

第56巻 補冊1号 平成29年4月

# 日本臨床細胞学会雑誌

第58回日本臨床細胞学会総会(春期大会) —細胞診の精度管理—

会長 植田政嗣 (大阪がん循環器病予防センター 副所長 婦人科検診部長)

会期

2017年(平成29年)5月26日(金)・27日(土)・28日(日)

会場

大阪国際会議場

名誉会長

野田 定 (大阪がん循環器病予防センター 名誉部長)

プログラム委員長

小笠原利忠 (誠仁会大久保病院 副院長 婦人科部長)

運営委員長

田路英作 (大阪がん循環器病予防センター 検査科 科長)

実行委員長

布引 治 (神戸常盤大学保健科学部 医療検査学科 准教授)

THE JOURNAL  
OF THE JAPANESE  
SOCIETY OF CLINICAL  
CYTOLOGY



公益社団法人  
日本臨床細胞学会

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

Vol.56 Suppl.

Apr. 2017

1



左側：長期間喫煙者の肺



右側：非喫煙者の肺

# 肺がん予防・早期発見のために

## たんのけんきょ 喀痰細胞診のすすめ



### 【特長】

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

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

※容器発注及び受検方法などの詳細は、  
下記へお問い合わせ下さい。

製造発売元

MCC

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 58 回 日本臨床細胞学会総会（春期大会）

## —細胞診の精度管理—

会 期 2017 年（平成 29 年）5 月 26 日（金）・27 日（土）・28 日（日）

会 場 大阪国際会議場

〒 530-0005 大阪市北区中之島 5-3-51

TEL：06-4803-5555 FAX：06-4803-5620

会 長 植田 政嗣

（大阪がん循環器病予防センター 副所長 婦人科検診部長）

名誉会長 野田 定

（大阪がん循環器病予防センター 名誉部長）

プログラム委員長 小笠原利忠

（誠仁会大久保病院 副院長 婦人科部長）

運営委員長 田路 英作

（大阪がん循環器病予防センター 検査科 科長）

実行委員長 布引 治

（神戸常盤大学保健科学部 医療検査学科 准教授）

顧 問 松浦 成昭

（大阪国際がんセンター 総長）

覚道 健一

（近畿大学奈良病院病理診断科 客員教授）

若狭 研一

（石切生喜病院病理診断科 部長）



# 第 58 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

## 会長挨拶

### —細胞診の精度管理—



時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より多方面からのご支援を頂戴し、心より感謝申し上げます。

この度、第 58 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）を、2017 年（平成 29 年）5 月 26 日（金）・27 日（土）・28 日（日）の 3 日間にわたり大阪中之島の大阪国際会議場（グランキューブ大阪）で開催させていただきます。本学会の大阪での開催は、2013 年（平成 25 年）の第 52 回秋期大会（若狭研一会長）が記憶に新しいところですが、総会（春期大会）は 2002 年（平成 14 年）の第 43 回総会（植木實会長）以来 15 年ぶりとなります。これまでもまして「大阪らしい」活気のある学術集会にするべく、実行委員会ははじめ大阪府支部会ならびに近畿連合会の総力をあげて準備してまいりました。

テーマは「細胞診の精度管理」にいたしました。細胞診は、採取が比較的容易、患者負担が少ないなどの利点から、がん検診や腫瘍診断等を目的に頻繁に行われますが、診療方針や患者の予後に重大な影響を及ぼすため、綿密な精度管理により臨床検査としての信頼性が常に担保されなければなりません。そのためには、細胞診採取過程における sampling error と診断過程における diagnostic error をできるだけ減らす努力が求められます。前者では、採取器具や採取法の工夫、後者では、標本作製や細胞判定の正確性に加えて、本学会が定める「細胞診精度管理ガイドライン」の遵守が肝要です。さらに各臓器における診断基準の標準化や国際分類との整合性の検証、細胞診従事者である細胞診専門医や細胞検査士の育成と生涯教育、その基盤となる教育研修指導体制や施設認定制度の整備も細胞診の診断精度を一定の水準に保つために必須であります。このような観点から、臨床細胞学の多岐にわたる分野で演題を募集してまいりましたが、おかげさまで指定・公募あわせて 685 題の多数の登録をいただきました。会員の皆様方のご協力の賜物と深く感謝しております。

特別講演としては、関西・大阪 21 世紀協会理事長の堀井良殷先生に「水都大阪 繁盛物語」と題して、水運によって発展してきた大阪の歴史を語っていただきます。また、大阪国際がんセンター（旧大阪府立成人病センター）総長の松浦成昭先生には「細胞診はがん医療にどのような役割を果たすか」を、米国コロラド大学医学部の杉田道夫先生には“Cytology to Molecular Biology, and back to Cytology”をご講演いただきます。招請講演としては、次期 IAC 会長の Andrew Field 先生に“The IAC Breast FNAB Structured Reporting System : an Update. JSCC May 2017”をご講演いただきます。一方、共通講習としまして感染対策セミナーと医療安全セミナーを各 1 題、企業共催セミナーとして「子宮頸部細胞診・コルポスコピーセミナー」、「LBC セミナー」、「Human Cell セミナー」の 3 テーマを企画いたしました。さらに、要望講演 17 題、教育講演 11 題、特別報告 1 題、シンポジウム 10 テーマ、ワークショップ 11 テーマ、タスクフォース 1 テーマ、地域推薦演題 41 題、インターナショナルセッション（グローバル・アジアフォーラム、ポスタープログラム）、いまさら聞けない細胞診の基本講座（各分野別）、受賞講演、委員会報告、わからん会などを予定しております。

実習プログラムでは細胞診の観察眼を一定の水準に保つ目的で、大阪府支部会が長年にわたり取り組んできました自己採点方式スライドカンファレンスを企画しました。また、「スキルアップ講座—検鏡実習—」（事前予約制）やスライドセミナー（アンサーパッド方式）を予定しております。なお、市民参加



型企画としまして、「4・9の日」セミナー，市民公開講座「子宮頸がん検診～それは未来の私と大切な家族のために～」を開催するとともに，特設ブースを設置して口腔がん検診を実施いたします。

大阪国際会議場周辺もこの数年間でずいぶん整備され，交通も至便となり面目を一新しております。学会会期中には同会議場大ホールにて宝塚歌劇団 OG によるレビューを企画しております。また，総懇親会では宮川大助・花子による上方漫才やロシア美女コーラストリオ Max Lux のショーを楽しんでいただけます。様々な屋台では「くいだおれ」の大阪の味を満喫していただきたいと思います。全国から多数の会員の皆様のご発表，ご参加を心からお待ちしています。

第 58 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

会長 植田 政 嗣

（大阪がん循環器病予防センター

副所長 婦人科検診部長）



# 第 58 回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

## 名誉会長挨拶



“子宮頸癌の診断は内診だけで出来る”（浸潤癌？）、“細胞診は学問ではない”と豪語した教授たちが指導的な立場にあった近畿地方の1960年代、細胞診はまだあまり認められておらず、私もその普及に努めている仲間が悪戦苦闘していた時代であった。そこで故服部正次先生（元大阪府立成人病センター研究所長）を中心に1968年、東京の癌研と同時に細胞検査士養成コースを大阪府立成人病センター（現大阪国際がんセンター）内に設立し、細胞診の発展に寄与する細胞検査士の講義を開始した。その当時これに参加して下さった仲間の一人が植木實先生（現大阪医大理事長）である。今や細胞学会は、その学術集會に毎回数千人を超える会員が参加し、癌の撲滅の最先端に立っている。

一方、1925年 Hinselmann により開発されたコルポスコピーは細胞診、組織診とともに子宮頸癌早期診断法として欠くことのできない検査法の一つであるが、その発生の地がドイツであり所見の術語がドイツ語のため、戦後の英語中心のわが国では普及が遅れていた。その有用性に感動した私は“第3の目”としてのコルポスコピーの普及のため野田起一郎先生（現近畿大学名誉学長）を中心に、平井博先生（元大阪医大助教授）、故栗原操寿先生、故天神美夫先生らと“コルポスコピー研究会”を立ち上げ、この会は現在の婦人科腫瘍学会へと発展した。植田政嗣先生はまさにこの植木、平井両先生と同門の土壌の中でごく自然に細胞診、コルポ診に精通され、米国 University of Colorado Health Sciences Center, Medical Oncology へご留学後、大阪医大婦人科腫瘍科科長としてご活躍であったが、ご縁があり、定年退職後の私の後任として2006年7月に大阪がん予防検診センター（現大阪がん循環器病予防センター）にご着任いただいた。当センターは、1982年に制定されたいわゆる老健法にもとづく子宮がん検診の実行のために創設された施設であり、世界で初めて細胞診による子宮頸がん検診を行った New Zealand, Auckland University, National Women's Hospital でそのノウハウを経験した私が担当者として子宮がん検診を進めていたところである。

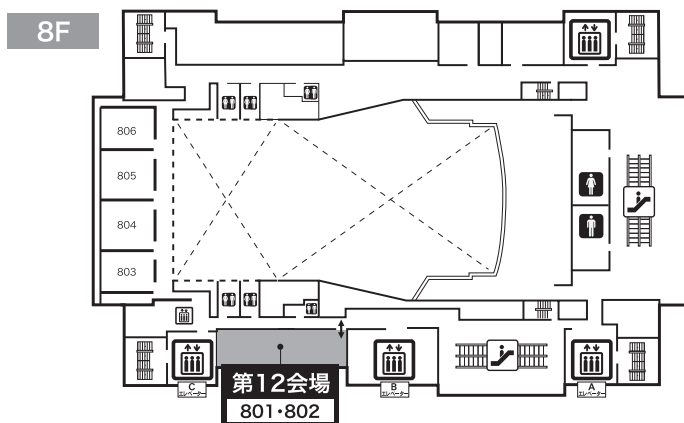
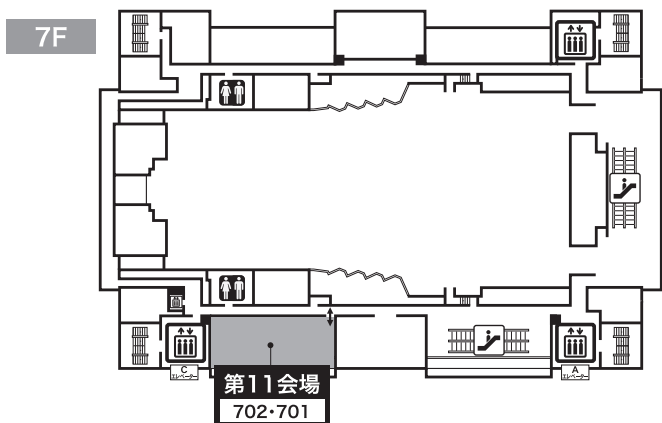
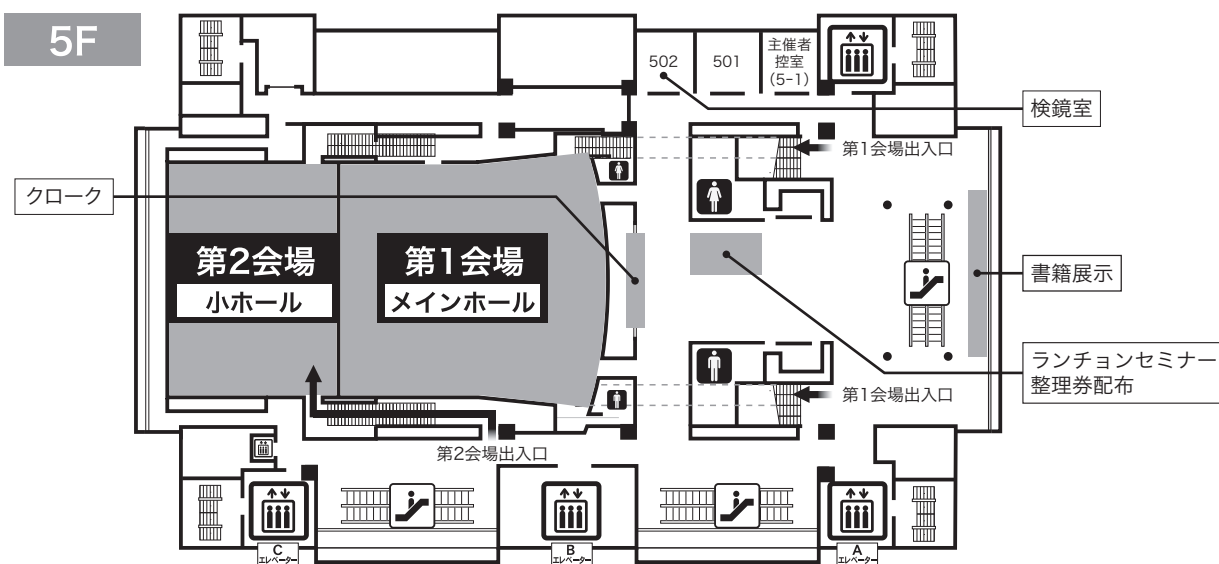
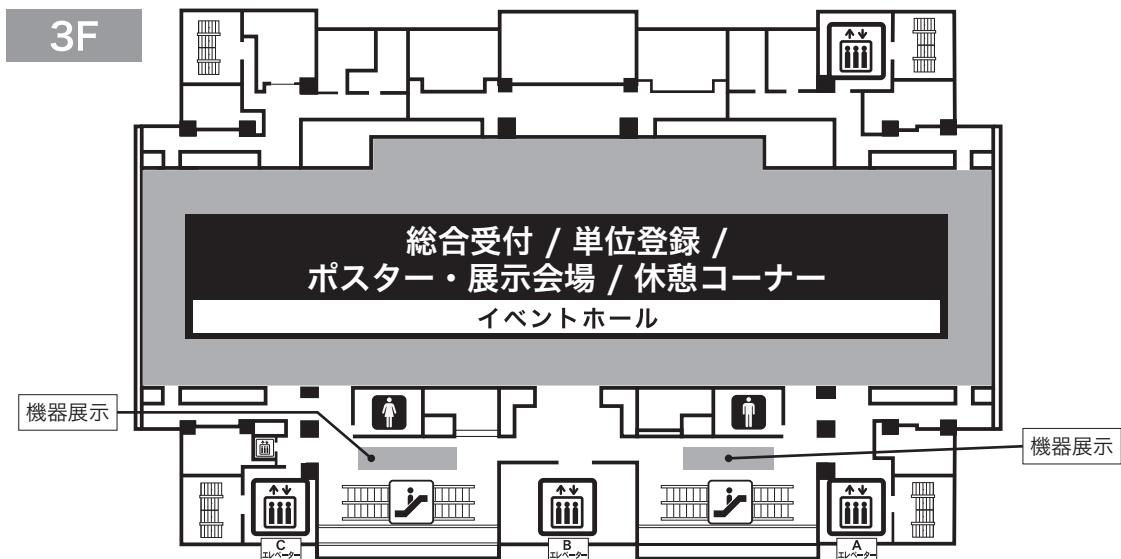
以上述べてきた点からも植田先生は、まさしくわれわれが築き上げてきたわが国の伝統的な子宮頸がん検診、細胞診、コルポスコピーの正統な継承者であり、今回、第58回日本臨床細胞学会総会（春期大会）学術集會会長を務められることは誠に時宜を得たことと心より嬉しく存じております。先生の緻密なご計画のもと、本会が成功裡に終わることを信じて私のお慶びの言葉に代えさせていただきます。

第58回日本臨床細胞学会総会（春期大会）  
名誉会長 野田 定  
（大阪がん循環器病予防センター 名誉部長）

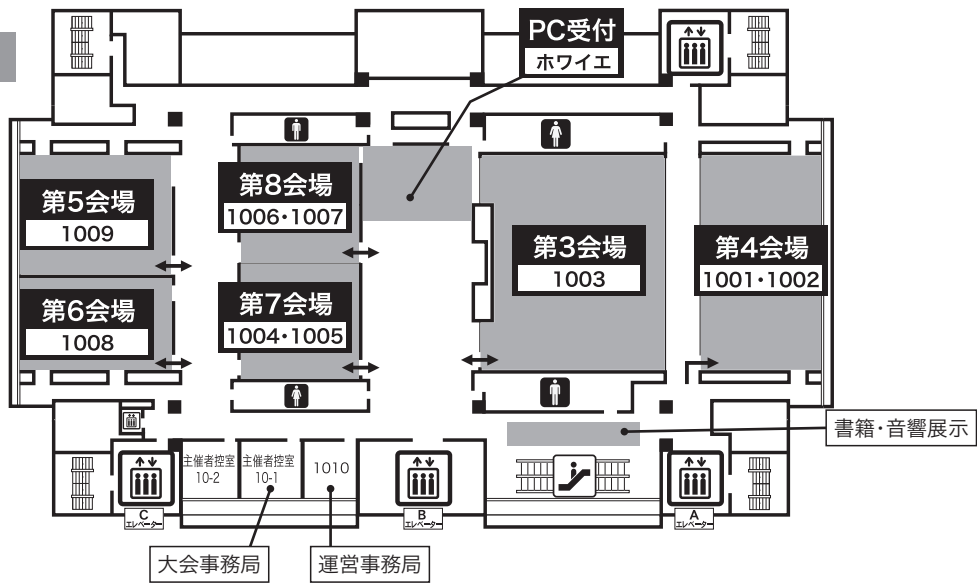




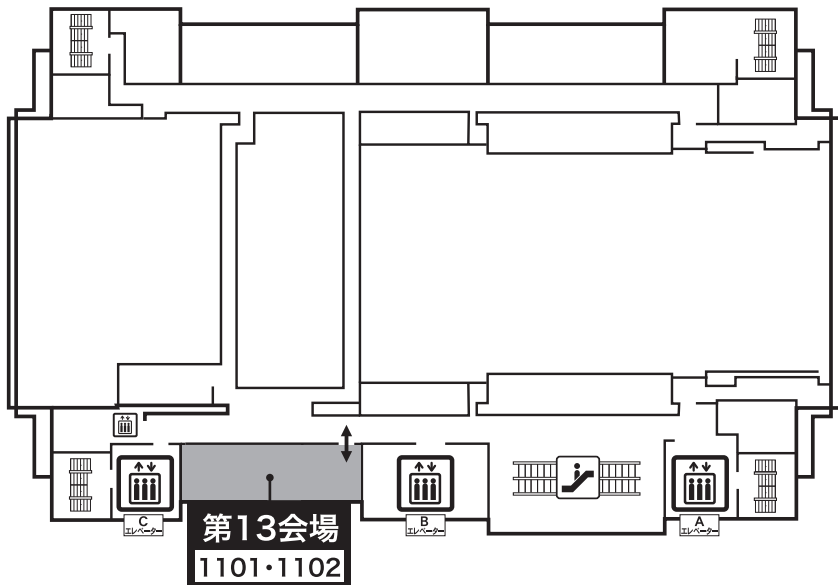
# 大阪国際会議場 会場案内図



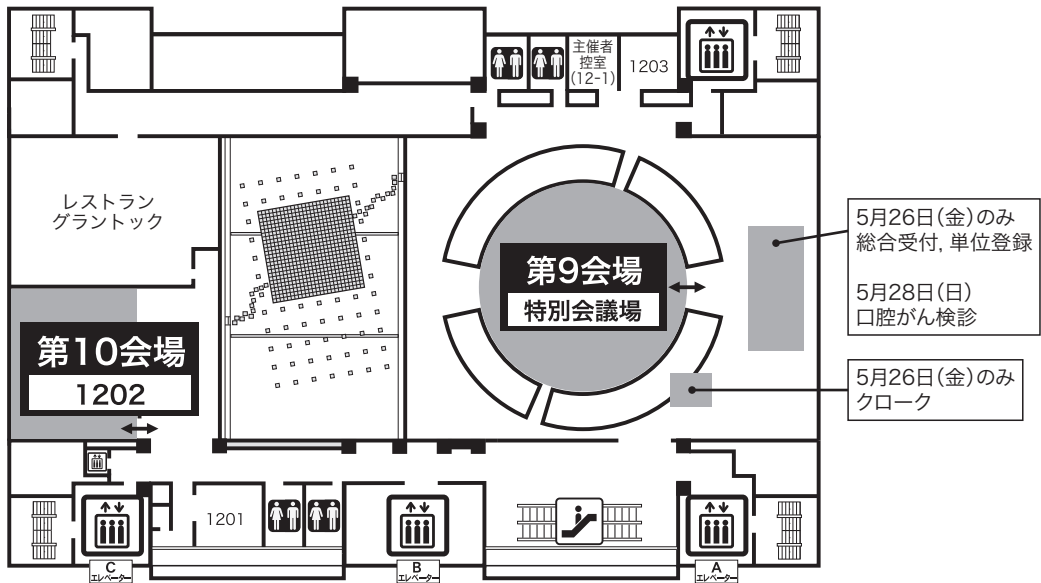
10F



11F



12F



## 役員会・各種委員会等

## 5月26日(金) 大阪国際会議場

10:00~11:00	総務委員会	10F	1009
	細胞診専門医委員会	10F	1008
	細胞検査士委員会	10F	1004
	教育委員会	10F	1005
	社会保険委員会	10F	1006
	情報処理委員会	10F	1007
11:00~12:00	国際交流委員会	10F	1009
	施設認定制度委員会	10F	1008
	学術委員会	10F	1004
	医療安全委員会	10F	1005
	総会打ち合わせ会	10F	1006
	地域連絡委員会	10F	1007
11:30~13:30	役員昼食会	12F	レストラン グラントック
13:00~14:00	全国地域代表者会議	10F	1009
	細胞検査士会創立50周年記念事業会全体会議	10F	1008
	編集委員会	10F	1004
	計理委員会	10F	1005
	肺がん学会とのWG	10F	1006
	倫理委員会	10F	1007
14:00~15:00	細胞診専門医会あり方委員会	10F	1009
	細胞検査士会子宮頸がん検診委員会	10F	1008
	細胞診専門医会会報編集委員会	10F	1004
	臨床試験審査委員会	10F	1005
	IAC連絡委員会	10F	1006
	制度審議委員会	10F	1007
15:00~16:00	細胞診専門医制度改革推進WG	10F	1009
	細胞検査士会役員会	10F	1008
	細胞診専門医資格認定試験実施委員長・副委員長会議	10F	1004
	臨床試験WG	10F	1005
	渉外・広報委員会	10F	1007
15:00~16:30	教育研修に関わるガイドライン検討WG	10F	1006
16:00~17:00	細胞診専門医会総務会	10F	1009
	細胞検査士会都道府県代表者委員会	10F	1008
	学術集会あり方検討WG	10F	1004
	利益相反委員会	10F	1005
	細胞検査士会編集委員会	10F	1007
17:35~18:15	第59回総会(春期大会)プログラム委員会	12F	特別会議場

## 5月27日(土)

7:30~8:30	細胞診断学セミナー打ち合わせ会	8F	804
14:50~15:50	細胞検査士会総会	10F	1003
16:00~18:00	第5回公益社団法人日本臨床細胞学会総会	5F	メインホール

## 5月28日(日)

7:30~8:30	理事会	12F	特別会議場
15:00~17:00	細胞診専門医会総会	5F	メインホール





第58回日本臨床細胞学会総会(春期大会) 日程表 5月27日(土)

	8:00	9:00	10:00	11:00			
第1会場 5F メインホール	開会式	8:30~10:30 シンポジウム1 質の高い子宮頸がん検診の拡大を目指して -受診率向上対策から精度管理まで- 鉾之原 健太郎, 中山 富雄, 田勢 亨, 池宮城 賀恵子, 寺本 勝寛 座長: 中山 富雄, 伊藤 潔		10:40~11:40 感染対策セミナー 病理業務における感染対策 朝野 和典 座長: 森井 英一			
第2会場 5F 小ホール		8:30~10:30 ワークショップ1 尿細胞診の報告様式 -日本の報告様式とThe Paris systemの併用- 大谷 博, 金城 満, 渡辺 みか, 平 紀代美, 白波瀬 浩幸, 山崎 俊成 座長: 白石 泰三, 南口 早智子	10:30~11:00 教育講演1 Type II 子宮体癌 の細胞診と治療 山田 隆司 座長: 岩成 治	11:00~11:30 要望講演1 serous EIC と細胞診 豊田 進司 座長: 東田 太郎			
第3会場 10F 1003	8:30~9:00 要望講演4 甲状腺細胞診の 診断様式の新しい展開 覚道 健一 座長: 越川 卓	9:00~11:00 シンポジウム2 甲状腺腫瘍の組織診断基準変更と細胞診 加藤 良平, 近藤 哲夫, 菅間 博, 廣川 満良, 樋口 観世子 座長: 越川 卓, 廣川 満良					
第4会場 10F 1001・1002	8:30~9:00 教育講演2 尼崎地域の悪性胸腺中皮腫と, その胸水細胞像の新しい 見方・解釈に向けて 鷹巢 晃昌 座長: 亀井 敏昭	9:00~11:00 シンポジウム3 中皮腫の早期発見をめざして -細胞診断に役立つ形態学のフロンティア- 亀井 敏昭, 岡 輝明, 濱川 真治, 廣島 健三, 辻村 亨, 鍋島 一樹 座長: 河原 邦光, 岡 輝明					
第5会場 10F 1009	8:30~9:00 教育講演3 乳腺化生癌の多彩性 -low-gradeから high-gradeまで- 森谷 鈴子 座長: 南雲 サチ子	9:00~11:00 ワークショップ2 乳腺腫瘍のWHO組織診断分類と細胞診 森谷 卓也, 増田 しのぶ, 坂谷 貴司, 小穴 良保, 福屋 美奈子 座長: 森谷 卓也, 伊藤 仁					
第6会場 10F 1008	8:30~9:00 要望講演9 人工知能から みた細胞の姿 山本 陽一朗 座長: 土屋 真一	9:00~11:00 ワークショップ3 知って得する呼吸器疾患の細胞診と画像診断 柿崎 有美子, 荒木 邦夫, 吉田 勤, 岩松 弘文, 田中 良太, 藤山 淳三 座長: 河原 明彦, 佐藤 之俊					
第7会場 10F 1004・1005	8:30~9:00 要望講演10 卵巣癌における 術中迅速細胞診 九島 巳樹 座長: 笹島 ゆう子	9:00~11:00 ワークショップ4 卵巣癌術前化学療法における腹水細胞診の有用性とビットフォール 中村 紘子, 横山 貴紀, 徳永 英樹, 西野 幸治, 野村 弘行, 楯 真一, 井浦 文香 座長: 竹原 和宏, 渡部 洋					
第8会場 10F 1006・1007	8:30~9:00 教育講演4 薬剤関連リンパ 増殖性疾患 星田 義彦 座長: 中村 忍	9:00~9:30 要望講演11 反応性リンパ節病変 の細胞診断のpit fall 小島 勝 座長: 城下 尚	9:30~11:30 シンポジウム4 細胞診とIgG4関連疾患-有用性と境界- 能登原 憲司, 佐藤 康晴, 長尾 俊孝, 小島 勝, 香月 奈穂美 座長: 小島 勝, 能登原 憲司				
第9会場 12F 特別会議場	8:30~9:00 要望講演12 私が携わってきた 口腔病理と細胞診 山本 浩嗣 座長: 田中 陽一	9:00~9:30 教育講演5 口腔癌とHPV 前田 初彦 座長: 田沼 順一	9:30~10:10 要望講演13 喫煙と女性のがん 西村 隆一郎 座長: 加藤 久盛	10:10~11:30 第4回 子宮の日全国アクション-2017報告会 地域の活動状況と今後の取り組み 羽原 利幸, 深田 千尋, 高田 直樹, 今枝 義博, 笹川 寿之 座長: 小笠原 利忠, 田所 猛			
第10会場 12F 1202	8:30~9:30 地域推薦演題3 婦人科2 大河原 飛鳥, 佐藤 陽子, 小田 瑞恵, 渡部 樹 座長: 杉山 徹, 吉田 朋美	9:30~10:15 地域推薦演題4 婦人科3 大森 真紀子, 室谷 哲弥, 北 健二 座長: 古本 博孝, 西村 由香里	10:15~11:15 地域推薦演題5 婦人科4 佐々木 隆之, 大沼 利通, 橋口 真理子, 大阪 康宏 座長: 横山 正俊, 遠藤 浩之				
第11会場 7F 701・702	8:30~11:30 一般演題(口演)	8:30~9:00 頭頸部1 O-1-1~3 座長: 駄阿 勉	9:00~9:30 頭頸部2 O-1-4~6 座長: 前田 環	9:30~10:00 呼吸器1 O-1-7~9 座長: 川本 雅司	10:00~10:30 呼吸器2 O-1-10~12 座長: 堤 寛	10:30~11:00 呼吸器3 O-1-13~15 座長: 稲山 嘉明	11:00~11:30 呼吸器4 O-1-16~18 座長: 南 優子
第12会場 8F 801・802	8:30~11:30 一般演題(口演)	8:30~9:00 泌尿器1 O-1-28~30 座長: 下釜 達朗	9:00~9:20 泌尿器2 O-1-31~32 座長: 鹿股 直樹	9:20~9:50 消化器1 O-1-33~35 座長: 近藤 福雄	9:50~10:20 消化器2 O-1-36~38 座長: 大井 章史	10:20~10:50 消化器3 O-1-39~41 座長: 清水 健	10:50~11:30 口腔・歯科 O-1-42~45 座長: 久山 佳代
第13会場 11F 1101・1102	8:30~11:30 いまさら聞けない細胞診の基本講座	8:30~9:00 子宮頸部 田路 英作 座長: 馬居 貴代	9:00~9:30 子宮体部 矢野 恵子 座長: 桜井 孝規	9:30~10:00 卵巣・腹水 中村 純子 座長: 喜多 恒和	10:00~10:30 呼吸器 矢羽田 一信 座長: 楠 洋子	10:30~11:00 消化器 棚田 諭 座長: 長田 盛典	11:00~11:30 泌尿器 小原 聖子 座長: 村田 晋一
ポスター・展示会場 3F イベントホール	8:00~9:00 ポスター貼付	9:00~11:41 示説発表		10:00~11:38 英語ポスター発表			
	8:30~16:00 機器展示						

12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00 18:30
	13:00~13:30 宝塚歌劇団 OGレビュー	13:30~14:10 特別講演1 「水都大阪」 繁盛物語 堀井 良殷 座長：植田 政嗣	14:10~14:40 会長講演 子宮頸がん検診・ 細胞診・コロポスコピー 植田 政嗣 座長：青木 大輔	14:50~15:50 医療安全セミナー 医療安全への新しいアプローチ：レジリエンス・ エンジニアリングの理論と実践例 中島 和江 座長：森谷 卓也	16:00~18:00 第5回公益社団法人 日本臨床細胞学会総会	
	13:00~13:30 宝塚歌劇団 OGレビュー (同時中継)		14:50~15:20 要望講演2 子宮平滑筋腫瘍 の針生検と細胞診 川村 直樹 座長：磯西 成治	15:20~15:50 要望講演3 子宮ポリープ状型 腺癌の臨床病理と細胞診 加来 恒壽 座長：笠松 高弘		
11:40~12:40 ランチョンセミナー1 題：子宮内腫瘍の診断 演者：河原 明彦 座長：大林 千穂			14:50~15:50 細胞検査士会総会			
11:40~12:40 ランチョンセミナー2 共催：中外製薬株式会社 演者：平澤 猛 座長：青木 陽一			14:50~15:20 要望講演5 福島原発事故後6年 福島県民健康調査 坂本 穆彦 座長：八重樫 伸生	15:20~15:50 要望講演6 遺伝性乳癌・卵巣癌 症候群(HBOC)-婦人科 腫瘍専門医の立場から 榎本 隆之 座長：青木 大輔		
11:40~12:40 ランチョンセミナー3 共催：シユウゲイブラスティクス株式会社 演者：黒川 哲司 座長：笹川 寿之			14:50~15:20 要望講演7 脳腫瘍の 迅速細胞診 伊古田 勇人 座長：杉原 志朗	15:20~15:50 要望講演8 軟部腫瘍診断における 細胞所見と組織学的 特徴のポイント 久岡 正典 座長：野島 孝之		
11:40~12:40 ランチョンセミナー4 共催：株式会社キアゲン 演者：藤原 寛行 座長：鈴木 光明			14:50~15:50 タスクフォース 妊娠と細胞診 大塚 由花, 杉浦 敦, 辻野 秀夫, 清塚 康彦 座長：山本 嘉一郎, 喜多 恒和			
11:40~12:40 ランチョンセミナー5 共催：飛鳥メディカル株式会社 演者：植田 政嗣 座長：小笠原 利忠			14:50~15:35 地域推薦演題1 婦人科1 上西園 幸子, 今村 真治, 金子 佳恵 座長：渡邊 純, 有田 茂実			
11:40~12:40 ランチョンセミナー6 共催：MSD株式会社 演者：川名 敬 座長：三上 幹男			14:50~15:50 地域推薦演題2 呼吸器 中里 宣正, 沼上 秀博, 横山 綾, 三浦 弘之 座長：清水 禎彦, 三宅 真司			
11:40~12:40 ランチョンセミナー7 共催：シスメックス株式会社 演者：三上 芳喜 座長：青木 大輔		14:00~14:30 Invited Lecture The IAC Breast FNA Structured Reporting System: an Update. ASCC May 2017 Andrew Field Chair: Yoshiyuki Osamura	14:30~16:30 Global Asia Forum Diagnostic Efficacy of Rapid On-Site Evaluation (ROSE) with Different Cytology Practice Syed Z. Ali, Irina Shabalova, Chiung-Ru Lai, Kiyomi Taira, Lan Chen, Ambrogio Fassina Chairs: Yoshifumi Nakao, Kyoko Komatsu			
11:40~12:40 ランチョンセミナー8 共催：独立行政法人環境再生保全機構 演者：岡 輝明 座長：河原 邦光			14:50~18:00 スキルアップ講座 - 検鏡実習 - (講義) 坂本 穆彦, 廣川 満良, 大金 直樹, 三村 明弘, 宮本 藤之, 鳥居 良貴, 大久保 文彦, 今井 律子, 丸田 淳子, 河原 明彦, 藤田 勝, 小林 幸弘, 松永 徹 司会：桜井 孝規, 南口 早智子, 白波瀬 浩幸, 矢野 恵子			
			14:20~15:50 一般演題(口演) 14:20~14:50 技術 O-1-19~21 座長：坂本 寛文	14:50~15:20 リンパ・造血器 O-1-22~24 座長：磯部 宏昭	15:20~15:50 子宮頸部1 O-1-25~27 座長：小田 瑞恵	
			14:20~15:40 一般演題(口演) 14:20~14:50 骨・軟部1 O-1-46~48 座長：小田 義直	14:50~15:20 骨・軟部2 O-1-49~51 座長：北澤 莊平	15:20~15:40 中枢神経 O-1-52~53 座長：伊東 恭子	
			14:20~14:50 一般演題(口演) その他 O-1-54~56 座長：小西 登	14:50~15:20 教育講演6 ギムザ染色標本の 読み方をマスターする 畠 榮 座長：西 国広	15:20~15:50 教育講演7 軟部腫瘍の 融合遺伝子検索 塚本 吉胤 座長：廣田 誠一	
9:00~16:00 ポスター供覧			14:50~16:00 示説発表	16:00~16:45 ポスター撤去		

18:30~  
総懇親会  
リーガロイヤルホテル  
タワーウィング  
3F「光琳の間」



第58回日本臨床細胞学会総会(春期大会) 日程表 5月28日(日)

		8:00	9:00	10:00	11:00		
第1会場 5F メインホール		8:30~11:00 自己採点方式スライドカンファレンス 岩井 宗男, 岸野 万伸, 清水 重喜, 塚本 龍子, 福島 裕子, 藤田 茂樹, 藤田 勝, 三村 明弘 座長: 井上 健, 矢羽田 一信 協賛: 松浪硝子工業株式会社			11:00~11:30 アンケート報告 平成27年度 日本臨床細胞学会施設認定制度委員会 年報報告 若狭 朋子 座長: 長尾 俊孝		
第2会場 5F 小ホール		8:30~9:00 要望講演14 セルブロック 保険収載 大林 千穂 座長: 羽場 礼次	9:00~9:30 教育講演8 PABAニコウ染色とメイギムザ 染色によるリンパ球系病変の 細胞形態とコパニオン診断 浦 貞行 座長: 杉原 志朗	9:30~11:30 ワークショップ5 コパニオン診断の実際 森井 英一(基調講演), 草刈 宏有, 池田 聡, 安倍 秀幸, 安孫子 光春 座長: 森井 英一, 郡司 昌治			
第3会場 10F 1003		8:30~9:00 教育講演9 スコアリング・システム を用いた異型腺細胞 (NILM, AGC, AIS)の判定 岡本 聡 座長: 新倉 仁	9:00~11:00 ワークショップ6 子宮頸部腺系病変の細胞診と臨床的取扱い 長峯 理子, 杉山 裕子, 新倉 仁, 今野 良 座長: 三上 芳喜, 小宮山 慎一	11:00~11:40 日本臨床細胞学会 臨床試験ワーキング グループからの報告 森定 徹, 木口 一成, 三上 芳喜 座長: 寺本 勝寛 青木 大輔			
第4会場 10F 1001・1002		8:30~9:00 教育講演10 病理がわかる と見えてくる 子宮内膜細胞診 安田 政実 座長: 上坊 敏子	9:00~11:00 教育シンポジウム 記述式内膜細胞診報告様式に於けるATEC 矢野 恵子, 原田 美香, 棟方 哲, 花田 梓, 野村 秀高, 品川 明子 座長: 黒川 哲司, 矢納 研二	11:00~11:30 特別報告 子宮頸部細胞診自動 スクリーニング支援 装置を活用した精度 管理の実際と有用性 平井 康夫 座長: 植田 政嗣			
第5会場 10F 1009		8:30~9:00 要望講演15 細胞診鑑別困難症例 の核の立体的画像 解析の現状と可能性 鷲谷 清忠 座長: 土橋 康成	9:00~11:00 ワークショップ9 精度の高い液状検体の作製法 (領域別トランスレーショナルワークショップ) 木下 勇一, 小瀬木 輪子, 鈴木 彩菜, 中島 真奈美, 福満 千容, 梅澤 敬, 則松 良明 座長: 坂本 穆彦, 則松 良明				
第6会場 10F 1008		8:30~9:00 教育講演11 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~ 河原 邦光 座長: 廣島 健三	9:00~11:00 シンポジウム6 肺がんの新分類と予後 南 優子, 柿沼 龍太郎, 栗本 典昭, 前田 純一, 東山 聖彦, 大林 千穂 座長: 池田 徳彦, 楠 洋子				
第7会場 10F 1004・1005		8:30~9:00 要望講演16 大阪府立成人病センター における消化器細胞診 ~過去・現在・未来~ 竹中 明美 座長: 中泉 明彦	9:00~11:00 ワークショップ10 EUS-FNAの細胞像 松本 和也, 松田 陽子, 大久保 文彦, 棚田 諭, 玉野 裕子, 稲山 久美子 座長: 広岡 保明, 竹中 明美				
第8会場 10F 1006・1007		8:30~9:00 受賞講演 子宮頸部胃型腺癌 の細胞像 川上 史 座長: 紀川 純三	9:00~9:30 要望講演17 成人幹細胞を 標的とした 細胞診の可能性 笹原 正清 座長: 片岡 秀夫	9:30~11:30 Human Cellセミナー 共催: 株式会社ヤクルト本社 四ノ宮 成祥, 碓井 宏和, 筆彦 義隆, 石井 優 座長: 田中 尚武, 生水 真紀夫			
第9会場 12F 特別会議場	7:30~8:30 理事会			9:30~11:30 シンポジウム7 口腔がんの早期発見と治療 ~一口腔がん検診と治療の現状, 検体採取法から基本的な診かたまで~ 矢田 直美, 庵原 明倫, 久山 佳代, 渡邊 正章 座長: 笹平 智則, 関根 浄治			
第10会場 12F 1202		8:30~11:30 スキルアップ講座 一検鏡実習一 (検鏡) 大金 直樹, 三村 明弘, 宮本 藤之, 鳥居 良貴, 大久保 文彦, 今井 律子, 丸田 淳子, 河原 明彦, 藤田 勝, 小林 幸弘, 松永 徹 司会: 桜井 孝規, 南口 早智子, 白波瀬 浩幸, 矢野 恵子					
第11会場 7F 701・702		8:30~9:00 子宮頸部2 0-2-1~3 座長: 宮城 悦子	9:00~9:30 子宮頸部3 0-2-4~6 座長: 竹島 信宏	9:30~10:00 子宮頸部4 0-2-7~9 座長: 寒河江 悟	10:00~10:30 子宮頸部5 0-2-10~12 座長: 山口 知彦	10:30~11:00 子宮頸部6 0-2-13~15 座長: 藤井 多久磨	11:00~11:30 子宮頸部7 0-2-16~18 座長: 紀川 純三
第12会場 8F 801・802		8:30~9:00 乳腺1 0-2-31~33 座長: 横山 宗伯	9:00~9:30 乳腺2 0-2-34~36 座長: 黒住 昌史	9:30~10:00 乳腺3 0-2-37~39 座長: 大井 恭代	10:00~10:30 乳腺4 0-2-40~42 座長: 前田 一郎	10:30~11:00 乳腺5 0-2-43~45 座長: 桑尾 定仁	11:00~11:30 甲状腺 0-2-46~48 座長: 今村 好章
第13会場 11F 1101・1102		8:30~11:30 いまさら聞けない細胞診の基本講座					
		8:30~9:00 乳腺 吉村 英雄 座長: 田代 敬	9:00~9:30 甲状腺 樋口 親世子 座長: 廣川 満良	9:30~10:00 体腔液 鳥居 良貴 座長: 北村 昌紀	10:00~10:30 骨軟部 古田 則行 座長: 岡田 仁克	10:30~11:00 中枢神経 白波瀬 浩幸 座長: 児玉 良典	11:00~11:30 造血器 船本 康申 座長: 辻 求
ポスター・展示会場 3F イベントホール	8:00~9:00 ポスター貼付	9:00~11:34 示説発表	9:35~11:27 英語ポスター発表				
		8:30~15:00 機器展示					

12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
11:40~12:40 ランチョンセミナー9 共催: MSD株式会社/大塚薬品工業株式会社 演者: 高 幸治 座長: 羽場 礼次	13:00~13:40 特別講演2 細胞診はがん 医療にどのような 役割を果たすか 松浦 成昭 座長: 若狭 研一	13:40~14:20 特別講演3 Cytology to Molecular Biology, and back to Cytology Michio Sugita 座長: 田中 尚武	15:00~17:00 細胞診専門医会総会		閉 会 式
	13:00~15:00 スライドセミナー(アンサーバッド方式) 塚本 龍子, 稲葉 真由美, 藤田 修一, 田原 紳一郎, 今井 律子, 松本 慎二, 佐伯 美穂, 花田 梓 座長: 辻本 正彦, 南雲 サチ子				
	13:00~15:00 ワークショップ7 子宮頸部細胞診の精度管理 一採取法, 採取器具, 標本作製から細胞診判定まで一 木口 一成(基調講演), 加藤 順子, 吉田 志緒子, 棟方 哲, 児玉 省二 座長: 小笠原 利忠, 木口 一成		15:00~17:00 細胞検査士会要望教育シンポジウム On-site cytologyの現状と問題点 松永 徹, 宮本 加菜, 池畑 浩一, 津崎 沙世子, 佐々木 栄司, 土田 秀 座長: 松本 慎二, 松永 徹		
11:40~12:40 ランチョンセミナー10 共催: アークレイ株式会社 演者: 荒金 尚子 座長: 大林 千穂	13:00~15:00 ワークショップ8 ASC判定と追跡結果 大塚 重則(基調講演), 加藤 修, 立花 美津子, 栗田 和香子, 田路 英作 座長: 畠山 重春, 鈴木 雅子				
11:40~12:40 ランチョンセミナー11 共催: ホロジックジャパン株式会社 演者: 村田 晋一 座長: 長村 義之	13:00~15:00 シンポジウム5 細胞検査士の教育と研究: ステップアップを目指して 山尾 直輝, 梅森 宮加, 石田 克成, 田中 幸, 糸山 光麿, 大崎 博之, 今枝 義博 座長: 布引 治, 鴨志田 伸吾				
11:40~12:40 ランチョンセミナー12 共催: 東洋紡株式会社 演者: 鷹巣 晃昌, 奥田 洋平 座長: 亀井 敏昭	13:00~14:00 地域推薦演題6 消化器 佐藤 圭, 岡部 雅子, 山口 祐香, 内田 好明 座長: 樋口 佳代子, 米田 操	14:00~15:00 地域推薦演題7 甲状腺・乳腺 林 真也, 丸田 淳子, 福士 祐子, 宮西 智恵 座長: 亀山 香織, 横山 俊朗			
11:40~12:40 ランチョンセミナー13 共催: アズライト・テクノロジ株式会社 演者: 鍋島 一樹 座長: 森井 英一	13:00~13:45 地域推薦演題8 泌尿器1 岩田 英敏, 梅野 佳美, 有安 早苗 座長: 村田 晋一, 服部 学	13:45~14:45 地域推薦演題9 泌尿器2 西野 勝, 岩井 幸子, 石倉 宗浩, 清水 雅彦 座長: 都築 豊徳, 三村 明弘			
11:40~12:40 ランチョンセミナー14 共催: サクラファインテックジャパン株式会社 演者: 瀬田 章 座長: 石井 保吉	13:00~14:00 地域推薦演題10 技術1 伊藤 以知郎, 小堺 智文, 佐藤 香織, 新垣 善孝 座長: 山城 勝重, 福留 伸幸	14:00~15:00 地域推薦演題11 技術2 松居 由香, 植田 彰彦, 竹内 真央, 則松 良明 座長: 羽賀 博典, 池本 理恵			
	13:00~16:00 市民公開講座 子宮頸がん検診 ~それは未来の私と大切な家族のために~ 高橋 健太郎, 笹川 寿之, 加藤 順子, 野田 聖子, 松田 陽子				
	13:00~15:00 シンポジウム8 乳癌の治療戦略に迫る-細胞診と針生検の位置づけ- 松澤 こず恵, 大井 恭代, 武井 寛幸, 坂井 威彦, 山本 陽一朗 座長: 土屋 真一, 伊藤 仁			共催: 株式会社キアゲン, 日本ベクトン・ディッキンソン株式会社 協賛: 株式会社ワコール 後援: 大阪市, 大阪府医師会, 厚生労働省, 大阪産婦人科医会, 日本対がん協会, 子宮頸がん征圧をめざす専門家会議, 子宮頸がんを考える市民の会	
	13:00~15:00 一般演題(口演)	13:00~13:30 子宮頸部8 O-2-19~21 座長: 久布白 兼行	13:30~14:00 子宮頸部9 O-2-22~24 座長: 齋藤 豪	14:00~14:30 子宮頸部10 O-2-25~27 座長: 落合 和彦	14:30~15:00 子宮頸部11 O-2-28~30 座長: 岩坂 剛
	13:00~15:00 一般演題(口演)	13:00~13:30 子宮体部1 O-2-49~51 座長: 山下 博	13:30~14:00 子宮体部2 O-2-52~54 座長: 前田 宜延	14:00~14:30 子宮体部3 O-2-55~57 座長: 大野 英治	14:30~15:00 子宮体部4 O-2-58~60 座長: 柳井 広之
	13:00~14:30 細胞検査士会ヤングcommitteeワークショップ 細胞診の内部精度管理 林 裕司, 堀越 裕子, 中村 博, 鬼島 宏 座長: 鳥居 良貴, 澁木 康雄				
9:00~15:00 ポスター供覧	13:00~14:59 示説発表		15:00~15:45 ポスター撤去		

# 第 58 回日本臨床細胞学会総会 (春期大会) 一般演題 (示説) 座長一覽

## 1 日目 : 5 月 27 日 (土)

		9:00	9:07	9:14	9:21	9:28	9:35	9:42	9:49	9:56	10:03	10:10	10:17	10:24	10:31	10:38	10:45	10:52	10:59	11:06	11:13	11:20	11:27	11:34	11:41
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
A	頭頸部1	頭頸部2		頭頸部3			頭頸部4			頭頸部5			頭頸部6			頭頸部7									
	池田 純一郎 P-1-1~2	岸本 光夫 P-1-3~4		有馬 良一 P-1-5~7			伏見 博彰 P-1-8~10			清水 和彦 P-1-11~13			栗栖 義賢 P-1-14~16			中塚 伸一 P-1-17~19									
B	口腔・歯科1	口腔・歯科2		口腔・歯科3			中枢神経1			中枢神経2			その他1			その他2									
	矢田 直美 P-1-29~31	岸野 万伸 P-1-32~34		田沼 順一 P-1-35~38			森 康浩 P-1-39~41			新宅 雅幸 P-1-42~43			宮本 朋幸 P-1-44~46			木村 文一 P-1-47~49									
C	子宮頸部1	子宮頸部2			子宮頸部3			子宮頸部4			子宮頸部5			子宮頸部6			子宮頸部7								
	藤原 潔 P-1-59~61	宇津木 久仁子 P-1-62~65			横山 良仁 P-1-66~69			岡本 三四郎 P-1-70~72			及川 洋恵 P-1-73~75			内藤 子来 P-1-76~78			関 利美 P-1-79~81								
D	子宮体部1	子宮体部2		子宮体部3		子宮体部4		子宮体部5		子宮体部6		リンパ・血液1													
	仲村 勝 P-1-92~94	石井 保吉 P-1-95~97		永井 雄一郎 P-1-98~100		島田 宗昭 P-1-101~103		岡本 愛光 P-1-104~106		大石 徹郎 P-1-107~109		寛野 綾子 P-1-110~112													
E	卵巣・卵管1	卵巣・卵管2		卵巣・卵管3		卵巣・卵管4		卵巣・卵管5		卵巣・卵管6		卵巣・卵管7													
	三橋 暁 P-1-123~125	長谷川 清志 P-1-126~128		近内 勝幸 P-1-129~131		田畑 務 P-1-132~134		笹川 基 P-1-135~137		杉山 裕子 P-1-138~140		蝦名 康彦 P-1-141~143													

## ●英語ポスターセッション

		10:00	10:07	10:14	10:21	10:28	10:35	10:42	10:49	10:56	11:03	11:10	11:17	11:24	11:31	11:38
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
F	Lung 1	Lung 2			Thyroid 1			Thyroid 2								
	Hideyuki Abe PE-1-1~3	Kiyomi Taniyama PE-1-4~6			Yasushi Nakamura PE-1-7~9			Lan Chen PE-1-10~12								
G	Cervix	Cervix and others			Ovary			Body effusion								
	Irina Shabalova PE-1-13~16	Dong Ge Liu PE-1-17~20			Etsuko Miyagi PE-1-21~23			Hiroshi Kobayashi PE-1-24~26								

## 2 日目 : 5 月 28 日 (日)

		9:00	9:07	9:14	9:21	9:28	9:35	9:42	9:49	9:56	10:03	10:10	10:17	10:24	10:31	10:38	10:45	10:52	10:59	11:06	11:13	11:20	11:27	11:34	11:41
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
A	呼吸器1	呼吸器2		呼吸器3		呼吸器4		呼吸器5		呼吸器6		呼吸器7													
	垣花 昌俊 P-2-1~3	笠井 孝彦 P-2-4~5		野本 靖史 P-2-6~8		横井 豊治 P-2-9~11		渋谷 潔 P-2-12~14		梶原 直央 P-2-15~17		寺本 友昭 P-2-18~20													
B	泌尿器1	泌尿器2		泌尿器3		泌尿器4		骨・軟部1		骨・軟部2		骨・軟部3													
	大谷 博 P-2-30~33	徳田 雄治 P-2-34~36		廣井 禎之 P-2-37~39		是松 元子 P-2-40~42		安達 博成 P-2-43~45		渡邊 みか P-2-46~48		門田 球一 P-2-49~51													
C	乳腺2	乳腺3		乳腺4		乳腺5		乳腺6		乳腺7		乳腺8													
	岩屋 啓一 P-2-58~60	森園 英智 P-2-61~63		山口 倫 P-2-64~66		北村 隆司 P-2-67~69		加藤 拓 P-2-70~71		山田 英二 P-2-72~73		青木 裕志 P-2-74~76													
D	消化器4	消化器5		消化器6		消化器7		消化器8		消化器9		消化器10													
	村田 哲也 P-2-77~79	佐々木 素子 P-2-80~82		清水 道生 P-2-83~85		中山 淳 P-2-86~88		九嶋 亮治 P-2-89~91		平田 哲士 P-2-92~94		杉島 節夫 P-2-95~97													
E	甲状腺1	甲状腺2		甲状腺3		体腔液1		体腔液2		体腔液3		体腔液4													
	近藤 哲夫 P-2-98~100	太田 善夫 P-2-101~103		中島 正洋 P-2-104~107		森 一郎 P-2-108~110		松井 成明 P-2-111~113		濱川 真治 P-2-114~116		三宅 康之 P-2-117~118													

## ●英語ポスターセッション

		9:35	9:42	9:49	9:56	10:03	10:10	10:17	10:24	10:31	10:38	10:45	10:52	10:59	11:06	11:13	11:20	11:27
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
F	Head and neck	Breast			Miscellaneous 1			Miscellaneous 2			Miscellaneous 3							
	Chiung-Ru Lai PE-2-1~2	Suzuko Moritani PE-2-3~5			Tomoo Itoh PE-2-6~8			Tadao K. Kobayashi PE-2-9~11			Syed Z. Ali PE-2-12~15							
G	Lymphoma 1	Lymphoma 2			Brain and others			Gastrointestinal, Liver and Pancreas			Urine							
	Masami Nambu PE-2-16~18	Andrew Field PE-2-19~21			Takanori Hirose PE-2-22~24			Ambrosio Fassina PE-2-25~28			Hironori Katayama PE-2-29~31							



14:50 14:57 15:04 15:11 15:18 15:25 15:32 15:39 15:46 15:53 16:00

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	頭頸部8 島田 啓司 P-1-20~22			頭頸部9 弓場 吉哲 P-1-23~25			乳腺1 長嶋 健 P-1-26~28			
	中皮腫1 西村 理恵子 P-1-50~52			中皮腫2 尾崎 敬 P-1-53~55			中皮腫3 稲田 健一 P-1-56~58			
	消化器1 小賀 厚徳 P-1-82~84			消化器2 太田 浩良 P-1-85~88			消化器3 今野 元博 P-1-89~91			
	リンパ・血液2 大澤 政彦 P-1-113~115			リンパ・血液3 中村 直哉 P-1-116~118			リンパ・血液4 佐藤 康晴 P-1-119~122			
	卵巣・卵管8 板持 広明 P-1-144~147					皮膚・付属器 横山 繁生 P-1-148~151				

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

14:59

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
呼吸器8 元井 紀子 P-2-21~23			呼吸器9 柿沼 廣邦 P-2-24~26			縦隔 植村 芳子 P-2-27~29			わからん会 古田 則行, 加戸 伸明 PW-1~8								
骨・軟部4 南部 雅美 P-2-52~54			骨・軟部5 阿部 英二 P-2-55~57														

## 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

・受付時間、場所は以下の通りです。

5月26日(金) 11:00~17:30 大阪国際会議場 12F 特別会議場 ホワイエ

5月27日(土) 7:30~18:00 大阪国際会議場 3F イベントホール

5月28日(日) 7:30~17:00 大阪国際会議場 3F イベントホール

#### 事前参加登録がお済みの方

・「事前参加登録受付」にお越しいただき、お名前をスタッフにお伝えください。参加証(ネームカード)をお渡しいたします。

#### 当日参加登録の方

・「当日参加登録受付」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。

・参加費のお支払いは現金でお願いいたします。

参加費：	一般	15,000円
	学生・その他(学会本部が認めたもの)	無料
	懇親会	5,000円

#### 事前郵送物と当日配布物

事前参加登録	区分	事前郵送物	当日配布物
登録済み (入金済み)	会員	・プログラム集(抄録掲載無) ・抄録集(3月31日までの購入申込者に限る)	・参加証
	非会員	・抄録集(3月31日までの購入申込者に限る)	・参加証 ・プログラム集
未入金・未登録	会員	・プログラム集(抄録掲載無)	・参加証
	非会員	・なし	・参加証 ・プログラム集

- ・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。
- ・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、一般の参加費をいただきます。  
なお、資格更新には使えませんのであらかじめご了承ください。

#### (2) 演者および共同研究者

本学会会員に限ります。未入会の方は、日本臨床細胞学会事務局(<http://jscc.or.jp/formalities/enroll/>)にて入会手続きをお取りください。年会費は正会員：12,000円、準会員：6,000円です。なお、大会会場では入会手続きならびに年会費の払い込み等はありません。

#### (3) プログラム集

- ・本学会会員には事前にプログラム集を郵送しております。当日必ずご持参ください。
- ・学会場でのプログラム集無料配布は行いません。希望者には、学会期間中総合受付にてプログラム集の販売を行います(会員、非会員とも1,000円)

## (4) 抄録集

- ・抄録集冊子（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。会員には事前送付、非会員には当日会場でお渡しするプログラム集に抄録内容は掲載されておられませんのでご注意ください。
- ・希望者には、学会期間中総合受付にて抄録集の販売を行います。（会員9,000円、非会員11,000円）。
- ・抄録集閲覧のための専用アプリを学会ホームページに公開しております。ご希望の方はお使いのパソコンやタブレット、スマートフォンなどにダウンロードしていただきご利用ください。

## ○アプリ版

- ・アプリ名：JSCC58
- ・ご利用方法：App Store、Google Playより「臨床細胞学会」などで検索し、ダウンロードしてください。
- ・利用料：無料（アプリのダウンロードに別途通信料が発生します）
- ・対応機種：iPhone、iPad、Android

抄録の閲覧にはパスワードの入力が必要です。パスワード osaka58

- (5) 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、総合受付にて登録を行います。
- (6) 日本産婦人科医会研修参加証を発行いたします。
- (7) 細胞診専門医の単位登録にはバーコードがついた会員カードが必要となりますので、必ずご持参ください。バーコードがついた会員カードをお忘れの場合は、総合受付にて「参加仮ナンバー」用紙に必要事項をご記入ください。仮カードを発行いたします。
- (8) 細胞検査士の単位の登録にはバーコードがついた会員カードが必要となりますので、必ずご持参ください。細胞検査士カードでの登録も可能ですが、こちらも必ずバーコードシールが貼ってあることを確認してください。バーコードがついた会員カードをお忘れの場合は、総合受付にて「参加仮ナンバー」用紙に必要事項をご記入ください。仮カードを発行いたします。

## 2. 演者の方へ：利益相反の開示について

筆頭演者自身の過去1年間における、発表内容に関連する利益相反の有無を開示していただきます。詳細は21ページの「演者の方へ重要なお知らせ」をご参照ください。

## 3. 口演発表の演者の方へ

- (1) 発表時間、討論時間についてはセッションにより異なります。事前にご案内いたしました内容をご確認ください。
- (2) 投影スクリーンは1面で、発表にはWindows PCとプロジェクター1台を使用いたします。  
※DVD、VTRや35mmスライドプロジェクター等の用意はございません。
- (3) 演者は、各セッションの開始の60分前までにPC受付（10Fホワイエ）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	5月26日（金）15：00～17：00
	5月27日（土）7：30～18：00
	5月28日（日）7：30～16：30

※5月27日（土）・28日（日）の午前中に発表がある方は、前日（26日（金）・27日（土））の午後にデータ受付を済まされることをお勧めします。

※5月26日（金）子宮頸部細胞診・コルポスコピーセミナーおよびLBCセミナーの演者は、PC受付ではなく、セミナー会場のオペレーター席へ直接データをお持ちください。

- (4) 発表データは、原則 PC データ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 8 になります。
- (5) 発表データは、CD-R か USB メモリにてご持参ください。  
※保存するメディアには発表に必要なデータのみとし、他のデータは保存しないでください。  
※持ち込まれるメディアは、各自にて最新のデータによるウイルスチェックを必ず行ってご持参ください。  
※バックアップとして予備のデータもお持ちいただくことをお勧めします。  
※ 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 を使用しての発表はできませんのでご注意ください。
- (6) 発表に使用できるデータは、PowerPoint 2003・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。
- (7) 発表データに使用するフォントは、Windows 8 に標準搭載されているフォントを推奨いたします。  
〔日本語〕 MSゴシック・MSPゴシック・MS明朝・MSP明朝・メイリオ  
〔英語〕 Times New Roman・Arial・**Arial Black**・Arial Narrow・Century  
Century Gothic・Courier New・Georgia
- (8) PowerPoint 上の動画は使用可能ですが、動画データは Windows 8 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、保存の上、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）。  
※ PowerPoint で、動画ファイルを埋め込み処理された場合は、別途その動画ファイルもご持参いただくことをお勧めいたします。
- (9) 発表は、演者ご自身で舞台上に設置されているマウス・キーボードを操作し、行ってください。
- (10) 次演者の方は、前の演者が登壇後すぐに次演者席にお着きください。

#### 【ノートパソコンをお持ち込みの場合】

- (1) Macintosh をご使用される方は、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発表はご遠慮ください。
- (3) スクリーンセーバー、省電力設定をあらかじめ解除してください。
- (4) AC アダプターは必ずご持参ください。
- (5) 故障などの予期せぬトラブルに備え、バックアップデータをご持参ください。
- (6) Macintosh や一部の Windows マシンでは変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参ください。
- (7) 発表の際は、会場の左側前方のオペレーター席に PC をお持ち込みください。口演終了後、オペレーター席で PC を返却いたします。忘れずにお受け取りください。

#### 4. 示説発表の演者の方へ

- (1) 発表時間は 4 分、討論時間は 3 分です。発表時間を厳守してください。  
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。掲示用のピン貼

付および撤去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	5月27日(土)	8:00~9:00
	5月28日(日)	8:00~9:00
撤去時間	5月27日(土)	16:00~16:45
	5月28日(日)	15:00~15:45

## 5. 座長の方へ

- (1) 口演発表の座長の方は、セッション開始の30分前に各会場入り口付近にございます座長受付にて受付をお済ませの上、次座長席にお着きください。
- (2) 示説発表の座長の方は、セッション開始の30分前までに、ポスター会場内のポスター受付にて座長リボンをお受け取りください。
- (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. 自己採点方式スライドカンファレンスについて

症例は春期大会ホームページにも掲載し、解答ができます。是非ご覧ください。

## 8. スライドセミナー（アンサーパッド方式）について

標本は検鏡室（5F 502）にて検鏡が可能です。

## 9. ランチョンセミナーについて

- (1) 5月27日(土)・28日(日)の両日でお食事を用意いたします(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。
- (2) 本セミナーは整理券制となっております。  
下記日時にて、5F「セミナー整理券配布所」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。整理券はセミナー開始10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 5月27日(土) 7:30~セミナー開始時まで

5月28日(日) 7:30~セミナー開始時まで

※5月27日に配布する整理券は5月27日のランチョンセミナー分のみです。

5月28日分の整理券は28日朝より配布いたします。

## 10. 機器展示について

会期中、大阪国際会議場3F イベントホールに設置いたします。

## 11. クロークについて

5月26日(金)は12F、5月27日(土)・28日(日)は5Fに設置いたしますクロークをご利用ください。



**12. 総懇親会について**

以下日時・会場にて開催いたします。懇親会は、懇親会用参加証をご着用の方以外のご入場はご遠慮願います。

日 時：5月27日（土）18：30～

会 場：リーガロイヤルホテル タワーウィング 3F「光琳の間」

参加費：5,000円

※懇親会の最初に行う漫才の上演中は、会場入口ドアを閉め切りますので入場できません。開始時刻に遅れないようお願いいたします。

**13. 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。

**14. 託児所について**

春期大会ホームページをご確認ください。 <http://jscc58.umin.jp/>

## 演者の方へ重要なお知らせ

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

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

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

おのおのの開示すべき事項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://jsc.or.jp/coi/>) をご参照ください。

#### 例1) 利益相反「あり」の場合

第58回日本臨床細胞学会(春期大会) COI開示	
筆頭演者名: _____	
今回の演題に関して開示すべきCOIは以下のとおりです。	
内容*	企業名等
役員・顧問職	A 製薬会社
講演料など	B 医療機器メーカー
原稿料など	C 出版社

#### 例2) 利益相反「なし」の場合

第58回日本臨床細胞学会(春期大会) COI開示	
筆頭演者名: _____	
今回の演題に関して開示すべきCOIはありません。	

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

## 細胞診専門医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. 細胞診専門医会総会

5月28日(日) 15:00~17:00 第1会場 (5F メインホール)

細胞診専門医セミナー

「がん検診の考え方—診療との違いを意識して—」

中山 富雄 (大阪国際がんセンター調査部疫学課)

### 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58回日本臨床細胞学会総会(春期大会)学術プログラムの中から、細胞診専門医の生涯教育のための研修プログラムとして特にふさわしい下記の講演を細胞診専門医会総務会が選定し、「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

5月27日(土) 10:40~11:40 第1会場 (5F メインホール)

「病理業務における感染対策」

朝野 和典 (大阪大学医学部附属病院感染制御部)

医療安全セミナー

5月27日(土) 14:50~15:50 第1会場 (5F メインホール)

「医療安全への新しいアプローチ：レジリエンス・エンジニアリングの理論と実践例」

中島 和江 (大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部)

特別講演2

5月28日(日) 13:00~13:40 第1会場 (5F メインホール)

「細胞診はがん医療にどのような役割を果たすか」

松浦 成昭 (大阪国際がんセンター)

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)。なお、講演開始10分以降の入室は出席が認められませんのでご注意ください。

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58回日本臨床細胞学会総会(春期大会)会長 植田政嗣

## 日本産科婦人科学会会員へのお知らせ

### 1. 参加単位登録について

総合受付に設置の「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	場所
5月26日（金）11：00～17：30	大阪国際会議場 12F 特別会議場 ホワイエ
5月27日（土）7：30～18：00	大阪国際会議場 3F イベントホール
5月28日（日）7：30～17：00	大阪国際会議場 3F イベントホール

### 2. 指定講座

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

会場にてe医学会カードの読取りを行います。必ずご持参ください。

専門医共通講習（日本産科婦人科学会以外の会員にも適用）

感染対策セミナー

5月27日（土）10：40～11：40 第1会場（5F メインホール）

「病理業務における感染対策」

朝野 和典（大阪大学医学部附属病院感染制御部）

医療安全セミナー

5月27日（土）14：50～15：50 第1会場（5F メインホール）

「医療安全への新しいアプローチ：レジリエンス・エンジニアリングの理論と実践例」

中島 和江（大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部）

## スキルアップ講座 — 検鏡実習 —

講義 5月27日(土) 14:50~18:00 第10会場(12F 1202)

検鏡 5月28日(日) 8:30~11:30 第10会場(12F 1202)

企画者：桜井孝規，南口早智子，白波瀬浩幸，矢野恵子

スキルアップ講座 — 検鏡実習 — は、本学術集会の開催テーマである“細胞診の精度管理”に基づく企画です。周知のごとく、細胞診の診断精度は検鏡経験の有無に大きく左右されます。そこで、各分野のスペシャリストから基本的症例を含めた鑑別困難症例や希少症例を提供いただき、併せて検鏡前の講義を行っていただく実習を企画しました。検鏡に関する講義の前には、基礎に関する講義も2題用意されております。講義会場の収容人数や顕微鏡の台数に限りがありますので、“講義と実習”、“講義のみ”ともに事前申し込み制(有料)となっております。実習は下表の①~④のうち1つを選択してお申し込みください。講義はすべての分野のものを聞いていただけます。いずれの申し込み者にもテキストと講演内容を取めたCDをお渡しいたします。このCDは、数量限定ですが学会場内で本スキルアップ講座に参加されない方々へも販売いたします。5月27日(土)14:50から講義を、5月28日(日)8:30から実習を行うスケジュールとなっております。経験豊富な細胞検査士、医師の方々にも満足いただけるような内容となっておりますので、皆さまのご参加をお待ち申し上げます。本企画が皆さまの診断精度向上の一助となることを企画者一同、願ってやみません。

### 講師一覧

分野		講師	
①②の基礎に関する講演		坂本穆彦(大森赤十字病院)	
③④の基礎に関する講演		廣川満良(隈病院)	
分野	細目	講師	
① 婦人科	頸部	大金直樹(神奈川県立足柄上病院)	
		三村明弘(大阪労災病院)	
	体部	宮本藤之(富山県立中央病院)	
② 体腔液・尿	体腔液	鳥居良貴(兵庫医科大学病院)	
	体腔液	大久保文彦(九州大学病院)	
	尿	今井律子(公立西知多総合病院)	
③ 穿刺	甲状腺	丸田淳子(野口病院)	
	唾液腺	河原明彦(久留米大学病院)	
④ 呼吸器	藤田 勝(岡山大学病院)		
	小林幸弘(信州大学医学部附属病院)		
	松永 徹(香川大学医学部附属病院)		



## 第4回 子宮の日全国アクション—2017 報告会

5月27日(土) 10:10~11:30 第9会場(12F 特別会議場)

座長：小笠原利忠(特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)  
 田所 猛(細胞検査士会渉外委員会)  
 市立砺波総合病院臨床検査科)

2009年から始まった子宮の日(Love49)の活動は、昨年2016年に全都道府県参加による街頭活動を達成し、全国規模で行う日本臨床細胞学会の事業の1つになりました。この報告会は公益社団法人日本臨床細胞学会学術集会において今回で4回目を迎えます。都道府県での活動報告とともに今後の活動やその問題点について議論したいと思います。

### テーマ：地域の活動状況と今後の取り組み

- 子宮-1 2017LOVE49の活動報告  
 公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科<sup>1)</sup>、(公財)東京都予防医学協会母子保健検査部<sup>2)</sup>、久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>3)</sup>  
 ○羽原利幸<sup>1)</sup>、吉田志緒子<sup>2)</sup>、河原明彦<sup>3)</sup>
- 子宮-2 愛媛県におけるLove49活動状況と今後の取り組み  
 愛媛県総合保健協会  
 ○深田千尋、武井 彩、尾崎翔子、藤田泰史、高橋若菜、金子真由美、水野和江、佐伯健二、岩崎 統、池谷東彦
- 子宮-3 兵庫県から「子宮の日」Love49キャンペーン兵庫県実行委員会による啓発活動  
 加古川総合保健センター検査課病理<sup>1)</sup>、兵庫県細胞検査士会<sup>2)</sup>、兵庫県臨床細胞学会<sup>3)</sup>  
 ○高田直樹<sup>1,2)</sup>、上岡英樹<sup>2)</sup>、駒井隆夫<sup>2)</sup>、榊原稔子<sup>2)</sup>、佐野太亮<sup>2)</sup>、真田浩一<sup>2)</sup>、小川たかふみ<sup>2,3)</sup>、覚野綾子<sup>3)</sup>、内藤子来<sup>3)</sup>、小笠原利忠<sup>3)</sup>
- 子宮-4 子宮の日全国アクション2017報告—子宮頸がん検診委員会から—  
 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院臨床検査部・病理部  
 ○今枝義博
- 子宮-5 子宮頸がん検診啓発に求める事と今後の子宮頸がん検診  
 金沢医科大学医学部産科婦人科  
 ○笹川寿之

## 細胞検査士会パネル展示 ——子宮頸がん検診の啓発・調査活動——

5月27日(土)・28日(日) 第1会場前ホワイエ (5F ホワイエ)

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

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

今回のパネル展示ではLove49活動やその他の啓発活動の様子、全都道府県で新たに実施したアンケートの集計結果を展示します。Love49活動に関するアンケートの集計結果からは、地域により啓発活動の内容が異なり、活動内容に格差があるため、各都道府県にさまざまな問題が生じていることが判明いたしました。そのため、現在は問題点を改善するべく努めています。また、啓発活動中に実施した市民向けアンケート調査では、今年度の結果を5年前と比較することにより、今後の啓発活動の方向性が見えてきました。今後の活動は10代を対象に子宮頸がんについての教育活動をしていくことが肝要であると思われまます。

学会にご参加の皆様にはパネル展示場にお越しいただき、啓発活動の在り方や問題点を共有していただけたらと考えております。

最後に、今回のパネル展示に際し、ご理解とご協力を賜りました第58回日本臨床細胞学会総会(春期大会)植田政嗣会長に深謝致します。

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

## 第58回 日本臨床細胞学会総会（春期大会） 市民公開講座

5月28日（日） 13:00～16:00 第9会場（12F 特別会議場）

子宮頸がん検診～それは未来の私と大切な家族のために～

13:00～

開会挨拶

第58回日本臨床細胞学会総会（春期大会）会長

大阪がん循環器病予防センター副所長 婦人科検診部長 植田政嗣

13:05～

### 第1部 子宮頸がんについて学ぼう

基調講演

1. 子宮頸がんの話

滋賀医科大学医学部附属病院女性診療科 高橋健太郎

2. HPVの話

金沢医科大学産科婦人科学 笹川寿之

3. 細胞診による検診の話

日本セルネット病理組織細胞診センター 加藤順子

特別講演

女性特有のがん：検診の在り方を問う（国政の立場より）

衆議院議員 野田聖子

14:05～

### 第2部 子宮頸がんを乗り越えて

1. トークとミニコンサート

歌手・子宮頸がんサバイバー／(株) One Planet 松田陽子

2. 追手門学院大手前中・高等学校吹奏楽部によるパフォーマンス

3. 子宮頸がんについてのディスカッション

4. 長岡京市健康福祉部の皆さんによる語りと検診パフォーマンス

閉会挨拶

滋賀医科大学医学部附属病院女性診療科 高橋健太郎

共催：株式会社キアゲン，日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

協賛：株式会社ワコール

後援：大阪市，大阪府医師会，厚生労働省，大阪産婦人科医会，日本対がん協会，

子宮頸がん征圧をめざす専門家会議，子宮頸がんを考える市民の会

## 社交行事のご案内

### 1. 宝塚歌劇団 OG レビュー

日 時：5月27日（土） 13：00～13：30

会 場：第1会場（5F メインホール）

参加費：無料，必ず参加証をご着用ください。

※第1会場が満席の場合，第2会場での中継を予定しております。

### 2. ドリンクサービス，ワイン試飲コーナー

会期中，ポスター・展示会場（3F イベントホール）内にドリンクコーナー，ワイン試飲コーナーを設けます。気軽にお立ち寄りください。

### 3. 総懇親会

日 時：5月27日（土） 18：30～

会 場：リーガロイヤルホテル タワーウィング 3F「光琳の間」

参加費：5,000円

※宮川大助・花子による上方漫才，くいだおれ太郎，ちんどん通信社，ロシア美女コーラストリオ Max Lux のショーを予定

※懇親会の最初に行う漫才の上演中は，会場入口ドアを閉め切りますので入場できません。開始時刻に遅れないようお願いいたします。

## 無料口腔がん検診のご案内

口腔外科の専門医がお口の中を診察いたします

日時：5月28日（日）11：45～16：00（受付開始11：30／最終受付15：00）

※事前申込制

※検診は当日の受付順に希望検診時間を伺い、行います。

場所：大阪国際会議場 第9会場前ホワイエ（12F ホワイエ）

費用：無料

申込方法：参加ご希望の方は下記ウェブサイトへアクセスしてお申し込みください。

[https://tbwv.heteml.jp/form/jsc58\\_gan](https://tbwv.heteml.jp/form/jsc58_gan)

申込締切：5月7日（日）

主催：第58回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

共催：島根大学医学部歯科口腔外科学講座

協賛：日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

歯ぐき



頬の内側



舌



「かかりつけ歯科医からはじめる口腔がん検診 step1・2・3」  
（医歯薬出版株式会社）より引用



## 第58回日本臨床細胞学会総会（春期大会） プログラム委員／実行委員

会 長	植田 政嗣（大阪がん循環器病予防センター 副所長 婦人科検診部長）
名誉会長	野田 定（大阪がん循環器病予防センター 名誉部長）
プログラム委員長	小笠原利忠（誠仁会大久保病院 副院長 婦人科部長）
運営委員長	田路 英作（大阪がん循環器病予防センター 検査科 科長）
実行委員長	布引 治（神戸常盤大学保健科学部 医療検査学科 准教授）
顧 問	松浦 成昭（大阪国際がんセンター 総長）
	覚道 健一（近畿大学奈良病院病理診断科 客員教授）
	若狭 研一（石切生喜病院病理診断科 部長）

### ■コアプログラム委員（敬称略・50音順）

安達 博成（奈良市総合医療検査センター）	棚田 諭（大阪国際がんセンター臨床検査科細胞診）
井上 健（大阪市立総合医療センター病理部）	豊田 進司（奈良県総合医療センター産婦人科）
岩井 宗男（滋賀医科大学医学部付属病院病理部）	鳥居 良貴（兵庫医科大学病院病理部）
内山 勲（大阪市立総合医療センター）	中山 富雄（大阪国際がんセンター疫学予防科）
小川 隆文（協同病理）	南雲サチ子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）
加藤 順子（株式会社日本セルネット）	則松 良明（愛媛県立医療技術大学保健学部）
亀井 敏昭（PCL福岡病理・細胞診センター）	羽場 礼次（香川医科大学付属病院病理部）
河原 邦光（大阪府立呼吸器アレルギー医療センター病理部）	東田 太郎（赤穂市民病院産婦人科）
川村 直樹（大阪市立総合医療センター婦人科）	廣川 満良（隈病院病理診断科）
楠 洋子（阪和第二泉北病院）	藤原 潔（天理よろづ相談所病院産婦人科）
小林 忠男（済生会滋賀県病院臨床検査部病理）	三上 芳喜（熊本大学医学部附属病院病理部・病理診断科）
桜井 孝規（京都大学医学部附属病院病理診断科）	南口早智子（京都大学医学部附属病院病理診断科）
白波瀬浩幸（京都大学医学部附属病院病理診断科）	棟方 哲（市立堺病院病理研究科）
関根 浄治（島根大学医学部口腔外科）	森井 英一（大阪大学医学部病態病理学）
高橋健太郎（滋賀医科大学医学部地域周産期医療学講座）	矢野 恵子（大阪府済生会野江病院病理診断科）
竹中 明美（大阪国際がんセンター臨床検査科細胞診）	矢納 研二（JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科）
田中 尚武（千葉がんセンター婦人科）	矢羽田一信（大阪府医師会保健医療センター細胞診病理診断科）
田中 陽一（東京医科歯科大学市川総合病院臨床検査科）	山田 隆司（大阪医科大学病理学）

### ■全国プログラム委員（敬称略・50音順）

青木 大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）	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）
池田 徳彦（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野）	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）
石井 保吉（医療法人社団こころからの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科）	岩坂 剛（(医)社団高邦会高木病院）
石原 明德（JA三重厚生連松阪中央総合病院臨床病理科）	岩崎 秀昭（千葉市立青葉病院産婦人科）
伊藤 潔（東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野）	岩成 治（島根県立中央病院産婦人科）
伊藤 仁（東海大学医学部付属病院病理検査技術科）	

- 上野喜三郎 ((株)東京セントラルパソロジーラボラトリー(TCPL)検査部)
- 宇田川康博 (獨協医科大学)
- 宇津木久仁子 (公益財団法人がん研究会有明病院婦人科)
- 蝦名 康彦 (神戸大学大学院医学研究科外科系講座産婦人科学分野)
- 及川 洋恵 (医療法人社団スズキ記念病院医療技術部)
- 大崎 博之 (神戸大学大学院保健学研究科)
- 大野 英治 (九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科)
- 大林 千穂 (奈良県立医科大学医学部病理診断学講座)
- 大村 峯夫 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科)
- 岡 輝明 (公立学校共済組合関東中央病院病理科)
- 長村 義之 (医療法人財団順和会山王病院病理診断科)
- 小澤 信義 (おざわ女性総合クリニック)
- 小田 瑞恵 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科)
- 落合 和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科)
- 加来 恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)
- 覚野 綾子 ((医)明和病院病理診断科)
- 鹿毛 政義 (久留米大学病院病理部)
- 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)
- 柏村 賀子 (ウイメンズ KM クリニック)
- 片岡 秀夫 (彦根市立病院臨床検査科)
- 片山 博徳 (日本医科大学多摩永山病院病理部)
- 方山 揚誠 (PCL 盛岡病理・細胞診センター)
- 加藤 久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)
- 河西十九三 (公益財団法人ちば県民保健予防財団)
- 河原 栄 (福井総合病院病理診断科)
- 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)
- 木口 一成 (公益財団法人東京都予防医学協会検査研究センター)
- 金城 満 (社会医療法人製鉄記念八幡病院診療技術部)
- 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)
- 越川 卓 (愛知県立大学看護学部病理学)
- 小島 勝 (獨協医科大学形態病理)
- 児玉 省二 (医療法人恒仁会新潟南病院)
- 小西 登 (奈良県立医科大学病理病態学講座)
- 小林 裕明 (鹿児島大学病院産婦人科)
- 小松 京子 (公益財団法人がん研究会有明病院臨床病理センター)
- 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)
- 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)
- 斎藤 淳子 (斎藤女性クリニック)
- 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)
- 坂本 穆彦 (大森赤十字病院顧問・検査部)
- 坂本 優 ((財)佐々木研究所附属杏雲堂病院産婦人科)
- 櫻木 範明 (北海道大学大学院医学研究所生殖・発達医学講座生殖内分泌腫瘍学分野)
- 笹川 基 (新潟県立がんセンター新潟病院婦人科)
- 笹川 寿之 (金沢医科大学産科婦人科学)
- 佐々木 寛 (医療法人沖繩徳洲会千葉徳洲会病院婦人科)
- 笹島ゆう子 (帝京大学医学部附属病院病理診断科)
- 笹生 俊一 (八戸赤十字病院臨床検査室)
- 佐藤 之俊 (北里大学医学部呼吸器外科学)
- 柴 光年 (国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科)
- 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)
- 生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学)
- 城下 尚 (医療法人社団三思会東邦病院)
- 上坊 敏子 (独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院婦人科)
- 白石 泰三 (桑名市総合医療センター)
- 杉島 節夫 (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病態情報学講座)
- 杉原 志朗 (公益財団法人群馬県健康づくり財団病理検査部病理検査課)
- 杉山 裕子 (がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部)
- 鈴木 光明 (新百合ヶ丘総合病院産婦人科)
- 進 伸幸 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
- 高松 潔 (東京歯科大学市川総合病院産婦人科)
- 竹島 信宏 (公益財団法人がん研究会有明病院婦人科)
- 竹原 和宏 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科)
- 田勢 亨 (宮城県立がんセンター婦人科)
- 辻村 亨 (兵庫医科大学病理学分子病理部門)
- 土橋 康成 ((財)ルイ・パストゥール医学研究センター基礎研究部・臨床病理研究室)
- 土屋 眞一 (社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)
- 寺本 勝寛 (地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院産婦人科)
- 富田 裕彦 (大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)

- 内藤 子来 (恵生会病院産婦人科)
- 内藤 善哉 (日本医科大学病理学講座統御機構・腫瘍学)
- 中泉 明彦 (創価大学看護学部)
- 中村 直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)
- 西 国広 ((株)エス・アール・エル福岡ラボラトリー)
- 西田 正人 (独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター)
- 根本 則道 (日本大学医学部病理学教室)
- 羽賀 博典 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
- 長谷川和男 (甲聖会記念病院)
- 長谷川壽彦 (公益財団法人東京都予防医学協会医務局)
- 畠山 重春 ((株)ヒッサンメディカルサポートセンター)
- 服部 学 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)
- 平井 康夫 (独協医科大学産婦人科/PCL ラボ)
- 広岡 保明 (鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座)
- 廣田 誠一 (兵庫医科大学病院病理)
- 古田 則行 (公益財団法人がん研究会有明病院付設細胞検査士養成所臨床病理センター細胞診断部サルコマーセンター)
- 前田 一郎 (聖マリアンナ医科大学診断病理学教室)
- 前田昭太郎 (株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診ラボラトリー)
- 宮城 悦子 (横浜市立大学医学部附属病院産婦人科)
- 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)
- 村田 晋一 (和歌山県立医科大学人体病理学教室)
- 室谷 哲弥 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科)
- 森谷 卓也 (川崎医科大学病理学 2)
- 八重樫伸生 (東北大学医学部産婦人科学教室)
- 安田 允 (安田診療所産婦人科)
- 安田 政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)
- 柳井 広之 (岡山大学医学部附属病院病理部)
- 山本嘉一郎 (近畿大学医学部附属堺病院産婦人科)
- 横山 繁生 (大分大学医学部診断病理学講座)
- 吉田志緒子 (公益財団法人東京都予防医学協会細胞病理診断科)
- 吉村 英雄 (医療法人藤井会石切生喜病院病理検査室)
- 若狭 朋子 (近畿大学医学部奈良病院臨床検査部)
- 鷲谷 清忠 (東京セントラルパソロジーラボラトリー (TCPL))

# 第 58 回日本臨床細胞学会総会（春期大会） 学術集会プログラム

## 特別講演

特別講演 1 5月27日（土） 13：30～14：10 第1会場（5F 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婦人科検診部）

「水都大阪」繁盛物語

公益財団法人 関西・大阪21世紀協会 理事長 堀井良殷

特別講演 2 5月28日（日） 13：00～13：40 第1会場（5F メインホール）

座長：若狭研一（石切生喜病院病理診断科）

細胞診はがん医療にどのような役割を果たすか

大阪国際がんセンター 松浦成昭

特別講演 3 5月28日（日） 13：40～14：20 第1会場（5F メインホール）

座長：田中尚武（千葉県がんセンター婦人科）

Cytology to Molecular Biology, and back to Cytology

CMOCO Laboratory, Departments of Pathology, University of Colorado Denver, Aurora, CO, USA

Michio Sugita

## Invited Lecture

5月27日（土） 14：00～14：30 第9会場（12F 特別会議場）

Chair：Yoshiyuki Osamura（Department of Diagnostic Pathology, Sanno Hospital）

The IAC Breast FNAB Structured Reporting System：an Update. JSCC May 2017

Notre Dame University Medical School and St Vincent's Hospital, Sydney, Australia

Andrew Field

## 会長講演

5月27日(土) 14:10~14:40 第1会場(5F 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)

子宮頸がん検診・細胞診・コルポスコピー

大阪がん循環器病予防センター 副所長 婦人科検診部長 植田政嗣

## 要望講演

要望講演1 5月27日(土) 11:00~11:30 第2会場(5F 小ホール)

座長:東田太郎(赤穂市民病院産婦人科)

serous EIC と細胞診

奈良県総合医療センター病理診断科 豊田進司

要望講演2 5月27日(土) 14:50~15:20 第2会場(5F 小ホール)

座長:磯西成治(東京慈恵会医科大学第三病院産婦人科)

子宮平滑筋腫瘍の針生検と細胞診

大阪市立総合医療センター婦人科 川村直樹

要望講演3 5月27日(土) 15:20~15:50 第2会場(5F 小ホール)

座長:笠松高弘(東京都立墨東病院産婦人科)

子宮ポリープ状異型腺筋腫の臨床病理と細胞診

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4 5月27日(土) 8:30~9:00 第3会場(10F 1003)

座長:越川 卓(修文大学看護学部)

甲状腺細胞診の診断様式の新しい展開

近畿大学医学部奈良病院中央検査部病理 覚道健一

要望講演5 5月27日(土) 14:50~15:20 第4会場(10F 1001・1002)

座長:八重樫伸生(東北大学医学部産婦人科学教室)

福島原発事故後6年 福島県民健康調査

大森赤十字病院検査部 坂本穆彦



要望講演 6 5月27日(土) 15:20~15:50 第4会場(10F 1001・1002)

座長: 青木大輔 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

遺伝性乳癌・卵巣癌症候群(HBOC)一婦人科腫瘍専門医の立場から

新潟大学医学部産科婦人科 榎本隆之

要望講演 7 5月27日(土) 14:50~15:20 第5会場(10F 1009)

座長: 杉原志朗 (公益財団法人群馬県健康づくり財団病理検査部)

脳腫瘍の迅速細胞診

群馬大学大学院医学系研究科病態病理学分野 伊古田勇人

要望講演 8 5月27日(土) 15:20~15:50 第5会場(10F 1009)

座長: 野島孝之 (金沢医科大学臨床病理学教室)

軟部腫瘍診断における細胞所見と組織学的特徴のポイント

産業医科大学医学部第1病理学 久岡正典

要望講演 9 5月27日(土) 8:30~9:00 第6会場(10F 1008)

座長: 土屋眞一 (社会医療法人飯田病院病理診断科)

人工知能からみた細胞の姿

理化学研究所革新知能統合研究センター病理情報学ユニット 山本陽一郎

要望講演 10 5月27日(土) 8:30~9:00 第7会場(10F 1004・1005)

座長: 笹島ゆう子 (帝京大学医学部附属病院病理診断科)

卵巣癌における術中迅速細胞診

昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科 九島巳樹

要望講演 11 5月27日(土) 9:00~9:30 第8会場(10F 1006・1007)

座長: 城下 尚 (東邦病院健康増進・予防医学センター)

反応性リンパ節病変の細胞診断の pit fall

獨協医科大学病理診断学 小島 勝

要望講演 12 5月27日(土) 8:30~9:00 第9会場(12F 特別会議場)

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)

私が携わってきた口腔病理と細胞診

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>

○山本浩嗣<sup>1)</sup>, 久山佳代<sup>1,2)</sup>, 松本 敬<sup>2)</sup>, 宇都宮忠彦<sup>1,2)</sup>, 森川美雪<sup>1,2)</sup>, 末光正昌<sup>1,2)</sup>

要望講演 13 5月27日(土) 9:30~10:10 第9会場(12F 特別会議場)

座長: 加藤久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)

喫煙と女性のがん

兵庫県病院局 西村隆一郎

要望講演 14 5月28日(日) 8:30~9:00 第2会場(5F 小ホール)

座長:羽場礼次(香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

セルブロック保険収載

奈良県立医科大学病理診断学講座 大林千穂

要望講演 15 5月28日(日) 8:30~9:00 第5会場(10F 1009)

座長:土橋康成(ルイ・パスツール医学研究センター臨床病理研究部)

細胞診鑑別困難症例の核の立体的画像解析の現状と可能性

東京セントラルパソロジーラボラトリー 鷺谷清忠

要望講演 16 5月28日(日) 8:30~9:00 第7会場(10F 1004・1005)

座長:中泉明彦(創価大学看護学部部長)

大阪府立成人病センターにおける消化器細胞診—過去・現在・未来—

大阪国際がんセンター病理・細胞診断科 ○竹中明美, 富田裕彦

要望講演 17 5月28日(日) 9:00~9:30 第8会場(10F 1006・1007)

座長:片岡秀夫(彦根市立病院病理診断科)

成人幹細胞を標的とした細胞診の可能性

富山大学医学部病態病理学講座 笹原正清

## 教育講演

教育講演 1 5月27日(土) 10:30~11:00 第2会場(5F 小ホール)

座長:岩成 治(鳥根県立中央病院産婦人科)

Type II 子宮体癌の細胞診と治療

大阪医科大学病理学教室 山田隆司

教育講演 2 5月27日(土) 8:30~9:00 第4会場(10F 1001・1002)

座長:亀井敏昭(PCL福岡病理・細胞診センター所長)

尼崎地域の悪性胸膜中皮腫と, その胸水細胞像の新しい見方・解釈に向かって

大阪赤十字病院病理診断科<sup>1)</sup>, 兵庫県立尼崎総合医療センター検査科病理検査室<sup>2)</sup>

○鷹巣晃昌<sup>1)</sup>, 松木慎一郎<sup>2)</sup>, 南 智也<sup>2)</sup>

教育講演 3 5月27日(土) 8:30~9:00 第5会場(10F 1009)

座長:南雲サチ子(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)

乳腺化生癌の多彩性—low-grade から high-grade まで—

滋賀医科大学附属病院病理部 森谷鈴子

教育講演 4 5月27日(土) 8:30~9:00 第8会場(10F 1006・1007)

座長: 中村 忍 (一般財団法人石川県予防医学協会)

薬剤関連リンパ増殖性疾患

国立病院機構大阪南医療センター臨床検査科 星田義彦

教育講演 5 5月27日(土) 9:00~9:30 第9会場(12F 特別会議場)

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)

口腔癌とHPV

愛知学院大学歯学部口腔病理学講座 前田初彦

教育講演 6 5月27日(土) 14:50~15:20 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 西 国広 (株式会社エス・アール・エル福岡ラボラトリー検査統括SRL顧問)

ギムザ染色標本の読み方をマスターする

川崎医科大学総合医療センター病理部 畠 榮

教育講演 7 5月27日(土) 15:20~15:50 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 廣田誠一 (兵庫医科大学病理学病理診断部門)

軟部腫瘍の融合遺伝子検索

兵庫医大病院病理部 塚本吉胤

教育講演 8 5月28日(日) 9:00~9:30 第2会場(5F 小ホール)

座長: 杉原志朗 (公益財団法人群馬県健康づくり財団病理検査部)

パパニコロウ染色とメイギムザ染色によるリンパ球系病変の細胞形態とコンパニオン診断

群馬パース大学保健科学部 蒲 貞行

教育講演 9 5月28日(日) 8:30~9:00 第3会場(10F 1003)

座長: 新倉 仁 (東北大学病院産婦人科)

スコアリング・システムを用いた異型腺細胞(NILM, AGC, AIS)の判定

東北大学病院産婦人科 ○岡本 聡, 新倉 仁

教育講演 10 5月28日(日) 8:30~9:00 第4会場(10F 1001・1002)

座長: 上坊敏子 (JCHO 相模野病院婦人科)

病理がわかると見えてくる子宮内膜細胞診

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 安田政実

教育講演 11 5月28日(日) 8:30~9:00 第6会場(10F 1008)

座長: 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)

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~

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科 河原邦光

## シンポジウム

シンポジウム 1 5月27日(土) 8:30~10:30 第1会場 (5F メインホール)

座長: 中山富雄 (大阪国際がんセンターがん対策センター疫学統計部)

伊藤 潔 (東北大学災害科学国際研究所災害医学研究部門災害産婦人科学分野)

質の高い子宮頸がん検診の拡大を目指して一受診率向上対策から精度管理まで一

- SY1-1 我が国のがん対策一がん検診のあり方について一  
厚生労働省健康局がん・疾病対策課  
○銚之原健太郎
- SY1-2 子宮頸がん検診の受診率はなぜ上昇していかないのか?  
大阪国際がんセンターがん予防情報センター  
○中山富雄
- SY1-3 一宮城県の子宮頸がん検診の受診率向上対策から精度管理まで一  
宮城県立がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野<sup>2)</sup>, おざわ女性総合クリニック<sup>3)</sup>, 宮城県対がん協会細胞診センター<sup>4)</sup>, 東北大学医学部産婦人科<sup>5)</sup>  
○田勢 亨<sup>1)</sup>, 伊藤 潔<sup>2)</sup>, 小澤信義<sup>3)</sup>, 佐藤朋春<sup>4)</sup>, 八重樫伸生<sup>5)</sup>
- SY1-4 子宮頸がん検診の受診率および精度管理の向上への取り組み  
大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターがん予防検診部門  
○池宮城賀恵子, 政岡 望, 東 明香
- SY1-5 山梨県における子宮頸がん受診率向上対策から精度管理  
山梨県立中央病院婦人科<sup>1)</sup>, 山梨県立中央病院病理検査科<sup>2)</sup>, 甲府市医師会細胞診センター<sup>3)</sup>  
○寺本勝寛<sup>1)</sup>, 石井恵理<sup>2)</sup>, 雨宮健司<sup>2)</sup>, 輿石早紀<sup>2)</sup>, 本田智美<sup>2)</sup>, 坂本光正<sup>3)</sup>, 小林美奈<sup>3)</sup>, 三村理恵<sup>3)</sup>, 原田さつき<sup>3)</sup>, 小山敏雄<sup>2)</sup>

シンポジウム 2 5月27日(土) 9:00~11:00 第3会場 (10F 1003)

座長: 越川 卓 (修文大学看護学部)

廣川満良 (隈病院病理診断科)

甲状腺腫瘍の組織診断基準変更と細胞診

- SY2-1 新しい甲状腺癌取扱い規約第7版の概要  
山梨大学医学部人体病理学講座  
○加藤良平
- SY2-2 低分化癌の取扱い  
山梨大学医学部人体病理学  
○近藤哲夫
- SY2-3 乳頭癌とその亜型(充実癌を除く)  
杏林大学医学部病理学  
○菅間 博
- SY2-4 細胞診新報告様式の概要  
隈病院病理診断科  
○廣川満良

## SY2-5 意義不明と濾胞性腫瘍

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>, 林 俊哲<sup>2</sup>, 隈 晴二<sup>2</sup>,  
宮内 昭<sup>3</sup>

## シンポジウム3 5月27日(土) 9:00~11:00 第4会場(10F 1001・1002)

座長: 河原邦光 (大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科)

岡 輝明 (公立学校共済組合関東中央病院病理科)

## 中皮腫の早期発見をめざして—細胞診断に役立つ形態学のフロンティア—

## SY3-1 早期中皮腫診断での体腔液細胞診の有用性と限界

PCL 福岡病理・細胞診センター<sup>1</sup>, 山口県立総合医療センター中央検査部<sup>2</sup>, 川崎医科大学総合医療センター病理診断科<sup>3</sup>, 公立昭和病院臨床検査科<sup>4</sup>

○亀井敏昭<sup>1</sup>, 早川優佳<sup>1</sup>, 山田 博<sup>1</sup>, 安永佳麻里<sup>2</sup>, 洪田秀美<sup>2</sup>, 畠 榮<sup>3</sup>, 岩井幸子<sup>1</sup>,  
濱川真治<sup>4</sup>

## SY3-2 反応性(刺激型)中皮細胞と中皮腫細胞の鑑別はむつかしい

公立学校共済組合関東中央病院病理科

○岡 輝明

## SY3-3 体腔液材料を用いた中皮腫細胞診におけるプレアナリシスの重要性について

公立昭和病院臨床検査科<sup>1</sup>, PCL 福岡病理細胞診センター<sup>2</sup>, 昭和大学大学院臨床病理学<sup>3</sup>,  
公立昭和病院病理診断科<sup>4</sup>

○濱川真治<sup>1,3</sup>, 亀井敏昭<sup>2</sup>, 近藤洋一<sup>1</sup>, 倉品賢治<sup>1</sup>, 若林 良<sup>1</sup>, 小坂美絵<sup>1</sup>, 柏崎好美<sup>1</sup>,  
櫻井 勉<sup>1</sup>, 瀧本雅文<sup>3</sup>, 清水誠一郎<sup>4</sup>

## SY3-4 悪性中皮腫の早期病変とは?—その病理学的・細胞学的特徴—

東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科

○廣島健三

## SY3-5 悪性胸膜中皮腫の胸水細胞診におけるBAP1免疫染色の有用性

兵庫医科大学病理学分子病理部門

○辻村 亨, 佐藤鮎子, 隅田安由美, 篠原義康, 阿部晋也

## SY3-6 中皮腫の早期診断に役立つp16FISHとBAP1, MTAP免疫染色

福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科<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>, 兵庫医科大学病理学講座分子病理部門<sup>3</sup>, 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科<sup>4</sup>, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科<sup>5</sup>, PCL 福岡病理・細胞診センター<sup>6</sup>

○鍋島一樹<sup>1</sup>, 木下義晃<sup>1</sup>, 松本慎二<sup>1</sup>, 樋田知之<sup>2</sup>, 佐藤鮎子<sup>3</sup>, 辻村 亨<sup>3</sup>, 河原邦光<sup>4</sup>,  
廣島健三<sup>5</sup>, 亀井敏昭<sup>6</sup>, 小田義直<sup>2</sup>

## シンポジウム4 5月27日(土) 9:30~11:30 第8会場(10F 1006・1007)

座長: 小島 勝 (獨協医科大学病理診断学)

能登原憲司 (倉敷中央病院病理診断科)

## 細胞診とIgG4関連疾患—有用性と限界—

## SY4-1 胆膵領域のIgG4関連疾患と細胞診

倉敷中央病院病理診断科

○能登原憲司

- SY4-2 IgG4 関連リンパ節症：細胞診の可能性と限界を見極める  
岡山大学大学院保健学研究科病態情報科学<sup>1)</sup>, 岡山大学大学院病理学 (腫瘍病理/第二病理)<sup>2)</sup>  
○佐藤康晴<sup>1,2)</sup>, 吉野 正<sup>2)</sup>
- SY4-3 涙腺・唾液腺における IgG4 関連疾患の病理と細胞診  
東京医科大学人体病理学分野  
○長尾俊孝
- SY4-4 IgG4 関連疾患の体腔液細胞診所見  
獨協医科大学病理診断学  
○小島 勝
- SY4-5 IgG4 関連疾患：呼吸器病変 鑑別疾患と細胞像  
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>  
○香月奈穂美<sup>1)</sup>, 松永 徹<sup>2)</sup>, 本山 睦<sup>2)</sup>, 片倉和哉<sup>2)</sup>, 郷田 衛<sup>2)</sup>, 宮本加菜<sup>2)</sup>, 門田球一<sup>1)</sup>, 串田吉生<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次<sup>1,2)</sup>

シンポジウム 5 5月28日(日) 13:00~15:00 第5会場 (10F 1009)

座長：布引 治 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)

鴨志田伸吾 (神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域)

細胞検査士の教育と研究：ステップアップを目指して

- SY5-1 細胞検査士としてのステップアップを目指して、「社会人大学院」のススメ  
医療法人神甲会隈病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 医療法人神甲会隈病院病理診断科<sup>2)</sup>, 医療法人神甲会隈病院外科<sup>3)</sup>  
○山尾直輝<sup>1)</sup>, 廣川満良<sup>2)</sup>, 宮内 昭<sup>3)</sup>
- SY5-2 社会人大学院で学ぶ～細胞検査士のスキルを研磨する～  
東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科包括病理学分野<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3)</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>4)</sup>  
○梅森宮加<sup>1,2)</sup>, 倉田盛人<sup>2)</sup>, 梅澤 敬<sup>3)</sup>, 根本 淳<sup>1)</sup>, 沢辺元司<sup>4)</sup>, 北川昌伸<sup>2)</sup>, 鷹橋浩幸<sup>1)</sup>
- SY5-3 探究心と研究のすすめ～現状に満足しない！どうして？の気持ちを大事にすること～  
広島大学病院病理診断科<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>, 島根大学医学部病態病理学講座<sup>3)</sup>  
○石田克成<sup>1)</sup>, 有廣光司<sup>1)</sup>, 長崎真琴<sup>2)</sup>, 並河 徹<sup>3)</sup>
- SY5-4 大学院博士課程での経験  
淀川キリスト教病院病理課  
○田中 幸
- SY5-5 細胞検査士の教育と研究：私の場合  
国立病院機構大阪医療センター臨床検査科  
○糸山光磨
- SY5-6 地方の中小規模施設の細胞検査士でも研究実施と学位取得は可能である  
神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域  
○大崎博之
- SY5-7 細胞検査士の教育と研究—学位を取得して—  
藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院臨床検査部・病理部  
○今枝義博



## シンポジウム6 5月28日(日) 9:00~11:00 第6会場(10F 1008)

座長: 池田徳彦 (東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野)

楠 洋子 (阪和第二泉北病院阪和インテリジェント医療センター)

## 肺がんの新分類と予後

- SY6-1 肺がんの新分類と予後~May the 4th be with us!~  
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>, 筑波大学附属病院病理部<sup>2)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理学<sup>3)</sup>  
○南 優子<sup>1)</sup>, 村田佳彦<sup>2)</sup>, 野口雅之<sup>3)</sup>
- SY6-2 肺野限局性すりガラス様陰影の自然史解明のための前向き多施設研究  
総合東京病院呼吸器内科  
○柿沼龍太郎
- SY6-3 肺癌診断における Endobronchial Ultrasonography (EBUS) の役割  
聖マリアンナ医科大学呼吸器外科  
○栗本典昭
- SY6-4 肺がん新分類と予後: 臨床データの比較と応用  
東京医科大学病院呼吸器甲状腺外科<sup>1)</sup>, 東京医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○前田純一<sup>1)</sup>, 濱中和嘉子<sup>1)</sup>, 吉田浩一<sup>1)</sup>, 垣花昌俊<sup>1)</sup>, 梶原直央<sup>1)</sup>, 大平達夫<sup>1)</sup>, 三宅真司<sup>2)</sup>, 松林 純<sup>2)</sup>, 長尾俊孝<sup>2)</sup>, 池田徳彦<sup>1)</sup>
- SY6-5 肺野型小型肺腺癌捺印細胞診分類の臨床応用: WHO 腺癌組織型分類(第4版)と術式選択  
大阪国際がんセンター  
○東山聖彦, 富田裕彦, 竹中明美, 岡見次郎, 徳永俊照, 中山富雄
- SY6-6 肺癌規約分類改訂にあたって  
奈良県立医科大学病理診断学講座  
○大林千穂

## シンポジウム7 5月28日(日) 9:30~11:30 第9会場(12F 特別会議場)

座長: 笹平智則 (奈良県立医科大学分子病理学講座)

関根浄治 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)

## 口腔がんの早期発見と治療—口腔がん検診と治療の現況, 検体採取法から基本的な診かたまで—

- SY7-1 口腔擦過細胞診の基本像  
九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野  
○矢田直美, 松尾 拓
- SY7-2 開業医で口腔がんを早期に発見しよう~地域連携システムの新たな試み~  
庵原町中歯科医院  
○庵原明倫
- SY7-3 口腔がん検診の現状報告と工夫—検査センターと大学病院の場合—  
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>, 千葉細胞病理診断センター<sup>3)</sup>, 株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー<sup>4)</sup>, 日本大学<sup>5)</sup>  
○久山佳代<sup>1,2)</sup>, 松本 敬<sup>2)</sup>, 高橋年美<sup>3)</sup>, 藪下竜司<sup>4)</sup>, 内村洋志<sup>4)</sup>, 中平隆志<sup>3)</sup>, 宇都宮忠彦<sup>1,2)</sup>, 末光正昌<sup>1,2)</sup>, 森川美雪<sup>1)</sup>, 山本浩嗣<sup>5)</sup>
- SY7-4 島根県での細胞診を用いた口腔がん検診の現況  
島根大学医学部歯科口腔外科学講座  
○渡邊正章, 秀島克巳, 岩橋輝明, 関根浄治

シンポジウム 8 5月28日(日) 13:00~15:00 第10会場 (12F 1202)

座長：土屋眞一 (社会医療法人飯田病院病理診断科)

伊藤 仁 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

#### 乳癌の治療戦略に迫る—細胞診と針生検の位置づけ—

- SY8-1 乳癌細胞診 (Pap 染色) におけるサブタイプ分類推定の可能性について  
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>, 日本医科大学付属病院病理診断科<sup>3</sup>  
○松澤こず恵<sup>1</sup>, 土屋眞一<sup>1</sup>, 葉山綾子<sup>2</sup>, 松原美幸<sup>2</sup>, 大橋隆治<sup>3</sup>
- SY8-2 乳癌個別化治療における細胞診断の役割  
博愛会相良病院・病理診断科  
○大井恭代, 前田ゆかり, 永尾聡子, 皆倉愛美, 北園暢子
- SY8-3 チームブレストとしての針生検の有用性—深切り標本による病理側からの提言—  
日本医科大学付属病院乳腺科<sup>1</sup>, 飯田病院病理診断科<sup>2</sup>  
○武井寛幸<sup>1</sup>, 土屋眞一<sup>2</sup>
- SY8-4 近年の乳腺診療の変化と乳腺細胞診断に期待する役割について  
がん研究会有明病院乳腺センター乳腺外科  
○坂井威彦, 森園英智
- SY8-5 乳癌ネオアジュバンド療法に対する人工知能を用いたコンパニオン診断  
理化学研究所革新知能統合研究センター病事情報学ユニット  
○山本陽一朗

## 教育シンポジウム

5月28日(日) 9:00~11:00 第4会場 (10F 1001・1002)

座長：黒川哲司 (福井大学医学部産科婦人科学教室)

矢納研二 (桑名市総合医療センター婦人科)

#### 記述式内膜細胞診報告様式に於ける ATEC

- ESY-1 当院に於ける内膜異型細胞 (ATEC) 症例の解析  
大阪府済生会野江病院病理診断科<sup>1</sup>, 大阪府済生会野江病院産婦人科<sup>2</sup>, 大阪市立大学<sup>3</sup>  
○矢野恵子<sup>1</sup>, 小椋聖子<sup>1</sup>, 江木さつき<sup>1</sup>, 高安祥子<sup>1</sup>, 城戸貴之<sup>1</sup>, 植田彰彦<sup>2</sup>, 桜井幹己<sup>3</sup>, 渋谷信介<sup>1</sup>
- ESY-2 OSG 式判定を用いた ATEC の細胞像  
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>1</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>2</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病理診断科<sup>3</sup>  
○原田美香<sup>1</sup>, 則松良明<sup>2</sup>, 香田浩美<sup>1</sup>, 小寺明美<sup>1</sup>, 實平悦子<sup>1</sup>, 山口大介<sup>1</sup>, 中村香織<sup>1</sup>, 板倉淳哉<sup>3</sup>, 内野かおり<sup>3</sup>, 能登原憲司<sup>3</sup>

- ESY-3 記述式子宮内膜細胞診報告様式における ATEC の実際とその有用性  
 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>, 岩本督徳<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>
- ESY-4 液状化検体細胞診 (LBC) の新検体適正基準における診断精度と ATEC 細胞像の特徴  
 東京女子医科大学産婦人科学講座<sup>1</sup>, 獨協医科大学産婦人科<sup>2</sup>, 北里大学北里研究所病院婦人科<sup>3</sup>, 東京女子医科大学病理診断科<sup>4</sup>, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科<sup>5</sup>, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科<sup>6</sup>  
 ○花田 粹<sup>1</sup>, 平井康夫<sup>2</sup>, 岡田薫子<sup>1</sup>, 秋澤叔香<sup>1</sup>, 木原真紀<sup>1</sup>, 石谷 健<sup>3</sup>, 長嶋洋治<sup>4</sup>, 則松良明<sup>5</sup>, 矢納研二<sup>6</sup>, 松井英雄<sup>1</sup>
- ESY-5 記述式内膜細胞診報告様式における ATEC の臨床的取り扱いについて  
 がん研究会有明病院婦人科<sup>1</sup>, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>2</sup>  
 ○野村秀高<sup>1</sup>, 杉山裕子<sup>1,2</sup>, 伊藤崇彦<sup>2</sup>, 小松京子<sup>2</sup>, 古田則行<sup>2</sup>, 岡本三四郎<sup>1</sup>, 金尾祐之<sup>1</sup>, 加藤一喜<sup>1</sup>, 宇津木久仁子<sup>1</sup>, 竹島信宏<sup>1</sup>
- ESY-6 記述式内膜細胞診様式に基づいた診断への試み  
 福井大学医学部産科婦人科<sup>1</sup>, 福井大学医学部附属病院病理診断科病理部<sup>2</sup>  
 ○品川明子<sup>1</sup>, 黒川哲司<sup>1</sup>, 大沼利通<sup>1</sup>, 津吉秀昭<sup>1</sup>, 知野陽子<sup>1</sup>, 岩崎和美<sup>2</sup>, 森 正樹<sup>2</sup>, 今村好章<sup>2</sup>, 吉田好雄<sup>1</sup>

## 細胞検査士会要望教育シンポジウム

5月28日(日) 15:00~17:00 第3会場 (10F 1003)

座長: 松本慎二 (福岡大学病院病理部)

松永 徹 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

### On-site cytology の現状と問題点

- SYS-1 On-site cytology のアンケート調査報告  
 香川大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 福岡大学病院病理部<sup>2</sup>  
 ○松永 徹<sup>1</sup>, 松本慎二<sup>2</sup>
- SYS-2 気管支内視鏡検査における On-site cytology の実際  
 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>  
 ○宮本加菜<sup>1</sup>, 松永 徹<sup>1</sup>, 郷田 衛<sup>1</sup>, 片倉和哉<sup>1</sup>, 本山睦美<sup>1</sup>, 石川 亮<sup>2</sup>, 門田球一<sup>2</sup>, 香月奈穂美<sup>2</sup>, 串田吉生<sup>1,2</sup>, 羽場礼次<sup>1,2</sup>
- SYS-3 消化器領域超音波内視鏡下穿刺吸引における On-site cytology の運用について  
 がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>2</sup>  
 ○池畑浩一<sup>1</sup>, 古田則行<sup>1</sup>, 藤山淳三<sup>1</sup>, 星 利良<sup>1</sup>, 鈴木奈緒子<sup>1</sup>, 山田麻里沙<sup>1</sup>, 伊藤崇彦<sup>1</sup>, 小松京子<sup>1</sup>, 高澤 豊<sup>2</sup>, 杉山裕子<sup>1</sup>

- SYS-4 呼吸器領域と消化器領域の On-site cytology について  
 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>  
 ○津崎沙世子<sup>1)</sup>, 竹中明美<sup>2)</sup>, 龍あゆみ<sup>1)</sup>, 芦村純一<sup>1)</sup>, 富田裕彦<sup>2)</sup>
- SYS-5 甲状腺専門病院における On-site cytology の現状  
 伊藤病院診療技術部臨床検査室<sup>1)</sup>, 伊藤病院外科<sup>2)</sup>, 慶応義塾大学病院病理診断部<sup>3)</sup>  
 ○佐々木栄司<sup>1)</sup>, 北川 亘<sup>2)</sup>, 亀山香織<sup>3)</sup>, 伊藤公一<sup>2)</sup>
- SYS-6 リンパ節の On-site cytology について  
 群馬県立がんセンター病理検査課  
 ○土田 秀

## ワークショップ

ワークショップ 1 5月27日(土) 8:30~10:30 第2会場 (5F 小ホール)

座長：白石泰三 (桑名東医療センター)

南口早智子 (京都大学医学部附属病院病理診断科)

尿細胞診の報告様式—日本の報告様式と The Paris system の併用—

- WS1-1 The Paris System の概要と実際  
 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>
- WS1-2 日本の泌尿器細胞診報告様式概要  
 製鉄記念八幡病院検査部  
 ○金城 満
- WS1-3 日本の新報告様式と The Paris system を併用した尿細胞診断の実際とその問題点に関して  
 東北大学病院病理部  
 ○渡辺みか, 三浦弘守
- WS1-4 新報告様式と The Paris System の対比と問題点  
 北海道がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 北海道がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>  
 ○平紀代美<sup>1)</sup>, 山城勝重<sup>2)</sup>
- WS1-5 京都大学病院での TPS 併用報告の実際  
 京都大学医学部附属病院病理診断科  
 ○白波瀬浩幸, 南口早智子, 平田勝啓, 古畑彩子, 平伴英美, 佐伯美穂, 吉澤明彦, 片岡竜貴, 桜井孝規, 羽賀博典
- WS1-6 泌尿器科診療における尿細胞診の役割—国内新報告様式と The Paris System を使用して—  
 京都大学泌尿器科  
 ○山崎俊成, 小林 恭, 井上貴博, 小川 修

**ワークショップ2** 5月27日(土) 9:00~11:00 第5会場(10F 1009)

座長: 森谷卓也(川崎医科大学病理学2)

伊藤 仁(東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

**乳腺腫瘍のWHO組織診断分類と細胞診**

- WS2-1 乳腺腫瘍のWHO分類:第4版の概要  
川崎医科大学病理学2  
○森谷卓也
- WS2-2 乳癌の組織型分類と細胞診  
日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野  
○増田しのぶ
- WS2-3 乳管内増殖性病変・乳頭状病変とその細胞像  
日本医科大学付属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 日本医科大学付属病院病理部<sup>2)</sup>, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学<sup>3)</sup>  
○坂谷貴司<sup>1)</sup>, 葉山綾子<sup>2)</sup>, 松原美幸<sup>2)</sup>, 大橋隆治<sup>1)</sup>, 和田龍一<sup>3)</sup>, 内藤善哉<sup>3)</sup>
- WS2-4 神経内分泌腫瘍とその細胞像  
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>
- WS2-5 化生癌の細胞像  
川崎医科大学附属病院病院病理部  
○福屋美奈子, 鹿股直樹, 森谷卓也

**ワークショップ3** 5月27日(土) 9:00~11:00 第6会場(10F 1008)

座長: 河原明彦(久留米大学病院病理診断科・病理部)

佐藤之俊(北里大学医学部呼吸器外科学)

**知って得する呼吸器疾患の細胞診と画像診断**

- WS3-1 呼吸器疾患における画像診断の重要性  
山梨県立中央病院呼吸器内科  
○柿崎有美子
- WS3-2 呼吸器疾患:細胞診と画像から術前診断に迫る  
鳥取大学医学部胸部外科<sup>1)</sup>, 国立病院機構松江医療センター臨床検査科<sup>2)</sup>  
○荒木邦夫<sup>1)</sup>, 中村廣繁<sup>1)</sup>, 谷口雄司<sup>1)</sup>, 岩根承子<sup>2)</sup>, 西村俊直<sup>2)</sup>, 長岡三郎<sup>2)</sup>
- WS3-3 炎症性疾患と細胞診:呼吸器感染症の細胞診標本のアーカイブ化の試み  
結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科<sup>1)</sup>, 結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科<sup>2)</sup>, 結核予防会複十字病院臨床検査技術科<sup>3)</sup>  
○吉田 勤<sup>1,2)</sup>, 船井遼子<sup>2)</sup>, 温井奈美<sup>2)</sup>, 菊池康華<sup>2)</sup>, 草野行治<sup>2)</sup>, 輪島 愛<sup>3)</sup>, 須々木ひとみ<sup>3)</sup>, 出井 禎<sup>3)</sup>, 菊地文史<sup>2)</sup>
- WS3-4 良性腫瘍・その他の肺結節性病変の画像と細胞診  
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>1)</sup>, JA 長野厚生連佐久総合病院病理部<sup>2)</sup>, JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター放射線診断科<sup>3)</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科<sup>4)</sup>  
○岩松弘文<sup>1)</sup>, 中山朋秋<sup>1)</sup>, 佐藤憲俊<sup>1)</sup>, 井出伸也<sup>2)</sup>, 青柳大樹<sup>1)</sup>, 塩澤 哲<sup>1)</sup>, 石亀廣樹<sup>2)</sup>, 植田瑞穂<sup>3)</sup>, 佐藤之俊<sup>4)</sup>

- WS3-5 肺癌の細胞診と画像診断—細胞形態と画像所見との対比—  
杏林大学医学部外科学教室（呼吸器・甲状腺）<sup>1</sup>，杏林大学医学部付属病院病院病理部<sup>2</sup>，杏林大学医学部病理学教室<sup>3</sup>  
○田中良太<sup>1</sup>，坂本憲彦<sup>2</sup>，鈴木 瞳<sup>2</sup>，橘 啓盛<sup>1</sup>，中里陽子<sup>1</sup>，武井秀史<sup>1</sup>，藤原正親<sup>3</sup>，  
柴原純二<sup>2,3</sup>，菅間 博<sup>3</sup>，近藤晴彦<sup>1</sup>
- WS3-6 転移性肺腫瘍の画像と細胞診  
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呼吸器センター外科<sup>2</sup>，がん研究会がん研究所病理部<sup>3</sup>  
○藤山淳三<sup>1</sup>，小松京子<sup>1</sup>，古田則行<sup>1</sup>，星 利良<sup>1</sup>，池畑浩一<sup>1</sup>，鈴木奈緒子<sup>1</sup>，園田 大<sup>2</sup>，  
杉山裕子<sup>1</sup>，石川雄一<sup>3</sup>，宝来 威<sup>1</sup>

ワークショップ 4 5月27日（土） 9：00～11：00 第7会場（10F 1004・1005）

座長：竹原和宏（独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科）

渡部 洋（東北医科薬科大学病院産婦人科）

#### 卵巣癌術前化学療法における腹水細胞診の有用性とピットフォール

- WS4-1 腹水貯留で進行卵巣癌との鑑別を要した平滑筋肉腫の2例  
呉医療センター・中国がんセンター産婦人科<sup>1</sup>，呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>2</sup>，呉医療センター・中国がんセンター院長<sup>3</sup>，四国がんセンター婦人科<sup>4</sup>，四国がんセンター病理科<sup>5</sup>  
○中村紘子<sup>1</sup>，高畑敬之<sup>1</sup>，本田 裕<sup>1</sup>，倉岡和矢<sup>2</sup>，谷山清己<sup>3</sup>，横山貴紀<sup>4</sup>，大亀真一<sup>4</sup>，  
白山裕子<sup>4</sup>，竹原和宏<sup>4</sup>，寺本典弘<sup>5</sup>
- WS4-2 術前の腹水細胞診の有用性とピットフォール—低悪性度漿液性癌  
四国がんセンター婦人科<sup>1</sup>，四国がんセンター臨床検査科<sup>2</sup>，四国がんセンター病理科<sup>3</sup>  
○横山貴紀<sup>1</sup>，大亀真一<sup>1</sup>，藤本悦子<sup>1</sup>，白山裕子<sup>1</sup>，田中慎一<sup>2</sup>，岡本奈美<sup>2</sup>，山本珠美<sup>2</sup>，  
西村理恵子<sup>2</sup>，寺本典弘<sup>3</sup>，竹原和宏<sup>1</sup>
- WS4-3 卵巣癌の腹水細胞診における組織型の推定と治療選択  
東北大学病院婦人科<sup>1</sup>，東北医科薬科大学産婦人科<sup>2</sup>  
○徳永英樹<sup>1</sup>，大山喜子<sup>1</sup>，岡本 聡<sup>1</sup>，橋本千明<sup>1</sup>，海法道子<sup>1</sup>，豊島将文<sup>1</sup>，島田宗昭<sup>1</sup>，  
新倉 仁<sup>1</sup>，渡部 洋<sup>2</sup>，八重樫伸生<sup>1</sup>
- WS4-4 進行卵巣癌に対する腹腔鏡生検の意義—腹水細胞診による腫瘍組織型推定は可能か—  
新潟大学大学院医歯学総合研究科家族性・遺伝性腫瘍学講座（産科婦人科）<sup>1</sup>，新潟大学医歯学総合病院産婦人科<sup>2</sup>，新潟大学医歯学総合病院病理部<sup>3</sup>，新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野<sup>4</sup>  
○西野幸治<sup>1</sup>，安達聡介<sup>2</sup>，榎本隆之<sup>2</sup>，梅津 哉<sup>3</sup>，本山梯一<sup>4</sup>
- WS4-5 当院における穿刺腹腔細胞診所見に基づく卵巣癌術前化学療法適用の実際  
慶應義塾大学医学部産婦人科  
○野村弘行，岩佐尚美，片岡史夫，南木佳子，吉浜智子，山上 亘，平沢 晃，富永英一郎，  
進 伸幸，青木大輔
- WS4-6 腹水細胞診を指標にした卵巣癌術前化学療法の有効性とピットフォール  
千葉大学婦人科  
○楯 真一，錦見恭子，松岡 歩，碓井宏和，三橋 暁，生水真紀夫



- WS4-7 卵巣癌術前化学療法後の術中腹腔洗浄細胞診結果は予後予測因子となりうる  
 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病理診断科<sup>2</sup>  
 ○井浦文香<sup>1</sup>, 上西園幸子<sup>1</sup>, 池田真利子<sup>1</sup>, 今井一章<sup>1</sup>, 川野藍子<sup>1</sup>, 近内勝幸<sup>1</sup>, 小野瀬亮<sup>1</sup>,  
 加藤久盛<sup>1</sup>, 横瀬智之<sup>2</sup>

**ワークショップ5** 5月28日(日) 9:30~11:30 第2会場(5F 小ホール)

座長: 森井英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学)

郡司昌治 (名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部)

**コンパニオン診断の実際**

- WS5-1 コンパニオン診断の実際—現状と今後  
 大阪大学医学系研究科病態病理学・病理診断科  
 ○森井英一
- WS5-2 乳癌におけるコンパニオン診断の精度管理  
 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>, 大川千絵<sup>1</sup>, 前田一郎<sup>2</sup>, 高木正之<sup>2</sup>
- WS5-3 胃がん HER2 検出に際し日々思うこと  
 土浦協同病院病理診断部  
 ○池田 聡
- WS5-4 ALK 陽性肺癌における分子病理診断の精度管理  
 久留米大学病院病理診断科・病理部  
 ○安倍秀幸, 河原明彦, 山口知彦, 多比良朋希, 吉田友子, 高瀬頼妃呼, 村田和也, 福満千容,  
 内藤嘉紀, 秋葉 純
- WS5-5 当施設における肺癌 EGFR 遺伝子変異検査の現状と課題  
 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・病理部<sup>2</sup>, 北海道大学病院コンパニオン診断研究部門<sup>3</sup>  
 ○安孫子光春<sup>1</sup>, 清水知浩<sup>1</sup>, 丸川活司<sup>1</sup>, 畑中 豊<sup>3</sup>, 松野吉宏<sup>2</sup>

**ワークショップ6** 5月28日(日) 9:00~11:00 第3会場(10F 1003)

座長: 三上芳喜 (熊本大学医学部附属病院病理部・病理診断科)

小宮山慎一 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)

**子宮頸部腺系病変の細胞診と臨床的取扱い**

- WS6-1 子宮頸部腺系病変の細胞診  
 熊本赤十字病院病理診断科  
 ○長峯理子
- WS6-2 子宮頸部腺系病変の診断 AGC の臨床的取り扱い  
 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>, がん研究会研究所病理部<sup>3</sup>  
 ○杉山裕子<sup>1,2</sup>, 小松京子<sup>1</sup>, 鈴木奈緒子<sup>1</sup>, 藤山淳三<sup>1</sup>, 古田則行<sup>1</sup>, 的田真紀<sup>2</sup>, 岡本三四郎<sup>2</sup>,  
 宇津木久仁子<sup>2</sup>, 高澤 豊<sup>3</sup>, 竹島信宏<sup>2</sup>
- WS6-3 AGC と判定される病態と臨床経過の検討  
 東北大学産婦人科<sup>1</sup>, 宮城県対がん協会細胞診センター<sup>2</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害医学研究部門災害産婦人科学分野<sup>3</sup>, 宮城県立がんセンター<sup>4</sup>  
 ○新倉 仁<sup>1</sup>, 岡本 聡<sup>1</sup>, 板橋育子<sup>2</sup>, 海法道子<sup>1</sup>, 徳永英樹<sup>1</sup>, 豊島将文<sup>1</sup>, 佐藤朋春<sup>2</sup>,  
 伊藤 潔<sup>3</sup>, 田勢 亨<sup>4</sup>, 八重樫伸生<sup>1</sup>

- WS6-4 子宮頸部腺系病変の細胞診と臨床的マネジメント  
自治医大さいたま医療センター産婦人科  
○今野 良

**ワークショップ7** 5月28日(日) 13:00~15:00 第3会場(10F 1003)

座長：小笠原利忠(特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)  
木口一成(公益財団法人東京都予防医学協会検査研究センター)

子宮頸部細胞診の精度管理—採取法, 採取器具, 標本作製から細胞診判定まで—

- WS7-1 公益財団法人東京都予防医学協会検査研究センター  
○木口一成
- WS7-2 異型細胞の検出率からみる精度の高い標本  
株式会社日本セルネット<sup>1)</sup>, 日野記念病院<sup>2)</sup>, 長浜赤十字病院<sup>3)</sup>  
○加藤順子<sup>1)</sup>, 満石真理<sup>1)</sup>, 野津陽子<sup>1)</sup>, 葛原琴路<sup>1)</sup>, 片岡美緒<sup>1)</sup>, 中澤孝夫<sup>1)</sup>, 村田健司<sup>1)</sup>,  
岡田勝治<sup>2)</sup>, 行岡直哉<sup>3)</sup>, 天野 殖<sup>1)</sup>
- WS7-3 子宮頸部細胞診の精度管理—細胞診判定の現場から—  
(公財) 東京都予防医学協会<sup>1)</sup>, (公財) 東京都予防医学協会婦人科<sup>2)</sup>  
○吉田志緒子<sup>1)</sup>, 石山功二<sup>1)</sup>, 仲本美智子<sup>1)</sup>, 小松裕子<sup>1)</sup>, 伊藤良彌<sup>2)</sup>, 長谷川壽彦<sup>2)</sup>, 木口一成<sup>2)</sup>
- WS7-4 LBCを用いた子宮頸部細胞診の精度管理  
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>, 岩本督徳<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>
- WS7-5 液状化検体法を中心とした対策型子宮頸がん検診成績の解析  
新潟南病院婦人科  
○児玉省二

**ワークショップ8** 5月28日(日) 13:00~15:00 第4会場(10F 1001・1002)

座長：畠山重春(株式会社ヒッサンメディカルサポートセンター)  
鈴木雅子(栗山会飯田病院臨床検査科)

ASC判定と追跡結果

- WS8-1 子宮頸部細胞診ベセスダシステムにおけるASC-USの有用性と反省点—基調報告—  
藤和会藤間病院病理検査<sup>1)</sup>, 藤和会藤間病院産婦人科<sup>2)</sup>, 栗山会飯田病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 埼玉  
県立循環器・呼吸器病センター病理診断科<sup>4)</sup>  
○大塚重則<sup>1)</sup>, 須藤結花<sup>1)</sup>, 林田ひろみ<sup>1)</sup>, 白水健士<sup>2)</sup>, 堀 慎一<sup>2)</sup>, 清水 謙<sup>2)</sup>, 鈴木雅子<sup>3)</sup>,  
清水禎彦<sup>4)</sup>
- WS8-2 ASC-US症例の追跡調査—臨床経過と細胞像の検討—  
北海道対がん協会細胞診センター<sup>1)</sup>, 北海道対がん協会旭川がん検診センター<sup>2)</sup>, 北海道対  
がん協会釧路がん検診センター<sup>3)</sup>  
○加藤 修<sup>1)</sup>, 田上 稔<sup>1)</sup>, 柴田尚子<sup>1)</sup>, 和田恒之<sup>1)</sup>, 市川浩巳<sup>1)</sup>, 日野順子<sup>1)</sup>, 中山 仁<sup>2)</sup>,  
和泉東子<sup>3)</sup>, 佐々木隆之<sup>1)</sup>, 藤田博正<sup>1)</sup>

- WS8-3 ASC-USの現状と追跡結果  
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>, 早田篤子<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>
- WS8-4 子宮頸がん検診 ASC-US 判定基準の検討  
公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1)</sup>, 埼玉医療生活協同組合羽生総合病院<sup>2)</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>3)</sup>  
○栗田和香子<sup>1)</sup>, 羽野健汰<sup>1)</sup>, 佐藤奈美<sup>1)</sup>, 佐藤美賀子<sup>1)</sup>, 神尾淳子<sup>1)</sup>, 石橋真輝帆<sup>3)</sup>, 添田 周<sup>3)</sup>,  
渡辺尚文<sup>3)</sup>, 森村 豊<sup>2)</sup>, 藤森敬也<sup>3)</sup>
- WS8-5 集団検診における ASC 判定の意義  
大阪がん循環器病予防センター検査科<sup>1)</sup>, 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部<sup>2)</sup>  
○田路英作<sup>1)</sup>, 植田政嗣<sup>2)</sup>, 国藤憲子<sup>1)</sup>, 西山ひろみ<sup>1)</sup>, 中川智美<sup>1)</sup>, 杉本安莉<sup>1)</sup>, 山本倫子<sup>1)</sup>,  
辻 佑妃<sup>1)</sup>, 鳥居貴代<sup>2)</sup>, 野田 定<sup>2)</sup>

ワークショップ9 5月28日(日) 9:00~11:00 第5会場 (10F 1009)

座長: 坂本穆彦 (大森赤十字病院検査部)

則松良明 (愛媛県立医療技術大学)

精度の高い液状検体の作製法 (領域別トランスレーショナルワークショップ)

- WS9-1 術中組織洗浄細胞診を用いた頭頸部細胞診断の検討  
関西医科大学総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 関西医科大学病態検査学講座<sup>2)</sup>  
○木下勇一<sup>1)</sup>, 稲葉真由美<sup>1,2)</sup>, 坂井仁美<sup>1)</sup>, 保坂直樹<sup>1,2)</sup>, 蔦 幸治<sup>2)</sup>
- WS9-2 Cellprep 法による婦人科細胞診の液状化検体としての評価  
佐々木研究所附属杏雲堂病院検査科<sup>1)</sup>, 佐々木研究所附属杏雲堂病院病理診断科<sup>2)</sup>, 佐々木  
研究所附属杏雲堂病院婦人科<sup>3)</sup>, 大森赤十字病院検査部<sup>4)</sup>  
○小瀬木輪子<sup>1)</sup>, 岩屋啓一<sup>2)</sup>, 馬屋原裕子<sup>1)</sup>, 森田有香<sup>1)</sup>, 高杉ゆかり<sup>1)</sup>, 菊池良子<sup>3)</sup>,  
馬屋原健司<sup>3)</sup>, 三宅清彦<sup>3)</sup>, 坂本穆彦<sup>4)</sup>, 坂本 優<sup>3)</sup>
- WS9-3 甲状腺 LBC 標本作製の工夫  
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<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>, 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>
- WS9-4 LBC 法を応用した内視鏡穿刺吸引採取による微小検体の On-site 検体処理方法  
独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構  
北海道がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>  
○中島真奈美<sup>1)</sup>, 松谷香奈子<sup>1)</sup>, 阿部珠美<sup>1)</sup>, 東 学<sup>1)</sup>, 平紀代美<sup>1)</sup>, 野口寛子<sup>2)</sup>, 鈴木宏明<sup>1)</sup>,  
山城勝重<sup>2)</sup>
- WS9-5 液状化細胞診を用いた肺癌の細胞診断とセルブロックを用いた EGFR 遺伝子変異解析の試み  
久留米大学病院病理診断科・病理部  
○福満千容, 河原明彦, 山口知彦, 安倍秀幸, 多比良朋希, 吉田友子, 高瀬頼妃呼, 村田和也,  
内藤嘉紀, 秋葉 純

- WS9-6 細胞診検体の優れた液状処理技術—品質管理とベストプラクティスの共有—  
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附属病院産婦人科<sup>4</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>5</sup>, 東京慈恵会医科大学附属病院病理学講座<sup>6</sup>  
○梅澤 敬<sup>1</sup>, 落合和彦<sup>2</sup>, 清川貴子<sup>3</sup>, 鷹橋浩幸<sup>3</sup>, 岡本愛光<sup>4</sup>, 沢辺元司<sup>5</sup>, 池上雅博<sup>6</sup>
- WS9-7 精度の高い LBC の作製法を目指して—3 方法の標本作製および細胞所見の特徴—  
愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科  
○則松良明

ワークショップ 10 5月28日(日) 9:00~11:00 第7会場 (10F 1004・1005)

座長: 広岡保明 (鳥取大学医学部病態検査学講座)

竹中明美 (大阪国際がんセンター—病理細胞診断科)

### EUS-FNA の細胞像

- WS10-1 EUS-FNA の細胞像—画像診断と組織診断—  
鳥取大学医学部機能病態内科学<sup>1</sup>, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座<sup>2</sup>  
○松本和也<sup>1</sup>, 武田洋平<sup>1</sup>, 斧山 巧<sup>1</sup>, 川田壮一郎<sup>1</sup>, 菓 裕貴<sup>1</sup>, 孝田博輝<sup>1</sup>, 山下太郎<sup>1</sup>, 広岡保明<sup>2</sup>, 磯本 一<sup>1</sup>
- WS10-2 膵臓の結節性および嚢胞性病変の EUS-FNA 検体の細胞診像—組織像, 画像との対比の有用性—  
東京都健康長寿医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 東京都健康長寿医療センター内視鏡科<sup>2</sup>  
○松田陽子<sup>1</sup>, 江坂四季音<sup>1</sup>, 今泉雅之<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>, 松川美保<sup>2</sup>, 鈴木明美<sup>1</sup>, 西村 誠<sup>2</sup>, 新井富生<sup>1</sup>
- WS10-3 膵領域の小型円形細胞よりなる腫瘍の鑑別  
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>, 九州大学大学院病態制御内科学<sup>3</sup>, 九州大学大学院臨床・腫瘍外科<sup>4</sup>  
○大久保文彦<sup>1</sup>, 仲 正喜<sup>1</sup>, 寺戸信芳<sup>1</sup>, 野上美和子<sup>1</sup>, 古賀 裕<sup>1,2</sup>, 大石善丈<sup>1,2</sup>, 小副川敬<sup>3</sup>, 麻生 暁<sup>3</sup>, 中村雅史<sup>4</sup>, 小田義直<sup>4</sup>
- WS10-4 EUS-FNA の細胞像と免疫細胞染色  
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 論<sup>1</sup>, 竹中明美<sup>2</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>, 富田裕彦<sup>2</sup>
- WS10-5 胆膵領域の EUS-FNA においてコンタミネーションにより診断が困難であった症例の細胞像  
金沢大学附属病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 金沢大学人体病理学<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>, 藤山桃子<sup>1</sup>, 池田博子<sup>1</sup>, 原田憲一<sup>2</sup>
- WS10-6 ROSE における細胞検査士の役割とその細胞像  
大阪赤十字病院病理診断科<sup>1</sup>, 大阪赤十字病院消化器内科<sup>2</sup>  
○稲山久美子<sup>1</sup>, 浅田全範<sup>2</sup>

## 細胞検査士会ヤング committee ワークショップ

5月28日(日) 13:00~14:30 第13会場 (11F 1101・1102)

座長: 鳥居良貴 (兵庫医科大学病院病理部)

澁木康雄 (国立がん研究センター中央病院臨床検査部)

### 細胞診の内部精度管理

- YC-1 当院における細胞診内部精度管理の取り組み  
滋賀医科大学医学部附属病院病理部  
○林 裕司
- YC-2 県立病院間でのバーチャルスライドを用いた細胞診精度管理に向けての取り組み  
兵庫県立柏原病院  
○堀越裕子
- YC-3 ISO取得を目指した内部精度管理の取り組み  
順天堂大学附属浦安病院病理診断科<sup>1)</sup>, 順天堂大学附属浦安病院産婦人科<sup>2)</sup>  
○中村 博<sup>1)</sup>, 磯村 考<sup>1)</sup>, 市川彩果<sup>1)</sup>, 坪内優子<sup>1)</sup>, 岡崎哲也<sup>1)</sup>, 奥山直子<sup>1)</sup>, 喜納勝成<sup>1)</sup>,  
橋爪 茜<sup>1)</sup>, 鈴木千賀子<sup>2)</sup>, 泉 浩<sup>1)</sup>
- YC-4 細胞診の内部精度管理に対する期待  
弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座  
○鬼島 宏

## 自己採点方式スライドカンファレンス

5月28日(日) 8:30~11:00 第1会場 (5F メインホール)

座長: 井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)

矢羽田一信 (大阪府医師会保健医療センター細胞診・病理組織診断科)

協賛: 松浪硝子工業株式会社

### 出題者:

- |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 岩井宗男 (滋賀医科大学医学部附属病院病理部)  | 岸野万伸 (平成野田クリニック, 大阪大学歯学部<br>附属病院検査部) |
| 清水重喜 (近畿大学医学部病理学)        | 塚本龍子 (神戸大学医学部附属病院病理部)                |
| 福島裕子 (大阪市立総合医療センター病理診断科) | 藤田茂樹 (一般財団法人住友病院病理部)                 |
| 藤田 勝 (岡山大学医学部附属病院病理部)    | 三村明弘 (大阪労災病院中央検査部)                   |

## 【 問題 】

## 問題1 婦人科

出題者：岩井宗男（滋賀医科大学医学部附属病院病理部）

年齢：60歳代

性別：女性

採取方法：子宮頸部擦過（ブラシ）

臨床情報：子宮頸癌に対し，化学療法・放射線治療同時併用療法後の検体

## 【選択肢】

1. NILM（扁平上皮化生）
2. NILM（再生上皮細胞）
3. HSIL
4. AGC
5. Adenocarcinoma

## 問題3 婦人科

出題者：岩井宗男（滋賀医科大学医学部附属病院病理部）

年齢：70歳代

性別：女性

採取方法：子宮体部擦過（エンドサイト）

臨床情報：不正出血を認める

## 【選択肢】

1. 細胞質変化（好酸性変化）
2. 子宮内膜異型増殖症
3. 類内膜腺癌（G1）
4. 漿液性腺癌
5. 癌肉腫

## 問題5 乳腺

出題者：藤田茂樹（一般財団法人住友病院病理部）

年齢：80歳代

性別：女性

採取方法：乳腺 CNB 捺印

臨床情報：乳癌疑い

## 【選択肢】

1. 乳管内乳頭腫
2. 乳腺症
3. 乳頭腺管癌
4. Solid-papillary carcinoma
5. 浸潤性微小乳頭癌

## 問題2 婦人科

出題者：岩井宗男（滋賀医科大学医学部附属病院病理部）

年齢：60歳代

性別：女性

採取方法：子宮頸部擦過（ブラシ）

臨床情報：子宮頸部に腫瘍を触れる

## 【選択肢】

1. NILM（頸管腺細胞）
2. HSIL
3. AGC
4. AIS
5. Adenocarcinoma

## 問題4 乳腺

出題者：藤田茂樹（一般財団法人住友病院病理部）

年齢：80歳代

性別：女性

採取方法：乳腺 CNB 捺印

臨床情報：乳癌疑い

## 【選択肢】

1. 乳管内乳頭腫
2. 乳腺症
3. 乳頭腺管癌
4. 神経内分泌癌
5. 印環細胞癌

## 問題6 乳腺

出題者：藤田茂樹（一般財団法人住友病院病理部）

年齢：40歳代

性別：女性

採取方法：乳腺 CNB 捺印

臨床情報：乳癌疑い

## 【選択肢】

1. 乳管内乳頭腫
2. 線維腺腫（粘液型）
3. Mucocele-like lesion
4. 乳頭腺管癌
5. 粘液癌



## 問題7 泌尿器

出題者：三村明弘（大阪労災病院中央検査部）

年齢：70歳代

性別：女性

材料：自然尿・2回遠心法（サコマノ処理）

臨床情報：血尿・腎炎，ステロイド療法中

## 【選択肢】

1. 検体不適
2. 陰性
3. 異型細胞
4. 悪性疑い
5. 悪性

## 問題9 泌尿器

出題者：三村明弘（大阪労災病院中央検査部）

年齢：50歳代

性別：女性

材料：自然尿（サコマノ処理）

臨床情報：血尿，腔悪性腫瘍手術後3年経過

## 【選択肢】

1. 陰性
2. 異型細胞
3. 悪性疑い
4. 悪性（尿路上皮癌）
5. 悪性（悪性黒色腫）

## 問題8 泌尿器

出題者：三村明弘（大阪労災病院中央検査部）

年齢：70歳代

性別：男性

材料：自然尿（サコマノ処理）

臨床情報：血尿，TUR-BT および BCG 膀胱療法後の Follow-up 中に血尿を認める

## 【選択肢】

1. 検体不適
2. 陰性
3. 異型細胞
4. 悪性疑い
5. 悪性

## 問題10 口腔

出題者：岸野万伸（平成野田クリニック，大阪大学歯学部附属病院検査部）

年齢：70歳代

性別：男性

採取方法：舌縁部擦過（ブラシ）

臨床情報：右側舌縁部に白色病変を認めるようになったため来院した。粘膜表面は粗造で，紅白混在病変であった。

## 【選択肢】

1. NILM（カンジダ症）
2. IFN（低異型度上皮内腫瘍性病変疑い）
3. LSIL（軽度上皮異形成）
4. HSIL（高度上皮異形成）
5. SCC（扁平上皮癌）

## 問題 11 口腔

出題者：岸野万伸（平成野田クリニック，大阪大学歯学部附属病院検査部）

年齢：70 歳代

性別：女性

採取方法：上顎歯肉部擦過（ブラシ）

臨床情報：他院にて左側上顎第 1 大臼歯を抜歯したが，同部に治癒傾向がみられないため来院した。上顎大臼歯抜歯窩相当部に潰瘍を伴う腫瘤が認められた。

## 【選択肢】

1. NILM（再生上皮）
2. IFN（低異型度上皮内腫瘍性病変疑い）
3. LSIL（軽度上皮異形成）
4. HSIL（高度上皮異形成）
5. SCC（扁平上皮癌）

## 問題 13 呼吸器

出題者：清水重喜（近畿大学医学部病理学）

年齢：40 歳代

性別：女性

採取方法：術中迅速診断時の捺印

臨床情報：右肺中葉腫瘤のため，外科的生検が施行される。

## 【選択肢】

1. 肺腺癌
2. 肺扁平上皮癌
3. 過誤腫
4. 硬化性血管
5. 多形腺腫

## 問題 15 呼吸器

出題者：塚本龍子（神戸大学医学部附属病院病理部）

年齢：80 歳代

性別：男性

採取方法：喀 痰

臨床情報：胸部レントゲン検査にて，異常陰影あり，肺癌，肺結核，肺炎疑い

## 【選択肢】

1. 組織球
2. 胚細胞増生
3. 反応性腺系異型細胞
4. 浸潤性粘液性腺癌
5. 悪性中皮腫

## 問題 12 呼吸器

出題者：清水重喜（近畿大学医学部病理学）

年齢：50 歳代

性別：女性

採取方法：右 8 気管支 B3 からキュレット擦過

臨床情報：喫煙（20～40 本/日），右肺腫瘍の精査目的で気管支鏡検査施行

## 【選択肢】

1. 非小細胞肺癌
2. 肺扁平上皮癌
3. 肺小細胞癌
4. 結腸癌転移
5. カルチノイド

## 問題 14 呼吸器

出題者：清水重喜（近畿大学医学部病理学）

年齢：30 歳代

性別：男性

採取方法：迅速診断時の捺印細胞診検体

臨床情報：右気管支 B3 閉塞する腫瘤の外科的切除

## 【選択肢】

1. 肺小細胞癌
2. 肺大細胞神経内分泌癌
3. カルチノイド腫瘍
4. 形質細胞腫
5. セミノーマ

## 問題 16 体腔液

出題者：塚本龍子（神戸大学医学部附属病院病理部）

年齢：60 歳代

性別：女性

採取方法：穿刺吸引（腹水）

臨床情報：腹部膨満を自覚し受診，原発不明癌

## 【選択肢】

1. 反応性中皮
2. 腹膜原発漿液性腺癌
3. 扁平上皮癌
4. 悪性中皮腫
5. 卵巣明細胞腺癌

## 問題 17 体腔液

出題者：塚本龍子（神戸大学医学部附属病院病理部）

年齢：70 歳代

性別：女性

採取方法：穿刺吸引

臨床情報：6 年前に胆嚢癌手術，CT にて左肺腫瘍，胸水貯留，左副腎腫大を指摘され当院紹介，前医にて CEA 24.8 ng/ml

## 【選択肢】

1. 反応性中皮細胞
2. 悪性中皮腫
3. 腺癌
4. 小細胞癌
5. 扁平上皮癌

## 問題 19 その他

出題者：藤田 勝（岡山大学医学部附属病院病理部）

年齢：50 歳代

性別：女性

材料：左腸骨生検針を洗浄し，LBC 標本を作製

臨床情報：頸椎，脊椎，腸骨の溶骨性変化あり，左腸骨より生検を施行

## 【選択肢】

1. 正常骨髓細胞
2. 骨肉腫
3. plasma cell neoplasms
4. 腺癌の転移
5. 扁平上皮癌の転移

## 問題 21 その他

出題者：福島裕子（大阪市立総合医療センター病理診断科）

年齢：10 歳代

性別：女性

採取方法：脳腫瘍圧挫細胞診

臨床情報：脊髄腫瘍，頸椎 MRI にて T1low/T2high/T1Gd (+) を示す髄内腫瘍が認められた。

## 【選択肢】

1. 反応性アストロサイト増生
2. 毛様細胞性星細胞腫
3. びまん性星細胞腫
4. 退形成性星細胞腫
5. 膠芽腫

## 問題 18 体腔液

出題者：藤田 勝（岡山大学医学部附属病院病理部）

年齢：60 歳代

性別：女性

採取方法：髄液（LBC 標本）

採取器具：頭痛，めまいを主訴に来院。肺に異常陰影を認める

## 【選択肢】

1. ウイルス性髄膜炎
2. 細菌性髄膜炎
3. 小細胞癌の転移
4. 腺癌の転移
5. 白血病細胞の浸潤

## 問題 20 その他

出題者：福島裕子（大阪市立総合医療センター病理診断科）

年齢：30 歳代

性別：女性

採取方法：甲状腺穿刺吸引

臨床診断：甲状腺腫瘍疑い。超音波検査にて甲状腺左葉に 11 mm 大の腫瘍を指摘された。

## 【選択肢】

1. 腺腫様甲状腺腫
2. 乳頭癌
3. 髄様癌
4. 未分化癌
5. 肉腫

## 問題 22 その他

出題者：福島裕子（大阪市立総合医療センター病理診断科）

年齢：40 歳代

性別：女性

採取方法：超音波内視鏡下穿刺吸引（EUS-FNA）

臨床情報：膵頭部癌疑い。検診腹部超音波検査にて膵頭部に 10 mm 大の膵腫瘍を指摘された。

## 【選択肢】

1. 正常腺房細胞
2. SPN (Solid-pseudopapillary neoplasm)
3. 膵内分泌腫瘍
4. 腺房細胞癌
5. 浸潤性膵管癌

## スライドセミナー（アンサーパッド方式）

5月28日（日） 13：00～15：00 第2会場（5F 小ホール）

今回のスライドセミナーでは、アンサーパッドを使用して、多くの参加者が直接に投票する方法を企画いたしました。提供症例の細胞画像の投影後に参加者が会場で直接投票し、その場で会場全体の成績を反映して解説・討論等を行う方法です。投票者の熟達度・経験値も反映できるように考慮する予定ですので、細胞所見の基本的な捉え方や経験値による成績の変化なども明らかにしたいと思います。したがって、従来の指定回答者の設定はありませんので、多くの症例を提供できるようにいたしました。また会場では提供症例の検鏡も可能です。気軽に参加していただき、短時間で細胞診に関する多くのツボを学んでいただければ幸いです。

