50~13:18 座長: 藤井多久磨 (藤田保健衛生大学病院産婦人科)**
- P-1-043 異型腺細胞を契機に子宮頸部上皮内腺癌と診断された1例  
 豊見城中央病院産婦人科<sup>1)</sup>, 豊見城中央病院病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○前濱俊之<sup>1)</sup>, 呉地 剛<sup>2)</sup>, 照屋敦子<sup>2)</sup>, 伊禮 彩<sup>2)</sup>, 宮里碧沙<sup>2)</sup>, 天久望美<sup>2)</sup>, 喜友名正也<sup>2)</sup>
- P-1-044 子宮頸部類内膜型上皮内腺癌が疑われた一例  
 聖路加国際病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学第1病理<sup>2)</sup>, 帝京大学医学部病理学講座<sup>3)</sup>  
 ○金澤卓也<sup>1)</sup>, 小川命子<sup>1)</sup>, 中田裕人<sup>1)</sup>, 平林陽介<sup>1)</sup>, 鈴木正敏<sup>1)</sup>, 小林ひとみ<sup>1)</sup>, 金子あゆみ<sup>1)</sup>,  
 恒田直人<sup>1)</sup>, 石川里奈<sup>1)</sup>, 内田土朗<sup>1)</sup>, 鈴木高祐<sup>1)</sup>, 澤田達男<sup>2)</sup>, 笹島ゆう子<sup>3)</sup>
- P-1-045 子宮頸部胃型腺癌の一例  
 医療法人社団高邦会福岡山王病院<sup>1)</sup>, 国立病院機構九州がんセンター<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>3)</sup>  
 ○坂梨史典<sup>1)</sup>, 水野真美<sup>1)</sup>, 上原美沙貴<sup>1)</sup>, 田口健一<sup>2)</sup>, 大石善丈<sup>3)</sup>, 恒吉正澄<sup>1)</sup>
- P-1-046 約4年の経過で進行した子宮頸部粘液腺癌の一例  
 JR 東京総合病院臨床検査科  
 ○大友梨恵, 武田優華, 高見真理子, 恩田雅弘, 谷川園子, 中澤和久, 田中さゆり, 関 邦彦
- 子宮頸部 11 13:18~13:46 座長: 衛藤貴子 (独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院産婦人科)**
- P-1-047 子宮頸部リンパ上皮腫様扁平上皮癌の1例  
 霞ヶ浦医療センター研究検査科<sup>1)</sup>, 霞ヶ浦医療センター産婦人科<sup>2)</sup>, 霞ヶ浦医療センター病理診断科<sup>3)</sup>  
 ○新井真弓<sup>1)</sup>, 草薙真里<sup>1)</sup>, 国仲伸男<sup>1)</sup>, 新井ゆう子<sup>2)</sup>, 近藤 譲<sup>1,3)</sup>
- P-1-048 絨毛癌様成分を伴う HCG 産生扁平上皮癌の一例  
 霞ヶ浦医療センター研究検査科<sup>1)</sup>, 霞ヶ浦医療センター産婦人科<sup>2)</sup>, 霞ヶ浦医療センター病理診断科<sup>3)</sup>  
 ○草薙真里<sup>1)</sup>, 新井真弓<sup>1)</sup>, 国仲伸男<sup>1)</sup>, 新井ゆう子<sup>2)</sup>, 近藤 譲<sup>1,3)</sup>
- P-1-049 子宮頸部に発生した basaloid squamous cell carcinoma の一例  
 医療法人沖繩徳洲会吹田徳洲会病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院検査科<sup>3)</sup>  
 ○下山夏季<sup>1)</sup>, 久保勇記<sup>2)</sup>, 岩崎由恵<sup>3)</sup>, 岡崎 健<sup>3)</sup>
- P-1-050 子宮頸部腺癌との鑑別に苦慮した atypical polypoid adenomyoma (APA) の1例  
 山梨大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 山梨大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 山梨大学医学部人体病理<sup>3)</sup>  
 ○大森真紀子<sup>1)</sup>, 中澤久美子<sup>2)</sup>, 望月直子<sup>2)</sup>, 佐藤詩織<sup>2)</sup>, 笠井一希<sup>2)</sup>, 花井佑樹<sup>2)</sup>, 井上朋大<sup>3)</sup>,  
 深澤宏子<sup>1)</sup>, 中澤匡男<sup>3)</sup>, 近藤哲夫<sup>3)</sup>, 端 晶彦<sup>1)</sup>, 平田修司<sup>1)</sup>



**子宮体部4 15:10~15:31 座長:田勢 亨 (宮崎県立がんセンター婦人科)**

- P-1-051 嚢胞性子宮腺筋症から発生したと考えられる子宮体癌の一例  
産業医科大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学科<sup>2)</sup>  
○網本領子<sup>1)</sup>, 田尻亮祐<sup>1)</sup>, 厚井知穂<sup>1)</sup>, 植田多恵子<sup>1)</sup>, 栗田智子<sup>1)</sup>, 鏡 誠治<sup>1)</sup>, 川越俊典<sup>1)</sup>,  
松浦祐介<sup>2)</sup>, 蜂須賀徹<sup>1)</sup>
- P-1-052 子宮体部漿液性腺癌 10例における細胞学的検討  
武蔵野赤十字病院病理部<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構相模原病院統括診療部病理診断科<sup>2)</sup>  
○古屋能孝<sup>1)</sup>, 齋藤生朗<sup>2)</sup>, 宅見智晴<sup>1)</sup>, 海老原美里<sup>1)</sup>, 浅見力也<sup>1)</sup>, 北村洋一<sup>1)</sup>, 浦田育美<sup>1)</sup>,  
高橋聡子<sup>1)</sup>, 櫻井うらら<sup>1)</sup>, 瀧 和博<sup>1)</sup>
- P-1-053 不正子宮出血を契機に再発が確認された急性骨髄性白血病の一例  
自治医科大学附属病院病理診断部<sup>1)</sup>, 自治医科大学医学部病理学講座統合病理学部門<sup>2)</sup>  
○丹波美織<sup>1)</sup>, 大城 久<sup>1,2)</sup>, 柳田美樹<sup>1)</sup>, 郡 俊勝<sup>1)</sup>, 鈴木智子<sup>1)</sup>, 芳賀美子<sup>1)</sup>, 蘆澤健太郎<sup>1)</sup>,  
田畑憲一<sup>1)</sup>, 伊藤淳史<sup>1)</sup>, 松原大祐<sup>1,2)</sup>, 吉本多一郎<sup>1,2)</sup>, 木原 淳<sup>1,2)</sup>, 天野雄介<sup>1,2)</sup>,  
仁木利郎<sup>1,2)</sup>, 福嶋敬宜<sup>1,2)</sup>

**子宮体部5 15:31~15:52 座長:矢野恵子 (関西医療大学保健医療学部臨床検査学科)**

- P-1-054 子宮内膜癌症例における化生性変化を示す細胞の共存と病理学的特徴との関連性の検討  
九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>1)</sup>, 純真学園大学保健医療学部検査科学科<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>4)</sup>  
○遠峰由希恵<sup>1,2)</sup>, 渡邊寿美子<sup>1)</sup>, 杉島節夫<sup>1)</sup>, 園田顕三<sup>3)</sup>, 小田義直<sup>4)</sup>, 加藤聖子<sup>3)</sup>, 加来恒壽<sup>1)</sup>
- P-1-055 子宮内膜組織診と対比した子宮内膜細胞診の有用性  
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<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>, 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<sup>3)</sup>  
○棟方 哲<sup>1)</sup>, 伊東良太<sup>1)</sup>, 佐々木伸也<sup>2)</sup>, 高瀬未穂<sup>2)</sup>, 岡竹里紗<sup>2)</sup>, 鈴木雄策<sup>2)</sup>, 茂山かおり<sup>2)</sup>,  
岡村友香里<sup>2)</sup>, 山本敏也<sup>3)</sup>
- P-1-056 当科における子宮内膜細胞診異常を呈した乳癌術後患者の検討  
順天堂大学練馬病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 順天堂大学練馬病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○濱村憲佑<sup>1)</sup>, 荻島大貴<sup>1)</sup>, 青木裕志<sup>2)</sup>, 浅見志帆<sup>2)</sup>, 児玉寛子<sup>2)</sup>, 坂口亜寿美<sup>2)</sup>, 小倉加奈子<sup>2)</sup>,  
松本俊治<sup>2)</sup>

**子宮体部6 15:52~16:20 座長:松元 隆 (愛媛大学大学院医学系研究科病因・病態領域産科婦人科学)**

- P-1-057 扁平上皮への分化が大部分を占めた子宮体部類内膜腺癌の1例  
社会医療法人孝仁会北海道大野記念病院<sup>1)</sup>, 株式会社ジェネティックラボ<sup>2)</sup>, 公益財団法人北海道対がん協会<sup>3)</sup>  
○笹木加奈<sup>1)</sup>, 田上 稔<sup>1)</sup>, 寒河江悟<sup>1)</sup>, 松浦智彦<sup>2)</sup>, 高木芳武<sup>2)</sup>, 加藤 修<sup>3)</sup>, 日野順子<sup>3)</sup>,  
和田恒之<sup>3)</sup>, 藤田博正<sup>3)</sup>
- P-1-058 著明な扁平上皮分化を伴った子宮体部類内膜腺癌の1例  
がん研有明病院婦人科<sup>1)</sup>, がん研有明病院病理部<sup>2)</sup>, がん研有明病院細胞診断部<sup>3)</sup>  
○谷川輝美<sup>1)</sup>, 的田真紀<sup>1)</sup>, 青木洋一<sup>1)</sup>, 西村宙起<sup>1)</sup>, 杉原 武<sup>1)</sup>, 金尾祐之<sup>1)</sup>, 加藤一喜<sup>1)</sup>,  
高澤 豊<sup>2)</sup>, 杉山裕子<sup>3)</sup>, 竹島信宏<sup>1)</sup>
- P-1-059 子宮体部粘液性腺癌の2例  
北海道大学産婦人科<sup>1)</sup>, 手稲溪仁会病院産婦人科<sup>2)</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>3)</sup>  
○小林由佳子<sup>1)</sup>, 武田真人<sup>1)</sup>, 奥 聡<sup>1)</sup>, 朝野拓史<sup>1)</sup>, 前田悟郎<sup>1)</sup>, 石塚泰也<sup>1)</sup>, 丸川活司<sup>3)</sup>,  
岡田宏美<sup>3)</sup>, 三田村卓<sup>1)</sup>, 保坂昌芳<sup>1)</sup>, 畑中佳奈子<sup>3)</sup>, 佐川 正<sup>1)</sup>, 渡利英道<sup>1)</sup>, 櫻木範明<sup>1)</sup>,  
松野吉宏<sup>3)</sup>, 今井一章<sup>2)</sup>

## P-1-060 子宮体部脱分化癌の1例

JA 秋田厚生連大曲厚生医療センター臨床検査科病理<sup>1</sup>, JA 秋田厚生連大曲厚生医療センター産婦人科<sup>2</sup>, JA 秋田厚生連平鹿総合病院病理診断科<sup>3</sup>  
 ○斎藤直子<sup>1</sup>, 須田公治<sup>1</sup>, 森美津子<sup>1</sup>, 山本博毅<sup>2</sup>, 齊藤昌宏<sup>3</sup>

## 子宮体部 7

16:20~16:48

座長: 寒河江悟 (北海道大野記念病院婦人科)

## P-1-061 Alpha-fetoprotein 産生性子宮内膜癌の1例

東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部<sup>1</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>2</sup>, 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座<sup>3</sup>  
 ○梅森宮加<sup>1</sup>, 深澤 寧<sup>2</sup>, 伊藤聡史<sup>1</sup>, 三石雄大<sup>1</sup>, 岡本愛光<sup>3</sup>, 鷹橋浩幸<sup>1</sup>, 清川貴子<sup>1</sup>

## P-1-062 子宮体部に発生した高齢者の非妊娠性絨毛癌の1例

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院臨床検査・病理技術科<sup>1</sup>, 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 修文大学看護学部<sup>3</sup>  
 ○中根昌洋<sup>1</sup>, 山田義広<sup>1</sup>, 野畑真奈美<sup>1</sup>, 中井美恵子<sup>1</sup>, 村上真理子<sup>1</sup>, 中野邦枝<sup>1</sup>, 林 直樹<sup>1</sup>, 伊藤 誠<sup>2</sup>, 越川 卓<sup>3</sup>

## P-1-063 子宮内膜原発の小細胞型神経内分泌癌の1症例

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院臨床検査・病理技術科<sup>1</sup>, 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 修文大学看護学部<sup>3</sup>  
 ○中野邦枝<sup>1</sup>, 山田義広<sup>1</sup>, 野畑真奈美<sup>1</sup>, 中井美恵子<sup>1</sup>, 中根昌洋<sup>1</sup>, 村上真理子<sup>1</sup>, 林 直樹<sup>1</sup>, 伊藤 誠<sup>2</sup>, 越川 卓<sup>3</sup>

## P-1-064 子宮体部未分化癌の2例

東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科病理<sup>1</sup>, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科<sup>2</sup>, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科<sup>3</sup>, 東海大学医学部附属八王子病院産婦人科<sup>4</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>5</sup>  
 ○野村 希<sup>1</sup>, 町田知久<sup>1</sup>, 伊藤 仁<sup>2</sup>, 渡具知克<sup>1</sup>, 藤田大貴<sup>1</sup>, 加戸伸明<sup>2</sup>, 萩原範子<sup>2</sup>, 杉山朋子<sup>3</sup>, 塚田ひとみ<sup>4</sup>, 村松俊成<sup>4</sup>, 中村直哉<sup>5</sup>, 田尻琢磨<sup>3</sup>

## その他の女性器 1 10:10~10:31

座長: 山下依子 (名古屋市立大学附属病院病理診断部)

## P-1-065 卵管癌の診断における子宮細胞診の役割

県立がんセンター新潟病院婦人科  
 ○笹川 基, 日向妙子, 横尾朋和, 菊池 朗

## P-1-066 腹水細胞診が有用であった卵管・子宮内膜重複癌の一例

中通総合病院産婦人科<sup>1</sup>, 中通総合病院病理部<sup>2</sup>  
 ○利部徳子<sup>1</sup>, 小西祥朝<sup>1</sup>, 小野 巖<sup>2</sup>, 石井 明<sup>2</sup>, 今野稔子<sup>2</sup>, 根 裕人<sup>2</sup>, 山谷千晴<sup>2</sup>

## P-1-067 異型度の異なる両側卵管原発漿液性腺癌の診断に、子宮内膜細胞診が有用であった1例

藤沢市民病院産婦人科<sup>1</sup>, 藤沢市民病院病理検査室<sup>2</sup>, 藤沢市民病院病理診断科<sup>3</sup>  
 ○高田健太郎<sup>1</sup>, 片山佳代<sup>1</sup>, 能勢英理子<sup>2</sup>, 松倉圭太<sup>2</sup>, 荒井 博<sup>2</sup>, 田尻亮輔<sup>3</sup>, 榎藤俊一<sup>3</sup>, 佐治晴哉<sup>1</sup>

## その他の女性器 2 10:31~10:59

座長: 藤原 潔 (天理よろづ相談所病院産婦人科)

## P-1-068 有茎性発育を示した外陰部 Aggressive angiomyxoma の一例

九州労災病院産婦人科<sup>1</sup>, 九州労災病院病理診断科<sup>2</sup>, JR 九州病院病理診断科<sup>3</sup>  
 ○土岐尚之<sup>1</sup>, 榎原康亮<sup>2</sup>, 北島光泰<sup>1</sup>, 齋藤研祐<sup>1</sup>, 金澤茂正<sup>2</sup>, 吉田徳秀<sup>2</sup>, 岩見光晃<sup>2</sup>, 淋 茜<sup>2</sup>, 内橋和芳<sup>2</sup>, 濱田哲夫<sup>2,3</sup>

- P-1-069 尿中にみられた腔原発悪性黒色腫の一例  
国立病院機構舞鶴医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 京都第一赤十字病院病理診断科<sup>2</sup>, 明治国際医療大学産婦人科<sup>3</sup>  
○岡本浩伸<sup>1</sup>, 樋野陽子<sup>2</sup>, 山野 剛<sup>2</sup>, 木村順治<sup>3</sup>
- P-1-070 診断に苦慮した腸管外消化管間質腫瘍の一例  
東京医科大学茨城医療センター産婦人科<sup>1</sup>, 東京医科大学茨城医療センター病理診断科<sup>2</sup>  
○石川貴久<sup>1</sup>, 藤村正樹<sup>1</sup>, 森下由紀雄<sup>2</sup>, 洪 建偉<sup>2</sup>, 松本暢彦<sup>2</sup>
- P-1-071 女性生殖器の悪性リンパ腫の3例  
がん研有明病院婦人科<sup>1</sup>, がん研有明病院細胞診断部<sup>2</sup>, がん研有明病院病理部<sup>3</sup>  
○長島 稔<sup>1</sup>, 杉山裕子<sup>2</sup>, 小松京子<sup>2</sup>, 高澤 豊<sup>1,3</sup>, 野村秀高<sup>1</sup>, 谷川輝美<sup>1</sup>, 的田眞紀<sup>1</sup>, 岡本三四郎<sup>1</sup>, 尾松公平<sup>1</sup>, 加藤一喜<sup>1</sup>, 金尾弘之<sup>1</sup>, 宇津木久仁子<sup>1</sup>, 竹島信宏<sup>1</sup>

**その他の女性器 3 10:59~11:27 座長: 佐藤勇一郎 (宮崎大学医学部附属病院病理診断科・病理部)**

- P-1-072 外陰部基底細胞癌の一例  
市立長浜病院産婦人科<sup>1</sup>, 市立長浜病院中央検査技術科<sup>2</sup>, 市立長浜病院病理診断科<sup>3</sup>  
○上村真央<sup>1</sup>, 高橋顕雅<sup>1</sup>, 北澤 純<sup>1</sup>, 西野万由美<sup>2</sup>, 岡本明子<sup>2</sup>, 宮元伸篤<sup>2</sup>, 新川由基<sup>2</sup>, 黒澤 学<sup>3</sup>
- P-1-073 外陰部基底細胞癌の一例  
杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>1</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2</sup>, 杏林大学医学部附属病院病理部<sup>3</sup>  
○渋谷英里子<sup>1</sup>, 百村麻衣<sup>1</sup>, 長内喜代乃<sup>1</sup>, 西ヶ谷順子<sup>1</sup>, 松本浩範<sup>1</sup>, 小林陽一<sup>1</sup>, 岩下光利<sup>1</sup>, 坂本憲彦<sup>3</sup>, 岸本浩次<sup>3</sup>, 下山田博明<sup>2</sup>, 柴原純二<sup>2</sup>
- P-1-074 尿道にも腫瘍形成が見られた腔悪性黒色腫の1例  
独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院病理診断科<sup>1</sup>, 九州労災病院放射線診断科<sup>2</sup>, 九州労災病院泌尿器科<sup>3</sup>, 九州労災病院産婦人科<sup>4</sup>  
○岩見光晃<sup>1</sup>, 榎原康亮<sup>1</sup>, 吉田徳秀<sup>1</sup>, 金澤茂正<sup>1</sup>, 内橋和芳<sup>1</sup>, 平田 文<sup>2</sup>, 上領頼之<sup>3</sup>, 齋藤研祐<sup>4</sup>, 北島光泰<sup>4</sup>, 土岐尚之<sup>4</sup>
- P-1-075 外陰 Paget 病の擦過細胞診に関する後方視的検討  
九州大学病院産科婦人科  
○小野山一郎, 園田顕三, 奥川 馨, 兼城英輔, 安永昌史, 大神達寛, 山口真一郎, 小玉敬亮, 加来恒壽, 加藤聖子

**子宮体部 8 12:50~13:11 座長: 小林陽一 (杏林大学医学部産科婦人科)**

- P-1-076 子宮体癌における予後因子と子宮頸部細胞診所見の関連性の検討  
国家公務員共済組合連合会斗南病院婦人科<sup>1</sup>, 札幌医科大学産婦人科<sup>2</sup>, 円山レディースクリニック<sup>3</sup>, まどかレディースクリニック<sup>4</sup>  
○田中綾一<sup>1,2</sup>, 鈴木孝浩<sup>3</sup>, 玉手雅人<sup>1</sup>, 寺田倫子<sup>2</sup>, 松浦基樹<sup>2</sup>, 鈴木美和<sup>2,3</sup>, 高橋 円<sup>4</sup>, 郷久晴朗<sup>2</sup>, 寺本瑞絵<sup>2</sup>, 岩崎雅宏<sup>2</sup>, 齋藤 豪<sup>2</sup>
- P-1-077 当科における子宮内膜細胞診疑陽性判定の原因と転帰について  
順天堂大学医学部附属練馬病院産科婦人科<sup>1</sup>, 順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科<sup>2</sup>  
○荻島大貴<sup>1</sup>, 濱村憲佑<sup>1</sup>, 青木裕志<sup>2</sup>, 浅見志帆<sup>2</sup>, 児玉寛子<sup>2</sup>, 坂口亜寿美<sup>2</sup>, 小倉加奈子<sup>2</sup>, 松本俊治<sup>2</sup>
- P-1-078 子宮内膜細胞診はある一定の存在価値が現状ではある  
愛媛大学医学部産婦人科<sup>1</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>2</sup>, 愛媛大学医学部附属病院病理部<sup>3</sup>  
○松元 隆<sup>1</sup>, 寺本典弘<sup>2</sup>, 宇佐美知香<sup>1</sup>, 片山英司<sup>3</sup>, 北澤理子<sup>3</sup>

**子宮体部 9 13:11~13:39 座長：渡利英道（北海道大学病院婦人科）**

- P-1-079 神経内分泌成分を伴う特殊組織型子宮体癌の細胞像に関する検討  
慶應義塾大学医学部産婦人科学教室  
○飯島朋子, 仲村 勝, 田中恒成, 佐伯直彦, 森定 徹, 片岡史夫, 岩田 卓, 田中京子, 青木大輔
- P-1-080 子宮体部原発小細胞癌の診断に際しての細胞所見と組織所見に関する検討  
東海大学医学部専門診療学系産婦人科学<sup>1</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>2</sup>, 東海大学医学部付属病院病理検査技術科<sup>3</sup>  
○飯田哲士<sup>1</sup>, 梶原 博<sup>2</sup>, 平林健一<sup>2</sup>, 加戸伸明<sup>3</sup>, 伊藤 仁<sup>3</sup>, 町田弘子<sup>1</sup>, 池田仁恵<sup>1</sup>, 信田政子<sup>1</sup>, 平澤 猛<sup>1</sup>, 中村直哉<sup>2</sup>, 三上幹男<sup>1</sup>
- P-1-081 子宮体部脱分化癌の1例  
久留米大学医学部産科婦人科学教室<sup>1</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>2</sup>  
○那須洋紀<sup>1</sup>, 河野光一郎<sup>1</sup>, 松隈 健<sup>1</sup>, 西尾 真<sup>1</sup>, 眞田咲子<sup>2</sup>, 牛嶋公生<sup>1</sup>
- P-1-082 子宮内膜脱分化癌の一症例  
日本大学医学部附属板橋病院病理部<sup>1</sup>, 日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野<sup>2</sup>, 日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野<sup>3</sup>, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野<sup>4</sup>, 日本大学医学部産婦人科学系産婦人科学分野<sup>5</sup>, 日本大学板橋病院産婦人科<sup>6</sup>, 昭和大学横浜市北部病院病理診断科<sup>7</sup>  
○中島弘一<sup>1</sup>, 砂川恵伸<sup>7</sup>, 大荷澄江<sup>1,2</sup>, 橋本尚子<sup>1</sup>, 鈴木淳子<sup>1</sup>, 山本久恵<sup>1</sup>, 吉田一代<sup>1</sup>, 関 利美<sup>1</sup>, 仲尾岳大<sup>5,6</sup>, 楠美嘉晃<sup>1,3</sup>, 川名 敬<sup>5,6</sup>, 羽尾裕之<sup>1,3</sup>, 増田しのぶ<sup>1,4</sup>, 杉谷雅彦<sup>1,2</sup>

**乳腺 1 15:10~15:31 座長：川崎朋範（独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科）**

- P-1-083 術前診断が困難であった骨肉腫様分化を示す乳腺悪性葉状腫瘍の一例  
JA 神奈川県厚生連相模原協同病院<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>2</sup>  
○川井麻衣子<sup>1</sup>, 風間暁男<sup>1</sup>, 松岡伶美<sup>1</sup>, 岩本慶太<sup>1</sup>, 和田光平<sup>1</sup>, 林 修平<sup>1</sup>, 白井正広<sup>1</sup>, 前田一郎<sup>2</sup>, 高木正之<sup>2</sup>
- P-1-084 再発をきたした悪性葉状腫瘍の一例  
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診<sup>1</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2</sup>  
○鶴野由華<sup>1</sup>, 西田直代<sup>2</sup>, 伊藤園江<sup>1</sup>, 塚本孝久<sup>1</sup>, 中野祐子<sup>1</sup>, 高橋光彦<sup>1</sup>, 武井美和<sup>1</sup>, 長山大輔<sup>1</sup>, 平川優太<sup>1</sup>, 水落伸治<sup>2</sup>, 木村芳三<sup>2</sup>, 檜垣浩一<sup>2</sup>
- P-1-085 前立腺癌加療中に発生した男性乳腺葉状腫瘍の1例  
地方独立行政法人大牟田市立病院中央検査部<sup>1</sup>, 地方独立行政法人大牟田市立病院病理診断科<sup>2</sup>  
○鳥飼真由美<sup>1</sup>, 境加津代<sup>1</sup>, 松本直子<sup>1</sup>, 島松一秀<sup>2</sup>

**乳腺 2 15:31~15:59 座長：甲斐俊一（大分県厚生連鶴見病院中央検査部病理診断科）**

- P-1-086 乳腺非浸潤性アポクリン癌の4症例~Type A と Type B の細胞像の比較検討~  
水戸赤十字病院病理診断科部<sup>1</sup>, 水戸赤十字病院乳腺外科部<sup>2</sup>, 水戸赤十字病院臨床検査部<sup>3</sup>  
○森田沙希<sup>1</sup>, 佐藤宏喜<sup>2</sup>, 土肥香緒里<sup>1</sup>, 佐竹 藍<sup>3</sup>, 三村貴裕<sup>1</sup>, 堀真佐男<sup>1,3</sup>
- P-1-087 乳腺アポクリン癌2例の穿刺吸引細胞診  
福岡赤十字病院病理診断科  
○遠矢浩隆, 石井萌美, 碓 益代, 小材和浩, 藤田 綾, 中島 豊, 西山憲一



P-1-088 乳腺腺様嚢胞癌の1例  
国立病院機構米子医療センター  
○小早川燹, 吉田春彦

P-1-089 乳腺原発腺様嚢胞癌 adenoid cystic carcinoma の1例  
岐阜市民病院病理診断科<sup>1</sup>, 岐阜市民病院中央検査部<sup>2</sup>, 岐阜大学大学院医学系研究科<sup>3</sup>  
○大橋明香<sup>1</sup>, 田中卓二<sup>1</sup>, 渡部直樹<sup>1</sup>, 川島啓佑<sup>3</sup>, 餌取文昌<sup>1</sup>, 松山昌史<sup>1</sup>, 丹羽理代子<sup>1</sup>,  
河口尚未<sup>1</sup>, 榊間利政<sup>2</sup>, 宮前里奈<sup>2</sup>

**乳腺3 15:59~16:27 座長:鈴木正人 (国立病院機構千葉医療センター乳腺外科)**

P-1-090 異型の多核巨細胞を伴う乳腺筋上皮癌の1例  
JA 長野厚生連佐久総合病院病理診断科<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>  
○井出伸也<sup>1</sup>, 中山朋秋<sup>2</sup>, 岩松弘文<sup>2</sup>, 佐藤憲俊<sup>2</sup>, 青柳大樹<sup>2</sup>, 塩澤 哲<sup>2</sup>, 石亀廣樹<sup>1</sup>

P-1-091 多発リンパ節転移を伴う乳腺筋上皮癌の1例  
社会医療法人里仁会興生総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 社会医療法人里仁会興生総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
○束田美加<sup>1</sup>, 藤原久美<sup>2</sup>

P-1-092 右腋窩異所性乳癌の1例  
長崎県島原病院病理診断科<sup>1</sup>, 長崎県島原病院放射線科<sup>2</sup>, 長崎県島原病院検査科<sup>3</sup>, 長崎県島原病院外科<sup>4</sup>, 長崎病理診断科<sup>5</sup>, 長崎大学病院病理診断科<sup>6</sup>  
○浅田理美<sup>1</sup>, 穴見正信<sup>5</sup>, 荻原幸宏<sup>2</sup>, 久原貴志<sup>3</sup>, 相良春希<sup>3</sup>, 黒島直樹<sup>4</sup>, 東 尚<sup>4</sup>,  
松尾繁年<sup>4</sup>, 安倍邦子<sup>6</sup>, 蒲原行雄<sup>4</sup>, 林徳真吉<sup>1</sup>

P-1-093 腋窩リンパ節転移を来した Histiocytoid breast carcinoma. Diagnostic challenge of fine needle aspiration biopsy  
湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>1</sup>, 湘南鎌倉総合病院検査部<sup>2</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>3</sup>  
○大沼一也<sup>1</sup>, 小保方和彦<sup>2</sup>, 千野秀教<sup>2</sup>, 程島 就<sup>2</sup>, 井上裕美<sup>1</sup>, 手島伸一<sup>3</sup>

**乳腺4 16:27~16:55 座長:西村理恵子 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター臨床検査科)**

P-1-094 Corynebacterium 属菌感染が証明された肉芽腫性乳腺炎の一例  
九州大学病院別府病院  
○阿部有香里, 宇藤満昭, 小松由明

P-1-095 良悪の鑑別が問題になった乳管内乳頭腫の1例  
日本医科大学付属病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 同乳腺科<sup>2</sup>, 社会医療法人飯田病院病理診断科<sup>3</sup>  
○葉山綾子<sup>1</sup>, 土屋紳一<sup>1,3</sup>, 松澤こず恵<sup>3</sup>, 松原美雪<sup>1</sup>, 渡會泰彦<sup>1</sup>, 大橋隆治<sup>1</sup>, 坂谷貴司<sup>1</sup>,  
石井英昭<sup>1</sup>, 内藤善哉<sup>1</sup>, 武井寛幸<sup>2</sup>, 清水 章<sup>1</sup>

P-1-096 高齢者に発生した非典型的な乳腺線維腺腫の一例  
鳥取県立中央病院病理診断科<sup>1</sup>, 鳥取県立中央病院病理検査室<sup>2</sup>  
○徳安祐輔<sup>1</sup>, 川上智史<sup>2</sup>, 小田晋輔<sup>1</sup>, 前田和俊<sup>2</sup>, 松ノ谷尚子<sup>2</sup>, 岡田早苗<sup>2</sup>, 中本 周<sup>1</sup>

P-1-097 乳腺顆粒細胞腫の一例  
聖路加国際病院病理診断科<sup>1</sup>, 東京女子医科大学第一病理<sup>2</sup>  
○塩川希望<sup>1</sup>, 小川命子<sup>1</sup>, 植竹 都<sup>1</sup>, 石黒弘美<sup>1</sup>, 三田尚子<sup>1</sup>, 平林陽介<sup>1</sup>, 鈴木正敏<sup>1</sup>,  
小林ひとみ<sup>1</sup>, 吉田光希<sup>1</sup>, 山川真梨奈<sup>1</sup>, 宇野美恵子<sup>1</sup>, 野嶋 史<sup>1</sup>, 鈴木高祐<sup>1</sup>, 澤田達男<sup>2</sup>

**呼吸器・縦隔 1 10:10~10:31****座長：横井豊治**（津島市民病院病理診断部）

- P-1-098 Diffuse pulmonary meningotheliomatosis の 1 例  
独立行政法人国立病院機構東京病院病理検査  
○浦田兼司, 我妻美由紀, 木谷匡志, 蛇澤 晶
- P-1-099 肺に発生した平滑筋腫の 1 例  
岐阜大学医学部附属病院検査部<sup>1)</sup>, 岐阜大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 岐阜大学大学院医学系研究科形態機能病理学<sup>3)</sup>  
○川村勇人<sup>1)</sup>, 中川 篤<sup>1)</sup>, 片桐恭雄<sup>2)</sup>, 岩田明子<sup>2)</sup>, 水野加織<sup>2)</sup>, 安藤咲恵<sup>2)</sup>, 北野素子<sup>2)</sup>, 佐々木健太<sup>1)</sup>, 酒々井夏子<sup>2)</sup>, 齊郷智恵美<sup>3)</sup>, 鬼頭勇輔<sup>3)</sup>, 宮崎龍彦<sup>2)</sup>
- P-1-100 肺転移をきたした副腎皮質癌の 1 例  
弘前大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 静岡県立静岡がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座<sup>3)</sup>  
○川村麻緒<sup>1)</sup>, 小島啓子<sup>1)</sup>, 熊谷直哉<sup>1)</sup>, 工藤 海<sup>1)</sup>, 刀稱亀代志<sup>2)</sup>, 加藤哲子<sup>1,3)</sup>, 黒瀬 顕<sup>1,3)</sup>

**呼吸器・縦隔 2****10:31~10:52****座長：笠井孝彦**（独立行政法人国立病院機構近畿中央胸部疾患センター臨床検査科）

- P-1-101 肺糸状真菌症（ムコール）の一例  
南和広域医療企業団南奈良総合医療センター<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2)</sup>  
○乾 朝子<sup>1)</sup>, 道本実保<sup>1)</sup>, 鴻池資啓<sup>1)</sup>, 中村修治<sup>1)</sup>, 畠山金太<sup>2)</sup>
- P-1-102 シュウ酸カルシウム結晶を伴った肺アスペルギルス症の 2 例  
産業医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学第 2 病理学教室<sup>3)</sup>, 産業医科大学第 1 病理学教室<sup>4)</sup>  
○佐藤 斉<sup>1)</sup>, 恒成徳子<sup>1)</sup>, 藤原 仁<sup>1)</sup>, 光田成未<sup>1)</sup>, 岡 春子<sup>1)</sup>, 小原光祥<sup>1)</sup>, 松山篤二<sup>2)</sup>, 島尻正平<sup>2)</sup>, 中山敏幸<sup>1,2,3)</sup>, 久岡正典<sup>4)</sup>
- P-1-103 肺アスペルギルス症診断における細胞診の有効性について一当院での経験に基づく注意点  
労働者健康安全機構旭労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 愛知医科大学医学部病理学講座<sup>2)</sup>, 旭労災病院病理診断科<sup>3)</sup>  
○秋山哲文<sup>1)</sup>, 瀬古憲弘<sup>1)</sup>, 服部和宏<sup>1)</sup>, 山村宗幸<sup>1)</sup>, 谷川直人<sup>1)</sup>, 山本俊信<sup>1)</sup>, 伊藤秀明<sup>2)</sup>, 池田 洋<sup>2)</sup>, 小野謙三<sup>3)</sup>

**卵巣 1****12:50~13:18****座長：笹島ゆう子**（帝京大学医学部病理学講座）

- P-1-104 卵巣原発カルチノイドの 1 例  
公立豊岡病院検査技術科<sup>1)</sup>, 公立豊岡病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○竹中博昭<sup>1)</sup>, 長岡克也<sup>1)</sup>, 大垣日登美<sup>1)</sup>, 足立 靖<sup>2)</sup>
- P-1-105 卵巣癌乳腺転移の 1 例  
飯田市立病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 飯田市立病院産婦人科<sup>2)</sup>, 飯田市立病院病理診断科<sup>3)</sup>  
○西尾昌晃<sup>1)</sup>, 岩田貴博<sup>1)</sup>, 實原正明<sup>1)</sup>, 山崎輝行<sup>2)</sup>, 佐野健司<sup>3)</sup>
- P-1-106 腫瘍の捺印細胞診が診断に有用であった転移性卵巣癌の一例  
弘前大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 弘前大学医学部病理部<sup>2)</sup>  
○平川八大<sup>1)</sup>, 二神真行<sup>1)</sup>, 小山文望恵<sup>1)</sup>, 横山良仁<sup>1)</sup>, 小島啓子<sup>2)</sup>, 加藤哲子<sup>2)</sup>, 黒瀬 顕<sup>2)</sup>
- P-1-107 胆嚢癌を原発とする転移性卵巣腫瘍の 1 例  
日本医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 日本医科大学病理診断科<sup>2)</sup>, 日本医科大学解析人体病理<sup>3)</sup>  
○磯村真理子<sup>1)</sup>, 黒瀬圭輔<sup>1)</sup>, 山本晃人<sup>1)</sup>, 川瀬里衣子<sup>1)</sup>, 久保田夢音<sup>1)</sup>, 中西一步<sup>1)</sup>, 松橋智彦<sup>1)</sup>, 山田 隆<sup>1)</sup>, 米山剛一<sup>1)</sup>, 彭 為霞<sup>2)</sup>, 寺崎美佳<sup>3)</sup>, 大橋隆治<sup>2)</sup>, 鴨井青龍<sup>1)</sup>



**卵巣2 13:18~13:46 座長:鴨井青龍 (日本医科大学付属千葉北総病院女性診療科・産科)**

- P-1-108 卵巣低悪性度漿液性腺癌の一例  
日本医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 日本医科大学病理診断科<sup>2</sup>, 日本医科大学解析人体病理<sup>3</sup>  
○久保田夢音<sup>1</sup>, 山本晃人<sup>1</sup>, 川瀬里衣子<sup>1</sup>, 磯村真理子<sup>1</sup>, 中西一步<sup>1</sup>, 松橋智彦<sup>1</sup>, 山田 隆<sup>1</sup>,  
米山剛一<sup>1</sup>, 鴨井青龍<sup>1</sup>, 寺崎美佳<sup>3</sup>, 彭 為霞<sup>2</sup>, 黒瀬圭輔<sup>1</sup>
- P-1-109 扁平上皮分化を示す卵巣漿液粘性境界悪性腫瘍の腹水細胞像  
熊本大学医学部附属病院病理診断科・病理部  
○佐野直樹, 古田沙織, 西山尚子, 本田由美, 三上芳喜
- P-1-110 上皮性卵巣癌・腹膜癌に肉腫成分を認めた2例の腹水細胞診所見の検討  
小田原市立病院産婦人科<sup>1</sup>, 小田原市立病院病理診断・臨床検査科<sup>2</sup>  
○中島文香<sup>1</sup>, 丸山康世<sup>1</sup>, 小澤雅代<sup>1</sup>, 磯崎 勝<sup>2</sup>, 堀井 薫<sup>2</sup>, 三富弘之<sup>2</sup>
- P-1-111 腸型腺癌への悪性転化をきたした卵巣成熟嚢胞性奇形腫の1例  
熊本大学医学部附属病院病理診断科  
○橋向圭介, 西山尚子, 大園一隆, 三上芳喜

**腎臓・膀胱・泌尿器1 15:10~15:31 座長:河野裕夫 (山口大学医学部保健学科検査技術科学専攻)**

- P-1-112 穿刺細胞診において多数のMichaelis-Gutmann小体が観察された腎マラコプラキアの1症例  
国立病院機構別府医療センター臨床検査部<sup>1</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>2</sup>, 国立病院機構別府医療センター病理診断科<sup>3</sup>  
○濱砂優加<sup>1</sup>, 芦田拓未<sup>1</sup>, 竹山朋希<sup>1</sup>, 牟田正一<sup>1</sup>, 大石善丈<sup>2</sup>, 吉河康二<sup>3</sup>
- P-1-113 腎粘液管状紡錘細胞癌の一例  
帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部<sup>1</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科<sup>2</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科<sup>3</sup>, 東京女子医科大学病院病理診断科<sup>4</sup>  
○福田 学<sup>1</sup>, 山田正人<sup>1</sup>, 湯澤和彦<sup>1</sup>, 吉野美由紀<sup>1</sup>, 山本恵美<sup>1</sup>, 水口國雄<sup>3</sup>, 阿曾達也<sup>2</sup>,  
高橋美紀子<sup>2</sup>, 川本雅司<sup>2</sup>, 長嶋洋治<sup>4</sup>
- P-1-114 細胞診断に苦慮した右腎盂腫瘍の1例  
国立病院機構都城医療センター中央検査部<sup>1</sup>, 臨床宮崎<sup>2</sup>  
○植山雅彦<sup>1</sup>, 芝原修一<sup>1</sup>, 小坂裕之<sup>1,2</sup>

**腎臓・膀胱・泌尿器2 15:31~15:59 座長:木下勇一 (公立大学法人和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理)**

- P-1-115 尿細胞診における“Atypical cell category”の検討  
独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室<sup>1</sup>, 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院臨床病理検査科<sup>2</sup>, 産業医科大学第1病理学教室<sup>3</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>4</sup>, 製鉄記念八幡病院病理診断科<sup>5</sup>  
○西山純司<sup>1</sup>, 安部拓也<sup>1</sup>, 奥 学<sup>1</sup>, 笹栗毅和<sup>2</sup>, 岩井幸子<sup>3</sup>, 松山篤二<sup>3</sup>, 岡ハル子<sup>4</sup>,  
小原光祥<sup>4</sup>, 下釜達朗<sup>5</sup>, 金城 満<sup>5</sup>
- P-1-116 膀胱癌のTUR-Bt後追跡における尿細胞診の検討  
宮崎県立日南病院臨床検査科<sup>1</sup>, 宮崎県立日南病院病理診断科<sup>2</sup>  
○福田早織<sup>1</sup>, 佐野亜由美<sup>1</sup>, 木佐貫篤<sup>1,2</sup>
- P-1-117 尿細胞診の精度改善に向けた観察法の提案  
産業医科大学第1病理<sup>1</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>2</sup>, PCL福岡病理細胞診センター<sup>3</sup>, 製鉄記念八幡病院病理診断科<sup>4</sup>  
○岩井幸子<sup>1,3</sup>, 松山篤二<sup>1</sup>, 岡 春子<sup>2</sup>, 小原光祥<sup>2</sup>, 早川優佳<sup>3</sup>, 下釜達朗<sup>4</sup>, 金城 満<sup>4</sup>

- P-1-118 形態計測法を用いた N/C 比の尿細胞診悪性所見としての有用性—BD サイトリッチ TM 法による—

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター<sup>1</sup>, 独立行政法人国立病院機構福山医療センター<sup>2</sup>

○清弘真弓<sup>1</sup>, 佐藤正和<sup>1</sup>, 有安早苗<sup>2</sup>

**腎臓・膀胱・泌尿器 3 15:59~16:20 座長: 寺本典弘 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科)**

- P-1-119 膀胱癌の尿細胞診鑑別困難症例における p53, CK20 の免疫細胞化学的検討

金沢市立病院中央診療部臨床検査室<sup>1</sup>, 金沢市立病院病理診断科<sup>2</sup>

○石山 進<sup>1</sup>, 海道一恵<sup>1</sup>, 野村美奈<sup>1</sup>, 小林雅子<sup>2</sup>

- P-1-120 BCG 曝露と pRB の関連性

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3</sup>, 医療法人社団高邦会高木病院<sup>4</sup>, 九州大学病院病理診断科病理部<sup>5</sup>

○平井絵梨花<sup>1</sup>, 渡邊壽美子<sup>2</sup>, 加来恒壽<sup>2,3</sup>, 岩坂 剛<sup>4</sup>, 杉島節夫<sup>2,5</sup>

- P-1-121 BCG 曝露における T24 細胞の p21 発現への p27 の影響

九州大学医学系学府保健学専攻<sup>1</sup>, 同医学研究院保健学部門<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3</sup>, 医療法人社団高邦会高木病院<sup>4</sup>

○前田裕亮<sup>1</sup>, 渡邊壽美子<sup>2</sup>, 藤井直人<sup>1</sup>, 加来恒壽<sup>2,3</sup>, 岩坂 剛<sup>4</sup>, 杉島節夫<sup>2</sup>

**腎臓・膀胱・泌尿器 4 16:20~16:48 座長: 下釜達朗 (社会医療法人製鉄記念八幡病院病理診断科)**

- P-1-122 尿路上皮癌の核異型の検討—核形不整を中心に—

洛和会音羽病院臨床検査部<sup>1</sup>, 洛和会音羽病院病理診断科<sup>2</sup>

○吉田優美<sup>1</sup>, 穴吹昌枝<sup>1</sup>, 吉岡沙織<sup>1</sup>, 佐野 守<sup>1</sup>, 安井 寛<sup>2</sup>

- P-1-123 尿細胞診における高度異型尿路上皮癌の診断精度向上の検討—under diagnosis 原因の追究—

山梨大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 山梨大学医学部人体病理<sup>2</sup>

○中澤久美子<sup>1</sup>, 石井喜雄<sup>1</sup>, 望月直子<sup>1</sup>, 花井佑樹<sup>1</sup>, 佐藤詩織<sup>1</sup>, 笠井一希<sup>1</sup>, 望月邦夫<sup>2</sup>, 中澤匡男<sup>1</sup>, 近藤哲夫<sup>2</sup>, 加藤良平<sup>1,2</sup>

- P-1-124 泌尿器細胞診報告様式 2015 (新報告様式) の導入と細胞診断精度の評価

社会医療法人天神会新古賀病院<sup>1</sup>, 社会医療法人天神会古賀病院 21<sup>2</sup>

○貞嶋栄司<sup>1</sup>, 徳田雄治<sup>2</sup>, 河原真弓子<sup>1</sup>, 木下準子<sup>1</sup>, 山崎加奈子<sup>1</sup>, 貞嶋奈津<sup>1</sup>, 徳永 藏<sup>1</sup>

- P-1-125 当院における「泌尿器細胞診報告様式 2015」導入後の報告状況

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<sup>1</sup>, 臨床検査科<sup>2</sup>, 臨床研究部<sup>3</sup>, 院長<sup>4</sup>

○安村奈緒子<sup>1</sup>, 倉岡和矢<sup>1,2,3</sup>, 菅亜里紗<sup>1</sup>, 藤澤宏樹<sup>1</sup>, 吉田美帆<sup>1</sup>, 佐伯由美<sup>1</sup>, 戸田 環<sup>3</sup>, 山本英喜<sup>2</sup>, 在津潤一<sup>1</sup>, 谷山大樹<sup>1,3</sup>, 齋藤彰久<sup>1</sup>, 谷山清己<sup>4</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部 1 10:10~10:31 座長: 鐵原拓雄 (川崎医療短期大学臨床検査科)**

- P-1-126 耳下腺腺房細胞癌の 2 例の検討

横浜市立大学附属病院病理部<sup>1</sup>, 横浜市立大学医学部病態病理学講座<sup>2</sup>

○金澤美千代<sup>1</sup>, 安齋桜子<sup>1</sup>, 海老塚智恵美<sup>1</sup>, 西尾由紀子<sup>1</sup>, 本野紀夫<sup>1</sup>, 佐川弘美<sup>1</sup>, 三田和博<sup>1</sup>, 松村舞依<sup>1</sup>, 三宅暁夫<sup>1</sup>, 日比谷孝志<sup>1</sup>, 山中正二<sup>1</sup>, 大橋健一<sup>1,2</sup>

- P-1-127 穿刺吸引細胞診にて診断を推定しえた耳下腺原発乳腺相似分泌癌の 1 例

愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院臨床検査技術科<sup>1</sup>, 愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院病理診断科<sup>2</sup>

○情家千裕<sup>1</sup>, 杉山宗平<sup>1</sup>, 黒木雅子<sup>1</sup>, 杉浦記弘<sup>1</sup>, 深井美樹<sup>1</sup>, 石川一博<sup>1</sup>, 山本宗平<sup>2</sup>, 酒井 優<sup>2</sup>

## P-1-128 左頬部小唾液腺に発生した乳腺相似分泌癌(分泌癌)の1例

国立病院機構仙台医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 国立病院機構弘前病院研究検査科<sup>2</sup>, 国立病院機構仙台医療センター病理診断科<sup>3</sup>

○真山晃史<sup>1</sup>, 高橋真紀<sup>1</sup>, 齋藤邦倫<sup>2</sup>, 藤井正宏<sup>1</sup>, 櫻田潤子<sup>3</sup>, 鈴木博義<sup>1,3</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部2 10:31~10:59 座長: 松永 徹 (香川大学医学部附属病院病理部)**

## P-1-129 細胞診において推定困難であった口腔上皮内腫瘍(Oral intraepithelial neoplasia: OIN)の一例

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 独立行政法人国立病院機構浜田医療センター病理診断科<sup>2</sup>

○宍戸 優<sup>1</sup>, 長崎真琴<sup>1,2</sup>

## P-1-130 口腔細胞診にて診断し得た若年者発生の口腔扁平上皮癌の一例

宮崎県立日南病院病理診断科<sup>1</sup>, 宮崎県立日南病院臨床検査科<sup>2</sup>

○木佐貫篤<sup>1,2</sup>, 佐野亜由美<sup>2</sup>, 福田早織<sup>2</sup>

## P-1-131 当院における耳鼻科領域の細胞診~出張細胞診導入前・後での変化~

群馬大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学<sup>2</sup>, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学<sup>3</sup>

○佐藤香織<sup>1</sup>, 平戸純子<sup>1</sup>, 小山徹也<sup>1,2</sup>, 福田利夫<sup>3</sup>

## P-1-132 第58回日本臨床細胞学会総会・学術集会でおこなった口腔がん検診の結果報告

島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>1</sup>, 飯塚病院中央検査部形態検査室<sup>2</sup>, 香川大学医学部附属病院病理部<sup>3</sup>, 松江市立病院歯科口腔外科<sup>4</sup>, 隠岐広域連合立隠岐病院歯科口腔外科・隠岐の島町国民健康保険中村歯科診療所<sup>5</sup>, 益田赤十字病院歯科口腔外科<sup>6</sup>

○秀島克巳<sup>1</sup>, 川嶋大輔<sup>2</sup>, 郷田 衛<sup>3</sup>, 成相義樹<sup>4</sup>, 管野貴浩<sup>1</sup>, 狩野正明<sup>1</sup>, 吉野 綾<sup>1</sup>, 辰巳博人<sup>5</sup>, 阿久津純一<sup>1</sup>, 大熊里依<sup>4</sup>, 井出太一<sup>1</sup>, 市山友子<sup>6</sup>, 渡邊正章<sup>1</sup>, 糸原千映子<sup>1</sup>, 関根浄治<sup>1</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部3 10:59~11:20 座長: 岸野万伸 (医療法人美和会平成野田クリニック)**

## P-1-133 口腔がん集団検診における疑陽性症例の検討

島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>1</sup>, 益田赤十字病院歯科口腔外科<sup>2</sup>

○渡邊正章<sup>1</sup>, 市山友子<sup>2</sup>, 狩野正明<sup>1</sup>, 管野貴浩<sup>1</sup>, 秀島克巳<sup>1</sup>

## P-1-134 口腔細胞診におけるベセスダシステム SIL の取扱いに関する検討

島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>1</sup>, 島根大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>, 松江市立病院歯科口腔外科<sup>3</sup>

○関根浄治<sup>1</sup>, 秀島克巳<sup>1</sup>, 岩橋輝明<sup>2</sup>, 渡邊正章<sup>1</sup>, 管野貴浩<sup>1</sup>, 成相義樹<sup>3</sup>

## P-1-135 Diagnostic agreement and accuracy of oral cancer cytology

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○関根浄治

**口腔・唾液腺・頭頸部4 12:50~13:11 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-1-136 上顎骨に発生し鑑別に苦慮したエナメル上皮腫の1例

聖隷浜松病院臨床検査部<sup>1</sup>, 聖隷浜松病院病理診断科<sup>2</sup>, 足利赤十字病院病理診断科<sup>3</sup>, 立川総合病院病理診断科<sup>4</sup>

○鈴木章吾<sup>1</sup>, 山田真人<sup>1</sup>, 土戸景子<sup>1</sup>, 池谷知也<sup>1</sup>, 加藤好洋<sup>1</sup>, 鈴木愛梨<sup>1</sup>, 新井義文<sup>2</sup>, 大月寛郎<sup>2</sup>, 清水進一<sup>3</sup>, 小林 寛<sup>2,4</sup>

## P-1-137 歯肉原発疣贅性癌の一例

大阪医科大学病理学教室

○明石静香, 桑原宏子, 栗栖義賢, 安田恵美, 服部公亮, 富宇加麻里, 有我こずえ, 能瀬衣沙子, 中山裕子, 吉川純子, 出口千尋, 浦上真由美, 武田玲郁, 石崎幸恵, 廣瀬善信

## P-1-138 細胞診にて早期切除し得た下口唇上皮内癌の1例

益田赤十字病院歯科口腔外科<sup>1</sup>, 島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>2</sup>, 益田赤十字病院検査部<sup>3</sup>

○市山友子<sup>1,2</sup>, 恒松晃司<sup>1,2</sup>, 管野貴浩<sup>2</sup>, 下村龍一<sup>2</sup>, 岡本幸子<sup>3</sup>, 和田進<sup>3</sup>, 秀島克巳<sup>2</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部5 13:11~13:39 座長: 伏見博彰 (大阪急性期・総合医療センター病理科)**

## P-1-139 診断に苦慮した耳下腺腫瘍の1例

上尾中央総合病院検査技術科病理<sup>1</sup>, 上尾中央総合病院病理診断科<sup>2</sup>

○和田亜佳音<sup>1</sup>, 大野喜作<sup>1</sup>, 小林要<sup>1</sup>, 渡部有依<sup>1</sup>, 横田亜矢<sup>2</sup>

## P-1-140 耳下腺上皮筋上皮癌の一切除例

国立病院機構福山医療センター<sup>1</sup>, 産業医大第二病理学講座<sup>2</sup>

○渡辺次郎<sup>1,2</sup>, 中山敏幸<sup>2</sup>

## P-1-141 耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の1例

産業医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>, 産業医科大学医学部第2病理学<sup>3</sup>

○岡春子<sup>1</sup>, 小原光祥<sup>1</sup>, 藤原仁<sup>1</sup>, 佐藤斉<sup>1</sup>, 光田成未<sup>1</sup>, 恒成徳子<sup>1</sup>, 松山篤二<sup>2</sup>, 島尻正平<sup>2</sup>, 野口紘嗣<sup>3</sup>, 中山敏幸<sup>2,3</sup>

## P-1-142 耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の2症例

赤穂市民病院臨床検査部病理<sup>1</sup>, 赤穂市民病院産婦人科<sup>2</sup>, 京都府立医科大学附属病院病理部<sup>3</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>4</sup>, 京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>5</sup>

○山本美智子<sup>1</sup>, 植良紋<sup>1</sup>, 林優子<sup>1</sup>, 東田太郎<sup>2</sup>, 森永友紀子<sup>3</sup>, 原重雄<sup>4</sup>, 中嶋安彬<sup>5</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部6 15:10~15:31 座長: 秋葉純 (久留米大学病院病理診断科・病理部)**

## P-1-143 診断に苦慮した舌根部原発炎症性筋線維芽細胞腫瘍の1例

鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 鳥取大学医学部附属病院器官病理学分野<sup>2</sup>

○持田洋利<sup>1</sup>, 桑本聡史<sup>1</sup>, 大野千恵子<sup>1</sup>, 遠藤由香利<sup>1</sup>, 松重貴大<sup>1</sup>, 山田恭子<sup>1</sup>, 牧嶋かれん<sup>1</sup>, 野坂加苗<sup>2</sup>, 堀江靖<sup>1</sup>, 梅北善久<sup>2</sup>

## P-1-144 悪性腫瘍との鑑別に苦慮した毛母腫の2症例

名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部<sup>1</sup>, 名古屋第一赤十字病院病理部<sup>2</sup>

○村上佳穂<sup>1</sup>, 郡司昌治<sup>1</sup>, 山下比鶴<sup>1</sup>, 杉山知咲季<sup>1</sup>, 藤野雅彦<sup>1</sup>, 伊藤雅文<sup>2</sup>

## P-1-145 頸動脈小体に発生したパラガングリオーマの1例

公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院検査科・病理診断科

○柴崎洋子, 窪田知美, 久和美咲, 小池昇, 秋田英貴, 鄭子文

**口腔・唾液腺・頭頸部7 15:31~15:52 座長: 有馬良一 (国家公務員共済組合連合会大手前病院臨床病理部)**

## P-1-146 口腔擦過細胞診の細胞像 従来法とLBC法の比較

九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野

○矢田直美, 松尾拓

## P-1-147 口腔細胞診における細胞採取器具と細胞回収量の関連

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>1</sup>, カワラダ歯科・口腔外科<sup>2</sup>, 諏訪歯科診療所<sup>3</sup>, 大同病院歯科口腔外科<sup>4</sup>, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野<sup>5</sup>

○諏訪若子<sup>1,2</sup>, 江原道子<sup>1</sup>, 諏訪裕彦<sup>1,3</sup>, 中尾寿奈<sup>1</sup>, 松原誠<sup>4</sup>, 川原田幸司<sup>1,2</sup>, 永山元彦<sup>1</sup>, 住友伸一郎<sup>5</sup>, 田沼順一<sup>1</sup>



## P-1-148 当院における口腔細胞診の疑陽性例(class3)の細胞学的検討

香川大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>, 高松赤十字病院病理科部<sup>3</sup>, 済生会今治病院病理診断科<sup>4</sup>

○郷田 衛<sup>1</sup>, 大通清美<sup>1</sup>, 宮本加菜<sup>1</sup>, 片倉和哉<sup>1</sup>, 本山睦美<sup>1</sup>, 松永 徹<sup>1</sup>, 井上耕祐<sup>2</sup>,  
伊吹英美<sup>2</sup>, 石川 亮<sup>2</sup>, 香川聖子<sup>2</sup>, 門田球一<sup>2</sup>, 串田吉生<sup>1,2</sup>, 羽場礼次<sup>1,2</sup>, 香月奈穂美<sup>3</sup>,  
坂東健次<sup>4</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部 8 15:52~16:13 座長:原田博史 (社会医療法人生長会府中病院病理診断科)**

## P-1-149 口腔に発生した Nodular Fasciitis の一例

亀田総合病院歯科口腔外科<sup>1</sup>, 亀田総合病院臨床検査科<sup>2</sup>, 亀田総合病院臨床病理科<sup>3</sup>

○西久保周一<sup>1</sup>, 渡邊伸也<sup>1</sup>, 小山芳徳<sup>2</sup>, 渡邊光男<sup>2</sup>, 松本信雄<sup>2</sup>, 熊田香織<sup>2</sup>, 佐藤奈緒美<sup>2</sup>,  
角田敏一<sup>2</sup>, 伊菅大貴<sup>2</sup>, 下岡友子<sup>2</sup>, 星 和栄<sup>3</sup>

## P-1-150 Granular cell ameloblastoma の一例

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

○渡具知克<sup>1</sup>, 町田知久<sup>1</sup>, 伊藤 仁<sup>2</sup>, 藤田大貴<sup>1</sup>, 野村 希<sup>1</sup>, 加戸伸明<sup>2</sup>, 梶原 博<sup>3</sup>,  
平岩真一郎<sup>4</sup>, 杉山朋子<sup>4</sup>, 小倉 豪<sup>3</sup>, 中村直哉<sup>3</sup>, 田尻琢磨<sup>4</sup>

## P-1-151 当院における鼻汁細胞診についての検討

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

○萩原範子<sup>1</sup>, 伊藤 仁<sup>1</sup>, 宮嶋葉子<sup>1</sup>, 芹澤昭彦<sup>1</sup>, 加戸伸明<sup>1</sup>, 才荷 翼<sup>1</sup>, 町田知久<sup>2</sup>,  
井野元智恵<sup>3</sup>, 梶原 博<sup>3</sup>, 中村直哉<sup>3</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部 9 16:13~16:41 座長:今村好章 (福井大学医学部附属病院病理診断科・病理部)**

## P-1-152 当院で経験した分泌癌の1例

大阪労災病院中央検査部病理<sup>1</sup>, 同病理診断科<sup>2</sup>, 生長会府中病院病理診断科<sup>3</sup>, 弘前大学大学院病理診断学<sup>4</sup>

○浦芝 敬<sup>1</sup>, 三村明弘<sup>1</sup>, 岡部美由紀<sup>1</sup>, 小倉啓介<sup>1</sup>, 金田香央里<sup>1</sup>, 森 秀夫<sup>2</sup>, 三輪秀明<sup>2</sup>,  
原田博史<sup>3</sup>, 黒瀬 顕<sup>4</sup>

## P-1-153 乳腺相似分泌癌(MASC)の1例

福岡市医師会臨床検査センター<sup>1</sup>, 九州大学病院病理診断科・病理部<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理<sup>3</sup>

○高岡久美子<sup>1</sup>, 椎葉 満<sup>1</sup>, 大塚亮子<sup>1</sup>, 藤本久美子<sup>1</sup>, 辻 雅子<sup>1</sup>, 飯田直之<sup>1</sup>, 乙成満里子<sup>1</sup>,  
綿野由美子<sup>1</sup>, 藤 順子<sup>1</sup>, 大石善丈<sup>3</sup>, 山元英崇<sup>2</sup>

## P-1-154 細胞診断に苦慮した充実性成分が混在する顎下腺由来の腺様嚢胞癌の一例

JA 神奈川県厚生連相模原協同病院<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>2</sup>

○岩本慶太<sup>1</sup>, 川井麻衣子<sup>1</sup>, 松岡伶美<sup>1</sup>, 和田光平<sup>1</sup>, 林 修平<sup>1</sup>, 白井正広<sup>1</sup>, 風間暁男<sup>1</sup>,  
前田一郎<sup>2</sup>, 高木正之<sup>2</sup>

## P-1-155 細胞診, 組織診ともに診断困難であった, 低悪性度粘液性類表皮癌の1例

広島市民病院病理診断科

○近藤美咲, 田川幾代, 高木伸治, 坂田かなえ, 喜多真理子, 戸井紳二, 守都敏晃, 山崎理恵,  
谷口恒平, 市村浩一

**肝臓・胆嚢・膵臓・消化器1 10:10~10:31 座長：川嶋活彦（(株)戸田中央臨床検査研究所病理検査科)**

- P-1-156 膵神経内分泌腫瘍の1剖検例  
地方独立行政法人市立東大阪医療センター病理診断科  
○千原 剛, 佐藤路子, 芦村美奈子, 篠原千恵, 山内 周
- P-1-157 膵 EUS-FNA 細胞診で得た膵腺房細胞癌4例の細胞像  
大阪府済生会中津病院検査技術部病理検査室<sup>1)</sup>, 大阪府済生会中津病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○池谷武彦<sup>1,2)</sup>, 谷村満知子<sup>1)</sup>, 金井愛加<sup>1)</sup>, 宮城佳美<sup>2)</sup>, 仙崎英人<sup>2)</sup>
- P-1-158 膵原発巣 EUS-FNA で指摘しえず肝転移巣の生検で診断した膵 hepatoid carcinoma の1例  
倉敷中央病院病理診断科  
○内野かおり, 原田美香, 沖田千佳, 石井文彩, 板倉淳哉, 能登原憲司

**肝臓・胆嚢・膵臓・消化器2 10:31~10:52 座長：井上佳奈子（飯塚病院中央検査部)**

- P-1-159 胆管擦過細胞診にて腺癌が疑われた BilIN-2 を伴う遠位胆管 adenomyomatous hyperplasia の1例  
厚生連高岡病院病理診断科  
○野本一博, 寺井 孝, 照井雅代, 中田千里
- P-1-160 遠位胆管粘液癌の1例  
社会医療法人健和会健和会病院病理科<sup>1)</sup>, 社会医療法人中信勤労者医療協会松本協立病院外科<sup>2)</sup>  
○伊坪哲也<sup>1)</sup>, 林 誠一<sup>1)</sup>, 赤澤祥子<sup>1)</sup>, 吉川一実<sup>1)</sup>, 小松健一<sup>2)</sup>
- P-1-161 判定に苦慮した肝原発扁平上皮癌と Vater 乳頭癌の重複癌の一例  
大阪警察病院病理科  
○郡司有理子, 安岡弘直, 金田厚代, 青木 弘, 福田沙織, 北辻 香, 小西尋子, 辻本正彦, 辻 洋美

**甲状腺・副甲状腺1 12:50~13:18 座長：戸田修二（佐賀大学医学部病因病態科学講座臨床病態病理学分野)**

- P-1-162 当院での甲状腺濾胞性腫瘍について  
立川相互病院  
○藤元祐子, 布村真季
- P-1-163 甲状腺細胞診にて「濾胞性腫瘍疑い」症例の後方視的検討  
九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 九州大学大学院保健学部<sup>2)</sup>, 九州大学大学院形態機能病理学<sup>3)</sup>, 九州大学大学院病態制御内科学<sup>4)</sup>, 九州大学病院耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>5)</sup>, 九州大学大学院臨床・腫瘍外科<sup>6)</sup>  
○木村理恵<sup>1)</sup>, 大久保文彦<sup>1)</sup>, 山元英崇<sup>1,3)</sup>, 寺戸信芳<sup>1)</sup>, 仲 正喜<sup>1)</sup>, 野上美和子<sup>1)</sup>, 中附加奈子<sup>1)</sup>, 清松桂子<sup>1)</sup>, 杉島節夫<sup>2)</sup>, 蘆田健二<sup>4)</sup>, 安松隆治<sup>5)</sup>, 三好 圭<sup>6)</sup>, 小田義直<sup>1,3)</sup>
- P-1-164 甲状腺細胞診における LBC 法併用の有用性：福島県県民健康調査  
福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター甲状腺検査室<sup>1)</sup>, 福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター甲状腺検査推進室<sup>2)</sup>, 福島県立医科大学放射線健康管理学講座<sup>3)</sup>, 福島県立医科大学甲状腺内分泌学講座<sup>4)</sup>, 福島県立医科大学附属病院病理診断科<sup>5)</sup>, 大森赤十字病院検査部<sup>6)</sup>  
○鈴木裕恵<sup>1)</sup>, 山谷幸恵<sup>1)</sup>, 志村浩己<sup>2)</sup>, 緑川早苗<sup>2)</sup>, 鈴木 悟<sup>2)</sup>, 大津留晶<sup>3)</sup>, 鈴木真一<sup>4)</sup>, 田崎和洋<sup>5)</sup>, 橋本優子<sup>5)</sup>, 坂本穆彦<sup>6)</sup>
- P-1-165 試験的甲状腺穿刺吸引細胞診における直接塗抹法と LBC 法の比較  
国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理臨床検査科  
○時田和也, 大橋久美, 小林沙織, 澁木康雄, 森 泰昌, 元井紀子



**甲状腺・副甲状腺2 13:18~13:46 座長:三宅康之 (学校法人加計学園倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)**

- P-1-166 甲状腺充実型乳頭癌の1例  
 社会医療法人同心会古賀総合病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科病理部<sup>2)</sup>, 宮崎大学医学部病理部病理学講座腫瘍再生病態分野<sup>3)</sup>, 社会医療法人同心会古賀総合病院内科<sup>4)</sup>  
 ○白濱幸生<sup>1)</sup>, 清山和昭<sup>1)</sup>, 佐藤勇一郎<sup>2)</sup>, 田中弘之<sup>3)</sup>, 栗林忠信<sup>4)</sup>
- P-1-167 セルブロックが有用であった甲状腺乳頭癌の一例  
 社会医療法人財団新和会八千代病院病理診断科<sup>1)</sup>, 愛知県がんセンター中央病院<sup>2)</sup>  
 ○加藤 遼<sup>1)</sup>, 仲間 直<sup>1)</sup>, 新田永梨奈<sup>1)</sup>, 杉浦美佳<sup>1)</sup>, 社本幹博<sup>1)</sup>, 村上善子<sup>2)</sup>, 谷田部恭<sup>2)</sup>
- P-1-168 細胞診で組織型の推定が困難であった甲状腺未分化癌の1例  
 トヨタ記念病院臨床検査科<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○鈴木良典<sup>1)</sup>, 佐原晴人<sup>1)</sup>, 吉森之恵<sup>1)</sup>, 小笠原将人<sup>1)</sup>, 市川規子<sup>1)</sup>, 田中景子<sup>1)</sup>, 北川 諭<sup>2)</sup>, 澁谷 亮<sup>2)</sup>
- P-1-169 術前の細胞診断が有用であった甲状腺髄様癌の1例  
 亀田総合病院臨床検査室  
 ○角田敏一, 小山芳徳, 佐藤奈緒美, 伊菅大貴, 五十嵐一紀, 乳井美樹, 星 和栄, 福岡順也

**肝臓・胆嚢・膵臓・消化器3 15:10~15:31 座長:高橋芳久 (国際医療福祉大学医学部病理学)**

- P-1-170 膵上皮内腫瘍性病変 PanIN-3 に自己免疫性膵炎を伴った一切除例  
 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科<sup>1)</sup>, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科<sup>2)</sup>, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科<sup>3)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>4)</sup>  
 ○町田知久<sup>1)</sup>, 伊藤 仁<sup>3)</sup>, 渡具知克<sup>1)</sup>, 藤田大貴<sup>1)</sup>, 野村 希<sup>1)</sup>, 加戸伸明<sup>3)</sup>, 才荷 翼<sup>3)</sup>, 平林健一<sup>4)</sup>, 平岩真一郎<sup>2)</sup>, 杉山朋子<sup>2)</sup>, 中村直哉<sup>4)</sup>, 田尻琢磨<sup>2)</sup>
- P-1-171 膵液細胞診により膵上皮内癌を診断し得た一例  
 大津市民病院病理診断科  
 ○濱田新七, 益澤尚子, 田口一也, 岡本恵子, 澤 彩子, 高木育子
- P-1-172 胆管擦過細胞診が有用であった浸潤性膵臓癌の一例  
 弘前市立病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>2)</sup>, 弘前市立病院内科<sup>3)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座<sup>4)</sup>  
 ○及川颯大<sup>1)</sup>, 石山雅大<sup>1)</sup>, 吉岡治彦<sup>2)</sup>, 石井健太郎<sup>3)</sup>, 諸橋聡子<sup>1)</sup>, 吉澤忠司<sup>4)</sup>, 田中正則<sup>1)</sup>

**肝臓・胆嚢・膵臓・消化器4 15:31~15:59 座長:長田盛典 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)**

- P-1-173 一部で腺様の構造を示す膵神経内分泌癌の1例  
 慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>1)</sup>, 慶應義塾大学病院病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○佐藤孝之<sup>1,2)</sup>, 鈴木美那子<sup>1,2)</sup>, 鈴木一生<sup>1,2)</sup>, 中島清聖<sup>1,2)</sup>, 阿部 仁<sup>1,2)</sup>, 草刈 悟<sup>1,2)</sup>, 市川香緒里<sup>2)</sup>, 篠崎千鶴子<sup>2)</sup>, 川井田みほ<sup>2)</sup>, 亀山香織<sup>2)</sup>
- P-1-174 膵臓原発 NEC の1例  
 神奈川県立足柄上病院医療技術部検査科<sup>1)</sup>, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室<sup>2)</sup>, 神戸大学大学院保健学研究科<sup>3)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科<sup>4)</sup>, 神奈川県立足柄上病院病理診断科<sup>5)</sup>  
 ○大金直樹<sup>1)</sup>, 北村隆司<sup>2)</sup>, 佐々木秀貴<sup>1)</sup>, 鴨志田伸吾<sup>3)</sup>, 加藤智美<sup>4)</sup>, 永田耕治<sup>4)</sup>, 安田政実<sup>4)</sup>, 亀田陽一<sup>5)</sup>

- P-1-175 腹腔内腫瘍による重篤な低血糖発作をきたした一例  
市立ひらかた病院中央検査科  
○下村蓮一, 槌谷美幸, 小林浩子, 水松良光, 後藤 悟, 三村正明, 山本広世, 杉本広行,  
鈴鹿真理, 上野 浩
- P-1-176 EUS-FNA で推定し得た神経内分泌腫瘍 5 例の細胞像  
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター内視鏡科<sup>2</sup>  
○今泉雅之<sup>1</sup>, 浜島裕理<sup>1</sup>, 江坂四季音<sup>1</sup>, 白幡浩人<sup>1</sup>, 木下真由美<sup>1</sup>, 児島宏哉<sup>1</sup>, 木曾有里<sup>1</sup>,  
鈴木明美<sup>1</sup>, 西村 誠<sup>2</sup>, 松田陽子<sup>1</sup>, 新井富生<sup>1</sup>

肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 5 15 : 59~16 : 27

座長：前田智治（愛媛県立中央病院病理診断部）

- P-1-177 膵退形成癌（未分化癌）の細胞学的検討  
東京医大病理診断科  
○片桐仁子, 山口 浩, 山本健治郎, 谷川真希, 山科光正, 永井 毅, 井上理恵, 桑原 淳,  
藤井愛子, 山口真由実, 川野恵美子, 石原里佳子, 三宅真司, 松林 純, 長尾俊孝
- P-1-178 50 代男性に発症した膵 solid-pseudopapillary neoplasm の 2 例  
東芝病院病理科  
○柳川啓一, 磯崎岳夫, 米川球恵, 磯 真澄, 三浦泰朗
- P-1-179 術前診断に難渋した腎癌膵転移の 1 例  
独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院病理診断科<sup>1</sup>, 九州労災病院放射線診断科<sup>2</sup>, 九州労災病院外科<sup>3</sup>, 産業医科大学第 1 病理学教室<sup>4</sup>, JR 九州病院病理診断科<sup>5</sup>  
○槇原康亮<sup>1</sup>, 花井高文<sup>1</sup>, 岩見光晃<sup>1</sup>, 吉田徳秀<sup>1</sup>, 金澤茂正<sup>1</sup>, 内橋和芳<sup>1</sup>, 平田 文<sup>2</sup>,  
江上拓哉<sup>3</sup>, 久岡正典<sup>4</sup>, 濱田哲夫<sup>5</sup>
- P-1-180 肺腺癌転移であった、膵腫瘍の一例  
佐世保市総合医療センター臨床検査室病理部<sup>1</sup>, 佐世保市総合医療センター病理診断科<sup>2</sup>,  
長崎大学病院病理診断科・病理部<sup>3</sup>, 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学<sup>4</sup>  
○陣内紗永子<sup>1</sup>, 原 拓也<sup>1</sup>, 木原めぐみ<sup>1</sup>, 中山結衣<sup>1</sup>, 淵慎一郎<sup>1</sup>, 林 洋子<sup>4</sup>, 新野大介<sup>3</sup>,  
岩崎啓介<sup>2</sup>

肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 6 16 : 27~16 : 48

座長：坂谷貴司（日本医科大学付属病院病理診断科）

- P-1-181 術前胸腹水細胞診で判定し得なかった原発性虫垂癌の 1 例  
静岡市立清水病院検査技術科  
○須藤 淳, 三ツ井文子, 山内典子, 和田 彩, 紅林 泰, 立岡和弘
- P-1-182 大腸髓様癌, 捺印細胞診の一例  
潤和会記念病院臨床検査室（病理）<sup>1</sup>, 潤和会記念病院病理診断科<sup>2</sup>  
○猪股美佳<sup>1</sup>, 林 透<sup>2</sup>
- P-1-183 胆管擦過細胞診で原発巣の推定が困難であった下行結腸癌, 肝門部胆管内転移の 1 例  
国立病院機構金沢医療センター臨床検査科  
○坂倉健司, 松田愛子, 山岸 豊, 岩尾文彦, 笠島里美, 川島篤弘

リンパ・血液 1 10 : 10~10 : 31

座長：瀧本雅文（昭和大学医学部病理学臨床病理診断学部門）

- P-1-184 結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫 (NLPHL) 2 例の捺印細胞像  
国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科  
○千木良浩志, 前島亜希子, 時田和也, 澁木康雄, 元井紀子

- P-1-185 捺印細胞診によりLP細胞の存在が疑われた後腹膜リンパ腫の一例  
 埼玉医科大学病院中央病理診断部中央病理診断科<sup>1</sup>, 埼玉医科大学基礎医学病理学<sup>2</sup>  
 ○細沼沙紀<sup>1</sup>, 市村隆也<sup>1,2</sup>, 金野美年子<sup>1</sup>, 土居美枝子<sup>1</sup>, 瀬山幸子<sup>1</sup>, 政岡秀彦<sup>1</sup>, 稲田博輝<sup>1</sup>,  
 山田健人<sup>1,2</sup>, 佐々木惇<sup>1,2</sup>

- P-1-186 診断に苦慮した炎症性偽腫瘍の一例～T細胞所見を中心に～  
 順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科<sup>1</sup>, 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科<sup>2</sup>, 順天堂大学医学部附属練馬病院産婦人科<sup>3</sup>  
 ○浅見志帆<sup>1</sup>, 青木裕志<sup>1</sup>, 飯野瑞貴<sup>1</sup>, 大橋久美子<sup>2</sup>, 小倉加奈子<sup>1,2</sup>, 荻島大貴<sup>3</sup>, 松本俊治<sup>1</sup>

**リンパ・血液2 10:31～10:52 座長: 細根 勝 (日本医科大学付属多摩永山病院病理部)**

- P-1-187 特徴的な細胞像と臨床所見から推定診断し得たRosai-Dorfman病の1例  
 鳥取大学医学部附属病院病理部  
 ○山田恭子, 桑本聡史, 遠藤由香利, 大野千恵子, 松重貴大, 持田洋利, 牧嶋かれん, 野坂加苗,  
 堀江 靖, 梅北善久
- P-1-188 リンパ節穿刺吸引細胞診を契機に検出されたNeuroendocrine carcinomaの1例  
 医療法人社団高邦会高木病院<sup>1</sup>, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>2</sup>, 独立行政法人国立病院機構九州医療センター<sup>3</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>4</sup>  
 ○山口沙由莉<sup>1</sup>, 池田美穂<sup>1</sup>, 樋口千穂<sup>1</sup>, 大田喜孝<sup>2</sup>, 佐藤信也<sup>2</sup>, 桃崎征也<sup>3</sup>, 大島孝一<sup>4</sup>
- P-1-189 EUS-FNAにて認めた胃局所リンパ節内Benign epithelial inclusion (良性上皮封入体)の1例  
 JA愛知厚生連豊田厚生病院臨床検査技術科<sup>1</sup>, JA愛知厚生連豊田厚生病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○宮島里枝<sup>1</sup>, 加納由美<sup>1</sup>, 末武祐介<sup>1</sup>, 鈴木康太<sup>1</sup>, 田中浩一<sup>1</sup>, 氏平伸子<sup>2</sup>, 成田道彦<sup>2</sup>

**リンパ・血液3 10:52～11:20 座長: 中塚伸一 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)**

- P-1-190 中枢神経系原発低悪性度B細胞性リンパ腫の1例  
 愛知医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 病理診断科<sup>2</sup>  
 ○和田栄里子<sup>1</sup>, 高橋恵美子<sup>1,2</sup>, 櫻井包子<sup>1</sup>, 坪井智子<sup>1</sup>, 藤井佳穂<sup>1</sup>, 宮下拓也<sup>1</sup>, 古畑彩子<sup>1</sup>,  
 佐藤允則<sup>1</sup>, 岩越朱里<sup>1,2</sup>, 伊藤秀明<sup>1,2</sup>, 佐藤 啓<sup>1,2</sup>, 大橋明子<sup>1,2</sup>, 都築豊徳<sup>1,2</sup>
- P-1-191 primary vitreoretinal lymphomaの2例  
 小倉記念病院  
 ○安河内達郎, 甲斐桜子, 内田 準, 田中小夜, 村田建一郎
- P-1-192 多臓器に浸潤を認めたびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例  
 朝倉医師会病院臨床検査科<sup>1</sup>, 朝倉医師会病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○林 涼子<sup>1</sup>, 藤井広美<sup>1</sup>, 田口 順<sup>2</sup>
- P-1-193 リンパ節生検で乳癌転移と悪性リンパ腫を併発した症例  
 地方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  
 ○岡竹里紗, 佐々木伸也, 高瀬未穂, 鈴木雄策, 伊東良太, 棟方 哲

**リンパ・血液4 12:50～13:11 座長: 小島勝己 (福岡大学病院病理部・病理診断科)**

- P-1-194 組織診断と相違があった中型リンパ球主体の悪性リンパ腫細胞像の再検討  
 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2</sup>  
 ○島田直樹<sup>1</sup>, 大川千絵<sup>1</sup>, 草苺宏有<sup>1</sup>, 干川晶弘<sup>2</sup>, 前田一郎<sup>2</sup>, 高木正之<sup>2</sup>
- P-1-195 唾液腺穿刺細胞診を契機に診断された成人T細胞性リンパ腫の1例  
 東京通信病院病理診断科<sup>1</sup>, 東京通信病院血液内科<sup>2</sup>, 東京警察病院病理診断科<sup>3</sup>, 立正佼成会付属佼成病院病理科<sup>4</sup>, 日本医科大学多摩永山病院病理科<sup>5</sup>  
 ○岸田由起子<sup>1</sup>, 神戸晴香<sup>1</sup>, 小川佑美<sup>1</sup>, 清水香織<sup>1</sup>, 中村恵子<sup>1</sup>, 高橋 剛<sup>1</sup>, 浅川一恵<sup>1</sup>,  
 飯山光子<sup>2</sup>, 小川真紀<sup>3</sup>, 横山宗伯<sup>3</sup>, 二階堂孝<sup>4</sup>, 田村浩一<sup>1</sup>, 細根 勝<sup>5</sup>

P-1-196 髄液中に腫瘍細胞を認めた ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫の 1 例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○森 正樹, 岩崎和美, 前川秀樹, 鈴木佑梨, 森 和枝, 樋口翔平, 今村好章

**脳 13:11~13:39 座長:井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)**

P-1-197 再々発の経過を観察し得た内リンパ嚢腫瘍 (Endolymphatic sac tumor) の一例

東京警察病院病理診断科<sup>1</sup>, 東京通信病院病理部<sup>2</sup>, 立正佼成会附属俊成病院病理科<sup>3</sup>

○齋藤嘉奈子<sup>1</sup>, 横浜一樹<sup>1</sup>, 渡邊 学<sup>1</sup>, 篠原令子<sup>1</sup>, 神山慶也<sup>1</sup>, 小川真紀<sup>1</sup>, 岸田由起子<sup>2</sup>, 田村浩一<sup>2</sup>, 二階堂孝<sup>3</sup>, 横山宗伯<sup>1</sup>

P-1-198 脳脊髄液中に出現した髄芽腫の 1 例

武蔵野赤十字病院

○浦田育美, 宅見智晴, 北村洋一, 浅見力也, 古屋能孝, 高橋聡子, 櫻井うらら, 瀧 和博

P-1-199 脳脊髄液穿刺細胞診におけるグリア系腫瘍の細胞学的特徴

日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野<sup>1</sup>, 日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野<sup>2</sup>, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科<sup>3</sup>

○本間 琢<sup>1</sup>, 関 利美<sup>3</sup>, 鈴木淳子<sup>3</sup>, 山本久恵<sup>3</sup>, 橋本尚子<sup>3</sup>, 羽尾裕之<sup>1</sup>, 杉谷雅彦<sup>2</sup>

P-1-200 孤立性線維性腫瘍/血管周皮腫の細胞像—髄膜腫との比較検討—

福岡大学病院病理部・病理診断科

○西中村恵輔, 松本慎二, 相知優子, 大石朋子, 小島勝己, 鍋島一樹

**呼吸器・縦隔 3 15:10~15:38 座長:稲山嘉明 (横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科病理部)**

P-1-201 EBUS-TBNA にて神経内分泌分化を示した前立腺癌の転移が疑われた 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<sup>1</sup>, 熊本市立熊本市市民病院病理診断科<sup>2</sup>

○志賀有紗<sup>1,2</sup>, 北岡光彦<sup>1</sup>, 立山敏広<sup>1</sup>, 柴垣まどか<sup>1</sup>, 岡本真衣<sup>1</sup>, 増永純夫<sup>1</sup>, 逢坂珠美<sup>1</sup>

P-1-202 異型カルチノイドの捺印細胞所見—神経内分泌腫瘍各亜型との比較検討—

一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院

○高田佳奈, 今木 愛, 佐藤陽子, 原田仁稔, 小林美穂, 五十嵐誠治

P-1-203 当院で経験した肺 carcinoid の細胞学的検討

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部<sup>1</sup>, 同) 病理診断科<sup>2</sup>

○山畑 翔<sup>1</sup>, 世古裕里<sup>1</sup>, 横田裕香<sup>1</sup>, 石井真美<sup>2</sup>, 福島裕子<sup>2</sup>, 井上 健<sup>1,2</sup>

P-1-204 前縦隔非定型的カルチノイドの 1 例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>

○宿里亜李沙<sup>1</sup>, 窪田恵美<sup>1</sup>, 竹下かおり<sup>1</sup>, 西田ゆかり<sup>1</sup>, 田中和彦<sup>1</sup>, 後藤優子<sup>2</sup>, 北園育美<sup>2</sup>, 平木 翼<sup>1</sup>, 飛田 陽<sup>2</sup>, 東美智代<sup>1</sup>

**呼吸器・縦隔 4 15:38~16:06 座長:稲葉真由美 (関西医科大学総合医療センター病理診断科)**

P-1-205 細胞診で肺胞蛋白症を推定した 1 例

宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>

○森田勝代<sup>1</sup>, 野口裕史<sup>1</sup>, 徳満貴子<sup>1</sup>, 峰松映子<sup>1</sup>, 黒木栄輝<sup>1</sup>, 西川詩織<sup>1</sup>, 大野招伸<sup>1</sup>, 佐藤勇一郎<sup>1,2</sup>

P-1-206 術前の EBUS-TBNA で肺動脈肉腫が疑われた一例

船橋市立医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 船橋市立医療センター臨床病理<sup>2</sup>, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科<sup>3</sup>, 船橋市立医療センター呼吸器外科<sup>4</sup>, きのしたクリニック<sup>5</sup>

○諏訪朋子<sup>1</sup>, 高橋久雄<sup>1</sup>, 師岡恭之<sup>1</sup>, 石塚 瞳<sup>1</sup>, 清水辰一郎<sup>2</sup>, 内田 修<sup>3</sup>, 木下孔明<sup>4,5</sup>



- P-1-207 胸膜原発孤立性線維性腫瘍(solitary fibrous tumor)が疑われた3例  
船橋市立医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 船橋市立医療センター臨床病理<sup>2</sup>, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科<sup>3</sup>, 船橋市立医療センター呼吸器外科<sup>4</sup>, きのしたクリニック<sup>5</sup>, 帝京大学ちば総合医療センター病理部<sup>6</sup>  
○師岡恭之<sup>1</sup>, 諏訪朋子<sup>1</sup>, 高橋久雄<sup>1</sup>, 石塚 瞳<sup>1</sup>, 清水辰一郎<sup>2</sup>, 内田 修<sup>3</sup>, 木下孔明<sup>4,5</sup>, 山崎一人<sup>6</sup>, 安達純世<sup>6</sup>
- P-1-208 5年後に肺内転移・再発を認めた胸膜原発孤立性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor)の一例  
国家公務員共済組合連合会熊本中央病院病理診断科<sup>1</sup>, 国家公務員共済組合連合会熊本中央病院検査科<sup>2</sup>, 熊本市民病院病理診断科<sup>3</sup>  
○紫垣まどか<sup>1</sup>, 北岡光彦<sup>1</sup>, 立山敏広<sup>1</sup>, 岡本真衣<sup>1</sup>, 増永純夫<sup>2</sup>, 逢坂珠美<sup>2</sup>, 志賀有紗<sup>3</sup>

**甲状腺・副甲状腺3 16:06~16:27****座長: 中島正洋 (長崎大学原研病理)**

- P-1-209 甲状腺高細胞型乳頭癌の細胞学的特徴  
隈病院臨床検査科<sup>1</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2</sup>, 隈病院外科<sup>3</sup>  
○伊藤歩紀<sup>1</sup>, 廣川満良<sup>2</sup>, 高田奈美<sup>1</sup>, 鈴木彩菜<sup>1</sup>, 樋口観世子<sup>1</sup>, 山尾直輝<sup>1</sup>, 林 俊哲<sup>2</sup>, 隈 晴二<sup>2</sup>, 宮内 昭<sup>3</sup>
- P-1-210 甲状腺乳頭癌細胞にみられる rosy colloid と多核巨細胞の検討  
協同病理診断課<sup>1</sup>, 協同病理技術課<sup>2</sup>, 隈病院病理診断科<sup>3</sup>  
○北 健二<sup>1</sup>, 小川隆文<sup>1</sup>, 岩井重寿<sup>1</sup>, 榎原稔子<sup>1</sup>, 野村郁代<sup>2</sup>, 岩本英樹<sup>2</sup>, 徐 昌宏<sup>2</sup>, 廣川満良<sup>3</sup>
- P-1-211 甲状腺細胞穿刺経路再発の細胞病理学的特徴  
隈病院病理診断科<sup>1</sup>, 隈病院臨床検査科<sup>2</sup>, 隈病院外科<sup>3</sup>  
○林 俊哲<sup>1</sup>, 廣川満良<sup>1</sup>, 樋口観世子<sup>2</sup>, 宮内 昭<sup>3</sup>

**甲状腺・副甲状腺4 16:27~16:55****座長: 入江準二 (長崎みなとメディカルセンター病理診断科)**

- P-1-212 甲状腺原発粘表皮癌の1例  
愛知医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 愛知医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>  
○藤井佳穂<sup>1</sup>, 高橋恵美子<sup>1,2</sup>, 坪井智子<sup>1</sup>, 水野里美<sup>1</sup>, 宮下拓也<sup>1</sup>, 古畑彩子<sup>1</sup>, 櫻井包子<sup>1</sup>, 和田栄里子<sup>1</sup>, 佐藤允則<sup>1</sup>, 伊藤秀明<sup>2</sup>, 岩越朱里<sup>1,2</sup>, 佐藤 啓<sup>1,2</sup>, 大橋明子<sup>1,2</sup>, 都築豊徳<sup>1,2</sup>
- P-1-213 穿刺吸引細胞診が診断に有用であった気管原発腺様嚢胞癌甲状腺浸潤の一例  
金地病院細胞診断科<sup>1</sup>, 金地病院外科<sup>2</sup>, 日本医科大学付属病院病理部<sup>3</sup>, 日本医科大学付属病院病理診断科<sup>4</sup>, 日本医科大学付属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>5</sup>, 日本医科大学付属病院内分泌外科<sup>6</sup>  
○鈴木茂一<sup>1</sup>, 軸菌智雄<sup>2,6</sup>, 小坂井守<sup>1</sup>, 松原美幸<sup>3</sup>, 村瀬幸宏<sup>3</sup>, 渡会泰彦<sup>3</sup>, 酒主敦子<sup>5</sup>, 中溝宗永<sup>5</sup>, 大橋隆治<sup>4</sup>, 杉谷 巖<sup>6</sup>, 清水一雄<sup>1,2,6</sup>, 山田 哲<sup>1,2</sup>
- P-1-214 甲状腺内に認めた胸腺腫の一例  
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医歯学系専攻先端医療開発学講座包括病理学<sup>2</sup>, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所老年病理学研究チーム<sup>3</sup>  
○木曾有里<sup>1</sup>, 鈴木明美<sup>1</sup>, 浜島裕理<sup>1</sup>, 木下真由美<sup>1</sup>, 白幡浩人<sup>1</sup>, 今泉雅之<sup>1</sup>, 江坂四季音<sup>1</sup>, 児島宏哉<sup>1</sup>, 野中敬介<sup>1</sup>, 相田順子<sup>3</sup>, 倉田盛人<sup>2</sup>, 松田陽子<sup>1</sup>, 新井富生<sup>1</sup>
- P-1-215 甲状腺の胸腺様分化を示す癌の1例  
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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>  
○小嶋健太<sup>1</sup>, 清家直樹<sup>1</sup>, 今村彰吾<sup>1</sup>, 藤本翔大<sup>1</sup>, 半田瑞樹<sup>2</sup>, 瀧澤克実<sup>2</sup>, 田口健一<sup>1,2</sup>



<b>体腔液 1</b>	<b>12:50~13:18</b>	<b>座長：岡 輝明</b> (公立学校共済組合関東中央病院病理科)
P-1-216	腹水の術中迅速細胞診の判定に苦慮した卵巣漿液性癌の一例 市立大津市民病院臨床検査部 <sup>1)</sup> , 市立大津市民病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○田口一也 <sup>1)</sup> , 益澤尚子 <sup>2)</sup> , 澤 彩子 <sup>1)</sup> , 高木育子 <sup>1)</sup> , 岡本恵子 <sup>1)</sup> , 濱田新七 <sup>2)</sup>	
P-1-217	原発巣の同定に苦慮した正常大卵管漿液性癌の1例 北里大学北里研究所病院婦人科 <sup>1)</sup> , 北里大学北里研究所病院病理診断科 <sup>2)</sup> , 独協医科大学越谷病院病理診断科 <sup>3)</sup> , 日野市立病院病理診断科 <sup>4)</sup> ○石谷 健 <sup>1)</sup> , 櫻井友義 <sup>1)</sup> , 杉本 到 <sup>1)</sup> , 古澤亜希子 <sup>2)</sup> , 滝田晶子 <sup>2)</sup> , 太田花緒 <sup>2)</sup> , 原 敦子 <sup>2)</sup> , 大部 誠 <sup>2)</sup> , 松岡健太郎 <sup>3)</sup> , 森永正二郎 <sup>4)</sup>	
P-1-218	癌性腹膜炎を初発症状とした明細胞癌の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 <sup>1)</sup> , 公立学校共済組合九州中央病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○平山賢司 <sup>1)</sup> , 佐谷純一 <sup>1)</sup> , 伊藤やよい <sup>1)</sup> , 溝口義浩 <sup>1)</sup> , 宇野大輔 <sup>1)</sup> , 角 正恵 <sup>1)</sup> , 緒方昌倫 <sup>1)</sup> , 伏見文良 <sup>2)</sup>	
P-1-219	腹水中に未熟神経上皮細胞が出現した卵巣未熟奇形腫の一例 淀川キリスト教病院病理課 <sup>1)</sup> , 淀川キリスト教病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○小田井学 <sup>1)</sup> , 深田知也 <sup>1)</sup> , 平澤祐子 <sup>1)</sup> , 小竹千代 <sup>1)</sup> , 三好真由美 <sup>1)</sup> , 田中 幸 <sup>1)</sup> , 宮本達人 <sup>2)</sup> , 河野 洋 <sup>2)</sup> , 大谷恭子 <sup>2)</sup> , 寺村一裕 <sup>2)</sup>	
<b>体腔液 2</b>	<b>15:10~15:38</b>	<b>座長：廣島健三</b> (東京女子医科大学附属八千代医療センター病理診断科)
P-1-220	診断に難渋した上皮型悪性中皮腫の一例 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診 <sup>1)</sup> , 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○大田桂子 <sup>1)</sup> , 木村芳三 <sup>2)</sup> , 中山正道 <sup>2)</sup> , 伊藤園江 <sup>1)</sup> , 塚本孝久 <sup>1)</sup> , 原武晃子 <sup>1)</sup> , 榎田明美 <sup>1)</sup> , 深川良隆 <sup>1)</sup> , 坂本康輔 <sup>1)</sup> , 水落伸治 <sup>2)</sup> , 西田直代 <sup>2)</sup> , 檜垣浩一 <sup>2)</sup>	
P-1-221	高分化型乳頭状中皮腫が疑われた1例 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科 ○藤中浩樹, 佐々木志保, 岩瀬大輔, 倉澤佳奈, 小林愛美, 高城理香, 永田麻水, 西尾祥邦, 島津宏樹, 伏見博彰	
P-1-222	肺門部扁平上皮癌と, Calretinin 陽性腺癌の胸膜播種を併発した1例 山口大学医学部附属病院病理診断科 <sup>1)</sup> , 光市立光総合病院臨床検査科 <sup>2)</sup> ○橋本綾子 <sup>1)</sup> , 藤永道子 <sup>1)</sup> , 矢野恵子 <sup>1)</sup> , 高橋淳伯 <sup>2)</sup> , 星井嘉信 <sup>1)</sup>	
P-1-223	術中迅速腹腔洗浄細胞診で診断に苦慮した大腸内分泌細胞癌の一例 新潟県立がんセンター新潟病院病理部 ○弦巻順子, 土田美紀, 齋藤美沙紀, 神田真志, 林 真也, 畔上公子, 北澤 綾, 豊崎勝実, 川口洋子, 木下律子, 桜井友子, 川崎 隆, 本間慶一	
<b>体腔液 3</b>	<b>15:38~16:06</b>	<b>座長：濱川真治</b> (公立昭和病院臨床検査科)
P-1-224	ブラシを用いた横隔膜擦過・液状化細胞診断法の細胞採取量の検討(綿棒法との比較) 自治医科大学附属病院病理診断部 <sup>1)</sup> , 自治医科大学産婦人科 <sup>2)</sup> ○蘆澤健太郎 <sup>1)</sup> , 大城 久 <sup>1)</sup> , 丹波美織 <sup>1)</sup> , 田畑憲一 <sup>1)</sup> , 伊藤淳史 <sup>1)</sup> , 鈴木智子 <sup>1)</sup> , 渡邊温子 <sup>1)</sup> , 柳田美樹 <sup>1)</sup> , 郡 俊勝 <sup>1)</sup> , 二階堂貴章 <sup>1)</sup> , 藤原寛行 <sup>2)</sup> , 芳賀美子 <sup>1)</sup> , 福嶋敬宜 <sup>1)</sup>	
P-1-225	胸水細胞診における TTF-1 免疫染色の有用性についての検討 広島市医師会臨床検査センター <sup>1)</sup> , 広島赤十字・原爆病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○大野絵美 <sup>1)</sup> , 矢口裕子 <sup>1)</sup> , 田中広美 <sup>1)</sup> , 山下 葵 <sup>1)</sup> , 河野真由美 <sup>1)</sup> , 金子 英 <sup>1)</sup> , 藤原 恵 <sup>2)</sup>	

- P-1-226 胸水・心のう水に出現した乳癌の細胞学的検討  
愛知県がんセンター中央病院臨床検査部遺伝子病理検査科<sup>1</sup>, 愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部<sup>2</sup>  
○藤田奈央<sup>1</sup>, 植田菜々絵<sup>1</sup>, 太田裕子<sup>1</sup>, 村上善子<sup>2</sup>, 谷田部恭<sup>2</sup>
- P-1-227 腹水細胞診に腫瘍細胞が認められた卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例  
山梨大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 同産婦人科学講座<sup>2</sup>, 同人体病理学講座<sup>3</sup>  
○佐藤詩織<sup>1</sup>, 中澤久美子<sup>1</sup>, 石井喜雄<sup>1</sup>, 望月直子<sup>1</sup>, 花井佑樹<sup>1</sup>, 笠井一希<sup>1</sup>, 大森真紀子<sup>2</sup>, 望月邦夫<sup>3</sup>, 中澤匡男<sup>3</sup>, 近藤哲夫<sup>3</sup>, 加藤良平<sup>3</sup>

**体腔液 4 16:06~16:27 座長: 三宅真司 (東京医科大学病院病理診断部)**

- P-1-228 心嚢液細胞診が診断の一助となった IgG4 関連心疾患の一例  
(財)厚生会仙台厚生病院臨床検査センター病理診断・臨床検査科<sup>1</sup>, (財)厚生会仙台厚生病院心臓血管センター循環器内科<sup>2</sup>  
○諸橋 彰<sup>1</sup>, 赤平純一<sup>1</sup>, 荒屋敷聖<sup>1</sup>, 成田菊夫<sup>1</sup>, 雫石智子<sup>1</sup>, 堀江和紀<sup>2</sup>, 遠藤希之<sup>1</sup>
- P-1-229 腹水中に骨髓造血細胞を認めた肝内髓外造血を伴う原発性骨髓線維症の一例  
帝京大学ちば総合医療センター病理部  
○若原孝子, 山田正俊, 安達純世, 豊永安洋, 山本善也, 常世田岬, 内田浩紀, 山崎一人, 石田康生
- P-1-230 PEL-like lymphoma の像を呈した MTX 関連リンパ増殖性疾患の 1 例  
川崎医科大学附属病院病理部<sup>1</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>1,2</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2,3</sup>  
○米 亮祐<sup>1</sup>, 福屋美奈子<sup>1</sup>, 菅野豊子<sup>1</sup>, 小林江利<sup>1</sup>, 小林博久<sup>1</sup>, 西村広健<sup>2</sup>, 伊禮 功<sup>2</sup>, 秋山 隆<sup>2</sup>, 鹿股直樹<sup>3</sup>, 森谷卓也<sup>3</sup>, 定平吉都<sup>2</sup>

**教育 16:27~16:41 座長: 若狭朋子 (近畿大学医学部奈良病院病理診断科)**

- P-1-231 Pathology and Cytology on Pathology Technicians in Cambodia  
Department of Pathology, Calmette Hospital<sup>1</sup>, Department of Pathology, Preah Kossamak Hospital<sup>2</sup>, Department of Pathology, The University of Health Sciences<sup>3</sup>, Department of Pathology, Khmer-Soviet Friendship Hospital<sup>4</sup>, Department of Pathology, School of Laboratory Medicine, Nitobe Bunka College<sup>5</sup>, Clinical Pathology Center & Clinical Laboratory center, Cancer Institute Hospital<sup>6</sup>, Section of Molecular Pathology, Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University<sup>7</sup>, Department of Pathology, Nippon Medical School Tama Nagayama Hospital<sup>8</sup>, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University<sup>9</sup>, Toda Central Medical Laboratory<sup>10</sup>  
○Pich Pintuna<sup>1</sup>, Vun Chorona<sup>2</sup>, Ken Nara<sup>3</sup>, Phinh Chantra<sup>4</sup>, Sadayuki Hiroi<sup>5</sup>, Kyoko Komatsu<sup>6</sup>, Motoji Sawabe<sup>7</sup>, Hironori Katayama<sup>8</sup>, Tomoko Wakasa<sup>9</sup>, Toshiaki Kawai<sup>10</sup>
- P-1-232 Current situation of professional pathology training in Cambodia  
Department of Pathology, Preah Kossamak Hospital<sup>1</sup>, Department of Pathology, The University of Health Sciences<sup>2</sup>, Department of Pathology, Khmer-Soviet Friendship Hospital<sup>3</sup>, Department of Pathology, Calmette Hospital<sup>4</sup>, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University<sup>5</sup>, Department of Pathology, School of Laboratory Medicine, Nitobe Bunka College<sup>6</sup>, Toda Central Medical Laboratory/National Defense Medical College<sup>7</sup>  
○Cheng Sam Ang<sup>1</sup>, Chhut Serey Vathana<sup>2</sup>, Sam Sophanna<sup>3</sup>, Nheb Mary<sup>4</sup>, Tomoko Wakasa<sup>5</sup>, Sadayuki Hiroi<sup>6</sup>, Toshiaki Kawai<sup>7</sup>

## 11月19日(日) ポスター会場(福岡国際会議場 2F 多目的ホール (201-204))

**子宮頸部 12 09:20~09:41 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-2-001 子宮頸がん検診で診断に苦慮した陸上皮内癌の一例  
 公益財団法人福岡県すこやか健康事業団<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究保健学部<sup>2)</sup>, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>3)</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科<sup>4)</sup>, 北九州市立医療センター病理診断科婦人科<sup>5)</sup>  
 ○八尋裕美子<sup>1)</sup>, 田中亜都子<sup>1)</sup>, 舟越 乾<sup>1)</sup>, 加来恒壽<sup>2)</sup>, 大田喜孝<sup>3)</sup>, 檜垣浩一<sup>4)</sup>, 田宮貞史<sup>5)</sup>, 尾田 寛<sup>5)</sup>
- P-2-002 当院で経験した妊娠合併子宮頸部微小浸潤癌の1例—細胞診の限界—  
 防衛医科大学校産科婦人科学講座<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校腫瘍化学療法部<sup>2)</sup>, 防衛医科大学校病院検査部<sup>3)</sup>  
 ○岩橋秀樹<sup>1)</sup>, 笹 秀典<sup>1)</sup>, 宮本守員<sup>1)</sup>, 夏山貴博<sup>1)</sup>, 坂元崇洋<sup>1)</sup>, 石橋弘樹<sup>1)</sup>, 加藤顕人<sup>1)</sup>, 中司匡哉<sup>1)</sup>, 曾山浩明<sup>1)</sup>, 青山 真<sup>1)</sup>, 吉川智之<sup>2)</sup>, 高野政志<sup>2)</sup>, 島崎英幸<sup>3)</sup>, 古谷健一<sup>1)</sup>
- P-2-003 腫瘍関連組織好酸球増多症を示した子宮頸部原発非角化型扁平上皮癌の1例  
 金沢医科大学臨床病理学<sup>1)</sup>, 金沢医科大学病院病理部<sup>2)</sup>  
 ○黒瀬 望<sup>1)</sup>, 水口聖哉<sup>2)</sup>, 嶋口智恵<sup>2)</sup>, 津端裕美<sup>2)</sup>, 大兼政良育<sup>2)</sup>, 竹中美千穂<sup>2)</sup>, 寺内利恵<sup>2)</sup>, 山下 学<sup>2)</sup>, 中野万里子<sup>2)</sup>, 水谷謙一<sup>1)</sup>, 熊谷泉那<sup>1)</sup>, 塩谷晃広<sup>1)</sup>, 相川あかね<sup>1)</sup>, 中田聡子<sup>1)</sup>, 山田壮亮<sup>1)</sup>

**子宮頸部 13 09:41~10:02 座長: 井上貴史 (大分県立病院婦人科)**

- P-2-004 細胞診で扁平上皮癌と診断し組織診との乖離があった5例の細胞像  
 慶應義塾大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 慶應義塾大学病院産婦人科<sup>2)</sup>  
 ○照井仁美<sup>1)</sup>, 岡田ゆり子<sup>1)</sup>, 蔵本純子<sup>1)</sup>, 川井田みほ<sup>1)</sup>, 三上修治<sup>1)</sup>, 林雄一郎<sup>1)</sup>, 田中京子<sup>2)</sup>, 岩田 卓<sup>2)</sup>, 青木大輔<sup>2)</sup>, 亀山香織<sup>1)</sup>
- P-2-005 術後診断された子宮留膿症を伴う子宮頸部腺癌最小偏倚型の1例  
 稲城市立病院  
 ○大石真希, 菅裕佳子, 井口容子, 二宮委美, 井浦文香, 櫻井信行
- P-2-006 HPV 検査持続陽性が発見につながった Minimal Deviation Adenocarcinoma (MDA) と局所再発 MDA の報告  
 金沢医科大学医学部  
 ○大阪康宏, 坂本人一, 柴田健雄, 高倉正博, 笹川寿之

**子宮頸部 14 10:02~10:23 座長: 宇津木久仁子 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)**

- P-2-007 小細胞癌と通常型腺癌の共存子宮頸癌の1例  
 長岡中央総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 長岡中央総合病院病理部<sup>2)</sup>  
 ○横田有紀<sup>1)</sup>, 加勢宏明<sup>1)</sup>, 古俣 大<sup>1)</sup>, 五十嵐俊彦<sup>2)</sup>
- P-2-008 子宮頸部 Large cell neuroendocrine carcinoma と Mucinous adenocarcinoma intestinal type が合併した一例  
 日本医科大学千葉北総病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 日本医科大学千葉北総病院女性診療科・産科<sup>2)</sup>  
 ○大峯広貴<sup>1)</sup>, 笹谷昌司<sup>1)</sup>, 長谷川千花子<sup>1)</sup>, 平野孝幸<sup>1)</sup>, 佐藤春明<sup>1)</sup>, 清水秀樹<sup>1)</sup>, 三枝順子<sup>1)</sup>, 京本晃典<sup>1)</sup>, 京本絢美<sup>1)</sup>, 羽鳥 努<sup>1)</sup>, 鴨井青龍<sup>2)</sup>, 山田 隆<sup>2)</sup>, 中西一步<sup>2)</sup>, 松橋智彦<sup>2)</sup>

## P-2-009 子宮頸部細胞診が有効であった子宮悪性リンパ腫の一例

産業医科大学医学部産科婦人科学教室<sup>1</sup>, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学<sup>2</sup>  
 ○田尻亮祐<sup>1</sup>, 川越俊典<sup>1</sup>, 網本頌子<sup>1</sup>, 厚井知穂<sup>1</sup>, 植田多恵子<sup>1</sup>, 栗田智子<sup>1</sup>, 鏡 誠治<sup>1</sup>,  
 松浦祐介<sup>2</sup>, 蜂須賀徹<sup>1</sup>

**子宮頸部 15 10:23~10:44 座長: 神尾多喜浩 (済生会熊本病院中央検査部病理)**

## P-2-010 浸潤癌の鑑別診断に苦慮した子宮頸部梅毒の1例

済生会福岡総合病院産婦人科<sup>1</sup>, 済生会福岡総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○坂井邦裕<sup>1</sup>, 米田智子<sup>1</sup>, 丸山智義<sup>1</sup>, 宮崎浩子<sup>2</sup>, 佐藤真介<sup>2</sup>, 佐藤瑞恵<sup>2</sup>, 東 悠介<sup>2</sup>,  
 石井浩子<sup>2</sup>, 石橋貴寛<sup>2</sup>, 加藤誠也<sup>2</sup>

## P-2-011 円錐切除後に AGC が持続し, 長期の経過観察をおこなった AIS の一例

鳥取大学医学部産科婦人科  
 ○小作大賢, 佐藤慎也, 澤田真由美, 小松宏彰, 工藤明子, 野中道子, 千酌 潤, 大石徹郎

## P-2-012 子宮頸部擦過細胞診標本に悪性細胞が出現した乳癌の1例

健和会大手町病院臨床検査部病理科<sup>1</sup>, 健和会大手町病院病理診断科<sup>2</sup>, 産業医科大学病院  
 病理診断科<sup>3</sup>  
 ○後藤亮平<sup>1</sup>, 迫村竜巳<sup>1</sup>, 藤原友梨<sup>1</sup>, 衛藤和美<sup>1</sup>, 杉本紗也佳<sup>1</sup>, 松木康真<sup>2</sup>, 島尻正平<sup>3</sup>

**子宮頸部 16 10:44~11:05 座長: 河野光一郎 (久留米大学医学部産科婦人科学教室)**

## P-2-013 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例

地方独立行政法人佐世保市総合医療センター産婦人科<sup>1</sup>, 地方独立行政法人佐世保市総合  
 医療センター病理診断科<sup>2</sup>  
 ○川下さやか<sup>1</sup>, 原 拓也<sup>2</sup>, 陣内紗永子<sup>2</sup>, 淵慎一郎<sup>2</sup>, 岩崎啓介<sup>2</sup>, 中山大介<sup>1</sup>

## P-2-014 婦人科細胞診にて小細胞癌が疑われた3症例

昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室<sup>1</sup>, 昭和大学横浜市北部病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○小島朋子<sup>1</sup>, 北村隆司<sup>1</sup>, 花井絵梨香<sup>1</sup>, 津田祥子<sup>1</sup>, 尾松睦子<sup>2</sup>, 国村利明<sup>2</sup>, 塩川 章<sup>2</sup>

## P-2-015 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例

市立旭川病院  
 ○板橋 彩, 林 博章, 中田俊之, 高田明生

**子宮頸部 17 11:05~11:33 座長: 小川伸二 (独立行政法人国立病院機構九州医療センター)**

## P-2-016 子宮頸部腺様基底細胞癌 (adenoid basal carcinoma) の1例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>, 鹿児島大学病院産科婦人科<sup>3</sup>  
 ○田中和彦<sup>1</sup>, 宿里亜李沙<sup>1</sup>, 窪田恵美<sup>1</sup>, 竹下かおり<sup>1</sup>, 西田ゆかり<sup>1</sup>, 後藤優子<sup>2</sup>, 北園育美<sup>2</sup>,  
 平木 翼<sup>1</sup>, 飛田 陽<sup>2</sup>, 東美智代<sup>1</sup>, 築詰伸太郎<sup>3</sup>, 小林裕明<sup>3</sup>

## P-2-017 子宮頸部絨毛腺管状腺癌の1例

北海道大学産婦人科<sup>1</sup>, 手稲溪仁会病院産婦人科<sup>2</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>3</sup>  
 ○奥 聡<sup>1</sup>, 武田真人<sup>1</sup>, 朝野拓史<sup>1</sup>, 今井一章<sup>2</sup>, 小林由佳子<sup>1</sup>, 前田悟郎<sup>1</sup>, 石塚泰也<sup>1</sup>,  
 丸川活司<sup>3</sup>, 岡田宏美<sup>3</sup>, 三田村卓<sup>1</sup>, 保坂昌芳<sup>1</sup>, 佐川 正<sup>1</sup>, 渡利英道<sup>1</sup>, 畑中佳奈子<sup>3</sup>,  
 松野吉宏<sup>3</sup>

## P-2-018 子宮頸部上皮内腺癌 (AIS) と CIN3 病変合併例の細胞像の検討

兵庫県立がんセンター検査部<sup>1</sup>, 兵庫県立がんセンター病理診断科<sup>2</sup>  
 ○西村優希<sup>1</sup>, 上山 優<sup>1</sup>, 南 智也<sup>1</sup>, 上月文子<sup>1</sup>, 高垣和代<sup>1</sup>, 石田由香里<sup>1</sup>, 前田妙子<sup>1</sup>,  
 炭本久代<sup>1</sup>, 清見千代子<sup>1</sup>, 高山みずほ<sup>1</sup>, 宮本啓子<sup>1</sup>, 前田尚子<sup>2</sup>, 梶本和義<sup>2</sup>, 佐久間淑子<sup>2</sup>,  
 廣瀬隆則<sup>2</sup>

## P-2-019 印環細胞癌と扁平上皮癌の衝突癌が疑われた子宮頸癌の一例

鹿児島大学病院産科婦人科<sup>1</sup>, 鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>2</sup>

○築詰伸太郎<sup>1</sup>, 福田美香<sup>1</sup>, 戸上真一<sup>1</sup>, 神尾真樹<sup>1</sup>, 田中和彦<sup>2</sup>, 西田ゆかり<sup>2</sup>, 竹下かおり<sup>2</sup>,  
窪田恵美<sup>2</sup>, 宿里亜李沙<sup>2</sup>, 北園育美<sup>2</sup>, 平木 翼<sup>2</sup>, 東美智代<sup>2</sup>, 谷本昭英<sup>2</sup>, 小林裕明<sup>1</sup>

**子宮頸部 18****13:00~13:28****座長: 寺本勝寛 (山梨県厚生連健康管理センター)**

## P-2-020 子宮頸部小細胞癌の1例

国立病院機構呉医療センター中国がんセンター産婦人科<sup>1</sup>, 藤井レディースクリニック院長<sup>2</sup>, 独立行政法人呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>3</sup>, 同臨床研究部<sup>4</sup>, 同臨床検査科<sup>5</sup>, 同院長<sup>6</sup>

○高畑敬之<sup>1</sup>, 澤崎 隆<sup>1</sup>, 中村紘子<sup>1</sup>, 藤井恒夫<sup>2</sup>, 谷山大樹<sup>3</sup>, 山本英喜<sup>5</sup>, 在津潤一<sup>3</sup>,  
齋藤彰久<sup>3</sup>, 倉岡和矢<sup>3,4,5</sup>, 菅重里砂<sup>3</sup>, 藤澤宏樹<sup>3</sup>, 安村奈緒子<sup>3</sup>, 吉田美帆<sup>3</sup>, 戸田 環<sup>4</sup>,  
谷山清己<sup>6</sup>

## P-2-021 性器小細胞癌の細胞像について

福井県立病院

○堀 芳秋, 金井貴弘, 加藤三典, 土田 達, 原 季衣, 小上瑛也, 横川早耶香, 木戸口仁美,  
針谷朋美

## P-2-022 子宮頸部小細胞癌の一例

岩手医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2</sup>

○菅安寿子<sup>1</sup>, 永沢崇幸<sup>1</sup>, 佐藤誠也<sup>1</sup>, 刑部光正<sup>2</sup>, 石田和之<sup>2</sup>, 利部正裕<sup>1</sup>, 竹内 聡<sup>1</sup>,  
板持広明<sup>1</sup>, 菅井 有<sup>2</sup>, 杉山 徹<sup>1</sup>

## P-2-023 診断に苦慮した神経内分泌癌の一例

臨床病態医学研究所<sup>1</sup>, 熊本大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>3</sup>, ウイメンズ KM クリニック<sup>4</sup>

○工藤雅美<sup>1</sup>, 小川明香<sup>1</sup>, 早川 愛<sup>1</sup>, 松下敦子<sup>1</sup>, 笠間美紀子<sup>1</sup>, 関本哉恵<sup>1</sup>, 西山尚子<sup>2</sup>,  
加来恒壽<sup>3</sup>, 柏村正道<sup>4</sup>

**子宮頸部 19****13:28~13:49****座長: 及川洋恵 (医療法人社団スズキ記念病院医療技術部)**

## P-2-024 2014年子宮頸部腫瘍新 WHO 分類とベセスダシステムが意味するもの

北海道対がん協会細胞診センター<sup>1</sup>, 北海道大学医学部附属病院産婦人科<sup>2</sup>

○小西加奈子<sup>1</sup>, 保坂昌芳<sup>2</sup>, 加藤 修<sup>1</sup>, 日野順子<sup>1</sup>, 茂木由紀<sup>1</sup>, 藤田博正<sup>1</sup>

## P-2-025 萎縮における異型扁平上皮細胞の細胞像と高リスク HPV 検査結果の比較検討

(公財) 東京都保健医療公社東京都がん検診センター検査科<sup>1</sup>, (公財) 東京都保健医療公社東京都がん検診センター婦人科<sup>2</sup>

○押本綾子<sup>1</sup>, 楠木麻子<sup>1</sup>, 庄野幸恵<sup>1</sup>, 山浦英一<sup>1</sup>, 坂本恵津子<sup>1</sup>, 渋谷経子<sup>1</sup>, 若林富枝<sup>1</sup>,  
白幡理位<sup>1</sup>, 山村彰彦<sup>1</sup>, 齋藤 馨<sup>2</sup>, 伊藤良彌<sup>2</sup>

## P-2-026 子宮頸部細胞診における異型腺細胞 AGC の検討

大津赤十字病院検査部<sup>1</sup>, 大津赤十字病院病理診断科<sup>2</sup>, 兵庫県立尼崎総合医療センター産婦人科<sup>3</sup>

○今村真治<sup>1</sup>, 小栗大助<sup>1</sup>, 中村美紀<sup>1</sup>, 奥野知子<sup>2</sup>, 白瀬智之<sup>2</sup>, 廣瀬雅哉<sup>3</sup>



**子宮頸部 20 13:49~14:10 座長: 卜部理恵 (独立行政法人労働者福祉機構中国労災病院産婦人科)**

- P-2-027 Papillary immature metaplasia/immature condyloma の一例  
杏林大学医学部付属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>, 杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>3)</sup>  
○稲嶺圭祐<sup>1)</sup>, 岸本浩次<sup>1)</sup>, 坂本憲彦<sup>1)</sup>, 水谷奈津子<sup>1)</sup>, 市川美雄<sup>1)</sup>, 鈴木 瞳<sup>1)</sup>, 菅野大輝<sup>1)</sup>, 古川由香<sup>1)</sup>, 船田さやか<sup>2)</sup>, 長濱清隆<sup>2)</sup>, 藤原正親<sup>2)</sup>, 西ヶ谷順子<sup>3)</sup>, 百村麻衣<sup>3)</sup>, 小林陽一<sup>3)</sup>, 柴原純二<sup>1)</sup>
- P-2-028 コンジローマ様癌が疑われた上皮内癌の一例  
福井県立病院  
○加藤三典, 堀 芳秋, 小林寛人, 土田 達, 海崎泰治, 横川さやか, 木戸口仁美, 針谷朋美, 水野幸恵, 杉田元気, 金井貴弘, 原 季衣, 有賀美紀子
- P-2-029 腔断端細胞診における腺癌再発症例の検討  
姫路赤十字病院検査技術部形態検査課病理<sup>1)</sup>, 姫路赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○永谷たみ<sup>1)</sup>, 廣尾嘉樹<sup>1)</sup>, 井上 瞳<sup>1)</sup>, 春名勝也<sup>1)</sup>, 山本繁秀<sup>1)</sup>, 堀田真智子<sup>2)</sup>, 伏見聡一郎<sup>2)</sup>, 和仁洋治<sup>2)</sup>

**子宮体部 10 09:20~09:41 座長: 高松 潔 (東京歯科大学市川総合病院産婦人科)**

- P-2-030 子宮体部癌肉腫の術前診断に関する検討  
東京慈恵会医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>2)</sup>  
○永吉陽子<sup>1)</sup>, 山田恭輔<sup>1)</sup>, 後藤ちひろ<sup>1)</sup>, 高橋一彰<sup>1)</sup>, 上田 和<sup>1)</sup>, 斎藤元章<sup>1)</sup>, 清川貴子<sup>2)</sup>, 岡本愛光<sup>1)</sup>
- P-2-031 当院で経験した子宮内膜癌肉腫の細胞学的検討と細胞診術前診断の意義  
関西医科大学附属病院病理部  
○岡野公明, 宮川 文, 石田光明, 宮坂知佳, 大江知里, 葛 幸治
- P-2-032 当院での子宮肉腫, 子宮癌肉腫における異型細胞の出現様式と臨床経過  
飯塚病院産婦人科<sup>1)</sup>, 飯塚病院中央検査部形態検査室<sup>2)</sup>, 飯塚病院病理科<sup>3)</sup>  
○近藤晴彦<sup>1)</sup>, 小柳貴裕<sup>1)</sup>, 藤 庸子<sup>1)</sup>, 今岡咲子<sup>1)</sup>, 安藤美穂<sup>1)</sup>, 上原俊貴<sup>2)</sup>, 金谷直哉<sup>2)</sup>, 川嶋大輔<sup>2)</sup>, 井上佳奈子<sup>2)</sup>, 桑岡 勲<sup>2)</sup>, 柴田大樹<sup>3)</sup>, 平木由佳<sup>3)</sup>, 大屋正文<sup>3)</sup>, 江口冬樹<sup>1)</sup>, 辻岡 寛<sup>1)</sup>

**子宮体部 11 09:41~10:02 座長: 河内茂人 (独立行政法人国立病院機構九州医療センター病理部)**

- P-2-033 子宮内膜および卵巣腫瘍細胞における FISH 法を用いた Kras と 12 番染色体の遺伝子異常の評価  
広島大学病院病理病理診断科  
○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, 城間紀之, 有廣光司
- P-2-034 子宮体部類内膜腺癌における癌幹細胞の形態解析  
九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>1)</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>2)</sup>, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科<sup>3)</sup>  
○西森 誠<sup>1,2)</sup>, 大澤幸希光<sup>3)</sup>, 宮本朋幸<sup>1,2)</sup>, 薬師寺宏匡<sup>1,2)</sup>, 所司睦文<sup>1,2)</sup>, 荒武八起<sup>1,2)</sup>, 西村篤乃<sup>2)</sup>, 大野節代<sup>1,2,3)</sup>, 大野英治<sup>1,2,3)</sup>
- P-2-035 子宮体癌幹細胞における NOTCH シグナル経路の役割  
九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>1)</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>2)</sup>, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>3)</sup>, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科<sup>4)</sup>  
○宮本朋幸<sup>1,2)</sup>, 富安 聡<sup>3)</sup>, 大澤幸希光<sup>4)</sup>, 西森 誠<sup>1,2)</sup>, 薬師寺宏匡<sup>1,2)</sup>, 所司睦文<sup>1,2)</sup>, 西村篤乃<sup>1,2)</sup>, 大野節代<sup>1,2,4)</sup>, 大野英治<sup>1,2,4)</sup>

<b>子宮体部 12</b>	<b>10 : 02~10 : 23</b>	<b>座長：松井成明</b> （日本鋼管病院病理検査科）
P-2-036	子宮ポリープ状異型腺筋腫（Atypical polypoid adenomyoma APAM）の細胞像 神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部 <sup>1</sup> ，神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科 <sup>2</sup> ○田代章人 <sup>1</sup> ，井本秀志 <sup>1</sup> ，森田明子 <sup>1</sup> ，尾松雅仁 <sup>1</sup> ，中 彩乃 <sup>1</sup> ，山下大祐 <sup>2</sup> ，今井幸弘 <sup>2</sup>	
P-2-037	癌腫成分の組織型推定に困難を感じた子宮体部原発癌肉腫の一例 横浜市立みなと赤十字病院病理部 <sup>1</sup> ，横浜市立みなと赤十字病院放射線診断科 <sup>2</sup> ，横浜市立みなと赤十字病院婦人科腫瘍外科 <sup>3</sup> ○伊藤圭祐 <sup>1</sup> ，熊谷二郎 <sup>1</sup> ，道上佳洋 <sup>2</sup> ，若松昌巨 <sup>3</sup> ，山村信一 <sup>1</sup> ，林 榮一 <sup>1</sup> ，山本容子 <sup>1</sup> ，佐藤瑞穂 <sup>1</sup>	
P-2-038	子宮癌肉腫の細胞像の検討 宮崎県立宮崎病院臨床検査科 <sup>1</sup> ，宮崎県立宮崎病院病理診断科 <sup>2</sup> ，宮崎県立宮崎病院産婦人科 <sup>3</sup> ○木田裕子 <sup>1</sup> ，長友明彦 <sup>1</sup> ，谷口康郎 <sup>1</sup> ，若松亜弥 <sup>1</sup> ，原口朋子 <sup>1</sup> ，島尾義也 <sup>2</sup> ，丸塚浩助 <sup>2</sup> ，嶋本富博 <sup>3</sup>	
<b>子宮体部 13</b>	<b>10 : 23~10 : 44</b>	<b>座長：木佐貫篤</b> （宮崎県立日南病院臨床検査科・病理診断科）
P-2-039	子宮転移により診断され，乳腺小葉癌が強く疑われた1例 市立砺波総合病院産婦人科 <sup>1</sup> ，市立砺波総合病院病理診断科 <sup>2</sup> ，市立砺波総合病院臨床病理科 <sup>3</sup> ○生水貫人 <sup>1</sup> ，寺畑信太郎 <sup>2</sup> ，新居絵理 <sup>1</sup> ，稲田貢三子 <sup>1</sup> ，佐々木泰 <sup>1</sup> ，奥野のり子 <sup>2</sup> ，石倉宗浩 <sup>3</sup> ，西田秀昭 <sup>3</sup> ，福田弘幸 <sup>3</sup> ，蟹谷智勝 <sup>3</sup> ，三井由紀子 <sup>3</sup>	
P-2-040	子宮内膜細胞診陽性のみを呈した卵巣漿液性癌の一例 武蔵野赤十字病院産婦人科 <sup>1</sup> ，武蔵野赤十字病院病理診断科 <sup>2</sup> ○黒須博之 <sup>1</sup> ，梅澤 聡 <sup>1</sup> ，山崎龍王 <sup>1</sup> ，小林織恵 <sup>1</sup> ，小林弥生子 <sup>1</sup> ，櫻井うらら <sup>2</sup> ，宅見智晴 <sup>2</sup> ，北村洋一 <sup>2</sup> ，浅見力也 <sup>2</sup> ，古屋能孝 <sup>2</sup> ，浦田育美 <sup>2</sup>	
P-2-041	転移性子宮癌の一例 佐賀大学医学部産婦人科 ○光 貴子，橋口真理子，福田亜紗子，花島克幸，西山 哲，野口光代，内山倫子，中尾佳史，横山正俊	
<b>子宮体部 14</b>	<b>10 : 44~11 : 05</b>	<b>座長：矢幡秀昭</b> （九州大学病院産婦人科）
P-2-042	子宮内膜細胞診における直接塗抹法と TACAS <sup>TM</sup> 法の細胞所見比較 株式会社医学生物学研究所学術部 <sup>1</sup> ，市立宇和島病院臨床検査科 <sup>2</sup> ，愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座 <sup>3</sup> ○林 聖子 <sup>1</sup> ，高田真未 <sup>1</sup> ，中川健司 <sup>2</sup> ，則松良明 <sup>3</sup>	
P-2-043	ThinPrep 法における子宮内膜細胞診標本作製法の検討（第二報）3種類のフィルターと比較 （株）エスアールエル福岡ラボラトリー ○久岡陽子，池本理恵，衛藤久仁子，秋田律子，平原尊史，西 国広，伊藤裕司，中島 豊	
P-2-044	病理組織で類内膜腺癌（G1）と診断された症例における ThinPrep 標本の細胞像の検討 （株）エスアールエル福岡ラボラトリー ○衛藤久仁子，池本理恵，平原尊史，久岡陽子，秋田律子，早田員枝，倉永博之，古川朋美，西 国広，伊藤裕司，中島 豊	

<b>卵巣3</b>	<b>13:00~13:21</b>	<b>座長:津田 均</b> (防衛医科大学校病理学教室)
P-2-045	卵巣癌バイオマーカーとしてのエクソソーム内在 microRNA の検討 弘前大学大学院保険学研究所 <sup>1</sup> , 弘前大学大学院医学研究科 <sup>2</sup> ○堀江香代 <sup>1</sup> , 横山良仁 <sup>2</sup> , 吉岡治彦 <sup>1</sup> , 渡邊 純 <sup>1</sup>	
P-2-046	完全切除された III 期以上の卵巣がん・腹膜がんの腹腔内洗浄細胞診は予後予測因子となる 奈良県総合医療センター産婦人科 <sup>1</sup> , 奈良県総合医療センター中央臨床検査部 <sup>2</sup> , 奈良県総合医療センター病理診断科 <sup>3</sup> ○井谷嘉男 <sup>1</sup> , 渡邊 恵 <sup>1</sup> , 山中彰一郎 <sup>1</sup> , 竹田善紀 <sup>1</sup> , 杉本ひとみ <sup>1</sup> , 石橋理子 <sup>1</sup> , 伊東史学 <sup>1</sup> , 杉浦 敦 <sup>1</sup> , 平野仁嗣 <sup>1</sup> , 豊田進司 <sup>1,3</sup> , 山口敬子 <sup>1</sup> , 辻野秀夫 <sup>2</sup> , 岡田 博 <sup>2</sup> , 石田英和 <sup>3</sup> , 喜多恒和 <sup>1</sup>	
P-2-047	婦人科腫瘍における腹水セルブロックによる薬剤感受性の診断と細胞接着因子の発現変化 東京慈恵会医科大学附属第三病院 ○山口乃里子, 池永晃大, 河越ゆかり, 中島あかり, 日高三和, 齋藤良介, 嘉屋隆介, 高梨裕子, 儀西成治	
<b>卵巣4</b>	<b>13:21~13:49</b>	<b>座長:山崎文朗</b> (独立行政法人地域医療機能推進機構佐賀中部病院検査科)
P-2-048	卵巣癌診断における体腔液細胞診の有用性~セルブロックによる組織型推定の可能性~ 神奈川県立がんセンター婦人科 <sup>1</sup> , 神奈川県立がんセンター検査科 <sup>2</sup> , 神奈川県立がんセンター病理診断科 <sup>3</sup> ○最上多恵 <sup>1</sup> , 酒井麻衣 <sup>2</sup> , 岩撫成子 <sup>2</sup> , 上原萌美 <sup>1</sup> , 上西園幸子 <sup>1</sup> , 池田真利子 <sup>1</sup> , 内山亜弥 <sup>1</sup> , 近内勝幸 <sup>1</sup> , 小野瀬亮 <sup>1</sup> , 横瀬智之 <sup>3</sup> , 加藤久盛 <sup>1</sup>	
P-2-049	子宮内膜および腹水細胞診像で組織型の推定が可能であった腹膜原発漿液性腺癌の1例 立正俊成会附属俊成病院産婦人科 <sup>1</sup> , 立正俊成会附属俊成病院病理部 <sup>2</sup> , 杏林大学病院産科婦人科 <sup>3</sup> ○野田清香 <sup>1</sup> , 鈴木 淳 <sup>1</sup> , 金田由香子 <sup>1</sup> , 井上慶子 <sup>1</sup> , 村田英一郎 <sup>2</sup> , 當間嗣睦 <sup>2</sup> , 西ヶ谷順子 <sup>3</sup> , 百村麻衣 <sup>3</sup> , 二階堂孝 <sup>2</sup> , 木村英三 <sup>1</sup> , 小林陽一 <sup>3</sup>	
P-2-050	卵巣明細胞癌の組織診と捺印細胞診との整合性 いわき市立総合磐城共立病院病理診断センター ○浅野重之, 小野早苗, 山崎一樹, 池田 藍, 小松香織, 西山 浩, 本多つよし, 松本朋子, 近藤宏徳, 森 菊夫	
P-2-051	卵巣明細胞癌推定の決め手となる捺印細胞所見についての検討 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科 <sup>1</sup> , 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科 <sup>2</sup> ○白濱冨湖 <sup>1</sup> , 渡邊麗子 <sup>1</sup> , 澁木康雄 <sup>1</sup> , 時田和也 <sup>1</sup> , 藤間瑞穂 <sup>1</sup> , 池上陽太 <sup>1</sup> , 福原 萌 <sup>1</sup> , 大橋久美 <sup>1</sup> , 近藤 円 <sup>1</sup> , 小林隆樹 <sup>1</sup> , 加藤友康 <sup>2</sup> , 石川光也 <sup>2</sup> , 植原貴史 <sup>2</sup> , 吉田 裕 <sup>1</sup> , 元井紀子 <sup>1</sup>	
<b>卵巣5</b>	<b>13:49~14:10</b>	<b>座長:寺井義人</b> (大阪医科大学産婦人科)
P-2-052	リンパ節細胞診が初回治療後の方針決定に有用であった卵巣癌の一例 がん研有明病院婦人科 ○加藤一喜, 尾松公平, 宇津木久仁子, 金尾祐之, 的田真紀, 岡本三四郎, 野村秀高, 谷川輝美, 長島 稔, 杉山裕子, 竹島信宏	
P-2-053	細胞診が治療方針決定の一助となった卵巣原発肺型小細胞癌の1例 県立広島病院産科婦人科 <sup>1</sup> , 県立広島病院臨床研究検査科 <sup>2</sup> ○熊谷正俊 <sup>1</sup> , 濱崎 晶 <sup>1</sup> , 脇本真帆 <sup>2</sup> , 佐藤梨紗 <sup>2</sup> , 大田絢子 <sup>2</sup> , 多々野友美 <sup>2</sup> , 西阪 隆 <sup>2</sup>	

## P-2-054 進行膀胱癌を合併した卵巣癌（腹膜癌）の一例

北海道がんセンター婦人科<sup>1</sup>, 江別市立病院産婦人科<sup>2</sup>, 江別市立病院検査科<sup>3</sup>

○岡元一平<sup>1</sup>, 竹下 奨<sup>1</sup>, 小館英明<sup>2</sup>, 村杉梨乃<sup>3</sup>, 高橋 学<sup>3</sup>

**呼吸器・縦隔 5 09:20~09:48 座長: 甲斐敬太 (佐賀大学医学部附属病院病理部)**

## P-2-055 気管支鏡細胞診材料による肺癌の組織型推定の検討

東京女子医科大学八千代医療センター医療技術部臨床検査室<sup>1</sup>, 東京女子医科大学八千代医療センター呼吸器外科<sup>2</sup>, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科<sup>3</sup>

○角奈美子<sup>1</sup>, 南部周平<sup>1</sup>, 今野辰郎<sup>1</sup>, 高橋昌樹<sup>1</sup>, 末澤重紀<sup>1</sup>, 黄 英哲<sup>2</sup>, 関根康雄<sup>2</sup>, 大出貴士<sup>3</sup>, 増永敦子<sup>3</sup>, 廣島健三<sup>3</sup>

## P-2-056 肺転移をきたした耳下腺筋上皮癌の1例

東京医科大学病院病理診断科<sup>1</sup>, 東京医科大学人体病理学<sup>2</sup>, 東京医科大学呼吸器甲状腺外科学分野<sup>3</sup>

○渡部顕章<sup>1</sup>, 松林 純<sup>1,2</sup>, 小池悦子<sup>1</sup>, 三宅真司<sup>1</sup>, 稲垣敦史<sup>1</sup>, 川内ゆうか<sup>1</sup>, 金子清花<sup>1</sup>, 忽滑谷昌平<sup>1</sup>, 平井秀明<sup>1,2</sup>, 高橋礼典<sup>1,2</sup>, 垣花昌俊<sup>3</sup>, 梶原直央<sup>3</sup>, 大平達夫<sup>3</sup>, 池田徳彦<sup>3</sup>, 長尾俊孝<sup>1,2</sup>

## P-2-057 肺内巨大腫瘍として発見された Diffuse large B-cell lymphoma の1例

公立藤田総合病院臨床検査室病理<sup>1</sup>, JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科<sup>2</sup>

○黒田和希<sup>1</sup>, 野地響子<sup>1</sup>, 田中瑞子<sup>1</sup>, 野沢佳弘<sup>2</sup>

## P-2-058 肺 MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫の2症例

国立病院機構松江医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 鳥取大学医学部附属病院胸部外科<sup>2</sup>, 国立病院機構浜田医療センター臨床検査科<sup>3</sup>

○西村俊直<sup>1</sup>, 吉田恵梨子<sup>1</sup>, 岸本篤人<sup>1</sup>, 長岡三郎<sup>1</sup>, 荒木邦夫<sup>2</sup>, 長崎真琴<sup>3</sup>

**呼吸器・縦隔 6 09:48~10:16 座長: 谷山清己 (独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター)**

## P-2-059 千葉県肺癌個別検診喀痰細胞診の成績と発見された胸部 CT 検査無所見肺癌の解析

公益財団法人ちば県民保健予防財団病理・細胞診断科<sup>1</sup>, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科<sup>2</sup>, 千葉大学医学部附属病院成田赤十字病院肺がん治療センター<sup>3</sup>, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学<sup>4</sup>, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学<sup>5</sup>

○田口明美<sup>1</sup>, 柴 光年<sup>2</sup>, 金親久美<sup>1</sup>, 渋谷 潔<sup>3</sup>, 中谷行雄<sup>4</sup>, 中島崇裕<sup>5</sup>, 吉野一郎<sup>5</sup>, 藤澤武彦<sup>1</sup>

## P-2-060 肺がん診療における効率的な病理検体の取扱いの工夫

九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 九州大学大学院形態機能病理学<sup>2</sup>, 九州大学大学院呼吸器科<sup>3</sup>, 九州大学大学院消化器・総合外科<sup>4</sup>

○大石祐未<sup>1</sup>, 大久保文彦<sup>1</sup>, 清松桂子<sup>1</sup>, 寺戸信芳<sup>1</sup>, 野上美和子<sup>1</sup>, 仲 正喜<sup>1</sup>, 中附加奈子<sup>1</sup>, 木村理恵<sup>1</sup>, 伊地知佳世<sup>1,2</sup>, 山元英崇<sup>1,2</sup>, 岩間映二<sup>3</sup>, 岡本 勇<sup>3</sup>, 田川哲三<sup>4</sup>, 小田義直<sup>1,2</sup>

## P-2-061 呼吸器細胞診における免疫染色の肺癌組織型推定診断への応用について

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○吉田和広, 澁木康雄, 時田和也, 杉山迪子, 橋本大輝, 元井紀子

## P-2-062 PD-L1 の免疫組織化学におけるセルブロックの有用性の検討

千葉大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学<sup>2</sup>, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学<sup>3</sup>

○鈴木 学<sup>1</sup>, 小野寺清隆<sup>1</sup>, 三枝文恵<sup>1</sup>, 中 千裕<sup>1</sup>, 四宮義貴<sup>1</sup>, 白井恵美<sup>1</sup>, 大木昌二<sup>1</sup>, 太田 聡<sup>1</sup>, 吉野一郎<sup>2</sup>, 中谷行雄<sup>1,3</sup>



**呼吸器・縦隔7 10:16~10:37 座長:小賀厚徳 (山口大学医学部分子病理)**

- P-2-063 肺原発 ROS1 陽性 Inflammatory myofibroblastic tumour (IMT) の1例  
 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<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>, 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呼吸器腫瘍科<sup>3)</sup>, 九州大学病理診断科・病理部<sup>4)</sup>  
 ○今村彰吾<sup>1)</sup>, 藤本翔大<sup>1)</sup>, 小嶋健太<sup>1)</sup>, 清家直樹<sup>1)</sup>, 加藤祐一<sup>1)</sup>, 北里謙二<sup>1)</sup>, 瀧澤克実<sup>2)</sup>, 半田瑞樹<sup>2)</sup>, 田口健一<sup>1,2)</sup>, 竹之山光広<sup>3)</sup>, 山元英崇<sup>4)</sup>
- P-2-064 ROS1 肺癌の1例  
 産業医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学医学部第2病理学<sup>3)</sup>, 産業医科大学医学部第1病理学<sup>4)</sup>  
 ○光田成未<sup>1)</sup>, 島尻正平<sup>1,2,3)</sup>, 恒成徳子<sup>1)</sup>, 岡 春子<sup>1)</sup>, 佐藤 斉<sup>1)</sup>, 小原光祥<sup>1)</sup>, 藤原 仁<sup>1)</sup>, 名和田彩<sup>3)</sup>, 野口紘嗣<sup>3)</sup>, 佐藤奈帆子<sup>3)</sup>, 久岡正典<sup>4)</sup>, 中山敏幸<sup>2,3)</sup>
- P-2-065 腺癌と扁平上皮癌の両成分を認めた ALK 陽性肺癌の1例  
 独立行政法人労働者健康安全機構熊本労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 独立行政法人労働者健康安全機構熊本労災病院病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○森谷智輝<sup>1)</sup>, 川野陽子<sup>1)</sup>, 井上博幸<sup>1)</sup>, 園田鮎美<sup>1)</sup>, 栗脇一三<sup>2)</sup>

**呼吸器・縦隔8 10:37~11:05 座長:倉岡和矢 (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)**

- P-2-066 肺に発生した類基底細胞型扁平上皮癌の1例  
 社会医療法人愛仁会高槻病院技術部検査科病理<sup>1)</sup>, 社会医療法人愛仁会高槻病院病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○平尾美智<sup>1)</sup>, 井本智子<sup>1)</sup>, 谷口由美<sup>1)</sup>, 飯塚梨沙<sup>1)</sup>, 仲谷武史<sup>1)</sup>, 伊倉義弘<sup>2)</sup>, 岩井泰博<sup>2)</sup>
- P-2-067 右肺下葉に発生した大細胞神経内分泌癌の一例  
 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<sup>1)</sup>, 臨床検査科<sup>2)</sup>, 臨床研究部<sup>3)</sup>, 院長<sup>4)</sup>  
 ○菅亜里紗<sup>1)</sup>, 倉岡和矢<sup>1,2,3)</sup>, 藤澤宏樹<sup>1)</sup>, 安村奈緒子<sup>1)</sup>, 吉田美帆<sup>1)</sup>, 佐伯由美<sup>1)</sup>, 戸田 環<sup>3)</sup>, 山本英喜<sup>2)</sup>, 在津潤一<sup>1)</sup>, 谷山大樹<sup>1,3)</sup>, 齋藤彰久<sup>1)</sup>, 谷山清己<sup>4)</sup>
- P-2-068 細胞診のメラニン顆粒が診断に有効であった肺原発悪性黒色腫の1例  
 滋賀県立成人病センター呼吸器内科<sup>1)</sup>, 滋賀県立成人病センター病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○塩田哲広<sup>1)</sup>, 河野文彦<sup>2)</sup>, 稲葉洋美<sup>2)</sup>, 渡邊壽規<sup>1)</sup>, 西村みゆき<sup>2)</sup>, 土肥 誠<sup>2)</sup>, 谷口裕美<sup>2)</sup>, 一宮 陸<sup>2)</sup>, 山本喜啓<sup>1)</sup>, 新宅雅幸<sup>2)</sup>, 橋本健太郎<sup>1)</sup>, 野原 淳<sup>1)</sup>, 石床 学<sup>1)</sup>
- P-2-069 悪性黒色腫に免疫染色を施行した1例  
 独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部<sup>1)</sup>, 独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科<sup>2)</sup>, 神戸大学医学部付属病院病理診断科<sup>3)</sup>  
 ○中 彩乃<sup>1)</sup>, 井本秀志<sup>1)</sup>, 森田明子<sup>1)</sup>, 尾松雅仁<sup>1)</sup>, 田代章人<sup>1)</sup>, 菅原雅史<sup>1)</sup>, 山下大祐<sup>2)</sup>, 上原慶一郎<sup>3)</sup>, 今井幸弘<sup>2)</sup>

**呼吸器・縦隔9 11:05~11:33 座長:吉田 勤 (公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器外科)**

- P-2-070 術中迅速診断で悪性と判定した sclerosing pneumocytoma の一例  
 長崎みなとメディカルセンター<sup>1)</sup>, 長崎医学中央検査室<sup>2)</sup>  
 ○丸尾俊昭<sup>1)</sup>, 里 翼<sup>1)</sup>, 田中加奈子<sup>1)</sup>, 山本大貴<sup>1)</sup>, 片平くるみ<sup>1)</sup>, 上井 元<sup>2)</sup>, 入江準二<sup>1)</sup>



- P-2-071 TBACにて特徴的な細胞像を確認し得た Adenocarcinoma with clear cell features の1例  
千葉県済生会習志野病院医療技術部臨床検査科病理検査室<sup>1</sup>, 同病理診断科<sup>2</sup>, 同泌尿器科<sup>3</sup>, 同呼吸器外科<sup>4</sup>, 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部<sup>5</sup>  
○沖野由子<sup>1</sup>, 下境博文<sup>1</sup>, 小島竜司<sup>1</sup>, 森山愛未<sup>1</sup>, 山崎一人<sup>5</sup>, 森本淳一<sup>4</sup>, 関田信之<sup>3</sup>, 菅野 勇<sup>2</sup>
- P-2-072 診断に苦慮した粘液性腺癌の1例  
関西医科大学総合医療センター病理部<sup>1</sup>, 関西医科大学病理解剖<sup>2</sup>  
○松永志保<sup>1</sup>, 田口香利<sup>1</sup>, 坂井仁美<sup>1</sup>, 李 重煥<sup>2</sup>, 稲葉真由美<sup>1</sup>, 植村芳子<sup>1</sup>
- P-2-073 肺転移をきたした硬膜原発孤立性線維性腫瘍 solitary fibrous tumor (SFT) の1例  
関西医科大学附属病院病理部  
○山東香織, 岡野公明, 宮川 文, 石田光明, 宮坂知佳, 大江知里, 葛 幸治

**呼吸器・縦隔 10 13:00~13:28 座長: 畑中一仁 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)**

- P-2-074 閉塞性肺炎を契機に発見された気管支原発 mucous gland adenoma の細胞像  
千葉県済生会習志野病院医療技術部臨床検査科病理検査室<sup>1</sup>, 同病理診断科<sup>2</sup>, 同泌尿器科<sup>3</sup>, 同呼吸器外科<sup>4</sup>, 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部<sup>5</sup>  
○小島竜司<sup>1</sup>, 下境博文<sup>1</sup>, 沖野由子<sup>1</sup>, 森山愛未<sup>1</sup>, 山崎一人<sup>5</sup>, 森本淳一<sup>4</sup>, 関田信之<sup>3</sup>, 菅野 勇<sup>2</sup>
- P-2-075 肺原発の類基底細胞型扁平上皮癌の一例  
香川大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>, 日本赤十字社高松赤十字病院病理科<sup>3</sup>  
○本山睦美<sup>1</sup>, 松永 徹<sup>1</sup>, 宮本加菜<sup>1</sup>, 郷田 衛<sup>1</sup>, 片倉和哉<sup>1</sup>, 大通清美<sup>1</sup>, 井上耕佑<sup>2</sup>, 伊吹英美<sup>2</sup>, 石川 亮<sup>2</sup>, 香川聖子<sup>2</sup>, 佐々木真紀子<sup>2</sup>, 門田球一<sup>2</sup>, 香月奈穂美<sup>3</sup>, 串田吉生<sup>1,2</sup>, 羽場礼次<sup>1,2</sup>
- P-2-076 同胞発症した胸膜肺芽腫 TypeII の2例  
国立成育医療研究センター病理診断部・病理診断科<sup>1</sup>, 慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>2</sup>, 埼玉県立小児医療センター臨床研究部<sup>3</sup>  
○菅野 優<sup>1</sup>, 入江理恵<sup>1</sup>, 大喜多肇<sup>1,2</sup>, 中澤温子<sup>1,3</sup>, 義岡孝子<sup>1</sup>
- P-2-077 リンパ性間質を伴う胸腺癌の捺印細胞診  
岡崎市民病院病理細胞診検査室<sup>1</sup>, 岡崎市民病院病理診断科<sup>2</sup>  
○仲間 巖<sup>1</sup>, 佐々孟紀<sup>1</sup>, 廣井善子<sup>1</sup>, 丹羽京太郎<sup>1</sup>, 石岡久佳<sup>2</sup>, 榊原綾子<sup>2</sup>, 小沢広明<sup>2</sup>

**呼吸器・縦隔 11 13:28~13:56 座長: 中谷行雄 (千葉大学医学部附属病院病理診断科/病理部)**

- P-2-078 肺腸型腺癌の一例  
東京女子医科大学中央検査部病理検査室<sup>1</sup>, 東京女子医科大学病理診断科<sup>2</sup>, 東京女子医科大学第一病理学教室<sup>3</sup>, 東京女子医科大学第二病理学教室<sup>4</sup>  
○金室俊子<sup>1</sup>, 清水絢子<sup>1</sup>, 村上佳織<sup>1</sup>, 橋本哲也<sup>1</sup>, 白石 彩<sup>1</sup>, 高橋伸治<sup>1</sup>, 長谷川嗣業<sup>1</sup>, 野並裕司<sup>1</sup>, 村松文章<sup>3</sup>, 富所貴美子<sup>4</sup>, 板垣裕子<sup>2</sup>, 廣井敦子<sup>2</sup>, 山本智子<sup>2</sup>, 澤田達男<sup>3</sup>, 長嶋洋治<sup>2</sup>
- P-2-079 肺芽腫の1例  
JA 長野厚生連佐久医療センター臨床検査科病理<sup>1</sup>, JA 長野厚生連佐久総合病院臨床検査科病理<sup>2</sup>, JA 長野厚生連佐久医療センター病理診断科<sup>3</sup>, JA 長野厚生連佐久総合病院病理診断科<sup>4</sup>  
○佐藤憲俊<sup>1</sup>, 中山朋秋<sup>1</sup>, 岩松弘文<sup>1</sup>, 井出伸也<sup>2</sup>, 青柳大樹<sup>3</sup>, 塩澤 哲<sup>3</sup>, 石亀廣樹<sup>4</sup>

- P-2-080 混合型小細胞癌の一例  
伊那中央病院臨床検査科<sup>1</sup>, 同病理診断科<sup>2</sup>, 信州大学医学部分子病理学講座<sup>3</sup>, 松本大学人間健康学部スポーツ健康学科<sup>4</sup>  
○三澤 健<sup>1</sup>, 平嶋早百合<sup>1</sup>, 藤原正之<sup>2</sup>, 的場久典<sup>3</sup>, 江原孝史<sup>4</sup>

- P-2-081 肺原発 NUT midline carcinoma の一例  
琉球大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座<sup>2</sup>, 琉球大学大学院医学研究科細胞病理学講座<sup>3</sup>, 日本医科大学付属病院解析人体病理学<sup>4</sup>  
○平田幸也<sup>1</sup>, 仲宗根克<sup>1</sup>, 伊原美枝子<sup>1</sup>, 瑞慶覧陽子<sup>1</sup>, 西平育子<sup>1</sup>, 功刀しのぶ<sup>4</sup>, 玉城智子<sup>2</sup>, 松本裕文<sup>2</sup>, 松崎晶子<sup>2</sup>, 加留部謙之輔<sup>3</sup>, 吉見直己<sup>2</sup>

**呼吸器・縦隔 12 13:56~14:17 座長: 覚野綾子 (医療法人明和病院病理診断科)**

- P-2-082 Castleman 病 (hyaline-vascular type) の 3 症例  
君津中央病院臨床検査科<sup>1</sup>, 君津中央病院病理診断科<sup>2</sup>, 君津中央病院呼吸器外科<sup>3</sup>  
○松尾真吾<sup>1</sup>, 山田由香里<sup>1</sup>, 嶋野美和<sup>1</sup>, 飯田智彦<sup>3</sup>, 柴 光年<sup>3</sup>, 井上 泰<sup>2</sup>
- P-2-083 喀痰細胞診にて推定し得たメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の一例  
金沢医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 金沢医科大学臨床病理学<sup>2</sup>  
○水口聖哉<sup>1</sup>, 山下 学<sup>1</sup>, 湊 宏<sup>2</sup>, 嶋口智恵<sup>1</sup>, 津幡裕美<sup>1</sup>, 大兼政良<sup>1</sup>, 竹中美千穂<sup>1</sup>, 寺内利恵<sup>1</sup>, 中野万里子<sup>1</sup>, 水谷謙一<sup>2</sup>, 熊谷泉那<sup>2</sup>, 塩谷晃広<sup>2</sup>, 相川あかね<sup>2</sup>, 中田聡子<sup>2</sup>, 黒瀬 望<sup>2</sup>
- P-2-084 TTF-1 陽性を示し, 癌との鑑別に苦慮したリンパ腫様肉芽腫症の一例  
KKR 札幌医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 自衛隊札幌病院病理科<sup>2</sup>  
○山口まどか<sup>1</sup>, 今川 誠<sup>1</sup>, 蓑島敦志<sup>1</sup>, 小泉 潤<sup>1</sup>, 朝日久仁子<sup>1</sup>, 目黒祐二<sup>1</sup>, 小田由紀子<sup>1</sup>, 秋元真祐子<sup>1,2</sup>, 柳内 充<sup>1</sup>, 鈴木 昭<sup>1</sup>

**乳腺 5 09:20~09:48 座長: 松澤こず恵 (社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)**

- P-2-085 面疱型 DCIS について, LBC 法と穿刺吸引細胞診および組織像の対比をした 1 例  
聖マリアンナ医科大学医学部病理学<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>, 聖マリアンナ医科大学乳腺・内分泌外科<sup>3</sup>  
○長宗我部基弘<sup>1</sup>, 前田一郎<sup>1</sup>, 細谷 満<sup>1</sup>, 小穴良保<sup>2</sup>, 津川浩一郎<sup>3</sup>, 高木正之<sup>1</sup>
- P-2-086 一部に SPC 像を呈した微小浸潤癌の 1 例~FNAC の従来法と LBC 法の比較検討を含めて~  
聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学付属病院診断病理科<sup>2</sup>, 聖マリアンナ医科大学乳腺・内分泌外科<sup>3</sup>  
○細谷 満<sup>1,2</sup>, 前田一郎<sup>1,2</sup>, 小穴良保<sup>2</sup>, 長宗我部基弘<sup>1,2</sup>, 田島信哉<sup>1,2</sup>, 岩谷胤生<sup>3</sup>, 津川浩一郎<sup>3</sup>, 阿部佳代子<sup>2</sup>, 高木正之<sup>1,2</sup>
- P-2-087 LBC による乳腺細胞診診断の標準化を目指して~solid papillary carcinoma 3 症例の検討~  
社会医療法人博愛会相良病院  
○永尾聡子, 前田ゆかり, 皆倉愛美, 北園暢子, 板坂里美, 大井恭代
- P-2-088 Solid papillary carcinoma の 3 例  
大阪府済生会千里病院中央検査部病理検査室<sup>1</sup>, 大阪府済生会千里病院病理診断科<sup>2</sup>, 大阪府済生会千里病院外科<sup>3</sup>  
○小林 学<sup>1</sup>, 横関典子<sup>1</sup>, 田中美沙紀<sup>1</sup>, 奥中あかね<sup>1</sup>, 辻 求<sup>2</sup>, 北條茂幸<sup>3</sup>

**乳腺 6 09:48~10:16 座長: 小塚祐司 (三重大学医学部附属病院病理部)**

- P-2-089 乳腺細胞診で扁平上皮癌を疑った一症例  
八尾徳洲会総合病院臨床検査科病理<sup>1</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
○岡崎 健<sup>1</sup>, 岩崎由恵<sup>1</sup>, 久保勇記<sup>2</sup>

- P-2-090 破骨細胞様巨細胞を伴った乳癌の一例  
倉敷成人病センター病理診断科<sup>1</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科免疫病理<sup>2</sup>  
○砥綿美幸<sup>1</sup>, 石原真理子<sup>1</sup>, 蔵重 亮<sup>1</sup>, 小淵喜枝<sup>1</sup>, 瀬島雅子<sup>1</sup>, 安原聖子<sup>1</sup>, 高田由貴<sup>1</sup>,  
有福いぶき<sup>1</sup>, 森 友香<sup>1</sup>, 國友忠義<sup>1</sup>, 大森昌子<sup>1</sup>, 藤澤真義<sup>2</sup>
- P-2-091 骨軟骨化生を伴う乳癌 (metaplastic carcinoma with mesenchymal differentiation, chondroid type) の1例  
山近記念総合病院病理検査室<sup>1</sup>, 日本鋼管病院病理診断科<sup>2</sup>, 茅ヶ崎市立病院臨床検査科<sup>3</sup>,  
山近記念総合病院乳腺外科<sup>4</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>5</sup>  
○大久保美沙<sup>1</sup>, 松井成明<sup>2</sup>, 森下明博<sup>3</sup>, 内山 瞳<sup>3</sup>, 山近大輔<sup>4</sup>, 梶原 博<sup>5</sup>, 長村義之<sup>2</sup>,  
島村和男<sup>1</sup>
- P-2-092 授乳中の30代女性に認められた乳腺基質産生癌の2例  
島根県立中央病院検査技術科<sup>1</sup>, 島根県立中央病院病理組織診断科<sup>2</sup>  
○板倉利恵<sup>1</sup>, 松原真奈美<sup>1</sup>, 渡部 樹<sup>1</sup>, 山本智彦<sup>2</sup>, 大沼秀行<sup>2</sup>

**乳腺 7 10:16~10:37 座長:宮久 禎 (独立行政法人国立病院機構南九州病院研究検査科)**

- P-2-093 高齢男性乳腺に発生した浸潤性微小乳頭癌の1例  
綾部市立病院医療技術部臨床検査科病理<sup>1</sup>, 京都府立医科大学附属病院病院病理部<sup>2</sup>  
○山口直則<sup>1</sup>, 松居由香<sup>1</sup>, 岸本光夫<sup>2</sup>
- P-2-094 非浸潤性小葉癌を伴う古典的浸潤性小葉癌の1例  
福岡山王病院検査科<sup>1</sup>, 福岡山王病院病理診断科<sup>2</sup>  
○水野真美<sup>1</sup>, 坂梨史典<sup>1</sup>, 上原美沙貴<sup>1</sup>, 恒吉正澄<sup>2</sup>
- P-2-095 Pleomorphic lobular carcinoma の一例  
JA 秋田厚生連由利組合総合病院  
○佐藤 伸, 鎌田真紀子, 齊藤 学, 佐藤友章, 山内美佐, 杉田暁大

**乳腺 8 10:37~10:58 座長:山口 倫 (久留米大学医学部附属医療センター臨床検査室病理診断科)**

- P-2-096 乳癌腋窩リンパ節に対する穿刺吸引細胞診の意義  
鳥取大学医学部胸部・乳腺内分泌外科<sup>1</sup>, 鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>  
○荒木邦夫<sup>1</sup>, 細谷恵子<sup>1</sup>, 谷口雄司<sup>1</sup>, 中村廣繁<sup>1</sup>, 持田洋利<sup>2</sup>, 松重貴大<sup>2</sup>, 遠藤由香利<sup>2</sup>,  
大野千恵子<sup>2</sup>, 桑本聡史<sup>2</sup>, 野坂加苗<sup>2</sup>, 堀江 靖<sup>2</sup>, 梅北善久<sup>2</sup>
- P-2-097 乳腺細胞診におけるセンチネルリンパ節への転移の有無と細胞像の比較検討  
九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>3</sup>, 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科<sup>4</sup>, 九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学<sup>5</sup>, 九州大学大学院病理診断科・病理部<sup>6</sup>  
○白井美奈<sup>1</sup>, 渡邊壽美子<sup>2</sup>, 藤原美奈子<sup>2,3</sup>, 久保 真<sup>4</sup>, 山下奈真<sup>5</sup>, 大久保文彦<sup>6</sup>,  
山本英崇<sup>3,6</sup>, 小田義直<sup>3,6</sup>, 杉島節夫<sup>2</sup>
- P-2-098 SOX-10はトリプルネガティブ乳癌の検索に有用かーリンパ節転移5症例における検討ー  
KKR 札幌医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 北海道文教大学人間科学部理学療法学科<sup>2</sup>  
○今川 誠<sup>1</sup>, 山口まどか<sup>1</sup>, 小泉 潤<sup>1</sup>, 藪島敦志<sup>1</sup>, 坂爪恵子<sup>1</sup>, 朝日久仁子<sup>1</sup>, 目黒祐二<sup>1</sup>,  
小田由紀子<sup>1</sup>, 秋元真祐子<sup>1</sup>, 池田 仁<sup>2</sup>, 柳内 充<sup>1</sup>, 鈴木 昭<sup>1</sup>

**乳腺 9 10:58~11:19 座長:三浦弘守 (東北大学病院病理部)**

- P-2-099 乳腺原発悪性リンパ腫の1例  
社会福祉法人恩賜財団済生会支部済生会長崎病院病理診断室<sup>1</sup>, 長崎みなとメディカルセンター<sup>2</sup>  
○三角美咲<sup>1</sup>, 若杉淳司<sup>1</sup>, 久保 綾<sup>1</sup>, 中島真央<sup>1</sup>, 木下直江<sup>1</sup>, 入江準二<sup>2</sup>

- P-2-100 男性乳腺原発悪性リンパ腫の1例  
トヨタ記念病院臨床検査科<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○小笠原将人<sup>1)</sup>, 田中景子<sup>1)</sup>, 市川規子<sup>1)</sup>, 吉森之恵<sup>1)</sup>, 佐原晴人<sup>1)</sup>, 鈴木良典<sup>1)</sup>, 澁谷 亮<sup>2)</sup>,  
北川 諭<sup>2)</sup>

- P-2-101 乳腺穿刺吸引細胞診が診断の契機となった腫瘍形成性白血病の1例  
高知大学医学部附属病院病理診断部  
○岡本真知, 高橋明日香, 吉良佳那, 大原栄二, 井口みつこ, 戸井 慎, 弘井 誠, 村上一郎

**乳腺 10 11:19~11:40 座長: 横山宗伯 (東京警察病院病理診断科)**

- P-2-102 微細形態から見た乳腺線維腺腫の細胞学的特徴  
社会医療法人飯田病院病理診断科<sup>1)</sup>, 日本医科大学付属病院病理部<sup>2)</sup>  
○松澤こず恵<sup>1)</sup>, 土屋真一<sup>1,2)</sup>
- P-2-103 乳腺浸潤性微小乳頭癌6例の細胞学的検討  
高知赤十字病院・病理診断科部  
○黒田直人, 頼田顕辞, 和田有加里, 安岡 香, 小原昌彦, 水野圭子
- P-2-104 破骨型巨細胞を伴う乳癌の細胞病理組織像の検討  
日本医科大学付属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 日本医科大学統御機構診断病理学<sup>2)</sup>, 日本医科大学乳腺外科<sup>3)</sup>  
○大橋隆治<sup>1)</sup>, 葉山綾子<sup>1)</sup>, 松原美幸<sup>1)</sup>, 渡會泰彦<sup>1)</sup>, 石井英昭<sup>1)</sup>, 坂谷貴司<sup>1,2)</sup>, 武井寛幸<sup>3)</sup>,  
内藤善哉<sup>1,2)</sup>, 清水 章<sup>1)</sup>

**口腔・唾液腺・頭頸部 10 13:00~13:21 座長: 加藤 拓 (成田富里徳洲会病院検査科病理)**

- P-2-105 良悪性の鑑別に苦慮した小児の顎下腺多形腺腫の1例  
佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 佐賀大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>2)</sup>,  
佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野<sup>3)</sup>  
○北村 捷<sup>1)</sup>, 甲斐敬太<sup>1)</sup>, 佐藤有記<sup>2)</sup>, 龍由希子<sup>1)</sup>, 中村光男<sup>1)</sup>, 安達真希子<sup>1,3)</sup>, 橋口真理子<sup>3)</sup>,  
増田正憲<sup>3)</sup>, 高瀬ゆかり<sup>3)</sup>, 倉富勇一郎<sup>2)</sup>, 相島慎一<sup>1,3)</sup>
- P-2-106 多形腺腫と鑑別困難であった上皮下筋上皮癌の1例  
大阪市立大学医学部附属病院病理部  
○目黒麻紀, 大澤政彦, 桑江優子, 田中さやか, 安藤加奈江, 塩見和彦, 塩田晃子, 脇田江里子,  
宇仁和将, 大蔵真希
- P-2-107 耳下腺上皮筋上皮癌の一例  
横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科・病理部  
○石津春菜, 稲山嘉明, 高瀬章子, 菊地美保, 富岡理恵, 武田奈津子, 小寺輝明, 市川美咲,  
成田千華, 腰高典子, 大谷方子, 千葉佐和子, 田辺美樹子

**口腔・唾液腺・頭頸部 II 13:21~13:49 座長: 湊 宏 (石川県立中央病院病理診断科)**

- P-2-108 肺転移を来した顎下腺多形腺腫の1例  
公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院病理診断科  
○仲村佳世子, 田口雅子, 足羽彩加, 萩原葉子, 西岡千恵子, 河野孝志, 松崎直美, 弓場吉哲
- P-2-109 剖検によって診断に至った耳下腺原発の高悪性度粘表皮癌の1例  
東京都立広尾病院検査科<sup>1)</sup>, 東京都立多摩総合医療センター検査科<sup>2)</sup>, 埼玉県立がんセンター病理診断科<sup>3)</sup>  
○岸本 栞<sup>1)</sup>, 佐久間市朗<sup>2)</sup>, 原嶋由佳理<sup>1)</sup>, 赤松達哉<sup>1)</sup>, 市川智士<sup>1)</sup>, 常深あきさ<sup>1)</sup>, 石川文隆<sup>3)</sup>,  
田中道雄<sup>1)</sup>



- P-2-110 肉腫様成分を伴う唾液腺導管癌の1例  
東京慈恵会医科大学付属病院病院病理部  
○鈴木英璃, 梅森宮加, 堀口絢奈, 廣岡信一, 鷹橋浩幸
- P-2-111 耳下腺穿刺吸引細胞診によって発見された悪性黒色腫の一例  
小牧市民病院病理診断科  
○藤田智洋, 大隈潤子, 山田真美子, 立花智子, 安藤敏子, 桑原恭子

**口腔・唾液腺・頭頸部 12 13:49~14:10 座長：伊藤由美（鶴見大学歯学部附属病院病理診断科）**

- P-2-112 NILM に出現した角化型表層扁平上皮細胞の検討  
日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>1</sup>, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座<sup>3</sup>, 医療法人社団誠馨会病理センター<sup>4</sup>, 株式会社サンリツセルコバ検査センター<sup>5</sup>  
○金田悦子<sup>1</sup>, 松本 敬<sup>2</sup>, 森川美雪<sup>1</sup>, 宇都宮忠彦<sup>1,2</sup>, 末光正昌<sup>1,2</sup>, 二谷悦子<sup>2</sup>, 山本 泰<sup>3</sup>, 才藤純一<sup>4</sup>, 中平隆志<sup>5</sup>, 久山佳代<sup>1,2</sup>
- P-2-113 LSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の検討 第3報  
日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科<sup>1</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>2</sup>, 医療法人社団誠馨会病理センター<sup>3</sup>, 株式会社サンリツセルコバ検査センター<sup>4</sup>, 千葉西総合病院病理診断科<sup>5</sup>  
○松本 敬<sup>1</sup>, 森川美雪<sup>2</sup>, 宇都宮忠彦<sup>1,2</sup>, 末光正昌<sup>1,2</sup>, 金田悦子<sup>2</sup>, 二谷悦子<sup>2</sup>, 才藤純一<sup>3</sup>, 中平隆志<sup>4</sup>, 大村光浩<sup>5</sup>, 久山佳代<sup>1,2</sup>
- P-2-114 HSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の検討 第2報  
医療法人社団誠馨会病理センター<sup>1</sup>, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>3</sup>, 千葉西総合病院病理診断科<sup>4</sup>  
○才藤純一<sup>1</sup>, 松本 敬<sup>2</sup>, 森川美雪<sup>3</sup>, 宇都宮忠彦<sup>2,3</sup>, 末光正昌<sup>2,3</sup>, 二谷悦子<sup>3</sup>, 金田悦子<sup>3</sup>, 浮ヶ谷匡恭<sup>4</sup>, 岩堀朋美<sup>4</sup>, 久山佳代<sup>2,3</sup>

**骨・軟部・皮膚 1 09:20~09:41 座長：鷲谷清忠（秋田病理組織細胞診研究センター）**

- P-2-115 腫瘍剖面の擦過細胞診材料にて診断し得た腹壁皮下組織に発生した子宮内膜症の1例  
JR 広島病院診療部臨床検査科<sup>1</sup>, 同診療部産婦人科（現籍：市立三次中央病院産婦人科）<sup>2</sup>, 同診療部産婦人科（現籍：JA 広島総合病院産婦人科）<sup>3</sup>, 同診療部病理診断科<sup>4</sup>, 同教育研修部<sup>5</sup>  
○井瀨真美<sup>1</sup>, 安原真由美<sup>1</sup>, 清水丈明<sup>1</sup>, 藤本英夫<sup>2</sup>, 高本晴子<sup>3</sup>, 中山宏文<sup>1,4,5</sup>
- P-2-116 穿刺吸引細胞診で悪性が疑われた毛母腫の1例  
群馬大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学<sup>2</sup>, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学<sup>3</sup>  
○吉田玲佳<sup>1</sup>, 竹瀧友弥<sup>1</sup>, 星川里美<sup>1</sup>, 佐藤香織<sup>1</sup>, 栗原康哲<sup>1</sup>, 福田利夫<sup>2</sup>, 佐野孝昭<sup>3</sup>, 平戸純子<sup>1</sup>, 小山哲也<sup>1,3</sup>
- P-2-117 Merkel cell carcinoma における intermediate filament buttons (IFBs) に関する検討  
九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>1</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>2</sup>, 古賀総合病院検査技術部<sup>3</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>4</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>5</sup>, 宮崎大学医学部内科学講座免疫感染病態学分野<sup>6</sup>, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科<sup>7</sup>  
○荒武八起<sup>1,2</sup>, 清山和昭<sup>3</sup>, 大野招伸<sup>4</sup>, 佐藤勇一郎<sup>5</sup>, 野村 創<sup>6</sup>, 岡山昭彦<sup>6</sup>, 宮本朋幸<sup>1,2</sup>, 薬師寺宏匡<sup>1,2</sup>, 西森 誠<sup>1,2</sup>, 所司睦文<sup>1,2</sup>, 大澤幸希光<sup>7</sup>, 西村篤乃<sup>1,2</sup>, 大野節代<sup>1,2,7</sup>, 大野英治<sup>1,2,7</sup>



**骨・軟部・皮膚2 09:41~10:02**

座長: 渡邊みか (東北大学病院病理部)

- P-2-118 細胞学的診断が難しかった増殖性筋膜炎の一例  
がん研有明病院病理部<sup>1)</sup>, がん研有明病院病理細胞診セ<sup>2)</sup>  
○神田浩明<sup>1,2)</sup>, 杉浦義弥<sup>1,2)</sup>, 古田則行<sup>2)</sup>, 高澤 豊<sup>1,2)</sup>, 河内 洋<sup>1,2)</sup>, 高松 学<sup>1,2)</sup>, 小松京子<sup>2)</sup>, 杉山裕子<sup>2)</sup>, 町並陸生<sup>1,2)</sup>, 石川雄一<sup>1,2)</sup>
- P-2-119 術前診断に苦慮した仙骨脊索腫の一例  
日本医科大学付属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 日本医科大学付属病院整形外科<sup>2)</sup>, 日本医科大学統御機構診断病理学<sup>3)</sup>  
○酒田美香<sup>1)</sup>, 大橋隆治<sup>1)</sup>, 北川泰之<sup>2)</sup>, 松原美幸<sup>1)</sup>, 渡曾泰彦<sup>1)</sup>, 石井英昭<sup>1)</sup>, 坂谷貴司<sup>1,3)</sup>, 内藤善哉<sup>1,3)</sup>, 清水 章<sup>1)</sup>
- P-2-120 Adamantinoma の一例  
新潟大学医学部保健学科<sup>1)</sup>, 新潟大学医歯学総合病院病理部<sup>2)</sup>  
○須貝美佳<sup>1)</sup>, 岩渕三哉<sup>1)</sup>, 高橋加奈絵<sup>2)</sup>, 池亀央嗣<sup>2)</sup>, 横山千明<sup>2)</sup>, 川口裕貴恵<sup>2)</sup>, 梅津 哉<sup>2)</sup>

**骨・軟部・皮膚3 10:02~10:16**

座長: 杉田真太郎 (札幌医科大学付属病院病理診断科)

- P-2-121 未分化多形肉腫 (Undifferentiated pleomorphic sarcoma) と診断された心臓腫瘍の1例  
国立研究開発法人国立循環器病研究センター臨床検査部<sup>1)</sup>, 国立研究開発法人国立循環器病研究センター病理部<sup>2)</sup>, 国立病院機構大阪医療センター臨床検査科<sup>3)</sup>  
○片山真穂<sup>1)</sup>, 初山弘幸<sup>1)</sup>, 藤澤悠貴<sup>1)</sup>, 松山高明<sup>2)</sup>, 眞能正幸<sup>3)</sup>, 植田初江<sup>2)</sup>
- P-2-122 胸膜に発生した肺類上皮血管内皮腫の一例  
産業医科大学医学部第1病理学  
○津田陽二郎, 松山篤二, 小原光祥, 岡ハル子, 佐藤 斉, 藤原 仁, 久岡正典

**腎臓・膀胱・泌尿器5 10:16~10:37**

座長: 服部 学 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)

- P-2-123 膀胱微小乳頭型尿路上皮癌の1例  
香川大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 高松赤十字病院病理科部<sup>3)</sup>  
○片倉和哉<sup>1)</sup>, 松永 徹<sup>1)</sup>, 宮本加菜<sup>1)</sup>, 郷田 衛<sup>1)</sup>, 大通清美<sup>1)</sup>, 本山睦美<sup>1)</sup>, 井上耕佑<sup>2)</sup>, 伊吹英美<sup>2)</sup>, 石川 亮<sup>2)</sup>, 香川聖子<sup>2)</sup>, 佐々木真紀子<sup>2)</sup>, 門田球一<sup>2)</sup>, 香月奈穂美<sup>3)</sup>, 串田吉生<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次<sup>1,2)</sup>
- P-2-124 リンパ腫様型/形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌の1例  
独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室<sup>1)</sup>, 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院臨床病理検査科<sup>2)</sup>  
○安部拓也<sup>1)</sup>, 玉城真太<sup>1)</sup>, 西山純司<sup>1)</sup>, 立岩友美<sup>1)</sup>, 豊嶋憲子<sup>1)</sup>, 奥菌 学<sup>1)</sup>, 大内清子<sup>2)</sup>, 笹栗毅和<sup>2)</sup>
- P-2-125 膀胱に原発した小細胞癌の2例  
兵庫県立柏原病院検査・放射線部  
○東 恭加, 堀越裕子, 岸上明美, 石橋万亀朗, 鷹巣晃昌

**腎臓・膀胱・泌尿器6 10:37~10:58**

座長: 中島 豊 ((株)エスアールエル福岡ラボラトリー)

- P-2-126 膀胱に発生した Nephrogenic adenoma/metaplasia の1例  
自治医科大学附属さいたま医療センター  
○河野哲也, 中村啓子, 織田聖月, 細田健太, 猪山和美, 山田茂樹, 田中 享
- P-2-127 形質細胞様尿路上皮癌の一例  
県立宮崎病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 県立宮崎病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○若松亜弥<sup>1)</sup>, 長友明彦<sup>1)</sup>, 木田裕子<sup>1)</sup>, 原口朋子<sup>1)</sup>, 杭野晃子<sup>1)</sup>, 島尾義也<sup>2)</sup>, 丸塚浩助<sup>2)</sup>

## P-2-128 尿中に腫瘍細胞を認めた回腸原発悪性リンパ腫の1例

成田富里徳洲会病院病理

○加藤 拓, 福本 学

**腎臓・膀胱・泌尿器7 13:00~13:21****座長：南口早智子**（京都大学医学部附属病院病理診断科）

## P-2-129 BCG failure 症例の自然尿細胞診に出現する異型細胞の形態学的検討

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3</sup>, さぎやま泌尿器クリニック<sup>4</sup>○森山拓人<sup>1</sup>, 渡邊壽美子<sup>2</sup>, 軍場麻紀<sup>1</sup>, 鷺山和幸<sup>4</sup>, 加来恒壽<sup>2,3</sup>, 杉島節夫<sup>2</sup>

## P-2-130 尿路上皮型前立腺粘液性腺癌の1例

新潟県立がんセンター新潟病院病理部<sup>1</sup>, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>2</sup>○川崎 隆<sup>1</sup>, 内田克典<sup>2</sup>, 土田美紀<sup>1</sup>, 齋藤美沙紀<sup>1</sup>, 神田真志<sup>1</sup>, 林 真也<sup>1</sup>, 畔上公子<sup>1</sup>, 北澤 綾<sup>1</sup>, 弦巻順子<sup>1</sup>, 豊崎勝実<sup>1</sup>, 川口洋子<sup>1</sup>, 小林由美子<sup>1</sup>, 木下律子<sup>1</sup>, 桜井友子<sup>1</sup>, 本間慶一<sup>1</sup>

## P-2-131 尿細胞診に腫瘍細胞が出現したセミノーマの一例

福島県立医科大学附属病院病理部<sup>1</sup>, 福島県立医科大学病理病態診断学講座<sup>2</sup>○村越政仁<sup>1</sup>, 菅野寿也<sup>1</sup>, 山谷幸恵<sup>1</sup>, 赤城美代子<sup>1</sup>, 喜古雄一郎<sup>1,2</sup>, 鈴木 理<sup>1,2</sup>, 田崎和洋<sup>1,2</sup>, 橋本優子<sup>1,2</sup>**腎臓・膀胱・泌尿器8 13:21~13:42****座長：山田 博**（PCL 福岡病理・細胞診センター）

## P-2-132 胸水で好酸性細胞質封入体を認めた高異型度尿路上皮癌の1例

川崎医科大学総合医療センター病理部<sup>1</sup>, 神戸常磐大学保健科学部医療検査学科<sup>2</sup>○成富真理<sup>1</sup>, 畠 榮<sup>2</sup>, 物部泰昌<sup>1</sup>, 高須賀博久<sup>1</sup>, 日野寛子<sup>1</sup>

## P-2-133 細胞診が診断の契機となった腎臓原発扁平上皮癌の一例

市立釧路総合病院検査科<sup>1</sup>, 市立釧路総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 札幌医科大学医学部病理学第二講座<sup>3</sup>○田畑聡美<sup>1</sup>, 小関孝之<sup>1</sup>, 小笠原淳<sup>1</sup>, 中野勝彦<sup>1</sup>, 守田玲奈<sup>2</sup>, 高澤 啓<sup>3</sup>

## P-2-134 傍精巣に発生した横紋筋肉腫の1例

県立宮崎病院臨床検査科<sup>1</sup>, 県立宮崎病院病理診断科<sup>2</sup>○長友明彦<sup>1</sup>, 木田裕子<sup>1</sup>, 若松亜弥<sup>1</sup>, 原口朋子<sup>1</sup>, 杭野晃子<sup>1</sup>, 島尾義也<sup>2</sup>, 丸塚浩助<sup>2</sup>**腎臓・膀胱・泌尿器9 13:42~14:03****座長：川崎辰彦**（国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院病理診断科）

## P-2-135 Nephroblastoma の1例

東邦大学医療センター大森病院病理部<sup>1</sup>, 東邦大学医療センター大森病院小児科<sup>2</sup>, 東邦大学医療センター大森病院病理診断科<sup>3</sup>○石井真由美<sup>1</sup>, 三宅洋子<sup>1</sup>, 篠崎 稔<sup>1</sup>, 本山みどり<sup>2</sup>, 松岡正樹<sup>2</sup>, 密田亜希<sup>3</sup>, 澁谷和俊<sup>1</sup>

## P-2-136 組織型推定に苦慮した腎癌の1例

公立西知多総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 公立西知多総合病院病理診断科<sup>2</sup>○吉本尚子<sup>1</sup>, 角屋雅路<sup>1</sup>, 服部 聡<sup>1</sup>, 田中伸幸<sup>1</sup>, 今井律子<sup>1</sup>, 渡邊緑子<sup>2</sup>, 溝口良順<sup>2</sup>

## P-2-137 尿中に腫瘍細胞が出現した乳頭状腎細胞癌の1例

宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>○黒木栄輝<sup>1</sup>, 野口裕史<sup>1</sup>, 徳満貴子<sup>1</sup>, 森田勝代<sup>1</sup>, 峰松映子<sup>1</sup>, 西川詩織<sup>1</sup>, 大野招伸<sup>1</sup>, 佐藤勇一郎<sup>1,2</sup>

<b>体腔液 5</b>	<b>09:20~09:41</b>	<b>座長:辻村 亨 (兵庫医科大学病理学分子病理部門)</b>
P-2-138	体腔液における抗IL-17抗体による染色性の検討 地方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 <sup>1</sup> , 地方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 <sup>2</sup> ○高瀬未穂 <sup>1</sup> , 佐々木伸也 <sup>1</sup> , 岡竹里紗 <sup>1</sup> , 鈴木雄策 <sup>1</sup> , 茂山かおり <sup>1</sup> , 岡村ゆかり <sup>1</sup> , 伊藤良太 <sup>2</sup> , 棟方 哲 <sup>2</sup>	
P-2-139	原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫の一例 横須賀市立うわまち病院病理検査室 <sup>1</sup> , 横須賀市立うわまち病院循環器科 <sup>2</sup> , 横須賀市立うわまち病院総合内科 <sup>3</sup> ○重松幸憲 <sup>1</sup> , 増尾孝実 <sup>1</sup> , 井上隆広 <sup>1</sup> , 岩澤孝昌 <sup>2</sup> , 福味禎子 <sup>3</sup> , 辻本志朗 <sup>1</sup> , 飯田真岐 <sup>1</sup>	
P-2-140	胸水中に腫瘍細胞が出現した縦隔発生Ewing肉腫の1例 NTT東日本関東病院臨床検査部 <sup>1</sup> , NTT東日本関東病院病理診断科 <sup>2</sup> , がん・感染症センター都立駒込病院病理科 <sup>3</sup> ○中島美里 <sup>1</sup> , 永谷昭義 <sup>1</sup> , 和泉智子 <sup>1</sup> , 上藤房代 <sup>1</sup> , 奥山力也 <sup>1</sup> , 栗原正博 <sup>1</sup> , 荒井政和 <sup>1</sup> , 三浦珠希 <sup>2</sup> , 元井 亨 <sup>3</sup> , 堀内 啓 <sup>1,2</sup>	
<b>体腔液 6</b>	<b>09:41~10:09</b>	<b>座長:藤本貴美子 (独立行政法人国立病院機構広島西医療センター研究検査科)</b>
P-2-141	腹水中に出現した虫垂原発goblet cell carcinoidの1例 茅ヶ崎市立病院臨床検査科 <sup>1</sup> , 日本鋼管病院病理検査科 <sup>2</sup> , 山近記念総合病院病理検査室 <sup>3</sup> , 横浜市立大学附属病院病理診断科 <sup>4</sup> , 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 <sup>5</sup> , 日本鋼管病院病理診断科 <sup>6</sup> , 茅ヶ崎市立病院病理診断科 <sup>7</sup> ○内山 瞳 <sup>1</sup> , 森下明博 <sup>1</sup> , 松井成明 <sup>2</sup> , 佐藤勝巳 <sup>1</sup> , 鈴木真由美 <sup>1</sup> , 坂下仁美 <sup>1</sup> , 大久保美沙 <sup>3</sup> , 三宅暁夫 <sup>4</sup> , 梶原 博 <sup>5</sup> , 長村義之 <sup>6</sup> , 吉田幸子 <sup>7</sup>	
P-2-142	胸・腹水中に腫瘍細胞の出現した尿路上皮癌の1例 東京医科大学茨城医療センター病理診断科 ○宇津木悟, 山本英子, 柏木淳一, 大塚光一, 福島良明, 洪 建偉, 森下由紀雄	
P-2-143	腹水セルブロックが有用であった小腸癌の1例 福岡大学筑紫病院病理部 ○林田 涼, 原川政彦, 尾形智子, 山田静佳, 大重要人, 原岡誠司, 岩下明德	
P-2-144	脳脊髄液中に癌細胞が出現した進行胃癌の一例 越谷市立病院臨床検査科 <sup>1</sup> , 越谷市立病院病理診断科 <sup>2</sup> , 越谷市立病院臨床工学科 <sup>3</sup> ○下鳥 萌 <sup>1</sup> , 竹田桂子 <sup>1</sup> , 南 秀坪 <sup>1</sup> , 桜井義一 <sup>1</sup> , 砂川 進 <sup>1</sup> , 吉原靖之 <sup>1</sup> , 藤川甲文 <sup>3</sup> , 岡田 基 <sup>1,2</sup> , 高瀬 優 <sup>1,2</sup>	
<b>体腔液 7</b>	<b>10:09~10:37</b>	<b>座長:大澤政彦 (大阪市立大学大学院医学研究科診断病理・病理病態学)</b>
P-2-145	Primary effusion lymphoma-like lymphoma(PEL-LL)4例の検討 亀田総合病院臨床検査室 <sup>1</sup> , 亀田総合病院血液・腫瘍内科 <sup>2</sup> , 亀田総合病院臨床病理科 <sup>3</sup> ○下岡友子 <sup>1</sup> , 小山芳徳 <sup>1</sup> , 渡邊光男 <sup>1</sup> , 熊田香織 <sup>1</sup> , 松本信雄 <sup>1</sup> , 末永孝生 <sup>2</sup> , 乳井美樹 <sup>3</sup> , 星 和栄 <sup>3</sup> , 福岡順也 <sup>3</sup>	
P-2-146	体腔液リンパ腫に特徴的な核所見一分葉核について 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 ○山下青葉, 佐藤正和, 清弘真弓, 飛田弥生, 藤田健太, 安東 綾	
P-2-147	過去五年間の当院における体腔液のリンパ腫症例の検討 広島市民病院病理診断科 ○喜多真理子, 坂本美弥, 山本倫子, 高木伸治, 坂田かなえ, 戸井紳二, 守都敏晃, 山崎理恵, 市村浩一	

- P-2-148 髄液中に出現した Anaplastic large cell lymphoma (ALCL), ALK-positive の一例  
佐賀県医療センター好生館検査部<sup>1</sup>, 佐賀県医療センター好生館病理部<sup>2</sup>  
○坂井真一<sup>1</sup>, 橋本教経<sup>1</sup>, 中村 朱<sup>1</sup>, 瀧本桂子<sup>1</sup>, 平野敬之<sup>1</sup>, 築地秀典<sup>1</sup>, 森 大輔<sup>2</sup>,  
木戸伸一<sup>2</sup>

**体腔液 8 10:37~11:05 座長: 岩田 純 (高知医療センター病理診断科)**

- P-2-149 胸水中に出現した肺類上皮血管内皮腫の1例  
防衛医科大学校病院検査部病理  
○道休美咲, 川口 翔, 高橋宏美, 三鍋慎也, 関塚久美, 古賀絢乃, 加藤貴美, 熊澤文久,  
緒方 衝, 島崎英幸, 中西邦昭
- P-2-150 胸水に出現した類上皮型血管肉腫の1例  
地方独立行政法人佐賀県立医療センター好生館検査部<sup>1</sup>, 地方独立行政法人佐賀県立医療  
センター好生館病理部<sup>2</sup>  
○橋本教経<sup>1</sup>, 中村 朱<sup>1</sup>, 坂井真一<sup>1</sup>, 平野敬之<sup>1</sup>, 築地秀典<sup>1</sup>, 瀧本桂子<sup>1</sup>, 木戸伸一<sup>2</sup>,  
森 大輔<sup>2</sup>
- P-2-151 胸腹水及び骨髄転移を認めた神経芽腫の1例  
地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院診療支援部検査技術室病理  
○井上 卓, 坂根潤一, 岩淵英人
- P-2-152 胸水細胞診で悪性黒色腫細胞が出現した1例  
トヨタ記念病院臨床検査科<sup>1</sup>, トヨタ記念病院病理診断科<sup>2</sup>  
○吉森之恵<sup>1</sup>, 田中景子<sup>1</sup>, 小笠原将人<sup>1</sup>, 市川規子<sup>1</sup>, 佐原晴人<sup>1</sup>, 鈴木良典<sup>1</sup>, 澁谷 亮<sup>2</sup>,  
北川 諭<sup>2</sup>

**中皮腫 1 13:00~13:21 座長: 片山博徳 (日本医科大学多摩永山病院病理診断科・病理部)**

- P-2-153 体腔液における悪性中皮腫と腺癌の細胞学的検討  
公立八女総合病院臨床検査科病理<sup>1</sup>, 公立八女総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
○甲斐麻莉子<sup>1</sup>, 中野聖美<sup>1</sup>, 跡部美和<sup>1</sup>, 樋口英次郎<sup>1</sup>, 村上奈由美<sup>1</sup>, 村上勇二<sup>1</sup>, 谷川 健<sup>2</sup>
- P-2-154 中皮腫診断における体腔液細胞診セルブロック法の有用性  
PCL 福岡病理・細胞診センター<sup>1</sup>, 周南記念病院<sup>2</sup>  
○出口恵美子<sup>1</sup>, 秋山讓滋<sup>1</sup>, 早川優佳<sup>1</sup>, 平田祐子<sup>1</sup>, 亀井美由紀<sup>1</sup>, 藤井華子<sup>1</sup>, 山田 博<sup>1</sup>,  
岩井幸子<sup>1</sup>, 永廣洋祐<sup>2</sup>, 亀井敏昭<sup>1</sup>
- P-2-155 悪性中皮腫における客観的数量化技術開発および機械学習機による判別分析研究  
信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1</sup>, 東京工業大学・工学院<sup>2</sup>, 北里大学医学部病理  
学<sup>3</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>4</sup>  
○木村文一<sup>1</sup>, 溝口貴弘<sup>1</sup>, 山口雅浩<sup>2</sup>, 村雲芳樹<sup>3</sup>, 太田浩良<sup>1</sup>, 佐藤之俊<sup>4</sup>

**中皮腫 2 13:21~13:49 座長: 岡田真也 (国際医療福祉大学病院病理診断科)**

- P-2-156 13歳女性に発生した小網原発 benign cystic mesothelioma の1例  
郡上市民病院臨床検査部<sup>1</sup>, 岐阜市民病院病理部<sup>2</sup>, 郡上市民病院産婦人科<sup>3</sup>  
○森 栄<sup>1</sup>, 山口吉夫<sup>1</sup>, 田中卓二<sup>2</sup>, 丹羽憲司<sup>3</sup>
- P-2-157 胸水細胞診で高分化乳頭状中皮腫を疑った上皮型悪性中皮腫の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<sup>1</sup>, 浜松医科大学医学部附属病院病理  
診断科<sup>2</sup>, 浜松医科大学再生・感染病理学講座<sup>3</sup>  
○石堂 統<sup>1</sup>, 有吉啓子<sup>1</sup>, 杉浦文美<sup>1</sup>, 後藤真奈<sup>2</sup>, 福嶋麻由<sup>2</sup>, 津久井宏恵<sup>2</sup>, 目黒史織<sup>3</sup>



- P-2-158 腹水細胞診標本を用いて、腹膜癌と鑑別した腹膜原発悪性中皮腫の1例  
 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科<sup>1)</sup>, 国立がん研究センター中央病院病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○加藤真弓<sup>1)</sup>, 渡邊麗子<sup>2)</sup>, 米岡 完<sup>1)</sup>, 高橋健太<sup>1)</sup>, 植原貴史<sup>1)</sup>, 石川光也<sup>1)</sup>, 池田俊一<sup>1)</sup>,  
 森 泰昌<sup>2)</sup>, 吉田 裕<sup>2)</sup>, 加藤友康<sup>1)</sup>

- P-2-159 腹水細胞診を契機に診断に至った腹膜悪性中皮腫の一例  
 聖マリアンナ医科大学産婦人科学<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病院病理部<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医  
 科大学診断病理学教室<sup>3)</sup>, 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター<sup>4)</sup>, 川崎市立多摩病  
 院産婦人科<sup>5)</sup>  
 ○横道憲幸<sup>1)</sup>, 大原 樹<sup>1)</sup>, 永澤侑子<sup>1)</sup>, 吉岡範人<sup>1)</sup>, 久慈志保<sup>1)</sup>, 出浦伊万里<sup>1)</sup>, 大熊克彰<sup>5)</sup>,  
 戸澤晃子<sup>4)</sup>, 大川千絵<sup>2)</sup>, 千川晶弘<sup>3)</sup>, 高木正之<sup>3)</sup>, 木口一成<sup>1)</sup>, 鈴木 直<sup>1)</sup>

**中皮腫 3 13:49~14:10 座長: 安永佳麻里 (山口県立総合医療センター病理検査室)**

- P-2-160 心膜から発生したと考えられた悪性中皮腫の一症例  
 日本大学医学部附属板橋病院病理部<sup>1)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野<sup>2)</sup>, 日  
 本大学医学部病態病理学系腫瘍病理分野<sup>3)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系形態機能分野<sup>4)</sup>  
 ○関 利美<sup>1)</sup>, 橋本尚子<sup>1)</sup>, 中島弘一<sup>1)</sup>, 鈴木淳子<sup>1)</sup>, 山本久恵<sup>1)</sup>, 吉田一代<sup>1)</sup>, 勝沼真由美<sup>1)</sup>,  
 廣谷ゆかり<sup>3)</sup>, 楠美嘉晃<sup>1,3)</sup>, 唐 小燕<sup>1,3)</sup>, 本間 琢<sup>1,2)</sup>, 羽尾裕之<sup>1,2)</sup>, 増田しのぶ<sup>1,3)</sup>,  
 杉谷雅彦<sup>1,4)</sup>

- P-2-161 早期発見された胸膜悪性中皮腫の一例  
 戸田中央臨床検査研究所病理検査科<sup>1)</sup>, 東京都済生会中央病院病理診断科<sup>2)</sup>, 杏雲堂病院病  
 理診断科<sup>3)</sup>, 新座志木中央総合病院呼吸器外科<sup>4)</sup>  
 ○関れいし<sup>1,2)</sup>, 曾根田由樹<sup>1)</sup>, 川嶋活彦<sup>1)</sup>, 岩屋啓一<sup>3)</sup>, 草間 博<sup>1)</sup>, 宮島邦治<sup>4)</sup>, 河合俊明<sup>1)</sup>

- P-2-162 悪性中皮腫, 反応性中皮細胞および肺腺癌の鑑別—細胞質辺縁に着目して—  
 東北大学病院病理部<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学研究科病理診断学分野<sup>2)</sup>  
 ○菅原隆謙<sup>1)</sup>, 三浦弘守<sup>1)</sup>, 今野かおり<sup>1)</sup>, 安達友津<sup>1)</sup>, 小泉照樹<sup>1)</sup>, 村山優理香<sup>1)</sup>, 山口祐香<sup>1)</sup>,  
 藤島史喜<sup>2)</sup>, 渡辺みか<sup>1)</sup>, 笹野公伸<sup>1)</sup>

**その他 1 09:20~09:41 座長: 金子千之 (藤田保健衛生大学医療科学部臨床細胞病理学教室)**

- P-2-163 セルブロックと次世代シーケンスによるクリニカルシーケンスの実例  
 北海道大学病院がん遺伝子診断部<sup>1)</sup>, 北海道がんセンター<sup>2)</sup>, 北斗病院<sup>3)</sup>  
 ○柳田絵美衣<sup>1)</sup>, 松岡亮介<sup>1)</sup>, 赤羽俊章<sup>3)</sup>, 林 秀幸<sup>1)</sup>, 西原広史<sup>2)</sup>
- P-2-164 血清飢餓状態における培養日数と二核細胞の生存能力に関する検討  
 九州大学医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>, 九州大学大学  
 院医学研究院生殖病態生理学<sup>3)</sup>, 医療法人社団高邦会高木病院<sup>4)</sup>  
 ○鶴留えりか<sup>1)</sup>, 渡邊壽美子<sup>2)</sup>, 加来恒壽<sup>2,3)</sup>, 岩坂 剛<sup>4)</sup>, 杉島節夫<sup>2)</sup>
- P-2-165 培養日数と二核細胞の変化に関する検討  
 九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>, 九州大  
 学大学院医学研究院生殖病態病理学<sup>3)</sup>, 医療法人社団高邦会高木病院<sup>4)</sup>, 九州大学病院病理  
 診断科・病理部<sup>5)</sup>  
 ○近藤 守<sup>1)</sup>, 渡邊壽美子<sup>2)</sup>, 西村和徳<sup>1)</sup>, 加来恒壽<sup>2,3)</sup>, 岩坂 剛<sup>4)</sup>, 杉島節夫<sup>2,5)</sup>

**その他 2 09:41~10:02 座長: 川崎辰彦 (国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院病理診断科)**

- P-2-166 後腹膜に発生した過誤腫の一例  
 東大和病院病理細胞診断科  
 ○篠 友希, 河村淳平, 島方崇明, 坂牧久仁子, 林友理恵, 桑尾定仁



- P-2-167 術中迅速診断時に鑑別困難であった小児 Burkitt リンパ腫の1例  
香川大学医学部附属病院・病理診断科<sup>1</sup>, 香川大学医学部附属病院・病理部<sup>2</sup>, 済生会今治病院・病理診断科<sup>3</sup>, 高松赤十字病院・病理診断科<sup>4</sup>  
○石川 亮<sup>1</sup>, 片倉和哉<sup>2</sup>, 郷田 衛<sup>2</sup>, 宮本加菜<sup>2</sup>, 本山睦美<sup>2</sup>, 松永 徹<sup>2</sup>, 井上耕佑<sup>1</sup>, 伊吹英美<sup>1</sup>, 香川聖子<sup>1</sup>, 坂東健次<sup>3</sup>, 佐々木真紀子<sup>1</sup>, 門田球一<sup>1</sup>, 香月奈穂美<sup>4</sup>, 串田吉生<sup>1,2</sup>, 羽場礼次<sup>1,2</sup>

- P-2-168 細胞診の免疫染色が有用であった原発不明癌の3例  
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター<sup>2</sup>  
○原田和弥<sup>1</sup>, 森 清<sup>1</sup>, 笹 倫郎<sup>1</sup>, 長友 萌<sup>1</sup>, 眞能正幸<sup>1</sup>, 竹中明美<sup>2</sup>, 津田絹江<sup>2</sup>

**その他 3 10:02~10:23 座長: 藤田 勝 (岡山大学病院病理部)**

- P-2-169 細胞診結果の出現細胞報告についてのアンケート調査報告  
京都第一赤十字病院病理診断科部  
○鬮橋進吾, 古本玲奈, 芦田静香, 井上小百合, 片岡恵美, 久保喜則, 樋野陽子, 山野 剛
- P-2-170 広島県における膵・胆汁細胞診の運営状況と現状  
国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科<sup>1</sup>, 広島県細胞検査士会精度管理委員<sup>2</sup>, 済生会呉病院臨床検査室<sup>3</sup>, 三原市医師会病院診療部臨床検査科<sup>4</sup>, (株)福山臨床検査センター細胞診検査室<sup>5</sup>, 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター研究検査科<sup>6</sup>, 広島市医師会検査センター<sup>7</sup>  
○信広亮輔<sup>1,2</sup>, 有谿俊一<sup>2,3</sup>, 川西なみ紀<sup>2,4</sup>, 新宅由佳<sup>2,5</sup>, 藤本貴美子<sup>2,6</sup>, 山下 葵<sup>2,7</sup>, 佐々木なおみ<sup>1</sup>

- P-2-171 深層学習法による気管支肺胞洗浄液標本の自動細胞カウントの検討  
独立行政法人労働者健康安全機構中部労災病院  
○玉腰利長, 森 敦雄, 宮地 努, 高橋綾子, 長坂 暢, 加藤一夫

**その他 4 10:23~10:51 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-2-172 術中迅速細胞診への応用に向けた BD サイトリッチ法における標本作製迅速化の検討  
兵庫医科大学病院病理部  
○中西昂弘, 石田誠実, 有田奈弥恵, 織田みほ, 中村純子, 鳥居良貴, 中込奈美, 松田育雄, 廣田誠一
- P-2-173 BD サイトリッチレッド保存液を用いた液状処理細胞診の非婦人科材料の運用と症例  
桐生厚生総合病院中央検査部病理<sup>1</sup>, 群馬県立県民健康科学大学<sup>2</sup>, 群馬大学大学院病理診断学<sup>3</sup>, 老年病研究所附属病院<sup>4</sup>, 医療法人三思会東邦病院<sup>5</sup>  
○今泉智博<sup>1</sup>, 鈴木晶子<sup>1</sup>, 瀬川篤記<sup>2</sup>, 小山徹也<sup>3</sup>, 吉田カツ江<sup>4</sup>, 城下 尚<sup>5</sup>
- P-2-174 各種 LBC 保存液による細胞形態学的差異  
北里大学大学院医療系研究科応用腫瘍病理学<sup>1</sup>, 北里大学医療衛生学部臨床細胞学<sup>2</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>3</sup>  
○上條桂輔<sup>1</sup>, 加藤さおり<sup>1</sup>, 西村由香里<sup>1,2</sup>, 服部 学<sup>1,2</sup>, 佐藤之俊<sup>3</sup>, 古田玲子<sup>1,2</sup>
- P-2-175 TACAS<sup>TM</sup>固定培養細胞株を用いた fluorescence *in situ* hybridization (FISH) 法への応用  
株式会社医学生物学研究所<sup>1</sup>, アボットジャパン株式会社<sup>2</sup>  
○高田真未<sup>1</sup>, 泉澤康弘<sup>2</sup>

**技術 1 13:00~13:21 座長: 久力 権 (焼津市立総合病院病理診断科)**

- P-2-176 口腔細胞診における検体採取方法の検討: オーセレックスブラシの使用経験  
宮崎県立日南病院臨床検査科<sup>1</sup>, 宮崎県立日南病院病理診断科<sup>2</sup>  
○佐野亜由美<sup>1</sup>, 福田早織<sup>1</sup>, 木佐貫篤<sup>1,2</sup>

- P-2-177 脂肪を含む組織に適した凍結標本作製法の検討  
名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 大垣市民病院医療技術部診療検査科<sup>2)</sup>  
○牛田かおり<sup>1)</sup>, 浅井直也<sup>1)</sup>, 大角沙織<sup>2)</sup>, 吉田知代<sup>2)</sup>, 浅野 敦<sup>2)</sup>
- P-2-178 ROSE (オンサイト迅速細胞診) における湿固定簡易ギムザ染色の有用性  
兵庫医科大学病院病理部  
○糸山雅子, 中村純子, 佐藤 元, 石田圭子, 榎本利香, 鳥居良貴, 井出良浩, 渡邊隆弘,  
廣田誠一

**技術2 13:21~13:42 座長: 大塚幸二 (熊本赤十字病院病理診断科)**

- P-2-179 セルブロック作製における溶血剤の影響についての検討  
神戸大学医学部附属病院  
○山田 寛, 森藤哲史, 今川奈央子, 廣尾真奈, 塚本龍子
- P-2-180 液状化検体細胞診の固定保存液を用いた免疫組織化学染色の検討  
愛媛県立新居浜病院検査部  
○兵頭直樹
- P-2-181 呼吸器細胞診における真菌検出の工夫  
川崎医科大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>  
○小林博久<sup>1)</sup>, 菅野豊子<sup>1)</sup>, 米 亮祐<sup>1)</sup>, 小林江利<sup>1)</sup>, 福屋美奈子<sup>1)</sup>, 鹿股直樹<sup>2)</sup>, 森谷卓也<sup>2)</sup>

**技術3 13:42~14:10 座長: 山田鉄也 (社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター)**

- P-2-182 水性二相分離を利用した Simultaneous multiplex immunocytochemistry の開発  
京都大学医学部附属病院病理診断科  
○平田勝啓, 片岡竜貴, 羽賀博典
- P-2-183 少量の細胞診材料による非小細胞肺癌の鑑別法に関する検討  
弘前中央病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科<sup>2)</sup>, 弘前中央病院病理診断科<sup>3)</sup>, 弘前中央病院呼吸器内科<sup>4)</sup>  
○竹谷祥平<sup>1,2)</sup>, 渡邊 純<sup>2)</sup>, 堀江香代<sup>2)</sup>, 吉岡治彦<sup>2)</sup>, 鎌田義正<sup>3)</sup>, 奥寺光一<sup>4)</sup>
- P-2-184 リガンド誘導体染色によるソマトスタチン受容体の検出法  
熊本大学生命科学研究部機能病理学分野<sup>1)</sup>, 京都薬科大学共同利用機器センター<sup>2)</sup>, 独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院<sup>3)</sup>  
○工藤信次<sup>1)</sup>, 長谷川功紀<sup>2)</sup>, 中峰ともみ<sup>3)</sup>, 伊藤隆明<sup>1)</sup>
- P-2-185 染色標本を用いた FISH 解析の応用  
名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部<sup>1)</sup>, 名古屋第一赤十字病院病理部<sup>2)</sup>  
○杉山知咲季<sup>1)</sup>, 郡司昌治<sup>1)</sup>, 山下比鶴<sup>1)</sup>, 村上佳穂<sup>1)</sup>, 藤野雅彦<sup>1)</sup>, 伊藤雅文<sup>2)</sup>

**肝臓・胆嚢・膵臓・消化器7 13:00~13:21 座長: 矢野博久 (久留米大学医学部病理学講座)**

- P-2-186 GIST との鑑別が困難であった総胆管神経線維腫の一例  
倉敷成人病センター<sup>1)</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科免疫病理<sup>2)</sup>  
○高田由貴<sup>1)</sup>, 石原真理子<sup>1)</sup>, 蔵重 亮<sup>1)</sup>, 小淵喜枝<sup>1)</sup>, 瀬島雅子<sup>1)</sup>, 安原聖子<sup>1)</sup>, 砥綿美幸<sup>1)</sup>,  
有福いぶき<sup>1)</sup>, 森 友香<sup>1)</sup>, 國友忠義<sup>1)</sup>, 大森昌子<sup>1)</sup>, 藤澤真義<sup>2)</sup>
- P-2-187 胃粘膜下腫瘍様の発育形式を示す上皮性腫瘍の3例  
広島市民病院病理診断科  
○坂本美弥, 山本倫子, 高木伸治, 坂田かなえ, 戸井紳二, 守都敏晃, 山崎理恵, 市村浩一
- P-2-188 GIST6例の捺印細胞診所見に関する検討—進行度や転移リスク判断への先制診断は可能か—  
社会医療法人中央会尼崎中央病院<sup>1)</sup>, 兵庫医科大学<sup>2)</sup>  
○増田一吉<sup>1)</sup>, 野田大孝<sup>1)</sup>, 寺元 弘<sup>1)</sup>, 吉田純一<sup>1)</sup>, 廣田誠一<sup>2)</sup>, 由谷親夫<sup>1)</sup>

## 肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 8 13:21~13:49

座長：香月奈穂美（高松赤十字病院病理診断科）

- P-2-189 胆道系細胞診における IMP-3, p53 免疫染色を併用した良悪性鑑別  
土浦協同病院病理診断部  
○池田 聡, 本間恵美子, 横須賀仁美, 鈴木恵子
- P-2-190 膵 EUS-FNA における LBC (ThinPrep) 法の有用性  
和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理診断部門<sup>1)</sup>, 和歌山県立医科大学病理診断科<sup>2)</sup>  
○吉井輝子<sup>1)</sup>, 木下勇一<sup>1)</sup>, 永井宏和<sup>1)</sup>, 西野 勝<sup>1)</sup>, 杉山絵美<sup>1)</sup>, 松崎生笛<sup>2)</sup>, 岩橋吉史<sup>2)</sup>,  
割栢健史<sup>2)</sup>, 藤本正数<sup>2)</sup>, 小島史好<sup>2)</sup>, 村田晋一<sup>2)</sup>
- P-2-191 膵腫瘍の液状化細胞診検体における FISH 法を用いた KRAS, CEP12 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, 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, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 織田麻琴, 城間紀之
- P-2-192 肝外胆管病変の液状化細胞診検体における FISH 法を用いた Kras 遺伝子異常の検討  
広島大学病院病理診断科  
○内島由加里, 有廣光司, 石田真悠, 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, 青木知恵, 織田麻琴, 城間紀之

## 肝臓・胆嚢・膵臓・消化器 9 13:49~14:10

座長：伊倉義弘（社会医療法人愛仁会高槻病院病理科）

- P-2-193 EUS-FNA で診断に難渋した肝 echinococcosis の 1 例  
市立豊中病院病理診断科  
○田村裕美, 佐脇千紗, 宮坂裕子, 寺元加奈, 清水隆之, 安藤紘花, 土井玲子
- P-2-194 EUS-FNA で診断困難だった直腸子宮内膜症の 1 例  
富山市立富山市民病院中央研究検査部臨床検査科<sup>1)</sup>, 富山市立富山市民病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○長谷川陽子<sup>1)</sup>, 齋藤勝彦<sup>2)</sup>, 林 宏<sup>1)</sup>, 頼成明奈<sup>1)</sup>, 新木尚美<sup>1)</sup>
- P-2-195 胃に生じたグロームス腫瘍の 1 例  
生長会府中病院病理診断科<sup>1)</sup>, 生長会府中病院臨床検査室<sup>2)</sup>  
○原田博史<sup>1)</sup>, 山下菜津子<sup>2)</sup>, 須見奈都美<sup>2)</sup>, 吉岡賢二<sup>2)</sup>, 小畑 涼<sup>2)</sup>, 保坂直樹<sup>1)</sup>, 川野 潔<sup>1)</sup>

抄

録





## ◇特別講演 1

**The Diagnostic Process in Surgical Pathology and Cytopathology**

University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, MD, USA

○Steven G. Silverberg (MD, FRCPath, MASCP)

Although surgical pathology and cytopathology are based on different types of specimens, their backgrounds and practices are the same, and diagnoses (the universal end product) are made by similar techniques. This lecture explores how diagnoses are made and what factors prevent us from making the correct diagnosis in every situation. Basically, we rely on either instant patterns of recognition (IPRs) or criteria-based diagnoses. IPR-based diagnosis depends on observer experience, while use of criteria has its own problems, summarized as : (1) Whose criteria? ; (2) Words vs. pictures ; (3) Multiple criteria ; (4) Technical problems ; (5) Experience/ability of observer ; (6) Distinguishing points along a continuum ; and (7) Changing criteria/changing diagnoses. Each of these will be discussed in detail, and examples from within and outside of Pathology will be provided. The concept of fourth-dimensional pathology from a two-dimensional slide will be introduced.

## ◇特別講演 2

**インターセックスの苦悩**

作家・精神科医

○帚木蓬生 (MD)

インターセックスとは、染色体やホルモン異常が原因で性別がはっきりしない身体状態をさします。およそ新生児2千人にひとりの割合で生まれ、日本小児内分泌学会は「性分化疾患」と総称しています。その原因としては、70種以上の病態が下位分類されているとはいえ、主なものはそう多くはありません。

卵巣と精巣を両方持っている人、男性型と女性型の染色体がモザイクのように混在している人、子宮と陰茎があっても、卵巣ではなく精巣がある人、染色体や性腺は男性型でありながら、外見は女性になる完全型アンドロゲン不応症、外性器からでは男女の区別がつきにくい先天性副腎皮質過形成、染色体は女性型で子宮や卵巣があるのに、男性ホルモンの過剰分泌のために陰核が肥大して陰茎のように見える人、などが代表的な病態です。

まず家族が心配して小児科を訪れ、それでも診断がつかず、大学病院でさまざまな検査をされます。それでも診断がつかず、とりあえず、外見だけは男か女かに近づけようとする治療が始められることも稀ではありません。そこでは本人の感情や意志など置いてきぼりです。

近年、性的マイノリティとして、LGBTには光が当たり出しています。LGBTの人たちは、日本の人口の7.6%を占めると推定され、なかでも性同一性障害(性別違和)に関しては、2004年に特別法が制定され、権利擁護が進んでいます。

ところが、インターセックスの人々はこうした流れからも完全に取り残され、息を殺したまま、苦難の道を歩き続けなければならないのです。

## ◇特別講演 3

## New WHO Classification of Ovarian Tumors

Department of Pathology, University of California, San Francisco, USA

○Charles J. Zaloudek (MD)

The new 8<sup>th</sup> edition of the WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs was published in 2014, and is now being widely used by pathologists around the world. Many of the most clinically significant changes in classification pertain to epithelial tumors, especially serous tumors. In the new classification, two types of serous carcinoma are recognized, high grade serous carcinoma and low grade serous carcinoma. In the previous 2003 classification these were viewed simply as 2 grades of one tumor type, but they are now recognized as distinct entities with different histogenesis, clinical behavior and responses to therapy. It is important to differentiate between them, even on preoperative needle biopsies and fluid cytology specimens in order to accurately guide therapy. Some tumor types previously recognized, such as transitional cell carcinoma and certain high grade glandular variants of endometrioid carcinoma have been reclassified as variants of high grade serous carcinoma in the 2014 classification. Two variants of borderline serous tumor are recognized in WHO 2014, a standard variant and a micropapillary variant, and new terminology has been established for microinvasion and microinvasive carcinoma. The mucinous tumor group now includes only intestinal type mucinous tumors. Tumors formerly designated as müllerian or endocervical-like mucinous tumors were reclassified as seromucinous tumors in WHO 2014, a change that has proven problematic. The category of undifferentiated carcinoma is now better defined. Few changes in classification involve the non-epithelial tumors, but one new tumor type, a sex cord-stromal tumor termed “microcystic stromal tumor” has been recognized.

## ◇招請講演 1

## がん細胞の進化—卵巣癌の播種性転移を考える—

国立病院機構京都医療センター

○小西郁生 (MD)

卵巣癌の予後不良の最大要因は腹腔内播種性転移であり、その微小環境に着目したゲノム解析から新規治療法の開発を目指している。

(1) 低酸素環境：癌細胞が原発巣の血管支配から独立して腹水に浮遊する際、低酸素環境に曝されるのか？。実際、癌細胞が乳頭状に隆起した先端部で HIF-1 $\alpha$  が発現し、同じ細胞の E-cadherin 発現が低下し、同時に浸潤能と遊走能が亢進する。さらに、浸潤能亢進を司る auto-crine/paracrine 分子が S100A4 であり、その細胞内シグナルは RhoA を介することが判明した。したがって、転移抑制薬として Rho を抑制する Statins が注目される。興味深いことに、癌細胞の S100A4 亢進は低酸素曝露による epigenetic な変化によることが判明し、癌細胞進化の一端が捉えられた。(2) 間質反応環境：癌細胞が転移先で形成する大網ケーキの本質は癌細胞周辺の cancer-associated fibroblast 増生と血管新生である。この微小環境のゲノム発現は TGF- $\beta$  関連遺伝子群の epigenetic な発現亢進に代表され、TGF- $\beta$  阻害薬、バクリタキセル、および抗 VEGF 抗体が有用である。(3) 局所免疫環境：がん細胞が宿主免疫から逃避する機序の一つが PD-L1/PD-1 シグナルであり、癌性腹水を伴う卵巣癌では PD-L1 発現が亢進している。しかも、癌細胞は腹水中に浮かぶと免疫細胞との接触で INF- $\gamma$  を介して PD-L1 を発現させるので、これを抑制するには抗 PD-1 抗体が有用である。

卵巣癌細胞は、原発巣から遊離して播種性転移をきたす過程で、様々の微小環境に適応しながら、ゲノム進化を遂げる実態が少しずつ明らかになりつつある。私たちががん研究を進化させて対抗策を打ち出さなければならぬ。

## ◇招請講演 2

## 細胞概念の確立から細胞・組織診へ

国東市民病院(日本医史学会)

○佐藤 裕(MD)

「細胞」は江戸後期の蘭学者宇田川榕庵(1798-1846)が「植物啓原」において、「Cell」の訳語として創語したものであるが、その「Cell」という用語は Robert Hooke(1635-1703)がコルクの断面の顕微鏡観察により見出した構造に対して命名したものである。Hooke は Zacharias Jansen(1580-1638)の「顕微鏡(Microscope)」を自然観察に採り入れ、その成果を 1665 年に「Micrographia(ミクログラフィア)」として刊行した。同世代で「微生物学の父」と称される Antonie van Leeuwenhoek(1632-1723)も自作の顕微鏡を用いて、自然界には“肉眼では見えないほど微小な生き物(今日の原生動物や細菌に相当)”がいることを見出し、それらを「animalcules」と呼んだ。さらに Robert Brown(1773-1858)により「核(nucleus)」が、「細胞の有糸分裂(Mitosis)」の仕組みを解明した Walter Fleming(1843-1905)により「染色質(クロマチン: Chromatin)」が発見されるなど、植物研究を通じて徐々に「細胞」像が明らかにされていった。その後、1838 年に Matthias Schleiden(1804-1881)が「植物の細胞説」を、1839 年には Theodor Schwann(1810-1882)が「動物の細胞説」を唱えた。そして、「生物は“細胞”からなる」という「細胞学説(Cell Theory)」を確立したのが Rudolf Virchow(1821-1902)であったが、「すべての細胞は細胞から生じる(omnis cellula e cellula)」は有名な言葉である。Virchow は病気の原因を細胞の形態変化に求めて「細胞病理学(Cellular Pathology)」を打ち立てたが、「生検(biopsy)」で得られた検体を検鏡して良悪性(悪性度)を判断する Virchow に始まるともいえる「病理組織・細胞診(pathological diagnosis)」は、重要かつ不可欠な診断方法として広く普及している。

ついで、「細胞診(cytology)」といえはギリシャ出身の George Papanicolaou(1883-1962)の「パパニコロー染色(1928)」を想起するが、ほぼ同じ時期にルーマニアの Aurel Babes(1886-1961)も同じような方法を報告しており、その優先権をめぐる論争があったという。なお、彼らに先だって「剥落細胞(exfoliative cell)」を検鏡して病気の診断に役立てようとした細胞診のさきがけとして、Walter Hayle Walshe(1812-1892)と Lionel Smith Beale(1828-1906)をあげておく。

## ◇招請講演 3

## マイクロ RNA のがん臨床への応用

大阪大学大学院医学系研究科消化器外科

○森 正樹(MD)

がんの臨床的応用への期待が強い点からバイオマーカーの研究は依然として活発である。中でも最近注目を集めているマイクロ RNA が、がん研究分野にも登場するようになって 15 年余りが経過した。がん分野では当初は血液疾患に注目が集まったが、次第に固形がんでもその重要性が相次いで報告されるようになってきた。最近ではエクソソームの臨床応用についての研究も合わせて進展している。私どもは消化器がんでの基礎的研究を踏まえ、臨床応用を目指して研究を行っているので、紹介させていただく。

1) 診断への応用: 国立がん研究センターの落谷博士との共同研究により、CD147/CD9 によるエクソソーム検出は大腸がんの病期 3 期のみならず、1 期と 2 期でも検出可能であることを見出した。

2) 治療への応用: ① KRAS の変異のない大腸がん症例に対し有効な分子標的薬が使用されているが、変異のある症例に対して有効な分子標的薬は実用化されていない。そこで変異のある症例に対し有効性を発揮できるようなマイクロ RNA 4689 を同定した。これは変異の有無に関係なく KRAS シグナルをブロックし、抗がん作用を発揮できる。②マイクロ RNA の 200c, 302s, 369s は正常細胞を iPS 化し得ることを見出した。また、これら 3 つのマイクロ RNA を癌細胞に導入すると、癌細胞は増殖能を著明に低下させた。他方、大腸がんの発生モデルである CPC-Apc マウスにあらかじめこれらのマイクロ RNA を週 3 回、8 週間にわたり投与すると、大腸がんの発癌が抑制されることを明らかにした。これらの成果は家族性大腸腺腫症の患者における大腸癌発生の抑制につながる成果として期待している。

以上の研究結果はまだ道半ばではあるが、先生方にご批判をいただければ幸いである。

## ◇招請講演 4

## 臨床細胞学の未来—最新の医療政策に照らして—

参議院議員・医師

○自見はなこ (MD)

急速に進展する高齢化社会、高度化する専門医療、増大する医療費、限られた医療資源と逼迫する国家の財政的な状況など、我々の医療を取り巻く課題は山積している中で、現在ほど、総合的に国民医療を維持発展させるために、医療職の専門的知見を如何に医療政策に反映させていけるかが問われている時代はない。

その中でも特に、癌の細胞診断の学術的向上のために、細胞診専門医と細胞検査士との共同の取り組みにより今日まで臨床細胞学の発展に寄与してくださった婦人科、外科、内科、病理病態、歯科、領域の関係各位の歩みは、専門家集団として社会的責任を果たしてきたプロフェッショナルオートノミーの歩みといえる。

今回は、「働き方改革」と「医学部、臨床研修、専門医の仕組みを一貫した医師のキャリアデザインで描く」この2点について言及する。今年3月末に働き方改革実行会議により答申が提出された際に、医師は、医師法上の応召義務と自己研鑽を伴う特殊な職業であることを理由に例外的に働き方について2年間の検討期間を設けられた。ただその間も勤務医の勤務環境改善は早急に求められており、むしろその勢いは加速していると認識している。その中で、地域医療構想と今回の働き方改革を総合的に包括的に検討していく必要があると考えている。

また今まで、医師のキャリアデザインは、医学部教育は文部科学省、臨床研修は厚生労働省、この度の専門医の仕組みは日本専門医機構で行われてきた。ここにシームレスな連携と、医学部の臨床行為の見直し、中長期的に国家試験のあり方、臨床研修での外科、産婦人科、小児科、精神科が必修から平成22年に外された事の検証など解決すべき課題が存在している。

以上の2点を取り巻く現状を共有し、今後の臨床細胞学の未来についての知見を述べたいと考えている。

## ◇会長講演

## 婦人科腫瘍の組織診と細胞診

九州大学大学院医学研究院保健学部門

○加来恒壽 (MD)

婦人科腫瘍で最初に取り組んだテーマは「子宮頸部悪性腺腫の臨床病理学的研究」であった。組織診では極めて高分化型腺癌であり良性病変との鑑別が困難であるが一部に腺癌の部分に伴うことが鑑別点であると報告した。その後、胃型腺癌の概念が提唱され明るく豊富な細胞質、細胞境界が明瞭であることが特徴とされ、予後不良とされている。細胞診では腫瘍細胞は細胞質に黄金色の粘液を持ち HIK1083 陽性で特徴的な胃型の形質発現すること、日本では頸部腺癌の約20%が胃型腺癌であり欧米に比して高頻度であることも明らかとなった。

「卵巣明細胞癌」667例を対象にしたJGOG 3017の国際中央病理診断ではVirtual slide systemで海外の病理医も参加し、不一致例はテレビ会議で国際的に討議し最終診断を行った。日本では明細胞癌が卵巣癌の約20-30%と欧米と比べ頻度が高い。また多彩な病理像を示しAtlas of clear cell carcinoma of the ovary (Springer)として刊行した。細胞像については卵巣腫瘍細胞診ガイドラインに掲載した。特に子宮頸部胃型腺癌、卵巣明細胞癌は欧米に比べ我が国で頻度が高く、特徴的な組織像、細胞像についてアトラス等で広く公開した。Virtual slide systemなどの技術を用いた国際病理中央診断などの試み、またこれらの腫瘍が人種による発生の頻度が異なること、予後が不良であることなど多くの課題を解明することが求められている。今後、国際的に腫瘍に関する情報を共有し研究することが益々重要になると思われる。



## ◇要望講演 1

## マクロファージの M1/M2 活性化と疾患との関わり

熊本大学大学院生命科学研究部細胞病理学分野

○竹屋元裕(MD)

マクロファージは生体のほぼすべての臓器・組織に在在し、病原体に対する感染防御や体内に生じる老廃物処理に重要な役割を果たしている。さらに、マクロファージの浸潤は、自己免疫疾患、動脈硬化や肥満などの代謝性疾患、さらにはがんの発生や進展に深く関係している。マクロファージの活性化に関しては、1990年頃に、それまでの古典的活性化(classical activation)以外に、これとはまったく異なる活性化経路(alternative activation)の存在が明らかとなった。2000年当初には、この2種の異なる活性化を示すマクロファージをヘルパーT細胞亜群(Th1とTh2)の概念に倣って、それぞれM1、M2マクロファージと呼ぶことが提唱された。すなわち、M1マクロファージはTh1サイトカインであるIFN- $\gamma$ やTLR4のリガンドであるLPSの刺激によって誘導され、炎症応答の誘導や感染防御において重要な働きをする。これに対して、M2マクロファージはTh2サイトカインであるIL-4やIL-13の刺激によって誘導され、炎症反応の抑制や組織修復などに関わることが示された。種々の疾患へのマクロファージの関与についてもM1/M2の観点から解析がすすめられ、例えば、非肥満時の脂肪組織のマクロファージはM2優位であるが、肥満に伴いM1優位のマクロファージ浸潤が誘導され肥満が促進すること、がん組織に浸潤する腫瘍随伴マクロファージはM2優位で、抗腫瘍免疫の抑制や血管新生誘導等を介して腫瘍の増殖や進展を誘導する事などが明らかとなった。

一方で、M1/M2の概念はin vitroの検討から導かれたもので、生体内のマクロファージを単純に二大別することには無理があり、M1/M2の概念を基本としつつ、新しいマクロファージの活性化経路が提唱されている。

## ◇要望講演 2

## 乳がんにおける免疫染色によるバイオマーカー診断の臨床的意義

くまもと森都総合病院病理診断科

○有馬信之(MD), 遠山亮佐(CT), 溝上美江(CT), 岩田理央(CT), 内田衣里子(CT), 木下裕也(MT)

乳がんはバイオマーカーの発現の違いにより、luminal A, luminal B, HER2-enriched, triple negativeの4つのサブタイプに分類され、タイプ別に異なった薬物療法が選択されるようになり、再発率の低下ならびに生存率の増加をみるようになってきた。乳がん組織を用いたホルモン受容体、HER2遺伝子やタンパク、Ki-67などのバイオマーカーの検索はルーチン化され、臨床医はその結果に基づき、内分泌療法、抗HER2療法、化学療法を使い分けている。バイオマーカーの検索はOncotype DXのような多遺伝子解析を行う方法もあるが、本邦においては今のところ保険適応がなく、免疫染色を用いた評価法が一般的である。とはいえ、多遺伝子解析法はホルモン受容体やHER2の発現評価のみならず、再発リスクを算出することにより、特にLuminal HER2陰性乳がんに対して、内分泌療法に化学療法を上乗せした方がよいかどうかの指標として利用されている。一方、免疫染色ではluminal HER2陰性乳がんをKi-67やPgRの発現レベルの違いにより、Luminal AとB typeに分類し、化学療法の上乗せが必要かどうかの判断材料にしているが、この際、免疫染色と多遺伝子解析法による治療法の選択が同一症例では同等であることが望ましい。今回、私どもは免疫染色によるバイオマーカーの評価とOncotype Dxの判定結果を比較することにより、免疫染色によるバイオマーカー診断の臨床的意義について検討したので報告する。さらに、細胞診検体を用いたホルモン受容体とHER2の発現についても言及する。



## ◇要望講演 3

## 甲状腺腫瘍 WHO 分類 2017—改定点と新概念—

山梨大学大学院総合研究部医学域・人体病理学講座

○加藤良平(MD)

WHO 分類が 13 年ぶりに改訂されました。今回の改訂では甲状腺腫瘍分類にもいくつかの大きな変更点があります。以下にその変更点を簡単に紹介します。最も重要なものとしては、UMP と NIFTP という良悪性の中間的概念が記載されたことでしょうか。UMP は FT-UMP (悪性度不明な濾胞性腫瘍) と WDT-UMP (悪性度不明な高分化腫瘍) に分けられます。FT-UMP も WDT-UMP も被膜ないし血管浸潤像の判定が難しい濾胞性腫瘍で、前者は乳頭癌の核所見が無いもの、後者は乳頭癌様の核所見があるものとされる。一方、NIFTP は乳頭癌細胞核所見をもつ濾胞形成性腫瘍の中で、浸潤所見(被膜、血管浸潤)を欠く腫瘍を意味します。これらは濾胞腺腫と濾胞癌、濾胞腺腫と乳頭癌の境界に位置する中間的概念で、その診断にはいずれも被膜血管浸潤像の評価が条件になっているため、術前の穿刺吸引細胞診での判定は難しいものと思われる。その他の変更点を拾い上げてみると、乳頭癌の項目ではホブネイル(hobnail)亜型や紡錘形細胞亜型が新たに記載されました。濾胞癌では、これまで微少浸潤型が 2 つに細分され、被膜浸潤像のみを微少浸潤型とし、血管浸潤があるものは被包性血管浸潤型と呼ぶことになりました。つまり血管浸潤像の重要性が強調されたこととなります。また、低分化癌の診断は、いわゆるトリ分類といわれる基準に統一されたことも特筆に値するだろうと思われます。今回の改訂には、細胞診断で問題になる事項が多く含まれており、十分に理解して運用する必要があるものと思われます。

## ◇要望講演 4

## 日本における HPV ワクチンの現状

久留米大学医学部産婦人科学講座

○牛嶋公生(MD)

子宮頸がんの罹患数は増え続けており、20 歳代での異形成の発生、30 歳代での浸潤がんによる死亡数の増加が報告されている。浸潤がんで見られた場合には死亡に至らずとも、子宮摘出による妊孕性の喪失は免れず、治療による合併症にも苦しむことになる。さらに、今後他のがん種では減少傾向が予測されているのに比し、子宮頸がんのみ増加が予測されている。HPV ワクチンは臨床試験やコホート研究で異形成の発生率の明らかな低下が報告されているが、日本では 2013 年 6 月の定期接種の積極的勧奨中止から 4 年が経過し、その間ワクチンの接種率は極めて低い状況が続いている。また、ワクチン接種後の副反応といわれる若年女性の種々の症状について、患者側 63 名の原告が 2016 年 7 月に全国 4 地裁で製薬会社を提訴した。一方、WHO は本ワクチンの公衆衛生的な有用性を認めており、名指して日本の勧奨再開を促している。日本小児科学会、日本産科婦人科学会をはじめとする 17 団体による予防接種推進協議会からはワクチン接種後の症状に対する報告体制と診療・相談体制の確立、健康被害に対する救済などが講じられたことを受けて、本ワクチンの積極的な接種を推奨するという見解を発しているが、現時点で勧奨再開の目はたっていない。接種後の副反応の症状は多様で、単一の病名では説明がつかない事例が多い。そこで、ある科が窓口となり複数の診療科で議論すると、ワクチン開始以前から同様の事例が見られていることが解る。その結果、治療方針が立てやすくなり、症状が改善した事例も多い。本講演では他のアジア諸国の現状も踏まえ、日本における HPV ワクチンの現状を報告する。

## ◇要望講演 5

## 卵巣腫瘍における画像と病理の対比

倉敷中央病院放射線診断科

○小山 貴(MD)

卵巣腫瘍の術前 MRI 画像は腫瘍のマクロ所見を反映するのみならず、腫瘍内部の液体の性質を評価することが可能であり、術前の診断に貢献する。嚢胞性成分を主体とする病変の多くは T1 強調像で低信号、T2 強調像では高信号に描出されるが、成熟嚢胞性奇形腫においては内容液は皮脂成分を反映して、T1 強調像では皮下脂肪と同等の高信号を呈し、脂肪抑制像では信号の低下を呈する。内膜症性嚢胞においても T1 強調像で高信号を呈するが脂肪抑制像では信号の低下はなく、T2 強調像では特徴的な信号低下を呈する。内膜症性嚢胞は明細胞癌、類内膜癌、漿液性境界悪性腫瘍といった様々な悪性腫瘍を合併するが、これらは嚢胞内部の充実性腫瘍として描出される。漿液性腫瘍では充実性成分内部の乳頭状構造が特徴的であり、さらに粘液産生を反映して T2 強調像で信号上昇が見られる。粘液性嚢胞性腫瘍は多房性嚢胞性の形態が特徴的であるが、同様の形態は卵巣甲状腺腫などの他の腫瘍でもみられるので、鑑別に慎重を要する。充実性の腫瘍のうち、性索間質性腫瘍は莢膜線維腫および Brenner 腫瘍では腫瘍内部の豊富な間質成分を反映して、T2 強調像で低信号に描出される。未分化胚細胞腫、顆粒膜細胞腫では高い細胞密度を反映して、T2 強調像で中等度、拡散強調像で高信号を呈する。後者はしばしば内部に境界明瞭な嚢胞性成分を伴うことが多い。卵巣癌のうち、頻度の高い漿液性癌では充実性成分は T2 強調像で中等度の信号を呈するが、内部に不規則な高信号の嚢胞性成分を有する。本講演においては代表的な卵巣腫瘍において、画像と病理の対比を示しつつ、MRI 画像に組織の特徴がいかんにか反映されるか概説する。

## ◇要望講演 6

## 子宮体癌の癌化機序における老化の関与

産業医科大学医学部産婦人科

○蜂須賀徹(MD)

加齢はがん発生の重要な因子の一つである。子宮内膜漿液性腺癌(USC)は Type II 子宮体がんを代表する組織型であり、その多くが 60 歳以上の高齢者に発生することにより加齢と関連した癌ともいえる。我々はタモキシフェン(TAM)の子宮内膜の増殖傾向は、閉経前子宮内膜より閉経後子宮内膜に強く、閉経前乳がん患者に対する Gn-RH+TAM 術後補助療法では子宮内膜の増殖傾向は認めないことを報告した。また TAM は閉経前では子宮内膜癌の危険因子でなく閉経後において子宮内膜ポリープ内癌の発現頻度が上昇し、漿液性腺癌や癌肉腫などの組織型が有意に多くなると報告されている。最近 USC は p53 signature(p53S)を潜在的前癌病変とする発がん過程仮説が提唱されている。子宮内膜ポリープ 133 例で p53S 発現頻度を検討したところ p53S はすべて閉経後子宮内膜ポリープのみで認めた(12.7%)。また TAM 使用の有無で発現頻度に有意差を認めなかった。閉経後子宮内膜 72 例での検討では、p53S 発現頻度は 11%であり閉経後子宮内膜ポリープと有意差はなかった。子宮内膜癌 225 例で p53S を検討すると癌周囲内膜で p53S を認めた症例は 22 例(9.8%)であった。p53S は、類内膜癌、非類内膜癌にかかわらずその背景内膜に認めたが、漿液性上皮内癌(SEIC)と p53S の合併は高率に非類内膜腺癌のみで認め p53S は非類内膜癌の一部において前癌病変である可能性があると考えられた。さらに細胞増殖と細胞死の観点から p53S の意義について検討することになっている。

## ◇要望講演 7

## 肺癌取扱い規約～細胞診

北里大学医学部呼吸器外科学

○佐藤之俊(MD)

2017年1月より肺癌取扱い規約 第8版の使用が開始された。この第8版の細胞診項目における改訂点を解説する。本改訂にあたっては、WHO分類における生検・細胞診の取扱いと矛盾せず、かつ、本邦で蓄積された細胞診知見を盛り込む内容とした。また、病理との整合性を保ちながら独立した改訂を行った。報告様式は、標本の適正評価(検体不適正、適正)を行い、判定区分は従来どおり陰性、疑陽性、陽性とした。陽性や疑陽性の場合、細胞型を把握し、腺癌、扁平上皮癌、小細胞癌等の推定組織型を記載する。明らかでない場合は、非小細胞癌などとどめる。他の組織型についても、カルチノイド、腺様嚢胞癌、粘表皮癌、肉腫、転移性肺腫瘍など可能なものは推定する。腺癌を示唆する所見として、乳頭状集塊、微小乳頭状集塊、シート状集塊、腺腔様構造、円柱状細胞の柵状配列、印環細胞様形態を記載した。また、集塊辺縁の平滑・核の突出、不規則な重積は扁平上皮癌との鑑別の注意点であることを追加した。扁平上皮癌を示唆する所見では、楕円形核が長軸報告に沿って一定方向に流れるような集塊(流れ様配列、層状配列)、敷石状配列を示す集塊、細胞集塊の辺縁不整(毛羽立ち)、扁平化、放射状構造を記載した。なお、この改訂で、腺癌との鑑別が難しい高度細胞異型を示す反応性線系異型細胞を付記される所見として記載した。喀痰細胞診については、名称を肺がん検診と変更し、判定基準と指導区分をわかりやすく改訂した。悪性胸膜中皮腫については、胸水で中皮腫が疑われる場合は免疫染色を行い、否定的、判定困難、中皮腫の疑い、の3区分の判定を行うこととした。なお、病理と相談の上、診断に用いる抗体の表を加えた。上記内容を主体として追加点、変更点について解説する。

## ◇要望講演 8

## 尿路上皮癌における最近の進歩：治療の進歩に尿細胞診はどのように対応すべきか

愛知医科大学病院病理診断科

○都築豊徳(MD)

腎盂・尿管・膀胱などの尿路上皮系悪性腫瘍の90%以上は尿路上皮癌である。単一組織型であるが、その病態及び臨床経過は多岐にわたり、臨床経過を予測する適切な病理学的因子が乏しいのが現状である。高異型度尿路上皮癌に対しては積極的な治療が行われる一方、低異型度尿路上皮癌には治療を行わないで経過観察のみを行う監視療法の妥当性が検討されている。その一方で、診断困難とされる“異型尿路上皮”の頻度が依然として高いことが問題となっている。近年、尿路上皮癌に術前化学療法が導入され、その至適患者群の同定方法が現在模索されている。この数年のうちに尿路上皮癌に対してがん免疫療法が導入されることが予定されている。この数年の内に、単に尿路上皮癌の有無を判定するのみの尿細胞診は臨床現場からその有用性が薄れていく可能性がある。その一方で、尿細胞診で過剰診断の元となっている“異型尿路上皮”の診断を減らしていく必要性も迫られている。本講演では、The Paris Systemで強調されている高異型度尿路上皮癌の診断の重要性を解説すると同時に低異型度との鑑別について述べる。併せて、“異型尿路上皮”の原因を提示し、どのようにすれば“異型尿路上皮”の診断比率が減少するのかを提案したい。UroVysionを用いた尿路上皮癌の診断能の向上についても言及する。引き続き、遺伝子解析に基づいた尿路上皮癌の新しい分類及びその分類の臨床での意義を紹介するとともに、尿細胞診への応用方法の解説を行う。尿路上皮癌の亜型分類も予後に反映するものがあることから、尿路上皮癌との関連についても述べていきたい。

## ◇要望講演 9

## 臨床医から見た口腔細胞診の重要性

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○関根浄治(DDS)

われわれは口腔がん患者さんに対して、臨床所見・画像所見に加えて生検による悪性度評価の後、カスタムメイドの治療を行なっている。しかし、生検による外科的侵襲は画像診断に反映されることがあるため、生検はすべての画像診断後に行っている。

口腔細胞診は、初診時のスクリーニング、術中の迅速断端判定、術後経過観察にも極めて有用な診断ツールである。2015年、日本臨床細胞学会から口腔細胞診のガイドラインが発刊され、その後口腔細胞診の精度管理に関する報告もあり、その有用性は高く評価されている。一方で、口腔がん検診においても細胞診が応用されている。口腔がんの多くは扁平上皮癌であるが、深層系細胞が全層に置き換えるタイプは少なく、表層分化型癌が多い。したがって、肉眼的に色調変化のみを呈することがあるとともに、慢性炎症や細菌の影響により細胞像の判定に難渋することもある。

本講演では、まずわれわれ口腔外科医がどのように細胞診を応用しているか、口腔病変の臨床像と細胞診の対象疾患を解説する。次に、当科の口腔細胞診断フローチャートによる判定結果とその精度を示すとともに、初期がんと進展症例の切除・再建手術の違いを概説する。また、口腔細胞診でもっとも難しいPMDs(Potentially Malignant Disorders)の概念について述べるとともに、現在われわれが取り組んでいるPMDsの鑑別アルゴリズムの開発の進捗も併せ紹介する。

## ◇要望講演 10

## Mesonephric adenocarcinoma (中腎性腺癌) の臨床病理と細胞像

新百合ヶ丘総合病院病理診断科

○福永真治(MD)

はじめに：Mesonephric adenocarcinoma は一般的に子宮頸管側壁深部の中腎管遺残ないしその過形成から発生し、HPVとは関連しない。頸部腺癌の1%以下の頻度である。子宮頸部外発生例、他の組織型を伴う症例、最近の知見についても解説する。臨床像：多くは頸部原発で40-70歳代に発生し、不正出血を主訴とすることが多い。まれに体部、付属器に発生する。病理像：肉眼的には、頸部深層に充実性腫瘍を形成し、しばしば粘膜に及ぶ。組織学的には多彩な像を呈し種々の増殖パターンが混在する。立方状細胞の管状の増殖で内腔に好酸性分泌物を容れる像が最も特徴的で診断と糸口となる。乳頭状、網状、索状、充実の増殖像や紡錘形細胞の増殖も観察される。時に癌肉腫様像が認められ、malignant mixed mesonephric tumor と呼称される。免疫組織学的にはCAM5.2, CK7, EMA, CD10, PAX8, GATA3, TTF1が陽性で、ER, PgR, CEA, p16は陰性のことが多い。鑑別診断としてmesonephric hyperplasia(中腎管過形成)と類内膜腺癌が挙げられる。細胞像：富細胞性で、接合性を示す類円形細胞の重積性、管状、シート状の集塊としてみられる。腫瘍細胞は円型、類円形の核を有し、核クロマチンは繊細かつ豊富であり小型の核小体のみみられる。ライトグリーン好性、中等量の胞体を有する。細胞診断は容易ではない。予後：malignant mixed mesonephric tumorは通常のmesonephric adenocarcinomaと比較し、予後不良である。



## ◇要望講演 11

## 病理からみたがんの heterogeneity

東京大学医科学研究所ゲノム医科学分野

○柴田龍弘(MD)

がんとは、ゲノム異常の発生・蓄積により誕生した腫瘍細胞が、更にゲノムを変えながら環境変化へ適応しクローン進化を続ける疾患であり、必然的に多様性を内包している。さらに血管や免疫細胞、間質細胞といった腫瘍微小環境は、腫瘍細胞と相互に関連しながらやはり多様な形質を示している。症例内の複数領域についてゲノム解読を行うことで、腫瘍内ゲノム多様性を評価することが可能となり、がんにおける多様性がどのように生まれ、変化していくのか、についていくつかのモデルが提唱されている。腎臓がんでは早期から異なったゲノム異常を持つクローンが分岐していく branched 型が見られ、一方で大腸がんではゲノム多様性は後期に集中して見られるなど、臓器がんごとに多様性創出機構は異なっていることが報告されている。病理組織学的に認識される腫瘍内多様性は、局所的なものから更に1細胞レベルまでより複雑な細胞形質の変化を観察しているが、現在の技術では位置情報を保持しながら1細胞ゲノム解析を腫瘍全体に行うことはまだ達成できていない。こうしたゲノム多様性は、分子標的薬も選択圧とすることで治療抵抗性を獲得したクローンを生み出す装置として働くが、同時に宿主免疫機構からは非自己（新生抗原）として認識されることから、がん免疫療法においてゲノム多様性がどのような意味を持つのかについては今後の研究が期待される。

## ◇要望講演 12

## 末梢性 T 細胞リンパ腫分類の新しい展開

久留米大学医学部病理学教室

○大島孝一(MD)

末梢型 T および NK 細胞リンパ腫(PTCL)は、形態的にも小細胞、大細胞、未分化大細胞と多岐であり、免疫表現型、遺伝子型においても疾患単位は、多岐に及んでいて、一般的に予後不良である。特に、末梢 T 細胞リンパ腫、非特異型(PTCL-NOS)、血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫(AITL)、成人 T 細胞白血病/リンパ腫(ATLL)は予後不良である。去年より WHO 分類の改正が行なわれ、予後良好な PTCL が追加されている。また、Follicular helper T cell 由来、特に AITL への言及や、慢性活動性 EBV 感染症への言及がなされている。新しいものとしては、低悪性皮膚 CD8 陽性リンパ増殖症(Indolent CD8-positive lymphoid proliferation of the skin : CD8 LPS)、低悪性消化管 T 細胞リンパ増殖症(Indolent T-cell lymphoproliferative disorders of the gastrointestinal tract : T-LPD-GIT)、リンパ腫様胃腸症/NK 細胞性腸管症(Lymphomatoid gastropathy/NK-cell enteropathy : NKE) ; Lymphomatoid gastropathy (NK-cell enteropathy : NKE) などが挙げられている。また、治療の進歩に伴い、CCR4, CD30, PDL-1 などコンパニオン診断が末梢性 T 細胞リンパ腫でも、今後重要になってきている。これらのことを含めて解説を行いたい。



## ◇要望講演 13

## EUS-FNA における細胞診の役割と課題

帝京大学溝口病院消化器内科

○安田一朗(MD)

超音波内視鏡下穿刺術 (Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration : EUS-FNA) は, 1992 年にデンマークの Vilmann らが膵腫瘍に対する報告を行って以来, 欧米ではその後約 10 年の間に急速に普及した。一方, 日本では画像診断に対する自信(過信?)と播種に対する懸念から導入が遅れていたが, 2010 年の保険収載を契機に導入する施設が急増しており, 消化器および呼吸器領域ではもはや一般的な検査手技となりつつある。EUS-FNA の適応は, 膵癌の確定診断, 肺癌のリンパ節転移診断(病期診断), 消化管粘膜下腫瘍の鑑別診断などであるが, 技術的には後縦隔, 腹腔内, 骨盤腔内のかかなり広範な領域・臓器へのアプローチが可能である。採取検体の病理診断は, 欧米では細胞診による診断が主流であったが, 日本では病理医が組織診断を好む傾向と適応疾患拡大への関心から比較的初期から組織診と細胞診を併施する施設が多かった。良悪性の鑑別のみを目的とするのであれば, 多くの場合細胞診のみで対応可能と考えられるが, リンパ腫, サルコイドーシス, 自己免疫性膵炎など組織形態所見を診断のために必須とする疾患や免疫染色を必要とする疾患においては, 細胞診のみでのアプローチには限界がある。しかし一方で, 組織診断のためにはより多くの検体, core 検体を採取する必要があるが, そのためにはより太い穿刺針を使用する必要があるが, 太い針は穿刺性・操作性が悪く, 扱いづらいものであった。その後, この課題に対しては, 穿刺針の改良と検体処理の工夫の両面からのアプローチが進められており, 前者については種々の穿刺針が開発され, 後者についてはセルブロック法や liquid-based cytology などが導入されている。

## ◇要望講演 14

## 膵癌早期診断における細胞診の役割

九州大学医学研究院臨床・腫瘍外科<sup>1)</sup>, 九州大学医学研究院形態機能病理学<sup>2)</sup>, 九州大学病院病理診断科・病理部<sup>3)</sup>

○大塚隆生(MD)<sup>1)</sup>, 大久保文彦(CT)<sup>3)</sup>, 小田義直(MD)<sup>2)</sup>, 中村雅史(MD)<sup>1)</sup>

膵癌は現在本邦のがん死亡数の第 4 位であり, 今後も罹患数が増えていくことが予想されるが, その多くが進行癌で診断されるため依然として予後不良である。したがって膵癌の予後改善には早期診断が必要不可欠である。胃癌・大腸癌では内視鏡機器の進歩と内視鏡下生検組織診が早期診断と予後改善に大きく寄与したが, 膵癌診療では生検検体を採取することがほとんどできないため, 細胞診が果たす役割は大きい。膵癌確定診断法として超音波内視鏡下穿刺吸引下 (EUS-FNA) 細胞診と ERCP 下膵液細胞診があり, EUS-FNA の診断能が高く現在の主流であるが, EFS-FNA では“腫瘤影”を捉える必要があり, 腫瘤形成前の膵癌には対応できず, また穿刺ルート内への癌細胞の implantation が問題となる。一方, 腫瘤形成前の極めて早期の膵癌診断は ERCP 下膵液細胞診を積極的に行っている施設からの報告が多いものの, 膵炎などの合併症, 膵液排出促進剤の本邦未承認などの問題もあり, 診断能は必ずしも高くはない。ERCP 下擦過細胞診では細胞挫滅が強くなり適切な診断が困難となる場合があり, 最近では経鼻的膵管チューブを膵管内に留置して多くの膵液を回収した上で細胞診を行う施設も増えてきている。また補助診断として細胞診検体の免疫染色や, 膵液中の分子マーカー検索も精力的に行われるようになってきた。膵液細胞診で癌細胞が検出されても局在診断に至らない場合があり, その際には ERCP 下分割膵液細胞診や, 最終的には術中迅速膵液細胞診で局在を診断することもある。本発表では膵液細胞診を活用した膵癌早期診断へ向けた当施設での取り組みについて述べる。

## ◇要望講演 15

子宮頸がん妊孕性温存手術である子宮頸部摘出術に関わる細胞・組織診断上の留意点

鹿児島大学医学部産科婦人科

○小林裕明(MD)

晩婚晩産化と頸癌患者の若年化のために、広汎子宮頸部摘出術(RT)の需要は増加してきている。腔式と腹式のRTがあるが本邦では腹式が多く、私も2005年より腹式RTを当時国内2施設目として九州大学で開始した。術中病理診による適格基準として、頸部切除断端に5mmのcancer-free spaceがあることと、センチネルリンパ節(SN)に転移がないことを設定したためか、2014年までに行った126例中、再発は1例と国際的にも良好な結果であった。それを受けて2014年から鹿児島大学で行ってきた臨床試験では適応拡大を試み、より大きな病巣を対象に含めた。RTにおいて細胞・組織診断は術前・術中適格基準のみならず、術後の経過観察にも大きく関与する。本講演ではその留意点について解説する。術前診断については1)頸管内発育のSCCがCINと過小診断されやすいこと、2)円錐切除時にシラー液を塗布したりパワーソースで切開すると病理診断が困難となること、術中診断については1)腺癌症例におけるSN評価時に子宮および卵管内膜症に留意が必要なこと、2)頸部切断時に病巣の最深部と頸管腺部分をパワーソースで切断しないこと、術後経過観察中は1)短縮した頸管のため内膜腺細胞や化生細胞が出現しやすいこと、2)術後1年以内に出現しやすい異常スメアは2年目以降からは消失していく傾向があること、などにつき言及する。2017年版子宮頸癌治療ガイドラインには「RTの施行には病理医、生殖医療・周産期管理、新生児管理を担当する医師の協力が不可欠であり…」との記述があるが、上記の細胞・組織診断上の問題点は、逆に婦人科医が病理医・細胞診検査士に協力して十分な情報を提供すればかなり軽減すると思われるので、この点についても解説したい。

## ◇教育講演 1

軟部腫瘍のWHO分類と新たな疾患概念

九州大学医学研究院形態機能病理学

○小田義直(MD)

軟部腫瘍は歴史的にその疾患概念が大きく変遷してきた。一般的に軟部腫瘍は組織起源ではなく形態学的な腫瘍細胞の分化に基づいてなされる。最新の2013年WHO分類では形態と分子遺伝学的解析の組み合わせにより様々な疾患概念が再編成されている。主な疾患概念の再編成としては1. MFHの名称とその概念の消失、ならびに未分化/分類不能肉腫の概念の導入 2. 脱分化脂肪肉腫の疾患概念の拡大 3. 孤立性線維性腫瘍の疾患概念の整理 4. 偽筋原性血管内皮腫やphosphaturic mesenchymal tumorなどの新たな疾患概念の確立などがある。本講演ではこれらの変化した疾患概念と新たに確立された疾患について解説する。

近年、次世代シーケンサーによる解析により様々な良性・悪性軟部腫瘍で新たなキメラ遺伝子が同定されるようになってきた。孤立性線維性腫瘍と鑑別を要する新たな疾患概念である軟部血管線維腫は特異的なキメラ遺伝子*AHRR-NCOA2*を有している。Ewing肉腫を含む極めて悪性度の高い小円形細胞肉腫と呼ばれる一群の中に*CIC-DUX4*や*BCOR-CCNB3*などの新たなキメラ遺伝子を有する腫瘍の一群が存在することも明らかにされた。我々の教室に集積された膨大な良性・悪性軟部腫瘍症例からこれらの腫瘍を同定しその臨床病理学および免疫組織化学的マーカー発現の特徴についても解説する。

軟部腫瘍の病理診断において分子遺伝学的解析によるキメラ遺伝子などの遺伝子異常の検出は極めて重要な役割を果たしているが、全く異なる組織型の間で共通のキメラ遺伝子を有する腫瘍も存在するため、病理組織学的な評価はやはり重要である。

## ◇教育講演 2

肺癌治療の進歩を知って肺癌バイオマーカー検査を理解しよう！

愛知県がんセンター遺伝子病理診断部

○谷田部恭 (MD)

近年の肺癌治療の進歩は著しく、一年前の標準治療が書き換えられる状態となっている。この中で、病理細胞診に関連し治療選択に関わるバイオマーカー検査は、以下のように多様化している。

ニボルマブ (2015年12月)、ペムプロリズマブ (2017年2月) が肺癌に適応拡大：ニボルマブおよびペムプロリズマブの投与に当たってはPD-L1免疫染色が必要となるが、使用する免疫染色キットおよび評価基準が異なる。また、厚生労働省から最適使用推進ガイドラインが発表され、保険診療としての縛りも強化されている。

オンメルチニブ承認 (2016年3月)：EGFR阻害剤治療後の再発症例では、再生検により耐性獲得変異であるT790Mが検出されれば、オンメルチニブが用いられる。しかしながら、再生検は困難な場合も多く、血液から遺伝子変異を検出するリキッドバイオプシーも認可されるに至っている。

TNM第8版改訂、肺癌取扱規約、肺癌診療ガイドライン発表 (2016年12月)：これらの改定により、臨床病期が大きく変更され、腺癌では浸潤径をもってその腫瘍径とされ、肺内転移の定義も設定された。

クリゾチニブがROS1陽性肺癌に適応拡大 (2017年5月)：ROS1転座は非小細胞肺癌の1%ときわめてまれな変異であり、そのスクリーニング方法として免疫染色法が唱えられているが、確立した免疫染色法は知られていないなど問題点が多い。また、ALKにおいてもクリゾチニブのコンパニオン診断薬としてALK IHCが米国では採用され、本邦でもALK IHCの結果のみで患者選択が行われる時期も近い。

この教育講演ではこれらの肺癌治療の進歩を知り、それに関連する肺癌バイオマーカー検査の理解を深めたい。

## ◇教育講演 3

口腔がん早期発見のための細胞診新報告様式

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>1)</sup>、日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科<sup>2)</sup>、医療法人社団誠馨会病理センター<sup>3)</sup>、千葉西総合病院病理診断科<sup>4)</sup>

○久山佳代 (DDS)<sup>1)</sup>、松本 敬 (CT)<sup>2)</sup>、金田悦子 (CT)<sup>1)</sup>、才藤純一 (CT)<sup>3)</sup>、浮ヶ谷匡恭 (CT)<sup>4)</sup>、二谷悦子 (CT)<sup>1,2)</sup>、森川美雪 (CT)<sup>1,2)</sup>、末光正昌 (DDS)<sup>1,2)</sup>、宇都宮忠彦 (DDS)<sup>1,2)</sup>、齋藤隆明 (DDS)<sup>4)</sup>

口腔・咽頭がんの年間罹患患者数は微増し続けており、また非喫煙若年者で口腔がんの罹患が認められるなど、疾患構造も若干変化しつつある。口腔がんは歯科医師が発見すべきとの地道な啓発活動が実り、現在ではかかりつけ歯科医師による任意型検診が急速に拡大している。加えて、口腔がん検診の2次検診の手法のひとつとして細胞診を用いる歯科医師が増えてきているのは、本学会を基盤とする口腔細胞学の発展の賜物である。しかし一方で、口腔がん検診、あるいは歯科臨床の一環として全国各地の検査センター、あるいは一般病院病理検査科に集まってくる口腔細胞診検体を“どのように見るか”の検討が取り残されているのが現状である。我々は、過去2年間に渡って口腔細胞診検体について、多くの細胞検査士とともに細胞所見について検討し、精度管理の必要性を説いてきた。その中で、日常業務として口腔細胞診に従事している者と、稀に口腔細胞診に遭遇する者との間で精度に乖離があることを報告した。特にOSIL (OL-SIL, OHSIL)の評価に口腔特有のクライテリアが存在し、殊に表層角化型異型細胞のとらえ方が精度に影響を及ぼすことが明らかとなった。一方で、OSILに対する口腔特有のクライテリアを共有することにより、口腔細胞診に不慣れな細胞検査士の精度が上昇することも経験してきた。そこで、細胞診新報告様式がまとめられて2年が経過し、新報告様式におけるOSILの見方について再検討する。また、口腔がん検診におけるOSIL評価の意義と役割を考察する。

## ◇教育講演 4

## 新 WHO 分類 (2014) で考える子宮腫瘍の病理

熊本大学医学部附属病院病理診断科

○三上芳喜(MD)

2014 年に出版された女性生殖器の WHO 分類第 4 版にはいくつかの大きなパラダイムシフトが反映されている。本講演では子宮腫瘍に焦点をあてて、新 WHO 分類について概説する。子宮頸部扁平上皮癌の前駆病変として本来細胞診用語であった LSIL および HSIL が採用された。しかし、米国では HSIL、すなわち CIN2 以上が治療対象となるのに対して、本邦では CIN2 は経過観察の対象となり、CIN3 が治療対象となっている。そのため、本邦では病理医は HSIL の診断をつける際に CIN2、CIN3 いずれであるかを報告書に明記する必要がある。特筆すべき点は、LSIL が HPV 感染であると厳密に定義され、重層扁平上皮の異型が基底側 1/3 にとどまっている異型が高度で、異常核分裂が認められる場合は LSIL/CIN1 ではなく、HSIL/CIN2 とみなすべきであることが明記されたことである。すなわち、従来の CIN1 の一部が CIN2 となる。CIN2 のマネジメント指針については依然として議論のあるところであるが、最適な CIN2 の取扱いのためには婦人科医と病理医、細胞検査士の連携が不可欠である。子宮内膜類内膜癌の前駆病変である子宮内膜異型増殖症の同義語として類内膜上皮内腫瘍 (EIN) が採用された。EIN は高い再現性をもって腫瘍性の内膜増殖性病変を認識するために確立された概念で、背景にある既存の腺管上皮との形態的コントラストを重視している。従って、細胞異型を重視する従来の子宮内膜異型増殖症とは診断基準が異なるが、多くの病理医が EIN の診断基準を用いて子宮内膜異型増殖症の診断を行っており、事実上は同義語となったという経緯がある。これに対して、(異型のない) 子宮内膜増殖症は EIN の基準を満たさない、真の過形成性変化として位置づけられる。

## ◇教育講演 5

## 動画で学ぶコルポスコピー

## —病理組織学的所見との対応—

大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部<sup>1)</sup>, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科<sup>2)</sup>, 京都中部総合医療センター産婦人科<sup>3)</sup>, 赤穂市民病院産婦人科<sup>4)</sup>, 誠仁会大久保病院婦人科<sup>5)</sup>

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

近年の初交年齢の低下や性行為の多様化により、human papilloma virus (HPV) 感染が蔓延化し、子宮頸がん発症年齢の若年化傾向がみられる。一方、子宮頸がん検診の普及や予防活動の高まりにともなって進行子宮頸がんが減少した反面、頸部異形成や初期がんが増加し、その管理や子宮を温存する保存的治療の重要性が高まりつつある。これらの頸部病変を見逃さないためには検診が最も重要で、病巣部の的確な細胞診、コルポスコピー、組織診が不可欠である。ベセスダシステムでは、high-risk HPV 陽性 ASC-US 例ならびに LSIL 以上の全ての細胞診異常例に対してコルポ下生検が推奨されており、その臨床検査法としての重要性が一層高まってきた。また、CIN1-2 症例は HPV genotyping に基づいて検診間隔や治療の可否を勘案するが、その臨床的取扱いにはコルポスコピーが不可欠である。コルポスコピーの最も重要な役割は、CIN や初期浸潤がんにおける最強病変部位、すなわち生検部位を設定することにある。コルポ下生検を的確に行うためには、様々なコルポ所見がどのような病理組織学所見と対応するかを正確に理解する必要がある。「改訂コルポスコピースタンダードアトラス：日本婦人科腫瘍学会 2014」では、辺縁所見 (不規則・地図状辺縁、鋭角辺縁、内部境界、尾根状隆起) や異常腺開口、白斑、異型血管等のコルポスコピー異常所見が新たに定義された。本講演では、子宮頸がんの組織発生機序やコルポ診の基本手技に加えて、臨床現場におけるコルポ診の実際を動画で供覧しながら、これらの代表的コルポ所見とその細胞病理学的背景や観察の要点について具体的に解説する。



## ◇教育講演 6

子宮頸部上皮内腫瘍における HPV の役割～ウイルス学・分子生物学・免疫学の融合

日本大学医学部産婦人科学分野

○川名 敬(MD)

子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) は、扁平上皮系・腺系を問わず、ほぼヒトパピローマウイルス (HPV) が原因である。HPV のウイルス増殖像を示す形態として ASC-US, LSIL (CIN1) が細胞診によって捉えられる。ウイルス増殖をより効率的に行うために、HPV の E6, E7 分子が宿主細胞を少しだけ分裂・増殖させる。しかし、細胞の扁平上皮分化がないとその後の娘ウイルスは完成しない。これが CIN1 の実態である。これに対して、HSIL (CIN2-3) となると、HPV の E6, E7 だけが独り歩きを始めてしまう。宿主細胞を分裂・増殖させることのみが持続的に行われる。HPV のウイルスとしての営み (生活環) は既に壊れている。E6, E7 の機能によって細胞は不死化して未熟な基底細胞のみが増殖を始める。この時期が一定期間続くと遺伝子不安定性が蓄積し癌形質を獲得する。一方で、CIN の多くは自然消退する。これは宿主の免疫応答に依ると考えられる。HPV 分子を免疫サーベイランスが捉えると細胞性免疫によってクリアランスされる。この“クリアランス”は形態学的に捉えることができる (CIN2 ⇒ CIN1 など) が、HPV 検査で捉えることはできない。なぜなら、HPV は潜伏感染状態を維持しているからである。この状態ではウイルス分子をほぼ発現していないため免疫逃避できる。HPV 検査の陰性は、ウイルスの“クリアランス”ではないことを留意すべきである。CIN の管理や頸癌がん検診において、最も有用な HPV 検査の意義は、HPV 陰性 (Negative impact という) であろう。本講演ではウイルスの立場から CIN を見直したい。

## ◇教育講演 7

卵巣癌の細胞・病理組織像に着目した新しい治療法の探索

東北大学医学部産婦人科

○豊島将文(MD)

卵巣癌は婦人科癌で最も予後の悪い腫瘍であり、集学的治療の発展にも関わらず現在でも5年生存率は45%程度である。卵巣癌が予後不良である原因は様々考えられているが、我々は特に以下の2点に着目して研究を行っている。1. 卵巣癌の発生母地や発がん過程が明らかではない事 2. 卵巣癌が高頻度に薬剤耐性を獲得する事 1. に関しては、卵巣癌において最も頻度の高い組織型である高悪性度漿液性腺癌は卵管上皮が原発巣であるとする立場で研究を行った。卵管上皮から樹立した不死化細胞と卵巣癌細胞株を用いて、卵胞液中に高濃度に含まれるトランスフェリンが細胞にDNA損傷反応を惹起する事や、この反応がトランスフェリン受容体1を介して生じる事などを明らかにした。2. に関しては、卵巣癌治療のkey drugであるシスプラチンの薬剤抵抗を克服するために6550遺伝子のsiRNAライブラリーを用いたハイスループットスクリーニングを行った。その結果、今まで機能の知られていなかった分子がヌクレオチド修復機構を制御してシスプラチン耐性に関わることを明らかにした。本教育講演では卵巣癌の細胞・病理組織像を概説し、さらに上記の研究内容を紹介する予定である。



## ◇教育講演 8

## 悪性リンパ腫の最近の組織分類と細胞診の整合性

福岡大学医学部病理学教室

○竹下盛重(MD)

2016年悪性リンパ腫のWHO分類改訂では、より詳細な遺伝子診断が要求される。特にB細胞リンパ腫は胚中心型、活性型Bの分類に加えC-MYC, BCL2のFISH, 染色体検査が必要とされる。我々は、形態上Burkittリンパ腫に類似する約50例を検討し、Burkitt型、Double hit, 高悪性度BMLにわけて、形態的な特徴をみた。臨床形態的にBurkittリンパ腫に類似した例を選定する重要性を示した。C-MYCは臨床像、治療法、予後に関与することを示す。T/NK細胞リンパ腫には、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)等がみられる。ATLLでは、くすぶり型でC-MYC, mRNA, FISHでの増幅がリンパ腫型、急性型に比較し有意に低い状態であり、その3因子はMIB1標識率と有意な相関を示した。ATLL例ではC-MYC陽性率が50%以上、C-MYC mRNA 7.5以上、MIB1陽性率50%以上が有意な予後因子であり、悪性度の目安になると考えた。くすぶり型や慢性型では単調中細胞型例が多く、リンパ腫型、急性型例では多形性中細胞型、大細胞型や未分化大細胞型例が多く、C-MYCの値や予後に関与した。AITL例のC-MYCは、ATLLリンパ腫型に比し有意に低い状態で、くすぶり型や慢性型に比し高い状態であった。ALCL例のC-MYCは、ATLLリンパ腫型と同様の値であったが、AITL例に比較し有意に高い値であった。C-MYC mRNAは、AITL例がATLLリンパ腫型に比し有意に低い状態であった。AITL例の5年生存率はATLL慢性型と同様で有り、ALCL例ではATLLリンパ腫型と同様であった。T/NK細胞リンパ腫においては、C-MYC陽性率が組織分類、MIB1陽性率に相関し、予後にも反映した。

## ◇教育講演 9

## 唾液腺細胞診国際報告様式 Milan System の解説と運用について

相澤病院病理診断科

○樋口佳代子(MD)

唾液腺吸引細胞診(FNA)の役割は、主に耳下腺、顎下腺の腫瘍について手術適応の評価に有用な情報を提供することである。唾液腺では腫瘍性病変は原則として手術適応とされるため、FNAにおいては腫瘍性病変を的確に指摘することが重要である。また悪性腫瘍においては悪性度により術式が異なるため低悪性か高悪性かについても言及することが望ましい。

しかし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、FNAで容易に診断可能な多形腺腫、ワルチン腫瘍などが過半数を占める一方で、頻度の低い低悪性腫瘍が多種存在し、FNAによる組織型推定が困難な場合がある。国内では唾液腺細胞診新報告様式が提案され、上記のような問題に対処してきたが、現在国際的な唾液腺細胞診報告様式としてミラノシステムが検討されている。概要は以下のとおりである。1. 6つのカテゴリー (i. 診断不能, ii. 非腫瘍性, iii. 意義不明な異型, iv. 腫瘍性(良性および悪性度不明), v. 悪性疑い, vi. 悪性)より構成される、2. 各診断カテゴリーについてそれぞれ悪性のリスクや臨床的対応が記載されており臨床家にとって有用である、3. 腫瘍と非腫瘍が別のカテゴリーとして区別されている、4. 悪性腫瘍において低悪性と高悪性の区別を考慮している、5. 細胞診検体を用いた免疫染色や遺伝子検査など補助的診断法について解説されている。

ミラノシステムの特徴と意義および各カテゴリーについて具体例をあげて解説する。

## ◇教育講演 10

## Lynch Syndrome

Department of Histopathology, Manchester Royal Infirmary and University of Manchester, UK

○R.F.T. McMahon (MD)

Lynch syndrome (LS) is the commonest inherited factor for colorectal cancer, particularly for bowel cancers presenting earlier than sporadic cancers, especially in the right colon before 50 years. The defect in LS is a mismatch repair gene mutation (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6), genes involved in repair of DNA replication defects, causing genomic microsatellite instability (repeating sequences) and formation of cancers from adenomas, precursor lesions at a stage where treatment is more likely to be curative. LS is suspected using Amsterdam II criteria (3 relatives with CRC, one a first degree relative, two successive generations affected, diagnosed under 50 years, FAP excluded and tumours pathologically verified). When should we commence investigation? A strong case can now be made for performing MMR immunohistochemistry in all CRCs but there are resource implications. Currently it is not a core item for all UK CRCs although NICE has recently made this recommendation. It is performed in all cases under 50 years at diagnosis, poorly differentiated adenocarcinomas morphologically or other MMR-deficient features and available on either oncologist or geneticist request. Understanding LS contributes to understanding of molecular pathogenesis of CRC by recognition of MSI-H tumour categories, awareness of hypermethylation (and BRAF mutation) as a cause of anomalous IHC results, surveillance programmes depending on specific gene mutations, and increasingly extracolonic tumours especially endometrial cancers becoming an issue. In general LS cancers have a better prognosis despite their morphology and it is vital that pathologists contribute to identification of these cases to aid personalised patient management.

## ◇教育講演 11

## 遺伝性乳癌卵巣癌症候群とリンチ症候群の現状と取り組み

がん研有明病院遺伝子診療部

○新井正美 (MD)

遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (HBOC) は, *BRCA1/2* の生殖細胞系列変異に基づく乳癌および卵巣癌をはじめとする癌の易罹患性症候群である。一方, リンチ症候群 (Lynch syndrome : LS) は, DNA複製時のミスマッチ修復異常を原因とする大腸癌や子宮内膜癌などの癌の易罹患性症候群である。LSのスクリーニング検査として, マイクロサテライト不安定性 (MSI) 検査と免疫組織化学がある。HBOCおよびLSは家族性腫瘍の代表的な疾患であるが, 共通点も多い。1. 原因遺伝子はケアテイカーとしてDNA修復に関わる分子群をコードしている。2. 確定診断は遺伝学的検査によって行う。3. 浸透率は高いが100%ではなく, 癌を発症しない変異保持者もいる。4. それぞれの遺伝学的検査あるいはスクリーニング検査は分子標的薬のコンパニオン診断となりうる。すなわち*BRCA1/2*の遺伝学的検査は, 欧米ではPARP阻害薬の適用を決めるために既に用いられている。またMSI検査はLSのスクリーニング検査として保険収載されているが, MSI-Hの腫瘍はPD-1抗体薬の効果が期待されている。今後はマルチ遺伝子パネルが遺伝子診断で用いられるようになる。これは現行の遺伝子検査では診断していない moderate risk の遺伝子変異に起因する遺伝性腫瘍の診断につながる。一方, 1回の検査でVUSに遭遇する頻度が高くなることが予想される。さらに moderate/low risk の変異保持者にどのような臨床的なマネジメントを行うのがよいか等課題もある。今後, 遺伝子診断技術の進歩に併行して, ongoingで臨床データの集積, 検討が望まれる。

## ◇教育講演 12

## 2015ATA ガイドラインと細胞診の実際

医療法人神甲会隈病院病理診断科

○廣川満良(MD)

甲状腺結節の診断および治療に関するガイドラインは、American Thyroid Association (ATA, 2015), National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2013), British Thyroid Association (BTA, 2014), 日本内分泌外科学会・日本甲状腺甲状腺外科学会(2010), 日本甲状腺学会(2013)などから作成されている。ATA ガイドラインは、1996年に初めて発表され、2006年、2009年、そして2015年に改訂された。2015ATA ガイドラインにおける細胞診関連のトピックスとしては、1) 超音波所見をベースとした穿刺吸引細胞診の適応基準を定めていることと、2) 細胞診報告様式として、ベセスダシステムが採用されていることの二つであろう。今回の講演ではそれらの内容を紹介すると共に、1) に関しては乳腺甲状腺超音波学会からの甲状腺超音波診断ガイドブック3版、2) に関しては、甲状腺癌取り扱い規約7版との相違についても言及する。海外と本邦では、腫瘍の頻度、医療の歴史、社会的環境・分化などが異なるため、海外のガイドラインを参考にする際、海外と日本のガイドラインの違いを理解する際、それらの背景を忘れてはならない。

## ◇教育講演 13

## 悪性中皮腫と体腔液細胞診～up to date～

(株) ピーシーエルジャパン PCL 福岡病理・細胞診センター

○亀井敏昭(MD)

戦後70年が経過したが、戦後復興の中で、日本の経済成長は目を見張るものがあった。日本の経済発展の中でアスベスト使用が一翼を担ったのは間違いない。住宅建材、自動車産業、造船、新幹線、ガス管などのライフライン、更に様々な基幹産業でアスベストが使用された。その結果、負の遺産としての健康被害が大きな社会問題となり、高度成長期の後、約40年のタイムラグを経て、中皮腫発生が急速に増加している(2016年の1年間では1,600名余が死亡)。中皮腫は、体腔膜に発生し、予後不良な疾患である。それらの80%くらいの症例で、胸水、腹水が貯留し、体腔液中に中皮腫細胞が出現する。細胞像の把握により診断や公的申請にも役立つことが証明され、細胞診の領域では中皮腫細胞診がトピックスとなった。この領域では、中皮腫細胞診評価WG活動、IMIGガイドラインなど世界的にも注目を浴びている。中皮腫細胞診では、多くの細胞出現、類円形核、細胞中心性核、多核細胞率の増加、ライトグリーン好性重厚感を呈する細胞質、相互封入所見、hump様細胞突起、細胞質辺縁の不明瞭化、コラーゲン間質2型、オレンジG好性細胞、など様々な特徴を有する。それらの細胞像では統計学的有意性の検証、中皮腫細胞の特性と細胞所見との関連、更には診断確定のための遺伝子検索(p16遺伝子欠失、BAP1遺伝子欠失)が有用である。今回の教育講演では、日本での中皮腫診断の現状、その中での細胞診の有用性と役割、さらに診断へのフローチャートなどの提唱と共に、早期中皮腫診断における中皮腫細胞診の特徴にも触れたい。

## ◇教育講演 14

## 絨毛性疾患の病理診断と細胞像

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

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, 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と細胞像について述べる。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。

## ◇教育講演 15

## 卵巣腫瘍の免疫染色

九州大学大学院医学研究院形態機能病理

○大石善丈(MD)

卵巣腫瘍には多くの疾患単位が含まれ,またそれぞれが多様な組織像を呈しうるため,その診断に悩まされることが多い。一方で,卵巣腫瘍の免疫染色に関する知見の蓄積により,その一部は解決可能なものとなってきた。診断が難しい卵巣腫瘍の代表格は性索間質腫瘍と胚細胞腫瘍である。顆粒膜細胞腫などの性索間質腫瘍の代表的な免疫染色所見はインヒビン+/EMA-である。この所見は,その主たる鑑別対象である癌の免疫染色所見がインヒビン-/EMA+であるため鑑別に有用である。悪性胚細胞腫瘍では dysgerminoma と yolk sac tumor 両者ともに SALL4 陽性であり,非胚細胞腫瘍との鑑別に有用である。さらに Dysgerminoma の CD117/Oct4 陽性所見も有用である。Yolk sac tumor では AFP 陽性がよく知られているが,教科書の写真のようにびまん性に染色されることは少なく,実際には部分的な陽性あるいは陰性となることも多い。そういう意味でも非胚細胞腫瘍を鑑別対象とする場合には SALL4 のほうが優れている。明細胞癌や類内膜癌と yolk sac tumor の鑑別には,EMA/CK7 (前者に陽性),SALL4 (後者に陽性)が有用である。明細胞癌の特徴的な免疫染色態度は CK7+/ER-/PR-/p53-/WT1-/HNF1-beta+/NapsinA+であり,細胞質の淡明化を伴う類内膜癌や漿液性腺癌との鑑別に有用である。免疫染色は転移性卵巣癌の診断にも有用で,大腸癌では CK7-/CK20+/CDX2+/ER-/PR-,乳癌では GCDFP15+/CA125-/WT1-の所見がそれぞれ類内膜癌,漿液性腺癌との鑑別に有用である。膵腺房細胞癌は EMA+/インヒビン+となるため卵巣転移例での診断に混乱が生じる。Trypsin 染色が必要となる。詳細な臨床情報の確認,多数切片の切り出しと丹念な HE 所見の観察を前提に,正しく解釈された免疫染色結果は卵巣腫瘍の病理診断に非常に有用である。

## ◇教育講演 16

## Cytology in the age of personalized medicine

Department of Pathology, Beijing Hospital, National Center of Gerontology, Beijing, China

○Dong-ge Liu (MD)

Cytology is a rapid and non-invasive diagnostic method with high specificity. Approximately 70% of lung cancers are inoperable and at an advanced stage when patients come to the hospital, in which case cytology may be the only available sample to make a diagnosis. Gene target therapy needs to be based on an accurate diagnosis, which can extend the survival of late stage patients with a quality life and less side effects as compared to chemo therapy. More than 50% of cytology samples can be diagnosed based on morphology alone, while the rest may need ancillary test of immunohistochemistry and special staining. In this talk we will show an algorithmic approach to make accurate cytology diagnosis with ancillary test of immunohistochemistry spanning samples of effusion, sputum, bronchial lavage and brushings, EBUS TBNA and FNA samples. We put special emphasis on molecular test (AmoyDx, Xia Men, China) of EGFR and ALK applied to cytology samples after accurate cytology diagnosis. The new age of accurate treatment and personalized medicine has higher requirements for cytology diagnosis and also provides a new developmental opportunity for cytology.

## ◇シンポジウム 1

子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診の整合性  
S1-1 子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診

昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科

○九島巳樹 (MD)

子宮頸部腺癌について、WHO (2014) 分類の腺系腫瘍とその前駆病変には、上皮内腺癌と腺癌があげられており、以前の分類にみられた「腺異形成」は記載されていない。日常の細胞診断業務において、子宮頸部腺癌とベセスダシステムにおける異型腺細胞 (AGC) に相当する細胞像の鑑別は重要である。今回、これら子宮頸部の腺上皮に由来する異型細胞の鑑別に役立てるため、細胞標本と後日得られた手術材料の組織標本を比較観察し、細胞の見方、考え方について検討する。通常型の内頸部腺癌と鑑別を要する腺系の病変には、分葉状頸管腺過形成 (LEGH)、上皮内腺癌 (AIS)、微小偏奇腺癌をふくむ胃型、腸型、印環細胞型の粘液性癌、絨毛腺管癌、類内膜癌、明細胞癌、漿液性癌、中腎癌、などがある。実際には転移性腺癌 (子宮体部、卵巣や消化管、あるいは腹膜由来) との鑑別も念頭に置く必要がある。われわれの経験した症例について、子宮頸部腺上皮異常の細胞像と組織像との比較検討をするが、扁平上皮異常と異なり、腺系の病変は症例数が少なく、また細胞異型の見方にも工夫が必要と思われた。組織標本を観察して病変の広がり、組織構築などを振り返ることが細胞診の理解を深めるために有効である。子宮頸部細胞診において AGCs とされた症例については症例数が少なく、いまだに細胞診断や意義には議論がある。HPV test が子宮頸部上皮異常の追跡管理に用いられるようになってきたが、とくに HPV テストの陽性率が低い AGCs 症例などでは、とにかく細胞診の標本上で腺上皮系異常細胞を拾いあげる事が大切である。



## S1-2 早期子宮頸部腺系病変の診断 (コルポスコピー・細胞診・組織診の整合性)

こころとからだの元氣プラザ婦人科<sup>1)</sup>, こころとからだの元氣プラザ細胞病理科<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学産婦人科<sup>3)</sup>

○小田瑞恵(MD)<sup>1,3)</sup>, 大村峯夫(MD)<sup>1)</sup>, 室谷哲弥(MD)<sup>1)</sup>, 藤井雅彦(MD)<sup>2)</sup>, 岡 俊郎(CT)<sup>2)</sup>, 石井保吉(CT)<sup>2)</sup>, 上田 和(MD)<sup>3)</sup>, 斎藤元章(MD)<sup>3)</sup>, 岡本愛光(MD)<sup>3)</sup>

近年, 子宮頸部腺癌の増加が指摘されているが, 上皮内腺癌など早期病変の診断は扁平上皮系病変と比較して容易でない。その理由は, 病変が頸管内や腺腔深部など細胞採取が困難な部位から生じる, コルポスコピーで特徴的な所見が明らかでないため生検困難などが一因とされている。頸部腺癌のコルポスコピー所見は浸潤が3mmを超えると捉えられるようになるとされ, 乳頭状所見, 移行帯様所見, 異型血管所見, 肉芽様所見, 網目状所見に分類される。一方, 細胞診ではシート状, 索状, 花冠状など特徴的な細胞集塊が出現した場合上皮内腺癌の診断はある程度可能なので, 細胞診で捉えることが必要である。今回当院で診断した上皮内腺癌を主体にコルポスコピー, 細胞診, 組織診所見について検討した。2008年1月~2016年12月の間に細胞診で上皮内腺癌と診断した14例の生検組織診結果は, 著変なし:1例, CIN1:1例, 腺異形成:2例(1例はCIN合併), 上皮内腺癌:7例(4例はCIN合併), 頸部腺癌:3例であった。上皮内腺癌や腺癌症例のコルポスコピー所見の特徴は, 初期化生と類似した背景に微細な血管所見や乳頭状所見をとまなうものが多かった。細胞診で腺系病変を疑うという情報がなければ見逃してしまうような微細な所見で, 正常の円柱上皮や移行帯のコルポスコピー所見を熟知していないと見逃してしまうような所見であった。しかし, 生検組織標本とコルポスコピー所見を対比することで, 腺系のコルポスコピー異常所見の成り立ちを理解する糸口をつかむことは可能と思われた。扁平上皮系のような明確な分類はできないが, コルポスコピストが経験を積み特徴的所見を共有すれば, 早期腺系病変の診断率の向上は可能であると考えられる。

## S1-3 子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診の整合性 液状化検体細胞診導入の効果と問題点

富山赤十字病院病理診断科部

○前田宜延(MD), 佐賀良子(CT), 尾矢剛志(MD)

最近では子宮頸部病変に対し液状化検体細胞診(LBC)を既に導入, もしくは導入を検討する施設が増加している。LBCの導入により標本の見やすさの向上を図ることができ, 同時に不適正標本の減少にもつながるといわれている。このことと相まってLBCは子宮頸部病変に対する診断精度の向上に寄与しているものと考えられており, 中でも子宮頸部扁平上皮系病変に対して, より高い診断精度の実現に大きな貢献を果たしているとの報告が多く見受けられるようになった。一方, 腺系病変に対する報告はまだ少ないのが現状であり, LBCの有用性については判断しかねているのが実際と思われる。当院では2012年より自然沈降法によるLBC標本を導入している。当院における腺系の主だった良性病変および腫瘍性病変における細胞診と組織診断との整合性の実際について検討を行なった。自然沈降法では対象となる頸部腺上皮細胞は円柱上皮細胞として塗抹される他, 大小の細胞集塊として出現することが多い。乳頭状頸管炎および微小腺管過形成が多く認められた良性病変であるが, いずれも細胞重積の程度, 組織構築がよく反映され高い整合性を示していた。微小腺管過形成では集塊内の腺腔が強調されAGCとして過大評価された症例もあった。腫瘍性病変では上皮内腺癌, 通常型内頸部腺癌および転移性腺癌の症例で検討を行なったが, 細胞異型の程度, 細胞重積の程度, 構造の複雑性等についてよく整合していた。LBCは頸部腺系病変を診断していく上で良い手段と考えられるが, 分葉状頸管腺過形成や粘液性癌等に対する検討も深めていく必要があると思われる。

#### S1-4 臨床医からみた子宮頸部腺系病変の細胞診と組織診の整合性

山梨大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 山梨大学附属病院病理部<sup>2)</sup>, 山梨大学医学部人体病理学講座<sup>3)</sup>

○端 晶彦(PhD)<sup>1)</sup>, 大森真紀子(PhD)<sup>1)</sup>, 花井佑樹(CT)<sup>2)</sup>, 中澤久美子(CT)<sup>2)</sup>, 笠井一希(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤詩織(CT)<sup>2)</sup>, 望月直子(CT)<sup>2)</sup>, 石井喜雄(CT)<sup>2)</sup>, 中澤匡男(PhD)<sup>2)</sup>, 近藤哲夫(PhD)<sup>3)</sup>, 加藤良平(PhD)<sup>3)</sup>, 平田修司(PhD)<sup>1)</sup>

子宮頸部腺癌は増加傾向にあり, 上皮内腺癌(AIS)を含む早期発見が重要である。子宮頸部細胞診は子宮頸部病変の早期発見のための重要なツールである。扁平上皮癌の前駆病変である CIN 3 は浸潤扁平上皮癌の約 7 倍の頻度で見つかるとの報告があるが, 一方腺癌の前駆病変である AIS は浸潤腺癌の数より少ない症例数の報告にとどまっている。すなわち多くの腺癌は AIS のうちに診断されていないと考えられる。これは AIS の発生部位により異型腺細胞の採取が困難なことや腺系異型の診断の難しさによると考えられる。また AIS は 30~60% の症例で CIN と合併することが報告されているが, 細胞診においては CIN の細胞が存在すると AIS の細胞が過小評価となりやすいと思われる。当院における AIS および初期浸潤腺癌症例の細胞診, 組織診, コルポスコピー所見を後方視的に検討し, 細胞診および組織診の整合性について検討する。またこれらの症例の多くは HPV 陽性であり HPV 併用検査のメリットが考えられるが, 子宮頸部腺癌 (AIS を含む) の約 20~30% は HPV 陰性であり, HPV 検査のピットフォールとなりうる。日本では子宮頸部腺癌の約 20% を占めると想定される胃型腺癌が HPV 陰性であることが報告されており, 胃型腺癌の検出方法も重要な問題である。胃型腺癌の前駆病変として LEGH や gastric type AIS が考えられている。当院での LEGH からの癌化症例の細胞診, 組織診の整合性について臨床所見とあわせて検討する。

#### ◇シンポジウム 2

細胞診検体を用いた分子生物学的解析

#### S2-1 乳癌細胞診検体を用いた FISH 法による HER2 遺伝子増幅検索の有用性

広島大学病院病理診断科

○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), 小川勝成(CT), 田岡知恵(MT), 織田麻琴(DDS), 城間紀之(MD)

細胞診検体を用いた分子生物学的検索は未だ一般的ではないが, いくつかの試みが行われている。乳癌に関しては薬物治療の適応を決めるためにバイオマーカーの検索をすることは必須であり, 通常は生検標本を用いて行うこの検索を細胞診検体で代用する場合がある。例えば乳癌の再発あるいは転移巣が生検標本を採取しにくい臓器の場合や心嚢水, 胸腹水あるいは脳脊髄液に浮遊する乳癌細胞の検索を迫られたときには積極的に挑戦すべきであろう。HER2 については, 原発巣と再発巣では約 10% の頻度でその増幅の有無が変化することが知られており, 抗 HER2 療法の適応を考える上で重要であろう。このような観点から演者らが蒐集した症例での結果を提示する (Jpn J Clin Oncol 43: 55-62, 2013.)。更に演者らは HER2 遺伝子増幅の検索は原発巣の細胞診検体を用いても行っており, その利点はパラフィン包埋切片を用いるよりも FISH の成功率が高いこと, truncation effect を防げること, 何よりメタノールと酢酸よりなるカルノア固定液を用いることで核の観察が容易なことである。難点は乳癌細胞が間質浸潤部から採取されたか乳管内進展部から採られたか区別がしにくいことであるが, 同時に採取された乳癌組織を観察して浸潤部が大部分を占めることを確認できれば, 20 個の乳癌細胞のシグナルをカウントすればよいので実臨床に殆ど問題はないと考えている (Pathol Res Pract 212: 1126-1132, 2016.)。加えて HER2 遺伝子増幅細胞の腫瘍内における不均一性 heterogeneity や CEP17 polysomy の検索についても有利である。本シンポジウムでは, 乳癌細胞診検体を対象とする FISH 法による HER2 遺伝子増幅検索の実績を提示してその有用性について議論したい。

## S2-2 呼吸器細胞診検体を用いた遺伝子解析による治療効果予測因子の検討

日本大学医学部腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 日本大学板橋病院病理診断科<sup>2)</sup>, 日本大学医学部人体病理学<sup>3)</sup>, 日本大学医学部形態機能病理学<sup>4)</sup>

○中西陽子(PhD)<sup>1)</sup>, 関 利美(CT)<sup>2)</sup>, 鈴木淳子(CT)<sup>2)</sup>, 山本久恵(CT)<sup>2)</sup>, 橋本尚子(CT)<sup>2)</sup>, 中島弘一(CT)<sup>2)</sup>, 吉田一代(CT)<sup>2)</sup>, 勝沼真弓(CT)<sup>2)</sup>, 廣谷ゆかり(CT)<sup>3)</sup>, 大荷澄江(MD)<sup>2,4)</sup>, 楠美嘉晃(MD)<sup>1,2)</sup>, 唐 小燕(MD)<sup>1)</sup>, 杉谷雅彦(MD)<sup>2,4)</sup>, 増田しのぶ(MD)<sup>1,2)</sup>

主に肺癌の診断を目的として採取される呼吸器細胞診検体は、特に、組織採取が困難な進行期の肺癌症例において貴重である。このため、我々はこれまで細胞診標本作製後の残余検体を液状化処理によって保存し、免疫染色や遺伝子解析への有用性を検討してきた。現在、肺癌治療においては、腫瘍細胞の増殖を恒常的に促進するドライバー変異が次々に発見されたことから、これらの遺伝子変異を標的とした分子標的薬の開発が目覚ましい。代表的な肺癌の分子標的薬として上皮成長因子受容体(EGFR)遺伝子陽性例に対するEGFR-チロシンキナーゼ阻害剤(TKI)、anaplastic lymphoma kinase(ALK)融合遺伝子陽性例に対するALK阻害剤がある。各薬剤に感受性を示す遺伝子変異や、耐性化に転じる獲得遺伝子変異は詳細に報告されている。従って、患者から採取された組織や細胞の形態診断に加えて治療標的分子の状態を解析することが求められている。治療開始前に治療適応決定のための感受性変異の解析を行うことは必須である。さらに近年、耐性変異を標的とした薬剤も開発され、上市されてきていることから、治療中の患者からも再生検などを行って薬剤耐性変異の出現をスクリーニングする必要性が言われている。このような場合も、進行期の患者では状態不良も多く細胞診検体は貴重な検体となる。本報では、遺伝子変異と治療効果の実際、液状化処理を行った細胞診検体の保存性と、細胞診検体からの遺伝子解析が進行肺癌症例の治療に対して有用な情報提供となった事例を報告する。

## S2-3 尿細胞診におけるUroVision-FISHの有用性について

島根大学医学部病態病理学<sup>1)</sup>, 島根大学医学部器官病理学<sup>2)</sup>, Queens Medical Center, HI, USA<sup>3)</sup>

○三島聡子(CT)<sup>1)</sup>, Pamela Tauchi-Nishi(MD)<sup>3)</sup>, 並河 徹(MD)<sup>1)</sup>, 丸山理留敬(MD)<sup>2)</sup>

尿細胞診における異型細胞の検出は、尿路上皮癌の初発及び再発の早期発見に重要であるが、変性所見のため鑑別困難な場合が多く、補助的診断の必要性が言われている。現時点では、単体で推奨される補助的診断が存在していないのが実情ではあるが、The Paris System for Reporting Urinary Cytology(TPS)には、尿細胞診の補助的診断の一つとしてUroVision-FISH検査が取り上げられ、詳細な記載がされている。我々は、2010年11月から2011年5月に採取した尿検体のうち組織診断との照合可能な52症例54検体を用いUroVision-FISHの有用性を検討し、特に、鑑別困難な症例については感度は低いものの特異度が高く、陽性的中率及び陰性的中率から考え、有用性を示唆していると第50回日本臨床細胞学会秋期大会において報告した。また、2009年からUroVision-FISHを導入しているQueens Medical Centerでの判定結果をもとに、UroVision-FISHの尿中悪性細胞の検出感度について再評価を行い、第51回日本臨床細胞学会秋期大会で、尿中悪性細胞の検出に対して高い特異度と感度を示しながらも、偽陰性及び偽陽性の問題もあることを指摘したうえで、鑑別困難症例については陽性的中率の高さからUroVision-FISHの有用性を示唆していると報告した。今回、Queens Medical Centerにおける2011年以降のUroVision-FISHの判定結果を加え、症例数を多くすることで、UroVision-FISHの有用性についての再検討を行った。

## S2-4 子宮頸部重層扁平上皮癌に進展する早期病巣の DNA メチル化異常解析

地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>

○坂根潤一(CT)<sup>1)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】様々な癌種において DNA メチル化異常が前癌病変の進行マーカーとなる事が報告されている。我々は DLX4 と SIM1 遺伝子のメチル化異常に注目し、子宮頸部低異型度病変(LSIL)のメチル化異常と病変進行の関連性、メチル化異常例の持続性を検討した。

【方法】液状細胞診検体 113 例を、Group1: HPV 陰性/細胞診断陰性 40 例, Group2: HPV 陽性/365 日以上不変 LSIL 21 例, Group3: HPV 陽性/365 日以内に病変が進行した LSIL 12 例, Group4: HPV 陽性/扁平上皮癌 40 例に分類し DLX4 と SIM1 遺伝子のメチル化異常を解析した。メチル化異常持続性は、LSIL23 例(非進行 13 例, 進行 10 例)を対象とし、経過観察中(非進行: 512-2141 日, 進行: 532-2221 日)のメチル化異常が 2 回以上検出された場合を持続例と定義した。

【結果】DLX4/SIM1 メチル化異常は、Group1: 22.5%/2.5%, Group2: 14.3%/4.8%, Group3: 50.0%/50.0%, Group4: 85.0%/77.5%と、病変進行に伴って高頻度であった。DLX4 メチル化異常持続例は、非進行例で 3/13 (23.1%), 進行例で 8/10(80%)であり、進行例で有意に持続例が多かった。SIM1 メチル化異常持続例は、非進行例で 1/13(7.7%), 進行例で 2/10(20%)であった。

【結語】DLX4 と SIM1 遺伝子のメチル化解析は、子宮頸部病変進行予測マーカーとして有用である。病変進行例における DLX4 メチル化異常は持続する可能性が高い事が示唆された。

## ◇シンポジウム 3

穿刺吸引細胞診の良性乳腺病変と共に理解する乳癌診断アプローチ

### S3-1 良性増殖性病変と混在する乳癌の組織学的特徴

滋賀医科大学医学部病理診断科

○森谷鈴子(MD)

乳腺の良性増殖性病変は、低異型度の癌との鑑別診断に苦慮することが多いが、それらの一部は癌と複雑に混在、共存することもある。このような良性増殖性病変には、乳管内乳頭腫、硬化性腺症がある。乳管内乳頭腫には中枢性と末梢性があり、末梢性乳頭腫は病変が多発する傾向があり、癌の合併があり得る。末梢性乳頭腫を背景に伴った非浸潤性乳管癌は non-high-grade であることが多く、同一乳管内で乳頭腫と癌が共存しているような所見が高頻度に認められる。また、癌病巣内の間質と上皮の境界部に筋上皮が残存している場合がある。細胞異型が乏しいこと、良性病変と極めて近接して存在しうることから病巣内で癌が占める割合が少ない場合には細胞診での良悪鑑別は極めて困難である。硬化性腺症は終末乳管小葉単位の細乳管が分岐を増やして増殖するもので、組織標本では浸潤性乳管癌に類似した小型腺管の増殖を示す。増殖した小型腺管の内部に非浸潤性乳管癌が認められることがある。癌病巣が腺症の領域内にとどまっているような病変では non-high grade の非浸潤癌であることが多く、癌病巣が腺症外にも広くみられる場合には、high-grade の非浸潤癌が多い傾向がある。細胞診で癌を疑えるかどうかには癌と硬化性腺症との量的・位置的關係が影響を与える。異型アポクリン硬化性腺症ではかなりの細胞異型を持った細胞が出現し、画像的にも浸潤癌を疑われていることが稀ではないため、過剰診断に注意する必要がある一方で、異型アポクリン硬化性腺症内にアポクリン型の非浸潤性乳管癌を合併することがある。



### S3-2 悪性と間違えやすい細胞像を呈する乳腺疾患： 細胞像と組織像

京都大学医学部附属病院病理診断科

○桜井孝規(PhD), 白波瀬浩幸(CT), 羽賀博典(PhD)

乳癌の細胞異型は様々であり、低異型度では正常乳管上皮とあまり変わらない大きさのことがある。その一方で、乳管上皮細胞は良性病変においてもしばしば核の大型化や核小体の腫大等の細胞異型を示し、著しい増殖を伴うことも稀ではないため、良悪の鑑別がしばしば難しい。特に病変の全体像が分かりにくい細胞診や生検標本ではその傾向が強くなり、手術材料との診断の解離がみられることもある。

穿刺吸引細胞診で誤陽性が報告されているのは(1)線維腺腫(葉状腫瘍)、(2)乳管腺腫、(3)乳頭腫が多い。それぞれで観察されるパターンとしては、(1)では平坦型上皮異型に類似する細胞の出現が多く、重積性を示すこともある。細胞結合性は保たれていることが多いが、低下を示すこともあり、その場合は低異型度乳癌との鑑別が難しいことがある。(2)では核小体明瞭な大型核を持つ異型上皮細胞が重積性集塊として出現し、乳頭状集塊もみられる。(3)は症例ごとの差異が大きく、結合性の低下が目立つものもあれば、癌と紛らわしい核の腫大やクロマチン増量、筋上皮細胞の減少を示すものまで多様である。

いずれの場合も組織像から推測されるより実際の細胞像は多彩であり、良性疾患の取りえる細胞像の多彩さの認識が重要であると考えられるが、臨床像・画像診断を参照してもなお確定診断困難例は存在する。診断困難例には臨床との対話と切除生検の適応も考慮すべきと思われる。

### S3-3 良性乳腺病変特に硬化性病変を伴う乳癌の細胞診

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), 田岡知恵(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), 城間紀之(MD)

【はじめに】 良性乳腺病変内あるいはこれに接して非浸潤性乳管癌が存在する例では穿刺吸引細胞診における良悪性の鑑別は困難な場合がある。たとえば硬化性腺症内非浸潤癌では、小型乳管内に核異型度1あるいは2の乳癌細胞が、間質の硬化を伴って進展するため穿刺吸引細胞の出現パターンも通常の非浸潤癌とは異なるであろう。また乳管内乳頭腫あるいは硬化性乳頭腫に異型乳管過形成あるいは非浸潤性乳管癌が併存する場合には、細胞診標本でも良性細胞と乳癌細胞が混在しその組織型の推定は容易ではない。演者らはこれらの病変に着目し、その組織像と細胞像の特徴および推定診断上の留意点を考えてみたい。

【対象と方法】 本学の乳腺ファイルから病理組織学的に硬化性腺症内非浸潤癌および異型乳管過形成あるいは非浸潤癌を伴う乳管内乳頭腫あるいは硬化性乳頭腫を抽出し、それらの細胞像を検討した。

【結果と考察】 組織学的に硬化性腺症内非浸潤癌13例の術前細胞診で硬化性乳頭腫や線維腺腫と推定した各2例では、筋上皮が不明瞭な小型シート状あるいは管状構造を示す異型細胞を少数認めた。乳腺症と推定した1症例は、非浸潤性アポクリン癌であった。組織学的に異型乳管過形成を伴う乳管内乳頭腫あるいは硬化性乳頭腫10例のうち8例の細胞診標本には分枝状の間質集塊や多数の良性上皮細胞の中に、小型シート状で細胞境界が明瞭な異型細胞が少数観察され、一つの集塊に良性細胞と異型細胞が混在した症例もあった。硬化性腺症内非浸潤癌や乳頭腫に併存する異型乳管過形成上皮あるいは非浸潤癌の確定診断は、画像情報を参考に小型シート状や小型管を示す異型細胞集塊に着目することが必要であろう。



### S3-4 乳癌と良性病変が併存した症例の細胞像

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院乳腺センター<sup>2)</sup>, がん研究会有明病院病理部<sup>3)</sup>

○池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 森園英智(MD)<sup>2)</sup>, 堀井理絵(MD)<sup>3)</sup>,  
坂井威彦(MD)<sup>2)</sup>, 古田則行(CT)<sup>1)</sup>, 小松京子(CT)<sup>1)</sup>,  
杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>

乳癌診療における穿刺吸引細胞診(以下FNA)の役割は大きく変化している。主病変の診断には病理組織診断が用いられるのが通常であり、FNAは乳管内進展巣における広がりやの評価や、精査により発見される副病変などに行われる機会が増えている。画像診断の進歩に伴い、乳管内進展巣や多発癌などとともに乳腺症、良性病変も多く認識されるため、画像で認識できた微小な病変に対して良悪を鑑別するために、FNAは簡便かつ低侵襲な利点を活かし臨床に貢献している。微小な病変においては、FNAで容易に判定できる症例もあるが、異型の弱い非浸潤性乳管癌、増殖傾向が強い線維腺腫や乳管内乳頭腫では細胞判定が困難となることがある。一般的に乳腺細胞診の判定において、異型の弱い細胞の出現では単調か多彩かどうか極めて重要であり、構造異型と細胞異型の双方を考慮して判定することが肝要である。良悪の鑑別に苦慮した症例は、良性病変と悪性病変(乳癌)が併存した症例であり画像所見など臨床的にも評価が難しいものであった。その細胞像は、乳管内進展巣と良性病変の混在で、特に異型の弱い単調な細胞が多数出現し、集塊の結合性の低下や孤立散在性細胞を認めた。また、乳管内乳頭腫に併存した乳癌では、細胞学的に良性細胞集塊が多くを占める中に異型細胞集塊を認め、2種類の細胞集塊が出現していた。いずれも良悪の鑑別困難と判定した症例であり、その細胞像を中心に、細胞判定が容易であった症例とあわせて組織像とともに供覧する。

## ◇シンポジウム4

### 上部尿路上皮癌の診断

#### S4-1 上部尿路上皮癌に対する臨床的アプローチ

千葉県済生会習志野病院泌尿器科<sup>1)</sup>, 古賀病院 21 泌尿器科<sup>2)</sup>, 千葉県済生会習志野病院検査科病理<sup>3)</sup>, 公立長生病院検査科<sup>4)</sup>

○関田信之(MD)<sup>1)</sup>, 徳田雄治(MD)<sup>2)</sup>, 森山愛未(CT)<sup>3)</sup>,  
小島竜司(CT)<sup>3)</sup>, 沖野由子(CT)<sup>3)</sup>, 下境博文(CT)<sup>3)</sup>,  
西周裕晃(CT)<sup>4)</sup>, 菅野 勇(MD)<sup>3)</sup>

上部尿路癌の主な組織型は膀胱癌と同じ尿路上皮癌であるが、腎盂・尿管への発生頻度は膀胱の1/5程度である。腎盂尿管癌症例の主訴は血尿と水腎症がほとんどを占める。診断にはエコー・CT・MRIなどの画像検査により腫瘍の有無を確認するとともに、質的診断が求められる。質的診断は自然尿細胞診、尿管カテーテルによるカテーテル尿細胞診、ブラシによる擦過細胞診、尿管鏡を用いた病変の確認と組織の生検によってなされる。治療は患側の腎尿管全摘術が標準的であるが、低悪性度腫瘍の単発・小径腫瘍であれば経尿道的な治療も選択肢となる。また上皮内癌ではBCGを用いた治療も考慮される。上部尿路癌症例は浸潤癌で診断される症例が多いため予後は膀胱癌症例よりも悪い。腎盂・尿管に発生する腫瘍は高異型度腫瘍である割合が高いことに加えて、腎盂・尿管は膀胱と異なり蓄尿臓器ではなく筋肉層が薄いという解剖学的な差異も一因である。しかし、診断時にすでに根治手術が不能である症例が15~20%存在するという事実は、適切な時期に診断できていない可能性を意味する。本シンポジウムでは、腎盂・尿管癌の一般的な診療経過と細胞診の関与を解説するとともに、2004年以降当院で診断治療した118例の上部尿路癌症例の臨床情報を検討する。われわれは、上部尿路癌の診断において自然尿細胞診の感度をあげ、根治手術を可能な限り早期に実施できるようになったが、予後の改善は得られていない。今後の上部尿路癌に対する診療における、改善すべき点と細胞診への期待を考察したい。

## S4-2 上部尿路上皮癌の細胞診と病理

社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査技術部<sup>2)</sup>

○大谷 博(MD)<sup>1)</sup>, 小出祐子(CT)<sup>2)</sup>, 森 健一(CT)<sup>2)</sup>

上部(尿管および腎盂)尿路上皮癌の診断において, 細胞診の果たす役割は大きい。当院では, 上部尿路上皮癌の大部分の症例が, 尿管鏡下腫瘍生検による確定診断のちに手術(腎尿管全摘術および尿管切除術)が施行されている。腎温存手術は行われていない。尿管カテーテル尿細胞診(腎盂尿および尿管尿)の主な問題点としては, 低異型度尿路上皮癌と機械的剥離細胞の鑑別および癌細胞の混入(膀胱癌もしくは反対側からの混入)が挙げられる。病理専門医が直接関与する診断のモダリティとしては, 自然尿細胞診, 尿管カテーテル尿細胞診, 尿管鏡下腫瘍生検病理, および手術病理が挙げられる。今回の発表では, 遡及的に, 当院で行われた手術検体の病理診断をゴールドスタンダードとした場合の前3者の感度, 特異度, 陽性的中率を算定するとともに, gradeの一致率を報告する。更に, 診断困難症例の細胞像と組織像を提示し, 問題点を整理する。併せて, 過去の文献を検討して, 上部尿路上皮癌の診断精度向上に役立つ有用な情報を提供したい。

## S4-3 上部尿路腫瘍の細胞診—尿管カテーテル尿と自排尿による判定と細胞所見—

国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部<sup>2)</sup>

○平紀代美(CT)<sup>1)</sup>, 山城勝重(MD)<sup>2)</sup>

上部尿路腫瘍の尿細胞診では自排尿に加えて, 尿管カテーテルにより採取された尿や洗浄液が検体として提出される。これらはカテーテル採取による影響を受けるため, その細胞の判定は注意が必要である。だが, 同時期に提出される自排尿にも腫瘍細胞が出現しており, それらによる判定もポイントとなる。2009-16年に上部尿路腫瘍が疑われ組織学的検索が行われた145症例(以下, 例)中, 悪性または異型細胞が確認された108例についてその尿管カテーテル尿(洗浄液含む)と自排尿細胞診の結果の検討を行った。これらの多くは腎尿管切除が実施されており, High grade UC(HGUC)78例, Low grade UC(LGUC)22例, Atypical cell(AC)4例, Other malignancy(OtM)4例であった。これら症例の組織学的検索3か月以内に実施された尿細胞診のうち悪性判定に最も近い結果を代表値と考え, 「悪性」または「悪性疑い」と判定されたもの(以下陽性)の率は, HGUC 95%, LGUC 77%, AC 75%, OtM 75%であった。またHGUC 78例中の尿細胞診陽性率は, 自排尿と尿管カテーテル尿でそれぞれ91%, 79%であり, LGUC 22例では68%, 56%で, いずれも自排尿での陽性率が高い傾向にあった。LGUCでは自排尿と尿管カテーテル尿双方の検査が行われたのは13例であり, 9例ではいずれかのみの実施であった。前者では双方とも陽性であったのが5例, 自排尿のみ陽性が4例, 尿管カテーテル尿のみ陽性が2例であった。また残り2例では双方ともに「異型細胞」/「陰性」とされた。後者では自排尿6例中4例, 尿管カテーテル尿3例中2例が陽性であった。さらに組織診断で異型細胞なしと診断された37例中, 尿細胞診で陽性と判定された15例についてその原因の検討も行った。

#### S4-4 上部尿路細胞診における工夫と限界 一高異型度尿路上皮癌を中心に一

大阪府済生会野江病院<sup>1)</sup>, 関西医療大学大学院<sup>2)</sup>, 大阪市立大学<sup>3)</sup>

○小椋聖子(PhD)<sup>1)</sup>, 江木さつき(CT)<sup>1)</sup>, 城戸貴之(CT)<sup>1)</sup>, 高安祥子(CT)<sup>1)</sup>, 神原七規(CT)<sup>1)</sup>, 矢野恵子(PhD)<sup>2)</sup>, 桜井幹己(MD)<sup>3)</sup>, 渋谷信介(MD)<sup>1)</sup>

**【目的】** 上部尿路の細胞診標本には孤在性, あるいは集塊を形成する尿路上皮細胞が多数みられ, 良悪性の判定にしばしば苦慮する。われわれは, これまで自然尿細胞診においてメイギムザ (以下 MG) 標本から得られる情報のうち, 細胞質所見が良悪性の判定や細胞の由来推定に有用であることを報告してきた。今回, 上部尿路を対象とした細胞診において, パパニコロウ (以下 Pap) 標本と MG 標本の細胞所見を比較し, MG 標本併用の有用性の有無を明らかにする。

**【対象と方法】** 術前の上部尿路細胞診で腫瘍細胞を認め, 組織学的に高異型度尿路上皮癌と診断された症例を悪性群, 細胞診で陰性とされ, 組織学的あるいは臨床的にも悪性が否定された症例を良性群とした。これらを対象に MG 標本に出現した腫瘍細胞, 良性尿路上皮細胞における細胞質の染色性, 性状, 空胞の有無と局在について鏡検し, 両群の鑑別に有用な所見の有無を調べた。またこれらの所見について Pap 標本 (サイトスピンを用いた直接遠心塗抹法, BD サイトリッチレッド法) との比較検討を行った。

**【結果】** 良性群と悪性群の鑑別に有用な所見は, 細胞質における空胞の有無と局在であった。またこの所見は Pap 標本より MG 標本において認識が容易であった。

**【総括】** 自然尿細胞診と同様, 上部尿路細胞診においても MG 標本による細胞質の詳細な観察が可能であり, MG 標本の併用は有用と考えられた。

#### S4-5 上部尿路上皮癌の術前診断における UroVysion の有用性の検討

名古屋第二赤十字病院病理診断科<sup>1)</sup>, 名古屋第一赤十字病院泌尿器科<sup>2)</sup>, 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学泌尿器科学講座<sup>3)</sup>, 愛知医科大学病院病理診断科<sup>4)</sup>

○岩田英紘(CT)<sup>1)</sup>, 梅村 彩(CT)<sup>1)</sup>, 水野良昭(CT)<sup>1)</sup>, 新田憲司(CT)<sup>1)</sup>, 水嶋祥栄(CT)<sup>1)</sup>, 長田裕之(CT)<sup>1)</sup>, 瀬古周子(CT)<sup>1)</sup>, 村瀬陽太(MD)<sup>1)</sup>, 前田永子(MD)<sup>1)</sup>, 服部良平(MD)<sup>2)</sup>, 佐々直人(MD)<sup>3)</sup>, 後藤百万(MD)<sup>3)</sup>, 都築豊徳(MD)<sup>4)</sup>

**【緒言】** 上部尿路上皮癌の術前診断に尿細胞診が果たす役割は大きい, 時に診断が困難で疑陽性と判定され, 治療が遅れる症例が少なくない。今回, 上部尿路上皮癌の診断目的で提出された尿検体に対して UroVysion (Abbott 社) の有用性を検討したので報告する。

**【方法】** 検体数は 90 例 (高異型度尿路上皮癌 75 例, 低異型度尿路上皮癌 10 例, その他 5 例) で, 陰性コントロールとして 23 例用いた。LBC 法 (Hologic 社, ThinPrep) を用いて細胞診標本の作製及び UroVysion を行った。解析は Metafer-Metacyte (Carl Zeiss 社) を用いて, 25 個以上の上皮細胞を無差別に選択した。UroVysion の判定基準は, 1) 3 種類の染色体全てが polysomy を認める細胞が 10% 以上の場合, 2) 3 種類の染色体のうち 2 種類が polysomy で, かつ 9p21 の欠失を認める細胞が 10% 以上の場合, 3) 9p21 の欠失を認める細胞が 30% 以上の場合を陽性とした。

**【結果】** 高異型度尿路上皮癌症例における UroVysion と細胞診の感度は 60% (45/75), 28% (21/75) で有意差が認められた ( $p < 0.01$ )。また, 細胞診で Atypical urothelial cells と判定された 17 例, Suspicious for HGUC と判定された 6 例の高異型度尿路上皮癌症例は, UroVysion により陽性と判定された。一方で, 低異型度尿路上皮癌症例における UroVysion の感度は 30% (3/10) と低かった。陰性コントロールは, 細胞診では全て陰性と判定されたが, UroVysion にて 3 例が陽性と判定された。偽陽性となった 3 例は全て「9p21 の欠失を認める細胞が 30% 以上」の基準のみを満たしたものであった。

**【考察】** UroVysion は, 上部尿路上皮癌の高異型度症例, 特に細胞診で疑陽性と判定された症例に対して有用な方法であることが示唆された。UroVysion, 細胞診の 2 つの検査を組み合わせるにより, 上部尿路上皮癌の診断精度向上が期待できる。

## ◇シンポジウム 5

## WHO 腫瘍組織分類・肺癌取扱い規約第 8 版に基づく呼吸器細胞診報告様式の使用状況

## S5-1 肺癌の組織と細胞診～WHO 分類第 4 版編

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 筑波大学付属病院病理部<sup>2)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理<sup>3)</sup>

○南 優子(MD)<sup>1)</sup>, 村田佳彦(CT)<sup>2)</sup>, 杉山 葉(CT)<sup>2)</sup>, 野口雅之(MD)<sup>3)</sup>

2015 年 3 月に WHO 分類 4 版, Tumours of the lung, pleura, thymus, and heart が出版された。それに伴って, WHO 分類 4 版及び TNM-UICC 第 8 版の内容に基づいて日本肺癌学会では 2016 年 12 月に肺癌取扱い規約第 8 版を発行した。WHO 第 4 版では, これまでの WHO 分類第 3 版, 肺癌取扱い規約第 7 版までと異なり, Journal of Thoracic Oncology : 6 : 244-285 : 2011 に Travis らが示した肺癌の未切除例のアルゴリズムが記載されていて, 生検検体や細胞診検体の診断に初めて触れられている。肺癌取扱い規約第 8 版でも「生検・細胞診に関してのよりよい実地臨床のためのガイドライン」を示している。実際の現場に則したものとなっている。肺癌は発見時には手術の適応がない患者も多く, いかに生検検体や細胞診検体で組織型の診断, コンパニオン診断を行い, その患者に適した治療を選択できるかが大変重要である。今回の分類の改定に関して述べつつ, 実際, 生検検体や細胞診の報告はどのように行われているかを報告する。

## S5-2 肺癌取扱い規約第 8 版に基づいた細胞診報告の現状

京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 同 大学院医学研究科附属総合解剖センター<sup>2)</sup>

○吉澤明彦(MD)<sup>1)2)</sup>

原発性肺癌の組織分類は, 2015 年の WHO 分類の改訂を受け, 2017 年 1 月に日本肺癌学会編・肺癌取扱い規約第 8 版(新規約)も改定された。この新規約は, 2017 年 1 月から運用が始まっている UICC の TNM 分類第 8 版も加味された内容となっている。新規約における, 細胞診報告様式の変更点は, その緒言にまとめられているが, 簡単に以下に記す(検診は除く)。1) 判定区分において陽性ないし疑陽性とされた症例については, その細胞型を把握し, 腺癌, 扁平上皮癌, 小細胞癌などと推定組織型を記す。2) 分化方向の判然としない非小細胞癌(non-small cell carcinoma : NSCC)に関しては, 無理に判定せず, 免疫染色を加味した診断を行う。3) 腺癌の場合, 可能であれば, 予後や遺伝子変異と関連するような亜型(例えば, 肺泡置換型構造, 微小乳頭型構造, 浸潤性粘液癌様構造など)の付記を行う。4) 細胞診材料を用いた遺伝子検査の対処。特に, 2-4) に関して WHO 分類では, スメアや液状検体といった細胞診材料を用いた検索ではなく, cell block における検索が想定されている。いずれにしても 4) の遺伝子検査を念頭においた判定, および腫瘍の量, 質の担保された材料の準備といったマネジメントが臨床現場では求められる。また, 遺伝子検査を院内で実施している施設は少なく, 外注が圧倒的に多い。この場合, turnaround time(TAT)もマネジメントの主な課題となる。新規約発刊後, 細胞診の運用がどのようになっているか検討した報告は少ない。新規約の妥当性, 使いやすさも含めアンケート結果を基に現状と今後について報告する予定である。



### S5-3 呼吸器細胞診の現状と課題

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), 千木良浩志(CT), 吉田和宏(CT),  
時田和也(CT), 澁木康雄(CT), 杉山迪子(MD),  
橋本大輝(MD)

【目的】2015年WHO肺癌組織分類が改訂されたが、細胞診断報告様式の統一基準はなく、その運用は十分検証されていない。今回、我々は当院での細胞診報告の現状をまとめ、今後の課題について検討した。

【対象と方法】2016年の呼吸器細胞検体(気管支・肺、胸部リンパ節、縦隔、胸膜、胸水)全2675検体を対象として、当院で運用している報告様式に則り、パパニコロウクラス分類と推定組織型を集計した。検体採取法毎の頻度、その要因と最終組織診結果との対応を調査した。さらに、肺腺癌の細胞検体と組織検体のペア症例を用いて免疫染色の妥当性について検討した。

【結果】クラス別判定結果は、I(321例, 12%), II(761例, 28.4%), III(294例, 11%), IV(109例, 4.1%), V(1190例, 44.5%)であった。検体種別毎のClass IIIおよびIV+Vの頻度は、気管支・肺の塗抹が14.9/45.6%, 同洗浄10/46.7%, リンパ節塗抹6.4/58.4%, 同洗浄7.9/67.8%であった。Class IIIでの判定困難例の要因は、標本の質、異型度、採取量の大きく3つの要因が挙げられた。検体種の要因は、気管支・肺塗抹30.5/55.3/61.2%, 同洗浄55.4/57.1/78.6%, リンパ節塗抹41.7/25.0/75.0%, 同洗浄36.0/21.0/50.0%であった。Class IV+Vで組織型との対応が検討できた症例では、組織型は68.1%で可能で組織診と一致していたが、31.9%では不能であった。細胞検体と組織検体の免疫染色結果は、TTF1で一致率が高く、p40では一部不一致であったが、組織型推定への影響はなかった。

【結論】検体種毎に判定困難例の頻度が異なり、塗抹検体、洗浄検体ともに検体採取量が少ないことが大きく影響していた。組織型推定には、免疫染色を併用することで正確な診断に寄与できる可能性が示唆された。

### S5-4 呼吸器細胞診における反応性腺系異型細胞 ～肺癌取り扱い規約第8版をふまえて～

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター病理診断科

○河原邦光(MD)

近年、呼吸器細胞診では、従来の喀痰細胞診に加え、さまざまな新しい細胞採取手技が導入され、それによって癌と鑑別を要する高度の異型を示す反応性細胞に遭遇する頻度が増加している。このような異型細胞については、肺癌取り扱い規約第7版まででは記載はなかったが、同第8版では、特に腺癌と鑑別が難しい高度の細胞異型を示す異型細胞を反応性腺系異型細胞として記載し、判定区分を疑陽性とした。このような反応性腺系異型細胞は、さまざまな病態下で出現することが知られている。そして、反応性腺系異型細胞には、反応性2型肺胞上皮に由来するものと、反応性再生性気管支上皮に由来するものがある。反応性2型肺胞上皮に由来する反応性腺系異型細胞は、立体的構造あるいは平面的配列を示す集塊として出現するが、その立体的構造は腺癌ほど顕著ではない。出現する異型細胞数は少なく、孤在性細胞として出現することは稀で、集塊構成細胞間には間隙がみられる。異型細胞はN/Cが大きく、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。反応性再生性気管支上皮に由来する反応性腺系異型細胞も、立体的構造あるいは平面的配列を示す集塊として出現するが、反応性2型肺胞上皮に由来する場合と同様にその立体的構造は腺癌ほど顕著ではない。集塊構成細胞の核の極性は保たれており、孤在細胞の出現は稀である。異型細胞は、核は大型で、N/C比は大で、核膜は平滑で、クロマチンは粗顆粒状で増量し、1～複数の大型の核小体を有する。本シンポジウムでは、この2種の反応性腺系異型細胞の細胞形態学的・臨床病理学的特徴を、若干の文献的考察を加えて報告する。



## ◇シンポジウム6

## 脳腫瘍における細胞診の有用性

## S6-1 中枢神経系原発悪性リンパ腫の術中迅速診断時における細胞診の有用性

久留米大学医学部病理学講座<sup>1)</sup>, 久留米大学病院病理部<sup>2)</sup>

○杉田保雄(MD)<sup>1)</sup>, 秋葉 純(MD)<sup>2)</sup>, 内藤嘉紀(MD)<sup>2)</sup>,  
安倍秀行(CT)<sup>2)</sup>

【目的】近年の画像診断の進歩により中枢神経系原発悪性リンパ腫(PCNSL)の的確な術前診断は可能になったが, 他疾患との鑑別困難例は少なくない。それゆえにPCNSLの術中迅速診断は手術時の情報として極めて重要である。今回, 私共はPCNSLの術中迅速診断例における細胞診の有用性について検討して興味ある知見を得たので報告する。

【対象および方法】過去10年間に当大学病院で臨床診断がPCNSLであった(c-PCNSL)27例, 術中迅速診断あるいは永久標本診断でPCNSLと診断された2例の計29例(生検:27例, 摘出:2例)を対象とした。全例で凍結標本により術中迅速診断が行われ, 15症例では捺印細胞診(CD)が併用された。

【結果】c-PCNSLの27例中18例(67%)が術中迅速診断でPCNSLと診断された。残り9例の術中迅速診断は神経膠腫2例, 転移性脳腫瘍2例, 脱髄病変2例, グリオシス3例であった。脱髄病変2例中1例は再発時にPCNSLと診断された。術前診断が神経膠腫であった1例はIODでも神経膠腫と診断されたが, 永久標本でPCNSLに訂正された。術中迅速診断での正診率は29例中26例(89.7%)であった。CD15例中10例においてlymphoglandular bodyが認められた。CD併用例では永久標本による診断の変更は無かった。

【考察および結論】1) PCNSLの臨床診断の正診率は必ずしも高くはなかったが, 術中迅速診断により術中のPCNSLの正診率は向上した。2) CD併用例では永久標本による診断の変更は無かった。3) CD併用例ではPCNSLの腫瘍細胞の形態的特徴及びリンパ腫に高頻度にみられるlymphoglandular bodyの把握が容易であった。とくに膠芽腫などの悪性神経膠腫との鑑別に有用であった。4) PCNSLが疑われる症例の術中迅速診断時にはCDを併用すべきである。

## S6-2 グリア系腫瘍における腫瘍血管の捉え方

国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>3)</sup>

○佐藤信也(CT)<sup>1)</sup>, 徳満貴子(CT)<sup>2)</sup>, 野口裕史(CT)<sup>2)</sup>,  
佐藤勇一郎(MD)<sup>2,3)</sup>

脳腫瘍の細胞診は, 術中迅速組織診断と併用して行われることが多い。凍結標本作製過程でのアーチファクトや提出材料が小さい場合等, 組織診断に苦慮することがあるが, 細胞診では個々の細胞を詳細に観察できる利点があり, 特にグリア系腫瘍においては, 核クロマチンの状態, 細胞質突起の有無や形状などの所見は捉え易い。さらに圧挫標本では, 同時に出現する腫瘍血管が, 悪性度や組織型によって, 種々の形状変化が見られる。組織学的には, その形状変化が, 悪性度診断の一つの指標となっている。我々の検討では, この腫瘍血管の構成成分の多くは平滑筋細胞であり, 悪性度に伴って未成熟型(平滑筋アクチン陽性・カルデスモン陰性)が増加することを報告している。この結果を踏まえ, 細胞診でも腫瘍血管の形状変化を捉えることで, 悪性度分類がある程度可能であると考えている。今回, グリア系腫瘍の中で, 特に術中時に悪性度分類が求められるLow gradeのastrocytomaとHigh gradeのAnaplastic astrocytoma, Glioblastomaに出現する腫瘍血管について形態的特徴を示す。またOligodendrogliomaでは, 組織像で特徴とされるchicken-wire様の多分岐の腫瘍血管を細胞診でも十分捉えることができる。さらに, Pilocytic astrocytomaは, 典型例の場合, 画像や年齢および細胞像から診断は比較的容易であるが, Glioblastomaに出現するような異常血管が認められることがあるため注意が必要である。また, 転移性腫瘍に出現する腫瘍血管の形態変化と, グリア系腫瘍との鑑別点や注意点についても報告する。脳腫瘍の細胞診断において, 細胞像とともに腫瘍血管に着目することは, 補助的情報としての意義があり, 精度の高い術中病理診に繋がることについてお示ししたい。

## S6-3 髄膜腫の細胞診

日本医科大学千葉北総病院病理診断科・病理部

○清水秀樹(CT), 羽鳥 努(MD), 佐藤春明(CT)

脳腫瘍細胞診は、多くの症例で術中迅速診断における有用性が高く、特に Glioma の悪性度の判定、悪性リンパ腫、髄膜腫で有用性が高い。原発性脳腫瘍の中で髄膜腫は約 1/4 を占め、術中迅速診断で遭遇する機会の多い腫瘍である。この髄膜腫は形態学的な特徴から良悪性を含め約 15 種類の subtype が存在する。髄膜皮性髄膜腫、線維性髄膜腫、移行性髄膜腫、砂粒腫性髄膜腫で全体の約 8 割を占める。分泌性髄膜腫、血管腫性髄膜腫、異型髄膜腫、退形成性髄膜腫、その他の髄膜腫は発生頻度も少なく遭遇する機会は少ない。従って、術中迅速診断では、subtype まで細かく診断することが目的というより、多数存在する subtype で様々な細胞像を呈しても髄膜腫と認識できることが必要となる。髄膜腫の各 subtype で共通する形態学的特徴として、微細構造における interdigitating (櫛形構造) や様々な junction の存在があげられる。このことは圧搾標本では結合性を有する細胞集塊として観察され、Glial 系腫瘍や神経系腫瘍には見られない特徴的な所見である。今回は圧搾標本における髄膜腫の各 subtype を渦巻き構造 (whorl)、核内封入体、線維性細胞質の所見を基本型として、結合性を加味して細胞評価を行う。また、髄膜腫の各 subtype と鑑別すべき疾患や鑑別の要点は「細胞診ガイドライン 3 神経系」(日本臨床細胞学会) に記載させていただいた。今回は、それらを写真を提示し解説する。

【まとめ】髄膜腫の各 subtype で様々な細胞像を呈しても髄膜腫と判定するには、症例により強弱の差はあるが渦巻き構造 (whorl) を認識することが大切である。ときには他の腫瘍を否定することにより、髄膜腫であることが推測または判定される。脳腫瘍細胞診全般を理解する必要がある。

## S6-4 胎児性脳腫瘍における細胞診の有用性

群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科

○平戸純子(MD)

組織学的な分類と分子遺伝学的な異常を統合した分類が採用された WHO2016 年脳腫瘍分類では、胎児性腫瘍は新たな分類の枠組みが示され、新しい腫瘍型も加えられた。髄芽腫は組織学的な分類 4 亜型と並行して、遺伝子分類 4 型に分類されている。また、embryonal tumor with multilayered rosettes, C19MC-altered が新たな腫瘍概念として加わり、長らく使われてきた CNS primitive neuroectodermal tumor (PNET) の名称が削除された。非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍 (AT/RT) は *IN11* 遺伝子あるいは *BRG1* 遺伝子が不活性化した腫瘍に限られた。胎児性腫瘍は未分化な腫瘍細胞が高密度に増殖するもので、組織学的に診断が難しい腫瘍である。このため、術中迅速診断では凍結標本で把握しづらい細胞像の詳細や構造がより鮮明に見える細胞診が診断に有用と考えられる。まず、後頭蓋窩に発生する腫瘍では髄芽腫と退形成性上衣腫との鑑別が重要である。髄芽腫は血管との結合性が低く突起も短い、退形成性上衣腫では血管周囲に突起を伸ばして集簇する構造がみられ、典型的には無核帯が見られる。髄芽腫は核クロマチンが濃染し、狭い細胞質が見られることが多い。一部の症例ではロゼットが認められる。AT/RT ではラブドイド細胞の存在が重要であるが、ラブドイド細胞が主体の腫瘍は少なく、多くは多様な形態を示す細胞や髄芽腫様の未分化な要素からなる。細胞像の特徴は核がやや淡染し、細胞質がより広く明瞭であること、血管との結合性が高いことで、ラブドイド細胞が見られない症例においても推定可能である。また、髄液播種を起こしやすい腫瘍であることから、脳脊髄液の細胞診が治療方針の決定に重要な役割を果たしている。

## ◇シンポジウム7

## セルフアセスメント「細胞診5分間エクササイズ」

九州中央病院医療技術部検査技術科<sup>1)</sup>, 福岡県済生会福岡総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○緒方昌倫(CT)<sup>1)</sup>

○佐藤真介(CT)<sup>2)</sup>

どなたでも自由参加の自己採点方式のスライドカンファレンスとなっております。

基礎的な症例から Pithole になり得る症例をご用意し、皆様に供覧致します。

尚、症例は12例用意しており採取部位も12通りです。比較的経験の浅い方から経験豊富な方にも満足いただける内容となっておりますので、多くの会員の皆様にご参加いただきますようお願い申し上げます。

## 手順

「5分間エクササイズ」の症例は、学会開催期間中、福岡国際会議場4階ロビーに掲示致します。

「5分間エクササイズ」開催直前に、会場内の皆様に臨床所見と解答選択肢を記載した用紙を配布致します。

最初に全12症例を供覧致します。(それぞれをその都度ご解答ください)

次に1症例目から解答及び細胞所見のポイントや疾患の説明を行います。

質疑応答は全症例の解説後に行います。

## ◇シンポジウム8

## 卵巢境界悪性病変の取り扱い

## S8-1 卵巢漿液性境界悪性腫瘍(SBT)の病理像と取り扱い

東京慈恵会医科大学病理学講座

○岩本雅美(MD)

SBTは、卵巢境界悪性腫瘍の約20%を占め、30~40歳代に好発する。通常片側性であるが、1/3の症例は両側発生をするとの報告がある。典型例では肉眼的に、単房性ないし寡房性嚢胞内腔に乳頭状成分を認める。組織学的には、腫瘍細胞が階層性を有する乳頭状構造を呈し増殖し、腫瘍細胞の重層化や内腔への分離増殖を示す。腫瘍細胞は、円柱状で細胞質は好酸性で、線毛を有するものが混在する。砂粒体を伴うことも珍しくない。間質浸潤を欠くことを特徴とするが、浸潤巣が5mm未満の微小浸潤も境界悪性腫瘍に分類される。SBTは、被膜から腹腔側へ外向性発育を示すことがある。また、腹膜、大網に広がる場合はインプラントとよばれ、非浸潤性と浸潤性に分類される。インプラントは、外向性発育を示す腫瘍にみられることが多い。SBTでは、リンパ節にも腫瘍胞を認めることがあり、pN1として扱われる。SBTのうち、乳頭状突起の高さが幅の5倍以上の微小乳頭状構造が連続性に5mm以上の領域に広がる場合は、微小乳頭状パターンを伴うSBT/非浸潤性低異型度漿液性癌(MP)とよばれる。MPは通常型SBTに比して両側発生、外向性発育、インプラント、十分なサンプリングで間質浸潤が確認できる頻度が高く、再発率が高い。最近の研究では、微小浸潤は再発や生存率には影響しないという。被膜破綻、外向性発育、腹膜や大網へのインプラントに伴って、腹水/腹腔洗浄細胞診(以下、腹水細胞診)中に腫瘍細胞を認めることがある。一般に、卵巢腫瘍では、腹水細胞診像のみから境界悪性と癌を鑑別することは困難であり、腹水細胞診中に腫瘍細胞を認める場合は「陽性」と判定する。

## S8-2 漿液性境界悪性腫瘍の臨床的取り扱い

久留米大学医学部産科婦人科学教室

○津田尚武(MD), 那須洋紀(MD), 西尾 真(MD),  
河野光一郎(MD), 駒井 幹(MD), 牛嶋公生(MD)

漿液性卵巣境界悪性腫瘍(Serous borderline tumor: 以下 SBT)は本邦では卵巣境界悪性腫瘍のうち約2割であり、欧米より頻度は低い。好発年齢は30-50歳と卵巣悪性腫瘍と比して若年者に多く、粘液性境界悪性腫瘍と異なり、両側性や卵巣外病変も30%に認められる。

SBTの臨床的予後不良因子としては微小乳頭状パターン(micropapillary variant: SBTMP)を伴うもの、微小浸潤、卵巣外病変、リンパ節転移の有無や両側性病変などがあり、これらの因子は重複して存在することが多い。特にSBTMPの臨床的予後は、I期では通常型と同等であるが、進行例では予後不良であり、腹膜インプラントのうち繊維性間質を伴った破壊性浸潤(浸潤性インプラント)の有無が予後に大きく影響する。よって卵巣以外の腹腔内病変を見落とさない注意が重要である。

Staging surgeryを受けたI期症例の予後は5生率98%であるが、進行例で浸潤性インプラントがある場合、再発リスクが高いとされる。しかしながら、SBTは細胞増殖能が低いため化学療法の有効性は認められておらず、5年生存率は66%である。さらに15年以上経過しての再発例も認めており、長期間の経過観察が必要である。

本腫瘍は病理組織学的因子および腹膜インプラントの有無や種類により予後が異なっており、さらに妊孕性温存を必要とする年代に多いことから、取り扱いに苦慮する場合が多い。本発表においては、SBTの臨床的取り扱いの留意点を中心に述べる。

## S8-3 卵巣粘液性境界悪性腫瘍の病理

岩手医科大学医学部病理診断学講座

○刑部光正(MD)

卵巣粘液性腫瘍は、細胞質内粘液を有する高円柱上皮の増殖からなる上皮性腫瘍であり、細胞異型、構造異型、間質浸潤の程度により良性、境界悪性、悪性に分けられる。本邦では卵巣粘液性境界悪性腫瘍は、卵巣境界悪性腫瘍の半数を占める。卵巣粘液性腫瘍の肉眼的特徴は、巨大化しやすいこと、種々の程度の粘性を示す粘液を容れた多房性腫瘍を形成することである。

肉眼的に卵巣粘液性腺腫と卵巣境界悪性腫瘍を鑑別することは困難であり、卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約では、長径10cmまでの腫瘍であれば長径1~2cmあたり1個、長径が10cmを超える場合は1cmあたり2個を目安として切り出すことを推奨している。切り出す場所としては、卵巣粘液性境界悪性腫瘍では、壁の肥厚、小型嚢胞の集簇、嚢胞内の乳頭状の増殖巣、充実成分、嚢胞内溶液の混濁などがみられるので、このような場所を積極的に切り出していく。

組織学的には、中等度から高度の核異型を示す胃幽門腺上皮細胞、胃腺窩上皮細胞、杯細胞や吸収上皮、パネート細胞などの胃腸管上皮に類似した腫瘍細胞が、乳頭状増殖や重積性を示し増殖する。時に悪性に匹敵する強い細胞異型や構造異型をみることがあり、間質浸潤の所見がない場合は「上皮内癌を伴う粘液性境界悪性腫瘍」とする。これまで漿液性腫瘍にのみ用いられていた微小浸潤の概念が、他の組織型にも広げられた。微小浸潤は5mm未満の浸潤と定義され、卵巣粘液性境界悪性腫瘍においても「微小浸潤を伴う卵巣粘液性境界悪性腫瘍」とする。

今回は、実際の症例を供覧しながら、上記の卵巣粘液性境界悪性腫瘍の特徴について概説する。



### S8-4 卵巣粘液性境界悪性腫瘍についての臨床的取り扱い

九州大学病院産婦人科

○安永昌史(PhD)

卵巣粘液性境界悪性腫瘍は臨床病理学的に腸型と内頸部型の 2 つに分類される。内頸部型は子宮内膜症を発生母地として比較的若年者に発症し、病理像は腸型に比し径が小さく・寡房性で漿液性境界悪性腫瘍に類似している。腸型は径が大きく・多房性で、臨床的には腹膜偽粘液腫を含め転移性卵巣癌との鑑別がしばしば問題となる。また腫瘍径が大きいため、術中迅速病理組織診断での診断精度も他の腫瘍に比し低いことが報告されている。いずれの境界悪性腫瘍も予後は良好であり、卵巣がん治療ガイドライン 2015 年版では基本術式として両側付属器摘出術＋子宮全摘出術＋大網切除術＋腹腔細胞診が推奨されているが、腸型においては虫垂切除術は虫垂原発低悪性度粘液性腫瘍の除外に重要とされている。また若年女性に関しては子宮および健側付属器を温存した妊孕性温存手術も可能である。このように診断が確定的であれば施行術式が定まり予後も良好なため、術前・術中に高い精度で診断を行うことが本腫瘍の臨床的取り扱いでは重要である。また、腹膜偽粘液腫の原発臓器は虫垂とする論説が多く見受けられるが、当科において成熟嚢胞性奇形種に合併した粘液性腫瘍には腹膜偽粘液腫の病態となった症例もあり、このような症例についても文献的考察を加えて提示する。

### ◇シンポジウム 9

#### 子宮内膜病変における細胞診－組織診の連関と限界 S9-1 ThinPrep における子宮内膜細胞診と組織診

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー<sup>1)</sup>, 製鉄記念八幡病院<sup>2)</sup>

○池本理恵(CT)<sup>1)</sup>, 衛藤久仁子(CT)<sup>1)</sup>, 久岡陽子(CT)<sup>1)</sup>, 秋田律子(CT)<sup>1)</sup>, 平原尊史(CT)<sup>1)</sup>, 西国広(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤裕司(MD)<sup>1)</sup>, 中島豊(MD)<sup>1)</sup>, 金城満(MD)<sup>2)</sup>, 下釜達朗(MD)<sup>2)</sup>

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。この点が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。また子宮内膜細胞診の細胞像には年齢やホルモン療法など、細胞像に強く影響を与える要因があるため細胞診の診断に限界もある。

当センターでは LBC 法 (ThinPrep) 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 12,351 件 (2014 年 9 月～2016 年 12 月) のうち、同時期に組織診も提出された症例 (236 症例) について細胞診と組織診の細胞像、診断結果の比較を行いその連関の検討を行った。細胞診の判定は陰性・疑陽性・陽性の 3 分類で行い細胞診疑陽性以上 (47 症例) に対して組織診を確認した。また、EGBD に対しても同様の確認を行い、特徴的な細胞像を認めたため、その細胞像を提示したい。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。



### S9-2 LBC法を用いた子宮内膜病変における細胞診—OSG判定法と組織診の連関と限界—

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>

○則松良明(PhD)<sup>1)</sup>, 原田美香(CT)<sup>2)</sup>, 香田浩美(CT)<sup>2)</sup>

従来直接塗抹法標本で疑陽性判定され、組織診を実施した52例〔良性病変29例(増殖症を含む)、悪性病変23例(異型増殖症以上)〕について、LBC標本を使用したOSG式判定法での判定成績の検討を行った。組織診良性例ではOSG式判定で5例を陰性、2例を増殖症と、組織診に一致した判定(7/29例, 24.1%)ができ、14例をATEC-US、4例をATEC-A、4例を増殖症と過剰判定(22/29例, 75.9%)した。ATECはすべて化生性不整形突出集塊、増殖症は拡張分岐集塊を5個以上認めた。組織診悪性例はOSG式判定で14例をATEC-A、6例を悪性と、組織診に一致した判定(20/23例, 87%)ができ、1例を陰性、2例をATEC-USと過小判定(3/23例, 13%)した。陰性例はMPA療法後で分泌期像が主体を示し、ATEC-USとしたG1症例では壊死が強く、出現細胞が極少量であった。以上のことより、従来直接塗抹法での判定と比べ、LBC標本とOSG判定の使用は精度向上が期待できる。ATECに関して、組織診悪性ではATEC-Aは異型増殖症以上の病変を反映しており、組織診との連関は良好であると考えられる。しかし、組織診良性に関してATEC(83.3%:15/18例)は組織診悪性(0/16例)のそれよりも化生性不整形突出集塊の出現が有意に高値であり、大部分はATEC-USであった。そのトリアージとして「細胞診経過観察か、生検かは臨床医の総合判断に委ねられる」であり、臨床的に問題ないと考えられるが、組織診との連関で見れば細胞診断の限界であるとともに、発展途上の判定区分であり、今後の課題であるといえる。

### S9-3 早期子宮体がんにおける内膜細胞診-組織診の連関と限界

がん研究会有明病院細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院婦人科<sup>2)</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>3)</sup>

○杉山裕子(MD)<sup>1,2)</sup>, 荷見勝彦(MD)<sup>1,2)</sup>, 小松京子(CT)<sup>1)</sup>, 野村秀高(MD)<sup>2)</sup>, 的田真紀(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>1)</sup>, 山田麻里沙(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 星利良(CT)<sup>1)</sup>, 藤山淳三(CT)<sup>1)</sup>, 古田則行(CT)<sup>1)</sup>, 宇津木久仁子(MD)<sup>1,2)</sup>, 高澤豊(MD)<sup>3)</sup>, 竹島信宏(MD)<sup>1,2)</sup>

我が国では、内膜細胞診による子宮体がん検診が1987年以降老人保健法により施行されているが、その早期発見における有効性に関しては、十分な検証がなされていないのが現状である。体がん早期発見における内膜細胞診の有効性を検証するため、早期体がんにおける内膜細胞診所見を検討し、組織診の連関と限界について検討した。また、早期体がんのほとんどを占める類内膜癌を組織発生観点より検討し、その特徴的内膜細胞像についても検討した。2000-2016年に当院婦人科にて治療された子宮体がん2326例中、術前の内膜細胞診と組織診がほぼ同時期に施行された手術症例1860例を対象とし、術前の内膜細胞診と組織診所見を後方視的に比較検討した。対象とした1860例の組織型は類内膜癌が1586例(85.3%)、非類内膜癌が274例(14.7%)であった。手術進行期上、内膜に限局した早期体がんを446例(24.0%)認めた。術前の内膜細胞診にて83.9%が疑陽性または陽性と判定され、組織診で95.7%が異型内膜増殖症または腺癌と判定された。早期体がんに限れば、79.4%が疑陽性または陽性と判定され、90.0%が異型内膜増殖症または腺癌と判定された。その内膜細胞像は、一般に背景がきれい、悪性細胞が正常内膜に混在して少数出現していた。また類内膜癌の組織発生上、前癌病変とされる内膜増殖症を伴うものと、伴わずde novoに発生するものの2種類存在することが確認され、この組織発生による出現形態の違いを理解することが早期発見に重要であると考えられた。

### S9-4 MPA 療法中における子宮内膜細胞診と組織診断の一致率に関する検討

東北大学病院婦人科

○徳永英樹(MD)

子宮体がんの罹患数は増加の一途を辿り、婦人科悪性腫瘍の中でもっとも罹患数が多くなっている。年間 1 万人以上が発症し、そのうち 15% 程度が 45 歳未満での発症である (2012 年がん情報サービスより)。子宮体がんの標準的な治療の本幹は子宮全摘術であり、妊孕性の消失と同義である。妊娠を強く希望する場合に高分化かつ子宮内膜に限局していることを条件に黄体ホルモン (MPA) 療法を行うことがある。ただし、一時的な寛解が得られたとしても、約半数は再発を呈するとされている。したがって、MPA 療法中あるいは休業期における病変のモニタリングは治療の適否あるいは方針変更の重要な指標であり、2013 年の子宮体がんガイドラインでは定期的な内膜組織診 (+ 子宮鏡観察) が推奨されている (グレード C1)。内膜組織診も偽陰性があり得るため、全面搔爬が望ましいものの、検査自体の侵襲と検査を繰り返すことによる内膜癒着の懸念がある。比較的侵襲の低い内膜細胞診が組織診断に置き換わるものであれば、有益と言える。今回の検討では当科において MPA 療法をおこなった症例の細胞診と組織診断の一致率を検討し、細胞診の果たす役割について述べたい。

### ◇シンポジウム 10

#### 唾液腺腫瘍の細胞診：新 WHO 分類を踏まえて S10-1 唾液腺腫瘍新 WHO 分類の解説

東京医科大学人体病理学分野

○長尾俊孝(MD)

細胞診断においても組織診断と同様に、唾液腺腫瘍は WHO 分類に基づいて診断するのが一般的である。唾液腺腫瘍 WHO 分類は、1972 年に第 1 版が刊行されて以降、2 回 (1991 年と 2005 年) の改訂を経て、本年 (2017 年) の 1 月には第 4 版が発刊された。今回の改訂で最も注目される点は、悪性腫瘍のリストに分泌癌が追加されたことであろう。分泌癌は、2010 年に“乳腺相似分泌癌 MASC”として提唱された概念であり、従来、腺房細胞癌の中で乳頭・嚢胞型あるいは濾胞型とされてきた症例の多くは本腫瘍に分類される。また、まれな腫瘍に関することではあるが、新たに導管内癌や低分化癌という名称の組織型も登場した。導管内癌には細胞学的異型度が低いものから高いものまで含まれるが、全ての症例が臨床的には低悪性度であり、前版で低悪性度篩状嚢胞腺癌と命名されていた腫瘍がこれの一部に相当する。低分化癌は、前版で記載のあった小細胞癌と大細胞癌が統合されて命名された。さらに、多型低悪性度腺癌は多型腺癌に名称変更され、嚢胞腺癌と粘液腺癌が腺癌 NOS に包含された。各組織型の記述は前版に比べて簡素化されたが、遺伝子異常を中心に内容がアップデートされた。これは、近年、唾液腺癌に特異的な融合遺伝子が相次いで同定されたことによるところが大きい。一方、良性腫瘍においては目立った変更はなかった。また、非腫瘍性上皮病変の項が新たに加わった。今回は、唾液腺腫瘍 WHO 分類の変遷とともに、昨年 1 月にフランス・リヨン市において行われた新 WHO 分類策定編集会議の実際やそこで浮き彫りとなった問題点を紹介しながら新分類での変更点について解説する。

## S10-2 唾液腺分泌癌の細胞学的特徴と鑑別診断

藤田保健衛生大学医学部病理診断科<sup>1)</sup>, 相澤病院病理診断科<sup>2)</sup>, 愛知学院大学歯学部顎顔面外科学講座<sup>3)</sup>, 東京医科大学人体病理学講座<sup>4)</sup>

○浦野 誠(MD)<sup>1)</sup>, 樋口佳代子(MD)<sup>2)</sup>,  
宮部 悟(DDS)<sup>3)</sup>, 長尾俊孝(MD)<sup>4)</sup>, 黒田 誠(MD)<sup>1)</sup>

2010年にSkalova A.らが提唱した唾液腺の乳腺相似分泌癌(mammary analogue secretory carcinoma: MASC)の疾患概念はほぼ世界的に認知され、英文で文献報告された症例は100例を超えている。本組織型は2017年初頭に発刊されたWHO唾液腺腫瘍分類第4版では分泌癌(secretory carcinoma)の名称で新たに記載された。今回、当科で経験した唾液腺分泌癌5例の臨床病理像と細胞組織学的所見について詳細を検討し報告する。症例は46歳から70歳(平均54歳)、男性3例、女性2例である。部位は3例が耳下腺、1例が各々顎下腺および副耳下腺発生で、腫瘍径の平均は16×11mm、全例がT1N0M0症例で、術後無再発生存中である。組織像は各々2例において乳頭嚢胞パターンと濾胞パターンが、1例において微小嚢胞パターンが優勢であった。免疫染色ではS-100, CK19, MUC1, mammaglobin, GCDFP-15, adipophilin, GATA-3等に陽性を呈した。今回検討した5例中3例ではETV6-NTRK3融合遺伝子を確認した。後方視的に観察した細胞像の特徴として、粘液性背景、ヘモジデリン、コレステリンの出現、不規則な合胞体性重積集塊、乳頭状構築、空胞細胞や好酸性細胞の出現があげられ、これらに注意を払うことで分泌癌の組織推定が可能になるものと思われた。また本発表では、分泌癌と鑑別を要する従来の腺房細胞癌のほか、粘液の出現する腫瘍型、好酸性細胞の出現する腫瘍型との細胞像の相違点や診断におけるピットフォールについても合わせて述べる。

## S10-3 唾液腺腫瘍細胞診に有用な免疫細胞化学

久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 生長会府中病院病理診断科<sup>2)</sup>

○河原明彦(CT)<sup>1)</sup>, 原田博史(DDS)<sup>2)</sup>, 安倍秀幸(CT)<sup>1)</sup>,  
高瀬頼妃呼(CT)<sup>1)</sup>, 村田和也(CT)<sup>1)</sup>, 福満千容(CT)<sup>1)</sup>,  
山口知彦(CT)<sup>1)</sup>, 吉田友子(CT)<sup>1)</sup>, 多比良朋希(CT)<sup>1)</sup>,  
内藤嘉紀(MD)<sup>1)</sup>, 秋葉 純(MD)<sup>1)</sup>

唾液腺に発生する上皮性腫瘍は良性腫瘍が半数以上を占めており、この良性腫瘍を的確に推定診断することが非常に重要である。一方、悪性腫瘍は組織型推定が困難な症例に遭遇することも珍しくはないが、組織型の確定に至らない場合であっても、可能な限り低悪性度あるいは高悪性度腫瘍、推定組織型などの併記が望まれる。まず、パパニコロウ染色とメイギムザ染色で腫瘍細胞の分化方向を見極めながら、より積極的な組織型推定を目指し、その結果として良悪性の判定をすることが望ましい。もし組織型推定に難渋する症例に遭遇した場合は、免疫細胞化学を併用しながら診断を行うことが理想的である。免疫細胞化学に関して、唾液腺腫瘍の細胞診断あるいは組織型の確定に有用なマーカーはさほど多くはないが、p63やアンドロゲンレセプターなどの検索は推奨されている。この他にWT1, HER2やmammaglobin抗体を用いた報告例もあり、免疫細胞化学の併用は診断に役立つツールとされている。p63抗体は筋上皮/基底細胞/扁平上皮系細胞の核に発現を示すため、腺系/腺房細胞との鑑別に有用であり、アンドロゲンレセプターは唾液腺導管癌の推定に役立つ。しかしながら、これらの発現を認めても最終的にはパパニコロウ染色とメイギムザ染色の細胞形態を併せて総合的に判断すべきである。免疫細胞化学を用いた唾液腺腫瘍の診断において留意すべき点として、免疫細胞化学が必ずしも有効性を示さないことや免疫細胞化学での発現が組織型推定に直結しないことも充分理解しておく必要がある。今回は、唾液腺腫瘍細胞診に有用な免疫細胞化学を提示しながら、診断に有用であった自験例についても述べる。

## S10-4 唾液腺細胞診における遺伝子異常の関わり

名古屋市立大学医学部臨床病態病理学

○稲垣 宏(MD)

唾液腺腫瘍は稀な腫瘍であり、臨床的態度も indolent から aggressive まで多岐にわたる。また多彩な細胞により構成される正常唾液腺を反映して、唾液腺腫瘍には多くの腫瘍型（2017年WHO唾液腺腫瘍分類では25種類の疾患単位とその亜型）が認められている。これらの状況に加え、特異的免疫染色が限られていることもあり、個々の症例の診断に難渋することが少なくない。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おり、これらは腫瘍診断、予後推定、治療選択に有用である。粘表皮癌の半数以上に認められる CRTC1/3-MAML2 キメラ遺伝子は、この腫瘍に特異的で、低悪性度組織型に多く認められ、患者の良好予後と関連することが多い。MYB-NFIB キメラ遺伝子は腺様嚢胞癌に特異的な遺伝子異常であるが、この異常に加えて MYBL1-NFIB キメラ遺伝子が近年報告され、これらの異常が有する診断学的意義、予後的意義が注目されている。ETV6-NTRK3 キメラ遺伝子は分泌癌に特異的な遺伝子異常であるが、ETV6が必ずしも NTRK3 とキメラ遺伝子を形成しないことや、Trk 阻害薬がこの腫瘍に有効であることが報告されている。明細胞癌は EWSR1-ATF1 キメラ遺伝子陽性を示すが、稀な腫瘍のため、その全体像の解明は今後の課題である。このように、唾液腺腫瘍における遺伝子異常の検索は、腫瘍診断、予後推定、治療において今後ますます重要となってくると思われる。唾液腺腫瘍病理診断においては、顔面神経損傷や腫瘍細胞播種などの危険を考慮して、細胞診が重要な位置を占める。本シンポジウムでは、唾液腺腫瘍における遺伝子異常の臨床病理学的意義を概説するとともに、細胞診材料を用いた遺伝子診断の現状と問題点について述べたい。

## ◇シンポジウム 11

2017 WHO リンパ系・骨髄系腫瘍分類改訂を理解する  
S11-1 低悪性度 B 細胞性腫瘍の改訂点 WHO2017

福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座

○橋本優子(MD)

WHO2017の改訂は、次世代シーケンサーなど検査技術の進歩により得られたリンパ腫の新知見を、疾患概念や定義に応用して行われた。低悪性度 B 細胞性腫瘍では、より悪性度の低いリンパ腫の識別に重点がおかれているようである（現時点で未発刊、BLOOD127(20)2375-2390, 2016を参照）。改訂点は、以下の5点にまとめられる。1. 「初期病変：in situ lesion」のさらなる理解：1) 濾胞性腫瘍初期病変：In situ follicular neoplasia (ISFN)。2) マントル細胞腫瘍初期病変：In situ mantle cell neoplasm (ISMCN)。2. 小児型濾胞性リンパ腫：pediatric type follicular lymphoma (PTFL)の再定義：胚中心に芽球様細胞の starry-sky 様の増殖をみるが、摘出のみで追加治療必要ない予後良好 FL。成人発症例もあると改訂された。BCL2 陰性/弱陽性、BCL6 陽性である。3. PTFLと鑑別が必要な小児発症あるいは予後良好濾胞性リンパ腫の亜型：1) Large B-cell lymphoma (LBCL) with IRF4/MUM-1 rearrangement：小児の頭頸部に限局する FL3b 類似のリンパ腫である。BCL2 陰性、IRF4/MUM-1 再構成をみる。PTFL より予後不良だが、治療反応性は良好である。2) Diffuse FL with 1p36 deletion：単径部発症びまん性低悪性度 FL。bcl2 転座陰性、1p36 欠失をみる。4. マントル細胞リンパ腫 (MCL) の予後良好亜型 (indolent leukemic non-nodal MCL)：末梢血と節外に広がる MCL。Cyclin D1 陽性、Sox11 陰性、免疫グロブリン重鎖体細胞変異高率を呈する。5. 診断・鑑別への応用が期待される新しいマーカー：有毛性細胞白血病と BRAFV600E、リンパ形質細胞性リンパ腫と MYD88L265P などが挙げられる。リンパ腫分類の理解の一助になるよう、症例を提示しながら、また発刊後に明らかになった改訂点も含めて解説する。



## S11-2 高悪性度 B 細胞リンパ腫の変更点

埼玉医科大学総合医療センター病理部

○百瀬修二(MD), 大澤久美子(CT), 大野優子(CT),  
青木智章(CT), 田丸淳一(MD)

WHO リンパ系・骨髄系腫瘍分類改訂は本年改定予定となっている。今回の改定では 2008 年度版からの基本方針は変わっていないが、9 年の歳月の過程で分子遺伝学・生物学的進歩を取り入れ、いくつかの変更がなされた。とりわけ、B 細胞リンパ腫の中で B Cell Lymphoma Unclassifiable, with Features Intermediate Between Diffuse Large B Cell Lymphoma and Burkitt Lymphoma and Diffuse Large B Cell Lymphoma としてくられていた暫定的枠組みの改変が行われ、あらたに *MYC*, *BCL2*, *BCL6* の転座の有無を加味して、High grade B-cell lymphoma, with *MYC* and *BCL2* and/or *BCL6* rearrangement および High grade B-cell lymphoma, NOS に改変された。このことは FISH (もちろん近年盛んにおこなわれている Whole genome seq でもわかるであろうが経費の問題で非現実的である) による転座の有無を検索なしに診断に至らないことを意味している。そのほかにも Large B-cell lymphoma with *IRF4* rearrangement も同様である。今後、さらに疾患基盤の解明とともに、こうした染色体や遺伝子異常によって規定される疾患が増えることが予想される。本演題では高悪性度 B 細胞リンパ腫を俯瞰し、変更点を踏まえ、細胞診にどのように活かしていくか考えてみたい。

## S11-3 2017 WHO リンパ系・骨髄系腫瘍分類改訂 T/NK 細胞リンパ腫の変更点

長崎大学病院長崎病理医育成・診断センター

○新野大介(MD)

造血器腫瘍 WHO 分類第 4 版が 2008 年に出版され 9 年が経過し、今年 2017 年に改訂版が出版される予定である。今回、T/NK 細胞リンパ腫の変更点について、特に日常の細胞診断、組織診断に役立つ点について述べる予定である。この 9 年間で検索技術の進歩 (NGS など) と疾患概念の進化が著明であり、2017 年改定では WHO 分類 2008 年版以降の研究成果を重視し、1. 個別の疾患単位の中にある予後的・臨床的特殊性を有する亜群の理解、2. 腫瘍化機構の分子病理学的理解、3. 多数の臨床治験結果との橋渡しに基づき、分類が作成されている。T/NK 細胞リンパ腫では以下の 8 項目が変更点である。1. AITL と濾胞性ヘルパー T 細胞 (T<sub>fh</sub>) を正常対応細胞とする T 細胞性リンパ腫の統合的理解、2. Primary cutaneous CD4+ T-cell LPD への名称変更、3. EATL Type I and II を公式に分離、4. Indolent T-cell LPD's in the GI tract & Skin の暫定項目としての導入、5.  $\gamma\delta$  T-cell lymphomas における遺伝子変異への新理解、6. ALK-negative ALCL を疾患単位として明確に定義、7. Breast implant associated ALCL を暫定項目として定義、8. EBV + T-cell and NK-cell malignancies 定義の改善、である。今回、その中で EATL を除いた 7 項目について詳しく述べる。



#### S11-4 骨髄増殖性腫瘍の2017 WHO分類改訂について

岩手医科大学病理学講座機能病態学分野

○佐藤 孝(MD), 阿保亜紀子(MD)

骨髄増殖性腫瘍(myeloproliferative neoplasms, MPN)は多能性造血幹細胞のクローン性増殖を示す腫瘍で、数系統にわたる造血細胞の腫瘍性増殖を認める。2008年のWHO分類で骨髄増殖性疾患(myeloproliferative disease, MPD)の名称より、MPNに変更された。MPNには、BCR-ABL1陽性慢性骨髄性白血病(CML)、慢性好中球生白血病(CNL)、非定型的慢性好酸球性白血病(CEL-NOS)、真性赤血球増加症(PV)、本態性血小板血症(ET)、原発性骨髄線維症(PMF)、肥満細胞症、分類不能型(MPN-U)の病型が属する。CMLでは、BCR-ABL1キメラ遺伝子より形成される高いチロシンキナーゼ活性を有するキメラタンパクが腫瘍発生に関わっている。その病態は、慢性期、移行期を経て急性期に至る。近年、チロシンキナーゼ阻害薬(TKI)の登場により、その病像は大きく変化し良好な予後が得られるようになった。CML以外のBCR-ABL1陰性MPNでの遺伝子異常は、エリスロポエチン受容体のシグナルをつかさどるJAK2やトロンボポエチン受容体に関わるMPL変異があるが、さらにCALR変異が診断基準に加えられた。またCNLの診断基準にCSF3の変異が取り入れられている。骨髄生検はMPNの診断に重要であるが、PV、ET、PMFでは生検による骨髄組織所見が診断基準の大項目の一つになった。またMPNでの骨髄線維化(myelofibrosis, MF)の評価はMF-0、MF-1、MF-2、MF3となっているが、膠原線維と骨硬化に修正が加えられ、線維化の密度は造血領域で評価することが示されている。MF-2、MF-3の症例ではトリクローム染色での評価も推奨されている。シンポジウムでは、実際の症例を提示しながら、解説を進める予定である。

#### ◇シンポジウム12

甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診断

S12-1 甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診報告様式

修文大学看護学部病理学

○越川 卓(MD)

甲状腺癌取扱い規約第7版(2015年改訂、以下第7版)では、細胞診報告様式に米国の甲状腺細胞診ベセスダシステム(以下TBS)が採用され、本邦の現状に合わせてTBSを一部改変した報告様式を用いることとなった。甲状腺癌取扱い規約第6版からの主な変更点は、1. 検体不適正の診断基準を具体化した点、2. 嚢胞液を取り扱う診断カテゴリーとして新しく「嚢胞液」を設けた点、3. 第6版の「鑑別困難」を「意義不明」と「濾胞性腫瘍」の二つの診断カテゴリーに分けた点などである。この結果、診断カテゴリーは「不適正」、「嚢胞液」、「良性」、「意義不明」、「濾胞性腫瘍」、「悪性の疑い」、「悪性」の7区分に分類されることとなった。TBSでは濾胞上皮細胞を含まない嚢胞液を「不適正」と判定するが、第7版では「不適正」ではなく「嚢胞液」と判定し、「良性」に近い診断カテゴリーとして位置づけた。細胞診で良悪性の鑑別が困難な症例については、TBSに準拠して濾胞性腫瘍または濾胞性腫瘍を疑う症例は「濾胞性腫瘍」、濾胞性腫瘍以外を疑う症例や濾胞性腫瘍の疑いが弱い症例は「意義不明」の各診断カテゴリーに分類することとなった。その結果、「濾胞性腫瘍」は濾胞癌症例を多く含み、「意義不明」は乳頭癌症例を多く含むという診断カテゴリーの性格の違いが明瞭となった。なお、TBSで導入されている各診断カテゴリーの悪性の危険度および臨床的対応については、今回の改訂では導入を見合わせる事となった。

## S12-2 甲状腺細胞診—標本作製とLBC—

隈病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2)</sup>, 隈病院外科<sup>3)</sup>

○鈴木彩葉(CT)<sup>1)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>2)</sup>, 樋口観世子(CT)<sup>1)</sup>,  
高田奈美(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤歩紀(CT)<sup>1)</sup>, 林 俊哲(MD)<sup>2)</sup>,  
隈 晴二(MD)<sup>1)</sup>, 宮内 昭(MD)<sup>3)</sup>

甲状腺細胞診の診断精度には採取・塗抹・固定・診断等様々な要因が関与し、いずれも高い技術と知識・経験が必要とされている。本発表では、高い診断精度に到達するための検体に合わせた塗抹・固定法や、近年普及しつつある Liquid-based cytology (LBC) の利用を解説する。

1) 塗抹法：少量の液状検体の場合は、検体を2枚のプレパラートで挟み、そのまま上下に離す(合わせ法)。採取量が多い場合は、合わせ法を2回繰り返す。採取量が非常に少ない場合は、検体をプレパラートに吹き出し、何もせず直ちに固定する(吹きつけ法)。末梢血が混入した場合は、直ちにプレパラートを傾け、軽く叩きつけて、血液成分を下方へ流し落とす。最初に塗抹された範囲外に広がった血液成分を拭き取った後、合わせ法を行う。

2) 固定法：塗抹後直ちに湿固定を行うべきだが、液状検体の場合は、塗抹後5~10秒間待ってから固定すると、細胞が剥離しにくい。

3) LBC：塗抹後の針内に残った材料、あるいは採取材料の全てをLBC検体とする。いずれもLBC専用の固定液を用いるが、溶血・蛋白分解作用のあるものが推奨される。LBCを導入する最大の利点は、採取細胞の回収率が高いことで、採取量が少ないと思われる症例に有用である。溶血・蛋白分解作用があることから、末梢血が混入した症例や液状検体の場合にも有用である。LBC導入時の注意点は、細胞像が通常標本と必ずしも同じではなく、また、LBC作製法や固定液によっても異なるため、鏡検にある程度の知識とトレーニングが必要なことである。

## S12-3 甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診断—検体不適正と嚢胞液の細胞診断—

隈病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2)</sup>, 隈病院外科<sup>3)</sup>

○高田奈美(CT)<sup>1)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>2)</sup>, 樋口観世子(CT)<sup>1)</sup>,  
鈴木彩葉(CT)<sup>1)</sup>, 隈 晴二(MD)<sup>2)</sup>, 林 俊哲(MD)<sup>2)</sup>,  
宮内 昭(MD)<sup>3)</sup>

細胞診が臨床医に役立つ情報を提供するためには、目的とする部位から十分量の細胞が採取され、かつ、適切に標本が作製されなければならない。したがって、診断する際には、まず、十分量の細胞があるか否か、検体採取・固定・塗抹が適切に行われたか否かを評価し、標本の適正・不適正を明記すべきである。甲状腺癌取扱い規約第7版における「不適正検体」の定義は、「標本作製不良のため、あるいは病変を推定するに足る細胞あるいは成分(10個の濾胞上皮からなる集塊が6個以上、豊富なコロイド、異型細胞、炎症細胞等)が採取されていないため診断できない標本」である。所見には、不適正とした理由を記載する必要があり、再検が推奨されている。第7版における「不適正検体」の定義は、甲状腺ベセスダシステム(ベセスダ)の「不適正検体」と異なるので、多少の混乱を招くかもしれない。ベセスダでは泡沫細胞のみみられる嚢胞液を「不適正」とするが、本邦における嚢胞液症例の悪性の危険度は不適正検体よりも低く、良性とほぼ同様であり、必ずしも再検するとは限らないことから、第7版では「適正」と判断し、「嚢胞液」として独立した区分で報告される。今回は、第7版における「検体不適正」と「嚢胞液」の判定区分の定義と、ベセスダシステムや第6版との報告様式の違いを解説するとともに、新判定区分である「嚢胞液」の実用性について、当院で行った検討を報告する。

#### S12-4 甲状腺癌取扱い規約第7版の細胞診断 ～意義不明と濾胞性腫瘍の細胞診断～

伊藤病院診療技術部<sup>1)</sup>, 山梨大学医学部人体病理学講座<sup>2)</sup>, 伊藤病院外科<sup>3)</sup>

○田村 恵(CT)<sup>1)</sup>, 近藤哲夫(MD)<sup>2)</sup>, 北川 亘(MD)<sup>3)</sup>,  
伊藤公一(MD)<sup>3)</sup>

当院の細胞診断報告は現在、甲状腺癌取扱い規約第6版(以下第6版)の判定区分を基に「鑑別困難」については甲状腺学会の定めた「甲状腺結節取り扱い診療ガイドライン2013」を用いて行っている。2015年11月に甲状腺癌取扱い規約第7版(以下第7版)が発刊され、判定区分は「検体不適性」「嚢胞液」「良性」「意義不明な異型」「濾胞性腫瘍」「悪性を疑う」「悪性」の7区分に分けられた。今回、第6版で「鑑別困難」と判定した症例を第7版の判定区分に置き換え再評価し、その有用性について検討した。2016年1月～2016年12月までに当院で施行された細胞診件数は7,715例(8,263部位)あり、第6版での判定区分の内訳は「検体不適性」244(3%)、「良性」5,787(70%)、「鑑別困難」679(8%)、「悪性を疑う」あるいは「悪性」1,553(19%)であった。「鑑別困難」とした679部位のうち手術対応となったのは122例あり、リンパ節穿刺やリンパ腫疑いで「鑑別困難」と判定した症例を除いた105例の病理組織診断は、腺腫様甲状腺腫27例(26%)、乳頭癌19例(18%)、濾胞性腫瘍55例(52%)、その他4例(4%)であった。「鑑別困難」を第7版の判定区分に置き換えると、甲状腺学会で定めたfavor benign・borderline・favor malignantは「濾胞性腫瘍」、その他は「意義不明な異型」となる。両者の病理組織診断は、「濾胞性腫瘍」とした82例中腺腫様甲状腺腫25例(30%)、乳頭癌3例(4%)、濾胞性腫瘍51例(62%)、その他3例(4%)で、また「意義不明な異型」とした23例中腺腫様甲状腺腫2例(9%)、乳頭癌16例(69%)濾胞性腫瘍4例(18%)、その他1例(3%)であった。第7版の「意義不明な異型」と「濾胞性腫瘍」は乳頭癌か濾胞性腫瘍かの鑑別では有用性があると思われる。

#### ◇シンポジウム13

細胞診ガイドライン・膵癌取扱い規約第7版を踏まえた膵領域細胞診の実践

##### S13-1 膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMNs)

近畿大学医学部奈良病院病理診断科<sup>1)</sup>, 大阪赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>

○若狭朋子(MD)<sup>1)</sup>, 稲山久美子(CT)<sup>2)</sup>

膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMNs)は粘液貯留による膵管拡張を特徴とする膵管上皮系腫瘍で、基本的には予後の良い粘液産生性腫瘍であるが、低異型度の病変から次第に高異型度の病変(浸潤性膵管癌)に進展する、と考えられている。

臨床的取扱いにおいて重要なポイントは膵管内乳頭粘液性腺腫(IPMA)と非浸潤性膵管内乳頭粘液性腺癌(非浸潤性IPMC)の鑑別である。このため、取扱い規約第7版ではIPMAの細分類が廃止された。しかし非浸潤性IPMCとIPMAの鑑別は非常に難しい。元々変性を受けやすい材料であることに加えて、IPMNsが拡張した膵管という大きな病変であるために、一番悪性度の高い細胞が採取されるとは限らない、という技術的な問題が根底にある。また、細胞の採取量は臨床医の技量による所が大きいこともあり、現時点においては非浸潤性IPMCとIPMAの診断基準の標準化は困難である。

今回の取扱い規約においてはIPMNsの細胞判定は4群に分類される。すなわち「陰性/良性」「異型/鑑別困難(favor benign)」「異型/鑑別困難(others)」「陽性/悪性」である。膵領域細胞診の報告においてご注意いただきたい事は、非浸潤性IPMCかIPMAか鑑別に悩む症例は「異型/鑑別困難(others)」の判定区分となることである。規約第6版におけるIPMA高度異型の一部などが相当すると予想される。しかし、細胞診への信頼性を保つためにも、この判定区分は各施設の努力によってに可及的に減らすように心がけて頂きたい。そしてWHO分類など他の分類との読み替えも可能であるように、推定組織型を記載する事も励行したい。

### S13-2 膵液細胞診における膵上皮内腫瘍性病変から浸潤癌の鑑別について

JA 尾道総合病院病理研究検査科<sup>1)</sup>, JA 尾道総合病院内視鏡センター<sup>2)</sup>

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

【はじめに】膵癌取扱い規約 第7版では、従来の「異型上皮および上皮内癌」の項目は、膵上皮内腫瘍性病変(pancreatic intraepithelial neoplasia PanIN)へと用語が置き換えられた。PanINは低悪性度(low-grade)と高悪性度(high-grade)の2段階に分類されているが、これらの細胞学的鑑別についての報告は極めて少ない。そこで、Low-grade PanINから浸潤癌に至る各病変の鑑別点を明らかにすることを目的として、内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(endoscopic nasopancreatic drainage ENPD)留置下膵液標本を検討した。

【対象および方法】2008年11月から2016年12月の間に行われたENPD留置下膵液細胞診のうち、手術摘出標本で確定診断された23例を検討対象とした。症例の内訳はLow-grade PanIN3例、High-grade PanIN12例、浸潤性膵管癌8例である。方法は細胞診標本を鏡検し、背景、細胞の多形性、不規則重積配列、核の大小不同、核形不整、クロマチンの増量や不均等分布、多彩性について観察した。対照として非腫瘍性疾患3例(偽嚢胞、慢性膵炎、自己免疫性膵炎それぞれ1例)の標本を用いて同様の検討を行った。

【結果】各病変とも背景所見は様々であった。豊富な壊死物質や細胞の多形性は浸潤性膵管癌にのみ認められた。Low-grade PanINでは、不規則重積配列や核形不整、クロマチンの増量がみられたが、その他の所見は認められなかった。核の大小不同、クロマチンの不均等分布や多彩性はHigh-grade PanINと浸潤性膵管癌で観察された。非腫瘍性疾患では、いずれの細胞所見も認められなかった。

【まとめ】PanINから浸潤癌の鑑別にはクロマチンの増量や分布、多彩性などクロマチン所見の観察が有用であり、背景や細胞の多形性などの所見も含めた総合的な判断が必要であると考えられた。

### S13-3 神経内分泌腫瘍および充実性偽乳頭状腫瘍などの細胞診の実践

北海道大学病院病理診断科

○三橋智子(MD)

2015年11月、全身26領域の細胞診を全5巻にまとめた日本臨床細胞学会初のガイドライン「細胞診ガイドライン」が発刊され、消化器においては口腔、唾液腺、消化管、肝胆道系、膵臓が330頁にまとめられた。また、2016年7月に発刊された膵癌取扱い規約第7版では、消化器領域腫瘍の2010年版WHO分類や最近の膵管内腫瘍などに関する国際コンセンサス会議の結果などを反映した内容の記載とともに、CT画像を含む画像を多く取載し、新たにEUS-FNA生検や細胞診の判定基準、治療効果判定基準が加えられた。膵腫瘍の中でも、特に神経内分泌腫瘍(NET)、充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)、腺房細胞癌(ACC)は特徴的で、これらの鑑別診断に苦慮する症例があり、細胞像のみでは確定に至らない場合も多い。そのような症例であってもできる限り正確に診断・判定していくためには、免疫組織化学染色(IHC)を併せた評価が必須といえる。近年多くの施設で実施されている超音波内視鏡下穿刺吸引(EUS-FNA)検体を用いた膵腫瘍の診断では、細胞診塗抹・圧挫標本のみならず、セルブロックや吸引されたクロットのホルマリン固定標本を用いた評価が有用である。ここでは、細胞診ガイドラインや膵癌取扱い規約第7版を踏まえた膵領域細胞診の実践として、NET、SPN、ACCの細胞像、セルブロックやホルマリン固定標本の細胞・組織像とともに、IHCを駆使した鑑別診断、細胞診断報告書(報告様式と判定)について具体例を挙げて解説する。



## S13-4 膵領域における免疫細胞染色

大阪府立病院機構大阪国際がんセンター臨床検査科病理細胞診<sup>1)</sup>, 大阪府立病院機構大阪国際がんセンター病理細胞診断科<sup>2)</sup>

○西村早菜子(CT)<sup>1)</sup>, 龍あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 芦村純一(CT)<sup>1)</sup>, 長田盛典(MD)<sup>2)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膵領域腫瘍の大部分は浸潤性膵管癌で膵腫瘍の約80%を占める。次いで多いのは神経内分泌腫瘍で、その他の腫瘍は比較的稀であるといわれている。しかし近年EUS-FNAが施行され、今まで膵液細胞診では遭遇しなかった症例が多くなり、腫瘍の鑑別には免疫染色が必須になった。当センターではLBCを用いて積極的に免疫細胞染色を行っている。今回、免疫細胞染色標本の作製法と染色プロトコールについて紹介する。

【標本作製法】膵液は変性を防ぐため組織培養培地(MEN液)に採取し冷蔵保存、翌日37℃で2時間以上インキュベート後、細胞を活性化させ培養液を遠心、沈渣をLBCバイアルに入れ、パパニコロウ染色、免疫細胞染色用に標本を作製している。膵EUS-FNAはオンサイト細胞診を行う際に生理食塩水をシャーレに入れて置き、その中に検体を出してもらい、迅速細胞診を行い、腫瘍細胞が採れているか確認し、残りの検体を病理組織用にする。残った生理食塩水を遠心、沈渣をLBCバイアルに入れ、免疫細胞染色用に保存している。

【免疫細胞染色】浸潤性膵管癌はほとんどパパニコロウ染色のみで鑑別可能であるが、高分化型で判定に苦慮した場合に免疫細胞染色を行う。抗体はp53, CEA, S100p, Maspinを用いる。小型円形細胞主体の腫瘍は細胞診のみでは鑑別困難であり病理組織標本が必要であるが病理で判定困難な場合はLBCを用いて免疫細胞染色を行う。神経内分泌腫瘍ではSynaptophysin, ChromograninA, CD56, 腺房細胞癌ではTrypsinを染色する。膵管内乳頭粘液性腫瘍では垂型分類を推奨されているので各種MUCを用いて分類を行う。またIPMAとIPMCの鑑別にKi67, IMP3, CDX2を検討したい。

## ◇シンポジウム14

EUS-FNAの課題と工夫～検体処理の標準化に向けて～

## S14-1 検体の見える化から学んだこと～内視鏡医の立場から

九州大・病態制御内科<sup>1)</sup>, 九州大学病院国際医療部<sup>2)</sup>, 九州大学大学院病理診断科・病理部<sup>3)</sup>, 九州大 形態機能病理学<sup>4)</sup>

○麻生 暁(MD)<sup>1,2)</sup>, 蓑田洋介(MD)<sup>1)</sup>, 小森圭司(MD)<sup>1)</sup>, 後藤綾子(MD)<sup>1)</sup>, 岩佐 勉(MD)<sup>1)</sup>, 荻野治栄(MD)<sup>1)</sup>, 大久保文彦(CT)<sup>3)</sup>, 伊原栄吉(MD)<sup>1)</sup>, 小田義直(MD)<sup>3,4)</sup>, 小川佳宏(MD)<sup>1)</sup>

【背景】EUS-FNAの登場は、低侵襲な方法で病理診断が行える点で臨床的に大きなインパクトを与えた。一方でEUS-FNAの検体は小さく、時に血液などのコンタミネーションにより容易に診断が困難となるため、迅速かつ適切な検体処理が重要である。

【方法】2002年10月より2016年12月までに診断目的のEUS-FNAが施行された1050例のうち、細胞診、組織診いずれかの病理詳細が不明な142例を除く908例を対象に検討した。当院は全例に迅速細胞診(ROSE)を実施している。適正検体の定義は(1)迅速検体が診断に耐えうること、(2)最終診断で良悪性の判断が可能であるものとした。

【結果】対象臓器は膵臓604例、胆道19例、乳頭10例、消化管177例(食道30、胃113、十二指腸・小腸30例、直腸4例)、縦隔25例、リンパ節16例、後腹膜41例、その他16例であった。ROSE下の適正検体採取率は細胞診99.4%、組織診95.9%と既報と比較しても高い水準であった。迅速細胞診は全術者から特に手技の継続の是非を判断する上で「大変参考になった」との高い評価を得た。

【結語】EUS-FNAは医師側がいかに良質な検体を提供するか、病理側はいかに良質な検体処理を行うかの共同作業である。医師と技師と一緒に顕鏡する機会を持つことは、単に検体の確認にとどまらず、臨床診断と病理診断の齟齬がないかの情報共有を行い、日常的に画像病理診断へ双方向のフィードバックをかけるよい機会になると思われる。これまでの変遷をふまえながら現状のEUS-FNA診療の現況と課題について報告する。



### S14-2 検体の特徴に着目した取り扱い方法 ～Precision Medicine を考慮した検体処理の提案～

岡山大学病院病理部/病理診断科<sup>1)</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科臨床遺伝子医療学<sup>2)</sup>

○井上博文(CT)<sup>1,2)</sup>

超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EUS-FNA) における検体処理は白色部位を中心に採取することで飛躍的に診断精度の向上を見た報告がある。当院では 2006 年より Rapid on site evaluation (ROSE) を開始して 2017 年 4 月までに 1300 件を超え、そのうち膵病変症例は全体の約 70% を占める。膵病変における細胞診診断精度は感度 96.5%, 特異度 99.1% (2013 年 12 月まで) である。我々は多くの症例を経験する中で様々な問題点に遭遇した。EUS-FNA は消化管粘膜を貫き膵臓などの隣接臓器へ穿刺する技法であるため、穿刺経路からの混入を見たり、超音波画像の精度向上から小さな病変部への穿刺も可能となったことで近接する正常組織の混入に遭遇したりする。ROSE では迅速ギムザ染色等の簡易染色で行うためその判断に苦慮する。また EUS-FNA は血液を吸引しながら病変部組織を採取するため、採取検体の大部分が血液成分である時、組織診、細胞診診断に影響をもたらすこともある。近年、Precision Medicine に向かう医療現場において、病理検体を取り扱う者は EUS-FNA のような他の生検とは性質が異なる採取検体を目的に応じた処理に努めなければならない。ROSE のような限られた環境下で迅速かつ正確に遂行し、採取されるわずかな検体を有用に活用するために、我々は創意工夫を重ねてきた。未固定検体の肉眼的特徴に着目した検体処理法の紹介とその検査精度、また問題点を提示する。Precision medicine に向かう医療において採取される検体をどのように用いる細胞診はどのような役割を担うべきなのかを当院を例に考えたい。

### S14-3 知っておきたい EUS-FNA の有用性と盲点

金沢大学附属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 金沢大学分子細胞病理学<sup>2)</sup>

○玉野裕子(CT)<sup>1)</sup>, 今度邦博(CT)<sup>1)</sup>, 酒野香織(CT)<sup>1)</sup>, 田口憲子(CT)<sup>1)</sup>, 宮下麻代(CT)<sup>1)</sup>, 藤山桃子(CT)<sup>1)</sup>, 下田 翼(CT)<sup>1)</sup>, 池田博子(MD)<sup>1)</sup>, 大井章史(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引術 (Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration : EUS-FNA) は、消化管内壁を介して極めて至近距離から高解像度での観察が可能であるため、これまで診断が困難であった膵疾患や消化管粘膜下腫瘍の診断に有用とされている。2010 年に保険収載されて以降、急速に普及し、当院では 2007 年に導入され、2013 年から細胞検査士が内視鏡室に出向き、診断可能な検体か否かを判断している。

【迅速細胞診】on site cytology において最も重要なことは、目的の病変部から診断に十分な細胞量が採取されていること、壊死物質や血液のみでなく質の良い細胞が採取されているか否かを判断することが求められる。迅速ギムザ染色は乾燥固定であるため、細胞の張り付きがよく、短時間で染色可能な利点がある一方、重積がわかりづらく、核は膨化傾向にあり、パパニコロウ染色よりも大型に見えるなど欠点もある。用いる染色の特徴を十分理解した上で判定することが望まれる。

【まとめ】on site cytology の利点としては、細胞検査士が検体処理を行うため、不良標本が減少し、検体採取率が上がる。標本枚数が減少し、鏡検時の負担が軽減する。不必要な穿刺回数が減り、検査効率が上がり、患者さんの負担が軽減される。実施医とのコミュニケーションを取りながら検体採取するため、診断に有用な情報が得られ、より正確な診断ができるなどがある。欠点としては時間の拘束や手間がかかる。消化管内から穿刺するため、間質細胞や消化管上皮細胞のコンタミネーションにより、診断に苦慮する場合があります。短時間で迅速ギムザ染色標本のみでの細胞判定には限界がある。これらの欠点も理解した上で行うことが重要である。

## ◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

SYS-1 婦人科検体における *in situ* PCR 法

## S14-4 病理医の立場からの課題

倉敷中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 倉敷中央病院臨床検査技術  
部<sup>2)</sup>

群馬パース大学保健科学部検査技術学科<sup>1)</sup>, 杏林大学保  
健学部臨床検査技術学科<sup>2)</sup>

○能登原憲司(MD)<sup>1)</sup>, 内野かおり(MD)<sup>1)</sup>,  
板倉淳哉(MD)<sup>1)</sup>, 石井文彩(MD)<sup>1)</sup>, 香田浩美(CT)<sup>2)</sup>

○岡山香里(CT)<sup>1)</sup>, 大河戸光章(CT)<sup>2)</sup>

EUS-FNA で採取される検体は微小で、正しい診断を得るためには臨床医、放射線診断医、検査技師、病理医の協力が必要である。病理診断は通常、病変の肉眼的観察、顕微鏡観察、必要であればさらに特殊染色というステップを経て下されるが、当然のことながら EUS-FNA 検体の診断においては肉眼的観察のステップがなく、それに代わるものとして画像所見が重要である。膵病変を例に挙げても画像所見から得られる情報は多く、画像でほぼ診断が確定されることもまれでない。画像情報はさらに、検体処理の際にも役立つことを強調したい。膵の EUS-FNA において、膵管癌は細胞診のみで診断を確定できることが殆どであるが、充実性髄様腫瘍の診断には組織検体を用いた免疫染色が必要となることが多い。また、自己免疫性膵炎(AIP)の場合、限局性病変で癌を除外するための検査か、あるいはびまん性病変で AIP の診断を確定するために必要な検査かにより必要な検査は異なり、後者の場合には組織検査が優先されるべきである。膵外に目を向けると、非小細胞性肺癌が疑われる時には EGFR や ALK, ROS1, PD-L1 の検索のため、より多くの組織採取が必要となる。ROSE の現場で、細胞診、組織いずれの検査を優先させるのか、さらなる検体採取が必要なのかという判断を下すことは困難であるが、事前に臨床・画像情報を共有し、目的を明らかにすることで対応しやすくなるであろう。このような情報共有のためのシステム作りを提唱したい。このようなデータの蓄積は、チーム全体の技能向上にも役立つと期待される。

子宮頸部における HPV-DNA の可視化法として、現在まで *in situ* hybridization (ISH) 法が最も使用されてきた。しかし、CIN の発症は HPV 持続感染によるという概念が定着したため、細胞診および組織標本において ISH 法での HPV genotyping の意義はほとんどない。さらに、laser capture micro-dissection (LCM)-PCR 法を用いて生物学的に独立する CIN に one HPV の感染を証明した報告により、組織における HPV genotyping は ISH よりも LCM-PCR のほうが高感度であることを印象付けた。対照的に、細胞標本では HPV genotyping が目的ではなく、由来不明の細胞を同定するために HPV-DNA の可視化が行われている。細胞標本上において LCM は目的細胞のみを回収することが困難であるため、HPV-DNA の局在を証明する手法は ISH 法が第一選択である。我々は、高感度な標的 DNA 可視化法の中でも、*in situ* PCR 法に注目し、培養細胞を対象としてエタノール固定した細胞標本に最適な前処理、PCR 条件を検討した。その結果、細胞標本において細胞形態保持、非特異的反応の抑制を実現し、1 コピーレベルでの HPV-DNA を可視化できることを示した。

近年、HPV 持続感染の指標として p16 と Ki67 の dual stain により ASC-US や LSIL の管理指針が考案されている。*in situ* PCR 法は ASC-US のトリアージや CIN の予後推定に直接的に関与しないが、標的細胞に対して HPV-DNA の有無を調べる有効な手段である。我々はコイロサイト以外の HPV 感染候補細胞に対して *in situ* PCR 法を行い、HPV 感染細胞として、非定型的コイロサイト、三核以上の多核細胞、圧排二核細胞を提示した。今回は *in situ* PCR 法の技術的ノウハウとアルコール固定された細胞標本における蛋白分解処理の注意点を提示するとともに、細胞から直接的に標的 DNA を検出することの意義について考察したい。

## SYS-2 BK virus 感染モニタリングツールとしての尿細胞診と尿中ウイルス DNA PCR

国立病院機構福山医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 高知学園短期大学医療衛生学科<sup>2)</sup>, 国立病院機構岡山医療センター臨床検査科<sup>3)</sup>, 岡山大学病院病理部<sup>4)</sup>

○有安早苗(CT)<sup>1)</sup>, 三木友香理(CT)<sup>2)</sup>, 神農陽子(MD)<sup>3)</sup>, 谷口 香(MD)<sup>3)</sup>, 柳井広之(MD)<sup>4)</sup>

腎移植後患者の BK virus (BKV) 再活性のモニタリングには形態的に decoy cell をとらえる細胞診や尿中, 血中ウイルス DNA を PCR で同定する方法がある。一般的に, PCR によるウイルス同定は, 細胞診に比べ感度, 特異度とも高いとされる。しかし, モニタリングの明確なガイドラインがないことに加え, PCR によるウイルス同定は保険収載されておらず, 実臨床ではウイルス再活性化を察知するために細胞診が利用されるのが現状である。そこで細胞診で検出した decoy cell とウイルス感染細胞との関係をより明確にする目的で, 尿中ウイルス DNA PCR を実施した。細胞診で decoy cell と判定した症例の残余検体から DNA を抽出し, BKV に対するプライマーを用い PCR を行った。まず, DNA 抽出の段階で検体間の DNA 収量のばらつきが大きく, 純度の低い検体が目立った。PCR 増幅産物を電気泳動で確認したが目的サイズのバンドを確認できなかった。このような結果となった要因には検体の質・量や手技の未熟さが考えられる。自然尿検体は剥離細胞主体であり, 擦過材料や血液に比べ質的には劣る。さらに, 抽出 DNA 中に含まれる BKV DNA 量が少量でばらつきがあったことは要因の一つと思われる。また, Taq の選択や Mg 濃度, PCR 反応の条件設定にも問題があり, さらなる条件検討が必要だったと考える。現在, 市販キットを用いることで PCR 手技の未熟さについてはカバーできる可能性があるが, 時間, コスト等含め考えた場合, PCR は市中病院で行うモニタリングツールとしてはややハードルの高い手法かもしれない。元来 BKV は, 尿路に潜伏感染し, 尿中 PCR が陽性であっても感染の首座を判断するのは難しいため, 再活性のモニタリングには細胞診と PCR を組み合わせた判断が有用と思われる。

## SYS-3 甲状腺癌における FFPE および FNA 検体からの RNA 抽出とその解析について

金地病院外科<sup>1)</sup>, 日本医科大学内内分泌外科<sup>2)</sup>, 大阪府立大学大学院生命環境科学研究科<sup>3)</sup>

○軸菌智雄(MD)<sup>1,2,3)</sup>

我々は昨年の本学会でのワークショップ「LBC 検体を用いた ANCILLARY TECHNIQUES」にて「RNA の抽出とその応用」と題して発表した(第 55 回日本臨床細胞学会秋期大会)。その内容は以下の通りである。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。これは固定保存処理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った。我々は, Formarin Fixed Paraffin embedded (FFPE) 標本からの RNA 抽出において有効である Proteinase K (ProK) 処理が, LBC 時に使用する固定保存液 (BD CytoRich) を加えた検体からの RNA 抽出効率に及ぼす効果について検討したが, その結果は ProK 処理を行うことで発現定量解析が可能な収量および質の RNA を得ることが可能であった。対象とする検体が甲状腺癌培養細胞であっても甲状腺癌細胞診の余剰検体であっても同様の結果であった。今回, FFPE および FNA 検体からの RNA 抽出とその解析についてまとめた。

#### SYS-4 病理検体を使用したクリニカルシーケンス 実用化 LBC 検体でどこまでできるか？

北斗病院病理遺伝子診断科<sup>1)</sup>, 北海道大学病院がん遺伝子診断部<sup>2)</sup>, 北海道がんセンターがんゲノム医療センター<sup>3)</sup>

○赤羽俊章(CT)<sup>1)</sup>, 柳田絵美衣(CT)<sup>2)</sup>,  
橋場なつみ(CT)<sup>1)</sup>, 山口朋美(CT)<sup>1)</sup>, 西原広史(MD)<sup>3)</sup>

当院は2012年に次世代シーケンサー(NGS)MiSeq(Illumina社)を導入し, クリニカルシーケンスの実運用を目指し検討をおこない, 2016年10月から, がん遺伝子診断外来を開設し自由診療で遺伝子解析をおこなっている. 開設までに, 院内倫理審査委員会の承認を得て, 病理検体を使用した条件検討をおこなっており, 今回その検討の中から, 細胞診LBC検体を使用した解析事例と, 検討すべき課題を報告する.

ホルマリン固定パラフィン包埋検体(FFPE)を用いたクリニカルシーケンスの手法は明瞭である. 腫瘍部, 非腫瘍部, もしくは血液それぞれからDNAを抽出し, NGSで解析した後, 腫瘍部から非腫瘍部の遺伝子変化をsubtractし比較することで腫瘍部固有の変異, またはCopy number variant(CNV)を検出する. さらに, DNAを抽出したFFPE検体のHE標本の腫瘍含有率や免疫染色の結果と, 検出されたSNPのallele frequency(頻度)を対比することで, その変異の真偽を確認し, 必要ならば, バイオインフォマティクスと共同でその変異の真偽やダメージ予測をおこなう. このような過程を経て, 実臨床に使用できる結果が得られる. 一方, LBC検体では, 対比のためのNon-tumoral DNAの採取, 腫瘍含有率の算出, 得られた結果のIHCや分子生物学的な手法でのvalidationが困難である. また固定状態によってはcallされるSNPやCNV値に違いがでることから, 固定や保管条件の問題も存在する. このような問題をクリアし, LBC検体を使用した場合のNGS解析手法を実例を用いて紹介したい.

#### ◇ワークショップ1

妊婦の子宮頸部細胞診—細胞採取器具, 検体処理法, 取り扱い—

#### W1-1 妊娠中に診断された高度扁平上皮内病変(HSIL)の検討 —綿棒による子宮頸部細胞診—

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院総合周産期母子医療センター<sup>2)</sup>, 産業医科大学医学部産科婦人科学<sup>3)</sup>

○松浦祐介(MD)<sup>1)</sup>, 荒牧 聡(MD)<sup>2)</sup>, 森 博士(MD)<sup>2)</sup>,  
厚井知穂(MD)<sup>3)</sup>, 植田多恵子(MD)<sup>3)</sup>, 栗田智子(MD)<sup>3)</sup>,  
鏡 誠治(MD)<sup>3)</sup>, 川越俊典(MD)<sup>3)</sup>, 蜂須賀徹(MD)<sup>3)</sup>

【目的】子宮頸がん検診受診率が低迷する我が国において妊娠は子宮頸がん検診を施行する絶好の機会である. 当科では妊娠中の細胞診には綿棒を使用しており, 妊娠中に診断された高度扁平上皮内病変(HSIL)の取り扱いについて検証する.

【方法】2010年1月から2014年12月の5年間に当院で分娩・流産した1326例のうち搬送症例を除いた妊婦に対する細胞診施行率は89%であった. 細胞診異常は35例(5.6%)であり, うち妊娠中に初めて細胞診異常を指摘された症例と他院から精査を依頼された症例など計60例を対象とした. さらにHSIL症例28例(中等度異形成17例, 高度異形成11例)と同時期に組織診で中等度異形成と診断された50歳未満の非妊婦症例92例を検討した.

【成績】妊娠中の細胞診が過小評価であった症例は18%, 過大評価は28%であった. HSIL症例では過小評価が25%であり, 非妊婦症例の細胞診過小評価は45%であった. 中等度異形成17例のうち3例は病変が消退したが, 最終的に7例の病変が進行し, 6例に円錐切除術, 1例に広汎子宮全摘出術を施行した. 高度異形成11例では, 後に2例の病変が消退したが, 9例は存続しており, 7例に円錐切除術を施行した. 非妊婦の中等度異形成症例では35%が消退, 35%が存続, 30%が増悪し, 37例に円錐切除術などの治療を施行した.

【結論】妊娠中の異常細胞診率は非妊時と比較し, ほぼ同等であり, 妊娠中の綿棒による子宮頸部細胞診の過小評価は約2割であった. 妊娠中に診断された中等度異形成症例については非妊時と同様に分娩後も継続的に管理することが必要である.



## W1-2 妊婦の子宮頸部細胞診におけるブラシ使用の安全性と有用性

札幌医科大学医学部産婦人科

○石岡伸一(MD), 金 美善(MD), 黒田敬史(MD),  
郷久晴朗(MD), 寺本瑞絵(MD), 岩崎雅宏(MD),  
斎藤 豪(MD)

【目的】妊婦子宮頸部細胞診における細胞採取は、妊娠10週以降では通常ブラシの使用は禁忌とされ綿棒が用いられることが多いが、綿棒はブラシに比較して細胞採取量が少なく、false negativeの原因ともなる。今回周産科医よりの十分なinformed consentの下、妊婦子宮頸部細胞診をCervex<sup>R</sup>ブラシを用いて行ない、その安全性、有用性につき検討した。

【方法】230人の妊婦にCervex<sup>R</sup>ブラシを用いた子宮頸部細胞診を施行、ブラシ使用に伴う出血や産科合併症の有無につき検討した。また、妊娠前細胞診異常を認めた7症例にブラシと綿棒擦過細胞採取を同時に行い、細胞診結果の違いにつき検討した。また、液状検体を用いた場合、綿棒とブラシの差にどのような影響が出てくるのかも検討した。

【成績】ブラシ使用に伴う出血は約75%で全く認めず、2日以上続いたのは2症例のみであった。施行時期、細胞診結果と出血の間に関連は認めなかった。またブラシ使用が原因と考えられた産科的合併症は1例も認めなかった。綿棒擦過とブラシ擦過の同時施行例では、7検体中5検体で綿棒では細胞数不足から正確な評価ができなかった。液状検体を用いた場合でも、綿棒では採取される細胞数、細胞種が不十分でありブラシの方が適正な標本が得られると考えられた。

【結論】妊婦への子宮頸部細胞診は、Cervex<sup>R</sup>ブラシ使用で安全に施行可能であり、正確な細胞診結果を得るためにも有用であった。

## W1-3 妊婦の子宮頸部細胞診における湿綿球の使用と液状検体法の有用性について

奈良県総合医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 中央検査部<sup>2)</sup>, 産婦人科<sup>3)</sup>

○豊田進司(MD)<sup>1,3)</sup>, 石田英和(MD)<sup>1)</sup>, 辻野秀夫(CT)<sup>2)</sup>,  
岡田 博(CT)<sup>2)</sup>, 竹田善紀(MD)<sup>3)</sup>, 伊東史学(MD)<sup>3)</sup>,  
杉浦 敦(MD)<sup>3)</sup>, 井谷嘉男(MD)<sup>3)</sup>, 喜多恒和(MD)<sup>3)</sup>

【背景】現在、妊娠初期の頸部細胞診における採取器具について明確な指針がない。ブラシでの採取は出血が多く妊婦の不安を増長するため、綿棒や綿球などを使用している施設が多いと思われる。しかしこの場合は採取細胞数の減少による検体不適正という妊婦への不利益も増加する。今回、我々は出血の軽減を目的とした湿綿球による採取と採取細胞数の確保を目的とした液状検体法(LBC)の使用が適切かを従来法と比較検討した。

【対象と方法】対象は2015年11月と12月の2か月間の妊娠初期妊婦43名で、方法は湿綿球で頸部の細胞を採取し、直接法と液状検体法のスピリット標本作製した(スピリット群)。標本作製手順は湿綿球をまずガラススライドに直接塗抹し、次に湿綿球をBD社シュアパスの回収容器に封入した。また、湿綿球利用の液状検体法が運用に問題ないかを2017年1月から6月までに妊娠初期妊婦84名について確認した(運用群)。

【結果】スピリット群は標本において、従来法では43例中22例(51.2%)が適正、LBCでは42例(97.7%)が適正であった。頸管移行帯細胞を認めたものは従来法が43例中15例(34.9%)、LBCが24例(55.8%)であった。運用群においては83例(98.8%)が適正であり、頸管移行帯細胞を認めたものが48例(57.1%)であった。いずれもLBC標本作製時に内容液吸引時の機械的な目詰まりや故障を認めず、また検鏡上支障になる異物も認めず、運用において支障を認めなかった。なお、液状検体法で機械的分注時の吸引の際、綿球を除くことにより円滑な標本作製が可能であった。

【総括】今回、妊婦頸部細胞診において、出血の軽減と細胞数の確保を目的とした湿綿球での細胞採取と液状検体法の利用は容認されることが考えられた。



## W1-4 妊娠を合併した子宮頸がんの治療

大阪大学医学部産婦人科

○吉野 潔(MD)

妊娠に子宮頸癌が合併する頻度は10,000人の妊娠に0.8~1.5人(0.008~0.015%)と非常にまれではあるが、症例にあたった際には妊娠週数に応じて早急な対応が求められることから、常にその対応に備えておくことが大切である。治療方針の概略は以下のとおりである。1:組織診がCIN3までであり、細胞診・コルポスコピー所見が一致している場合は、分娩まで経過観察し、分娩後に再評価を行う。2:組織診で微小浸潤癌あるいは浸潤癌を疑う所見がある場合、または組織診が上皮内腺癌の場合は円錐切除を行う。3:IB~II期:診断時、胎児の子宮外生存が可能な妊娠週数の場合は、胎児娩出後すぐに頸癌の標準治療を行う。胎児の子宮外生存が不可能な週数であれば妊娠を中絶し子宮頸がんに対する標準治療を行うのが原則であるが、近年十分なコンセンサスを得たうえで、A)待機・分娩後治療、B)妊娠中の広汎子宮頸部摘出術、C)妊娠中NAC・分娩後治療が行われてきている。4:III期以上:放射線同時化学療法(CCRT)が推奨される。IVB期では全身化学療法が勧められる。今回、近年チャレンジングな治療(妊娠中の広汎子宮頸部摘出術、妊娠中NAC・分娩後手術)が行われている妊娠合併初期浸潤頸がんの治療に焦点をあてて発表を行う。

## ◇ワークショップ2

乳腺細胞診の現状と新知見

## W2-1 乳腺細胞診における liquid-based cytology (LBC)の可能性と展望

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医科大学乳腺内分泌外科<sup>3)</sup>○小穴良保(CT)<sup>1)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2)</sup>, 大川千絵(CT)<sup>1)</sup>, 津川浩一郎(DDS)<sup>3)</sup>, 高木正之(MD)<sup>2)</sup>

近年、乳癌検診の普及や検査精度の向上により、乳癌の検出率が高くなりより早期の段階で発見されるようになった。また、超音波機器の進歩に伴い、微小な腫瘍も穿刺可能となったため、簡便かつ低侵襲で検査をすることが出来る乳腺穿刺吸引細胞診(以下FNAC)の重要性は増している。しかし、組織診でも良・悪性の鑑別が難しい乳腺病変では、細胞診判定が「鑑別困難」になる症例は珍しくない。また、「検体不適正」標本の存在もあげられる。「検体不適正」になる要因としては、判定に必要な細胞が採取されていない。採取されていた場合でも十分に吹き出されず標本上に細胞が存在しない。採取された細胞も塗抹方法が適切でないことで乾燥、挫滅、細胞変性、多量の血液混入などにより「検体不適正」となる。これらのことによりFNACの信頼性が揺らぎ、FNACより精度の高いcore needle biopsy(CNB)へと移行する施設が増えている。だが、言い換えればこれらの要因を改善することで、簡便かつ低侵襲なFNACは、すでに他の検査で存在が確認されている病変についての、形態学的診断となり得る。近年、LBC法によるFNACを行う施設が増えている。LBC法のメリットとしては細胞保存固定液で穿刺針を洗浄するため、細胞の回収率が上がること。細胞の乾燥を防ぐことで直接塗抹法の欠点を補うことができ、また、標本を複数枚作成できるため、免疫染色、遺伝子分析等の追加検索が可能となる。デメリットとしては背景の壊死物質や粘液の減少傾向、核の濃染傾向がみられ、組織型によっては診断が困難になる場合がある。FNACにおける、LBC法の特徴、従来法とLBC法による差異について概説したい。

## W2-2 乳腺液状化細胞診による新たな診断アプローチの検討

博愛会相良病院病理診断科<sup>1)</sup>, 鹿児島大学腫瘍学講座病理学分野<sup>2)</sup>

○大井恭代(MD)<sup>1)</sup>, 前田ゆかり(CT)<sup>1)</sup>, 永尾聡子(CT)<sup>1)</sup>, 皆倉愛美(CT)<sup>1)</sup>, 北蘭暢子(CT)<sup>1,2)</sup>, 飛田 陽(MD)<sup>2)</sup>

診断・治療の場面ではリスクに応じた個別化した対応が望まれる。乳腺細胞診は低侵襲・簡便・低コストであり、良性あるいは低リスク乳腺病変に対する診断ツールとして適していると考えられるが、診断精度の施設間差が課題である。液状化細胞診(LBC法)は統一された標本作成法を用いるため、診断精度の標準化・均霏化が期待されるが、従来法と所見が異なる点が課題であり、新たな診断アプローチが必要である。今回、同一症例の同一病変に対して従来法とLBC法にて標本を作製し、LBC法所見と従来法との所見の違いを検討し、LBC法の特徴として、以下の結果を得た。＜消失する所見＞血性背景・分泌物・顆粒・脂肪細胞 ＜明瞭化する所見＞全体像・集塊の構築・集塊の筋上皮細胞・細胞所見・血管 ＜変化する所見＞粘液(断片化し、スジ状になる)・核および細胞の大きさ(やや小型化する)・筋上皮細胞(集塊や血管から突出して付着する)・背景裸核細胞(膨化する)乳腺病変は多彩であり、正確な診断を行うには組織型推定が欠かせない。LBC法の特徴を把握したうえで、新たな組織型推定手順を構築することが必要である。当日はLBC所見に基づいた新たな診断手順を紹介する。

## W2-3 乳腺疾患に対する細胞診の役割の変化

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

○長嶋真紀(CT)<sup>1)</sup>, 高橋良輔(CT)<sup>1)</sup>, 平川 久(MD)<sup>2)</sup>, 木村道夫(MD)<sup>3)</sup>, 渡辺みか(PhD)<sup>4)</sup>, 森谷卓也(PhD)<sup>5)</sup>

乳腺疾患に対する質的診断を行う上で、細胞診は有用な手法である。かつては全ての乳腺腫瘍に対して、原則的に穿刺吸引を実施していたが、針生検の導入とともにその役割は徐々に変化している。例えば、明らかな浸潤癌で術前薬物療法の適応がある場合には、細胞診を省略して針生検による組織診が施行される。一方、検診で発見される微小病変、早期癌や、乳癌の術前検査で発見される副病変の良悪性判定や、リンパ節転移の有無に関する診断は、低侵襲で操作が簡便な細胞診が用いられることが多い。当院で診断する細胞診標本は、現在7名(院内4名、院外の乳腺クリニック3名)の外科医が穿刺から塗抹・固定までを行っている。それぞれの医師の細胞診に対する考え方や我々に対する要望も様々ではあるが、時代とともにその内容が変化しつつあることは事実と思われる。そこで過去11年間(2006年4月~2017年3月)に実施された細胞診標本32,816件を用い、臨床的意義や細胞判定の内容について再検討を行った。今後さらに変貌を遂げるであろう乳腺疾患の臨床において、細胞診およびそれに関わる細胞検査士、細胞診専門医がどのような対応を心がけるべきか、現状の課題とともに将来展望も含めて考察する。

## W2-4 当院における乳腺細胞診の現状と免疫染色について

九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>,九州大学大学院保健学部門<sup>2)</sup>,九州大学大学院形態機能病理学<sup>3)</sup>,九州大学大学院臨床・腫瘍外科<sup>4)</sup>,九州大学大学院消化器・総合外科<sup>5)</sup>

○寺戸信芳(CT)<sup>1)</sup>,大久保文彦(CT)<sup>1)</sup>,仲 正喜(CT)<sup>1)</sup>,野上美和子(CT)<sup>1)</sup>,中附加奈子(CT)<sup>1)</sup>,木村理恵(CT)<sup>1)</sup>,杉島節夫(PhD)<sup>2)</sup>,久保 真(MD)<sup>4)</sup>,山下奈真(MD)<sup>5)</sup>,藤原美奈子(MD)<sup>2,3)</sup>,山元英崇(MD)<sup>1,3)</sup>,小田義直(MD)<sup>1,3)</sup>

乳腺穿刺吸引細胞診(以下FNA)は低侵襲な検査であるが,細胞診で鑑別困難や悪性疑いとなる場合や,術前薬物療法の普及により免疫組織化学染色を行う必要があることから,近年では針生検(以下CNB)を選択する施設が多くなっている.当院では画像的に悪性であればCNBを優先する外科医と,患者の不安や負担を考慮し,可能な限りFNAを優先する外科医で方針は異なるが,CNBは増加傾向で(2010年129件,2016年173件),FNAは減少傾向にある(2010年397件,2016年276件).FNAが優先されるのは,画像診断で,1)微小な病変で良悪性の判断が難しい,2)拡張乳管のみの病変でCNBが難しい,3)嚢胞性病変で充実部が小さくCNBが難しい,等の症例である.今回,CNBよりもFNAが優先された症例を解析し,鑑別困難や検体不適性症例のその後とFNAの有用性と問題点について報告する.また,乳腺細胞診ではCK14やp63抗体を用いた免疫染色が良悪性の鑑別に有用であるという報告がある.今回はCK14/p63カクテル抗体で以前に検討した判定基準(良性:CK14陽性細胞集塊60%以上,p63陽性細胞数HPFあたり25個以上のいずれか一方か両方,悪性:CK14陽性細胞集塊30%以下,p63陽性細胞数HPFあたり7個以下の両方)を用いて,細胞診で鑑別困難とした13症例で検討を行った.診断可能であった症例は13例中9例(良性5例中3例,悪性8例中6例)で診断率は69%であった.診断に至らなかった原因として良性2例はCK14陰性p63未染色であった.悪性2例は共に乳頭腺管癌で,良性病変(乳管内乳頭腫)の混在,腫瘍細胞の基底細胞様分化の可能性が考えられた.乳腺細胞診における良悪性の鑑別としてCK14とp63抗体を用いた免疫染色の有用性とピットフォールについて報告する.