座長：辻本正彦（大阪警察病院病理診断科）

南雲サチ子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻がん教育研究センター）

### 症例提供者：

#### 1. 呼吸器

神戸大学医学部附属病院病理部 塚本龍子（CT）

#### 2. 消化器（胆汁）

関西医科大学総合医療センター病理診断科 稲葉真由美（MD）

#### 3. 口腔領域

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 藤田修一（DDS）

#### 4. 乳腺

大阪大学大学院医学系研究科病態病理学講座 田原紳一郎（MD）

#### 5. 泌尿器

公立西知多総合病院臨床検査科 今井律子（CT）

#### 6. 体腔液

福岡大学病院病理部 松本慎二（CT）

#### 7. 子宮頸部（LBC）

京都大学附属病院病理診断科 佐伯美穂（CT）

#### 8. 子宮体部（LBC も有）

東京女子医科大学産婦人科学講座 花田 梓（CT）

## 受賞講演

5 月 28 日 (日) 8:30~9:00 第 8 会場 (10F 1006・1007)

座長: 紀川純三 (松江市立病院)

子宮頸部胃型腺癌の細胞像

神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 熊本大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>,  
兵庫県立がんセンター研究部<sup>3)</sup>, 兵庫県立がんセンター婦人科<sup>4)</sup>,  
兵庫県立がんセンター病理診断科<sup>5)</sup>

○川上 史<sup>1)</sup>, 三上芳喜<sup>2)</sup>, 須藤 保<sup>3,4)</sup>, 藤原 潔<sup>4)</sup>, 廣瀬隆則<sup>5)</sup>, 伊藤智雄<sup>1)</sup>

代理講演: 熊本大学医学部附属病院病理部・病理診断科  
三上芳喜

## 感染対策セミナー

5 月 27 日 (土) 10:40~11:40 第 1 会場 (5F 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)

病理業務における感染対策

大阪大学医学部附属病院感染制御部 朝野和典

## 医療安全セミナー

5 月 27 日 (土) 14:50~15:50 第 1 会場 (5F メインホール)

座長: 森谷卓也 (川崎医科大学病理学 2)

医療安全への新しいアプローチ: レジリエンス・エンジニアリングの理論と実践例

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 中島和江

## Global Asia Forum

5月27日(土) 14:30~16:30 第9会場(12F 特別会議場)

Chairs : Yoshifumi Nakao (Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine, Saga University)  
Kyoko Komatsu (Clinical Pathology Center & Clinical Laboratory Center, Cancer Institute Hospital)

### Diagnostic Efficacy of Rapid On-Site Evaluation (ROSE) with Different Cytology Practice

- GAF-1 Rapid onsite evaluation of FNA with cyto-histologic correlations  
The Johns Hopkins Hospital, Department of Pathology, Division of Cytopathology, Baltimore, Maryland, U.S.A.  
○Syed Z. Ali
- GAF-2 The practice of ROSE methodology in Russia  
Departments of Clinical Laboratory Diagnostic, Russian Medical Academy of Continuous Postgraduated Education, Moscow, Russia  
○Irina Shabalova
- GAF-3 Rapid interpretation of breast cytology in a one-stop multidisciplinary breast unit in a medical center  
Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan  
○Chiung-Ru Lai
- GAF-4 Tissue rinse liquid-based cytology : a feasible tool for the intraoperative cytopathological evaluation of sentinel lymph nodes  
Division of Clinical Laboratory, Hokkaido Cancer Center, Hokkaido, Japan<sup>1)</sup>, Division of Pathology, Hokkaido Cancer Center, Hokkaido, Japan<sup>2)</sup>  
○Kiyomi Taira<sup>1)</sup>, Katsushige Yamashiro<sup>2)</sup>
- GAF-5 Rapid on site evaluation on FNA of unknown primary tumor to diagnose neuroendocrine tumors  
Department of Pathology, Beijing Hospital, National Centre of Gerontology, Beijing, PR China  
○Lan Chen, Shu-rong He, Dong-ge Liu
- GAF-6 Role and accuracy of rapid on-site evaluation (ROSE) of CT-guided fine needle aspiration cytology of lung nodules  
Department of Medicine, Surgical Pathology & Cytopathology Unit, University of Padua, Italy  
○Ambrogio Fassina, Lorenzo Nicole, Valeria Maffeis, Rocco Cappellesso



## いまさら聞けない細胞診の基本講座

いまさら聞けない細胞診の基本講座 1 5月27日(土) 8:30~9:00 第13会場(11F 1101・1102)  
座長: 鳥居貴代(大阪がん循環器病予防センター検査科)

子宮頸部

子宮頸部病変の細胞像について

大阪がん循環器病予防センター検査科 田路英作

いまさら聞けない細胞診の基本講座 2 5月27日(土) 9:00~9:30 第13会場(11F 1101・1102)  
座長: 桜井孝規(京都大学医学部附属病院病理診断科)

子宮体部

子宮体部構造異型を加味した子宮内膜細胞診の実際

大阪府済生会野江病院病理診断科 矢野恵子

いまさら聞けない細胞診の基本講座 3 5月27日(土) 9:30~10:00 第13会場(11F 1101・1102)  
座長: 喜多恒和(奈良県総合医療センター産婦人科)

卵巣・腹水

兵庫医科大学病院病理部 ○中村純子, 廣田誠一

いまさら聞けない細胞診の基本講座 4 5月27日(土) 10:00~10:30 第13会場(11F 1101・1102)  
座長: 楠 洋子(阪和第二泉北病院阪和インテリジェント医療センター)

呼吸器

呼吸器細胞診

大阪府医師会保健医療センター 矢羽田一信

いまさら聞けない細胞診の基本講座 5 5月27日(土) 10:30~11:00 第13会場(11F 1101・1102)  
座長: 長田盛典(大阪国際がんセンター病理:細胞診断科)

消化器

消化器領域の細胞診

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>, 竹中明美<sup>2)</sup>, 富田裕彦<sup>2)</sup>

いまさら聞けない細胞診の基本講座 6 5月27日(土) 11:00~11:30 第13会場(11F 1101・1102)  
座長: 村田晋一(和歌山県立医科大学人体病理学教室)

泌尿器

尿路上皮癌を中心に

大阪府済生会野江病院 小椋聖子

いまさら聞けない細胞診の基本講座 7 5月28日(日) 8:30~9:00 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 田代 敬 (関西医大附属病院病理部)

乳腺

乳腺穿刺吸引細胞診での悪性腫瘍と良性疾患との鑑別点となる細胞所見について

石切生喜病院病理検査室 吉村英雄

いまさら聞けない細胞診の基本講座 8 5月28日(日) 9:00~9:30 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 廣川満良 (隈病院病理診断科)

甲状腺

隈病院臨床検査科 樋口観世子

いまさら聞けない細胞診の基本講座 9 5月28日(日) 9:30~10:00 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 北村昌紀 (大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)

体腔液

兵庫医科大学病院病理部 ○鳥居良貴, 廣田誠一

いまさら聞けない細胞診の基本講座 10 5月28日(日) 10:00~10:30 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 岡田仁克 (大阪医科大学医学部総合医学講座病理学教室)

骨軟部

がん研究会有明病院付設細胞検査士養成所<sup>1)</sup>, 臨床病理センター細胞診断部<sup>2)</sup>, サルコーマセンター<sup>3)</sup>

古田則行<sup>1,2,3)</sup>

いまさら聞けない細胞診の基本講座 11 5月28日(日) 10:30~11:00 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 児玉良典 (京都府立医科大学分子病態病理学)

中枢神経

京都大学医学部附属病院病理診断科

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

いまさら聞けない細胞診の基本講座 12 5月28日(日) 11:00~11:30 第13会場(11F 1101・1102)

座長: 辻 求 (大阪府済生会千里病院)

造血器

リンパ節病変の基本的な見方

社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院病理診断科

○船本康申, 鈴木貴子, 谷本由香里, 中川幸智代, 竿尾光祐

## 子宮頸部細胞診・コルポスコピーセミナー

5月26日(金) 12:00~14:30 第9会場(12F 特別会議場)

座長: 小笠原利忠(特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)  
山田隆司(大阪医科大学病理学教室)

共催: ホロジックジャパン株式会社

- CS-1 子宮頸がん検診の現状と将来  
千葉徳洲会病院婦人科  
○佐々木寛
- CS-2 子宮頸がん検診におけるLBC運用の実際  
(公財)東京都予防医学協会母子保健検査部<sup>1</sup>, (公財)東京都予防医学協会婦人科<sup>2</sup>  
○吉田志緒子<sup>1</sup>, 石山功二<sup>1</sup>, 平良 紫<sup>1</sup>, 花出有芸<sup>1</sup>, 伊藤良彌<sup>2</sup>, 長谷川壽彦<sup>2</sup>, 木口一成<sup>2</sup>
- CS-3 臨床現場における子宮頸がん検査結果の統合的判断  
独立行政法人国立病院機構東京医療センター  
○山下 博
- CS-4 子宮頸がん二次検診におけるコルポスコピーの役割  
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>,  
京都府立医科大学産婦人科<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>

## LBC セミナー

5月26日(金) 15:00~17:30 第9会場(12F 特別会議場)

座長: 矢納研二(桑名市総合医療センター婦人科)

棟方 哲(堺市立総合医療センター病理診断科)

共催: 日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

- LBC-1 内膜標本の細胞像 直接塗抹標本とLBC標本について  
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>1</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>2</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病理診断科<sup>3</sup>  
○原田美香<sup>1</sup>, 則松良明<sup>2</sup>, 香田浩美<sup>1</sup>, 小寺明美<sup>1</sup>, 實平悦子<sup>1</sup>, 山口大介<sup>1</sup>, 中村香織<sup>1</sup>,  
板倉淳哉<sup>3</sup>, 内野かおり<sup>3</sup>
- LBC-2 LBCによる乳腺細胞診断の標準化を目指して~客観性の高い項目による比較~  
社会医療法人博愛会相良病院病理診断科  
○前田ゆかり, 永尾聡子, 皆倉愛美, 北園暢子, 大井恭代

- LBC-3 尿細胞診における LBC 法導入の有用性  
独立行政法人国立病院機構岩国医療センター  
○佐藤正和
- LBC-4 呼吸器領域の Liquid based cytology (BD Sure Path 法) の使用法  
奈良県立医科大学附属病院<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2)</sup>  
○西川 武<sup>1)</sup>, 龍見重信<sup>1)</sup>, 鈴木久恵<sup>1)</sup>, 竹内真央<sup>1)</sup>, 田中京子<sup>1)</sup>, 畠山金太<sup>2)</sup>, 大林千穂<sup>2)</sup>
- LBC-5 甲状腺領域における LBC の実際と有用性  
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>, 伊藤歩紀<sup>1)</sup>, 隈 晴二<sup>2)</sup>, 林 俊哲<sup>2)</sup>, 宮内 昭<sup>3)</sup>

## Human Cell セミナー

5月28日(日) 9:30~11:30 第8会場(10F 1006・1007)

座長：田中尚武(千葉県がんセンター婦人科)

生水真紀夫(千葉大学大学院医学研究院生殖医学)

共催：株式会社ヤクルト本社

- HCS-1 癌遺伝子 Met の機能と癌の制御：発癌モデル・臨床癌の解析と分子標的薬開発  
防衛医科大学校分子生体制御学講座  
○四ノ宮成祥
- HCS-2 胞状奇胎と卵巣奇形腫の発生機序：SNP アレイ解析による可視化  
千葉大学大学院医学研究院生殖医学  
○碓井宏和
- HCS-3 オルガノイドを用いた発がん過程の in vitro 再構成  
千葉県がんセンター研究所発がん制御研究部  
○筆宝義隆
- HCS-4 蛍光生体イメージングによる生きた細胞動態の解析  
大阪大学医学系研究科免疫細胞生物学  
○石井 優

## 地域推薦演題

地域推薦演題 1 5月27日(土) 14:50~15:35 第7会場(10F 1004・1005)

座長: 渡邊 純 (弘前大学大学院保健学研究科)

有田茂実 (千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科)

### 婦人科 1

- 地域 1-1 子宮頸部および体部神経内分泌癌における細胞診の後方視的検討  
 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>, 横浜市立大学附属病院産婦人科<sup>3</sup>  
 ○上西園幸子<sup>1</sup>, 池田真利子<sup>1</sup>, 今井一章<sup>1</sup>, 川野藍子<sup>1</sup>, 井浦文香<sup>1</sup>, 近内勝幸<sup>1</sup>, 小野瀬亮<sup>1</sup>,  
 加藤久盛<sup>1</sup>, 北村和久<sup>2</sup>, 宮城悦子<sup>3</sup>
- 地域 1-2 細胞診にて判定困難であった子宮内膜症合併卵巣粘液嚢胞腺癌の1例  
 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>
- 地域 1-3 ISH法を用いたKras遺伝子異常の評価は子宮内膜癌の推定診断に有用である  
 広島大学病院病理診断科  
 ○金子佳恵, 田中祐菜, 清水智美, 丸橋由加里, 石田克成, 高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成,  
 城間紀之, 有廣光司

地域推薦演題 2 5月27日(土) 14:50~15:50 第8会場(10F 1006・1007)

座長: 清水禎彦 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科)

三宅真司 (東京医科大学病院病理診断部)

### 呼吸器

- 地域 2-1 肺腺癌における核面積を応用した細胞診断の可能性  
 獨協医科大学病理診断科<sup>1</sup>, 群馬県立がんセンター病理検査科<sup>2</sup>  
 ○中里宜正<sup>1</sup>, 土田 秀<sup>2</sup>
- 地域 2-2 肺動脈吸引細胞診の有用性  
 埼玉県立循環器・呼吸器病センター検査技術部<sup>1</sup>, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科<sup>2</sup>, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科<sup>3</sup>  
 ○沼上秀博<sup>1</sup>, 舟橋光政<sup>1</sup>, 石黒 卓<sup>2</sup>, 清水禎彦<sup>3</sup>
- 地域 2-3 当院で経験したPulmonary sclerosing pneumocytomaの細胞学的検討  
 国保松戸市立病院病理診断科<sup>1</sup>, 成田赤十字病院呼吸器外科<sup>2</sup>  
 ○横山 綾<sup>1</sup>, 茅野伴子<sup>1</sup>, 滝沢敬祐<sup>1</sup>, 渋谷 潔<sup>2</sup>, 野呂昌弘<sup>1</sup>
- 地域 2-4 呼吸器細胞診陰性検体の再検討  
 公立阿伎留医療センター呼吸器外科<sup>1</sup>, 公立阿伎留医療センター臨床検査科<sup>2</sup>, 東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>3</sup>  
 ○三浦弘之<sup>1</sup>, 涌井清隆<sup>2</sup>, 若槻よしえ<sup>3</sup>, 吉田えりか<sup>3</sup>, 加藤彩子<sup>3</sup>, 田辺 夢<sup>3</sup>, 石崎幹子<sup>3</sup>,  
 内山 篤<sup>3</sup>, 横山明子<sup>3</sup>, 芹澤博美<sup>3</sup>

地域推薦演題 3 5月27日(土) 8:30~9:30 第10会場(12F 1202)

座長: 杉山 徹 (岩手医科大学医学部産婦人科)

吉田朋美 (群馬大学大学院保健学研究科・生体情報科学分野)

婦人科 2

- 地域 3-1 当院における HPV テストと ASC-US の細胞像について  
米沢市立病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 山形大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>, 米沢市立病院病理診断科<sup>3)</sup>  
○大河原飛鳥<sup>1)</sup>, 大泉麻衣<sup>1)</sup>, 飛塚 潔<sup>1)</sup>, 大江倫太郎<sup>2)</sup>, 角田力彌<sup>3)</sup>
- 地域 3-2 当院 ASC-US 症例についての再検討  
一般社団法人慈山会医学研究所附属坪井病院  
○佐藤陽子, 今木 愛, 原田仁稔, 小林美穂, 五十嵐誠治, 橋本歳洋, 羽生忠義
- 地域 3-3 子宮頸部細胞診 ASC-H 判定症例のコルポ所見を主体にした検討  
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診断科<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>, 長田詠美子<sup>2)</sup>, 岡 俊郎<sup>2)</sup>, 石井保吉<sup>2)</sup>, 斎藤元章<sup>3)</sup>, 上田 和<sup>3)</sup>, 岡本愛光<sup>3)</sup>
- 地域 3-4 病院病理部における ASC-US 症例の検討—HPV 検査と組織診から—  
島根県立中央病院検査技術科<sup>1)</sup>, 島根県立中央病院産婦人科<sup>2)</sup>, 島根県立中央病院病理診断科<sup>3)</sup>  
○渡部 樹<sup>1)</sup>, 岩成 治<sup>2)</sup>, 大沼秀行<sup>3)</sup>, 山本智彦<sup>3)</sup>, 松原真奈美<sup>1)</sup>, 板倉利恵<sup>1)</sup>

地域推薦演題 4 5月27日(土) 9:30~10:15 第10会場(12F 1202)

座長: 古本博孝 (徳島市民病院がんセンター婦人科)

西村由香里 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学)

婦人科 3

- 地域 4-1 LEGH の follow 中に AIS と診断された 3 例の細胞学的検討  
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>, 端 晶彦<sup>1)</sup>, 中澤久美子<sup>2)</sup>, 望月直子<sup>2)</sup>, 花井佑樹<sup>2)</sup>, 多賀谷光<sup>1)</sup>, 深澤宏子<sup>1)</sup>, 近藤哲夫<sup>3)</sup>, 平田修司<sup>1)</sup>, 加藤良平<sup>3)</sup>
- 地域 4-2 子宮頸部微小浸潤癌のコルポ像と細胞像  
こころとからだの元氣プラザ婦人科<sup>1)</sup>, 慶応義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>2)</sup>, 慶応義塾大学病院病理診断部<sup>3)</sup>  
○室谷哲弥<sup>1)</sup>, 小田瑞恵<sup>1)</sup>, 大村峯夫<sup>1)</sup>, 仲村 勝<sup>2)</sup>, 山上 亘<sup>2)</sup>, 青木大輔<sup>2)</sup>, 三上修治<sup>3)</sup>
- 地域 4-3 子宮頸部細胞診における軽度異形成と中等度異形成の細胞学的特徴  
協同病理診断課<sup>1)</sup>, 協同病理技術課<sup>2)</sup>, 誠仁会大久保病院検査科<sup>3)</sup>, 誠仁会大久保病院婦人科<sup>4)</sup>  
○北 健二<sup>1)</sup>, 小川隆文<sup>1)</sup>, 榊原稔子<sup>1)</sup>, 野村郁代<sup>2)</sup>, 岩本英樹<sup>2)</sup>, 徐 昌宏<sup>2)</sup>, 川越道夫<sup>3)</sup>, 圓井知江<sup>3)</sup>, 浜砂美咲<sup>3)</sup>, 小笠原利忠<sup>3,4)</sup>



**地域推薦演題 5** 5月27日(土) 10:15~11:15 第10会場(12F 1202)

座長：横山正俊(佐賀大学医学部産科婦人科学講座)  
遠藤浩之(済生会新潟第二病院病理診断科)

**婦人科 4**

- 地域 5-1 札幌におけるヒトパピローマウイルス 16 型 E6 バリエントと子宮頸がんとの関連  
北海道対がん協会<sup>1</sup>, PCL 札幌病理細胞診センター<sup>2</sup>  
○佐々木隆之<sup>1</sup>, 藤田博正<sup>1</sup>, 白川洋三<sup>2</sup>, 田上 稔<sup>1</sup>, 加藤 修<sup>1</sup>
- 地域 5-2 HPV 併用検診で発見された NILM かつ CIN3 症例の検討  
福井大学医学部産科婦人科  
○大沼利通, 黒川哲司, 品川明子, 吉田好雄
- 地域 5-3 佐賀市における HPV 検査併用子宮頸がん検診について  
佐賀大学医学部附属病院産婦人科  
○橋口真理子, 福田亜紗子, 花島克幸, 西山 哲, 大隈恵美, 野口光代, 内山倫子, 中尾佳史,  
横山正俊
- 地域 5-4 子宮頸部扁平上皮癌 variant における HPV 感染型の同定  
金沢医科大学医学部産科婦人科<sup>1</sup>, 金沢医科大学臨床病理学<sup>2</sup>, 元井細胞病理診断所<sup>3</sup>  
○大阪康宏<sup>1</sup>, 坂本人一<sup>1</sup>, 柴田健雄<sup>1</sup>, 元井 信<sup>3</sup>, 湊 宏<sup>2</sup>, 笹川寿之<sup>1</sup>

**地域推薦演題 6** 5月28日(日) 13:00~14:00 第6会場(10F 1008)

座長：樋口佳代子(社会医療法人財団慈泉会相澤病院病理診断科)  
米田 操(鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科臨床検査コース)

**消化器**

- 地域 6-1 胆管擦過液状化細胞診検体を用いた p53 蛋白発現の検討  
独立行政法人国立病院機構長崎医療センター臨床検査科  
○佐藤 圭, 伊東正博, 澤田吉人, 山川 彩, 沖 茂彦
- 地域 6-2 当院における超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)の検討—細胞診断と画像診断—  
鳥取赤十字病院検査部<sup>1</sup>, 鳥取赤十字病院病理診断科<sup>2</sup>  
○岡部雅子<sup>1</sup>, 植嶋輝久<sup>1,2</sup>, 山村章次<sup>1</sup>, 山根哲実<sup>2</sup>
- 地域 6-3 新しいデバイス(Trefle)をもちいた胆汁細胞診断—細胞像の捉え方と判定基準の検討—  
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>  
○山口祐香<sup>1</sup>, 三浦弘守<sup>1</sup>, 安達友津<sup>1</sup>, 今野かおり<sup>1</sup>, 小泉照樹<sup>1</sup>, 村山優理香<sup>1</sup>, 菅原隆讓<sup>1</sup>,  
藤島史善<sup>2</sup>, 渡辺みか<sup>1</sup>, 笹野公伸<sup>1</sup>
- 地域 6-4 S-100P 測定を併用した膀胱細胞診の良悪性鑑別向上に向けた検討  
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター臨床検査科<sup>1</sup>, 茨城県立中央病院・茨城県地域  
がんセンター病理診断科<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>  
○内田好明<sup>1</sup>, 阿部香織<sup>1</sup>, 吉澤一恵<sup>1</sup>, 新発田雅晴<sup>1</sup>, 古村祐紀<sup>1</sup>, 安田真大<sup>1</sup>, 小井戸綾子<sup>1</sup>,  
井村穰二<sup>3</sup>, 斉藤仁昭<sup>2</sup>, 飯嶋達生<sup>2</sup>

**地域推薦演題 7** 5月28日(日) 14:00~15:00 第6会場(10F 1008)

座長: 亀山香織 (慶應義塾大学病院病理診断部)

横山俊朗 (久留米大学医学部附属医療センター病理検査室)

**甲状腺・乳腺**

- 地域 7-1 当院における甲状腺穿刺吸引細胞診判定の適正化  
新潟県立中央病院病理診断科<sup>1</sup>, 新潟大学大学院保健学研究科<sup>2</sup>, 富山赤十字病院病理部<sup>3</sup>,  
新潟大学医学部保健学科<sup>4</sup>  
○林 真也<sup>1,2</sup>, 池田友美<sup>1</sup>, 橋詰香織<sup>1</sup>, 八木美菜<sup>1</sup>, 上原桂月<sup>1</sup>, 尾矢剛志<sup>3</sup>, 酒井 剛<sup>1</sup>,  
岩淵三哉<sup>4</sup>
- 地域 7-2 甲状腺における迅速細胞診の精度向上について  
医療法人野口病院研究検査科  
○丸田淳子, 渡 彩香, 伊藤有紀子
- 地域 7-3 当院における甲状腺癌取扱い規約第7版に基づいた濾胞性腫瘍の抽出についての検討  
栗原クリニック<sup>1</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2</sup>  
○福土祐子<sup>1</sup>, 石田和之<sup>2</sup>, 菅井 有<sup>2</sup>
- 地域 7-4 乳腺細胞診の精度向上につながる当院の取り組み  
香川医療生活協同組合高松平和病院検査科<sup>1</sup>, 香川医療生活協同組合高松平和病院病理  
科<sup>2</sup>, 香川医療生活協同組合高松平和病院乳腺外科<sup>3</sup>  
○宮西智恵<sup>1</sup>, 横山智子<sup>1</sup>, 佐藤 明<sup>2</sup>, 何森亜由美<sup>3</sup>

**地域推薦演題 8** 5月28日(日) 13:00~13:45 第7会場(10F 1004・1005)

座長: 村田晋一 (和歌山県立医科大学人体病理学教室)

服部 学 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)

**泌尿器 1**

- 地域 8-1 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>, 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学泌尿器科  
学講座<sup>2</sup>, 愛知医科大学病院病理部<sup>3</sup>  
○岩田英紘<sup>1</sup>, 梅村 彩<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>, 前田永子<sup>1</sup>,  
佐々直人<sup>2</sup>, 都築豊徳<sup>3</sup>
- 地域 8-2 泌尿器領域の細胞診と免疫染色  
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>  
○梅野佳美<sup>1</sup>, 竹中明美<sup>2</sup>, 芦村純一<sup>1</sup>, 龍あゆみ<sup>1</sup>, 富田裕彦<sup>2</sup>
- 地域 8-3 尿細胞診検体処理法の標準化に向けた検討—LBC2法における N/C 比, 核濃度の比較—  
国立病院機構福山医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 国立病院機構岩国医療センター<sup>2</sup>, 岡山大学  
病院病理診断科<sup>3</sup>, 労働者健康安全機構岡山労災病院中央検査部病理診断科<sup>4</sup>  
○有安早苗<sup>1</sup>, 佐藤正和<sup>2</sup>, 福田由美子<sup>1</sup>, 中桐智香子<sup>1</sup>, 渡辺次郎<sup>1</sup>, 柳井広之<sup>3</sup>, 園部 宏<sup>4</sup>

## 地域推薦演題9 5月28日(日) 13:45~14:45 第7会場(10F 1004・1005)

座長: 都築豊徳 (愛知医科大学病理診断科)

三村明弘 (大阪労災病院病理診断科)

## 泌尿器2

- 地域9-1 バーチャルスライドと多重免疫染色を用いた細胞形態像解析の試み  
和歌山県立医科大学附属病院中央検査部<sup>1)</sup>, 和歌山県立医科大学附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 和歌山県立医科大学人体病理学教室<sup>3)</sup>  
○西野 勝<sup>1)</sup>, 永井宏和<sup>1)</sup>, 杉山絵美<sup>1)</sup>, 吉井輝子<sup>1)</sup>, 岩橋吉史<sup>2,3)</sup>, 松崎生笛<sup>3)</sup>, 割栢健史<sup>2,3)</sup>, 藤本正数<sup>2,3)</sup>, 小島史好<sup>2,3)</sup>, 村田晋一<sup>2,3)</sup>
- 地域9-2 尿細胞診精度改善の検討  
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>, 製鐵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>, 久岡正典<sup>1)</sup>, 岡 春子<sup>2)</sup>, 小原光祥<sup>2,3)</sup>, 早川優佳<sup>3)</sup>, 亀井敏昭<sup>3)</sup>, 土器若穂<sup>4)</sup>, 下釜達朗<sup>4)</sup>, 金城 満<sup>4)</sup>
- 地域9-3 当院における High grade urothelial carcinoma (HGUC) の ICL の出現率とその意義1  
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>  
○石倉宗浩<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>, 福田弘幸<sup>1)</sup>, 蟹谷智勝<sup>1)</sup>
- 地域9-4 当院における High-grade UC の ICL の出現率とその意義2  
富山県立中央病院臨床検査部検査科<sup>1)</sup>, 富山県立中央病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○清水雅彦<sup>1)</sup>, 石澤 伸<sup>2)</sup>, 矢野彩子<sup>1)</sup>, 酒井哲也<sup>1)</sup>, 宮本藤之<sup>1)</sup>, 中西ゆう子<sup>2)</sup>, 内山明央<sup>2)</sup>

## 地域推薦演題10 5月28日(日) 13:00~14:00 第8会場(10F 1006・1007)

座長: 山城勝重 (独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部)

福留伸幸 (千葉科学大学危機管理学部医療危機管理学科臨床検査学)

## 技術1

- 地域10-1 Cell block 法の利点と問題点, pitfall 症例から学ぶ  
静岡県立静岡がんセンター病理診断科  
○伊藤以知郎, 大野幸代, 本田勝丈, 田代 広, 旭 洋子, 渡部庸一, 大石琢磨, 角田優子, 佐々木恵子
- 地域10-2 胆道癌における ERCP 時吸引胆汁細胞診 cell block 法の有用性  
松本市立病院医療技術部検査科<sup>1)</sup>, 信州大学医学部保健学科生体情報検査学<sup>2)</sup>  
○小堺智文<sup>1)</sup>, 岩本拓朗<sup>1)</sup>, 石田章子<sup>1)</sup>, 太田浩良<sup>2)</sup>
- 地域10-3 当院における出張細胞診の現状と今後 精度向上のために細胞検査士ができること  
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10-4 沖縄県立八重山病院の遠隔病理診断環境  
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター検査科<sup>1)</sup>, 沖縄県立中部病院検査科<sup>2)</sup>, 沖縄県立宮古病院<sup>3)</sup>, 沖縄県立八重山病院検査科<sup>4)</sup>, 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター病理診断科<sup>5)</sup>, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座<sup>6)</sup>  
○新垣善孝<sup>1)</sup>, 宮里泰山<sup>2)</sup>, 池間龍也<sup>3)</sup>, 多良間隆<sup>4)</sup>, 仲里 巖<sup>5)</sup>, 吉見直己<sup>6)</sup>

地域推薦演題 11 5月28日(日) 14:00~15:00 第8会場(10F 1006・1007)

座長:羽賀博典(京都大学医学部附属病院病理診断科)

池本理恵(株式会社エス・アール・エル福岡ラボラトリー九州検査部総合検査課)

## 技術2

- 地域 11-1 完全埋没型甲状腺内副甲状腺腫の一例  
綾部市立病院医療技術部臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 尼崎中央病院病理診断科<sup>2)</sup>, 京都府立医科大学附属病院病院病理部<sup>3)</sup>  
○松居由香<sup>1)</sup>, 山口直則<sup>1)</sup>, 由谷親夫<sup>2)</sup>, 岸本光夫<sup>3)</sup>
- 地域 11-2 記述式内膜細胞診報告様式における内膜異型細胞の臨床的背景と診断精度についての検討  
大阪府済生会野江病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 大阪府済生会野江病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○植田彰彦<sup>1)</sup>, 矢野恵子<sup>2)</sup>, 城戸貴之<sup>2)</sup>, 小椋聖子<sup>2)</sup>, 江木さつき<sup>2)</sup>, 高安祥子<sup>2)</sup>, 渋谷信介<sup>2)</sup>
- 地域 11-3 膣腫瘍 EUS-FNA 液状化検体細胞診の有用性  
奈良県立医科大学附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2)</sup>  
○竹内真央<sup>1)</sup>, 西川 武<sup>1)</sup>, 龍見重信<sup>1)</sup>, 鈴木久恵<sup>1)</sup>, 田中京子<sup>1)</sup>, 武田麻衣子<sup>2)</sup>, 畠山金太<sup>2)</sup>, 大林千穂<sup>2)</sup>
- 地域 11-4 7種の臨床材料を使用した液状化検体細胞診3方法における細胞所見の比較  
愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター臨床検査科<sup>2)</sup>, 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科<sup>3)</sup>, 愛媛県立中央病院病理診断部<sup>4)</sup>  
○則松良明<sup>1)</sup>, 香川昭博<sup>2)</sup>, 寺本典弘<sup>3)</sup>, 前田智治<sup>4)</sup>

## タスクフォース

5月27日(土) 14:50~15:50 第6会場(10F 1008)

座長:山本嘉一郎(近畿大学医学部堺病院産婦人科)

喜多恒和(奈良県総合医療センター産婦人科)

## 妊娠と細胞診

- TF-1 子宮頸部上皮内腫瘍合併妊婦の対応と予後  
防衛医科大学校産科婦人科<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校病院検査部<sup>2)</sup>  
○大塚由花<sup>1)</sup>, 笹 秀典<sup>1)</sup>, 石橋弘樹<sup>1)</sup>, 中司匡哉<sup>1)</sup>, 曾山浩明<sup>1)</sup>, 高野政志<sup>1)</sup>, 織田智博<sup>2)</sup>, 島崎英幸<sup>2)</sup>, 古谷健一<sup>1)</sup>
- TF-2 妊娠中の子宮頸部細胞診異常の分娩前後における変化と取扱いの問題点に関する検討  
奈良県総合医療センター  
○杉浦 敦, 竹田善紀, 杉本ひとみ, 佐々木義和, 石橋理子, 平野仁嗣, 豊田進司, 井谷嘉男, 喜多恒和
- TF-3 綿球による妊婦の子宮頸部液状細胞診における精度管理と有用性について  
奈良県総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 同産婦人科<sup>3)</sup>  
○辻野秀夫<sup>1)</sup>, 豊田進司<sup>2,3)</sup>, 南 佳世<sup>1)</sup>, 北川大輔<sup>1)</sup>, 岡田 博<sup>1)</sup>, 中村幸子<sup>1)</sup>, 杉浦 敦<sup>3)</sup>, 井谷嘉男<sup>3)</sup>, 喜多恒和<sup>3)</sup>, 石田英和<sup>2)</sup>

- TF-4 妊娠子宮腔・頸部に対するウレタンフォーム細胞診  
きよ女性クリニック<sup>1)</sup>, 奈良市総合医療検査センター<sup>2)</sup>  
○清塚康彦<sup>1)</sup>, 安達博成<sup>2)</sup>, 吉田和弘<sup>2)</sup>, 倉内佳菜<sup>2)</sup>, 西田千鶴<sup>2)</sup>, 斉藤ちいさ<sup>2)</sup>, 吉田博子<sup>2)</sup>

## アンケート報告

5月28日(日) 11:00~11:30 第1会場(5F メインホール)

座長: 長尾俊孝(東京医科大学人体病理学分野)

平成27年度 日本臨床細胞学会施設認定制度委員会 年報報告

近畿大学医学部奈良病院病理診断科<sup>1)</sup>,  
日本臨床細胞学会施設認定制度委員会施設認定・年報ワーキンググループ<sup>2)</sup>  
若狭朋子<sup>1,2)</sup>

## 特別報告

5月28日(日) 11:00~11:30 第4会場(10F 1001・1002)

座長: 植田政嗣(大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)

子宮頸部細胞診自動スクリーニング支援装置を活用した精度管理の実際と有用性

株式会社ピーシーエルジャパン<sup>1)</sup>, 獨協医科大学産婦人科<sup>2)</sup>  
○平井康夫<sup>1,2)</sup>, 新井康弘<sup>1)</sup>, 今井寿美子<sup>1)</sup>, 川谷絵美<sup>1)</sup>, 泉 緑<sup>1)</sup>, 丸山 健<sup>1)</sup>

## 日本臨床細胞学会 臨床試験ワーキンググループからの報告

5月28日(日) 11:00~11:40 第3会場(10F 1003)

座長: 寺本勝寛(山梨県立中央病院)

青木大輔(慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

WG-1 検診手法としてのHPV検査の有用性(ランダム化比較試験の進捗報告)

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>1)</sup>, 山梨県立中央病院<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科<sup>3)</sup>, 沖縄徳州会千葉徳州会病院<sup>4)</sup>  
○森定 徹<sup>1)</sup>, 寺本勝寛<sup>2)</sup>, 高野浩邦<sup>3)</sup>, 佐々木寛<sup>4)</sup>, 青木大輔<sup>1)</sup>

- WG-2 剥離細胞分析装置 LC-1000 の臨床的有用性を検証する臨床試験  
 公益財団法人東京都予防医学協会検査研究センター<sup>1</sup>, 公益財団法人大阪がん循環器病予  
 防センター婦人科検診部<sup>2</sup>, 熊本大学医学部附属病院病理診断科<sup>3</sup>, 慶應義塾大学医学部産  
 婦人科<sup>4</sup>  
 ○木口一成<sup>1</sup>, 植田政嗣<sup>2</sup>, 仲村 勝<sup>4</sup>, 三上芳喜<sup>3</sup>, 青木大輔<sup>4</sup>
- WG-3 子宮頸部扁平上皮内病変 (SIL) の中央病理診断  
 熊本大学医学部附属病院病理部・病理診断科  
 ○三上芳喜

## わからん会

5月28日(日) 14:03~14:59 ポスター・展示会場 (3F イベントホール)

座長：古田則行 (がん研究会有明病院細胞診断部)

加戸申明 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

- PW-1 頭頸部領域細胞診における LBC の有用性  
 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>  
 ○神月 梓<sup>1</sup>, 竹中明美<sup>2</sup>, 芦村純一<sup>1</sup>, 龍あゆみ<sup>1</sup>, 富田裕彦<sup>2</sup>
- PW-2 顎下腺に発生した唾液腺導管癌の一例  
 独立行政法人労働者健康安全機構関東労災病院病理診断科<sup>1</sup>, 独立行政法人労働者健康安  
 全機構関東労災病院中央検査部<sup>2</sup>  
 ○林 衛<sup>1</sup>, 小田憲一<sup>1</sup>, 栗原美香<sup>1</sup>, 坂詰浩一<sup>2</sup>, 大谷知広<sup>2</sup>, 五ノ井いずみ<sup>1</sup>, 植草利公<sup>1</sup>
- PW-3 組織球様または印環細胞様の形態を示した浸潤性小葉癌の一例  
 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂綜  
 合病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○本田 徹<sup>1</sup>, 平山貴博<sup>1</sup>, 増子和之<sup>1</sup>, 日下部崇<sup>2</sup>
- PW-4 恥骨上部に発生した近位型類上皮肉腫の一例  
 済生会新潟第二病院病理診断科  
 ○花野佑輔, 石原法子, 西倉 健, 遠藤浩之, 樋浦賢太郎, 三木弘美, 竹下奈津子
- PW-5 肺原発粘表皮癌の一例  
 社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院病理診断センター  
 ○小林建太, 佐々木美波, 吉田奈緒, 岡村義弘, 西川裕子, 伊藤利江子, 市川一仁, 藤盛孝博
- PW-6 EUS-FNA にて SPN, 神経内分泌腫瘍, 腺房細胞癌が疑われたが推定診断に至らなかった一例  
 兵庫県立西宮病院検査部<sup>1</sup>, 兵庫県立淡路医療センター検査部<sup>2</sup>, 兵庫県立西宮病院病理診  
 断科<sup>3</sup>  
 ○中原佳佑<sup>1</sup>, 寺内麻優子<sup>1</sup>, 岡田麻由奈<sup>1</sup>, 竹田利恵<sup>1</sup>, 真田浩一<sup>2</sup>, 岡 一雅<sup>3</sup>
- PW-7 膵臓における anaplastic carcinoma の一例  
 神奈川県立がんセンター検査科<sup>1</sup>, 神奈川県立がんセンター病理診断科<sup>2</sup>  
 ○那須隆二<sup>1</sup>, 酒井麻衣<sup>1</sup>, 関谷元幹<sup>1</sup>, 北村和久<sup>1</sup>, 岩撫成子<sup>1</sup>, 鷺見公太<sup>2</sup>, 横瀬智之<sup>2</sup>



- PW-8 異型が強く組織型推定に苦慮した子宮癌肉腫の1例  
 横浜南共済病院病理診断科<sup>1</sup>, 横浜市立大学医学部病態病理部<sup>2</sup>  
 ○野崎真仁<sup>1</sup>, 毛利かれん<sup>1</sup>, 牧野 純<sup>1</sup>, 小山剛司<sup>1</sup>, 渡辺睦子<sup>1</sup>, 今井宏樹<sup>1</sup>, 仲村 武<sup>1</sup>,  
 松村舞依<sup>2</sup>, 河野尚美<sup>1</sup>

## ランチオンセミナー

- ランチオンセミナー1** 5月27日(土) 11:40~12:40 第3会場(10F 1003)  
 座長: 大林千穂(公立大学法人奈良県立医科大学病理診断学講座)  
 分子病理診断における細胞診の役割: LBCの応用と可能性  
 久留米大学病院病理診断科・病理部 河原明彦  
 共催: 日本ベクトン・ディッキンソン株式会社
- ランチオンセミナー2** 5月27日(土) 11:40~12:40 第4会場(10F 1001・1002)  
 座長: 青木陽一(琉球大学大学院医学研究科女性・生殖医学講座)  
 婦人科腫瘍における分子標的治療薬ーベバシズマブを中心にー  
 東海大学産婦人科 平澤 猛  
 共催: 中外製薬株式会社
- ランチオンセミナー3** 5月27日(土) 11:40~12:40 第5会場(10F 1009)  
 座長: 笹川寿之(金沢医科大学医学部産科婦人科学)  
 証拠が語る. HPV 16/18型タイピングの重要性. 一福井県における併用検診導入(FCCS study)の2年間の結果からー  
 福井大学器官制御医学講座産科婦人科学領域 黒川哲司  
 共催: ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社
- ランチオンセミナー4** 5月27日(土) 11:40~12:40 第6会場(10F 1008)  
 座長: 鈴木光明(日本産婦人科医会常務理事/  
 新百合ヶ丘総合病院がんセンター/自治医科大学名誉教授)  
 HPV検査と細胞診併用検診の有効性の検証~小山地区モデル検証事業より~  
 自治医科大学産科婦人科学講座 藤原寛行  
 共催: 株式会社キアゲン
- ランチオンセミナー5** 5月27日(土) 11:40~12:40 第7会場(10F 1004・1005)  
 座長: 小笠原利忠(特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)  
 子宮頸部病変の診断とレーザー治療  
 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部 植田政嗣  
 共催: 飛鳥メディカル株式会社

ランチョンセミナー 6 5月27日(土) 11:40~12:40 第8会場(10F 1006・1007)

座長:三上幹男(東海大学医学部専門診療学系産婦人科学)

子宮頸癌の予防と治療を見直す

日本大学医学部産婦人科学系産婦人科学分野 川名 敬

共催:MSD株式会社

ランチョンセミナー 7 5月27日(土) 11:40~12:40 第9会場(12F 特別会議場)

座長:青木大輔(慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

子宮頸がん検診の今後の展望—病理学的視点から

熊本大学医学部附属病院病理部・病理診断科 三上芳喜

共催:シスメックス株式会社

ランチョンセミナー 8 5月27日(土) 11:40~12:40 第10会場(12F 1202)

座長:河原邦光(地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科)

中皮腫の細胞診断と患者救済

公立学校共済組合関東中央病院病理科 岡 輝明

共催:独立行政法人環境再生保全機構

ランチョンセミナー 9 5月28日(日) 11:40~12:40 第1会場(5F メインホール)

座長:羽場礼次(香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

PD-L1 検査の導入で病理・臨床検査技師に求められることは?

関西医科大学病態検査学講座 蔦 幸治

共催:MSD株式会社/大鵬薬品工業株式会社

ランチョンセミナー 10 5月28日(日) 11:40~12:40 第4会場(10F 1001・1002)

座長:大林千穂(奈良県立医科大学病理診断学講座)

Liquid biopsy の現状と将来展望

佐賀大学医学部附属病院呼吸器内科 荒金尚子

共催:アークレイ株式会社

ランチョンセミナー 11 5月28日(日) 11:40~12:40 第5会場(10F 1009)

座長:長村義之(医療法人財団順和会山王病院病理診断科)

悩めるLBC 導入記

和歌山県立医科大学人体病理学教室/病理診断科 村田晋一

共催:ホロジックジャパン株式会社

ランチョンセミナー 12 5月28日(日) 11:40~12:40 第6会場(10F 1008)

座長:亀井敏昭(PCL 福岡病理細胞診センター)

細胞診検査の基礎と最近のトピック~尼崎地域の悪性胸膜中皮腫と、その胸水細胞像の新しい見方と解釈~

大阪赤十字病院病理診断科 鷹巢晃昌

東洋紡株式会社診断システム事業部 奥田洋平

共催:東洋紡株式会社

ランチョンセミナー 13 5月28日(日) 11:40~12:40 第7会場(10F 1004・1005)

座長: 森井英一(大阪大学医学系研究科病態病理学・病理診断科)

肺癌診断における PD-L1 免疫染色

福岡大学医学部病理学講座・病理部 鍋島一樹

共催: アジレント・テクノロジー株式会社

ランチョンセミナー 14 5月28日(日) 11:40~12:40 第8会場(10F 1006・1007)

座長: 石井保吉(医療法人社団こころとからだの元氣プラザ臨床検査部)

ThinPrep<sup>®</sup>5000 の再現性

東京大学医学部附属病院病理部 瀬田 章

共催: サクラファインテックジャパン株式会社

## 一般演題・口演

## 5月27日(土) 第11会場(7F 701・702)

頭頸部 1	8:30~9:00	座長: 駄阿 勉 (大分大学医学部診断病理学講座)
O-1-1	当院における唾液腺穿刺吸引細胞診の成績と組織型の推定 千葉県がんセンター臨床病理部 ○青野卓矢, 有田茂実, 酒井えり, 高橋 司, 菅谷輝子, 小高亜紀子, 杉山孝弘, 伊丹真紀子, 荒木章伸	
O-1-2	圧挫細胞診により推定診断が可能であったSFT/HPCの1例 福岡大学病院病理診断科・病理部 <sup>1</sup> , 福岡大学医学部病理学講座 <sup>2</sup> ○西中村恵輔 <sup>1</sup> , 松本慎二 <sup>1</sup> , 小島勝己 <sup>1</sup> , 大石朋子 <sup>1</sup> , 相知優子 <sup>1</sup> , 青木光希子 <sup>2</sup> , 鍋島一樹 <sup>2</sup>	
O-1-3	MYB抗体を用いた免疫染色が診断に有用と思われた腺様嚢胞癌の3例 鳥取大学医学部附属病院病理部 <sup>1</sup> , 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座 <sup>2</sup> ○遠藤由香利 <sup>1,2</sup> , 桑本聡史 <sup>1</sup> , 大野千恵子 <sup>1</sup> , 松下倫子 <sup>2</sup> , 松重貴大 <sup>1</sup> , 持田洋利 <sup>1</sup> , 山田恭子 <sup>1</sup> , 堀江 靖 <sup>1</sup> , 梅北善久 <sup>1</sup> , 広岡保明 <sup>2</sup>	
頭頸部 2	9:00~9:30	座長: 前田 環 (医療法人彩樹守口敬仁会病院)
O-1-4	穿刺吸引細胞診にて推測し得た耳下腺乳腺相似分泌癌(MASC)の一例 地方独立行政法人筑後市立病院病理 <sup>1</sup> , 筑後市立病院耳鼻咽喉科 <sup>2</sup> , 久留米大学病院病理診断科・病理部 <sup>3</sup> ○石井友里 <sup>1,2,3</sup> , 濱津美穂 <sup>1</sup> , 山浦美紗 <sup>1</sup> , 牛島治雄 <sup>1</sup> , 今村市夫 <sup>1</sup> , 森松 稔 <sup>1</sup> , 中島 格 <sup>2</sup> , 安倍秀幸 <sup>3</sup> , 河原明彦 <sup>3</sup> , 秋葉 純 <sup>3</sup>	
O-1-5	多彩な細胞像および組織像を呈した唾液腺導管癌の一例 大阪医科大学医学部病理学教室 ○里見英俊, 栗栖義賢, 服部公亮, 廣瀬善信, 中山裕子, 出口千尋, 浦上真由美, 武田玲郁, 明石静香, 石崎幸恵	
O-1-6	胸水中に多くの異型細胞を認めた唾液腺導管癌の1例 福岡大学病院病理診断科・病理部 ○相知優子, 松本慎二, 小島勝己, 大石朋子, 西中村恵輔, 鍋島一樹	
呼吸器 1	9:30~10:00	座長: 川本雅司 (帝京大学医学部附属溝口病院)
O-1-7	術前未確診肺腫瘍に対する術中迅速穿刺吸引細胞診の有用性 一般財団法人住友病院診療技術部病理検査技術科 <sup>1</sup> , 一般財団法人住友病院病理部 <sup>2</sup> ○三村裕子 <sup>1</sup> , 岡本秀雄 <sup>1</sup> , 今村大輔 <sup>1</sup> , 今井香織 <sup>1</sup> , 藤田茂樹 <sup>2</sup>	
O-1-8	気管支擦過細胞診標本上でのEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の細胞学的検討 九州大学大学院医学系学府保健学専攻 <sup>1</sup> , 九州大学病院病理診断科 <sup>2</sup> , 九州大学大学院医学研究院保健学部門 <sup>3</sup> , 九州大学病院呼吸器内科 <sup>4</sup> , 九州大学病院消化器・総合外科 <sup>5</sup> , 飯塚市立病院内科 <sup>6</sup> , 九州大学大学院医学研究院形態病理機能病理学 <sup>7</sup> ○江島一志 <sup>1</sup> , 大久保文彦 <sup>2</sup> , 渡辺寿美子 <sup>3</sup> , 平橋美奈子 <sup>3</sup> , 山元英崇 <sup>2,7</sup> , 小田義直 <sup>2,7</sup> , 高山浩一 <sup>4</sup> , 岡本龍郎 <sup>5</sup> , 江島有美香 <sup>6</sup> , 杉島節夫 <sup>3</sup>	

## O-1-9 肺癌検診喀痰細胞診で発見された肺癌の発生部位の推移と細胞像の検討

公益財団法人ちば県民保健予防財団<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>, 日本赤十字社成田赤十字病院呼吸器外科<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>, 早田篤子<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>

**呼吸器 2 10:00~10:30 座長:堤 寛 (藤田保健衛生大学医学部病理学)**

## O-1-10 培養細胞株を用いた肺癌 LBC 標本における EGFR 遺伝子解析への影響について

北里大学病院病理部<sup>1</sup>, 北里大学医学部病理学<sup>2</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科<sup>3</sup>

○町田大輔<sup>1</sup>, 吉田 功<sup>1,2</sup>, 久場 樹<sup>1</sup>, 山下和也<sup>1</sup>, 佐藤之俊<sup>3</sup>, 三枝 信<sup>1,2</sup>, 村雲芳樹<sup>1,2</sup>

## O-1-11 気管支肺胞洗浄液(BAL)における反応性II型肺胞上皮細胞の細胞像の検討

公益財団法人宮城県対がん協会<sup>1</sup>, 仙台徳洲会病院呼吸器外科<sup>2</sup>, 東北大学加齢医学研究所<sup>3</sup>, 宮城県結核予防会複十字センター<sup>4</sup>

○羽場詩穂美<sup>1</sup>, 青野佳美<sup>1</sup>, 近 京子<sup>1</sup>, 遠藤千顕<sup>2</sup>, 桜田 晃<sup>3</sup>, 齋藤泰紀<sup>4</sup>

## O-1-12 細胞診における Deep Convolutional Neural Network を用いた肺癌組織型の自動分類

藤田保健衛生大学医学部病理診断科<sup>1</sup>, 藤田保健衛生大学医療科学部放射線学科<sup>2</sup>

○塚本徹哉<sup>1</sup>, 寺本篤司<sup>2</sup>, 桐山諭和<sup>1</sup>, 藤原真紀<sup>1</sup>, 平澤 浩<sup>1</sup>, 黒田 誠<sup>1</sup>

**呼吸器 3 10:30~11:00 座長:稲山嘉明 (横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科病理部)**

## O-1-13 喀痰細胞診および培養にて診断された Scedosporium 肺炎の1例

日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野<sup>1</sup>, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科<sup>2</sup>, 日本大学医学部附属板橋病院臨床検査部<sup>3</sup>, 日本大学医学部病態病理学系臨床検査医学分野<sup>4</sup>, 日本大学医学部呼吸器内科学系呼吸内科学分野<sup>5</sup>

○砂川恵伸<sup>1,2</sup>, 鈴木淳子<sup>3</sup>, 山本久恵<sup>3</sup>, 橋本尚子<sup>3</sup>, 関 利美<sup>3</sup>, 矢越美智子<sup>3</sup>, 大荷澄江<sup>1,2</sup>, 中山智祥<sup>3,4</sup>, 橋本 修<sup>5</sup>, 杉谷雅彦<sup>1,2</sup>

O-1-14 気管支肺胞洗浄液中に *Pneumocystis jirovecii* を認めたニューモシスチス肺炎の2例

岐阜市民病院病理診断科部<sup>1</sup>, 岐阜市民病院中央検査部<sup>2</sup>, 木沢記念病院病理診断科<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>, 大橋明香<sup>1</sup>, 渡部直樹<sup>1</sup>, 田中卓二<sup>1</sup>, 榊間利政<sup>2</sup>, 宮前里奈<sup>2</sup>, 山田鉄也<sup>3</sup>

## O-1-15 転移性肺腫瘍との鑑別にスタンプ細胞診が有用であった珪肺症の1例

沖縄赤十字病院呼吸器外科<sup>1</sup>, 沖縄赤十字病院病理科<sup>2</sup>

○宮城 淳<sup>1</sup>, 鈴木牧子<sup>2</sup>, 真喜志かおり<sup>2</sup>, 比嘉 讓<sup>2</sup>, 石川雅士<sup>2</sup>

**呼吸器 4 11:00~11:30 座長:南 優子 (国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター)**

## O-1-16 気管支擦過細胞診で診断に苦慮した inflammatory myofibroblastic tumor の1例

社会保険田川病院検査課病理<sup>1</sup>, 社会保険田川病院病理診断科<sup>2</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>3</sup>, 飯塚病院病理科<sup>4</sup>, 帝京大学福岡医療技術学部<sup>5</sup>

○梶原須賀子<sup>1</sup>, 草野弘宣<sup>2,3</sup>, 半田瑞樹<sup>4</sup>, 大屋正文<sup>4</sup>, 自見厚郎<sup>2,5</sup>

## O-1-17 気管支擦過細胞診の再検討

秋田大学医学部附属病院病理部病理診断科

○成田かすみ, 三澤桃子, 鈴木世志子, 伊藤 智, 廣嶋優子, 南條 博

## O-1-18 当院で経験した肺粘表皮癌6例の細胞学的特徴

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>, 同臨床検査部<sup>2</sup>, 大阪市立大学大学院医学研究科分子病理学<sup>3</sup>

○世古裕里<sup>1</sup>, 横田裕香<sup>1</sup>, 福島裕子<sup>1</sup>, 山畑 翔<sup>1</sup>, 加藤麻衣<sup>2</sup>, 内山 勲<sup>2</sup>, 奥野高裕<sup>3</sup>, 石井真美<sup>1</sup>, 井上 健<sup>1</sup>

<b>技術</b>	<b>14：20～14：50</b>	<b>座長：坂本寛文（東海細胞研究所）</b>
O-1-19	LBC 処理標本を用いた電界攪拌免疫染色装置による迅速免疫細胞化学染色 (R-ICC) の試み 秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部 ○伊藤 智, 成田かすみ, 廣嶋優子, 南條 博	
O-1-20	Direct fast scarlet の好酸球顆粒染色の検討 独立行政法人那覇市立病院 ○嵯峨彰太, 大城小枝弥, 坂名城真由美, 山城 篤, 真栄田百合子, 喜舎場由香, 新垣京子	
O-1-21	悪性中皮腫における体腔液セルブロック法を用いた RFC-1 発現の検討 公立昭和病院臨床検査科 <sup>1</sup> , 公立昭和病院病理診断科 <sup>2</sup> , PCL 福岡細胞病理センター <sup>3</sup> , 福岡大学病院病理部 <sup>4</sup> , 北海道大学病院病理部 <sup>5</sup> , 順天堂大学順天堂医院病理部 <sup>6</sup> , 神奈川県立足柄上病院検査科 <sup>7</sup> , 昭和大学医学部臨床病理診断学講座 <sup>8</sup> , 神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域 <sup>9</sup> ○濱川真治 <sup>1,8</sup> , 清水誠一郎 <sup>2</sup> , 亀井敏昭 <sup>3</sup> , 鍋島一樹 <sup>4</sup> , 松本慎二 <sup>4</sup> , 丸川活司 <sup>5</sup> , 稲葉暁子 <sup>6</sup> , 大金直樹 <sup>7</sup> , 瀧本雅文 <sup>8</sup> , 鴨志田伸吾 <sup>9</sup>	
<b>リンパ・造血器</b>	<b>14：50～15：20</b>	<b>座長：礪部宏昭（日本医科大学多摩永山病院病理診断科）</b>
O-1-22	リンパ節穿刺吸引細胞診における BD サイトリッチ™液状化細胞診の有用性の検討 東京慈恵会医科大学附属病院病理部 <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病理学講座 <sup>3</sup> ○伊藤聡史 <sup>1</sup> , 梅澤 敬 <sup>2</sup> , 堀口絢奈 <sup>1</sup> , 梅森宮加 <sup>1</sup> , 春間節子 <sup>1</sup> , 根本 淳 <sup>1</sup> , 廣岡信一 <sup>1</sup> , 清川貴子 <sup>1</sup> , 池上雅博 <sup>3</sup> , 鷹橋浩幸 <sup>1</sup>	
O-1-23	リンパ節に小細胞癌と悪性リンパ腫の衝突癌を生じ検査結果が乖離した 1 例 国立病院機構米子医療センター ○小早川奨, 見國真樹, 宇田川学, 吉田春彦	
O-1-24	皮膚病性リンパ節症の細胞学的検討 順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科 ○青木裕志, 浅見志帆, 飯野瑞貴, 阿部杏実, 大橋久美子, 小倉加奈子, 坂口亜寿美, 松本俊治	
<b>子宮頸部 1</b>	<b>15：20～15：50</b>	<b>座長：小田瑞恵（こころとからだの元氣プラザ）</b>
O-1-25	滋賀県における子宮頸癌検診の実際と今後の展望 滋賀医科大学 <sup>1</sup> , 公益財団法人滋賀県健康づくり財団 <sup>2</sup> ○久保卓郎 <sup>1</sup> , 浅野健治 <sup>2</sup> , 山本昌弘 <sup>2</sup> , 高橋健太郎 <sup>1</sup>	
O-1-26	子宮頸癌検診における細胞診正常・HPV 陽性例の約 20 年間の比較検討 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>	
O-1-27	米子市における細胞診/HPV 検査併用子宮頸がん検診～HPV16/18 型検出の試み 鳥取大学産科婦人科 <sup>1</sup> , 松江市立病院 <sup>2</sup> , 鳥取県保健事業団 <sup>3</sup> ○大石徹郎 <sup>1</sup> , 小松宏彰 <sup>1</sup> , 工藤明子 <sup>1</sup> , 野中道子 <sup>1</sup> , 千酌 潤 <sup>1</sup> , 佐藤慎也 <sup>1</sup> , 柿田和宏 <sup>3</sup> , 長谷川利恵 <sup>3</sup> , 富田優子 <sup>3</sup> , 紀川純三 <sup>2</sup>	



---

**5月27日(土) 第12会場(8F 801・802)**


---

<b>泌尿器 1</b>	<b>8:30~9:00</b>	<b>座長: 下釜達朗 (製鉄記念八幡病院)</b>
O-1-28	尿細胞診「異型細胞」に出現する異型尿路上皮細胞の核の大きさの検討 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, 白濱冨湖, 福原 萌, 澁木康雄, 佐々木直志, 渡邊麗子, 前島亜希子, 元井紀子	
O-1-29	液状化検体細胞診の診断精度は, 従来法を超えるのか? 二施設間の対比研究 製鉄記念八幡病院病理診断科 <sup>1</sup> , 産業医科大学第一病理学教室 <sup>2</sup> ○下釜達朗 <sup>1</sup> , 土器若穂 <sup>1</sup> , 岩井幸子 <sup>2</sup> , 松山篤二 <sup>2</sup> , 金城 満 <sup>1</sup>	
O-1-30	二回遠心沈殿法に用いる固定液が細胞形態と付帯的検査に及ぼす影響 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部 ○豊永安洋, 小山芳徳, 安達純世, 若原孝子, 山本善也, 常世田岬, 内田浩紀, 山田正俊, 石田康生, 山崎一人	
<b>泌尿器 2</b>	<b>9:00~9:20</b>	<b>座長: 鹿股直樹 (川崎医科大学病理学 2)</b>
O-1-31	膀胱原発神経内分泌癌の2例 静岡市立静岡病院 ○望月裕一, 堂本浩二, 遠藤三佳, 江河勇樹, 森木利昭	
O-1-32	Atypical cells 判定群に関する一考察 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> , 奥蘭 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 春子 <sup>4</sup> , 小原光祥 <sup>4</sup> , 下釜達朗 <sup>5</sup> , 金城 満 <sup>5</sup>	
<b>消化器 1</b>	<b>9:20~9:50</b>	<b>座長: 近藤福雄 (帝京大学医学部附属病院病理診断科)</b>
O-1-33	肝臓原発 PEComa の細胞像 がん研病理 <sup>1</sup> , がん研有明病院臨床病理センター <sup>2</sup> ○神田浩明 <sup>1,2</sup> , 古田則行 <sup>2</sup> , 鈴木奈緒子 <sup>2</sup> , 伊藤崇彦 <sup>2</sup> , 山田麻里沙 <sup>2</sup> , 河内 洋 <sup>1,2</sup> , 大迫 智 <sup>1,2</sup> , 小松京子 <sup>2</sup> , 杉山裕子 <sup>2</sup> , 石川雄一 <sup>1,2</sup>	
O-1-34	胆管内上皮内腫瘍 (BillIN) 病変の細胞形態学的検討 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> , 千葉市立海浜病院臨床検査科病理 <sup>3</sup> , 済生会神奈川県病院検査科 <sup>4</sup> , 太田総合病院中央検査科 <sup>5</sup> , 太田総合病院消化器外科 <sup>6</sup> ○古旗 淳 <sup>1</sup> , 東井靖子 <sup>1</sup> , 大橋久美子 <sup>2</sup> , 西野武夫 <sup>3</sup> , 阿部加奈子 <sup>4</sup> , 阿部佳之 <sup>5</sup> , 権田厚文 <sup>6</sup>	
O-1-35	胆汁細胞診における高分化型腺癌と良性異型細胞の鑑別所見の解析 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> , 久保田学 <sup>2</sup> , 半田留美子 <sup>1</sup> , 上野隆彦 <sup>4</sup> , 小池淳樹 <sup>1,2</sup>	

**消化器 2 9:50~10:20 座長:大井章史(金沢大学大学院医学系研究科・分子細胞病理学(病理学第一))**

- O-1-36 膵管内乳頭粘液性腫瘍における癌関連線維芽細胞の細胞学的検討  
東海大学医学部附属病院病理検査技術科<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>, 東海大学医学部附属東京病院病理診断科<sup>3</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>4</sup>  
○才荷 翼<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>, 町田知久<sup>2</sup>, 望月紀英<sup>3</sup>, 平林健一<sup>4</sup>, 梶原 博<sup>4</sup>, 中村直哉<sup>4</sup>
- O-1-37 ERCP 下擦過細胞診における BD サイトリッチ™法の診断精度と標本適否の検討  
東京慈恵会医科大学付属病院病理部<sup>1</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>2</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3</sup>, 東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>4</sup>  
○堀口絢奈<sup>1,2</sup>, 梅澤 敬<sup>3</sup>, 土屋幸子<sup>1</sup>, 斎藤 歩<sup>1</sup>, 副島友莉恵<sup>2</sup>, 沢辺元司<sup>2</sup>, 廣岡信一<sup>1</sup>, 清川貴子<sup>1</sup>, 池上雅博<sup>4</sup>, 鷹橋浩幸<sup>1</sup>
- O-1-38 膵 Clear cell variant of solid pseudopapillary neoplasm の 1 例  
広島県厚生農業協同組合連合会広島総合病院病理研究検査科  
○永田郁子, 上國 愛, 岡本淳子, 井町海太, 台丸 裕

**消化器 3 10:20~10:50 座長:清水 健(JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)**

- O-1-39 当院における超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)についての検討  
国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科  
○小林 剛, 柴田 淳, 信広亮輔, 佐々木なおみ
- O-1-40 膵 EUS-FNA における Cellprep 検体を用いた免疫細胞化学染色の検討  
大阪大学医学部附属病院病理部  
○大西崇文, 長友忠相, 川嶋真由美, 内藤賢郎, 田原紳一郎, 野島 聡, 堀由美子, 和田直樹, 池田純一郎, 森井英一
- O-1-41 膵病変に対する EUS-FNA による腫瘍細胞の Seeding について  
熊本赤十字病院病理診断科  
○長峯理子

**口腔・歯科 10:50~11:30 座長:久山佳代(日本大学松戸歯学部)**

- O-1-42 液状化検体細胞診を用いたラット舌前がん病変を規定する遺伝子の検索  
朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野<sup>1</sup>, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>2</sup>, 大同病院歯科口腔外科<sup>3</sup>  
○金子裕康<sup>1</sup>, 江原道子<sup>2</sup>, 中尾寿奈<sup>2</sup>, 永山元彦<sup>2</sup>, 住友伸一郎<sup>1</sup>, 松原 誠<sup>3</sup>, 田沼順一<sup>2</sup>
- O-1-43 口腔細胞診における深層型異型細胞の鑑別点についての再検討  
東京歯科大学市川総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, Department of Gynecology, Tokyo Dental College Ichikawa General Hospital<sup>2</sup>  
○神原亜季<sup>1</sup>, 小谷隆史<sup>1</sup>, 田口春丈<sup>1</sup>, 福田雅美<sup>1</sup>, 橋本和彦<sup>1</sup>, 田中陽一<sup>1</sup>, 橋本志歩<sup>2</sup>, 小川真里子<sup>2</sup>, 高松 潔<sup>2</sup>
- O-1-44 悪性黒色腫と鑑別を要した口底部基底細胞癌の一例  
東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理<sup>1</sup>, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科<sup>2</sup>  
○小谷隆史<sup>1</sup>, 神原亜季<sup>1</sup>, 田口晴丈<sup>1</sup>, 福田雅美<sup>1</sup>, 宜保一夫<sup>1</sup>, 橋本和彦<sup>1</sup>, 田中陽一<sup>1</sup>, 橋本志歩<sup>2</sup>, 小川真里子<sup>2</sup>, 高松 潔<sup>2</sup>
- O-1-45 口腔領域の LBC 標本作製における前処理が細胞像に及ぼす影響について  
島根大学医学部歯科口腔外科学講座  
○秀島克巳, 関根浄治

<b>骨・軟部1</b>	<b>14:20~14:50</b>	<b>座長:小田義直</b> (九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)
O-1-46	二相性滑膜肉腫との鑑別が困難であった高齢女性鼠径部の悪性筋上皮腫の一切除例 産業医大医学部第二病理講座 <sup>1)</sup> , 公立八女総合病院病理診断科 <sup>2)</sup> , 公立八女総合病院臨床検査科 <sup>3)</sup> ○渡辺次郎 <sup>1)</sup> , 中山敏幸 <sup>1)</sup> , 谷川 健 <sup>2)</sup> , 中野聖美 <sup>3)</sup> , 甲斐麻莉子 <sup>3)</sup> , 村上奈由美 <sup>3)</sup> , 村上勇二 <sup>3)</sup> , 樋口英次郎 <sup>3)</sup> , 跡部美和 <sup>3)</sup>	
O-1-47	胸水中に腫瘍細胞が出現した胎児型横紋筋肉腫の1例 神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部 <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> ○森田明子 <sup>1)</sup> , 井本秀志 <sup>1)</sup> , 尾松雅仁 <sup>1)</sup> , 田代章人 <sup>1)</sup> , 上原慶一郎 <sup>2)</sup> , 今井幸弘 <sup>2)</sup>	
O-1-48	Superficial CD34-positive fibroblastic sarcoma の細胞所見 鳥取大学医学部附属病院病理部 <sup>1)</sup> , 鳥取大学医学部器官病理学分野 <sup>2)</sup> ○松重貴大 <sup>1)</sup> , 桑本聡史 <sup>1)</sup> , 山田恭子 <sup>1)</sup> , 持田洋利 <sup>1)</sup> , 遠藤由香利 <sup>1)</sup> , 大野千恵子 <sup>1)</sup> , 野坂加苗 <sup>2)</sup> , 堀江 靖 <sup>1)</sup> , 梅北善久 <sup>2)</sup>	
<b>骨・軟部2</b>	<b>14:50~15:20</b>	<b>座長:北澤莊平</b> (愛媛大学分子病理学)
O-1-49	リンパ節生検印細胞診にて診断に苦慮した胞巣型横紋筋肉腫 (充実型) 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> , 宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野 <sup>3)</sup> ○野口裕史 <sup>1)</sup> , 徳満貴子 <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> , 福島 剛 <sup>3)</sup> , 田中弘之 <sup>3)</sup> , 秋山 裕 <sup>2)</sup> , 佐藤勇一郎 <sup>1,2)</sup>	
O-1-50	Hybrid sclerosing epithelioid fibrosarcoma/low-grade fibromyxoid sarcoma の1症例 独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院検査部 <sup>1)</sup> , 指月病理診断科 <sup>2)</sup> , 独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院外科 <sup>3)</sup> , 滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科 <sup>4)</sup> ○吉田章子 <sup>1)</sup> , 馬野真次 <sup>1)</sup> , 竹村しづき <sup>1,2,4)</sup> , 安 炳九 <sup>3)</sup> , 森谷鈴子 <sup>4)</sup> , 九嶋亮治 <sup>4)</sup>	
O-1-51	胸水中に出現した血管肉腫の2例 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター ○西川京子, 大西雅子, 梶尾健太, 大山重勝, 安江智美, 河原邦光	
<b>中枢神経</b>	<b>15:20~15:40</b>	<b>座長:伊東恭子</b> (京都府立医科大学)
O-1-52	脳転移で発見され細胞診で組織推定が可能であった子宮頸部大細胞神経内分泌癌の一例 東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科 <sup>1)</sup> , 東京慈恵会医科大学附属柏病院病理部 <sup>2)</sup> , 東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科 <sup>3)</sup> ○小曾根浩一 <sup>1)</sup> , 藪崎恵子 <sup>1)</sup> , 田部 宏 <sup>1)</sup> , 高野浩邦 <sup>1)</sup> , 柳沢春華 <sup>2)</sup> , 中野雅貴 <sup>2)</sup> , 鈴木正章 <sup>2)</sup> , 上田 和 <sup>3)</sup> , 斎藤元章 <sup>3)</sup> , 岡本愛光 <sup>3)</sup>	
O-1-53	脳腫瘍術中迅速診断に苦慮した星芽腫の1例 北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野 <sup>1)</sup> , 旭川医科大学病院病理部 <sup>2)</sup> , 北海道大学大学院医学研究科探索病理学講座 <sup>3)</sup> ○鈴鹿 淳 <sup>1)</sup> , 森谷 純 <sup>1)</sup> , 竹浪智子 <sup>1)</sup> , 漆戸万紗那 <sup>1)</sup> , 湯澤明夏 <sup>2)</sup> , 木村太一 <sup>3)</sup> , 石田雄介 <sup>1)</sup> , 谷野美智枝 <sup>1)</sup> , 西原広史 <sup>3)</sup> , 田中伸哉 <sup>1,3)</sup>	

---

**5月27日(土) 第13会場(11F 1101・1102)**


---

**その他 14:20~14:50 座長:小西 登(奈良県立医科大学病理病態学講座)**

- O-1-54 NUT midline carcinoma の2例の細胞像について  
 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呼吸器内科<sup>2</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>3</sup>  
 ○星 利良<sup>1</sup>, 佐藤由紀子<sup>1,3</sup>, 柳谷典子<sup>1,2</sup>, 池畑浩一<sup>1</sup>, 古田則行<sup>1</sup>, 小松京子<sup>1</sup>, 二宮浩範<sup>3</sup>,  
 石川雄一<sup>1,3</sup>, 宝来 威<sup>1,2</sup>, 杉山裕子<sup>1</sup>
- O-1-55 MYC 遺伝子再構成高悪性度B細胞性リンパ腫の細胞学的検討  
 東海大学医学部附属病院病理検査技術科<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>  
 ○加戸伸明<sup>1</sup>, 才荷 翼<sup>1</sup>, 芹澤昭彦<sup>1</sup>, 宮嶋葉子<sup>1</sup>, 伊藤 仁<sup>1</sup>, 町田知久<sup>2</sup>, 井野元智恵<sup>3</sup>,  
 平林健一<sup>3</sup>, 梶原 博<sup>3</sup>, 中村直哉<sup>3</sup>
- O-1-56 BRCA1 遺伝子病的変異陽性例であり耳下腺癌を発症した1症例  
 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>1</sup>, 慶應義塾大学病院病理診断部<sup>2</sup>, 神奈川県立がんセンター遺伝カウンセリング外来<sup>3</sup>  
 ○赤羽智子<sup>1</sup>, 増田健太<sup>1</sup>, 野村弘行<sup>1</sup>, 片岡史夫<sup>1</sup>, 阪埜浩司<sup>1</sup>, 富永英一郎<sup>1</sup>, 進 伸幸<sup>1</sup>,  
 亀山香織<sup>2</sup>, 清水 哲<sup>3</sup>, 青木大輔<sup>1</sup>

---

**5月28日(日) 第11会場(7F 701・702)**


---

**子宮頸部2 8:30~9:00 座長:宮城悦子(横浜市立大学附属病院産婦人科)**

- O-2-1 ASC-H 症例の病理組織診断および臨床経過に関する検討  
 神戸大学医学部附属病院産科婦人科<sup>1</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>  
 ○今福仁美<sup>1</sup>, 蝦名康彦<sup>1</sup>, 鈴木嘉穂<sup>1</sup>, 塚本龍子<sup>2</sup>, 原 重雄<sup>2</sup>, 伊藤智雄<sup>2</sup>, 山田秀人<sup>1</sup>
- O-2-2 ハイリスク HPV 感染を伴う ASC-US についての検討  
 函館中央病院産婦人科<sup>1</sup>, 北海道対がん協会札幌検診センター<sup>2</sup>, 北海道大学病院産婦人科<sup>3</sup>,  
 小樽市立病院産婦人科<sup>4</sup>  
 ○三田村卓<sup>1</sup>, 藤田博正<sup>2</sup>, 金野陽輔<sup>3</sup>, 田沼史恵<sup>1</sup>, 木川聖美<sup>4</sup>
- O-2-3 ASC-US における HPV-DNA 検査の有用性と臨床上的留意点  
 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学医学部産婦人科学<sup>2</sup>, 聖マリアンナ医科大学医学部病理学<sup>3</sup>, 東京都予防医学協会<sup>4</sup>  
 ○戸澤晃子<sup>1,2</sup>, 永澤侑子<sup>2</sup>, 横道憲幸<sup>2</sup>, 細沼信示<sup>2</sup>, 吉岡範人<sup>2</sup>, 大原 樹<sup>2</sup>, 大熊克彰<sup>2</sup>,  
 前田一郎<sup>3</sup>, 木口一成<sup>2,4</sup>, 鈴木 直<sup>2</sup>

**子宮頸部3 9:00~9:30 座長:竹島信宏(がん研究会 有明病院)**

- O-2-4 細胞診-HPV 検査併用ダブルネガティブ後の年齢階層別リスク  
 自治医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院<sup>2</sup>  
 ○森澤宏行<sup>1</sup>, 藤原寛行<sup>1</sup>, 高橋詳史<sup>1</sup>, 高橋寿々代<sup>1</sup>, 種市明代<sup>1</sup>, 町田静生<sup>1</sup>, 竹井裕二<sup>1</sup>,  
 嵯峨 泰<sup>1</sup>, 松原茂樹<sup>1</sup>, 鈴木光明<sup>2</sup>

- O-2-5 当院における子宮頸部病変要精査症例の受診行動についての検討  
京都府立医科大学医学部医学科産婦人科学教室  
○明石京子, 森 泰輔, 片岡 恒, 古株哲也, 寄木香織, 松島 洋, 辰巳 弘, 黒星晴夫,  
北脇 城
- O-2-6 職域における子宮頸がん検診の現状と問題点  
産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座<sup>1)</sup>, 産業医科大学医学部産科婦人科学教室<sup>2)</sup>  
○松浦祐介<sup>1)</sup>, 蜂須賀徹<sup>2)</sup>

**子宮頸部 4 9:30~10:00 座長: 寒河江悟 (北海道大野記念病院)**

- O-2-7 実臨床の同一患者における SurePath と ThinPrep 間の子宮頸部細胞診結果の比較・解析  
四国がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>2)</sup>  
○田中慎一<sup>1)</sup>, 山本珠美<sup>1)</sup>, 岡本奈美<sup>1)</sup>, 高畑浩之<sup>2)</sup>, 西村理恵子<sup>1)</sup>, 寺本典弘<sup>2)</sup>
- O-2-8 子宮頸部液状化細胞診システム Cellprep 導入に伴う判定成績推移とその要因解析  
国立病院機構福山医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 岡山大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 労働者健康安全機構岡山労災病院中央検査部病理診断科<sup>3)</sup>  
○福田由美子<sup>1)</sup>, 有安早苗<sup>1)</sup>, 中桐智香子<sup>1)</sup>, 渡辺次郎<sup>1)</sup>, 柳井広之<sup>2)</sup>, 園部 宏<sup>3)</sup>
- O-2-9 液状化検体法による新潟市の対策型子宮頸がん検診成績の解析  
新潟南病院婦人科<sup>1)</sup>, 新潟県立がんセンター新潟病院婦人科<sup>2)</sup>, 新潟市民病院産婦人科<sup>3)</sup>, 新潟大学医歯学総合病院産婦人科<sup>4)</sup>  
○児玉省二<sup>1)</sup>, 笹川 基<sup>2)</sup>, 菊池 朗<sup>2)</sup>, 倉林 工<sup>3)</sup>, 関根正幸<sup>4)</sup>

**子宮頸部 5 10:00~10:30 座長: 山口知彦 (久留米大学付属病院病理診断科・病理部)**

- O-2-10 婦人科細胞診における直接塗抹法・フィルター法・密度勾配法による標本適否要因の検討  
大森赤十字病院検査部<sup>1)</sup>, 大森赤十字病院産婦人科<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3)</sup>  
○九十九葉子<sup>1)</sup>, 及川実夏<sup>1)</sup>, 梅澤 敬<sup>3)</sup>, 大内和真<sup>1)</sup>, 日下部民美<sup>1)</sup>, 田岡英樹<sup>2)</sup>, 坂本穆彦<sup>1)</sup>
- O-2-11 日本における高リスク HPV 型の同定と検診への応用の可能性  
金沢医科大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 群馬パース大学保健科学部検査技術学科<sup>2)</sup>, 杏林大学保健学部臨床検査技術学科<sup>3)</sup>  
○坂本人一<sup>1)</sup>, 大阪康宏<sup>1)</sup>, 柴田健雄<sup>1)</sup>, 岡山香里<sup>2)</sup>, 大河戸光章<sup>3)</sup>, 笹川寿之<sup>1)</sup>
- O-2-12 ハイリスク HPV14 種類を 9 つに判別する新規 HPV 簡易ジェノタイプング試薬の臨床評価  
金沢大学産婦人科  
○中村充宏, 水本泰成, 高倉正博

**子宮頸部 6 10:30~11:00 座長: 藤井多久磨 (藤田保健衛生大学医学部産婦人科学講座)**

- O-2-13 アプティマ HPV における既存法 (コバス HPV, HC2) との比較検討  
株式会社ファルコバイオシステムズ総合研究所検査グループ病原体遺伝子  
○土谷侑雅, 山田都也子, 福田修久
- O-2-14 HPV 遺伝子挿入子宮頸部上皮由来 NCE16A 細胞における p53 遺伝子導入の効果と細胞形態  
市立柏原病院産婦人科<sup>1)</sup>, 大阪市立大学医学研究科産婦人科<sup>2)</sup>  
○本田謙一<sup>1,2)</sup>, 笠井真理<sup>2)</sup>, 市村友季<sup>2)</sup>, 角 俊幸<sup>2)</sup>, 石河 修<sup>2)</sup>
- O-2-15 子宮頸部液状化細胞診検体における p16/ki-67 二重免疫染色の有用性  
筑波大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理学<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>1)</sup>, 野口雅之<sup>2)</sup>



<b>子宮頸部 7</b>	<b>11:00~11:30</b>	<b>座長：紀川純三</b> (松江市立病院)
O-2-16	子宮頸部腺系病変との鑑別を要する高異型度扁平上皮内病変の細胞像 大阪府立成人病センター臨床検査科病理細胞診 <sup>1)</sup> , 大阪府立成人病センター病理細胞診断科 <sup>2)</sup> ○龍あゆみ <sup>1)</sup> , 竹中明美 <sup>2)</sup> , 芦村純一 <sup>1)</sup> , 長田盛典 <sup>2)</sup> , 富田裕彦 <sup>2)</sup>	
O-2-17	子宮頸部細胞診 AGC 症例の病理組織学的検討と転帰 神戸大学医学部附属病院産科婦人科 <sup>1)</sup> , 神戸大学医学部附属病院病理部 <sup>2)</sup> ○川口徹也 <sup>1)</sup> , 今福仁美 <sup>1)</sup> , 蝦名康彦 <sup>1)</sup> , 鈴木嘉穂 <sup>1)</sup> , 塚本龍子 <sup>2)</sup> , 原 重雄 <sup>2)</sup> , 伊藤智雄 <sup>2)</sup> , 山田秀人 <sup>1)</sup>	
O-2-18	子宮頸部上皮内腺癌(AIS)の病理学的解析—CIN 病変との合併例を中心に— 山梨大学医学部附属病院病理部 <sup>1)</sup> , 山梨大学医学部産婦人科学講座 <sup>2)</sup> , 山梨大学医学部人体病理学講座 <sup>3)</sup> ○花井佑樹 <sup>1)</sup> , 中澤久美子 <sup>1)</sup> , 大森真紀子 <sup>2)</sup> , 石井喜雄 <sup>1)</sup> , 佐藤詩織 <sup>1)</sup> , 望月直子 <sup>1)</sup> , 笠井一希 <sup>1)</sup> , 中澤匡男 <sup>3)</sup> , 近藤哲夫 <sup>3)</sup> , 加藤良平 <sup>3)</sup>	
<b>子宮頸部 8</b>	<b>13:00~13:30</b>	<b>座長：久布白兼行</b> (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)
O-2-19	妊娠初期細胞診の精度に関する検討—非妊婦例との比較から 自治医科大学附属病院産婦人科 ○大橋麻衣, 藤原寛行, 種市明代, 高橋詳史, 森澤宏行, 高橋寿々代, 町田静生, 竹井裕二, 嵯峨 泰, 松原茂樹	
O-2-20	妊娠中に子宮頸部細胞診異常を指摘された症例の検討 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座 <sup>1)</sup> , 弘前大学医学部附属病院病理部 <sup>2)</sup> , 弘前大学医学部病理診断学講座 <sup>3)</sup> , 弘前大学医学部保健学科 <sup>4)</sup> ○重藤龍比古 <sup>1)</sup> , 山内愛紗 <sup>1)</sup> , 三浦理恵 <sup>1)</sup> , 二神真行 <sup>1)</sup> , 横山良仁 <sup>1)</sup> , 刀稱亀代志 <sup>2)</sup> , 小島啓子 <sup>2)</sup> , 加藤哲子 <sup>3)</sup> , 黒瀬 顕 <sup>3)</sup> , 渡邊 純 <sup>4)</sup>	
O-2-21	子宮頸部円錐切除術後管理での標本中の頸管腺細胞及び移行帯細胞の検討 長岡中央総合病院産婦人科 ○齋藤強太, 加勢宏明, 横田有紀, 五十嵐俊彦	
<b>子宮頸部 9</b>	<b>13:30~14:00</b>	<b>座長：齋藤 豪</b> (札幌医科大学産婦人科)
O-2-22	細胞診で扁平上皮癌が疑われた CIN2 の 1 例 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部 <sup>2)</sup> ○楚南侑子 <sup>1)</sup> , 鈴木幸雄 <sup>1)</sup> , 太田幸秀 <sup>1)</sup> , ルイズ横田奈朋 <sup>1)</sup> , 佐藤美紀子 <sup>1)</sup> , 三田和博 <sup>2)</sup> , 佐川弘美 <sup>2)</sup> , 山中正二 <sup>2)</sup> , 古屋充子 <sup>2)</sup> , 宮城悦子 <sup>1)</sup>	
O-2-23	AGC の長期経過観察中に発症した AIS 合併 LEGH の一例 国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科 <sup>1)</sup> , 国立病院機構西埼玉中央病院研究検査科 <sup>2)</sup> ○石井賢治 <sup>1)</sup> , 大野 浩 <sup>2)</sup> , 島田哲也 <sup>2)</sup>	
O-2-24	子宮頸部原発基底細胞様扁平上皮癌の 1 例 がん研有明病院婦人科 <sup>1)</sup> , 三重大学病院産婦人科 <sup>2)</sup> , がん研有明病院病理部 <sup>3)</sup> ○杉原 武 <sup>1)</sup> , 岡本三四郎 <sup>1)</sup> , 杉山裕子 <sup>1)</sup> , 長島 稔 <sup>1)</sup> , 的田真紀 <sup>1)</sup> , 近藤英司 <sup>2)</sup> , 加藤一喜 <sup>1)</sup> , 竹島信宏 <sup>1)</sup> , 伊藤崇彦 <sup>3)</sup> , 高澤 豊 <sup>3)</sup>	



子宮頸部 10	14:00~14:30	座長: 落合和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)
O-2-25	EUS-FNA が有用であった膵転移で再発した子宮頸部小細胞癌の一例 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> , 九州労災病院消化器内科 <sup>3</sup> , JR九州病院病理診断科 <sup>4</sup> , 九州医療センター消化器内科 <sup>5</sup> , 産業医科大学第一病理 <sup>6</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> , 淋 茜 <sup>2</sup> , 吉田徳秀 <sup>2</sup> , 加来豊馬 <sup>3,5</sup> , 濱田哲夫 <sup>2,4</sup> , 久岡正典 <sup>6</sup>	
O-2-26	子宮頸部及び体部に広範囲に浸潤性漿液性腺癌を認めた1例 東京大学医学部産婦人科学教室 <sup>1</sup> , 東京大学医学部病理学教室 <sup>2</sup> ○谷川道洋 <sup>1</sup> , 堂本裕加子 <sup>2</sup> , 長阪一憲 <sup>1</sup> , 高橋 優 <sup>1</sup> , 曾根献文 <sup>1</sup> , 足立克之 <sup>1</sup> , 有本貴英 <sup>1</sup> , 織田克利 <sup>1</sup> , 大須賀穰 <sup>1</sup> , 藤井知行 <sup>1</sup>	
O-2-27	細胞診で推定可能であった子宮頸部原発悪性リンパ腫の一例 飯塚病院産婦人科 <sup>1</sup> , 飯塚病院中央検査部 <sup>2</sup> , 飯塚病院病理科 <sup>3</sup> ○小柳貴裕 <sup>1</sup> , 遠山篤史 <sup>1</sup> , 藤 庸子 <sup>1</sup> , 近藤晴彦 <sup>1</sup> , 川嶋大輔 <sup>2</sup> , 井上佳奈子 <sup>2</sup> , 佛淵由佳 <sup>3</sup> , 辻岡 寛 <sup>1</sup> , 江口冬樹 <sup>1</sup>	
子宮頸部 11	14:30~15:00	座長: 岩坂 剛 (高邦会高木病院予防医学センター)
O-2-28	細胞診で子宮頸部大細胞神経内分泌癌を推定した2例 鳥取大学産科婦人科 <sup>1</sup> , 鳥取大学病理診断科 <sup>2</sup> ○小松宏彰 <sup>1</sup> , 小作大賢 <sup>1</sup> , 澤田真由美 <sup>1</sup> , 工藤明子 <sup>1</sup> , 野中道子 <sup>1</sup> , 千酌 潤 <sup>1</sup> , 佐藤慎也 <sup>1</sup> , 桑本聡史 <sup>2</sup> , 堀江 靖 <sup>2</sup> , 大石徹郎 <sup>1</sup>	
O-2-29	神経内分泌腫瘍成分を伴う子宮頸部癌肉腫の1例 大阪医科大学産婦人科 <sup>1</sup> , 大阪医科大学病理学教室 <sup>2</sup> ○森田奈津子 <sup>1</sup> , 芦原敬允 <sup>1</sup> , 丸岡 寛 <sup>1</sup> , 前田和也 <sup>1</sup> , 藤原聡枝 <sup>1</sup> , 田中智人 <sup>1</sup> , 田中良道 <sup>1</sup> , 寺井義人 <sup>1</sup> , 山田隆司 <sup>2</sup> , 大道正英 <sup>1</sup>	
O-2-30	神経内分泌腫瘍の共存が考えられた子宮頸部扁平上皮癌の一例 市立釧路総合病院医療技術部検査科 <sup>1</sup> , 市立釧路総合病院病理診断科 <sup>2</sup> , 市立釧路総合病院産婦人科 <sup>3</sup> , 札幌医科大学病理学第二講座 <sup>4</sup> , NTT 東日本札幌病院臨床検査科 <sup>5</sup> ○小関孝之 <sup>1</sup> , 小笠原淳 <sup>1</sup> , 田畑聡美 <sup>1</sup> , 中野勝彦 <sup>1</sup> , 守田玲菜 <sup>2</sup> , 玉手雅人 <sup>3</sup> , 村田雅樹 <sup>4</sup> , 高桑康成 <sup>5</sup>	

---

## 5月28日(日) 第12会場 (8F 801・802)

---

乳腺 I	8:30~9:00	座長: 横山宗伯 (東京警察病院病理診断科)
O-2-31	乳癌センチネルリンパ節転移陽性症例に対する非郭清非照射の適応 千葉大学臓器制御外科 <sup>1</sup> , 千葉大学診断病理 <sup>2</sup> ○長嶋 健 <sup>1</sup> , 三階貴史 <sup>1</sup> , 羽山晶子 <sup>1</sup> , 石神恵美 <sup>1</sup> , 升田貴仁 <sup>1</sup> , 中川綾子 <sup>1</sup> , 中谷行雄 <sup>2</sup> , 大塚将之 <sup>1</sup>	
O-2-32	乳腺穿刺吸引細胞診における LBC-p63 免疫染色標本の統計学的解析 愛媛県立中央病院検査部 <sup>1</sup> , 愛媛県立中央病院病理診断科 <sup>2</sup> ○大杉増美 <sup>1</sup> , 安田理恵 <sup>1</sup> , 高石裕子 <sup>1</sup> , 木下幸正 <sup>1</sup> , 木藤克己 <sup>2</sup> , 杉田敦郎 <sup>2</sup> , 前田智治 <sup>2</sup>	

- O-2-33 乳腺穿刺吸引細胞診における Liquid-based cytology—CK5/6 免疫染色の有用性を中心に—  
松山赤十字病院病理診断科  
○窪田裕美, 水野彩乃, 坂本真吾, 三好陽子, 門屋孝志, 古本好江, 高石治彦, 飛田 陽,  
大城由美

**乳腺 2 9:00~9:30 座長: 黒住昌史 (埼玉県立がんセンター)**

- O-2-34 LBC による乳腺細胞診断の標準化を目指して~コメド型乳管癌の検討~  
社会医療法人博愛会相良病院病理診断科  
○皆倉愛美, 前田ゆかり, 永尾聡子, 北園暢子, 大井恭代
- O-2-35 乳腺穿刺吸引細胞診の集塊不整性評価におけるグレー・フラクタル解析法の有用性  
弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>1</sup>, 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>2</sup>, 十和田市立中央病院臨床検査科<sup>3</sup>, 弘前市立病院臨床検査科<sup>4</sup>,  
弘前市立病院乳腺外科<sup>5</sup>  
○吉岡治彦<sup>1,2</sup>, 戸来安那<sup>3</sup>, 及川颯太<sup>4</sup>, 石山雅大<sup>4</sup>, 吉澤忠司<sup>4</sup>, 田中正則<sup>4</sup>, 長谷川善枝<sup>5</sup>,  
堀江香代<sup>1,2</sup>, 渡邊 純<sup>1,2</sup>
- O-2-36 演題取下げ

**乳腺 3 9:30~10:00 座長: 大井恭代 (博愛会相良病院病理診断科)**

- O-2-37 Invasive ductal carcinoma with focal lipid-rich feature, a case report  
JA 新潟厚生連糸魚川総合病院検査科<sup>1</sup>, JA 新潟厚生連糸魚川総合病院外科<sup>2</sup>, 富山大学大学  
院医学薬学研究部病態病理学講座<sup>3</sup>, 富山大学附属病院病理部病理診断科<sup>4</sup>, 滋賀医科大学  
医学部附属病院病理部病理診断科<sup>5</sup>  
○澤口幸希<sup>1</sup>, 濱島 丈<sup>3</sup>, 笹原正清<sup>3</sup>, 田澤賢一<sup>2</sup>, 森谷鈴子<sup>5</sup>, 堀 隆<sup>4</sup>
- O-2-38 乳腺血管肉腫の2症例  
PCL 盛岡病理・細胞診センター<sup>1</sup>, 八戸市立市民病院臨床検査科病理<sup>2</sup>  
○宮智恵子<sup>1</sup>, 方山揚誠<sup>1</sup>, 小川七恵<sup>1</sup>, 佐々木仁子<sup>1</sup>, 海老川久美子<sup>1</sup>, 工藤里美<sup>1</sup>, 奥沢悦子<sup>2</sup>,  
矢嶋信久<sup>2</sup>
- O-2-39 乳腺間質肉腫の1例  
総合大雄会病院技術検査科<sup>1</sup>, 藤田保健衛生大学医学部第1病理学<sup>2</sup>  
○中村智子<sup>1</sup>, 鈴木健太郎<sup>1</sup>, 堂園俊太郎<sup>1</sup>, 寶來慎吾<sup>1</sup>, 橋本俊彰<sup>1</sup>, 堤 寛<sup>2</sup>

**乳腺 4 10:00~10:30 座長: 前田一郎 (聖マリアンナ医科大学病理学)**

- O-2-40 右乳腺小葉癌診断後の細胞診標本の再検討により発見された左乳腺管状癌の1例  
八戸赤十字病院検査技術課  
○小原勇貴, 萩生田美穂, 清水道弘, 吉田幸司, 笹生俊一
- O-2-41 18年前に切除された右乳腺原発の硬癌が浸潤性小葉癌に形質転化し腹膜播種を来した1例  
広島大学病院病理診断科  
○小川勝成, 有廣光司, 清水智美, 石田克成, 織田麻琴, 木村修士, 城間紀之
- O-2-42 ゼノグラフト (異種移植) 腫瘍細胞を用いた免疫染色コントロールに関する基礎的検討  
東大和病院病理細胞診断科<sup>1</sup>, 実験動物中央研究所病理解析センター<sup>2</sup>, 神戸大学大学院保  
健学研究科<sup>3</sup>  
○河村淳平<sup>1</sup>, 川井健司<sup>2</sup>, 島方崇明<sup>1</sup>, 林友理恵<sup>1</sup>, 坂牧久仁子<sup>1</sup>, 篠 友希<sup>1</sup>, 鴨志田伸吾<sup>3</sup>,  
桑尾定仁<sup>1</sup>

**乳腺 5 10:30~11:00 座長: 桑尾定仁 (東大和病院病理細胞診断科)**

- O-2-43 ベッドサイド細胞診併用乳癌術前超音波ガイド下腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診の検討  
三重大学医学部附属病院乳腺センター<sup>1</sup>, 三重大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>  
○北山美佳<sup>1</sup>, 柴原亜希子<sup>1,2</sup>, 小塚祐司<sup>2</sup>, 小川朋子<sup>1</sup>, 今井 裕<sup>2</sup>

- O-2-44 乳頭分泌物細胞診の検討—赤血球の出現に着目して—  
三重大学医学部附属病院乳腺センター<sup>1</sup>, 三重大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>  
○柴原亜希子<sup>1</sup>, 北山美佳<sup>1,2</sup>, 小塚祐司<sup>2</sup>, 小川朋子<sup>1</sup>, 今井 裕<sup>2</sup>
- O-2-45 乳腺穿刺標本における前立腺細胞浮遊液を用いた p63 免疫染色の精度管理  
天理よろづ相談所病院病理診断部<sup>1</sup>, 南奈良総合医療センター臨床検査部<sup>2</sup>  
○松岡直子<sup>1</sup>, 高橋明德<sup>1</sup>, 松田江身子<sup>1</sup>, 坂本真一<sup>1</sup>, 鴻池資啓<sup>2</sup>, 藤田久美<sup>1</sup>, 本庄 原<sup>1</sup>

**甲状腺 11:00~11:30 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)**

- O-2-46 当院における甲状腺濾胞性腫瘍の成績と今後の課題  
千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<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>, 川名秀忠<sup>2</sup>, 荒木章伸<sup>2</sup>, 伊丹真紀子<sup>2</sup>
- O-2-47 Psammoma body-like structures を伴った甲状腺好酸性細胞腺腫の一例  
藤沢市民病院臨床検査科病理検査室<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>, 権藤俊一<sup>2</sup>, 田尻亮輔<sup>2</sup>
- O-2-48 甲状腺穿刺吸引細胞診の手技—針径の違いによる影響  
医療法人神甲会隈病院臨床検査科<sup>1</sup>, 医療法人神甲会隈病院病理診断科<sup>2</sup>, 医療法人神甲会隈病院外科<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>

**子宮体部 1 13:00~13:30 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)**

- O-2-49 子宮内膜吸引組織診の実施状況における愛媛県における実態アンケート調査  
愛媛大学医学部産科婦人科<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>
- O-2-50 子宮体癌の術前子宮鏡検査と腹水細胞診  
慶應義塾大学医学部産婦人科  
○平野卓朗, 山上 亘, 真壁 健, 坂井健良, 野村弘行, 片岡史夫, 平沢 晃, 富永英一郎, 進 伸幸, 青木大輔
- O-2-51 子宮体がんに対する腹腔鏡下手術における腹水細胞診  
大阪医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 大阪医科大学病理学教室<sup>2</sup>  
○田中智人<sup>1</sup>, 寺井義人<sup>1</sup>, 芦原敬允<sup>1</sup>, 前田和也<sup>1</sup>, 恒遠啓示<sup>1</sup>, 藤原聡枝<sup>1</sup>, 田中良道<sup>1</sup>, 佐々木浩<sup>1</sup>, 山田隆司<sup>2</sup>, 大道正英<sup>1</sup>

**子宮体部 2 13:30~14:00 座長:前田宜延 (富山赤十字病院病理診断科部)**

- O-2-52 高分化型類内膜腺癌細胞株における PR 遺伝子導入及び MPA 作用に関する実験系の確立  
弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>1</sup>, 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>2</sup>  
○堀江香代<sup>1,2</sup>, 三浦文仁<sup>2</sup>, 藤田大貴<sup>2</sup>, 吉岡治彦<sup>1,2</sup>, 渡邊 純<sup>1,2</sup>
- O-2-53 子宮内膜液状化検体細胞診法 (LBC 法) と従来法の形態学的相違と LBC 法の有用性について  
弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1</sup>, つがる総合病院臨床検査部<sup>2</sup>, 大崎市民病院臨床検査部<sup>3</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科<sup>4</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>5</sup>, 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座<sup>6</sup>  
○小田嶋広和<sup>1</sup>, 後藤勇也<sup>1</sup>, 野呂美鈴<sup>2</sup>, 立花誠康<sup>3</sup>, 堀江香代<sup>1,4</sup>, 吉岡治彦<sup>1,4</sup>, 小島啓子<sup>5</sup>, 刀稱亀代志<sup>5</sup>, 横山良仁<sup>6</sup>, 渡邊 純<sup>1,4</sup>

- O-2-54 当院における子宮内膜細胞診の LBC 標本と直接塗沫標本の比較検討  
 横須賀共済病院産婦人科<sup>1</sup>, 横須賀共済病院中央検査科病理<sup>2</sup>, 横須賀共済病院病理診断科<sup>3</sup>  
 ○垣本壮一郎<sup>1</sup>, 杉浦 賢<sup>1</sup>, 石渡仁深<sup>2</sup>, 川口幹夫<sup>2</sup>, 福田賢次<sup>2</sup>, 猪股美和<sup>2</sup>, 矢部香織<sup>2</sup>,  
 酒井真理<sup>2</sup>, 矢毛石真由美<sup>3</sup>, 津浦幸夫<sup>3</sup>

**子宮体部 3 14:00~14:30 座長: 大野英治 (九州保健福祉大学生命医科学部・同大学がん細胞研究所)**

- O-2-55 オルガノイド培養を用いた細胞レベルの子宮体がん発がんモデルの開発  
 千葉県がんセンター研究所発がん制御研究部<sup>1</sup>, 千葉県がんセンター婦人科<sup>2</sup>  
 ○丸 喜明<sup>1</sup>, 田中尚武<sup>2</sup>
- O-2-56 低分化型子宮体癌特異的な HES1 遺伝子発現機構の同定  
 倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科<sup>1</sup>, 加計学園細胞病理学研究所<sup>2</sup>, 三原市医師会  
 病院臨床検査科<sup>3</sup>, 倉敷芸術科学大学大学院産業科学技術研究科分子細胞病理学系<sup>4</sup>  
 ○森 康浩<sup>1,2</sup>, 森 智紀<sup>3</sup>, 山本愛奈<sup>4</sup>, 高木翔士<sup>1</sup>, 三宅康之<sup>1,2,4</sup>
- O-2-57 子宮体癌 SP 細胞における NOTCH シグナル経路の意義  
 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>,  
 荒武八起<sup>1,2</sup>, 大野節代<sup>1,2,4</sup>, 大野英治<sup>1,2,4</sup>

**子宮体部 4 14:30~15:00 座長: 柳井広之 (岡山大学病院病理診断科)**

- O-2-58 内膜細胞診で子宮内膜増殖症を推定された症例の細胞像の検討  
 神奈川県立がんセンター婦人科  
 ○近内勝幸, 池田真利子, 上西園幸子, 今井一章, 川野藍子, 井浦文香, 小野瀬亮, 加藤久盛
- O-2-59 子宮内膜細胞診で観察した乳癌子宮転移の細胞像  
 兵庫県立西宮病院検査部<sup>1</sup>, 兵庫県立西宮病院病理診断科<sup>2</sup>, 兵庫県立尼崎総合医療セン  
 ター検査部<sup>3</sup>, 兵庫県立淡路医療センター検査部<sup>4</sup>  
 ○寺内麻優子<sup>1</sup>, 竹田利恵<sup>1</sup>, 岡田麻由奈<sup>1</sup>, 中原佳佑<sup>1</sup>, 岡 一雅<sup>2</sup>, 野村里美<sup>3</sup>, 真田浩一<sup>4</sup>
- O-2-60 子宮内膜細胞診が診断の契機となった子宮体部小細胞癌の 1 例  
 豊橋市民病院産婦人科<sup>1</sup>, 豊橋市民病院女性内視鏡外科<sup>2</sup>, 豊橋市民病院病理診断科<sup>3</sup>  
 ○河合要介<sup>1</sup>, 梅村康太<sup>2</sup>, 前多松喜<sup>3</sup>

## 一般演題・示説

## 5月27日(土) ポスター・展示会場(3F イベントホール)

<b>頭頸部 1</b>	<b>9:14~9:28</b>	<b>座長: 池田純一郎</b> (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学)
P-1-1	唾液腺細胞診の国際報告様式—ミラノシステムの紹介— 慈泉会相澤病院病理診断科 <sup>1</sup> , 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 <sup>2</sup> , 隈病院病理診断科 <sup>3</sup> ○樋口佳代子 <sup>1</sup> , 浦野 誠 <sup>2</sup> , 廣川満良 <sup>3</sup>	
P-1-2	頭蓋底, 頭頸部領域腫瘍における剖面捺印細胞診の有用性 市立三次中央病院検査科病理 <sup>1</sup> , 医療法人 JR 広島病院診療部臨床検査科 <sup>2</sup> , 広島大学大学院 医歯薬保健学研究院分子病理学研究室 <sup>3</sup> , 奈良県立医科大学分子病理学教室 <sup>4</sup> ○池田征幸 <sup>1</sup> , 松本真平 <sup>1</sup> , 花岡香織 <sup>1</sup> , 熊澤鈴子 <sup>1</sup> , 中山宏文 <sup>2</sup> , 坂本直也 <sup>3</sup> , 國安弘基 <sup>4</sup>	
<b>頭頸部 2</b>	<b>9:28~9:42</b>	<b>座長: 岸本光夫</b> (京都府立医科大学人体病理学)
P-1-3	唾液腺導管癌の一例 山形県立中央病院中央検査部 <sup>1</sup> , 山形県立中央病院病理診断科 <sup>2</sup> ○郷右近秀平 <sup>1</sup> , 柳川直樹 <sup>2</sup> , 植松美由紀 <sup>1</sup> , 渡邊いづみ <sup>1</sup> , 渡邊清子 <sup>1</sup> , 緒形真也 <sup>2</sup>	
P-1-4	唾液腺導管癌の一例 大阪大学大学院医学系研究科病態病理学 <sup>1</sup> , 大阪大学医学部附属病院病理部 <sup>2</sup> ○前野悦子 <sup>1</sup> , 堀由美子 <sup>1</sup> , 野島 聡 <sup>1</sup> , 和田直樹 <sup>2</sup> , 池田純一郎 <sup>1</sup> , 森井英一 <sup>1</sup>	
<b>頭頸部 3</b>	<b>9:42~10:03</b>	<b>座長: 有馬良一</b> (大手前病院病理診断科)
P-1-5	穿刺吸引細胞診にて推定しえた甲状腺管癌の一例 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機能形態学分 野 <sup>4</sup> ○鈴木淳子 <sup>1</sup> , 関 利美 <sup>1</sup> , 山本久恵 <sup>1</sup> , 吉田一代 <sup>1</sup> , 橋本尚子 <sup>1</sup> , 石毛俊幸 <sup>1,2</sup> , 本間 琢 <sup>1,2</sup> , 楠美嘉晃 <sup>1,3</sup> , 増田しのぶ <sup>1,3</sup> , 杉谷雅彦 <sup>1,4</sup>	
P-1-6	甲状腺管嚢胞に発生した扁平上皮化生を伴う乳頭癌の一例 東京慈恵会医科大学病理学講座 <sup>1</sup> , 東京慈恵会医科大学耳鼻科 <sup>2</sup> ○廣岡信一 <sup>1</sup> , 須田稔士 <sup>2</sup> , 池上雅博 <sup>1</sup>	
P-1-7	多型腺腫と鑑別を要した唾液腺・腺筋上皮腫の一例 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター ○米倉由香, 長谷川正規, 山下美奈, 小塚佳代子, 矢田啓二, 岩越朱里, 尹 漢勝, 市原 周, 川崎朋範, 駒野 淳	
<b>頭頸部 4</b>	<b>10:03~10:24</b>	<b>座長: 伏見博彰</b> (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)
P-1-8	顎下腺に発生した筋上皮癌の一例 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 ○足羽彩加, 仲村佳世子, 田口雅子, 萩原葉子, 西岡千恵子, 河野孝志, 松崎直美, 弓場吉哲	



- P-1-9 耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の1例  
 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科<sup>2</sup>  
 ○吉田沙織<sup>1</sup>, 加藤智美<sup>1</sup>, 南 和彦<sup>2</sup>, 矢野光剛<sup>1</sup>, 榊 美佳<sup>1</sup>, 永田耕治<sup>1</sup>, 藤野 節<sup>1</sup>,  
 新井栄一<sup>1</sup>, 長谷部孝裕<sup>1</sup>, 安田政実<sup>1</sup>
- P-1-10 診断に苦慮した唾液腺原発上皮筋上皮癌の一例  
 愛知医科大学病院病理部  
 ○櫻井包子, 和田栄里子, 藤井佳穂, 水野里美, 宮下拓也, 佐藤允則, 佐藤 啓, 大橋明子,  
 高橋恵美子, 都築豊徳

**頭頸部 5 10:24~10:45 座長: 清水和彦 (足利赤十字病院臨床検査部)**

- P-1-11 洞組織球症を伴った MALT リンパ腫の1例  
 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター  
 ○倉澤佳奈, 小林愛美, 小山奈津子, 佐々木志保, 下山玲子, 永田麻水, 藤中浩樹, 島津宏樹,  
 伏見博彰
- P-1-12 耳下腺原発リンパ上皮癌の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分野<sup>2</sup>  
 ○桑原 淳<sup>1</sup>, 片桐仁子<sup>1</sup>, 渡部顕章<sup>1</sup>, 藤井愛子<sup>1</sup>, 鈴木恵美子<sup>1</sup>, 石原里佳子<sup>1</sup>, 五百部浩昭<sup>2</sup>,  
 三宅真司<sup>1</sup>, 平井秀明<sup>1,2</sup>, 長尾俊孝<sup>1,2</sup>
- P-1-13 耳下腺腫瘍が疑われた悪性黒色腫リンパ節転移の一例  
 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>, 独立行政法人  
 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部<sup>2</sup>, 独立行政法人国立病院機構  
 呉医療センター・中国がんセンター院長<sup>3</sup>  
 ○吉田美帆<sup>1</sup>, 倉岡和矢<sup>1,2</sup>, 安村奈緒子<sup>1</sup>, 藤澤宏樹<sup>1</sup>, 菅亜里紗<sup>1</sup>, 大西 浩<sup>1</sup>, 谷山大樹<sup>1,2</sup>,  
 在津潤一<sup>1</sup>, 齊藤彰久<sup>1</sup>, 谷山清己<sup>3</sup>

**頭頸部 6 10:45~11:06 座長: 栗栖義賢 (大阪医科大学附属病院病理部)**

- P-1-14 濾胞様構造を示した、唾液腺オンコサイトーマの1例  
 市立奈良病院臨床検査室<sup>1</sup>, 市立奈良病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○小林史孝<sup>1</sup>, 松山友彦<sup>1</sup>, 鎌倉佳子<sup>1</sup>, 吉田朋子<sup>1</sup>, 政 俊行<sup>1</sup>, 島田啓司<sup>2</sup>
- P-1-15 当院における基底細胞腺腫の6例  
 獨協医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 獨協医科大学病理診断学<sup>2</sup>  
 ○永井多美子<sup>1</sup>, 町田浩美<sup>1</sup>, 佐々木英夫<sup>1</sup>, 加藤 輝<sup>1</sup>, 金子有子<sup>2</sup>, 中里宜正<sup>2</sup>, 小島 勝<sup>2</sup>,  
 黒田 一<sup>2</sup>, 今井康雄<sup>2</sup>
- P-1-16 右耳下腺部リンパ節穿刺細胞診にて転移を診断し得た脂腺癌の1例  
 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>  
 ○高垣和代<sup>1</sup>, 西村優希<sup>1</sup>, 上山 優<sup>1</sup>, 新田篤史<sup>1</sup>, 石田由香里<sup>1</sup>, 前田妙子<sup>1</sup>, 高山みずほ<sup>1</sup>,  
 梶本和義<sup>2</sup>, 佐久間淑子<sup>2</sup>, 廣瀬隆則<sup>2</sup>

**頭頸部 7 11:06~11:27 座長: 中塚伸一 (大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)**

- P-1-17 顎下腺に生じた腺房細胞癌の1例  
 川崎市立多摩病院病理診断科  
 ○佐藤克洋, 岸理恵子, 林 直美, 早川智絵, 半田留美子, 小池淳樹



- P-1-18 組織型の推定に苦慮した高悪性度成分を含む顎下腺原発腺様嚢胞癌  
 福岡県済生会福岡総合病院病理診断科<sup>1</sup>, 久留米大学病院病理部<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>  
 ○佐藤瑞恵<sup>1</sup>, 河原明彦<sup>2</sup>, 佐藤真介<sup>1</sup>, 宮崎浩子<sup>1</sup>, 東 悠介<sup>1</sup>, 石井洋子<sup>1</sup>, 石橋貴寛<sup>1</sup>,  
 加藤誠也<sup>1</sup>, 山元英崇<sup>3</sup>

- P-1-19 当院における耳下腺原発粘表皮癌の穿刺吸引細胞診  
 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, 西山憲一, 中島 豊

**頭頸部 8 14:50~15:11 座長: 島田啓司 (市立奈良病院病理診断科)**

- P-1-20 鼻腔に発生した glomangiopericytoma の一例  
 東京女子医科大学病院中央検査部病理検査室<sup>1</sup>, 東京女子医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>, 東京女子医科大学医学部病理学第一講座<sup>3</sup>  
 ○村上佳織<sup>1</sup>, 金室俊子<sup>1</sup>, 野並裕司<sup>1</sup>, 高橋伸治<sup>1</sup>, 白石 彩<sup>1</sup>, 橋本哲也<sup>1</sup>, 廣井敦子<sup>2,3</sup>,  
 山本智子<sup>2,3</sup>, 澤田達男<sup>3</sup>, 長嶋洋治<sup>2</sup>
- P-1-21 耳下腺腫瘍として提出され, 良悪性の判定に苦慮した石灰化上皮腫 (毛母腫) の1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>  
 ○中野万里子<sup>1</sup>, 山下 学<sup>1</sup>, 湊 宏<sup>1,2</sup>, 中田聡子<sup>1,2</sup>, 水口聖哉<sup>1</sup>, 嶋口智恵<sup>1</sup>, 竹中美千穂<sup>1</sup>,  
 寺内利恵<sup>1</sup>, 黒瀬 望<sup>1,2</sup>, 野島孝之<sup>1,2</sup>
- P-1-22 腺様嚢胞癌との鑑別に苦慮した耳下腺基底細胞腺癌の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分野<sup>2</sup>  
 ○忽滑谷昌平<sup>1</sup>, 三宅真司<sup>1</sup>, 小池悦子<sup>1</sup>, 稲垣敦史<sup>1</sup>, 山口真由実<sup>1</sup>, 川内ゆうか<sup>1</sup>, 金子清花<sup>1</sup>,  
 原由紀子<sup>1,2</sup>, 松林 純<sup>1,2</sup>, 長尾俊孝<sup>1,2</sup>

**頭頸部 9 15:11~15:32 座長: 弓場吉哲 (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)**

- P-1-23 耳下腺に発生した乳腺相似分泌癌の一例  
 関西労災病院中央検査部<sup>1</sup>, 関西労災病院病理診断科<sup>2</sup>, 久留米大学病院病理部<sup>3</sup>  
 ○原沙由美<sup>1</sup>, 杉生憲二<sup>1</sup>, 山根三千秋<sup>1</sup>, 吉野龍一<sup>1</sup>, 鶴田陽子<sup>1</sup>, 河原明彦<sup>3</sup>, 後藤孝吉<sup>2</sup>,  
 永野輝明<sup>2</sup>, 中塚伸一<sup>2</sup>
- P-1-24 迅速診で診断に苦慮した脊索腫の一例  
 東京都立多摩総合医療センター病理診断科  
 ○江夏一彰, 岡田晴香, 板垣信吾, 古保利彦, 霧生孝弘
- P-1-25 長期経過後に両側腎, 肺転移を来した副咽頭間隙の転移性多形腺腫の1例  
 がん研究会有明病院病理部<sup>1</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>2</sup>, がん研究会有明病院細胞診断部<sup>3</sup>  
 ○佐藤由紀子<sup>1,2,3</sup>, 山田麻里沙<sup>3</sup>, 鈴木奈緒子<sup>3</sup>, 池畑浩一<sup>3</sup>, 星 利良<sup>3</sup>, 藤山淳三<sup>3</sup>,  
 古田則行<sup>3</sup>, 小松京子<sup>2,3</sup>, 杉山裕子<sup>3</sup>, 石川雄一<sup>1,2,3</sup>

**乳腺 1 15:32~15:53 座長: 長嶋 健 (千葉大学臓器制御外科)**

- P-1-26 穿刺吸引細胞診が有用であった secretory carcinoma の1例  
 新百合ヶ丘総合病院病理診断科<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院乳腺外科<sup>2</sup>, 東京慈恵会医科大学附属柏病院病理部<sup>3</sup>  
 ○和田幸子<sup>1</sup>, 高山明子<sup>1</sup>, 田口勝二<sup>1</sup>, 柳沢春華<sup>3</sup>, 篠崎 登<sup>2</sup>, 福永真治<sup>1</sup>
- P-1-27 穿刺吸引細胞診にて多数の破骨細胞型巨細胞を認めた悪性葉状腫瘍の一例  
 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部  
 ○常世田岬, 山崎一人, 小山芳徳, 安達純世, 若原孝子, 豊永安洋, 山本善也, 内田浩紀,  
 山田正俊, 石田康生

- P-1-28 穿刺吸引細胞診で浸潤性乳管癌が疑われた乳腺線維腺腫内異形乳管過形成の1例  
同愛会博愛病院乳腺センター外科<sup>1</sup>, 鳥取大学医学部器官病理学分野<sup>2</sup>  
○工藤浩史<sup>1</sup>, 梅北善久<sup>2</sup>

**口腔・歯科 1 9:00~9:21 座長: 矢田直美 (九州歯科大学健康増進学講座口腔病態)**

- P-1-29 口腔疣贅状黄色腫にみられる表層型異型上皮様細胞について  
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>  
○宇都宮忠彦<sup>1</sup>, 松本 敬<sup>2</sup>, 末光正昌<sup>1</sup>, 森川美雪<sup>1</sup>, 山本 泰<sup>3</sup>, 二谷悦子<sup>2</sup>, 山本浩嗣<sup>1</sup>, 久山佳代<sup>1</sup>
- P-1-30 口腔粘膜擦過細胞診における深層系細胞の鑑別点について  
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>, 千葉西総合病院病理診断科<sup>5</sup>  
○末光正昌<sup>1</sup>, 松本 敬<sup>2</sup>, 森川美雪<sup>1</sup>, 山本 泰<sup>3</sup>, 才藤純一<sup>4</sup>, 二谷悦子<sup>2</sup>, 浮ヶ谷匡恭<sup>5</sup>, 齋藤隆明<sup>5</sup>, 宇都宮忠彦<sup>1</sup>, 久山佳代<sup>1</sup>
- P-1-31 LSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の再検討  
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>1,2</sup>, 宇都宮忠彦<sup>1,2</sup>, 末光正昌<sup>1,2</sup>, 金田悦子<sup>1</sup>, 二谷悦子<sup>1</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>

**口腔・歯科 2 9:21~9:42 座長: 岸野万伸 (医療法人美和会平成野田クリニック)**

- P-1-32 HSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の検討  
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>, 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>  
○才藤純一<sup>1</sup>, 松本 敬<sup>2</sup>, 森川美雪<sup>2,3</sup>, 宇都宮忠彦<sup>2,3</sup>, 末光正昌<sup>2,3</sup>, 金田悦子<sup>3</sup>, 二谷悦子<sup>2</sup>, 中平隆志<sup>4</sup>, 岩堀朋美<sup>5</sup>, 久山佳代<sup>1,2</sup>
- P-1-33 歯周環境変化バイオマーカーとしての擦過ケラチノサイトの役割  
福岡歯科大学再生医学研究センター  
○大野 純
- P-1-34 細胞診へのバーチャルスライドの利用 (第1報)  
朝日大学歯学部口腔病理学分野<sup>1</sup>, 朝日大学歯学部口腔外科学分野<sup>2</sup>, 大同病院歯科口腔外科<sup>3</sup>, 諏訪歯科診療所<sup>4</sup>, カワラダ歯科・口腔外科<sup>5</sup>  
○永山元彦<sup>1</sup>, 中尾寿奈<sup>1</sup>, 江原道子<sup>1</sup>, 金子裕康<sup>2</sup>, 松原 誠<sup>3</sup>, 諏訪裕彦<sup>4</sup>, 川原田幸司<sup>5</sup>, 住友伸一郎<sup>2</sup>, 田沼順一<sup>1</sup>

**口腔・歯科 3 9:42~10:10 座長: 田沼順一 (朝日大学歯学部)**

- P-1-35 多彩な細胞像を呈した多形腺腫由来癌の1例  
碧南市民病院中央検査室<sup>1</sup>, 碧南市民病院病理診断科<sup>2</sup>, 中部労災病院病理診断科<sup>3</sup>  
○永井美佐子<sup>1</sup>, 加藤皓大<sup>1</sup>, 井上正朗<sup>1</sup>, 太田晃成<sup>1</sup>, 安田和世<sup>2</sup>, 加藤一夫<sup>3</sup>
- P-1-36 口底に発生した悪性リンパ腫の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>, 下村龍一<sup>3</sup>, 岡本幸子<sup>3</sup>, 和田 進<sup>3</sup>, 関根浄治<sup>2</sup>

- P-1-37 細胞診で SCC と判定した尋常性天疱瘡の1例  
島根大学医学的歯科口腔外科学講座  
○岩橋輝明, 狩野正明, 秀島克巳, 関根浄治
- P-1-38 充実型の腺様嚢胞癌<c-myb 発現を確認し確定診断に至った一例>  
産業医科大学医学部第2病理学講座<sup>1</sup>, 産業医科大学医学部第1病理学講座<sup>2</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>3</sup>  
○名和田彩<sup>1</sup>, 島尻正平<sup>1</sup>, 野口紘嗣<sup>1</sup>, 内橋和芳<sup>2</sup>, 光田成美<sup>3</sup>, 岡 春子<sup>3</sup>, 佐藤 齊<sup>3</sup>,  
藤原 仁<sup>3</sup>, 小原光祥<sup>3</sup>, 中山敏幸<sup>1</sup>

**中枢神経 1 10:10~10:31 座長: 森 康浩 (倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)**

- P-1-39 髄液細胞診で診断に至った Atypical teratoid / rhabdoid tumor (AT/RT) の一症例  
前橋赤十字病院病理診断科<sup>1</sup>, 群馬大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>  
○尾身麻理恵<sup>1</sup>, 布瀬川綾子<sup>1</sup>, 細井京子<sup>1</sup>, 富澤一与<sup>1</sup>, 岩科雅範<sup>1</sup>, 井出宗則<sup>1</sup>, 平戸純子<sup>2</sup>
- P-1-40 小児脊索腫の3例  
兵庫県立こども病院病理診断科<sup>1</sup>, 兵庫県立こども病院検査部<sup>2</sup>  
○吉田牧子<sup>1</sup>, 山岸真代<sup>2</sup>
- P-1-41 大脳転移性血管肉腫の1例  
社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院臨床検査技術部<sup>1</sup>, 佐賀大学医学部病因病態科学講座臨床病態病理学分野<sup>2</sup>  
○浜田 有<sup>1</sup>, 本山高啓<sup>1</sup>, 片瀨 直<sup>1</sup>, 樋渡崇史<sup>1</sup>, 今里孝宏<sup>1</sup>, 丸田秀夫<sup>1</sup>, 山本美保子<sup>2</sup>,  
米満伸久<sup>1</sup>

**中枢神経 2 10:31~10:45 座長: 新宅雅幸 (滋賀県立成人病センター病理診断科)**

- P-1-42 術中迅速診断時に濾紙転写細胞診 (FaCT 法) が有用であった髄膜腫の一例  
東大和病院病理細胞診断科  
○林友理恵, 河村淳平, 島方崇明, 坂牧久仁子, 篠 友希, 桑尾定仁
- P-1-43 術中迅速細胞診で診断困難であった悪性リンパ腫を合併した髄膜腫の一例  
公立阿伎留医療センター臨床検査科病理<sup>1</sup>, 東京女子医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>, 東京女子医科大学医学部病理学第一講座<sup>3</sup>, みつわ台総合病院病理診断科<sup>4</sup>  
○涌井清隆<sup>1</sup>, 山本智子<sup>2,3</sup>, 澤田達男<sup>2,3</sup>, 柴田亮行<sup>2,3</sup>, 小林楨雄<sup>4</sup>

**その他 1 10:45~11:06 座長: 宮本朋幸 (九州保健福祉大学生命医科学部)**

- P-1-44 炎症性細胞診標本中に好中球細胞外トラップは存在するのか?  
藤田保健衛生大学医学部第一病理学<sup>1</sup>, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 II<sup>2</sup>  
○塩竈和也<sup>1</sup>, 櫻井浩平<sup>2</sup>, 稲田健一<sup>2</sup>, 堤 寛<sup>1</sup>
- P-1-45 G-CSF 産生外陰癌の1例  
新潟県立がんセンター新潟病院  
○菊池 朗, 笹川 基
- P-1-46 肺扁平上皮癌と甲状腺 MALT リンパ腫が同時に認められた重複腫瘍の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

**その他 2 11:06~11:27 座長: 木村文一 (信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻病因・病態検査学領域)**

- P-1-47 BD サイトリッチ™ レッド保存液を用いた術中迅速細胞診の細胞塗抹量に関する基礎的検討  
愛媛県立新居浜病院検査部  
○兵頭直樹

- P-1-48 北海道細胞検査士会プレパラートサーベイ報告  
北海道細胞検査士会  
○蓑島敦志, 中村靖広, 奥山雅美, 北澤竜馬, 小松健一郎, 徳永祐一, 浅沼広子, 森谷 純, 藤岡 学, 野崎正行

- P-1-49 病理検体の写真撮影に書画カメラを利用することに関する報告  
船橋市立医療センター臨床病理<sup>1)</sup>, 船橋市立医療センター呼吸器外科<sup>2)</sup>  
○清水辰一郎<sup>1)</sup>, 諏訪朋子<sup>1)</sup>, 高橋久雄<sup>1)</sup>, 内田 修<sup>2)</sup>

**中皮腫 1 14:50~15:11 座長: 西村理恵子 (四国がんセンター臨床検査科)**

- P-1-50 4期肺腺癌終末期に胸膜悪性中皮腫が出現した1例  
国立病院機構金沢医療センター臨床検査科  
○山岸 豊, 久野欽子, 松田愛子, 岩尾文彦, 笠島里美, 川島篤弘
- P-1-51 胸水細胞診にて原発不明腺癌として鑑別を要した二相型悪性胸膜中皮腫の1例  
筑波大学呼吸器外科<sup>1)</sup>, 筑波大学診断病理<sup>2)</sup>, 筑波大学附属病院病理部<sup>3)</sup>  
○後藤行延<sup>1,3)</sup>, 佐伯祐典<sup>1)</sup>, 村田佳彦<sup>3)</sup>, 中川智貴<sup>3)</sup>, 藤原広美<sup>3)</sup>, 坂下信悟<sup>2)</sup>, 野口雅之<sup>2)</sup>, 佐藤幸夫<sup>1)</sup>
- P-1-52 入院から3週間で死亡した腹膜原発脱落膜様中皮腫の1例  
高知大学医学部附属病院病理診断部<sup>1)</sup>, 高知大学医学部附属病院産科婦人科<sup>2)</sup>  
○吉良佳那<sup>1)</sup>, 岡本真知<sup>1)</sup>, 高橋明日香<sup>1)</sup>, 大原栄二<sup>1)</sup>, 井口みつこ<sup>1)</sup>, 戸井 慎<sup>1)</sup>, 弘井 誠<sup>1)</sup>, 村上一郎<sup>1)</sup>, 牛若昂志<sup>2)</sup>

**中皮腫 2 15:11~15:32 座長: 尾崎 敬 (和歌山県紀南病院中央臨床検査部)**

- P-1-53 長期生存した腹膜原発悪性ラブドイド腫瘍の一例  
戸田中央臨床検査研究所<sup>1)</sup>, 聖路加国際病院女性総合診療部<sup>2)</sup>, 東京女子医科大学第1病理講座<sup>3)</sup>  
○関れいし<sup>1)</sup>, 樋田一英<sup>2)</sup>, 澤田達男<sup>3)</sup>, 河合俊明<sup>1)</sup>
- P-1-54 胸膜中皮腫が疑われ, 頸部リンパ節転移が診断の契機となった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>  
○西田ゆかり<sup>1)</sup>, 窪田恵美<sup>1)</sup>, 竹下かおり<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>2)</sup>, 山田壮亮<sup>2)</sup>, 東美智代<sup>2)</sup>, 畑中一仁<sup>2)</sup>
- P-1-55 悪性中皮腫細胞における hyaluronan synthase (HAS) の発現  
埼玉医科大学総合医療センター病理部  
○日下卓万, 木内恭子, 松野和子, 大澤久美子, 阿部倫子, 扇田智彦, 菊地 淳, 阿部佳子, 百瀬修二, 田丸淳一

**中皮腫 3 15:32~15:53 座長: 稲田健一 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科II)**

- P-1-56 小細胞型胸膜悪性中皮腫の1例  
地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 広島大学大学院医歯薬保健学研究院病理学研究室<sup>3)</sup>  
○阪本 聖<sup>1,2)</sup>, 田中信利<sup>1,2)</sup>, 柏原倫子<sup>1,2)</sup>, 御手洗賀世<sup>1,2)</sup>, 江川博彌<sup>1)</sup>, 谷本博利<sup>1)</sup>, 金子真弓<sup>2)</sup>, 武島幸男<sup>3)</sup>
- P-1-57 リンパ組織球様悪性胸膜中皮腫の一例  
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>, 戸田中央臨床検査研究所<sup>3)</sup>  
○中田裕人<sup>1)</sup>, 小川命子<sup>1)</sup>, 石黒弘美<sup>1)</sup>, 三田尚子<sup>1)</sup>, 塩川希望<sup>1)</sup>, 金澤卓也<sup>1)</sup>, 内田土朗<sup>1)</sup>, 鈴木高祐<sup>1)</sup>, 澤田達男<sup>2)</sup>, 河合俊明<sup>3)</sup>

P-1-58 アスベスト暴露歴のない高齢女性にみられた腹膜悪性中皮腫の一例

岡山労災病院・中央検査部

○園部 宏, 岩佐貴仁, 菅沼和義, 妹尾純江, 藤木正昭, 横谷幸男

**子宮頸部 1 9:00~9:21 座長: 藤原 潔 (天理よろづ相談所病院産婦人科)**

P-1-59 子宮頸部円錐切除後の再発要因と細胞診に関する検討

防衛医科大学校産科婦人科<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校病院検査部<sup>2)</sup>

○笹 秀典<sup>1)</sup>, 加藤顕人<sup>1)</sup>, 岩橋秀樹<sup>1)</sup>, 吉川智之<sup>1)</sup>, 道休美咲<sup>2)</sup>, 高橋宏美<sup>2)</sup>, 高野政志<sup>1)</sup>, 島崎英幸<sup>2)</sup>, 古谷健一<sup>1)</sup>

P-1-60 子宮摘出後に発見された膈上皮内腫瘍 10 例の臨床病理学的検討

JA 長野厚生連篠ノ井総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, JA 長野厚生連篠ノ井総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○金本涼子<sup>1)</sup>, 裏 愛美<sup>1)</sup>, 塩野谷理絵<sup>1)</sup>, 中村恵美子<sup>1)</sup>, 牧野睦月<sup>1,2)</sup>, 川口研二<sup>2)</sup>

P-1-61 術前診断が過小評価であった子宮頸癌 3 例の細胞診断学的検討

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病理診断科・検査科<sup>2)</sup>

○池田真利子<sup>1)</sup>, 上西園幸子<sup>1)</sup>, 今井一章<sup>1)</sup>, 川野藍子<sup>1)</sup>, 井浦文香<sup>1)</sup>, 近内勝幸<sup>1)</sup>, 小野瀬亮<sup>1)</sup>, 北村和久<sup>2)</sup>, 岩撫成子<sup>2)</sup>, 加藤久盛<sup>1)</sup>

**子宮頸部 2 9:21~9:49 座長: 宇津木久仁子 (がん研有明病院)**

P-1-62 検査専攻学生の Evalyn ブラシを用いた HPV 検診の意義

群馬大学大学院保健学研究科

○佐藤 幸, 吉田朋美, 福田利夫

P-1-63 当科で子宮頸部細胞診: AGC と診断した 68 例の検討

県立がんセンター新潟病院婦人科

○笹川 基, 日向妙子, 谷地田希, 菊池 朗, 柳瀬 徹

P-1-64 当院における ASC-H 例の追跡結果

市立池田病院産婦人科<sup>1)</sup>, 市立池田病院病理診断科<sup>2)</sup>

○竹原幹雄<sup>1)</sup>, 川口浩史<sup>1)</sup>, 岩橋晶子<sup>1)</sup>, 山口慶子<sup>2)</sup>, 岩城真理子<sup>2)</sup>, 金本貴之<sup>2)</sup>, 河合 賢<sup>2)</sup>, 向井英代<sup>2)</sup>, 大橋寛嗣<sup>2)</sup>

P-1-65 当院における子宮頸部上皮内腫瘍の管理と治療

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>

○山田有紀<sup>1)</sup>, 杉本澄美玲<sup>1)</sup>, 岩井加奈<sup>1)</sup>, 川口龍二<sup>1)</sup>, 小林 浩<sup>1)</sup>, 内山智子<sup>2)</sup>, 大林千穂<sup>2)</sup>

**子宮頸部 3 9:49~10:17 座長: 横山良仁 (弘前大学)**

P-1-66 HSIL と鑑別を要した Atypical immature squamous metaplasia (AIM) の 1 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>

○福田弘幸<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>, 蟹谷智勝<sup>1)</sup>

P-1-67 胃癌術後 10 年目に子宮頸部孤立性再発を来した 1 例

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学

○森 泰輔, 寄木香織, 古株哲也, 明石京子, 片岡 恒, 松島 洋, 黒星晴夫, 辰巳 弘, 北脇 城

P-1-68 子宮頸部類内膜腺癌の一例

社会福祉法人賛育会賛育会病院検査科<sup>1)</sup>, 社会福祉法人賛育会賛育会病院産婦人科<sup>2)</sup>, 順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○吉田有子<sup>1)</sup>, 清川亮子<sup>1)</sup>, 平井 周<sup>3)</sup>, 木村美葵<sup>2)</sup>, 鈴木正明<sup>2)</sup>



- P-1-69 子宮頸部リンパ上皮腫様扁平上皮癌の1例  
杏林大学医学部産婦人科<sup>1</sup>, 杏林大学医学部病理部<sup>2</sup>, 立正佼成会附属佼成病院<sup>3</sup>  
○百村麻衣<sup>1</sup>, 小林陽一<sup>1</sup>, 澁谷英里子<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>, 望月 眞<sup>2</sup>,  
坂本憲彦<sup>2</sup>, 金田由香子<sup>3</sup>, 鈴木 淳<sup>3</sup>

**子宮頸部 4 10:17~10:38 座長: 岡本三四郎 (がん研有明病院婦人科)**

- P-1-70 膣前庭に再発した子宮頸部腺癌の1例  
四国がんセンター婦人科<sup>1</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>2</sup>, 四国がんセンター臨床検査科<sup>3</sup>  
○白山裕子<sup>1</sup>, 横山貴紀<sup>1</sup>, 藤本悦子<sup>1</sup>, 大亀真一<sup>1</sup>, 竹原和宏<sup>1</sup>, 西村理恵子<sup>3</sup>, 田中慎一<sup>3</sup>,  
岡本奈美<sup>3</sup>, 山本珠美<sup>3</sup>, 寺本典弘<sup>2</sup>
- P-1-71 子宮頸部上皮内癌と上皮内腺癌が共存し衝突癌と考えられた1例  
京都府立医科大学大学院女性生涯医科学<sup>1</sup>, 京都府立医科大学付属病院病院病理部<sup>2</sup>, 京都府立医科大学大学院人体病理学<sup>3</sup>  
○古株哲也<sup>1</sup>, 森 泰輔<sup>1</sup>, 磯島喜孝<sup>2</sup>, 西村綾子<sup>2,3</sup>, 安川 覚<sup>2,3</sup>, 明石京子<sup>1</sup>, 寄木香織<sup>1</sup>,  
辰巳 弘<sup>1</sup>, 黒星晴夫<sup>1</sup>, 北脇 城<sup>1</sup>
- P-1-72 治療に抵抗し急速に再発・進行した子宮頸部腺癌の一例  
独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター産婦人科<sup>1</sup>, 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター臨床検査科<sup>2</sup>  
○金村昌徳<sup>1</sup>, 原田和弥<sup>2</sup>, 佐々木正和<sup>2</sup>, 芥川和彦<sup>2</sup>, 管尾龍彦<sup>2</sup>, 星田義彦<sup>2</sup>

**子宮頸部 5 10:38~10:59 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-1-73 子宮頸部類基底細胞癌の1例  
北海道対がん協会細胞診センター  
○栄田尚子, 田上 稔, 加藤 修, 日野順子, 高橋奈穂美, 阿部里絵, 横山 恵, 小西加奈子,  
佐々木隆之, 藤田博正
- P-1-74 子宮頸管ポリープに見られた子宮頸部粘液性腺癌の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>, 産業医科大学産業保険学部広域・発達看護学<sup>3</sup>, 産業医科大学医学部産科婦人科学<sup>4</sup>, 産業医科大学医学部第2病理学<sup>5</sup>, 産業医科大学医学部第1病理学<sup>6</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>, 松山篤二<sup>2</sup>, 島尻正平<sup>2</sup>, 松浦祐介<sup>3</sup>,  
蜂須賀徹<sup>4</sup>, 名和田彩<sup>5</sup>, 久岡正典<sup>6</sup>
- P-1-75 放射線療法後に大腸癌の子宮頸部転移と診断された一例  
奈良県立医科大学医学部産婦人科<sup>1</sup>, 奈良県立医科大学医学部病理診断学講座<sup>2</sup>  
○岩井加奈<sup>1</sup>, 杉本澄美玲<sup>1</sup>, 山田有紀<sup>1</sup>, 川口龍二<sup>1</sup>, 小林 浩<sup>1</sup>, 内山智子<sup>2</sup>, 大林千穂<sup>2</sup>

**子宮頸部 6 10:59~11:20 座長: 内藤子来 (恵生会病院)**

- P-1-76 子宮頸部における神経内分泌癌合併腺癌の一例  
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<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>  
○鈴木雄策<sup>1</sup>, 佐々木伸也<sup>1</sup>, 高瀬未穂<sup>1</sup>, 岡竹里紗<sup>1</sup>, 茂山かおり<sup>1</sup>, 岡村友香里<sup>1</sup>, 岩本督徳<sup>2</sup>,  
棟方 哲<sup>2</sup>
- P-1-77 子宮頸部神経内分泌癌の1例  
旭川医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 旭川医科大学病院病理部<sup>2</sup>  
○高橋知昭<sup>1</sup>, 實田健平<sup>1</sup>, 市川英俊<sup>1</sup>, 加藤育民<sup>1</sup>, 片山英人<sup>1</sup>, 西脇邦彦<sup>1</sup>, 秋山直子<sup>2</sup>,  
鶴野祐治<sup>2</sup>, 佐渡正敏<sup>2</sup>, 武井英博<sup>2</sup>



P-1-78 当院で経験した子宮頸部原発神経内分泌腫瘍の2例

横浜市立みなと赤十字病院病理部

○佐藤瑞穂, 伊藤圭祐, 館川夏那, 山本容子, 林 榮一, 山村信一, 熊谷二朗

**子宮頸部 7 11:20~11:41 座長: 関 利美 (日本大学医学部附属板橋病院)**

P-1-79 当施設における LBC 法と従来法との比較検討

聖隷福祉事業団保健事業部聖隷健康診断センター産婦人科<sup>1)</sup>, 聖隷福祉事業団保健事業部聖隷予防検診センター検査課<sup>2)</sup>, 聖隷福祉事業団保健事業部地域・企業健診センター検査課<sup>3)</sup>

○入駒麻希<sup>1)</sup>, 野中 茂<sup>2)</sup>, 金原拓子<sup>2)</sup>, 向井理恵<sup>3)</sup>, 土戸景子<sup>3)</sup>, 赤澤康弘<sup>3)</sup>

P-1-80 液状化細胞診 (LBC) 導入後の検診成績と HPV オプション検査の報告

(公財) 宮城県対がん協会細胞診センター<sup>1)</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害医学研究所災害産婦人科学部門<sup>2)</sup>, 宮城県立がんセンター婦人科<sup>3)</sup>

○藤原しのぶ<sup>1)</sup>, 板橋育子<sup>1)</sup>, 鈴木由香<sup>1)</sup>, 成田貴子<sup>1)</sup>, 山本ちひろ<sup>1)</sup>, 小田切千恵<sup>1)</sup>, 佐藤朋春<sup>1)</sup>, 伊藤 潔<sup>1,2)</sup>, 田勢 亨<sup>1,3)</sup>

P-1-81 シュアパス液状処理細胞診 (LBC) 法と従来法に出現する異型細胞数の比較検討

こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科<sup>1)</sup>, 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>

○池田葉奈<sup>1)</sup>, 石井保吉<sup>1)</sup>, 栗原達哲<sup>1)</sup>, 岡 俊郎<sup>1)</sup>, 窪田真弓<sup>1)</sup>, 長田詠美子<sup>1)</sup>, 大河戸光章<sup>3)</sup>, 大村峯夫<sup>2)</sup>, 小田瑞恵<sup>2)</sup>, 藤井雅彦<sup>1)</sup>

**消化器 1 14:50~15:11 座長: 小賀厚徳 (山口大学大学院分子病理)**

P-1-82 腹腔内播種を認めた小腸原発の悪性 Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の1例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診

○深川良隆, 塚本孝久, 伊藤園江, 長山大輔, 坂本康輔, 檜垣浩一, 西田直代, 木村芳三

P-1-83 診断に苦慮した GIST の症例

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>

○小西祥朝<sup>1)</sup>, 利部徳子<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-1-84 腸炎症状で発症し診断に苦慮した乳癌大腸転移の1例

豊見城中央病院病理診断科

○喜友名正也, 天久望美, 宮里碧沙, 伊禮 彩, 照屋敦子, 呉地 剛

**消化器 2 15:11~15:39 座長: 太田浩良 (信州大学生体情報検査学)**

P-1-85 胃に発生した Glomus 腫瘍の2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>

○佐々木健太<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>, 酒々井夏子<sup>2)</sup>, 齊郷智恵美<sup>3)</sup>, 宮崎龍彦<sup>2)</sup>

P-1-86 胃に発生したグロムス腫瘍の一例

東邦大学医療センター大森病院病院病理部

○馬淵弘子, 三宅洋子, 小林照明, 篠崎 稔, 栃木直文, 若山 恵, 根本哲生, 澁谷和俊

P-1-87 胃粘膜下層に局限した胃底腺粘膜型胃癌の一例

筑波メディカルセンター病院病理科<sup>1)</sup>, 筑波メディカルセンター病院臨床検査科<sup>2)</sup>

○内田 温<sup>1)</sup>, 小沢昌慶<sup>1)</sup>, 上田有美<sup>2)</sup>, 村井陽子<sup>2)</sup>, 西村優花<sup>2)</sup>, 石松寛美<sup>2)</sup>, 大河内良美<sup>2)</sup>, 石黒和也<sup>2)</sup>, 菊地和徳<sup>1)</sup>

- P-1-88 脳脊髄液中に出現した印環細胞様形態を示す腺癌の一例  
武蔵野赤十字病院病理部  
○北村洋一, 宅見智晴, 高橋聡子, 古屋能孝, 浦田育美, 浅見力也, 櫻井うらら, 瀧 和博,  
海老原美里

**消化器 3 15:39~16:00 座長: 今野元博 (近畿大学外科)**

- P-1-89 直腸近傍に発生した孤立性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor)の一例  
厚生連高岡病院病理診断科  
○寺井 孝, 照井雅代, 中田千里, 向 宗徳, 増田信二, 野本一博
- P-1-90 術中細胞診にて扁平上皮分化を疑う腺癌細胞が見られた十二指腸副乳頭癌の一例  
(医財) 東京勤医会・東葛病院・病理<sup>1)</sup>, 東大・院・医・人体病理<sup>2)</sup>, (医財) 東京勤医会・東葛  
病院・外科<sup>3)</sup>  
○小野ゆり<sup>1)</sup>, 須藤 薫<sup>1)</sup>, 拝原直樹<sup>1)</sup>, 飯島 正<sup>1)</sup>, 三角健人<sup>2)</sup>, 藤田彩人<sup>1)</sup>, 濱砂一光<sup>3)</sup>,  
下 正宗<sup>1)</sup>
- P-1-91 十二指腸球部に発生した非機能性ガストリノーマの一例  
社会医療法人中央会尼崎中央病院  
○野田大孝, 増田一吉, 寺元 弘, 吉田純一, 由谷親夫

**子宮体部 1 9:00~9:21 座長: 仲村 勝 (慶應義塾大学医学部産婦人科)**

- P-1-92 Atypical polypoid adenomyoma における細胞像の検討  
川崎市立川崎病院産婦人科<sup>1)</sup>, 川崎市立川崎病院検査科病理<sup>2)</sup>, 国立成育医療研究センター  
病理診断部<sup>3)</sup>  
○千代田達幸<sup>1)</sup>, 谷口早絵<sup>2)</sup>, 横屋瀬里香<sup>2)</sup>, 坂井 瞳<sup>2)</sup>, 鈴木玲子<sup>2)</sup>, 鍋木友子<sup>2)</sup>, 入江理恵<sup>3)</sup>,  
杉浦 仁<sup>2)</sup>, 中田さくら<sup>1)</sup>
- P-1-93 子宮内膜細胞の悪性化における ASPP2 の役割  
札幌医科大学産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 帯広協会病院産婦人科<sup>2)</sup>  
○郷久晴朗<sup>1)</sup>, 嶋田浩志<sup>2)</sup>, 岩崎雅宏<sup>1)</sup>, 寺田倫子<sup>1)</sup>, 鈴木美和<sup>1)</sup>, 秋元太志<sup>1)</sup>, 寺本瑞絵<sup>1)</sup>,  
田中綾一<sup>1)</sup>, 阿部秀悦<sup>1)</sup>, 齋藤 豪<sup>1)</sup>
- P-1-94 タモキシフェン投与が子宮内膜細胞診に与える影響について  
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部<sup>2)</sup>  
○今井雄一<sup>1)</sup>, 松永竜也<sup>1)</sup>, 最上多恵<sup>1)</sup>, ルイズ横田奈朋<sup>1)</sup>, 本野紀夫<sup>2)</sup>, 三田和博<sup>2)</sup>,  
佐藤美紀子<sup>1)</sup>, 古屋充子<sup>2)</sup>, 山中正二<sup>2)</sup>, 宮城悦子<sup>1)</sup>

**子宮体部 2 9:21~9:42 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)**

- P-1-95 子宮腔部頸部細胞診で診断に苦慮した子宮体部原発の扁平上皮癌の 1 例  
大阪府立急性期総合・医療センター病理科<sup>1)</sup>, 大阪府立急性期総合・医療センター産婦人科<sup>2)</sup>  
○小林愛美<sup>1)</sup>, 倉澤佳奈<sup>1)</sup>, 小山奈津子<sup>1)</sup>, 佐々木志保<sup>1)</sup>, 下山玲子<sup>1)</sup>, 永田麻美<sup>1)</sup>, 藤中浩樹<sup>1)</sup>,  
島津宏樹<sup>1)</sup>, 隅蔵智子<sup>1,2)</sup>, 伏見博彰<sup>1)</sup>
- P-1-96 子宮体部原発小細胞癌の 2 例  
日鋼記念病院産婦人科<sup>1)</sup>, 札幌医科大学附属病院産婦人科<sup>2)</sup>  
○幅田周太郎<sup>1)</sup>, 伊野善彦<sup>2)</sup>, 田淵雄大<sup>2)</sup>, 松浦基樹<sup>2)</sup>, 田中綾一<sup>2)</sup>, 岩崎雅宏<sup>2)</sup>, 齋藤 豪<sup>2)</sup>
- P-1-97 腹水細胞診判定に苦慮した子宮体部類内膜腺癌の 1 例  
福井総合病院検査課<sup>1)</sup>, 福井総合病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○中屋佳子<sup>1)</sup>, 河原 栄<sup>2)</sup>, 高橋健太<sup>1)</sup>, 渡邊和則<sup>1)</sup>