## ◇ワークショップ3

呼吸器領域の細胞診の工夫(将来の展望)

### W3-1 ゲノム診療における今後の細胞診の役割と対応

北海道大学病院コンパニオン診断研究部門<sup>1)</sup>,北海道大学病院病理診断科/病理部<sup>2)</sup>,北海道大学病院内科I<sup>3)</sup>,北海道大学病院腫瘍内科<sup>4)</sup>

○畑中 豊(PhD)<sup>1,2)</sup>,安孫子光春(CT)<sup>2)</sup>,清水知浩(CT)<sup>2)</sup>,丸川活司(CT)<sup>2)</sup>,畑中佳奈子(MD)<sup>1,2)</sup>,品川尚文(MD)<sup>3)</sup>,木下一郎(MD)<sup>4)</sup>,松野吉宏(MD)<sup>1,2)</sup>

分子標的治療の普及とともに,がんの発生や増殖に深く関わり,治療標的となるあるいは治療抵抗性を示す遺伝子異常の検索(コンパニオン診断)が近年急増している.とりわけ呼吸器領域では,多くの分子標的薬,最近では免疫チェックポイント阻害薬が臨床導入され,それとともにEGFR,ALK,ROS1,そしてPD-L1など複数の体細胞遺伝子検査や免疫組織化学検査が行われている.こうしたなか,米国では次世代シーケンサー(NGS)を用いたコンパニオン診断薬が承認され,本邦でも目前に迫っている.本法では分子標的薬の投与選択のために行われるBRAF,ROS1,EGFRの3遺伝子を含めた23遺伝子の遺伝子異常が同時に検出可能となっている.EGFR変異検査については,血漿検体を用いた検査が本年保険適用され,リキッドバイオプシー検査が,本邦でも開始となったが,FFPE組織検体や細胞検体を用いた検査は重要な位置にあり,とくに前者の品質管理はNGSを用いた検査の成否に大きく影響する.経気管支生検検体などでは,組織が僅少な場合が少なくなく,確定診断後のコンパニオン診断では,FFPE組織検体使用の量的制約や,同時に提出される細胞検体の利用範囲の判断など課題も多い.また施設ごとによって提出される生検検体の状況が異なることから,病理医,病理技師/細胞検査士,そして検体採取を行う臨床医を交えた密な検討や情報共有が今後より欠かせなくなっている.ここでは日本病理学会から発出予定の「ゲノム診療用病理組織検体取扱規程(案)」の内容を中心に,今後のゲノム/コンパニオン診断で要求される検体取扱い上の留意点について触れるとともに,当院での現状および将来に向けた取り組み等について紹介する.

### W3-2 呼吸器領域の細胞診の役割と工夫

大阪国際がんセンター病理細胞診断科

○竹中明美(CT), 中塚伸一(MD)

【はじめに】近年、呼吸器領域の治療に分子標的治療が行われるようになり、細胞像より遺伝子診断が重要な位置を占めるようになってきた。そこで、細胞診の役割は診断とともに、遺伝子診断可能な検体を提供することによって変わってきた。今回、当センターでの工夫、試みを紹介する。「オンサイトでの細胞診」当センターでは気管支鏡擦過、穿刺など、すべての呼吸器領域の検査に技師が検査室に出向き、組織検体、遺伝子検体、細菌検体、細胞診検体の作製を行っている。20年前より、オンサイト迅速細胞診を施行し、より質の良い検体を作製する努力をしている。最初に迅速細胞診を主とした検査法（ブラシ擦過など）を施行し、ショウール染色にて、腫瘍細胞の有無を確認する。腫瘍細胞を確認後、組織検体・遺伝子検体のために鉗子にて検体を採取する。しかし、組織片が小さく、細胞診のみの診断にゆだねられる症例も少なくない。細胞像の把握は重要であるが、免疫細胞染色が必要となるため、迅速細胞診にて、組織型の確定困難な症例などはLBCバイアルに細胞を保存する。また、遺伝子診断の検体はすべての器具を生食で洗浄し、凍結する。

【胸水の細胞診】胸水を提出する臨床側の要求は、悪性細胞の有無、悪性の組織型、腺癌であればALK 腺癌かどうか、再発であればPDL-1 陽性かどうかなどがあげられるので、一部、遺伝子検体を作製する。現在、セルブロックを施行する施設も多いが、細胞診は迅速に診断できるという大きな利点があり、免疫細胞染色を施行し、セルブロックの結果を待たずに遺伝子検索を始める。

【まとめ】細胞診の役割は良質な遺伝子検体を作製し、細胞像より迅速な対応も可能であり、重要な検査である。

### W3-3 液状検体細胞診を用いた呼吸器領域の細胞診の工夫

久留米大学病院病理診断科・病理部

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

本邦における肺癌の個別化医療の現状は、非小細胞肺癌におけるEGFR 遺伝子変異にもとづくEGFR-TKI 阻害薬の投与やEML4-ALK 融合遺伝子にもとづくクリゾチニブ、アレクチニブの投与が普及している。また、新薬としては免疫チェックポイント阻害薬ペムプロリズマブにおけるPD-L1 タンパク免疫染色診断が2017年2月に承認され、治療と検査が大きく変貌している。特定の治療薬に対し高い治療効果を示す患者を同定する検査は、近年コンパニオン診断と呼ばれ、病理診断はその中心的な役割を果たしている。一般的にEGFR 遺伝子変異検査の対象検体は、病理検体であるホルマリン固定・パラフィン包埋（FFPE）組織が用いられる。核酸を対象とした遺伝子関連検査の結果は、核酸を抽出する前のプレアナリシス段階で影響を受けることもわかってきており、組織のホルマリン固定から処理に関する一連の作業の見直しがなされている。このような中、細胞診検体を用いた個別化医療に期待が寄せられている。液状検体細胞診は婦人科のみならず、一般検体にも応用可能である。呼吸器領域に用いる利点は、細胞量に左右されるものの、セルブロックの作製が可能になることであり、免疫細胞化学を含めた遺伝子関連検査に役立っている。今回、久留米大学病院で行っている呼吸器領域における細胞診断の工夫を紹介すると共に、細胞診検体を用いた個別化医療の可能性について述べたい。



### W3-4 クリニカルシーケンスに対応したサンプルマネージメント

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○澁木康雄(CT), 角南久仁子(MD), 柿島裕樹(CT),  
山口佳織(CT), 時田和也(CT), 元井紀子(MD)

当院では, CLIA に準拠したラボ (SCI ラボ: Sysmex Cancer Innovation ラボ) が開設され, 現在は, 主にホルマリン固定, パラフィン包埋された腫瘍組織と正常組織(血液)をペアにし, 約 100 個の遺伝子を標的とする「NCC オンコパネル」を用いたクリニカルシーケンスが行なわれている。

2016年5月から2017年5月までの間の症例登録数は252例であった。その内, 不適格検体とされたものは40例あり, その内訳は, DNA品質不良が11例, DNA量不足が11例, 病理医判断による検体不良(壊死が大半を占める, 腫瘍細胞少数など)が17例, その他1例となっている。この中で, 病理部門において最も注意を要するのは, DNAの品質に係わるプレアナリシスの部分だと思われる。DNAの断片化は, 固定までの時間や温度, 固定液の種類, 固定時間, 脱灰などの酸によって影響を受けることが知られており, 当院ではこれらの要因に対しては可能な限りの対策を行い, 特に固定に関しては10%中性緩衝ホルマリンを用い固定時間の厳守に努めている。しかしながら, 他院から提供されたブロックや未染色標本などを用いる場合, 検体の取り扱いや固定条件などの詳細は不明であり, ブロック作製までの過程が標準化されていないのも現状である。この部分に関しては, 今後の大きな課題と考えられる。その他には, 標本作製過程におけるコンタミネーションが課題となる。

現在, 当院では細胞診検体を用いた解析は行われていないため, 組織材料を中心としたサンプルマネージメントについての取り組みを主に紹介し, 議論の場としたい。

### ◇ワークショップ4

骨軟部腫瘍診断における多面的アプローチ: 組織像・細胞像・遺伝子異常—もし日常の細胞診で肉腫に遭遇したら—

#### W4-1 骨軟部腫瘍の病理組織分類の現状と基盤となる遺伝子異常

九州大学大学院医学研究院形態機能病理

○孝橋賢一(MD), 山元英崇(MD), 山田裕一(MD),  
木下伊寿美(MD), 小田義直(MD)

骨軟部腫瘍の診断には WHO 分類が広く用いられており, その分類では「細胞起源に基づく組織分類」ではなく, 「細胞分化に基づく分類」がなされている。そのため, 細胞の形質発現や腫瘍が産生する基質の確認が診断に重要となる。また, 悪性度については, 「benign」「malignant」に加えて, 「intermediate (locally aggressive)」「intermediate (rarely metastasizing)」に分けられている。実際の診断では, 「紡錘形細胞」「小円形細胞」「多形性」「上皮様」などの細胞形態とその配列パターンが重要で, それらの詳細な検討の後に鑑別診断を列挙し, 免疫染色を施行することで診断を確定してゆく。

骨軟部腫瘍領域では以前から腫瘍特異的遺伝子変異が数多く知られており, 診断の一助となってきた。近年, 分子生物学的解析手法の進歩により, さらに多くの遺伝子変異が報告され, もはや病理診断に不可欠な存在になりつつある。但し, 悪性度の異なる腫瘍で同一の遺伝子変異を有することもあり, 組織学的検討が今なお重要であることに変わりはない。

このように骨軟部腫瘍の病理診断は, 形態学を基本として分子生物学的解析の結果が融合して成立するものである。特に骨腫瘍では, それに加えて画像情報の検討や腫瘍の好発部位, 好発年齢の理解が重要で, 多面的なアプローチが必要である。本発表では, 骨軟部腫瘍の形態学的, 分子生物学的概要から診断まで, 押さえておくべき基本事項について概説したい。



#### W4-2 細胞診断の実際（円形細胞性，紡錘形・線維性，多形性腫瘍）

がん・感染症センター都立駒込病院病理科

○浅見英一(CT), 元井 亨(MD)

【はじめに】一般病院の細胞診業務で骨軟部腫瘍に遭遇する機会は稀なので診断上の困難さが常にある。しかし実際は他の手段と共に多面的に診断されるので細胞像単独での判定に拘泥する必要性はあまりない。細胞診の重要な役割は原発性腫瘍よりも頻度の高い癌腫や悪性リンパ腫等の転移・浸潤の除外にある。

【細胞診の要点】円形細胞性，紡錘形・線維性，多形性腫瘍の鑑別診断上の要点を述べる。1)円形細胞腫瘍：高齢者では肉腫の可能性は殆どなく，悪性リンパ腫(ML)や転移性小細胞癌・神経内分泌癌が多い。若年者の軟部腫瘍ではEwing肉腫，横紋筋肉腫などの高悪性度肉腫をML，胚細胞腫瘍などと鑑別する。細胞配列，核形態やクロマチン，細胞質の特徴の把握が重要である。2)紡錘形・線維性腫瘍：専ら原発性であるが，細胞学的特徴が乏しく，悪性度と形態の相関性が低いので診断の困難さが大きい。頻度の高い神経鞘腫は変性異型核がしばしば出現し，肉腫との鑑別に注意が必要である。反面，線維芽細胞・筋線維芽細胞性腫瘍群は悪性でも異型が弱いのでクラス分類が適用しにくい。3)多形性腫瘍：高齢者の悪性腫瘍が多い。軟部では未分化多形肉腫，平滑筋肉腫など，骨では未分化高悪性度肉腫などを低分化・肉腫様癌などと鑑別する。肉腫・癌腫いずれも分化傾向に乏しいので，上皮性結合など，細胞像上のわずかな分化傾向を捉える必要がある。

【考察】骨軟部腫瘍は発生年齢，部位，腫瘍の細胞形態により鑑別腫瘍が異なる。細胞診の意義は迅速性，簡便性を活かして肉腫疑い患者を選別し，専門施設での詳細な診断，適切な治療に結びつけることである。一方，細胞診単独の無理な悪性度判定や推定組織診断は慎む必要がある。

#### W4-3 細胞診断の実際（上皮様腫瘍，粘液性腫瘍，巨細胞性腫瘍）

九州医療センター臨床検査部

○松本 明(CT)

軟部腫瘍は他の領域に比較して発生頻度が低いうえ，組織型が多く，最近では遺伝子診断が必要となる場合もあるため細胞学的に診断されることは少ない。また骨軟部腫瘍領域の治療をする専門医は少なく，専門の治療が可能な施設も限定されている。そのため，骨軟部腫瘍といわれると難しい，苦手だ，分からないと思う方が多い気がする。実際に私もその一人であるが，骨軟部腫瘍領域の細胞診を多少経験することができたので述べるとともに皆様の参考に少しでもなれば幸いである。一般的に細胞診は生検に比較して，手技が容易であり侵襲が少ないので有効な方法である。骨軟部腫瘍細胞診で組織型が確定することは困難な症例が多いかもしれない。まずは腫瘍がしっかりとれているのか，そして良性または悪性か，骨軟部腫瘍またはその他腫瘍（癌の転移，悪性リンパ腫等）なのか，組織型の鑑別には何を疑われるのかと得られる情報は多少なりともある。そして，肉腫は専門施設での治療が必要となるので，肉腫疑いのあるものは残し，患者様ができるだけスムーズに治療できるように，肉腫疑いをいかに拾い上げられるかが細胞診では重要になってくる。また細胞所見のみならず臨床情報や画像所見等も参考にし，臨床側が何を求めているかを認識し，コミュニケーションをとることも重要である。講演では骨軟部腫瘍領域の上皮様腫瘍，粘液性腫瘍，巨細胞性腫瘍について細胞像を提示する。

#### W4-4 日常の細胞診での肉腫診断の進め方について

がん研究会がん研究所病理部<sup>1)</sup>, がん研有明病院細胞診断部<sup>2)</sup>, 都立駒込病院<sup>3)</sup>, 河北総合病院<sup>4)</sup>

○杉浦善弥(MD)<sup>1,2)</sup>, 元井 亨(MD)<sup>3)</sup>,  
神田浩明(MD)<sup>1,2)</sup>, 古田則行(CT)<sup>2)</sup>, 小松京子(CT)<sup>2,3)</sup>,  
杉山裕子(MD)<sup>2)</sup>, 高澤 豊(MD)<sup>1,2)</sup>,  
町並陸生(MD)<sup>1,4)</sup>, 石川雄一(MD)<sup>1,2)</sup>

肉腫は全悪性腫瘍の約1%程度だが種類が非常に多く、悪性度の高い腫瘍も含まれるため診断上注意を要する。しかしその希少性により肉腫を専門としない施設で細胞診断に習熟することは非常に困難である。その反面、肉腫の適切な治療は地域の一般病院での機を得た診断に始まる。本講演では一般病院での細胞診業務の中で肉腫疑い症例を選別する際の注意点を概説し、代表的な希少がんである肉腫を取り巻く不利な診療状況の改善への細胞診の有用性を示す。第一に肉腫が多く発生する骨軟部領域では原発腫瘍よりも癌腫や悪性リンパ腫などの転移・浸潤の方が高頻度であり、その除外が最重要だが、迅速性、簡便性の点から細胞診は極めて有用性が高い。その後肉腫を含む間葉系腫瘍を疑うことになるが、現在の形態診断は分化方向の把握を基本としている。細胞像ではその把握が限定的であることを認識しておく必要がある。細胞像単独での無理な推定組織型、悪性度診断は必要性に乏しいだけでなく、時に診断の一人歩きにより臨床上的不利益を生じえることを強調したい。一般的に肉腫は臨床像、画像、形態像、遺伝子異常などを統合的に判定しないと正確な診断が困難である。この観点からは細胞形態(紡錘細胞, 円形細胞, 多形細胞など), 基質の性状(粘液など)といった細胞学的所見の適切な記載が総合的診断に大きく寄与する。一般病院での細胞診による肉腫疑い症例の選別には専門的な知識や経験よりも日常見慣れた腫瘍の正確な診断がむしろ重要で有用性がある。近年、肉腫をはじめとする希少がん患者のよりよい医療の推進が求められているが、細胞診領域でも希少がん診療への対応を考える時期に来ていると思われる。

#### ◇ワークショップ5

卵巣癌と細胞診(浸潤がんを中心に)

#### W5-1 腹水・腹腔洗浄細胞診における卵巣類内膜癌の細胞像とその鑑別

東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部

○伊藤聡史(CT), 清川貴子(MD), 鷹橋浩幸(MD)

【はじめに】腹水・腹腔洗浄細胞診(以下腹水細胞診)は、卵巣腫瘍の手術進行期分類決定因子である。腹水細胞診は卵巣腫瘍の組織型決定には適さないが、各組織型の細胞像を知ることが鑑別診断を挙げる上で重要である。腹水細胞診における卵巣類内膜癌の特徴を検討し、鑑別診断についても述べる。

【対象および方法】2013年1月から2016年12月に当院病院病理部で診断された卵巣類内膜癌は49例で、うち腹水細胞診陽性例は8例(16.3%)(7例がG1, 1例はG2)であった。これらの細胞像の特徴を検討した。

【腹水における類内膜癌の細胞像】異型上皮細胞が、重積の目立つ集塊を形成し出現していた。腫瘍細胞の密度は高く、極性の乱れを示し、腺管構造や乳頭状構造がみられた。腫瘍細胞は、N/C比は高いが小型で、細胞異型は軽度ないし中等度で、核に小型の核小体を有していた。症例によっては、細胞質がライト緑好性で厚い細胞や細胞質内粘液を有する異型細胞が混在した。

【鑑別診断】乳頭状異型細胞集塊が目立つ場合は漿液性癌が、細胞質内粘液を有する細胞がみられる場合には粘液性腫瘍が鑑別に挙げられる。腫瘍細胞の異型が軽度である点から、子宮内膜症および反応性中皮細胞も鑑別に挙げられる。子宮内膜症の上皮細胞はしばしば異型を示し、内膜間質細胞が確認できる場合以外、細胞診での鑑別は難しい。反応性中皮細胞との鑑別は細胞質に注目することに加えてギムザ染色の併用が有用と考える。

【まとめ】類内膜癌は細胞異型が軽度である一方、構造は多彩である。主な鑑別診断として漿液性癌, 粘液性腫瘍, 子宮内膜症, 反応性中皮が挙げられる。

## W5-2 卵巣明細胞腺癌の細胞像—核内封入体の診断学的意義—

九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>,九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>2)</sup>,九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>3)</sup>,北九州市立医療センター病理診断科<sup>4)</sup>,九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>5)</sup>

○仲 正喜(PhD)<sup>1)</sup>,大石善丈(MD)<sup>2)</sup>,杉島節夫(PhD)<sup>3)</sup>,  
加来恒壽(MD)<sup>3)</sup>,渡辺寿美子(PhD)<sup>3)</sup>,  
田宮貞史(MD)<sup>4)</sup>,大久保文彦(CT)<sup>1)</sup>,加藤聖子(MD)<sup>5)</sup>,  
小田義直(MD)<sup>1,2)</sup>

卵巣癌には低異型漿液性腺癌,高異型漿液性腺癌,類内  
膜腺癌,粘液性腺癌,明細胞腺癌が含まれる.これらの  
組織亜型の中でも明細胞腺癌は化学療法抵抗性で予後不  
良であることが知られており,正確な組織亜型診断は適  
切な治療選択の上で重要である.

明細胞腺癌の細胞学的特徴には,1)淡明な細胞質,2)ホ  
ブネイル型細胞,3)基底膜様物質が代表的によく知られ  
ている.しかし,これらの所見は一部の漿液性腫瘍,類  
内膜腫瘍,粘液性腫瘍でも観察されるという報告がある.  
我々は明細胞腺癌の細胞には核内封入体が観察されう  
ることに気づき,その診断的意義について卵巣癌98例(明  
細胞腺癌28例,漿液性腺癌37例,類内膜腺癌22例,粘  
液性腺癌11例)の捺印および腹水細胞診標本を用いて  
検討を行った.明細胞腺癌における核内封入体(感度  
96.4%,特異度85.7%)は,淡明な細胞質(82.1%,  
82.3%),ホブネイル型細胞(64.3%,91.4%),基底膜  
様物質(50.0%,98.5%)といった特徴的な細胞所見の  
中でも最も高い感度を示した.加えて,明細胞腺癌にお  
ける核内封入体は他の組織亜型に比較して出現頻度が高  
いことが判明し,特徴的な核内所見であるといえた.さ  
らに腹水細胞診でもほぼ同様の結果が得られた.

核内封入体の同定,特に高頻度で認められる所見は明細  
胞腺癌の細胞学的診断に有用である.よって,一般的な  
明細胞腺癌の所見に加えて核内封入体の存在を捜すこ  
とで,明細胞腺癌の細胞診断の正確さが改善されると考  
える.なお,本発表では核小体の大きさ,裸核,ボール状  
集塊といった明細胞腺癌のその他の特徴的と思われる所  
見についても検討を加え報告する.

## W5-3 低異型度漿液性癌の細胞像

熊本大学医学部附属病院病理診断科

○竹下博士(CT),石原光浩(CT),三上芳喜(MD),  
住吉真治(MD)

2014年に改訂されたWHO分類では,卵巣漿液性癌は低  
異型度漿液性癌(Low-grade serous carcinoma, LGSC)と  
高異型度漿液性癌(High-grade serous carcinoma, HGSC)  
に分類されている.漿液性癌の大部分はde novo発生に  
よるHGSCで,漿液性境界悪性腫瘍(Serous borderline  
tumor, SBT)を経て段階的に発生するLGSCは漿液性  
癌全体の5~10%を占めるに過ぎない.そのため,  
LGSCの細胞像に関する報告は少ないが,緩徐に発育し  
比較的予後良好である一方で,化学療法の反応性が低い  
などの理由から,LGSCとHGSC,SBTの判別は重要で  
ある.本邦では特にLGSCの頻度が低いとみられ,その  
細胞像については知見が乏しいのが現状である.そこで  
我々は,組織診断でLGSCの診断が確定し,腹水中に腫  
瘍細胞が出現した症例を提示するとともに,LGSC4症  
例の細胞像を検討した結果を報告する.LGSCでは  
HGSCと比較して,主として小型で均一な細胞で構成さ  
れる結合性の強い乳頭状集塊が出現する傾向にあった.  
核は類円形で異型に乏しく,クロマチンは細顆粒状に分  
布していた.核分裂像は4例中3例でみられたが,標本  
全体で1~2個と僅少であった.砂粒小体を伴う集塊の  
出現率が高く,柵状集塊,空胞状の細胞質を有する細胞  
の混在も認められた.以上の細胞学的特徴により,  
LGSCとHGSCの鑑別は可能であると考えられたが,  
SBTおよび微小乳頭型SBTでは,LGSCと共通する細  
胞像を示すことから,細胞診では鑑別が困難であると考  
えられた.

#### W5-4 高異型度漿液性癌 high-grade serous carcinoma (HGSC) の細胞像・病理像・臨床像

埼玉医科大学国際医療センター病理診断部<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科<sup>2)</sup>, 神奈川県立足柄上病院検査科<sup>3)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科<sup>4)</sup>

○加藤智美(CT)<sup>1)</sup>, 矢野光剛(MD)<sup>2)</sup>, 佐瀬智子(CT)<sup>1)</sup>, 細沼佑介(CT)<sup>1)</sup>, 菅野恵士(CT)<sup>1)</sup>, 鎌倉靖夫(CT)<sup>1)</sup>, 大金直樹(CT)<sup>3)</sup>, 長谷川幸清(MD)<sup>4)</sup>, 新井栄一(MD)<sup>2)</sup>, 安田政実(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】骨盤内HGSCは治療の観点からは一つの疾患単位であるが、臨床病理学的にその組織発生に基づいて、卵巣・卵管・腹膜に分類されることになる。昨今、腹膜癌は臨床的にも概念・病態が確立され、従来の卵巣から分離されたため、遭遇する機会がかなり増してきている。

【材料・方法】当センターで2007～2016年の10年間に、臨床および病理学的に腹膜癌と診断されたのは48例であった。臨床像（腹水量、血清CA125値、FIGO stage、転帰・予後）、腹水細胞診および内膜細胞診、組織学的特徴を検討した。

【結果】両側卵巣を病理学的に検索し得たのは22例であった。年齢：41～79歳（平均63）。FIGO stage：IIC(1), IIIB(2), IIIC(31), IV(7), IVA(2), IVB(5)。組織型：HGSC(39例), 腺癌(7例), 中皮腫(1例), その他(1例)。腹水量：最大8,100ml（平均2,530ml）。血清CA125：33.0～59942.0U/ml（平均3,099U/ml）。転帰・予後：生存19例(4～92ヶ月), 死亡22例(1～68ヶ月), 不明7例。腹水細胞診：陽性43例, 陰性4例, 不明1例。内膜細胞診：陽性6例, 疑陽性7例。胸水細胞診：陽性10例。HGSCの腹水での細胞学的特徴としては、異型細胞集塊を多量に認め、細胞質に空胞化を伴い、核分裂が高頻度にみられた。

【まとめ】術前診断が腹膜癌の場合、腹膜癌＝HGSCの組織推定は比較的容易であるが、原発不明で癌性腹膜炎をきたす例では、HGSCとの鑑別がしばしば問題となる。本ワークショップでは、HGSCと種々の癌との臨床病理学的・細胞学的比較も加えて報告する。

#### ◇ワークショップ6

体腔液細胞診におけるピットフォール

#### W6-1 反応性中皮細胞の形態学的多彩性とピットフォール

公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 岡山労災病院病理診断科<sup>2)</sup>

○羽原利幸(CT)<sup>1)</sup>, 門田有紗(CT)<sup>1)</sup>, 山代翔大(CT)<sup>1)</sup>, 海原恭子(CT)<sup>1)</sup>, 藤木正昭(CT)<sup>2)</sup>, 園部 宏(MD)<sup>2)</sup>

体腔液中に出現する反応性中皮細胞は、多くの場合小型で異型が乏しく、以下のような形態学的特徴を示す。すなわち、1. 孤在性～数個からなる小集塊で出現する、2. 細胞の大小不同をみるが核のそれは軽度である、3. 核、細胞質ともに類円形を呈し異型は乏しい、4. 核クロマチンは微細顆粒状～細顆粒状で核小体は目立たない、5. 多核細胞は大概10%以内、6. 核分裂像、オレンジG好性細胞、collagenous stromaを伴う細胞集塊はみられても稀である。しかし、炎症や長期に亘る体腔液貯留などでは、さまざまな刺激により反応性中皮細胞は核・細胞質の大型化、球状・乳頭状細胞集塊の出現、著明な多核化、核小体の肥大、核分裂像などがみられ、腺癌細胞や悪性中皮腫細胞との鑑別に苦慮する場合が起こる。このような異型を示す反応性中皮細胞の出現と、体腔液貯留をきたした背景疾患との関連性については、これまで必ずしも十分な検討がなされているとはいえないが、いくつかの疾患では特徴的な反応性中皮細胞が出現する。例えば、癌性腔水症では、播種した悪性中皮腫細胞や明細胞腺癌細胞でよくみられるcollagenous stromaを伴う細胞集塊も高頻度に認められる。また、腹膜透析排液に出現する反応性中皮細胞は、高度の細胞の大型化、多核化を呈し、核分裂像が多く認められ、球状・乳頭状細胞集塊も形成し、悪性細胞を思わせる像を示す。従って、偽陽性を回避するためには体腔液中の細胞の観察に際し、臨床情報や検体の種類を十分に把握したうえで検鏡することが極めて重要である。今回の発表では、反応性中皮細胞に焦点を当て、これらが呈する多彩な細胞像を提示するとともに、悪性細胞との鑑別点について述べる。



## W6-2 胸水細胞診における悪性中皮腫と癌腫の鑑別とそのピットホールについて

大阪はびきの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), 上田佳世(MD), 河原邦光(MD)

悪性中皮腫（以下中皮腫）は、約80%が無症候性の体腔液貯留で発症し、中皮腫を診断する上で体腔液細胞診が重要である。日本肺癌学会中皮腫細胞診評価ワーキンググループの報告による中皮腫の特徴的な細胞所見として、1) 球状・乳頭状集塊 2) 相互封入像 3) 窓形成 4) 細胞相接所見 5) hump 様細胞質突起 6) Collagenous Stroma を有する細胞集塊 7) 細胞質の重厚感 8) オレンジ G 好性細胞 9) 細胞質の重厚感がある。しかし、腺癌においても球状・乳頭状集塊、相互封入像、2核細胞、細胞質の重厚感はみられることがあり、悪性中皮腫との鑑別に難渋する。そのため、中皮腫の診断に際しては、細胞診残余検体で作成したセルブロックを用いての免疫組織・細胞化学が望ましい。一般的に癌腫のマーカーとして、MOC31, Ber-EP4, TTF-1, CEA, NapsinA が使用されている。中皮のマーカーとしては、Calretinin, D2-40, WT-1 が使用されている。これらの抗体をそれぞれ2種類以上用いることで、中皮腫と腺癌の鑑別は多くの症例で可能となる。最近では癌腫マーカーとして Tight-junction 関連タンパクの一つである Claudin4 の有用性が示唆されており、中皮腫との鑑別に使用されている。今回の発表では、中皮腫と腺癌の細胞学的鑑別、ならびに免疫組織・細胞化学のピットホールについて述べ、診断に難渋した自験例を2例報告する。

## W6-3 当院における体腔洗浄細胞診の現状とピットホール

独立行政法人地域医療機能推進機構宮崎江南病院検査部<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>3)</sup>, 潤和会記念病院病理診断科<sup>4)</sup>

○花牟禮富美雄(CT)<sup>1)</sup>, 森 智子(CT)<sup>1)</sup>,  
野口裕史(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>3)</sup>, 林 透(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】 腹腔洗浄細胞診は胃癌取扱い規約第13版に採用され、第14版では「CY1(癌細胞を認める)はM1であり遺残度R1(cy+)となる」と記載されている。肺癌取扱い規約では「PLCが陽性であってもM1aとはしない」、大腸癌取扱い規約では「腹水細胞診で癌細胞を認めた場合はCy1と記載する。洗浄細胞診で癌細胞を認めた場合の臨床的意義も現時点で不明であるのでその旨を記載するにとどめ、Cy1としない」などの表現ではあるが記載されており、胃癌以外でも体腔洗浄細胞診を実施する機会が多いと思われる。今回、我々は、当院の体腔洗浄細胞診の現状について検討したので報告する。

【対象】 1999年8月～2017年5月の17年10ヶ月間に、開胸開腹時に体腔洗浄細胞診を施行した1,036件（胸腔：243件、腹腔：793件）を対象とした。

【材料と方法】 検体は開胸開腹直後の体腔洗浄液で、オートスマアで6枚の標本を作製、術中に、Diff Quick 染色1枚、パパニコロウ染色3枚、PAS 染色1枚、A-B 染色1枚を作製する。細胞検査士1～2名で鏡検し、結果はすべて術中に報告する。

【結果】 胸腔洗浄243件の成績は、陽性28件(11.5%)、疑陽性16件(6.6%)、陰性199件(81.9%)であった。腹腔洗浄793件の成績は、陽性116件(14.6%)、疑陽性26件(3.3%)、陰性651件(82.1%)であった。胸腔洗浄細胞診は肺癌・食道癌など、腹腔洗浄細胞診は、食道癌・胃癌・大腸癌・直腸癌・肝癌・胆道癌・膵癌などで実施していた。

【考察】 陰性あるいは陽性と判定できず疑陽性とした症例が42例あり、また、肺癌の胸膜浸潤p2, p3の症例や消化器癌の壁深達度SE, SIの症例にも陰性例がみられた。これらの細胞像および組織像との比較など検討を加えて報告したい。



## W6-4 体腔液細胞診におけるリンパ系腫瘍の鑑別

大分市医師会立アルメイダ病院臨床検査部

○蒲池綾子(MD)

体腔液細胞診において、上皮系異型細胞と反応性中皮細胞の鑑別が問題になる症例は多く、形態学や免疫化学におけるポイントはたびたび議論されてきた。今回はリンパ系腫瘍との鑑別が問題になる症例において、検体の取扱いや免疫染色の活用について述べたい。検体処理（標本作製）では、ギムザ染色標本の作製と免疫染色への備えが重要である。血性の強い検体の場合はギムザ染色標本作製後、溶血操作を行うことが推奨される。免疫染色は、転写法、塗抹標本を複数作製する方法、セルブロック法により、行う。転写法は、限られたガラス塗抹標本を分割して多数枚の標本作製出来るが、分割までに時間がかかることが難点であり、作製した標本に細胞数の差や固定状態のばらつきを生じることがある。塗抹標本を複数作製する場合は、通常の標本作製と時間の差は生じないが、鏡検枚数が増えるので、標本作製コストやスクリーニングの手間が増加することが問題である。セルブロック作製法は、通常の検体作製に比べ時間がかかるものの、均一な標本を複数枚確保出来、固定状況も均一に保たれるため、免疫細胞化学的検討に適している。セルブロック作製法は、当院ではアルギン酸処理法とスポイト法を行っているが、結果の判定のしやすさは症例によって異なっている。細胞数が少ない場合はアルギン酸処理法、細胞数が多い場合や血性が強い場合はスポイト法が適していると思われる。免疫染色の抗体選択について、実際の症例を提示する。

## ◇ワークショップ7

胆汁細胞診のコツとピットフォール

### W7-1 胆汁細胞診における高分化型腺癌と良性細胞の鑑別

川崎市立多摩病院病理診断科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>2)</sup>, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座<sup>3)</sup>, 聖マリアンナ医科大学医学教育文化部門医学情報学<sup>4)</sup>

○早川智絵(CT)<sup>1)</sup>, 千川晶弘(MD)<sup>2)</sup>, 井村穰二(MD)<sup>3)</sup>, 佐藤克洋(CT)<sup>1)</sup>, 岸理恵子(CT)<sup>1)</sup>, 林直美(CT)<sup>1)</sup>, 半田留美子(CT)<sup>1)</sup>, 上野隆彦(MD)<sup>4)</sup>, 小池淳樹(MD)<sup>1,2)</sup>

胆汁細胞診では、多くの観察者が高分化型腺癌と炎症や変性によって異型性の強調された良性細胞の鑑別に苦慮している。また、細胞判定時には多様な所見が用いられ、観察者の主観に頼らざる得ない部分も少なからずみられる。今回我々は、高分化型腺癌と良性細胞の鑑別を客観的に解析し、有意所見の抽出と細胞像の比較を行った。組織学的診断が確定し、吸引法で得られた胆汁細胞診標本117例（高分化型腺癌51例、良性66例）に対し、9項目の細胞所見を細胞計測し、高分化型腺癌と良性細胞の両群間で有意差検定と多変量解析を用いて、有意所見の抽出を行った。次に、クラスター解析にて、客観的判定に基づいた分類と細胞像の比較を行った。その結果、高分化型腺癌と良性細胞の両群間で有意差のみみられた所見は核形不整、核間距離、集塊辺縁の細胞質、クロマチン量、核縁の肥厚の5所見であった。また、これらの所見を用いたクラスター解析では、全例は第1群48例（良性48例）、第2群27例（高分化型腺癌9例、良性18例）、第3群16例（高分化型腺癌16例）、第4群26例（高分化型腺癌26例）の4つに分類された。各群の細胞像を比較すると、第1群は、集塊辺縁に細胞質がみられ、核異型の目立たない細胞、第2群は、集塊辺縁に細胞質がみられ、軽度の核異型がみられる細胞、第3群は、集塊辺縁からの核の飛び出し、核異型の目立つ細胞、第4群は、集塊辺縁平滑で、核異型の目立つ細胞が分類された。以上より、本ワークショップでは、各群にみられた細胞像を詳細に提示し、高分化型腺癌と良性細胞の鑑別ポイントとpitfallについても言及したい。

## W7-2 胆汁細胞診のコツとピットフォール —異型を伴う反応性上皮を中心に—

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診<sup>1)</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2)</sup>, 久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>3)</sup>

○長山大輔(CT)<sup>1)</sup>, 内藤嘉紀(MD)<sup>3)</sup>, 塚本孝久(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤園江(CT)<sup>1)</sup>, 榎田明美(CT)<sup>1)</sup>, 木村芳三(MD)<sup>2)</sup>, 西田直代(MD)<sup>2)</sup>, 檜垣浩一(MD)<sup>2)</sup>

近年、画像などの診断技術の進歩により胆道・膵領域病変の診断精度は向上してきたが、依然として胆汁細胞診はこの領域の質的診断法として重要な検査法である。しかしながら、その成績は施設間格差が大きいなど診断精度にばらつきがみられるのが現状である。その要因としては、炎症性変化や胆汁酸など種々の消化酵素、結石、採取時の刺激に伴う細胞形態変化に加えて、検体の提出頻度が低いためにそれらの細胞変化を見慣れていないことなどが考えられる。これらの背景から日本臨床細胞学会胆汁細胞診研究班により、「貯留胆汁細胞診の細胞判定基準」(2007) (以下、判定基準) が報告された。この判定基準を満たした細胞を悪性とし、確実に見落とさないための基準である。一方で、良性異型細胞の細胞所見は、1) シート状細胞集塊で出現または重積がみられても細胞配列は規則正しい、2) 細胞密度が疎、3) 核間距離が均等、4) 核の長軸が並行、5) 集塊辺縁の周囲の細胞質が均一な幅で追える、6) 個々の細胞の細胞質が保たれている、7) 細胞質の境界が明瞭、8) 核形不整がない、9) 核縁は均等な厚さで薄い、10) 核クロマチンは疎で均等な分布を示すなどである。しかしながら、炎症性変化や胆汁特有の細胞形態変化などにより異型を伴う細胞が出現する場合があります。良悪性の判定に苦慮することがある。したがって、良悪性の判定には判定基準とともに良性異型細胞所見も念頭に慎重な細胞診断をする必要がある。本ワークショップでは、良悪性の判定に苦慮する異型を伴う反応性上皮の出現した症例を提示しながら判定基準および良性異型細胞の細胞所見について述べたい。

## W7-3 胆汁細胞診のピットフォール

順天堂大学大学院医学研究科形態解析研究室<sup>1)</sup>, 順天堂大学練馬病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 済生会神奈川県病院検査科<sup>3)</sup>, 太田総合病院中央検査科<sup>4)</sup>, 太田総合病院消化器外科<sup>5)</sup>

○古旗 淳(PhD)<sup>1)</sup>, 東井靖子(CT)<sup>1)</sup>, 大橋久美子(CT)<sup>2)</sup>, 阿部加奈子(CT)<sup>3)</sup>, 阿部佳之(CT)<sup>4)</sup>, 権田厚文(MD)<sup>5)</sup>

胆汁細胞診の診断精度に大きく影響していると思われる5つの項目について述べる。

【剥離後の経時的形態変化】この変化を認識しておくことは、細胞異型度を正確に判定するうえで極めて重要である。その過程は、1)細胞質や核の収縮→2)濃染変化→3)集塊辺縁の折り重なり変化(重層化)→4)集塊の乳頭状変化、である。核の重積や乳頭状集塊は腫瘍が無くても出現する。

【膵管上皮細胞の混入】膵液の逆流などにより、膵癌以外にも膵管由来の細胞が混入することがある。膵管の過形成がある場合、胆管癌との鑑別を要することがある。

【観察者間の差異】胆汁細胞診・判定基準(以下、判定基準)の有用性の検証で、応用後の正診率は、1)判定基準の論文を読んだのみ:わずかな上昇、2)各所見の客観的評価方法を解説後:有意で大幅な上昇、を示した。この差の理由は、1)では、各所見を異常とする細胞評価法は従来法と同様であることから、従来法は客観性が低く、観察者間で異型度の基準が異なるためと考えられた。

【判定基準のピットフォール】高分化癌では腺癌の基準に満たない例も存在する。良性細胞でも剥離後、長時間経過すると多数の所見が該当することがある。

【前癌病変由来の細胞の存在】胆管内上皮内腫瘍(biliary intraepithelial neoplasia: BilIN)はこれまでの異形成などに相当するが、胆汁中の細胞の形態学的診断基準はいまだにない。これまでの検討で、この細胞の特徴は以下のごとくである。1) BilIN-1: 結合性良好。核は細長く、均一であるが、濃染し、不規則重積性。2) BilIN-2: さらに、核形不整や核の円形化が出現。3) BilIN-3: 前出の異型の増強、結合性低下、核小体の増大。腺癌との鑑別は困難。

#### W7-4 胆汁細胞診の鑑別困難症例における免疫染色、FISH 法を用いた異型度評価の試み

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), 内島由加里 (CT), 田岡知恵 (MT), 田中祐菜 (CT), 金子佳恵 (CT), 清水智美 (CT), 丸橋由加里 (CT), 高井チカ子 (CT), 尾田三世 (CT), 小川勝成 (CT), 織田麻琴 (DDS), 城間紀之 (MD)

【目的】胆汁細胞診では炎症の影響や胆汁による変性のため推定診断が困難な例が多い。一方, Biliary intraepithelial neoplasia (BilIN) での分子生物学的研究により様々な遺伝子異常と発癌あるいは癌の進展との関係が指摘される。著者らは Cellprep 標本を用いて, p53, p16, p21 の免疫染色を行い, 組織型及び細胞異型度と免疫染色の陽性率を比較し報告した(第 55 回日臨細学会秋期大会)。本ワークショップでは更に免疫染色により S100P, EZH2 を評価し, FISH 法により Kras の遺伝子不安定性の検討を加えた異型度の評価を試みる。

【材料と方法】対象は悪性 7 例, 悪性疑い 4 例, 鑑別困難 6 例, 良性 13 例の液状細胞材料を用いた。残余検体から未染色標本作製し, 抗 p53 抗体 (DO7, Roche), 抗 p16 抗体 (E6H4, Roche), 抗 p21 抗体 (SX118, DAKO), 抗 S100P 抗体 (16/f5, Roche), 抗 EZH2 抗体 (SP129, Roche) 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%; 1-5%; 5-49%; 50-100% 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, 細胞診判定と比較した。

【結果】良性, 鑑別困難, 悪性疑い, 悪性における陽性率は, p53 はそれぞれ 23%, 17%, 75%, 71%, p16 は 23%, 17%, 50%, 29%, p21 は 38%, 50%, 28%, 71% であった。

【結語】液状胆汁細胞を用い蛋白発現や遺伝子の評価を加えた細胞診判定の有用性について論じる。

#### ◇ワークショップ 8

リンパ節病変—反応性と腫瘍性病変の鑑別—

#### W8-1 反応性病変と鑑別を要する T 細胞性リンパ腫について

杏林大学医学部付属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>

○岸本浩次 (CT)<sup>1)</sup>, 坂本憲彦 (CT)<sup>1)</sup>, 水谷奈津子 (CT)<sup>1)</sup>, 市川美雄 (CT)<sup>1)</sup>, 鈴木 瞳 (CT)<sup>1)</sup>, 稲嶺圭祐 (CT)<sup>1)</sup>, 菅野大輝 (CT)<sup>1)</sup>, 古川由香 (CT)<sup>1)</sup>, 近藤凡子 (CT)<sup>2)</sup>, 住石 歩 (CT)<sup>2)</sup>, 大森嘉彦 (MD)<sup>2)</sup>, 柴原純二 (MD)<sup>2)</sup>

リンパ節穿刺吸引細胞診は癌転移の有無やリンパ節病変の良・悪性診断に有用な検査法である。しかし日常的に反応性病変との鑑別を要する悪性リンパ腫はしばしば経験される。中でも T 細胞リンパ腫の末梢性 T 細胞リンパ腫, 非特定型 (PTCL-NOS), 血管免疫芽球形 T 細胞リンパ腫 (AITL) は反応性病変に類似した細胞所見を呈するとされている。そこで今回我々は反応性病変と T 細胞リンパ腫について各種細胞出現率, 細胞形態学的所見について比較検討したので報告する。対象は 2006 年から 2016 年にリンパ節穿刺吸引細胞診が施行され組織学的に T 細胞リンパ腫と診断された 34 例, および比較対象として反応性病変 10 例を用いた。各種 T 細胞リンパ腫の組織型は T リンパ芽球形リンパ腫 (T-LBL) 2 例, 末梢性 T 細胞リンパ腫, 非特定型 (PTCL-NOS) 18 例, 血管免疫芽球形 T 細胞リンパ腫 (AITL) 8 例, 未分化大細胞型リンパ腫 (ALCL) 2 例, 成人 T 細胞性白血病/リンパ腫 (ATL) 4 例であった。細胞診成績は検体不適正が 2 例, 陰性 2 例, 疑陽性 13 例, 陽性 17 例であった。陰性は検体の挫滅や細胞量が過少で検体不適正にも関わらず, 無理な診断を行った症例と考えられた。陽性例は細胞異型度が強く, 悪性所見も十分な ALCL, ATL, LBL の全例であった。PTCL-NOS, AITL は疑陽性例が多く, 他の組織型に比べ高率であった。PTCL-NOS, AITL は多彩な細胞像を呈するため, 反応性病変に類似し判定が困難であったと考えられたが, 今回の検討から PTCL-NOS, AITL で類形質細胞, 形質細胞, 好酸球の出現率が, 反応性病変に比べて高いことが相違点として挙げられ, 鑑別ポイントと考えられた。

## W8-2 リンパ節穿刺吸引細胞診 良性・悪性の鑑別における follicular tissue fragments の有用性

昭和大学医学部臨床病理診断学講座<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部付属病院病院病理部<sup>2)</sup>, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室<sup>3)</sup>

○佐々木陽介(CT)<sup>1)</sup>, 岸本浩次(CT)<sup>2)</sup>, 北村隆司(CT)<sup>3)</sup>, 田澤咲子(MD)<sup>1)</sup>, 本間まゆみ(MD)<sup>1)</sup>, 塩沢英輔(MD)<sup>1)</sup>, 矢持淑子(MD)<sup>1)</sup>, 梶 玄秀(MD)<sup>1)</sup>, 瀧本雅文(MD)<sup>1)</sup>

リンパ節穿刺吸引材料では細胞採取量が豊富な場合に組織構築を示す組織断片 (tissue fragments) が出現することがある。濾胞構造を由来としたもの、血管と周囲組織などがみられ、多くは集塊を形成し立体的な構造として観察される。濾胞胚中心構造を由来とした組織断片は follicle germinal center tissue fragments (FGCTF) とよばれる。大小のリンパ球・核破片貪食組織球(TBM)・濾胞樹状細胞が混在し一塊となった像は lymphohistiocytic aggregates の呼称で濾胞過形成の特徴的所見の一つとされている。一方で、腫瘍性濾胞構造を由来とした組織断片 (follicular center cell tissue fragments ; FCCTF) が存在する。リンパ球と濾胞樹状細胞が一塊となり出現する立体的な集塊は lymphohistiocytic aggregates を認識するうえで pitfall になる可能性がある。

我々は、FGCTF と FCCTF を「濾胞構造を由来とした組織断片 (follicular tissue fragments ; FTF)」とし、良性病変 (反応性リンパ過形成) と濾胞性リンパ腫における FTF の細胞学的特徴について検討を行った。穿刺吸引材料について、FTF の出現率、集塊の大きさ、構成するリンパ球の大きさの分布、集塊内外の TBM の有無について比較を行った結果、両者の鑑別点として集塊の大きさ、構成するリンパ球の大きさ、TBM の有無が挙げられた。反応性リンパ過形成では FTF は小型が多く、中～大型リンパ球で構成され、TBM がみられるのに対し、濾胞性リンパ腫では FTF は大型で、小型リンパ球主体で構成され、TBM はみられなかった。検討結果より、出現した FTF の詳細な観察は反応性リンパ過形成と濾胞性リンパ腫の鑑別に有用である可能性が示唆された。さらに高悪性度 B 細胞性リンパ腫を加えて検討し、リンパ節細胞診全体における FTF の出現様相の有用性について解説する。

## W8-3 肉眼像と捺印細胞像の比較

群馬県立がんセンター病理検査課<sup>1)</sup>, 獨協医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>

○土田 秀(CT)<sup>1)</sup>, 中里宜正(MD)<sup>2)</sup>, 小島 勝(MD)<sup>2)</sup>

リンパ節病変で悪性リンパ腫が疑われる症例では多くの場合、確定診断を目的にリンパ節摘出が行われる。現在の悪性リンパ腫の免疫学的表現型検索では免疫組織化学とフローサイトメトリーの併用が一般化し、また、染色体の増幅、欠失、転座などの染色体異常も見出されていることから、病理検査と共にこれらの検索が行われている。フローサイトメトリーや染色体検査では生細胞が検査材料となるため、固定前に組織を切り出して検査材料を確保する必要があり、切り出しの際には剖面などを肉眼的に観察し、適正な部位を検査材料とすることが重要となる。また、剖面から捺印標本を作製して細胞像を観察することにより、穿刺吸引細胞診などの検査にフィードバックが可能となる。今回、リンパ節の切り出し時に撮影された剖面のマクロ画像の肉眼所見と同一面で作製した捺印細胞診標本の細胞所見の比較検討を行った。2012年4月から2017年3月の間に悪性リンパ腫が疑われ、確定診断を目的にリンパ節摘出術が施行された111例のうち、組織診断で反応性リンパ濾胞過形成、濾胞性リンパ腫、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫、ホジキンリンパ腫と診断された57例を対象とした。肉眼所見は辺縁の形状、色調、色調分布、剖面の性状、結節様構造の有無について分類し、長径と短径を計測して縦横比を算出した。細胞所見は細胞の出現形式、主体となる細胞の種類、濾胞様構造の有無を観察した。肉眼所見や細胞所見を反応性病変と腫瘍性病変、組織型などの分類で比較した結果について報告する。



## W8-4 悪性リンパ腫と胸水細胞診

宮城県立がんセンター病理診断科<sup>1</sup>, 宮城県立がんセンター臨床検査技術部<sup>2</sup>, 宮城県立精神医療センター検査科<sup>3</sup>

○伊藤しげみ(MD)<sup>1</sup>, 植木美幸(CT)<sup>2</sup>,  
大場いづみ(CT)<sup>2</sup>, 大山友紀(CT)<sup>2</sup>,  
名村真由美(CT)<sup>3</sup>, 竹内美華(CT)<sup>2</sup>, 内城孝之(CT)<sup>2</sup>,  
佐藤郁郎(MD)<sup>1</sup>

悪性リンパ腫は肺癌、乳癌に次いで悪性胸水の原因の第 3 位を占める。ホジキンリンパ腫および非ホジキンリンパ腫では 20~30%の症例に胸水貯留が認められる。悪性胸水は進行した病期で腫瘍細胞が全身に広がった場合にみられることが多く、体腔原発の悪性リンパ腫は稀である。腫瘍細胞の出現経路としては(1)胸膜浸潤、(2)リンパ管の狭窄・閉塞、(3)胸管損傷などが挙げられる。悪性リンパ腫では、腫瘍細胞がリンパ管を經由して体腔へ達する場合が多い。細胞診では多数の腫瘍細胞が単調に出現するパターンが重要である。播種性浸潤では細胞量が多く判定が容易である一方、腫瘍細胞が少ない症例や、異型が弱い低悪性度リンパ腫では判定に苦慮することがある。このセッションでは、成人で頻度の高いびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、濾胞性リンパ腫、その他の造血器腫瘍やリンパ球優位の反応性胸水などを提示する。血液疾患での Giemsa 染色の重要性やセルブロック法による免疫染色の有用性についても述べる。

## ◇ワークショップ 9

子宮内膜細胞診での ATEC (Atypical endometrial cell) 細胞像と取扱い

### W9-1 ATEC (Atypical endometrial cell) に関する検査手法と臨床対応の確立

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科<sup>1</sup>, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 愛媛県立医療技術大学保健科学部<sup>3</sup>

○矢納研二(MD)<sup>1</sup>, 丹羽正幸(MD)<sup>1</sup>, 中村 豊(CT)<sup>2</sup>,  
市川孝昭(CT)<sup>2</sup>, 馬場洋一郎(MD)<sup>2</sup>, 村田哲也(MD)<sup>2</sup>,  
則松良明(PhD)<sup>3</sup>

【緒言】ATEC が設定された主目的は、ATEC と判定された対象を集積し、これらを後方視的に解析することで、現在の判定技術では困難な対象を、より正確に細胞診判定することを可能とする臨床研究を実施することにある。そのため、現在設定されている臨床対応は、あくまでも暫定的なものである。

【対象】鈴鹿中央総合病院では、平成 20 年度日本臨床細胞学会班研究実施開始と同時に記述式内膜細胞診報告様式が導入されている。今回、2008 年 1 月 1 日から 2017 年 5 月 31 日までに直接塗抹法単独で実施された子宮内膜細胞診 3,139 例のうち、ATEC-US と判定された 71 例、ATEC-A と判定された 11 例を対象とし、再評価を行った。そのうえで、ATEC に於ける細胞像の特徴と組織診断との対比、臨床的背景を検討した。

【結果】再評価により、あらためて ATEC-US と判定された例は 17 例(23.9%)、ATEC-A は 2 例(18.1%)にとどまった。ATEC-US と再判定された例に、最終診断が悪性腫瘍であった例は存在しなかった。多くの ATEC-US と判定された対象で、萎縮性背景中に出現する、化生性細胞質変化と核小体が目立つシート状集塊が観察される傾向にあった。

【考察】当院に於ける ATEC の運用では、その概念に関する認識や判断にさまざまな混乱が存在していた。今後、ATEC が正しく運用されるためには、適切な時期での再評価が不可欠である。さらに、新たな補助的検査手法を確立させて、腫瘍性病変と良性変化との鑑別の実現を目指す必要がある。今後、ATEC と判定された対象の臨床的取り扱い方法に関する議論と結論の前に、まず子宮内膜細胞診全体の診断精度向上に裏付けられた ATEC の判定基準の確立が必要である。さらには、新たな ATEC 判定後のトリアージ手法の導入が果たされるべきと考えられる。



## W9-2 ATEC-US, ATEC-A の臨床的な対応の基準点を求めて

上尾中央総合病院検査技術科病理<sup>1)</sup>, 上尾中央総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 自治医科大学附属さいたま医療センター病理診断科<sup>3)</sup>, 東京女子医科大学婦人科学講座<sup>4)</sup>, (株) 保健科学東日本病理センター<sup>5)</sup>

○大野喜作(CT)<sup>1)</sup>, 小林 要(CT)<sup>1)</sup>, 和田亜佳音(CT)<sup>1)</sup>, 渡部有依(CT)<sup>1)</sup>, 横田亜矢(MD)<sup>2)</sup>, 河野哲也(CT)<sup>3)</sup>, 二村 梓(CT)<sup>4)</sup>, 高田理恵(CT)<sup>5)</sup>, 若林 蓮(CT)<sup>5)</sup>

【はじめに】婦人科ガイドラインに記されている記述式内膜細胞診報告様式の認知度は上がってきているが一般的には活用されているとは言い難い。多くの施設が陰性・疑陽性・陽性、またクラス分類等のカテゴリ分類で判定し推定病変を加えた報告をしている。今回、診断方法や採取器具、検体処理の異なる4施設で、内膜増殖症を含めATEC-US・ATEC-Aの診断基準を検討する。

【対象施設の年間検体数と判定方法】一般病院 (A) : 1200件 陰性・疑陽性・陽性とクラス分類の併用。大学病院 (B) : 452件 陰性・疑陽性・陽性とクラス分類の併用。大学病院 (C) : 3800件 記述式内膜細胞診報告様式, OSG式内膜細胞診報告様式。検査センター (C) : 7400件 (体がん検診) 陰性・疑陽性・陽性とクラス分類の併用。

【対象施設の採取器具と標本作製方法】A: ソフトサイト, 直接塗抹とLBC(TACAS™)。B: エンドサーチ, 直接塗抹。C: ブラシ, SurePath™。D: エンドサーチ, ブラシ等, 直接塗抹。

【対象検体と検討方法】4施設にて疑陽性と判定された標本(クラス3a~3b, 子宮内膜増殖症, ATEC-US・ATEC-A)を対象とし, レーダーチャート診断システム(スコアリング)を用いて再判定し, 組織学的背景と臨床的な背景を含め検討する。

【目的】内膜細胞診の臨床的な有用性は増殖性病変を推定し組織診断に進めること, 萎縮内膜やEGBD等を確実に陰性とするにある。これまでATEC-US, ATEC-Aについての研究がされているが, ATEC-USの多くが良性であり, ATEC-Aには内膜癌が含まれるという。今回の検討で陰性とATEC-USの基準点, 組織診断に進める基準点を求めたい。

## W9-3 当院における従来法によるATEC判定と臨床的取扱い

大阪医科大学病理学教室<sup>1)</sup>, 大阪医科大学病理部・病理診断科<sup>2)</sup>

○山田隆司(MD)<sup>1)</sup>, 石崎幸恵(CT)<sup>2)</sup>, 武田玲郁(CT)<sup>2)</sup>, 浦上真由美(CT)<sup>2)</sup>, 出口千尋(CT)<sup>2)</sup>, 吉川純子(CT)<sup>2)</sup>, 中山裕子(CT)<sup>2)</sup>, 能瀬伊沙子(CT)<sup>2)</sup>, 有我こずえ(CT)<sup>2)</sup>, 富宇加麻里(CT)<sup>2)</sup>, 明石静香(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】2015年版細胞診ガイドライン1で紹介された記述式内膜細胞診報告様式では, 従来の分類での疑陽性に対応するものとして内膜異型細胞(ATEC), 子宮内膜増殖症, 子宮内膜異型増殖症がある。しかし, 細胞診では子宮内膜増殖症, 子宮内膜異型増殖症の診断は非常に困難であることから, 現実的には内膜異型細胞(ATEC)となり, 意義不明(ATEC-US)もしくは異型増殖症を否定できない(ATEC-A)の判定になると思われる。当院では, 従来から疑陽性を2分しており, 「±」がATEC-USに, また「±(疑陽性)」がATEC-Eにほぼ対応している。

【方法】今回, 当院で2012年から2016年までの間に診断された「±」をATEC-USとし, 「±(疑陽性)」をATEC-Aとして解析し, 臨床的取扱いについて検討した。

【成績】従来法で作製された子宮内膜細胞診でATEC-USが761件, ATEC-Aが307件あった。ATEC-Aでは, 生検が行われている症例が大部分で, 悪性の占める割合が比較的多かった。

【結論】記述式になっても, 内膜細胞診では子宮内膜増殖症や異型内膜増殖症の診断は困難であり, ATEC-USもしくはATEC-Eの判定になることが多いと思われる。臨床的取扱いとしては, ATEC-USは細胞診を用いた経過観察, ATEC-Eは内膜生検が必要と判定されていたが, 悪性を強く疑う場合もATEC-Eと判定していたものが多いと考えられた。

#### W9-4 記述式子宮内膜細胞診報告様式における ATEC を中心とした検討

株式会社ジェネティックラボ病理部<sup>1)</sup>, 株式会社ジェネティックラボ病理診断部<sup>2)</sup>

○松浦智彦(CT)<sup>1)</sup>, 佐竹秀夫(CT)<sup>1)</sup>, 長内智佳子(CT)<sup>1)</sup>, 稲葉智之(CT)<sup>1)</sup>, 奥山雅美(CT)<sup>1)</sup>, 淀野亜沙美(CT)<sup>1)</sup>, 吹谷美佳(CT)<sup>1)</sup>, 高橋 優(CT)<sup>1)</sup>, 高木芳武(MD)<sup>2)</sup>, 小川弥生(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】記述式内膜細胞診報告様式において、グレーゾーンとして子宮内膜異型細胞(ATEC)が設定された。意義不明な ATEC-US と異型増殖症以上を除外できない ATEC-A とに判定区分され、細胞像や臨床対応については検証中の段階にある。今回、我々は過去の症例について後向き調査を実施し、報告様式に準拠した形で判定を行った。

【対象・方法】2014年1月から2016年12月の期間に施行された内膜細胞診33,819例のうち、組織診と対比できた355例を対象とした。標本は直接塗抹標本(従来法)を用い OSG 式内膜判定様式に沿って細胞検査士と病理医の複数名で再鏡検、判定を行った。

【結果】細胞診の判定結果は、不適正:12例(3.4%), 陰性/悪性ではない:253例(71.3%), ATEC-US:45例(12.7%), ATEC-A:28例(7.9%), 子宮内膜増殖症:2例(0.5%), 悪性腫瘍:15例(4.2%)であった。また、組織診の内訳は、良性281例、その他5例、子宮内膜増殖症27例、内膜異型増殖症3例、悪性39例であった。ATEC-US に対する組織診は、良性32例、その他3例、内膜増殖症6例、悪性4例であった。ATEC-A に対する組織診は、良性6例、内膜異型増殖症2例、悪性20例であった。ATEC-US における細胞像としては、核腫大を伴う集塊、化生性変化を伴う集塊などが認められる傾向にあった。ATEC-A における細胞像は、不整形突出集塊が主体であった。また、核異型を伴う細胞集塊を少数認める症例もあった。

【まとめ】組織診との対比した結果、ATEC-US の約7割が良性病変であり、ATEC-A では約7割が悪性腫瘍であった。よって、内膜異型細胞を ATEC-US と ATEC-A に判定区分することは臨床的意義があると考えられた。液状化検体細胞診(LBC)標本を用いた判定法である OSG 式判定は、直接塗抹標本(従来法)を用いても一定程度可能であった。今後、判定精度の向上のためにも ATEC における細胞像の蓄積と提示が望まれる。

#### ◇ワークショップ10

腹水細胞診—診断へのアプローチと最新の知見—

#### W10-1 標本作製技術と形態学的細胞鑑別のポイント

山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 公立昭和病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科<sup>4)</sup>, PCL 福岡病理細胞診センター<sup>5)</sup>

○渋谷秀美(CT)<sup>1)</sup>, 安永佳麻里(CT)<sup>1)</sup>, 山本千奈美(CT)<sup>1)</sup>, 藤井将希(CT)<sup>1)</sup>, 出尾優佳(CT)<sup>1)</sup>, 水間俊一(CT)<sup>1)</sup>, 羽原利幸(CT)<sup>2)</sup>, 濱川真治(CT)<sup>3)</sup>, 鍋島一樹(MD)<sup>4)</sup>, 亀井敏昭(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】

腹水細胞診が施行される最大の目的は、腹水貯留の原因が腫瘍性であるか否かを検索することであり、腹水細胞診陽性例においては、時として原発臓器の推定を求められる。また、手術、開腹時に腹水を認めた場合は腹水細胞診、腹水を認めない場合は腹腔洗浄細胞診が提出され、その結果は原発臓器によって解釈は異なるものの、重要な予後因子と考えられている。今回、我々は腹水、および腹腔洗浄液検体が提出された際の基本的な標本作製技術、および形態学的細胞鑑別について、免疫染色などの更なる検索を考慮した上でのポイントを報告する。

【標本作製】

検体が貯留腹水であるか腹腔洗浄液であるか、さらに血性、粘稠性、フィブリンの析出の有無などの検体性状の違いや、術中迅速細胞診であるか否かによって、最適な検体処理方法を選択する必要がある。また、スクリーニング後の特殊染色や免疫染色などの追加検索を考慮して、セルブロック標本の作製や LBC 法を利用する施設が増えたが、それぞれの施設で追加検索の手段を確立しておくことが重要である。

【形態学的細胞鑑別】

腹水細胞診においては、反応性中皮と種々の腺癌細胞との鑑別がしばしば必要とされる。反応性中皮の形態学的多様性がこれを困難にしているが、時として同様な形態学的多様性を持つ組織球も腺癌細胞との鑑別対象として挙げられる。良悪性の鑑別という点ではこの両者の鑑別は非常に重要であり、形態学的に鑑別が困難な場合は免疫染色などにより細胞鑑別を行う必要がある。また、LBC 法を腹水細胞診に応用する施設も増加しており、発表では LBC 法と従来法での細胞像の差異と細胞鑑別の注意点についても触れる。

## W10-2 腹水・腹腔洗浄細胞診の現状

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<sup>1)</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部<sup>2)</sup>

○有田茂実(CT)<sup>1)</sup>, 酒井えり(CT)<sup>1)</sup>, 高橋 司(CT)<sup>1)</sup>,  
小高亜紀子(CT)<sup>1)</sup>, 杉山孝弘(MD)<sup>2)</sup>, 川名秀忠(MD)<sup>2)</sup>,  
荒木章伸(MD)<sup>2)</sup>, 伊丹真紀子(MD)<sup>2)</sup>

当院における腹腔細胞診は、術中と非術中に大別される。術中検体の殆どは腹腔洗浄液で、胃癌・卵巣癌では病期の進行度分類の決定にかかわる重要な因子であるが、子宮体癌、膵癌、胆道癌などの手術においてもほぼ全例で実施され、治癒切除の可否、術後補助療法の必要性、予後因子としての検討などがなされている。限られた時間内での結果報告が求められるため、細胞収集法、塗抹方法、標本作製枚数、染色方法の選択などにおいて工夫が必要である。また鏡検上は多数の中皮細胞の中から少数の悪性細胞を見出すため、細胞形態のみで判定することが難しい場合は免疫染色を実施し、追加報告している。これに対して、非術中検体は全て腹水であり、外来・病棟より、がん治療中患者の腹膜播種の有無、化学療法の必要性、治療効果の判定、感染症の有無などを目的に、あるいは原発不明腹水貯留患者の悪性細胞の有無・組織型検索を目的に細胞診が実施されている。通常多量の検体が提出されるため、セルブロックの作製も可能であり、免疫染色を含めより多くの検索方法を実施した上で結果報告をすることができる。今回は、特に制約の多い術中腹腔細胞診に対する当院での取り組み（塗抹方法、染色法の選択、免疫染色抗体の選択、ホールスライドイメージング（以後 WSI）装置の活用、免疫染色と WSI 活用による相乗効果など）を紹介し、腹腔細胞診の診断へのアプローチについて考える。

## W10-3 婦人科腫瘍と腹水細胞診

岡山大学病院病理診断科

○柳井広之(MD)

婦人科腫瘍の診療においては、特に卵巣腫瘍、子宮体癌で腹水が細胞診の対象となる。卵巣腫瘍では細胞診の結果が病期分類に直接影響するが、子宮体癌では腹水細胞診の結果の記載は求められるものの病期分類には影響しないことになっている。卵巣腫瘍のうち腹水に腫瘍細胞が現れるもののほとんどが上皮性腫瘍であるが、癌だけではなく境界悪性腫瘍においても、とくに漿液性腫瘍では腫瘍細胞が出現することがあることは知っておく必要がある。組織型としては漿液性癌で腹水細胞診陽性となる頻度が高い。子宮体癌では術中の腹水あるいは洗浄液が細胞診の検体として提出される。癌の組織型ごとの細胞像の特徴は、卵巣の同名の腫瘍とほぼ同様である。腫瘍組織型としては漿液性癌や癌肉腫症例では腹水細胞診の陽性率が高い。かつては腹水細胞診陽性であることで III 期と診断されたが現在では腹水細胞診陽性のみであれば現在は I 期と診断されることもある。当院でもそのような症例の多くは予後良好であった。鑑別には反応性中皮細胞や腹膜中皮腫があげられる。鑑別に有効なマーカーとしては子宮内膜およびに発生する上皮性腫瘍の多くは PAX8 陽性であり、カルレチニンは陰性であることが鑑別に有用であると考えられる。一方、WT1 は卵巣・卵管・腹膜の漿液性腫瘍では陽性であり、中皮細胞との鑑別のマーカーにはならない点は胸膜中皮腫と区別して考えなければならない。粘液性癌においては消化器癌も鑑別の対象となるが、両者の鑑別は各種マーカーを用いても容易ではない。卵巣原発の粘液性癌の多くが卵巣に局限した、片側性の病変であり、腹水中に腫瘍細胞がみられる頻度は低いことは参考になる。

## W10-4 腹水中粘液細胞と腹膜偽粘液腫

京都大学医学部附属病院病理診断科

○桜井孝規(PhD), 白波瀬浩幸(CT), 羽賀博典(PhD)

腹水中に出現する粘液上皮細胞の由来には胃, 膵臓, 卵巣, 虫垂などがあり, そのほとんどは癌性腹膜炎と呼ばれる。細胞質内粘液のため, しばしば細胞異型が目立たないことがあるが, 特に予後を左右するとは考えられていない。ところが細胞外粘液の産生が豊富な場合, 病態は腹膜偽粘液腫と呼ばれ, 通常の癌性腹膜炎よりも経過が長いことが多く, 異型細胞を認めることは少ないと考えられてきた。疾患概念が産生粘液の量で左右されるため, 均一な腫瘍群とは考えられてはいないものの, 症例の集積に伴い原病巣は虫垂が多いことが分かっている。虫垂に出現する粘液産生腫瘍に関しては多くの分類が乱立していたが, 2013年のコンセンサス会議の結果, 現在は予後を左右するという観点から原発巣と腹水・腹膜病変は区別して分類することになった。原発巣に関しては主に上皮細胞の細胞異型の程度と浸潤様式で, 腹水・腹膜転移巣の所見では細胞異型の程度とともに印環細胞の有無で3つのグレードに分類される。治療に関しては抗がん剤の腹腔内投与や温熱療法のほか, 腹膜内臓摘出術等の減量手術が行われている。次世代シーケンス等を用いたバイオマーカー検索も行われているが, 現時点では有力なものは報告されていない。

## ◇ワークショップ 11

私の推奨する細胞診技術

## W11-1 好中球細胞外トラップ (NETs) : 細胞診標本における免疫組織化学

藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科形態・細胞機能解析学

○塩竈和也(CT)

好中球細胞外トラップ (Neutrophil Extracellular Traps : NETs) は, 2004年に報告された好中球の新しい生体防御機能である。細菌などの刺激によって活性化した好中球の核成分と細胞質成分が融合して, 網目状に形態変化して病原体を捕獲する。好中球の自爆ともいえるこの現象は, apoptosis でも necrosis でもない NETosis (好中球独自の細胞死) として位置づけられる。この機能は感染防御に大きく貢献する反面, 病理学分野において新たに解決すべき問題を生み出した。これまで大葉性肺炎や膿瘍などの線維素化膿性炎において, フィブリンの析出だと思われていた網目状構造物の中に, 実は NETs が含まれている可能性がある。このような状況から, 病理標本上で NETs を簡便に証明する方法が求められる。さらに, NETs は生体防御反応としてではなく, さまざまな自己免疫疾患に関与する因子として注目されている。NETs が適切に処理されない場合, 細胞外に取り残された NETs 成分が抗原となって自己抗体が誘発される報告が相次いでいる。

これまで, 炎症性疾患のホルマリン固定パラフィン切片および細胞診標本を対象として, NETs の免疫組織化学的解析を進めてきた。本ワークショップでは, 1) 免疫染色における NETs マーカーの選出, 2) 諸種マーカーを組み合わせた免疫染色による NETs の検出, 3) NETs とフィブリンの鑑別などの研究成果を提示する。さらに, パパニコロウ染色レベルで NETs がどこまで鑑別できるのか, 従来, 核線だと思われていた線維状物質にも NETs が関与しているのかについても言及する。



### W11-2 私の推奨する細胞診技術—胆膵系細胞診の検体処理方法—

岩手医科大学附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>

○山田範幸(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤彩佳(CT)<sup>1)</sup>, 肥田野靖史(CT)<sup>1)</sup>, 高橋静子(CT)<sup>1)</sup>, 菊池いな子(CT)<sup>1)</sup>, 安保淳一(CT)<sup>1)</sup>, 藤田泰子(MD)<sup>1,2)</sup>, 刑部光正(MD)<sup>1,2)</sup>, 上杉憲幸(MD)<sup>1,2)</sup>, 石田和之(MD)<sup>1,2)</sup>, 菅井 有(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】胆膵領域では画像診断の診断精度は向上しているが、病理学的診断は不可欠である。一方、胆膵領域の組織採取は困難なこともあり細胞診の有用性は高い。実際には、胆汁細胞診、胆管ブラシ擦過細胞診、胆管ブラシ洗浄細胞診、膵液細胞診、膵液ブラシ擦過細胞診、膵液ブラシ洗浄細胞診が行われている。しかしながら、胆汁や膵液では粘稠度が高く検体処理に苦慮することがある。また、胆管および膵管ブラシには、細胞が付着した状態で病理に届くことしばしばみられる。今回は、胆汁・膵液の検体処理方法および胆管・膵管ブラシの検体処理方法について紹介する。

【方法】胆汁・膵液の処理に、50%アルコール溶液を等量以上入れて攪拌した後に3000回転3分間遠心機にかける。遠心後は、沈渣をスライドガラスで圧挫して95%アルコール溶液で固定する。胆管・膵管ブラシの処理はブラシを指で反らしてスライドガラスに向けて弾かせる。細胞が付着したスライドガラスはそのまま95%アルコール溶液で固定する。付着した細胞量が多い場合はスライドガラスで圧挫にしてもよい。

【まとめ】胆汁・膵液および胆管・膵管ブラシの検体処理方法の違いで得られる情報が異なり、細胞診断に影響を及ぼすことを念頭に入れて検体処理を行うべきと考えられる。

### W11-3 スクリーニングの基礎と迅速細胞診検査

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診<sup>1)</sup>, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科<sup>2)</sup>

○棚田 諭(CT)<sup>1)</sup>, 芦村純一(CT)<sup>1)</sup>, 龍あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 津崎沙世子(CT)<sup>1)</sup>, 西村早菜子(CT)<sup>1)</sup>, 溝口佳緒里(CT)<sup>1)</sup>, 梅野佳美(CT)<sup>1)</sup>, 神月 梓(CT)<sup>1)</sup>, 岡 大地(CT)<sup>1)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>2)</sup>

我々、細胞検査士は、日々多くの細胞診スクリーニングを行っているが、基礎的なチェックポイントは以下の通りである。1. 患者属性・材料・採取方法・染色法・標本の適否 2. 背景所見(血性・壊死性・炎症性・粘液性など) 3. 出現様式(孤立散在性・シート状・集塊状・不規則重積性) 4. 細胞配列(極性の乱れ・核間距離), 集塊辺縁の凹凸やほつれ 5. 細胞の大きさ・細胞形(円形・卵円形・多稜形・紡錘形) 6. N/C比・核の大小不同 7. 核形不整(核のしわ・切れ込み・核内細胞質封入体) 8. 核縁やクロマチンの性状(均一・不均一・微細・粗大顆粒・濃淡) 9. 核小体(明瞭・多発・形・色), 核分裂像これらのスクリーニング・細胞所見記載時に心掛けているポイントを実際の細胞像を提示して解説する。また、当センターでは臨床からの要望により、呼吸器領域や消化器領域において、細胞検査士が現場に出向き、迅速細胞診検査(rapid on-site cytological evaluation; ROSE)を行っている。臨床医と共に画像診断と細胞像のdiscussionを行いながら、採取検体の適否を判定し、良悪性及び組織型の推定や免疫染色が必要な腫瘍かどうか判断などを行い、施行回数減少による患者の負担軽減と診断精度の向上に努めている。採取された検体は、検査室に持ち帰り組織診、細胞診それぞれの工程で処理を行うが、当センターでは、必要に応じて液状化細胞診検体を用いた免疫細胞化学染色を施行している。メリットとして組織診に比べて迅速なことなどが挙げられるが、時に検体採取量が少なく免疫細胞化学染色を施行できる枚数に限度がある為、それぞれの細胞像と画像診断を把握し、使用する抗体を絞り込む必要がある。本ワークショップでは、当センターにおける迅速細胞診検査の現状について報告する。



#### W11-4 当院における細胞診材料を使用したEGFR遺伝子変異解析での工夫

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2)</sup>

○草苺宏有(CT)<sup>1)</sup>, 島田直樹(CT)<sup>1)</sup>, 大川千絵(CT)<sup>1)</sup>,  
干川晶弘(MD)<sup>2)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2)</sup>, 高木正之(MD)<sup>2)</sup>

当院では2015年4月より肺がんに対するEGFR遺伝子変異解析を院内検査化とした。導入に先立ち、呼吸器内科の先生方と細胞診材料の有効活用について綿密な打ち合わせを行った。細胞診材料の提出方法については、気管支ブラシ材料はスライドガラスへ塗抹後、2枚で合わせ法を行うこととした。一枚は細胞診判定用に使用し、悪性また悪性の疑いとした場合、後日合わせ法にて作製したスライドガラスからEGFR遺伝子変異解析を行う。胸水はスピッツ管2本で提出をお願いし、1本は細胞診判定用およびスライドガラス1枚を後のEGFR遺伝子変異解析用に未染標本として保存する。残りのスピッツ管は、細胞診判定が判定困難以上とした場合、セルブロック作製用とするため、臨床より提出後は、遠沈後、10%緩衝ホルマリンに浸漬して保存する。実際のEGFR遺伝子変異解析ではFFPE材料が中心となるが、気管支生検では悪性の診断に至らなかった症例やがん性胸膜炎のためセルブロック中に腫瘍細胞が少数であった症例などがあり、細胞診材料の保存のある患者は、補助検査として細胞診材料からも検査を行っている。両成分からの検査を行うことでそれぞれの短所を補い、迅速な検査を行うことで呼吸器内科の先生方のご理解をいただいている。細胞診材料の取り扱いや腫瘍細胞濃度に留意した核酸抽出について詳細に解説する。

#### ◇ワークショップ12

甲状腺NIFTPを考える

#### W12-1 NIFTPの概念と組織診断

近畿大学医学部奈良病院

○覚道健一(MD)

旧WHO分類、第7版甲状腺癌取り扱い規約では、境界悪性腫瘍の概念は導入されていない。WHO分類第4版では、新たに境界悪性腫瘍が採用された。硝子化索状腫瘍、UMP(uncertain malignant potential)、NIFTP(Non-Invasive Follicular Thyroid neoplasm with Papillary-like nuclear features)が、境界悪性腫瘍として、良性でもない、悪性でもない腫瘍と定義された。これらの腫瘍は、病理医間で診断の不一致が起りやすい病変であり、摘出により再発の可能性はほとんどない、癌としての治療の必要のない病変とされた。細胞診では、鑑別困難(意義不明、濾胞性腫瘍、悪性疑い)と診断される確率が高く(60-80%)、細胞診で鑑別困難と診断された場合、画像で腫瘍被膜浸潤、甲状腺被膜浸潤、転移を疑う所見がなければ、高悪性度の乳頭癌、広範浸潤型濾胞癌、脈管浸潤を示す濾胞癌、低分化癌である可能性は極めて低い。すなわち画像上良性の細胞診鑑別困難の結節は、経過観察も選択肢となる。今まで日本で実践してきた甲状腺結節の診療方針が間違っていなかったことを確かめることができた。しかし米国甲状腺学会ガイドラインでは、境界悪性腫瘍は摘出し病理組織学的に浸潤転移がないことを確認しなければならない病変(外科的疾患)として診断的葉切除を推奨している。組織診断でも欧米とアジアでは立場の違いが明確となった。欧米では癌の見逃しを恐れ、濾胞性腫瘍を手術するので、NIFTPは甲状腺癌の10-20%と高頻度に診断される。一方日本を含むアジア諸国では、過剰に治療することを嫌い、経過観察される例が多く、甲状腺癌の1-5%程度が境界悪性腫瘍と診断されている。本ワークショップでは日本の診療に適した診断アルゴリズムを紹介する。

## W12-2 NIFTP の細胞所見

隈病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2)</sup>, 隈病院外科<sup>3)</sup>

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

近年, 濾胞型乳頭癌の中でも, 被包型で非浸潤性の場合  
は, 臨床的に悪性の危険度が低いということから, 乳頭  
癌の核所見を伴う非浸潤性濾胞性病変 (Noninvasive fol-  
licular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear fea-  
tures: NIFTP) という新たな疾患概念が Nikiforov に  
よって提唱された. NIFTP は, 欧米では, 乳頭癌の  
13.6%から 25%を占めるとされている. 組織学的には,  
被膜で完全に被包化され, 濾胞状パターンを示し, 乳頭  
癌の核所見を有する. 穿刺吸引細胞診では, “意義不明  
な異型 (AUS)” あるいは“濾胞性腫瘍の疑い (SFN)” と  
報告されることが多いとされているが, 本邦での NIFTP  
に関する細胞診報告はない. 今回我々は, 当院で経験し  
た NIFTP41 例の細胞所見を検討したので報告する. 術  
前の細胞診報告では, 2 例 (4.9%), 2 例 (4.9%), 5 例  
(12.2%), 1 例 (2.4%), 4 例 (9.8%), 27 例 (65.9%) がそ  
れぞれ検体不適正, 良性, 意義不明, 濾胞性腫瘍, 悪性  
の疑い, 悪性と報告されていた. 細胞像では, 8 症例に  
て, 背景に豊富なコロイドがみられ, それらの症例はす  
べて大濾胞型乳頭癌であった. 上皮性細胞は, 主として  
大濾胞状, 正濾胞状, 小濾胞状に出現し, それぞれの頻  
度は 16.2%, 24.3%, 83.8%であった. 核の溝や不整形  
核は NIFTP の 94.6%にみられた. NIFTP は, 欧米と比  
べて悪性と報告される頻度が高く, 悪性の範疇に入らな  
い NIFTP の診断名を採用すれば臨床的に混乱を招く可  
能性があると思われた.

## W12-3 NIFTP の遺伝子異常

山梨大学医学部人体病理学

○近藤哲夫(MD)

乳頭癌様核を有する非浸潤性甲状腺濾胞性腫瘍 non-in-  
vasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like  
nuclear features (以下 NIFTP) は新 WHO 分類 (2017 年刊  
行) において新規に採用された甲状腺腫瘍である.  
NIFTP は極めて低悪性度な腫瘍のカテゴリーであり, 診  
断基準の整理により濾胞型乳頭癌や悪性度不明の高分化  
腫瘍 well differentiate tumor of uncertain malignant  
potential (以下 WDT-UMP) の一部が NIFTP に診断され  
ることになった. 甲状腺乳頭癌においては RET 遺伝子  
再構成, BRAF 変異, NTRK 遺伝子再構成が乳頭癌に特  
異性の高い遺伝子異常である. RAS 変異は濾胞腺腫, 濾  
胞癌, 濾胞型乳頭癌にみられる遺伝子異常であり, 濾胞  
構造との関連性が示唆されている. NIFTP の遺伝子異  
常については浸潤性増殖を伴わない被包性濾胞型乳頭癌  
が NIFTP に分類されるという状況から RAS 変異が主要  
な変異と予測されている. 欧米からの報告では NIFTP  
の 30~54%に RAS 変異を認めており, RET 遺伝子再構  
成や BRAF 変異はない. しかしながら本邦における  
NIFTP の臨床病理学的特徴や遺伝子異常についてはま  
だ報告が少ない. 本発表では甲状腺癌の遺伝子異常を概  
説するとともに本邦における NIFTP の遺伝子異常につ  
いて報告を行う.

## W12-4 NIFTP の臨床的取扱い

福甲会やました甲状腺病院<sup>1)</sup>, 近畿大学医学部奈良病院  
中央臨床検査部病理<sup>2)</sup>

○佐藤伸也(MD)<sup>1)</sup>, 覚道健一(MD)<sup>2)</sup>, 山下弘幸(MD)<sup>1)</sup>

2015年にNikiforovらによって予後経過より非浸潤性被包型乳頭癌濾胞型<sup>1)</sup>の名称をNIFTP (Non-Invasive Follicular Thyroid neoplasm with Papillary-like nuclear features)と変更し, “癌”の診断名を使用しない(すなわち境界悪性)ことが提唱された。これは米国で甲状腺癌の治療, すなわち甲状腺全摘+術後放射性ヨード内用療法(RAI)が必要以上に行われている(過剰治療)ことへの反省から来た病理医の取り組みの1つである。すなわち, 非浸潤性被包型乳頭癌濾胞型に対して, 米国では甲状腺全摘+術後RAIが標準的治療として行われてきたが, これを改め, 境界悪性としての甲状腺片葉切除のみの治療でも十分とする, ということとほぼ同義である。これらの議論は主に米国でなされたものであり, 本邦で臨床を行っている者にとってはNIFTP導入の意義は理解しにくい。すなわち, 本邦では非浸潤性被包型乳頭癌濾胞型(すなわちNIFTP)のほとんどは甲状腺全摘とはならず, RAIはまず行われていない。また, 欧米で被包型乳頭癌濾胞型と診断されるものは日本では濾胞腺腫と病理診断されるという話も病理サイドから聞く。このような本邦と米国での対応の違いを考慮すると, 本邦にNIFTPの概念を導入したとしても臨床医の治療方針に大きな変更はないと推察される。一方で社会的な影響は未知数である。NIFTPのような境界悪性の概念は本邦の保険診療や社会通念では現時点でほとんど形成されていないので, 手術の保険点数や民間の癌保険でどのように取り扱うかなどの点で合意がなされていないためである。今回のワークショップが本邦でNIFTPすなわち境界悪性病変を臨床的, 社会的に今後どのように取り扱っていくべきかを考える契機になればと思う。

## ◇ワークショップ13

異型細胞の判定について—低異型度尿路上皮癌は尿細胞診でどこまで読むべきか

## W13-1 低異型度尿路上皮癌の病理学的位置付け

桑名市総合医療センター

○白石泰三(MD)

乳頭状の尿路上皮癌はその異型度により三段階に分類されていたが(Grade1~Grade3), 2004年に改訂されたWHO分類, あるいは2011年の腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約からは低異型度尿路上皮癌(low grade urothelial carcinoma, 以下LGUC)と, 高異型度尿路上皮癌に二段階に分類されるようになった。この背景には, 両者は生物学的に別の腫瘍である, という認識がある。LGUCは細胞の結合性が保たれており, 尿中に剥離する頻度が低く, また細胞異型も軽度であり, 尿細胞診での検出感度は低く, これが尿細胞診における尿路上皮癌診断の課題の一つである。本発表では, 尿路上皮癌の組織分類の変遷と, それを裏付ける生物学的特性あるいは発癌過程の差異を紹介し, LGUCとHGUCが別の腫瘍と考えられている現状を紹介する。本邦および世界における尿細胞診の報告様式の変遷と標準化の過程を概説し, 2015年に本学会から公表された「泌尿器細胞診報告様式2015」, および2016年に刊行された「パリシステム」について, それらが定められた背景を含め比較・検討する。また, 細胞診断の際のゴールドスタンダードとなる病理診断についてもその再現性が問題となる可能性もある。細胞診断のみならず病理診断(異型度診断)にも標準化が求められている。上記の問題を明らかにし, LGUCに対する病理学的理解を深めることは細胞診断にも有用と思われる。

### W13-2 低異型度尿路上皮癌の細胞診断—高異型度尿路上皮癌との鑑別

公立西知多総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 名古屋駅掖済会病院病理診断科<sup>2)</sup>

○今井律子(CT)<sup>1)</sup>, 夏目園子(CT)<sup>2)</sup>, 田中瑞穂(CT)<sup>2)</sup>,  
大池里枝(CT)<sup>2)</sup>, 佐竹立成(MD)<sup>2)</sup>

【目的】低異型度尿路上皮癌細胞と高異型度尿路上皮癌細胞の細胞所見を調査し, 低異型度尿路上皮癌(以下LGUCと略す)と高異型度尿路上皮癌(以下HGUCと略す)の鑑別点を検討した。

【対象】組織診断の確定した尿路上皮癌症例の自然尿細胞診Pap. 染色標本を対象にした。LGUC: 30症例30検体, HGUC: 30症例30検体を用いた。尿細胞診標本はフィルター法(サイトプレップ21: 武藤化学社)による。

【方法】自然尿細胞診標本中に認められる腫瘍細胞について以下の項目を調査した。1)核長径の計測(1症例20個の核長径を計測し平均値を算出, 核長径の計測はCell Sens Standard: オリンパス社による), 2)核形不整, 3)核密度, 4)核クロマチン濃染の程度, 5)核小体, 6)核偏在。2)~6)については各所見をスコア化して調査し, その頻度を算出した。スコアは2)核形不整: 0不整なし, 1核溝, 2核立体不整, 3)核密度: 0核が離れている, 1核が接している, 2核が重なっている, 4)核クロマチン濃染の程度: 1軽度, 2高度, 5)核小体: 0なし, 1核長径20%未満の大きさ, 2核長径20%以上の大きさ, 6)核偏在: 0無, 1有, とした。

【結果】1)核長径の平均値はLGUC: 8.0  $\mu\text{m}$ , HGUC: 10.7  $\mu\text{m}$ 。各所見の出現頻度(%)をスコア順に表す。LGUCは2) 3/19/78, 3) 6/34/59, 4) 81/19, 5) 34/50/16, 6) 66/34, HGUCは2) 3/16/80, 3) 7/33/60, 4) 0/100, 5) 0/27/73, 6) 10/90。

【まとめ】今回の調査によりLGUCとHGUCの鑑別点は核長径(核の大きさ), 核クロマチンの濃染の程度, 核小体, 核偏在であると考えられる。LGUCかHGUCを推定するにはこれらの所見が参考になる。

### W13-3 自然尿細胞診の異型細胞判定について—良性異型と低異型度尿路上皮癌の鑑別は可能か—

大阪労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 大阪労災病院病理診断科<sup>2)</sup>

○三村明弘(CT)<sup>1)</sup>, 岡部美由紀(CT)<sup>1)</sup>,  
金田香央里(CT)<sup>1)</sup>, 小倉啓介(CT)<sup>1)</sup>, 浦芝 敬(CT)<sup>1)</sup>,  
森 秀夫(MD)<sup>2)</sup>, 三輪秀明(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】泌尿器細胞診報告様式2015において, 異型細胞判定は「異型細胞が出現しているが悪性疑い以上に診断できず, かつ, 陰性とも断定できない場合である」と定義されている。今回, 我々は当院における異型細胞判定について検討したので報告する。

【対象および方法】2016年1月~12月の自然尿細胞診1,891件の中で, 異型細胞判定となった117件を対象とし, 異型細胞判定とした症例の割合, その後の病理組織診で悪性となった症例数とその内訳, その後の病理組織診等で良性となった症例の臨床所見, 良性症例と低異型度尿路上皮癌の鑑別の可能性等について検討した。

【結果】2016年1月~12月に当院で異型細胞判定としたものは, 117件(6.2%)であった。その後の病理組織診で悪性となったものは, 46%で, その内訳はLGUC・24%, HGUC・19%, ACC・5%であった。HGUCは23件で, うち上部尿路上皮癌が7件存在していた。また, 病理組織診では確認されていないが, 半年後以降に膀胱や上部尿路に腫瘍を認めた症例が16件存在し, 異型細胞判定の60%に何らかの腫瘍性病変が存在していたことがわかった。良性症例の臨床所見で最も多かったものは膀胱炎で34%であった。

【考察】尿細胞診の異型細胞判定は婦人科細胞診のベセスダシステムとは異なり, 判定の割合が規定されていない。しかし, その判定はごみ箱的ではあってはならず, 判定の全体に占める割合を決めておくことが大切であろうと考えられた。



### W13-4 尿細胞診における免疫染色を用いた異型細胞の悪性度評価について

国立病院機構岩国医療センター<sup>1)</sup>, 国立病院機構福山医療センター<sup>2)</sup>, 国立病院機構四国がんセンター<sup>3)</sup>

○佐藤正和(PhD)<sup>1)</sup>, 清弘真弓(CT)<sup>1)</sup>, 有安早苗(PhD)<sup>2)</sup>, 岡本奈美(CT)<sup>3)</sup>

日常の尿細胞診において免疫染色が活用される機会は少ない。活用される多くは、異型細胞の由来や病原ウイルスの確認目的である。これまでに悪性度判定のために免疫染色を用いた報告は、MIB-1 や p53, CK20, 34βE12, p63, p16, FGFR3 などがある。いずれも組織材料での検討報告がなされているが、尿細胞診での検討は少なく一定した見解がなされていない現状である。高異型度尿路上皮癌に応用した場合の有効性は認めているが、低悪性度尿路上皮癌の場合は評価が難しいと思われる。今回、病理検査室で一般的に使用される抗体 (MIB-1, p53, CK20 等) を用い尿路上皮癌細胞の検出に有用であるかを検討し症例提示を含め報告する。検討に用いる症例は、組織学的に尿路上皮癌とされた術前尿細胞診症例と組織学的または臨床的に悪性所見を認めない良性尿細胞診症例について BD サイトリッチ処理標本にて比較する予定である。現在、検討途中にて結果の提示は出来ないが、正常時の尿路上皮において MIB-1 は、ほとんど陽性を示さず増殖活性が低い。よって正常尿中の MIB-1 陽性細胞は、ごく少数である。参考値ながら正常膀胱組織検体で MIB-1 陽性率は 0.6、低異型度尿路上皮癌組織で 7.3、高異型度尿路上皮癌組織で 15.7 という報告がある。そこから剥離してくる細胞においてはより陽性細胞数が少ないと推測される。CK20 においては、正常尿路組織でアンブレラ細胞のみが陽性を示す。悪性症例では、下層の細胞が陽性となるため基底型を示す尿路上皮細胞が CK20 陽性であれば悪性の指標となり得る。これらの所見が尿路上皮癌の診断に有用であるかを検証し、特に単離性の MIB-1 陽性細胞に着目し検討する予定である。

### W13-5 臨床の立場から

古賀病院 21 泌尿器科<sup>1)</sup>, 千葉県済生会習志野病院泌尿器科<sup>2)</sup>, 新古賀病院検査科<sup>3)</sup>, 新古賀病院病理部<sup>4)</sup>

○徳田雄治(MD)<sup>1)</sup>, 関田信之(MD)<sup>2)</sup>, 貞嶋栄司(CT)<sup>3)</sup>, 徳永 藏(MD)<sup>4)</sup>

低異型度尿路上皮癌(LGUC)の遺伝子学的な特徴として、FGFR3 の変化が 80%で見られ、高い乳頭状再発率を示す一方浸潤性増殖に乏しいことの裏付けとされる。筋層非浸潤性膀胱癌の治療方針のアルゴリズムは、深達度、異型度、併発 CIS の有無、再発の頻度、腫瘍数、腫瘍サイズなどのリスク分類因子を用い、遅滞なき確な治療が要求される高異型度尿路上皮癌(HGUC)の検出に重点をおいている。欧米では下部尿路の HGUC に特化して尿細胞診を利用する態度を The Paris System (TPS) の導入で明確にした。これらを踏まえ、臨床的立場から LGUC の検出についてコメントしたい。

当院での尿細胞診 1304 検体中、組織検体と対比可能な 166 検体では、LGUC の組織診断に至った 45 件の内訳は陰性 27 件、異型細胞 13 件、悪性 5 件であり、検出感度は 11%、陽性的中率 71%、陰性的中率 33%といずれも HGUC よりも低い結果であった。また尿細胞診で推定病変 LGUC としたうち、2 件で細胞異型度 G2 相当の HGUC が組織確認されたが、見直すと核クロマチン増量、核形不整、N/C 比大、核偏在、核腫大といった新報告様式の HGUC 主要所見を満たさなかったことが要因であった。

臨床現場では、その生物学的振る舞いから、検診、経過観察いずれも細胞診単独の精度を腹部超音波や内視鏡確認で補完している。LGUC をも極力診断する検査士の努力に敬意を表するが、むしろ HGUC を見逃さないことや、新報告様式による診断基準を用いた施設間の精度均てん化を共通認識してチェックをしていただくことが臨床側からの要望である。



## ◇ワークショップ 14

口腔細胞診 SIL を判定するために

## W14-1 口腔細胞診のサンプリングに関する諸問題

医療法人優和会おひさまにこここ歯科医院

○佐々木優(DDS)

2015年細胞診ガイドライン消化器・口腔では、報告様式として従来のPap.のクラス分類に代わって、低異型度・高異型度上皮内腫瘍性病変(LSIL・HSIL)を導入した判定区分が採用された。LSILは口腔粘膜で従来Class2とされた症例に癌が包含されていたことを是正するために設定され、腫瘍性変化を的確に判定し、次にとるべき臨床的な手法選択の指針となることを目的としている。スクリーニングとしての口腔細胞診の役割を考えると高次医療機関の歯科口腔外科医だけでなく、一般歯科医にも可能な“ユニバーサルな”検査法であることが求められる。不適正検体の少ない液状化検体細胞診(LBC)の普及は歯科・口腔領域にこそ必要で、サンプリングもそれに対応した方法となる。HPV感染拡大により口腔癌の罹患率が増加に転じた北米では、従来から一般歯科医によるブラシ細胞診によるスクリーニングが行われてきたが、最近ではLBCの導入が進みつつある。わが国の一般歯科医は、これまで日常診療で口腔癌症例と遭遇する機会は少なかったが、白色・赤色・潰瘍などの粘膜病変は積極的に細胞診を行い、早期の専門医受診の機会を逸しないようにすることが大切である。当院をはじめ宮城県内の一般歯科診療所でのLBCの普及の現状を紹介するとともに、LSIL・HSILの判定に大きく影響する適切なサンプリングについて考えてみたい。

## W14-2 口腔細胞診における標本作製法—直接塗抹法とLBC法の比較—

飯塚病院中央検査部形態検査室<sup>1)</sup>, 飯塚病院病理科<sup>2)</sup>

○川嶋大輔(CT)<sup>1)</sup>, 上原俊貴(CT)<sup>1)</sup>, 金谷直哉(CT)<sup>1)</sup>, 井上佳奈子(CT)<sup>1)</sup>, 桑岡 勲(CT)<sup>1)</sup>, 柴田大樹(MD)<sup>2)</sup>, 平木由佳(MD)<sup>2)</sup>, 大屋正文(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】口腔がん検診の普及とともに擦過細胞診の重要性は増す一方であるが、主に口腔細胞診が対象とする上皮内腫瘍や扁平上皮癌は粘膜表層の角化亢進のため細胞採取量が少なく、細胞診断に苦慮することがある。このため、細胞回収率に優れた液状化検体細胞診Liquid-based cytology (以下、LBC)への関心が高まり、その有用性に関する検討がなされるようになってきた。そこで今回われわれは、口腔上皮内腫瘍～扁平上皮癌を対象とした口腔擦過細胞診において、診断根拠とされる角化異型細胞、深層型異型細胞および癌真珠の出現有無に焦点をあて、LBCの有用性を評価した。

【対象】当院歯科口腔外科にて口腔擦過細胞診を施行した症例のうち、病理組織診断により口腔上皮内腫瘍～扁平上皮癌と診断された25症例を対象とした。

【方法】採取器具は歯間ブラシを使用し、直接塗抹標本作製した後にLBC標本作製するsplit-sample法にて標本作製を行った。LBC標本の作製には、MBL社製TACAS Ruby, TACAS slideを使用した。

【結果】病理組織診断にて上皮内腫瘍と診断された症例は8/25であり、2方法とも高い感度を示したが(直接塗抹法7/8, LBC法8/8)、直接塗抹法にて標本乾燥による検体不適が1例認められた。扁平上皮癌症例を含めても両者は高い感度を示したが(直接塗抹法23/25例, LBC法25/25例)、深層型異型細胞および癌真珠はLBC標本に多く出現する傾向が認められた。

【考察】2方法とも高い感度を示し、SILを推定することが可能と思われた。施設ごとの症例数やコスト面を考慮し標本作製法を選択することが望まれる。当日は、直接塗抹法およびLBC法の細胞像の比較を含め報告する。

### W14-3 WHO (2017) に基づく Oral epithelial dysplasia の病理診断

広島大学病院口腔検査センター

○小川郁子(DDS)

口腔悪性腫瘍の90%以上は扁平上皮癌(SCC)で、その前駆病変の的確な判定・診断とそれに基づく適切な対応は、患者の予後のみならずQOLの維持にも関わっている。WHO(2017)では口腔と舌の可動域に発生する前駆病変の病理診断名を Oral epithelial dysplasia (OED) (同義語: Squamous intraepithelial lesion) とし、SCC への進行のリスクの上昇に関係する構造学的ならびに細胞学的な上皮の変化と定義している。構造学的変化(構造異型)は扁平上皮の規則的な分化の異常を、細胞学的変化(細胞異型)は細胞の増殖や代謝の異常を表し、それぞれ8項目の顕微鏡的所見を挙げている。OEDは、これまでと同様に、異型のみられる上皮層のレベルにより mild, moderate, severe に分けられ、WHO dysplasia grade として記載されている。Carcinoma in situ は、severe dysplasia の同義語とされた。新しい点は、異型が上皮の下層1/3に限局していても高度であれば severe dysplasia の診断を認めたことで、これは、本邦で表層分化型あるいは分化型上皮内癌として提唱してきた病変に相当する。また、診断者間での grade 判定の不一致を改善する方策として Binary system を紹介している。観察される構造学的、細胞学的変化の項目数により Low-grade と High-grade dysplasia とに分け、moderate dysplasia は、そのどちらかに入るという位置づけであるが、実際の使用には今後の検証が必要としている。一方、上気道では Binary system を推奨し、Low-grade dysplasia は過形成と従来の mild dysplasia が該当し、その診断基準も OED とは異なる。以上のように、WHO(2017)では口腔に限定した用語や診断基準が提唱されており、隣接領域との違いを理解した上で使用する必要がある。

### W14-4 SIL の細胞像と組織像

公益財団法人がん研究会有明病院病理部

○佐藤由紀子(DDS)

口腔細胞診の判定は Papanicolaou 分類や3段階分類が広く用いられてきた。婦人科領域で新たに創設されたベセグ分類が用いられるようになり、口腔では Papanicolaou 分類に替わる新しい判定法が必要となった。2015年の細胞診ガイドライン5(口腔/唾液腺/消化管/肝胆道系/膵臓)において、口腔粘膜疾患における細胞診判定区分が示された。まず、検体不適正(inadequate)および検体適性(adequate)に区分される。検体適性では5つの区分に分けられている。そのなかの OLSIL は oral low-grade squamous intraepithelial lesion or low-grade dysplasia の略で、低異型度上皮内腫瘍性病変あるいは上皮異形成相当、OHSIL は oral high-grade squamous intraepithelial lesion of high-grade dysplasia で、高度異型度上皮内腫瘍性病変あるいは上皮異形成相当のものである。この細胞像は約8項目で判定される。しかし、口腔粘膜に発生する悪性腫瘍では本邦で報告している表層分化型の癌では表面は異型の弱い細胞からなり、深部では増殖、浸潤しているという場合もあり、偽陰性と判定されると想像される。このような場合には細胞診では正常に近い細胞が採取されることになり、病理組織学的診断とは乖離した判定になることは1880年代より指摘されている。また、WHO2017年では口腔と舌の可動域に発生する前駆病変の病理診断が変更となり、それに合わせた細胞診判定の見直しが必要となる。今回は病理診断と細胞判定の対比を行い、問題点の抽出を試みたいと考える。

## ◇ワークショップ 15

これからの子宮頸がん検診を考察する ー液状化検体細胞診ー

## W15-1 子宮頸部液状化検体細胞診を用いた臨床研究

東邦大学医療センター大橋病院婦人科

○久布白兼行(MD)

子宮頸部液状化検体細胞診(Liquid-based cytology; LBC法)は、細胞診の精度向上が期待されてきた。現在のところLBC法では従来法に比べ不適正標本が減少し、またLBC法と従来法においてCIN2以上に対する感度や特異度は、差がないとする報告が多い。しかしLBC法では、従来法に比べCIN2、CIN3の検出率が上昇したとの報告もみられることから、この点に関して『産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編 2017』では今後のデータの蓄積が待たれる、とされている。子宮頸部LBC法を用いて国内外で多施設共同研究が行われている。欧州5か国の多施設共同研究、Primary ASC-US LSIL Marker Study (PALMS)では、p16/Ki-67の二重免疫染色はASC-USとLSIL症例のトリージに有用であることが報告されている。また我が国においては、日本臨床細胞学会の臨床試験として細胞診とHPV併用検診の有用性が検討されている。婦人科悪性腫瘍研究機構のJGOG-1073試験においてp16/Ki-67の二重免疫染色はASC-USとLSIL症例のトリージに有用であるか検討された。本研究ではCIN2以上の高度病変に対する感度はp16/Ki-67の二重免疫染色、13種類のHPV検査、8種類のHPV検査の間で有意差は認められなかった。一方、特異度はp16/Ki-67の二重免疫染色と2種類のHPV検査の間で有意差が認められた。従って、CIN2以上の高度病変を検出するためにp16/Ki-67の二重免疫染色はHPV検査に比べ高い特異度を有する可能性が示唆された。

## W15-2 液状化検体細胞診による子宮頸部擦過細胞診の品質管理とベストプラクティス

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>1</sup>、東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科<sup>2</sup>、東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部<sup>3</sup>、東京慈恵会医科大学産婦人科学講座<sup>4</sup>、東京慈恵会医科大学附属柏病院病院病理部<sup>5</sup>、東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所分子病態検査学分野<sup>6</sup>、東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>7</sup>

○梅澤 敬(CT)<sup>1</sup>、原田 徹(MD)<sup>1</sup>、落合和彦(MD)<sup>2</sup>、清川貴子(MD)<sup>3</sup>、鷹橋浩幸(MD)<sup>3</sup>、山田恭介(MD)<sup>4</sup>、落合和徳(MD)<sup>4</sup>、岡本愛光(MD)<sup>4</sup>、春間節子(CT)<sup>5</sup>、沢辺元司(MD)<sup>6</sup>、池上雅博(MD)<sup>7</sup>

子宮頸部擦過細胞診は、その検体処理法から従来法とliquid-based cytology(以下:LBC)の2種類にわけられ、同一病変でもLBCの種類や採取器具によって細胞採取量や細胞像が異なる。そのLBCとは、検体回収法~評価までのプロセスを総括したものであり、全工程がシステムにより管理されたものである。慈恵医大では、採取器具にはサーベックスブラシを用い、BD シュアパスシステムで標本作製を実施している。BD シュアパス法では、検体の精製純度を上げるため、分離試薬を用いた遠心分離による密度勾配法で、検体中の夾雑物を除去する点が他のLBCとの大きな違いである。標本は径13mm円内に集められることから、所見が狭い範囲に圧縮され、出現様式、個々の細胞所見など詳細な細胞所見が得られる。また、LBCは残り検体を用いてHR-HPV遺伝子検査(HR-HPV核酸同定検査及びHR-HPV核酸タイピング検査)をはじめとする分子生物学的検索に利用できるといった優れた検査システムである。臨床研究や慈恵医大病院へのLBC導入後の検体不適正率とその要因、病変の検出率などの成績、及び余剰検体を用いHR-HPV検出およびHR-HPVタイピング検査の意義を検証したので報告する。BD シュアパス法は、検体不適正を0に近づけるためのシステムを作り、不適正が発生しても原因を追究し速やかに改善に結びつける仕組みを確立でき、依頼から報告までの全工程の監視・管理が可能である。これからの子宮頸がん検診の処理技術としては、細胞成分の精製純度を上げる密度勾配法と、荷電による強固な細胞吸着を用い、その高い液状処理技術のベストプラクティブの共有は、標準化された優れた手法であると考えられる。

### W15-3 対策型子宮頸がん検診における液状化検体法の評価

新潟南病院産婦人科

○児玉省二(PhD)

【目的】新潟県の対策型子宮頸がん検診の検体処理法は、液状化検体法が95%以上を占めているが、検診成績からその有用性を評価すること。

【方法】新潟県では、平成17年度から不適正標本の評価を導入している。平成16年度から平成26年度にかけて、液状化検体数、不適正率、要精検率、精検受診率、がん発見率の年度推移から動向を分析した。全例が液状検体法である新潟市での成績も解析をした。

【結果】標本作成別割合は、平成17年度は63,333件(液状化検体法31.0%、直接法69.0%)、平成26年度は液状化検体72,931件(96.5%)、直接塗抹法2,643件(3.5%)であった。不適正標本割合は、平成17年度の19.9%から平成26年度には0.03%に激減した。平成26年度の検体作成法別では、1)不適正率、2)がん発見(人口10万対)、3)異形成発見(人口10万対)は、1)a直接法0.23%(初診0.55%、再診0.06%)、b液状法0.03%(初診0.04%、再診0.02%)、2)a直接法113.5(初診220.8、再診57.6)、b液状法111.1(初診223.5、再診38.4)、3)a直接法832.4(初診1103.8、再診690.8)、b液状法976.3(初診1665.9、再診530.5)であった。新潟市は全例液状検体法で、平成26年の初診・再診別の2)がん発見と3)異形成発見は、2)198.8(初診296.4、再診70.2)、3)1702.9(初診2294.8、再診922.1)であった。がん発見が平成26年から低下を示したのは、初診・再診がともに液状法導入後の影響も考えられた。新潟市の精検受診率は、暫定値70.5%から2年追跡で93.9%に上昇した。

【結論】対策型子宮頸がん検診の細胞診精度は、液状検体法の導入で不適正標本が減少し、がん発見は継時的に増加したのち下降し、初診・再診者で減少した。精検受診率の向上を目指すには、2年間の追跡調査が重要である。

### W15-4 子宮頸がんの液状化検体細胞診をめぐる当院の取り組み

大阪国際がんセンター病理・細胞診断科<sup>1)</sup>、大阪国際がんセンターがん対策センター疫学統計部<sup>2)</sup>

○久保千明(MD)<sup>1)</sup>、長田盛典(PhD)<sup>1)</sup>、中山富雄(PhD)<sup>2)</sup>、中塚伸一(PhD)<sup>1)</sup>

近年、子宮頸がん発生とhuman papillomavirus (HPV)感染との関連メカニズムが解明され、海外では検診精度の向上と、受検間隔の延長を目指したHPV-DNA検査と細胞診の併用(トリアージ)やHPV-DNA検査単独での検診が進んでいる。子宮頸部擦過細胞診の液状検体法(Liquid-based cytology [LBC])は、従来法とほぼ同等の精度を示し、がん検診ガイドラインなどで対策型および任意型検診としての実施が推奨されている。LBCは、標本作製の均一化によって検体不適正を回避させ、検鏡条件を改善させるとともに、保存液の2次利用によるHPV-DNA検査や免疫細胞染色にも有利と考えられる。当院では2014年4月にロシュ社のCellprep<sup>®</sup>を用いたLBCを始め、ベセスダシステム2001に準拠して判定している。地域医療連携を基盤とするがんセンターとして、患者のほとんどは初診時からの精査や治療を前提とするため、その後の経過観察にも適したLBCの精度向上に努めている。特にLBC導入当初から、初診患者については従来法との併用擦過細胞診を続けており、腺上皮病変などの判定困難例ではLBC標本と比較検討している。また、ASC症例を中心にp16/Ki-67二重免疫染色(CINtec<sup>®</sup> PLUS Cytology Kit)を行い、切除検体の病理組織像とも比較して、細胞診断を追加検証している。本邦では、子宮頸がん検診の受診割合が低いことが慢性的課題であり、細胞診における鑑別困難例を的確に診断することが一層求められる現状の中、子宮頸がんのLBCをめぐる当院の取り組みを紹介する。



## ◇国際フォーラム (Global Asia Forum)

**The Relation and Limitation between Cytology and Histology****GAF-1 Usefulness of biliary juice Liquid-based cytology**

Department of Diagnostic Pathology, Kurume University Hospital, Kurume, Japan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Kurume University School of Medicine, Kurume, Japan<sup>2</sup>, Shin-Koga Hospital, Medical Corporation Tenjinkai, Kurume, Japan<sup>3</sup>, Division of Gastroenterology, Department of Medicine, Kurume University School of Medicine, Kurume, Japan<sup>4</sup>, Department of Pathology, Omuta City Hospital, Omuta, Japan<sup>5</sup>

○Yoshiki Naito (MD, PhD)<sup>1,2</sup>,  
Akihiko Kawahara (CFIAC, PhD)<sup>1</sup>,  
Eiji Sadashima (CT, PhD)<sup>3</sup>, Yorihiro Takase (CT)<sup>1</sup>,  
Yoshinobu Okabe (MD, PhD)<sup>4</sup>,  
Kazuhide Shimamatsu (MD, PhD)<sup>5</sup>,  
Hirohisa Yano (MD, PhD)<sup>2</sup>, Jun Akiba (MD, PhD)<sup>1</sup>

**【Background】** The current study aimed at the comparison of bile juice Liquid-Based Cytology (BJ-LBC) and biliary biopsy (BB) for the diagnosis of intrahepatic or hilar cholangiocarcinoma (intra/H-CC).

**【Materials and methods】** Between January 2014 and December 2016, a total of 57 patients undergone endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for the diagnosis of biliary disease. Bile juice samples were processed by LBC using Sure Path system and subsequently BB were performed. All patients were histologically confirmed as 18 extrahepatic cholangiocarcinoma, 17 intra/H-CC, 8 other malignant disease and 14 benign biliary disease. The diagnosis of BJ-LBC and BB fell into 4 categories: 1) "benign", 2) "indeterminate", 3) "suspicious for malignancy/malignant" and 4) "inadequate". In addition, diagnostic accuracy was compared between BJ-LBC and BB.

**【Results】** While 23% (13/57) of BB were inadequate, all BJ-LBC cases were adequate. Among 43 malignant cases, 11 normal, 4 indeterminate and 28 suspicious for malignancy/malignant were found in BJ-LBC (26%, 9%, and 65%, respectively). In contrast, 10 inadequate, 9 normal, 10 indeterminate and 14 suspicious for malignancy/malignant were observed in BB (23%, 21%, 23% and 33%, respectively). The identification of malignant cells was strikingly different between BJ-LBC and BB. Furthermore, limited to intra/H-CC, diagnosis of cancer was significantly higher by BJ-LBC than by BB ( $P < 0.001$ ).

**【Conclusions】** BJ-LBC had an advantage over BB for detection of malignant cells and accurate diagnosis of intra/H-CC.

**GAF-2 A Case Report : Angiosarcoma in Breast Fine-Needle Aspiration Cytology**

Department of Pathology, Chung-Shan Medical University Hospital, Taiwan

○Yi-Ju Lee (CT)

Breast sarcoma, excluding phyllodes tumor, is an extremely rare and heterogeneous group of malignancies, constituting less than 1% of total breast malignancies. Angiosarcomas account for fewer than 0.05% of all malignant mammary tumors. Angiosarcomas of the breast are commonly seen secondary to radiation therapy; they are also associated with postoperative lymphedema. In comparison, primary angiosarcomas are relatively rarer. The diagnosis of angiosarcoma in fine needle aspiration cytology (FNAC) is difficult due to its rarity and its variable cytologic findings. A 51-year-old female patient was admitted to our hospital with complaint of pain and lump mass in the right breast for 3 months. In aspirated smear, it revealed obvious features of malignancy, some were characteristic for angiosarcoma, such as abundant bloody background with hemosiderin deposition, three-dimensional, multilayered, microtissue fragments with prominent lining cells composed of intracytoplasmic lumen or degenerated vacuoles.

Biopsy showed angiosarcoma composed of poorly differentiated vascular channels composed of hyperchromatic endothelial cells. Immunohistochemical stain demonstrates CD31 (+), CK (-) for endothelial cells.

Angiosarcoma is formerly known as hemangiosarcoma or lymphangiosarcoma. The breast is one of the most common of angiosarcoma. Angiosarcomas are difficult to recognize from FNA smears due to its rarity in internal organs and lack of characteristic cell features. Meticulous core biopsy and immunohistochemical approach are effective to differentiate primary angiosarcoma of breast from other malignant lesions of breast.



**GAF-3 Lymphoma cases in EBUS-TBNA slides and usefulness of making cell blocks**

Department of Pathology, University of Ulsan College  
Medicine, Asan Medical Center  
Seoul, Republic of Korea

○Young-Jae Oh (CT), Kyung Hee Shon, Myong Ja Jeon,  
Young Joo Kim, Ji Yoon Eum, Kwang Pyo Hong,  
Eung-Soo Eo, Jae-Ho Kim, Kyung-Ja Cho

**【Background】** EBUS-TBNA has usually been used for investigating impalpable body tissues or lymph nodes inside the chest without having to undergo an operation. It can come in handy to determine not only whether the nodule is a lymph node or not, but also is benign or malignant. However, it is occasionally impossible to diagnose with only cytological tests. Hence, both cytomorphology screening and making a cell block for immunohistochemical staining or molecular pathologic test are important.

**【Methods】** We retrospectively reviewed 26 cases of EBUS-TBNA cytology slides from 13 patients. The slides were produced from Jan. 2013 until May. 2017 and confirmed as a type of lymphoma by histopathology investigation. Cell blocks of 4 patients were subjected to immunohistochemical staining.

**【Result】** 11 patients (84.6%) had the same results between histopathology and cytology test. The remaining 2 patients were finally confirmed as a type of malignant lymphoma in the other areas of the lymph nodes. Two patients were diagnosed as 'negative' in bronchoscopic biopsy. Meanwhile, cytology results were 'Highly suggestive of malignant lymphoma' and 'S/O Hodgkin lymphoma or EBV(+) DLBCL' respectively. The latter was classable due to immunohistochemistry staining by using cell block.

**【Conclusion】** Bronchoscopic biopsy and cytology methods could be mutually complementary. Although the final result of a patient is usually decided by bronchoscopic biopsy, sometimes we cannot obtain specimen for histopathological examination. Therefore, when histopathological sample volume is not guaranteed sufficiently or cytological specimen is plenty, making cell block could be helpful for both making result and classification of lymphoma.

**GAF-4 The Corelation of Cytology and Histology in Rajavithi Hospital**

Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

○Thiti Kuakpaetoon (MD)

The relation and limitation between cytology and histology in the past three years in Rajavithi Hospital where is the flagship and supratertiary hospital of the Ministry of Public Health of Kingdom of Thailand will be studied. So this may represent the information of the principal hospitals in Thailand. The main purpose is the concordance of the cytological and histological diagnoses. The other related points are ability to diagnose the malignancy in varieties of specimen type and their immunohistochemistry expression, the benefit of cytological study over histology study and in vice versa will be included.

## GAF-5 A snapshot of how gynaecologic cytology - histology correlation works at the laboratory level to drive quality assurance within a National Screening and Cancer Registry Programmes in New Zealand

LabPlus, Auckland Hospital, New Zealand

○Amanda Charlton (MD)

The National Cervical Screening Program<sup>1</sup> (NCSP) was established in New Zealand in 1990, to provide a robust framework which consists of quality standards, audit and centralised data. Over 73 percent of women aged between 20 and 69 years have 3 yearly liquid based cervical cytology. The number of women who die from cervical cancer in New Zealand has fallen by 66 percent since the NCSP began in 1990. The operation of the NCSP is mandated by an Act of Legislation. The policy and process of cytology-histology correlation for quality control, within the National Cervical Screening Program, and National Cancer Registry,<sup>1</sup> will be illustrated by snapshots of the following areas :

1. Performance indicator L5 : The accuracy of negative cytology. Following high grade or cancer histology, mandatory review of all negative or unsatisfactory cytology within the preceding 42 months. Target : not more than 10% cytology upgraded to HSIL or more.
2. Performance indicator L4 : The accuracy of cytology predicting HSIL/SCC on histology. Target is 65-85%
3. Standard 514 : Histopathologist has full cytology history at the time of reporting the gynaecological biopsy.
4. Structured reporting of cervical histology using Royal College of Pathologists of Australasia protocol, including HSIL/LSIL terminology.<sup>2</sup>
5. Standard 519 : histology is coded by the Pathologist into Topography, Morphology and Procedure SNOMED codes, reports are collated by the NCSP.

### 【References】

1. Ministry of Health. 2015. National Cervical Screening Programme Policies and Standards : Section 5 : Providing a Laboratory Service. Wellington, New Zealand : Available from <https://www.nsu.govt.nz/health-professionals/national-cervical-screening-programme/policies-and-standards>
2. Royal College of Pathologists of Australasia. Structured Reporting Protocol for Excisions and Colposcopic biopsies performed for the diagnosis and treatment of pre-invasive cervical neoplasia. 1<sup>st</sup> edition, March 2017. Available from <https://www.rcpa.edu.au/getattachment/5fb41b42-8c42-43c4-bc7e-bc354ffe3fb/Protocol-Cervical-pre-neoplasia.aspx>

## ◇感染対策セミナー

病理検査業務における感染対策の理念と実際

福岡大学病院感染制御部

○高田 徹 (MD)

病理検査部門では細胞診検体処理、術中迅速組織検査、病理解剖など高い感染リスクを伴う未固定の検体を扱う業務が日常的に行われている。中でも結核症のリスクは高く、我が国でも嘗て剖検時を中心に病理医・技師の結核罹患率は一般職員と比較して高い率を示していたことが複数報告されている。

医療従事者であれば手指衛生をはじめとする標準予防策や感染経路別予防策は、学生時代に必修カリキュラムとして履修する項目である。実際、過去20年間バイオセーフティーの観点から感染予防策や施設整備の重要性の概念は広く普及し、多くの面で標準化も進んでいるものと思われる。

実際の業務において目に見えない病原微生物に対して適切に感染防止対策が遵守されるためには、主要な病原体の特徴(感染経路)と高い感染リスクを伴う業務工程を十分理解した上で、標準予防策+感染経路別予防策や安全キャビネットの運用などをタイムリーに行うことが重要である。搬送される検体容器などの各種医療器材や手指高頻度接触面を中心とする環境が病原体のリザーバーとなることがあり、日常的にこれらの整備・消毒を適切に行うことも不可欠である。医師からの情報提供や細菌検査等と検体を共有する場合には部門間の適切なコミュニケーションも重要な要素となる。

本講習会では、バイオハザードのリスクの高い業務場面や問題となる頻度の高い病原体を中心に、基本的な感染対策の実践に関する考え方の基本についてお話しいたす。

## ◇医療倫理セミナー

## 医療倫理の基本

東北大学大学院医学系研究科医療倫理学分野

○浅井 篤(MD)

医療倫理学の目的は、医療専門職・医学研究者が生命・医療倫理に関する基本的知識を身に付け、各々の現場における倫理・法・社会・心理・文化・宗教的な諸問題を的確に認識し、倫理的不確実性と価値観の衝突が存在する状況で生じる諸問題に、適切かつ迅速に対応することで、患者ケア、医療および医学研究活動の包括的アウトカムを向上させることである。倫理的不確実性と価値観の衝突が存在する状況で、「より善い」または「他よりも悪くない」決定が目指されなければならない。関係者は、事実と関連重要情報の確認および関係者間のコミュニケーション（多職種間での話し合い、患者側との話し合い）を必須のプロセスとして行い、それらを踏まえた上で、倫理原則や重要概念を手摺に価値判断を下すことが重要である。そして、すべての個別見解が何かしら考慮されるという形で、個別の見解の偏りを越えた見解を目指すことが肝要であろう（Brinbacher D, 2010）。また人間の弱さに配慮したテイラーメイドな意思決定支援とバランス・中庸の大切さも忘れてはならない。我々が常に勘案すべき倫理原則には、自律尊重、基本的自由、利益と害の適切なバランス維持、無害、正義（公正）、プライバシー、人間の尊厳（尊敬の念、丁寧な対応、社会的文化的価値尊重、British Medical Association (BMA), 2004年）、人間の脆弱性に基づく保護の必要性、連帯、人権擁護、文化の多様性と多元主義の尊重、そして医のプロフェッショナルリズムがある。BMAはまた「治療上のよい理由がないのなら、患者は医学的介入から自由であるべきである。」と述べている。今回は上記内容を含め、医療倫理の基本について述べる。

## ◇細胞診専門医セミナー

## 安全管理のあり方

(公財) 日本医療機能評価機構／九州大学病院

○後 信(MD)

日本医療機能評価機構が運営する医療事故情報収集等事業は、法令に基づく医療事故、ヒヤリ・ハットの報告制度である。本事業では、様々な技術的なテーマを取り上げて質的な分析を行ってきた。本学会に特に関連する分析としては、例えば「病理に関連した医療事故」がある。病理に関する医療事故の検体には、細胞診標本の他、手術標本、生検標本、術中迅速組織診標本等があった。また事故の概要としては、「検体提出忘れ」「検体紛失」「検体の混入」「検体取り違い」「判定間違い」「検査結果見忘れ／見落とし」等があった。また当事業は、繰り返し報告される医療事故に関し、事例の紹介、背景要因の分析、改善策の紹介を行っている。2016年には「病理診断時の検体取り違い」について特に取り上げたので、その内容も含めて紹介する。最近、放射線検査のレポートの伝達ミスにより癌治療の開始が遅れ、重大な健康被害が生じた事例が報道された。演者の所属医療機関が属する国立大学医学部附属病院グループにおいても当該事例は注目されており、相互の訪問調査事業の今年度のテーマとされている。そこで、病理検査についても、同種事例の発生のリスクを低減させることの重要性についても述べる。医療事故情報収集等事業は、エラーに学ぶ考えに基づく、医療の質・安全を確保するためのツールのひとつである。医療機関からの個別の事例報告が基盤となることから、日本の医療者が支える医療安全のインフラとも言える。その成果は、近年、国際的にも高く評価されている。WHOの会議や国際学会、行政のハイレベル会合における、同事業のプレゼンスについても述べる。

## ◇地域推薦演題 1 泌尿器・腎臓・膀胱

## 地域 1-1 Rhabdoid feature を伴う腎細胞癌の 1 例

洛和会音羽病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 洛和会音羽病院病理診断科<sup>2)</sup>

○穴吹昌枝(CT)<sup>1)</sup>, 吉田優美(CT)<sup>1)</sup>, 吉岡沙織(CT)<sup>1)</sup>,  
佐野 守(CT)<sup>1)</sup>, 安井 寛(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】尿細胞診は尿路上皮癌の診断において非常に簡便かつ有用で一般的な検査である一方、腎細胞癌の診断は非常に困難である。我々は、腎細胞癌が尿管転移をきたし腎盂カテーテル尿細胞診より診断に至った 1 例を経験した。症例は rhabdoid feature を伴う腎細胞癌であった。rhabdoid feature は、封入体様の厚い好酸性細胞質と偏在した腫大核が特徴的で、独立した予後不良因子とされる。今回、カテーテル尿による本症例の細胞学的特徴を提示し組織像と比較し報告する。

【症例】膀胱癌の既往がある 71 歳男性。左側腹部痛を主訴に当院受診。CT 等が施行され腎腫瘍を認めた。また、尿管鏡検査にて左の腎盂尿管移行部に結節状腫瘍が認められ、臨床的に尿管癌もしくは腎癌の転移が疑われた。

【細胞所見】<腎盂カテーテル尿細胞診：Pap>核腫大、核形不整、核小体腫大・多発、クロマチンは細顆粒状～顆粒状を呈し核偏在傾向を示す大型異型細胞がみられた。広い細胞質を有し核周囲はライトグリーン好性で重厚、辺縁はレース状で繊細に広がり、明瞭な 2 層性を示していた。

【組織所見】<後腹膜鏡下にて左腎および尿管摘出>左腎の上極約 2/3 に黄白色実質性腫瘍がみられ一部境界不明瞭であった。線維化を伴う G2 相当の成分と、G3 相当の high-grade な成分が混在してみられ、後者は淡明～やや暗調な細胞質を有し明瞭な核小体を有する細胞で構成されていた。また、尿管粘膜にポリープ状腫瘍をみとめ腎内の high-grade な腫瘍成分に類似しており、転移巣と考えられた。

【まとめ】rhabdoid feature は腎細胞癌の約 5% に合併すると報告されており、その細胞学的特徴を念頭に置いておくことは重要である。

## 地域 1-2 カテーテル尿細胞診における抗体パネル (CK20・CK5/6・p53) の有用性

松山赤十字病院

○三好陽子(CT), 窪田裕美(CT), 石原香葉子(CT),  
坂本真吾(CT), 門屋孝志(MT), 古本好江(CT),  
高石治彦(CT), 飛田 陽(MD), 大城由美(MD)

【はじめに】カテーテル尿（以下カテ尿）細胞診は、機械的刺激により集塊で出現するため診断に苦慮することが多い。一方、大型集塊が採取され組織構築を推定しやすい利点もある。そこで、尿路上皮癌のマーカーとして報告のある免疫染色抗体 3 種類 (CK20・CK5/6・p53) を用いて、組織診と細胞診の染色パターンを同定し、良悪の鑑別に対する有用性を検証する。

【対象・方法】2011 年～2017 年に当院で施行されたカテ尿細胞診症例で、組織診も行われた全 44 例（尿路上皮癌 41 例・良性 3 例）について組織標本、LBC 標本による上記 3 種類の免疫染色を行った。

【結果】組織診で尿路上皮癌と診断された 41 例は、1) CK20 全層(+)CK5/6 全層(-)を示す CK20 陽性パターン 34% (14/41), 2) CK20 全層(-)CK5/6 全層(+)を示す CK5/6 陽性パターン 24% (10/41), 3) CK20, CK5/6 共に全層(-)を示す陰性パターン 12% (5/41), 4) CK20, CK5/6 共に全層(+)を示すパターン 3% (1/41) に分類でき、低異型度尿路上皮癌 4 例も含まれた。しかし、27% (11/41) は上記 4 パターンには分類できなかった。p53 は 33% (13/41) に強陽性を示した。良性 3 例全例で、CK20 は表層のみ(+), CK5/6 は基底側 1/3 程度陽性と悪性例と違った態度を示し、p53 強陽性を示す例もなかった。細胞診検体において出現集塊（細胞 10 個以上）は、上記 4 つの尿路上皮癌の組織パターンを反映した全体(+)および全体(-)集塊数の偏りが見られ、尿路上皮癌を推定できたが、出現数が少ない症例では、判断が難しかった。

【まとめ】抗体パネルにより尿路上皮癌の約 7 割がパターン化でき、カテ尿細胞診に出現する尿路上皮集塊にも反映することが示唆された。カテ尿細胞診における抗体パネルの併用は、形態所見だけでは判定が難しい尿路上皮集塊の良悪の鑑別に有用と考える。



### 地域 1-3 尿細胞診で転移性腫瘍とした細胞像の免疫染色による検討

岩手県立中央病院病理診断センター

○金子実幸(CT), 平山主税(CT), 山田孝弘(CT),  
北條寛尚(CT), 渡邊陽子(CT), 高橋一博(CT),  
八重樫弘(DDS), 佐熊 勉(MD)

尿細胞診において尿路上皮癌(UC)以外の carcinoma が疑われた場合, 形態的特徴に加え, UC の典型像との乖離や臨床情報から総合的に推定している. 今回我々は過去に転移性腫瘍とした9症例について免疫染色を行い, 細胞診断の妥当性を検討した.

#### 【対象と方法】

対象は当院尿細胞診検体において, 2015年1月から2016年10月までに転移性腫瘍と診断した症例のうち9例 {大腸癌3例(以下1~3)・前立腺癌3例(4~6)・悪性リンパ腫1例(7)・乳癌1例(8)・類内膜腺癌G3 1例(9)}. 免疫染色にはマリノールによる細胞転写法を用いた.

#### 【細胞像と免疫染色の結果】

1~3: 背景は壊死性. 集塊では柵状配列を認める. 細胞は類円形~円柱状. 核は楕円~長円形, クロマチン増量が著明. CK20(+), CDX2(+), ないし(-)

4~6: 集塊は配列不整で不規則重積を示す. 細胞は小型で細胞質は淡明, 核の緊満腫大, クロマチンの顆粒状増量を示し, 明瞭な核小体を認める. PSA(-), P504S(+), ないし(-)

7: 上皮性結合はみられず, 大きさは成熟リンパ球の2~3倍. クロマチン増量. CD20(+), CD79a(±)

8: 細胞質は淡明, 核は偏在性で核形不整を示し, ICL様の構造や相互封入像をみる. ER(+), PgR(+)

9: 集塊の配列は不整で不規則重積を示す. 細胞はやや小型でN/C比は高い. 細胞質は淡明, 核形不整やクロマチン増量, 明瞭な核小体をみる. ER(-), PgR(-), Vimentin(+)

#### 【まとめと考察】

前立腺癌とした症例ではP504S陰性例があった. 類内膜腺癌G3とした症例では, 生検標本で同様に免疫染色を行った結果, ER・PgRともに陽性細胞と陰性細胞が混在しており, 染色結果の評価が困難であった. 今回の試みによって9症例中7症例で細胞診断の妥当性が確認され, 2症例は確認することができなかった.

### ◇地域推薦演題2 肝・胆・膵・消化器1

#### 地域 2-1 胆嚢原発神経内分泌癌の1例

久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門<sup>2)</sup>

○多比良朋希(CT)<sup>1)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>1)</sup>, 内藤嘉紀(MD)<sup>1)</sup>,  
安倍秀幸(CT)<sup>1)</sup>, 山口知彦(CT)<sup>1)</sup>, 福満千容(CT)<sup>1)</sup>,  
高瀬頼妃呼(CT)<sup>1)</sup>, 村田和也(CT)<sup>1)</sup>, 吉田友子(CT)<sup>1)</sup>,  
岡部義信(MD)<sup>2)</sup>, 秋葉 純(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】胆嚢原発神経内分泌癌は全胆嚢腫瘍の2%以下と稀であり, その細胞学的報告例は少ない. 今回, 我々は術前の内視鏡的胆管造影(ERC)下胆嚢内洗浄細胞診で腺癌を疑い, 病理組織学的に神経内分泌癌と診断された症例を経験したので報告する.

【症例】患者は70歳の女性である. 糖尿病で外来経過観察中に腹部超音波で胆嚢壁の肥厚を指摘された. その後の精査で胆嚢底部から頸部にかけて壁肥厚を認め, 胆嚢内洗浄細胞診が施行された.

【細胞所見】採取検体はCytoRich redで固定し, Sure-Path法で処理した. 壊死物質を背景に, 胆嚢上皮細胞の集塊が散見された. これらの一部は核腫大し, 軽度核不整や明瞭な核小体が認められた. また, 標本中には, 円形から類円形核を有する小型裸核状細胞が孤立散在性に多数認められた. 小型裸核状細胞は胆嚢上皮細胞の形態変化と判断し, 腺癌と診断した.

【組織所見】腫瘍は充実性に増殖し, 毛細血管が介在していた. 個々の腫瘍細胞は小型裸核状を呈し, 粘液産生は見られなかった. 免疫組織化学において腫瘍細胞はCD56, synaptophysin, chromograninに発現を示し, MIB1標識率は85%であった. 胆嚢粘膜上皮は部分的に軽度核腫大していたが, MIB1にほとんど発現を示さなかった. 以上より神経内分泌癌と診断した.

【考察】神経内分泌癌は, 出現様式に着目し, 腫瘍細胞が主に小型裸核状を呈して結合性が低下している場合は, 神経内分泌腫瘍の可能性を考慮して複数の抗体を用いた免疫細胞化学を施行することが肝要と思われた.

【まとめ】神経内分泌癌は胆嚢に発生する可能性があることを認識しておく必要がある.



## 地域 2-2 膵腫瘍性病変の膵穿刺細胞診と生検組織との比較検討

鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 鹿児島大学医学部病理学分野<sup>2)</sup>

○平木 翼(MD)<sup>1)</sup>, 東美智代(MD)<sup>1)</sup>, 霧島茉莉(MD)<sup>1)</sup>, 後藤優子(MD)<sup>2)</sup>, 北園育美(MD)<sup>2)</sup>, 宿里亜李沙(CT)<sup>1)</sup>, 窪田恵美(CT)<sup>1)</sup>, 竹下かおり(CT)<sup>1)</sup>, 西田ゆかり(CT)<sup>1)</sup>, 田中和彦(CT)<sup>1)</sup>, 飛田 陽(MD)<sup>2)</sup>, 谷本昭英(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】近年, 膵腫瘍に対し超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)が普及し, 術前・非切除例でも病理学的検索が行われる. 大部分の症例で細胞診と生検の診断が一致するが, 不一致例も存在する. 今回, 当院でEUS-FNAが行われ, 細胞診及び生検が施行された症例に対し, 一致率を調査した. 不一致例では, 特に切除症例を中心に組織像や臨床病理学的因子との関連について検討した.

【対象】2012年から2016年に当院でEUS-FNAにて細胞診及び生検が施行された414症例を用いた. 生検標本はHE染色, 細胞診標本はLBCを使用しPapanicolaou染色を行った. 細胞診では通常, 判定に十分な細胞量がない検体を“判定不能”とし, 細胞量が十分な検体を“正常或いは良性, 鑑別困難, 悪性の疑い, 悪性”と4段階で評価するが, 今回は“判定不能, 正常或いは良性”を細胞診陰性, “鑑別困難, 悪性の疑い, 悪性”を細胞診陽性とした.

【結果】368例で細胞診と生検結果は一致していた(89.9%). 不一致例は46例(10.1%)で, 細胞診陽性・生検陰性9例, 細胞診陰性・生検陽性37例であった. 不一致例では細胞量・組織量が少ない症例が多かった. 細胞診陽性・生検陰性9例のうち, 手術或いは臨床的に浸潤性膵管癌(IDC)と判断し得たのは7例で, 4例が切除された. 細胞診陰性・生検陽性37例のうち, 手術或いは臨床的にIDCと判断し得たのは18例で, 3例が切除された. 切除検体を評価しえた7例では, いずれも小嚢胞或いは大型の管腔形成を認めた.

【考察】細胞診と生検結果の不一致例は, 細胞量・組織量が少なく診断困難な症例であった. 全体の組織像が評価し得た切除症例では小嚢胞或いは大型の管腔形成が目立ち, 細胞量の少なさや粘液産生, 軽度の核異型との関連が示唆された.

## 地域 2-3 膵腺房細胞癌の1例

埼玉医科大学総合医療センター病理部

○阿部藍子(CT), 日下卓万(CT), 青木智章(CT), 大野優子(CT), 大澤久美子(CT), 松野和子(CT), 木内恭子(CT), 花見恭太(CT), 阿部倫子(CT), 扇田智彦(CT), 菊地 淳(MD), 増田 渉(MD), 百瀬修二(MD), 田丸淳一(MD)

【はじめに】今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下EUS-FNA)にて全膵上皮性腫瘍の1-2%と稀で予後良好な腫瘍とされる膵臓の腺房細胞癌(以下ACC)を経験したので報告する.

【症例】60歳代男性. 心窩部痛を主訴に, CT・超音波内視鏡検査にて膵鉤部に37×24mmの腫瘍が認められ, 膵癌の疑いでEUS-FNAにより組織診と細胞診が施行された.

【細胞像】背景は赤血球と共に粘液を認めた. 散在性から小集塊状に異型細胞が出現しており, 集塊は腺房構造や腺腔様構造(rosette様構造)を伴っていた. 胞体は顆粒状を呈し, 核は類円形で核クロマチンは緻密で淡染性, 核分裂像は認めない. 以上の所見からClass IVと判定し, 鑑別診断として腺房細胞癌, 高分化腺癌, 神経内分泌腫瘍を考えた.

【組織像】異型細胞が腺管構造や一部に篩状構造を呈し, 細胞異型は軽度で, 均一性が窺われた. 免疫組織学的に, trypsinが一部の細胞質に淡く陽性を示し, CD56, chromogranin A, synaptophysinは陰性であった. 以上の所見からACCと報告した.

【まとめ】ACCは神経内分泌腫瘍や充実性偽乳頭状腫瘍などと細胞所見が類似するため鑑別が困難であるとされている. EUS-FNAの有用性が広く認識され, 今後はその頻度も増すことが考えられる. その際に組織が採取できない, あるいは質的問題も想定されるため, 細胞診でより精度の高い組織型推定を行うことが重要になると思われる. それを踏まえ, 核や細胞質を注意深く観察することで, 細胞学的特徴を再確認し, ACCと推定し得る可能性について検討する.

## ◇地域推薦演題3 その他

## 地域3-1 治療に直結する真菌感染症の細胞診

群馬大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学<sup>2)</sup>, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学<sup>3)</sup>

○佐藤香織(CT)<sup>1)</sup>, 平戸純子(MD)<sup>1)</sup>, 小山徹也(MD)<sup>1,2)</sup>, 福田利夫(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】近年, 真菌による日和見感染症が増加し, その原因として, 高齢者, 糖尿病・血液透析といった慢性消耗性疾患の増加, 化学療法・免疫抑制療法・臓器移植, 後天性免疫不全症候群等の免疫力の低下がある. そのため, 日常業務でも感染症の起因病原体の同定を求められる機会が増加している. 今回, 実際に日常業務で遭遇した真菌感染症を対象に, 細胞診結果が治療に寄与できた症例を報告する.

【対象】2012年から2016年の過去5年間の呼吸器細胞診検体3,125例(喀痰, 気管支擦過材料, 肺胞洗浄液など)のうち, 細胞診で真菌感染症と診断された68例. 対象検体は, 真菌の確認のため, Papanicolaou染色に加え, 必要に応じGrocott染色, PAS染色, Ziehl-Neelsen染色等の特殊染色が施行されている.

【結果】過去5年間の呼吸器検体3,125例のうち, 細胞診で真菌が確認されたのは68例(2.2%)であった. 形態学的に菌種の特特定が困難な症例もあったが, 菌種推定例では, *Candida* (26例), *Aspergillus* (12例), *Pneumocystis jirovecii* (6例)の順に多かった. その他に比較的稀な真菌である *Mucor*, *Schizophyllum commune* 等も経験しており, その細胞像について提示する.

【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り, 菌種によっては組織診, 培養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. 感染症は, 起因病原体により治療法が異なり, 正確な診断が適切な治療に直結する. 感染症の診断には, 臨床疫学に関する正しい知識を持ち, 的確な臨床情報を参照し, 真菌感染の可能性を念頭に置いた標本作製, 鏡検が大切である.

## 地域3-2 希少腫瘍における捺印細胞診と穿刺吸引細胞診像の比較

呉医療セ・中国がんセ・病理診断科<sup>1)</sup>, 呉医療セ・中国がんセ・臨床研究部<sup>2)</sup>, 呉医療セ・中国がんセ・臨床検査科<sup>3)</sup>, 呉医療セ・中国がんセ・院長<sup>4)</sup>, 広島大・院医歯薬学・分子病理<sup>5)</sup>

○谷山大樹(MD)<sup>1,5)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>1,2)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 安村奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 佐伯由美(CT)<sup>1)</sup>, 戸田 環(CT)<sup>1)</sup>, 山本英喜(MD)<sup>3)</sup>, 在津潤一(MD)<sup>1)</sup>, 齋藤彰久(DDS)<sup>1)</sup>, 安井 弥(MD)<sup>5)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】近年, 外来や内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)において穿刺吸引(FNA)細胞診を行う機会が増えている. 細胞診で遭遇する頻度が低い腫瘍であった場合, 診断に苦慮することがある. 当科では以前より希少腫瘍の組織検体が提出された際には捺印細胞標本作製し, 知識の収集に努めている. 捺印とFNAの細胞像の違いについては, 今まであまり検討されてこなかった. 今回, われわれは捺印細胞像と穿刺吸引細胞像との細胞形態の比較を目的とし, 希少腫瘍3症例において検討を行った.

【症例】3症例は未分化多形肉腫, 骨肉腫, 脊索腫. 標本の背景, 細胞量, 重積性及び細胞像を比較した. 症例1の未分化多形肉腫, 症例2の骨肉腫では捺印標本は比較的きれいな背景であったため, 細胞の観察は容易であった. 症例3の脊索腫ではいずれの作成法においても粘液性背景であったが, FNA標本ではほぼ全ての細胞が粘液中に認められたため, 捺印標本の方が細胞の観察が容易であった. 採取細胞量は症例1と3においては捺印, FNA共に多数の細胞が認められたが, 症例2はFNAで得られた細胞は少数であった. 細胞重積性は症例1, 2では捺印の方が強く, FNAでは平面的に認められた. 症例3では捺印, FNA共に弱い重積が認められた. 症例2では捺印, FNA標本のいずれにも腫瘍性類骨が認められ, 診断に有用であった. 個々の症例において背景や細胞量, 観察のしやすさに違いが認められたが, 個々の細胞像は同様であった.

【結語】希少症例の捺印標本作成による細胞像の把握は, FNA細胞診の診断率向上に寄与すると考えられた.

### 地域 3-3 当院における非婦人科領域 LBC 標本の有用性と課題

山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 山口県立総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○藤井将希(CT)<sup>1)</sup>, 渋田秀美(CT)<sup>1)</sup>, 安永佳麻里(CT)<sup>1)</sup>, 山本千奈美(CT)<sup>1)</sup>, 出尾優佳(CT)<sup>1)</sup>, 水間俊一(CT)<sup>1)</sup>, 田中慎介(MD)<sup>2)</sup>

Liquid based cytology (LBC 法) は、不適正標本の減少や分子生物学的検査への応用、標本作製の標準化を図ることが出来る標本作製法である。標本の適否評価を含むベセスダシステムの普及と共に、主として婦人科領域の検体を対象に広がりつつあるが、近年では、塗抹原理や処理法の異なる LBC 法が各メーカーから発表され、それぞれの検査室に応じた運用方法や、非婦人科領域検体への応用例がしばしば報告されている。

当院では、2014 年に子宮内膜検体を除いた婦人科領域検体に対して BD 社の Surepath 法を導入した。婦人科領域では種々の報告例と同様に、当院においても LBC 法の有用性が確認できたため、塗抹細胞量の過少や標本作製者の技術的差異が問題であった非婦人科領域検体への LBC 法の導入検討を開始し、2016 年より同社の Cytorich 法を用いて非婦人科領域検体の LBC 標本作製を開始した。

Cytorich 法導入後約 1 年 6 ヶ月となる現在は、ほぼ全ての非婦人科領域検体(髄液, 喀痰を除く)に対して、LBC 法を単独もしくは併用して標本作製を行っており、また、未導入の検体に対する導入検討、および運用改善に向けた検討を継続している。

今回、非婦人科領域への LBC 法導入前後における検体不適正率などの診断実績について後方視的検討を行ったので、検体処理や標本作製を含めた運用の変化、各領域の LBC 標本についての有用性や課題など考察を併せて、当院での LBC 法の現況を報告する。

### 地域 3-4 長崎大学病院でのバーチャルスライドを用いた診断の取り組み

長崎大学病院病理診断科病理部

○濱崎幸恵(CT), Ruben Groen(CT), 平山三国(CT), 今泉利信(CT), 田中圭(CT), 芝原一樹(CT), シン友喜(CT), 二反田隆夫(CT), 安倍邦子(MD), 新野大介(MD), 福岡順也(MD)

バーチャルスライド技術は病理組織診断においては広く普及しており、日本においてはガラススライドと顕微鏡を用いた診断と同等の診断ができるのか精度を確認中である。また、デジタル病理技術を利用した遠隔診断やコンサルテーションおよび教育などにおける有用性は高く評価されており、その普及や整備が待望されている。本院では、組織診断で Philips 社の Philips Ultra Fast Scanner 1.6 RA を導入した。このシステムは対物 40 倍拡大での取り込みが可能で、詳細な観察ができ診断業務に有用である。従来のガラス標本での退色や劣化の心配がなく、症例の検索や画像複製が容易である。また、遠隔からの共有も可能で、コンサルテーション、教育において広く活用している。細胞診断では ViewsIQ 社の Panoptiq™ を検討し、診断業務への取り入れを模索している。このシステムは z 軸方向からもスキャンし観察することができ、平面的な組織標本に比べ重積性のある細胞診標本のスキャンに適している。本体機器は小型で他の写真機器と同様に既存の顕微鏡に取り付けられる。標本データの取り込みはスクリーニングしつつ自由に任意の場所をスキャンできるため、必要な情報のみをピックアップしてデータ化することが可能である。こちらもインターネットからデータの閲覧ができ、他病院の細胞検査士とのディスカッションやコンサルテーション、教育分野での活用を検討している。本発表では現在までのバーチャルスライド技術導入への本院での取り組みと今後の展望について報告する。

## ◇地域推薦演題4 造血・リンパ節・骨・軟部・皮ふ

## 地域4-1 EUS-FNAで診断された腹腔内原発濾胞性リンパ腫の1例—分子生物学的解析の有用性—

三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科<sup>3)</sup>

○松田知世(CT)<sup>1)</sup>, 今井 裕(MD)<sup>2)</sup>, 林 昭伸(MD)<sup>2)</sup>, 金山和樹(CT)<sup>3)</sup>, 米田 操(CT)<sup>3)</sup>, 渡邊昌俊(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】悪性リンパ腫における穿刺吸引細胞診は、正診率も高く低侵襲性と有用な検査ではあるが、組織型の分類は困難である。今回我々は、EUS-FNAで診断された腹腔内原発濾胞性リンパ腫の1例を経験し、その診断にフローサイトメトリー(以下FCM)とFISH法が有用であったので報告する。

【症例】70歳代女性。CTにて腹腔内におよそ15cm大の巨大腫瘍を認めた。生化学所見ではsIL-2Rが1320U/mlと上昇し、FDG-PETで腫瘍に異常集積(SUV-max:5.6)を示した。悪性リンパ腫が疑われ、EUS-FNAが施行された。

【細胞所見】小型～中型で核のくびれを示すリンパ球を集塊および散在性に認めた。lymphoglandular bodyも認められ、低悪性度B細胞性リンパ腫が推定された。

【セルブロック所見】小型～中型で核のくびれを示すリンパ球が、不明瞭な結節構造を形成していた。免疫染色ではBCL2(+), BCL6(+), CD10(+/-), CD20(+))を示し、濾胞性リンパ腫が疑われた。

FNA時に追加で採取された検体でFCMとFISH法を施行し、軽鎖制限(Ig-λ)およびBCL2-IgH融合遺伝子が検出され、濾胞性リンパ腫と確定診断された。

【まとめ】EUS-FNAで採取される検体は、明瞭な組織構築や免疫染色結果を得ることが難しく細胞診とセルブロック所見のみでは確定診断に至らないことも少なくない。これらの所見に分子生物学的解析を組み合わせることで悪性リンパ腫の組織型確定が可能となるため、分子生物学的解析も視野に入れたベッドサイド判定、検体処理が重要と考えられた。

## 地域4-2 穿刺細胞診にて悪性リンパ腫と誤った悪性黒色腫の一例

藤沢市民病院病理検査室<sup>1)</sup>, 藤沢市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○松倉圭太(CT)<sup>1)</sup>, 荒井 博(CT)<sup>1)</sup>, 田尻亮輔(MD)<sup>2)</sup>, 権藤俊一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】悪性黒色腫は、皮膚の他、脳、網膜、鼻腔、直腸などに発生する。無色素性の場合、診断に苦慮することが稀ではない。今回、頸部リンパ節の穿刺細胞診にて、悪性リンパ腫とした後、生検の結果、悪性黒色腫と判明した一例を経験したので報告をする。

【症例】83歳女性、2年前に乳癌の手術歴あり。左頸部のしこりを自覚し、PET検査にて両頸部に腫瘍を認め、本院耳鼻科に紹介受診した。穿刺細胞診で、悪性リンパ腫と判断した。生検組織は悪性リンパ腫の総合解析に依頼された。その報告では低分化癌であったが、追加の免疫染色を行った結果、悪性黒色腫と判明した。転院先でも、原発巣は指摘できず、ニボルマブの治療が行われたが、初診からおよそ半年後に永眠された。

【穿刺細胞診所見】背景に壊死物質はほとんどなく、中～大型円形の腫瘍細胞が、孤在性に、単一な像で出現していた。腫瘍細胞はN/C比大で、核クロマチンが細顆粒状に増加し、核型不整が強く、核小体が明瞭で複数個認められた。

【組織所見】大型で類円形の腫瘍細胞がシート状に増殖していた。免疫染色では、LCA(-), cytokeratin(-), S-100(-), HMB45(+), melan-A(+))となった。なお、HE染色で、腫瘍細胞のメラニン色素は明らかではなかった。

【まとめ】リンパ節の細胞診では、腫瘍細胞が孤在性に出現し、単一な像を呈した悪性腫瘍の場合、悪性リンパ腫を考えることが多い。しかし、未分化癌などの転移との鑑別が必要であり、悪性リンパ腫と診断する際には、癌の可能性も念頭に置いて検鏡することが重要である。



#### 地域 4-3 細胞診で悪性が疑われた小児軟部腫瘍の 1 例

東北公済病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 東北公済病院整形外科<sup>2)</sup>, 東北大学病院病理部<sup>3)</sup>

○高橋良輔(CT)<sup>1)</sup>, 長嶋真紀(CT)<sup>1)</sup>, 土肥 修(MD)<sup>2)</sup>, 渡辺みか(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】今回我々は、急速な増大を示し悪性との鑑別を要した小児軟部腫瘍の 1 例を経験し、良悪性の鑑別や組織型を推定する際に注意すべき細胞所見について検討した。

【症例】患者は 6 歳男児で、平成 28 年 3 月に右上腕近位外側の腫瘍に気付いた。初めはゴマ粒大だったが 2ヶ月ほどで 3 cm 大に急速に増大した。腫瘍は弾性軟で、深部との可動性は良好、圧痛はなく、MRI・CT の所見では腫瘍内に血流と、ごくわずかに石灰化が認められた。血清学的な異常は認められなかった。穿刺吸引細胞診の所見から滑膜肉腫などの悪性腫瘍が推定されたが、針生検で毛母腫と診断された。

【方法】細胞像から良性を推定することが可能であったか、毛母腫に特徴的な所見を確認できるかという点に注意し、標本を再検鏡した。また今回の症例と細胞所見が類似していると考えられる腫瘍の細胞所見とを比較し、違いを検討した。

【細胞所見】好中球主体の炎症細胞や壊死物質を伴う汚い背景の中に、N/C 比が高く、核が濃染し、核小体が 1~2 個目立つ細胞が密な集簇を形成し出現していた(好塩基性細胞)。また紡錘形核を有する細胞の混在も認められた。これらの細胞が多く散見される中に、多核巨細胞が出現しているほか、暗赤色・淡黄色調の細胞(陰影細胞)も少数認められた。

【まとめ】再検鏡した結果、好塩基性細胞、陰影細胞、多核巨細胞など、毛母腫を推定しうる所見が認められた。好塩基性細胞は基底細胞様で悪性を疑うような所見を示し、良性と断定することは困難だったが、陰影細胞や、多核巨細胞などの所見も考慮して毛母腫を鑑別に挙げる必要があったと考えられる。

#### 地域 4-4 SMARCA4-deficient thoracic sarcoma の細胞所見

鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 鳥取大学医学部附属病院胸部外科<sup>3)</sup>

○松下倫子(CT)<sup>1)</sup>, 桑本聡史(MD)<sup>2)</sup>, 遠藤由香利(CT)<sup>2)</sup>, 大野千恵子(CT)<sup>2)</sup>, 荒木邦夫(MD)<sup>3)</sup>, 北村幸郷(MD)<sup>1)</sup>, 堀江 靖(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】SMARCA4-deficient thoracic sarcoma は 2015 年に初めて報告された新規疾患概念で、成人の胸腔内に発生し、喫煙との関連が深く、治療抵抗性で極めて予後不良であるという特徴を持つ。今回我々は本腫瘍の 1 例を経験したので、その細胞所見を併せて提示する。

【症例】30 歳代女性。半年前からの右前胸部痛を主訴に受診。画像検査で右肺尖部および右前縦隔に腫瘍を指摘され、前者から針生検が施行された。また経過中に左腋窩リンパ節転移、腹膜播種を来し、それぞれ腫瘍捺印細胞診、腹水細胞診を作成した。

【組織所見】腫瘍は未分化な円形~上皮様細胞のびまん性シート状増殖からなり、部分的にラブドイド形態を示していた。免疫染色では CAM5.2(+), Vimentin(+), CD34(+), SOX2(+ )を示し、また SMARCA4 は発現減弱、SMARCA2 は発現消失を示した。

【細胞所見】腫瘍細胞は孤在性に出現し、類円形で緊満感のある核、空胞状~粗顆粒状の核クロマチン、明瞭な大型核小体を有していた。また核偏在を示し細胞質内に好酸性の封入体様構造を有する細胞を認め、ラブドイド形態と考えられた。免疫細胞化学では組織標本と同様の結果を認めた。

【分子学的所見】凍結検体を用いた SMARCA4 のシーケンス解析にて c. 1546A>T (p. 516Lys>Ter) のナンセンス変異を認め、診断が確定した。

【考察】本症は臨床病理学的に特異な疾患単位であり、今後の一層の認知が必要である。細胞所見のみでは推定診断は困難であるが、特徴的な臨床像と併せて積極的に鑑別に挙げていくことが肝要と思われる。



## ◇地域推薦演題5 子宮内膜

## 地域5-1 長期の内膜細胞診フォローにより発見された子宮内膜癌の一例

山梨県立中央病院検査部病理診断科<sup>1)</sup>, 山梨県立中央病院産婦人科<sup>2)</sup>

○宮宮健司(MT)<sup>1)</sup>, 興石早紀(CT)<sup>1)</sup>, 名執佑芽(CT)<sup>1)</sup>, 石井恵理(CT)<sup>1)</sup>, 寺本勝寛(MD)<sup>2)</sup>

## 【初めに】

子宮頸癌や子宮内膜癌においては診断精度を高めるために細胞診検査と病理組織検査を同時に行う場合が多い。しかしながら採取手技の問題も含め二つの結果に乖離を認める例も存在する。今回内膜細胞診では経年的に疑陽性で、内膜組織生検では複数回陰性であったため、OPEにて初めて確定診断がついた症例を経験したので報告する。

## 【症例】

2013年2月に内膜ポリープ疑いにて近医より紹介となった、67歳閉経後の女性。初回内膜細胞診クラス3、内膜生検での組織診断は検体不適正にて以降follow up。以降内膜細胞診検査は3か月ごとに行われ2-3a~3b。組織診断は初診より4か月後、2年後、約2年半後の計3回内膜生検が施行されるも悪性所見は得られなかった。直前2回の内膜細胞診がクラス3bと悪性疑いであったため2013年7月にATH+BSO施行。最終診断はendometrioid adenocarcinoma(G1)でstage1aであった。

## 【考察】

細胞像、組織像の比較・再検討を行い使用した採取器具、方法を含め包括的に精度向上の糸口を検討する。

## 地域5-2 当院における記述式内膜細胞診報告様式、内膜異型細胞(ATEC)例の検討

富山県立中央病院臨床検査部検査科<sup>1)</sup>, 富山県立中央病院産婦人科<sup>2)</sup>, 富山県立中央病院病理診断科<sup>3)</sup>

○宮本藤之(CT)<sup>1)</sup>, 石澤伸(MD)<sup>3)</sup>, 矢野彩子(CT)<sup>1)</sup>, 清水雅彦(CT)<sup>1)</sup>, 酒井哲也(CT)<sup>1)</sup>, 南里恵(MD)<sup>2)</sup>, 飴谷由佳(MD)<sup>2)</sup>, 舟本寛(MD)<sup>2)</sup>, 中西ゆう子(MD)<sup>3)</sup>, 内山明央(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮内膜細胞診において標準化、診断精度の向上、国際化を可能とするため、日本細胞学会の細胞診ガイドラインに記述式報告様式が採用された。今回、記述式報告様式の内膜異型細胞(以下ATEC)の検討を行ったので報告する。

【対象】2014年4月~2017年3月の検体不適正を除く内膜細胞診4,137件、そのうち組織診が施行された疑陽性例43件につき後ろ向きに記述式報告様式に対応した判定区分を再検討した。細胞診の再検討の結果は内膜増殖症例16件、ATEC-US例18件、ATEC-A例は9件であった。ATEC例の組織診断は、ATEC-USでは陰性が5件、内膜腺間質破綻が4件、化生変化が2件、内膜ポリープが2件、表層乳頭状増生が5件であった。また、ATEC-A例はポリープ状異型腺筋腫が3件、異型増殖症が1件、類内膜腺癌G1が4件、明細胞腺癌が1件であった。

【結果】再検討の結果ATEC-USの要因は、臨床的要因には、炎症、ホルモン環境異常、医原性変化、その他良性反応性変化があげられ、細胞診的要因として陰性と疑陽性の判定に迷った例、疑陽性と判定したが、腫瘍性病変の可能性が低いと考えられた例であった。また、ATEC-Aの要因は、悪性所見を疑うが細胞異型が弱い、異型細胞の出現が少ないため疑陽性、陽性の判定に迷う例、乾燥、血液に細胞がマスクされている、挫滅などにより細胞所見が不明瞭な例であった。

【まとめ】今回、記述式内膜細胞診報告様式で、従来の疑陽性判定例に用いられるATEC例について検討した。内膜異型細胞は、ATEC-USでは臨床的要因とする例が多く、ATEC-Aでは標本・細胞診断に由来する例が多く認められた。記述式内膜細胞診報告様式は、内膜細胞診の標準化、診断精度の向上につながると考えられる。

### 地域 5-3 子宮腫瘍の針生検と捺印細胞診

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学<sup>1)</sup>, 大阪市立大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 大阪市立総合医療センター婦人科<sup>3)</sup>

○笠井真理(PhD)<sup>1)</sup>, 市村友季(PhD)<sup>1)</sup>, 塩見和彦(CT)<sup>2)</sup>, 村上 誠(PhD)<sup>3)</sup>, 川村直樹(PhD)<sup>3)</sup>, 角 俊幸(PhD)<sup>1)</sup>

**【目的】** 子宮筋層病変の術前診断を目的として針生検による組織診断を行っているが、腫瘍における組織学的不均一性ならびに組織診断の困難性から、診断に苦慮する症例もみられる。細胞診は組織診とは異なった視点から評価することができるため、組織診による診断をサポートすることが期待される。針生検腫瘍捺印細胞診が子宮筋層病変の術前診断に有用となるか検討を行った。

**【方法】** 説明と同意を得て針生検を行った子宮筋層病変を有する症例のうち腫瘍捺印細胞診も行った12例を対象とした。平滑筋肉腫(LMS)が2例、低悪性度子宮内膜間質肉腫(ESS)が1例、平滑筋腫(LM)が9例であった。MRIにて高信号を示す領域から組織の採取を行い同時に捺印細胞診も行った。生検の組織診断と細胞診判定結果を後方視的に検討し、フィッシャー検定を行った。

**【成績】** LMSではいずれも細胞異型を認め背景は壊死性であった。一方でESSでは細胞数が少なく異型も認められなかった。採取細胞数に関する検討では肉腫とLMで有意差はみられなかったが、異型の有無および壊死性背景の有無に関する検討ではLMSとLMに有意差を認めた( $p < 0.05$ )。

**【結論】** 子宮筋層病変針生検標本の捺印細胞診を用いた検討では、生検標本では評価できない壊死性背景の有無がその術前診断に寄与する可能性が示唆された。

### ◇地域推薦演題 6 口腔・頭頸部・唾液腺

#### 地域 6-1 口腔擦過細胞診で扁平上皮癌との鑑別が困難であった尋常性天疱瘡の一例

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

○本田勝丈(CT), 刀稱亀代志(CT), 大野幸代(CT), 田代 広(CT), 椎谷裕之(MT), 渡部庸一(CT), 角田優子(MD), 大石琢磨(MD), 飯塚利彦(MD), 佐々木恵子(MD), 草深公秀(DDS), 伊藤以知朗(MD)

**【はじめに】** 尋常性天疱瘡(pemphigus vulgaris: 以下PV)は、口腔粘膜などに上皮内水疱やびらんなどを形成する自己免疫性疾患として広く知られている。しかしながら稀な疾患であり日常の細胞診断業務で遭遇する機会は多くない。今回、我々は口腔擦過細胞診で扁平上皮癌との鑑別が困難であったPVの一例を経験したので報告する。

**【症例】** 63歳、女性。皮膚に発生したPVの治療中、口腔内の白色病変を自覚し、前医における擦過細胞診にて扁平上皮癌と診断され、当院を受診。当院にて前医細胞診標本の再評価と生検を施行した。

**【細胞像】** 好中球や赤血球を背景に、高N/C比、核クロマチンの均等分布、核小体明瞭を示し、修復細胞様の深層型扁平上皮細胞を孤立散在性から敷石状集塊にて認めた。上記の細胞がTzanck cellに類似しているためPVを否定できなかった。しかしながら輝度上昇、軽度~中等度核腫大、軽度核形不整を示す有核の扁平上皮細胞も混在しており、PVが扁平上皮癌を随伴することは稀であるが総合的に扁平上皮癌を疑った。

**【組織像】** 口蓋より生検した標本では上皮内水疱、棘融解、Tzanck cellを認めPVの診断となった。

**【考察】** 今回、細胞診にて正しい判定に至らなかった原因は、輝度上昇した扁平上皮細胞の過剰評価、修復細胞との鑑別を要しTzanck cellと断定できなかったことの二点である。口腔細胞診では輝度上昇した異型扁平上皮細胞は悪性の指標の一つであるがPVではparakeratosisを伴うという報告があり注意を要する。また、修復細胞との鑑別では流れのある集塊はあまりみられないことがPVの重要所見と考える。以上のことを念頭に置き、Tzanck cellに類似した細胞を認めた場合、臨床所見を加味した上で総合的な判定が重要である。

## 地域 6-2 唾液腺分泌癌の 2 症例

愛知医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 愛知医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 愛知医科大学病理学講座<sup>3)</sup>

○水野里美(CT)<sup>1)</sup>, 高橋恵美子(MD)<sup>1,2)</sup>, 坪井智子(CT)<sup>1)</sup>, 藤井佳穂(CT)<sup>1)</sup>, 宮下拓也(CT)<sup>1)</sup>, 古畑彩子(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井包子(CT)<sup>1)</sup>, 和田栄里子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤允則(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤秀明(MD)<sup>1,2,3)</sup>, 岩越朱里(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐藤 啓(MD)<sup>1,2)</sup>, 大橋明子(MD)<sup>1,2)</sup>, 都築豊徳(MD)<sup>1,2)</sup>

唾液腺分泌癌は近年 WHO 分類に記載された新たな疾患概念であり, 腺房細胞癌や低悪性度粘表皮癌との鑑別を要するとされる. 今回我々は, 細胞診で腺房細胞癌を推定したが組織診で分泌癌と診断した 1 例と, 細胞診で粘表皮癌を推定したが組織診で分泌癌と診断した 1 例の計 2 症例の穿刺吸引細胞診について再検討した.

症例 1: 40 代女性, 左耳下腺腫瘍. 細胞診で腺房細胞癌と推定.

多数のヘモジデリン貪食組織球と分泌液様物質を背景に, 血管を伴った好酸性細胞や淡明空胞状細胞が乳頭状集塊として少数見られた. ギムザ染色で分泌液様物質は弱い異染性を呈しており, 腫瘍細胞の細胞質内に異染色顆粒(チモーゲン顆粒)は認められなかった.

症例 2: 20 代女性, 右耳下腺腫瘍. 細胞診で粘表皮癌と推定.

組織球と分泌液様物質を背景に, 好酸性細胞集塊を比較的豊富に認めた. また ICL 様の粘液空胞を有する細胞も散見され, それらのいくつかは合胞状に集合し粘液小球状構造を形成していた. 好酸性細胞と粘液細胞が 1 つの集塊内で混ざり合う像は認められなかった. 症例 1 同様, ギムザ染色で分泌液様物質は弱い異染性を呈していた.

検討の結果, 腺房細胞癌あるいは低異型度粘表皮癌の典型像と合致しない所見が見られ, 一方で異染色性を示す分泌液様物質や粘液小球状構造など分泌癌を示唆する所見が認められた. 唾液腺腫瘍は多彩な像を示すことから, 細胞診での組織型推定には限界があるとされる. しかし今回の 2 症例については, 新しい組織型である唾液腺分泌癌という概念を認識し, 他の組織型との細胞像の相違点および異染色性を示す分泌液様物質や粘液小球状構造を踏まえれば, 分泌癌を推定可能であったと思われた.

## 地域 6-3 細胞診と組織診にて乖離の生じた症例の検討

社会医療法人社団木下会千葉西総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 社会医療法人社団木下会千葉西総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>3)</sup>, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科<sup>4)</sup>

○浮ヶ谷匡恭(CT)<sup>1)</sup>, 大村光浩(MD)<sup>2)</sup>, 齋藤隆明(DDS)<sup>2)</sup>, 岩堀朋美(CT)<sup>1)</sup>, 神林な奈絵(CT)<sup>1)</sup>, 久山佳代(MD)<sup>3)</sup>, 松本 敬(CT)<sup>4)</sup>

【はじめに】口腔細胞診では, 角化細胞および深層細胞の異型性・多様性が扁平上皮癌と推定診断する際の大きな手掛かりとなる. しかし実際には, 細胞量が少ない場合や角化異型細胞のみ出現している場合, 細胞所見の多様性に乏しい場合等, 推定診断に苦慮する場面も少なくない. 今回, 当院で細胞診・組織診が実施された症例のうち, 乖離が生じた症例について細胞像・組織像の比較検討を行った.

【症例】2014 年 1 月から 2017 年 5 月の間に実施された口腔細胞診症例のうち Class II, Class IIIa (NILM, LSIL) で報告したが, 後に組織診にて扁平上皮癌と診断された症例を検討した.

【結果】2014 年 1 月から 2017 年 5 月の間に扁平上皮癌と診断された 47 例のうち, 事前に行われた細胞診にて Class II (NILM) が 1 例, Class IIIa (LSIL) が 3 例の計 4 例存在した. 残る 43 例は Class III 以上 (HSIL 又は SCC) で報告された.

【考察】細胞診・組織診にて乖離が生じた要因は下記の通り推測される.

- (1) 再生性上皮や Tzanck 細胞との鑑別が困難だった.
- (2) Candida 感染により角化細胞の判定に苦慮した.
- (3) 異型細胞の量が少なく確診に到らなかった.

【結語】深層細胞に異型が見られた場合は, 再生性変化や Tzanck 細胞の様な細胞との鑑別が必要である. また, 角化異型細胞が主体の細胞像の場合, 異形成の判定ができて, 扁平上皮癌と推定しきれない場合もある. 粘膜上皮の性質が採取部位によって異なる点も鏡検の際のポイントになると感じられた. PAS 染色標本による真菌の確認が必要な他, 臨床所見を参考にすることが望ましい.