- 子宮体部3 9:42~10:03 座長:永井雄一郎(独立行政法人国立病院機構千葉医療センター臨床検査科病理)**
- P-1-98 子宮魚鱗癬を伴った2例の体部病変の比較検討  
JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科<sup>1</sup>, 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
○二木照美<sup>1</sup>, 森合博一<sup>1</sup>, 松木浩子<sup>1</sup>, 小林英樹<sup>1</sup>, 日下部崇<sup>2</sup>, 野沢佳弘<sup>1</sup>
- P-1-99 子宮体部原発神経内分泌癌2例の細胞像  
長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学<sup>1</sup>, 諫早総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 長崎大学病院産婦人科<sup>3</sup>, 諫早総合病院産婦人科<sup>4</sup>, 長崎病理診断科<sup>5</sup>  
○高木美奈<sup>1</sup>, 松田勝也<sup>1</sup>, 高木雄三<sup>2</sup>, 望月哲朗<sup>2</sup>, 井手圭一郎<sup>2</sup>, 福海文絵<sup>2</sup>, 川下さやか<sup>1,3</sup>, 松脇隆博<sup>4</sup>, 岸川正大<sup>5</sup>, 中島正洋<sup>1</sup>
- P-1-100 Placental site trophoblastic tumor (PSTT) の1例  
金沢大学附属病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 金沢大学人体病理学<sup>2</sup>  
○酒野香織<sup>1</sup>, 今度邦博<sup>1</sup>, 玉野裕子<sup>1</sup>, 田口憲子<sup>1</sup>, 藤山桃子<sup>1</sup>, 池田博子<sup>1</sup>, 原田憲一<sup>2</sup>
- 子宮体部4 10:03~10:24 座長:島田宗昭(東北大学病院婦人科)**
- P-1-101 子宮内膜異型増殖症を伴わない早期の子宮体部高分化型類内膜腺癌の3例  
北里大学医学部産婦人科  
○田雑有紀, 岩瀬春子, 遠藤真一, 古川正義, 佐藤英貴, 高田恭臣, 新井正秀, 恩田貴志
- P-1-102 不正出血を契機に発見された浸潤性小葉癌の子宮転移の一例  
利根中央病院<sup>1</sup>, 群馬大学大学院病理診断学<sup>2</sup>  
○深代やす子<sup>1</sup>, 森川容子<sup>1</sup>, 稲垣圭子<sup>1</sup>, 小林義男<sup>1</sup>, 大野順弘<sup>1</sup>, 小山徹也<sup>2</sup>
- P-1-103 細胞診・組織診による術前診断が困難であり, 手術にて診断に至った2症例  
東京大学医学部産婦人科  
○草本朱里, 長阪一憲, 谷川道洋, 宮坂亜希, 田中麻里子, 阿部浩幸, 有本貴英, 織田克利, 大須賀稜, 藤井知行
- 子宮体部5 10:24~10:45 座長:岡本愛光(東京慈恵会医科大学産婦人科学講座)**
- P-1-104 子宮頸部発生の子宮内膜間質肉腫であった一症例と子宮内膜間質肉腫における細胞診  
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>  
○的田真紀<sup>1</sup>, 杉原 武<sup>1</sup>, 長島 稔<sup>1</sup>, 野村秀高<sup>1</sup>, 岡本三四郎<sup>1</sup>, 尾松公平<sup>1</sup>, 宇津木久仁子<sup>1</sup>, 杉山裕子<sup>1</sup>, 小松京子<sup>2</sup>, 竹島信宏<sup>1</sup>
- P-1-105 多彩な細胞像を呈する子宮体部癌肉腫の一例  
独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院病理診断科  
○横沢麻希子, 内田雅子, 山上朋之, 増田麻紀, 武藤美智子, 濱村尚也, 佐藤義雄, 高良多磨枝, 長谷川直樹, 角田幸雄
- P-1-106 子宮腺肉腫の2例  
順天堂大学浦安病院病理診断科<sup>1</sup>, 順天堂大学浦安病院産婦人科<sup>2</sup>  
○橋爪 茜<sup>1</sup>, 佐伯春美<sup>1</sup>, 泉 浩<sup>1</sup>, 奥山直子<sup>1</sup>, 岡崎哲也<sup>1</sup>, 中村 博<sup>1</sup>, 喜納勝成<sup>1</sup>, 富田茂樹<sup>1</sup>, 鈴木千賀子<sup>2</sup>, 野島美知夫<sup>2</sup>
- 子宮体部6 10:45~11:06 座長:大石徹郎(鳥取大学産科婦人科)**
- P-1-107 子宮体部発生癌肉腫の一例  
産業医科大学医学部第2病理学<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1病理学<sup>3</sup>  
○野口紘嗣<sup>1</sup>, 名和田彩<sup>1</sup>, 佐藤奈帆子<sup>1</sup>, 岡 春子<sup>1</sup>, 小原光祥<sup>2</sup>, 鳥尻正平<sup>1</sup>, 久岡正典<sup>3</sup>, 中山敏幸<sup>1</sup>

- P-1-108 微小多発肺腫瘍塞栓で再発した子宮内膜間質肉腫の一例  
獨協医科大学産婦人科  
○坂本尚徳, 木内香織, 香坂信明, 長谷川清志, 深澤一雄
- P-1-109 神経外胚葉分化を示した子宮体部原発癌肉腫の1例  
湘南鎌倉総合病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>2)</sup>, 湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>3)</sup>  
○小保方和彦<sup>1)</sup>, 千野秀教<sup>1)</sup>, 程島 就<sup>1)</sup>, 大沼一也<sup>3)</sup>, 井上裕美<sup>3)</sup>, 手島伸一<sup>2)</sup>

**リンパ・血液 1 11:06~11:27 座長: 覚野綾子 (医療法人明和病院病理診断科)**

- P-1-110 EUS-FNA による悪性リンパ腫診断の有用性  
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>  
○白幡浩人<sup>1)</sup>, 松田陽子<sup>1)</sup>, 今泉雅之<sup>1)</sup>, 江坂四季音<sup>1)</sup>, 木下真由美<sup>1)</sup>, 鈴木明美<sup>1)</sup>, 浜島裕理<sup>1)</sup>, 西村 誠<sup>2)</sup>, 新井富生<sup>1)</sup>
- P-1-111 捺印細胞診によるリンパ腫組織垂型の推測: 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫の場合  
兵庫医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 宝塚市立病院・病理<sup>2)</sup>  
○松田育雄<sup>1)</sup>, 松尾祥平<sup>2)</sup>, 山下結衣<sup>2)</sup>, 太田寛子<sup>2)</sup>, 東 誠二<sup>2)</sup>, 中村純子<sup>1)</sup>, 糸山雅子<sup>1)</sup>, 鳥居良貴<sup>1)</sup>, 小松敏也<sup>2)</sup>, 廣田誠一<sup>1)</sup>
- P-1-112 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診中に出現した播種性ヒストプラズマ症の一例  
三重大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院がんセンター<sup>2)</sup>  
○松谷史織<sup>1)</sup>, 藤田良浩<sup>1)</sup>, 佐々木美沙<sup>1)</sup>, 河井誓里奈<sup>1)</sup>, 阿曾由美子<sup>1)</sup>, 林 昭伸<sup>1)</sup>, 内田克典<sup>1)</sup>, 小塚祐司<sup>1)</sup>, 福留寿生<sup>1,2)</sup>, 今井 裕<sup>1)</sup>

**リンパ・血液 2 14:50~15:11 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)**

- P-1-113 骨髄線維症加療中に突然の心タンポナーデをきたし, 心嚢液に造血細胞の出現をみた症例  
総合病院土浦協同病院病理診断部  
○永田千草, 佐竹 藍, 本間恵美子, 池田 聡, 井上和成, 鈴木恵子
- P-1-114 Mott 細胞 (Russel 小体含有形質細胞) の出現が目立つ悪性リンパ腫の一例  
山形県立河北病院検査部<sup>1)</sup>, 山形市立病院済生館病理診断科<sup>2)</sup>, 山形市立病院済生館臨床検査室<sup>3)</sup>, 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科<sup>4)</sup>  
○上野 大<sup>1)</sup>, 東海林道子<sup>1)</sup>, 斎藤由紀<sup>1)</sup>, 大竹浩也<sup>2)</sup>, 居鶴一彦<sup>3)</sup>, 冨田耕一<sup>3)</sup>, 矢矧みどり<sup>3)</sup>, 佐藤朋子<sup>3)</sup>, 阿部まゆみ<sup>3)</sup>, 前田邦彦<sup>4)</sup>
- P-1-115 芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍  
土岐市立総合病院<sup>1)</sup>, 名古屋第一赤十字病院<sup>2)</sup>  
○丸山総枝<sup>1)</sup>, 森本亜由美<sup>1)</sup>, 酒井美穂<sup>1)</sup>, 池井戸重廣<sup>1)</sup>, 山本将毅<sup>1)</sup>, 伊藤雅文<sup>2)</sup>, 中野晃伸<sup>1)</sup>

**リンパ・血液 3 15:11~15:32 座長: 中村直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)**

- P-1-116 迅速細胞診検査で組織型の確定が困難であった未分化大細胞型リンパ腫の1例  
群馬県立がんセンター病理検査課<sup>1)</sup>, 群馬県立がんセンター病理部<sup>2)</sup>, 群馬県立がんセンター婦人科<sup>3)</sup>, 獨協医科大学病理学<sup>4)</sup>  
○布瀬川卓也<sup>1)</sup>, 土田 秀<sup>1)</sup>, 神山晴美<sup>1)</sup>, 中里宜正<sup>4)</sup>, 飯島美砂<sup>2)</sup>, 小島 勝<sup>4)</sup>, 鹿沼達哉<sup>3)</sup>
- P-1-117 EBV-positive DLBCL の像を呈した MTX-LPD の1例  
昭和大学医学部臨床病理診断学講座<sup>1)</sup>, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科<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>, 野呂瀬朋子<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>

## P-1-118 乳腺原発悪性リンパ腫の1例

(医)明和病院臨床検査科<sup>1</sup>, (医)明和病院外科<sup>2</sup>, (医)明和病院血液内科<sup>3</sup>, 大久保病院産婦人科<sup>4</sup>

○狭間結衣<sup>1</sup>, 覚野綾子<sup>1</sup>, 渥美亜紀子<sup>1</sup>, 松林謙治<sup>1</sup>, 檜山弘道<sup>1</sup>, 渥美鈴恵<sup>1</sup>, 岸本昌浩<sup>2</sup>, 中西貴士<sup>2</sup>, 林 邦雄<sup>3</sup>, 小笠原利忠<sup>4</sup>

**リンパ・血液 4 15:32~16:00 座長:佐藤康晴 (岡山大学大学院保健学研究所)**

## P-1-119 形質細胞性白血病の1例

(医)明和病院臨床検査科<sup>1</sup>, (医)明和病院血液内科<sup>2</sup>, 大久保病院臨床検査科<sup>3</sup>

○渥美亜紀子<sup>1</sup>, 覚野綾子<sup>1</sup>, 狭間結衣<sup>1</sup>, 松林謙治<sup>1</sup>, 檜山弘道<sup>1</sup>, 渥美鈴恵<sup>1</sup>, 林 邦雄<sup>2</sup>, 川越道夫<sup>3</sup>, 圓井知江<sup>3</sup>, 小笠原利忠<sup>3</sup>

## P-1-120 前房水に出現した Myeloid sarcoma の1例

国立成育医療研究センター病理診断部

○山崎茂樹, 中澤温子, 高桑恵美, 入江理恵, 義岡孝子

## P-1-121 梅毒性リンパ節炎の細胞像

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外科<sup>2</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>, 斎藤智明<sup>2</sup>

## P-1-122 上皮性腫瘍との鑑別が困難であった縦隔原発大細胞型B細胞リンパ腫の1例

東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>1</sup>, 東京医科大学八王子医療センター胸部外科<sup>2</sup>

○内山 篤<sup>1</sup>, 若槻よしえ<sup>1</sup>, 吉田えりか<sup>1</sup>, 加藤彩子<sup>1</sup>, 田辺 夢<sup>1</sup>, 石崎幹子<sup>1</sup>, 脇屋 緑<sup>1</sup>, 塚本 哲<sup>1</sup>, 三浦弘之<sup>2</sup>, 芹澤博美<sup>1</sup>

**卵巣・卵管 1 9:00~9:21 座長:三橋 暁 (千葉大学大学院医学研究科生殖医学)**

## P-1-123 腹膜癌の予後推定には腹水細胞診と治療開始後 CA125 変化とどちらが有用か

埼玉県立がんセンター婦人科

○宮本雄一郎, 原 亜紀, 富尾賢介, 栗原和子, 堀江弘二, 横田治重

## P-1-124 胸水細胞診の免疫染色を根拠に婦人科で治療した漿液性癌

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>, 石田英和<sup>3</sup>, 真崎 武<sup>3</sup>

## P-1-125 腹水卵巣癌細胞の CD44 各アイソフォーム発現量と化学療法の効果との関連性の検討

慶應義塾大学医学部産婦人科<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学産婦人科<sup>2</sup>

○蔦 幸児<sup>1</sup>, 富永英一郎<sup>1</sup>, 戸澤晃子<sup>2</sup>, 赤羽智子<sup>1</sup>, 大原 樹<sup>2</sup>, 小林佑介<sup>1</sup>, 平沢 晃<sup>1</sup>, 阪埜浩司<sup>1</sup>, 鈴木 直<sup>2</sup>, 青木大輔<sup>1</sup>

**卵巣・卵管 2 9:21~9:42 座長:長谷川清志 (獨協医科大学産科婦人科)**

## P-1-126 卵巣成熟嚢胞性奇形腫より発生した甲状腺由来 Papillary carcinoma の1例

社会医療法人雪の聖母会聖マリ病院病理・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>

○中野祐子<sup>1</sup>, 西田直代<sup>2</sup>, 伊藤園江<sup>1</sup>, 塚本孝久<sup>1</sup>, 大田桂子<sup>1</sup>, 榎田明美<sup>1</sup>, 木村芳三<sup>2</sup>, 檜垣浩一<sup>2</sup>

## P-1-127 鎖骨上窩リンパ節に再発を来した卵巣境界悪性腫瘍の1例

大阪医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 大阪医科大学病理学教室<sup>2</sup>

○藤原聡枝<sup>1</sup>, 丸岡 寛<sup>1</sup>, 芦原敬允<sup>1</sup>, 田中良道<sup>1</sup>, 田中智人<sup>1</sup>, 寺井義人<sup>1</sup>, 山田隆司<sup>2</sup>, 大道正英<sup>1</sup>



P-1-128 進行卵巣癌の治療選択に子宮内膜細胞診が果たす役割について考える

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>

○佐治晴哉<sup>1</sup>, 伊集院昌郁<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>

**卵巣・卵管 3 9:42~10:03 座長: 近内勝幸 (神奈川県立がんセンター婦人科)**

P-1-129 卵巣原発混合型小細胞癌の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

○河野孝志, 仲村佳世子, 田口雅子, 足羽彩加, 萩原葉子, 西岡千恵子, 松崎直美, 弓場吉哲

P-1-130 術中迅速診断時に捺印細胞診の併用が有用であったセルトリ・ライディッヒ細胞腫の1例

国立病院機構高崎総合医療センター

○土橋実加, 宮永朋実, 遠藤 隆, 原田邦彦, 田中優子, 小川 晃

P-1-131 判定に苦慮した Ovarian seromucinous carcinoma 症例の腹水細胞像

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・臨床検査科<sup>2</sup>

○米岡 完<sup>1</sup>, 渡邊麗子<sup>2</sup>, 植原貴史<sup>1</sup>, 小林沙織<sup>2</sup>, 千木良浩志<sup>2</sup>, 吉田 裕<sup>2</sup>, 石川光也<sup>1</sup>, 池田俊一<sup>1</sup>, 佐々木直志<sup>2</sup>, 加藤友康<sup>1</sup>

**卵巣・卵管 4 10:03~10:24 座長: 田畑 務 (三重大学産婦人科)**

P-1-132 卵巣原発 serous psammocarcinoma 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>, 古武陽子<sup>1</sup>, 永沢崇幸<sup>1</sup>, 佐藤誠也<sup>1</sup>, 千葉淳美<sup>1</sup>, 石田和之<sup>2</sup>, 板持広明<sup>1</sup>, 菅井 有<sup>2</sup>, 杉山 徹<sup>1</sup>

P-1-133 Seromucinous tumor の3例

帝京大学医学部附属病院病院病理部

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

P-1-134 術後急激に進行し, 化学療法を施行した卵巣原発肺型小細胞癌の一例

札幌医科大学産婦人科

○岩崎雅宏, 郷久晴朗, 秋元太志, 寺田倫子, 寺本瑞絵, 田中綾一, 齋藤 豪

**卵巣・卵管 5 10:24~10:45 座長: 笹川 基 (県立がんセンター新潟病院)**

P-1-135 卵巣境界悪性型漿液性腫瘍微小乳頭状亜型の1例

四国がんセンター婦人科<sup>1</sup>, 四国がんセンター臨床検査科<sup>2</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>3</sup>

○大亀真一<sup>1</sup>, 竹原和宏<sup>1</sup>, 山本珠美<sup>2</sup>, 田中慎一<sup>2</sup>, 岡本奈美<sup>2</sup>, 白山裕子<sup>1</sup>, 藤本悦子<sup>1</sup>, 横山貴紀<sup>3</sup>, 西村理恵子<sup>2</sup>, 寺本典弘<sup>3</sup>

P-1-136 腹水セルブロックにて病期変更された卵巣癌の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科

○永江世佳, 柳田 聡, 田中優子, 上井美里, 後藤ちひろ, 齋藤良介, 日高三和, 森本恵爾, 黒田 浩, 磯西成治

P-1-137 子宮頸部細胞診異常を契機に発見された再発卵巣癌の1例

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>, 大林千穂<sup>2</sup>, 小林 浩<sup>1</sup>

**卵巣・卵管 6 10:45~11:06 座長: 杉山裕子 (がん研究会 有明病院細胞診断部)**

P-1-138 子宮頸部上皮内腺癌の重複発生が疑われた卵管原発粘液性腺癌の一例

東京大学医学部附属病院女性診療科・産科/女性外科<sup>1</sup>, 東京大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>

○上原真里<sup>1</sup>, 長阪一憲<sup>1</sup>, 谷川道洋<sup>1</sup>, 宮坂亜希<sup>1</sup>, 森田茂樹<sup>2</sup>, 足立克之<sup>1</sup>, 有本貴英<sup>1</sup>, 織田克利<sup>1</sup>, 大須賀穰<sup>1</sup>, 藤井知行<sup>1</sup>



- P-1-139 子宮頸部・子宮内膜細胞診に腫瘍細胞を認めた卵管漿液性癌の2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>  
 ○原武晃子<sup>1</sup>, 伊藤園江<sup>1</sup>, 塚本孝久<sup>1</sup>, 武井美和<sup>1</sup>, 鶴野由華<sup>1</sup>, 高橋光彦<sup>1</sup>, 西田直代<sup>2</sup>,  
 木村芳三<sup>2</sup>, 檜垣浩一<sup>2</sup>

- P-1-140 子宮頸部擦過細胞診が診断の契機となった卵管原発腺扁平上皮癌の1例  
 立正佼成会附属佼成病院産婦人科<sup>1</sup>, 杏林大学医学部産科婦人科<sup>2</sup>  
 ○金田由香子<sup>1</sup>, 鈴木 淳<sup>1</sup>, 村田栄一郎<sup>1</sup>, 當眞嗣睦<sup>1</sup>, 井上慶子<sup>1</sup>, 百村麻衣<sup>2</sup>, 小林陽一<sup>2</sup>,  
 二階堂孝<sup>1</sup>, 木村英三<sup>1</sup>

**卵巣・卵管 7 11:06~11:27 座長: 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)**

- P-1-141 子宮内膜細胞診を契機に診断された卵管癌の1例  
 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座<sup>1</sup>, 東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>2</sup>  
 ○後藤ちひろ<sup>1</sup>, 黒田高史<sup>1</sup>, 山田恭輔<sup>1</sup>, 清川貴子<sup>2</sup>, 深澤 寧<sup>2</sup>, 萬 昂士<sup>2</sup>, 上田 和<sup>1</sup>,  
 斎藤元章<sup>1</sup>, 岡本愛光<sup>1</sup>
- P-1-142 腹膜播種がサルコイド反応のみであった卵管類内膜腺癌の一例  
 聖マリアンナ医科大学産婦人科<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>  
 ○横道憲幸<sup>1</sup>, 戸澤晃子<sup>1</sup>, 吉岡範人<sup>1</sup>, 大原 樹<sup>1</sup>, 大熊克彰<sup>1</sup>, 大川千絵<sup>2</sup>, 小泉宏隆<sup>3</sup>,  
 高木正之<sup>3</sup>, 木口一成<sup>1</sup>, 鈴木 直<sup>1</sup>
- P-1-143 子宮内膜細胞診で発見された原発性卵管癌の1例  
 日本医科大学統御機構診断病理学<sup>1</sup>, 日本医科大学附属病院病理部<sup>2</sup>, 日本医科大学附属病院産婦人科<sup>3</sup>  
 ○彭 為霞<sup>1</sup>, 和田龍一<sup>1</sup>, 呉 壮香<sup>1</sup>, 恩田宗彦<sup>1</sup>, 松原美幸<sup>2</sup>, 釜口晴美<sup>2</sup>, 川瀬里衣子<sup>3</sup>,  
 黒瀬圭輔<sup>3</sup>, 内藤善哉<sup>1</sup>

**卵巣・卵管 8 14:50~15:18 座長: 板持広明 (岩手医科大学産婦人科学講座)**

- P-1-144 子宮体部明細胞腺癌 11 例の臨床的・細胞学的検討  
 札幌医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1</sup>, まどかレディースクリニック<sup>2</sup>  
 ○寺本瑞絵<sup>1</sup>, 田中綾一<sup>1</sup>, 柏木葉月<sup>1</sup>, 秋元太志<sup>1</sup>, 寺田倫子<sup>1</sup>, 鈴木美和<sup>1</sup>, 郷久晴朗<sup>1</sup>,  
 岩崎雅宏<sup>1</sup>, 高橋 円<sup>2</sup>, 齋藤 豪<sup>1</sup>
- P-1-145 術前診断が困難であった子宮頸部明細胞腺癌の一例  
 白河厚生総合病院産婦人科<sup>1</sup>, 獨協医科大学産科婦人科学教室<sup>2</sup>, 白河厚生総合病院病理診断科<sup>3</sup>, 福島県保健衛生協会病理診断課<sup>4</sup>  
 ○遠藤雄大<sup>1</sup>, 古川茂宜<sup>1</sup>, 長谷川清志<sup>2</sup>, 二木照美<sup>3</sup>, 松木浩子<sup>3</sup>, 野沢佳弘<sup>3</sup>, 鈴木御幸<sup>4</sup>,  
 神尾淳子<sup>4</sup>, 齋藤史子<sup>1</sup>, 山内隆治<sup>1</sup>
- P-1-146 肉腫様変化を伴った卵巣明細胞腺癌の1例  
 社会医療法人名古屋記念病院臨床検査部<sup>1</sup>, 社会医療法人名古屋記念病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○南谷健吾<sup>1</sup>, 水野晃子<sup>1</sup>, 川村辰也<sup>1</sup>, 櫻井映子<sup>2</sup>, 西尾知子<sup>2</sup>
- P-1-147 卵巣明細胞癌の組織と捺印細胞診の免疫染色について  
 いわき市立総合磐城共立病院病理診断センター<sup>1</sup>, いわき市立総合磐城共立病院産婦人科<sup>2</sup>  
 ○小野早苗<sup>1</sup>, 山崎一樹<sup>1</sup>, 池田 藍<sup>1</sup>, 小松香織<sup>1</sup>, 松本朋子<sup>1</sup>, 近藤宏徳<sup>1</sup>, 森 菊夫<sup>1</sup>,  
 浅野重之<sup>1</sup>, 本多つよし<sup>2</sup>, 西山 浩<sup>2</sup>

皮膚・付属器	15:18~15:46	座長：横山繁生 (大分大学医学部診断病理学講座)
P-1-148	細胞診で腺癌を疑われた外陰部乳頭状汗腺腫の1例 県立広島病院産婦人科 <sup>1</sup> , 県立広島病院臨床研究検査科 <sup>2</sup> ○濱崎 晶 <sup>1</sup> , 熊谷正俊 <sup>1</sup> , 多々野友美 <sup>2</sup> , 大田絢子 <sup>2</sup> , 佐藤梨紗 <sup>2</sup> , 脇本真帆 <sup>2</sup> , 西阪 隆 <sup>2</sup>	
P-1-149	外陰に発生した骨髄性肉腫(Myeloid sarcoma)の1例 がん研有明病院 ○久 毅, 青木洋一, 勝田隆博, 松浦基樹, 的田真紀, 金尾祐之, 小松京子, 河内 洋, 杉山裕子, 竹島信宏	
P-1-150	細胞診で推定し得た腔原発無色素性悪性黒色腫の1例 岩手医科大学産婦人科学講座 <sup>1</sup> , 岩手医科大学病理学講座 <sup>2</sup> , 三沢市立三沢病院 <sup>3</sup> ○古武陽子 <sup>1</sup> , 佐藤誠也 <sup>1</sup> , 千葉淳美 <sup>1</sup> , 菅安寿子 <sup>1</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> , 丸山英俊 <sup>3</sup>	
P-1-151	上眼瞼脂腺癌の1例 武蔵野赤十字病院病理部 <sup>1</sup> , とちぎメディカルセンターしもつか病理診断科 <sup>2</sup> , がん・感染症センター都立駒込病院病理科 <sup>3</sup> , 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>4</sup> ○宅見智晴 <sup>1</sup> , 河合繁夫 <sup>2,3</sup> , 北村洋一 <sup>1</sup> , 浅見力也 <sup>1</sup> , 古屋能孝 <sup>1</sup> , 齋藤生朗 <sup>4</sup> , 外岡暁子 <sup>3</sup> , 比島恒和 <sup>3</sup> , 櫻井うらら <sup>1</sup> , 瀧 和博 <sup>1</sup>	

==== 5月28日(日) ポスター・展示会場 (3F イベントホール) =====

呼吸器 1	9:00~9:21	座長：垣花昌俊 (東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野)
P-2-1	ALK 肺癌の細胞像の検討 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター ○藤田健太, 佐藤正和, 清弘真弓, 村重知代, 山下青葉, 安東 綾, 山崎理恵	
P-2-2	ALK 陽性肺腺癌 8 例の臨床病理細胞学的検討 高知赤十字病院・病理診断科部 <sup>1</sup> , 奈良県立医科大学・病理診断学講座 <sup>2</sup> , がん研究会がん研究所・分子標的病理プロジェクト <sup>3</sup> ○黒田直人 <sup>1</sup> , 小原昌彦 <sup>1</sup> , 和田有加里 <sup>1</sup> , 安岡 香 <sup>1</sup> , 水野圭子 <sup>1</sup> , 頼田顕辞 <sup>1</sup> , 大林千穂 <sup>2</sup> , 竹内賢吾 <sup>3</sup>	
P-2-3	ALK 関連肺癌の細胞診像 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター病理診断科 <sup>1</sup> , 近畿大学医学部, 病理学教室 <sup>2</sup> , 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科 <sup>3</sup> ○武田麻衣子 <sup>1</sup> , 寺本友昭 <sup>1</sup> , 上田利和 <sup>1</sup> , 名嘉正勝 <sup>1</sup> , 藤田幸久 <sup>1</sup> , 清水重喜 <sup>2</sup> , 沖塩協一 <sup>3</sup> , 笠井孝彦 <sup>1</sup>	
呼吸器 2	9:21~9:35	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病理診断科)
P-2-4	免疫染色にて腺癌もしくは扁平上皮癌の傾向を判定した非小細胞肺癌の細胞診 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科 ○岩崎聖二, 説田愛弓, 長谷川恵美, 井上雅博, 吉川英一, 菅野雅人, 石井源一郎	
P-2-5	粘液産生性肺腺癌の細胞像 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科 ○説田愛弓, 長谷川恵美, 井上雅博, 岩崎聖二, 吉川英一, 菅野雅人, 石井源一郎	

呼吸器 3	9:35~9:56	座長:野本靖史(我孫子聖仁会病院緩和ケア内科)
P-2-6	気管支肺胞洗浄液細胞診が有用であったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の1例 森ノ宮医療大学保健医療学部臨床検査学科 <sup>1</sup> ,大阪大学医学系研究科病態病理学 <sup>2</sup> ,近畿大学医学部病理学教室 <sup>3</sup> ,近畿大学医学部附属病院病院病理部 <sup>4</sup> ,近畿大学医学部附属病院臨床研究センター <sup>5</sup> ,近畿大学医学部総合医学教育研修センター <sup>6</sup> ○小林彩香 <sup>1,2</sup> ,木村雅友 <sup>3</sup> ,植田清文 <sup>4</sup> ,田中千琴 <sup>4</sup> ,榎木英介 <sup>3,5</sup> ,筑後孝章 <sup>3,6</sup> ,上杉忠雄 <sup>4</sup> ,佐藤隆夫 <sup>3,4</sup>	
P-2-7	肺扁平上皮癌表面にアスペルギルスが腐生し好酸球浸潤が顕著であった一例 近畿大学医学部附属病院病院病理部 <sup>1</sup> ,近畿大学医学部附属病院臨床研究センター <sup>2</sup> ,近畿大学医学部病理学教室 <sup>3</sup> ○植田清文 <sup>1</sup> ,榎木英介 <sup>1,2,3</sup> ,木村雅友 <sup>3</sup> ,深田知也 <sup>1</sup> ,水野瑤子 <sup>1</sup> ,白石直樹 <sup>1</sup> ,田村香奈子 <sup>1</sup> ,手嶋優子 <sup>1</sup> ,上杉忠雄 <sup>1</sup> ,佐藤隆夫 <sup>1</sup>	
P-2-8	術中迅速捺印細胞診が診断の決め手となった肺クリプトコッカス症の一例 松波総合病院病理診断科 <sup>1</sup> ,松波総合病院呼吸器外科 <sup>2</sup> ○齊尾征直 <sup>1</sup> ,池田庸子 <sup>1</sup> ,大野あけみ <sup>1</sup> ,春日井敏夫 <sup>2</sup> ,濱保英樹 <sup>1</sup> ,川出真由美 <sup>1</sup> ,岩村和樹 <sup>1</sup>	
呼吸器 4	9:56~10:17	座長:横井豊治(名古屋掖済会病院病理診断科)
P-2-9	気管支擦過 ThinPrep 検体セルブロックが原発巣推定に有用であった前立腺癌肺転移の1例 大阪警察病院病理科 ○福田沙織,安岡弘直,築山あゆみ,郡司有理子,金田敦代,青木 弘,北辻 香,小西尋子,辻 洋美,辻本正彦	
P-2-10	転移性前立腺癌と鑑別を要した肺カルチノイド腫瘍の一例 JCHO 星ヶ丘医療センター・臨床検査部 <sup>1</sup> ,JCHO 星ヶ丘医療センター・呼吸器センター <sup>2</sup> ,JCHO 星ヶ丘医療センター・臨床検査部・病理診断科 <sup>3</sup> ○三原勝利 <sup>1</sup> ,西田雅美 <sup>1</sup> ,山口佳江子 <sup>1</sup> ,廣田真貴菜 <sup>1</sup> ,坂本和真 <sup>1</sup> ,澤端章好 <sup>2</sup> ,中村孝人 <sup>2</sup> ,鳥井郁子 <sup>3</sup> ,丸山博司 <sup>3</sup>	
P-2-11	気管支擦過細胞診にて腺癌およびカルチノイド腫瘍と診断しえた肺重複腫瘍の1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> ○西村俊直 <sup>1</sup> ,岩根承子 <sup>1</sup> ,長岡三郎 <sup>1</sup> ,荒木邦夫 <sup>2</sup>	
呼吸器 5	10:17~10:38	座長:渋谷 潔(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)
P-2-12	Combined small cell carcinoma and carcinosarcoma の1例 栃木県立がんセンター検査技術科 <sup>1</sup> ,栃木県立がんセンター病理診断科 <sup>2</sup> ○佐々木優 <sup>1</sup> ,中野公子 <sup>1</sup> ,大西亜弥 <sup>1</sup> ,中野真希 <sup>1</sup> ,星 暢夫 <sup>2</sup> ,若松早穂 <sup>2</sup> ,星サユリ <sup>2</sup> ,平林かおる <sup>2</sup>	
P-2-13	当院で経験した Ciliated muconodular papillary tumor of the lung の1例 結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科 <sup>1</sup> ,結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科 <sup>2</sup> ,がん研究会がん研究所病理部 <sup>3</sup> ○草野行治 <sup>1</sup> ,船井遼子 <sup>1</sup> ,温井奈美 <sup>1</sup> ,菊池康華 <sup>1</sup> ,吉田 勤 <sup>1,2</sup> ,菊地文史 <sup>1</sup> ,石川雄一 <sup>3</sup>	
P-2-14	多形癌と扁平上皮癌の多発肺癌の1例 独立行政法人地域医療推進機能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> ,宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野 <sup>3</sup> ,宮崎大学医学部附属病院病理診断科 <sup>4</sup> ○森 智子 <sup>1</sup> ,花牟禮富美雄 <sup>1</sup> ,野口裕史 <sup>2</sup> ,田中弘之 <sup>3</sup> ,佐藤勇一郎 <sup>4</sup>	

<b>呼吸器 6</b>	<b>10:38~10:59</b>	<b>座長：梶原直央</b> (東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野)
P-2-15	気管支鏡擦過細胞診で腫瘍細胞の出現を見た血管内悪性リンパ腫 (IVL) の1例 新潟市民病院医療技術部病理検査科 ○東條春菜, 苅部 豊, 清野俊秀, 戸田裕一郎, 花野友梨香, 神田杏里紗, 橋立英樹, 渋谷宏行	
P-2-16	超音波ガイド下経気管支穿刺細胞診で経験された古典的 Hodgkin リンパ腫の1例 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> , 広川佳史 <sup>1)</sup>	
P-2-17	気管支に発生した腺様嚢胞癌の一例 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> ○角 正恵 <sup>1)</sup> , 佐谷純一 <sup>1)</sup> , 溝口義浩 <sup>1)</sup> , 伊藤やよい <sup>1)</sup> , 平山賢司 <sup>1)</sup> , 宇野大輔 <sup>1)</sup> , 緒方昌倫 <sup>1)</sup> , 峰 真理 <sup>2)</sup>	
<b>呼吸器 7</b>	<b>10:59~11:20</b>	<b>座長：寺本友昭</b> (国立病院機構近畿中央胸部疾患センター)
P-2-18	気管に発生した腺様嚢胞癌の一例 JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科 <sup>1)</sup> , JA 三重厚生連いなべ総合病院中央検査科 <sup>2)</sup> ○中村 豊 <sup>1)</sup> , 村田哲也 <sup>1)</sup> , 小山英之 <sup>1)</sup> , 馬場洋一郎 <sup>1)</sup> , 市川孝昭 <sup>1)</sup> , 山崎卓也 <sup>2)</sup>	
P-2-19	腺癌との鑑別に苦慮した類上皮血管内皮腫の一例 高知大学医学部附属病院病理診断部 ○高橋明日香, 吉良佳那, 岡本真知, 大原栄二, 戸井 慎, 井口みつこ, 弘井 誠, 村上一郎	
P-2-20	喀痰中に異型扁平上皮細胞が持続出現する一症例 筑波メディカルセンター病院臨床検査科 <sup>1)</sup> , 筑波メディカルセンター病院病理科 <sup>2)</sup> ○石黒和也 <sup>1)</sup> , 大河内良美 <sup>1)</sup> , 西村優花 <sup>1)</sup> , 石松寛美 <sup>1)</sup> , 村井陽子 <sup>1)</sup> , 上田有美 <sup>1)</sup> , 小田倉章 <sup>1)</sup> , 小沢昌慶 <sup>2)</sup> , 内田 温 <sup>2)</sup> , 菊地和徳 <sup>2)</sup>	
<b>呼吸器 8</b>	<b>13:00~13:21</b>	<b>座長：元井紀子</b> (国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科)
P-2-21	肝内胆管癌術後に肺転移巣の外科的切除術を施行した一例 成田赤十字病院病理部 <sup>1)</sup> , 成田赤十字病院呼吸器外科 <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> ○榎本 茜 <sup>1)</sup> , 齋藤 忠 <sup>1)</sup> , 葛生吉彦 <sup>1)</sup> , 堀尾穰治 <sup>2,3)</sup> , 星野英久 <sup>2,3)</sup> , 渋谷 潔 <sup>2,3)</sup> , 河上牧夫 <sup>1)</sup>	
P-2-22	膜性腎症でステロイドを使用中, 播種性糞線虫症を合併し, 死亡した症例 豊見城中央病院病理診断科 ○伊禮 彩, 天久望美, 宮里碧沙, 照屋敦子, 呉地 剛, 喜友名正也	
P-2-23	無気肺および胸水貯留, 骨盤内腫瘍, 多発リンパ節転移を来した原発不明腫瘍の剖検例 北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野 <sup>1)</sup> , 北海道大学病院臨床研究開発センター <sup>2)</sup> , 手稲溪仁会病院病理部 <sup>3)</sup> ○石田雄介 <sup>1,2)</sup> , 谷川 聖 <sup>1)</sup> , 杉村拓也 <sup>3)</sup> , 大森優子 <sup>3)</sup> , 篠原敏也 <sup>3)</sup> , 竹浪智子 <sup>1)</sup> , 漆戸万紗那 <sup>1)</sup> , 森谷 純 <sup>1)</sup> , 谷野美智枝 <sup>1)</sup> , 田中伸哉 <sup>1)</sup>	
<b>呼吸器 9</b>	<b>13:21~13:42</b>	<b>座長：柿沼廣邦</b> (北里大学病院病理部)
P-2-24	DTT 添加 Cytosol Red を用いた喀痰 LBC 検体の保存性 奈良県立医科大学附属病院病理部 <sup>1)</sup> , 奈良県立医科大学病理診断学講座 <sup>2)</sup> ○龍見重信 <sup>1)</sup> , 西川 武 <sup>1)</sup> , 鈴木久恵 <sup>1)</sup> , 竹内真央 <sup>1)</sup> , 田中京子 <sup>1)</sup> , 畠山金太 <sup>2)</sup> , 大林千穂 <sup>2)</sup>	
P-2-25	サイトリッチレッドによる保存期間が LBC 検体を用いた免疫細胞化学染色に及ぼす影響 大阪府済生会野江病院病理診断科 <sup>1)</sup> , 京都大学医学部附属病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○城戸貴之 <sup>1)</sup> , 矢野恵子 <sup>1)</sup> , 小椋聖子 <sup>1)</sup> , 江木さつき <sup>1)</sup> , 高安祥子 <sup>1)</sup> , 桜井孝規 <sup>2)</sup> , 渋谷信介 <sup>1)</sup>	



- P-2-26 当センターにおける超音波気管支鏡ガイド下針生検の運用方法—on site cytology の試み—  
 栃木県立がんセンター検査技術科<sup>1</sup>, 栃木県立がんセンター病理診断科<sup>2</sup>  
 ○中野真希<sup>1</sup>, 中野公子<sup>1</sup>, 大西亜弥<sup>1</sup>, 佐々木優<sup>1</sup>, 星 暢夫<sup>2</sup>, 若松早穂<sup>2</sup>, 星サユリ<sup>2</sup>,  
 平林かおる<sup>2</sup>

**縦隔 13:42~14:03 座長:植村芳子 (関西医科大学総合医療センター病理診断科)**

- P-2-27 後縦隔 Adenomatoid tumor の1例  
 近畿大学医学部病理学教室<sup>1</sup>, 近畿大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○筑後孝章<sup>1</sup>, 清水重喜<sup>1</sup>, 植田清文<sup>2</sup>, 田中千琴<sup>2</sup>, 手嶋優子<sup>2</sup>, 白石直樹<sup>2</sup>, 水野瑤子<sup>2</sup>,  
 深田知也<sup>2</sup>, 上杉忠雄<sup>2</sup>, 佐藤隆夫<sup>2</sup>
- P-2-28 縦隔原発腸型腺癌の一例  
 関西医科大学附属病院病理部  
 ○玉井真理英, 石田光明, 岡本 久, 蛭子佑翼, 宮坂知佳, 田代 敬, 植村芳子, 蔦 幸治
- P-2-29 右縦隔に発生した骨外性粘液型軟骨肉腫の1症例  
 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>, 独立行政法人  
 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部<sup>2</sup>, 独立行政法人国立病院機構  
 呉医療センター・中国がんセンター院長<sup>3</sup>  
 ○藤澤宏樹<sup>1</sup>, 倉岡和矢<sup>1,2</sup>, 菅重里紗<sup>1</sup>, 安村奈緒子<sup>1</sup>, 吉田美帆<sup>1</sup>, 大西 浩<sup>1</sup>, 谷山大樹<sup>1</sup>,  
 在津潤一<sup>1</sup>, 齊藤彰久<sup>1</sup>, 谷山清己<sup>3</sup>

**泌尿器1 9:00~9:28 座長:大谷 博 (社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科)**

- P-2-30 上部尿路癌の細胞診断について  
 名鉄病院中央臨床検査部病理<sup>1</sup>, 名古屋掖済会病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○小林徳子<sup>1</sup>, 眞田照一郎<sup>1</sup>, 谷川 豊<sup>1</sup>, 鈴木真理子<sup>1</sup>, 原田智子<sup>1</sup>, 田中瑞穂<sup>2</sup>, 大池里枝<sup>2</sup>,  
 夏目園子<sup>2</sup>, 西川恵理<sup>2</sup>, 佐竹立成<sup>2</sup>
- P-2-31 液状化検体細胞診による泌尿器細胞診報告様式2015への対応に関する検討  
 医療法人社団日高会日高病院病理診断研究センター  
 ○久保りさ, 秋本みなみ, 小野貴美子, 石原 力, 中里洋一
- P-2-32 尿路上皮癌における Ezh2 の発現と尿細胞診への応用  
 独立行政法人国立病院機構佐賀病院<sup>1</sup>, 久留米大学病院病理診断科・病院病理部<sup>2</sup>, 社会医療  
 法人天神会新古賀病院<sup>3</sup>, 久留米大学医学部病理学講座病理学分野<sup>4</sup>  
 ○佐田勇樹<sup>1</sup>, 河原明彦<sup>2</sup>, 貞嶋栄司<sup>3</sup>, 秋葉 純<sup>2</sup>, 矢野博久<sup>4</sup>
- P-2-33 ヒト尿路上皮癌における microRNA-331-3p の役割  
 奈良県立医科大学医学部病理病態学講座<sup>1</sup>, 奈良市総合医療検査センター<sup>2</sup>  
 ○藤井智美<sup>1</sup>, 安達博成<sup>2</sup>, 小西 登<sup>1</sup>

**泌尿器2 9:28~9:49 座長:徳田雄治 (古賀病院21)**

- P-2-34 傍精巣組織を首座として発生した IgG4 関連疾患の一例  
 山梨大学医学部人体病理学講座<sup>1</sup>, 山梨大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>  
 ○望月邦夫<sup>1</sup>, 中澤久美子<sup>2</sup>, 花井佑樹<sup>2</sup>, 石井喜雄<sup>2</sup>, 峰 広美<sup>2</sup>, 佐藤詩織<sup>2</sup>, 笠井一希<sup>2</sup>,  
 望月直子<sup>2</sup>, 大石直輝<sup>1</sup>, 加藤良平<sup>1</sup>
- P-2-35 前立腺 G-CSF 産生未分化癌の一例  
 済生会宇都宮病院臨床検査技術科<sup>1</sup>, 済生会宇都宮病院病理診断科<sup>2</sup>, 慶應義塾大学医学部  
 病理学教室<sup>3</sup>  
 ○兼崎真由美<sup>1</sup>, 廣瀬英俊<sup>1</sup>, 湯澤浩子<sup>1</sup>, 尾原健太郎<sup>2,3</sup>, 江本 桂<sup>2,3</sup>

- P-2-36 腺癌との鑑別を要したリンパ腫様型/形質細胞腫様浸潤性尿路上皮癌の1例  
 埼玉医科大学病院中央病理診断部病理診断科<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学基礎医学病理学<sup>2)</sup>, 埼玉医科大学保健医療学部<sup>3)</sup>  
 ○土居美枝子<sup>1)</sup>, 稲田博輝<sup>1)</sup>, 細沼沙紀<sup>1)</sup>, 政岡秀彦<sup>1)</sup>, 瀬山幸子<sup>1)</sup>, 金野美年子<sup>1)</sup>, 石澤圭介<sup>1,2)</sup>,  
 茅野秀一<sup>3)</sup>, 山田健人<sup>1,2)</sup>, 佐々木惇<sup>1,2)</sup>

**泌尿器 3 9:49~10:10 座長: 廣井禎之 (新渡戸文化短期大学臨床検査学科病理学)**

- P-2-37 尿沈渣検査で異型細胞を認め尿細胞診で悪性リンパ腫を疑った一症例  
 佐世保共済病院病理診断科<sup>1)</sup>, 十善会病院病理室<sup>2)</sup>  
 ○川崎辰彦<sup>1)</sup>, 久保 綾<sup>1)</sup>, 田中義成<sup>1)</sup>, 井関充及<sup>1)</sup>, 小川桂子<sup>2)</sup>
- P-2-38 生検針の洗浄細胞診で認めた2型乳頭状腎細胞癌の一例  
 西神戸医療センター臨床検査技術部<sup>1)</sup>, 西神戸医療センター病理科<sup>2)</sup>  
 ○船越真依<sup>1)</sup>, 西田 稔<sup>1)</sup>, 清水理絵<sup>1)</sup>, 毛利衣子<sup>1)</sup>, 井上友佳里<sup>1)</sup>, 石原美佐<sup>2)</sup>, 橋本公夫<sup>2)</sup>
- P-2-39 ギムザ染色にて細胞質内異染性粘液を有した転移性膀胱癌の一例  
 相澤病院病理診断科<sup>1)</sup>, 相澤病院臨床検査科<sup>2)</sup>  
 ○樋口佳代子<sup>1)</sup>, 小倉和幸<sup>2)</sup>, 伊丹川裕子<sup>2)</sup>, 池上陽太<sup>2)</sup>, 加藤昌希<sup>2)</sup>, 小林帆波<sup>2)</sup>, 石橋恵津子<sup>2)</sup>,  
 小豆畑康児<sup>1)</sup>, 伊藤信夫<sup>1)</sup>

**泌尿器 4 10:10~10:31 座長: 是松元子 (株式会社 LSI メディエンス)**

- P-2-40 泌尿器細胞診  
 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>, 宮崎大学医学部病理学講座構造機能病態学分野<sup>3)</sup>  
 ○西川詩織<sup>1)</sup>, 野口裕史<sup>1)</sup>, 徳満貴子<sup>1)</sup>, 峰松映子<sup>1)</sup>, 森田勝代<sup>1)</sup>, 黒木栄輝<sup>1)</sup>, 大野招伸<sup>1)</sup>,  
 前川和也<sup>3)</sup>, 盛口清香<sup>2)</sup>, 佐藤勇一郎<sup>1,2)</sup>
- P-2-41 泌尿器科領域のLBC導入における現状と従来法との比較  
 富山県済生会富山病院<sup>1)</sup>, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学<sup>2)</sup>  
 ○田近洋介<sup>1)</sup>, 中島悠樹<sup>1)</sup>, 折田 恵<sup>1)</sup>, 浅倉ゆきえ<sup>1)</sup>, 高橋美貴恵<sup>1)</sup>, 井村穰二<sup>2)</sup>
- P-2-42 尿細胞診における従来法とLBC法の細胞形態, 診断精度の比較検討  
 聖隷浜松病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 立川総合病院病理診断科<sup>3)</sup>  
 ○加藤好洋<sup>1)</sup>, 鈴木愛梨<sup>1)</sup>, 池谷知也<sup>1)</sup>, 山田真人<sup>1)</sup>, 新井義文<sup>2)</sup>, 大月寛郎<sup>2)</sup>, 小林 寛<sup>2,3)</sup>

**骨・軟部 1 10:31~10:52 座長: 安達博成 (奈良市総合医療検査センター)**

- P-2-43 Intramuscular myxoma の2例  
 新潟県立がんセンター新潟病院病理部  
 ○川口洋子, 柳原優香, 山川美沙紀, 弦巻順子, 北澤 綾, 豊崎勝実, 鏡十代栄, 木下律子,  
 川崎 隆, 本間慶一
- P-2-44 類上皮肉腫の一例  
 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分子病理学講座<sup>2)</sup>  
 ○本野紀夫<sup>1)</sup>, 海老塚智恵美<sup>1)</sup>, 安齋桜子<sup>1)</sup>, 西尾由紀子<sup>1)</sup>, 佐川弘美<sup>1)</sup>, 三田和博<sup>1)</sup>, 山中正二<sup>1)</sup>,  
 大橋健一<sup>1)</sup>, 加藤生真<sup>2)</sup>
- P-2-45 後腹膜に発生した脱分化型脂肪肉腫の一例  
 長野赤十字病院病理部  
 ○佐藤秀太, 西沢政則, 荻野智由, 望月 実, 花岡浩明, 半田亜里紗, 渡辺正秀



<b>骨・軟部2</b>	<b>10:52~11:13</b>	<b>座長: 渡邊みか (東北大学病院病理部)</b>
P-2-46	細胞像が異なり遺伝子異常においても相違を認めた滑膜肉腫の2例 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> ○菅野恵士 <sup>1</sup> , 藤野 節 <sup>2</sup> , 後藤義也 <sup>1</sup> , 瀬山 敦 <sup>1</sup> , 細沼佑介 <sup>1</sup> , 加藤智美 <sup>1</sup> , 佐瀬智子 <sup>1</sup> , 鎌倉靖夫 <sup>1</sup> , 新井栄一 <sup>2</sup> , 安田政実 <sup>1,2</sup>	
P-2-47	神経線維腫症1型(NF1)患者に発生した Undifferentiated pleomorphic sarcoma (UPS) の1例 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター臨床検査科 <sup>1</sup> , 同病理診断科 <sup>2</sup> ○藤本翔大 <sup>1</sup> , 小嶋健太 <sup>1</sup> , 今村彰吾 <sup>1</sup> , 宮久 禎 <sup>1</sup> , 加藤裕一 <sup>1</sup> , 北里謙二 <sup>2</sup> , 瀧澤克実 <sup>2</sup> , 伏見文良 <sup>2</sup> , 田口健一 <sup>2</sup>	
P-2-48	Spindle cell rhabdomyosarcoma の一例 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 ○萩原葉子, 仲村佳世子, 田口雅子, 足羽彩加, 西岡千恵子, 河野孝志, 松崎直美, 弓場吉哲	
<b>骨・軟部3</b>	<b>11:13~11:34</b>	<b>座長: 門田球一 (香川大学医学部附属病院病理診断科)</b>
P-2-49	炎症型平滑筋肉腫の一例 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科 <sup>1</sup> , 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部 <sup>2</sup> , 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長 <sup>3</sup> ○齊藤彰久 <sup>1</sup> , 倉岡和矢 <sup>1,2</sup> , 吉田美帆 <sup>1</sup> , 藤澤宏樹 <sup>1</sup> , 安村奈緒子 <sup>1</sup> , 戸田 環 <sup>1</sup> , 在津潤一 <sup>1</sup> , 谷山大樹 <sup>1</sup> , 谷山清己 <sup>3</sup>	
P-2-50	Langerhans 細胞組織球症の一例 市立伊丹病院病理診断科 ○中島麻智, 尾崎友美, 堀岡良康, 宋 美紗, 木村勇人	
P-2-51	非定型的な臨床像を呈したため肉腫との鑑別に苦慮した結節性筋膜炎の細胞像の検討 帝京大学医学部病理学講座 <sup>1</sup> , 帝京大学医学部附属病院病院病理部 <sup>2</sup> , 帝京大学医学部附属病院整形外科 <sup>3</sup> , 帝京大学医学部附属病院放射線科 <sup>4</sup> , 国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部 <sup>5</sup> , がん・感染症センター都立駒込病院病理科 <sup>6</sup> ○渡部朱織 <sup>1</sup> , 菊地良直 <sup>1</sup> , 向山淳児 <sup>2</sup> , 斉藤光次 <sup>2</sup> , 佐藤健二 <sup>3</sup> , 山本麻子 <sup>4</sup> , 石田 剛 <sup>5</sup> , 元井 亨 <sup>6</sup> , 近藤福雄 <sup>2</sup> , 宇於崎宏 <sup>1</sup>	
<b>骨・軟部4</b>	<b>13:00~13:21</b>	<b>座長: 南部雅美 (熊本保健科学大学)</b>
P-2-52	再発した Solitary fibrous tumor の1例 (医)明和病院臨床検査科 <sup>1</sup> , (医)明和病院外科 <sup>2</sup> , 恵生会病院産婦人科 <sup>3</sup> , 大久保病院産婦人科 <sup>4</sup> ○松林謙治 <sup>1</sup> , 覚野綾子 <sup>1</sup> , 狭間結衣 <sup>1</sup> , 渥美亜紀子 <sup>1</sup> , 檜山弘道 <sup>1</sup> , 渥美鈴恵 <sup>1</sup> , 木村文彦 <sup>2</sup> , 内藤子来 <sup>3</sup> , 脇本栄子 <sup>3</sup> , 小笠原利忠 <sup>4</sup>	
P-2-53	大腿に発生した悪性孤在性線維性腫瘍の1例 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・院長 <sup>3</sup> , 広島大・院医歯薬学・分子病理 <sup>4</sup> ○谷山大樹 <sup>1,4</sup> , 倉岡和矢 <sup>1,2</sup> , 菅亜里紗 <sup>1</sup> , 藤澤宏樹 <sup>1</sup> , 安村奈緒子 <sup>1</sup> , 吉田美帆 <sup>1</sup> , 在津潤一 <sup>1</sup> , 齊藤彰久 <sup>1</sup> , 安井 弥 <sup>4</sup> , 谷山清己 <sup>3</sup>	
P-2-54	カテーテル血管アプローチ法による吸引細胞診の適応となった2症例 長崎大学病院病理診断科病理部 <sup>1</sup> , 長崎病理診断科 <sup>2</sup> ○平山三国 <sup>1</sup> , 佐藤典子 <sup>1</sup> , 今泉利信 <sup>1</sup> , 里 翼 <sup>1</sup> , 濱崎幸恵 <sup>1</sup> , 田中 圭 <sup>1</sup> , 芝原一樹 <sup>1</sup> , 穴見正信 <sup>2</sup> , 安倍邦子 <sup>1</sup> , 福岡順也 <sup>1</sup>	

<b>骨・軟部 5</b>	<b>13:21~13:42</b>	<b>座長：阿部英二</b> （北九州市保健福祉局保健衛生部保健予防課）
P-2-55	細胞診で推定し得た線維形成性小円形細胞腫瘍の一例 秀和総合病院検査科病理 <sup>1</sup> ，東京医科歯科大学医学部附属病院病理部 <sup>2</sup> ，東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理学 <sup>3</sup> ○瀬戸口知里 <sup>1</sup> ，櫻井 聖 <sup>2</sup> ，中嶋 裕 <sup>2</sup> ，桐村 進 <sup>2</sup> ，関根正喜 <sup>2</sup> ，安藤 登 <sup>2</sup> ，明石 巧 <sup>2</sup> ，江石義信 <sup>2,3</sup>	
P-2-56	弾性線維腫の2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>1,2</sup> ，川崎医科大学病理学 <sup>2,3</sup> ○菅野豊子 <sup>1</sup> ，福屋美奈子 <sup>1</sup> ，米 亮祐 <sup>1</sup> ，小林江利 <sup>1</sup> ，小林博久 <sup>1</sup> ，秋山 隆 <sup>2</sup> ，鹿股直樹 <sup>3</sup> ，森谷卓也 <sup>3</sup>	
P-2-57	LBC 法穿刺細胞吸引診および組織診で診断された粘液線維肉腫の一例 東京慈恵会医科大学病院病理部 <sup>1</sup> ，東京慈恵会医科大学形成外科 <sup>2</sup> ○片木宏昭 <sup>1</sup> ，伊藤聡史 <sup>1</sup> ，春間節子 <sup>1</sup> ，梅森宮加 <sup>1</sup> ，中村麻予 <sup>1</sup> ，萬 昂士 <sup>1</sup> ，石田勝大 <sup>2</sup> ，鷹橋浩幸 <sup>1</sup>	
<b>乳腺 2</b>	<b>9:00~9:21</b>	<b>座長：岩屋啓一</b> （佐々木研究所附属杏雲堂病院）
P-2-58	乳腺 CNB 捺印細胞診において判定に苦慮した ALCL の一例 大阪市立大学医学部附属病院病理診断科 ○宇仁和将，安藤加奈江，塩見和彦，塩田晃子，脇田江里子，目黒麻紀，大蔵真希，久保勇記，桑江優子，大澤政彦	
P-2-59	多彩な像を伴った乳癌の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> ○小林江利 <sup>1</sup> ，福屋美奈子 <sup>1</sup> ，米 亮祐 <sup>1</sup> ，菅野豊子 <sup>1</sup> ，鹿股直樹 <sup>2</sup> ，森谷卓也 <sup>2</sup>	
P-2-60	術前の穿刺吸引細胞診で診断に苦慮した Encapsulated papillary carcinoma の1例 独立行政法人地域医療機能推進機構宮崎江南病院 <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> ○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>	
<b>乳腺 3</b>	<b>9:21~9:42</b>	<b>座長：森園英智</b> （がん研有明病院）
P-2-61	乳腺 apocrine ductal carcinoma in situ (DCIS) の4例 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科 ○植田 萌，森 清，高木景城，糸山光磨，笹 倫郎，眞能正幸	
P-2-62	Solid papillary carcinoma in situ (Neuroendocrine ductal carcinoma in situ) の一例 筑波メディカルセンター病院臨床検査科 <sup>1</sup> ，財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院病理科 <sup>2</sup> ○大河内良美 <sup>1</sup> ，石黒和也 <sup>1</sup> ，西村優花 <sup>1</sup> ，石松寛美 <sup>1</sup> ，村井陽子 <sup>1</sup> ，上田有美 <sup>1</sup> ，小田倉章 <sup>1</sup> ，小沢昌慶 <sup>2</sup> ，内田 温 <sup>2</sup> ，菊地和徳 <sup>2</sup>	
P-2-63	Solid papillary carcinoma の2症例 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1病理学 <sup>3</sup> ，産業医科大学医学部第2病理学 <sup>4</sup> ○小原光祥 <sup>1</sup> ，岡 春子 <sup>1</sup> ，佐藤 齊 <sup>1</sup> ，名和田彩 <sup>4</sup> ，松山篤二 <sup>2</sup> ，島尻正平 <sup>1,2</sup> ，中山敏幸 <sup>2,4</sup> ，久岡正典 <sup>1,2,3</sup>	

<b>乳腺4</b>	<b>9:42~10:03</b>	<b>座長: 山口 倫</b> (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)
P-2-64	細胞診にて推定しえた乳腺基質産生癌の1例 弘前大学医学部附属病院病理部 <sup>1)</sup> , 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座 <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> ○小島啓子 <sup>1)</sup> , 刀稱亀代志 <sup>1)</sup> , 熊谷直哉 <sup>1)</sup> , 諸橋聡子 <sup>2)</sup> , 加藤哲子 <sup>1,3)</sup> , 鬼島 宏 <sup>2)</sup> , 黒瀬 顕 <sup>1,3)</sup>	
P-2-65	乳腺基質産生癌の一例 独立行政法人国立病院機構広島西医療センター臨床検査科 ○山下大貴, 長者睦揮, 鈴木詠子, 上田信恵, 藤本貴美子, 立山義朗	
P-2-66	乳腺紡錘細胞癌の1例 独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院中央検査部病理 <sup>1)</sup> , 独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○岡部美由紀 <sup>1)</sup> , 三村明弘 <sup>1)</sup> , 小倉啓介 <sup>1)</sup> , 浦芝 敬 <sup>1)</sup> , 金田香央里 <sup>1)</sup> , 三輪秀明 <sup>2)</sup>	
<b>乳腺5</b>	<b>10:03~10:24</b>	<b>座長: 北村隆司</b> (昭和大学横浜市北部病院)
P-2-67	乳腺腺筋上皮腫(紡錘細胞型)の1例 三重県厚生連松阪中央総合病院病理診断科 ○河合美穂, 石原明德, 杉本寛子, 上森 昭, 水谷伊津子	
P-2-68	乳腺腺筋上皮腫の1例 独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター ○岩永浩輔, 白石幸恵, 小田繁樹, 田場 充, 内藤慎二	
P-2-69	乳腺原発 pleomorphic adenoma (PA)の1例 愛知厚生連渥美病院臨床検査科 ○佐久間貴彦, 森三希子, 小久保知加子, 出口恵三	
<b>乳腺6</b>	<b>10:24~10:38</b>	<b>座長: 加藤 拓</b> (成田富理徳洲会病院)
P-2-70	腎細胞癌乳腺転移の1例 黒石市国民健康保険黒石病院臨床検査科 <sup>1)</sup> , 八戸市立八戸市民病院臨床検査科 <sup>2)</sup> , 弘前大学大学院医学研究科分子病態病理学講座 <sup>3)</sup> ○四釜育与 <sup>1)</sup> , 矢嶋信久 <sup>2)</sup> , 板橋智映子 <sup>3)</sup>	
P-2-71	乳腺原発 悪性リンパ腫の1例 公立学校共済組合九州中央病院医療技術部検査技術科 <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> ○佐谷純一 <sup>1)</sup> , 溝口義浩 <sup>1)</sup> , 伊藤やよい <sup>1)</sup> , 平山賢司 <sup>1)</sup> , 宇野大輔 <sup>1)</sup> , 角 正恵 <sup>1)</sup> , 緒方昌倫 <sup>1)</sup> , 峰 真理 <sup>2)</sup>	
<b>乳腺7</b>	<b>10:38~10:52</b>	<b>座長: 山田英二</b> (彦根市立病院病理診断科)
P-2-72	液状化細胞診標本(LBC)を用いた免疫細胞化学染色が診断に有用であった男性乳癌の一例 日本生命済生会付属日生病院病理検査室 ○大嶽雄也, 角田道久, 水口洋一, 城光寺龍	
P-2-73	脱毛症治療薬服用歴のある若年男性に発症した乳癌の一例 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> ○横浜一樹 <sup>1)</sup> , 渡邊 学 <sup>1)</sup> , 齋藤嘉奈子 <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>	
<b>乳腺8</b>	<b>10:52~11:13</b>	<b>座長: 青木裕志</b> (順天堂大学医学部附属練馬病院)
P-2-74	乳腺細胞診が有用であった乳癌の2症例 公立学校共済組合九州中央病院 ○宇野大輔, 緒方昌倫, 角 正恵, 平山賢司, 佐谷純一, 伊藤やよい, 溝口義浩, 峰 真理	

- P-2-75 セルブロックを用いた乳癌転移巣受容体検査の判定上の問題点：NHO 多施設共同研究  
四国がんセンター臨床検査科<sup>1</sup>，東京医療センター臨床検査科・病理診断科<sup>2</sup>，大阪医療センター臨床検査科<sup>3</sup>，北海道がんセンター病理診断科<sup>4</sup>，呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>5</sup>，名古屋医療センター病理診断科<sup>6</sup>，九州がんセンター病理診断科<sup>7</sup>，仙台医療センター臨床検査科・病理診断科<sup>8</sup>，長崎医療センター臨床研究センター<sup>9</sup>  
○西村理恵子<sup>1</sup>，村田有也<sup>2</sup>，森 清<sup>3</sup>，山城勝重<sup>4</sup>，倉岡和矢<sup>5</sup>，市原 周<sup>6</sup>，田口健一<sup>7</sup>，鈴木博義<sup>8</sup>，伊東正博<sup>9</sup>
- P-2-76 乳腺穿刺吸引細胞診における精度管理  
がん研有明病院乳腺センター外科<sup>1</sup>，がん研有明病院細胞診断部<sup>2</sup>  
○森園英智<sup>1</sup>，池畑浩一<sup>2</sup>，坂井威彦<sup>1</sup>

**消化器 4 9：00～9：21 座長：村田哲也（鈴鹿中央総合病院病理）**

- P-2-77 虫垂開口部粘液を契機に診断された虫垂嚢胞腺癌の1症例  
新潟厚生連新潟医療センター臨床検査科<sup>1</sup>，新潟厚生連新潟医療センター病理科<sup>2</sup>，新潟厚生連村上総合病院臨床検査科<sup>3</sup>，新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科<sup>4</sup>  
○上村綾香<sup>1</sup>，種村直美<sup>1</sup>，長谷川秀浩<sup>1</sup>，内藤 眞<sup>2</sup>，横田 浩<sup>3</sup>，本間慶一<sup>4</sup>
- P-2-78 胆嚢原発扁平上皮癌の3例（純型と混合型）  
東京医科大学八王子医療センター病理診断部  
○石崎幹子，若槻よしえ，吉田えりか，田辺 夢，横山明子，内山 篤，塚本 哲，脇屋 緑，芹澤博美
- P-2-79 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）にてみられた膵頭部 Paraganglioma の一例  
福山市民病院臨床検査科<sup>1</sup>，福山市民病院<sup>2</sup>  
○高田知恵里<sup>1</sup>，来米由梨<sup>1</sup>，山田貴之<sup>1</sup>，秀坂 恵<sup>1</sup>，大野京太郎<sup>2</sup>，重西邦浩<sup>2</sup>

**消化器 5 9：21～9：42 座長：佐々木素子（金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学）**

- P-2-80 膵 EUS-FNA 標本で偽乳頭状構造を示した腺房細胞癌の1例  
公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室<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病理診断科<sup>2</sup>  
○山口大介<sup>1</sup>，原田美香<sup>1</sup>，香田浩美<sup>1</sup>，小寺明美<sup>1</sup>，實平悦子<sup>1</sup>，中村香織<sup>1</sup>，板倉淳哉<sup>2</sup>，内野かおり<sup>2</sup>，能登原憲司<sup>2</sup>
- P-2-81 膵 mixed acinar-neuroendocrine carcinoma の1例  
近畿大学医学部附属病院病院病理部<sup>1</sup>，近畿大学医学部病理学教室<sup>2</sup>  
○水野瑤子<sup>1</sup>，深田知也<sup>1</sup>，白石直樹<sup>1</sup>，手嶋優子<sup>1</sup>，田中千琴<sup>1</sup>，植田清文<sup>1</sup>，上杉忠雄<sup>1</sup>，筑後孝章<sup>1,2</sup>，佐藤隆夫<sup>1,2</sup>
- P-2-82 EUS-FNA で診断に難渋し膵高分化腺癌を推定した一例  
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  
○富岡理恵，千葉佐和子，武田奈津子，腰高典子，小寺輝明，市川美咲，高瀬章子，田辺美樹子，大谷方子，稲山嘉明

**消化器 6 9：42～10：03 座長：清水道生（博慈会記念総合病院病理診断センター）**

- P-2-83 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）で採取した粘液性嚢胞腺腫の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>，宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野<sup>3</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>，田中弘之<sup>3</sup>，佐藤勇一郎<sup>1,2</sup>

- P-2-84 EUS-FNAにおいて腎癌膵転移との鑑別に難渋した膵管癌の1例  
昭和大学藤が丘病院臨床病理検査室<sup>1</sup>, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科<sup>2</sup>, 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科<sup>3</sup>  
○川上真理子<sup>1</sup>, 岸本浩次<sup>1</sup>, 太田善樹<sup>1</sup>, 外池孝彦<sup>1</sup>, 船宝直美<sup>1</sup>, 野呂瀬朋子<sup>2</sup>, 塩川 章<sup>2</sup>, 光谷俊幸<sup>2</sup>, 九島巳樹<sup>3</sup>, 大池信之<sup>2</sup>
- P-2-85 画像診断にてIPMNが疑われた通常型膵癌2例のEUS-FNA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>  
○江坂四季音<sup>1</sup>, 松田陽子<sup>1</sup>, 浜島裕理<sup>1</sup>, 今泉雅之<sup>1</sup>, 白幡浩人<sup>1</sup>, 木下真由美<sup>1</sup>, 鈴木明美<sup>1</sup>, 西村 誠<sup>2</sup>, 新井富生<sup>1</sup>

**消化器7 10:03~10:24 座長:中山 淳 (信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室)**

- P-2-86 EUS-FNACで推定しえた乳頭部原発混合型腺神経内分泌癌(MANEC)の1例  
関西医科大学附属病院病理部  
○吉岡紗弥, 蛭子佑翼, 伊藤寛子, 岡野公明, 石田光明, 宮坂知佳, 田代 敬, 植村芳子, 葛 幸治
- P-2-87 術後13年の経過でEUS-FNAにて診断された転移性腎癌の1例  
関西労災病院中央検査部<sup>1</sup>, 同病理診断科<sup>2</sup>  
○杉生憲二<sup>1</sup>, 鶴田陽子<sup>1</sup>, 原沙由美<sup>1</sup>, 山根三千秋<sup>1</sup>, 吉野龍一<sup>1</sup>, 後藤孝吉<sup>2</sup>, 永野輝明<sup>2</sup>, 中塚伸一<sup>2</sup>
- P-2-88 主膵管拡張を契機に細胞診により診断された膵上皮内癌の1切除例  
イムス札幌消化器中央総合病院  
○岸 宗佑

**消化器8 10:24~10:45 座長:九嶋亮治 (滋賀医科大学病理診断科)**

- P-2-89 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) of the pancreas の2例  
福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部  
○鈴木佑梨, 岩崎和美, 森 正樹, 前川秀樹, 樋口翔平, 今村好章
- P-2-90 膵 腺扁平上皮癌の一例  
東京通信病院病理科<sup>1</sup>, 東京警察病院病理診断科<sup>2</sup>, 立正佼成会附属佼成病院病理部<sup>3</sup>  
○浅川一恵<sup>1</sup>, 岸田由起子<sup>1</sup>, 神戸晴香<sup>1</sup>, 中村恵子<sup>1</sup>, 清水香織<sup>1</sup>, 小川佑美<sup>1</sup>, 高橋 剛<sup>1</sup>, 横山宗伯<sup>2</sup>, 二階堂孝<sup>3</sup>, 田村浩一<sup>1</sup>
- P-2-91 ESU-FNAにて悪性腫瘍との鑑別を要した肝血管脂肪腫の1例  
独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院病理診断科  
○山上朋之, 内田雅子, 増田麻紀, 武藤美智子, 横沢麻希子, 佐藤義雄, 濱村尚也, 高良多磨枝, 長谷川直樹, 角田幸雄

**消化器9 10:45~11:06 座長:平田哲士 (千葉細胞病理診断センター)**

- P-2-92 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法にて術前診断し得た膵 Lymphoepithelial cyst の1例  
聖路加国際病院消化器内科<sup>1</sup>, 同内視鏡室<sup>2</sup>, 同病理診断科<sup>3</sup>  
○中村健二<sup>1</sup>, 松岡 恵<sup>2</sup>, 小川命子<sup>3</sup>, 岡田修一<sup>2</sup>, 池谷 敬<sup>1</sup>, 高木浩一<sup>1</sup>, 石井直樹<sup>1</sup>, 福田勝彦<sup>1</sup>, 鈴木高祐<sup>3</sup>, 藤田善幸<sup>1</sup>
- P-2-93 IPMN Oncocytic type の2症例  
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>  
○栗原正博<sup>1</sup>, 上藤房代<sup>1</sup>, 奥山力也<sup>1</sup>, 永谷昭義<sup>1</sup>, 和泉智子<sup>1</sup>, 荒井政和<sup>1</sup>, 橋本浩次<sup>2</sup>, 堀内 啓<sup>1,2</sup>



P-2-94 破骨細胞様多核巨細胞が観察された膵癌の2例

津山慈風会津山中央病院

○浜田和久, 三宅孝佳

**消化器 10 11:06~11:27 座長: 杉島節夫 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)**

P-2-95 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)における細胞診結果の検討

聖路加国際病院病理診断科<sup>1</sup>, 聖路加国際病院消化器内科<sup>2</sup>, 東京女子医科大学第一病理<sup>3</sup>

○小川命子<sup>1</sup>, 平林陽介<sup>1</sup>, 植竹 都<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>, 山川真梨奈<sup>1</sup>, 中村健二<sup>2</sup>, 澤田達男<sup>3</sup>, 鈴木高祐<sup>1</sup>

P-2-96 術中迅速細胞診における HE 染色の利点と欠点: 消化器疾患での検討

独立行政法人国立病院学会旭川医療センター臨床検査科

○玉川 進, 松林 聡

P-2-97 胆汁・膵液細胞診における p53 染色の有用性の検討

広島赤十字・原爆病院病理診断科

○村上 寛, 久保 望, 永崎裕志, 小路伊奈子, 和田健一, 大林真理子, 坂谷暁夫, 藤原 恵

**甲状腺 1 9:00~9:21 座長: 近藤哲夫 (山梨大学人体病理学)**

P-2-98 新しい報告様式に基づいた甲状腺穿刺吸引細胞診と組織診断の比較検討

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

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

P-2-99 甲状腺細胞診「意義不明」および「濾胞性腫瘍」における判定理由提示の有用性

鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座<sup>2</sup>

○遠藤由香利<sup>1,2</sup>, 大野千恵子<sup>1</sup>, 松重貴大<sup>1</sup>, 持田洋利<sup>1</sup>, 山田恭子<sup>1</sup>, 桑本聡史<sup>1</sup>, 野坂加苗<sup>1</sup>, 堀江 靖<sup>1</sup>, 梅北善久<sup>1</sup>, 広岡保明<sup>2</sup>

P-2-100 甲状腺穿刺吸引細胞診 新報告様式と旧報告様式との比較検討: 悪性の疑いを中心に

三重大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 三重大学医学部附属病院がんセンター<sup>2</sup>

○藤田良浩<sup>1</sup>, 松谷史織<sup>1</sup>, 佐々木美沙<sup>1</sup>, 河井誓里奈<sup>1</sup>, 阿曾由美子<sup>1</sup>, 林 昭伸<sup>1</sup>, 内田克典<sup>1</sup>, 小塚祐司<sup>1</sup>, 福留寿生<sup>1,2</sup>, 今井 裕<sup>1</sup>

**甲状腺 2 9:21~9:42 座長: 太田善夫 (近畿大学医学部奈良病院病理診断科)**

P-2-101 *ETV6/NTRK3* 遺伝子転座散発性小児甲状腺乳頭癌の1例

長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学<sup>1</sup>, 長崎大学病院病理診断科<sup>2</sup>, 長崎病理診断科<sup>3</sup>, 長崎大学病院腫瘍外科<sup>4</sup>

○松田勝也<sup>1</sup>, 佐藤典子<sup>2</sup>, 穴見正信<sup>3</sup>, 大坪竜太<sup>4</sup>, 佐藤綾子<sup>4</sup>, Zhanna Mussazhanova<sup>1</sup>, 新野大介<sup>2</sup>, 安倍邦子<sup>2</sup>, 永安 武<sup>4</sup>, 中島正洋<sup>1</sup>

P-2-102 著明な細胞異型を認めた甲状腺好酸性細胞性濾胞結節の一例

昭和大学横浜市北部病院

○花井絵梨果, 北村隆司, 小島朋子, 津田祥子, 御子神哲也, 尾松睦子, 国村利明

P-2-103 術前の甲状腺穿刺細胞診で乳頭癌と推定した混合性髄様・濾胞細胞癌の1例

北里大学病院病理部<sup>1</sup>, 北里大学医学部病理学<sup>2</sup>

○村田莉紗<sup>1</sup>, 町田大輔<sup>1</sup>, 太田誠子<sup>1</sup>, 坂口 忍<sup>1</sup>, 山下和也<sup>1</sup>, 梶田咲美乃<sup>1,2</sup>, 吉田 功<sup>1,2</sup>, 三枝 信<sup>1,2</sup>, 村雲芳樹<sup>1,2</sup>

**甲状腺 3 9:42~10:10 座長: 中島正洋 (長崎大学原研病理)**

P-2-104 甲状腺穿刺吸引細胞診に出現した節外性NK/T細胞性リンパ腫の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-2-105 紡錘形細胞を認め RET 遺伝子変異が確認された甲状腺髄様癌の1例

札幌医科大学附属病院病理部

○木戸朋美, 東 恭悟, 浅沼広子, 近藤 啓, 青山智志, 平野博嗣, 杉田真太郎, 藤田裕美, 長谷川匡

P-2-106 肺 Large cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC) の甲状腺転移の一例

近畿大学医学部奈良病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 近畿大学医学部奈良病院耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>, 近畿大学医学部奈良病院産婦人科<sup>3)</sup>, 近畿大学医学部奈良病院病理診断科<sup>4)</sup>

○福森恭代<sup>1)</sup>, 浦 雅彦<sup>1)</sup>, 覚道健一<sup>1,4)</sup>, 清水直樹<sup>2)</sup>, 家根旦有<sup>2)</sup>, 金山清二<sup>3)</sup>, 若狭朋子<sup>1,4)</sup>, 太田善夫<sup>1,4)</sup>

P-2-107 甲状腺ワルチン腫瘍様乳頭癌の1例

富山県立中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 富山県立中央病院検査科<sup>2)</sup>

○内山明央<sup>1)</sup>, 矢野彩子<sup>2)</sup>, 清水雅彦<sup>2)</sup>, 酒井哲也<sup>2)</sup>, 宮本藤之<sup>2)</sup>, 中西ゆう子<sup>1)</sup>, 石澤 伸<sup>1)</sup>

**体腔液 1 10:10~10:31 座長: 森 一郎 (国際医療福祉大学三田病院病理)**

P-2-108 右胸水貯留を主訴とし原発臓器推定に苦慮した胃低分化腺癌の1例

静岡赤十字病院病理診断科部<sup>1)</sup>, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科<sup>2)</sup>, 藤田保健液性大学医学部第一病理学教室<sup>3)</sup>

○後藤 務<sup>1)</sup>, 大塚証一<sup>1)</sup>, 河原崎由紀子<sup>1)</sup>, 山田清隆<sup>1)</sup>, 岡本香織<sup>1)</sup>, 田代和弘<sup>1)</sup>, 笠原正男<sup>1)</sup>, 浦野 誠<sup>2)</sup>, 岡部麻子<sup>2)</sup>, 稲田健一<sup>3)</sup>

P-2-109 細胞転写法と免疫細胞化学法を用いて同定しえた心臓血管肉腫の一例

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病理診断科<sup>2)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理<sup>3)</sup>

○新井真弓<sup>1)</sup>, 草薙真里<sup>1)</sup>, 坂下信悟<sup>3)</sup>, 近藤 譲<sup>1,2)</sup>

P-2-110 心嚢液に出現した心臓原発血管肉腫の一例

諏訪赤十字病院病理診断科

○伯耆原慎也, 花見能瑞, 赤羽慶子, 中島麻莉菜, 下村雅彦, 中村智次

**体腔液 2 10:31~10:52 座長: 松井成明 (日本鋼管病院病理検査科)**

P-2-111 腹水中に腫瘍細胞が出現した横行結腸内分泌細胞癌の1剖検例

熊本大学大学院生命科学研究部細胞病理学分野

○矢野浩夢, 大西紘二, 中川雄伸, 西東洋一, Horlad Hasita, 藤原章雄, 菰原義弘, 竹屋元裕

P-2-112 胸水細胞診にて診断し得た Primary effusion lymphoma の一例

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部<sup>1)</sup>, 医療法人鎗田病院内科<sup>2)</sup>

○内田浩紀<sup>1)</sup>, 金丸良平<sup>2)</sup>, 安達純世<sup>1)</sup>, 小山芳徳<sup>1)</sup>, 若原孝子<sup>1)</sup>, 豊永安洋<sup>1)</sup>, 山本善也<sup>1)</sup>, 山田正俊<sup>1)</sup>, 石田康生<sup>1)</sup>, 山崎一人<sup>1)</sup>

P-2-113 胸水細胞診においてセルブロックの併用にて胸腺癌が推察された1症例

市立伊丹病院病理診断科

○尾崎友美, 中島麻智, 堀岡良康, 宋 美紗, 木村勇人

**体腔液 3 10:52~11:13 座長: 濱川真治 (公立昭和病院臨床検査科)**

P-2-114 剥離細胞分析装置 LC-1000 の腹水細胞診支援システムとしての応用に関する研究

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病理学<sup>2)</sup>, シスメックス株式会社<sup>3)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科<sup>4)</sup>

○舟木 哲<sup>1)</sup>, 平田幸広<sup>1)</sup>, 丸田剛徳<sup>1)</sup>, 駒崎裕美<sup>1)</sup>, 梅澤 敬<sup>2)</sup>, 新崎勤子<sup>2)</sup>, 阿部滋樹<sup>3)</sup>, 新美茂樹<sup>1)</sup>, 落合和彦<sup>1)</sup>, 岡本愛光<sup>4)</sup>

P-2-115 悪性胸水・心嚢液が初発の骨盤内腫瘍の1例—セルブロック法による免疫細胞化学の役割  
 廣田外科病理研究所<sup>1</sup>, 病体生理研究所<sup>2</sup>, 常陸大宮済生会病院外科<sup>3</sup>, 常陸大宮済生会病院  
 放射線科<sup>4</sup>, 茨城県立中央病院呼吸器科<sup>5</sup>

○廣田紀男<sup>1</sup>, 小坂桃子<sup>1</sup>, 櫻井綾子<sup>1</sup>, 小西佳奈子<sup>2</sup>, 小島正幸<sup>3</sup>, 古川理恵子<sup>4</sup>, 大久保初美<sup>5</sup>

P-2-116 体腔液細胞診におけるセルブロック法併用の有用性について

福島県保健衛生協会<sup>1</sup>, 福島県立医科大学医学部<sup>2</sup>, 済生会福島総合病院<sup>3</sup>, 羽生総合病院<sup>4</sup>

○鈴木御幸<sup>1</sup>, 千葉聖子<sup>1</sup>, 神尾淳子<sup>1</sup>, 田中瑞子<sup>2</sup>, 石井妙子<sup>3</sup>, 勝浦 豊<sup>3</sup>, 森村 豊<sup>4</sup>,  
 田崎和洋<sup>2</sup>, 橋本優子<sup>2</sup>, 藤森敬也<sup>2</sup>

**体腔液 4                    11:13~11:27                    座長: 三宅康之 (倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)**

P-2-117 ラマン分光法を用いたヒト胸水中の腺癌細胞と良性細胞との鑑別について

島根大学大学院総合理工学研究科<sup>1</sup>, 島根大学医学部器官病理学講座<sup>2</sup>, 島根大学医学部附  
 属病院病理部<sup>3</sup>

○浜田大輝<sup>1</sup>, 丸山理留敬<sup>2,3</sup>, 荒木 剛<sup>3</sup>, 荒木亜寿香<sup>2</sup>, 石川典由<sup>2</sup>, 長瀬真実子<sup>2</sup>, 藤田恭久<sup>1</sup>

P-2-118 抗酸菌・非定型抗酸菌による胸膜炎の細胞学的検討

佐野厚生農業協同組合連合会佐野厚生総合病院<sup>1</sup>, 獨協医科大学病院病理診断科<sup>2</sup>

○飯塚 渉<sup>1</sup>, 桜井貞広<sup>1</sup>, 角張 純<sup>1</sup>, 小島 勝<sup>2</sup>

## 英語ポスターセッション

## ==== 5月27日(土) ポスター・展示会場(3F イベントホール) =====

**Lung 1**      **10:00~10:21**      **Chair: Hideyuki Abe** (Department of Diagnostic Pathology, Kurume University Hospital)

PE-1-1      The effectiveness and clinical significance of cytology specimens from pleural effusions for EGFR mutation tests in non-small cell lung cancer

Department of Pathology, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1)</sup>, Department of Cosmetic Science, Chia Nan University of Pharmacy and Science, Tainan, Taiwan<sup>2)</sup>, Executive and managing supervisor, Taiwan Society of Clinical Cytology<sup>3)</sup>

○Chien-Chin Chen<sup>1,2,3)</sup>

PE-1-2      Glomus tumor of uncertain malignant potential of lung: A case report of bronchoalveolar lavage cytology, with correlation of surgical pathology specimen and potential diagnostic pitfalls

Departments of Pathology, MacKay Memorial Hospital, Taipei City, Taiwan<sup>1)</sup>, Department of Medicine, MacKay Medical College, New Taipei City, Taiwan<sup>2)</sup>

○Pao-Shu Wu<sup>1,2)</sup>, Huei-Yu Tseng<sup>1)</sup>

PE-1-3      Lung and pleural effusion metastasis of salivary duct carcinoma

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

○Kazuya Murata, Akihiko Kawahara, Tomohiko Yamaguchi, Hideyuki Abe, Tomoki Taira, Tomoko Yoshida, Yorihiro Takase, Chihiro Fukumitsu, Yoshiki Naito, Jun Akiba

**Lung 2**      **10:21~10:42**      **Chair: Kiyomi Taniyama** (National Hospital Organization Kure Medical Center / Chugoku Cancer Center)

PE-1-4      Concordance of lung carcinoma subtypes between liquid-based cytology and tissue specimens: diagnostic aspects of bronchial brushings for lung lesions

Division of Pathology, Sihjih Cathay General Hospital, New Taipei City, Taiwan

○Chih-Yi Liu, Hui-Chih Tsai, Yu-Lin Ko, Yi-Jyun Lin

PE-1-5      Metastatic lung cancer of endometrium—detected and confirmed by conventional Papanicolaou (Pap) smear with immunocytochemical (ICC) stains

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan

○Chia-Min Wei, Yu-Shi Liu, Shiou-Feng Liu, Chiung-Ru Lai

PE-1-6      Morphological changes in Doxorubicin resistant small cell carcinoma

Department of Medical Technology, Kumamoto Health Science University, Kumamoto, Japan

○Masami Nambu, Hiroki Kameyama

**Thyroid 1**      **10 : 42~11 : 03**      **Chair : Yasushi Nakamura** (Department of Pathology, Kindai University Sakai Hospital)

- PE-1-7      The cytomorphological characteristics and clinicopathological features of anaplastic thyroid carcinoma : A case cohort study from Taiwan  
 Department of Pathology, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1)</sup>, Department of Cosmetic Science, Chia Nan University of Pharmacy and Science, Tainan, Taiwan<sup>2)</sup>, Executive and managing supervisor, Taiwan Society of Clinical Cytology<sup>3)</sup>  
 ○Chien-Chin Chen<sup>1,2,3)</sup>
- PE-1-8      Cytological Differential Diagnoses between Chronic Thyroiditis and MALT Lymphoma on Thyroid LBC  
 Department of Laboratory Science, Kuma Hospital, Kobe, Japan<sup>1)</sup>, Department of Diagnostic Pathology and Cytology, Kuma Hospital, Kobe, Japan<sup>2)</sup>, Department of Surgery, Kuma Hospital, Kobe, Japan<sup>3)</sup>  
 ○Ayana Suzuki<sup>1)</sup>, Mitsuyoshi Hirokawa<sup>2)</sup>, Miyoko Higuchi<sup>1)</sup>, Nami Takada<sup>1)</sup>, Aki Ito<sup>1)</sup>, Naoki Yamao<sup>1)</sup>, Toshitetsu Hayashi<sup>2)</sup>, Seiji Kuma<sup>2)</sup>, Akira Miyauchi<sup>3)</sup>
- PE-1-9      Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP)—A newly proposed terminology  
 Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan  
 ○Chiung-Ru Lai, Yen-Ying Chen

**Thyroid 2**      **11 : 03~11 : 24**      **Chair : Lan Chen** (Department of Pathology, Beijing Hospital, National Centre of Gerontology, Beijing, PR China)

- PE-1-10      Rapid onsite evaluation is urgent to improve the adequacy rate of thyroid FNA—based on the retrospective study of 2838 cases of thyroid fine needle aspiration from China  
 Department of Pathology, School of Basic Medicine, Shandong University, PR China<sup>1)</sup>, Department of Pathology, Qilu Hospital, Shandong University, PR China<sup>2)</sup>, Department of Endocrinology, Qilu Hospital, Shandong University, PR China<sup>3)</sup>, Department of Thyroid Surgery, Qilu Hospital, Shandong University, PR China<sup>4)</sup>  
 ○Zhiyan Liu<sup>1,2)</sup>, Peng Su<sup>2)</sup>, Xiaofang Zhang<sup>1,2)</sup>, Jiang Ling<sup>3)</sup>, Qingdong Zeng<sup>4)</sup>, Bin Lv<sup>4)</sup>
- PE-1-11      Atypical adenoma of thyroid gland cytologically mimicking papillary carcinoma : A case report  
 Department of Pathology, Fukuoka University Chikushi Hospital<sup>1)</sup>, Department of Medical Technology, Kumamoto Health Science University<sup>2)</sup>  
 ○Ryo Hayashida<sup>1)</sup>, Masami Nambu<sup>2)</sup>, Masahiko Harakawa<sup>1)</sup>, Satoko Ogata<sup>1)</sup>, Shizuka Yamada<sup>1)</sup>, Hiroshi Tanabe<sup>1)</sup>, Seiji Haraoka<sup>1)</sup>, Akinori Iwashita<sup>1)</sup>
- PE-1-12      Diagnostic accuracy of initial benign cytology in thyroid nodules with highly suspicious ultrasonographic features  
 Department of Diagnostic Pathology and Cytology, Kuma Hospital<sup>1)</sup>, Department of Clinical Laboratory, Kuma Hospital<sup>2)</sup>, Department of Internal Medicine, Kuma Hospital<sup>3)</sup>, Department of Surgery, Kuma Hospital<sup>4)</sup>  
 ○Toshitetsu Hayashi<sup>1)</sup>, Mitsuyoshi Hirokawa<sup>1)</sup>, Miyoko Higuchi<sup>2)</sup>, Takumi Kudo<sup>3)</sup>, Akira Miyauchi<sup>4)</sup>

**Cervix**      **10 : 00~10 : 28**      **Chair : Irina Shabalova** (Departments of Clinical Laboratory Diagnostic, Russian Medical Academy of Continuous Postgraduated Education, Moscow, Russia)

- PE-1-13      Anal Cytology Among Men Who Have Sex with Men In Taiwan—Correlation with Pathology, p16/Ki-67 Stain and HPV Assay  
 Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan  
 ○Li-Ya Lin, Chiung-Ru Lai, Chih-Yi Hsu

- PE-1-14 Mucinous carcinoma admixed with neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix : cytological features and immunohistochemical profile : Report of a case  
Department of Diagnostic Pathology, Kumamoto University Hospital, Kumamoto, Japan  
○Tatsuya Katafuchi, Makoto Mori, Naoko Nishiyama, Yoshiki Mikami
- PE-1-15 A cytopathological overview of 5 cases of lobular endocervical glandular hyperplasia  
Department of Pathology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation Inc., Osaka, Japan<sup>1)</sup>,  
Department of Obstetrics and Gynecology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation  
Inc., Osaka, Japan<sup>2)</sup>  
○Shinsuke Shibuya<sup>1)</sup>, Takayuki Kido<sup>1)</sup>, Sachiko Takayasu<sup>1)</sup>, Satsuki Egi<sup>1)</sup>, Seiko Ogura<sup>1)</sup>,  
Akihiko Ueda<sup>2)</sup>, Keiko S. Yano<sup>1)</sup>
- PE-1-16 The various cytological appearances of uterine carcinosarcoma  
Department of Obstetrics and Gynecology, Kohsei Chuo General Hospital<sup>1)</sup>, Department of  
Clinical laboratory, Kohsei Chuo General Hospital<sup>2)</sup>  
○Hisami Kiseki<sup>1)</sup>, Yutaka Tsukahara<sup>1)</sup>, Naohiko Hashimura<sup>1)</sup>, Natsumi Tajima<sup>2)</sup>,  
Ayako Tanaka<sup>2)</sup>, Aya Horimoto<sup>2)</sup>

**Cervix and others 10 : 28~10 : 56 Chair : Dong Ge Liu** (Department of Pathology, Beijing Hospital, Beijing, PR China)

- PE-1-17 A usefulness of cervical cancer screening for cervical adenocarcinoma  
Department of Obstetrics and Gynecology, Tokushima University Hospital, Tokushima,  
Japan<sup>1)</sup>, Department of Pathology, Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan<sup>2)</sup>  
○Akiko Abe<sup>1)</sup>, Masato Nishimura<sup>1)</sup>, Ayuka Mineda<sup>1)</sup>, Eri Takiguchi<sup>1)</sup>, Takako Kawakita<sup>1)</sup>,  
Yoshimi Bando<sup>2)</sup>, Minoru Irahara<sup>1)</sup>
- PE-1-18 Primary Malignant Melanoma of the Vagina—Initially Detected by Urine Cytology  
Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan  
○Zih-Ting Wu, Chiung-Ru Lai
- PE-1-19 Primary intestinal-type mucinous adenocarcinoma of the vulva  
Departments of Obstetrics and Gynecology, University of Occupational and Environmental  
Health, Japan<sup>1)</sup>, Departments of Nursing of Human Broad Development, University of  
Occupational and Environmental Health, Japan<sup>2)</sup>  
○Tomoko Kurita<sup>1)</sup>, Taisei Honda<sup>1)</sup>, Rie Urabe<sup>1)</sup>, Taeko Ueda<sup>1)</sup>, Seiji Kagami<sup>1)</sup>,  
Toshinori Kawagoe<sup>1)</sup>, Yusuke Matsuura<sup>2)</sup>, Toru Hachisuga<sup>1)</sup>
- PE-1-20 The findings of cervical smears in women with endometrial carcinoma—Any hint of endometrial  
lesions and prognostic significance?  
Departments of Obstetrics and Gynecology, Shonan Kamakura General Hospital<sup>1)</sup>, Departments  
of Clinical Laboratory, Shonan Kamakura General Hospital<sup>2)</sup>, Departments of Diagnostic  
Pathology, Shonan Kamakura General Hospital<sup>3)</sup>  
○Kazuya Onuma<sup>1)</sup>, Kazuhiko Obokata<sup>2)</sup>, Shu Hodoshima<sup>2)</sup>, Hidenori Chino<sup>2)</sup>, Hiromi Inoue<sup>1)</sup>,  
Shinichi Teshima<sup>3)</sup>

**Ovary** 10 : 56~11 : 17 Chair : Etsuko Miyagi (Department of Obstetrics & Gynecology, Yokohama City University Hospital)

- PE-1-21 Characteristics of intraoperative cytology for accurate diagnosis of mucinous borderline ovarian tumor  
Department of Obstetrics and Gynecology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation Inc., Osaka, Japan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation Inc., Osaka, Japan<sup>2</sup>  
○Akihiko Ueda<sup>1</sup>, Keiko S. Yano<sup>2</sup>, Takayuki Kido<sup>2</sup>, Seiko Ogura<sup>2</sup>, Satsuki Egi<sup>2</sup>, Sachiko Takayasu<sup>2</sup>, Shinsuke Shibuya<sup>2</sup>
- PE-1-22 Cytologic features of malignant Brenner tumor : A case report  
Department of Diagnostic Pathology, Kumamoto University Hospital, Kumamoto, Japan  
○Makoto Mori, Tatsuya Katafuchi, Naoko Nishiyama, Yoshiki Mikami
- PE-1-23 Cytologic features of Papillary squamotransitional cell carcinoma in Liquid-based cytology : A case report  
Department of Pathology, Seoul National University Bundang Hospital  
○Younghwa Choi, Jihye Kim, Juhyeok Park, Daehyun Hwang, Jin-haeng Chung, Haeryoung Kim

**Body effusion** 11 : 17~11 : 38 Chair : Hiroshi Kobayashi (Department of Pathology, Tachikawa General Hospital)

- PE-1-24 Single Claudin-4 immunostain has high sensitivity and specificity to differentiate adenocarcinoma from mesothelial cells in body effusion  
Departments of Pathology, Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan  
○Jie-Yang Jhuang, Shu-Chen Chang
- PE-1-25 Comparison of three different cell block preparations for malignant body fluid specimens  
Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital  
○Bao-Rung Zeng, Shiou-Feng Liu, Chiung-Ru Lai
- PE-1-26 Metastatic Embryonal Rhabdomyosarcoma in the Pleural Effusion  
Department of Pathology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand  
○Sarawut Kongkarnka, Tip Pongsuvareeyakul, Surapan Khunamornpong, Jongkolnee Settakorn

## ===== 5月28日(日) ポスター・展示会場 (3F イベントホール) =====

**Head and neck** 9 : 42~9 : 56 Chair : Chiung-Ru Lai (Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan)

- PE-2-1 Long-term exposure to nicotine derivatives and arecoline accelerates and contributes to the progression of Head and neck squamous cell carcinoma  
Graduate Institute of Pathology and Parasitology, National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan<sup>1</sup>, Tri-Service General Hospital, Taipei, Taiwan<sup>2</sup>  
○Chun An Ho<sup>1</sup>, Shin Nieh<sup>1,2</sup>
- PE-2-2 The Role of Cancer-associated Fibroblast-induced Chemokine (C-C motif) ligand 11 in Tumor Microenvironment Contributes to the Promotion of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma  
Graduate Institute of Pathology and Parasitology National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology Tri-Service General Hospital, Taipei, Taiwan<sup>2</sup>  
○Hsin-Jou Huang<sup>1</sup>, Shin Nieh<sup>1,2</sup>



**Breast 9 : 56~10 : 17 Chair : Suzuko Moritani** (Division of Diagnostic Pathology, Shiga University of Medical Science)

- PE-2-3 Cytomorphology of Mammary Analogue Secretary Carcinoma of Parotid : A case report and a brief discussion  
Department of Pathology, Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan<sup>2</sup>  
○Ya-Ju Wu<sup>1</sup>, Chi-Shun Yang<sup>2</sup>, Yee-Jee Jan<sup>2</sup>
- PE-2-4 A case of simultaneous occurrence of double cancer (tongue cancer and breast cancer ) as two separate primary tumor  
Departments of Cytopathology, Fujita Health University School of Health Sciences, Toyoake, Aichi, Japan<sup>1</sup>, Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan<sup>2</sup>, Department of the Cytopathology, Inazawa City Hospital, Inazawa, Aichi, Japan<sup>3</sup>, Department of Pathology, Shiga Medical University, Otsu, Shiga, Japan<sup>4</sup>  
○Chiyuki Kaneko<sup>1</sup>, Tadao K. Kobayashi<sup>2</sup>, Masanori Ezaki<sup>3</sup>, Daisuke Taniguchi<sup>3</sup>, Masato Abe<sup>4</sup>, Muneo Iwai<sup>4</sup>
- PE-2-5 Mammary Analogue Secretary Carcinoma : A Case Report with Review of the Literature  
Dept. of Pathology, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan  
○Yu-Lan Yeh, Mei-Ling Chen, Yueh-Min Lin

**Miscellaneous 1 10 : 17~10 : 38 Chair : Tomoo Itoh** (Department of Diagnostic Pathology, Kobe University Hospital)

- PE-2-6 Cytopathology practice in Hungary  
School of Medical Technology, Faculty of Health and Medical Care, Saitama Medical University, Saitama, Japan<sup>1</sup>, Pathology & Cytology Laboratory, BML Group, PCL Japan, Tokyo, Japan<sup>2</sup>, International Education and Training Center, Saitama Medical University, Saitama, Japan<sup>3</sup>  
○Masayo Shuto<sup>1</sup>, Maria Mernyei<sup>2</sup>, Yoshitaka Tsuji<sup>3</sup>, Hiroshi Watanabe<sup>1</sup>, Mika Narikiyo<sup>1</sup>, Hidekazu Kayano<sup>1,3</sup>
- PE-2-7 The liquid based cytology for cervical cancer screening in Mongolia  
Graduate school of Health Sciences, Gunma University, Japan<sup>1</sup>, Mongolian National University of Medical Sciences<sup>2</sup>  
○Batchimeg Tsedenbal<sup>1,2</sup>, Bayarmaa Enhbat<sup>2</sup>, Munkhtulga Lhagvasuren<sup>2</sup>, Tomomi Yoshida<sup>1</sup>, Toshio Fukuda<sup>1</sup>
- PE-2-8 Current situation in regards to cytology of cervical cancer in Cambodia  
Khmer Soviet Friendship Hospital, Cambodia<sup>1</sup>, Department of Obstetrics and Gynecology, Juntendo University<sup>2</sup>, All Japan Labor Welfare Foundation<sup>3</sup>, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University<sup>4</sup>  
○Sophana Sam<sup>1</sup>, Kyna Uy<sup>1</sup>, Tsuyoshi Ota<sup>2</sup>, Ruriko Nishino<sup>3</sup>, Tomoko Wakasa<sup>4</sup>

**Miscellaneous 2 10 : 38~10 : 59 Chair : Tadao K. Kobayashi** (Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine)

- PE-2-9 Usefulness of liquid-based cytology for the diagnosis of oral squamous cell carcinoma—Comparison of conventional method and liquid-based cytology—  
Department of Cytopathology, Iizuka Hospital<sup>1</sup>, Department of Pathology, Iizuka Hospital<sup>2</sup>  
○Daisuke Kawashima<sup>1</sup>, Toshitaka Uehara<sup>1</sup>, Naoya Kanatani<sup>1</sup>, Yuko Matsushima<sup>1</sup>, Kanako Inoue<sup>1</sup>, Isao Kuwaoka<sup>1</sup>, Yuka Hotokebuchi<sup>2</sup>, Mizuki Handa<sup>2</sup>, Masahumi Oya<sup>2</sup>
- PE-2-10 The Usefulness of the Cell Transfer Technique for Routine Cytology Practice in Taiwan  
Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Mackay Memorial Hospital, Taiwan<sup>2</sup>  
○Ho-Han Chen<sup>1</sup>, Shu-Chen Chang<sup>2</sup>, Shiou-Feng Liu<sup>1</sup>, Chiung-Ru Lai<sup>1</sup>

- PE-2-11 Rapid on site evaluation on FNA of unknown primary tumor to diagnose neuroendocrine tumors  
Department of Pathology, Beijing Hospital, National Centre of Gerontology, Beijing, PR China  
○Lan Chen, Shu-rong He, Dong-ge Liu

**Miscellaneous 3 10 : 59~11 : 27 Chair : Syed Z. Ali** (The Johns Hopkins Hospital, Department of Pathology, Division of Cytopathology, Baltimore, Maryland, U.S.A)

- PE-2-12 A Novel Method for DNA Cytometry for Exfoliated Cells  
Marketing Development, UB Product Engineering, HU Business Unit, Sysmex Corporation, Kobe, Japan<sup>1</sup>, Product Development, UB Product Engineering, HU Business Unit, Sysmex Corporation, Kobe, Japan<sup>2</sup>  
○Hiromi Morisaki<sup>1</sup>, Shigeki Abe<sup>2</sup>, Masahiko Oguro<sup>2</sup>, Kaori Yonekura<sup>1</sup>, Noriko Oka<sup>2</sup>, Tamiaki Kondo<sup>1</sup>, Junya Inoue<sup>2</sup>
- PE-2-13 The Effects of Formalin Fixing Conditions on Fluorescence in situ hybridization in cell block of effusion cytology  
Department of Pathology, Fukuoka University School of Medicine and Hospital, Fukuoka, Japan  
○Shinji Matsumoto, Yuko Ouchi, Katsumi Kobata, Makoto Hamasaki, Kazuki Nabeshima
- PE-2-14 EBUS-TBNA with ROSE : introducing the procedure to a cancer center  
Department of Pathology, Shanghai Cancer Center, Fudan University, Shanghai, PR China<sup>1</sup>, Department of Thoracic Surgery, Shanghai Cancer Center, Fudan University, Shanghai, PR China<sup>2</sup>  
○Ying Chen<sup>1</sup>, Bo Ping<sup>1</sup>, Liqing Feng<sup>1</sup>, Longfu Wang<sup>1</sup>, Weiping Xu<sup>1</sup>, Lianghong Gu<sup>1</sup>, Hong Hu<sup>2</sup>, HaiQuan Chen<sup>2</sup>
- PE-2-15 A novel flow cytometry (FCM) based system for cervical cancer testing  
Obstetrics and Gynecology, Japanese Red Cross Musashino Hospital  
○Tatsuo Yamazaki, Nobuko Akamata, Hiroyuki Kurosu, Satoshi Umezawa

**Lymphoma 1 9 : 35~9 : 56 Chair : Masami Nambu** (Kumamoto Health Science University)

- PE-2-16 A Case of Plasmablastic Lymphoma  
Diagnostic Pathology, Yokohama City University Medical Center  
○Teruaki Kodera, Masako Otani, Chiemi Ebizuka, Mikiko Tanabe, Yoshiaki Inayama
- PE-2-17 Fine Needle Aspiration Cytology of Kikuchi's lymphadenitis—Experiences of Korea Cancer Center Hospital  
Department of Pathology, Korea Cancer Center Hospital, Kirams, Seoul, Korea  
○Hwa-jeong Ha, Jung-soon Kim, Myung-soon Shin, Woo-tack Song, Jae-kyung Myung, Hye-sil Seol, Sun-hoo Park, Jae-soo Koh, Seung-sook Lee
- PE-2-18 Primary Intraocular Lymphoma Masqueraded as Uveitis : A Case Report  
Department of Pathology, Kaohsiung Veterans General Hospital, Kaohsiung, Taiwan  
○Yu-ju Lin, Ting-Ying Fu

**Lymphoma 2 9 : 56~10 : 17 Chair : Andrew Field** (Notre Dame University Medical School and St Vincent's Hospital, Sydney, Australia)

- PE-2-19 T-Cell Lymphoma Diagnosed in Sputum in a Patient with Tuberculosis  
Department of Anatomic Pathology, Taipei Institute of Pathology, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology and Laboratory Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan<sup>2</sup>  
○Yeh-Han Wang<sup>1</sup>, Chiung-Ru Lai<sup>2</sup>
- PE-2-20 NUT Carcinoma with Cytoplasmic Basophilia Mimicking Lymphoma : Diagnostic Pitfall  
Department of Pathology and Laboratory Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan  
○Yen-Ying Chen, Chiung-Ru Lai

- PE-2-21 Most primary effusion lymphomas in Taiwan are unrelated to HIV and HHV8  
 Department of Pathology, Taipei veterans General Hospital, Taipei<sup>1)</sup>, Department of Pathology, Shuang-Ho Hospital, Taipei Medical University, New Taipei City<sup>2)</sup>, Department of Pathology, Chi-Mei Medical Center, Tainan<sup>3)</sup>  
 ○Man-Hsu Huang<sup>1)</sup>, Bo-Jung Chen<sup>2)</sup>, Shih-Sung Chuang<sup>3)</sup>

**Brain and others 10 : 17~10 : 38 Chair : Takanori Hirose** (Department of Diagnostic Pathology, Hyogo Cancer Center)

- PE-2-22 Intraoperative smear cytology of chordoid meningioma : a case report and literature review  
 Department of anatomic pathology, Chiayi Chang Gung memorial hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1)</sup>,  
 Department of pathology, Saint Mary's Hospital, Luodong, Taiwan<sup>2)</sup>  
 ○Huei-Chieh Chuang<sup>1)</sup>, Hou-yu Chen<sup>2)</sup>
- PE-2-23 A case of anaplastic oligodendroglioma that proved difficult to diagnose  
 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>  
 ○Yorihiko Takase<sup>1)</sup>, Yasuo Sugita<sup>2)</sup>, Hideyuki Abe<sup>1)</sup>, Akihiko Kawahara<sup>1)</sup>,  
 Tomohiko Yamaguchi<sup>1)</sup>, Tomoki Taira<sup>1)</sup>, Chihiro Fukumitsu<sup>1)</sup>, Kazuya Murata<sup>1)</sup>,  
 Yoshiki Naito<sup>1)</sup>, Jun Akiba<sup>1)</sup>
- PE-2-24 Cytopathologic analysis in pediatric and young adult age group : review of our experiences  
 Department of Pathology, Osaka City General Hospital, Osaka, Japan  
 ○Naomi Ishii, Hiroko Fukushima, Kakeru Yamahata, Yuri Seko, Yuka Yokota, Takeshi Inoue

**Gastrointestinal, Liver and Pancreas 10 : 38~11 : 06 Chair : Ambrosio Fassina** (Department of Medicine, Surgical Pathology & Cytopathology Unit, University of Padua, Italy)

- PE-2-25 A Retrospective Study on the Risk of Malignancy Associated With the Papanicolaou Society of Cytopathology Guidelines in Endoscopic Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration Specimens of Pancreatic Lesions  
 Department of Pathology, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing, PR China  
 ○Zhilan Meng, Bo Chen, Yu Zhao, Jiangang Gu, Huanwen Wu, Zhiyong Liang
- PE-2-26 The Cytological examination of gastric disease for the patients on the emergency department  
 Kazakhstan Institute Oncology and Radiology<sup>1)</sup>, Hospital emergency first aid Almaty<sup>2)</sup>,  
 Pathology anatomical Bureau Almaty<sup>3)</sup>, The Association of Kazakhstan Cytologists<sup>4)</sup>  
 ○Z.B. Yeleubayeva<sup>1)</sup>, A.E. Nartaeva<sup>2)</sup>, B.D. Alibekov<sup>3)</sup>, G.B. Abdrakhimova<sup>4)</sup>
- PE-2-27 Inconsistency Analysis between Fine-Needle Aspiration Cytology and Imprint Cytology during Hepatic Tumor Sampling-Five-year Experiences in a Tertiary Center  
 Department of Laboratory Medicine, National Taiwan University Hospital  
 ○Ya-Ting Lee, Tsu-Yao Cheng, Chun-Ming Wang, Ping-Fung Chung, Min-Se Huang,  
 Ming-Hsiang Weng, I-Shiow Jan
- PE-2-28 Perivascular epithelioid cell tumor (PECOMA) of the retroperitoneum diagnosed by preoperative EUS-FNA cytology : a case report  
 Department of Diagnostic Pathology, Takatsuki Red Cross Hospital, Osaka, Japan<sup>1)</sup>, Cancer Education & Research Center, Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan<sup>2)</sup>  
 ○Koichiro Araki<sup>1)</sup>, Chihiro Watanabe<sup>1)</sup>, Hiroko Murakami<sup>1)</sup>, Tomomi Hirota<sup>1)</sup>, Wataru Chiba<sup>1)</sup>,  
 Tadao K. Kobayashi<sup>2)</sup>

**Urine**      **11 : 06~11 : 27**      **Chair : Hironori Katayama** (Department of Pathology of Nippon Medical School Tama-Nagayama Hospital)

- PE-2-29    Expression of vimentin and high molecular weight cytokeratin in the differentiation between reactive renal tubular cells and low-grade urothelial carcinoma cells in voided urine  
 Department of Medical Biophysics, Kobe University Graduate School of Health Sciences, Hyogo, Japan<sup>1</sup>, Laboratory of Pathology, Department of Medical Technology, Kagawa Prefectural College of Health Sciences, Kagawa, Japan<sup>2</sup>, Division of Pathology, Department of Clinical Research, Shikoku Medical Center for Children and Adults, Kagawa, Japan<sup>3</sup>, Department of Diagnostic Pathology, University Hospital, Faculty of Medicine, Kagawa University, Kagawa, Japan<sup>4</sup>  
 ○Hiroyuki Ohsaki<sup>1</sup>, Eiichiro Hirakawa<sup>2</sup>, Muneo Nakamura<sup>3</sup>, Reiji Haba<sup>4</sup>
- PE-2-30    Type 2 papillary renal cell carcinoma invasion of the renal pelvis by pelvic irrigation cytology  
 Division of Cytopathology & Histopathology, Kansai Medical University Medical Center, Osaka<sup>1</sup>, Department of Pathology and Laboratory Medicine, Kansai Medical University, Osaka<sup>2</sup>, Division of Surgical Pathology, Ayabe City Hospital<sup>3</sup>, Cancer Education & Research Center, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka<sup>4</sup>  
 ○Yuichi Kinoshita<sup>1</sup>, Mayumi Inaba<sup>1,2</sup>, Naoki Hosaka<sup>1,2</sup>, Tadanori Yamaguchi<sup>3</sup>, Tadao K. Kobayashi<sup>4</sup>, Koji Tsuta<sup>2</sup>
- PE-2-31    Malignant lymphoma in urine cytology : a report of two cases with B cell lymphoma involving urinary bladder and kidney  
 Department of Pathology, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan<sup>1</sup>, Departments of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan<sup>2</sup>, Departments of Pathology, E-Da Cancer Hospital, Kaohsiung, Taiwan<sup>3</sup>  
 ○Chien-Hui Wen<sup>1</sup>, Sheau-Fang Yang<sup>1</sup>, Chiung-Ru Lai<sup>2</sup>, Yue-Chiu Su<sup>3</sup>

抄

録





## ◇特別講演 1

## 「水都大阪」繁盛物語

公益財団法人 関西・大阪21世紀協会 理事長

○堀井良殷

学会総会の大阪開催を歓迎いたします。大阪は水の都です。川のクルーズがお勧め。川風が頬を撫で、水鳥が飛来し、魚が跳ねる水面から見る大都会、大阪の風景は絶景といっても良いでしょう。大阪の経済的繁栄はまさに水運、海運によってもたらされました。

瀬戸内海では潮に乗れば大阪湾に着きます。故になにわ・大坂は古来より物流の集散基地となり、市場が立ち、人が集まり、情報が集まり、人を楽しませる娯楽が発達しました。

遣唐使船もここ、なにわが発着地であり大陸文化交流の表玄関となりました。

豊臣秀吉は大坂城を築城するにあたり、商工業の用地を整備しました。城の防備をかねた掘割をつくり、土盛りをして土地を造成し、その上に作った商家や仕事場、市場や倉庫に船が直接に接岸出来るようにしました。これが現在に至るまで大阪の街の骨格になっています。江戸時代に入ってさらに砂洲の干拓が進み商家の数も増えました。

江戸時代には大坂に集まった物産が、また船で江戸に運ばれて膨大な消費を支え「下りもの」として珍重されました。当時江戸で生産されたものは「下らないもの」だったのです。大坂では米市場が立ち世界で初めて先物取引が行われ、出船千艘、入船千艘の賑わいは「天下の貨七分は浪華にあり、浪華の貨七分は舟中にあり」とうたわれる繁栄ぶりでした。

大坂から京都へ上る重要な交通手段も淀川の舟運でした。西郷隆盛も坂本龍馬も故郷から、まず大坂につき、川舟にのりかえて京都に向かったのです。

広沢虎造の浪曲で有名な森の石松の「江戸っ子だってねえ、寿司を食いねえ」のセリフも大坂から京都にのぼる淀川の舟中のことだったとされています。

江戸中期から明治にかけて活躍した北前船は北海道から東北、北陸、山陰の物産を大坂に運び、積み荷の昆布が土佐の鰹節と出会ってまろやかな出汁が発明されました。これこそがユネスコ無形文化遺産に登録された和食の基礎です。

水運、海運によって人、モノが出合い創造が生まれる。これが大阪の特性です。

## ◇特別講演 2

## 細胞診はがん医療にどのような役割を果たすか

大阪国際がんセンター

○松浦成昭(MD)

この数10年でがん医療は大きく変わりました。がん罹患する人は増加の一途をたどり、それに伴いがん死亡する人の数も増えていますが、がんの治療成績は着実に向上しています。かつては手術しか有効な治療法はありませんでしたが、最近の薬物治療、放射線治療の進歩はめざましく、予後の改善に大きく寄与していますし、治療の選択肢も増えました。そのような状況で、病理診断側に求められるものも複雑化してきました。細胞診も含めた今後の病理診断は良悪性の判定だけではなく、治療方法につながる情報や予後の予測などの提供が求められています。そのためには、形態学的診断に加えて分子レベルの情報を加味したものが必要になると思います。細胞診などの形態学的診断は主観的な側面がありますので、客観性がなく定量化できず、科学的でないと批判する人もいます。しかし、医学の原点は形態学から始まっており、肉眼的に腫瘍があるとか色が黒いというのはもちろん、ミクロの病理所見もいくらか分子生物学が発展してもそれをとらえるのは容易ではないと思います。今後も、がん診療で細胞診の重要性はゆるぎないと思います。また、長い期間にわたり形態学を基礎とした細胞診が使われてきたのは、細胞の形態学的変化ががんの本質的な変化を反映していると考えられます。核や細胞質小器官の生物学が進んできた現在、それらの知見を細胞診に取り入れて、細胞診のとらえているものを対照させ、癌の本質に迫ることも可能だと思います。

医療を行うのは人であり、がん医療を良くするために人材育成が最も重要と考えます。がんの専門医療職を養成する国家事業がんプロが10年前から行われており、一部の大学で細胞検査士の養成も進められていますが、他の職種に比べると少ないのが現状です。がんプロで養成される医療職の配置ががん診療連携拠点病院の要件に書き込まれ、細胞検査士もその中に含まれています。がんプロの現状を紹介しますが、このような国の養成事業に細胞検査士を目指す人がもっと入っていくことを期待したいと思います。

## ◇特別講演 3

**Cytology to Molecular Biology, and back to Cytology**

CMOCO Laboratory, Departments of Pathology, University of Colorado Denver, Aurora, CO, USA

○Michio Sugita (MD)

Cytopathology is a diagnostic discipline and has developed rapidly because of its easiness and practicality for several decades. However, we might have left something behind. The cytological criteria vary person to person and are not always supported by objective biological facts. Can we prove whether cancer cells in cytopathological specimens are biologically malignant on a cell by cell basis?

We utilized Fluorescence Cytophotometry and Flow Cytometry to elucidate these issues. Using these methodologies, the comparative study was carried out between biological information (DNA content, living or dead with Fluorescein Diacetate, BrdU incorporated S-phase cells) and morphological features.

Since Fish, CGH, and Gene expression arrays were introduced, we were shifting to mine new tumor biomarkers with these new molecular technologies. The most promising method of molecular assays is mutational analysis. The mutational analysis in EGFR, KRAS, and BRAF has been applied to target therapies or prediction of prognosis in lung cancer, colorectal cancer or malignant melanoma etc.

Colorado Molecular Correlates Laboratory (CMOCO) is a CAP (College of American Pathologists) accredited facility, and was established as a molecular arm of Surgical Pathology in 2008. CMOCO is dedicated to the development and implementation of predictive, prognostic and diagnostic molecular biomarker testing that will permit selection of cancer treatments with targeted therapy allowing for the best in personalized medicine. This laboratory plays a crucial role in bringing advanced translational science to the bedside. We provide the molecular information on a variety of assays : HPV testing, direct sequencing, RGQ (ARMS & SCORPION METHOD for EGFR, KRAS, BRAF, and IDH1/2, Qiagen), SIZING (deletion and insertion in EGFR

exon 19, 20 and HER2 exon20), MSI (microsatellite instability), and NGS (26 genes, TruSight Tumor Panel, Illumina).

In accordance with great demand for molecular information in the clinical field and availability of smaller amount of material, cytological specimens can be used for molecular assays. Cytological specimens have good quality and quantity for molecular analysis. Moreover, each of the cells on a glass slide is intact and not cut into parts.

## ◇ Invited Lecture

**The IAC Breast FNAB Structured Reporting System : an Update. JSCC May 2017**

Notre Dame University Medical School and St Vincent's Hospital, Sydney, Australia

○Andrew Field(MD)

**【Objective】** : The aim of the IAC initiative is to produce a standardized approach to breast FNAB, which will include recommended best practice for the FNAB technique, and establish diagnostic categories with specific diagnostic criteria or checklists, that can be used in reporting and assist the establishment of management recommendations.

**【Methods】** : Breast FNAB has been used successfully for more than 60 years to diagnose palpable and more recently impalpable lesions, but its usage varies greatly from country to country, city to city and from hospital to private FNAB clinic. It is a very cost effective and accurate diagnostic tool in the developed world.

**【Results】** : In the developing world where there are limited medical resources including a shortage of diagnostic radiology for mammography and of breast ultrasound and surgical pathology laboratories for breast core and excision specimens, there is a huge potential for FNAB to radically improve the diagnosis and management of breast lesions. But FNAB of breast faces a significant pre-analytical challenge as do all sites for FNAB : it relies on skilled operators performing the FNAB and making the direct smears. As well, there are specific problem areas in diagnosing benign proliferative lesions, such as fibroadenomas and intraduct papillomas, which can show a wide range of features both in surgical pathology and cytopathology.

**【Conclusion】** : Proliferative lesions can produce high cellularity, which is usually associated in FNAB with malignant lesions, and specific diagnostic criteria for proliferative lesions can overlap with malignant lesions in the breast. The distinction of invasive and intraduct lesions has to be addressed.

## ◇ 会長講演

**子宮頸がん検診・細胞診・コルポスコピー**

大阪がん循環器病予防センター 副所長 婦人科検診部長

○植田政嗣(MD)

日本の細胞診は他国と比べても非常に高い水準にある。また細胞診を軸とした子宮頸がんの検診システムは、子宮頸がん死亡率の劇的な減少をもたらした。しかし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。

初回受診者（特に若年者）の受診率向上には、受診勧奨や啓発方法の工夫、特に対象者を特定して受診勧奨・再勧奨に基づく組織型検診を推進することが急務である。また、精度管理の向上を目指した細胞採取法の工夫、ベセスダシステムの徹底とともに、HPV 検査併用検診や検診間隔の適正化について、自治体あげての取り組みが重要であろう。今後、一次検診受診率の向上にともない細胞診検体数がさらに増加することが予測される。効率的な子宮頸がん検診を行うためには、対象としてハイリスク HPV 陽性者に重点をおくことや、細胞診の液状化、自動化による診断精度向上が必要である。さらに、増加傾向にある二次精検者への適切な対応は、頸がん検診の将来を考える上で避けては通れない重要な課題と考えられる。

本講演では、子宮頸がん検診の現状と展望について、細胞診とコルポスコピーを中心に、臨床現場での動画を供覧しながら具体的に解説する。

## ◇要望講演 1

## serous EIC と細胞診

奈良県総合医療センター病理診断科

○豊田進司(MD)

漿液性子宮内膜上皮内癌 (serous intraepithelial carcinoma, SEIC) は浸潤漿液性癌と同一の著明な異型核が萎縮内膜表面や腺に並ぶことにより特徴づけられ、p53 蛋白過剰発現が特徴とされる比較的新しい概念の疾患である。子宮体部漿液癌の前駆病変とされてきた。2014 年の WHO 分類から独立した疾患として扱われている。また本邦では 2012 年子宮体癌取扱い規約第 3 版に初めて記載された。本邦では 30 余例がこれまでに報告された。今回、本邦の SEIC の臨床的特徴と細胞学的特徴を検討し、今後の展望を述べる。SEIC の臨床的特徴として、60 歳以上の高齢者や、無症状で発見されることが多いこと、内膜ポリープに伴うことが多いこと、超音波検査において非薄子宮内膜の所見が多いこと、内膜生検での検出率が細胞診より劣ること、腹腔内播種などの転移による予後不良例が多いことなどが挙げられる。なかでも、生検での検出率が低いことより、内膜細胞診が病変の検出に重要な役割を占めると考えられた。細胞学的特徴では、核所見として核径の大小不同や大きな核小体出現などの著明な核異型を伴うこと、出現様式として細胞の重積性は軽度で、散在性小集塊や乳頭状集塊であることが多いこと、背景所見として萎縮内膜を伴うことや明らかな腫瘍性背景を欠くことが多いことなどが挙げられた。また p53 染色による早期診断の可能性が示唆された。SEIC において生検で検出できない症例があることより内膜細胞診を中心とした早期診断と治療が患者の予後向上に結びつくことが考えられる。

## ◇要望講演 2

## 子宮平滑筋腫瘍の針生検と細胞診

大阪市立総合医療センター婦人科

○川村直樹(MD)

子宮平滑筋肉腫 (LMS) の細胞像の評価は、術前の内膜細胞診によるものと、摘出腫瘍断面の捺印細胞診によるものの 2 つがあげられる。しかし、前者は腫瘍が子宮内腔表面まで到達していない限り偽陰性となり感度は約 30% と低く、また、後者は術前診断法としての役割を果たさないため、実地臨床における意義は低い。

われわれは子宮筋腫と LMS の術前鑑別のため、経子宮頸管的に針生検を行っているが、その捺印細胞診は、直接腫瘍から採取した検体に基づくものであり、かつ、術前診断法としての役割も果たすため、前 2 者と比較すると臨床における有用性は高いと考えられる。

腫瘍の良性・悪性の確定診断法は病理組織診断であるが、なかでも浸潤性増殖の有無がもつとも本質的な鑑別指標とされている。しかし、子宮平滑筋腫瘍においてはこれが良悪性の鑑別指標として用いられておらず、細胞異型、核分裂像 (指数)、凝固壊死の 3 指標の総合判定でなされている (Stanford クライテリア)。細胞診では、もとより浸潤性増殖を評価することが出来ないため、おもに細胞異型の程度で鑑別されることが多い。これに、核分裂細胞や、凝固壊死を反映している ghost cell を中心とした壊死性背景が認められれば、悪性と推定される。

今回、MRI 所見や臨床経過で LMS が疑われ針生検を実施した 70 例 (うち LMS11 例) の捺印細胞像を検討したところ、上記の 3 指標に加え、LMS は捺印にてプレラートに多数細胞が出現するのに対して、非肉腫は極めて少数という特徴が認められた。これは、腫瘍細胞が遊離しやすい (転移しやすい) ことを反映していると考えられ、病理組織診断では得られない細胞診独自の有用な鑑別指標になることが示唆された。



## ◇要望講演3

## 子宮ポリープ状異型腺筋腫の臨床病理と細胞診

九州大学大学院医学研究院保健学部門

○加来恒壽(MD)

子宮ポリープ状異型腺筋腫 Atypical polypoid adenomyoma (APAM)はJapan Clinical Oncology Groupに属する多施設からAPAM, APAM疑い, APAMとの鑑別が困難であった48症例を収集し, 中央病理診断でAPAMと診断された29例を対象とした。平均は38歳(22-58歳)であった。類内膜型異型腺管と平滑筋成分/線維平滑筋成分の2相性の増殖より成るポリープ状の病変であった。一部で著明な腺管の集簇, back-back architecture, 間質への膨張性進展と細胞異型がみられ類内膜腺癌との鑑別が困難な症例が14例(48%)存在した。これらの所見はAPAMに子宮体癌を伴った5例全例に認められ, 一方APAMに子宮体癌を伴わない24例中9例(37.5%)に認められた。扁平上皮化生が19例(65.5%)にみられ, 高分化類内膜腺癌が5例(17.2%)で共存していた。現時点では全例生存しており, 平均観察期間は39.6ヶ月(1ヶ月から202ヶ月)である。再発は妊孕性温存した21例中5例(23.8%)に認められた。臨床的経過は良性である。しかしながら組織学的に類内膜腺癌と極めて類似し, 常に類内膜腺癌との合併の可能性があるため, 類内膜腺癌との鑑別が重要である。細胞診についての報告は少なく当科での内膜細胞診を行った4症例について述べる。軽度から中等度の異型を示す内膜腺細胞が小集塊で出現し, 一部に紡錘形で異型の無い間質細胞が認められる。鑑別として内膜癌が挙げられるが細胞診のみからの診断は難しい。

## ◇要望講演4

## 甲状腺細胞診の診断様式の新しい展開

近畿大学医学部奈良病院中央検査部病理

○覚道健一(MD)

甲状腺細胞診の国際的な診断様式として, 現在米国(ベセスダ)式, イタリア式, 英国式と日本甲状腺学会が発表した日本式が並立している。すべての診断様式は読み替え可能なものとなっているので, 基本的にどれを採用してもよい。70%程度の検体は, 良性か悪性に明確に診断できるが, 残りの30%程度の症例は検体不適正, 鑑別困難, 悪性疑いと診断され, 良性, 悪性のいずれにも決定できない。大部分(10-20%程度)を占める鑑別困難については, 様式ごとにその取扱いは若干異なり, この点が最大の差となっている。鑑別困難は2分割され, 米国学式, 英国式, イタリア式ではいずれも低危険度群(Low-risk)と高危険度群(High-risk)に2分割する。ここでは乳頭癌の核所見の有無は考慮されず(乳頭癌の核所見が明確であれば悪性又は悪性疑い), そのため, 低危険度群と高危険度群のいずれにも, 手術して悪性であった例には乳頭癌が多数含まれている。一方日本式は, 乳頭癌の核所見があるか否かで鑑別困難を2分類し, 乳頭癌の核所見のない濾胞性腫瘍A群と, 不完全な乳頭癌の核所見のあるB群に分類する。そのため, A群には濾胞癌が多く, 乳頭癌は圧倒的にB群に含まれる。2017年に出版が予定されている第4版WHO分類(内分泌臓器)に大きな変更が加えられ, 甲状腺腫瘍分類に境界悪性腫瘍の概念が導入されることとなった。この甲状腺腫瘍分類の変更は, 細胞診にも多大な影響が報告され, 過去の癌の確率については, 再検討が必要である。このため米国では甲状腺細胞診報告様式の変更が検討されている。検討されている米国式第2版の基本方針と, 我々の提唱した, 日本甲状腺学会様式の対応について解説する。

## ◇要望講演 5

福島原発事故後 6 年 福島県民健康調査

大森赤十字病院検査部

○坂本穆彦 (MD)

2011年3月11日の東日本大震災によってひきおこされた東京電力福島第1発電所事故により様々な放射性物質が周囲に放出された。この中でI-131は小児甲状腺癌発生に関与する因子とされているので、事故後の対応策としてたちあげられた福島県民健康調査では、小児甲状腺検診が重要課題としてとりあげられ、今日に至っている。この調査では事故発生時に18歳以下であった福島県民全員が対象とされ、甲状腺超音波検査が3年をかけて施行された。それ以降は20歳以下では2年おきに、20歳を超えると5年おきに、生涯にわたって超音波検査が行われる予定になっている。超音波検査で一定の異常所見が見出されれば、精密検査がすすめられている。この精密検査の1つに甲状腺穿刺吸引細胞診が位置づけられている。細胞診ではLBCが積極的に取り入れられており、判定はベセスダシステムに準拠した「甲状腺癌取扱い規約・第7版」の細胞診報告様式が用いられている。細胞診の判定結果をもとに手術をすすめるか経過観察かがきめられており、穿刺吸引細胞診は治療開始前の最終診断としての役割を担っている。これまでの集計では、細胞診判定で悪性ないし悪性の疑いは173名にのぼり、この内の132名に手術が施行された。これらの手術摘出標本の組織診断では、乳頭癌130名、低分化癌1名、良性結節1名であった。

## ◇要望講演 6

遺伝性乳癌・卵巣癌症候群 (HBOC) 一婦人科腫瘍専門医の立場から

新潟大学医学部産科婦人科

○榎本隆之 (MD)

BRCA1 遺伝子または BRCA2 遺伝子 (以降 BRCA1/2 遺伝子) に変異を有する遺伝性乳癌・卵巣癌家系は、乳癌及び卵巣癌の発症リスクが一般の家系より約 10 倍高いことが知られている。欧米では従来 BRCA1/2 遺伝子変異を有する可能性が 20% 以上と想定される乳癌もしくは卵巣癌に対して遺伝的リスク評価が勧められてきて、遺伝カウンセリングを行い BRCA 遺伝子検査を行ってきた。また BRCA1/2 遺伝子変異保因者に対しても医療介入が体系だっておこなわれ、予防的乳房切除術 (RRM: Risk-Reducing Mastectomy) 予防的卵巣卵管摘出術 (RRSO: Risk-Reducing Salpingo-Oophorectomy) が積極的に行われている。RRM や RRSO はそれぞれ乳癌、卵巣癌の発症を減少させるだけでなく総死亡率を減少させる。また RRSO によって乳癌の発症が減少することも示されている。また最近、粘液性癌をのぞく散発性卵巣癌の 10-15% に BRCA1/2 遺伝子があることが分かってきた。BRCA1/2 遺伝子は相同組み換え修復に関連する遺伝子であるが、BRCA1/2 遺伝子変異があるがん細胞では一本鎖修復を阻害する PARP 阻害剤によって合成致死がおこる。実際 BRCA1/2 遺伝子変異陽性の卵巣癌は PARP 阻害剤によって生命予後が改善することがしめされている。欧米では BRCA 検査のコストが下がったこと、BRCA1/2 遺伝子変異陽性卵巣癌に対する有効な治療薬が開発されたことよりすべての卵巣癌患者に対する BRCA 検査が推奨されており、本邦でも遺伝カウンセリングを含めた早急な体制の整備が望まれる。



## ◇要望講演 7

## 脳腫瘍の迅速細胞診

群馬大学大学院医学系研究科病態病理学分野

○伊古田勇人 (MD)

腫瘍診療は一般的に生検による組織型の確定, 手術, 後療法という段階を踏む。脳腫瘍には外科的摘出が治療の基本となる組織型 (グリオーマ, 髄膜腫など) と放射線・化学療法が主体となる組織型 (悪性リンパ腫, 胚腫) があり, これらの鑑別は重要である。脳腫瘍では頭蓋内という部位的な制約から複数回の侵襲的処置は難しい。よって一度の手術で組織型を確定し, 可及的な摘出を目指すか生検にとどめるかを決める必要がある。そのため迅速診断の役割は大きい。年齢, 部位, 画像などの臨床所見から鑑別診断を絞り, 凍結標本と細胞標本を組み合わせで診断する。細胞標本は凍結操作を経ないためアーチファクトが少なく, 細胞形態の詳細な観察に適している。組織型によっては細胞診単独での診断も可能である。また組織診と細胞診を対比しながら全体像を把握するため, 細胞標本でも HE 染色を行うとよい。本講演ではグリオーマの悪性度の決定, グリオーマと悪性リンパ腫の鑑別などを中心に, 凍結標本と細胞標本を併用して迅速診断の正診率を上げる取り組みを概説する。なお脳腫瘍病理学では 2016 年の改訂 WHO 中枢神経系腫瘍分類が話題になっている。新分類では脳腫瘍の発生と分子異常の関係が重視され, 浸潤性グリオーマや胎児性腫瘍の診断に分子遺伝学的な検索が必須になった。しかし病理診断の基本はあくまでも肉眼・組織・細胞形態の詳細な観察にあり, これがあつてこそ分子異常の評価が生きる。検体の提出方法やその扱いなど, 詳細な観察に足りる標本を作るための注意点も解説する。

## ◇要望講演 8

## 軟部腫瘍診断における細胞所見と組織学的特徴のポイント

産業医科大学医学部第 1 病理学

○久岡正典 (MD)

軟部腫瘍は診断が特に難しいとされる領域の一つである。診断には年齢や性別, 発生部位などの臨床所見に加え, CT や MRI などの放射線学的所見が重要であるが, それらにおいても特異的な所見をしばしば欠くため, 治療前の診断には通常生検による病理組織学的判定が必要となる。しかしながら, 患者への侵襲に加え, 腫瘍細胞による汚染や後の外科的切除も考慮して刺入・切開部を決定する必要があるなどの生検には問題点が存在する。また, 腫瘍の組織学的多様性や類似性などの形態学の問題点から, 生検によっても確定診断に至らないことが少なくない。一方, 手技が容易で侵襲の少ない穿刺吸引細胞診はこの領域においても有効な診断手法として以前にも推奨されることがあったが, 実臨床に利用している施設は今だに限られていると思われる。その理由の一つは, 判定や診断に携わる者が持つ「軟部腫瘍は診断が難しい」という先入観ではなかろうか。確かに組織標本でも診断が難しい軟部腫瘍を, 得られる形態学的情報のより少ない細胞診で判定するのは無理があるが, 例え最終診断には結びつかなくても, 腫瘍か否かといった病変の性状判定や鑑別診断の推定, 後の分子遺伝学的解析法のための検体採取のガイドなどの幾つかの有用性も考慮される。本講演では, 代表的な軟部腫瘍の細胞診における基本的な細胞所見の特徴を組織像と対比させながら示すと共に, 診断のポイントやその後の検索, 腫瘍の取り扱いの進め方などについて述べる。提示する症例や内容は演者の限られた経験に基づくものではあるが, 本講演が細胞診に携わる者の軟部腫瘍に対する苦手感を多少とも払拭し, 各々の現場で活用できるものとなれば幸いである。

## ◇要望講演 9

## 人工知能からみた細胞の姿

理化学研究所革新知能統合研究センター病理情報学ユニット

○山本陽一朗 (MD)

近年、テレビや雑誌など至るところに人工知能 (Artificial Intelligence, AI) という言葉が溢れている。特に、画像解析技術を基盤とした人工知能技術の発達はめざましく、その適用範囲は飛躍的に広がっている。顔認証システムや自動車の AI による自動運転、そして囲碁のプロ棋士を倒した AlphaGo においても碁の盤面そのものを画像として学習させての人工知能解析が行われている。このように世界中で活発に研究が進められている画像の人工知能解析であるが、この流れは細胞診および組織診の解析においても例外ではない。2016年に厚生労働省から提言された「保健医療分野における ICT 活用推進懇談会提言書」においても「AIを用いた病理診断の技術を確立する」という一文が加えられている。本講演では、人工知能とは何か？昔と現在の人工知能とは何が違うのか？という最新人工知能技術の紹介から、細胞診画像を含む人工知能を用いた医療画像解析の実例、これからの展望と問題点について話をさせていただきたい。

## ◇要望講演 10

## 卵巣癌における術中迅速細胞診

昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科

○九島巳樹 (MD)

卵巣腫瘍の術中迅速診断における細胞診の役割は、(1)腫瘍表面や腹腔内各部位の擦過細胞診、腹水・腹腔洗浄細胞診により腫瘍細胞の有無を確認する。(2)術中迅速組織診の補助診断として細胞診を活用する、などである。腹水および腹腔洗浄細胞診については、採取量が十分にあることと、検体の処理法が大切で、塗抹や集細胞を適切に行い、その判定は手術時以外に行われる場合と同様の基準で行うが、境界悪性以上の異型細胞が認められるかどうかを報告する。次に術中迅速細胞診における肉眼的観察の重要性ならびに剖面からの捺印・擦過細胞診と凍結切片組織診との関係について述べる。卵巣腫瘍の肉眼観察では、(1)卵巣由来の腫瘍であることの確認、(2)腫瘍の数、大きさ、重量、色調、(3)表面、剖面の状態、(4)とくに充実性か嚢胞性か (嚢胞性の場合は内容物の性状)、などがポイントとなる。術中迅速診断時には、表面・剖面の観察後、悪性病変の存在する可能性が疑われる (充実性) 部分の他、できるだけ広範囲を擦過して細胞検体を採取してから、疑わしい (充実性) 部分を中心に 1~2 か所から凍結切片のための切り出しを行う。引き続き細胞標本と凍結切片の組織標本を作製する。とくに卵巣粘液性腫瘍については、境界悪性と悪性の区別が困難な症例があり、より広範な部位から細胞採取ができる術中迅速細胞診は凍結切片組織診の補助として有用である。それ以外でも病変部に腫瘍成分が少ない場合に細胞診は広範囲から細胞採取が可能なので、推定診断が可能になる場合がある。

## ◇要望講演 11

## 反応性リンパ節病変の細胞診断の pit fall

獨協医科大学病理診断学

○小島 勝(MD)

演者は非腫瘍性リンパ節病変の細胞診断の有用性を強調してきた。しかし本講演では疾患の臨床的、病理組織学的な特徴を知らないと思わぬ落とし穴があることをいくつかの疾患を例に挙げて述べたい。菊池病は病期によって広範なリンパ節の凝固壊死がみられるが、菊池病が 50 歳以上の年齢ではきわめて稀であることを知らないと思わぬ落とし穴がある。皮膚病性リンパ節症は、T 細胞の核に多少の不整がみられるがラグビーボール様の核を持つ interdigitating reticulum cell とメラニン等を貪食した組織球を見出すことにより細胞診でも診断は可能である。しかし、既往歴に菌状息肉症や ATLL があるときは診断は不可能である。悪性リンパ腫との鑑別が時に困難な反応性リンパ増殖疾患として、Castleman 病硝子血管型、progressively transformation of germinal center (PTGC) と EBV 感染リンパ増殖疾患を取り上げる。Castleman 病硝子血管型はマントル層の過形成を示す代表的な疾患である。核腫大を示す濾胞樹状細胞の集塊の中に細血管の侵入が見られれば細胞診で診断は可能であるが、大きなマントル層の集塊が形成される、primary follicular pattern と称される病変は、マントル細胞リンパ腫や濾胞性リンパ腫 grade1 との鑑別は困難と思われる。PTGC も同様なマントル層の過形成性病変である。EBV 感染リンパ増殖疾患は多彩な病理組織像を呈するが、非ホジキンリンパ腫ではびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と診断されることがある。リンパ節生検や穿刺吸引細胞診の対象になる 30 歳以上や、末梢血の異型リンパ球増多が見られない症例では悪性リンパ腫と誤診されることがある。

## ◇要望講演 12

## 私が携わってきた口腔病理と細胞診

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>○山本浩嗣(DDS)<sup>1)</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1,2)</sup>,  
松本 敬(CT)<sup>2)</sup>, 宇都宮忠彦(DDS)<sup>1,2)</sup>,  
森川美雪(CT)<sup>1,2)</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>1,2)</sup>

口腔病理との邂逅は小生が日本大学歯学部在学中の 1960 年代後半であり、当時非常勤で来られた東京医科大学の故石川悟朗名誉教授による学部講義を通じてであった。卒業前に東京医科大学の高木実名誉教授に病理学専攻を勧誘され、本学大学院歯学研究科の故梅村慎一郎名誉教授のもとに入学した。在学中から実験病理学より人体病理学に興味を持ち、大学院終了後日本大学松戸歯学部へ籍を得たが、同時に武蔵野日赤病院の陳維嘉博士のもとで非常勤嘱託として病理解剖や診断の人体病理学を教えていただき、これが細胞診との出会いになった。その後 Humburg 大学の Seifert 教授のもとで唾液腺を中心とした口腔病理学の研鑽の機会を得た。また 1976 年より日本大学松戸歯学部で病理診断を開始し、外部からの検体も受け付けて口腔病理検査数は現在年間 900 件になった。

一方、日本病理学会では 1987 年に口腔病理専門医制度が確立された。また 1990 年に東京で国際口腔病理学会の開催、同時に日本口腔病理学会(現日本臨床口腔病理学会)が設立され、小生も 2004~2008 年に理事長に選任され法人化、日本歯科医学会専門分科会加入等でその任を務めた。

口腔細胞診は鶴見大学の故渡辺義夫教授につづいて約 40 年前よりパイオニア的に行い、開始時の検体数は少なかったが、最近では年間約 1,800 件にまでなった。1993 年より柏歯科医師会、1994 年より玉川歯科医師会と地域連携し口腔がん検診の端緒となり実施してきている。

日本臨床細胞学会では 1999 年より歯科医に総合科での細胞診専門医の受験の門戸を開き、2014 年より細胞専門医試験を開始した。

今回は所属講座と小生が携わった口腔病理と細胞診について概説する。

## ◇要望講演 13

## 喫煙と女性のがん

兵庫県病院局

○西村隆一郎(MD)

世界中の喫煙者の80%以上が男性であるため、女性については自身の喫煙による健康被害よりもむしろ受動喫煙による影響が注目されてきた。先進国では、男性喫煙率は1950年代に80%前後まで達した後、漸減して現在約30%となっているが、女性喫煙率は男性より20数年遅れた1980年頃に30~40%のピークを示し、現在約15%となっている。男性の喫煙量と肺癌死亡率の経時的な相関で判明したように、喫煙による健康被害は喫煙開始20~30年後に発現することから、女性に対する喫煙の影響が今ようやく明らかになりつつある。2012年に英国で報告された130万人の女性を対象にした喫煙による健康被害調査によると、喫煙者であった50~70歳代女性の死亡リスクは非喫煙者の約3倍も高く、その死亡原因の3分の2が肺癌、COPD、心疾患などの喫煙関連疾患によることから、喫煙は女性の寿命を10年縮めると結論付けられた。演者は最近の日本で認められる急激な子宮頸癌若年化の原因として若年女性の喫煙に注目し、子宮頸癌の罹患率と女性喫煙率の推移を諸外国と比較した結果、これが若い女性の喫煙率の増加に起因する可能性を見出した。韓国でも子宮頸癌患者の若年化が起こっており、やはり若年女性の喫煙率増加が明らかとなっている。さらに最近、若年化が指摘される乳癌についても喫煙との因果関係を推定させる研究が報告されている。女性はニコチンに対する感受性が男性よりも高く、喫煙による健康被害を受けやすいことが考えられ、とくに若年女性の喫煙は自分自身だけでなく胎児や子供への影響も大きいことから、未成年女性への教育や喫煙女性に対する禁煙指導が大切である。

## ◇要望講演 14

## セルブロック保険収載

奈良県立医科大学病理診断学講座

○大林千穂(MD)

セルブロック法による標本作製が860点で保険収載された。この診療報酬改定要望は日本臨床細胞学会からのものであり、従って細胞診の項に入っている。また、対象は「悪性中皮腫」の診断に限っていることから、体腔液などで鑑別疾患に「悪性中皮腫」が挙げられる場合に限り保険収載が可能である。また、診断料としては組織診断料450点ではなく、細胞診断料200点の請求になる。セルブロック法の収載については、環境省による石綿関連疾患である中皮腫認定に当たって、病理検体に対して適切な免疫染色パネルの実施を要求している、この事が背景にあると推定される。従ってセルブロックを用いた免疫染色であり、「悪性中皮腫」に対しては少なくとも4種類の抗体を用いることが強く推奨されており、その算定に関しては、明確にされていないが、組織検体として扱うのが妥当と考えている。実際、多くの施設で種々の方法でセルブロックを作成し、免疫染色やFISH検査を行って、重要な情報を提供している現状がある。進行期のがんでは細胞診のみが病理検体である場合が少なからずあり、セルブロック検体でも分子標的治療や抗PD-1/PD-L1抗体治療の適応を判断するためのFISHや免疫染色が行われることが望まれる。



## ◇要望講演 15

細胞診鑑別困難症例の核の立体的画像解析の現状と可能性

東京セントラルパソロジーラボラトリー

○鷺谷清忠(CT)

形態学的診断の一つである細胞診は、癌や悪性細胞と判定することに苦慮する症例が少なくない。我々は、形態学的診断だけではなく客観的診断を可能とする指標を見つけるべく研究している。細胞塗抹標本上の核は組織標本と違い立体的であることに着目し、細胞診標本上の細胞を立体的にデジタル画像撮影し、細胞の立体的変化を測定する方法を考案した。異型が弱い癌細胞や鑑別が難しい悪性細胞を客観的に診断するため、本法による核の立体的変化について発表してきた。肺癌は最も死亡率が高く、その治療には早期発見が重要となる。そこで、気管支ブラシ擦過細胞診で疑陽性とされた標本を用いて、高分化型腺癌と核異型を伴う良性細胞を立体的に解析した。その結果、良悪性を約 90% 判別できた。また形態学的に鑑別困難な上皮型悪性中皮腫 (MM) と反応性中皮 (RM) の体腔液細胞診を対象に解析した結果、MM は 89.5%、RM は 89.6% の精度で判別できた。本法は各施設の細胞診標本を利用できるメリットがあるので、解析対象を広げていきたい。本講演ではその画像解析の研究成果を報告する。更に、GLCM や Deep learning など工学的画像解析技術を用いた甲状腺濾胞性腫瘍の検討や、肺の末梢型腺癌と非角化型扁平上皮癌の識別について報告し、その可能性について展望する。

## ◇要望講演 16

大阪府立成人病センターにおける消化器細胞診—過去・現在・未来—

大阪国際がんセンター病理・細胞診断科

○竹中明美(CT), 富田裕彦(MD)

大阪府立成人病センター細胞診の今昔を考える。50 年前と現在の細胞診で、大きく変わったのは検体採取法かもしれない。画像診断の発展により、検体採取法は剥離細胞診から擦過、穿刺細胞診に移行し、より多くの臓器から細胞が採取されるようになった。細胞所見もより細かくなり煩雑になったが、組織診と同様、または、それ以上の期待を寄せられる臓器も少なくはない。今回、消化器領域の過去・現在・未来だが、多くある細胞診の中で、一番変化に飛んだ領域と思う。今、考えると野蛮な方法と思えるが、胃癌の診断に胃洗浄がおこなわれていた。それから、胃カメラの登場となり、当初、組織診断と併用されることもあったが、胃癌罹患率一位の時代に細胞診はいらぬ時期をむかえた。(当院では生検材料の捺印を 10 年ほど前まで行っており、完全オンサイト状態であった。)次に超音波診断の普及と共に、肝臓穿刺が施行され、高分化型肝細胞癌には細胞診が有用とされたが、超音波の更なる発展と組織診断の確立で、いつしか細胞診は行われなくなった。現在、膵癌の診断には EUS-FNA が主流となり、細胞診は有用とされているが、オンサイト細胞診は残るが、やがて、組織診のみの診断にかかわると思う。では、消化器細胞診の未来は何か。50 年前にかえり、膵液、胆汁細胞診が重要で有用と考える。生検が困難な胆道、膵臓領域で早期診断、確定診断は重要で責任重大と考える。50 年前に比べ、小型で異型の弱い、少数の異型細胞を診断する必要があるが、免疫細胞染色を導入することにより、客観的な診断が可能になる。遺伝子診断中心の時代がくるが、まずはパパニコロウ染色で、次の検査に導くことが重要である。

## ◇要望講演 17

## 成人幹細胞を標的とした細胞診の可能性

富山大学医学部病態病理学講座

○笹原正清(MD)

癌幹細胞は発癌母地としての役割のみならず、再発や転移などの予後の予測評価の指標としての有用性が注目されており、今後の細胞診断の新しい標的となる可能性が期待される。一方で、成体の全身に広く非腫瘍性の多能性成人幹細胞が存在することは以前から知られている事実であり、これらの細胞が損傷の修復や癌間質の形成に関与することを示す知見が急速に蓄積されつつある。脳には様々な増殖因子が豊富に発現するもののその役割は不明である。近年の研究から虚血損傷を受けた脳において、PDGF 受容体  $\beta$  が関与して脳内に内在する神経幹細胞を動員し旺盛に神経新生を誘導する新しい機序を見出している (Stem cells, in press)。成体脳には髄鞘を形成する稀突起膠細胞 (OL) が存在し、増殖能を保持する稀突起膠細胞前駆細胞 (OPC) により欠失した OL をゆるやかに補充するシステムが存在する。PDGF 受容体  $\alpha$  が関与して髄膜等から多量の成人幹細胞を脳内に動員し OPC/OL 系列の細胞の活発な細胞動態を維持する機構を見出している (未発表)。これらの細胞動態は髄鞘の修復・維持や脳腫瘍間質形成に関与する (Am J Pathol, in press) 可能性がある。成体脳にも幹細胞を介する未知の強い再生能力が存在することを示唆する知見であり、今後の非侵襲的な細胞診断による幹細胞機能の評価が神経再生の糸口となる可能性がある。細胞診断の技術の今後の展開による成人幹細胞の機能評価は将来の再生医療における修復能力や癌の予後に新しい視点を与える可能性を秘めている。

## ◇教育講演 I

## Type II 子宮体癌の細胞診と治療

大阪医科大学病理学教室

○山田隆司(MD)

子宮体癌は、類内膜癌 (G1, G2) を代表とする Type I と漿液性癌や明細胞癌を代表とする Type II に分けられている。漿液性癌や明細胞癌は類内膜癌に比較して予後不良であることが知られていることから、治療法を決定する上で Type I と Type II の鑑別は非常に重要となる。子宮体がん治療ガイドラインでは、漿液性癌/明細胞癌に対しては、子宮全摘術/両側付属器摘出術に加えて骨盤・傍大動脈リンパ節郭清 (生検) と大網切除を考慮するとある。また、術後の追加治療においても、化学療法や放射線療法の追加が推奨されている。漿液性癌は、類内膜癌と比較して細胞異型が強く、乳頭状発育を示すことが多いが、類内膜癌と併存することもあり、診断はいつも容易とは限らない。また、明細胞癌は、細胞質が淡明であるのと hobnail 様細胞が特徴であるが、それらがいつも認められるわけではないことから、類内膜癌や漿液性癌と鑑別が難しいことがある。細胞診の特徴としては、漿液性癌では、強い核異型を示す腺細胞が軽度から中等度に重積し乳頭状集塊を形成する。小集塊であることが多いが多数出現し、また裸核異型腺細胞の出現や砂粒体が見られることがある。明細胞癌では、核異型が強く、好酸性の核小体が明瞭である。細胞質は淡明あるいは顆粒状で、hobnail 様細胞の出現が診断に有用な場合がある。また、ミラーボール様で出現することもある。治療方針 (術式) を決めるための、Type I と Type II を分けるだけあれば、細胞異型の程度を判定するが大きな要素であることから、内膜生検より細胞診の方が優れているかもしれない。



## ◇教育講演 2

尼崎地域の悪性胸膜中皮腫と、その胸水細胞像の新しい見方・解釈に向かって

大阪赤十字病院病理診断科<sup>1)</sup>, 兵庫県立尼崎総合医療センター検査科病理検査室<sup>2)</sup>

○鷹巣晃昌(MD)<sup>1)</sup>, 松木慎一郎(CT)<sup>2)</sup>, 南 智也(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】1) 尼崎市の死因統計では、呼吸器系がんの内、悪性胸膜中皮腫(以下 MPM)はその約1割を占める。2) 2005年のクボタショックと前後して兵庫県立尼崎病院(以下本院; 県立尼崎総合医療センターの前身)のMPM患者は徐々に増加した。総数224名の住所と地域風配図の比較では、風配の弱い地域に患者が密集し、強い地域で患者は拡散した。

【MPM 胸水細胞像の検討結果】2005年-2014年の本院MPM182例の胸水細胞を対象に検討した。その結果判明したことを列挙する。1) MPMは胸膜原発の予後不良な悪性腫瘍であるが、胸水中でも増殖する。その舞台は、順に壁側胸膜、胸腔、臓側胸膜へ及ぶ。2) MPM細胞は遊離や剥離して胸水に浮遊するが、様々な手つなぎ現象にて集団を構成し壁着進展する。その集塊は、肺腺癌の集塊より大きくなり易い。3) MPMを転帰から予後良好群と不良群に分けると、後者に細胞異型が強く、集塊の密度やばらつきが大きい。以上が概ねの特徴である。

【MPM 胸水細胞像の新しい見方】1) MPMが胸水中に出現する場合、殆どが上皮様型に由来する。2) 細胞像の特徴は、窓形成、相接、相互封入、Hump、多核化、乳頭状集塊等である。3) 以上に、手つなぎや融合等の現象を加えて一連の動きとして捉え(entosis)、その結果一層大きな集塊形成や胸壁肥厚へ連なる。4) この考え方は、未だ専門家間で理解が少ない印象を受ける。「ルビンの盃」に似て全てはそこにあるが、多彩な細胞像をいかに拾うかに関わり、解釈は観察者間で相違する。

【まとめ】尼崎地域のMPM発生状況を述べ、その胸膜肥厚成立につき考察した。更にその胸水細胞像について新たな推論を加え、翌日のランチョンセミナーでその諸像を展開する。

## ◇教育講演 3

乳腺化生癌の多彩性—low-grade から high-grade まで—

滋賀医科大学附属病院病理部

○森谷鈴子(MD)

乳腺化生癌は、腫瘍の全体または一部が腺癌以外の成分からできている腫瘍と定義され、少なくとも一部に上皮系悪性腫瘍の証拠があるものを言う。WHO分類(第4版)では、low-grade adenosquamous carcinoma, fibromatosis-like metaplastic carcinoma, squamous cell carcinoma, spindle cell carcinoma, carcinoma with mesenchymal differentiation, myoepithelial carcinomaの6つのサブタイプが記載されている。一方、乳癌取り扱い規約分類では、扁平上皮癌、紡錘細胞癌、骨・軟骨化生を伴う癌、基質産生癌の4つがこれに相当する。一般に化生癌は、“triple negative”で、「異型が強く肉腫様、治療抵抗性で予後不良」との印象を持たれている。一方、化生癌の中には細胞異型が非常に乏しく、一見良性病変の様に見える一群がある。WHO分類でlow-grade adenosquamous carcinoma, fibromatosis-like metaplastic carcinomaとされているものである。これら2つのサブタイプはその概念を知らないと、良性と過小評価される危険性がある。現行の乳癌取り扱い規約組織分類にはこれらに該当する項目がなく、“炎症性偽腫瘍”や“線維腫症”と過小診断されうる。これら2つは、low-grade metaplastic carcinomaとも称され、他のサブタイプより予後良好であるが、不完全切除されると高率に再発し、稀に遠隔転移も生じうる。最適な治療法は病変の完全切除である。針生検での病理診断はしばしば困難であるが、異型の乏しい紡錘形細胞増殖性病変に遭遇した時には、low-grade metaplastic carcinomaを常に鑑別に挙げ、画像所見で癌が強く疑われる場合には積極的に切除生検や温存術を考慮し、確定診断をつけることが望ましい。

## ◇教育講演 4

## 薬剤関連リンパ増殖性疾患

国立病院機構大阪南医療センター臨床検査科

○星田義彦 (MD)

薬剤関連リンパ増殖性疾患は、大きく分けて2種類存在する。薬剤性リンパ節症と診断される反応性病変と移植後リンパ増殖性疾患(PT-LPD)やメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)として知られる腫瘍性ないしその境界病変である。薬剤性リンパ節症は反応性濾胞腫大からAITL様の像やホジキンリンパ腫(HL)様の像迄多彩な像を呈し、悪性リンパ腫と誤診しないよう注意が必要であり、臨床的に薬剤投与の情報の聴取を必要とする。後者のPT-LPDとMTX-LPDはいずれもWHO分類にて免疫抑制状態に発生するリンパ増殖性疾患に包含され、時に薬剤投与中止で腫瘍が退縮するリバーシブルな症例が含まれているという共通する特徴を有する。PT-LPDは臓器移植を受けた患者に発生するLPDで、シクロスポリンやタクロリムスなどの免疫抑制剤投与に関連する。形態的にPlasmacytic hyperplasia, Polymorphic-LPD, Monomorphic LPDに分けられ、大半はB細胞性でEBER-1陽性である。近年、移植患者の血中EBV-DNAの定量によるモニタリングにより以前に比べ発生頻度が減少している。MTX-LPDはMTXを長期間低用量投与された患者に発生するLPDで、多くはRA患者に発生する。RA患者においてMTX服用が普及してきた昨今、一般病院においてもMTX-LPDに遭遇する機会が多くなり、本疾患に対する理解の重要性が増している。MTX-LPDの約半数でDLBCL、2割でHLが発生する。このほか免疫不全関連リンパ増殖性疾患で見られるPolymorphic-LPD, Hodgkin-like LPDが出現する。『リバーシブルなリンパ腫』症例は約2割で、その場合EBV陽性のHLや免疫不全関連リンパ増殖性疾患の型が多いが、EBV陰性のDLBCLでも退縮することがある。

## ◇教育講演 5

## 口腔癌とHPV

愛知学院大学歯学部口腔病理学講座

○前田初彦 (DDS)

近年、日本における口腔癌の発生率は増加傾向を示している。口腔扁平上皮癌は、この中で最も多く認められる悪性腫瘍である。現在、口腔癌発生の主要なリスクファクターとして喫煙や飲酒が考えられている。しかし、これらの主病因による口腔扁平上皮癌の発生率は減少傾向にあるが、若年者における口腔扁平上皮癌や中咽頭扁平上皮癌の発生率は増加傾向にある。この病因の一つにヒトパピローマウイルス(HPV)感染があげられる。

HPVは、主として性行為によりヒトの皮膚・生殖器粘膜等に感染するds-DNAウイルスである。HPV感染は子宮頸癌の最大のリスクファクターであり、口腔癌や頭頸部癌にも関与している。HPVが持続的に感染することが直接的な発癌リスクであることは間違いないが、持続感染するかどうかのメカニズムや識別は、いまだ解明されていない。また、子宮頸癌において、ハイリスクHPVはきわめてありふれたウイルスであるにもかかわらず、癌に至るヒトと癌に至らないヒトとの違いは未だ不明である。

一方、頭頸部癌の治療に関して、HPV陽性の中咽頭扁平上皮癌では、HPV陰性の症例と比べて、化学療法、放射線療法に対して治療効果が高いと言われている。また、口腔扁平上皮癌においても、HPV陽性の癌ではリンパ節転移が少ないことが判明している。近い将来、約10年前からのHPV予防ワクチンにより子宮頸癌の減少につながる事が示唆されていると同時に、HPV感染が関連した口腔癌等も予防できることが期待されている。本講演では、HPVの最新の知見を紹介して、口腔癌とHPV感染について述べる。

## ◇教育講演 6

## ギムザ染色標本の読み方をマスターする

川崎医科大学総合医療センター病理部

○畠 榮(CT)

ギムザ染色は、血液・リンパ球系細胞の観察を目的として広く用いられているが、その他の検体にも種々の利点があり、細胞診断に有用な情報が得られることも多い。今回は、「ギムザ染色標本の読み方をマスターする」と題して解説する。

【メタクロマジーの原理】メタクロマジーの原理には諸説あるが、反応基に硫酸基を有する大型ヘパラン硫酸プロテオグリカン（パールカン）など、負に荷電した官能基に、正に荷電した塩基性色素がイオン結合すると、色素同士の疎水結合やファンデルワース力などにより、本来よりエネルギーレベルが高い低波長の光を吸収するため起こる現象である。

【メタクロマジーの診断的意義と pitfall】ギムザ染色でメタクロマジーを示すものには、腺様嚢胞癌の基底膜物質や悪性中皮腫のヒアルロン酸などがある。しかし、ETV6-NTRK3 融合遺伝子が関与する乳腺の分泌癌や耳下腺の乳腺相似分泌癌では、粘液がメタクロマジーを示すため、腺様嚢胞癌で認められる粘液球様の形態を示し、pitfall となる事がある。また、メタクロマジーを呈する神経内分泌顆粒は、診断の有用な指標となり得る。しかし、アポクリン化生細胞、アポクリン癌や一部の浸潤性乳管癌でも、メタクロマジーを示す顆粒が認められるため、メタクロマジーを示す顆粒を細胞質に認めることのみによる安易な判断は避けるべきである。また、忘れてはならないのが、ギムザ染色で染めだされない陰性像を呈する、1) コレステロール結晶、2) 尿酸結晶、3) 結核菌なども診断のカギとなる。細胞診ギムザ染色標本を読み解くために重要なことは、メタクロマジーの原理を理解し、細胞像を総合的に観察することで診断の一助になると考えられる。

## ◇教育講演 7

## 軟部腫瘍の融合遺伝子検索

兵庫医大病院病理部

○塚本吉胤(MD)

軟部腫瘍においては様々な遺伝子異常が報告されている。軟部腫瘍の約 1/3 には遺伝子異常があるとされている。遺伝子異常には大別して、特定の遺伝子の異常がある場合と融合遺伝子が認められる場合がある。特定の遺伝子の異常がある場合とは、GIST における c-KIT の変異や desmoid に代表される beta-catenin の変異などである。しかし、融合遺伝子が認められる場合が大部分であり、Ewing 肉腫、滑膜肉腫などが代表的なものである。融合遺伝子は多岐にわたり、様々なものが報告されている。例外もあるが、比較的疾患特異的な遺伝子異常とされている。融合遺伝子の検索方法としては、FISH 法と RT-PCR 法に大別される。FISH 法には、一つの遺伝子が分離していることを示す Split FISH と二つの遺伝子が融合していることを示す Fusion FISH がある。RT-PCR 法には、生検体あるいは凍結検体を用いる方法とパラフィン切片を用いる方法がある。我々はパラフィン切片を用いた RT-PCR を主体として融合遺伝子検索を行ってきた。本講演ではその実例を示したい。パラフィン切片を用いた融合遺伝子検索により、1: パラフィン切片を用いても比較的容易に融合遺伝子検索が可能であること、2: 非典型例でも融合遺伝子検索を行うことで、疾患の確定診断につながりえること、3: 融合遺伝子には、in-frame fusion のみではなく、out-of-frame fusion が認められる場合があること、4: 融合遺伝子形成により、必ずしも融合蛋白が形成されるわけではなく、末端の蛋白発現のみが優位であり、先端の遺伝子は転写等を制御している場合があること、等を確認した。また、遺伝子検索における細胞診の有用性についても触れたい。

## ◇教育講演 8

パパニコロウ染色とメイギムザ染色によるリンパ球系病変の細胞形態とコンパニオン診断

群馬パース大学保健科学部

○蒲 貞行(CT)

【緒言】リンパ球系病変の診断と治療は、免疫染色さらには遺伝子検査などに基づくコンパニオン診断の時代へと進みつつあるが、針穿刺細胞診(FNAC)が臨床診断(良悪性の鑑別)のための 1st choice として有用かつ重要な診断ツールであることは今後も不変である。

【細胞観察法】リンパ球系病変の診断では、パパニコロウ(Pap)染色とメイギムザ(MG)染色の利点を活かした併用が望ましい。細胞形態学的アプローチとして、リンフアデノグラム(LAG)が有用である。出現細胞を油浸下(総合倍率 1000 倍)で、通常 500~1000 個数え、構成細胞別出現率(%)を求める。この方法は MG 染色と Pap 染色の両方で利用できる。

【MG 染色による LAG】栗田は小リンパ球、中型細胞、リンパ芽球、大型細胞、免疫芽球、形質細胞に分類した。小リンパ球の出現率が 50% 以上(平均約 85%)、悪性リンパ腫では 50% 未満であり、加えて構成細胞によりリンパ腫病変毎の鑑別の可能性を示した。留意点: MG 染色では、小リンパ球と中型細胞の鑑別がやや難しい。

【Pap 染色による LAG】核形と核小体所見の 3 次元観察により小リンパ球と中型細胞の鑑別が容易である。蒲は、小リンパ球を(1)核形: 類円形・円滑、核長径: 約 4  $\mu\text{m}$ 、(2)核小体はクロマチンが粗剛のため目立たない、[核小体/核]比 $<1/4$ とした。小リンパ球の核と同大であっても、(1)または(2)を満たさない細胞は中型細胞に分類する。その上で、Pap 染色では小リンパ球、中型細胞、大型細胞、形質細胞の 4 つに大別している。この方法は節性病変での良悪性の鑑別や甲状腺 FNAC による橋本病と MALT リンパ腫の鑑別などに有用である。

【結語】MG と Pap 染色の利点を活かした LAG の活用が FNAC の精度とその意義の向上に役立つ。

## ◇教育講演 9

スコアリング・システムを用いた異型腺細胞 (NILM, AGC, AIS) の判定

東北大学病院産婦人科

○岡本 聡(CT), 新倉 仁(MD)

子宮頸部腺癌の罹患数は年々増加傾向にあり、その予後は同一臨床進行期の扁平上皮癌より不良である。予後を改善させるには早期発見・早期治療が必要であり、子宮頸癌の多くが細胞診をきっかけに診断されていることを考えると、早期発見において細胞診の果たす役割は重要である。具体的には、治療を要する AIS を精度高く拾い上げるのが理想であるが、治療対象となる AIS の診断精度は低いのが現状である。AGC, AIS の判定基準はベセスダ・システム 2014 に明記されている。両者の細胞所見を比較するとシート状または線状配列、偽層状配列、核重積、ロゼット形成、羽毛状構造、細胞分裂像、アポトーシス体、N/C 比の増大など共通する所見が多く、実際はこれらの所見の頻度や程度他に、核所見の強弱で細胞診判定をすることになるがこの判定基準だけでは精度向上には繋がらない。

Ioffe らは 2003 年に非浸潤性子宮頸部腺系病変の組織診断のためのスコアリング・システムを提案した。このシステムは、A 核重層化、B 核異型、C 核分裂像とアポトーシスの 3 項目から成り、項目ごとに所見が無いものを 0、軽度を 1、中等度を 2、高度を 3 としてスコアの合計が 0-3 を良性、4-5 を腺異形成、6-9 を AIS とするものである。我々は、このスコアリング・システムを一部改良して細胞診断に応用しており、これまでの検討により改良したスコアリング・システムは AIS を拾い上げるのに有用であった。本講演では、NILM (反応性異型)、AGC, AIS の鑑別に有用であると考えている我々が改良したスコアリング・システムを紹介する。このスコアリング・システムが診断精度の向上に役立てば幸いである。



## ◇教育講演 10

## 病理がわかると見えてくる子宮内膜細胞診

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科

○安田政実(MD)

1. 子宮内膜（以下内膜）の内膜らしさは、性ホルモン動態の周期性に基づく形態学的変化であり、増殖症は一連のサイクルからの逸脱または自律性の獲得にあたる。異型増殖症は、（異型のない）増殖症と類内膜癌のつなぎ目にあつて非腫瘍性（良性）・腫瘍性（悪性）の狭間を揺れ動く。これら増殖症の分布は摘出子宮をみて初めて詳細にわかる。必然的に、“非腫瘍成分を背景にもつ初期の内膜腫瘍性病変”では細胞診の正診性を数的に算出することは容易ではない。2. 内膜は、正常、増殖症、異型増殖症、悪性（主として類内膜癌）のいずれでも種々の程度に化生性変化を伴いとくに表層に起こりやすい。断片状の搔爬検体でも内膜の自由縁に認識される。一方、“非表層性”にみられるものに morule がある。Morule と扁平上皮化生は表現型のみでなく形質も互いに異なり組織上での連続性は明らかでない。扁平上皮化生に比べて morule はより未熟な段階にある。ただし、この2つの化生においても分化度/成熟性の異なる様々な像がみられるため細胞診での特定はしばしば難しい。3. 内膜病変の特徴の一つに、（頸部と比べて違いが明らかなように）上皮性・非上皮性を問わずポリープ状になるものが多いことがあげられる。代表的なものは内膜ポリープであるが閉経後では悪性腫瘍の合併頻度が高くなる。（演者らの経験では）細胞診の方がポリープ内発生の内膜癌（多くは漿液性）の初期診断に有用である。内膜細胞診と組織診はしばしば解離するが、“それらの実像を知り何故そのような実体を招くか”を知れば、（ときに組織診よりも）内膜細胞診からみる内膜病変の理解はより高まると期待される。

## ◇教育講演 11

## 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～

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科

○河原邦光(MD)

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、第 7 版までの肺癌取り扱い規約では記載はなかったが、第 8 版では、呼吸器細胞診において腺癌と鑑別が難しいような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た。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。そして、反応性腺系異型細胞は、さまざまな病態で出現することが知られている。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。

## ◇シンポジウム 1

質の高い子宮頸がん検診の拡大を目指して—受診率向上  
対策から精度管理まで—

## SY1-1 我が国のがん対策—がん検診のあり方について—

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

○銚之原健太郎 (MD)

我が国のがん対策は、平成 18 年 6 月に成立した「がん対策基本法」に基づいて実施されてきた。がん対策基本法の下での対策の方向性を示す「がん対策推進基本計画」は 5 年ごとに見直すこととされており、現在は平成 24 年 6 月に閣議決定された第 2 期がん対策推進基本計画によりがん対策を推進している。第 2 期基本計画では、「がんによる死亡者の減少」、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」という 3 つの全体目標を掲げており、その達成に向けて総合的かつ計画的に取り組んでいるところである。平成 27 年 6 月にとりまとめられた基本計画の中間評価では、それぞれの目標に対する達成状況や問題点が検討された。この中で、75 才未満のがんによる年齢調整死亡率の減少が目標に達しない見込みであることから、平成 27 年 12 月に「がん対策加速化プラン」を策定し、「予防」、「治療・研究」、「共生」の三つを柱としてがん対策をより一層推進している。平成 28 年 12 月には「がん対策基本法」が改正されたところであり、がん対策推進協議会においては、平成 29 年 6 月を目途に第 3 期がん対策推進基本計画を策定するための議論を行っている。このような流れを踏まえ、今後の我が国のがん対策及びがん検診の方向性について言及したい。

## SY1-2 子宮頸がん検診の受診率はなぜ上昇していかないのか？

大阪国際がんセンターがん予防情報センター

○中山富雄 (MD)

がん検診は、がん対策の中でも重要分野として位置づけられている。細胞診の中核をなす子宮頸部擦過細胞診は、子宮頸がん検診として古くから用いられてきたが、その受診率は世界的に見ても低い水準にある。  
 <受診率の評価>昭和 62 年以降の大阪府の子宮頸がん受診者数を見ると、約 20 万人の受診者数で推移していたが、無料クーポン事業が開始された翌年の平成 22 年度の 30 万人をピークに減少が続き最終年度の平成 25 年度にはクーポン事業開始前のレベルに戻っていた。この間、非初回受診者数は 11 万人と一定であり、初回受診者のみがクーポン利用率とともに変動していた。クーポンはこの 5 年間で異なる誕生日に配布されたため、利用率が年度毎に異なるのは対象者側の問題ではなく、配布する自治体側の予算削減、サービスや情報提供面での問題が発生した可能性がある。しかし平成 26 年度からは「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」として別名での予算が執行されたためか、また受診者数は増加している。<受診へのバリア>世帯年収 400 万程度の国民健康保険加入者 11 名に行った長時間インタビュー調査では、がん検診受診者は家族との結びつきが強く一緒に受診していたが、未受診者は単身者や家族との会話の途絶えたものであり、金銭的なことが必ずしもバリアとなっている印象はなかったが、未受診者は総じてがんやがん検診に関する知識が乏しかった。一人でがん検診を受診することは一般人にはハードルの高いことであり、特に子宮頸がんの場合は知人や家族（母娘）との受診促進が必要であると考えられた。



### SY1-3 一宮城県の子宮頸がん検診の受診率向上対策から精度管理まで一

宮城県立がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野<sup>2)</sup>, おざわ女性総合クリニック<sup>3)</sup>, 宮城県対がん協会細胞診センター<sup>4)</sup>, 東北大学医学部産婦人科<sup>5)</sup>

○田勢 亨(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤 潔(MD)<sup>2)</sup>, 小澤信義(MD)<sup>3)</sup>, 佐藤朋春(CT)<sup>4)</sup>, 八重樫伸生(MD)<sup>5)</sup>

子宮頸がん検診による子宮頸がんの罹患率と死亡率の減少には, 受診率を含めた適切な精度管理下に有効ながん検診を正しく実施する必要がある。受診率の向上では, がん検診台帳作成に基づく個別受診勧奨・再勧奨, 休日検診や特定健診との同時検診で検診の利便性の向上, がん検診の教育・普及啓発・広報活動, がん検診の財源確保, 企業連携・協力による職域検診の受診率向上の推進が必要である。精度管理では, 受診者への説明で, 結果は精検不要か要精検と報告され要精検者は必ず受ける。精検の方法を説明する。結果は市町村や検診機関へ報告される。検診は有効性と欠点(偽陰性・偽陽性)がある。検診受診の継続が重要で症状があれば医療機関を受診する。子宮頸がんは日本で多く増加傾向にあるなど6項目記載の文書を手渡す。不適正検体の減少はサーベックスブラシやLBCを導入する。がん検診事業の質の確保では, 子宮頸がん検診管理指導協議会が事業評価のためのチェックリストの報告・評価・指導を通して改善を図り, 各市町村の検診受診率, 要精検率, 精検受診率, 精検未受診率, 精検未把握率, がん発見率, 陽性反応適中度を公表し改善を促す。特に精検受診率の向上は重要で, 精検受診結果報告回路の改善などにより精検受診を把握し精検未受診者の再受診勧奨をする必要がある。がん検診受診者の4-5割が受診する職域検診では精度管理を把握する仕組みがない。精度管理項目を明記した仕様書を作成し, 遵守可能な事業所との契約提携を指導する。また, がん対策推進企業連携事業など企業の協力の下に職域検診の受診率と精検受診率の把握と問題点を明らかにし, 精度管理の向上を推進する必要がある。

### SY1-4 子宮頸がん検診の受診率および精度管理の向上への取り組み

大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センターがん予防検診部門

○池宮城賀恵子, 政岡 望, 東 明香

大阪府では, 「受診率向上」と「精度の均てん化」を目的に, 大阪がん循環器病予防センターに精度管理センターを設置し, 市町村へ助言や支援を行っている。まず, 受診率の向上に対しては, 限られた資源の中で実施する, 効率的な受診率向上対策として, 25~44歳を子宮頸がんの重点受診勧奨対象者と設定し, 個別受診勧奨と未受診者への再勧奨を推進している。重点受診勧奨者への個別勧奨を実施している市町村は徐々に増加しており, 受診率の向上も認められているため, 重点受診勧奨者への個別勧奨を推進していくことが重要であると考え。次に, 精度の向上では, 子宮頸がん検診が適切に実施されているかを継続的にモニタリングするために, 「精度管理システム」を運用している。精度管理システムには, 市町村ごとの検診から精密検査までのデータが, 個人を特定する情報を削除した状態で蓄積されているため, プロセス指標の詳細な分析が可能になり, 市町村ごとの課題が明確化することで, 具体的な対策を検討することが容易になった。また, 平成25年度には, 「精密検査結果報告書」の統一様式を示した。これは「地域保健・健康増進事業報告」の報告様式の変更に対応すること, また精密検査機関の結果報告の煩雑さを解消することを目的としており, 現在は44.2%で使用されている。最後に, 担当者の子宮頸がん検診についての理解を深めることも重要であるため, 研修会の開催, 「子宮頸がん精度管理マニュアル」の作成を行った。日常業務の疑問に対する電話相談も行っており, 様々な取り組みを行うことで, 府内全体の精度の向上を目指している。

## SY1-5 山梨県における子宮頸がん受診率向上対策から精度管理

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

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

検診受診率上昇が子宮頸癌発生率及び死亡率の低下に寄与することは、諸外国のデータから明らかである。厚労省は、がん対策基本計画でがん検診受診率50%目標掲げたが、まだ不十分である。また、精度管理に大切なものは、世界的にも注目されているのが細胞診とHPV遺伝子を検出する「HPV-DNA検査」併用検診と、液状化細胞診(LBC)である。山梨県では、一般市民を対象に山梨県産婦人科医会が中心となり女性のための健康セミナー(子宮頸がん検診の必要性)をマスコミの協力を得て開催、医療従事対象には子宮がん部会医療従事者研修会を施行してきた。その結果、子宮頸がん受診率2013年度(山梨県20-69歳)40.2%(全国3位)10年前前回調査からの伸び率(8.9)は2位となり、現在は、子宮頸がん検診と同時に「HPV-DNA検査」併用検診の導入がなされている。また、日本臨床細胞学会臨床試験CITRUSスタディ(液状化検体細胞診とHPVDNA検査との併用法の有用性を評価する臨床研究)が開始され、中間報告会を施行している。今回は、日本臨床細胞学会臨床試験CITRUSスタディを含め、子宮頸がん検診とHPV遺伝子検査併用データを中心に、受診率向上対策から精度管理までについて報告したい。山梨県の子宮頸がん検診におけるHPV検査の特色1, HPV検査併用検診県内8市町で無料クーポン対象者に実施されている。2016年5月現在、2012年度から2市町、2013年度から6市町 対象年齢は各自自治体で別々に設定、検査法: HybridCaptuer法2, 日本臨床細胞学会臨床試験CITRUSスタディ 30歳-65歳未満の検診受診者から無作為的に選択(2013年6月1日-2015年3月31日)検査法: Invader法

## ◇シンポジウム2

### 甲状腺腫瘍の組織診断基準変更と細胞診

#### SY2-1 新しい甲状腺癌取扱い規約第7版の概要

山梨大学医学部人体病理学講座

○加藤良平(MD)

甲状腺癌取扱い規約は甲状腺癌の臨床記録事項と病理組織学的分類を標準化統一し、日本の各施設の甲状腺癌の診断治療評価を定めるものです。また、2011年から開始されたNational Clinical Database(NCD)による全国登録を可能にするものでなくてはなりません。そのため、甲状腺癌規約委員会および病理ワーキンググループのメンバーにより新しい甲状腺癌取扱い規約第7版を作成しました。今回の改訂(第7版)では、臨床的事項についてはUICC-TNM分類に準拠した変更が加えられた。すなわち、術前、手術時、術後の各段階におけるT,EX,N分類を用いた評価法、リンパ節転移の隣接臓器浸潤(R分類)の記載が追加された。一方、病理学的項目では、各疾患の解説、写真をほとんど全てを刷新したが、とくに大きな変更点として、乳頭癌の亜型のひとつに充実型乳頭癌が加わることになった。そのことにより、これまで低分化癌とされてきた腫瘍の一部が乳頭癌の範疇へ移行する。一方、低分化癌の診断は低分化成分の面積的な優位性をもって診断することに変更された。細胞診断の報告様式では、2010年に米国から発表され、現在の国際標準になっている甲状腺細胞診ベセスダシステム(The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytology)に準拠することになった。ベセスダシステムでは、甲状腺細胞診の診断について独特の表現法を用いていますが、第7版では、基本的な考え方は準拠することにしましたが、診断用語の嚢胞液の扱いなど一分はこれと異なるものになりました。本発表では、甲状腺癌取扱い規約第7版のオーバービューについて発表、解説することにします。

## SY2-2 低分化癌の取扱い

山梨大学医学部人体病理学

○近藤哲夫(MD)

新規約の組織分類における主要な改正点は低分化癌の診断基準の修正と乳頭癌特殊型の追加である。低分化癌は2004年WHO分類に準拠した記載となり、関連して乳頭癌の特殊型に充実型が追加された。低分化癌とは濾胞上皮に分化した腫瘍で、乳頭癌や濾胞癌などの分化癌に比べると濾胞構造やコロイド産生が乏しく、未分化癌までの細胞異型や構造異型はみられない。生物学的態度は比較的予後良好な分化癌と著しく侵襲性が高く致死的な未分化癌との中間的である。組織学的には乳頭癌に特徴的な核所見は腫瘍細胞にみられず、充実構造 solid pattern, 索状構造 trabecular pattern, 島状構造 insular pattern を示す。この3つの成分は1つの腫瘍内にしばしば混在してみられ、低分化成分もしくは頭文字から STI 成分とも呼ばれる。低分化成分の割合は50%以上と定めている。低分化成分が50%未満の腫瘍に関して旧規約においては低分化癌に含んでいた経緯があり、その意義については課題が残っていることから、新規約では主組織型(乳頭癌や濾胞癌など)に低分化成分の割合を付記して扱いを分けておくことが定められた。低分化癌では分化癌に比べて核分裂像や ki-67 index は高く、しばしば腫瘍内に凝固壊死を伴っている。乳頭癌の核所見を有し、低分化成分からなるものはこれまで低分化型乳頭癌もしくは低分化癌としてきた。新規約においてはこれを乳頭癌の亜型に再区分し、充実型乳頭癌と定義した。組織学的には充実性ないし索状構造が50%以上を占める腫瘍で、乳頭癌の核所見を有している。本発表では新規約で新たに定義された低分化癌、充実型乳頭癌の組織像、細胞像、臨床病理学的特徴、遺伝子異常について解説を行う。

## SY2-3 乳頭癌とその亜型(充実癌を除く)

杏林大学医学部病理学

○菅間 博(MD)

第7版甲状腺癌取扱い規約(2015年10月刊)では、低分化癌の診断基準が変更されるとともに、乳頭癌の特殊型の組織所見が整理、明確化された。充実型を除く特殊型乳頭癌について、病理組織学的特徴を中心に細胞診判定上の注意点を加えて解説する。

乳頭癌は甲状腺癌の中で最も頻度が多く、病理診断は核所見を重視してなされるため、細胞診で高精度に「悪性」と判定される。核所見が不十分で乳頭癌との鑑別困難な場合は、通常、「意義不明」と判定される。乳頭癌のうち、特異な組織所見を示す腫瘍は以下の特殊型に亜分類される。1) 濾胞型乳頭癌：濾胞状構造のみかなる乳頭癌で、被胞化腫瘍の形状をとることもある。小濾胞状構造が主体に細胞が採取されれば「濾胞性腫瘍」と、乳頭癌の核所見が不明瞭な場合は「意義不明」と判定される。2) 大濾胞型乳頭癌：腺腫瘍甲状腺腫様の大型濾胞からなる乳頭癌である。核異型が軽い傾向があり、「意義不明」と判定される可能性が高い。3) 好酸性細胞型乳頭癌：好酸性顆粒状の細胞質からなる乳頭癌である。核小体がめだつものが多い。4) びまん性硬化型乳頭癌：若年者に多い乳頭癌で、甲状腺は癌性リンパ管状態を示す。橋本病様のリンパ球浸潤を伴い、腫瘍細胞の扁平上皮化生や多数の砂粒体を認めることが多い。5) 高細胞型乳頭癌：腫瘍細胞の高さが幅の3倍以上の乳頭癌で、高齢者に多く悪性度が高い傾向がある。7) 篩型乳頭癌：家族性大腸ポリポーシス(FAP)遺伝子の異常をもつ乳頭癌で、若年女性に発生する。コロイドを欠く篩状構造が特徴で、淡明な核(nuclear clearing)や紡錘形細胞からなるモルラ(morula)が認められる。

## SY2-4 細胞診新報告様式の概要

隈病院病理診断科

○廣川満良(MD)

甲状腺癌取扱い規約第7版の新報告様式では、2010年、米国における新しい甲状腺細胞診の報告様式であるThe Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (BSRTC) が採用され、本邦の状況に合わせて一部改変がなされている。まず、診断カテゴリーは検体不適正、嚢胞液、良性、意義不明、濾胞性腫瘍、悪性の疑い、悪性の7つに区分されている。つまり、BSRTCにおける「意義不明な異型 Atypia of Undetermined significance Significance: AUS または意義不明な濾胞性病変 Follicular Lesion of Undetermined significance Significance: FLUS」、濾胞性腫瘍 Follicular Neoplasm: FN または濾胞性腫瘍の疑い Suspicious for Follicular Neoplasm: SFN は、新規約では名称をより短縮して、かつ馴染みやすくし、それぞれ「意義不明 Undetermined significance Significance」、「濾胞性腫瘍 Follicular neoplasm」と称している。BSRTCでは、泡沫細胞のみみられる嚢胞液は、嚢胞形成性乳頭癌の可能性が否定できないとして「検体不適正」に区分されている。しかし、そのような症例の悪性の危険度は「検体不適正」よりも低く、「良性」とほぼ同様であることから、新規約では「適正」と判断し、「嚢胞液」として独立した区分とした。BSRTCでは、悪性の危険度と推奨する臨床的対応が記載されている。しかし、本邦と欧米では各腫瘍の頻度、切除の適応、社会的状況が異なるため、それらの基準をそのまま導入することは現時点では困難であることから、新規約では、悪性の危険度と推奨する臨床的対応には言及していない。発表では以上の内容をより詳細に解説することにする。

## SY2-5 意義不明と濾胞性腫瘍

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>、林 俊哲(MD)<sup>2)</sup>、隈 晴二(MD)<sup>2)</sup>、宮内 昭(MD)<sup>3)</sup>

甲状腺癌取扱い規約の新報告様式は、The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (BSRTC)を採用しているが、多少異なる点がある。BSRTCの「意義不明な異型または意義不明な濾胞性病変」、「濾胞性腫瘍または濾胞性腫瘍の疑い」は、新取扱い規約では、それぞれ「意義不明 (Undetermined significance)」、「濾胞性腫瘍 (Follicular neoplasm)」としている。本発表では、取扱い規約の「意義不明」および「濾胞性腫瘍」を解説するとともに、BSRTCとの異同にも触れることにする。BSRTCにおける濾胞性腫瘍の判定基準は、15個以下の細胞集塊で、構成細胞の少なくとも2/3が円周状に配列し、結合性が乏しく、細胞密度が高く、重積性があり、集塊の大きさが均一で、さらに採取細胞量が多い場合としている。一方、新規約では上記のような細かな条件を記していない。濾胞性腫瘍と濾胞型乳頭癌の区別が困難な標本においては、BSRTCは、「濾胞性腫瘍または濾胞性腫瘍の疑い」あるいは「悪性の疑い」に区分し、切除を推奨している。新規約では、濾胞性腫瘍を考えるが濾胞型乳頭癌が否定できない場合は「濾胞性腫瘍」、逆の場合は「悪性の疑い」、どちらも言えない場合は「意義不明」に区分する。BSRTCでは、悪性の危険度と推奨する臨床的対応が記載されているが、新規約では、本邦と欧米では各腫瘍の頻度、切除の適応、社会的状況が異なるため、悪性の危険度や臨床的対応には言及していない。



## ◇シンポジウム3

中皮腫の早期発見をめざして—細胞診断に役立つ形態学  
のフロンティア—

SY3-1 早期中皮腫診断での体腔液細胞診の有用性と  
限界

PCL 福岡病理・細胞診センター<sup>1)</sup>, 山口県立総合医療セン  
ター中央検査部<sup>2)</sup>, 川崎医科大学総合医療センター病理  
診断科<sup>3)</sup>, 公立昭和病院臨床検査科<sup>4)</sup>

○亀井敏昭(MD)<sup>1)</sup>, 早川優佳(CT)<sup>1)</sup>, 山田 博(CT)<sup>1)</sup>,  
安永佳麻里(CT)<sup>2)</sup>, 渋田秀美(CT)<sup>2)</sup>, 畠 榮(CT)<sup>3)</sup>,  
岩井幸子(CT)<sup>1)</sup>, 濱川真治(CT)<sup>4)</sup>

アスベスト問題の拡がりから中皮腫症例の増加が社会問  
題化している。中皮腫は約80%の症例が体腔液貯留を  
初発症状として発症する。胸膜、腹膜に原発するために、  
中皮腫例では体腔液細胞診に中皮腫細胞が出現するこ  
とは想像に難くない。また、早期中皮腫例であっても体腔  
液中に多くの中皮腫細胞が出現する。進行中皮腫例で  
は、これまでの検討で中皮腫細胞の特徴がある程度理解  
されている。厳密な臨床病期でのT1例(中皮腫同一胸  
膜に限局、浸潤なし)を早期中皮腫と定義すると、手術  
などで局所の腫瘍の拡がりか決定された症例のみの検討  
となる。しかしながら、実際的には画像診断上で、胸水  
貯留のみがみられ、胸壁に腫瘤形成がない症例もいわゆ  
る早期中皮腫例と考えることができる。進行症例(126  
例)といわゆる早期中皮腫例(40例)との間での、これ  
まで特徴的とされてきた細胞所見の頻度について検討し  
た。中皮腫細胞診での統計学的に有意な所見6つを軸  
に、早期例と進行例との間で検討を加えた。具体的には、  
1) 背景のヒアルロン酸様物質、2) Collagenous stroma,  
3) hump 様細胞突起、4) 細胞質の重厚感、5) オレンジ  
G 好性細胞の出現、6) 2核以上の細胞の出現率などを挙  
げることができる。その検討では早期中皮腫例により特  
徴的とする所見を見出すことはできなかつた。その理由  
としては、早期中皮腫例の組織学的背景も多彩性があり、  
様々な出現パターンがあることが考えられる。今後、さ  
らに進行中皮腫例といわゆる早期中皮腫例との共通項と  
差異に関しても検討を行う。

SY3-2 反応性(刺激型)中皮細胞と中皮腫細胞の鑑  
別はむつかしい

公立学校共済組合関東中央病院病理科

○岡 輝明(MD)

悪性中皮腫は増加傾向にあるものの、現在でも稀少疾患  
である。経験する機会は少なく、したがって、その細胞  
診断は容易とは言えない。亀井らの精力的な仕事によっ  
て、上皮様型中皮腫の細胞診断基準は確立しつつあり、  
多くの細胞診断者とその恩恵を受けているが、特殊型や  
小型細胞小集塊例などの基準は未完である。また、肉腫  
様型の細胞は体腔液に出現しにくいいため細胞診断は困難  
と考えられてきたが、まれながら経験されるようになって  
きた。この細胞診断基準も必要である。細胞所見に習  
熟すれば、上皮様型中皮腫の典型例は細胞標本のみで診  
断可能と考えられる現状だが、腺がんと鑑別よりも刺  
激型(反応性)中皮細胞との鑑別がむつかしいことがあ  
る。上皮様型中皮腫細胞に比べ、小型で核/細胞質比が  
高く、2核細胞は一定頻度で出現するが3核以上の多核  
細胞の出現比率は低く、hump 様細胞突起の出現頻度も  
低い。これらの細胞所見に加え、免疫細胞化学的に  
desmin, EMA, CD146, glut-1 などの傍証が必要であろ  
う。また、問題となる細胞が中皮細胞であることが確実  
なら p16 遺伝子接合性異常を FISH 法により検出するこ  
とが有用だが、腹膜などでは deletion が見られない例も  
少なくない。最近、癌抑制遺伝子である BRCA1 associ-  
ated protein 1 (BAP1) 遺伝子の蛋白を検出することが  
有用であることが知られるようになってきた。すなわ  
ち、正常あるいは反応性細胞は BAP1 蛋白陽性であり、  
一方、中皮腫の約30%が陰性であることから、陰性であ  
ることが確認できれば中皮腫と判断でき、有用な診断  
ツールの一つである。



### SY3-3 体腔液材料を用いた中皮腫細胞診におけるプレアナリシスの重要性について

公立昭和病院臨床検査科<sup>1)</sup>, PCL 福岡病理細胞診センター<sup>2)</sup>, 昭和大学大学院臨床病理学<sup>3)</sup>, 公立昭和病院病理診断科<sup>4)</sup>

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

悪性中皮腫は予後不良の疾患であり, 早期発見・早期治療において体腔液細胞診の役割は大きい。近年, 体腔液細胞診による中皮腫細胞の形態学的特徴は, 日本肺癌学会細胞診判定基準改訂委員会・中皮腫細胞診評価ワーキンググループ(WG長: 亀井敏昭)の活動により明らかになりつつあるが, その中で中皮腫細胞は, 反応性中皮細胞に比べ細胞の大型化, 球状集塊形成を示す症例が多く, 多核形成や hump 状細胞質突起, 細胞質の重厚感, オレンジ G 好性細胞, collagenous stroma は, 中皮腫細胞診断に信頼性の高い細胞所見であることが示めされている。しかし胸水・心嚢液においては肺癌や乳癌, 腹水においては卵巣癌や腎癌細胞, また出現する細胞量の多少によって反応性中皮細胞との鑑別が容易ではない場合も多く, その判定に免疫細胞化学染色や p16FISH 法は中皮腫細胞診断には欠かせない検査法となり, 平成 28 年度診療報酬改定において細胞診の項にセルブロック法が新たに記載された。

中皮腫は比較的稀な疾患であり体腔液細胞診において中皮腫を早期発見するには, 日頃から正しい体腔液検体処理法などのプレアナリシス(検査前)段階が重要であることを認識し, 検体採取量や保存方法, 細胞収集法, 塗沫標本作製法, 固定法, パパニコロウ染色や Giemsa 染色, PAS 反応, アルシアン青染色などの各種染色法とともに安定したセルブロック作製法の構築など, 内部精度管理の向上に努めなければならない。

今回われわれは, 体腔液を用いた中皮腫診断において必要とされる体腔液検体処理法について, 初回体腔液材料の重要性と共に細胞収集法, 塗沫標本作製法, 簡易セルブロック作製法を中心に報告する。

### SY3-4 悪性中皮腫の早期病変とは?—その病理学的・細胞学的特徴—

東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科

○廣島健三(MD)

【方法】リンパ節転移や浸潤の程度は問わず, 腫瘍の厚さが 5 mm 以下のものを早期中皮腫と定義した。中皮腫として胸膜肺全摘術が行われた 32 例のうち 18 例の病理組織学的変化を再検討した。1 年生存率, 3 年生存率はそれぞれ 100%, 60%であった。

【結果】肉眼像は, 壁側胸膜が肥厚し, 一部で臓側胸膜と癒着していることが多いが, 大半は癒着を認めず, 胸腔にスペースが存在する。肺の断面には, 肥厚した壁側胸膜を認めるが, 臓側胸膜には異常を認めない。詳細に検討すると, 一部に壁側胸膜, 臓側胸膜に小結節を認める。極めて早期の場合, 壁側胸膜の肥厚もほとんどなく, 肉眼的に異常を認めない。

組織学的には, 壁側胸膜と臓側胸膜の癒着による胸膜の肥厚を認め, その中に異型性を示す中皮細胞が腺腔形成, 乳頭状増殖を示す。肉眼的に異常のない胸膜にも, 胸膜表面に異型性を示す中皮腫細胞が乳頭状増殖を示す。中皮腫細胞は壁側胸膜の脂肪組織に早期から浸潤をする。中皮腫細胞が単層性に胸膜を覆い, 中皮腫細胞と正常の中皮細胞が接している所見もしばしば認められる。病変は多発している。肺実質への浸潤はみられない。中皮腫細胞は葉間胸膜にも認められる。早期に発見された中皮腫の多くは上皮型で高分化である。

これらの早期中皮腫のうち 4 例の胸水細胞診所見を検討した。組織型は上皮型で, 平面的なクラスターを形成し, 孤立性細胞もみられた。異型度を 3 段階(G1-3)に分類すると, いずれも G1 であった。多核細胞は見られるが, オレンジ G 好性細胞や collagenous stroma は目立たない。

【まとめ】早期中皮腫においても, 胸水中に中皮腫細胞が出現しており, 胸水の細胞診は早期中皮腫の診断に有用である。

### SY3-5 悪性胸膜中皮腫の胸水細胞診における BAP1 免疫染色の有用性

兵庫医科大学病理学分子病理部門

○辻村 亨(MD), 佐藤鮎子, 隅田安由美(CT), 篠原義康, 阿部晋也

悪性胸膜中皮腫(MPM)では *CDKN2A(p16<sup>INK4a</sup>/p14<sup>ARF</sup>)* 癌抑制遺伝子のホモ接合性欠失が高頻度に認められる。*CDKN2A* 欠失の検討は MPM と反応性中皮との鑑別に有用であるが, FISH 解析を必要とするので特定の医療機関でしか行うことが難しい。最近, *BAP1* 癌抑制遺伝子にも点突然変異や欠失が見つかり, *BAP1* 変異の検討に免疫染色が導入されるようになった。*BAP1* 遺伝子は脱ユビキチン化酵素をコードし, ヒストン 2A の脱ユビキチン化を促進してクロマチンリモデリングを誘導することで, 多くの遺伝子を転写調節する。病理学的に MPM と診断された症例における *BAP1* 発現を免疫染色で調べると, 上皮型では約 60% に明らかな *BAP1* 発現消失を認めたのに対して, 肉腫型では全例に *BAP1* 発現消失を認めなかった。二相型の中には染色性が多様で判定が困難な症例が存在した。上皮型 MPM の胸水セルブロックを用いて *BAP1* 免疫染色を行うと, 約 80% で *BAP1* 発現消失を認めた。*BAP1* 免疫染色に D2-40, EMA, AE1/AE3 などの免疫染色を加えると, 細胞種(中皮系細胞)を確認して *BAP1* の染色性を評価することが可能になり, *BAP1* 染色の判定が容易になった。胸膜肺全摘術を施行された上皮型 MPM 患者を対象として *BAP1* 発現と全生存期間(術後予後)との関連を調べると, *BAP1* 陽性群と *BAP1* 陰性群の全生存期間に有意差を認めなかった。*BAP1* 発現の生物学的意義については今後の検討課題として残されているが, *BAP1* 免疫染色は上皮型 MPM の診断に極めて有用であると考えられる。*BAP1* 免疫染色は, 一般的な医療機関においても行うことが容易であり, その導入は MPM 診断の精度向上に大きく貢献すると期待される。

### SY3-6 中皮腫の早期診断に役立つ *p16*FISH と *BAP1*, *MTAP* 免疫染色

福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科<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>, 兵庫医科大学病理学講座分子病理部門<sup>3</sup>, 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科<sup>4</sup>, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科<sup>5</sup>, PCL 福岡病理・細胞診センター<sup>6</sup>

○鍋島一樹(MD)<sup>1</sup>, 木下義晃(MD)<sup>1</sup>, 松本慎二(CT)<sup>1</sup>, 樋田知之(MD)<sup>2</sup>, 佐藤鮎子(MD)<sup>3</sup>, 辻村 亨(MD)<sup>3</sup>, 河原邦光(MD)<sup>4</sup>, 廣島健三(MD)<sup>5</sup>, 亀井敏昭(MD)<sup>6</sup>, 小田義直(MD)<sup>2</sup>

悪性胸膜中皮腫(MPM)の臨床においては, 細胞診による中皮腫細胞の把握が早期診断の鍵となる。MPM の診断には(1)中皮細胞起源の確認, (2)良悪の確認が必要である。前者は免疫染色にてほぼ確立されている。後者は現時点では, 中皮腫の遺伝子変異を利用するものが最も信頼性が高い。FISH (fluorescence in situ hybridization)による *p16* 遺伝子のホモ接合性欠失の証明と, 免疫染色による *BAP1* 遺伝子産物(*BAP1* 蛋白)の核内発現の欠失の証明である。これまでの報告では, 共に反応性中皮過形成(RMH)との鑑別において特異度 100%である。両者の併用によって診断精度が上昇する。我々の検討では, それぞれ約 60% の診断感度を有するが, 両者の併用によって, 約 85% に上昇する。セルブロック, スメア標本にも応用可能である。また, *p16* 遺伝子のホモ欠失を示す中皮腫細胞と, *BAP1* 蛋白欠失を示す中皮腫細胞は同じ形態学的特徴を有していた。しかし, FISH はどの施設でも簡単に行える手法ではないので, *p16*FISH の代用となる免疫染色について検討した。*p16* 遺伝子と同じ 9p21 領域に存在する遺伝子の蛋白産物の中で, *MTAP* の発現が FISH で捉える *p16* のホモ欠失と最もよく相関した。さらに, *BAP1* 免疫染色との併用によって, RMH との鑑別における感度も約 75%であった。*p16*FISH と *BAP1* 免疫併用にはおよばないが, セルブロックでも同様の結果を得ているので, 実際の診療に応用できると期待している。これらの免疫染色の評価・判断における問題点についても論じたい。

## ◇シンポジウム 4

## 細胞診と IgG4 関連疾患—有用性と限界—

## SY4-1 胆膵領域の IgG4 関連疾患と細胞診

倉敷中央病院病理診断科

○能登原憲司(MD)

胆膵領域の IgG4 関連疾患として、自己免疫性膵炎 (AIP)、IgG4 関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC) が知られる。いずれも高齢男性に好発する疾患で、閉塞性黄疸で発症するか、自覚症状は乏しいことが多い。前者は膵臓のびまん性あるいは限局性の腫大と膵管の狭細像を、後者は胆管壁の肥厚と内腔の狭窄をきたす。このように、AIP と IgG4-SC の臨床像は膵癌、胆管癌と鑑別を要するもので、そのためしばしば細胞診検査の適応となる。つまり、細胞診検査に従事するものにとって、AIP や IgG4-SC の存在を認識しておくことが求められる。細胞診検査の目的は通常、癌を否定することで、特に超音波内視鏡下穿刺吸引 (EUS-FNA) 細胞診による膵癌の診断は感度 80-97%、特異度 82-100% と良好であることから、その診断的意義はきわめて高い。しかしながら、細胞像から IgG4 関連疾患を診断することは困難とされている。自己免疫性膵炎の EUS-FNA 細胞所見として、間質の高い細胞密度、豊富なリンパ球浸潤が報告されているが、AIP に特異的なものとは考えにくい。また、膵癌や胆管癌で IgG4 陽性細胞が増加する例もあるため、細胞診標本で免疫染色を行って IgG4 陽性細胞が多いという理由のみで IgG4 関連疾患を診断することも妥当でない。だが視点を変えてみると、AIP や IgG4-SC では花筵状線維化とよばれる特徴的な組織像が認められる。これに着目した細胞像の検討は未だ行われていない。EUS-FNA 組織診や胆管生検では十分量の組織採取が困難である現状を考慮すると、細胞像からの情報は貴重であると考えられる。本講演では特に AIP を中心に、細胞所見を見直し報告したい。

## SY4-2 IgG4 関連リンパ節症；細胞診の可能性と限界を見極める

岡山大学大学院保健学研究科病態情報科学<sup>1)</sup>、岡山大学大学院病理学 (腫瘍病理/第二病理)<sup>2)</sup>

○佐藤康晴(MD)<sup>1,2)</sup>、吉野 正(MD)<sup>2)</sup>

IgG4 関連疾患は良性疾患ではあるが、全身諸臓器に腫瘤や肥厚性病変を形成するため臨床的に悪性腫瘍との鑑別がしばしば問題となる。

リンパ節も IgG4 関連疾患の好発臓器の一つであり、中高年の男性に好発し、無痛性のリンパ節腫脹を特徴とする。そのため臨床的にはリンパ腫との鑑別診断が必要となり、穿刺吸引細胞診やリンパ節生検が行われる。すなわち細胞診では腫瘍と非腫瘍の鑑別が求められる。また、キャッスルマン病など様々なリウマチ性疾患において、しばしば IgG4 関連疾患の診断基準を満たすことある。しかしながら両者は治療法が全く異なるため、両者を明確に区別する必要がある。すなわち IgG4 関連疾患のリンパ節病変 (IgG4 関連リンパ節症) の病理診断では、「非腫瘍」という診断のみならず質的診断も要求される。しかしながら、IgG4 関連リンパ節症は他臓器の IgG4 関連疾患と異なり多彩な組織像を呈し、現時点でも 5 つの組織型が確認されている。そのため IgG4 関連リンパ節症の病理診断は容易ではなく、病理医間でも診断の不一致がしばしば見受けられる。

本シンポジウムでは IgG4 関連リンパ節症の診断における問題点を明らかにし、細胞診の可能性と限界について考えてみたい。

**SY4-3 涙腺・唾液腺におけるIgG4関連疾患の病理と細胞診**

東京医科大学人体病理学分野

○長尾俊孝(MD)

IgG4関連疾患は、高IgG4血症と病変部へのリンパ球・IgG4陽性形質細胞の著しい浸潤と線維化を特徴とし、全身の諸臓器の腫大や結節・肥厚性病変を生じる疾患群である。自己免疫性睪炎とミクリッツ病（涙腺と両側の唾液腺の腫脹を来す疾患）はその代表的なものである。涙腺・唾液腺にみられるIgG4関連疾患では、しばしば他臓器の同疾患を合併する。唾液腺IgG4関連疾患は、以前よりキュトナー腫瘍（慢性硬化性唾液腺炎）と呼ばれている病変に相当し、その典型例では顎下腺が硬く腫脹し、臨床的に腫瘍に似る。本疾患は、自己免疫性疾患であるシェーグレン症候群とは、臨床病理学的に異なる概念として捉えられている。涙腺・唾液腺IgG4関連疾患では共通して、病理組織学的に、発達したリンパ濾胞の形成を伴う密な導管周囲性リンパ球・形質細胞浸潤と著明な線維化を認め、閉塞性静脈炎を伴うこともある。小葉構造は進行期以外では通常保たれる。また、病変組織内のIgG4/IgG陽性形質細胞比が40%を超える。細胞診では、多数のリンパ球が認められ、そこには形質細胞が目立ち、少数の好酸球を混じることもある。出現するリンパ球は小型から中型リンパ球が主体で、種々の成熟段階を示す。核異型や単調な出現形態はみられない。腺内リンパ節、リンパ上皮性唾液腺炎、悪性リンパ腫（特にMALTリンパ腫）、リンパ球浸潤を伴う唾液腺上皮性腫瘍（ワルチン腫瘍・粘表皮癌、腺房細胞癌など）との鑑別には細胞像のみならず臨床病理学的な観点も重要である。今回は、涙腺・唾液腺IgG4関連疾患の概念や病理・細胞像を解説する共に、本疾患の細胞診断を行う上で注目すべき点について述べる。

**SY4-4 IgG4関連疾患の体腔液細胞診所見**

獨協医科大学病理診断学

○小島 勝(MD)

IgG4関連疾患では時に多量の体腔液の貯留を来すことがある。初めに胸水の細胞所見からIgG4関連疾患を疑った症例を提示し、鑑別すべき疾患の体腔液細胞所見を供覧する。症例は57歳男性。2週間前から呼吸困難で来院し、胸部レントゲンで両側大量胸水を指摘され穿刺吸引細胞診が行われた。細胞標本では多数の小型リンパ球に加え、形質細胞、形質細胞に分化する細胞が混在していた。さらに免疫芽球に加え、少数の好酸球がみられた。検査所見から多クローン性高ガンマグロブリン血症(2.3g/dl)、IL-2-receptor 1710U/mlであったがCRP陰性、LDHは189IU/Lと正常範囲であった。細胞所見と検査所見からIgG4関連疾患の可能性を指摘し、血清IgG4の測定を依頼したところ970mg/dlと上昇していた。胸膜生検が行われ、少数の好酸球を含む著明なリンパ球形質細胞の浸潤が認められた。免疫染色では形質細胞は多クローン性でIgG4陽性細胞がIgG陽性細胞に占める割合は40%以上であった。IgG4関連疾患は種々の自己抗体が陽性になることから、SLEなどの自己免疫疾患と鑑別を要する。SLEでは時に体腔液貯留が初発症状となることがある。KelleyらはSLE10例中8例の胸水に形質細胞に類似した異型リンパ球が認められたと報告している。演者らはSjogren症候群の胸水でもIgG4関連疾患類似の所見を経験している。感染症としては稀ではあるが伝染性単核球症では形質細胞への分化傾向を示す異型リンパ球が出現する。また結核などの抗酸菌による胸膜炎でも多数の形質細胞に加え、形質細胞に分化する大型の芽球がみられることがある。多数の形質細胞とその類縁細胞を体腔液中に認めたときIgG4関連疾患は考慮すべき疾患と思われる。



## SY4-5 IgG4 関連疾患：呼吸器病変 鑑別疾患と細胞像

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>

○香月奈穂美(MD)<sup>1)</sup>, 松永 徹(CT)<sup>2)</sup>, 本山 睦(CT)<sup>2)</sup>, 片倉和哉(CT)<sup>2)</sup>, 郷田 衛(CT)<sup>2)</sup>, 宮本加菜(CT)<sup>2)</sup>, 門田球一(MD)<sup>1)</sup>, 串田吉生(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次(MD)<sup>1,2)</sup>

IgG4 関連疾患は全身諸臓器への IgG4 陽性形質細胞浸潤や線維化を特徴とする疾患で、結節性や硬化性病変をきたす。呼吸器領域では結節状陰影以外に、スリガラス状陰影や間質性肺炎パターンなど、多彩で非特異的な病変を示すため、腫瘍と非腫瘍との鑑別が必要な病変として診断目的に VATS が行われる場合がある。肺病変の病理組織像は、小葉間隔壁や胸膜などの間質や血管壁にリンパ球や形質細胞の浸潤がみられ、IgG4 陽性形質細胞の浸潤を認める。しかし、IgG4 陽性細胞は他疾患でも認められることがあり、確定診断には除外診断を含めた総合的な判断が必須である。今回、肺あるいは縦隔の異常陰影を指摘され、IgG4 関連疾患の鑑別および診断目的に切除生検が行われた症例を、臨床所見、画像所見、病理組織所見、細胞所見（主に捺印細胞診）にまとめて検討報告する。症例は特発性間質性肺炎、シェーグレン症候群などの膠原病関連肺疾患、キャッスルマン病、MALT lymphoma などの悪性リンパ腫で、いずれも IgG4 関連疾患を診断する上では鑑別が必要な疾患である。肺単独病変では特に診断が難しく、細胞像から疾患を同定することはきわめて困難ではあるが、これら疾患の臨床的および病理組織学的特徴を理解し、IgG4 関連疾患における細胞診の有用性と限界について検討したい。

## ◇シンポジウム 5

### 細胞検査士の教育と研究：ステップアップを目指して SY5-1 細胞検査士としてのステップアップを目指して、「社会人大学院」のススメ

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

○山尾直輝(CT)<sup>1)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>2)</sup>, 宮内 昭(MD)<sup>3)</sup>

現在、細胞検査士を取り巻く状況の変化はめざましく、医療の発展に伴い解剖学、病理学、遺伝学などの一貫した高度な教育による診断の質の向上、多様性が求められている。近年、大学院で細胞検査士を養成する機関が誕生したのはこのためである。既卒の細胞検査士も系統立てた高度な教育や研究を行う必要があると考えるが学生に戻ることは経済的な理由から困難である。そのための教育ニーズの受け皿として「社会人大学院」がある。社会人大学院とは、社会人が夜間などを利用し、働きながら正規課程で受講や研究が出来る大学院である。この大学院に入学するためには、4年生大学を卒業し、各大学院が行う入試に合格する必要がある。入試は一般入試と異なり、それまでの社会経験を考慮した社会人選抜が行われている。大学院では、これからの細胞検査士に求められる病態解析、細胞機能、生命情報発現学等の知識や、免疫組織化学染色、遺伝子検査等の技術を基礎から学び実際に検査出来るレベルまで高めることが出来る。さらに論文執筆のためのノウハウや「修士または博士」の学位を取得する事が出来る。卒後の進路として、病院勤務、企業の研究室、治験コーディネーター、大学の教員などがある。社会に求められる検査士にステップアップするために社会人大学院を利用することの有意性を自分の経験も含め提示する。



### SY5-2 社会人大学院で学ぶ～細胞検査士のスキルを 研磨する～

東京慈恵会医科大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科包括病理学分野<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3)</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>4)</sup>

○梅森宮加(CT)<sup>1,2)</sup>, 倉田盛人(MD)<sup>2)</sup>, 梅澤 敬(CT)<sup>3)</sup>,  
根本 淳(CT)<sup>1)</sup>, 沢辺元司(MD)<sup>4)</sup>, 北川昌伸(MD)<sup>2)</sup>,  
鷹橋浩幸(MD)<sup>1)</sup>

大学院へは、学部卒業後に直接進学する場合、または社会人を経験した後に進学する場合がある。進学理由は、個人により様々であるが、主に研究者、教育者、高度専門技術者となるためと考えられる。医療系分野においても、細胞検査士としての経験を基盤として大学院へ進学し、学位を取得して活躍している者も多い。医療系大学院は社会人大学院生の割合が多く、また社会人学生は増加傾向にあると言われ、研究者養成とともに、医療系人材の養成機能を強化し、夜間開講や長期履修制度などによる履修機会の確保や資格取得と関連した教育などに取り組んでいる。

社会人大学院生には数々のクリアしなければならない課題がある。例えば、履修単位取得のための履修機会の確保、研究場所の決定、研究時間の確保、通学可能な距離であるか、職場の理解などである。仕事との両立という条件があるため、このような課題をクリアするのは必ずしも容易ではない。また、大学院で学んだこと、取得した学位をその後どのように活かしていくのかをしっかりと考えておく必要がある。この様に、様々な難点はあるものの、その一方で大学院生として学ぶことには多くのメリットもある。

私は現在、大学附属病院の病理診断部門に勤務しており、社会人になった後に修士課程、博士課程へ進学した。進学するために行ったことや苦労したこと、仕事との両立や、研究についての現状をお話する。今後、ステップアップとしての大学院という場に興味のある方にとって少しでもお役に立てればと思う。

### SY5-3 探究心と研究のすすめ～現状に満足しない！ どうして？の気持ちを大事にすること～

広島大学病院病理診断科<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>, 島根大学医学部病態病理学講座<sup>3)</sup>

○石田克成(CT)<sup>1)</sup>, 有廣光司(MD)<sup>1)</sup>, 長崎真琴(MD)<sup>2)</sup>,  
並河 徹(MD)<sup>3)</sup>

細胞検査士の教育は従来、養成所での専門教育が行なわれていたが、多くは自施設や近隣施設での自己学習や先輩からの指導が主であった。現在では医学や自然科学の進歩発展により、遺伝子検査をはじめとする分子生物学的知識も要求され、教育内容が高度化・複雑化している。それらを体系的に教育するために約10数年前から臨床検査技師養成課程を有する大学の一部が細胞検査士養成課程を設置し、学会認定養成校として認可され、大学教育の中で細胞検査士を養成するようになり、さらに現在では、大学院修士課程ないし博士課程で研究者としての専門教育を受けた細胞検査士が輩出され社会で活躍している。しかし、多くの細胞検査士は研究者としての専門教育は受けておらず、生涯教育として自己学習あるいは学会や各種研修会による自己研鑽によって知識を得るのが現状である。一見、研究というと敷居が高い印象であるが、自然科学に携わり誰よりも臨床細胞学と密に関わる細胞検査士は技術の発展にもっと力を注ぐことが専門家としての姿勢であろう。最先端の研究である必要はなく、目の前の「どうして？」という気持ちが何よりも大切であり、研究への動機として十分である。現在の臨床現場ではコンパニオン診断をはじめ病理業務の多様化と共に仕事量も増加の一途である。そのような現状の中で仕事と研究さらに家庭（育児）の両立は困難を極めるが、細胞検査士が細胞診の専門家として自立発展していくためには社会人教育のあり方がポイントとなろう。現状に満足することなく、目の前の疑問を興味（探求心）に変換することが大切である。これまで筆者が取り組んできた内容や動機などを紹介したい。

**SY5-4 大学院博士課程での経験**

淀川キリスト教病院病理課

○田中 幸(CT)

昭和45年、それまでの「衛生検査技師法」であった法律が改正され「臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律」となり都道府県知事による免許から厚生大臣免許に変更された。それから40年以上の時を経て、いま臨床検査技師に求められる知識や技術はより高度なものに様変わりしてきている。教育機関もこれまでは短期大学や専門学校が主流であったが、現在は4年制大学が増加しており、大学院修士課程を修了してから病院に就職する技師も出てきた。私は専門学校を卒業し、一般病院の臨床検査技師（細胞検査士）として勤務してきたがこれからの時代を担う技師としてもっと多くのことを学びたいと考え、今の病院で働きながらではあるが神戸大学大学院医学研究科の博士課程に入学し医学博士を取得することが出来た。ご指導下さった先生方や快く送り出してくれた上司や同僚、一緒に勉強をした研究室の仲間を支えられて成し遂げられたことだった。当日は、私のようなごく普通の（出来が悪いかもしれないくらいの）細胞検査士がどのようにして大学院の博士課程に入学したのか、また研究や論文執筆の経験をお伝えし、ステップアップを目指す細胞検査士の参考になればと考える。

**SY5-5 細胞検査士の教育と研究：私の場合**

国立病院機構大阪医療センター臨床検査科

○糸山光磨(CT)

私の場合、3年制短期大学卒で兵庫医科大学病理学講座機能病理学部門に研究生として入学し、外国語試験と論文審査により博士（医学）の学位を取得しました。無事に学位が取得できたのは、実に多くの人にお世話になったおかげだと感謝しています。学会や研修会をはじめ、あらゆる機会を利用して、多くの友人を作りネットワークを作ることが重要だと感じます。当日は私が、具体的にどのようにして学位を取ったのかを簡単にご説明します。私が細胞検査士を志したのは、神戸常盤短期大学在学中のことでした。母校の卒業生である先輩細胞検査士が行う細胞診の授業を聴いて、すっかりその面白さに魅了されてしまいました。私にとってその先輩は、学会発表や論文執筆などの学術活動におけるお手本であり目標でした。また、学位取得を目指したのは、4年制大学や、修士課程を卒業した優秀な人材が次々に採用されるようになり、一体誰が、彼らを理論的にもきちんと教育して行けるのかという使命感と、自らも目標とされるような人材になりたいという思いからでした。現在、教育活動としては4年制となった神戸常盤大学の細胞検査士養成課程での細胞診の講義と実習を年間数コマ、大阪医療センター附属看護学校での病理学総論の講義を年間15コマ担当しています。細胞検査士資格認定制度が確立され、1968年の第1回の試験で世の中に8名の細胞検査士が誕生して以来、細胞検査士の歴史はもうすぐ50年になろうとしています。しかし、未だに細胞検査士の社会的認知度は、高くありません。細胞検査士が、今後もっと社会的にも学術的にも活躍して力を付けることにより、細胞検査士を目指す若者が増えてくれることを望みます。

**SY5-6 地方の中小規模施設の細胞検査士でも研究実施と学位取得は可能である**

神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域

○大崎博之(CT)

私は高知県の3年制短期大学を卒業した後、四国の国立病院に就職し臨床検査技師として15年間勤務した。その後、教員として香川県立保健医療大学に4年間、愛媛県立医療技術大学で6年間勤務し、昨年4月より神戸大学で勤務している。

私が短期大学を卒業した当時、臨床検査技師を養成する4年制大学は私立大学が数校あるのみで、養成校の殆どが3年生の専門学校・短期大学であった。就職して数年後に、放送大学で科目履修性として単位を取得した上で、論文を書いて試験に合格すれば学位授与機構が学士を授与してくれる制度が確立した。そこで私もその制度を利用して保健衛生学士を取得したが、それ以上の学位取得は半ば諦めていた。しかし、10年ほど前に香川大学の大学院で社会人学生の受け入れが開始されたため博士(医学)の学位も取得することができた。

研究は、現場の臨床検査技師の時代から主に尿細胞診関係で実施してきた。私が勤務していた病院は地方の中小規模施設であり、普通に考えれば研究面で恵まれているとは言えない環境であった。しかし、様々な業務を兼任する必要があり、自分一人で実施しなくてはならなかったからこそ、尿細胞診で見向きもされていなかった尿細管上皮細胞や糸球体上皮細胞(ポドサイト)などの腎臓由来細胞の検討というテーマを得ることができたと考えている。

当日は、自身の経験を踏まえて地方の中小規模病院に勤務している細胞検査士でも学位の取得や研究を行うことは十分可能であることをお示ししたい。

**SY5-7 細胞検査士の教育と研究—学位を取得して—**

藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院臨床検査部・病理部

○今枝義博(CT)

【はじめに】私は1986年に現在の藤田保健衛生大学医療科学部臨床検査学科を卒業し、1989年に本院から当院臨床検査部へ異動となった。そして、2000年に医学研究科・外科学で学位を取得することができた。今回、学位を取得した経緯、研究内容、その後の業務に活かされた点などを報告する。

【学位取得の経緯】当院に異動した時点では他の教室に研究員の登録をしていたが、1997年から医学研究科・外科学の研究員となった。以前から、当院外科学教室で胃・大腸癌細胞に発現する糖鎖抗原の検索に携わっていたため、指導教授から研究員に勧誘された。この時から本格的に学位の取得を目標にした。本学で学位を取得するには、当時は研究歴が臨床系教室では11年間、語学試験合格、副論文5編以上の要件を満たさなければならなかった。

【研究内容】学位論文の内容は「大腸癌組織での新生血管およびE-Selectin発現に及ぼすシメチジン術前投与の影響」であった。

【その後に活かされた点】(1)母校での講義：2006年から本学兼任講師となり、臨床細胞病理学を2年生に講義している。細胞検査士の役割や細胞診断の方法・難しさなどを説明し、学生が細胞診に興味を示してくれることに心掛けている。(2)臨地実習生の教育：本学カリキュラムに含まれている臨地実習の学生(3年生)を臨床検査部・病理部で約15名を受け入れている。(3)ばんだねスキルアップ実習の確立：本学2から4年生の学生だけでなく、他大学の学生を夏・春季休暇時に受け入れている。

【まとめ】学位を取得したことにより教育をする機会を得て、細胞検査士の臨床的・社会的な役割を伝えることができた。

## ◇シンポジウム 6

## 肺がんの新分類と予後

## SY6-1 肺がんの新分類と予後～May the 4th be with us!～

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>, 筑波大学附属病院病理部<sup>2)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理学<sup>3)</sup>

○南 優子(MD)<sup>1)</sup>, 村田佳彦(CT)<sup>2)</sup>, 野口雅之(MD)<sup>3)</sup>

1999年/2004年のWHO肺腫瘍分類第3版の出版から10年以上を経た2015年にWHO肺腫瘍分類第4版が出版され、2017年現在で2年がたった。この第4版の出版に先立ち、2011年にはTravisらがJTO 2011; 6: 244-285に腺癌の分類の提案を述べており、これを元に第4版の腺癌の分類は作成された。今回の改定では以下の点の変更が主たるものである。1: 腺癌の分類は前浸潤性病変、上皮内腺癌、微小浸潤性腺癌、浸潤性腺癌と浸潤の程度を表しており、予後との相関がある程度認められる分類である。2: 神経内分泌能を有する悪性上皮性腫瘍は神経内分泌腫瘍と分類され、その中の亜型として小細胞癌、大細胞神経内分泌癌、カルチノイドが含まれている。3: 扁平上皮癌は淡明型や小細胞型など細胞形態に起因する名称がなくなり、角化型、非角化型及び類基底細胞型に分類された。4: 大細胞癌からは類基底細胞型やラプドイド型など細胞形態に起因する分類がなくなり、大細胞癌の診断に際しては免疫染色や特殊染色で染色されないことを確認することが必要になった。5: 生検検体、細胞診検体などで特徴的な形態を取らない場合は大細胞癌とはせずに免疫染色、粘液染色で鑑別し、favor adenocarcinomaやfavor squamous cell carcinomaという言葉を用いる。染色されない場合にのみNOS(not otherwise specified)を用いる。これらの分類は治療にも直接関わってくる分類であり、病理組織分類と治療、予後に関しても述べていく。

## SY6-2 肺野限局性すりガラス様陰影の自然史解明のための前向き多施設研究

総合東京病院呼吸器内科

○柿沼龍太郎(MD)

【目的】肺野限局性すりガラス様陰影(Subsolid Nodules, SSNs)の進展の自然史を前向きに明らかにする。

【対象と方法】本研究に8施設が参加した。1229 SSNs (795人)の浸潤性腺がんへの進展の頻度を検討した。SSNsは性状にて均一なすりガラス型結節(pure ground-glass nodules [PGGNs])、不均一なすりガラス型結節(heterogeneous GGNs [HGGNs]) (充実成分が肺野条件で認めるが縦隔条件では認めない)、部分充実型結節(part-solid nodules [PSs]) (充実成分を縦隔条件で認める)の3種類に分類した。

【結果】前向き経過観察の平均は4.3年である。初回CTでのSSNsは1046 PGGNs, 81 HGGNs, 102 PSsであった。経過観察中に、1046 PGGNsの内、13結節がHGGNs, 56結節がPSsに変化し、81 HGGNsの内、16結節がPSsに変化した。研究期間の最終CTでは、SSNsの性状は、977 PGGNs, 78 HGGNs, 174 PSsとなった。977 PGGNsの内、35結節が切除され、微小浸潤性腺がん(minimally invasive adenocarcinoma, MIA)は9結節、上皮内腺がん(adenocarcinoma in situ, AIS)は21結節、異型腺腫様過形成(atypical adenomatous hyperplasia, AAH)は5結節であった。78 HGGNsの内、7結節が切除され、MIAが5結節、AISが2結節であった。174 PSsの内、49結節が切除され、浸潤性腺がんが12結節、MIAが26結節、AISが10結節、AAHが1結節であった。手術にて肺腺がんと診断された症例の研究期間中の術後の経過観察期間の平均は3年であり、全例再発なく生存していた。

【結論】切除されて浸潤性腺がんと診断された結節はすべて部分充実型結節であり経過観察したSSNsの1% (1229結節中の12結節)であった。



### SY6-3 肺癌診断における Endobronchial Ultrasonography (EBUS) の役割

聖マリアンナ医科大学呼吸器外科

○栗本典昭(MD)

肺癌診断における EBUS (Endobronchial Ultrasonography) を用いた気管支鏡診断, EBUS 所見から推測できる肺癌内部構造解析について報告する. 1. EBUS による Type 分類 我々は, EBUS で描出した肺末梢病変の画像から良悪性診断, 分化度の診断の可能性を報告した. 描出された肺末梢病変の内部エコーの輝度が均一 (homogenous) であれば Type I, 不均一 (heterogenous) であれば Type III, プローブ周辺に線状高エコー・点状高エコーが主体の場合 Type II に分類した. Type I であった病変の 92% が良性であり, Type II または Type III であった病変の 99% が悪性であった. Type I の中で, 病変内に血管が温存されていた場合に肺炎が多く Type Ia に分類し, 病変内に血管が認められない場合には器質化肺炎が多く Type Ib に分類した. Type II の中で, 病変内に血管を認めない場合を Type IIa に分類し含気が多い比較的早期に近い高分化腺癌が多く, 病変内に血管を認める場合を Type IIb に分類し癌細胞の密度が高く進行してきている高分化腺癌が多かった. Type III の中で, 病変内に線状エコーが散見されていた場合は多くの肺癌が占める Type IIIa に, 病変内に線状エコーが認められない場合を Type IIIb に分類し低分化腺癌が多かった. 2. 粘液産生性腫瘍の EBUS 所見 CT 画像で酷似する肺炎と invasive mucinous adenoca. の鑑別に EBUS は有用である. 肺炎の EBUS 像は, 血管が温存され内部エコーが均一であり Type Ia に分類される. invasive mucinous adenoca の EBUS 像は, 血管が温存されているが内部エコーが高輝度で不均一のため Type IIIa に分類するようにしている.

### SY6-4 肺がん新分類と予後: 臨床データの比較と応用

東京医科大学病院呼吸器甲状腺外科<sup>1)</sup>, 東京医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>

○前田純一(MD)<sup>1)</sup>, 濱中和嘉子(MD)<sup>1)</sup>, 吉田浩一(MD)<sup>1)</sup>, 垣花昌俊(MD)<sup>1)</sup>, 梶原直央(MD)<sup>1)</sup>, 大平達夫(MD)<sup>1)</sup>, 三宅真司(CT)<sup>2)</sup>, 松林 純(MD)<sup>2)</sup>, 長尾俊孝(MD)<sup>2)</sup>, 池田徳彦(MD)<sup>1)</sup>

近年我が国では CT 検査の機会の増加に伴い小型肺癌の発見率が増加している. 肺癌の新しい病期分類では T 因子の腫瘍径は 1 cm 隔で規定されるようになるとともに, 腺癌においては画像上での充実成分とすりガラス陰影の割合の確認が必要となる. Adenocarcinoma in situ (AIS) や Minimally invasive adenocarcinoma (MIA) などの早期肺癌の大半は画像上すりガラス陰影を呈するが, 充実成分が増加するに従い悪性度が高くなり予後も不良になる. 病理学的な浸潤度と CT 所見は相関し, 治療法選択の一助とする. 一方で PET 検査数は近年著明に増加しているが, 我が国の FDG-PET 検査件数の疾患別内訳で肺癌の割合は最も高いとされる. 病期診断とともに主病巣の SUVmax と病期, 予後が相関するという複数の報告があり, 腺癌では CT における充実部とすりガラス部の割合とともに悪性度評価の指標となりうる. 当科の経験でも病理病期, リンパ節転移の有無および再発の有無と SUVmax との間に統計学的有意差があることが示された. 腺癌の悪性度は HRCT による腫瘍形態の詳細な評価に SUVmax を併用することで, 更に正確な判断が可能になることが予想される. PET-CT は肺癌の病期診断, 悪性度評価の観点から今後重要な役割を担うものになると思われる. PET-CT と細胞診所見の関係についても提示し比較検討を行いたい.



### SY6-5 肺野型小型肺腺癌捺印細胞診分類の臨床応用：WHO 腺癌組織型分類（第4版）と術式選択

大阪国際がんセンター

○東山聖彦(MD), 富田裕彦(MD), 竹中明美(CT),  
岡見次郎(MD), 徳永俊照(MD), 中山富雄(MD)

我々は肺野型 20 mm 以下小型腺癌の腫瘍最大断面を用いた捺印細胞診による悪性度分類（肺癌 47(7) 941-43, 2007）を提唱した。今回、本細胞診分類と WHO 腺癌組織型分類（第4版）との関係と、さらに本分類をもとに術式選択を行った外科治療成績について検討した。

#### 【捺印細胞診分類と WHO 腺癌組織型分類について】

2000-6 年に外科治療された際に術中細胞診を施行した小型肺腺癌 139 例（Gr I：32, Gr II：38, Gr 24, Gr 24, Gr 27, Gr 18, N+14 例 10%）を対象に、WHO 腺癌組織型分類を新たに行った。その結果、優位な組織型は、AIS：6, Lepidic (Lep)：41, Papillary (Pap)：65, Acinar (Aci)：12, Solid (Sol)：10, Mucinous (Muc)：5。Gr I は 30/32 (94%) が、Gr II は 34/38 (89%) が、Gr III は 22/24 (92%) が AIS, Lep, Pap に含まれ、一方、Gr IV は 24/27 (89%) が Aci, Sol, Pap, Gr V では 10/18 (56%) が Aci, Sol であった。N+ との関係では、WHO 腺癌組織型分類より細胞診分類の方が良い相関を認めた。

#### 【捺印細胞診分類による術式選択と手術成績について】

2005-9 年に小型肺腺癌積極的縮小手術を予定した 103 例（区切 28 例、部切 75 例）。術中捺印細胞診にて Gr I, II：73, Gr III：18, Gr IV：12 と診断された。Gr I, II では断端陽性 6 例を除く 67 例はそのまま手術終了。Gr III では 6 例を、Gr IV では 8 例を標準または区域手術に術式変更を行った。全例 p-N0 だが、リンパ管侵襲陽性 5 例は全例術式を標準手術に変更できていた。現在までに局所切離面断端再発 1 例のみで、他病死 1 例を除く全例が生存。

【総括】我々の提唱する捺印細胞診による小型肺腺癌悪性度分類は、新しい腺癌組織型分類や手術成績を良く反映し臨床応用が可能である。

### SY6-6 肺癌規約分類改訂にあたって

奈良県立医科大学病理診断学講座

○大林千穂(MD)

この度、日本肺癌学会は取扱い規約の改訂（第8版）を行い、肺癌組織分類および病期分類に大きな変更がなされた。組織分類は 2015 年刊行の WHO 第4版に準拠し、組織型の定義や枠組みの変更を含む大改訂が成された。腺癌において、細気管支肺胞上皮癌は上皮内腺癌（AIS）と名称を変え、新たに微少浸潤性腺癌（MIA）の概念を導入され、大細胞癌は形態的だけでなく、免疫組織化学的にも分化不明の腫瘍に限定された。この他、扁平上皮癌や神経内分泌癌は解り易く整理され、また、名称変更や新たに追加された腫瘍もある。日常診療において問題となるのは UICC/AJCC 改訂による pT 因子の変更であろう。従来、pT を決定する腫瘍径は、置換性に増殖する領域も含めた腫瘍全体の大きさを用いていたが、浸潤径をもって腫瘍径とすることとなった。従って、組織型だけでなく pT 評価のために浸潤・非浸潤の正しい判定が必要となる。また、WHO は生検・細胞診の診断に対して統一した記述を求めているが、従来の分類との整合性や免疫染色の診療報酬の問題などから、規約では生検のみを対象とした。組織診断や腫瘍径測定再現性、細胞診検体での免疫形質を加味した診断の可能性など、今後、検討すべき課題は多い。

## ◇シンポジウム7

口腔がんの早期発見と治療 一口腔がん検診と治療の現況, 検体採取法から基本的な診かたまで—

## SY7-1 口腔擦過細胞診の基本像

九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野

○矢田直美(DDS), 松尾 拡(DDS)

近年, 口腔がん検診が盛んにおこなわれているが, 細胞診を導入した検診が行われているのは決まった地域のみである。細胞診が導入されない理由は, 手技, 依頼書の書き方や口腔細胞診の判定が困難な点が挙げられる。2015年6月から2016年11月に, 当院で口腔擦過細胞診と組織診が行われた240例の診断精度は陰性, 疑陽性, 陽性と判定した症例が128例, 94例, 18例で, 偽陰性が8例, 偽陽性が28例であり感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率・正診率は0.91・0.81・75.0%・93.8%・85.0%で, 新報告様式を用いて疑陽性をOLSIL 71例, OHSIL 23例として細分化すると, 偽陰性が36例, 偽陽性が28例であり感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率・正診率は0.61・0.81・66.7%・77.0%・73.3%であった。細胞診OLSIL判定で, 組織診で悪性と診断をした症例が多いため, 新報告様式では, 正診率は低下したが, 検診のスクリーニングとして, 腫瘍を指摘する観点からみると細胞診を検診で導入することは有用である。今回, 口腔擦過細胞診の基本的な細胞像のまとめを行い, 検診の判定で重要なNILMとOLSIL(陰性と疑陽性)の細胞像の相違について述べさせていただく。

## SY7-2 開業医で口腔がんを早期に発見しよう～地域連携システムの新たな試み～

庵原町中歯科医院

○庵原明倫(DDS)

口腔がんは稀少がんに分類され, 国民の認知度が低いが, 我が国では年々死亡者数が増加している。早期発見と早期治療が望まれ, 口腔の専門家である歯科医師の責務も大きい。近年, 早期発見のために各地で様々な形で行われるようになった口腔がん検診は, 地域連携なども含め, まだ課題点も少なくない。実は歯科診療所での日々の診療は, 口腔がん発見の最前線である。今, 歯科診療所での日常診療の中で, もっと口腔粘膜に注目し, 口腔がんや粘膜疾患を早期に発見するとともに, 高次医療機関との連携を深めることが求められている。この目的のために, 我々は2012年8月にNPO法人口腔がん早期発見システム全国ネットワークを設立した。設立以来, 会員数の拡大と啓発活動を中心に行っている。また, 昨年4月からは会員に向けて, 口腔粘膜の観察の仕方やLBC法などのインターネットを利用したネットスタディを開講した。会員数は200名を超え, 地域ごとに連携が取れる「連携マップ」も作成中である。今回は現在の口腔がん検診の問題点を検証し, 新たな口腔がん検診システムと全国レベルのネットワーク構築を目的に, NPO法人を設立した経緯を報告する。さらに, 新たな検診システムの担い手となる開業医が口腔粘膜疾患の早期発見に対し抱える問題点, 口腔細胞診が開業医と患者にもたらす利点等にも言及し, 今後期待される役割や展望を述べたい。

### SY7-3 口腔がん検診の現状報告と工夫—検査センターと大学病院の場合—

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>, 千葉細胞病理診断センター<sup>3)</sup>, 株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー<sup>4)</sup>, 日本大学<sup>5)</sup>

○久山佳代(DDS)<sup>1,2)</sup>, 松本 敬(CT)<sup>2)</sup>, 高橋年美(CT)<sup>3)</sup>, 藪下竜司(CT)<sup>4)</sup>, 内村洋志(CT)<sup>4)</sup>, 中平隆志(CT)<sup>3)</sup>, 宇都宮忠彦(DDS)<sup>1,2)</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>1,2)</sup>, 森川美雪(CT)<sup>1)</sup>, 山本浩嗣(DDS)<sup>5)</sup>

【目的】大部分のがんが制御されてきたなかで、口腔がんは依然として増加し続けている。この状況を鑑み、2000年を前後して歯科医師会を中心に口腔がん検診が展開され始めた。日本大学松戸歯学部では1993年から取組み、0.1-1.1%の口腔がん発見率であり、その有効性を報告してきた。一方、口腔がん検診は老人保健事業に含まれておらず、各歯科医師会や連携大学組織の努力と工夫に委ねられているのが現状である。その努力と工夫の結果、開業歯科医師の口腔がんに対する認識が向上し、検査センターでの口腔細胞検体数が増加している。口腔がん検診の安全な普及と成熟を考えたとき、検査センターの役割が非常に重要と考える。今回、日本大学松戸歯学部および2つの検査センターでの口腔細胞診検体の現状を報告し、精度管理への取り組みや今後の展開を考察する。

【方法】日本大学松戸歯学部病理診断科(NMDS)、千葉細胞病理診断センター(CCPDC)および東京セントラルパソロジー(TCPL)における過去5年間の口腔細胞診検体の詳細を解析した。NMDSは細胞診外注依頼検体のみを調査対象とした。

【結果】細胞採取法はNMDSは100%従来型、CCPDCは94%従来型、6%LBC、TCPLは55%従来型、45%LBCであった。細胞診断依頼元はNMDSは100%歯科医院、CCPDCは62%病院、38%歯科医院、TCPLは29%歯科医院、37%病院、34%その他(耳鼻科等)であった。

【総括】全国29歯学部が存在するが、口腔細胞検体の受け入れは限られている。検査センターと連携可能な諸組織の協力体制の拡充と、精度管理への努力が必要と考える。特に、細胞判定基準に関する経験とデータの蓄積というソフト面を優先したい。

### SY7-4 島根県での細胞診を用いた口腔がん検診の現状

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○渡邊正章(DDS), 秀島克巳(CT), 岩橋輝明(DDS), 関根浄治(DDS)

【緒言】本邦での口腔がん罹患患者数は増加傾向にあるが、口腔がんの認知度は低いのが現状である。本来がん検診は、死亡率の低下を目的とするが、われわれは口腔がん検診を通して口腔がんの認知と早期発見に取り組んできた。今回、島根県で行ってきた細胞診を用いた口腔がん検診の現状を報告する。

【対象と方法】対象は、島根県隠岐の島町(平成22年~27年10月)、飯南町(平成23年5~7月)、雲南市(平成25年2月)ならびに出雲市(平成27年12月)において実施した口腔がん集団検診の全受検者である。当講座在籍の日本口腔外科学会指導医・専門医ならびに認定医が検診を行い、口腔粘膜病変やそれを疑う病変に対して細胞診を施行した。細胞診検体は、当講座在籍の国際細胞検査士によるスクリーニングの後、日本臨床細胞学会専門医・専門歯科医が判定を行った。疑陽性となった受検者に対しては、結果報告と同時に口腔外科専門機関への受診を促した。

【結果】受検者全2,592名のうち男性1,043名、女性1,495名(性別不詳54名)、平均年齢は64.1歳(最低年齢18歳、最高年齢91歳)であった。細胞診は432症例に対して施行し、342例が陰性、90例が疑陽性と口腔がんは検出されなかった。疑陽性症例において、現在までのところ追跡し得た症例のうち、病理組織学的検索からも悪性腫瘍の検出はなかった。

【まとめ】これまでの集団検診においては、幸い口腔がんはなかったものの疑陽性症例が認められた。今回の発表に際しては、平成28年の隠岐の島町、出雲市ならびに松江市の検診の最新データも追加し、核や細胞質の形態を含めた細胞診の判定法についても報告する。

## ◇シンポジウム 8

乳癌の治療戦略に迫る—細胞診と針生検の位置づけ—

## SY8-1 乳癌細胞診 (Pap 染色) におけるサブタイプ分類推定の可能性について

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>, 日本医科大学付属病院病理診断科<sup>3)</sup>○松澤こず恵 (CT)<sup>1)</sup>, 土屋眞一 (MD)<sup>1)</sup>, 葉山綾子 (CT)<sup>2)</sup>, 松原美幸 (CT)<sup>2)</sup>, 大橋隆治 (MD)<sup>3)</sup>

乳癌には、細胞異型の弱いものから異型が強く増殖が活発なものまで、種々の組織型があり、これらは進行の程度や再発リスクも異なっている。病理側の診断結果は、現在、乳癌取り扱い規約や WHO 組織分類が使用されているが、推奨される治療指針を念頭に置いた St. Gallen のコンセンサス会議に基づき、ホルモン受容体や HER2 の状態、さらには腫瘍細胞の増殖能力の程度によって概ね5つのサブタイプに分類され、治療が開始されるようになってきている。5つのサブタイプは 1) Luminal A, 2) Luminal B - HER2 陰性, 3) Luminal B - HER2 陽性, 4) HER2 陽性, 5) Triple negative であるが、サブタイプ別での薬物療法は、1) はホルモン療法単独, 2) はホルモン療法+化学療法, 3) は化学療法+抗 HER2 療法+ホルモン療法, 4) は化学療法+抗 HER2 療法, 5) は化学療法で、それぞれ推奨される薬物使用の適応は異なっている。乳癌での穿刺吸引細胞診は、乳癌専門病院ではその数は減少しており、ターゲットも所属リンパ節や副病巣に限定されることが多い。さらにサブタイプの検索は針生検材料で行われることが専らであるが、一般病院や診療所では針生検を行うことなく細胞診の結果のみで他施設に紹介することも少なくない。そのため細胞診実施から針生検まである程度の時間的経過が生じ、薬物療法の開始がともすれば遅延することとなる。では、乳癌に対して初めに行われる細胞診で、治療方針が異なるサブタイプ別乳癌の鑑別診断が可能であろうか？我々は複数の細胞診専門医と細胞検査士を乳癌症例の多い施設、少ない施設の2つに分けてその精度を検討し、どの程度治療に役立てることが出来るかを検討したので報告する。

## SY8-2 乳癌個別化治療における細胞診断の役割

博愛会相良病院・病理診断科

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

乳癌個別化治療において、手術療法では根治性と整容性の双方が求められる一方で、薬物療法はバイオロジーに基づく標準化された治療戦略が求められる。多様化する治療方針決定の現場において、細胞診断はどのような役割をはたしているのだろうか？ サブタイプ毎の治療法を選択するために主病変に針生検を行い、バイオロジー検索を行うことは基本である。しかし、小さくて微妙な早期病変や術式決定のための副病変の良悪診断については低侵襲で操作性の優れた穿刺吸引細胞診が用いられることが多い。結果として低異型度病変が蓄積され、その細胞診断基準が整えられつつある。近年、low grade DCIS に対する外科切除の必要性が検討されるようになり、年齢や全身状態、画像所見によっては watch and wait が検討される症例も経験する。まず、画像と細胞診による active monitoring の可能性を述べる。次に、リンパ節転移診断はセンチネルリンパ節生検の適応判断や術前薬物療法症例に対する治療前 staging はもちろんのこと、リンパ節再発や occult 乳癌の際の迅速な確定診断ツールとして、検査依頼が増えている。その診断精度と診断上の注意点について述べる。治療方針が個別化するほど、こまわりの利く細胞診のニーズは多様化すると考えられる。臨床を理解したうえでの適切な対応が求められるのはもちろんのこと、今後は診断の精度向上・標準化を整えたうえでの運用が欠かせない。さらには LBC の導入による免疫組織化学や分子病理診断への展開も期待される。本シンポジウムでは細胞診断が治療戦略にかかわった実際の症例を用いつつ、乳癌細胞診のこれからの方向性を検討したい。



### SY8-3 チームプレストとしての針生検の有用性—深切り標本による病理側からの提言—

日本医科大学付属病院乳腺科<sup>1)</sup>, 飯田病院病理診断科<sup>2)</sup>

○武井寛幸(MD)<sup>1)</sup>, 土屋眞一(MD)<sup>2)</sup>

針生検で《鑑別困難》や《悪性の疑い》,あるいは臨床・画像診断が《悪性(疑い)》で針生検が《正常あるいは良性》となった一部の症例では次の手段として切開生検が考慮されるが,針生検施行例の中で,ある程度の比率を占めている石灰化病変は乳腺内に広範囲に広がっている症例も少なくなく,切開生検そのものに臨床側は躊躇することがある。では,病理側に提出されて来る針生検の検体で更なる情報を得ることが可能であろうか? 2011年4月~2016年10月(66ヶ月)の時系列で針生検1,800例全てに深切り標本を作製し,どのような組織学的変化が生じてくるかを検討した。標本作製方法としては,最初の切片(First cut)と深切り切片(Deep cut)の2セットを薄切した。なお,Deep cutまでの深度は約30~60 $\mu$ で,通常の深切り切片よりさらに深層まで薄切された標本である。検討項目はFirst cut $\leftrightarrow$ Deep cutで,(1)病変の増加が見られた症例,(2)新病変の出現が見られた症例,(3)その他の変化についてである。今回は(2)新病変の出現について検討した。その結果,DCIS 巢の出現症例(21例),DCIS から浸潤癌へ変化した症例(22例),Mucocoele-like tumor (MLT)の出現症例(14例)等,計100例(6%)に新しい病変が出現してきた。今回われわれは,診断・治療上,とくに重要と思われるDCIS 巢の出現がどの程度であるかを深切標本によって明らかにしたので,これらの症例を提示するとともに,画像診断でのMMG, Echo, MRI 所見や,細胞診所見との関係についても検討したので報告する。

### SY8-4 近年の乳腺診療の変化と乳腺細胞診断に期待する役割について

がん研究会有明病院乳腺センター乳腺外科

○坂井威彦(MD), 森園英智(MD)

乳腺内の病変から簡便に,低侵襲で直接情報を得られるのが細胞診である。しかし乳癌のサブタイプを知ったうえで治療方針を考える近年の傾向より,癌が疑われる病変には細胞診より組織診が行われることが多くなった。また乳腺細胞診断は,低異型度の癌や細胞異型の強い良性疾患が存在するため,しばしば臨床医と細胞診断医を悩ませる病変が存在し,そのあいまいなレポートはともすれば細胞診を敬遠する原因となっている。悩ましい病変の代表である“低異型度DCIS”に関して,乳癌の過剰診断,過剰治療が最近話題に挙がっている。ここでいう過剰診断とは,良性病変を細胞/組織生検で癌と診断する“誤診”ではなく,治療をしなくても“生命予後に影響しない乳癌”を発見しているという意味である。マンモグラフィ検診で発見される早期乳癌の1/3は過剰診断である(NEJM 2012),低悪性度DCISに対する外科的治療は生存率向上に寄与してない可能性がある(JAMA Surgery 2015)といった報告は,我々乳腺外科医が行ってきた日常診療を見直すきっかけとなっている。過剰治療を避けるために,低異型度DCISと診断がついた病変に手術を行わずに経過観察を行う前向き臨床試験が行われている。また“生命予後に影響しない乳癌”を見つけないために,癌の疑いの低い病変に対しては細胞/組織検査を行わないことで過剰診断を回避するという考え方が出てきている。臨床医が乳腺病変に対して,何を考えて細胞/組織学的検査を行っているのか,現状の問題点と今後の方向性について概説する。



## SY8-5 乳癌ネオアジュバンド療法に対する人工知能を用いたコンパニオン診断

理化学研究所革新知能統合研究センター病理情報学ユニット

○山本陽一朗(MD)

乳癌罹患率は本邦における女性癌の中で第一位を占めており、これまで次々と優れた治療法が開発されてきたにもかかわらず、未だ1年当り約1万人以上が乳癌によって亡くなっている。このような背景の中、より有効度の高い治療戦略に結び付く、精度の高い治療効果予測システムが求められている。一方で、人工知能(Artificial Intelligence, AI)を用いた解析技術の進歩はめざましく、医療においてもその応用が期待されている。今回我々は、デジタルパソロジー技術と人工知能解析技術を融合させ、乳癌ネオアジュバンド療法の治療予測を行った。特に予測精度の向上には、乳癌腫瘍内の heterogeneity や pleomorphism の数値化の成功が大きく影響した。これら人工知能解析の最新結果とともに、今後の臨床応用における可能性について話をさせていただきたい。

## ◇教育シンポジウム

記述式内膜細胞診報告様式に於ける ATEC

### ESY-1 当院に於ける内膜異型細胞(ATEC)症例の解析

大阪府済生会野江病院病理診断科<sup>1)</sup>, 大阪府済生会野江病院 産婦人科<sup>2)</sup>, 大阪市立大学<sup>3)</sup>

○矢野恵子(CT)<sup>1)</sup>, 小椋聖子(CT)<sup>1)</sup>, 江木さつき(CT)<sup>1)</sup>, 高安祥子(CT)<sup>1)</sup>, 城戸貴之(CT)<sup>1)</sup>, 植田彰彦(MD)<sup>2)</sup>, 桜井幹己(MD)<sup>3)</sup>, 渋谷信介(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】記述式内膜細胞診報告様式に於ける内膜異型細胞(ATEC)は、診断的意義が不明な ATEC-US と、内膜異型増殖症もしくは悪性腫瘍が除外できない ATEC-A に分けられ、ATEC-US 症例のトリアージ法が確立されていないものの、診断精度向上に繋がることが期待されている。今回、当院に於ける ATEC 症例の解析を行ったので報告する。

【対象・方法】2013年6月から2016年10月の3年5月間に施行された子宮内膜細胞診2248件を対象とし、ATECと判定された65件中、組織診が施行された45件(ATEC-US:28件, ATEC-A:17件)の成績と細胞像を検討した。採取器具はソフトサイト、標本作製は通常塗抹とシュアパスによる液状化細胞診検体(LBC)を併用した。

【結果】期間中の細胞診成績は、陰性/悪性ではない:2142件(95.3%), ATEC-US:46件(2.1%), ATEC-A:19件(2.1%), 内膜増殖症11件(0.5%), 悪性腫瘍30件(1.3%)であった。ATEC-USの内訳は、正常あるいは良性病変:23件(82.2%), 内膜増殖症:3件(10.7%), 内膜異型増殖症:2件(7.1%)であった。ATEC-Aの内訳は、正常あるいは良性病変:2件(11.8%), 異型腺管:3件(17.6%), 内膜異型増殖症:1件(5.9%), 腺癌:11件(64.7%)であった。ATEC-USでは、シート状集塊に核異型を認めるものと拡張・分岐集塊が出現するものに大別された。ATEC-Aでは、不整形突出集塊主体のもの、乳頭・管状状集塊が少数出現するもの、LBC標本のみに少数の異型細胞集塊を認めるものなど、多彩であった。

【総括】組織診断の結果、ATEC-USでは80%以上が、ATEC-Aでは約10%が良性病変であった。組織型を推定できない内膜異型細胞を ATEC-US と ATEC-A に分類することは臨床的意義が大きいものと考えられた。

## ESY-2 OSG 式判定を用いた ATEC の細胞像

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>1)</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>2)</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病理診断科<sup>3)</sup>

○原田美香(CT)<sup>1)</sup>, 則松良明(CT)<sup>2)</sup>, 香田浩美(CT)<sup>1)</sup>, 小寺明美(CT)<sup>1)</sup>, 實平悦子(CT)<sup>1)</sup>, 山口大介(CT)<sup>1)</sup>, 中村香織(CT)<sup>1)</sup>, 板倉淳哉(MD)<sup>3)</sup>, 内野かおり(MD)<sup>3)</sup>, 能登原憲司(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】内膜細胞診において矢納らの記述式子宮内膜細胞診報告様式では, 子宮内膜異型細胞(Atypical endometrial cells: ATEC)が設定されている。そこで, 過去の症例を報告様式に当てはめ, 細胞学的特徴を比較した。

【対象と方法】2011年6月から2014年12月までの間に内膜細胞診が施行された1995件中, 塗抹標本(従来法)でclass3と判定した症例68件のうち組織診断のある症例52例を対象とした。従来法とともに, BD シュアパス-LBC(SP)法を併用し, 内膜標本を作製している。SP標本についてOSG式判定様式を用い判定し, 更にATEC(-US, -A)に着目し, 細胞像とその特徴について比較検討した。

【結果】ATECの判定は, 従来法の疑陽性52症例中34例(65.4%)に認められた。組織診断が良性の18症例中14症例(77.8%)でATEC-USであり, ATEC-A(4/18例; 22.2%)よりも有意に高値( $p=0.0002$ )であった。対照的に組織診断が悪性の16症例中14症例(87.5%)がATEC-Aであり, ATEC-US(2/16例; 12.5%)よりも有意に高値( $p=0.0002$ )であった。不整形突出集塊の出現については, 組織悪性例ではATEC-USが有意に低値( $p=0.0472$ )であった。化生性不整形突出集塊については, 組織診良性例でのATEC(15/18例; 83.3%)は組織診悪性例でのATEC(0/16例; 0%)よりも有意に高値( $p<0.0001$ )であった。

【まとめ】組織学的背景が良性の場合はATEC-USに, 悪性の場合はATEC-Aに判定される傾向にあった。更に組織診良性例でのATEC(-US, -A)について, 化生性不整形突出集塊がポイントであった。化生性変化の観察は今後の課題であるが, 記述式内膜細胞診報告様式におけるOSG式判定の普及は内膜細胞診の診断精度向上に繋がると期待できる。

## ESY-3 記述式子宮内膜細胞診報告様式における ATEC の実際とその有用性

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>, 岩本督徳(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>

記述式子宮内膜細胞診報告様式(NTEMC)の報告から4年以上が経過しているが, いまだ実際の有用性, 特にATECの意義についてはよく検証されていない。NTEMCにおけるATECの意義について当院で運用した経験について報告する。2003年から2013年に当院で行われた6952件の内膜細胞診検体から疑陽性と報告された216例から組織診と対比できた106件の細胞診標本を4人の細胞検査士, 1人の病理医の5人で再鏡検した。ATEC-USは34例(32%), ATEC-Aは17例(16%)認められた。ATEC-USのうち28例(82.4%)は組織学的に良性であり, ATEC-Aのうち6例(35.5%)は組織学的に悪性であった。ATEC-USとATEC-Aにおける対比組織の分布には有意な差が認められた( $p=0.001$ )。また, NTEMCと対応する組織診断には有意な相関が認められた( $p=0.005$ )。実際の運用では, 従来法を用いた細胞診では, ATEC-USが7件(1.4%), ATEC-Aが4件(0.8%), LBC法では, ATEC-USが22件(2.9%), ATEC-Aが4件(0.5%)であった。ATEC-USと対応する組織診断には良性が多く, ATEC-Aではより悪性が多い傾向が認められた。従来法, LBC法ともにNTEMCを用いた細胞診は組織診断と有意な相関を認めた。子宮頸部細胞診ベセスダシステムのASC同様に, ATECと組織診断の関係は予想通りであり, ATECを含むNTEMCは実地臨床でも十分機能することが検証された。臨床的対応を含むNTEMCの活用が求められる。

#### ESY-4 液状化検体細胞診 (LBC) の新検体適正基準における診断精度と ATEC 細胞像の特徴

東京女子医科大学産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 獨協医科大学 産婦人科<sup>2)</sup>, 北里大学北里研究所病院 婦人科<sup>3)</sup>, 東京女子医科大学病理診断科<sup>4)</sup>, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科<sup>5)</sup>, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科<sup>6)</sup>

○花田 梓(CT)<sup>1)</sup>, 平井康夫(MD)<sup>2)</sup>, 岡田薫子(CT)<sup>1)</sup>, 秋澤叔香(MD)<sup>1)</sup>, 木原真紀(MD)<sup>1)</sup>, 石谷 健(MD)<sup>3)</sup>, 長嶋洋治(MD)<sup>4)</sup>, 則松良明(CT)<sup>5)</sup>, 矢納研二(MD)<sup>6)</sup>, 松井英雄(MD)<sup>1)</sup>

【目的】記述式内膜細胞診報告様式において ATEC と判定される背景には, 細胞集塊数が稀少な不適正検体が含まれるため, 診断精度に影響する可能性がある. 我々は検体中の細胞集塊数を重視し, 子宮内膜細胞診 LBC 法 (直接塗抹および SurePath™ の split-sample) における新たな検体適正基準案を提唱し, 診断精度について検討を行ってきた. 今回は SurePath™ 単独検体を用いて新基準案を適用した場合の診断精度と不適正率, ATEC とした症例における細胞像の特徴について検討した.

【方法】子宮内膜細胞診と子宮内膜組織診を施行し, 新基準案を適用して不適正検体を除外した 929 例 (split-sample), 同条件の 802 例 (単独検体) を対象とした. 不適正検体に異型細胞が存在した場合は判定を行い対象に含めた. OSG 式内膜細胞診判定様式を用いて判定し, ATEC とした症例の組織診との比較及び細胞像を検証した.

【結果】split-sample と単独検体の診断精度は各々, 感度 95.1% : 87.5%, 特異度 98.1% : 99.3% であり有意差は認められなかった. 単独検体の不適正率は 14.2% でこのうち ATEC-A 1 例, ATEC-US 9 例が含まれていた. 細胞像では, 化生性変化を伴い核重積 3 層未満の場合を ATEC-US, 3 層以上の場合を ATEC-A とする傾向があった.

【結論】ATEC と判定された細胞集塊数が稀少な不適正検体を含む場合においても診断精度に影響はみられなかった. これにより, ATEC-A 症例では核重積について着目した判定項目の有用性が確認され, 新基準案を単独検体にも適用できる妥当性が示唆された.

#### ESY-5 記述式内膜細胞診報告様式における ATEC の臨床的取り扱いについて

がん研究会有明病院婦人科<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>2)</sup>

○野村秀高(MD)<sup>1)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1,2)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>2)</sup>, 小松京子(CT)<sup>2)</sup>, 古田則行(CT)<sup>2)</sup>, 岡本三四郎(MD)<sup>1)</sup>, 金尾祐之(MD)<sup>1)</sup>, 加藤一喜(MD)<sup>1)</sup>, 宇津木久仁子(MD)<sup>1)</sup>, 竹島信宏(MD)<sup>1)</sup>

子宮内膜細胞診の結果は子宮体癌取り扱い規約上, 陰性, 疑陽性, 陽性と報告し, 疑陽性は異型細胞を認めるが悪性の確定ができないものと規定されている. しかし, 子宮頸部細胞診報告様式ベセスダシステム 2001 の公表後, 様々な領域において, より正確に病態を報告に反映させることを目的として, 記述式の細胞診報告様式が採用されつつある. 2015 年に出版された本邦の細胞診ガイドラインにおいても内膜細胞診において記述式報告様式が示された. 記述式報告様式において, 病変名推定が困難な異型細胞が認められるものに対して内膜異型細胞 (atypical endometrial cells : ATEC) が用いられ, ATEC は ATEC-US (ATEC, of undetermined significance) と ATEC-A (ATEC, cannot exclude atypical endometrial hyperplasia or more) のいずれかに分類され, これが従来の「疑陽性」の一部に該当する. ATEC-US は, 標本適正であれば内膜生検を必ずしも要しないもの, フォローアップ (細胞診再検) が勧められるものを含むとされ, ATEC-A は臨床医に内膜生検を推奨するものを含むとされる. ATEC は, これまで疑陽性と診断されていたもののうち, 生検を要する適切な集団を抽出することが期待されているが, その取扱いの実際と outcome については十分な検証がなされているとは言い難い. そこで, 当院で記述式内膜細胞診報告様式を取り入れて以来 ATEC と診断された検体を後方視的に検討し, 組織診が行われた結果との整合性に関して臨床的観点から報告したい.

## ESY-6 記述式内膜細胞診様式に基づいた診断への試み

福井大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 福井大学医学部附属病院病理診断科病理部<sup>2)</sup>

○品川明子(MD)<sup>1)</sup>, 黒川哲司(MD)<sup>1)</sup>, 大沼利通(MD)<sup>1)</sup>, 津吉秀昭(MD)<sup>1)</sup>, 知野陽子(MD)<sup>1)</sup>, 岩崎和美(CT)<sup>2)</sup>, 森 正樹(CT)<sup>2)</sup>, 今村好章(MD)<sup>2)</sup>, 吉田好雄(MD)<sup>1)</sup>

**【目的】**子宮内膜細胞診の検査精度を向上させるためには、いくつかの問題点を克服する必要がある。(1)標本の標準化が難しい点, (2)細胞診断が難しい点, (3)細胞診断に対する臨床医の取扱いが不明確な点, が挙げられる。これらを解決すべく, 2015年春発刊の「細胞診ガイドライン」には「記述式内膜細胞診報告様式」の詳細が記載されている。この報告様式において, 我々産婦人科医にとって特に重要な点は, ATECの意味と, それに合致した臨床的対応(組織診断の重要性)が判明することである。当院ではこれまで, 従来の区分である「陰性」「疑陽性」「陽性」の診断を用いてきたが, 幅の広い「疑陽性」の実態に悩まされてきた。そこで, 当院での過去の疑陽性症例を見直し, 記述式内膜細胞診報告様式に基づいて診断し, その後の臨床的対応や組織診断との照合を試みた。

**【方法】**2014~2015年に内膜細胞診施行した1203症例中, 疑陽性と診断された59例を報告様式に基づいて診断した。なお, 当院では以前より, BD SurePathのLBC法を用いて診断を行なっている。

**【結果】**疑陽性59例を分類した内訳は, ATEC-US 36例, ATEC-A 21例, 内膜増殖症2例であった。ATEC-A症例では, ATEC-US症例に比較し, その後の組織診断で異型内膜増殖症以上を認めた症例が有意に多かった。また, 担当医の判断で組織診断を行わず, 臨床経過をみながら細胞診再検とした症例は, 有意にATEC-US症例に多かった。

**【考察】**報告様式に基づいて分類することにより, 組織診断との整合性は得られ, 臨床的対応を明確にできる可能性が示唆された。現在前向き検証中であるが, 多施設で検討が行われ, ATECがより明確なものになることが期待される。

## ◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

### On-site cytology の現状と問題点

### SYS-1 On-site cytology のアンケート調査報告

香川大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 福岡大学病院病理部<sup>2)</sup>

○松永 徹(CT)<sup>1)</sup>, 松本慎二(CT)<sup>2)</sup>

On-site cytology は, 簡便かつ迅速性に優れる細胞診の利点を最大限に活用し, 細胞採取が行われている現場(on-site)に向いて迅速に細胞診を行う業務で, ベッドサイド細胞診や出張細胞診, Rapid on-site evaluation (ROSE)とも呼ばれている。on-site cytology は主として病変部から積極的に細胞採取を行う擦過細胞診, 穿刺吸引細胞診施行時, 摘出組織の捺印細胞診などで用いられており, 特に侵襲性が高く患者負担が大きい内視鏡下による検体採取時において採取された検体を迅速に評価, 報告し診断に必要な細胞量, 組織量を確保し診断精度向上と患者負担軽減を目的とするものである。本邦でも呼吸器, 消化器をはじめとする様々な臓器で on-site cytology が実施されその有用性が報告されている。一方で on-site cytology の内容については対象となる臓器, 施設や臨床の方針などによって大きな施設間差があり, 実施にあたっては技術面, 人員等を含めた運用面, コスト面など検討すべき課題も多い。今回のシンポジウム企画にあたり, 全国の施設で行われている on-site cytology の現状をアンケート調査し, その結果に基づき, on-site cytology を取り巻く現状と問題点について報告する予定である。



## SYS-2 気管支内視鏡検査における On-site cytology の実際

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>

○宮本加菜(CT)<sup>1)</sup>, 松永 徹(CT)<sup>1)</sup>, 郷田 衛(CT)<sup>1)</sup>,  
片倉和哉(CT)<sup>1)</sup>, 本山陸美(CT)<sup>1)</sup>, 石川 亮(MD)<sup>2)</sup>,  
門田球一(MD)<sup>2)</sup>, 香月奈穂美(MD)<sup>2)</sup>,  
串田吉生(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次(MD)<sup>1,2)</sup>

香川大学病院病理診断科・病理部では 2000 年より気管支内視鏡室へ出向き, on-site cytology を実施してきた。気管支鏡検査中に, 悪性細胞の有無や細胞採取量が術者に報告されることにより, 不適正標本ならびに再検査率の低減, 合併症の低下や細胞診断精度の向上が得られてきた。また近年では, 個別化治療による治療薬選択のため, 腺癌や扁平上皮癌の鑑別が求められているが, 細胞像のみでは組織型の推定が困難な場合もある。そのため当院では細胞診材料を用いて, RT-PCR 法による EGFR や ALK などの遺伝子検索, cell block 標本の作製による免疫組織化学的検索や FISH を呼吸器内科と共同で実施し, 治療に貢献している。この on-site cytology は毎週火曜日午後の予約制とし, 検査前に臨床医と気管支鏡カンファレンスを実施している。臨床医とのコミュニケーションは, 臨床像の把握だけでなく, 治療を担っているというやりがいや,モチベーションの向上など細胞診断への助力に繋がっている。実際には気管支鏡検査中に, 細胞検査士が気管支擦過や穿刺標本を Ultra-fast Papanicolaou で染色し, 鏡検後に悪性細胞の有無や細胞採取量, 組織型の推定などについて, 現場で暫定的に報告している。検査終了後には, 気管支ブラシ洗浄液から遺伝子検索及び cell block 標本の作製を行っている。On-site cytology は病理部門が貢献できるチーム医療の一つであり, 呼吸器疾患患者の治療方針に関わる重要な業務である。今回我々は, 当院で行われている気管支内視鏡検査における on-site cytology の実際について, 細胞検査士の立場から報告する。

## SYS-3 消化器領域超音波内視鏡下穿刺吸引における On-site cytology の運用について

がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>2)</sup>

○池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 古田則行(CT)<sup>1)</sup>, 藤山淳三(CT)<sup>1)</sup>,  
星 利良(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木奈緒子(CT)<sup>1)</sup>,  
山田麻里沙(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>1)</sup>, 小松京子(CT)<sup>1)</sup>,  
高澤 豊(MD)<sup>2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>

当院の超音波内視鏡下穿刺吸引 (EUS-FNA) は, 2009 年 11 月膵腫瘍を対象に開始され現在に至る。当初より臨床側からの要請にて on-site で目的の細胞が採取されているかの確認を行っている。検体採取後, 臨床医が検体を取り分け, すり合わせ塗抹後 95%エタノール固定し, 直ちに迅速固定液にて約 1 分間浸透させる。2 倍希釈ギルヘマトキシリンにて核染色のみを行い鏡検し, 目的の細胞の有無を確認し臨床医に報告する。残検体は全てホルマリン固定し病理組織検体として提出される。核染色を行った細胞診標本も, 通常のパパニコロウ染色を施行する。臨床からの需要も高まり, EUS-FNA on-site cytology 件数は 2009 年の 7 件に始まり, 2010 年 85 件, 2011 年 50 件, 2012 年 48 件, 2013 年 92 件, 2014 年 99 件, そして 2015 年は 152 件と増加の一途をたどっている。さらに, 対象となる臓器は, 膵臓が 75%を占めるが, 膵・胆管周囲組織, リンパ節や消化管粘膜下腫瘍, 腹腔内腫瘍, 縦隔まで幅広くなってきている。従って, 腫瘍組織型も腺癌が圧倒的に多い中, 神経内分泌腫瘍, 紡錘形細胞腫瘍, 悪性リンパ腫, 転移性腫瘍など多岐に渡ってきた。また当初, 口答のみで仮報告を行っていたが, 2016 年から対話内容記録簿を作成し, on-site 時の現状を記録することで, 検鏡者および臨床医とも情報を共有することが可能となった。当院における on-site cytology は検体の評価であり, 今回, 運用の詳細を述べるとともに, 有用症例や評価困難症例など提示する。



#### SYS-4 呼吸器領域と消化器領域の On-site cytology について

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>

○津崎沙世子(CT)<sup>1)</sup>, 竹中明美(CT)<sup>2)</sup>, 龍あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 芦村純一(CT)<sup>1)</sup>, 富田裕彦(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では19年前から、呼吸器内科の要望により on-site cytology を開始し、その後、消化器領域でも実施するようになった。いずれも検査室に向いて標本塗抹から迅速報告までその場でやっている。採取法も様々であるが、それぞれに応じた検体処理を検討、実施している。迅速染色はパパニコロウ染色に類似したショール染色を採用している。

【迅速染色】呼吸器領域では気管支鏡やCT下穿刺、消化器領域ではEUS-FNAやUS-FNAなど多様な採取法が施行されている。標本作製は基本的にすり合わせ法を用い、1枚は通常パパニコロウ染色を行う。もう1枚をドライヤーで乾燥し再水和法を実施後、迅速ショール染色を行い、約1分半で鏡検可能となる。再水和法は一度乾燥しているので短い固定時間でも細胞が剥がれにくく、血液が除かれて細胞が観察しやすいので迅速な判定に適している。標的細胞を迅速標本にのみ認める場合には、パパニコロウ染色に染め変えることも可能である。

【結果報告】迅速報告は、明らかな悪性細胞が採取されている場合には陽性とするが、採取量が少ない場合や変性を伴った細胞は疑陽性とするなど、無理のない判定を心掛けている。また、組織型の鑑別が困難な症例や転移癌の疑いがある症例では免疫染色が有用となるので、LBC標本を同時に作製し免疫染色を行うことで、生検や細胞転写法より早く診断を確定し、臨床へ報告することができる。

【総括】on-site cytology を実施することで、確実な検体の採取、標本作製ができ、患者への負担を減らすことになると考える。迅速報告は無理のない判定を心掛け、鑑別が困難な症例は臨床医に伝え、免疫染色も実施できる体制を作っている。

#### SYS-5 甲状腺専門病院における On-site cytology の現状

伊藤病院診療技術部臨床検査室<sup>1)</sup>, 伊藤病院外科<sup>2)</sup>, 慶応義塾大学病院病理診断部<sup>3)</sup>

○佐々木栄司(CT)<sup>1)</sup>, 北川 亘(MD)<sup>2)</sup>, 亀山香織(MD)<sup>3)</sup>, 伊藤公一(MD)<sup>2)</sup>

甲状腺領域での超音波ガイド下穿刺吸引細胞診 (Ultrasound guided Fine Needle Aspiration 以下 US-FNA) の普及は、それまでの触診下で行なわれていた穿刺に比べ飛躍的に正診率の向上と検体不適率の低下を促した。当院においても1998年からUS-FNAを導入し18年経過した現在、触診下で行なわれる穿刺は甲状腺嚢胞の縮小を目的として行われるものが少数存在するが、細胞診のほぼ全件にあたる年間約9000件をUS-FNAで行なっている。血液混入や液状成分の多い甲状腺検体は、多臓器にくらべ細胞診検体の中でも検体不適率の高い臓器であり、甲状腺癌取扱い規約においても、「検体不適率は10%以下が望ましい」明記されている。的確にサンプリングを行い検体採取の適否を報告することは重要であると考えことから、当院では穿刺時にオンサイトで細胞検査士(病理技師)が針洗浄標本の作製をベットサイドで行い、目視での細胞の有無を医師に伝え再施行が必要か否かを判断している。この際、迅速染色は行っていないので質的診断は後日の報告となる。近年、液状化細胞診(liquid based cytology : LBC)の婦人科領域以外への適応が進み甲状腺領域でも採用している施設もみられる。当院では針洗浄した検体をそのままメンブレンフィルターを通過させる集細胞を行っているが、他施設などで行われるLBCや針洗浄検体の取扱いなども含めて発表できればと考える。オンサイドの目指すところは、細胞検査士が現場に向き、US-FNAで採取された検体を的確に処理し良好な標本作製することが大切であり、その場で細胞検査士が検体採取の適否を医師に伝えることで穿刺回数を減らし患者の侵襲を軽減できると考える。

## SYS-6 リンパ節の On-site cytology について

群馬県立がんセンター病理検査課

○土田 秀(CT)

頸部などの表在リンパ節に腫脹が認められた場合、通常はまず穿刺吸引細胞診が行われ、治療法を考えるうえで良性病変、癌の転移、悪性リンパ腫などの鑑別が求められる、必要に応じて病理組織診断などのための組織採取が行われる。穿刺吸引細胞診で悪性リンパ腫が推測された際には、病理組織学的な形態診断に加え免疫学的表現型を検索するために、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ているが、フローサイトメトリーを行うためには固定前の生検組織が必要であり、迅速な診断には迅速な組織採取が必要となる。ベッドサイドでの迅速細胞診検査 (rapid on-site cytologic evaluation: ROSE) は採取された生検組織の評価を目的として、呼吸器領域などでは有用性が認められ多くの施設で導入されているが、リンパ節の穿刺吸引細胞診に対する ROSE の有用性はあまり知られていない。頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診が行われ、リンパ節摘出術により病理組織診断が確定した症例を対象として、ROSE 導入前後で穿刺吸引細胞診施行からリンパ節摘出までの日数、穿刺吸引細胞診と組織診の結果の比較を行ったところ、ROSE 導入前の穿刺吸引細胞診施行からリンパ節摘出までの日数は  $14 \pm 15$  日で正診率が 90.0%、ROSE 導入後の穿刺吸引細胞診施行からリンパ節摘出までの日数は  $6 \pm 6$  日で正診率が 79.3%であった。今回、リンパ節の穿刺吸引細胞診に対する ROSE の有用性と今後の課題について報告する。

## ◇ワークショップ I

尿細胞診の報告様式—日本の報告様式と The Paris system の併用—

## WS1-1 The Paris System の概要と実際

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>

2016年に「The Paris System for Reporting Urinary Cytology (TPS)」が発刊され、本邦では「泌尿器細胞診報告様式2015(本邦報告様式)」が公表された。ともに尿細胞診の報告様式統一に向けた初めての手引書であるが、尿細胞診に関するエビデンスが十分とは言えない状況でまとめられたものであり、たたき台としての意味合いも含まれている。今後、両報告様式が医療現場に普及し、定着していくためには、報告様式の統一を含め多くの課題が残されている。TPSと本邦報告様式の根本的な違いは、TPSでは泌尿器科以外からの検体はほとんど考慮されていないことと低異型度尿路上皮癌は低異型度尿路上皮腫瘍として尿細胞診の主たる対象から除外されたことである。更に、TPSの各診断カテゴリーの診断基準は比較的厳密に規定されている。TPSの利点は、国際的であることと対象疾患が高異型度尿路上皮癌に絞られていることで、泌尿器科医にとっては理解しやすく、利用しやすいものと思われる。TPSを本邦で利用する場合の予測される問題点は、Gradeや細胞系が不明瞭な場合の対応、泌尿器科以外からの検体と上部尿路の検体への対応、および診断基準を記載に沿って変更した場合の診断精度が不明であることなどが挙げられる。一方、本邦報告様式の最大の問題点は国際発表に不利であることと思われる。本発表では、日本の医療環境の中で両報告様式の具体的な運用方法や統一の方向性を模索するにあたり、TPSの概要を説明するとともに情報や状況を整理し、自施設のデータを示す。

## WS1-2 日本の泌尿器細胞診報告様式概要

製鉄記念八幡病院検査部

○金城 満(MD)

【背景】本邦の尿細胞診の報告書は地域間差、施設間差があり、報告方式も雑多で、混乱の原因となっていた。日本臨床細胞学会はこのような状況に鑑み、国内統一を図り、臨床的に有用で、国際的にも通用する報告様式を2年間で作業部会(WG)に結論を出すことで了解した。

【検討概要】WGは日本泌尿器科学会と日本病理学会から各2名の推薦委員を含む37人から構成された。委員会は2年間で十数回開催され、細胞診の目的、方法、名称から、国外の文献の検討まで、いくつかの重要な取り決め事項などを行った。新報告様式の骨子は以下の様になった。1)四段階異型度の階層分類とする、2)検体評価を含める、3)施設、科を問わない、4)高異型度尿路上皮癌(HGUC)の診断に重点をおく、5)Papanicolaou分類は併用しないなどである。

【The Paris System(TPS)との関係】TPSは2013年5月の第18回IAC(Paris)で立ち上げられた。当WGから数名が委員として参加した。TPSも2年間の検討結果、2016年1月に小冊子が発刊され、6月の第19回IAC横浜で公開された。

【結論】本邦泌尿器細胞診の新報告様式は施設、診療科及び検体の種別を問わず、使用可能とした。新報告様式は5カテゴリー(検体不適、陰性、異型細胞、悪性、疑い、悪性)からなり、コメントを重視した。但し、不適検体例では、細胞評価を行わず、再検とする。日本のWGの最終案は2015年4月に理事長へ答申され、理事会で承認された。

【今後の展望】国内での新報告様式の普及に努めたい。各階層カテゴリーのHGUCのリスクについては多くの追試を期待したい。

## WS1-3 日本の新報告様式と The Paris system を併用した尿細胞診断の実際とその問題点に関して

東北大学病院病理部

○渡辺みか(MD), 三浦弘守(CT)

尿細胞診においては、臨床的な観点から高悪性度病変を的確に判定することが重要であるが、実際には種々の修飾が加わり、その判断に苦慮する場合も多い。今回日本の新報告様式と The Paris system (TPS) を併用した報告を行い、各々の問題点について検討を加えた。

【方法】2016年1月より従来の Class 分類に加えて新報告様式、TPS による報告を施行した。

【結果】10ヶ月間に当院で施行された尿細胞診は898件であり、ClassII 87件、ClassIII 66件、ClassIV 10件、ClassV 35件であった。新報告様式では陰性783件、異型細胞64件、悪性疑い11件、悪性40件であり、TPSではNegative for HGUC824件、AUC 28件、Suspicious for HGUC 6件、HGUC 29件、LGUN 5件、Other malignancies 2件の結果であった。組織学的検索は81件になされLGUCが31件、HGUCが50件であった。HGUC50件の細胞判定は、新報告様式では異型細胞17件、悪性疑い6件、HGUC 25件、LGUC 2件で、TPSではNegative for HGUC 5件、AUC 12件、Suspicious for HGUC 6件、HGUC 25件、LGUN 2件であった。

【考察】Class分類および新報告様式では異型細胞の範囲が広いため、悪性病変の見落としは少なかった。TPSにおいてNegative for HGUCと診断した症例の中で全体の0.6%に当たる5件のHGUCが含まれていた。これらはTPS判定の必須条件であるN/Cが合致しないものがほとんどであった。細胞判定と組織診断の合致しなかった症例について検討を加える。

#### WS1-4 新報告様式と The Paris System の対比と問題点

北海道がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 北海道がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>

○平紀代美(CT)<sup>1)</sup>, 山城勝重(MD)<sup>2)</sup>

新報告様式「泌尿器細胞診報告様式 2015」は尿路上皮癌のみならずその他の腫瘍にも対応できる報告様式として作成されている。一方, The Paris System (TPS) は, 尿細胞診の最終的な目的は高悪性度尿路上皮癌の検出であり, TPS はこの原則に基づいて構成されていると明言されている。従って新報告様式では判定カテゴリーに含まれている低異型度尿路上皮癌やその他の腫瘍を TPS で報告する場合には困惑が推測される。新報告様式と TPS の対比で多く問題となるのが低異型度尿路上皮癌で, TPS では低悪性度尿路上皮腫瘍が考えられても血管を含む間質を伴っていなければ Negative for HGUC (NHGUC) とすべきと繰り返し記載されている。さらに, Atypical urothelial cells, Suspicious for HGUC も高悪性度尿路上皮癌を基準に置いたもので, 低異型度尿路上皮癌を示唆したものは NHGUC に分類される。これを考慮し, 2015 年の結果を後方視的に TBS 判定を行った。また新報告様式は, 当検査室では非婦人科検体には検体不適, 正常・良性, 鑑別困難, 悪性疑い, 悪性の報告様式を採用してきているため, 正常・良性を陰性に, 鑑別困難を異型細胞に読み替えを行っている。2015 年の自排尿, 膀胱カテーテル尿, 膀胱洗浄液の合計 999 件を対象として検討した結果, 新報告様式による悪性(117 件)の中で TPS の判定で NHGUC とされたものは 8 件, 悪性疑い(43 件)の中では 7 件, 異型細胞(44 件)の中では 24 件であった。さらに 2016 年 1 月より新報告様式および TPS による報告様式で判定を行ってきたが, 臨床には混乱を避けるため TBS の判定結果は報告していない。2015 年に 2016 年の結果を加えて報告し, 新報告様式と TPS の並記に関しての問題点を提示する。

#### WS1-5 京都大学病院での TPS 併用報告の実際

京都大学医学部附属病院病理診断科

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

【はじめに】当院の尿細胞診の報告は「良性」, 「鑑別困難」, 「悪性疑い」, 「悪性」の 4 分類 (以下, 現報告様式) を使用している。2016 年 1 月から The Paris System for Reporting Urinary Cytology (TPS) の併用報告を行い, 現報告様式との比較, TPS の問題点を検討した。

【対象と方法】2016 年 1 月～2016 年 10 月までに実施された尿細胞診 2,072 件のうち, 尿細胞診実施後に膀胱生検または手術が施行され, 組織診断の得られた自然尿・膀胱洗浄液 129 件 (84 例) を対象とした。

【結果】現報告様式と TPS は, 良性 = NHGUC, 鑑別困難 = AUC, 悪性疑い = SHGUC, 悪性 = HGUC とした場合, それぞれの一致率は 95%, 86%, 78%, 100% で, 全体の一致率は 95% であった。TPS の報告対象ではない低異型度尿路上皮癌 (LGUC) は, 現報告様式, TPS 共に 2/25 件が鑑別困難, AUC と報告されていた。高異型度尿路上皮癌 (HGUC) も, 現報告様式・TPS 共に鑑別困難以上, AUC 以上はいずれも 33/68 件であった。

【考察】不一致例の再検討にて, 良性/AUC とした 2 例は, N/C 比 0.5 以上と考えて, AUC と報告された。LGUC を考えて鑑別困難/NHGUC と報告した例は 1 例であった。SHGUC の一致率が低かった要因は, SHGUC は量的に HGUC の基準を満たさない場合であるが, 悪性疑いは量的・質的に悪性とし難いものすべてを含んでいるためと考えられた。

【結語】現報告様式と TPS は概ね一致しており, 読み替え可能であるが, 境界例で若干の不一致がみられる。



**WS1-6 泌尿器科診療における尿細胞診の役割—国内新報告様式と The Paris System を使用して—**

京都大学泌尿器科

○山崎俊成(MD), 小林 恭(MD), 井上貴博(MD),  
小川 修(MD)

尿路上皮癌の診断ならびに各種治療後の効果判定や再発の早期診断はきわめて重要である。尿細胞診は、患者への負担が少なく、検体採取が容易で、反復して検査できる利点があり、この目的に適している。国内では日本臨床細胞学会のWGで数年にわたる議論の上、統一された報告様式の最終案が報告され、ほぼ時期を同じくして、国際的な新基準も構築され、2016年に運用が開始された。京都大学病院では2016年1月より国内新報告様式ならびにThe Paris Systemの併記による報告が導入され、4月以降は同形式での報告に統一されたが、臨床現場において泌尿器科医師の受け入れに問題はなく混乱はきたさなかった。この一因として国内報告様式が従来から慣れている5段階の報告形式との読み替えが比較的容易にできたためと考えられる。本ワークショップでは2種の報告様式により臨床での診断や治療方針の決定においてどのような影響があるかを中心に議論したい。特にThe Paris Systemで用いられているhigh-grade UCの同定を主眼とした報告のみで临床上十分であるか否かについて、国内報告様式結果が加わることで治療方針決定に影響を及ぼしたか検討を加える。

**◇ワークショップ2**

乳腺腫瘍のWHO組織診断分類と細胞診

**WS2-1 乳腺腫瘍のWHO分類：第4版の概要**

川崎医科大学病理学2

○森谷卓也(MD)

2012年に発刊された乳腺腫瘍のWHO分類・第4版では、様々な組織型分類の変更点がみられた。最大の特徴は、通常型の浸潤性乳管癌(乳癌取扱い規約)をinvasive carcinoma of no special type (NST)とした点で、浸潤性“乳管”癌との用語は消失した。また、NST型と特殊型乳癌との混合型も定義された。特殊型乳癌では、組織亜型の種類が増加した。しかし、この中にはむしろWHOのほうが包括的に用いている組織型(化生癌)や、WHOでは特殊型だけが乳癌取扱い規約では通常型に含めているもの(浸潤性篩状癌)などがみられた。さらに、微小浸潤癌、小葉性腫瘍、乳管内上皮増殖性病変、乳管内乳頭状病変、筋上皮分化を示す腫瘍グループは、それぞれ特徴的な組織構築を示すグループととらえられて分類上独立し、それぞれに良性から悪性までの病変が含まれた。乳頭部の腫瘍、男性の腫瘍、転移性腫瘍も取扱い規約には規定がない細かな分類である。以上、最近になり新たに提唱された組織型の導入もなされている一方で、分類法の特徴から、実際の組織型判定に際しては一つの腫瘍が複数のカテゴリーに分類されうる可能性がある。現行の乳癌取扱い規約との比較においては、十分な互換性が得られていない部分が多く、両分類を適切に読み替えるための基準作りが必要と思われる。



## WS2-2 乳癌の組織型分類と細胞診

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野

○増田しのぶ(MD)

組織型分類は TNM 分類とともに診療における共通語の一つである。組織型を聞いた臨床医が、腫瘍の良悪性、増殖進展様式の特徴、そして治療方針に関するコンセンサスが想起される用語であることが望ましい。また、国内だけではなく、国際的にも整合性のとれる組織型分類であることが望ましい。現在の日本乳癌学会(JBCS)取扱い規約と WHO の組織型分類は、カテゴリー分けの考え方や並び方に違いがあるものの、病理形態学的分類であるという点で一致しており、両者は対比可能である。本発表では、現行の JBCS 分類の課題や、WHO 分類に取り上げられている組織型や用語のうち臨床的意義が高いものを取り上げ、細胞診断の立場から考察したい。具体的には、浸潤性乳管癌の 3 亜型の意義、“乳頭腺管癌”が内在する課題、化生癌の意味、solid papillary carcinoma や columnar cell lesion などについて、検討する。

## WS2-3 乳管内増殖性病変・乳頭状病変とその細胞像

日本医科大学付属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 日本医科大学付属病院病理部<sup>2)</sup>, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学<sup>3)</sup>

○坂谷貴司(MD)<sup>1)</sup>, 葉山綾子(CT)<sup>2)</sup>, 松原美幸(CT)<sup>2)</sup>, 大橋隆治(MD)<sup>1)</sup>, 和田龍一(MD)<sup>3)</sup>, 内藤善哉(MD)<sup>3)</sup>

WHO 分類において、乳管内増殖性病変(Intraductal proliferative lesions)には、通常型乳管過形成(UDH), 高円柱上皮病変(CCL), 異型乳管過形成(ADH), DCIS が含まれている。さらに CCL の中には、円柱上皮化(CCC), 円柱上皮過形成(CCH)と平坦上皮異型(FEA)が亜分類されている。ADH や FEA については、個々の細胞は low grade DCIS 相当であるが、2-3 mm という量的制限や乳頭状増生がないなどの構築パターンによる制限によって DCIS の診断がなされないものである。従って、これらの細胞像は、鑑別が困難な境界病変として出現することが多いと思われる。乳管内乳頭状病変(Intraductal papillary lesions)では、乳管内乳頭腫(IDP), 乳管内乳頭癌(intaductal papillary carcinoma), 被包型乳頭癌(encapsulated papillary carcinoma), 充実乳頭癌(solid papillary carcinoma)が記載されている。IDP は良く知られた良性乳頭状病変の代表的なものであるが、3 つタイプの乳頭癌についてはまだ十分に認識、理解されていない組織型である可能性もある。本発表では、(1)CCL として分類されているいわゆる“フラット病変”の細胞像、組織像を提示し、どこまで細胞診で迫ることが可能か。(2)3 つのタイプの乳頭癌についての細胞像を提示し、現行の取扱い規約との対比が必要な組織分類の細胞像との比較などについて述べる。

## WS2-4 神経内分泌腫瘍とその細胞像

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<sup>3)</sup>, 高木正之(MD)<sup>2)</sup>

乳腺神経内分泌癌は神経内分泌細胞に由来、もしくは分化する稀な腫瘍であり、発生頻度は全乳癌の5~20%、好発年齢は50~60歳代に多くみられる。主訴は腫瘤自覚が多く、非浸潤性乳管癌の場合は血性乳頭分泌物をみることがある。免疫染色ではシナプトフィジン、クロモグラニン、NCAM等の神経内分泌マーカーの発現は神経内分泌腫瘍の診断の補助となっている。分子表現型ではluminalAが多くを占めているが、他の表現型も認められることがある。乳腺腫瘍のWHO分類、第4版では、このような神経内分泌形質を有する乳癌を1. Solid papillary carcinoma. (以下 SPC), 2. Mucinous carcinoma typeB. (以下 MC-B), 3. Encapsulated papillary carcinoma. (以下 EPC)の一部, 4. Carcinoma with neuroendocrine feature. 4-1. Neuroendocrine tumor, well-differentiated, 4-2. Neuroendocrine carcinoma, poorly differentiated/small cell carcinoma, 4-3. Invasive breast carcinoma with neuroendocrine differentiation と定義されている。SPCの細胞所見：核偏在性で形質細胞様の形態を呈し好酸性の細胞質を有する。また、分岐状の裸血管、粘液保有細胞を認める。MC-Bの細胞所見：比較的稀薄粘液上にシート状あるいは重積を呈する集塊を認め、細胞採取量および腫瘍細胞量は豊富で、散在傾向も認められる。EPCの細胞所見：泡沫細胞を背景に大型の乳頭状集塊が出現する。集塊を形成する細胞は、紡錘形・楕円形核を持つ細胞質の乏しい円柱状細胞で、結合性はやや緩く散在性を示す。以上に挙げた細胞像と Neuroendocrine tumor に含まれる細胞像を含め、組織像および免疫染色と対比しながらそれぞれの特徴的細胞像を提示したい。

## WS2-5 化生癌の細胞像

川崎医科大学附属病院病院病理部

○福屋美奈子(CT), 鹿股直樹(MD), 森谷卓也(MD)

化生癌は、WHO分類2012では、Metaplastic carcinomaとMyoepithelial carcinomaに分けられ、前者には、Low-grade adenosquamous carcinoma, Fibromatous-like carcinoma, Squamous cell carcinoma, Spindle cell carcinoma, Carcinoma with mechenchymal differentiationが含まれる。さらに、Carcinoma with mechenchymal differentiationは、Chondroid differentiation, Osseous differentiation, Other types of mechenchymal differentiationに細分化されている。日本乳癌学会取扱い規約における扁平上皮癌、紡錘細胞癌は、それぞれ、Squamous cell carcinoma, Spindle cell carcinomaに、骨・軟骨化生を伴う癌は、Carcinoma with mechenchymal differentiation with chondroid differentiationに相当する。発生頻度は全浸潤性乳癌の0.2~5%と低い。しかし、細胞学的には、明らかな悪性ではあるが多彩なバリエーションのために必ずしも組織型の鑑別が容易でないものから、low-grade adenosquamous carcinoma, fibromatous-like carcinomaのように異型が少ないものまであり、その細胞像に習熟しておくことが望まれる。扁平上皮癌では、扁平上皮化生細胞が、紡錘細胞癌では、紡錘形や多角形の細胞がみられるが、その異型の程度は様々である。間葉系分化を伴う化生癌では、上皮系および間葉系の悪性細胞がともに認められれば診断可能な場合もあるが、上皮系悪性細胞のみの場合には異型の強い乳管癌との、間葉系悪性細胞のみがみられた場合には、肉腫、悪性葉状腫瘍との鑑別を要するため、骨や軟骨、基質などの成分の有無や上皮間葉移行像である卵円形細胞の存在などを注意深く観察していくことが望ましい。

## ◇ワークショップ3

## 知って得する呼吸器疾患の細胞診と画像診断

## WS3-1 呼吸器疾患における画像診断の重要性

山梨県立中央病院呼吸器内科

○柿崎有美子(MD)

呼吸器疾患を診る際に、咳嗽や呼吸困難といった自覚症状、聴診・打診などの身体所見、血液データやスパイロメトリ等に加え、重要なのが画像所見である。単純レントゲンのみならず、CTは今や胸部疾患を診る上では必須となっている。MRIやFDG-PETなども、特に肺癌診療では欠かせないものとなっている。われわれは、病巣の局在のみならずその質的診断まで類推すべく読影をし、診断のアプローチを検討して検体を採取するに至る。また、昨年上市された、新しいEGFR-TKIは、EGFR-mutation陽性肺腺癌に対して、耐性遺伝子であるT790Mを検出することが要件となっており、再生検を必要とする。どこから再検査するのか、非常に臨床医を悩ませているが、やはり、ここでも画像診断がものをいう。びまん性肺疾患や、感染症等においても、われわれはどんな画像をみて、どんな疾患を想定するか、ご紹介したいと思う。

## WS3-2 呼吸器疾患：細胞診と画像から術前診断に迫る

鳥取大学医学部胸部外科<sup>1)</sup>, 国立病院機構松江医療センター臨床検査科<sup>2)</sup>○荒木邦夫(MD)<sup>1)</sup>, 中村廣繁(MD)<sup>1)</sup>, 谷口雄司(MD)<sup>1)</sup>, 岩根承子(CT)<sup>2)</sup>, 西村俊直(CT)<sup>2)</sup>, 長岡三郎(MD)<sup>2)</sup>

細胞診が関わる呼吸器疾患は肺癌が多数を占めるが、その他にも転移性肺腫瘍、良性肺腫瘍、炎症性肺疾患なども少なからず経験する。演者が細胞診断業務を行っている施設において日常的に遭遇する呼吸器疾患の細胞診と画像を併せて提示し、両所見から確定診断に迫れるかどうか検討する。また術前未確診肺腫瘍に対し、肺癌であった場合に一期的手術を行う上で診断を確定させる目的で術中迅速細胞診を行う有用性を検討した結果(感度90.4%, 特異度96.4%, 正診率92.5%)を示す。加えて画像上、微小浸潤肺腺癌を疑う手術材料については、ホルマリン固定後の病理診断において正確な浸潤評価を下すために、術中には標本に割を入れずに摘出後標本の穿刺細胞診で切除されたことの有無を確認するといった工夫を提示する。さらに術前気管支鏡下に採取した細胞診標本から(画像診断も参考にして)、浸潤性肺腺癌組織亜型(新分類)を推定することが可能かどうか検討した解析結果(第1, 第2優勢亜型を含めると、比較的高い確率で推定が可能)を提示する。

### WS3-3 炎症性疾患と細胞診；呼吸器感染症の細胞診標本のアーカイブ化の試み

結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科<sup>1</sup>，結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科<sup>2</sup>，結核予防会複十字病院臨床検査技術科<sup>3</sup>

○吉田 勤(MD)<sup>1,2</sup>，船井遼子(CT)<sup>2</sup>，温井奈美(CT)<sup>2</sup>，菊池康華(CT)<sup>2</sup>，草野行治(CT)<sup>2</sup>，輪島 愛(CT)<sup>3</sup>，須々木ひとみ(CT)<sup>3</sup>，出井 禎(CT)<sup>3</sup>，菊地文史(MD)<sup>2</sup>

呼吸器疾患においては細胞診標本で感染症に特徴的な像を示すことがあり，それを理解することで適切な臨床判断と感染リスクの回避に導く重要な根拠となる．本研究の目的は，近年希少となりつつある呼吸器感染症の診断精度を向上させるために，呼吸器感染症の細胞診標本をアーカイブ化することである．

【方法】2016年1月から，2016年10月までの間に，結核予防会複十字病院で肺切除術を施行した呼吸器感染症：32例のうち，手術検体の当該病変から細胞診標本を作製した12例を対象とし，その細胞診所見を検討した．細胞診検体の採取にあたっては医療従事者の病原体への暴露を予防するため，ドラフト内で標的的病変を穿刺吸引して検体を採取して細胞診に供した．

【結果】細胞診検体が採取された12例の内訳は，肺非結核性抗酸菌症：8例，肺結核症：1例，肺アスペルギルス症：2例，気管支拡張症：1例で，その内1例で非結核性抗酸菌とアスペルギルスの重複感染を認めた．肺非結核性抗酸菌症の8例のうち，4例で壊死様物質，4例で類上皮細胞および多核組織球を認め，1例でZiehl-Neelsen染色陽性の菌体を認めた．肺結核症の1例では壊死様物質，類上皮細胞に加え，Ziehl-Neelsen染色陽性の菌体を認めた．肺アスペルギルス症の2例のうち，1例でアスペルギルスを疑う糸状菌を認めた．しかし感染症を示唆する特記すべき所見を認めない症例も12例中3例あり，穿刺細胞診検体では適正検体の採取にある程度の制約が生じる可能性が懸念された．この方法で得られた細胞診標本の所見を供覧する．

【結語】近年では希少となりつつある呼吸器感染症の細胞診標本を，最小限の感染リスクでアーカイブ化することが可能であると考えられる．

### WS3-4 良性腫瘍・その他の肺結節性病変の画像と細胞診

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>1</sup>，JA 長野厚生連佐久総合病院病理部<sup>2</sup>，JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター放射線診断科<sup>3</sup>，北里大学医学部呼吸器外科<sup>4</sup>

○岩松弘文(CT)<sup>1</sup>，中山朋秋(CT)<sup>1</sup>，佐藤憲俊(CT)<sup>1</sup>，井出伸也(CT)<sup>2</sup>，青柳大樹(MD)<sup>1</sup>，塩澤 哲(MD)<sup>1</sup>，石亀廣樹(MD)<sup>2</sup>，植田瑞穂(MD)<sup>3</sup>，佐藤之俊(MD)<sup>4</sup>

画像診断の進歩によって肺の小結節が容易に検出されるようになり，その多くは高解像度CTでの診断が可能であるといわれている一方，小結節の扱いが問題になる場合も多い．肺の良性腫瘍の発生頻度は低いがその種類は豊富である．多くは臨床症状に乏しく検診や他疾患に対する画像検査で偶然発見される．一般に末梢発生の良性腫瘍は類円形の辺縁平滑な孤立性肺野結節(solitary pulmonary nodule: SPN)として描出されることが多く，時に肺癌や転移性肺腫瘍，孤立性線維性腫瘍(SFT)，カルチノイド腫瘍，結核等の肉芽腫性病変等との鑑別が必要となる．代表的な良性腫瘍として，硬化性肺胞上皮腫(硬化性血管腫)や過誤腫が知られている．前者の細胞診では乳頭状集塊や核内封入体が見られ，時に末梢型高分化腺癌や異型腺腫様過形成との鑑別が必要となる．しかし，高分化腺癌や異型腺腫様過形成のCT画像は通常すりガラス様陰影を呈し，SPNを呈することは稀であるため，画像と細胞像の双方を考慮した診断が重要である．過誤腫は細胞診で軟骨を含む間質成分が認められれば推定可能であるが，反応性のII型肺胞上皮細胞も出現することから間質成分が十分に採取されなかった場合は上皮性腫瘍と鑑別を要することもある．また炎症性疾患で，アスペルギルスやクリプトコッカスなどの真菌症や寄生虫感染では弧在性あるいは多発結節影を呈し時に空洞を伴う．画像のみでは肺癌あるいは転移性肺腫瘍との鑑別が困難な場合もあるが，細胞診で病原体が同定できれば診断に直結する．また，特染の利用も重要である．今回，我々の施設で経験した良性腫瘍や稀な感染症，特徴的な画像所見を呈した疾患について細胞像と画像所見を併せて報告する．



### WS3-5 肺癌の細胞診と画像診断—細胞形態と画像所見との対比—

杏林大学医学部外科学教室 (呼吸器・甲状腺)<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部付属病院病院病理部<sup>2)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<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>, 橘 啓盛(MD)<sup>1)</sup>, 中里陽子(MD)<sup>1)</sup>, 武井秀史(MD)<sup>1)</sup>, 藤原正親(MD)<sup>3)</sup>, 柴原純二(MD)<sup>2,3)</sup>, 菅間 博(MD)<sup>3)</sup>, 近藤晴彦(MD)<sup>1)</sup>

近年, 肺癌の診断領域では様々な画像診断のモダリティが活用されてきた。良悪性の鑑別においては核医学検査の PET や, 機能画像診断で注目されている MRI, そして高解像度の多列検出型 CT などは, 更に診断精度の向上に貢献している。一方, 病理・細胞診に関係する確定診断のアプローチとしては, 最新の内視鏡技術を駆使した検体採取が可能になった。中でも超音波気管支鏡 (EBUS) の導入は, 更に確実な検体採取を可能にする。そのような背景の中で, 治療前の原発巣やリンパ節の組織生検, また治療後の薬剤耐性に伴う再生検 (rebiopsy) など, 検体採取の機会が着実に増えている。今後はますます個別化医療の観点から, 免疫染色や遺伝子解析の必要性が高まると考える。肺癌は組織学的に多様な分化傾向や, 多様な形態を示す細胞集団で構成される。画像上の局在や形態の特徴から, ある程度の良悪の鑑別や組織型推定が可能である。しかしながら, 病理診断部では個々の診断において, 画像情報と照らし合わせる機会が少ない。以前, 我々は 3 cm 以下の原発性肺腺癌を対象として細胞型分類を試み, PET および MRI の画像所見とを比較して検討した。PET では病巣部の SUV max 値を MRI 拡散強調画像 (DWI) では病巣部と脊髄部の信号比率を算出した。各細胞型別の SUV max 値の平均値は Clara 細胞型 (n=9) が 5.0, II 型細胞型 (n=7) が 5.5, 気管支表面上皮型粘液非産生性 (n=7) が 5.7, 低分化型 (n=5) が 12.8 で, 低分化型で有意に高値であった (p=0.006)。DWI の信号比率の平均値はそれぞれ 0.9, 0.9, 1.4, 1.6 であった。本学術集会では最新の画像診断と腫瘍細胞の形態学的な所見を比較し, 日常の診断業務に役立つと考える知見を紹介する。

### WS3-6 転移性肺腫瘍の画像と細胞診

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呼吸器センター外科<sup>2)</sup>, がん研究会有明研究所病理部<sup>3)</sup>

○藤山淳三(CT)<sup>1)</sup>, 小松京子(CT)<sup>1)</sup>, 古田則行(CT)<sup>1)</sup>, 星 利良(CT)<sup>1)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 園田 大(MD)<sup>2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>, 石川雄一(MD)<sup>3)</sup>, 宝来 威(MD)<sup>1)</sup>

肺は解剖学的に体循環系静脈のフィルターとなる臓器であり, あらゆる臓器からの転移性肺腫瘍が発生する。肺腫瘍が原発性か転移性かを鑑別することは, 治療方針が大きく異なる可能性もあり, 非常に重要であるが, 画像のみでこれらを判断することが困難な症例も存在する。また, 転移性肺腫瘍において画像による原発巣の推定は困難である。当院では, 転移性肺腫瘍に対する切除は, 2014 年から 2015 年の 2 年間で約 200 症例施行されている。原発巣の内訳は大腸癌が最も多く 47%, 頭頸部癌 14%, 骨軟部肉腫 13%, 腎・泌尿器 7%, 肺癌 6%, 子宮・卵巣 6%, 乳癌 2%, その他の臓器が 5% となっている。転移性肺腫瘍の細胞診において, 原発巣を推定し得る特徴的な形態像を呈する腫瘍がある。大腸癌は壊死を伴い, 高円柱状の腫瘍細胞が柵状配列や腺腔様配列を呈する。核クロマチンの増量や明瞭な核小体を認める。腎癌は淡明で広い細胞質を有し, 核クロマチンは淡く, 明瞭な核小体を認める。甲状腺癌は, 乳頭癌では小型腫瘍細胞が平面的から乳頭状集塊を呈する。核内細胞質封入体や核溝を認める。乳癌は, 硬癌や小葉癌では小型腫瘍細胞が索状配列や小集塊を呈し, 相互封入像や細胞質内小腺腔を認める。しかし, 判定に苦慮する症例も少なくない。そのため, 転移性肺腫瘍の細胞診断には, 臨床所見や画像診断を確認したうえで, 慎重に判断しなければならない。また, 免疫染色の併用や臨床との情報交換が重要となってくる。今回は, 転移性肺腫瘍の細胞学的特徴や細胞診のピットフォール, そして細胞検査士として知っておきたい画像診断について述べたい。



## ◇ワークショップ 4

## 卵巣癌術前化学療法における腹水細胞診の有用性とピットフォール

## WS4-1 腹水貯留で進行卵巣癌との鑑別を要した平滑筋肉腫の2例

呉医療センター・中国がんセンター産婦人科<sup>1)</sup>, 呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>, 呉医療センター・中国がんセンター院長<sup>3)</sup>, 四国がんセンター婦人科<sup>4)</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>5)</sup>

○中村紘子(MD)<sup>1)</sup>, 高畑敬之(MD)<sup>1)</sup>, 本田 裕(MD)<sup>1)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>2)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>3)</sup>, 横山貴紀(MD)<sup>4)</sup>, 大亀真一(MD)<sup>4)</sup>, 白山裕子(MD)<sup>4)</sup>, 竹原和宏(MD)<sup>4)</sup>, 寺本典弘(MD)<sup>5)</sup>

【概要】術前に胸水・腹水細胞診陰性であった平滑筋肉腫2例について報告する。

【症例1】50代女性, 腹部膨満感を主訴に近医受診し骨盤内腫瘍を指摘された。MRIで骨盤内に15cmの腫瘍を認め, PET/CTでは, 骨盤内腫瘍及び腹膜播種にFDG集積を認めたため卵巣癌を疑った。複数回の腹水細胞診で悪性細胞は確認されなかった。開腹時, 腫瘍は腸間膜に広範囲に癒着し, 子宮底部との連続も認めた。骨盤内に複数の播種病変を認めた。両側卵巣は拇指頭大であった。腫瘍はS状結腸間膜に浸潤しており, S状結腸を含め腫瘍を摘出した。腹水細胞診は陰性であった。病理組織検査で子宮平滑筋肉腫IIIB期であった。

【症例2】50代女性, 9年前に子宮筋腫のため子宮全摘出術の既往あり。健康診断で骨盤内腫瘍と胸腹水を指摘され紹介された。MRIで骨盤内に13cm, 直腸右に7cmの腫瘍を認め卵巣癌, 腹膜播種を疑った。胸腔・腹腔穿刺を施行したが胸水・腹水細胞診は陰性であった。胸腔穿刺後も呼吸状態の改善を認めず, 化学療法を施行した。治療後のCTで原発巣は不変であったが, 腹水は減少し, 呼吸状態も安定したため手術を施行した。直腸右側の腫瘍は右卵巣で線維腫であった。それとは別に回盲部下方に双手拳大の腹膜原発腫瘍を認め, 腫瘍切除, 両側付属器切除, 大網部分切除, 回腸切除を施行した。術中の腹水細胞診は陰性, 病理組織検査は腹膜平滑筋肉腫IIB期であった。術後胸水は著明に減少し, Meigs症候群の可能性も示唆された。

【考察】腹水細胞診で悪性細胞が検出されない場合, 上皮性卵巣癌によるがん性腹膜炎以外の病態も念頭におく必要がある。

## WS4-2 術前の腹水細胞診の有用性とピットフォール—低悪性度漿液性癌

四国がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 四国がんセンター臨床検査科<sup>2)</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>3)</sup>

○横山貴紀(MD)<sup>1)</sup>, 大亀真一(MD)<sup>1)</sup>, 藤本悦子(MD)<sup>1)</sup>, 白山裕子(MD)<sup>1)</sup>, 田中慎一(CT)<sup>2)</sup>, 岡本奈美(CT)<sup>2)</sup>, 山本珠美(CT)<sup>2)</sup>, 西村理恵子(MD)<sup>2)</sup>, 寺本典弘(MD)<sup>3)</sup>, 竹原和宏(MD)<sup>1)</sup>

卵巣癌の初回治療の標準治療は staging laparotomy や減量手術であるが, 原発巣が摘出困難な進行例では減量手術に先行して neoadjuvant chemotherapy (NAC) を行う場合がある。今回, 当院で2011年から2015年に腹水細胞診を施行し, NACを行った進行卵巣癌13例(漿液性癌11例, 明細胞癌2例)を後方視的に検討した。腹水細胞診で7例は漿液性癌, 3例は明細胞癌, 3例は腺癌と診断した。NACの奏効率は77% (10/13)で, Progression Disease (PD)は1例のみであった。NAC後の減量手術では12例でoptimal surgery以上が可能であった。NACでPDとなった1例は画像検索で両側卵巣腫瘍, 腹膜播種, 多量の腹水を認めた。腹水のcell blockでは弧在性で乳頭状構造を示す腺癌細胞を認め, 免疫組織化学染色でER(+), PR(-), WT-1(+), p53(+), 漿液性癌を疑った。NACを2コース施行したが, PDであり減量手術を行った。病理組織検査では, 広い間質を伴う不規則な乳頭状増生を伴い, 核異型は軽度で, 細胞異型も弱い比較的小型の癌細胞からなり, 免疫染色でER(+), PR(+), WT-1(+), p53(wild type)であり, 低悪性度漿液性癌と診断した。NACの奏効率は高く, NAC後の減量手術で, 約9割でoptimal surgery以上が行えており, 腹水細胞診による術前診断は有用と考えられた。しかし, 腹水細胞診で漿液性癌と診断した中には高悪性度漿液性癌と比較して化学療法抵抗性である低悪性度漿液性癌が含まれる可能性があり注意を要する。

### WS4-3 卵巣癌の腹水細胞診における組織型の推定と治療選択

東北大学病院婦人科<sup>1)</sup>, 東北医科薬科大学産婦人科<sup>2)</sup>

○徳永英樹(MD)<sup>1)</sup>, 大山喜子(MD)<sup>1)</sup>, 岡本 聡(CT)<sup>1)</sup>,  
橋本千明(MD)<sup>1)</sup>, 海法道子(MD)<sup>1)</sup>, 豊島将文(MD)<sup>1)</sup>,  
島田宗昭(MD)<sup>1)</sup>, 新倉 仁(MD)<sup>1)</sup>, 渡部 洋(MD)<sup>2)</sup>,  
八重樫伸生(MD)<sup>1)</sup>

卵巣癌の約半数は FIGO III 期以上の進行癌として見つかる。そのため初回手術では試験開腹として組織型の確認にとどめて化学療法後先行することが珍しくない。組織診断による原発巣、組織型の確認が原則だが、全身状態によっては、画像診断、血清マーカー、胸水・腹水細胞診を診断根拠として術前化学療法(NAC)を行うこともある。それらの検査の中で腺癌成分を確認できる細胞診への期待は大きい。しかし、細胞診の問題点として悪性かどうかを迷う場合や、上皮成分に酷似する性索間質系の腫瘍である場合にはNACから根治手術という戦略をとることが必ずしも正しい判断とは言えない。また、上皮性腫瘍だとしても化学療法感受性の高い組織型であれば良いが、明細胞癌のように化学療法抵抗性を示す割合が高い組織型であった場合には化学療法中に病状が進行し、手術の機会を逸することにもなりかねない。2012年から2016年の間で、腫瘍生検を経ずに細胞診を元にNACを行なった30例のうち、17例は腺癌であることがのちの手術で確定し、そのなかで13例は組織型の推定と最終診断も合致していた。30例中9例は病状の悪化により手術不能、あるいは臨床上にCRのため手術を選択せず組織型の最終確認ができなかった。1例はpathological CRで組織型が確認できなかった。4例は化学療法中のため組織学的診断が未である。1例のみ最終的に結腸漿膜由来の原発性腹膜癌と診断された。おおむね、細胞診による診断に間違いはないが、化学療法が奏効しない症例もあり、治療選択は慎重に行うべきである。細胞診と組織診断の不一致例、あるいは化学療法抵抗性を示した症例について免疫染色を加え検討した結果を報告する予定である。

### WS4-4 進行卵巣癌に対する腹腔鏡生検の意義—腹水細胞診による腫瘍組織型推定は可能か—

新潟大学大学院医歯学総合研究科家族性・遺伝性腫瘍学講座(産科婦人科)<sup>1)</sup>, 新潟大学医歯学総合病院産婦人科<sup>2)</sup>, 新潟大学医歯学総合病院病理部<sup>3)</sup>, 新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野<sup>4)</sup>

○西野幸治(MD)<sup>1)</sup>, 安達聡介(MD)<sup>2)</sup>, 榎本隆之(MD)<sup>2)</sup>,  
梅津 哉(MD)<sup>3)</sup>, 本山悌一(MD)<sup>4)</sup>

【背景】進行卵巣癌(卵管癌・腹膜癌を含む)に対してNeo-adjuvant chemotherapy (NAC)を先行する際、現状では腹水細胞診での腺癌細胞確認のみで治療が開始される場合が多い。現段階では組織型毎に薬剤選択を行うエビデンスには乏しいが、将来的な治療戦略や予後予測においては、治療開始時に組織診断がなされていることが望ましい可能性がある。

【目的】NAC前の腹水細胞診のみで卵巣癌の組織型推定が可能かどうかを検証する。

【対象・方法】2016年4月-11月までの間にNAC前の腹腔鏡生検(腹腔内観察・腹水細胞診・腫瘍組織診)を行った進行卵巣癌11例の細胞診・組織診所見を検討した。

【結果】11例の臨床診断は卵巣癌8例・腹膜癌3例であった。年齢中央値64才(44-74)、CA125中央値3441U/ml(325-19444)、全例が癌性腹膜炎を伴うIIIB期以上の進行期であった。腹水細胞診は1例のみclass III、他10例は腺癌の診断であった。腹水細胞像から全例で漿液性癌を疑ったが、うち2例は明細胞癌も疑う所見であった。原発腫瘍または播種の生検による組織診では、明細胞癌も疑われた2例は純粋な漿液性癌であり、漿液性癌のみと推定した9例中3例は明細胞癌・類内膜癌G3・癌肉腫の組織診断となり、最終的に11例中5例では細胞診からの組織型推定が困難であった。

【総括】腹水細胞診のみによる卵巣癌の組織型推定は、特に漿液性癌以外の場合に困難である可能性がある。明細胞癌や肉腫細分など、漿液性以外の組織型では抗癌剤感受性が低い可能性もあるため、細胞診のみによる治療開始の限界を考慮すると同時に、今後のTRや遺伝子異常に基づいた個別化医療に備えた治療前の組織採取を推し進めていく必要があると考える。

#### WS4-5 当院における穿刺腹腔細胞診所見に基づく 卵巣癌術前化学療法適用の実際

慶應義塾大学医学部産婦人科

○野村弘行(MD), 岩佐尚美(MD), 片岡史夫(MD),  
南木佳子(MD), 吉浜智子(MD), 山上 亘(MD),  
平沢 晃(MD), 富永英一郎(MD), 進 伸幸(MD),  
青木大輔(MD)

【目的】 進行卵巣癌に対する術前化学療法(NAC)後の中間期腫瘍減量手術(IDS)は, 治療選択肢の1つとして位置付けられている. 一方, NAC開始時には正確な組織学的診断, 腹腔内所見が得られないため, NAC奏効の予測は困難である. 本研究では, 当院にてNACを適用した進行卵巣癌症例をレビューし, NAC適用の判断における穿刺腹腔細胞診の有用性と限界につき検討した.