## ◇地域推薦演題 7 肝・胆・膵・消化器 2

## 地域 7-1 当院における胆道・膵の細胞診の成功例と教訓例

佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野<sup>2)</sup>

○甲斐敬太(MD)<sup>1)</sup>, 北村 捷(MT)<sup>1)</sup>, 龍由希子(CT)<sup>1)</sup>,  
中村光男(CT)<sup>1)</sup>, 相島慎一(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】胆道癌あるいは膵癌の診療において、胆道・膵の細胞診の有用性は広く認知されており、当院でもその細胞診検体は日常的に提出される。胆道・膵の細胞診検体には炎症等により細胞に変性が加わることが多く、その中には細胞異型の弱い癌が存在することから、細胞診断の精度向上が課題となってきた。今回、我々は、過去3年間の胆道・膵の細胞診検体をレビューし、組織診との整合性について検討した。

【対象と方法】2014年から2016年の胆道・膵の細胞診検体(膵液、胆汁、胆管擦過、膵管擦過、穿刺吸引)を対象に、組織診で悪性であった症例を陽性(Class IV/V)と判定できたか否かについて検討した。

【結果】対象検体は、2014年94件、2015年92件、2016年122件の計308検体で、判定の内訳は陰性が190件(61.7%)、偽陽性37件(12.0%)、陽性66件(21.4%)、検体不適15件(4.9%)であった。組織診との整合性を検討できたのは159例で、合致したものが102件(64.2%)、非合致が57件(35.8%)であった。非合致例の細胞診の判定結果は全例が偽陰性であり、偽陽性例は1例もなかった。偽陰性となった原因について検討したところ、サンプリングエラーが29件(50.9%)で、細胞像のunder diagnosisが28件(49.1%)であった。

【考察】今回の検討で、当院の胆道・膵の細胞診判定が、under diagnosisの傾向にあることがあきらかとなった。この結果を踏まえて、今後の胆道・膵領域の細胞診断精度の向上に役立てていきたい。また、成功例と教訓例についてその細胞像を呈示する。

## 地域 7-2 胆管擦過細胞診で免疫細胞化学が診断に有効であった肝門部領域胆管癌の1例

山形県立中央病院中央検査部病理<sup>1)</sup>, 山形県立中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○渡邊清子(CT)<sup>1)</sup>, 植松美由紀(CT)<sup>1)</sup>,  
郷右近秀平(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊いづみ(CT)<sup>1)</sup>,  
鈴木俊顕(MD)<sup>2)</sup>, 柳川直樹(MD)<sup>2)</sup>, 緒形真也(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膵胆道領域の診断には、画像検査に加えて生検と細胞診の両方が行われることが多いが、組織採取が困難な例も多く、細胞診に確定診断が委ねられることが少なくない。今回我々は、胆管擦過細胞診で免疫細胞化学が診断に有効であった胆管癌の1例を経験したので報告する。

【症例】52歳、女性。心窩部痛が出現し、近医を受診したところCTで胆管癌による閉塞が疑われ、当院消化器内科へ紹介された。内視鏡的逆行性膵胆管造影(ERCP)を施行し、肝門部領域胆管癌が疑われた。胆管擦過細胞診および胆汁細胞診、免疫細胞化学にて腺癌の診断が得られ、開腹根治術が予定された。

【術前細胞診所見】泡沫状の広い細胞質を有し、核形不整を伴った異型細胞が小型集塊状にみられた。集塊には配列の不整と結合性の低下がみられ、腺癌を疑ったが、泡沫組織球との鑑別を要したため、胆管擦過標本を用いて免疫細胞化学を行った。異型細胞はサイトケラチン(AE1/AE3, CAM5.2)に陽性を示し、腺癌と診断した。

【術中迅速組織診所見】術中に提出された腹膜結節組織にも、淡明で豊富な細胞質を有する異型細胞がみられた。胆管癌の腹膜転移と診断した。

【まとめ】術中に腹膜転移が判明したため試験開腹のみで終了となった。本症例の術前最終診断はERCPによる胆管擦過細胞診と胆汁細胞診であり、細胞診断が極めて重要であった。胆膵領域の泡沫状胞体を有する腺癌の診断では、免疫細胞化学がときに有効である。



### 地域 7-3 LBC 法を用いた膵臓・胆道の形態学的特徴および免疫細胞化学的検討

宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○徳満貴子(CT)<sup>1)</sup>, 野口裕史(CT)<sup>1)</sup>, 大野招伸(CT)<sup>1)</sup>, 峰松映子(CT)<sup>1)</sup>, 森田勝代(CT)<sup>1)</sup>, 黒木栄輝(CT)<sup>1)</sup>, 西川詩織(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】膵臓・胆道系に発生する腫瘍は、近年増加傾向にある。画像診断の発展により早期発見例も多くなっているが、良悪性の判断には細胞診または生検病理診断が必要である。LBC 法 (Hologic 社, ThinPrep) は、膵・胆道系腫瘍にも応用されてきているが、細胞学的特徴は明らかではなく、また免疫細胞化学の有用性も十分検討されていない。LBC 法による細胞診の特徴と、免疫細胞化学の有用性について検討した。

【方法】当院で作製された膵臓・胆道擦過細胞診症例のうち、従来の塗抹法 (従来法) と LBC 法を併用し、組織学的検査も行われた 116 例を対象とし、以下の 2 項目について検討した。(1) 同一症例で従来法と LBC 法で標本作製した陰性 10 例、疑陽性 10 例、陽性 10 例の細胞像を、貯留胆汁細胞診判定基準を用いた評価法で、比較検討した。(2) LBC 法で作製した 43 症例について、免疫細胞化学 (p53, Claudin-18, IMP3, Maspin) が診断に有用か検討した。

【結果】(1) 陰性、陽性と判断した症例は、従来法と LBC 法で、細胞所見に大きな違いはみられなかったが、疑陽性症例では、LBC 法の方が背景の粘液・血液・壊死の出現が少なく、従来法と比べて核の異常所見がより観察できた。(2) 免疫細胞化学的検討では、p53, Claudin-18 の感度が高く、さらに 4 種類の抗体のうち 1 つでも陽性を呈する場合は高い感度、診断率が示された。

【結語】膵臓・胆道系の細胞診において、LBC 法は従来法と比べて、診断率の向上が期待でき、さらに免疫細胞化学的検討は診断に有用と考えられた。最近、当院の検査方法は、EUS-FNA が主体となっていることから、セルブロックを用いた免疫組織化学を上記 4 種の他に新規抗体を検討し報告する予定である。

### 地域 7-4 EUS-FNA による細胞診が診断に有用であった血液系疾患の 5 例

獨協医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 獨協医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>

○加藤 輝(CT)<sup>1)</sup>, 古米 遥(CT)<sup>1)</sup>, 永井多美子(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木英夫(CT)<sup>1)</sup>, 町田浩美(CT)<sup>1)</sup>, 中里宜正(MD)<sup>2)</sup>, 黒田 一(MD)<sup>2)</sup>, 小島 勝(MD)<sup>2)</sup>, 今井康雄(MD)<sup>2)</sup>

【目的】超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) は膵癌をはじめとした消化器系疾患、縦隔および後腹膜腫瘍に対して有効とされているが、血液系疾患における有用性は確立されていない。今回、我々は膵臓および腹腔内リンパ節に対し EUS-FNA を行い診断された血液系疾患 5 例を経験したので、細胞学的・組織学的検討を行った。

【症例】症例は 5 例で、年齢は 18 歳から 71 歳、女性 4 名、男性 1 名である。CT 画像で膵頭部腫瘍や腹部大動脈周囲に血腫を認めた DLBCL が 2 例、Follicular lymphoma が 1 例と、CT 画像にて胃体部と膵体部の境界および膵頭部に腫瘍を認め、骨髄性肉腫の診断となった 2 例である。

【細胞像・組織像】DLBCL の 2 例および Follicular lymphoma の 1 例は、細胞診標本で、前者 2 例では N/C 比が高く中型～大型の異型リンパ球が散見する像が見られ、後者 1 例では中型のリンパ球が単調に認められ、DLBCL および Follicular lymphoma を推定した。組織診でも異型リンパ球が認められ免疫染色によりそれぞれ DLBCL, Follicular lymphoma の診断となった。骨髄性肉腫の 2 例は、細胞診標本で、細胞質が好塩基性を示し、核に不整が見られる N/C 比が高い芽球を認め、骨髄性肉腫を推定し、組織診の標本でも異型細胞が認められ免疫染色で骨髄性肉腫の診断となった。

【考察】今回、EUS-FNA にて診断しえた血液系疾患 5 例について報告した。いずれの症例も細胞診標本にて組織型の推定が可能であった。血液系疾患の確定診断には免疫染色による検索が必須であり、細胞診にて組織型を推定することで、EUS-FNA の限られた検体を有効に活用でき、診断率向上に貢献できると考える。上皮性腫瘍に限らず、間葉系腫瘍においても EUS-FNA は有効である。



## ◇地域推薦演題 8 子宮頸部 1

## 地域 8-1 子宮頸がん検診における隔年検診の現状

公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1)</sup>, 羽生総合病院産婦人科<sup>2)</sup>, 白河厚生総合病院産婦人科<sup>3)</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座<sup>4)</sup>

○羽野健汰(CT)<sup>1)</sup>, 野口真貴(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤奈美(CT)<sup>1)</sup>, 栗田和香子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤美賀子(CT)<sup>1)</sup>, 神尾淳子(CT)<sup>1)</sup>, 森村 豊(MD)<sup>2)</sup>, 古川茂宜(MD)<sup>3)</sup>, 石橋真輝帆(MD)<sup>4)</sup>, 添田 周(MD)<sup>4)</sup>, 渡辺尚文(MD)<sup>4)</sup>, 藤森敬也(MD)<sup>4)</sup>

【目的】子宮頸がん検診は、平成 16 年に国の指針により 2 年に 1 回の受診とする隔年検診が開始され、福島県でも多くの自治体が逐年検診から隔年検診へと移行した。今回、受診間隔が異なる受診者間に相違があるかを検討したので報告する。

【対象】福島県内で、平成 21~27 年度に実施した隔年検診受診者（以下、隔年）延べ 360,383 人と逐年検診受診者（以下、逐年）延べ 127,669 人を対象とした。

【方法】隔年・逐年別に検診初回受診者数（過去 3 年間検診未受診者含）、要精検者数、頸がん発見数、そして 44 歳以下と 45 歳以上に分けた頸がん発見数を比較検討した。さらに、頸がん例については検診受診歴の有無を比較した。統計学的検討は  $\chi^2$  検定を用い、 $p < 0.05$  をもって有意差ありとした。

【結果】1) 検診初回受診者は、隔年 154,003 人 (42.73%)、逐年 26,372 人 (20.66%) であり、隔年で有意に高かった ( $p < 0.0001$ )。2) 要精検者数は、隔年 3,503 人 (0.97%)、逐年 762 人 (0.60%) で、隔年が有意に高かった ( $p < 0.0001$ )。3) 頸がん発見数は、隔年 109 人 (0.030%)、逐年 18 人 (0.014%) で有意に隔年が高かった ( $p = 0.002$ )。4) 44 歳以下のがん発見数は、隔年 146,997 人中 77 人 (0.053%)、逐年 30,670 人中 7 人 (0.023%) で隔年が有意に多く ( $p = 0.035$ )、45 歳以上では差がなかった ( $p = 0.507$ )。5) 頸がん例の受診歴無しは、隔年 109 人中 82 人 (75.2%)、逐年 18 人中 12 人 (66.7%) で、隔年・逐年共に受診歴無しから発見される割合が高かった。

【まとめ】隔年検診では、44 歳以下でかつ初回者からのがん発見数が多くみられた。女性の妊孕性の観点からも検診により前癌病変の時期に発見することが重要であり、若齢者に対する検診機会を増やし、いつでも受診できる体制作りが必要と考える。

## 地域 8-2 子宮頸癌スクリーニングにおける細胞診と 3 つの市販 HPV 検査の有効性評価

金沢医科大学産科婦人科

○笹川寿之(MD), 坂本人一(MD), 大阪康宏(MD), 柴田健雄(MD), 高倉正博(MD)

【目的】欧州では、子宮頸癌検診の HPV1 次検診が費用対効果と有効性にすぐれた方法として認識されている。本研究では、細胞診と 3 つの市販 HPV 検査を比較して、検診における精度を明らかにすることを目的とした。

【方法】CIN3 348 例の細胞診検体、子宮頸癌 SCC 339 例の組織検体から DNA を採取し Genosearch-31 (GS31) を中止にした方法で HPV 型判定した。CIN 追跡者を含む high-risk 女性の細胞診検体 396 例については Hybrid capture (HC2) 法と cobas HPV (cobas) 法による検査、94 例について HC2 法、cobas 法、APTIMA 法を比較した。型判定は GS31 法で行った。

【結果】GS31 法による HPV 検査の感度は、CIN3 99%、子宮頸部扁平上皮癌 96% であったが、HC2 法では、感度はやや不良であった。High-risk 女性の検討では、HC2 法と cobas 法の一致率は 84%、カッパー係数 0.682 であり中等度の一致率であった。CIN2 以上の異常検出における感度比較では HC2 97%、cobas 83%、細胞 64% であり、CIN3 以上では、それぞれ 97%、83%、86% であった。CIN2 以上の異常の検出では HC2 は cobas に比べ有意に高感度であった (McNemar's test ;  $P = 0.0096$ ) が、CIN3 の検出では有意差はなかった ( $P = 0.074$ )。cobas では HPV52 型の検出感度が低いことが問題と思われ、1 例の SCC (HPV16) で陰性であった。95 例の検討において、HPV 検出率において、HC2 と cobas の一致率は不良であったが、HC2、APTIMA、GS31 の一致率に有意差はなかった。CIN2 以上の異常、検出において HC2、cobas、APTIMA の間に有意差はみられなかったが、子宮頸癌 5 例のうち 1 例 (ADSCC, HPV52, 59) は cobas 検査でのみ陰性であった。

【結論】子宮頸癌のスクリーニングにおいて、HC2 が最も高感度であり、APTIMA はほぼ同等と考えられた。現行の cobas 検査と細胞診はやや劣ると思われた。

## ◇地域推薦演題9 子宮頸部2

## 地域9-1 子宮頸部細胞診における萎縮性変化とHSILとの鑑別を要する細胞像に関する検討

北海道大学病院病理部<sup>1)</sup>, 北海道大学病院病理診断科<sup>2)</sup>

○安孫子光春(CT)<sup>1)</sup>, 出口貴祥(CT)<sup>1)</sup>, 清水知浩(CT)<sup>1)</sup>, 恩田千景(CT)<sup>1)</sup>, 渡部涼子(CT)<sup>1)</sup>, 宮越里絵(CT)<sup>1)</sup>, 丸川活司(CT)<sup>1)</sup>, 岡田宏美(MD)<sup>2)</sup>, 高桑恵美(MD)<sup>2)</sup>, 三橋智子(MD)<sup>2)</sup>, 松野吉宏(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】閉経後婦人の子宮頸部細胞診において、高度異形成あるいは上皮内癌の細胞像と、萎縮に伴う変性像との鑑別に苦慮することがあり、ASC-HやHSILの細胞判定と、直近の子宮頸部組織生検での上皮内腫瘍(CIN)の有無にしばしば不一致が経験される。我々は自施設の経験を再調査するとともに、これらの症例においてhigh risk HPV感染関連マーカーp16タンパクの発現と細胞像との比較を行い、細胞学的鑑別における有用性を検討した。

【対象と方法】当施設において2011年1月から2016年12月の間に子宮頸部細胞診でASC-HもしくはHSILと判定された757例を対象とし、その後1年以内の病理組織診断におけるCINの有無を年齢区分し調査した。併せて、50歳以上で(A群)萎縮像を呈し、かつ4か月以内の組織診でCINの指摘がなかった14症例(うちASC-H判定7例, HSIL判定7例)と、(B群)ASC-H判定され、かつCIN以上の病変が見られた9症例のそれぞれについてp16免疫細胞化学染色を行い、詳細な細胞所見との比較検討を行った。

【結果】1年以内の組織診断でCINが指摘されなかった症例は、60歳未満の674例中106例(15.7%)に対し、60歳以上では83例中28例(33.7%)と高率であった。p16免疫染色の結果、(A群)の14例中12例は陽性を示し(ASC-H7例中2例のみ陰性)、(B群)の9例中8例で陽性となった(CIN1の1例のみ陰性)。

【考察】加齢とともに鑑別困難な細胞所見が増しているが、高率に見られるp16陽性は、将来的な組織学的CINの出現を示唆している可能性も考えられる。細胞像との比較検討を加え報告する。

## 地域9-2 子宮頸部円錐切除症例における術前細胞診の後方視的検討

公益財団法人天理よろづ相談所病院

○高橋明徳(CT), 松岡直子(CT), 松田江身子(CT), 坂本真一(CT), 藤田久美(MD), 本庄 原(MD)

【はじめに】円錐切除の適応は増加しており、子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)の適切な診断・管理が求められている。今回、当院における円錐切除症例の術前細胞診について、同時期の生検との対比を含め後方視的に検討を行った。

【対象・方法】2014年4月~2017年4月の期間で当院にて子宮頸部の細胞診、生検をともに施行され円錐切除術を行った69例を対象とした。不一致例については細胞診標本の再鏡検と摘出標本との対比、8~20分割連続切片からみた病変の拡がりとの関連をみた。

【結果】細胞診と生検との対比では大部分がその両方で異形成以上の病変を指摘したが、5例は生検のみ、2例は細胞診のみで指摘された症例であった。摘出標本の最終診断にて異形成以上の有意病変を認めたのは66例で、細胞診との診断一致率は80.3% (53/66), over diagnosisが3.0% (2/66), under diagnosisが16.7% (11/66)であった。over diagnosisとなった2例は、核濃染した角化異常細胞を多数認めるなど微小浸潤癌以上が推定されたが明らかな浸潤はみられず、最終診断でCIN3であった。under diagnosisとなった症例の再鏡検では大部分が最終診断の根拠となった異型細胞を認めない、または少数のため判定困難であった。摘出標本からみた病変の拡がりとの関連では、under diagnosisとなった症例では病変の拡がり1/3以下に限局したものが73% (8/11)あり、サンプリングエラーとの関連が推察された。under diagnosisとなった11例のうち2回以上の細胞診採取を行っていた症例は8例で、それらの診断を含めると50% (4/8)は最終診断と一致した。

【結論】術前細胞診では比較的高い診断一致率を得たが、病変の拡がり狭小であった場合、1回の採取機会ではunder diagnosisとなる可能性も示唆された。

## ◇地域推薦演題 10 子宮頸部 3

## 地域 10-1 Lobular endocervical glandular hyperplasia の核・細胞質における細胞診画像解析研究

信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1)</sup>, 信州大学学部附属病院臨床検査部病理検査室<sup>2)</sup>, 岡谷市民病院病理診断科<sup>3)</sup>, 東京工業大学・工学院<sup>4)</sup>, 諏訪中央病院病理診断科<sup>5)</sup>

○木村文一(CT)<sup>1)</sup>, 小林隆樹(CT)<sup>1)</sup>, 金井 峻(MT)<sup>1)</sup>, 小林幸弘(CT)<sup>2)</sup>, 石井恵子(MD)<sup>3)</sup>, 山口雅浩(PhD)<sup>4)</sup>, 浅野功治(MD)<sup>5)</sup>

Lobular endocervical glandular hyperplasia(以下, LEGH)は, 1999年にNucci MRによって提唱され, 頸部腺癌の非常に高分化な型として知られているMinimal deviation adenocarcinomaや胃型腺癌の前癌病変である可能性が指摘されている。組織標本において, LEGHは明らかな腺癌成分を認めず, 腺の分葉構造を呈し, 異型のない腺細胞の非浸潤性増生部分と胃型粘液が認められれば診断は比較的容易である。しかし核異型を重要視する細胞診では, 核異型が弱く正常頸管腺(以下, EC)細胞との鑑別が困難であることも少なくない。石井らはPapanicolaou染色ではEC細胞の粘液は酸性でピンク色調, LEGHの粘液では中性のため黄色調に染まることに着目し, 細胞質内粘液の染色性の違いを利用して鑑別する方法を考案した。この所見を用いることでEC細胞とLEGHの鑑別診断が可能であると報告している。今回, コンピュータによる画像解析技術を用いて, 細胞質粘液と核に着目することによりEC細胞とLEGH細胞を判別できるかどうか検討を行った。細胞質粘液の色調の違いは輝度値から客観的評価を行った。核異型については輝度値や形状特徴により数量化を行った。細胞質粘液および核の画像特徴量を使用し, linear support vector machineによる判別分析を行い, EC細胞とLEGH細胞が判別可能かどうか検討を行った。EC細胞とLEGHにおいて, 細胞質粘液の色の客観的數量化による判別が可能であり, 異型の乏しいLEGH細胞核においてもEC細胞との判別が可能であった。

## 地域 10-2 子宮頸部液状化細胞診検体における p16/ki-67 二重免疫染色

筑波大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 筑波大学医学医療系<sup>2)</sup>

○村田佳彦(CT)<sup>1)</sup>, 中川智貴(CT)<sup>1)</sup>, 藤原広美(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤泰樹(MD)<sup>1)</sup>, 上杉憲子(MD)<sup>1)</sup>, 坂下信悟(MD)<sup>2)</sup>, 野口雅之(MD)<sup>2)</sup>

【目的】子宮頸部液状化細胞診検体を用いて, p16/ki-67二重免疫染色を行い, follow期間中の高度病変検出率における有用性を検討した。

【方法】2016年4月~8月に当院で採取された子宮頸部液状化細胞診検体50例を対象に, p16/ki-67二重免疫染色(CINtec® PLUS kit: Roche)を行った。follow期間は2017年4月まで(中央値10.75ヶ月)とし, 期間中に採取された細胞診断と組織診断との関連性, さらにHigh-risk HPV検査結果とも比較した。

【結果】p16/ki-67二重免疫染色の陽性率は, NILM; 0%(0/4), ASC-US; 75%(9/12), ASC-H; 70%(14/20), LSIL; 78%(7/9), HSIL; 100%(4/4), SCC; 100%(1/1)であった。NILM, ASC-US, ASC-H, LSILにおいて, follow中に追加で細胞診または組織診を行った症例は41例で, p16/ki-67二重免疫染色の陽性率は71%(29/41)であり, HSILまたはCIN2以上が検出された症例(高度病変例)は48%(14/29)であった。組織診が行われたのは25例で, p16免疫染色では, 陽性率は60%(15/25)であり, p16/ki-67との一致率は72%(18/25)であった。また, 上述の41例のうち, 26例はHigh-risk HPV検査が行われており, 24例が陽性であった。HPV検査陽性例における高度病変例は42%(10/24)であった。また, この24例におけるp16/ki-67二重免疫染色の陽性率は71%(17/24)であった。このうち, 高度病変例は, 47%(8/17)であった。なお, p16/ki-67二重免疫染色が陰性であった7例およびHPV検査陰性例2例では, 高度病変例は28%(2/7)であった。

【総括】p16/ki-67二重免疫染色は, High-risk HPV検査に比し, follow中における高度病変検出率はほぼ同等であった。また, High-risk HPV陽性症例でも, p16/ki-67二重免疫染色が陰性であれば, follow中の高度病変検出率は低いことが示唆された。将来的に, p16/ki-67二重染色の結果を, follow期間の指標として活用できる可能性がある。



### 地域 10-3 子宮頸癌放射線治療後の局所残存症例における子宮頸部細胞診の検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○池田真利子(MD), 上原萌美(MD), 上西園幸子(MD),  
内山亜弥(MD), 最上多恵(MD), 近内勝幸(MD),  
小野瀬亮(MD), 加藤久盛(MD)

【緒言】子宮頸癌放射線治療後の局所残存は予後不良だが、その判定は時に難渋する。局所残存における子宮頸部細胞診の傾向を検討した。

【方法】2010年から2014年に子宮頸癌1期から4A期の初回治療として放射線治療を施行した135例を対象とした。治療後(直後から2月以内, 以下直後)の細胞診及び組織生検, 治療後3-5月(以下フォロー)の細胞診の結果を治療後の経過(以下経過)と共に検討した。細胞診はNILM, ASC-US, ASC-H, SCC or others, 組織生検は腫瘍組織残存の有無, 経過は局所残存の有無で分類した。

【結果】直後の細胞診異常27例, 組織生検残存32例, フォローの細胞診異常11例であった。局所残存は18例, その内直後の細胞診異常8例, 組織生検残存10例, フォローの細胞診異常6例(ASC-H:2, SCC:4)であった。従属変数を経過(局所残存か否), 説明変数を年齢, 病期, 組織型, 骨盤リンパ節転移, 化学療法併用, 直後細胞診, 直後組織生検, フォロー細胞診とし多重ロジスティック回帰分析を行ったところ, 直後組織生検(OR=5.25, 95% CI:1.19-23.2, P<0.05)とフォロー細胞診(OR=4.40, 95% CI:1.50-12.9, P<0.01)で有意であった。

【考察】直後組織生検に腫瘍組織の残存があると, 或いはフォロー細胞診が異常である程, 局所残存する確率が高く, 判定方法として有用と考えられた。一方, 直後の組織生検で残存があっても最終的に局所残存するとは限らない。フォロー細胞診が有意であったことを考慮すると, 局所残存の判定時期は治療後3-5月が妥当である可能性が示唆された。

【結論】子宮頸癌放射線治療後の局所残存の判定は, 子宮頸部細胞診の推移を理解し判定することが肝要である。

### ◇地域推薦演題 11 呼吸器・中皮腫・体腔液

#### 地域 11-1 細胞診が肺腫瘍術中迅速診断の組織型推定に有用であった一例

宝塚市立病院中央検査室<sup>1)</sup>, 宝塚市立病院病理診断科<sup>2)</sup>,  
兵庫医科大学病理学(病理診断部門)<sup>3)</sup>

○山下結衣(CT)<sup>1)</sup>, 太田寛子(CT)<sup>1)</sup>, 東 誠二(CT)<sup>1)</sup>,  
小松敏也(CT)<sup>1)</sup>, 松尾祥平(MD)<sup>1)</sup>, 塚本吉胤(MD)<sup>2)</sup>,  
廣田誠一(MD)<sup>3)</sup>

70歳代女性, 検診で右肺S8に16mm大の境界明瞭な結節を指摘され, 当院呼吸器外科を受診した。CTでは過誤腫や硬化性肺胞上皮腫等の良性腫瘍, もしくは原発性肺癌が疑われ, 手術目的で入院となった。術前検査にて尿蛋白と尿潜血を認めたため, 手術前日に尿細胞診が提出された。術中迅速検査で右S8区域切除肺が提出された。肺腫瘍捺印細胞診では, 壊死性背景に, 流れるような配列を示した重積性異型細胞集塊を認めた。明らかな角化はなく, 核は楕円形で中心性, 小型の核小体が多発, クロマチンは細顆粒状で核溝がみられ, 肺原発扁平上皮癌あるいは転移性腫瘍を疑った。鏡検時の過去標本検索により, 入院時に尿細胞診が提出されていることに気付いた。尿細胞診では, 壊死性背景に, N/C比の高い異型細胞が大型集塊状, あるいは孤立散在性に多数みられた。異型細胞は核中心性で重積し, 小型の核小体が多発, クロマチンは細顆粒状に増量し, 尿路上皮癌が推定された。肺腫瘍捺印細胞診と尿細胞診の細胞像は類似しており, 肺腫瘍は尿路上皮癌の転移であることが強く疑われた。また, 術中迅速肺組織診でも, 壊死性背景に紡錘形細胞が充実性に増殖し, 尿路上皮癌の肺転移として矛盾しない像を呈した。肺原発の扁平上皮癌と尿路上皮癌の肺転移は鑑別が困難な場合があるが, 今回の症例では入院時の尿細胞診と術中の肺腫瘍捺印細胞診の比較により, 術中診断時に尿路上皮癌の転移を推定することが可能であった。術後の膀胱鏡検査で腫瘍を認め, 組織の診断で膀胱癌(尿路上皮癌)の存在が証明された。スクリーニング目的で手術前日に提出された尿細胞診が, 術中迅速診断の肺腫瘍組織型推定に有用であった症例と考え, 報告する。

### 地域 11-2 胸水細胞診で原発巣推定の重要性を再認識した卵巣漿液性癌の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科<sup>1)</sup>, 株式会社 LSI メディエンス<sup>2)</sup>

○鶴岡慎悟(CT)<sup>1)</sup>, 河村憲一(CT)<sup>1)</sup>, 江原輝彦(CT)<sup>1)</sup>, 松井宏江(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木 隆(CT)<sup>1)</sup>, 三瓶祐也(CT)<sup>1)</sup>, 清水 健(MD)<sup>1)</sup>, 是松元子(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】体腔液細胞診で原発巣を適確に推定することはその後の検査や治療の動向に重要な役割を担っている。

【症例】50歳代 女性既往歴：12年前に右卵巣粘液性腺腫。胃ポリープ。家族歴：母が乳癌現病歴：呼吸苦出現に対し、他院の胸部X-Pで右胸水貯留、PET/CT検査では右胸膜肥厚が認められ、当院胸水細胞診で転移性腺癌と診断したが、原発巣の推定は付記しなかった。画像的には進行胃癌が示唆されていたため、まず胃が精査された。消化管に加えて肺にも原発巣はみられず、当院初診から約3週間経過して婦人科系臓器を精査するに至った。子宮体内膜細胞診、腹水、ダグラス窩穿刺吸引に胸水と同様の癌細胞が認められた。胸水から作製していたセルブロック標本でp53, PAX8, ER陽性であり、卵巣漿液性癌と確定診断され、子宮・付属器切除が施行された。

【細胞像】胸水には淡明な細胞質を有する大型細胞が比較的結合性良好な集塊で出現していた。細胞には大小不同がみられ、大小の空胞を有していた。偏在し形状不整を示す核を有していた。一端にAI-B染色で陽性を示す偽線毛構造がみられた。

【組織像】化学療法後摘出された子宮、左卵巣に低分化漿液性癌が残存しており、腹膜に播種、骨盤内リンパ節に転移がみられた。

【考察】卵巣漿液性癌の胸水播種により呼吸不全が出現することは成書にも記載されている。大小の空胞を有する淡明大型細胞の出現は卵巣漿液性癌でしばしば遭遇する。偽線毛構造やOG好染細胞も由来推定に役立つと思われる。初回の細胞診標本で卵巣漿液性癌の推定は可能であったと考えられる。

【まとめ】細胞像から特徴的な所見を捉えた場合、臨床に報告することが重要であると再認識した。

### 地域 11-3 気管支擦過細胞診における組織型の検討—組織診との不一致例を中心に—

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】細胞診は個々の細胞の特徴から組織型を推定しているため、組織診と細胞診の推定病変が一致しないことが少なからずある。今回、気管支擦過細胞診における組織型について検討した。

【対象と方法】対象は2012年～2016年までの5年間に気管支擦過細胞診が施行された1545例のうち、推定組織型が組織診断と一致しなかった11例。これら11例を4名の細胞検査士が再鏡検し、その結果を細胞検査士間および組織診断と比較検討を行った。

【結果】初回細胞診断の推定組織型は、腺癌：10例、扁平上皮癌：1例であった。10例の内訳は、組織診断で扁平上皮癌：9例、最終的に大細胞癌が1例であった。9例のうち、生検のHE染色で扁平上皮癌と診断されたものが3例、非小細胞癌と診断され免疫染色で扁平上皮癌とされたものが5例、HE染色では腺癌と診断されたが免疫染色で扁平上皮癌であったものが1例であった。細胞診断で扁平上皮癌としたものは、生検のHE染色でも扁平上皮癌が疑われたが、免疫染色で腺癌と診断された。また、11例を4名の細胞検査士で再鏡検した結果、推定組織型が全員一致したものは4例であった。

【まとめ】細胞診断と組織診断が一致しなかった症例は、いずれも分化の低いものであり、11例中7例は細胞検査士によって異なる結果となった。腺癌様細胞、扁平上皮癌様細胞が混在する症例も少なくなく、どちらの所見に重きを置くかでバラツキが見られたものと考えられる。また、免疫染色により診断が確定した症例が7例であった。肺癌においては組織型が治療の選択に影響するため、細胞像から確定所見が得られないときは非小細胞癌にとどめておき、免疫染色などを考慮することも必要であると考える。



#### 地域 11-4 チーム医療としての呼吸器領域における On-site cytology の有用性

岡山大学病院病理部

○那須篤子(CT), 原田和恵(CT), 濱田香菜(CT),  
井上博文(CT), 今井みどり(CT), 松岡博美(CT),  
藤田 勝(CT), 都地友紘(MD), 田中顕之(MD),  
田中健大(MD), 柳井広之(MD)

【はじめに】気管支鏡検査は、肺癌の確定診断に重要な検査であるが、患者への侵襲を伴うため、診断に資する検体が確実に採取されたか否かを確認することが重要である。そこで、On-site cytology として同時に採取された細胞診材料の判定と、その組織診断結果を比較し、気管支鏡検査における On-site cytology の有用性を検討した。

【対象と方法】2016年1月から2016年12月までに行われた気管支鏡検査169例を対象とした。細胞診と組織診の結果を対比し一致率を算出した。細胞診標本は、技師が内視鏡検査室に向いて捺印・擦過標本の作製を行い、1枚は現場でHema-color染色を行ってその場で報告し、もう1枚は持ち帰ってパパニコロウ染色を行い判定した。また、気管支洗浄細胞診標本も対象とした。

【結果】細胞診で陰性は45例(27%)、陽性は124例(73%)であった。組織診で陰性は57例(34%)、陽性は112例(66%)であった。細胞診と組織診との陰性一致率が78%(57/45)、陽性一致率が90%(112/124)であった。今回の検討では、細胞診陽性、組織診陰性の症例が10例あり、細胞診陰性、組織診陽性の症例はみられなかった。

【考察】呼吸器領域の診断を行ううえで、On-site cytology は病理部門がチーム医療の一端を担う重要な検査として位置づけられる。On-site cytology の結果により、検体採取の継続ないし終了が判断され、診断に有用な検体確保の確実性が向上するきわめて有用性の高い検査であると考えられた。

#### 地域 11-5 肺癌診療領域における LBC を用いた遺 伝子プロファイリング

杏林大学医学部外科学教室(呼吸器・甲状腺)<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病院病理部<sup>2)</sup>, 杏林大学医学部臨床検査医学<sup>3)</sup>

○田中良太(MD)<sup>1)</sup>, 坂本憲彦(CT)<sup>2)</sup>, 鈴木 瞳(CT)<sup>2)</sup>,  
中里陽子(MD)<sup>1)</sup>, 橋 啓盛(MD)<sup>1)</sup>, 武井秀史(MD)<sup>1)</sup>,  
大塚弘毅(MD)<sup>3)</sup>, 岸本浩次(CT)<sup>2)</sup>, 藤原正親(MD)<sup>2)</sup>,  
柴原純二(MD)<sup>2)</sup>, 菅間 博(MD)<sup>2)</sup>, 近藤晴彦(MD)<sup>1)</sup>

癌治療における分子標的薬は著しい進展をみせており、新しい臨床試験の結果が次々と報告されている。肺癌では上皮成長因子受容体(EGFR)遺伝子変異が、EGFRチロシンキナーゼ阻害剤の治療効果と相関することが示された。その後EML4-ALK融合遺伝子をもつ腺癌においては、ALKとROS-1などのチロシンキナーゼを阻害するマルチキナーゼ阻害薬の有効性が報告された。そのような中で気管支鏡下生検による組織・細胞材料の採取や、更に薬剤耐性後の再生検(rebiopsy)が必要なケースも増えてきた。しかし微小で限られた量の組織材料を用いた遺伝子解析では、複数回解析を施行することが困難な状況が多く、材料の消費を最小限にとどめた解析が望まれる。今回我々は肺癌の細胞材料からの解析方法を確立するため、手術切除材料の腫瘍断面を擦過して、BD シュアパス™保存液により固定した細胞材料を用いて解析を試みた。病理組織学的に肺腺癌と診断された切除材料40検体を対象として、LBC固定液で保存したのちにDNAを抽出した。高感度リアルタイム法によるEGFR遺伝子変異の解析では、変異陽性率が50%(20/40)と良好に検出された。相互排他的な異常であることを前提として、EGFR遺伝子変異が陰性の20検体を対象として、KRAS遺伝子変異を解析し陽性率は10%(4/40)であった。EGFR・KRAS変異陰性例を対象として、LBC固定後のセルブロックを用いてALKの免疫染色を施行した。ALK陽性は2例で5%(2/40)の陽性率であった。今後はこの陽性標本を対象として、FISHを施行する予定である。LBC固定液を用いて効率的な細胞固定・回収と検体処理法を提示していくことは、今後の肺癌診療領域の個別化医療の更なる発展に貢献する一つの選択肢を示すものと考えられる。

## ◇地域推薦演題 12 乳腺

## 地域 12-1 自施設の乳腺 Solid papillary carcinoma の細胞診断学的検討

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構浜田医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○宍戸 優(CT)<sup>1)</sup>, 久保智子(MT)<sup>1)</sup>, 吉川由紀(MT)<sup>1)</sup>, 長崎弥生(該当なし)<sup>1)</sup>, 森川祥史(MT)<sup>1)</sup>, 長崎真琴(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】乳腺 Solid papillary carcinoma(以下 SPC)は、充実性乳頭状の発育を呈し、しばしば神経内分泌分化を有する核異型に乏しい乳管内癌(Ductal carcinoma in situ: DCIS)の組織亜型の一つである。発生頻度はまれで、通常の DCIS に比べて予後は比較的良好とされている。よって細胞診で SPC を正確に推定していくことは臨床的にも意義が高い。今回、我々は病理組織学的(生検、手術標本)に SPC と診断された 10 例を経験し、細胞診断学的検討をしたので、文献の考察も含め報告する。

【症例】年齢は 40~80 歳代(平均 69.0 歳)。SPC in situ が 4 例、SPC with invasion が 6 例。各症例に対して施行された、Fine needle aspiration(FNA)および Core needle biopsy(CNB)の捺印細胞診について検討を行った。

【細胞所見】SPC の診断に有意な所見とし 1: 豊富な細胞量, 2: 好酸性細胞質を有し孤立性に出現する plasmacytoid cell, 3: 裸血管および細い線維性血管間質を伴う乳頭状集塊, 4: 血管間質の硝子化, 5: 細顆粒状のクロマチンで均一な小型細胞, 6: 細胞質内・外粘液であった。

【考察】今回検討した症例の臨床情報は、血性乳頭分泌物・大型囊胞性病変・乳房腫瘍自覚であった。細胞診断学的に SPC との鑑別疾患として、乳管内乳頭腫や通常の非浸潤性乳管癌(DCIS)、浸潤性小葉癌、粘液癌などがある。鑑別点として、筋上皮細胞の有無や裸血管の存在、細胞異型や集塊における結合性の低下の有無、索状配列や intracytoplasmic lumina(ICL)が考えられる。上記の細胞所見に着目し、臨床情報を加味することで、SPC の推定は可能と考えられた。上記所見を認めた場合は、積極的に SPC を疑い、セルブロックや転写法を用いて、神経内分泌マーカーの検索を実施することが重要である。

## 地域 12-2 術後組織診断で radial scar または complex sclerosing lesion と診断された症例の検討

たけべ乳腺外科クリニック<sup>1)</sup>, 高松平和病院病理<sup>2)</sup>

○兼近典子(CT)<sup>1)</sup>, 安毛直美(CT)<sup>1)</sup>, 新井貴士(MD)<sup>1)</sup>, 武部晃司(MD)<sup>1)</sup>, 横山智子(CT)<sup>2)</sup>, 宮西智恵(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤 明(PhD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳癌検診の普及に伴い、radial scar (RS) または complex sclerosing lesion (CSL) と診断される症例が増えている。それらは画像上、浸潤癌と鑑別が困難な症例も多い。術後組織診断で RS または CSL と診断された症例について検討した。

【対象】2006 年 1 月から 2016 年 12 月までに、術後組織診断で RS または CSL と診断された 38 症例(良性 30 例: 悪性を伴うもの 8 例)。

【結果】悪性を伴う症例は DCIS が 7 例、Mic が 1 例で、核異型度は 1, 2 が 6 例, 3 が 2 例であった。細胞診を施行したのは良性 30 例中 27 例で、良性 4 例・鑑別困難 18 例・悪性疑い 3 例・悪性 2 例であった。悪性とした 2 例は、背景に二相性の明瞭な集塊がみられたが、軽度の核異型や構造異型を示す細胞を悪性細胞としていた。悪性を伴う 8 例中、7 例の細胞診断は、検体不適 1 例・鑑別困難 4 例・悪性 2 例であった。鑑別困難 4 例の細胞像は、低乳頭状や篩状などの明瞭な構造異型を示す細胞集塊を認めるが、背景に間質細胞やアポクリン化生細胞集塊が混在していた。多くの症例で硝子化した結合組織塊が散見された。

【考察】MMG, US とともに RS/CSL は、組織中の弾性線維や細胞成分の割合によって画像所見は様々であり、画像で良悪の鑑別は困難である。悪性を伴う病変の拾い上げには、CNB に比し多くの部位から細胞を採取できる細胞診は有用であるが、臨床所見が悪性病変を疑っていれば、細胞異型や構造異型が軽度でも細胞診はそれらを過大評価しがちである。背景に硝子化した結合組織塊が散見される場合は RS も念頭におき、画像上悪性を疑っていても軽度異型細胞の背景にみられる良性所見をみおとさないことで偽陽性を減少させられると考える。

### 地域 12-3 乳癌, 同時併用検診カテゴリー 3, 穿刺吸引細胞診は針生検減少につながるかの検討

坂井市立三国病院産婦人科<sup>1)</sup>, 福井大学医学部産科婦人科<sup>2)</sup>, 福井大学医学部付属病院病理診断科病理部<sup>3)</sup>, (株式会社) ピーシーエルジャパン<sup>4)</sup>

○加藤栄一(MD)<sup>1)</sup>, 黒川哲司(MD)<sup>2)</sup>, 折坂 誠(MD)<sup>2)</sup>, 吉田好雄(MD)<sup>2)</sup>, 今村好章(MD)<sup>3)</sup>, 平井康夫(MD)<sup>4)</sup>, 丸山 健(該当なし)<sup>4)</sup>

**【緒言】**対策型乳癌検診は, マンモグラフィ (MMG) 検診が行われているが, 大規模臨床研究, J-START の結果から MMG と乳房超音波検査 (BUS) の同時併用検診が検討され始めている。同時併用検診が導入されると, BUS のみで発見されるカテゴリー 3 が増加し, 侵襲の大きな針生検数の増加が危惧されている。そこで, 検討目的は, 「カテゴリー 3 の精密検査に, 針生検と比較し短時間で行え, かつ侵襲の小さい FNAC を導入することが, 針生検数の減少に繋がるか否か」を検討することである。

**【対象と方法】**平成 19 年から平成 28 年の間に 7571 名の併用検診が行われそのうちの, 604 名が超音波ガイド下の FNAC を受けている。日本乳癌検診学会の総合判定マニュアルに準じ, 画像評価 3 に分類された 354 名が対象者である。細胞診判定が鑑別困難, 悪性疑い, 悪性の対象者に, 針生検が施行された。

**【結果】**354 例中の細胞診判定は, 検体不適正・良性・鑑別困難・悪性疑い・悪性が, それぞれ 31%・55%・13%・0.6%・0.6%であった。鑑別困難症例以上で針生検が施行され, 51 例中 8 例 (16%) から癌が発見された。細胞診判定別のがん発見率は, 鑑別困難・悪性疑い・悪性において, それぞれ 11%・50%・100%であった。細胞診判定の検体不適正・良性に対し行った経過観察では, 6ヶ月以内にかんが発見された例は存在しなかった。

**【考察】**細胞診の検体不適正率が高いことは今後の課題と思われる。MMG と BUS 同時併用検診でカテゴリー 3 と判定された患者に対する精密検査に, FNAC を導入することは, 針生検数の減少に繋がる可能性が示唆された。

### 地域 12-4 トリプルネガティブ乳癌症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), 加藤 卓(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】**乳腺におけるトリプルネガティブ乳癌(以下 TNBC)の細胞学的特徴について組織像と比較した。

**【対象と方法】**2007 年から 2016 年までの乳癌手術例 775 例のうち, 病理組織学的に TNBC と診断された 94 例中, 穿刺吸引細胞診が施行されて対比が可能であった 30 例を対象とした。TNBC の割合は 12.1% (94/775 例), 平均年齢 61.9 歳, 平均腫瘍径 28.7 mm, 腫瘍存在部位は様々であった。これらを 1)免疫染色による亜型分類, 2)各亜型の組織所見, 3)各亜型の細胞判定と細胞所見, 4)組織所見と細胞所見を比較検討した。

**【結果】**1) TNBC は免疫染色にて CK5/6+, P40- の基底細胞様型 19 例を S100+, 壊死- の A 群 (11 例), S100+, 壊死+ の B 群 (4 例), S100- の C 群 (4 例) とした。残り 11 例は扁平上皮癌 D 群 (4 例), アポクリン癌 E 群 (5 例), 浸潤性小葉癌 F 群 (2 例) とし, 全部で 6 型に分類した。2) A 群は圧排性増殖する充実腺管癌, B 群は壊死+ の圧排性増殖する充実状腺管癌, C 群は充実腺管癌又は硬癌様であった。D 群は角化型扁平上皮癌, E 群はアポクリン癌, F 群は多形型浸潤性小葉癌であった。3) 細胞判定は全例悪性。A 群は大小の裸核状腫瘍細胞と充実状集塊を示す大型腫瘍細胞が出現する髄様癌様所見, B 群は壊死物質を伴う面疱癌様所見, C 群は比較的小型の腫瘍細胞が充実状集塊からなる基底細胞癌様所見を呈する傾向があった。D 群は壊死物質を伴う典型的な扁平上皮癌の所見で, E 群も典型的なアポクリン癌の細胞像であった。F 群には孤在性に明調で異型の強い大型腫瘍細胞がみられた。4) 各亜型では特徴のある細胞像を呈して組織像を反映していた。

**【まとめ】** TNBC は組織所見や免疫染色態度から 6 型に分類され, 組織像を反映して特徴のある細胞像を呈していた。

## ◇地域推薦演題 13 甲状腺

## 地域 13-1 腺腫様甲状腺腫の細胞像

武蔵野赤十字病院病理部<sup>1</sup>, 帝京大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>, 伊藤病院診療技術部臨床検査室<sup>3</sup>, 伊藤病院外科<sup>4</sup>, 慶應義塾大学病院病理診断部<sup>5</sup>, とちぎメディカルセンターしもつが病理診断科<sup>6</sup>, 独立行政法人国立病院機構相模原病院統括診療部病理診断科<sup>7</sup>

○宅見智晴(CT)<sup>1</sup>, 笹島ゆう子(MD)<sup>2</sup>,  
佐々木栄司(CT)<sup>3</sup>, 河合繁夫(MD)<sup>6</sup>, 齋藤生朗(MD)<sup>7</sup>,  
櫻井うらら(MD)<sup>1</sup>, 瀧 和博(MD)<sup>1</sup>, 亀山香織(MD)<sup>5</sup>,  
伊藤公一(MD)<sup>4</sup>

【背景】甲状腺に生じた腫瘤において、治療が必要な病変かどうかを判定するためには一般的に細胞診検査が用いられる。乳頭癌と診断すべき細胞像についてはその判断基準がほぼ確立されているが、もっとも頻度の高い良性病変である腺腫様甲状腺腫の細胞像は多彩で、濾胞腺腫や濾胞癌などの濾胞性腫瘍との鑑別が難しい。腺腫様甲状腺腫の特徴的細胞所見の抽出は、腫瘍性病変との鑑別の一助となることが期待される。

【症例】2002～2006年度に当院耳鼻科にて切除され病理組織学的に腺腫様甲状腺腫と診断された17例と伊藤病院にて腺腫様甲状腺腫と診断された43例、計60例である。

【方法】1. 出現細胞あるいは背景物質, 2. 細胞集塊の構造形態, 3. 細胞集塊の混在パターン, 4. 各細胞集団の出現実数, 5. 核形態, 6. 核内細胞質封入体の各項目について観察・検討した。

【結果および考察】腺腫様甲状腺腫では、背景にコロイドや泡沫細胞などの多種類の細胞出現を認め、集塊はシート構造が主体で、核は核濃縮および類円形核の混在する混合型が多くみられる。これらは他の疾患との鑑別に役立つものと考えられる。

## 地域 13-2 甲状腺篩型乳頭癌の1例

医療法人野口病院研究検査科<sup>1</sup>, 医療法人野口病院病理診断科<sup>2</sup>

○伊藤有紀子(CT)<sup>1</sup>, 丸田淳子(CT)<sup>1</sup>, 渡 彩香(CT)<sup>1</sup>,  
横山繁生(MD)<sup>2</sup>

【緒言】甲状腺篩型乳頭癌は若年女性に好発する予後良好な乳頭癌の亜型で、散发例と家族性大腸ポリポーシスに合併する症例がある。今回、我々は術前細胞診で乳頭癌と診断したが、亜型の推定には至らなかった1例を経験したので、反省点を含めて報告する。

【症例】10代女性。頸部腫脹を指摘され当院を受診。超音波検査で、甲状腺左葉に約2cm大の境界明瞭な結節性病変を認め、穿刺吸引細胞診が行われた。細胞診で乳頭癌が推定され、左葉切除術とリンパ節廓清術が施行された。

【細胞診所見】外来時の迅速細胞診標本には、貪食細胞と共に重積性のある大小、多数の細胞集塊を認めた。腫瘍細胞は類円形～短紡錘形で、クロマチンは粗顆粒状であった。後日行った通常のPap染色も迅速細胞診とほぼ同様の所見であったが、クロマチンの粗さが軽減し、核縁の不整・肥厚が目立った。これらの所見から「判定区分：悪性/推定組織型：乳頭癌」と細胞診断した。

【病理学的所見】肉眼的には一部に嚢胞性変化を伴う2cm大の被包性腫瘍であった。組織学的にはコロイドを欠き、乳頭状、濾胞状、篩状増殖を示し、morulaと呼べる充実性部分が散見された。腫瘍細胞は円柱状～立方状で、morula部には短紡錘形細胞や封入体様の淡明核も認められた。免疫染色で、thyroglobulinは陰性、TTF-1とβ-cateninが核に陽性、morula部の淡明核にビオチンが陽性を示し、篩型乳頭癌と診断した。

【結語】術前細胞診では亜型の推定には至らなかったが、術後の再検討では篩状構造を示唆する細胞集塊内の空隙、顆粒状クロマチン、淡明核を認め、本亜型を疑うべき症例であった。診断に際しては、本亜型を念頭に置き、特徴的な細胞所見を見落とさない事が肝要と考えられた。



## ◇一般演題・示説

## P-1-001 胃癌の子宮頸部転移が疑われた1例

釧路赤十字病院産婦人科<sup>1)</sup>, 北海道大学産婦人科<sup>2)</sup>, 手稲  
溪仁会病院産婦人科<sup>3)</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>4)</sup>

○前田悟郎(MD)<sup>1)</sup>, 武田真人(MD)<sup>1)</sup>, 奥 聡(MD)<sup>2)</sup>,  
朝野拓史(MD)<sup>1)</sup>, 小林由佳子(MD)<sup>1)</sup>, 石塚泰也(MD)<sup>1)</sup>,  
丸川活司(CT)<sup>4)</sup>, 今井一章(MD)<sup>3)</sup>, 遠藤大介(MD)<sup>1)</sup>,  
岡田宏美(MD)<sup>4)</sup>, 三田村卓(MD)<sup>2)</sup>, 渡利英道(MD)<sup>2)</sup>,  
畑中佳奈子(MD)<sup>4)</sup>, 櫻木範明(MD)<sup>2)</sup>, 松野吉宏(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】 卵巣の他, 子宮頸部への転移が疑われた胃癌  
の1症例を経験したので経過を報告する。

【症例】 患: 44歳0経妊. 35歳時に胃癌のため, 腹腔鏡  
下幽門側胃切除術を施行. 9年後の定期検診時に, 画像  
検査で両側卵巣腫瘍を認め, 当科紹介. 初診時, 細胞診  
は子宮頸部-内膜ともに陰性であった. 両側付属器摘出  
術を行い, 病理組織学的に転移性腫瘍: 胃癌の再発と診  
断された. 術後 TS1 を1年間使用し再発所見を認めず  
一旦服用を終了したが, その6ヶ月後の子宮頸部擦過細  
胞診で Adenocarcinoma の判定となり, 組織診を施行し  
た

【細胞診所見】 核の偏在, N/C比が高く, 明瞭核小体, ク  
ロマチン増量, 核縁肥厚, 核の大小不同や細胞質内の粘  
液を有する小型異型細胞が散在性に出現した。

【組織所見】 頸管腺の一部に胞体内粘液を有し, 印環細胞  
様の形態を有する異型細胞から構成される腺上皮組織が  
認められた。

【まとめ】 腫瘍量が少ないため, 或いは再開した TS1 の  
効果かその後子宮頸部細胞診では異常細胞は消失し, 円  
錐切除は施行しなかったが, 胸腹水の増加など他部位で  
胃癌の再燃を認め, 患者は緩和療法を選択し, 他院へ転  
院となった. 腫瘍細胞が頸管腺上皮に存在し, 胃癌の転  
移としては非典型的と考えられたが, 免疫染色での  
CK7, MUC-5AC, MUC-6 陽性など, 胃や卵巣と同一の  
所見から, 胃癌の転移として矛盾しないものと考えられ  
た。

P-1-002 原発性子宮頸癌と鑑別が困難であった乳癌  
子宮頸部転移の1例

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科<sup>1)</sup>, 新潟県立がん  
センター新潟病院病理<sup>2)</sup>

○菊池 朗(MD)<sup>1)</sup>, 笹川 基(MD)<sup>1)</sup>, 川崎 隆(MD)<sup>2)</sup>,  
本間慶一(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】 子宮頸部への他臓器の悪性腫瘍の転移はまれで  
ある. 当初原発性子宮頸癌を疑ったが, 最終的に乳癌の  
子宮頸部転移が判明した1例を経験したので報告する。

【症例】 56歳 経産婦. 48歳時乳癌(浸潤性小葉癌)の  
既往あり. 不正出血で近医受診し, 肉眼所見で原発性子  
宮頸癌が疑われた. 子宮頸部細胞診及び内膜細胞診で腺  
癌と診断され当科紹介. 肉眼的に子宮頸部に Bulky な腫  
瘍を認めた. 内診上腔壁浸潤及び子宮傍組織浸潤あり.  
画像検査で膀胱浸潤, 多発骨転移, 肺転移, 肝転移あり.  
組織診では胞巣状に浸潤増生する癌腫を認め, CK5/6  
(-), p40(-), p16(+), vimentin(-), CEA(-), ER(+)  
であった. p16 陽性で子宮頸部由来の低分化な腺癌が疑  
われたが, ER 陽性で典型的とは言えず断定が困難で  
あった. 当科で再検した子宮頸部細胞診では, 腫瘍性背  
景に核形不整, N/C比の増大や小型核小体を認める異型  
細胞が, 孤立散在性~小集塊状に多数出現. 数珠状配列  
や細胞内小腺腔を有する細胞も見られ乳癌の子宮頸部転  
移が疑われた. 前述の組織に追加した免疫染色では,  
Mammaglobin(+), GCDFP-15(+), PR(+), E-cad-  
herin(-)であり, 浸潤性小葉癌の転移と診断された. p16  
については子宮頸部の転移巣ではびまん性に陽性であっ  
たが, 8年前の乳癌では限局性に陽性であり, 陽性率に  
違いがあった. 現在乳腺外科で化学療法施行中である。

【まとめ】 臨床的に原発性子宮頸癌と乳癌転移の鑑別困  
難であったが, 浸潤性小葉癌の特徴的な細胞所見があり,  
免疫組織学的に診断を確定し得た. 組織型推定に細胞診  
が組織診より有用なこともあること意識することが大切  
である。



### P-1-003 子宮頸部悪性リンパ腫の1例

PCL 福岡病理・細胞診センター<sup>1)</sup>, 長崎大学病院産婦人科<sup>2)</sup>

○田中哉子(CT)<sup>1)</sup>, 秋山譲滋(CT)<sup>1)</sup>, 早川優佳(CT)<sup>1)</sup>, 平田祐子(CT)<sup>1)</sup>, 亀井美由紀(CT)<sup>1)</sup>, 藤井華子(CT)<sup>1)</sup>, 山田 博(CT)<sup>1)</sup>, 岩井幸子(CT)<sup>1)</sup>, 亀井敏昭(MD)<sup>1)</sup>, 阿部修平(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮に発生する悪性リンパ腫の頻度は極めて低い。今回我々は子宮頸部細胞診および子宮内膜細胞診にて悪性リンパ腫を推定し得た1例を経験したのでその両標本にみられた細胞像を供覧し、報告する。

【症例】66歳女性, 2妊2産, 53歳閉経, 不正出血を主訴として婦人科受診。子宮頸部にmassが見られ, 近傍リンパ節腫大, 臨床的に悪性リンパ腫が疑われ, 細胞診と組織検査が施行された。

【細胞像】<子宮頸部>LBC(Sure Path法)壊死様物質を背景に孤立散在性~集合性に小型類円形で, 細胞質をしっかりと有した異型細胞が出現し, 微細~融解状クロマチン, 複数個の核小体を有し, 核の切れ込み, 核分裂像も見られた。Bethesda分類: Other malignancy<子宮内膜>エンドサイトにて採取された標本では出血壊死性背景に頸部標本と同様に類円形, 不整形核を有した異型細胞が多数出現していた。微細~細顆粒状クロマチン, 複数個の核小体を有し, 核の切れ込みも認められた。細胞診断: Malignant lymphoma

【組織像】腔部・頸部生検標本ではやや拡張した子宮頸管組織が認められ, 間質には類円形ないし核形不整形核を呈し, 核クロマチン増量を呈する異型細胞が多数出現し, 瀰漫性に浸潤増生する所見が認められた。内膜腺細胞に異型性はみられなかった。免疫染色では大型異型リンパ球でCD20, CD79aが強陽性, CD3(小型リンパ球は一部陽性)陰性, AE1/AE3, CD10陰性であった。以上より瀰漫性大細胞性B細胞性リンパ腫と診断された。

【まとめ】子宮頸部LBC標本での異型細胞は内膜細胞診でみられた細胞より小型で, 若干診断に悩んだ。実際には臨床診断及び内膜細胞診標本に出現していた異型細胞の観察から総合的に診断し得たものであった。

### P-1-004 子宮に発生した悪性リンパ腫5例の臨床病理学的検討

横浜市立大学附属病院産婦人科<sup>1)</sup>, 横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部<sup>2)</sup>, 横浜市立大学医学部分子病理学教室<sup>3)</sup>

○太田幸秀(MD)<sup>1)</sup>, 松永竜也(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木幸雄(MD)<sup>1)</sup>, 齊藤 真(MD)<sup>1)</sup>, 今井雄一(MD)<sup>1)</sup>, ルイズ横田奈朋(MD)<sup>1)</sup>, 西尾由紀子(CT)<sup>2)</sup>, 三田和博(CT)<sup>2)</sup>, 古屋充子(MD)<sup>3)</sup>, 山中正二(MD)<sup>2)</sup>, 佐藤美紀子(MD)<sup>1)</sup>, 大橋健一(MD)<sup>2)</sup>, 宮城悦子(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】節外性悪性リンパ腫のうち婦人科臓器に発生するものは稀である。悪性リンパ腫は上皮下の間質部分に発生するため, 擦過細胞診での検出は困難とされるが, 治療方針を決定するために有用な場合もある。

【方法】当院で2004年から2015年に組織学的に診断された子宮発生した悪性リンパ腫について, 子宮頸部細胞診の所見を後方視的に検討した。この期間の子宮悪性腫瘍1073例のうち悪性リンパ腫は5例(0.47%)で, いずれも組織型はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であった。確定診断は3例が子宮腔部生検, 1例が子宮体部内膜生検, 1例が開腹手術時の腫瘍表面からの生検で行われた。

【結果】細胞診では1例が悪性リンパ腫を疑えたが, 他4例はNILMであった。悪性リンパ腫を疑った症例の細胞診所見は, 出血性背景の中, やや大型で単調な異型細胞が緩く結合した, 重積性の少ない集塊としてみられ, その周囲にも孤立散在性の異型細胞が見られた。異型細胞はN/Cが高く, 類円形の核を持ち, クロマチンは細顆粒状で, 核小体はやや目立つ程度であった。その他の症例ではきれいな背景に異型のない子宮頸部粘膜上皮細胞を認め, 異型リンパ球を少数みられたが, 悪性リンパ腫を疑うには至らなかった。

【考察】通常においても少量の異型リンパ球は出現する事があり, その存在のみで悪性リンパ腫を疑うことは難しい。子宮頸部細胞診での悪性リンパ腫の検出率は10-40%程度とされており, 本検討でも5例中1例であり, 診断が困難であることが確認された。臨床経過や画像から子宮の悪性リンパ腫を考えた場合は, 細胞診での検出率の低さを考慮し, 積極的に組織診をする必要があると考えた。

### P-1-005 $\kappa$ 係数を用いた内部精度管理と細胞像の検討

獨協医科大学越谷病院病理診断科

○並木幸子(CT), 山崎泰樹(CT), 古谷津純一(CT), 岡村卓哉(CT), 遠藤真美(CT), 松本祐弥(CT), 山口岳彦(MD), 伴 慎一(MD), 小野祐子(MD), 松岡健太郎(MD), 藤井晶子(MD), 今田浩生(MD), 峰宗太郎(MD), 飯田 俊(MD), 上田善彦(MD)

【目的】今回我々は内部精度管理の一環として,  $\kappa$ 係数を用いた検討を行なった. さらに相違のみられた症例について細胞像を検討し, 若干の知見を得たので報告する.

【材料・方法】2014年から2016年の3年間で診断した子宮腔部・頸部細胞診のうち, 細胞検査士の第1鏡検者ないし第2鏡検者がASC-US以上と判定した929例を対象とした. 2人の観察者間における判定を評価する目的で, ベセスダシステム2014に基づく9分類に対し, (1)第1鏡検者と第2鏡検者の細胞診判定の一致度, (2)細胞専門医の最終診断と各細胞検査士の細胞診判定の一致度につき検討した. さらに第1鏡検者, 第2鏡検者, 最終診断のいずれかで診断に相違がみられた症例についてブラインドで再鏡検し細胞像の検討を行った.

【成績】それぞれの $\kappa$ 係数は(1)で0.78, (2)で0.54-0.98であった. 最終診断と当施設の細胞検査士6名で再鏡検した細胞診判定の一致率は50%-83%であった.

【考察】 $\kappa$ 係数0.41-0.60は中等度の一致, 0.61-0.80はかなりの一致, 0.81以上でほぼ完全に一致と言われている. 今回当施設における(1)の $\kappa$ 係数は0.78であり, 一定の水準は満たしていると考ええる. (2)の結果より, 経験年数が浅いほど $\kappa$ 係数が低い傾向にあることが示唆された. さらに再鏡検の結果, (A)化生細胞の存在, (B)異型細胞が少数であること, (C)角化細胞が多数出現していることなどが各細胞検査士の判定基準の相違の原因であると考えられた. これら判定に相違のあった症例につき施設内の判断基準を整えることで各細胞検査士の判断基準の差異を是正するとともに, この判断基準が順守されているかを確認するためにも今後も定期的に評価する必要があると考えられた.

### P-1-006 福岡県大川市で働く女性を対象とした子宮頸癌に関する意識調査

国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>1)</sup>, 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻臨床検査学分野<sup>2)</sup>

○富安 聡(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤信也(CT)<sup>1,2)</sup>, 大田喜孝(CT)<sup>1,2)</sup>

近年, 本邦における子宮頸癌の発症率は若年者で増加傾向を示している. 福岡県大川市の住民検診による子宮頸癌検診受診率は, 過去5年間を通して30%を割っており, 特に20~30歳代の受診者数は全受診者数約1,640人のうち約400人と非常に少ないものである. そこで, 今回, 子宮頸癌検診受診率の向上を目指した施策策定の資料として, 大川市で働く女性の子宮頸癌検診に関する認識を明らかにすることを目的に, Human papillomavirus (HPV)と子宮頸癌との関連性についてアンケート調査を実施した. 質問は4項目(1. HPVについて, 2. 子宮頸癌検診について, 3. 検診クーポンについて, 4. 検診の経験および今後の意識について), 15問を用意した. 有効回答者は370人で, その結果より, 子宮頸癌の発症率の上昇を認める若年者においてHPVおよび検診方法に関する理解度が非常に低いことが明らかとなった. また, 検診方法において細胞診を知っている30歳以上の人は理解している人が多いものの, HPV検査については知らない人が多いことが明らかとなった. 検診クーポンについては若年者では知らない人が多く, さらに全世代において検診クーポン券の利用者が非常に少ないことが判明した. 子宮頸癌検診の受診経験については, 全世代を通して7割以上の人が「経験あり」と回答したが, 20歳代は5割と他の世代と比較すると低いものであった. 以上のことから, HPVや検査に関する認識に乏しいため, 成人前までの周知が必要であると考えられる. さらに, 受診率向上を図るためには, 未受診者を減らし, 検診クーポン券の利用者を増やす施策が必要であることが明らかとなった.

### P-1-007 若年者における子宮頸がん検診の結果分析について

公益財団法人福岡県すこやか健康事業団<sup>1)</sup>,九州大学大学院医学研究保健部門<sup>2)</sup>,国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>3)</sup>,社会医療法雪の聖母会聖マリア病院病理科<sup>4)</sup>

○田中亜都子(CT)<sup>1)</sup>,八尋裕美子(CT)<sup>1)</sup>,  
舟越 乾(CT)<sup>1)</sup>,加来恒壽(MD)<sup>2)</sup>,大田喜孝(CT)<sup>3)</sup>,  
檜垣浩一(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】20歳代,30歳代の女性において最も罹患率が高い癌は子宮頸癌(上皮内癌含む)であり,近年急増傾向を示し重大な問題となっている。当事業団にて若年者(40歳未満)の子宮頸がん検診の結果について検討したので報告する。

【対象と方法】2012年4月~2016年3月までに当事業団で実施した子宮頸がん検診を受診した40歳未満の42655人(平均年齢32.6±5.0歳)の結果について検討した。なお,早期癌を微小浸潤癌まで,初回受診者は過去3年以内に検診受歴のない者とした。

【結果】40歳未満の42655人中,要精検者は1326人(3.1%),精検受診者数は1012人(76.3%)であった。精検受診者の診断結果内訳は,上皮内癌,上皮内腺癌含む癌26人(2.6%),異形成649人(64.1%),その他の非腫瘍性病変188人(18.6%),異常なし149人(14.7%)であった。発見がんの内訳は上皮内癌17例,上皮内腺癌2例,微小浸潤癌3例,浸潤癌4例であった。受診歴別CIN3発見率は,初回受診は0.33%,非初回受診は0.15%であった。

【考察】要精検率は20~24歳3.7%,25~29歳4.1%で20歳代が高く,当事業団の2012~2016年度全年齢の要精検率1.4%と比較しても高かった。CIN3の発見率ハ40歳未満で0.26%であり,40歳以上CIN3発見率0.09%と比較しても高かった。また,初回受診者のCIN3の発見率は非初回受診者より高い傾向にあることから若い年齢から継続してがん検診を受けることが早期発見に繋がると考える。浸潤癌が発見された4人のうち3人が初回受診者であり,若年者に対しては啓発も含めた受診勧奨が重要であると考え。

### P-1-008 子宮頸部腫瘍に対するコルポスコピーと生検に関する後方視的検討

東邦大学医療センター大橋病院婦人科

○高橋怜奈(MD),武谷千晶(PhD),釘宮剛城(MD),  
小宮山慎一(PhD),久布白兼行(PhD)

【緒言】子宮頸部細胞診で異常がみられた症例や,子宮頸部に肉眼的異常が認められた症例などに対して組織診が行われる。一般には,コルポスコピー下に異常所見のある部位から組織を採取する狙い組織診を行う。今回我々は組織診を何カ所行うことが最も有効であるか,後方視的に検討したので報告する。

【方法】2014年3月から2016年3月までの間にコルポスコピー下狙い生検を施行した300人の患者を対象とした。病理組織診断が慢性頸管炎,LSIL(CIN1),HSIL(CIN2,CIN3)の場合,生検数,何か所目の生検で診断に至ったか,また円錐切除術を施行した症例に関しては術前の組織診と円錐切除検体の病理組織診断を検討した。

【結果】300人中,年齢は20歳代が58人,30歳代が119人,40歳代が70人,50歳代以上が53人であった。コルポスコピー下狙い組織診の結果,慢性頸管炎が51人,CIN1が94人,CIN2が78人,CIN3が75人,AISが2人であった。またCIN3のうち生検数は1カ所が4人,2カ所が19人,3カ所が42人,4カ所が10人であった。さらにCIN3のうち,1カ所目の生検で診断がついたものが56人,2カ所目が13人,3カ所目が6人であった。4カ所目で診断がついているものは認めなかった。CIN3で子宮頸部円錐切除術を施行した患者は68人でそのうち,CIN3と病理組織診断されたものが50例,CIN2が8例,慢性頸管炎が10例であった。

【考察】CIN3に関しては92%の症例が2カ所目までの生検で診断がついていた。患者への侵襲を考慮するとより少ない生検をするべきであることが示唆された。

### P-1-009 多様な浸潤癌が含まれる子宮頸部細胞診の AGC

大阪鉄道病院婦人科<sup>1)</sup>, 大阪鉄道病院臨床検査室病理<sup>2)</sup>, 大阪鉄道病院病理診断科<sup>3)</sup>

○熊谷広治(MD)<sup>1)</sup>, 坂井昌弘(MD)<sup>1)</sup>, 前田隆義(MD)<sup>1)</sup>, 山崎由香子(CT)<sup>2)</sup>, 山内直樹(CT)<sup>2)</sup>, 森島英和(CT)<sup>2)</sup>, 真崎 武(MD)<sup>3)</sup>

【目的】頸部細胞診の AGC は、反応性・修復性変化を超える核異型を認めるが明確な上皮内腺癌や浸潤腺癌の特徴を欠く頸管腺細胞と定義されている。しかし AGC には頸癌、体癌、卵巣癌などの浸潤癌が含まれることが知られている。今回、頸部細胞診で AGC と判定した症例を後方視的に調査し、その細胞像と含まれる浸潤癌の種類を明らかにした。

【方法】過去3年半に当院で施行した頸部細胞診の約11300検体のうち LSIL, HSIL, ASC-US, ASC-H, AGC, SCC, AIS, Adenocarcinoma の判定数を算出した。そのうち AGC と判定した症例の年齢、細胞像、組織診断を調査した。

【結果】細胞診の判定数は LSIL : 377 (3.3%), HSIL : 193 (1.6%), ASC-US : 368 (3.2%), ASC-H : 72 (0.6%), AGC : 38 (0.3%), SCC : 23 (0.2%), AIS : 3 (0.03%), Adenocarcinoma : 12 (0.1%) であった。AGC と判定した38件の年齢中央値は50歳(26~95歳)で、その細胞像は腺系良性17、腺系腫瘍性8、内膜腺7、その他6で、38件(35例)の組織診断は頸管ポリープ1、頸管炎1、頸部上皮内腫瘍3、内膜化生1、内膜増殖症1、異型内膜増殖症1、頸癌(扁平上皮1、腺2)、体部類内膜癌2、卵管漿液性癌1、腹膜漿液性癌1、大腸癌1、未生検22で、浸潤癌が23%(8/35)含まれていた。

【結論】頸部細胞診の AGC には頸癌、体癌、卵管癌、腹膜癌など多様な浸潤癌含まれていた。AGC の臨床的取扱いは注意を要する。

### P-1-010 AGC と判定された症例の織学的転帰と臨床背景に関する検討

奈良県立医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2)</sup>

○杉本澄美玲(MD)<sup>1)</sup>, 内山智子(MD)<sup>2)</sup>, 岩井加奈(MD)<sup>1)</sup>, 山田有紀(MD)<sup>1)</sup>, 川口龍二(MD)<sup>1)</sup>, 小林 浩(MD)<sup>1)</sup>, 松岡未奈巳(MD)<sup>2)</sup>, 西川 武(CT)<sup>2)</sup>, 大林千穂(MD)<sup>2)</sup>

【目的】AGC は、特定の前癌病変ではなく癌のリスクの高さを表すカテゴリーである。しかし本邦において、診断や管理方法の明確な指針は定まっていない。今回我々は、当院で扱った AGC 症例の組織学的転帰及び患者背景を後方視的に検討した。

【方法】2012年1月から2016年12月までの5年間に、他院からの紹介例を含む当院で扱った AGC 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。精密検査で異常がなく、2回以上 NILM が続いたものは良性として扱った。

【成績】症例数は37例(当院細胞診例は19例、他院からの紹介例は18例)であった。年齢は20歳から80歳(中央値47歳)で、不正出血等の症状を有した症例は17例(45.9%)認めた。13例で診断目的の切除術(円錐切除術または子宮摘出術)が施行された。浸潤癌において診断に要した期間は0.5ヶ月から6ヶ月(中央値1ヶ月)であった。良性の経過は11例(29.7%)で、CIN1が2例、LEGHが2例含まれた。非浸潤癌は10例(27.0%)で、そのうち AIS が6例(15.8%)、CIN3が4例(10.5%)であった。浸潤癌は16例(43.2%)認め、内訳は、子宮頸部の腺癌が10例(26.3%)と扁平上皮癌が1例(2.6%)、子宮体癌が3例(7.9%)、卵巣癌が2例(5.3%)であった。

【結論】AGC が検出された症例のうち浸潤癌が43.2%含まれ、大半が1ヶ月以内に診断されたが、最長6ヶ月を要した症例も存在した。AGC を認めた際は、浸潤癌の可能性を念頭に置き、精密検査で異常を認めない場合も長期的な follow up が必要である。



### P-1-011 コンジローマ様癌と鑑別を要しレーザー蒸散術が奏功した子宮頸部異形成の一例

さがら女性クリニック婦人科<sup>1)</sup>, 相良病院病理診断科<sup>2)</sup>, 鹿児島大学腫瘍学講座分子細胞病理学<sup>3)</sup>

○辻 隆広(MD)<sup>1,2)</sup>, 前田ゆかり(CT)<sup>2)</sup>, 永尾聡子(CT)<sup>2)</sup>, 皆倉愛美(CT)<sup>2)</sup>, 北園暢子(CT)<sup>2)</sup>, 板坂美里(CT)<sup>2)</sup>, 畑中一仁(MD)<sup>3)</sup>, 大井恭代(MD)<sup>2)</sup>

症例は、28歳、未経妊、未経産。2年前に子宮頸部細胞診異常にて、子宮頸部生検を受け子宮頸部 CIN2 と診断。その後、子宮頸部細胞診にて経過観察中であり、所見としては LSIL 病変持続。肉眼的に子宮頸部病変部の拡大のため、精査、目的にて当院紹介受診。初診時の肉眼所見は、子宮頸部に全周性の隆起病変を認めた。HPV-DNA 型判定検査にて、52 型陽性。子宮頸部コルポ生検にて、乳頭状隆起を背景に、軽度白色所見を認めた。数ヶ所生検しコンジローマ合併の子宮頸部異形成 (CIN1) を考える組織所見であった。しかし、鑑別診断としてコンジローマ様癌の可能性も否定できず。そのため、骨盤部 MRI 検査を施行し子宮頸部間質への浸潤を画像上否定した。挙児希望あり、流早産のリスクをふまえ本人の希望にて、レーザー蒸散術の方針となる。静脈麻酔下で、CO2 レーザーを用いて、レーザー蒸散術を施行。深さ 5 mm 以上、奥行 15 mm 程度施行し、病変部は、肉眼的に完全消失した。手術後、2 週間前後は創部出血を中等度認めたが、それ以外の重篤な合併症なく術後経過良好であった。術後 3 ヶ月、6 ヶ月に子宮頸部細胞診を行い、NILM であり治癒と判断。そのため、妊娠許可とし、自然妊娠。妊娠経過良好で、流早産の合併症なく無事出産した。今回は、上記症例の子宮頸部細胞診像、組織像、治療前後の肉眼像を提示、報告する。

### P-1-012 子宮頸部細胞診で悪性の細胞所見が得られなかった子宮頸癌 IB1 期の一例

旭川厚生病院産婦人科

○宇津野泰弘(MD), 岩城 豊(MD), 箱山聖子(MD)

#### 【緒言】

細胞診偽陰性の原因として sampling error が最も多いと言われている。子宮頸部細胞診で明らかな悪性細胞の所見が得られなかったが、円錐切除で子宮頸癌 IB1 期と診断された一例を経験したので報告する。

#### 【症例】

63 歳女性 (1 経妊 1 経産)、閉経 47 歳。下腹部の違和感を主訴に当科を初診した。経陰超音波では腫瘍像は認めなかった。子宮頸部細胞診で AGC のためコルポ下生検を行った。コルポ不適例ではあったが、生検で CIN2 を認めた。3 か月後の頸部細胞診では NILM であった。その 3 か月後の再検では LSIL であったが、変性と壊死細胞の混在を認めた。再度コルポを施行したが、病変を認めず HPV18 が陽性であった。頸管奥の病変を疑い MRI を施行し頸部に 1 cm 大の腫瘍を認めた。診断的円錐切除を施行し子宮頸癌 IB1 期 (扁平上皮癌) の診断となった。腹腔鏡下広汎子宮全摘術を施行し左腸骨間リンパ節転移を認めた。再発高リスク群であり術後補助療法を行い術後 10 ヶ月経過したが再発は認めない。

#### 【考察】

円錐切除検体の検討から 1. 病変が頸管の奥にあり 2. 露出部している面積が少ない 3. 表面が壊死組織に覆われている等の特徴がみられ、sampling error が生じたと考えられた。細胞診の背景に壊死物質が見られたため、鑑別のため MRI 等の画像検査を行うことは有効と思われた。

#### 【結語】

背景に壊死物質が見られる場合に、悪性細胞の所見を認めなくても悪性病変を念頭に慎重な対応が必要である。



## P-1-013 分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の一例

市立大町総合病院診療技術部臨床検査室<sup>1)</sup>, 信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室<sup>2)</sup>

○服部守恭 (CT)<sup>1)</sup>, 藤井真一 (CT)<sup>1)</sup>, 山ノ井一裕 (MD)<sup>2)</sup>, 福島万奈 (MD)<sup>2)</sup>, 中山 淳 (MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】分葉状頸管腺過形成 (LEGH) は粘液分泌の亢進した異型性に乏しい高円柱上皮細胞からなる腺管の分葉状増殖を特徴とした疾患であるが, 悪性である最少偏倚腺癌 (MDA) との鑑別が難しく, MDA や浸潤性腺癌と混在する事もある為, 細胞診において LEGH を指摘する事は重要である。今回我々は初診時に子宮頸部細胞診で LEGH を指摘できた本疾患の一例を報告する。

【症例】81 歳女性。2 経妊 2 経産。閉経 47 歳。特記すべき既往歴なし。一年程前からの持続する子宮下垂感で当院産婦人科を受診。子宮脱として子宮頸部細胞診が実施され AGC (LEGH や MDA の疑い) の診断であった。その後の精査で MRI では子宮頸部に約 5 mm の嚢胞性病変を認め, 生検で CIN1 の診断であったが, LEGH や MDA を示唆する所見は認めなかった。治療は本人の希望で膣式子宮全摘術と膣壁形成術が施行された。

【細胞所見】年齢に比して非常に多くの頸管腺上皮細胞が見られた。これらはピンク色の粘液と胃型粘液を示唆する黄色調粘液を産生する腺細胞集塊が混在し, 明らかな two color pattern を認めた。集塊はシート状で一部に軽度な核重積や配列不整を認めたが, 密度の高い腺管では核が基底側に沿って並んでいた。核所見は他の頸管上皮細胞と同様であり異型は認めなかった。

【組織所見】SCJ のやや体部側において異型性の乏しい腺管が増生し, やや分葉状の増生が目立つ部分を認めた。当該腺管は AB-PAS 染色にて紫色に染色され, 免疫染色では MUC6 と HIK1083 の双方に陽性を示し LEGH と診断された。

【まとめ】子宮頸部細胞診では, 胃型の粘液を産生する腫瘍が生じ得る事を常に念頭に置き, 異型は乏しくとも黄色調粘液を持つ腺細胞集塊をスクリーニングする事が重要である。

## P-1-014 鑑別に苦渋した Arias-Stera reaction の一例

福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座<sup>1)</sup>, 福島県立医科大学附属病院病理部<sup>2)</sup>

○喜古雄一郎 (MD)<sup>1,2)</sup>, 鈴木エリ奈 (MD)<sup>1,2)</sup>, 村越政仁 (CT)<sup>2)</sup>, 菅野寿也 (CT)<sup>2)</sup>, 山谷幸恵 (CT)<sup>2)</sup>, 赤城美代子 (CT)<sup>2)</sup>, 田崎かずひろ (MD)<sup>1,2)</sup>, 橋本優子 (MD)<sup>1,2)</sup>

症例は 30 才女性, 0 経妊, 0 経産。子宮癌検診で異常指摘無し。9 か月前に月経困難症と 3 年間の不妊を主訴に前医受診。CT にて両側卵巣腫瘍指摘され, 両側卵巣腫瘍核出術施行。組織診断は右側: endometrial cyst, 左側: mucinous cystadenoma であった。術後, 温経湯内服と排卵チェック実施し 2 か月前に自然妊娠となった。6 週 5 日, 性器出血のため入院管理, 頸部から細胞診, 組織診が施行された。細胞診は ASC-H, 組織診は Atypical gland like clear cell adenocarcinoma/Arias-Stella reaction, favor の診断であった。12 週 3 日, 当院産婦人科紹介受診し, コルポ診で子宮腔部に母指頭大腫瘍を認め, 同部より細胞診, 組織診施行された。細胞診では厚い胞体と核腫大を伴う N/C 比高度な化生様細胞を認め, ASC-H とした。組織診では著明な核の腫大と大小不同を示し管状~乳頭状に増殖する異型腺管が見られた。しかし, 充実性増殖や核分裂像増加, そして浸潤像や硝子様間質変化は認めず, 免疫染色では p16: 一部陽性, MIB-1 陽性率: 5%未満などと, 悪性とするには非典型的であり, Arias-Stella reaction, suspected と診断した。その後, 20 週での再診で臨床所見に変化なく, 細胞診は NILM であった。本例は悪性, 特に明細胞腺癌との鑑別に苦渋したが, 細胞診で明細胞腺癌を想起させる所見がないことが診断の一助となった。臨床所見, そして組織診と細胞診から得られた情報を統合し診断に臨む重要性を再認識させられた症例である。

**P-1-015 妊婦子宮頸がん検診時の採取器具比較**

スズキ記念病院

○田中耕平(MD), 及川洋恵(CT), 赤石一幸(CT),  
高橋重智(CT), 圓山晶子(MD), 宮原周子(MD),  
藤井 調(MD), 飯田修一(MD), 佐々木宏子(MD),  
和田裕一(MD), 星 一彦(MD)

【目的】妊婦の子宮頸がん検診においては綿棒採取が推奨されている。綿棒とサーベックスブラシ、サイトブラシ採取を比較した。

【方法】2017年1月から妊婦に90例にサーベックスブラシ(SB), 142例にサイトブラシ(CB), 156例に綿棒で子宮頸がん検診を行った。HPVテスト(ハイブリットキャクチャー2)を希望者にCBまたは綿棒で行った。各群の年齢分布, 細胞診不適正標準率, 細胞診断, HPV陽性率, 検査後の切迫流産入院治療率を比較した。

【結果】各群ともに検査年齢分布, 採取週数分布に差はなかった。細胞診不適正標準率はSB群9/90, CB群3/142, 綿棒群43/156で綿棒群が有意に他の群と比較して高かった。内頸管腺細胞採取例は綿棒群で他群と比較して有意に少なかった。不適正標準例の出血, 炎症等の背景所見に差はなかった。ASC-US以上の細胞異常例はSB群6/90, CB群4/142, 綿棒群3/156で有意な差はなかった。HPV陽性例はCB群15/142, 綿棒群10/93で有意差はなかった。採取1か月以内の切迫流産入院治療例は綿棒群に4例あったが他群ではなかった。

【結論】HPV陽性, 細胞診異常例は各群に差はなかった。綿棒群で有意に細胞診不適正例が多く, 切迫流産例を認めた。妊婦の子宮頸がん検診の細胞採取として綿棒よりCBないしはSBが優れていた。

**P-1-016 尿検体からのHPV-DNA検出について有用性の検討**

北海道対がん協会細胞診センター

○和田恒之(CT), 加藤 修(CT), 日野順子(CT),  
市川浩巳(CT), 茂木由紀(CT), 小西加奈子(CT),  
柴田尚子(CT), 藤田博正(MD)

【はじめに】HPV検出検体として子宮頸部からの直接材料採取が望ましいが, 子宮癌健診率の低さや受診者の抵抗感の高さから代替方法を模索するなか, 我々はBMJ誌オンライン版で尿検体からのHPV検出に関する報告を受け, 本邦において尿検体からのHPV検出がどの程度有用であるかの検討を行った。

【対象】2016年4月より2017年5月までの期間, 子宮がん検診にてASC-USと判定され, 子宮頸部HPV検査を受ける受診者(20~59歳)に対し, 初尿検体中と子宮頸部検体のHPV-DNA検出精度を比較した。HPV-DNA検出はCobasによるPCR法を用いた。

【結果】65名のエントリーで, 医師採取子宮頸部HPV-DNA(+)15名, 尿中HPV-DNA(+)16名でありHPV型別ではHPV16, 18型1名, その他型15名であった。子宮頸部との比較で尿中HPV-DNAの検出感度は85.7%(95%信頼区間[CI]57.2~98.2%), 同特異度92.2%([CI]81.1~97.8%), 同陽性的中率(PPV)75.0%([CI]47.6~92.7%), 同陰性的中率(NPV)95.9%([CI]86.0~99.5%)となった。なお, HPV16, 18型とその他の型別判定に関しては例数が少なく解析はできなかった。

【考察】BMJ報告での成績, プール感度87%, 特異度94%に対して我々の成績は同感度85.7%, 同特異度92.2%となりほぼ遜色なく, 尿サンプルでのHPV-DNA検査の精度は子宮頸部検体の代用として利用できるレベルと考えられる。女性の就業率が上昇し日中, 子宮がん健診を受ける機会が困難となっていることを思えば, 場所時間を問わず正確で精度のよい簡便な方法を提示し, HPV-DNA検査機会を増やしてゆくことが肝要であると考えられる。この尿中HPV検査方法論に関しては採取器具の改良, 適正検体量の検討などの点は課題とされるが, 自己採取HPV検査とならぶ簡便な検査法の1つとしてあげられると考える。

**P-1-017 福井県における対策型検診に HPV 検査同時併用検診導入の試み**

福井大学医学部産科婦人科

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

【目的】福井県における対策型子宮頸がん検診に導入した我々の臨床研究の目的は、細胞診検診の精度（感度と特異度）と HPV 検査同時併用検診の効果を検討することである。さらに、高危険群と超高危険群（HPV16 型と 18 型）を分けて効果を検証した。

【方法】対象者は、2015 年度に福井県の市町が行う検診参加者の中で、25 歳から 69 歳までで、研究の参加を同意した 7,585 名である。方法は、全て液状検体法で収集し、細胞診と HPV 検査を施行した。2 つの検査結果で、細胞診正常で HPV 検査陽性者全員と細胞診正常で HPV 検査陰性者の一部に対し、1 次検診後 6 カ月以内にコルポスコピーと生検を施行した（横断的検討）。本研究は、福井大学の倫理委員会の許可を得ている。

【成績】細胞診検診における、CIN2 より進行した病変を発見する推定感度と特異度は、それぞれ 71%、98%であった。それに対し、細胞診異常者、もしくは高危険群 HPV 陽性者を精密検査することによる推定感度と推定特異度は、それぞれ 100%、94%であった。次に、細胞診異常者、もしくは HPV16 型と HPV18 型陽性者を精密検査する推定感度と推定特異度の検討では、それぞれ 85%、97%であった。

【結論】この横断的検討結果は、細胞診と HPV 検査の同時併用が、現行の細胞診検診の感度の改善に大きく寄与することを示した。一方、特異度は、細胞診検診に劣る結果であった。細胞診異常者もしくは HPV16 型か HPV18 型陽性者に対し精密検査をすることが、細胞診検診の感度を改善し、特異度を担保することが示唆された。現在、3 年間の縦断的検討も行っている。

**P-1-018 妊娠初期における子宮頸癌スクリーニングについての検討**

三沢市立三沢病院産婦人科<sup>1)</sup>, 三沢市立三沢病院中央検査科<sup>2)</sup>, 青森県総合健診センター<sup>3)</sup>

○丸山英俊(MD)<sup>1)</sup>, 吉田多美子(CT)<sup>2)</sup>, 成田靖之(CT)<sup>2)</sup>,  
桜庭 厚(CT)<sup>3)</sup>

【目的】妊娠初期に子宮頸癌検診を行うことは子宮頸癌の早期発見に有用と考えられて多くの地域で公費負担により子宮頸部細胞診検査が行われている。今回当院における分娩症例に対して行われた妊娠初期の子宮頸癌検診につき検討し、臨床上の注意点を求めた。

【対象と方法】2014 年 1 月より 2016 年 12 月までに当院で分娩した 1,172 例を調査対象とし、細胞診異常が見られた症例の頻度、細胞変化、予後および地域の子宮がん検診(2015 年度の 5,144 例)における細胞診異常の出現頻度との比較を後方視的に調査した。

【結果】分娩症例 1,172 例のうち細胞診異常は 31 例(2.65%)にみられ、内訳は ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL が 9, 1, 10, 11 例であった。ASC-US おび ASC-H の 10 例のうち 9 例は分娩後異常細胞は消退した。LSIL の 10 例のうち 6 例は分娩後細胞所見消失。2 例は LSIL, HSIL。として異常所見持続(組織診断は軽度異形成および中等度異形成)。2 例は妊娠中に細胞診所見が進展し分娩後円錐切除術が行われた(高度異形成, 扁平上皮癌)。HSIL の 11 例は消退 1 例, 軽度異形成 3 例, 中等度異形成 3 例, 高度異形成 2 例, 上皮内癌 2 例(分娩後円錐切除術施行)であった。地域の子宮がん検診 5,144 例における細胞診異常は 168 例(3.27%)であった。

【結論】妊娠初期における子宮頸癌スクリーニングは若年婦人に検診を受診する良い機会になるが、細胞診異常の検出率は地域の子宮がん検診での検出率よりも低い傾向にあった。異常細胞が認められた症例は妊娠期間中に細胞所見が進展する可能性があるためより慎重な管理が必要である。

### P-1-019 子宮頸部細胞診標本中に出現する扁平上皮細胞集塊の検討

東邦大学医療センター大橋病院病理部<sup>1)</sup>, 東邦大学医療センター大橋病院婦人科<sup>2)</sup>, 医療法人社団仁厚会安田診療所<sup>3)</sup>

○村石佳重(CT)<sup>1)</sup>, 湯浅瑛介(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木智子(CT)<sup>1)</sup>, 藤田正志(CT)<sup>1)</sup>, 榎本泰典(MD)<sup>1)</sup>, 横内 幸(MD)<sup>1)</sup>, 大原関利章(MD)<sup>1)</sup>, 高橋 啓(MD)<sup>1)</sup>, 久布白兼行(MD)<sup>2)</sup>, 安田 貢(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】婦人科子宮頸部細胞診では、サーベックスブラシなどの検体採取器具が使用されるようになり、組織レベルの細胞集塊が細胞診標本上に観察される事が多くなった。集塊は重積性が強く細胞像を把握し難くいために、散在性の細胞に注目した判定が行われることが多く、細胞集塊の観察法は明確になっていない。これまでに私たちは、異形成症例の扁平上皮細胞集塊の大きさについて検討し、異形成の程度が高くなるに従い集塊の大きさは小さくなる傾向がある事を示した。今回は、子宮頸部細胞診にみられた扁平上皮細胞集塊の細胞所見について観察を試みた。

【対象・方法】2012年から2016年までに子宮頸部の生検や円錐切除が行われ、組織学的検索でCINと診断された256症例の子宮頸部擦過塗抹標本を対象とした。細胞診標本中の細胞集塊について顕微鏡の微動ハンドルを動かして三次元での観察を行い、重積性や細胞の核密度、細胞の大きさについて検討した。

【結果】細胞集塊はend view, side viewの構造が保たれており、side viewでは組織標本中の異形成部と同様の分化勾配が観察された。End viewでは微動を動かす事によって重積性や核密度、細胞の大きさの観察を三次元的に行う事が出来、核密度が高くなると異形成の程度が高くなる傾向がみられた。

【まとめ】細胞集塊を観察している方向性を理解し、分化傾向を把握する事でCINを見出し、核密度や細胞の大きさを観察する事でCINの程度を推定する事が可能であった。大型細胞集塊の細胞像を理解する事で細胞診断の精度を上げる事が可能と思われる。

### P-1-020 子宮頸部 LBC における核エッジ・フラクタル解析を用いた頸管腺と上皮内癌の判別分析

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<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科<sup>2)</sup>, 旭川医科大学病院病理部<sup>3)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>4)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座<sup>5)</sup>

○吉岡治彦(PhD)<sup>1)</sup>, 相澤里奈(St)<sup>1)</sup>, 小泉昌代(CT)<sup>3)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>4)</sup>, 熊谷直哉(CT)<sup>4)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>4)</sup>, 二神真行(MD)<sup>5)</sup>, 横山良仁(MD)<sup>5)</sup>, 堀江香代(PhD)<sup>1,2)</sup>, 渡邊 純(MD)<sup>1,2)</sup>

【目的】LBCの活用により1)高精度サンプリング, 2)高精度スクリーニング, 3)免疫・遺伝子検査の技術3本柱が細胞診の基礎に建立し、今後の発展・展開が期待されている。また『ベセスダシステム2014アトラス』(平井康夫監訳)では子宮頸部細胞診スクリーニングの自動化への試みが再び動きだしたことが記載されている。そこで、本研究の目的は、LBC標本の画像解析として、核に注目した核エッジ・フラクタル解析を用いた判別分析が、子宮頸部頸管腺と上皮内癌の客観的鑑別に有用かを検討することである。

【材料・方法】材料は、弘前大学医学部附属病院病理部のサーベックスブラシ採取による子宮頸部LBC(Thin-Prep)標本(2010-2012年)において組織診断の確認できたNILM(子宮頸管腺)5症例(核100個), HSIL(上皮内癌)5症例(核100個)を用いた。方法は、LBCのPap染色画像(40倍, 1600×1200pix)から核を抽出し1)核形態として核画像の[面積], [グレー平均値], [複雑度], 2)核内構造の複雑さとして、核エッジ画像(kirsch:K, サーフボード型ラプラシアン:SL)のフラクタル変法(アウトカットオフ)による[フラクタル値], 3)Mann-Whitney U検定後、判別分析を行い最適に鑑別する判別式を求めた。

#### 【結果】

- 1) 核形態: CISは頸管腺に比べ[面積]が有意に大きかった。[グレー値], [複雑度]は有意差がなかった。
- 2) 核内構造の複雑さ: 両エッジ画像ともにCISは頸管腺に比べ有意に[フラクタル値]が大きかった。
- 3) 判別分析: [面積], [K-フラクタル値], [SL-フラクタル値]の3変量による2次判別式(感度91%, 特異度79%, 正診率85%)が得られた。

【結論】LBC標本において核エッジ・フラクタル解析を用いた判別分析は子宮頸部頸管腺と上皮内癌の鑑別に有用である。



**P-1-021 濃度共起行列を用いた子宮頸部胃型腺系病変における細胞診断応用**

信州大学保健学科検査技術科学専攻<sup>1)</sup>, 信州大学医学部附属病院臨床検査部病理検査室<sup>2)</sup>, 岡谷市民病院病理診断科<sup>3)</sup>, 東京工業大学工学院<sup>4)</sup>

○金井 峻(St)<sup>1)</sup>, 小林隆樹(CT)<sup>1)</sup>, 小林幸弘(PhD)<sup>2)</sup>, 石井恵子(MD)<sup>3)</sup>, 山口雅浩(PhD)<sup>4)</sup>, 木村文一(PhD)<sup>1)</sup>

Lobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH) は胃幽門粘膜への形質発現がみられる Minimal deviation adenocarcinoma の前癌病変と考えられている疾患である。LEGH は核異型が目立たないため核所見から鑑別を行うことが困難である。そこで、正常頸管腺細胞 (EC 細胞) と LEGH 細胞の鑑別には粘液の性状を中心に行うことが有用であると考えられている。本研究では、コンピュータを用いて EC 細胞および LEGH 細胞の核情報を数値化し客観的評価を行うことで、人の目では鑑別が困難な両者の判別が可能か検討を行った。解析方法は、EC 細胞および LEGH 細胞の細胞診顕微鏡画像から細胞核を用いて輝度値、形状特徴、濃度共起行列 (GLCM) を算出し、統計学的有意差検定および機械学習-判別分析を行った。それぞれの細胞核を内腔面像 (End view) および側面像 (Side view) に分けて解析を行った。輝度値、核の大きさに関する形状特徴は EC 細胞の方が LEGH 細胞より有意に高値を示した。GLCM 特徴量のうち、コントラスト、エネルギーおよび均一性において LEGH 細胞の方が EC 細胞より高値を示した。さらに機械学習-判別分析では、GLCM において Side view 画像の特徴量を用いた場合、判別率は 84.8% を示した。EC 細胞と LEGH 細胞との鑑別に、輝度値から細胞核の明るさおよび色調の差が有用であることを裏付けることができた。また、今回用いた GLCM にて核内クロマチン分布の違いを判別できたため、LEGH における画像解析技術を用いた鑑別は有用であると思われる。

**P-1-022 血清飢餓培養における 2 核細胞の形成機序と分裂動態に関する検討**

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 浜の町病院臨床検査部<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>3)</sup>

○西村和徳(CT)<sup>1,2)</sup>, 渡邊寿美子(PhD)<sup>3)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>3)</sup>, 杉島節夫(PhD)<sup>3)</sup>

【はじめに】我々は血清飢餓培養により 2 核細胞が有意に出現することを報告した (第 52 回春期大会)。しかしながら、血清飢餓培養による 2 核細胞の分子生物学的な形成機序、及び、2 核形成後の細胞動態については不明であった。これらの検討は腫瘍組織における 2 核細胞の存在意義を理解する上で重要である。

【目的】血清飢餓培養による 2 核細胞の形成機序および分裂動態に関する検討を行った。

【対象・方法】子宮頸部腺癌由来株化細胞 HeLa を血清飢餓培養にて 3 日間培養し、生細胞タイムラプスイメージング装置 (Biostation IM, Nikon, Japan) を用いて 150 個の 2 核細胞の形成機序を観察した。また、血清飢餓培養及び血清添加培養にて HeLa を培養し、細胞質分裂時の細胞分裂関連蛋白 RhoA の局在をレーザー顕微鏡 (LSM700, Zeiss, Germany) を用いて観察し比較した。さらに、血清飢餓培養により形成された 2 核細胞に対して血清を添加し、栄養状態改善時における 2 核細胞の発育・分裂様式を観察した。

【結果】血清飢餓培養で形成された 150 個の 2 核細胞は全て細胞質分裂異常によるものだった。また、血清添加培養では RhoA の局在異常を認めなかったが、血清飢餓培養では約 25% に RhoA の局在異常を認めた ( $p < 0.05$ )。さらに、2 核細胞は形成後、飢餓培養のままでは 37% が細胞分裂を起こしたが、栄養状態を改善すると 79% が細胞分裂を起こした。細胞分裂後は単核細胞や多核細胞など様々な娘細胞が形成され、それらの多くは分裂・増殖を継続した。

【考察】血清飢餓培養における 2 核細胞の形成、及び、栄養状態改善時の 2 核細胞の分裂開始は環境の変化に応じた癌細胞の特性であり、腫瘍組織における異数体の形成を通した tumorigenesis に関連している可能性がある。



**P-1-023 HPV E6・E7 遺伝子領域をターゲットとした型特異的プライマーによる uniplex PCR アッセイ**

杏林大学保健学部臨床検査技術学科<sup>1)</sup>, 群馬パース大学保健科学部検査技術学科<sup>2)</sup>, 金沢医科大学産科婦人科<sup>3)</sup>

○大河戸光章(PhD)<sup>1)</sup>, 岡山香里(PhD)<sup>2)</sup>, 笹川寿之(MD)<sup>3)</sup>

【目的】子宮頸部において HPV 陰性の浸潤癌および CIN が少数例存在するが, HPV 検出とタイピング法の限界に起因する HPV 偽陰性と考える。本研究の目的は, 40 種類の HPV ジェノタイプ (6, 11, 16, 18, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 40, 42, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 81, 82, 84, 85, CP6108, 90) に対する型特異的プライマーによる uniplex PCR アッセイと multiplex PCR アッセイ (Genosearch-31) において 14 種類の high-risk HPV (14 hr-HPV) と多重感染を検出する能力を比較することである。

【方法】40 種類の型特異的プライマーを E6 または E7 遺伝子領域をターゲットとして作製し, 特異性, 感度, 交差反応の有無を検証した。計 226 例 (HSIL 222 例, SCC 4 例) の LBC 材料を用いて両アッセイで HPV を検出した。

【結果】型特異的プライマーによる uniplex PCR アッセイの検出限界は 100 コピーで, 他のジェノタイプとの交差反応はなかった。HSIL および SCC において uniplex PCR アッセイと Genosearch-31 アッセイによる HPV 検出率はそれぞれ 100%, 99.6% であり, 14 hr-HPV, 多重感染を検出する能力は同等であった ( $\kappa=0.8092$ ,  $0.9371$ ;  $p<0.0001$ )。しかしジェノタイプの検出結果の不一致が 38 例あった。HPV-16 3 例, HPV-56 5 例, HPV-58 1 例は uniplex PCR のみで検出された。Genosearch-31 において HPV 単独感染の 7 例は, uniplex PCR では多重感染であった。また Genosearch-31 で HPV 陰性の 1 例は uniplex PCR で HPV-16 陽性であった。

【結論】HPV ジェノタイプの検出感度が均等の型特異的プライマーによる uniplex PCR アッセイは浸潤癌や CIN において HPV 偽陰性率を限りなく 0 に近づける可能性を示し, 将来の multiplex PCR アッセイの検証に寄与することが期待された。

**P-1-024 癌精巢抗原 BORIS は婦人科癌幹細胞性に関与し, 免疫療法のターゲットになりうるアッセイ**

札幌医科大学医学部病理学第一講座

○廣橋良彦(MD), 浅野拓也(MD), 鳥越俊彦(MD)

【背景】癌幹細胞は自己複製能, 多分化能を持つ少数の腫瘍細胞分画と定義され, 放射線療法, 化学療法への抵抗性を有するとされる。我々は婦人科癌幹細胞を対象とした免疫療法確立のために, Spheroid の cDNA microarray profile から癌幹細胞優位に発現する癌精巢抗原 BORIS を同定し, 機能ならびに免疫学的解析を行った。

【方法と結果】子宮頸癌細胞株 CaSki において siRNA を用いて BORIS ノックダウン細胞における sphere 形成能を比較した。その結果, BORIS ノックダウンにより Sphere 形成能が低下した。BORIS は 6 種の subfamily (sf) に分類される 23 の transcript variant が存在する。RT-PCR 法により spheroid では BORIS sf6 が癌幹細胞に特異的に発現することが判明した。BORIS sf の機能解析のために BORIS variant B0(sf1), B3(sf4), B6(sf6), C7(sf6) の過剰発現株を樹立した。Sphere 形成能は BORIS variant B6, C7 過剰発現株において有意に高く, mouse xenograft assay では腫瘍体積, 腫瘍形成ともに variant B6 過剰発現株で有意に増大した。BORIS variant B6 特異的な HLA-A2 拘束性ペプチドを同定し免疫学的解析を行った。

【考察】BORIS sf6 は高い癌幹細胞特異性および癌幹細胞維持機能を有し, 癌幹細胞免疫療法の理想的なターゲットとなる可能性がある。

**P-1-025** 当院における子宮頸部細胞診LBC法,  
P16/Ki67二重免疫染色の有効性について  
の検討

旭川厚生病院産婦人科

○岩城 豊(MD), 宇津野泰弘(MD)

【背景】現在わが国での子宮頸がん一次検診は子宮頸部細胞診であり, ASC-US 以上の場合は ASCCP (American Society of Colposcopy and Cervical Pathology) の指針に準じて, high risk HPV (HR HPV) 検査あるいはコルポスコピー・生検を行っている。今回我々は, コルポスコピー・生検及び子宮頸部円錐切除術 (または子宮全摘術) が必要となった症例に対して, 術前の頸部細胞診 Liquid-based cytology (LBC) 検体に対し, Cintec plus cytology kit を用いて P16/Ki67 二重免疫染色を行い, CIN3 以上の検出精度について検討した。

【方法】2016年10月~2017年6月まで35症例LBC検体に対し, P16/Ki67二重染色を行った。

【結果】P16/Ki67二重染色陽性は16例であり, CIN12以下は6例, CIN3は10例であった。陰性は19例であり, CIN2以下は7例, CIN3以上は12例 (うち1例はAIS) であり, 感度45.5%, 特異度53.8%, Positive predictive value (PPV) 62.5%, Negative predictive value (NPV) 36.8%であった。このうちHR HPV陽性例は23例であり, 感度52.9% (9/17例), 特異度33.3% (2/6例), PPV69.2% (9/13例), NPV20.0% (2/10例) であった。

【考察】近年米国でATHENA trialが行われ, このsub-studyで, 25歳以上のHR HPV陽性患者3,467名において, P16/Ki67二重染色とLBC (免疫染色なし) のCIN3以上の検出精度について検討したところ, 有意差をもって前者の方が感度 (74.9% vs 51.9%)・PPV (18.5% vs 14.0%)・NPV (97.4% vs 95.2%) で優れていた。今回のデータと乖離した一因として, CIN3陽性・P16/Ki67陰性が12例と割合が比較的多かったことが原因であるが, LBC評価法や標本作成過程など見直し, さらに症例数を増やし検討したい。また, 年単位で細胞診の増悪が見られる症例においては, P16/Ki67陽性・HR HPV長期感染が見られ, CIN進展予測因子のバイオマーカーとして有効である可能性が考えられた。

**P-1-026** 子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) における  
RNAscopeISH法を用いたHPV E6/  
E7mRNA発現の検討

群馬大学大学院保健学研究所生体情報検査科学

○真下祐一(CT), 吉田朋美(CT), 齊尾征直(MD),  
福田利夫(MD)

【目的】各CINにおけるHPV E6/E7mRNAの発現を, 従来のin situ hybridization (ISH) 法に比較して高感度のRNAscopeを用いて, パラフィン切片上で解析する。

【方法】2015年4月~2016年12月に群馬大学医学部付属病院でCIN3と診断され, 子宮頸部円錐切除術が施された症例のうち, CIN1・CIN2を共存している6症例のパラフィン切片を用いた, RNAscope ISH法の結果は, 上皮の上・中・下層の, 核・細胞質内の陽性dot数を計測し, dotなし:陰性, 1~10個:弱陽性, 10個以上で集塊形成が10%以下:中等度陽性, 10個以上で集塊形成が10%以上:強陽性とした。

【結果】正常部では全例 (6/6, 100%) 陰性であった。CIN1では, 5/6例 (83%) 陰性であり, 下層のみ弱陽性が1/6例 (17%) あった。陽性例と陰性例では組織学的に差異はなかった。CIN2の6例中2例は, 薄切によって病変部が消失したため, 評価可能な4例では全例で中・下層ともに中等度陽性であり, 上層部では, 強陽性2例 (50%), 中等度陽性1例 (25%), 弱陽性1例 (25%) であった。CIN3では, 6例中4例 (67%) が全層で弱~強陽性, 2例 (33%) で上・中層陰性, 下層中等度陽性であった。CIN2, 3ともに, 陽性度による核の所見に差異はなかった。

【考察】高感度なRNAscopeを用いた結果, CIN1では6例中1例で下層が弱陽性となった。しかし, 陽性例と陰性例で組織学的に差はなかった。CIN2と3を比較すると, CIN2では上層で陽性度に違いはあるが, 陽性細胞は比較的均一な分布を示し, CIN3では陽性細胞の分布と陽性度にばらつきが見られた。これらは, 組織所見では確認できない多形性を反映している可能性がある。今後, 病変の進展とmRNAの発現の関連性を症例数を増やして検討する。

### P-1-027 子宮頸部細胞診における ThinPrep イメージングシステムの評価・有用性の検討

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー

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

【目的】当施設では LBC (ThinPrep) を用いて婦人科頸部細胞診の診断を行っている。標本作製の標準化、診断精度の向上と診断作業の効率化を図るために全自動標本作製装置 ThinPrep5000 プロセッサ Auto Loader・ThinPrep Stain (TP 染色)・画像処理プロセッサ ThinPrep イメージングシステム (Duo) を使用している。今回我々は子宮頸部細胞診における Duo の評価と有用性の検討を行った。

【方法・成績】通常の診断業務では Duo は核の大きさや濃度から 22 視野を提示し、それに基づいて細胞検査士がフルスクリーニングを行うかどうかの決定を行っている今回の検討では最終的に LISL・HSIL・ASC-US・ASC-H と診断された症例をそれぞれ 50 件、AGC については 10 件を対象とし、Duo が提示した 22 視野中にフルスクリーニングに切り替えるべきと判断できる異型細胞が出現する頻度を検討した。その結果 LSIL では平均 11 視野、HSIL では平均 20 視野、ASC-US では平均 4 視野、ASC-H では平均 20 視野、AGC では平均 4 視野そのような細胞を確認することができた。

【結語】Duo を用いた子宮頸部細胞診で標本中の採取細胞量や異型細胞の出現数などの条件の差はあるものの HSIL などの N/C 比増加や核濃染した異型細胞は出現頻度が高く、Duo の有用性が確認された。また、ASC-US などの異型細胞は出現頻度が低い傾向になるが 22 視野の全てを観察することによりフルスクリーニングに切り替える判断ができ Duo が診断精度向上やヒューマンエラーの防止に有用であると考えられる。

### P-1-028 当施設における子宮頸部細胞診自動スクリーニング支援装置の運用について

臨床病態医学研究所<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>

○早川 愛(CT)<sup>1)</sup>, 小川明香(CT)<sup>1)</sup>, 工藤雅美(CT)<sup>1)</sup>,  
松下敦子(CT)<sup>1)</sup>, 笠間美紀子(CT)<sup>1)</sup>, 関本哉恵(CT)<sup>1)</sup>,  
加来恒壽(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部細胞診は子宮頸がんのスクリーニング法としては有用な方法である。その細胞診検査は本邦では標本を顕微鏡にて全面スクリーニングする作業にて行われているが、スクリーナー個人の技量、経験、集中力などの要因で誤判定が発生する可能性がある。今回当施設では細胞診における精度向上および効率化を促進するため、自動スクリーニング支援装置 ThinPrep Imager DUO を導入したので、その運用について報告する。

【方法】当施設では 2015 年 1 月より ThinPrep (ホロジック社) による液状検体受託を開始し、さらに 2017 年 7 月より自動スクリーニング支援装置 ThinPrep Imager DUO と Review Scope Manual+ を設置し ThinPrep イメージングシステムを導入した。ThinPrep イメージングシステム運用で規定されている ThinPrep 染色の必要条件は、1. 5 種類の専用染色液を使用、2. キシレン、エタノール、水、封入剤の指定、3. 染色機と封入機の機種指定、4. 染色プロトコル、液交換の方法の指定、5. イメージングシステム専用スライドガラスの使用、6. 標本の乾燥時間である。DUO により全ての細胞及び細胞集塊を解析し、「大きさ」と「濃さ」を測定し 22 視野を選択する。Review Scope Manual+ では選択された 22 視野を自動で顕微鏡表示される。当施設では気になる細胞を検出した場合は全視野鏡検に進む。選択された 22 視野に異常がなければ、さらに別の細胞検査士が 22 視野を鏡検し、最終的に陰性として報告している。

【考察】LBC 法における自動スクリーニング支援装置 ThinPrep Imager DUO によって示された 22 視野の細胞と細胞検査士にて捉えられた細胞について比較検討し報告する。

### P-1-029 病理組織にて中等度異形成(CIN2)と診断された細胞像の検討

(医)こころとからだの元氣プラザ細胞病理診断科<sup>1)</sup>,  
(医)こころとからだの元氣プラザ婦人科<sup>2)</sup>, 杏林大学保健学部病理学研究室<sup>3)</sup>

○伊藤千恵子(CT)<sup>1)</sup>, 石井保吉(CT)<sup>1)</sup>, 栗原達哲(CT)<sup>1)</sup>,  
窪田真弓(CT)<sup>1)</sup>, 小林 綾(CT)<sup>1)</sup>, 稲垣真智子(CT)<sup>1)</sup>,  
長田詠美子(CT)<sup>1)</sup>, 池田栞奈(CT)<sup>1)</sup>,  
大河戸光章(CT)<sup>3)</sup>, 小田瑞恵(MD)<sup>2)</sup>, 大村峯夫(MD)<sup>2)</sup>,  
藤井雅彦(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】The LAST project WG4の提言では, HPV関連の扁平上皮系病変をLSIL, HSILの2分類に統一するとあり, 補助診断としてp16の免疫組織化学染色が推奨され, p16陰性CIN2はLSIL, p16陽性CIN2はHSILと診断し, 治療方針を決定することも有用といわれている。

【対象及び方法】組織診にてCIN2と診断された33症例を対象にp16の免疫組織化学染色を行い, 28症例が陽性を示し5症例が陰性を示した。陽性を示した28症例中, 寛解した症例は12例, 持続している症例は11例, CIN3へと進行した症例は3例, 中断した症例は2例であった。寛解した症例と進行した症例の細胞像について1. 肥大した裸核細胞の有無, 2. 表層・中層由来の異型細胞の有無, 3. 未熟～成熟型扁平上皮化生細胞由来の異型細胞の有無, 4. 核小体の有無の4項目について検討した。

【結果】寛解した症例で細胞診判定がHSIL中等度異形成だった6例は, 肥大した裸核の出現は無し, もしくは少数。表層・中層由来の異型細胞は全ての標本で認め, 未熟型～成熟型扁平上皮化生細胞由来の異型細胞の出現は認められたが, 出現傾向に違いがみられた。核小体は目立たなかった。ASC-Hだった3例では, 未熟型扁平上皮化生細胞由来の異型細胞を少数認めた。LSIL 2例ASC-US 1例では未熟型扁平上皮化生細胞由来の異型細胞は認めなかった。進行した症例はすべてHSIL中等度異形成で, 肥大した裸核の出現は2例に多数認められ, 扁平上皮化生細胞由来の異型細胞は進行例すべてで認められた。

【まとめ】4項目中, 肥大した裸核細胞, 未熟型扁平上皮化生細胞由来の異型細胞が進行する症例に多く出現することがわかった。表層・中層由来の異型細胞や核小体の有無に一貫性は認められなかった。今後症例を増やしてさらに検討する。

### P-1-030 CIN経過観察症例におけるHPV型判定の有用性

公益財団法人ちば県民保健予防財団<sup>1)</sup>, 千葉大学医学部附属病院婦人科<sup>2)</sup>

○立花美津子(CT)<sup>1)</sup>, 河西十九三(MD)<sup>1)</sup>,  
黒川祐子(CT)<sup>1)</sup>, 藤澤武彦(MD)<sup>1)</sup>, 錦見恭子(MD)<sup>2)</sup>,  
三橋 暁(MD)<sup>2)</sup>, 生水真紀夫(MD)<sup>2)</sup>

CIN症例のHPV型判定は治療方針の決定や経過観察間隔の設定に使われており, HPVの消退は経過観察終了の一助ともなる。今回, CIN経過観察症例のHPV型判定の有用性を検討したので報告する。

【対象・方法】当センターにおいて2008年3月から2015年3月に精密検査及び経過観察でHPV型判定を行ったCIN症例1325例(17歳～82歳平均43.2歳)を対象とした。精密検査ではコルポスコピー・細胞診・組織診を原則としている。HPV型判定はインベーター法によりハイリスク型を検出した。

【結果】症例の主な型分布は16型244例(18.4%), 18型29例(2.2%), 52型279例(21.1%), 58型154例(11.6%), 混合感染221例(16.7%), 陰性61例(4.6%)等であった。16型244例の経過観察中における最高度病変はCIN1が24例(9.8%), CIN2が67例(9.8%), CIN3が122例(50.0%), SCCが10例(4.1%)であった。18型においてはCIN1・2・3・SCCともに5例(17.2%), 腺癌3例(10.3%)であった。要治療となったのは16型では114例(46.7%), 18型では14例(48.3%)であり, 経過観察中は16型62例(25.4%), 18型5例(17.2%), 正常化し検診へ戻ったのは16型では35例(14.3%), 18型では4例(13.8%)であった。52型・58型・混合感染及び他の型症例についても同様の分析をして比較検討する。

【考察】HPV型判定はCIN経過観察症例の治療方針や経過観察終了の決定に有用であることが示唆された。



**P-1-031 子宮頸部円錐切除術症例の予後と Human papillomavirus (HPV) タイピング検査**

鳥取大学産科婦人科

○工藤明子(MD), 小作大賢(MD), 澤田真由美(MD), 小松宏彰(MD), 野中道子(MD), 千酌 潤(MD), 佐藤慎也(MD), 大石徹郎(MD)

【目的】子宮頸部円錐切除術症例における Human papillomavirus (HPV) タイピング検査と予後との関連を明らかにしようとした。

【方法】2009年7月から2016年6月の間に当科で円錐切除術を施行し、文書による同意が得られた症例のうち、術前 HPV 陽性であった 239 症例（切除断端陰性 223 例、陽性 16 例）を対象とした。術前および術後 3 か月の時点で HPV タイピング検査を行い、術前後の HPV ジェノタイプと術後の細胞診経過との関連を比較検討した。

【成績】年齢の中央値は 39 歳（18-84 歳）、術前の細胞診判定は HSIL が 74.8%、次いで ASC-H が 11.7% であった。術前 HPV タイピングでは、16 型（88 例）、52 型（68 例）が高頻度にみられた。術後組織診断は CIN1：18 例、CIN2：22 例、CIN3：198 例、AIS：2 例であった。断端陽性かつ術後 HPV 陽性の場合、HPV 陰性に比して術後細胞診異常が有意に多く（85.7% vs 44.4%、 $P < 0.01$ ）、2 例で再度円錐切除、2 例で子宮摘出となった。一方、断端陰性例においても、術後 HPV 陽性例は陰性例と比して細胞診異常が有意に高頻度であり（48.9% vs. 20.8%、 $P < 0.01$ ）、2 例が再度円錐切除術となった。断端陽性かつ術後 HPV 陰性例と断端陰性かつ術後 HPV 陽性例では細胞診異常の出現頻度に差は認めなかった（44.4% vs 48.9%、 $P = 0.42$ ）。術前 HPV16 型陽性例では、切除断端陰性であっても 80 例中 25 例で術後 HPV 陽性であり、他のジェノタイプと比して有意に高い陽性率を示した（28.8% vs. 15.4%、 $P < 0.05$ ）。

【結論】子宮頸部円錐切除術症例において、切除断端陽性例においても術後 HPV 陰性であれば、断端陰性かつ術後 HPV 陽性例と同程度のリスクと示唆された。術前 HPV16 型陽性例では術後も陽性率が高く、慎重な管理が必要と考えられた。

**P-1-032 Human Papillomavirus genotypes detection in Mongolian women with cervical lesion**

Gunma University, Graduate School of Health Sciences<sup>1</sup>, Mongolian National University of Medical Sciences<sup>2</sup>

○Tsedenbal Batchimeg (MD)<sup>1,2</sup>, 藤森美沙 (St)<sup>1</sup>, 吉田朋美 (PhD)<sup>1</sup>, 齊尾征直 (MD)<sup>1</sup>, 福田利夫 (MD)<sup>1</sup>

【Objective】Data on human papillomavirus (HPV) genotypes and their multiple infection distribution among the Mongolian women are scarce. To detect HPV DNA genotypes and their multiple infection in women with pre-cancer lesion or cancer, and compare with their social status.

【Methods】We obtained cervical cell specimens from 28 women average age  $45 \pm 10$ , with cytological abnormality, who were instructed to have a biopsy test. Thirty-seven HPV DNA genotypes detected by The Linear Array HPV genotyping test using cervical cells in TACAS liquid vial. All participants filled up the 42 items of questionnaire prior to examination.

【Results】Overall HPV DNA prevalence was 46.4%. Among the HPV positive women, 53.8% were single type HPV infection, 46.2% were multiple type infection. High-risk types (HPV 16, 18, 35, 39, 52/33/35/58, 59) were more frequently detected than low risk types (HPV 54, 55, 61, 81, CP6108), and single unknown risk type (HPV 62). Among the detection of the high-risk types, single infections in HSIL and SCC were 17% and 83% respectively; high and low risk HPV multi-infections in LSIL and SCC were 50% for each; and the combined high risk HPV types were detected only in LSIL. Therefore, single infection of low risk HPV types in NILM and ASCUS were 50% and 50%; the combined low risk HPV types in ASCUS were detected. Age of first intercourse and number of pregnancy were associated with HPV DNA prevalence, but no association with their smoking behavior and educational background.

【Conclusion】Multiple HPV type infections are relatively common among Mongolian women with cervical lesions, and prone to early intercourse and number of pregnancy.

**P-1-033 子宮血管周囲性類上皮細胞腫瘍 (PEComa) の 1 例**

松山赤十字病院

○島本久美(MD), 林 広典(MD), 東條伸平(MD)

血管周囲性類上皮細胞腫瘍 (PEComa) は血管周囲に分布する HMB45 陽性細胞 (PEC) からなる間葉系腫瘍である。稀な腫瘍で婦人科領域では子宮発生の報告が最も多く、臨床症状は不正性器出血や腹痛などがあるが明確なものではなく術前診断が困難である。多くは良性の経過を辿るが、リンパ節や肺への転移を認める症例の報告もある。今回、子宮肉腫が疑われ、摘出子宮の病理組織検査で PEComa と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】43 歳, 未経妊未経産。3 年前から子宮筋腫について近医で経過観察されていた。特に自覚症状はなく、定期検診で子宮筋腫の増大を認めたため骨盤 MRI 検査を施行したところ、子宮体部左側に径 112 mm 大の腫瘍を認め、内部の出血、壊死像が疑われた。子宮頸部細胞診、内膜細胞診は異常を認めなかった。子宮肉腫の可能性が疑われ当科を紹介受診となった。初診時の診察所見で子宮は臍下に達するまで腫大し、可動性は認めた。経腔超音波断層像で子宮腫大の他、右卵巣が腫大し内膜症性嚢胞が疑われた。胸骨 CT 検査でリンパ節の腫大やその他臓器の異常所見を認めなかった。腫瘍マーカーは CA19-9, CA125 の経度上昇を認めた。子宮腫瘍、子宮肉腫疑いの診断で開腹術を施行した。開腹所見は漿液性の腹水を少量認めた。子宮は新生児頭大に腫大し、前壁から内腔に突出する径 10 cm 大の白色調腫瘍を認めた。右卵巣は径 4 cm 大に腫大し内容液はチョコレート状であった。腹式単純子宮全摘術、両側卵管切除術、両側卵巣腫瘍摘出術を施行して終了した。摘出した子宮の病理組織検査で PEComa と診断された。治療は終了とし現在経過観察中である。

**P-1-034 子宮腺肉腫の再発に Docetaxel + Gemcitabine 療法が奏功した一例**

九州がんセンター

○赤澤宗俊(MD), 前之原章司(MD), 富田友衣(MD), 北出尚子(MD), 長山利奈(MD), 有吉和也(MD), 岡留雅夫(MD), 齋藤俊章(MD)

【はじめに】子宮腺肉腫は、良性の上皮性成分と低悪性度の肉腫成分から構成される混合腫瘍である。比較的稀な腫瘍であり、臨床上も病理診断上も内膜・頸管ポリープとの鑑別が重要である。

【症例】66 歳女性, 3 経妊 3 経産。不正性器出血があり近医を受診。子宮腫瘍を指摘され、当院に紹介。初診時、経腔超音波検査で子宮内腔に 5 cm × 3 cm の一部に小嚢胞が散在する腫瘍をみとめた。子宮内膜組織診・細胞診を施行するも陰性であった。診断目的で子宮全摘 + 両側付属器切除を施行。摘出子宮の内腔に、6 cm × 4 cm の白色ゼリー状・有茎性のポリープ様腫瘍を認めた。術後 5 年半で、多数の腹腔内腫瘍を認め再発の診断。Docetaxel + Gemcitabine 療法を 9 コース施行したところ PR となり治療を一旦終了。その後 4 カ月で 10 cm 大の腫瘍が出現し再発の診断となり、緩和移行となった。

【細胞所見】内膜細胞診は陰性。内膜面が平滑のため内膜組織は採取できず。

【組織所見】ポリープ様腫瘍は、perigandular stromal hypercellularity を伴う肉腫成分が、腺管構造を取り囲むように存在していた。上皮成分は扁平上皮化生を呈していた。肉腫成分は、中等度から高度の異型を伴う紡錘形細胞から構成され、好酸性の細胞質に富む多形性の腫瘍細胞が散在していた。肉腫成分の核分裂像は 9 個/10 HPF 認められ、間質の硝子化を伴っていた。免疫染色では、間質性分は CD10, ER, PR, desmin に陽性で、HHF-35, myogenin に陰性であった。

【まとめ】子宮腺肉腫の再発に化学療法が著効した症例を報告した。

### P-1-035 子宮平滑筋肉腫の内膜細胞診に関する後方視的検討

九州大学病院産科婦人科

○園田顕三(MD), 小玉敬亮(MD), 奥川 馨(MD), 兼城英輔(MD), 小野山一郎(MD), 安永昌史(MD), 大神達寛(MD), 山口真一郎(MD), 加来恒壽(MD), 加藤聖子(MD)

【目的】子宮平滑筋肉腫は子宮体部悪性腫瘍の1.3%と非常に稀な腫瘍であるが、早期の完全摘出のみが有効な治療法であり、5年生存率は15-35%と予後不良である。当院で経験した子宮平滑筋肉腫12例の手術前内膜細胞診所見について検討した。

【方法】当科で2008年1月から2017年6月までに初回治療を施行した12例を診療録より抽出し、後方視的に検討を行った。

【結果】年齢の中央値は63歳(35~83歳)であった。初回手術は全例に子宮全摘出術・両側付属器摘出術を行い、症例により腫瘍切除、大網切除、虫垂切除、骨盤リンパ節生検を追加した。進行期はIB期：7例, IIB期：2例, IIIB期：1例, IVB期：2例であった。病理組織診断は、leiomyosarcoma：9例, myxoid leiomyosarcoma：2例, epithelioid leiomyosarcoma：1例であった。手術前に内膜細胞診が施行されたのは7例で、子宮内腔消息子診が不可等の理由で5例からの採取は行われなかった。採取された7例のうち1例のみに壊死性背景に大型や多核の腫瘍細胞を孤立性・集塊状に認めたが、他6例に異型細胞は認められなかった。

【考察】子宮平滑筋肉腫の内膜細胞診は感度が低く、術前診断は困難と考えられた。子宮平滑筋肉腫の特性を考慮した新規診断法の確立が望まれる。

### P-1-036 子宮体部腺肉腫の3例

済生会福岡総合病院<sup>1)</sup>, 済生会福岡総合病院産科婦人科<sup>2)</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>3)</sup>

○宮崎浩子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤真介(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤瑞恵(CT)<sup>1)</sup>, 東 悠介(CT)<sup>1)</sup>, 石井洋子(CT)<sup>1)</sup>, 石橋貴寛(CT)<sup>1)</sup>, 米田智子(MD)<sup>2)</sup>, 丸山智義(MD)<sup>2)</sup>, 坂井邦裕(MD)<sup>2)</sup>, 真田咲子(MD)<sup>3)</sup>, 加藤誠也(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮体部の腺肉腫は良性上皮性成分と肉腫成分からなる悪性上皮性間葉性混合腫瘍で発生は癌肉腫の約1/10と稀である。最近経験した3例について細胞所見を含めて報告する。

【症例1】50歳代3経妊3経産。不正性器出血で受診、膈内に5cm大の腫瘍を認め、生検で異型内膜腺管と肉腫様異型細胞が指摘され単純子宮全摘が施行された。捺印細胞診では壊死性背景に内膜腺類似の異型腺上皮集塊と類円形～紡錘形で核異型の強い異型細胞が孤立散在性～集塊状に多数みられ、横紋筋への分化も認めた。組織診では類内膜腺癌G1と異所性腺肉腫の衝突がんと診断された。

【症例2】40歳代1経妊0経産。子宮腺筋症で経過観察中、複数回の頸管ポリープ切除の既往があるが、悪性と指摘され単純子宮全摘が施行された。術中の内膜細胞診では出血性背景に内膜腺細胞集塊と紡錘形の異型細胞を孤立散在性～一部集塊状に少数認めた。摘出組織で腺肉腫と診断された。

【症例3】50歳代未経妊。不正性器出血と下腹部痛を主訴に来院、術前の内膜細胞診では出血性背景に内膜腺細胞集塊と類円形～紡錘形の異型細胞を孤立散在性～集塊状に少量認め、一部は核のねじれや核小体の明瞭化などが目立った。子宮と腸管膜腫瘍の合併切除が施行され、組織診では腺肉腫とその肉腫成分による転移巣であった。

【考察】同所性2例と異所性1例の腺肉腫のうち2例は予後不良を示唆するsarcomatous overgrowthを伴い細胞診での肉腫成分の検出は比較的容易であったが、上皮成分の異型の判別や組織型の推定は難しく、臨床情報や画像所見、マクロの病理像を加えた総合判断が必要と考えられた。

### P-1-037 Serous endometrial intraepithelial carcinoma を鑑別に挙げた、高悪性度子宮内膜癌の2症例

山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 山口県立総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○水間俊一(CT)<sup>1)</sup>, 渋田秀美(CT)<sup>1)</sup>, 安永佳麻里(CT)<sup>1)</sup>, 藤井将希(CT)<sup>1)</sup>, 出尾優佳(CT)<sup>1)</sup>, 山本千奈美(CT)<sup>1)</sup>, 田中慎介(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】漿液性子宮内膜上皮内癌(serous endometrial intraepithelial carcinoma: SEIC)は、WHO分類2014において子宮内膜癌に分類された比較的新しい疾患概念である。今回我々は、内膜細胞診を契機に治療介入が始まり、組織学的にSEICを疑った2症例について、細胞・組織所見を報告する。

【症例1】60代女性。子宮筋腫に対しフォロー中の内膜細胞診にてclassV。内膜搔把ではadenocarcinomaが疑われた。術中迅速組織診断で悪性所見は指摘出来なかったが、単純子宮全摘術と両側付属器摘出術が施行された。

【細胞所見】きれいな背景に既存内膜細胞が多数出現する中、小集塊状に核小体の目立つ異型細胞が出現し、adenocarcinomaと診断した。

【手術組織所見】肉眼的に腫瘍性病変を認めなかったが、核異型の目立つ癌細胞が不規則管状～鋸歯状に増殖しており、明らかな浸潤像は認めなかった。免疫染色では、p53(overexpression+), WT-1(-), ER(focal+), PgR(-)となりSEICと診断された。

【症例2】70代女性。乳癌の既往があり、子宮腫大のためフォロー中の内膜細胞診にてclassV。単純子宮全摘術と両側付属器摘出術が施行された。

【細胞所見】散在性～集塊状に、核腫大した異型細胞が出現し、adenocarcinoma(類内膜腺癌疑い)と診断した。

【手術組織所見】癌細胞が不規則管状～鋸歯状、癒合腺管状に増殖しており、明らかな浸潤像は認めなかった。免疫染色では、p53(overexpression+), WT-1(-), ER(focal+), PgR(focal+)。SEICを疑ったが、コンサルタントの意見も参考にし、endometrioid adenocarcinoma(G3)と診断された。

【総括】SEICは生検や画像検査での術前診断が困難な上、子宮外への進展をきたすことがある。内膜細胞診での検出率が生検より高いという報告もあり、内膜細胞診の有用性は高い。

### P-1-038 巨大子宮内膜ポリープに限局発生した明細胞腺癌の2例

大阪警察病院

○北辻 香(CT), 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), 辻 洋美(MD), 辻本正彦(MD)

【はじめに】子宮内膜原発明細胞腺癌は稀な高悪性度腫瘍で、今回我々は閉経後女性の巨大有茎性子宮内膜ポリープに限局発生した明細胞腺癌2例を経験したので報告する。

【症例1】60歳代。不正出血を主訴に受診。MRIにて子宮底部内腔に3cm大の腫瘤を認めた。2:80歳代。不正出血を主訴に受診。いずれの症例も子宮体癌疑いで内膜スミアおよび生検を施行。明細胞腺癌と診断され、広汎子宮全摘術が施行された。症例1は乳癌手術後でTamoxifen投与歴があった。

【内膜擦過細胞診所見】いずれの症例も背景は萎縮内膜で、異型細胞の細胞質は淡明で、核クロマチンは増量し、核の大小不同や核形不整、明瞭で腫大した核小体を認め、核内細胞質封入体を認めた。出現形態は症例1では結合性の緩い大型集塊や重積の乏しいシート状集塊で出現し、症例2では不規則重積性の集塊や小集塊、類円状集塊や平面的な集塊で出現していた。細胞異型は症例1がより強く、裸核状の細胞も多く認めた。

【病理所見】2症例共に子宮内腔を充満する有茎性ポリープがあり、いずれも腫瘍はほぼポリープに限局していた。症例1では腫瘍はポリープのほぼ全体を占め、症例2ではポリープの一部表面を主体として腫瘍が認められた。2症例共に腫瘍細胞は淡明で明るい胞体を有し、核異型が強く核小体の目立つ腫瘍細胞が充実性ないしhobnail patternをとり増殖する像を認めた。細胞質内にはグリコーゲンが存在した。背景はいずれも萎縮内膜が認められた。類内膜腺癌、漿液性腺癌の合併は認められなかった。

【まとめ】巨大子宮内膜ポリープ症例の場合、明細胞腺癌が発生することに留意して細胞診断する必要があると考えられた。



## P-1-039 子宮体部明細胞腺癌の細胞像の検討

帝京大学医学部附属病院病院病理部

○赤嶺 亮(CT), 笹島ゆう子(MD), 向山淳児(CT),  
大越 卓(CT), 宮田佳奈(CT), 笠井亮子(CT),  
小島 貴(CT), 河野純一(CT), 石井美樹子(CT),  
近藤福雄(MD)

【はじめに】子宮体部明細胞腺癌は、子宮体部に発生する上皮性腫瘍の約1%と稀な組織型で、漿液性腺癌とともに、非エストロゲン依存性のtypeIIの子宮体癌に分類される。発見時には進行している例が多く、予後不良な高悪性度腫瘍とされる。今回、我々は子宮体部明細胞腺癌の術前細胞像を検討し、その特徴を報告する。

【対象】2009年～2017年に当院にて術前細胞診が行われ、子宮摘出検体にて明細胞腺癌と診断された3例。年齢68～79歳(平均74.3歳)。主訴はいずれも不正性器出血であった。術前内膜細胞診では、全例がClassVであったが、診断当時は1例が明細胞腺癌、2例が漿液性腺癌と診断されていた。比較対照群として、漿液性腺癌10例、類内膜腺癌(G1, G2)10例を用いた。

【結果】明細胞腺癌の3例はいずれにおいても、空胞状または淡明な胞体を有し、核の大小不同、核形不整や核小体の目立つ異型細胞をシート状または軽度重積性から乳頭状集塊で認めた。術前診断で漿液性腺癌とされた症例では、大型で異型の強い細胞も孤立散在性で認めた。

【考察】漿液性腺癌との比較では、胞体の性状が異なるものの、空胞変性の強い漿液性腺癌も存在し、鑑別が困難と思われた。類内膜腺癌とは細胞異型の程度が鑑別点となると思われた。

【結語】子宮体部明細胞腺癌は予後不良な悪性度の高い腫瘍であるため、その細胞像を認識し、注意深く観察することが重要と考えられる。

## P-1-040 子宮内膜 microglandular carcinoma の一例

市立砺波総合病院臨床病理科<sup>1)</sup>, 市立砺波総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○蟹谷智勝(CT)<sup>1)</sup>, 寺畑信太郎(MD)<sup>2)</sup>,  
奥野のり子(MD)<sup>2)</sup>, 西田秀昭(CT)<sup>1)</sup>,  
三井由紀子(CT)<sup>1)</sup>, 石倉宗浩(CT)<sup>1)</sup>, 福田弘幸(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮内膜 microglandular carcinoma (以下MGC)は子宮頸部 microglandular hyperplasia に類似した子宮体部粘液性腺癌の一亜型とされる稀な腫瘍である。今回我々は子宮内膜 MGC の一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性。半年前から不正性器出血を自覚しており、検診にてAGCを指摘され当院産婦人科を受診した。内膜細胞診で類内膜腺癌と粘液性腺癌の混在が疑われ、組織生検にて microglandular carcinoma と診断された。その後子宮全摘出術、両側付属器切除術が施行された。

【細胞所見】壊死物質を背景に、不規則重積を示すシート状、腺管構造を示す類内膜腺癌と共に、レース状の胞体や胞体内にオレンジG好性の粘液を有する微小腺管様構造を伴う集塊を認めた。構成細胞は微細顆粒状のクロマチン増量や目立つ核小体を伴い軽度重積はみられたが、核の大小不同は目立たず、類円形核、比較的豊富な胞体を有し細胞異型は軽度であった。

【組織所見】肉眼上、子宮体部内腔に2.3×1.6cm大のポリープ状に増殖する腫瘍を認めた。表層部を含め多くの部分で子宮頸部微小腺管過形成様の粘液産生を示す微小腺管型粘液癌を認め、辺縁、基底部にはmoluraを伴うG2相当の類内膜腺癌が存在し、移行像を認めた。腫瘍は体部に局限しており、筋層浸潤はみられなかった。

【考察】子宮内膜 MGC の細胞像は粘液を有する微小腺管様構造の集塊としてみられるが、細胞異型は目立たない事が多く、良悪性の判定には注意が必要であると考えられた。

【まとめ】今回我々は子宮内膜 MGC の一例を経験したので報告した。内膜スミアの観察に際し微小腺管様構造を伴う集塊の存在は、頸部粘膜の混入以外に MGC の可能性についても十分考慮する必要がある。

### P-1-041 内膜細胞診で推定できた大腸癌の子宮転移の1例

足利赤十字病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 足利赤十字病院産婦人科<sup>2)</sup>, 永寿総合病院産婦人科<sup>3)</sup>

○遠藤みゆき(CT)<sup>1)</sup>, 中村雅哉(CT)<sup>1)</sup>, 廣瀬芳江(CT)<sup>1)</sup>, 川村政人(CT)<sup>1)</sup>, 山田裕子(CT)<sup>1)</sup>, 小林萌夏(CT)<sup>1)</sup>, 飯塚あかり(CT)<sup>1)</sup>, 有馬宏和(MD)<sup>2)</sup>, 隅田能雄(MD)<sup>2)</sup>, 高橋峰夫(MD)<sup>3)</sup>, 清水進一(DDS)<sup>1)</sup>, 清水和彦(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】記述式内膜細胞診報告様式では、悪性腫瘍が推定される場合は、原発か子宮外か可能な限り鑑別することが推奨されている。今回我々は、大腸癌術後に子宮へ転移をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性、閉経後5年、不正出血が見られ当院産婦人科受診し、子宮内膜細胞診が施行された。既往として、約3年前にS状結腸癌切除術が施行され、病理組織診断は腺癌 (tub1>tub2), Stage2aであった。

【細胞所見】壊死、粘液、好中球を背景にN/C比が高く、大型の核を有する腫瘍細胞が一部柵状配列を示す重積性のある集塊で多数出現していた。腫瘍細胞は高円柱状で、ライトグリーンに好染し、核は偏在傾向を示し、粘液を有する細胞も認められた。腫瘍細胞の核は楕円形から類円形で、核形不整、細顆粒状のクロマチンが増量していた。正常の子宮内膜は萎縮を呈していた。

【肉眼所見・組織所見】肉眼的に子宮体部左側から後側の筋層内を主座とする長径5cmの腫瘍を認めた。腫瘍は子宮内腔と漿膜面に隆起していた。筋層内には多発性に子宮筋腫も認められた。組織学的に好酸性細胞質を有する高円柱状主体の異型細胞が、管状構造、篩状構造をとりながら密に増殖、浸潤する腺癌で浸潤様式と組織像からS状結腸癌の再発、転移と考えられた。CEA(+), CDX2(+), CA125(-), vimentin(-), ER(-), PgR(-)であった。

【まとめ】大腸癌の子宮転移は稀であるが、本例では大腸癌の特徴像が細胞診で認められたため、大腸癌の子宮転移を推定することができた。子宮内膜細胞診において、良悪の鑑別に加えて、組織型および原発か子宮外からの浸潤・転移かどうかの鑑別が重要である。

### P-1-042 胆管癌子宮転移の一例

がん研究会有明病院婦人科<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院細胞診断部<sup>2)</sup>, がん研究会有明病院病理部<sup>3)</sup>

○西村宙起(MD)<sup>1)</sup>, 宇津木久仁子(MD)<sup>1)</sup>, 杉原 武(MD)<sup>1)</sup>, 岡本三四郎(MD)<sup>1)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1,2)</sup>, 高澤 豊(MD)<sup>3)</sup>, 竹島信宏(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】他臓器癌の子宮転移は非常に稀である。今回我々は77歳女性に発生した胆管癌子宮転移の症例を経験したため、報告する

【症例】77歳女性。75歳時に4A期胆管癌の既往があり、経過観察中にCA19-9上昇およびCTにて子宮内膜肥厚を認めた。子宮内膜細胞診では、核および核小体の腫大、クロマチンの増加を示す類円形の腺系異型細胞を認めたため陽性(類内膜腺癌G1)と判定した。内膜組織診でも核腫大の目立つ異型細胞が不整な管状・櫛状構造を形成して増殖する像を認め類内膜腺癌G1と診断した。子宮体癌の術前診断にて手術を開始したが、子宮体部とS状結腸の腫瘍性癒着を認め単純子宮全摘、両側付属器切除、S状結腸合併切除を施行した。腹水は少量であり、細胞診陰性であった。術後病理組織において、不整な管状構造をなして増殖する中分化型腺癌成分を主体とする長径5cm大の腫瘍が子宮内膜表面から子宮筋層全層性に増殖し、さらにS状結腸の固有筋層から粘膜層まで浸潤している所見を認めた。pancreatobiliary typeの粘液形質を示し、背景の子宮内膜腺やS状結腸の腺管に異型がなく境界明瞭であること、腫瘍全体の中心が子宮壁内に存在すること、さらに免疫染色にて、ER・PgR・PAX8が陰性、CK7陽性、CK20陰性、CEA陽性であることより胆管由来の腺癌細胞と考えられた。他臓器から子宮への転移は稀であり、胆管癌からの転移は報告も少ないが、他臓器の進行癌既往のある場合には転移の可能性も考慮に入れ、細胞診断医・病理診断医と情報共有した上での診断が必要であると考えられた。

### P-1-043 異型腺細胞を契機に子宮頸部上皮内腺癌と診断された1例

豊見城中央病院産婦人科<sup>1)</sup>, 豊見城中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○前濱俊之(MD)<sup>1)</sup>, 呉地 剛(CT)<sup>2)</sup>, 照屋敦子(CT)<sup>2)</sup>,  
伊禮 彩(CT)<sup>2)</sup>, 宮里碧沙(CT)<sup>2)</sup>, 天久望美(CT)<sup>2)</sup>,  
喜友名正也(MD)<sup>2)</sup>

子宮頸部上皮内腺癌(AIS)は全子宮頸部腺癌の9-25%を占め、好発年齢は浸潤腺癌に比較し、10~20年若年であるとされている。AISの約50%は頸部異形成や上皮内癌などの扁平上皮病変が併存することも報告されている。さらに、AISや頸部腺癌においてHPV陽性率は70-80%と高く、特に18型は腺癌に特異的とされている。今回、異型腺細胞を契機に精査にてAISと診断された症例を経験したので報告する。症例は34歳、既婚、未妊。近医の検診にて頸部細胞診が高度扁平上皮内病変(HSIL)、異型腺細胞(AGC)、組織診は中等度異形形成(CIN2)であり、当科に紹介された。当科での頸部細胞診は高度病変を除外できない異型扁平上皮(ASC-H)、組織診CIN2、頸管キュレット(ECC)は異型細胞なし、HPV検査はHPV18型陽性であった。その3か月、5か月後の細胞診でAGCが継続したが、組織診では軽度異形成(CIN1)、再度のECCも異常細胞はなく、腺系の組織病変は得られなかった。AGCが継続していること、HPV18型が陽性であることからAISを疑い、円錐切除術を施行した。病理組織検査の結果はAISとCIN3であり、内膜側および腔側断端は陰性であった。頸部細胞診でAGCが継続した場合、ECCが陰性であっても腺系病変の精査は重要であり、円錐切除術の適応においてHPV検査が重要な因子となることが示唆された。

### P-1-044 子宮頸部類内膜型上皮内腺癌が疑われた一例

聖路加国際病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学 第1病理<sup>2)</sup>, 帝京大学 医学部 病理学講座<sup>3)</sup>

○金澤卓也(CT)<sup>1)</sup>, 小川命子(CT)<sup>1)</sup>, 中田裕人(CT)<sup>1)</sup>,  
平林陽介(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木正敏(CT)<sup>1)</sup>, 小林ひとみ(CT)<sup>1)</sup>,  
金子あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 恒田直人(CT)<sup>1)</sup>, 石川里奈(CT)<sup>1)</sup>,  
内田士朗(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木高祐(MD)<sup>1)</sup>, 澤田達男(MD)<sup>2)</sup>,  
笹島ゆう子(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮頸部に発生する上皮内腺癌(AIS)は、主な亜分類として内頸部型、腸型、類内膜型などが報告されている。今回我々は細胞診でAISと推定し、組織診で類内膜型AISを最も考えた一例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。他院でHSIL(ハイリスクHPV陽性)を指摘され当院紹介受診。生検にてCIN1、2年後CIN2、その翌年、頸部擦過細胞診でHSILとなり円錐切除施行し、CIN3の診断となった。経過観察目的で施行された頸部擦過細胞診でAGC-f(AIS疑い)となったが、生検では確定診断に至らなかった。再度施行された頸部擦過細胞診でAGC-f(AIS疑い)となり子宮全摘及び両側付属器切除術が施行された。

【細胞所見】きれいな背景に核偏在性の異型腺細胞が柵状や羽毛状、異常重積性集塊で出現していた。核は類円形~短紡錘形。N/C比高く、核縁肥厚、核形不整がみられ、核クロマチンは細~粗顆粒状に増量していた。細胞は比較的小型で、一部シート状配列を呈する内膜細胞に類似した細胞を認めた。以上の所見からAISと推定された。

【組織所見】核の偽重層化目立つ異型腺細胞が既存の頸管腺細胞に沿って進展する像を認めた。核は類円形~短紡錘形で核腫大、核形不整がみられ、核クロマチンは粗顆粒状に増量し一部核分裂像を認めた。免疫組織化学染色にてp53、ER陽性。p16、MUC6、HIK1083陰性。Ki-67陽性率は44%であった。以上の結果からAISと診断され、亜分類として類内膜型が最も考えられた。

【まとめ】本症例は内頸部型AISの細胞像と比較し、細胞は小型でN/C比高く、核形不整がみられ、内膜細胞に類似した細胞の出現が特徴であった。類内膜型AISの特徴を理解し、亜分類の存在を念頭において鏡検することが肝要であると考えた。

## P-1-045 子宮頸部胃型腺癌の一例

医療法人社団高邦会福岡山王病院<sup>1)</sup>, 国立病院機構九州がんセンター<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>3)</sup>

○坂梨史典(CT)<sup>1)</sup>, 水野真美(CT)<sup>1)</sup>, 上原美沙貴(CT)<sup>1)</sup>, 田口健一(MD)<sup>2)</sup>, 大石善丈(MD)<sup>3)</sup>, 恒吉正澄(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮頸部胃型腺癌は2014年の改訂WHO分類第4版に新たに記載された子宮頸部腺癌の組織亜型であり、通常型と比べて悪性度が高いと報告されている。今回我々は子宮頸部胃型腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】40歳代, 女性。膣内に約5cm程度の腫瘤があり, 粘膜下筋腫疑いで当院産婦人科へ紹介受診。易出血性の非常に脆い組織塊であり, MRIにて悪性が疑われた。腫瘤擦過細胞診, 組織塊の生検病理組織診断にてCarcinomaとされたため, 広汎子宮全摘術となった。

【細胞像】血性背景に柵状や管状で出現する異型腺細胞が見られ, 顆粒状クロマチンや明瞭な核小体が認められた。腺癌を疑う細胞像であった。一方, 同様の異型細胞が核中心性で平面的に流れるような配列で出現していたことから扁平上皮癌の存在を否定することが出来ず, 判定はOther malig. (Pap class V), Carcinomaとした。

【組織像】生検検体は細胞診同様Carcinomaの診断であった。摘出子宮検体には高円柱状で淡明かつ豊富な細胞質を持つ腫瘍細胞が増殖して見られており, 細胞境界が明瞭であったことから, 組織学的にMucinous adenocarcinoma, gastric type (WHO2014)と診断された。

【考察】文献的な子宮頸部胃型腺癌の細胞像をまとめると, (1)細胞質内の黄色粘液, (2)空胞状あるいは泡沫状の細胞質, (3)細胞質内への好中球の取込み, (4)明瞭な核小体と顆粒状のクロマチンが挙げられる。組織学的な確定診断の後, 細胞診標本再鏡検の結果少数ながらこれらの所見が捉えられた。本腫瘍は腫瘤を形成せずに浸潤性発育を示すものが多く, 臨床的に予後不良であるとされる。また, HPV非依存性として知られているために細胞診の有用性は高く, 本腫瘍推定のための細胞像の正しい理解が重要であると考えられた。

## P-1-046 約4年の経過で進行した子宮頸部粘液腺癌の一例

JR 東京総合病院臨床検査科

○大友梨恵(MD), 武田優華(CT), 高見真理子(CT), 恩田雅弘(CT), 谷川園子(CT), 中澤和久(CT), 田中さゆり(MD), 関 邦彦(MD)

【症例】50代女性

【主訴】検診異常

【現病歴】X年の他院検診の頸部細胞診でAGCとされ当院を受診した。MRIでは頸部に3cm大までの多発嚢胞を認め, 頸部生検や細胞診を当院で行うも異常所見は指摘できなかった。臨床的にはLEGH(lobular endocervical glandular hyperplasia)と考えていた。以降4年間弱は当院を受診されなかったが, 検診での異常指摘も受けていなかった。X+4年の他院検診の頸部細胞診でAGC判定のため当院再受診した。同時期より帯下の増加を自覚していた。当院で再度行った頸部細胞診でもAGCの所見であったが組織診は頸部組織が含まれず判定不能であった。MRIでは頸部嚢胞の増大が顕著でありLEGHもしくはmucinous adenocarcinoma, minimal deviation typeであることも画像上否定できなかった。そのためX+5年に子宮全摘術を施行。手術検体の組織診で頸部のMucinous adenocarcinomaの診断となった。

【X年細胞像】異型の乏しい重層扁平上皮が主として出現している。腺系細胞の出現は少なく, また異型は指摘できない。

【X+4年細胞像】核は腫大しクロマチンが増加し, 極性が乱れた腺細胞集塊を認め, AGCと考える。細胞診での頸部腺病変の指摘はしばしば困難であるが, 今回の症例のX年およびX+4年の像をMRI, 細胞診, 組織診から検討し報告する。



**P-1-047 子宮頸部リンパ上皮腫様扁平上皮癌の1例**

霞ヶ浦医療センター研究検査科<sup>1)</sup>, 霞ヶ浦医療センター産婦人科<sup>2)</sup>, 霞ヶ浦医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○新井真弓(CT)<sup>1)</sup>, 草薙真里(CT)<sup>1)</sup>, 国仲伸男(CT)<sup>1)</sup>,  
新井ゆう子(MD)<sup>2)</sup>, 近藤 譲(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】子宮頸部のリンパ上皮腫様扁平上皮癌(LELC)は扁平上皮癌の特殊型に分類されるまれな腫瘍で通常型の扁平上皮癌に比べ予後良好とされる。今回その1例を経験したので報告する。

【症例】49歳, 女性。2経妊1経産。検診でHSIL, 近医で頸部生検し扁平上皮癌と診断された。当院を受診し, 子宮頸部細胞診および生検で扁平上皮癌と診断され, 広汎子宮全摘術が施行された。

【細胞所見】子宮頸部標本では, 好中球が主体の炎症性背景に, 核腫大, 核形不整, クロマチン増量を示す異型細胞が孤立性や小集塊で出現していた。角化を示す細胞も認め, 扁平上皮癌と診断した。

【組織所見】子宮頸部に1.5cm大の腫瘍を認めた。腫瘍は胞巣状~びまん性に増殖し, 腫瘍周囲には高度なリンパ球の浸潤がみられ, 腫瘍細胞間にもリンパ球浸潤が目立っていた。リンパ球と腫瘍細胞が混在しリンパ上皮腫様の増殖もみられ, LELCと診断された。免疫組織化学的にEBウィルス(LMP-1)は陰性であり, そのほかリンパ管侵襲像が認められた。

【考察】子宮頸部LELCの細胞像の報告例は多くないが, 角化傾向および腺構造の欠如, 明瞭な核小体と淡明な細胞質を有する所見がみられるとされる。また, 細胞診ではHSILであった報告例も散見され, 背景所見が壊死性ではなく炎症性であることが過小診断の一因と思われる。本症例でも壊死性背景はみられず, 検診時にはHSILであった。背景に多数のリンパ球を認めた場合や, 通常の扁平上皮癌と異なる所見が認められた場合は, LELCも念頭に置き診断することが必要と考えられた。さらなる文献的考察や当院での類似症例を加えて報告する。

**P-1-048 絨毛癌様成分を伴うHCG産生扁平上皮癌の一例**

霞ヶ浦医療センター研究検査科<sup>1)</sup>, 霞ヶ浦医療センター産婦人科<sup>2)</sup>, 霞ヶ浦医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○草薙真里(CT)<sup>1)</sup>, 新井真弓(CT)<sup>1)</sup>, 国仲伸男(CT)<sup>1)</sup>,  
新井ゆう子(MD)<sup>2)</sup>, 近藤 譲(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】子宮のHCG産生腫瘍としては妊娠性絨毛癌が多く知られているが, 非妊娠性のHCG産生腫瘍はまれである。今回我々は, 子宮頸部において絨毛癌様成分を伴うHCG産生扁平上皮癌を経験したので報告する。

【症例】38歳, 女性。7経妊2経産。不正出血を主訴に近医を受診, 血中HCG高値のため異常妊娠を疑われ当院を紹介受診した。頸部細胞診, 組織生検および円錐切除術ののち, 広汎子宮全摘術が施行された。

【細胞所見】壊死性背景に核形不整, クロマチン濃染, 核の大小不同を伴う異型扁平上皮細胞の集塊を認めた。集塊は重積が強く流れるような配列や中心性の核を認め, 扁平上皮癌が考えられたが, 個細胞性に出現している異型の強い細胞や多核の細胞も散見された。

【組織所見】円錐切除および子宮全摘材料では, 扁平上皮癌成分のほか, 絨毛癌様の成分がみられ, 栄養膜細胞様の腫瘍細胞が胞巣状や個細胞性に増殖していた。すなわち, 多核で好酸性の胞体を伴った合体栄養膜細胞様の細胞と, 単核で明るい胞体を伴った細胞性栄養膜細胞様の細胞が認められた。免疫組織化学的にはいずれの成分においてもHCG陽性像がみられ, 絨毛癌様の形態とHCG産生を伴う扁平上皮癌と診断された。

【まとめ】本症例では, 細胞診標本においても多核で大型の細胞や大型の核を伴う異型の強い細胞が散見され, これらは栄養膜細胞の成分であると思われた。また, 過去の類似症例の報告では, 細胞性栄養膜細胞の成分がみられることは稀とされるが, 本症例では合体栄養膜細胞に加え細胞性栄養膜細胞の成分もみられた。

### P-1-049 子宮頸部に発生した basaloid squamous cell carcinoma の一例

医療法人沖繩徳洲会吹田徳洲会病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院検査科<sup>3)</sup>

○下山夏季(CT)<sup>1)</sup>, 久保勇記(MD)<sup>2)</sup>, 岩崎由恵(CT)<sup>3)</sup>,  
岡崎 健(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】 basaloid squamous cell carcinoma (BSCC) は WHO 分類で扁平上皮癌の亜型として記載されており, 通常の扁平上皮癌に比べ高悪性度とされている. 子宮頸部では報告例に乏しいが, 今回われわれは子宮頸部原発の BSCC を経験したので報告する.

【症例】 72 歳女性, 妊 2 経 2. 2017 年 4 月, 不正性器出血を主訴に来院. 内診で子宮は子宮留膿腫を伴い増大, 内膜は乳頭状に突出部位あり. 細胞診は頸部・体部共に悪性, 扁平上皮癌. 5 月に頸部と体部の生検を施行, 扁平上皮癌の診断. 6 月に広汎子宮全摘出術を施行.

【細胞所見】 壊死性背景. 異型細胞は類円から紡錘形で, 孤在と数百個以上の集塊が混在し, 核が流れるような集合を認める. N/C 比大, 核質は細顆粒状に増量. 核は類円形で軽度の核形不整を示し, 核小体は小型. LBC 検体で p40(+), ki67(50-60%).

【組織所見】 頸部から体部にかけて長軸長 5.5 cm, 巾 3 cm 大の病巣, 内面は平坦だが壁内に 15 mm の領域まで浸潤増殖が存在する. 主体は N/C 比が増加し胞体が豊富でなく, 充実性胞巢の辺縁部で核の柵状配列が窺える類基底細胞からなる. 角化, 間橋を有する通常の扁平上皮癌も存在する. AE1/AE3(+), CK7(+), CK20(-), CAM5.2(+), p40(+), 34βE12(+), p63(+), シナプトフィジン(-), クロモグラニン(-), CD56(-), ki67(40%).

【まとめ】 細胞所見で BSCC の診断は難しいが, 悪性の報告により生検が施行されれば組織所見より診断できる. 細胞診で確実に悪性を指摘することが重要である.

### P-1-050 子宮頸部腺癌との鑑別に苦慮した atypical polypoid adenomyoma (APA) の 1 例

山梨大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 山梨大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 山梨大学医学部人体病理<sup>3)</sup>

○大森真紀子(PhD)<sup>1)</sup>, 中澤久美子(PhD)<sup>2)</sup>,  
望月直子(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤詩織(CT)<sup>2)</sup>, 笠井一希(CT)<sup>2)</sup>,  
花井佑樹(CT)<sup>2)</sup>, 井上朋大(MD)<sup>3)</sup>, 深澤宏子(PhD)<sup>1)</sup>,  
中澤匡男(PhD)<sup>3)</sup>, 近藤哲夫(PhD)<sup>3)</sup>, 端 晶彦(PhD)<sup>1)</sup>,  
平田修司(PhD)<sup>1)</sup>

【はじめに】 Atypical polypoid adenomyoma (APA) は生殖年齢の女性に好発し, 腺癌との鑑別が問題になることがある. 今回われわれは, 子宮頸部腺癌との鑑別に苦慮した APA の症例を経験した.

【症例】 44 歳, 0 妊. 子宮がん検診で adenocarcinoma in situ (AIS) が疑われたため当科に紹介された. 月経は不順で量が多いが, 不正出血はみられていない. エコーで子宮頸管内に境界明瞭な 19×17 mm の筋腫様の腫瘤が認められた.

【細胞所見】 初回の頸部細胞診では, 細胞密度が高く立体的重積を示す頸管腺細胞集団が多数みられた. 核は腫大し核型不整や核小体を有する異型細胞が認められ, AIS 以上の病変を考えた. 2 回目の頸管内腫瘤より採取された細胞診では, 平滑筋由来と思われる紡錘形細胞の集塊と核密度の高い腺細胞集団が多数みられた. 腺細胞集団は内膜腺に類似し, 核腫大, クロマチンの軽度増量のみられ, AGC-FN とした.

【組織所見】 頸管内搔爬を行い, 黄白色調で脆い組織を採取した. 大部分は紡錘形細胞による間質からなる組織で, 軽度異型を有する円柱上皮細胞が不規則な腺管構造を形成し密に増殖していた. 上皮には核分裂像は少なく, 癌とする程の異型はみられず, MIB-1 index も低かった. 間質細胞は錯綜状の増生を示し, SMA がびまん性に陽性を示した. 以上より APA と診断した.

【まとめ】 APA の細胞診断では, 平滑筋由来の紡錘形細胞がみられない場合には, 腺癌との鑑別が難しい. 閉経前の女性に腺系の異型細胞がみられた場合には, APA も鑑別診断に含めて診断する必要がある.

### P-1-051 嚢胞性子宮腺筋症から発生したと考えられる子宮体癌の一例

産業医科大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学科<sup>2)</sup>

○網本頌子(MD)<sup>1)</sup>, 田尻亮祐(MD)<sup>1)</sup>, 厚井知穂(MD)<sup>1)</sup>, 植田多恵子(PhD)<sup>1)</sup>, 栗田智子(PhD)<sup>1)</sup>, 鏡 誠治(PhD)<sup>1)</sup>, 川越俊典(PhD)<sup>1)</sup>, 松浦祐介(PhD)<sup>2)</sup>, 蜂須賀徹(PhD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮腺筋症は良性病変であるが、稀に癌化する。今回、嚢胞性子宮腺筋症から発生したと考えられる子宮体癌の症例を経験したため報告する。

【症例】57歳女性。下腹部痛と発熱を認め、骨盤内に腫瘍性病変を指摘され当科を紹介受診した。骨盤部MRI検査で子宮体部筋層内に、拡散強調画像で高信号を呈する充実部分を伴う7×8cmの単房性嚢胞性病変を認めた。造影CT検査でリンパ節腫大や遠隔転移を疑う所見はなく子宮腫瘍、変性子宮筋腫の疑いで、単純子宮全摘出術及び両側付属器摘出術を施行した。子宮筋層内の嚢胞性病変の腫瘍捺印細胞診は陽性、病理組織診断は子宮体癌 1B期(endometrioid adenocarcinoma, G3 pT1BNxM0)であった。骨盤内リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節生検、大網部分切除を追加した。術後TC療法6コースを施行予定である。

【細胞所見】子宮筋層に限局した嚢胞性病変の乳頭状充実部分の捺印細胞診は壊死性背景に、不整な腫大性核と明瞭な核小体、豊富な細胞質を有する異型上皮細胞を認め、重積性の目立たない集塊状や孤在性に多数出現していた。

【組織所見】子宮体部右側に嚢胞性子宮腺筋症を認め、内部に乳頭状充実部分と不整な腺管を認めた。不整な腺管構造は嚢胞内に局限していた。子宮内膜と嚢胞部分に連続性はなく、子宮内膜に悪性所見は認めなかった。

【まとめ】嚢胞性子宮腺筋症が癌化し、発生したと考えられる子宮体癌の症例を経験した。

### P-1-052 子宮体部漿液性腺癌 10例における細胞学的検討

武蔵野赤十字病院病理部<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構相模原病院統括診療部病理診断科<sup>2)</sup>

○古屋能孝(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤生朗(MD)<sup>2)</sup>, 宅見智晴(CT)<sup>1)</sup>, 海老原美里(CT)<sup>1)</sup>, 浅見力也(CT)<sup>1)</sup>, 北村洋一(CT)<sup>1)</sup>, 浦田育美(CT)<sup>1)</sup>, 高橋聡子(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井うらら(MD)<sup>1)</sup>, 瀧 和博(MD)<sup>1)</sup>

【目的】子宮体部漿液性腺癌はリンパ節転移や腹膜播種を高率にきたし、高分化な類内膜腺癌と比較しより広範囲な術式が選択されることがあり、的確な術前診断が望まれる。今回、当院において子宮体部漿液性腺癌と組織学的に診断された症例の術前内膜細胞診検体において細胞学的検討を行った。

【対象と方法】2012年から2016年に、当院にて手術治療を施行し組織学的に子宮体部漿液性腺癌と診断された10症例の術前子宮内膜細胞診標本(全例エンドサイトにて採取)において、以下の項目を検討した。(1)背景所見：腫瘍壊死性背景、萎縮内膜の混在、砂粒小体の有無。(2)集塊構成：乳頭状、腺管状、ぶどう房状、シート状、球状集塊、および鋸歯状集塊辺縁や半島状突出像の出現比率。(3)細胞異型：核面積の大きさ、ばらつきを計測。N/C比増大、核小体の明瞭化・複数化の細胞所見出現比率を算出。

【結果】平均年齢72歳(61-81歳)、進行期はIA期4例、IB期1例、IIIA期2例、IIIC1期2例、IVB期1例であった。内膜細胞診は、ClassIII2例、ClassV8例、うち漿液性腺癌を推定したのは6例で、所見の検討項目は以下のとおりであった。(1)背景所見：腫瘍壊死性背景4例、萎縮内膜の混在を3例に認めた。砂粒小体は0例だった。(2)集塊構成：乳頭状、ぶどう房状集塊、半島状突出像の出現比率が高かった。(3)細胞異型：核の大型化や大小不同が目立った。N/C比増大や明瞭な核小体は半数以上でみられ、核小体複数化が散見された。

【結論】子宮体部漿液性腺癌は特徴的な集塊構成と高度な核異型に着眼することで診断精度の向上が期待できる。

### P-1-053 不正子宮出血を契機に再発が確認された急性骨髄性白血病の一例

自治医科大学附属病院病理診断部<sup>1)</sup>, 自治医科大学医学部病理学講座統合病理学部門<sup>2)</sup>

○丹波美織(MD)<sup>1)</sup>, 大城 久(MD)<sup>1,2)</sup>, 柳田美樹(CT)<sup>1)</sup>, 郡 俊勝(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木智子(CT)<sup>1)</sup>, 芳賀美子(CT)<sup>1)</sup>, 蘆澤健太郎(MD)<sup>1)</sup>, 田畑憲一(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤淳史(MD)<sup>1)</sup>, 松原大祐(MD)<sup>1,2)</sup>, 吉本多一郎(MD)<sup>1,2)</sup>, 木原 淳(MD)<sup>1,2)</sup>, 天野雄介(DDS)<sup>1,2)</sup>, 仁木利郎(MD)<sup>1,2)</sup>, 福嶋敬宜(MD)<sup>1,2)</sup>

【緒言】急性骨髄性白血病細胞の女性生殖器浸潤は比較的稀と言われている。今回、不正子宮出血を契機に再発が確認された急性骨髄性白血病の一例を経験したので、その細胞学的所見を報告する。

【症例】70歳台、女性。約2年前に急性骨髄性白血病(French-American-British分類M1)と診断され、寛解導入療法と地固め療法を受けて寛解となり、以後、外来で経過観察されていた。約2週間前より、不正性器出血と全身の皮疹が出現したため婦人科を受診し、子宮頸部・内膜細胞診が施行された。子宮頸部・内膜細胞診のPapanicolaou染色標本では、類円形核を有するN/C比の高い芽球様細胞が多数出現していた。これらの芽球様細胞の核の長径は7 $\mu$ m前後で、核の大きさや形態が比較的揃っており、核クロマチン構造は微細かつ緻密で、核小体を1~2個認めた。核はわずかに偏在性で、細胞質は少なくライトグリーンに淡く染色されていた。これらの芽球様細胞は免疫細胞化学的にMPOにびまん性に陽性、CD34に陰性、CD117に極少数陽性であり、白血病初発時のフローサイトメトリーの結果と概ね一致しており、急性骨髄性白血病の子宮再発の診断に至った。

【結語】不正子宮出血を契機に発見される造血器悪性腫瘍の頻度は女性の造血器悪性腫瘍患者の0.36%と低い(Obstet Gynecol 2016; 128: 357-63)。急性白血病の再発を早い段階で的確に診断することは治療上重要であり、子宮頸部・内膜細胞診での見落としを防ぐためには、既往歴を必ず確認し、間質細胞の出現量やその形態学的な均一性に注目することが肝要と思われる。

### P-1-054 子宮内膜癌症例における化生性変化を示す細胞の共存と病理学的特徴との関連性の検討

九州大学大学院医学研究院保健学部<sup>1)</sup>, 純真学園大学保健医療学部検査科学科<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>4)</sup>

○遠峰由希恵(PhD)<sup>1,2)</sup>, 渡邊寿美子(PhD)<sup>1)</sup>, 杉島節夫(PhD)<sup>1)</sup>, 園田顕三(MD)<sup>3)</sup>, 小田義直(MD)<sup>4)</sup>, 加藤聖子(MD)<sup>3)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮内膜化生性変化は、エストロゲン過剰刺激等によって生じ、様々な細胞形態を示すため、その細胞像の理解は診断上重要となることが報告されている。そこで今回、子宮内膜癌症例に出現した化生性変化を示す細胞の共存と病理学的特徴との関連について検討を行った。

【対象および方法】過去4年間に、子宮全摘手術が施行され病理組織学的に類内膜腺癌と診断された103症例(G1:63症例, G2:15症例, G3:25症例)の子宮内膜細胞診標本を対象とし、1症例中での扁平上皮、粘液性上皮、線毛上皮への化生性変化を示す細胞の共存の種類と病理学的特徴(組織学的分化度、筋層浸潤の有無、子宮内膜増殖症の有無、脈管侵襲の有無、子宮頸部への浸潤の有無)との関連について検討を行った。

【結果】細胞診標本において、1症例中に化生性変化を示す細胞の共存の種類はそれぞれ3種類が0.8%(1症例)、2種類が15.5%(16症例)、1種類が56.3%(58症例)であり、化生性変化を示す細胞を認めなかった症例は27.2%(28症例)であった。病理学的特徴において、化生性変化を示す細胞が1種類以上共存していた症例は化生性変化を示す細胞を認めなかった症例に比し、組織学的分化度G1-2症例、筋層浸潤および脈管侵襲を認めなかった症例の割合が高い傾向が認められた(統計学的有意差有り)。

【まとめ】類内膜腺癌症例において、1種類以上の化生性変化を示す細胞は72.8%で認められた。化生性変化を示す細胞の出現と病理学的特徴(組織学的分化度、筋層浸潤および脈管侵襲の有無)とで関連性が認められたことから、その細胞像を理解することは重要であると考えられた。



### P-1-055 子宮内膜組織診と対比した子宮内膜細胞診の有用性

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<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>, 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<sup>3)</sup>

○棟方 哲(MD)<sup>1)</sup>, 伊東良太(MD)<sup>1)</sup>, 佐々木伸也(CT)<sup>2)</sup>, 高瀬未穂(CT)<sup>2)</sup>, 岡竹里紗(CT)<sup>2)</sup>, 鈴木雄策(CT)<sup>2)</sup>, 茂山かおり(MT)<sup>2)</sup>, 岡村友香里(MT)<sup>2)</sup>, 山本敏也(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】近年, 子宮内膜吸引組織診の普及のため内膜細胞診の役割は低下しつつあるが, その意義を検証するため内膜組織診の診断精度と内膜細胞診の診断精度を比較した.

【対象】組織診の検討には, 2012年12月から2016年12月まで当院で子宮内膜吸引組織診を行った症例859例を対象とした. 細胞診の検討には, 2014年4月から2016年12月までに採取された内膜細胞診 conventional 標本504件, LBC 標本873件のうち組織と対比できたそれぞれ91件, 201件を対象とした.

【方法】組織診の検討は, 手術したものは手術材料での診断を最終診断とした. 細胞診の検討は, 組織診の結果と対比しておこなった.

【結果】組織診の不適率は7.0%, 細胞診では, conventional 標本で3.8%, LBC 標本では3.2%であった. 陰性率は組織診では84.1%, conventional 標本では91.7%, LBC 標本では, 92.3%であり, 陽性率は組織診では6.3%, conventional 標本では1.8%, LBC 標本では, 0.8%であった.

【考察】組織診では, 細胞診に比較して有意に不適率が高かった. 組織診の陰性率は細胞診と有意な差はなかったが, 組織診の陽性率は細胞診より有意に高かった. 組織診を採取する患者の選択に差があると思われたが, 組織診でも80%以上が陰性であることは, 病理検査技師, 病理医の負担軽減のためには, 細胞診検体の比率を増加させる必要性を思わせるものであった. したがってスクリーニング手段としての子宮内膜細胞診の有効活用が重要であると考えられる.

### P-1-056 当科における子宮内膜細胞診異常を呈した乳癌術後患者の検討

順天堂大学練馬病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 順天堂大学練馬病院病理診断科<sup>2)</sup>

○濱村憲佑(MD)<sup>1)</sup>, 荻島大貴(MD)<sup>1)</sup>, 青木裕志(CT)<sup>2)</sup>, 浅見志帆(CT)<sup>2)</sup>, 児玉寛子(MD)<sup>2)</sup>, 坂口亜寿美(MD)<sup>2)</sup>, 小倉加奈子(MD)<sup>2)</sup>, 松本俊治(MD)<sup>2)</sup>

【目的】乳癌術後患者に対する補助化学療法としてタモキシフェン (TAM) が広く用いられるが, 子宮体癌を含む増殖性病変増加へのリスクが懸念される. 今回, 当院で乳癌術後患者に行った子宮内膜細胞診結果と患者の臨床経過から TAM 投与患者の管理法を検討した.

【方法】2005年7月から2017年2月までに行われた子宮内膜細胞診から乳癌術後患者178症例を抽出した. TAM あるいはアロマターゼ阻害薬 (AI) 内服歴, 経過中の子宮内膜細胞診陽性, 疑陽性判定時期とその後の経過観察期間を調べた.

【成績】乳癌術後患者の内訳はモキシフェン内服症例116例, AI内服症例28例, 非内服症例30例, 不明2例であった. 子宮内膜細胞診陽性例は12例 (TAM内服5例) で平均年齢65.9歳. 9例は不正性器出血を契機に初診し, 定期内膜細胞検査の増悪は2例だった. いずれも組織学的検査, 画像検査と合わせて子宮体癌と診断された. 疑陽性例はTAM内服既往患者43例 (38.7%) に認め, AI内服患者6例 (21.4%) や非内服患者4例 (18%) より高率だった. また, 疑陽性出現時のTAM内服期間は1-2年, 3-4年の2峰性を示した. 疑陽性の場合, 更なる組織学的検査で悪性を否定後, 半年未満毎の定期的な再検査経過観察された. 期間はTAM内服終了迄かそれ以上で最長11年であった. 当院管理の疑陽性症例すべてで体癌への増悪を認めなかった.

【結論】本結果ではTAMによる子宮体癌発症への悪影響は確認できなかった. TAM投与によって疑陽性判定症例の増加を認めるが, 増悪して体癌に移行する割合は低い. 乳癌術後においても子宮体癌は典型的な症状を呈することが多いことから, 症状を認めた場合はその時点で細胞組織学的検査を行い評価管理すべきと考えられた.

### P-1-057 扁平上皮への分化が大部分を占めた子宮体部類内膜腺癌の 1 例

社会医療法人孝仁会北海道大野記念病院<sup>1)</sup>, 株式会社ジェネティックラボ<sup>2)</sup>, 公益財団法人北海道対がん協会<sup>3)</sup>

○笹木加奈(CT)<sup>1)</sup>, 田上 稔(CT)<sup>1)</sup>, 寒河江悟(MD)<sup>1)</sup>, 松浦智彦(CT)<sup>2)</sup>, 高木芳武(MD)<sup>2)</sup>, 加藤 修(CT)<sup>3)</sup>, 日野順子(CT)<sup>3)</sup>, 和田恒之(CT)<sup>3)</sup>, 藤田博正(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮体部類内膜腺癌は扁平上皮への分化を伴うことがあるが, その多くは腺癌成分が大部分を占めるとされる。今回, 扁平上皮癌成分が大部分を占め, 術前細胞診で診断に苦慮した類内膜腺癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 代女性。3 経妊 2 経産。既往歴: 右乳癌(11 年前に部分摘出)化学療法 + 放射線療法, 1 年間ホルモン療法, 高脂血症。3 年前より内膜細胞診異常にて前医フォロー。精査加療目的にて当院紹介となった。

【細胞所見】壊死様物質を背景に, 軽度核異型の細胞を孤立散在, 集塊状に認めた。OG 好性, 線維状などの多彩な胞体を持つ細胞もみられた。摘出材料の内膜捺印細胞診では術前標本と同様の細胞像で, 壊死性背景に核異型軽度~中等度の異常細胞を多数認め, 粘液様物質を含む細胞集塊もみられた。子宮頸部擦過および捺印細胞診では異常細胞は認めなかった。

【切除材料組織所見】摘出材料は, 子宮頸部・体部とも表面平滑で, 左卵巣に腫瘍性病変を認めたが病理診断は漿液性嚢胞腺腫であった。摘出子宮の組織所見は内膜面全体に腫瘍病変を認め, 浸潤増殖(5 mm)がみられた。組織型の大部分は扁平上皮癌で, 一部に腺腔構造を示す腺癌が僅かにみられた。子宮頸部に悪性所見はなかった。

【考察】内膜細胞診のみ異常扁平上皮細胞を認め, 内膜肥厚なく US, MRI で異常所見はみられず, 主体病変の存在が不明瞭で診断に苦慮した扁平上皮への分化を伴う子宮体部類内膜腺癌を経験した。内膜細胞診で明らかな腺癌細胞の出現が見いだせない場合でも類内膜腺癌の多彩な分化傾向の存在を考慮に入れた詳細な観察が必要と思われた。細胞所見および組織像さらに免疫組織化学的検討等を加えて報告する。

### P-1-058 著明な扁平上皮分化を伴った子宮体部類内膜腺癌の 1 例

がん研有明病院婦人科<sup>1)</sup>, がん研有明病院病理部<sup>2)</sup>, がん研有明病院細胞診断部<sup>3)</sup>

○谷川輝美(MD)<sup>1)</sup>, 的田真紀(MD)<sup>1)</sup>, 青木洋一(MD)<sup>1)</sup>, 西村宙起(MD)<sup>1)</sup>, 杉原 武(MD)<sup>1)</sup>, 金尾祐之(MD)<sup>1)</sup>, 加藤一喜(MD)<sup>1)</sup>, 高澤 豊(PhD)<sup>2)</sup>, 杉山裕子(PhD)<sup>3)</sup>, 竹島信宏(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】子宮体部原発の扁平上皮癌は極めてまれであり, 1 内膜に腺癌が共存しない, 2 腫瘍と頸部の重層扁平上皮に連続性がない, 3 子宮頸部に扁平上皮癌が存在しないという条件を満たすものと定義されている。今回, 他院にて子宮体部の扁平上皮癌が疑われ, 術後に著明な扁平上皮分化を伴った子宮体部類内膜腺癌と診断された症例の細胞像・病理像を検討した。

【症例】52 歳, 未経産。月経不順のため前医を受診し, 子宮内膜細胞診は陽性(扁平上皮癌), 頸部組織診は CIN1, 体部組織診は扁平上皮癌であり子宮体部原発の扁平上皮癌が疑われ当院へ紹介された。当院での細胞診では異型に乏しい過角化を示す形状不整な扁平上皮細胞を多数認め, 不規則重積を示す腺系を疑う悪性細胞集塊が認められたため, 扁平上皮への分化を伴う類内膜腺癌と診断された。MRI 検査では子宮底部に腫瘍を認め, 1/2 以上の筋層浸潤が疑われた。PET-CT では多発リンパ節転移を認めた。子宮体癌の診断で根治術が行われた。腫瘍の捺印細胞診では扁平上皮癌を疑う所見が多数認められ, ごく一部に腺様の配列を示す悪性細胞集塊が認められた。摘出子宮の病理診断は, 扁平上皮分化を伴う類内膜腺癌(G2)で, 大部分は角化を伴う扁平上皮癌成分からなり, ごく一部に腺癌成分が認められた。多発リンパ節転移を認め, 扁平上皮癌成分が転移していた。術後 8ヶ月目に多発リンパ節転移で再発し, 13ヶ月目に多発脳転移のため放射線治療を行った。

【結語】今回, 著明な扁平上皮分化を伴った子宮体部類内膜腺癌を経験した。子宮体部原発の扁平上皮癌ではなかったが, 扁平上皮癌成分がリンパ節へ転移しており, 早期に再発し予後不良であった。

## P-1-059 子宮体部粘液性腺癌の2例

北海道大学産婦人科<sup>1)</sup>, 手稲溪仁会病院産婦人科<sup>2)</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>3)</sup>

○小林由佳子(MD)<sup>1)</sup>, 武田真人(MD)<sup>1)</sup>, 奥 聡(MD)<sup>1)</sup>, 朝野拓史(MD)<sup>1)</sup>, 前田悟郎(MD)<sup>1)</sup>, 石塚泰也(MD)<sup>1)</sup>, 丸川活司(CT)<sup>3)</sup>, 岡田宏美(MD)<sup>3)</sup>, 三田村卓(MD)<sup>1)</sup>, 保坂昌芳(MD)<sup>1)</sup>, 畑中佳奈子(MD)<sup>3)</sup>, 佐川 正(MD)<sup>1)</sup>, 渡利英道(MD)<sup>1)</sup>, 櫻木範明(MD)<sup>1)</sup>, 松野吉宏(MD)<sup>3)</sup>, 今井一章(MD)<sup>2)</sup>

まれな子宮体部粘液性腺癌の2例を経験したのでその診断経過を報告する。[症例1] 83歳 77歳時より乳癌術後のタモキシフェン使用のため、定期的な子宮内膜精査を継続、内膜の肥厚や細胞診の異常所見があり、83歳時に粘液性腺癌と診断され、単純子宮全摘+両側付属器摘出術を施行(IA期)。[症例2] 59歳時に帯下の増加と性器出血を自覚し、前医受診。子宮内膜の肥厚を認め、当科紹介。組織診で粘液性腺癌と診断され、拡大子宮全摘+両側付属器摘出+リンパ節郭清を施行(IB期)。

【組織所見：症例1-2ともに内膜全面搔爬と摘出子宮標本】核が腫大し、粘液産性能を有する異型細胞が乳頭状、不整に癒合する腺管構造を形成し増殖していた。明瞭な核小体を有する細胞も存在するが、核形不整やクロマチン増量などの異型には乏しい。症例2の手術標本では類内膜腺癌と扁平上皮への分化も認められた。

【術前の内膜擦過細胞所見】腺細胞の集塊を多数認めた。細胞は頸管腺に類似し、一部、明瞭核小体、核クロマチンの増量や核形不整を伴うが、全体的に異型は乏しい。症例1はHyperplastic change, 症例2はAtypical cellsの判定に留まった。

【まとめ】細胞診では組織を反映した所見が得られたが、細胞異型が軽度で悪性腫瘍と判定できなかった。また、組織診も外来受診時は組織採取が少量なこともあるが、診断が困難で内膜の全面搔爬が必要であった。粘液性腺癌は核異型が軽度であることも少なくないため、診断には注意を要す。

## P-1-060 子宮体部脱分化癌の1例

JA 秋田厚生連大曲厚生医療センター臨床検査科病理<sup>1)</sup>, JA 秋田厚生連大曲厚生医療センター産婦人科<sup>2)</sup>, JA 秋田厚生連平鹿総合病院病理診断科<sup>3)</sup>

○斎藤直子(CT)<sup>1)</sup>, 須田公治(CT)<sup>1)</sup>, 森美津子(CT)<sup>1)</sup>, 山本博毅(MD)<sup>2)</sup>, 齊藤昌宏(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮体部脱分化癌は、未分化癌にGrade1ないしGrade2の類内膜腺癌が共存する稀な腫瘍であり、高悪性度の腫瘍として扱われている。今回私たちは摘出標本の組織学的検索から子宮体部脱分化癌と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代, 4経妊3経産, 閉経47歳。現病歴: 2年前からの不正性器出血と2ヶ月前より下腹部に腫瘍感を自覚し近医受診, 子宮体癌疑いで当院を紹介受診した。経膈超音波検査でdouglas窩の腫瘍と子宮腔内に腫瘍像を認め、子宮内膜細胞診は陽性だった。当院にて術前精査中、卵巣腫瘍破裂による汎発性腹膜炎、直腸穿孔疑いにて緊急手術となり、腹式子宮全摘術、両側付属器切除術が施行された。摘出された子宮の内腔には腫瘍性病変が充満しており、組織学的検索から子宮体部脱分化癌と診断された。また腔壁に転移性腫瘍を認めた。右付属器では広範に膿瘍が形成されていたが悪性所見は認められなかった。

【細胞所見】出血性・壊死性背景に比較的小型の類円形細胞が孤立散在性~小集塊状に多数出現していた。個々の細胞はN/C比高く、クロマチンは細顆粒状に増量、核形不整、明瞭な核小体を有していた。これらの細胞は分化不明瞭で癌肉腫または非上皮性悪性腫瘍が疑われた。

【組織所見】組織学的にはびまん性に増殖する未分化な腫瘍細胞が大部分であったが、一部、この病変と境界を有して類内膜腺癌Grade1を認めた。未分化な腫瘍細胞の免疫染色結果はCK AE1/3(-), EMA(+), Vimentin(+ )を示し未分化癌と診断され、子宮体部脱分化癌stageIV(pT3aNxM1)と診断された。

【まとめ】婦人科領域の脱分化癌は極めて稀であるが、急激な転移・予後をきたす可能性があるため注意すべき疾患である。



### P-1-061 Alpha-fetoprotein 産生性子宮内膜癌の1例

東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座<sup>3)</sup>

○梅森宮加(CT)<sup>1)</sup>, 深澤 寧(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤聡史(CT)<sup>1)</sup>, 三石雄大(MD)<sup>1)</sup>, 岡本愛光(MD)<sup>3)</sup>, 鷹橋浩幸(MD)<sup>1)</sup>, 清川貴子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Alpha-fetoprotein (AFP)は、肝細胞癌、肝芽腫、卵黄嚢腫瘍の他、まれに腺癌でも産生されることが知られている。子宮内膜に発生したAFP産生性高異型度腺癌を経験したので報告する。

【症例】60歳、経産婦。閉経41歳。不正性器出血を主訴として近医を受診し、超音波断層法で子宮内膜腫瘍が疑われ、当院へ紹介となった。子宮内膜細胞診陽性。子宮内膜組織診でAFP産生性高異型度腺癌と診断された。

子宮内膜癌の診断のもと、準広範子宮全摘出術、両側付属器切除、大網切除、リンパ節郭清が施行された。術前に高値を示した血清AFPは、術後1か月で正常化した。

【子宮内膜細胞像】背景に大量の壊死物質を伴い、高円柱状異型細胞が不規則かつ高度に重積を示す集塊を形成し出現していた。乳頭状集塊もみられた。異型細胞の核は偏在し、核腫大、核クロマチンの粗顆粒状増加、核小体、核分裂像が目立った。細胞質が比較的豊富で淡明な細胞と細胞質が狭いものが混在していた。高異型度腺癌の像である。

【組織所見と術後診断】術前の子宮内膜生検では、淡明な細胞質を有する高異型度腺癌を認め、免疫組織化学でAFP陽性を示した。摘出子宮の内膜には、同様の腫瘍(90%)と連続して類内膜癌(10%)を認めた。術後診断：子宮内膜AFP産生性腺癌および類内膜癌、pT1a, pN0 (ly0, v0)。

【まとめ】子宮内膜における淡明な細胞質を有する腺癌の多くは類内膜癌、明細胞癌であるが、稀にAFP産生性腺癌も発生しうる。

### P-1-062 子宮体部に発生した高齢者の非妊娠性絨毛癌の1例

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院臨床検査・病理技術科<sup>1)</sup>, 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 修文大学看護学部<sup>3)</sup>

○中根昌洋(CT)<sup>1)</sup>, 山田義広(CT)<sup>1)</sup>, 野畑真奈美(CT)<sup>1)</sup>, 中井美恵子(CT)<sup>1)</sup>, 村上真理子(CT)<sup>1)</sup>, 中野邦枝(CT)<sup>1)</sup>, 林 直樹(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤 誠(MD)<sup>2)</sup>, 越川 卓(MD)<sup>3)</sup>

高齢者でも生殖器・非生殖器を問わず絨毛癌が発生することが稀にある。今回、子宮頸部擦過細胞診を契機に腺癌と診断され、その後の手術材料の検討により非妊娠性絨毛癌であることが判明した1例について報告する。

【症例】84歳、女性。不正性器出血で当院を受診。細胞診と生検にて漿液性癌と診断され、子宮全摘術・両側付属器摘出術が施行され、最終的に子宮体部原発の非妊娠性絨毛癌と診断された。高齢のため積極的な治療は希望せず、全経過6か月で死亡した。

【細胞所見】子宮頸部液状化検体細胞診(ThinPrep)では、好中球を背景に異型細胞が集塊状あるいは弧在性に多数出現していた。細胞質は厚くライトグリーン好性で、核の大小不同や核形不整が著明であった。一部に多核化巨細胞も見られ、腫大した核小体を多数有していた。内膜擦過細胞診でも同様の異型細胞が出現していたが、壊死が強く細胞形態の詳細の把握は困難だった。最終的に病理診断で絨毛癌と判明してからの追加検査で、異型細胞の多くは免疫細胞学的にhCG陽性であり、巨細胞の多くは合胞体性栄養芽細胞化した腫瘍細胞と考えられた。

【組織所見】術前の子宮体部組織診では乳頭状構造を示す異型細胞が優勢のため漿液性癌と判断したが、手術材料では子宮体部筋層から頸管に浸潤する壊死傾向の強い腫瘍で、組織学的には多形性に富む大型異型細胞の充実胞巣性増殖が主体の絨毛癌がほとんどを占めた。腺癌と絨毛癌の併存を認める点や、臨床情報などを参考に非妊娠性絨毛癌と診断。

【考察】細胞診で腺系腫瘍細胞に加えて、多形性に富む大型の異型細胞を同時に観察した場合は、癌肉腫や非妊娠性絨毛癌なども念頭に入れて鑑別を行う必要がある。



### P-1-063 子宮内膜原発の小細胞型神経内分泌癌の1症例

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院臨床検査・病理技術科<sup>1)</sup>, 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 修文大学看護学部<sup>3)</sup>

○中野邦枝(CT)<sup>1)</sup>, 山田義広(CT)<sup>1)</sup>, 野畑真奈美(CT)<sup>1)</sup>, 中井美恵子(CT)<sup>1)</sup>, 中根昌洋(CT)<sup>1)</sup>, 村上真理子(CT)<sup>1)</sup>, 林直樹(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤誠(MD)<sup>2)</sup>, 越川卓(MD)<sup>3)</sup>

子宮・卵巣由来の神経内分泌腫瘍に遭遇する機会は比較的稀である。我々は内膜細胞診を契機に診断された子宮内膜原発の小細胞型の神経内分泌癌を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。不正出血にて他院受診。内膜細胞診にて悪性であり当院へ紹介受診された。MRIにて子宮内腔を占拠する多結節状の腫瘍性病変をみとめ、子宮体癌が疑われた。内膜生検にて神経内分泌癌と診断され、子宮、両側付属器摘除とリンパ節郭清が施行された。術中腹腔洗浄液細胞診も陽性であった(pStage IIIC)。術後化学療法8クール(DOC+CBDC療法)施行し現在まで再発は認めていない。

【細胞診所見】壊死性背景に核形不整で核小体の腫大したN/C比の高い異型細胞が小集塊性および孤在性に出現していた。裸核の大型異型細胞も出現していた。低分化ないし未分化な癌細胞の所見と考えられた。またクロマチンは粗顆粒状を示し、神経内分泌癌の可能性も考えられた。

【組織所見】子宮内腔に向かって最大径8.0cmほどの腫瘍を形成していた。濃染性の核を有する小型の異型細胞の増殖が広範囲に認められたが、腺系異型細胞との共存は確認できなかった。免疫組織化学的にはsynaptophysin, SSTR2, CD56に陽性、CD10の発現も一部陽性であったことから、現行のWHO分類の高異型度神経内分泌癌の小細胞型と考えられた。なお、TTF-1の発現は陰性であり、非肺型と考えられた。

【結語】子宮内膜原発の神経内分泌系への分化を伴う未分化癌は稀であり、低分化な癌との鑑別を要する。卵巣、子宮頸部のみならず子宮体部にも小細胞癌型の神経内分泌癌が発生し得ることに留意し、腫瘍細胞の核所見の特徴や細胞配列などを参考に神経内分泌細胞の有無を検討することが必要である。

### P-1-064 子宮体部未分化癌の2例

東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科病理<sup>1)</sup>, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科<sup>2)</sup>, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科<sup>3)</sup>, 東海大学医学部附属八王子病院産婦人科<sup>4)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>5)</sup>

○野村希(CT)<sup>1)</sup>, 町田知久(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤仁(PhD)<sup>2)</sup>, 渡具知克(CT)<sup>1)</sup>, 藤田大貴(CT)<sup>1)</sup>, 加戸伸明(CT)<sup>2)</sup>, 萩原範子(CT)<sup>2)</sup>, 杉山朋子(MD)<sup>3)</sup>, 塚田ひとみ(MD)<sup>4)</sup>, 村松俊成(MD)<sup>4)</sup>, 中村直哉(MD)<sup>5)</sup>, 田尻琢磨(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮体部未分化癌は、いかなる既存の組織型にも分類できず分化傾向を示さないが上皮性性格は保持する癌腫と定義され、発生頻度は体癌全体の2%以下を占めるにすぎない。類内膜腺癌G3よりも予後不良であり両者の鑑別は重要となる。今回われわれが経験した2例の細胞像について類内膜腺癌G3との鑑別を中心に報告する。

【症例1】60代女性。主訴、不正出血。MRIで子宮頸部近傍を中心に6.5cm大の腫瘍性病変を認めた。細胞診、生検で悪性と診断され単純子宮全摘出術・両側付属器切除術が施行された。擦過細胞診ではリンパ球を背景にN/C比の高い小型腫瘍細胞が散在性に観察された。核は類円形で細顆粒状のクロマチンや明瞭な核小体を示していた。単核や多核の大型異型細胞が散見され、核が細胞質から突出していた。組織診でも小型腫瘍細胞がびまん性に増殖しており、明らかな角化や腺腔形成は認めなかった。免疫組織化学的にAE1/3, Vimentin一部陽性、SMA, CD10陰性だった。

【症例2】50代女性。主訴、不正出血。MRIで13cm大のびまん性腫大する子宮を認めた。細胞診、生検で悪性と診断され準広汎子宮全摘出術・両側付属器切除術・骨盤内リンパ節郭清術・大網切除術が施行された。細胞診、組織診ともに症例1と同様の小型腫瘍細胞が観察されたが、偏在核や核形不整を示す細胞がやや目立ち、大型異型細胞は認めなかった。免疫組織化学的にEMA, synaptophysin, vimentin一部陽性、SMA, Desmin陰性だった。

【まとめ】未分化癌の鑑別診断には類内膜腺癌G3や未分化内膜肉腫などが挙げられる。特に類内膜腺癌G3は子宮体部において発生頻度が高い組織型であり、鑑別が重要となる。両者の細胞学的鑑別点について検討を行い報告する。

## P-1-065 卵管癌の診断における子宮細胞診の役割

県立がんセンター新潟病院婦人科

○笹川 基(MD), 日向妙子(MD), 横尾朋和(MD),  
菊池 朗(MD)

【目的】卵管癌は女性性器悪性腫瘍の中で1%以下を占めるに過ぎない稀な疾患であり、特徴的な症状に乏しく、偶然発見されることが多いとされている。しかし、稀ではあるが、子宮細胞診で腺癌と診断され、卵管癌発見のきっかけとなる症例も経験する。卵管癌の診断における子宮細胞診の役割について後方視的研究を行った。

【方法】2007年から2016年の10年間に当科で診断治療した卵管癌16症例を研究対象とした。診療録をもとに卵管癌の診断に至る臨床経過を検討し、子宮細胞診が果たす役割につき検討を加えた。

【成績】1. 治療前の自覚症状は、下腹部不快感～下腹部痛6例(38%)、水様性帯下4例(25%)、性器出血3例(19%)、腹部腫瘍1例(6%)、鼠径部腫瘍1例(6%)であった。他癌検診の画像診断で偶然発見された無症状症例が3例(19%)あった。2. 診察所見、画像診断、腫瘍マーカー検査など行い術前診断している。16症例の術前診断は、卵巣癌7例(44%)、卵管癌5例(31%)、原発不明癌2例(13%)、子宮体癌1例(6%)、GIST1例(6%)であった。3. すべての症例で術前に子宮頸部細胞診が施行されていた。AGCと診断された症例が2例(13%)、悪性リンパ腫疑いと診断された症例が1例(6%)、陰性が13例(81%)であった。子宮内膜細胞診は12例で実施されていた(3例は未施行, 1例は不適正)。4例(33%)では腺癌, 8例(67%)では陰性と診断されていた。

【結論】卵管癌は稀な疾患であり、正確な術前診断は難しい。しかし、今回の検討では、約1/3の症例で術前子宮細胞診で腺癌と診断されていた。子宮細胞診、とりわけ子宮内膜細胞診で腺癌細胞が認められる場合、卵管癌なども念頭においた診断が重要である。

## P-1-066 腹水細胞診が有用であった卵管・子宮内膜重複癌の一例

中通総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 中通総合病院病理部<sup>2)</sup>

○利部徳子(MD)<sup>1)</sup>, 小西祥朝(MD)<sup>1)</sup>, 小野 巖(MD)<sup>2)</sup>,  
石井 明(CT)<sup>2)</sup>, 今野稔子(CT)<sup>2)</sup>, 根 裕人(CT)<sup>2)</sup>,  
山谷千晴(CT)<sup>2)</sup>

肉眼的に異常のみられない卵管に発生する漿液性癌は、稀な疾患であり、近年注目されている。今回我々は、卵巣腫瘍茎捻転による急性腹症の診断にて開腹術を施行し、術中腹水細胞診で悪性細胞を認め、術後の病理学的診断が卵管癌並びに子宮体癌の重複癌症例を経験したので報告する。症例は、48歳、5G3P、卵巣腫瘍茎捻転手術と虫垂切除術の既往歴がある。腹痛を主訴に緊急入院後、画像診断により右卵巣腫瘍と多発性筋腫を認めた。CA125:216U/ml、子宮頸部並びに内膜細胞診は陰性であった。開腹所見:右卵巣に5cm大の嚢胞を認めたが、捻転はみられなかった。淡血性の腹水を認め、細胞診で腺癌と診断された。右卵管、左付属器ならびに腹腔内に肉眼的異常を認めず、両側付属器摘出術を含む子宮全摘術を施行した。病理組織学検査で、左卵管采に3mmの漿液性腺癌と子宮内膜に5mmの類内膜腺癌(G1)を認めた。卵管癌、子宮内膜癌、腹水細胞セルフブロック標本について免疫染色によりKi-67とp53の陽性率を検討した。Ki-67には三者に差が認められず、p53陽性率はそれぞれ90%、1%未満、90%であり、腹水の癌細胞は卵管癌由来と考えられた。子宮内膜癌1A期、卵管癌1C3期の診断で、術後TC(DC)療法5コースを施行したが奏功せず、腹膜播種次いで癌性胸膜炎を併発した。胸水細胞セルフブロック標本でも異型細胞のほとんどがp53陽性であった。本症例は、術中腹水細胞診と摘出卵管の慎重な病理組織学的検査が診断に有用であった。

### P-1-067 異型度の異なる両側卵管原発漿液性腺癌の診断に、子宮内膜細胞診が有用であった1例

藤沢市民病院産婦人科<sup>1)</sup>, 藤沢市民病院病理検査室<sup>2)</sup>, 藤沢市民病院病理診断科<sup>3)</sup>

○高田健太郎(MD)<sup>1)</sup>, 片山佳代(MD)<sup>1)</sup>, 能勢英理子(CT)<sup>2)</sup>, 松倉圭太(CT)<sup>2)</sup>, 荒井 博(CT)<sup>2)</sup>, 田尻亮輔(MD)<sup>3)</sup>, 榎藤俊一(MD)<sup>3)</sup>, 佐治晴哉(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】 付属器原発の漿液性腺癌の多くは卵管発生であり、その大半は高異型度である一方、低異型度はその発生や予後が異なるとされている。今回我々は無症状ながら、画像診断及び子宮内膜細胞診結果から手術を行ったところ、病理学的に左右で異型度の異なる卵管原発漿液性腺癌と診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】 87歳, 0妊0産, 肝細胞癌で肝右葉切除術を施行後に内科で施行した腹部CT検査にて、内部に低吸収域を伴う2cm大の腫瘤性病変を両側付属器領域に認めたため当科へ併診となった。経腔超音波検査と骨盤MRI検査でも左右各々3cm大, 2.5cm大の充実性腫瘤を認めた。子宮頸部細胞診及び内膜擦過細胞診で正常子宮内膜細胞より小型でN/C比の高い腺系の腫瘍細胞クラスターを認め、集塊の辺縁は平滑な乳頭状を呈していたため、子宮外腺癌細胞と診断した。上下部消化管精査で異常所見なく、手術療法としてまず腹式両側付属器摘出術を行い、術中迅速病理検査で両側の組織型が異なる腺癌の結果を得たため、腹式単純子宮全摘術と大網切除術を追加した。播種病巣や他臓器進展なく、腹腔洗浄細胞診は陰性、術後病理診断では左右共に卵管原発漿液性腺癌で、左側が高異型度、右側が低異型度、免疫染色ではCA-125+, CA19-9-, CEA-, p53+であった。術後療法せず再発なく経過している。

【考察】 左右で異型度の異なる両側卵管癌症例は非常に稀であるが、本症例の内膜細胞診で検出された腫瘍細胞は高異型度卵管原発漿液性腺癌由来と考えられた。両側卵管に留まる卵管癌の手術治療の端緒として子宮内膜細胞診は有用である。

### P-1-068 有茎性発育を示した外陰部 Aggressive angiomyxoma の一例

九州労災病院産婦人科<sup>1)</sup>, 九州労災病院病理診断科<sup>2)</sup>, JR九州病院病理診断科<sup>3)</sup>

○土岐尚之(MD)<sup>1)</sup>, 榎原康亮(MD)<sup>2)</sup>, 北島光泰(MD)<sup>1)</sup>, 齋藤研祐(MD)<sup>1)</sup>, 金澤茂正(CT)<sup>2)</sup>, 吉田徳秀(CT)<sup>2)</sup>, 岩見光晃(CT)<sup>2)</sup>, 淋 茜(CT)<sup>2)</sup>, 内橋和芳(MD)<sup>2)</sup>, 濱田哲夫(MD)<sup>2,3)</sup>

【はじめに】 Aggressive angiomyxoma は稀な間葉系軟部腫瘍であり、良性腫瘍と考えられているが浸潤性に発育するため、再発率が高いといわれている。外陰部に発生した一例を経験したので報告する。

【症例】 46歳, 女性, 経妊6回経産5回, 初診の1年前に右外陰大陰唇に小豆大の腫瘤を自覚していたが、徐々に増大し、腫瘤の有茎性発育のため下垂による牽引痛と擦過による腫瘤先端の皮膚びらん面からの少量の出血を自覚し、近医を受診後、当科に紹介となった。右大陰唇部に有茎性の長径10cmの腫瘤を認め、先端部にびらんを認めた。麻酔下に十分に正常組織をつけて切除を行った。

【細胞像】 腫瘍断面をガラス擦過した後に採取した捺印細胞像では、粘液性背景に外陰皮膚由来の無核の扁平上皮細胞と異型に乏しい間葉系細胞の出現を認めたが、病理診断の推定は困難であった。

【組織像】 異型に乏しい紡錘形細胞が浮腫状ないし粘液腫様間質を伴って低密度に増殖しており、血管の増生拡張を伴っていた。紡錘形細胞には部分的に軽度の異型がみられたが、核分裂像はほとんど認めなかった。腫瘍内に出血や壊死は認めなかった。切除断端部には腫瘍細胞は認めなかった。免疫組織化学的検索では、Desmin, PgR, ER,  $\alpha$ -SMA に部分的に陽性で、CD34 に小部分陽性像を認め、S-100 は陰性であった。以上から Aggressive angiomyxoma と診断された。

【まとめ】 比較的希少である有茎性発育を示した外陰部 Aggressive angiomyxoma の一例を報告した。

## P-1-069 尿中にみられた腔原発悪性黒色腫の一例

国立病院機構舞鶴医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 京都第一赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>, 明治国際医療大学産婦人科<sup>3)</sup>

○岡本浩伸(CT)<sup>1)</sup>, 樋野陽子(MD)<sup>2)</sup>, 山野 剛(MD)<sup>2)</sup>, 木村順治(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】腔原発の悪性黒色腫は稀な腫瘍で、悪性度が高く早期に発見することが重要である。今回初診時に尿細胞診から、悪性黒色腫と推定しえた症例を経験したので報告する

【症例】80歳代女性。1月前からの血尿の主訴で近医より当院泌尿器科へ紹介受診。ファイバースコープで尿道、膀胱に異常がみられず、精査目的で尿細胞診を施行。褐色顆粒のみられる異型細胞が孤在性～小集塊状に認められた。後日婦人科を紹介され、クスコ診にて膣入口より数cmのところ、40mm大の暗黒色レバー状凝血塊が認められた。同部位より細胞診と生検を施行した。

【画像所見】CTで膣部に40mm大の腫瘤影が確認でき、PET-CTにおいて膀胱背側に集積亢進がみられた。

【細胞所見】炎症性背景にN/C比は高く、核腫大、核形不整、粗大顆粒状クロマチン増量、明瞭な大型核小体のみられる異型細胞が孤在性～小集塊状に認められた。細胞はライトグリーン好性の厚めの胞体を有し、一部では胞体内に褐色調、ギムザ染色では濃緑色調を呈する顆粒が認められた。悪性を考え、組織型としては悪性黒色腫を推定した。

【組織所見】シート状や乳頭状の増生を示す腫瘍性病変で、しばしば褐色顆粒の沈着が認められた。細胞はN/C比が高く、大小不同の腫大核を有し、明瞭な核小体が認められた。免疫染色上、腫瘍細胞はMelanA(+), HMB45(+), S-100(+), Vimentin(+), AE1/AE3(+)を示し、MIB-1標識率は高いところで50%に達していた。以上より悪性黒色腫と診断された。

【まとめ】腔原発悪性黒色腫は稀であり、細胞診で見落とさない事が重要である。顆粒を有する異型細胞が出現した場合、その顆粒の性状を注意深く検索し、鑑別していくことが必要である。

## P-1-070 診断に苦慮した腸管外消化管間質腫瘍の一例

東京医科大学茨城医療センター産婦人科<sup>1)</sup>, 東京医科大学茨城医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○石川貴久(MD)<sup>1)</sup>, 藤村正樹(PhD)<sup>1)</sup>, 森下由紀雄(PhD)<sup>2)</sup>, 洪 建偉(MD)<sup>2)</sup>, 松本暢彦(PhD)<sup>2)</sup>

GIST(消化管間質腫瘍)は消化管、腸間膜に発生する腫瘍で、その頻度は10万人に1~2人と稀な腫瘍である。間葉系腫瘍でカハール介在細胞に由来する腫瘍とされているが、消化管外の発生例も報告されており、extragastrointestinalstromatumor(E-GIST)と呼ばされる。今回、骨盤内腫瘍の診断で手術した結果、E-GISTの診断となった一例を経験したため報告する。症例は69歳の女性で左下腹部の腫瘤感と頻尿を主訴に近医内科を受診した。経腹エコー検査にて下腹部腫瘤を認め、卵巣癌疑いにて当院へ紹介となった。経陰超音波検査にて径15cm大の骨盤内腫瘤を認め、骨盤部造影MRI検査と3D再構築を用いた造影CT検査を施行した結果、左卵巣原発腫瘤が疑われた。採血では乳酸脱水素酵素が244U/L、CA125が82.5U/mlと上昇を認め卵巣癌と考えた。CTガイド下生検術を施行したところ、吸引細胞診で上皮性悪性腫瘍が疑われたため術前化学療法を2コース施行したが著効見られず、初診より2ヶ月目に骨盤内腫瘍除去術施行の方針となった。開腹すると、左付属器領域に15cm大の腫瘤を認めた。腸管との明らかな連続は見られず、腸間膜には平滑筋腫様の10-20mm大の播種性病巣を多数認めた。骨盤内腫瘍は左広間膜と癒着を認めたため用手的に剥離を試みたところ、比較的容易に剥離された。子宮全摘術と両側付属器切除術を施行し、比較的大きな播種性病巣を摘出して術式を終了とした。腫大したリンパ節は触診上認めなかった。術後病理検査結果でE-GISTと診断された。左付属器との連続性は病理学的には認められなかった。小腸GISTにおけるTNM分類でpT4NxM1, pStage4, modified Fletcher分類で再発高リスク群のため、イマチニブ内服を開始した。現在も外来にて内服加療を継続している。



## P-1-071 女性生殖器の悪性リンパ腫の3例

がん研有明病院婦人科<sup>1)</sup>, がん研有明病院細胞診断部<sup>2)</sup>,  
がん研有明病院病理部<sup>3)</sup>

○長島 稔(MD)<sup>1)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>2)</sup>, 小松京子(PhD)<sup>2)</sup>,  
高澤 豊(MD)<sup>1,3)</sup>, 野村秀高(MD)<sup>1)</sup>, 谷川輝美(MD)<sup>1)</sup>,  
的田真紀(MD)<sup>1)</sup>, 岡本三四郎(MD)<sup>1)</sup>, 尾松公平(MD)<sup>1)</sup>,  
加藤一喜(MD)<sup>1)</sup>, 金尾弘之(MD)<sup>1)</sup>,  
宇津木久仁子(MD)<sup>1)</sup>, 竹島信宏(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】女性生殖器原発の節外性悪性リンパ腫は比較的に稀である。悪性リンパ腫とその他の女性生殖器原発腫瘍の鑑別はその後の治療が大きく異なるため、非常に重要である。今回、経過の異なる悪性リンパ腫の3例を経験したので、それぞれ報告する。

【本文】症例1はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の既往のある20代女性。寛解後1年6か月で右付属器の腫大を指摘され、卵巣癌または転移性卵巣腫瘍の術前診断で手術加療の方針となった。術中の腹水細胞診では核型不整を示す異型リンパ球を認めDLBCLを疑い、摘出検体よりDLBCLの右付属再発の診断となった。1年後、再度対側付属器の腫大を指摘され手術加療を行い、摘出検体よりDLBCLの左付属器再発の診断となった。症例2はPETで子宮底部に集積を指摘された70代女性。子宮内膜細胞診では核型不整でN/C比の大きい裸核様で核分裂像を認める腫瘍細胞を孤立散在性に認め、子宮内悪性腫瘍の診断で手術加療の方針となった。腹水細胞診は陰性であった。腫瘍は子宮及び両側付属器に認め、血管内大細胞性リンパ腫(IVLBCL)の診断となった。症例3は卵巣癌既往の70代女性。初回手術後13年で横隔膜に再発し摘出。その後7年で左鼠径リンパ節、両側肺門リンパ節腫脹を認めた。卵巣癌の再発を考慮し、施行した左鼠径リンパ節の穿刺吸引細胞診では異型リンパ球を認め、卵巣癌を疑う腫瘍細胞を認めなかった。同部位の生検により、DLBCLの確定診断となった。

【まとめ】経過の異なる悪性リンパ腫の3例を報告した。いずれの症例も悪性リンパ腫とその他の女性生殖器原発腫瘍の鑑別が臨床上重要であり、細胞診は確定診断の一助となった。

## P-1-072 外陰部基底細胞癌の一例

市立長浜病院産婦人科<sup>1)</sup>, 市立長浜病院中央検査技術科<sup>2)</sup>, 市立長浜病院病理診断科<sup>3)</sup>

○上村真央(MD)<sup>1)</sup>, 高橋顕雅(MD)<sup>1)</sup>, 北澤 純(MD)<sup>1)</sup>,  
西野万由美(MT)<sup>2)</sup>, 岡本明子(MT)<sup>2)</sup>, 宮元伸篤(MT)<sup>2)</sup>,  
新川由基(MT)<sup>2)</sup>, 黒澤 学(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】外陰癌は婦人科悪性腫瘍の中でも稀な疾患である。その約85%が扁平上皮癌であり、基底細胞癌は非常に稀である。基底細胞癌は皮膚癌の中では頻度が高く、誘因として紫外線曝露が考えられており、外陰における発生は極めて少ない。今回我々は外陰部に発生した基底細胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】71歳女性、3経妊3経産。約10年前より外陰部腫瘤を自覚していたが放置していた。炎症、軽快を繰り返すため当科を受診したところ、視診上、左外陰部に約1×1cm大の軽度隆起した病変を認めた。外陰部擦過細胞診の結果、擬陽性であったため、腫瘤の一部生検を行ったところ、基底細胞癌と診断された。全身検索で遠隔転移を認めなかったため、IA期の診断で局所切除術を施行した。

【細胞所見】比較的きれいな背景の中に極少数であるが、N/C比が高い細胞が平面的な集塊で認めた。紡錘形核を持つ細胞で深層型の扁平上皮細胞と鑑別困難であったが、核形不整が軽度のみられたため、擬陽性の判定とした。

【組織所見】慢性炎症反応を背景に認めた。表皮の表層には異型像は認めないが、表皮の中層から深層にかけて、核の異型化を示す棘細胞群が配列の乱れを呈しながら不整な巣状を形成し、浸潤性に増殖している領域が数か所に出現していた。胞巣辺縁部では腫瘍細胞の柵状配列があり、周囲間質との間に裂隙の形成を伴った。免疫組織化学的染色にてBCL2：一部陽性、BerEP4：陽性、CD10：一部陽性、D2-40：一部陽性、CD34：陰性であり、メラニン色素沈着やアポトーシスが目立っており、基底細胞癌と診断した。

## P-1-073 外陰部基底細胞癌の一例

杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>1</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2</sup>, 杏林大学医学部付属病院病理部<sup>3</sup>

○渋谷英里子(MD)<sup>1</sup>, 百村麻衣(MD)<sup>1</sup>,  
長内喜代乃(MD)<sup>1</sup>, 西ヶ谷順子(MD)<sup>1</sup>,  
松本浩範(MD)<sup>1</sup>, 小林陽一(MD)<sup>1</sup>, 岩下光利(MD)<sup>1</sup>,  
坂本憲彦(CT)<sup>3</sup>, 岸本浩次(CT)<sup>3</sup>, 下山田博明(MD)<sup>2</sup>,  
柴原純二(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】基底細胞癌は頻度の高い皮膚癌であるが、発生要因として紫外線が主要であり顔面などの露光部に発生することが多い。そのため非露光部である外陰部の基底細胞癌は稀である。

【症例】82歳女性、外陰部腫瘤病変を自覚し前医皮膚科を受診した。病変は黒色から赤色調の濃淡があり、不整形に隆起し悪性黒色腫が疑われ当院皮膚科を紹介受診した。ダーモスコピーより基底細胞癌が疑われ、生検により基底細胞癌と診断された。手術目的にて当科初診となり、同部より擦過細胞診を施行した。手術は局所切除術を施行した。

【細胞所見】N/C比の高い異型細胞が集簇または重積する集塊状に出現していた。細胞質は厚く、核腫大、核形不整、核クロマチン増量、明瞭な核小体が認められた。組織所見を反映した柵状配列がみられた。メラノサイトは確認できなかった。

【組織所見】基底細胞様の腫大した核を有する異型細胞が、充実胞巣状に増生していた。メラニン顆粒が豊富に認められた。胞巣の辺縁では核の柵状配列がみられた。胞巣はいたるところで正常表皮と連続しており、胞巣と正常組織間に裂隙形成がみられた。既存の皮膚付属器を置換し、異型細胞は皮下脂肪織近傍まで達していた。

【考察】基底細胞癌はダーモスコピー所見や臨床所見から確定診断ができない場合、生検し病理学的に診断を確定することが推奨されている。基底細胞癌は転移することは稀で、部分生検によって予後を悪化させる危険性はないとされている。黒褐色調を呈する悪性病変として悪性黒色腫が鑑別に挙げられ、生検により血行性転移を来しやすいことが知られている。両者の鑑別に擦過細胞診が安全かつ有用である可能性が示唆された。

## P-1-074 尿道にも腫瘤形成が見られた腔悪性黒色腫の1例

独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院病理診断科<sup>1</sup>, 九州労災病院放射線診断科<sup>2</sup>, 九州労災病院泌尿器科<sup>3</sup>, 九州労災病院産婦人科<sup>4</sup>

○岩見光晃(CT)<sup>1</sup>, 榎原康亮(MD)<sup>1</sup>, 吉田徳秀(CT)<sup>1</sup>,  
金澤茂正(CT)<sup>1</sup>, 内橋和芳(MD)<sup>1</sup>, 平田文(MD)<sup>2</sup>,  
上領頼之(MD)<sup>3</sup>, 齋藤研祐(MD)<sup>4</sup>, 北島光泰(MD)<sup>4</sup>,  
土岐尚之(MD)<sup>4</sup>

【はじめに】腔原発悪性黒色腫は悪性黒色腫全体の0.3%以下、腔悪性腫瘍の3%以下と稀な疾患である。今回我々は尿道にも腫瘤形成を認めた腔悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。尿失禁を主訴に近医受診し、尿道腫瘍が指摘され、当院受診。精査にて尿道腫瘍と腔壁左側から突出する腫瘤性病変を指摘され、腔壁擦過細胞診が施行された。画像検査では両者は接していたが、肉眼上では明らかな連続性は見られず、尿道腫瘍、腔腫瘍切除術が施行された。

【細胞学的所見】壊死、炎症性背景に、異型細胞が孤在性あるいは小型集塊として少数認められた。異型細胞には、N/C比大、核形不整、明瞭な大型核小体を有し、部分的に細胞質内にメラニン顆粒様の色素沈着がみられ、悪性黒色腫を疑う所見であった。

【組織学的所見】尿道腫瘍、腔腫瘍ともに潰瘍形成をとまなう隆起性病変に、明瞭な核小体、淡明ないし好酸性細胞質を有する類円形から紡錘形異型細胞が胞巣状に増殖していた。異型細胞には、多数の核分裂像、部分的にメラニン色素も含有しており、悪性黒色腫の所見であった。腔壁腫瘍では上皮内進展像も見られた。組織学的に腔、尿道腫瘍ともに同様の組織像、両者とも断端陽性であったが、別々に採取されており、病変の連続性は不明であった。

【考察】腔原発と考えられた悪性黒色腫の1例を経験した。本症例の腔壁擦過細胞診では、液状化検体法と直接塗抹法が施行され、両者での細胞像の比較検討、文献的考察を含め報告する。

### P-1-075 外陰 Paget 病の擦過細胞診に関する後方視的検討

九州大学病院産科婦人科

○小野山一郎(MD), 園田顕三(MD), 奥川 馨(MD), 兼城英輔(MD), 安永昌史(MD), 大神達寛(MD), 山口真一郎(MD), 小玉敬亮(MD), 加来恒壽(MD), 加藤聖子(MD)

【目的】乳腺以外に発生する Paget 病のうち、外陰は最も好発する部位である。60 歳台に好発し強い掻痒感を伴うが、湿疹様の紅斑に鱗屑・白斑を伴う肉眼所見から診断が遅延することがある。当院で経験した 4 例の手術前擦過細胞診所見について検討した。

【方法】当科で 2008 年 1 月から 2017 年 6 月までに初回治療を施行した 4 例を診療録より抽出し、後方視的に検討を行った。

【結果】年齢の中央値は 68 歳(58~78 歳)であった。初回手術は全例に外陰切除術を行い、症例により放射線療法を追加した。病理組織診断は、全例 extramammary Paget's disease であったが、1 例に浸潤性病変が併存していた。手術前に擦過細胞診が施行されたのは 3 例で、採取された全例に角化傾向の強い扁平上皮を含むシート状配列と、一部には核・細胞質比の高い異型細胞を認めた。核腫大した円形細胞も存在し、Paget 細胞を示唆する所見であった。

【考察】Paget 病の組織学的特徴から Paget 細胞は必ずしも検出されないが、擦過細胞診を行うことで扁平上皮由来を含む異型細胞が認められる。肉眼所見から診断が遅延する Paget 病の早期治療開始を目的として、擦過細胞診を行うことは有用であると考えられた。

### P-1-076 子宮体癌における予後因子と子宮頸部細胞診所見の関連性の検討

国家公務員共済組合連合会斗南病院婦人科<sup>1)</sup>, 札幌医科大学産婦人科<sup>2)</sup>, 円山レディースクリニック<sup>3)</sup>, まどかレディースクリニック<sup>4)</sup>

○田中綾一(MD)<sup>1,2)</sup>, 鈴木孝浩(MD)<sup>3)</sup>, 玉手雅人(MD)<sup>1)</sup>, 寺田倫子(MD)<sup>2)</sup>, 松浦基樹(MD)<sup>2)</sup>, 鈴木美和(MD)<sup>2,3)</sup>, 高橋 円(MD)<sup>4)</sup>, 郷久晴朗(MD)<sup>2)</sup>, 寺本瑞絵(MD)<sup>2)</sup>, 岩崎雅宏(MD)<sup>2)</sup>, 齋藤 豪(MD)<sup>2)</sup>

【目的】子宮体癌の予後因子には進行期、組織型、組織分化度、筋層浸潤、頸管間質浸潤、リンパ節転移の有無等があり、子宮頸部細胞診陽性率は子宮体癌の予後因子と相関するとの報告が多数ある。子宮体癌における予後因子と子宮頸部細胞診所見の関連性について報告する。

【方法】対象は 2008 年から 2015 年までに、当科にて子宮体癌と診断し子宮全摘出術を施行した 263 例で、子宮頸部細胞診における子宮内膜由来細胞について陰性(正常または存在しない)、疑陽性、陽性(腺癌細胞陽性)に分類し、子宮体癌の予後因子との関係について検討した。

【結果】子宮頸部細胞診所見は陰性 136 例、疑陽性 64 例、陽性 63 例であった。原発の組織型は類内膜腺癌 245 例、非類内膜腺癌 18 例、類内膜腺癌における分化度は low grade (Grade1 または 2) 201 例、high grade (G3) 44 例、術後進行期分類は I 期と II 期の早期で 216 例、III 期と IV 期の進行期が 47 例であった。各予後因子における子宮頸部細胞診における腺癌細胞陽性率は早期症例 18.5% に対し進行期 48.9%、組織型が類内膜腺癌 21.6% に対し非類内膜腺癌 55.6%、分化度で low grade 19.4% に対し high grade 31.8%、筋層浸潤 1/2 未満での 18.6% に対し 1/2 以上で 34.9%、頸管浸潤陰性 18.8% に対し陽性 55.6%、リンパ節転移陰性 20.4% に対し陽性 55.6% と共に有意差をみとめた。

【結論】子宮頸部細胞診における子宮内膜由来腺癌細胞陽性率は子宮体癌における各予後因子と相関関係をみとめた。

### P-1-077 当科における子宮内膜細胞診疑陽性判定の原因と転帰について

順天堂大学医学部附属練馬病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科<sup>2)</sup>

○荻島大貴(MD)<sup>1)</sup>, 濱村憲佑(MD)<sup>1)</sup>, 青木裕志(CT)<sup>2)</sup>, 浅見志帆(CT)<sup>2)</sup>, 児玉寛子(MD)<sup>2)</sup>, 坂口亜寿美(MD)<sup>2)</sup>, 小倉加奈子(MD)<sup>2)</sup>, 松本俊治(MD)<sup>2)</sup>

【目的】内膜細胞診は正診率が低く疑陽性が高い検査である。当科における子宮内膜細胞診疑陽性判定例の原因と転帰について調べた。

【方法】2007年1月から2009年6月に当科で施行した内膜細胞診症例673例中、疑陽性と判定した133例について、原因、治療の有無と方法、判定後の経過観察期間と内膜細胞診再検回数について調べた。当科では子宮がん検診は行っていない。

【成績】疑陽性率は19.8%で、平均年齢は49.7歳(25～87歳)、平均観察期間は26.0ヶ月、内膜細胞診再検の平均回数は3.4回であった。内膜細胞診疑陽性133例中の悪性腫瘍7例(5.3%, 類内膜腺癌4例, 肉腫2例, APAM1例)は組織診断も併用し速やかに悪性の診断が得られた。子宮内膜増殖症は17例(12.8%)おり、6例が子宮摘出、3例が治療前に転院、経過観察した8例の観察期間の平均は57ヶ月で平均内膜細胞診再検数が10.4回であった。さらに粘膜下筋腫7例(5.3%, 観察期間20ヶ月 再検数0.1回), 内膜ポリープ10例(7.5%, 観察期間25.3ヶ月, 再検数1.3回), タモキシフェンの影響が17例(12.8%, 観察期間53.7ヶ月, 再検数8.2回), ホルモン補充療法の影響が6例(4.5%, 観察期間24.7ヶ月, 再検数3.2回), 無排卵性周期によるエストロゲン単独の影響が24例(18%, 観察期間20.8ヶ月, 再検数3.3回), 内膜炎が7例, CINの混入が8例であり、原因同定不能例が24例(18%)であった。

【考察】内膜細胞診疑陽性の判定は悪性腫瘍から更年期の影響、薬剤性、炎症によるものなど様々な要因で発生することがわかった。長期の経過観察は悪性の否定に大切である。

### P-1-078 子宮内膜細胞診はある一定の存在価値が現状ではある

愛媛大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>2)</sup>, 愛媛大学医学部附属病院病理部<sup>3)</sup>

○松元 隆(MD)<sup>1)</sup>, 寺本典弘(MD)<sup>2)</sup>, 宇佐美知香(MD)<sup>1)</sup>, 片山英司(CT)<sup>3)</sup>, 北澤理子(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】子宮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、内膜全面より相当量の組織を採取可能である。内膜吸引生検の実地臨床における普及状況を把握する。

【方法】愛媛県において子宮内膜の病理学的検査を実施している医療機関49施設における内膜細胞診・組織診に関する実態調査を実施した。施設の内訳は、がん診療連携拠点病院(拠点病院)6施設, がん診療連携推進病院(連携病院)7施設, その他の病院(一般病院)9施設, 診療所27施設であった。

【結果】医療機関全体の約29%の施設で内膜吸引組織診を導入していた。医療機関類型別では、拠点病院83%(5/6), 連携病院29%(2/7), 一般病院22%(2/9), 診療所17%(4/27)であった。導入していない理由としては、(1)存在自体を知らない(69%; 25/49), (2)疼痛を伴うため、内膜生検自体を実施していない(8%; 8/49), (3)検査件数が少なく、器具の有効期限が過ぎてしまうため、購入できない(8%; 3/49)であった。内膜吸引組織診が導入されている施設では、細胞診を実施せず、まず内膜生検が実施されていた。

【結語】(1)子宮内膜吸引生検は、子宮体がん診療を実際に担当するがん診療拠点病院においては、おおむね導入されていた。(2)しかしながら、子宮体がん疑いの患者のスクリーニングを実施するがん拠点病院以外の医療機関での導入は遅れていた。(3)内膜吸引生検という検査自体の存在が認識されていないという実態が明らかとなった。(4)現時点での子宮内膜吸引組織診の普及は十分とはいえ、現状では子宮内膜細胞診はある一定の存在価値があると考えられた。



### P-1-079 神経内分泌成分を伴う特殊組織型子宮体癌の細胞像に関する検討

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室

○飯島朋子(MD), 仲村 勝(MD), 田中恒成(MD), 佐伯直彦(MD), 森定 徹(MD), 片岡史夫(MD), 岩田 卓(MD), 田中京子(MD), 青木大輔(MD)

【緒言】近年, 子宮体癌における類内膜腺癌の占める比率は漸減しており, 特殊組織型が増加傾向を見せている。今回我々は稀な神経内分泌成分を伴う子宮体癌の症例を経験し, その細胞像を検討した。

【症例 1】75 歳女性。3 経妊 3 経産。不正性器出血を主訴に受診。子宮内膜組織診で癌肉腫との診断で手術施行し, 術後診断は子宮体癌 IIIC2 期 (pT3bN1M0), large cell neuroendocrine carcinoma であった。

【症例 2】58 歳女性。3 経妊 2 経産。不正性器出血を主訴に受診。子宮内膜組織診で低分化な腺癌の診断で手術施行し, 術後診断は子宮体癌 IIIA 期 (pT3aN0M0), 神経内分泌分化を伴う類内膜腺癌 Grade3 であった。

【症例 3】74 歳女性。2 経妊 2 経産。子宮内膜肥厚を指摘され受診。子宮内膜組織診で神経内分泌分化を伴う高悪性度の腺癌の診断で手術施行し, 術後診断は子宮体癌 II 期 (pT2N0M0), 神経内分泌分化を伴う漿液性腺癌であった。

【子宮内膜細胞診所見】術前の細胞所見から, 症例 1, 3 は低分化な腺癌, 症例 2 は類内膜腺癌が推定された。再検討すると, いずれの症例でも, 極めて N/C 比が高く裸核に近い異型細胞が孤立散在性に出現し, 核クロマチンは細顆粒状に増量しており, 神経内分泌腫瘍に特徴的な所見を確認することができた。症例 1 では同所見が広範囲に見られ, 症例 2 では他に類内膜腺癌の組織診断を反映し分枝腺管を伴う大型の異型細胞集塊を認め, 症例 3 では漿液性腺癌の組織診断を反映し乳頭状増殖を示す核異型の強い細胞集塊を認めた。

【結論】神経内分泌成分を伴う子宮体癌の症例を経験した。いずれの症例でも細胞診による術前の組織型の推定は困難であったが, 後方視的に検討したところ, 特徴的な細胞所見を認め, 診断の一助となる可能性が示唆された。

### P-1-080 子宮体部原発小細胞癌の診断に際しての細胞所見と組織所見に関する検討

東海大学医学部専門診療学系産婦人科学<sup>1)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>2)</sup>, 東海大学医学部付属病院病理検査技術科<sup>3)</sup>

○飯田哲士(MD)<sup>1)</sup>, 梶原 博(MD)<sup>2)</sup>, 平林健一(MD)<sup>2)</sup>, 加戸伸明(CT)<sup>3)</sup>, 伊藤 仁(CT)<sup>3)</sup>, 町田弘子(MD)<sup>1)</sup>, 池田仁恵(MD)<sup>1)</sup>, 信田政子(MD)<sup>1)</sup>, 平澤 猛(MD)<sup>1)</sup>, 中村直哉(MD)<sup>2)</sup>, 三上幹男(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】子宮体部小細胞癌の発生頻度は稀である。今回, 術前の細胞診では診断困難であったが, 術中の腹水細胞診から小細胞癌の所見が得られた症例につき, 組織所見と併せ検討した。

【臨床経過】58 歳, 2 経産。近医にて, 子宮筋腫の診断で全身精査施行された。CT 上, 傍大動脈リンパ節の腫大を認め, 悪性疾患も疑われ当科紹介。MRI では子宮体部から頸部にかけて広がる腫瘍を認めた。子宮頸部・内膜組織診の双方から小細胞癌が検出され, 単純子宮全摘, 両付属器摘出, 大網切除を施行した。腫瘍は子宮筋層をほぼ全層性に置換し, 大網, および後腹膜リンパ節にも広汎な子宮外病変を認めた。術後化学療法を施行し, 一時は寛解が得られたが, 治療終了後 2 ヶ月で多発リンパ節転移と腹膜播種が出現, 術後 9 ヶ月で死亡した。

【細胞所見】子宮内膜細胞診にて, 核異型の強い, 低分化な悪性細胞を認め, 結合性は弱く, 組織型の特定は困難であった。子宮頸部においても同様の細胞所見を認めた。術中の腹水細胞診では, N/C 比の極めて高い小型の裸核状細胞が相互に圧排しながら出現し, 小細胞癌が推定された。

【組織所見】子宮頸部から底部に至るまで, 好酸性胞体と腫大核を有する腫瘍細胞のびまん性増生を認め, 一部にリボン状配列を示していた。免疫染色で, CD56, Chromogranin A, Synaptophysin に陽性を示した。一部には, 類内膜腺癌の所見も認めたが, 病変の分布と局在から, 子宮体部原発小細胞癌と診断した。大網にも小細胞癌の成分が認められ, FIGO stage4B であった。

【考察】術前の細胞所見による組織型の推定は困難であったが, 今回のように, 子宮漿膜面に達するような腫瘍においては, 腹水細胞診は有用な検査と成り得ると考えられた。

## P-1-081 子宮体部脱分化癌の 1 例

久留米大学医学部産科婦人科学教室<sup>1)</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>2)</sup>

○那須洋紀(MD)<sup>1)</sup>, 河野光一郎(MD)<sup>1)</sup>, 松隈 健(MD)<sup>1)</sup>, 西尾 真(MD)<sup>1)</sup>, 眞田咲子(MD)<sup>2)</sup>, 牛嶋公生(MD)<sup>1)</sup>

2014 年 WHO 分類改訂に伴い, 脱分化癌が未分化癌より分離された. 未分化癌は分化傾向を示さない癌であり, 脱分化癌は未分化癌の成分に G1 あるいは G2 類内膜癌で構成されるものをいう. 未分化癌および脱分化癌は高異型度類内膜癌より予後不良であるため, 脱分化癌では未分化癌成分と類内膜癌の充実部成分との鑑別が重要である. 症例は 51 歳未妊婦. 不正性器出血を主訴に近医婦人科を受診した. 子宮内膜生検で高異型度腺癌と診断され, 子宮体癌の診断で当科紹介となった. 子宮内膜細胞診は核腫大, 核不整と核小体を伴う腫瘍細胞が集塊で出現しており, 腫瘍細胞は豊富な細胞質を有していた. 細胞診の判定は陽性で, 類内膜癌, 明細胞癌が鑑別として挙げられた. 骨盤部 MRI 検査で子宮内腔に 3 cm の腫瘍を認め, 1/2 以上の筋層浸潤が疑われた. 全身 CT 検査で子宮外病変は認めず, 子宮体癌 IB 期疑いの診断で開腹術を施行した. 拡大単純子宮全摘術, 両側付属器摘出術を施行し, リンパ節は肥満のため骨盤リンパ節生検に留めた. 術後病理組織診所見で腫瘍は管状および篩状増殖をみる高分化な類内膜癌と未分化な領域の衝突からなっていた. 腺管構造が明瞭な領域は EMA, AE1/AE3 および E カドヘリンが陽性で, 未分化な領域では EMA およびシナプトフィジンは部分的に陽性で AE1/AE3 および E カドヘリンは陰性であった. 全領域で CD56, クロモグラニン, メラン A, デスミン, CD10, LCA は陰性であった. 以上より, 類内膜癌領域と未分化領域よりなる脱分化癌と診断された. 手術進行期分類は IA 期であったが, 再発予防的に現在ドキソルビシンとシスプラチンの併用化学療法を施行中である.