【方法】 2012年から2016年までに当院において, 進行卵巣癌(卵管癌, 腹膜癌)が推定され, NACおよびIDSが施行された40例を対象とした. 原則としてIDSはNAC3サイクル後に実施した. NAC適用時の穿刺腹腔(一部胸腔)細胞診所見, 腫瘍マーカー値および臨床所見の推移, IDS時の組織学的診断等をレビューした.

【結果】 NAC適用症例はすべて, 画像診断にて播種病変があるIII期以上が推定され, 腹腔細胞診判定が陽性(腺癌を推定)であった. NAC奏効率は88%, PDは0例であり, IDSでの完全切除割合は72%であった. IDS時の組織学的診断では, NAC奏効例はすべて高異型度漿液性癌(HGSC)であり, 非奏効例はすべて非HGSCであった(消化器癌はなし). 非奏効例には粘液性癌, 明細胞癌, 癌肉腫, 性索間質性腫瘍, 悪性中皮腫が含まれ, NAC適用時の腹腔細胞診では一部の症例で組織型の推定が困難であったが, 治療前CA125値が低い傾向にありNAC後のCA125減衰率は75%未満であった.

【総括】 臨床的にIII期以上の卵巣癌が推定される多くの症例がHGSCで3サイクルでのNACの奏効が期待できるため, 穿刺腹腔細胞診所見に基づくNAC適用は可能と考えられる. 細胞診所見にてHGSC以外が鑑別となる場合にはNAC中の慎重な奏効判定とIDS実施タイミングの個別の判断が求められる.

#### WS4-6 腹水細胞診を指標にした卵巣癌術前化学療法 の有効性とピットフォール

千葉大学婦人科

○楯 真一(MD), 錦見恭子(MD), 松岡 歩(MD),  
碓井宏和(MD), 三橋 暁(MD), 生水真紀夫(MD)

【目的】 われわれはinner policyとしてimplantable port system; IPSを使用した腹腔内洗浄細胞診を指標にneo-adjuvant chemotherapy; NACTを最大限におこないInterval debulking surgery; IDSでの完全切除を目指した戦略をとっている. この治療成績を報告する.

【方法】 2007年から2015年までに94例に対して試験開腹術として組織生検および腹腔内播種の観察をおこないIPSを腹壁に設置した. 94例中15例はNACT中に病勢悪化した. 6例はIPSから腹水細胞診をおこなうことができなかった. 残りの73例で生食500ccにてIPSを用いて洗浄腹水細胞診を2-4週毎におこない, 細胞診陰性化を目標にIDSをおこなった.

【結果】 IPSを用いた細胞診所見を示す. 化学療法をおこなうに従い, 乳頭状に増殖する異形細胞集塊の重積性は軽減され集塊の大きさも小型化していく. 小型異形細胞集塊から孤立異形細胞を認めると, その後異形細胞は認められなくなり, 63例で腹水細胞診は陰性化しIDSをおこなった. 小型異形細胞集塊が持続性に認められ, 核小体が明瞭になった10例は, NACTの限界と考えIDSをおこなった. 全症例でのNACT回数は中央値6[3-14]コースおこなわれた. 73例での完全切除率は68例(93%)であった. 73例の無増悪生存期間は26か月, 全生存期間は68ヶ月である. 陽性例10例中1例はsuboptimalであったが, 陰性例63例中4例はoptimalで腹水細胞診陰性にも関わらず腸間膜播種が存在した症例も認めた.

【総括】 IPSを用いた腹水細胞診を用いるとNACTを最大限におこないながら症例毎の適切なタイミングでIDSを決定することが可能となり, 完全切除につながるものと思われる.

## WS4-7 卵巣癌術前化学療法後の術中腹腔洗浄細胞診結果は予後予測因子となりうる

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病理診断科<sup>2)</sup>

○井浦文香(MD)<sup>1)</sup>, 上西園幸子(MD)<sup>1)</sup>,  
池田真利子(MD)<sup>1)</sup>, 今井一章(MD)<sup>1)</sup>, 川野藍子(MD)<sup>1)</sup>,  
近内勝幸(MD)<sup>1)</sup>, 小野瀬亮(MD)<sup>1)</sup>, 加藤久盛(MD)<sup>1)</sup>,  
横瀬智之(MD)<sup>2)</sup>

【目的】卵巣癌における術前化学療法(NAC)後の interval debulking surgery (IDS)において、残存腫瘍の有無や長径が予後に影響することは報告されてきた。しかし、IDS時における術中腹水細胞診および腹腔洗浄細胞診は、予後との検討報告は多くない。卵巣癌 NAC 後の腹水細胞診結果が生存期間および無再発生存期間に寄与するか、後方視的に検討した。

【方法】2011年から2015年に神奈川県立がんセンターで卵巣癌と診断された164症例のうち、64例で術前化学療法(NAC)が施行された。NAC施行例のうち17例が試験開腹で、他は画像検査、細胞診、腫瘍マーカーで卵巣癌と診断された。Interval debulking surgery (IDS)開腹直後に腹腔洗浄細胞診を施行した。

【結果】NAC施行例はすべてStageIII, IVであり、49例(77%)でIDSが施行された。腹水洗浄細胞診陰性が17例(35%, N-WPC group)で陽性は32例(65%, P-WPC)であった。中央生存期間は、N-WPC, P-WPC群で各々53, 30ヶ月であり、2群間に統計学的に有意差が示された(p with Mantel-Cox log-rank test < 0.01)。腹腔洗浄細胞診結果は多変量解析においても独立した予後因子であった(p < 0.001)。試験開腹術の有無、進行期分類、子宮内膜細胞診、CA125値は生存率に有意差は見られなかった。腹腔洗浄細胞診結果とIDSの完遂度(残存腫瘍径)との関係についても言及したい。

【総括】卵巣癌 NAC 症例では、IDS中の腹腔洗浄細胞診は、再発や予後の予測因子として有用と考えられた。

## ◇ワークショップ5

### コンパニオン診断の実際

#### WS5-1 コンパニオン診断の実際—現状と今後

大阪大学医学系研究科病態病理学・病理診断科

○森井英一(MD)

疾患の分子機構が次々と明らかにされた結果、分子標的薬が多く開発されている。分子標的薬の開発には多額の研究費がかかっており、その結果として薬価を高く設定せざるを得ない。そのため、使用しようとする薬剤が有効である症例かどうかを治療前に判別することの重要性が増している。コンパニオン診断は、治療有効性を判定するために薬剤と同時に開発された診断法である。世に出て久しいコンパニオン診断として、トラスツズマブの有効性を判定するHER2検査がある。HER2スコアの判定法は確立されており、多くの病理診断医が日常的に判定している。ただ、現時点では細胞診検体でスコアリングを行うことはできず、今後のエビデンスを積み重ねることが大切であると考えている。また、近年注目されている薬剤として、免疫チェックポイント阻害薬がある。この薬剤についても、ある種のものにはコンパニオン診断が必須とされている。今後導入される予定の分子標的薬と、その導入に伴うコンパニオン診断の問題点について概説したい。



## WS5-2 乳癌におけるコンパニオン診断の精度管理

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>

○草薙宏有(CT)<sup>1)</sup>, 大川千絵(CT)<sup>1)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2)</sup>,  
高木正之(MD)<sup>2)</sup>

同じ疾患において個々の患者により治療の効果や副作用には差がみられる。各患者の特異性をグループ化し、グループごとに効果の高い治療法を選択する個別化医療が推進されている。また、各患者において治療効果の高い薬剤の適否を決める検査がコンパニオン診断であり、その検査法は、PCR や FISH 法等による遺伝子検査や免疫組織化学であるため、病理検査の重要性と責任は益々増しているのが現状である。エストロゲンレセプターやプロゲステロンレセプターは、ホルモン依存性乳癌において、その増殖に関与していることが報告されている。治療法としてホルモン療法の有効性が認められており、免疫組織化学的検索が重要となる。HER2 遺伝子の増幅は乳癌患者の約 20% でみられ、予後不良群とされている。HER2 遺伝子の増幅あるいは遺伝子産物である HER2 タンパクの過剰発現が認められた患者には、ヒト化されたモノクローナル抗体であるトラスツズマブが抗体治療薬として効果が高く、治療薬の適否は、FISH 法や免疫組織化学的検索が重要となる。適正な検査手順、標準化された判定基準が示される中、精度管理として今回着目したのはホルマリン固定である。ホルマリンの種別、固定時間について推奨される基準はあるが、乳腺針生検と手術材料で同じ条件でよいのか疑問がある。当院においては、一部の手術材料で固定不良状態での切り出しや追加固定等が行われているのが現状である。針生検と手術材料で固定による影響がどの程度存在するのか、2015 年 1 月から 2016 年 12 月までの 2 年間に、同一患者で針生検と手術材料による HER2 FISH が行われた 48 症例を対象に検証したい。

## WS5-3 胃がん HER2 検出に際し日々思うこと

土浦協同病院病理診断部

○池田 聡(CT)

当院では乳がん、胃がんに対し HER2 の IHC, FISH 検査を院内検査している。今回、私が特に胃がん HER2 検査実施に際して日々感じている点について皆様とともに考えてみたい。HER2 の判定は 2015 年に日本病理学会が定めた胃癌・乳癌 HER2 病理診断ガイドラインガイドラインに基づいて行なわれている。この判定基準によれば生検と手術例ではクライテリアが異なっており、この点は乳癌のものとは異なっている。乳がんや胃がん手術例では強い HER2 の発現が 1 切片の腫瘍細胞の 10% 以上を占めることが陽性例となる基準であるが、生検例ではこの 10% ルールは適応されず、5 個以上の細胞集塊で強い発現があれば 10% 以下でも陽性と判定する。このように手術例と生検例で判定基準が異なる理由として胃がん組織内での HER2 蛋白の腫瘍内不均一性が高いことが挙げられている。これは同一の腫瘍、同一の切片内でもしばしば観察される。境界域の症例では FISH 陽性の例も多い。このため手術例の検査では複数のブロックを用いた検索が必要ではないかと感じている。また、HER2 蛋白が過剰発現する胃がんの組織型には特徴があることも知られている。HER2 陽性例は高分化型に症例に多く、特に乳頭腺癌では高率に陽性となる。実際の測定に関しては、蛍光顕微鏡下での観察はどれが例えば低分化な例では腫瘍細胞であるのか計測に苦労する場合があります。この場合の対策として蛋白 + FISH 二重検出は有用かもしれない。検査運営にあたっては抗体試薬の適性使用に加えて自施設の陽性率のモニタリングは重要であり、たとえば極端にスコア 3 が少ない場合などはその施設の標本作成や検出方法を見直す必要性を示している。



#### WS5-4 ALK 陽性肺癌における分子病理診断の精度管理

久留米大学病院病理診断科・病理部

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

ALK 陽性肺癌は、肺原発腺癌の 3-5% に認められ、クリゾチニブやアレクチニブなどの分子標的治療薬に著効すると報告されている。分子病理診断を行うにあたって、採取検体の取り扱い方法に関するプレアナリシスは特に重要である。ホルマリンは化学的修飾が強く、固定時間、濃度や固定液の種類によって核酸の断片化の程度が異なるため中性緩衝ホルマリンの使用が推奨されている。従って 10% 中性緩衝ホルマリンと 20% 非緩衝ホルマリンの固定時間と固定液の種類が IHC と ALK-FISH についてどのような影響を与えるか理解しておくことは重要である。アナリシスに関して IHC は自動免疫染色装置が普及し、プロトコールや試薬などの精度管理などが行いやすい。しかし現時点において ALK-FISH は、染色手技や染色プロトコールに影響されやすいため、施行者のトレーニングや施設間の統一性が必要になる。ポストアナリシスに関して本院では ALK-FISH を施行する際、全ての症例に対して 2 名で FISH シグナルを観察し、標本の適否とスプリットシグナルをダブルチェックし、精度管理を行っている。一般的に ALK-FISH と IHC は高い相関関係を示すが、海外学術雑誌において IHC 陰性/FISH 陽性症例や IHC 陽性/FISH 陰性症例などの不一致の報告がなされている。我々も同様に生検検体において ALK-FISH と IHC の結果が不一致した症例を経験している。今回の発表では ALK 陽性肺癌の分子病理診断について組織検体およびセルブロック検体を用い、プレアナリシスからポストアナリシスについて自験例も交えて報告する。

#### WS5-5 当施設における肺癌 EGFR 遺伝子変異検査の現状と課題

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・病理部<sup>2)</sup>, 北海道大学病院コンパニオン診断研究部門<sup>3)</sup>

○安孫子光春(CT)<sup>1)</sup>, 清水知浩(CT)<sup>1)</sup>, 丸川活司(CT)<sup>1)</sup>,  
畑中 豊<sup>3)</sup>, 松野吉宏(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】肺癌 EGFR 遺伝子変異検査は、非小細胞肺癌、特に腺癌に対する EGFR 阻害剤の治療効果予測のためのコンパニオン診断として実施されている。当施設においては、2014 年 7 月から院内検体はもとより、保険医療機関間連携による道内 4 施設の検体を対象に本検査を実施している。今回、当施設における EGFR 遺伝子変異検査の現状と課題について検討した。

【対象・検討内容】2014 年 7 月から 2016 年 9 月に当施設で EGFR 変異検査を行った 561 症例を対象とし、検体種別陽性率を算出した。全体としての陽性率は 26.6%、細胞検体（擦過ブラシ洗浄液、胸水など）373 症例では 27.9%、FFPE 検体（手術材料、生検など）188 症例では 23.9%であった。FFPE 検体については、組織診断結果が判明している、手術材料 46 症例、生検材料 81 症例の陽性率は、各々 30.4%、25.9%であった。これまでの他施設による報告では、細胞検体に比して、腫瘍量（腫瘍割合）の確認が可能な FFPE 検体での陽性率が高いとされているが、当施設においては、逆に 4% 程低く、手術材料と生検では、生検が 4% 程低い結果となった。これをふまえ、細胞検体において変異が検出され、同時期に生検が実施された 8 症例について、変異が検出されるか否かの検証を行った。また、リンパ節穿刺吸引生検において、画像解析による腫瘍占有率の算出を試みた。

【結果・まとめ】生検 8 症例全てにおいて、細胞検体と同じ変異が検出され、TBNA における腫瘍占有率は、概ね 10% 以上の結果であった。生検を中心に、腫瘍細胞の占有率、ゲノムの品質、検出系等についての検討を行ったが、問題点は見出せなかった。しかし、今後更にプレアナリシス段階を含めた検討が必要と思われた。

## ◇ワークショップ 6

## 子宮頸部腺系病変の細胞診と臨床的取扱い

## WS6-1 子宮頸部腺系病変の細胞診

熊本赤十字病院病理診断科

○長峯理子(MD)

ベセスダ分類 2001 (第 2 版) では、腺系病変について第 1 版で使用されていた AGUS (Atypical glandular cells of undetermined significance) という分類がなくなり、AGC (Atypical glandular cells) へ変更された。一方、ベセスダ分類 2014 (第 3 版) は、腺系病変については大きな変更点はなかった。

AGC について『産婦人科診療ガイドライン-婦人科外来編 2014』では、「異型腺細胞と訳され、腺に異型があるが上皮内癌 (AIS) とするには異型が弱いもの、あるいは腺癌が疑われるが断定できないもの、の 2 つの概念が含まれる」と要約しているが、実際の判定にあたっては、事態はそう単純ではないということは周知の事実であろう。同ガイドラインでは AGC 判定の場合は直ちにコルポスコピー・生検 (状況によっては内膜組織診も) を行うことが推奨 (B) されており、AGC は患者への心理的・身体的、そして医療経済的にも負担の大きい判定であるといえる。

さらに、AGC 判定後の組織生検・切除標本で実際に腺系病変が見つかる割合は約 10% (30-40% は良性、50-60% は扁平上皮病変) と報告されており、腺系病変についての陽性的中率は決して高くない。実際、ベセスダ分類 (第 3 版) では、AGC は具体的な前癌病変を意図するものではなく、高リスクであることを意味する、と記載されている。

本発表では、判定に悩むことの多い AGC を中心に子宮頸部腺系病変の細胞像・判定基準と概念を整理し、最新の文献データを合わせて概説する。可能な限り、日々の実業務に即した有用な内容にしたいと考えている。

## WS6-2 子宮頸部腺系病変の診断 AGC の臨床的取扱い

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>、がん研究会研究所病理部<sup>3)</sup>

○杉山裕子(MD)<sup>1,2)</sup>、小松京子(CT)<sup>1)</sup>、鈴木奈緒子(CT)<sup>1)</sup>、藤山淳三(CT)<sup>1)</sup>、古田則行(CT)<sup>1)</sup>、的田真紀(MD)<sup>2)</sup>、岡本三四郎(MD)<sup>2)</sup>、宇津木久仁子(MD)<sup>2)</sup>、高澤 豊(MD)<sup>3)</sup>、竹島信宏(MD)<sup>2)</sup>

子宮頸部の扁平上皮系病変では、異形成がその前癌病変と考えられており、ベセスダシステム上臨床的取り扱いも決まっている。しかし、子宮頸部腺系病変に関しては、発がんの原因が多様であり、前癌病変も決まっていない。2014 年ベセスダシステムでは、「異型 (内頸部/内膜/腺) 細胞は、特定の癌病変を指すのではなく、リスクが高いことを示す分類である。」と記載されており、臨床的取り扱いに関しても扁平上皮系病変のような明確な基準はない。当院では、頸部細胞診上、腺に異型があるが上皮内腺癌にするには異型が弱いもの、あるいは腺癌が疑われるが断定できない所見に対して、AGC (Atypical glandular cells) と診断してきた。今回は AGC と診断された症例の臨床的取り扱いを検討するために、細胞診で AGC と診断され、組織診が施行され、臨床的に経過観察が可能であった症例を対象とし、その細胞像と組織像を後方視的に調査研究した。AGC と判定された頻度は、従来法 (0.38%)、LBC (0.6%) 法であった。組織診の結果は、頸部病変以外に内膜病変、付属器病変も存在した。また扁平上皮系病変の合併も認めた。臨床的取り扱い上 AGC と判定された場合、コルポ診下の組織診、頸管・内膜細胞診または組織診がすすめられている。AGC の細胞診報告に際して、1. 頸部・内膜・子宮外か由来がわかれば記載する。2. 腫瘍性を示唆する所見があれば記載する。3. 併存する扁平上皮系の病変があれば記載する。ことが重要であると考えられた。また AGC を AGC-NOS, AGC-FN にわけて報告し、臨床的取り扱いを変更することは難しく、HPV 検査のような何らかのバイオマーカーが必要と考えられた。

## WS6-3 AGCと判定される病態と臨床経過の検討

東北大学産婦人科<sup>1)</sup>, 宮城県対がん協会細胞診センター<sup>2)</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害医学研究部門災害産婦人科学分野<sup>3)</sup>, 宮城県立がんセンター<sup>4)</sup>

○新倉 仁(MD)<sup>1)</sup>, 岡本 聡(CT)<sup>1)</sup>, 板橋育子(CT)<sup>2)</sup>, 海法道子(MD)<sup>1)</sup>, 徳永英樹(MD)<sup>1)</sup>, 豊島将文(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤朋春(CT)<sup>2)</sup>, 伊藤 潔(MD)<sup>3)</sup>, 田勢 亨(MD)<sup>4)</sup>, 八重樫伸生(MD)<sup>1)</sup>

ベセスダシステムで診断される AGC に関わる根本的な問題点としては、まずその診断基準が必ずしも高い再現性を持ったものとは言えないことがあげられる。そのため、AGC と判定される症例には様々な病態が含まれているのが現状である。これまでの報告でも子宮頸部腺系病変である AIS (従来の腺異形成を含む)、頸部腺癌のみならず、扁平上皮系の異型細胞や子宮内膜、卵巣、卵管由来など子宮頸部由来以外の異型腺細胞、また、化生変化など良性の変化も含まれるとされる。実際、当科において、2010年2月から2016年5月までに AGC と診断された 59 例中、過形成を含む良性変化は 16 例、子宮頸部腺癌(AIS を含む)は 9 例、CIN は 8 例、子宮内膜癌(増殖症を含む)は 23 例、他の悪性腫瘍は 3 例であった。NCCN ガイドラインでは 35 歳未満の子宮内膜癌の危険因子を伴わない症例ではコルポスコピー、子宮頸管内搔爬、HPV DNA 検査が勧められ、35 歳以上ならびに異型内腺細胞、異常出血または子宮内膜癌の危険因子を有する症例にはコルポスコピー、頸管内搔爬、内膜生検、HPV DNA 検査が勧められている。また初回トリアージに頸部細胞診の再検や HPV DNA 検査の単独施行は勧められていない。これらの精査によっても腫瘍性を示唆する診断がつかなければ経過観察となっている。長期にわたる経過でこの群の症例がどのように変化するかについて、1988 年から 2006 年に関連施設における検診 1069372 例中で AIS 以上の診断に至らず腺系の異常と診断された 574 例 (0.05%) のうち、経過観察可能であった症例の転帰についても検討し、報告する。

## WS6-4 子宮頸部腺系病変の細胞診と臨床的マネジメント

自治医大さいたま医療センター産婦人科

○今野 良(MD)

子宮頸部腺癌は子宮頸癌の 30% に達するほどに増加している。扁平上皮系の前駆病変 (CIN または、LSIL/HSIL) が検診によって早期治療されることによる相対的増加が背景と考えられる。そもそも、子宮頸部細胞診は SIL や扁平上皮癌のためのスクリーニング検査であり、腺系病変の評価には限界がある。浸潤腺癌と上皮内腺癌 (AIS) では、原因 HPV はほぼ同じで、16, 18, 45 型である。扁平上皮癌に比して、18 型の関与が大きい。AIS は浸潤腺癌の前駆病変と位置付けられているが、腺異形成 (glandular dysplasia) は、HPV が検出されないことから、腺癌の前駆病変とは考えられていない (WHO2014 病理分類)。異型腺細胞 (AGC : atypical glandular cells) は、主に、異型内頸部細胞と異型内膜細胞が含まれる。AGC の異型内頸部細胞は、AIS や浸潤性腺癌の判断基準の全てを満たさないが、いくつか認められる場合に用いられる。AGC の臨床的取り扱い、コルポスコピーと内頸部生検を行う。35 歳以上や内膜癌リスクのある場合には、内膜の評価も行う。AGC はリスクが高く、SIL, 扁平上皮癌、腺癌の併存していることがある。AGC の 25% が高リスク HPV 陽性で、その 50% に上記病変が検出される。しかし、2012ASCCP ガイドラインでは、AGC の管理方針の決定に HPV 検査は推奨されていない。組織学的に診断された AIS の治療は原則として、子宮全摘術であるが、妊孕性温存希望の場合には円錐切除が推奨される。腺系病変においても、HPV 検査や p16 免疫染色の有用性が報告されている。胃型腺癌は、HPV・p16 陰性で、かつ、細胞診での診断が困難であることが多いので、臨床像を契機に病理診断が求められる。

## ◇ワークショップ7

子宮頸部細胞診の精度管理—採取法, 採取器具, 標本作製から細胞診判定まで—

## WS7-2 異型細胞の検出率からみる精度の高い標本

株式会社日本セルネット<sup>1)</sup>, 日野記念病院<sup>2)</sup>, 長浜赤十字病院<sup>3)</sup>

○加藤順子(CT)<sup>1)</sup>, 満石真理(CT)<sup>1)</sup>, 野津陽子(CT)<sup>1)</sup>, 葛原琴路(CT)<sup>1)</sup>, 片岡美緒(CT)<sup>1)</sup>, 中澤孝夫(CT)<sup>1)</sup>, 村田健司(CT)<sup>1)</sup>, 岡田勝治(MD)<sup>2)</sup>, 行岡直哉(MD)<sup>3)</sup>, 天野 殖(MD)<sup>1)</sup>

本邦ではワクチン接種の混迷と子宮頸がん検診受診率の伸び悩みのため, 20歳代, 30歳代の若い世代では子宮頸がんの発生は増加傾向にある。子宮頸がんの発生を防ぐためには, 受診率をアップすることが最重要課題であるが, 子宮頸がん細胞診の重要性が高まる中, 細胞診精度の向上を図る取り組みも必要である。細胞診の精度は, 細胞検査士の診断技術と見落としだけでなく様々な要因が関わっている。

これまで採取器具の選別についての比較データをだして綿棒では判定に十分な細胞採取ができないことを紹介してきた。滋賀と京都ではすでに綿棒は妊婦以外使用不可となった。それにより両県の綿棒使用率は1割未満に減少し, 細胞採取が不十分な標本は減少した。しかし現在すべての不具合が無くなったわけではなく, 逆に塗り過ぎて細胞の詳細な観察ができない標本が増えてきた。また細胞をのせるために時間がかかり過ぎたことによる固定不良もしばしば見かける。

どこの施設でも不適正と判定される度にどんどん厚塗りになっていく。この状態を解消するための有効な手段として液状検体がある。液状検体は, 固定不良を起こすことなく, 血球や粘液等鏡検の妨げになる成分を取り除き, 細胞の詳細な観察ができる。液状検体の有用性を具体的に説明し, 直接塗抹法から液状検体に変更した際の異型細胞の検出率の比較データを紹介する。さらにASCとSILの比率を用いた品質保証について紹介し, 精度の高い標本には何が重要であるかについての考察を行なう。

## WS7-3 子宮頸部細胞診の精度管理—細胞診判定の現場から—

(公財) 東京都予防医学協会<sup>1)</sup>, (公財) 東京都予防医学協会婦人科<sup>2)</sup>

○吉田志緒子(CT)<sup>1)</sup>, 石山功二(CT)<sup>1)</sup>, 仲本美智子(CT)<sup>1)</sup>, 小松裕子(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤良彌(MD)<sup>2)</sup>, 長谷川壽彦(MD)<sup>2)</sup>, 木口一成(MD)<sup>2)</sup>

子宮頸部細胞診の精度管理には, 細胞採取から標本作製・細胞判定までの工程が関係している。検診検査機関に従事する私達は, その工程の中で細胞診の判定を担っている。今回, 子宮頸がん検診の成績を紹介するとともに, 精度管理となる指標と比較検討を行い, 細胞診判定の実際と問題点・課題点を報告する。

子宮頸部細胞診の多くが関係している子宮頸がん検診の精度管理には, 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」や, 「がん検診の精度管理のための技術的指針」が示されており, 検診のプロセス指標とその目標値が設定されている。検診・医療機関用のチェックリストも示されている。また近年, 精度管理に関する講習会の開催も多く, 精度管理の重要性が認識されている。今回, 本会の精度管理に向けた体制を紹介するとともに, 子宮頸がん検診の成績と要精検率・陽性反応的中度・がん発見率等の設定値の比較検討を行い, 本会の細胞診判定や精度管理における現状と課題を報告する。

また, CAP(College of American Pathologists)のチェックリストから, 細胞診の過大あるいは過小評価を判断する基準の一つとして用いられる, ASC/SIL比やASC-USのハイリスク HPV陽性率等を用いて本会の細胞診の成績を検討する。さらに本会には複数の専門医および細胞検査士が判定に関わっている。判定の個人差も精度管理には大きく関係すると考えられ, こちらも検討し併せて報告したい。



## WS7-4 LBCを用いた子宮頸部細胞診の精度管理

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>, 岩本督徳(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>

子宮頸部細胞診精度管理においては、正確度と再現性の管理が必要である。正確度は細胞診断の正しきであり、再現性には、サンプリングの問題、細胞診標本の作製、診断者間の診断のばらつきなどが含まれる。正確度は細胞診断と組織診断の対比で検証可能であるが、再現性には臨床医、病理検査技師、病理医など多くの要因が関係する。子宮頸部擦過細胞診においては、従来法では採取手技や採取器具の違いにより細胞診標本にはばらつきが多く精度管理上問題となるが、液状細胞診(Liquid based cytology : LBC)の導入は、採取器具や採取法の統一化により、サンプリングの個人差によるばらつきを減少させる。さらに塗抹が不要で乾燥のない標本を得られることなどにより、質の高い標本の作製が可能となる。また、LBCの種類ごとに標準化された細胞診検体処理により細胞診検体作製時や染色時に起こるエラーも少なくなることが期待できる。細胞診標本においては、細胞塗抹範囲が限定されていること、背景の炎症細胞が少なく細胞の重なりが少ない標本が得られることなどにより、スクリーニングの精度も上がるという利点がある。LBC標本においては、従来法による標本に比較してASCやSIL分類の割合が増加することが知られている。この要因としては、採取器具の進化による採取技術の改善や、スクリーニング範囲の減少、炎症細胞除去の影響によるスクリーニング精度の向上などが考えられる。子宮頸部細胞診の精度管理には、組織診断との対比による正確度の確認や、再現性の確認が重要である。再現性の向上にLBCの導入が果たす役割は大きいと考えられる。

## WS7-5 液状化検体法を中心とした対策型子宮頸がん検診成績の解析

新潟南病院婦人科

○児玉省二(MD)

【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】新潟県の平成16年度から平成26年度における、液状化検体数、不適正率、精検率、精検受診率、がん発見率の年度推移を分析した。検診精度は、平成26年度の暫定値、報告値、最終値(2年目)で比較検討した。新潟市においても同様な解析をした。

【結果】標本作成別割合は、平成17年度は63,333件(液状31.0%、直接69.0%)、平成26年度は75,574件(液状96.5%、直接3.5%)であった。不適正標本の率は、平成17年度19.9%から平成26年度0.03%に激減した。平成26年度の確定値は、精検率75.4%、がん発見率93.9(人口10万対)で暫定値と差が少なかった。平成26年度の検体作成法別では、A:不適正率、B:がん発見率、C:異形成発見率は、A:a直接0.19%(初診0.44%、再診0.06%)、b液状0.03%(初診0.04%、再診0.02%)、B:a直接113.5(初診220.8、再診57.6)、b液状111.1(初診223.5、再診38.4)、C:a直接832.4(初診1103.8、再診690.8)、b液状976.3(初診1665.9、再診530.5)であった。新潟市は液状法で、平成26年度の初診・再診別のBががん発見率とC異形成発見率は、B:198.8(初診296.4、再診70.2)、C:1702.9(初診2294.8、再診922.1)で、県全体より高い。これは、精検受診率が暫定値70.5%から最終値93.9%に上昇した影響であった。がん発見率は平成26年度から初診・再診は減少に向かった。

【結論】対策型子宮頸がん検診の細胞診精度は、液状検体法で不適正が減少し、がん発見は増加したのち初診・再診者ともに減少傾向を示した。しかし、その評価は熱心な追跡調査が必要である。



## ◇ワークショップ 8

## ASC 判定と追跡結果

WS8-1 子宮頸部細胞診ベセスダシステムにおける  
ASC-US の有用性と反省点—基調報告—

藤和会藤間病院病理検査<sup>1)</sup>, 藤和会藤間病院産婦人科<sup>2)</sup>,  
栗山会飯田病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 埼玉県立循環器・呼吸器病  
センター病理診断科<sup>4)</sup>

○大塚重則(CT)<sup>1)</sup>, 須藤結花(CT)<sup>1)</sup>, 林田ひろみ(CT)<sup>1)</sup>,  
白水健士(MD)<sup>2)</sup>, 堀 慎一(MD)<sup>2)</sup>, 清水 謙(MD)<sup>2)</sup>,  
鈴木雅子(MD)<sup>3)</sup>, 清水禎彦(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】2009年12月に日本産婦人科医会より, 子宮頸部細胞診の報告をベセスダシステム(以下TBS)に変更する旨の指導があった。当院でも2010年4月よりTBS・旧日母分類の併記で開始。同年11月よりTBSだけの報告へ完全移行した。TBSは子宮頸部細胞診の精度維持・向上を図る報告様式であり, その中に判定困難なカテゴリー(ASC, AGC)が設定された目的は, 鏡検における細胞診断の標準化を図ることであろう。したがって定期的にこれらを後方視的に検討することは, 子宮頸部細胞診の精度管理において必須事項である。

【当院におけるASC-USの経緯と実際】TBS導入当初(1か月間)におけるASC-USの報告頻度は全検体数の7%を超えるなどの混乱はあったが, 導入5か月後には5%以内に落ち着いた。また導入後約1年の精密検査結果ではASC-USの中から約7%のCINがみつかるなど, その有用性は確認できた。しかしCIN2, 3の病変も含まれるなどの反省点もあった。さらにHPV検査が実施された例では陽性率が30%台であり, 諸家の報告に比べ低い傾向であった。この点は炎症や萎縮性変化による細胞異型を捉えすぎている可能性も考えられた。以上の様に, 我々が判断したASC-USには有用性・反省点も多々ある。これらを踏まえて細胞像判断の調整を行いながら日常業務を行っているのが現状である。

【ワークショップの目的】本会で報告されているASC-USの成績は検診施設, 一般病院, がん専門病院, 大学病院など, 施設により成績が異なる印象を受ける。その中でも, とくに予防医学に携わる機会が多い検診施設に焦点を当て, 子宮頸部細胞診の更なる精度向上に向けて議論できれば幸いと考える。

## WS8-2 ASC-US 症例の追跡調査—臨床経過と細胞像の検討—

北海道対がん協会細胞診センター<sup>1)</sup>, 北海道対がん協会旭川がん検診センター<sup>2)</sup>, 北海道対がん協会釧路がん検診センター<sup>3)</sup>

○加藤 修(CT)<sup>1)</sup>, 田上 稔(CT)<sup>1)</sup>, 柴田尚子(CT)<sup>1)</sup>,  
和田恒之(CT)<sup>1)</sup>, 市川浩巳(CT)<sup>1)</sup>, 日野順子(CT)<sup>1)</sup>,  
中山 仁(CT)<sup>2)</sup>, 和泉東子(CT)<sup>3)</sup>, 佐々木隆之(MD)<sup>1)</sup>,  
藤田博正(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】ASC判定は診断者の微妙な主観的要素を有し, 再現性の低さや厳密なクライテリアの困難さがあるとされている。標準化が困難な判定基準であるが, 診断者間の極端な隔たりは混乱の要因となる。ASC-US症例の追跡調査を行い, 臨床経過と細胞像から問題点を検討した。

【対象】2010年4月から2015年3月の間に当施設を受診した358,830人の中でASC-USと判定され, 精密検査を受診した1,405人(中央値43歳)を対象とした。当施設の精密検査は原則HPV検査とコルポ診を施行し病変(+)には組織診を行っているが, 他施設では細胞診が主流である。

【調査結果】ASC-US症例はCIN疑639例, HPV感染231例, 炎症/反応性400例, 化生/予備細胞増生等135例であった。組織診断は良性(コルポ診(-)含)223例, CIN1:141例, CIN2:71例, CIN3:86例, SCC1例, 他11例。HPV検査は877例中273例が陽性, HPV型判定112例中16/18型37例, 他型75例でCIN3+の相対リスクは3.7である。細胞診追跡結果は陰性化1,039例, 陽性継続158例, 手術除外103例, 105例は細胞診未実施。標本再鏡検でASC-Hとすべき旁基底/小型異型細胞が出現している症例あり。

【まとめ】ASC-USにCIN2+が存在するのは事実であり, 病変の早期発見にはコルポ診を行うことが肝要である。HPV検査は陽性例の39.1%がCIN2+であり, 陰性例では91.4%が良性/CIN1であることからトリアージとして有用である。またHPV16/18型はCIN3+のリスクが高く, 早急なコルポ診が必要である。ASC-USはLSILとするには異型の弱い表中層型細胞の判定区分であるが, 問題点としてSILの定義を満たさない旁基底/小型異型細胞がASC-USと判定されている症例がある。これらはASC-Hと判定すべきであると考えられる。

## WS8-3 ASC-USの現状と追跡結果

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>, 河西西九三(MD)<sup>1)</sup>,  
黒川祐子(CT)<sup>1)</sup>, 早田篤子(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>

当施設では2011年4月から一部の市町村においてベセスダシステムと液状化細胞診(以下LBC法)を導入し5年が経過した。ASC-USは「意義不明な異型扁平上皮細胞」と定義されているが明確な細胞像が無い。我々は「表層細胞や中層細胞の変化として1)軽度核腫大 2)軽度クロマチン増量 3)2~多核細胞の出現 4)核周囲明庭の出現の有無」や「萎縮性変化を伴う時で1)軽度核腫大 2)核濃染 3)軽度核異型を認める」等の細胞所見がある場合にASC-USとしてきた。2011年度から2015年度の5年間の子宮頸がん集団検診401,803件(従来法332,168件LBC法69,635件)のうちASC-USは2,449件0.6%(従来法1,784件0.5% LBC法665件1.0%)であった。そのうち当施設で組織診を施行したのは516件(従来法365件・LBC法151件)であった。従来法ではCIN1が105件28.8%, CIN2が18件4.9%, CIN3が7件1.9%で, 229件62.7%では異常を認めなかった。同様にLBC法ではCIN1が89件58.9%, CIN2が7件4.6%, CIN3が4件2.6%で, 50件33.1%では異常を認めなかった。このようにASC-USには良性所見から腫瘍性病変まで幅広い細胞像が含まれている。このことからASC-USの二次検診でHPV検査を行った症例をHPV陽性群と陰性群に分け, 核所見(核腫大・クロマチン増量・部分的な核縁肥厚・2~多核細胞の有無・核型不整), 細胞質所見(コイロサイトーシスや核周囲ハローの有無・OG好性)について再鏡検し細胞像に相違があるか検討したので報告する。

## WS8-4 子宮頸がん検診ASC-US判定基準の検討

公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1)</sup>, 埼玉医療生活協同組合羽生総合病院<sup>2)</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>3)</sup>

○栗田和香子(CT)<sup>1)</sup>, 羽野健汰(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤奈美(CT)<sup>1)</sup>,  
佐藤美賀子(CT)<sup>1)</sup>, 神尾淳子(CT)<sup>1)</sup>,  
石橋真輝帆(MD)<sup>3)</sup>, 添田 周(MD)<sup>3)</sup>, 渡辺尚文(MD)<sup>3)</sup>,  
森村 豊(MD)<sup>2)</sup>, 藤森敬也(MD)<sup>3)</sup>

【目的】当施設では, ベセスダシステムを導入して約8年が経過した。今回ASC-US例の適正化に向け検討したので報告する。

【対象】2012~2014年度の3年間に於いて子宮頸がん検診でASC-USと判定された423例を対象とした。

【方法】1. 判定数と判定率, 2. 年齢分布, 3. 病理組織診結果, 4. HPV検査(HC2)結果を調査し, 細胞像を後方視的に検討した。なお, 比較対照として, ベセスダシステム導入直後2009~2011年度のASC-US(以下導入直後)を用いた。検定は,  $\chi^2$ 検定を行い $p<0.05$ をもって有意差ありとした。

【結果】近年3年間の子宮頸がん検診受診者224,779人中, 要精検数は2,146例(0.95%), ASC-USは423例(0.19%)であった。要精検に占める割合は19.7%, 全ASC判定の61.5%であった。年齢は20~49歳が354例で83.7%と大部分を占めていた。病理組織診は286例に施行され, CIN1は110例(38.5%), CIN2は44例(15.4%), CIN3は14例(4.9%)が検出された。HPV検査は328例に実施し, 陽性が230例(70.1%), 陰性が98例(29.9%)であった。HPV陽性例の病理組織診施行208例の結果は, CIN1が84例(40.4%), CIN2が27例(13.0%), CIN3は7例(3.4%)であった。導入直後のASC-USは228例, 要精検に占める割合は12.6%であり, 近年は有意に増加した( $p<0.001$ )。また, 病理組織診結果は, 192例中CIN1が59例(30.7%), CIN2が28例(14.6%), CIN3以上が25例(13.0%)だった。近年はCIN2以上の検出に減少傾向があり( $p=0.077$ ), CIN3以上の検出は有意に減少した( $p=0.002$ )。

【まとめ】ここ数年ASC-US判定率は増加しCIN2以上の検出率は減少した。導入当初より検討を重ね次第にASC-US判定が適正な方向に向かっていると思われる。HPV検査陽性の細胞像を含めて報告する。

## WS8-5 集団検診における ASC 判定の意義

大阪がん循環器病予防センター検査科<sup>1</sup>, 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部<sup>2</sup>

○田路英作(CT)<sup>1</sup>, 植田政嗣(MD)<sup>2</sup>, 国藤憲子(CT)<sup>1</sup>, 西山ひろみ(CT)<sup>1</sup>, 中川智美(CT)<sup>1</sup>, 杉本安莉(CT)<sup>1</sup>, 山本倫子(CT)<sup>1</sup>, 辻 佑妃(CT)<sup>1</sup>, 鳥居貴代(MD)<sup>2</sup>, 野田 定(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】当センターでは2009年度よりベセスダシステムを試験的に導入し, 2011年度以後ベセスダシステム単独の判定で運用をしている。ベセスダシステムにおけるASC判定の意義について検討したので報告する。

【対象と方法】2011年度から2015年度に実施した子宮頸がん検診78,053件を対象とした。これらのうち要精検者の精密検査結果を解析した。検診標本は, サイトピックスを使用し従来法で作製した。

【結果】要精検率は3.1%, 精検受診率は88.1%, 頸がん発見率(上皮内癌を含む)は0.13%(104例)であった。このうち, 対象中のASC-USの割合は1.5%, ASC-Hは0.1%, 全ASCに占めるASC-Hの割合は8.7%であった。ASC-US(1,160例)で, 初回精密検査時に組織診断が実施され, CIN以上の病変が確認されたのはCIN1が154例, CIN2が23例, CIN3が10例でCIN3は全て高度異形成であった。ASC-H(110例)の結果はCIN1が11例, CIN2が15例, CIN3が20例, 頸部腺癌が1例で, CIN3であった20例のうち4例が上皮内癌であった。今回対象としたACS症例の追跡調査により治療を確認できた39症例中, ASC-US19症例には2例の上皮内癌, ASC-H20症例には上皮内癌以上の病変は9例あった。なおASC-US症例で治療が確認できた症例のうち3例は, 初回精密検査では病変が確認されず経過観察中に治療されたCIN3であった。

【まとめ】今回の解析により検診にてASCと判定された症例には治療が必要な前がん病変が含まれている事が判明した。検診精度, 受診者利益などを考え合わせるとASCは必要な判定区分であり, ASCと判定された受診者には慎重な経過観察が必要と考える。

## ◇ワークショップ9

精度の高い液状検体の作製法(領域別トランスレショナルワークショップ)

## WS9-1 術中組織洗浄細胞診を用いた頭頸部細胞診断の検討

関西医科大学総合医療センター病理部<sup>1</sup>, 関西医科大学病態検査学講座<sup>2</sup>

○木下勇一(CT)<sup>1</sup>, 稲葉真由美(MD)<sup>1,2</sup>, 坂井仁美(CT)<sup>1</sup>, 保坂直樹(MD)<sup>1,2</sup>, 葛 幸治(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】凍結標本を用いた組織診断は術前には不明であった組織型の推定や術式の変更に極めて有用であり, 術中検査として広く用いられている検査法である。また, それに付随して捺印標本や圧挫標本を用いた術中細胞診もしばしば施行される。これらの2法は提出された組織の状態により困難な場合もあるが診断精度向上のためには同時に行うことが望ましい。今回我々はLBCを応用した術中細胞診について検討した。

【対象と方法】2014年から2015年までに行った頭頸部領域の手術中に迅速診断用として提出された68検体を対象とし, 大きな検体は半割, 一方を凍結標本作製に, もう一方を検診に用いた。また, 分割困難な小さな検体は全てを凍結標本作製に用い, 検診は検体を包んでいたガーゼまたはろ紙をPreservCytで洗浄し, Thin-Prep2000にてLBC標本作製, パパニコロー染色を施行した。染色後, 術中迅速標本ならびに摘出材料を用いた最終病理診断との比較をした。細胞診断は悪性・鑑別困難・良性の3段階で判定し, 組織型を推定した。尚, 細胞診断は全て最終組織診断を確認する前に盲目的に診断した。

【結果】術中組織診断/細胞診断, 術中組織診断/最終病理診断, 術中細胞診断/最終病理診断の判定の一致率はそれぞれ84%, 87%, 91%であった。術中組織診断・最終病理診断の不一致例の中には, 石灰化が強く, 適切な標本作製が困難だった3例が含まれるが, 何れの細胞診標本にも十分な細胞量が塗抹されていた。術中細胞診と組織診を合わせた最終病理診断との一致率は100%であった。

【まとめ】組織洗浄細胞診が術中組織診断よりも判定一致率が高かった。ワークショップでは実際の方法, 有用であった症例, 部位別データを提示する。

## WS9-2 Cellprep 法による婦人科細胞診の液状化検体としての評価

佐々木研究所附属杏雲堂病院検査科<sup>1)</sup>, 佐々木研究所附属杏雲堂病院病理診断科<sup>2)</sup>, 佐々木研究所附属杏雲堂病院婦人科<sup>3)</sup>, 大森赤十字病院検査部<sup>4)</sup>

○小瀬木輪子(CT)<sup>1)</sup>, 岩屋啓一(MD)<sup>2)</sup>,  
馬屋原裕子(CT)<sup>1)</sup>, 森田有香(CT)<sup>1)</sup>,  
高杉ゆかり(MT)<sup>1)</sup>, 菊池良子(MD)<sup>3)</sup>,  
馬屋原健司(MD)<sup>3)</sup>, 三宅清彦(MD)<sup>3)</sup>, 坂本穆彦(MD)<sup>4)</sup>,  
坂本 優(MD)<sup>3)</sup>

【目的】風圧併用型フィルター転写法 (Cellprep 法) を用いた液状化検体細胞診 (LBC) の子宮頸部病変について、細胞形態や病変検出率を明らかにする。

【方法】2014年3月から2015年6月の間、子宮頸部病変を経過観察中の220例を対象とした。従来法として直接塗抹標本作製した後、専用ブラシで採取した細胞をCellprep Plus<sup>R</sup>にて標本作製した。Cellprep 標本を直接塗抹標本と比較検討し、病理組織診断と照合した子宮頸部高度病変の検出精度を求めた。

【成績】Cellprep 標本は壊死物質、炎症性細胞、病原微生物、および粘液などの背景情報が保存された。細胞の大きさや形も従来法と比べて明らかな変化はみられず、Cellprep 標本における陰性例、陽性例を規定する細胞判定基準は従来法と変わらなかった。子宮頸部高度病変の感度は、従来法の83.3%に比べてCellprep 法では88.5%と有意に高かった。(P<0.05) 特異度 (従来法 vs. Cellprep 法: 97.6% vs. 95.3%), 陰性的中率 (88.6% vs. 91.7%), および陽性的中率 (96.4% vs. 93.4%) には明らかな差は認められなかった。

【結論】Cellprep 法は、従来の細胞判定基準を踏襲することが可能であり、さらに見落としが減少する。液状検体の重要性に加えて、形態診断の向上や均てん化を目指す具体的方策が望まれ、Cellprep 法は適した方法のひとつと考えられた。

## WS9-3 甲状腺 LBC 標本作製の工夫

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>, 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>

当院では甲状腺専門病院であり、2012年より塗抹後の穿刺針洗浄液を用いた LBC (CytoRich-RED を用いた SurePath 法) を通常塗抹 (合わせ法) と併用している。甲状腺穿刺吸引材料の LBC 標本作製するにあたり、当院で実施しているいくつかの工夫を紹介する。

1) LBC の適応: 穿刺医の判断によって、塗抹時に検体量が少ない場合・末梢血が混入した場合・乾燥した場合・診断に免疫染色が必要と判断した場合に LBC を適応しており、再度穿刺することによる患者の精神的負担や苦痛の軽減、不適正率の低下に寄与することになる。

2) 固定液: 甲状腺の穿刺吸引細胞診では、しばしば血液の混入がみられるので、溶血作用がある固定液 (CytoRich-RED) を用いる。固定液は、ボトルトップディスプレイや手動連続分注ピペットを用いて、遠心チューブに分注しておく。遠心チューブを使用することで、検体をそのまま遠心機にかけられるため、時間とコストの削減につながる。

3) 遠心チューブの設置台: 穿刺針を洗浄しやすいように、遠心チューブの太さや長さを考えて、専用の設計台を自作している。

4) 血液混入検体の針洗浄: 血液が混入した検体の場合、穿刺針内で凝血やフィブリンの析出が起こるため、塗抹後直ちに針洗浄することが望ましい。

5) LBC 標本作製法: 細胞収集のための遠心回数は2回と定められているが、1回でも十分であったことから、時間や経費の削減のために1回としている。セトリングチャンバーは洗浄して再利用し、経費の削減を図っている。



#### WS9-4 LBC 法を応用した内視鏡穿刺吸引採取による微小検体の On-site 検体処理方法

独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>

○中島真奈美(CT)<sup>1)</sup>, 松谷香奈子(CT)<sup>1)</sup>,  
阿部珠美(CT)<sup>1)</sup>, 東 学(CT)<sup>1)</sup>, 平紀代美(CT)<sup>1)</sup>,  
野口寛子(MD)<sup>2)</sup>, 鈴木宏明(MD)<sup>1)</sup>, 山城勝重(MD)<sup>2)</sup>

【背景と目的】近年, 内視鏡技術の進歩に伴い多くの深部臓器から微小検体の採取が可能となっている。その有効利用を目的に LBC 法を応用した On-site 検体処理方法を検討した。

【方法】遺伝子検索が必要な場合の未固定検体の確保, 組織診断用の良好な検体の採取を必須と考えた。細胞診断用には CytoRich Red 固定液(CyR)を利用する手順を組み入れた。

【EUS-FNA】穿刺で得られた検体はシャーレの上に排出し, 直ちに CyR 液を加える。ただし遺伝子診断が必要な場合は固形成分の一部を CyR 液を加える前に確保する。十分に溶血させた後に白色調糸状検体の一部を圧挫や捺印標本を作製する。その後糸状検体を CyR 液から 10%緩衝ホルマリン液に移しパラフィン包埋ブロック作製用とする。溶血した検体は全て回収し LBC 細胞標本用とし, さらに穿刺吸引終了後には穿刺針を CyR 液で洗浄した検体を回収し, LBC 細胞標本用とする。いずれも残り検体はセルブロック用として保存する。

【EBUS-TBNA】シャーレの上に排出された液状検体の一部を取り出して塗抹標本を作成する。残りに CyR を加え, 十分に溶血させる。溶血されなかった固形物はホルマリン液に移しパラフィン包埋ブロック作製用とする。溶血した検体は全て回収し LBC 細胞標本作成用とする。さらに穿刺針は生理食塩水で洗浄し, 遺伝子検査用とする。

【結果】On-site 検体処理により遺伝子検索は良好な結果が得られた。CyR 液での溶血により病変部を的確に選別/採取することができ, また CyR 液中に含まれる細胞を回収し LBC, セルブロック標本も作製することが可能となった。鏡検枚数は大幅に減少し, かつ良好な標本が得られ, 効率よく腫瘍細胞を検出することができた。

#### WS9-5 液状化細胞診を用いた肺癌の細胞診断とセルブロックを用いた EGFR 遺伝子変異解析の試み

久留米大学病院病理診断科・病理部

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

液状化細胞診は婦人科領域を中心に普及してきた新しい技術であり, この効果として標本作製時の乾燥を防ぎ, 細胞回収率が向上すると言われている。一方, 非婦人科領域においても液状化細胞診は徐々に応用されつつあり, 当院では 2010 年から呼吸器領域において, CytoRich Red を用いた SurePath 法の液状化細胞診を導入している。我々は以前, 気管支擦過液状化細胞診と組織診が同時に施行された症例の診断精度について検討を行った。その結果, 悪性判定とした症例の組織型一致率は, 免疫細胞化学を併用した症例を含めて 94.2%であったことを本学会で報告した。また, 我々は CytoRich Red 固定液が抗原性の保持に優れていることも検証している。近年ゲフィチニブ, エルロチニブあるいはクリゾチニブのような分子標的薬剤が肺癌患者の治療に導入され, 切除不可能な進行性肺癌患者にとって生検および細胞診などの小サンプルを用いた遺伝子診断は治療方針のために重要となった。また, コンパニオン診断は特定の医薬品の有効性や安全性を一層高めるために, 専用の検査キットが各々の薬剤と組み合わせられており, 検査方法は今まで以上に厳密化されている。当院で使用しているコバス z480 による EGFR 遺伝子変異解析は, FFPE を用いた解析が必須である。そのため, 細胞材料を用いた EGFR 遺伝子変異検査を行う場合は, 液状化細胞診検体からセルブロックを作製した FFPE サンプルを用いて解析を行っている。本ワークショップでは, 液状化細胞診検体を用いたセルブロック作製とその EGFR 遺伝子変異検査への応用を中心に報告する。



**WS9-6 細胞診検体の優れた液状処理技術—品質管理とベストプラクティスの共有—**

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附属病院産婦人科<sup>4)</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>5)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属病院病理学講座<sup>6)</sup>

○梅澤 敬(CT)<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>, 岡本愛光(MD)<sup>4)</sup>, 沢辺元司(MD)<sup>5)</sup>, 池上雅博(MD)<sup>6)</sup>

FNACは表在性臓器を中心に行われ、甲状腺や唾液腺腫瘍では確立された領域である。近年、EUS-FNAの技術革新が目覚ましく、胸腹部腫瘍やリンパ節など多岐に渡る病変に対しアプローチが可能となり、積極的に実施されるようになった。そのため微量検体が対象となっており、EUS-FNAを最大限に生かす検体処理技術の改良が必要である。慈恵医大ではdirect-to-vialによるLBCを、2013年附属病院の全細胞診検体に、2016年葛飾医療センターの細胞診に導入し、基本的に1例1枚のLBC標本で実施している。LBC導入の目的は、採取した検体を100%回収し直接塗抹で生じるアーチファクトや、標本作製の個人差を排除して検体不適正を減少させることである。Direct-to-vialでは、検体を直接保存液に洗い出すといったシンプルな方法であり、検体回収から標本作製までを一元化し、FFPE標本作製頻度を高め、多岐に渡る細胞診領域への導入が可能である。特にBDシュアパス法は、不適正をゼロ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。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た技術は、細胞診検査の最適手段であり、その高い液状処理技術のベストプラクティスの共有は、標準化された優れた手法の普及・拡大に寄与する。今回、婦人科領域では、子宮頸部、子宮内膜、膣断端、FNACは甲状腺、唾液腺、膵腫瘍・粘膜下腫瘍EUS-FNA、擦過は口腔、ERCP下細胞診の4年分のデータを分析し、direct-to-vialによるLBCの診断精度について組織診断と比較し報告する。

**WS9-7 精度の高いLBCの作製法を目指して—3方法の標本作製および細胞所見の特徴—**

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科

○則松良明(CT)

本邦において主に用いられている液状化検体細胞診(LBC)法は標本作製原理によって、重力による細胞沈降法(シュアパス; SP法, タクス; TC法)とフィルターによる細胞転写法(シンプレップ; TP法)に大別される。さらに固定液等も異なることから、各LBC標本での細胞の塗抹量や形態の差異が予測される。したがって、各領域における精度の高いLBC標本の作製には、各LBC法の特徴の把握が必須である。我々は上述のLBC3法について、子宮体癌材料での細胞所見(集塊数、集塊長径、核面積、核重積等)の比較(医学検査 vol.62: 383-390; 2013)、甲状腺や乳腺等の7領域での細胞所見(塗抹量、核クロマチンと細胞質の保持、背景の炎症所見、判定の可否)の比較(医学検査 vol.65 掲載予定)を行った。その結果、TP法の標本品質は他法より有意に劣っていた。また、SP法の固定液は婦人科用(Gyne)、非婦人科用(Red, Blue)の3種類あるが、その成分は異なっているため、溶血能力と蛋白凝集抑制作用について比較(医学検査 vol.64: 475-482; 2015)を行った。その結果、Blueは他法より有意に劣っている、GyneはRedよりもホルムアルデヒド濃度が低量のため、時間経過とともに蛋白凝集抑制が低下することが判明した。以上のことより、同じLBC法でも標本作製原理や固定液等が異なると、細胞所見や判定精度に差異が生じることから、それぞれの特徴を理解した上での各領域におけるLBC法の選択が必要である。

## ◇ワークショップ 10

## EUS-FNA の細胞像

## WS10-1 EUS-FNA の細胞像～画像診断と組織診断～

鳥取大学医学部機能病態内科学<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座<sup>2)</sup>

○松本和也(MD)<sup>1)</sup>, 武田洋平(MD)<sup>1)</sup>, 斧山 巧(MD)<sup>1)</sup>, 川田壮一郎(MD)<sup>1)</sup>, 菓 裕貴(MD)<sup>1)</sup>, 孝田博輝(MD)<sup>1)</sup>, 山下太郎(MD)<sup>1)</sup>, 広岡保明(MD)<sup>2)</sup>, 磯本 一(MD)<sup>1)</sup>

膵癌診療ガイドラインが2016年10月に改訂され、診断に関しては「各種画像検査により膵腫瘍の質的診断がつかない症例では、治療開始にあたり組織もしくは細胞診による確定診断が望ましい」から「可能な限り病理診断を行う」に改訂され、治療前の病理組織学的診断の重要性が認知されつつある。この背景には、膵腫瘍に対し病理学的診断を実施すると、浸潤性膵管癌の占める割合が80%程度で、各疾患で治療方針が異なることが要因として挙げられる。一方で、我々はEUS-FNAで浸潤性膵管癌と誤診した膵リンパ上皮嚢胞も経験しており、画像診断に精通する意義も痛感している。膵腫瘍は充実性病変と嚢胞性病変に大別される。充実性病変は、浸潤性膵管癌、腫瘍形成性膵炎、神経内分泌腫瘍、転移性癌、腺房細胞癌があり、膵嚢胞性病変としては、腫瘍性嚢胞(IPMN・MCN・SCN)、二次性嚢胞(浸潤性膵管癌・慢性膵炎に由来する貯留嚢胞や仮性嚢胞、SPN・膵神経内分泌腫瘍・腺房細胞癌に由来する壊死性嚢胞)、先天性嚢胞、特発性嚢胞(単純嚢胞)がある。このうちEUS-FNAの適応病変は、全ての充実性腫瘍、穿刺ルートに嚢胞を介在しない二次性嚢胞性病変である。各種画像検査からこれらの疾患を見極め、検体提出時に的確な画像診断情報を病理医および細胞検査士に提供することが肝要である。本稿では、各種膵腫瘍の典型画像の供覧ならびに画像診断の限界について病理組織学的診断の意義も含めて概説する。

## WS10-2 膵臓の結節性および嚢胞性病変のEUS-FNA 検体の細胞診像-組織像, 画像との対比の有用性

東京都健康長寿医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 東京都健康長寿医療センター内視鏡科<sup>2)</sup>

○松田陽子(MD)<sup>1)</sup>, 江坂四季音(CT)<sup>1)</sup>, 今泉雅之(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>, 松川美保(MD)<sup>2)</sup>, 鈴木明美(CT)<sup>1)</sup>, 西村 誠(MD)<sup>2)</sup>, 新井富生(MD)<sup>1)</sup>

難治性の膵癌の早期診断には、超音波内視鏡下穿刺吸引法(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: EUS-FNA)による診断が極めて重要であるが、検体量が少量のため診断に苦慮することが多い。そこで我々は、cell block作成と免疫染色をルーチンで行い、細胞像と組織像、免疫染色結果を合わせて診断している。粘液形質マーカーMUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6, 遺伝子変異マーカーp53, SMAD4, 増殖能マーカーKi67等の免疫染色を実施することで、良悪の判定や胃十二指腸粘膜の混入を正確に判定可能である。また、臨床医の協力により、EUS画像所見と細胞像の対比を定期的実施している。EUSで結節性病変、嚢胞性病変(単房性、多房性、多発性)、嚢胞内結節性病変、膵管拡張といった画像所見が得られた場合に、膵悪性腫瘍が疑われ、EUS-FNAが実施されている。結節性病変の場合には、検体が十分量採取され、細胞診で腺癌の診断に至ることが多い。嚢胞性病変の場合には、EUS-FNA検体採取量が少ないことや、嚢胞液検体での細胞変性のために、診断が困難となることを多く経験する。また、嚢胞性病変の多くは膵管内粘液性腫瘍であるため、細胞診で良性から悪性の様々な像が認められ、診断に苦慮する。嚢胞径および壁肥厚やmural noduleの有無、部位等の画像情報が細胞診診断に極めて重要である。以上より、細胞像と組織像、画像所見の統合的理解により、膵臓のEUS-FNA検体の診断精度の向上が可能となる。今回我々は、膵臓のEUS-FNA検体の細胞像、組織像、及び画像所見について、具体例を提示し、診断のキーとなる所見について述べたい。

## WS10-3 膵領域の小型円形細胞よりなる腫瘍の鑑別

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>,九州大学大学院病態制御内科学<sup>3)</sup>,九州大学大学院臨床・腫瘍外科<sup>4)</sup>

○大久保文彦(CT)<sup>1)</sup>, 仲 正喜(CT)<sup>1)</sup>, 寺戸信芳(CT)<sup>1)</sup>, 野上美和子(CT)<sup>1)</sup>, 古賀 裕(MD)<sup>1,2)</sup>, 大石善丈(MD)<sup>1,2)</sup>, 小副川敬(MD)<sup>3)</sup>, 麻生 暁(MD)<sup>3)</sup>, 中村雅史(MD)<sup>4)</sup>, 小田義直(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】EUS-FNAは、ベッドサイドでのヘマカラー染色像を基に優先すべき検体処理を行ってきた。2009年1月から2016年11月までにEUS-FNAで経験した膵臓および周辺組織の小型円形細胞よりなる主な腫瘍は、神経内分泌腫瘍(NET)89例, Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN)6例, paraganglioma (PG)3例, 腺房細胞癌5例であった。

【神経内分泌腫瘍について】NET89例の検討では、感度95.5% (85/89)であるが、細胞診と組織診結果の乖離を14例(細胞診のみ5例, 組織診のみ9例)認め、検体処理の影響が考えられた。2013年8月から、セルブロックを作製せず組織片の重なりを防ぐパラフィン包埋を実施してきた。その結果、対象期間のNET41例では組織診断は全例診断可能(2例疑い)であり、有効な方法であることが示唆された。

【細胞像について】NET G1-2では、偏在した類円形核を示し、細から粗顆粒状クロマチン、核不整は認めなかった。また細胞質は顆粒状で細胞境界は明瞭であった。SPNは類円形から楕円形核で、細顆粒状の核クロマチンを示し、また細胞質は豊富で泡沫状多角形、fiber状で細胞境界は不明瞭であった。PGの腫瘍細胞は顆粒状の核クロマチンで、細胞質は泡沫状多角形で境界は不明瞭であった。一方、腺房細胞癌は、腺房構造や核小体が目立つこと等が診断の参考になった。

【細胞診の免疫染色について】NETは神経内分泌マーカーに陽性を示すが、PGも陽性を示した。SPNはVimentinに陽性を示し、腺房細胞癌はtrypsinが有効であった。

【まとめ】小円形細胞からなる腫瘍は、ベッドサイドでのヘマカラー染色像を基に適切な検体処理を行い、免疫染色を実施できる組織検体の確保を優先させることが重要である。

## WS10-4 EUS-FNAの細胞像と免疫細胞染色

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>, 竹中明美(CT)<sup>2)</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>, 富田裕彦(MD)<sup>2)</sup>

超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は2010年4月に保険収載されて以来、全国の各施設に普及してきており、膵腫瘍性病変の診断において必要不可欠な手法となっている。当センターでも2003年4月からEUS-FNAを行っているが、その件数は年々増加している。その内訳は、膵管癌が大多数を占めるが、自己免疫性膵炎、腫瘍形成性膵炎など良性病変の他に、転移性膵腫瘍や比較的稀な腫瘍とされている、小型円形細胞が主体で出現する神経内分泌腫瘍, Solid-pseudopapillary neoplasm, 腺房細胞癌も経験する機会が増えつつある。当センターでは、細胞検査士が現場に出向き、shorr染色液を用いた迅速細胞診検査を行っている。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も行い、穿刺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。現場で採取された検体は、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LBC標本を用いた免疫細胞染色を施行している。細胞診検体を用いるメリットは、組織診に比べて迅速なことが挙げられる。その多くは、非膵管上皮由来の充実性腫瘍(神経内分泌腫瘍, SPN, 腺房細胞癌)の鑑別であるが、時に検体採取量が少なく免疫細胞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、Synaptophysin, ChromograninA,  $\beta$ -catenin, CD56, Trypsinなどから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EUS-FNAの現状と検体処理法、各組織型における特徴的な細胞像と免疫細胞染色について報告する。

### WS10-5 胆膵領域の EUS-FNA においてコンタミネーションにより診断が困難であった症例の細胞像

金沢大学附属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 金沢大学人体病理学<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>, 藤山桃子(CT)<sup>1)</sup>, 池田博子(MD)<sup>1)</sup>, 原田憲一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) は胆膵領域, 消化管粘膜下腫瘍をはじめとした腫瘍性病変に有用とされている。2010 年に保険収載されて以降, その数は年々増加し, 当院では 2013 年 6 月から細胞検査士が内視鏡室に出向き, 標本を作製, その場で鏡検する on site cytology を導入した。

【方法】シャーレに押し出された穿刺材料の性状を確認し, イトミズ様組織片があった場合, 一部を細胞診検体用, 残りを組織診検体とする。細胞診検体は圧挫またはすり合わせ法を行い, 1 枚はパパニコロウ染色用, もう 1 枚は迅速ギムザ染色用とする。穿刺針を生食で洗いセルブロック用とする。ヘマカラーにてギムザ染色を行い, 鏡検する。その場で診断可能な細胞量が採取されているかを判断し, 実施医に伝える。

【細胞像】細胞採取に立ち会うことにより, 超音波画像で穿刺針が腫瘍的中していることを確認しているが, 実際の細胞診標本内には本来の腫瘍細胞以外に正常の消化管上皮細胞や間葉系細胞, 扁平上皮細胞など由来不明な細胞が含まれていることがたびたびある。時に腫瘍細胞よりもコンタミネーションと思われる細胞の採取量が多く, 迅速ギムザ染色のみで細胞判定をする場合, 困難な症例がある。ギムザ染色では, 細胞が膨化し, 核クロマチンの性状が不明瞭なため, 核の大小不同や核間距離, 配列の乱れなどの細胞構造での判断が求められる。

【まとめ】on site cytology を導入したことにより, 実施医とのコミュニケーションを取りながら検体が採取されるため, 診断に有用な情報が得られ, より正確な診断ができるが, 時には意義不明な細胞の混入が見られ, 診断に苦慮することがある。今回はその細胞像を提示し, 診断精度向上を目的とする。

### WS10-6 ROSE における細胞検査士の役割とその細胞像

大阪赤十字病院病理診断科<sup>1)</sup>, 大阪赤十字病院消化器内科<sup>2)</sup>

○稲山久美子(CT)<sup>1)</sup>, 浅田全範<sup>2)</sup>

当院では 2008 年 10 月より超音波内視鏡下穿刺吸引術 endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration : EUS-FNA を導入している。2016 年 3 月までは細胞検査士は現場には出向していなかったが, 2016 年 4 月より臨床からの強い希望のもと, 穿刺回数を減らす目的でオンサイト細胞診 rapid on-site cytological evaluation : ROSE を開始した。当院では迅速染色として Diff-Quicks 染色と Shorr 染色を行い, 内視鏡医と共に鏡検している。この 2 つの染色を併用することによる長所, 短所と細胞像を提示する。また ROSE は細胞・組織採取率を改善するために行うのであるが, 我々が採取量が不十分と判定することは, 穿刺を追加して行ってもらうことを意味する。すなわち内視鏡医と患者への負担を強いることである。単純に採取された組織の量だけを判定すればいいというものではない。壊死組織ばかりが採取されたとき, 術前に悪性と推定している症例で正常細胞のみが採取される時, 免疫染色が必要な組織型が採取されてきたときなどは内視鏡医に追加穿刺を要求しなければならない。しかしむやみに穿刺回数を増やすわけにはいかない。不十分な検体を観察して, 限られた時間の中で, できる限りの組織型, 病態を推定する必要がある。第 7 版膵臓取り扱い規約では膵臓細胞診が記載され, 報告様式と判定が提示されている。今日, 膵癌診療において細胞診は治療方針を決定する大きな役割を担っている。正診率を向上するため ROSE の現場で行う細胞判定, 病態の推定を提示したい。



## ◇細胞検査士会ヤング committee ワークショップ

## 細胞診の内部精度管理

## YC-1 当院における細胞診内部精度管理の取り組み

滋賀医科大学医学部附属病院病理部

○林 裕司(CT)

当院は年間細胞診件数約6000件、組織診件数約9000件、細胞検査士7名の病理部である。細胞検査士の経験年数は30年から1年とまちまちであり、判定基準が必ずしも一致せず、意見の分かれる症例も少なからずある。判定基準について、ある程度の統一性を目指すため、当院が取り組んでいる現状を3つに分けて報告する。まずは、細胞検査士が複数いる施設では日常的に実施していると思われるが、ダブルチェックである。当院で使用している病理検査システムでは、細胞検査士の所見が三名まで登録出来るようになっており、クラIIb以上の判定がついた症例については、ダブルチェックを行い、細胞診専門医に標本を渡す。複数の細胞検査士、細胞診専門医の所見と判定を見ることが可能で、自分の意見との違いを確認出来るようになってきている。しかし、「この細胞をどう判定したのか?」「この細胞は引っかけなければならないのか?」といった細かいことが分からないことがあるので、特に気になる症例があった時は、直接顕微鏡をみてディスカッションを行っている。次に、病理部内でのカンファレンスである。これは、細胞診と組織診で判定や意見が食い違った時や、細胞診専門医の意見を詳しく聞きたい時などに細胞検査士、細胞診専門医でディスカッション顕微鏡を見ながら意見交換をする。最後に、取り組みを始めたところであるが、臨床カンファレンスへの参加である。画像診断や、臨床診断などを聞くことにより勉強になることが多い。以上、通常ルーチンで行っている施設内での細胞検査士どうし、細胞検査士と細胞診専門医のいわゆる「目合わせ」を目指した当院での取り組みを紹介する。

## YC-2 県立病院間でのバーチャルスライドを用いた細胞診精度管理に向けての取り組み

兵庫県立柏原病院

○堀越裕子(CT)

当院は2010年からバーチャルスライドを用いて、兵庫県立がんセンターと専用回線で術中迅速病理組織診断を行っている。このシステムを利用し、細胞診においても判定に苦慮した症例を中心に、細胞検査士同士で意見交換をしている。昨年度からは、兵庫県立尼崎総合医療センターとの専用回線を利用して、三病院間での意見交換が可能となった。

細胞診標本は組織標本と比べて厚みがあり一面だけの取り込みでは評価が難しい為、立体的な細胞集塊の観察ができるように複数の面を取り込む工夫をしている。また、全ての面を取り込むと、データ容量が非常に大きくなり、取り込みに時間を要してしまう為、ある程度取り込む範囲を絞っておく必要がある。このような細胞像のデータを蓄積していく事が、今後は細胞診の精度管理にも繋がっていくのではないかと考える。



### YC-3 ISO 取得を目指した内部精度管理の取り組み

順天堂大学附属浦安病院病理診断科<sup>1)</sup>, 順天堂大学附属浦安病院産婦人科<sup>2)</sup>

○中村 博(CT)<sup>1)</sup>, 磯村 考(CT)<sup>1)</sup>, 市川彩果(CT)<sup>1)</sup>, 坪内優子(CT)<sup>1)</sup>, 岡崎哲也(CT)<sup>1)</sup>, 奥山直子(CT)<sup>1)</sup>, 喜納勝成(CT)<sup>1)</sup>, 橋爪 茜(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木千賀子(MD)<sup>2)</sup>, 泉 浩(MD)<sup>1)</sup>

2005年ISO15189に基づく臨床検査認定プログラムが公益財団法人日本適合性認定協会(JAB)と特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会(JCCLS)の協同開発によって開始されて以来2012年で第3版となり, 受審する施設も年々増加している。

病理検査室における精度管理はその特性上, 他の検査と比べ数値化等による客観性に欠ける部分があり, 管理上客観性を持たせることが重要である。日常業務を行う上で実際に管理していかなければならない項目として組織診断では固定からはじまり包埋, 薄切, 染色, 診断と多岐にわたることが知られている。一方, 細胞診においては標本作製(固定含), 染色, スクリーニング, 細胞診断と組織診断に比べて幾分少ないが, 各工程における管理は組織診断同様非常に重要である。

現状では, 当院における内部精度管理は国際基準を十分には満たしていない。ISOの要項として“スタッフ向けの継続的なあらゆる段階の教育プログラムが利用できる必要がある”“その職務の訓練時およびその後定期的に評価し, 場合によっては再訓練および再評価が必要である”“定期的な評価を繰り返し, その時々々の自施設の基準に照らして不合格であれば, 再訓練し再評価が必要であり, もしもそれでも力量が基準を満たさないのであれば, 必要に応じて実施制限も考慮が必要である”が掲げられている。

今回, LBC 標本にける ISO 受審・取得にむけて, 抜本的な変更を行う準備に取り掛った。その中でもシンポジウムに則した LBC の内部精度管理の手法を中心に報告を行う。

### YC-4 細胞診の内部精度管理に対する期待

弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座

○鬼島 宏(MD)

「細胞診の精度管理」は, 細胞診断自体の信頼性の確保に加えて, 診断精度の向上を図る観点から, 主として診断資質向上を目指した調査・診断支援である。具体的には, (1) 内部精度管理(施設ごとの精度管理), (2) 外部精度管理(医療関連団体が行う多施設の精度管理), (3) コンサルテーションを含む診断支援体系, (4) 細胞診講習会・症例検討会などの教育・啓発活動があげられる。これら精度管理の全体を考慮することで, 本ワークショップのテーマである「内部精度管理」を確実に実践することができるといえよう。一方, 細胞検査士・細胞診専門医が十分に配置されていない現状において, 個々の医療施設ないしは細胞検査士・細胞診専門医における細胞診断の信頼性を客観的に示すことは困難である。加えて, 細胞診断および病理診断では, 標準化された検体(絶対的に正しいと判断される検体)が存在しないため, 多くの施設でコンセンサスが得られる検体を標準化して用いている。このような現状に鑑みながら, 今我々が何をすべきなのか, 若手細胞検査士の視点に立つて, 細胞診の精度管理に関する課題と今後の展望について解説したい。

## ◇受賞講演

## 子宮頸部胃型腺癌の細胞像

神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 熊本大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 兵庫県立がんセンター研究部<sup>3)</sup>, 兵庫県立がんセンター婦人科<sup>4)</sup>, 兵庫県立がんセンター病理診断科<sup>5)</sup>

○川上 史(MD)<sup>1)</sup>, 三上芳喜(MD)<sup>2)</sup>, 須藤 保(MD)<sup>3,4)</sup>, 藤原 潔(MD)<sup>4)</sup>, 廣瀬隆則(MD)<sup>5)</sup>, 伊藤智雄(MD)<sup>1)</sup>

胃型腺癌は改訂 WHO 分類 (2014 年) に新たに記載された高悪性度の子宮頸癌の組織亜型である。組織学的には淡明あるいは淡好酸性細胞質で、細胞境界が明瞭な特徴的な像を示し、形態診断が可能であるが、ヒトパピローマウイルス検査陰性の子宮頸癌として診断に際する細胞診の有用性は高く、細胞像の正しい理解が望まれる。本研究では胃型腺癌の細胞像の特徴を、胃型腺癌 14 例の術前子宮頸部及び内膜スミア標本 (従来法) と通常型腺癌 20 例を比較して検討した。細胞診では、胃型腺癌 14 例中 11 例が腺癌、3 例が AGC と判定された。胃型腺癌では粘液性の背景を有する例が多く、11 例 (78.6%) で単層性あるいは蜂巢状のシート状構築で腫瘍細胞が出現していた。立体的な乳頭状の構造は通常型腺癌で多くみられる傾向にあった。空胞状ないし泡沫状の細胞質は胃型腺癌 11 例 (78.6%) にみられたが、通常型では 2 例のみであった。細胞質への顕著な好中球の取り込みが胃型腺癌では 7 例 (50%) に認められたが、通常型では目立たなかった。細胞質内粘液は胃型腺癌 6 例で認められた。通常型では全例が均一で中等度から高度の核クロマチン増量のみられたのに比して、胃型腺癌 8 例では核クロマチンパターンは顆粒状で、9 例で核小体が認められた。今回の検討から、(1) 単層性あるいは胞巣状のシート状構築、(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り込み、(4) 明瞭な核小体と顆粒状のクロマチンが、胃型腺癌の細胞診の特徴と考えられた。本研究を踏まえ、胃型腺癌の組織、細胞診断に役立つ近年の報告を概説する。

## ◇感染対策セミナー

## 病理業務における感染対策

大阪大学医学部附属病院感染制御部

○朝野和典(MD)

病院における「院内感染対策」、病原体を用いた実験における「バイオセーフティー」は、共通の概念で成り立っている。病理業務も、同様に感染リスクのあるヒトの臓器、検体を取り扱うため、対策は院内感染対策やバイオセーフティーと同じである。感染対策の基本は、標準予防策と感染経路別感染対策の両方を合わせて行うことである。標準予防策は、血液、体液、粘膜、排せつ物などに対する普遍的リスクの回避であり、医療現場では針刺しや粘膜暴露がその代表的な対象手技である。暴露予防策としては、手袋やゴーグルなどの个人防护具 (PPE) による防御が行われる。感染経路別感染対策は、接触、飛まつ、空気感染対策よりなり、これに昆虫媒介なども環境によっては考慮される。特に病理部門で重要な感染経路は、飛まつと空気感染対策である。例えば、結核は空気感によって伝播し、空中を浮遊する微小な飛沫核によって伝播される。空気感染対策の基本は、エアロゾルの発生する状況では閉鎖した陰圧空間で業務を行うことである。このような設備がない場合には、同一空間に居る職員は、空気感染対策用のマスク (N-95 マスク) を着用し、換気を十分に行うことが求められる。一方で、結核は接触や飛沫では感染伝播しない。検査法では、かつて結核の診断に使われたツベルクリン反応は現在行わず、より特異度の高い IGRA (インターフェロン $\gamma$  放出試験) を行うようになった。このように、対象となる微生物と業務内容によって感染対策は異なり、また暴露時の検査方法も変化することを理解することで、安全な業務の遂行につながる。ここでは具体的な微生物をあげながら有効な対策法の解説を行う。

## ◇医療安全セミナー

## 医療安全への新しいアプローチ：レジリエンス・エンジニアリングの理論と実践例

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部

○中島和江(MD)

これまでの医療安全は、有害事象を減らすことを目的として、「うまくいかなかったこと」を分析対象とし、特定された原因に対して安全対策を講じてきた。このアプローチは要素還元主義的手法と因果関係に基づいている。要素還元主義とは、複雑な事象をその構成パーツに分解して理解し、それらのパーツの総和として全体を説明するものである。因果関係はプロセスとアウトカムをリニアモデルで説明するものであり、失敗と成功の道筋は異なり、失敗には原因があると考えられる。こうした方法は、時計のように多くのパーツで構成され、これらが設計された通りに動くようなシステムでは有効である。故障部位を特定し、そこを修理すれば元通り動くようになる。

ところが、医療現場では、患者の状態や現場の状況が刻々と変化する中で、医療者らは状況に合わせて相互に関係をしながら行動をしている。そのため、たとえ同じ行動をとっても、わずかな状況の違いが相互作用を通じて異なる結果を生む。また、関係者が経験に基づいて学習したことも自分たちの新たな行動に反映される。このような複雑適応系と呼ばれるシステムの中で行われることをあらかじめ設計したり、意図した通りに厳密に制御したりするには限界がある。また、計画外や想定外を含めあらゆる事態に対応できるように、常に万全の体制を準備しておくには莫大なコストがかかる。複雑なシステムが、限られたリソースの中で柔軟に対応できている謎を解明し、それを利用して「うまくいくこと」を増やそうとするのがレジリエンス・エンジニアリングである。本セッションでは、レジリエンス・エンジニアリングの理論を概説し、医療安全における応用例を示す。

## ◇Global Asia Forum

Diagnostic Efficacy of Rapid On-Site Evaluation (ROSE) with Different Cytology Practice  
GAF-1 Rapid onsite evaluation of FNA with cyto-histologic correlations

The Johns Hopkins Hospital, Department of Pathology, Division of Cytopathology, Baltimore, Maryland, U.S.A.

○Syed Z. Ali

**【Objective】** “The Johns Hopkins Hospital” is a world-renowned 1000 bed tertiary care university hospital with a highly acclaimed Cytopathology laboratory. Rapid onsite evaluation (ROSE) for specimen adequacy is routinely practiced in near 100% of FNAs performed at our hospital involving diverse anatomic sites. The presentation will selectively highlight the unique aspects of our FNA practice and will elaborate on the role of ROSE in diagnostics, trainees’ education, clinical management and patient care with practical illustrations on cyto-histologic correlations.

**【Methods】** The case material consists of FNAs from Johns Hopkins (~5,500 are performed each year). A group of 10 cytotechnologists (CT), two cytopathology fellows/trainees and five cytopathologists are involved in ROSE. The performance of ROSE not only involves Radiology (ultrasound and CT), but a large number of cases are done at the endoscopy suites (EUS pancreas), bronchoscopy rooms (EBUS lung) and endocrine clinic (thyroid). The cytopathologists are predominantly involved with ultrasound-guided FNAs of liver, kidney/adrenal, soft tissue, lymph nodes and salivary gland. ROSE for all other anatomic sites are managed by CTs. For this presentation, the discussion will be mostly limited to thyroid and pancreas.

**【Results】** Many of our own published studies have shown an excellent diagnostic accuracy for ROSE performed by CTs when compared to the cytopathologists’ final diagnosis and cyto-histologic correlation. The advantages of ROSE are universally known such as a higher diagnostic yield, optimum sample triaging for ancillary testing and guiding the radiologist’s hands to the more diagnostically significant areas of the mass lesion. However, ROSE offers many unique perspectives and advantages to our practice at Johns

Hopkins, i.e., it ensures a continuing high involvement of our highly trained and efficient CT staff in the FNA cytopathology practice (NOT just a passive “cytoscreening” role), provides an ideal platform to train our fellows in diagnostics and communication skills with strong emphasis on a multidisciplinary approach.

**【Conclusion】** In our practice, the involvement of CTs in ROSE offers diagnostic accuracy comparable to cytopathologists in a variety of anatomic sites. This enable the cytopathologists to handle a much larger case volume for better RVUs for the department. Involvement of trainees in ROSE offers unique teaching opportunities. Interactions of the cytopathology staff and radiologists/clinicians leads to better understanding of the diagnostic issues involved and offers a multidisciplinary approach. Cyto-histo correlations provide a quick quality assurance measure.

## GAF-2 The practice of ROSE methodology in Russia

Departments of Clinical Laboratory Diagnostic, Russian Medical Academy of Continuous Postgraduated Education, Moscow, Russia

○Irina Shabalova

**【Objective】** ROSE is able to play an important role in early and precise diagnostics, planning an individual plan for medical examination, management and treatment, and sometimes for type and volume of surgery.

**【Methods】** ROSE in Russia has begun in 70<sup>th</sup> – early 80<sup>th</sup>, in P. A. Herzen Cancer Research Institute (intraoperative diagnostics, fine needle aspiration (FNA) during bronchoscopy), S.P. Botkin Hospital (ROSE during gastroscopy, in FNA of palpable thyroid, breast, lymph nodes etc.), and some other healthcare institutions. Quick MGG, immunofluorescence and other techniques were used.

**【Results】** Nowadays ROSE has demonstrated good results in endoscopy including EUS and EBUS, FNA of thyroid, breast, soft tissues, lung etc. Even if rapid frozen sections can be performed, cytology can be used because of a lot of advantages in rapid assessment of infections, lymphoma, malignant melanoma, Ewing sarcoma, metastases, etc. The usage of telecytology, on-line and off-line consultations gave the additional capabilities for ROSE. Liquid based cytology with subsequent cell blocks, immunocytochemistry, in situ hybridization, and other molecular studies seems to be of a great importance in the future. The possibilities of ROSE will be discussed.

**【Conclusion】** ROSE *per se* and as a method for creation of individual scheme for subsequent examination seems to have the limitless diagnostic opportunities. Rapid assessment of obtained material, morphological diagnosis, opinion or proposal to take more adequate material for cytology and histology is very important. Liquid-based cytology, that is rapidly developing in Russia gives the opportunities for saving cells and tissue fragments for cell blocks, immunocytochemistry, in situ hybridization, and other molecular studies and can be used as a practical tool in personalized medicine.

### **GAF-3 Rapid interpretation of breast cytology in a one-stop multidisciplinary breast unit in a medical center**

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan

○Chiung-Ru Lai

**【Objective】** High-quality one-stop multidisciplinary breast unit is the most effective way to manage breast diseases, both benign and malignant. The one-stop unit could provide all the required elements of triple assessment and make definitive diagnosis for the majority of patients. The purpose of this study is to assess the efficacy and diagnostic accuracy of a one-stop breast unit in a medical center.

**【Methods】** A total of 378 patients with breast cytology including fine needle aspiration (FNA) and nipple discharge from the multidisciplinary breast unit (composed of breast & plastic surgery, medical & radiation oncology, surgical & cytological pathology, radiology and genetic counseling) of Taipei Veterans General Hospital in 2015 were included. The role and efficacy of cytology in the multidisciplinary team were evaluated by correlated with final histology and clinical patients' outcome.

**【Results】** A total of 321 FNA and 57 nipple discharge specimens were included. The cytology results were benign : 79% ; atypical : 7% ; suspicious : 2% ; positive : 6% ; inadequate : 6%. The results of atypical and up were considered as positive and inadequate specimens were analyzed separately. About 85% of patients could have definitive diagnosis and/or treatment planning in a one-day visit. The overall sensitivity was 93% and specificity was 92%.

**【Conclusion】** Cytology, FNA and nipple discharge, in a one-stop multidisciplinary breast unit can provide quick, efficient, and accurate diagnoses in a one-day visit and serve as a model of standard of care of routine practice in a medical center. It could reassure most patients with benign conditions with no need for further attendance and render definitive diagnosis and/or treatment planning for those who been diagnosed to have cancers.

### **GAF-4 Tissue rinse liquid-based cytology : a feasible tool for the intraoperative cytopathological evaluation of sentinel lymph nodes**

Division of Clinical Laboratory, Hokkaido Cancer Center, Hokkaido, Japan<sup>1</sup>, Division of Pathology, Hokkaido Cancer Center, Hokkaido, Japan<sup>2</sup>

○Kiyomi Taira<sup>1</sup>, Katsushige Yamashiro<sup>2</sup>

**【Background】** The evaluation of sentinel lymph nodes from a woman with breast cancer is frequently challenging. Since 2008 we have performed the cytopathological evaluation of sentinel lymph nodes of about 3,500 breast cancer patients through Tissue Rinse Liquid-based Cytology (TRLBC).

**【Methods】** Lymph node cut into 2 mm-thick slices is well rinsed in CytoRich™ Red and the cancer cells, if any, washed out in the preservative were pasted on a glass slide by BD SurePath™ technique. The tissue specimens were processed for histological preparation after fixation in formalin.

**【Results】** The cytopathological diagnosis was usually reported in 35 minutes. When we employed the histological diagnosis concurrently using IHC for cytokeratin as a gold standard, overall sensitivity and specificity of TRLBC including isolated tumor cells, ITC was 81.3% and 97.1%, respectively. Only for macrometastasis, micrometastasis, and ITC, the sensitivities were 100%, 94.5%, and 42.5%, respectively.

**【Conclusion】** TRLBC is a feasible and valuable tool for surgical oncology. We present a new on-site approach for the minute tissue material obtained from endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration. The bloody material soused in CytoRich™ Red was easy to pick up for histological diagnosis by its hemolytic activity and the remaining solution is served for cytopathological diagnosis as an LBC preparation. We have got the cytological and histological preparations containing many targeted cells and successfully made a diagnosis in more than 70 cases.



**GAF-5 Rapid on site evaluation on FNA of unknown primary tumor to diagnose neuroendocrine tumors**

Department of Pathology, Beijing Hospital, National Centre of Gerontology, Beijing, PR China

○Lan Chen, Shu-rong He, Dong-ge Liu

**【Objective】** Neuroendocrine neoplasms include a group of heterogeneous tumors originated from neuro-ectoderm and neural crest. The tumor cells receive neuronal input of neurotransmitters released by nerve cells or neurosecretory cells and release message molecules of hormones to the blood. They share morphological and immunophenotypic similarities despite the tumor origin. There is usually bland cytopathology and minimal polymorphism, but less commonly there can be anaplasia and tumor cells may mimic other malignancies. In this study we presented the morphological variants of neuroendocrine neoplasms diagnosed on FNA of unknown primary tumors in our collection and emphasized the value of rapid on site evaluation (ROSE) for accurate diagnosis by applying ancillary test of immunohistochemistry (IHC) on smears or blocks for differential diagnosis.

**【Methods】** We reviewed 45 cases suspected of neuroendocrine neoplasms on ROSE in the last four years from FNA of unknown primary tumors. Tumor origin spanned a spectrum of GI, lung, breast, thyroid and paraganglia. 28 cases were diagnosed of neuroendocrine neoplasms or tumors with neuroendocrine differentiation with ancillary test of IHC tested in 26 of them and 18 (100%) had further resection samples to confirm the diagnosis, while 8 patients went on with treatment directly without further biopsy or resection. 17 cases signed out as the suspicious had no cell blocks available for IHC and 11 of them had pathology confirmation to be neuroendocrine tumors for 8 cases and other malignancy or benign lesions for 3 cases (27.3%). The other 6 had no pathology follow-up.

**【Conclusion】** While morphology forms the fundamental bases to recognize the neuroendocrine tumors, IHC on cell block plays an important role for differential diagnosis.

ROSE helps us to triage sample for cell block preparation and make accurate diagnosis possible on cytology samples. A series of cases are demonstrated in the talk to emphasize the potential pitfalls in dealing with this differential diagnosis.

## GAF-6 Role and accuracy of rapid on-site evaluation (ROSE) of CT-guided fine needle aspiration cytology of lung nodules

Department of Medicine, Surgical Pathology & Cytopathology Unit, University of Padua, Italy

○Ambrogio Fassina, Lorenzo Nicole, Valeria Maffeis, Rocco Cappellesso

**【Objective】** To prospectively investigate the role of trans-thoracic fine needle aspiration cytology (FNA) and the value of rapid on-site evaluation (ROSE) in the clinical management of patients with pulmonary nodules/masses. Computed tomography (CT)-guided FNA is commonly employed for the diagnosis of lung lesions although its position in the diagnostic work-up is still a matter of debate.

**【Methods】** In the last 10 years at the University of Padova we reviewed 611 patients, correlating the results of cytology with the available histological findings obtained from biopsies, surgery or autopsy.

**【Results】** Smears were adequate in 98% of cases and inadequate in 2% ; a diagnosis of malignancy was achieved in 86.2% ; 12.8% were non-malignant ; 1% suspect for malignancy. When correlated with histology, FNA with ROSE discriminated malignant versus non-malignant lesions with a satisfactory concordance (Cohen's kappa 0.78), and high sensitivity (96.3%) and specificity (100%). Moreover, a satisfactory overall agreement of 71.4% was achieved in differentiating the cancer histological types. Pneumothorax, haemoptysis, and chest pain occurred in few patients with poor Performance Status (PS). A single aspiration was sufficient in 79.6% of patients ; two aspirations were needed in 17.4% and three in 3%. Cell bloc preparation and molecular investigation allowed precise and rapid conclusion about the cancer histotypes and the mutation/deletion profiles.

**【Conclusion】** Provided a careful clinical and imaging selection, ROSE FNA demonstrated a safe and useful tool in the diagnostic work-up of lung cancer patients, with minimal or no contraindications, with election as the first diagnostic procedure for patients with peripheral lung lesions or in poor Performance Status. FNA with ROSE should be reconsidered in the guidelines for diagnosing and managing lung cancer.

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 1

子宮頸部

子宮頸部病変の細胞像について

大阪がん循環器病予防センター検査科

○田路英作(CT)

パピニコウらにより子宮頸がんの診断に用いられて以来、子宮頸部細胞診は現在最も検体数が多い領域である。頸部扁平上皮病変は自然史が解明され、境界領域が区分されているため、広く普及し一般的に実施しされているが、細胞像の変化は画一的ではなく、明確に判定することが難しい病変である。新 WHO 分類 (第 4 版) では、LSIL は HPV の一過性感染によるものであるとされ、これまで CIN1 とされてきたものも HSIL とされる。前がん病変である HSIL を正確に判定することが重要である。HSIL を判定するには細胞質の分化と核所見が重要であることは述べるまでもなく、クロマチン所見は細顆粒状から粗顆粒状とされている。細胞集塊においては、これらの所見が混在し細～粗顆粒状の様々なクロマチンがみられるが、粗いクロマチン所見を観察することが重要であるとする。子宮頸部腺癌は判定が難しい。近年罹患率が上昇し、日常業務でも遭遇することが多くなったが、扁平上皮病変と比較し経験症例が少なく、その自然史が十分に解明されていないことが一因であろう。子宮頸部腺癌を判定するためには、細胞集塊の形状やクロマチン所見に加え核分裂像を注意深く観察することが判定の助けになる。核分裂像も一様ではないため判定に際しては注意が必要である。子宮頸部癌の組織型が判定困難な場合があるが、扁平上皮癌と腺癌の鑑別は組織構築を推定しながら層形成の有無を観察する必要がある。今回は扁平上皮病変と腺病変を中心に細胞像を示しながら、基本的な細胞所見や判定するために重要な細胞所見、また良性変化ではあるが注意が必要な細胞像について提示する。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座2

子宮体部

子宮体部構造異型を加味した子宮内膜細胞診の実際

大阪府済生会野江病院病理診断科

○矢野恵子(CT)

【はじめに】体がんは近年増加傾向にあるが、その大部分を占める類内膜腺癌は細胞異型が軽微なことが多く、構造異型を加味した細胞判定が必須となる。体内膜はホルモン環境により劇的にその形態を変化させること、腺管が豊富で柔らかな内膜間質に埋もれていることが大きな特徴であり、ホルモン不均衡や種々の細胞質変化(化生)による形態学的変化を理解し、判定にあたるのが求められる分野である。

【構造異型を加味した細胞診断】腺の幅が整か不整か、腺管周囲に内膜間質の付着が有るか無いかに着目することにより、正常集塊として管状・シート状集塊、異常集塊として拡張・分岐集塊、乳頭・管状集塊、不整形突出集塊に分類する。標本内の異常集塊の出現数と占有率を計数し、診断の一助とする。

【類内膜腺癌の特性】類内膜腺癌は、増殖の形態は乳頭状が主体のものとならなげ腺管構造が主体のものに分かれ、両者が様々に混じり合いながら増殖していることも多い。Grade 1, Grade 2では、細胞異型は軽微なことが多く、特に重なりや出血により個々の細胞所見が観察困難な標本では、構造異型を加味した判定方法を用いることが必要となる。Grade 3では、結合性の低下や壊死傾向が強いことが影響し、腫瘍細胞がほとんど集塊を形成せずに出現する。個々の細胞異型も強く、大型化やN/C比の上昇、核形不整、クロマチンの増量、核小体の肥大などが観察される。

【総括】子宮内膜細胞診の精度向上には、無排卵性周期に伴う機能性子宮出血の細胞像や、様々な細胞質変化(化生)の形態学的特徴を認識しつつ、構造異型を加味した客観的で再現性の高い診断基準を用いることが重要である。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座3

卵巣・腹水

兵庫医科大学病院病院病理部

○中村純子(CT), 廣田誠一(MD)

体腔液細胞診は体腔液貯留の原因の検索に極めて有用な検査である。体腔液は正常でも10~15ml存在し、腔内臓器の癒着を防止蠕動・呼吸運動で摩擦が生じないように潤滑剤として働いている。しかし炎症、循環障害および腫瘍など、様々な病態に伴って体腔液が貯留し、特に腫瘍細胞の有無を判定することは重要となる。悪性細胞が確認された場合は、悪性中皮腫・悪性リンパ腫などの最終診断や進行癌の病期診断に有用であるとともに、由来不明の癌に対しては原発巣推定のためにも利用される。組織診による裏付けが得られず、細胞診が唯一の診断材料となる場合があり、他の多くの細胞診が癌の早期発見を目的としているのとは少し異なった側面がある。卵巣腫瘍においては、良性・悪性を問わず、腹水の発現頻度はかなり高く、他の疾患によっても腹水はしばしば認められる。卵巣癌の早期診断という意味では体腔液細胞診の意義は低いが、卵巣腫瘍の良悪性の鑑別、さらには治療方針の決定や治療効果の判定に際しては重要な意義を持つと考えられる。実際に、術前の腹水細胞診による組織型の推定により化学療法の開始を判断することも多い。卵巣には多様な組織型の腫瘍が発生するが、中でも類似した乳頭状形態を呈する漿液性腺癌と明細胞腺癌の鑑別は困難な場合が多い。今回は、組織型がある程度推定できるような基本的かつ特徴的な卵巣腫瘍の細胞所見を提示したい。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 4

呼吸器

呼吸器細胞診

大阪府医師会保健医療センター

○矢羽田一信(CT)

呼吸器細胞診には、喀痰、気管支擦過、肺穿刺、気管支肺胞洗浄などがあり、目的に応じて使い分けられている。たとえば喀痰細胞診はX線検査では発見できないがんの早期発見に有用であり、気管支擦過や肺穿刺はX線検査で発見された結節性病変の確定診断に有用であり、気管支肺胞洗浄液(BALF)はX線検査でびまん性陰影を示す疾患である間質性肺疾患や日和見感染などの診断に有用である。気管支擦過や肺穿刺はがん治療との関係も深いことから、最近、細胞学会でも頻繁に取り上げられているが、BALFや喀痰細胞診は取り上げられることが少ない。そこで今回、BALFと喀痰細胞診に焦点をあてて報告する。BALFは細胞成分、液性成分を下気道・肺胞領域から直接回収することから、肺実質の成分の病理的变化を反映している。診断される疾患には、肺感染症、悪性病変の肺浸潤、肺胞蛋白症、肺胞出血症候群、好酸球性肺炎、塵埃への暴露、サルコイドーシスなどがある。また、BALFが正常所見であったとしても、特定の疾患を広く除外できるため診断上の価値が高い。除外できる疾患には、活動性サルコイドーシス、活動性過敏性肺臓炎、好酸性肺炎、肺胞蛋白症、肺胞性出血症候群などがある。しかしその反面、炎症により起こる反応性変化で出現する異型細胞とがんとの鑑別が必要となる。そこで今回、出現細胞と疾患との関係性について、そして異型細胞の鑑別について報告する。喀痰細胞診、特に肺がん検診では、異型扁平上皮細胞の判定基準のばらつきが、検診施設間のがん発見率の格差の原因の1つともなっている。そこで今回、肺癌学会から提示されたC,D,Eの標準細胞像について報告する。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 5

消化器

消化器領域の細胞診

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 論(CT)<sup>1)</sup>、竹中明美(CT)<sup>2)</sup>、富田裕彦(MD)<sup>2)</sup>

消化器領域では、口腔、唾液腺、食道、胃、大腸、肝臓、胆管、膵臓などが細胞診の対象となるが、食道、胃、大腸は、内視鏡による生検診断が主流であるため、現在細胞診材料が提出される機会は少ない。口腔では、大部分が口腔粘膜由来の扁平上皮癌で、舌や歯肉に好発する。診断する際には、光輝性を有するオレンジG好性表層型角化細胞、ライトグリーン好性非角化型表層細胞および深層細胞について多様性、核形不整、クロマチン異常などが重要な所見である。唾液腺では、年齢、性別、発生部位に加えて、組織像を熟知したうえで細胞診断を行なう必要がある。実際には腫瘍か否か、腫瘍ならば良性か悪性か、悪性ならば低悪性度なのか高悪性度なのか、そして推定組織型は何か、と順に進めると理解し易い。実際に経験する機会の多いものや特徴的な細胞像を示す組織型を中心に解説する。肝臓では、肝硬変、肝細胞癌、肝内胆管癌、転移性肝癌の概要と細胞形態について解説する。胆膵では、貯留胆汁細胞診判定基準を用いた判定方法、IPMN(IPMA~IPMC)の背景や集塊形式をはじめとする細胞像、膵EUS-FNAにおける高分化腺癌の鑑別ポイントである極性の乱れ、核の大小不同、核形不整について、小型円形細胞が主体で出現する神経内分泌腫瘍、Solid-pseudopapillary neoplasm、腺房細胞癌の細胞像と鑑別ポイントなど、当センターで経験した症例を元に解説する。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座6

泌尿器

尿路上皮癌を中心に

大阪府済生会野江病院

○小椋聖子(CT)

【はじめに】患者への侵襲性が少なく、反復して行うことができる自然尿細胞診は、尿路腫瘍のスクリーニングとして欠かせない診断ツールである。尿細胞診で悪性と判定される病変の9割以上が尿路上皮癌であり、診断精度の向上にはその組織学的、細胞学的所見の理解が必要となる。今回は尿路上皮癌を高異型度尿路上皮癌と低異型度尿路上皮癌に分け、解説を行う。

【高異型度尿路上皮癌 (HGUC)】肉眼的に乳頭型、結節型、潰瘍型、平坦型に分類される。このうち平坦型病変は画像検査での診断が困難であり、その検出は尿細胞診によるところが大きい。泌尿器細胞診新報告様式解説書では診断の最優先とされ、核所見を主体とした5項目(クロマチン増量、核形不整、N/C比大、核偏在、核腫大)を判定基準となる細胞所見としている。これらの基準を満たす腫瘍細胞では、悪性判定は比較的容易であるが、小型腫瘍細胞として出現することがあり、見落とさないことが重要である。またの腺への分化や種々の特殊型が存在し、腺癌と鑑別を要することもある。

【低異型度尿路上皮癌 (LGUC)】乳頭状病変として画像検査や膀胱鏡で捉えることが可能である。細胞診では腫瘍細胞の尿中への剥離が少なく、細胞異型が軽度なため、悪性判定は困難なことが多い。核周囲に局在する空胞がなく、均質かつ滑沢な細胞質がLGUCの特徴であり、孤立性に出現する反応性尿細管上皮細胞や集塊を形成する尿路上皮細胞との鑑別点になる。この細胞質所見はメイギムザ標本でより明瞭に観察できる。

【結語】HGUCとLGUCの細胞所見の違いを認識し、核所見のみならず細胞質所見にも着目することが尿細胞診の精度向上に役立つ。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座7

乳腺

乳腺穿刺吸引細胞診での悪性腫瘍と良性疾患との鑑別点となる細胞所見について

石切生喜病院病理検査室

○吉村英雄(CT)

乳腺腫瘍に対する穿刺吸引細胞診における悪性細胞の細胞像として、細胞集団での不規則重積性や細胞間の結合性の低下および筋上皮細胞の欠如、そして個々の細胞での細胞質内小腺腔や核の増大、核の大小不同および核形不整、クロマチンの増量、核小体の増大、増加などが挙げられる。高異型度の乳癌細胞ではこれらの細胞所見の多くが認められ、組織型の推定に苦慮する場合もあるが、悪性と判定することは容易な症例が多い。一方、主に小型細胞からなる低異型乳癌細胞は核異型度が軽度であり、前述の悪性細胞としての細胞所見を欠くことが多く、細胞判定が過小評価となる症例がある。診断精度向上のために低異型乳癌の組織構築を念頭に置き、粘液物質や線維芽細胞様の紡錘形細胞の有無などの背景所見とともに上皮細胞の出現パターンに着目したうえで鑑別診断を行うが、乳腺疾患には細胞異型が軽度な悪性腫瘍と類似した上皮細胞の出現パターンを示す良性病変の存在が知られている。特に、乳腺症や線維腺腫などの部分像として認められる乳管過形成は線維血管性間質を伴わない良性の乳管内増殖病変であるが、上皮の増生が著しい場合に乳癌との鑑別が困難な代表的な病変の一つで注意を要する。今回は乳頭状、篩状、充実重積状、シート状など上皮細胞の出現パターン別に類似した上皮細胞の出現パターンを示す低異型乳癌細胞と乳管過形成を伴う乳腺症や線維腺腫および乳管内乳頭腫などの良性病変との鑑別点となる細胞所見を中心に解説する。



## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 8

## 甲状腺

隈病院臨床検査科

○樋口観世子(CT)

通常の細胞診では、スクリーニングによって正常細胞と異常細胞を区別し、異常細胞の形態から診断を行うが、穿刺吸引細胞診では、プレパラート上にある細胞は、非細胞成分も含めて、すべて病変部から採取されたことを前提として行われることが大きな違いである。今回、「いまさら聞けない細胞診の基本講座」として、甲状腺細胞診の基本的な見方を解説する。甲状腺癌取扱い規約第7版では、標本作製不良（乾燥、変性、固定不良、抹消血混入、塗抹不良など）の場合、あるいは病変を推定するに足る細胞ないし成分（10個程度の濾胞上皮細胞からなる集塊が6個以上、豊富なコロイド、異型細胞、炎症細胞など）が採取されていない場合、検体不適正として診断はしないとしている。検体適正であれば診断を行うが、細胞所見の見落としを避けるために系統的に標本を観察することが重要である。また、一つの所見を重要視しすぎることによるピットフォールを避けるためには、直接診断に結びつく所見は後半に観察するほうが良い。「弱拡大から強拡大へ、外側から内側へ」が、穿刺吸引細胞診の基本的な見方であり、1)細胞量と構成成分の比率、2)背景、3)細胞配列、4)細胞形、5)細胞質、6)核の順に観察し、それらを総合的に判断して診断を行う。本講座では、これらの基本的な内容を解説することにする。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 9

## 体腔液

兵庫医科大学病院病院病理部

○鳥居良貴(CT), 廣田誠一(MD)

体腔液細胞診は体腔液貯留の原因の検索に極めて有用な検査である。体腔液は正常でも10~15 ml存在し、腔内臓器の癒着を防ぎ蠕動・呼吸運動で摩擦が生じないように潤滑剤として働いている。しかし炎症、循環障害および腫瘍など、様々な病態に伴って体腔液が貯留し、特に腫瘍細胞の有無を判定することは重要となる。悪性細胞が確認された場合は、悪性上皮腫・悪性リンパ腫などの最終診断や進行癌の病期診断に有用であるとともに、由来不明の癌に対しては原発巣推定のためにも利用される。組織診による裏付けが得られず、細胞診が唯一の診断材料となる場合があり、他の多くの細胞診が癌の早期発見を目的としているのとは少し異なった側面がある。悪性上皮腫においては約8割の症例で体腔液貯留をきたし、組織診断に先立って体腔液細胞診が行われることも多く、その診断的意義は高い。また、進行した病期の症例に比べて予後良好とされる早期胸膜中皮腫症例では、胸膜疾患以外で経過観察中に撮影された胸部X線検査や胸部CT検査により胸水貯留を指摘されて発見されることも多く、胸水細胞診が重要な診断価値を有する。今回は腺癌と悪性胸膜中皮腫の鑑別を中心に、基本的な細胞所見を提示したい。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 10

## 骨軟部

がん研究会有明病院付設細胞検査士養成所<sup>1)</sup>, 臨床病理センター細胞診断部<sup>2)</sup>, サルコマーセンター<sup>3)</sup>

○古田則行(CT)<sup>1,2,3)</sup>

骨軟部腫瘍には多くの種類があり, また診断に遺伝子診断が必要となる腫瘍もあり複雑な印象がある。しかしその一方で細胞像が特徴的で, 細胞像だけでも推定可能な腫瘍もある。また細胞診の特性を生かすことで, 診断に重要な情報を与える場合も少なくない。骨腫瘍では, 凍結切片による術中迅速診断が難しいランゲルハンス細胞性組織球腫であっても, 核の詳細な観察が可能である細胞診での判定は容易である。軟骨性の腫瘍で, 液状ないしゼリー状の基質を伴う例では, 基質より細胞診標本作製すると, 組織像と比較し細胞異型の目立つ腫瘍細胞が得られることがあり, 診断に有用な情報を与えることもある。軟部腫瘍は初診時外来で core-needle による検体採取が行われ, 組織診, 細胞診に供されるが, 採取材料で多数の細胞数を確保できる圧挫細胞診標本作製することで, とくに脂肪腫様脂肪肉腫と脂肪腫の鑑別に貢献している。遺伝子解析技術として次世代シーケンス技術の導入で, 新たな融合遺伝子が加速度的にみつき, さらに診断, 治療への応用が行われつつある。すみやかな融合遺伝子検索のためにも, 細胞診の新たな展開が望まれる。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 11

## 中枢神経

京都大学医学部附属病院病理診断科

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

【はじめに】脳腫瘍の術中迅速組織標本作製では, 手術中に採取できる組織が微量で, 氷結晶アーチファクトができやすく, 凍結切片だけでは形態把握が難しい場合が多いが, 細胞診を併用することによって診断精度を高めることができる。

【検体提出法】ろ紙に載せた検体は, ろ紙に密着した検体の一部がピンセットで採りきれずに, 検体の更なる極小化や標本作製困難となる場合がある。また, 生理食塩水で浮遊させた検体では, 過剰な水分を含むことによって更に氷結晶によるアーチファクトが増強する。吸水性のないセロファンに載せた検体を小容器に入れて提出してもらおうとよい。

【標本作製法】捺印法または組織片を小さくトリミングして圧挫法で行う。圧挫して細胞の重なりが強く観察が困難になりそうな場合はそのまま擦り合わせてもよいが, 力を加えすぎると挫滅するので注意が必要である。細胞診の基本染色はパパニコロウ染色であるが, 悪性リンパ腫が疑われる場合は, ギムザ染色は必須である。組織の凍結切片と同時に迅速 HE 染色を行うと作業効率が良く, 迅速な標本作製が可能となる。

【特徴的な細胞所見】神経膠腫と他の腫瘍の鑑別には, 微細なグリア線維の有無が鑑別に有用となる。ローゼンタール線維, 毛細血管と内皮細胞, 悪性リンパ腫細胞, 髄膜腫にみられる核内空胞などは, 細胞診標本の方が凍結切片より特徴所見が明瞭に観察される場合が少なくない。

【おわりに】今回の発表では, 脳腫瘍の術中迅速検体提出法や標本作製法の工夫, 中枢神経細胞診の特徴所見について解説する。また, 細胞診検体を用いた乏突起細胞系腫瘍における FISH 法による 1p/19q 共欠失の観察についても紹介したい。

## ◇いまさら聞けない細胞診の基本講座 12

## 造血器

## リンパ節病変の基本的な見方

社会医療法人財団大樹会総合病院回生病院病理診断科

○船本康申(CT), 鈴木貴子(CT), 谷本由香里(CT),  
中川幸智代(CT), 竿尾光祐(MD)

腫脹したリンパ節は反応性病変, 悪性リンパ腫, 癌の転移などに起因し, 反応性病変の組織像は胚中心や副皮質や濾胞間の過形成などが混在した像を呈する. 細胞診では反応性病変の主成分を占める小リンパ球の形態把握が基本となるが, 胚中心過形成では centrocyte を主体に tingible body macrophage と濾胞樹状細胞の出現, 濾胞間過形成では小型リンパ球から免疫芽球に至る一連の transformed cell や plasmacytic cell の出現, 副皮質過形成では小リンパ球主体の中に interdigitating cell の出現が特徴である. NHL では多彩な組織型の存在が認識されているが, 細胞診材料でもその亜型によって特徴的な細胞形態を呈する. NHL での T 細胞性と B 細胞性の区別ではリンパ腫細胞の構成様式, 核形態やクロマチン所見, M-G 標本での淡明細胞の存在, 好酸球や形質細胞などの炎症細胞の出現の有無が参考になる. N/C 比大で微細なクロマチンのリンパ腫細胞で構成される homogeneous な所見は T と B 双方のリンパ芽球型が疑われる. cleaved 核や non-cleaved 核の細胞で構成される homogeneous な所見は各種の B リンパ腫が疑われる. 小型から大型の淡明細胞と強塩基性細胞質細胞の混在や粗大顆粒状~点状凝集の多彩なクロマチンなどの heterogeneous な所見, さらには好酸球などの炎症細胞の混在は一部の末梢性 T リンパ腫を疑う根拠になり, HTLV-1 関連リンパ腫では複雑な立体的不整核が特徴の一つである. ホジキンリンパ腫の判定では小リンパ球主体の背景に出現する RS 細胞や H 細胞の正確な同定が必要であるが, lacunar cell や popcorn cell の形態把握に留意が必要である. 転移性未分化癌との区別では lymphoglandular body の存在が参考になる.

## ◇第4回 子宮の日全国アクションー2017 報告会

## 地域の活動状況と今後の取り組み

## 子宮-1 2017LOVE49 の活動報告

公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科<sup>1</sup>, (公財)東京都予防医学協会母子保健検査部<sup>2</sup>, 久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>3</sup>

○羽原利幸(CT)<sup>1</sup>, 吉田志緒子(CT)<sup>2</sup>, 河原明彦(CT)<sup>3</sup>

わが国では, 1 年間に 10,000 人を超える女性が子宮頸がん罹患し, そのうち約 2,500 人が亡くなっている. 死亡率の推移をみると, 先進国では日本のみが増加しており, それを減少するための適切な対応が求められている. このような背景の中で, 2009 年に NPO 法人子宮頸がんを考える市民の会が, 4 月 9 日を「子宮頸がんを予防する日 (以下, 子宮の日)」と提唱し, 子宮頸がん予防や検診の重要性を啓発する街頭活動である「LOVE49 プロジェクト」を開始した. 細胞検査士会は子宮頸がん検診で異型細胞をスクリーニングする重要な役割を担っている立場として, このプロジェクトに当初より参加することになった. 初めて参加した 2009 年は, 17 都道府県から約 330 名の細胞検査士が一般市民の方々と接し, 啓発資料の配布や検診の重要性などを説明したが, 2012 年にはその数も増え, 36 都道府県, 600 名を超える細胞検査士の参加となった. そして, 2016 年にはすべての都道府県の細胞検査士会が参加し, 1,000 名以上の細胞検査士が, 6 万部を超える資料を配布する等積極的に街頭活動を行った. これまでの活動では, NPO 法人子宮頸がんを考える市民の会が準備した News letter に加えて, 子宮頸がん検診の受診を呼びかけるキティーちゃんカードやポケットティッシュを公益社団法人日本臨床細胞学会や細胞検査士会で作成・配布してきたが, 今後さらなる工夫を行い内容の充実を図りたい. 今回の発表では, 2017 年 4 月 9 日を中心に全国で行われる「2017LOVE49」について各都道府県の取り組みを紹介し問題点などを整理するとともに, 本報告会で十分な議論を行い, これからの活動につなげていきたい.

## 子宮-2 愛媛県における Love49 活動状況と今後の取り組み

愛媛県総合保健協会

○深田千尋(CT), 武井 彩(MT), 尾崎翔子(MT), 藤田泰史(CT), 高橋若菜(CT), 金子真由美(CT), 水野和江(CT), 佐伯健二(CT), 岩崎 統(MD), 池谷東彦(MD)

愛媛県の Love49 活動は、年に一度街頭活動を行っている。1日2時間程度の活動ではあるが、事前準備から当日の様子などを提示しつつ、活動状況を報告する。活動は4月9日に近い日曜日とし、参加者への案内文書を作成して拡散しておく。事前に警察署で道路使用許可申請書を入手し、委員会から送られてきた資料をある程度袋に詰めて用意しておき、当日決められた時間にすぐ配布できるように準備している。場所はデパート前の広場とし、参加者は時間内に資料の配布を行い、数人が袋詰めに専念している。可能な限り資料の配布を心掛けているが、これまで配布完了はできていない。場所や時間、内容など問題提起しながら、地域の特性にあった工夫を考えていきたい。また、近年の動向として子宮頸がんの若年化が増加しているなか、啓発活動の一環として取り組んでいる「がん予防重点健康教育」についても紹介する。こちらは、保健師との合同健康教育であり、市内の私立大学へのアプローチから実現可能となった。学内の先生方の協力を得て、授業時間のなかで講演を行っている。平成24年11月から開始した健康教育は、90分の授業時間を有効的に活用するため、内容を詳細に打ち合わせし続け、常に進化した状態で行いたいと考えている。これらの啓発活動から課題を掘り起し、今後の発展的な取り組みとしていきたい。

## 子宮-3 兵庫県から「子宮の日」Love49 キャンペーン兵庫県実行委員会による啓発活動

加古川総合保健センター検査課病理<sup>1)</sup>, 兵庫県細胞検査士会<sup>2)</sup>, 兵庫県臨床細胞学会<sup>3)</sup>

○高田直樹(CT)<sup>1,2)</sup>, 上岡英樹(CT)<sup>2)</sup>, 駒井隆夫(CT)<sup>2)</sup>, 榊原稔子(CT)<sup>2)</sup>, 佐野太亮(CT)<sup>2)</sup>, 真田浩一(CT)<sup>2)</sup>, 小川たかふみ(CT)<sup>2,3)</sup>, 覚野綾子(MD)<sup>3)</sup>, 内藤子来(MD)<sup>3)</sup>, 小笠原利忠(MD)<sup>3)</sup>

子宮頸がんは、検診での早期発見により防ぐことができるにもかかわらず、特に若い世代の検診受診率が低いことで、死亡率は未だ増加傾向を示している。2009年に細胞検査士会が子宮頸がんを考える市民の会と協同で子宮頸がん検診受診啓発活動の全国展開を開始したのに伴い、兵庫県細胞検査士会も同年に三ノ宮のセンター街でピラ配布による啓発活動を行った。その後、兵庫県細胞検査士会、兵庫県臨床検査技師会、神戸市及び市民の会が協力して結成した『「子宮の日」Love49 キャンペーン 兵庫県実行委員会』の主催により2010年、2011年と啓発活動を実施。さらに2012年に兵庫県臨床細胞学会、玉田学園神戸常磐ボランティアセンター、ブルームクォールネット&アンサンブルの3団体が実行委員会に加わった。また、2012年に兵庫県細胞検査士会が神戸市と「神戸市がん検診受診促進協定」を締結し、企業・団体にも実行委員会への参加を呼びかけたことにより、2013年に大丸松坂屋が加わり、その後2016年時点で18団体が所属している。資料配布に加え、毎年顕微鏡体験コーナーやパネル展示、ミニコンサート、トークショーなど各種イベントを交えた大規模な「子宮の日キャンペーン」が実施できるのは、多数のスタッフの協力による賜物である。残念ながら受診率向上という具体的な成果はまだ十分には出てないが、細胞検査士・細胞診専門医・婦人科医といった医療専門職を中心に、検診実務者だけではなく、行政、学生や芸術家、メディアなどを含めた広範な企業・団体による実行委員会の啓発活動は少なくとも「地域住民への浸透」という点では成果があったと考える。



#### 子宮-4 子宮の日全国アクション 2017 報告—子宮頸がん検診委員会から—

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院臨床検査部・病理部

○今枝義博(CT)

【はじめに】子宮頸がん検診委員会は認定 NPO 法人子宮頸がんを考える市民の会に協力して、子宮の日の活動を実施してきた。今回、各都道府県の当委員と一般市民に対して行ったアンケートの結果を検討したので報告する。

【目的】活動の現状を調査して問題点を解決し、更に今後の啓発活動の方向性を見出すことを目的とした。

【方法】(1)各都道府県の当委員に対して活動内容、メディア取材の有無、市民向けアンケートの実施状況、他団体・行政・その他企業からの後援の有無、活動の問題点について調査した。(2)市民向けのアンケートでは年齢・性別、HPV という言葉を聞いたことがあるか、HPV が子宮頸がんと深く関わっていることを聞いたことがあるか、子宮頸がん検診を受けたことがあるかについて調査し、H23 年度と H28 年度の結果を年代別に比較した。

【結果】(1)活動内容は資料配布のみは 75.6%、メディア取材 47.7%、市民向けアンケート実施 40%であった。他団体の協力 48.8%、行政 73.3%、その他企業 73.3%となった。活動の問題点は活動場所・スタッフの確保、費用・準備品の不足などが判明した。(2)市民向けアンケートでは H28 年度は 10 代で HPV を聞いたことがあるが H23 年度の 1.6 倍になったが、HPV が子宮頸がんに関与しているのは 1.2 倍に留まった。

【まとめ】子宮の日の活動に関する問題点は今後渉外委員会と協力して解決していく。また、市民向けのアンケートから、HPV の認識はワクチンの話題から増加傾向になったと思われた。今後の活動は 10 代を対象に子宮頸がんについての教育活動をしていくことが肝要であると考えられた。

#### 子宮-5 子宮頸がん検診啓発に求める事と今後の子宮頸がん検診

金沢医科大学医学部産科婦人科

○笹川寿之(MD)

子宮の日 (Love49) の活動は 2009 年から始まった。4 月 9 日を語呂合わせで「子宮の日」として子宮頸がんの啓発の日にするという取り決めは、その数年前に NPO 法人「子宮頸がんを考える市民の会」が最初である。当時、私は会の理事長をしていて、順天堂大学病理の石和久教授とともにその日に群馬県で市民啓発セミナーを行った記憶がある。当初は小さな活動であったが、現事務局長・渡部享宏氏と細胞診検査士・高山須美子先生らが細胞診検査士会に働きかけ、活動を全国的に広げて今に至っている。細胞診学会は細胞診専門医と細胞診検査士の学会であり、両者の連携により、子宮頸がんに対する啓発活動を行う場としてふさわしい。子宮頸がん予防に関する最新の情報を一般市民の皆さんにわかりやすく、実効性がある形で伝えていくことが重要である。実際に検診事業に携わる細胞診検査士が中心になってこれを進めてきたことは大いに評価できるし、今後もそれを発展させてほしい。一方、細胞診専門医の役割は、子宮頸がんの予防や検診について新しい情報や世界の流れを正確に伝えることであろう。子宮頸癌の原因はヒトパピローマウイルス (HPV) であり、この感染から 10 年以上を経て癌ができることは周知の事実である。HPV 感染予防ワクチンの意義は感染する前にそれを予防することであり、検診の理想は HPV 感染後から癌発生に至る直前でこれを捉えることである。検診はワクチンとは異なり、1 回の細胞診では完璧に異常を捉えることはできないため、継続的な検診受診行動や HPV 検査の併用が求められる。本講演では、子宮頸癌発生の自然史に基づいた、これからの子宮頸がん予防と検診のあり方について考察する。



## ◇子宮頸部細胞診・コルポスコピーセミナー

## CS-1 子宮頸がん検診の現状と将来

千葉徳洲会病院婦人科

○佐々木寛(MD)

我が国における「がん検診」は、市町村が実施するがん検診事業のみではなく、職域検診、人間ドックによる任意型検診などが存在する。がん検診受診者の60%強は職域検診や任意型検診を受けており、精度管理も市町村事業とは異なっている現状である。このためがん対策推進協議会は、がん対策加速化プランに職域がん検診の実態調査を行い、40%の組合で自己採取法による子宮頸部細胞診が行われていることが明らかとなった。自己採取スミアの精度は、施設検診採取スミアと比し制度が著しく劣ることが示唆されている。細胞診検査の精度を上げる点で、採取器具、採取法の因子が注目され、その観点から液状化検体細胞診(LBC)が普及しつつある。

一方、ハイリスク HPV 検査の有用性が確立しつつあり、LBC+HPV-DNA 検査併用や、単独 HPV 検査が検討されている。また、ハイリスク HPV 検査法も進歩を遂げ、HPV-DNA 検査から HPV-RNA 検査へと移行しつつある。

以上のように検査法の進歩はめざましいものがあるが、細胞検査士、細胞診専門医の human error に対してもコンピュータ画像解析技術を応用した自動スクリーニング支援装置の活用が検討されつつある。以上の点について総論的に解説するものである。

## CS-2 子宮頸がん検診における LBC 運用の実際

(公財)東京都予防医学協会母子保健検査部<sup>1)</sup>、(公財)東京都予防医学協会婦人科<sup>2)</sup>○吉田志緒子(CT)<sup>1)</sup>、石山功二(CT)<sup>1)</sup>、平良 紫(CT)<sup>1)</sup>、花出有芸(CT)<sup>1)</sup>、伊藤良彌(MD)<sup>2)</sup>、長谷川壽彦(MD)<sup>2)</sup>、木口一成(MD)<sup>2)</sup>

がん検診における精度管理の重要性が広く議論されているが、子宮頸がん検診の精度向上を目指した手法の一つとして LBC が注目されている。LBC には標本作製の標準化が可能なのが利点として挙げられており、病変発見率が向上したとの報告もある。また、細胞採取や検鏡時の負担の軽減も利点とされている。一方標本作製に要する資材の経費が従来法より高額になることや、標本作製に手間がかかること、細胞像が従来法と若干異なるため検鏡トレーニングが必要であることが問題点として挙げられている。

本会では、2014 年度から LBC (ThinPrep, ホロジックジャパン株式会社) の本格運用を始めた。今回は LBC の導入地区の検診成績や運用状況等から、検診ツールとしての LBC の利点と問題点を検討したい。

LBC による検診実施数は 2014 年度 23,620 件、2015 年度 18,634 件であった。標本不適正率は 2014 年度 2015 年度ともに 0.1% であり、これより以前のサーベックスブラシを用いた従来法の 1.2~1.5% に比べ減少がみられた。これは LBC の導入により細胞塗抹時のアーチファクトが減少することで不適正標本の軽減に繋がったものと考えられる。要精検率については、2014 年度は 3.25% で、従来法の 1.54%~2.03% より増加していた。しかし 2015 年度は 2.54% と、前年よりも減少がみられた。判定においては、ASC-US および LSIL の判定頻度には上昇がみられた。発見率に関しては、CIN1 の発見率には上昇がみられたが、子宮頸がん検診の目的とされる CIN2+ の発見率においては、サーベックスブラシを用いた従来法の成績と余り差はみられなかった。

これら検診成績の検討に加え、運用状況等から今後の課題も報告したい。

### CS-3 臨床現場における子宮頸がん検査結果の統合的診断

独立行政法人国立病院機構東京医療センター

○山下 博(MD)

ベセスダシステム導入から9年が経過し、我が国でもベセスダシステムに準拠した細胞診報告様式が定着してきている。ベセスダシステムの最大の特徴は検体の適否の判定と記述的細胞診報告様式であり、その中にASC-USやASC-Hといったカテゴリーを導入したことで細胞診断により客観性をもたせることができるようになった。検診における子宮頸部細胞診においてNILM以外のいわゆる要精検カテゴリーのほとんどは従来通りにコルポスコピーによるコルポ診断と狙い組織診による病理組織診断が推奨されているが、細胞診による検診のデメリットとしての過剰診断や不必要な精密検査を減らすための方法としてASC-USに対するハイリスクHPV検査が保険診療で認められている。ハイリスクHPV陽性であればASC-USとして判定された症例にはCINが存在する可能性が高く、コルポスコピーおよび狙い組織診が必要と判断され、陰性であれば1年後の細胞診再検が推奨されている。また、狙い組織診でCIN2と診断された症例についてはHPVジェノタイプ検査が治療方針決定のために保険診療の中で行われている。このセッションでは検診からCINの診断・治療に至る一連の流れについて解説するとともに当院におけるASC-USやハイリスクHPV検査の現状について説明する。また新世代のハイリスクHPV検査の意義やLBCが担う役割についても解説を行う。

### CS-4 子宮頸がん二次検診におけるコルポスコピーの役割

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>, 京都府立医科大学産婦人科<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>

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、CIN2症例はHPV genotypingに基づいて検診間隔や治療の要否を勘案するが、その臨床的取扱いにはコルポスコピーが不可欠である。ベセスダシステム細胞診異常例に対する二次検診(精検)とは、一般的に「ASC-US判定に対してHPV検査の実施」、「コルポ診に基づき生検不要」、「コルポ診+狙い生検」、を意味すると考えられるが、細胞診の繰り返しのみで経過観察を行っているケースもみられるのが実態と思われる。今後頸がん検診受診率の向上に伴って増加が予想される二次精検者への適切な対応は、頸がん検診の将来を考える上で避けては通れない重要な課題と考えられる。本講演では、ベセスダシステムの普及と定着に伴ってますます重視されるコルポスコピーの頸がん二次検診における役割と今後の展望について、新分類に準拠しつつ臨床現場での動画を供覧しながら具体的に解説する。

## ◇ LBC セミナー

## LBC-1 内膜標本の細胞像 直接塗抹標本とLBC標本について

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>1)</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>2)</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病理診断科<sup>3)</sup>

○原田美香(CT)<sup>1)</sup>, 則松良明(CT)<sup>2)</sup>, 香田浩美(CT)<sup>1)</sup>, 小寺明美(CT)<sup>1)</sup>, 實平悦子(CT)<sup>1)</sup>, 山口大介(CT)<sup>1)</sup>, 中村香織(CT)<sup>1)</sup>, 板倉淳哉(MD)<sup>3)</sup>, 内野かおり(MD)<sup>3)</sup>

子宮内膜細胞診では, 内膜増殖症以上の病変の診断や, それらと非増殖性病変の鑑別が肝要である。しかし, 内膜細胞や間質細胞はホルモン環境の影響を受け細胞質変化を示し, 多彩な細胞像を呈する。また, 内膜増殖症や高分化型類内膜腺癌は細胞異型が弱いので, 細胞異型を主体とした診断は困難な場合も多い。当院では以前より, 診断精度向上のために構造異型評価を加えた則松らの判定基準に沿って内膜細胞診の標準化を図っている。当院での直接塗抹標本(従来法)は, ガラス上でブラシを弾いて作製しているが, 婦人科医の数が多く, 入れ替わりも多いので, ここ数年, 細胞採取熟練度の未熟による塗抹細胞量の減少, 乾燥による変性などのため, 不適標本が増加し, 問題となっている。そこで, 標本の作製および診断の標準化を図る目的で, 2011年から従来法と液状化検体細胞診(Liquid-based cytology: LBC)法の併用を行っている。標本作製は従来法標本を1枚作製し, その後ブラシをBD シュアパス細胞保存液中で洗浄, 細胞を回収, 液状検体標本作製する。従来法標本とLBC法標本について検体不適率, 乾燥の有無による標本の適正, 背景状況について比較した。さらに, 細胞診でclass3以上と診断し組織診にて異型増殖症や癌と診断された症例, 対照に正常内膜の増殖期内膜, 分泌期内膜, 萎縮内膜, 機能性出血の症例について, 鏡検時間, 細胞像(集塊数, 集塊の形状), 診断精度などを比較検討した。以上の検討項目について, 従来法標本, LBC法標本の特徴について述べる。また, OSG式判定様式を用いたLBC標本の見方についても解説する。

## LBC-2 LBCによる乳腺細胞診断の標準化を目指して～客観性の高い項目による比較～

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科

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

LBCは, 標準化された標本作製法, 細胞回収率の向上, 免疫染色などにより, 診断精度の向上が期待される。そこで, 当院では2013年8月から乳腺細胞診にもLBCを導入し, 直接塗抹標本作製後の針内洗浄にBD サイトリッチレッド保存液を用いたLBC標本を, 直接塗抹標本に併用し診断を行っている。2015年度の診断精度98%, 鑑別困難率7%, 悪性疑い率4%のうち組織診断で悪性であったものは90%であった。LBC標本では, 溶血作用のある低アルコール濃度の保存液に直接検体を投入することから, 血液, 脂肪, 粘液, 蛋白は減少し, 診断に有用な背景所見は異なってくる。例えば粘液癌の背景は断片化した筋状粘液や枝分かれした毛細血管が特徴的となる。一方, クリアな背景となり, 細胞所見は明瞭化, 特に集塊の構築は3次元化し明瞭である。さらに, 重力による細胞沈降法の塗抹原理から, 大型細胞や大型集塊が優先し塗抹される。そのため非浸潤癌では大型集塊が出現する傾向が高く, 集塊構築の認識が容易である。また, 遠心・洗浄などの行程が加わるため, しばしば乳頭状病変では細胞と血管茎が分離出現し, 特に裸血管は良悪の鑑別に有用となる。また筋上皮は集塊の辺縁から突出し出現する。このように細胞所見や, 出現頻度も直接塗抹法と異なるため, 今後LBCによる乳腺細胞診診断の標準化を目指すためには, 客観性の高い項目を使い, 標準的な診断手順で診断を行うことが重要であると考えている。そこで今回, 摘出検体に対し2回穿刺を行い作製した直接塗抹標本とLBC標本にて, 背景・細胞集塊・細胞所見・筋上皮について, 診断に有用な客観性の高い項目で比較し, 乳腺細胞診におけるLBCの細胞所見をお話したい。

### LBC-3 尿細胞診における LBC 法導入の有用性

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

○佐藤正和(CT)

これまで尿細胞診の標本作製は、種々多様な方法で行われてきた。細胞学会より尿細胞診の標準化が目的で泌尿器細胞診報告様式 2015 が作成されたことにより尿細胞診での LBC 法の普及も広がっている。そもそも液状検体である尿材料に液状化検体処理が必要かという疑問がわいてくる。それは、尿が低タンパク材料のためガラス標本上にうまく積載されにくい点を大きく改善できる点にある。一概に LBC 法といっても塗抹原理的に荷電を利用した自然沈降法とフィルターを利用した貼り付け法の二法に大別される。いずれも従来の作製法に比較すると観察形態的に差異があるが塗抹細胞数は増加する。塗抹量が増えることで観察時の情報量も増え診断精度も向上した。自身も従来の二重遠心法から BD サイトリッチ TM 法へ変更後に診断精度が向上した経験があり、他者でも二重遠心法から CellPrep に変更し精度向上した報告もある。何より誰が作製しても再現性の高い標本が作製できる点で標準化や精度管理に適している標本作製法と言える。導入に際し問題となる点は、採算性と従来の作製法と LBC 法の形態観察所見の差である。採算面から機械購入は困難でも BD サイトリッチ TM 法は、用手法も選択でき費用も軽減できる。形態的差は、染色を工夫することや症例経験を積むことで徐々に解消されると考える。また、保存検体による二次利用性も免染や遺伝子検査など将来的に新しい検査法への展開を考えた場合、魅力的要素と言える。今回は、BD サイトリッチ TM 法を中心に他の標本作製法との形態所見の違いや観察時の留意点、ユニークな利用法などについて報告する。

### LBC-4 呼吸器領域の Liquid based cytology (BD Sure Path 法) の使用法

奈良県立医科大学附属病院<sup>1)</sup>、奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2)</sup>

○西川 武(CT)<sup>1)</sup>、龍見重信(CT)<sup>1)</sup>、鈴木久恵(CT)<sup>1)</sup>、竹内真央(CT)<sup>1)</sup>、田中京子(CT)<sup>1)</sup>、畠山金太(MD)<sup>2)</sup>、大林千穂(MD)<sup>2)</sup>

近年、がん医療の均霑化や個別化医療の推進が求められ、その目的を果たすにあたり診断の質の向上は重要である。肺癌患者の 70% は手術非適応であり、その診断は主に肺生検で行われている。2011 年、国際肺癌学会により生検・細胞診断のアルゴリズムが示され、細胞診検査でも確定診断および細胞診材料での遺伝子診断が求められる時代に突入した。一方で、呼吸器領域での標本作製法は、従来より直接塗抹法が主流である。しかし検体は僅かであり標本作製手技が難しい。気管支擦過では検体採取が難しく、塗抹細胞量も少数であり、標本作成時に乾燥を生じたり、血液の混入することが多い。また、直接塗抹法による標本作製手技には、ブラシを軽く押し付ける方法や合わせ法等多種類の方法があり、その作製法の違いによる細胞の細胞形態学的変化も無視できない。喀痰においては、均一な標本の作製が困難である。これらの要因により、細胞判定は時として困難な場合があり、例えば悪性と診断できても、さらに免疫染色による組織型推定や分子診断は困難である。近年、このような問題点解決方法の一つとして、液状細胞診が呼吸器領域でも期待されている。当院では、年間約 9000 件の細胞診のうち経気管支擦過細胞診は約 180 件程度であり、直接塗抹法を作製後、Cytosol Red にてブラシを洗浄し、その一部を用いて BD Sure Path 法により LBC 標本 (SP-LBC 法) を作製し、従来法と SP-LBC 法を併用することで両者の利点・欠点を補い、診断精度の向上に努めている。本公演では、当院にて実際に行っている日常業務の経気管支擦過細胞診取扱いや喀痰標本作製法を紹介し、呼吸器領域での LBC 法の有用性を報告する。



**LBC-5 甲状腺領域における LBC の実際と有用性**

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>, 伊藤歩紀(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>

甲状腺領域では, liquid-based cytology (LBC)を採用している施設は未だ少ない. 制限はあるものの, 穿刺吸引細胞診領域において LBC 加算が保険収載されるようになったため, 今後の普及が予測される. 当院では, 2012年より塗抹後の穿刺針洗浄液を用いた LBC (CytoRich RED を用いた Sure path 法) の併用を開始し, その有用性について検討してきた. その結果, 不適正率は減少し, 診断精度の向上がみられた. 一方, 細胞所見は, 通常塗抹標本といくつかの点で異なるため, LBC 独自の観察法が必要とされることも明らかとなった. また, LBC は免疫細胞化学染色を行う場合も有用であることがわかった. 以前は細胞転写法を用いて通常塗抹標本から免疫細胞化学染色を行っていたため, 時間と手間がかかっていたが, LBC 検体からの場合, 初めから複数枚の標本作製することが可能であり, 格段に早く・容易にパネルでの免疫染色ができるようになった. さらに, 甲状腺領域では, 共染しやすい背景の血液成分やコロイドが除去されるため, 染色性の判定が通常塗抹標本よりも容易になった. また, LBC は通常塗抹標本と比べて細胞形態の保持が良いため, 細胞膜や細胞質の染色性が優れており, より明確な判定結果が得られるようになった. 今回の発表では, 当院における 4 年間の経験をもとに, 甲状腺領域における LBC の実際と有用性について報告する.

**◇ Human Cell セミナー****HCS-1 癌遺伝子 Met の機能と癌の制御: 発癌モデル・臨床癌の解析と分子標的薬開発**

防衛医科大学校分子生体制御学講座

○四ノ宮成祥(MD)

Met は HGF をリガンドとし, 細胞増殖, 浸潤, 転移, 血管増生といった腫瘍進展のすべての段階に関わるマスター的癌遺伝子であり, 癌治療の良い標的の一つと考えられている. 我々は, 肝細胞癌(HCC)発癌モデルである HBs 抗原(HBsAg)-Tg マウスに HGF-Tg マウスもしくは肝特異的 Met-KO マウスを交配させることにより, HGF シグナルが亢進した場合の発癌と Met がノックアウトされた場合の発癌について調べた. その結果, HGF の過剰発現が HCC の進行に強く関わっている一方で, Met 発現は肝炎ダメージからの肝再生に関わっており再生結節からの HCC 発癌に関与していることがわかった. マイクロアレイ上 HGF を高発現している HCC は, 予後不良のヒト HCC の遺伝子発現パターンと類似していた. また, HGF 高発現の HCC は Met 分子標的阻害剤に対する高感受性を示すことから, 治療薬選択のバイオマーカーとして利用できるものと考えられた. 臨床的に Met 高発現の卵巣癌は予後不良であり, 卵巣癌腹膜播種モデルマウスで腫瘍細胞の Met をノックダウンすると, 腹腔内でその増殖を抑えることができた. また, 胃癌においても Met 発現は予後不良因子であるが, 特に H. pylori 陽性の胃癌において予後不良と強く関わっており, H. pylori を介した Met 活性化が癌の発育に関与している可能性が示唆された. 我々は, このような Met を標的とした in silico デザインによる低分子阻害薬の探索を試みており, いくつかその候補となる低分子を見出している.



### HCS-2 胞状奇胎と卵巣奇形腫の発生機序：SNP アレイ解析による可視化

千葉大学大学院医学研究院生殖医学

○碓井宏和(MD)

ヒト細胞は両親由来2倍体である。一对の父由来染色体・母由来染色体で構成される。減数分裂により形成されたひとつの精子(n)と一つの卵子(n)による受精からスタートし、個体へと発生して行く過程(体細胞分裂)では、個体の各々の細胞(2n)で両親由来の遺伝情報は保持される。産婦人科で取り扱う胞状奇胎・卵巣奇形腫は、この原則から逸脱した、極めて特殊な細胞遺伝学的構成をとる。

胞状奇胎は、絨毛組織の過剰増殖を特徴とする疾患であり、全胞状奇胎と部分胞状奇胎に分類される。全胞状奇胎は雄核発生2倍体であり、ホモ奇胎(1精子受精)とヘテロ奇胎(2精子受精)が存在する。部分胞状奇胎は父2母1のハプロイドを有する3倍体で染色体核型は69XXXまたは69XXYである。胞状奇胎の診断は実臨床では病理組織学的に診断されるが、細胞遺伝学的な違いを利用した遺伝学的診断がもっとも診断精度が高い。

卵巣奇形腫は、病理学的には胚細胞性腫瘍に分類される。組織学的に成熟・多様な分化像から、多分化能を有する細胞から発生すると考えられる。実際に、奇形腫は、減数分裂に伴う組み換えの痕跡である uniparental disomy 領域を有する。

われわれは、これまで short tandem repeat 多型解析で、これらの疾患の細胞遺伝学的解析を行ってきた。近年、高密度化された SNP アレイを用いることで、ヒトゲノムに存在する重複、欠失、増幅や、コピー数に変化のないヘテロ結合性欠失などの遺伝的変異や構造的変化を解析することが可能になってきた。本講演では、最近導入した SNP アレイを用いた胞状奇胎と卵巣奇形腫の解析法を概説し、両疾患の発生機序に関する新知見を紹介する。

### HCS-3 オルガノイドを用いた発がん過程の in vitro 再構成

千葉県がんセンター研究所発がん制御研究部

○筆宝義隆(MD)

正常細胞が発がん化する過程は遺伝子異常の蓄積および微小環境など多数の要素が複雑に相互作用しながら進展する。そのため、従来のがん研究においては発がん化に関連する因子の同定が精力的に行われ、主として網羅的な解析により、ゲノムや遺伝子発現の異常に関する膨大な知見が蓄積されてきた。こうしたがん特異的な変化に対して、発がんへの関与を検証する際には遺伝子改変動物を作成して個体レベルでの解析を行うことがこれまで一般的だったが、長期間と多大な労力を要することが問題だった。一方で、不死化線維芽細胞である NIH3T3 細胞が in vitro での簡便な発がんモデルとして汎用されてきたが、そこで確認された「発がん性」が種々の臓器における上皮細胞の発がん過程へそのまま外挿可能かは明らかではなかった。こうした背景のもと、我々はマウス正常腸管初代培養細胞を用いた発がんモデルを新たに確立した。具体的には、3次元培養下の腸管オルガノイドに対する極めて効率の高いレンチウイルスベクター遺伝子導入法を確立し、それにより cDNA や shRNA などを用いて複数の遺伝子異常を再構成したオルガノイドをヌードマウス皮下へ移植することで、腺癌類似の組織像を呈する腫瘍の作成に成功した。腸管発がんに関しては、主要遺伝子に対する遺伝子改変マウスでの報告と基本的に同等の結果が得られたことから、個体レベルでのモデルを補完・代替する実験系となると考えられた。また、任意の遺伝子変異を有する細胞株を迅速に作成する実験系としても有用であると考えられた。現在までに腸管以外の多数の臓器由来の細胞へも展開を進めており、そこから得られた知見も合わせて紹介する。

## HCS-4 蛍光生体イメージングによる生きた細胞動態の解析

大阪大学医学系研究科免疫細胞生物学

○石井 優(MD)

生命システムでは「動き」が重要である。多種多様な細胞の動態は時空間的に精緻にコントロールされている。このようなシステムの研究には、従来の組織学的解析法では不十分であった。固定・薄切した組織観察では、細胞の「形態」や「分子発現」などを解析することはできない。細胞の「動き」を解析することはできない。細胞の動きを見るためには、「生きた細胞」を、「生きた組織」「生きた個体」の中で観察する必要がある。本演者は深部組織の観察に適した多光子励起顕微鏡を駆使して、生きた細胞の生きたままの動きのある世界を捉えることを可能にしてきた。本講演では、演者がこれまで行ってきた骨髄や免疫組織、がん細胞の浸潤・転移など、生きた細胞の動態制御に関する生体イメージング研究を中心に紹介し、見ることによって初めて分かった様々な細胞の巧妙な動きとその制御機構について解説する。さらには、これらの最先端の可視化技術を利用した次世代の細胞研究への展開について紹介する。

## ◇地域推薦演題 1

婦人科 1

### 地域 1-1 子宮頸部および体部神経内分泌癌における細胞診の後方視的検討

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>, 横浜市立大学附属病院産婦人科<sup>3)</sup>

○上西園幸子(MD)<sup>1)</sup>, 池田真利子(MD)<sup>1)</sup>,  
今井一章(MD)<sup>1)</sup>, 川野藍子(MD)<sup>1)</sup>, 井浦文香(MD)<sup>1)</sup>,  
近内勝幸(MD)<sup>1)</sup>, 小野瀬亮(MD)<sup>1)</sup>, 加藤久盛(MD)<sup>1)</sup>,  
北村和久(CT)<sup>2)</sup>, 宮城悦子(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】子宮に発生する神経内分泌癌 (neuroendocrine carcinoma; NEC) において、子宮頸部 NEC (UCNEC) は子宮頸癌の約 5%、子宮体部 NEC (UBNEC) は子宮体癌の 1% 未満とされ稀な疾患であり診断に難渋することも少なくない。今回我々は UCNEC, UBNEC の細胞診標本を後方視的に検討した。

【方法と対象】1998 年から 2014 年の 17 年間に治療を行った子宮頸癌 2902 例および子宮体癌 1059 例のうち UCNEC 28 例および UBNEC 22 例の治療前の細胞診において、評価可能な細胞診標本それぞれ 28 例、17 例の細胞像について考察した。

【結果】UCNEC: 組織診断は large cell NEC (LCNEC) 5 例, small cell NEC (SCNEC) 21 例, 両方の混在 2 例。10 例 (35.7%) で扁平上皮癌や腺癌との複合型であった。再検鏡で NEC の可能性を考慮でき得ると判断したものは 22 例 (78.6%) であった。UBNEC: 組織診断は LCNEC 11 例, SCNEC 5 例, 両方の混在 1 例。16 例 (94.1%) で腺癌などとの複合型であった。初回検鏡で NEC を指摘されていたのは 2 例 (11.8%), 再検鏡では 11 例 (64.7%) であった。子宮頸部は純粋型の SCNEC が多く子宮体部は複合型の LCNEC が多かった。UCNEC に比し UBNEC の細胞診で NEC の予想が難しい傾向があり、その理由として内膜細胞のサンプリングに限界があること、混合型が多いこと、かつては UBNEC の概念がなかったことなどが影響している可能性が考えられた。子宮頸部、体部ともに、NEC を疑う所見として腫瘍細胞のロゼット状配列、比較的均一な類円形の高 N/C 比細胞、顆粒状のクロマチンといった細胞学的特徴が多く認められた。

【結語】分化の低い成分を認めた場合 NEC を念頭におきつつ細胞像を確認することで NEC の推定が行いうる可能性が示唆された。

## 地域 1-2 細胞診にて判定困難であった子宮内膜症合 併卵巣粘液嚢胞腺癌の 1 例

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】細胞診で判定が困難であった子宮内膜症合  
併卵巣粘液嚢胞腺癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例および経過】36 歳女性。人間ドックで右卵巣腫大  
指摘。経膈超音波検査及び骨盤腔 MRI で子宮内膜症性  
嚢胞の診断でフォロー中。9 か月後、尿が全く出なくなり  
近医受診し当院婦人科受診。卵巣腫瘍の増大による尿  
閉が疑われたため入院となる。右卵巣腫瘍内容液穿刺。  
細胞診 Class II。良性判定のため、子宮内膜症病巣除去  
術および右卵巣嚢腫核出術施行。病理組織診断で粘液嚢  
胞性腺癌と診断。約 1 か月後卵巣癌に対し摘出術施行。  
術中洗浄腹水細胞診 Class V 腺癌疑い。摘出臓器の病理  
組織診断は、すべてに悪性所見は認められず、左右付属  
器、左卵巣に内膜症が認められた。

【細胞所見】〔右卵巣腫瘍内容液〕強い壊死性背景に、核  
は偏在性で小型、濃染性で核形は類円形～軽度の不整形、  
核の軽度大小不同、細胞質にはピンク色の粘液も見られ  
た。核異型弱く Class II。〔卵巣癌摘出術時の術中洗浄腹  
水〕多くの組織球を背景に、結合性の強い細胞集塊が認  
められた。核の軽度大小不同、軽度の重積傾向が認めら  
れた。卵巣癌摘出術時の術中洗浄腹水とのことから、  
Class V 腺癌疑いと判定。

【考察及びまとめ】右卵巣腫瘍内容液の細胞診では、細胞  
異型弱く悪性判定は困難であった。また卵巣癌摘出術時  
の術中洗浄腹水細胞診では、腹水中に腺系の細胞集塊が  
多く見られ、悪性判定としたが、病理組織では内膜症で  
あった。細胞診で内膜症の細胞を見る機会は殆どない。  
しかし若い年齢の卵巣腫瘍摘出術時には、術中洗浄細胞  
診の提出もあり得る。内膜症も念頭に入れた細胞判定が  
重要であると考えられた。

## 地域 1-3 ISH 法を用いた Kras 遺伝子異常の評価は 子宮内膜癌の推定診断に有用である

広島大学病院病理診断科

○金子佳恵(CT), 田中祐菜(CT), 清水智美(CT),  
丸橋由加里(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT),  
尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 城間紀之(MD),  
有廣光司(MD)

【目的】子宮内膜擦過細胞の Kras 遺伝子と 12 番染色体  
セントロメアの遺伝子異常を fluorescent in situ hybridi-  
zation (FISH)法を用いて評価し、その有用性を検討する。

【対象と方法】切除された子宮の正常内膜 9 例、子宮内膜  
増殖症 2 例、類内膜腺癌 (G1: 9 例, G2: 3 例, G3: 2  
例)、混合型 2 例、漿液性腺癌 1 例、明細胞腺癌 1 例の擦  
過細胞を対象とした。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、細胞 1 個  
当たりの Kras と CEP12 のシグナル数(K/cell と C/  
cell)、平均 Kras/CEP12 比、また各症例で Kras: CEP12  
が disomy 以外の遺伝子異常を示す細胞の割合 genetic  
instability (GI)を算出した。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】遺伝子異常を示す細胞は、正常内膜では見られず、  
内膜増殖症で 2 例中 2 例(100%)、癌で 18 例中 13 例  
(72%)観察された。GI と Kras/cell, CEP12/cell 及び核  
異型度の間に、及び Kras/cell, CEP12/cell と核異型度の  
間に正の相関が見られた(P<0.001)。一方、GI と Kras/  
CEP12 比、癌の組織型および組織学的悪性度との間には  
有意な相関はなかった。

【考察】FISH 法を用いた Kras と CEP12 を標的とする遺  
伝子異常の検討は、子宮内膜細胞の良悪性の鑑別に有用  
である。

## ◇地域推薦演題 2

## 呼吸器

## 地域 2-1 肺腺癌における核面積を応用した細胞診断の可能性

獨協医科大学病理診断科<sup>1)</sup>, 群馬県立がんセンター病理検査科<sup>2)</sup>

○中里宜正(MD)<sup>1)</sup>, 土田 秀(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】細胞診断にとって、核の大きさは良悪の判定に重要な因子となっている。バーチャルシステムを使用した細胞核のMorphometryが簡易にできるようになった。肺腺癌領域では、従来からEGFR変異を有する症例が多く、細胞診検体、特に迅速細胞診では、検体の検査提出などの際、その場でのスクリーナーによる判断が重要なことも少なくないのが現状である。今回我々は、肺腺癌における核面積とEGFR変異に関して、細胞検体での検討を行った。

【方法】気管支鏡下及びCTガイド下肺生検、胸水穿刺にて得られた細胞診標本を迅速診断し、陽性で主に腺癌、もしくは擬陽性と診断された標本を対象とし、針子又は針洗浄液からDNAを抽出、高感度法検出試薬キット(SmartAmp)を用いて、EGFR変異の有無を検出した。診断が済んだ標本はNano Zoomerによりデジタル化し核の面積を測定する。一つのプレパラートから異形細胞を最低50個以上は大きいものから核面積を測定する。陽性で肺腺癌と診断された症例と陰性症例でROC曲線を描き、カットオフ値を定める。

【結果と考察】細胞診断にて肺腺癌110例の平均腫瘍細胞の核面積は $119.1\mu\text{m}^2 (\pm 64.4)$ で、wild type : mutant type = 89 : 21例で、核面積は、wild type : mutant type =  $125.3\mu\text{m}^2 (\pm 69.5)$  :  $92.5\mu\text{m}^2 (\pm 19.6)$ で、 $p < 0.05$ であった。陰性症例67例のうち胸水を除いた36例の平均核面積は $67.1\mu\text{m}^2 (\pm 17.8)$ で、 $p < 0.05$ であった。細胞診断陽性と陰性の核面積でのROC曲線では、 $\text{AUC} = 0.915$ ,  $95\% \text{ CI} = 0.873-0.958$ で感度80%, 特異度86%にて平均核面積 $81.0\mu\text{m}^2$ がcut-off値となることが判明した。今回の研究結果から、EGFR mutant typeの核面積はwild typeよりも小さい傾向にあることがわかった。

## 地域 2-2 肺動脈吸引細胞診の有用性

埼玉県立循環器・呼吸器病センター検査技術部<sup>1)</sup>, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科<sup>2)</sup>, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科<sup>3)</sup>

○沼上秀博(CT)<sup>1)</sup>, 舟橋光政(CT)<sup>1)</sup>, 石黒 卓(MD)<sup>2)</sup>, 清水禎彦(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】肺は循環血流量が多く毛細血管が発達しているため、末梢血中に腫瘍細胞が存在した場合補足しやすく、時に肺動脈腫瘍塞栓症(以下、PTE)を引き起こして急速に状態が悪化することがある。また、血管内リンパ腫(以下、IVL)では、しばしば胸部画像の異常や呼吸器症状を初発とすることがあるが、その診断には苦慮することが多い。今回我々は、PTE疑いやIVLの診断目的に肺動脈吸引細胞診(以下、PWAC)を施行した症例の細胞診標本を見直し、PWACの有用性と細胞所見について検討した結果を報告する。

【対象・方法】2007~2016年の9年間に、当センターでPWACを施行した34例のうち、臨床的にPTEが疑われた10例と、IVLの2例について検討した。PWACは肺動脈楔入圧測定時に20~50mlの血液を採取し、3500rpm・10分で二重遠心、得られたバッフィーコートから引きガラス法にて細胞診標本を作製した。検体量に余裕があればセルブロックを作製して同時に鏡検を行った。

【結果】PTE疑いは10例中、疑陽性3例、陽性2例で、IVLは2例中、陽性1例であった。疑陽性と判定された3例はいずれも異形細胞の出現が少なく、それ以上の評価・検索は困難であった。陽性の3例では免疫染色を追加することにより、そのうち2例で組織型推定を行うことができた。

【考察】PWACは肺動脈圧測定のカテーテル挿入時に同時に検体を採取できることから、検体採取は比較的容易であった。疑陽性以上の結果となったのは、PTE疑い5/10(50%)、IVLで1/2(50%)であり、全体で6/12(50%)の検体中に異形細胞が認められた。また、免疫染色を実施できた症例では組織型推定が可能であったケースもあり、PWACは有用な検査法であると考えられた。



### 地域 2-3 当院で経験した Pulmonary sclerosing pneumocytoma の細胞学的検討

国保松戸市立病院病理診断科<sup>1)</sup>, 成田赤十字病院呼吸器外科<sup>2)</sup>

○横山 綾(CT)<sup>1)</sup>, 茅野伴子(CT)<sup>1)</sup>, 滝沢敬祐(CT)<sup>1)</sup>,  
渋谷 潔(MD)<sup>2)</sup>, 野呂昌弘(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】 Pulmonary sclerosing pneumocytoma : 硬化性肺胞上皮腫は以前 (Pulmonary) sclerosing hemangioma : (肺) 硬化性血管腫と呼ばれていた疾患で, 2015 年の WHO 分類にて改名された. 硬化性肺胞上皮腫は 30~40 歳代の女性に好発し, 末梢肺実質に単発性腫瘍として見られることが多く, 気管支鏡の生検や術中迅速診断においては, しばしば乳頭腺癌との鑑別が問題になり, 誤診される可能性が高い病変とされている. 今回, 当院において経験した 4 例について再検討を行なった.

【症例】 2013 年 4 月から 2016 年 11 月までに今回当院において, 細胞診を採取して組織診断において硬化性血管腫 (硬化性肺胞上皮腫) と診断された症例が 4 例. 4 例とも女性で平均年齢が 56.8 歳 (中央値 : 52.5 歳), 術中迅速にて捺印細胞診もしくは穿刺吸引細胞診で採取した症例であった. 4 例のうち 1 例は多発例, 1 例は細胞学的に異形の強い症例であった. これらの症例を, 出血性背景, ヘモジデリン貪食組織球, 小型類円形核細胞集塊など硬化性肺胞上皮腫の特徴とされる所見を比較検討し, また, 病理組織標本と比較した. 異形の強い 1 例はそれに加え, 腺癌細胞と比較検討を行ったので報告したい.

### 地域 2-4 呼吸器細胞診陰性検体の再検討

公立阿伎留医療センター呼吸器外科<sup>1)</sup>, 公立阿伎留医療センター臨床検査科<sup>2)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>3)</sup>

○三浦弘之(MD)<sup>1)</sup>, 涌井清隆(CT)<sup>2)</sup>, 若槻よしえ(CT)<sup>3)</sup>,  
吉田えりか(CT)<sup>3)</sup>, 加藤彩子(CT)<sup>3)</sup>, 田辺 夢(CT)<sup>3)</sup>,  
石崎幹子(CT)<sup>3)</sup>, 内山 篤(CT)<sup>3)</sup>, 横山明子(CT)<sup>3)</sup>,  
芹澤博美(MD)<sup>3)</sup>

【背景】呼吸器細胞診は通常, 細胞検査士 2 名のスクリーニングをうけ, 異型細胞が認められれば細胞診専門医の判定を仰いでいる. しかしながら陰性判定の場合, 細胞検査士 1 名だけの判定で最終判定になる事があり, 細胞診専門医の診断を経ず細胞診専門医の名で結果が出されることがある. 陰性判定の細胞検体を検討することにより, 陰性判定の精度を明らかにすることを目的に検討を行った.

【対象・方法】 15 年 1 月~16 年 11 月までに気管支鏡を施行した原発性肺癌症例は 234 例であった. 擦過 230 例, 気管支洗浄 234 例のうち, 生検あるいはいずれかの細胞検体が陽性で他の細胞診が陰性であった 63 例 (擦過 25 例, 気管支洗浄 38 例) を再検鏡し, 異型細胞の有無を検討した.

【結果】洗浄細胞診の 1 例に, 円柱上皮と鑑別できない異型細胞が認められ, 疑陽性以上に判定する必要があった. 異型細胞の N/C 比は大きく核小体が明瞭だが, 同一標本上の組織球にも類似していた. 生検でも判定は難しく, TTF-1, p-63, p40 すべて陰性で, NSCLC-NOS と診断された. また擦過細胞診の 1 例に 2 個のみ細胞質が重厚な OG 好性細胞が認められ, 扁平上皮癌も否定できない細胞であった. 他の擦過細胞診の 1 例に一か所のみ扁平上皮癌を疑う細胞集塊が認められた. 他の検体には有意にとるべき細胞の出現はなかった. 陰性的中率は擦過細胞診 92.0%, 洗浄細胞診 97.4%であった.

【考察】気管支鏡は侵襲の強い検査であるため, 異型細胞を見落とすことがあってはならない. 今回の検討で, 陰性検体の精度は高かったが, 患者の不利益にならぬよう定期的な陰性検体のチェックが必要である. サンプル数は施設の検体数ならびに技量に応じて決定すべきである.



## ◇地域推薦演題3

## 婦人科2

## 地域3-1 当院におけるHPVテストとASC-USの細胞像について

米沢市立病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 山形大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>, 米沢市立病院病理診断科<sup>3)</sup>

○大河原飛鳥(CT)<sup>1)</sup>, 大泉麻衣(CT)<sup>1)</sup>, 飛塚 潔(CT)<sup>1)</sup>, 大江倫太郎(MD)<sup>2)</sup>, 角田力彌(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】意義不明な異型扁平上皮細胞ASC-USの診断は扁平上皮内病変SILとするには細胞の質的要因と数的要因を満たさないものに用い, 全子宮腔部および子宮頸部細胞診の5%以内に収めることが推奨されている。そこで当院におけるASC-USの細胞像をHPVテスト陽性群と陰性群に分けて, 質的要因から検討したので報告する。

【方法】当院の産婦人科における2013年1月から2016年9月までの子宮腔部および子宮頸部細胞診でASC-USと診断されたもののうち, HPV-DNAテストを実施している検体について検討を行った。13枚の標本中, ASC-USと判定した1視野を1か所とし, ASC-US/HPV(high risk group)陽性例13例48か所, ASC-US/HPV(high risk group)陰性例13例48か所をベセスダシステム2001のASC-USの判定基準にしたがい, クロマチン濃度, クロマチンパターン, 核形不整, 核溝, N/C比, 2核の有無, Koilocyte様変化, 核縁肥厚, 角化の有無, 年齢の10項目を設定し, 鏡検して比較検討した。

【結果】studentのt検定にて有意差を検定した結果, クロマチンパターン, 核溝, 2核の有無, 核縁肥厚, 角化の有無の5項目で, 両群間に有意差があった。HPV陽性例に, より高度な異型が見られた( $p < 0.05$ )。

【考察】有意差が見られた項目のうち, クロマチンパターン, 核溝, 核縁肥厚はいずれも核所見であり, 核所見を詳細に観察してスクリーニングすることの重要性が改めて理解できた。また, 核異型が高度であることはHPV感染を示唆する一つの要因であると考えられた。

## 地域3-2 当院ASC-US症例についての再検討

一般社団法人慈山会医学研究所附属坪井病院

○佐藤陽子(CT), 今木 愛(CT), 原田仁稔(CT), 小林美穂(DDS), 五十嵐誠治(MD), 橋本歳洋(MD), 羽生忠義(MD)

【はじめに】当院では, 2010年8月から子宮頸部細胞診報告様式に「ベセスダシステム2001」を導入している。ASC-US症例は, 「意義不明な異型扁平上皮細胞」と定義されているが, その細胞判定基準は必ずしも明確ではない。今回, 当院でASC-USと判定された症例について, 診断後の追跡と細胞診断の妥当性の再検討を行ったので報告する。

【方法】2011年1月から2016年10月までの子宮頸部細胞診症例28,307例中, ASC-USと判定された204例を対象とし, 細胞診の検査目的や診断後の追跡状況を調査した。又, ASC-US症例のうち子宮頸部細胞診施行後, 6ヶ月以内に生検が施行された73症例について再検討を行った。

【結果】当院の子宮頸部細胞診におけるASC-USの頻度は0.7%であり, ベセスダシステムで提唱されている全報告の5%以下という目標は達成されていた。6か月以内に組織診が施行された73症例の生検結果内訳は, 炎症等の良性病変が41症例, CIN1が8症例, CIN1~2が4症例, CIN2が9症例, CIN3が8症例, MICが2症例, SCCが1症例であった。生検実施症例の細胞像の再検討では, 良性病変は核腫大や化生細胞, 萎縮による反応性変化でASC-USと判定されている傾向がみられ, CIN3以上の病変では, 異型細胞を炎症の反応性変化としたり, 細胞少数のためASC-USと判定されていた症例があった。

【考察】ASC-USには, CIN以上の病変が含まれ得ることから, 診断時には入念な検鏡が必要であり, その後のfollow upが重要と考えられる。文献的考察も加えて報告する。

### 地域 3-3 子宮頸部細胞診 ASC-H 判定症例のコルポ所見を主体にした検討

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診断科<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>, 長田詠美子(CT)<sup>2)</sup>, 岡 俊郎(CT)<sup>2)</sup>, 石井保吉(CT)<sup>2)</sup>, 齋藤元章(MD)<sup>3)</sup>, 上田 和(MD)<sup>3)</sup>, 岡本愛光(MD)<sup>3)</sup>

**【目的】**細胞診 ASC-H のコルポ所見を主体にした臨床的背景を検討し, ASC-H と診断された要因を検討した. 対象 2008 年から 2015 年の 8 年間に当院外来で細胞診 ASC-H にて生検を実施した 57 検体を対象とした.

**【方法】**1. ASC-H の細胞所見を再検討した. 2. 組織診結果が CIN2 および CIN3 であった症例のコルポ所見(移行帯の型, コルポ異常所見面積)を検討し, 同期間に細胞診が HSIL で生検結果が CIN2 および CIN3 であった症例のコルポ所見と比較検討した. コルポ異常所見面積は画像解析フリーソフト ImageJ を使用し計測した. 3. 組織診が CIN1 以下であった症例の経過について検討した.

**【結果】**ASC-H57 検体の細胞所見を再度検討したが, 全検体 ASC-H と評価された. ASC-H57 検体の組織診の内訳は良性変化 7 例, CIN1 18 例, CIN2 16 例, CIN3 14 例, SCC 1 例, AIS 1 例で, CIN2 以上の割合は 46.1%であった. 細胞診 ASC-H で組織診 CIN2 の症例のコルポ異常所見面積は, 細胞診 HSIL で組織診 CIN2 の症例に比較して小さい傾向にあった. 細胞診 ASC-H で組織診 CIN3 の症例のコルポ異常所見面積は, 細胞診 HSIL で組織診 CIN3 の症例に比較して小さい傾向にあった. 細胞診 ASC-H で組織診 CIN1 以下であった 25 例中コルポ所見より CIN3 以上の病変が否定的であった 24 例の経過を観察した. 13 例は寛解, 4 例は細胞診異常が持続し円錐切除, 2 例は現在も経過観察中, 4 例は経過観察中断であった.

**【総括】**ASC-H と診断された CIN2 や CIN3 の症例はコルポ異常所見面積が小さい傾向にある. ASC-H で CIN1 以下の症例の経過観察はコルポ所見も考慮し慎重に行うことが重要である.

### 地域 3-4 病院病理部における ASC-US 症例の検討—HPV 検査と組織診から—

島根県立中央病院検査技術科<sup>1)</sup>, 島根県立中央病院産婦人科<sup>2)</sup>, 島根県立中央病院病理診断科<sup>3)</sup>

○渡部 樹(CT)<sup>1)</sup>, 岩成 治(MD)<sup>2)</sup>, 大沼秀行(MD)<sup>3)</sup>, 山本智彦(MD)<sup>3)</sup>, 松原真奈美(CT)<sup>1)</sup>, 板倉利恵(CT)<sup>1)</sup>

当院では, 子宮頸部病変の細胞診を, 2005 年から HPV 検査と併用して行っている. 今回, 病院病理部における細胞診 ASC-US の臨床的意義を知る目的で, それらの組織診と HPV 検査について検討したので報告する.

**【対象】**2011 年-2015 年に, 細胞診・HPV 検査・組織診で経過観察できた ASC-US 症例 133 例.

**【方法】**ASC-US の判定時の 3 か月以上前の細胞診・HPV 検査歴, 判定後の原則 3 か月以内の組織診, 判定後 1-3 年後の組織診を調べた. 細胞診はブラシ採取擦過細胞診, HPV 検査は HC2 法.

**【結果】**(1)ASC-US 症例のうち, HPV 陽性例は 83.5% (111/133), そのうち 33.3% (37/111) が CIN2/3 で, そのうち 59.5% (22/37) が CIN3 に進展した. HPV 陰性例は 16.5% (22/133), そのうち 13.6% (3/22) が CIN2/3 で, 3 例とも CIN3 に進展した. (2)ASC-US 症例のうち, 非 CIN が 19.5% (26/133), CIN1 が 40.6% (54/133), CIN2 が 32.4% (43/133), CIN3 が (7.5%) であった. (3)ASC-US・HPV 陽性症例のうち, 過去に ASC-H, HSIL と判定されていたものは, 35.6% (21/59) が CIN2/3 に進展した.

**【考察】**今回の検討で, CIN2/3 症例の 33.3% (16/48) が, 生検・円錐切除・分娩などをきっかけとして病変が減退した(物理的な病変部除去と炎症による免疫の賦活化が考えられる). その経過の過程として ASCUS と判定されたもの多かった. ASC-US 判定後, そのまま病変部が消退する症例と, 再燃し進展する症例がみられた. その結果, ASC-US 判定例に CIN2/3 が多く含まれることになり, CIN3 への進展率も高くなったことが考えられる. よって, 病院病理部の ASC-US 情報には, 過去の細胞診, 組織診の情報提供を行うことが, 臨床的に大いに役立つものと思われた.

## ◇地域推薦演題 4

## 婦人科 3

## 地域 4-1 LEGH の follow 中に AIS と診断された 3 例の細胞学的検討

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(MD)<sup>1)</sup>, 端 晶彦(MD)<sup>1)</sup>,  
中澤久美子(CT)<sup>2)</sup>, 望月直子(CT)<sup>2)</sup>, 花井佑樹(CT)<sup>2)</sup>,  
多賀谷光(MD)<sup>1)</sup>, 深澤宏子(MD)<sup>1)</sup>, 近藤哲夫(MD)<sup>3)</sup>,  
平田修司(MD)<sup>1)</sup>, 加藤良平(MD)<sup>3)</sup>

【目的】LEGH (lobular endocervical glandular hyperplasia) に AIS (adenocarcinoma in situ) や腺癌が合併する症例があることが知られているが, LEGH の自然史についてはよくわかっていない。今回われわれは LEGH の follow 中に, 細胞診所見の変化から AIS を診断できた 3 例を経験したので, その細胞学的所見について検討した。

【症例】症例は 57 歳, 64 歳, 70 歳で, 3 例とも子宮がん検診で黄色調粘液を有する頸管腺細胞が認められたために紹介された。いずれもエコーで内子宮口付近に小嚢胞が集簇した病変が認められ, 腔分泌物の HIK1083 ラテックス凝集反応は陽性であった。初診時の細胞診では, 黄色調粘液を有する頸管腺細胞集団が認められたが異型はみられず, LEGH の診断で外来 follow となった。その後, 初診からそれぞれ 9 か月後, 5 か月後, 3 年 2 か月後に細胞診所見の変化から AIS が疑われた。インフォームド・コンセントの結果, 子宮全摘出術が選択され, 組織学的に LEGH とともに AIS を認めた。

【細胞学的所見】3 例とも follow 中に, 黄色調を示す頸管腺細胞集団とともに, 不規則な重積性を示す細胞集団が認められるようになった。さらに follow を続けていくと, このような細胞集団は不規則重積性がより高度となり, その集団数も増加し, さらに核密度の増加, 一部には核の突出像がみられ, 強く AIS が疑われた。

【総括】LEGH の中には AIS や腺癌を発生しうるものがあるが予測は困難であり, 細胞所見を注意深く follow していくことが重要であると考えられる。

## 地域 4-2 子宮頸部微小浸潤癌のホルポ像と細胞像

こころからだの元氣プラザ婦人科<sup>1)</sup>, 慶応義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>2)</sup>, 慶應義塾大学病院病理診断部<sup>3)</sup>

○室谷哲弥(MD)<sup>1)</sup>, 小田瑞恵(MD)<sup>1)</sup>, 大村峯夫(MD)<sup>1)</sup>,  
仲村 勝(MD)<sup>2)</sup>, 山上 亘(MD)<sup>2)</sup>, 青木大輔(MD)<sup>2)</sup>,  
三上修治(MD)<sup>3)</sup>

細胞診やホルポスコープでの子宮頸部微小浸潤癌の診断は困難で, 生検でも確定診断は困難である。通常, 円錐切除術による病理組織診断によって確定診断がされる。しかし, 細胞診とホルポ所見でも子宮頸部微小浸潤癌の存在を推定することは可能である。微小浸潤癌の細胞像は, 上皮内癌の細胞所見が存在することが必要条件であり, 次の様な所見を伴う。1. クラスタでの出現, 細胞密度が高い。2. Small fiber cell が鱗状に密集して出現。3. 核が細胞質と 2ヶ所以上で接する細胞および核が細胞質の外へはみ出した細胞が多く出現。4. 核クロマチンの不均等分布, 著明な濃縮核(インディアナインク様)。5. 著明な核小体の出現。6. 細胞質は eosinophilic なものが多くなり黄色, 橙色, 赤色に染まり, 多彩になる。CIS を思わせる PBT の N/C 比の高い, 核膜の肥厚が見られる細胞所見があり, small fiber 様の“OG 好性の小型の atypical squamous cell”が出現し, 核が細胞質に 2 ヶ所以上で接するような異常所見がみられれば, 微小浸潤癌の存在を考慮する。微小浸潤癌のホルポ像は, 1. 白色上皮の白さが際立ち, 白濁する。2. 所見が多彩に成る (W+aGO+P+M) 3. Mosaic の白さが著明で血管像が加わる。4. 特に, 異常腺口が集まる様な Mosaic。5. 腫瘍性の新生血管が生じる事から赤点斑から異型血管へ。6. 占拠率が高く, 腔側や内子宮口側への側方浸潤が見られる。今回, 子宮頸部微小浸潤癌の症例のホルポ所見とともに細胞像と病理組織標本のバーチャルスライドを用いて供覧する。

### 地域 4-3 子宮頸部細胞診における軽度異形成と中等度異形成の細胞学的特徴

協同病理診断課<sup>1)</sup>, 協同病理技術課<sup>2)</sup>, 誠仁会大久保病院検査科<sup>3)</sup>, 誠仁会大久保病院婦人科<sup>4)</sup>

○北 健二(CT)<sup>1)</sup>, 小川隆文(CT)<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>, 川越道夫(CT)<sup>3)</sup>, 圓井知江(CT)<sup>3)</sup>, 浜砂美咲(MT)<sup>3)</sup>, 小笠原利忠(MD)<sup>3,4)</sup>

【背景】子宮頸部細胞診報告様式(TBS)での扁平上皮内病変(SIL)はLSILとHSILの2群に分類され, LSILではCIN1, HSILではCIN2およびCIN3に相当する異型細胞が含まれ, CIN1とCIN2の細胞形態を正確に認識する必要がある。今回, CIN1およびCIN2と診断されるべき細胞学的特徴を明確にするための研究を行った。

【対象・方法】細胞診判定(従来法)と病理組織診断が一致したCIN1 42例およびCIN2 37例で比較検討した。検討方法は異型細胞のタイプが表層系, 中層系, 旁基底系のいずれに相当するものが多いか評価した。また, 画像解析ソフト cellSens (OLYMPUS, Tokyo, Japan) を使用し核面積, 核周囲長, N/C比を測定し, 核面積に対して変動係数(NACV)を算出した。統計処理はExcel statistics (SSRI, Tokyo, Japan)で行った。

【結果】CIN1およびCIN2ともに表層系に比べ中層系の異型細胞が多くみられた( $P<0.001$ )。旁基底系の異型細胞はCIN1が4/42(9.5%)に対しCIN2では22/37(59.5%)みられた( $P<0.00001$ )。核面積, 核周囲長に有意差はみられなかったがN/C比はCIN2が高く( $P<0.01$ )。核の大きさに変動がみられやすいのはCIN1であった( $P<0.01$ )。

【結論】今回日常的に遭遇するCIN1とCIN2の細胞学的鑑別点を3項目明らかにすることができた。1. 旁基底系の異型細胞の存在, 2. N/C比, 3. 核の大きさの変動であり, 言い換えれば感覚的に両者を鑑別しているポイントでもあったが, 具体的に数値化することによってLSIL, HSILを分類するための精度向上が期待できると考えられた。尚, 両者とも表層系に比べ中層系の異型細胞が多く有意差がみられたものの, ホルモンの影響があり両者の鑑別には信頼性に欠けると考えられた。

### ◇地域推薦演題 5

婦人科 4

### 地域 5-1 札幌におけるヒトパピローマウイルス 16 型 E6 バリエントと子宮頸がんとの関連

北海道対がん協会<sup>1)</sup>, PCL 札幌病理細胞診センター<sup>2)</sup>

○佐々木隆之(MD)<sup>1)</sup>, 藤田博正(MD)<sup>1)</sup>, 白川洋三(CT)<sup>2)</sup>, 田上 稔(CT)<sup>1)</sup>, 加藤 修(CT)<sup>1)</sup>

【目的】札幌におけるヒトパピローマウイルス 16 型(以下, HPV16)の E6 領域のバリエントの頻度とそれらの子宮頸がんとの関連について検討する。

【方法】対象とした 62 症例はすべて HPV16 が陽性で, その内訳は, 北海道対がん協会にて NILM から CIN3 までと診断された 28 例, 浸潤性頸がん(以下, ICC)と診断された 18 例, さらに北大病院で手術を行った浸潤癌 16 例であった。各株の E6 ORF の塩基配列を決定したのち, バリエントの分類を行った。バリエントと ICC との関連は, 年齢調整済みのロジスティック解析で検定した。統計ソフトは R を用いた。

【結果】全 62 株を phylogenetic tree に従って分類すると, European type (E) 37 例, Asian type (As) 25 例であった。As の頻度を ICC 群とコントロール群とで比較すると, ICC 群でオッズ比 6.64 ( $p=0.0028$ )と有意に増加していた。また, アミノ酸残基の置換に関しては, D25E (25 番残基がアスパラギン酸からグルタミン酸に置換)は ICC 群でオッズ比 5.39 ( $p=0.005$ )と有意に増加し, 一方, L83V (ロイシンからバリンに置換)はオッズ比 0.11 ( $p=0.001$ )と有意に減少していた。

【考察】東京およびその他のアジアの近隣諸国からの報告と比較すると, 日本列島はチベットとともに L83V のアジアにおける集積地と考えられる。このような特異な分布の背景には人類移動の歴史があると考えた。また, 東京で L83V は ICC 群において, 札幌とは反対に, 増加していたと報告されているが, これら二つの地域の宿主の遺伝的背景が大きく異なることから, L83V の oncogenicity は日射量等の環境因子の影響を受けると推測した。



## 地域5-2 HPV併用検診で発見されたNILMかつCIN3症例の検討

福井大学医学部産科婦人科

○大沼利通(MD), 黒川哲司(MD), 品川明子(MD),  
吉田好雄(MD)

【目的】我々は福井県において、HPV併用検診の有用性を検証するため、FCCS (Fukui Cervical Cancer Screening) Study と命名した臨床研究を展開した。FCCS study において、NILM+HPV陽性でコルポスコープ下生検を施行し、CIN3であった症例について、細胞診で異型細胞が捉えられなかった原因を検討した。

【方法】本研究では7584例の登録があり、NILM+HPV陽性者は4.1% (309/7584) 認めた。このうち実際にコルポスコープ下生検を行ったのは176例であった。生検したNILM+HPV陽性者で、CIN2以上と判明した症例は8.5% (15/176) であった。この中でCIN3は4.5% (8/176) であった。これらの症例でコルポ所見、円錐切除所見、細胞診見直し、HPV検査について検討した。

【結果】コルポスコープ所見では一定の傾向は見いだせなかったが、酢酸加工で現われた病変の範囲は、狭い症例が多かった。円錐切除術は5例で実施されており、CIN3:2例, CIN2:1例, CIN1:1例, ごくわずかに異型細胞を認める症例を1例認めた。細胞診5症例について、細胞検査士7名による見直しを行った。CIN3を推定できる細胞があると判断されたのは、5例中1例であった。HPV検査の結果は16型単独感染が3例, 16型+16/18型以外の高危険群の感染が2例, 16/18型以外の高危険群のみの感染が3例であった。18型の感染は認めなかった。

【結論】円錐切除の病理所見より、細胞診で異型細胞が捉えられなかった原因は、CIN3病変が小さいことが考えられた。細胞診の見落としも少ないことから、NILMであった原因は、微小な病変によるサンプリングエラーと推定される。HPV検査は細胞診で捉えられない小さな異形成を検出することが可能であった。

## 地域5-3 佐賀市におけるHPV検査併用子宮頸がん検診について

佐賀大学医学部附属病院産婦人科

○橋口真理子(MD), 福田亜紗子(MD), 花島克幸(MD),  
西山 哲(MD), 大隈恵美(MD), 野口光代(MD),  
内山倫子(MD), 中尾佳史(MD), 横山正俊(MD)

【目的】佐賀市においてHPV併用子宮頸がん検診を開始して約5年、その傾向と結果を報告する。

【方法】HPV併用検診の対象は佐賀市内の30-49歳の女性および「女性特有がん検診推進事業」の対象である20, 25歳。2013年から50歳以上、2014年から30歳以上の希望者を加えた対象とし、細胞診にHPV検査を追加料金1000円で施行した。HPV検査法は2012年度まではアンプリコア法を、2013年度からはコバス法を使用した。

【結果】併用検診開始後、HPVも細胞診も陰性であれば次回検診が3年後となるにもかかわらず、特に若年者で受診者数が増加傾向を示し、併用検診開始前と比較して1.3倍となった。新規受診者が増加したことで、要精密者の割合が増え、CIN3以上の発見が増加し、併用検診開始前の3.5倍となった。また、細胞診がLSILの受診者と、細胞診がASC-USでHPV陽性であった受診者のそれぞれの精密検査の結果は同様であり、ほぼ同等のトリアージがされていると考えられた。細胞診陰性でもHPV陽性だった場合、1年後検診をすることで約1割にCIN2以上の病変を認めた。しかし1年後の受診率が半数にも満たないことが現在の課題である。また、HPV16/18陽性者ではその他のHPV陽性者と比較して細胞診異常、特にCIN3以上の病変が多く、よりリスクが高いことが分かった。

【結論】HPV併用子宮頸がん検診の開始で、受診率の向上と検診の効率化、精度の向上を認めた。細胞診陰性のHPV陽性者の1年後の受診勧奨と、HPV16/18のトリアージを含めた子宮頸がん検診の方法について検討していく必要があると考えられる。



#### 地域 5-4 子宮頸部扁平上皮癌 variant における HPV 感染型の同定

金沢医科大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 金沢医科大学臨床病理学<sup>2)</sup>, 元井細胞病理診断所<sup>3)</sup>

○大阪康宏 (MD)<sup>1)</sup>, 坂本一人 (MD)<sup>1)</sup>, 柴田健雄 (MD)<sup>1)</sup>, 元井 信 (MD)<sup>3)</sup>, 湊 宏 (MD)<sup>2)</sup>, 笹川寿之 (MD)<sup>1)</sup>

【目的】子宮頸部の扁平上皮癌の亜型 (SCC variant) のうち HPV 関連の Warty carcinoma (Warty-ca), Papillary-SCC と良性の乳頭状病変 Papillary immature metaplasia (PIM) における感染 HPV 型を同定し, これら相互の関連性を検討する。

【方法】Papillary-SCC ; 12 例, Warty-Ca ; 2 例, PIM ; 3 例の病理組織像, p16, Ki67 発現, 感染 HPV 型については, パラフィン包埋切片は GeneSquare Microarray 法, 凍結組織や擦過細胞は Genosearch-31 法を用いて決定した。

【結果】臨床経過を追えた症例では, 通常の SCC に比べ, Papillary-SCC, Warty-Ca は化学療法や放射線治療によく反応すると思われた。Ki67-index は Papillary-SCC で最も高く, Warty-ca や PIM では低かった。単独型感染では HPV16, 52 型 group が多く, 腺癌に多い HPV18 型 group はみられなかった。Papillary-SCC は 1 例が HPV6 型, 他は HPV16 又は HPV52 型の単独型感染であった。一方, すべての PIM と Warty-Ca は HPV6 と高リスク型 HPV との多重型感染であった。Papillary-SCC の細胞像はややくロマチン増量は少なく, すりガラス様核を有するやや異型が弱い傾向があり, 背景はきれいであった。Warty-Ca では, 異型は中等度で, 乳頭状の集塊が散見された。PIM は軽度異型のある化生細胞像を示した。

【総括】Papillary-SCC と Warty-ca の組織学的な鑑別は難しいが, 感染 HPV 型の感染パターンや Ki-67-index 値による判別が可能かもしれない。PIM や Warty-Ca のほぼすべては HPV6 型 + 高リスク型 HPV との多重型感染パターンを示した。現在, これが異なる病変の混在か単一病変かについて検討中である。HPV 感染パターンから, PIM が Papillary-SCC や Warty-Ca の前がん病変である可能性がある。

#### ◇地域推薦演題 6

消化器

#### 地域 6-1 胆管擦過液状化細胞診検体を用いた p53 蛋白発現の検討

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター臨床検査科

○佐藤 圭 (CT), 伊東正博 (MD), 澤田吉人 (CT), 山川 彩 (CT), 沖 茂彦 (CT)

【目的】

胆道系疾患の診断には画像診断と共に, 細胞診検査は有用な検査の一つである。しかし, 胆道腫瘍生検は手技的に難しく採取量も少ない。また, 分化度の高い腺癌が多いため, 異型が弱くその細胞診断は難しい部類である。癌関連遺伝子の中でも p53 癌抑制遺伝子の異常は, 各種悪性腫瘍に検出され腫瘍の発生に密接に関与していると考えられている。今回我々は, 少量の材料から効率的に診断を行う目的で, LBC 検体を用いた p53 免疫染色導入の検討を行った。

【方法】

2013 年 4 月から 2016 年 10 月までに胆管擦過細胞診を施行し, 組織診が施行された 85 例を対象とし, 以下の方法で検討を行った。1) 胆管擦過細胞診で診断された症例の LBC 検体をシュアパス手法 (日本 BD 社製) で標本作製し, 自動免疫染色装置 (DAKO 社製 : Autostainer Link 48) にて p53 (DAKO 社製, Clone : DO-7) 免疫染色を行う。2) 染色態度は, 核のみの所見で判定し, 薄く染まるものを 1+, 均一にやや強く染まるものを 2+, 濃く染まるものを 3+ とし, 2+ 以上を陽性細胞と設定。3) 染色結果を目視判定し, 2+ 以上の染色態度を示した細胞を陽性細胞としてカウント。10% 以上の陽性細胞が認められれば過剰発現とする。

【結果】

研究対象 LBC 検体 85 例の p53 免疫染色結果は 45 例に過剰発現が認められ, そのうち, 組織診検体採取不良 2 例, 組織診悪性疑い 2 例, 組織診悪性が 41 例であった。p53 陰性では組織診悪性疑い 7 例, 組織診悪性は 17 例であった。

【結論】

細胞診での形態異常とあわせて p53 蛋白過剰発現を認めた場合は悪性を強く示唆すると思われ, LBC 検体を用いた p53 免疫染色を施行することは有用と思われた。

## 地域6-2 当院における超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) の検討—細胞診断と画像診断—

鳥取赤十字病院検査部<sup>1)</sup>, 鳥取赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>

○岡部雅子(CT)<sup>1)</sup>, 植嶋輝久(CT)<sup>1,2)</sup>, 山村章次(CT)<sup>1)</sup>,  
山根哲実(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では細胞検査士が内視鏡センターにも従事しており, 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (以下EUS-FNA) を施行する際には, 現場で検体処理を行っている。臨床的背景や詳細な画像診断の所見などの情報を臨床医から得ることができ, 画像診断で疑っている腫瘍や得られた検体の性状に合わせてその場で臨機応変に最適な検体処理法を考え, 常に最良の状態の標本を作製している。今回われわれは細胞診断と画像診断の不一致症例について検討を行った。

【対象と方法】2015年1月から12月の1年間に当院で実施されたEUS-FNA 58件を対象とした。時計皿に穿刺針より検体を押し出し, 標的検体確認照明器UM-H1にて組織検体を確認し, 組織診用, 細胞診用に分ける。また, 穿刺針内に残存する組織検体を生理食塩水にて洗い出したものと時計皿の残存組織を細胞培養液にて洗浄したものを合わせて洗浄細胞診検体とし, 可能であればセルブロックを作製した。

【結果】膵腫瘍28例中, 組織診断が可能であった24例において画像診断との一致率は陽性例で87.5%, 陰性例で100%であった。粘膜下腫瘍21例中, 組織診断が可能であった19例において画像診断との一致率は陽性例で100%, 疑陽性例で67%, 陰性例で67%であった。リンパ節病変6例中, 組織診断が可能であった6例において画像診断との一致率は陽性例で100%, 陰性例で100%であった。

【考察とまとめ】画像診断との一致率は良好であった。一致しなかった症例は全症例をまとめると, 膵腺房細胞癌と内分泌腫瘍, 内分泌腫瘍と浸潤性膵管癌, 胃腺癌とGIST, GISTと迷入膵などであった。細胞診断をするうえで, 画像診断を有効に活用し判定する必要がある。

## 地域6-3 新しいデバイス (Trefle) をもちいた胆汁細胞診断—細胞像の捉え方と判定基準の検討—

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>

○山口祐香(CT)<sup>1)</sup>, 三浦弘守(CT)<sup>1)</sup>, 安達友津(CT)<sup>1)</sup>,  
今野かおり(CT)<sup>1)</sup>, 小泉照樹(CT)<sup>1)</sup>,  
村山優理香(CT)<sup>1)</sup>, 菅原隆謙(CT)<sup>1)</sup>, 藤島史善(MD)<sup>2)</sup>,  
渡辺みか(MD)<sup>1)</sup>, 笹野公伸(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】新型胆管組織採取用デバイス Trefle は胆管狭窄部から組織を掻き取る際, この組織を含む胆汁を同時に吸引することで細胞診検査 (以下トレフル) も施行できる。当院の胆管癌症例に対する貯留胆汁細胞診の正診率は平均50%であるが, トレフルでは平均78.6%と上昇していた。トレフルでの判定方法は貯留胆汁細胞診の判定基準を用い核所見では適応が可能であったが, 細胞集塊については, 貯留胆汁に比して細胞集塊が大型のため適応が難しく所見の判別に困難を要した。そこでトレフルに対応した細胞判定基準の作成が必要と考え, 大型細胞集塊における良悪性の鑑別所見について検討を行った。

【対象と方法】トレフルが施行された34症例のうち, 組織学的に胆管癌と診断された18例と非癌例16例を用いた。胆汁塗抹標本上の300個以上の細胞から構成される集塊について偽分岐状集塊, 腺腔様集塊, 間質を伴う乳頭状集塊に分類し, これらの出現率の比較と良悪性の鑑別点 (細胞の重積有り, 核の配列不整, 集塊からの核の突出) を検討した。

【結果】偽分岐状集塊, 腺腔様集塊, 間質を伴う乳頭状集塊の出現率は, 癌例/非癌例で100/75, 100/87.5, 22.2/0であった。また, 細胞の重積有り, 核の配列不整, 核の突出有りでは, 癌例/非癌例で83.3/12.5, 100/18.8, 66.7/6.25であった。

【まとめ】間質を伴う乳頭状集塊の出現は悪性を支持する所見と考えられた。また, 核の突出有りについては癌例と非癌例に大きな差異を認めなかったが, 核の重積と配列不整の有無を観察することは良悪性を診断する上で有意な所見となりうることを示唆された。今後はこの判定基準を用いてプロスペクティブに検討を加えその結果についても報告する。

## 地域 6-4 S-100P 測定を併用した膵細胞診の良悪性鑑別向上に向けた検討

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理診断科<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>

○内田好明(CT)<sup>1)</sup>, 阿部香織(CT)<sup>1)</sup>, 吉澤一恵(CT)<sup>1)</sup>, 新発田雅晴(CT)<sup>1)</sup>, 古村祐紀(CT)<sup>1)</sup>, 安田真大(CT)<sup>1)</sup>, 小井戸綾子(CT)<sup>1)</sup>, 井村稔二(MD)<sup>3)</sup>, 斉藤仁昭(MD)<sup>2)</sup>, 飯嶋達生(MD)<sup>2)</sup>

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

【材料と方法】材料は、2014 年 6 月～2016 年 1 月までに茨城県立中央病院において細胞診断を目的に採取された膵液、胆汁、ブラシ洗浄液および、手術摘出材料から採取された膵液、計 71 例を対象とした(内訳：浸潤性膵管癌 26 例, IPMN 17 例, MCN 2 例 他癌腫 8 例, 良性腫瘍 2 例, 非腫瘍性病変 16 例)。S-100P の測定には ELISA (CircuLex ELISA Kit : CircuLexTM) を用いて行い、ROC 解析にて Cut off を設定して良悪性の判別を行った。ROC 解析ならびに良悪性判別の診断精度の評価は Stat Flex ver.6 を用いて行った。

【結果】細胞診における検体不適正率は 18.3%、疑陽性率は 22.1% であり、悪性判別の診断精度は、感度 45%、特異度 67%、陽性的中率 72%、陰性的中率 39%、正診率 52% であった。細胞診断と S-100P 濃度測定を合わせて判断した悪性判別の診断精度は、感度 74%、特異度 67%、陽性的中率 68%、陰性的中率 73%、正診率 70% であった。

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

## ◇地域推薦演題 7

甲状腺・乳腺

### 地域 7-1 当院における甲状腺穿刺吸引細胞診判定の適正化

新潟県立中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 新潟大学大学院保健学研究科<sup>2)</sup>, 富山赤十字病院病理部<sup>3)</sup>, 新潟大学医学部保健学科<sup>4)</sup>

○林 真也(CT)<sup>1,2)</sup>, 池田友美(CT)<sup>1)</sup>, 橋詰香織(CT)<sup>1)</sup>, 八木美菜(CT)<sup>1)</sup>, 上原桂月(CT)<sup>1)</sup>, 尾矢剛志(MD)<sup>3)</sup>, 酒井 剛(MD)<sup>1)</sup>, 岩淵三哉(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】当院では甲状腺穿刺吸引細胞診にて鑑別困難と判定された検体が多く、甲状腺癌取扱い規約(第 6 版)に記載されている数値目標を大きく上回っていたことから、2014 年に濾胞性腫瘍の判定基準の見直しを行った。今回、変更した判定基準をもとに過去に鑑別困難と判定された検体について再判定を行うとともに、判定基準変更後(2014 年 4 月以降)の細胞診判定についても調査し、変更した判定基準が適正なものであるか検討を行った。

【対象および方法】2006～2013 年に甲状腺穿刺吸引細胞診が施行され、鑑別困難と判定された 963 検体について再判定を行った。また、濾胞性腫瘍の判定基準変更後に甲状腺穿刺吸引細胞診が施行された 332 検体については細胞診判定の推移および組織診断との比較から細胞診判定の適正化について検証した。

【結果】過去に鑑別困難と判定された検体は再判定により、鑑別困難が 963 検体から 187 検体(9.3%)に減少した。甲状腺癌取扱い規約(第 7 版)の判定区分では意義不明：118 検体(5.9%)、濾胞性腫瘍：69 検体(3.4%)であった。2014 年 4 月～2016 年 11 月に甲状腺穿刺吸引細胞診が施行され、鑑別困難と判定された検体は 32 検体(11.1%)で、そのうち意義不明：17 例(5.9%)、濾胞性腫瘍：15 例(5.2%)であった。組織診断との比較では、良性と判定された検体に異型細胞が採取されていなかった乳頭癌症例があったが、濾胞癌や低分化癌症例はなかった。

【まとめ】2006～2013 年の鑑別困難例および 2014 年 4 月以降の判定結果は甲状腺癌取扱い規約に記載されている数値目標を下回り、組織診断との比較においても矛盾しないことから、変更した濾胞性腫瘍の判定基準は適正なものと考えられる。

## 地域7-2 甲状腺における迅速細胞診の精度向上について

医療法人野口病院研究検査科

○丸田淳子(CT), 渡 彩香(CT), 伊藤有紀子(MT)

**【目的】** 当院では2000年より外来患者に対して迅速細胞診を導入した。その後、依頼件数が年々増加し、近年では殆どが迅速対応となっている。そのため精度管理が重要となっている。今回、精度向上に繋がる要因を検討したので報告する。

**【方法】** 対象は当院にて2012年1月から2016年11月までの間に迅速細胞診を施行した16288例である。穿刺はエコーガイド下にて行い、合わせ法にて2枚の塗抹標本を作成して、乾燥固定とアルコール固定をした。前者は、直ちにUltra-fast Papanicolaou (UFP) 染色を実施し、細胞診結果を仮報告した。後者は、後でPapanicolaou 染色を実施して仮報告内容を確認して本報告とした。UFP染色単独の仮報告とPapanicolaou 染色にて確認した本報告の不一致率を求めその要因をみた。

**【結果】** 両者の結果の不一致は15例(0.092%)あった。内訳は、(1)2枚の塗抹標本のうち一方にしか細胞が出現していない13例(0.079%)、(2)UFP染色では癌細胞と判定できない1例(0.0061%)、(3)検者間の判定の違い4例(0.025%)であった。

**【総括】** 出現細胞少数、意義不明の場合は、エコー所見などを考慮し、直ちにアルコール固定塗抹にてPapanicolaou 染色標本を実施すると不一致率が減少し、ある程度の迅速性を保ちつつ良好な結果を得ることができる。

## 地域7-3 当院における甲状腺癌取扱い規約第7版に基づいた濾胞性腫瘍の抽出についての検討

栗原クリニック<sup>1)</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>

○福士祐子(CT)<sup>1)</sup>, 石田和之(MD)<sup>2)</sup>, 菅井 有(MD)<sup>2)</sup>

**【背景・目的】** 2015年11月に甲状腺癌取扱い規約が第7版に改訂され、細胞診の判定区分は検体不適正、嚢胞液、良性、意義不明、濾胞性腫瘍、悪性の疑い、悪性に分類された。今回、第6版で鑑別困難であった症例を第7版に基づき意義不明と濾胞性腫瘍に分類する意義について自験例を用いて検討した。

**【方法】** 2012年4月～2015年3月まで当院で甲状腺穿刺吸引細胞診を施行した1,596件のうち検体適正1,153件の中で第6版に基づき鑑別困難とされた94件(5.9%)のうち組織診断が確定した33件を対象とし、第7版に基づいて意義不明と濾胞性腫瘍に分類した。

**【結果】** 第6版で鑑別困難とされた33件の組織型は乳頭癌9件、濾胞癌5件、濾胞腺腫12件、腺腫様甲状腺腫4件、低分化癌1件、悪性リンパ腫2件であった。うち第7版の意義不明に分類された組織型は乳頭癌8/9件(88.9%)、濾胞癌1/5件(20%)、濾胞腺腫5/12件(41.7%)、腺腫様甲状腺腫1/4件(25%)、低分化癌1/1件(100%)、悪性リンパ腫2/2件(100%)であった。一方、濾胞性腫瘍は乳頭癌1/9件(11.1%)、濾胞癌4/5件(80%)、濾胞腺腫7/12件(58.3%)、腺腫様甲状腺腫3/4件(75%)であった。

**【まとめ】** 自験例においても第7版の濾胞性腫瘍の分類は、濾胞癌・濾胞腺腫を抽出することが可能であった。(P<0.05)



## 地域 7-4 乳腺細胞診の精度向上につながる当院の取り組み

香川医療生活協同組合高松平和病院検査科<sup>1)</sup>, 香川医療生活協同組合高松平和病院病理科<sup>2)</sup>, 香川医療生活協同組合高松平和病院乳腺外科<sup>3)</sup>

○宮西智恵(CT)<sup>1)</sup>, 横山智子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤 明(MD)<sup>2)</sup>, 何森亜由美(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】近年様々な画像診断技術が向上し, 乳腺超音波では等エコー病変や極小病変, 構築の乱れ等がより見えてくるようになった。一方で採取量が少ない, 異型が弱いなど検体の情報だけでは細胞診断に苦慮することがある。今回病理と臨床の情報共有の取り組みによる診断精度の向上について報告したい。

【方法】乳腺外来: 一般外来, 検診, 精査。穿刺部位は推定組織型に応じてピンポイントで狙いを定めている。採取方法を工夫することにより, 採取量が多く血液混入の無い検体が採取されている。細胞診依頼書には超音波等の画像所見, 刺入感, 肉眼所見, 推定病変及び組織型を記載。細胞診断: 依頼書の画像所見を踏まえる。検体不適正, 鑑別困難等の場合は原因を伝え, 組織診の追加を要望したり採取時に立ち会ったりする。積極的に画像を確認したり臨床医と標本を検鏡したりしながら検討する。

【結果】2011年~2014年の乳腺細胞診は687件。鑑別困難は20件(2.9%)で, そのうち組織診へ進んだのは14件だった。組織診14件のうち悪性と診断されたのは8件(57%)だった。

【考察】臨床と病理の間で互いの情報が伝わらなければ良質な医療の提供は難しい。情報を書面だけでやり取りするのではなく, 細胞検査士が外来に行くことで臨床医に対して鑑別困難が良性よりか悪性よりかを伝えることができ, 時には穿刺部位を提案することもできた。臨床医とやりとりをすることで, 発見, 診断, 治療の一連の流れを知り, 細胞診断が活かされていることを実感し, さらに患者と対面することで患者を診ているという適度なプレッシャーにもなり, 細胞診断のモチベーションアップと精度向上に繋がった。

## ◇地域推薦演題 8

### 泌尿器 1

## 地域 8-1 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>, 名古屋大学大学院医学系研究科病態外科学泌尿器科学講座<sup>2)</sup>, 愛知医科大学病院病理部<sup>3)</sup>

○岩田英紘(CT)<sup>1)</sup>, 梅村 彩(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>, 前田永子(MD)<sup>1)</sup>, 佐々直人(MD)<sup>2)</sup>, 都築豊徳(MD)<sup>3)</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, 疑陽性と判定される症例が少ない。今回, 上部尿路上皮癌の術前診断目的で提出された分腎尿及び自然尿検体に対して UroVysion (Abbott 社) の有用性を検討したので報告する。

【方法】検体数は60例(高異型度尿路上皮癌50例, 低異型度尿路上皮癌5例, その他5例)で, 陰性コントロールは20例であった。LBC法(Hologic社, ThinPrep)を用いて標本作製し UroVysion を行い, 同じバイアルにて細胞診評価も行った。解析は Metafer-Metacyte (Carl Zeiss 社) を用いた。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。測定細胞数が25個未満の場合は判定不可とした。

【結果】高異型度尿路上皮癌症例における UroVysion と細胞診の感度はそれぞれ60%(30/50), 34%(17/50)で有意な差が認められた( $p < 0.05$ )。また, 細胞診で Atypical urothelial cells と判定された10例, Suspicious for HGUC と判定された3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。低異型度尿路上皮癌症例は全て UroVysion 陰性と判定された。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。

【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ことにより, 上部尿路上皮癌の診断精度向上が期待できる。



## 地域 8-2 泌尿器領域の細胞診と免疫染色

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>

○梅野佳美(CT)<sup>1)</sup>, 竹中明美(CT)<sup>2)</sup>, 芦村純一(CT)<sup>1)</sup>,  
龍あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 富田裕彦(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 当院では2014年4月より液状化検体細胞診システム Cellprep を導入し、尿検体においてはLBC法のみでの判定に切り替えた。カテーテル尿は従来法でも判定に苦慮する検体に遭遇していたが、LBCの導入により免疫細胞染色の併用が可能になったため、応用できる抗体を検討した。その結果 p16/Ki-67 (CINtecPLUS ロシュ・ダイアグノスティックス社、以後 CINtec) や p53 が尿路上皮癌の判定に有効であったため報告する。

【対象と方法】 2015年11月から1年間に提出されたカテーテル尿222件、自然尿99件、計321件を対象とした。それぞれLBC標本作製し、CINtec と p53 の免疫染色を施行し、パパニコウ判定と結果を対比した。免疫染色の評価は、CINtec は1つの細胞上で p16 と Ki-67 が共に発色しているものを CINtec (+)、p53 は核に強陽性を(2+)、陽性を(+)、弱陽性は(-)とした。

【結果】 Positive 89件中 CINtec(+)は61件(69%)、p53(2+)は54件(61%)、いずれか陽性は74件であった(感度: 83.1)。いずれも陽性を示さなかった症例には、異型細胞少数例や細胞変性が強い尿路上皮癌があった。Negative では191件中 CINtec(+)9件(5%)、p53(2+)は18件(9%)あった(特異度: 88)。Negative で CINtec(+)であったなかに、フォロー中に細胞診 Positive となった症例があった。p53 の判定においては細胞診 Negative の半数以上が p53(+)であった為、p53(2+)のみを免疫染色陽性とした。

【考察】 尿細胞診における CINtec や p53 の免疫染色はパパニコウ判定と相関があり、判定の補助となる。細胞診 Positive で免疫染色(-)の場合は、パパニコウ標本と比較し慎重に報告する必要がある、細胞診 Negative で免疫染色(+)の場合は嚴重フォローをしていくことが望ましいと考える。

## 地域 8-3 尿細胞診検体処理法の標準化に向けた検討—LBC2法におけるN/C比、核濃度の比較—

国立病院機構福山医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構岩国医療センター<sup>2)</sup>, 岡山大学病院病理診断科<sup>3)</sup>, 労働者健康安全機構岡山労災病院中央検査部病理診断科<sup>4)</sup>

○有安早苗(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤正和(CT)<sup>2)</sup>, 福田由美子(CT)<sup>1)</sup>,  
中桐智香子(CT)<sup>1)</sup>, 渡辺次郎(MD)<sup>1)</sup>, 柳井広之(MD)<sup>3)</sup>,  
園部 宏(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】尿細胞診標本作製においてLBC法は細胞量、形態保持、機械化の観点から標準化に最も近い方法と考えられる。しかし、貼り付けと自然沈降という作製原理の異なるLBC2法で、細胞判定に重要なN/C比、核濃度に差があると問題視されている。これまでこれを明らかにした報告はなく、今回はN/C比、核濃度について2法に有意差があるか検討した。

【材料および方法】高異型度尿路上皮癌7症例を対象に、同一検体よりCell Prep法およびBDサイトリッチ法(Red固定液使用、用手法作製)で標本作製を行った。各標本中の異型細胞20個について、画像解析ソフト(Nikon NIS Elements D3.1)にてN/C比、核濃度を測定、2方法間の有意差検定を行った。核濃度は各標本中の好中球核濃度平均値(20個平均値)と異型細胞核濃度との差を算出し比較した。

【結果】N/C比はBDサイトリッチ法で高く、7例中4例に有意差を認めた。異型細胞と好中球の核濃度差はBDサイトリッチ法で高く、6例中4例に有意差を認めた。

【考察と結語】N/C比、核濃度ともBDサイトリッチ法で高い傾向にあったが、有意差を認めたのは60%程度であり、BDサイトリッチ法での高N/C比、核濃度が診断へ影響するかは症例数を重ね検討する必要がある。核濃度の比較は、異型細胞と好中球の核濃度差として評価しており、この数値が大きいことは異型細胞が目止まりやすいことを意味する。核濃度の点からは、BDサイトリッチ法が異型細胞を見つけやすいことになる。N/C比、核濃度ともBDサイトリッチ法で高い結果であり2法を同等とは評価できないが、診断への影響は別の観点での検討が必要と考える。

## ◇地域推薦演題 9

## 泌尿器 2

## 地域 9-1 バーチャルスライドと多重免疫染色を用いた細胞形態像解析の試み

和歌山県立医科大学附属病院中央検査部<sup>1)</sup>, 和歌山県立医科大学附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 和歌山県立医科大学人体病理学教室<sup>3)</sup>

○西野 勝(CT)<sup>1)</sup>, 永井宏和(CT)<sup>1)</sup>, 杉山絵美(CT)<sup>1)</sup>, 吉井輝子(CT)<sup>1)</sup>, 岩橋吉史(MD)<sup>2,3)</sup>, 松崎生笛(CT)<sup>3)</sup>, 割栢健史(MD)<sup>2,3)</sup>, 藤本正数(MD)<sup>2,3)</sup>, 小島史好(MD)<sup>2,3)</sup>, 村田晋一(MD)<sup>2,3)</sup>

【目的】細胞診における細胞像は、細胞内の様々な蛋白の発現の影響を受けている。そこで、一つひとつの細胞において、パパニコロウ染色の細胞像と複数の蛋白の発現の相関を解析することは重要と思われる。今回、我々は、バーチャルスライドと多重免疫染色を用いて、同一細胞上での様々な蛋白の発現と細胞形態の比較検討を試みた。

【方法】対象は尿細胞診検体で、ThinPrep LBC法を用いてパパニコロウ染色標本を作製し、バーチャルスライド化した後、パパニコロウ染色を脱色し、多重免疫染色法を行った。対象とした蛋白はCK20, CK5, Adipophilin, p63, p53, Ki67である。多重免疫染色法は、グリシンバッファーを用いた反復染色脱色免疫染色法と3種類の蛍光色素を用いた多重蛍光免疫染色法を行った。その後、一つひとつの細胞について、バーチャルスライド上のパパニコロウ染色細胞所見と各蛋白の発現を比較した。

【結果】反復染色脱色免疫染色法では、1回目の免疫染色の脱色と抗体の離脱を行えたものの、2回目の染色性が不十分であった。多重蛍光免疫染色法では、異なった動物種で免疫された抗体、Zenon法、異なった発現部位の蛋白に対する抗体を組み合わせることにより、4-6重染色を行うことが可能であった。パパニコロウ染色標本との対比では、尿路上皮細胞において、細胞質が“硬い”細胞にCK5が、細胞質が淡い細胞にCK20やAdipophilinが、大型でクロマチン増量を示す細胞にKi67やp53が発現を示す傾向が見られた。

【結論】本手法は、一つひとつの細胞のパパニコロウ染色細胞像と蛋白発現の関係を解析することを可能にし、どのような蛋白の発現が細胞像を規定するかを明らかにする起点となると考えられた。

## 地域 9-2 尿細胞診精度改善の検討

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>, 製鐵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>, 久岡正典(MD)<sup>1)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>2)</sup>, 小原光祥(CT)<sup>2,3)</sup>, 早川優佳(CT)<sup>3)</sup>, 亀井敏昭(MD)<sup>3)</sup>, 土器若穂(CT)<sup>4)</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は様々な検討を経て2014年日本臨床細胞学会理事会において承認された。一方、我々は、自然尿細胞診の精度改善について系統的検討を行なってきた。現在、策定されているガイドラインに示された判定方法についても様々な角度から検証を行い、さらに洗練されたガイドラインを模索中である。本発表では2施設においてガイドラインに係る検討で得られた成果物を紹介するとともに精度改善の期待が得られたので報告する。

【方法】最終診断の確定しているconventional(産業医科大学病院:HGUC60例, 非癌50例)とLBC(製鐵記念八幡病院:HGUC62例, 非癌48例)例の全220例の自然尿Papanicolaou標本について5施設、医師・細胞検査士13名が判定を行った。判定はガイドラインに示された強拡大6所見に加え、ルーチン業務での鏡検の流れに従った弱拡大5所見(孤立散在性、疎な結合、核の大小不同、多核異型細胞、核腫大)と追加の2所見(Apoptosis, Pair cell)を含む13所見の有無を観察し、新報告様式の適正標本の判定カテゴリの4段階で判定を行った。的中率、悪性判定と陰性判定での所見の出現率の比較、判定者間の一致率、Atypical判定についてはクラスター分析を用いて検討を行った。

【結果】判定者間の一致率は悪性59%、陰性39%であった。最終診断での的中率は平均で悪性80%、陰性68%、総的中率75%が得られた。ガイドライン策定時、現状把握の検討で得られた悪性77%、陰性36%の的中率と比較し、陰性では有意に精度が上がることを示された。Atypicalはクラスター分析の結果、核の大小不同、核質不均等分布の2所見がクラスター分けの鍵となることがわかった。

### 地域9-3 当院における High grade urothelial carcinoma (HGUC) の ICL の出現率とその意義 1

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>

○石倉宗浩(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>, 福田弘幸(CT)<sup>1)</sup>, 蟹谷智勝(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】本学会より泌尿器細胞診報告様式2015, 世界標準となる泌尿器細胞診報告様式の The paris system が相次いで発表された。各々の報告様式は, HGUC に重点が置かれている。そこで, 我々は, HGUC で度々認められる ICL の出現率とその意義について調査したので報告する。

【方法・対象】標本は, 提出された検体を全量遠心し沈渣を作成し, 仔ウシ血清を1滴加え再遠心し沈渣を引きガラス法にて作製した。検体は, 当院で, 2014年1月より2016年11月までに組織でHGUCと診断した症例の術前に施行された自然尿, カテーテル尿, 腎盂尿の細胞診において, 当院尿細胞診判定 Class3~5 と判定した34症例48例を対象とした。48例全ての異型細胞に ILC の有無を再検査し, HGUC 細胞の出現数や ICL 出現数に係わらずその有無を調査した。検体は, 男性26名, 女性8名, 自然尿45例, 腎盂尿3例であり, 原発巣は, 腎盂3例, 尿管5例, 膀胱35例, 尿管・膀胱5例であった。Class3が13例, Class4が5例, Class5が30例であった。

【結果・考察】48例中 ICL の出現は, 26例で約54%であり, 細胞診判定別では, class5は20/30例, 66.6%で ICL の出現を認め, class4・5でも23/35例, 65.7%と変わらなかった。腫瘍細胞の大きさは測定していないが, 小中型腫瘍細胞にも ICL の出現がみられ腫瘍細胞の大きさや腫瘍浸潤の程度は無関係と考えられた。尿路上皮癌は, しばしば扁平上皮細胞分化や腺上皮細胞分化を示し ICL が腺細胞分化の徴候を示すのであれば, 腫瘍細胞の高悪性化した可能性が考えられた。

【まとめ】HGUC の ICL の出現率とその意義について発表した。ICL の出現は, 細胞診における HGUC 判定の1つの指標になり得る可能性が示唆された。

### 地域9-4 当院における High-grade UC の ICL の出現率とその意義 2

富山県立中央病院臨床検査部検査科<sup>1)</sup>, 富山県立中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○清水雅彦(CT)<sup>1)</sup>, 石澤伸(MD)<sup>2)</sup>, 矢野彩子(CT)<sup>1)</sup>,  
酒井哲也(CT)<sup>1)</sup>, 宮本藤之(CT)<sup>1)</sup>, 中西ゆう子(MD)<sup>2)</sup>,  
内山明央(MD)<sup>2)</sup>

【目的】かねてより報告されている尿路上皮癌に出現する ICL 陽性細胞, 中でも特に出現率が高い(40~60%)と報告されている High-grade 尿路上皮癌について, 当院における ICL 出現率とその意義を検討した。

【方法】症例は細胞診標本のみで, 組織診断で High-grade 尿路上皮癌と診断され, なおかつ尿細胞診で異型細胞(悪性を含む)を認めた40症例とした。なお, 期間は比較的染色保存性が良好な直近3年間とし, 退色の著しいものは対象から除外している。全視野を対象に異型細胞中の ICL を検索した。

【成績】対象となった40症例中, ICL (もしくは空胞変性)を確認できたのは25症例であった。出現率は62.5%で, かねてよりの報告の範疇にあると考えられた。今回の検証では ICL と空胞変性の判別は困難な場合が多かった。また, 異型細胞全体に占める ICL 陽性細胞の出現率は概ね低かったが, 1/1HPF 以上の陽性細胞を認めた例が1症例あった。

【結論】ICL の意義については不確定要素がまだ残っており更なる考証が必要であるが, High-grade 尿路上皮癌の指標の一つになると考えられた。

## ◇地域推薦演題 10

## 技術 1

## 地域 10-1 Cell block 法の利点と問題点, pitfall 症例から学ぶ

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

○伊藤以知郎(MD), 大野幸代(CT), 本田勝丈(CT), 田代 広(CT), 旭 洋子(CT), 渡部庸一(CT), 大石琢磨(MD), 角田優子(MD), 佐々木恵子(MD)

Cell block 法(CB 法)は, 液相から固相に細胞の存在状態を変換させ密度を上げ, 薄切して組織切片のように扱え, 免疫染色などに用いることを可能とする方法である。しかし, 次の3つの問題点がある。1) 腫瘍細胞が絶対数ないし専有率が少ない時にはその効果を発揮できない; 2) 固相に移すための基材による長所短所がある; 3) 間質要素がなく組織学的な評価は難しく, また細胞診で蓄積された細胞形態評価方法が適用しにくいために, 細胞診断よりも診断精度が下がる; 4) 臨床家が, これらのCB 法の特徴を正しく理解せず過信している傾向がある。これらCB 法の持っている問題点を整理し特徴を正しく理解するために, 当院でのCB 法施行例について細胞診(CY)とCBの一致率を検討した。また, CB法を用いた免疫染色例で経験したpitfallを紹介する。

【対象】2014年から2016年の当院でのCYとCBを同時に施行した例。

【結果】検体の種類は, 腹水50例, 胸水186例, 心嚢水7例, 肺2例, 子宮頸部ないし体部18例, 骨南部腫瘍穿刺5例, その他11例, 計279例。胸水例でCY悪性(m)とCBm一致は128例, CY良性(b)とCBb一致は40例, 不一致ないしいずれか偽陽性(CYuCBu)は18例(9.7%), 腹水例でCYmCBm一致は34例, CYbCBb一致は6例, CYuCBuは10例(20%)であった。

【結語】十分な異形細胞の数が出現している場合には, 悪性の診断は一致するが, 少数の場合には不一致となった。CBの免疫染色を評価する際, 悪性上皮性細胞と異型反応性中皮細胞の鑑別が最も重要であると考えられた。

## 地域 10-2 胆道癌における ERCP 時吸引胆汁細胞診 cell block 法の有用性

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

○小堺智文(CT)<sup>1)</sup>, 岩本拓朗(MT)<sup>1)</sup>, 石田章子(MT)<sup>1)</sup>, 太田浩良(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】胆道癌の診断精度の向上を目的とし, 胆管擦過細胞診後の吸引胆汁を用いた簡便な胆汁セルブロック(BJ-CB)作製法を考案したので報告する。

【対象】対象は2014年4月~2016年7月の間に胆道癌が疑われ, ERCPが実施された11症例である。胆管生検は8例に実施, 胆管擦過細胞診とBJ-CBは全例で実施した。

【BJ-CB 作製法】胆管擦過後に吸引された胆汁を等量の20%ホルマリンにて1晩固定し, 遠心分離後, 沈査に1%アルギン酸ナトリウム, 1M塩化カルシウムを加えてセルブロック化した。HE染色に加え, 生検組織に準じてIMP3とp53免疫染色を実施した。

【結果】1) 生検が実施された8例では, 生検では7例が腺癌, 1例が腺癌の疑い, BJ-CBでは全例腺癌と診断され, 擦過細胞診では7例が腺癌, 1例が鑑別困難であった。2) BJ-CBでは全例で組織構築の評価が可能な組織が観察され, 1例は生検組織と同程度, 2例では生検組織よりも明瞭な腺癌組織を認めた。3) 異型細胞の異型度の低い症例, 細胞採取量が少ない症例や, BJ-CBにおいて異型細胞のクロマチンが濃染し, 核所見の評価が難しい症例の診断にIMP3とp53免疫染色が有用であった。4) 生検が実施されなかった3例ではBJ-CBと細胞診, 各々で腺癌と診断され, 2例のBJ-CBでは組織構築の評価が可能な腺癌組織が観察された。

【総括】1)胆汁自体をホルマリン固定することにより, 胆汁の粘度が軽減され, 遠心分離が容易であった。2)胆管擦過後のBJ-CBでは, 生検に匹敵する組織が観察できる症例があり, 病巣部の擦過時に剥離した組織が回収されている可能性が考えられる。3)胆管擦過後のBJ-CBは組織構築の評価に有用であり, 特に生検が困難な症例において有用性が期待される。



### 地域 10-3 当院における出張細胞診の現状と今後 精度向上のために細胞検査士ができること

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所生体情報検査科学<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】穿刺吸引細胞診(fine needle aspiration cytology, FNA)では, 検体採取・標本作製時の迅速・的確な判断が結果に大きく影響する。当院では2011年~2013年の2年間で細胞検査士(CT)が5名から7名に増員され, 現在はCT7名, 臨床検査技師2名で組織細胞診業務を行っており, 人員増により, 出張細胞診業務が充実したため, その成果を導入前・後を比較検討し報告する。

【対象】臨床科により導入時期は異なるが, 2013年4月よりFNAを行う全臨床科が出張細胞診を導入した。FNAの対象は, 腋窩リンパ節, 甲状腺, 唾液腺, 頸部リンパ節, 呼吸器(EBUS-TBNA), 膵腫瘍・胃粘膜下腫瘍(EUS-FNA)などである。

【結果】導入前の細胞診標本は, 臨床医か看護師が塗抹し, 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, 出張細胞診用PHSに連絡が入り次第, 直ちにCT1名が赴き, 標本作製を行っている。臨床科によって, 標本作製まで, あるいはその後, 染色・鏡検しその場で細胞判定まで(Rapid On Site Evaluation, ROSE)の2種類のパターンがあるが, 出張細胞診導入により, 全ての科, 組織ともに検体不適は減少し, 組織型推定可能な症例が増加した。さらに頸部リンパ節や唾液腺FNAでは, 細胞は十分に採取されているが, 組織診推定が難しい病変の頻度も増加した。

【まとめ】出張細胞診は, 臨床科と病理部門双方に得られるメリットが多い。CTにとっても, 実際にエコーで病変の性状を確認し, 検体の性状も確認できることから診断精度のみならず, CTのモチベーションも向上する。さらに検体採取時のエラーを防ぐことができるため, CTは積極的にFNAの場に赴き, 検体採取に積極的に関与することが肝要である。

### 地域 10-4 沖縄県立八重山病院の遠隔病理診断環境

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター検査科<sup>1)</sup>, 沖縄県立中部病院検査科<sup>2)</sup>, 沖縄県立宮古病院<sup>3)</sup>, 沖縄県立八重山病院検査科<sup>4)</sup>, 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター病理診断科<sup>5)</sup>, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座<sup>6)</sup>

○新垣善孝(CT)<sup>1)</sup>, 宮里泰山(CT)<sup>2)</sup>, 池間龍也(CT)<sup>3)</sup>, 多良間隆(CT)<sup>4)</sup>, 仲里 巖(MD)<sup>5)</sup>, 吉見直己(MD)<sup>6)</sup>

これまで沖縄県の離島医療における報告は僻地・離島病院に勤務する病理・細胞専門医または細胞検査士により各施設の現状報告や課題, 将来展望が述べられてきた。八重山病院においては2012年に「離島医療における細胞診業務の現状と課題」として報告がなされ, 術中迅速病理診断についても触れられている。八重山病院に初めて設置された遠隔病理システムはネット対応デジタル顕微鏡「クールスコープ(ニコン)」であった。当方の赴任した2013年当時, 利用回線の不安定やシステム老朽化により検査遅延または中止となった事例があり, 臨床を満足させるものではなかった。システム更新は急務であったが予算面からすぐに対応出来ない状況であり, 術中迅速検査は縮小せざるを得ない状況であった。幸いにも琉球大学医学研究科腫瘍病理学(吉見直己教授)よりバーチャルスライド装置「LINCE(クラーロ)」が提供・設置されたことで喫緊の課題は解決された。同時期に呼吸器外科専門医が赴任したことによりこれまでの倍の頻度で依頼・実施され, 現在に至る。術中迅速細胞診断の依頼はないが, 術中迅速組織診断時に作製する捺印細胞診標本を参考にした事例があった。八重山病院には病理・細胞専門医は不在, 細胞検査士は数年ごとに異動がある。更に離島に配置される臨床検査技師には限りがあり, 細胞検査士であっても病理検査以外への配置や他検査と兼務する環境で業務を行っている。今回, 日本最南西端で行う八重山病院の病理検査, 特に遠隔病理診断環境を中心に報告するとともに当方が赴任した3年間の経験からみえてきた課題を提起し, 沖縄県病理診断連携センター構想にも触れながら望まれる将来像を述べたい。



## ◇地域推薦演題 11

## 技術 2

## 地域 11-1 完全埋没型甲状腺内副甲状腺腺腫の一例

綾部市立病院医療技術部臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 尼崎中央病院病理診断科<sup>2)</sup>, 京都府立医科大学附属病院病院病理部<sup>3)</sup>

○松居由香(CT)<sup>1)</sup>, 山口直則(CT)<sup>1)</sup>, 由谷親夫(MD)<sup>2)</sup>, 岸本光夫(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】副甲状腺腺腫は稀に甲状腺内に埋没して存在することがあり, 甲状腺腫瘍との鑑別が困難なケースが存在する。また細胞所見においても共通する点が多く, 的確に両者を区別することは困難なことが多い。今回, LBC 法が局在診断に有用であった一例を経験したので報告する。

【症例】60代, 女性。骨粗鬆症にて近医通院中に, 高カルシウム血症を指摘され, 副甲状腺機能亢進症が疑われたため当院へ紹介された。画像検査にて甲状腺右葉下部に14 mm 大の血流豊富な腫瘍を指摘された。血液生化学的検査にて intact-PTH が 313 pg/ml と高値を示した。精査の結果, 甲状腺内副甲状腺腺腫と診断され, 甲状腺右葉部分切除が施行された。

【細胞所見】腫瘍穿刺吸引細胞診の直接塗沫標本には細胞がほとんどみられなかった。LBC 標本には境界不明瞭な小型細胞がシート状あるいは孤立性裸核状に出現していた。核は類円形, 小型で核クロマチンは粗顆粒状であった。免疫細胞化学にて GATA3 が陽性であった。

【切除標本所見】肉眼的に境界明瞭な黄褐色の単結節性腫瘍が甲状腺内に埋没して存在していた。組織学的には充実性増殖を示す主細胞からなっていた。また, 同葉内には 3 mm 大の乳頭癌も合併していた。

【まとめ】本例は完全埋没型の甲状腺内副甲状腺腺腫であった。甲状腺と副甲状腺の細胞学的鑑別は困難なことが多いが, 核クロマチンの所見に加えて, 免疫細胞化学的所見が有用であった。病変の局在診断は臨床的な観点からも重要であり, 細胞診断の果たす役割は大きいと考えられた。

## 地域 11-2 記述式内膜細胞診報告様式における内膜異型細胞の臨床的背景と診断精度についての検討

大阪府済生会野江病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 大阪府済生会野江病院病理診断科<sup>2)</sup>

○植田彰彦(MD)<sup>1)</sup>, 矢野恵子(CT)<sup>2)</sup>, 城戸貴之(CT)<sup>2)</sup>, 小椋聖子(CT)<sup>2)</sup>, 江木さつき(CT)<sup>2)</sup>, 高安祥子(CT)<sup>2)</sup>, 渋谷信介(MD)<sup>2)</sup>

【目的】記述式内膜細胞診報告様式において内膜異型細胞(ATEC)は, 診断的意義が不明な ATEC-US と異型内膜増殖症もしくは悪性腫瘍が除外できない ATEC-A に細分される。ATEC-US は 3ヶ月以内の細胞診あるいは組織診再検, ATEC-A は組織診による精査が推奨されるが, その臨床的意義は定かでない。本研究では ATEC の臨床的背景と診断精度について明らかにすることを目的とした。

【方法】2013年6月から2016年10月に当院で施行した子宮内膜細胞診 2310 件のうち, ATEC と判定された 60 件 (ATEC-US 42 件, ATEC-A 18 件)を対象とし, 臨床情報(年齢, 閉経及び不正性器出血の有無, 子宮内膜厚, ホルモン治療歴)及び組織診断との整合性について後方視的解析を行った。

【結果】ATEC-US では 25 件(59.5%)で組織生検が施行され, 正常または良性病変 18 件(72%), 内膜増殖症 3 件(12%), 異型腺管 1 件(4%), 異型内膜増殖症以上 3 件(12%)であった。このうち未閉経の生検施行例では, 内膜増殖症以上と診断し治療を要した群(n=5)は, 正常または良性病変と診断した群(n=15)と比して有意に内膜肥厚を認めた(18.4±7.8 mm vs 8.4±6.9 mm, p=0.02)。一方, ATEC-A では全例で組織生検が施行され, 正常または良性病変 1 件(5.6%), 異型腺管 3 件(16.7%), 異型内膜増殖症以上 14 件(77.8%)と, 閉経の有無や内膜厚を問わず組織診断を適正に反映した結果が得られた。

【総括】ATEC-US のトリアージ方法として子宮内膜厚測定が有用である可能性が示唆された。子宮内膜細胞における様々な良性変化と腫瘍性変化の特徴を理解し, ホルモン環境や子宮内膜厚等の臨床情報と合わせて ATEC を活用することは診断精度の向上に繋がると考えられた。

### 地域 11-3 膵腫瘍 EUS-FNA 液状化検体細胞診の有用性

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

○竹内真央(CT)<sup>1)</sup>, 西川 武(CT)<sup>1)</sup>, 龍見重信(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木久恵(CT)<sup>1)</sup>, 田中京子(CT)<sup>1)</sup>, 武田麻衣子(MD)<sup>2)</sup>, 畠山金太(MD)<sup>2)</sup>, 大林千穂(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 Endoscopic UltraSound-guided Fine Needle Aspiration (EUS-FNA) は膵腫瘍の診断に有用な検査法として用いられるが, 採取された組織検体は少量であり, 細胞診および組織診断における正確な診断を行うには最適な標本作製が必要不可欠である. この為, Rapid on-site evaluation (ROSE) による採取細胞の確認が望まれるが, 現実には実施が困難な場合が多い. 今回我々は, ROSE に代わりうる方法として, liquid based cytology (LBC) を導入し, 標本作製において独自の工夫を行ったので報告する.

【対象】 2011年から2016年11月の間に EUS-FNA を施行, 手術及び臨床経過より診断を確定した膵腫瘍病変 283 例. 方法: EUS-FNA により採取された検体を, その場で直ちに保存液 (BD サイトリッチ™ レッド) を充填させたシャーレ内に押し出し, 針内の組織片の有無を確認した. 固形検体は組織診断に供し, シャーレ内に残った微細検体を含む保存液全てを細胞診検体として回収を行った. その後病理検査室内にて通常検体と同様に LBC 標本作製を行い, 翌日午前中までに診断報告を行った. 対象検体について, 検体採取率, 感度, 特異度, 正診率を検討した.

【結果】 最終診断は, 膵臓癌 207 例, 自己免疫性膵炎 12 例, 腫瘍形成性膵炎 3 例, PNET 8 例. 穿刺回数は平均 2.2 回 (1~4 回), 検体採取率 100%, 感度 98.1%, 特異度 95.8%, 正診率 94.3% であった.

【結語】 EUS-FNA で得られる検体は微小な組織片である. ROSE では, 採取細胞の一部で細胞診標本作製を行うが, 本方法ではその必要はなく, 保存液残余微細検体での診断が可能であった. これは, LBC 法による検体処理手技の標準化と, 高い集細胞性能の結果によるものと考えられた.

### 地域 11-4 7種の臨床材料を使用した液状化検体細胞診3方法における細胞所見の比較

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター臨床検査科<sup>2)</sup>, 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科<sup>3)</sup>, 愛媛県立中央病院病理診断部<sup>4)</sup>

○則松良明(CT)<sup>1)</sup>, 香川昭博(CT)<sup>2)</sup>, 寺本典弘(MD)<sup>3)</sup>, 前田智治(MD)<sup>4)</sup>

本邦において主に用いられている液状化検体細胞診 (LBC) 法は ThinPrep (TP) 法, SurePath (SP) 法, TACAS (TAC) 法であるが, 標本作製原理や試薬などが異なっているため, 各標本での細胞の塗抹量や形態における差異が予測される. そのため, 各々の LBC 法について 7 つの細胞材料 (肺, 甲状腺, 乳腺, 子宮頸部, 子宮内膜, 尿, 体腔液) を使用し, 細胞学的所見を比較した. その結果, 細胞の採取量と診断に値する目的細胞の出現量について, 肺, 甲状腺, 子宮頸部, 子宮内膜では SP は TAC および TP よりも, TAC は TP よりも, 有意に高値であった. 乳腺, 体腔液では SP および TAC は TP よりも有意に高値であった. 尿では SP は TAC および TP よりも有意に高値であった. 核クロマチンの状態と細胞質の保持について, 尿では 3 法間で有意差を認めなかったが, 他の材料では SP および TAC は TP よりも有意に保持されていた. 背景の炎症所見について, 尿では SP は TAC および TP よりも, 他の材料では SP および TAC は TP よりも, 有意に軽減していた. 判定の可否について, 尿では 3 法間で有意差を認めなかったが, 他材料で TP は SP および TAC よりも判定不可が有意に高率であり, 全材料の比較においても同様の結果であった. 以上のことより, 同じ LBC 法でも標本作製原理や固定液等が異なると, 細胞の塗抹量や形態に差異が生じることが明らかになった.

## ◇タスクフォース

## 妊娠と細胞診

## TF-1 子宮頸部上皮内腫瘍合併妊婦の対応と予後

防衛医科大学校産科婦人科<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校病院検査部<sup>2)</sup>

○大塚由花(MD)<sup>1)</sup>, 笹 秀典(MD)<sup>1)</sup>, 石橋弘樹(MD)<sup>1)</sup>, 中司匡哉(MD)<sup>1)</sup>, 曾山浩明(MD)<sup>1)</sup>, 高野政志(MD)<sup>1)</sup>, 織田智博(CT)<sup>2)</sup>, 島崎英幸(MD)<sup>2)</sup>, 古谷健一(MD)<sup>1)</sup>

【目的】当施設の子宮頸部上皮内腫瘍(Cervical intraepithelial neoplasia : CIN)合併妊婦の対応と予後について報告する。

【方法】対象は過去9年間のCIN合併妊婦113例で, 原則として妊娠初期にコルポスコピーを行い異常所見部位から組織診を行った。産後2ヶ月で再検し治療方針を決定した。

【成績】CIN合併妊婦113例中, CIN1は15例(13.2%), CIN2は45例(39.8%), CIN3は53例(46.9%)であった。産後の再検で悪化例は無く不変が79例(69.9%), 改善が34例(30.1%)であった。43例に産後に円錐切除術を施行し, CIN3(上皮内腺癌1例を含む)が34例, CIN1とCIN2が6例, 浸潤癌が3例であった。

【結論】CIN合併妊婦は診断後, 妊娠中は経過観察し産後に再検して治療するという従来の方法が望ましい。また産後2ヶ月の再検では妊娠中と同じ結果でも, その後軽快する妊婦も数例いるため, 産後半年を目途とした再評価も有用と考えられた。

## TF-2 妊娠中の子宮頸部細胞診異常の分娩前後における変化と取扱いの問題点に関する検討

奈良県総合医療センター

○杉浦 敦(MD), 竹田善紀(MD), 杉本ひとみ(MD), 佐々木義和(MD), 石橋理子(MD), 平野仁嗣(MD), 豊田進司(MD), 井谷嘉男(MD), 喜多恒和(MD)

【目的】子宮頸部細胞診は妊娠初期の標準検査項目のひとつであり, 近年妊婦の細胞診異常は増加傾向にある。しかし様々な要因で, 妊娠中・産後の管理は困難となることが多い。今回妊娠中と産後の診断結果を後方視的に比較検討し, その問題点を抽出する。

【方法】当院で2011年9月~2016年8月の間に妊娠中細胞診異常を指摘された68例を対象に, 産前・産後の診断結果の推移やフォローアップに関して検討した。

【結果】妊娠中の細胞診はASC-US 24例(35.8%), LSIL 13例(19.1%), ASC-H 5例(7.4%), HSIL 25例(36.8%), AIS 1例(1.5%), 組織診はコルポ診未施行12例(17.6%), コルポ診異常なし9例(13.2%), 良性7例(10.3%), CIN1 8例(11.8%), CIN2 6例(8.8%), CIN3 25例(36.8%), その他1例(1.5%)であった。産後の細胞診は, 未施行(転院含む)24例(35.3%), NILM 12例(17.6%), ASC-US 5例(7.4%), ASC-H 6例(8.8%), HSIL 18例(26.5%), SCC 1例(1.5%), AIS 1例(1.5%)で, 組織診は未施行(転院含む)37例(54.4%), 良性2例(2.9%), CIN1 2例(2.9%), CIN2 7例(10.3%), CIN3 19例(27.9%), AIS 1例(1.5%)であった。産前産後で細胞診断・組織診断が進行したのはそれぞれ4例(9.1%), 3例(9.7%), 改善したのはそれぞれ16例(36.4%), 6例(19.4%), 全て経膈分娩であった。また産後に円錐切除術を施行したのは20例で, そのうち妊娠中CIN3から産後MICとなった1例が含まれた。

【結論】妊娠中の細胞診異常における産後の進行例は9%, 組織診における進行例は9%で, MICも含まれ慎重なフォローアップが必要である。また帰省分娩等によりフォローアップ不能例が35%もあり, 産前・産後の産科・婦人科の医師間や施設間の連携が重要と考える。

### TF-3 綿球による妊婦の子宮頸部液状細胞診における精度管理と有用性について

奈良県総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 同産婦人科<sup>3)</sup>

○辻野秀夫(CT)<sup>1)</sup>, 豊田進司(MD)<sup>2,3)</sup>, 南佳世(CT)<sup>1)</sup>, 北川大輔(CT)<sup>1)</sup>, 岡田博(CT)<sup>1)</sup>, 中村幸子(CT)<sup>1)</sup>, 杉浦敦(MD)<sup>3)</sup>, 井谷嘉男(MD)<sup>3)</sup>, 喜多恒和(MD)<sup>3)</sup>, 石田英和(MD)<sup>2)</sup>

【目的】近年、頸部細胞診において液状検体法(LBC)が導入されつつあるが、妊婦においてはブラシでの検体採取による出血リスクがあることから、綿球や綿棒での検体採取による従来法を選択している施設が多い。またLBCでは綿球による検体採取は容認されていない。そこで当院の妊婦の子宮頸部細胞診において、綿球によるLBC検体採取が、検鏡標本の作製に与える影響とベゼダシステムに適合するかどうかを従来法と比較し検討した。

【方法】2015年11月と12月の2か月間に、妊娠初期妊婦43名に対して湿綿球を用いて子宮腔部から細胞診検体を採取し、まずスライドガラス上に直接塗沫して従来法の標本を作製し、次いで残った綿球をBD社シユアパスの回収容器に封入しLBC標本を作製した。検討項目は標本の適正性、頸管移行帯細胞の有無、LBC標本作製時の綿球使用による技術的問題点である。子宮頸管・移行帯成分が欠如しても繰り返しの細胞診を行わなかった。

【結果】標本の適正性は、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。LBC標本作製時の問題点については、内容液吸引時の機械的な目詰まりを認めず、また検鏡上支障になる異物も認めなかった。

【総括】妊婦に対する子宮頸部細胞診においては、湿綿球での細胞採取によるLBC標本の作製や診断に問題はなく、また適正性や移行帯細胞出現においても従来法より優れていると考えられた。

### TF-4 妊娠子宮腔・頸部に対するウレタンフォーム細胞診

きよ女性クリニック<sup>1)</sup>, 奈良市総合医療検査センター<sup>2)</sup>

○清塚康彦(MD)<sup>1)</sup>, 安達博成(CT)<sup>2)</sup>, 吉田和弘(CT)<sup>2)</sup>, 倉内佳菜(CT)<sup>2)</sup>, 西田千鶴(CT)<sup>2)</sup>, 斉藤ちいさ(CT)<sup>2)</sup>, 吉田博子(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】妊娠子宮はcapillary bedの増加により豊富な血流を有し、腔部・頸部の腫大と浮腫を呈して易出血性の傾向にある。妊娠子宮の擦過細胞診では出血を嫌って軽く擦過する傾向にあり、また糜爛面積の拡大により、実際の擦過面積が不十分となる可能性が高い。さらに擦過器具の硬さと弾力性は用具としての使用に制限を生じる。こうした特性を持つ妊娠子宮に対し出血を軽減し十分な面積の糜爛面を擦過でき、かつ塗沫標本ないしLBC標本両者の作成に適した細胞診採取用具を新たに考案した。

【方法と結果】(1)ウレタンフォームを材料に、その物性と形状を様々に変更した試作品による前臨床試験を経てcellfoam(F)を作成した。その有効性を検討するためcytopick(P)を対象とする非劣性試験を施行した。糜爛を有する1000症例を抽出し、F/P双方での擦過法によるスプリットサンプルを採取、盲検で顕鏡した。有所見例には全例colposcopy下生検での病理組織診断を得た。両者の異常所見検出率の有意差検定でFの非劣性を証明した。(2)この試験に83名の妊婦が登録された。有所見は3.6%で非妊婦の有所見率(5.6%)より少なかったがFP間での有意差はない。(3)妊娠子宮では擦過時に出血を伴ったが、Pでの出血が著しいのに比較しFでの出血はごく軽度であった。

【考察】細胞診の精度管理では細胞を採取する行程の良否が最も重要である。特に妊娠子宮腔部・頸部細胞診では偽陰性を防ぎ、かつ出血による妊婦へのストレスを軽減する目的で、採取用具の改良が望まれる。今回提示するcellfoamは、本来、最適なLBC標本を作製する目的で開発されたが、妊娠時の子宮腔部・頸部細胞診においても適応が評価される。



## ◇アンケート報告

平成 27 年度 日本臨床細胞学会施設認定制度委員会  
年報報告

近畿大学医学部奈良病院病理診断科<sup>1)</sup>, 日本臨床細胞学会施設認定制度委員会施設認定・年報ワーキンググループ<sup>2)</sup>

○若狭朋子(MD)<sup>1,2)</sup>

平成 14 年から始まった日本臨床細胞学会施設認定制度は現在 800 を超える施設が認定されている。各認定施設には日々の業務に精進していただく事に加えて年 1 回年報の提出をお願いしている。

年報のデータからは、現在の日本の平均的な施設の実績、標本や報告書の保管年数、ダブルチェックの実施率、カンファレンスの開催数などを読み解くことが出来る。

この度、平成 27 年の年報の集計が終わったのでその内容を報告する。

## ◇特別報告

子宮頸部細胞診自動スクリーニング支援装置を活用した  
精度管理の実際と有用性

株式会社ピーシーエルジャパン<sup>1)</sup>, 獨協医科大学産婦人科<sup>2)</sup>

○平井康夫(MD)<sup>1,2)</sup>, 新井康弘(CT)<sup>1)</sup>, 今井寿美子(CT)<sup>1)</sup>, 川谷絵美(CT)<sup>1)</sup>, 泉 緑(CT)<sup>1)</sup>, 丸山 健(CT)<sup>1)</sup>

子宮頸部細胞診は、検診手段として用いた場合子宮頸癌による死亡率を有意に減少させるとの科学的根拠が示されている有効な検査法である。子宮頸部細胞診におけるスクリーニングには個人の技量、経験、集中力などの要因で見落としや誤判定が一定の比率で発生する。これを補う為の代表的な自動スクリーニング支援装置として日本 BD 社 Focal Point System (以下 FP) が世界的に普及している。FP は異型度スコアの高い上位 75% を要再検と判定し、更にこの群を 5 段階に分類する。残りの最もスコアの低い 25% は No Further review として、米国では装置だけでの子宮頸部細胞診報告が許可されているシステムである。当施設では現在 FP を 12 台保有し、年間約 27 万件の従来法標本の測定を行っている。FP が測定したランク情報に基づくサイトナビ (異型細胞をオートステージで誘導するシステム) を併用したダブルチェック体制は、当ラボの精度の維持に欠かせない存在となっている。検診施設、病院、クリニックからの検体を中心とする当ラボの通常運用における、陽性標本の前回標本チェックからみた誤陰性率調査の今回の集計では、通常のシングルスクリーニング検体に比して、人手によるダブルスクリーニング検体とフォーカルポイント併用スクリーニング検体では大巾に誤陰性率が低下することが示唆された。FP におけるこれまでの運用経験から、当ラボでの運用の実際、分類情報の取り扱い方法、有用性のデータ等について報告する。



## ◇日本臨床細胞学会臨床試験ワーキンググループからの報告

### WG-1 検診手法としてのHPV検査の有用性（ランダム化比較試験の進捗報告）

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>1</sup>, 山梨県立中央病院<sup>2</sup>, 東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科<sup>3</sup>, 沖縄徳州会千葉徳州会病院<sup>4</sup>

○森定 徹(MD)<sup>1</sup>, 寺本勝寛(MD)<sup>2</sup>, 高野浩邦(MD)<sup>3</sup>, 佐々木寛(MD)<sup>4</sup>, 青木大輔(MD)<sup>1</sup>

細胞診による子宮頸がん検診は死亡率減少効果があると十分なエビデンスがあるとされ、本邦では対策型検診として健康増進事業の枠組みで行われてきた。近年、より感度の高い検査手法としてHPV検査の検診への導入が検討されているが、本邦においてその妥当性を判断するための知見の蓄積は充分ではない。

そこで、HPV検査を用いた検診の有効性を評価するための科学的検証を計画した。

検診方法として①液状化検体法による細胞診を単独で実施する方法（細胞診単独群）と、②HPV検査と細胞診と同時に実施する方法（HPV併用群）を前向き無作為化により比較する。具体的には2地区（山梨県、千葉県柏市）の自治体の検診受診者を対象として、文書による研究参加の同意を得た後に両群に割付けし、7年間の観察期間において主要評価項目であるCIN3以上の検出数、その他浸潤がんやCIN1/2の検出数や検診の不利益としての受診回数や生検回数を評価する。

最終登録数は18,376例（単独群9,139例、併用群9,237例）であり、要精検率は両群合わせて7.41%、精検受診率は59.7%であった。内訳として検診後直ちに精検の場合の精検受診率70.7%に対して、併用群で新たに生じるカテゴリーである12ヶ月後の細胞診の精検受診率は56.1%にとどまり、HPV検査の導入を考える際には個々の検診結果に基づいた受診間隔の調整の対応が必要であることが判明した。

本研究は、細胞診による子宮頸がん検診とHPV併用検診をランダム化比較試験の形で科学的に検証するものであり、今後のわが国の子宮頸がん検診のあり方を構築する上で重要なエビデンスとなることが期待される。

### WG-2 剥離細胞分析装置LC-1000の臨床的有用性を検証する臨床試験

公益財団法人東京都予防医学協会検査研究センター<sup>1</sup>, 公益財団法人大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部<sup>2</sup>, 熊本大学医学部附属病院病理診断科<sup>3</sup>, 慶應義塾大学医学部産婦人科<sup>4</sup>

○木口一成(MD)<sup>1</sup>, 植田政嗣(MD)<sup>2</sup>, 仲村 勝(MD)<sup>4</sup>, 三上芳喜(MD)<sup>3</sup>, 青木大輔(MD)<sup>4</sup>

【緒言】LC-1000は液状化検体細胞診（LBC）の剥離細胞を蛍光染色後、フローサイトメトリー法により細胞増殖に関する指標を提示する一般医療機器（シスメックス社製）であり、子宮頸部病変を検出するうえで子宮頸部細胞診検体への応用が期待されている。今回、LC-1000の臨床的有用性を検討するため、LC1000とHPV検査のCIN検出に対するそれぞれの感度・特異度を比較することを目的とした。

【対象・方法】2015年7月～2017年3月に3施設を受診した検診受診者及び精密検査で来院した細胞診異常患者のLBC（ThinPrep）検体を用いた。中央病理診断によりCIN2以上の病変（CIN2+）が確認された症例を陽性、CINが確認されなかった症例を陰性と定義した。また、組織診未施行の場合、初回受診時かつ約1年後の細胞診が共にNILMと判定された症例も陰性と定義した。これらの症例に対するLC-1000のCIN2+に対する感度・特異度を同じ検体に対するHPV検査の感度・特異度と比較した。本試験は日本臨床細胞学会が実施する臨床試験であり、3施設の倫理委員会の承認を得ている。

【期待される成果】HPV検査はCIN2+の感度が細胞診よりも向上する一方、特異度が低下（偽陽性が増加）するので、無駄なコルポスコピーや組織診が増加する可能性がある。今回の臨床試験によってLC-1000がHPV検査より感度で劣らず、特異度が勝ることが検証されれば、今後の子宮頸部検査法に新展開が期待できる。本セッションでは、試験成績を報告すると共に子宮頸部検査としてのLC-1000の可能性を考察する。

### WG-3 子宮頸部扁平上皮内病変 (SIL) の中央病理診断

熊本大学医学部附属病院病理部・病理診断科

○三上芳喜(MD)

中央病理診断 central pathology review (CPR) は多施設共同の臨床研究、臨床病理学的研究において対象症例の適格性を担保するために重要な位置を占めるもので、その精度を確保するために様々な補助的手段が用いられる。SIL の病理診断は一義的には形態に基づいて行われるが、診断に苦慮する例は少なくない。LC1000 臨床試験では p16, Ki-67 免疫組織化学を適宜併用して病理中央判定を行った結果、通常の HE 染色標本のみでは診断確定が困難な例が少なからず存在していることが確認された。今回の中央病理診断の経験から、SIL の診断上の問題点と研究結果に及ぼすインパクトについて、病理医の視点からコメントする。

### ◇わからん会

### PW-1 頭頸部領域細胞診における LBC の有用性

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>

○神月 梓(CT)<sup>1)</sup>, 竹中明美(CT)<sup>2)</sup>, 芦村純一(CT)<sup>1)</sup>, 龍あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 富田裕彦(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】大阪府立成人病センターにおいて頭頸部(耳鼻咽喉科)領域細胞診件数は 2011 年度 363 件に対し、2015 年度 597 件と増加傾向にある。当センターでは頭頸部細胞診検体に対して 2014 年度より LBC (液状化細胞診) を併用することにより診断精度の向上を図ってきた。今回、LBC の併用効果を明らかにする目的で、LBC 導入以前、導入後の頭頸部細胞診精度の比較検討を行った。

【対象と方法】当センターにおいて 2011 年 4 月 1 日から 2016 年 3 月 31 日までの 5 年間に施行された頭頸部細胞診検体を対象とした。LBC (ロッシュ・ダイアナステイクス社 Cell Prep) 導入前の 2011-2013 年度と導入後の 2014-2015 年度の検体に対して、陽性率、判定不可率を比較検討した。また、全例を再度鏡検し、診断困難の原因や LBC の利点等についても検討した。

【結果】細胞診陽性率は導入前 17%、導入後 20% と LBC 導入によりやや増加を認めた。判定不可率は導入前 30%、導入後 14% と有意に低下した。従来法では細胞数の少ないものや乾燥の影響を伴ったものがあり、再鏡検においても単独での診断は困難な症例が存在した。

【考察】LBC 導入により変性が少なく細胞所見を明確に観察できるようになったことが、判定不可率の減少につながったと考える。さらに、唾液腺検体においては標的細胞が少ないことが多いことから LBC による細胞回収率の上昇も診断精度の向上に寄与したと考えられる。

【まとめ】頭頸部領域細胞診における LBC 併用の有用性が確認された。

## PW-2 顎下腺に発生した唾液腺導管癌の一例

独立行政法人労働者健康安全機構関東労災病院病理診断科<sup>1)</sup>, 独立行政法人労働者健康安全機構関東労災病院中央検査部<sup>2)</sup>

○林 衛(CT)<sup>1)</sup>, 小田憲一(CT)<sup>1)</sup>, 栗原美香(CT)<sup>1)</sup>,  
坂詰浩一(CT)<sup>2)</sup>, 大谷知広(CT)<sup>2)</sup>,  
五ノ井いずみ(CT)<sup>1)</sup>, 植草利公(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】唾液腺導管癌は全唾液腺腫瘍の 1~2% を占める予後不良な腫瘍で, 高齢者の男性の耳下腺に好発すると言われている。今回我々は, 顎下腺に発生した唾液腺導管癌を経験したので報告する。

【症例】50 歳代, 男性。40 年前に右顎下腺腫瘍を部分切除。2 年前より同部位の残存腫瘍が増大し出血も伴っていた。来院時 CT にて右頬部皮膚面にまで達する, 径 37 mm 大の分葉状の腫瘍を認め右顎下腺および頸部組織合併切除術が施行された。

【細胞所見】Papanicolaou 染色では, 血性, 壊死性背景に異型細胞がシート状集塊~散在性に認め, 裸核状の細胞も見られた。細胞質はライトグリーン好染性で豊富, 顆粒状ないし泡沫状を呈していた。核は腫大し, クロマチンは細顆粒状に増量, 著大な核小体を 1 個~数個認めた。また, 核内封入体も散見された。悪性を考える細胞像ではあったが, 組織型の推定には至らなかった。

【組織所見】断面は境界明瞭な白色腫瘍。HE 染色では, 随所に壊死を伴いながら胞巣状, 索状構造に増殖していた。胞巣周囲の間隙形成が目立ち, 一部 micropapillary pattern に類似した所見も認めた。腫瘍細胞は広い好酸性の胞体と核小体明瞭な円形核からなっていた。免疫組織化学染色では, HER2 が 1+~2+ 程度の弱陽性を示し, EGFR, GCDPF-15, AR が陽性, Ki-67 index は 20% 程度であった。以上より唾液腺導管癌を第一に考えた。

【まとめ】全唾液腺腫瘍の 1~2% と稀ではあるが, 本症例の細胞像を理解するのは肝要であると考え。

## PW-3 組織球様または印環細胞様の形態を示した浸潤性小葉癌の一例

公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○本田 徹(CT)<sup>1)</sup>, 平山貴博(CT)<sup>1)</sup>, 増子和之(CT)<sup>1)</sup>,  
日下部崇(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】浸潤性小葉癌は, 稀にアポクリンないし組織球様分化, あるいは印環細胞様の形態を示すことがある。現行の WHO 分類では多形型に亜分類されるが, 特にその傾向が顕著な症例は, 組織球様乳癌, 乳腺原発印環細胞癌として散発的に報告されている。今回我々は細胞診にて過小判定した同様の症例を経験したので提示する。

【症例】66 歳, 女性。乳がん検診にて要精密検査となり当院外科受診。超音波検査にて左乳房に 7.5×7.5 cm の腫瘍を指摘され穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】二相性の保たれた乳腺上皮細胞集塊を少数認めるなかに, 核偏在性で泡沫状細胞が孤在性または一部小集塊で出現していた。上皮集塊に悪性を疑う構造や核所見などは見られなかった。泡沫状細胞には若干のクロマチン増量はあるものの, 有意な核異型はなく, 悪性判定には至らなかった。

【組織所見】淡明な胞体を有する印環細胞あるいは泡沫状異型細胞が, 明瞭な結節を形成せず, 乳腺全体に浸潤性に増殖をしていた。小葉癌に特徴的な targetoid pattern や clover leaf pattern が一部に認められた。異型細胞は, 免疫組織化学的検索にて E-cadherin が陰性, p120 が細胞質にびまん性に陽性を示した。以上の浸潤増殖様式および腫瘍細胞の免疫表現型から浸潤性小葉癌と診断した。

【まとめ】アポクリン化生や印環細胞様の淡明細胞, あるいは泡沫状細胞が出現する乳腺疾患には, 悪性腫瘍のみならず良性腫瘍や炎症性疾患も含まれる。細胞異型を欠き且つ上皮様性格に乏しい細胞であっても, 安易に悪性の可能性を排除せず, 臨床情報を含めた俯瞰的な判断が過小評価を回避する上で重要と思われる。

## PW-4 恥骨上部に発生した近位型類上皮肉腫の一例

済生会新潟第二病院病理診断科

○花野佑輔(CT), 石原法子(MD), 西倉 健(MD),  
遠藤浩之(CT), 樋浦賢太郎(CT), 三木弘美(CT),  
竹下奈津子(CT)

【目的】近位型類上皮肉腫は高齢者の体幹に発生する類上皮肉腫の稀な亜型である。今回、恥骨上部に発生した近位型類上皮肉腫を経験したので、捺印細胞診標本での細胞像を交えて報告する。

【症例】81歳男性。恥骨上部に圧痛を伴う腫瘤を自覚し、近医よりリンパ腫疑いにて紹介された。CTでは15mm大の皮下腫瘤で、IL-2Rの軽度上昇を認めた。抗生物質で経過を見るも改善せず、診断を目的として皮下腫瘍摘出術が施行された。細胞診標本はホルマリン固定前の検体から捺印した。

【細胞学的所見】少量の壊死物質を背景に、類上皮様の大型腫瘍細胞が孤立性から結合の疎な平面的集塊として出現していた。細胞質は類円形から多稜形で、淡染から一部好酸性。核は偏在傾向を示し、核腫大、多核化、核溝、核分裂像がみられた。クロマチンは細顆粒状で、大型核小体を認めた。同様の核所見を有する紡錘形の腫瘍細胞も少数出現していた。

【肉眼及び組織学的所見】肉眼的には最大径約20mmの灰白色から黄白色調の腫瘍で、比較的境界明瞭であった。組織学的には脂肪織へ浸潤性発育を示す腫瘍で、中心壊死がみられた。シート状に発育する細胞質の豊富な類上皮様細胞成分と線維性間質を伴う紡錘型細胞成分からなり、両者には移行像がみられた。いずれの形態の細胞も大型類円形核と明瞭な核小体を有していた。免疫組織化学的には、EMA, AE1/AE3, vimentinが陽性を示し、INI-1は陰性であったため、近位型類上皮肉腫と診断された。

【総括】細胞所見からも類上皮様形態を示す肉腫が推定された。近位型類上皮肉腫は肺やリンパ節への転移が高率であり、適切な治療に繋げるためにも、細胞診でも鑑別に挙げることが重要と考える。

## PW-5 肺原発粘表皮癌の一例

社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院病理診断センター

○小林建太(CT), 佐々木美波(CT), 吉田奈緒(CT),  
岡村義弘(CT), 西川裕子(CT), 伊藤利江子(MD),  
市川一仁(MD), 藤盛孝博(MD)

【はじめに】

肺粘表皮癌は、全肺癌の0.2%以下と極めて稀な悪性腫瘍である。今回我々は、肺原発の粘表皮癌を経験したので報告する。

【症例】

22歳男性、健診胸部X線写真で右下肺野に腫瘤影を指摘され、近医で胸部CTを施行。右下葉に径4×3cm大の分葉状の腫瘤影を認めたため、精査目的で当院呼吸器科に紹介入院。気管支鏡検査にて擦過細胞診及び生検が行われ、粘表皮癌を疑ったため、右下葉切除術および縦隔リンパ節郭清が施行された。

【細胞所見】

背景に粘液が見られ、小型細胞からなる重積性の強い細胞集塊を認めた。核の異型は乏しいが一部に腺腔様配列を示す集塊や、ライトグリーン好性で粘液を有する細胞、又シート状配列を示す中間型の細胞等認めたため、粘表皮癌を考えた。

【組織所見】

肺生検：小型の腫瘍細胞が腺房状に配列し、粘液を有する部分と好酸性を示す中間型細胞がシート状に増殖した部分とが混在しており、粘表皮癌を疑った。肺手術材料：丈の高い杯細胞を主体とし、一部に扁平上皮への分化を示す部分や両者の中間型細胞を認めた。周辺との境界は極めて明瞭で、細胞異型は軽度であり核分裂像もほとんど認めなかった。また腫瘍は気管支内に限局していた。以上より低悪性度粘表皮癌と診断した。

【まとめ】

粘表皮癌は稀な組織型ではあるがその細胞像を理解し、又臨床情報、特に気管支腔内にポリープ状に突出する腫瘤形成性病変の診断の際には、この疾患の可能性も考慮しながら検鏡する事が重要と思われる。



## PW-6 EUS-FNA にて SPN, 神経内分泌腫瘍, 腺房細胞癌が疑われたが推定診断に至らなかった一例

兵庫県立西宮病院検査部<sup>1)</sup>, 兵庫県立淡路医療センター検査部<sup>2)</sup>, 兵庫県立西宮病院病理診断科<sup>3)</sup>

○中原佳佑(CT)<sup>1)</sup>, 寺内麻優子(CT)<sup>1)</sup>,  
岡田麻由奈(CT)<sup>1)</sup>, 竹田利恵(CT)<sup>1)</sup>, 真田浩一(CT)<sup>2)</sup>,  
岡 一雅(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) は, 膵腫瘍性病変の診断に有効な検査法の一つで, 良悪性の鑑別診断能は, 正診率が 76~95%, 感度が 64~94%, 特異度が 93~100% と報告されている. 今回, EUS-FNA にて Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN), 神経内分泌腫瘍, 腺房細胞癌が疑われたが, 推定診断に至らなかった一例を経験したので報告する.

【症例】70 歳代女性. 急性虫垂炎による腹痛にて当院緊急入院. 虫垂炎加療時の CT にて無症候性膵頭部腫瘍を指摘された. 腫瘍形成性膵炎, 膵原発上皮性腫瘍, 悪性リンパ腫, 他臓器癌の転移が疑われ, EUS-FNA が施行された.

【細胞所見】壊死性, 炎症性背景を認めず, 小型で細胞質の少ない比較的大きさの揃った細胞が緩い集塊状または孤立散在性に豊富に出現していた. 豊富な出現量と結合性低下より良性を否定した. 細胞質は顆粒状で, 核は円形~楕円形, 核クロマチンは細顆粒~顆粒状, 小型核小体を 1 つまたは 2 つ認めた. 孤立散在性の出現パターンから悪性リンパ腫も考えたが, 核所見が集塊状に出現する細胞と類似することおよびギムザ染色で細胞質が認められなかったことから否定した. 集塊は, 間質様細胞で形成された分枝状の軸の周囲に出現し, 偽乳頭状配列 (SPN), ロゼット状配列 (神経内分泌腫瘍), 腺房状配列 (腺房細胞癌) に類似していたが確証は得られなかった.

【総括】本症例は細胞異型が乏しかったが構造異型より悪性を推測した. 出現パターンから SPN, 神経内分泌腫瘍, 腺房細胞癌を疑ったが確定は困難であった. 確定には, セルブロック法や細胞転写法を用いた免疫細胞化学的検索が有用であった.

## PW-7 膵臓における anaplastic carcinoma の一例

神奈川県立がんセンター検査科<sup>1)</sup>, 神奈川県立がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>

○那須隆二(CT)<sup>1)</sup>, 酒井麻衣(CT)<sup>1)</sup>, 関谷元幹(CT)<sup>1)</sup>,  
北村和久(CT)<sup>1)</sup>, 岩撫成子(CT)<sup>1)</sup>, 鷺見公太(MD)<sup>2)</sup>,  
横瀬智之(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膵臓の退形成癌は浸潤性膵管癌の亜型であり, 通常型膵管癌と比較して予後不良, 膵悪性腫瘍のうち高齢者に多く発生する比較的稀な腫瘍である. 今回膵頭部癌疑いのため行った EUS-FNA 検体で退形成癌を経験したので報告する.

【症例】66 歳男性. 他院で造影 CT にて膵頭部癌疑いにより当院に紹介. 膵頭部に 24 mm 大の低エコー像が指摘され, EUS-FNA が施行された. 組織生検および細胞診にて悪性が強く疑われ, 膵頭十二指腸切除術が施行された.

【細胞所見】きれいな背景に, 核腫大, 核形不整, クロマチン粗顆粒状に増量, 1.2 個の腫大した核小体が認められる大型の異型細胞が小集塊から孤立散在性に出現した. 細胞質は広く, ライトグリーン好染, N/C 比は相対的に低かった. また, 異型は乏しいがクロマチン増量を示す小型の異型腺細胞も見られた. 以上の所見より未分化癌と推定した.

【手術検体組織所見】豊富な好酸性胞体を有する多形性に富んだ細胞が充実胞巣状に増殖し, 巨細胞や多核細胞, 紡錘形細胞が散見される退形成癌成分と, 小胞巣状, 腺管状などの組織構築を示す腺癌成分 (por>tub1) が認められた. 腫瘍内では退形成癌成分が半分程度占めていた. 以上の所見より, 腺癌成分を含む退形成癌と診断された.

【まとめ】手術検体の組織所見を踏まえた上で再検討したところ, 細胞診上に見られた小型異型腺細胞は腺癌の成分であり, 腺癌成分と退形成成分が細胞診でも混在している様子が確認できた. 退形成癌は一部に腺癌成分が見られることが多く, 細胞診上で巨細胞や紡錘形の異型細胞が確認できた場合にはある程度推定可能であり, 鑑別に上がる腫瘍として報告することが予後の点からも重要と考える.



## PW-8 異型が強く組織型推定に苦慮した子宮癌肉腫の1例

横浜南共済病院病理診断科<sup>1)</sup>, 横浜市立大学医学部病態病理部<sup>2)</sup>

○野崎真仁(CT)<sup>1)</sup>, 毛利かれん(CT)<sup>1)</sup>, 牧野 純(CT)<sup>1)</sup>, 小山剛司(CT)<sup>1)</sup>, 渡辺睦子(CT)<sup>1)</sup>, 今井宏樹(CT)<sup>1)</sup>, 仲村 武(CT)<sup>1)</sup>, 松村舞依(MD)<sup>2)</sup>, 河野尚美(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】細胞診にて、異型が強く組織型推定に苦慮した子宮癌肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性、不正出血を主訴に当院受診。スクリーニング目的にて子宮内膜細診が施行され類内膜腺癌G3または癌肉腫と推定。子宮全摘術が施行され癌肉腫と診断された。

【細胞所見】壊死性背景に、核の大小不同、核形不整を示す腫瘍細胞が散在性～一部にシート状又は軽度の重積性を呈する集塊で出現していた。N/C比は高く、核クロマチンの増量、明瞭な核小体を認めた。類内膜腺癌G3を第一に考えたが、散在性で、紡錘形核などの核の多彩性にも富み細胞境界が不明瞭なことで、肉腫の可能性も示唆され癌肉腫も考えられた。

【組織所見】類円形～紡錘形核と好酸性の胞体を有する腫瘍細胞が、びまん性に増殖し壊死を伴っていた。大部分が結合性の乏しい肉腫様の成分だが、腫瘍辺縁では腫瘍細胞のシート状増殖や、わずかに腺腔形成があり、腺癌成分と考えられた。肉腫成分は免疫染色で明らかな分化傾向がなく、癌肉腫と診断された。

【まとめ】本症例のように異型が強くなると上皮成分と肉腫成分のそれぞれの細胞の鑑別が難しく、またそれぞれの成分が少ない又はみられない場合も癌肉腫、type2体癌、様々な肉腫との鑑別が必要となるため、細胞転写法などを用いて免疫細胞学的に検討し診断する必要があると考えられた。

## ◇一般演題・口演

## O-1-1 当院における唾液腺穿刺吸引細胞診の成績と組織型の推定

千葉県がんセンター臨床病理部

○青野卓矢(CT), 有田茂実(CT), 酒井えり(CT),  
高橋 司(CT), 菅谷輝子(CT), 小高亜紀子(CT),  
杉山孝弘(MD), 伊丹真紀子(MD), 荒木章伸(MD)

【目的】唾液腺穿刺吸引細胞診は簡便性, 迅速性など唾液腺腫瘍頻度の利点から, 術前の良悪性の鑑別, ならびに組織型推定を目的に広く使われている. 今回我々は唾液腺腫瘍症例を対象に組織学的に確定診断を得た104例と対応する唾液腺穿刺吸引細胞診を比較し信頼性と問題点について検討した.

【対象】2003年5月~2015年10月までに実施された唾液腺組織診と比較可能な唾液腺穿刺吸引細胞診104例を対象とした. なお, 非腫瘍性病変は対象から除外した.

【方法】当院の細胞診の判定に従い, パパニコロウ分類ClassI~IIIaを陰性, ClassIIIb~Vを陽性として唾液腺穿刺吸引細胞診と術後の病理診断結果を比較し感度, 特異度, 正診率を求め評価した.

【結果】感度80.6%(25/31件), 特異度100.0%(73/73件), 正診率94.2%であった. 発生頻度順に並べると良性腫瘍は多形腺腫, ワルチン腫瘍, 基底細胞腺腫等が悪性腫瘍は唾液腺導管癌, 悪性リンパ腫, 扁平上皮癌, 多形腺腫由来癌, 基底細胞腺癌等であった. 今回我々が判定の際に組織型推定が困難だった症例をいくつか提示する.

【考察】検討の結果から良性腫瘍で上位を占める多形腺腫, ワルチン腫瘍の鑑別には唾液腺穿刺吸引細胞診は有用と考えられる. しかし, それ以外の良性腫瘍や悪性腫瘍の組織型, 特に細胞異型が乏しい低悪性度の腫瘍では悪性と判定づけるのは困難であった. 今後の課題として高い特異度を保ちつつ感度上げていくための診断基準を設けていく必要がある.

## O-1-2 圧挫細胞診により推定診断が可能であったSFT/HPCの1例

福岡大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 福岡大学医学部病理学講座<sup>2)</sup>

○西中村恵輔(CT)<sup>1)</sup>, 松本慎二(CT)<sup>1)</sup>, 小島勝己(CT)<sup>1)</sup>,  
大石朋子(CT)<sup>1)</sup>, 相知優子(CT)<sup>1)</sup>, 青木光希子(MD)<sup>2)</sup>,  
鍋島一樹(MD)<sup>2)</sup>

【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)の中樞神経系における発生頻度は1%以下と稀である. 臨床ならびに画像所見が髄膜腫に酷似するため, 術前の鑑別診断が困難なことが多いが, grade II以上のSFT/HPC症例では, その75%が10年以内に再発することが知られており, 両者を鑑別する意義は高い. 今回我々は, 術中診断時の圧挫細胞診にてSFT/HPCを推定し得た1例を経験したので報告する.

【症例】40歳代男性. 検診にて脳腫瘍を指摘された. 3か月後の精査にて, 軽度増大が認められたため当院を紹介受診. 頭部MRIにて左大脳鎌から小脳テントにかけて25mm大の腫瘍性病変を認めた. 髄膜腫疑いにて腫瘍摘出手術が行われた.

【細胞所見】異型細胞が細胞密度の高い大型集塊で出現し, 部分的に血管間質を伴いながら束状に配列していた. 異型細胞は多稜形の細胞質を有し, 辺縁は不明瞭, 核は類円形~紡錘形で軽度の大小不同及び核形不整を認め, 微細顆粒状クロマチンの増量が見られた.

【組織所見】類円形~紡錘形の核と好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が束状に増殖していた. 免疫組織化学染色では, Vimentin, STAT6に陽性であった. 組織学的に線維性髄膜腫との鑑別を要したためRT-PCRを施行. NAB2-STAT6融合遺伝子が検出された. 膠原線維に乏しく, 中等度以上の細胞密度, 核分裂像は10視野に1個未満であった点より, SFT/HPC, grade II, HPC phenotypeと診断した.

【結語】SFT/HPCは全摘出されても高率に再発するため, 線維性髄膜腫との鑑別が臨床的にも重要である. 常に鑑別診断として挙げられる線維性髄膜腫との細胞像を比較し, その鑑別点も含めて報告する.

### O-1-3 MYB抗体を用いた免疫染色が診断に有用と思われた腺様嚢胞癌の3例

鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座<sup>2)</sup>

○遠藤由香利(CT)<sup>1,2)</sup>, 桑本聡史(MD)<sup>1)</sup>,  
大野千恵子(CT)<sup>1)</sup>, 松下倫子(CT)<sup>2)</sup>, 松重貴大(CT)<sup>1)</sup>,  
持田洋利(CT)<sup>1)</sup>, 山田恭子(CT)<sup>1)</sup>, 堀江 靖(MD)<sup>1)</sup>,  
梅北善久(MD)<sup>1)</sup>, 広岡保明(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】近年, 腺様嚢胞癌 (ACC) の特異的遺伝子異常として t(6;9) による MYB-NFIB 融合遺伝子が同定され, MYB 蛋白の過剰発現が約半数の症例で生じていることが明らかにされた. 今回我々は MYB 免疫染色の併用で術前に本症と診断し得た1例を経験し, さらに過去2例について MYB 免疫染色を追加施行しその診断的有用性を検証したので報告する.

【症例】(症例1) 30代女性. 鼻腔前庭部に腫瘤あり, FNACにて良悪判定困難と診断. 生検後, 摘出術を施行. (症例2) 40代女性. 顔面神経麻痺あり. 耳下腺深葉に20mm大腫瘤あり, FNACを施行. (症例3) 60代女性. 17年前に鼻腔腫瘍手術で腺様嚢胞癌と診断. 頬部に30mm大腫瘤あり, FNACを施行.

【細胞所見】症例1は異型細胞が弧在性~大小結合集塊で出現し, 集塊中に Giemsa 染色に異染性を示す粘液球様所見を認めた. 核は円形~類円形, 大小不同, クロマチン増加, 明瞭核小体を認めた. 症例2, 3は症例1と同様異型細胞の索状または管状構造主体の充実性集塊を認めたが, 粘液球様所見は認めなかった. 3例とも ACC を鑑別診断に挙げたが, 他の腫瘍の可能性を除外できず, 良悪確定は困難とした.

【組織所見】症例1, 2は腺上皮と筋上皮/基底細胞の2層性を示す腫瘍細胞の管状~一部篩状の増生を, 症例3は充実性増生を認めた.

【免疫組織化学染色】いずれの症例も KIT および MYB の双方に陽性を示し, 症例1は上記所見と免疫染色結果より ACC と術前診断し得た. 3例とも細胞診標本 (LBC, セルブロック) の MYB 免疫染色にて腫瘍細胞の陽性像を観察した.

【まとめ】MYB 免疫染色は術前 ACC の補助診断に有用である可能性が示唆された.

### O-1-4 穿刺吸引細胞診にて推測し得た耳下腺乳腺相似分泌癌 (MASC) の一例

地方独立行政法人筑後市立病院病理<sup>1)</sup>, 筑後市立病院耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>, 久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>3)</sup>

○石井友里(CT)<sup>1,2,3)</sup>, 濱津美穂(CT)<sup>1)</sup>, 山浦美紗(CT)<sup>1)</sup>,  
牛島治雄(CT)<sup>1)</sup>, 今村市夫(CT)<sup>1)</sup>, 森松 稔(MD)<sup>1)</sup>,  
中島 格(MD)<sup>2)</sup>, 安倍秀幸(CT)<sup>3)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>3)</sup>,  
秋葉 純(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】乳腺相似分泌癌 (Mammary analogue secretory carcinoma; 以下 MASC) は形態学および遺伝子学的に乳腺分泌癌に類似した特徴を示す唾液腺腫瘍である. 今回, 穿刺吸引細胞診の Pap 染色およびセルブロック標本を用いて MASC と診断し得た一例を経験したので報告する.

【症例】80歳代, 男性. 以前より右耳下部に腫瘤を認めていたが疼痛なく放置. その後, 耳珠までの腫脹を自覚し精査目的に当院耳鼻科を紹介受診となった. MRI に右耳下腺内に 31×34×38 mm 大の腫瘤を認め, 穿刺吸引細胞診を施行. 黄色液体約 18 mL が採取された. 患者は現在まで症状なく, 外来観察中である. Pap 染色における細胞成分は比較的豊富で, 出血と多量のコレステリン結晶を背景に血管を伴った乳頭状集塊が認められた. 腫瘍細胞の核は大小不同や核形の軽度不整を認め, 一部には核小体がみられた. また, 細胞質にヘモジドリン沈着や空胞をもつ腫瘍細胞も認められた. これらより, 腺房細胞癌の乳頭/嚢胞型, MASC や嚢胞腺癌が推定されたため, 作製していたセルブロックにて分子病理学的検索を試みた. 腫瘍細胞は Pap 染色と同様に明瞭な乳頭状構造を示しており, バルリン青陽性のヘモジドリンを確認した. 免疫組織学的にて, 腫瘍細胞は mam-maglobin 陽性, S100 蛋白陽性, リン酸化 STAT5 陽性, αアミラーゼ陰性であった. FISH 法にて ETV6-NTRK3 融合遺伝子解析を実施し, 86%のスプリットシグナルを確認したため MASC と診断された.