## P-1-082 子宮内膜脱分化癌の一症例

日本大学医学部附属板橋病院病理部<sup>1)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野<sup>2)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野<sup>3)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野<sup>4)</sup>, 日本大学医学部産科婦人科学系産科婦人科学分野<sup>5)</sup>, 日本大学板橋病院産婦人科<sup>6)</sup>, 昭和大学横浜市北部病院病理診断科<sup>7)</sup>

○中島弘一(CT)<sup>1)</sup>, 砂川恵伸(MD)<sup>7)</sup>, 大荷澄江(MD)<sup>1,2)</sup>, 橋本尚子(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木淳子(CT)<sup>1)</sup>, 山本久恵(CT)<sup>1)</sup>, 吉田一代(CT)<sup>1)</sup>, 関 利美(CT)<sup>1)</sup>, 仲尾岳大(MD)<sup>5,6)</sup>, 楠美嘉晃(MD)<sup>1,3)</sup>, 川名 敬(MD)<sup>5,6)</sup>, 羽尾裕之(MD)<sup>1,3)</sup>, 増田しのぶ(MD)<sup>1,4)</sup>, 杉谷雅彦(MD)<sup>1,2)</sup>

【緒言】子宮内膜脱分化癌は類内膜癌 G1, G2 に相当する腺癌に未分化癌成分を含む癌腫で, 悪性度が高く予後不良である. 今回, 摘出病理組織所見から脱分化癌を認めた症例を経験したので報告する.

【症例】47 歳 3 年前に他院にて子宮筋腫を指摘され月経過多のためピルを内服. 貧血の治療目的に当院を受診. MRI で多発子宮筋腫や子宮腺筋症が疑われ, また子宮体癌否定のため内膜生検と細胞診が施行された. その後筋腫・腺筋症の臨床診断のもと子宮摘出術が施行された.

【細胞所見】出血性背景に, 軽度の拡張と蛇行を見る内膜細胞の集塊を認めた. 核は腫大し軽度核形不整を示し, 細顆粒状のクロマチン増量と腫大した核小体が見られた. 紡錘形核を有し花冠状中心軸を持つ集塊も少数認められた. 核比高い円形細胞も弧在性に見られたが, 数少なく細胞の認識はできなかった. ホルモン剤使用後の細胞変化も併せ, 筋腫または内膜増殖症等の過形成病変を疑う偽陽性と判定した.

【組織所見】内膜生検では, 核腫大と細胞異型を認めるも, 異常核分裂像や壊死は明らかでなく, 「異型細胞」の診断であった. 摘出組織所見では, 内膜の表層から連続性に増殖する 3.5×2.5 cm の悪性腫瘍を認めた. G1/G2 の類内膜癌と孤立散在性に増殖した大型核や奇怪な核を有する腫瘍細胞が混在し免疫組織化学染色と併せて, 脱分化癌と診断された. その周囲には内膜増殖症様の構造を伴っており, 筋層内には平滑筋腫と腺筋症も認めた.

【まとめ】脱分化癌の細胞診断において, 細胞評価は難しいが, 類内膜癌の細胞像のバリエーションの認識, 背景の増殖性病変と細胞・構造異型の十分な観察を行い, 組織標本と整合性をもつことで診断基準が向上すると考える.

### P-1-083 術前診断が困難であった骨肉腫様分化を示す乳腺悪性葉状腫瘍の一例

JA 神奈川県厚生連相模原協同病院<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>2)</sup>

○川井麻衣子(CT)<sup>1)</sup>, 風間暁男(MD)<sup>1)</sup>, 松岡伶美(CT)<sup>1)</sup>, 岩本慶太(CT)<sup>1)</sup>, 和田光平(CT)<sup>1)</sup>, 林 修平(CT)<sup>1)</sup>, 白井正広(CT)<sup>1)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2)</sup>, 高木正之(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺葉状腫瘍は結合織性および上皮性混合腫瘍で、全乳腺腫瘍の約0.5%とされる。悪性葉状腫瘍は全葉状腫瘍の約10%である。近年、葉状腫瘍は線維腺腫と共に mediator complex unit 12 遺伝子の変異が同定され、間葉系腫瘍である可能性が示されている。今回我々は、術前診断が困難であった骨肉腫様分化を示す悪性葉状腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】30歳代、女性。3ヶ月前より右乳房にしこりを自覚。乳頭を含む皮膚に発赤ができ、痛みを伴ったため当院受診。超音波検査では113×92×77mmの分葉状境界明瞭な腫瘍、後方エコー増強、内部は不均一で血流信号が認められた。精査目的でCNBが施行された。

【針生検組織所見】核異型の強い腫瘍細胞と破骨細胞様多核巨細胞がみられた。また、類骨形成もみられ化生癌、骨肉腫、悪性葉状腫瘍の可能性が考えられた。

【捺印細胞所見】針生検検体の捺印細胞診標本では類円形～不整形と多彩な細胞形態を示す腫瘍細胞が出現し、核腫大、核形不整、明瞭な核小体が認められた。また、多核巨細胞が出現していた。

【病理組織学的所見】摘出された腫瘍は130×95×90mm大で境界明瞭、黄色～灰白色調の充実性腫瘍であった。異型の強い腫瘍細胞と多核巨細胞、類骨形成を示す骨肉腫の成分が多くみられたが、ごく一部に硝子化した葉状腫瘍の部分のみみられた。以上の所見から悪性葉状腫瘍と診断された。

【考察】術前の針生検では腫瘍の一部しか評価できなかつたため、化生癌や骨肉腫との鑑別が困難であり悪性葉状腫瘍との診断には至らなかった。遺伝子変異結果もあわせて報告する。

### P-1-084 再発をきたした悪性葉状腫瘍の一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診<sup>1)</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2)</sup>

○鶴野由華(CT)<sup>1)</sup>, 西田直代(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤園江(CT)<sup>1)</sup>, 塚本孝久(CT)<sup>1)</sup>, 中野祐子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋光彦(CT)<sup>1)</sup>, 武井美和(CT)<sup>1)</sup>, 長山大輔(CT)<sup>1)</sup>, 平川優太(CT)<sup>1)</sup>, 水落伸治(MD)<sup>2)</sup>, 木村芳三(MD)<sup>2)</sup>, 檜垣浩一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】葉状腫瘍は乳腺腫瘍の約0.3～0.5%を占め、そのうち悪性は全葉状腫瘍の約10%である。今回我々は、悪性葉状腫瘍の再発例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【患者】40歳代・女性

【既往歴】統合失調症（10歳代より）

【現病歴】6ヶ月前に悪性葉状腫瘍のため右乳房腫瘍切除術施行。術後経過観察中にCT画像にて右腋窩の上部と下部に腫瘍を認め、同部位より腫瘍穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診にて悪性葉状腫瘍の再発が疑われ、確定診断と治療目的のため腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】出血を背景に結合性が緩く、細胞密度の高い集塊を認めた。個々の細胞はライトグリーンに淡染する多辺形の比較的豊富な細胞質を有し、核は類円形から紡錘形で、大小不同があり、核型不整、核クロマチン増量、核小体腫大を認めた。また、一部に核内封入体や核分裂像も認められた。May-Giemsa染色では、結合性の緩い細胞集塊の内部に間質由来粘液様物質によりメタクロマジーが認められた。

【組織所見】腫瘍は上皮成分を全く認めず、間葉系成分のみで構成されており、大小不同で不整な核や明瞭な小型核小体を呈する紡錘形細胞が錯綜性に密に増殖していた。また、核分裂像は10個/10HPF以上認められた。

【まとめ】葉状腫瘍は良悪性に関わらず再発することが多く、再発を繰り返すことにより悪性度が増し上皮成分が欠如する場合があると報告されている。このため、間葉系細胞の細胞密度や細胞異型、核分裂像の数に着目することが重要である。また、診断の早さや患者の精神的・身体的負担の軽減の点において細胞診の役割は大きく、これらの細胞所見を理解しておくことは重要と思われる。



### P-1-085 前立腺癌加療中に発生した男性乳腺葉状腫瘍の 1 例

地方独立行政法人大牟田市立病院中央検査部<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人大牟田市立病院病理診断科<sup>2)</sup>

○鳥飼真由美(CT)<sup>1)</sup>, 境加津代(CT)<sup>1)</sup>, 松本直子(CT)<sup>1)</sup>, 島松一秀(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺葉状腫瘍は女性乳腺腫瘍の約 0.5% と比較的稀な疾患である。さらに、男性の葉状腫瘍は、医学中央雑誌で検索する限りでは本例を含め本邦で 5 例と非常に少ない。

【症例】70 歳代男性。8 年前から前立腺癌(Gleason score 3+4=7)にて CAB 療法中。6 か月前から左乳房の急速な増大を自覚。CT で左乳房の腫瘤を指摘され、当院紹介受診。MRI では両側女性化乳房および左乳房に 71 mm 大の境界明瞭辺縁比較的平滑で遅延性不均一に増強される腫瘤を認め、乳房切除術施行された。

【細胞所見】摘出臓器から穿刺吸引を行った。泡沫細胞を背景に、厚い細胞質に細胞質内空胞および核の大小不同を伴う上皮細胞を立体的集塊で多数認めた。一部には筋上皮を伴うシート状乳管上皮細胞集塊も見られた。間質細胞は、針洗浄液 LBC 標本上に散在性および集塊としてごく少数認めた。

【病理学的所見】腫瘤は乳輪下に見られ、断面は灰白色、境界明瞭、肉眼的に葉状構造がうかがえた。一部嚢胞様所見も見られた。組織学的には slit 状や小型管状の乳管上皮、膠原線維の増生やリンパ球浸潤を伴う間質を認め、広い範囲で葉状構造を呈していた。上皮成分には 2 相性が認められ、間質細胞に明らかな異型は見られず、良性葉状腫瘍と診断された。

【まとめ】男性乳癌の組織形態は女性と同様とされている。本症例では間質細胞の出現が少なく上皮性腫瘍や女性化乳房との鑑別を要するものの、女性の良性葉状腫瘍に出現する細胞像とほぼ同様であった。細胞塗抹量は上皮・間質ともに直接塗抹に比べ、針洗浄液 LBC 標本の方が豊富で診断に有用であった。

### P-1-086 乳腺非浸潤性アポクリン癌の 4 症例～ Type A と Type B の細胞像の比較検討～

水戸赤十字病院病理診断科部<sup>1)</sup>, 水戸赤十字病院乳腺外科部<sup>2)</sup>, 水戸赤十字病院臨床検査部<sup>3)</sup>

○森田沙希(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤宏喜(MD)<sup>2)</sup>, 土肥香緒里(CT)<sup>1)</sup>, 佐竹 藍(CT)<sup>3)</sup>, 三村貴裕(CT)<sup>1)</sup>, 堀眞佐男(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】乳腺非浸潤性アポクリン癌(以下 Ap-DCIS とする)は稀な組織型で、浸潤型と同様 Type A と Type B が存在する。当院で経験した Type A および Type B の Ap-DCIS(各 2 例)の細胞像を比較検討した。

【症例】患者は 51 歳～78 歳(平均 65 歳)の女性 4 名であった。

【細胞所見】2 症例は濃緑色～エオジン好性胞体の細胞が多数認められ、細胞境界は明瞭な部位と不明瞭な部位が混在していた。細胞形態は円・卵円・紡錘形のもの種々混在し、濃縮核や大型核小体の目立つ細胞が随所に認められ、「悪性・推定組織型はアポクリン癌」と判定された。他の 2 症例は、淡緑色泡沫状胞体の細胞が優位でエオジン好性細胞は少なく、蜂巣状構造等の細胞境界が不明瞭な細胞集塊が多かった。前 2 症例と比較すると大型核小体は同様に認められるものの、細胞・核異型は弱い傾向にあり、円～類円形細胞が多く核細胞質比はより低かった。悪性腫瘍の可能性は十分考えられたが、組織球系細胞やアポクリン型良性病変も想定され組織型推定が困難なため、「鑑別困難」と報告した。

【組織所見】切除検体の病理組織所見は、細胞診で「悪性」と判定された 2 症例は Ap-DCIS, Type A, 「鑑別困難」と判定された 2 症例は Ap-DCIS, Type B であった。

【考察】Type A と Type B の細胞像の違いは 1) 胞体の色調・性状 2) 細胞境界の状態 3) 細胞形の多様性 4) 細胞・核異型の程度等があげられた。しかし、Type B に限ると Type A 成分が混在していなければ exceptionally rare types との鑑別は困難と考えられた。



## P-1-087 乳腺アポクリン癌 2 例の穿刺吸引細胞診

福岡赤十字病院病理診断科

○遠矢浩隆(CT), 石井萌美(CT), 碓 益代(CT),  
小材和浩(CT), 藤田 綾(MD), 中島 豊(MD),  
西山憲一(MD)

【はじめに】乳腺アポクリン癌 2 例の術前穿刺吸引細胞診を経験したので報告する。

【症例 1】経過：80 歳代，女性。肺結節精査時の胸部 CT 検査にて，左乳腺 CD 領域に 14 mm 大の結節が指摘された。超音波検査ではカテゴリー 4，乳癌疑いであった。穿刺吸引細胞診施行後，左乳房部分切除術が行われた。

細胞所見：少量の壊死物質を背景に，上皮細胞集塊が多数出現していた。細胞集塊はシート状で，筋上皮細胞との二相性は見られず，核間距離は不均等であった。集塊の構成細胞には豊富で厚みのある細胞質を認め，また核の腫大や核の大小不同が見られた。乳頭腺管癌やアポクリン癌を疑ったが，核異型にやや乏しく，細胞診判定は悪性疑いとした。組織診断：アポクリン癌。

【症例 2】経過：80 歳代，女性。右乳房のしこりを自覚。超音波検査ではカテゴリー 5，乳癌であった。穿刺吸引細胞診施行後，針生検が施行され，右乳房切除術が行われた。細胞所見：壊死物質を背景に，上皮細胞集塊が多数出現していた。細胞集塊はシート状で，筋上皮細胞との二相性は見られず，核間距離は不均等であった。集塊の構成細胞には豊富で厚みのある細胞質を認め，また核は比較的小型で異型に乏しかった。良性のアポクリン化生細胞との鑑別が困難であり，細胞診判定は鑑別困難とした。組織診断：アポクリン癌。

【考察】アポクリン化生を示す異型細胞で構成されるアポクリン癌は，乳癌の中でも稀な腫瘍である。一般に乳腺細胞診において，アポクリン化生細胞の出現は，良性の指標であるため，アポクリン癌の診断は困難なことがある。今回経験した 2 例を振り返り，悪性と判断しうる所見を明らかにする。

## P-1-088 乳腺腺様嚢胞癌の 1 例

国立病院機構米子医療センター

○小早川奨(CT), 吉田春彦(MD)

【はじめに】腺様嚢胞癌は唾液腺や気管に好発する腫瘍である。乳腺における発生頻度は乳腺悪性腫瘍のうち約 0.1% と非常に稀である。他の臓器に発生する腺様嚢胞癌と比べ，予後は比較的良好とされている。今回，典型的な像を示す乳腺腺様嚢胞癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 代女性。乳癌検診にて左乳房に腫瘤が認められ，穿刺吸引細胞診を施行したが，良性と判定された。著変無く経過したが，2 年後，腫瘍径が約 2 倍に増大し，精査の為，針生検が施行された。

【細胞所見】パパニコロウ染色では，細胞集塊は篩状の構造を呈し，ライトグリーン淡染もしくは好染性の大小の粘液球が認められた。ギムザ染色では粘液球がメタクロマジーを示した。核は小型で N/C 比が高く裸核状で，異型性に乏しかった。以上より，腺様嚢胞癌が疑われた。

【組織所見】腫瘍境界は明瞭で，線維性間質によって大小の胞巣からなり，多くは篩状の構造を呈し，一部で充実性増殖を示していた。篩状構造は筋上皮細胞により構成され，免疫組織化学で p63,  $\alpha$ SMA が陽性を示す偽嚢胞が形成されていた。一部に，真の腺腔が認められ，c-kit, EMA が陽性を示した。偽嚢胞内にはアルシアン青染色陽性の粘液物質や TypeIV collagen 弱陽性の粘液物質が少数認められた。ER は 1% 未満陽性，PgR, HER2 はいずれも陰性であった。以上より腺様嚢胞癌と診断された。

【まとめ】非常に稀な乳腺腺様嚢胞癌を経験した。本症例は，典型的な細胞像を示した為，診断に苦慮することはなかったが，ベッドサイドで標本作製を行い，ギムザ染色標本作製する重要性を再認識した症例だった。

### P-1-089 乳腺原発腺様嚢胞癌 adenoid cystic carcinoma の 1 例

岐阜市民病院病理診断科<sup>1)</sup>, 岐阜市民病院中央検査部<sup>2)</sup>, 岐阜大学大学院医学系研究科<sup>3)</sup>

○大橋明香(CT)<sup>1)</sup>, 田中卓二(MD)<sup>1)</sup>, 渡部直樹(MD)<sup>1)</sup>, 川島啓佑(MD)<sup>3)</sup>, 餌取文昌(CT)<sup>1)</sup>, 松山昌史(CT)<sup>1)</sup>, 丹羽理代子(CT)<sup>1)</sup>, 河口尚未(CT)<sup>1)</sup>, 榎間利政(CT)<sup>2)</sup>, 宮前里奈(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺原発腺様嚢胞癌は原発性乳癌の 0.10% の稀な浸潤癌である。遠隔転移や再発は稀で、予後は良好とされる。

【症例】80 歳女性。左乳房腫瘍を検診で指摘され、浸潤性乳管癌疑いで当院を紹介受診された。マンモグラフィ、乳腺エコー、MRI で左乳房 C 領域に境界明瞭な径 1 mm 程度の腫瘍影を認め、穿刺吸引細胞診が行われた。

【細胞所見】裸核細胞を背景に多数の細胞集塊が認められた。細胞集塊に二相性がみられ、重積性が強い集塊や乳頭状集塊も認められた。以上の所見からは診断が確定できないため、乳腺針生検を行った。

【組織所見】乳腺針生検では、硝子化を伴う間質結合織を背景に小型の乏しい腫瘍細胞の小増殖巣や胞巣状増殖巣を認めた。小腺腔や篩状構造がみられ、腺腔内に粘液様物質を含んでいた。以上の所見から、腺様嚢胞癌と診断した。粘液様物質は特殊染色 PAS 陽性を示した。腫瘍細胞の免疫組織学染色では、管腔内腔が CEA, CK7, c-kit 陽性と管腔外側が p63, αSMA 陽性の二相性が示された。ER は境界域、PgR は陰性、HER2 陰性であった。

【治療経過】センチネルリンパ節生検併用での乳房温存術を行い、再発なく経過良好である。

【まとめ】乳腺原発の腺様嚢胞癌の 1 例を経験した。細胞診では、良悪性の鑑別および確定診断がやや困難であった。篩状構造を示す乳頭腺管癌や腺筋上皮腫との鑑別は治療方針や手術術式を左右するため、鑑別診断を念頭においた診断が重要である。

### P-1-090 異型の多核巨細胞を伴う乳腺筋上皮癌の 1 例

JA 長野厚生連佐久総合病院病理診断科<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>

○井出伸也(CT)<sup>1)</sup>, 中山朋秋(CT)<sup>2)</sup>, 岩松弘文(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤憲俊(CT)<sup>2)</sup>, 青柳大樹(MD)<sup>2)</sup>, 塩澤 哲(MD)<sup>2)</sup>, 石亀廣樹(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】当施設の乳腺筋上皮細胞癌の検討で、浸潤癌の約 1.6% を占め、T2 腫瘍では約 7 割でリンパ節転移を示した。また、筋上皮に特徴的な細胞所見を認めた。今回、巨細胞の混在を認めた乳腺筋上皮癌について報告する。

【症例】43 歳女性、左乳房のしこりに気付き外来受診。超音波で左 C 領域、NT25 mm に約 27 mm 大の腫瘍を認め、左乳癌の疑いで針生検が行われた。採取された生検から擦過細胞診も提出され、細胞診では悪性と判定し充実腺管癌を推定した。生検では筋上皮癌が疑われ、乳腺局所部分切除が行われた。

【細胞所見】壊死物質を背景に孤在性や不規則重積性細胞集塊が出現。一部の集塊辺縁にほつれが見られた。集塊構成細胞は N/C 比高く、核は類円形で大小不同有り。核クロマチンは顆粒様に増量し核膜の不規則肥厚みられるが薄い。核小体が 1~複数個目立つ。胞体は淡く泡沫状多辺形で細胞境界不明瞭。核分裂像目立たない。また、不整形や多核、淡い胞体で一部裸核様の異型巨細胞の混在が見られた。

【組織所見】中型癌胞巣が不規則分葉状に分布し、腫瘍細胞はシート状配列で類円形核からなり免疫染色で CK8/18, CK5/6, CK14, α-SMA が陽性。一方、巨細胞の混在を伴う領域は P63, CK5/6 が巣状に陽性で KP-1 陰性を示した。組織所見、免疫染色より筋上皮癌と診断された。

【まとめ】今回の症例では腫瘍細胞の柔らかい核質や淡く泡沫状多辺形の細胞質などに注目すれば、筋上皮癌を鑑別に挙げる事が可能であった。巨細胞については免疫染色から扁平上皮への分化が示唆されたが今後の経過を見守りたい。

### P-1-091 多発リンパ節転移を伴う乳腺筋上皮癌の1例

社会医療法人里仁会興生総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 社会医療法人里仁会興生総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○東田美加(CT)<sup>1)</sup>, 藤原久美(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】筋上皮癌の乳腺への発生は非常に稀である。穿刺吸引細胞診, 病理組織生検で carcinoma, high grade malignancy, 乳房切除術において筋上皮癌と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】65歳, 女性, 約3ヶ月前より左乳房に腫瘤自覚。当院を受診時, 左乳輪傍内側部にMMG, USで嚢胞状陰影を認める。CT他, 画像上, 左腋窩, 傍胸骨, 鎖骨上リンパ節転移の疑い。左乳房切除術施行時, 同時提出されたリンパ節27個すべてに転移あり。

【細胞所見】壊死炎症性背景に, 核形不整, クロマチン著増, 核小体腫大等を示す腫瘍細胞が, 重積性とほつれ傾向を伴い一部孤在性~集塊として見られる。境界不明瞭な泡沫状細胞質を有する。

【病理組織所見】生検材料: 変性~壊死が高度で, 境界不明瞭な多空胞状~泡沫状細胞質を有し, 裸核状で未熟な腫瘍細胞よりなる充実性胞巣や炎症反応を伴う肉腫様変化が目立つ。手術材料: 肉眼的に剖面の一部が嚢胞化した灰黄白色調腫瘍があり, 組織学的には結合性に乏しい突起状~繊維状細胞質を示す腫瘍細胞が炎症細胞浸潤や線維増生を混在しつつ増殖している。多核巨細胞~未熟な裸核状細胞も見られ, Grade3(核異型: 3点, 核分裂像: 54/11HPV → 3点)。腫瘍辺縁を炎症細胞浸潤に囲まれ, 嚢胞変性や乳管分布に沿った衛星結節を形成。MIB-1 index 80%以上, HER2, EsR, ProR いずれも陰性, 原発腫瘍, リンパ節転移巣ともに Keratin-AE1/3, SMA 陽性であった。

【結語】筋上皮癌の細胞所見として, 核異型が比較的弱いことが報告されている。しかしながら, 本例では高悪性度と診断される強い核異型と広範なリンパ節転移が見られた。

### P-1-092 右腋窩異所性乳癌の1例

長崎県島原病院病理診断科<sup>1)</sup>, 長崎県島原病院放射線科<sup>2)</sup>, 長崎県島原病院検査科<sup>3)</sup>, 長崎県島原病院外科<sup>4)</sup>, 長崎病理診断科<sup>5)</sup>, 長崎大学病院病理診断科<sup>6)</sup>

○浅田理美(CT)<sup>1)</sup>, 穴見正信(CT)<sup>5)</sup>, 荻原幸宏(MD)<sup>2)</sup>, 久原貴志(CT)<sup>3)</sup>, 相良春希(MT)<sup>3)</sup>, 黒島直樹(MD)<sup>4)</sup>, 東 尚(MD)<sup>4)</sup>, 松尾繁年(MD)<sup>4)</sup>, 安倍邦子(MD)<sup>6)</sup>, 蒲原行雄(MD)<sup>4)</sup>, 林徳真吉(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】異所性乳癌の発生率は乳癌全体の0.2~0.6%と非常に稀である。今回, 右腋窩に発生した異所性アポクリン癌を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。14年前と8年前に右腋窩の腫瘤に対し摘出生検を受け, いずれも副乳腺と診断。2年前より同部に再び腫瘤を触知, 検診で乳房内に腫瘤は示唆されず, 粉瘤が疑われたが触診では硬く, 異なる印象で, 3回目の摘出手術となった。この際の摘出検体より作製した捺印細胞像および病理像を呈示する。

【細胞所見】立方~多角形の大型細胞が, 結合性に乏しくびまん性に多数出現。細胞質は豊富で好酸性顆粒状を呈し, 核は腫大, 大小不同, 核縁の不整, クロマチンの粗大顆粒状変化等を示し, 明瞭な核小体が見られた。以上よりアポクリン癌疑いとした。

【組織所見】好酸性の大型異型細胞が胞巣状, 浸潤性に増殖し, comedo 壊死や断頭分泌像を示していた。免疫染色で, 腫瘍はER(-), PgR(-), Ki67(39.55%), HER2/neu(3+), AR(+), GCDFP15(+), 腫瘍周囲の腺組織はER(+), PgR(+)で副乳腺と判断され, 副乳腺より発生したアポクリン癌とした。

【まとめ】本邦における副乳癌は非常に稀で, 部位は腋窩を筆頭に, 傍胸骨, 鎖骨下, 乳房下, 外陰下等であった。副乳癌の診断には, 転移性腫瘍の否定, 病巣周囲に乳腺組織の存在, 固有乳腺との連続性がない, 脂腺・汗腺癌の除外, が必要とされており, 本症例はそれらの要件を満たしていた。組織型は浸潤性乳管癌が大半で, アポクリン癌は極めて稀である。今回経験した症例は, 切除組織の捺印細胞像であったが, 穿刺吸引細胞診で判断を求められることもあり得るため, 腋窩部腫瘤で, 上皮性の悪性細胞が見られたときは, 副乳癌も念頭に置き, 診断する必要性を感じた。

**P-1-093 腋窩リンパ節転移を来した Histiocytoid breast carcinoma. Diagnostic challenge of fine needle aspiration biopsy**

湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 湘南鎌倉総合病院検査部<sup>2)</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>3)</sup>

○大沼一也(MD)<sup>1)</sup>, 小保方和彦(CT)<sup>2)</sup>, 千野秀教(CT)<sup>2)</sup>, 程島 就(CT)<sup>2)</sup>, 井上裕美(MD)<sup>1)</sup>, 手島伸一(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】 Histiocytoid breast carcinoma (HBC; 組織球様細胞型乳がん)は稀な乳がんの組織タイプで、組織球との細胞形態類似性から診断に苦慮することがある。特に、細胞診や生検という限られた検体においての診断は難解かもしれない。今回、診断に難渋したHBCの腋窩リンパ節転移巣の穿刺吸引細胞診像を提示する。

【症例】 左乳がんと診断された69歳の女性で、2.1cmと腫大した左腋窩リンパ節の精査のため当院紹介受診された。CAMECO FNA gunを使用し23G needleで左腋窩リンパ穿刺吸引細胞診を施行した。血性背景に豊富な細胞質を有する小型から中型の円形細胞が孤立性に、またlooseな集簇性をもって、散在していた。細胞は組織球に類似していたが、細胞の中心にもしくは偏在する比較的hyperchromaticな核を認めた。Cell block標本では、核異型と核小体が明瞭になり、免疫組織染色でpancytokeratinが陽性を示した。左乳がんの組織標本をreviewすると、同様の細胞形態をもつ腫瘍細胞がびまん性に浸潤し、リンパ管侵襲も認められた。Nottingham score 6/9, E-cadherin 陽性, ER, PR 陰性, Her-2neu 陽性でinfiltrating ductal carcinoma, histiocytoid typeであった。

【結語】 HBCは、lobular carcinomaの亜型として報告されることが多いが、本例はductal carcinomaの亜型と考えられた。腋窩リンパ節転移の穿刺吸引細胞診では、組織球と誤認される危険性を再認識した。

**P-1-094 Corynebacterium 属菌感染が証明された肉芽腫性乳腺炎の一例**

九州大学病院別府病院

○阿部有香里(CT), 宇藤満昭(CT), 小松由明(CT)

【はじめに】 肉芽腫性乳腺炎 (granulomatous mastitis: 以下GM) は、1972年にKesslerとWollochにより初めて報告された比較的まれな慢性炎症性疾患である。今回我々は、Corynebacterium属菌によるGMの1症例を経験したので、その細胞像を報告する。

【症例】 30歳代女性。右乳房外側に熱感、疼痛を伴う発赤を認め、精査目的で当院紹介受診。USで乳腺に4cm大の低エコー域を認めた。MRIでは不均一且つ広範囲の増強域が認められ、悪性の可能性も示唆されたため、穿刺吸引細胞診および針生検が施行された。吸引検体は膿性であり、細菌培養も実施した。

【細胞所見】 好中球を主体とした炎症性背景に、変性物や多核組織球、類上皮様の細胞を認めた。一部の類上皮細胞は集塊状に出現していた。異型を伴う上皮細胞の出現はなく、細胞診はNegative。肉芽腫性の炎症を推定した。

【組織所見】 乳腺組織への密な炎症細胞浸潤を認め、類上皮細胞、多核組織球が多数出現していた。周囲の乳管上皮に異型は見られず、類上皮肉芽腫を主体とした炎症性病変が推定された。PAS染色、Grocott染色及びZiehl-Neelsen染色の結果は全て陰性であった。

【診断】 細菌培養でCorynebacterium属菌が検出されたため、それによるGMと診断された。

【まとめ】 GMは臨床所見、画像所見で乳がんとの鑑別が困難な場合があるが、細胞像は強い炎症背景と多核組織球、類上皮細胞からなり、悪性との鑑別は難しくない。近年C. kroppenstedtii感染に関連するGMが多く報告されている。乳腺領域で肉芽腫性病変を認めた場合は、本疾患を念頭に、注意深い観察と追加染色の実施、細菌培養の実施を促すことで、より適切な早期治療に寄与できると思われる。



### P-1-095 良悪の鑑別が問題になった乳管内乳頭腫の1例

日本医科大学付属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 同乳腺科<sup>2)</sup>, 社会医療法人飯田病院病理診断科<sup>3)</sup>

○葉山綾子(CT)<sup>1)</sup>, 土屋紳一(MD)<sup>1,3)</sup>, 松澤こず恵(CT)<sup>3)</sup>, 松原美雪(CT)<sup>1)</sup>, 渡會泰彦(CT)<sup>1)</sup>, 大橋隆治(MD)<sup>1)</sup>, 坂谷貴司(MD)<sup>1)</sup>, 石井英昭(MD)<sup>1)</sup>, 内藤善哉(MD)<sup>1)</sup>, 武井寛幸(MD)<sup>2)</sup>, 清水 章(MD)<sup>1)</sup>

【症例】70代, 女性. 検診にて右乳腺D領域の腫瘤を指摘され当院紹介受診. マンモグラフィーで5mm大の円形腫瘤陰影を認め, 超音波検査でも同サイズの占拠性病変を認めた. 良悪判定のため, FNAが施行された.

【細胞像】小型で核異形に乏しい, 結合性の著しく低下した単調な高円柱状の乳管上皮細胞を多数認めた. また重積のある充実状集塊も出現しており, 二相性は不明瞭であった. これらの所見から, 高分化な浸潤癌を疑い「悪性」と報告した.

【組織像】臨床的に良性病変が否定出来ないため, 摘出生検が施行された. 生検材料では, 乳管上皮細胞が太い線維間質を伴いながら乳頭状に増生する, 乳管内乳頭腫の像が観察された. 多くの部分ではP63, CK56陽性の筋上皮を認め, 悪性所見の存在は確認できなかった.

【まとめ】乳頭状病変は組織・細胞診を含め, 診断に苦慮することが多いと言われている. 我々も結合性の低下, および単調な細胞形態から高分化な乳癌を疑い, 本例のFNAを「悪性」と診断した. 今回, 反省点も含め, 過去の良性乳頭状病変10例と悪性乳頭状病変(DCIS, 乳頭腺管癌)10例につき再検討し, 良悪の鑑別点につき考察を加えた.

### P-1-096 高齢者に発生した非典型的な乳腺線維腺腫の一例

鳥取県立中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 鳥取県立中央病院病理検査室<sup>2)</sup>

○徳安祐輔(MD)<sup>1)</sup>, 川上智史(CT)<sup>2)</sup>, 小田晋輔(MD)<sup>1)</sup>, 前田和俊(CT)<sup>2)</sup>, 松ノ谷尚子(CT)<sup>2)</sup>, 岡田早苗(CT)<sup>2)</sup>, 中本 周(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】乳腺線維腺腫は20~30歳代の若年女性に好発する乳腺の良性疾患で, 細胞診では異型の弱い上皮細胞集塊とその内部や周囲での筋上皮細胞の混在と共に, 間質由来の粘液性基質が認められる事がある. 定型像ではその診断は容易であるが, 時に癌腫等との鑑別に苦慮することがある. 我々は高齢女性に発生した上皮および間質由来と思われる豊富な粘液基質を有する線維腺腫の一例を経験したので報告する.

【症例】60歳代, 女性. 左乳腺腫瘤を自覚し当院受診. USにて左C領域とD領域に2cm大までの類円形腫瘤を2カ所認めた. 臨床的にはいずれも線維腺腫が疑われたが, 年齢が典型的ではなくFNA施行された.

【細胞所見】左C領域の病変は, オレンジ色に染まる厚い粘液様基質と, 異型の弱い上皮細胞集塊も見られた. 上皮細胞集塊内やその周囲に筋上皮細胞由来と思われる細胞が散見された. 粘液様基質内には間葉系細胞が混在する部もあったが, 内部に細胞成分を含まない粘液様基質も少なからず見られた. 後者の粘液様基質は mucoccele-like lesion や粘液癌の部分像の可能性も否定できず, 鑑別困難とした. 左D領域の病変は異型の弱い上皮細胞集塊と筋上皮細胞由来と思われる細胞, 間質由来と思われる粘液様基質よりなる通常の線維腺腫であった.

【組織所見】左C領域の病変に対してCNBが施行された. 組織学的には myxoid な間質組織内に種々の程度の拡張した二層性のある異型の乏しい腺管が見られ, 腺管内にはPAS陽性の好酸性分泌物の貯留があった. 年齢が典型的ではなかったが線維腺腫と診断した.

【結語】高齢者に発生し, FNAにて mucoccele-like tumor や粘液癌との鑑別を要した非典型的な乳腺線維腺腫の一例を経験したので報告する.

## P-1-097 乳腺顆粒細胞腫の一例

聖路加国際病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学第一病院<sup>2)</sup>

○塩川希望(CT)<sup>1)</sup>, 小川命子(CT)<sup>1)</sup>, 植竹 都(CT)<sup>1)</sup>, 石黒弘美(CT)<sup>1)</sup>, 三田尚子(CT)<sup>1)</sup>, 平林陽介(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木正敏(CT)<sup>1)</sup>, 小林ひとみ(CT)<sup>1)</sup>, 吉田光希(CT)<sup>1)</sup>, 山川真梨奈(CT)<sup>1)</sup>, 宇野美恵子(DDS)<sup>1)</sup>, 野寄 史(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木高祐(MD)<sup>1)</sup>, 澤田達男(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺顆粒細胞腫の発生頻度は全乳癌の 0.1% と稀な腫瘍であり, 画像上浸潤癌との鑑別が困難とされる。今回我々は乳腺に発生した顆粒細胞腫を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性。健診マンモグラフィで左乳房に局所的非対称性陰影(FAD)を指摘され, 翌年腫瘍の増大傾向を認めカテゴリー 4 と診断された。超音波検査では血流豊富な 6 mm 大の限局した不整形腫瘍が認められた。穿刺吸引細胞診および針生検にて顆粒細胞腫と診断され, 部分切除術が施行された。

【細胞所見】細胞境界不明瞭な中等大の腫瘍細胞が, 小集塊～孤立散在性に少数出現していた。核は偏在傾向で, 比較的均一な類円形～楕円形を呈し, 軽度の核腫大や大小不同を認めた。核クロマチンは細顆粒状で明瞭な核小体を有していた。細胞質は豊富で, ライトグリーン好性の粗い顆粒状物質を含んでいた。背景には, 少量の顆粒状物質や裸核細胞が認められた。明らかな悪性所見はみられず嚢胞や乳腺症等の良性病変を考えたが, 針生検と同様の細胞を認めた為, 顆粒細胞腫と推定した。

【組織所見】針生検では, 好酸性で顆粒状の豊かな細胞質を有し, 類円形で比較的小型の均一な核をもつ腫瘍細胞の乳腺間質や脂肪織内への増殖を認めた。免疫染色では S100, NSE が陽性, AE1/AE3, GCDFP15 が陰性を示し顆粒細胞腫と診断された。手術検体では, 9×6×8 mm の白色充実性腫瘍があり, 針生検と同様の組織像を認めた。

【まとめ】乳腺顆粒細胞腫の鑑別診断として, アポクリン化生細胞や泡沫細胞が挙げられるが, 細胞周囲等の背景に顆粒状物質を認めた際は, 顆粒細胞腫の存在も念頭に置き注意深く観察することで, 鑑別可能であると考えた。

## P-1-098 Diffuse pulmonary meningotheliomatosis の 1 例

独立行政法人国立病院機構東京病院病理検査

○浦田兼司(CT), 我妻美由紀(CT), 木谷匡志(MD), 蛇澤 晶(MD)

【はじめに】Diffuse pulmonary meningotheliomatosis (DPM) は生検や切除肺から偶発的に発見される稀な疾患で高齢者, 女性に比較的多く発症する。画像的に GGO が多発するため AAH・結核・転移性悪性腫瘍等との鑑別が必要となる。今回, 粟粒結核疑い, 甲状腺癌の転移を疑って手術となり DPM と診断された症例を報告する。

【症例】60 歳代, 女性, 2015 年の検診にて異常陰影を指摘されるも放置, 2016 年 7 月にめまい・疲労感のため近医を受診。胸部 CT 撮影, 両側肺野に淡い小結節がびまん性に認め粟粒結核が疑われ当院紹介となった。また PET を施行したところ甲状腺に集積を認め穿刺吸引細胞診を行い一部に核形不整のある小濾胞上皮の集塊を認めた。確定診断のため胸腔鏡下手術を行った。

【摘出肺の捺印細胞診所見】リンパ球, 組織球を背景に大小の集塊が流れるような配列でシート状に出現し一部渦巻状の集塊も認めた。細胞質はライトグリーンに淡染し細胞境界は不明瞭であった。核は異型に乏しくクロマチンは微細顆粒状で円形から類円形, 一部に核溝や核内細胞質内空胞を認められた。

【組織所見】断面は境界不明瞭な結節が多発し, 髄膜皮細胞類似の細胞が肺胞隔壁に沿って増殖し, 硝子性線維化を伴っていた。免疫組織化学染色は Vimentin・EMA・NSE・CD56・PgR に陽性, ER・CK7・S-00・Synaptophysin・ChromograninA は陰性であった。以上の所見から DPM と診断された。

【まとめ】病理標本で DPM に遭遇することは非常に稀である。画像所見で小結節をびまん性に認めた場合, 結核や転移性悪性腫瘍との鑑別と DPM も念頭に置かなければならない。今後症例を重ねていけば細胞診検査が術前診断の一助になる可能性が考えられる。

## P-1-099 肺に発生した平滑筋腫の1例

岐阜大学医学部附属病院検査部<sup>1)</sup>, 岐阜大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 岐阜大学大学院医学系研究科形態機能病理学<sup>3)</sup>

○川村勇人(CT)<sup>1)</sup>, 中川 篤(CT)<sup>1)</sup>, 片桐恭雄(CT)<sup>2)</sup>, 岩田明子(CT)<sup>2)</sup>, 水野加織(CT)<sup>2)</sup>, 安藤咲恵(CT)<sup>2)</sup>, 北野素子(CT)<sup>2)</sup>, 佐々木健太(CT)<sup>1)</sup>, 酒々井夏子(MD)<sup>2)</sup>, 齊郷智恵美(MD)<sup>3)</sup>, 鬼頭勇輔(MD)<sup>3)</sup>, 宮崎龍彦(MD)<sup>2)</sup>

【諸言】平滑筋腫は子宮や消化管に発生することが多いが、稀に肺にも発生することがあり、良性腫瘍の中で約2%の発生頻度である。今回我々は肺に発生した平滑筋腫の1例を経験したので報告する。

【症例】30代男性。職場検診の胸部レントゲンで右中肺野に孤立性結節影を指摘された。当院を紹介受診したところ、右S4に24×16mm大の境界明瞭な橢円形結節を認めた。内部に石灰化や脂肪、air-bronchogramは目立たなかった。その後、気管支鏡下に擦過細胞診が施行された。

【細胞所見】N/C比はやや小さく、比較的核のそろった結合性の乏しい紡錘形細胞を多数認めた。核形は主に長楕円形で、核クロマチンは細顆粒状で均等に分布しており、軽度に増量していた。核分裂像は認めなかった。

【組織所見】核周明庭のある紡錘形細胞が錯綜しながら密に増生する腫瘍を認めた。背景に壊死はなく、核分裂像は認めなかった。免疫組織化学を実施したところ、Desmin陽性、 $\alpha$ -SMA陰性、h-caldesmon陰性、Ki-67 labeling indexは5~10%という結果が得られた。以上より、不十分な筋系への分化を伴っている良性~低悪性度の紡錘形細胞腫瘍と考えられ、炎症性筋線維芽細胞性腫瘍などが鑑別に挙げたが、HE染色所見を重視し、平滑筋腫と診断された。

【考察】今回我々は肺に発生した平滑筋腫の1例を経験した。鑑別は平滑筋肉腫や神経鞘腫、もしくは筋線維芽細胞性腫瘍などの紡錘形細胞腫瘍が挙がるが、他臓器からの転移なども視野に入れなければならない。このような症例に遭遇した際は、上記のごとく様々な可能性を念頭において検討する必要がある。

## P-1-100 肺転移をきたした副腎皮質癌の1例

弘前大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 静岡県立静岡がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座<sup>3)</sup>

○川村麻緒(CT)<sup>1)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>1)</sup>, 熊谷直哉(CT)<sup>1)</sup>, 工藤 海(CT)<sup>1)</sup>, 刀稱亀代志(CT)<sup>2)</sup>, 加藤哲子(MD)<sup>1,3)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】副腎皮質癌は年間100万人あたり0.5~2人に発症するまれな疾患で、発生年齢のピークは中高年と小児期の2峰性を示す。腫瘍細胞は副腎皮質細胞に類似性を示し、後腹膜や腎臓へ直接浸潤する。診断時にはすでに肺、肝臓、リンパ節、骨などに転移していることが多く、副腎に限局しているのは30%といわれている。今回、われわれは肺転移をきたした副腎皮質癌の1例を経験したので報告する。

【症例】77歳、男性。検診で胸部異常陰影を指摘され、CTにて右肺下葉結節を認めたが気管支鏡検査では診断に至らなかった。全身検索で巨大な左副腎腫瘍を認めたため、切除術を施行し左副腎皮質癌と診断された。約1年後の検査で右肺下葉結節影の増大傾向がみられ、CTガイド下生検にて転移性肺腫瘍の診断がつき、肺部分切除術が施行された。

【細胞所見】核腫大、核クロマチンの細顆粒状増量、核の大小不同、核偏在性、核小体腫大などを示す異型細胞が、結合性のやや緩い集塊としてみられた。核は類円形で細胞質はライトグリーン好性を示し、細胞境界は不明瞭であった。免疫細胞化学染色にて腫瘍細胞はSF-1陽性を示し、副腎皮質癌の肺転移を推定した。

【組織所見】N/C比の増大、核腫大を示す異型細胞が肺実質内に境界明瞭な多結節状の腫瘍として充実性に増生していた。腫瘍細胞は好酸性の広い胞体を有していた。免疫細胞化学染色ではSF-1が陽性を示した。以上より副腎皮質癌の転移と診断した。

【まとめ】肺転移をきたした副腎皮質癌の1例を経験した。副腎皮質癌は肺への転移が最も多く、細胞像と疾患の特徴を熟知しておくことが重要である。今回の症例では、既往歴とあわせてSF-1の免疫細胞化学染色の所見が有用であった。

**P-1-101 肺糸状真菌症 (ムコール) の一例**

南和広域医療企業団南奈良総合医療センター<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2)</sup>

○乾 朝子(CT)<sup>1)</sup>, 道本実保(CT)<sup>1)</sup>, 鴻池資啓(CT)<sup>1)</sup>, 中村修治(CT)<sup>1)</sup>, 畠山金太(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】糸状真菌の形態学的な診断は難解な事が多く、その種別により選択する薬剤が異なるため慎重な対応が求められる。今回我々は気管支擦過ブラシ洗浄液に出現したムコールの一例を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】70 歳代、女性。右乳癌術後 (3 年)。前胸部痛を主訴に独歩来院。胸部 CT にて左主気管支の閉塞と浸潤影を認めたため気管支鏡検査施行。腫瘍性病変による完全閉塞を確認。同部よりブラシ擦過及び生検を施行。肺ムコール症と診断され、他院にて治療を受けるも乳癌の肺転移による気道閉塞及び閉塞性肺炎が悪化。本人の希望により、当院に帰院後死亡。(来院より 11 週)

【細胞像】対物 10 倍では淡いオレンジ G~ライトグリーンの色調を呈する線維状の物質が集塊を形成し、出現していた。対物 40 倍でこれらは中空状の構造を有しており、糸状真菌と確認され、太さは 5-25  $\mu$ 、長短あるいは太いもの等形態は不揃いであった。隔壁は明らかではなく、分岐の角度に規則性は確認されず、一部分岐の先端が細くなる構造が認められた。これらとは別に同様の色調を呈する長径約 5-40  $\mu$  の類円形の構造物が混在していた。

【組織像】一部壊死組織とともに細胞像と同様の菌体を多数認め、PAS、Grocott 染色弱陽性で糸状真菌症と診断され、PCR 法にてムコール目 (カニングハマラ属) と確定した。

【まとめ】呼吸器領域に出現する糸状真菌はアスペルギルスとの鑑別が重要であるが、本症例では菌糸以外の構造物が出現していたため診断に苦慮した。真菌の同定は分子生物学的検査法により可能であり、細胞診の役割は真菌の存在を把握し、安易な報告は避け、次のステップに進める事である。

**P-1-102 シュウ酸カルシウム結晶を伴った肺アスペルギルス症の 2 例**

産業医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学第 2 病理学教室<sup>3)</sup>, 産業医科大学第 1 病理学教室<sup>4)</sup>

○佐藤 斉(CT)<sup>1)</sup>, 恒成徳子(CT)<sup>1)</sup>, 藤原 仁(CT)<sup>1)</sup>, 光田成未(CT)<sup>1)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>1)</sup>, 小原光祥(CT)<sup>1)</sup>, 松山篤二(MD)<sup>2)</sup>, 島尻正平(MD)<sup>2)</sup>, 中山敏幸(MD)<sup>1,2,3)</sup>, 久岡正典(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】細胞診呼吸器検体にシュウ酸カルシウム結晶が出現した肺アスペルギルス症の 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】患者：50 歳代、男性。主訴：発熱、右肺異常陰影。気管支鏡下採痰・気管支洗浄細胞診：多数の炎症細胞を背景に、菌糸幅が均一で鋭角に分岐し、隔壁を有する真菌が多数出現していた。また、分生子頭も多数認められアスペルギルスと同定した。細長い針状結晶を束ねた様な構造を示し、無色透明で光輝性、偏光顕微鏡下では重屈折性を示す結晶が多数出現しており、それらの特徴からシュウ酸カルシウム結晶と同定した。TBLB：細胞診と同様にアスペルギルスとシュウ酸カルシウム結晶が認められた。培養検査：Aspergillus niger

【症例 2】患者：50 歳代、男性。主訴：発熱、関節痛。喀痰細胞診：炎症細胞を背景に、菌糸幅が均一で鋭角に分岐し、隔壁を有する真菌が多数出現していた。また、分生子頭も一部に認められアスペルギルスと同定した。細長い針状結晶を束ねた様な構造を示し、少し黄緑色を呈した光輝性で、偏光顕微鏡下では重屈折性を示す結晶が少数出現していた。それらの特徴からシュウ酸カルシウム結晶と同定した。TBLB：アスペルギルスやシュウ酸カルシウム結晶は認められなかった。培養検査：Aspergillus fumigatus

【まとめ】シュウ酸カルシウム結晶の形態は特徴的であり、その検出はアスペルギルス症診断の重要な指標になると考えられた。



### P-1-103 肺アスペルギルス症診断における細胞診の有効性について—当院での経験に基づく注意点

労働者健康安全機構旭労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 愛知医科大学医学部病理学講座<sup>2)</sup>, 旭労災病院病理診断科<sup>3)</sup>

○秋山哲文(CT)<sup>1)</sup>, 瀬古憲弘(CT)<sup>1)</sup>, 服部和宏(CT)<sup>1)</sup>, 山村宗幸(CT)<sup>1)</sup>, 谷川直人(CT)<sup>1)</sup>, 山本俊信(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤秀明(MD)<sup>2)</sup>, 池田 洋(MD)<sup>2)</sup>, 小野謙三(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】肺アスペルギルス症(肺 ASP 症)はまれではない疾患であるが, Pap.染色では菌体が確認されないことも多い。血痰や壊死の出現, 好中球主体の炎症性背景, 好酸球やシャルコー・ライデン結晶を認めるとき, 抗酸菌症などでは ASP 症を疑って Grocott 染色を行う必要がある。今回我々はこの様な認識のもと, 細胞診により慢性進行性肺 ASP 症(CPPA)の一例を診断し得たので報告する。さらに当院での過去3年間の ASP 症について細胞診における注意点につき検討した。

【症例】80歳代男性。2年前に縦隔腫瘍摘出術後。間質性肺炎で他院通院中, 血痰あり当院受診となった。右下葉結節影があり気管支鏡施行された。

【細胞所見】気管支洗浄液や吸引痰では, 多数の好中球を背景に気道上皮細胞, 杯細胞, マクロファージなどがみられた。菌体は認められなかったが, Grocott 染色にて Y 字状の有隔菌糸が散見され ASP 症が疑われた。培養検査でも *Aspergillus fumigatus* が検出され, CPPA と診断された。

【比較検討】過去3年間に細胞診で ASP 症が疑われたのは35例であった。Pap 染色で菌体を認めたのは20例, 15例は Grocott 染色により確認された。13例に非結核性抗酸菌症の合併または既往あり。9例で好酸球が多くみられ, そのうちアレルギー性気管支肺アスペルギルス症が5例だった。培養陽性11例, 生化学的検査陽性14例。

【まとめ】細胞診は侵襲性が低く, 迅速性に優れた検査であるが, その有効性を十分に活用するためには様々な注意が必要となる。Pap 染色で菌体が検出されない場合でも現病歴や既往歴, 背景となる細胞所見から ASP 症を疑う場合は Grocott 染色での確認が必要となる。

### P-1-104 卵巣原発カルチノイドの1例

公立豊岡病院検査技術科<sup>1)</sup>, 公立豊岡病院病理診断科<sup>2)</sup>

○竹中博昭(CT)<sup>1)</sup>, 長岡克也(CT)<sup>1)</sup>, 大垣日登美(CT)<sup>1)</sup>, 足立 靖(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】卵巣カルチノイドはまれな疾患であり, 全カルチノイドの1.3%, 卵巣腫瘍の0.1%未満である。比較的前後良好であるが境界悪性腫瘍であり, 転移や浸潤を認める場合には予後は悪い。今回, われわれは卵巣カルチノイドの中でもまれな卵巣島状カルチノイド (insular carcinoid) の1症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代, 女性。下腹部に膨隆感を自覚し, 近医で右下腹部に充実性腫瘍を指摘され, 当院婦人科に紹介された。骨盤内造影 MRI では 14.2×10.8×9.9 cm の充実性腫瘍を認めた。悪性卵巣腫瘍が疑われ, 腹式両側付属器切除術が施行された。術中迅速腹水細胞診では陰性。術中迅速組織診は輪状構造を伴う性索腫瘍を疑った。

【細胞所見】卵巣腫瘍捺印細胞診では, 孤立散在性あるいはシート状から軽度重積性を示す集塊を認めた。核は円～類円形で核クロマチンは顆粒状, 細胞質はライトグリーン淡染性であり, カルチノイドが疑われた。

【組織所見】摘出された腫瘍は 15.0×11.0×9.5 cm 大。断面は黄白色調で充実性。腫瘍は管腔様構造あるいは充実性に線維性間質中に島状に増殖し, 腫瘍細胞の核は円形～類円形でごま塩状のクロマチンの凝集を認めた。免疫組織化学的染色では Synaptophysin (+), Chromogranin A (+), CD56 (+) であり, 島状カルチノイド (insular carcinoid) と診断した。

【まとめ】まれな腫瘍である卵巣島状カルチノイド (insular carcinoid) の1症例を経験した。カルチノイドは特徴的な核所見を示すことから, 細胞診が術中迅速診断において有用であると考えられた。

**P-1-105 卵巣癌乳腺転移の 1 例**

飯田市立病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 飯田市立病院産婦人科<sup>2)</sup>, 飯田市立病院病理診断科<sup>3)</sup>

○西尾昌晃(CT)<sup>1)</sup>, 岩田貴博(CT)<sup>1)</sup>, 實原正明(CT)<sup>1)</sup>,  
山崎輝行(MD)<sup>2)</sup>, 佐野健司(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】卵巣癌の乳腺転移は極めてまれである。今回われわれは卵巣癌の乳腺転移例を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】31 歳女性, 左乳房主張を主訴に他院受診し, 乳腺腫瘍と腋窩リンパ節の穿刺吸引細胞診が行われた。1 週間後に呼吸苦にて再受診し, 右大量胸水あり排液。乳腺腫瘍と胸水の細胞像が若干異なるように観察され, 乳癌と卵巣癌の重複癌も疑われた。乳癌疑いで当院紹介受診し, 乳腺腫瘍の生検を施行, 浸潤性乳管癌と診断した。CT, MRI にて卵巣の軽度腫大と腹水がみられ排液。乳腺腫瘍生検, 胸水と腹水のセルブロックにより免疫学的検索を行い, 卵巣癌の乳腺転移と診断した。

【左乳腺腫瘍細胞所見】浸潤性乳管癌を疑った。小乳頭状集塊もみられ, 浸潤性微小乳頭癌も一部に混在している可能性も考えられる像であった。

【左腋窩リンパ節細胞所見】乳腺腫瘍の細胞像と同様の像であり, 乳癌の転移を考えた。

【右胸水細胞所見】比較的細胞質が広く, 変性空胞を有する複数の異型細胞が, 乳頭状構造を呈して出現しており, 卵巣癌や腹膜癌を疑った。

【乳腺生検組織所見】乳腺外脂肪織に浸潤を示し, 浸潤性乳管癌と診断した。

【腹水細胞所見】胸水中の異型細胞と同様の像であった。

【免疫組織学的所見】乳腺腫瘍生検, 胸腹水のセルブロックで腫瘍細胞は, WT-1, CA125, CK19, PAX8, ER, PgR が陽性, HER2 は陰性であった。

【まとめ】極めてまれな卵巣癌の乳腺転移例を報告した。乳腺穿刺吸引細胞診では転移性乳癌の可能性も考慮しなければいけないが, 本例のように細胞像だけでは診断が困難な場合がある。胸腹水などの材料も積極的に使い, 免疫学的検索を行うことが確定診断には重要と考えられた。

**P-1-106 腫瘍の捺印細胞診が診断に有用であった転移性卵巣癌の一例**

弘前大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 弘前大学医学部病理部<sup>2)</sup>

○平川八大(PhD)<sup>1)</sup>, 二神真行(PhD)<sup>1)</sup>,  
小山文望恵(MD)<sup>1)</sup>, 横山良仁(PhD)<sup>1)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>2)</sup>,  
加藤哲子(PhD)<sup>2)</sup>, 黒瀬 顕(PhD)<sup>2)</sup>

【はじめに】進行した悪性腫瘍では全身状態の急速な増悪に対して, 速やかな治療の導入のため迅速な診断が求められる。捺印細胞診が診断に有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】27 歳女性。1 か月で 5 kg の体重減少, 下腹部膨満を認め近医を受診した。CT 検査で頸部～傍大動脈リンパ節の腫大と, 大量の腹水貯留, 左卵巣の腫大, 上行結腸の壁肥厚が観察された。腫瘍マーカーは, CA125, CA19-9, CEA, NSE の上昇を認めた。消化管検査は腹痛や全身状態が悪く行えなかった。病状の進行が早く, 腹水細胞診では由来臓器の診断がつかなかったため, 試験開腹を行い, 左付属器を摘出した。腹腔内は上腹部中心の播種と大量の腹水貯留, 回盲部結腸に触診上腫瘍を認めた。捺印細胞診及び術後病理検査から転移性卵巣癌(原発は下部消化管由来)と判断し, 消化器内科で mFOLFOX 6 療法が開始された。

【細胞診所見】腹水の細胞診は, 核や核小体の腫大を示す異型細胞を認めた。腫瘍の捺印細胞診では, 壊死を伴う核異型の強い腫瘍細胞が腺管様構造を呈し, 免疫染色で腫瘍細胞は CK20, CDX2, CEA が陽性, CK7, PAX8, ER, CA125 は陰性であった。

【組織診所見】低分化腺癌で, 一部にロゼット様配列を認め神経内分泌分化を呈する部分を認めた。免疫染色では捺印細胞診所見と同様で, 加えて神経内分泌分化を呈する部分には synaptophysin と chromogranin A が陽性だった。

【まとめ】腫瘍の捺印細胞診と術後病理検査で乖離を認めず, 迅速な診断が可能であった。捺印細胞診は速やかな治療介入の一助となる可能性がある。

## P-1-107 胆嚢癌を原発とする転移性卵巣腫瘍の1例

日本医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 日本医科大学病理診断科<sup>2)</sup>, 日本医科大学解析人体病理<sup>3)</sup>

○磯村真理子(MD)<sup>1)</sup>, 黒瀬圭輔(MD)<sup>1)</sup>, 山本晃人(MD)<sup>1)</sup>,  
川瀬里衣子(MD)<sup>1)</sup>, 久保田夢音(MD)<sup>1)</sup>,  
中西一步(MD)<sup>1)</sup>, 松橋智彦(MD)<sup>1)</sup>, 山田 隆(MD)<sup>1)</sup>,  
米山剛一(MD)<sup>1)</sup>, 彭 為霞(MD)<sup>2)</sup>, 寺崎美佳(MD)<sup>3)</sup>,  
大橋隆治(MD)<sup>2)</sup>, 鴨井青龍(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】我が国における転移性卵巣腫瘍の頻度は全卵巣腫瘍の8-9%を占め, 特に胃癌, 大腸癌, 乳癌からの頻度が高いといわれている. 今回我々は, 原発巣としては稀な胆嚢癌からの卵巣転移を来した1例を経験したので報告する.

【症例】65歳, 0経妊. 閉経54歳. 胆嚢癌術後2年目のCTにて卵巣腫瘍を指摘され, 精査目的にて当科紹介となった. 左卵巣腫瘍は10cm大に腫大, MRIでは多房性の嚢胞および一部に造影増強効果を認める部分があり, 良性もしくは境界悪性腫瘍を疑う所見であった. 腫瘍マーカーは, CEA, CA125, CA19-9はすべて正常範囲であった. 左卵巣腫瘍の術前診断にて開腹手術を施行したが, 術中迅速病理診断の結果は境界悪性腫瘍であり, 腹式単純子宮全摘術, 両側付属器切除術を行った. 腹腔洗浄細胞診はclassVであり, クロマチン増量, 軽度の大小不同を示す異型細胞のmicropapillaryな集塊がみられた. また術後病理診断では, 嚢胞内腔の小隆起をともなう部分に, 線維血管性の間質をともない乳頭状に増生する腫瘍をみとめ, 核の大小不同, クロマチンの増加, 多数の核分裂像がみられた. 免疫染色では, 多くの染色標本において以前に摘出した胆嚢癌病変(papillary adenocarcinoma)と同様の結果が得られた. また, 腹膜病変の生検においても同様の腫瘍組織が同定され腹膜播種と診断した. 以上より胆嚢癌の卵巣転移と診断し, 現在化学療法施行中である.

【結語】非常に稀な胆嚢癌術後の転移性卵巣腫瘍症例を経験したので, 文献的考察を含めて報告する.

## P-1-108 卵巣低悪性度漿液性腺癌の一例

日本医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 日本医科大学病理診断科<sup>2)</sup>, 日本医科大学解析人体病理<sup>3)</sup>

○久保田夢音(MD)<sup>1)</sup>, 山本晃人(MD)<sup>1)</sup>,  
川瀬里衣子(MD)<sup>1)</sup>, 磯村真理子(MD)<sup>1)</sup>,  
中西一步(MD)<sup>1)</sup>, 松橋智彦(MD)<sup>1)</sup>, 山田 隆(MD)<sup>1)</sup>,  
米山剛一(MD)<sup>1)</sup>, 鴨井青龍(MD)<sup>1)</sup>, 寺崎美佳(MD)<sup>3)</sup>,  
彭 為霞(MD)<sup>2)</sup>, 黒瀬圭輔(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】2014年にWHO分類が改訂され, 卵巣漿液性腺癌は臨床像の異なる低悪性度漿液性腺癌および高悪性度漿液性腺癌に分類された. 低悪性度漿液性腺癌は漿液性腺癌の約5%を占め, 核異型は軽度であり, 高悪性度漿液性腺癌とは組織発生や予後が異なるといわれている. 今回我々は低悪性度漿液性腺癌の1例を経験したので報告する.

【症例】57才, 1経産1経妊. 来院3日前からの左側腹部の増悪, 嘔吐を主訴に当院救急搬送, CTにて左卵巣腫大を認め当科紹介となった. MRIでは多房性腫瘍を認め, DWIでは壁在結節に一致した高信号を伴い境界悪性以上の腫瘍を疑う所見であった. 腫瘍マーカーは, CA125が351.1U/ml, CEAが5.1ng/mlと上昇を認めたが, CA19-9は正常値であった. 左卵巣腫瘍の術前診断にて開腹両側付属器切除術を行い, 術中迅速病理にて境界悪性腫瘍の診断であったため, 単純子宮全摘術と大網切除術を施行した.

【細胞所見】腹水細胞診はclassIIIで, 大型シート状配列を示す中皮細胞と球状~花冠状の配列を示す密度の高いmicropapillary clusterを認めた. また, 腫瘍捺印細胞診では泡沫細胞, 壊死を背景に軽度の核小体腫大, 相互貪食像, 乳頭状配列, 石灰化小体を認めた.

【組織所見】異型を伴う立方状細胞が, 線維性間質とともに乳頭状やスリット上の管腔を形成しながら増生. 砂状小体も散見され間質浸潤と思われる部分も認めた. 免疫染色では, p16一部陽性, p53ではmild type patternの発現を認め, 低悪性度漿液性腺癌に合致する所見であった. また大網転移も認めIIIA2期の診断であり現在化学療法中である.

【結語】比較的稀な低悪性度漿液性腺癌を経験したので, 若干の文献的考察を含めて報告する.

### P-1-109 扁平上皮分化を示す卵巣漿液粘液性境界悪性腫瘍の腹水細胞像

熊本大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○佐野直樹(MD), 古田沙織(CT), 西山尚子(CT),  
本田由美(MD), 三上芳喜(MD)

【はじめに】卵巣漿液粘液性境界悪性腫瘍は、多彩な組織像を示すが、その細胞診所見に関する報告は少ない。今回我々は腹水中に腫瘍成分が出現した漿液粘液性境界悪性腫瘍を2例経験したので報告する。

【症例1】30代、女性。肉眼的には左卵巣表面に存在し、外方性の発育を示す3.8cm大の腫瘤で、組織学的には内膜症を背景とした漿液粘液性境界悪性腫瘍であった。術中腹水細胞診では粘液を有する異型腺上皮細胞とともに扁平上皮細胞とみられる細胞が認められた。

【症例2】40代、女性。開腹時、左の卵巣と卵管が癒着して一塊となっており、全体として5.0cm径の嚢胞状腫瘤を形成していた。内部では3.2cm大の充実部を伴っていた。組織学的には内膜症を背景とし、広範に扁平上皮分化を示す漿液粘液性境界悪性腫瘍であった。腹水細胞診では少数の異型腺上皮細胞、異型のない扁平上皮細胞、好中球が認められた。卵管・腹膜表面に扁平上皮分化を示すインプラントが存在していることからpT2bとした。

【考察】卵巣腫瘍の術中腹水細胞診では、境界悪性腫瘍と悪性（癌）の判別がしばしば困難であるため、腫瘍細胞が出現している場合の判定は「陽性」とするにとどめることが重要である。漿液粘液性境界悪性腫瘍では、腹腔内でインプラントを伴うIII期症例でも予後良好で、これを腺癌と誤認しないよう注意する必要がある。今回の2例では扁平上皮分化を示す細胞がみられ、特に症例2ではインプラントが組織学的に扁平上皮癌に類似していた点で特異であった。

### P-1-110 上皮性卵巣癌・腹膜癌に肉腫成分を認めた2例の腹水細胞診所見の検討

小田原市立病院産婦人科<sup>1)</sup>, 小田原市立病院病理診断・臨床検査科<sup>2)</sup>

○中島文香(MD)<sup>1)</sup>, 丸山康世(MD)<sup>1)</sup>, 小澤雅代(MD)<sup>1)</sup>,  
磯崎 勝(CT)<sup>2)</sup>, 堀井 薫(CT)<sup>2)</sup>, 三富弘之(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】上皮性卵巣癌・腹膜癌に肉腫成分を認める症例は稀である。今回、卵巣と大網に乳頭状腺癌ならびに軟骨肉腫を認めた卵巣癌症例と、左卵管原発の漿液性腺癌の大網転移巣に癌肉腫を認めた腹膜癌症例を経験した。肉腫成分を伴うために腹水細胞診にも特徴的な所見がみられたため、所見について検討した。

【症例1】62歳女性。腹部膨満感を契機に、超音波検査で卵巣腫瘍と腹水を指摘され、当院紹介となった。腫瘍マーカーはCA-125が231.1U/mlと上昇し、MRIで右卵巣領域に径約6cmの嚢胞性腫瘤、またダグラス窩に腹膜播種を伴う所見であった。腹水細胞診でadenocarcinomaであり、卵巣癌IIC期相当と診断し、術前化学療法施行後に手術を施行した。術後病理検査で、左卵巣原発の漿液性腺癌、大網に軟骨肉腫を認めた。手術時の腹水細胞診は腺癌成分が主体であったが、核の異型度が強く粘液様物質を伴う細胞も散見された。

【症例2】60歳女性。腹部膨満感を契機に、10cm大の卵巣腫瘍を指摘され、当院紹介となった。腫瘍マーカーはCA125 841.7U/mlと上昇し、MRIにて12cm大の骨盤内巨大腫瘤を認めた。卵巣癌III期相当と診断し手術を施行した。卵巣腫瘍と術前診断していた腫瘍は大網であり、新生児頭大に腫大し病変の主座であった。両側付属器ならびに子宮は肉眼的には正常であったが、顕微鏡的に左卵管采に原発巣と考えられる高異型度の漿液性腺癌がみられた。大網の腫瘍は殆どが紡錘形の腫瘍細胞が束状、渦巻状に増生する肉腫様腫瘍が主体であり、癌肉腫の所見であった。手術時の腹水細胞診では、腺癌成分が主体であったが、散在性に強い異型を伴う細胞もみられた。

【結語】特殊な組織型においては、細胞診も診断の一助になると考えられた。



### P-1-111 腸型腺癌への悪性転化をきたした卵巣成熟嚢胞性奇形腫の1例

熊本大学医学部附属病院病理診断科

○橋向圭介(CT), 西山尚子(CT), 大園一隆(MD),  
三上芳喜(MD)

【はじめに】成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化は稀で、その頻度は成熟嚢胞性奇形腫全体の1~3%である。発生する悪性腫瘍の中で最も多い組織型は扁平上皮癌で、腺癌は約6%に過ぎない。今回、我々は乳房、骨転移巣で腸型分化を示す腺癌が確認された成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化の症例を経験したので、腹水細胞診の所見とあわせて報告する。

【症例】40代、女性。MRIで卵巣腫瘍、子宮筋腫、乳房腫瘍、骨転移が指摘され、乳房及び恥骨の針生検が施行された。腸型の粘液性分化を示す腺癌が認められたため、原発巣確定のために開腹術が施行され、左卵巣が切除された。

【肉眼所見】左卵巣は嚢胞性腫瘍で置換されており、15cm×8cm大で、毛髪が確認された。嚢胞壁は大部分で肥厚し、弾性硬で、壁の内腔側では比較的小型の嚢胞が多数認められた。

【組織・細胞所見】腹水細胞診では、核腫大や核形不整、核の偏在を伴う異型細胞が認められた。腫瘍捺印標本では、壊死性背景に加え、核形不整や核クロマチンの増量、核小体の顕著な異型細胞が重積を伴う索状~乳頭状集塊で認められ、腺腔や細胞質内粘液もみられた。組織学的には、杯細胞を含有する腺癌の浸潤が広範に認められ、腫瘍細胞の多くは細胞質内粘液を含有していた。分化した腫瘍腺管がみられる一方、粘液細胞が索状または個細胞性に浸潤する領域も随所でみられた。

【まとめ】成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化により生じる腺癌は腸型分化を示すことが多い。卵巣原発粘液性腺癌は転移巣が先行して診断されることは稀であることから、腸型分化を示す腺癌の転移症例では、胃・消化管、肝胆膵の他、卵巣奇形腫の悪性転化も鑑別診断として考慮する必要がある。

### P-1-112 穿刺細胞診において多数の Michaelis-Gutmann 小体が観察された腎マラコプラキアの1症例

国立病院機構別府医療センター臨床検査部<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>2)</sup>, 国立病院機構別府医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○濱砂優加(CT)<sup>1)</sup>, 芦田拓未(MT)<sup>1)</sup>, 竹山朋希(CT)<sup>1)</sup>,  
牟田正一(MT)<sup>1)</sup>, 大石善丈(MD)<sup>2)</sup>, 吉河康二(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】マラコプラキアは主として尿路生殖器系臓器に見られる稀な慢性肉芽腫性疾患であり、Michaelis-Gutmann 小体 (M-G 小体) を特徴とする。膀胱発生例が多く、腎発生例は比較的稀である。今回、細胞診にて多数の M-G 小体を認めた腎マラコプラキアを経験したので報告する。

【症例】70歳女性。慢性リウマチなどで加療中に、CTにて右腎に直径3cmの低吸収域を認め、その下後方に腎外に突出する軟部腫瘤影を認めた。右腰部には皮膚潰瘍を伴う病変が見られ、大量の排膿を認めた。確定診断目的に右腎嚢胞内容の穿刺排膿術および針生検が施行された。培養同定検査にて *Escherichia coli* が検出された。

【細胞所見】好中球が主体の炎症像を背景に、大型のマクロファージを散在性に認め、マクロファージの胞体内および背景に層状同心円構造を呈する直径5-10 $\mu$ mの小球状のM-G小体を認めた。

【組織所見】腎組織とともに、好酸性の胞体を有する泡沫組織球の集簇が見られ、多数のM-G小体を認めた。M-G小体はPAS染色、鉄染色およびvon Kossa染色において陽性であり、CD68の酵素抗体法では無数のマクロファージが確認された。

【結語】マラコプラキアは極めて特異な組織像を呈する稀な慢性肉芽腫性疾患であり、大腸菌属の慢性的な感染やマクロファージによる菌体処理能との関連が指摘されているが、詳細な成因については不明な点が多い。本例においては同時に行われた針生検によりマラコプラキアが診断されたが、穿刺細胞診においてはM-G小体を見逃さないことが正しい細胞診断にとって重要と思われる。

## P-1-113 腎粘液管状紡錘細胞癌の一例

帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部<sup>1)</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科<sup>2)</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 東京女子医科大学病院病理診断科<sup>4)</sup>

○福田 学(CT)<sup>1)</sup>, 山田正人(CT)<sup>1)</sup>, 湯澤和彦(CT)<sup>1)</sup>, 吉野美由紀(CT)<sup>1)</sup>, 山本恵美(CT)<sup>1)</sup>, 水口國雄(MD)<sup>3)</sup>, 阿曾達也(MD)<sup>2)</sup>, 高橋美紀子(MD)<sup>2)</sup>, 川本雅司(MD)<sup>2)</sup>, 長嶋洋治(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】腎粘液管状紡錘細胞癌 (mucinous tubular and spindle cell carcinoma: 以下 MTSCC) は 2004 年, 腎腫瘍の WHO 分類に新たに加えられた組織型である。今回, 本腫瘍を経験したので報告する。

【症例】50 代前半, 女性。血尿の精査目的で紹介受診し, 尿細胞診と画像検査が行われた。CT, MRI にて左腎に 30 mm 大の腫瘍を認めた。腎細胞癌の診断にて, 左腎摘除術が施行された。

【細胞所見】尿細胞診: 出血・炎症性背景に核濃染する異型細胞を小集塊状に認め, Class 3 とした。

捺印細胞診: 背景には形質細胞や泡沫細胞, 肥満細胞がみられた。腫瘍細胞は小型で異型が弱く, 血管あるいはライトグリーンに染まる間質成分が介在する乳頭状や樹枝状配列, 細胞境界明瞭で平面的に配列する集塊として認めた。核は類円形, クロマチンは粗顆粒状, 核小体は明瞭, 細胞質はライトグリーンに淡染した。ギムザ染色では腫瘍細胞のほとんどの集塊に異染性を示す部分があり, 一部は無構造でコロイド状であった。

【組織所見】肉眼的には, 左腎中央外側に 3.5×3.0 cm 大の境界明瞭な黄白色調の腫瘍を認めた。組織学的には偽被膜を形成し, 比較的小型の腫瘍細胞が腺腔状あるいはスリット状, 一部乳頭状構造を示し増殖していた。腎盂浸潤あり。間質は好酸性で, コロイド状物質がみられ, アルシアン青染色に陽性であった。部分的に形質細胞, 泡沫細胞の集簇がみられた。免疫組織化学的には, CK7, HMW-CK, PAX8, CAM5.2, AMACR 陽性。CD10, vimentin 陰性で MTSCC と診断した。

【まとめ】MTSCC は, 一般的に低悪性度腫瘍で予後は良好である。細胞診的には, 腫瘍細胞の集塊において異染性を示すギムザ染色は, 他の腎腫瘍との鑑別に有用であると思われた。

## P-1-114 細胞診断に苦慮した右腎盂腫瘍の 1 例

国立病院機構都城医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 臨床宮崎<sup>2)</sup>

○植山雅彦(CT)<sup>1)</sup>, 芝原修一(CT)<sup>1)</sup>, 小坂裕之(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】腎盂および尿管カテーテル尿細胞診は, 腎盂尿管腫瘍に対し有用な検査であり質的診断が求められる。しかし鑑別に苦慮する症例は少なくない。今回細胞診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性, 右腎血管脂肪腫でフォロー中, CT 検査で右腎盂癌の疑いがあり, 右分腎尿を採取し細胞診を施行したが診断には至らず, その後腎盂生検を施行, Urothelial carcinoma と診断し右腎尿管全摘出術を施行した。

【細胞所見】小型の異型細胞が大型の乳頭状細胞集塊を形成していた。N/C 比は高く核形は円から紡錘形で軽度不整があり, 細胞密度が高く, 極性の乱れがみられた。クロマチンは細顆粒状で軽度増量していた。悪性を疑ったが診断には至らなかった。

【組織所見】生検は軽度の核異型を示す尿路上皮の乳頭状増殖を認め, Urothelial carcinoma, low grade と診断した。摘出標本は腎盂内に黄色 25 mm 大の腫瘍性病変あり, 組織は軽度から中等度の核異型を示す癌細胞の癒合する乳頭状増殖を認め, 一部で癌細胞は上皮結合組織へ巣状に浸潤していた。最終診断は Invasive urothelial carcinoma, high grade であった。

【まとめ】摘出標本で細胞異型は中心部に比べ末端の方が軽度になっていて, 末端の部位が細胞診でみられたと考えた。細胞所見では細胞診ガイドラインに記させている良悪の鑑別に重要とされる 6 項目中みられた項目は N/C 比増大, 核形不整の 2 項目で当センターの症例で悪性とした分腎尿では 4 項目以上がみられたこと, 反応性とした症例でこの 2 項目がみられたことから細胞像から良悪の鑑別は困難だったが, 細胞密度が高く, 極性の乱れがみられたことから悪性を疑った。細胞の重積性についてさらに検討が必要である。

### P-1-115 尿細胞診における“*Atypical cell category*”の検討

独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室<sup>1)</sup>, 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院臨床病理検査科<sup>2)</sup>, 産業医科大学第1病理学教室<sup>3)</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>4)</sup>, 製鉄記念八幡病院病理診断科<sup>5)</sup>

○西山純司(CT)<sup>1)</sup>, 安部拓也(CT)<sup>1)</sup>, 奥菌 学(CT)<sup>1)</sup>, 笹栗毅和(MD)<sup>2)</sup>, 岩井幸子(CT)<sup>3)</sup>, 松山篤二(MD)<sup>3)</sup>, 岡ハル子(CT)<sup>4)</sup>, 小原光祥(CT)<sup>4)</sup>, 下釜達朗(MD)<sup>5)</sup>, 金城 満(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】我々は、新報告様式での4カテゴリの中で、*Atypical cell category* (以下“*Atypical*”)に分類されることが多くなるとの報告がみられることから系統的検討を行ってきた。前回のクラスター分析による検討では *Atypical* はふたつのグループから構成されていることが示唆され、分類のキーポイントが核の大小不同と核質不均等分布にあることも分かった。今回はHGUC症例を *Atypical* と判定する細胞学的背景の追加検討を行ったので報告する。

【方法】最終診断の確定している自然尿 conventional (産業医科大学病院: HGUC60例, 非癌50例)とLBC (製鉄記念八幡病院: HGUC62例, 非癌48例)例の全220例のPapanicolaou標本について5施設、医師・細胞検査士9名による検討結果を用いた。前回の検討において、クラスター分けの鍵となる核の大小不同、核質不均等分布の2所見について検討を行った。また、それぞれの細胞所見の定義を決め、所見無しを0、出現数の多寡により1(1-9個)と2(10個以上)に分類した結果からも考察を行った。

【結果及び結論】*Atypical* で Favor malignancy と分類される症例について出現量は2で評価される症例が少なく、出現数が少数の場合、HGUC 疑いと判定するより、低めの *Atypical* とする傾向にあることが分かった。核の大小不同、核質不均等分布の2所見はHGUCと陰性の判別でも有意差の最も高い所見であった。よって、異型細胞の所見が乏しい場合や所見の数は満たしているが出現数が少数の場合は、判定に消極的になる傾向があるが、核の大小不同と核質不均等分布の2所見に注目することにより、*Atypical* をより精度良く診断できると思われた。

### P-1-116 膀胱癌のTUR-Bt後追跡における尿細胞診の検討

宮崎県立日南病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 宮崎県立日南病院病理診断科<sup>2)</sup>

○福田早織(CT)<sup>1)</sup>, 佐野亜由美(CT)<sup>1)</sup>, 木佐貫篤(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】膀胱癌の治療後、その効果を判定し、追跡・再発を予知することは重要である。尿細胞診は容易に反復して検査することが可能であり、その意義は高い。今回、TUR-Btを行った症例に対し、治療効果判定目的として追跡した症例について検討したので報告する。

【対象・方法】対象は、2015年1月より膀胱癌としてTUR-Btを施行され、2017年6月までに治療効果判定及び追跡目的にて行われた29例の尿細胞診85検体(平均2.9回/例)について、男女比、組織型、分化度および深達度について調査した。泌尿器細胞診報告様式2015で「異型細胞」および「悪性、疑い」、「悪性」と判定した症例の細胞像を検討した。

【結果】尿路上皮癌29症例について、男女比は5:1、異型度はlow grade: 15例, high grade: 14例で、深達度はpTa: 23例, pTis: 2例, pT1: 3例, pT2: 1例であった。TUR-Bt後、再TURを施行した症例は12例あり、そのうち11例が尿路上皮癌の再発であった。11例中、細胞診にて「異型細胞」および「悪性、疑い」、「悪性」とした症例は4例のみで、7例は陰性であった。再TURを施行しなかった症例にも「異型細胞」とした症例は8例あり、それらの細胞像はN/C比増大する小型細胞からなる小型集塊および大型集塊、核縁不整の目立つ小型細胞を認めるもので、いずれもクロマチン分布が微細および濃縮状のものであった。

【まとめ】膀胱癌の治療効果判定は膀胱鏡検査、CTなどで腫瘍の消失や縮小の確認を行うと同時に尿細胞診も極めてよい指標となるが、細胞診判定における反応性変化およびviabilityの有無の判定は容易ではない。今後検討を続けることで「異型細胞」以上と判定すべき細胞所見を確立していく必要があると考える。

## P-1-117 尿細胞診の精度改善に向けた観察法の提案

産業医科大学第1病理<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>2)</sup>, PCL福岡病理細胞診センター<sup>3)</sup>, 製鉄記念八幡病院病理診断科<sup>4)</sup>

○岩井幸子(CT)<sup>1,3)</sup>, 松山篤二(MD)<sup>1)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>2)</sup>,  
小原光祥(CT)<sup>2)</sup>, 早川優佳(CT)<sup>3)</sup>, 下釜達朗(MD)<sup>4)</sup>,  
金城 満(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】泌尿器細胞診新報告様式の特徴は4段階方式であること, コメントが重視され, HGUCの可能性の確率を基にした臨床側への治療方針の提案などが組み込まれていることである。われわれは, ガイドラインに示された判定方法について精度改善を図るべく, 様々な検討を行ってきた。本発表では検討の一環である弱拡大から強拡大所見への2段階観察について, その概要を報告し, 忌憚のない意見を頂きたい。

【方法】最終診断の確定している conventional 例(産業医科大学病院: HGUC60例, 非癌50例)とLBC(Sure Path)例(製鉄記念八幡病院: HGUC62例, 非癌48例)例の全220例のPapanicolaou標本について5施設, 医師・細胞検査士9名が判定に当たった。ガイドラインに示された強拡大6所見に加え, 前回の検討で, HGUC診断に有効であった弱拡大3所見(孤立散在性, 核の大小不同, 核腫大)の有無の結果を用いて4段階判定での所見の出現率の比較, over-diagnosisとなった陰性症例の分析を行った。

【結果・結論】HGUC症例で孤立散在性, 核の大小不同, 核腫大の弱拡大3所見の揃った場合は93.5%がMalignantと判定されていた。Suspicious判定で70.9%, Atypicalで49.7%に3所見が認められた。また, HGUC症例で弱拡大の2所見が認められるとき, Malignant, Suspiciousと判定されたのは21.1%, 1所見しか認められない場合は14.3%であった。これらの結果から弱拡大と強拡大所見の組み合わせによるパターン認識の重要性が示唆された。また, 陰性症例でover-diagnosisされた症例のうち, 弱拡大所見の有無に関わらず, 89.7%の症例には核質不均等分布, 核突出がみられなかった。今回示した2段階観察方法は簡便で精度が高く, 尿細胞診の日常業務に有用であると考えられた。

## P-1-118 形態計測法を用いたN/C比の尿細胞診悪性所見としての有用性—BDサイトリッチTM法による—

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構福山医療センター<sup>2)</sup>

○清弘真弓(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤正和(CT)<sup>1)</sup>, 有安早苗(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】泌尿器細胞診報告様式2015や国際的標準化目的で作成されたThe Paris System(TPS)においてN/C比は重要な所見として挙げられている。しかし, 泌尿器細胞診報告様式2015において, この所見の客観的な根拠を示している報告は検索する限りない。今回我々は, 形態計測法によるN/C比を算出し良悪性判定におけるN/C比所見の有用性について検討したので報告する。

【対象と方法】悪性症例の尿細胞診検体(組織診で高異型度尿路上皮癌, 低異型度尿路上皮癌と診断された症例)と良性症例の尿細胞診検体(診断後3年間悪性所見のない症例)を対象としてLBC尿細胞診標本中の異型細胞のN/C比を画像解析ソフト(Nikon, NIS-elements D)を用いて計測し, 統計処理した。結果抄録作成時点でのN/C比計測結果は, HGUC, LGUC, 良性症例でそれぞれ67%, 54%, 29%となり有意差検定(T-test)で群間の有意差が得られた。また, ROC曲線による解析結果からN/C比50.9%における悪性所見としての感度と特異度は共に97%であった。

【考察・結語】今回の結果は報告様式2015やTPSにおける異型細胞基準の50%を裏付ける結果であった。しかし, 本結果はBDサイトリッチTM法を用いたものであり, 他のLBC法で判断する場合は方法間の誤差を検証する必要があると思われる。今後, 他の判定基準である核濃染や核偏在, 核形不整, 核腫大についても検討し, 所見間の関係について検証するつもりである。



### P-1-119 膀胱癌の尿細胞診鑑別困難症例における p53, CK20 の免疫細胞化学的検討

金沢市立病院中央診療部臨床検査室<sup>1)</sup>, 金沢市立病院病理診断科<sup>2)</sup>

○石山 進(CT)<sup>1)</sup>, 海道一恵(CT)<sup>1)</sup>, 野村美奈(CT)<sup>1)</sup>, 小林雅子(MD)<sup>2)</sup>

【目的】膀胱癌における尿細胞診は有用な検査であるが剥離細胞診断のため、診断が困難な場合も少なくない。そこで鑑別困難症例において、p53 及びサイトケラチン 20(CK20)による免疫細胞化学的検査を追加し、良悪性診断の補助検査としての有用性を検討した。

【方法】異型尿路上皮細胞が確認された「鑑別困難」尿検体 88 例を対象とした。膀胱腫瘍組織 118 例も合わせて検討し、形態学的分析とともに p53, CK20 の免疫細胞・組織化学的検査を行った。尿検体と膀胱腫瘍組織検体間における p53, CK20 の発現の一致率を調べ、悪性検出の感度、特異度、陽性的中率 (PPV) 及び陰性的中率 (NPV) も調べた。さらに p53, CK20 の発現と臨床病理学的特徴との関連性も調査した。

【結果】「鑑別困難」において p53 の悪性検出の感度は 42%, 特異度 100%, 陽性的中率 (PPV) : 100%, 陰性的中率 (NPV) : 45%, CK20 ではそれぞれ 78%, 92%, 93%, 73%であった。p53, CK20 の両者いずれかの発現では、感度 : 94%, 特異度 : 89%, PPV : 94%, NPV : 89%であった。臨床病理学的特徴の中では、p53, CK20 いずれも組織細胞学的異型度とのみ相関があった。

【考察】尿細胞診では、異型性の弱い尿路上皮癌や変性の強い癌細胞、癌細胞が少ない場合など、日常診断では「鑑別困難」と診断せざるを得ない場合がある。今回「鑑別困難」例で p53 或いは CK20 いずれか陽性になった場合は悪性の診断的価値は高く、これらの免疫細胞化学的検査は尿細胞診において精度を向上させる有用な検査であるといえる。また、今回使用した尿検体は、尿細胞診断後の残りの微量液状検体であり、日常の診断で鑑別困難例に遭遇した際においても、特別な検体を追加採取することなく検査を行うことができるため、実診療に役立つ検査となる。

### P-1-120 BCG 曝露と pRB の関連性

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3)</sup>, 医療法人社団高邦会高木病院<sup>4)</sup>, 九州大学病院病理診断科病理部<sup>5)</sup>

○平井絵梨花(MT)<sup>1)</sup>, 渡邊壽美子(PhD)<sup>2)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>2,3)</sup>, 岩坂 剛(MD)<sup>4)</sup>, 杉島節夫(PhD)<sup>2,5)</sup>

【背景】全膀胱癌の 90%以上を尿路上皮癌が占めており、そのうち、筋層非浸潤性かつ high grade に分類されるものに尿路上皮内癌がある。尿路上皮内癌に対する治療は、BCG 膀胱注入療法が標準的な治療となっているが、その作用機序に関しては、未だ不明な点が残っている。また、その一方で、BCG 膀胱注入療法を行った膀胱癌患者の約 30%は BCG に奏功しないか再発するという報告や pRB が欠如した患者でその治療効果が低下するという報告もある。

【目的】pRB と BCG 曝露の関連性を調べる。

【対象・方法】対象は、T24 細胞(ヒト尿路上皮癌細胞由来株)、C33a 細胞(ヒト子宮頸癌細胞由来 pRB 変異株)である。方法は、T24, siRNA を用いて pRB の発現を抑制した T24, C33a にそれぞれ BCG 曝露を行い、pRB の状態が BCG の作用機序に与える影響を pRB との関連性が示唆された p21 の発現を指標として検討を行った。

【結果】3 種類の細胞の比較において、BCG 曝露により pRB の核内発現は T24 が 55.0% → 25.3%, C33a が 53.0% → 42.3%, 細胞質内発現は T24・pRB-siRNA が 79.7% → 38.0%, C33a が 95.3% → 63.3%へ減少、p21 の核内発現は T24 が 24.0% → 42.0%, C33a が 2.7% → 6.0%, 細胞質内発現は T24 が 34.0% → 50.3%, C33a が 5.0% → 7.7%へ増加した。ただし、C33a において、核内、細胞質内ともに BCG 曝露による p21 の発現増加はわずかに見られたが、T24 と比較すると、その発現率はかなり低かった。

【結論】本研究において、p21 の発現や BCG 曝露による p21 の発現増加には正常 pRB の存在が必要であること、また、pRB の細胞質内発現が BCG 曝露による p21 の発現増加に重要であることが示唆された。

### P-1-121 BCG曝露におけるT24細胞のp21発現へのp27の影響

九州大学医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 同医学研究院保健学部部門<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3)</sup>, 医療法人社団高邦会高木病院<sup>4)</sup>

○前田裕亮(MT)<sup>1)</sup>, 渡邊壽美子(PhD)<sup>2)</sup>,  
藤井直人(MT)<sup>1)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>2,3)</sup>, 岩坂 剛(MD)<sup>4)</sup>,  
杉島節夫(PhD)<sup>2)</sup>

【背景】膀胱癌患者の約70%が初診時に筋層非浸潤性であると言われており, 筋層非浸潤性膀胱癌または膀胱上皮内癌に対する治療は, BCG療法が推奨されている。しかし, BCG療法の作用機序に関しては未だ不明な点が残っており, 当研究室ではCell cycle arrest説に注目した研究を行ってきた。これまでの当研究室の検討において, BCG曝露によるp21・p27の核内発現率の増加によって効果的なCell cycle arrestが起こることがわかったが, p21・p27の発現には差があり, 両者間の関連性は不明であった。

【目的】BCG曝露におけるp21発現にp27が与える影響を調べる。

【対象と方法】細胞はT24(高異型度ヒト尿路上皮癌由来株化細胞)を使用した。我々は, p27-siRNAの導入およびBCG曝露の有無で4パターンの細胞を培養し, 共焦点レーザー顕微鏡LSM700を用いてp27・p21の核・細胞質発現度を調べた。

【結果】BCG曝露群(BCG(+), p27-siRNA(+/-))においては, 非曝露群(BCG(-), p27-siRNA(+/-))と比較してp21・p27の核内・細胞質内発現率が有意に増加していた( $p < 0.05$ )。また, p27-siRNAの導入群(p27-siRNA(+), BCG(+/-))においては, 非導入群(p27-siRNA(-), BCG(+/-))と比較してp21の核内・細胞質内発現率が有意に減少していた( $p < 0.0001$ )。しかし, p27-siRNAでp27の発現を阻害したのにもかかわらず, BCG曝露に関係なく細胞質内p27の単独発現は約50%みられた。一方, 細胞質内のp21の単独発現は条件の有無に関わらず殆どみられなかった。

【結論】p27はp21の発現に関与している可能性が示された。さらに, p27の機能およびその他の細胞周期抑制蛋白との関連性を調べ報告する。

### P-1-122 尿路上皮癌の核異型の検討—核形不整を中心に—

洛和会音羽病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 洛和会音羽病院病理診断科<sup>2)</sup>

○吉田優美(CT)<sup>1)</sup>, 穴吹昌枝(CT)<sup>1)</sup>, 吉岡沙織(CT)<sup>1)</sup>,  
佐野 守(CT)<sup>1)</sup>, 安井 寛(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】尿細胞診に出現する細胞は, 腫瘍本来の異型なのか, 変性による二次的な変化なのか時に細胞判定に苦慮することがある。今回, 上部尿路上皮癌(以下UC)を用いて, UC本来の細胞形態を探ることとした。

【対象・方法】当院において外科的手術が為された上部尿路原発UCで, 未固定の腫瘍部位から穿刺吸引または擦過により, papanicolaou染色細胞診標本が作製された21例。また, 非腫瘍部位から得た検体8例を対照(以下non-UC)検体とした。各標本において, 油浸レンズ( $\times 100$ 倍)を用いて50個以上の細胞を観察し, 核形不整の出現頻度と形状を予備的検討に基づいて分類した。具体的には核縁の陥凹を基本とし, 核溝または(核溝様線状構造)との関連により, 以下の様に分類した。

1. 鋭角的陥凹 a) 陥凹のみ b) 核溝を伴う c) 核縁の交叉を伴う
2. 線状陥凹(二重化, 平坦化, 断層を含む)
3. 鈍角的陥凹
4. その他

【結果】UC群, non-UC群の全体の核形不整の出現頻度は, それぞれ33.8%, 12.0%であった。核形不整の形状は, 鋭角的陥凹および線状陥凹が大半を占めた。鈍角的陥凹は, UC群にのみ認められた。核縁の複数の部位に不整を認める複合型の頻度は, UC群がnon-UC群より高かった。

【結語】非尿中新鮮材料を用いて腫瘍本来の細胞形態を把握することは, 尿細胞診の精度向上につながる。

### P-1-123 尿細胞診における高度異型尿路上皮癌の診断精度向上の検討—under diagnosis 原因の追究—

山梨大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 山梨大学医学部人体病理<sup>2)</sup>

○中澤久美子(CT)<sup>1)</sup>, 石井喜雄(CT)<sup>1)</sup>, 望月直子(CT)<sup>1)</sup>, 花井佑樹(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤詩織(CT)<sup>1)</sup>, 笠井一希(CT)<sup>1)</sup>, 望月邦夫(MD)<sup>2)</sup>, 中澤匡男(MD)<sup>1)</sup>, 近藤哲夫(MD)<sup>2)</sup>, 加藤良平(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】近年, 「細胞診ガイドライン 1」および「泌尿器細胞診報告様式 2015」が制定され, 診断カテゴリー分類するために細胞所見の見方の手順が具体化され, 尿細胞診の診断精度向上が期待される。今回, 尿細胞診の診断向上のため, 組織診断で高異型度尿路上皮癌と診断され, 術前細胞診で異型細胞が出現していたにも関わらず確定診断に至らなかった症例を対象に, 細胞像を再評価し, 確定診断に至らなかった原因を検討した。

【対象および方法】対象は, 膀胱生検ないしは TUR-Bt にて高異型度尿路上皮癌と診断され, 術前尿細胞診で Class III (異型細胞) と診断された 20 例を対象とした。検討方法は, 以下の細胞所見 (壊死性背景, クロマチン増量, 核形不整, N/C 比大, 核偏在, 核腫大およびクロマチン不均等分布) の 7 項目について, 再評価し診断時の評価と照らし合わせ原因を検討した。

【結果】高度異型度尿路上皮癌であった症例の異型細胞を再評価すると 7 項目中 3 項目以下は 5 例, 4 項目は 6 例, 5 項目は 8 例, 6 項目は 1 例であった。5 項目以上認められた症例において診断確定に至らなかった主な原因は, 小型細胞, 異型細胞少数, 変性による膨化, 治療の影響, 初回の為であった。

【考察および結語】今回の検討により, 診断確定に重要な細胞所見 5 項目以上認められる症例において診断確定に至らなかった原因として, 細胞の大きさや変性所見の評価および心理的な問題が挙げられた。今後, さらなる診断精度向上を目指し, 個々の症例検証および診断者間の所見の取り方の整合性を行う必要がある。

### P-1-124 泌尿器細胞診報告様式 2015 (新報告様式) の導入と細胞診断精度の評価

社会医療法人天神会新古賀病院<sup>1)</sup>, 社会医療法人天神会古賀病院<sup>2)</sup>

○貞嶋栄司(CT)<sup>1)</sup>, 徳田雄治(MD)<sup>2)</sup>, 河原真弓子(CT)<sup>1)</sup>, 木下準子(CT)<sup>1)</sup>, 山崎加奈子(CT)<sup>1)</sup>, 貞嶋奈津(CT)<sup>1)</sup>, 徳永 藏(MD)<sup>1)</sup>

【目的】泌尿器細胞診の報告様式や細胞の読み方は施設, 診断者により異なる対応がされてきたため, 日本臨床細胞学会では報告様式の標準化と細胞診断基準の統一化を目的とし, 2015 年 4 月に新報告様式が制定された。新報告様式では報告様式の標準化に加え, 診断カテゴリー毎に高異型度尿路上皮癌(HGUC) のリスクを検証する等の精度管理にも言及されている。当施設では 2015 年 10 月より, 陰性・疑陽性・陽性の 3 段階 (旧報告様式) から新報告様式へ変更した。今回我々は, 新報告様式導入に伴い, 旧報告様式との比較及び診断精度について検討した。

【方法】2015 年 10 月～2016 年 12 月に泌尿器細胞診を施行した 1,304 例について旧報告様式と比較し, 最終的に組織学的診断が得られた 167 例の診断精度の評価を行った。また, 新報告様式解説書で示された HGUC の診断に有用な 5 つの細胞所見 (核クロマチン増量, 核形不整, N/C 比増大, 核偏在, 核腫大) も評価を行った。

【結果】新報告様式導入に伴い, 検体の適正・不適正が明確化され, 異型細胞と悪性疑いを分類する事で, 臨床的に取り扱いが難しい異型細胞が減少した。また, 診断カテゴリー毎の HGUC のリスクは陰性で 1%, 疑陽性 63%, 悪性疑い 100%, 悪性 97% とガイドラインを概ね満たす結果であった。診断精度は低異型度尿路上皮癌(LGUC) で感度 11%, 陽性的中率 81%, 陰性的中率 33% と低い傾向にあったが, HGUC では感度 84%, 陽性的中率 98%, 陰性的中率 57% と一定の精度が得られた。細胞所見の評価では, 5 項目の細胞所見を全て満たす症例は組織診断で全例で HGUC が検出された。

【まとめ】今後, 多くの施設で新報告様式の導入が進むと考えられる為, 標準化された方法で症例を集積し, 診断精度を評価する必要がある。

### P-1-125 当院における「泌尿器細胞診報告様式2015」導入後の報告状況

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<sup>1)</sup>, 臨床検査科<sup>2)</sup>, 臨床研究部<sup>3)</sup>, 院長<sup>4)</sup>

○安村奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>1,2,3)</sup>,  
菅亜里紗(MT)<sup>1)</sup>, 藤澤宏樹(MT)<sup>1)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>,  
佐伯由美(CT)<sup>1)</sup>, 戸田 環(CT)<sup>3)</sup>, 山本英喜(MD)<sup>2)</sup>,  
在津潤一(MD)<sup>1)</sup>, 谷山大樹(MD)<sup>1,3)</sup>, 齋藤彰久(DDS)<sup>1)</sup>,  
谷山清己(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】尿細胞診は報告様式や診断基準の標準化がされてない問題点があり, この問題を解決する為に, 「泌尿器細胞診報告様式2015」が制定された. 当院では2017年2月より新報告様式と従来法を併用し報告している. 今回我々は, 新報告様式導入後の報告状況について調査すると共に, 「異型細胞」「悪性の疑い」と判定された症例に関して, 再検討を行ったので報告する.

【対象・方法】2017年2月～5月に当院で提出された尿検体430例を対象に, 診断カテゴリー別の割合を調査した. なお, 細胞診標本はLiqui-Prep<sup>TM</sup>法を用いて作製した. その内「異型細胞」「悪性の疑い」と判定された症例で, 細胞診断後に組織検体が提出された症例に対し再鏡検を行った. 再鏡検時に, 「核クロマチン増量」「核形不整」「N/C比大」「核偏在」「核腫大」の5項目の異型所見を(-)～(+++)の3段階に分類し, 点数化した.

【結果】診断カテゴリー別の内訳は「不適正」2例(0.5%), 「陰性」378例(87.9%), 「異型細胞」16例(3.7%), 「悪性の疑い」6例(1.4%), 「悪性」28例(6.5%)であった. 「異型細胞」「悪性の疑い」と判定された22例の内, 組織検体が提出されたのは, 「異型細胞」が6例(非浸潤性尿路上皮癌(HGUC):3例, 尿路上皮癌, 非浸潤性疑い(HGUC):1例, CIS:1例, 変性異型尿路上皮細胞:1例), 「悪性の疑い」が2例(非浸潤性尿路上皮癌(HGUC):2例)であった. 再鏡検したところ, 異型度の点数は「異型細胞」が平均4.8点(3～7点), 「悪性の疑い」は平均4点(3～5点)であった.

【考察】異型細胞極少数の症例や細胞変性の強い症例は, 異型度が高くても「異型細胞」に判定している傾向が伺われた.

### P-1-126 耳下腺腺房細胞癌の2例の検討

横浜市立大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 横浜市立大学医学部病態病理学講座<sup>2)</sup>

○金澤美千代(MT)<sup>1)</sup>, 安齋桜子(CT)<sup>1)</sup>,  
海老塚智恵美(CT)<sup>1)</sup>, 西尾由紀子(CT)<sup>1)</sup>,  
本野紀夫(CT)<sup>1)</sup>, 佐川弘美(CT)<sup>1)</sup>, 三田和博(MD)<sup>1)</sup>,  
松村舞依(MD)<sup>1)</sup>, 三宅暁夫(MD)<sup>1)</sup>, 日比谷孝志(MD)<sup>1)</sup>,  
山中正二(MD)<sup>1)</sup>, 大橋健一(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】腺房細胞癌は比較的まれな腫瘍で, 正常腺房細胞に類似し異型に乏しい低悪性度癌であると知られている. 今回我々は, 耳下腺穿刺吸引細胞診(以下FNA)において, 腺房細胞癌と診断することができた2例を経験したので報告する.

【症例1】40歳代, 女性, 20年前より左耳下腺腫瘍を自覚していたが左耳閉感を感じ近医受診. FNAにおいて腺房細胞癌が疑われ, その後左耳下腺摘出術が施行された.

【症例2】50歳代, 女性, 数年前より右耳下部に腫瘍を触知し, 徐々に増大傾向がみられ近医受診. CTで右耳下腺腫瘍を指摘され当院を受診. 画像上では多形腺腫が疑われたが, FNAで腺房細胞癌が疑われた. その後右耳下腺摘出術が施行された.

【細胞像】いずれの症例も小型核で泡沫状の細胞質を有する腺房細胞に類似した細胞を集塊状に認めた. 集塊は配列が乱れ腺房様の構造はみられなかった. また集塊の辺縁の一部にはほつれがみられた. 細胞の核クロマチンは軽度増量し, 小型の核小体がみられた. 豊富な細胞質を有しギムザ染色で異染性を示す顆粒がみられた.

【組織像】いずれの症例も, 軽度の異型をみる小型類円形の核に好塩基性顆粒状細胞質を有し, 漿液性腺房細胞に似た腫瘍細胞が充実性, 胞巣状に増殖する像がみられた. 好塩基性顆粒はPAS反応陽性で消化ジアスターゼで消化されなかった. 組織診断は腺房細胞癌であった.

【まとめ】今回の2症例は腺房細胞に類似した腫瘍細胞がみられ細胞診で診断可能であった. 今回我々は腺房細胞癌の細胞像と鑑別が必要な腫瘍の細胞像を比較して報告する.



### P-1-127 穿刺吸引細胞診にて診断を推定しえた耳下腺原発乳腺相似分泌癌の1例

愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院臨床検査技術科<sup>1)</sup>, 愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院病理診断科<sup>2)</sup>

○情家千裕(CT)<sup>1)</sup>, 杉山宗平(CT)<sup>1)</sup>, 黒木雅子(CT)<sup>1)</sup>, 杉浦記弘(CT)<sup>1)</sup>, 深井美樹(CT)<sup>1)</sup>, 石川一博(CT)<sup>1)</sup>, 山本宗平(MD)<sup>2)</sup>, 酒井 優(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】Mammary analogue secretory carcinoma (MASC, 乳腺相似分泌癌) は、乳腺分泌癌と同様の腫瘍形態像および分子異常 (*ETV6* 遺伝子転座) を示す唾液腺腫瘍である。2010年 Skalova らによって報告された比較的新しい疾患概念であり、MASC の穿刺吸引細胞像に関する報告は未だ少ない。今回我々は、細胞所見から MASC の診断を推定しえた1例を経験したので報告する。

【症例】68歳男性、右耳下部の無痛性腫瘍を主訴に当院受診した。腫瘍の穿刺吸引細胞診所見に基づき、腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】粘液及び出血・囊胞性背景に、核小体不明瞭な小型～中型類円形核と泡沫状～淡明な広い細胞質を有する上皮が、一部で小濾胞状・乳頭状構造を呈しつつ、緩い結合性を示す集塊として多数認められた。細胞形態から、腺房細胞癌及び MASC の他、低異型度の粘液産生性腫瘍が鑑別として挙げられた。明らかなチモーゲン様分泌顆粒はみられなかった。

【組織所見】上記同様の形態を示す腫瘍細胞が、好酸性分泌物を伴いつつ微小囊胞状或いは濾胞状に増殖する像や、線維血管性間質を伴って乳頭状増殖する像が認められた。免疫組織化学的形質 [Mammaglobin (+), S-100 (+), Vimentin (+), GCDFP-15 (±), DOG1 (-)] 及び *ETV6-NTRK3* 融合遺伝子の検出から、MASC と確定診断された。

【まとめ】唾液腺の穿刺吸引細胞診にて MASC を鑑別として挙げる事ができた。一方で、その形態学的類似性から、これまで腺房細胞癌と診断されていた唾液腺腫瘍の中に相当数の MASC 症例が含まれていることが想定される。両疾患間の鑑別方法確立や正確な予後等の把握のためにも、過去症例の再検討と更なる知見の蓄積が必要と考えられる。

### P-1-128 左頬部小唾液腺に発生した乳腺相似分泌癌(分泌癌)の1例

国立病院機構仙台医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構弘前病院研究検査科<sup>2)</sup>, 国立病院機構仙台医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○真山晃史(CT)<sup>1)</sup>, 高橋真紀(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤邦倫(CT)<sup>2)</sup>, 藤井正宏(CT)<sup>1)</sup>, 櫻田潤子(MD)<sup>3)</sup>, 鈴木博義(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】乳腺相似分泌癌 (Mammary analogue secretory carcinoma; MASC) は 2010 年に提唱された唾液腺腫瘍で、2017 年の WHO 分類において Secretory carcinoma とされた。今回、我々は左頬部の小唾液腺に発生した MASC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。左頬部の硬結に気づき、当院耳鼻咽喉科を受診。CT・MRI 検査で左顔面に 3 cm 大の腫瘍が認められた。

【穿刺吸引細胞像】穿刺吸引細胞診では、異染性を示す粘液様物質を背景に、毛細血管周囲に空胞状・細顆粒状のやや豊かな細胞質を有する多角形細胞が多数採取されていた。核は類円形で明瞭な小型核小体を 1 個認めた。

【病理組織像】比較的小型で弱好酸性～弱好塩基性の細胞質と類円形核・明瞭核小体を有する多角形～短紡錘形の腫瘍細胞が小型管状・不規則乳頭状構造・充実性不規則胞巣を形成しながら増殖していた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は CK7 (+), S100 (一部+), mammaglobin (+), GCDFP-15 (-), DOG1 (-) であり、MASC と診断された。

【まとめ】MASC の約 70% が耳下腺に発生し、小唾液腺発生例は少ないとされる。今回我々は左頬部の小唾液腺に発生した MASC を経験したが、穿刺吸引細胞診では MASC と診断することが困難であった。MASC では異染性を示す粘液様物質や細胞質の空胞化が見られるという報告があり、本症例でも同様の所見が認められたため、異染性を呈する粘液様物質や細胞質の空胞化は MASC を診断する一助になると考えられる。

**P-1-129 細胞診において推定困難であった口腔上皮内腫瘍(Oral intraepithelial neoplasia : OIN)の一例**

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構浜田医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○宍戸 優(CT)<sup>1)</sup>, 長崎真琴(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】口腔上皮内腫瘍の発育形式は表層分化型が多く、表層は異型が見られず、基底層側に高度の異型細胞像が認められる場合が多い。今回我々は、カンジダを伴った白板症の診断のもと、切除を予定し、細胞診にて悪性と推定困難であった口腔上皮内腫瘍の一例を経験し、再評価・考察したので報告する。

【症例】80歳代、女性。口腔底に白色病変があり、カンジダを伴った白板症と診断された。白板症切除目的で口底白板症切除術が施行され、組織診断はOINの診断であった。

【細胞像】背景にカンジダを認め、核小体の多発化、核腫大、核形不整を有する表層型から中層型扁平上皮細胞が出現。核クロマチンの増量に乏しく、カンジダ感染による反応性変化とした。再鏡検では、出現している細胞のほとんどに核形不整と核腫大傾向が認められ、核クロマチンの増量はないものの、ケラトヒアリン顆粒の消失が見られ、腫瘍性病変の可能性を示唆できる所見と考えられた。

【組織像】大きさは7.2×3.3 cm。主に基底層を含む下層1/2～2/3層程度の細胞に核形不整や核腫大、細胞接着性の低下が見られた。上層細胞とのfront形成もあり、Ki-67陽性細胞は基底部の1～数層の細胞に陽性を示した。よって表層分化型のOINと診断した。

【まとめ】口腔内は外科的刺激や細菌などによる感染を常に受けている環境であり、腫瘍と炎症などの影響を受けた細胞像との鑑別は容易ではない。カンジダなどの感染性や炎症性疾患による反応性変化は腫瘍性変化と同程度の輝度の上昇が認められることも知られている。故に、安易に炎症性変化とせず、細胞出現性の多様性を観察し、臨床情報を考慮したうえで、標本全体を通して総合的な判断が重要と考えられた。

**P-1-130 口腔細胞診にて診断し得た若年者発生の口腔扁平上皮癌の一例**

宮崎県立日南病院病理診断科<sup>1)</sup>, 宮崎県立日南病院臨床検査科<sup>2)</sup>

○木佐貫篤(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐野亜由美(CT)<sup>2)</sup>, 福田早織(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】今回、われわれは口腔細胞診にて診断し得た若年者の扁平上皮癌の一例を経験したので報告する。

【症例】20歳代女性、宮崎県外在住の大学生。主訴は舌の痛み。約3ヶ月前に右舌縁部に小さな潰瘍ができ近医歯科受診後大学病院に紹介された。右側舌縁部に白斑、疼痛を認め経過観察となった。細胞診は実施されていない。約2ヶ月前には病変は潰瘍を伴い疼痛も強くなり、舌癌を疑われ地元である当院歯科口腔外科へ紹介となった。喫煙無し・飲酒は機会飲酒。

【臨床所見及び経過】初診時に20×11 mmの表面がやや隆起し軽度の硬結を示す易出血性の潰瘍を認めた。舌癌を疑い細胞診が実施された。PET検査等でリンパ節腫大はなく、舌癌stage2との術前評価で舌部分切除術が実施された。

【細胞所見】流れを示す集塊状の異型細胞を多数認めた。その多くはライトグリーン好性細胞で、核腫大や大小不同を示しクロマチン増量も認めた。これらの所見より悪性と判定し扁平上皮癌を推定した。

【組織所見】異型を示す扁平上皮癌細胞が索状、胞巣状に増殖しており癌真珠や個細胞角化も認めた。舌固有筋層(MP1)浸潤を認め浸潤辺縁の一部では索状浸潤も見られた(YK-4C)。切除断端は陰性で、現時点では術後再発は認めていない。

【考察】口腔細胞診にて扁平上皮癌の診断ができ細胞診の有用性が確認できた。若年者の口腔がんの頻度は少ないが、頻度がまれとはいえ難治性の潰瘍を認める場合には早期に口腔細胞診を実施する必要性が示唆された症例と考えられた。

### P-1-131 当院における耳鼻科領域の細胞診～出張細胞診導入前・後での変化～

群馬大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学<sup>2)</sup>, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学<sup>3)</sup>

○佐藤香織(CT)<sup>1)</sup>, 平戸純子(MD)<sup>1)</sup>, 小山徹也(MD)<sup>1,2)</sup>, 福田利夫(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】当院では、2013年の3月より、耳鼻咽喉科外来にて、細胞検査士(CT)1名が検体処理・染色セットを持参して出張細胞診を行っており、導入5年を経過したので、導入前・後での診断精度等の変化を比較して報告する。

【対象】2009年1月～2016年12月までの8年間の耳鼻咽喉科から細胞診検査の依頼があった全症例を、2009年～2012年の4年間(791例)を導入前、2013年～2016年の4年間(1,126例)を導入後とし、その診断結果を比較検討した。

【結果】導入前の細胞診標本は、穿刺後に臨床医あるいは看護師が塗抹、95%アルコール固定された状態で提出されていた。導入後は、出張細胞診依頼の連絡が入り次第、直ちにCT1名が外来に赴き、穿刺の補助、細胞の塗抹・固定までを行っている。導入後は検体数が年平均で198件から282件と増加し、検体不適率は30%から12.1%と低下し、悪性疑い・悪性の比率は14.6%から25%に増加した。良性病変の比率は51.2%から56.1%で大差はなかった。また導入後は、細胞は十分に採取・塗抹されているが、組織診推定が難しい病変の頻度も増加した。

【まとめ】耳鼻咽喉科外来では、出張細胞診導入により標本の質が向上し、検体不適率が低下した。これに伴って、診断精度が向上し、悪性・悪性疑いの比率が増加した。この原因として、良性病変の比率が大差が無かったことから、導入前は細胞が適切に採取されず、悪性症例が検体不適であったと考えられる。穿刺吸引細胞診では、CTが検体採取の現場に積極的に関わることで診断精度を向上させ、細胞診を通じて患者さんと臨床現場と病理・細胞診部門を繋ぐことが重要である。

### P-1-132 第58回日本臨床細胞学会総会・学術集会でこなった口腔がん検診の結果報告

島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>1)</sup>, 飯塚病院中央検査部形態検査室<sup>2)</sup>, 香川大学医学部附属病院病理部<sup>3)</sup>, 松江市立病院歯科口腔外科<sup>4)</sup>, 隠岐広域連立立隠岐病院歯科口腔外科・隠岐の島町国民健康保険中村歯科診療所<sup>5)</sup>, 益田赤十字病院歯科口腔外科<sup>6)</sup>

○秀島克巳(CT)<sup>1)</sup>, 川嶋大輔(CT)<sup>2)</sup>, 郷田 衛(CT)<sup>3)</sup>, 成相義樹(DDS)<sup>4)</sup>, 菅野貴浩(DDS)<sup>1)</sup>, 狩野正明(DDS)<sup>1)</sup>, 吉野 綾(DDS)<sup>1)</sup>, 辰巳博人(DDS)<sup>5)</sup>, 阿久津純一(DDS)<sup>1)</sup>, 大熊里依(DDS)<sup>4)</sup>, 井出太一(DDS)<sup>1)</sup>, 市山友子(DDS)<sup>6)</sup>, 渡邊正章(DDS)<sup>1)</sup>, 絲原千映子(該当なし)<sup>1)</sup>, 関根浄治(DDS)<sup>1)</sup>

【緒言】口腔がんの啓発と早期発見を目的に、第58回日本臨床細胞学会総会・学術集会(大会長 植田政嗣先生, 大阪がん循環器病予防センター)の期間中に行った口腔がん検診の結果を報告する。

【対象】受検者数は、事前に公開された同大会ホームページの口腔がん検診案内からウェブで申し込んだ44名と、当日申し込みの80名、合計124名であった。性別は、男性40名(平均49.5歳)、女性84名(平均49.9歳)であった。

【方法】受検者は、検診前に口腔がんの疫学、早期発見の必要性などの啓発ポスターと口腔がんについてのビデオ解説を視聴。その後、検診ブースで島根大学医学部歯科口腔外科学講座および関連施設に勤務する日本口腔外科学会認定医・専門医・指導医のいずれかの資格を有する5名による診察を受けた。検診は、口腔内外および所属リンパ節の触診と口腔内の診察の後、口腔内の白・赤・黒色等の病変に対して擦過細胞診を行った。検体は、液状化検体細胞診(LBC法)にて作製した。標本は、細胞検査士1名と2名の細胞診専門歯科医と細胞診専門医1名で全例スクリーニングを行い、陰性、疑陽性、陽性の3段階を判定し、結果は本人宛に郵送した。

【結果】受検者12名に対して細胞診を施行した。がんを疑う陽性所見は認めなかったが、疑陽性症例2例(1.6%)を認めた。2例は、ベセスダ分類では、LSIL(1例)とHSIL(1例)、と判定した。また、疑陽性症例に関しては高次医療機関の受診を促した。

【まとめ】口腔がん検診を実施し疑陽性と診断した症例は2例であった。また、今回の経験を踏まえて、今後も学会に併催し口腔がん検診が継続できることを望みます。

**P-1-133 口腔がん集団検診における疑陽性症例の検討**

島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>1)</sup>, 益田赤十字病院歯科口腔外科<sup>2)</sup>

○渡邊正章(DDS)<sup>1)</sup>, 市山友子(DDS)<sup>2)</sup>, 狩野正明(DDS)<sup>1)</sup>, 菅野貴浩(DDS)<sup>1)</sup>, 秀島克巳(CT)<sup>1)</sup>

**【緒言】**近年, 口腔領域においても液状化検体細胞診(Liquid Based Cytology: LBC法)が用いられるようになってきた。LBC法は, 従来法に比べ細胞回収率が高く, 検鏡時間が短い等が利点とされるが, 従来法で見られる血液細胞や細菌等の背景所見がなくなり, 判定に苦慮することがある。そこで, これまでに当科で行った口腔がん集団検診において, 疑陽性と判定した症例の従来法とLBC法について, 日常行っているわれわれの判定基準に基づき比較検討を行った。

**【対象と方法】**平成22~28年に施行した口腔がん集団検診の全受検者4,024名(男性1,561名, 女性2,394名, 検診票未記載者69名, 平均年齢64.1歳)の中で, 口腔粘膜病変を有する576名に対し細胞診を行った(施行率14.3%)。その内訳は, 従来法386検体, LBC法211検体であり, 陰性, 疑陽性, 陽性の3段階判定を行った。疑陽性症例は全114検体あり, 今回の研究対象とした。従来法55検体(疑陽性率14.3%)とLBC法59検体(疑陽性率28.0%)について, 光学顕微鏡的に背景, 細胞質, 核内構造の所見を比較検討した。

**【結果】**背景はLBC法が従来法に比べ明瞭であったが, 一部の症例に白血球塊や細菌塊が多く認められた。また細胞質は, LBC法が従来法より平面的かつ明瞭で, 細胞の重積は少なかった。また核内構造については, LBC法が従来法に比べ明瞭であった。

**【まとめ】**LBC法は背景の所見に乏しいため, 判定困難な症例もあったが, 細胞質や核内構造が明瞭であったため, 十分判定可能であった。

**P-1-134 口腔細胞診におけるベセスダシステムSILの取扱いに関する検討**

島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>1)</sup>, 島根大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 松江市立病院歯科口腔外科<sup>3)</sup>

○関根浄治(DDS)<sup>1)</sup>, 秀島克巳(CT)<sup>1)</sup>, 岩橋輝明(DDS)<sup>2)</sup>, 渡邊正章(DDS)<sup>1)</sup>, 菅野貴浩(DDS)<sup>1)</sup>, 成相義樹(DDS)<sup>3)</sup>

**【目的】**口腔細胞診におけるSIL症例を従来のパパニコロウ分類と3段階分類法と比較し, SIL症例の取り扱いを明らかにすること。

**【方法】**2007年6月1日から2014年9月30日に当科にてベセスダシステムで判定した1,867件を対象とした。また, 従来のパパニコロウ分類と3段階分類を併せ行った。ClassIII症例を“口腔癌境界病変”とし, LSILをSubclassII-III, HSILをSubclassIII, SubclassIII-IVに細分類した。

**【成績】**NILM1,298例, LSIL158例, HSIL267例, SCC132例, 検体不適正12例であった。3段階評価では, 陰性1,298例, 疑陽性425例, 陽性132例であった。全SIL症例中186例に対して病理組織検査が行われ, 扁平上皮癌がLSILの29.3%, HSILの53.1%に見られた。

**【結論】**SIL症例に悪性症例が検出されたことから, 病理組織検査の必要性が示唆された。また, 今後NILMとSIL, さらにLSILとHSILを明確に区別する詳細な診断基準の検討が必要であると思われた。



### P-1-135 Diagnostic agreement and accuracy of oral cancer cytology

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○関根浄治(DDS)

Accurate cytological diagnosis of oral cancer is essential for treatment. This study was performed following STARD checklist for reporting diagnostic agreement and accuracy of oral cytology. Papanicolaou-stained cytology samples were reviewed by 11 raters : 5 general cytopathologists (GC) and 5 oral cytopathologists (OC) and 1 cytotechnologist (CT). Cytological diagnoses were classified into NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy), LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion), HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesion), SCC (squamous cell carcinoma) following three agreement categories : All raters agreed, Majority and Disagreed. Histopathological diagnoses were classified as Negative, Borderline lesion-, Borderline lesions +, oral intraepithelial neoplasia/carcinoma in situ (OIN/CIS), and Positive. Among 423 samples, 96 samples were excluded from the study because of their poor quality. Finally, among the remaining 327 samples, 285 samples which were equally examined by same number of GC and OC were reviewed. The accuracy, sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value were 67.7%, 83.8%, 79.3% and 74.0% in case of cytological Negative was NILM and LSIL, and 87.7%, 50.5%, 61.8% and 81.8% in case of cytological Positive is LSIL, HSIL, SCC, respectively. The increment performance for GC against OC was -0.087 in sensitivity, +0.286 in specificity, +0.116 in positive predictive value and -0.025 in negative predictive value, resulting no difference between GC and OC. Oral cytology would be applicable as one of the diagnostic tools of oral lesions.

### P-1-136 上顎骨に発生し鑑別に苦慮したエナメル上皮腫の1例

聖隷浜松病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 聖隷浜松病院病理診断科<sup>2)</sup>, 足利赤十字病院病理診断科<sup>3)</sup>, 立川総合病院病理診断科<sup>4)</sup>

○鈴木章吾(MT)<sup>1)</sup>, 山田真人(CT)<sup>1)</sup>, 土戸景子(CT)<sup>1)</sup>, 池谷知也(CT)<sup>1)</sup>, 加藤好洋(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木愛梨(CT)<sup>1)</sup>, 新井義文(MD)<sup>2)</sup>, 大月寛郎(MD)<sup>2)</sup>, 清水進一(DDS)<sup>3)</sup>, 小林 寛(MD)<sup>2,4)</sup>

【はじめに】 エナメル上皮腫は代表的な歯原性腫瘍であり、高齢者や上顎に発生することは比較的稀である。上顎に発生したエナメル上皮腫の症例を経験したので報告する。

【症例】 60歳代男性。左頬部腫脹の精査目的で来院。CTでは左上顎洞に骨破壊を伴い圧排性増生を示す6cm大の腫瘤を認め、一部に嚢胞性変化もみられた。穿刺吸引細胞診では良悪性の断定はできず疑陽性とした。その後の生検でエナメル上皮腫と診断し、腫瘍摘出術を施行した。

【細胞所見】 嚢胞部と充実部から検体を採取した。嚢胞部では泡沫状組織球を背景に、少数の細胞集塊を認めた。充実部では裸核状細胞とともに多数の細胞集塊を認めた。集塊は平面的配列主体で、辺縁部にほつれがみられ、N/C比の高い基底細胞様細胞や一部に柵状配列もみられた。また、比較的広い細胞質を有す扁平上皮様細胞や癌真珠様構造もみられた。核はリンパ球の2~3倍程度で、類円形から短紡錘形で、核クロマチンの増加や核異型、核分裂像は認められなかった。以上より、扁平上皮様細胞からなる腫瘍ではあるが明かな悪性所見はなく疑陽性とした。

【病理学的所見】 腫瘤は4cm大の嚢胞と大小の嚢胞形成を伴う壁在結節様病変が認められた。結節部には上皮性胞巣が認められ、嚢胞性変化も認められた。胞巣辺縁部には基底細胞様細胞の増生があり、中央部には扁平上皮分化がみられた。エナメル上皮腫、棘細胞型に相当と診断した。

【考察】 本症例では、基底細胞様細胞、扁平上皮様細胞が細胞集塊内にみられ、一部集塊辺縁に柵状配列もみられることなどがエナメル上皮腫の可能性を指摘できる所見と考える。このような細胞所見を呈するような腫瘍の鑑別についても考察したい。

## P-1-137 歯肉原発疣贅性癌の一例

大阪医科大学病理学教室

○明石静香(CT), 桑原宏子(MD), 栗栖義賢(MD),  
安田恵美(MD), 服部公亮(MD), 富宇加麻里(CT),  
有我こずえ(CT), 能瀬衣沙子(CT), 中山裕子(CT),  
吉川純子(CT), 出口千尋(CT), 浦上真由美(CT),  
武田玲郁(CT), 石崎幸恵(CT), 廣瀬善信(MD)

【はじめに】疣贅性癌は高分化型扁平上皮癌の亜型とされるが, 細胞異型が弱く, 術前診断に難渋することが多い。今回我々は歯肉原発疣贅性癌を経験したので, 擦過細胞診像を報告する。

【症例】70 歳代女性。2 年前に, 左上顎部歯肉の腫脹を自覚し, 当院口腔外科を受診された。左上 4-6 番の歯肉に有茎性増殖が認められ, 一部は壊死様で, 口唇側頬粘膜への進展がみられた。擦過細胞診および生検組織診の後, 腫瘍摘出が行われた。

【擦過細胞所見】オレンジ G 好染性の細胞質を有する角化型扁平上皮細胞および無核扁平上皮細胞が多数認められた。一部の細胞には核腫大, 核濃縮もしくは細胞質の軽度の厚みがみられ, 異型細胞の可能性があると判定した。

【生検所見】表層に錯角化をみる扁平上皮が乳頭状に増殖していた。浸潤はみられず, oral epithelial dysplasia と診断された。

【手術検体病理所見】著しい角化傾向を示し, 乳頭状に増殖する重層扁平上皮がみられた。癌真珠と個細胞角化を伴い, 一部で浸潤を疑わせる所見が認められた。細胞異型は乏しいが, 疣贅性癌と診断された。

【結語】角化型扁平上皮細胞や核の異常, 細胞質の厚みを有する扁平上皮細胞を認める場合は, 肉眼所見を考慮しながら疣贅性癌の可能性を考えることが必要と思われる。

## P-1-138 細胞診にて早期切除し得た下口唇上皮内癌の 1 例

益田赤十字病院歯科口腔外科<sup>1)</sup>, 島根大学医学部歯科口腔外科学講座<sup>2)</sup>, 益田赤十字病院検査部<sup>3)</sup>

○市山友子(DDS)<sup>1,2)</sup>, 恒松晃司(DDS)<sup>1,2)</sup>,  
菅野貴浩(DDS)<sup>2)</sup>, 下村龍一(MD)<sup>2)</sup>, 岡本幸子(CT)<sup>3)</sup>,  
和田 進(CT)<sup>3)</sup>, 秀島克巳(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】口唇に発生する悪性腫瘍は比較的まれであり, がん全体の 1.0% と報告されている<sup>1)</sup>。口腔がんは, 切除後の機能面, 整容面での問題を生じるため, 早期の診断, 治療が望まれる。今回, 下唇の白色病変に対して, 擦過細胞診で悪性を推定し, 早期に治療し得た症例を経験したので報告する。

【症例】89 歳, 女性。下唇の白色病変を主訴に近医を受診し, 精査加療目的に当科紹介となった。下唇にびらんを伴う 9×3 mm 大の白色病変があり, 軽度の接触痛を認めた。周囲に硬結は認めなかった。擦過細胞診を行ったところ扁平上皮癌と推定され, 後日下唇腫瘍切除および局所皮弁による再建術を行った。術後は機能面, 整容面ともに良好な経過を得ている。

【細胞所見】カンジダの仮性菌糸に相当する真菌菌体が観察されたが, 少数であった。オレンジ G 好性の角化型扁平上皮細胞が多数みられた。核は腫大しており, 核形不整, クロマチンの増量, 核異型が認められ, 扁平上皮癌と推定した。

【組織所見】表層分化型 OIN/CIS は, 扁平上皮由来の表層の角質層や有棘層に明らかな異型は見られないが, 基底側は破壊されず高度の異型細胞像が認められる上皮内に限局した腫瘍であったため上皮内癌と診断した。

【まとめ】細胞診で得られた所見から早期に診断, 治療を行った口唇の上皮内癌を経験した。1) 白砂兼光, 古郷幹彦, 編集。口腔外科学第 3 版。東京: 医歯薬出版株式会社: 2010。

## P-1-139 診断に苦慮した耳下腺腫瘍の1例

上尾中央総合病院検査技術科病理<sup>1)</sup>, 上尾中央総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○和田亜佳音(CT)<sup>1)</sup>, 大野喜作(CT)<sup>1)</sup>, 小林 要(CT)<sup>1)</sup>, 渡部有依(CT)<sup>1)</sup>, 横田亜矢(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】今回我々は、穿刺吸引細胞診検査にて診断が困難であった耳下腺腫瘍の症例を経験したので細胞学的な所見を中心に文献的な考察を加え報告する。

【症例】60歳代女性。某年7月に右耳下腺腫瘍を自覚し、他院を受診後、約1ヶ月で耳下腺腫瘍の増大傾向を認めため本院を受診し、穿刺吸引細胞診を施行した。吹き付け標本2枚と針洗浄（サイトコレクト液）のオートスメア標本1枚を作製した。腺様嚢胞癌と診断し、同年11月に手術が行われた。

【細胞所見】背景には壊死様物質がみられ、その中に篩状構造を示す大型な異型細胞集塊が出現していた。やや小型で核腫大し、クロマチンの増量、核形不整を伴い、一部は核小体が目立っていた。また集塊の周囲には核腫大し、核異型の強い細胞が孤在性に認められた。

【肉眼所見】大きさ86×72×48mm大の検体が提出された。割面で皮膚や外耳壁へ浸潤する50×40×38mm大の境界不明瞭な腫瘍がみられた。

【組織所見】核小体明瞭な核と好酸性胞体を持つ紡錘型の細胞が密に増生しており、偽腺腔の構造はみられたが、組織学的に腺様嚢胞癌を示唆する像は認められなかったため、免疫組織化学染色を加えた結果、S-100, SMA, CD99が陽性、Desmin, CD34, AE1/3, HMB-45, MyoD1が陰性であった。以上の所見よりsarcomaと診断した。

【まとめ】穿刺吸引細胞診の標本を再検すると、腺様嚢胞癌と診断したが集塊を形成している細胞は核異型が強い紡錘型の細胞であった。篩状構造は腺様嚢胞癌の細胞診断における重要な所見の一つであるが、その所見に捉われすぎず、核異型や細胞形態にも注意して診断することが大切だと思われる。

## P-1-140 耳下腺上皮筋上皮癌の一切除例

国立病院機構福山医療センター<sup>1)</sup>, 産業医大第二病理学講座<sup>2)</sup>

○渡辺次郎(MD)<sup>1,2)</sup>, 中山敏幸(MD)<sup>2)</sup>

【症例】7mm大の左耳下腺腫瘍。48歳女性。MRIでは多形腺腫などの良性腫瘍が疑われた。

【穿刺吸引細胞所見】短紡錘形を示す小型でN/C比の高い細胞が、結合性のよい集塊としてみられた。背景に間質性粘液や壊死・炎症は認めず、基底細胞や筋上皮細胞の単一な増生を思わせる細胞像であった。細胞由来、良悪性の判別が難しい所見であったため、診断は「良性腫瘍の疑い」とした。

【手術】耳下腺の部分切除、耳下部リンパ節の採取が行われた。

【肉眼および組織所見】大きさ6×4mmの、割面白色充実性の腫瘍であった。結合織性の線維性被膜を有し、内部は小腺管の単一な増殖から成った。上皮の異型はさほど強くなく、核分裂像はほとんど見られず、壊死もなく、わずかに被膜内浸潤様の所見はみられるものの、被膜外浸潤は認めなかった。また、明らかな脈管侵襲はなく、リンパ節にも転移は見られなかったため良悪性の判定は困難であった。筋上皮腫や基底細胞腺腫（あるいは癌）を疑い、免疫染色を行った。結果、腺管の内腔を構成する上皮はAE1/AE3, CAM5.2に陽性。その外側を裏打ちする細胞はCK5/6, P63に陽性と二相性を示したことから、上皮筋上皮癌と診断した。なお、MIB-1陽性率は高だか2-3%であった。

【結語】組織診断が付いたあと再度細胞像を見返した。しかし、PapanicolaouとGiemsa染色では二相性は明らかでなく、上皮細胞と筋上皮細胞の区別はつかなかった。細胞像からこの症例の悪性を指摘することは困難で、上皮筋上皮癌の確診を得るには細胞診でも免疫が必要ではないかと思われた。

## P-1-141 耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の1例

産業医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学医学部第2病理学<sup>3)</sup>

○岡 春子(CT)<sup>1)</sup>, 小原光祥(CT)<sup>1)</sup>, 藤原 仁(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤 斉(CT)<sup>1)</sup>, 光田成未(CT)<sup>1)</sup>, 恒成徳子(CT)<sup>1)</sup>, 松山篤二(MD)<sup>2)</sup>, 島尻正平(MD)<sup>2)</sup>, 野口紘嗣(MD)<sup>3)</sup>, 中山敏幸(MD)<sup>2,3)</sup>

【はじめに】上皮筋上皮癌は、導管上皮成分と淡明筋上皮成分の二相性パターンを示す低悪性度の癌とされており、全唾液腺腫瘍の約1%とまれな腫瘍で唾液腺悪性腫瘍の2%を占める。今回我々は右耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。右耳下腺の腫瘍を自覚し、精査目的で当院耳鼻科受診。MRIで右耳下腺浅葉に径15mm大の被膜を有する腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診で多形腺腫疑いとした。3か月後に耳下腺腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】筋上皮由来と思われる小型裸核状細胞とやや大型で核小体の目立つ裸核状細胞を背景に、軽度重積性を示す大小の細胞集塊を認め、一部には腺腔構造が見られた。小型卵円形核で核クロマチンに富む細胞を導管上皮細胞、やや大型核で核小体の目立つ淡明な広い細胞質を有する細胞を淡明筋上皮細胞と考えた。また、皮脂腺細胞様の細胞集塊や、ライトグリーン好性の基底膜様物質も一部に出現していた。

【組織所見】境界明瞭な黄白色・充実性の腫瘍で、やや高円柱状の上皮細胞成分とその周囲に短紡錘形～類円形で淡明な細胞質を有する筋上皮細胞成分との二相性の増殖からなり、軟骨粘液腫様の間質は見られず、上皮筋上皮癌と診断された。

【まとめ】上皮筋上皮癌は、導管上皮細胞と淡明筋上皮細胞の2種類の腫瘍成分を認識することが重要であり、上皮筋上皮癌の特徴を理解し鑑別の一つとして念頭に置く必要があると考えた。

## P-1-142 耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の2症例

赤穂市民病院臨床検査部病理<sup>1)</sup>, 赤穂市民病院産婦人科<sup>2)</sup>, 京都府立医科大学附属病院病院病理部・病理診断科<sup>3)</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>4)</sup>, 京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>5)</sup>

○山本美智子(CT)<sup>1)</sup>, 植良 紋(CT)<sup>1)</sup>, 林 優子(CT)<sup>1)</sup>, 東田太郎(MD)<sup>2)</sup>, 森永友紀子(MD)<sup>3)</sup>, 原 重雄(MD)<sup>4)</sup>, 中嶋安彬(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】全唾液腺腫瘍の約1%と稀な腫瘍である上皮筋上皮癌の耳下腺発生例について、本学会への既報告一例とも比較し、細胞学的・組織学的検討を行った。

【症例】70歳代、女性。BJ型多発性骨髄腫で化学療法中。ネフローゼ症候群及び糖尿病。子宮筋腫手術後癒着性イレウスの既往。右耳下腺の結節を指摘され耳鼻科受診。穿刺吸引細胞診を施行され、低悪性度腫瘍の可能性も考慮され、腫瘍摘出術が行われた。切除後の局所再発・転移は現時点では認められていない。

【細胞所見】核小体の目立つ卵円形核の細胞集塊が認められ、腺管様構造を思わせる細胞と筋上皮様細胞とが混在する。

【病理組織所見】線維性被膜に覆われた単結節性の境界明瞭な白色腫瘍で、胞体の明るい筋上皮様細胞が上皮性腺管構造を取り囲む、二層構造を呈し、上皮筋上皮癌に合致し、索状・梁柱状の基底細胞状の増生も見られる。免疫染色で、管腔形成上皮性細胞はCAM5.2+, CK7+, p63-, CK5/6-, 筋上皮性細胞はCAM5.2-, CK7+, p63+, CK5/6+で、CK7は腺管状上皮細胞により明瞭である。

【前回報告例との比較】既報告一例も耳下腺発生で、前回の細胞像で見られた細胞集塊内部の上皮性粘液と辺縁に異染性を示す間質性粘液、皮脂腺への分化様を思わせる細胞、等は今回は明瞭でなく、組織像で、前回症例に見られた皮脂腺への分化様所見、被膜外浸潤、神経周囲浸潤なども、今回は明瞭ではなかった。

【まとめ】粘液様物質を容れた上皮細胞集塊や、上皮性腺管を取り囲む筋上皮細胞様細胞という二層構造を細胞診で認めた時は、腺様嚢胞癌の可能性等の他、上皮筋上皮癌の可能性も念頭に置き、集塊の出現様式や細胞所見を詳細に観察すべきである。



### P-1-143 診断に苦慮した舌根部原発 炎症性筋線維芽細胞腫瘍の1例

鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部附属病院器官病理学分野<sup>2)</sup>

○持田洋利(CT)<sup>1)</sup>, 桑本聡史(MD)<sup>1)</sup>, 大野千恵子(CT)<sup>1)</sup>, 遠藤由香利(CT)<sup>1)</sup>, 松重貴大(CT)<sup>1)</sup>, 山田恭子(CT)<sup>1)</sup>, 牧嶋かれん(MD)<sup>1)</sup>, 野坂加苗(MD)<sup>2)</sup>, 堀江 靖(MD)<sup>1)</sup>, 梅北善久(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】炎症性筋線維芽細胞性腫瘍(IMT)は, 炎症細胞浸潤を伴う筋線維芽細胞の増殖を特徴とする稀な腫瘍である。今回我々は, 非典型像を示し診断に苦慮したIMTの1例を経験したので報告する。

【症例】10歳代男性。自覚症状なく, 鏡を見た際に舌に腫瘤を認めたため耳鼻科を受診。視診にて舌根部に28mm大の表面平滑な腫瘤を認め, 穿刺吸引細胞診を施行, その後摘出術が行われた。

【細胞所見】小型紡錘形細胞が密な束状配列を示す比較的結合性の強い集塊として出現していた。個々の細胞は均一で大小不同性は乏しく, 核クロマチンは微細顆粒状, 核小体は不明瞭であった。背景に炎症細胞は殆ど認めなかった。神経鞘腫等の間葉系腫瘍が疑われ, 判定は良悪性判定困難とした。

【組織所見】上皮下に小型紡錘形の核と好酸性胞体を有する細胞が高い細胞密度を示して束状に配列し, 一部でpalisadingを伴っていた。核異型は乏しいものの, 核分裂像を2個/10HPF認めた。背景の炎症細胞浸潤はごく軽度であった。増生細胞は $\alpha$ -SMA, Desminに陽性で, MIB-1 indexは約10%と高く平滑筋肉腫の可能性も疑われたが, 追加の免疫染色にてALKにびまん性陽性を示し, IMT, compact cellular patternの診断となった。

【考察】本症例では好酸性の紡錘形細胞の密な増殖や炎症細胞浸潤の乏しさ, 発生部位の非典型性から診断に苦慮した。IMTは比較的多彩な像を示すことに留意しつつ, 若年者において上記のような細胞所見を認めた場合には, 本症を積極的に鑑別に挙げていくことが肝要と思われた。

### P-1-144 悪性腫瘍との鑑別に苦慮した毛母腫の2症例

名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部<sup>1)</sup>, 名古屋第一赤十字病院病理部<sup>2)</sup>

○村上佳穂(CT)<sup>1)</sup>, 郡司昌治(CT)<sup>1)</sup>, 山下比鶴(CT)<sup>1)</sup>, 杉山知咲季(CT)<sup>1)</sup>, 藤野雅彦(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤雅文(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】毛母腫(石灰化上皮腫)は, 毛球部内の毛母基や毛幹への分化を示す良性皮下腫瘍であり, 若年者の上肢, 頸部, 顔面に好発する。腫瘍は好塩基性細胞と淡好酸性で核の消失した陰影細胞から構成され, 両者には移行像がみられる。好塩基性細胞はN/C比が高く, 核が濃染するため細胞診では悪性腫瘍との鑑別を要する。今回我々は, 診断に苦慮した2症例を経験したので報告する。

【症例1】15歳女性, 1年前から徐々に増大する右耳下部腫瘤にて受診した。腫瘍は30×35mmで硬く, 可動性は良好であった。前医CT検査にて耳下腺圧迫所見と多発リンパ節腫脹が認められた。

【症例2】26歳女性, 半年前から徐々に増大する左耳下部腫瘤にて受診した。腫瘍は22×26mmで硬く, 一部皮膚との癒着があったが可動性良好であった。

【細胞所見】両症例で核クロマチンが細顆粒状に増量し, 複数個の核小体を有する小型類円形の裸核状細胞集塊を認めたため, 症例1では悪性腫瘍を疑った。症例2では背景に無核の扁平上皮様細胞, 石灰化小体, 多核組織球が認められ, さらに若年女性の頸部皮下腫瘍であることから毛母腫が疑われたが, 悪性腫瘍が否定できず, 良悪判定困難と診断した。

【組織所見】両症例とも淡好酸性の細胞質を有し, 核の消失した陰影細胞と小型円形核を有する好塩基性細胞が増生しており, 移行像が認められた。間質には石灰化や異物肉芽腫の形成がみられ, 毛母腫と診断された。

【まとめ】毛母腫の診断には年齢や発生部位などの臨床情報が重要である。特に若年者の皮下腫瘤穿刺から多核組織球や石灰化小体と共に, 無核化した扁平上皮様細胞やN/C比が高い小型円形細胞が採取された場合, 毛母腫を鑑別に上げる必要がある。

### P-1-145 頸動脈小体に発生したパラガングリオーマの1例

公益財団法人東京都保健医療公社豊島病院検査科・病理診断科

○柴崎洋子(CT), 窪田知美(CT), 久和美咲(CT),  
小池 昇(CT), 秋田英貴(MD), 鄭 子文(MD)

【はじめに】パラガングリオーマは傍神経節細胞に由来した神経内分泌腫瘍で、そのうち副腎に発生したものは褐色細胞腫、副腎外に発生したものがパラガングリオーマとされている。

今回、頸動脈小体に発生したパラガングリオーマを経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。アレルギー鼻炎で近医受診時に左頸部の皮下腫瘍を指摘され、精査加療目的で当院を受診した。頸部超音波検査及び頸部MRIで、左総頸動脈分岐部に血流に富む約3cm大の腫瘍を認め、頸動脈小体腫瘍と診断し、腫瘍摘出術を施行した。

【肉眼所見】提出された腫瘍は2.8×2.8×1.3cm大で、被膜様結合織に覆われた黄色調軟な充実性病変で、一部に赤色調の部分を伴っていた。

【捺印細胞診所見】腫瘍細胞は比較的小型な多角形細胞で、時々大型核をもつ大型細胞が見られる。胞体は細顆粒状で豊富、偏在性の類円形核をもち、やや粗い顆粒状のクロマチンと小型な核小体を有する。小集団ないし散在性に見られ、集団にはロゼット状や索状の配列を認める。

【組織所見】淡明ないし好酸性の細胞質を有する多角形の細胞が、血管結合織性の間質を伴い、充実性あるいは胞巣状(Zellballen配列)に増殖している。所により明瞭な核小体も見られる。これらの腫瘍細胞は、免疫組織化学染色で神経内分泌マーカーにびまん性に強陽性を呈した。以上の所見よりパラガングリオーマと診断された。核分裂像は乏しくki-67陽性率は1%未満で、リンパ管および静脈侵襲は認めなかった。

【考察】最終診断には免疫組織化学染色が必要であるが、細胞診所見における腫瘍細胞の特徴は組織所見と同様であり、診断の一助になり得ると考えられる。

### P-1-146 口腔擦過細胞診の細胞像 従来法とLBC法の比較

九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野

○矢田直美(DDS), 松尾 拡(DDS)

【はじめに】口腔擦過細胞診は口腔がん検診、病院でのスクリーニング検査で導入する施設が多くなっている。従来法による直接塗沫による標本を作製している施設も多いが、従来法は術者の技量に左右されやすい。液状化検体法(LBC法)は術者の技量に左右されにくい。LBC法による標本作製を行う施設が増えている。口腔擦過細胞診での従来法とLBC法の細胞像を比較した報告は少ない。今回、口腔擦過細胞診検体の従来法とLBC法の細胞像を比較した。

【方法】対象は細胞診と組織診が行われた症例で、細胞診・組織診断の内訳はNILM判定の扁平上皮過形成5例、LSIL判定の上皮異形成5例、HSIL/SCC判定の扁平上皮癌5例、正常頬粘膜2例。細胞診の採取器具は歯間ブラシで、最初に擦過した検体は直接塗沫を行い、次に再度同部位を擦過し、ThinPrep(HOLOGIC)の非婦人科バイアルにすすいだ。LBC標本は、ThinPrep2000により標本作製を行った。顕微鏡写真を撮影後、角化およびライトグリーン好性の異型細胞について細胞計測(細胞径、核径、濃度)をおこない、従来法とLBC法の細胞を比較した。

【結果およびまとめ】従来法に比べ、LBC法は細胞径、核径はやや膨化し、クロマチンは淡くなった。従来法とLBC法の細胞像は異なり、それぞれの細胞像の特徴をとらえる必要がある。また、細胞計測以外の背景および核形などについても報告予定である。

### P-1-147 口腔細胞診における細胞採取器具と細胞回収量の関連

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>1)</sup>, カワラダ歯科・口腔外科<sup>2)</sup>, 諏訪歯科診療所<sup>3)</sup>, 大同病院歯科口腔外科<sup>4)</sup>, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野<sup>5)</sup>

○諏訪若子(DDS)<sup>1,2)</sup>, 江原道子(DDS)<sup>1)</sup>, 諏訪裕彦(DDS)<sup>1,3)</sup>, 中尾寿奈(DDS)<sup>1)</sup>, 松原 誠(DDS)<sup>4)</sup>, 川原田幸司(DDS)<sup>1,2)</sup>, 永山元彦(DDS)<sup>1)</sup>, 住友伸一郎(DDS)<sup>5)</sup>, 田沼順一(DDS)<sup>1)</sup>

【はじめに】口腔癌の早期発見・早期治療の重要性がクローズアップされてきており、口腔粘膜病変に対する細胞診を口腔がん検診へ応用する動きも活発になってきている。しかしながら、細胞診を採取する歯科医師の技量または採取器具によっては、不適検体となることも少なくない。そこで我々は、細胞診採取器具、粘膜の部位および採取者の技量による採取される細胞数の相違を比較検討した。

【研究材料と方法】学生ボランティアの舌縁、歯肉および頬粘膜より粘膜上皮細胞を採取し、ThinPrepを用いて細胞を回収した。採取器具は、歯間ブラシ(IDB)と、口腔粘膜細胞採取用ブラシ(Orcellex Brush:OB)を用いた。回収した細胞は、セルカウンターを用いて細胞数を計測した。細胞採取は、細胞診採取に未だ熟練していない学生と、口腔外科専門医・指導医が行った。

【結果】学生による採取における細胞採取量は、頬粘膜でOBよりIDBの方が多く、歯肉および舌ではOBの方が多かったが、いずれの部位においても、Papanicolaou染色を施した標本は検鏡するに十分な細胞採取がなされていた。採取者によるばらつきはどの部位においてもIDBによる採取のほうが大きかった。

【まとめ】頬粘膜の細胞採取は、ブラシの柄が柔軟なOBでは擦過しづらいとの感想が聞かれ、採取された細胞数もIDBの方が多い傾向を認めたが、採取者間のばらつきが少なかったこと、細胞診を判定する上で十分な細胞数が採取されていることより、OBブラシとLBCの併用は、口腔領域の細胞診採取の担い手である開業歯科医により採取された検体の精度向上につながると考える。

### P-1-148 当院における口腔細胞診の疑陽性例(class3)の細胞学的検討

香川大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 高松赤十字病院病理科<sup>3)</sup>, 済生会今治病院病理診断科<sup>4)</sup>

○郷田 衛(CT)<sup>1)</sup>, 大通清美(CT)<sup>1)</sup>, 宮本加菜(CT)<sup>1)</sup>, 片倉和哉(CT)<sup>1)</sup>, 本山陸美(CT)<sup>1)</sup>, 松永 徹(CT)<sup>1)</sup>, 井上耕祐(MD)<sup>2)</sup>, 伊吹英美(MD)<sup>2)</sup>, 石川 亮(MD)<sup>2)</sup>, 香川聖子(MD)<sup>2)</sup>, 門田球一(MD)<sup>2)</sup>, 串田吉生(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次(MD)<sup>1,2)</sup>, 香月奈穂美(MD)<sup>3)</sup>, 坂東健次(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】口腔がんは希少がんの一つとされながら、死亡者数は年間約7,000人を超え、罹患者数も増加傾向にある。当院でも口腔細胞診の検体数は増加しており、炎症や再生性変化も含めた細胞像の評価では判定に苦慮する例も少なくない。我々は、当院における術前の口腔細胞診の疑陽性例(class3)について、直接擦過法と液状化細胞診(LBC法)を併用し、新報告様式を用いた再検討を行ったので報告する。

【対象と方法】平成24年1月～平成27年12月の間に提出された口腔細胞診検体のうち、術前に疑陽性(class3)と診断された25症例を対象とし、細胞像を中心に病理組織像との比較検討を行った。尚、検討には新報告様式を採用し、複数の細胞検査士とともに形態的な再評価を行った。

【結果】対象とした25症例のうち、新報告様式ではNILM2例、LSIL2例、HSIL15例、SCC4例、検体不適(判定不能)2例であった。組織診では、扁平上皮癌15例、OIN/CIS3例、Leukoplakia1例、陰性1例であった。

【まとめ】SCC～HSILと診断された症例では、核クロマチンの増量を伴った異常角化細胞とともに深層型異型細胞も出現しており、異型細胞に多様性がみられた。LSILでは表層型の細胞に核異型が認められたが、核クロマチンの増量に乏しい症例や、再生上皮との鑑別に苦慮する症例もみられた。また、検体採取時の乾燥による判定不能症例もみられた。今後も症例を追加し、検討が必要であると思われた。

## P-1-149 口腔に発生した Nodular Fasciitis の一例

亀田総合病院歯科口腔外科<sup>1)</sup>, 亀田総合病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 亀田総合病院臨床病理科<sup>3)</sup>

○西久保周一(DDS)<sup>1)</sup>, 渡邊伸也(DDS)<sup>1)</sup>,  
 小山芳徳(CT)<sup>2)</sup>, 渡邊光男(CT)<sup>2)</sup>, 松本信雄(CT)<sup>2)</sup>,  
 熊田香織(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤奈緒美(CT)<sup>2)</sup>, 角田敏一(CT)<sup>2)</sup>,  
 伊菅大貴(CT)<sup>2)</sup>, 下岡友子(CT)<sup>2)</sup>, 星 和栄(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】結節性筋膜炎(Nodular Fasciitis)は, 病理組織学的に繊維芽細胞及び筋線維芽細胞の肉種様増殖をみる反応性病変で口腔内に発生することは極めて稀である。今回, 我々は下顎臼後に発生した Nodular Fasciitis を経験したので報告する。

【症例】50歳代, 女性。下顎右側臼後部の腫脹を主訴に受診。下顎右側臼後部に15×20mm大の弾性硬の非可動性腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診にてClass2, 組織診にてSpindle cell tumor(no evidence of malignancy)と診断され, 腫瘍摘出術を施行した。

【細胞所見】血性・炎症細胞を背景に, 上皮様細胞の増生像がみられた。上皮様細胞の核は短紡錘形で腫大し, 間質を軸に乳頭様の集塊が出現し, 腫瘍性病変を考えるが, 核異型が乏しく, 悪性を積極的に疑う所見は認められなかった。

【組織所見】楕円形の核を有する紡錘形細胞の結節性増殖よりなり, 炎症性細胞を伴い, 核分裂像は認めるが核異型などの悪性所見は乏しかった。腫瘍中心部では毛細血管の増加と赤血球, リンパ球の混在を認めた。免疫組織化学的所見ではsmooth muscle actinが僅かに陽性所見を示し, S-100蛋白及びCD34は陰性で, MIB-1 index 10%であった。この結果, Nodular Fasciitis が最も考えられた。

【まとめ】本疾患は急速な発育傾向を示し, MIB-1 indexも高値を示すことから病理組織学的には悪性腫瘍との鑑別に注意を要する。

## P-1-150 Granular cell ameloblastoma の一例

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

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

【はじめに】Granular cell ameloblastoma(GCA)の発生頻度はameloblastoma全体の約3.5%と稀な疾患である。GCAはameloblastomaの中でも好酸性顆粒細胞出現を特徴とする特殊型に分類される。今回我々は下顎骨内より穿刺吸引され, GCAが疑われた一例を経験したので報告する。

【症例】60代, 男性。近医の歯科医よりエナメル上皮腫の可能性を指摘され, 当院受診。下顎骨穿刺吸引細胞診でClass3, 同部位より切除された組織検体でGCAと診断されたため, 下顎骨骨体部離断術及び腸骨再建術が施行された。

【細胞所見】炎症性背景に, 小型の異型細胞が小集塊を形成し認められた。腫瘍細胞は細胞質に好酸性顆粒を有し, 核は小型で楕円形～三日月状, 一部に核形不整を伴っていた。N/C比が低く, 核内封入体や核溝が観察された。GCAや顆粒細胞腫等が疑われたため, class3と診断された。

【組織所見】腫瘍は下顎正中～左側にかけて, 歯根尖部に連続する嚢胞を認め, 皮質骨の吸収を呈していた。腫瘍細胞はシート状や索状増殖を主体とした腫瘍胞巣を形成し, 胞巣辺縁部は立方状細胞が観察された。また, これらの病変と連続性に核偏在性の好酸性顆粒細胞を認めた。免疫組織化学的には, S-100陰性であった。以上より, GCAと診断された。

【考察】口腔内における好酸性顆粒細胞を有する病変では, GCAの他に顆粒細胞腫が挙げられる。鑑別点として核内封入体やS-100の発現の有無が重要となる。顆粒細胞腫やその他の腫瘍との鑑別について, 細胞学的所見を中心に免疫組織化学的検討も併せて報告する。



## P-1-151 当院における鼻汁細胞診についての検討

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

○萩原範子(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤 仁(CT)<sup>1)</sup>, 宮嶋葉子(CT)<sup>1)</sup>, 芹澤昭彦(CT)<sup>1)</sup>, 加戸伸明(CT)<sup>1)</sup>, 才荷 翼(CT)<sup>1)</sup>, 町田知久(CT)<sup>2)</sup>, 井野元智恵(MD)<sup>3)</sup>, 梶原 博(MD)<sup>3)</sup>, 中村直哉(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】鼻腔腫瘍は稀な腫瘍であるが, 嗅覚機能や容姿の問題など患者の QOL に直結するため, 早期診断・治療が重要といえる。本腫瘍は一般的に穿刺吸引にて細胞採取することが多いが, より侵襲が低い鼻汁で診断しえた症例も少数報告されている。そこで今回我々は, 当院における過去 10 年間の鼻汁細胞診の成績について検討したので報告する。

【対象と方法】当院において鼻腔腫瘍が疑われ, 鼻汁細胞診が施行された 53 症例のうち組織診が行われた 36 症例を対象とした。内訳は, 悪性腫瘍 18 例(扁平上皮癌 7 例, 悪性リンパ腫 5 例, 悪性黒色腫 4 例, 腺様嚢胞癌 1 例, 横紋筋肉腫 1 例), 炎症および良性腫瘍 18 例である。細胞診結果と組織診結果の良悪性の一致率を算出し, さらに悪性腫瘍の組織型の一致率についても検討を行った。

【結果】細胞診と組織診の良悪性の一致率は 97% (35 例/36 例) であった。不一致であった 1 例は, 組織診で扁平上皮癌の診断であったが, 細胞診標本には炎症細胞のみが採取おされたり, 明らかな腫瘍細胞は認めなかった。悪性腫瘍の組織型別一致率では, 悪性黒色腫 100% (4 例/4 例), 腺様嚢胞癌 100% (1 例/1 例), 扁平上皮癌 71% (5 例/7 例), 悪性リンパ腫 80% (4 例/5 例), 横紋筋肉腫 0% (0 例/1 例) であり, 全体の一致率は 78% (14 例/18 例) であった。

【まとめ】今回当院における過去 10 年間の鼻汁細胞診について組織診結果との比較を行った。鼻汁細胞診は, 穿刺吸引細胞診より侵襲が低く自然剥離した細胞を回収するため細胞採取量が少なく診断が困難と思われたが, 今回の検討の結果, 組織診結果との一致率は高く, 鼻腔腫瘍の診断に有用と考えられた。

## P-1-152 当院で経験した分泌癌の 1 例

大阪労災病院中央検査部病理<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 生長会府中病院病理診断科<sup>3)</sup>, 弘前大学大学院病理診断学<sup>4)</sup>

○浦芝 敬(CT)<sup>1)</sup>, 三村明弘(CT)<sup>1)</sup>, 岡部美由紀(CT)<sup>1)</sup>, 小倉啓介(CT)<sup>1)</sup>, 金田香央里(CT)<sup>1)</sup>, 森 秀夫(MD)<sup>2)</sup>, 三輪秀明(MD)<sup>2)</sup>, 原田博史(MD)<sup>3)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】唾液腺の分泌癌は組織学的に乳腺のものと同等であり, WHO 分類第 4 版で新たに記載された。今回, 我々は分泌癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代・男性

【既往歴】特記事項なし

【主訴】数年前より左耳下部腫瘤を自覚していたが, 疼痛を認めないため放置。

【現病歴】左耳下部腫瘤精査目的で当院受診され, 触診上耳下腺腫瘍を疑い, FNA 細胞診を施行した。

【細胞所見】組織球を背景に, 散在性異型細胞の中に, シート状集塊, 腺腔状, 乳頭状などの集塊を認めた。腺腔内には, 分泌物を認め, ギムザ染色で一部異染性を呈していた。異型細胞の細胞質はライトグリーン好性で顆粒状, 泡沫状, 空胞状を呈していた。核は類円形で核小体を有する細胞も認めたが, クロマチンの増量, 核の大小不同は認めなかった。

【組織所見】腫瘍は, 好酸性分泌物を容れた大小の嚢胞状構造の集簇よりなり, 好酸性泡沫状で, 空胞を有する細胞質と類円形で核小体の目立つ核を有する均一な細胞の増生からなっていた。特殊染色で好酸性分泌物は PAS 染色, Alcian 青染色陽性であり, 免疫染色では, 腫瘍細胞は AE1/AE3, CAM5.2, S-100 陽性, SMA, GFAP, p63 陰性であった。遺伝子学的に, ETV6-NTRK 融合遺伝子が検出されたため, 分泌癌の診断となった。

【考察】本症例は, 乳腺分泌癌に特徴的である葡萄の房状構造を示す像も認め, 乳腺分泌癌に類似していると思われた。また, 分泌癌は腺房細胞癌の spectrum であった一群が分離独立したもので, 単に形態的観点からの鑑別は難しいが, ギムザ染色での異染性も有力な鑑別所見の一つと考えられた。

## P-1-153 乳腺相似分泌癌 (MASC) の1例

福岡市医師会臨床検査センター<sup>1</sup>, 九州大学病院病理診断科・病理部<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理<sup>3</sup>

○高岡久美子(CT)<sup>1</sup>, 椎葉 満(CT)<sup>1</sup>, 大塚亮子(CT)<sup>1</sup>, 藤本久美子(CT)<sup>1</sup>, 辻 雅子(CT)<sup>1</sup>, 飯田直之(CT)<sup>1</sup>, 乙成満里子(CT)<sup>1</sup>, 綿野由美子(CT)<sup>1</sup>, 藤 順子(CT)<sup>1</sup>, 大石善丈(MD)<sup>3</sup>, 山元英崇(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】乳腺相似分泌癌 (Mammary analogue secretory carcinoma; 以下 MASC) は, 2010年に Skalova らによって報告された唾液腺悪性腫瘍で, 乳腺の分泌癌に類似した組織像を示すとともに, 乳腺分泌癌と同じ遺伝子変異 t (12; 15) (p13; q25)/*ETV6-NTRK3* 融合遺伝子を有することが特徴である。従来, 腺房細胞癌の亜型(特に乳頭嚢胞型, 濾胞型)と分類されていた腫瘍の中に, このような例が存在することから, 新たな疾患概念として確立された。なお, MASCは2017年版のWHO分類では, 分泌癌 (Secretory carcinoma) として記載されている。

【症例】40歳代, 女性。4カ月前より, 右耳下腺部の腫瘍を自覚。2カ月前, 近医受診時に圧痛があり, 抗生物質を処方されたが改善せず, FNAが施行され, 細胞診断は, ClassIV suspicious for malignancy (MASC susp)であった。一旦, 別の病院へ紹介されるも検査等を行われず, 再紹介受診となった病院で右耳下腺摘出術が行われ, MASCと組織診断された。

【細胞像】赤血球と組織球の嚢胞性背景に, 軽度の核腫大, 核小体を認める小型~乳頭状の細胞集塊が出現している。細胞質は比較的豊富で, 空胞形成もみられた。

【組織像】出血背景に, 円形~卵円形の核, 微細空胞を伴うエオジン好性あるいは泡沫状の細胞質を有する腫瘍細胞が, 乳頭状, 微小嚢胞状, 濾胞状に増殖しており, 嚢胞および濾胞内には好酸性の分泌物が認められた。免疫組織化学染色では, S-100陽性, mammaglobinとGCDFP15は一部陽性, RT-PCR法およびDirect sequence法にて*ETV6-NTRK3*融合遺伝子が検出された。以上より, MASCと診断された。

【まとめ】今回, 稀な唾液腺腫瘍であるMASCの一例を経験したので, 報告する。

## P-1-154 細胞診断に苦慮した充実性成分が混在する顎下腺由来の腺様嚢胞癌の一例

JA 神奈川県厚生連相模原協同病院<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>2</sup>

○岩本慶太(CT)<sup>1</sup>, 川井麻衣子(CT)<sup>1</sup>, 松岡伶美(CT)<sup>1</sup>, 和田光平(CT)<sup>1</sup>, 林 修平(CT)<sup>1</sup>, 白井正広(CT)<sup>1</sup>, 風間暁男(MD)<sup>1</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2</sup>, 高木正之(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】腺様嚢胞癌は導管上皮様細胞と腫瘍性筋上皮細胞から構成され, 組織学的に篩状構造, 腺管形成, あるいは充実性胞巣の混在からなる悪性腫瘍である。今回我々は, 左顎下腺に発生した篩状構造と充実性成分が混在する腺様嚢胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。2か月前より左下顎部のしこりを自覚し他院を受診。その後, 精査目的にて当院を紹介受診されMRI上22×18×14mmの腫瘍を認めた。術前に左顎下腺のFNAが施行され, その後, 左顎下腺摘出術が行われた。

【細胞所見】出血性背景に, 小型~中型でN/C比の高い腫瘍細胞が集塊状に出現。集塊は不規則な重積がみられた。一部に間質様粘液を認めるものの明らかな球状硝子様物質は認められなかった。鑑別として多形腺腫, 腺様嚢胞癌が挙がり, 鑑別困難と判定した。

【組織所見】著明な粘液腫状の間質を背景に, 核クロマチンの増量を示す腫瘍細胞の小胞巣がみられた。腫瘍は篩状構造を呈し, 一部では充実性成分を示す胞巣も認められた。免疫染色では, Laminin, Type IV collagenが偽嚢胞腔の基底膜に,  $\alpha$ -SMAが筋上皮由来の腫瘍細胞に陽性所見を呈し, 腺様嚢胞癌と診断された。

【考察】組織診では特徴的な偽嚢胞腔がみられたことから腺様嚢胞癌との診断に至ったが, 細胞診では篩状構造がほとんどみられず判定に苦慮した。主に腫瘍の充実性から採取された可能性が考えられた。

【結語】腺様嚢胞癌は腫瘍の増殖パターンによって特徴的な細胞像が得られない可能性があり, 今回のように充実性成分を多く認める場合などはその点を考慮し, スクリーニングすることが求められる。

### P-1-155 細胞診, 組織診ともに診断困難であった, 低悪性度粘液性類表皮癌の1例

広島市民病院病理診断科

○近藤美咲(MT), 田川幾代(CT), 高木伸治(CT),  
坂田かなえ(CT), 喜多真理子(CT), 戸井紳二(CT),  
守都敏晃(MD), 山崎理恵(MD), 谷口恒平(MD),  
市村浩一(MD)

【緒言】唾液腺腫瘍は多彩な細胞像, 組織像を示し, 典型的な像を示す場合を除き, 常に診断には困難が伴う。今回我々は, 細胞像のみならず, 組織像も確定診断が困難であった, 低悪性度粘液性類表皮癌の1例を経験した。

【症例】30代女性。数年前より左耳下部に腫瘤があり, 多型腺腫の臨床診断にて, 吸引穿刺細胞診が行われた。細胞像は, 多量の粘液を背景に, 泡沫状の胞体の細胞, 紡錘形の細胞を孤在性, 小集塊状に少数認めた。背景粘液は May-Giemsa 染色で異染性はみられなかった。一部細胞に粘液を有するものが存在した。それぞれの細胞はいずれも核異型に乏しく, 良悪性を含め断定的な診断が出来なかった。耳下腺摘出術が施行され, 粘液を容れる多房性腫瘍が提出された。組織像では, 豊富なリンパ組織を有する壁と, 杯細胞の形態を有する単層から多列上皮によって裏打ちされる多房性嚢胞であった。ワルチン腫瘍が鑑別に挙がり確定診断が難しかったが, 杯細胞が広範囲であること, 上皮の形態, 増殖形態より, 低悪性度粘液性類表皮癌と診断した。約1年後, リンパ節転移巣として再発した。原発巣, 転移巣の細胞診・組織診を比較し提示する。

【まとめ】唾液腺腫瘍の大部分は多型腺腫とワルチン腫瘍であり, それらに類似した細胞像を示す場合には, 良悪性を含め診断が難しいことがある。本症例のような杯細胞を伴うワルチン腫瘍類似形態を示す腫瘍としての粘液類上皮癌は稀であるが, 注意深い検討が望まれる疾患である。

### P-1-156 腭神経内分泌腫瘍の1剖検例

地方独立行政法人市立東大阪医療センター病理診断科

○千原 剛(MD), 佐藤路子(CT), 芦村美奈子(CT),  
篠原千恵(CT), 山内 周(MD)

【はじめに】腭神経内分泌腫瘍は比較的稀な腫瘍である。今回我々は, 生前に診断することが出来ず, 剖検により判明した腭神経内分泌腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。肝機能異常の精査で腹部エコーおよびCTが施行されたところ腭頭部に5cm程度の腫瘤が発見された。腭頭部癌が疑われたことからERCPによる膵管および胆管の擦過細胞診が2回, EUS-FNAによる膵生検が1回施行されたが, 全て陰性あるいは陰性再検と判定した。腫瘤形成性肺炎の可能性が考えられたことからステロイドによる治療が開始された。1ヶ月後の効果判定CTでは腫瘤が軽度縮小したが, 半年後に施行したMRIで腫瘤の増大と多発肝転移が判明したことから, 再度ERCPによる擦過細胞診が施行された。判定を陽性, 推定組織型を腺癌にしたことから, 化学療法(nab-PTX+GEM療法)が開始された。3クール目の効果判定CTにて原発巣の縮小が認められたが, 肝不全による腹水貯留が出現した。腹水コントロールは困難であり, 腎不全および肺炎を合併し永眠された。病理解剖が施行され, 組織診断で腭頭部腫瘍が神経内分泌腫瘍(G1)であることが判明した。

【考察】陰性あるいは陰性再検と判定したERCPおよびEUS-FNAの標本を見直したところ, 神経内分泌腫瘍と推定される緩い結合性を示す小型細胞集塊が少量, 散在性に出現していることが確認された。ただし, 細胞出現量が少なく, 非常に小型でクロマチン増量に乏しい細胞像であったことから腫瘍細胞と認識することが出来なかった。臨床所見と細胞像との間に乖離がある場合には, 本腫瘍の様な異型に乏しい悪性腫瘍も考慮する必要があると考えられる。

### P-1-157 膵 EUS-FNA 細胞診で得た膵腺房細胞癌 4 例の細胞像

大阪府済生会中津病院検査技術部病理検査室<sup>1)</sup>, 大阪府済生会中津病院病理診断科<sup>2)</sup>

○池谷武彦(CT)<sup>1,2)</sup>, 谷村満知子(CT)<sup>1)</sup>, 金井愛加(CT)<sup>1)</sup>, 宮城佳美(MD)<sup>2)</sup>, 仙崎英人(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膵腺房細胞癌 (Pancreatic acinar cell carcinoma, 以下, PACC) は腺房細胞への分化を示す腫瘍で, 外分泌腫瘍の 1~2% と稀な腫瘍である。当院では 2013 年 11 月から 160 件の膵 EUS-FNAC (超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診) が施行され 4 例の PACC を経験したので報告する。

【症例】症例は 60-70 歳代男女各 2 名ずつの 4 症例。CT, PET により腹部腫瘍を指摘され, 画像所見より 1 例は PACC または神経内分泌腫瘍や充実性偽乳頭状腫瘍, 2 例は膵癌, 悪性リンパ腫のほか他に臓器に進行癌があったためその転移, 1 例は GIST が疑われ, EUS-FNAC が施行された。

【細胞像】全例で背景に裸核細胞が散見され 2 例でリンパ球を伴っていた。また, 採取された細胞数は多く, 不規則に重積し血管結合織を伴い腺房様配列も認めた。細胞サイズは 1 例が小型で均一であったのに対し, 3 例では大小不同が目立った。全例細胞質は淡く顆粒状で細胞境界は比較的明瞭な部分を認め, 核は微細顆粒状で核形不整は目立たず, 核小体は 1 ないし 2 個みられた。2 例で多核をみた。その他, ギムザ染色において細胞質の顆粒は不明瞭であったが小空胞を認めた。

【組織像】全例で, 明瞭な核小体と微細顆粒状クロマチンを持つ類円形核と好酸性顆粒状の比較的豊富な胞体を有する腺房細胞に類似した腫瘍細胞が, 腺房構造を模倣して髄様に存在するのを認めた。症例により免疫組織学的に synaptophysin, CA19-9, c-kit, SqCC 抗体等を用いて検討したが, すべて陰性で, 腫瘍細胞は  $\alpha 1$ -antitrypsin,  $\alpha 1$ -antichymotrypsin 抗体で陽性を示し, PACC の診断に至った。

【まとめ】膵 EUS-FNAC で得られた今回の PACC の細胞像が, PACC の判定に有用か他の組織型と比較検討し報告する。

### P-1-158 膵原発巣 EUS-FNA で指摘しえず肝転移巣の生検で診断した膵 hepatoid carcinoma の 1 例

倉敷中央病院病理診断科

○内野かおり(MD), 原田美香(CT), 沖田千佳(MD), 石井文彩(MD), 板倉淳哉(MD), 能登原憲司(MD)

Hepatoid carcinoma は稀な膵腫瘍で, 細胞学的知見も少ない。膵 EUS-FNA 標本では診断にいたらず, 肝転移巣の生検にて確定診断した 1 例を報告する。60 歳代男性。糖尿病増悪を契機に膵頭部腫瘍を指摘された。造影 CT では 4.2 cm 大の遅延濃染する不整形腫瘍で, 膵癌が疑われた。上腸間膜静脈浸潤, 多発肝転移が認められた。EUS-FNA が施行され, 細胞診では, クロマチンが増量した不整形核を有する細胞が, ギムザ染色では大型集塊で, パパニコロウ染色では 10-20 個の小集塊で, あるいは孤在性に認められ, adenocarcinoma とした。組織診では異型上皮細胞が数個認められるのみで, atypical cells とした。化学療法を施行し, 18ヶ月後の時点で原発巣は縮小したが, 肝転移巣は増大した。肝転移巣が多血性で膵管癌の転移としては非典型的であったため, 神経内分泌癌を含めた他の組織型の可能性が指摘された。治療方針決定のため, 肝転移巣の生検が施行され, 好酸性顆粒状胞体の腫瘍細胞が充実性に増殖し, Hep Par-1, Arginase 1 が陽性となり, hepatoid carcinoma と診断した。膵 EUS-FNA 標本の再検討では, 組織標本の腫瘍細胞が少なく免疫染色の評価が困難であったが, 細胞診での大型集塊の出現から, 原発巣も hepatoid carcinoma として矛盾しないと考えた。膵 hepatoid carcinoma は稀であるが, 膵腫瘍の細胞診において充実性髄様の増殖を疑う像をみた場合, 神経内分泌腫瘍, 腺房細胞癌, 充実性偽乳頭腫瘍とともに鑑別にあげることがある。



### P-1-159 胆管擦過細胞診にて腺癌が疑われた Bi- IIN-2 を伴う遠位胆管 adenomyomatous hyperplasia の 1 例

厚生連高岡病院病理診断科

○野本一博(MD), 寺井 孝(CT), 照井雅代(CT),  
中田千里(CT)

【はじめに】胆管に発生する adenomyomatous hyperplasia (以下 AMH) は稀で、癌との鑑別が困難なことも多い。今回われわれは、胆管擦過細胞診にて腺癌が疑われた胆管上皮内腫瘍 (biliary intraepithelial neoplasms : BillN) を伴う、遠位胆管に発生した AMH の 1 切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例は 70 歳代前半の男性。約 50 年前に十二指腸潰瘍にて胃切除術、B-2 再建が施行された。肺癌手術後の CT にて胆嚢底部に 10 mm 大の隆起性病変が認められた。MRI では胆嚢底部腹側に 10 mm 大の広基性隆起性病変が認められ、早期濃染を示し、胆嚢癌が疑われた。下部胆管末端部にも隆起性病変が認められ、胆管癌が疑われた。膵頭十二指腸切除術が施行された。

【細胞診所見】術前の胆管擦過細胞診では、不規則な配列を示す細胞集塊が認められた。細胞はやや大型で N/C 比は高く、核形不整が見られた。腺癌が疑われた。

【組織診所見】遠位胆管の病変は AMH と診断された。総胆管には BiIIN-2 相当の異型上皮が認められた。胆嚢の隆起性病変は hyperplastic polyp と診断された。

【まとめ】胆管の AMH に BiIIN を伴った場合、胆管癌との鑑別は一層困難と思われた。また、本症例のような病態が存在し得ることを認識しておくことが必要と考えられた。

### P-1-160 遠位胆管粘液癌の 1 例

社会医療法人健和会健和会病院病理科<sup>1)</sup>, 社会医療法人  
中信勤労者医療協会松本協立病院外科<sup>2)</sup>

○伊坪哲也(CT)<sup>1)</sup>, 林 誠一(MD)<sup>1)</sup>, 赤澤祥子(CT)<sup>1)</sup>,  
吉川一実(CT)<sup>1)</sup>, 小松健一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】胆道系粘液癌は「癌細胞が産生した粘液が細胞外に貯留し、粘液湖ないし粘液結節が形成された癌」と取扱い規約で定義されている。肝外胆管粘液癌の本邦報告は 10 例程である。今回我々は極めて稀な遠位胆管粘液癌を経験したので報告する。

【症例】79 歳、男性。繰り返す発熱で受診、血液検査で肝胆道系酵素の上昇が認められ精査となった。画像で遠位胆管に隆起性病変を、細胞診で異型細胞を認め、生検で粘液癌と診断され膵頭十二指腸切除術が施行された。ERCP 時粘液流出なし。

【摘出標本】遠位胆管に 15 mm 長、4/5 周を占める結節膨張型病変があり、壁は肥厚し灰白色調、光沢性、粘調性で、胆管拡張は軽度であった。

【細胞所見】擦過標本では粘液を背景に孤立散在性に、一部極性の乱れのある小集塊で小型異型細胞が認められた。細胞の胞体は淡明で小空胞が充満し、核は類円形～不整形で、クロマチンは粗く増量し低分化型及び印環細胞型の形態を呈していた。擦過前の胆汁塗抹標本では粘液はみられず、極少数の上記異型細胞が孤立散在性に認められた。

【組織所見】胆管壁に大小粘液湖が形成され、粘液湖内に低分化型、印鑑細胞型及び高円柱状腫瘍細胞が小集塊状、腺管形成性にみられ、間質にも腫瘍細胞がみられた。高分化型及び低分化型粘液癌の像であった。いずれの腫瘍細胞も CEA(+), CK7(focal: +), CK20(+), p53(+), MUC1(-), MUC2(+), MUC4(+), MUC5AC(-), MUC6(-), CDX2(+) で腸上皮型粘液形質を有していた。腫瘍周辺に胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)はみられなかった。

【まとめ】細胞診標本に乳頭状配列を示す腫瘍細胞はみられず、組織標本上も IPNB の所見はなかったが、CK7, CK20, MUC1, MUC2 の所見から IPNB 由来が示唆された。

### P-1-161 判定に苦慮した肝原発扁平上皮癌と Vater 乳頭癌の重複癌の一例

大阪警察病院病理科

○郡司有理子(CT), 安岡弘直(MD), 金田厚代(CT),  
青木 弘(CT), 福田沙織(CT), 北辻 香(CT),  
小西尋子(CT), 辻本正彦(MD), 辻 洋美(MD)

【はじめに】肝原発扁平上皮癌は非常に稀な腫瘍である。術前の胆管擦過細胞診で判定に苦慮した一症例を経験したので報告する。

【症例】80 歳代男性。自己免疫性膵炎で加療中, CT で肝内胆管後区域枝の拡張を認めた。擦過細胞診(一回目)で疑陽性であり, 再度擦過(二回目)及び生検を施行したが確定診断に至らず, 再度採取(三回目)した擦過細胞診で悪性, 生検で腺癌と診断された。Vater 乳頭部にも病変を認め, 擦過細胞診で悪性と判定され, 肝右葉切除・膵頭十二指腸切除術が施行された。

【細胞像】一・二回目の擦過細胞像はクロマチン増量したやや N/C 比大の腺系異型細胞が配列の乱れた小集塊として出現し, 反応性異型細胞との鑑別が困難であった。また円形で細胞質が厚く, 核は類円形でクロマチン増量に乏しい角化細胞を散在性に認めたが, 扁平上皮化生細胞との鑑別が困難であった。三回目はクロマチン増量し核形不整のある腺系異型細胞が不規則重積集塊として出現し腺癌と判定したが, 核形不整のある奇怪な角化細胞もあり腺扁平上皮癌の可能性も挙げられた。

【肉眼および組織像】肝腫瘍は 36 mm の白色結節病変で, 角化を伴う高分化型扁平上皮癌であり, 近傍の肝内胆管の一部に上皮内腺癌を認めた。Vater 乳頭部は高分化型腺癌であった。以上より肝原発の扁平上皮癌, 上皮内腺癌, および Vater 乳頭癌の重複癌と診断された。

【まとめ】一・二回目の擦過細胞像は, 腺系・扁平上皮系のいずれも異型が弱く, 反応性異型や扁平上皮化生との鑑別が困難であった。細胞質が厚い角化細胞が出現した場合, 異型が弱くても扁平上皮癌の存在を考慮する事が重要である。

### P-1-162 当院での甲状腺濾胞性腫瘍について

立川相互病院

○藤元祐子(CT), 布村眞季(MD)

【はじめに】甲状腺濾胞性腫瘍は判定に慎重になる場合が多く, 良悪に限らず鑑別に苦慮する経験も少なくない。今回, 2015~2017 年 6 月の濾胞性腫瘍の正診率を確認し, 特徴のあった 3 症例について LBC 標本と合わせて振り返ったので報告する

【対象】上記期間の細胞診で濾胞性腫瘍疑い・鑑別困難とした症例は 18 例であり, うち組織学的に濾胞性腫瘍と診断されたのは 13 例であった。13 例について細胞診で乳頭癌, あるいは乳頭癌疑いとしたのは 5 例であったが, うち 2 例は濾胞性腫瘍との併存であった。

【症例】(1) 60 代女性。両葉に多発結節をみとめた。細胞診にて両葉で乳頭癌疑いと判定。組織学的に濾胞腺腫と診断された。(2) 50 代女性。健診にて結節をみとめた。細胞診にて Atypical cell として鑑別困難と判定。組織学的に濾胞癌と診断された。(3) 40 代女性。胸部 CT にて指摘され, 細胞診にて乳頭癌が疑われたが, 濾胞性腫瘍との鑑別が難しく鑑別困難と判定。組織学的に濾胞型乳頭癌と診断された。

【細胞所見】(1) 細胞異型や配列不整を示す集塊が観察され, 採取量が豊富で線維成分は目立たなかった。LBC 標本では濾胞構造が明瞭で, 円形核を保つ小濾胞状集塊がみられた(2) 細胞質の厚い紡錘形の細胞からなる集塊が観察された。軽度の核型不整と増殖傾向がみられたが, 濾胞構造が不明瞭であり乳頭癌との鑑別に苦慮する細胞像であった(3) 乳頭癌を示唆する所見であったが, 従来標本での集塊や配列の形態観察が不十分であった。LBC 標本上では明瞭な濾胞構造や配列を確認した。

【総括】当院では甲状腺細胞診において LBC 標本を十分に活かすきれないのが現状である。従来法と LBC 法を併用することで判定精度の向上に繋がると考えられた。

### P-1-163 甲状腺細胞診にて「濾胞性腫瘍疑い」症例の後方視的検討

九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>,九州大学大学院保健学部門<sup>2)</sup>,九州大学大学院形態機能病理学<sup>3)</sup>,九州大学大学院病態制御内科学<sup>4)</sup>,九州大学病院耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>5)</sup>,九州大学大学院臨床・腫瘍外科<sup>6)</sup>

○木村理恵(CT)<sup>1)</sup>,大久保文彦(CT)<sup>1)</sup>,山元英崇(MD)<sup>1,3)</sup>,寺戸信芳(CT)<sup>1)</sup>,仲正喜(CT)<sup>1)</sup>,野上美和子(CT)<sup>1)</sup>,中附加奈子(CT)<sup>1)</sup>,清松桂子(MT)<sup>1)</sup>,杉島節夫(PhD)<sup>2)</sup>,蘆田健二(MD)<sup>4)</sup>,安松隆治(MD)<sup>5)</sup>,三好圭(MD)<sup>6)</sup>,小田義直(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】細胞診で『濾胞性腫瘍疑い』と判断する場合、濾胞腺腫や濾胞癌を推定するが、術後の病理組織診断では腺腫様甲状腺腫であることを経験する。今回、細胞診で『濾胞性腫瘍疑い』とした症例から腺腫様甲状腺腫を除外する目的にレトロスペクティブな形態学的検討を行った。

【対象】2008年1月から2016年12月に甲状腺穿刺吸引細胞診で「濾胞性腫瘍疑い」とした74例のうち、術後の病理組織診断が確定した腺腫様甲状腺腫12例、濾胞腺腫8例、濾胞腺腫好酸性細胞型3例、濾胞癌1例を用いた。

【検討内容】非好酸性細胞については1)濾胞上皮集塊の形状(小濾胞状・大濾胞状・シート状),2)濾胞構造の境界,3)濾胞内コロイドを、また好酸性細胞については,4)細胞の大きさ(小型・大型),5)細胞の形態(類円形・多稜形),6)細胞境界について検討した。

【結果】非好酸性細胞からなる腺腫様甲状腺腫群(9例)では,1)濾胞上皮集塊は大小さまざま(6/9)で,2)濾胞構造の境界は明瞭(7/9),3)濾胞内コロイドを認めた(9/9)。一方,濾胞腺腫は,小型濾胞状集塊が主体で(6/8),濾胞構造の境界は不明瞭(7/8),濾胞内コロイドは乏しかった(6/8)。好酸性細胞についての検討では,腺腫様甲状腺腫は,4)5)大型の多稜形細胞を認め(3/3),6)細胞境界は明瞭であった(3/3)。一方,濾胞腺腫好酸性型は小型細胞が主体(3/3)で,多稜形細胞は乏しく(0/3),細胞境界は不明瞭な症例が多かった(2/3)。

【結語】『濾胞性腫瘍疑い』症例から腺腫様甲状腺腫を除外できる可能性が示唆された。

### P-1-164 甲状腺細胞診におけるLBC法併用の有用性：福島県県民健康調査

福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター甲状腺検査室<sup>1)</sup>,福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター甲状腺検査推進室<sup>2)</sup>,福島県立医科大学放射線健康管理学講座<sup>3)</sup>,福島県立医科大学甲状腺内分泌学講座<sup>4)</sup>,福島県立医科大学附属病院病理診断科<sup>5)</sup>,大森赤十字病院検査部<sup>6)</sup>

○鈴木裕恵(CT)<sup>1)</sup>,山谷幸恵(CT)<sup>1)</sup>,志村浩己(MD)<sup>2)</sup>,緑川早苗(MD)<sup>2)</sup>,鈴木悟(MD)<sup>2)</sup>,大津留晶(MD)<sup>3)</sup>,鈴木真一(MD)<sup>4)</sup>,田崎和洋(MD)<sup>5)</sup>,橋本優子(MD)<sup>5)</sup>,坂本穆彦(MD)<sup>6)</sup>

【はじめに】現在福島県では、震災時18歳以下の福島県民に対し県民健康調査「甲状腺検査」を実施している。甲状腺細胞診は、甲状腺二次検査において必要と判断された場合に実施される。本調査では、検査実施施設により導入時期が異なるが、2015年10月より全例において、従来法に加えLBC(Liquid based cytology)を導入した。【症例・方法】対象は、2017年3月までに当センターおよび県内外検査実施機関で実施され、当センターにおいて判定を行った全症例のうち、LBC法を併用した症例とした。対象者は小児及び若年者であり、穿刺の回数は最小限としている。従来法での塗抹標本作製後、穿刺針をBD社のサイトリッチレッドで洗浄後標本作製し、不適正率および細胞像の比較検討を行った。判定は甲状腺癌取扱い規約(第7版)により行った。

【結果】対象症例は233件で、不適正症例は19件(8.2%)であった。適正症例中には、従来法のみでは不適正と判断される症例も存在した。従来法での不適正の理由としては、上皮細胞なしが大半であり、その他では血液過多や凝結であった。また、従来法で適正と判定された標本中でも、LBC法でより有意な細胞所見が認められ、「意義不明」判定を回避できた症例がみられた。総じて、LBC法では従来法に比べ、背景の出血所見が減少し、立体構築の保たれた集塊が多くみられた。

【考察・結語】LBC法を併用することで不適正率が減少した。また、従来法で判定困難な標本においてLBC法で有用な所見が得られた症例が認められた。多数施設で実施される本調査においては、精度管理上からもLBC法を併用することが有用であり、対象者への負担軽減に繋がると考えられる。

### P-1-165 試験的甲状腺穿刺吸引細胞診における直接塗抹法と LBC 法の比較

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理臨床検査科

○時田和也(CT), 大橋久美(CT), 小林沙織(CT), 澁木康雄(CT), 森 泰昌(MD), 元井紀子(MD)

【背景】近年, 甲状腺穿刺吸引細胞診の LBC について, その有用性が数多く報告されている。LBC の大きな利点として, 細胞の回収率が高く, 不適正検体の減少が期待されている。一方で, LBC と従来法の細胞所見が異なるとの報告もあり, LBC への移行は慎重にすべきである。特に乳頭癌の診断には核所見が重要であり, LBC での確認は必須である。今回我々は, 甲状腺切除材料を用いて, 試験的に甲状腺穿刺吸引細胞診を行い, 従来法と LBC 法の正答率を比較した。

【目的】甲状腺腫瘍もしくは, 咽頭癌で切除された甲状腺 15 例を用いて, 試験的に甲状腺穿刺吸引細胞診を行った。22G 採血針にて甲状腺の穿刺吸引を行い, 従来法標本と BD シュアパス™を用いて針の洗浄液の LBC 標本を作成した。3 人の細胞検査士が標本をブラインドで鏡検し判定した。

【成績】甲状腺組織の病理診断は Well differentiated tumour of uncertain malignant potential (WDT-UMP) 2 例, 乳頭癌 5 例, 低分化癌 2 例, 髓様癌 1 例, 好酸性細胞腺腫 1 例, 腺腫様甲状腺腺腫 1 例, 良性 3 例であった。乳頭癌 3 例の 3 人の細胞判定は, 従来法, LBC とともに全て乳頭癌であった。一方で, 2 例の乳頭癌の正答率は従来法で 0% (0/3), 33% (1/3), LBC 法で 33% (1/3), 0% (0/3) であった。乳頭癌以外の 6 例の腫瘍性病変の両法の判定結果にも大きな差は生じなかった。良性 3 例中のうち 2 例は従来法で検体不適正となり, LBC 標本で検体適正となった。

【結論】LBC 標本についても, 従来法同様に核内細胞質封入体や核溝等の乳頭癌の所見が認められ, 両者に差は生じなかった。従来法で診断の難しい症例は, LBC でも判定が難しい結果であった。従来法で検体不適正となりうる標本については, LBC 標本では適正となり, 有用であると考えられた。

### P-1-166 甲状腺充実型乳頭癌の 1 例

社会医療法人同心会古賀総合病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科病理部<sup>2)</sup>, 宮崎大学医学部病理部病理学講座腫瘍再生病態分野<sup>3)</sup>, 社会医療法人同心会古賀総合病院内科<sup>4)</sup>

○白濱幸生(CT)<sup>1)</sup>, 清山和昭(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>2)</sup>, 田中弘之(MD)<sup>3)</sup>, 栗林忠信(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】甲状腺乳頭癌の細胞診において判定に苦慮する症例は少ないが, 稀に核所見に乏しく, 他の病変と鑑別に苦慮する症例がある。今回我々は索状に出現し, 濾胞性腫瘍との鑑別に苦慮した充実型乳頭癌を経験したので報告する。

【症例】55 歳 女性, 平成 27 年, US 上で左葉下部に 10 mm 大の hypo mass を認め, 精査目的で穿刺吸引細胞診 (FNA) が施行された。FNA は, 平成 27 年, 28 年の計 2 回施行されている。

【細胞像】細胞診では, 索状から濾胞状集塊で出現していた。核は乳頭癌の核よりも粗く, 核内細胞質封入体と核溝はわずかに認めるのみだった。濾胞性腫瘍が示唆されたが, 同時併用した DPP 活性染色でびまん性に陽性像を呈したため, 乳頭癌も否定できなかった。平成 28 年の細胞診では, 濾胞状から乳頭状で出現し, 核クロマチンは前回と同様であったが, 核内細胞質封入体, 核溝を認めた。DPP 活性染色においても前回同様に強陽性像を認めたことから乳頭癌を疑った。

【組織】腫瘍細胞は厚い線維性被膜に包まれ, 索状から充実性, 部分的に小濾胞状に増殖していた。腫瘍細胞には核内細胞質封入体や核溝を認めたが, 核分裂像はほとんどみられなかった。被膜浸潤や脈管侵襲, 壊死もみられないことから, 濾胞癌や低分化癌は否定的で充実型乳頭癌と診断した。

【まとめ】甲状腺充実型乳頭癌を経験した。索状構造を呈する腫瘍において低分化癌, 濾胞性腫瘍が鑑別に挙がるが, DPP 活性染色を併用することで乳頭癌も視野に入れて考えることができた症例だった。



### P-1-167 セルブロックが有用であった甲状腺乳頭癌の一例

社会医療法人財団新和会八千代病院病理診断科<sup>1)</sup>, 愛知県がんセンター中央病院<sup>2)</sup>

○加藤 遼(CT)<sup>1)</sup>, 仲間 直(CT)<sup>1)</sup>, 新田永梨奈(CT)<sup>1)</sup>, 杉浦美佳(CT)<sup>1)</sup>, 社本幹博(MD)<sup>1)</sup>, 村上善子(MD)<sup>2)</sup>, 谷田部恭(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】セルブロックは細胞診検体を固化し、組織学的に観察する手法である。今回細胞診のみでは診断できず、セルブロックが診断に有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代男性。半年前から喉の腫れを自覚。嚥下障害が起きたため当院受診。前頸部に10cm大の腫瘤あり。CT, MRIでは嚢胞部分と充実性部分とが混在し、気管を右方向へ圧排していた。腺外への進展も見られた。悪性疑いで穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見&セルブロック所見】血性、炎症細胞を背景に腫瘍細胞が孤立散在性～小集塊で出現し、ホブネイル様、花冠状、乳頭状などの形態を示していた。核クロマチンは細顆粒状、核溝、核内封入体、隔壁性細胞質内空泡などの所見もあり、甲状腺乳頭癌を疑ったが、多彩な形態なため、癌の転移を否定できず陽性と判定した。セルブロックでも細胞診とほぼ同様の所見を示し、免疫組織化学染色ではCK7, 20, Calcitonin, HBME-1, (-)でPAX-8, TTF-1 (+)であったため、甲状腺癌と診断した。しかし患者の希望により他院紹介にて手術となった。

【術後組織所見】多房性嚢胞内に40×37mmの充実性病変を認めた。腫瘍細胞は乳頭状、樹枝状に増殖し、一部浮腫性変化を認めた。核はすりガラス状、核溝、ときに核内封入体を有し乳頭癌として矛盾しない像であった。組織像から細胞診、セルブロック標本で見られたホブネイル様、花冠状の所見は乳頭状構造が浮腫性変化したものと思われる。

【まとめ】乳頭癌は時に多彩な形態を示すことがあり、細胞診で必ず判定できるとは限らない。甲状腺生検を行うのはリスクが高いため甲状腺の穿刺吸引細胞診を行う際は並行してセルブロックを作成することが望まれる。

### P-1-168 細胞診で組織型の推定が困難であった甲状腺未分化癌の1例

トヨタ記念病院臨床検査科<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院病理診断科<sup>2)</sup>

○鈴木良典(CT)<sup>1)</sup>, 佐原晴人(CT)<sup>1)</sup>, 吉森之恵(CT)<sup>1)</sup>, 小笠原将人(CT)<sup>1)</sup>, 市川規子(CT)<sup>1)</sup>, 田中景子(CT)<sup>1)</sup>, 北川 諭(MD)<sup>2)</sup>, 澁谷 亮(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】甲状腺未分化癌は甲状腺悪性腫瘍の約2%程度と稀な腫瘍で、一般的には、異型の顕著な紡錘形細胞、巨細胞や多形細胞等が混在して出現する。今回、我々は術前細胞診で異型が乏しく、組織型の推定が困難であった甲状腺未分化癌の1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。1年前から頸部腫瘤を自覚していた。その後、疼痛と呼吸困難感が出現し、1か月前には腫瘤の急速増大傾向が認められ、当院を受診した。頸部CTでは甲状腺右葉・峡部から縦隔にかけて50mm大の腫瘍を認めた。気管は腫瘍に圧排され、内腔狭窄を伴っていた。穿刺吸引細胞診の後に甲状腺全摘術が行われた。

【穿刺細胞所見】好中球やマクロファージを主体とする炎症性背景に、孤立散在性に類円形の大型異型細胞を認めた。異型細胞には、核の不整、クロマチンの増量、明瞭な核小体の出現を認めたが、紡錘形細胞は目立たなかった。未分化癌が疑われたが低分化癌や肉腫との鑑別が困難であった。

【手術組織所見】甲状腺内に核クロマチンの増量を伴い、N/C比の高い異型細胞が充実胞巣や索状構造等を形成し増殖していた。異型細胞は大型の核小体を有し、紡錘形細胞や多核の大型異型細胞が混在していた。また、一部には核溝や核内封入体を有する細胞が乳頭状構造を形成する像も認められた。以上の所見より、乳頭癌成分が混在する未分化癌と診断された。

【まとめ】本症例は一般的な未分化癌に比べ細胞異型が乏しく、紡錘形細胞が見られず細胞診断に苦慮した。免疫染色結果を含め文献的考察を加え報告する。

### P-1-169 術前の細胞診断が有用であった甲状腺髄様癌の1例

亀田総合病院臨床検査室

○角田敏一(CT), 小山芳徳(CT), 佐藤奈緒美(CT), 伊菅大貴(CT), 五十嵐一紀(MD), 乳井美樹(MD), 星 和栄(MD), 福岡順也(MD)

【はじめに】甲状腺発生の髄様癌は甲状腺全悪性腫瘍の1~2%とまれな腫瘍である。今回、非典型的な細胞所見を示す甲状腺原発髄様癌を経験したので報告する。

【症例】68歳男性。2年前より右頸部腫脹を自覚し、近医にて甲状腺腫が指摘された。経過観察中に増大傾向を認めた為、当院を紹介された。初診時の超音波検査にて右葉に約46×31mm大の血流を有する腫瘤を認めたが、明らかな石灰化像はなかった。

【細胞所見】甲状腺右葉よりFNAを行った。強い血性背景の中に小~中型の偽乳頭状集塊や充実胞巣状集塊が認められた。N/C比は極めて高く、ほぼ裸核状の細胞も見られた。核は比較的小型で集塊の核密度が高く強い重積性を示すものが多かった。そのため核の観察が困難な集塊が多かったが、一部に散在性を示す紡錘形細胞が出現しており粗大顆粒状クロマチンを確認し髄様癌疑いとした。またコロイド成分は確認できなかった。

【検体検査】FNAの結果に基づきCEA, カルシトニンの血中濃度を検査し、CEA 19.1 ng/mg, カルシトニン 746 pg/mlと異常高値を示した。

【組織所見】甲状腺全摘術が施行され、肉眼的に腫瘍は灰白色で弾性硬、組織学的には充実胞巣状に浸潤増殖し、腫瘍細胞は比較的均一で粗大顆粒状クロマチンを示した。免疫染色ではカルシトニン(+), CD56(+), ChromograninA(+), Synaptophysin(+), であり、髄様癌と診断された。またDFSは陰性であった。

【まとめ】本例はアミロイド物質の確認ができず、結合性の強い集塊が多く認められており、乳頭癌との鑑別を要する細胞像であった。しかし神経内分泌腫瘍の特徴とされているごま塩状のクロマチン(salt and pepper chromatin)は腫瘍の特徴を示唆する所見であった。他の組織型との鑑別を検討し報告する。

### P-1-170 腭上皮内腫瘍性病変 PanIN-3 に自己免疫性腭炎を伴った一例

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

○町田知久(CT)<sup>1</sup>, 伊藤 仁(PhD)<sup>3</sup>, 渡具知克(CT)<sup>1</sup>, 藤田大貴(CT)<sup>1</sup>, 野村 希(CT)<sup>1</sup>, 加戸伸明(CT)<sup>3</sup>, 才荷 翼(CT)<sup>3</sup>, 平林健一(MD)<sup>4</sup>, 平岩真一郎(MD)<sup>2</sup>, 杉山朋子(MD)<sup>2</sup>, 中村直哉(MD)<sup>4</sup>, 田尻琢磨(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】腭上皮内腫瘍性病変(PanIN)は腭癌の前駆病変とされる低乳頭状異型上皮から成る上皮内病変で、異形の程度により1~3に分類される。PanIN-3は上皮内癌に相当するが、この病変由来の臨床的所見を得る事は稀である。今回我々は、PanIN-3に自己免疫性腭炎(AIP)を併発し、線維化による腫瘍性病変を形成した一例を経験したので、その細胞像について報告する。

【症例】80代男性。腭体部の腭管狭窄を指摘され、当院紹介受診。画像上腫瘍性病変が指摘され、腭管擦過による細胞診が施行された。鑑別困難に相当する異型細胞集塊が観察されたことから腹腔鏡下腭体尾部切除術が施行された。

【細胞像】少数のリンパ球を背景に、クロマチン増量を伴い粘液を有する腺上皮細胞集塊が観察された。細胞は高円柱状を呈し、核は円形~楕円形で小型核小体を有していたが、核の大小不平等の多形性は認めなかった。集塊は核密度が高く、極性の乱れが観察されたが、核の飛び出しは認めず最外層の細胞質が保たれた結合性の高い集塊を形成していた。

【組織像】体部腭管の拡張がみられる腫瘍性病変で、核の重層化を伴った異型上皮の低乳頭状増殖を呈する、PanIN-3に相当する上皮内腫瘍性病変が考えられた。また、実質内には花筵状の線維化や炎症細胞浸潤を伴った閉塞性静脈炎も観察された。免疫染色ではIgG4陽性形質細胞が多数見られ、1型AIPの併発と診断された。

【まとめ】上皮内癌に相当するPanIN-3の細胞像は異型性に乏しく、高分化腭管癌との鑑別に苦慮する。また、上皮細胞に反応性異型を伴う自己免疫性腭炎もしばしばPanIN病変との鑑別を要する。これらの病変について細胞像を比較検討し鑑別点について報告する。

### P-1-171 膵液細胞診により膵上皮内癌を診断し得た一例

大津市民病院病理診断科

○濱田新七(MD), 益澤尚子(MD), 田口一也(CT),  
岡本恵子(CT), 澤 彩子(CT), 高木育子(CT)

【はじめに】膵癌は予後の悪い癌の代表であり, 病期が進んでから発見されることが多い。上皮内癌の時期に発見できれば, 手術切除による完全治癒が期待されるが, そのためには膵液細胞診が最良の方法であると提言されている。今回, 我々は膵液細胞診により腺癌と疑診し, 切除膵の病理組織学的検索により上皮内癌と診断した例を経験したので報告する。

【症例】75歳女性, 4年前から膵体部 IPMN の疑いで経過観察されていた。経過観察開始より2年後に嚢胞の軽度拡張を認めたため, 膵管擦過細胞診と膵液細胞診を施行し, 膵液細胞診で Class 3 の結果を得た。その3ヶ月後の膵液細胞診で Class 4 の結果を得たが, 画像上, 膵体部嚢胞以外に明らかな病変はなく, 癌とおぼしき部位が特定できなかつたため, 経過観察となった。さらにその10ヶ月後, 嚢胞近傍に主膵管狭窄を認め, 膵液細胞診で再び Class 4 の結果を得たため, 膵体尾部切除された。上皮内癌は, 当初予想した膵体部嚢胞や主膵管狭窄部にはなく, 膵尾部に存在していた。

【考察】膵癌は主膵管よりも分枝膵管から発生する例が多く, 細胞診による早期発見, 特に上皮内癌の発見を期待するならば, 膵管擦過細胞診よりも膵液細胞診が優れている。しかし, 従来の報告にもあるように, 上皮内癌は必ずしも嚢胞や膵管狭窄部に存在しているとは限らず, 部位診断に難渋することが予想される。膵液分泌促進薬と膵液細胞診および画像診断技術のさらなる改良・開発が組み合わせれば, 膵上皮内癌の時期に手術切除が可能になり, 膵癌の予後は格段に改善されるであろう。

### P-1-172 胆管擦過細胞診が有用であった浸潤性膵臓癌の一例

弘前市立病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>2)</sup>, 弘前市立病院内科<sup>3)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座<sup>4)</sup>

○及川颯大(CT)<sup>1)</sup>, 石山雅大(MT)<sup>1)</sup>, 吉岡治彦(PhD)<sup>2)</sup>,  
石井健太郎(MD)<sup>3)</sup>, 諸橋聡子(MD)<sup>1)</sup>, 吉澤忠司(MD)<sup>4)</sup>,  
田中正則(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】胆管癌, 膵癌や硬化性胆管炎などにより胆管狭窄をきたす時は, 内視鏡的逆行性膵胆造影(ERCP)を利用した, 胆汁細胞診, ブラシ擦過細胞診, 鉗子生検組織診, 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ(ENBD)からの胆汁排液の細胞診が用いられる。今回, 生検での診断が困難であったが, 擦過細胞診により診断を進めることができた一例を経験したので報告する。

【症例】53歳男性。食欲低下, 尿濃染を自覚し, 近医を受診。黄疸, 胆嚢腫大, 肝内胆管拡張を認め胆管閉塞疑いで当院紹介になった。ERCPにて下部胆管に不整な狭窄を認めたため, 擦過細胞診および鉗子生検組織診を施行した。

【擦過細胞診】間質成分を背景に, 辺縁不整, 不規則重積, 核間距離不整のみられる小乳頭状集塊が多数出現していた。核腫大や核の大小不同, 核形不整など核異型もあり, 悪性で腺癌が推定された。

【生検組織診】少量の胆管上皮の中に異型細胞がごく少量認められた。免疫染色では p53 が限局的に陽性を示し, かつ異型細胞が少量のため確定には至らなかった。

【結果と考察】弘前大学医学部附属病院消化器外科紹介になり手術を施行した。手術標本の総胆管は肉眼像では病変は不明瞭だったが, 組織診により浸潤性膵管癌の総胆管への浸潤であることが判明した。本症例のように, 浸潤性膵管癌は浸潤時に線維化を伴いやすく組織が少量しか採取されないため, 確定に至らないことが多い。この時擦過細胞診では高度狭窄部内や初期浸潤部の細胞採取が可能であり, 手術への足掛かりとして有用な検査となった。胆管癌, 膵管癌や硬化性胆管炎など胆管狭窄をきたす病変の時には, 生検とともに擦過細胞診や胆汁細胞診を併用することが感度の向上につながる。



### P-1-173 一部で腺様の構造を示す膵神経内分泌癌の1例

慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>1</sup>, 慶應義塾大学病院病理診断科<sup>2</sup>

○佐藤孝之(CT)<sup>1,2</sup>, 鈴木美那子(CT)<sup>1,2</sup>,  
鈴木一生(CT)<sup>1,2</sup>, 中島清聖(CT)<sup>1,2</sup>, 阿部 仁(CT)<sup>1,2</sup>,  
草刈 悟(CT)<sup>1,2</sup>, 市川香緒里(CT)<sup>2</sup>,  
篠崎千鶴子(CT)<sup>2</sup>, 川井田みほ(MD)<sup>2</sup>,  
亀山香織(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】膵神経内分泌腫瘍は全膵腫瘍の2%程度であり、腺系分化を示すことは極めて稀である。今回、我々は擦過細胞診にて一部で腺様の構造を示す神経内分泌癌を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性、検診の超音波内視鏡検査で膵管拡張を指摘され当院紹介受診。超音波内視鏡検査で、膵体部に径1cm大の辺縁不整で内部均一な腫瘍性病変が確認され入院となった。膵管造影検査の際に狭窄部から擦過細胞診を施行し、細胞像から腺癌を疑ったため膵体尾部切除術を施行した。

【細胞所見】粗顆粒状クロマチンを有する異型細胞が孤立性あるいは小集塊状に出現していた。核の大小不同や相互圧排像が顕著で、核偏在傾向や核小体腫大が認められた。また、同様の顆粒状クロマチンパターンで、核径の揃った腺腔様構造を示す大型乳頭状集塊が少数認められた。

【組織所見】腫瘍は1.5×1.3×1.5cm大で、黄白色調の断面を呈していた。粗顆粒状クロマチンを呈する多角形の腫瘍細胞が、胞巣状から索状に増生し、一部で乳頭状・管状に増生していた。免疫染色では神経内分泌マーカーがほとんどの部位で陽性を示した。Ki-67陽性率は40%以上、核分裂像はおよそ3/HPFであった。加えて、乳頭状・管状構造を示す部位では腺系マーカーも陽性を示した。

【まとめ】膵神経内分泌腫瘍が腺様の構造を示すのは極めて稀であるが、腺癌を疑う場合でも粗顆粒状クロマチンパターンや核相互圧排像、偽ロゼット配列などの特徴的所見を確認することで、神経内分泌腫瘍を鑑別に挙げることが可能であると考えられる。

### P-1-174 膵臓原発 NEC の1例

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

○大金直樹(CT)<sup>1</sup>, 北村隆司(PhD)<sup>2</sup>, 佐々木秀貴(CT)<sup>1</sup>,  
鴨志田伸吾(PhD)<sup>3</sup>, 加藤智美(CT)<sup>4</sup>, 永田耕治(MD)<sup>4</sup>,  
安田政実(MD)<sup>4</sup>, 亀田陽一(MD)<sup>5</sup>

【はじめに】膵臓に発生する神経内分泌腫瘍(NET: neuroendocrine tumor)は、2010年に新しいWHO分類が提唱され以降、その概念は変わりつつある。現在、神経内分泌腫瘍の総称をNEN(neuroendocrine neoplasm)として、G1, G2, G3 NECに分類され、治療は、NECについてはNENと異なり、類似性のある肺小細胞癌に準じた治療法が選択され、治療法の違いなどによりNEN G3とNECを区別することが推奨されている。膵臓のNECはまれな腫瘍であり、細胞診ではほとんど症例報告がされていない。今回、我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)で採取し診断した膵臓のNECを経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。主訴は心窩部痛。CTにて膵尾部に4から5cmほどのLow densityの腫瘍を認め、EUS-FNAにより、生検圧挫細胞診検査と組織検査を実施した。ベットサイドで迅速ギムザ染色にて悪性、神経内分泌腫瘍が疑われた。

【細胞所見】多数のリンパ球を背景に、リンパ球の三倍程度で、相互圧排像を示す肺小細胞癌類似の裸核状腫瘍細胞を認めた。核分裂像やアポトーシスは目立たなかった。

【組織所見】リンパ球浸潤を多く認める中、腫瘍細胞は裸核細胞が、細胞相互結合性のある集塊で観察された。形態的に肺の小細胞癌と類似していた。免疫染色ではchromogranin A (+/-), synaptophysin(+), CD56(+), Ki-67 indexは60%以上であった。以上の所見よりneuroendocrine carcinoma (small cell carcinoma)と診断された。

【まとめ】膵臓原発のNECを経験した。EUS-FNAが普及しつつある現在、頻度は少ないものの膵臓NEN関連病変に遭遇する機会は増えることが予想される。このため、治療法の異なるNECの細胞像を十分に理解することが必要であると考えられる。



### P-1-175 腹腔内腫瘍による重篤な低血糖発作をきたした一例

市立ひらかた病院中央検査科

○下村蓮一(CT), 榎谷美幸(MT), 小林浩子(MT),  
水松良光(CT), 後藤 悟(CT), 三村正明(CT),  
山本広世(CT), 杉本広行(MT), 鈴鹿真理(該当なし),  
上野 浩(該当なし)

【はじめに】消化管間質腫瘍(GIST)は、消化管の中で頻度の高い間葉性腫瘍である。GISTの臨床症状は様々である。今回、当院で症候性低血糖を呈したGISTの一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代・男性前医にて2009年胃GISTに対して噴門部胃切除を施行。1年後、食道・脾門部に再発し、噴門部胃切除、脾体尾部切除を施行。その後、化学療法を行っていたが、2016年2月、腹膜播種再発を指摘。抗癌剤を変更し、加療継続するも腹膜播種は増大傾向にあった。2017年1月、全身状態が悪化し、精査加療目的に当院へ入院となった。入院5日目、意識障害が出現。そのまま一時心肺停止し蘇生が行われた。この時の採血では血糖値5mg/dL、インスリン0.5 $\mu$ U/mL以下、S-CPR 0.10ng/mL以下であった。その後も症状改善なく入院16日目に死亡。低血糖発作の原因検索のため病理解剖が行われ、腹腔内に巨大腫瘍を含む多発腫瘍が認められた。

【細胞所見】血性背景に腫瘍細胞は孤立散在性で裸核様細胞や紡錘形細胞として出現していた。細胞質は淡く不明瞭、核は円形～楕円形で短紡錘形～葉巻状など多彩な形状を呈し、細胞異型が認められた。免疫染色ではc-kit(+)であった。

【組織所見】腫瘍は37×22×10cmと巨大であり、大部分で壊死を認めた。紡錘形細胞の集塊が散見されたが、核分裂像は認められなかった。免疫染色ではc-kit(+), CD34(+), S-100蛋白(+), SMA(-)より、GISTの転移の診断。多発腫瘍でも同様の染色結果が認められた。さらに、低血糖症状の原因検索のため行った免疫染色ではインスリン(-), IGF-1(-), IGF-2(+)であり、低血糖の主要因は腫瘍のIGF-2分泌によるものと考えられた。

【まとめ】GISTによる膵外腫瘍由来低血糖(NICTH)の1例を経験したので、報告する。

### P-1-176 EUS-FNAで推定し得た神経内分泌腫瘍5例の細胞像

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター内視鏡科<sup>2)</sup>

○今泉雅之(CT)<sup>1)</sup>, 浜島裕理(CT)<sup>1)</sup>, 江坂四季音(CT)<sup>1)</sup>,  
白幡浩人(CT)<sup>1)</sup>, 木下真由美(CT)<sup>1)</sup>, 児島宏哉(CT)<sup>1)</sup>,  
木曾有里(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木明美(CT)<sup>1)</sup>, 西村 誠(MD)<sup>2)</sup>,  
松田陽子(MD)<sup>1)</sup>, 新井富生(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】神経内分泌腫瘍は特徴的な細胞像を有するため細胞診による診断が可能であるが、確定診断には免疫組織化学染色が必要である。今回、2013年6月から2017年3月に実施されたEUS-FNA 245症例のうち、神経内分泌腫瘍(以下NET)と推定し得た5症例について細胞像を供覧する。

【症例】年齢は65歳から86歳(平均74.2歳)。男性3名、女性2名。検体は膵臓3例、リンパ節2例。

【結果】細胞診では、「NETを推定」が1例、「NETと腺癌や腺房細胞癌など、他の組織型も鑑別に挙がる」が4例であった。組織診では、「NET G1」が2例で、うち1例は手術によりNET G2と最終診断された。残りは、「小細胞癌」が1例、「小細胞癌と低分化癌の混在あり」が1例、「神経内分泌への分化を伴う腺癌または混合型腺神経内分泌癌(MANEC)」が1例であった。「NETを推定」とした細胞像は、小型類円形細胞がシート状やロゼット様に配列し、クロマチンは胡麻塩状のパターンを示し、核小体は比較的小型で明瞭であった。「NETと腺癌や腺房細胞癌など、他の組織型も鑑別に挙がる」とした細胞像は、NETの特徴以外に、腺房細胞に結合性低下や、軽度の重積性、核の大小不同がみられた。また、核偏在性で、核型不整、クロマチン増や粘液など腺癌を疑う所見の他、紡錘形や大型異型細胞がみとめられた。

【まとめ】全ての症例で細胞診によってNETを推定し得たが、腺房細胞癌や腺癌との鑑別が困難となる症例もあった。また、組織診でNETと他の組織型の両方を認めた症例もあった。NETの特徴的細胞像と共に、非典型的な細胞像を認めた場合には、他の組織型の混合型を念頭においた診断が重要である。

**P-1-177 膵退形成癌 (未分化癌) の細胞学的検討**

東京医大病理診断科

○片桐仁子(CT), 山口 浩(MD), 山本健治郎(MD),  
谷川真希(MD), 山科光正(MD), 永井 毅(MD),  
井上理恵(MD), 桑原 淳(CT), 藤井愛子(CT),  
山口真由実(CT), 川野恵美子(CT), 石原里佳子(CT),  
三宅真司(CT), 松林 純(MD), 長尾俊孝(MD)

【はじめに】膵退形成癌は稀な腫瘍であるが, 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診の普及とともにそれを細胞診断する機会が今後増えることが予想される。今回我々は膵退形成癌 2 例の捺印細胞像を検討したので報告する。

【症例】症例 1: 70 歳代男性. 12 cm 大の膵体部～尾部腫瘍 症例 2: 40 歳代女性. 3 cm 大の膵尾部腫瘍

【細胞所見】症例 1: 大型異型細胞を結合性の弱い集塊状～孤立性に認めた。異型細胞は多稜形のものが主体であったが, 多核細胞や紡錘形細胞も混じていた。異型細胞の核には切れ込みが目立ち, 中心～偏在性を示していた。また, それらは明瞭な核小体を有しており, 核分裂像も認められた。症例 2: 硝子化した線維性物質とともに, 核の偏在や切れ込みがある多形的な大型異型細胞を集塊状ないし孤立性に認めた。異型細胞の中には核小体が目立たず, 細顆粒状の核クロマチンを有する細胞もみられた。

【組織所見】症例 1: 強い多形性を示し, 一部多核化した腫瘍細胞の髄様増殖を認め, 壊死を伴っていた。通常型膵癌成分の併存は明らかでなかった。症例 2: 管状腺癌や索状・シート状に増殖する低分化腺癌の成分から移行して多形性の強い細胞からなる未分化な癌成分が認められた。

【考察】膵腫瘍における細胞診の担う役割は大きくなりつつある。それに伴い, 膵退形成癌においてもその細胞像を熟知する必要性が高まってきている。膵退形成癌では多形性の強い多稜形～紡錘形細胞が集塊状に出現するが, 組織学的には今回の症例 2 のように通常型浸潤性膵管癌との移行を示す症例も多い。本腫瘍の細胞診断には, 上記の細胞学的特徴像を把握するとともに, 病理組織像を理解することが重要である。

**P-1-178 50 代男性に発症した膵 solid-pseudopapillary neoplasm の 2 例**

東芝病院病理科

○柳川啓一(CT), 磯崎岳夫(CT), 米川球恵(CT),  
磯 真澄(CT), 三浦泰朗(MD)

【はじめに】膵 solid-pseudopapillary neoplasm (以下 SPN) は, 20-30 代の若年女性の膵尾部に好発する腫瘍である。細胞形態のみでは他の膵腫瘍との鑑別に苦慮する事も少なくない。今回われわれは, 手術前に EUS-FNA により術前診断された, 50 代男性に発症した SPN を 2 例経験したので報告する。

【症例 1】50 代男性. 腹部膨満感を主訴に来院。腹部 CT で膵尾部に 25 mm の腫瘍が指摘された。EUS-FNA では類円形核を有する異型細胞が結合性の緩い小集塊や散在性に出現し, 一部にはロゼット状の構造や血管間質を伴った集塊が見られた。単核細胞が主体であるが 2 核細胞も観察され, クロマチンは細顆粒状, 明瞭な核小体が認められた。細胞質は淡明, 泡沫状で, 内部に空胞様の細胞所見が認められ, SPN が推定された。組織像での偽乳頭状構造および免疫染色での  $\beta$ -catenin の核内集積が確認され, SPN と組織診断された。

【症例 2】50 代男性. 膵体部に既知の膵石を中心とした 14 mm の SOL が指摘され, EUS-FNA が施行された。多くは変性を伴う小型異型細胞で, 孤立散在性から小集簇で出現していた。一部に血管間質を伴っていたが, 特徴的な構造は認められず SPN と断定することは困難であった。組織診では類円形核および好酸性の豊富な胞体を有する腫瘍細胞が認められた。免疫染色では  $\beta$ -catenin の核内集積が観察され, SPN と組織診断された。

【まとめ】血管間質を伴った集塊などの特徴的な細胞所見により SPN を鑑別診断に挙げることは可能である。また, 類円形核を有する膵腫瘍との鑑別に苦慮することも多く, その鑑別点についても考察する。

## P-1-179 術前診断に難渋した腎癌腭転移の1例

独立行政法人労働者健康安全機構九州労災病院病理診断科<sup>1)</sup>,九州労災病院放射線診断科<sup>2)</sup>,九州労災病院外科<sup>3)</sup>,産業医科大学第1病理学教室<sup>4)</sup>,JR九州病院病理診断科<sup>5)</sup>

○楨原康亮(MD)<sup>1)</sup>,花井高文(MT)<sup>1)</sup>,岩見光晃(CT)<sup>1)</sup>,吉田徳秀(CT)<sup>1)</sup>,金澤茂正(CT)<sup>1)</sup>,内橋和芳(MD)<sup>1)</sup>,平田文(MD)<sup>2)</sup>,江上拓哉(MD)<sup>3)</sup>,久岡正典(MD)<sup>4)</sup>,濱田哲夫(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】腎細胞癌は血行性転移をきたす疾患であり、稀に腭転移の報告例も散見され、頻度は2.8%と報告されている。腎細胞癌の腭転移は腎摘出後、平均6.9年経過後に出現することが多いとされており、診断する上では臨床情報が非常に重要となる。臨床情報の重要性を再認識させられた腎癌腭転移の1例を経験したので、報告する。

【症例】70代女性。腰痛を主訴に来院され、精査目的に施行した画像検査にて腭尾部の腫瘍性病変を指摘され、消化器内科受診。腭尾部腫瘍に対して、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)が施行された。EUS-FNAにて確定診断がつかなかったが、腭腫瘍の診断にて腭体尾部切除術が行われた。

【既往歴】30年前左腎細胞癌にて左腎摘出術。

【細胞学的所見】血性背景に、明瞭な核小体、比較的豊富な微細顆粒状細胞質を有する異型細胞を軽度重積性、シート状から一部孤在性に多数認めた。異型細胞には、軽度大小不同、核は偏在性を呈していた。一部の集塊内には線維血管性の間質も散見された。

【組織学的所見】線維性被膜に覆われ、内部に出血をともない、繊細な線維血管性の間質を背景に、好酸性あるいは淡明で豊富な細胞質を有する異型上皮細胞が胞巣状に増殖しており、腎細胞癌の転移が疑われた。免疫組織化学的検索でも、腎癌の転移に矛盾しない所見であった。

【考察】術後に腎癌摘出後が判明した腎癌の腭転移を経験した。EUS-FNAにおいて、淡明な特徴的な領域が採取されておらず、他の腭腫瘍との鑑別に苦慮した一例を経験したので、文献的考察を含め、報告する。

## P-1-180 肺腺癌転移であった、腭腫瘍の一例

佐世保市総合医療センター臨床検査室病理部<sup>1)</sup>,佐世保市総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>,長崎大学病院病理診断科・病理部<sup>3)</sup>,長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学<sup>4)</sup>

○陣内紗永子(CT)<sup>1)</sup>,原拓也(CT)<sup>1)</sup>,木原めぐみ(CT)<sup>1)</sup>,中山結衣(MT)<sup>1)</sup>,淵慎一郎(CT)<sup>1)</sup>,林洋子(MD)<sup>4)</sup>,新野大介(MD)<sup>3)</sup>,岩崎啓介(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】腭腫瘍のうち、肺腺癌の転移細胞像とその切除組織像を得る機会は稀少である。原発性腭管癌を疑い施行されたEUS-FNAで転移性肺腺癌と診断されたのち、腭頭十二指腸切除術を施行された一例を経験したので報告する。

【症例】80代女性。約七年前、原発性肺腺癌で左肺上葉を切除。再発なく経過されていたが、約二年前より血清CEA値の上昇を認め全身精査。腹部CTで腭頭部にIPMNと、それに接する1cm大の腫瘍を認め、原発性腭管癌疑いとしてEUS-FNAが施行された。

【細胞所見】クロマチンの増量や明瞭な核小体を認める小型の異型細胞が、孤在性または不整重積を示す小集塊として出現。集塊の一部では腺腔様構造も見られ腺癌由来を疑ったが、変性した裸核様腫瘍細胞が目立ち、全体的に核異型はやや弱く単調な印象も受けた。

【組織所見】IPMN gastric type, low grade に接して、篩状、管状分岐、巣状、索状に異型腺細胞の増生を認めた。腫瘍は、免疫組織学的にTTF-1/NapsinA(+), Ki-67(+), Synaptophysin(-)を示し、肺腺癌の転移と診断された。

【まとめ】転移性腭腫瘍は、腭腫瘍全体の2-3%で、原発巣としては腎臓に続き肺が二番目に多く、発見時にはすでに多臓器転移を伴っている例が多いとされる。本症例では肺癌への分子標的薬剤使用も検討されていたが、肺に再発所見は見られなかったことや、転移巣も腭臓に見られた1cm大の1か所のみであったことから、腭頭十二指腸切除術が施行された。術前の細胞像から肺由来を強く疑うことは困難であったと思われるが、細胞由来が治療法の選択に大きな影響を与える現在、その細胞像の共有は重要であると考え、文献的検索も加えて報告する。

### P-1-181 術前胸腹水細胞診で判定し得なかった原発性虫垂癌の 1 例

静岡市立清水病院検査技術科

○須藤 淳(CT), 三ツ井文子(CT), 山内典子(CT),  
和田 彩(CT), 紅林 泰(MD), 立岡和弘(MD)

【はじめに】原発性虫垂癌は全大腸癌の 0.2~1.4%と比較的まれな疾患であり, 虫垂癌における印環細胞癌の頻度は約 0.4%と報告されている。今回, 術前に原発性卵巣癌が疑われた両側卵巣腫瘍が虫垂癌(印環細胞癌)の卵巣転移であった 1 例を経験したので術前の胸腹水細胞診の所見とあわせて報告する。

【症例】52 歳, 女性。食欲不振, 腹部膨満感を主訴に当院婦人科受診。CT ならびに MRI で腹部正中に 15×10 cm 大の造影効果の少ない充実性腫瘍とダグラス窩に 11×10 cm 大の辺縁に充実成分を持つ嚢胞性病変を認め, 右傍結腸溝播種も疑われた。胸腹水は多量に貯留し, 癌性胸腹膜炎であった。

【胸水細胞所見】血液成分, 多数の組織球を背景に, 核形不整・細顆粒状の核クロマチン増を示す小型円形細胞が小集塊で見られ, 細胞質辺縁に粘液保有が見られた。粘液による核偏在細胞も混在していた。

【腹水細胞所見】胸水と同様の背景に, 軽度の核異型を示す小型円形細胞が孤立性に極少数見られた。細胞質辺縁に粘液保有が見られた。術中迅速細胞診の腹水でも上記と同様所見であった。

【組織所見】術中迅速組織診断で両側卵巣は泡沫状の明るい細胞質を持ち, 一側に核が圧排された印環細胞癌が胞巣状に認められた。また, 術中に認められた虫垂粘液性病変に対し, 同じく印環細胞癌のため, 虫垂原発癌の可能性が高いと判断された。最終組織診断は虫垂癌(印環細胞癌)両側卵巣転移であった。

【まとめ】細胞所見では印環細胞型の異型細胞は見られず鑑別に挙がらなかった。両側卵巣癌に対する胸腹水では転移性腫瘍を念頭におき, 鏡検する必要があると考えられた。

### P-1-182 大腸髓様癌, 捺印細胞診の一例

潤和会記念病院臨床検査室(病理)<sup>1)</sup>, 潤和会記念病院病理診断科<sup>2)</sup>

○猪股美佳(CT)<sup>1)</sup>, 林 透(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】大腸髓様癌は, WHO 分類第 3 版(2000 年)に medullary carcinoma として, また本邦では大腸癌取扱い規約第 8 版(2013 年)に初めて記載された比較的新しい概念の腫瘍であり, 我々が知る限りではその細胞診の報告例はない。この度捺印細胞診像を得られたため報告する。

【症例】80 歳代, 女性。右下腹部の腫瘍を自覚し近医を受診した。CT で上行結腸癌が疑われ, 手術目的で当院紹介となり, 腹腔鏡下結腸切除術が施行された。切除腫瘍の一部で, 捺印細胞診を施行した。

【細胞所見】炎症背景に, 小型類円形核でほぼ裸核状の異型細胞が散在性または集塊状に見られた。細胞集塊は特徴的な構造を認めず, 充実性であった。核の大小不同は軽度で, 核縁は厚く, 明瞭な核小体を 1 個ないし数個認めた。核内は明るく, Giemsa 染色で核クロマチンは粗顆粒または粗網状で密であった。

【組織所見】好酸性の細胞質で, 類円形核, 明瞭な核小体を伴った小型腫瘍細胞が充実性, 索状の胞巣を形成していた。間質は乏しく, 腫瘍の辺縁部や内部にはリンパ球の浸潤が見られた。免疫組織化学的に, AE1/AE3, CDX2 陽性, 神経内分泌マーカーは陰性であった。また, MLH1, PMS2 陰性, MSH2, MLH1 陽性であり, 髓様癌と診断された。

【まとめ】髓様癌と鑑別が必要な組織型として, 通常の低分化腺癌, 内分泌細胞癌, 悪性リンパ腫が挙げられ, 細胞所見のみでのそれらの鑑別は困難である。本疾患を鑑別疾患として念頭に置き, 臨床病理像と共に年齢, 性別, 発生部位, ミスマッチ修復遺伝子産物の検索などを行い, 診断へつなげていくことが必要であると考えられる。



**P-1-183 胆管擦過細胞診で原発巣の推定が困難であった下行結腸癌，肝門部胆管内転移の1例**

国立病院機構金沢医療センター臨床検査科

○坂倉健司(CT), 松田愛子(CT), 山岸 豊(CT),  
岩尾文彦(CT), 笠島里美(MD), 川島篤弘(MD)

【症例】60歳代後半，男性。4年前に大動脈弁置換術を受けた後，持続する肝機能障害があった。本年1月からALPが急激に上昇し，4月から薬剤変更，禁酒を行ったが，その後も上昇した。腹部CTを撮影すると，肝門部に充実性腫瘍が指摘された。胆管擦過細胞診では，N/C比の高い異型細胞が見られ，悪性（腺癌）と診断された。原発性肝門部胆管腫瘍の術前診断で，拡大肝左葉切除術が施行された。腫瘍は，肝門部胆管から左肝管にかけて灰白色腫瘍が胆管内に広がっており，一カ所右葉にも転移を疑う腫瘍を認め，同時に切除された。その後，肝機能は一旦改善したが，次第に増悪し，肝右葉内腫瘍の増大を認め，肝切除後の腹部CTで下行結腸癌が見つかり，下行結腸の切除術も施行された。

【細胞所見】胆管擦過細胞診では，N/C比の高い異型細胞が不規則重積性を示す細胞集塊や孤立性に散見された。集塊は結合性が緩く，裸核状もしくは淡い細胞質を有しており，核偏在傾向が見られた。クロマチンは微細で，明瞭な核小体を有しており，腺癌と診断したが，大腸癌転移を示唆する円柱状異型細胞の柵状配列はなかった。

【組織所見】肝門部腫瘍はCK19, CK20, CDX2が陽性で，CK7は陰性であった。下行結腸癌も同様の形質を示し，当初，胆管原発のintraductal tubular neoplasmとしていたが，最終的に下行結腸癌の胆管内転移と診断された。

【まとめ】大動脈弁置換術後の経過観察で肝門部腫瘍が発見され，その後，下行結腸癌の胆管内転移と判明した稀な転移形式の大腸癌を経験した。

**P-1-184 結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫(NLPHL)2例の捺印細胞像**

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○千木良浩志(CT), 前島亜希子(MD), 時田和也(CT),  
澁木康雄(CT), 元井紀子(MD)

【はじめに】NLPHLは，ホジキンリンパ腫の3~8%と稀な腫瘍であり，本邦では報告例も少ない。今回我々は，2例のNLPHLを経験し，組織像と捺印細胞像を対比したので報告する。

【症例1】40代男性。左顎下リンパ節腫張により前医を受診。生検にてリンパ腫を疑わせるも確定診断に至らず，当院で再生検を行った。捺印細胞所見は，小型リンパ球を背景に，大型異型細胞が孤立散在性に認められた。異型細胞の細胞質は好塩基性で，核腫大，単核~二核，多分葉の核形不整，小空胞を認めた。核クロマチンは細顆粒状で明瞭な核小体が1~数個認められた。

【症例2】60代女性。感冒にて前医を受診。右頸部リンパ節腫大，LDH，sIL-2Rの上昇を認め，リンパ腫を疑わせるも確定診断に至らず，当院で生検を行った。捺印細胞所見は，小型~中型のリンパ球，核破碎貪食組織球を背景に，症例1同様の異型細胞が孤立散在性に認められた。又，ギムザにてLymphoglandular bodiesを背景に認めた。

【組織所見】症例1，2ともに，不明瞭な結節性病変を認め，小型リンパ球を背景に，大型異型細胞が散在した。古典的ホジキンリンパ腫や濾胞性リンパ腫との鑑別を要したが，免疫組織化学的に異型細胞は，CD3(-)，CD20(+)，CD30(-)，CD10(-)，BCL6(-)を示し，CD3陽性T細胞のロゼット形成を認めた。異型細胞は主にCD21陽性濾胞樹状細胞の網目状構造内に分布していたが，症例2では網目状構造外にも異型細胞を認めた。最終診断はNLPHLであった。

【まとめ】NLPHLは小型リンパ球を背景にlymphocytic and histiocytic cells (L&H細胞)が散在する結節状構造が特徴的であるが，多彩な背景を認める場合には反応性との鑑別も考慮した上で，L&H細胞の有無に重点をおき，慎重に診断する事が望ましい。

### P-1-185 捺印細胞診により LP 細胞の存在が疑われた後腹膜リンパ腫の一例

埼玉医科大学病院中央病理診断部中央病理診断科<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学基礎医学病理学<sup>2)</sup>

○細沼沙紀(CT)<sup>1)</sup>, 市村隆也(MD)<sup>1,2)</sup>, 金野美年子(CT)<sup>1)</sup>, 土居美枝子(CT)<sup>1)</sup>, 瀬山幸子(CT)<sup>1)</sup>, 政岡秀彦(CT)<sup>1)</sup>, 稲田博輝(CT)<sup>1)</sup>, 山田健人(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐々木惇(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫(以下 NLPHL)はホジキンリンパ腫全体の 5%程度とされ, 稀な腫瘍である。今回, 開腹生検術中に施行された捺印細胞診にて Lymphocyte Predominant (以下 LP) 細胞の存在が疑われ, 診断の手がかりとなった症例を経験したので報告する。

【症例】60 代女性。自覚症状なし。1 年前, 虫さされにて近医を受診した際に行った CT 検査で腹部腫瘍を指摘された。当院での精査にて悪性リンパ腫が疑われ, 後腹膜リンパ節の開腹生検が施行された。

【細胞所見】迅速診断時の腫瘍捺印標本では, 中型リンパ球主体の背景に, 細胞質が乏しく, くびれや多分葉化した popcorn 状の不整形核を有し, 単個～数個の核小体が目立つ大型の腫瘍細胞が散見された。また, 組織球や類上皮細胞も認められた。同時に行われた迅速組織診でも大型細胞は確認され, 悪性リンパ腫の可能性が疑われた。

【病理診断】リンパ節の基本構造は Vague nodularity に置き換わり, 中型程度の monotonous なリンパ球を主体に, 反応性細胞が結節性に増殖していた。結節性増殖の領域を中心に核形不整が目立つ大型異型細胞が散見された。

Reed-Sternberg 細胞と言える典型的な細胞は見出されなかった。大型細胞は CD20(+), CD30(-), CD15(-)であった。また大型細胞を CD57 陽性細胞が取り巻く像もみられた。組織像および免疫組織化学染色結果より, 大型細胞は LP 細胞と考えられ, NLPHL と最終診断された。

【結語】捺印細胞診が LP 細胞同定の一助となった NLPHL の一例を経験した。小型～中型リンパ球を背景に, popcorn 状の核を有する大型細胞が認められる場合は NLPHL の可能性を念頭に置いて, 捺印細胞診を併用し診断することが有効であると考えられる。

### P-1-186 診断に苦慮した炎症性偽腫瘍の一例～T 細胞所見を中心に～

順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科<sup>1)</sup>, 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 順天堂大学医学部附属練馬病院産婦人科<sup>3)</sup>

○浅見志帆(CT)<sup>1)</sup>, 青木裕志(CT)<sup>1)</sup>, 飯野瑞貴(CT)<sup>1)</sup>, 大橋久美子(CT)<sup>2)</sup>, 小倉加奈子(MD)<sup>1,2)</sup>, 荻島大貴(MD)<sup>3)</sup>, 松本俊治(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】炎症性偽腫瘍は, 形質細胞, リンパ球浸潤, 線維化などを伴う非特異的な炎症の結果生じる腫瘍である。今回, 腫瘍捺印細胞診にて悪性リンパ腫との鑑別を要した症例を経験したので報告する。

【症例】30 歳代, 女性。前医にて前縦隔腫瘍を指摘され, 精査・加療目的に当院紹介受診。PET-CT にて前縦隔に 11.6 cm 大の腫瘍性病変を認めた。血清学的に sIL-2R が高値を示した。診断目的に腫瘍生検が行われ, 捺印細胞診および組織診検査が施行された。

【細胞所見】核小体が目立ち, 核形不整を伴う小～中型異型リンパ球が主体であった。Tingible body macrophage の介在に乏しく, 濾胞性リンパ腫が疑われた。組織診断との乖離を生じたため, 細胞転写法にて免疫染色を施行したところ, CD3 陽性細胞が主体であり, 濾胞性リンパ腫は否定的であった。

【組織所見】背景には線維芽細胞様の紡錘形細胞が増生しており, 種々の程度にリンパ球の浸潤が認められ, 毛細血管の増生も伴っていた。線維芽細胞様の紡錘形細胞は不規則に増生しており, 強い異型性や核分裂像, 壊死は認めなかった。やや核形不整を有するリンパ球が含まれているが, 異型は軽度であった。免疫染色を施行したところ, 紡錘形細胞には, AE1/AE3 (サイトケラチン) が一部陽性, SMA 陽性であり, desmin, CD99, CD34 は陰性であった。リンパ球には CD3 が陽性であり, T リンパ球が優位であった。CD20, CD79a が陽性の B リンパ球は少なかった。

【まとめ】核形不整を伴う異型リンパ球が出現した場合, 悪性リンパ腫を念頭において細胞診断を行うが, 本症例のように細胞異型を伴う T 細胞が多数混在する症例も存在するため, 背景所見も含めた詳細な細胞観察が必要である。

### P-1-187 特徴的な細胞像と臨床所見から推定診断し得た Rosai-Dorfman 病の 1 例

鳥取大学医学部附属病院病理部

○山田恭子(CT), 桑本聡史(PhD), 遠藤由香利(CT), 大野千恵子(CT), 松重貴大(CT), 持田洋利(CT), 牧嶋かれん(MD), 野坂加苗(PhD), 堀江 靖(PhD), 梅北善久(PhD)

【はじめに】 Rosai-Dorfman 病(以下 RDD) は原因不明の稀な非腫瘍性組織球増殖性疾患で、臨床的には無痛性の頸部リンパ節腫脹や高  $\gamma$ -グロブリン血症、血沈亢進などを示すことが多く、組織学的には大型組織球(S-100 陽性)の胞体内に形質細胞、リンパ球などを取り込む emperipolesis を認めることを特徴とする。今回、特徴的な細胞像と臨床所見から本症と推定診断し得た症例を経験したので報告する。

【症例】 60 歳代、男性。検診にて胸部異常陰影を指摘され、精査目的に当院紹介受診した。PET-CT にて肺、前立腺、骨、頸部リンパ節、副鼻腔に FDG 高度集積があり、悪性腫瘍が疑われた。血液検査では  $\gamma$ -グロブリン高値、血沈亢進、CRP 上昇を認めた。肺、前立腺について生検が実施されるも、特記所見は認めず、続いて頸部リンパ節より穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】 小型リンパ球を背景に、淡明で豊富な細胞質を有する大型組織球を多数観察し、その胞体内に細胞形態を保持した形質細胞やリンパ球を数個含む emperipolesis の所見を認めた。以上の臨床像および細胞像より RDD と推定診断し、後に同部位の摘出生検が施行された。

【組織所見】 拡張したリンパ洞内に細胞診で認めたものと同質の大型組織球を認め、emperipolesis を伴っていた。これら組織球は免疫染色にて、S-100 陽性、CD68 弱陽性、CD1a 陰性を示し、RDD と確定診断した。

【まとめ】 RDD は稀な疾患ながらその細胞像は特徴的であり、さらに臨床所見を確認することで十分に推定診断可能であると思われた。

### P-1-188 リンパ節穿刺吸引細胞診を契機に検出された Neuroendocrine carcinoma の 1 例

医療法人社団高邦会高木病院<sup>1</sup>、国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>2</sup>、独立行政法人国立病院機構九州医療センター<sup>3</sup>、久留米大学医学部病理学講座<sup>4</sup>

○山口沙由莉(CT)<sup>1</sup>、池田美穂(CT)<sup>1</sup>、樋口千穂(CT)<sup>1</sup>、大田喜孝(CT)<sup>2</sup>、佐藤信也(CT)<sup>2</sup>、桃崎征也(MD)<sup>3</sup>、大島孝一(MD)<sup>4</sup>

Neuroendocrine carcinoma (NEC) は神経内分泌細胞由来する高悪性度の低分化腫瘍であり、主に肺や消化管に発生する。今回リンパ節吸引細胞診を契機に検出された NEC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 50 歳代・男性、10 日ほど前より右鼠径部腫瘍を自覚し当院受診。超音波検査ならびに CT にて 34×29×25 mm の豊富な血流を有する腫瘍を認めた。リンパ節の腫大を最も考えるも、質的診断を目的とし穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】 標本は細胞量に富み、類円形細胞の単一増生を認めた。個々の細胞は核形不整に乏しく、核クロマチンは微細顆粒状を呈し、散在する裸核状細胞や核分裂像も認められた。細胞診では悪性リンパ腫を考え、12 日後に腫瘍摘出術が施行された。

【組織所見】 摘出組織はリンパ節であり、N/C 比増大した異型細胞の結節状～乳頭状増生を認めた。免疫組織化学染色では AE1/AE3、CD56、synaptophysin、ChromograninA、CK20 に陽性。CD45RO、CD20、PSA、TTF1、CK7 には陰性を示し、転移性 NEC と診断された。

【臨床経過】 PET-CT、消化管内視鏡検査をはじめとする詳細な全身検索および、血液検査によるホルモン産生検査を行うも、原発巣を示唆する所見は認められなかった。患者には腫瘍摘出部に放射線治療が施行され、8ヶ月後の現在、再発は認められず経過観察中である。

【まとめ】 今回、穿刺吸引細胞診で悪性リンパ腫を疑うも、組織診断により原発不明の NEC と診断された 1 例を経験した。細胞像を再検討するに、一部に索状配列様の所見が観察され、本症を鑑別診断として挙げるべきであったと考えた。さらに、自験例のように他臓器に原発巣を疑う所見なく、リンパ節腫脹が先行する例もあることを念頭に置くべきと考えた。

### P-1-189 EUS-FNA にて認めた胃局所リンパ節内 Benign epithelial inclusion (良性上皮封入体) の 1 例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院臨床検査技術科<sup>1)</sup>, JA 愛知厚生連豊田厚生病院病理診断科<sup>2)</sup>

○宮島里枝 (CT)<sup>1)</sup>, 加納由美 (CT)<sup>1)</sup>, 末武祐介 (CT)<sup>1)</sup>, 鈴木康太 (CT)<sup>1)</sup>, 田中浩一 (CT)<sup>1)</sup>, 氏平伸子 (MD)<sup>2)</sup>, 成田道彦 (MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】リンパ節内に異型のない上皮性組織を認めることがあり, Benign epithelial inclusion と総称する。主に, 頭頸部, 縦隔, 腋窩, 腹腔内, 骨盤および鼠径部などのリンパ節で報告されている。形態学的には良性の所見だが, 癌の転移との鑑別に苦慮することがある。今回, 我々は胃局所リンパ節より採取された EUS-FNA の検体に対し, Benign epithelial inclusion と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。食欲低下と体重減少を主訴に近医を受診。UGI にて胃癌が疑われ, 当院紹介となった。臨床的に胃癌を疑い生検したが 2 回とも悪性所見は認めなかった。その後, 腫大した胃局所リンパ節に対し EUS-FNA が施行された。細胞診にて上皮細胞集塊が出現し, 疑陽性として報告した。UGI, 細胞診の結果から胃癌を疑い, 胃切除が行われた。

【細胞所見】小型リンパ球を背景に上皮性結合を有する細胞集塊を認めた。細胞形態は円形～紡錘形で細胞質はライトグリーン好性, 核は円形から類円形, 核クロマチンは軽度増量であった。リンパ節の穿刺で上皮細胞を認めたが, 細胞異型が軽度なことや胃癌の有無が不明なことから, 疑陽性として報告した。

【組織所見】胃切除標本では胃癌は無く, 廓清したリンパ節の一部に上皮細胞胞巣の集簇を認めた。異型は無く, Benign epithelial inclusion と診断された。

【まとめ】今回, 我々は EUS-FNA にて胃局所リンパ節内に上皮細胞の集塊を認めたことでリンパ節転移を疑い, 胃切除したものの胃癌ではなかった症例を経験した。リンパ節に上皮細胞の集塊を認めた場合, 癌細胞のリンパ節転移と診断し易いが, 頻度は少ないながらも, Benign epithelial inclusion の可能性も考慮する必要があると考える。

### P-1-190 中枢神経系原発低悪性度 B 細胞性リンパ腫の 1 例

愛知医科大学病院病院病理部<sup>1)</sup>, 病理診断科<sup>2)</sup>

○和田栄里子 (CT)<sup>1)</sup>, 高橋恵美子 (MD)<sup>1,2)</sup>, 櫻井包子 (CT)<sup>1)</sup>, 坪井智子 (CT)<sup>1)</sup>, 藤井佳穂 (CT)<sup>1)</sup>, 宮下拓也 (CT)<sup>1)</sup>, 古畑彩子 (CT)<sup>1)</sup>, 佐藤允則 (CT)<sup>1)</sup>, 岩越朱里 (MD)<sup>1,2)</sup>, 伊藤秀明 (MD)<sup>1,2)</sup>, 佐藤 啓 (MD)<sup>1,2)</sup>, 大橋明子 (MD)<sup>1,2)</sup>, 都築豊徳 (MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】中枢神経系 (CNS) 原発悪性リンパ腫は, CNS に限局する稀な非ホジキンリンパ腫で, その大部分は DLBCL である。今回, 我々は稀な CNS 原発低悪性度 B 細胞性リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性。痙攣重積, 意識障害にて救急搬送。MRI では, FLAIR にて左頭頂葉後頭葉主体に脳溝の高信号がみられた。抗てんかん薬を投与するも構音障害や振戦が残存しているため, 脳病変の術中迅速診断が行われた。

【術中擦過細胞所見】Pap 染色では少数の神経細胞を背景に, 小型～中型リンパ球を散在性に認めた。リンパ球のクロマチンは粗顆粒状で, 明瞭な核小体や核の大小不同はみられず, 偏在核を有する形質細胞様細胞が少数みられた。M-G 染色では, Pap 染色と同様に小型～中型リンパ球を散在性に認め, 核には軽度核縁不整がみられた。また明瞭な核小体を示す大型リンパ球が少数混在し, 偏在核と好塩基性細胞質を有する形質細胞様細胞も少数みられた。他の炎症細胞がみられず, 小型～中型リンパ球が単調に出現しているため悪性リンパ腫の可能性を考えた。

【組織所見】脳表から Virchow-Robin 腔にかけて, 主に中型リンパ球の密な増生がみられ, 形質細胞様細胞の混在を認めた。免疫染色にて B 細胞マーカーは陽性, MIB-1 は約 10% で, ISH で有意な  $\kappa$  鎖の発現を認めた。以上より低悪性度 B 細胞性リンパ腫と診断し, 他部位に病変がなかったため, 脳原発と考えた。

【結語】CNS 原発低悪性度 B 細胞性リンパ腫の 1 例を経験した。本症例は, 粗顆粒状クロマチンを呈する小型～中型リンパ球が単調に増生し, 形質細胞様細胞の混在もみられたことより, 低悪性度 B 細胞性リンパ腫が示唆された。さらに組織検体で FISH 法等の結果を合わせて報告する。



## P-1-191 primary vitreoretinal lymphoma の 2 例

小倉記念病院

○安河内達郎(CT), 甲斐桜子(CT), 内田 準(CT),  
田中小夜(CT), 村田建一郎(MD)

【はじめに】眼内悪性リンパ腫は、眼および中枢神経系を原発とする悪性リンパ腫と、全身の悪性リンパ腫がその経過中に眼内に病変を生じるものに大別される。そのうち眼が初発の悪性リンパ腫を眼原発性悪性リンパ腫(primary vitreoretinal lymphoma: PVRL)という。PVRLは組織学的にはその大部分がびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫であり、予後不良である。今回我々は PVRL と診断された 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】70 歳代女性。右眼霧視、硝子体混濁の増悪のため、右眼硝子体生検が施行された。細胞診判定は class V、硝子体液のサイトカインは IL-10: 287 pg/ml, IL-6: 40.9 pg/ml であった。

【症例 2】60 歳代女性。両眼硝子体混濁、網膜血管炎を認め、左眼硝子体生検が施行された。細胞診判定は class IV、硝子体液のサイトカインは IL-10: 1350 pg/ml, IL-6: 33.6 pg/ml であった。

【細胞所見】症例 1, 2 ともに小型成熟リンパ球に混在して、中～大型の異型リンパ球を認めた。異型リンパ球は核型不整、核クロマチン増量、核小体が目立ち、一部には核分裂像や分葉状核も見られた。

【まとめ】PVRL は悪性度が極めて高く早期の確定診断が重要となる。しかしながら腫瘍細胞は硝子体内で壊死しやすく診断に十分な細胞数が採取されない事から、正確な細胞診断が困難な場合も多い。臨床的に PVRL が疑われる際には標本を慎重に観察するとともに、サイトカイン測定及びフローサイトメトリー等の結果を併用して、総合的に診断することが重要である。

## P-1-192 多臓器に浸潤を認めたびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

朝倉医師会病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 朝倉医師会病院病理診断科<sup>2)</sup>

○林 涼子(CT)<sup>1)</sup>, 藤井広美(CT)<sup>1)</sup>, 田口 順(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫(DLBCL)は全悪性リンパ腫の 30~40% を占める、最も頻度の高い病型である。今回我々は多臓器に浸潤を認めた DLBCL の一例を経験したので報告する。

【症例】84 歳男性、食思不振、心窩部痛を自覚し近医受診、血液検査にて肝機能異常を指摘され、当院紹介となった。初診時の CT やエコーでは特に異常所見は認めなかった。肝障害の原因としてウイルス性や薬剤性が疑われたが特定には至らず、肝生検を施行し DLBCL の診断となった。その後、徐々に全身状態が悪化し、44 日後の CT にて肝脾腫を認めたが、治療は困難と判断され、ステロイド投与を継続し経過観察の方針となった。入院から 55 日後に永眠され、御家族の承諾を得て病理解剖を行った。

【細胞学的所見】脾臓の捺印標本では、大部分は中型～大型の異型リンパ球様細胞で占められていた。May-Grunwald Giemsa (MG) 染色において胞体は好塩基性を示し、クロマチンは細網状、核の切れ込みや核小体を認めた。

【病理学的所見】肉眼的に脾臓は 740g と著明に腫大していた。組織学的には正常の構造はほぼ消失し、異型の強い大型リンパ球様細胞で置き換えられていた。異型細胞は免疫芽球様、大型で奇異な核を有する細胞などが混在し、免疫染色では CD20 陽性 CD3 陰性 EBER 陰性であり、DLBCL と診断された。その他、肝臓や肺、縦隔リンパ節、骨髄、左右副腎にも悪性リンパ腫の浸潤が認められた。

【まとめ】本症例は多臓器に浸潤がみられ、原発巣を特定することはできなかった。節外性の DLBCL の場合、最も多いとされる節外臓器は消化管であるが、それらの臓器に明らかな浸潤は認めなかった。剖検によって多臓器に浸潤が判明した興味深い症例を経験した。

### P-1-193 リンパ節生検で乳癌転移と悪性リンパ腫を併発した症例

地方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

○岡竹里紗(CT), 佐々木伸也(CT), 高瀬未穂(CT), 鈴木雄策(CT), 伊東良太(MD), 棟方 哲(MD)

【はじめに】乳癌転移と悪性リンパ腫を併発した症例はまれである。今回我々はリンパ節の捺印細胞診で乳癌の転移と悪性リンパ腫を併発した症例を経験したので報告する。

【症例】77歳女性。左胸水貯留を主訴に近医を受診。当院に紹介受診となっている。また、腹部エコーにて脾臓周囲のリンパ節腫大を認めている。広範囲CTにて全身リンパ節腫脹があり、左腋窩リンパ節摘出術を施行。悪性リンパ腫とともに腺癌を疑う所見が認められた。精査のため、超音波検査にて左乳房AC領域に低エコー域があり、針生検(CNB)が行われ、左乳癌と診断された。現在悪性リンパ腫に対して化学療法が行われている。今後乳癌への治療は悪性リンパ腫の化学療法後、化学療法あるいはホルモン療法が検討されている。

【細胞所見】小型でクロマチンの凝集があり、小型核小体の目立つ異型のあるリンパ球が単一に多数出現している。その中に、比較的小型でN/C比大、核形不整の見られる腺癌と思われる上皮性細胞が重積性のある集塊で少数出現している。

【組織所見】リンパ濾胞にはcentrocyte様の小型lymphoid cellが目立つ。免疫染色により、follicular lymphomaとadenocarcinoma、乳癌の転移と診断された。

【まとめ】今回我々はリンパ節の捺印細胞診で乳癌転移と悪性リンパ腫を併発した症例を経験した。臨床的に悪性リンパ腫の疑いであったが、腺癌の転移も併発することを十分に考慮して観察することが重要であると考えられる。

### P-1-194 組織診断と相違があった中型リンパ球主体の悪性リンパ腫細胞像の再検討

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2)</sup>

○島田直樹(CT)<sup>1)</sup>, 大川千絵(CT)<sup>1)</sup>, 草薙宏有(CT)<sup>1)</sup>, 干川晶弘(MD)<sup>2)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2)</sup>, 高木正之(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】中型リンパ球が主体で構成される悪性リンパ腫(ML)の診断は難しく、反応性リンパ節炎などの良性病変と診断し、組織診断と相違する症例がある。今回、当院で経験した細胞診と組織診断が異なった中型リンパ球主体のMLについて再検討し報告する。

【症例】過去4年間にリンパ節生検と捺印細胞診を施行し、細胞診断で良性と判定したが、組織診断との相違があった7例について出現細胞の再検討を行った。組織診断の内訳は、MTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)が2例、血管免疫芽球T細胞性リンパ腫(AITL)が2例、濾胞性リンパ腫G1-2(FL)が3例である。

【方法】1. 採取細胞量と診断の鍵となる細胞の有無 2. 主体となるリンパ球の大きさなど 3. 顆粒球などの多彩性 4. 貪食組織球やFDC等組織球系の有無について検討した。鍵となる細胞はMTX-LPDは異型大型細胞、AITLは淡明細胞や形質細胞様細胞、FLは中型の二核様細胞や棍棒様細胞とした。

【結果】1. 採取細胞量が少なく鍵となる細胞は少なく、ない場合は組織推定困難であった。2. 小型から大型細胞が混在し、主体は中型であり、大型細胞が散見される症例が多かった。核形はAITL、FL症例で多く認めた。3. AITLでは形質細胞や顆粒球を認めた。4. すべての症例で貪食組織球の出現を認めず、FDC様組織球の出現数は少なからず認めた。

【まとめ】中型リンパ球主体MLでは小型との大きさの区別が難しく、悪性の診断が困難となることが考えられ、さらに多彩性があると難しい。今回の症例では共通して貪食組織球の出現をみないことが、良性と判断してはいけない所見の一つと考えられた。また各組織型の特徴的な細胞を捉えることが重要であると思われた。

### P-1-195 唾液腺穿刺細胞診を契機に診断された成人 T 細胞性リンパ腫の 1 例

東京通信病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京通信病院血液内科<sup>2)</sup>, 東京警察病院病理診断科<sup>3)</sup>, 立正佼成会付属佼成病院病理科<sup>4)</sup>, 日本医科大学多摩永山病院病理科<sup>5)</sup>

○岸田由起子(MD)<sup>1)</sup>, 神戸晴香(MT)<sup>1)</sup>, 小川佑美(CT)<sup>1)</sup>, 清水香織(CT)<sup>1)</sup>, 中村恵子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋 剛(CT)<sup>1)</sup>, 浅川一恵(CT)<sup>1)</sup>, 飯山光子(MD)<sup>2)</sup>, 小川真紀(MD)<sup>3)</sup>, 横山宗伯(MD)<sup>3)</sup>, 二階堂孝(MD)<sup>4)</sup>, 田村浩一(MD)<sup>1)</sup>, 細根 勝(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】成人 T 細胞白血病/リンパ腫 (以下 ATLL) は HTLV-1 感染によって引き起こされる末梢性 T 細胞悪性腫瘍の一種で日本における年間発症数は約 700 例である。今回、持続する顎下腺腫脹、扁桃肥大の精査目的で施行された穿刺吸引細胞診を契機に診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代男性。左顎下部の腫脹、疼痛、発熱のため近医を受診。抗菌薬+プレドニン投与されるも顎下腺腫脹と扁桃肥大が持続し当院耳鼻科を受診した。急性顎下腺炎に対する治療後も腫大が引かず、エコーガイド下穿刺吸引細胞診を施行し、Class5 悪性リンパ腫疑いであった。血液内科転科後、全身リンパ節腫脹、肝脾腫、皮疹も出現した。リンパ節生検で ATLL と最終診断した。

【細胞所見】May-Giemsa: 核形不整な中等～大型核、少量の好塩基性胞体に空胞変性を認める腫瘍細胞をびまん性に認めた。形質細胞、好酸球等の炎症細胞の混在はみられなかった。Papanicolaou (含 Cytorich Red liquid based cytology): 胞体が僅かな中等～大型異型細胞のびまん性増殖。核形不整で核小体も一部でみられる。

【病理組織所見】クロマチン塑造な大型異型核を有する異型リンパ球系細胞がびまん性に置換性増殖していた。大型細胞群で CD2+, CD3-, CD4+, CD5-, CD7-, CD8-, CD25+, CD30+, TCRα/β-, pro-viral integration of HTLV-1 を確認した。

【まとめ】ATLL は比較的稀であるが、性急な経過をたどる事があり、特に急性型/リンパ腫型は迅速な診断、加療が大切である。今回の症例ではいわゆる flower cells は目立たなかったが、ATLL では典型像のみならず多彩な細胞像を呈することもあり、悪性リンパ腫疑い症例の細胞診断では臨床情報も加味してその可能性を十分に検討することが重要と考えられた。

### P-1-196 髄液中に腫瘍細胞を認めた ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫の 1 例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○森 正樹(CT), 岩崎和美(CT), 前川秀樹(MT), 鈴木佑梨(MT), 森 和枝(該当なし), 樋口翔平(MD), 今村好章(MD)

【はじめに】髄液中に腫瘍細胞を認めた ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫 (ALCL) の 1 例を経験したので報告する。

【症例】10 歳代、男性。頭痛、発熱、嘔気で前医入院。髄液検査で細胞数 264/μl, 単核球: 多核球 = 93: 7 (%), 蛋白 312 mg/dl と高値, 糖 15 mg/dl と低値であったため髄膜炎が疑われた。数日後、両眼痛、顔面・外転神経麻痺、複視が出現。原因不明の慢性髄膜炎と診断され、ステロイドパルス療法が施行され改善傾向にあったが再燃。その後脊髄造影 MRI 検査で縦隔多発リンパ節腫大及び FDG-PET 検査で頸部、縦隔大動脈周囲のリンパ節に異常集積を認めた。また、sIL-2R 17500 U/ml であったことから悪性リンパ腫が疑われ当院紹介入院となった。髄液細胞診検査で腫瘍細胞を認め、後日開腹リンパ節生検術が施行され、ALK 陽性 ALCL と診断された。

【髄液細胞所見】Pap 染色では核形不整を有する異型細胞を認めた。ギムザ染色では核分裂像を比較的多く認め、偏在核、細胞質明庭、細胞質内小空胞を有する細胞及び細胞質が多方向に突出する細胞も認めた。免疫染色では CD3 (-), CD20 (-), CD79a (-), MPO (-) であり細胞由来の確定には至らなかった。

【リンパ節組織所見】拡張したリンパ洞を中心に、核形不整を有する核と豊かな胞体をもつ大型の異型単核球が多数認められた。背景には小型のリンパ球や形質細胞浸潤を伴っていた。免疫染色では ALK (+核と細胞質), EMA (+), CD30 (+), granzyme B (+), TIA-1 (+), CD8 (focal+), UCHL-1 (focal+), CD4 (weakly+), CD3 (-), CD20 (-), CD79a (-), CD15 (-), CD56 (-) であった。

【考察】髄液検体からの標本作製には枚数の制限があるため、細胞所見を重視した抗体の選択が非常に重要である。本例は、ALCL の髄膜播種の可能性を疑い CD30 の免疫染色を行うべきであった。

### P-1-197 再々発の経過を観察し得た内リンパ嚢腫瘍 (Endolymphatic sac tumor) の一例

東京警察病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京通信病院 病理部<sup>2)</sup>, 立正佼成会附属佼成病院病理科<sup>3)</sup>

○齋藤嘉奈子(CT)<sup>1)</sup>, 横浜一樹(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊 学(CT)<sup>1)</sup>, 篠原令子(CT)<sup>1)</sup>, 神山慶也(CT)<sup>1)</sup>, 小川真紀(MD)<sup>1)</sup>, 岸田由起子(MD)<sup>2)</sup>, 田村浩一(MD)<sup>2)</sup>, 二階堂孝(MD)<sup>3)</sup>, 横山宗伯(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】内リンパ嚢腫瘍 (Endolymphatic sac tumor ; ELST) は, 内リンパ嚢から発生するとされる非常に稀な腫瘍で低悪性度の腺癌と同等の浸潤性を有すると考えられ, Von Hippel-Lindau disease の部分症の場合と孤発性のものがある。我々は孤発性と推察される ELST の一例を経験し, 第 49 回総会で細胞診所見を報告した。ここに既報告以降の 2 回の再発切除の経過を報告する。

【症例】再々発時 52 歳, 女性。200X 年初診時と 200X+2 年再発時に右側頭骨内の内リンパ嚢腫瘍を摘出術後, 陽子線治療やサイバーナイフを施行した。200X+9 年 11 月頃より右前頭部に皮下腫瘍出現し, 200X+10 年 4 月までに急速に増大したため再発転移の疑いで腫瘍を切除した。

【画像所見】右前頭のテント部皮下の 2.5×3.5 cm 大の硬く可動性低い皮下腫瘍。頭頂部に近い部分は嚢胞様で頭部 CT 上に骨化成分を含むが, 骨より下への進展や明らかな造影効果は無かった。

【術中圧搾細胞所見】腫瘍細胞は小型類縁円形で N/C 比は高く, 核クロマチンは微細に増量し核偏在傾向。細胞質は淡明で結合性は緩いが, 乳頭状・柵状配列を認め, 腺上皮細胞様の極性を示唆。

【組織所見】腫瘍細胞胞巣の辺縁は明るい核と胞体を有する大型な上皮様細胞, 中心部は小型な核と胞体からなる好塩基性細胞で, 移行像が見られた。また血管周囲に偽乳頭状増殖を呈した。

【免疫染色所見】Vimentin は強陽性, CK7・Synaptophysin は一部陽性, Chromogranin A はごく一部陽性, AE1/AE3・CK20・EMA・S-100・CD56 は陰性, 増殖能 MIB-1 labelling index は初回手術時 7.2% から 19.9% に著明に上昇。

【考按】本腫瘍の報告例は少ないが, 再発例はさらに稀である。ここに, 文献的考察を加えて再々発例を報告する。

### P-1-198 脳脊髄液中に出現した髄芽腫の 1 例

武蔵野赤十字病院

○浦田育美(CT), 宅見智晴(CT), 北村洋一(CT), 浅見力也(CT), 古屋能孝(CT), 高橋聡子(CT), 櫻井うらら(MD), 瀧 和博(MD)

【はじめに】髄芽腫は小脳や脳幹に発生する胎児性の神経上皮性腫瘍である。小児期に好発し, 髄腔内播種を起こしやすい特徴がある。今回, 開頭腫瘍摘出術時に採取された脳脊髄液において, 髄芽腫の細胞診を行う機会が得られたため, 文献学的考察と共に報告する。

【症例】14 歳男性。頭痛, 嘔気を主訴に, 当院を受診。頭部 CT にて第 4 脳室背側に長径 44 mm の腫瘍と水頭症が認められた。画像上, 髄芽腫が疑われたため, 開頭腫瘍摘出術が施行され, あわせて脳脊髄液の細胞診検体が採取された。

【脳脊髄液細胞所見】腫瘍細胞が細胞密度の高い集塊状やインディアンファイル様配列を示していた。核は小型類円形, N/C 比が非常に高く, 裸核状で, クロマチンは微細顆粒状に増量を示した。また, 核圧排像 (molding) や相互封入像を認めた。

【組織所見】小型で未分化な腫瘍細胞がびまん性に高密度に増殖していた。アポトーシスや核分裂像を多数認め, 凝固壊死を散見し, 相互封入像を認めた。免疫組織化学染色にて, Synaptophysin 陽性, BAF47 (INI-1) 陽性, GFAP 陰性, Cytokeratin (AE1/AE3) 陰性, Ki-67 陽性率は 78% であった。以上より髄芽腫と診断された。

【考察】髄芽腫は肺小細胞癌に類似した細胞像を示すとされている。本症例においても典型的な細胞所見 (N/C 比が高く, 核圧排像を伴う腫瘍細胞集塊) が見られた。年齢や発生部位を考慮する事で, 細胞診での組織型の推定が可能であった。



### P-1-199 脳脊髄液穿刺細胞診におけるグリア系腫瘍の細胞学的特徴

日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野<sup>1)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野<sup>2)</sup>, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科<sup>3)</sup>

○本間 琢(MD)<sup>1)</sup>, 関 利美(CT)<sup>3)</sup>, 鈴木淳子(CT)<sup>3)</sup>, 山本久恵(CT)<sup>3)</sup>, 橋本尚子(CT)<sup>3)</sup>, 羽尾裕之(MD)<sup>1)</sup>, 杉谷雅彦(MD)<sup>2)</sup>

【目的】脳腫瘍細胞診は、術中迅速診断における捺印法およびすりあわせ法が主体であり、凍結組織標本との併用で迅速診断に用いられる。一方、脳脊髄液穿刺細胞診では、脳脊髄液に浮遊する細胞集塊を見ることとなり、病理組織像とは異なる細胞の見え方となる。しかしながら、開頭術に比べると侵襲性の低い検査法であり、臨床病期や治療方針の決定、また、腫瘍再発のフォローに有用である。そこで、脳腫瘍診断の一助にすべく、我々は脳脊髄液穿刺細胞診を検討することとした。

【方法】2014年から2017年6月末までに提出された脳脊髄液穿刺検体80例のうち、Class IIIb以上の判断がなされた9例および病理組織診にてグリア系腫瘍の確定診断がなされている脳脊髄液穿刺検体7例。そのうち、パパニコロウ染色、ギムザ染色、PAS染色の3標本がそろった15症例を用いた。

【結果】検討症例のうちグリア系腫瘍（膠芽腫、退形成性星細胞腫、上衣腫）の確定診断がなされている症例では、細胞学的にPAS陽性粗大顆粒を細胞質内に有し、また、症例によっては細胞辺縁を縁取るように不規則に厚いPAS陽性像が見られた。一方、転移性脳腫瘍3例では、グリア系腫瘍に見られるPAS陽性像は認めず、細胞質全体に細粒状PAS陽性、あるいはPAS陰性を示していた。

【結語】脳脊髄液穿刺検体は捺印法やすりあわせ法に比して脳腫瘍診断の面で劣る。しかし、本検討から、少なくともPAS染色性によりグリア系腫瘍が示唆でき、再発のフォローおよび治療方針の決定の一助となるものと思われた。今後、さらに症例数を増やし、細胞・核形態および染色態度の詳細な検討を行う必要がある。

### P-1-200 孤立性線維性腫瘍/血管周皮腫の細胞像—髄膜腫との比較検討—

福岡大学病院病理部・病理診断科

○西中村恵輔(CT), 松本慎二(CT), 相知優子(CT), 大石朋子(CT), 小島勝己(CT), 鍋島一樹(MD)

【はじめに】孤立性線維性腫瘍/血管周皮腫 (Solitary fibrous tumor/Hemangiopericytoma: 以下 SFT/HPC) は胸膜をはじめとする全身諸臓器に発生する腫瘍である。本腫瘍は軟部組織発生と中枢神経発生において、臨床的に若干の相違がある。後者においては同一スペクトラムの腫瘍とされる本腫瘍の中でも、再発率が異なるため、SFT phenotype (Grade I), HPC phenotype (Grade II), Anaplastic (Grade III) の3型に分けられている。また頭蓋内では、臨床ならびに画像所見が髄膜腫と酷似し、形態のみでの鑑別は困難なことが多い。今回我々は、圧挫細胞診におけるSFT/HPCの細胞像について、線維性髄膜腫および異型髄膜腫との比較を中心に形態学的検討を行ったため報告する。

【対象と方法】SFT/HPC 4例、線維性髄膜腫4例、異型髄膜腫4例の圧挫標本を用いた。全ての標本において比較的平面的で、核の形態観察が可能な任意の視野を無作為に抽出し、画像解析プログラムを用いて、核の形態計測を行った。これらの測定値を基に、核の長径/短径、正円度を算出した。また裸核細胞の出現割合なども併せて観察した。

【結果】SFT/HPCでは、線維性髄膜腫に比べて核が正円形で、裸核細胞が多数見られた。しかし異型髄膜腫と比較すると、これらに有意差は見られず、渦巻き状構造など髄膜腫に特徴的な所見ならびにSFTに特徴的なループ様物質などを併せた観察が重要であった。

【考察・結語】中枢神経発生SFT/HPCは、髄膜腫と比べて明らかに再発率が高く、両者の鑑別は極めて重要である。圧挫標本での細胞像では、核形や核密度、裸核細胞の出現頻度が両者の鑑別に有用であるが、異型髄膜腫との鑑別においては、髄膜腫に特徴的な細胞質所見やループ様物質の有無も併せた評価が必要である。

### P-1-201 EBUS-TBNAにて神経内分泌分化を示した前立腺癌の転移が疑われた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<sup>1)</sup>,  
熊本市立熊本市市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○志賀有紗(CT)<sup>1,2)</sup>, 北岡光彦(MD)<sup>1)</sup>, 立山敏広(CT)<sup>1)</sup>,  
柴垣まどか(CT)<sup>1)</sup>, 岡本真衣(CT)<sup>1)</sup>, 増永純夫(CT)<sup>1)</sup>,  
逢坂珠美(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】前立腺に発生した小細胞癌は稀であり、予後は極めて不良である。今回、我々はEBUS-TBNAにて神経内分泌分化を示した前立腺癌の転移が疑われた1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、男性。食欲不振、嘔気、右上腹部痛を主訴に前医を受診、精査目的で当院を紹介受診された。CT検査では、左肺上葉胸膜直下にスリガラス影を呈し、前立腺両葉は全体的に増強された。また、肝内に多数の低吸収域、全身に多数の腫大リンパ節を認めたため、EBUS-TBNAが施行された。

【EBUS-TBNA 穿刺液細胞所見】核の大小不同や核形不整を示し、細顆粒状クロマチンを呈する裸核状小型異型細胞を小集塊で少数認めた。集塊は木目込み細工様配列をなし、小細胞癌を推定した。また、細胞質が比較的豊富な核偏在性の小型異型細胞も出現していた。核クロマチンは微細顆粒状～細顆粒状で、細胞質は空胞状を呈しており、腺癌が疑われる異型細胞であった。

【組織所見】EBUS-TBNA組織には小細胞癌と腺癌が各々散在性小巣状にみられた。免疫組織化学染色にて小細胞癌部はSynaptophysin, ChromograninA, CD56, 腺癌部はNkx3.1, PSAのそれぞれに陽性所見を示し、前立腺癌由来小細胞癌などの神経内分泌腫瘍が第一に考えられた。確認のために行われた前立腺針生検の組織にも、EBUS-TBNA組織と同様に小細胞癌と腺癌を認めたため、神経内分泌分化を示した低分化前立腺癌が考えられた。

【まとめ】本症例ではEBUS-TBNAにて小細胞癌と腺癌の2種類の異型細胞を認めた。低分化前立腺癌の一部に神経内分泌腫瘍の形質を発現し、その腫瘍組織がリンパ節や多臓器に転移をきたしたと推測された。EBUS-TBNAでは臨床所見や画像所見を確認し、異型細胞を注意深く観察する必要がある。

### P-1-202 異型カルチノイドの捺印細胞所見—神経内分泌腫瘍各亜型との比較検討—

一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院

○高田佳奈(CT), 今木 愛(CT), 佐藤陽子(CT),  
原田仁稔(CT), 小林美穂(DDS), 五十嵐誠治(MD)

【はじめに】異型カルチノイドを経験したので、捺印細胞診標本での細胞像を中心に報告する。

【症例】76歳女性。肝血管腫の経過観察中にCTにて右肺門部腫瘍を指摘され当院紹介。CT、気管支鏡の所見にて過誤腫、カルチノイド、原発性肺癌が疑われ手術となり、術中迅速診断が施行された。

【肉眼所見】肉眼的には腫瘍の大きさは5.5×3×2.2cm大、弾性やや硬の緊満した腫瘍で、断面は黄褐色調、一部に赤褐色調の部分をも認めた。断面の捺印細胞診を施行した。

【細胞所見】軽度の壊死を含む背景に小リンパ球の2~3倍大の腫瘍細胞を認めた。腫瘍細胞は円形~多角形で、細胞質はLG好性の顆粒状を呈し、細胞間結合の緩い集塊状~孤在性、一部ロゼット様構造もみられた。核は類円形で大小不同がみられ、核縁は薄く、細顆粒状のクロマチンがやや不均等に分布していた。核小体は1~2個認められた。明らかな核分裂像は確認されなかった。

【組織所見】組織学的には充実性の部分や乳頭状、索状~リボン状の配列で、随所にロゼット様構造が散見された。免疫組織化学的にはシナプトフィジン、クロモグラニンA, CD56などの神経内分泌マーカーが陽性であった。核分裂像は0~2/HPFであったが、腫瘍内に壊死巣が散見され、異型カルチノイドと診断された。

【まとめ】肺に発生するカルチノイドは、原発性肺癌の0.5~1%程度であり、異型カルチノイドも稀な組織型であるが、他の神経内分泌腫瘍や癌との鑑別が診断上重要であるので、本症例と比較検討し、文献的考察を加えて報告する。

### P-1-203 当院で経験した肺 carcinoid の細胞学的検討

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 同) 病理診断科<sup>2)</sup>

○山畑 翔(CT)<sup>1)</sup>, 世古裕里(CT)<sup>1)</sup>, 横田裕香(CT)<sup>1)</sup>, 石井真美(MD)<sup>2)</sup>, 福島裕子(MD)<sup>2)</sup>, 井上 健(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】肺に発生する carcinoid は時に様々な細胞形態をとり、組織型推定が困難なことがある。今回、当院で経験した肺 carcinoid について細胞学的特徴を検討したので報告する。

【症例】当院で経験した肺 carcinoid のうち細胞診と組織診が施行された 15 例を対象とした。組織診で typical carcinoid と診断されたものが 13 例、atypical carcinoid が 2 例であった。また typical carcinoid のうち、spindle cell carcinoid が 1 例、oncocytic carcinoid が 2 例あった。

【細胞所見】Typical carcinoid では比較的均一な細胞が散在性から疎な結合性を示す平面的な配列で出現していた。細胞質は泡沫状でライトグリーンに淡染し、核は円形でクロマチンは軽度増量しており、ごま塩状のクロマチンパターンも観察された。腺腔様構造がみられ、高分化腺癌との鑑別が困難な症例もあった。Spindle cell carcinoid では紡錘形細胞が集塊でみられ、oncocytic carcinoid では小型円形核とライトグリーン好性の顆粒状で豊かな細胞質を有する細胞が散在性からシート状に出現していた。Atypical carcinoid ではクロマチンの増量が著明で、N/C 比は高く裸核様の細胞が多数観察された。核の木目込み細工様の配列がみられ、小細胞癌との鑑別が困難な症例もあった。

【まとめ】Carcinoid は様々な細胞形態をとるので、その亜型を認識しておく必要がある。紡錘形細胞が主体の場合や N/C 比が小さく、細胞質に顆粒状物質を有するような細胞が主体の場合、spindle cell carcinoid や oncocytic carcinoid も念頭においた観察も必要と思われた。また typical carcinoid では腺癌との鑑別が問題になることもあるが、出現細胞が比較的均一で核クロマチンの増加は軽度である点に注目することが診断する上で重要と考えられた。

### P-1-204 前縦隔非定型カルチノイドの 1 例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>

○宿里亜李沙(CT)<sup>1)</sup>, 窪田恵美(CT)<sup>1)</sup>, 竹下かおり(CT)<sup>1)</sup>, 西田ゆかり(CT)<sup>1)</sup>, 田中和彦(CT)<sup>1)</sup>, 後藤優子(MD)<sup>2)</sup>, 北園育美(MD)<sup>2)</sup>, 平木 翼(MD)<sup>1)</sup>, 飛田 陽(MD)<sup>2)</sup>, 東美智代(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】縦隔原発のカルチノイドは前縦隔腫瘍の 2-4% と稀であり、現在の診断基準ではその大部分が非定型カルチノイドに分類される。今回、術中迅速捺印細胞診で前縦隔非定型カルチノイドの症例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代男性。3 年前に胃低分化腺癌に対し幽門側胃切除術を施行された。術後の定期 CT にて前縦隔に増大傾向のある 30 mm 大の充実性病変を指摘された。胃癌の転移再発が疑われ、胸腔鏡下腫瘍摘出術が施行された。

【捺印細胞診】血性背景に、孤立散在性あるいは集塊状に多数の異型細胞を認めた。異型細胞は辺縁不明瞭なライトグリーン好性の細胞質と小型～中型の円形核を有し、一部の細胞では核の偏在傾向を認めた。核クロマチンは粗顆粒状で軽度増量がみられた。一部にロゼット様構造も認めた。神経内分泌系腫瘍が疑われた。

【組織所見】大小の胞巣状や索状構造を呈し増殖する中型の異型細胞を認め、腫瘍胞巣内の一部には出血、壊死を認めた。異型細胞は粗なクロマチンを有する均一な円形核と好酸性細胞質を有していた。核分裂像は 21/10HPF 認めた。免疫染色では、異型細胞は Chromogranin, Synaptophysin, CD56 が陽性であった。

【まとめ】前縦隔腫瘍において、臨床的に胸腺腫や癌の遠隔転移が疑われたが非定型カルチノイドと診断された症例を経験した。小型円形核を有する腫瘍細胞の単調な増殖が見られ、神経内分泌腫瘍を疑うことができた。さらに典型的な非定型カルチノイドまでの推定を行うためには、壊死や核分裂像、腫瘍細胞の出現パターン等の詳細な観察が必要と思われた。



**P-1-205 細胞診で肺胞蛋白症を推定した 1 例**

宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○森田勝代(CT)<sup>1)</sup>, 野口裕史(CT)<sup>1)</sup>, 徳満貴子(CT)<sup>1)</sup>, 峰松映子(CT)<sup>1)</sup>, 黒木栄輝(CT)<sup>1)</sup>, 西川詩織(CT)<sup>1)</sup>, 大野招伸(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】肺胞蛋白症はサーファクタントの生成または分解障害のため, 肺胞腔内, 終末気管支にサーファクタント由来の物質が貯留し, 呼吸障害をきたす疾患である。今回我々が経験した肺胞蛋白症の 1 例を, 検体性状と細胞診像, 電顕的観察をあわせて報告する。

【症例】70 歳代女性, 2015 年夏に咳嗽を主訴に近医受診し, 胸部 X 線, CT にて間質性肺炎が疑われたが, 経過観察されていた。2016 年 1 月, 感冒様症状が出現し, 感染症疑いで抗菌薬投与されたが改善せず, 胸部 CT では, すりガラス状陰影と crazy-paving pattern を呈していた。また, 血清 KL-6 が上昇し, 間質性肺炎, 薬剤性肺炎, 過敏性肺炎等が疑われ, 精査加療目的で当院受診となった。

【気管支肺胞洗浄液細胞診】気管支肺胞洗浄液は米のとぎ汁様に白濁していた。細胞診では, ライトグリーン好性の大小様々な蛋白様物質, 微細顆粒を貪食し充満した組織球, 線毛円柱上皮細胞を認めたが, 好中球, 好酸球の増加や類上皮細胞の出現は認めなかった。蛋白様物質や顆粒は PAS 染色で陽性を示した。以上の所見より, 肺胞蛋白症を疑われた。

【電子顕微鏡所見】同心円状層状体 (Lamellar body) が認められ, 肺胞蛋白症に合致する所見であった。

【病理組織学的所見】肺胞腔内に PAS 陽性物質と泡沫状組織球が見られ, 肺胞蛋白症に矛盾しない所見であった。

【細胞診・病理診断後の血液検査所見】抗 GM-CSF 抗体陽性, SP-A 陽性であり自己免疫性肺胞蛋白症と診断された。

【まとめ】肺胞蛋白症は稀な疾患であるが, 画像所見に加え, 気管支肺胞洗浄液の乳白色調の肉眼所見, PAS 染色陽性の顆粒状物質と泡沫状組織球の細胞所見は肺胞蛋白症の特徴所見であり, 肺胞蛋白症を推定することは可能であると考えられた。

**P-1-206 術前の EBUS-TBNA で肺動脈肉腫が疑われた一例**

船橋市立医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 船橋市立医療センター臨床病理<sup>2)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科<sup>3)</sup>, 船橋市立医療センター呼吸器外科<sup>4)</sup>, きのしたクリニック<sup>5)</sup>

○諏訪朋子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋久雄(CT)<sup>1)</sup>, 師岡恭之(CT)<sup>1)</sup>, 石塚 瞳(CT)<sup>1)</sup>, 清水辰一郎(MD)<sup>2)</sup>, 内田 修(MD)<sup>3)</sup>, 木下孔明(MD)<sup>4,5)</sup>

【はじめに】肺動脈肉腫は肺動脈から発生する稀な高悪性度の間葉系腫瘍である。本腫瘍は予後が不良なため, 早期発見による完全切除が重要であるが, しばしば診断が遅れ約 6 割が剖検時に発見されるという報告もある。今回, 我々は術前に EBUS-TBNA を施行し肺動脈肉腫が疑われた一例を経験したので再検討の結果も踏まえて報告する。

【症例】45 歳, 男性。健康診断にて胸部異常陰影を指摘され他院受診。胸部 CT にて左肺門部に腫瘤陰影および肺底部に間質性陰影があり精査目的で当院受診。精査胸部 CT にて 25 mm 大の境界明瞭な結節が左下葉動脈に閉塞してみられ, EBUS-TBNA にて肺動脈肉腫が疑われた。他の全身検索で転移巣を認めず, 左肺全摘術が施行された。

【細胞像】EBUS-TBNA の標本では腫瘍細胞は小集塊や孤立散在性に採取され, 部分的に上皮様結合も見られた。多角形細胞や裸核様細胞など細胞異型が強く, 核の大小不同が著明にみられた。湾入, くびれを有する核を多数認め, クロマチンは微細顆粒状で密にみられた。摘出材料の捺印標本でもほぼ同様な所見が認められた。

【組織像】EBUS-TBNA の標本で多核巨細胞も混じる多形肉腫様の形態を示す腫瘍が採取された。免疫組織化学染色で Cytokeratin, Desmin, Caldesmon 陰性, CD31, ERG 陽性で Intimal sarcoma が疑われた。摘出標本でも肺動脈内腔を充満するように紡錘形の異型細胞が多核巨細胞と混在して充実性に認められた。

【結語】本症例は術前の EBUS-TBNA 迅速細胞診で肉腫様病変を散見し sarcoma が疑われ, その後の生検組織診への確定診断に至った。細胞形態のみでは組織型を断定するのは難しいが, 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し, 推定可能な傾向を見出して行くことが肝要である。



### P-1-207 胸膜原発孤立性線維性腫瘍(solitary fibrous tumor)が疑われた3例

船橋市立医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 船橋市立医療センター臨床病理<sup>2)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科<sup>3)</sup>, 船橋市立医療センター呼吸器外科<sup>4)</sup>, きのしたクリニック<sup>5)</sup>, 帝京大学ちば総合医療センター病理部<sup>6)</sup>

○師岡恭之(CT)<sup>1)</sup>, 諏訪朋子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋久雄(CT)<sup>1)</sup>, 石塚 瞳(CT)<sup>1)</sup>, 清水辰一郎(MD)<sup>2)</sup>, 内田 修(MD)<sup>3)</sup>, 木下孔明(MD)<sup>4,5)</sup>, 山崎一人(MD)<sup>6)</sup>, 安達純世(CT)<sup>6)</sup>

【はじめに】孤立性線維性腫瘍(solitary fibrous tumor: 以下SFT)は比較的稀な腫瘍であり, その多くは胸膜中皮下の間葉系細胞由来の腫瘍として発生する. 多くは良性の経過をたどるが一部は転移をきたすなどの悪性腫瘍としての性質を示す例がある. 今回我々は胸膜原発のSFTを3例経験したので報告する.

【症例】(症例1)79歳, 女性, 一年前から左側胸部に違和感有り, CTにて左上葉に40mm大の腫瘤陰影を指摘. 胸腔鏡下左肺部分切除施行.(症例2)52歳, 女性, 健康診断で結節陰影を指摘. 当院CTにて左上葉に40mm大の腫瘤陰影を指摘. 胸腔鏡下左肺部分切除施行.(症例3)67歳, 男性, 尿管結石フォロー中に胸腹部CTにて左下葉に50mm大の腫瘤陰影を指摘. 胸腔鏡下左肺部分切除施行.

【細胞像】採取方法は摘出した腫瘍の断面をスライドガラスで擦過を行った. 紡錘形の細胞質を有する小形細胞が一定方向に縦走し束上配列や平面的な配列を認めた. 核は小型, 卵円形や紡錘形を示し, クロマチンは微細から細顆粒状で均等に分布していた. また, 全ての症例で細胞質を有する細胞に比べ, 裸核様細胞が主体に出現していた.

【組織像】類円形から紡錘形核を有する細胞が膠原繊維の増生を伴い, 束状に増殖を示していた. 細胞密度は一部ではやや高いものの, 全体的に低かった. 全ての症例で腫瘍壊死や核分裂像はほとんど認められなかった. 免疫組織化学染色ではCD34陽性, ki-67陽性細胞は1%未満であった.

【結語】SFTの病理組織学的特徴としては, patternless patternやhemangiopericytoma様血管パターンなどが報告されている. 細胞学的及び免疫組織化学所見を併せ, 再検討し文献的考察を加えて報告する.

### P-1-208 5年後に肺内転移・再発を認めた胸膜原発孤立性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor)の一例

国家公務員共済組合連合会熊本中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 国家公務員共済組合連合会熊本中央病院検査科<sup>2)</sup>, 熊本市市民病院病理診断科<sup>3)</sup>

○紫垣まどか(CT)<sup>1)</sup>, 北岡光彦(MD)<sup>1)</sup>, 立山敏広(CT)<sup>1)</sup>, 岡本真衣(CT)<sup>1)</sup>, 増永純夫(CT)<sup>2)</sup>, 逢坂珠美(CT)<sup>2)</sup>, 志賀有紗(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】SFT(Solitary fibrous tumor)は間葉系組織由来の稀な腫瘍である. 今回胸膜に発生し, 術後5年後に肺内転移・再発したMalignant SFTの一例を経験したので報告する.

【症例】70歳代男性. 咳嗽を主訴に近医を受診し, 胸部CTにて3.0cm大の前胸壁腫瘍が疑われ, CT下針生検にてSFTと診断され, 手術目的にて当院に入院となり胸膜腫瘍切除術が施行された. その術後5年で肺内多発性転移が出現し, 胸腔鏡下右下肺葉切除術が施行となった.

【細胞所見】胸膜の捺印像は, 硝子様の膠原線維を背景に裸核状細胞が孤在性に出現し, 核は類円形, 楕円形, 紡錘形で微細顆粒状のクロマチン, 核異型(核溝, くびれ, 大小不同, 核内封入体)などが認められた.

【組織所見】初回摘出胸膜腫瘍組織では, 背景に膠原線維を伴い, 紡錘形, 楕円形, 円形核を有した紡錘形の腫瘍細胞が認められた. 核クロマチンの増量, 核異型や細胞異型も見られた. 免疫組織化学染色ではCD34, bcl-2, CD99, vimentinなどが陽性を示した. またKi67 Labeling Indexは1.5~10%, 細胞分裂像5~10/10HPF, 腫瘍壊死巣は認めなかったが, 脂肪組織内への浸潤様増生像が見られMalignant SFTと診断された. 5年後の肺内多発性腫瘍の一部でも類似の腫瘍組織像が見られ, Malignant SFTの肺内転移・再発と診断された.

【考察】SFTは人口10万人あたり2.8人で, そのうちMalignant SFTは12~37%を占めるとの報告がある. 病理学的に悪性を示唆する所見が存在する場合は, 転移や再発する可能性があることを念頭に置いて診断を進めることが必要であると考えられた.

## P-1-209 甲状腺高細胞型乳頭癌の細胞学的特徴

隈病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 隈病院病理診断科<sup>2)</sup>, 隈病院外科<sup>3)</sup>

○伊藤歩紀(CT)<sup>1)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>2)</sup>, 高田奈美(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木彩葉(CT)<sup>1)</sup>, 樋口観世子(CT)<sup>1)</sup>, 山尾直輝(CT)<sup>1)</sup>, 林俊哲(MD)<sup>2)</sup>, 隈晴二(MD)<sup>2)</sup>, 宮内昭(MD)<sup>3)</sup>

【目的】高細胞型乳頭癌は、通常型乳頭癌と比べてやや高齢者に発生し、甲状腺外進展や血管浸潤の頻度が高く、より侵襲である。現在まで、高細胞型乳頭癌の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。今回、我々は高細胞型乳頭癌の細胞学的特徴を明らかにすることを目的に検討したので報告する。

【対象と方法】2008年から2015年までの8年間に、当院で甲状腺切除術が行われ、組織学的に乳頭癌と診断された8705例を見直した結果、高細胞型は23例(0.3%)であった。このうち、当院で穿刺吸引細胞診を施行し、検体適正とされた19例の穿刺吸引細胞診標本を対象に、背景、出現パターン、細胞形、核所見などを形態学的に検討した。

【結果】実際の細胞診報告で、高細胞型を推定した症例はなかった。背景では、多核巨細胞(68.4%)はみられたが、コロイド、リンパ球、泡沫細胞などの出現頻度は低かった。腫瘍細胞は主として乳頭状(89.5%)、シート状(89.5%)に出現し、濾胞状パターンはほとんどみられなかった。全例において、細胞質が広い腫瘍細胞からなる大小の集塊が観察された。13例(68.4%)では、散在性に出現する腫瘍細胞の半分以上が紡錘形細胞であった。核内細胞質封入体、核の溝、すりガラス状クロマチン、重畳核の出現頻度はそれぞれ、89.5%、100%、5.3%、68.4%であった。

【考察】高細胞型乳頭癌の細胞学的特徴として、1)背景に多核巨細胞がみられる、2)細胞質の広い腫瘍細胞からなる集塊がみられる、3)紡錘形細胞が散在性に出現する、などが考えられた。

## P-1-210 甲状腺乳頭癌細胞にみられる ropy colloid と多核巨細胞の検討

協同病理診断課<sup>1)</sup>, 協同病理技術課<sup>2)</sup>, 隈病院病理診断科<sup>3)</sup>

○北健二(CT)<sup>1)</sup>, 小川隆文(CT)<sup>1)</sup>, 岩井重寿(PhD)<sup>1)</sup>, 榊原稔子(CT)<sup>1)</sup>, 野村郁代(CT)<sup>2)</sup>, 岩本英樹(CT)<sup>2)</sup>, 徐昌宏(CT)<sup>2)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】甲状腺乳頭癌の細胞学的特徴として乳頭状集塊、すりガラス状核クロマチン、核内細胞質封入体、核溝などがあげられる。また、最新の甲状腺癌取扱い規約では、ropy colloid と多核巨細胞が紹介されているものの普通の業務ではあまり意識されていないのが現状である。そこでわれわれは、ropy colloid および多核巨細胞の出現率と形態解析を行った。

【材料】穿刺吸引細胞診で乳頭癌と診断され、後の病理組織診断で通常型乳頭癌と診断された16例の細胞診標本を対象とした。また、比較対象として腺腫様甲状腺腫16例を用いた。

【方法】全32例のスライドガラス全面を観察した際にみられる ropy colloid と多核巨細胞の有無を観察し、出現率を算出した。また、ropy colloid の長さ、幅、多核巨細胞の面積と核の数を解析した。

【結果】通常型乳頭癌では ropy colloid は43.8%(7/16)にみられ、長さは174.5~1023.6  $\mu\text{m}$  (Av. 560.0  $\mu\text{m}$ )、幅は4.9~22.8  $\mu\text{m}$  (Av. 16.0  $\mu\text{m}$ )であった。多核巨細胞は68.8%(11/16)にみられ、面積は1761.4~9672.9  $\mu\text{m}^2$  (Av. 4991.9  $\mu\text{m}^2$ )、核の数は10~64個(Av. 37個)であった。腺腫様甲状腺腫では ropy colloid はみられず( $p < 0.05$ )、多核巨細胞は18.8%(3/16)にみられた。多核巨細胞の面積は887.6~3501.1  $\mu\text{m}^2$  (Av. 2130.2  $\mu\text{m}^2$ )、核の数は5~25個(Av. 12個)であった( $p > 0.07$  N.S.)。

【結論】ropy colloid は乳頭癌の43.8%にみられ、腺腫様甲状腺腫ではみられなかったことより、両者の鑑別に有用と考えられた。多核巨細胞は乳頭癌と腺腫様甲状腺腫との間に有意差はなく、診断における有用性は低いと考えられた。

### P-1-211 甲状腺細胞診穿刺経路再発の細胞病理学的特徴

隈病院病理診断科<sup>1)</sup>, 隈病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 隈病院外科<sup>3)</sup>

○林 俊哲(MD)<sup>1)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>1)</sup>, 樋口観世子(CT)<sup>2)</sup>,  
宮内 昭(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】穿刺吸引細胞診の合併症である穿刺経路再発は非常に稀で、その細胞所見に関する報告はほとんどない。本研究の目的は、甲状腺細胞診穿刺経路再発の細胞像を明らかにすることと、超音波検査および穿刺針洗浄液のサイログロブリン値(サ値)との相関をみることである。

【対象と方法】2006年から2017年の間に当院にて摘出された穿刺経路再発74症例のうち、細胞診を施行していた44症例を対象とし、その細胞所見、超音波検査、サ値を後ろ向きに検討した。

【結果】細胞診時の推定診断は、乳頭癌(32例, 72.7%)、濾胞性腫瘍(8例, 18.2%)、低分化癌(2例, 4.5%)、未分化癌(2例, 4.5%)で、組織診断とすべて一致していた。超音波では、結節の大きさは3-52mm(中央値12.0mm)で、診断カテゴリーは43例(97.7%)が悪性で、残りの1例は検出されていなかった。サ値は検査していた36例中29例(80.6%)が高値(>16ng/ml)であった。サ値が低値だった7例症例中5例(71.4%)の細胞診標本では採取細胞量が少なかった。

【考察】甲状腺腫瘍の穿刺経路再発の診断には、超音波検査と穿刺吸引細胞診が有用であるが、穿刺針洗浄液のサ値測定は、時に陰性になることに留意すべきである。

### P-1-212 甲状腺原発粘表皮癌の1例

愛知医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 愛知医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>

○藤井佳穂(CT)<sup>1)</sup>, 高橋恵美子(MD)<sup>1,2)</sup>, 坪井智子(CT)<sup>1)</sup>,  
水野里美(CT)<sup>1)</sup>, 宮下拓也(CT)<sup>1)</sup>, 古畑彩子(CT)<sup>1)</sup>,  
櫻井包子(CT)<sup>1)</sup>, 和田栄里子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤允則(CT)<sup>1)</sup>,  
伊藤秀明(MD)<sup>2)</sup>, 岩越朱里(MD)<sup>1,2)</sup>,  
佐藤 啓(MD)<sup>1,2)</sup>, 大橋明子(MD)<sup>1,2)</sup>,  
都築豊徳(MD)<sup>1,2)</sup>

【緒言】粘表皮癌は唾液腺に好発する悪性腫瘍であるが、稀に甲状腺にも発生する。今回、甲状腺穿刺吸引細胞診にて、甲状腺乳頭癌との鑑別に苦慮した甲状腺原発の粘表皮癌を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性。慢性腭炎で経過観察中に、CTにて甲状腺右葉に15mm大の境界不明瞭な腫瘍を指摘され、穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見】パパニコロウ染色にて赤血球と液状コロイドを背景に、腫瘍細胞が平面的な小集塊から孤立散在性に少数出現していた。集塊の辺縁は不整であった。集塊は結合性を伴う集塊と、結合性が緩い集塊の双方が認められた。腫瘍細胞の細胞質はライトグリーン好性で、一部は扁平上皮化生様であった。核は楕円形であり、大小不同や核形不整を認めた。核クロマチンは増加し、細顆粒状だった。核のしわや核内封入体が散見されたため乳頭癌を考えた。しかし、乳頭状集塊やすりガラス様のクロマチン形態は見られず、背景のコロイドに混じってオレンジGに染色された無構造物質を少数認めること、1カ所のみだが集塊中にオレンジG好性の細胞質をもつ異型細胞が存在すること等、典型的乳頭癌とは異なる所見も存在した。

【組織診断】腫瘍内では、硝子化間質を背景に腫瘍細胞が胞巣状から小濾胞状に増生していた。部分的に扁平上皮細胞への分化や、細胞質内に粘液を有する杯細胞様の腫瘍細胞が見られた。粘表皮癌と診断された。

【結語】稀な甲状腺原発の粘表皮癌を経験した。本症例の細胞像と、鑑別を要する他の疾患の細胞像との比較を行い、文献学的考察等を交えて報告する。

### P-1-213 穿刺吸引細胞診が診断に有用であった気管原発腺様嚢胞癌甲状腺浸潤の一例

金地病院細胞診断科<sup>1)</sup>, 金地病院外科<sup>2)</sup>, 日本医科大学付属病院病理部<sup>3)</sup>, 日本医科大学付属病院病理診断科<sup>4)</sup>, 日本医科大学付属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>5)</sup>, 日本医科大学付属病院内分泌外科<sup>6)</sup>

○鈴木茂一(CT)<sup>1)</sup>, 軸菌智雄(MD)<sup>2,6)</sup>, 小坂井守(MD)<sup>1)</sup>, 松原美幸(CT)<sup>3)</sup>, 村瀬幸宏(CT)<sup>3)</sup>, 渡会泰彦(CT)<sup>3)</sup>, 酒主敦子(MD)<sup>5)</sup>, 中溝宗永(MD)<sup>5)</sup>, 大橋隆治(MD)<sup>4)</sup>, 杉谷 巖(MD)<sup>6)</sup>, 清水一雄(MD)<sup>1,2,6)</sup>, 山田 哲(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】腺様嚢胞癌は唾液腺（耳下腺・顎下腺）、鼻腔、気管支などに発生する稀な悪性腫瘍である。発生年齢は40～60歳、やや女性に多いとされている。一般的な腫瘍の特徴として増大速度は比較的緩徐、周囲組織への浸潤傾向は強く、遠隔転移の頻度が比較的高いとされている。今回我々は穿刺吸引細胞診が診断に有用であった気管原発腺様嚢胞癌の甲状腺浸潤症例を経験したので報告する。

【症例】77歳の女性。呼吸苦を主訴とし受診。甲状腺未分化癌疑いとして当院に紹介搬送された。気道はほぼ閉塞しており、直ちに気管切開を行った。超音波、CT等から甲状腺未分化癌の気管浸潤を疑い穿刺吸引細胞診を施行した結果、腺様嚢胞癌と推定された。気管合併切除術の必要生があり、手術目的のため他院へ紹介した。精査の上、咽喉頭頸部食道摘出・甲状腺全摘術を施行した。

【細胞所見】背景に粘液球様成分を認めた。腫瘍細胞は球状硝子様物質を取り囲むように多数出現し特徴的な細胞像より腺様嚢胞癌と推定した。甲状腺未分化癌を示唆する細胞は認めなかった。

【組織所見】気管壁主体に潰瘍形成伴う隆起性腫瘍を認めた。組織学的には大小胞巣状構造、嚢胞状構造、硝子化間質を伴う篩状構造を呈し、気管原発腺様嚢胞癌と診断した。周囲筋組織、甲状腺への直接浸潤を認めた。

【まとめ】希少な気管原発腺様嚢胞癌の甲状腺浸潤の一例を経験した。臨床所見、画像所見では甲状腺未分化癌が疑われたが、穿刺吸引細胞診により甲状腺未分化癌を否定することができた。また細胞の特徴より腺様嚢胞癌の診断が可能であった。

### P-1-214 甲状腺内に認めた胸腺腫の一例

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 医歯学系専攻 先端医療開発学講座 包括病理学<sup>2)</sup>, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所老年病理学研究チーム<sup>3)</sup>

○木曾有里(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木明美(CT)<sup>1)</sup>, 浜島裕理(CT)<sup>1)</sup>, 木下真由美(CT)<sup>1)</sup>, 白幡浩人(CT)<sup>1)</sup>, 今泉雅之(CT)<sup>1)</sup>, 江坂四季音(CT)<sup>1)</sup>, 児島宏哉(CT)<sup>1)</sup>, 野中敬介(MD)<sup>1)</sup>, 相田順子(DDS)<sup>3)</sup>, 倉田盛人(MD)<sup>2)</sup>, 松田陽子(MD)<sup>1)</sup>, 新井富生(MD)<sup>1)</sup>

【症例】81歳女性。頸部腫脹を主訴に当院を受診し、CTと超音波検査にて甲状腺腫瘍を指摘された。甲状腺穿刺吸引細胞診では悪性リンパ腫が疑われ、確定診断のために組織診を施行したところ、胸腺腫と診断された。

【細胞所見】血性背景で小型リンパ球を主体とし、淡く狭い胞体を有した中～大型細胞もみられた。この中～大型細胞は楕円形から類円形核を有し、クロマチンは粗顆粒状で核小体が目立つものも認められた。甲状腺の濾胞構造やコロイドは認められず、悪性リンパ腫との鑑別が必要として鑑別困難と判定された。

【組織所見】腫瘍組織は小型リンパ球の増生を背景に空胞状の核をもつ大型円形～楕円形細胞が散在性に多数認められ、甲状腺組織は含まれていなかった。悪性リンパ腫との鑑別のため施行した免疫染色では、中～大型細胞はpan-cytokeratin(AE1/AE3)に陽性、小型リンパ球はCD5、TDT1に陽性を示した。さらにフローサイトメトリーでは胸腺未熟T細胞リンパ球の免疫形質を持つTリンパ球が背景に認められたため、胸腺腫(Type B1 thymoma-WHO)と診断された。

【まとめ】本症例では、画像診断および穿刺吸引細胞診にて甲状腺悪性リンパ腫を疑ったが、実際には胸腺腫(Type B1 thymoma-WHO)であった。その後の検討でも細胞診でみられた集塊はpan-cytokeratin(AE1/AE3)陽性を示す上皮細胞を含むことが判明した。今回我々は胸腺腫が甲状腺に発生する稀な症例を経験したため報告する。



### P-1-215 甲状腺の胸腺様分化を示す癌の1例

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<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>

○小嶋健太(CT)<sup>1)</sup>, 清家直樹(CT)<sup>1)</sup>, 今村彰吾(CT)<sup>1)</sup>,  
藤本翔大(CT)<sup>1)</sup>, 半田瑞樹(MD)<sup>2)</sup>, 瀧澤克実(MD)<sup>2)</sup>,  
田口健一(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】甲状腺に発生する悪性腫瘍としては乳頭癌が最も多く、濾胞癌、髄様癌、低分化癌、未分化癌が一般的に知られている。今回、術前の甲状腺穿刺吸引細胞診では組織型推定が困難で、手術標本にて胸腺様分化を示す癌(CASTLE)と診断された症例を経験したので、細胞所見を中心に報告する。

【症例】80代、女性。他院より甲状腺腫瘍疑いで当センター紹介受診。画像検査にて甲状腺右葉下極に25 mm×20 mm×22 mmの不整形腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診にて悪性を疑い、甲状腺右葉切除術が施行された。

【細胞所見】清明な背景に、軽度の重積性を示す細胞集塊が出現していた。集塊を構成する細胞は、N/C比が増大し核の大小不同に乏しく、小型ながら明瞭な核小体を有していた。出現集塊に乳頭状構造や濾胞状構造は認められず、異型細胞個々においても核内封入体や核溝、スリガラス状核等の特徴的所見は認められなかった。

【組織所見】豊富な線維性間質の間を島状、索状に増殖する異型細胞を認め、腫瘍胞巣内外にリンパ球浸潤を認めた。異型細胞は類円形で細胞質に乏しく、明瞭な核小体を有していた。免疫染色では、通常の甲状腺マーカーであるThyroglobulin, TTF-1は陰性で、サイトケラチン(AE1/AE3), CD5が陽性を示した。以上より、CASTLEと診断された。

【まとめ】本症例の細胞所見からはCASTLEを推定することは困難であった。しかし、細胞所見において、乳頭状構造や濾胞状構造に乏しい異型細胞を認めたこと、臨床所見として甲状腺下極に腫瘍が認められたことを加味すれば、CASTLEを少なくとも鑑別疾患の1つに挙げることは可能であったと思われる。

### P-1-216 腹水の術中迅速細胞診の判定に苦慮した卵巣漿液性癌の一例

市立大津市民病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 市立大津市民病院病理  
診断科<sup>2)</sup>

○田口一也(CT)<sup>1)</sup>, 益澤尚子(MD)<sup>2)</sup>, 澤 彩子(CT)<sup>1)</sup>,  
高木育子(CT)<sup>1)</sup>, 岡本恵子(CT)<sup>1)</sup>, 濱田新七(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】腹水の術中迅速細胞診で粘液性の細胞質を有する異型の弱い細胞が少なからず出現していたため、判定に苦慮した卵巣漿液性癌の一例を報告する。

【症例】60代女性、MRI検査にて左卵巣癌が疑われ単純子宮全摘、両側付属器切除、大網全摘が施行された。

【術中迅速腹水細胞診】核偏在性でNC比の低い小型類円形細胞が孤在性または小集塊状に出現していた。核クロマチンは細顆粒状で小型核小体を有し細胞異型は弱かったが、PAS染色で粘液陽性像を示していた。同時に提出された左卵巣腫瘍の凍結組織標本では、異型の強い腺癌細胞を認めた。執刀医に確認したところ、腹腔内には広範囲に播種を疑う病変を認めるということであった。組織とは異型の程度が異なるが腹水中に粘液性細胞が見られたことより悪性の疑いと判断した。

【切除材料組織診断】卵巣表面から主に外方に増殖する9 cm大の腫瘍で、漿液性上皮と頸管腺型粘液上皮を主な成分とする腺癌であった。腫瘍細胞は核腫大や異型が目立つものが多いが、異型の弱い細胞からなる境界病変もしばしば混在していた。腫瘍の表層部では異型の弱い成分が多かった。播種として提出された検体は中皮の過形成であった。卵巣漿液性癌 FIGO stage IC2と診断した。

【まとめ】漿液性癌は境界悪性病変を合併する事が多いといわれている。さらに本例は表在発育型の稀な増殖形態を示す腫瘍であったため、境界悪性以下の腫瘍細胞が腹水中に出現したと考えた。体腔液の細胞診で粘液染色の陽性所見は重要な所見の一つであるが、特に卵巣癌患者の腹水中には癌細胞のみならず、共存する異なった悪性度の腫瘍細胞が出現する可能性があるという事を念頭に判断する必要がある。

**P-1-217 原発巣の同定に苦慮した正常大卵管漿液性癌の1例**

北里大学北里研究所病院婦人科<sup>1)</sup>, 北里大学北里研究所病院病理診断科<sup>2)</sup>, 独協医科大学越谷病院病理診断科<sup>3)</sup>, 日野市立病院病理診断科<sup>4)</sup>

○石谷 健(MD)<sup>1)</sup>, 櫻井友義(MD)<sup>1)</sup>, 杉本 到(MD)<sup>1)</sup>, 古澤亜希子(CT)<sup>2)</sup>, 滝田晶子(CT)<sup>2)</sup>, 太田花緒(CT)<sup>2)</sup>, 原 敦子(MD)<sup>2)</sup>, 大部 誠(MD)<sup>2)</sup>, 松岡健太郎(MD)<sup>3)</sup>, 森永正二郎(MD)<sup>4)</sup>

【症例】77歳女性。開腹左卵巣腫瘍摘出術既往あり。慢性関節リウマチにて内科紹介精査中に血清腫瘍マーカー高値にて当科初診となった。経膈超音波断層法、骨盤MRI、子宮頸部・内膜細胞診に異常所見を認めなかったが、少量の腹水を認めたため、ダグラス窩穿刺にて採取した腹水細胞診は陽性であった。PET/CTにて右外腸骨リンパ節傍傍に異常集積を認め、腹腔鏡下で右正常大卵巣癌と診断し右付属器摘出+大網部分切除術を施行した。術後診断は右卵管漿液性癌 T3cN0M0であり、化学療法を施行し現在無病生存中である。

【腹水細胞所見】1核~多核で細胞質に変空胞が目立つ異型細胞が散在性~少集塊で多数認めた。セルブロック免疫染色では、CK7+, CK20-, CEA-, CA19-9+, CA125+, ER-, PgR-, GCDFP-15-, mammaglobin±, D2-40-, mesothelin+, WT-1-, calretinin-であり、腺癌(肝胆道系>消化器・婦人科系)および悪性中皮腫を推定した。

【手術摘出標本組織所見】非粘液性高円柱上皮細胞が乳頭状に卵管内腔で増殖し、卵巣浸潤や腹膜・大網表面へ転移を伴っていた。

【考察】原発巣の推定にセルブロックによる免疫染色法を用いた腹水細胞診は有用であるが、本症例では鑑別・推定診断に難渋したので報告する。

**P-1-218 癌性腹膜炎を初発症状とした明細胞癌の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<sup>1)</sup>, 公立学校共済組合九州中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○平山賢司(CT)<sup>1)</sup>, 佐谷純一(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤よよい(CT)<sup>1)</sup>, 溝口義浩(CT)<sup>1)</sup>, 宇野大輔(CT)<sup>1)</sup>, 角 正恵(CT)<sup>1)</sup>, 緒方昌倫(CT)<sup>1)</sup>, 伏見文良(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】今回、我々は原発不明であり、癌性腹膜炎を初発症状とした明細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。便秘、腹部膨満感あり近医受診。腹部超音波検査で中等量の腹水を認めた為、当院を紹介受診。当院検査にて大網に病変あるが子宮、卵巣、消化管等原発巣と思われる部位に明らかな異常を認めなかった。癌性腹膜炎の臨床診断で良悪性の鑑別、原発巣の推定目的で腹水細胞診が提出された。

【細胞所見】背景に多数の白血球や中皮細胞を認めた。腫瘍細胞は核偏在し大小の集塊状に出現していた。N/C比が高く細胞質が好酸性を呈している細胞からなる集塊が優位であるが細胞質が豊富で明るく空胞状を呈する細胞からなる集塊もみられた。核形不整と核の大小不同を認め、小型核小体を有しており腺癌と診断したが原発の推定は出来なかった。

【組織所見】確定診断の為、審査腹膜鏡検査が施行された。大網、横行結腸、小腸が一塊となっており壁側胸膜に広範に播腫様結節を認めた。組織診では立方状の異型細胞が散在性に管状~囊胞状構造を形成していた。細胞の重積は目立たず hobnail 型細胞を認めた。免疫組織化学では CK7, AE1/AE3, PAX-8, HNF1β は陽性, CK20, Calretinin, D2-40 は陰性であった。以上は明細胞癌に一致する結果であった。

【結語】諸検査にて癌性腹膜炎を疑ったが原発は不明で腹水細胞診で原発巣の推定が求められた。細胞学的所見からは原発巣及び組織型の推定が困難であった。見直してみると明細胞癌の可能性は十分に考えられた。今回、腹腔内の原発不明癌が明細胞癌と診断された稀な1例を経験したので報告する。

### P-1-219 腹水中に未熟神経上皮細胞が出現した卵巣未熟奇形腫の一例

淀川キリスト教病院病理課<sup>1)</sup>, 淀川キリスト教病院病理診断科<sup>2)</sup>

○小田井学(CT)<sup>1)</sup>, 深田知也(CT)<sup>1)</sup>, 平澤祐子(CT)<sup>1)</sup>, 小竹千代(CT)<sup>1)</sup>, 三好真由美(CT)<sup>1)</sup>, 田中 幸(CT)<sup>1)</sup>, 宮本達人(MD)<sup>2)</sup>, 河野 洋(MD)<sup>2)</sup>, 大谷恭子(MD)<sup>2)</sup>, 寺村一裕(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】卵巣未熟奇形腫は胚細胞腫瘍で胎芽期の組織に類似する未熟組織を含む奇形腫である。卵巣悪性腫瘍の約1%を占め、腹水中に未熟神経上皮細胞がみられることは稀である。今回我々は腹水中に未熟神経上皮細胞が出現した卵巣未熟奇形腫の一例を経験したので報告する。

【症例】20歳代女性。腹部膨満感を主訴に来院。画像診断にて左卵巣に120×80×100mmの充実性腫瘤を認め、悪性卵巣腫瘍を疑った。また右卵巣に嚢胞形成、腹膜の肥厚、腹水の貯留を認めた。左付属器切除、右卵巣及び腹膜の生検、術中の腹水の採取を行った。

【組織像】左卵巣：未熟な神経上皮組織が主体で間質の中に散在していた。細胞密度は高くロゼット構造、核分裂像を認めた。重層扁平上皮や骨、軟骨、腺組織を伴っていた。右卵巣や腹膜にも未熟な神経上皮組織を認めた。Immature teratoma, Grade 3と診断した。

【細胞像】小集塊状や散在性に出現する細胞を認めた。木目込み様配列や一部にロゼット様配列を認めた。細胞は小型で裸核様であった。核クロマチンは細顆粒状で小型の核小体や核分裂像を認めた。判定はpositive。卵巣未熟奇形腫の未熟神経上皮細胞として矛盾しないと診断した。

【まとめ】腹水中に未熟神経上皮細胞が出現した卵巣未熟奇形腫の一例を経験した。細胞像は小型裸核様の細胞が木目込み様配列を呈し小細胞癌との鑑別を要した。細胞像と文献的考察を加えて報告する。

### P-1-220 診断に難渋した上皮型悪性中皮腫の一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診<sup>1)</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2)</sup>

○大田桂子(CT)<sup>1)</sup>, 木村芳三(MD)<sup>2)</sup>, 中山正道(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤園江(CT)<sup>1)</sup>, 塚本孝久(CT)<sup>1)</sup>, 原武晃子(CT)<sup>1)</sup>, 榎田明美(CT)<sup>1)</sup>, 深川良隆(CT)<sup>1)</sup>, 坂本康輔(CT)<sup>1)</sup>, 水落伸治(MD)<sup>2)</sup>, 西田直代(MD)<sup>2)</sup>, 檜垣浩一(MD)<sup>2)</sup>

症例は50歳代・男性。健診時に右肺野の異常影を指摘、自覚症状なくも精査目的にて当院受診、胸水細胞診を施行した。

【胸水細胞所見】出血性背景に極少数の悪性細胞を認めた。細胞は弧在性あるいは小集団で出現、細胞質はライトグリーン淡染性で一部に核異型を認め、核クロマチンは微細、明瞭な核小体を認めた。中皮腫も示唆されたが診断に難渋した。

【生検組織所見】CTで右肺上葉周囲に胸膜肥厚を認め、アスベスト暴露歴があり、胸膜生検が施行された。既存の中皮組織に連続して、乳頭状・腺管状に増殖する腫瘍細胞を認めた。免疫染色ではAE1/AE3, Calretinin, D2-40, EMAに陽性、CEA, TTF-1, Ber-EP4に陰性を示し、上皮型悪性中皮腫と診断された。

【洗浄胸水所見】生検時の洗浄胸水細胞診でも、少数の腫瘍細胞を弧在性に認めた。細胞質は比較的豊富で、多稜形や細胞質の一部を引き伸ばしたような形状も認めた。核は偏在し明瞭な好酸性核小体を有し、多彩な形状は肉腫にも似た像を呈した。

【術後摘出組織所見】右肺の腫瘍は、胸膜表面、胸内筋膜、縦隔脂肪、胸壁の軟部組織および肺実質内に浸潤しており、上皮型悪性中皮腫と診断された。

【まとめ】悪性中皮腫の細胞診では2型 collagenous stroma, 多核細胞, hump 様細胞, オレンジ G 好性細胞等の出現があり診断・鑑別の指標とされる。自験例は極めて細胞量に乏しく、初回胸水細胞診では中皮腫と診断するに難渋したが、後の再検討では、一部に嚢形成や微絨毛を示唆する所見を認めた。胸水細胞診では出現細胞数が非常に少ない悪性中皮腫例が存在することを認識し、臨床的に中皮腫が疑われる場合、詳細な細胞所見に留意するとともに、免疫染色などに繋げていく必要があると考えた。

**P-1-221 高分化型乳頭状中皮腫が疑われた1例**

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科

○藤中浩樹(CT), 佐々木志保(CT), 岩瀬大輔(CT), 倉澤佳奈(CT), 小林愛美(CT), 高城理香(CT), 永田麻水(CT), 西尾祥邦(CT), 島津宏樹(MD), 伏見博彰(MD)

【はじめに】高分化型乳頭状中皮腫(Well-differentiated papillary mesothelioma; 以下 WDPM)は非常に稀な腫瘍であり, 悪性中皮腫のなかでは比較的予後が良好である。今回我々は胸水穿刺吸引細胞診にて WDPM が疑われた1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代, 女性。近医で胸水貯留が認められ細胞診を施行したところ classV と判定されたため, 精査加療目的で当センターを受診, セルブロック作製を含めて詳細な検索を行うため改めて右胸水穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】腫瘍細胞が大型類円形や乳頭状集団で多数採取されていた。結合性が強く軽度の重積性が見られ集団内部にコラーゲン様物質が認められるものもあった。核形不整は軽度で明瞭な核小体が見られ細胞質は豊富で泡沫状であった。WDPM が疑われたが組織型確定のためセルブロックを作製した。

【セルブロック所見】軽度の異型細胞が乳頭状に増殖していた。免疫染色では calretinin(+), D2-40(+), WT1(+), TTF-1(-), Napsin-A(-), CK7(-), CK20(-)であった。WDPM が強く疑われたが胸膜生検は為されなかった。

【考察】悪性中皮腫の確定診断には免疫染色が必須である。細胞診で悪性中皮腫が疑われた場合, セルブロック作製が重要なポイントとなる。本症例ではセルブロック作製により免疫染色等の検索を追加することが容易となり, 通常細胞学的検討のみより確実な診断を行うことが可能となった。

**P-1-222 肺門部扁平上皮癌と, Calretinin 陽性腺癌の胸膜播種を併発した1例**

山口大学医学部附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 光市立光総合病院臨床検査科<sup>2)</sup>

○橋本綾子(CT)<sup>1)</sup>, 藤永道子(CT)<sup>1)</sup>, 矢野恵子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋淳伯(CT)<sup>2)</sup>, 星井嘉信(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Calretinin は中皮腫のマーカーとして有用性が高いが, 一部の腺癌でも陽性となるといわれている。今回我々は, Calretinin 陽性腺癌の胸膜播種を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 男性。他院で左肺尖部腫瘍, 肺門部腫瘍, 左胸水が認められた。喀痰細胞診では扁平上皮癌が疑われた。また, 胸水細胞診のセルブロック標本にて Calretinin 陽性, Ber-EP4, MOC-31 ごく少数陽性, TTF-1 および NapsinA 陰性より悪性中皮腫が疑われたため, 精査目的で当院に紹介となった。

【細胞診所見】当院での気管支洗浄液は, 壊死性背景に細胞質が厚く核クロマチンが増量し, 一部に角化を伴う異型細胞が認められ, 扁平上皮癌と判定した。胸水細胞像は, 淡く広い細胞質に核偏在性でクロマチンの増量した異型細胞が, 散在性から球状集塊で多数認められた。セルブロック標本は, Calretinin, Ber-EP4, MOC-31 が陽性で, 悪性中皮腫か腺癌か判定に苦慮した。

【組織所見】気管支生検は, 角化の散見される扁平上皮癌と診断された。胸膜生検は, 腫瘍細胞が胞巣状~乳頭状に増殖し悪性中皮腫もしくは腺癌が考えられた。免疫染色は Calretinin, CK7 強陽性, Ber-EP4, MOC-31 陽性, TTF-1, NapsinA, D2-40, WT-1, CK5/6, p40, CK20, CDX2 が陰性で, アルシアン青陽性の粘液物質が散見された。

Calretinin は腺癌でも陽性となる場合があること, 中皮マーカーが Calretinin のみ陽性であること, 腫瘍細胞に粘液物質が散見されることから腺癌の胸膜播種と診断された。

【まとめ】肺門部扁平上皮癌と, Calretinin 陽性腺癌の胸膜播種を併発した1例を経験した。本症例の様に, 腺癌でも Calretinin 陽性となる症例があることを念頭において, 他の免疫染色の結果も合わせて総合的に判定することが大切と考える。



### P-1-223 術中迅速腹腔洗浄細胞診で診断に苦慮した大腸内分泌細胞癌の一例

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○弦巻順子(CT), 土田美紀(CT), 齋藤美沙紀(CT), 神田真志(CT), 林 真也(CT), 畔上公子(CT), 北澤 綾(CT), 豊崎勝実(CT), 川口洋子(CT), 木下律子(CT), 桜井友子(CT), 川崎 隆(MD), 本間慶一(MD)

【症例】60歳代男性。右下腹腫瘤を自覚し近医受診。CTおよびCFで盲腸に全周性腫瘍と多発肝転移、リンパ節転移を認め、手術目的に当院紹介。術前に生検による組織学的検索は行われずに拡大右半結腸切除術が施行され、術中迅速腹腔洗浄液が提出された。

【細胞所見】血性背景に核密度が高く、重積ある中～小型の集塊が散見された。異型細胞はやや小型でN/C比大、核クロマチンは顆粒状に増加を認めた。細胞質内粘液や、集塊の柵状配列は明らかではなかった。由来不明であるが腫瘍性の可能性を考えclassIIIと判定した。

【組織所見】135×90×70mmの2型腫瘍で、漿膜面に露出しており、大網に浸潤していた。核クロマチンが顆粒状でN/C比大の多角形～短紡錘形細胞が、シート状、索状、胞巣状に増生し、壊死を伴っていた。CD56(NCAM)(+), chromogranin A(-), synaptophysin(+), Ki-67陽性率70%, 核分裂像は70個/10HPFで、内分泌細胞癌(ECC)(WHO NET G3)と診断された。

【まとめ】ECCは大腸癌全体の0.1～0.2%と稀で、増殖能が高く早期に転移し、予後不良とされている。術前の組織診断がない場合の腹腔洗浄細胞診でも、通常の大腸腺癌であれば異型細胞の判定に迷うことは少ない。しかし、本例のようなECCは、迅速時に確実に診断することは困難である。本例は組織診断確定後、細胞診標本で免疫染色を実施したところ、異型細胞にsynaptophysin陽性でECC由来であった。大腸にも神経内分泌系の腫瘍が発生することを考えて、異型細胞の判定を行う必要があると考えられる。

### P-1-224 ブラシを用いた横隔膜擦過・液状化細胞診断法の細胞採取量の検討(綿棒法との比較)

自治医科大学附属病院病理診断部<sup>1)</sup>, 自治医科大学産婦人科<sup>2)</sup>

○蘆澤健太郎(MD)<sup>1)</sup>, 大城 久(MD)<sup>1)</sup>, 丹波美織(MD)<sup>1)</sup>, 田畑憲一(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤淳史(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木智子(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊温子(CT)<sup>1)</sup>, 柳田美樹(CT)<sup>1)</sup>, 郡 俊勝(CT)<sup>1)</sup>, 二階堂貴章(CT)<sup>1)</sup>, 藤原寛行(MD)<sup>2)</sup>, 芳賀美子(CT)<sup>1)</sup>, 福嶋敬宜(MD)<sup>1)</sup>

【目的】横隔膜擦過細胞診を行う際、採取器具の違いが細胞採取量等にどのような影響を与えるかについて検討した。

【方法】対象は非担癌で明らかな腹膜炎のない剖検例8例と担癌の剖検例1例とした。非担癌の剖検例8例を、年齢や性、死後時間、腹水量に偏りなくランダムに2群に分け、従来法である綿棒(成毛式ソラココットン大4 K70-7105)を採取器具に使用した群(A群, n=4)と、新規法であるブラシ(Orcellex Brush)を採取器具に使用した群(B群, n=4)とで比較した。担癌の剖検例はブラシで採取した。剖検時、腹水を吸引した後、横隔膜を擦過し、検体を液状化細胞診検体試薬バイアル(TACAS Gyn Vial)にて回収し、用手法プロトコールに従って細胞診標本を作製した。各バイアルからパパニコロウ染色、PAS染色、アルシアンブルー染色、ギムザ染色標本を1枚ずつ作製した後、残渣検体からアルギン酸ナトリウム法によるセルブロック標本およびHE染色標本を作製した。有核細胞数の計測にはパパニコロウ染色標本を用いた。

【成績】いずれの症例でも採取後に横隔膜損傷や不正出血は起こらず、4種類の細胞診染色標本は問題なく作製でき、標本の質が担保されていた。A群(中央値10万個)よりもB群(中央値48万個)の方が細胞採取量が有意に多かった(P<0.05)。また、セルブロックHE染色標本中にはA群では有核細胞が含まれていない症例があったが、B群では全ての症例で有核細胞が認められた。担癌症例では全ての標本で癌細胞が観察され、組織標本で癌の横隔膜転移が確認された。

【結論】本結果は、ブラシを用いた横隔膜擦過ならびに液状化細胞診断法が綿棒を用いた従来法と比べて細胞採取量を増加させ、癌細胞の検出の精度を向上させる可能性を示唆する。

### P-1-225 胸水細胞診における TTF-1 免疫染色の有用性についての検討

広島市医師会臨床検査センター<sup>1)</sup>, 広島赤十字・原爆病院病理診断科<sup>2)</sup>

○大野絵美(CT)<sup>1)</sup>, 矢口裕子(CT)<sup>1)</sup>, 田中広美(CT)<sup>1)</sup>, 山下 葵(CT)<sup>1)</sup>, 河野真由美(CT)<sup>1)</sup>, 金子 英(CT)<sup>1)</sup>, 藤原 恵(MD)<sup>2)</sup>

【目的】体腔液の細胞診は唯一の質的診断となることも少なくなく、原発巣の推定を求められることもあるが、腺癌であることが多く、特徴のある細胞像や細胞配列を示す場合は限られる。そこで精度管理を兼ねて、胸水細胞診における TTF-1 免疫染色の有用性を検討した。

【対象および方法】対象は広島市医師会臨床検査センターにおける体腔液の細胞診のうち、2011 年 1 月から 2017 年 2 月末までの間に、細胞診標本で TTF-1 の免疫染色を行った 163 検体 157 症例である。これらのうち TTF-1 が陽性もしくは疑陽性となった症例について、臨床的な悪性腫瘍の有無とその原発巣、組織型について検討した。

【成績】TTF-1 が陽性であった体腔液の細胞診は 58 例で、疑陽性は 2 例であり、合計 60 症例を今回の検討対象とした。いずれも Pap 染色では悪性と判定しており、そのうち経過の追跡が可能であったのは 46 例であり、肺癌と診断されたのは 39 例 (84.7%) で、前立腺癌、膀胱癌が疑われたのがそれぞれ 1 例で、5 例は悪性腫瘍の有無が不明であった。組織診が行われたのは肺癌のうち 9 例のみで、腺癌が 6 例、扁平上皮癌が 1 例であった。

【結論】細胞診標本での TTF-1 の染色性は良好で、疑陽性としたのは 3% のみであった。TTF-1 が陽性もしくは疑陽性であった症例では、高率に肺癌と診断されていた。セルクロット検体と異なり、目的とする細胞が少数でも癌細胞と断定でき、有用な染色であると考えた。

### P-1-226 胸水・心のう水に出現した乳癌の細胞学的検討

愛知県がんセンター中央病院臨床検査部遺伝子病理検査科<sup>1)</sup>, 愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部<sup>2)</sup>

○藤田奈央(CT)<sup>1)</sup>, 植田葉々絵(CT)<sup>1)</sup>, 太田裕子(CT)<sup>1)</sup>, 村上善子(MD)<sup>2)</sup>, 谷田部恭(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】体腔液中にはさまざまな腫瘍細胞の浸潤がみられる。体腔液細胞診は有用ではあるが、中皮細胞との鑑別や原発巣の推定に苦慮することは少なくない。日常診断においては、腫瘍細胞の出現様式や核異型を指標に中皮細胞との鑑別や原発巣の推定を行っているのが現状である。体腔液中に浸潤した乳癌はマリモ状集塊を特徴とするが、実際にはさまざまな症例を経験する。そこで乳癌の浸潤頻度が高い胸水・心のう水において、マリモ状集塊の出現頻度を含む腫瘍細胞の出現様式および細胞学的特徴、サブタイプ・組織型などの臨床病理学的因子との関連性について検討した。

【対象】組織学的に乳癌と診断され、体腔液中に腫瘍細胞の浸潤を認め悪性と診断された胸水 80 例、心のう水 17 例、比較対象として陰性と診断された胸水 20 例の Pap 標本と Giemsa 標本を用いた。

【結果】胸水において乳癌で特徴とされるマリモ状集塊の出現は約 20% の症例にとどまった。多くは他臓器の腺癌と同様に小乳頭状集塊を主体とした。また細胞集塊を形成しない孤立散在性症例も 25% でみられた。組織型との関連は、全体の 95% の症例が浸潤性乳管癌で、硬癌が 50% を占めた。サブタイプとの関連は、ホルモンレセプター陽性の Luminal type が約 80% と最も多く、HER2 type や Triple Negative type はわずかであった。心のう水についても胸水と同様の結果であった。

【まとめ】乳癌で特徴とされるマリモ状集塊の出現頻度は約 20% 程度の症例にとどまった。また中皮細胞との鑑別が問題となる孤立散在性症例も 25% でみられた。胸水・心のう水に出現する乳癌は核異型の軽度な Luminal type が多く、特に孤在性の異型細胞を注意深く観察する必要があると考えられた。

### P-1-227 腹水細胞診に腫瘍細胞が認められた卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例

山梨大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 同産婦人科学講座<sup>2)</sup>, 同人体病理学講座<sup>3)</sup>

○佐藤詩織(CT)<sup>1)</sup>, 中澤久美子(CT)<sup>1)</sup>, 石井喜雄(CT)<sup>1)</sup>, 望月直子(CT)<sup>1)</sup>, 花井佑樹(CT)<sup>1)</sup>, 笠井一希(CT)<sup>1)</sup>, 大森真紀子(MD)<sup>2)</sup>, 望月邦夫(MD)<sup>3)</sup>, 中澤匡男(MD)<sup>3)</sup>, 近藤哲夫(MD)<sup>3)</sup>, 加藤良平(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】卵巣腫瘍において腹水細胞診は病期決定の重要な因子である。今回われわれは腹水中に多数の腫瘍細胞を認めた漿液性境界悪性腫瘍 (serous borderline tumor: SBT) の症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代, 女性。不妊治療を目的に近医を受診。初診時に両側卵巣腫大と血清CA125高値を認め, 当院紹介となった。画像上, 卵巣漿液性癌および腹膜播種が疑われ手術となり, 細胞診には術中腹水が提出された。

【細胞像】小型～中型の球状集塊および孤立散在性に多数の細胞が認められた。それらは核偏在性でやや厚い細胞質を有し, 片側性の長い線毛様構造が高頻度にみられた。細胞質は辺縁明瞭で大小の空胞を伴い, 核形は不整で小型核小体がみられたが, 大小不同は目立たず, クロマチンは微細で増量軽度であった。漿液性腫瘍細胞と考えられたが, 悪性とするまでの異型はみられなかった。

【組織像】肉眼的に両側付属器は表面を広範囲に乳頭状腫瘍に覆われ, 嚢胞性腫瘍を形成し, 嚢胞壁には結節を多数認めた。組織学的に腫瘍細胞は階層状に分岐する乳頭状を呈し, 砂粒小体を伴って増殖していた。腫瘍細胞の異型は中等度であり, 核分裂像は少数であった。間質への浸潤は認めず, SBTと診断された。大網, 腹膜に浸潤性/非浸潤性インプラントを認めた。

【結語】SBTは漿液性腫瘍に特徴的な外向性の発育形態やインプラントと関連して, 腹腔細胞診が陽性となることがあるが, その細胞像は悪性だけでなく良性との鑑別も困難なことがある。本症例は細胞異型が軽度であったが, 特徴的な線毛様構造が高頻度に認められ, 漿液性腫瘍と診断可能な症例であった。

### P-1-228 心嚢液細胞診が診断の一助となったIgG4関連心疾患の一例

(財)厚生会仙台厚生病院臨床検査センター病理診断・臨床検査科<sup>1)</sup>, (財)厚生会仙台厚生病院心臓血管センター循環器内科<sup>2)</sup>

○諸橋 彰(CT)<sup>1)</sup>, 赤平純一(MD)<sup>1)</sup>, 荒屋敷聖(CT)<sup>1)</sup>, 成田菊夫(CT)<sup>1)</sup>, 雫石智子(MT)<sup>1)</sup>, 堀江和紀(MD)<sup>2)</sup>, 遠藤希之(MD)<sup>1)</sup>

今回, 心嚢液細胞診が診断の一助となったIgG4関連疾患を経験した。

【症例】73歳, 男性。

【現病歴】5年前より心不全として経過観察されていた。今回, 2ヶ月にわたる呼吸困難と全身浮腫を訴えて来院。心嚢液貯留が認められた。血清IgG(1729mg/dl)およびIgG4(122mg/dl)が高値であった。PETにて心膜へのFDGの取り込みが認められた。収縮性心膜炎の診断で, 胸腔鏡下に心膜切除術が施行された。術後, IgG4関連心膜炎としてステロイド内服により心不全が著明に改善し, 退院となった。

【細胞所見】形質細胞を背景に, 反応性中皮細胞が観察され, 異型細胞は認められなかった。免疫染色を施行した所, IgG4陽性の形質細胞が多数認められた。

【病理所見】組織学的に, 心膜は線維化を伴って肥厚しており, 形質細胞を主体とする炎症細胞浸潤が散在性に高度に認められた。免疫組織学的に, IgG4陽性の形質細胞が主体(IgG4/IgG=42%)であった。形態像とあわせて, IgG4関連心膜炎と診断した。

【結語】IgG4関連収縮性心膜炎についての報告は検索した限りではみられない。まれではあるが, 心疾患においてもIgG4関連疾患を鑑別にあげ, 細胞診検体で免疫染色を施行することが診断の一助になると思われた。

### P-1-229 腹水中に骨髓造血細胞を認めた肝内髄外造血を伴う原発性骨髓線維症の一例

帝京大学ちば総合医療センター病理部

○若原孝子(CT), 山田正俊(MD), 安達純世(CT),  
豊永安洋(CT), 山本善也(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】 原発性骨髓線維症(MF)は造血幹細胞レベルでの異常クローンの増生による慢性骨髓増殖性疾患の一つで、骨髓の線維化や骨硬化を特徴とする。MF はしばしば脾臓や肝臓に髄外造血を来すことが知られているが、腹膜にみられることは稀である。今回、顕著な肝内髄外造血をきたし腹水中に髄外造血を示唆する骨髓造血細胞を認めた MF の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 70 代女性。汎血球減少のため当院受診。その後急速に進行する肝機能障害と腹水貯留が出現。画像検査にて肝脾腫を認めるも骨髓生検のみでは原因特定に至らず、腹水細胞診検査および開腹肝生検が行われた。

【腹水細胞診】 Giemsa 染色にてリンパ球や組織球と共に、好塩基性の細胞質と核網顆粒状の円形核を有する赤芽球と、大型で分葉状の核をもつ巨核球様の細胞を少数認めた。

【肝病理所見】 肝組織の基本構築は概ね保たれているものの、拡張した類洞内を中心に多彩な細胞浸潤を認めた。免疫染色にて、これらは glycoprotein A 陽性の赤芽球、myeloperoxidase 陽性の骨髓球、および CD42b 陽性の骨髓巨核球であることが確認され、顕著な肝内髄外造血と考えられた。

【肝生検後の経過】 汎血球減少や Dry Tap, 著明な髄外造血などから MF の可能性が高いものと判断し、JAK1/2 選択的阻害薬の投与を開始。その後腹水貯留は消失し、汎血球減少も回復傾向を示したため退院となった。

【考察】 MF において腹水中への骨髓造血細胞の出現は、病状の進行や急性白血病と類似の病像を示す急性転化を示唆する、との報告もある。MF が疑われる症例において腹水貯留を認めた場合、腹水中における造血細胞の有無を慎重に検索することが重要である。

### P-1-230 PEL-like lymphoma の像を呈した MTX 関連リンパ増殖性疾患の 1 例

川崎医科大学附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>

○米 亮祐(CT)<sup>1)</sup>, 福屋美奈子(CT)<sup>1)</sup>, 菅野豊子(CT)<sup>1)</sup>,  
小林江利(CT)<sup>1)</sup>, 小林博久(CT)<sup>1)</sup>, 西村広健(MD)<sup>2)</sup>,  
伊禮 功(MD)<sup>2)</sup>, 秋山 隆(MD)<sup>2)</sup>, 鹿股直樹(MD)<sup>3)</sup>,  
森谷卓也(MD)<sup>3)</sup>, 定平吉都(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 Primary effusion lymphoma (以下 PEL) と類似するが、Human herpes virus 8 (以下 HHV8) 陰性の腫瘍を PEL-like lymphoma (以下 PEL-LL) と呼んでいる。今回、我々は PEL-LL の像を呈したメトトレキサート(以下 MTX) 関連リンパ増殖性疾患を経験したので報告する。

【症例】 80 歳代、男性。約 30 年前に関節リウマチと診断され、3 年前から MTX が投与されていた。胸水貯留を認めたため、細胞診およびセルブロック標本を作製した。診断確定後、MTX は休薬しており、再発は認めていない。

【細胞所見】 小型成熟リンパ球とともに、核形不整、核クロマチンが増量し、好酸性の核小体を有するリンパ球を認めた。一部には、Hodgkin 細胞や Reed-Sternberg 細胞に類似する細胞もみられた。

【セルブロック所見】 多数の小型リンパ球とともに Hodgkin 細胞を思わせる細胞が目立った。免疫組織学的には、大型の細胞は CD30 に陽性を示し、CD20, CD79a 陽性細胞もみられた。HHV8 および EBER は陰性を示した。MTX 投与中であることも考慮し、PEL-LL 像を呈した MTX 関連リンパ増殖性疾患と診断した。IGH 遺伝子再構成 (VH (FR3)/JH) を認めた。

【考察】 文献的にみると、PEL では大型異型リンパ球が、PEL-LL では小型異型リンパ球主体との報告が多いが、今回の症例は PEL-LL の像を呈した MTX 関連リンパ増殖性疾患で、異型を示す細胞は大型細胞が主体であった。このような症例では臨床情報や免疫組織学的、遺伝子学的検索が診断に不可欠と考える。



### P-1-231 Pathology and Cytology on Pathology Technicians in Cambodia

Department of Pathology, Calmette Hospital<sup>1</sup>, Department of Pathology, Preah Kossamak Hospital<sup>2</sup>, Department of Pathology, The University of Health Sciences<sup>3</sup>, Department of Pathology, Khmer-Soviet Friendship Hospital<sup>4</sup>, Department of Pathology, School of Laboratory Medicine, Nitobe Bunka College<sup>5</sup>, Clinical Pathology Center & Clinical Laboratory center, Cancer Institute Hospital<sup>6</sup>, Section of Molecular Pathology, Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University<sup>7</sup>, Department of Pathology, Nippon Medical School Tama Nagayama Hospital<sup>8</sup>, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University<sup>9</sup>, Toda Central Medical Laboratory<sup>10</sup>

○Pich Pintuna (MD)<sup>1</sup>, Vun Choronai (MD)<sup>2</sup>, Ken Nara (MT)<sup>3</sup>, Phinh Chantra (MT)<sup>4</sup>, Sadayuki Hiroi (PhD)<sup>5</sup>, Kyoko Komatsu (PhD)<sup>6</sup>, Motoji Sawabe (MD)<sup>7</sup>, Hironori Katayama (CT)<sup>8</sup>, Tomoko Wakasa (MD)<sup>9</sup>, Toshiaki Kawai (MD)<sup>10</sup>

**【Background】** Pathology and cytology are performed in five hospitals and two private laboratories in Cambodia. Cervical cancer is a big problem in this country.

Currently, the project for education of diagnostic pathology and histological technique as well as for eradication of cervical cancer is working in cooperation with both Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare and Japan International Cooperation Agency (JICA).

**【Methods】** In the present study, we checked the contents of pathology technicians working and the qualities of specimens prepared in pathology and cytology division.

**【Results】** The work of pathology technicians were preparation of specimens and HPV DNA test.

Pathologists perform the diagnostic cytology. Pathology technicians do not perform cytology screening because of a lack of cytotechnologist in Cambodia.

Thus, diagnostic cytology is not included in the project.

The qualities of pathology specimens seem to be dependent on the institutions. All of the institutions perform PAS, Giemsa, and Alcian blue staining. However, not all of them perform the immunohistochemistry and other pathological assessments. HPV DNA test are performed by the use of automated analyzers.

**【Conclusions】** Education of cytotechnologist is useful for Cambodian diagnostic cytology and uterine cervix cancer eradication project is upcoming theme in the future.

We believe that acquisition of histological and cytological technique contributes to Cambodian medical improvement.

### P-1-232 Current situation of professional pathology training in Cambodia

Department of Pathology, Preah Kossamak Hospital<sup>1</sup>, Department of Pathology, The University of Health Sciences<sup>2</sup>, Department of Pathology, Khmer-Soviet Friendship Hospital<sup>3</sup>, Department of Pathology, Calmette Hospital<sup>4</sup>, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University<sup>5</sup>, Department of Pathology, School of Laboratory Medicine, Nitobe Bunka College<sup>6</sup>, Toda Central Medical Laboratory/National Defense Medical College<sup>7</sup>

○Cheng Sam Ang (MD)<sup>1</sup>, Chhut Serey Vathana (MD)<sup>2</sup>, Sam Sophanna (MD)<sup>3</sup>, Nheb Mary (MD)<sup>4</sup>, Tomoko Wakasa (MD)<sup>5</sup>, Sadayuki Hiroi (PhD)<sup>6</sup>, Toshiaki Kawai (MD)<sup>7</sup>

**【Background】** In Cambodia, The University of Health Sciences, which was originally founded in 1946, is the only university with a department of anatomical pathology. Since all medical, dental and pharmacology schools suffered severely under the genocidal regime of Pol Pot, professional pathology training in Cambodia is very fragile and systematic not yet. Here, we review the current situation of professional pathology training in Cambodia.

**【Methods】** We interviewed all the Cambodian pathologists regarding their careers and discussed what we should do to educate young pathologists.

**【Results】** Since the civil war ended, eight Cambodian doctors have been educated and worked as pathologists. Of the first generation (3 doctors now in their 60's), one passed away recently, but two are still working in private laboratories. Of the second generation (2 doctors now in their 50's), one studied in Germany and one in Belgium. The third generations (3 doctors now in their 30's), all studied in France, with one completing her PhD in Belgium. All the pathologists have studied abroad (either a short or long course, or a masters/PhD degree). In 2015, The University of Health Sciences opened a postgraduate pathology course consisting of one year's general resident training and two year's pathology training. Five students entered this course, but now face difficulty obtaining any of the existing scholarships to study abroad.

**【Conclusions】** To educate new professional pathologists, we need to clarify what would be the appropriate system of postgraduate training in Cambodia for young pathology residents.

## P-2-001 子宮頸がん検診で診断に苦慮した膣上皮内癌の一例

公益財団法人福岡県すこやか健康事業団<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究保健学部門<sup>2)</sup>, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>3)</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科<sup>4)</sup>, 北九州市立医療センター病理診断科婦人科<sup>5)</sup>

○八尋裕美子(CT)<sup>1)</sup>, 田中亜都子(CT)<sup>1)</sup>,  
舟越 乾(CT)<sup>1)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>2)</sup>, 大田喜孝(CT)<sup>3)</sup>,  
檜垣浩一(MD)<sup>4)</sup>, 田宮貞史(MD)<sup>5)</sup>, 尼田 寛(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】膣癌の前癌病変である膣上皮内腫瘍 (VAIN) は, CIN や子宮頸癌との併存・既往があることが多く, 発症には CIN と同様 HPV 感染が関与している. CIN と比較し頻度はかなり低く, 後発年齢は 50~60 歳代と約 10 歳高年であるといわれている. 今回, 当事業団の子宮頸がん検診では, 扁平上皮癌疑いとし, 2 次精密検査の結果, 膣上皮内癌, 子宮頸部中等度異形成と診断された一例を経験したので報告する.

【症例】67 歳女性. 3 経妊 3 経産, 閉経 45 歳, 既往は 64 歳時に CIN2 にて円錐切除施行し, 3 年後に子宮頸がん検診を受診. 一次細胞診断は, 扁平上皮癌疑いにて要精検判定となる.

【細胞所見】壊死性様背景に N/C 比高く核形不整, 核クロマチン増量を観察された. 扁平上皮癌を疑い要精検判定とした.

【2 次精密検査】膣鏡診および双合診で頸管から離れた膣壁右側に乳頭状の隆起性腫瘤を認めた. 膣擦過細胞診は Atypical squamous cell, ねらい組織診断は VAIN3 の所見であった. 子宮頸部細胞診は HSIL, 子宮頸管内組織診で悪性所見を認めなかった. 膣上皮内癌, 子宮頸部異形成に対して拡大単純全摘出術が行われた.

【まとめ】一次子宮頸部細胞診で扁平上皮癌を疑い, 精密検査の最終診断は VAIN3, CIN2 であった症例を経験した. 文献的考察を加え報告する.

## P-2-002 当院で経験した妊娠合併子宮頸部微小浸潤癌の 1 例—細胞診の限界—

防衛医科大学校産科婦人科学講座<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校腫瘍化学療法部<sup>2)</sup>, 防衛医科大学校病院検査部<sup>3)</sup>

○岩橋秀樹(MD)<sup>1)</sup>, 笹 秀典(MD)<sup>1)</sup>, 宮本守員(MD)<sup>1)</sup>,  
夏山貴博(MD)<sup>1)</sup>, 坂元崇洋(MD)<sup>1)</sup>, 石橋弘樹(MD)<sup>1)</sup>,  
加藤顕人(MD)<sup>1)</sup>, 中司匡哉(MD)<sup>1)</sup>, 曾山浩明(MD)<sup>1)</sup>,  
青山 真(MD)<sup>1)</sup>, 吉川智之(MD)<sup>2)</sup>, 高野政志(MD)<sup>2)</sup>,  
島崎英幸(MD)<sup>3)</sup>, 古谷健一(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】我が国の妊婦健診では, 通常妊娠初期に子宮頸部細胞診を実施しており, 子宮頸癌の 3% は妊娠中に診断され, IA 期以下が多い. 今回, 妊娠初期の子宮頸部細胞診が HSIL, 生検により微小浸潤癌が疑われ, 子宮頸部円錐切除術により子宮頸癌 IA1 期と診断された 1 例を経験したので報告する.

【症例】症例: 32 歳, 0 経妊 0 経産, 既往歴に特記事項なし. 妊娠初期の子宮頸部細胞診が HSIL (高度異形成推定), ハイリスク HPV は 16, 18 型以外陽性で当院紹介受診された. 当院で施行した子宮頸部細胞診は HSIL (中等度異形成推定) で, コルポスコピー生検の結果, 微小浸潤癌が疑われる組織像だった. 妊娠 15 週 2 日, 診断的円錐切除術 (LEEP 法) を施行し, 子宮頸癌 IA1 期 (浸潤 0.2 mm, 広がり 0.1 mm), 高度異形成程度の病変が断端陽性との診断だった. 妊娠 17 週 2 日に施行した骨盤部単純 MRI では, 有意なリンパ節の腫大はなく, 妊娠継続は可能と判断し, 現在外来経過観察中である.

【考察】妊婦健診で施行される子宮頸部細胞診の多くは, 子宮頸管への傷害を考慮して, 綿棒などの器具を用いて採取されることから, 本来の病変を細胞診では過小評価してしまう可能性が指摘されている. 当院で経験した症例でも, 高度異形成程度の病変が推定されていたが, 生検結果は微小浸潤癌が疑われ, 最終的に子宮頸癌 IA1 期と診断された. 治療方針決定のためには診断的円錐切除術が必要であり, 妊娠中の細胞診異常は, 本来の病変を反映していないことを考慮して積極的な生検を行う必要がある.

【結語】妊娠中の子宮頸部細胞診異常は, 検体の適切な採取法や正確な細胞診が困難であることを念頭に置いた診療が必要であり, 生検をためらうべきではない.

### P-2-003 腫瘍関連組織好酸球増多症を示した子宮頸部原発非角化型扁平上皮癌の1例

金沢医科大学臨床病理学<sup>1)</sup>, 金沢医科大学病院病理部<sup>2)</sup>

○黒瀬 望(PhD)<sup>1)</sup>, 水口聖哉(CT)<sup>2)</sup>, 嶋口智恵(CT)<sup>2)</sup>, 津端裕美(CT)<sup>2)</sup>, 大兼政良育(CT)<sup>2)</sup>, 竹中美千穂(CT)<sup>2)</sup>, 寺内利恵(CT)<sup>2)</sup>, 山下 学(CT)<sup>2)</sup>, 中野万里子(CT)<sup>2)</sup>, 水谷謙一(MD)<sup>1)</sup>, 熊谷泉那(MD)<sup>1)</sup>, 塩谷晃広(MD)<sup>1)</sup>, 相川あかね(MD)<sup>1)</sup>, 中田聡子(MD)<sup>1)</sup>, 山田壮亮(PhD)<sup>1)</sup>

【諸言】腫瘍関連組織好酸球増多症(TATE)は, 腫瘍組織内, 間質に著明な好酸球浸潤を伴う炎症反応と定義され, 局所の免疫応答が関与する. 口腔, 消化器, 頭頸部, 乳腺, 肺, 泌尿生殖器領域に発生した悪性腫瘍との合併例が報告されている. 今回我々は, TATE と腺細胞分化を示した子宮頸部原発非角化型扁平上皮癌の細胞像を検討する機会を得たので報告する.

【症例】40才代後半, 女性. 下腹部痛, 腰痛を主訴に当院を受診し, 生検にて腺細胞分化を伴う非角化型扁平上皮癌と診断された. 子宮頸癌 IIB-III A 期の診断のもと, 広範子宮全摘術, 化学・放射線療法がなされたが, 1年後, 仙骨周囲の軟部組織に再発した. 術前の好酸球は高値であったが, 術後速やかに減少し, 再発時には再度増加した.

【細胞所見】著明な好酸球浸潤を伴う炎症性背景に核腫大, 核形不整, クロマチンの増量を伴う非角化型扁平上皮癌細胞が散在性~集塊状に認められた. 極一部に粘液産生細胞も含まれていた.

【組織所見】腫瘍は最大径 5.5 cm 大の非角化型扁平上皮癌で, 著明な好酸球浸潤を伴い, 子宮漿膜面, 子宮体部, 腔, 両側子宮傍組織に浸潤し, 領域リンパ節転移を伴っていた. 部分的に粘液産生細胞を含む腫瘍胞巣があり, 粘表皮癌, 腺扁平上皮癌との鑑別が苦慮されたが, CRTC1-MAML2, CRTC3-MAML2 融合遺伝子は確認されなかった.

【考察】腫瘍細胞のみならず, 背景の著明な好酸球浸潤に着目することが, TATE の存在を想起するきっかけとなる. また, 好酸球値が病勢を知る上で有効なマーカーとなりうることを, 認知すべきである.

### P-2-004 細胞診で扁平上皮癌と診断し組織診との乖離があった5例の細胞像

慶應義塾大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 慶應義塾大学病院産婦人科<sup>2)</sup>

○照井仁美(CT)<sup>1)</sup>, 岡田ゆり子(CT)<sup>1)</sup>, 蔵本純子(MD)<sup>1)</sup>, 川井田みほ(MD)<sup>1)</sup>, 三上修治(MD)<sup>1)</sup>, 林雄一郎(MD)<sup>1)</sup>, 田中京子(MD)<sup>2)</sup>, 岩田 卓(MD)<sup>2)</sup>, 青木大輔(MD)<sup>2)</sup>, 亀山香織(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮頸癌は, わが国における女性生殖器悪性腫瘍のうち最も頻度が高いが, 子宮頸癌のうち 76.3% は扁平上皮癌が占め, 腺癌は 16.9%, 腺扁平上皮癌は 4.1% である. 今回, 我々は, 細胞診で扁平上皮癌と診断し組織診との乖離があった5例の細胞像を見直したので報告する.

【症例】年齢は 60 代~70 代. 5 例とも他院にて浸潤癌疑いで精査のため当院来院. 当院での細胞診はすべて扁平上皮癌. 生検では, CIN1, CIN2, 扁平上皮癌 1 例, CIN3 (高度異形成) 2 例で, 4 例は組織診との乖離があったため, 診断的円錐切除術を施行. それらの組織診は, CIN3 (高度異形成) 1 例, CIN3 (上皮内癌) 4 例. その後子宮全摘術は 3 例施行したが, それらの組織診でも CIN3 (上皮内癌) であった.

【細胞像】角化異常, 多彩な細胞像を呈する異型扁平上皮細胞を認めた症例が 3 例, N/C 比が高く, クロマチン濃染を示す深層型核異型細胞集塊を認めた症例が 2 例で, すべて扁平上皮癌と診断した. 再鏡検した結果, 異常角化細胞の出現が目立ち多彩な細胞像を呈していたため, 全体の詳細な観察を見逃してしまい, 過大評価してしまったと考えられた. N/C 比が高い深層型核異型細胞集塊においては, クロマチンの濃染が強い傾向が見られた. 5 例とも腫瘍性背景は見られなかった.

【まとめ】細胞診と組織診との乖離が見られた 5 例の細胞像を解析した. 閉経後期ではエストロゲン活動消失のため傍基底型細胞が主体である. 炎症背景に, ライト緑好性で細胞質に厚みがある細胞や, 核濃縮を伴うオレンジ G 好性の細胞が出現する. 高齢者の頸管内に発生した上皮内癌では, 上皮内病変であるにもかかわらず細胞変性や壊死像を伴うことが多いため, 細胞診上注意が必要である.

### P-2-005 術後診断された子宮留膿症を伴う子宮頸部腺癌最小偏倚型の 1 例

稲城市立病院

○大石真希(MD), 菅裕佳子(MD), 井口容子(MD),  
二宮委美(MD), 井浦文香(MD), 櫻井信行(MD)

【緒言】子宮頸部腺癌最小偏倚型(MDA)は、頸部腺癌の1~3%を占める超高分化型の粘液性腺癌である。今回、術前の細胞診、組織診では診断がつかず、子宮留膿症の診断にて手術を実施し、術後の病理組織診にてMDAの診断に至った症例を経験したので、術前の細胞像などを中心に報告する。

【症例】75歳, 3経妊3経産。不正性器出血を主訴に受診。経腔超音波断層法にて子宮腔内に液体貯留を認めた。子宮内容液は、血液成分を含む粘液性であり、子宮頸部細胞診NILM, 子宮頸部狙い組織診はCIN1, 子宮内膜細胞診は陰性だが内容液の細胞診が疑陽性, CA19-9は310U/mlと上昇していた。術前の組織診・細胞診などにて悪性と診断できるだけの所見を認めず、子宮内容液を排液してもすぐに再貯留することなどから、腹式単純子宮全摘出術、両側付属器切除術を実施した。術後の病理組織診にて、MDAと診断された。

【子宮内容液細胞診】細胞崩壊物質を伴う血性・炎症性背景に変性が強く加わった子宮内膜細胞を認める。一部に核肥大や核型不整を伴う内膜細胞も認めるが、全体的に変性が強く、良悪性の判定は困難であった。

【摘出検体の病理組織診】子宮頸部には、大小不同の不規則な腺管構造が散在性にみられ、腺管の間質は線維形成性の間質反応を伴う。淡明な胞体を持つ異型細胞は核小体が明瞭ではあるが異型に乏しいことなどからMDAと診断した。腫瘍は子宮頸部から筋層、傍結合織に浸潤を認めた。

【結論】MDAは細胞異型に乏しいため、細胞診や組織診による術前診断は非常に困難である。本症例のように細胞診にて診断が困難な場合には、臨床所見と併せ、子宮頸部腺癌の可能性を考慮することが重要と考えられた。

### P-2-006 HPV検査持続陽性が発見につながった Minimal Deviation Adenocarcinoma (MDA) と局所再発 MDA の報告

金沢医科大学医学部

○大阪康宏(MD), 坂本人一(MD), 柴田健雄(MD),  
高倉正博(MD), 笹川寿之(MD)

我々は、術後、腔断端に再発したMDA症例とAGC-NOSにて紹介され、4年の追跡の後に発見できた1例を経験した。

【症例1】他院にて単純子宮全摘出術後にMDAと確定診断され1年後に局所再発して当科に紹介された。腔断端に粘液産生性のpolypoidな病変がみられた。細胞診では細胞核のクロマチン増量はなく、核小体は明瞭、核縁肥厚、細胞集塊から核の突出がみられ、分化型腺癌を疑う所見であった。組織診でMDAの再発と診断された。

【症例2】X年10月、他院の検診でAGC-NOSと診断され、当科で行ったコルポ診断では、子宮頸部の頸管腺領域は全体的に凹凸不正、一部に白色上皮を認めた。狙い組織診断で、白色上皮部位はCIN1、頸管腺部位は正常と診断された。HPV検査陽性(HPV16, 52型)であった。X+1年に当科で行っている薬物治療を実施し、細胞診はASCUSからNILMへ正常化した。HPV52型は持続的に陽性であり定期的に細胞診と頸管内組織診で追跡した。X+2年の細胞診はNILM、組織診ではchronic cervicitis with koilocytosis。X+3年5月のHPV検査陽性、頸管内搔爬組織診ではendometrial tissue with irregular proliferationであった。同年7月にMRIでは、子宮頸部のNabocian cystと子宮体部の腺筋症の診断。同年10月にAGC-NOSであった。X+4年6月にAGC-FNと診断され、同年7月に頸管部分切除と頸管内搔爬組織診でMDAと診断された。同年9月に広汎性子宮全摘出術を施行した。腫瘍は広がり35mm、深さ10mmの腫瘍、臨床診断は1B1期N0M0であった。細胞診を再検討したところ2014年の標本から、細胞異型は明らかではないが、構造的に腺癌を思わせる細胞集塊が出現していた。

【結論】MDAの細胞診による早期診断は極めて難しい。持続的HPV陽性と大きめの組織採取が発見につながった。



### P-2-007 小細胞癌と通常型腺癌の共存子宮頸癌の1例

長岡中央総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 長岡中央総合病院病理部<sup>2)</sup>

○横田有紀(MD)<sup>1)</sup>, 加勢宏明(MD)<sup>1)</sup>, 古俣 大(MD)<sup>1)</sup>, 五十嵐俊彦(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】子宮頸部小細胞癌は子宮頸癌全体の約5%に発生するといわれている稀な疾患である。早期から再発・転移をきたすことが多く、扁平上皮癌や腺癌と比較して予後不良である。今回我々は小細胞癌と通常型腺癌が共存した稀な子宮頸癌の1例を経験したので報告する。

【症例】50歳, 女性。1経妊1経産。閉経47歳。不正性器出血があり前医を初診したところ, 子宮頸部細胞診で高分化型腺癌が疑われたため当科を紹介された。コルポスコーピーにて子宮頸部に浸潤癌の所見を認め, 組織診より高分化型腺癌および神経内分泌細胞腫瘍が疑われた。シラーテストで前腔円蓋に不染帯を認めた。腫瘍マーカーはCEA 6.2 ng/ml と上昇を認めた。MRI 検査では子宮頸部に1.5 cm の腫瘍がみられた。術前評価でリンパ節転移や遠隔転移の所見はなく, 子宮頸癌 II A1 期の診断で広汎子宮全摘術を行った。病理学的診断はpT1b1N0M0, 通常型腺癌と小細胞癌を認めた。術後化学療法を施行し, 1年以上経過したが再発を認めていない。

【細胞診所見】不規則重積を伴う腺細胞集塊が多数認められる。核は腫大し大小不同・核形不整があり, 微細クロマチンが増量, 不均等分布を示し, 核小体が目立った。これら腺癌を疑う細胞の他に, N/C比が高く一見裸核状の小型細胞を, 散在性及び小集塊として認め, 一部に木目込み様配列を認めた。

【組織所見】典型的な高分化型腺癌と神経内分泌腫瘍が別個に存在している。神経内分泌腫瘍の組織は濃染異形核を持つ小型癌細胞が増殖し, 免疫染色ではChromograinA, Synaptophysin, CD56が陽性であった。

【まとめ】小細胞癌と通常型腺癌が共存する稀な子宮頸癌の1例を経験した。細胞診において, 異なる細胞成分の混在に注意を払う必要を再認識した。

### P-2-008 子宮頸部 Large cell neuroendocrine carcinoma と Mucinous adenocarcinoma intestinal type が合併した一例

日本医科大学千葉北総病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 日本医科大学千葉北総病院女性診療科・産科<sup>2)</sup>

○大峯広貴(CT)<sup>1)</sup>, 笹谷昌司(CT)<sup>1)</sup>, 長谷川千花子(MD)<sup>1)</sup>, 平野孝幸(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤春明(CT)<sup>1)</sup>, 清水秀樹(CT)<sup>1)</sup>, 三枝順子(CT)<sup>1)</sup>, 京本晃典(CT)<sup>1)</sup>, 京本絢美(CT)<sup>1)</sup>, 羽鳥 努(MD)<sup>1)</sup>, 鴨井青龍(MD)<sup>2)</sup>, 山田 隆(MD)<sup>2)</sup>, 中西一步(MD)<sup>2)</sup>, 松橋智彦(MD)<sup>2)</sup>

子宮頸部 Large cell neuroendocrine carcinoma (以下 LCNEC) は子宮頸癌の約0.5%程度と稀な腫瘍であるが予後不良とされており早期発見が重要である。また, 本疾患は他の組織型と混在することも多く, 細胞判定する上で注意が必要である。今回我々は LCNEC と Mucinous adenocarcinoma intestinal type が合併した症例を経験し若干の知見を得たので報告する。

【症例】30代女性, 子宮頸部ポリープ疑いにて当院に紹介。前医での頸部細胞診は AGC であった。コルポスコーピーで母指頭大の腫瘍を認め, 擦過細胞診及びパンチ生検を施行した。

【結果】細胞像は大型の異型細胞を比較的平面的な小集塊で認め, 核は中心性で大型であった。また, 高円柱状の異型細胞を不規則な重積を示す小集塊で認め, 細胞質内に黄色調の粘液を有し, 杯細胞型細胞の介在を認めた。悪性を疑ったが組織型の推定が困難な細胞像であった。生検では多角形~類円形の異型細胞を認め, 免疫組織化学染色の結果と併せ LCNEC の診断となった。また, 異型腺細胞は認めなかった。手術材料では生検で認めた異型細胞が充実性に増殖しておりクロモグラニン A, CD56 等が陽性となった。また, 高円柱状の異型腺細胞が管状に増殖しており, ER, PgR は陰性となり, 形態的特長と併せ Mucinous adenocarcinoma intestinal type with LCNEC の診断となった。

【考察・まとめ】振り返って観察すると LCNEC は平面的な集塊で認めた。扁平上皮癌ではクロマチンの高度増量を認めること, 腺癌では不規則な重積を示すこと, 小細胞癌では腫瘍細胞の大きさが小型であることなど他の組織型を否定することで推定診断が可能と考えられた。本疾患は他の組織型と混在することも多いため, 他の組織型の混在を意識した細胞判定が重要と思われた。

## P-2-009 子宮頸部細胞診が有効であった子宮悪性リンパ腫の一例

産業医科大学医学部産科婦人科学教室<sup>1)</sup>, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学<sup>2)</sup>

○田尻亮祐(MD)<sup>1)</sup>, 川越俊典(PhD)<sup>1)</sup>, 網本頌子(MD)<sup>1)</sup>, 厚井知穂(MD)<sup>1)</sup>, 植田多恵子(PhD)<sup>1)</sup>, 栗田智子(PhD)<sup>1)</sup>, 鏡 誠治(PhD)<sup>1)</sup>, 松浦祐介(PhD)<sup>2)</sup>, 蜂須賀徹(PhD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Intravascular large B-cell lymphoma (IVLBCL) は他の悪性リンパ腫と異なり, リンパ節腫大や腫瘍形成を認めず, 診断が困難であることが多い。今回, 子宮頸部細胞診が診断のきっかけとなった IVLBCL の一例を経験したので報告する。

【症例】85 歳 G3P3, 不明熱の精査目的に当院内科へ紹介, 腹部造影 CT にて子宮腫大を指摘され, 精査目的に当科紹介となった。子宮頸部は肉眼的には委縮しており, MRI でも子宮に腫瘍性病変を認めなかったが, 子宮頸部細胞診では萎縮性背景のため診断がつかず, エストロゲン負荷後の再検で Carcinoma の診断であった。精査のためコルポスコピーを行うも明らかな異常所見は認めなかった。また, 子宮頸部生検でも異形細胞の集塊を認めたものの診断はつかず, 子宮頸部間質に対し針生検を追加した。免疫染色の結果 IVLBCL と診断された。血液内科にて R-THP-COP 療法を 6 コース施行され, 現在化学療法後 6 年目で再発なく経過している。

【細胞所見】エストロゲン負荷前の頸部細胞診では, 萎縮性背景に裸核状, あるいは小集塊状にクロマチンが増量した腫大した核を有する異型細胞が認められた。エストロゲン負荷後の頸部細胞診では, 炎症性背景にクロマチンが増量した大小不同の核を有する異型細胞が孤立性に多数出現しており, 明らかな悪性細胞と診断した。

【組織所見】針生検の組織検査では主に線維血管成分により構成された子宮頸部間質組織の小血管内に小型でクロマチンが増量し, 核型不整を呈する異型細胞が集簇しており, 脈管侵襲像を呈していた。免疫染色を追加し, CD45, CD20, CD79a に陽性を呈しており IVLBCL と診断した。

## P-2-010 浸潤癌の鑑別診断に苦慮した子宮頸部梅毒の 1 例

済生会福岡総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 済生会福岡総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○坂井邦裕(MD)<sup>1)</sup>, 米田智子(MD)<sup>1)</sup>, 丸山智義(MD)<sup>1)</sup>, 宮崎浩子(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤真介(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤瑞恵(CT)<sup>2)</sup>, 東 悠介(CT)<sup>2)</sup>, 石井浩子(CT)<sup>2)</sup>, 石橋貴寛(CT)<sup>2)</sup>, 加藤誠也(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】日本では近年梅毒患者が急増し, 特に女性の増加率が高い傾向にある。第 1 期の初期硬結, 硬性下疳は陰唇や子宮頸部に好発するといわれているが, 自覚症状なく, 自然消退や無症候性のももあり見過ごされることも多い。今回我々は子宮頸部細胞診異常があり, 臨床的に浸潤癌が疑われるも, その診断に苦慮した子宮頸部梅毒の症例を経験したので報告する。

【症例】24 歳女性。不正出血, 異常帯下があり, 前医で子宮頸癌が疑われ当院を紹介受診。腔鏡診で悪臭を伴う血性帯下があり頸部前唇には 2.5 cm の硬い隆起病変を認めた。頸部細胞診では多量の好中球, 少量の壊死とともに核大小不同, 核形不正, クロマチン顆粒状濃染の深層型細胞を多数認めた。一部異常角化や紡錘形の細胞もあり微小浸潤癌が疑われた。コルポ診では全周性に異常隆起, 異型血管を認め浸潤癌の所見であったが, 生検の結果は高度の潰瘍形成と浮腫, 好中球浸潤を伴う炎症性肉芽組織が主体で, 腫瘍性変化を認めなかった。帯下培養にて細菌感染を認めたため抗菌薬投与後再検した。細胞診では前回同様微小浸潤癌が疑われる所見であったが, 組織診では CIN2 であった。診断に乖離があるため円錐切除を行うこととしたが, 術前検査の梅毒血清反応陽性(STS, TPHA)にて梅毒と診断し, アモキシシリン内服を開始した。治療開始後のコルポ診では異常隆起, 異型血管は消失し, 頸部の浸潤癌様変化は梅毒の初期硬結による変化であった可能性が示唆された。今後円錐切除にて確定診断を行う予定である。

【結語】コルポ診で浸潤癌が疑われても, 細胞診, 組織診所見が軽度の場合には, 子宮頸部梅毒を疑って血清診断を行うことが重要と思われた。

### P-2-011 円錐切除後に AGC が持続し、長期の経過観察をおこなった AIS の一例

鳥取大学医学部産科婦人科

○小作大賢(MD), 佐藤慎也(MD), 澤田真由美(MD),  
小松宏彰(MD), 工藤明子(MD), 野中道子(MD),  
千酌 潤(MD), 大石徹郎(MD)

【緒言】子宮頸部上皮内腺癌(AIS)は頸管内に skip lesion が存在することや、円錐切除後の断端陽性例の約半数に残存病変がみつかることが指摘されている。AIS に対し円錐切除術を施行後に、長期の経過観察を行った症例を経験したので報告する。

【症例】36歳, 2経妊2経産。X-1年12月, 子宮頸部細胞診で AGC-NOS, HPV18 型陽性。X年1月当科に紹介。頸部細胞診は AGC-NOS, 内膜細胞診は陰性。狙い組織診の病理組織診断は AIS および CIN1。頸管内搔爬による組織診, MRI は異常を認めなかった。X年3月に円錐切除術を施行。術後病理組織診断は AIS, 切除断端の一部に腺異形成の露出を認めた。妊孕性温存希望があり, 慎重に経過観察を行う方針とした。3か月後の頸部細胞診で AGC-NOS, HPV18 型陽性が持続した。以後3か月毎に細胞診検査を施行し, AGC-NOS が持続した。内膜細胞診, 頸管内搔爬, MRI では, 明らかな異常所見は認めなかった。X+2年の頸部細胞診で AIS が疑われ, 狙い組織診で AIS 再発の診断。その後, インフォームドコンセントのうえで子宮全摘出術を施行した。

【細胞所見】腺細胞のクロマチン量, 核形不整や腺細胞の重積性変化は経時的に異型度が増した。最終的に核偏在は著明となり, 異型腺細胞を柵状集塊で認めた。

【組織所見】子宮頸部および体部の上皮内に類円形の核及び高円柱状の細胞質を有する異型細胞を認めた。

【結語】AIS 円錐切除術後の再発症例の自然史として本症例を報告した。AIS 術後の子宮温存には慎重に対応すべきと考えられた。

### P-2-012 子宮頸部擦過細胞診標本に悪性細胞が出現した乳癌の1例

健和会大手町病院臨床検査部病理科<sup>1)</sup>, 健和会大手町病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>3)</sup>

○後藤亮平(CT)<sup>1)</sup>, 迫村竜巳(CT)<sup>1)</sup>, 藤原友梨(CT)<sup>1)</sup>,  
衛藤和美(CT)<sup>1)</sup>, 杉本紗也佳(CT)<sup>1)</sup>, 松木康真(MD)<sup>2)</sup>,  
島尻正平(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮頸部細胞診標本に、他臓器原発の悪性細胞が出現することは比較的稀である。その由来臓器としては胃が大部分を占めており、乳癌の子宮転移の報告は少ない。今回、われわれは子宮頸部擦過細胞診標本に乳腺由来の悪性細胞を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 女性。全身倦怠感, 腹部膨満感を主訴に近医受診した。腹部 CT にて大量腹水や卵巣と思われる6cm大の腫瘤を認めたため, 卵巣癌疑いにて当院婦人科に紹介受診となった。施行された子宮頸部擦過細胞診標本において, 異型小型細胞が散在性に認められ子宮外からの転移性癌が疑われた。その後, 画像検査にて胃癌が疑われ胃生検を実施し, 追加検査にて乳癌原発と診断された。

【細胞診】きれいな背景に萎縮した正常扁平上皮細胞とともに, 異型小型細胞が散在性に認められた。細胞質はライトグリーン好性で辺縁明瞭, 核は偏在性でクロマチン増量し, 核小体や相互封入像, ICL 様空胞なども確認された。以上の所見より, 子宮外からの転移性癌が疑われた。

【組織診】胃生検: 低分化 Adenocarcinoma と診断されたが, 免疫染色の結果より肺腺癌や乳癌も鑑別に挙げられた。乳腺生検: Invasive ductal carcinoma と診断され, ER の発現がみられた。

【考察】子宮頸部細胞診で子宮外臓器の悪性細胞が出現する頻度は稀であり, 隣接臓器からの直接浸潤の頻度が最も高いが, 経卵管的に子宮腔内に悪性細胞が迷入する可能性も考えられる。近年乳癌の罹患率は増加傾向にあるため, 転移再発巣として, 今後婦人科細胞診で遭遇する機会が増えると思われる。

## P-2-013 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例

地方独立行政法人佐世保市総合医療センター産婦人科<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人佐世保市総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○川下さやか(MD)<sup>1)</sup>, 原 拓也(CT)<sup>2)</sup>,  
陣内紗永子(CT)<sup>2)</sup>, 淵慎一郎(CT)<sup>2)</sup>, 岩崎啓介(PhD)<sup>2)</sup>,  
中山大介(PhD)<sup>1)</sup>

【はじめに】神経内分泌腫瘍は子宮頸部悪性腫瘍の5%以下とされ, 特に大細胞神経内分泌癌(LCNEC)の頻度は0.1%未満と稀である。子宮頸部に発生したLCNECの2例を経験したので報告する。

【症例1】患者は69歳女性。易出血性の子宮頸部腫瘍があり, MRIで骨盤リンパ節腫大を認めた。子宮頸癌IIIB期と診断し, 化学療法後, 単純子宮全摘術を施行した。

【細胞所見】壊死性背景に, 大型および多核細胞を含む異型細胞が孤立性~不規則な重積集塊として出現していた。核の大小不同が目立ち, クロマチンの増量と明瞭な核小体を認めた。

【組織所見】比較的大型な異型細胞の孤立集簇性の増生巣を認めた。免疫組織化学ではAE1/3(+), p40(-), Chromogranin A(+), CD56(+), Synaptophysin(-)であり, LCNECと診断した。

【症例2】患者は25歳女性。腔壁におよぶ子宮頸部腫瘍があり, CTでは左鎖骨上窩を含む全身のリンパ節腫大を認めた。子宮頸癌IIIA期と診断した。

【細胞所見】壊死性背景に, 核形不整や核の大小不同を伴う異型細胞が孤立散在性に出現していた。核クロマチンの増量を伴い, 一部で明瞭な核小体を認めた。

【組織所見】類円形核で好酸性胞体を有する異型細胞が胞巣状, 乳頭状に増殖していた。免疫組織化学ではAE1/3(+), p40(-), Chromogranin A(-), CD56(+), Synaptophysin(+), LCNECと診断した。

【まとめ】子宮頸部のLCNECの細胞診による正診率は低く, 当院で最近経験した2例についても, 細胞診による組織型の正確な推定は困難であった。本症例のような異型細胞を見た場合, LCNECの可能性も考慮して慎重な観察を行うと同時に, 臨床的にも神経内分泌腫瘍を意識した精査を行う必要があると考えられた。大細胞神経内分泌癌に関する文献的考察を加え報告する。

## P-2-014 婦人科細胞診にて小細胞癌が疑われた3症例

昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室<sup>1)</sup>, 昭和大学横浜市北部病院病理診断科<sup>2)</sup>

○小島朋子(CT)<sup>1)</sup>, 北村隆司(CT)<sup>1)</sup>, 花井絵梨香(CT)<sup>1)</sup>,  
津田祥子(CT)<sup>1)</sup>, 尾松睦子(MD)<sup>2)</sup>, 国村利明(MD)<sup>2)</sup>,  
塩川 章(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】婦人科領域発生の小細胞癌と未分化癌は稀な腫瘍である。今回我々は子宮頸部及び体部発生小細胞癌と卵巣未分化癌腔壁転移の擦過細胞像を経験したので報告する。

【症例1】40歳代, 女性, MRI検査にて子宮頸部に5cm大の腫瘍を認め, 生検及び細胞診が行われ, 組織診では小細胞癌, 細胞診では小細胞癌と腺癌が疑われた。

【症例2】60歳代, 女性, 近医にて骨盤腔内腫瘍の診断にて当院受診。子宮内容物生検と子宮腔部及び体内膜細胞診が行われ, 子宮体部原発小細胞癌あるいは類内膜腺癌(G3)が疑われた。

【症例3】70歳代, 女性, 子宮背側腫瘍を認め当院受診。腔生検及び腔壁擦過細胞診が行われ, 小細胞癌が最も疑われた。

【細胞所見】全ての症例にN/C比の極めて高い異型細胞が集塊~散在性にみられた。核径は症例2, 3では7~8 $\mu$ m, 症例1では8~23 $\mu$ mと大小不同を認めた。また, 症例1では粘液を有する異型腺細胞が, 症例2で壊死がみられ, 症例3では異型細胞周囲に濃縮核を有する小型異型細胞が多数観察され, 核小体も症例1, 2に比して明瞭であった。

【組織所見】症例1~3のいずれも, 裸核状の異型細胞が胞巣状に増殖を示していた。症例2には腺系異型細胞も観察された。免疫染色の結果は症例1のみNSE陰性, SYP及びCGAが陽性で, 症例2と3はNSE及びCD56が一部陽性で, SYPとCGAは陰性であった。

【結語】小細胞癌と未分化癌ではともにN/C比の高い腫瘍細胞が認められるが, 両者の鑑別では後者の腫瘍細胞には明瞭な核小体を認め, また周囲に濃縮核の小型異型細胞がみられることがあげられた。



**P-2-015 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の1例**

市立旭川病院

○板橋 彩(MD), 林 博章(PhD), 中田俊之(PhD),  
高田明生(PhD)

子宮頸部神経内分泌癌は子宮頸癌の1-5%程度にみられ、その中で大細胞神経内分泌癌(LCNEC)はさらに稀な疾患である。LCNECは扁平上皮癌や腺癌と比較して進行が早く予後不良である。症例は52歳, G2P2, 更年期症状で初診し, 子宮頸部, 体部の細胞診を施行した。子宮頸部細胞診で腺細胞の増加と軽度の核肥大を認めたが, 核形不整や核クロマチンの増量は目立たず ClassII, NILMと判定した。更年期症状に対してエストラジオール貼布剤を開始した。半年後の定期検診時に不正出血の訴えがあり, 子宮頸部に直径4cm大の肉眼的腫瘍を認めた。細胞診では壊死性背景に, 不規則重積性を示す異型細胞が多数認められた。裸核状で, 核小体腫大を示し, 細~粗顆粒状のクロマチンを有する細胞が大型の集塊として出現し, 核線が多く見られ, classV, adenocarcinomaと判定した。生検組織所見では充実胞巣状, 索状構造を呈して浸潤増殖した病変を認め, 腫瘍の胞巣辺縁部では柵状配列を示す, 中型~大型の核を有した胞体の広い腺癌細胞が見られた。免疫染色の結果CK7, AE1/AE2, chromogranin A, CEA, synaptophysinが陽性で子宮頸部LCNECと診断した。手術を試みたが周囲組織への浸潤, 癒着が強く両付属器摘除のみで終了した。術後化学療法を行ったが, 3クール終了時のCTで肺転移が出現したため中止した。止血および局所進行抑制目的に放射線治療を行ったが, その後も局所および転移巣を制御できず, 診断から9ヶ月で死亡した。初診時の細胞診で腺細胞の増加を認めているが再検鏡でも悪性診断とはならなかった。神経内分泌癌は細胞診での診断が難しく腺系病変を疑う症例では, 異なる成分の混在を念頭に注意深く鏡検することが重要と考えた。

**P-2-016 子宮頸部腺様基底細胞癌 (adenoid basal carcinoma) の1例**鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>, 鹿児島大学病院産科婦人科<sup>3)</sup>○田中和彦(CT)<sup>1)</sup>, 宿里亜李沙(CT)<sup>1)</sup>, 窪田恵美(CT)<sup>1)</sup>,  
竹下かおり(CT)<sup>1)</sup>, 西田ゆかり(CT)<sup>1)</sup>,  
後藤優子(MD)<sup>2)</sup>, 北園育美(MD)<sup>2)</sup>, 平木 翼(MD)<sup>1)</sup>,  
飛田 陽(MD)<sup>2)</sup>, 東美智代(MD)<sup>1)</sup>, 築詰伸太郎(MD)<sup>3)</sup>,  
小林裕明(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮頸部腺様基底細胞癌は閉経後の高齢者に見られる稀な低悪性度の癌で, 通常腔頸部スミアには出現しにくいとされている。今回我々は子宮頸部腺様基底細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。前医での細胞診や生検にて微小浸潤扁平上皮癌以上が疑われた。造影CTやMRIでは明らかなリンパ節腫大は認めず, 子宮頸癌IB1期と診断された。精査加療目的に当院を紹介受診され, 広汎子宮全摘術, 両側付属器摘出術及びセンチネルリンパ節生検術が施行された。

【細胞所見】壊死性背景に, 異型扁平上皮細胞を孤立散在性から集塊状に多数認め, 少数ながら角化型異型細胞も散見されたため扁平上皮癌と診断した。後方視的に観察すると, やや小型で均一な基底細胞類似の腫瘍細胞を胞巣状集塊状に少数散見し, 集塊辺縁には柵状配列も認められた。腺様構造は見られなかった。

【組織所見】子宮全摘検体では頸部に45×25mmの隆起性病変を認めた。組織学的に, 病変はSC junction部を首座とし, 好酸性細胞質を有する基底細胞類似の腫瘍細胞が大小の胞巣状や索状を呈し浸潤性に増殖していた。胞巣内には部分的に腺管構造や個細胞角化, 癌真珠を認め, 胞巣辺縁には核の柵状配列も認められた。ムチカルミン染色では管腔内および一部の腫瘍細胞の細胞質内に粘液を認めた。以上の所見よりadenoid basal carcinomaと診断した。

【まとめ】子宮頸部腺様基底細胞癌の1例を経験したので報告した。非角化型扁平上皮癌や腺様囊胞癌とは悪性度や予後に違いがみられるため, 術前に鑑別することが望まれている。稀ではあるがこのような症例に遭遇することも念頭に詳細な観察が必要と思われた。

## P-2-017 子宮頸部絨毛腺管状腺癌の 1 例

北海道大学産婦人科<sup>1)</sup>, 手稲溪仁会病院産婦人科<sup>2)</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>3)</sup>

○奥 聡(MD)<sup>1)</sup>, 武田真人(MD)<sup>1)</sup>, 朝野拓史(MD)<sup>1)</sup>, 今井一章(MD)<sup>2)</sup>, 小林由佳子(MD)<sup>1)</sup>, 前田悟郎(MD)<sup>1)</sup>, 石塚泰也(MD)<sup>1)</sup>, 丸川活司(CT)<sup>3)</sup>, 岡田宏美(MD)<sup>3)</sup>, 三田村卓(MD)<sup>1)</sup>, 保坂昌芳(MD)<sup>1)</sup>, 佐川 正(MD)<sup>1)</sup>, 渡利英道(MD)<sup>1)</sup>, 畑中佳奈子(MD)<sup>3)</sup>, 松野吉宏(MD)<sup>3)</sup>

子宮頸管腺原発の絨毛腺管状乳頭腺癌の 1 例を経験したので、診断経過を報告する。

【症例】41 歳：3 経妊 3 経産。第 3 子娩出後の産後検診時に子宮腔部に隆起性の腫瘤を認め、組織診で子宮頸部腺癌と診断され、当科紹介となり、円錐切除を施行した。

【細胞所見】比較的きれいな背景に、円形あるいは楕円形の核で、N/C 比が高く、小型で明瞭な核小体、細～粗顆粒状のクロマチンを有する細胞が、腺管構造や重積性をなす集塊が見られ、腺癌と診断された。一部の細胞集塊は線維血管性間質や間質成分と思われる細胞が介在した。

【組織所見(術前組織診-円錐切除)】核の腫大と偽重層、クロマチン濃染、一部線毛を有する高円柱状細胞に被覆され、線維血管軸を伴い乳頭状、絨毛状に増殖する病変が存在し、villoglandular carcinoma と診断された。その他、線維血管軸を伴わず、分葉状構造を保持しクロマチン濃染性の核を持つ高円柱状細胞からなる腺管も存在したが、細胞質内粘液が目立たず、細胞異型も軽度で dysplasia との鑑別を要す上皮内病変も存在した。

【まとめ】一カ所のみに浸潤を疑う所見をみとめ、AIS～Ia 期の診断で子宮全摘および両側卵管切除を追加した(摘出子宮には残存病変はない)。細胞診所見は腫瘍組織の被覆細胞や線維性血管軸等、villoglandular carcinoma や他の異型腺管の組織を反映していた。

## P-2-018 子宮頸部上皮内腺癌(AIS)と CIN3 病変合併例の細胞像の検討

兵庫県立がんセンター検査部<sup>1)</sup>, 兵庫県立がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>

○西村優希(CT)<sup>1)</sup>, 上山 優(CT)<sup>1)</sup>, 南 智也(CT)<sup>1)</sup>, 上月文子(CT)<sup>1)</sup>, 高垣和代(CT)<sup>1)</sup>, 石田由香里(CT)<sup>1)</sup>, 前田妙子(CT)<sup>1)</sup>, 炭本久代(CT)<sup>1)</sup>, 清見千代子(CT)<sup>1)</sup>, 高山みずほ(CT)<sup>1)</sup>, 宮本啓子(CT)<sup>1)</sup>, 前田尚子(MD)<sup>2)</sup>, 梶本和義(MD)<sup>2)</sup>, 佐久間淑子(MD)<sup>2)</sup>, 廣瀬隆則(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部上皮内腺癌(以下 AIS)には 1/2～2/3 の割合で扁平上皮病変が併存すると報告されている。今回我々は切除検体で AIS に CIN3 を合併していた症例において、術前細胞診における判定と細胞像について検討したので報告する。

【対象】2011 年～2016 年に当院において円錐切除術または単純子宮全摘術を施行し AIS と診断された 32 例のうち CIN3 を合併していた 17 例。

【方法】4 名の細胞検査士が後方視的に検鏡し検討を行った。

【結果】17 例中、術前細胞診で腺系と扁平上皮系の両成分を指摘できたのが 1 例、腺系のみ指摘できたのが 7 例、扁平上皮系のみ指摘できたのが 9 例であった。術前細胞診にて腺系を指摘できなかった 9 例のうち再鏡検にて指摘できたのが 4 例、扁平上皮系を指摘できなかった 7 例のうち再鏡検にて指摘できたのが 3 例であった。残りの 9 例については再検鏡においても両成分の明らかな混在は指摘できなかった。

【考察】当院で AIS と診断された症例の半数以上に CIN3 の合併が見られた。合併症例の細胞診検体において両成分が出現している割合は 17 例中 8 例に止まっていた。その原因として病変での両成分の占める比率が挙げられ、比率の差が大きいものでは標本上主たる成分のみが出現していたと考える。また再検討で両成分を指摘できた 7 例については、扁平上皮系か腺系かの特徴的な形態を示さず鑑別が難しい細胞が含まれており、主として見られる異型細胞と同種であると判断し他の組織型の推定に至らなかったと考える。

【結語】AIS と CIN3 の合併例において術前細胞診で組織診断と一致した判定を行うことは様々な要因で困難であるが、AIS には CIN3 併存例があることをに置き注意深く観察することが重要である。

### P-2-019 印環細胞癌と扁平上皮癌の衝突癌が疑われた子宮頸癌の一例

鹿児島大学病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>2)</sup>

○築詰伸太郎(MD)<sup>1)</sup>, 福田美香(MD)<sup>1)</sup>, 戸上真一(MD)<sup>1)</sup>, 神尾真樹(MD)<sup>1)</sup>, 田中和彦(CT)<sup>2)</sup>, 西田ゆかり(CT)<sup>2)</sup>, 竹下かおり(CT)<sup>2)</sup>, 窪田恵美(CT)<sup>2)</sup>, 宿里亜李沙(CT)<sup>2)</sup>, 北園育美(MD)<sup>2)</sup>, 平木 翼(MD)<sup>2)</sup>, 東美智代(MD)<sup>2)</sup>, 谷本昭英(MD)<sup>2)</sup>, 小林裕明(MD)<sup>1)</sup>

印環型の細胞形態は胃癌, 乳腺小葉癌, 大腸癌, 膵癌などで見られるが子宮頸部由来は稀である。子宮頸部の印環細胞癌は粘液性腺癌の一亜型であり予後不良である。

今回, 印環細胞癌と扁平上皮癌が接するように併存し腫瘍を形成する, いわゆる衝突癌を経験したので報告する。

【症例】46歳, 3妊3産, 不正性器出血及び発熱を主訴に受診。子宮頸部に7CM大の外向発育性腫瘤を認めた。サーベックスブラシによる擦過細胞診では, 壊死及びリンパ球を伴う強い炎症性背景の中に腺癌を疑う細胞を認めた。核が偏在し胞体内に粘液様物質を含有する低分化な異型腺細胞も一部に伴っていた。また, 極性の乏しい重積性を伴った扁平系の異型細胞も認めた。HPV18型が検出され, 狙い組織診は粘液性腺癌であった。子宮頸癌1B2期の診断にて広汎子宮全摘術を施行した。病理組織診では, 子宮腔部の扁平上皮癌部分の内頸部側に接して印環細胞癌部分を認めた。お互いは混在せず, 連続・移行像もなかった。頸部間質浸潤は高度であったが脈管侵襲は無く, リンパ節転移を含む子宮外進展はなかった。上下部消化管検査とPET/CTを施行したが, 他臓器からの転移を示唆する所見はなかった。pT1b2N0M0, 再発中リスク群と診断し, 術後療法としてTC療法施行中である。

【考察】印環細胞癌が扁平上皮癌と衝突癌を形成するのは極めて稀な症例を経験した。細胞診ではいずれにも由来する細胞構造も確認できた。子宮頸部印環細胞癌において純粋型はさらに稀で, 低分化腺癌や腺扁平上皮癌の部分像として認められる場合が多い。腺系病変や扁平上皮系病変の多様な細胞像は印環細胞癌の特徴である可能性がある。

### P-2-020 子宮頸部小細胞癌の1例

国立病院機構呉医療センター中国がんセンター産婦人科<sup>1)</sup>, 藤井レディースクリニック院長<sup>2)</sup>, 独立行政法人呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>3)</sup>, 同臨床研究部<sup>4)</sup>, 同臨床検査科<sup>5)</sup>, 同院長<sup>6)</sup>

○高畑敬之(MD)<sup>1)</sup>, 澤崎 隆(MD)<sup>1)</sup>, 中村紘子(MD)<sup>1)</sup>, 藤井恒夫(MD)<sup>2)</sup>, 谷山大樹(MD)<sup>3)</sup>, 山本英喜(MD)<sup>5)</sup>, 在津潤一(MD)<sup>3)</sup>, 齋藤彰久(DDS)<sup>3)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>3,4,5)</sup>, 菅亜里砂(MT)<sup>3)</sup>, 藤澤宏樹(MT)<sup>3)</sup>, 安村奈緒子(CT)<sup>3)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>3)</sup>, 戸田 環(CT)<sup>4)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>6)</sup>

【諸言】子宮頸部小細胞癌は稀な疾患であり, 悪性度が高く, 早期に遠隔転移をきたし予後不良であるため, 早期診断が求められる。今回, 性器出血を契機に発見され, 急速に増大・進行した1例を経験したので, 細胞所見を中心に報告する。

【症例】24歳女性。未経妊未経産。性器出血を主訴に前医を受診し, 子宮頸部に拇指頭大の外向発育性腫瘍を認めた。子宮頸部細胞診はclassV, 子宮頸部組織診では非角化型扁平上皮癌もしくは小細胞癌が考えられ, 免疫組織化学的にはChromograninA(+), Synaptophysin(+), CK5/6(-), p63(-)であり, 神経内分泌方向への分化を示した。MRI検査では子宮頸部に26mm大の腫瘤を認め, PET-CT検査では原発巣の他に異常集積を認めなかった。当院紹介時, 子宮腔部後唇から発生する4cm大の腫瘤を認め, 傍組織に抵抗を認めず, 子宮頸癌IB1期と診断した。子宮頸部細胞診では, 微出血性, 壊死性, 好中球主体の炎症性背景を示し, 扁平上皮細胞が孤在性に少数出現していた。これらに混在し, 小型で核大小不同性, 核/細胞質比増大, 核形不整, 細顆粒状のクロマチン増量を示す異型細胞が孤在性, 小集塊状に多数出現していた。異型細胞集塊は高い細胞密度, 異常重積性を示し, 一部では核線, 集塊辺縁の解れ像, 鋳型配列を認め, 小細胞癌が疑われた。子宮頸部組織診では小細胞癌と診断された。十分なICの後に広汎子宮全摘術を施行し, 現在術後化学療法中である。

【まとめ】子宮頸部小細胞癌の1例を経験した。早期診断のためにも本疾患に特徴的とされる細胞所見をとらえることが重要である。

## P-2-021 性器小細胞癌の細胞像について

福井県立病院

○堀 芳秋(MD), 金井貴弘(MD), 加藤三典(PhD),  
土田 達(MD), 原 季衣(MD), 小上瑛也(MD),  
横川早耶香(CT), 木戸口仁美(CT), 針谷朋美(CT)

性器小細胞癌は神経内分泌学的性格を有する稀な腫瘍である。急速に発育し脈管侵襲を来しリンパ節転移、遠隔転移を認めることが多く予後不良であるため早期の診断が重要である。カルチノイド、低分化型腺癌、非角化型扁平上皮癌との鑑別に免疫組織化学染色による精査が必要である。当科で経験した子宮頸部小細胞癌 3 例と陰小細胞癌 1 例の細胞像について検討した。いずれの症例も細胞診で類円形、N/C 比が高く、核縁の薄い細胞が孤立散在性、木目込み細工様配列で存在していた。陰小細胞癌症例は子宮体癌の再発、肺小細胞癌が疑われ診断が遅れたが子宮頸部小細胞癌の 3 例は細胞診で早期に診断された。免疫組織染色で chromograninA, CD56, synaptophysin のいずれかが陽性であった。性器小細胞癌は特徴的な細胞所見により細胞診により診断が可能なおもある。浸潤、転移の頻度が高いため免疫組織染色で早期確定診断することが重要である。

## P-2-022 子宮頸部小細胞癌の一例

岩手医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>

○菅安寿子(MD)<sup>1)</sup>, 永沢崇幸(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤誠也(MD)<sup>1)</sup>,  
刑部光正(MD)<sup>2)</sup>, 石田和之(MD)<sup>2)</sup>, 利部正裕(MD)<sup>1)</sup>,  
竹内 聡(MD)<sup>1)</sup>, 板持広明(MD)<sup>1)</sup>, 菅井 有(MD)<sup>2)</sup>,  
杉山 徹(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮頸部小細胞癌は神経内分泌腫瘍に分類され、子宮頸癌の 0.3~5% を占める稀な疾患である。早期にリンパ節転移や遠隔転移を来しやすく、その予後は極めて不良である。今回、子宮頸部細胞診で小細胞癌と推定し得た一例を経験したので報告する。

【症例】27 歳、女性、2 経妊 2 経産。不正性器出血を主訴に近医を受診した。経膈超音波検査にて子宮頸部に 9 cm の腫瘍を認め、同部位から多量の出血がみられた。子宮頸癌を疑われ当科へ紹介となった。コルポスコピーにて子宮頸部より外向性発育の腫瘍を認めた。子宮頸部細胞診では小細胞癌を推定した。CT 検査および MRI 検査にて、子宮頸部に 9.7 cm の腫瘍形成を認め、骨盤リンパ節転移および子宮傍結合織浸潤が疑われた。子宮頸癌 IIB 期の診断で広汎子宮全摘出術を施行した。術後化学療法を追加したが、多発リンパ節転移と骨盤内再発を認めた。現在、化学療法を施行中である。

【細胞所見】子宮頸部細胞診では、N/C 比の極めて高い裸核状の小型異型細胞が孤立散在性から一部集塊状に出現していた。核は大小不同で細顆粒状のクロマチンを有し、一部に木目込み細工様配列を呈していた。また、核分裂像が散見された。以上の所見から、小細胞癌を推定した。

【組織所見】結合性の弱い小型類円形の腫瘍細胞が充実性に増殖し、核分裂像が散見された。免疫組織化学ではクロモグラニン A, シナプトフィジン, KIT, NCAM が陽性であった。以上の所見から、小細胞癌と診断した。

【まとめ】子宮頸部細胞診で小細胞癌を推定し得た。免疫細胞学的検索の追加で、より正確な診断が可能と考えられる。



### P-2-023 診断に苦慮した神経内分泌癌の一例

臨床病態医学研究所<sup>1)</sup>, 熊本大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>3)</sup>, ウイメンズ KM クリニック<sup>4)</sup>

○工藤雅美(CT)<sup>1)</sup>, 小川明香(CT)<sup>1)</sup>, 早川 愛(CT)<sup>1)</sup>, 松下敦子(CT)<sup>1)</sup>, 笠間美紀子(CT)<sup>1)</sup>, 関本哉恵(CT)<sup>1)</sup>, 西山尚子(CT)<sup>2)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>3)</sup>, 柏村正道(MD)<sup>4)</sup>

神経内分泌癌は神経内分泌細胞に由来する腫瘍で、内分泌臓器のみではなく全身臓器に発生することが明らかになってきた。今回子宮頸部細胞診において組織型の診断に苦慮し、組織検査で神経内分泌癌と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性。2経妊2経産。4年前よりLSILで3か月～半年毎の経過観察中、不正出血を主訴に今回子宮頸部細胞診と生検による組織診を同時施行。

【細胞像】きれいな背景に、小型円形核でN/C比増大、クロマチン増量や核形不整、一部に核小体のみられる異型細胞を大小の集塊で認めた。陽性 Malignant cell を疑うが組織型の推定は困難と診断。

【組織像】短紡錘形、類円形核と、淡明で狭い細胞質を要するN/C比増大した異型細胞が、壁が肥厚した小血管を交えつつ充実性に増殖。核形不整、核分裂が目立ち異常核分裂もみられる。免疫染色において synaptophysin 陽性、cytokeratin(AE1/AE3)、EMA一部陽性、cytokeratin(5/6)陰性より、神経内分泌癌と診断された。その後大学病院紹介となり、手術後最終診断は腺癌+神経内分泌癌となった。

【総括】今回、細胞診、頸部生検共に組織型の診断に苦慮した症例を経験した。神経内分泌腫瘍は稀な腫瘍だが、その罹患率は年々増加傾向にある。婦人科領域でもみられることを念頭におき、またLBC検体であれば更に免疫染色による検索も加えることにより、細胞診でもより精度の高い診断を目指すことができると考える。

### P-2-024 2014年子宮頸部腫瘍新WHO分類とベセスダシステムが意味するもの

北海道対がん協会細胞診センター<sup>1)</sup>, 北海道大学医学部付属病院産婦人科<sup>2)</sup>

○小西加奈子(CT)<sup>1)</sup>, 保坂昌芳(MD)<sup>2)</sup>, 加藤 修(CT)<sup>1)</sup>, 日野順子(CT)<sup>1)</sup>, 茂木由紀(CT)<sup>1)</sup>, 藤田博正(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】2014年に改訂された子宮頸部腫瘍WHO分類では、細胞診用語であった扁平上皮内病変(SIL)が病理分野でも採用され、細胞診と組織診の整合性がなされることとなりCIN1はLSIL、CIN2、CIN3はHSILへと組織診断名が変更された。従来、CIN1、CIN2の違いは異形成が扁平上皮下層1/3以内か、または超えるかで診断されてきたが、なぜSILがCIN1、CIN2の間で線引きされたか、当施設でのCIN1(細胞診LSIL)とCIN2の経過観察臨床データを提示し線引きの意味合いを考察した。また細胞診と組織診の整合性が図られたことにより、より正確性が強く求められ重要性が増した細胞診の今後の可能性についても考察した。

【方法】HPV16型(超危険型)、58型(危険型)と判明しているCIN1、2、3および扁平上皮癌(SCC)の各組織でin situ hybridization(ISH)を用い、E6、E7の宿主DNAへの組み込みの有無を観察した。また、組織標本、細胞診標本を予後進展マーカーであるp16<sup>INK4a</sup>、Ki-67、IMP3について免疫染色をした。

【結果】HPV16型、58型ともに宿主DNAへの組み込みはCIN2から認められ始め、進行とともに顕著となる。p16はCIN2からみとめられ、上記と同様の傾向を示した。細胞診標本においてもCIN2からp16陽性細胞が散見された。

【まとめ】CIN2以降はHPV-DNAの組み込みが生じHPV遺伝子が翻訳されCIN1とCIN2の間ががん化機構の始まる分岐点と考えられる。経過臨床データからもCIN2はCIN3へ進展する率が高い。細胞診でのLSILとHSILの正確な判定は重要であり進展マーカーを用いることで正確性を上昇させると思われる。

### P-2-025 萎縮における異型扁平上皮細胞の細胞像と高リスク HPV 検査結果の比較検討

(公財) 東京都保健医療公社東京都がん検診センター検査科<sup>1)</sup>, (公財) 東京都保健医療公社東京都がん検診センター婦人科<sup>2)</sup>

○押本綾子(CT)<sup>1)</sup>, 楠木麻子(CT)<sup>1)</sup>, 庄野幸恵(CT)<sup>1)</sup>, 山浦英一(CT)<sup>1)</sup>, 坂本恵津子(CT)<sup>1)</sup>, 渋谷経子(CT)<sup>1)</sup>, 若林富枝(CT)<sup>1)</sup>, 白幡理位(CT)<sup>1)</sup>, 山村彰彦(MD)<sup>1)</sup>, 齋藤 馨(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤良彌(MD)<sup>2)</sup>

【目的】ベセスダシステム 2014 アトラスによると, SIL と判定できない異型萎縮扁平上皮細胞について, 高リスク群は ASC-H, 低リスク群は ASC-US と判定されることが望ましいと記載されている。しかし, それらに明確な判定基準は無く, 日常業務で判定に苦慮することが多い。今回, 萎縮症例で ASC-US または ASC-H と判定し, 高リスク HPV 検査 (ハイブリットキャプチャー法) が実施された症例について細胞所見の再検討を行い, 若干の知見を得たので報告する。

【対象・方法】2015年4月1日から2017年3月31日の2年間の子宮頸部細胞診標本 (直接塗抹標本) で, 異型を伴う萎縮細胞により ASC-US または ASC-H と判定した症例中, 同一人物を除き, 高リスク HPV 検査が実施された 32 症例を対象とした。高リスク HPV 検査で陰性であった症例を陰性群, 陽性であった症例を陽性群とし, 各々について異型細胞の量, 出現形態, 核腫大や核の大小不同, 核形不整やクロマチン濃染の有無について検討を行った。

【結果】異型を伴う萎縮細胞により ASC-US または ASC-H と判定し高リスク HPV 検査が実施されたのは 32 例で, 陰性 18 例, 陽性 14 例であった。細胞所見は, 陰性群では軽度クロマチン濃染し均一に核腫大した細胞集塊を多数認めた。陽性群では, クロマチン濃染の有無にかかわらず核の大小不同を示す細胞集塊を認め, 特に大型核が集塊内や裸核状で出現する傾向を認めた。

【考察】異型を伴う萎縮細胞で ASC-H と判定すべき細胞像の検討を行った結果, 核の大小不同がみられ, 特に大型核の混在を認める場合は高リスク HPV 感染を疑える。これらは, ASC-US よりも ASC-H と判定する指標の一つとなる可能性が示唆された。

### P-2-026 子宮頸部細胞診における異型腺細胞 AGC の検討

大津赤十字病院検査部<sup>1)</sup>, 大津赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>, 兵庫県立尼崎総合医療センター産婦人科<sup>3)</sup>

○今村真治(CT)<sup>1)</sup>, 小栗大助(CT)<sup>1)</sup>, 中村美紀(CT)<sup>1)</sup>, 奥野知子(MD)<sup>2)</sup>, 白瀬智之(MD)<sup>2)</sup>, 廣瀬雅哉(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮頸部細胞診における異型扁平上皮細胞 ASC については多くの検討報告があるが, 異型腺細胞 AGC についての報告は極めて少ない。今回我々は当院で判定した異型腺細胞 AGC について検討したので報告する。

【方法】ベセスダシステムが導入された 2009 年 4 月 1 日から 2017 年 6 月 30 日までの 8 年 2 か月間で, 当院で実施した子宮腔部・頸部細胞診 34,871 件中 AGC 判定であった 14 件について, 病理組織診と比較し検討した。

【結果】AGC 判定 14 件中 13 件は病理組織検査が実施された。1 件は人間ドックで当院では病理組織検査が実施されていなかった。13 件の病理組織診断は, 悪性所見なし 1 件, 頸管炎 2 件, 腺過形成 2 件内 (1 件は LEGH), CIN-1 が 2 件, CIN-3 が 2 件, 頸部粘液腺癌 1 件, 内膜癌 2 件, 平滑筋腫 1 件であった。

【考察】背景が粘液性で多くの頸管腺細胞がみられ, 細胞質に粘液を有する大型集塊や高円柱状細胞の柵状配列が見られた場合, LEGH や最小偏倚型粘液性腺癌が否定できず AGC 判定とした症例が 7 例 (54%) あった。扁平上皮系 CLN 病変では, 細胞集塊で出現し核小体等も見られた事から腺系の AGC 判定となった。頸部粘液腺癌症例や内膜癌症例は核異型が弱く異型細胞が少数のため, 悪性判定には至らず AGC 判定となった。

【まとめ】LEGH や最小偏倚型粘液性腺癌は核異型が弱く, 細胞診での判定は非常に難しい。見落としが無い様に, 粘液所見強く大型細胞集塊や高円柱状柵状配列等の所見が見られた場合 AGC 判定とする傾向にあった。扁平上皮系の CIN 病変は, 細胞集塊で出現した場合腺系の鑑別が困難な症例が見られた。

## P-2-027 Papillary immature metaplasia/immature condyloma の一例

杏林大学医学部附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>, 杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>3)</sup>

○稲嶺圭祐(CT)<sup>1)</sup>, 岸本浩次(CT)<sup>1)</sup>, 坂本憲彦(CT)<sup>1)</sup>, 水谷奈津子(CT)<sup>1)</sup>, 市川美雄(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木 瞳(CT)<sup>1)</sup>, 菅野大輝(CT)<sup>1)</sup>, 古川由香(CT)<sup>1)</sup>, 船田さやか(MD)<sup>2)</sup>, 長濱清隆(MD)<sup>2)</sup>, 藤原正親(MD)<sup>2)</sup>, 西ヶ谷順子(MD)<sup>3)</sup>, 百村麻衣(MD)<sup>3)</sup>, 小林陽一(MD)<sup>3)</sup>, 柴原純二(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】乳頭状未熟化生 Papillary immature metaplasia (PIM)/immature condyloma (IC) は、未熟化生細胞様の異型に乏しい細胞が増殖を示す腫瘍であり、発生には低リスク型 HPV の感染が関与する。今回、我々は子宮頸部細胞診で悪性を疑ったが、組織診にて PIM/IC と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代女性、不正出血を主訴に近医受診、その後当院紹介受診。子宮頸部に乳頭状、易出血性の腫瘤を認めた。MRI は長径 3.6 cm の粗大な腫瘍であった。細胞診および組織生検の後、頸部円錐切除を施行した。

【細胞所見】出血性、壊死性背景に化生細胞様、紡錘形を呈する異型細胞が散在性、集塊状で出現。異型細胞は軽度 N/C 比の増大、核クロマチンは軽度増量、小型の核小体を有し、核形は円形から類円形で核形不整もみられた。集塊状の異型細胞は比較的均一で敷石状の配列でみられ、一部で重積性を示していた。また核クロマチンの増量した異型角化細胞も散見された。以上の所見から細胞異型が弱いものの扁平上皮癌を疑った。

【組織所見】組織学的にクロマチンの淡い卵円形腫大核を持つ未熟化生細胞様の異型細胞がみられ、血管間質を伴った乳頭状増殖が認められた。個々の細胞異型は軽度で増殖活性に乏しく、配列極性の顕著な乱れはみられなかった。Koilocytosis は認められない。Ki-67 標識率は約 3%。p16 に有意な陽性所見はみられなかった。以上の所見から PIM/IC と診断された。

【まとめ】PIM/IC は稀な病変であり、乳頭状扁平上皮癌との鑑別が重要となる。乳頭状発育を呈する腫瘍では異型が弱い細胞所見であった場合、本疾患の可能性も念頭に診断すべきと考える。

## P-2-028 コンジローマ様癌が疑われた上皮内癌の一例

福井県立病院

○加藤三典(PhD), 堀 芳秋(MD), 小林寛人(MD), 土田 達(MD), 海崎泰治(MD), 横川さやか(CT), 木戸口仁美(CT), 針谷朋美(CT), 水野幸恵(CT), 杉田元気(MD), 金井貴弘(MD), 原 季衣(MD), 有賀美紀子(CT)

コルポ診でコンジローマ様増殖を認めた上皮内癌を経験したので報告する。症例 29 歳未婚未産経未産。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。不正出血を主訴に全医を受診し、肉眼的に子宮頸癌を疑われ当科紹介となった。コルポ診でコンジローマ様の増殖を認め浸潤癌を疑い、MRI, CT, PET 検査を行ったが浸潤癌の所見はなかった。腫瘍マーカーも正常範囲内であった。子宮頸部細胞診で HSIL, 生検では CIN2, condylomatous carcinoma の可能性を否定できなかった。HPV51 型陽性であった。円錐切除を行い、CIS の診断。外来経過観察中である。

## P-2-029 腔断端細胞診における腺癌再発症例の検討

姫路赤十字病院検査技術部形態検査課病理<sup>1)</sup>, 姫路赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>

○永谷たみ(CT)<sup>1)</sup>, 廣尾嘉樹(CT)<sup>1)</sup>, 井上 瞳(CT)<sup>1)</sup>, 春名勝也(CT)<sup>1)</sup>, 山本繁秀(CT)<sup>1)</sup>, 堀田真智子(MD)<sup>2)</sup>, 伏見聡一郎(MD)<sup>2)</sup>, 和仁洋治(MD)<sup>2)</sup>

【目的】 当院婦人科での初回治療後に腔断端部再発を来した腺癌症例の腔断端細胞診の有用性について検討する。

【対象・方法】 2007年から2017年までの期間で, 腔断端部 classIV 以上の再発を認めた腺癌症例について, 原発部位, 病期, 組織型, 腔断端細胞診陽性までの期間とその細胞像について検討した。

【結果】 腔断端細胞診で腺癌再発症例は14例で, 内訳は頸癌3例(I期1例, II期2例, 内頸部型1例, 胃型2例), 体癌5例(I期2例, II期1例, IV期2例, 類内膜癌4例, 漿液性癌1例), 卵巣癌6例(I期1例, II期1例, III期1例, IV期3例, 漿液性癌2例, 粘液性癌1例, 類内膜癌1例, 明細胞癌2例)であった。細胞診が断端部再発発見の契機となった症例は9例で, 内訳は頸癌3例, 体癌5例, 卵巣癌1例であった。体癌1例は易出血性の腔壁を含む採取であった。手術から断端部再発までの期間は, 頸癌1ヶ月から4年8ヶ月, 体癌6ヶ月から2年10ヶ月, 卵巣癌2ヶ月から4年5ヶ月であった。細胞診標本中には, 全例で明らかに腫瘍と認識できる細胞が出現し, 経過観察中に偽陽性とした症例はなかった。

【考察】 腔断端細胞診の有用性に関して多くの報告があるが, 我々の検討では, 頸癌, 体癌は臨床所見や画像等において断端部再発を事前に指摘された症例はなかった。卵巣癌は1例を除き細胞採取時に, 断端部や断端近くに肉眼的に再発が確認されていた。これは手術時の骨盤内への広がりや検査間隔等が要因と考えられた。術後の経過観察において, 臨床的に断端部再発は認識できないこともあるが, 細胞レベルでは腫瘍細胞の認識が比較的容易であることから, 再発の早期発見には細胞診が有用であると考えられた。

## P-2-030 子宮体部癌肉腫の術前診断に関する検討

東京慈恵会医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>2)</sup>

○永吉陽子(MD)<sup>1)</sup>, 山田恭輔(MD)<sup>1)</sup>, 後藤ちひろ(MD)<sup>1)</sup>, 高橋一彰(MD)<sup>1)</sup>, 上田 和(MD)<sup>1)</sup>, 斎藤元章(MD)<sup>1)</sup>, 清川貴子(MD)<sup>2)</sup>, 岡本愛光(MD)<sup>1)</sup>

【目的】 子宮体部癌肉腫は悪性度が高く予後不良な腫瘍である。治療は他の高悪性度子宮体癌に準じた手術や術後化学療法が行われることが多く, 手術時にはリンパ節郭清を含めた腫瘍の完全摘出が推奨される。当院における子宮癌肉腫症例の術前診断を後方視的に検討した。

【方法】 2008年1月から2015年12月に当院で術後病理学的に子宮癌肉腫と診断された17例を対象として, 術前の子宮内膜細胞診・組織診および画像診断と摘出子宮の病理組織像を検討した。

【成績】 子宮内膜細胞診は15例に施行され11例(73%)が陽性(癌5例, 肉腫1例, 組織型不明5例)であった。子宮内膜組織診では17例中14例(82%)が悪性(癌4例, 肉腫2例, 癌肉腫8例)と診断された。子宮内膜細胞診と子宮内膜組織診の結果を総合することで9例(53%)の症例が術前に癌肉腫と診断された。一方, 術前の画像診断で癌肉腫に典型的な子宮内腔を占拠するポリープ状腫瘤を形成していた症例は約半数であった。子宮内膜細胞診・組織診・画像を合わせると術前に全症例が悪性(うち71%の症例が癌肉腫)と診断された。

【結論】 子宮内膜細胞診・組織診において癌または肉腫のどちらか一方の成分しか採取されない症例が存在した。画像診断でもポリープ状腫瘤を形成しない非典型例は術前に通常の子宮体癌や子宮肉腫との鑑別が困難であった。以上より, 術前における癌肉腫の診断精度向上には, 子宮内膜細胞診, 組織診, 画像を総合的に評価することが重要である。



### P-2-031 当院で経験した子宮内膜癌肉腫の細胞学的検討と細胞診術前診断の意義

関西医科大学附属病院病理部

○岡野公明(CT), 宮川 文(MD), 石田光明(MD),  
宮坂知佳(MD), 大江知里(MD), 葛 幸治(MD)

【はじめに】癌腫と肉腫成分からなる癌肉腫は比較的まれな疾患で予後の悪い悪性腫瘍である。細胞診による術前検査で癌肉腫を診断することは難しいとの報告が多く、当院での細胞診術前診断の結果とともに細胞学的検討をおこなった。

【対象・方法】当院で過去11年間に子宮内膜癌肉腫と診断された16例を対象に、術前の頸部・内膜細胞診および体腔液(腹腔洗浄液, 腹水)に対し検討した。

【成績】年齢分布47~78歳(平均年齢は66.5歳)。手術材料における癌肉腫の上皮性成分は類内膜腺癌13例(81%) (low grade 8例 high grade 5例), 漿液性腺癌1例(6%), 混合癌(類内膜腺癌+明細胞腺癌)2例(13%)であった。一方、非上皮性成分は異所性9例(56%) (横紋筋肉腫2例, 軟骨肉腫4例, 骨肉腫1例, 混合[骨・軟骨・脂肪]2例)と同所性7例(44%)であった。頸部・内膜細胞診の結果は癌肉腫もしくは低分化腺癌推定1例(6%), 癌腫推定14例(88%), 疑陽性(異型細胞少数)1例(6%)であった。頸部・内膜細胞診では陽性15/16(94%), 疑陽性1/16(6%)と陰性はなかったものの、癌肉腫と診断できた症例はなく可能性を示唆された症例が1例(6%)あるのみであった。ただし、改めて頸部・内膜細胞診標本を観察すると、肉腫成分が示唆される症例が5例(全て異所性症例)あった。一方、体腔液(腹腔洗浄液, 腹水)は陽性5例(31%), 疑陽性1例(6%), 陰性10例(63%)で、陽性例はすべて腺癌の判定であった。

【考察】癌肉腫は術前細胞診で悪性は診断できるものの質的診断は難しかった。ただし、肉腫成分の細胞像をよく理解した上標本を詳細に観察することにより、予後の悪い癌肉腫の診断率を上げることが可能であると思われる。

### P-2-032 当院での子宮肉腫、子宮癌肉腫における異型細胞の出現様式と臨床経過

飯塚病院産婦人科<sup>1)</sup>, 飯塚病院中央検査部形態検査室<sup>2)</sup>,  
飯塚病院病理科<sup>3)</sup>

○近藤晴彦(MD)<sup>1)</sup>, 小柳貴裕(MD)<sup>1)</sup>, 藤 庸子(MD)<sup>1)</sup>,  
今岡咲子(MD)<sup>1)</sup>, 安藤美穂(MD)<sup>1)</sup>, 上原俊貴(CT)<sup>2)</sup>,  
金谷直哉(CT)<sup>2)</sup>, 川嶋大輔(CT)<sup>2)</sup>, 井上佳奈子(CT)<sup>2)</sup>,  
桑岡 勲(CT)<sup>2)</sup>, 柴田大樹(MD)<sup>3)</sup>, 平木由佳(MD)<sup>3)</sup>,  
大屋正文(MD)<sup>3)</sup>, 江口冬樹(MD)<sup>1)</sup>, 辻岡 寛(MD)<sup>1)</sup>

【目的】子宮肉腫や子宮癌肉腫では予後不良であり、早期診断治療のためには組織診に比べ簡便であるとされる細胞診での診断が望まれる。今回当院で診断治療を行った子宮肉腫および子宮癌肉腫症例において細胞診での異型細胞の出現様式を検討し、臨床経過と合わせて臨床的意義を評価した。

【方法】2010年1月より2017年7月まで当院で診断治療を行った子宮肉腫および子宮癌肉腫症例計23例から、術前の子宮頸部擦過細胞診および子宮内膜細胞診、術中に採取した腹水細胞診、術後の腔断端擦過細胞診などの細胞診を再検討した。細胞診で認められた異型細胞が癌腫由来か肉腫由来かなど出現様式を評価し、その結果と症例の臨床経過とを比較検討した。

【成績】子宮肉腫13例、子宮癌肉腫10例のうち臨床経過中に何らかの細胞診で陽性であった症例は子宮肉腫2例、子宮癌肉腫8例であった。術前の子宮頸部擦過細胞診、子宮内膜細胞診ではそれぞれ5例、3例に異型細胞を認め、1例ずつ肉腫由来の異型細胞を認めた。術中の腹水細胞診は4例が陽性であり、1例に肉腫由来の異型細胞を認めた。術後経過観察中、子宮癌肉腫症例の1例に腔断端擦過細胞診で肉腫由来の異型細胞は認め急速な転帰をとった。また子宮肉腫2例、子宮癌肉腫2例に肉腫由来の異型細胞を認めたが、腺系異型細胞を認めた症例に比べ予後は不良であった。

【結論】子宮肉腫および子宮癌肉腫の細胞診において、肉腫由来の異型細胞を認めた症例はいずれも予後不良であり、肉腫由来の異型細胞の出現が予後不良因子になりうることを示唆された。

### P-2-033 子宮内膜および卵巣腫瘍細胞における FISH 法を用いた Kras と 12 番染色体の遺伝子異常の評価

広島大学病院病理病理診断科

○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), 城間紀之(MD), 有廣光司(MD)

【目的】著者らは, 正常内膜, 子宮内膜増殖症, 子宮内膜癌の擦過細胞を対象に, Kras 遺伝子と 12 番染色体コピー数の異常を fluorescence *in situ* hybridization (FISH) 法を用いて評価し, 正常内膜では異常を示さなかったが, 子宮内膜増殖症及び子宮内膜癌では異型度と相関して遺伝子不安定性が見られることを報告した(第 58 回日本臨床細胞学会総会春期大会). 今回, さらに内膜検体および卵巣腫瘍検体を加えて報告する.