【まとめ】穿刺吸引細胞診で多数の細胞成分が採取された際は, 積極的にセルブロックを作製し, 分子病理学検査を行いながら質的診断を行うことが重要である. 特に遺伝子的背景が明確な組織型においては穿刺吸引も検体採取の手段として充分有用であることが示された.

### O-1-5 多彩な細胞像および組織像を呈した唾液腺導管癌の一例

大阪医科大学医学部病理学教室

○里見英俊(MD), 栗栖義賢(MD), 服部公亮(MD), 廣瀬善信(MD), 中山裕子(CT), 出口千尋(CT), 浦上真由美(CT), 武田玲郁(CT), 明石静香(CT), 石崎幸恵(CT)

【はじめに】唾液腺導管癌は、唾液腺腫瘍の 1-2% を占める腫瘍で、浸潤性の発育を示す予後不良の悪性腫瘍である。高齢者(平均 65 歳)に好発し、男性の耳下腺に好発する。多彩な組織所見を呈し、他の唾液腺悪性腫瘍との鑑別に難渋することが有る。今回、多彩な組織像を反映する細胞像を呈した唾液腺導管癌の一例を経験したので、細胞像を供覧する。

【症例】40 歳台男性。3 か月前より、徐々に増悪する左耳閉感・耳痛を自覚したため、当院を紹介受診した。腫瘍は、左耳下腺から外耳道に浸潤していた。耳下腺から穿刺吸引細胞診が施行された。

【吸引細胞像】多数のリンパ球浸潤を伴う壊死性背景に、高 N/C 比で、顆粒状のクロマチンを伴った大型異型細胞が認められた。異型細胞は重積性を示し、一部の集塊には腺腔様配列や乳頭状構造が認められた。胞体に粘液を有する細胞もみられた。

【組織像】豊富な細胞質を有する異型細胞が小集塊を形成しながら増殖していた。胞体に粘液を含んだ細胞も認められた。微小乳頭状構造、面胞状壊死、および硬癌様の像がみられ、増殖パターンは多彩であった。

【考察】唾液腺導管癌は、肉腫様亜型、富粘液亜型、浸潤性微小乳頭亜型といった組織亜型(WHO 分類 2005 年版)を有する唾液腺悪性腫瘍である。本症例は、細胞診で粘液を含んだ細胞がみられ、粘表皮癌との鑑別に苦慮した。腺様配列を示す重積性集塊や微小乳頭状構造は、唾液腺導管癌の特徴と考えられた。多彩な像を呈する唾液腺腫瘍として、唾液腺導管癌を鑑別する必要がある。

### O-1-6 胸水中に多くの異型細胞を認めた唾液腺導管癌の 1 例

福岡大学病院病理診断科・病理部

○相知優子(CT), 松本慎二(CT), 小島勝己(CT), 大石朋子(CT), 西中村恵輔(CT), 鍋島一樹(MD)

【はじめに】唾液腺導管癌(salivary duct carcinoma, SDC)は、浸潤性乳管癌に類似した組織像を呈し、高齢者の耳下腺に好発する高悪性度の唾液腺腫瘍で、非常に予後が悪い。30~60%の症例で肺、骨、肝などに遠隔転移すると報告されている。今回我々は、胸水中に多くの異型細胞を認めた顎下腺原発の SDC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代男性。左顎下腺の SDC の既往あり。左顎下腺癌術後、再発所見なく、外来経過観察されていた。術後 2 年時の PET-CT 検査にて縦隔リンパ節、右肺門リンパ節に異常集積を認めた為、縦隔リンパ節生検が施行され転移と診断された。再発に対して治療が開始されたが 3 か月後、胸のつかえ感が出現し、胸部 CT 検査にて胸水と右肺野の結節性陰影が認められた。原発性肺癌か顎下腺癌の転移の鑑別のため胸水細胞診が施行された。

【細胞所見】多数の大型異型細胞が孤立散在性に出現。異型細胞の核は腫大し、繊細なクロマチンで、明瞭な核小体を有していた。細胞質はやや厚みがあり、繊細で泡沫状の細胞も認めた。また一部の異型細胞には核が偏在し、粘液含有を示唆するような細胞質を有し、細胞質内小腺腔構造も見られた。原発巣推定の為、セルブロックを作製し、免疫化学染色を施行した。異型細胞は androgen receptor, GCDP-15 に陽性で、Her-2 蛋白にも細胞膜に強い発現が見られ、細胞診断学的に SDC の肺転移および播種が疑われると報告した。

【結語】本症例の細胞像からは、その他の腺癌や悪性中皮腫も鑑別に挙がり、免疫細胞化学染色なしでの SDC 転移の診断は不可能であったと考える。今回、改めてセルブロック標本を用いた免疫染色などの補助ツールの必要性を再認識できた。



### 0-1-7 術前未確診肺腫瘍に対する術中迅速穿刺吸引細胞診の有用性

一般財団法人住友病院診療技術部病理検査技術科<sup>1)</sup>, 一般財団法人住友病院病理部<sup>2)</sup>

○三村裕子(CT)<sup>1)</sup>, 岡本秀雄(CT)<sup>1)</sup>, 今村大輔(CT)<sup>1)</sup>, 今井香織(CT)<sup>1)</sup>, 藤田茂樹(MD)<sup>2)</sup>

**【はじめに】** 当院では、術前未確診肺腫瘍のうち、悪性の可能性が高い腫瘍について、悪性確認のために胸腔鏡下術中穿刺吸引細胞診が実施され、それらの結果をもとに術式が決定される。今回我々は、術中迅速穿刺吸引細胞診と術後の病理組織学的診断を比較し、有用性の検討を行った。

**【対象】** 2012年4月から2016年9月の術前に悪性の可能性が高い肺腫瘍に対し、胸腔鏡下術中迅速穿刺吸引細胞診が実施された115例。

**【方法】** 胸腔鏡下に肺穿刺吸引を行い、細胞検査士が手術室で固定までの標本作製を実施し、直ちに病理検査室にて迅速パバニコロウ染色を行う。細胞診専門医とともに鏡検、結果を迅速に報告する。

**【結果】** 術中迅速穿刺吸引細胞診115例の判定結果は陽性81例、疑陽性12例、陰性22例であった。疑陽性3例、陰性19例については術中迅速組織診断が行われた。術後、すべての症例において病理組織診断が実施され、悪性111例、良性4例であった。細胞診陽性とした推定組織型の内訳は腺癌67例、扁平上皮癌11例、カルチノイド1例、組織型推定困難2例であり、組織診断との不一致例は3例であった。疑陽性のうち良悪鑑別困難な症例は2例、残り10例は異型細胞が少数であったため、悪性を推定するも断定できない症例であった。疑陽性以上を陽性とする感度は83.8%であった。陰性のうち19例は上皮細胞を認めない、もしくは細胞少量であった症例であり、結果報告時に細胞採取量が少量であることを報告した。

**【まとめ】** 術中迅速穿刺吸引細胞診の診断成績は良好な結果が得られ、術式決定に有用であったと考える。さらなる診断精度向上のため、過小判定となった症例の検討を行い報告する。

### 0-1-8 気管支擦過細胞診標本上でのEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の細胞学的検討

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 九州大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>3)</sup>, 九州大学病院呼吸器内科<sup>4)</sup>, 九州大学病院消化器・総合外科<sup>5)</sup>, 飯塚市立病院内科<sup>6)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態病理機能病理学<sup>7)</sup>

○江島一志(MT)<sup>1)</sup>, 大久保文彦(CT)<sup>2)</sup>, 渡辺寿美子(CT)<sup>3)</sup>, 平橋美奈子(MD)<sup>3)</sup>, 山元英崇(MD)<sup>2,7)</sup>, 小田義直(MD)<sup>2,7)</sup>, 高山浩一(MD)<sup>4)</sup>, 岡本龍郎(MD)<sup>5)</sup>, 江島有美香(MD)<sup>6)</sup>, 杉島節夫(CT)<sup>3)</sup>

**【背景】** EGFR遺伝子変異陽性肺癌は腺癌に多く肺癌全体の約30%を占め、ゲフィニチブなどの分子標的薬を用いる治療が行われている。遺伝子変異の検査としてPCR法や免疫染色等が行われるが、細胞形態から遺伝子変異の有無を示唆できることは、早期に治療方針を決定する上で重要である。今回、EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌と陰性肺腺癌の細胞学的差異について比較・検討を行った。

**【対象と方法】** 九州大学病院において、気管支擦過細胞診で肺腺癌と細胞診断され、EGFR遺伝子変異検査が行われた40症例（陽性20症例、陰性20症例）を用いた。1症例あたり無作為に選んだ最大20の腺癌細胞集塊を観察し、集塊の細胞数・核小体所見・胞体内粘液産生様所見・核内細胞質封入体・有糸分裂像に関する検討を行った。核小体所見に関しては、その見え方として、明瞭（赤色～暗赤色）・中間（紫色～暗紫色）・不明瞭の3種類に分類する検討を行った。

**【結果】** 細胞集塊所見に関して、集塊の細胞数には有意差は認められなかったが、EGFR遺伝子変異陽性症例で、3～10個の細胞からなる花冠状集塊が有意に多く観察された。核小体所見では、EGFR遺伝子変異陽性症例で、核小体が不明瞭な細胞の出現割合が高い症例が多く、陰性症例では、核小体が明瞭（赤色～暗赤色）な細胞の出現割合が高い症例が多かった。胞体内粘液産生様所見は、遺伝子変異陰性症例で多く観察された。

**【結論】** 細胞集塊や核小体所見において、EGFR遺伝子変異陽性症例に有意差のある結果が得られているが、今後は検討方法の改良や更なる検討項目を追加し、症例数を増やし報告する予定である。



### O-1-9 肺癌検診喀痰細胞診で発見された肺癌の発生部位の推移と細胞像の検討

公益財団法人ちば県民保健予防財団<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>, 日本赤十字社成田赤十字病院呼吸器外科<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>, 早田篤子(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>

肺癌検診喀痰細胞診は肺門部早期肺癌の発見を目的に実施されているが, 最近では末梢型肺癌の増加傾向が報告されている。肺癌の発見率向上を目的に, 当施設で発見された肺癌を前期と後期の 2 群に分類し比較検討を行った。

【対象と方法】1995~2012 年の喀痰集検のうち, 喫煙指数 600 以上の受診者が 70% を超える 13 市町村の全受診者 71,618 人を対象とし, A 群: 1995~2003 年 (39,958 人) と B 群: 2004~2012 年 (31,660 人) から喀痰細胞診が契機で発見された肺癌について, 2 群間の比較検討を行った。χ<sup>2</sup> 検定による統計学的な解析を行い, p 値 0.05 未満を有意とした。

【結果】検診成績は A 群: 肺癌 86 例 (10 万対 228)・頭頸部癌 21 例 (10 万対 53), B 群: 肺癌 43 例 (10 万対 136)・頭頸部癌 8 例 (10 万対 25)。肺癌は両群ともに 0 期・I 期: 約 50%, 扁平上皮癌: 約 50%, 腺癌: 約 16% で, 頭頸部癌は両群ともに全体の約 20% を占めていた。肺癌の発生部位は A 群: 中枢型 44.2%・末梢型 38.4% に対し, B 群: 中枢型 23.3%・末梢型 51.2% で, 中枢型の減少と末梢型の増加が認められた (p 値 0.033)。また細胞判定では A 群: C 判定 (中等度異型) 27.9%・D 判定 (高度異型) 16.3%・E 判定 (癌) 55.8% に対し, B 群: C 判定 18.6%・D 判定 48.8%・E 判定 32.6% で, D 判定の増加と E 判定の減少が認められた (p 値 0.0002)。

【まとめ】肺癌検診喀痰細胞診では発見される肺癌が, 中枢型から末梢型に移行していることが明らかであった。末梢型肺癌の増加傾向に伴い, 癌細胞 (E 判定) と判定できる症例が減少しており, 中枢型肺癌のみならず末梢型肺癌の細胞像および出現様式を念頭においたスクリーニングおよび細胞判定が必要であると考えられた。

### O-1-10 培養細胞株を用いた肺癌 LBC 標本における EGFR 遺伝子解析への影響について

北里大学病院病理部<sup>1)</sup>, 北里大学医学部病理学<sup>2)</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科<sup>3)</sup>

○町田大輔(CT)<sup>1)</sup>, 吉田 功(MD)<sup>1,2)</sup>, 久場 樹(CT)<sup>1)</sup>, 山下和也(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤之俊(MD)<sup>3)</sup>, 三枝 信(MD)<sup>1,2)</sup>, 村雲芳樹(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】我々は昨年(第 57 回)日本臨床細胞学会総会で, 日本ベクトンディッキンソン社から供給される BD サイトリッチ™レッド (以下 CR-R) を用いた肺癌擦印細胞診材料固定の EGFR 遺伝子解析への経時的な影響を検証し, CR-R 固定による DNA 保存性の減弱および, 長期固定による点突然変異検出への影響を報告した。今回, 点突然変異を有する培養細胞株を用いて CR-R 固定の影響を追加検証した。

【材料・方法】EGFR 遺伝子 exon21 L858R および exon20 T790M の重複変異を有する肺腺癌由来 H1975 培養細胞株を CR-R で, 30 分, 1 時間および 1 日ごと 9 日間まで固定し, 各固定時間の遠心沈渣を PBS にて洗浄後, QIAGEN 社製品で DNA を抽出した。Cycleave 法および Direct Sequence 法で EGFR 遺伝子変異を検索し, さらに後者のプライマーを用いたエンドポイント PCR-アガロースゲル泳動で半定量解析した。

【結果】Cycleave 法の C<sub>T</sub> 値は CR-R 固定時間に伴って前回報告同様に上昇し, codon790 の未固定と固定 9 日目の C<sub>T</sub> 値の差が 10.9 であった。Cycleave 法では全ての固定条件で野生型と変異型が検出されたが, Direct Sequence 法では固定 9 日目で codon790 および 858 のいずれにおいても野生型が検出できなくなった。また, 固定 4 日目を以降で PCR 増幅産物の減少も確認された。

【考察】細胞診臨床材料に引き続いて, 培養細胞においても CR-R 固定による経時的な遺伝子解析の非効率化が認められ, DNA の分解亢進が示唆された。前回の結果も併せ, 点突然変異検索ではサンプル中で長期間固定により偽陰性化することが示唆された。現在 CR-R を用いた適正な固定条件と解析方法を更に検討中である。

### O-1-11 気管支肺胞洗浄液(BAL)における反応性 II 型肺胞上皮細胞の細胞像の検討

公益財団法人宮城県対がん協会<sup>1)</sup>, 仙台徳洲会病院呼吸器外科<sup>2)</sup>, 東北大学加齢医学研究所<sup>3)</sup>, 宮城県結核予防会複十字センター<sup>4)</sup>

○羽場詩穂美(CT)<sup>1)</sup>, 青野佳美(CT)<sup>1)</sup>, 近 京子(CT)<sup>1)</sup>, 遠藤千颯(MD)<sup>2)</sup>, 桜田 晃(MD)<sup>3)</sup>, 齋藤泰紀(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】気管支肺胞洗浄液(BAL)は, ARDS, びまん性肺疾患, 感染症などの非腫瘍性疾患, 肺癌などを対象に施行されるが, 非腫瘍性疾患において, ときに肺癌との鑑別を要する異型を伴う反応性 II 型肺胞上皮細胞が観察されるため, その細胞像を検討した。

【対象】2011年4月から2016年7月に当施設に提出されたBALのうち反応性 II 型肺胞上皮が出現した12症例の細胞像を観察した。

【細胞像】観察された反応性 II 型肺胞上皮は, 種々の炎症性細胞を背景として出現していた。細胞は類円形で, 細胞質は豊富で泡沫状・小～大型の空胞・厚みのある均質な細胞質と3種類の所見がみられた。核は類円形で腫大し大小不同を認めた。クロマチンは粗顆粒状で軽度に増量し, 著明な類円形核小体1個を有していた。異型細胞は, 孤在性または数個～10数個の細胞集団で出現した。30個以上の細胞からなる集団は観察されなかった。細胞集団は軽度に重積する小乳頭状で, 辺縁はホタテ貝が連なるような形状(Grotteら1990)であった。5例においては, 細胞質内に小円形構造物が明量に囲まれる形で観察され(Stanleyら1992), Mallory body様構造(松原ら2003)と記載されているものに相当すると考えられた。1例において, 細胞外の球形大型構造物が観察され(Stanley1990), Collagen globe(松原ら2003)として記載されているものと考えられた。

【まとめ】症例間の異型の程度の差はあるが, 反応性 II 型肺胞上皮細胞に共通する細胞像が観察された。BALで腺系細胞の異型が強い場合に安易に腺癌とせず, 臨床情報を確認して過剰診断を避けることが重要である。

### O-1-12 細胞診における Deep Convolutional Neural Network を用いた肺癌組織型の自動分類

藤田保健衛生大学医学部病理診断科<sup>1)</sup>, 藤田保健衛生大学医療科学部放射線学科<sup>2)</sup>

○塚本徹哉(MD)<sup>1)</sup>, 寺本篤司<sup>2)</sup>, 桐山諭和(MD)<sup>1)</sup>, 藤原真紀(CT)<sup>1)</sup>, 平澤 浩(CT)<sup>1)</sup>, 黒田 誠(MD)<sup>1)</sup>

肺癌は各臓器の中でも最も高い死亡率を示している。肺癌は, 従来, 大きく小細胞癌と非小細胞癌に分類され, 前者には化学療法, 後者には外科的切除が行われてきたが, 近年の治療法の進歩により, 非小細胞肺癌の中でも腺癌と扁平上皮癌の診断を厳密に行う必要性が出てきた。しかし, 両者の鑑別が困難な場合も多く, 細胞診では非小細胞癌にとどめることが少なからずある。本研究では画像識別能力に優れる Deep Convolutional Neural Network (DCNN) を用いて, 細胞診画像から肺癌組織型を自動診断する手法の開発を行った。肺液状細胞診検体を Papanicolaou 染色した標本を対象とし, 腺癌, 扁平上皮癌, 小細胞癌の画像を顕微鏡用デジタルカメラで撮影した。肺癌の分類に使用する DCNN は, 3つの Convolution 層と Pooling 層, 2層のフル結合層からなり, 入力層には 256×256 画素の顕微鏡画像を与え, 出力層に設けられた3つのユニットから, 腺癌, 扁平上皮癌, 小細胞癌の確信度が得られるようにした。画像枚数が少ないため, 収集した画像の拡大率や回転角を変化させることで, 画像枚数を220倍に増加させて学習を行った。DCNN の処理には Caffe を利用し, 30,000 回の学習を行った。学習処理は GPU (GeForce GTX TITAN X) を用いて約8時間を要した。交差確認法にて分類能力を評価した結果, 癌別の正解率は腺癌が74.6%, 扁平上皮癌が46.7%, 小細胞癌が70.0%となり, 総合的な正解率は69.5%であった。識別正解率が69.5%と比較的良好な結果となり, DCNN が細胞診の画像分類に有効であることが示唆された。しかし, 扁平上皮癌の識別率が低いため, 今後はより多くの画像を用いて DCNN の構造最適化を行う必要があると考えられた。

### O-1-13 喀痰細胞診および培養にて診断された *Scedosporium* 肺炎の 1 例

日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野<sup>1)</sup>, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科<sup>2)</sup>, 日本大学医学部附属板橋病院臨床検査部<sup>3)</sup>, 日本大学医学部病態病理学系臨床検査医学分野<sup>4)</sup>, 日本大学医学部呼吸器内科学系呼吸内科学分野<sup>5)</sup>

○砂川恵伸(MD)<sup>1,2)</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>, 関 利美(MT)<sup>3)</sup>, 矢越美智子(MT)<sup>3)</sup>, 大荷澄江(MD)<sup>1,2)</sup>, 中山智祥(MD)<sup>3,4)</sup>, 橋本 修(MD)<sup>5)</sup>, 杉谷雅彦(MD)<sup>1,2)</sup>

【症例】77 歳, 女性 (主訴) 血痰 (現病歴) 約 7 年前から血痰を繰り返し, 気管支拡張症, 肺炎, 非結核性抗酸菌症として治療されていた。喀痰培養検査で, 2002 年に肺非定型抗酸菌症 (NTM) が検出されたが, 2013 年以降 NTM は検出されていない。その後も血痰が持続していた。2014 年から喀痰培養にて糸状菌 (*Scedosporium* 属) が, 5 回検出されている。

【既往歴】慢性 C 型肝炎/肝細胞癌, 咽頭癌術後, 非結核性抗酸菌症 (NTM), 気管支拡張症, 小児結核

【細胞診】多核白血球を主体とした炎症性背景に, 隔壁を有し, 鋭角, H 字状に分岐構造を呈する糸状菌を認める。診断: Filamentous fungal infection: 喀痰培養と併せて, *scedosporiosis* と診断した。

【考察】本症例は当初, NTM として治療されていた。その後喀痰からは NTM の検出は陰性化している。喀痰培養からは繰り返し *Scedosporium* spp. が検出されている。喀痰細胞診では急性炎症性背景が存在し, その中に隔壁を有し, 鋭角, H 字状に分岐構造を呈する糸状菌を認める。NTM 感染後の肺スケドスポリウム症 pulmonary *scedosporiosis* が最も考えられる。*Scedosporium* spp. は環境中, 土壌中に存在する糸状菌である。健康者における主な病態は深部皮膚真菌症などである。免疫能不全者においては肺炎, 角膜炎, 髄膜炎などがあり, 東関東大震災時には津波関連性肺疾患が報告された。今回稀な pulmonary *scedosporiosis* を経験したので, 文献的考察を交えて報告する。

### O-1-14 気管支肺胞洗浄液中に *Pneumocystis jirovecii* を認めたニューモシスチス肺炎の 2 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>, 木沢記念病院病理診断科<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>, 大橋明香(CT)<sup>1)</sup>, 渡部直樹(MD)<sup>1)</sup>, 田中卓二(MD)<sup>1)</sup>, 榊間利政(CT)<sup>2)</sup>, 宮前里奈(CT)<sup>2)</sup>, 山田鉄也(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】ニューモシスチス肺炎 (PCP) は, 酵母様真菌である *Pneumocystis jirovecii* によって引き起こされるびまん性肺炎であり, 免疫低下時に発症する日和見感染症の 1 つである。今回我々は, 気管支肺胞洗浄液 (BALF) 中に *Pneumocystis jirovecii* を認めた PCP の 2 例を経験したので報告する。

【症例】症例 1: 60 歳代男性。発熱と咳嗽を主訴に当院呼吸器内科を紹介受診した。胸部 Xp と胸部 CT で両肺のスリガラス状陰影を認め, PCP の疑いにて経気管支肺生検 (TBLB) と BALF の細胞診, PCR 法が行われた。症例 2: 40 歳代男性。検診にて貧血を指摘され, 当院血液内科を受診した。精査にて HIV 抗体陽性と両肺肺炎部の淡いスリガラス状陰影を認め, PCP の疑いにて BALF の細胞診と PCR 法が行われた。

【細胞診所見】症例 1 と 2 で同様の所見を認め, Papanicolaou 染色でリンパ球や好中球, マクロファージと共に泡沫状物質が少数出現していた。泡沫状物質内には, 赤血球よりやや小型の透明ないしエオジンに淡染する輪状の構造物が認められた。これらの構造物は, Grocott 染色で黒褐色に染まり, その内部には括弧状やコマ状の構造物がみられ, *Pneumocystis jirovecii* の嚢子と考えられた。

【組織診所見】症例 1 では TBLB が行われ, H-E 染色標本で肺胞内にエオジンに淡染する泡沫状滲出物がみられ, その内部には Grocott 染色で黒褐色に染まる *Pneumocystis jirovecii* の嚢子が観察された。

【考察】BALF 中に出現する泡沫状物質は, PCP の診断に有用な所見であるが, 本 2 例の如く出現率が低いことが多いとされる。その為 PCP が疑われる症例では, 特殊染色用も含めてより多くの標本を作製し, 注意深く観察することが診断に繋がるものと考えられた。



### O-1-15 転移性肺腫瘍との鑑別にスタンプ細胞診が有用であった珪肺症の1例

沖縄赤十字病院呼吸器外科<sup>1)</sup>, 沖縄赤十字病院病理科<sup>2)</sup>

○宮城 淳(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木牧子(CT)<sup>2)</sup>,  
真喜志かおり(CT)<sup>2)</sup>, 比嘉 讓(CT)<sup>2)</sup>, 石川雅士(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】珪肺症は結晶性遊離シリカの吸入によって発症する職業性肺疾患の一種で、結節性肺線維症を特徴とする。今回我々は画像上、悪性疾患や肺結核との鑑別が困難であった珪肺症を経験した。診断にスタンプ細胞所見が有用と考えられた。

【症例】81歳男性。労作時の息切れを主訴に前医を受診した。胸部X線で両側びまん性の粒状影が疑われ紹介となった。CTでも両側肺に多発する5mm以下の粒状影がみられた。気管支鏡検査で抗酸菌は陰性、悪性所見も見られなかった。T-SPOTも陰性であったが、悪性疾患の転移や肺結核も否定できないため呼吸器外科へ紹介となりVATS肺生検をおこなった。

【スタンプ細胞診】パパニコロウ染色では、リンパ球を主体とする比較的きれいな背景に、組織球や類上皮様の細胞が見られた。悪性細胞の出現はなく、結核を思わせる所見もみられなかった。さらに詳細に観察すると、パパニコロウ染色に染まらない無色透明の物質が散見された。偏光顕微鏡で確認すると、やや細長い光沢のある針状の異物が多数見られ、珪肺症と診断された。

【組織所見】HE染色による病理検査では肺転移や結核性病変は否定的で、サルコイドーシスや非特異的な慢性炎症が疑われたが、偏光顕微鏡で確認すると、針状の異物が多数みられ塵肺症と診断された。

【考察】HE染色による病理検査では、偏光顕微鏡を用いないと異物の確認は困難だが、パパニコロウ染色によるスタンプ細胞診標本を詳細に観察すると異物が確認できる場合がある。

【結語】診断に苦慮した両側びまん性粒状影の1例を経験した。スタンプ細胞診が診断に有用であった。

### O-1-16 気管支擦過細胞診で診断に苦慮した inflammatory myofibroblastic tumor の1例

社会保険田川病院検査課病理<sup>1)</sup>, 社会保険田川病院病理診断科<sup>2)</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>3)</sup>, 飯塚病院病理科<sup>4)</sup>, 帝京大学福岡医療技術学部<sup>5)</sup>

○梶原須賀子(CT)<sup>1)</sup>, 草野弘宣(MD)<sup>2,3)</sup>,  
半田瑞樹(MD)<sup>4)</sup>, 大屋正文(MD)<sup>4)</sup>, 自見厚郎(MD)<sup>2,5)</sup>

【はじめに】炎症性筋線維芽細胞腫瘍 inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) は、著明な炎症細胞浸潤を伴う筋線維芽細胞の増殖からなる腫瘍で小児や若年成人の軟部組織に好発するが、肺、肝など内臓にも生ずる。今回我々は気管支に発生したIMTの1例を経験したので報告する。

【症例】30歳代男性。血痰にて当院受診。炎症所見と右肺野に異常陰影を認め精査治療目的に入院となった。気管支鏡による細胞診、生検が施行された。

【細胞像】少数の炎症細胞と異型の乏しい円柱上皮を伴って紡錘形細胞が孤立性や集塊状で出現していた。紡錘形細胞は細胞境界が不明瞭で核の大小不同、核形不整、明瞭な核小体を認めたが、クロマチン増量に乏しく判定はclass III, non-epithelial tumorとした。

【組織像】炎症細胞を伴って紡錘形細胞が錯綜するように増殖し核分裂像は認めない。免疫染色ではALK(p80), vimentin, α-SMA, CD68が陽性を示しIMTの診断となり他院紹介後手術が施行された。

【考察】筋線維芽細胞は線維芽細胞と平滑筋細胞の中間的な形態を示し神経節細胞様の大型核を有する。今回出現した細胞も核異型を認めたが、異型のわりにクロマチン増量に乏しく、ブラシ洗浄液では細胞がより線維状となっていた。ALKは融合partnerの局在により染色性が異なることが知られており本症例は細胞質にびまん性に陽性であったことからTPM3やTPM4等の可能性が考えられた。

【まとめ】稀なIMTの1例を経験した。本腫瘍は稀ではあるが今回は臨床的、組織学的に典型例であり細胞診においても十分な細胞量が採取されていた。この腫瘍の存在を認識することで細胞診でも推定可能な腫瘍、鑑別診断に挙がるべき腫瘍であったと考える。

## O-1-17 気管支擦過細胞診の再検討

秋田大学医学部附属病院病理部病理診断科

○成田かすみ(CT), 三澤桃子(MT), 鈴木世志子(MT),  
伊藤 智(CT), 廣嶋優子(MD), 南條 博(MD)

【目的】当院の気管支擦過細胞診成績を組織診断と比較し, 細胞像を再検討したので報告する。

【対象と細胞診成績】2013年1月から2016年10月までの気管支擦過細胞診症例のうち, 組織診断と比較できた406例。細胞診の判定は, 正常または良性が199例(49.0%), 良悪性の鑑別困難17例(4.2%), AHHなどの前浸潤性病変疑いないし異形成21例(5.1%), 悪性疑い8例(2.0%), 悪性161例(39.7%)だった。

【組織診断との比較および細胞像の再検討結果】細胞診で悪性ないし悪性疑いの169例の組織診断は, 腺癌93例, 扁平上皮癌38例, 小細胞癌15例, 大細胞癌1例, 腎癌転移3例, MALTリンパ腫1例, 高度異形成2例, 悪性所見なし16例であった。組織型の不一致は4例あり, 低分化型腺癌, 低分化型扁平上皮癌, 腺房型腺癌, 腎淡明細胞癌転移であった。組織診断で悪性所見なしの16症例の細胞像の再検討では, 異型細胞少数症例が多く, 組織生検においてもターゲットとなる癌細胞が採取されていない症例が多かった。また, 重積した反応性異型円柱上皮細胞および腺上皮細胞, 異型組織球, 異形成細胞を悪性と捉えていた症例があった。AAHなど前浸潤性病変を疑った10例のうち9例は組織診断にて腺癌で, 微小浸潤性腺癌, 上皮内腺癌が多かった。良悪性の鑑別困難とした17例のうち14例は悪性(腺癌, 扁平上皮癌, 小細胞癌, MALTリンパ腫)で, 2例は炎症性病変だった。免疫細胞化学染色併用症例は12例あった。

【まとめ】反応性異型上皮と腺癌, 異形成と扁平上皮癌の良悪性の鑑別を考慮しながら, 低分化な症例に積極的に免疫細胞化学染色を併用し, 今後の気管支擦過細胞診診断精度向上に努めたい。

## O-1-18 当院で経験した肺粘表皮癌6例の細胞学的特徴

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>, 同臨床検査部<sup>2)</sup>, 大阪市立大学大学院医学研究科分子病理学<sup>3)</sup>

○世古裕里(CT)<sup>1)</sup>, 横田裕香(CT)<sup>1)</sup>, 福島裕子(MD)<sup>1)</sup>,  
山畑 翔(CT)<sup>1)</sup>, 加藤麻衣(CT)<sup>2)</sup>, 内山 勲(CT)<sup>2)</sup>,  
奥野高裕(MD)<sup>3)</sup>, 石井真美(MD)<sup>1)</sup>, 井上 健(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】肺原発粘表皮癌は稀な腫瘍であり, 発生頻度は全肺癌のおよそ0.1-0.2%と言われている。低悪性度のものが多いが, 高悪性度のものは予後不良とされている。今回, 当院で経験した粘表皮癌について細胞学的特徴を検討したので報告する。

【症例】当院で経験した粘表皮癌のうち細胞診と組織診が施行された6例を対象とした。年齢の中央値は61歳(50-89歳), 男性4例, 女性2例。腫瘍の発生部位は中枢側が3例, 末梢側が3例であり, 組織診で低悪性度と診断されたものが2例, 高悪性度が4例であった。

【細胞所見】低悪性度例では異型の弱い細胞が不規則重積性に出現しており, クロマチンの軽度増量を認めた。核は類円形で一部偏在し, 粘液様空胞も観察された。細胞質は狭小のものから豊富なものまで出現していた。高悪性度例ではN/C比の高い異型細胞が多様な集塊で出現しており, クロマチンは顆粒状に増量し著明な核小体を認めた。一部の症例に紡錘形核やオレンジG好性を示す細胞や粘液様空胞が観察された。腺系, 扁平上皮系の中間細胞は低悪性度例全例にみられたが, 中枢発生の高悪性度例1例にも出現していた。

【組織所見】細胞質内に粘液を有する細胞よりなる腺管構造やN/C比の高い異型細胞よりなる胞巣やシート状構造がみられた。また腫瘍が気管支内腔に突出するように増生する像がみられた。高悪性度例は壊死を伴っており, 核分裂像が散見され, 核異型の目立つ細胞もみられた。

【まとめ】粘表皮癌は腺系細胞, 扁平上皮系細胞とそれらの中間細胞から構成される悪性腫瘍であり, 細胞質や核所見により異なる細胞形態を示すが, 粘液様空胞と中間細胞を認識することが診断の上で重要と考えられた。



### O-1-19 LBC 処理標本を用いた電界攪拌免疫染色装置による迅速免疫細胞化学染色 (R-ICC) の試み

秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○伊藤 智(CT), 成田かすみ(CT), 廣嶋優子(MD),  
南條 博(MD)

【はじめに】細胞診は組織採取が困難な場合は特に重要視され、良悪性の鑑別のみならず、組織型や原発推定など確定診断が求められ、当院では5年間で免疫細胞化学的検索は約2倍に増加している。また、平成28年度診療報酬改定で術中迅速細胞診が450点算定可能になり、迅速細胞診断の重要性が増している。しかし、免疫細胞化学検索の際に、検体処理や細胞転写に要する標本作製時間の短縮には限界があり、この状況を解決する目的で、今回LBC標本を作製し電界攪拌免疫染色装置を用いた迅速免疫細胞化学的検索(R-ICC)を試み、従来法と比較検討した。

【方法】細胞診の液状検体は、検体沈査をThinPrep Cytolyt液で固定(10分)、市販の撥水コーティングスライドφ13mmに500μlを載せて静置(10分)、95%エタノールで洗浄したのち95%エタノール入り容器で再固定した(10分)。水和後、電界攪拌免疫染色装置を使用して迅速免疫抗体法を行った。また、細胞転写法を施行した標本は、キシレンによる脱封入剤を行った後水和し、同様に迅速免疫抗体法を行った。セルブロック標本作製可能な検体は、染色結果の比較も行った。

【結果】撥水处理ガラスと電界攪拌免疫染色装置の使用により、免疫細胞化学的検索の時間短縮が可能であった。細胞収縮など、標本作製方法による若干の細胞形状の違いは見られるものの、従来法の免疫細胞化学標本と同様の反応結果や染色態度が得られた。

【考察】LBC標本で電界攪拌免疫染色装置を用いたR-ICCは迅速な結果報告を可能にし、細胞診業務へのさらなる応用が期待される。

### O-1-20 Direct fast scarlet の好酸球顆粒染色の検討

独立行政法人那覇市立病院

○嵯峨彰太(CT), 大城小枝弥(CT), 坂名城真由美(CT),  
山城 篤(CT), 真栄田百合子(CT), 喜舎場由香(MD),  
新垣京子(MD)

Direct fast scarlet 染色(以下D染色)はAmyloidの染色として名高い一方、同じ系統のCongo red染色ではVolker等が、Dylon染色では清野等が組織切片にて好酸球顆粒染色として報告している。今回、D染色で細胞診検体を用いて好酸球顆粒の染色性を検討したので報告する。検体は、2012年1月から2016年11月までに提出された喀痰187例、尿60例、体腔液19例、便9例。好酸球の比較の為、Papanicolaou染色(以下P染色)、May-Grünwald-Giemsa染色(以下G染色)を施行した。D染色は、食塩加0.05%DFS液、50%アルカリアルコール、希アンモニア水を使用した。染色方法は、湿固定、下降アルコール、DFS液3分、下降アルコール、アルカリアルコール2分、下降アルコール、水洗5分、Hematoxylin1分、水洗5分、希アンモニア水2分、水洗1分、脱水・透徹・封入。D染色は好酸球顆粒のみを染色することが可能であった。好酸球の分画は、P染色、G染色、D染色いずれもほぼ同等の割合であったが、他の2つの染色よりも判定が容易であった。DFSは $-SO_3^-$ を有する酸性色素で、 $-SO_3^-$ が好酸球顆粒と強く結合すると推測される。このイオン結合に加え、低濃度のDFS液で短時間染色し、脱色操作を加える事で、好酸球顆粒のみを染めることが可能と考えられる。しかし一部の検体では、判定に影響はないものの若干の共染がみられた。これらについては今後の検討課題である。対比染色としてHematoxylinを用い、好酸球を赤、その他を青色調に染めることにより、視覚認識性にも優れていると考える。D染色は細胞診検体で好酸球顆粒のみを染めることが可能で、染色態度は視覚認識性に優れ、正確な好酸球の判定が可能である。

### O-1-21 悪性中皮腫における体腔液セルブロック法を用いた RFC-1 発現の検討

公立昭和病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 公立昭和病院病理診断科<sup>2)</sup>, PCL 福岡細胞病理センター<sup>3)</sup>, 福岡大学病院病理部<sup>4)</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>5)</sup>, 順天堂大学順天堂医院病理部<sup>6)</sup>, 神奈川県立足柄上病院検査科<sup>7)</sup>, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座<sup>8)</sup>, 神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域<sup>9)</sup>

○濱川真治(CT)<sup>1,8)</sup>, 清水誠一郎(MD)<sup>2)</sup>, 亀井敏昭(MD)<sup>3)</sup>, 鍋島一樹(MD)<sup>4)</sup>, 松本慎二(CT)<sup>4)</sup>, 丸川活司(CT)<sup>5)</sup>, 稲葉暁子(CT)<sup>6)</sup>, 大金直樹(CT)<sup>7)</sup>, 瀧本雅文(CT)<sup>8)</sup>, 鴨志田伸吾(CT)<sup>9)</sup>

【はじめに】体腔液における中皮腫細胞の形態学的特徴は明らかになりつつある。しかし、肺癌などの上皮性腫瘍あるいは反応性中皮細胞との鑑別のために、免疫細胞化学染色や FISH 法といった補助的検査法が必要となる症例が見受けられる。一方で良・悪性の鑑別に有用な新規マーカーが期待されるなか、Reduced folate carrier 1 (以下, RFC-1) は葉酸, pemetrexed などの細胞内取込みに関与する solute carrier transporter で、上皮性悪性細胞では細胞膜に強く発現する。今回われわれは、上皮型悪性中皮腫細胞と反応性中皮細胞の鑑別における RFC1 発現の相違に着目し、セルブロック法を用いた免疫細胞化学的検討を試みたので報告する。

【対象と方法】体腔液に出現した上皮型悪性中皮腫例 38 例と反応性中皮細胞 23 例、鑑別困難 10 例のセルブロック標本を対象として RFC-1 の免疫細胞化学染色を施行し、染色強度スコア (3 段階) と陽性細胞率スコア (4 段階) を評価、その合計を総スコア (0-14) とした。

【結果】上皮型悪性中皮腫例における総スコアは平均 9.5 (5~13) で、症例により染色強度に強弱があったものの細胞膜に陽性像を認める症例が多かった。一方で反応性中皮細胞と鑑別困難例では平均 6.0 (2~11) で悪性中皮腫よりも有意に低く ( $p < 0.01$ ), さらに一部の症例では核や細胞質における発現も観察された。

【総括】上皮型悪性中皮腫細胞では、RFC-1 を介して増殖に必要な葉酸を積極的に取り組んでいると考えられる。加えて RFC1 の免疫細胞化学的染色による発現レベルや細胞内局在の評価は、悪性中皮腫と反応性中皮細胞の鑑別において有用である可能性が示唆された。

### O-1-22 リンパ節穿刺吸引細胞診における BD サイトリッチ™液状化細胞診の有用性の検討

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病理学講座<sup>3)</sup>

○伊藤聡史(CT)<sup>1)</sup>, 梅澤 敬(CT)<sup>2)</sup>, 堀口絢奈(CT)<sup>1)</sup>, 梅森宮加(CT)<sup>1)</sup>, 春間節子(CT)<sup>1)</sup>, 根本 淳(CT)<sup>1)</sup>, 廣岡信一(MD)<sup>1)</sup>, 清川貴子(MD)<sup>1)</sup>, 池上雅博(MD)<sup>3)</sup>, 鷹橋浩幸(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】BD サイトリッチ™法を用いたリンパ節穿刺吸引細胞診による有用性について検討をした。

【方法】2014 年 1 月から 2015 年 12 月に、リンパ節穿刺吸引細胞診及び組織診の両方が当施設に提出された 113 例を対象とした。細胞診の検体回収は、婦人科用保存液が入ったバイアルに直接検体を洗い出し、BD サイトリッチ™標本を 1 枚作製後、Papanicolaou 染色を実施した。細胞診の判定は陰性、疑陽性、陽性、不適正とし、組織診との比較を行った。

【結果】回収された細胞は 13 mm 円内の限られた範囲内に塗抹され、血液は除去され、正常のリンパ球や腫瘍細胞が良好な保存状態で塗抹されていた。113 例の細胞診結果は、陰性 23 例、疑陽性 19 例、陽性 60 例、不適正 11 例であった。一方組織診は、良性 19 例、悪性 94 例 (悪性リンパ腫 12 例、転移性癌 82 例) と診断された。不適正を除く 102 例の細胞診の成績は、組織診との一致率は 86.2%、感度 88.2%、特異度 76.5%であった。細胞診陽性の全例と、疑陽性 19 例中 15 例は組織診で悪性と診断された。疑陽性のうち 4 例は組織診で良性であったが、この原因は反応性リンパ球がみられ悪性リンパ腫の可能性が否定できなかったことと考えられた。陰性 23 例中 10 例は組織診で悪性腫瘍であったが、再鏡検でも細胞診標本に腫瘍細胞が含まれていなかったことから、sampling error と考えられた。また、不適正とした 11 例も sampling error であった。

【まとめ】BD サイトリッチ™法を用いた穿刺吸引細胞診は、リンパ節病変の治療方針を決定する上で診断の一助として有用と考えられた。

### O-1-23 リンパ節に小細胞癌と悪性リンパ腫の衝突癌を生じ検査結果が乖離した1例

国立病院機構米子医療センター

○小早川奨(CT), 見國真樹(CT), 宇田川学(CT),  
吉田春彦(MD)

【はじめに】衝突癌は多発癌の特殊型とされ、本邦での報告例は肺、胃で多く、リンパ節では比較的稀である。今回、リンパ節に小細胞癌と悪性リンパ腫(ML)の衝突癌を生じ、病理診断とフローサイトメトリー(FCM)の結果が乖離した1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。右腎臓、左副腎腫瘍精査の為、受診。CTで右副腎、左肺下葉にも腫瘍が認められ、腹部大動脈リンパ節、腸間膜リンパ節、腎門の傍大動脈リンパ節が腫大し、MLが疑われた。

【腹部大動脈リンパ節CTガイド下生検】穿刺吸引細胞診は、N/C比が高い異型細胞が認められたが、細胞数が少なく良悪性鑑別困難と判定した。組織を採取できなかった為、後日、腸間膜リンパ節生検が施行された。

【腸間膜リンパ節生検】捺印細胞診は、木目込み細工様で、N/C比が高い細胞集塊が散見され、小細胞癌と判定した。組織診断も同様で、免疫組織化学で肺小細胞癌が疑われた。

【FCM】B細胞リンパ球が主体で、λ鎖に軽鎖制限が見られ、MLが示唆された。

【骨髓生検】リンパ濾胞の形成、骨梁周囲にリンパ球様細胞の浸潤が見られ、免疫組織化学でもMLと診断された。

【追加組織標本作製】検査結果が乖離した為、追加で標本作製した。同様に小細胞癌が主体だったが、MLを疑う細胞が少数認められ、小細胞癌とMLの衝突癌が疑われた。

【まとめ】衝突癌を生じた結果、検査結果が乖離した1例を経験した。本症例は、リンパ節中の衝突部で半割され各検査が行われた為、検査結果が乖離したと考えられた。今回のような症例では、FCM等の結果を参照し、追加で検査を行う必要があると考えられた。

### O-1-24 皮膚病性リンパ節症の細胞学的検討

順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科

○青木裕志(CT), 浅見志帆(CT), 飯野瑞貴(CT),  
阿部杏実(CT), 大橋久美子(CT), 小倉加奈子(MD),  
坂口亜寿美(MD), 松本俊治(MD)

【はじめに】皮膚病性リンパ節症は、局所あるいは全身性の皮膚疾患に伴い、リンパ節が腫脹する反応性の病変である。リンパ節の腫脹時には皮膚病変が消退している場合が稀でなく、臨床情報の十分に得られない症例においては、悪性リンパ腫との鑑別に苦慮する症例も少なくない。今回我々は、皮膚病性リンパ節症の細胞像について検討した。

【対象および方法】2008年から2015年までに、当院で施行されたリンパ節穿刺吸引細胞診およびリンパ節捺印細胞診のうち、同リンパ節切除材料の組織診にて皮膚病性リンパ節症と診断された15症例を用い、細胞所見の検討を行った。

【結果】リンパ球は中から小型が主体であった。Papani-colau染色にて緑褐色、Giemsa染色にて青黒色に染色されるメラニン顆粒を貪食したマクロファージを認めた。また、核クロマチン構造が微細顆粒状で、淡明で樹枝状の細胞突起を有する細胞が出現した。これらの細胞はS-100蛋白陽性で樹状細胞由来が示唆された。

【まとめ】皮膚病性リンパ節症は、皮膚病変を示す臨床所見が診断の助けとなるが、細胞学的にはラングハンス細胞の増生やメラニン色素含有細胞の出現、リンパ球の細胞異型を詳細に観察する事が重要であると考えられた。

**O-1-25 滋賀県における子宮頸癌検診の実際と今後の展望**滋賀医科大学<sup>1)</sup>, 公益財団法人滋賀県健康づくり財団<sup>2)</sup>○久保卓郎(MD)<sup>1)</sup>, 浅野健治(CT)<sup>2)</sup>, 山本昌弘(CT)<sup>2)</sup>, 高橋健太郎(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮頸癌検診事業は子宮頸部病変を早期発見する目的で, 本邦では広く普及している。今回, 滋賀県の全13市6町の子宮頸癌検診の実施状況を調査したところ, 若干の知見が得られたので, それを報告する。

【方法】平成24年度から平成26年度までの3年間における滋賀県下で行われた子宮頸癌検診を地域別, 年代別以後方視的に解析した。

【結果】都市部では個別検診の受診者数が集団検診のそれを上回っていたが, 山間部の市町では反対に集団検診の受診者数が個別検診のそれよりも上回る傾向を認められた。

【考察】都市部と比べて中核病院や診療所が少ない山間部では, 個別検診よりも集団検診の比重が高くなっていると推察された。各市町の医療の格差を軽減するため, 今後も集団検診を継続する等の対策が必要であると考えられた。

**O-1-26 子宮頸癌検診における細胞診正常・HPV陽性例の約20年間の比較検討**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>

【目的】子宮頸癌検診における HPV 検査の意義は現在認識されてきている。さらに, HPV 型別検査によるハイリスク型の同定は子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)の早期診断に有用とされている。そこで, 約20年間での細胞診正常例での HPV 陽性率, 年代別 HPV 陽性率, 型別検査の比較解析を行った。

【方法】1993年1月~1995年12月(約20年前)と2009年1月~2013年12月(現在)の子宮頸癌検診症例における細胞診正常・HPV陽性例の頻度およびその型別頻度を比較検討した。HPV検査はPCR法で行い, 型別検索はdirect sequence法により分析した。

【成績】約20年前での HPV 感染率は10.2%(333/3249)であり, 現在の10.8%(230/2137)と同等であった。年代別 HPV 感染率は約20年前では20代で20.4%, 30代9.0%, 40代9.1%, 50代10.0%, 60代10.9%であり, 20代と30代で有意差がみられた。現在では20代18.5%, 30代13.8%, 40代7.2%, 50代6.4%, 60代6.7%であり, 20代と30代において有意差は認めなかった。約20年前と現在の high-risk HPV の頻度の解析により, 16型と58型が有意に現在で高くなっていった。さらに, 16型では20+30代が有意に40代以上より頻度が高く, 20代と30代では有意差はみられなかった。

【結論】全年齢の細胞診正常・HPV陽性の頻度は約20年前と現在で相違を認めなかった。一方, 約20年前での年代別 HPV 陽性率は20代から30代にかけて有意に減少していた。他の報告も同様であり, これが20代の一過性感染を示すことより, HPV検査対象は30代から行うという根拠であった。しかし, 本研究において現在の20代と30代で有意差はなく, HPV検査対象が20代から成立することを本研究データが初めて示した。



### O-1-27 米子市における細胞診/HPV 検査併用子宮頸がん検診～HPV16/18 型検出の試み

鳥取大学産科婦人科<sup>1)</sup>, 松江市立病院<sup>2)</sup>, 鳥取県保健事業団<sup>3)</sup>

○大石徹郎(MD)<sup>1)</sup>, 小松宏彰(MD)<sup>1)</sup>, 工藤明子(MD)<sup>1)</sup>, 野中道子(MD)<sup>1)</sup>, 千酌 潤(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤慎也(MD)<sup>1)</sup>, 柿田和宏(CT)<sup>3)</sup>, 長谷川利恵(CT)<sup>3)</sup>, 冨田優子(CT)<sup>3)</sup>, 紀川純三(MD)<sup>2)</sup>

【目的】細胞診/HPV-DNA 検査併用子宮頸がん検診の有効性を明らかにすることを目的として, 米子市において平成 25 年度より 5 年間の計画で併用検診を開始した。開始後 3 年の中間成績を報告する。

【方法】頸がん検診対象者のうち, 20 歳以上 49 歳以下で同意の得られた受診者に細胞診と同時に HPV-DNA 検査を施行した。検体は鳥取県保健事業団に送付され, LBC 法 (ThinPrep) による細胞診が行われるとともに, 残余検体をコバス 4800 HPV による HPV-DNA 検査 (簡易ジェノタイプ判定) に供した。ハイリスク (HR)-HPV 及び 16 型/18 型の陽性率および年次推移について検討した。

【成績】25～27 年度の受診者数は 4,000 人前後で推移し, 併用検診の初回受診者は 3 年間で計 7,737 人であった。LBC 導入により, 検体不適正率は 4.3% から 0.64% へと減少した。HR-HPV 陽性率は全体で 10.4%, 25-29 歳で 16.3% と最も高値を示した。16 型/18 型の陽性率は 2.7% であり, 25-29 歳で 4.6% と最も高値であった。27 年度受診者のうち, 25 年度に NILM・HPV 陽性であった者の約半数は依然として陽性であり, 特に 16 型陽性では 16 型/18 型以外の HR-HPV 陽性と比して有意に高頻度に細胞診異常が認められた (36.8% vs. 8.5%,  $p = 0.005$ )。

【結論】以上の成績から HPV-DNA 検査 (簡易ジェノタイプ判定) の併用によって若年者のハイリスク症例抽出が可能となることが示唆される。さらに, 本研究によって適切な検診間隔や対象年齢を検討するための有用な情報が得られることが期待される。

### O-1-28 尿細胞診「異型細胞」に出現する異型尿路上皮細胞の核の大きさの検討

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), 白濱冨湖(CT), 福原 萌(CT), 澁木康雄(CT), 佐々木直志(CT), 渡邊麗子(MD), 前島亜希子(MD), 元井紀子(MD)

【背景】尿細胞診カテゴリー「異型細胞」では出現する異型細胞が良悪判断困難な場合を指す。尿路上皮癌 (UC) を疑う場合, 高悪性度 UC (HGUC) のみならず低悪性度 UC (LGUC) の可能性を疑う場合もこのカテゴリーに入る。ただし両者の鑑別はときに困難である。今回我々は「異型細胞」に出現している異型尿路上皮細胞 (AUC) の核の大きさが両者の鑑別に有用であるかを検討した。

【方法】当院の自然尿細胞診で「異型細胞」と判定された症例を再検討し, AUC の核の大きさで分類した。AUC の核の大きさは好中球との比較で, 小型: 1-2 倍, 中型: 2-3 倍, 大型: 3 倍以上, 小型大型を含む混合型の 4 型に分類した。AUC の分類型毎に組織診断との比較を行った。

【結果】2015 年 6 月 1 日～12 月 28 日までに行われた自然尿細胞診 1451 例のうち「異型細胞」と判定されたのは 113 例 (8%) あり, 経過観察可能かつ, 核の大きさ分類が検討できた 90 例を対象とした。「異型細胞」とした各 AUC の核の出現頻度は小型 41% (37 例), 中型 13% (12 例), 大型 34% (31 例), 混合型 11% (10 例) であった。組織を採取した症例は 52 例であり, 40 例 (77%) に尿路上皮癌を認めた。HGUC であった 35 例の AUC の核の内訳は, 小型が 10 例, 中型が 10 例, 大型が 9 例, 混合型が 6 例であった。LGUC であった 5 例の AUC は多くが小型核であり, 大型核の出現はなかった。

【まとめ】今回の検討から, 組織診で HGUC となった症例の 52% に小型核を有する AUC が出現しており, 小型核の出現は必ずしも LGUC を推定する根拠とならないことが考えられた。逆に大型核を有する AUC の出現は LGUC を否定する根拠になる可能性が示唆された。AUC の核の大きさは HGUC の推定に有用な情報であると考えられた。



### O-1-29 液状化検体細胞診の診断精度は、従来法を超えるのか？二施設間の対比研究

製鉄記念八幡病院病理診断科<sup>1)</sup>, 産業医科大学第一病理学教室<sup>2)</sup>

○下釜達朗(MD)<sup>1)</sup>, 土器若穂(CT)<sup>1)</sup>, 岩井幸子(CT)<sup>2)</sup>, 松山篤二(MD)<sup>2)</sup>, 金城 満(MD)<sup>1)</sup>

【背景】これまで、泌尿器細胞診新報告様式を用いた、大学病院と市中病院の 2 施設での前向き研究を行ってきており、その結果は一部報告した。今回、液状化検体細胞診（以下 LBC）と従来法との診断精度の比較を行った。

【材料及び方法】(1) 産業医大（2013/12～2014/2）連続 664 例を検鏡し、旧 4 段階分類、新 4 段階分類を行い、2014 年 4 月までの臨床所見、病理所見を参照し、最終診断とし、旧 4 段階分類、新 4 段階分類の比較検討を、10 人の細胞検査士および病理医で行った。(2) 製鉄記念八幡病院（2013/11～2014/2）連続 451 例を検鏡し、同様の検討を行った。産業医大では従来法、製鉄記念八幡病院では SurePath 法による LBC 法で標本が作成されている。両施設での診断精度の比較を行い、従来法と LBC 法との比較を行った。

【結果】高異型度尿路上皮癌に限ると、従来法では、0.450 の的中率であるのに対し、LBC では、0.726 と優位に高かった。また、陰性症例では、従来法 0.340 に対して、LBC 法 0.438 と同様に優位に高い結果となった。

【考察】これまで、LBC 法と従来法の診断精度の比較の結果は、ほぼ同等かあるいは統計学的な有意差がない程度 LBC 法がよいという報告がほとんどである。今回、各個人の陽性尤度比は、1～10、平均 3.73 とばらつきが認められるにもかかわらず、LBC 標本の方が、従来法の標本よりも、優位に高異型度尿路上皮癌および陰性症例において診断の一致率が高いことは、尿細胞診における LBC 法の優位性を示した結果と考えられる。

### O-1-30 二回遠心沈殿法に用いる固定液が細胞形態と付帯的検査に及ぼす影響

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○豊永安洋(CT), 小山芳徳(CT), 安達純世(CT), 若原孝子(CT), 山本善也(CT), 常世田岬(CT), 内田浩紀(CT), 山田正俊(MD), 石田康生(MD), 山崎一人(MD)

【目的】二回遠心沈殿法は尿細胞診標本作成において、特別な器具を必要とせず、細胞収量に優れ、直接塗抹法と LBC 法の欠点を補い得る手法と考えられている。しかしながら、行程に用いる固定液に関しては十分に検証されていない。今回我々は、細胞形態が良好に保たれ、かつ、免疫染色や FISH 法などの付帯的検査に有用な固定液の検討を試みた。

【方法】膀胱癌細胞株である T24 細胞を二回遠心沈殿法にて細胞診標本を作成した。固定液として 95% エタノール (95% EtOH), YM 式液状検体用固定液 (YM), SurePath 保存液 (SP), ThinPrep 保存液 (TP), CytoRich Red 保存液 (CRR), 15% 緩衝ホルマリン (FA) を用いた。固定時間は 3 日もしくは 30 日とし、細胞形態と、抗 GATA3 抗体を用いた免疫染色における染色様態、及び UroVysion を用いた FISH 法におけるシグナル強度について固定条件ごとの比較を行った。

【結果】細胞形態は、3 日固定では 95% EtOH > YM > SP > CRR, 30 日固定では SP > CRR の順で、微細な細胞形態が観察可能な良好な良好な染色結果が得られた。30 日固定標本における GATA3 の免疫染色では YM, CRR で良好な染色結果を示し、FISH では、95% EtOH, YM のみに明瞭なシグナルが観察された。

【結語】今回の検討においては YM を用いた標本が、細胞形態の観察しやすさ、免疫染色、FISH のいずれにおいても良好な結果を示し、検討対象においては YM が二回遠心沈殿法における最良の固定液と考えられた。

## O-1-31 膀胱原発神経内分泌癌の2例

静岡市立静岡病院

○望月裕一(CT), 堂本浩二(CT), 遠藤三佳(CT),  
江河勇樹(MD), 森木利昭(MD)

【はじめに】膀胱原発神経内分泌癌は、形態学的に肺の小細胞癌に類似し、N/C比が高く類円形の核を持ち、充実性に増殖する稀な腫瘍である。今回、膀胱に発生した神経内分泌癌2例を経験したので報告する。

【症例1】63才、男性。膀胱巨大憩室にて経過観察中、自己中断。肉眼的血尿を認め再診。膀胱鏡にて憩室内に充満する腫瘍を認めた。

自然尿細胞所見：背景は壊死性、クロマチンの濃染した小型異型細胞の集塊や、巨大核の異型細胞を認め、非常に低分化な尿路上皮癌あるいは未分化癌が疑われた。

TUR-Bt 組織所見：壊死を伴い小細胞癌様の像を示す腫瘍の浸潤増殖を認め、免疫染色で腫瘍細胞は、CD56, synaptophysin 陽性、chromograninA 部分的に陽性で、神経内分泌癌と診断された。

【症例2】76才、男性。3ヵ月前より排尿痛があり受診。超音波検査で、膀胱内の非乳頭状腫瘍と右水腎症を認め、膀胱癌が疑われた。

自然尿細胞所見：類円形の核でクロマチンが細顆粒状に増量した異型細胞の乳頭状集塊が見られた。その他にクロマチンが濃染した小型異型細胞が集塊状に認められ、尿路上皮癌と小細胞癌が疑われた。

TUR-Bt 組織所見：小細胞癌様の像と浸潤性尿路上皮癌(高異型度)の像が見られ、この2種類の組織像が混在する部分は無かった。免疫染色で小細胞癌様の部分はCD56 陽性、synaptophysin 部分的に弱陽性、chromograninA 陰性で、神経内分泌癌+尿路上皮癌と診断された。

【まとめ】神経内分泌癌は膀胱原発腫瘍として遭遇する機会は非常に少ない。高悪性度の腫瘍で、治療の基本は全身化学療法の為、尿細胞診で診断するメリットは大きい。特徴的な細胞像から正確な組織型の推定が重要と考えられた症例であった。

## O-1-32 Atypical cells 判定群に関する一考察

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>, 奥蘭 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 春子(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】泌尿器細胞診新報告様式は様々な検討を経て2014年日本臨床細胞学会理事会において承認された。その新報告様式での4カテゴリの中でAtypical cellsに分類されることが多くなるとの報告がみられる。今回我々は診断精度向上への取り組みの一貫として、2施設においてガイドラインに係る検討を行い、Atypical cells カテゴリ(以下Atypical)に関する興味ある結果が得られたので報告する。

【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:HGUC 60例, 非癌50例)とLBC(製鉄記念八幡病院:HGUC 62例, 非癌48例)例の全220例のPapanicolau標本について5施設、医師・細胞検査士13名が判定を行った。判定はガイドラインに示された強拡大6所見に加え、ルーチン業務での鏡検の流れに従った弱拡大5所見(孤立散在性、疎な結合、核の大小不同、多核異型細胞、核腫大)と追加の2所見(Apoptosis, Pair cell)を含む13所見の有無を観察し、新報告様式の適正標本の判定カテゴリの4段階で判定を行った。的中率、悪性判定と陰性判定での所見の出現率の比較を行った。また、Atypicalはいくつかの細胞群で分けられるという仮説をたて、クラスター分析を用いて検討を行った。

【結果】悪性判定と陰性判定の的中率は79.5%と68.2%であった。また、平均HGUC 47例、非癌68例がAtypicalとして分類されており、220例は癌か非癌かいずれかに判定されるはずであるにもかかわらず、半数がAtypicalとして判定されていた。クラスター分析では、Atypicalは核の大小不同、核質不均等分布の2所見がクラスター分けの鍵となることがわかった。

## O-1-33 肝臓原発 PEComa の細胞像

がん研病理<sup>1)</sup>, がん研有明病院臨床病理センター<sup>2)</sup>

○神田浩明(MD)<sup>1,2)</sup>, 古田則行(CT)<sup>2)</sup>, 鈴木奈緒子(CT)<sup>2)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>2)</sup>, 山田麻里沙(CT)<sup>2)</sup>, 河内 洋(MD)<sup>1,2)</sup>, 大迫 智(MD)<sup>1,2)</sup>, 小松京子(CT)<sup>2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>2)</sup>, 石川雄一(MD)<sup>1,2)</sup>

【背景】肝臓原発の PEComa (Neoplasm with perivascular epithelioid cell differentiation; Angiomyolipoma, AML) はまれな腫瘍である。最近 2 例の肝切除材料から捺印細胞診を施行したので細胞像を検討した。

【症例】2 例ともに 40 歳代の男性。1 例目は逆流性食道炎で近医通院中に超音波検査で左腎癌が発見され、精査の CT 検査で肝臓 S7 に腫瘍が発見された。当院紹介の後、腎臓の手術が先行して行われ、3 月後、腎がん肝転移あるいは肝細胞がんの術前診断で肝部分切除が行われた。2 例目は検診の超音波検査で肝腫瘍を指摘され、その後フォローされていたが、精査の MRI で肝細胞がんが疑われたため肝部分切除が行われた。

【細胞像】2 例ともに同様の像だった。背景はきれいで細胞に多形性が目立ち、胞体が豊かで細胞質の薄い細胞が目立った。細胞質に空胞を有する細胞もあった。一部で裸核の細胞も見られた。多核のものがあり、核は卵円形で核縁は薄く、小型の核小体がみられた。メラニン産生がみられた。

【組織像および免疫染色所見】1 例目は肝臓に 20×14 mm 大の単発腫瘍が認められた。被膜形成はなく、肝実質へびまん性に浸潤し一部は門脈域へも浸潤していた。病変内には脂肪がみられ、血管増生があり、いわゆる筋細胞がみられた。わずかにメラニン産生がみられた。2 例目は肝 S7 に 30×25 mm 大の結節が認められた。やはり被膜は見られなかったが、浸潤傾向は 1 例目よりは強くなく、組織像は同様であった。ともに免疫染色で HMB45 が陽性であった。

【考察】肝臓の PEComa はかつて良性腫瘍と考えられたが、ごく一部に転移するものがあり、現在では悪性に分類される。そのため今後生検・手術例が増えると予想され、正確な診断が必要である。

## O-1-34 胆管内上皮内腫瘍 (BilIN) 病変の細胞形態学的検討

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>, 千葉市立海浜病院臨床検査科病理<sup>3)</sup>, 済生会神奈川県病院検査科<sup>4)</sup>, 太田総合病院中央検査科<sup>5)</sup>, 太田総合病院消化器外科<sup>6)</sup>

○古旗 淳(CT)<sup>1)</sup>, 東井靖子(CT)<sup>1)</sup>, 大橋久美子(CT)<sup>2)</sup>, 西野武夫(CT)<sup>3)</sup>, 阿部加奈子(CT)<sup>4)</sup>, 阿部佳之(CT)<sup>5)</sup>, 権田厚文(MD)<sup>6)</sup>

【目的】胆管内上皮内腫瘍 (biliary intraepithelial neoplasia: BilIN) は、これまで異型上皮や異形成とされてきた病変に相当し、近年確立した胆道癌の前癌病変である。胆汁細胞診の診断精度が低い原因のひとつに、胆汁中のこの病変の細胞形態学的診断基準がまだ確立されておらず、その存在が認識されていないことが考えられる。今回、胆汁中の BilIN 由来と思われる細胞の形態学的特徴について検討した。

【方法】胆汁細胞診が行なわれ、切除標本中に BilIN 病変を認めた 16 例を対象とした。組織診断の内訳は、慢性胆嚢炎 3 例、胆嚢異型上皮 1 例、胆管癌 8 例、胆嚢癌 3 例、乳頭部癌 1 例である。BilIN 部分の内訳は、BilIN-1: 14 病変; BilIN-2: 4 病変; BilIN-3: 4 病変で、免疫組織化学的に S100P 蛋白陽性を示した症例を対象とした。BilIN 細胞は胆汁の Papanicolaou 染色標本中の、明らかな腺癌細胞や再生上皮細胞とは異なる細胞で、組織構築と一致すると思われる細胞を対象とした。これらを貯留胆汁細胞診・判定基準を中心に判定した。

【結果】BilIN-1: 均一な楕円形核で結合性は良好であるが、不整な立体的配列と核濃染を示した。BilIN-2: 上記所見に加え、核腫大や核形不整、核の円形化傾向を示した。BilIN-3: 上記所見の増強や結合性の低下が加わり、腺癌と類似の形態を示した。核小体は全体的に小型で 1 個が主体であった。

【結語】BilIN-1 に相当する細胞は、腺癌細胞や再生上皮細胞との鑑別は可能であるが、組織学的異型度の上昇に伴い腺癌細胞との鑑別は困難になる傾向を示すと思われた。この病変の細胞像の確立は、胆汁細胞診の診断精度の向上に重要と思われた。

### O-1-35 胆汁細胞診における高分化型腺癌と良性異型細胞の鑑別所見の解析

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>, 久保田学(CT)<sup>2)</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>

胆汁細胞診で多くの観察者が判定に苦慮する事が多い高分化型腺癌と炎症や変性によって異型性が強調された良性細胞の鑑別所見を客観的に解析し、診断精度向上を目的にその有用性について検証する。当院にて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30例(高分化型腺癌15例, 良性15例)に対し、良悪の鑑別に有意と思われる14項目の細胞所見について画像解析ソフトを用いて計測し、高分化型腺癌と良性異型の両群間で有意差検定を行った( $p < 0.05$ )。次に、有意差のみられた各所見をその程度により3~5段階に分類し、数量化2類を用いて解析した。その結果、高分化型腺癌と良性異型の両群間で有意差のみられた所見はクロマチン, 核縁, N/C比, 集塊辺縁の細胞質, 核形, 集塊内シート状配列の6所見であった。これらは数量化2類では、いずれも高い偏相関係数を示し、特に、クロマチン異常, 核縁の不均等肥厚, 60%以上のN/C比などではカテゴリースコアが高く高分化型腺癌を、集塊辺縁の豊富な細胞質, 核間均一なシート状配列あり, 類円形から軽度の核異型などではカテゴリースコアが低く良性異型をそれぞれ示唆する所見であった。また、これらのカテゴリースコアを用いた判別結果では高分化型腺癌と良性異型の両群を良好に弁別する事ができた。以上より、抽出された所見の有用性を検証するため、新たに10例の胆汁細胞診標本(高分化型腺癌6例, 良性4例)を用いて複数観察者で検証した結果についても報告したい。

### O-1-36 膵管内乳頭粘液性腫瘍における癌関連線維芽細胞の細胞学的検討

東海大学医学部附属病院病理検査技術科<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>, 東海大学医学部附属東京病院病理診断科<sup>3)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>4)</sup>

○才荷翼(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>, 町田知久(CT)<sup>2)</sup>, 望月紀英(CT)<sup>3)</sup>, 平林健一(MD)<sup>4)</sup>, 梶原博(MD)<sup>4)</sup>, 中村直哉(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】膵管内乳頭粘液性腫瘍(Intraductal papillary mucinous neoplasia: IPMN)は比較的予後の良い腫瘍とされるが浸潤癌を形成すると予後不良となり、早い段階の診断が必要となる。しかし、IPMNを含む膵腫瘍の細胞診断は上皮細胞の異型性で良悪性の判定をしており、浸潤の有無を推定することは困難とされている。そこで今回我々は癌関連線維芽細胞(Carcinoma associated fibroblast: CAF)と呼ばれる活性化線維芽細胞に着目し、IPMN症例で浸潤の評価に有用となり得るか細胞診標本を用いて検討を行った。

【対象と方法】外科的切除材料でIPMNと病理診断された15例の膵管擦過細胞診を対象にCAFの出現の有無とその性状を観察した。15例の病理診断はそれぞれIPMN noninvasive 4例, IPMN with an associated invasive carcinoma 11例であった。またCAFの細胞学的判定基準は、花筈状の細胞集塊, 大型楕円形核, 小型核小体の3項目全てを認める細胞集塊と定義した。

【結果】CAFはIPMN with an associated invasive carcinoma症例において11例中6例(55%)に認められたが、IPMN noninvasive症例では観察されなかった。これらの結果を元にCAF出現の統計学的因子を算出したところ、感度55%, 特異度100%, PPV 100%, NPV 44%であった。

【まとめ】細胞診標本においてCAFはIPMN noninvasive症例では観察されず、IPMN with an associated invasive carcinoma症例のみに認められたため、CAFに着目することで細胞診標本でも浸潤の評価を行える可能性が示唆された。今後、上皮細胞成分とCAFを併せて観察することで膵腫瘍細胞診の診断精度の向上に寄与できると考えられた。



### O-1-37 ERCP下擦過細胞診におけるBDサイトリッチ<sup>TM</sup>法の診断精度と標本適否の検討

東京慈恵会医科大学付属病院病院病理部<sup>1</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>2</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3</sup>, 東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>4</sup>

○堀口絢奈(CT)<sup>1,2</sup>, 梅澤 敬(CT)<sup>3</sup>, 土屋幸子(CT)<sup>1</sup>, 齋藤 歩(CT)<sup>1</sup>, 副島友莉恵(MT)<sup>2</sup>, 沢辺元司(MD)<sup>2</sup>, 廣岡信一(MD)<sup>1</sup>, 清川貴子(MD)<sup>1</sup>, 池上雅博(MD)<sup>4</sup>, 鷹橋浩幸(MD)<sup>1</sup>

【目的】内視鏡的逆行性胆管造影(ERCP)下擦過細胞診は直接塗抹法による報告が主流であり, LBCでの報告は乏しい。当院では, direct-to-vialによるBDサイトリッチ<sup>TM</sup>法を用いたERCP下擦過細胞診を実施しており, その診断精度と標本適否について報告する。

【方法】2013年4月から2016年10月での59例を対象とした。検体回収法は, 全例ともブラシ先端を切断し, BDサイトリッチレッド<sup>TM</sup>保存液に回収し, BDサイトリッチ<sup>TM</sup>標本を1枚作製後, Papanicolaou染色を実施した。細胞診判定は, 陰性, 疑陽性, 陽性, 不適正に分類し, 組織診断と比較した。

【成績】BDサイトリッチ<sup>TM</sup>標本の塗抹範囲は13mm円内に限られ, 全例において良好な状態で塗抹されていた。59例の細胞診の内訳は, 陰性14例, 疑陽性17例, 陽性28例, 不適正0例であった。組織診が実施されたのは59例中26例(手術材料19例, 生検7例)(44.1%)であった。細胞診と組織診の一致率は88.5%, 感度は91.7%, 特異度は50%であった。細胞診で疑陽性または陽性, 組織診で癌であった19例の内訳は, 腺癌18例, 神経内分泌腫瘍1例であった。

【結論】BDサイトリッチ<sup>TM</sup>法は, ブラシ先端を直接保存液に回収するため, 採取細胞の損失とアーチファクトを回避することで, 不適正要因を排除したクオリティーの高い塗抹標本作製することが可能であり, 診断精度の向上に寄与すると考えられた。

### O-1-38 膵 Clear cell variant of solid pseudopapillary neoplasm の1例

広島県厚生農業協同組合連合会広島総合病院病理研究検査科

○永田郁子(CT), 上國 愛(CT), 岡本淳子(CT), 井町海太(CT), 台丸 裕(MD)

【はじめに】超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引細胞診(以下, EUS-FNAC)で膵 clear cell variant of solid pseudopapillary neoplasm(以下, CCV.SPN)の1例を経験したので報告する。

【症例】30代, 男性。心窩部痛を主訴とし, 十二指腸穿孔で当院を紹介受診した。受診時CTで膵体部に約1cm大の腫瘤が見つかり, EUS-FNACでCCV.SPNが疑われ手術となった。

【細胞所見】細胞質に空胞を有する小型細胞が散在性ないし集団で認められ, 細い血管結合織を軸とする集団や球状無構造物を中心とするロゼット様の集団も見られた。核は偏在性でくびれがあり, クロマチンは微細顆粒状, 小型の核小体を1個認めた。腫瘍細胞はCD-10, vimentinが陽性であり, CCV.SPN疑いと診断された。

【組織所見】腫瘍は胞巣を形成して充実性に増殖し, 線維性被膜は不明瞭で, 一部は浸潤していた。細胞質は好酸性で大部分が空胞化し, 核にはくびれが見られた。腫瘍はCD-10, vimentin,  $\beta$ -catenin(核および細胞質)が陽性, trypsinが陰性であった。以上より, CCV.SPNと診断された。

【まとめ】膵CCV.SPNを報告した。SPNはWHO分類で分化方向不明な上皮性の低悪性度腫瘍に分類され, 9割近くが女性に発生する。文献検索した範囲内では, CCV.SPNは本症例を含め13例あり, そのうち6例が男性であった。このことから, 膵腫瘍で細胞質に大きな空胞を有する小型細胞を多数認めた場合は男性であってもSPNを鑑別の1つにあげることが重要であると考えられた。



### O-1-39 当院における超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) についての検討

国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科

○小林 剛(CT), 柴田 淳(CT), 信広亮輔(CT),  
佐々木なおみ(MD)

**【目的】**超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) は、膵腫瘍や消化管粘膜下腫瘍などの診断を目的に近年普及してきている。検体処理方法は施設により様々であるが、当院では細胞診標本の他、セルブロック標本作製を行い、症例に応じて SurePath 標本も併用している。今回はこれまでの症例をまとめ、診断結果の検討をした。

**【対象と方法】**2011年5月から2016年11月までに行われた EUS-FNA 症例 78 例 (膵: 56 例, 消化管粘膜下腫瘍: 17 例, 腹腔内リンパ節: 3 例, その他: 2 例) について検討した。当院では検体採取が行われる際、細胞検査士が on-site で標本作製を行い、迅速細胞診で目的とする細胞の有無を評価している。採取された検体を穿刺針からシャーレ内に押し出し、微小組織片をスライドガラスに塗抹し、圧挫法により複数枚の細胞診標本作製する。そのうち 1 枚をフィールド染色 (迅速ギムザ染色) し、目的とする細胞の有無を判定する。残りの組織片や凝血塊はセルブロック標本、穿刺針洗浄液は SurePath 標本にした。セルブロック標本を用いて免疫染色を 21 例に施行した。

**【結果】**78 症例中、細胞診判定陽性例が 34 例 (44%) であり、セルブロック標本を併用すると 45 症例 (58%) を陽性と診断することができた。最終的に手術が施行されたのは 20 症例 (膵腫瘍 12 例, 消化管粘膜下腫瘍 8 例) であり、EUS-FNA 細胞診断の膵腫瘍における感度は 75%, 特異度は 100%, 消化管粘膜下腫瘍では、感度 86%, 特異度 100% であった。

**【考察】**セルブロック標本作製し組織構築を確認することで、診断率を高めることができた。穿刺吸引検体が少量であっても適切な検体処理により、効率的な標本作製を行うことが診断率の向上に重要である。

### O-1-40 膵 EUS-FNA における Cellprep 検体を用いた免疫細胞化学染色の検討

大阪大学医学部附属病院病理部

○大西崇文(CT), 長友忠相(CT), 川嶋真由美(CT),  
内藤賢郎(CT), 田原紳一郎(MD), 野島 聡(MD),  
堀由美子(MD), 和田直樹(MD), 池田純一郎(MD),  
森井英一(MD)

超音波内視鏡下穿刺吸引法 (Endoscopic ultrasound-fine needle aspiration; EUS-FNA) は主に膵腫瘍性病変に対して確定診断を行うために行われている。しかし、EUS-FNA は採取される組織量が少ない場合、細胞診では評価できても組織標本では確定に至らないこともあり、細胞診による診断の是非が重要になってくることが多い。本検討では細胞形態のみによる診断に加えて免疫細胞化学染色の結果を踏まえることによって診断の一助として有用な方法の検討を行った。EUS-FNA でセルブロック法を用いた免疫細胞化学染色を行っている施設もあるが液状化検体細胞診 (Liquid based cytology; LBC) に比べ時間と労力を要する。Cellprep 標本は比較的簡便に作製可能で、その日のうちに免疫細胞化学染色を施行することも可能である。近年、LBC 標本を用いた免疫細胞化学染色が行われてきているが、中でも EUS-FNA 検体で検討された報告は少ない。

本研究は 2016 年 9 月から 11 月に大阪大学医学部附属病院で行われた EUS-FNA 検体、約 30 例を対象に検討を行った。まず、従来のすり合わせ法によって塗抹し、迅速パバニコロウ染色を行い、形態学的に診断を行った。次に、残余検体を遠心した後、沈査を Cellprep 体腔液・FNA 用バイアルで固定し、Cellprep PLUS を用いて標本作製した。免疫細胞化学染色はベンタナベンチマーク ULTRA を使い、形態に応じて抗体を選択し細胞像の客観的な評価としてその有用性を検討した。また、本検討では少数ではあるが膵癌だけでなく EUS-FNA で悪性リンパ腫や悪性黒色腫が疑われた症例でも LBC 検体を用いた免疫染色を行ったので合わせて報告する。

### O-1-41 膵病変に対するEUS-FNAによる腫瘍細胞のSeedingについて

熊本赤十字病院病理診断科

○長峯理子(MD)

体表および深部病変に対する穿刺吸引細胞診(Fine needle aspiration)による針刺入路への腫瘍細胞のSeedingについては、特に肝病変について国内外で少なからず報告されてきた。近年、膵病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)の広まりに伴い、膵EUS-FNAによる膵癌のSeedingについても徐々に報告がなされている。

当院においては、膵体部癌(pT3, N0, R0)切除後12ヶ月に発見された、術前経胃EUS-FNAの針刺路に一致する胃壁部の再発例を経験した。胃壁病変にもEUS-FNAを施行し、原発癌と酷似する細胞像と、セルブロックに対する免疫染色による原発癌と同一の粘液形質(MUC1(+), MUC2(-), MUC5AC(-), MUC6(-))が確認された。術前のEUS-FNAによる胃壁針刺入路への膵癌細胞のSeedingの可能性が非常に高いと考えられた。当院での膵EUS-FNA導入以来8年目にして第一例目の症例であった。この症例について報告するとともに、EUS-FNAによる腫瘍細胞のSeedingの頻度、リスク因子、そして対策について文献的考察を加えて発表する。

### O-1-42 液状化検体細胞診を用いたラット舌前がん病変を規定する遺伝子の検索

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野<sup>1)</sup>, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>2)</sup>, 大同病院歯科口腔外科<sup>3)</sup>

○金子裕康(DDS)<sup>1)</sup>, 江原道子(DDS)<sup>2)</sup>, 中尾寿奈(DDS)<sup>2)</sup>, 永山元彦(DDS)<sup>2)</sup>, 住友伸一郎(DDS)<sup>1)</sup>, 松原 誠(DDS)<sup>3)</sup>, 田沼順一(DDS)<sup>2)</sup>

【目的】口腔の上皮内癌および前がん病変は、肉眼所見や病理組織で診断するのが困難なため、予後不良・QOLの低下が多くみられることから早期発見・早期治療が極めて重要である。本研究は、舌癌モデル動物に液状化検体細胞診を応用させた方法で、上皮異形成や上皮内癌の診断基準、悪性度の指標となる新規遺伝子を見出すものである。

【方法】発がん剤4NQO水溶液を6週齢のDAラットに連続投与した。実験開始から15週齢以降は2週間隔で粘膜疾患の有無を観察し、細胞採取用ブラシを用いて擦過細胞診を施行した。標本はSurePath法にて作製しPAP染色を用いて、ベセスダ分類(NILM・LSIL・HSIL・SCC)にもとづく診断を行った。また免疫染色はhnRNPKとp53を用いて行った。さらに検体を採取したボトルからRNAを抽出し、各遺伝子の発現解析RT-PCR解析を行った。

【結果】PAP染色において、NILMはケラトヒアリン顆粒を含むオレンジG好染・ライトグリーン好染の表層細胞を認め、核や細胞の大きさは均一であった。LSILは軽度の光輝性を有する細胞質を持った表層角化細胞と細胞異型を認めた。HSILは角化細胞集団の核に多様性を認めた。SCCは深層型異型細胞集団を多数認めた。またhnRNPKの免疫染色では、NILMは表層角化細胞の細胞質に強陽性、LSILは表層角化細胞の細胞質と核に陽性、HSILとSCCは角化型異型細胞と深層型異型細胞の核に強陽性を示した。さらにRT-PCR解析ではhnRNPKの発現量が、NILM<LSIL<HSIL<SCCの順に高値を示した。

【考察】本研究により液状化検体細胞診の応用においてhnRNPKは、前がん病変診断の一助となった。PAP染色のみならず免疫染色や遺伝子解析を行うことで、より診断の精度が高まると考えられた。

### O-1-43 口腔細胞診における深層型異型細胞の鑑別点についての再検討

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, Department of Gynecology, Tokyo Dental College Ichikawa General Hospital<sup>2)</sup>

○神原亜季(CT)<sup>1)</sup>, 小谷隆史(CT)<sup>1)</sup>, 田口春丈(CT)<sup>1)</sup>, 福田雅美(CT)<sup>1)</sup>, 橋本和彦(DDS)<sup>1)</sup>, 田中陽一(DDS)<sup>1)</sup>, 橋本志歩(MD)<sup>2)</sup>, 小川真里子(MD)<sup>2)</sup>, 高松 潔(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】口腔細胞診において、深層型異型細胞の有無は、良悪の判定を大きく左右する。一般に、表層型細胞と比較して、深層型細胞の判定は容易であると考えられがちであるが、日常業務において、良悪の鑑別に苦慮する深層型細胞に遭遇するケースは少なくない。特に、潰瘍を伴う疾患では、臨床的、肉眼的にも良悪の判別が難しい場合があり、細胞像においても、反応性深層型細胞か腫瘍細胞か、慎重な細胞判定が要求される。今回我々は、細胞診判定と組織診断が不一致であった症例を対象に、良悪の判定に有用であると考えられる所見について再検討を行ったので報告する。

【方法】当院で2013年から2016年の4年間に実施された口腔細胞診(LBC法)2,348件のうち、細胞診判定と組織診断が不一致であった54件を対象とした。対象症例について、深層型細胞の出現の有無、出現細胞の多様性、N/C比、核形、核クロマチンの濃度と分布、細胞質形態の所見を比較検討した。

【結果】深層型細胞の良悪の判定に有用であると考えられた所見は、出現細胞の多様性、核クロマチンの濃度と分布であった。また、副所見として参考になると考えられた所見は、N/C比、細胞質形態であった。深層型細胞を判定する際は、まず出現細胞の全体像を把握した上で、個々の詳細な細胞所見をとることが重要である。症例数を増やして再検討した事で、深層型異型細胞の良悪の鑑別点がより明確化した。今後もさらなる検討が必要であるとする。

### O-1-44 悪性黒色腫と鑑別を要した口底部基底細胞癌の一例

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科<sup>2)</sup>

○小谷隆史(CT)<sup>1)</sup>, 神原亜季(CT)<sup>1)</sup>, 田口晴丈(CT)<sup>1)</sup>, 福田雅美(CT)<sup>1)</sup>, 宜保一夫(CT)<sup>1)</sup>, 橋本和彦(DDS)<sup>1)</sup>, 田中陽一(DDS)<sup>1)</sup>, 橋本志歩(MD)<sup>2)</sup>, 小川真里子(MD)<sup>2)</sup>, 高松 潔(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】今回我々は、悪性黒色腫との鑑別に苦慮し、口底部基底細胞癌と推定された一例を経験したので報告する。

【症例】86歳男性。口底部の違和感を主訴として当院歯科口腔外科に受診。初診時、口底部に粘膜の発赤とともに点状の黒色斑を認めたため擦過細胞診を施行。

【細胞診所見】深層型の異型細胞が流れのある異型細胞集塊または孤在性に出現。異型細胞はN/C比が高く、核腫大と明瞭な核小体を有している。また、数個の異型細胞の細胞質中に、褐色の小顆粒状物質が見られた。以上の所見から、分化度の低い扁平上皮癌を最も考えるが、悪性黒色腫の可能性も否定できないと報告した。

【組織所見】被覆上皮内に基底細胞様の異型細胞が増殖し、わずかに基底膜を越えて結節状に増殖浸潤していた。さらに腫瘍胞巣には細胞の柵状配列やメラニン色素沈着が見られた。免疫染色を行ったところ、腫瘍はBer-EP4に陽性を示した。以上の所見から、基底細胞癌と推定診断された。

【まとめ】口腔における基底細胞癌の定義は確立しておらず、本症例は組織学的に皮膚の基底細胞癌と同様の所見を呈し、Ber-EP4が陽性であったことから、口底部基底細胞癌と推定された一例であった。口腔原発は非常にまれで、発生元は不明である。本症例のようにメラニンを有する細胞が見られた場合、鑑別として悪性黒色腫が挙げられる。しかし、基底細胞癌の胞巣の中央部にはメラニンを有する細胞が見られる場合があり、細胞診断では鑑別に苦慮する場合があると考えられる。基底細胞癌と推定できる細胞学的特徴所見がないかを再検討し報告する。

### O-1-45 口腔領域の LBC 標本作製における前処理が細胞像に及ぼす影響について

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○秀島克巳(CT), 関根浄治(DDS)

【はじめに】近年, 口腔細胞診においても液状検体 (LBC 法) が多用されている。LBC 法では, 標本作製過程の前処理として密度勾配法を行う場合があるが, 未処理のままで作製されることもある。そこで今回は, 前処理の有無が細胞像に及ぼす影響について検討を行った。

【対象および方法】島根大学医学部附属病院歯科口腔外科において, 2015 年 2~11 月に口腔細胞診が行われた 100 例について, 前処理法と未処理法の標本作製した。対象は, 男性: 60 例 (平均: 69.5 歳), 女性: 40 例 (平均: 64.1 歳) である。判定の内訳は, NILM: 59 例, LSIL: 20 例, HSIL: 2 例, SCC: 5 例であった。これらの標本について, 光学顕微鏡を用いて肉眼的に標本の適否, 白血球数, 細菌数, 細胞質の形態および染色性について比較検討した。

【結果】前処理法では, 細胞が比較的平面的で一層に出現し細胞間橋は明瞭, 白血球数は数個, 細菌, 細菌塊は少数認める程度だった。一方, 未処理法では, 細胞質の折れ曲がり, 籐壁細胞や重積が見られた。また, 白血球数は前処理法に比して多く見られ, 細菌, 細菌塊も比較的目的立った。

【まとめ】前処理法と未処理法で比較した結果, 前者の方が細胞は一層に出現し, 細胞間橋が明瞭で日常検査の細胞判定に優位であると思われた。

### O-1-46 二相性滑膜肉腫との鑑別が困難であった高齢女性鼠径部の悪性筋上皮腫の一切除例

産業医大医学部第二病理講座<sup>1)</sup>, 公立八女総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 公立八女総合病院臨床検査科<sup>3)</sup>

○渡辺次郎(MD)<sup>1)</sup>, 中山敏幸(MD)<sup>1)</sup>, 谷川 健(MD)<sup>2)</sup>, 中野聖美(MT)<sup>3)</sup>, 甲斐麻莉子(CT)<sup>3)</sup>, 村上奈由美(CT)<sup>3)</sup>, 村上勇二(CT)<sup>3)</sup>, 樋口英次郎(CT)<sup>3)</sup>, 跡部美和(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】筋上皮系の腫瘍は皮膚や軟部組織領域には稀である。今回, 高齢女性の鼠径部に発生した悪性筋上皮腫の一例を経験したので報告する。

【症例】90 代の女性。左鼠径部の腫脹を主訴に来院。悪性腫瘍の鼠径リンパ節転移が疑われ FDG-PET を行ったが, 鼠径部以外には集積を認めなかった。腫瘍切除が行われた。

【捺印細胞所見】壊死性背景に腫瘍細胞は孤在性に見られ, 明らかな上皮性結合は認められなかった。細胞質は比較的乏しくライトグリーン。核は円形ないしくびれを有する不整形で, 0~2 個の核小体を有していた。核縁は薄く, クロマチンは微細顆粒状であった。一部に核分裂像や核内封入体も認められた。癌とも肉腫とも言い難い細胞像であり, メラニン色素は認めなかったものの推定組織型としてはメラノーマを疑った。

【肉眼および組織所見】肉眼所見は 10 cm 大の多結節癒合型の病変で, 断面は光沢を有する白色充実性, 一部に出血が見られた。組織所見は, 類円形ないし菱形, 短紡錘形の腫瘍細胞のシート状, コード状ないしは錯綜配列の増殖から成り, 類基底膜様の間質も一部に見られた。また拡張した管腔構造に上皮様細胞の被覆が見られたため二相性の滑膜肉腫を疑った。しかし免染では, 腫瘍細胞は S100 蛋白, Calponin に陽性,  $\alpha$ SMA, CD34, CAM5.2 にも部分的に陽性を示した。一方, EMA, AE1/AE3, P63, GFAP は陰性であった

【電顕所見】細胞質内にマイクロフィラメント, 細胞間にデスモゾーム様の接着装置を認めるものの, メラノソームは認めず, メラノーマや肉腫, リンパ腫は否定的であった。以上の所見により, 悪性筋上皮腫と診断した。



### O-1-47 胸水中に腫瘍細胞が出現した胎児型横紋筋肉腫の1例

神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部<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>

○森田明子(CT)<sup>1)</sup>, 井本秀志(CT)<sup>1)</sup>, 尾松雅仁(CT)<sup>1)</sup>,  
田代章人(CT)<sup>1)</sup>, 上原慶一郎(MD)<sup>2)</sup>, 今井幸弘(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】横紋筋肉腫は小児に好発する悪性軟部腫瘍であり, 組織学的に胎児型, 胞巣型, 多形型, 紡錘形細胞型/硬化型の4重型に分類される。今回, 我々は胸水中に腫瘍細胞が出現した胎児型横紋筋肉腫の症例を経験したので報告する。

【症例】19歳男性。1ヵ月前より心窩部痛, 食欲不振出現し近医受診, 経過観察されていたが, 症状の増悪のため再診。CTにて大量の胸腹水と腹部腫瘤を指摘され, 当院消化器内科紹介受診。胸水穿刺細胞診, 腹腔内腫瘍に対し超音波内視鏡下穿刺吸引生検(EUS-FNA)が施行された。

【胸水細胞所見】少量の炎症細胞とともに, N/C比の高い類円形核を有する腫瘍細胞が結合性の緩い集塊や散在性に認められた。クロマチンは微細顆粒状で核の不整や著明な核小体が見られた。第一に神経内分泌性腫瘍などを考えたが, 同時に作成したセルブロックでの免疫組織化学染色でCD99, Desmin陽性を示した。以上より, 線維形成性小細胞腫瘍(DSRCT)や横紋筋肉腫(胎児型)など, 非上皮性悪性腫瘍の可能性を疑った。

【EUS-FNA器具洗浄液細胞所見】胸水で見られた腫瘍細胞が散在性に多数認められた。

【EUS-FNA組織像】N/C比大の類円形濃染核を有する腫瘍細胞が散在性あるいは集簇として認められた。免疫組織化学染色で, CD99, Desmin, Myo D1, Myogeninが陽性, CK MNF116, Synaptophysin, EMA, WT-1陰性を示した。以上より胎児型横紋筋肉腫と診断された。

【まとめ】肉腫の体腔液中への出現は稀であり, 報告は少ない。本症例は胸水において腫瘍細胞が上皮様結合を示し組織型推定に苦渋したが, セルブロックによる追加検索が早期診断に有用であった。稀少例の早期診断にセルブロックが必要であると考えられる。

### O-1-48 Superficial CD34-positive fibroblastic sarcomaの細胞所見

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

○松重貴大(CT)<sup>1)</sup>, 桑本聡史(MD)<sup>1)</sup>, 山田恭子(CT)<sup>1)</sup>,  
持田洋利(CT)<sup>1)</sup>, 遠藤由香利(CT)<sup>1)</sup>,  
大野千恵子(CT)<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】Superficial CD34-positive fibroblastic sarcomaは近年提唱された軟部腫瘍における新規疾患概念である。本腫瘍は主に成人の四肢筋膜上に生じ, 組織学的に高悪性度肉腫を思わず多形性に富む細胞の増殖からなるものの, 細胞異型に比して予後は良好であるという特徴をもつ。今回我々は本腫瘍の1例を経験し, その細胞像を検討したので報告する。

【症例】18歳男性。右大腿部皮下に腫瘤あり。当院にて切除術を施行。摘出検体から腫瘍捺印・圧挫細胞診およびLBC標本を作製した。

【細胞所見】腫瘍細胞は孤在性から集塊で出現。集塊の細胞密度は高く, 細胞境界は不明瞭。腫瘍細胞は紡錘形で好酸性顆粒状の胞体を有し, 核は分葉状や偽核内細胞質封入体などの多形性が見られた。核膜は菲薄し, 細顆粒状のクロマチンを呈していた。壊死や核分裂像は欠き, 背景には毛細血管や多数のリンパ球が見られた。LBCにて腫瘍細胞はCD34(+)を示した。

【組織所見】腫瘍は大きさ85×65mm。境界明瞭で皮下から筋膜上に存在し, 紡錘形から不定形の多形性に富む核と淡好酸性の胞体を有する細胞の束状ないし不規則な充実性増殖を示した。核分裂像は2個/50HPF認められた。免疫染色ではCD34(diffuse+), Cytokeratin AE1/AE3(-), EMA(-), α-SMA(-), Desmin(-), S-100(-), MIB-1 index=8.6%を示し, 表記腫瘍の典型例と診断した。

【考察】本腫瘍は平滑筋肉腫や脱分化型脂肪肉腫, 未分化多形肉腫など多くの高悪性度腫瘍と組織学的・細胞学的に類似し鑑別が必要となる。発生部位や画像所見, 免疫染色所見と併せて本組織型を推定し, 予後良好な腫瘍としての臨床的対応を図ることは過剰診療を避ける上で極めて重要と考えられる。



### O-1-49 リンパ節生検捺印細胞診にて診断に苦慮した胞巣型横紋筋肉腫(充実型)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>, 宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野<sup>3)</sup>

○野口裕史(CT)<sup>1)</sup>, 徳満貴子(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>, 福島 剛(MD)<sup>3)</sup>, 田中弘之(MD)<sup>3)</sup>, 秋山 裕(MD)<sup>2)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】胎児型および胞巣型横紋筋肉腫は小児から若年成人に好発する悪性度の高い腫瘍である。今回我々は、胞巣型横紋筋肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】20歳代, 男性。腰痛と右鼠径部から大腿にかけて疼痛を認めたため, 近医を受診。MRIにて腰椎に約2.5cmの腫瘍と仙骨内腫瘍を指摘され, 精査加療目的で当院整形外科紹介受診となった。PET-CTでは, 右第2肋骨椎体付着部, 右鼠径から大動脈周囲リンパ節, 右大腿部軟部腫瘍などに異常集積を認め, 悪性リンパ腫が最も疑われ, 大腿部リンパ節生検術が施行された。

【捺印細胞診】中型から大型の異型細胞が散在性に出現していた。一部には上皮様結合を示す部分もみられた。個々の細胞は, N/C比が高く, 核は類円形で, 核形不整, クロマチン細顆粒状, 小型の核小体を認めた。以上の所見から悪性を示唆し, 鑑別診断に悪性リンパ腫, 神経内分泌癌, ユーイング肉腫/PNET, 横紋筋肉腫が挙げられた。

【病理組織学的所見】線維性結合組織や腫瘍壊死像を伴い類円形で明瞭な核小体を有する腫瘍細胞が充実性シート状ないし索状に増殖していた。アポトーシス小体や分裂像も観察された。免疫染色では, 異型細胞はMyogenin, Desmin, Synaptophysin, CD56, Chromogranin A, Vimentin 陽性, AE1/AE3, CAM5.2, LCA, MIC2, HMB45は陰性であった。MIB-1は99.5%であった。以上の組織像及び免疫染色の結果から, 胞巣型横紋筋肉腫と診断された。

【まとめ】成人の横紋筋肉腫は比較的稀な腫瘍ではあるが, small round cell様の腫瘍細胞が見られた際には, その可能性を念頭に置いた鏡検が重要である。今回, 細胞診で鑑別診断に挙げた組織型との鑑別点について考察したい。

### O-1-50 Hybrid sclerosing epithelioid fibrosarcoma/low-grade fibromyxoid sarcomaの1症例

独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院検査部<sup>1)</sup>, 指月病理診断科<sup>2)</sup>, 独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院外科<sup>3)</sup>, 滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科<sup>4)</sup>

○吉田章子(CT)<sup>1)</sup>, 馬野真次(CT)<sup>1)</sup>, 竹村しづき(MD)<sup>1,2,4)</sup>, 安 炳九(MD)<sup>3)</sup>, 森谷鈴子(MD)<sup>4)</sup>, 九嶋亮治(MD)<sup>4)</sup>

【症例】51歳男性。数年前より右腋窩に腫瘍を認めるも放置していたが増大傾向を示し, 来院時14cmの腫瘍を触知し, 画像診断にて慢性拡張性血腫や軟部肉腫が疑われ摘出術施行。切除標本断面の捺印細胞診を行った。

【細胞像】ギムザ染色で異染色性を示す粘液様物質を背景に, 紡錘形から類円形核を有する異型細胞が集塊状や散在性に出現。細胞密度の低い間質を取り囲む短紡錘形細胞集塊が多数みられ, 上皮系腫瘍を思わせる大型重積集塊も散見された。集塊内の細胞密度が高い部分も見られたが核分裂像は明らかでなかった。核内にはパパニコロウ染色でライトグリーン好性の核内細胞質封入体と思われる構造物を認めた。間葉系腫瘍を考えたが特徴的な細胞配列に乏しく組織型の推定には至らないと判定した。

【組織像】異型の乏しい核と繊細な長い好酸性線維性細胞質を持つ長紡錘形細胞が束状に増殖していた。粗密配列がみられ, 凝固壊死巣も散見された。また, 硬化した膠原線維を背景に類円形細胞が上皮様に増殖する領域もみられた。肉腫様癌, 悪性末梢神経鞘腫瘍, 横紋筋肉腫などが鑑別に挙げられたがCK(AE1/AE3), S-100,  $\alpha$ SMA, desmin, EMA, Myogeninの免疫染色はいずれも陰性。MUC4がびまん性に陽性であった。

【結語】組織診では最終的にhybrid sclerosing epithelioid fibrosarcoma/low-grade fibromyxoid sarcomaと診断した。稀な腫瘍でその細胞像の報告は少ないが, 細胞像はその特徴的な組織像を反映していると思われる。

### O-1-51 胸水中に出現した血管肉腫の2例

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター

○西川京子(CT), 大西雅子(CT), 梶尾健太(CT),  
大山重勝(CT), 安江智美(CT), 河原邦光(MD)

【はじめに】今回我々は、胸水中に出現した血管肉腫の症例を2例経験したので、その細胞像を報告する。

【臨床像】症例1: 70代, 男性. 主訴は呼吸困難. 胸部CTで右気胸, 右胸水を認めた. 約1年前に皮膚血管肉腫を罹患し, 胸膜播種を疑われ, 胸水細胞診が施行された. 症例2: 70代, 女性. 主訴は胸部痛. 胸部CTでは右胸水を認め, 胸水細胞診が施行され, さらに胸腔鏡下胸膜生検とその生検材料を用いた捺印細胞診が施行された.

【細胞所見】症例1: 出血・炎症性胸水の中に, 類円形の異型上皮様細胞が孤立散在性に出現. 個々の細胞は, 細胞質がライトグリーン淡染性で, 偏在核を有し, 核形不整が著しく, クロマチンは細顆粒状を示した. 2核細胞も認めた. 核小体は不整で1~複数個認めた. セルブロックにおける免疫組織的染色ではCD31・CD34・Factor8・ERG(+). 症例2: 胸水細胞診は, 出血性背景で少数の異型細胞が孤立散在性に出現. 2核細胞も認めた. 細胞質はライトグリーン淡染性で, 偏在核を有していた. クロマチンは細顆粒状を呈し, 不整な核小体を1~複数個認めた. 腺癌を疑った. 捺印細胞診では, 類円形~多辺形の異型上皮様細胞からなる集塊が散見された. 個々の細胞は偏在核を有し, 大小不同・核形不整が著しく, 細顆粒状のクロマチンを示した. 核小体は目立たなかった. 腺癌を疑った.

【考察】血管肉腫は, 胸水細胞診では, 低分化な癌腫との鑑別が難しい場合がある. 上記2例では, 胸水中に偏在核の異型細胞が孤立散在性に出現し, 低分化な腺癌を考えたが, 核形不整が著しかった点, 多核細胞が多く不整形の核小体が目立った点が腺癌との鑑別として挙げられる.

### O-1-52 脳転移で発見され細胞診で組織推定が可能であった子宮頸部大細胞神経内分泌癌の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属柏病院病理部<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科<sup>3)</sup>

○小曾根浩一(MD)<sup>1)</sup>, 藪崎恵子(MD)<sup>1)</sup>, 田部 宏(MD)<sup>1)</sup>,  
高野浩邦(MD)<sup>1)</sup>, 柳沢春華(MD)<sup>2)</sup>, 中野雅貴(MD)<sup>2)</sup>,  
鈴木正章(MD)<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>

【はじめに】子宮頸部に発生する神経内分泌腫瘍は子宮頸部悪性腫瘍の5%以下と稀な腫瘍であり, 細胞診での正確な組織推定は困難であるといわれている. 今回我々は, 転移性脳腫瘍患者の子宮頸部細胞診において, 神経内分泌腫瘍の組織推定が可能であった症例を経験したので, 文献とともに報告する.

【症例】48歳, 2経妊2経産婦. 上肢の運動障害と痙攣発作を主訴に当院脳神経外科を受診. 頭部MRI検査で, 左前頭葉にring enhancementを伴う約15mmの結節を認め, 転移性脳腫瘍が疑われた. また数か月前から不正出血を自覚していたことから当科へ紹介となった. クスコ診で子宮頸部に径7cmの易出血性腫瘍を認め, 既に傍子宮結合組織へ浸潤していた. 脳転移を来す悪性度の高い子宮頸部悪性腫瘍を念頭におき, 腫瘍の数か所から細胞診検体と組織診検体を採取した.

【細胞所見】高度の炎症および壊死性背景の中に, N/Cが高く, 明瞭な核小体とクロマチンの凝集を示す異型細胞の小集塊が散見され, 神経内分泌腫瘍を推定した.

【組織所見】不整な充実胞巣状や索状増生を示す腫瘍性病変を認め, 個々の腫瘍細胞は粗造な大型の類円形核を有し, 一部核分裂像も認めた. 免疫組織化学検査では, SynaptophysinとChromogranin Aに陽性, CD56に陰性で, 大細胞神経内分泌癌(LCNEC)と診断した. 後日摘出した脳転移病巣からも子宮頸部と同様の所見が得られた.

【まとめ】子宮頸部に発生する神経内分泌腫瘍は, 内部に異なる組織像や広範な壊死を伴う場合があり, 細胞診での組織推定が困難であるといわれている. 今回, 細胞診検体を複数箇所採取したことで, 正確な診断が得られた可能性がある.

### O-1-53 脳腫瘍術中迅速診断に苦慮した星芽腫の1例

北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野<sup>1)</sup>, 旭川医科大学病院病理部<sup>2)</sup>, 北海道大学大学院医学研究科探索病理学講座<sup>3)</sup>

○鈴鹿 淳(CT)<sup>1)</sup>, 森谷 純(CT)<sup>1)</sup>, 竹浪智子(MT)<sup>1)</sup>, 漆戸万紗那(CT)<sup>1)</sup>, 湯澤明夏(MD)<sup>2)</sup>, 木村太一(MD)<sup>3)</sup>, 石田雄介(MD)<sup>1)</sup>, 谷野美智枝(MD)<sup>1)</sup>, 西原広史(MD)<sup>3)</sup>, 田中伸哉(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】星芽腫(Astroblastoma)は小児から若年成人,特に女性に好発する稀な神経上皮性の脳腫瘍であり,その発生源は不明である。標準的な治療法が確立されておらず,外科的切除による完全摘出が有効とされる。血管周囲性偽ロゼット構造や偽乳頭状構造の形成が特徴的であるが,同様の特徴を示す上皮腫,星細胞腫,膠芽腫や乳頭状増殖を示す転移性腫瘍との鑑別を時に要する。今回は術中迅速診断時に判定に苦慮した星芽腫の1例を経験したため報告する。

【症例】10代女性。頭痛,嘔気,左顔面や上肢の痺れを主訴に近医受診。CTにて右前頭葉に7.5cm大の嚢胞を伴った内部不均一な腫瘍性病変が認められ,MRIではガドリニウム投与による腫瘍や嚢胞壁の増強が見られたため,開頭腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】比較的均一な腫瘍細胞が出現しており,一部に乳頭状の集塊が認められた。細胞質は乏しく,核は偏在傾向を示していた。核の大小不同が見られるものの,核異型は軽度で,クロマチンは細顆粒状であった。

【組織所見】術中迅速診断時のHE標本では細胞密度が高く,核の大小不同が見られたものの,核分裂像は目立たず,壊死も認められなかった。一部に硝子化や泡沫細胞が認められた。永久標本では,卵円形の偏在性核と好酸性胞体を有する比較的均一な異型細胞が小血管を伴って密に増殖していた。血管周囲性偽ロゼット配列を示す部位や硝子化を認める部位も見られた。

【まとめ】星芽腫は非常に稀な腫瘍であるが,他の脳腫瘍と共通した特徴を持つことから診断に難渋することが少なくない。当日は今回経験した症例とともに星芽腫との鑑別が必要となる症例の細胞像を供覧し,比較検討を行う。

### O-1-54 NUT midline carcinoma の2例の細胞像について

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呼吸器内科<sup>2)</sup>,がん研究会がん研究所病理部<sup>3)</sup>

○星 利良(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤由紀子(DDS)<sup>1,3)</sup>, 柳谷典子(MD)<sup>1,2)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 古田則行(CT)<sup>1)</sup>, 小松京子(CT)<sup>1)</sup>, 二宮浩範(MD)<sup>3)</sup>, 石川雄一(MD)<sup>1,3)</sup>, 宝来 威(MD)<sup>1,2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】NUT midline carcinoma (NMC)は,染色体15q14上のNUT遺伝子の再構成を特徴とする予後不良の低分化癌であるが,稀な疾患であり,その細胞形態学的な報告は少ない。

【症例1】40代,男性。左肋骨洞の腫瘍。Fine needle aspiration (FNA)にて扁平上皮癌と診断したが,生検組織診よりNMCが疑われ,免疫染色およびFISHを施行,NMCと診断された。

【症例2】60代,男性。胸水を伴う縦隔腫瘍。胸水細胞診,FNA,生検組織診にて悪性リンパ腫を疑い,免疫染色,G-band検査,FISHを施行,NMCと診断された。

【細胞所見】症例1:多量の壊死物質の中に小型短紡錘形悪性細胞が重積性集塊として出現し,角化異常細胞が少数認められた。細胞は短紡錘形の濃染核を有し,クロマチンは微細顆粒状,明瞭な核小体が1個認められた。症例2:胸水では,リンパ球大の類円形悪性細胞が散見された。細胞は狭小な細胞質を有し,核は類円形で円滑であった。クロマチンは微細顆粒状で,明瞭な核小体が1個認められた。FNAでは,壊死物質を伴い胸水と同様の悪性細胞が散在性に多数出現。細胞に上皮様結合はみられなかった。

【組織学的所見】症例1では,広範囲な壊死とともに大小の充実性胞巣が認められた。胞巣内は未分化な腫瘍細胞より成り,角化異常細胞の突然の混在を認めた。症例2では,広範囲な壊死を伴い,大型類円形の腫瘍細胞がびまん性に増殖し,腫瘍細胞はt(15;19)を示した。症例1,2とも,免疫染色にてNUT陽性,NUT split FISH陽性であった。

【まとめ】症例1は典型像,症例2は非典型像であった。NMCの細胞形態は多彩であり,細胞学的アプローチだけでは診断が困難な場合があると考えられた。



### O-1-55 MYC 遺伝子再構成高悪性度 B 細胞性リンパ腫の細胞学的検討

東海大学医学部付属病院病理検査技術科<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>

○加戸伸明(CT)<sup>1)</sup>, 才荷 翼(CT)<sup>1)</sup>, 芹澤昭彦(CT)<sup>1)</sup>, 宮嶋葉子(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤 仁(CT)<sup>1)</sup>, 町田知久(CT)<sup>2)</sup>, 井野元智恵(MD)<sup>3)</sup>, 平林健一(MD)<sup>3)</sup>, 梶原 博(MD)<sup>3)</sup>, 中村直哉(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】 MYC 遺伝子再構成高悪性度 B 細胞性リンパ腫 (MYC+ High grade B-cell lymphoma : MYC+HGBCL) は再構成陰性リンパ腫と比較し予後不良であることが報告されている。また本リンパ腫の形態学的特徴として免疫芽球が多く観察されることが報告されたが、細胞診標本を対象に出現数等の検討を行った報告は未だない。そこで MYC+HGBCL を対象に免疫芽球の出現数を算出し、細胞診標本においても MYC 遺伝子再構成の有無を推測可能か検討したので報告する。

【対象・方法】 MYC+HGBCL 6 例を対象とした。内訳はリンパ節捺印標本 5 例、胸水標本 1 例である。Papanicolaou 染色標本にて、核中心性の大型核小体を有する細胞を免疫芽球と判断した。大型核小体の定義として核の長径の 4 分の 1 以上の大きさを持つものとした。各症例 5 視野を無作為に選択し、各視野における全細胞数中の免疫芽球の出現率を算出した。

【結果】 MYC+HGBCL における免疫芽球の出現率は 10.1%~73.8% で平均  $40.9 \pm 27.6\%$  であった。6 例中 3 例では免疫芽球の比率が 50% を超しており免疫芽球優位であった。

【まとめ】 MYC+HGBCL は予後不良であり、細胞診標本にて MYC 遺伝子再構成の有無を推測できることは有意義と思われる。今回の検討の結果、核中心性で核の長径に対し 4 分の 1 以上の大型核小体を有する免疫芽球が多く観察された場合、MYC 遺伝子再構成を示唆できうる可能性がある。

### O-1-56 BRCA1 遺伝子病的変異陽性例であり耳下腺癌を発症した 1 症例

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>1)</sup>, 慶應義塾大学病院病理診断部<sup>2)</sup>, 神奈川県立がんセンター遺伝カウンセリング外来<sup>3)</sup>

○赤羽智子(CT)<sup>1)</sup>, 増田健太(MD)<sup>1)</sup>, 野村弘行(MD)<sup>1)</sup>, 片岡史夫(MD)<sup>1)</sup>, 阪埜浩司(MD)<sup>1)</sup>, 冨永英一郎(MD)<sup>1)</sup>, 進 伸幸(MD)<sup>1)</sup>, 亀山香織(MD)<sup>2)</sup>, 清水 哲(MD)<sup>3)</sup>, 青木大輔(MD)<sup>1)</sup>

【目的】 遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (HBOC) の原因遺伝子である BRCA1, BRCA2 (BRCA1/2) の変異保持家系内に唾液腺腫瘍例の存在が報告された。当院の BRCA1 変異例で耳下腺癌発症例を報告する。

【症例】 41 歳女性。32 歳時に検診にて腫瘍を指摘され左乳房切除術、放射線治療、化学療法が施行された。発症年齢と家族歴より HBOC を考慮し遺伝カウンセリングの後 BRCA1/2 遺伝学的検査を実施した。40 歳時に右耳下腺違和感を自覚しエコー検査にて悪性腫瘍を指摘され腫瘍摘出術と放射線療法が施行された。39 歳時と 41 歳時にリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) とリスク低減乳房切除術 (RRM) を倫理委員会承認のもと実施している。

【結果】 耳下腺穿刺吸引細胞診では粘液と中間型細胞に類似する集塊が出現していた。耳下腺腫瘍摘出組織は粘液と中間型腫瘍細胞が浸潤増殖し粘表皮癌と診断された。家系員には第 1 度近親者に卵巣癌 1 名、第 2 度近親者に乳癌、卵巣癌各 1 名、第 3 度近親者 1 名に乳癌、卵巣癌重複例が存在した。BRCA1 に病的変異があり HBOC と診断された。左乳癌摘出組織はトリプルネガティブ乳癌であった。RRSO, RRM 検体にオカルト癌は認めなかった。

【結論】 近年、乳癌既往歴のある BRCA1/2 変異陽性家系に唾液腺腫瘍罹患率が一般集団と比較し高率であると報告された。日本人の BRCA1/2 変異と唾液腺腫瘍発症との関連は明確ではなく同腫瘍の発症は他臓器腫瘍と比較しまれであるが、唾液腺癌は乳癌類似の組織型や共通するタンパク発現および遺伝子変化が報告されている。本症例より BRCA1/2 変異保持者には唾液腺腫瘍の発症リスクも念頭におく必要性があり、HBOC 症例への詳細な家族歴聴取は同腫瘍早期発見の端緒となると考察する。

### 0-2-1 ASC-H 症例の病理組織診断および臨床経過に関する検討

神戸大学医学部附属病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>

○今福仁美(MD)<sup>1)</sup>, 蝦名康彦(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木嘉穂(MD)<sup>1)</sup>, 塚本龍子(CT)<sup>2)</sup>, 原 重雄(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤智雄(MD)<sup>2)</sup>, 山田秀人(MD)<sup>1)</sup>

**【目的】** 子宮頸部細胞診で ASC-H 判定であった症例の病理組織診断と臨床経過について検討した。

**【対象と方法】** 当院での子宮頸部細胞診における ASC-H 判定の割合は例年 0.8-1.0% である。紹介例ですでに CIN3 以上の組織診断がついているものは除外し, 2010 年 1 月から 2016 年 10 月の期間に当院で ASC-H 判定後に組織診を行なった 77 人を対象とした。ASC-H 判定後の病理組織検査結果および臨床経過について後方視的に検討した。

**【結果】** 対象となった 77 人の年齢中央値は 41 才 (範囲 24~75 才)。組織診結果は, 癌肉腫 1 人 (1.3%), SCC (pT1a) 3 人 (3.9%), CIN3 29 人 (37.7%), CIN2 9 人 (11.7%), CIN1 10 人 (13.0%), 頸管炎など良性 25 人 (32.5%) であった。CIN3 以上の 30 人 (39.0%) に手術を施行した (円錐切除術 21 人, 子宮全摘術 8 人, レーザー蒸散 1 人)。当院で 6 か月以上経過観察を行った 34 人 (観察期間 中央値 18 ヶ月, 範囲 8~61 ヶ月) において, ASC-H 判定後の組織検査が CIN1 であった 1 人と CIN なしであった 3 人が経過観察中に CIN3 の診断となり, 手術を施行した (円錐切除術 2 人, 子宮全摘術 2 人)。ASC-H 判定後の組織検査で CIN を認めなかった 1 人も経過観察中に CIN2 に移行し, レーザー蒸散術を施行した。

**【結論】** ASC-H 判定後の組織診により, 約 7 割の症例で CIN 以上の診断となった。そして, 組織診で CIN を認めなかった症例でも, 経過観察中に CIN2 以上の病変が出現することもあり, 厳重な経過観察が必要であると考えられる。

### 0-2-2 ハイリスク HPV 感染を伴う ASC-US についての検討

函館中央病院産婦人科<sup>1)</sup>, 北海道対がん協会札幌検診センター<sup>2)</sup>, 北海道大学病院婦人科<sup>3)</sup>, 小樽市立病院産婦人科<sup>4)</sup>

○三田村卓(MD)<sup>1)</sup>, 藤田博正(MD)<sup>2)</sup>, 金野陽輔(MD)<sup>3)</sup>, 田沼史恵(MD)<sup>1)</sup>, 木川聖美(MD)<sup>4)</sup>

これまで ASC-US のハイリスクヒトパピローマウイルス (HPV) 型別の予後は 16 型が最も不良と報告されてきたが, 日本人女性に関する情報は十分に蓄積されているとは言えない。HPV 核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) が ASC-US 症例に適用されてから約 3 年が経過したが, 本検査による HPV 感染率や HPV 型別の臨床的予後を, 診療目的の異なる北海道内の 3 施設より症例を集約して後方視的に検討した。

2013 年 10 月より 2016 年 10 月の期間に ASC-US と診断された 585 例のうち, ハイリスク HPV 感染を 189 例に認めた (32%)。HPV 型はその他 12 種類のみが最も多く, 50 歳代を除くどの年齢層でも半数以上を占めていた。HPV 陰性および陽性例の CIN2 以上の病変への進展率はそれぞれ 0% と 29% であった。CIN2 と CIN3 病変への進展例における HPV 型は, その他 12 種類のみがそれぞれ 64%, 40% とそれぞれ最多であった。診療録の確認が可能であった 130 例における HPV 型別の CIN2 と CIN3 病変の絶対危険度は, HPV16 型単独およびその他 12 種類のみでともに 0.3 と差がなかった。CIN2 以上の病変のオッズ比は, 16 型単独でその他 12 種類のみに対して 1.2 と比較的 low 有意差を認めなかった。また 16 型の多重感染についても, その他 12 種類に対して有意差を認めなかった。その他 12 種類のみ CIN2 以上の病変に対するリスクは, 近年日本で子宮頸癌が増加している 40 歳未満で顕著であった。

若年で HPV16/18 型以外のハイリスク型の感染を伴う ASC-US では, 高度な組織学的病変の併存や進行速度が速い可能性があり, 16/18 型と同様の精査や細胞診以外の検査の併用が必要になる可能性が示唆された。



### O-2-3 ASC-US における HPV-DNA 検査の有用性と臨床上の留意点

聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学医学部産婦人科学<sup>2</sup>, 聖マリアンナ医科大学医学部病理学<sup>3</sup>, 東京都予防医学協会<sup>4</sup>

○戸澤晃子(MD)<sup>1,2</sup>, 永澤侑子(MD)<sup>2</sup>, 横道憲幸(MD)<sup>2</sup>, 細沼信示(MD)<sup>2</sup>, 吉岡範人(MD)<sup>2</sup>, 大原 樹(MD)<sup>2</sup>, 大熊克彰(MD)<sup>2</sup>, 前田一郎(MD)<sup>3</sup>, 木口一成(MD)<sup>2,4</sup>, 鈴木 直(MD)<sup>2</sup>

【目的】子宮頸部細胞診における ASC-US 症例の HPV 検査結果は精査や管理方針決定において重要な情報となる。今回我々は ASC-US 症例の HPV 検査結果からその有用性と臨床病理学的な留意点を解析することを目的とした。

【方法】対象は 2010 年 4 月 1 日-2015 年 9 月 30 日に子宮頸部細胞診にて ASC-US と診断された症例で High Risk HPV (ハイブリッドキャプチャー II) を行い, その臨床背景や経過について検討した。

【結果】子宮頸部細胞診を施行した 41,326 例のうち ASC-US と診断されたのは 1,552 例 (3.7%) で, その中で HPV 検査が 796 例 (51.2%) に施行された。その結果, high risk HPV (HRHPV) 陰性 614 例 (77.1%), 陽性 182 例 (22.9%) であった。ASC-US 症例のうち組織診断で CIN2 以上となった症例は HRHPV 陰性 10 例, 陽性 31 例であった。そして最終的に手術施行例は 21 症例であった。また妊娠症例では ASC-US が 84 例 (HRHPV 陰性 52 例, 陽性 32 例) であった。一方, ASC-US, HRHPV 陰性症例で, 20 か月後に子宮頸部扁平上皮癌 IB1 期の診断で広汎子宮全摘出術施行にいたった症例が 1 例存在した。

【総括】ASC-US 症例において HPV 検査施行は約半数にとどまっていた。しかし HRHPV 陽性症例における CIN2 以上の診断が陰性症例に比較し多く見られた。また妊娠症例において HRHPV 陽性症例が多い傾向にあるが, 30 歳未満が多く過剰診断となる可能性があるため適切な管理が求められる。一方, HRHPV 陰性症例でも最終診断が CIN2 以上と場合があることから経過観察は必要である。例外はあるが ASC-US 症例における HPV 検査結果によって要治療症例のトリージに有用な可能性がある。HPV 検査のさらなる浸透と適切な経過観察が必要と考えられる。

### O-2-4 細胞診-HPV 検査併用ダブルネガティブ後の年齢階層別リスク

自治医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院<sup>2</sup>

○森澤宏行(MD)<sup>1</sup>, 藤原寛行(MD)<sup>1</sup>, 高橋詳史(MD)<sup>1</sup>, 高橋寿々代(MD)<sup>1</sup>, 種市明代(MD)<sup>1</sup>, 町田静生(MD)<sup>1</sup>, 竹井裕二(MD)<sup>1</sup>, 嵯峨 泰(MD)<sup>1</sup>, 松原茂樹(MD)<sup>1</sup>, 鈴木光明(MD)<sup>2</sup>

【目的】子宮頸がん併用検診で細胞診, HPV 検査ともに陰性 (ダブルネガティブ) だった場合, 本邦では 3 年後受診が推奨されている。しかしダブルネガティブ後の CIN リスクに関して詳細に検討した報告は少ない。今回我々はダブルネガティブ後の HPV 感染, CIN リスクに関して年齢階層別に検討したので報告する。

【方法】当科所属地区を含む 2 市 1 町で行われている子宮頸部細胞診 (液状化細胞診) と HPV 検査の併用検診の 2012 年度ダブルネガティブ症例の 3 年後の結果を年齢階層別に検討した。

【成績】ダブルネガティブ 10544 例中, 3 年後受診は 5894 例 (55.9%) であった。HPV 陽性化率は 20~24 歳 11.8% (2/17), 25~29 歳 8.7% (8/92), 30~34 歳 4.1% (9/219), 35~39 歳 4.3% (17/396), 40~44 歳 1.7% (9/533), 45~49 歳 1.3% (7/536), 50~54 歳 1.1% (6/560), 55~59 歳 1.1% (7/623), 60~64 歳 1.3% (12/897), 65~69 歳 0.8% (9/1081), 70~74 歳 1.4% (11/748), 75 歳以上 1.0% (2/192) であり, 低年齢層で高率となる傾向があった。統計学的には 39 歳以下 4.9% (36/724) と 40 歳以上 1.2% (63/5170) の 2 群間で有意差を認めた (P < 0.01)。要精検率も 20~39 歳 3.4% (36/724), 40~64 歳 0.8% (24/3149), 65 歳以上 0.5% (11/2030) と年齢階層別に差が認められた。特に 75 歳以上は 0% (0/192) であった。精検異常率は 20~64 歳 0.4% に対し, 65 歳以上は 0.2% であった。

【まとめ】ダブルネガティブ後 3 年後受診群において, HPV 陽性や要精検となる率は年齢階層別に異なっていた。今後, 複数回のデータを集積することにより, 本邦に適した受診間隔を年齢階層別に設定することや併用検診終了年齢の推奨などが出来る可能性が示された。

### 0-2-5 当院における子宮頸部病変要精査症例の受診行動についての検討

京都府立医科大学医学部医学科産婦人科学教室

○明石京子(MD), 森 泰輔(MD), 片岡 恒(MD),  
古株哲也(MD), 寄木香織(MD), 松島 洋(MD),  
辰巳 弘(MD), 黒星晴夫(MD), 北脇 城(MD)

【目的】子宮頸部病変の要精査症例は患者の自覚症状や病識の乏しい状況下での早期発見や経時的な経過観察を必要とする例が多い。今回われわれは当院での患者の受診行動について検討した。

【方法】2012年4月から2016年3月までに当院でコルポスコープ診を実施した患者の受診行動を後方視的に検討した。

【結果】コルポスコープ診による精査対象となった症例は534例のべ913回であった。患者は何らかの愁訴で産婦人科を受診した305例(57.1%) (以下, 有症状群)と, 市民検診や人間ドック, 職場健診で子宮頸部細胞診スクリーニングを受けた229例(42.9%) (以下, 無症状群)に大別された。無症状群のうち, 市民検診を契機として受診した患者は106例で無症候群の46.3%にとどまり, 当院の医療圏内における患者の受診行動の多様性が示唆された。有症状群には不正出血など新規発生した自覚症状を主訴に受診した例以外に, 妊婦健診スクリーニング例や, 子宮筋腫などの婦人科疾患の既往, 乳がん術後のホルモン治療, OC/LEP 処方希望などを目的とした婦人科定期通院例も含まれた。無症状群の受診継続率は83.4%, 有症状群の受診継続率は83.3%で有意差は認められなかった。脱落症例90例のうち外来での生検組織診でCIN2以上が疑われた例は25例で, うち16例は円錐切除術等の術後観察期間中に, 9例は手術未実施での観察期間中に受診が中断していた。

【総括】子宮頸部病変の要精査症例において, 患者の受診契機には多様性があることが示唆された。精査対象の患者の受診継続率は受診契機にかかわらず80%以上であったが, CIN2以上での脱落例も一定数存在し, リコールシステムの確立が急務であると考えられた。

### 0-2-6 職域における子宮頸がん検診の現状と問題点

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座<sup>1)</sup>, 産業医科大学医学部産科婦人科学教室<sup>2)</sup>

○松浦祐介(MD)<sup>1)</sup>, 蜂須賀徹(MD)<sup>2)</sup>

【目的】我が国の子宮頸がん検診受診率は他の先進諸国と比較して格段に低く, 若年女性を中心に子宮頸癌の発生率が増加していることは大きな問題である。勤労女性が増加する中, 職域検診における子宮頸がん検診の現状を明らかにし, その役割と課題について検証する。

【方法】産業医学推進研究会の協力のもと, 子宮頸がん検診についてのアンケートを依頼した。127社から回答が得られ, 子宮頸がん検診を実施している企業(事業所)は100社(79%)であり, うち50社からさらに詳細な回答が得られ, その内容について検討した。

【結果】子宮頸がん検診を必須項目としている企業は6社のみで他は希望者を対象としていた。対象年齢を20歳以上としている企業は18社(37%)のみで30歳以上としている企業が9社に見られた。子宮頸がん検診受診者数が把握できた44施設の女性従業員数は86,695名で, 総従業員数の20%であった。検診受診者数は31,294人で受診率は36%であり, 検診の結果が確認できた26社における細胞診陽性率は3.0%であった。精検受診者の把握が可能であった9社における精検受診率は70%であった。過去2回の調査と比較して子宮頸がん検診を導入している企業は増加し, また検診受診率も増加していたが, 精検受診率や精検結果を把握している企業は過去の調査より減少していた。

【総括】職域で子宮頸がん検診を施行する際は, わが国の子宮頸癌の現状を理解し, 対象年齢を20歳以上にするよう啓蒙する必要がある。また, 検診結果を把握し, 要精検者に対しては, 産業医や産業保健スタッフの個別指導を中心とした積極的関与が必要である。

### O-2-7 実臨床の同一患者における SurePath と ThinPrep 間の子宮頸部細胞診結果の比較・解析

四国がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>2)</sup>

○田中慎一(CT)<sup>1)</sup>, 山本珠美(CT)<sup>1)</sup>, 岡本奈美(CT)<sup>1)</sup>, 高畑浩之(MD)<sup>2)</sup>, 西村理恵子(MD)<sup>1)</sup>, 寺本典弘(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部細胞診の標本作製として Liquid Based Cytology (LBC) 法が普及し, 現在, 婦人科領域では保険点数が設けられた. 当院では, 導入当初 ThinPrep (TP) を導入し, 本年より SurePath (SP) に変更した. 今回, LBC 法の移行期(4ヶ月)における同一患者の実臨床細胞診を比較検討した.

【対象】 TP にて標本作製が行われ, その後4ヶ月以内に SP にて標本作製された154例中, コルポスコピーや膈内超音波にて急激な変化が無く, 生検が行われた29例を対象とした.

【結果】 29例の判定は, TP: NILM 10, ASC-H 2, LSIL 3, HSIL 14, SP: NILM 4, LSIL 3, HSIL 21, SqCC 1であった. TP 検体と SP 検体で診断が異なった症例は29例中11例であった. 全例 SP で診断カテゴリーが高く, 9例は SP の結果が生検と一致した. この9症例中 TP に異型細胞が存在したのは3例にとどまり, 6例では TP は NILM, SP では HSIL であった. TP に異型細胞があった3例中, 1例は TP では壊死や多形性の欠如により HSIL, 2例はクロマチン量が乏しいため ASC-H と診断されていたが, SP の診断は各々 SqCC と HSIL であった. SP 結果と生検診断が異なった残り2例は, TP で NILM, SP で HSIL, 生検で CIN1 であった. これらは SP で未熟化生細胞を過剰診断したものと考えた.

【考察】 TP 検体で認められる扁平上皮病変はクロマチン構造が不明瞭なことがある. 一方, SP 検体では未熟化生細胞のクロマチン顆粒が目立つことで HSIL との鑑別に苦慮する. 現在, 当院では SP 検体における未熟化生と SIL 病変の鑑別指標として集塊の重積性(深度)や弧在性異型細胞の存在, p16 発現を確認している. また, 腫瘍細胞が出現に関しては両者の標本作製法による違いが生じたと推察する.

### O-2-8 子宮頸部液状化細胞診システム Cellprep 導入に伴う判定成績推移とその要因解析

国立病院機構福山医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 岡山大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 労働者健康安全機構岡山労災病院中央検査部病理診断科<sup>3)</sup>

○福田由美子(CT)<sup>1)</sup>, 有安早苗(CT)<sup>1)</sup>, 中桐智香子(CT)<sup>1)</sup>, 渡辺次郎(MD)<sup>1)</sup>, 柳井広之(MD)<sup>2)</sup>, 園部 宏(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】子宮頸部液状化細胞診(liquid based cytology LBC)システム Cellprep 導入に伴い, 細胞判定成績の推移とその要因について検討したので報告する.

【対象および方法】 導入後最初の4ヶ月間は従来法と併用し, その後は LBC 法のみで行った. 従来法 1142 例, 従来法と LBC 法の併用 1270 例, LBC 法のみ 1053 例の合計 3465 例を対象に, 各判定の占める割合と正診率を比較した.

【結果】 LBC 法で判定割合が減少したのは NILM(92.3% → 86.9%), ASC-US(2.0% → 0.9%), LSIL(1.6% → 1.3%)で, 増加は ASC-H(1.1% → 2.0%), HSIL(1.5% → 2.5%), 悪性(0.9% → 1.7%)であった. なお, 不適標本は 0.2% → 4.3% と大幅に増加した. 増加した HSIL に対応する組織診断が CIN2 以上は, 従来法 93.0%, LBC 法 87.0%, ASC-H では従来法 100%, LBC 法 75.0% と LBC 法で若干の正診率低下を認めた. 悪性判定についてはいずれも 100% で変化はなかった. また, 組織検査で悪性診断された症例に対する悪性的中率は従来法 66.7%, 併用 78.6%, LBC 法 68.4% と併用で好成績であった.

【考察・まとめ】 LBC 法での不適標本増加は採取器具が綿棒であることに起因すると考える. また, LBC 法 ASC-H 判定の 63% に hyperchromatic crowded group (HCCG) を認め, HSIL, ASC-H 判定の増加には HCCG の関与が推察される. HCCG は細胞形態のみでの良悪判定は困難であり, 免疫染色の追加により診断向上が可能と考える.

### 0-2-9 液状化検体法による新潟市の対策型子宮頸がん検診成績の解析

新潟南病院婦人科<sup>1)</sup>, 新潟県立がんセンター新潟病院婦人科<sup>2)</sup>, 新潟市民病院産婦人科<sup>3)</sup>, 新潟大学医歯学総合病院産婦人科<sup>4)</sup>

○児玉省二(MD)<sup>1)</sup>, 笹川 基(MD)<sup>2)</sup>, 菊池 朗(MD)<sup>2)</sup>, 倉林 工(MD)<sup>3)</sup>, 関根正幸(MD)<sup>4)</sup>

【目的】新潟市の対策型子宮頸がん検診の検体処理法は、現在液状化検体法で行われているが、年次的な検診成績からその有用性を評価すること。

【方法】新潟市は、平成22年度から細胞採取法に液状検体法が導入されているが、不適正率、精密受診率、がん発見率の年度推移から動向を分析した。要精検者に対しては積極的に調査し、平成26年度は確定値、最終値(平成28年6月)で比較検討した。

【結果】平成21年度(直接法)は19,396件で、不適正率13.1%、精密受診率89.8%、がん発見率201.1(人口10万対)であった。液状化した平成22年度は20,094件で、不適正率0.03%、精密受診率82.4%、がん発見率278.7であった。平成26年度は23,137件で、不適正率0.07%、精密受診率93.9%、がん発見率198.8であった。がん発見率は、平成21年度が初診271.9、再診82.6、平成22年度が初診384.6、再診105.1、平成25年度が初診416.4、再診148.1、平成26年度が初診296.4、70.2に推移した。がん発見率は、液状法で上昇したが、平成26年度から初診と再診ともに減少に向かった。精密受診率は確定値70.5%から最終値93.9%に上昇した。

【結論】液状検体法は、適正標本が減少し、がん発見は継続的に増加したのち初診と再診ともに減少した。また、確定値から2年間の追跡調査した最終値での評価が望ましい。

### 0-2-10 婦人科細胞診における直接塗抹法・フィルター法・密度勾配法による標本適否要因の検討

大森赤十字病院検査部<sup>1)</sup>, 大森赤十字病院産婦人科<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3)</sup>

○九十九葉子(CT)<sup>1)</sup>, 及川実夏(CT)<sup>1)</sup>, 梅澤 敬(CT)<sup>3)</sup>, 大内和真(CT)<sup>1)</sup>, 日下部民美(CT)<sup>1)</sup>, 田岡英樹(MD)<sup>2)</sup>, 坂本穆彦(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】婦人科細胞診の標準化と品質向上を目的として、直接塗抹法とLBC2方法の比較検討を行った。

【対象と方法】当院産婦人科において、子宮腔部・頸部および陰断端部由来の細胞診検体90例(サーベックスブラシ65例、綿棒25例)を対象とし、直接塗抹法、フィルター法、密度勾配法をsplit-sampleにより標本作製を行い、各処理法の不適正率を比較した。不適正標本に関してはその要因を明らかにし、各処理法の違いによる細胞像および細胞判定の差異についても検討した。本研究は倫理委員会の承認を受け、患者への説明と同意を得た。

【結果】直接塗抹法での不適正標本は15例(16.8%)、フィルター法は7例(7.8%)で両者に推計学的有意差はなかった。密度勾配法での不適正標本は0例(0%)であり直接塗抹法と比較して有意に低かった( $p < 0.005$ )。直接塗抹法での不適正要因は全例が扁平上皮細胞数の不足であり、採取器具に綿棒を用いた症例であった。フィルター法での不適正要因も全例、細胞数不足であったが、綿棒・サーベックスブラシ採取ともに不適正標本がみられた。フィルター法では塗抹辺縁に細胞が集簇し、中心部で空白部分が目立つ症例があり、核は淡染する傾向にあった。密度勾配法では細胞は均一に塗抹されていた。処理法間で細胞判定に差異を認めたのは5例であった。

【まとめ】フィルター法での細胞数不足の要因は主に、炎症・出血・粘液過多など患者側の要因が影響することが多く、大型細胞集塊が出現する症例でも細胞数不足となる傾向にあった。それに対して密度勾配法ではこれらの影響は排除可能であった。



### O-2-11 日本における高リスク HPV 型の同定と検診への応用の可能性

金沢医科大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 群馬パース大学保健科学部検査技術学科<sup>2)</sup>, 杏林大学保健学部臨床検査技術学科<sup>3)</sup>

○坂本人一(MD)<sup>1)</sup>, 大阪康宏(MD)<sup>1)</sup>, 柴田健雄(MD)<sup>1)</sup>, 岡山香里(DDS)<sup>2)</sup>, 大河戸光章(DDS)<sup>3)</sup>, 笹川寿之(MD)<sup>1)</sup>

**【目的】**日本の子宮頸部高度上皮内病変 (HSIL) および子宮頸癌を誘発する HPV 型を同定し, 頸癌検診における有用性を推定する。

**【方法】**16-50 歳 6,628 名の日本人女性の子宮頸部擦過細胞の液状細胞診と HPV 型判定を行った。HPV 型は PCR-SSOP-Luminex 法による Genosearch-31 および HPV-30, 34, 67, 69, 85 型を検出する PCR 法を併用して決定した。細胞診異常や HPV 陽性例にはコルポスコピー検査と狙い組織診を行った。子宮頸癌組織の HPV 型の結果は過去の方法によるものも含めた。

**【結果】**HPV 単独型感染した 311 例の癌組織では, HPV-35 以外のすべて 13 高リスク HPV (13HR-HPV) と高リスク候補 HPV (Probably HR-HPV) のうち HPV53, 67, 69, 70 型が検出された。検出頻度は多い順に HPV16, 18, 52, 31, 58 (>3%), HPV33, 56, 59, 68 (>1.1%), HPV-35, 39, 51, 53, 69, 67, 70 (<1%) であった。CIN2 以上の異常において, すべての 13HR-HPV と Probably HR-HPV のうち HPV-26, 30, 53, 66, 67, 68, 70, 82 が単独型として検出された。HPV-53, 66, 67 (1.1-2.1%) は HPV-33, 35, 45, 59 (<1%) より高頻度に検出された。ASCUS トリアージにおける CIN2 以上の検出 (CIN2+) の感度/特異度は 77.9%/95.9% であり, すべての HPV 型, 13HR-HPV, 13HR+Probably HR-HPV をターゲットにした検診における感度/特異度は, それぞれ 98.6%/65.6%, 91.0%/78.4%, 95.0%/73.0% であった。

**【結論】**CIN2+ を目標にした検診では, HPV 検査は細胞診に比べて有意に高感度であり, 特異度の低さは細胞診の併用でカバーできると考えられる。HPV 検診の精度をさらに上げるためには, HPV-53, 67, 68, 69, 70, 82 などを含めた新しい HPV 検査法の開発が望まれる。

### O-2-12 ハイリスク HPV14 種類を 9 つに判別する新規 HPV 簡易ジェノタイプング試薬の臨床評価

金沢大学産婦人科

○中村充宏(MD), 水本泰成(MD), 高倉正博(MD)

**【諸言】**子宮頸部へのハイリスク HPV の持続感染は子宮頸癌の原因である。現在, スクリーニング検査 (子宮頸部細胞診) で ASC-US となった症例を対象としたハイリスク HPV 検査が保険適用となっており, 13 種類の型を一括検出する HPV DNA 「キアゲン」 HCII (HC2) および L1 遺伝子をターゲットとして 14 種類の型を 16 型, 18 型とその他 12 種類として判別するコバス 4800 システム HPV (コバス) などが市場導入されている。今回, E6/E7 遺伝子をターゲットとしハイリスク HPV14 種類を 16 型および 18 型に加え 31 型, 45 型, 51 型, 52 型まで個別に判別し, 残りを 3 つの群として判別する BD Onclarity™ HPV Assay (Onclarity) を評価する機会を得たのでその結果を報告する。

**【方法】**子宮頸癌検診の二次精査等の為に当院産婦人科に来院した 20 歳以上の患者から同意を取得後, サーベックスブラシにて子宮頸部検体を 2 本採取し, 1 本を細胞診および HC2 用に, もう 1 本を Onclarity およびコバス用とした。Onclarity 陽性の検体については MEB-GENTM HPV キットおよび GENOSEARCH™ HPV 31 にて型判別を行った。

**【結果】**脱落例 3 例を除く 144 例を解析対象例とした。Onclarity と HCII およびコバスとの一致率は各々 93.8% および 94.4%, 3 法すべての一致率は 88.9% であった。Onclarity 陽性でコバス陰性の 4 件中 3 件は 52 型であった。CIN2 を閾値とした場合の各法の感度および特異度は 84.6% および 46.1% と同じであった。

**【考察】**Onclarity は既存製品と同等の性能があることが示された。今後, 16 および 18 型以外の型判別の有用性について検討が必要であると考えられた。



### O-2-13 アプティマ HPV における既存法 (コバス HPV, HC2) との比較検討

株式会社ファルコバイオシステムズ総合研究所検査グループ病原体遺伝子

○土谷侑雅(MT), 山田都也子(MT), 福田修久

**【目的】** HPV ハイリスク型 14 種を TMA 法にて一括検出するアプティマ HPV (以下アプティマ) が発売された。アプティマでは E6/E7 遺伝子由来の mRNA を検出ターゲットとしている。今回アプティマと既存法であるコバス 4800 HPV (以下コバス), HPV DNA 「キアゲン」 HC2 (以下 HC2) との相関性について比較検討を行った。

**【内容】** コバスの依頼のあった 100 検体, HC2 依頼の 50 検体, 婦人科細胞診依頼の 202 検体を用いて, アプティマとコバス, HC2 との相関性を比較検討した。

**【結果】** 1) アプティマとコバスとの相関は全体一致率 92.7%, 陽性一致率 88.1%, 陰性一致率 96.4%。HC2 とは全体一致率 94.7%, 陽性一致率 93.5%, 陰性一致率 95.5%であった。

2) アプティマと細胞診の相関は全体一致率 83.7%, 陽性一致率 75.6%, 陰性一致率 80.1%。コバスと細胞診で全体一致率 78.7%, 陽性一致率 67.7%, 陰性一致率 87.5%であった。

3) 細胞診の判定別では ASC-US 以上のアプティマとコバスの相関は全体一致率 85.6%, 陽性一致率 95.1%, 陰性一致率 65.5%, NILM においては全体一致率 93.8%, 陽性一致率 64.3%, 陰性一致率 98.0%であった。

4) 相関不一致例における HPV 型は 16 型 7 例, 52 型 7 例, 31 型 2 例, 45 型 2 例, 58 型 2 例, 型不明 18 例であった。アプティマまたは HC2 陽性, コバス陰性例では 52 型が 6 例, アプティマまたは HC2 陰性, コバス陽性例では 16 型が 7 例であった。

**【考察】** アプティマはコバスに比べ細胞診との相関性が高い結果となった。HC2 は交差反応による偽陽性があり, コバスは検出率が高い傾向にある。アプティマは他の 2 法に比べ偽陽性が少なく, 特異性の高い検査であることが示唆された。

### O-2-14 HPV 遺伝子挿入子宮頸部上皮由来 NCE16A 細胞における p53 遺伝子導入の効果と細胞形態

市立柏原病院産婦人科<sup>1)</sup>, 大阪市立大学医学研究科産婦人科<sup>2)</sup>

○本田謙一(MD)<sup>1,2)</sup>, 笠井真理(MD)<sup>2)</sup>, 市村友季(MD)<sup>2)</sup>, 角 俊幸(MD)<sup>2)</sup>, 石河 修(MD)<sup>2)</sup>

**【目的】** HPV 遺伝子挿入によって p53 が不活性化された細胞に p53 遺伝子を導入してアポトーシスを誘導できるかを調べる。

**【方法】** HPV 遺伝子挿入子宮頸部上皮由来 NCE16A 細胞にアデノウイルスベクターを用いて p53 遺伝子を導入し, p53 遺伝子導入量および p53mRNA 発現量を real time PCR にて測定, アポトーシスを誘導をフローサイトメーターを用いて調べるとともに, パパニコロウ染色をして細胞形態を観察した。

**【結果】** HPV の E6 遺伝子に対する siRNA で前処理した場合は p53 遺伝子導入量および p53mRNA 発現量が増加した。また導入する p53 遺伝子にエストロゲン応答配列を付加し培養条件を調整することによって p53 遺伝子導入量をさらに増加させられた。p53 遺伝子導入量が増加した場合には細胞核の濃縮や破砕などアポトーシスを誘導によると考えられる細胞像が観察された。

**【総括】** p53 が不活性化された子宮頸部上皮細胞に p53 遺伝子を導入してアポトーシスを誘導できる可能性が示唆された。

### O-2-15 子宮頸部液状化細胞診検体における p16/ki-67 二重免疫染色の有用性

筑波大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理学<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>1)</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<sup>®</sup> PLUS kit: Roche)を行った。follow 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35例で, p16/ki-67 二重免疫染色の陽性率は71% (25/35)であり, HSIL または CIN2 以上が検出された症例(高度病変例)は56% (14/25)であった。また, 上述の35例のうち, 21例は High-risk HPV 検査が行われており, 全例陽性であった。HPV 検査陽性例における高度病変例は48% (10/21)であった。また, この21例における p16/ki-67 二重免疫染色の陽性率は67% (14/21)であった。このうち, 高度病変例は, 57% (8/14)であった。なお, p16/ki-67 二重免疫染色が陰性であった7例のうち, 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がやや高かった。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。

### O-2-16 子宮頸部腺系病変との鑑別を要する高異型度扁平上皮内病変の細胞像

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

○龍あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 竹中明美(CT)<sup>2)</sup>, 芦村純一(CT)<sup>1)</sup>, 長田盛典(MD)<sup>2)</sup>, 富田裕彦(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部の腺系病変の検出に細胞診は重要な役割を担っているが, その同定にしばしば苦慮することがある。今回, 子宮頸部の腺系病変を疑ったが, 円錐切除標本にて高異型度扁平上皮内病変のみであった症例の細胞像について検討した。

【対象と方法】2014年4月から2016年8月までの子宮頸部細胞診で腺系異型細胞を指摘した136件のうち, 24例(26件)に円錐切除術が施行された。24例の病理診断は頸部腺癌3例, 上皮内腺癌9例, 体癌1例, 高異型度扁平上皮内病変9例, 腫瘍性病変なし2例であった。この中で高異型度扁平上皮内病変の9例を対象とした。9例の判定の内訳は Adenocarcinoma 3例, AIS 1例, AIS + HSIL 1例, AGC-FN + ASC-H 1例, AGC-NOS + HSIL 3例であった。標本作製法は LBC 法と従来法の併用が6例, LBC 法のみが3例であった。これらの細胞像について病理標本と対比し検討した。

【結果】Adenocarcinoma としていた3例は, 核小体が腫大しクロマチンは微細であり細胞境界は不明瞭であった。AIS としていた1例は, 細胞密度が高く核は淡明であった。HSIL との併存と判定していた症例は HSIL 相当の細胞以外に扁平上皮系か腺系かの鑑別が難しい細胞が含まれていた。9例とも明らかな腺腔様配列はみられなかった。従来法と比較して LBC 法では染色性においてやや透明感が減少したが, 細胞所見は従来法と同様であった。

【結語】扁平上皮系病変と腺系病変は併存していることがしばしばあり, 細胞診でこれらを区別することは必ずしも容易ではないが, 高異型度扁平上皮内病変の多様な細胞像を理解しておくことは頸部腺系病変の正確なスクリーニングに繋がると考えられた。

### O-2-17 子宮頸部細胞診 AGC 症例の病理組織学的検討と転帰

神戸大学医学部附属病院産科婦人科<sup>1)</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>

○川口徹也(MD)<sup>1)</sup>, 今福仁美(MD)<sup>1)</sup>, 蝦名康彦(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木嘉穂(MD)<sup>1)</sup>, 塚本龍子(CT)<sup>2)</sup>, 原重雄(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤智雄(MD)<sup>2)</sup>, 山田秀人(MD)<sup>1)</sup>

【目的】子宮頸部細胞診で AGC 判定であった症例の最終診断結果と臨床経過について検討する。

【方法】2013年1月から2015年12月に、子宮頸部細胞診で AGC 判定のため、精査を行い組織診断の確定した47人(年齢中央値46歳, 範囲29-80歳)を対象とした。診療録, 画像データを用いて後方視的に検討した。統計学的検討はカイ二乗検定, またはフィッシャーの正確検定を用いた。

【結果】最終診断は, 浸潤癌17人(36%) (子宮頸部腺癌7/子宮体癌9/卵巣癌1), 上皮内癌7人(10%) (AIS 3/CIN3 2/子宮内膜異型増殖症1), 良性のみは24人(52%)であった。浸潤癌と診断される頻度は, 未閉経例で13%(6/30人)であるのに対し, 閉経例では76%(13/17人)と有意に高率であった( $p < 0.01$ )。また, 良性のみとされ経過観察(観察期間中央値16ヶ月, 6-34ヶ月)となった16人における細胞診異常の出現頻度は, 未閉経例で0%(0/12人)であるのに対し, 閉経例では75%(3/4人)と有意に高率( $p < 0.01$ )であった。3例は子宮体癌, LEGH, CIN3の診断で手術を行った。

【結論】AGC 症例の最終診断結果は多岐にわたり, AGC 判定例に対しては子宮頸部を中心とした迅速かつ総合的な精密検査が必要である。とりわけ, 閉経後の AGC 判定例についてはハイリスクであることが明らかとなった。

### O-2-18 子宮頸部上皮内腺癌(AIS)の病理学的解析—CIN 病変との合併例を中心に—

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

○花井佑樹(CT)<sup>1)</sup>, 中澤久美子(CT)<sup>1)</sup>, 大森真紀子(MD)<sup>2)</sup>, 石井喜雄(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤詩織(CT)<sup>1)</sup>, 望月直子(CT)<sup>1)</sup>, 笠井一希(CT)<sup>1)</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】子宮頸部上皮内腺癌(以下 AIS)は子宮頸部上皮内腫瘍(以下 CIN)を高率に合併する事が報告されている。しかし, 両成分を的確に診断する事は難しく, 特に腺系病変は細胞学的に判定基準が明確でないため, 扁平上皮系病変との鑑別に苦慮することが多い。今回我々は CIN との合併症例を中心に, その合併頻度および細胞像の検討を行ったので報告する。

【対象】2000年1月から2016年12月までに円錐切除術または子宮全摘術を施行し, 組織学的に AIS と診断され, 術前細胞診が提出された23例を対象にした。

【結果】AIS23例中 CIN の合併を15例(65%)に認めた。術前細胞診では CIN 合併15例中4例(27%)で腺系と扁平上皮系の両成分を, 3例(20%)で腺系のみを, 8例(53%)で扁平上皮系のみを指摘できた。腺系の異型細胞を指摘した7例で AIS と診断できたのはわずか1例であったのに対し, 扁平上皮系の異型細胞を指摘した12例では大半が組織診と一致していた。一方 AIS 単独症例では, 8例中7例で AIS 以上の腺系異型を指摘できた。次に再検討後では CIN 合併15例中9例(60%)で腺系と扁平上皮系の両成分が指摘可能となったが, 腺系異型細胞で AIS と診断できたのは3例に止まり, 多くは AGC と判定した。

【考察】当院においても高率に AIS に CIN の合併がみられたが, その細胞診断は CIN に対し AIS (腺系異型細胞)の判定が難しかった。その原因として採取上の問題だけではなく, CIN の存在が AIS や腺系細胞の指摘・判定を困難にしたものと考えられた。本検討では腺系と扁平上皮系との鑑別に着目し, その細胞学的及び病理学的特徴を検討し報告する。

【まとめ】CIN の異型細胞が存在する場合, AIS の合併も考慮し注意深く観察することが重要である。

## O-2-19 妊娠初期細胞診の精度に関する検討—非妊婦例との比較から

自治医科大学附属病院産婦人科

○大橋麻衣(MD), 藤原寛行(MD), 種市明代(MD), 高橋詳史(MD), 森澤宏行(MD), 高橋寿々代(MD), 町田静生(MD), 竹井裕二(MD), 嵯峨 泰(MD), 松原茂樹(MD)

**【緒言】**妊娠初期細胞診は, 受診率の低い若年層における病変発見の貴重な機会となるが, その精度や特徴を検討した報告は少ない. 特に易出血などの影響で手技そのものが消極的になる可能性があり, 非妊婦と同様の精度で施行できているかは不明である. 妊娠初期細胞診の精度に関して検討した.