【対象と方法】対象は, 正常内膜 19 例, 子宮内膜増殖症 3 例, 類内膜腺癌 (G1: 13 例, G2: 5 例, G3: 4 例), 混合型 2 例, 漿液性腺癌 1 例, 明細胞腺癌 1 例, 卵巣腫瘍 (明細胞腺癌 1 例, 漿液性腺癌 1 例) で, 12 番染色体の alpha satellite に対するプローブ (CEP12: Dako 社製) と, 12p12.1 領域を認識するプローブ (Kras: Abbott 社製) を用いて FISH 法を行った. 評価方法は, 細胞 20 個をカウントし, Kras と CEP12 の細胞 1 個当たりのシグナル数, Kras/CEP12 シグナル比 (K/C) 及び CEP12: Kras が 2:2 以外の遺伝子異常を示す細胞の割合について算出し, これらと臨床病理学的諸因子との関連について検討した.

【結果と考察】正常内膜では, 遺伝子異常を示す細胞は認めなかった. 遺伝子異常を示す細胞は子宮内膜増殖症以上の病変で観察され, G1, G2 (7/18 例) より G3 (3/4 例) に多く見られた. 遺伝子異常を示す細胞の割合と, Kras および CEP12 数, 核異型度, T 因子, 静脈およびリンパ管侵襲との間に正の相関を認めた. 遺伝子異常を示す細胞の割合と Kras/CEP12 比との間に相関はなかった. 子宮内膜及び卵巣の漿液性腺癌ではいずれも遺伝子異常を認めた. 更に内膜検体および卵巣腫瘍検体を蒐集し, 追加検討する.

### P-2-034 子宮体部類内膜腺癌における癌幹細胞の形態解析

九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>1)</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>2)</sup>, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科<sup>3)</sup>

○西森 誠(PhD)<sup>1,2)</sup>, 大澤幸希光(CT)<sup>3)</sup>, 宮本朋幸(CT)<sup>1,2)</sup>, 薬師寺宏匡(該当なし)<sup>1,2)</sup>, 所司睦文(PhD)<sup>1,2)</sup>, 荒武八起(PhD)<sup>1,2)</sup>, 西村篤乃(MD)<sup>2)</sup>, 大野節代(MT)<sup>1,2,3)</sup>, 大野英治(PhD)<sup>1,2,3)</sup>

腫瘍組織には様々な性質の細胞集団が混在しており, その細胞集団の元である癌幹細胞が腫瘍形成・転移・再発に関与していると考えられている. 癌幹細胞の生物学的特性については種々の報告がなされているが, 癌幹細胞を対象とした形態学的解析の報告はない. 癌幹細胞の形態学的な特徴が明らかとなれば, 細胞診断や組織診断における質的診断が可能となると思われる. そこで今回我々は, 子宮体癌幹細胞の形態学的特徴を明らかにする為に, 各分化度の細胞株を用いて解析した. 子宮体癌幹細胞を分取するためのマーカーには CD133 を用いた. 各細胞株における CD133 (+) 細胞の占有率を解析すると共にセルソーターにて分取し, 造腫瘍能解析を行った. 高い造腫瘍能を有する細胞分画を癌幹細胞とし, 癌幹細胞と非・癌幹細胞の形態学的差異を詳細に解析した. また, 組織分化度と癌幹細胞の形態学的特徴に相関があるか否かも含めて解析したので報告する.

### P-2-035 子宮体癌幹細胞における NOTCH シグナル経路の役割

九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>1)</sup>,九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>2)</sup>,国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科<sup>3)</sup>,九州保健福祉大学大学院保健科学研究科<sup>4)</sup>

○宮本朋幸(CT)<sup>1,2)</sup>,富安 聡(PhD)<sup>3)</sup>,  
大澤幸希光(CT)<sup>4)</sup>,西森 誠(PhD)<sup>1,2)</sup>,  
葉師寺宏匡(該当なし)<sup>1,2)</sup>,所司陸文(PhD)<sup>1,2)</sup>,  
西村篤乃(MD)<sup>1,2)</sup>,大野節代(MT)<sup>1,2,4)</sup>,  
大野英治(PhD)<sup>1,2,4)</sup>

癌幹細胞は、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が、詳細な生物学的特性は明らかでない。癌幹細胞は薬剤排出能により、セルソータを用いた解析で side population (SP)細胞と呼ばれる分画に多く描出される。一方、非癌幹細胞は main population (MP)細胞と呼ばれる分画に出現する。我々はこれまで、低分化型子宮体部類内膜腺癌細胞株 HEC-50B細胞より SP細胞を分取し、生物学的特性を解析してきた。その結果、SP細胞はMP細胞に比し造腫瘍能が高く、KRAS 遺伝子発現も有意に高かった。

NOTCH シグナル経路は、生物の発生において重要な役割を示すシグナル経路であり、幹細胞性の維持に関与していると考えられている。そこで、SP細胞・MP細胞における NOTCH シグナル経路関連遺伝子の発現を解析したところ、SP細胞において NOTCH シグナル経路が活性化されている可能性が示唆された。SP細胞における NOTCH シグナル経路の役割を明らかにする為、NOTCH シグナル経路阻害剤を投与したところ、SP細胞の割合や細胞増殖能には変化が無かったが、KRAS 遺伝子の発現が抑制された。以上の事から、NOTCH シグナル経路は子宮体癌 SP細胞における KRAS 遺伝子発現を制御している可能性が示唆された。

### P-2-036 子宮ポリープ状異型腺筋腫 (Atypical polypoid adenomyoma APAM) の細胞像

神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部<sup>1)</sup>,  
神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科<sup>2)</sup>

○田代章人(CT)<sup>1)</sup>,井本秀志(CT)<sup>1)</sup>,森田明子(CT)<sup>1)</sup>,  
尾松雅仁(CT)<sup>1)</sup>,中 彩乃(CT)<sup>1)</sup>,山下大祐(MD)<sup>2)</sup>,  
今井幸弘(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】ポリープ状異型腺筋腫 (Atypical polypoid adenomyoma 以下 APAM) は、扁平上皮化生を伴う不規則な内膜腺の増殖と、それを取り囲む平滑筋の増殖によりなる特徴的なポリープ状腫瘍である。腺細胞に異型を伴う場合には腺癌との鑑別が困難なこともある。今回、組織学的に APAM あるいは類内膜腺癌と併存する APAM と診断された 3 例の症例を経験したので報告する。

【症例 1】32 歳、女性。0 経妊 0 経産。子宮内膜ポリープの既往。子宮腔内に隆起状病変を認めた。組織診断で紡錘形細胞の増生、分岐状内膜腺のやや密な配列を認めた。また部分的に化生様細胞を認め、APAM と診断。細胞診では、化生細胞を多数認め、部分的に軽度異型を示す腺細胞を不規則な配列で認めた。一部で紡錘形細胞の集簇も認めた。

【症例 2】36 歳、女性。0 経妊 0 経産。主訴は不正出血、内膜肥厚。子宮内腔に腫瘤を認めた。組織診断で密集した腺管や柔実胚様細胞巣を認めた。APAM-LMP (APAM of low malignant potential) と診断。細胞診では、不規則な重積集塊や大小不同核を認めた。化生様細胞は認めたが、明らかな紡錘形細胞の集簇は認めなかった。

【症例 3】30 歳、女性。0 経妊 0 経産。2 年前に子宮内膜増殖症を指摘。内膜の腫瘤性病変を指摘。組織診断では、密に増生する腺細胞の乳頭状構造や平滑筋増生を認めた。異型は軽度であったが endometrioid carcinoma (G1) and APAM と診断。細胞診では、やや重積が強く配列不整を示す細胞集塊を認めた。大小不同核や腫大核小体、一部に化生様細胞や紡錘形細胞の集簇も認めた。

【まとめ】APAM では再発や癌化するものもあり、早期診断や摘出後の経過観察も重要である。細胞学的な特徴的所見を認識することは、APAM の診断に重要であると考えられた。

**P-2-037 癌腫成分の組織型推定に困難を感じた子宮体部原発癌肉腫の一例**

横浜市立みなと赤十字病院病理部<sup>1)</sup>, 横浜市立みなと赤十字病院放射線診断科<sup>2)</sup>, 横浜市立みなと赤十字病院婦人科腫瘍外科<sup>3)</sup>

○伊藤圭祐(CT)<sup>1)</sup>, 熊谷二郎(MD)<sup>1)</sup>, 道上佳洋(MD)<sup>2)</sup>, 若松昌巨(MD)<sup>3)</sup>, 山村信一(CT)<sup>1)</sup>, 林 榮一(CT)<sup>1)</sup>, 山本容子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤瑞穂(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮体部原発癌肉腫は子宮体部悪性腫瘍のうち約2%と比較的稀な腫瘍であり, 細胞診断をする機会は少ない。今回我々は子宮体部原発癌肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】67歳女性, 不正出血を主訴に前医受診。超音波で30mm大の子宮筋腫様の所見を認めた。子宮頸部細胞診は陰性。半年後, 漿液性・淡血性の帯下を生じ経膈超音波で101×86mmに腫大した子宮を認め, 精査のため当院紹介。内膜細胞診にて類内膜腺癌を疑い, 子宮と付属器を切除。術中腹腔洗浄細胞診で漿液性腺癌の可能性を疑い, 摘出検体の組織学検査で子宮体部癌肉腫と診断された。

【細胞所見】内膜: 不規則重積を示す細胞密度の高い細胞集塊が多数出現。細胞は核腫大, N/C比上昇, 核クロマチン増量, 一部に好中球の取り込み像を認め, 類内膜腺癌を疑った。腹腔洗浄: 内膜細胞診にみられた細胞と類似するが大型で異型が強く漿液性腺癌の可能性も疑った。

【組織所見】肉眼的に子宮内腔を充満するポリープ状の腫瘍を認めた。組織では乳頭状や管状構造を形成する腺癌と粘液様間質を背景に異型の強い紡錘形細胞が増殖する肉腫成分を認めた。腺癌成分は漿液性腺癌の組織像を呈するが, p53の陽性所見は弱く類内膜腺癌や明細胞腺癌に類似した成分も認められた。肉腫成分は未分化多形肉腫様成分主体で一部に明瞭な横紋筋肉腫の成分を認めた。また腹腔洗浄液検体の再検鏡で横紋筋肉腫細胞を少数認めた。

【まとめ】癌肉腫に遭遇する機会は少ないため細胞診で組織型を推定することは困難であることが多い。上皮性の悪性細胞が見出された場合, 癌肉腫である可能性も念頭に置いて十分留意して検鏡する必要がある。

**P-2-038 子宮癌肉腫の細胞像の検討**

宮崎県立宮崎病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 宮崎県立宮崎病院病理診断科<sup>2)</sup>, 宮崎県立宮崎病院産婦人科<sup>3)</sup>

○木田裕子(CT)<sup>1)</sup>, 長友明彦(CT)<sup>1)</sup>, 谷口康郎(CT)<sup>1)</sup>, 若松垂弥(CT)<sup>1)</sup>, 原口朋子(CT)<sup>1)</sup>, 島尾義也(MD)<sup>2)</sup>, 丸塚浩助(MD)<sup>2)</sup>, 嶋本富博(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮癌肉腫は主に子宮体部に発生し上皮性癌腫と肉腫両成分よりなる悪性腫瘍であり, その発生頻度は子宮体部悪性腫瘍の約5%と比較的まれながら, 悪性度の高い腫瘍である。同所性成分で構成される homologous type と異所性成分が存在する heterologous type に分類される。今回我々は, 子宮癌肉腫の術前細胞診を再検討した。

【方法】過去3年半の間に組織学的に子宮癌肉腫と診断された17例中, 内膜もしくは子宮頸部細胞診が行われ, 検討可能な10例を対象とし, その細胞像を再検討した。

【結果とまとめ】悪性腫瘍陽性率は10例(100%)と高率であったが, 癌肉腫を示唆できたのは4例(40%)であった。診断しえた肉腫性分の特徴は孤立散在性に出現し, 大型で強い核形不整, 多核を認め, 核縁は非薄であり, 不整形な大型核小体を複数個認めた。多くの症例で上皮成分においても高度な核異型を認めた。子宮癌肉腫は比較的予後不良のため, 治療方針決定等を早急に行わなければならない。術前に診断することが重要である。癌肉腫細胞の特徴を念頭に置きながらスクリーニングすることが診断率の向上につながると考える。



### P-2-039 子宮転移により診断され、乳腺小葉癌が強く疑われた1例

市立砺波総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 市立砺波総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 市立砺波総合病院臨床病理科<sup>3)</sup>

○生水貫人(MD)<sup>1)</sup>, 寺畑信太郎(MD)<sup>2)</sup>, 新居絵理(MD)<sup>1)</sup>, 稲田貢三子(MD)<sup>1)</sup>, 佐々木泰(MD)<sup>1)</sup>, 奥野のり子(MD)<sup>2)</sup>, 石倉宗浩(CT)<sup>3)</sup>, 西田秀昭(CT)<sup>3)</sup>, 福田弘幸(CT)<sup>3)</sup>, 蟹谷智勝(CT)<sup>3)</sup>, 三井由紀子(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】胃癌や乳癌が子宮に転移して子宮スミア中に稀に出現することがある。今回われわれは子宮スミア、腹水細胞診にて乳癌の転移が疑われた1例を経験したので報告する。

【症例】47歳女性、非浸潤性膀胱癌の既往あり。以前より子宮筋腫にて当科でfollow中に施行した内膜細胞診で、由来不明な悪性細胞を認めたため、診断確定の目的で単純子宮全摘術、両側付属器切除術、大網切除術、後腹膜生検が施行され、乳腺小葉癌の子宮転移が疑われた。乳腺生検では悪性所見は指摘できず、他にCT等で原発巣として指摘しうる病変はなく、低異型度尿路上皮癌の既往はみられるものの尿細胞診は陰性で、膀胱鏡にて再発を認めなかった。乳癌関連腫瘍マーカーの上昇が認められたため、化学療法の施行を念頭に、現在慎重に経過観察中である。

【細胞所見】婦人科細胞診では顆粒状のクロマチン増量、核肥大、核型不整、不整形な核小体、核の大小不同を伴う類円形の腫瘍細胞を認めた。核は中心性から偏在性、胞体は厚く、概ね弧在性で、核内の封入体様の構造や、複数核のものも認められた。

【組織所見】子宮体部～頸部にかけて漿膜側を主体に大型の円形細胞の増殖がみられ、卵管にも浸潤をみとめた。これらの細胞は結合性の低下したシート状～Indian file状の配列を示す増殖パターンで、漿膜側や卵管壁を中心に増殖しており、CK、GATA3陽性、E-cadherin陰性の染色パターンから乳腺小葉癌の転移が強く疑われた。

【まとめ】婦人科細胞診を契機に発見され、乳癌の転移が疑われた1例を経験した。子宮細胞診を行う際には転移性腫瘍の可能性も念頭においた慎重な観察が必要である。

### P-2-040 子宮内膜細胞診陽性のみを呈した卵巣漿液性癌の一例

武蔵野赤十字病院産婦人科<sup>1)</sup>, 武蔵野赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>

○黒須博之(MD)<sup>1)</sup>, 梅澤 聡(MD)<sup>1)</sup>, 山崎龍王(MD)<sup>1)</sup>, 小林織恵(MD)<sup>1)</sup>, 小林弥生子(MD)<sup>1)</sup>, 櫻井うらら(MD)<sup>2)</sup>, 宅見智晴(CT)<sup>2)</sup>, 北村洋一(CT)<sup>2)</sup>, 浅見力也(CT)<sup>2)</sup>, 古屋能孝(CT)<sup>2)</sup>, 浦田育美(CT)<sup>2)</sup>

【背景】卵巣癌は早期診断・治療が難しく、約半数がStage 3, 4期で発見される。今回我々は子宮内膜細胞診のみ陽性で、画像検査では病変を指摘できず、術中に卵巣漿液性癌と診断した一例を経験したので報告する。

【症例】54歳、5経妊4経産。検診で施行された子宮内膜細胞診で疑陽性となり近医を受診し、子宮内膜細胞診で陽性となり当院紹介となった。子宮内膜組織診を繰り返し施行したが、異常所見は認めなかった。1年後に不正性器出血を認め当院再診となり、子宮内膜細胞診で萎縮内膜を背景に砂粒小体を伴う大小の立体的な集塊を認めた。集塊辺縁は平滑で部分的に核の突出も見られた。核は類円形～不整形で大小不同であった。子宮内膜組織診では癌細胞を認めず、MRI、PET-CT、子宮鏡検査では明らかな病巣を指摘できなかった。腹水の貯留は見られなかった。3か月後の子宮内膜細胞診再検でも同一の所見を認め、明らかな原発病変は指摘できなかったが、子宮体部漿液性癌の可能性を考え、手術療法を施行した。開腹時、両側卵巣表面に砂粒状の病変を認め、術中迅速病理検査で漿液性癌の診断となり、単純子宮全摘+両側付属器切除+ダグラス窩腹膜病変切除+大網切除術を施行した。病理組織診断で両側卵巣表面、右卵管采、ダグラス窩腹膜、大網表層に最大4mmまでのHigh grade serous carcinomaを認めた。現在、化学療法施行中であるが再発なく経過している。

【結論】子宮内膜細胞診異常が、卵巣癌・卵管癌の発見の契機となる場合がある。画像検査で病巣の特定が困難な場合では、診断的な手術療法も含めた治療方針の検討が必要であると考えられた。

**P-2-041 転移性子宮癌の一例**

佐賀大学医学部産婦人科

○光 貴子(MD), 橋口真理子(MD), 福田亜紗子(MD),  
花鳥克幸(MD), 西山 哲(MD), 野口光代(MD),  
内山倫子(MD), 中尾佳史(MD), 横山正俊(MD)

【諸言】転移性子宮癌の原発巣としては卵巣, 膣などが多く見られ, 骨盤外臓器からの子宮体部転移は稀である。今回腎癌の子宮体部転移の一例を経験した。

【症例】60代, 3経産。1年前に右腎癌に対して開胸開腹下右腎摘除術を施行した(sarcomatoid(spindle cell) carcinoma, pT3aN1M0)。2ヶ月前にリンパ節転移と肺転移が出現し, 再発と判断した。axitinibを投与し, リンパ節は縮小傾向であった。不正性器出血が出現し, 子宮体部に腫瘤を認めたため当科へ紹介された。画像では子宮体部を置換するような長径6cmの腫瘤を認めた。内膜細胞診では出血性背景に異型の強い細胞を多数認めた。細胞質は円形～紡錘形と多彩な形をしており, AdenocarcinomaもしくはCarcinosarcomaと判断した。組織診では好酸性で大型円形不整核を持つ腫瘍細胞が充実性に増殖しており, 類内膜腺癌としては典型的ではなかった。免疫染色ではVimentin陽性, ERとPRは陰性であり, 当初は分化の悪い類内膜腺癌も推定していたが, 内膜組織は腎癌の摘出標本の組織と酷似していた。AMACR陽性であり, 最終的に腎癌の子宮体部転移と診断した。

【考察】転移性子宮癌は, 細胞診で正常な内膜の一部に腫瘍を認めたという報告が多い。本症例ではほとんどが腫瘍細胞であったが, 子宮体部全体が腫瘍に置換されていたためと思われた。癌の診断において, 病理学的に非典型的である時は, 病歴の確認と先行する癌との比較が重要であると思われた。また, 細胞診検査やHE染色の病理像も鑑別に有用であった。

**P-2-042 子宮内膜細胞診における直接塗抹法とTACAS™法の細胞所見比較**株式会社医学生物学研究所学術部<sup>1</sup>, 市立宇和島病院臨床検査科<sup>2</sup>, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座<sup>3</sup>

○林 聖子(CT)<sup>1</sup>, 高田真未(CT)<sup>1</sup>, 中川健司(CT)<sup>2</sup>,  
則松良明(PhD)<sup>3</sup>

【はじめに】子宮内膜細胞診は子宮体癌の早期発見に寄与しているが, 現在は直接塗抹法による運用が主流である。子宮頸部細胞診と同様に, 目的細胞に対し赤血球や炎症細胞等のマスキングが認められるほか, 過度な重積により判定が困難となる場合も少なくない。今回, 直接塗抹法と液状化検体細胞診TACAS™法における細胞所見の比較検討を行い, 若干の知見を得たので報告する。

【方法】2014年2月～2014年6月に市立宇和島病院にて同意のうえ採取された子宮内膜検体31例(陰性28例, 疑陽性1例, 陽性2例)を対象とした。スプリットサンプル法による標本作製を行い得られた標本に対し, 背景所見, 対物10倍1視野あたりの細胞集塊数, 平均細胞集塊数の症例頻度, 細胞集塊長径, 平均301μm以上の長径を有する細胞集塊の症例頻度および核輝度を測定し比較した。

【結果】直接塗抹法とTACAS™法の所見比較において, 直接塗抹法は細胞集塊長径が長く, 核輝度が明調である点において優位であった。一方, TACAS™法では背景所見が清明であり, 平均細胞集塊数が直接塗抹法よりも同等もしくは多数と評価された症例が多い点において優位であった。対物10倍1視野あたりの細胞集塊数および平均301μm以上の長径を有する細胞集塊の症例頻度において有意差は認められなかった。

【結語】TACAS™子宮内膜細胞診標本は重なりのある細胞集塊において核の詳細な観察に注意を要するが, 背景所見が清明である中に十分な量かつ大きさの細胞集塊が塗抹されるため, 診断精度の向上に繋がることが期待された。本検討は陰性例が中心であったため, 今後は陽性例による評価も行う必要がある。

### P-2-043 ThinPrep 法における子宮内膜細胞診標本作製法の検討 (第二報) 3 種類のフィルターの比較

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー

○久岡陽子(CT), 池本理恵(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)

当施設では 2014 年 4 月に婦人科細胞診標本作製法を SurePath 法から ThinPrep 法へと変更し, これに伴い子宮内膜細胞診標本作製法も ThinPrep 法へと変更することとなった. しかし海外では子宮内膜細胞診が一般的ではないため, 自動スライド標本作製装置による子宮内膜細胞診の評価データが乏しく, 実施プロトコール自体が存在していない. 一方, 日本においては子宮内膜細胞診が一般的に実施されている (LBC では SurePath 法) 背景から, 近年日本国内で ThinPrep 法を用いた子宮内膜細胞診の検討が実施されはじめ, そのプロトコールが確立されつつある. 我々は第 57 回日本臨床細胞学会で, ThinPrep 法における子宮内膜細胞診標本作製法の検討の第一報として, 溶血処理の有用性と ThinPrep (フィルター法) で作製した標本について従来法と同等の診断が可能であるとの検討結果を報告した.

今回その第二報として, ThinPrep の 3 種類のフィルター (婦人科用, 非婦人科用, FISH 対応尿用) を用いて細胞集団の構造異型などの細胞形態について注目し疑陽性以上とした症例を各フィルターで 30 症例検討を行った. その結果 FISH 対応尿用フィルターでは, ほかの 2 種類のフィルターより大型集塊 (構成細胞数 20 個以上) が多く出現した. それぞれの, フィルターの形状とその出現パターンを提示しその特徴を報告する.

### P-2-044 病理組織で類内膜腺癌 (G1) と診断された症例における ThinPrep 標本の細胞像の検討

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー

○衛藤久仁子(CT), 池本理恵(CT), 平原尊史(CT), 久岡陽子(CT), 秋田律子(CT), 早田員枝(CT), 倉永博之(CT), 古川朋美(CT), 西 国広(CT), 伊藤裕司(MD), 中島 豊(MD)

【はじめに】子宮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. 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, 類内膜腺癌 (G1) との鑑別には十分な注意が必要である. 自施設では 2014 年から婦人科細胞診の LBC 法として ThinPrep を採用している. 今回, 病理診断で類内膜腺癌 (G1) と診断された症例の ThinPrep 標本を見直し, その細胞像の検討を行った.

【対象】2014 年 9 月から 2016 年 12 月までに ThinPrep で作製された内膜細胞診の 12351 症例のうち, その後 3 か月以内に病理組織で提出された症例は 236 症例であった. このうち病理組織で類内膜腺癌 (G1) と診断され, 病理組織像との比較検討が可能であった 10 症例を対象とし, 細胞像の特徴を観察した. また, EGBD の細胞像との比較検討もおこなった.

【結果】類内膜腺癌では, 正常内膜標本によく見られる管状集塊が認められなかった. また, 集塊には多数の腺腔を認め, 細胞は明るい核を有するという特徴が見られた. 一方, EGBD では管状集塊や, 拡張分岐する集塊が認められ, 小型間質凝集塊の出現も認めた.

【結語】LBC での子宮内膜細胞診では, 年齢や生理周期を考慮すること, また, 採取細胞量, 細胞集塊の重積や形状, 間質細胞の有無などをよく観察することが必要である. 特に ThinPrep では腺腔の出現頻度や核内のクロマチンの性状に注意することが類内膜腺癌と EGBD との鑑別において重要である.

### P-2-045 卵巣癌バイオマーカーとしてのエクソソーム内在 microRNA の検討

弘前大学大学院保険学研究所<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科<sup>2)</sup>

○堀江香代(CT)<sup>1)</sup>, 横山良仁(MD)<sup>2)</sup>, 吉岡治彦(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊 純(MD)<sup>1)</sup>

【背景・目的】エクソソームは細胞から放出される微小な小胞で、内在する microRNA (miRNA) は腫瘍増殖や浸潤への関与が示唆されているが、卵巣癌エクソソーム内在 miRNA についての詳細は明らかになっていない。本研究では異なる組織型の卵巣癌細胞株を用い、培養上清エクソソーム内在 miRNA について、共通して発現の増加や減少を示す miRNA の検出を行い、組織型の違いを検討した。

【方法】漿液性嚢胞腺癌(HRA), 類内膜腺癌(TOV112D), 粘液性嚢胞腺癌(MCAS), 明細胞腺癌(OVAS, HAC-2)およびヒト卵巣表面上皮細胞(HOSE)の培養上清からエクソソームを回収し miRNA の抽出を行った後, Agilent 社 SurePrint G3 Human miRNA microarray による解析を行った。

【結果】コントロールと比較し卵巣癌細胞株で共通して発現の増加を認めた miRNA を 30 種, 発現の低下を認めた miRNA を 68 種検出した。さらに, 癌細胞で共通して発現の増加を認めた miRNA について, データベースを用いてターゲットとなる mRNA の予測を行った。また, 2 種類の明細胞腺癌で共通して発現の増加を示す miRNA が 167 種検出され, 明細胞腺癌と類内膜腺癌で共通して発現の増加を示す miRNA が 48 種検出された。これらの miRNA は将来的に明細胞腺癌のマーカーや子宮内膜症を発生母地とする発癌の機序に関わる可能性が示唆される。

【今後の展望】検出された miRNA について腹水中の発現量を測定し, 予後因子となる可能性を検討する。また候補 miRNA について細胞増殖・浸潤に関する機能の解明を行っていく。

### P-2-046 完全切除された III 期以上の卵巣がん・腹膜がんの腹腔内洗浄細胞診は予後予測因子となる

奈良県総合医療センター産婦人科<sup>1)</sup>, 奈良県総合医療センター中央臨床検査部<sup>2)</sup>, 奈良県総合医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○井谷嘉男(MD)<sup>1)</sup>, 渡邊 恵(MD)<sup>1)</sup>, 山中彰一郎(MD)<sup>1)</sup>, 竹田善紀(MD)<sup>1)</sup>, 杉本ひとみ(MD)<sup>1)</sup>, 石橋理子(MD)<sup>1)</sup>, 伊東史学(MD)<sup>1)</sup>, 杉浦 敦(MD)<sup>1)</sup>, 平野仁嗣(MD)<sup>1)</sup>, 豊田進司(MD)<sup>1,3)</sup>, 山口敬子(CT)<sup>1)</sup>, 辻野秀夫(CT)<sup>2)</sup>, 岡田 博(CT)<sup>2)</sup>, 石田英和(MD)<sup>3)</sup>, 喜多恒和(MD)<sup>1)</sup>

【目的】リンパ節郭清術を伴う初回腫瘍減量術(PDS)あるいは術前化学療法後の腫瘍減量術(IDS)により完全切除となった FIGO 進行期 III 期以上の卵巣がん・腹膜がんにおいて, 開腹時の腹腔内洗浄細胞診の結果が予後に影響するかどうかを検討した。

【方法】2004-2015 の間にリンパ節郭清を伴う腫瘍減量術を行い完全切除となった連続した FIGO 進行期 III~IV 期の卵巣がん 16 例, 腹膜がん 4 例の 20 例を対象とした。洗浄細胞診結果が独立した予後因子になり得るかについてコックス比例ハザードモデルを用いて検討した。

【成績】症例の年齢中央値は 52.5 歳 (38~81), 観察期間中央値は 42ヶ月 (7.3~150), 漿液性がん 15 例 (75%)・非漿液性がん 5 例 (25%), PDS 群 12 例 (60%)・IDS 群 8 例 (40%)であった。FIGO 進行期分類は IIIA1 期 8 例, IIIA2 期 1 例, IIIC 期 8 例, IV 期 3 例。血中 CA125 値の中央値は 373 IU/mL (6.6~3740)であった。洗浄細胞診陽性は 15 例で, 14 例の再発のうち 11 例を占めた。再発 11 例中 7 例 (64%)が骨盤腔内あるいは腹腔内に再発していた。コックス比例ハザードモデルによる解析を行ったところ洗浄細胞診陽性 ( $p=0.0021$ ), 非漿液性癌 ( $p=0.0244$ ) の 2 因子のみが独立した予後予測因子となった。手術時期 (PDS vs IDS) による予後には差は認めなかった。

【結論】完全切除された III 期以上の卵巣がん・腹膜がんにおいては, 洗浄細胞診陽性は微小な播種巣の残存を示唆し予後に影響する。



**P-2-047** 婦人科腫瘍における腹水セルブロックによる薬剤感受性の診断と細胞接着因子の発現変化

東京慈恵会医科大学附属第三病院

○山口乃里子(PhD), 池永晃大(MD), 河越ゆかり(MD), 中島あかり(MD), 日高三和(MD), 齋藤良介(MD), 嘉屋隆介(MD), 高梨裕子(PhD), 磯西成治(PhD)

【目的】 婦人科悪性腫瘍における腹水細胞診の役割は大きく、当院ではしばしばセルブロック法を用いている。婦人科癌の化学療法は白金製剤が Key drug となるが、本研究ではセルブロック細胞像による薬剤耐性の診断能を検討した。

【方法】 子宮頸癌細胞株である E-180 細胞とこれに白金またはタキサン耐性能を獲得した C13, PX24 細胞からセルブロックを作成し、各々の形態学的観察を行った。またその形態変化の要因である細胞接着因子関連遺伝子群の発現変化とそのパターンを比較した。

【成績】 セルブロック法で ME-180 細胞は互いに一定の細胞間隔を保つシート状配列が観察された。C13 細胞では数珠状配列をなし、各配列は比較的中広い間隙を有し、ME-180 細胞とは明らかに区別し得たが、PX24 細胞では規則性を認めず形態上の鑑別は困難であった。細胞接着分子である Cadherin, Protocadherin 遺伝子群は E-180 細胞に比べ特に PX24 で著明な低下を認めた ( $p < 0.05$ )。一方、Cadherin の細胞質ドメインのタンパク質 Catenin 遺伝子群は C13 で発現増加を、細胞基質間接着装置に存在する Integrin 遺伝子群は特に C13 で発現低下を認め ( $P < 0.05$ )、これらの発現パターンには C13, PX24 に類似性を認めた。

【結論】 薬剤耐性細胞は組織像から判定することは困難であるが、セルブロック法でプラチナ耐性細胞は明らかな形態変化が確認された。耐性細胞では Cadherin, Protocadherin 遺伝子の発現低下と Catenin, Integrin 遺伝子の発現変化を薬剤特異的に認め、薬剤感受性細胞と比べ両者間に発現パターンの類似性を認めたことからこれらの接着因子の発現変化は耐性獲得と形態変化に関連するものと考えられた。

**P-2-048** 卵巣癌診断における体腔液細胞診の有用性～セルブロックによる組織型推定の可能性～

神奈川県立がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 神奈川県立がんセンター検査科<sup>2)</sup>, 神奈川県立がんセンター病理診断科<sup>3)</sup>

○最上多恵(MD)<sup>1)</sup>, 酒井麻衣(CT)<sup>2)</sup>, 岩撫成子(CT)<sup>2)</sup>, 上原萌美(MD)<sup>1)</sup>, 上西園幸子(MD)<sup>1)</sup>, 池田真利子(MD)<sup>1)</sup>, 内山亜弥(MD)<sup>1)</sup>, 近内勝幸(MD)<sup>1)</sup>, 小野瀬亮(MD)<sup>1)</sup>, 横瀬智之(MD)<sup>3)</sup>, 加藤久盛(MD)<sup>1)</sup>

卵巣癌・卵管癌・腹膜癌の標準治療は primary debulking surgery (PDS) だが、多くが進行癌である本疾患では近年、neo-adjuvant chemotherapy (NAC) による抗癌剤先行の治療法の有用性が報告されつつある。NAC の場合、治療前の原発巣診断が必要となる。今回我々は、原発巣診断における体腔液細胞診の有用性について後方視的に検討した。2012 年 1 月から 2016 年 12 月までに当院で経験した卵巣癌・卵管癌・腹膜癌のうち、57 例で治療前に体腔液細胞診が行われ、11 例でセルブロック (CB) が作成された。卵巣癌としては稀な小細胞癌の 1 例以外では、CB により原発臓器推定が可能だった。次に、CB による組織型推定について検討した。最終組織型が確定したのは 7 例で、6 例が漿液性腺癌、1 例が小細胞癌だった。治療前に CB で組織型推定が可能だった漿液性腺癌の 3 例 (50%) について、細胞像と CB を用いた免疫染色所見を報告する。症例 1 では、大型濃染核を有する異型細胞を小集塊・個細胞性に認め、腺腔様構造を呈した。WT-1, ER 陽性, TTF-1, Napsin A, PgR 陰性だった。症例 2 では、N/C 比の高い異型細胞が小胞巣、乳頭状構築を呈し、一部で核偏在性を示した。CK7, p53, WT-1, ER 陽性, calretinin, intelectin-1, CK20, PgR 陰性だった。症例 3 では、大型不整形核を有する異型細胞が小胞巣あるいは小型管腔構造を呈した。CK7, WT-1, ER, PgR 陽性, calretinin, CK20 陰性だった。体腔液 CB を診断の一助として用いることで、速やかに原発巣診断に至り、卵巣癌・卵管癌・腹膜癌では NAC を行える場合がある。今回の検討から、CB は組織型推定の一助となりうる。将来的には、卵巣癌治療薬選択の一助としても有用な可能性があり、今後のデータの蓄積が望まれる。

### P-2-049 子宮内膜および腹水細胞診像で組織型の推定が可能であった腹膜原発漿液性腺癌の1例

立正佼成会附属佼成病院産婦人科<sup>1)</sup>, 立正佼成会附属佼成病院病理部<sup>2)</sup>, 杏林大学病院産科婦人科<sup>3)</sup>

○野田清香(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木 淳(MD)<sup>1)</sup>, 金田由香子(MD)<sup>1)</sup>, 井上慶子(MD)<sup>1)</sup>, 村田英一郎(CT)<sup>2)</sup>, 當間嗣睦(CT)<sup>2)</sup>, 西ヶ谷順子(MD)<sup>3)</sup>, 百村麻衣(MD)<sup>3)</sup>, 二階堂孝(MD)<sup>2)</sup>, 木村英三(MD)<sup>1)</sup>, 小林陽一(MD)<sup>3)</sup>

我々は術前の原発診断に苦慮したが、子宮体部および腹水細胞診像から組織型の推定が可能であった腹膜原発漿液性腺癌の1例を経験した。症例は47歳、女性、1経妊0経産。当科受診2ヶ月前より腹部膨満感の悪化傾向を認め、初診時内診所見では子宮は小児頭大、両側卵巣は正常大であり腹水貯留を認めた。初診時の子宮内膜細胞診では良性子宮内膜細胞の中に小集塊の異型細胞が散見され、転移性腺癌の細胞像と診断した。腹水細胞診像では核小体が著明な腺癌細胞が集塊状に出現し、胞体内には明らかな粘液像を認めず、PAS染色にて粘液性腺癌よりは漿液性腺癌の組織型が推定された。精査にて他臓器原発の悪性腫瘍は認めず、癌性腹膜炎および後腹膜リンパ節腫大を認め、腫瘍マーカーのCA125優位の上昇ならびに腹水および子宮内膜細胞診像の所見より臨床的には腹膜癌と診断した。初回手術で子宮全摘術、両側付属器切除術、および腹膜播種腫瘍切除術を施行し、迅速病理組織にて腫瘍の組織型は漿液性腺癌と診断した。術後病理診断にて高異型度の漿液性腺癌を認め、免疫組織化学的にはCK7(+); CK20(-); WT1(+); CA125(+); WT1以外の中皮関連抗原は陰性であり、最終的にも腹膜原発の漿液性腺癌と診断した。本症例では術前に採取した検体の細胞診像から組織型を推定でき、細胞診像が臨床診断に有用であった症例である。

### P-2-050 卵巣明細胞癌の組織診と捺印細胞診との整合性

いわき市立総合磐城共立病院病理診断センター

○浅野重之(MD), 小野早苗(CT), 山崎一樹(CT), 池田 藍(CT), 小松香織(CT), 西山 浩(MD), 本多つよし(MD), 松本朋子(CT), 近藤宏徳(CT), 森 菊夫(CT)

【はじめに】卵巣明細胞癌は、背景に子宮内膜症を合併することが少なくない予後不良な上皮性悪性腫瘍で、迅速な診断と治療が必要である。しかし、術中迅速組織診断では鑑別診断に苦慮することも少なくないため、捺印細胞診が有用なことが多い。今回は、本症の組織診、捺印細胞診およびそれぞれの免疫染色を用い、組織診と細胞診との整合性について検討したので報告する。

【対象および方法】卵巣明細胞癌と病理診断がなされた症例で、捺印細胞診が施行された13例(2008年1月～2015年7月、41歳～73歳、左側5例、右側8例)を対象とした。使用した抗体: HNF-1 $\beta$ , BRCA-1, Napsin A, CK7, CK20, コラーゲンIV, IL-6。

【結果】子宮内膜症は10例(10/13例)にみられた。組織型には充実性、乳頭型、腺管型、および嚢胞型があり、細胞質の明るい型と暗い型もみられた。捺印細胞診では、シート状集塊、乳頭状および管状集塊など多彩な細胞像が見られ、hobnail patternも一部に認められた。術中迅速組織診断では、明細胞やhobnail patternが確認されずに鑑別が困難な症例も見られた。免疫染色では組織診と捺印細胞診で、CK7+/CK20-/Vimentin+/Napsin A+/HNF-1 $\beta$ +/BRCA-1+を示し、コラーゲンIVやIL-6は組織では間質や胞体および腺腔の一部に陽性像を呈した。

【考察】術中迅速組織診断では捺印細胞診を参考にし、永久組織標本では免疫染色のアルゴリズムも参考にし、他の卵巣疾患との鑑別診断にも応用可能であると思われる。

### P-2-051 卵巣明細胞癌推定の決め手となる捺印細胞所見についての検討

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科<sup>1)</sup>, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科<sup>2)</sup>

○白濱冨湖(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊麗子(MD)<sup>1)</sup>, 澁木康雄(CT)<sup>1)</sup>, 時田和也(CT)<sup>1)</sup>, 藤間瑞穂(CT)<sup>1)</sup>, 池上陽太(CT)<sup>1)</sup>, 福原 萌(CT)<sup>1)</sup>, 大橋久美(CT)<sup>1)</sup>, 近藤 円(CT)<sup>1)</sup>, 小林隆樹(CT)<sup>1)</sup>, 加藤友康(MD)<sup>2)</sup>, 石川光也(MD)<sup>2)</sup>, 植原貴史(MD)<sup>2)</sup>, 吉田 裕(MD)<sup>1)</sup>, 元井紀子(MD)<sup>1)</sup>

【目的】 卵巣腫瘍の中で化学療法抵抗性である明細胞癌の正確な診断は臨床への貢献度が高い。明細胞癌の捺印細胞所見の特徴を検討した。

【方法】 組織学的診断された卵巣腫瘍 38 例（明細胞癌，漿液性癌各 11 例含む）の捺印細胞診（パパニコロウ，ギムザ染色各 1 枚）を，当院細胞検査士 7 名で鏡検し，推定組織型，決め手とした所見を自由記載方式で集計した。正答率が 70% 以上を定型例，30-69% を非定型例，30% 未満を診断困難例とし，所見出現率の傾向を検討した。

【結果】 明細胞癌は定型：非定型：診断困難例 = 7：2：2 であった。定型例群では，細胞外基質のメタクロマジー（所見出現率 100%），広い胞体，明瞭な核小体，核の大小不同（86%），淡明な胞体，裸核（各 71%），不整形核，類円形核（57%），壊死，ホブネイル細胞（28%）の所見が指摘された。一方，非定型・診断困難例では，メタクロマジー（100%），淡明な胞体，核の大小不同，壊死（各 25%）と，主要所見の出現率が低かった。診断困難群の 1 例は核所見が均一で境界不明瞭な細胞像が見られ，顆粒膜細胞腫，神経内分泌腫瘍との鑑別が，他の 1 例は乳頭状重積が強く漿液性癌との鑑別が問題であった。対照群では，漿液性癌で不整形核（9 例，82%）が高率にみられ，不整形核，核の大小不同，明瞭な核小体，裸核，壊死は，頻度は低いが出現する所見であった。一方，メタクロマジーは見られなかった。

【考察】 明細胞癌は他の組織型と共通する細胞学的特徴を示すため，漿液性癌などとの鑑別が必要となる。細胞外基質のメタクロマジーの有無は鑑別に重要な所見と考えられた。卵巣腫瘍の組織型推定にはギムザ染色により正答率向上が期待できることから積極的な併用が推奨される。

### P-2-052 リンパ節細胞診が初回治療後の方針決定に有用であった卵巣癌の一例

がん研有明病院婦人科

○加藤一喜(MD), 尾松公平(MD), 宇津木久仁子(MD), 金尾祐之(MD), 的田真紀(MD), 岡本三四郎(MD), 野村秀高(MD), 谷川輝美(MD), 長島 稔(MD), 杉山裕子(MD), 竹島信宏(MD)

【目的】 進行卵巣癌治療において，初回治療後に寛解を得られたと評価し，治療終了と決定するタイミングに苦慮することは多い。今回われわれは，左鎖骨上リンパ節転移にて発症した卵巣癌に対して，初回手術とそれに引き続く化学療法後に左鎖骨上リンパ節細胞診を行い，その後の治療方針決定に有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】 66 歳。左鎖骨上リンパ節腫大を自覚し，近医受診した。左鎖骨上リンパ節生検にて腺癌を検出。PET/CT にて左鎖骨上リンパ節と傍大動脈リンパ節の腫大および FDG の集積を認めた。また，骨盤 MRI にて右卵巢から子宮にかけてのわずかな腫大を認めた。遠隔転移があることより，初回手術では子宮全摘および両側付属器切除とし，術後速やかに化学療法を行う方針とした。切除標本病理検査にて右卵巢から子宮壁に浸潤する高悪性度漿液性腺癌を認め，卵巣癌 4b 期と診断した。術後補助化学療法（パクリタキセル・カルボプラチン・ペバシズマブ）が奏功し，6 コース終了時点では傍大動脈リンパ節は縮小した。まだ腫大していた左鎖骨上リンパ節に対して細胞診を行い，陰性であることを確認して，パクリタキセル・カルボプラチン投与は終了とし，ペバシズマブの維持療法を現在行っている。

【結論】 左鎖骨上リンパ節細胞診が初回治療後の方針決定に有用であった卵巣癌症例を報告した。

### P-2-053 細胞診が治療方針決定の一助となった卵巣原発肺型小細胞癌の1例

県立広島病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 県立広島病院臨床研究検査科<sup>2)</sup>

○熊谷正俊(MD)<sup>1)</sup>, 濱崎 晶(MD)<sup>1)</sup>, 脇本真帆(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤梨紗(CT)<sup>2)</sup>, 大田絢子(CT)<sup>2)</sup>, 多々野友美(CT)<sup>2)</sup>, 西阪 隆(MD)<sup>2)</sup>

肺型小細胞癌は卵巣癌の中でも非常に稀な組織型であり, 予後不良な腫瘍でもある。治療は上皮性卵巣癌と同様に手術と化学療法を併用することになるが, 稀な腫瘍であるため標準的治療法が確立されているとは言えない。細胞診が治療方針決定の一助となった卵巣原発肺型小細胞癌を経験したので報告する。症例は40歳, 1経妊1経産。腹部膨満感を主訴に近医受診し卵巣腫瘍の疑いで当科紹介初診。腹部MRIで右卵巣に充実成分を主体とした長径9cm大の腫瘍と多数の腹膜播種, 腹水貯留, 子宮内腔に腫瘍を認めた。PET-CTでは右卵巣腫瘍, 子宮内腫瘍, 腹膜播種にFDG集積を認めたが, リンパ節転移や遠隔転移を疑う集積は認めなかった。多発性の腹膜播種とその大きさからは進行卵巣癌であり, 初回手術でsuboptimal surgeryになることが容易に予想され, 術前化学療法も治療選択肢に考慮された。子宮内膜組織診では採取組織の殆どが凝固壊死しており良悪性の確定や組織型の推定ができなかった。子宮内膜細胞診(吸引法)および腹水細胞診では上皮性悪性腫瘍と推定される異型細胞を認め, 神経内分泌腫瘍の可能性もあり得る所見であった。細胞診により通常の腺癌ではない可能性が高いため術前化学療法は行わずに開腹手術(単純子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 大網部分切除, 播種切除)を行い, suboptimal surgeryとなった。病理組織検査で右卵巣原発肺型小細胞癌, 手術進行期IIIC期と診断した。術後は肺小細胞癌の治療を参考にしてCPT-11/CDDP, amrubicinなどの化学療法を行ったが, 約13か月半後に永眠された。

### P-2-054 進行膀胱癌を合併した卵巣癌(腹膜癌)の一例

北海道がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 江別市立病院産科婦人科<sup>2)</sup>, 江別市立病院検査科<sup>3)</sup>

○岡元一平(MD)<sup>1)</sup>, 竹下 奨(MD)<sup>1)</sup>, 小館英明(MD)<sup>2)</sup>, 村杉梨乃(CT)<sup>3)</sup>, 高橋 学(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】近年 Lynch 症候群や家族性乳癌卵巣癌(HBOC)など遺伝性悪性腫瘍が認知され, 時に重複癌も経験する。進行した重複癌症例において化学療法に感受性がある腫瘍であれば画像診断に加えて低侵襲な形で組織型などの診断を行い, 速やかな治療の開始が予後を改善すると推察する。HBOCに関連すると推測される重複癌症例を経験したので, 診断を中心に報告する。

【症例】68歳女性, 両側乳癌既往(左乳癌36歳:詳細不明, 右乳癌56歳:浸潤乳管癌ER-/PgR-/Her2-)。DM/HTで内科通院中, 腹満感の増強あり画像診断(CT/MRI)にて多量の腹水/大網・腹膜播種像に加えて筋層を貫く膀胱腫瘍を認めた。急速に腹水増量を認め治療を早期に開始する必要性があり, 既往乳癌の病理所見と膀胱腫瘍の生検材料および腹水でのセルブロックを用いた免疫染色を行い, 膀胱癌(T3)および卵巣癌/腹膜癌(T3c)の重複癌と診断した。タキサン+プラチナ製剤による6コースの化学療法後に膀胱全摘(回腸導管), 内性器全摘に後腹膜リンパ節郭清などを加えた腫瘍減量手術を行い肉眼的完全切除に至った。遺伝子検査については遺伝相談カウンセリングで対応を検討中である。

【細胞診所見】N/Cの高い比較的小型の悪性細胞が重責性を伴った小乳頭状集塊で出現していた。

【病理所見/免疫染色】腹水セルブロックの免疫染色は高悪性度漿液性癌(HGSC)に矛盾しない所見(CK7+/CK20-/p53+/WT1+)で, 膀胱癌G2尿路上皮癌(CA7+/CK20+/p53-)および乳癌とは異なった染色性を示し重複癌の診断の根拠となった。

【結語】進行重複癌の診断において, セルブロックを用いた免疫染色は病態の把握に有効である。



### P-2-055 気管支鏡細胞診材料による肺癌の組織型推定の検討

東京女子医科大学八千代医療センター医療技術部臨床検査室<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学八千代医療センター呼吸器外科<sup>2)</sup>, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○角奈美子(CT)<sup>1)</sup>, 南部周平(CT)<sup>1)</sup>, 今野辰郎(CT)<sup>1)</sup>, 高橋昌樹(CT)<sup>1)</sup>, 末澤亜紀(CT)<sup>1)</sup>, 黄英哲(MD)<sup>2)</sup>, 関根康雄(MD)<sup>2)</sup>, 大出貴士(MD)<sup>3)</sup>, 増永敦子(MD)<sup>3)</sup>, 廣島健三(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】肺癌の組織型の推定は、治療方針の決定、予後の推測に重要である。気管支鏡細胞診材料により肺癌の組織型を推定できるかを検討した。

【方法】2016年に気管支鏡検査（穿刺吸引細胞診、気管支擦過細胞診）で癌と診断され手術により組織型を確定した46症例（腺癌21例、扁平上皮癌19例、多形癌2例、大細胞癌2例、小細胞癌1例、転移性肺癌1例）を対象とし、気管支鏡細胞診材料の細胞像を組織型別に検討した。

【結果】腺癌は様々な発育形式が同一症例内に認められた。合胞性集塊は腺癌、扁平上皮癌、多形癌にも認められ、特に腺癌と扁平上皮癌との鑑別が問題となった。腺癌の合胞性集塊は核偏在性で核の大小不同を認め、辺縁の扁平化はなく、核の長軸の方向は一定でなかった。扁平上皮癌の合胞性集塊は核中心性で核の大小不同に乏しく、層形成が見られ、集塊辺縁の扁平化や毛羽立ちが認められた。多形癌の合胞性集塊、大細胞癌の重積性集塊は腺癌構造や流れ状配列など特定の配列はなかった。多形癌は孤立性の多核細胞や巨細胞を伴うため推定は可能であった。小細胞癌は小型裸核状細胞を認めるため診断は容易であった。

【考察】細胞が比較的多く採取された場合は、腺癌及び扁平上皮癌の推定は可能である。合胞性集塊は複数の組織型で見られるため、組織型を特定する明らかな構造を伴わない場合は、非小細胞癌として報告するべきである。組織型の混在を認める場合は、その割合を把握出来ないため、組織型の推定は難しい。

【まとめ】気管支鏡細胞診材料での組織型推定は組織型を特定する明らかな所見がある場合に行うべきである。個々の細胞の所見、発育形式を反映する集塊所見を観察することが重要である。

### P-2-056 肺転移をきたした耳下腺筋上皮癌の1例

東京医科大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京医科大学人体病理学<sup>2)</sup>, 東京医科大学呼吸器甲状腺外科学分野<sup>3)</sup>

○渡部顕章(CT)<sup>1)</sup>, 松林純(MD)<sup>1,2)</sup>, 小池悦子(CT)<sup>1)</sup>, 三宅真司(CT)<sup>1)</sup>, 稲垣敦史(CT)<sup>1)</sup>, 川内ゆうか(CT)<sup>1)</sup>, 金子清花(CT)<sup>1)</sup>, 忽滑谷昌平(CT)<sup>1)</sup>, 平井秀明(MD)<sup>1,2)</sup>, 高橋礼典(MD)<sup>1,2)</sup>, 垣花昌俊(MD)<sup>3)</sup>, 梶原直央(MD)<sup>3)</sup>, 大平達夫(MD)<sup>3)</sup>, 池田徳彦(MD)<sup>3)</sup>, 長尾俊孝(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】筋上皮癌は、腫瘍性筋上皮細胞からなる稀な中～高悪性度唾液腺癌である。我々は肺に転移した耳下腺原発筋上皮癌の1例を経験したので、その肺転移巣の細胞像を中心に報告する。

【症例】60歳代、女性。1年前に前医で筋上皮癌に対して右耳下腺全摘術が施行された。今回、術前から指摘されていた右上葉結節が増大したため、当院呼吸器外科にて診断目的に肺部分切除術が行われた。

【細胞所見】肺病変の捺印細胞診では、壊死性背景に、異型細胞が緩い結合性を示し集塊状に認められ、ライトグリーン好性の無構造物質が散見された。異型細胞は、N/C比が高く、クロマチンの増量した類円形～短紡錘形の核と小型の核小体を有していた。異型細胞の核は偏在性で、細胞質は淡く豊富であった。以上より癌腫と判定したが、組織型の推定は困難であった。

【病理所見】切除肺には、組織学的に、壊死を伴い、胞巣状や索状に増生する9mm大の結節性腫瘍が認められた。一部で硝子様の基底膜様物質を伴っていた。腫瘍細胞はクロマチンに富む腫大した類円形～多角形核と好酸性細胞質を有していた。核は偏在し、形質細胞様形態を呈していた。免疫染色で腫瘍細胞は、TTF1(-), pan-CK(+), S-100(+), p63(+ )であった。上記所見は前医で切除された耳下腺筋上皮癌と類似しており、当腫瘍はその肺転移として矛盾しないと考えられた。

【まとめ】唾液腺筋上皮癌はときに肺転移をきたすが、稀で組織像も多彩であり、転移巣における的確な細胞診断は難しい。本症例の肺転移巣には、筋上皮癌の細胞学的特徴像である、偏在核を有する異型細胞や基底膜様物のライトグリーン好性物質が認められ、本発表は教育的に意義深いと考えられる。

## P-2-057 肺内巨大腫瘍として発見された Diffuse large B-cell lymphoma の1例

公立藤田総合病院臨床検査室病理<sup>1)</sup>, JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○黒田和希(CT)<sup>1)</sup>, 野地響子(CT)<sup>1)</sup>, 田中瑞子(MD)<sup>1)</sup>, 野沢佳弘(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (以下 DLBCL) は悪性リンパ腫の 30-40% を占める組織型である。またその半数以上が節外性病変として発見され、しばしばリンパ腫以外の腫瘍と鑑別を要する。今回我々は、胸部 CT にて左下肺野の巨大腫瘍を指摘され、肺原発悪性リンパ腫が疑われた症例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性。他院にて COPD 加療中に倦怠感、微熱、食欲不振が出現。気管支炎の憎悪を疑い、抗生剤投与後に一時症状改善を認めたが、3ヶ月後再度倦怠感を訴え精査目的で当院紹介。胸部 CT にて左下肺野に 90 mm 大の腫瘍性病変を確認し気管支鏡検査を施行した。

【細胞所見】背景には壊死と核線が目立ち、小型リンパ球と共に散在性に大型の N/C 比の高い腫瘍細胞が認められ、核には切れ込み等の核型不整や大型の核小体を複数個有する細胞も認められた。また、胞体周辺が明るく抜けた様な細胞像が散見された。

【組織所見】TBLB の HE 染色では、変性、壊死が目立つ肺組織で、N/C 比の高い異型細胞が腺管構造や結合性を示さず、びまん性に増殖していた。腫瘍細胞は中型から大型で、核型不整や明瞭な核小体を有していた。免疫染色では CD20(+), bcl-2(+), MUM-1(+), AE1/3(-), CD3(-), CD5(-), CD10(-), bcl-6(-), CyclinD1(-), MIB-1 LI 70% で、EBER-ISH(-)の結果から diffuse large B-cell lymphoma, non-GCB と診断された。

【まとめ】肺原発 DLBCL は MALT リンパ腫やリンパ腫様肉芽腫症との鑑別を要し、組織像を踏まえて、免疫染色や EBER-ISH 等の検索を行うことが診断上必要である。実際に細胞診の所見のみで悪性リンパ腫の組織型を特定することは困難ではあるが、臨床所見や画像所見などを加味し、個々の細胞所見を詳細に観察することが診断の一助となると考えられた。

## P-2-058 肺 MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫の2症例

国立病院機構松江医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部附属病院胸部外科<sup>2)</sup>, 国立病院機構浜田医療センター臨床検査科<sup>3)</sup>

○西村俊直(CT)<sup>1)</sup>, 吉田恵梨子(MT)<sup>1)</sup>, 岸本篤人(MT)<sup>1)</sup>, 長岡三郎(MD)<sup>1)</sup>, 荒木邦夫(MD)<sup>2)</sup>, 長崎真琴(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】肺 MALT リンパ腫は低悪性度の B 細胞型リンパ腫で、比較的稀な疾患である。小～中型主体の異型リンパ球からなり、異型に乏しく、大型リンパ球、形質細胞、単球様細胞などが混在し多彩な像を示す為、反応性病変との鑑別に苦慮することがある。今回、細胞診で MALT リンパ腫を疑い、組織診で確定した 2 症例を経験したので報告する。

【症例】症例 1 は 70 歳代女性、他院にて肺癌が疑われ、精査目的で当院受診。気管支内視鏡検査にて右主気管支内に表面平滑な腫瘍を認めた。症例 2 は 70 歳代女性、左 S3 末梢部に 20 mm 程度の内部濃厚な GGN を認め、肺癌疑いにて精査中、左気管支中枢側に隆起性病変を認めた。それぞれの腫瘍に対して針生検及び捺印細胞診を施行した。

【細胞像】症例 1 は、気管支円柱上皮細胞と多数のリンパ球が混在しており、軽度の核形不整を示す小～中型異型リンパ球を約 60% の割合で認めた。核の切れ込み像が一部で見られたが、全体的に異型に乏しく、MALT リンパ腫カリンパ濾胞過形成か苦慮したが、Lympho epithelial lesion (以下、LEL と略す) を極一部に認めた。症例 2 は、軽度の核形不整を示す小～中型異型リンパ球がモノトナスに出現しており、核の切れ込みや細～顆粒状のクロマチン増量が見られ、MALT リンパ腫を疑った。

【組織像】症例 1, 2 ともに細気管支上皮下にモノトナスな小～中型リンパ球の集簇を認めた。胚中心や LEL は確認できなかった。免疫組織化学的検索では、CD20, CD79a が陽性、CD3, CD5, CD10 が陰性で、MALT リンパ腫と診断された。

【まとめ】気管支内病変において、細胞診で小～中型主体のリンパ球を多数認めた場合、リンパ球の出現パターンや核形不整のみならず、LEL の出現の有無を注意深く観察することで、よりの確な診断に繋がると考える。

## P-2-059 千葉市肺癌個別検診喀痰細胞診の成績と発見された胸部 CT 検査無所見肺癌の解析

公益財団法人ちば県民保健予防財団病理・細胞診断科<sup>1)</sup>, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科<sup>2)</sup>, 千葉大学医学部附属病院成田赤十字病院肺がん治療センター<sup>3)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学<sup>4)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学<sup>5)</sup>

○田口明美(CT)<sup>1)</sup>, 柴 光年(MD)<sup>2)</sup>, 金親久美(CT)<sup>1)</sup>, 渋谷 潔(MD)<sup>3)</sup>, 中谷行雄(MD)<sup>4)</sup>, 中島崇裕(MD)<sup>5)</sup>, 吉野一郎(MD)<sup>5)</sup>, 藤澤武彦(MD)<sup>1)</sup>

千葉市の肺癌個別検診喀痰細胞診は 2008 年から全てが当施設で行われ, 2013 年までの受診者数が延べ 2 万人を超えた. 喀痰検診の癌発見率向上を目的に, 過去 6 年間の検診成績と発見された胸部 CT 検査無所見肺癌について解析した.

【対象と方法】2008~2013 年の千葉市個別喀痰検診の受診者 22,588 人を対象とし, 受診者および発見された肺癌症例を解析した. また発見された胸部 CT 検査無所見肺癌について, 蓄痰標本 1 枚に出現した中等度異型以上の異型上皮細胞および癌細胞の解析を行った.

【結果】受診者のピークは 65~74 歳, 65 歳以上の 9 割は男性であった. 検診成績は喫煙指数 600 以上の肺癌発見率 10 万対 173 (32/18,451), さらに 60 歳以上の男性に絞ると 10 万対 203 (32/15,748) であった. 発見された肺癌の平均年齢は 72 歳, 男女比 31/1, 平均喫煙指数 1,080. 不明を除いた症例集計の I 期癌は 12 例 (50.0%), うち 5 例は胸部 CT 検査無所見の早期肺癌であった. 肺癌の組織型は扁平上皮癌 21 例 (84.0%), 発生部位は中枢型 11 例 (55.0%) 末梢型 9 例 (45.0%). また喀痰で発見された癌 38 例中 6 例 (15.8%) は頭頸部扁平上皮癌であった. 胸部 CT 検査無所見肺癌の細胞像については, 癌を疑う異型細胞の出現が少数で, 大型細胞の出現数 10 個以下が 5 例中 3 例, 全例で高度異型以上の出現数が 10 個以下であった.

【まとめ】千葉市肺癌個別検診喀痰細胞診の成績は, 喫煙指数 600 以上において肺癌発見率 10 万対 173 で, 肺癌の発見率向上には 60 歳以上の重喫煙者の受診者数を増加させることが重要であった. 少数の高度異型上皮細胞および癌細胞の検出が, 胸部 CT 検査無所見肺癌の発見の契機となっており, 治癒が可能な早期肺癌の発見には, 喀痰細胞診のより高い精度の維持が必要であると考えられた.

## P-2-060 肺がん診療における効率的な病理検体の取扱いの工夫

九州大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 九州大学大学院形態機能病理学<sup>2)</sup>, 九州大学大学院呼吸器科<sup>3)</sup>, 九州大学大学院消化器・総合外科<sup>4)</sup>

○大石祐未(MT)<sup>1)</sup>, 大久保文彦(CT)<sup>1)</sup>, 清松桂子(MT)<sup>1)</sup>, 寺戸信芳(CT)<sup>1)</sup>, 野上美和子(CT)<sup>1)</sup>, 仲 正喜(CT)<sup>1)</sup>, 中附加奈子(CT)<sup>1)</sup>, 木村理恵(CT)<sup>1)</sup>, 伊地知佳世(MD)<sup>1,2)</sup>, 山元英崇(MD)<sup>1,2)</sup>, 岩間映二(DDS)<sup>3)</sup>, 岡本 勇(MD)<sup>3)</sup>, 田川哲三(MD)<sup>4)</sup>, 小田義直(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】進行性非小細胞肺癌の治療は, 扁平上皮癌を区別し, 主に腺癌は EGFR 遺伝子検査(PCR), ROS1 遺伝子検査(R-PCR), PD-L1 検査(IHC)を実施し, さらに EGFR 遺伝子陰性例においては, ALK 遺伝子検査(IHC, FISH)を行い, 適応した分子標的治療薬の選択を行うこととなる. 即ち, 病理診断とともに十分な腫瘍細胞が含まれた遺伝子検査検体の確保が必要であり, 効率的な運用には細胞診材料で EGFR 遺伝子検査, ROS1 遺伝子検査を実施することを目指し, EBUS-TBNA 検体はパラフィン・寒天サンドイッチ法でセルブロックを作製している. 今回, われわれの肺癌診療における検体取り扱いの運用手順の検証と問題点を探った.

【検討項目】1)EGFR 遺伝子変異検査の材料別の陽性率(2009 年 7 月~), 2)組織包埋・薄切時の問題点と対策, 3)遺伝子検査依頼と報告方法について検証した.

【結果】1)全ての EGFR 遺伝子変異陽性率(T-790M 目的の R-PCR 法を除く)は 39.9% (304/761), 材料別では気管支擦過ハックス液 49.2% (61/124), 切除組織パラフィン切片 45.7% (150/328), 気管支生検パラフィン切片 28.2% (46/163), 気管支洗浄液は 27.1% (13/48)であった. また, 気管支材料(擦過, 洗浄液, 生検組織)の EGFR 遺伝子検査では, 細胞診材料の占める割合は 51.3% (172/335)であった. 2)組織包埋は検体を中央に集め, 薄切面を均一にすること, また薄切時に HE 標本面直前の切片を保存することで遺伝子検体の確保が可能となった. 3)電子カルテで依頼された遺伝子検査項目は, オード番号連携で文字と画像データで報告するため, 検索が容易でデータの二次利用が可能であった.

【結語】肺がん診療における効率的な病理検体の取扱いは, 検査依頼から結果報告までトータルマネージメントが必要である.



## P-2-061 呼吸器細胞診における免疫染色の肺癌組織型推定診断への応用について

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科

○吉田和広(CT), 澁木康雄(CT), 時田和也(CT), 杉山迪子(MD), 橋本大輝(MD), 元井紀子(MD)

【背景】肺癌治療は、組織型および遺伝子変異、免疫形質に対応した個別化医療への対応が求められている。特に免疫チェックポイント阻害薬のバイオマーカーとして免疫染色の役割が増しているが、細胞診検体を用いた免疫染色結果の妥当性と有用性は十分検討されていない。今回、我々は組織診と細胞診を用いて免疫染色を実施し、妥当性と問題点を検討した。

【対象と方法】肺腺癌で、手術(OP)、セルブロック(CB)と捺印細胞診(SC)検体を採取された9症例を対象とした。CB標本は遠心分離法により細胞を収集し、組織診と同様の過程でホルマリン固定パラフィン包埋を行った。SC標本は細胞転写法を用いた。3種の検体を用いてTTF-1, p40の免疫染色を実施し、判定方法は陰性、弱陽性、強陽性の3段階で評価した。各検体での判定結果の一致率を解析した。

【結果】TTF-1は3検体ともに100%陽性、全例で一致した。p40は、OPの3例(33%)、CBの2例(22%)、SCの2例(22%)に弱陽性で他は陰性であった。OPとCB、SCは、各8例(88%)、7例(78%)で結果が一致した。結果不一致の要因として、腫瘍内不均一性、検体処理および染色過程の違い、細胞診検体での腫瘍細胞の認識の困難さなどが考えられた。組織診と同様の免疫染色結果判定アルゴリズムに従うと、全例で腺癌の推定診断は可能であった。

【考察】セルブロック、捺印細胞診検体と組織検体の間で免疫染色の結果一致率は高かった。特にTTF-1は肺腺癌の重要な分化マーカーであり、組織型推定の難しい場合に、免疫染色を併用することの妥当性と有用性が確認できた。今後は、検索項目を増やし、染色手技および評価方法の最適化について検討を進めたい。

## P-2-062 PD-L1の免疫組織化学におけるセルブロックの有用性の検討

千葉大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学<sup>2)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学<sup>3)</sup>

○鈴木 学(CT)<sup>1)</sup>, 小野寺清隆(CT)<sup>1)</sup>, 三枝文恵(CT)<sup>1)</sup>, 中 千裕(CT)<sup>1)</sup>, 四宮義貴(CT)<sup>1)</sup>, 白井恵美(CT)<sup>1)</sup>, 大木昌二(CT)<sup>1)</sup>, 太田 聡(MD)<sup>1)</sup>, 吉野一郎(MD)<sup>2)</sup>, 中谷行雄(MD)<sup>1,3)</sup>

【背景】分子標的薬の選択において遺伝子解析と共に病理組織・細胞診標本、そしてセルブロックを利用した免疫組織化学(IHC)が重要な役割を果たしている。また近年、腫瘍細胞におけるPD-1/PD-L1経路(免疫チェックポイント)による免疫応答の回避機構が注目されている。このPD-1/PD-L1経路を阻害、免疫応答を正常化することにより抗腫瘍効果を持続、腫瘍の縮小を図る治療薬ペムブロリズマブ(商品名:キイトルーダ)が、切除不能な進行・再発した非小細胞肺癌において承認されており、投薬に際してはPD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」を用いたコンパニオン診断が必須とされている。この診断に利用される検体には、手術材料、生検材料が対象となるが、セルブロック検体については対象外とされている。また生検材料は、検体量が豊富ではなく、病理診断におけるIHCや遺伝子検索などにも使用されるため、検体内の腫瘍細胞量が著減し、評価が十分にできない事態も予想される。今回我々は、セルブロック検体を用いてIHCを実施し、組織材料と同等の結果が得られるかについて検討を行ったので報告する。

【方法】当院生検又は手術材料にて非小細胞肺癌と診断された症例の内、胸水セルブロック標本作製した8症例を対象に、PD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」を使用してIHCを実施、結果について比較を行った。

【結果】比較検討した8例中7例で、染色結果の一致が見られたが、腫瘍細胞における発現の割合については組織材料に比べ、セルブロック検体では高くなる傾向を認めた。

【まとめ】今回、セルブロック検体を対象としたPD-L1 IHC 22C3 pharmDx「ダコ」を用いたIHCの結果については、概ね良好な染色結果が得られたが、今後さらに症例数を追加して検討する必要があると思われた。



## P-2-063 肺原発 ROS1 陽性 Inflammatory myofibroblastic tumour (IMT) の 1 例

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<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>, 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呼吸器腫瘍科<sup>3)</sup>, 九州大学病理診断科・病理部<sup>4)</sup>

○今村彰吾(CT)<sup>1)</sup>, 藤本翔大(CT)<sup>1)</sup>, 小嶋健太(CT)<sup>1)</sup>, 清家直樹(CT)<sup>1)</sup>, 加藤祐一(CT)<sup>1)</sup>, 北里謙二(CT)<sup>1)</sup>, 瀧澤克実(MD)<sup>2)</sup>, 半田瑞樹(MD)<sup>2)</sup>, 田口健一(MD)<sup>1,2)</sup>, 竹之山光広(MD)<sup>3)</sup>, 山元英崇(MD)<sup>4)</sup>

【背景】炎症性筋線維芽細胞腫(inflammatory myofibroblastic tumor: IMT)は肺に発生する中では稀な疾患であり, 非上皮性の低悪性度な腫瘍とされている。約半数に ALK 融合遺伝子がみられるがその他の遺伝子異常の存在も報告されている。我々は肺原発の ROS1 融合遺伝子陽性 IMT の症例を経験したので報告する。

【症例】20 歳代 男性。健診胸部 X 線で異常陰影を指摘され, 他院での CT 検査で肺癌疑いとなり当センター紹介受診となった。術中迅速組織提出時の捺印細胞診では, 背景に軽度のリンパ球を伴い紡錘形や類円形の異型細胞が緩い結合性で集塊, あるいは散在性に出現していた。核は類円形で大小不同があり, 核に切れ込みのような異型が見られクロマチン微細顆粒状に軽度増量, 明瞭な核小体や核内空胞も認められた。細胞質はライトグリーン好性で厚みのあるものや泡沫状のものがあった。以上より非上皮性の低悪性度な腫瘍が推測された。組織の HE 染色像ではリンパ形質の密な増殖ともに紡錘形~類円形の細胞が束状, 交錯状に見られ, 核形はやや丸みを帯びた形態で, 核クロマチンは小胞性で濃染していなかった。免疫染色では ROS1 が陽性となった。また上記病変とは独立して非浸潤性の腺癌が認められ最終病理診断は Adenocarcinoma in situ (AIS), IMT とされた。

【結論】ROS1 陽性 IMT は ALK 陽性のそれと類似した病理所見が見られ, 肺癌だけでなく IMT においても ALK と ROS1 融合遺伝子を持つ腫瘍の形態的類似性が示唆された。

## P-2-064 ROS1 肺癌の 1 例

産業医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学医学部第 2 病理学<sup>3)</sup>, 産業医科大学医学部第 1 病理学<sup>4)</sup>

○光田成未(CT)<sup>1)</sup>, 島尻正平(MD)<sup>1,2,3)</sup>, 恒成徳子(CT)<sup>1)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤 斉(CT)<sup>1)</sup>, 小原光祥(CT)<sup>1)</sup>, 藤原 仁(CT)<sup>1)</sup>, 名和田彩(MD)<sup>3)</sup>, 野口紘嗣(MD)<sup>3)</sup>, 佐藤奈帆子(MD)<sup>3)</sup>, 久岡正典(MD)<sup>4)</sup>, 中山敏幸(MD)<sup>2,3)</sup>

肺腺癌の 1-2% に ROS1 融合遺伝子を有する肺癌 (ROS1 肺癌) があり, 比較的若年層, 女性, 非喫煙者に多く発症することが知られている。今回我々は, 若年者男性非喫煙者に生じた ROS1 肺癌症例を経験したので報告する。症例は現在 30 歳男性。18 歳時に健診にて右肺異常陰影を指摘され, CT にて右肺底部に胸膜陥入を伴う 1.7 cm の結節を認め, 肺癌が疑われた。喀痰細胞診, 経気管支的な複数回の細胞診, 組織生検において病変の特定が出来ず, 診断及び治療目的で, 右肺部分切除が施行された。術中迅速診断で腺癌と診断され, 固定組織では, 微小な石灰化が混在した腺房状や篩状構造を呈する腺癌と確定診断された。診断時は ROS1 肺癌の存在は知られておらず, 若年者に発生した腺癌とした。その後 ROS1 肺癌に先行して ALK 肺癌に見られる特徴的な組織像として篩状構造があることが分かり, ALK 免疫検査や遺伝子検査が行われたが, 陽性像が捉えられなかったため, 原因遺伝子の存在は不明であった。ここ数年の間に, ROS1 肺癌も ALK 肺癌同様に篩状構造を呈することが知られるようになったため, ROS1 免疫染色を行った所, 陽性像を認めた。さらに直近に利用出来るようになった ROS1 融合遺伝子リアルタイム RT-PCR 検査を依頼し, 陽性であったため, ROS1 肺癌であることが確定した。患者は右肺切除術時リンパ節転移を認めたため, 術後化学療法が施行されており, 10 年以上局所及び遠隔再発は認められていないが, 現在では特異的治療薬も開発された ROS1 肺癌であることが判明したのは再発に備える面でも有益であろう。術中迅速診断時に作成された腫瘍捺印標本での形態的特徴と文献的考察も含め報告します。

## P-2-065 腺癌と扁平上皮癌の両成分を認めた ALK 陽性肺癌の 1 例

独立行政法人労働者健康安全機構熊本労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 独立行政法人労働者健康安全機構熊本労災病院病理診断科<sup>2)</sup>

○森谷智輝(CT)<sup>1)</sup>, 川野陽子(CT)<sup>1)</sup>, 井上博幸(CT)<sup>1)</sup>, 園田鮎美(CT)<sup>1)</sup>, 栗脇一三(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】ALK 陽性肺癌は, 非小細胞肺癌全体の 2~5% 程度で腺癌が多く, 腺扁平上皮癌や扁平上皮癌などでもまれに ALK 陽性の報告がある. 今回我々は, 気管支擦過細胞診と経気管支的肺生検で, 腺癌と扁平上皮癌を認め, 両成分に ALK 陽性を認めた肺癌の 1 例を経験したので報告する.

【症例】70 歳代 男性. 喫煙歴は, 1 日 20 本を約 50 年間. 右前胸部から脇にかけての痛みと右上腕のしびれを主訴とし当院受診. CT 検査で右肺上葉に 5 cm 大の腫瘤影を認め, 肺癌が疑われたため, 気管支擦過細胞診と経気管支的肺生検が施行された.

【細胞所見】核は偏在性に腫大し, 核クロマチンの増量と明瞭な核小体, 細胞質内に豊富なピンク調粘液を有する印環細胞様の腺癌細胞を認めた. また, 核クロマチンが粗顆粒状や濃染性で一部に核の融解像を認め, オレンジ好染した紡錘形や線維状などのいびつな細胞形を示した扁平上皮癌細胞も認めた.

【組織所見】右肺上葉 B1 より生検組織を 2 個採取 (# 1, # 2). # 1 では, 偏在性の異型核と細胞質に粘液を有する印環細胞様の細胞がびまん性に増生し, 腺癌を認めた. # 2 では, 核小体明瞭な異型核を有する細胞質の豊かな細胞がシート状に増生し, 一部で角化を伴う扁平上皮癌を認めた. 生検組織であるため腺扁平上皮癌などの明確な組織型推定には至らなかったが, ALK 検査を実施したところ, 腺癌と扁平上皮癌の両成分に, ALK (IHC 法) (+), ALK (FISH 法) (+) を認めたため分子標的治療適応となった.

【まとめ】本症例のように, ALK 陽性を示す扁平上皮癌, 腺扁平上皮癌などはまれに認められるため, 腺癌以外の非小細胞肺癌についても, ALK 遺伝子検査を実施することは有用であると考えられた.

## P-2-066 肺に発生した類基底細胞型扁平上皮癌の 1 例

社会医療法人愛仁会高槻病院技術部検査科病理<sup>1)</sup>, 社会医療法人愛仁会高槻病院病理診断科<sup>2)</sup>

○平尾美智(CT)<sup>1)</sup>, 井本智子(CT)<sup>1)</sup>, 谷口由美(CT)<sup>1)</sup>, 飯塚梨沙(CT)<sup>1)</sup>, 仲谷武史(CT)<sup>1)</sup>, 伊倉義弘(MD)<sup>2)</sup>, 岩井泰博(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】肺に発生する扁平上皮癌の特殊型, 類基底細胞型は稀な腫瘍であり, 時に小細胞癌との形態学的鑑別に難渋する. 今回, 我々は細胞診及び組織・免疫組織学的検索により, 術前に診断を確定し得た同腫瘍の 1 例を経験したので報告する.

【症例】53 歳男性. 検診の胸部 Xp 異常を指摘され当院受診. 胸部 CT で左 S8 に境界明瞭, 辺縁整の径 40 mm 大の腫瘤影を, PET-CT で左 S8 に辺縁比較的明瞭であるが有意な FDG 重積(SUV-max : 8.5)を伴う径 39 mm の腫瘤を認めた. 画像上, 肺癌が疑われたため気管支鏡検査を施行した.

【細胞所見】壊死物質を背景に, N/C 比の高い小型細胞が大小の不規則重積集塊~孤在性に出現していた. 集塊を形成する細胞は, 類円形核で軽度核縁不整, 小型核小体を 1~2 個有し, クロマチンは細顆粒状でやや不均一に増量していた. 組織型の推定は困難であったが, 上皮性悪性腫瘍が考えられる所見であった.

【組織所見】クロマチン著増した異型核を有する小型類円形細胞の充実性増殖が認められ, 壊死傾向を伴い, 当初は小細胞癌を疑ったが, 免疫染色で Synaptophysin (-), CD56(-), p40(+)であり, 類基底細胞型扁平上皮癌と診断した.

【まとめ】類基底細胞型扁平上皮癌は, 予後不良な疾患であるため早期診断が重要である. 濃染核を有する N/C 比が高い小型細胞の充実性集塊をみた場合には, 本腫瘍の可能性も考慮し, 免疫染色を併用することが, 迅速かつ正確な診断を得る上で大変有用であると考えられる.

### P-2-067 右肺下葉に発生した大細胞神経内分泌癌の一例

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<sup>1)</sup>, 臨床検査科<sup>2)</sup>, 臨床研究部<sup>3)</sup>, 院長<sup>4)</sup>

○菅亜里紗(MT)<sup>1)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>1,2,3)</sup>, 藤澤宏樹(MT)<sup>1)</sup>, 安村奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 佐伯由美(CT)<sup>1)</sup>, 戸田 環(CT)<sup>3)</sup>, 山本英喜(MD)<sup>2)</sup>, 在津潤一(MD)<sup>1)</sup>, 谷山大樹(MD)<sup>1,3)</sup>, 齋藤彰久(DDS)<sup>1)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】大細胞神経内分泌癌は肺癌切除例の約3%にみられる稀な疾患である。男性、喫煙者、高齢者に多く、肺末梢部に好発し、細胞増殖速度が速く予後不良な疾患である。今回我々は、右肺下葉に発生した大細胞神経内分泌癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70代男性、喫煙歴は30-40本/日。感染性腹部大動脈瘤の術後フォローのため当院紹介となった。CTで右肺S6胸膜下に半年で急速に増大した腫瘤影を認め、PET-CTにて集積を認め、肺癌を強く疑い、右肺下葉切除術が施行された。摘出臓器腫瘍部の穿刺吸引細胞診、捺印細胞診を行った。

【細胞診所見】腫瘍部穿刺吸引及び捺印細胞診標本では、多量の壊死を伴い、核線、核濃縮細胞が比較的多数認められる背景を示していた。異型細胞は結合性が緩い小集塊状、孤在性に出現し、一部に索状配列、ロゼット配列がみられた。細胞質は淡く、核は中～大型、類円形～多角形、核大小不同性や強い核形不整を示した。N/C比が高く、裸核状細胞もみられた。小型の核小体を1~2個有し、核縁は薄く均一で細顆粒状のクロマチン増量を認めた。免疫細胞学的に、CD56強陽性、ChromograninA一部陽性、p40/Syaptophysin極一部陽性、CK5/6、TTF-1陰性であり、大細胞神経内分泌癌と診断した。

【組織所見】右肺下葉切除標本には、内部に多数の壊死を伴う長径4.5cm大の充実性病変があり、腫瘍細胞は細胞質に富み、強い異型核であり、核分裂像が44個/10HPF認められた。免疫化学染色結果は細胞診同様で、Ki-67陽性率は約60%以上であった。以上より、大細胞神経内分泌癌と診断された。

【結語】大細胞神経内分泌癌の一例を経験した。大型で神経内分泌形態を示す異型細胞がみられた場合に本疾患を念頭におく必要がある。

### P-2-068 細胞診のメラニン顆粒が診断に有効であった肺原発悪性黒色腫の1例

滋賀県立成人病センター呼吸器内科<sup>1)</sup>, 滋賀県立成人病センター病理診断科<sup>2)</sup>

○塩田哲広(MD)<sup>1)</sup>, 河野文彦(MD)<sup>2)</sup>, 稲葉洋美(CT)<sup>2)</sup>, 渡邊壽規(MD)<sup>1)</sup>, 西村みゆき(CT)<sup>2)</sup>, 土肥 誠(CT)<sup>2)</sup>, 谷口裕美(CT)<sup>2)</sup>, 一宮 睦(CT)<sup>2)</sup>, 山本喜啓(MD)<sup>1)</sup>, 新宅雅幸(MD)<sup>2)</sup>, 橋本健太郎(MD)<sup>1)</sup>, 野原 淳(MD)<sup>1)</sup>, 石床 学(MD)<sup>1)</sup>

症例は64歳、男性。主訴は咳嗽。咳嗽が持続するため近医を受診し胸部レ線にて異常陰影を指摘されたため精査・加療目的で当科外来紹介受診となった。胸部CTでは右上葉に無構造な多結節状の腫瘤とその周囲および中葉にも大小の結節影を認め、小葉間隔壁の不正な肥厚が多発していた。肺門、縦隔リンパ節腫大も認められたことから、肺癌の他に悪性リンパ腫やサルコイドーシスなどが鑑別にあがった。気管支鏡検査を施行したところ右B3bの分枝で内腔を閉塞する病変を認めたため同部で生検及び擦過細胞診を施行した。この時に右中間気管支幹の気管支粘膜に茶褐色の色素沈着がみられた。細胞診ではN/C比が大で核型不整・核の濃染した細胞が核の大小不同や軽度の重積性を示す集塊を形成しながら標本一面に出現していた。流れるような細胞配列や核線を示す集塊も混在しており小細胞癌や悪性リンパ腫なども鑑別にあがった。一方生検標本のHE染色像でも、同様に核形不整、核の大小不同を伴う異型細胞の増生を認めた。上皮系マーカーpan-CK陰性、リンパ球系マーカーCD3、CD5、CD10、CD20、CD79a陰性であった。細胞診標本を再度鏡検したところメラニン顆粒を疑う所見がみられたためMelaninA、HMB45染色を施行したところ両者ともに陽性、S100は一部で陽性に染色された。MIB indexは約70%であった。皮膚科を主体に全身検索を施行したところ肺以外に病巣はみられなかったため肺原発悪性黒色腫と診断した。肺原発悪性黒色腫は肺腫瘍の0.01%と極めて稀な疾患であり、病理学的な特徴は上皮性・非上皮性両方の性格を有する。腫瘍細胞にメラニン顆粒が認められる、核内封入体の3つがあげられる。今回細胞診におけるメラニン顆粒が診断の決め手になった。



## P-2-069 悪性黒色腫に免疫染色を施行した1例

独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部<sup>1)</sup>, 独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科<sup>2)</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>3)</sup>

○中 彩乃(CT)<sup>1)</sup>, 井本秀志(CT)<sup>1)</sup>, 森田明子(CT)<sup>1)</sup>, 尾松雅仁(CT)<sup>1)</sup>, 田代章人(CT)<sup>1)</sup>, 菅原雅史(該当なし)<sup>1)</sup>, 山下大祐(MD)<sup>2)</sup>, 上原慶一郎(MD)<sup>3)</sup>, 今井幸弘(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】悪性黒色腫(Malignant melanoma: MM)はメラニン産生細胞に由来する悪性腫瘍であり, きわめて予後不良である。全身のあらゆる部位に発生するが, 皮膚科領域に発生することが多い。今回我々は気管支擦過細胞診でMMの一例を経験したので報告する。

【症例】63歳女性。皮膚原発悪性黒色腫の既往あり。多発性脳腫瘍で当院脳神経外科へ紹介となった。来院時の胸部CTで肺に腫瘍性病変を認め, 同部の擦過細胞診および生検を行った。

【細胞所見】Papanicolaou染色標本では壊死性背景に類円形大型核, 大型核小体を有する異型細胞を集塊状, 散在性に認めた。メラニン様顆粒は異型細胞内には認めず, 組織球内のみで認められた。May Giemsa染色標本ではmetachromasyにより緑色に染色された顆粒を組織球内に認め, メラニン顆粒であることが確認された。MMが疑われ, 免疫染色を実施したところ, 異型細胞にS100(+), HMB45(+ )であった。

【組織所見】充実性増殖像を示す類円形異型細胞を認め, 一部の細胞質内には部分的に褐色色素がみられ, メラニン顆粒を持つ異型細胞と持たない異型細胞が混在する像を認めた。免疫染色では異型細胞にS100(+), HMB45(+), CK MNF116(-)となり, MMと診断された。

【まとめ】本症例は細胞診において, メラニン顆粒を組織球内のみで認め, 異型細胞内には認められなかったため, MMと診断するには至らなかったが, 免疫染色によって組織診断と同様の陽性像が異型細胞に認められ, MMに矛盾しない結果と考えられた。組織診に比べ, 細胞診での免疫染色はまだ発展途上の段階であるが, 今回の症例で細胞診においても免疫染色が診断の一助となる可能性が示唆された。

## P-2-070 術中迅速診断で悪性と判定した sclerosing pneumocytoma の一例

長崎みなとメディカルセンター<sup>1)</sup>, 長崎医学中央検査室<sup>2)</sup>

○丸尾俊昭(CT)<sup>1)</sup>, 里 翼(CT)<sup>1)</sup>, 田中加奈子(CT)<sup>1)</sup>, 山本大貴(MT)<sup>1)</sup>, 片平くるみ(CT)<sup>1)</sup>, 上井 元(CT)<sup>2)</sup>, 入江準二(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】肺の sclerosing pneumocytoma は中年女性の単発性腫瘍として出現し, 腺癌との鑑別が最も重要とされている。我々は術中迅速細胞診で悪性と報告し, 切除標本で sclerosing pneumocytoma と診断された一例を経験したので, 報告する。

【病歴】30代女性。5年前, 胸部異常陰影を指摘され, 呼吸器内科紹介された。右中葉に径1.5cm大の辺縁整, 境界明瞭で, 内部にわずかな石灰化を伴う結節影がみられた。良性腫瘍(過誤腫)が疑われ, 画像でフォローされていた。最近増大傾向を示したので, 手術目的で当院呼吸器外科入院となった。

【術中捺印細胞像】ギムザ染色標本で, 核異型のある細胞が多数出現し, 乳頭状集塊を形成していた。術場に陽性・肺胞上皮由来の腺癌と報告した。しかし, 後日 Papanicolaou 染色標本を観察すると, 小型でほぼ均一な細胞で, 核クロマチンの増量もさほどなく, 周囲にマクロファージが多数認められた。この時点で, sclerosing pneumocytoma が考えられた。

【切除標本組織像】右中葉切除術が施行され, 7×7mm大の境界明瞭な結節性病変がみられた。組織学的に surface cell と stromal cell が充実性, 乳頭状パターンをとって増殖していた。間質には硝子化がみられた。また管腔内には出血がみられた。多くの上皮が TTF-1 陽性, CK7 が surface cell 陽性, stromal cell 陰性で, sclerosing pneumocytoma として矛盾しなかった。

【考察】sclerosing pneumocytoma は細胞診, 組織診とも腺癌との鑑別が重要で, 成書にもそのような記載がある。今回我々は術中迅速細胞診でまさにその落とし穴に入り, 誤った結論を出した。今後の反省点として, 臨床情報, 特に画像所見, 肉眼所見を十分確認して術中迅速細胞診に取り組みたい。



## P-2-071 TBACにて特徴的な細胞像を確認し得た Adenocarcinoma with clear cell features の1例

千葉県済生会習志野病院医療技術部臨床検査科病理検査室<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 同泌尿器科<sup>3)</sup>, 同呼吸器外科<sup>4)</sup>, 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部<sup>5)</sup>

○沖野由子(CT)<sup>1)</sup>, 下境博文(CT)<sup>1)</sup>, 小島竜司(CT)<sup>1)</sup>, 森山愛未(CT)<sup>1)</sup>, 山崎一人(MD)<sup>5)</sup>, 森本淳一(MD)<sup>4)</sup>, 関田信之(MD)<sup>3)</sup>, 菅野 勇(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】肺癌の新WHO分類ではclear cellを伴う腺癌はその多寡に拘らずAdenocarcinoma with clear cell featuresと定義されている。今回我々は90%以上がclear cellからなる症例を経験したので細胞、病理組織学的検討を加えて報告する。

【症例】79歳女性。近医にて胸部異常陰影を指摘され、当院呼吸器内科に紹介となった。胸部CTで、左S3周囲に随伴影を伴う48×37mmの充実性腫瘤影を認めた。原発性肺癌を疑い気管支鏡を施行。左B3aより穿刺吸引、針生検捺印を行い細胞診にて肺腺癌と判定した。全身検索で明らかな遠隔転移を認めず、左原発性肺癌の診断のもと、左上葉切除+リンパ節郭清を施行した。

【細胞所見】核腫大した異型上皮が軽度の重積集塊で出現していた。異型上皮は核の偏在や突出、配列不整を認めた。また、細胞質は淡染性、泡沫状であり、核内は細顆粒状に増量したクロマチンと明瞭な核小体がみられた。集塊の結合性は良好だが、線毛は欠如し、腺癌を疑った。

【組織所見】腫瘍細胞の殆どは淡明な細胞質を有し、毛細血管性の間質を軸として乳頭状に増殖していた。また、主結節から非連続的に広がる転移巣を多数認めた。免疫染色では、TTF1(+), AFP(-), SALL4(-), Glycican3(-), mucicarmine(+)であった。さらに電子顕微鏡にて、Glycogen顆粒、粘液顆粒を認めたことから、Adenocarcinoma with clear cell featuresと診断した。Fetal typeのadenocarcinomaとの鑑別が問題となったが、腫瘍細胞に核内空胞は見られず、免疫染色の結果からも否定的と考えた。

【まとめ】本例は、軽度異型核、淡グリーン胞体をもつ均一または軽度重積した細胞からなり、細胞学的に通常の腺癌と異なった所見があった。また、大部分(90%以上)がclear cellからなる肺癌で、免疫組織化学、電顕により腺癌の特徴を確認できた非常に稀な症例であった。

## P-2-072 診断に苦慮した粘液性腺癌の1例

関西医科大学総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 関西医科大学病理解剖<sup>2)</sup>

○松永志保(CT)<sup>1)</sup>, 田口香利(CT)<sup>1)</sup>, 坂井仁美(CT)<sup>1)</sup>, 李 重煥(CT)<sup>2)</sup>, 稲葉真由美(MD)<sup>1)</sup>, 植村芳子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】肺の粘液産生腺癌は、比較的にまれな腫瘍で、画像にて肺炎様を呈する細気管支肺胞上皮癌としてなじみが深い。今回、我々は、核異型に乏しく診断に苦慮した浸潤性粘液腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。既往歴に大腸癌あり。痰が続くため近医を受診。CTにて右下葉に肺炎様の陰影を認めた。そして、抗生剤の治療を行ったが改善しないため、肺腫瘍の疑いで当院を紹介受診。気管支鏡検査が施行された。

【細胞像】多数の線毛円柱上皮細胞の中に、粘液を含む中型から大型の細胞集塊を認めた。細胞は高円柱状で、軽度の重積性を示した。細胞質には、黄色調の豊富な粘液を含み、細胞境界明瞭であった。核は小型で円形、そして小型の核小体がみられた。

【組織像】気管支および肺胞域に、粘液を含有する高円柱上皮の密な増殖を認めた。核異型はごく軽度。EVG染色では管状腺管が浸潤性に増殖していた。免疫組織化学的には、CK7一部陽性、CK20陽性、TTF-1陰性、CDX-2陰性であった。

【まとめ】粘液性腺癌の細胞異型は、比較的軽度で杯細胞増生などとの鑑別もあり、悪性と診断するのが困難な症例にしばしば遭遇する。本症例も細胞異型に乏しかったため、悪性と診断することが出来なかった。しかし、集塊内の線毛上皮の有無や、特徴的集塊、強い核形不整、粘液の性質など、詳細な観察を行うことで、より正確な診断に近づくことが可能と考える。

**P-2-073 肺転移をきたした硬膜原発孤立性線維性腫瘍 solitary fibrous tumor (SFT) の1例**

関西医科大学附属病院病理部

○山東香織(CT), 岡野公明(CT), 宮川 文(MD), 石田光明(MD), 宮坂知佳(MD), 大江知里(MD), 蔦 幸治(MD)

【はじめに】孤立性線維性腫瘍(solitary fibrous tumor : SFT)は線維芽細胞への分化を示す稀な間葉系腫瘍で、胸膜に発生することが多いが様々な臓器に発生することが知られている。硬膜にも全中枢神経系腫瘍の1%未満と稀であるが、SFTが発生することが知られている。今回、硬膜に発生したSFTが肺転移をきたした症例を経験したので、その細胞像について報告する。

【症例】50代、男性。他院で右側頭部のSFTを摘出後、頭蓋骨形成術目的にて当院を受診。術前の画像検査で両肺に転移を疑う結節を複数認めた。両肺部分切除術が施行され、腫瘍断面より術中捺印細胞診標本を作製した。

【細胞所見】炎症性背景に、楕円形や紡錘形核を有する短紡錘形細胞が緩い結合性を示す束状やシート状集塊を形成していた。腫瘍細胞のN/C比は大きく、小型核小体が目立ち、核クロマチンは顆粒状に増量していた。

【組織所見】楕円形や紡錘形核を有する紡錘形から多角形の腫瘍細胞が束状やシート状に増殖し、スリット状の血管増生を伴っていた。免疫染色で腫瘍細胞はSTAT6陽性であった。硬膜病変と同様の組織像及び免疫染色結果であり、硬膜原発のSFTの肺転移と診断した。

【まとめ】胸膜原発のSFTの細胞像については少数の報告があるが、硬膜由来のSFTの肺転移病変についての報告はほとんどない。本例の細胞像はその組織像を反映しており、診断にSTAT6の免疫染色が有用であった。細胞学的鑑別診断を含め、本例の細胞像について報告する。

**P-2-074 閉塞性肺炎を契機に発見された気管支原発 mucous gland adenoma の細胞像**千葉県済生会習志野病院医療技術部臨床検査科病理検査室<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 同泌尿器科<sup>3)</sup>, 同呼吸器外科<sup>4)</sup>, 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部<sup>5)</sup>

○小島竜司(CT)<sup>1)</sup>, 下境博文(CT)<sup>1)</sup>, 沖野由子(CT)<sup>1)</sup>, 森山愛未(CT)<sup>1)</sup>, 山崎一人(MD)<sup>5)</sup>, 森本淳一(MD)<sup>4)</sup>, 関田信之(MD)<sup>3)</sup>, 菅野 勇(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】mucous gland adenomaは気管支腺から発生する稀な良性腫瘍である。今回我々は閉塞性肺炎を契機に発見され、細胞診にて高分化型腺癌と鑑別を要したmucous gland adenomaの一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性。肝硬変の疑いで当院消化器内科に紹介された。その際施行したCTで右下葉底区域気管支内に充実性腫瘍(14×12mm)を認め、末梢肺野に軽度の浸潤影を認めた。2ヶ月後のCTで腫瘍は25×21mm大に増大し、末梢浸潤影も結節状に拡大していた。気管支鏡では、右肺底区域支を占拠する亜有茎性腫瘍を認め、細胞診・組織生検は高分化型腺癌を否定できず、右下葉切除術を施行した。

【細胞所見】背景は粘液性で、核の腫大した異型細胞が、シート状から軽度の重積性集塊、血管間質を伴う乳頭状集塊でみられた。細胞質は豊富な粘液を含み、核は類円形で括れは少なく、核縁の肥厚は目立たなかった。核クロマチンはやや粗造に分布し、核小体は明瞭であった。細胞異型は軽度であったが、線毛は欠如していた。

【切除材料組織所見】粘液を含む淡明な胞体と類円形核を有する高円柱上皮の密な乳頭管状増生がみられ、核異型は軽度で、間質浸潤は認めなかった。免疫染色における性状は、CK5/6(-), CK7(+), TTF-1(-), GCDFP-15(+), MIB-1の標識率は1%未満であった。以上より、気管支腺より発生したmucous gland adenomaと診断した。

【まとめ】細胞診においては、核異型やクロマチンの増量は軽度であるが、線毛を有さない異型細胞が集塊状に出現するため、高分化型腺癌との鑑別は困難であった。稀な症例であり報告も少ないため、文献的考察と合わせて報告する。

## P-2-075 肺原発の類基底細胞型扁平上皮癌の一例

香川大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 日本赤十字社高松赤十字病院病理科部<sup>3)</sup>

○本山睦美(CT)<sup>1)</sup>, 松永 徹(CT)<sup>1)</sup>, 宮本加菜(CT)<sup>1)</sup>, 郷田 衛(CT)<sup>1)</sup>, 片倉和哉(CT)<sup>1)</sup>, 大通清美(CT)<sup>1)</sup>, 井上耕佑(MD)<sup>2)</sup>, 伊吹英美(MD)<sup>2)</sup>, 石川 亮(MD)<sup>2)</sup>, 香川聖子(MD)<sup>2)</sup>, 佐々木真紀子(MD)<sup>2)</sup>, 門田球一(MD)<sup>2)</sup>, 香月奈穂美(MD)<sup>3)</sup>, 串田吉生(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】肺原発の類基底細胞型扁平上皮癌は、肺癌取扱規約第7版で大細胞癌や扁平上皮癌の特殊型に分類されていたが、2017年に改訂された第8版では扁平上皮癌に分類されている。類基底細胞型扁平上皮癌は稀な腫瘍であり、通常の非小細胞肺癌より予後不良とされ、細胞診断で組織型推定に苦慮することが多いと報告されている。今回我々は、術前に気管支鏡下擦過細胞診を行い悪性と判定し、手術組織で類基底細胞型扁平上皮癌と診断された症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。関節リウマチ加療中に胸部CTで小結節影が認められ経過観察されていたが、空洞形成を伴う結節の増大がみられたため肺癌を疑い気管支鏡下擦過細胞診が施行された。

【細胞所見】大小不同に乏しい腫瘍細胞が集塊状で多数出現しており、結合性は比較的保たれていた。一部でロゼット様構造や索状配列、血管を伴う腫瘍細胞集塊、核線を認めた。核は類円形が主体で、核クロマチンは顆粒状に増量していた。また、ライトグリーンに好染する基底膜様物質が腫瘍細胞集塊辺縁や背景に認められた。

【組織所見】N/C比の高い腫瘍細胞が充実性や胞巣状、索状に浸潤増殖し、間質には硝子様変化が認められた。腫瘍細胞は免疫組織化学的にp40, CK5/6, p63に陽性を示し、TTF-1, Napsin A, synaptophysin, chromogranin Aに陰性であった。以上の所見より類基底細胞型扁平上皮癌と診断した。

【まとめ】細胞学的に神経内分泌癌との鑑別に苦慮し、組織型推定に至らなかった類基底細胞型扁平上皮癌の一例を経験した。本症例の細胞像をretrospectiveに検討を行い、文献的考察を加え報告する。

## P-2-076 同胞発症した胸膜肺芽腫 TypeII の2例

国立成育医療研究センター病理診断部・病理診断科<sup>1)</sup>, 慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>, 埼玉県立小児医療センター臨床研究部<sup>3)</sup>

○菅野 優(CT)<sup>1)</sup>, 入江理恵(MD)<sup>1)</sup>, 大喜多肇(MD)<sup>1,2)</sup>, 中澤温子(MD)<sup>1,3)</sup>, 義岡孝子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】胸膜肺芽腫(Pleuropulmonary blastoma, 以下PPB)は、6歳以下に発生する肺及び胸膜原発の稀な腫瘍である。今回、我々は同胞発症のPPB TypeII 2例を経験し、胸水および捺印細胞像が得られたので報告する。

【症例1】3歳0か月の女兒(姉)、呼吸苦を主訴に近医を受診し、CTにて左胸腔内腫瘍を指摘された。精査目的で当センター受診され、胸膜生検、胸水細胞診が施行された。組織学的には紡錘形～不整形で大型の核を有する腫瘍細胞が浮腫状の間質を背景に壊死や出血を伴いながらびまん性に増殖していた。核分裂像(4個/HPF)も認めた。捺印細胞像では、N/C比の高い裸核様の大型異型細胞を認めた。核形不整が目立ち、濃染クロマチン、小型の核小体を数個有していた。胸水細胞診では、炎症細胞を背景にN/C比の高い異型細胞を少数認めた。核形不整や濃染クロマチン、小型の核小体を認めた。組織像や捺印細胞像と類似した所見で、PPBの播種と考えられた。

【症例2】2歳0か月の男児(弟)、呼吸苦を主訴に近医を受診し、CTにて左肺下葉に石灰化を伴う充実性病変を認めた。精査目的で当センター受診され、胸膜生検が施行された。組織学的には背景は粘液腫状で、クロマチン濃染性の不整形核を持つ双極性や多稜形の異型細胞が束状、あるいは不規則に増殖していた。核形不整の目立つ大型異型細胞が散見され、核分裂像(5~6個/HPF)も認めた。捺印細胞像は、症例1と同様であった。

【遺伝子検査】2症例ともに、体細胞系列、生殖細胞系列のいずれにもDICER1遺伝子の変異を認めた。

【まとめ】PPBは非常に稀な疾患であるため、細胞像についての報告は少ない。DICER1遺伝子の変異を伴った同胞発症のPPBの細胞像について文献的考察を加えて報告する。

## P-2-077 リンパ性間質を伴う胸腺癌の捺印細胞診

岡崎市民病院病理細胞診検査室<sup>1)</sup>, 岡崎市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○仲間 巖(CT)<sup>1)</sup>, 佐々孟紀(CT)<sup>1)</sup>, 廣井善子(CT)<sup>1)</sup>, 丹羽京太郎(CT)<sup>1)</sup>, 石岡久佳(MD)<sup>2)</sup>, 榊原綾子(MD)<sup>2)</sup>, 小沢広明(MD)<sup>2)</sup>

リンパ性間質を伴う小結節性胸腺癌は極めて稀な胸腺腫瘍で英語論文での報告は10例に満たない。我々は、現時点ではこのカテゴリーとみなし得るが既報告例とも腫瘍細胞形態がやや異なる、類例のない症例を経験した。一見リンパ節への転移性腺癌にも見えるこの捺印細胞診所見を提示する。

【症例】70歳代女性。大腸癌手術の6ヶ月後にCTで前縦隔に径5mmの結節影が指摘された。18ヶ月の経過観察で径20mmに増大したため、胸腺腫疑いにて摘出術が行われた。

【腫瘍の捺印細胞診所見】2次リンパ濾胞様構造を伴う豊富なリンパ球背景に、微小乳頭状の異型細胞集塊を多数認めた。細胞質は淡く、一部空胞化がみられた。N/C比が高く、核は円形～類円形で大小不同を伴い、多形性の目立つ大型核の細胞も認められた。クロマチンは細～粗顆粒状に増量し、核縁の肥厚、明瞭な核小体を単個～数個有し、核分裂像が目立った。角化や線維血管性の芯を有する細胞集塊は認めなかった。

本例の病理組織所見にはWHO胸腺腫瘍の責任者3名のご意見を頂いている。

## P-2-078 肺腸型腺癌の一例

東京女子医科大学中央検査部病理検査室<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学病理診断科<sup>2)</sup>, 東京女子医科大学第一病理学教室<sup>3)</sup>, 東京女子医科大学第二病理学教室<sup>4)</sup>

○金室俊子(CT)<sup>1)</sup>, 清水絢子(CT)<sup>1)</sup>, 村上佳織(CT)<sup>1)</sup>, 橋本哲也(CT)<sup>1)</sup>, 白石 彩(CT)<sup>1)</sup>, 高橋伸治(CT)<sup>1)</sup>, 長谷川嗣業(MT)<sup>1)</sup>, 野並裕司(CT)<sup>1)</sup>, 村松文章(CT)<sup>3)</sup>, 富所貴美子(CT)<sup>4)</sup>, 板垣裕子(MD)<sup>2)</sup>, 廣井敦子(MD)<sup>2)</sup>, 山本智子(MD)<sup>2)</sup>, 澤田達男(MD)<sup>3)</sup>, 長嶋洋治(MD)<sup>2)</sup>

肺腸型腺癌は大腸癌に類似形態を示し、全肺癌の0.1%と非常に稀である。今回、我々は、肺切除標本で腸型腺癌と診断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歳代男性。喫煙歴：15本x48年。大動脈解離で経過観察中、胸部CTで、右肺上葉の経時的増大傾向を示す結節影が指摘された。悪性腫瘍が疑われ、気管支洗浄・擦過細胞診、組織生検が施行された。細胞診では異型細胞を認めたが、悪性の診断に至らず、組織生検で大腸癌の転移が疑われた。消化管内視鏡検査では上部・下部ともに悪性所見はみられなかった。原発性肺癌との臨床診断で、VATS右肺部分切除術が施行された。

【細胞像】気管支洗浄・擦過細胞診では、わずかな壊死と炎症細胞を背景に、集塊状や散在性の異型細胞が見られた。異型細胞は比較的小型で、クロマチンは軽度増量、集塊の辺縁には刷子縁が見られ、良性細胞集塊との鑑別に苦慮した。術中迅速時の捺印細胞診では、壊死を伴わない炎症性背景に、核大小不同や核小体の大型化を伴う細胞を認め、悪性と判断したが、核は類円形でクロマチン増量は軽度であった。

【組織像】剖面上、灰白色充実性の腫瘍で、N/C比の増大した異型細胞の腺管状増生が観察された。免疫染色ではCK7陽性、CK20、CDX2一部陽性、TTF-1、NapsinAは陰性であった。一部で肺胞上皮置換性の増殖が見られ、臨床所見と合わせて肺腸型腺癌と診断された。

【考察】今回、細胞集塊辺縁に刷子縁が存在し、小型で、クロマチンの増量や、柵状配列の目立たない肺腸型腺癌を経験した。良性細胞集塊との鑑別には、核密度や核不整などを慎重に評価することが重要だと思われる。(会員外共同研究者 神崎正人)



## P-2-079 肺芽腫の1例

JA 長野厚生連佐久医療センター臨床検査科病理<sup>1)</sup>, JA 長野厚生連佐久総合病院臨床検査科病理<sup>2)</sup>, JA 長野厚生連佐久医療センター病理診断科<sup>3)</sup>, JA 長野厚生連佐久総合病院病理診断科<sup>4)</sup>

○佐藤憲俊(CT)<sup>1)</sup>, 中山朋秋(CT)<sup>1)</sup>, 岩松弘文(CT)<sup>1)</sup>, 井出伸也(CT)<sup>2)</sup>, 青柳大樹(MD)<sup>3)</sup>, 塩澤 哲(MD)<sup>3)</sup>, 石亀廣樹(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】肺芽腫は胎児肺の偽腺管期に類似した上皮性成分と未熟な間葉系細胞成分から構成される極めて稀な腫瘍である。肺芽腫の切除例を経験したので細胞像を報告する。

【症例】60歳代女性。約4年前から咳嗽があり、人間ドックで胸部腫瘍影を指摘され経過観察されていた。血痰が出現、画像上腫瘍影の増大を認め手術となった。

【捺印細胞所見】出血性背景に腺上皮細胞と間葉系細胞が出現していた。前者はシート状～軽度重積性の集塊で、腺腔様構造や柵状構造が観察され一部で配列の乱れを認めた。細胞質は淡く、N/C比大、PAS染色でグリコーゲンを有していた。核は類円形で偏在し、クロマチンは細顆粒状に増量し核小体が見られた。後者は孤在性～密度の高い集塊で出現し、裸核様、一部紡錘形を示した。核は細～粗顆粒状のクロマチンを呈し小型核小体が見られた。

【組織所見】右肺中葉に長径5.7cm大の充実性腫瘍が存在し腫瘍の一部が気管支内にポリープ状に進展していた。組織学的には低悪性度胎児型腺癌様の腺管と類円形でN/C比の高い間質細胞が増殖し、間質細胞のごく一部に軟骨・骨への分化を認め、肺芽腫と診断した。免疫組織化学では上皮・間質成分ともβ-カテニンの核内移行を認めた。

【考察】本症例は上皮系、間葉系ともに比較的類似した細胞形態を有しており、二相性の増殖が認識し難い部分があったことから、気管支鏡検査や喀痰細胞診で腫瘍細胞が少量の場合は診断が困難と思われた。肺芽腫は予後不良な腫瘍とされているが、早期の根治的切除により良好な予後が得られた報告もある。異型腺上皮集塊に加えてN/C比が高い細胞の密な増殖を認めた場合、肺芽腫も鑑別診断に含める必要があると考えられた。

## P-2-080 混合型小細胞癌の一例

伊那中央病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 信州大学医学部分子病理学講座<sup>3)</sup>, 松本大学人間健康学部スポーツ健康学科<sup>4)</sup>

○三澤 健(CT)<sup>1)</sup>, 平嶋早百合(CT)<sup>1)</sup>, 藤原正之(MD)<sup>2)</sup>, 的場久典(MD)<sup>3)</sup>, 江原孝史(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】肺の混合型小細胞癌は小細胞癌に加え、非小細胞癌の成分を含む癌で、小細胞癌の唯一の亜型である。合併する組織型は腺癌、扁平上皮癌、大細胞癌が多いとされている。発生頻度は小細胞癌の中で2～12%と比較的稀な腫瘍である。今回我々は細胞診にて腺癌を疑い、手術材料にて混合型小細胞癌と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。動作時の息切れ、動悸を主訴に当院呼吸器内科を受診。精査の結果、胸部CTにて左肺上葉と脳に腫瘍を認めた。左上葉よりUSガイド下経皮的穿刺吸引細胞診が実施され腺癌を疑い、治療と診断確定のため左肺上葉部分切除術が施行された。

【細胞所見】N/C比高く核小体の目立つ小型細胞を散在性～シート状集塊にて認め腺癌を疑った。後日見直すと核濃染した裸核状の小型細胞の集塊をわずかに認めた。

【組織所見】異型細胞が充実性の胞巣や裂隙状の腺管を形成して増殖しており、辺縁部に肺胞置換性に増殖する成分を認めた。腫瘍部はTTF-1(+)であり、特に充実性の成分ではCGA(+), Synpto.(+)であった。腺癌が混在した混合型小細胞癌の診断となった。

【考察】今回我々は腺癌が混在した混合型小細胞癌の1例を経験した。細胞診では腺癌を疑ったが、組織診をうけ再度見直したところ、腺癌成分の他に核濃染した裸核状の小型細胞をわずかに認めた。組織標本でも同様の細胞を認め、その細胞は形態と免疫染色の結果より小細胞癌の成分と診断された。裸核細胞の出現はわずかであったが、細胞診の段階で小細胞癌も考慮しなければならぬ細胞であった。混合型小細胞癌の治療は小細胞癌として行われるため、臨床的に非小細胞癌との鑑別は重要である。非小細胞癌を診断する際、混合型小細胞癌を念頭におく必要があると考える。

**P-2-081 肺原発 NUT midline carcinoma の一例**

琉球大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座<sup>2</sup>, 琉球大学大学院医学研究科細胞病理学講座<sup>3</sup>, 日本医科大学付属病院解析人体病理学<sup>4</sup>

○平田幸也(CT)<sup>1</sup>, 仲宗根克(CT)<sup>1</sup>, 伊原美枝子(CT)<sup>1</sup>, 瑞慶覧陽子(CT)<sup>1</sup>, 西平育子(CT)<sup>1</sup>, 功刀しのぶ(MD)<sup>4</sup>, 玉城智子(MD)<sup>2</sup>, 松本裕文(MD)<sup>2</sup>, 松崎晶子(MD)<sup>2</sup>, 加留部謙之輔(MD)<sup>3</sup>, 吉見直己(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】NUT (Nuclear protein in testis) midline carcinoma は急速な経過をたどる予後不良な正中線上の臓器に発生する腫瘍で、未分化な組織形態を特徴とし、NUT 遺伝子転座によって定義される。今回我々は肺原発 NUT midline carcinoma の一例を経験したのでその細胞像を報告する。

【症例】30代男性。感冒症状で近医を受診。CTで肺結節を指摘され精査したところ、性腺外胚細胞腫瘍の疑いありとして化学療法が行われていた。地元での治療継続を希望され、当院紹介受診。気管支鏡下擦過細胞診および生検が施行された。

【細胞像】壊死様背景にN/C比高く、裸核様の細胞が緩い結合性を示しながら散在性～小集塊にみられた。核は小型でクロマチンは淡染性だが、核小体が目立ち、核の切れ込みがみられた。神経内分泌腫瘍を思わせる細胞ではあったが、分化を特定できる特徴に乏しく、組織型の推定に苦慮した。

【組織診】肺生検では類円形核を有する異型細胞がシート状に増殖する腫瘍で、一部は壊死に陥っていた。明瞭な核小体が認められ、細胞境界はやや不明瞭であった。免疫染色ではAE1/AE3陰性、CD3陰性、CD20陰性、chromograninA陰性、synaptophysin陰性、C-kit陰性、PLAP陰性、CD30陰性、HCG陰性でAFPがごくわずかに陽性であった。NUT midline carcinomaの可能性も考慮したところ、免疫染色にてNUT陽性、NUTFISHでもNUT split signal陽性となり、NUT midline carcinomaと診断された。

【まとめ】本症例は非常に予後不良であり、治療法の早期確立が望まれるため、正確で迅速な診断が必要である。細胞診においても頻度は少ないながら、分化傾向の乏しい腫瘍の鑑別に際してはNUT midline carcinomaも念頭において鏡検することは重要であると思われた。

**P-2-082 Castleman病(hyaline-vascular type)の3症例**

君津中央病院臨床検査科<sup>1</sup>, 君津中央病院病理診断科<sup>2</sup>, 君津中央病院呼吸器外科<sup>3</sup>

○松尾真吾(CT)<sup>1</sup>, 山田由香里(CT)<sup>1</sup>, 嶋野美和(CT)<sup>1</sup>, 飯田智彦(MD)<sup>3</sup>, 柴光年(MD)<sup>3</sup>, 井上泰(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】Castleman病は縦隔に発生することの多い比較的稀な原因不明のリンパ増殖性疾患である。組織学的には、hyaline-vascular type (以下HV型)とplasma cell typeの2つに分類される。今回我々はCastleman病(HV型)を3例経験したので報告する。

【症例】症例1: 22歳女性。検診にて胸部異常陰影を指摘される。CTでは後縦隔に40mm大の腫瘍を認め、胸腔鏡下後縦隔腫瘍摘出術を施行。症例2: 18歳女性。健診にて胸部異常陰影を指摘される。CTでは右肺に70mm大の腫瘍を認めた。腫瘍は中葉の肺動脈を巻き込んでいたため中葉および腫瘍切除術を施行。症例3: 40歳男性。健診にて胸部異常陰影を指摘される。CTでは左肺門部、肺動脈本幹と上肺静脈に接する形で50mm大の腫瘍を認めたため、胸腔鏡併用中縦隔腫瘍摘出術を施行。

【捺印細胞像】異型の乏しいリンパ球とともに濾胞樹状細胞や少量の血管がみられた。血管はギムザ染色で桃色を呈するものが多かった。

【病理組織像】肉眼的には境界明瞭で淡黄色の充実性腫瘍であった。組織学的に皮質から髄質にかけてリンパ濾胞の数の増加がみられ、大小のリンパ濾胞内外に一部硝子化した血管の増生がみられた。また萎縮した胚中心に硝子化した血管の貫通像が認められた。以上よりCastleman病(HV型)と診断された。

【まとめ】ギムザ染色で桃色を示す硝子化した血管などに注目することで、術前診断の参考になると思われる。鑑別診断として胸腺腫(typeB2)との比較を行い報告する。

## P-2-083 喀痰細胞診にて推定し得たメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の一例

金沢医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 金沢医科大学臨床病理学<sup>2)</sup>

○水口聖哉(CT)<sup>1)</sup>, 山下 学(CT)<sup>1)</sup>, 湊 宏(MD)<sup>2)</sup>, 嶋口智恵(CT)<sup>1)</sup>, 津幡裕美(CT)<sup>1)</sup>, 大兼政良育(CT)<sup>1)</sup>, 竹中美千穂(CT)<sup>1)</sup>, 寺内利恵(CT)<sup>1)</sup>, 中野万里子(CT)<sup>1)</sup>, 水谷謙一(MD)<sup>2)</sup>, 熊谷泉那(MD)<sup>2)</sup>, 塩谷晃広(MD)<sup>2)</sup>, 相川あかね(MD)<sup>2)</sup>, 中田聡子(MD)<sup>2)</sup>, 黒瀬 望(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】メトトレキサート (MTX) は、関節リウマチ (RA) の第一選択治療薬として使用される。MTX 関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) は、MTX 投与中止により自然消退することがある特徴的な経過を示す疾患である。正確な発症頻度は不明であるが、RA 患者の 0.8% が LPD を発症し、うち約 80% が MTX に関連があると報告されている。今回われわれは、喀痰細胞診にて推定し得た MTX-LPD の一例を報告する。

【症例】70 代、男性。13 年前に RA と診断され、同年 MTX 投与が開始された。数ヵ月前より息切れや湿性咳嗽を認め、精査目的のため入院となった。喀痰細胞診では、疑陽性、MTX-LPD が疑われた。胸部 CT では、間質性肺炎の像と、両側下肺野の多発結節影と縦隔リンパ節腫大を認めた。肺生検では、MTX-LPD と診断された。MTX 投与中止により多くの結節は自然消退し、経過観察中である。

【細胞所見】喀痰細胞診では、壊死物質を伴い、N/C 比の高い小型異型細胞が多数認められた。異型細胞は、核の切れ込みやクロマチン増量、明瞭な核小体を伴い、結合性はなくリンパ球様細胞と考えられ、MTX の使用歴から MTX-LPD が疑われた。

【組織所見】肺生検では、広範な壊死を伴い、N/C 比が高く、核の切れ込みや腫大した核小体を伴うリンパ球様異型細胞を認めた。免疫組織化学的に異型細胞は、CD20、MUM-1 陽性、bcl-6 弱陽性で、CD3、CD56、CD5、CD10、bcl-2 陰性であり、MTX-LPD (Diffuse large B-cell lymphoma) と診断された。EBER-ISH は陰性であった。

【まとめ】喀痰細胞診にて異型リンパ球を認めた際は、臨床情報なども含めた検討をすることで MTX-LPD を推定し得ると考えられる。早期発見が予後因子のひとつとして挙げられていることから、喀痰細胞診により MTX-LPD を推定することは重要と考える。

## P-2-084 TTF-1 陽性を示し、癌との鑑別に苦慮したリンパ腫様肉芽腫症の一例

KKR 札幌医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 自衛隊札幌病院病理科<sup>2)</sup>

○山口もどか(CT)<sup>1)</sup>, 今川 誠(CT)<sup>1)</sup>, 蓑島敦志(CT)<sup>1)</sup>, 小泉 潤(CT)<sup>1)</sup>, 朝日久仁子(CT)<sup>1)</sup>, 目黒祐二(CT)<sup>1)</sup>, 小田由紀子(CT)<sup>1)</sup>, 秋元真祐子(MD)<sup>1,2)</sup>, 柳内 充(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木 昭(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】リンパ腫様肉芽腫症 (LYG) は主として肺を侵し、血管中心性あるいは血管破壊性に病変を形成するリンパ増殖性疾患である。今回、我々は癌との鑑別に苦慮した LYG 症例を経験したので報告する。

【臨床経過】83 歳、男性。左肺腫瘍を指摘され来院。気管支擦過細胞診と生検が行われた。Non-small cell carcinoma の診断で、左肺上葉切除を施行された。

【細胞所見】異型細胞は単離性または小集塊状に出現している。異型細胞の核は腫大し、著明な核形不整やクロマチン増量、核小体明瞭化を示す。胞体が乏しく N/C 比上昇した細胞が多いものの、一部は泡沫状の胞体を有し、核偏在傾向が見られる。以上より癌を考えるが、それ以上の組織型推定は困難であった。追加で行った免疫細胞化学で TTF-1 陽性を示すことから鑑別には低分化肺腺癌が第一に挙がるものの、CK7 陰性など非典型的な所見もあり推定診断は Non-small cell carcinoma とした。

【組織所見】クロマチン増量した腫大核と好酸性胞体を有する中型の腫瘍細胞が特定の構造をとらずに増殖する中に、巨核や多核の大型細胞が散在性に見られる。腫瘍は血管周囲性または血管破壊性に増殖し、内部には壊死を伴う類上皮肉芽腫が認められる。免疫組織化学では各種上皮系マーカーは陰性、リンパ球系マーカーと EBER、TTF-1 が陽性を示す。最終的に LYG、Grade 3 の診断となった。

【考察】高悪性度リンパ腫は時に低分化癌に類似した細胞像を示すことがある。本症例では形態に加え TTF-1 陽性の所見をもって低分化腺癌を推定したが、最終診断は悪性リンパ腫であった。TTF-1 陽性を示す悪性リンパ腫の報告はほとんど無く、陽性の意義は不明である。他のリンパ腫症例でも認められる所見かどうか検討の余地がある。



## P-2-085 面疱型 DCIS について, LBC 法と穿刺吸引細胞診および組織像の対比をした 1 例

聖マリアンナ医科大学医学部病理学<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医科大学乳腺・内分泌外科<sup>3)</sup>

○長宗我部基弘(MD)<sup>1)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>1)</sup>,  
細谷 満(MD)<sup>1)</sup>, 小穴良保(CT)<sup>2)</sup>, 津川浩一郎(MD)<sup>3)</sup>,  
高木正之(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】本邦に於ける非浸潤性乳管癌 (ductal carcinoma in situ : DCIS) 罹患者数は近年増加傾向にある。組織学的には様々な亜分類法が提唱されているが、特に、面疱型と非面疱型については、温存術後の局所再発率に差がある事が知られている。今回我々は、LBC 法、穿刺吸引細胞診法および手術材料からの検討を行った面疱型 DCIS の 1 例を経験したので報告する。

【症例】52 歳, 女性。2ヶ月前に乳房痛にて近医受診し、右乳房に硬結触知。MMG にて石灰化集簇増, US にて 4 cm 大の低エコー域がみられ、精査加療目的にて当院紹介受診。当院にて穿刺吸引細胞診法 (LBC 法/従来法)、針生検を施行し、面疱型 DCIS と診断され、病変が 40 mm 以上と広範囲に及ぶため、乳房全切除術が施行された。

【細胞診所見】従来法の細胞診所見では、壊死性成分を背景として、大型の不整重積性集塊を呈する乳管上皮細胞がみられ、僅かに筋上皮細胞がみられた。集塊内には篩状構造がみられ、重積を示す腺管状集塊がみられ、非浸潤性乳管癌と診断された。LBC 法細胞診所見では、少量の壊死性成分を背景として、一部重積を示す二相性の不明瞭な乳管上皮細胞集塊がみられた。集塊はやや小型であった。

【乳房切除検体の組織所見】広範な乳管内病変がみられ、篩状構造が目立つ像であった。また、面疱型壊死を伴う部分が散見された。腫瘍細胞の核異型度は中等度 (Grade 2) 相当であった。

【結語】LBC 法での壊死の判定は、従来法と比して壊死・変性背景の出現が弱いが、詳細な観察により、診断にシ得る。今回は、形態学・免疫組織化学的および、文献的考察を加えて報告する。

## P-2-086 一部に SPC 像を呈した微小浸潤癌の 1 例~FNAC の従来法と LBC 法の比較検討を含めて~

聖マリアンナ医科大学病理学教室<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学付属病院診断病理科<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医科大学乳腺・内分泌外科<sup>3)</sup>

○細谷 満(MD)<sup>1,2)</sup>, 前田一郎(PhD)<sup>1,2)</sup>,  
小穴良保(CT)<sup>2)</sup>, 長宗我部基弘(MD)<sup>1,2)</sup>,  
田島信哉(PhD)<sup>1,2)</sup>, 岩谷胤生(PhD)<sup>3)</sup>,  
津川浩一郎(PhD)<sup>3)</sup>, 阿部佳代子(CT)<sup>2)</sup>,  
高木正之(PhD)<sup>1,2)</sup>

【初めに】充実乳頭癌 (solid papillary carcinoma : SPC) は、全乳癌中 1-5% と比較的稀な疾患であり、FNAC において、従来法での細胞学的報告が散見される。今回、我々は、一部に SPC 像を呈した microinvasive carcinoma に対し従来法と LBC 法の細胞像の比較を行い、診断し得た 1 例を経験したので報告する。

【症例】61 歳, 女性。4ヶ月前、がん検診マーマグラフィにて異常(カテゴリー 3)を指摘され前医受診。乳腺超音波検査にて右 D 領域に 17 mm 大の腫瘤を認め、FNAC にて DCIS が疑われた。精査加療目的で当院紹介受診となった。当院において FNAC、針生検を施行し DCIS、SPC と診断され、乳房部分切除術が施行された。

【細胞診所見】従来法細胞診所見では、赤血球及び泡沫細胞を背景に核偏在傾向を示す細胞が個在性に出現しており、クロマチンは顆粒状で類円形核を呈していた。また、粘液保有細胞及び裸血管を認め、SPC と診断した。LBC 法細胞診所見では、泡沫細胞を背景に核偏在傾向を示す細胞が集塊から孤立性に出現している像であり、粘液保有細胞及び裸血管を認めた。以上の所見から SPC と診断し得た。

【乳房部分切除術検体の組織所見】多くが DCIS で、ごく一部に浸潤巢 (<1 mm) がみられた。DCIS では篩状構造を呈し、一部に血管間質の周囲に充実性増殖を呈する SPC 部分がみられた。血管を取り囲む偽ロゼット様も認められた。核は核小体が目立ち紡錘形から類円形で大小は不同であった。免疫組織化学的には、chromogranin A, synaptophysin は陰性、ER は強陽性を示した。

【まとめ】従来法に比較し LBC 法では孤立性に存在する癌細胞が少なく、従来法の SPC の所見とはやや異なる印象を受けるが、所見を丁寧に拾うことで、SPC と診断し得ると考えられた。



### P-2-087 LBCによる乳腺細胞診診断の標準化を目指して～solid papillary carcinoma3症例の検討～

社会医療法人博愛会相良病院

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

【はじめに】これまで我々は、直接塗抹標本(CS)ではsolid papillary carcinomaに関して、出血性の背景に薄い粘液、発達したループ状血管を伴い、乳管上皮細胞が充実性、結合性の乏しい大小の重積集塊で多数出現することから、細胞異型は軽度であるが組織推定は可能であると報告してきた。そこで今回、LBC標本(LBC)にてsolid papillary carcinomaの細胞所見をCSで特徴的であった所見を中心に検討を行ったので報告する。

【対象・方法】2016年8月～2016年12月に当院にて摘出された検体より穿刺を行い、組織学的にsolid papillary carcinomaであった3症例を対象とし、後ろ向きにLBCの細胞所見を検討した。

【結果】背景の血液はLBCでは全例消失し、CSで見られた少量の薄い粘液はLBCでは薄く断片化した筋状粘液として残存した。発達したループ状血管は全例にみられ、LBCでは乳管上皮細胞が剥離しやすくなるため弱拡大でも容易に観察可能であった。乳管上皮細胞はCS同様多数出現し、出現様式は大型重積集塊、小型重積集塊、乳頭状、孤立性で全例に見られ、CSと差はなかった。核所見は、3症例共に小型核、核偏在、軽度異型で、細胞質は2症例に厚い細胞質がみられた。顆粒状細胞質は3例共に不明瞭であり、細胞質の顆粒は見つけにくくなった。

【まとめ】LBCにおけるsolid papillary carcinomaの細胞所見は、核異型は軽度であってもループ状裸血管から悪性の診断は容易となり、組織を反映した他の細胞所見を加味すれば、LBCにおけるsolid papillary carcinomaの標準的な診断は可能であると思われた。

### P-2-088 Solid papillary carcinomaの3例

大阪府済生会千里病院中央検査部病理検査室<sup>1)</sup>, 大阪府済生会千里病院病理診断科<sup>2)</sup>, 大阪府済生会千里病院外科<sup>3)</sup>

○小林 学(CT)<sup>1)</sup>, 横関典子(CT)<sup>1)</sup>, 田中美沙紀(MT)<sup>1)</sup>,  
奥中あかね(MT)<sup>1)</sup>, 辻 求(MD)<sup>2)</sup>, 北條茂幸(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】Solid papillary carcinoma(以下SPC)は1995年にMalufらが提唱し、2012年のWHO分類に加えられた高齢者に多い比較的稀な予後の良い腫瘍である。組織学的には充実乳頭状に乳管内に増殖し、単調な細胞からなる腫瘍で時に浸潤像を伴う。また神経内分泌マーカーに陽性で、しばしば細胞内・外に粘液を有するのが特徴である。今回我々は比較的若年者にも発生したSPC3例について報告する。

#### 【症例】

症例1: 30歳代女性。左乳房腫瘍自覚。左AC領域に18×15×14mm腫瘍。

症例2: 30歳代女性。以前より血性乳頭分泌あり。左C領域に11×10×9mm腫瘍。

症例3: 60歳代女性。全身倦怠感および左乳房腫瘍自覚。左C領域に19×16×12mm腫瘍。

【細胞所見】3例とも多数の赤血球を背景に、腫瘍細胞は不規則重積性集塊や孤立散在性に出現し、集塊内には偽腺腔や血管性間質を認めた。核は類円形で偏在傾向を示し、一部で小型核小体を認め、大小不同性に乏しく、クロマチンは顆粒状を呈していた。細胞質は中等量でライトグリーン好性で細顆粒状を示していた。

【組織所見】3例とも間質内に線維化を伴った大小の乳管に充実性あるいは偽腺腔を伴い増殖していた。DCISの像が主体であったが一部で微小浸潤を認めた。腫瘍細胞の核は類円形から楕円形で細胞質はやや豊富で顆粒状を呈していた。粘液成分は明らかではなかった。免疫染色でいずれもsynaptophysin, CD56陽性であり、ER陽性、PgR陽性、HER2陰性であった。

【まとめ】SPCは比較的稀な腫瘍であるが、核異型は乏しく均一、顆粒状でやや豊富な細胞質、神経内分泌腫瘍に特徴的な顆粒状クロマチン像、血管性間質の存在などから組織型の推定は可能であるように思われた。

## P-2-089 乳腺細胞診で扁平上皮癌を疑った一症例

八尾徳洲会総合病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○岡崎 健(CT)<sup>1)</sup>, 岩崎由恵(CT)<sup>1)</sup>, 久保勇記(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺原発扁平上皮癌は, 乳腺全体の約 0.1% とまれな疾患である。今回, 針生検捺印細胞診で扁平上皮癌を疑ったが, 病理組織診では良悪鑑別困難な症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性。乳腺腫瘍を自覚し, 当院に来院。超音波検査で C 領域に 16.7×16.3×17.1 mm と 15.2×12.2×14.4 mm のダルマ状の腫瘍。境界明瞭, 内部不均一, 後方エコー増強。MMG カテゴリー 3。MRI では辺縁が濃染し, 嚢胞変性した腫瘍。針生検+捺印細胞診を施行し, 悪性を疑い, 乳房全摘術を施行。

【針生検捺印細胞診結果】多数の無核細胞や壊死細胞を背景に, 孤立と数個の集塊で異型細胞を認めた。N/C 比大, クロマチン増量を示し, 核網は瀰漫状。核形は類円, 軽度核形不整を示し核小体は不明瞭。細胞質構築密な類円と不整形細胞を認め, 扁平上皮癌と報告。

【病理組織結果】針生検では, 扁平上皮類似の異型細胞の集簇を認め, p63(+), CK5/6(+). 良悪鑑別困難。ER(-), PgR(-), HER2(-), Ki-67-LI 40~50%。

手術材料では, 扁平上皮細胞からなる嚢胞性病巣 2 個には癌と言えるほどの異型はなく, moderate dysplasia 程度までの変化が主であるが, 近傍に乳管内に限局する異型扁平上皮の増殖巣が存在。大きな扁平上皮嚢胞に連続した乳管内病変が考えられ, squamous cell carcinoma in situ とするか, atypical squamous epithelium とするかかの判断は難しいとの結果であった。本症例は別の部位に apocrine DCIS の病巣も存在した。

【まとめ】本症例のように無核細胞, 壊死細胞を背景に異型扁平上皮細胞が出現した際の判定は困難な場合がある。細胞の異型度に注目し, 時には一歩引いて結果を返す必要もあると考える。

## P-2-090 破骨細胞様巨細胞を伴った乳癌の一例

倉敷成人病センター病理診断科<sup>1)</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科免疫病理<sup>2)</sup>

○砥綿美幸(CT)<sup>1)</sup>, 石原真理子(CT)<sup>1)</sup>, 蔵重 亮(CT)<sup>1)</sup>, 小湊喜枝(CT)<sup>1)</sup>, 瀬島雅子(CT)<sup>1)</sup>, 安原聖子(CT)<sup>1)</sup>, 高田由貴(CT)<sup>1)</sup>, 有福いぶき(MT)<sup>1)</sup>, 森 友香(MT)<sup>1)</sup>, 國友忠義(MD)<sup>1)</sup>, 大森昌子(MD)<sup>1)</sup>, 藤澤真義(MD)<sup>2)</sup>

破骨細胞様巨細胞を伴う乳癌は稀であり, 今回我々は, その一例を経験したので報告する。

【症例】30 歳代女性。右乳房に腫瘍を自覚し当院受診。超音波検査で, 右 C 領域に 16×11×12 mm 大の腫瘍が認められた。腫瘍は境界不明瞭, 不整形で内部は不均一で低エコー, 後方エコーの増強を示した。穿刺吸引細胞診で悪性と判定され, 乳房部分切除術が施行された。

【細胞診所見】穿刺吸引した細胞成分は豊富で, 集塊や散在性に認められた。それらの細胞はクロマチン増量と軽度の核異型を示した。背景に破骨細胞様巨細胞を多数認めた。骨, 軟骨成分は同定されなかった。破骨細胞様巨細胞を伴う浸潤性乳管癌を考えた。

【組織所見】充実性の癌巣が圧排性に浸潤性増殖を示し, 腫瘍内に破骨細胞様巨細胞が散在性に認められた。免疫染色では破骨細胞様巨細胞は CD68 陽性を示し, 腫瘍細胞は陰性であった。以上より破骨細胞様巨細胞を伴う浸潤性乳管癌と診断された。

【まとめ】乳腺穿刺吸引細胞診で多核巨細胞を見た場合には, 炎症性疾患や巨細胞腫など非上皮性腫瘍を鑑別に挙げる必要がある。巨細胞以外に出現する細胞成分を十分に観察し, 適切に診断することが重要であると考えられる。

### P-2-091 骨軟骨化生を伴う乳癌 (metaplastic carcinoma with mesenchymal differentiation, chondroid type) の 1 例

山近記念総合病院病理検査室<sup>1)</sup>, 日本鋼管病院病理診断科<sup>2)</sup>, 茅ヶ崎市立病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 山近記念総合病院乳腺外科<sup>4)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>5)</sup>

○大久保美沙(CT)<sup>1)</sup>, 松井成明(CT)<sup>2)</sup>, 森下明博(CT)<sup>3)</sup>, 内山 瞳(CT)<sup>3)</sup>, 山近大輔(MD)<sup>4)</sup>, 梶原 博(MD)<sup>5)</sup>, 長村義之(MD)<sup>2)</sup>, 島村和男(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】骨軟骨化生を伴う乳癌 (metaplastic carcinoma with mesenchymal differentiation, chondroid type) は全乳腺悪性腫瘍の約 0.003-0.12% の頻度で発生するまれな腫瘍である。今回われわれは、本腫瘍の 1 例を経験したのでその細胞像を報告する。

【症例】患者：78 歳，女性。主訴：左乳房腫瘍。現病歴：左乳房のしこりを自覚し当院受診。超音波検査上，左 C 領域に大きさ約 30 mm の境界明瞭で分葉を伴う低エコー腫瘍を認めた。腫瘍内部は不均質で小石灰化や嚢胞変性がみられた。MRI でも同様の所見を示し，且つ腫瘍辺縁部には強い造影効果を示していた。穿刺吸引細胞診および生検組織診で本腫瘍あるいは基質産生癌を疑い左乳房全摘出術が施行された。

【細胞学的所見】軟骨基質様物質を背景に，結合性の弱い小型から中型の細胞集団，および散在性に出現する腫瘍細胞が観察された。腫瘍細胞の大部分は軟骨様で核は円形～類円形，クロマチンの増量が認められた。標本内には癌腫成分や軟骨様細胞との移行像は確認できなかった。

【病理組織学的所見】肉眼的に摘出された腫瘍の大きさは 30×30×25 mm。腫瘍断面は灰白色調を呈し，境界は明瞭，一部に出血を伴っていた。組織学的には，Alcian Blue 陽性の基質を背景に軟骨化生に近似した腫瘍細胞がびまん性に増殖していた。明らかな癌巣は確認できなかったが，免疫組織化学染色において，AE1/AE3，S-100 陽性細胞の混在像が認められた。

【考察】本症例では細胞学的に癌腫の指摘および軟骨様細胞との移行が確認できず基質産生癌との鑑別が困難であった。本腫瘍の指摘には，詳細な細胞観察に加え，画像所見と対比した総合的な評価が必要と考えられた。

### P-2-092 授乳中の 30 代女性に認められた乳腺基質産生癌の 2 例

島根県立中央病院検査技術科<sup>1)</sup>, 島根県立中央病院病理組織診断科<sup>2)</sup>

○板倉利恵(CT)<sup>1)</sup>, 松原真奈美(CT)<sup>1)</sup>, 渡部 樹(CT)<sup>1)</sup>, 山本智彦(MD)<sup>2)</sup>, 大沼秀行(MD)<sup>2)</sup>

【症例 1】30 代女性，授乳中。右 CE 領域に 5 cm 大腫瘍を触知。穿刺吸引細胞診で，壊死物を背景に核の大小不同，明瞭な核小体，クロマチン増量をみる異型細胞を多数認め，MG 染色でメタクロマジーを示す粘液基質がみられた。切除標本では比較的境界明瞭な腫瘍であり，腫瘍内部に壊死や出血も観察された。組織学的に充実性増殖や孤在性増殖を示す浸潤癌で核グレード 3 であった。粘液基質に混在して，一部で軟骨様分化が確認された。脈管侵襲は明らかではなく，リンパ節転移はみられなかった。ER(-)，PgR(-)，HER2(-)であった。

【症例 2】30 代女性，授乳中。左 C 領域に 3 cm 大腫瘍を触知。穿刺吸引細胞診で核形不整，核の大小不同，クロマチン増量を呈する異型細胞を集塊または孤在性に認めた。周囲にはライトグリーン好染の粘液基質があり，それらは MG 染色でメタクロマジーを示した。背景には豊富な壊死物がみられた。切除標本では比較的境界明瞭な腫瘍であり，組織学的に充実性，管状および索状増殖を呈する浸潤癌で，一部に軟骨様分化を認めた。核グレード 3 で高度の脈管侵襲性を有し，腋窩リンパ節転移を伴っていた。ER(-)，PgR(-)，HER2(-)であった。

【考察】いずれの症例も採取量が多く，壊死を伴う異型の強い細胞像であり，悪性の診断は容易であった。加えて，MG 染色でメタクロマジーを示す粘液基質が確認できたことにより基質産生癌を推定しえた。基質産生癌を含むいわゆる化生癌の多くが，triple negative 乳癌であり予後不良とされている。術前細胞診での組織型推定は，臨床への有用な情報提供に繋がると考えられる。

### P-2-093 高齢男性乳腺に発生した浸潤性微小乳頭癌の 1 例

綾部市立病院医療技術部臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 京都府立医科大学附属病院病院病理部<sup>2)</sup>

○山口直則(CT)<sup>1)</sup>, 松居由香(CT)<sup>1)</sup>, 岸本光夫(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】浸潤性微小乳頭癌 (invasive micropapillary carcinoma, IMPC) は, 特殊型乳癌の 1 亜型に分類され, 通常型浸潤性乳管癌に比してリンパ節転移の頻度が有意に高いことが知られている. 今回, 極めて稀な高齢男性乳腺に発生した IMPC を経験したので細胞学的所見を中心に報告する. また, 近年報告された X 染色体数増加についても検索結果を提示する.

【症例】80 代, 男性. 右乳腺の腫瘍を自覚し近医を受診. 右乳頭下に 15 mm 大の腫瘍を認め, 治療目的に当院紹介となった. CT 検査, 骨シンチにて右乳癌 (T1N0M0) の診断であったが, センチネルリンパ節転移がみられたため, 右乳房切除ならびに腋窩リンパ節郭清術が施行された. 摘出標本から穿刺吸引細胞診を実施した.

【細胞所見】清明な背景に, 濃染した腫大核を有する異型細胞が結合性の強固な偽乳頭状や球状の立体的細胞集塊を形成して, あるいは散在性に出現していた. 集塊辺縁は平滑で細胞質で縁取られ, ときに微絨毛様の構造物がみられた. 集塊辺縁部に EMA が線状の陽性を示した.

【病理所見】腫瘍は分葉状の比較的境界明瞭な充実性腫瘍を形成していた. 組織学的には inside-out pattern を示す微小乳頭状構造を呈して増生していた. 腫瘍集塊は外縁が平滑な充実性胞巣あるいは中央に空隙が形成された構築を呈していた. 腫瘍の約 2/3 が IMPC で占められていた. 癌は乳輪部真皮に浸潤し, リンパ管侵襲が観察された. 免疫組織化学的に EMA や MUC1 が胞巣辺縁部の分泌縁に沿って線状に陽性を示した. FISH 法にて 32% の腫瘍細胞に X 染色体数の増加が認められた.

【考察】本成分の存在は予後因子を評価する上で重要なファクターとなるため, 特徴的な細胞像を把握し, 的確な診断を行うことが重要である.

### P-2-094 非浸潤性小葉癌を伴う古典的浸潤性小葉癌の 1 例

福岡山王病院検査科<sup>1)</sup>, 福岡山王病院病理診断科<sup>2)</sup>

○水野真美(CT)<sup>1)</sup>, 坂梨史典(CT)<sup>1)</sup>, 上原美沙貴(CT)<sup>1)</sup>, 恒吉正澄(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】非浸潤性小葉癌 (以下 LCIS) に特異的な細胞学的所見はなく, その報告例も少ない. 今回 LCIS が主体を示す古典的浸潤性小葉癌 (以下 ILC) の 1 例を報告する.

【症例】51 歳, 女性. 検診の乳腺超音波検査 (以下 US) にて左乳房 C 領域に 6 mm 大の不整形腫瘍を指摘され, 当院乳腺外科を受診. 当院 US でも検診と同様の所見を認めた. MRI でも同部位に 11 mm 大の増強造影がみられたため, 穿刺吸引細胞診, 針生検, 後日に左乳房部分切除術が施行された.

【細胞所見】細胞採取量は中等度. 比較的結合性の良い小～中型の充実性および軽度重積集塊, さらに線状の小型集塊, 孤立性細胞が観察された. 集塊内部には腺腔形成, 明らかな裂隙および ICL は認めなかった. 集塊の構成細胞は小型円形核, 細胞異型に乏しく, 核クロマチンは微細顆粒状であった. これに加え良性の細胞集塊も認めたが, 悪性を否定できなかった.

【組織所見】針生検では浸潤性乳管癌と診断. 手術材料では針生検と類似の核異型の乏しい細胞が, 豊富な間質の間をスキルス様且つびまん性の浸潤増殖がみられた. 一部の細胞は印環細胞様を示した. また結合性の乏しい細胞が乳管および小葉内を充満した病変を認めた. これらの病変は E-cadherin 陰性を示し, LCIS を伴う ILC と診断された.

【まとめ・考察】LCIS の特徴の 1 つである, 細胞間の裂隙は明らかでなく, また ILC の典型像ではなかった. LCIS 自体は積極的な治療が行われない病変であるが, 治療を要する浸潤性乳癌や DCIS が併存し, さらにその採取量が少ない場合を念頭におき, 標本を注意深く観察する必要がある.



## P-2-095 Pleomorphic lobular carcinoma の一例

JA 秋田厚生連由利組合総合病院

○佐藤 伸(CT), 鎌田真紀子(CT), 齊藤 学(CT),  
佐藤友章(CT), 山内美佐(MD), 杉田暁大(MD)

【はじめに】 Pleomorphic lobular carcinoma (以下: PLC) は, WHO2012 で提唱された浸潤性小葉癌の一亜型で, 発生頻度は本邦において 0.3% と稀である。今回我々は, アポクリン化生を示し良悪性の鑑別を要した PLC の一例を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】 65 歳女性。左乳房腫瘍を自覚し当院受診。US にて左乳房 AC 領域に 2 cm 大の不整形腫瘍を認め, 穿刺吸引細胞診が施行され判定は鑑別困難であった。針生検にて悪性と診断されたため, 乳房切除術およびセンチネルリンパ節生検が施行された。

【細胞所見】 血性背景に, 豊富な細胞質を有する中～大型細胞が孤立散在性およびシート状～軽度重積性を示す集塊として認められた。細胞質はライトグリーン好性で顆粒状, 泡沫状を呈していた。核は類円形で偏在傾向, 2 核細胞も少数認め, 核クロマチンは細顆粒状に軽度増量, 明瞭な核小体を 1 個認めた。異型アポクリン化生細胞と考えたが, 良悪性の鑑別は困難であった。

【組織所見】 病変は histiocytoid な細胞, あるいはアポクリンへの分化を示す好酸性の胞体を有する細胞から成り, 主に充実性病変を形成しているが, 一部間質に孤立散在性～線状に浸潤していた。免疫組織化学的に, GCDFP-15(+), E-cadherin(-), ER(-), PgR(-), HER2(2+)であった。

【まとめ】 アポクリン化生を示す PLC の一例を経験した。PLC はアポクリン癌に比しリンパ節転移が高率で予後不良とされているため, アポクリン化生様の異型細胞を認めた際には, PLC の可能性も念頭に入れておくことが重要と考えられた。

## P-2-096 乳癌腋窩リンパ節に対する穿刺吸引細胞診の意義

鳥取大学医学部胸部・乳腺内分泌外科<sup>1</sup>, 鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>

○荒木邦夫(MD)<sup>1</sup>, 細谷恵子(MD)<sup>1</sup>, 谷口雄司(MD)<sup>1</sup>,  
中村廣繁(MD)<sup>1</sup>, 持田洋利(CT)<sup>2</sup>, 松重貴大(CT)<sup>2</sup>,  
遠藤由香利(CT)<sup>2</sup>, 大野千恵子(CT)<sup>2</sup>,  
桑本聡史(MD)<sup>2</sup>, 野坂加苗(MD)<sup>2</sup>, 堀江 靖(MD)<sup>2</sup>,  
梅北善久(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】 乳癌の診断において, 転移を疑うリンパ節に対する穿刺吸引細胞診は, 今もなくてはならない必須の診断手段である。そこで乳癌術前の腋窩腫大リンパ節に対する穿刺吸引細胞診の意義を検討した。

【対象と方法】 2015-16 年に 30 例の腋窩リンパ節転移を疑う乳癌手術症例に対してリンパ節穿刺吸引細胞診を行い, うち術前化学療法を施行した 7 例を除いた 23 例について検討した。全てエコーガイド下に穿刺を行い, パパニコロー染色による永久判定で診断した。23 例の正診率を算出し, 偽陰性となった症例を再検討した。

【結果】 リンパ節穿刺を行った 23 例の乳房内病巣は浸潤性乳管癌が 22 例, 浸潤性小葉癌が 1 例であった。穿刺細胞診を行ったリンパ節の長径は 5-40 mm (中央値 10 mm) であった。リンパ節細胞診陽性は 12 例, 良悪判定困難 1 例, 陰性 9 例であり, 永久病理での判定はリンパ節転移陽性 14 例, 陰性 9 例となった。良悪判定困難例と陰性例は手術時センチネルリンパ節生検を行った。良悪判定困難を陰性に含めた場合の正診率は, 感度: 85.7%, 特異度: 100%, 陽性的中率 100%, 陰性的中率 80.0% と算出された。偽陰性例が 2 例にみられ, これは浸潤性小葉癌の症例と浸潤性乳管癌微小リンパ節転移症例 (転移巣 1.5 mm) であった。浸潤性小葉癌の症例については, センチネルリンパ節生検を行い転移と確定後, 腋窩郭清を追加した。微小リンパ節転移症例はセンチネル生検でも偽陰性となったため, ガイドラインに従い, 追加郭清は行わない方針とした。

【まとめ】 術前腋窩リンパ節細胞診は微小リンパ節転移を除いた浸潤性乳管癌に対してはきわめて正診率の高い手法であるが, 浸潤性小葉癌に対しては偽陰性となる可能性を念頭に置く必要がある。

### P-2-097 乳腺細胞診におけるセンチネルリンパ節への転移の有無と細胞像の比較検討

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>3)</sup>, 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科<sup>4)</sup>, 九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学<sup>5)</sup>, 九州大学大学院病理診断科・病理部<sup>6)</sup>

○白井美奈(St)<sup>1)</sup>, 渡邊壽美子(PhD)<sup>2)</sup>,  
藤原美奈子(MD)<sup>2,3)</sup>, 久保 真(MD)<sup>4)</sup>,  
山下奈真(MD)<sup>5)</sup>, 大久保文彦(CT)<sup>6)</sup>,  
山本英崇(MD)<sup>3,6)</sup>, 小田義直(MD)<sup>3,6)</sup>, 杉島節夫(PhD)<sup>2)</sup>

【背景】近年増加傾向にある乳癌において, リンパ節への転移の有無を判別するセンチネルリンパ節生検が大きく注目されている. この方法によって, リンパ節郭清を省略することができる場合があるが, 一方で様々な副作用もみられている. それゆえ, 乳腺穿刺吸引細胞診でセンチネルリンパ節への転移の有無を鑑別できれば臨床的意義は高まると考える. リンパ節転移を示唆する細胞像を検討することを目的とした.

【材料および方法】材料は, 九州大学病院において乳腺穿刺吸引細胞診が施行され, 病理組織学的に浸潤性乳管癌と診断が確定し, センチネルリンパ節生検が施行された症例で, センチネルリンパ節非転移例(非転移例)16症例, センチネルリンパ節転移例(転移例)21症例の細胞診標本を用いた. 鏡検による細胞観察では, 壊死様物質の有無, 細胞集塊の大きさ, 細胞の重積性, 核の大小不同性, 核小体の明瞭性について, また ImageJ を用いて, 核面積, 核形, 核クロマチン分布を計測した.

【結果】細胞の観察では, 壊死様物質の有無, 細胞集塊の大きさ(小型集塊), 細胞の重積性(1層と2層), 核の大小不同性および核小体の明瞭性において非転移例と転移例の間に有意差が認められた( $p < 0.05$ ). 計測では, 全ての項目において非転移例と転移例の間に有意差は認められなかった( $p = 0.6766, 0.3371, 0.3826, 0.4799, 0.3116$ ).

【考察】鏡検による細胞の観察ではすべての項目で有意差が認められ, 計測ではすべての項目で有意差が認められなかった. さらに核グレード等検討項目を増やし報告する.

### P-2-098 SOX-10 はトリプルネガティブ乳癌の検索に有用かーリンパ節転移 5 症例における検討ー

KKR 札幌医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 北海道文教大学人間科学部理学療法学科<sup>2)</sup>

○今川 誠(CT)<sup>1)</sup>, 山口まどか(CT)<sup>1)</sup>, 小泉 潤(CT)<sup>1)</sup>,  
 藁島敦志(CT)<sup>1)</sup>, 坂爪恵子(CT)<sup>1)</sup>, 朝日久仁子(CT)<sup>1)</sup>,  
 目黒祐二(CT)<sup>1)</sup>, 小田由紀子(CT)<sup>1)</sup>,  
 秋元真祐子(MD)<sup>1)</sup>, 池田 仁(MD)<sup>2)</sup>, 柳内 充(MD)<sup>1)</sup>,  
 鈴木 昭(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】トリプルネガティブ乳癌(triple negative breast cancer, 以下 TNBC)は, 進行が早く他のサブタイプに比べ予後不良である. また TNBC は, 乳癌の特異的マーカーである GATA3, GCDFP-15, mammaglobin (MGB) の発現率が低下すると報告されており, リンパ節転移をきたした際にはその由来を特定することが時に困難となる. SOX-10 (SRV-related HMG-BOX gene 10) は, 神経堤の発生とメラノサイト系細胞の分化に関与する転写因子である. 抗 SOX-10 抗体は, 悪性黒色腫の有用なマーカーとして知られるが, 近年 TNBC に高い陽性率を示すことが報告されている. そこで今回我々は, リンパ節穿刺吸引細胞診が施行された TNBC 症例を用いて SOX-10 の発現について検討したので報告する.

【材料および方法】2010 年から 2016 年に当院にて, 乳腺針生検または手術材料において組織学的に TNBC と診断された 43 症例を用いて, SOX-10, GATA3, GCDFP-15, MGB の 4 種類のマーカーの発現を免疫組織化学的に検討した. さらに上記 43 症例中, リンパ節穿刺吸引細胞診が施行され標本中に腫瘍細胞が確認できた 5 症例において, SOX-10 の発現を免疫細胞化学的に検討した.

【結果】免疫組織化学的に検討した 43 症例中 32 症例(74%)において, SOX-10 がびまん性の強発現を示した. GATA3, GCDFP-15, MGB はそれぞれ, 25 症例(58%), 9 症例(21%), 13 症例(30%)で発現を認めたが, SOX-10 に比べ発現の強度や分布にばらつきがみられた. リンパ節穿刺吸引細胞診検体では, 5 症例中 4 症例(80%)において, 腫瘍細胞に一致したびまん性の強発現が確認された.

【まとめ】TNBC 症例において SOX-10 は, 一般的な乳癌マーカーより感度が高く, TNBC のリンパ節転移検索に有用なマーカーとなりうることを示唆された.

## P-2-099 乳腺原発悪性リンパ腫の1例

社会福祉法人恩賜財団済生会支部済生会長崎病院病理診断室<sup>1)</sup>, 長崎みなとメディカルセンター<sup>2)</sup>

○三角美咲(CT)<sup>1)</sup>, 若杉淳司(CT)<sup>1)</sup>, 久保 綾(CT)<sup>1)</sup>, 中島真央(CT)<sup>1)</sup>, 木下直江(MD)<sup>1)</sup>, 入江準二(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺原発悪性リンパ腫は乳腺悪性腫瘍の0.04~0.53%と比較的稀な腫瘍である。また画像診断や臨床所見での特徴的所見は乏しく、術前診断は困難とされている。今回我々は乳腺原発悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。

【症例】96歳、女性。左乳房腫瘍を主訴に近医を受診。CTで左乳房に81×54mm大の腫瘍を認め、当院外科へ紹介された。同部位より穿刺吸引細胞診と針生検を施行。悪性腫瘍が疑われたため、左乳房全摘術が行われた。なお、本例では乳腺外のリンパ節の腫脹はみられなかった。

【細胞診所見】出血性背景に、円形・楕円形の裸核様の細胞が散在性に多数見られた。核の腫大、軽度の大小不同や核異型が見られ、悪性リンパ腫が疑われたが、細胞由来を含め判断が難しい像であった。

【組織学的所見】乳腺組織内に胞体の乏しい腫瘍細胞がびまん性に増殖浸潤しており、悪性リンパ腫が考えられ、免疫染色の結果、L26(+), CD3(-)であり、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。摘材の剖面肉眼像は13.5×6.5×10.5cm大の淡桃白色、弾性軟の充実性腫瘍がみられた。組織学的に胞体の乏しい腫瘍細胞がびまん性に増殖浸潤しており、腫瘍細胞の核は大型で水泡状、核分裂像が多数見られた。免疫染色の結果は針生検と同じ診断であった。また悪性リンパ腫専門家へのコンサルトの結果も同様であった。

【まとめ】今回我々は乳腺原発悪性リンパ腫を経験した。再評価にて集塊辺縁部の細胞でN/C比が極めて高く、細胞核にくびれや切れ込みを認めlymphoglandular bodyなどの悪性リンパ腫の特徴が見られた。乳腺原発の悪性リンパ腫は稀であるが、その特徴を念頭に置き、診断に臨むことが重要であると考えられた。

## P-2-100 男性乳腺原発悪性リンパ腫の1例

トヨタ記念病院臨床検査科<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院病理診断科<sup>2)</sup>

○小笠原将人(CT)<sup>1)</sup>, 田中景子(CT)<sup>1)</sup>, 市川規子(CT)<sup>1)</sup>, 吉森之恵(CT)<sup>1)</sup>, 佐原晴人(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木良典(CT)<sup>1)</sup>, 澁谷 亮(MD)<sup>2)</sup>, 北川 諭(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺原発悪性リンパ腫は乳腺悪性腫瘍の0.04~0.53%と頻度の少ない組織型である。そのほとんどは女性に発生し、男性乳腺原発例は非常に稀である。今回我々は、男性乳腺原発の悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。右乳房のしこりを自覚し受診。超音波検査にて右E領域に39mm大の腫瘍と右腋窩リンパ節の腫大を認めたため、男性乳癌疑いにて同領域の穿刺吸引細胞診および針生検と右腋窩リンパ節の穿刺吸引細胞診が施行された。胸腹部CTでは、上記以外の腫瘍およびリンパ節の腫脹は認めなかった。

【細胞所見】右E領域では、出血性背景に結合性に乏しく明瞭な核小体を持つ類円形細胞を少数認めた。右腋窩リンパ節では同様の細胞が小リンパ球に混じて多数認められた。

【組織所見】乳腺実質内に、核小体が明瞭な大型異型細胞のびまん性増殖を認めた。明確な腺腔形成は見られなかった。免疫組織化学的に、異型細胞はCD20, Bcl2, MUM1が陽性、CD10, Bcl6, CD3, CD5が陰性であった。Ki-67陽性率は95%以上であった。以上の所見から、非胚中心型(non-GC)のびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。

【まとめ】本症例は、結合性に乏しい中~大型の異型細胞を認めたが、一部結合性の有無の判定に迷う箇所があり、細胞診断に苦慮した症例であった。男性乳腺原発の悪性リンパ腫は極めて稀であるが、本疾患の可能性も念頭に置いて細胞診断する必要があると考えられた。

## P-2-101 乳腺穿刺吸引細胞診が診断の契機となった 腫瘤形成性白血病の1例

高知大学医学部附属病院病理診断部

○岡本真知(CT), 高橋明日香(CT), 吉良佳那(CT),  
大原栄二(CT), 井口みつこ(MD), 戸井 慎(MD),  
弘井 誠(MD), 村上一郎(MD)

【はじめに】腫瘤形成性白血病とは、白血病病変に伴い腫瘤を形成するものをいい、一般に急性骨髄性白血病(以下:AML)に多く出現する。軟部組織、骨、腹膜およびリンパ節で見られ、乳腺における頻度は6.5%と低く、予後不良とされている。今回、我々は乳腺穿刺吸引細胞診が契機となったAMLの1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性。左乳腺・左腋窩腫瘤を自覚し近医を受診、乳癌疑いで当院紹介となった。超音波検査で左右乳腺共に腫瘤を認め、左右乳腺・左腋窩リンパ節の穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】出血性背景にN/C比の高いリンパ球様の異型細胞が孤在性に多数認められた。異型細胞の核は円形～楕円形で、繊細～一部微細顆粒状核クロマチンを有し、一部には核形不整や核小体を認めた。明らかな上皮様結合を示す異型細胞は認められず、両側乳腺・左腋窩リンパ節ともに同様の像であった。また、乳腺上皮細胞に悪性所見は認められなかった。

【経過・組織所見】後日、実施された血液検査で芽球の増加や線溶系の亢進が認められ、骨髄穿刺が施行された。乳腺の組織診は行われなかったが、骨髄生検での組織像と乳腺の細胞像は類似しており、乳腺内への白血病浸潤として矛盾しない像であった。

【まとめ】本症例は、当初通常型の乳癌を疑っており、診断確定に穿刺吸引細胞診が有用な一例であった。乳腺穿刺吸引細胞診において、異型リンパ球様の細胞が主体で見られ、明らかな上皮性結合が見られなかった場合、血液疾患の既往の有無にかかわらず、稀ではあるが白血病細胞などの髄外進展巣の可能性を考慮に入れて検索にあたるのが重要と考えられた。

## P-2-102 微細形態から見た乳腺線維腺腫の細胞学的 特徴

社会医療法人飯田病院病理診断科<sup>1)</sup>, 日本医科大学付属病院病理部<sup>2)</sup>

○松澤こず恵(CT)<sup>1)</sup>, 土屋眞一(MD)<sup>1,2)</sup>

女性乳腺に発生する最も頻度の高い良性腫瘍は線維腺腫である。線維腺腫の亜型には管内型、管周囲型、類臓器型および乳腺症型の4型が存在するが、線維腺腫の細胞像は成書によると細胞異型は弱く、細胞質はライトグリーンに淡染し、核の大小不同はや核形不整は無く、クロマチンの増量・凝集も見られず筋上皮細胞との二相性が確認できると述べられている。また、乳腺症型は構造・細胞異型の点から悪性と誤診されやすいことも指摘されている。

今回われわれは線維腺腫の微細形態学的観察から、腺細胞の核形、クロマチンと細胞質、筋上皮の形態、基底板の構造について、線維腺腫の細胞診・組織診との対比を試み、さらに細胞診で双極核と呼ばれている細胞の起源についても微細形態学的に検討を加えた。まず、核形は核膜の陥入、切れ込みが線維腺腫に多くみられ核形は概して不整であった。クロマチンは癌細胞とは異なり核膜に付着するヘテロクロマチンが主体でユークロマチンはほとんど見られなかった。細胞質内小器官は乳癌より豊富で正常乳腺に近い印象であった。筋上皮細胞は末梢乳管型で、細胞質は狭小、扁平な核を有していた。細胞診で集塊内に見られる筋上皮細胞に合致した所見と言える。基底板(組織学的には基底膜)は部分的に多層化している点の特徴であった。双極核の電頭像には暗斑(dense body)はみられず線維芽細胞由来がほとんどを占めていると思われる。

電頭と細胞診は、組織診と異なり細胞個々の観察に優れているが、固定、標本作成方法、解像度から細胞診で記載されている所見とはいくつかの異なる点が微細形態学的に明らかとなった。



## P-2-103 乳腺浸潤性微小乳頭癌 6 例の細胞学的検討

高知赤十字病院・病理診断科部

○黒田直人(MD), 頼田顕辞(MD), 和田有加里(CT),  
安岡 香(MT), 小原昌彦(CT), 水野圭子(CT)

【目的】乳腺浸潤性微小乳頭癌は現在 WHO 分類にも入られているが、症例報告以外の細胞診でまとめられた過去の報告は非常に少ない。

【材料と方法】2005 年 4 月から 2017 年 4 月までの間に当院で組織診断された乳腺の浸潤性微小乳頭癌 14 例のうち、同時に細胞診標本が採取された 7 例を選び、そのうち細胞診で微小乳頭癌の成分が出現している 6 例について検討した。検討はパパニコロウ染色で検討し、組織像と対比し、病期や予後についても検討した。

【結果】発生年齢は 62 歳から 84 歳で、平均 70.7 歳であり、部位は右 C 領域が 4 例と多かった。細胞学的には細胞集塊は小～中型が 5 例、小型が 1 例で、N/C 比はすべて大であり、部分的な核突出、核重積はすべての症例で観察された。核クロマチンは粗いものが 5 例、繊細なものが 1 例、核小体は小さいものが 3 例、目立たないものが 3 例であった。核形不整は全体的に観察されたのは 1 例で、一部にのみ観察されるものが 5 例であった。リンパ管侵襲は 5 例、リンパ節転移は 4 例でみられた。病期分類は Stage IIA が 4 例、IIB が 2 例であった。フォローアップは 4 例にて可能で、6-102ヶ月で、平均 61.5ヶ月であり、すべて再発、転移なく生存していた。

【結論】乳腺浸潤性微小乳頭癌の細胞診では小～中型の揃った細胞集塊からなり、N/C 比が高く、部分的な核突出、核重積がみられ、核クロマチンは粗く、核小体が目立たないか小さいものが観察され、核形不整は目立たないか、部分的に観察されるなどの特徴がある。これらの特徴を細胞診断に携わる者はよく覚えておく必要がある。

## P-2-104 破骨型巨細胞を伴う乳癌の細胞病理組織像の検討

日本医科大学付属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 日本医科大学統御機構診断病理学<sup>2)</sup>, 日本医科大学乳腺外科<sup>3)</sup>

○大橋隆治(MD)<sup>1)</sup>, 葉山綾子(CT)<sup>1)</sup>, 松原美幸(CT)<sup>1)</sup>,  
渡會泰彦(CT)<sup>1)</sup>, 石井英昭(MD)<sup>1)</sup>, 坂谷貴司(MD)<sup>1,2)</sup>,  
武井寛幸(MD)<sup>3)</sup>, 内藤善哉(MD)<sup>1,2)</sup>, 清水 章(MD)<sup>1)</sup>

【背景】破骨型巨細胞を伴う乳癌(invasive carcinoma with osteoclast-like giant cells, ICOGC)は、全乳癌の 2%以下を占める希な腫瘍であるが、その細胞病理組織像、および臨床像についての報告は少なく、不明な点が多い。

【方法】当院にて 2005-2016 年の間に、8 例が ICOGC と診断され、うち 5 例が術前細胞診を施行されていた。これらの細胞像、臨床病理像を再評価した。

【結果】細胞診施行例中、4 例が術前に浸潤性乳管癌と診断され、いずれも FNA 検体内に破骨型巨細胞の出現を認めた。手術検体による診断は、すべて浸潤性乳管癌であり、組織型は、乳頭腺管癌 7 例、充実腺管癌 1 例であった。初発時、3 例に腋窩リンパ節転移を認めた。5 例は、luminal A であり、3 例は triple negative phenotype (TN) であった。TN の 1 例は、術後 9 か月で再発し、再発時の腫瘍組織内にも破骨型巨細胞の浸潤を認めた。

【結語】ICOGC 術前 FNA 診断では、破骨型巨細胞が高頻度に出現するため、ICOGC の診断は比較的容易である。組織型では、乳頭腺管癌が多いが、まれに TN 例も見られ、予後は様々である。今後、更なる症例を追加した検討が必要であると思われた。

### P-2-105 良悪性の鑑別に苦慮した小児の顎下腺多形腺腫の1例

佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 佐賀大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部外科<sup>2)</sup>, 佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野<sup>3)</sup>

○北村 捷(MT)<sup>1)</sup>, 甲斐敬太(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤有記(MD)<sup>2)</sup>, 龍由希子(CT)<sup>1)</sup>, 中村光男(CT)<sup>1)</sup>, 安達真希子(MD)<sup>1,3)</sup>, 橋口真理子(MD)<sup>3)</sup>, 増田正憲(MD)<sup>3)</sup>, 高瀬ゆかり(MD)<sup>3)</sup>, 倉富勇一郎(MD)<sup>2)</sup>, 相島慎一(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】多形腺腫は頻度の高い唾液腺良性腫瘍であるが、多彩な形態を示すことから他の腫瘍との鑑別が問題になることも多い。今回、良悪性の鑑別に苦慮した小児の顎下腺に発生した多形腺腫の1例を経験したので報告する。

【症例】10歳代女兒。右顎下部の腫瘍を主訴に近医耳鼻科を受診。次第に増大傾向を認め、精査目的に当院耳鼻咽喉科に紹介となった。造影MRIでは、右顎下腺内より外側に突出する約30mm×22mmの腫瘍を認め、画像所見からは多形腺腫や低悪性度癌(粘表皮癌、腺様嚢胞癌)が鑑別に挙げられた。腫瘍に対し穿刺吸引細胞診が施行された。

【穿刺吸引細胞像】ギムザ染色で異染性(+)の粘液様物質を背景に、裸核状からN/C比の高い細胞を孤立性あるいは集塊で多数認めた。細胞集塊は管状あるいは篩状配列を示し、集塊内に異染性(-)の球状粘液様物質を認めた。細胞所見からは多形腺腫、腺様嚢胞癌、粘表皮癌が鑑別に挙げられた。細胞は小型で異型は比較的軽度であるが、出現細胞が豊富であること、粘液球と思われる構造物を認めたことから腺様嚢胞癌、粘表皮癌の可能性が否定できないとしてClass4と報告した。

【摘出標本組織像】組織学的には上皮成分と、粘液ないし軟骨様基質を伴う筋上皮成分が混在しながら増殖していた。上皮成分、筋上皮成分ともに強い核異型や核分裂像、および浸潤性増殖像は認めず、多形腺腫と診断された。

【まとめ】多形腺腫は低悪性度癌との鑑別を要することがあるが、細胞異型を見極めて慎重に悪性度を推定することが重要である。

### P-2-106 多形腺腫と鑑別困難であった上皮筋上皮癌の1例

大阪市立大学医学部附属病院病理部

○目黒麻紀(CT), 大澤政彦(MD), 桑江優子(MD), 田中さやか(MD), 安藤加奈江(CT), 塩見和彦(CT), 塩田晃子(CT), 脇田江里子(CT), 宇仁和将(CT), 大蔵真希(CT)

【背景】上皮筋上皮癌は、高齢者の耳下腺に好発する低悪性度腫瘍で、発生頻度は全唾液腺腫瘍の1%以下と稀な腫瘍である。今回我々は、多形腺腫と鑑別困難であった上皮筋上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】80代、男性。十数年前に他院にて左顎下部腫瘍摘出。その後、同部位に再び腫脹を自覚し、数年前より腫大傾向を認め、当院受診。頸部エコーにて顎下腺に40×25mmと35×45mmの連なった2個の腫瘍を認めたため、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】比較的均一で小型類円形細胞からなるシート状上皮細胞集塊と、多辺形～短紡錘形の形態を示す筋上皮細胞を認めた。上皮細胞成分と筋上皮細胞成分の二相性より多形腺腫が疑われたが、特徴である明らかな間質性粘液を認めず、また、裸核様細胞や、やや大型の筋上皮細胞が見られたため、良性とは断定は出来ず、classIII(鑑別困難)多形腺腫疑いと判定した。

【組織所見】術中迅速組織診では多形腺腫疑いと診断。手術摘出標本では、淡明な胞体を有する立方状の異型細胞と、好塩基性の胞体を有する細胞が二相性の腺管を形成して増殖し、核分裂像や脈管侵襲を認めた。また、間質成分を認めず多形腺腫は否定された。免疫組織化学的検索により、上皮成分がCAM5.2に強陽性、筋上皮成分がα-SMAおよびp63に陽性を示し、上皮筋上皮癌と診断された。

【まとめ】上皮筋上皮癌は異型性に乏しく、細胞診においては富細胞性の多形腺腫との鑑別は容易ではないが、良悪の鑑別は臨床上重要である。本症例のように異型性に乏しい二相性を示す所見であっても、裸核様細胞や大型筋上皮細胞が見られた際には上皮筋上皮癌も念頭においていた検鏡が重要である。

## P-2-107 耳下腺上皮筋上皮癌の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科・病理部

○石津春菜(CT), 稲山嘉明(MD), 高瀬章子(CT), 菊地美保(CT), 富岡理恵(CT), 武田奈津子(CT), 小寺輝明(CT), 市川美咲(CT), 成田千華(CT), 腰高典子(CT), 大谷方子(MD), 千葉佐和子(MD), 田辺美樹子(MD)

【はじめに】上皮筋上皮癌は全唾液腺腫瘍の約1%とまれな腫瘍である。今回我々は、細胞診では推定困難だった本腫瘍を経験したので報告する。

【症例】60代女性、右耳下部の腫瘤を自覚し当院初診。触診では腫瘤は硬く、可動性不良の腫瘍を認め、穿刺吸引細胞診にて腺様嚢胞癌を疑い、1ヶ月後に右耳下腺全摘出、上頸部郭清、神経再建の手術が施行された。

【細胞所見】裸核細胞を背景に、重積性のある腫瘍細胞集塊を認めた。細胞質は淡く、核の大小不同、クロマチン増量がみられた。球状に間質粘液を取り込み篩状構造とみなした。ギムザ染色では、粘液は異染性を示した。以上から腺様嚢胞癌を疑った。

【組織所見】肉眼的に比較的境界明瞭な17×13mm大の腫瘍であった。組織学的には、腫瘍部分にほぼ一致して、嚢胞様構造と内部に増殖する充実性腫瘍成分がみられ、腫瘍の周囲には線維性被膜がみられた。腫瘍内では、淡好酸性細胞質で類円形核を有する異型細胞が腺管様構造を形成し、さらにその周囲に淡明な細胞質と類円形または不整形な核を有する細胞が取り巻いていた。後者の成分が多いものの、2種類の異型細胞が2相性の構造を取っており、上皮筋上皮癌と診断された。

【考察】本症例では、細胞診にて篩状構造と粘液所見から腺様嚢胞癌を疑い、上皮筋上皮癌の診断には至らなかった。上皮筋上皮癌は他の腫瘍と類似している点も多く、細胞診での推定は容易ではない。しかし、本症例の細胞像を熟知し、導管上皮細胞と筋上皮細胞の2相性が確認された場合には本症例の可能性も念頭に置く必要があると考えられた。

## P-2-108 肺転移を来した顎下腺多形腺腫の1例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院病理診断科

○仲村佳世子(CT), 田口雅子(CT), 足羽彩加(CT), 萩原葉子(CT), 西岡千恵子(CT), 河野孝志(CT), 松崎直美(MD), 弓場吉哲(MD)

【はじめに】多形腺腫は唾液腺腫瘍の中で最も発生頻度の高い良性腫瘍であるが、多形腺腫は遠隔転移を来す症例が報告されており、WHOの分類では転移性多形腺腫として分類されている。

【症例】60歳代男性。他院にて6年8ヶ月前に右顎下腺腫瘍摘出術を受け、多形腺腫と診断される。3年4ヶ月後に再発を認め、右顎下腺の全摘出術を受け、経過観察を受けていたが、3年4ヶ月後に右肺下葉に約1cmの分葉状の結節がCTにて認められ、当院に紹介された。

【細胞所見】当院における肺病変の圧挫細胞像では、紡錘形の筋上皮細胞集塊が主体の細胞像で、一部に核の偏在した形質細胞様の筋上皮細胞や僅かですが、淡明な胞体を有する筋上皮細胞がみられた。多彩性を欠く、筋上皮細胞が主体の細胞像で、導管上皮細胞は明らかではなかった。

【組織所見】初回切除標本では、線維性被膜で概ね覆われた腫瘍で、軟骨様あるいはmyxoidな間質や硝子化と共に、腺腔形成を伴い、Pleomorphic adenomaの像と考えられた。再発時の標本では、被膜形成は部分的に不明瞭で、myxoidな間質を伴い短紡錘形や類縁形細胞が充実性に増殖しており、腺管形成は確認されず、myoepitheliomaの像と考えられた。当院における肺切除標本においても再発組織と類似の組織像を呈し、唾液腺腫瘍の転移として矛盾のない像であった。今回我々は、肺転移を来した顎下腺原発の多形腺腫を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

### P-2-109 剖検によって診断に至った耳下腺原発の高悪性度粘表皮癌の1例

東京都立広尾病院検査科<sup>1)</sup>, 東京都立多摩総合医療センター検査科<sup>2)</sup>, 埼玉県立がんセンター病理診断科<sup>3)</sup>

○岸本 栞(CT)<sup>1)</sup>, 佐久間市朗(CT)<sup>2)</sup>,  
原嶋由佳理(CT)<sup>1)</sup>, 赤松達哉(CT)<sup>1)</sup>, 市川智士(CT)<sup>1)</sup>,  
常深あきさ(MD)<sup>1)</sup>, 石川文隆(MD)<sup>3)</sup>, 田中道雄(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】唾液腺原発の粘表皮癌は、悪性唾液腺腫瘍の約15~20%を占め、多くは低悪性度腫瘍である。今回我々は原発巣精査中の胸水に出現した、耳下腺原発高悪性度粘表皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。腰痛を主訴に近医を受診。多発骨転移、鼠径リンパ節腫大、胸水貯留がみられ、原発不明悪性腫瘍骨転移精査のため当院に入院となったが、約1ヶ月半後に永眠された。

【細胞所見】入院時の胸水では不規則重積性の集塊や孤立散在性に異型細胞がみられた。異型細胞はN/C比大、核中心性~偏在性、クロマチン増量、明瞭な核小体を認めた。細胞質は厚めで空胞を認め、僅かにAlcian blue 染色陽性であったことから低分化腺癌が疑われた。

【組織所見】鼠径リンパ節生検では、異型扁平上皮細胞と淡好酸性腫瘍細胞、少数の紡錘形腫瘍細胞を認めた。また、Alcian blue-PAS 重染色陽性粘液細胞を少数認めた。免疫染色ではCK14(+), p63(+), S-100(-), Calponin(-)であり、低分化の粘表皮癌や腺扁平上皮癌などを疑ったが原発巣確定には至らなかった。

【剖検所見】腫瘍は肺や骨など多数の遠隔転移をきたしていた。左耳下腺の大きさは55×33×17mmで境界不明瞭であり、紡錘形腫瘍細胞や異型扁平上皮細胞の増生を認めた。強い変性や壊死を伴っており、左耳下腺原発の腫瘍と考えられた。また、Alcian blue-PAS 重染色陽性粘液細胞を耳下腺、転移巣ともに少数認め、高悪性度粘表皮癌の診断に至った。

【結語】今回の症例は、胸水細胞診において空胞が粘液染色で殆ど染まらず、粘表皮癌の推定は困難であった。胸水に細胞質が厚く空胞を伴った細胞が見られた際は、高悪性度粘表皮癌などの唾液腺腫瘍の可能性も意識すべきである。

### P-2-110 肉腫様成分を伴う唾液腺導管癌の1例

東京慈恵会医科大学付属病院病院病理部

○鈴木英璃(CT), 梅森宮加(CT), 堀口絢奈(CT),  
廣岡信一(MD), 鷹橋浩幸(MD)

【はじめに】唾液腺導管癌は50歳以上の男性の耳下腺に好発する高悪性腫瘍で、全唾液腺腫瘍の1-2%と比較的稀である。今回、その中でも非常に稀な肉腫様成分を伴う唾液腺導管癌を経験したので報告する。

【症例】60歳男性。一週間前より軽度の嚥下困難を主訴とし近医を受診。頸部腫瘍を指摘され、当院へ紹介となった。MRIにて右顎下腺癌が疑われた。穿刺吸引細胞診では悪性と診断され、右顎下腺切除術およびリンパ節郭清が施行された。

【細胞診】壊死性背景に、多形性に富んだ異型の強い細胞が集塊状または散在性に出現していた。異型細胞は核腫大、クロマチン増加や核小体の腫大を示した。細胞質は豊富で好酸性を示し、一部にICLを認めた。また、紡錘形異型細胞も散在性に出現していた。

【組織診】内腔に壊死性物質をいれた管腔形成および索状、胞巣状構造を示す唾液腺導管癌成分と紡錘形細胞がびまん性に増殖する肉腫様成分が混在していた。一部では両成分に移行するような像もみられた。免疫染色では唾液腺導管癌成分はGCDFP-15, Androgen, HER2が陽性と典型的で、肉腫様成分はAE1/AE3が陽性を示すのみで、S-100やdesminは陰性で特定の肉腫への分化は示さなかった。以上より肉腫様変化を伴う唾液腺導管癌と診断した。

【まとめ】今回われわれは、非常に稀な、肉腫様成分を伴う唾液腺導管癌を経験した。唾液腺導管癌の細胞像に加えて、紡錘形異型細胞がみられる場合、本疾患の可能性がある。



## P-2-111 耳下腺穿刺吸引細胞診によって発見された悪性黒色腫の一例

小牧市民病院病理診断科

○藤田智洋(CT), 大隈潤子(CT), 山田真美子(CT),  
立花智子(CT), 安藤敏子(CT), 桑原恭子(MD)

【はじめに】悪性黒色腫はメラノサイト由来の悪性腫瘍で、皮膚、眼窩内組織、口腔粘膜上皮などに発生する。今回我々は耳下腺穿刺吸引細胞診にて悪性黒色腫と推定し得た症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。左耳下腫瘍を主訴に当院耳鼻咽喉科を紹介受診した。腫瘍の増大傾向があり、疼痛・熱感・顔面麻痺はなかった。頸部超音波検査にて、左耳下腺部に21.8×19.3×16.2mmの不均一な低エコー腫瘍を認め、穿刺吸引細胞診にて悪性と診断された。PETで左耳下浅葉腫瘍と肝臓左葉に集積が見られた。皮膚科にて左こめかみに15mm大の黒褐色斑を指摘され生検が施行された。

【細胞所見】左耳下腺穿刺吸引細胞診にて、N/C比大きく、核小体の腫大した類円形の異型細胞を多数認めた。細胞質にメラニン顆粒を認め悪性黒色腫と診断された。

【組織所見】皮膚生検では、周囲の色素が抜けている部位、中心部の黒色部位、それぞれで表皮内に核小体の目立つ腫大核をもった異型細胞の増生や、真皮にメラニンを含む細胞の浸潤を認めた。免疫組織化学的にS100、HMB-45陽性で悪性黒色腫と診断された。

【まとめ】悪性黒色腫が耳下腺穿刺細胞診より発見された症例である。耳下腺の悪性黒色腫はほとんどが頭部や頸部の皮膚からの転移とされている。今回の症例でもこめかみに原発巣が確認された。細胞診で特徴的なメラニン顆粒を認め、悪性黒色腫と診断したことから治療につながった。

## P-2-112 NILM に出現した角化型表層扁平上皮細胞の検討

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>1)</sup>, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座<sup>3)</sup>, 医療法人社団誠馨会病理センター<sup>4)</sup>, 株式会社サンリツセルコバ検査センター<sup>5)</sup>

○金田悦子(CT)<sup>1)</sup>, 松本 敬(CT)<sup>2)</sup>, 森川美雪(CT)<sup>1)</sup>,  
宇都宮忠彦(DDS)<sup>1,2)</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>1,2)</sup>,  
二谷悦子(CT)<sup>2)</sup>, 山本 泰(DDS)<sup>3)</sup>, 才藤純一(CT)<sup>4)</sup>,  
中平隆志(CT)<sup>5)</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1,2)</sup>

口腔内には、上皮内腫瘍病変、扁平上皮癌が発生し、近年増加傾向にある。また多くの粘膜疾患が存在する。これらに出現する角化型表層扁平上皮細胞を判定するためには正常粘膜(被覆粘膜, 咀嚼粘膜, 特殊粘膜)部位の扁平上皮細胞の特徴を認識することが重要と考えられる。

2015年11月にベセスダ分類に準ずる4段階評価(NILM・LSIL・HSIL・SCC)の新報告様式が設けられた。その中のNILMと判定される口腔内病変には、炎症性疾患として物理的・化学的刺激による潰瘍や、感染症(主にカンジダ感染症, ヘルペスウイルス感染症), oral potentially malignant disordersの扁平苔癬や白板症, 自己免疫疾患である尋常性天疱瘡や, 非上皮性腫瘍の疣贅性黄色腫などあり, これらの疾患に出現する細胞像を供覧し, それぞれの症例に出現する角化型表層扁平上皮細胞は, 上皮内腫瘍病変に出現する角化型表層異型扁平上皮細胞との鑑別困難な症例は少なくない。

今回我々は、口腔正常粘膜、特に歯肉、舌を対照検体とし、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、細胞診、組織診にて確定診断された症例で感染症10例、扁平苔癬5例、白板症5例、自己免疫疾患3例、腫瘍性病変3例、計26例と上皮内腫瘍性病変(LSIL)5例に出現する角化型表層異型扁平上皮細胞の出現形態について比較検討を行ったので報告する。

### P-2-113 LSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の検討 第 3 報

日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科<sup>1</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>2</sup>, 医療法人社団誠馨会病理センター<sup>3</sup>, 株式会社サンリツセルコバ検査センター<sup>4</sup>, 千葉西総合病院病理診断科<sup>5</sup>

○松本 敬(CT)<sup>1</sup>, 森川美雪(CT)<sup>2</sup>,  
宇都宮忠彦(DDS)<sup>1,2</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>1,2</sup>,  
金田悦子(CT)<sup>2</sup>, 二谷悦子(CT)<sup>2</sup>, 才藤純一(CT)<sup>3</sup>,  
中平隆志(CT)<sup>4</sup>, 大村光浩(MD)<sup>5</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1,2</sup>

口腔がん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 LSIL に出現する細胞は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。4 段階評価のブラッシュアップを目的として 2016 年日本臨床細胞学会春期大会ワークショップにおいて炎症性/腫瘍性異型の判定基準が問題化され、また 2016 年秋期大会ワークショップでは LSIL に出現する角化型表層異型扁平上皮細胞所見の検討が行われた。しかし LSIL 判定の根拠となり得る細胞所見の抽出には至らなかった。そこで 2017 年春期大会において症例数および細胞検査士の数を増やして LSIL の角化型表層異型扁平上皮細胞の再検討を行った。その結果を参考とし、出現する細胞の特徴、細胞質染色性、核形、クロマチン量をシェーマ化することにより出現細胞の形態がやや明確になりつつある。

今回我々は LSIL に出現する角化型表層異型扁平上皮のシェーマ化の醸成を目的とする。対象は前回の 40 症例中で判定的中率が高かった 26 症例(男性 14 例, 女性 12 症例)で平均年齢 64.3 歳, 発生部位 歯肉 16 例, 舌 5 例, 頬粘膜 4 例, 口蓋 1 例を用い、細胞質輝度・形、核形及び円形度に絞った。さらに画像解析を加えて LSIL 細胞の明確な判定基準作りを試みた。若干の知見を得たので報告する。

### P-2-114 HSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の検討 第 2 報

医療法人社団誠馨会病理センター<sup>1</sup>, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科<sup>2</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座<sup>3</sup>, 千葉西総合病院病理診断科<sup>4</sup>

○才藤純一(CT)<sup>1</sup>, 松本 敬(CT)<sup>2</sup>, 森川美雪(CT)<sup>3</sup>,  
宇都宮忠彦(DDS)<sup>2,3</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>2,3</sup>,  
二谷悦子(CT)<sup>3</sup>, 金田悦子(CT)<sup>3</sup>, 浮ヶ谷匡恭(CT)<sup>4</sup>,  
岩堀朋美(CT)<sup>4</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>2,3</sup>

口腔がんは近年増加傾向にあり、口腔・咽頭がん死亡推移は増加の一途を辿っている。現在、口腔の病理学的 WHO 分類では初期症状としての上皮内腫瘍性病変には軽度、中等度、高度異形成、及び上皮内癌が挙げられている。その段階の病変を早期発見することは非常に重要な事だといえるが、それには口腔がん検診が必要不可欠である。ようやく口腔領域の細胞診のガイドラインが 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。我々は第 58 回日本臨床細胞学会で角化型表層異型扁平上皮細胞の細胞所見を検討・報告した結果、口腔扁平上皮腫瘍の発育形態は特異的で HSIL に出現する角化型表層異型扁平上皮細胞の細胞所見を的確にとらえることが重要であることが示唆された。また、口腔細胞診鏡検の経験を問わずに数名の細胞検査士に HSIL 症例の細胞所見の観察および細胞判定を行った結果、正診率は 53.1%と低率であった。

今回我々は口腔細胞診経験豊富な細胞検査士に限定して、再び HSIL に出現する角化型表層異型扁平上皮細胞の詳細な検討を行った。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中等度異形成、高度異形成、上皮内癌、浸潤癌の 22 症例で、内訳は男性 9 例, 女性 13 症例, 平均年齢 61.0 歳, 発生部位は舌 14 例, 歯肉 8 例である。本研究は口腔細胞診の鏡検経験が高い細胞検査士による HSIL 所見の判定基準の明確化を目的とした。数名の細胞検査士により、22 症例のブラインドスクリーニングを行い、正診率及び HSIL 細胞の抽出を行った。興味ある知見を得たので報告する。

## P-2-115 腫瘍剖面の擦過細胞診材料にて診断し得た腹壁皮下組織に発生した子宮内膜症の1例

JR 広島病院診療部臨床検査科<sup>1)</sup>, 同診療部産婦人科 (現籍: 市立三次中央病院産婦人科)<sup>2)</sup>, 同診療部産婦人科 (現籍: JA 広島総合病院産婦人科)<sup>3)</sup>, 同診療部病理診断科<sup>4)</sup>, 同教育研修部<sup>5)</sup>

○井瀧真美(CT)<sup>1)</sup>, 安原眞由美(CT)<sup>1)</sup>, 清水丈明(CT)<sup>1)</sup>, 藤本英夫(MD)<sup>2)</sup>, 高本晴子(MD)<sup>3)</sup>, 中山宏文(MD)<sup>1,4,5)</sup>

【はじめに】帝王切開術創部近傍の腹壁軟部組織に発生した腫瘍を、剖面の擦過細胞診で、子宮内膜症と診断できた1例経験したので、文献的考察を含めて報告する。

【症例】40代前半の女性。以前の帝王切開術後より創部近傍の腹壁軟部組織に腫瘍が認められ、持続しているため、診断および治療目的で切除された。また、子宮頸部細胞診にてHSIL/CIN3と評価され、生検材料でHSIL/CIN3/高度異形成と診断されたため、同時に子宮全摘術が施行された。

【肉眼所見】摘出された腹壁腫瘍は皮下脂肪組織にみられ、大きさ2.8×2.8×2 cm、剖面は黄白色調で境界不明瞭であり、良性腫瘍および腫瘍類似病変の他、デスマイド腫瘍はじめ中間悪性度(intermediate (locally aggressive))腫瘍の可能性を否定できなかった。

【剖面擦過細胞像】大きい集塊が少数採取された。分岐を伴わない土管状の腺管がみられ、その辺縁に類円形核を有する細胞質の乏しい細胞が配列しており、非腫瘍性の子宮内膜組織と考えられた。

【病理組織診断】島状の子宮内膜組織が散見された。また、子宮内膜組織周囲に線維芽細胞が膠原線維を伴って束状に配列していた。以上より異所性子宮内膜症、特に腹壁子宮内膜症と診断された。なお、子宮体部に腺筋症はみられなかった。子宮頸部には術前に指摘されたHSIL/CIN3/高度異形成が確認された。

【まとめ】異所性子宮内膜症は擦過細胞診材料で、正常子宮内膜を採取することで診断を確定できる。臨床情報と細胞診で組織診断を待つ事なく、最終診断を下せることを強調したい。

## P-2-116 穿刺吸引細胞診で悪性が疑われた毛母腫の1例

群馬大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学<sup>2)</sup>, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学<sup>3)</sup>

○吉田玲佳(CT)<sup>1)</sup>, 竹瀧友弥(CT)<sup>1)</sup>, 星川里美(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤香織(CT)<sup>1)</sup>, 栗原康哲(CT)<sup>1)</sup>, 福田利夫(MD)<sup>2)</sup>, 佐野孝昭(MD)<sup>3)</sup>, 平戸純子(MD)<sup>1)</sup>, 小山哲也(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】毛母腫は良性の皮膚付属器腫瘍であり、小児の頭頸部や上肢に好発し、通常、確定診断は摘出材料で行われる。細胞診の対象となることは少なく、小型でN/C比高く裸核状細胞が目立つ場合は、細胞所見から偽陽性とされやすい。今回、穿刺細胞診で悪性が疑われた1例を報告する。

【症例】12歳、男性。2ヶ月前頃から左耳下部の無痛性腫瘍に気づき、穿刺吸引細胞診、腫瘍摘出術が行われた。

【細胞所見】炎症性細胞や壊死物質を背景にして、小型細胞で構成され、細胞密度が高く、結合性の緩い小集塊が散在性に分布し、一部では渦巻き状配列が見られた。核は類円形ないし短紡錘形で、クロマチン増量と核小体腫大を認めた。いわゆる小円形細胞腫瘍の可能性も考え、壊死と高い核密度から悪性を疑った。毛母腫などの皮膚付属器腫瘍やPNETも鑑別対象として報告した。

【肉眼・組織所見】径14×12 mmの線維性被膜を有する充実性腫瘍。腫瘍の大部分は好酸性の陰影細胞が占め、辺縁部には好塩基性細胞が認められた。石灰化や異物反応もみられた。

【まとめ】毛母腫の特徴的な細胞所見は、毛母細胞を模倣した好塩基細胞と核部分が空胞状に抜けた陰影細胞であり、背景には異物型多核巨細胞や石灰化が認められる。本症例の細胞診検体は、陰影細胞が少なく炎症性細胞や壊死を背景に、好塩基性細胞に相当する小型円形細胞が重積性集塊で多数認められたため、当初は悪性の可能性も考えた。小児の小円形細胞腫瘍の鑑別診断には臨床情報や付随所見が重要である。皮膚付属器腫瘍の細胞診は頻度が少なく診断が困難なことがあるが、年齢・発生部位を考慮し、鑑別点となる陰影細胞に着目することで毛母腫を診断することが可能である。

## P-2-117 Merkel cell carcinoma における intermediate filament buttons (IFBs) に関する検討

九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>1)</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>2)</sup>, 古賀総合病院検査技術部<sup>3)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>4)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>5)</sup>, 宮崎大学医学部内科学講座免疫感染病態学分野<sup>6)</sup>, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科<sup>7)</sup>

○荒武八起(PhD)<sup>1,2)</sup>, 清山和昭(CT)<sup>3)</sup>, 大野招伸(PhD)<sup>4)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>5)</sup>, 野村 創(PhD)<sup>6)</sup>, 岡山昭彦(MD)<sup>6)</sup>, 宮本朋幸(CT)<sup>1,2)</sup>, 葉師寺宏匡(該当なし)<sup>1,2)</sup>, 西森 誠(PhD)<sup>1,2)</sup>, 所司睦文(PhD)<sup>1,2)</sup>, 大澤幸希光(CT)<sup>7)</sup>, 西村篤乃(MD)<sup>1,2)</sup>, 大野節代(該当なし)<sup>1,2,7)</sup>, 大野英治(PhD)<sup>1,2,7)</sup>

Merkel cell carcinoma (MCC)の細胞内にみられる小円形構造物は、顕微鏡的に button-like fragment あるいは intermediate filament buttons (IFBs) として、電顕的には whorl あるいは plaque-like aggregate として報告されている。これらの構造物は、CK20 や neurofilament (NF) に対する抗体を用いた免疫染色によりドット状の陽性部位と一致しているなどの所見から、中間径フィラメントの凝集と考えられている。IFBs は、small-blue-round-cell tumor と総称される類似病変との鑑別に極めて重要な診断的マーカーとされているが、その出現率、出現機序などに関しては殆ど報告されていない。我々は上腕皮膚原発の MCC 患者胸水中細胞より株化した細胞における IFBs について、若干の知見を得たので報告する。本症例の原発巣である皮膚腫瘍の捺印標本中に IFBs を確認できた細胞は極めて少数であったが、胸水中 MCC 細胞には 1.2% 認めた。株化細胞においては、培養条件等によって約 1% から 30% の範囲で変動した。IFBs 出現は、培地交換なしに培養を続けた場合、培養日数とともに増加することから MCC 細胞へのストレスも要因の一つと考えられるが、詳細は不明である。IFBs は細胞分裂時も消えずに残存し、さらに分裂細胞の片方のみに移行するようにみえた。IFBs の出現率、出現機序に関する詳細は文献的に見出せないが、若干の考察を加えて報告する。

## P-2-118 細胞学的診断が難しかった増殖性筋膜炎の一例

がん研有明病院病理部<sup>1)</sup>, がん研有明病院病理細胞診セ<sup>2)</sup>

○神田浩明(MD)<sup>1,2)</sup>, 杉浦義弥(MD)<sup>1,2)</sup>, 古田則行(CT)<sup>2)</sup>, 高澤 豊(MD)<sup>1,2)</sup>, 河内 洋(MD)<sup>1,2)</sup>, 高松 学(MD)<sup>1,2)</sup>, 小松京子(CT)<sup>2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>2)</sup>, 町並陸生(MD)<sup>1,2)</sup>, 石川雄一(MD)<sup>1,2)</sup>

増殖性筋炎 (PM) ではいわゆるガングリオン様細胞 (GLC) は診断の根拠になる有力な細胞所見である。今回その評価が難しく、診断に難渋した PM の一例を経験したので報告する。症例は 50 代女性。

【既往歴】 ベーチェット病, 左乳癌, 左卵巣囊腫手術。

【主訴】 左大腿軟部腫瘍。

【現病歴】 左鼠径部に違和感が生じ 3 日後腫瘍を蝕知, 急速な腫脹, 疼痛が生じ, 歩行困難となった。近医受診後, 当院を紹介された。画像上, 左縫工筋内に 12.0×3.7×2.7 cm 大のびまん性に増生する巨大な腫瘍を認め, 違和感発症後 7 日目に針生検, 同 21 日に開放生検を施行した。同 4 月後のフォローアップ検査で腫瘍は消失, 現在に至るまで再発, 転移を認めない。

【細胞所見】 針生検時の塗抹では核小体が目立ち, 上皮様で時に 2 核の Rhabdoid cell (RC) の増生が目立ち, Rhabdomyoblast と GLC の鑑別が難しかった。周囲にやはり核小体が目立ち, 多形性は強くないがやや腫大した紡錘形細胞の増生がみられた。これら細胞が筋肉を分け入るように増生していた。横紋筋肉腫と PM の鑑別が難しかった。開放生検では RC は目立たなくなり, 多形性に乏しい長紡錘形細胞の単調な増生がみられた。

【組織所見】 針生検では筋肉を分け入るように Fibromyxoid な間質を伴って軽度核腫大を示す紡錘形細胞の増生が認められた。核分裂像多く, GLC が目立った。PM が疑われた。開放生検ではやはり筋間にびまん性に紡錘形細胞の増生がみられたが, 核腫大は減少し, GLC は目立たなくなった。以上より陳旧性 PM と診断した。

【まとめ】 細胞所見は難しかったが, 経過および組織所見は PM として典型的であった。多核細胞は有力な診断の手掛かりであるが時に判断が難しく, 慎重な対応が必要である。



## P-2-119 術前診断に苦慮した仙骨脊索腫の一例

日本医科大学付属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 日本医科大学付属病院整形外科<sup>2)</sup>, 日本医科大学統御機構診断病理学<sup>3)</sup>

○酒田美香(CT)<sup>1)</sup>, 大橋隆治(MD)<sup>1)</sup>, 北川泰之(MD)<sup>2)</sup>, 松原美幸(CT)<sup>1)</sup>, 渡曾泰彦(CT)<sup>1)</sup>, 石井英昭(MD)<sup>1)</sup>, 坂谷貴司(MD)<sup>1,3)</sup>, 内藤善哉(MD)<sup>1,3)</sup>, 清水 章(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】脊索腫は、主に軸骨格に発生する比較的悪性度の低い骨腫瘍であり、骨原発悪性腫瘍の約1~4%を占める。今回我々は、術前細胞診で診断に苦慮した仙骨部の脊索腫を経験したので報告する。

【症例】69歳女性、約1年前に転倒し臀部を打撲。その後も仙尾骨部領域に疼痛が持続するため当院受診。CT、MRIにて同部位に3cm大の腫瘤を認めた。臨床的に転移性腫瘍や脊索腫、骨巨細胞腫などが疑われ、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】軟骨基質背景に比較的小型の多形性~紡錘形の異型細胞集簇が見られた。発生部位から脊索腫を疑ったが、担空細胞の存在が明らかではなかったため、軟骨肉腫の可能性も示唆された。

【組織所見】切除標本では既存の骨組織に隣接して、結合組織に被覆された腫瘤を認めた。内部では豊富な粘液物を伴って、好酸性の胞体と小型で類円形の核を持つ異型細胞が索状~網目状に結合しながら増殖していた。細胞には空胞変性も見られた。免疫組織化学的にはAE1/3、EMA、S-100が陽性であり、脊索腫と診断した。

【まとめ】担空細胞が脊索腫の特徴的な細胞像とされているが、本例ではそれがなく、診断に苦慮した。今後、本例のような症例に遭遇した場合、どう診断すればよいのか、鑑別診断を含め過去の報告と比較しながら考察してみたい。

## P-2-120 Adamantinoma の一例

新潟大学医学部保健学科<sup>1)</sup>, 新潟大学歯学総合病院病理部<sup>2)</sup>

○須貝美佳(CT)<sup>1)</sup>, 岩瀨三哉(MD)<sup>1)</sup>, 高橋加奈絵(CT)<sup>2)</sup>, 池亀央嗣(CT)<sup>2)</sup>, 横山千明(CT)<sup>2)</sup>, 川口裕貴恵(CT)<sup>2)</sup>, 梅津 哉(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】Adamantinomaは歯原性腫瘍であるエナメル上皮腫に類似した組織像を示し、専ら脛骨に発生する極めて稀な骨腫瘍である。今回、針穿刺吸引細胞診で転移性骨腫瘍との鑑別が困難であったadamantinomaの1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性、半年ほど前から右下腿に腫瘤自覚し、当院整形外科に紹介受診。感染、癌転移、原発性骨腫瘍などを疑い、右脛骨骨腫瘍に対して針穿刺吸引細胞診を施行。さらに精査の過程で前立腺癌を指摘されたため、前立腺癌の骨転移または原発性骨腫瘍の疑いで生検組織診が施行された。

【細胞所見】背景の壊死物質とともに比較的均一な小型円形細胞の胞巣状集塊を多数認めた。少数、錯角化を示す異型細胞も混じていた。腫瘍細胞は圧排像を思わせる結合性を示していたことから、原発性骨腫瘍は否定的であると考えた。細胞所見から、小細胞癌、基底細胞癌、扁平上皮癌を疑った。

【組織所見】硝子様の間質を背景に腺管様あるいはシート状に増殖する上皮様細胞集塊を認めた。一部に扁平上皮への分化を認めた。これら腫瘍細胞は免疫組織化学染色では、ピメンチン、CK5/6、p63が陽性であった。一方、CK7、CK20、PSAは陰性であった。画像所見、組織所見、免疫組織化学的所見からadamantinomaと診断された。

【まとめ】極めて稀な骨腫瘍の一例を穿刺吸引細胞診標本で経験した。細胞像からは上皮性腫瘍が第一選択であったが、発生部位、臨床所見を考慮し、原発性腫瘍の可能性も考慮する必要があると考えた。

## P-2-121 未分化多形肉腫 (Undifferentiated pleomorphic sarcoma) と診断された心臓腫瘍の1例

国立研究開発法人国立循環器病研究センター臨床検査部<sup>1)</sup>, 国立研究開発法人国立循環器病研究センター病理部<sup>2)</sup>, 国立病院機構大阪医療センター臨床検査科<sup>3)</sup>

○片山真穂(CT)<sup>1)</sup>, 初山弘幸(CT)<sup>1)</sup>, 藤澤悠貴(CT)<sup>1)</sup>, 松山高明(PhD)<sup>2)</sup>, 眞能正幸(PhD)<sup>3)</sup>, 植田初江(PhD)<sup>2)</sup>

【はじめに】原発性心臓腫瘍は腫瘍の中でも非常にまれであり, そのほとんどは良性の粘液腫が占める. 悪性腫瘍は原発性心臓腫瘍全体の約25%で, 未分化多形肉腫 (Undifferentiated pleomorphic sarcoma; 以下UPS) はその内の5%以下とされる.

【症例】20代女性. 急性心不全で緊急入院となり, 心臓超音波検査で左房後壁から僧帽弁後尖にかけて3cm大の腫瘤を認め, 高度の僧帽弁狭窄を伴っていた. 左房粘液腫の疑いで緊急手術となり, 術中迅速組織診及び捺印細胞診が施行された.

【肉眼所見】大きさ3.3×3.8×2.0cm, 重量10.82g. 表面は比較的平滑で光沢があり, 乳白色～白色調の弾性硬で, 断面は一部出血が見られた.

【細胞所見】腫瘍捺印. 背景に少数の好中球が見られ, 小型～大型で紡錘形及び多形性を示す異型細胞が孤立散在性に認められた. 核クロマチンは顆粒状～濃染しており, 大型核小体を有する細胞も見られた.

【組織所見】紡錘形及び多形性を呈する異型細胞が束状, 花むしろ状に増殖しており, 多数の核分裂像が見られた. 異型多核巨細胞や淡い泡沫状の細胞質を有する類上皮様を示す細胞も見られた. 免疫染色は vimentin がまん性に陽性,  $\alpha$ -SMA・desmin・CD31・MDM2 がごく一部陽性 (1%以下), CDK4・CD99 一部陽性, h-cadherin・CD34・AE1/AE3・S-100・CD68 陰性, MIB-1 index 約10%. 大部分で明らかな分化方向を示さず, 腫瘍細胞の高度の多形性, 多数の腫瘍性巨細胞, 壊死を伴うことから, 心臓腫瘍 WHO 分類(2015)のUPSと診断された.

【まとめ】臨床所見では最も頻度が高い粘液腫が疑われたが, 術中迅速組織診や細胞診で悪性像を認めるも組織型までは断定できず, 肉腫と判定された. 固定後の免疫染色で他の疾患を除外することでUPSと診断された.

## P-2-122 胸膜に発生した肺類上皮血管内皮腫の一例

産業医科大学医学部第1病理学

○津田陽二郎(MD), 松山篤二(MD), 小原光祥(CT), 岡ハル子(CT), 佐藤 斉(CT), 藤原 仁(CT), 久岡正典(MD)

【はじめに】類上皮血管内皮腫 (EHE) は肺・肝・骨などに好発する悪性血管系腫瘍で, 多くは WWTRI-CAMTA1 融合遺伝子を有する. 今回我々は, 胸膜に発生した EHE を経験したので, 細胞像を中心に報告する.

【症例】62歳男性. 息切れを主訴に近医受診し, 胸部単純X線で右胸水を指摘された. CTで右肺上葉縦隔側に7cm大の軟部影を認め, 全周性の胸膜肥厚を伴っていた. 肺癌や中皮腫が疑われ, 胸膜生検の後, 開胸右胸膜肺全摘, 心膜・横隔膜合併切除が行われた. 胸壁の遺残腫瘍に対し術後放射線治療が行われたが, 胸水に加え腹水中にも腫瘍細胞の出現があり, 現在も治療中である.

【細胞所見】手術検体からの捺印細胞診では, 淡い細胞質を有し結合性の弱い円形ないし短紡錘形の細胞が孤立性あるいは小集塊状に出現していた. 核は偏在性で細顆粒状のクロマチン, 明瞭な小型の核小体を入れていた. 好赤血球やその破砕物を入れた細胞質内空胞を伴う細胞も少数確認された. 治療後に出現した腹水中にも同様の細胞が認められた.

【病理組織所見】線維性結合織内に多稜形ないし短紡錘形の異型細胞が索状に増殖し, 細胞質内空胞を有する細胞が散見された. 腫瘍細胞は胸膜を広範に浸潤し, 肺実質への進展はごく軽度であった. 免疫組織化学的に, 腫瘍細胞は内皮マーカー (CD31, CD34, ERG, D2-40) が陽性でサイトケラチンは一部に陽性であったが中皮マーカー, 肺腺癌のマーカーはいずれも陰性であった. 腫瘍細胞の核にCAMTA-1がびまん性に発現していた.

【結語】胸膜発生のEHEは他部位のものに比し予後が悪く, 正確な診断が望まれる. 細胞診の役割が大きく, 細胞質内空胞や小型の核小体はEHEを疑う手がかりとなり得る.

## P-2-123 膀胱微小乳頭型尿路上皮癌の1例

香川大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 高松赤十字病院病理科部<sup>3)</sup>

○片倉和哉(CT)<sup>1)</sup>, 松永 徹(CT)<sup>1)</sup>, 宮本加菜(CT)<sup>1)</sup>, 郷田 衛(CT)<sup>1)</sup>, 大通清美(CT)<sup>1)</sup>, 本山睦美(CT)<sup>1)</sup>, 井上耕佑(MD)<sup>2)</sup>, 伊吹英美(MD)<sup>2)</sup>, 石川 亮(MD)<sup>2)</sup>, 香川聖子(MD)<sup>2)</sup>, 佐々木真紀子(MD)<sup>2)</sup>, 門田球一(MD)<sup>2)</sup>, 香月奈穂美(MD)<sup>3)</sup>, 串田吉生(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】膀胱微小乳頭型尿路上皮癌は、卵巣の漿液性腺癌に類似した微小乳頭状構築を特徴とする浸潤性尿路上皮癌である。膀胱悪性腫瘍の約1%を占める腫瘍で、発症年齢は高齢者の男性に多い。通常型尿路上皮癌に比べ予後不良とされている。今回我々は膀胱原発の微小乳頭型尿路上皮癌の1例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】70代、男性。腎機能低下で当院腎臓内科に紹介された。画像所見より膀胱右壁肥厚と右水腎症が指摘され、泌尿器科を受診。自然尿細胞診で疑陽性、膀胱鏡で右壁中心に結節型腫瘍が認められたため、TUR-BTが施行され、Invasive urothelial carcinoma, high grade と診断した。その後、膀胱全摘術と回腸導管造設術が施行された。

【細胞所見】炎症性背景に比較的密な結合性を有する小型集塊が孤立散在性に出現していた。小型集塊の一部では、空胞を伴う広い細胞質で、偏在核を有する腺房様構造もみられた。核の大小不同、核形不整は軽度であるが、N/C比が高く、核クロマチンは増量し、明瞭な核小体も認められた。

【組織所見】膀胱全摘後の組織像では低分化な癌細胞が小胞巣状や微小乳頭状にびまん性に浸潤増殖していた。癌は膀胱周囲脂肪組織に浸潤し、精囊や前立腺尿道周囲間質にも浸潤を認めた。リンパ節転移も認められた。腫瘍内では微小乳頭状構築が主体であったことから、Invasive urothelial carcinoma, micropapillary variant, high grade と診断した。

【まとめ】膀胱微小乳頭型尿路上皮癌は稀な腫瘍であり、通常型尿路上皮癌と鑑別困難であることが多い。細胞診で粘液がみられず、空胞を伴う腺房様構造が小型集塊で一部にみられた場合は、微小乳頭型の存在も念頭に置くことが重要と考える。

## P-2-124 リンパ腫様型/形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室<sup>1)</sup>, 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院臨床病理検査科<sup>2)</sup>

○安部拓也(CT)<sup>1)</sup>, 玉城真太(CT)<sup>1)</sup>, 西山純司(CT)<sup>1)</sup>, 立岩友美(CT)<sup>1)</sup>, 豊嶋憲子(CT)<sup>1)</sup>, 奥蘭 学(CT)<sup>1)</sup>, 大内清子(MD)<sup>2)</sup>, 笹栗毅和(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】リンパ腫様型/形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌(Urothelial carcinoma of special type, lymphoma-like/plasmacytoid variant)は浸潤性尿路上皮癌の3%未満と稀な亜型である。今回我々はリンパ腫様型/形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】74歳男性。尿細胞診疑陽性のため当院泌尿器科を紹介受診。膀胱鏡にて頸部～前立腺部尿道にかけて乳頭状腫瘍、右尿管口奥に有茎性非乳頭状腫瘍を認めた。

自然尿細胞診にてClassV: Urothelial carcinoma, high grade, また、TUR-BTにおいて悪性と診断され、右尿管全摘術および膀胱全摘術が施行された。

【細胞所見】血性背景に淡明～好酸性の細胞質を有した核偏在性の異型細胞が孤立散在性、一部小集塊を形成して出現していた。核クロマチンは細顆粒状、明瞭な大型核小体を1～複数個有していた。一部では細胞質内空胞も認められた。

【組織所見】膀胱では相互の結合性に乏しい、比較的小型な好酸性腫瘍細胞が充実状或いは散布状に浸潤性増殖し、筋層進展を伴っていた。腫瘍細胞はリンパ腫様或いは形質細胞様の形態を示していた。また、一部では上皮内癌変化も認められた。尿管の結節状隆起部では同様の腫瘍細胞が充実状に増殖していた。免疫組織化学染色にて、腫瘍細胞はAE1/AE3, CD138が陽性、LCA, CD3, CD20が陰性であった。以上よりInvasive urothelial carcinoma of special type, lymphoma-like/plasmacytoid variant, G3, pT3, INFb<c, ly1, v1, ur0と診断された。

【まとめ】本亜型は腹腔内進展をきたす頻度が高く、通常型尿路上皮癌と比べ予後不良とされている。尿細胞診で本亜型の断定は難しいが、孤立散在性に形質細胞様の異型細胞を認める際には、本亜型の可能性を臨床に提示する事が重要であると考えられる。

## P-2-125 膀胱に原発した小細胞癌の 2 例

兵庫県立柏原病院検査・放射線部

○東 恭加(CT), 堀越裕子(CT), 岸上明美(CT),  
石橋万亀朗(CT), 鷹巣晃昌(MD)

【はじめに】膀胱原発の小細胞癌(以下, Smcc)の発生頻度は約 0.5%と稀であり, 他の尿路悪性腫瘍に比べ予後不良とされている。今回我々は, 自然尿中に見られた Smcc を 2 例経験したので報告する。1 例は自然尿細胞診にて尿路上皮癌(以下, UC)の診断であった。

【症例 1】78 歳女性。本年 4 月に肉眼的血尿で当院泌尿器科を紹介受診。膀胱鏡で複数の腫瘍が認められた。自然尿細胞診で悪性, TUR-Bt を行い, Smcc と診断された。【細胞所見】血性背景に N/C 比増大, クロマチン増量, 核形不整のある異型細胞集塊と N/C 比の非常に高い小型異型細胞を認めた。小型異型細胞集塊の一部には木目込み状や索状の配列を認め, UC が併存する Smcc を強く疑った。【組織所見】異型の強い小型細胞が顕著に増殖し Smcc と診断された。他の部位には尿路上皮内癌を認めた。

【症例 2】79 歳男性。10 年以上前より近医の泌尿器科に通院。肉眼的血尿があり膀胱鏡で腫瘍を認めたため, 本年 6 月に当院泌尿器科を紹介受診。CT, MRI 検査にて浸潤性膀胱癌が疑われた。自然尿細胞診で悪性, TUR-Bt を行い, Smcc と診断された。【細胞所見】炎症性背景に N/C 比増大, クロマチン増量を示す異型細胞を認め UC を疑った。中に N/C 比が非常に高く核異型を伴った小型細胞も集塊状に出現していた。核小体の明瞭な細胞や核の偏在する細胞がみられ, 核の圧排像は乏しかった。【組織所見】高異型度 UC と, 異型の明瞭な単核多稜形細胞が充実性胞巣や索状配列などを呈して浸潤性に増殖していた。免疫染色の結果 Smcc と診断された。

【まとめ】膀胱原発の Smcc は UC と併存してみられることが多い。Smcc を早期に診断し適切な治療を選択するために, 一般的な UC の他, Smcc の存在も常に念頭に置く必要がある。

## P-2-126 膀胱に発生した Nephrogenic adenoma/metaplasia の 1 例

自治医科大学附属さいたま医療センター

○河野哲也(CT), 中村啓子(CT), 織田聖月(CT),  
細田健太(CT), 猪山和美(CT), 山田茂樹(MD),  
田中 享(MD)

【はじめに】今回我々は, 膀胱に発生した Nephrogenic adenoma/metaplasia を経験したので報告する。

【症例】60 歳代, 女性。既往歴は特記する事項なし。現病歴は, 2 年前に膀胱癌にて TUR-Bt を施行し, UC G1-G2, INFa, pTis, LV10 と診断された。その後, BCG 療法を 2 回(4 クールと 2 クール)施行されている。

【細胞所見】清明な背景に扁平上皮細胞を主体とする細胞像であった。その中に核腫大を呈する核偏在細胞が多く認められた。核縁の肥厚や核形の不整はなく, 均一で増量のない核クロマチンを呈し, 小さな核小体を認めた。細胞質縁は, 明瞭なものや不明瞭であった。細胞質には空胞を認め, 顆粒状を呈する細胞も認めた。以上のことから, 尿細管上皮に類似する細胞が多くみられ, nephrogenic adenoma に由来する細胞も考慮すべきと考えたが, 悪性所見は認められず, 陰性と報告した。

【組織所見】膀胱左側壁に 3 mm 大と後壁に 5 mm 大の乳頭状病変が認められ, TUR-Bt が施行された。粘膜は polypoid 状で, 上皮結合織に一層の立方上皮からなる多数の腺管様構造を認め, エオジン好性の細胞質を呈していた。間質は浮腫状で炎症細胞浸潤を伴っていた。一部, hobnail 状の細胞が認められたが, 核異型は弱く, 核分裂像もみられなかった。以上の所見から nephrogenic adenoma/metaplasia と診断された。

【まとめ】膀胱癌の治療経過中に膀胱左側壁と後壁に発生した Nephrogenic adenoma/metaplasia の尿細胞像と組織像を報告した。組織学的には, ほぼ定型と考えられたが, 細胞学的に判定するのは困難と思われる。ただ, 腫大した核偏在細胞が多くみられ, 尿細管上皮としては出現量が多く, 腺様細胞を見落とさないことが重要と思われた。



## P-2-127 形質細胞様尿路上皮癌の一例

県立宮崎病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 県立宮崎病院病理診断科<sup>2)</sup>

○若松亜弥(CT)<sup>1)</sup>, 長友明彦(CT)<sup>1)</sup>, 木田裕子(CT)<sup>1)</sup>,  
原口朋子(CT)<sup>1)</sup>, 杭野晃子(MT)<sup>1)</sup>, 島尾義也(MD)<sup>2)</sup>,  
丸塚浩助(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膀胱の尿路上皮癌の中で、形質細胞様亜型 plasmacytoid variant は稀で、浸潤傾向が強く予後不良とされている。今回我々は、長年に渡る経過の中で形質細胞様亜型尿路上皮癌と診断された一例について、経過中の尿細胞診の再検討を踏まえ報告する。

【症例】80代男性。死亡23年前に非浸潤性膀胱癌と診断され経過観察されていた。死亡4年前、死亡1年前と6ヶ月前に尿細胞診陽性であったが、膀胱鏡で異常所見が認められなかった。死亡2か月前に画像検査にて多発骨転移を認め、膀胱鏡にて膀胱頸部の30mm大の結節性広基性腫瘍が認められた。TUR-Btが施行され、高悪性度浸潤性尿路上皮癌と診断された。死亡2週間前よりDICを併発し死亡、病理解剖が行われた。低分化(形質細胞様)癌の多臓器転移が認められた。それらの腫瘍細胞はGATA3陽性、CA19-9陽性、CD138陽性を示し、形質細胞様尿路上皮癌と診断された。

【細胞診の再検討】過去に陽性、疑陽性と診断した尿細胞診を再検討した結果、数年前から尿細胞診陽性とされていたものは、切れ込み様の核形不整などの核異型を有する細胞が認められた。死亡直前の検体には上記の細胞に加え、N/C比の高い異型細胞が孤立散在性に出現し、それらは核偏在性で核縁の肥厚・不整は目立たず、小型の核小体を有した形質細胞様尿路上皮癌由来の細胞が混在していた。

【まとめ】尿細胞診において高悪性度浸潤性尿路上皮癌に混在して、形質細胞様の異型細胞を認める場合があり、注意する必要があると考えられた。

## P-2-128 尿中に腫瘍細胞を認めた回腸原発悪性リンパ腫の1例

成田富里徳洲会病院病理

○加藤 拓(CT), 福本 学(MD)

【はじめに】回腸原発悪性リンパ腫の進展では通常、尿中に腫瘍細胞が出現することはまれである。今回我々は腫瘍部と膀胱が癒着し、腫瘍進展が疑われていた症例で、尿細胞診により腫瘍細胞を認めたので報告する。

【症例】81歳、男性。食欲不振、体重減少などを主訴に来院。腹部CTで腸間膜リンパ節の腫大と小腸腫瘍が疑われた。さらに小腸穿孔疑いもあり腫瘍切除術が行われた。術後3週間経って尿細胞診検体が提出された。

【尿中細胞診】尿中には軽度の大小を示す小型円形異型細胞が多数散在して見られた。強い細胞変性を示したが、N/C比が高く、核形不整、クビレ、時に核小体が見られた。また、メイ・ギムザ染色にて好塩基性の細胞質を有しておりリンパ球系が示唆された。Class 4とし、悪性リンパ腫の細胞が疑われた。セルブロックを作製し、L-26の免疫染色を行ったところ多数の異型細胞に陽性が見られた。

【小腸腫瘍の組織診断】腫瘍は回腸部に穿孔を示して認められ、漿膜面にも進展していた。腫瘍細胞はリンパ球系で、核は小型であるがクビレのあるものがみられた。免疫組織所見はL-26、bcl-2に陽性。CD3、CD5、CD10、CYC-D1陰性を示した。Diffuse large B cell lymphomaと診断された。

【まとめ】尿中から悪性リンパ腫の細胞が出現することはまれである。その要因として膀胱を含む尿路系臓器原発の悪性リンパ腫の頻度が極めて低いこと。また、細胞形態が高異型度尿路上皮癌との鑑別が難しいことがあげられる。本症例が診断できたのは小腸腫瘍の膀胱浸潤が疑われていたこと、尿中の異型細胞は多数認められ、メイ・ギムザ染色でリンパ球系が示唆されたことなどがあげられる。

### P-2-129 BCG failure 症例の自然尿細胞診に出現する異型細胞の形態学的検討

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3)</sup>, さぎやま泌尿器クリニック<sup>4)</sup>

○森山拓人(MT)<sup>1)</sup>, 渡邊壽美子(PhD)<sup>2)</sup>,  
軍場麻紀(MT)<sup>1)</sup>, 鷺山和幸(MD)<sup>4)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>2,3)</sup>,  
杉島節夫(PhD)<sup>2)</sup>

**【目的】**筋層非浸潤性膀胱癌(NMUC)は, 経尿道的膀胱腫瘍切除術(TURBT)後, 再発等と防ぐ目的でBCG膀胱注療法等が行われる。しかし近年BCG療法効果が殆ど見られない予後不良(BCG failure)群の存在が問題となっている。我々はこれまで核クロマチン分布が細胞周期を反映することを報告し, その客観的評価法としてImageJを用いたRadial Distribution(RD)値を開発してきた。今回, 膀胱癌治療前後の自然尿細胞診において, RD値が再発予測やBCG療法効果判定に有用であるかを検討した。

**【方法】**病理組織学的にNMUCと診断され, その後follow upをしている4症例を対象とした。BCG療法終了後から現在まで膀胱鏡にて, 臨床的に腫瘍が観察されないまま経過している症例を非再発症例とし, 病理組織学的に再度UCが確定した症例を再発症例とした。これらの症例の自然尿細胞診Pap.染色標本中に出現しているN/C比0.6以上かつ細胞長径15 $\mu$ m以上の尿路上皮細胞(異型細胞)をデジタル化し, RD値を測定した。

**【成績】**4症例の平均年齢は69.25歳(60-75), 男性4名であった。非再発症例は3症例(膀胱注療法後平均観察期間54.3ヶ月), 再発症例は1症例(膀胱注療法後観察期間4ヶ月)であった。初診時自然尿細胞診標本に出現していた異型細胞のRD値は, 非再発症例(3症例:細胞数58)が $2.04 \pm 5.16$ , 再発症例(1症例:細胞数42)が $-45.00 \pm 4.39$ となり, 有意差がみられた( $p < 0.01$ )。

**【結論】**RD値を使用することにより, 初診時自然尿細胞診に再発等を予測する異型細胞が出現している可能性が示唆された。さらに症例を追加して報告する。

### P-2-130 尿路上皮型前立腺粘液性腺癌の1例

新潟県立がんセンター新潟病院病理部<sup>1)</sup>, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>2)</sup>

○川崎 隆(MD)<sup>1)</sup>, 内田克典(MD)<sup>2)</sup>, 土田美紀(CT)<sup>1)</sup>,  
齋藤美沙紀(CT)<sup>1)</sup>, 神田真志(CT)<sup>1)</sup>, 林 真也(CT)<sup>1)</sup>,  
畔上公子(CT)<sup>1)</sup>, 北澤 綾(CT)<sup>1)</sup>, 弦巻順子(CT)<sup>1)</sup>,  
豊崎勝実(CT)<sup>1)</sup>, 川口洋子(CT)<sup>1)</sup>, 小林由美子(CT)<sup>1)</sup>,  
木下律子(CT)<sup>1)</sup>, 桜井友子(CT)<sup>1)</sup>, 本間慶一(MD)<sup>1)</sup>

**【症例】**66歳, 男性。尿閉を主訴に前医受診。直腸診で前立腺右葉に大きい腫瘤を触知し, PSAは0.186ng/mlであった。画像上非典型的な前立腺腫瘍で当院紹介となった。前立腺生検では, 全coreに高円柱状の粘液産生性細胞からなる腺癌を認め, 細胞外粘液が豊富で, 導管内進展を伴っていた。粘液内には遊離し一部変性した腫瘍細胞が多く見られた。CK7(+), CK20(+/-), 34 $\beta$ E12(+), Uroplakin II(-), GATA3(+/-), CDX2(+/-),  $\beta$ -catenin(膜に+), PSA(-), AR(+/-), AMACR(+/-), prostein(-), PSMA(+/-), nkx3.1(+/-)であった。経尿道的に切除された前立腺部尿道の腫瘍には, 上皮内病変を認め, 尿道由来の腺癌が前立腺に進展したと考えられた。その後化学療法が行われたが, 前立腺病変の増大と多発肺転移, 多発リンパ節転移を認め現在は無治療経過観察となっている。

**【細胞像】**初診時の尿細胞診は背景出血性で, 腫瘍細胞は小集塊から孤在性に出現していた。核は類円形で腫大し, 核クロマチンの増量, N/C比大で, 核形不整があり, 核偏在傾向を認めた。細胞質は泡沫状であった。一部細胞では長軸方向に長い核で, 細胞質はOG好性であった。「悪性」と判定したが, 組織型推定は難しく特定はしなかった。

**【まとめ】**本例は, 臨床・病理所見からmucin-producing urothelial-type adenocarcinoma of prostate(MPUAP)と診断した。MPUAPは前立腺部尿道または近位部前立腺導管の尿路上皮由来とされ, 粘液湖と粘液産生悪性細胞の裏打ちが特徴である。主訴は尿閉が多く, PSAは低値で, 進行は早く予後は悪い。これまで英文で22例の報告があるが, 本症例では興味深いことに尿路上皮の他に前立腺の性格も有していた。

### P-2-131 尿細胞診に腫瘍細胞が出現したセミノーマの一例

福島県立医科大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 福島県立医科大学病理病態診断学講座<sup>2)</sup>

○村越政仁(CT)<sup>1)</sup>, 菅野寿也(CT)<sup>1)</sup>, 山谷幸恵(CT)<sup>1)</sup>,  
赤城美代子(CT)<sup>1)</sup>, 喜古雄一郎(MD)<sup>1,2)</sup>,  
鈴木 理(MD)<sup>1,2)</sup>, 田崎和洋(MD)<sup>1,2)</sup>,  
橋本優子(MD)<sup>1,2)</sup>

【緒言】精巣外原発セミノーマは稀で、前立腺原発は数例の報告のみである。更に、尿細胞診での報告は精巣内外原発を含め極少数である。今回、尿細胞診で確認出来た前立腺原発セミノーマ症例を経験したので報告する。

【症例】28歳男性。不妊を主訴に近医受診し、無精子症・両側精巣容積低下を指摘され、当院に紹介された。画像で前立腺に嚢胞を有する充実性病変、軟性鏡で尿道の乳頭状腫瘍が指摘された。精巣やその他諸臓器に病変を認めなかった。尿細胞診は悪性であり、前立腺、尿道生検からセミノーマと診断された。

【尿中細胞所見】少量の炎症細胞を背景に、緩い結合性の集塊～弧在細胞性に異型細胞を認めた。異型細胞は、明るく抜けた淡明な細胞質と、核小体明瞭で粗造にクロマチンが増量した不整核を有していた。悪性と判断したが組織型の確定に至らなかった。残余検体からセルブロックを作製した。

【前立腺、尿道生検組織所見】シート状、胞巣状配列を示す腫瘍細胞が浸潤性に増殖していた。腫瘍細胞は核小体明瞭で大型不整核と淡明な胞体を有し、背景にリンパ球が見られた。

【免疫染色】生検組織では、c-kit, D2-40が陽性、PALP, CD30, AE1/3, AFP, hCGが陰性を示した。以上よりセミノーマと診断された。また尿セルブロックでも同様の結果を得た。

【まとめ】稀少な前立腺原発セミノーマを尿細胞診で経験した。細胞診では、セミノーマの特徴とされる腫瘍細胞とリンパ球の2相性を欠くなど、セミノーマの確定には至らなかった。しかし、稀で特異である幼若な細胞が出現しており、セミノーマを鑑別に挙げ十分に検討する重要性が示唆された。確定には免疫染色が有効である。

### P-2-132 胸水で好酸性細胞質封入体を認めた高異型度尿路上皮癌の1例

川崎医科大学総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 神戸常磐大学保健科学部医療検査学科<sup>2)</sup>

○成富真理(CT)<sup>1)</sup>, 畠 榮(PhD)<sup>2)</sup>, 物部泰昌(MD)<sup>1)</sup>,  
高須賀博久(CT)<sup>1)</sup>, 日野寛子(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】胸水で好酸性細胞質封入体を認めた尿路上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60代、男性。脳梗塞で経過観察中、尿潜血持続。CTで、右腎盂尿管移行部から上部尿管に造影効果を示す壁肥厚を認めたが、膀胱や左尿管に腫瘍はみられなかった。尿細胞診で尿路上皮癌と診断、右腎尿管全摘術が施行された。約1年後、右胸水貯留し細胞診を行った。

【術前自排尿細胞所見】赤血球、炎症細胞とともに、尿路上皮由来異型細胞が集合性および散在性に出現していた。これらの細胞はN/C比大、核腫大、核形不整、核クロマチン増量していた。

【右腎尿管全摘術】腎盂から上部尿管にかけて、黄白色調で21×12×2mm大の結節状・広基型病変がみられた。尿路上皮に類似した異型細胞が胞巣状、索状、孤立性に浸潤増殖していた。尿路上皮癌、高異型度(G3)と診断した。

【右胸水細胞所見】赤血球、炎症細胞とともに、異型細胞が散在性あるいは集塊状に認められた。散在性細胞は、小～中型、類円形均一、細胞質淡明、時に空胞やライトグリーンに濃染する約5μm大の好酸性細胞質内封入体が見られた。核は類円～楕円形、時に不整で偏在していた。集塊を構成する細胞は、軽度核腫大、細胞質淡明、空胞を認めたが、好酸性細胞質封入体はなかった。胸水のセルブロック標本作製し、免疫組織化学的染色を行った。散在性細胞はE-cadherin, MUC1陽性、CK20陰性。集塊で出現している細胞は、E-cadherin, MUC1陽性、CK20一部陽性であった。好酸性細胞質封入体はLaminin, MUC1強陽性、CK20陰性であった。

【まとめ】高異型度尿路上皮癌の胸腔播種症例で、細胞質に基底膜成分からなる好酸性封入体を有する症例を経験したので細胞像を中心に報告した。

### P-2-133 細胞診が診断の契機となった腎臓原発扁平上皮癌の一例

市立釧路総合病院検査科<sup>1)</sup>, 市立釧路総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 札幌医科大学医学部病理学第二講座<sup>3)</sup>

○田畑聡美(CT)<sup>1)</sup>, 小関孝之(CT)<sup>1)</sup>, 小笠原淳(CT)<sup>1)</sup>, 中野勝彦(CT)<sup>1)</sup>, 守田玲奈(MD)<sup>2)</sup>, 高澤 啓(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】上部尿路に発生する扁平上皮癌は比較的稀だが、腎臓に発生する扁平上皮癌は極めて稀である。今回、細胞診が診断の契機となった腎臓実質原発の扁平上皮癌を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。乳癌の既往あり。下腹部の違和感を主訴に当院泌尿器科受診し、膀胱炎として治療を受けた。症状はやや軽快したが発熱は持続し、諸検査で右腎膿瘍が疑われた。膿瘍液の細胞診で扁平上皮癌細胞が見られ転移の可能性を示唆したが、右腎臓以外に腫瘍は見られず右腎尿管摘出術が施行された。

【細胞所見】膿瘍液の細胞診では多数の好中球を背景に、類円形、多辺形、線維型と多彩な形態を示す細胞を多数認めた。細胞質は肥厚し、ライトグリーン、オレンジGに強く染まっていた。クロマチンは濃縮状から粗顆粒状でゴースト細胞も見られた。以上の所見から扁平上皮癌とし、転移の可能性を示唆した。

【肉眼および組織所見】腎実質に5cm大の白色結節性病変を認めた。組織学的に核小体明瞭で類円形から不整形な核と豊富な好酸性胞体を有する異型細胞がシート状、胞巣状に増殖しており、非腫瘍性の尿路上皮下へ広範囲に浸潤していた。作製した標本の範囲内に尿路上皮癌成分は見られず、腎盂にも明らかな腫瘍細胞は見られなかった。以上から、腎臓実質原発の扁平上皮癌と診断された。

【まとめ】腎臓原発の扁平上皮癌は極めて稀な腫瘍であるが、細胞像から扁平上皮癌と診断することは容易である。結石や慢性炎症を伴っていることが多いとされるが、本症例のように細胞診の結果が診断の契機となり得るため、腎臓原発の扁平上皮癌も念頭に置き鏡検する必要があると考えられた。

### P-2-134 傍精巣に発生した横紋筋肉腫の1例

県立宮崎病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 県立宮崎病院病理診断科<sup>2)</sup>

○長友明彦(CT)<sup>1)</sup>, 木田裕子(CT)<sup>1)</sup>, 若松亜弥(CT)<sup>1)</sup>, 原口朋子(CT)<sup>1)</sup>, 杭野晃子(MT)<sup>1)</sup>, 鳥尾義也(MD)<sup>2)</sup>, 丸塚浩助(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】小児の横紋筋肉腫の発生は小児がんの約3%を占めるに過ぎない。今回我々は、傍精巣に発生した横紋筋肉腫を経験したので報告する。

【症例】患者は13歳、男性。4月中旬に右陰囊の腫脹に気づき近医受診。精査目的で当院泌尿器科を紹介受診。初診時の生化学・血液・尿検査に特記事項はなかったが、画像診断で精巣腫瘍や軟部腫瘍が疑われるため入院。細胞診でも悪性が疑われ、高位精巣摘除が施行された。組織診でEmbryonal rhabdomyosarcoma(ERMS)と診断された。

【細胞所見】腫瘍内嚢胞様の部分から吸引した血性検体をすり合わせ法によりパパニコロウ標本とメイギムザ標本を作製。また、検体の残りをLBC法(SurePath)にて処理した。小型リンパ球を主とする多数の白血球や中皮細胞、マクロファージを背景に、核は小型リンパ球の3~5倍の大きさで、N/C比が高くほぼ裸核状の細胞が小型集塊で出現。不規則に重積し、核形不整、クロマチン増量を認めた。なお、横紋筋は確認できなかった。後日、LBC標本における免疫細胞化学染色にてデスミン陽性を認めた。

【組織所見】腫瘍は58mm×41mm、広い好酸性細胞質を有する多角形や大型紡錘形細胞を認めた。大型核と明瞭な核小体、分化する筋線維を伴い、細胞質にははっきりと横紋が確認できた。時に巨細胞も混在していた。また、分裂像がしばしば見られた。一部に狭い細胞質や大型でクロマチンが増量する結合が疎な細胞がびまん性に増殖していた。免疫組織学的にDesmin(+), P53(+), SMA(-)を示し、MIB-1は陽性率は50%以上であった。

【まとめ】術前細胞診検査にてERMSの1例を経験した。文献的考察を加えて報告する。



## P-2-135 Nephroblastoma の 1 例

東邦大学医療センター大森病院病院病理部<sup>1</sup>, 東邦大学医療センター大森病院小児科<sup>2</sup>, 東邦大学医療センター大森病院病理診断科<sup>3</sup>

○石井真由美(CT)<sup>1</sup>, 三宅洋子(CT)<sup>1</sup>, 篠崎 稔(CT)<sup>1</sup>, 本山みどり(MD)<sup>2</sup>, 松岡正樹(MD)<sup>2</sup>, 密田垂希(MD)<sup>3</sup>, 澁谷和俊(MD)<sup>1</sup>

今回我々は Nephroblastoma(腎芽腫)を経験したので、捺印細胞像を代表的小児癌と比較検討し報告する。

【症例】1歳10ヶ月, 男児。健診にて, 右腹部腫瘤を指摘され当院受診。右側腹部に正中を超えない弾性硬, 表面平滑で境界明瞭な非可動性の腫瘤性病変を認めた。腫瘍マーカーは VMA/HVA が正常, NSE: 42.5ng/ml。CT 画像検査にて, 右腎下極から発生する 10×10×12 cm 大の充実性腫瘤を認めた。術前 PETCT で他臓器への転移が認められなかった。11日目右腎全摘出術施行。

【細胞所見】疎な結合性を示す小型類円形細胞集塊を多数認めた。その集塊の中や隣接するように結合性の強い小型円形細胞集塊や淡明な細胞質を有する紡錘形細胞集塊が認められた。背景に, 壊死物質はないが, 貪食細胞が散見された。小型類円形細胞は, N/C 比が大きく細胞質が不明瞭, 核質は微細顆粒状を呈し, 小型核小体を有した。核縁の肥厚は認められず, 非上皮由来と考えられた。小型円形細胞は核の大きさや形, 核質などが均一で, 核縁明瞭。集塊辺縁にライト緑好染した基底膜様物質が認められ, 上皮集塊と考えられた。紡錘形細胞は N/C 比が小さく細胞質が豊富で淡明, 核形は不整で, 線維状配列を呈し間葉系細胞と考えられた。

【病理所見】125×85×90 mm の右腎。下極寄りに 105×80×85 mm の境界明瞭な灰白色充実性腫瘤を認める。組織学的には, 線維性被膜で覆われた境界明瞭, 膨張性発育を呈する腫瘍。後腎芽細胞の結節性増生と共に, 管腔形成を伴う上皮成分と紡錘形細胞が主体となる間葉系細胞が種々の割合で混在する。横紋筋への分化は乏しく, 明細胞の増生や退行性変化は明らかではない。辺縁では被膜浸潤をみる。Nephroblastoma(腎芽腫)・混合型 Stage2。

## P-2-136 組織型推定に苦慮した腎癌の 1 例

公立西知多総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 公立西知多総合病院病理診断科<sup>2</sup>

○吉本尚子(CT)<sup>1</sup>, 角屋雅路(CT)<sup>1</sup>, 服部 聡(CT)<sup>1</sup>, 田中伸幸(CT)<sup>1</sup>, 今井律子(CT)<sup>1</sup>, 渡邊緑子(MD)<sup>2</sup>, 溝口良順(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】一般に, 腎細胞癌の腫瘍細胞が自然尿中に認めることは少ないといわれている。今回, 自然尿中に多数の腫瘍細胞が出現した腎癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】50歳代男性。

【現病歴】2017年5月, 肉眼的血尿にて近医受診し, 精査。治療目的に当院泌尿器科を紹介受診した。当院初回受診時の一般尿検査にて「異型細胞」を指摘され, 尿細胞診が施行された。

【細胞所見】自然尿細胞診標本中には, 炎症細胞を背景に異型細胞が孤立性～集塊で多数認められた。異型細胞の多くは比較的平面的な集塊を形成して認められた。核は大型で, 多くは偏在して認められ, 核クロマチンは濃染し, 核形不整, 核小体肥大が認められた。細胞質はライトグリーンに好染し, 不透明感があつた。細胞質内に多数の好中球を含む大型異型細胞も認められた。細胞判定は悪性, 癌細胞と判定されたが, 組織型の推定には至らなかった。

【組織所見】摘出された腎臓には主として腔内に乳頭状に増生する腺癌が認められた。免疫染色では AMACR (-) CD10 (+) CAIX (+) CK7 (-) を示し, 淡明細胞型腎細胞癌 Grade3 と診断され, 腎盂, 尿管, 傍大動脈リンパ節に転移が認められた。

【まとめ】自然尿細胞診標本中に認められた腎細胞癌の 1 例を報告した。本症例は悪性細胞の判定は容易であったが, 腺癌細胞か高異型度尿路上皮癌 (HGUC) かの鑑別が困難であった。HGUC では核形不整, 核クロマチン濃染の程度が強くみられ, 淡明型腎細胞癌では N/C 比が低く, 腺管様配列の見られる点が鑑別点と考えられた。また, 淡明型腎細胞癌で異型度が高い場合は, 細胞質が淡明にならず不透明になることを参考にすることが必要であると考えられた。

### P-2-137 尿中に腫瘍細胞が出現した乳頭状腎細胞癌の1例

宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○黒木栄輝(CT)<sup>1)</sup>, 野口裕史(CT)<sup>1)</sup>, 徳満貴子(CT)<sup>1)</sup>, 森田勝代(CT)<sup>1)</sup>, 峰松映子(CT)<sup>1)</sup>, 西川詩織(CT)<sup>1)</sup>, 大野招伸(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】乳頭状腎細胞癌は、腎細胞癌全体の10～15%を占める比較的稀な腫瘍で、尿中に腫瘍細胞が出現した報告例は少ない。今回我々は、尿中に腫瘍細胞が出現した乳頭状腎細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性。頸部リンパ節腫脹を主訴に近医を受診。リンパ節炎の診断で治療されていたが、改善しないため、悪性腫瘍が疑われた。CTでは右腎腫大と右後腹膜腫瘍、左右頸部リンパ節腫大、腹部大動脈周囲のリンパ節腫大、多発肝転移が指摘された。精査目的で当院泌尿器科紹介入院し、右腎癌、腎盂癌、悪性リンパ腫が疑われ、尿細胞診提出と後腹膜腫瘍の経皮的針生検が施行された。

【尿細胞診所見】比較的きれいな背景に、異型細胞が孤立性または乳頭状様や不規則重積を示す集塊で出現していた。異型細胞は、ライトグリーン好性の比較的広い細胞質を有し、核は類円形～楕円形で、核形不整、クロマチン増量、明瞭な大型核小体と核小体周囲明庭を認めた。また、尿検体からセルブロック標本作製し、免疫組織化学を実施した結果、異型細胞はAE1/AE3, p504sに(+), CAIX(+, focal), CK7, CK20, CD10に(-)であった。以上の所見より、悪性、腎細胞癌疑いと判定した。

【病理組織学的所見】好酸性で円柱状の細胞質を伴った癌細胞が、線維血管性間質を軸として乳頭状に増殖していた。免疫組織化学では、細胞診セルブロック標本と同様の所見であり、乳頭状腎細胞癌、type2と診断した。

【まとめ】尿中に出現した乳頭状腎細胞癌の非常に稀な1例を経験した。本例は尿路上皮癌との鑑別に苦慮したが、セルブロック標本での免疫組織化学が鑑別に有用であった。

### P-2-138 体腔液における抗IL-17抗体による染色性の検討

地方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<sup>1)</sup>, 地方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<sup>2)</sup>

○高瀬未穂(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木伸也(CT)<sup>1)</sup>, 岡竹里紗(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木雄策(CT)<sup>1)</sup>, 茂山かおり(該当なし)<sup>1)</sup>, 岡村ゆかり(該当なし)<sup>1)</sup>, 伊藤良太(MD)<sup>2)</sup>, 棟方 哲(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】IL-17はTh17により産生され炎症性サイトカインやケモカインを誘導し好中球の遊走を強力に行うことによって炎症を誘導する。抗IL-17抗体による免疫反応は活動性のメモリーT-cellに特異的に陽性になるとされているが、一部の悪性腫瘍にも陽性となり、そしてその種別によって染色性の違いを有することに着目し染色性の検討を行った。

【目的】体腔液に出現した悪性腫瘍由来細胞の抗IL-17抗体による免疫染色での染色性を検討する。

【方法】2017年1月～7月に採取された体腔液を無作為に又過去症例より悪性と診断された症例を対象にシュアパス法(BD社)で作製した標本を抗IL-17抗体[4K5F6] ab189377(アブカム社)を用いて免疫染色を行った。

【検討細胞】正常中皮細胞, マクロファージ, 腺癌細胞(肺癌由来, 胃癌由来, 大腸癌由来, 卵巣腫瘍由来), 扁平上皮癌細胞, 小細胞癌, 悪性リンパ腫細胞, 中皮腫細胞

【結果】正常中皮細胞やマクロファージを基準(1+)とした場合, 肺癌由来腺癌では13例中13例にびまん性な陽性(2+～3+)所見が見られた。他の悪性腫瘍も同様に、染色性を数値化しpap染色標本を併せて供覧する。

## P-2-139 原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫の一例

横須賀市立うわまち病院病理検査室<sup>1)</sup>, 横須賀市立うわまち病院循環器科<sup>2)</sup>, 横須賀市立うわまち病院総合内科<sup>3)</sup>

○重松幸憲(CT)<sup>1)</sup>, 増尾孝実(CT)<sup>1)</sup>, 井上隆広(MT)<sup>1)</sup>, 岩澤孝昌(MD)<sup>2)</sup>, 福味禎子(MD)<sup>3)</sup>, 辻本志朗(MD)<sup>1)</sup>, 飯田真岐(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】 原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫 (PEL-like lymphoma) は体腔液に発生する B 細胞性リンパ腫で, 原発性体腔液リンパ腫(PEL)の診断に必須である HHV-8 が検出されず, 近年高齢日本人の発症が報告されている。今回, 心嚢液に発生した PEL-like lymphoma を経験したので報告する。

【症例】 84 歳 女性既往歴: 約 7 年前に浸潤性乳管癌に対して左乳房切除後, ホルモン療法 5 年間施行し再発なし。現病歴: 労作時息切れと食欲低下あり来院。胸部 XP で心拡大あり, 心エコーにて大量の心嚢液貯留を指摘され, 血性心嚢液 970 ml 採取。

【細胞所見】 背景に小型リンパ球を少数認めるものの, 切れ込みやくびれなどの核形不整が著しい大型の異型細胞を多数認めた。クロマチンは粗大顆粒状で不均等分布を示し, 明瞭な核小体を複数認めた。細胞質は比較的広く, 多辺形や紡錘形で多彩な像を呈し, 微小な空胞を有する細胞が目立った。セルブロック所見結合性の乏しい大型異型細胞をび慢性に認め, 免疫染色の結果, CD20(+), CD79α(+), keratin(-), HHV-8(-)であり, B 細胞性リンパ腫を考えた。その後, 心膜開窓術を施行。心外膜採取したが慢性炎症像のみであった。胸腹部 CT で明らかな節外性病変は認めず, PEL-like lymphoma と診断。化学療法施行し, 寛解, 経過観察中。

【まとめ】 PEL 及び PEL-like lymphoma は他のリンパ腫と異なり腫瘤を形成しないのが特徴である。PEL は予後不良だが, PEL-like lymphoma は体腔液穿刺・排液で軽快する例が報告されており予後が異なることから, 免疫組織化学的検索や, HHV 感染の有無, 臨床診断などを踏まえた上で診断することが重要だと考えられた。今回経験した PEL-like lymphoma と他のリンパ腫体腔液播腫の細胞像との比較検討も加え報告する。

## P-2-140 胸水中に腫瘍細胞が出現した縦隔発生 Ewing 肉腫の 1 例

N T T 東日本関東病院臨床検査部<sup>1)</sup>, NTT 東日本関東病院病理診断科<sup>2)</sup>, がん・感染症センター都立駒込病院病理科<sup>3)</sup>

○中島美里(CT)<sup>1)</sup>, 永谷昭義(CT)<sup>1)</sup>, 和泉智子(CT)<sup>1)</sup>, 上藤房代(CT)<sup>1)</sup>, 奥山力也(CT)<sup>1)</sup>, 栗原正博(CT)<sup>1)</sup>, 荒井政和(CT)<sup>1)</sup>, 三浦珠希(MD)<sup>2)</sup>, 元井 亨(MD)<sup>3)</sup>, 堀内 啓(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】 Ewing 肉腫は小児から若年成人にかけて骨軟部に好発し, 小型円形細胞からなる悪性度の高い腫瘍である。主に四肢に多く縦隔発生は稀である。今回我々は Ewing 肉腫が縦隔に発生し, 胸水中に腫瘍細胞が出現した 1 例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】 10 才代後半女性。嘔気と強い倦怠感を主訴に当院受診。血液検査で LDH, UA, Pro-GRP 高値であり, 胸部 CT にて縦隔から僧帽弁, 三尖弁に広がる腫瘤と左胸水, 心嚢液貯留を認めた。心臓腫瘍や悪性リンパ腫が疑われ縦隔の CT ガイド下針生検と胸水細胞診が施行された。

【細胞所見】 孤立散在性～球状集塊を呈し, 小型類円形の異型細胞を多数認めた。異型細胞は N/C 比が極めて高く核縁平滑でクロマチンは細顆粒状を示し, 細胞質内に PAS 反応陽性物質を認めた。またロゼット様配列も認められた。Ewing 肉腫や神経内分泌腫瘍, 横紋筋肉腫を考え, classV Malignant small round cell tumor と報告した。

【組織所見】 線維性間質を背景に, N/C 比が高く濃染核を有する小型異型細胞が胞巣を形成して充実に増殖していた。免疫組織化学染色では CD99, Synaptophysin, Vimentin, NKX2.2 陽性。Cytokeratin AE1/AE3, Desmin, CD45, CD56, Chromogranin A, Neurofilament, HNF35, αSMA 陰性であり, CISH 法で EWSR1 遺伝子再構成が確認され Ewing 肉腫と診断した。

【まとめ】 胸水中に出現した腫瘍細胞の細胞像のみから Ewing 肉腫と診断することは難しい。本症例では沈渣が少量のためセルブロック作製が困難であり, 類似する小型円形細胞腫瘍との鑑別に苦慮した。Ewing 肉腫は高悪性度腫瘍であり早期治療開始が必要となるため, 積極的にセルブロック等を用い免疫染色を行い, 臨床情報, 画像所見を考慮し総合的に判断することが重要である。

### P-2-141 腹水中に出現した虫垂原発 goblet cell carcinoid の1例

茅ヶ崎市立病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 日本鋼管病院病理検査科<sup>2)</sup>, 山近記念総合病院病理検査室<sup>3)</sup>, 横浜市立大学附属病院病理診断科<sup>4)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>5)</sup>, 日本鋼管病院病理診断科<sup>6)</sup>, 茅ヶ崎市立病院病理診断科<sup>7)</sup>

○内山 瞳(CT)<sup>1)</sup>, 森下明博(CT)<sup>1)</sup>, 松井成明(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤勝巳(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木真由美(CT)<sup>1)</sup>, 坂下仁美(CT)<sup>1)</sup>, 大久保美沙(CT)<sup>3)</sup>, 三宅暁夫(MD)<sup>4)</sup>, 梶原 博(MD)<sup>5)</sup>, 長村義之(MD)<sup>6)</sup>, 吉田幸子(MD)<sup>7)</sup>

【はじめに】虫垂原発 goblet cell carcinoid はカルチノイド様と腺癌様の両方の形態を有する組織像を呈し, 虫垂切除術例の0.05%と稀な腫瘍である。今回われわれは, 腹水中に出現した虫垂原発 goblet cell carcinoid の1例を経験したので報告する。

【症例】77歳, 女性。12年前, 他院にて子宮癌に対し子宮全摘出術を施行。腹痛および嘔吐を主訴に当院受診。術後癒着性イレウスと診断され保存療法を施行し改善傾向を示していたが, 2ヶ月後に再燃したため, 手術を施行。術後, 虫垂原発 goblet cell carcinoid (stage IV) と診断され, BSC の方針となり4ヶ月後に死亡した。

【細胞所見】リンパ球優位の血性背景に, 腫瘍細胞が小集塊状~孤立散在性に出現していた。腫瘍細胞は, 細胞質に豊富な粘液を有する印環細胞ないし杯細胞の形態を有する細胞と, 軽度のクロマチン増量と明瞭な核小体を有する N/C 比のやや高い小型細胞の2種類の細胞を認めた。

【組織所見】細胞質内に豊富な粘液を有する腫瘍細胞および小型細胞が胞巣状や索状, 孤立散在性に浸潤増殖していた。免疫組織化学的染色では, 腫瘍細胞に Chromogranin, Synaptophysin, CD56 が陽性となり, 虫垂原発 goblet cell carcinoid と診断された。

【まとめ】今回われわれは腹水中に出現した虫垂原発 goblet cell carcinoid を経験した。癌と判断するには容易であったが, 組織型推定には至らなかった。原発巣推定を含めた検討を行い, 報告する。

### P-2-142 胸・腹水中に腫瘍細胞の出現した尿路上皮癌の1例

東京医科大学茨城医療センター病理診断科

○宇津木悟(CT), 山本英子(CT), 柏木淳一(CT), 大塚光一(CT), 福島良明(CT), 洪 建偉(MD), 森下由紀雄(MD)

【はじめに】尿路上皮癌はリンパ節転移や遠隔転移を起こすことが多いが, 腫瘍細胞が体腔液中に出現するのは稀である。今回, 胸・腹水中に腫瘍細胞の出現した尿路上皮癌の1例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】69歳, 男性。頻尿と排尿障害を主訴に近医を受診したところ, 両側水腎症および後腹膜線維症を疑われ, 当院泌尿器科で精査された。CTにて膀胱全周性の肥厚と直腸周囲の腫脹があり, 生検および経尿道的膀胱腫瘍切除術(TUR-BT)が施行された。病理組織学的に腺上皮への分化を伴う尿路上皮癌(G2)と診断された。その後, 胸・腹水が貯留し, これらを用いて細胞診を行ったところ尿路上皮癌と細胞診断された。

【細胞所見】胸・腹水とも腫瘍細胞が孤立散在性に, あるいは一部結合性を示す集塊として多数出現していた。これらの腫瘍細胞には細胞質が厚く核中心性の細胞と, 細胞質内に空胞を伴い核偏在した腫瘍細胞が混在していた。いずれの腫瘍細胞にも核形不整を認め, クロマチンは粗顆粒状に増量していた。免疫細胞化学的に腫瘍細胞は CK7 (+), CK20 (+), Uroplakin II (-/+), p40 (-), CK5/6 (-/+), Calretinin (-/+), CEA (-) であった。

【まとめ】体腔液の尿路上皮癌の細胞診断は特徴が乏しく難しいが, 臨床経過から尿路上皮癌の可能性が考えられる場合, 免疫細胞化学的検索を併用して細胞診断することは可能と思われる。



### P-2-143 腹水セルブロックが有用であった小腸癌の1例

福岡大学筑紫病院病理部

○林田 涼(CT), 原川政彦(CT), 尾形智子(CT),  
山田静佳(CT), 大重要人(MD), 原岡誠司(MD),  
岩下明德(MD)

【はじめに】小腸癌の発生頻度は全悪性腫瘍のうち0.5%以下、全消化管悪性腫瘍のうちでも5%以下とされ極めて稀である。今回、腹水セルブロックが原発巣の推定に有用であった小腸癌1例を報告する。

【症例】65歳、男性。1年半ほど前に多発大腸ポリープに対してEMRが施行され、病理組織学的にSM浸潤を示す腺腫を伴う高分化腺癌を認めたものの、治癒切除と考えられていた。今回、腹水貯留を主訴として当院入院となった。入院後のCTにて転移性肺腫瘍、転移性肝腫瘍を認めた。腹水細胞診では大型の異型細胞を多数認めClass V腺癌の診断となり、大腸癌の再発・転移を疑った。しかしながら、原発巣精査目的で上部消化管・下部消化管内視鏡検査を行ったものの、再発や異時性多発癌の所見は認めず原発巣が特定できなかった。そこで原発巣推定を目的として追加で腹水セルブロックを作製し、免疫染色を行った。異型細胞はCK20, CDX-2, Villinが陽性、CK7, TTF-1, MUC-2, MUC-5AC, MUC-6が陰性であり小腸もしくは大腸原発の腺癌が推定された。以上の結果をもとに経口小腸造影検査および経口のダブルバルーン内視鏡が行われ、トライツ靱帯から肛門側約20cmの空腸に全周性の狭窄病変を認めた。内視鏡的に悪性に矛盾しない所見であり生検が施行され、病理組織学的に高分化から中分化腺癌と診断された。

【まとめ】大腸癌EMR切除後に発生した小腸癌の1例を報告した。細胞診・セルブロックでは大腸癌再発の可能性を完全には否定できなかったものの、小腸癌の可能性を臨床に提示し発見に至った症例である。原発不明癌の症例においては、臨床側との綿密なコミュニケーションにより原発巣を絞り込んでいくことが必要である。

### P-2-144 脳脊髄液中に癌細胞が出現した進行胃癌の一例

越谷市立病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 越谷市立病院病理診断科<sup>2)</sup>,  
越谷市立病院臨床工学科<sup>3)</sup>

○下鳥 萌(CT)<sup>1)</sup>, 竹田桂子(CT)<sup>1)</sup>, 南 秀坪(CT)<sup>1)</sup>,  
桜井義一(CT)<sup>1)</sup>, 砂川 進(CT)<sup>1)</sup>, 吉原靖之(CT)<sup>1)</sup>,  
藤川甲文(CT)<sup>3)</sup>, 岡田 基(MD)<sup>1,2)</sup>, 高瀬 優(MD)<sup>1,2)</sup>

【症例】40歳代、男性

【臨床経過】頭痛・複視・歩行障害を主訴に近医を受診し、当院神経内科に紹介入院となる。入院時は眼球の運動障害・下肢の感覚異常およびBabinski反射の出現を左側に認め、髄膜刺激兆候も認めた。髄液検査では初圧は30cmH<sub>2</sub>O以上と高値であった。原因不明の頭蓋内圧亢進症に対して初診より1ヶ月後にVP(脳室腹腔)シャント術が施行された。その後、血中抗Yo抗体が測定され、陽性であることから、神経症状は傍腫瘍性神経症候群に相当すると考えられた。上部消化管内視鏡検査により進行胃癌が発見され、初診より2.5ヶ月後に胃全摘術が施行された。術後は放射線の全脳照射は適応外とされ、全経過8ヶ月で死亡した。

【髄液細胞像】(1)胃癌手術前はClassIIIもしくはClassI-IIbであった。所見：「核偏在性もしくは中心性で核小体の目立つ細胞や、2核以上の細胞を主に孤立散在性に認める。異常核分裂像もあり、悪性が否定できない。」(2)胃癌手術時と術後はClassVであった。所見：「N/C比が高く、不整形あるいは類円形核で、核偏在傾向があり、核小体の目立つ単核あるいは2核以上の細胞を主に孤立散在性に多数認める。一部には緩い結合性も見られ、上皮性細胞が示唆される。また、異常核分裂像も認める。細胞異型は以前より強い。」

【病理学的所見】食道へ浸潤する進行胃癌(低分化型腺癌)で、大きさは75×70mm、壁進達度は漿膜下層・外膜で、脈管侵襲・リンパ節転移を認めた。

【結語】頭蓋内圧亢進症を呈し、脳脊髄液中に癌細胞が出現した進行胃癌を経験した。脳脊髄液中の細胞像、胃癌の組織像に文献的な考察を加えて供覧する。

## P-2-145 Primary effusion lymphoma-like lymphoma (PEL-LL) 4例の検討

亀田総合病院臨床検査室<sup>1)</sup>, 亀田総合病院血液・腫瘍内科<sup>2)</sup>, 亀田総合病院臨床病理科<sup>3)</sup>

○下岡友子(CT)<sup>1)</sup>, 小山芳徳(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊光男(CT)<sup>1)</sup>, 熊田香織(CT)<sup>1)</sup>, 松本信雄(CT)<sup>1)</sup>, 末永孝生(MD)<sup>2)</sup>, 乳井美樹(MD)<sup>3)</sup>, 星 和栄(MD)<sup>3)</sup>, 福岡順也(MD)<sup>3)</sup>

【背景】原発性体腔液リンパ腫(Primary effusion lymphoma; PEL)は, 体腔液中で増殖し明らかな腫瘤形成を認めない HHV-8(human herpesvirus 8)陽性の B 細胞性リンパ腫と定義される。一方, 本邦を中心に PEL 類似の臨床病態や細胞形態を示す HIV, HHV-8 陰性の PEL-LL が報告されている。免疫染色では PEL は CD20 や CD79a 陰性, CD138 や EMA 陽性に対し PEL-LL は B 細胞系マーカーを発現する。今回我々は, 2007~2017 年に当院で PEL-LL と診断された 4 例の細胞像と臨床所見について検討を行った。

【症例】症例 1, 90 歳男性。胸水貯留を認め, 組織学的にびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)と診断された。7 年後現在も経過観察中。症例 2, 89 歳男性。心筋梗塞で経過観察中に心嚢液貯留を認め, DLBCL と診断された。約 3 年で死亡。症例 3, 87 歳男性。徐脈頻脈症候群で経過観察中に心嚢液と胸水貯留を認め, DLBCL と診断された。約 8 ヶ月で死亡。症例 4, 87 歳女性。肝硬変で経過観察中に胸水貯留を認め, DLBCL と診断された。緩和ケア施設に転院。いずれも明らかな腫瘤を認めていない。

【細胞像・免疫染色】パパニコロウ染色では異型細胞は大型リンパ球様で, 核は円~類円形, 核形不整, 明瞭な核小体を認めた。多核や分葉核の大型細胞, 核分裂像も見られ, クロマチンは顆粒状で増量していた。ギムザ染色では細胞質は好塩基性で空胞を多数認めた。centroblast 様細胞・Burkitt リンパ腫様細胞・multilobated 細胞の形態であった。セルブロックの免疫染色で CD20 陽性であり, また HHV-8 陰性で Ig(H)JH 遺伝子再構成を認めた。

【考察】4 例とも細胞像や免疫染色などの所見は文献的に報告されている内容と一致していたが, 細胞像と予後に若干違いが見られた。節性 DLBCL の体腔液浸潤例との比較や文献的考察を加えて報告する。

## P-2-146 体腔液リンパ腫に特徴的な核所見—分葉核について—

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

○山下青葉(CT), 佐藤正和(CT), 清弘真弓(CT), 飛田弥生(CT), 藤田健太(CT), 安東 綾(CT)

【はじめに】原発性滲出液リンパ腫(primary effusion lymphoma; PEL)とは, 体腔液にのみリンパ腫細胞が出現する腫瘤形成のないリンパ腫で, WHO 分類では HHV-8 の関与を診断の必須条件としている。また, 患者には AIDS などの免疫不全や高齢者といった背景が多く報告されている。今回, 体腔液において腫瘤形成のない体腔液リンパ腫を 3 例経験したので, 細胞像の特徴を検討し文献的考察を加えて報告する。

【対象と方法】体腔液に出現した腫瘤形成のない体腔液リンパ腫 3 例(いずれも HHV-8 未検査症例)と腫瘤形成があり体腔液にリンパ腫細胞が出現した症例の分葉核出現数と出現率について比較した。

【結果】体腔液リンパ腫 3 例を観察すると, 腫瘤形成のある症例に比較し二核以上の分葉核の出現が有意に目立った。

【考察・結語】本邦では, WHO 分類とは異なり, 予後良好な HHV-8 陰性, HIV 陰性, CD20 陽性で腫瘤形成のない体腔液中リンパ腫が多く報告されており, 過去にも二核以上の分葉核の出現がいくつかの文献で報告されている。今回の検討でも, 分葉核は腫瘤形成型の悪性リンパ腫に比較して出現が目立っていた。そのことより, 体腔液にのみ出現するリンパ腫の特徴ではないかと考える。

## P-2-147 過去五年間の当院における体腔液のリンパ腫症例の検討

広島市民病院病理診断科

○喜多真理子(CT), 坂本美弥(CT), 山本倫子(CT), 高木伸治(CT), 坂田かなえ(CT), 戸井紳二(CT), 守都敏晃(MD), 山崎理恵(MD), 市村浩一(MD)

【緒言】悪性リンパ腫の診断は、細胞像のみでは決定できず、病変全体の構造に加え多種の免疫染色, in situ, 遺伝子検索などが必要であり、細胞診のみで最終診断に至ることは少ない。ただし、臨床上の必要に応じて、体腔液検体についてリンパ腫の有無を問われる機会がある。当院において過去五年間の期間で診断したリンパ腫について検討する。

【対象と症例】当院において、2012年1月より2017年6月までの、体腔液として提出された材料より、リンパ腫の診断に至った症例を抽出し、臨床病理学的特徴を検討した。

【結果】のべ23件、18症例が抽出された。平均年齢は72歳、中央値74歳。男性9例、女性9例。胸水8例、心嚢液7例、腹水3例であった。表現型はB細胞性リンパ腫は17例、T細胞性リンパ腫1例である。“Effusion lymphoma”とするべき症例は、疑症例も含め5例である。3例は他の悪性腫瘍の経過観察中に提出された検体である。

【まとめ】今回のデータは、骨髄移植が行われていない市中総合病院のものであり、临床上、実際に遭遇する体腔液のリンパ腫の頻度をおよそ反映していると考えられる。体腔液リンパ腫は、液状検体しか提出されない場合や、臨床が想定していない場合もあり、進行症例が多く検索に限界があることも往々にある。検体保存や検索方法を常に考慮する必要がある。

## P-2-148 髄液中に出現した Anaplastic large cell lymphoma (ALCL), ALK-positive の一例

佐賀県医療センター好生館検査部<sup>1)</sup>, 佐賀県医療センター好生館病理部<sup>2)</sup>

○坂井真一(CT)<sup>1)</sup>, 橋本教経(CT)<sup>1)</sup>, 中村 朱(CT)<sup>1)</sup>, 瀧本桂子(CT)<sup>1)</sup>, 平野敬之(CT)<sup>1)</sup>, 築地秀典(CT)<sup>1)</sup>, 森 大輔(MD)<sup>2)</sup>, 木戸伸一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】Anaplastic large cell lymphoma (ALCL)はT細胞リンパ腫の一型であり、ALK遺伝子の転座、ALK蛋白とCD30の発現によって定義付けられる単一な疾患単位である。ALK陽性群と陰性群に分類され通常細胞傷害性分子を発現し、ALK陽性群は若年者に多く発症し、腫瘍の進展は比較的早い治療に対する反応は良好である。髄液中に出現する小児ALCL、ALK陽性群の初発臓器はリンパ節が多く、今回の症例はリンパ節腫大を認めず中枢神経原発と思われる一例を経験した。

【症例】10歳代女兒、高熱が40日持続し頭痛、倦怠感、膀胱直腸障害を伴い、全身検索では頭部MRIで髄膜脳脊髄に広汎に拡がった病変が確認された。神経症状が出現し進行を認めたため中枢神経系腫瘍等が考えられ、髄液細胞診が行われた。原発性脳腫瘍や悪性リンパ腫が鑑別にあがり、フローサイトメトリー検査や免疫染色の目的でセルブロック法を行った。

【細胞所見】Pap染色で異型細胞が孤在性に出現し核分裂像を多数認められ、豊富な細胞質と大型核を有する多核巨細胞も観察された。ギムザ染色では細胞質は好塩基～弱塩基性で、核質は細網状だった。核形は腎形、馬蹄形と呼ばれる特徴的な形態を示し、ドーナツ状核と表現される核内細胞質封入体が認められた。オートスマ法とセルブロック法で作成した標本で免疫染色を行い、CD3、CD30、ALKが陽性であった。髄液のフローサイトメトリー検査では、cyCD3、CD4、CD7、CD25、CD30、CD56陽性となった。以上より中枢神経に発生したALCL、ALK-positiveと診断した。

【まとめ】発生頻度が非常にまれであるが免疫染色を用いた形態学的診断とフローサイトメトリー検査で確定診断に至り、迅速に対応できたことが治療方針に大きく貢献できたと考えられた。

**P-2-149 胸水中に出現した肺類上皮血管内皮腫の 1 例**

防衛医科大学校病院検査部病理

○道休美咲(CT), 川口 翔(CT), 高橋宏美(CT), 三鍋慎也(CT), 関塚久美(CT), 古賀絢乃(MD), 加藤貴美(MD), 熊澤文久(MD), 緒方 衝(MD), 島崎英幸(MD), 中西邦昭(MD)

【背景】類上皮血管内皮腫は血管内皮細胞由来の腫瘍で、肺をはじめ、肝臓、骨などにも認められる低悪性度の腫瘍と考えられている。多臓器への広がりを示すことは少なく、腫瘍細胞が胸水中に出現することは非常に稀である。今回、胸水中に肺類上皮血管内皮腫が出現した 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代、男性、11 年前に右肺 S6 部分切除、2 年前に左肺 S10 部分切除を施行し、病理組織診断ではいずれも類上皮血管内皮腫と診断されていた。今回経過観察の胸部 CT で左胸水貯留を認めたため胸腔穿刺を施行した。

【細胞所見】集塊中心に硝子様物質を有し、N/C 比が高く、核形不整、明瞭な核小体のみられる腫瘍細胞が hobnail 様構造を示す集塊状に出現し、腺癌が疑われた。セルブロックによる免疫組織化学的検索では、CD31, CD34, vimentin 陽性、factor VIII 一部陽性、cytokeratin AE1/AE3, cytokeratin7, napsin A, thyroid transcription factor-1 陰性であった。既往の組織像に類似し、類上皮血管内皮腫とした。

【結論】今回経験した肺類上皮血管内皮腫の胸水中の出現は極めて稀であり、腺癌に類似した形態のため、細胞像のみによる診断は困難であった。患者の既往の確認や、セルブロックでの免疫組織化学的検索が診断に有用であった。

**P-2-150 胸水に出現した類上皮型血管肉腫の一例**地方独立行政法人佐賀県立医療センター好生館検査部<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人佐賀県立医療センター好生館病理部<sup>2)</sup>

○橋本教経(CT)<sup>1)</sup>, 中村 朱(CT)<sup>1)</sup>, 坂井真一(CT)<sup>1)</sup>, 平野敬之(CT)<sup>1)</sup>, 築地秀典(CT)<sup>1)</sup>, 瀧本桂子(CT)<sup>1)</sup>, 木戸伸一(MD)<sup>2)</sup>, 森 大輔(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】類上皮型血管肉腫は血管内皮に由来するまれな悪性腫瘍である。今回、我々は、胸水に出現した類上皮型血管肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代男性、10 年前の健康診断で両肺の結節を指摘されるも放置、平成 27 年 3 月初旬頃より、全身倦怠感が見られ、4 月頃から右肩、側胸部の痛みが出現。近医受診、胸部 x 線で両肺に多発結節と胸水増加を指摘され、精査目的の為、当館内科紹介となる。胸水穿刺後、確定診断がえられず、胸壁及び肺の結節の部分切除術が施行された。

【細胞所見】リンパ球、組織球を背景に異型細胞が散在性～粗な結合を示す小集塊として少数認められた。細胞は大型で円形～多角形、核偏在傾向、細胞質は比較的豊富で大小の空胞を呈し、核は円形～類円形で単核～多核、核の大小不同が見られ、核クロマチンは細顆粒状、明瞭な核小体を有する細胞であった。又、一部に印環細胞様の形態を示す異型細胞も認めた。悪性中皮腫や腺癌を疑った。

【病理組織所見】壁側胸膜及び肺臓側胸膜には上皮様異型細胞が帯状、索状、不明瞭な腺管状に出現し、壁側胸膜では脂肪組織に浸潤していた。異型細胞はクロマチンの増加した大型核と時に空胞様細胞質を認められた。核小体は目立たず、明らかな毛細血管網の形成や vascular lake の形成は見られなかった。免疫組織化学で血管内皮マーカー CD31 が陽性で類上皮型血管肉腫と診断した。

【まとめ】今回、我々は胸水に出現した類上皮型血管肉腫の一例を経験した。免疫組織化学染色や文献的考察を加えて報告する。



## P-2-151 胸腹水及び骨髄転移を認めた神経芽腫の1例

地方独立行政法人静岡県立病院機構静岡県立こども病院  
診療支援部検査技術室病理

○井上 卓(MT), 坂根潤一(CT), 岩淵英人(MD)

【はじめに】神経芽腫群腫瘍は、神経芽細胞の腫瘍病変である。分化成熟傾向によって、未分化・低分化・分化型等に分類される。今回我々は、胸腹水・骨髄への多発転移を認めた神経芽腫を経験したので報告する。

【症例】1歳9ヶ月、男児。1年前から腹部膨満を認めた。CT検査にて、右腎上極に巨大充実性腫瘍を指摘された。血液検査では、LDH、NSE、VMA、HVAが高値を示した。副腎由来の神経芽腫が疑われ、腫瘍生検材料及び胸・腹水細胞診、骨髄検査が提出された。

【細胞所見】胸・腹水細胞診では、出血性でリンパ球主体の炎症性背景に、結合性が低下した孤立散在あるいは小集塊状の腫瘍細胞を認めた。腫瘍細胞のN/C比は高く、小型類円形で軽度から中等度の核形不整、ごま塩状のクロマチン、核小体の腫大、核内細胞質偽封入体を認めた。神経芽腫の転移疑いと報告した。骨髄検査では、正常血液細胞と共に小集塊状に分布する腫瘍細胞が散見された。

【組織所見】7mm×8mm大の腫瘍生検検体が数個提出された。病理組織学的には、細胞質が乏しく、核形不整、顆粒状のクロマチン、明瞭な核小体を有する腫瘍細胞が、分葉状、索状に密な増生を示した。免疫組織化学染色にて、PGP9.5、TH、BAF47陽性、AE1/3、EMA、Desmin、Myogenin、MyoD1、S100、CD34、MIC-2陰性であり、未分化型神経芽腫と報告した。腫瘍捺印細胞診標本では、ライトグリーン淡染性の顆粒状物質を背景に、腫瘍細胞を密に認めた。アポトーシスを少数認めた。

【まとめ】神経芽腫の骨髄転移は度々経験されるが、胸腹水に腫瘍細胞が出現する症例はまれである。本例で認められた胸腹水中の腫瘍細胞は、生検組織での捺印標本細胞に類似し、診断の一助となった。

## P-2-152 胸水細胞診で悪性黒色腫細胞が出現した1例

トヨタ記念病院臨床検査科<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院病理診断科<sup>2)</sup>

○吉森之恵(CT)<sup>1)</sup>, 田中景子(CT)<sup>1)</sup>, 小笠原将人(CT)<sup>1)</sup>, 市川規子(CT)<sup>1)</sup>, 佐原晴人(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木良典(CT)<sup>1)</sup>, 澁谷 亮(MD)<sup>2)</sup>, 北川 諭(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】悪性黒色腫の腫瘍細胞が体腔液に出現するのは稀である。今回我々は胸水中に悪性黒色腫細胞の出現をみた1例を経験したので報告する。

【症例】70歳男性。2010年左耳介後部の悪性黒色腫で、当院にて左耳介後方拡大切除術が施行された。2016年10月より就寝時の咳が持続し当院呼吸器科を受診。胸部CTで左肺の結節影、両肺野の多発小結節影、両側胸水、比較的巨大な胸骨腫瘍を認めた。肺癌疑いで経気管支肺生検が行われた。その後胸腔穿刺で胸水細胞診検体が提出された。

【経気管支肺生検組織所見】核クロマチンの増量を伴うN/C比の高い異型細胞の増殖を認めた。異型細胞の結合性はやや低く、胞体は淡好酸性であった。核内細胞質封入体を有する細胞や多核の細胞が混在していた。明らかなメラニン顆粒は認められなかった。免疫組織化学では異型細胞はS100、Melan A、SOX10が陽性、AE1/AE3、Cam5.2、HMB45、PLN2は陰性であった。以上より癌腫は否定的で、悪性黒色腫の転移が示唆された。

【胸水細胞診所見】N/C比が高く、結合性の乏しい異型細胞が多数認められた。異型細胞の細胞質は厚みを帯び、核は大型で類円形、明瞭な核小体を認めた。核内細胞質封入体も散見された。明らかなメラニン顆粒は認められなかった。セルブロック法を用いた免疫組織化学では異型細胞はS-100陽性、CEA、Ber-EP4、TTF-1、HMBE-1、Calretinin、MelanA、HMB-45陰性であった。中皮系および腺癌系マーカーが陰性でMelanA、HMB-45も陰性であったが、S-100が陽性を呈し、悪性黒色腫として矛盾しないと診断した。

【まとめ】結合性が乏しく、大型核小体や核内細胞質封入体を有する異型細胞が見られた場合は、メラニン顆粒の有無に関わらず悪性黒色腫を念頭におく必要がある。

### P-2-153 体腔液における悪性中皮腫と腺癌の細胞学的検討

公立八女総合病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 公立八女総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○甲斐麻莉子(CT)<sup>1)</sup>, 中野聖美(CT)<sup>1)</sup>, 跡部美和(CT)<sup>1)</sup>, 樋口英次郎(CT)<sup>1)</sup>, 村上奈由美(CT)<sup>1)</sup>, 村上勇二(CT)<sup>1)</sup>, 谷川 健(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】体腔液細胞診では, 悪性中皮腫と腺癌との鑑別が困難であることが少なくない。

【方法】細胞形態的に悪性中皮腫と腺癌との鑑別を要した悪性中皮腫 3 例(検討 1), 腺癌 4 例(検討 2)について検討を行った。悪性中皮腫に特徴的な集塊所見, 孤在性細胞における詳細所見を検討項目とした。

【結果】検討 1: 孤在性~球状・乳頭状集塊として出現し, 2~多核所見を呈する。papanicolaou 染色, May-Giemsa 染色で microvilli を認めた。部分的に相互封入所見, 細胞相接像, 細胞質内に空胞所見を認めた。検討 2: 孤在性~小・中型, 乳頭状集塊として出現し, 1~3 核で核異型が強いものが多く, 部分的に核偏在, 相互封入所見, 細胞質内に空胞所見を認めた。細胞質は papanicolaou 染色でライトグリーンに強い染色性を示したが, May-Giemsa 染色では部分的に泡沫状であった。

【まとめ】悪性中皮腫と腺癌の細胞像は類似することがあり, 診断に注意を要する。類円形核で核小体が目立ち, ライトグリーン好性に強く染まる孤在性細胞は悪性中皮腫としてしまいやすいが, papanicolaou 染色及び May-Giemsa 染色で microvilli を確認することができれば, より悪性中皮腫を考える。細胞質辺縁に近接した核偏在所見, May-Giemsa 染色で泡沫状の細胞質を観察できれば, より腺癌を疑う。papanicolaou 染色だけでなく, May-Giemsa 染色で詳細な観察を行い, 正確な診断に近づける。また出現細胞が少ない場合は, 確定診断をせず, セルブロック作製による検討や臨床への再検査依頼が望まれる。

### P-2-154 中皮腫診断における体腔液細胞診セルブロック法の有用性

PCL 福岡病理・細胞診センター<sup>1)</sup>, 周南記念病院<sup>2)</sup>

○出口恵美子(CT)<sup>1)</sup>, 秋山譲滋(CT)<sup>1)</sup>, 早川優佳(CT)<sup>1)</sup>, 平田祐子(CT)<sup>1)</sup>, 亀井美由紀(CT)<sup>1)</sup>, 藤井華子(CT)<sup>1)</sup>, 山田 博(CT)<sup>1)</sup>, 岩井幸子(CT)<sup>1)</sup>, 永廣洋祐(CT)<sup>2)</sup>, 亀井敏昭(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】我が国では, 20 世紀後半のアスベスト大量使用, 曝露などを推定原因に, 悪性中皮腫症例が増加しつつある。中皮腫細胞診でのポイントは, IMIG ガイドラインや日本での中皮腫細胞診評価 WG などの検討結果に記載され, 中皮腫診断に迫り着く機会が増えている。しかし, 確定診断が難しいことはいうまでもない。

【検討内容】この 1 年間に経験した中皮腫症例 5 例について, 細胞学的特徴と共にセルブロック法による免疫染色結果を軸に報告する。症例概要: 胸膜中皮腫 4 例, 腹膜中皮腫 1 例(平均年齢 74 歳, 男性 4 例, 女性 1 例)

【細胞診所見】集塊状出現主体が 3 例, 主に数個の細胞集塊や孤在性出現を呈するものが 2 例。細胞質の重厚感が特徴的な症例 4 例, 細胞質は淡い性状を呈するものが 1 例, 核の細胞中心性配置 5 例, hump 様細胞突起を有する鋳型細胞が散見されるもの 4 例, 多核率の増加 5 例(出現率約 25%), collagenous stroma 2 型の出現は 2 例, オレンジ G 好性細胞の出現は 5 例中 3 例(全視野で 5 個以上 1 例, 1~4 個 2 例)である。

【免疫染色結果】検討症例については, セルブロック法を軸に免疫染色を行った。カルレチニン陽性 5 例(核, 細胞質共), D2-40 陽性 5 例(膜主体), WT-1 陽性 5 例(核主体), CEA 陰性 5 例, TTF-1 陰性 5 例(胸膜中皮腫 4 例, 腹膜中皮腫 1 例), Claudin 4 陰性 4 例, 未実施 1 例(腹膜中皮腫)との結果です。セルブロック法は, 通常の遠心管法を主体としたが, 沈渣が少ない症例ではエッペンドルフチップ法を用いるなどの工夫を行った。

【まとめ】中皮腫診断には, 細胞所見をしっかり把握し, これまでの中皮腫細胞診の特徴を踏まえ, 免疫染色結果を評価し, 診断に迫り着くことが重要。

### P-2-155 悪性中皮腫における客観的数量化技術開発および機械学習機による判別分析研究

信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1)</sup>, 東京工業大学・工学院<sup>2)</sup>, 北里大学医学部病理学<sup>3)</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>4)</sup>

○木村文一(PhD)<sup>1)</sup>, 溝口貴弘(MT)<sup>1)</sup>, 山口雅浩(PhD)<sup>2)</sup>, 村雲芳樹(MD)<sup>3)</sup>, 太田浩良(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤之俊(MD)<sup>4)</sup>

悪性中皮腫(以下, MM)は胸腔, 腹腔の漿膜表面に発生する難治性悪性腫瘍である。MMの発生はアスベストの曝露と密接な関係があり, 発生までおよそ30年から40年の潜伏期間があると言われており, 早い段階で法的規制が取られたアメリカでは2004年ごろ, ヨーロッパでは2015年から2020年ごろに発生ピークを迎えたと考えられている。法的規制が遅れた日本は, 約2025年ごろに発生ピークを迎え, MMによる死亡者数は2000年から2040年の40年間で約10万人になると予想されている。MMの確定診断は病理組織・細胞診断学的方法により形態学的に行われているが, 反応性中皮細胞(以下, RM)やその他の腫瘍との鑑別が常に必要である。形態学的な特徴だけではMMの診断には限界があり, 現在では免疫組織化学的検索を併用することでMMの診断が行われている。近年, コンピュータによる画像解析技術を病理画像に対して利用した報告が増えてきている。人間の目では判別困難な症例でも, テクスチャ解析などコンピュータの目で見ることにより, 判別できることが期待される。本研究では, Papanicolaou染色標本におけるMMおよびRM核の画像からコンピュータを用いた画像解析技術, すなわち輝度値, 濃度共起行列, 形状特徴より特徴量を算出し, 得られた特徴量を使用して機械学習機 support vector machine (SVM) による判別分析を行った。RMとMMの各特徴量は有意な差を認め( $p < 0.0001$ ), SVMによる判別結果は86.8%であった。細胞核の画像情報のみで解析を行ったものの, コンピュータの目による両者の判別は十分可能であった。

### P-2-156 13歳女性に発生した小網原発 benign cystic mesothelioma の1例

郡上市民病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 岐阜市民病院病理部<sup>2)</sup>, 郡上市民病院産婦人科<sup>3)</sup>

○森 栄(CT)<sup>1)</sup>, 山口吉夫(CT)<sup>1)</sup>, 田中卓二(MD)<sup>2)</sup>, 丹羽憲司(MD)<sup>3)</sup>

Benign cystic mesothelioma(BCM)は, 妊娠可能年齢の女性に発生する稀な腹膜腫瘍であり, 小網原発の腫瘍はさらに稀である。今回我々は, 腹腔鏡下に摘出し, 細胞診, 免疫組織学的検索が診断に有用であった, 小網原発BCMの1例を経験したので報告する。

【症例】13歳女性。心窩部痛を主訴として受診。画像上, 巨大骨盤内腫瘍(+), 経直腸超音波検査にて, 正常な両側卵巣を確認し, 右傍卵巣嚢胞を示唆する嚢胞性病変を認めた。右傍卵管嚢胞の術前診断にて, 腹腔鏡下腫瘍摘出術を予定。腹腔鏡下, 巨大な嚢胞性腫瘍が骨盤～腹腔内を占拠し, 830 mlの内容吸引後に腫瘍を観察すると, 小網と連続する腫瘍であり, 捻転を認めた。腹膜リンパ管腫または嚢胞性中皮腫の茎捻転と術中診断し, 腹膜腫瘍を起始部で切断, 摘出した。細胞診上, 嚢胞内容液中に中皮様細胞を示唆する細胞を認めた。腫瘍内腔, 外側の上皮様細胞は免疫組織化学的にカルレチニン陽性であった。最終的にBCMと診断され, 術後2年6ヶ月を経過するが, 再発徴候を認めていない。

【考察】BCMは, 1979年にMennenmeyerとSmithにより初めて報告された中皮由来の良性腫瘍であり, 80%が女性に発生し, 発症年齢の平均は34歳である。良性であるが, しばしば再発, 再燃の報告がある。小網原発BCMはさらに稀である。腹膜腫瘍は小児の急性腹症の原因となるが, 付属器由来の腫瘍と臨床像が類似することから, 術前に診断することは難しい。本症例では嚢胞内容液の細胞診, カルレチニンによる免疫組織学的検索が診断に有用であった。

### P-2-157 胸水細胞診で高分化乳頭状中皮腫を疑った 上皮型悪性中皮腫の 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<sup>1)</sup>,  
浜松医科大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 浜松医科大学  
大学再生・感染病理学講座<sup>3)</sup>

○石堂 統(CT)<sup>1)</sup>, 有吉啓子(CT)<sup>1)</sup>, 杉浦文美(CT)<sup>1)</sup>,  
後藤真奈(MD)<sup>2)</sup>, 福嶋麻由(MD)<sup>2)</sup>, 津久井宏恵(MD)<sup>2)</sup>,  
目黒史織(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】上皮型悪性中皮腫の細胞所見は、球状・乳頭状集塊, 相互封入像, 窓形成, 細胞相接所見, hump 様細胞質突起, collagenous stroma, 多核細胞の出現増加, 孤在性腫瘍細胞との移行が認められる, などが特徴と言われている。今回, 胸水細胞診で球状集塊が目立ち, 細胞診標本の免疫染色にて Calretinin 染色が陽性となったため高分化乳頭状中皮腫を疑ったが, 組織診断で上皮型悪性中皮腫と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】70 代男性。当院人間ドックで胸部異常影を指摘され受診。胸部 CT で第 3 肋骨外側と隣接した胸膜結節, 第 4 肋骨に隣接した結節, 胸水を認め左胸水細胞診が施行された。

【細胞所見】Papanicolau(以下 Pap.)染色ではリンパ球, 組織球を背景に大小の球状あるいは乳頭状集塊を多数認めた。結合性の低下は軽度で, 核の大小不同, 核偏在, 小型核小体のみられた。セルブロックの免疫染色で Calretinin, WT-1, D2-40 が陽性を示し, MOC31 は一部陽性, Ber-EP4 は陰性を示した。以上の結果より高分化乳頭状中皮腫を疑った。

【組織診】当院で施行した胸膜生検では腫瘍細胞が上皮様に乳頭状増生し, これらの細胞は Calretinin, HBME-1, D2-40, WT-1 陽性で, Desmin, CEA, Ber-EP4 は陰性であった。高分化乳頭状中皮腫様の所見もみられたが, 間質浸潤をわずかに認めたため上皮型悪性中皮腫と診断された。

【まとめ】本例は, Pap. 染色で球状集塊が目立つ細胞像で, 他に上皮型悪性中皮腫の特徴的細胞所見がみられない症例であった。

### P-2-158 腹水細胞診標本を用いて, 腹膜癌と鑑別した 腹膜原発悪性中皮腫の 1 例

国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科<sup>1)</sup>, 国立がん  
研究センター中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○加藤真弓(MD)<sup>1)</sup>, 渡邊麗子(MD)<sup>2)</sup>, 米岡 完(MD)<sup>1)</sup>,  
高橋健太(MD)<sup>1)</sup>, 植原貴史(MD)<sup>1)</sup>, 石川光也(MD)<sup>1)</sup>,  
池田俊一(MD)<sup>1)</sup>, 森 泰昌(MD)<sup>2)</sup>, 吉田 裕(MD)<sup>2)</sup>,  
加藤友康(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】腹膜原発悪性中皮腫は悪性中皮腫の 10-20% と極めて稀であり予後不良な疾患である。今回, 原発性腹膜癌との鑑別が可能であった腹膜原発悪性腹膜中皮腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】患者は 50 歳台。アスベスト暴露歴はない。腹部膨満感を主訴に近医を受診し, MRI で多量の腹水を指摘された。上下部消化管内視鏡を施行するも明らかな異常を認めず, ダグラス窩穿刺による腹水細胞診で腺癌が疑われたため, 原発性腹膜癌の診断で当院に紹介された。CT 上腹膜肥厚像および腹膜や大網に腫瘍性病変を認めた。再度施行したダグラス窩穿刺による腹水細胞診では, 核小体を伴う類円形核とライトグリーン好性細胞質を有する NC 比の高い小～中型細胞が小集塊状に出現していた。細胞質の空胞化や細胞相互封入像も観察され, 背景には多数のリンパ球をみとめた。同検体によるセルブロック標本で施行した免疫染色では PAX8(-), calretinin(+), BerEP4(-), WT1(+ )であった。経皮の大網生検では核小体明瞭な腫大核を持つ異型細胞が複雑な乳頭状増殖像を呈し一部では小胞巣を形成しつつ間質浸潤像を示し免疫染色もセルブロック同様の結果であった。以上をもって腹膜癌ではなく, 腹膜原発悪性中皮腫と診断した。シスプラチン/ペメトレキシド併用化学療法を 6 コース施行し, 最良効果判定は Stable disease で現在経過観察中である。

【考察】腹膜原発悪性中皮腫は反応性中皮細胞や腺癌との鑑別が難しく, 術前の腹水細胞診による正診率は 12.5% と低い。本症例は腹水細胞診に加え複数の免疫染色により悪性中皮腫の確定診断に至り, 手術介入することなく適切な治療を迅速に選択することができた。



## P-2-159 腹水細胞診を契機に診断に至った腹膜悪性 中皮腫の一例

聖マリアンナ医科大学産婦人科学<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病院病理部<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医科大学診断病理学教室<sup>3)</sup>, 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター<sup>4)</sup>, 川崎市立多摩病院産婦人科<sup>5)</sup>

○横道憲幸(MD)<sup>1)</sup>, 大原 樹(MD)<sup>1)</sup>, 永澤侑子(MD)<sup>1)</sup>, 吉岡範人(MD)<sup>1)</sup>, 久慈志保(MD)<sup>1)</sup>, 出浦伊万里(MD)<sup>1)</sup>, 大熊克彰(MD)<sup>5)</sup>, 戸澤晃子(MD)<sup>4)</sup>, 大川千絵(CT)<sup>2)</sup>, 千川晶弘(MD)<sup>3)</sup>, 高木正之(MD)<sup>3)</sup>, 木口一成(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木 直(MD)<sup>1)</sup>

**【症例】** 74歳. 6年前の腸閉塞手術時に腹水貯留を指摘され, 1年前には胸水貯留が出現し胸水ドレナージを施行されたが, 悪性所見なく経過観察されていた. 半年前には鏡視下に胸膜及び腹膜生検が施行されたが, 悪性中皮腫疑いで確定診断に至らず, 胸腹水精査のため当院へ紹介となった. 画像上腹膜癌が疑われ, 胸水細胞診はclass I, 腹水細胞診で腺癌が疑われたことから腹水セルブロックを作成し免疫染色したうえで腹膜癌を疑い, 腹式単純子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 大網切除術, 腹腔内播種切除術を施行した.

**【腹水細胞診】** 腫瘍細胞の球状集塊や collagenous stroma が認められ, 細胞質辺縁には微絨毛様の構造や, 細胞間には窓形成が認められた.

**【免疫組織化学】** 腹水セルブロックでは腹膜癌の免疫染色を行ったが, 術後に追加の免疫染色を行った結果, Calretinin, WT-1, D2-40, CK5/6, thrombomodulin が陽性, BER-EP, ER が陰性であり, 悪性中皮腫が考えられた.

**【病理組織学的所見】** 大網の脂肪織周囲には核小体が明瞭な辺縁不整核を有する細胞が乳頭状に増生していた. 浸潤領域は目立たず well differentiated papillary mesothelioma 様であり, わずかに浸潤と思われる領域が観察された.

**【まとめ】** 長期間胸腹水の診断に苦慮していたが, 腹水細胞診が陽性であったことを契機に手術を施行し, 悪性中皮腫の診断に至った. 腹水セルブロックの免疫組織化学では手術検体と同様の結果であり, 手術困難な症例においては腹水セルブロックの免疫染色も診断に有用となる可能性が示唆された.

## P-2-160 心膜から発生したと考えられた悪性中皮腫 の一症例

日本大学医学部附属板橋病院病理部<sup>1)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野<sup>2)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野<sup>3)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系形態機能分野<sup>4)</sup>

○関 利美(CT)<sup>1)</sup>, 橋本尚子(CT)<sup>1)</sup>, 中島弘一(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木淳子(CT)<sup>1)</sup>, 山本久恵(CT)<sup>1)</sup>, 吉田一代(CT)<sup>1)</sup>, 勝沼真由美(CT)<sup>1)</sup>, 廣谷ゆかり(CT)<sup>3)</sup>, 楠美嘉晃(MD)<sup>1,3)</sup>, 唐 小燕(MD)<sup>1,3)</sup>, 本間 琢(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽尾裕之(MD)<sup>1,2)</sup>, 増田しのぶ(MD)<sup>1,3)</sup>, 杉谷雅彦(MD)<sup>1,4)</sup>

**【緒言】** 悪性中皮腫のなかでも心膜原発はまれであり, 生前の確定診断が困難なことが多い. 今回, 細胞診検体から心膜原発を強く疑った悪性中皮腫の一例を経験したので報告する.

**【症例】** 66歳 女性 2017年2月から咳嗽出現し症状改善なく前医受診. CTにて大動脈弓の高さから肺背側を通り左腫気管支を巻き込み気管分岐下の左房背側まで占める内部不均一な腫瘍を認め, 当院に紹介となった. 縦隔腫瘍の疑いで細胞診が施行された.

**【細胞所見】** EBUS-TBNA では, 壊死性背景に核形不整で大小不同みられる多形細胞を弧在性からシート状の小集塊で認めた. クロマチン増量し明瞭な核小体見られ悪性を示唆したが, 変性強く組織型の判定には至らなかった. 組織生検採取が困難とのことで, On site によるEUS-FNAが施行された. 細胞は多形で異型が強く, 多核巨細胞も散見された. 胞体は重厚から淡く一部に粘液様空胞様の細胞も認めた. 後日2回にわたり採取された心嚢液では, 球状や乳頭状集塊を認め, 核は中心性で類円形示し, 多核細胞も多く見られた. また, hump 様細胞突起や細胞接合像, オレンジG好性細胞の出現と, 悪性中皮腫の細胞学的特徴を示し, ヒアルロン酸値の上昇を確認し, 悪性中皮腫と診断した.

**【組織所見】** EUS-FNA 時, 作製したセルブロックでは異型細胞の集塊を認め, 免疫染色で Calretinin 陰性を示したが, D2-40, WT-1 に陽性を示した.

**【まとめ】** 中皮腫は多彩な組織像をとり鑑別すべき疾患は多岐にわたる. 組織生検が施行できない場合, 悪性中皮腫の細胞学的特徴に加え, セルブロックによる免疫組織化学染色や遺伝学的検索, また臨床病理学的情報と画像所見を併せて診断に活用することで, 診断的意義が高まると思われた.

## P-2-161 早期発見された胸膜悪性中皮腫の一例

戸田中央臨床検査研究所病理検査科<sup>1)</sup>, 東京都済生会中央病院病理診断科<sup>2)</sup>, 杏雲堂病院病理診断科<sup>3)</sup>, 新座志木中央総合病院呼吸器外科<sup>4)</sup>

○関れいし(MD)<sup>1,2)</sup>, 曾根田由樹(CT)<sup>1)</sup>, 川嶋活彦(CT)<sup>1)</sup>, 岩屋啓一(MD)<sup>3)</sup>, 草間 博(MD)<sup>1)</sup>, 宮島邦治(MD)<sup>4)</sup>, 河合俊明(MD)<sup>1)</sup>

50代, 男性(大工). X-5年, 呼吸困難を主訴に受診し胸水貯留に対して細胞診が施行された. 細胞所見では中皮細胞が大小の集塊で出現していた. 核中心性で, 小型核小体を有する細胞や多核化細胞が混在し, 細胞質は均質で重厚感があった. 悪性中皮腫が強く疑われ, 胸膜生検が施行された. 組織学的に壁側胸膜表層に異型細胞の小乳頭状増殖が認められた. 免疫染色では, calretinin 陽性, D2-40 陽性, WT-1 陰性, CEA 陰性, GLUT-1 陰性, EMA 陰性であった. 反応性中皮との鑑別が争点となったが, 悪性中皮腫疑いで胸膜肺全摘出および心膜横隔膜再建術が施行された. 手術所見では, 壁側胸膜は広範囲に右肺臓側胸膜と癒着し, 中葉から下葉の胸膜はほぼ全周性に白色調に肥厚, 縦隔から葉間胸膜まで進展していた. 摘出検体は術中所見と同様で, 右肺壁側胸膜は線維性に最大10mm厚に肥厚し, 結節状あるいは腫瘍状病変は確認されなかった. 組織学的に, 好酸性, 硝子様の豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が, 乳頭状及び小胞巣に増殖しており, 免疫染色は生検と同様で, さらにBAP-1陰性であり悪性中皮腫と診断した. 腫瘍は壁側胸膜の内弾性板を超えて結合組織層へ浸潤しているが外弾性板への浸潤はなく, 臓側胸膜ではわずかに外弾性板を超えるが肺実質への浸潤はみられず早期の胸膜悪性中皮腫(pT1b)と診断された. 術後放射線療法を施行され, 経過観察4年目に背部皮下腫瘍が確認された. 腫瘍穿刺吸引細胞診class V, 悪性中皮腫の転移巣と診断され腫瘍摘出術が施行された. 現在, 原発巣の発見より5年経過し再発はない. 今回, 初期病巣に対するBAP-1の追加免疫染色を検討した結果陰性であり, 早期の悪性中皮腫の診断に有用であったと思われる.

## P-2-162 悪性中皮腫, 反応性中皮細胞および肺腺癌の鑑別—細胞質辺縁に着目して—

東北大学病院病理部<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学研究科病理診断学分野<sup>2)</sup>

○菅原隆讓(CT)<sup>1)</sup>, 三浦弘守(CT)<sup>1)</sup>, 今野かおり(CT)<sup>1)</sup>, 安達友津(CT)<sup>1)</sup>, 小泉照樹(CT)<sup>1)</sup>, 村山優理香(CT)<sup>1)</sup>, 山口祐香(CT)<sup>1)</sup>, 藤島史喜(MD)<sup>2)</sup>, 渡辺みか(MD)<sup>1)</sup>, 笹野公伸(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】悪性中皮腫は近年増加傾向を示す予後不良の疾患であり, その診断における体腔液細胞診の役割は非常に大きい. 体腔液における上皮型悪性中皮腫の形態学的特徴は多くの検討がなされているが, 未だ腺癌や反応性中皮細胞との鑑別が容易でない場合も多く, さらなる検討が必要である. 今回我々は悪性中皮腫の細胞質辺縁の所見に着目し, 肺腺癌または反応性中皮細胞との鑑別における有用性について検討を加えた.

【対象と方法】対象は組織学的に肺腺癌または悪性中皮腫と診断された体腔液標本各15例と悪性細胞を認めない反応性中皮細胞の体腔液標本15例の計45例のパパニコロウ染色標本を用いた. 細胞質辺縁の細胞質突起および辺縁空胞の有無に着目し, 各標本において対物20倍で任意の20視野を観察し, 細胞質突起を有する細胞と辺縁空胞を有する細胞の出現率をそれぞれ算出し, 統計学的解析を行った. 解析にはMann-WhitneyのU検定( $p < 0.05$ で有意差あり)を用いた.

【結果】細胞質突起の出現率の平均は反応性中皮細胞例で $3.6 \pm 1.7\%$  (0~6.8%), 悪性中皮腫例で $5.0 \pm 1.3\%$  (2.3~6.5%), 肺腺癌例で $1.2 \pm 1.0\%$  (0.3~3.5%)であり, 反応性中皮細胞例, 肺腺癌例に比して悪性中皮腫例で有意に高かった( $p < 0.05$ ). また, 辺縁空胞の出現率の平均は反応性中皮細胞例で $0.3 \pm 0.3\%$  (0~1%), 悪性中皮腫例で $3.0 \pm 1.7\%$  (0.15~6%), 肺腺癌例で $0.4 \pm 0.5\%$  (0~1.7%)であり, こちらも反応性中皮細胞例, 肺腺癌例に比して悪性中皮腫例で有意に高かった( $p < 0.01$ ).

【まとめ】本検討における細胞質辺縁の所見は体腔液細胞診における悪性中皮腫と, 肺腺癌および反応性中皮細胞との鑑別において有用であり, 診断の一助となり得ることが示唆された. 今後はメイ・ギムザ染色にて同様の検討を行い, 併せて報告する.

### P-2-163 セルブロックと次世代シーケンスによるクリニカルシーケンスの実例

北海道大学病院がん遺伝子診断部<sup>1</sup>, 北海道がんセンター<sup>2</sup>, 北斗病院<sup>3</sup>

○柳田絵美衣(CT)<sup>1</sup>, 松岡亮介(MD)<sup>1</sup>, 赤羽俊章(CT)<sup>3</sup>,  
林 秀幸(MD)<sup>1</sup>, 西原広史(MD)<sup>2</sup>

近年, 疾患関連候補遺伝子を同定することで, 最適な分子標的治療薬を適応する Precision Medicine の臨床実装が進められている。ゲノミクス解析技術が発展し, 病理学検査で作製した FFPE からの腫瘍細胞由来 DNA 抽出と, 次世代シーケンスによる遺伝子解析が臨床応用され始めた。また, 低侵襲・低負荷である細胞診検体での検査や診断数が増加し, 今後も様々な検査を細胞診検体で行うと予測される。しかし, 次世代シーケンスにて網羅的遺伝子解析を行うには, 十分量の DNA, 腫瘍細胞量の確保が必要であるため, 細胞診検体では困難に思われる。

**【方法】** 膵癌の腹水セルブロックと血液を対象とする。セルブロックは, 未染色標本から腫瘍細胞をトリミングし, 自動核酸抽出装置にて DNA を抽出後, アンプリコン法によるライブラリー構築を行う。PCR セットアップ, サンプルングおよび精製, PCR アンプリコン解析, DNA の末端修復, A 付加, アダプターライゲーション, 精製, ライブラリーの PCR 増幅, 増幅産物の精製, ライブラリー解析の工程となる。次世代シーケンス MiSeq を用いて, 150bp, 300cycle を 24 時間で多数の核酸断片の塩基配列を 3 次元的に読み取り, 塩基配列の構築・解析を行う。品質は TapeStation で DIN 値, Qbit で DNA 濃度, ライブラリー濃度を TapeStation により測定する。バイオインフォマティクス解析では, シーケンスエラーなどの不良リードを除去する。マッピングなどの操作後, リード数, リード残存率, マップ率, mean depth, シーケンスエラー検出率の値から, DNA とライブラリーの品質, 解析可能か確認する。

**【結果】** DNA, ライブラリー, シーケンスにおいて良好な品質となり, 解析においても十分な結果が得られた。

### P-2-164 血清飢餓状態における培養日数と二核細胞の生存能力に関する検討

九州大学医学系学府保健学専攻<sup>1</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2</sup>, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学<sup>3</sup>, 医療法人社団高邦会高木病院<sup>4</sup>

○鶴留えりか(MT)<sup>1</sup>, 渡邊壽美子(PhD)<sup>2</sup>,  
加来恒壽(MD)<sup>2,3</sup>, 岩坂 剛(MD)<sup>4</sup>, 杉島節夫(PhD)<sup>2</sup>

**【背景】** 二核細胞は良性疾患より悪性腫瘍で出現しやすいと言われているが, その形成機序やその性質に関しては未だ明らかになっていない。我々はこれまでに二核細胞は血清飢餓培養で多数出現すること, また血清飢餓状態で 3, 5, 7 日培養した後血清を加えてさらに 2 日間培養すると, 培養 3, 5 日の二核細胞には分裂能力があることを報告した。さらにその割合はそれぞれ 79.5% (飢餓培養 3 日), 31.7% (同 5 日) と異なることから, 我々は飢餓培養日数の違いによって二核細胞の生存能力は変化するのではないかと考えた。

**【目的】** 血清飢餓状態における培養日数の違いと二核細胞の生存能力の関連性を調べる。

**【対象と方法】** 培養細胞 HeLa を通常培養(10% serum)と血清飢餓培養(0% serum)でそれぞれ 3, 5, 7 日培養後, 細胞を回収し未固定の状態 PE AnnexinV, DAPI 二重染色を行い, PE(-)DAPI(-)を生細胞, PE(+)DAPI(-)をアポトーシス初期, PE(+)DAPI(+)をアポトーシス後期, PE(-)DAPI(+)を死細胞としてカウントした。コントロールとして単核細胞を用いた。

**【結果】** 生細胞の割合は, 単核細胞では培養日数との間に関連性はなかった。一方, 二核細胞では飢餓培養 3, 5 日目に比較し 7 日目の生細胞の割合は減少し, かつアポトーシスおよび死細胞の割合は増加した。これは, 血清飢餓状態から栄養状態を改善させた時に分裂能力を有する割合が培養日数によって異なるという我々の過去の結果を裏付けるものであった。

**【結論】** 二核細胞の生存能力は, 血清飢餓培養日数によって変化する。

**P-2-165 培養日数と二核細胞の変化に関する検討**

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>,九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>2)</sup>,九州大学大学院医学研究院生殖病態病理学<sup>3)</sup>,医療法人社団高邦会高木病院<sup>4)</sup>,九州大学病院病理診断科・病理部<sup>5)</sup>

○近藤 守(MT)<sup>1)</sup>,渡邊壽美子(PhD)<sup>2)</sup>,  
西村和徳(該当なし)<sup>1)</sup>,加来恒壽(MD)<sup>2,3)</sup>,  
岩坂 剛(MD)<sup>4)</sup>,杉島節夫(PhD)<sup>2,5)</sup>

**【背景】**これまで我々は、二核細胞は、無血清培養で出現増加すること、また二核細胞は分裂能力を有してことを見出してきた。しかし、二核細胞の分裂能力に無血清培養日数がどのように関連するかは不明である。そこで、無血清培養日数と二核細胞の出現率および分裂能力の関連性を調べ若干の知見を得たので報告する。

**【材料および方法】**細胞はHeLa cellを使用した。培養条件をFBSの濃度により0%(0% medium), 10%と設定し、それぞれについて1, 3, 5, 7日間培養を行った。その後、チャンバースライドを用いてPapanicolaou染色を行い、細胞200個あたりの二核細胞の出現数を調べた。また、0% mediumにおいて、培養日数が分裂能力に与える影響を調べた。

**【結果】**0%培養における二核細胞の出現率は、培養日数が1, 3, 5, 7日でそれぞれ、10.7%, 5.33%, 5.67%, 5.33%で、培養1日目に比べて、3~7日目における二核細胞の出現率はおよそ半分であった。また、その後2日間10% mediumで培養した場合、その分裂能力は58.2%, 79.5%, 31.7%, 0%で培養日数によって変化がみられた。

**【考察】**培養1日目で出現している二核細胞と培養3日目以降で出現している二核細胞では性質が異なっている可能性が示唆された。

**P-2-166 後腹膜に発生した過誤腫の一例**

東大和病院病理細胞診断科

○篠 友希(CT),河村淳平(CT),島方崇明(CT),  
坂牧久仁子(CT),林友理恵(CT),桑尾定仁(MD)

**【はじめに】**後腹膜腫瘍には悪性リンパ腫、脂肪肉腫、悪性線維性組織球腫などが知られているが、その発生は全腫瘍の約0.2%にすぎない。今回、我々は後腹膜に発生した過誤腫の一例を経験したので報告する。

**【症例】**30代男性。下腹部痛のため当院受診。CTにて下大静脈および大動脈周囲に充実部分および嚢胞部分を伴う分葉状の後腹膜腫瘤を認めたが、悪性所見に乏しく経過観察となる。経過観察中、再度の腹痛発作があり、CTで腫瘍の増大傾向を認めたため、腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。

**【捺印細胞像】**赤血球、好中球および多数のヘモジデリン貪食組織球を背景に、刷子縁を有する円柱上皮細胞集塊がシート状に出現していた。その集塊中には粘液を有する細胞を少数認めた。また、平滑筋由来と考えられる長楕円形核で流れるような配列をした細胞集塊や脂肪細胞といった間葉系細胞成分も散見された。この細胞集塊の細胞質はLGに好染し、やや厚い印象であった。細胞密度は低く、一部大型不整の核が混在していたが、クロマチンは一様であった。さらに、小型紡錘形細胞、組織球および多核組織球が混在した肉芽組織様の細胞集塊も認められた。

**【組織像】**肉眼的には5.5×3.0 cmの嚢胞性腫瘤で、割入れ時に緑褐色調の内容物の流出が見られた。組織学的にはパネート細胞を有する腸管粘膜とその周囲の平滑筋層、神経叢あるいは脂肪織より成り立っていた。嚢胞壁の一部には腺房様構造や出血に伴うヘモジデリン沈着巣を認めた。分化した腸管よりなる腫瘤は総腸骨動脈分岐部直上に存在し、後腹膜腔に局限していたため、後腹膜領域に発生した過誤腫と診断した。

**【まとめ】**極めて稀な後腹膜領域に発生した過誤腫の一例を報告した。



## P-2-167 術中迅速診断時に鑑別困難であった小児 Burkitt リンパ腫の1例

香川大学医学部附属病院・病理診断科<sup>1)</sup>, 香川大学医学部附属病院・病理部<sup>2)</sup>, 済生会今治病院・病理診断科<sup>3)</sup>, 高松赤十字病院・病理診断科<sup>4)</sup>

○石川 亮(MD)<sup>1)</sup>, 片倉和哉(CT)<sup>2)</sup>, 郷田 衛(CT)<sup>2)</sup>, 宮本加菜(CT)<sup>2)</sup>, 本山陸美(CT)<sup>2)</sup>, 松永 徹(CT)<sup>2)</sup>, 井上耕佑(MD)<sup>1)</sup>, 伊吹英美(MD)<sup>1)</sup>, 香川聖子(MD)<sup>1)</sup>, 坂東健次(MD)<sup>3)</sup>, 佐々木真紀子(MD)<sup>1)</sup>, 門田球一(MD)<sup>1)</sup>, 香月奈穂美(MD)<sup>4)</sup>, 串田吉生(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】小児がんは全てのがんの1%に満たない稀な腫瘍であるが、その組織型は多彩であるため鑑別に苦慮することがある。また、急激な臨床経過のため臨床科から迅速な診断の要求や、中央病理診断のため良質な検体の採取と迅速な移送も期待されている。今回我々は、術中迅速診断時に鑑別困難であった小児 Burkitt リンパ腫の1例を経験し、他の小児がん症例との細胞学的な鑑別点について検討したので報告する。

【症例】8歳、男児。腹痛と1週間前からの腹部膨隆を主訴に受診。腹痛精査目的の画像検査で腹腔内巨大腫瘍が指摘され、診断確定のため全身麻酔下に生検が行われた。

【細胞像】比較的均一な類円形核を有する腫瘍細胞が孤立散在性に出現しており、核クロマチンは粗顆粒状であった。核分裂像やアポトーシス小体、tingible body macrophage が散見された。一部で核のくびれや、明瞭な核小体を有する細胞も認められた。ギムザ染色では腫瘍細胞の細胞質内に空胞がみられた。

【組織像】術中迅速診断では円形細胞がびまん性に増殖しており、神経芽腫、横紋筋肉腫、悪性リンパ腫などが鑑別に挙げられた。術後に提出されたホルマリン固定材料では、一部に starry sky 像もみられた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は CD20(+), CD10(+), CD3(-), desmin(-), NSE(-), AE1/AE3(-)であり、Ki-67 標識率はほぼ 100%であった。以上から Burkitt リンパ腫と診断した。

【まとめ】細胞診のみで小児がんの鑑別は困難であるが、術中に悪性リンパ腫の可能性を指摘できれば FCM 用の検体提出の必要性を術者に伝えられるため、術中捺印細胞診は有用であると考えられる。

## P-2-168 細胞診の免疫染色が有用であった原発不明癌の3例

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンター<sup>2)</sup>

○原田和弥(CT)<sup>1)</sup>, 森 清(MD)<sup>1)</sup>, 笹 倫郎(CT)<sup>1)</sup>, 長友 萌(CT)<sup>1)</sup>, 眞能正幸(MD)<sup>1)</sup>, 竹中明美(CT)<sup>2)</sup>, 津田絹江(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】近年多重癌患者も多く、原発不明癌の症例に遭遇することが増えてきた。今回細胞診検体に免疫染色を施行し、原発巣を推定できた3症例を経験したので報告する。

### 【症例・細胞像】

#### 1. 70歳代 女性 既往歴 子宮体癌

リンパ節腫脹、発熱のため当院受診。細胞質に粘液を含む細胞が出現、核の N/C 比は高く、核異型と核小体が目立つ細胞が見られたため、腺癌の転移が疑われたが原発巣の推定に至らなかった。子宮体癌との鑑別のため免疫染色を施行し、TTF-1 が陽性となり肺原発の腺癌と確定した。

#### 2. 70歳代 女性 既往歴 子宮体癌

咳、血痰を主訴に当院受診。気管支洗浄細胞診を施行。細胞像は腺腔様形成が見られ、核形不整を示し、クロマチンは細顆粒状に増量。核小体の目立つ細胞も見られ、腺癌が疑われた。TTF-1 陰性、PAX-8 陽性のため、既往の子宮体癌再発を推定し、組織検査で確定に至った。

#### 3. 70歳代 女性 既往歴 肺癌

背部右肩痛、胸郭痛を主訴に当院受診。骨から CT ガイド下生検時、細胞診も施行。細胞像は上皮性結合が見られた。核は腫大し、偏在傾向。核小体や核の切れ込みを認め、クロマチン増量が見られたが低分化のため、原発巣の推定はできなかった。免疫染色の結果、CK7, TTF-1 陽性であり肺癌を推定し、組織像にて肺原発腺癌と確定された。

【まとめ】今回の症例のようにパパニコロウ染色の細胞像だけでは原発の確定困難であるが、免疫染色を併用することで原発巣の推定に有用であった。

組織が採取できず細胞診のみで確定しなければならない症例も少なからずあると考えられ、免疫染色は原発巣や組織型を推定する上で重要な情報を得る手段である。

## P-2-169 細胞診結果の出現細胞報告についてのアンケート調査報告

京都第一赤十字病院病理診断科部

○關橋進吾(CT), 古本玲奈(CT), 芦田静香(CT),  
井上小百合(CT), 片岡恵美(CT), 久保喜則(CT),  
樋野陽子(MD), 山野 剛(MD)

**【目的】**細胞診では、正常や良悪性を判定すると同時に扁平上皮細胞や好中球などの標本上に出現している細胞(以下、出現細胞)を同時に報告している。しかし、出現細胞の報告に関してのガイドラインはない。今回、各施設の出現細胞の結果報告様式の現状把握を目的とし、アンケートによる調査を行った。

**【方法】**子宮頸部、喀痰および尿の材料ごとに、標本作製方法、出現細胞の報告(定性、半定量、していない)、基準やその基準の決定方法について、京都府内の細胞診業務を実施している23施設に2017年3月にアンケートを配布し16施設から回答を得た(回収率70%)。

**【結果】**標本作成方法は、子宮頸部では従来法43.8%、LBC37.5%、両方18.8%、喀痰ではすり合わせ法87.5%、LBCとすり合わせ法両方12.5%、尿では遠心法47.6%、直接塗抹9.5%、LBC28.6%、その他14.3%だった。出現細胞の報告様式は、定性のみ28~29%、半定量53~59%、していない12~18%だった。出現細胞を報告している施設で、施設における統一基準あり13~14%、なし86~87%だった。統一基準がある施設は2施設で、基準の決定方法については、指導医や検査士同士で協議決定していた。

**【考察】**出現細胞報告様式の統一基準がなく、検査士の個人的判断に任せられている施設が大部分で、出現細胞の報告をしていない施設もみられた。細胞診の材料や目的によっては出現細胞の報告意義が違って来るが、出現細胞の結果報告の標準化は必要であり、今後、ガイドラインなどで基準が設定されることが望まれる。

## P-2-170 広島県における腭・胆汁細胞診の運営状況と現状

国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科<sup>1)</sup>、広島県細胞検査士会精度管理委員<sup>2)</sup>、済生会呉病院臨床検査室<sup>3)</sup>、三原市医師会病院診療部臨床検査科<sup>4)</sup>、(株)福山臨床検査センター細胞診検査室<sup>5)</sup>、独立行政法人国立病院機構広島西医療センター研究検査科<sup>6)</sup>、広島市医師会検査センター<sup>7)</sup>

○信広亮輔(CT)<sup>1,2)</sup>、有谿俊一(CT)<sup>2,3)</sup>、  
川西なみ紀(CT)<sup>2,4)</sup>、新宅由佳(CT)<sup>2,5)</sup>、  
藤本貴美子(CT)<sup>2,6)</sup>、山下 葵(CT)<sup>2,7)</sup>、  
佐々木なおみ(MD)<sup>1)</sup>

**【はじめに】**腭液、胆汁の細胞診は癌の診断に大きな役割を担っており、適切な標本作製、細胞診断が重要である。我々は広島県内で細胞診断を行っている施設に対し、腭液・胆汁の細胞診における細胞診標本作製方法、細胞診断報告様式について調査し、現状と問題点を検討した。

**【対象と方法】**広島県内31施設を対象とした。細胞検査士会広島県支部精度管理委員にて作成した腭液・胆汁の細胞診に関するアンケート14問をwebアンケート(ミスターアンケート)にて行い、施設単位で回答を回収した。細胞検査士の勤務状況、標本作製法、細胞診断報告様式、セルブロック作製の有無、検体数等の設問を設けた。また、バーチャルスライド(以下VS)を用いた細胞診症例8問を出題し、推定組織型について、広島県内の細胞検査士から回答を集めた。

**【結果】**アンケートは31施設中27施設(回収率87%)、VSを用いた設問は31施設87名(回収率100%)から回答があった。標本作製法は遠心後すり合わせ法が57%と多数を占め、LBC法とすり合わせ法の併用、LBCのみの標本作製が各々12%であった。報告様式はパパニコロウ分類41%、ガイドラインに沿った報告様式は11%であり、セルブロックを作製している施設は28%にとどまった。VSを用いた設問ではいずれの設問も概ね9割以上の正当率であった。

**【考察】**広島県内の各施設に腭液、胆汁細胞診アンケート調査を行い、検体処理法、報告様式の施設間差が明らかとなった。今後は各施設で細胞診ガイドラインに基づいた検体処理法、報告様式を採用することが望まれる。さらにセルブロック作製、免疫染色等の併用を行い、より正確な細胞診断を目標としたい。

**P-2-171 深層学習法による気管支肺胞洗浄液標本の自動細胞カウムの検討**

独立行政法人労働者健康安全機構中部労災病院

○玉腰利長(CT), 森 敦雄(CT), 宮地 努(CT),  
高橋綾子(CT), 長坂 暢(MD), 加藤一夫(MD)

【はじめに】画像認識分野では近年、深層学習が注目されている。今回、気管支肺胞洗浄液(BALF)のGiemsa染色標本にて深層学習法による自動細胞カウムの目視で算出した細胞比率の相関を検討した。

【方法】Giemsa染色対物40倍の画像から細胞画像(22.0×22.0 μm)を切り抜き、組織球、リンパ球、好中球、好酸球、線毛円柱上皮等のラベル(目標変数(y; output))を付与した約20,000枚の画像を学習用データとした。

1,600画素(40×40 pixel)のRGB画像の各チャンネル分を入力(x; input)とし、畳み込みニューラルネットワークを基本とした独自のニューラルネットワークで判別モデルを作成し、予測結果に対して病理医・細胞検査士による正誤判定を行い、モデルの正確性を検討した。その後、テスト用データ20症例のGiemsa染色対物40倍の画像に対し、深層学習法の細胞比率と目視法の細胞比率の相関を検討した。

【結果】precision(適合率)は80%, recall(再現率)は86%, F1 score 0.83程度と良好であった。相関係数は好中球以外では0.9前後を示し、比較的良好な結果が得られた。

【結語】深層学習による細胞判定は業務量減少、客観性向上に有効な手段と考えられる。

**P-2-172 術中迅速細胞診への応用に向けたBDサイトリッチ法における標本作製迅速化の検討**

兵庫医科大学病院病院病理部

○中西昂弘(CT), 石田誠実(CT), 有田奈弥惠(CT),  
織田みほ(CT), 中村純子(CT), 鳥居良貴(CT),  
中込奈美(MD), 松田育雄(MD), 廣田誠一(MD)

【目的】Liquid-Based Cytology(以下LBC法)は従来法に比べ、細胞が一様に分布し、乾燥等の細胞変性が少なく、腫瘍細胞の出現率も高いことが知られている。今回、術中迅速細胞診への応用を目的として、LBC法の一つであるBDサイトリッチ法における標本作製迅速化の検討を行った。

【方法】検体は体腔液10症例、気管支擦過ブラシ洗浄液10症例を用いた。BDサイトリッチ法における分注・塗抹操作について以下の条件で検討した。精製水の分注量は100 μl, 200 μl, 300 μlの3通り、沈降時間は1分, 3分, 5分, 10分の4通りの組み合わせで標本作製し、パニコロウ染色施行後、塗抹細胞数を比較した。ただし、同量の沈渣に対してそれぞれの分注量を加えて細胞を浮遊させ、細胞数が同じで濃度の異なる沈渣液を用いた。

【結果】ほぼすべての症例において、塗抹細胞総数は分注量が少ないほど多くなり(沈降距離が短くなるためと考えられる)、沈降時間が短いほど少なくなった。ただし、沈降時間が短い場合に減少する細胞の多くは炎症細胞等の小型細胞であり、上皮性細胞集塊等の大型細胞においては出現数に大きな差は見られなかった。

【まとめ】BDサイトリッチ法において推奨されている分注量と沈降時間は300 μl・10分間であるが、分注量100 μl・沈降時間3分でも同程度の塗抹細胞数が認められた。また分注量100 μlであれば沈降時間は1分であっても60%以上の細胞数が回収されていた。BDサイトリッチ法においては標本作製時間の短縮が可能であり、術中迅速細胞診への応用が有用となると考えられた。

**P-2-173 BD サイトリッチレッド保存液を用いた液状処理細胞診の非婦人科材料の運用と症例**

桐生厚生総合病院中央検査部病理<sup>1)</sup>, 群馬県立県民健康科学大学<sup>2)</sup>, 群馬大学大学院病理診断学<sup>3)</sup>, 老年病研究所付属病院<sup>4)</sup>, 医療法人三思会東邦病院<sup>5)</sup>

○今泉智博(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木晶子(CT)<sup>1)</sup>, 瀬川篤記(MD)<sup>2)</sup>, 小山徹也(MD)<sup>3)</sup>, 吉田カツ江(MD)<sup>4)</sup>, 城下 尚(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】当院では、婦人科擦過細胞診を除く多くの細胞診検体に対してBD サイトリッチ TM レッド保存液(レッド保存液)を用いた検体処理を行っている。今回、レッド保存液を用いた液状処理細胞診の有用性の高い検体の運用と症例を報告する。

【症例】口腔領域の擦過検体、胸水・腹水・胆汁等の液状検体、気管支鏡ブラシ洗浄液、肺胞洗浄液

【口腔領域の擦過検体】舌、歯肉等の病変に対し、生食で湿らせた綿棒で検体採取を行い、湿固定標本、乾燥標本を1枚ずつ作製。その後レッド保存液の入った容器内で綿棒に残った細胞成分を落とし、用手法にて標本作製を行う。歯肉癌症例においては、液状処理検体では、平面的に異型細胞が集約した状態となり、診断の一助となった。

【胸水・腹水・胆汁等の液状検体】遠心分離後、上清を取り除き、湿固定標本2枚、乾燥標本1枚作製。残りの沈査量に応じて、レッド保存液を5mL~10mL加え、30分以上固定後、用手法にて標本作製を行う。胸水や腹水では、免疫染色が必要になる症例も少なくないが、液状処理検体であれば複数の類似標本作製する事が可能であり、セルブロック標本と同等の免疫染色が可能になる。

【気管支ブラシ洗浄液・肺胞洗浄液】液状検体と同様に検体処理を行い、標本作製を行う。ブラシ洗浄液や肺胞洗浄液は、異型細胞が少ない症例も多く、液状処理検体の作製は特に重要と思われる。

【まとめ】レッド保存液を用いた液状処理細胞診は用手法で可能であり、様々な検査材料に用いる事が可能である。細胞診に高い診断精度が求められる現代の医療において、液状処理細胞診の導入は有用であり重要であると考える。

**P-2-174 各種 LBC 保存液による細胞形態学的差異**

北里大学大学院医療系研究科応用腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 北里大学医療衛生学部臨床細胞学<sup>2)</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>3)</sup>

○上條桂輔(CT)<sup>1)</sup>, 加藤さおり(CT)<sup>1)</sup>, 西村由香里(PhD)<sup>1,2)</sup>, 服部 学(PhD)<sup>1,2)</sup>, 佐藤之俊(MD)<sup>3)</sup>, 古田玲子(PhD)<sup>1,2)</sup>

【目的】液状化検体細胞診(Liquid-based cytology: LBC)は不適正標本の減少、鏡検時間の短縮、および追加検査が可能などの利点があるが、市販されている十数種のLBC保存液と塗抹法の違いにより、細胞形態学に差異が生じている。従来法は細胞所見を共通認識することが出来たが、LBC法では標本作製法ごとに細胞形態を認知することが必要である。本研究は、まず保存液因子の細胞への影響を検索し、その差異を明らかにすることを目的とする。

【方法】シャーレ中に培養した尿路上皮癌細胞株であるT24細胞を、トリプシン処理にて剥離し50mlチューブに収集、PBS(-)で洗浄後、同液中に浮遊させ18本のチューブに分注し、遠心後、上澄みを除去し沈渣に17種類の保存液、95%エタノール6mlを加え30分間静置後、オートスミア法で細胞をスライドガラスに塗抹し、Papanicolaou染色を施行した。蛍光顕微鏡(KEYENCE BZ-X700)を用いて、明視野撮影モード、対物レンズ40倍で各標本を撮影し、100個の細胞の面積と輝度を、画像解析ソフトを用いて計測した。上記操作を3回施行しその平均値を算出して各保存液の細胞形態学的な差異を比較検討した。

【結果】T24細胞の平均面積( $\mu\text{m}^2$ )は、保存液の最小値が $113.2 \pm 25.6$ 、最大値が $161.9 \pm 38.4$ であり、95%エタノールが $133.0 \pm 28.7$ であった。輝度は、保存液の最小値が $71.6 \pm 13.1$ 、最大値が $105.4 \pm 10.6$ であり、95%エタノールが $96.8 \pm 17.2$ であった。面積が小さいほど輝度は低値を示す傾向があるも一定ではなかった。

【結論】LBC保存液による差異は、細胞の面積は最大で1.5倍、輝度は1.6倍であることを明らかにした。LBC標本作製法ごとに細胞形態の相違を認知することが肝要である。



### P-2-175 TACAS™固定培養細胞株を用いた fluorescence *in situ* hybridization (FISH) 法への応用

株式会社医学生物学研究所<sup>1)</sup>, アボットジャパン株式会社<sup>2)</sup>

○高田真未(CT)<sup>1)</sup>, 泉澤康弘(該当なし)<sup>2)</sup>

【はじめに】液状化検体細胞診(以下 LBC)は, 細胞検体の長期保存や標本が複数枚作製できるため, 遺伝子検査やその他検査への応用が期待されている。今回, 基礎的検討として TACAS 標本をベンタナベンチマーク(以下 BMK) ULTRA へ搭載し FISH 法を実施したので報告する。

【方法】溶血能の高い非婦人科用固定液 TACAS Ruby にヒト由来培養細胞株を回収・固定保存し未染色 TACAS 標本を作製, BMK ULTRA を用いて FISH 法を実施後, 蛍光顕微鏡でシグナルの確認をした。p16 遺伝子欠損および myc 遺伝子の観察を目的とし, Vysis LSI CDKN2A SpectrumOrange/CEP 9 SpectrumGreen Probe, Vysis LSI MYC Dual Color Break Apart Rearrangement Probe および Vysis IntelliFISH Hybridization Buffer を用いた。まず, 前処理方法/洗浄温度等について条件設定し, 明瞭なシグナルパターンが観察できるよう至適条件の決定をした。次に, 本至適条件をもって, 一定期間検体保存後におけるシグナル検出の安定性および再現性について確認した。

【結果と考察】TACAS 標本を観察すると, 培養細胞株の染色体構成に応じた Orange, Green のシグナルを明瞭に観察することができた。核内のバックグラウンドは低く, 非特異的なシグナルがあまり認められなかったことから, BMK ULTRA による TACAS 標本を用いた FISH 法の実施は可能であると考えられる。至適条件に関しては, 各種組み合わせにより設定条件に差異が認められたが, いずれも明瞭なシグナルパターンが観察された。保存検体安定性に関しては, 現在確認中である。

【結語】LBC, 自動染色装置, 最適な試薬や蛍光顕微鏡を使用することにより, 簡易かつ安定的に実施できることが示唆された。今回検討した至適条件や保存検体安定性が臨床検体への実用化にあたり一つの指標となることが期待される。

### P-2-176 口腔細胞診における検体採取方法の検討: オーセレックスブラシの使用経験

宮崎県立日南病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 宮崎県立日南病院病理診断科<sup>2)</sup>

○佐野亜由美(CT)<sup>1)</sup>, 福田早織(CT)<sup>1)</sup>, 木佐貫篤(MD)<sup>1,2)</sup>

【目的】当院では 2013 年 4 月に口腔領域の細胞診を開始し, 採取器具を鋭匙, サイトブラシ, オーセレックスブラシ(BD 社)と変更した。今回採取器具による標本の差異を検討した。

【方法】各々の採取器具で擦過, 塗沫後, 鋭匙・サイトブラシは BD CytoRich Red 4 ml, オーセレックスブラシは BD SurePath Collection Vial 10 ml で LBC 標本(BD 社 SurePath 法)を作製した。評価項目は適正, 細胞の出現形態, 細胞数, 深層細胞の有無とした。細胞数は LBC 標本を対物レンズ 40 倍で 1 視野中の扁平上皮細胞数の平均を算出した。

【結果】鋭匙 8 例, サイトブラシ 38 例, オーセレックスブラシ 30 例を再評価した。標本はすべて適正だった。細胞の出現形態は, 鋭匙は集塊状で不良, サイト・オーセレックスブラシは良好だった。細胞数は鋭匙: 2.1 個/HPF, サイトブラシ: 45.3 個/HPF, オーセレックスブラシ: 20.6 個/HPF だった。オーセレックスブラシで細胞数少数(5 個/HPF 以下)が 7 例みられたが, 擦過不十分や炎症を伴う症例で塗沫と合わせ評価できた。深層細胞出現率は鋭匙: 疑陽性以上 4/4 例, 陰性 2/4 例, サイトブラシ: 疑陽性以上 12/15 例, 陰性 4/23 例, オーセレックスブラシ: 疑陽性以上 8/8 例, 陰性 12/22 例だった。

【総括】症例や採取者など条件が異なるが, 採取に鋭匙は適さずサイト・オーセレックスブラシは適していると考えた。細胞数はサイトブラシが多いがオーセレックスブラシも判定に十分だった。オーセレックスブラシは高い深層細胞の採取率, 良好な操作性, 簡便な検体保管, 歯科医の主観だが患者の痛み軽減が利点で経費増加が欠点である。各施設の実態に合わせ採取法を検討すべきだが, 判定に難渋することが多い口腔細胞診においてオーセレックスブラシは利点が多いと考えている。

**P-2-177 脂肪を含む組織に適した凍結標本作製法の検討**

名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 大垣市民病院医療技術部診療検査科<sup>2)</sup>

○牛田かおり(MT)<sup>1)</sup>, 浅井直也(MD)<sup>1)</sup>, 大角沙織(CT)<sup>2)</sup>, 吉田知代(CT)<sup>2)</sup>, 浅野 敦(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳癌手術に伴うセンチネルリンパ節生検では、リンパ節が脂肪で囲まれているため凍結標本作製に苦慮する。また、脂肪組織用凍結包埋剤が市販されているが必ずしも安定した評価を得ていない。今回、凍結方法を工夫することで、脂肪を含む組織でも良好な凍結標本の作製が可能であることが判明したので報告する。

【方法】病理解剖で郭出したリンパ節を周囲の脂肪を剥離せずに検体として用いた。各種の包埋剤・凍結方法・凍結冷媒を試すとともに、サーモグラフィカメラと放射温度計を用いて凍結ブロックの温度を調べ、凍結切片作製に適した条件を数値化した。

【結果】市販の脂肪組織用凍結包埋剤を用いて様々な条件を試し、冷却時間を3分程度と長くすることで、脂肪の薄切に適温とされていた低温(-35℃)ではなく、通常組織に用いられる温度(-20℃)でも脂肪が抜け落ちることなく凍結標本作製が可能であることを見出した。サーモグラフィカメラで調べると、氷晶形成を避けるために推奨されていた低温・短時間の凍結方法ではブロックの中心部の冷却が不十分であること、一定時間を低温で保つことが脂肪の薄切に必要なことが判明した。アルコール・アセトンなどの水溶性冷媒では包埋剤が流れ出るトラブルが生じやすく、イソペンタン・n-ヘキサンなどの非水溶性冷媒で良好な結果が得られた。また、クリオスタットの設定温度とブロックの表面温度実測値が異なることもあり、ブロック表面温度の実測が有用であった。今回の検討で、市販の脂肪用凍結包埋剤を用いて温度を正しく管理すれば、脂肪を周りに残したままのリンパ節でも凍結標本の作製が安定して可能であると分かった。

**P-2-178 ROSE (オンサイト迅速細胞診) における湿固定簡易ギムザ染色の有用性**

兵庫医科大学病院病院病理部

○糸山雅子(CT), 中村純子(CT), 佐藤 元(CT), 石田圭子(CT), 榎本利香(CT), 鳥居良貴(CT), 井出良浩(MD), 渡邊隆弘(MD), 廣田誠一(MD)

【はじめに】当院では、確実な検体採取のために乳腺・甲状腺・唾液腺・リンパ節などの穿刺吸引細胞診(FNAC)および痔などの超音波内視鏡下穿刺吸引生検(EUS-FNAB)に際してはオンサイト迅速細胞診(rapid on-site cytologic evaluation: ROSE)を実施している。ROSEにおける染色法としては、ショール染色やウルトラパパニコロウ染色、乾燥固定による簡易ギムザ染色が一般的に用いられているが、湿固定による簡易ギムザ染色は普及していない。今回我々は、ROSEに際してアルコール湿固定検体の簡易ギムザ染色を行い、その有用性を検討したので経験症例を提示しながら報告する。

【方法】外来や内視鏡センターで実施されたFNA検体およびEUS-FNAB捺印検体に対し、ヘマカラー迅速染色キット(メルク社)を用いた湿固定簡易ギムザ染色を行い、採取材料の可否を判定した。ROSE終了後には、アルコール固定液で再固定と脱色を行い、検査室に戻った後にパパニコロウ染色による再染色を施行し、ルーチン検体と同様に判定した。

【結果および考察】ギムザ染色は血球細胞の観察が行いやすいだけでなく、各種細胞の評価にも十分対応でき、異染性を利用した神経内分泌顆粒や粘液、コロイド、間質等の観察にも様々な情報を与えてくれた。また乾燥固定ではなく湿固定を用いているため、ROSEに際して形態的違和感なくスクリーニングが可能であり、後でパパニコロウ染色による再評価が問題なく行えた。以上、検鏡の違和感がなく、多くの情報を得ることができると考えられる。湿固定簡易ギムザ染色は、ROSEに際して有用と考えられた。

## P-2-179 セルブロック作製における溶血剤の影響についての検討

神戸大学医学部附属病院

○山田 寛(CT), 森藤哲史(CT), 今川奈央子(CT),  
廣尾真奈(CT), 塚本龍子(CT)

【はじめに】セルブロックは液状検体を使用したパラフィンブロック標本であり、細胞診標本と違い、多数の染色標本作製や半永久的に保管可能など多くのメリットがある。

また近年、保険点数として860点が加算されるようになり、遺伝子解析の可能性とともに益々の需要増加が予想される。

しかしセルブロックは標本作製手順が煩雑であり、特に血性検体については集細胞が難しい場合が多い。血性検体は二重遠心法や溶血剤法が一般的である。

今回、我々は溶血剤を用いて作製したセルブロックにおいて、HE染色および各種染色を行い、染色性や見え方などを比較検討したのでこれを報告する。

### 【方法】

1. 血性の体腔液を準備
2. よく混和し6つに分ける
3. そこに、塩化アンモニウム、シュウ酸アンモニウム、サイトリッチレッド(BD社)、VersaLyse(Beckman Coulter社)、Cytocolect+酢酸(ホロジック社)の各種溶血剤を添加する
4. 溶血後、再度遠心し沈査を作製
5. 上澄を捨て、10%緩衝ホルマリンを静かに重層
6. Overnightで固定後、自動包埋装置VIP6にかけてパラフィン包埋
7. 薄節後、HE、PAS、各種免疫染色を施行
8. 溶血剤を加えない標本を基準に、細胞の大きさ、クロマチンの性状、免疫染色の染色態度などを比較検討した

【まとめ】溶血剤を用いない標本と比較した時、溶血剤の種類によっては、染色の減弱やクロマチンの見え方の違いなど見受けられた。それぞれの溶血剤の影響を知って、用いることが大切であると考えた。

## P-2-180 液状化検体細胞診の固定保存液を用いた免疫組織化学染色の検討

愛媛県立新居浜病院検査部

○兵頭直樹(CT)

【目的】BD社が製造販売する液状化検体細胞診(LBC)の固定保存液には、非婦人科材料用のBD CytoRich™ Red Preservative Fluid (Red)とBD CytoRich™ Blue Preservative Fluid (Blue)、婦人科材料用のBD SurePath™ Preservative Fluid (SP)の3種類が存在し、その組成はそれぞれ異なっているため、残余検体を用いてセルブロック(CB)を作製し、免疫組織化学(IHC)染色を実施する場合、固定保存液の種類や保存期間に応じて染色結果に差異を認める可能性がある。そこで今回我々は、それらの差異を明らかにすることを目的に比較検討を行ったので報告する。

【方法】体腔液検体15症例を用いて各症例の細胞沈査を4等分し、各々にRed、Blue、SPおよび、10%中性緩衝ホルマリン(10%NBF)を添加した。つぎに1日(1D)、1週(1W)、1か月(1M)、3か月(3M)の各期間経過後に細胞沈査からCBを作製し、IHC染色を実施後、染色部位(核:Ki-67、細胞膜・細胞質:CEA)の陽性率および染色強度を画像解析により算出した。

【結果】陽性率は、Red、SP、10%NBFでKi-67、CEA共に減少傾向を示したが、Blueではヘマトキシリンによる核染色性の低下が解析結果に影響し、Ki-67、CEA共に陽性率の偽高値を示した。染色強度は、すべての固定保存液で、Ki-67、CEA共に減弱を示した。

【総括】今回の検討によって、10%NBFと同様の特性を示す固定保存液はRedで、その推奨される保存期間は1か月以内であることが明らかとなった。残余検体からCBのIHC法を実施する場合、利用する固定保存液の種類や保存期間が結果に影響するため注意を払う必要がある。

**P-2-181 呼吸器細胞診における真菌検出の工夫**

川崎医科大学附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>

○小林博久(CT)<sup>1)</sup>, 菅野豊子(CT)<sup>1)</sup>, 米 亮祐(CT)<sup>1)</sup>,  
小林江利(CT)<sup>1)</sup>, 福屋美奈子(CT)<sup>1)</sup>, 鹿股直樹(MD)<sup>2)</sup>,  
森谷卓也(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】喀痰などの呼吸器材料の細胞診検査において、悪性腫瘍の検索のみならずしばしば真菌（特に糸状菌）の検出を求められることがある。しかし、実際の検索においてパパニコロウ染色では菌糸はほとんど染色されないことが多く、粘液染色においては材料内の粘液が強く染色されるため検索は容易ではない。そこで今回、特に検索頻度の高いアスペルギルス等の糸状菌検出を目的に、効果的な検索方法を考案したので紹介する。

**【検索手順】**

- ・提出された呼吸器材料で通常の検索後、残検体を冷蔵保存しておく。
- ・臨床からの情報や、標本観察の結果（炎症やシュウ酸カルシウム結晶の存在）により真菌感染の可能性が考えられた場合、残検体から以下の処理を行う。
- ・検体に粘液溶解剤（ムトウ YM 等）を添加・攪拌後、40%水酸化ナトリウム溶液を適量加えさらに攪拌し、粘液と細胞成分を十分に溶解する。
- ・フィルター法（孔径 10  $\mu$ ）にて残渣をフィルターに吸着させる。
- ・必要に応じ、95%アルコールにて固定（既固定材料では省略）
- ・水洗（添加物の除去）後、PAS 染色
- ・観察（光学および偏光顕微鏡）

【結果・考察】喀痰中の粘液や細胞成分を溶解し、大孔径（10  $\mu$ m）のフィルターを用いることにより、容易にかつ効率的に糸状菌を収集し検出することが可能であった。また、アスペルギルス・ニゲルに特徴的なシュウ酸カルシウム結晶も溶解することなく残存し、検出は容易であった。残検体の有効利用とともにスクリーニング負担を軽減し、効率的な検索が可能な本方法を是非お勧めしたい。

**P-2-182 水性二相分離を利用した Simultaneous multipot immunocytochemistry の開発**

京都大学医学部附属病院病理診断科

○平田勝啓(CT), 片岡竜貴(MD), 羽賀博典(MD)

【背景】低侵襲の細胞採取技術の進歩やコンパニオン診断の増加により、病理材料の有効利用が課題である。当科では1枚の細胞診標本からより多くの情報を得ることを目的として、様々な技術改良を検討してきた。

水性二相分離は、2種の水溶性ポリマー溶液を混合すると2層に分離する現象である。ポリマー溶液層に、抗体を添加した他方のポリマー溶液を滴下すると液滴が形成されるので、その液滴の領域内で抗原抗体反応を行うことにより、塗抹標本上で同時に複数の免疫染色を実施できるかを検討した。

【方法】ヒト培養細胞、体腔液の塗抹 Pap 染色標本を使用した。ポリマーにポリエチレングリコール(PEG)、デキストラン(DEX)を使用した。標本は前処理後、塗抹面に PEG 溶液を満載し、DEX 溶液で希釈した一次抗体をターゲットの位置に滴下した。次いで HRP 標識抗体により検出した。染色態度を通常法と比較した。

【結果】水性二相分離を利用して、1枚の標本上の任意の部位 A, B において A: EpCAM, B: カルレチニンなど、複数の免疫染色が実施可能であった。染色条件を調整することにより通常法と同等の染色性が得られた。

【考察】この方法は操作が簡便で、短時間で実施でき、試薬は安価で無害なので、細胞剥離が困難なことがある細胞転写法の代替となりうる。一次抗体反応は液滴の範囲内で進行するので抗体を節約できる。必要な部位だけに免疫染色を実施し、再 Pap 染色して保存することも可能である。ポリマー濃度、抗体溶液滴下量を調整して、染色範囲を任意に操作できる可能性がある。水溶性ポリマーの抗原・抗体に対する影響は少ないと考えられるが、多種の一次抗体や検出系、特殊染色や ISH への適用が今後の検討課題である。



### P-2-183 少量の細胞診材料による非小細胞肺癌の鑑別法に関する検討

弘前中央病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科<sup>2)</sup>, 弘前中央病院病理診断科<sup>3)</sup>, 弘前中央病院呼吸器内科<sup>4)</sup>

○竹谷祥平(CT)<sup>1,2)</sup>, 渡邊 純(MD)<sup>2)</sup>, 堀江香代(CT)<sup>2)</sup>, 吉岡治彦(CT)<sup>2)</sup>, 鎌田義正(MD)<sup>3)</sup>, 奥寺光一(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】近年の分子標的治療薬の開発により, 非小細胞肺癌を腺癌と扁平上皮癌とに鑑別することが求められている。両者を鑑別する場合, 腺癌は TTF-1 や NapsinA, 扁平上皮癌は p63, p40 や CK5/6 等の抗体を用いた免疫染色により組織型を鑑別する。しかし, 組織が採取されず細胞診材料のみの症例では, 標本枚数や標本中の癌細胞数が少ないために免疫染色を実施できず組織型の鑑別が困難な場合がある。本研究では気管支擦過で得た少量の細胞診材料(ブラシ洗浄液)を用いて非小細胞肺癌の組織型を鑑別する方法を検討する。

【材料と方法】当院の肺癌患者のブラシ洗浄液 15 例を用いる。(1) 細胞診標本上の細胞を専用スライドガラスに転写し, 約数百個~100 個の癌細胞をマイクロダイセクションで回収する。(2) 細胞から直接 cDNA を増幅する。(3) 増幅産物を鋳型として GAPDH, TTF-1, p63/p40 遺伝子に対しリアルタイム PCR を実施し, 遺伝子の発現の有無を確認し, 組織型を判定する。(4) 最終の組織型診断は, 手術材料等の病理診断で行う。

【結果と考察】15 例中, 約 30~100 個回収した 11 例は病理組織診断と同様の結果となり正しい組織型判定ができた。約 50 個回収した 1 例は TTF-1(+), p63/p40(+)であった。約 5 個回収した 3 例は GAPDH を含め遺伝子増幅がみられなかった。約 30 個以上の細胞を回収すれば組織型判定ができることがわかった。TTF-1(+), p63/p40(+)の症例は他の遺伝子も追加検討することで正しい判定ができると考えられた。約 5 個の細胞では RNA の量や質が不十分であることがわかった。

【まとめ】マイクロダイセクションを用いて少量の細胞診材料で組織型診断ができるこの鑑別法は, 術前生検できなかつた症例での治療法選択に有用であると考えられる。

### P-2-184 リガンド誘導体染色によるソマトスタチン受容体の検出法

熊本大学生命科学研究部機能病理学分野<sup>1)</sup>, 京都薬科大学共同利用機器センター<sup>2)</sup>, 独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院<sup>3)</sup>

○工藤信次(CT)<sup>1)</sup>, 長谷川功紀(PhD)<sup>2)</sup>, 中峰ともみ(CT)<sup>3)</sup>, 伊藤隆明(MD)<sup>1)</sup>

【目的】<sup>177</sup>Lu 標識ソマトスタチンリガンドは, 欧米など 30ヶ国で神経内分泌腫瘍の治療に使用されている。リガンド治療では治療前に疾患部位のソマトスタチン受容体(SSTR)を免疫組織化学染色で発現確認する必要がある。リガンドである Octreotate は SSTR サブタイプ 2 及び 5 を標的とするので, その発現を確認する必要がある。我々は, ソマトスタチン受容体の検出方法として, 抗 SSTR2 及び 5 抗体の 2 種を用いた免疫組織化学染色と Octreotate を用いたりガンド誘導体染色を行い, 結果を比較検討した。

【方法】カルチノイド腫瘍 30 症例(肺 3 例, 胃 3 例, 十二指腸 5 例, 空腸 1 例, S 状結腸 2 例, 直腸 16 例)のホルマリン固定パラフィン包埋切片を使用し, 抗 SSTR2 及び 5 抗体を用いた免疫組織化学染色と FITC-Octreotate を用いたりガンド誘導体染色を施行した。染色結果は, 腫瘍細胞の陽性率が 25%以下を -, 26%~50%を 1+, 51%~75%を 2+, 76%~100%を 3+として評価した。

【結果】SSTR2 と SSTR5 の免疫組織化学染色の検出率はそれぞれ 53.3% (16/30), 46.7% (14/30)。リガンド誘導体染色の検出率は 60.0% (18/30) であった。さらに全ての陰性例を除く 22 例について SSTR2 と SSTR5 の免疫組織化学染色の感度は 72.7% (16/22), 63.6% (14/22)。リガンド誘導体染色の感度は 81.8% (18/22) であった。

【考察】カルチノイド腫瘍 30 例の染色結果からリガンド誘導体染色の検出率及び感度は, SSTR2 及び SSTR5 の 2 種類の抗体を用いた免疫組織化学染色を合わせた結果と同等レベルであることがわかった。免疫組織化学染色では受容体を 1 種ずつしか検出できないが, リガンド誘導体染色法ではリガンドが結合する受容体を 1 度ですべて検出できた。今後, 受容体の検出にはリガンド誘導体染色法が有効な方法であることが示唆された。

## P-2-185 染色標本を用いた FISH 解析の応用

名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部<sup>1)</sup>, 名古屋第一赤十字病院病理部<sup>2)</sup>

○杉山知咲季(CT)<sup>1)</sup>, 郡司昌治(CT)<sup>1)</sup>, 山下比鶴(CT)<sup>1)</sup>, 村上佳穂(CT)<sup>1)</sup>, 藤野雅彦(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤雅文(MD)<sup>2)</sup>

一般的に FISH 解析は新鮮材料やパラフィン切片を用いるが, 時に生検や手術材料が採取できず, 既存の細胞診検体のみで FISH 解析を要する場合がある。今回我々は, 未染標本を使用するのではなく, 確実に腫瘍細胞の評価が可能である染色標本を用いた FISH 解析を検討した。

【方法】パパニコロウ染色とギムザ染色された細胞診検体を使用した。染色標本を冷カルノアで再固定し, 通常の FISH 解析と同様に, 加熱処理, 0.3% ペプシン/0.01N HCl を用いた酵素処理, ホルマリンによる再固定を含んだ前処理, エージング処理, ホルムアミドを用いた DNA 変性, ハイブリダイゼーションを行った。孵卵器に二晩放置後, ポストハイブリダイゼーションを行い, 蛍光顕微鏡を用いて鏡検した。

【結果】パパニコロウ染色, ギムザ染色ともに良好なシグナルが得られた。乾燥固定であるギムザ染色よりもパパニコロウ染色はアルコール固定のため, 酵素処理(0.3% ペプシン/0.01N HCl)を長くするとより良好なシグナルを得ることができた。

【考察】乾燥固定のギムザ染色は, 核が膨化して見えるため, シグナルのカウントがしやすいと考えられる。ギムザ染色を用いた標本の方が, 酵素処理の時間が短く, 良好なカウントがしやすいシグナルが得られるため, 使用に望ましいと考えられる。

【総論】パパニコロウ染色よりもギムザ染色を用いた標本の方が, 細胞診標本を用いた FISH 解析に適していると考えられる。生検や手術材料が採取できず, 細胞診検体のみの場合でも, FISH 解析による補助的診断は可能である。

## P-2-186 GIST との鑑別が困難であった総胆管神経線維腫の一例

倉敷成人病センター<sup>1)</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科免疫病理<sup>2)</sup>

○高田由貴(CT)<sup>1)</sup>, 石原真理子(CT)<sup>1)</sup>, 蔵重 亮(CT)<sup>1)</sup>, 小湊喜枝(CT)<sup>1)</sup>, 瀬島雅子(CT)<sup>1)</sup>, 安原聖子(CT)<sup>1)</sup>, 砥綿美幸(CT)<sup>1)</sup>, 有福いぶき(MT)<sup>1)</sup>, 森 友香(MT)<sup>1)</sup>, 國友忠義(MD)<sup>1)</sup>, 大森昌子(MD)<sup>1)</sup>, 藤澤真義(MD)<sup>2)</sup>

今回, 非常に稀な総胆管神経線維腫の症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性。健診で上部消化管造影検査にて異常を指摘され当院受診。内視鏡を施行したところ, 十二指腸に粘膜下腫瘍を指摘された。CTにて十二指腸と膵頭部の間に3.3×2.1×3.1 cmの境界明瞭な腫瘤が認められた。画像とEUS-FNAの結果より, 十二指腸原発のGISTと術前診断され開腹されたが, 腫瘍は十二指腸よりも総胆管に固着しており, 胆管切除術が施行された。

【細胞診所見】異型の乏しい紡錘形細胞が集塊で少数みられ, 壊死や核分裂像は認められなかった。免疫染色の結果と併せてGISTを疑った。

【組織所見】組織学的には, 腫瘍は総胆管の内腔から漿膜側に至る全層を占拠しており, 発生部位は総胆管と考えられた。腫瘍細胞は細長い核を有した紡錘形細胞で, 束をなしてびまん性に増殖していた。核分裂像や多型性は認めなかった。免疫染色ではS-100, CD34陽性, α-SMA, c-kit陰性を示した。以上の所見より神経線維腫と診断された。

【まとめ】胆管神経系腫瘍は, 神経線維腫症や手術歴との関連が報告されている。今回我々は, 十二指腸GISTとの術前の鑑別が困難であった胆管原発神経線維腫を経験した。

### P-2-187 胃粘膜下腫瘍様の発育形式を示す上皮性腫瘍の3例

広島市民病院病理診断科

○坂本美弥(CT), 山本倫子(CT), 高木伸治(CT),  
坂田かなえ(CT), 戸井紳二(CT), 守都敏晃(MD),  
山崎理恵(MD), 市村浩一(MD)

【始めに】上部消化管の病理学的検索は、通常粘膜生検であり細胞診検体が提出されることは少ない。胃粘膜下腫瘍に対して超音波内視鏡下吸引細胞診(以下、EUS-FNA)によって診断した症例を2014年以降の当院症例より8例抽出し、上皮性腫瘍の3症例の細胞像および組織像を比較する。

【結果】40代3例, 50代2例, 60代以降3例であった。3例が上皮性腫瘍(うち2例は腺癌), 3例が紡錘形腫瘍(GIST2例, 平滑筋腫1例), その他2例であった。

【症例1】80代男性。検診胃内視鏡時に胃前庭部前壁に3cm大の粘膜下腫瘍を指摘された。生検では診断つかず、改めてEUS-FNAおよびボーリング生検が施行された。細胞診検体および組織像から、低分化型腺癌と診断したが血清AFP高値であり、周囲にリンパ球の集簇巣を部分的に伴っており、診断名が問題となった。

【症例2】80代男性。貧血精査の為、上部消化管内視鏡が施行された。異所性腺の臨床診断のもとEUS-FNAが施行された。核腫大、核型不整を示す腺細胞を不規則な配列の集塊として認めた。ボーリング生検材料にても、管状腺癌の浸潤性増殖像を認めている。脳血管障害を発症し、その後手術等精査が行われていない。

【症例3】40代男性。腹痛精査のため、上部消化管内視鏡検査が行われ胃上部後壁に20mmの結節が指摘された。生検で診断つかず、EUS-FNAが施行され異所性腺と診断した。

【まとめ】胃粘膜下腫瘍は表層からの採取では診断不能である場合が多い。胃粘膜下腫瘍の診断に関しては、種々の試みがなされているが、胃ボーリング生検と併用してEUS-FNAは一つの有用な手段である。今回、比較的稀な粘膜下腫瘍様形態を示す原発性胃癌を含む3症例を経験した。

### P-2-188 GIST6例の捺印細胞診所見に関する検討—進行度や転移リスク判断への先制診断は可能か—

社会医療法人中央会尼崎中央病院<sup>1)</sup>, 兵庫医科大学<sup>2)</sup>

○増田一吉(CT)<sup>1)</sup>, 野田大孝(CT)<sup>1)</sup>, 寺元 弘(MT)<sup>1)</sup>,  
吉田純一(MD)<sup>1)</sup>, 廣田誠一(MD)<sup>2)</sup>, 由谷親夫(MD)<sup>1)</sup>

Gastrointestinal stromal tumor (GIST) は、Hirota らによれば、Cajal の介在細胞が腫瘍化したもので、c-kit 遺伝子に突然変異が起り発生することが明らかになった。この診断は免疫組織化学的に c-kit か CD34 のどちらかに陽性を示すこと、最終的に遺伝子解析により c-kit 遺伝子や PDGFR $\alpha$  の遺伝子を証明する必要がある。GIST の中には、他臓器へ浸潤したり、転移を起こす症例が存在し、臨床的に予後判断のみならず標的遺伝子治療はおもに大きさ、肉眼所見、核分裂像数などにより決められるが、問題点も多い。そこで我々は、組織診断が確定した6例について、捺印細胞診を施行し、従来法に加えて Ki-67 の免疫を追加し、総合評価したので報告する。症例は、男:女=3:3, 平均年齢74.3歳, 胃壁内が3例, 胃壁外が2例, 腹膜が1例。平均腫瘍径は最大6cmであった。全例 c-kit 陽性であり、遺伝子解析では5例が c-kit 遺伝子の Exon11 に突然変異が見られ、他の1例は PDGFR $\alpha$  に見られた。組織型は紡錘形型が4例, 混合型が2例であった。核分裂数は平均9.3/5mm平方であり、Ki-67 は5.6%であった。細胞像は紡錘型はいずれも、小型で軽度核の大小不同を示す紡錘形細胞が多く認められた。細胞質はライト緑に淡染し、細胞境界は不明瞭であった。混合型では紡錘形細胞とともに小型で異型の乏しい類円形細胞が疎な結合を示し、核偏在した細胞や腺腔様配列も認められた。免疫では c-kit, CD34 陽性を示し、Ki-67 は7.5%であった。これらの細胞所見は、おおむね組織所見と一致し、特筆すべきは細胞診においても Ki67 の免疫の有用性が見られた点である。組織診断よりもいち早く材料が得られ、免疫の解析も迅速性があり、組織診断と合わせて進行度や転移リスク判断への先制診断の可能性が示唆された。

### P-2-189 胆道系細胞診における IMP-3, p53 免疫染色を併用した良悪性鑑別

土浦協同病院病理診断部

○池田 聡(CT), 本間恵美子(CT), 横須賀仁美(CT), 鈴木恵子(MD)

【はじめに】胆道系の細胞診はその細胞判定には苦慮することが多く客観的な診断補助ツールの開発が望まれている。良悪性鑑別にはいままでいくつか免疫染色を用いた報告があり, その1つのマーカーとして Insulin-like growth factorII mRNA-binding protein-3(以下 IMP-3)がある。この蛋白は胆道系においては悪性細胞で陽性率が高く, かつ良性細胞で陽性率の低いマーカーとして知られている。今回われわれはこの IMP-3 と, 以前より客観的悪性マーカーとして知られる p53 について, 細胞診断の補助として有用か調べた。

【対象】まず基礎検討として組織診断が確定している胆道または胆嚢の腫瘍および非腫瘍組織 30 例における陽性率を調べた。細胞診での対象は当院で細胞診に提出された胆管擦過または胆汁の細胞診検体 37 例で, この細胞診標本作成後の LBC で保存された残検体よりスミアを作成し検討に用いた。

【方法】標本は熱処理後, 抗 IMP-3 抗体と抗 p53 抗体を用いて免疫染色を行い, 細胞診の結果と比較検討した。組織では 10%以上の領域に染色される例を陽性と判定した。細胞診では明らかに染まっている細胞の存在を持って陽性とした。

【結果および考察】組織では IMP-3, p53 の陽性率はそれぞれ癌で 79%, 57%, 非腫瘍ではともに 0%であった。細胞診標本では細胞診, IMP-3, p53 のそれぞれの感度は 81%, 94%, 81%であり, 同様に特異度は 79%, 100%, 100%となった。結果として IMP-3 は細胞診の感度特異度を上回った。また, 臨床上悪性で2つのマーカーがいずれも陰性の例は 1 例もなかったことより p53 を併用して行うことにより良悪性鑑別能はより高まった。結論として IMP-3 と p53 の免疫染色は細胞診の診断補助として有用と考えられた。

### P-2-190 膵 EUS-FNA における LBC (ThinPrep) 法の有用性

和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理診断部門<sup>1)</sup>, 和歌山県立医科大学病理診断科<sup>2)</sup>

○吉井輝子(CT)<sup>1)</sup>, 木下勇一(PhD)<sup>1)</sup>, 永井宏和(CT)<sup>1)</sup>, 西野 勝(CT)<sup>1)</sup>, 杉山絵美(CT)<sup>1)</sup>, 松崎生笛(CT)<sup>2)</sup>, 岩橋吉史(MD)<sup>2)</sup>, 割栢健史(MD)<sup>2)</sup>, 藤本正数(MD)<sup>2)</sup>, 小島史好(MD)<sup>2)</sup>, 村田晋一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】近年, 膵癌の確定診断には超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)が用いられることが多い。今回, 我々は, EUS-FNA における LBC (ThinPrep)法の有用性について検討した。

【対象と方法】対象は, 2015 年より和歌山県立医科大学附属病院で施行された EUS-FNA 材料で, 従来法単独群 20 例および従来法と針洗浄による ThinPrep の併用群 20 例である。両群について, 組織診断の結果を参照し, 標本状態, 陽性率および細胞像について解析した。また, ThinPrep 併用群では残 LBC 液を用いて KRAS 遺伝子解析も合わせて行った。

【結果】従来法標本単独では少細胞数による不適性標本は 10%で, 標本乾燥は 30%に見られた。ThinPrep 標本単独で少細胞数による不適性標本は 5%, 従来法と ThinPrep の併用群では不適性標本は 0%であった。組織診断で確定診断がなされた症例の中で, EUS-FNA の良悪性診断一致率は単独群 75%, 併用群 93%で, 良悪性鑑別困難症例は単独群 25%, 併用群 7%であった。KRAS 遺伝子変異の検索では 90%の症例で陽性で, 陰性は自己免疫性膵炎とメルケル細胞癌転移例のみであった。細胞像の比較では, ThinPrep 標本では細胞像が平面的で, 集塊の大きさが小さい傾向にあった。

【考察】ThinPrep 併用法は, 従来法単独と比較して, 適性検体作製や KRAS を含む遺伝子学的検索などの優位性があり, 診断精度の向上にも有用であった。しかしながら, 細胞像は若干の差異があり, ThinPrep 標本の細胞像の特徴を熟知する必要があると思われた。



### P-2-191 膵腫瘍の液状化細胞診検体における FISH 法を用いた KRAS, CEP12 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), 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), 高井チカ子(CT), 尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 織田麻琴(DDS), 城間紀之(MD)

【背景と目的】Liquid based cytology (LBC) を用いて処理した膵腫瘍細胞を対象に, Fluorescence *in situ* hybridization (FISH)法を用いて行う KRAS と CEP12 のコピー数の検索が可能であるか検討を行った。

【材料と方法】本学で切除された3例の膵腫瘍断面の擦過細胞をそれぞれ Cellprep 固定液に懸濁したものと, EUS-FNA によって採取された1例の LBC 検体を対象とした。プローブは CEP12 (Dako 社製)と KRAS (Abbott 社製)を用いた。ThermoBrite (Abbott 社)により DNA 変性 (73°C), ハイブリダイゼーション (37°C) を行い, DAPI によって対比染色し Metafer Metacyte (Meta-system 社) を用いて腫瘍細胞を観察した。評価方法は15個以上の腫瘍細胞において KRAS, CEP12 のシグナル数をカウントした。まず Cellprep バイアルで固定した膵腫瘍細胞を用いて, FISH 法に適切な細胞の塗抹法, 洗浄法, 前処理の至適条件を検索した。

【結果と考察】細胞の塗抹法は, 固定液内の細胞を遠沈し, その沈渣を 5 $\mu$ L 滴下することで, 背景の不要物が少なく, 必要量の細胞を収集できた。洗浄法の比較では, カルノア液の3回の洗浄でシグナル認めた。以上のプロトコルを用いて膵 LBC 検体を観察すると, 3例の膵腫瘍擦過細胞ではそれぞれに15個中5個, 20個中2個, 20個中1個の遺伝子異常を認めた。1個当たりの平均 KRAS シグナル数は, 2.6, 2.2, 2.05, 平均 CEP12 シグナル数はそれぞれ 2.6, 2.3, 2.1 であった。EUS-FNA の LBC 検体では遺伝子異常細胞を20個中6個認め, 平均 KRAS シグナル数は 2.75, 平均 CEP12 シグナル数は 2.7 であった。FISH 法による KRAS, CEP12 を対象とする検索は膵 LBC 検体で観察が可能であった。しかし, 残存する胞体や背景粘液の除去が課題であり, 更に条件検討を行う。

### P-2-192 肝外胆管病変の液状化細胞診検体における FISH 法を用いた Kras 遺伝子異常の検討

広島大学病院病理診断科

○内島由加里(CT), 有廣光司(MD), 石田真悠(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), 青木知恵(MT), 織田麻琴(DDS), 城間紀之(MD)

【目的】Cellprep 固定バイアルで保存された胆管腫瘍断面擦過細胞及び胆汁を用いた fluorescence *in situ* hybridization (FISH)法のプロトコルを確立するため様々な条件で検討を行い, 至適条件を探った。

【対象と方法】切除された肝外胆管癌の腫瘍断面の擦過細胞を対象とした。擦過細胞はすぐ Cellprep 呼吸器検体用バイアルに注入した。数日固定後に遠沈により沈殿させた細胞を 1 mL 分採取し, 粘液除去のため洗浄を行った。洗浄は生食あるいはカルノア液(メタノール: 酢酸 = 3 : 1)を用いてそれぞれ 2 回, 3 回, 5 回行い比較した。次に ISH プロテアーゼ 3 (0.02 units/mL) (ロシュ・ダイアノスティックス)を用いて 37°C で 20 分間処理した例としない例を比較した。更に 2.5%ホルマリンを用いる後固定の有無による異同も検討した。CEP12 (Dako), Kras (Abbott)を認識するプローブを用いた。

【結果と考察】胆管領域においては粘液が豊富でありプローブが核内に入りにくいことが課題であったが, カルノア液で細胞を洗浄することでシグナルの観察が可能となった。洗浄回数は2回が最善であった。生食による洗浄では粘液除去が不十分であった。プロテアーゼ処理を行った例がより良かった。ホルマリンの後固定の有無による差異はなく不要と考えた。次に臨床検体として提出された胆汁細胞診標本を用いて FISH 法の至適条件を探る。検体は細胞診判定あるいは推定診断が完了した症例の液状検体の残余細胞を用いる。

### P-2-193 EUS-FNA で診断に難渋した肝 echinococcosis の 1 例

市立豊中病院病理診断科

○田村裕美(MD), 佐脇千紗(CT), 宮坂裕子(CT), 寺元加奈(CT), 清水隆之(CT), 安藤紘花(MD), 土井玲子(MD)

【はじめに】EUS-FNA が施行されるも診断に難渋し, 手術により echinococcosis と診断した 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代, 男性。

【臨床経過】4 年前に検診のエコー検査で肝 S3 の SOL を指摘され, 経過観察されていた。1 年前に増大傾向がみられ, CT で肝 S3/4 に石灰化を伴った内部に隔壁様構造を有する造影効果の乏しい腫瘍と, 臍頭部背側に分葉状の腫瘍を指摘された。肝原発悪性腫瘍およびリンパ節転移の疑いで, 臍鉤部の腫瘍に対し EUS-FNA を施行した。

【細胞所見】採取検体の大半はオレンジ G 好性の由来不明の構造物や debris 様のものであり, 上皮成分としては異型のない平面的な細胞集塊が僅かに認められるのみであった。

【組織所見】肝臓および臍鉤部後面の腫瘍摘出検体はともに多房性の病変で, 多量の泥状物質や褐色調のゼリー状物質を含んでいた。組織像は両者ともに同様の所見を呈しており, 不整な嚢胞が多数みられた。病変の最外層には, 形質細胞やリンパ球・好酸球浸潤がみられ, その内部には肉芽腫が, 最内層には壊死とともにクチクラと考えられる好酸性層状の無構造物が帯状に認められた。原頭節はみられなかった。虫体の塩基配列は *Echinococcus multilocularis* と一致した。なお, 臍鉤部後面の腫瘍はリンパ節転移巣であった。

【まとめ】Retrospective に細胞像を観察すると, 由来不明の構造物は断片化したクチクラであった。echinococcus は経口感染によりヒトに感染する稀な疾患であり, 組織像との関連を含め提示する。

### P-2-194 EUS-FNA で診断困難だった直腸子宮内膜症の 1 例

富山市立富山市民病院中央研究検査部臨床検査科<sup>1)</sup>, 富山市立富山市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○長谷川陽子(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤勝彦(MD)<sup>2)</sup>, 林 宏(CT)<sup>1)</sup>, 頼成明奈(CT)<sup>1)</sup>, 新木尚美(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】近年 EUS-FNA の普及が進み, 粘膜下腫瘍の質的診断アプローチ法として注目されている。直腸子宮内膜症は希に粘膜下腫瘍を形成し, EUS-FNA の対象となることが報告されている。今回 EUS-FNA で診断が困難であった直腸子宮内膜症を経験したので報告する。

【症例】40 代女性。便潜血陽性で紹介。造影 CT 検査で 14 mm 大の直腸粘膜下腫瘍を指摘され, 大腸内視鏡検査では 20 mm を超える粘膜下腫瘍が確認された。GIST を疑って EUS-FNA が施行された。

【結果】針生検では微小な平滑筋組織片のみであったが, 細胞診では紡錘形細胞集塊と腸管粘膜由来と考えられる円柱上皮細胞集塊を認め, GIST と矛盾しないと診断した。摘出標本では, 平滑筋の著しい増生と島状に分布する子宮内膜組織が見られ, 子宮腺筋症と同様の像を呈する子宮内膜症と診断された。細胞診の見直して 1ヶ所に細胞密度の高い腺細胞集塊が認められ, 免疫染色より子宮内膜由来の細胞集塊と判明した。

【考察】直腸・S 状結腸は腸管子宮内膜症のうち 72% が発生するとされ, 子宮内膜症の発生部位としては決して珍しくないが, 粘膜下腫瘍として見つかる症例は希である。EUS-FNA を施行したこのような腸管子宮内膜症の 6 例中 5 例は診断が可能であったと報告されている。本例は増生した平滑筋が GIST 様を呈し, 細胞診で見られた内膜細胞集塊を混入した直腸粘膜成分と思い, 子宮内膜症を鑑別に挙げるができなかった。

【まとめ】EUS-FNA で診断困難だった直腸子宮内膜症を経験した。EUS-FNA では採取の課題が指摘されているが, 僅かな所見を見逃さないことが重要だと考える。

## P-2-195 胃に生じたグロームス腫瘍の1例

生長会府中病院病理診断科<sup>1)</sup>, 生長会府中病院臨床検査室<sup>2)</sup>

○原田博史(DDS)<sup>1)</sup>, 山下菜津子(CT)<sup>2)</sup>,  
須見奈都美(CT)<sup>2)</sup>, 吉岡賢二(CT)<sup>2)</sup>, 小畑 涼(CT)<sup>2)</sup>,  
保坂直樹(MD)<sup>1)</sup>, 川野 潔(MD)<sup>1)</sup>

グロームス腫瘍は血管構造に由来する稀な腫瘍で、組織学的には小型の類円形細胞からなるものの、平滑筋に類似した特徴を有する。通常爪下に発生し、疼痛を伴うことも臨床上大きな特徴で、全身いずれの箇所にも発生し得るが、消化管ではさらに稀である。演者らは胃に発生した1例を経験し、穿刺生検検体と同時に作製した穿刺吸引細胞診標本をセルブロック標本および外科切除標本と比較検討する機会を得たので報告する。症例は40歳代、男性。30歳代末より空腹時の心窩部痛を自覚。検診にて胃前庭部後壁に約1cm大の粘膜下腫瘤を指摘された。以降内視鏡的生検を2回行うも、いずれも粘膜下組織は採取されず、経過観察がなされていたが、次第に増大したためGISTを疑い、超音波内視鏡下穿刺吸引法による生検を施行された。その結果GISTは否定されたが、腫瘍性病変を疑い、外科的に胃の部分切除術が行われた。以後約2年再発転移の兆候は認められない。穿刺吸引細胞診においては少量の粘膜上皮とともに核の濃染、軽度の大小不同を伴う小型円形細胞の集塊が少数散見され、carcinoidを疑ったが、明確な組織型の推定は困難であった。生検検体およびセルブロック標本でも同様の特徴を有する細胞集塊が認められたが、免疫組織化学的にはchromogranin A, synaptophysin, CD56は全て陰性で、さらにAE1/AE3, c-kit, DOG-1も陰性、その一方でvimentinおよび平滑筋actinが陽性であることが判明した。外科切除病本においては粘膜下に2cm大、境界明瞭な分葉状腫瘤を認め、組織学的には主に固有筋層内に小型円形核を有する均一な細胞が大小不整形な充実性胞巣を形成しながら増殖し、免疫組織化学的にはdesmin陰性ながらh-caldesmonは陽性、Ki-67標識率は1-2%程度であった。





平成二十九年十月二十三日発行

編集兼  
発行人

公益社団法人  
日本臨床細胞学会  
代表者 竹 島 信 宏

〒100-1062 東京都千代田区神田駿河台二丁目一  
番一  
発行所 公益社団法人 日本臨床細胞学会  
駿河台サンライズビル三階  
電話〇三(五七七)四六八〇 振替〇〇一一〇〇一三五五四五