**【方法】**2014年1月-2015年3月の2年間に自治医科大学産婦人科で出産し, 妊娠初期に細胞診データのある1847例(中央値34歳:16-49歳)を対象に, 初期細胞診結果および妊娠経過中, 妊娠後の精密検査結果を後方視的に検討した. 比較対象として当院の周辺自治体における同年代の集団検診(非妊婦)結果を用いた.

**【結果】**妊娠初期細胞診の内訳はNILM 1761例(95.3%), ASC-US 27例(1.5%), LSIL 41例(2.2%), ASC-H 7例(0.4%), HSIL 11例(0.6%)で, 細胞診異常は86例(4.7%)であった. このうち69例(80.2%)が妊婦健診で初めて異常を指摘された. 集団検診(非妊婦)における同年齢層の細胞診異常の割合は4.1%(148/3617例)であり, 有意差は認めなかった. またHSILの割合も妊婦10/1832例(0.5%), 非妊婦15/3617例(0.4%)で, 有意差はなかった. 妊娠経過中に組織診をした25例中, 細胞診と組織診の結果が一致したものは15例(60%), 細胞診の結果がoverであったものは7例(28%), underであったものは3例(12%)であった. 細胞診がunderであった割合は非妊婦12%(13/111例)と同率であった.

**【結論】**妊婦健診が子宮頸部異形成の良い発見契機となっていた. 細胞診異常の割合, HSILの割合等は, 同年代の非妊婦と同等であり, 妊娠中に特異的な傾向はなかった. これらの結果から, 妊娠中も非妊時とほぼ同等の検査ができていると考えられた.

## O-2-20 妊娠中に子宮頸部細胞診異常を指摘された症例の検討

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座<sup>1)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 弘前大学医学部病理診断学講座<sup>3)</sup>, 弘前大学医学部保健学科<sup>4)</sup>

○重藤龍比古(MD)<sup>1)</sup>, 山内愛紗(MD)<sup>1)</sup>, 三浦理恵(MD)<sup>1)</sup>, 二神真行(MD)<sup>1)</sup>, 横山良仁(MD)<sup>1)</sup>, 刀稱亀代志(CT)<sup>2)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>2)</sup>, 加藤哲子(MD)<sup>3)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>3)</sup>, 渡邊 純(MD)<sup>4)</sup>

**【背景】**妊娠中の頸部細胞診異常に関しては, 上皮内癌であれば妊娠中に浸潤癌まで進行することは少なく, 分娩後に正常化する症例が多いという報告がある.

**【対象】**2006年1月から2015年12月までの10年間に, 妊娠中に細胞診異常を指摘され当院で分娩し, 産後細胞診を行った66症例を対象とした.

**【方法】**対象症例で妊娠中から分娩後にかけての細胞診の結果の推移と, 組織診断の有無や治療の有無などについて後方視的に検討した.

**【結果】**妊娠中に治療を要した症例はなかった. 28例が不変, 分娩前後でdown gradeしたものが6例, up gradeしたものが5例, 正常化したものが27例であった. 分娩前HSILで分娩後NILMになった5例のうち2例が, 1年半以上経過してから再びHSILとなっていた. 妊娠初期ASC-Hであった1例は組織診でCIS, 分娩後の細胞診でHSILとなったため, 円錐切除をしたところ1a1期の子宮頸癌であった. またup gradeした5例のうち2例が妊娠中も喫煙を継続していた.

**【考察】**今回の検討では妊娠前後での細胞診の正常化率は41%と高かったが, 分娩前にHSILであった場合は分娩後しばらくしてから再度細胞診異常を認めることがあるため, 注意深いフォローが必要と考えられた.



## O-2-21 子宮頸部円錐切除術後管理での標本中の頸管腺細胞及び移行帯細胞の検討

長岡中央総合病院産婦人科

○齋藤強太(MD), 加勢宏明(MD), 横田有紀(MD),  
五十嵐俊彦(MD)

**【目的】** 当院における子宮頸部円錐切除術後管理の子宮頸部細胞診において頸管腺細胞および移行帯細胞(以下, EC/TZ)の有無について検討した。

**【方法】** 当院で 2012 年からの 2 年間に子宮頸部円錐切除術を施行した 49 例について, 術後 3 か月, 1 年, 3 年時の子宮頸部細胞診で EC/TZ の有無について検討した。子宮頸部円錐切除術はハーモニックスカルペルを使用した。細胞の採取はサーベックスブラシを使用し, 検体は液状固定を行った。

**【結果】** (1)平均年齢は  $35.0 \pm 7.5$  歳であり, 未閉経は 47 例(95.9%)であった。経産婦 26 例(53.1%), 未経産 23 例(46.9%)であった。術後 3 か月の子宮頸部細胞診では 49 例中 38 例(77.6%)で EC/TZ を認めた。術後 1 年の子宮頸部細胞診では 46 症例中 35 例(76.0%)で EC/TZ を認めた。術後 3 年の子宮頸部細胞診では 36 症例中 8 例(22.2%)で EC/TZ を認めた。(2)術後 3 か月で EC/TZ を認めた群(以下 EC/TZ 有群) 38 例と EC/TZ を認めなかった群(以下 EC/TZ 無群) 11 例で検討した。手術時間は EC/TZ 有群で  $32.0 \pm 12.2$  分, EC/TZ 無群で  $32.2 \pm 15.0$  分であり差は認めなかった。術中出血が 100 ml 以上の症例は EC/TZ 有群で 6 例(15.8%), EC/TZ 無群で 4 例(36.4%)であったが有意差は認めなかった( $p=0.136$ )。外子宮口から最深部までの標本の深さは EC/TZ 有群で  $15.3 \pm 2.5$  cm, EC/TZ 無群で  $15.0 \pm 3.4$  cm で差は認めなかった。術後に外来で追加の止血処置を要した症例は EC/TZ 有群で 8 例(21.1%), EC/TZ 無群で 3 例(27.3%)で差は認めなかった。

**【結論】** 子宮頸部円錐切除後の EC/TZ の有無に影響する要因は今回の検討では認めなかったが, EC/TZ 無群では術中出血が多かったことから, 術中の止血操作を慎重に行う必要があると思われる。

## O-2-22 細胞診で扁平上皮癌が疑われた CIN2 の 1 例

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部<sup>2)</sup>

○楚南侑子(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木幸雄(MD)<sup>1)</sup>, 太田幸秀(MD)<sup>1)</sup>,  
ルイズ横田奈朋(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤美紀子(MD)<sup>1)</sup>,  
三田和博(CT)<sup>2)</sup>, 佐川弘美(CT)<sup>2)</sup>, 山中正二(MD)<sup>2)</sup>,  
古屋充子(MD)<sup>2)</sup>, 宮城悦子(MD)<sup>1)</sup>

**【はじめに】** 子宮頸部細胞診において小型紡錘形繊維細胞(fiber cell)に代表される高度の異型角化細胞出現は浸潤性の腫瘍病変を示唆する所見であるが, 組織診で確認すると病変は上皮内にとどまっている場合もあり, 細胞診・組織診の乖離が臨床上問題になることがある。我々は, 細胞診では扁平上皮癌を疑ったが組織診断では CIN2 であった症例を経験したので報告する。

**【症例】** 45 歳 .3 回経妊 2 回経産。不正出血を主訴に受診し, 子宮頸部細胞診 HSIL, 組織診 CIN2, HPV16 型のため定期フォローしていたが, 経過中子宮頸部細胞診が SCC 疑いとなり, 病変の進行が疑われた。精査上, コルポスコピー所見は CIN1 を推定させ, 狙い組織診は CIN2, MRI 検査で子宮頸部腫瘍は描出されなかった。CIN2 以上の病変は検出されなかったものの, 細胞診で扁平上皮癌を推定される所見があったため精査目的に子宮頸部円錐切除術を施行したが, 組織診断は CIN2 であった。

**【細胞所見】** 出血性背景に, ライトグリーン好性の fiber cell を多く認め, クロマチンが増量した傍基底型細胞の小集塊を認めた。さらにオレンジ G 好性の異型角化細胞も多く認められ, 扁平上皮癌を疑った。

**【組織所見】** 核腫大を伴う異型基底から傍基底細胞の増生は扁平上皮基底側から 2/3 を越えておらず CIN2 の所見であった。異型上皮は乳頭状増殖を呈しており, 基底層における CIN 細胞の異型は強かったが間質への浸潤は認めなかった。

**【まとめ】** 扁平上皮癌を疑う細胞像を呈していたのにも関わらず, CIN3 以上の組織像が認められなかった一例を経験した。細胞診で SCC と CIN3 を鑑別することは困難であるが, 本症例の組織診断は CIN2 であり細胞診と組織診に大きな乖離がみられた点が特徴的である。



### O-2-23 AGCの長期経過観察中に発症したAIS合併LEGHの一例

国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科<sup>1)</sup>, 国立病院機構西埼玉中央病院研究検査科<sup>2)</sup>

○石井賢治(MD)<sup>1)</sup>, 大野 浩(CT)<sup>2)</sup>, 島田哲也(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の病態は徐々に解明されつつあるものの, その成因や自然史については未解明の部分も多い。今回我々はAGCの長期経過観察中に臨床的LEGHを発症し, AISを合併した症例を経験した。早期に実施した円錐切除標本にはLEGHの初期病変と考えられる所見もあり, LEGHの自然史を知る上で興味深い症例と思われたので報告する。

【症例】44歳, 2経産。子宮頸部細胞診検査AGCのため, 紹介にて当科を受診した。狙い組織診や円錐切除では明らかな異型所見を認めなかったため, 定期的な細胞診にて経過観察したところAGCが持続した。初診から約1年半後の経膈超音波検査では複数の小嚢胞を認め, 定期検診で嚢胞は徐々に増大した。嚢胞は初診後5年で径4cm大となり, 粘性性帯下を認めるようになった。MRIでは明らかな充実部分を認めず, 臨床的LEGHと判断した。その後, 十分なインフォームドコンセントの上で子宮全摘術を実施した。

【細胞所見】初期より頸管腺の異型細胞がシート状, 柵状あるいは孤立散在性(裸核状)に出現した。細胞配列の乱れや核の腫大, 大小不同は軽度であったが, 黄色調粘液産生が著明であった。

【組織所見】円錐切除標本では頸管腺の集簇した過形成を比較的深い位置で認めたが, 分葉構造は明らかでなかった。摘出子宮標本では頸部の腫大があり, 内頸部の円柱上皮において上皮と置換するように異型細胞の増生がみられた。間質の浸潤はみられず, LEGHに合併したAISと診断した。

【結語】臨床的LEGHは複数の小嚢胞から3-4年の経過で形成された。さらにその前段階として分葉構造を示さない集簇した過形成が存在するものと推察され, 細胞診での推定も可能と思われた。

### O-2-24 子宮頸部原発基底細胞様扁平上皮癌の1例

がん研有明病院婦人科<sup>1)</sup>, 三重大学病院産婦人科<sup>2)</sup>, がん研有明病院病理部<sup>3)</sup>

○杉原 武(MD)<sup>1)</sup>, 岡本三四郎(MD)<sup>1)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>, 長島 稔(MD)<sup>1)</sup>, 的田真紀(MD)<sup>1)</sup>, 近藤英司(MD)<sup>2)</sup>, 加藤一喜(MD)<sup>1)</sup>, 竹島信宏(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>3)</sup>, 高澤 豊(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】基底細胞様扁平上皮癌 (basaloid squamous cell carcinoma) は潰瘍や浸潤性成長パターンを示し, 舌, 唾液腺, 食道, 肛門管, 子宮頸部, 前立腺, 胸腺, 外陰部, 膀胱など様々な臓器から発生するまれな腫瘍である。子宮頸部原発基底細胞様扁平上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代, 1経産。不正出血を主訴に前医受診。子宮頸部にポリープ状腫瘍を認め, 同部位の組織診で腺癌の結果であったため, 当院に紹介された。頸部に外向性に発育する腫瘍を認め, 同部位からの細胞診では腺癌, 組織診は分化の方向の不明な低分化癌の結果であった。MRI, 内診から子宮頸癌IIB期と診断し, 腹式広汎子宮全摘術, 両側付属器切除, 骨盤リンパ節郭清術を施行した。

【病理学的所見】肉眼的に内頸部に主座を置く3.6×1.7×1.0cmのポリープ状の腫瘍を認めた。組織学的には, 基底細胞様の異型細胞が大小の充実性胞巣をなして増殖, 浸潤し, 大きな胞巣内に, organoidな塊をなす像が特徴的であった。組織像と免疫染色の結果から, 基底細胞様扁平上皮癌, pT2b N0と診断した。

【考察】細胞所見を見直すと, 出血性背景の中に, 未熟扁平上皮化生細胞様に見える異型細胞が胞巣状集塊で出現する特徴的所見を認めた。術前に腺癌と診断したが, 基底細胞様扁平上皮癌の可能性も考慮すべき所見であったと考えた。

### O-2-25 EUS-FNA が有用であった腭転移で再発した子宮頸部小細胞癌の一例

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>,九州労災病院消化器内科<sup>3</sup>,JR九州病院病理診断科<sup>4</sup>,九州医療センター消化器内科<sup>5</sup>,産業医科大学第一病理<sup>6</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>, 淋 茜(CT)<sup>2</sup>, 吉田徳秀(CT)<sup>2</sup>, 加来豊馬(MD)<sup>3,5</sup>, 濱田哲夫(MD)<sup>2,4</sup>, 久岡正典(MD)<sup>6</sup>

【はじめに】子宮頸部小細胞癌は子宮頸癌の2から5%を占め、予後不良である。腭転移で再発した子宮頸部小細胞癌の診断にEUS-FNAが有用であった症例を報告する。

【症例】41歳女性。経産2回。不正性器出血あり、近医で、子宮筋腫分娩を疑われ、当科初診。子宮頸部に4.5cmの隆起性病変を認め、子宮頸癌と診断。細胞診は陽性で小細胞癌疑い。子宮頸部組織診で、小細胞癌と診断された。広汎子宮全摘術が行われ、結節性隆起部の主体は小細胞癌で広範な脈管侵襲を伴い、左外腸骨リンパ節転移を認めた。最終診断は子宮頸癌1b2期(pT1b2N1Mo)であった。術後1年5カ月目にCEA13.3ng/mlと上昇、PET検査で腭臓に集積を認め、EUS-FNA施行。小細胞癌の像で、子宮頸癌の転移と診断された。脳転移、肝転移、多発リンパ節転移をきたし、術後2年11カ月で腫瘍死の転帰をとった。

【細胞診所見】子宮頸部細胞診、EUS-FNAともにN/C比大で核形不整、大小不同を呈する小型の類円形あるいは楕円形異型細胞が小集塊状あるいは弧在性に多数認められた。

【組織像】摘出子宮で主たる結節性腫瘍部では細胞質に乏しくクロマチン濃染核を有する小型異型細胞の充実性増殖を認め、筋層の1/2に浸潤し、線維化と小血管増生を伴っていた。筋層深部までの脈管侵襲を認めた。一部の平坦隆起部では非角化型扁平上皮癌や上皮内腺癌の像を認めた。左外腸骨リンパ節転移陽性であった。免疫組織学的にはSynaptophysin, CD56がびまん性に陽性であった。EUS-FNAでも同様の所見であった。

【まとめ】子宮頸部小細胞癌の術後経過観察中の腭部腫瘍の鑑別にEUS-FNAが有用で、稀ではあるが、腭転移が初発再発部位として診断された症例を報告した。

### O-2-26 子宮頸部及び体部に広範囲に浸潤性漿液性腺癌を認めた1例

東京大学医学部産婦人科学教室<sup>1</sup>,東京大学医学部病理学教室<sup>2</sup>

○谷川道洋(MD)<sup>1</sup>, 堂本裕加子(MD)<sup>2</sup>, 長阪一憲(MD)<sup>1</sup>, 高橋 優(MD)<sup>1</sup>, 曾根献文(MD)<sup>1</sup>, 足立克之(MD)<sup>1</sup>, 有本貴英(MD)<sup>1</sup>, 織田克利(MD)<sup>1</sup>, 大須賀穰(MD)<sup>1</sup>, 藤井知行(MD)<sup>1</sup>

【緒言】子宮頸部原発の漿液性腺癌は非常に稀で、卵巣・卵管・子宮体部原発を否定する必要がある。今回我々は子宮頸部及び体部に広範囲に漿液性腺癌を認めた1例を報告する。

【症例】64歳2経産。不正出血を主訴に検診を受け、頸部細胞診にて腺癌を認め、当科紹介。長径1.2cmの外向発育性乳頭状腫瘍を認め、生検で腺癌の診断。術前評価にてリンパ節・遠隔転移を認めず子宮頸部腺癌IB1期の診断で広汎子宮全摘術を施行し、術後TC療法を行った。

【細胞所見】出血、炎症性背景に異型細胞の偽乳頭状、ボール状集塊を認めた。集塊の核密度は高く、核配列の乱れや核突出像を認めた。個細胞も散見され、広く淡明な細胞質は変性空胞や好中球浸潤が目立ち、核は大きく腫大し、大小不同や歪み、細顆粒状クロマチン、明瞭な核小体を呈していた。

【組織所見】頸部0時-4時方向に、出血・壊死を伴う病変を認めた。N/C比の高い細胞が複雑な乳頭状・管状構造を形成し増殖する漿液性腺癌の像で、壁の7/10程度まで浸潤していた。子宮体内膜へも進展し、子宮体部筋層へは8/10程度まで孤立散在性の浸潤巣を認めた。漿膜露出はなく、両側付属器・傍結合織への浸潤やリンパ節転移は認めなかった。子宮頸部・体部の腫瘍組織はp53, p16がびまん性陽性で、同一の病変が子宮頸部から体部へと進展・浸潤した可能性も考えられた。

【結論】本症例は最大病変が子宮頸部にあることから子宮頸部原発と診断したが、体部原発の頸部進展や重複発生の可能性は否定できない。子宮頸部漿液性腺癌は稀な疾患であるため、今後も個々の症例の病理像・臨床経過を検討し、適切な診断法及び治療を確立する必要がある。

## O-2-27 細胞診で推定可能であった子宮頸部原発悪性リンパ腫の一例

飯塚病院産婦人科<sup>1)</sup>, 飯塚病院中央検査部<sup>2)</sup>, 飯塚病院病理科<sup>3)</sup>

○小柳貴裕(MD)<sup>1)</sup>, 遠山篤史(MD)<sup>1)</sup>, 藤 庸子(MD)<sup>1)</sup>, 近藤晴彦(MD)<sup>1)</sup>, 川嶋大輔(CT)<sup>2)</sup>, 井上佳奈子(CT)<sup>2)</sup>, 佛淵由佳(MD)<sup>3)</sup>, 辻岡 寛(MD)<sup>1)</sup>, 江口冬樹(MD)<sup>1)</sup>

子宮頸部に発生する悪性リンパ腫はまれであり, その臨床的知見は限られている。細胞診においては, 濾胞性頸管炎や小細胞癌, 低分化腺癌などの上皮性悪性腫瘍との鑑別が困難な場合も少なくない。細胞診で推定可能であった子宮頸部原発悪性リンパ腫の一例を報告する。

【症例】74歳。6経妊3経産, 52歳閉経。特に自覚症状はなく, 子宮頸がん検診で非上皮性悪性腫瘍が疑われ当科を受診した。子宮腔部上唇に易出血性で脆弱な肉眼的腫瘍を認め, 経腔超音波上, 子宮頸部に径4cm大の等エコー腫瘍を認めた。細胞診では壊死性背景に上皮様の構築を示さない孤立散在性の異型細胞を認め, 悪性リンパ腫などの非上皮性悪性腫瘍を推定した。組織診でCD20陽性の大型円形異型リンパ球のびまん性増殖を認め, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断した。LDHや可溶性IL-2受容体の上昇はなかった。PET-CTで子宮頸部腫瘍および胃噴門下部リンパ節に異常集積を認め, 臨床病期を2EA期と決定した。治療はDLBCLの標準的化学療法であるR-CHOP療法を6コース行い現在まで寛解を維持している。子宮頸部細胞診, 組織診で異型細胞の出現を認めず, 画像上も子宮頸部腫瘍は消失した。

子宮頸部原発悪性リンパ腫は細胞診・組織診による術前診断が困難であり, 手術検体で初めて悪性リンパ腫と診断される場合も少なくない。過剰な手術侵襲を加えることなく悪性リンパ腫の診断を行い, 適切な化学療法を導入できるよう細胞病理学的知見をさらに集積することが今後必要であると考え。

## O-2-28 細胞診で子宮頸部大細胞神経内分泌癌を推定した2例

鳥取大学産科婦人科<sup>1)</sup>, 鳥取大学病理診断科<sup>2)</sup>

○小松宏彰(MD)<sup>1)</sup>, 小作大賢(MD)<sup>1)</sup>, 澤田真由美(MD)<sup>1)</sup>, 工藤明子(MD)<sup>1)</sup>, 野中道子(MD)<sup>1)</sup>, 千酌 潤(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤慎也(MD)<sup>1)</sup>, 桑本聡史(MD)<sup>2)</sup>, 堀江 靖(MD)<sup>2)</sup>, 大石徹郎(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】大細胞神経内分泌癌(LCNEC)はWHO分類(2014)で小細胞癌とともにHigh-grade endocrine carcinomaに分類される。子宮頸部悪性腫瘍の5%未満と稀な腫瘍であり, その予後はきわめて不良である。頸部細胞診にてLCNECと推定し得た子宮頸癌2症例について報告する。

【症例1】47歳女性。半年前から性器出血を自覚し受診。子宮頸部に長径51mmの腫瘍を認め, 頸部細胞診を施行した。出血性背景に比較的大型で辺縁に柵状配列を示す細胞集塊がみられ, 核は円形から類円形, 核分裂像を多数認め, クロマチンは粗顆粒状, 核小体は比較的明瞭であった。免疫細胞化学でSynaptophysin陽性であり, LCNECを推定した。狙い生検の結果はLCNECであり, 子宮頸癌IB2期と診断。術前化学療法施行後に広汎性子宮全摘出術を施行した(pT1B2N0M0)。

【症例2】36歳女性。29歳時にCIN3を指摘され, 他院で光線力学療法(PDT)施行。3カ月前に経腔分娩。分娩後も性器出血が持続するため, 精査目的に当科紹介となった。子宮頸部に長径45mmの腫瘍を認め, 頸部細胞診を施行。背景は出血性, 核は類円形で, 粗顆粒状クロマチンと明瞭な核小体, 豊富な細胞質を有する異型細胞が緩かな結合性を示す集塊を形成して出現していた。免疫細胞化学でSynaptophysin陽性であり, LCNECを推定した。組織診でLCNECと確定し, 子宮頸癌IIB期の診断にて同時化学放射線療法を施行した。

【結語】LCNECの細胞診断は困難であるが, 大型の細胞質や明瞭な核小体, 結合性の緩い集塊など, 細胞像の特徴をとらえ, Synaptophysinなどの免疫染色を追加することで本症例をLCNECと推定することが可能であった。

### 0-2-29 神経内分泌腫瘍成分を伴う子宮頸部癌肉腫の 1 例

大阪医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 大阪医科大学病理学教室<sup>2)</sup>

○森田奈津子(MD)<sup>1)</sup>, 芦原敬允(MD)<sup>1)</sup>, 丸岡 寛(MD)<sup>1)</sup>, 前田和也(MD)<sup>1)</sup>, 藤原聡枝(MD)<sup>1)</sup>, 田中智人(MD)<sup>1)</sup>, 田中良道(MD)<sup>1)</sup>, 寺井義人(MD)<sup>1)</sup>, 山田隆司(MD)<sup>2)</sup>, 大道正英(MD)<sup>1)</sup>

【目的】子宮頸部癌肉腫は稀で, これまでに国内外と併せて 50 例程が報告されているにすぎない. 今回, 癌腫の組織型が神経内分泌腫瘍成分で構成される, 子宮頸部癌肉腫の症例を経験したので報告する.

【症例】58 歳, 2 経妊 2 経産. 帯下異常を主訴に前医を受診し, 子宮頸部に乳頭状に発育する腫瘤を認め, 精査加療目的で当院に紹介となった. MRI 画像で子宮頸部後唇を中心に発生する φ4.8 cm の腫瘤を認め, NAC 施行後に, 広汎子宮全摘出術と両側付属器摘出術を施行した. 最終診断は Cervical Carcinosarcoma with Neuroendocrine differentiation, (ypT1b1 N1 M0) であった.

【子宮頸部細胞診】血性から壊死性背景に, N/C 比の高く, 核の大小不同やクロマチン凝集のある異型細胞を孤立散在性から集塊状に認めた. 不規則重積性であり, 結合のほつれも伴っていた. 肉腫成分として紡錘形や大型の異型細胞の出現を認め, 上皮成分として円形から類円形で核小体明瞭な異型細胞を認めた.

【病理組織診】子宮頸部には腫瘍の包巣状増殖(癌腫成分)と, 束状増殖(肉腫成分)が混在していた. 包巣状増殖は類円形から円形の腫瘍細胞で, 束状増殖は紡錘状で核異型の強い腫瘍細胞で形成されていた. 免疫染色において, 肉腫成分は vimentin, PAS が陽性, AE1/AE3, CK7, CK20 は陰性であった. 癌腫成分では AE1/AE3 以外にも CD56, synaptophysin, chromograninA が陽性であった. 以上から, 神経内分泌腫瘍成分を伴う子宮頸部癌肉腫の診断であった.

【まとめ】癌腫成分に神経内分泌腫瘍成分を伴う極めて稀な子宮頸部癌肉腫の 1 例を経験した. 本症例に文献学的考察を加え報告する.

### 0-2-30 神経内分泌腫瘍の共存が考えられた子宮頸部扁平上皮癌の一例

市立釧路総合病院医療技術部検査科<sup>1)</sup>, 市立釧路総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 市立釧路総合病院産婦人科<sup>3)</sup>, 札幌医科大学病理学第二講座<sup>4)</sup>, NTT 東日本札幌病院臨床検査科<sup>5)</sup>

○小関孝之(CT)<sup>1)</sup>, 小笠原淳(CT)<sup>1)</sup>, 田畑聡美(CT)<sup>1)</sup>, 中野勝彦(CT)<sup>1)</sup>, 守田玲菜(MD)<sup>2)</sup>, 玉手雅人(MD)<sup>3)</sup>, 村田雅樹(MD)<sup>4)</sup>, 高桑康成(MD)<sup>5)</sup>

【緒言】子宮頸部神経内分泌腫瘍は子宮頸部悪性腫瘍の 5%以下と言われ日常的に遭遇する機会は少ないが他の組織型と共存する事は知られている. 今回, 初診時細胞診で神経内分泌腫瘍成分のみが認められ化学療法後の細胞診では扁平上皮癌成分のみが認められた 1 例を経験したので報告する.

【症例】46 歳, 女性. 不正性器出血にて当院産婦人科受診. 陰鏡診にて 4 cm 大の腫瘤を認め子宮頸癌を疑い細胞診及び生検が施行された.

【細胞所見】壊死性背景に裸核状を呈する異型細胞の充実性集塊を認めた. ロゼット形成を疑わせる所見や木目込様配列も見られた. 集塊周囲には核線も見られたため神経内分泌腫瘍と判定した.

【生検所見】著明な壊死を伴い N/C 比の高い腫瘍細胞が密に増殖する所見を認めた. 免疫染色では p40(-), CK5/6(-), CD56(+), chromogranin A(-), synaptophysin(±)の所見が得られ神経内分泌癌と診断された. その後化学療法が行われ 90%以上の腫瘍の縮小が認められた.

【化学療法後細胞所見】好中球を背景に類円形, 多角形, 紡錘形など多彩な形態を示す扁平上皮癌細胞を認めたが神経内分泌腫瘍を示唆する異型細胞は見られなかった.

【組織所見】広汎子宮全摘術が施行され頸部全割標本にて広範囲に CIS と角化を伴う扁平上皮癌細胞の浸潤増生像を認めたが神経内分泌腫瘍の成分は見られなかった.

【考察】腫瘍の発育形態や腫瘍表層部を占める細胞成分, 検体採取方法などにより必ずしも両成分が含まれるとは限らずどちらか一方のみが採取される場合もあり得る. 本症例は病変の大部分を占めていた神経内分泌腫瘍に対して化学療法が奏功し共存していた扁平上皮癌成分のみが残存したものと考えられた.



### O-2-31 乳癌センチネルリンパ節転移陽性症例に対する非郭清非照射の適応

千葉大学臓器制御外科<sup>1)</sup>, 千葉大学診断病理<sup>2)</sup>

○長嶋 健(MD)<sup>1)</sup>, 三階貴史(MD)<sup>1)</sup>, 羽山晶子(MD)<sup>1)</sup>, 石神恵美(MD)<sup>1)</sup>, 升田貴仁(MD)<sup>1)</sup>, 中川綾子(MD)<sup>1)</sup>, 中谷行雄(MD)<sup>2)</sup>, 大塚将之(MD)<sup>1)</sup>

センチネルリンパ節生検の普及により, リンパ節転移陰性乳癌の腋窩郭清省略が安全に行えるようになった. 腋窩リンパ節の術前評価では画像検査に加え, 超音波ガイド下に穿刺吸引細胞診を施行しているが, 術中・術後の病理検査ではじめて転移が証明される偽陰性症例は時々経験する. このようなリンパ節転移陽性症例に対する腋窩郭清や放射線照射の是非については完全に明らかになっていない. 今回われわれは, センチネルリンパ節転移陽性乳癌において, 腋窩郭清および腋窩照射を省略し得る可能性について, 自験例を用いて retrospective に検証した. 2000年から2015年にセンチネルリンパ節生検を施行した1,758例のうち, リンパ節転移陽性で腋窩郭清を行わなかった症例は61例であった. 全例女性で, 平均年齢52.3歳, 平均腫瘍径19.1mmで, その多くは穿刺吸引細胞診を含む術前検査で転移が証明されず, 永久標本を用いた再検索で転移が判明した症例であった. 観察期間中央値63か月において, 乳房全摘後で郭清も照射も行わなかった症例の術後再発は3例(12.0%)に認められたが, すべて遠隔再発のみで領域リンパ節再発は認めなかった. 一方, 同時期に乳腺部分切除および術後の乳房接線照射を受けたリンパ節転移陽性症例では3例(8.3%)に術後再発を認め, そのうち2例(5.6%)は領域リンパ節再発を伴っていた. センチネルリンパ節に転移を有する症例において, 非照射であってもリンパ節再発率が上昇しないことから, 本邦女性における乳房接線照射の腋窩再発抑制効果は明らかではなく, 症例を選択すれば腋窩郭清のみならず放射線照射も省略し得ると考えられた.

### O-2-32 乳腺穿刺吸引細胞診におけるLBC-p63免疫染色標本の統計学的解析

愛媛県立中央病院検査部<sup>1)</sup>, 愛媛県立中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○大杉増美(CT)<sup>1)</sup>, 安田理恵(MT)<sup>1)</sup>, 高石裕子(CT)<sup>1)</sup>, 木下幸正(CT)<sup>1)</sup>, 木藤克己(MD)<sup>2)</sup>, 杉田敦郎(MD)<sup>2)</sup>, 前田智治(MD)<sup>2)</sup>

【目的】乳腺穿刺吸引細胞診において, Pap染色による細胞形態の判定に加え, 細胞診標本に筋上皮マーカーのp63免疫染色を実施し, 診断精度向上の有無を検討した. 【方法】乳腺の病変部を穿刺吸引し, 針内をBDサイトリッチレッドで洗浄した検体よりLBC(シュアパス)標本を2枚作製し, Pap染色とp63免疫染色を行った. LBC-p63標本中にp63陽性細胞を含む集団数が全細胞集団数に占める割合, 細胞集団内にp63陽性細胞数が占める割合, 背景のp63陽性細胞数を各々算出し, 統計学的に解析した. さらに, 良性と悪性のカットオフ値を算出した.

【結果】2010年7月から2016年9月に施行され, 今回評価対象とした298例で組織が確認された228例の内訳は, 線維腺腫8例, 乳腺症6例, 乳管内乳頭腫8例, 非浸潤性乳管癌26例, 乳頭腺管癌30例, 充実腺管癌55例, 硬癌95例であった. 298例中70例は画像診断, 細胞診断などから臨床的に良性と診断され, 経過観察されている症例であった. 全ての検討項目において, 良性疾患群と比較し悪性疾患群は有意に低値を示した( $P < 0.001$ ). 設定したカットオフ値により, 感度96.8%, 特異度96.5%, 陽性適中率98.4%, 陰性適中率93.2%, 正診率96.7%となった. Pap標本による細胞判定と組み合わせることで, さらに診断精度が向上した.

【総括】統計学的解析により, LBC-p63における良悪性の判定基準となり得るカットオフ値を算出することができた. しかし, 偽陽性, 偽陰性となった症例も存在することから, LBC-p63標本の判定には注意が必要である.



### O-2-33 乳腺穿刺吸引細胞診における Liquid-based cytology -CK5/6 免疫染色の有用性を中心に

松山赤十字病院病理診断科

○窪田裕美(CT), 水野彩乃(CT), 坂本真吾(CT),  
三好陽子(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)

【目的】 Liquid-based cytology (LBC) は従来の塗抹標本よりも集細胞性に優れ、また同質標本を複数枚作製可能であるため染色の追加も容易である。一方、乳腺の組織診では高分子サイトケラチンなど免疫染色が良悪性鑑別の一助となる。そこで、乳腺穿刺吸引細胞診の診断精度向上を目指し、LBC と CK5/6 免疫染色の有用性について検討した。

【方法】 2012年4月から2016年10月に当院で施行された乳腺穿刺吸引細胞診の全150例を対象とし、従来法単独29例、従来法・LBC併用57例、LBC単独64例の検体不適正率を比較した。またLBC導入後の121例中、細胞量が十分でCK5/6免疫染色を追加でき、かつ組織診と対比しえた44例について、CK5/6の陽性・陰性が組織診の良性・悪性に対応するか前向きに検証した。

【結果】 検体不適正率は従来法単独で45% (13/29)、併用で32% (18/57)、LBC単独で14% (9/64)と徐々に低下した。CK5/6と対比できた44例の組織診は悪性28例、良性16例であった。組織診が悪性であった28例中、CK5/6陰性は25例・陽性は3例(浸潤性乳管癌2例、被包型乳頭癌1例)であった。良性病変16例中、CK5/6陽性は11例・陰性は5例(線維腺腫2例、葉状腫瘍1例、アポクリン化生1例、乳管上皮過形成1例)であった。

【まとめ】 LBC導入により検体不適正率を大幅に減少させることができた。CK5/6はアポクリン化生や線維腺腫・葉状腫瘍の一部で陰性となる点に注意を要するが、良性病変でモザイク状陽性像を示すことが多かった。悪性腫瘍の約9割がCK5/6陰性で、陽性の3例は'Basal-like'乳癌に相当し異型の強さから悪性と正診できた。CK5/6は良悪性の鑑別に有用であり、特に異型の弱い乳癌で診断精度向上に寄与すると考える。

### O-2-34 LBCによる乳腺細胞診断の標準化を目指して～comedo型乳管癌の検討～

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科

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

【はじめに】 溶血作用のある低アルコール濃度の保存液を使用したLBC標本は、赤血球や蛋白凝固が減少し背景がクリアになる。一方、壊死物質はcomedo型乳管癌の診断に重要な所見である。そこで今回直接塗抹標本とLBC標本にて、comedo型乳管癌の壊死物質を含めた細胞所見を比較検討した。

【対象と方法】 2016年1～11月に手術され組織学的にcomedo型DCISを主体とした症例の(DCIS:1例/微小浸潤癌:4例)摘出検体に穿刺を2回行い、直接塗抹標本とBDサイトリッチTMレッド保存液を使用したLBC標本作製し、十分な細胞量が見られた5例を対象について認識可能所見と異型細胞について、構築・観察可能な割合を検討した。壊死物質は異型細胞の細胞質と性状が同じ、あるいは脱核跡があるものとした。

【結果】 認識可能所見は異型細胞(直接塗抹標本/LBC標本:5/5)、壊死物質(5/5)、泡沫細胞(5/5)、石灰化(4/4)であった。LBC標本の壊死物質は、背景の血液や蛋白成分の減少によって認識しやすくなり、また、ライトグリーンに濃染し、辺縁が比較的明瞭な特徴が見られた。異型細胞の構築は、胞巣状(5/5)、孤立性(5/5)、裸核状(5/5)、篩状(4/4)、集塊辺縁がなだらかな曲線を描く集塊(4/4)であり、差が見られなかった。しかし、核所見が観察可能な異型細胞の割合は3割未満(2/0)、3割以上(1/0)、5割以上(1/2)、8割以上(1/3)とLBC標本が観察容易であった。

【まとめ】 comedo型乳管癌の直接塗抹標本とLBC標本では細胞所見に差はなく、LBC標本でも壊死物質の認識は可能であり、さらに異型細胞の核所見の観察は容易になった。LBCによる壊死を伴う病変の診断は可能であると思われた。

### O-2-35 乳腺穿刺吸引細胞診の集塊不整性評価におけるグレー・フラクタル解析法の有用性

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>1)</sup>, 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>2)</sup>, 十和田市立中央病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 弘前市立病院臨床検査科<sup>4)</sup>, 弘前市立病院乳腺外科<sup>5)</sup>

○吉岡治彦(CT)<sup>1,2)</sup>, 戸来安那(CT)<sup>3)</sup>, 及川颯太(CT)<sup>4)</sup>, 石山雅大(MT)<sup>4)</sup>, 吉澤忠司(MD)<sup>4)</sup>, 田中正則(MD)<sup>4)</sup>, 長谷川善枝(MD)<sup>5)</sup>, 堀江香代(CT)<sup>1,2)</sup>, 渡邊 純(CT)<sup>1,2)</sup>

**【目的】**近年, 乳腺超音波検診の高精度化に伴い明らかな悪性所見を示さない画像や微小嚢胞が抽出される機会が増え, 精査のための乳腺穿刺吸引細胞診(FNAC)の精度向上が求められている. そこで, グレー・フラクタル(GF)解析法による細胞集塊不整性の評価が, 乳癌の客観的な鑑別手法として有用であるか検討した.

**【材料・方法】**材料: 線維腺種(FA)10症例100集塊, 非浸潤性乳管癌(DCIS)9症例90集塊, 浸潤性乳管癌(IDC)11症例122集塊. 検討項目1: グレースケール変換法12種(RGB平均, 最大値, 最小値, 加法混色系, 減法混色系, HSL系, YIQ系). 検討2: GF解析法の検討1) 集塊面積(小集塊: 40未満, 大集塊: 100以上, 中集塊: 中間, 単位:  $\times 10^2 \mu\text{m}^2$ )のヒストグラム, 2) 集塊形状(面積, 複雑度), 3) 集塊内複雑度(グレーフラクタル値/真円度)

**【結果】**結果1 グレースケール: マゼンタフィルター画像が, 最も核配列, 重積性が明瞭であった. 2-1) 集塊面積: FAは小集塊と大集塊が各々約30%混在した. IDCは小集塊が60%, 大集塊約2%. DCISは各集塊が同程度に混在した. 2) 集塊形状: 小集塊ではIDCはFAに比べ面積は小さく, ばらつきが強く, 複雑度が高かった. 大集塊ではIDCはFAに比べ面積, ばらつきは小さいが, 複雑度は高かった. 3) 集塊内複雑度: 小集塊ではIDCはFAに比べ, 真円度補正グレー・フラクタル値が高値を示し集塊内構造が複雑であった. IDCはDCISに比べ高値を示し, 集塊内構造が複雑であった. 大集塊でも小集塊と同様な結果であった.

**【結論】**GF解析法を用いて小集塊と大集塊の細胞集塊不整性を評価することは, 乳癌の客観的な鑑別手法として有用である.

### O-2-36

演題取下げ

### O-2-37 Invasive ductal carcinoma with focal lipid-rich feature, a case report

JA 新潟厚生連糸魚川総合病院検査科<sup>1)</sup>, JA 新潟厚生連糸魚川総合病院外科<sup>2)</sup>, 富山大学大学院医学薬学研究部病態病理学講座<sup>3)</sup>, 富山大学附属病院病理部病理診断科<sup>4)</sup>, 滋賀医科大学医学部附属病院病理部病理診断科<sup>5)</sup>

○澤口幸希(CT)<sup>1)</sup>, 濱島 丈(MD)<sup>3)</sup>, 笹原正清(MD)<sup>3)</sup>, 田澤賢一(MD)<sup>2)</sup>, 森谷鈴子(MD)<sup>5)</sup>, 堀 隆(CT)<sup>4)</sup>

脂質分泌が目立つ乳癌の一例を経験した。

**【症例】**80代, 女性. 乳房に腫瘍を自覚し近医より紹介. 右乳房に2 cm 大の腫瘍を認め, 穿刺吸引細胞診(ABC)で悪性と診断されたため, 切開生検の迅速診断を経て乳房全摘術が行われた。

**【ABC 所見】**孤在性および大小の充実性集塊で多数の異型細胞が出現した. 異型細胞は大小不同を認め, ライトグリーンに濃染する細胞質を有する小型細胞と, 淡明で網目状・泡沫状の豊富な細胞質を有する中等大から大型の細胞が混在した. 核は類円形でやや腫大し, クロマチン増量, 核形不整, 好酸性の小型核小体を認めた. 背景には壊死様で分泌様濃縮変性物が見られ, 異型細胞の細胞質にも同様の物質が所々に見られた. 以上より, 脂質分泌を有する悪性腫瘍で, Lipid-rich carcinoma を疑った。

**【摘出組織所見】**充実性, シート状の発育を示す浸潤癌で, 豊富な細胞質に空胞状変化が見られクロマチン増量を伴う小型から中等大の核を有する脂腺に類似する細胞と, 好酸性で空胞変化が目立たない細胞が複雑に混在していた. 脂質を有する腫瘍細胞が全体の60%程度で, 免疫染色はCAM5.2, AE1/AE3, Androgen receptor が陽性, CK5/6, p63 が陰性であった. Invasive ductal carcinoma with focal lipid-rich feature と診断した。

**【考察】**脂質分泌が目立つ乳癌はLipid-rich carcinoma や sebaceous carcinoma などの稀な特殊型乳癌に分類される. 本例では, 術前ABCでLipid-rich carcinoma を疑ったが, 組織像はWHO分類の定義にいずれも合致しなかった. 予め脂質分泌が分かれば後の組織像検察が有利となり術前細胞診の意義は大きい. 類似例の細胞診に関する文献が乏しい中で今後の症例蓄積が望まれる。

### O-2-38 乳腺血管肉腫の2症例

PCL 盛岡病理・細胞診センター<sup>1)</sup>, 八戸市立市民病院臨床検査科病理<sup>2)</sup>

○宮智恵子(CT)<sup>1)</sup>, 方山揚誠(MD)<sup>1)</sup>, 小川七恵(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木仁子(CT)<sup>1)</sup>, 海老川久美子(CT)<sup>1)</sup>, 工藤里美(CT)<sup>1)</sup>, 奥沢悦子(CT)<sup>2)</sup>, 矢嶋信久(MD)<sup>2)</sup>

**【はじめに】**乳腺原発の血管肉腫は頻度の低い疾患であり, 予後は不良である. 細胞診では良悪性の判断が困難な例があり, また悪性と判断しても組織型推定は容易ではない. 今回我々は穿刺吸引細胞診で血管肉腫2例を観察する機会を得たので, 針生検での組織像との対比を含めて報告する。

**【症例1】**74歳女性, 非結核性抗酸菌症で入院中に右乳腺腫瘍が発見された. 穿刺吸引細胞診で小型だがN/C比が高く, 核形不整な異型細胞を小集塊および孤在性に認め, 悪性, 乳管癌疑いと診断した. 組織所見は, 増加した結合組織の中に小胞巣ないし腺管様構造の形成が見られ, 部分的に大型の胞巣形成, 充実性細胞を認め, 多数の核分裂像を認めた. CD31 一部陽性, D2-40 陽性であり, 血管肉腫と診断した。

**【症例2】**83歳女性, 左乳腺CD領域の腫瘍. 穿刺吸引細胞診では血性背景にN/C比が高く, 核型不整, 核小体の腫大を伴う異型細胞が孤在性に出現していた. 小集塊の形成もあり, 悪性, 乳管癌疑いと診断した. 組織所見は, 類円形ないし短紡錘状の腫瘍細胞が充実性に増殖しており, 管腔形成は極めて少数であった. CD31, D2-40, ERG が陽性であり, 血管肉腫と診断した。

**【まとめ】**乳腺血管肉腫は細胞診での診断が困難な場合が多い. 今回は2例とも悪性と判定したが, 異型細胞集塊が出現しており, 上皮性と考えると浸潤癌を考えた. 過去の報告例も多くは悪性としても, 血管肉腫を推定するには至っていない. 細胞像としては索状配列がみられず, 結合性のほとんどない腫瘍細胞が多い点が通常の癌と異なると考えた。

## O-2-39 乳腺間質肉腫の1例

総合大雄会病院技術検査科<sup>1)</sup>, 藤田保健衛生大学医学部  
第1病理学<sup>2)</sup>

○中村智子(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木健太郎(CT)<sup>1)</sup>,  
堂菌俊太郎(CT)<sup>1)</sup>, 寶來慎吾(CT)<sup>1)</sup>, 橋本俊彰(CT)<sup>1)</sup>,  
堤 寛(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺間質肉腫は、乳腺悪性腫瘍の1%以下の稀な疾患である。今回我々は乳腺間質肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】93歳 女性 6年前頃から右乳房嚢胞に対して度々穿刺排液を実施していた。1年前に嚢胞穿刺液の細胞診を行ったが、炎症細胞を認めるのみであった。今回、腫脹増大、熱感が出現したため再受診された。穿刺細胞診にて『悪性；乳腺間質肉腫または悪性葉状腫瘍の疑い』と診断され、右乳房全摘術が行われた。

【画像所見】右乳房を占めるような分葉形の低エコー腫瘤を認めた。

【細胞所見】散在性や細胞境界不明瞭な不規則性集塊で多数の異型細胞を認めた。核は中～大型で紡錘形～楕円形、繊細なクロマチン、核小体腫大が見られた。

【肉眼所見】摘出臓器のほとんどを占める92×97mm大の白色～黄白色調、分葉形結節病変で、出血や壊死を認めた。

【組織所見】大小不同、多形性の目立つ紡錘形細胞が錯綜配列、花筵状配列で密に増殖していた。大小不規則な大型核を有し、核分裂像も散見された。また、リンパ球、多核組織球の介在が見られた。腫瘍成分の中に上皮様構造は認められず、悪性非上皮性腫瘍が考えられた。免疫染色結果は、Vimentin, CD10が陽性、EMA, Desmin, αSMA, S100, CD34, ER, PgRが陰性を示した。Ki-67indexは75%であった。

最終的に、乳腺間質肉腫と診断された。

【まとめ】稀な腫瘍である、乳腺間質肉腫の1例を経験した。

## O-2-40 右乳腺小葉癌診断後の細胞診標本の再検討により発見された左乳腺管状癌の1例

八戸赤十字病院検査技術課

○小原勇貴(CT), 萩生田美穂(CT), 清水道弘(CT),  
吉田幸司(CT), 笹生俊一(MD)

【はじめに】乳腺管状癌は特殊型乳癌に分類されている稀な組織型の一つである。今回我々は穿刺吸引細胞診の再検討で悪性を推定し、組織学的に管状癌であった症例を経験した。

【症例】45歳 女性。健診で右乳癌と診断。精査加療目的に当院外科に紹介された。超音波検査で左乳腺にも低信号腫瘤を認め、右乳腺針生検と左乳腺穿刺吸引細胞診を施行。右乳腺腫瘤は乳管癌を考え、左乳腺腫瘤は管状やシート状の乳管上皮集塊や線維性間質の出現を認め、細胞異型も弱く、線維腺腫疑いと報告した。右乳腺腫瘤は浸潤性小葉癌であった。その後左乳腺穿刺吸引細胞診標本と右乳腺針生検時の捺印標本を比較検討し、背景に双極核細胞を認めず、筋上皮のない不整配列を示す管状集塊にクロマチンの増量があることに気付いた。左乳腺腫瘤も小葉癌を推定すると報告を訂正した。左乳腺腫瘤の針生検と摘出生検が行われた。

【左乳腺穿刺吸引細胞診所見】きれいな背景に大小種々の細胞集塊を多数認めた。それらは長短種々の土管状および大小の管状構造が互いに連なる樹状を、一部シート状を呈していた。細胞集塊に二相性はなく、結合性が強く細胞密度が高かった。細胞境界は不明瞭でN/C比が高く、核は類円形で大きさはほぼ均一であった。クロマチンは微細顆粒状で増量していた。細胞質内小腺腔を多数認めた。小型核小体を1, 2個有していた。

【左乳腺腫瘤病理組織所見】一層の細胞異型の弱い細胞が腺管を形成して浸潤増生していた。間質に結合織増生を認めた。ER(+), S-100(+), CK14(-), CK5/6(-), p63(-)であった。

【結語】管状癌の癌細胞は異型が弱く、診断に苦慮する場合が多いと考えられた。



### O-2-41 18 年前に切除された右乳腺原発の硬癌が浸潤性小葉癌に形質転化し腹膜播種を来した 1 例

広島大学病院病理診断科

○小川勝成 (CT), 有廣光司 (MD), 清水智美 (CT), 石田克成 (CT), 織田麻琴 (DDS), 木村修士 (MD), 城間紀之 (MD)

【はじめに】浸潤性乳管癌の遠隔転移部位として頻度が高いのは、肺、胸膜、肝、骨であり、浸潤性小葉癌では髄膜や腹膜への転移が特徴である。術後 18 年目に腹膜播種及び十二指腸狭窄症を来して再発した浸潤性小葉癌の 1 例を経験したので、その細胞像及び病理組織像の再検討を行い報告する。

【症例】患者は、60 代女性。約 18 年前右乳腺 C 領域に 2 × 1 cm 大の腫瘤が認められ、非定型右乳房切除術が施行された。この腫瘤は硬癌と診断され、リンパ節転移、乳頭及び皮膚への浸潤を伴っていた。術後 3 年目に局所再発、骨転移が出現し化学療法及び放射線療法により臨床的完全奏効が維持されていた。術後 18 年目に十二指腸狭窄が出現、腹膜播種が疑われ開腹生検と腹水細胞診が施行された。開腹時の腹水細胞診：小型異型細胞が瀰漫性に出現、一部に印環細胞や多核形成及び索状配列を示す集塊を認めた。核クロマチンは微細顆粒状で小型核小体を認めた。組織化学的には、PAS 反応で瀰漫性陽性細胞を散見した。病理診断：迅速組織検査に提出された腹膜結節では、小型均一な腫瘍細胞が索状あるいは瀰漫性に浸潤し、核は小型均一で、すりガラス状を呈した。免疫組織化学的に腫瘍細胞は、CK34βE12(-)、E-cadherin(-)、ER 弱陽性。HER-2 score 1+であり浸潤性小葉癌と硬癌の中間型と見做された。

【まとめ】浸潤性乳管癌が腹膜播種を示す頻度は低いとされるが、本例では、長い経過を経て小葉癌へ形質転化したと思われる。一般的に体腔液に出現した乳癌細胞を硬癌細胞と小葉癌細胞に鑑別することは困難である。液状化検体標本及び摺合せ標本及び腹水セロブロック標本での細胞所見を比較検討し、併せて免疫細胞化学的検討を加え報告したい。

### O-2-42 ゼノグラフト (異種移植) 腫瘍細胞を用いた免疫染色コントロールに関する基礎的検討

東大和病院病理細胞診断科<sup>1)</sup>, 実験動物中央研究所病理解析センター<sup>2)</sup>, 神戸大学大学院保健学研究科<sup>3)</sup>

○河村淳平 (CT)<sup>1)</sup>, 川井健司 (CT)<sup>2)</sup>, 島方崇明 (CT)<sup>1)</sup>, 林友理恵 (CT)<sup>1)</sup>, 坂牧久仁子 (CT)<sup>1)</sup>, 篠友希 (CT)<sup>1)</sup>, 鴨志田伸吾 (CT)<sup>3)</sup>, 桑尾定仁 (MD)<sup>1)</sup>

【目的】現在、免疫細胞化学的検索 (ICC) は、細胞の由来決定、腫瘍の予後判定、治療効果の判定など細胞診断に重要なツールである。しかし、ICC では標本作製技術の問題から培養細胞や既知の細胞を陽性・陰性対照として検体と同時に染色することが困難であり、精度管理上の課題となっている。そこで、我々は濾紙転写 (FaCT) 法を応用し、超免疫不全マウス (NOG マウス) を宿主としたヒト腫瘍細胞移植組織 (ゼノグラフト) を作製し、ICC コントロールとしての有用性について基礎的検討を行ったので報告する。

【方法・対象】NOG マウス皮下に移植したゼノグラフト (HER2 産生胃癌株: 4-1st 株) を麻酔下にて摘出採取し、1~2 mm 角の大きさに細切を行った。細切した組織片を濾紙に貼付後、濾紙ごと組織保存液に浸漬、凍結した。-20℃にて保存した凍結組織片を溶解し、組織片を濾紙から取り除いた後、FaCT 法を用いて、濾紙に残存した細胞をガラスに転写した。FaCT 標本は、95%エタノールで固定後、HER2 の検索を行った。濾紙から取り除いた組織片は、10%中性緩衝ホルマリンに浸漬固定後、パラフィン包埋切片を作製し、HER2 の免疫組織化学的検索を実施した。

【結果・考察】凍結による細胞への影響 (細胞質内空胞など) が若干認められるものの、FaCT 標本における HER2 の ICC コントロールとしての染色性は良好であった。このことから FaCT 法を利用することで凍結したゼノグラフト細胞をいつでも ICC のコントロールとして利用できることが示唆された。今後、更なる検討を加え、より精度の高い ICC が実施できるよう応用していきたい。



### O-2-43 ベッドサイド細胞診併用乳癌術前超音波ガイド下腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診の検討

三重大学医学部附属病院乳腺センター<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>

○北山美佳(CT)<sup>1)</sup>, 柴原亜希子(CT)<sup>1,2)</sup>, 小塚祐司(MD)<sup>2)</sup>, 小川朋子(MD)<sup>1)</sup>, 今井 裕(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳癌腋窩リンパ節転移の術前評価に、超音波ガイド下腋窩リンパ節穿刺吸引細胞診(US-FNA)が有用とされるが、検体不適正や誤判定が問題である。当院におけるUS-FNAの成績を解析し、センチネルリンパ節生検(SNB)の省略の可否について検討した。

【対象と方法】2013年6月～2014年12月に当院で乳癌と診断され、手術とともにSNBあるいは腋窩リンパ節郭清が行われた436例中、US-FNAが施行された156例を対象とし、組織診断と比較した。US-FNAは超音波で転移が疑われたリンパ節に対し行い、ベッドサイド細胞診でリンパ球が採取されていることを確認した。

【結果】採取不足による検体不適正は1例のみで、この1例を除いた155例におけるUS-FNAの精度は感度67%、特異度100%、陽性的中率100%、陰性的中率84%であった。US-FNA陽性の39例はすべてマクロ転移を認めた。US-FNA偽陰性は19症例で、うち2例は癌細胞の見落としであった。17例はFNAで癌細胞を認めず、6例が微小転移、1例は転移巣2.1mm、3例は皮膜直下でのみ転移巣が存在し、リンパ節の形態変化を認めなかった。1例の転移巣は限局性小結節であった。他の6例は超音波検査で転移陽性リンパ節が指摘されていなかった。

【考察】当院のベッドサイド細胞診を併施したUS-FNAは、検体不適率0.1%と非常に良くコントロールされ、US-FNAでのマクロ転移の検出率も85%と高く、将来SNBの代替になりうる可能性がある。今後さらに偽陰性を減らすためには、超音波検査の精度向上、リンパ節形態に合わせた穿刺部位の工夫が必要である。

### O-2-44 乳頭分泌物細胞診の検討—赤血球の出現に着目して—

三重大学医学部附属病院乳腺センター<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>

○柴原亜希子(CT)<sup>1)</sup>, 北山美佳(CT)<sup>1,2)</sup>, 小塚祐司(MD)<sup>2)</sup>, 小川朋子(MD)<sup>1)</sup>, 今井 裕(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳頭分泌物細胞診は非侵襲性かつ簡便で、繰り返し可能な検査である。今回、乳頭分泌物細胞診標本を再検鏡し、特に赤血球の出現に着目して後方視的に検討を行った。

【対象】2012年1月～2015年12月の4年間に、当院で行われた乳頭分泌物細胞診193件で重複を除く124症例を対象とした。標本中の赤血球出現量を半定量的(0, 1+, 2+, 3+)に解析し、臨床病理学的所見との関連を検討した。

【結果】124例の最終診断の内訳は、乳管癌29例(内DCIS19例)、乳管内乳頭腫35例、異型乳管過形成3例、病変なしあるいは経過観察57例であった。赤血球は51例に認められ、乳管癌17例、乳管内乳頭腫17例、病変なし17例であった。赤血球出現量3+となった症例の内訳は、乳管癌11例(44%)、乳管内乳頭腫10例(40%)、病変なし4例(16%)、赤血球出現量2+は、乳管癌4例(22%)、乳管内乳頭腫7例(39%)、病変なし7例(39%)、赤血球出現量1+は、乳管癌2例(25%)、乳管内乳頭腫0例(0%)、病変なし6例(75%)であった。一方、赤血球を認めなかった症例は、乳管癌12例(16%)、乳管内乳頭腫18例(25%)、異型乳管過形成3例(4%)、病変なし40例(55%)であった。

【考察】乳管内病変の存在下で赤血球が出現する頻度が有意に高く、しかも量が多い傾向にあった。しかしながら乳管癌と乳管内乳頭腫の間に差は認められず、赤血球の有無や量でこの両者を鑑別することは困難であった。その他、詳細な検討を加え報告する。

### O-2-45 乳腺穿刺標本における前立腺細胞浮遊液を用いた p63 免疫染色の精度管理

天理よろづ相談所病院病理診断部<sup>1)</sup>, 南奈良総合医療センター臨床検査部<sup>2)</sup>

○松岡直子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋明徳(CT)<sup>1)</sup>, 松田江身子(CT)<sup>1)</sup>, 坂本真一(CT)<sup>1)</sup>, 鴻池資啓(CT)<sup>2)</sup>, 藤田久美(MD)<sup>1)</sup>, 本庄 原(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】当院では乳腺穿刺の迅速細胞診にて十分量の上皮細胞が採取され、筋上皮細胞の確認が必要と判断した症例に対し、p63 抗体（ニチレイ社製）を用いた免疫染色を施行し、評価の補助に用いている。免疫染色の精度管理にはコントロールが必須であり、検体と同一標本上に配置する事が推奨されているが細胞診標本における運用法についての報告は少ない。そこで、われわれは前立腺の基底細胞が p63 に陽性を示すことに着目し、前立腺細胞浮遊液をコントロールとして用いる本法を考案したので報告する。

【方法】10 ml のシリンジに 22G の注射針を装着し、病理解剖によって摘出された前立腺から複数箇所、穿刺吸引を行う。LBC (Liquid Based Cytology) 用の細胞保存液で針内およびシリンジ内を洗浄して細胞浮遊液を作製し、上清を除去して濃度を調整する。迅速細胞診時に筋上皮細胞の確認が必要と判断した標本の下端（フロストと反対側）に細胞浮遊液を約 1 μl 滴下し乾燥させ、カバープレート法にて p63 免疫染色を施行する。

【結果】コントロール中の前立腺上皮集塊内および背景に裸核状の p63 陽性細胞を認め、乳腺筋上皮細胞と同等の染色性を認めた。また、冷蔵保存で約 2ヶ月間は染色性が良好で、前立腺細胞浮遊液は p63 免疫染色の陽性コントロールとして使用可能であると考えられた。

【まとめ】乳腺穿刺標本の筋上皮細胞把握のための p63 抗体を用いた免疫染色の精度管理方法として、前立腺細胞浮遊液を用いることは有用である。

### O-2-46 当院における甲状腺濾胞性腫瘍の成績と今後の課題

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<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>, 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>

【目的】甲状腺病変は生検が行われることは殆どないため、甲状腺穿刺吸引細胞診（以後細胞診）が手術の適否や術式決定に重要な役割を担っている。我々はこれまで組織診の結果を悪性腫瘍、良性病変、濾胞性腫瘍の 3 群に分け、悪性腫瘍、良性病変について細胞診の結果と比較検討した。今回は濾胞性腫瘍における細胞診の成績を調べるとともに問題点を抽出したので報告する。

【対象】2005 年 1 月から 2014 年 12 月に実施された甲状腺組織診で濾胞性腫瘍と診断された 59 件（濾胞腺腫 20 件、濾胞癌 39 件）と比較可能な細胞診 59 件。

【方法】精度の評価にあたっては、細胞診判定区分の「鑑別困難（濾胞性腫瘍）」としたものを真陽性、「悪性疑い」「悪性」を偽陽性、「良性」を偽陰性とした。

【結果】感度は 52.9%（濾胞腺腫 61.1%, 濾胞癌 48.5%）。真陽性は 27 件、偽陽性は 8 件で、うち 7 件の細胞判定は乳頭癌で、誤判定の原因はいずれも小濾胞状集塊はみられたが核溝や核内細胞質封入体が認められたために乳頭癌と判定した。偽陰性は 24 件で、うち 15 件では濾胞上皮細胞はみられたが小濾胞状集塊が認められなかった。残り 9 件では小濾胞状集塊はみられたが標本中にまばらであったため陰性とした。

【考察とまとめ】偽陽性の原因として核所見の過大評価が挙げられた。しかし明瞭な核溝と核内細胞質封入体は乳頭癌の重要な細胞所見であり、濾胞性腫瘍とするのは困難であった。偽陰性の原因として小濾胞集塊の過小評価が挙げられた。小濾胞状集塊は腺腫様甲状腺腫でもみられることから、少ない細胞量で濾胞性腫瘍と判定するのは誤判定に繋がる恐れがある。いずれも現在の判定基準では解決できない問題が浮き彫りになった。

### O-2-47 Psammoma body-like structures を伴った 甲状腺好酸性細胞腺腫の一例

藤沢市民病院臨床検査科病理検査室<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>, 榎藤俊一(MD)<sup>2)</sup>,  
田尻亮輔(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】甲状腺の好酸性細胞腺腫は Hurthle 細胞腫ともよばれ, 甲状腺腺腫の約 3% を占める. 男女比は 1 : 2-3 で, 40-50 歳代に好発する.

今回, 我々は, 診断に苦慮した psammoma body-like structures を伴った甲状腺好酸性細胞腺腫の一例を経験したので報告をする.

【症例】68 歳女性, 14 年前に脳腫瘍 (砂粒体を伴った髄膜腫) の手術歴あり. 咽頭異物で受診し, 頸部造影 CT とエコー検査で, 甲状腺右葉に 8 mm 大の結節性病変が指摘された. FNA を施行し, 甲状腺右葉摘出術を行った.

【細胞所見】砂粒体様を呈した石灰化物を散見する背景に, 好酸性細胞が孤在性に出現していた. 好酸性細胞は大小不同がややみられ, 核が偏在し, 核小体が明瞭であった. 石灰化物を伴う紡錘細胞の集簇もみられた. 細胞像では髄膜腫の転移や甲状腺乳頭癌などを考えた. セルブロック切片での免疫染色で, 好酸性細胞が TTF-1(+) だったため, 髄膜腫の転移ではなく, 乳頭癌などの甲状腺腫瘍と考えた.

【組織所見】腫瘍は, 境界が明瞭で, 好酸性で豊富な細胞質を有した腫瘍細胞が, おもに小濾胞状に増生していた. 部位によっては, 多数の石灰化物が小濾胞内にみられた. 石灰化物は psammoma body-like structures と判断し, 甲状腺の好酸性細胞腺腫と診断した.

【まとめ】甲状腺では, 砂粒体を認めた場合, 乳頭癌の可能性が大きい. しかし, 良性病変でも砂粒体類似の石灰化物を認めることがある.

好酸性細胞腺腫に出現する石灰化物は psammoma body-like structures とよばれ, 砂粒体とは形態がやや異なり, 間質ではなく, 濾胞内に出現するのが特徴である.

今回の経験から, 甲状腺細胞診の理解を深め, さらに診断向上に努めたい.

### O-2-48 甲状腺穿刺吸引細胞診の手技一針径の違いによる影響

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

【背景】甲状腺穿刺吸引細胞診では, 日本では多くの施設が 22G の注射針を用いているが, 欧米ではより細い針が一般的である. 今回, 針径の違う二つの注射針を用いて穿刺吸引細胞診を行い, その違いを検討したので報告する.

【対象および方法】平成 28 年 9 月に, 当院で甲状腺穿刺吸引細胞診を施行した 110 症例を対象とした. 用いた注射針は, テルモ注射針レギュラーベベル 32 mm の 22G と 23G で, 同一結節に 2 回穿刺を行い, 55 例は 1 回目に 22G を, 2 回目に 23G を用い (22G 先行), 残りの 55 例はその逆 (23G 先行) に行った.

【結果】穿刺時疼痛は, 22G > 23G が 32 例 (29.1%), 22G < 23G が 38 例 (34.5%), 22G = 23G が 40 例 (36.4%) であった. 22G 先行例では, 22G > 23G が 12 例, 22G < 23G が 24 例, 22G = 23G が 19 例, 23G 先行例では, 22G > 23G が 20 例, 22G < 23G が 14 例, 22G = 23G が 21 例であった. 検体不適正率は, 22G が 4.5%, 23G が 7.3% であった. 採取細胞量および血液の混入の程度は, それぞれ 22G > 23G が 35.5%, 12.7%, 22G < 23G が 30.0%, 9.1%, 22G = 23G が 34.5%, 78.2% であった. 石灰化結節 5 例では, 22G では全例適正であったが, 23G では 2 例が不適正であった.

【考察】穿刺時疼痛は針の太さや穿刺の順番には関係がないと考えられた. 検体不適正率と針の太さとの関連もなかったが, 石灰化結節では 22G を用いるほうがよいと考えられた.

**O-2-49 子宮内膜吸引組織診の実施状況における愛媛県における実態アンケート調査**

愛媛大学医学部産科婦人科<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】**内膜細胞診による子宮体癌検診の死亡率減少効果についての根拠となる報告は現在のところなく, 検診としての内膜細胞診の意義を検討するためには大規模前向きコホートの実施が必要である。また, 内膜細胞診の結果にかかわらず, 子宮体癌を疑う症例の治療方針を決定するには, 内膜組織診による確定診断が必須である。従来, 外来での内膜組織診には金属製のキュレットが使用されてきたが, 疼痛を伴う検査にもかかわらず, 診断に必要な組織量が採取できないこともあり, 麻酔下での全面搔爬が必要になる症例も多かった。このような状況下では, 疼痛も少なく子宮内腔全面の検査が可能である内膜細胞診は存在価値を有していた。しかし, 欧米において汎用されている内膜吸引組織診の本邦での普及に伴い, 状況は変化してきていると考えられる。すなわち, 内膜吸引組織診は内膜細胞診と同程度の疼痛で実施可能であり, 内膜全面より相当量の組織を採取可能である。今回, 子宮内膜の病理学的検査についての実態調査を実施した。

**【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32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。

**【結果】**約42%の施設で内膜吸引組織診を導入していた。導入していない理由としては, (1)存在を知らない, (2)疼痛を伴うため, 実施していない, (3)検査件数が少ない, などが多かった。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】**現時点での子宮内膜吸引組織診の普及は十分とはいえず, 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。

**O-2-50 子宮体癌の術前子宮鏡検査と腹水細胞診**

慶應義塾大学医学部産科婦人科

○平野卓朗(MD), 山上 亘(MD), 真壁 健(MD), 坂井健良(MD), 野村弘行(MD), 片岡史夫(MD), 平沢 晃(MD), 富永英一郎(MD), 進 伸幸(MD), 青木大輔(MD)

**【背景】**子宮体癌患者の腹水細胞診陽性例は全体の11%で認められ, 低分化癌や1/2以上の筋層浸潤, 子宮外進展を認める例ではさらに高率になるといわれている。子宮体癌患者における術前の子宮鏡検査は, 腫瘍の局在や進行期の推定に有用である一方で腫瘍細胞を経卵管的に腹腔内に散布させ転移を惹起させる可能性があると考えられている。今回我々は, 術前に子宮鏡検査を施行した子宮体癌患者における術中腹水細胞診への影響を明らかにすることを目的とした。

**【方法】**当院では子宮体癌患者の術前検査として原則的に全例で軟性鏡を用いた子宮鏡検査を行っている。2011年より2015年に, 明らかな腹膜播種を有しない子宮体癌と診断され, 術前に子宮鏡検査を施行した後, 開腹もしくは腹腔鏡下に手術療法を施行した患者を対象に, 腹水細胞診陽性(腹腔洗浄細胞診陽性を含む)の頻度およびその臨床病理学的因子につき, 倫理委員会の承認のもと後方視的に検討した。

**【結果】**対象の419症例のうち腹水細胞診陽性を認めたのは14例(3.3%)であった。手術進行期分類(FIGO 2008)1期3例, 3期3例, 4期8例であった。また組織型は類内膜腺癌G2 3例, G3 1例, 漿液性腺癌3例, 混合癌3例, 癌肉腫4例であった。腹水細胞診陰性例と比較すると, 陽性例では低分化癌や1/2以上の筋層浸潤, 子宮外進展の頻度が有意に高く( $P < 0.005$ ), これらのリスク因子を有さず腹水細胞診陽性であった症例は1例(IA期G2)のみであった。

**【結論】**術前に子宮鏡検査を施行したにも関わらず腹水細胞診陽性例は少なく, その殆どが腹水細胞診陽性のリスクを有する症例であるため, 術前子宮鏡検査による腹水細胞診への影響は軽微であろうと考えられた。



### O-2-51 子宮体がんに対する腹腔鏡下手術における腹水細胞診

大阪医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 大阪医科大学病理学教室<sup>2)</sup>

○田中智人(MD)<sup>1)</sup>, 寺井義人(MD)<sup>1)</sup>, 芦原敬允(MD)<sup>1)</sup>, 前田和也(MD)<sup>1)</sup>, 恒遠啓示(MD)<sup>1)</sup>, 藤原聡枝(MD)<sup>1)</sup>, 田中良道(MD)<sup>1)</sup>, 佐々木浩(MD)<sup>1)</sup>, 山田隆司(MD)<sup>2)</sup>, 大道正英(MD)<sup>1)</sup>

【目的】2014年4月より早期子宮体がんに対する腹腔鏡下手術が保険適応になり子宮体がんにおける鏡視下手術の割合は増加してくものと考えられる。しかしながら、子宮の牽引方法や卵管の結紮など実際の手術操作においては未だに定まったものはない。そこで、手術操作による腫瘍細胞の散布の有無を腹水細胞診により検討した。

【方法】2014年から2016年に当科で鏡視下に手術を行った子宮体がんの手術開始時および子宮摘出後の腹水中の腫瘍細胞の有無を検討した。実際の手術手技としてはマニピュレーターは使用せず、子宮は左肋骨弓下に挿入したトローカーから把持鉗子で牽引した。卵管結紮は行わず、未産婦や腫大した子宮に対しては回収袋を用いて子宮を摘出した。子宮摘出後に断端部を速やかに洗浄し腹水を採取した。

【結果】子宮体がん72例(IA期57例, IB期7例, IIIA期7例, IIIB期1例)のうち、14例が手術開始時の腹水細胞診が陽性であった。そのうち8例は子宮摘出後の腹水細胞診は陰性となった。一方、手術開始時の腹水細胞診が陰性であった58例中2例は子宮摘出後の腹水細胞診が陽性となった。腹水細胞診陽性例での再発はなかった。

【総括】洗浄や吸引など手術操作による腫瘍細胞の減少が確認できたが、一方で手術操作によるものと思われる腫瘍細胞の散布も認められた。術中の注意深い操作と子宮摘出後の入念な洗浄が必要と思われる。

### O-2-52 高分化型類内膜腺癌細胞株におけるPR遺伝子導入及びMPA作用に関する実験系の確立

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>1)</sup>, 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>2)</sup>

○堀江香代(CT)<sup>1,2)</sup>, 三浦文仁<sup>2)</sup>, 藤田大貴<sup>2)</sup>, 吉岡治彦(CT)<sup>1,2)</sup>, 渡邊純(MD)<sup>1,2)</sup>

【背景・目的】子宮内膜癌においてプロゲステロンによる細胞増殖抑制機構の解明は未だ不十分で、癌化の機序解明や内分泌療法、分子標的薬の開発は乳癌に比べ大きく立ち遅れている。本研究では、高分化型類内膜腺癌細胞株(Ishikawa細胞)を用いたプロゲステロンレセプター(PR)遺伝子導入条件の最適化および酢酸メドロキシプロゲステロン(MPA)による、細胞増殖抑制能を確認した。本実験系の確立は子宮内膜癌プロゲステロン機能解析の基盤を成すものとする。

【方法】PR遺伝子導入を行ったIshikawa細胞を経時的に回収し、PR蛋白発現を免疫染色で確認した。さらに、PRを介したMPA作用の検証としてPR遺伝子導入後の細胞にMPAを添加し、セルカウントによる細胞増殖抑制能、Western blotによるP27タンパク発現を確認した。

【結果】PR遺伝子導入後のPRタンパクは強陽性率、弱陽性率ともに24時間から増加を認め強陽性率は48時間で最も高値になり、弱陽性率は72時間で最も高値となった。またMPAによる細胞増殖抑制の確認ではコントロールに比べMPA添加群で有意な減少を認め、MPA濃度 $1 \times 10^{-6}$  mol/Lで最も増殖抑制を認めた。加えてMPAによるp27蛋白発現をWestern blot法により確認した結果、MPA $1 \times 10^{-6}$  mol/Lで添加した細胞のp27の発現はコントロールと比べて高値を示した。

【結論】本研究において確立したPR遺伝子導入実験系は子宮内膜癌エストロゲン機能解析の基盤を成すものと考えられ、子宮内膜癌の発生機序や細胞増殖・抑制の作用機序解明に繋がること期待される。



### O-2-53 子宮内膜液状化検体細胞診法 (LBC 法) と従来法の形態学的相違と LBC 法の有用性について

弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1)</sup>, つがる総合病院臨床検査部<sup>2)</sup>, 大崎市民病院臨床検査部<sup>3)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科<sup>4)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>5)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座<sup>6)</sup>

○小田嶋広和<sup>1)</sup>, 後藤勇也<sup>1)</sup>, 野呂美鈴(CT)<sup>2)</sup>, 立花誠康(MT)<sup>3)</sup>, 堀江香代(CT)<sup>1,4)</sup>, 吉岡治彦(CT)<sup>1,4)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>5)</sup>, 刀稱亀代志(CT)<sup>5)</sup>, 横山良仁(MD)<sup>6)</sup>, 渡邊 純(MD)<sup>1,4)</sup>

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

【方法】対象は、LBC 法と従来法の両方法で同時に作製された子宮内膜類内膜腺癌 G1 の 6 症例 (12 標本), G2 の 4 症例 (8 標本), G3 の 3 症例 (6 標本) における 50 細胞以上からなる細胞集塊とした。11 項目 (1 cm<sup>2</sup> あたりの集塊出現数, 集塊構成細胞数, 集塊面積, 集塊外周長, 集塊真円度, 集塊複雑度, 集塊の重積層数, 核面積, 核外周長, 核真円度, 核複雑度) について両方法の結果を比較検討した。

【結果】G1 から G3 において, 1. 1 cm<sup>2</sup> あたりの集塊出現数は, LBC 法で高値を示した。2. 集塊構成細胞数, 集塊面積, 集塊外周長は, LBC 法で低値を示した。3. 集塊真円度は LBC 法で高く, 集塊複雑度は LBC 法で低かった。4. 核面積は LBC 法で低値を示した。集塊の重積層数では G1, G2 で LBC 法の方が多く, G3 で少なかった。

【結論】従来法と比較して LBC 法は, 1. 単位面積あたりの集塊数が多く効率良く腫瘍細胞が集められている, 2. 細胞の重積性が保たれて構造異型が保持されている, ことが明らかとなった。さらに, 従来法と異なる細胞所見として, 1. 集塊を構成する細胞数が少なく面積も小さい, 2. 核の面積が小さい, ことが明らかになった。以上より, LBC 法に特徴的な細胞像を理解した上で鏡検することで, LBC 法は有用な方法であると考えられる。

### O-2-54 当院における子宮内膜細胞診の LBC 標本と直接塗沫標本の比較検討

横須賀共済病院産婦人科<sup>1)</sup>, 横須賀共済病院中央検査科病理<sup>2)</sup>, 横須賀共済病院病理診断科<sup>3)</sup>

○垣本壮一郎(MD)<sup>1)</sup>, 杉浦 賢(MD)<sup>1)</sup>, 石渡仁深(CT)<sup>2)</sup>, 川口幹夫(CT)<sup>2)</sup>, 福田賢次(CT)<sup>2)</sup>, 猪股美和(CT)<sup>2)</sup>, 矢部香織(CT)<sup>2)</sup>, 酒井真理(CT)<sup>2)</sup>, 矢毛石真由美(MD)<sup>3)</sup>, 津浦幸夫(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】我々は直接塗沫法細胞診と液状化検体細胞診 (Liquid based cytology : LBC) を同日に採取した 153 例の内膜標本で臨床的に内膜病変を疑う 13 例について比較検討し, 若干の知見を得たので報告する。また, 組織検査が実施された症例はその組織診断結果とも検討したので合わせて報告する。

【症例】内膜病変例 13 症例で, その内訳は細胞診判定で内膜増殖症を疑った 5 例, 内膜癌を疑った 6 例, その他 2 例で年齢は 37 歳~81 歳である。

【細胞所見】塗沫標本と LBC 標本との大きな違いは陰性例でも陽性例でも同様で, RBC が多くと内膜細胞の観察がしにくい, 塗沫に比べ LBC の方が細胞観察はしやすかった。また, LBC の方が細胞が乾燥しにくく直接塗沫は塗沫面周辺の細胞は乾燥し観察には向かない。更に粘液も LBC 標本では少なくなる傾向があるため, 均等に細胞が分布している。直接塗沫では細胞が粘液に包まれるため均等に分布されず一か所に集中する傾向があり, 細胞の観察は LBC 標本の方が容易である。異型細胞は直接塗沫では塗沫方向に細胞が引き伸ばされ重積性の度合いも LBC に比べると少なく, 直接塗沫と LBC それぞれの細胞判定方法が望まれる。

【組織診断との比較】内膜増殖症を疑った 5 症例では組織診断と乖離があり, 悪性症例と判定した 6 例中 1 例は子宮腺筋症を G1 類内膜腺癌と判定したため, 細胞採取を含めた細胞判定を検討する必要がある。

【結語】LBC による内膜標本作成は腔頸部標本作成に比べ採用している施設が少なく, そのため内膜細胞診判定基準は確立されていない。この検討を機会に正診率向上のためにも LBC 内膜細胞診判定基準の作成を検討すべきである。

## O-2-55 オルガノイド培養を用いた細胞レベルの子宮体がん発がんモデルの開発

千葉県がんセンター研究所発がん制御研究部<sup>1)</sup>, 千葉県がんセンター婦人科<sup>2)</sup>

○丸 喜明(CT)<sup>1)</sup>, 田中尚武(MD)<sup>2)</sup>

子宮内膜がんは、臨床病理学的見地から通常2群に分類される。Type1は主に類内膜腺癌でPTENやPIK3CA変異が多く、Type2は漿液性腺癌でp53の変異頻度が高いことが知られている。近年のがんゲノム解析により、子宮内膜がんで高頻度にみられる遺伝子異常がかなり明らかになってきたが、発がん性の検証はあまり進んでいないのが現状である。この理由として、遺伝子改変動物の作製により個体レベルで病態を再現するためには多大な時間と労力を要することが挙げられ、PTEN欠失に関連したいくつかのマウスモデルが報告されているのみであり、診断・治療法の開発のためのリソースとしては十分とは言えない。

一方、我々はマウス腸管の3次元培養系を用いてレンチウイルスで複数の遺伝子を導入することで、大腸がん過程を細胞レベルで迅速に再現するモデルを以前開発した。そこで、本研究では同様のアプローチをマウスの子宮内膜に適用し、初代培養オルガノイドから細胞レベルの発がんモデルが構築可能か検討した。

マウスの正常子宮内膜は、マトリゲルを用いた3次元培養でオルガノイドを形成し、レンチウイルスによる高効率の遺伝子導入が可能であった。コンディショナルノックインマウス由来のオルガノイドに対し、Creを導入することでKrasおよびPik3caの活性化誘導を行ったところ、KrasやPik3caの活性化単独では、ヌードマウス皮下で腫瘍化に不十分であったが、がん抑制遺伝子であるp16やPtenのshRNAによる不活性化を組み合わせることで、組織学的に異なる腫瘍が誘導された。以上のように、細胞レベルの子宮体がんモデルが構築可能であることが強く示唆された。

## O-2-56 低分化型子宮体癌特異的な HES1 遺伝子発現機構の同定

倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科<sup>1)</sup>, 加計学園細胞病理学研究所<sup>2)</sup>, 三原市医師会病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 倉敷芸術科学大学大学院産業科学技術研究科分子細胞病理学系<sup>4)</sup>

○森 康浩<sup>1,2)</sup>, 森 智紀(MT)<sup>3)</sup>, 山本愛奈(CT)<sup>4)</sup>, 高木翔士(CT)<sup>1)</sup>, 三宅康之<sup>1,2,4)</sup>

【はじめに】Hairy and enhancer of split 1 (HES1)は神経系細胞の分化抑制や造血幹細胞からのT細胞への分化誘導において中心的な役割を果たす転写因子である。その一方で、種々の癌細胞では過剰発現によって細胞増殖能や抗アポトーシス作用を促進し、腫瘍細胞特性の獲得に寄与していることが明らかにされている。

【目的】HES1は一般的に細胞増殖や分化抑制を制御するNOTCHシグナル伝達経路の標的遺伝子として知られているが、当研究室では低分化型子宮体癌においてNOTCHシグナル伝達経路とは異なるシグナル伝達経路がHES1遺伝子発現を制御している可能性を得た。そこで今回は、低分化型子宮体癌特異的なHES1遺伝子発現機構を同定する。

【結果】低分化型子宮体癌HEC-50B細胞では、高分化型子宮体癌Ishikawa細胞と比較し、FGF/FGFRシグナル伝達経路関連分子であるFGF1, FGF2, FGFR2の発現が認められた。また、HEC-50B細胞ではFGF/FGFRシグナル伝達経路阻害剤であるPD173074、およびNVP-BGJ389投与により有意なHES1遺伝子発現抑制、細胞周期休止による細胞増殖抑制が認められた。

【考察】低分化型子宮体癌ではFGF/FGFRシグナル伝達経路によりHES1遺伝子発現が制御されていると示唆される。HES1遺伝子発現機構の解明は、有効な治療法が存在しない低分化型子宮体癌における新規分子標的治療開発の基盤になりうるため、現在さらなる詳細な解析を進めている。

## O-2-57 子宮体癌 SP 細胞における NOTCH シグナル経路の意義

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<sup>3)</sup>, 大澤幸希光(CT)<sup>4)</sup>,  
西森 誠<sup>1,2)</sup>, 葉師寺宏匡<sup>1,2)</sup>, 所司陸文<sup>1,2)</sup>, 荒武八起<sup>1,2)</sup>,  
大野節代<sup>1,2,4)</sup>, 大野英治<sup>1,2,4)</sup>

癌幹細胞は自己複製能, 分化能, 造腫瘍能を有し, 癌の再発や転移に関与している為, 新規治療標的として近年注目されている. 解析を目的として癌幹細胞を分取する指標としては, 癌幹細胞の薬剤(Hoechst)排出能がある. 癌幹細胞は DNA 結合蛍光色素 Hoechst を排出する為, セルソータによる解析では Hoechst 陰性分画として出現する(side population; SP 細胞). 一方, 非・癌幹細胞は Hoechst 陽性細胞(main population; MP 細胞)として描出される. 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, MP 細胞に比し NOTCH2, JAG1 及び HES1 遺伝子が高発現していた. このことから, HEC-50B SP 細胞は NOTCH シグナル経路を介して癌幹細胞特性を維持していることが推測された. 当日は, NOTCH シグナル経路阻害剤 DAPT を用いて解析した SP 細胞における NOTCH シグナル経路の意義についても報告する.

## O-2-58 内膜細胞診で子宮内膜増殖症を推定された症例の細胞像の検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○近内勝幸(MD), 池田真利子(MD), 上西園幸子(MD),  
今井一章(MD), 川野藍子(MD), 井浦文香(MD),  
小野瀬亮(MD), 加藤久盛(MD)

【目的】子宮内膜細胞診で子宮内膜増殖症を推定された症例の組織結果と細胞像の関連性を検討する.

【対象】2011 年 4 月から 2014 年 12 月に当施設を初回受診した 2126 症例のうち, 子宮内膜病変を疑われ, 内膜細胞診で子宮内膜増殖症と判定された 19 症例.

【方法】1) 増殖症推定症例の組織診断を調査する. 2) 増殖症推定症例の細胞像を, 主に次の項目について検討する. a) 有端集塊, b) 拡張腺管集塊, c) 3 分岐以上の分岐腺管集塊, d) 正常内膜細胞の出現, e) 炎症性背景. 3) 組織診断と細胞像の関連性を検討する.

【結果】1) 組織診で悪性所見なしが 12, 体部腺癌が 3, 異型増殖症が 2, 増殖症が 1, 頸部腺癌が 1 症例であった. 2) a) 有端集塊は 73% (14/19), b) 拡張腺管集塊は 84% (16/19), c) 分岐腺管集塊は 10% (2/19), d) 正常内膜細胞は 100% (19/19), e) 炎症性背景は 15% (3/19) の出現率であった. 3) a) 有端集塊, b) 拡張腺管, d) 正常内膜細胞は組織型にかかわらず出現していた. e) 炎症性背景の 3 症例は, 異型増殖症 1 症例と悪性 2 症例であった. c) 分岐腺管集塊の 2 症例は, 内膜増殖症 1 症例と悪性 1 症例であった.

【考察】細胞診断と組織診断が一致したのはわずか 1 例のみで子宮内膜増殖症の細胞診断は難しいと考えられた. a) 有端集塊, b) 拡張腺管, d) 正常内膜細胞の出現により子宮内膜増殖症と判定する傾向がみられた. 結果として 19 症例の半数以上は悪性所見を認めなかったが, 正常内膜にも, ある程度の有端集塊, 拡張腺管の出現が示唆された.

## O-2-59 子宮内膜細胞診で観察した乳癌子宮転移の細胞像

兵庫県立西宮病院検査部<sup>1)</sup>, 兵庫県立西宮病院病理診断科<sup>2)</sup>, 兵庫県立尼崎総合医療センター検査部<sup>3)</sup>, 兵庫県立淡路医療センター検査部<sup>4)</sup>

○寺内麻優子(CT)<sup>1)</sup>, 竹田利恵(CT)<sup>1)</sup>,  
岡田麻由奈(CT)<sup>1)</sup>, 中原佳佑(CT)<sup>1)</sup>, 岡 一雅(MD)<sup>2)</sup>,  
野村里美(CT)<sup>3)</sup>, 真田浩一(CT)<sup>4)</sup>

【はじめに】乳癌の子宮転移は稀で, 内膜細胞診での細胞像の報告も少ない. 今回, 我々は, 浸潤性乳管癌の子宮体部転移を経験したので報告する.

【症例】73歳女性. 左乳癌に対し, 根治術(左乳房全摘)をうける. 術後約11年目に多発性骨転移が見つかる. 同時に不正出血もあり, 婦人科受診し, 精査となる.

【子宮内膜細胞診所見】出血性背景に, 結合性の低下した異型細胞を孤在性, 小集塊形成性に認めた. 異型細胞は, 核は偏在し, 類円形でN/Cが高く, 核の大小不同や核型不整を伴っていた. 細顆粒状にクロマチンの増加も認め, 腺癌を考える像であった. しかしながら, 体部原発腺癌と比して, 小型で核異型は顕著でなく, 内膜間質細胞が鑑別に挙がり, 認識は容易ではなかった.

【子宮内膜組織診所見】内膜組織内に, 索状増生を示す異型細胞を認めた. 既往歴, ER(+), PgR(+/-), GCDPF-15(+), E-cadherin(+)の免疫組織化学染色の結果を加味し, 乳癌(硬癌)の転移と判断した.

【まとめ】乳癌術後患者の内膜細胞診では, 治療に伴う内膜増殖症や子宮体癌の発生以外にも乳癌転移の細胞像も念頭に置き, 観察する必要があると考えられた.

## O-2-60 子宮内膜細胞診が診断の契機となった子宮体部小細胞癌の1例

豊橋市民病院産婦人科<sup>1)</sup>, 豊橋市民病院女性内視鏡外科<sup>2)</sup>, 豊橋市民病院病理診断科<sup>3)</sup>

○河合要介(MD)<sup>1)</sup>, 梅村康太(MD)<sup>2)</sup>, 前多松喜(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】小細胞癌は神経内分泌系への分化を特徴とし肺に発生することが多い. 子宮体部が原発巣となる小細胞癌は, 子宮体癌の1%未満と稀な疾患である. 子宮内膜細胞診が診断の契機となり, 確定診断に免疫染色が有用であった子宮体部小細胞癌の1例を経験したので報告する.

【症例】症例は70歳, 3経妊3経産. 不正性器出血を主訴に受診. 子宮内膜細胞診にて内膜細胞や少数の組織球を背景に, 細胞質はライトグリーン好性で, 濃染した核を有する裸核状の小型異型細胞が連珠様配列や集塊状に存在しており, 小細胞癌を推定する所見であった. 子宮頸部細胞診においても同様の細胞像を呈していた. 子宮内膜組織診の免疫染色では, シナプトフィジン, NCAMが陽性であった. 骨盤MRI検査で子宮体部を主座に直径10cm大の腫瘤を認めたが, 全身CT検査では転移を疑う所見は認めなかった. 以上より子宮体部小細胞癌の術前診断で手術施行した. 摘出物の病理組織診断ではクロマチンの増量した核を有する小型で核/細胞質比の高い細胞が子宮筋層深くまで浸潤性に増殖していた. 免疫染色で神経内分泌マーカーが陽性であり, 神経内分泌系への分化が認められた. 子宮体部小細胞癌IB期(pT1bN0M0)と診断し, 術後に化学療法を施行した.

【考察】子宮内膜細胞診において, 肺の小細胞癌と同様に核/細胞質比が極めて高く裸核状で, 連珠様配列や集塊状に存在する小型異型上皮細胞集塊を認める場合に小細胞癌を推定することは可能と考えられた. 免疫染色は確定診断に有用であり, 細胞診にて当疾患を疑う場合には, 複数の神経内分泌マーカーを用いた免疫染色を積極的に施行することで, 早期に診断し集学的治療を行うことが重要である.



## ◇一般演題・示説

## P-1-1 唾液腺細胞診の国際報告様式—ミラノシステムの紹介—

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

○樋口佳代子(MD)<sup>1)</sup>, 浦野 誠(MD)<sup>2)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>3)</sup>

唾液腺吸引細胞診(FNA)は唾液腺腫瘍の評価のために広く受け入れられているが, 唾液腺FNAの感度, 特異度は, 術者の穿刺技術, 標本作製法, 診断者の経験, 病変内での組織の多彩さ, 嚢胞成分など種々の要因に左右され, 施設ごとの差異が大きい。加えて唾液腺腫瘍は頭頸部腫瘍の約3-10%を占める比較的稀な腫瘍であるにもかかわらず, 多くの組織型があり, また頻度の低い低悪性腫瘍が数多く存在し, FNAによる組織型推定が困難な場合がある。一方臨床的には唾液腺原発腫瘍は原則として全例手術適応があり, 低悪性腫瘍に対しては良性腫瘍同様の保存的手術が施行されることが多いため, 術前細胞診に求められているのは, 両者を厳密に区別することよりも, 手術適応のある腫瘍性病変を確実に拾い上げ, また手術法が異なる高悪性腫瘍を判別することが重要と考えられる。

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

従来我が国で提案されてきた唾液腺細胞診の報告様式と比較し, 具体例をあげて解説する。

## P-1-2 頭蓋底, 頭頸部領域腫瘍における剖面捺印細胞診の有用性

市立三次中央病院検査科病理<sup>1)</sup>, 医療法人JR広島病院診療部臨床検査科<sup>2)</sup>, 広島大学大学院医歯薬保健学研究院分子病理学研究室<sup>3)</sup>, 奈良県立医科大学分子病理学教室<sup>4)</sup>

○池田征幸(CT)<sup>1)</sup>, 松本真平(CT)<sup>1)</sup>, 花岡香織(CT)<sup>1)</sup>, 熊澤鈴子(CT)<sup>1)</sup>, 中山宏文(MD)<sup>2)</sup>, 坂本直也(MD)<sup>3)</sup>, 國安弘基(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】腫瘍剖面の捺印細胞診が有用であった鼻腔内突出腫瘍2例を経験したので報告する。

【症例1】40代男性。主訴は頭痛。近医にて頭蓋底腫瘍を指摘され当院を紹介された。

【捺印細胞像】緩い結合性の小型異型細胞が出現していた。胞体径8 $\mu$ m前後。高度のN/C比増大で裸核様のももみられた。クロマチンは増量しsalt and pepper様であった。一部にやや重厚な胞体を有する異型細胞集団もみられた。小細胞癌や扁平上皮癌が疑われた。

【組織像】濃染クロマチンを有する小型から中型異型細胞の増生が認められる。腫瘍細胞はN/C比が高くシート状配列を示していた。免疫組織学的にはCD56, シナプトフィジン, AE1/AE3陽性, CK5/6, 34 $\beta$ E12一部陽性, neurofilament陰性であった。以上よりSmall cell carcinoma with squamous differentiationと診断された。

【症例2】70代男性。鼻出血にて近医受診し, 鼻腔内腫瘍を指摘され当院紹介。

【捺印細胞像】背景は赤血球。孤立散在性に形質細胞様の異型細胞が出現している。胞体は短楕円形。端在性の核は腫大し顆粒状クロマチンが増量。明瞭な核小体を1から3個認める。Giemsa染色では核の一侧に明庭部がみられた。形質細胞性腫瘍が疑われた。

【組織像】粗網状クロマチンの核を有する類円型の異型細胞が一様な増殖を示している。CD79a陽性, CD3, CD20, S100陰性,  $\kappa$ 鎖は瀰漫性強陽性。以上よりExtramedullary plasmacytomaと診断された。

【まとめ】鼻腔・副鼻腔腫瘍は出血等の合併症の可能性が低い場合は初診時に生検される可能性がある。生検時に捺印細胞診が施行され組織標本に先立って組織型推定ができれば迅速に治療方針を決定することができ有用と考えられる。



## P-1-3 唾液腺導管癌の一例

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

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

【はじめに】唾液腺導管癌は、50歳以上の男性に好発する、比較的まれで予後不良な腫瘍である。急速に増大する腫瘍として認められ、顔面神経麻痺をしばしば伴う。今回われわれは唾液腺導管癌を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。既往歴、家族歴は特になし。唾石症の術前検査で左耳下部に腫瘍を指摘されたが、その時点では良性腫瘍が疑われ経過観察となった。その後、MRI検査にて腫瘍の増大が著明であり、左耳下腺癌を疑われ穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】背景に壊死物質は認められなかった。緩い結合性を示す異型細胞が、集塊状または散在性にみられた。異型細胞は、明瞭で大型の核小体を有し、細胞質は豊富でライトグリーン好性顆粒状であった。以上の所見から、癌腫の細胞像であるが、組織型の推定は困難と報告した。

【病理組織所見】核小体の目立つ好酸性の腫瘍細胞が小胞巣状、散在性、腺管状に浸潤性に増生していた。壊死巣はみられなかった。免疫組織化学的に上皮系マーカー(AE1/AE3, CK5/6, EMA)は陽性、筋上皮マーカー( $\alpha$ -SMA)は陰性であった。また、Androgen receptor(+), GCDFP-15(+), HER-2(-)であった。以上より唾液腺導管癌と診断した。

【まとめ】今回の標本中の背景には壊死がみられなかったが、それ以外の細胞所見は唾液腺導管癌の特徴と一致していた。しかし、異型細胞の細胞質が豊富であったことから、粘表皮癌や扁平上皮癌などが鑑別にあがり組織型の推定が困難であった。唾液腺から発生する腫瘍は様々なものがあり、それぞれの細胞像を認識してスクリーニングを行うことが重要であると考えられる。

## P-1-4 唾液腺導管癌の一例

大阪大学大学院医学系研究科病態病理学<sup>1)</sup>, 大阪大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>

○前野悦子(CT)<sup>1)</sup>, 堀由美子(MD)<sup>1)</sup>, 野島 聡(MD)<sup>1)</sup>,  
和田直樹(MD)<sup>2)</sup>, 池田純一郎(MD)<sup>1)</sup>, 森井英一(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】唾液腺導管癌は50歳以降の男性の耳下腺に好発し、全唾液腺腫瘍の1~2%を占める比較的まれな疾患である。今回我々は術前の穿刺吸引細胞診にて組織型の推定が困難であった唾液腺導管癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。右耳後部に腫瘍を自覚し前医にて右耳下腺に腫瘍を認めた。加療目的のため当院受診され穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】壊死物質を背景に、類円形から多辺形の異型細胞からなる上皮性細胞集団が多数認められた。ライトグリーン好性の豊富な細胞質を有する異型細胞とともに高N/C比の異型細胞も認められた。核は類円形でクロマチンは増量し、核小体の明瞭な細胞も認められた。大型核の異型細胞も混在し、悪性腫瘍を疑った。

【組織所見】充実性結節で核小体の明瞭な腫大核を有する異型細胞が篩状構造を含む不整な腺管を形成しながら増生。免疫組織化学的にCK AE1/AE3(+),  $\alpha$ SMA(-), calponin(-), p63(-), S-100(-), GCDFP-15(+), Androgen receptor(+))を示し、MIB-1 LIは30%であった。

【まとめ】唾液腺導管癌は高齢男性の耳下腺に好発する高悪性度癌である。細胞診標本で多数の異型細胞が採取された場合は悪性の判定は容易であり、腫瘍細胞の出現パターンとともに細胞質の性状を詳細に観察することにより組織型の推定が可能と考えられた。

### P-1-5 穿刺吸引細胞診にて推定しえた甲状舌管癌の一例

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機能形態学分野<sup>4)</sup>

○鈴木淳子(CT)<sup>1)</sup>, 関 利美(CT)<sup>1)</sup>, 山本久恵(CT)<sup>1)</sup>, 吉田一代(CT)<sup>1)</sup>, 橋本尚子(CT)<sup>1)</sup>, 石毛俊幸(MD)<sup>1,2)</sup>, 本間 琢(MD)<sup>1,2)</sup>, 楠美嘉晃(MD)<sup>1,3)</sup>, 増田しのぶ(MD)<sup>1,3)</sup>, 杉谷雅彦(MD)<sup>1,4)</sup>

【はじめに】甲状舌管は胎生期に退化消失するが、その一部が残存し甲状舌管嚢胞（正中頸嚢胞）を形成し、まれに悪性腫瘍を合併する。今回は頸部正中嚢胞の穿刺吸引細胞診で甲状舌管癌を推定しえた一例を経験したので報告する。

【症例】30代、女性。頸部正中のしこりを主訴に近医を受診し、腫瘍性病変の精査目的で当院紹介となった。CT、超音波では頸部正中部に嚢胞性変化と点状石灰化に伴う20mm大の腫瘍が認められ、悪性が疑われた。甲状腺本体に腫瘍は確認されなかった。穿刺吸引細胞診は甲状腺乳頭癌を疑う所見であった。諸検査の結果、悪性が疑われ、腫瘍摘出と所属リンパ節郭清術が行われた。術後の経過観察では転移や再発は見られていない。

【細胞所見】血性背景に乳頭状やシート状を示す核密度の高い細胞集塊を認めた。核は腫大し軽度の核形不整が見られた。クロマチンは細顆粒状に増量し、核溝や核内細胞質封入体も確認され、砂粒小体も見ることから甲状腺乳頭癌が疑われた。一部に変性した扁平上皮を見ることと採取部位より甲状舌管癌が推定された。

【組織所見】乳頭状構造をとるN/C比の大きな上皮性腫瘍細胞の増生が認められ、すりガラス状核や核溝の存在から、甲状腺乳頭癌に相当する腫瘍であった。腫瘍近傍に化生扁平上皮の被覆を見る嚢胞構造を認め、甲状腺舌管遺残からの発生と考えられた。

【まとめ】扁平上皮成分および扁平上皮様病変が見られる甲状腺疾患の一つに甲状舌管嚢胞があり稀に乳頭癌や扁平上皮癌が発生することがある。画像診断と穿刺吸引細胞診を組み合わせることで術前に推定診断が可能であり、正診率を上げるため穿刺部位の確認は重要と考える。

### P-1-6 甲状舌管嚢胞に発生した扁平上皮化生を伴う乳頭癌の一例

東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学耳鼻科<sup>2)</sup>

○廣岡信一(MD)<sup>1)</sup>, 須田稔士(MD)<sup>2)</sup>, 池上雅博(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】甲状舌管嚢胞は胎生期の甲状舌管遺残により生じる嚢胞性疾患であるが、稀に癌を合併することが知られている。組織型では乳頭癌が最も多く、濾胞癌や未分化癌も報告されているが頻度は少ない。今回、われわれは甲状舌管嚢胞に発生した扁平上皮化生を伴う乳頭癌の一例を経験したので報告する。

【症例】26歳男性。4年前に頸部腫瘍を自覚していたが放置。徐々に大きさが増大し当院に紹介受診された。オトガイ下に約15cm大の腫瘍を認め、CTやMRIで一部に充実成分を伴う多房性嚢胞性病変を認め、頸部エコーにて甲状腺右葉に11mm大の結節が指摘された。頸部腫瘍から穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見】好中球やリンパ球、マクロファージ、石灰化物質とともに、不規則な重積性を示す集塊が少数認められた。異型細胞は核縁が不整で、核内封入体様の構造も見られ乳頭癌が疑われたが、細胞質内空胞を有する異型細胞や一部では流れるような配列が認められ、腺癌や扁平上皮癌も鑑別に挙げられた。

【組織所見】扁平上皮で覆われる甲状舌管嚢胞を認め、嚢胞内では核溝や核内細胞質封入体を有する乳頭癌が広範な扁平上皮化生を伴い増殖していた。嚢胞内増殖以外にも周囲骨格筋や骨に浸潤していた。甲状腺にも乳頭癌を認めたが、扁平上皮化生は明らかでなかった。

【まとめ】甲状舌管嚢胞に発生した扁平上皮化生を伴う乳頭癌の一例を経験した。広範な扁平上皮化生や細胞質内空胞を有する癌細胞を認めたため、細胞診判定に苦慮した症例である。

### P-1-7 多形腺腫と鑑別を要した唾液腺・腺筋上皮腫の一例

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター

○米倉由香(CT), 長谷川正規(MD), 山下美奈(CT), 小塚佳代子(CT), 矢田啓二(CT), 岩越朱里(MD), 尹 漢勝(MD), 市原 周(MD), 川崎朋範(MD), 駒野 淳(MD)

【はじめに】筋上皮腫は構成細胞の大部分が腫瘍性筋上皮細胞からなる良性腫瘍である。発生頻度は全唾液腺腫瘍の1.5%と稀で、腺管形成が5~10%以内とされる。粘液様や硝子様基質などの間質もみられ、メタクロマジーも呈し得ることから細胞診断上は多形腺腫と類似している。今回、多形腺腫と鑑別を要した唾液腺筋上皮腫の症例を経験したので報告する。

【症例】66歳女性。2015年12月5年前より左頬部にしこりを自覚。最近大きくなってきた為当院受診。2cm大常色、可動性かつ弾性硬の皮下腫瘍で、CTにて左頬筋下に径19×15mmの嚢胞性腫瘍と診断された。

【細胞学的所見】細胞は大型集塊で多数採取されていた。核は楕円形で小型、異型性は乏しく、紡錘形細胞が主体を成していた。ギムザ染色において、間質粘液がメタクロマジーを呈しており、多形腺腫が疑われた。

【病理学的所見】摘出された腫瘍は、被膜を有する結節性病変で一部内部にフィブリンを容れる大小の嚢胞様構造を伴っていた。卵円形～紡錘形核を持つ細胞が充実性に増生し、核異型は乏しく、毛細血管の増生も伴っていた。一部核に核溝もみられた。免疫組織化学的検索と合わせて筋上皮腫と診断された。

【考察】Retrospectiveに細胞診にて核溝を伴う細胞集塊が確認された。構成比率の違いはあれ、多形腺腫の多彩な細胞像と筋上皮腫の細胞像とは重なる部分が多くあり、紡錘形細胞やメタクロマジー、核溝を認めた場合は、筋上皮腫も鑑別に挙げる必要がある。現実的にはパパニコウ染色やギムザ染色のみでは鑑別は非常に困難であり、免疫染色を施行できる液状化細胞診(Liquid based cytology: LBC)の普及が強く望まれる。

### P-1-8 顎下腺に発生した筋上皮癌の一症例

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

○足羽彩加(CT), 仲村佳世子(CT), 田口雅子(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】唾液腺に発生する筋上皮腫は、全唾液腺腫瘍の中で約1%、筋上皮癌となるとさらに発生頻度の低い腫瘍である。今回、我々は穿刺吸引細胞診で診断に苦慮し、切除標本にて診断された筋上皮癌を経験したので報告する。

【症例】30才代、女性。右顎下部のひきつれるような痛みがあり、最近増大したと思われる右顎下部腫瘍を主訴に受診される。エコーでは、内部がやや不均一な31×22×20mm大のmassを認めた。

【細胞所見】裸核状の小型細胞が、結合性疎に多数見られた。核は類円形で、クロマチンは顆粒状に増加し、比較的monotonousな増生を示していた。細胞像からは、悪性リンパ腫やその他小型細胞からなる腫瘍を疑うが、組織型の推定には至らなかった。

【組織所見】N/C比の高い、細胞境界の不明瞭な類円形核を有する細胞が密に増殖していた。Pseudorosette様の構造も見られるが、毛細血管を伴う細い間質は見られなかった。核分裂像が2-3/HPF見られる部分を認め、酵素抗体法ではkeratin(+), p40(+), 平滑筋アクチン(+)で、Ki-67陽性細胞は10%程度の部分を認めた。通常の筋上皮腫よりもやや異型性が強いと考え、低悪性度ながら筋上皮癌と診断される。

【まとめ】今回我々は、稀な腫瘍である筋上皮癌を経験した。穿刺吸引細胞診では積極的に診断には至らなかったが、文献的考察を加え報告する。

## P-1-9 耳下腺に発生した筋上皮癌の 1 例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科<sup>2)</sup>

○吉田沙織(DDS)<sup>1)</sup>, 加藤智美(CT)<sup>1)</sup>, 南 和彦(MD)<sup>2)</sup>, 矢野光剛(MD)<sup>1)</sup>, 榎 美佳(MD)<sup>1)</sup>, 永田耕治(MD)<sup>1)</sup>, 藤野 節(MD)<sup>1)</sup>, 新井栄一(MD)<sup>1)</sup>, 長谷部孝裕(MD)<sup>1)</sup>, 安田政実(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】当センターでは 2007 年の開院以来, 大唾液腺の手術件数が良悪性含めて約 600 症例あり, そのうち 4 例が筋上皮癌と診断されている。近日経験した 5 例目の細胞学および組織学的所見を報告する。

【症例】57 歳男性

【既往歴】2016 年 4 月に腹腔鏡下 S 状結腸切除術(T1bN0M0, tub2)。

【現病歴】2016 年 7 月頃, 左側頸部の腫瘍に気付いた。11 月に増大傾向が認められ, 細胞穿刺吸引および左側耳下腺摘出術が施行された。

【画像所見】左耳下腺下極の不整形腫瘍。T1 強調像で低信号, T2 強調像で不均一な低信号, 拡散の軽度低下を伴い, 悪性の可能性が示唆された。

【細胞所見】類円形裸核細胞を背景に, やや核密度の高い細胞集塊と軽度に肥大した細胞集塊を認めた。集塊内には腺管様構造が存在した。筋上皮系の腫瘍が疑われた。

【肉眼所見】境界不明瞭な乳白色病変を認めた (23×10×10 mm)。

【組織所見】導管上皮様細胞と筋上皮細胞からなる 2 層性の腺管構造が認められた。分葉状を呈し, 既存の唾液腺組織を浸潤性に増殖していた。筋上皮成分は淡明な細胞質を有し, 部位により導管上皮に乏しく, 筋上皮成分の充実性増殖を認めた。

【結語】筋上皮癌は全唾液腺腫瘍の 1% を占めるまれな腫瘍であり, 過去は良性腫瘍として捉えられていた経緯がある。筋上皮細胞は扁平上皮等の化生を示すことがあり, 診断に苦慮する原因となる。浸潤様式, 背景の所見, 免疫組織化学的検討について, 過去症例と比較しつつ報告する。

## P-1-10 診断に苦慮した唾液腺原発筋上皮癌の一例

愛知医科大学病院病院病理部

○櫻井包子(CT), 和田栄里子(CT), 藤井佳穂(CT), 水野里美(CT), 宮下拓也(CT), 佐藤允則(CT), 佐藤 啓(MD), 大橋明子(MD), 高橋恵美子(MD), 都築豊徳(MD)

【はじめに】筋上皮癌は, 全唾液腺上皮性腫瘍の約 1%前後と比較的稀な悪性腫瘍である。今回我々は穿刺吸引細胞診で, 診断に苦慮した筋上皮癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 40 歳代, 男性。1 か月前より左耳介下部に皮下結節を自覚し, 圧痛, 疼痛を認めたため当院受診。MRI にて, 左耳下腺深部から尾部にかけて比較的境界明瞭な長径 46 mm の腫瘍を認めたため, 穿刺吸引細胞診を施行した。

【穿刺吸引細胞診所見】背景はきれいで, 立体不整を伴う大小の細胞集塊を認めた。その大部分は異型のある大型な筋上皮細胞の集塊であった。細胞集塊の中心にはメタクロマジーを示す粘液球を認め, 一部に篩状構造に類似した所見が見られた。集塊の辺縁部には間質性粘液も見られた。大型な筋上皮細胞は, 明瞭な核小体を有し, 核クロマチンの増量を認め, 孤立散在性にも出現していた。また, 一部では異型の弱い小型細胞をシート状で少数認めた。粘液球を有し篩状様構造が見られたことから腺様嚢胞癌を, 大型の筋上皮細胞を多数認めたことより筋上皮癌などの可能性を疑った。

【組織所見】肉眼的に腫瘍は, 灰白色充実性で出血を伴っていた。組織学的には硝子化間質を背景に, 外側は異型の強い筋上皮細胞が増殖しており, 内側には異型の乏しい導管上皮細胞が存在した。一部索状に増殖・浸潤する像を認め, 筋上皮癌と診断した。

【考察】筋上皮癌という稀な症例を経験した。細胞診標本で, 粘液球を取り囲む細胞集塊や, 大型の筋上皮細胞を認めた場合は, 腺様嚢胞癌や筋上皮癌などが鑑別として挙げられる。本症例の細胞像ならびに, 鑑別を要する他の腫瘍との比較を文献的考察を加えて報告する。



## P-1-11 洞組織球症を伴った MALT リンパ腫の 1 例

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター

○倉澤佳奈(CT), 小林愛美(CT), 小山奈津子(CT), 佐々木志保(CT), 下山玲子(CT), 永田麻水(CT), 藤中浩樹(CT), 島津宏樹(MD), 伏見博彰(MD)

**【症例】**70歳代男性, 左耳下腺と左頸部の多数のリンパ節に腫大あり. 左頸部耳下腺穿刺吸引細胞診(FNA)を施行し, 洞組織球症(SH)疑い. しかし頸部MRIにて悪性リンパ腫疑いとなり, 左耳下腺摘出.

**【細胞像】**FNAでは各成熟段階のリンパ球が見られ, 異型は明らかではなかった. また, 多数の組織球が採取されており, SHが疑われる細胞所見であった. 摘出された左耳下腺の捺印細胞診を行ったところ, 組織球が多数みられ, 一部に血球貪食像も認められた. 成熟リンパ球よりやや大型のリンパ球も多く認められた. これらの細胞には核のくびれなどの異型を認め, 悪性リンパ腫を疑う細胞所見であった.

**【組織像】**唾液腺の既存の組織構築は破壊され, びまん性に中型のlymphoid cellや形質細胞および組織球が浸潤していた. 導管成分は散在性に残存しており, lymphoepithelial lesionが認められた. リンパ濾胞形成は明らかではなかった. 中型のlymphoid cellはCD20(+), CD10(-), bcl-2(-), CD5(-), IgM(+), CD3, CD4, CD8は小型のlymphoid cellに陽性であった. 周囲の形質細胞はκ鎖(+), λ鎖(-), IgM(+), IgG4(-)であった. 以上の結果からMALTリンパ腫と診断された.

**【考察】**FNAと捺印細胞診とで細胞像・診断ともに乖離がみられた. 原因としてFNAでは, 主に耳下腺辺縁部の集簇した組織球が採取された可能性が考えられた. 同一病変内にSHとMALTリンパ腫が並存している症例では穿刺箇所によって異なった細胞像が見られることがあり, 臨床所見と併せての診断が重要である.

## P-1-12 耳下腺原発リンパ上皮癌の 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分野<sup>2)</sup>

○桑原 淳(CT)<sup>1)</sup>, 片桐仁子(CT)<sup>1)</sup>, 渡部顕章(CT)<sup>1)</sup>, 藤井愛子(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木恵美子(CT)<sup>1)</sup>, 石原里佳子(CT)<sup>1)</sup>, 五百部浩昭(CT)<sup>2)</sup>, 三宅真司(CT)<sup>1)</sup>, 平井秀明(MD)<sup>1,2)</sup>, 長尾俊孝(MD)<sup>1,2)</sup>

**【はじめに】**リンパ上皮癌は, リンパ球性間質を伴う未分化癌であり, その唾液腺発生は極めて稀である. 本腫瘍は中悪性度に相当し, 殆どの症例がEB virusと関連している. 今回我々は耳下腺原発リンパ上皮癌を経験したので報告する.

**【症例】**70代, 女性. 3週間前より左耳下部の腫脹を自覚し, 当院耳鼻科を受診した. 左耳下腺からの穿刺吸引細胞診で, 高悪性度癌と診断されたため, 左耳下腺切除術+頸部リンパ節廓清術が施行された.

**【細胞所見】**穿刺吸引細胞診では, 多数の小型成熟リンパ球を背景に, 大型異型細胞が孤立性または大小の集塊を形成して出現していた. 異型細胞の結合性は緩く, 細胞境界は不明瞭であった. 異型細胞の核は卵円形~紡錘形を呈し, 核クロマチンは粗顆粒状で, 核小体は明瞭であった. また, 異型細胞の中には裸核状のものもみられた.

**【病理所見】**耳下腺には, 肉眼的に4cm大の境界不明瞭な黄白色調の充実性腫瘍が認められた. 組織学的に, 腫瘍は大小の不整な胞巣形成からなり, その周囲にはリンパ球性間質を伴っていた. 腫瘍細胞は大型の卵円形~紡錘形核を有しており, 核クロマチンは粗造で核小体が目立っていた. また, 所々に核分裂像がみられた. 角化や腺腔形成は認められなかった. 免疫組織化学的に腫瘍細胞はpan-CK(AE1/AE3)陽性で, EBER-ISHにもびまん性に陽性であった. 以上からリンパ上皮癌と診断した.

**【まとめ】**唾液腺腫瘍からの穿刺吸引細胞診で, リンパ球を背景として大型異型細胞からなる集塊が認められた場合には, リンパ上皮癌を念頭に置いた組織型推定が必要である.



### P-1-13 耳下腺腫瘍が疑われた悪性黒色腫リンパ節転移の一例

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>, 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部<sup>2)</sup>, 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長<sup>3)</sup>

○吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>1,2)</sup>, 安村奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 藤澤宏樹(MT)<sup>1)</sup>, 菅重里紗(MT)<sup>1)</sup>, 大西 浩(CT)<sup>1)</sup>, 谷山大樹(MD)<sup>1,2)</sup>, 在津潤一(MD)<sup>1)</sup>, 齊藤彰久(DDS)<sup>1)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】悪性黒色腫は全悪性腫瘍の約2%で, 悪性黒色腫 Stage3b 期の5年生存率は40%と不良である。今回, 我々は耳下腺腫瘍が疑われた皮膚原発悪性黒色腫のリンパ節転移の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。10年前より右頬部に黒褐色斑が見られ一部自然消退。4ヶ月前に同部中央にびらんができ洗顔時出血し, 同時期に右耳前の腫脹を自覚。数週間前より急速に増大し当院紹介受診された。CT検査にて右耳下腺内に径18mm大の濃染効果の強い円形結節を認め耳下腺穿刺吸引細胞診が施行された。数日後, 顔面皮膚病変生検が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では, 細胞結合性の緩い異型細胞が小集塊状や孤立散在性に多数出現していた。異型細胞は, 単核や多核, 核は中～大型, 偏在性で目立つ好酸性の核小体を有していた。N/C比は高く, 核大小不同性や核のくびれ等の強い核形不整を認めた。核縁は薄く, 顆粒状クロマチン増量と不均等分布を認めた。ごく一部で, 核内細胞質偽封入体を認めた。明らかなメラニン顆粒は認められなかった。Melan A 強陽性, HMB45 弱陽性であり, 悪性黒色腫の転移と細胞診断した。

【組織所見】摘出された顔面皮膚腫瘍は28×10mm大で, 浅い潰瘍を伴っていた。腫瘍は真皮網状層まで浸潤しており結節型悪性黒色腫と診断された。約1か月後, 右頬部広範切除が施行された。皮膚および耳下腺に転移は認められなかったが, 耳下腺周囲リンパ節内に悪性黒色腫転移を認めた。

【結語】皮膚に黒色腫瘍が認められる症例の穿刺吸引細胞診にて, 大型で好酸性の核小体を有する結合性の緩い異型細胞が見られた際は, 穿刺部位に囚われず悪性黒色腫も鑑別に挙げ細胞診断することが大切である。

### P-1-14 濾胞様構造を示した, 唾液腺オンコサイトーマの1例

市立奈良病院臨床検査室<sup>1)</sup>, 市立奈良病院病理診断科<sup>2)</sup>

○小林史孝(CT)<sup>1)</sup>, 松山友彦(CT)<sup>1)</sup>, 鎌倉佳子(CT)<sup>1)</sup>, 吉田朋子(CT)<sup>1)</sup>, 政 俊行(MT)<sup>1)</sup>, 島田啓司(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】唾液腺に発生するオンコサイトーマは, 唾液腺腫瘍の5%以下と比較的まれな腫瘍である。オンコサイトーマは, 充実性に増殖し, 一部では索状あるいは胞巣状構造を示すとされている。今回我々は, 顎下腺より発生した, 濾胞様構造を示すオンコサイトーマを経験したので, その細胞学的所見を含めて報告する。

【症例】54歳, 男性。1か月持続する左顎下部腫脹を訴え, 近医を受診した。精査目的にて当院耳鼻咽喉科受診となり, 穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞像】細胞質に顆粒状の好酸性顆粒を有する上皮細胞の集塊が認められた。集塊はシート状または軽度の重積性を示し, 一部で小濾胞様構造を示した。腺房様構造は殆ど認めなかった。核は類円形で, 核縁は整, 核クロマチンは細顆粒状を示した。背景には, リンパ球を含めた炎症細胞を殆ど認めなかった。

【組織像】臨床的に多型腺腫が最も疑われ, 腫瘍摘出手術が施行された。組織学的には, 全周性線維性被膜を有する境界明瞭な腫瘍で, 好酸性胞体と類円形核を有する腫瘍細胞が主として濾胞様構造を示して増殖し, 部分的には胞巣状, 索状構造を呈した。被膜外浸潤をはじめ, 明らかに悪性を示唆する所見を認めなかった。免疫染色にて腫瘍細胞はミトコンドリア強陽性像を示し, オンコサイトーマと診断した。

【まとめ】極めてまれながら唾液腺オンコサイトーマが濾胞様構造を呈することがある。

### P-1-15 当院における基底細胞腺腫の6例

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

○永井多美子(CT)<sup>1)</sup>, 町田浩美(CT)<sup>1)</sup>,  
佐々木英夫(CT)<sup>1)</sup>, 加藤 輝(CT)<sup>1)</sup>, 金子有子(MD)<sup>2)</sup>,  
中里宜正(MD)<sup>2)</sup>, 小島 勝(MD)<sup>2)</sup>, 黒田 一(MD)<sup>2)</sup>,  
今井康雄(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】基底細胞腺腫の頻度は全唾液腺腫瘍の約5%であり穿刺吸引細胞診(FNA)において遭遇する機会は少ない。今回私たちは病理組織学的に基底細胞腺腫と診断された6例の細胞像を報告する。

【症例】2014~2016年の間当院で耳下部または顎下部腫瘍が疑われ、FNAが施行された50~70歳代の男女、病理組織学的に基底細胞腺腫と診断された6例。

【細胞像】4例で結合の強い大型集塊が出現し集塊辺縁部には基底膜様物質が認められた。個々の細胞は小型でN/Cの高い均一な形態を示し、基底細胞腺腫を考える細胞像であった。しかし2例は典型的な細胞像ではなかった。1例はやや腫大した核を有し、他症例の基底細胞由来の細胞集塊に比べ核密度は低く、ギムザ染色で集塊内部に弱い異染性がみられたことから筋上皮由来の細胞を考えた。もう1例は硝子球を取り囲むような大小の球状集塊が多数認められ、硝子球はギムザ染色で異染性を示す像が見られ、多形腺腫や腺様嚢胞癌との鑑別が困難であった。

【考察】基底細胞腺腫はその特徴的な細胞像を認識できればFNAにおいて推定診断は可能と思われるが、今回の報告のように筋上皮細胞の出現と硝子球の認められる症例も少数存在する。また、結合の強い大型集塊は直接塗抹後の針内洗浄を作製したLBC標本2例のみに認められた。注射器内に残った細胞をLBC標本にして回収することは、採取不良による診断不能標本を少なくし基底細胞腺腫の診断向上に必要不可欠であると思われる。基底細胞腺腫は多形腺腫、ワルチン腫瘍に次ぐ良性腫瘍であるが、その頻度は少なくFNAにおいても遭遇する機会が少ない。耳下腺FNAにおいては基底細胞腺腫も念頭に置き鏡検することが重要と考える。

### P-1-16 右耳下腺部リンパ節穿刺細胞診にて転移を診断し得た脂腺癌の1例

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>

○高垣和代(CT)<sup>1)</sup>, 西村優希(CT)<sup>1)</sup>, 上山 優(CT)<sup>1)</sup>,  
新田篤史(CT)<sup>1)</sup>, 石田由香里(CT)<sup>1)</sup>, 前田妙子(CT)<sup>1)</sup>,  
高山みずほ(CT)<sup>1)</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】脂腺癌は眼瞼、特に上眼瞼に好発し、Meibom腺を発生母地とするMeibom腺癌が大多数である。皮脂腺に由来し眼瞼外に発生する例は稀であるが頭頸部を中心にみられる。患者の平均年齢は62歳、男女比はおおよそ1:2で女性に多くみられる。今回、右上眼瞼脂腺癌切除後、右耳下腺部リンパ節穿刺細胞診にて脂腺癌の転移を診断し得た症例を報告する。

【症例】60代、男性。右上眼瞼の違和感で近医受診。腫瘍穿刺にて、排膿があり霰粒腫が疑われたが病理で脂腺癌と診断され、当院にて腫瘍切除術が施行された。術後半年で右耳下腺部リンパ節に転移が疑われ、穿刺細胞診が施行された。

【右上眼瞼腫瘍組織所見】表皮と連続して真皮内に不規則な胞巣形成を示しつつ増殖する上皮性腫瘍を認める。胞巣内には壊死が目立ち、腫瘍細胞は胞体が泡沫状で核分裂像や核の大小不同がみられ脂腺癌と診断された。

【穿刺細胞所見】壊死性背景に、核腫大、クロマチン増量を示す異型細胞が、結合性の弱い集塊状、あるいは孤立散在性に出現していた。裸核状の細胞が多いが、一部は多空胞状の細胞質をもち、濃染核には好酸性で明瞭な核小体が認められた。その他、オレンジG好性の異型扁平上皮細胞や泡沫状組織球も散見された。以上の所見から、脂腺癌のリンパ節転移と診断した。

【まとめ】皮膚科領域の腫瘍として提出された細胞診を経験することは少ないが、今回の症例のようにリンパ節転移や頭頸部領域病変として提出された穿刺細胞診が皮膚科領域の腫瘍であったということは稀ではない。穿刺部位や臨床情報を考慮し皮膚腫瘍の細胞像も念頭において検鏡することが重要と考えられた。

## P-1-17 顎下腺に生じた腺房細胞癌の 1 例

川崎市立多摩病院病理診断科

○佐藤克洋(CT), 岸理恵子(CT), 林 直美(CT),  
早川智絵(CT), 半田留美子(CT), 小池淳樹(MD)

【はじめに】腺房細胞癌は全唾液腺腫瘍の約 3~18%とされている。本腫瘍は正常腺房細胞に類似し異型に乏しい低悪性度癌である。主な発生部位は耳下腺、次いで小唾液腺に発生し、顎下腺では稀である。今回我々は、顎下腺に発生した腺房細胞癌を経験したので、その捺印細胞像を報告する。

【症例】50 歳代、女性。右顎下に腫脹を自覚するも MRI に異常なし。1 年後の頸部エコーにて約 1 cm 大の腫瘤を認め、MRI で被膜の形成を伴う腫瘍が認められた。その後の経過観察で増大傾向を認め、悪性腫瘍の可能性が示唆されたため、右顎下腺摘出術が施行された。

【捺印細胞像】不規則な重積を伴う大型の細胞集塊が認められた。この集塊は腺房構造を呈し、細胞質は泡沫状であった。核は類円形で、クロマチンは粗顆粒状に増量していた。

【組織像】類円形核と好酸性顆粒状ないし泡沫状細胞質を有する細胞の胞巣状増殖からなる腫瘍で、腺房細胞癌と診断された。

【まとめ】本症例は異型が乏しく、細胞診では良悪性の判定に苦慮した。しかしながら本症例のように核所見が乏しいながらも不規則な重積等の所見を認めた場合、腺房細胞癌を念頭に置く必要があると考えられた。

## P-1-18 組織型の推定に苦慮した高悪性度成分を含む顎下腺原発腺様嚢胞癌

福岡県済生会福岡総合病院病理診断科<sup>1)</sup>, 久留米大学病院病理部<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>

○佐藤瑞恵(CT)<sup>1)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤真介(CT)<sup>1)</sup>,  
宮崎浩子(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>, 加藤誠也(MD)<sup>1)</sup>, 山元英崇(MD)<sup>3)</sup>

【背景】唾液腺腫瘍中、腺様嚢胞癌は比較的発生頻度の高い腫瘍であり、特徴的な篩状型での球状硝子球の出現は本腫瘍の推定に有用な細胞所見であるが、篩状ないし 2 相性を示す管状パターンに乏しく N/C 比の高い裸核状細胞の増生が主な所見の場合、組織型の推定に難渋する事がある。腺様嚢胞癌の充実型と脱分化型の 2 例の穿刺吸引細胞診像を提示し、報告書の記載方法についても考察したい。

【症例 1】70 歳代女性。顎下部の径 2 cm 大の限局した腫瘤に対して FNA 施行。小型~中型で基底細胞に類似した腫瘍細胞が集塊で出現。基底膜様物質も認められたが、球状硝子球は見られなかった。Class III と判定。摘出後の組織診では腺様嚢胞癌充実型であった。

【症例 2】70 歳代女性。顎下部の腫瘤に対して FNA 施行。複数のリンパ節転移も疑われていた。出血壊死を背景に中型で基底細胞に類似した腫瘍細胞が流れ様配列を示す大型集塊で出現。核分裂像も少数見られた。Class V と判定。摘出後の組織診では脱分化型腺様嚢胞癌であった。

【考察】唾液腺悪性腫瘍は低、中、高悪性度に分類され予後が大きく異なる。症例 1 は術前、臨床的にも良悪性の鑑別が難しく、細胞像では富細胞性の多形腺腫や基底細胞腺腫も考慮された。症例 2 では癌腫の確定は可能であったが組織型の推定には至らなかった。今回のように組織型推定が難しい場合も可能な限り悪性度に関する記載が推奨されており、発生部位などの臨床事項、腫瘍の構造や進展様式に加え、細胞学的には細胞の大きさ、核密度、核クロマチン、壊死の有無や核分裂像等が高悪性度を示唆する。また免疫染色も腫瘍性筋上皮細胞の判別や悪性度評価に有用と考えられた。

### P-1-19 当院における耳下腺原発粘表皮癌の穿刺吸引細胞診

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), 西山憲一(MD),  
中島 豊(MD)

【はじめに】耳下腺原発粘表皮癌は、穿刺吸引細胞診において細胞像の多彩さや細胞異型の乏しさから診断に苦慮することが多い。今回我々は、当院で経験した耳下腺原発粘表皮癌の穿刺吸引細胞診について検討を行った。

【対象】2005年から2016年に当院で術前に穿刺吸引細胞診が行われ、その後手術された耳下腺原発粘表皮癌5例(低悪性度4例, 中悪性度1例)を対象とした。各症例について細胞像を検討した。症例1: 47歳, 男性。左耳下部に腫瘤自覚。ClassIIIa, ワルチン腫瘍疑いと報告。症例2: 51歳, 女性。右耳下部に圧痛あり。ClassIIIa, 多形腺腫疑いと報告。症例3: 64歳, 女性。右耳下部に腫瘤自覚。ClassIIIa, 異型細胞(反応性)と報告。症例4: 58歳, 男性。左耳下部に腫瘤自覚。ClassIIIb, 異型細胞(悪性の可能性あり)と報告。症例5: 64歳, 女性。右耳下部に腫瘤自覚。ClassIIIb, 粘表皮癌の可能性ありと報告。

【結果】今回の5例の中で粘表皮癌を推定し得たのは1例のみであった。残りの4例は誤判定もしくは過小判定をしていた。

【考察】当院での耳下腺原発粘表皮癌の診断精度は、未だ満足できるものではなく、診断向上のため、さらなる細胞像の検討が必要と思われた。

### P-1-20 鼻腔に発生した glomangiopericytoma の一例

東京女子医科大学病院中央検査部病理検査室<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 東京女子医科大学医学部病理学第一講座<sup>3)</sup>

○村上佳織(CT)<sup>1)</sup>, 金室俊子(CT)<sup>1)</sup>, 野並裕司(CT)<sup>1)</sup>,  
高橋伸治(CT)<sup>1)</sup>, 白石 彩(CT)<sup>1)</sup>, 橋本哲也(CT)<sup>1)</sup>,  
廣井敦子(MD)<sup>2,3)</sup>, 山本智子(MD)<sup>2,3)</sup>,  
澤田達男(MD)<sup>3)</sup>, 長嶋洋治(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】Glomangiopericytoma は鼻腔・副鼻腔に生じる稀な腫瘍である。一般的な hemangiopericytoma とは生物学的性状が異なるため、2005年のWHO分類で独立した疾患として分類された。今回我々は、術中迅速診断時に glomangiopericytoma を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。鼻閉、鼻漏を主訴に当院を紹介受診。右鼻腔に易出血性の赤色腫瘍が充満していた。画像検査上、血管線維腫や血管腫などが疑われ、内視鏡下に腫瘍摘出術が施行された。摘出時に、術中迅速診断が行われた。

【術中捺印細胞所見】類円～卵円形核を持った紡錘形細胞を、孤在性、一部結合の緩い集塊状に認めた。核異型やクロマチンの増量は乏しく、胞体は淡染性で、境界不明瞭であった。多核巨細胞も認められた。細胞診では良性的ないし低悪性度の非上皮性腫瘍を推定した。

【組織所見】卵円形の核を有する比較的小型の細胞が、シート状に増生していた。多核巨細胞をまじえており、血管の増生が目立っていた。細胞異型や核分裂は目立たず、壊死は観察されなかった。免疫染色では smooth muscle actin 陽性、部分的に CD34, bcl-2 陽性, desmin, S-100 蛋白, c-kit, CD99, CD68, STAT6 陰性であった。これらの所見から glomangiopericytoma と診断した。

【まとめ】迅速診断時、捺印細胞診のみでの診断は困難であったが、細胞診所見は、組織診断に際し有用であった。結合性の緩い、細胞異型の乏しい紡錘形細胞が見られた際は、非上皮性腫瘍の1つとして鑑別疾患に挙げる必要があると考えられる。Glomangiopericytoma は非常に稀で報告も少ないため、細胞学的な特徴の理解が求められる。組織学的な特徴を含め、細胞学的所見を報告する。



### P-1-21 耳下腺腫瘍として提出され、良悪性の判定に苦慮した石灰化上皮腫（毛母腫）の 1 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>

○中野万里子(CT)<sup>1)</sup>, 山下 学(CT)<sup>1)</sup>, 湊 宏(MD)<sup>1,2)</sup>, 中田聡子(MD)<sup>1,2)</sup>, 水口聖哉(CT)<sup>1)</sup>, 嶋口智恵(CT)<sup>1)</sup>, 竹中美千穂(CT)<sup>1)</sup>, 寺内利恵(CT)<sup>1)</sup>, 黒瀬 望(MD)<sup>1,2)</sup>, 野島孝之(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】石灰化上皮腫(毛母腫)は毛母細胞への分化を示す良性腫瘍であり, 若年者や高齢者の頭頸部や上肢の皮膚などに好発する。今回, われわれは耳下腺腫瘍として穿刺吸引細胞診が提出され, 診断に苦慮した 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代, 男性。2 年の経過で左耳下部のニキビ大の腫瘍が 4.5 cm 大に増大。疼痛, 顔面神経麻痺なし。

【細胞所見】壊死性背景に, 重積性のある不整形の上皮細胞集塊と少数の多核組織球様細胞が出現していた。上皮細胞の細胞質は少量でライトグリーンに淡染し, 核は類円形から紡錘形で軽度大小不同が認められた。クロマチンは細顆粒状で軽度増量し, 一部には明瞭な核小体が見られた。部分的に, 細胞質内に色素を有するような細胞が認められたが, 線維性間質を伴った集塊や細胞外に粘液様物が見られ, 多形腺腫や多形腺腫由来癌などが鑑別に挙がると報告した。

【病理組織所見】耳下部の真皮内から皮下にかけて 5.0 cm 大の腫瘍性病変がみられ, 比較的境界明瞭で, 断面は分葉状, 顆粒状で黄白色調を呈していた。組織では, 基底細胞類似の好塩基性細胞と好酸性陰影細胞の胞巣が不規則に混在, 移行して認められた。異物反応と石灰化も見られ, 石灰化上皮腫と診断された。

【まとめ】耳下腺腫瘍の組織細胞像は多彩であるが, 通常の耳下腺腫瘍と細胞像が異なる場合は無理に唾液腺腫瘍に当てはめず, 皮膚腫瘍の可能性も考慮すべきである。基底細胞様細胞と無核の変性した扁平上皮様細胞が混在して出現してくる場合は, 石灰化上皮腫も念頭に入れ, 穿刺部位や臨床所見を確認して細胞所見を再検討することが重要であると再認識した。

### P-1-22 腺様嚢胞癌との鑑別に苦慮した耳下腺基底細胞腺癌の 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分野<sup>2)</sup>

○忽滑谷昌平(CT)<sup>1)</sup>, 三宅真司(CT)<sup>1)</sup>, 小池悦子(CT)<sup>1)</sup>, 稲垣敦史(CT)<sup>1)</sup>, 山口真由実(CT)<sup>1)</sup>, 川内ゆうか(CT)<sup>1)</sup>, 金子清花(CT)<sup>1)</sup>, 原由紀子(MD)<sup>1,2)</sup>, 松林 純(MD)<sup>1,2)</sup>, 長尾俊孝(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】基底細胞腺癌は耳下腺に好発する稀な低悪性度腫瘍である。今回我々は, 穿刺吸引細胞診にて腺様嚢胞癌との鑑別に苦慮した基底細胞腺癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。7 年前より耳下部の腫脹を自覚し, MRI にて境界明瞭な約 3 cm 大の腫瘍性病変が指摘された。穿刺吸引細胞診にて腺様嚢胞癌が疑われ, 右耳下腺全摘出術が施行された。術後 2 年経過で転移・再発はみられない。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では, きれいな背景に少数の結合性の強い細胞集塊が認められた。集塊は分岐状構造や一部に粘液球を含む篩状構造を示していた。出現細胞は N/C 比が高く, 類円形～楕円形核を有しており, 核クロマチンは細顆粒状～濃染性を呈し核小体は目立たなかった。摘出検体の捺印細胞診でも複数に分岐する集塊が多数採取されていたが, 篩状構造はわずかであった。集塊はギムザ染色で異染性を示す基底膜様物質によって縁取られており, その辺縁では柵状配列がみられた。

【病理所見】耳下腺には 3.3×2.8×1.8 cm 大の結節性腫瘍が認められた。腫瘍は不規則な索状配列を主体として, 一部に充実性胞巣を形成していた。腺管形成や偽嚢胞からなる篩状構造もみられた。また, 胞巣辺縁部では腫瘍細胞が柵状に配列していた。腫瘍細胞は基底細胞様で, 卵円形～不整形核を有し, N/C 比が高かった。腫瘍内に壊死はなく, 腫瘍細胞の核分裂像は少数であった。腫瘍は周囲耳下腺組織や脂肪織へ浸潤性に増殖し, 神経周囲浸潤を伴っていた。

【まとめ】唾液腺腫瘍からの穿刺吸引細胞診にて, 粘液球を伴う篩状構造をみたときには, 腺様嚢胞癌や基底細胞腺癌の他に基底細胞腺癌も念頭において診断することが重要である。



### P-1-23 耳下腺に発生した乳腺相似分泌癌の一例

関西労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 関西労災病院病理診断科<sup>2)</sup>,  
久留米大学病院病理部<sup>3)</sup>

○原沙由美(CT)<sup>1)</sup>, 杉生憲二(CT)<sup>1)</sup>, 山根三千秋(CT)<sup>1)</sup>,  
吉野龍一(CT)<sup>1)</sup>, 鶴田陽子(CT)<sup>1)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>3)</sup>,  
後藤孝吉(MD)<sup>2)</sup>, 永野輝明(MD)<sup>2)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】乳腺相似分泌癌(MASC)は、乳腺分泌癌に類似した組織像、免疫組織化学的形質を示す腫瘍として提唱された唾液腺腫瘍の概念で、多くはETV6-NTRK3転座を有する。今回、穿刺吸引細胞診で多形腺腫が疑われ、悪性の診断に至るのが困難であった一例を経験した。

【症例】30歳代女性。右耳下腺の腫脹を自覚し、受診。右下極に母指頭大の腫瘍を認めた。触診上、多形腺腫が疑われ、穿刺吸引細胞診を施行後、切除術が施行された。

【細胞所見】核小体の明瞭な類円形～紡錘形の細胞を孤立散在性あるいは平面的、立体的集塊にて認める。ギムザ染色で背景の粘液様物質は異染性を示す。

【組織所見】被膜を有する境界明瞭な結節性病変で、核小体明瞭な腫大核と好酸性細胞質を有する腫瘍細胞が、充実性、微小嚢胞状、乳頭嚢胞状構造をとって増殖する。嚢胞の内腔には好酸性分泌物を認める。細胞質内にdiastase PAS陽性の顆粒状、球状物質を認める。

【免疫組織化学等】cytokeratin AE1/AE3(+), vimentin(一部+), SMA(-), p63(-), S-100(一部+), mammaglobin(+), GCDFP-15(少数+), GATA-3(-), MUC-1(+))を示す。FISHにて58%の腫瘍細胞にETV6遺伝子の転座を認める。

【考察】本例は、出現細胞の異型の乏しさなどから多形腺腫との鑑別が困難なMASCの一例であった。背景の異染性を呈する粘液や組織球、結合性の低下、空胞状の豊富な細胞質、類円形核などのMASCに特徴的な細胞所見を見た場合、MASCを念頭に置いて、良悪判定、推定診断を行い、遺伝子解析を考慮すべきである。

### P-1-24 迅速診で診断に苦慮した脊索腫の一例

東京都立多摩総合医療センター病理診断科

○江夏一彰(DDS), 岡田晴香(MD), 板垣信吾(MD),  
古保利彦(CT), 霧生孝弘(MD)

【緒論】脊索腫は胎生期の脊索組織に由来する稀な腫瘍で、頭蓋底部は尾仙骨部に次ぐ好発部位である。今回我々は、迅速診で診断に苦慮した脊索腫を経験したので報告する。

【症例】74歳女性。他院で、円蓋部髄膜腫にて経過観察であった。MRIで蝶形骨洞下方に陰影増大を指摘され、CTでも蝶形骨洞底部の骨破壊と蝶形洞内へ腫瘍を認めた為、当院耳鼻科へ紹介受診となった。当院のMRIでは斜台から上咽頭後壁粘膜下にかけて境界明瞭な腫瘤を認め、一部、斜台への浸潤もみられた。手術は鼻副鼻腔腫瘍の臨床診断のもと施行され、上咽頭の粘膜を切開すると腫瘍が露出し、摘出時にこの一部を迅速診断の材料として提出された。術後3ヶ月に、残りの腫瘍も摘出し、同時に切除された蝶形骨洞前壁と上咽頭前壁にも腫瘍の伸展を認めた。

【病理所見】提出された検体は少量で、全体に軟らかく、粘液腫様を帯びていた。検体は凍結組織診断用に標本を作製し、凍結組織診断では、粘液成分を背景に大小の類円形の核を持つ細胞が索状ないし集塊状にみられ、細胞境界は明瞭、これらの細胞は軟骨の細胞に類似していることから軟骨腫、脊索腫、軟骨型髄膜腫などが考えられた。そこで、残った検体で捺印細胞診用の標本を作製すると、粘液成分を背景に細胞は集塊状にみられ、核は大小の類円形を示し、一部には細胞質に空胞をみる担空胞細胞を確認し、脊索腫と診断をした。永久標本では、免疫染色も施行しEMA, CKAE1/AE3が陽性であり、軟骨への分化を示す部分も認めたので、chondroid chordomaと最終的に診断をした。

【結語】迅速診で脊索腫が疑われる場合には、捺印細胞診も併用すると細胞形態の特徴がより明確となり診断に有益であった。

### P-1-25 長期経過後に両側腎, 肺転移を来した副咽頭 間隙の転移性多形腺腫の1例

がん研究会有明病院病理部<sup>1)</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>2)</sup>, がん研究会有明病院細胞診断部<sup>3)</sup>

○佐藤由紀子(DDS)<sup>1,2,3)</sup>, 山田麻里沙(CT)<sup>3)</sup>,  
鈴木奈緒子(CT)<sup>3)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>3)</sup>, 星 利良(CT)<sup>3)</sup>,  
藤山淳三(CT)<sup>3)</sup>, 古田則行(CT)<sup>3)</sup>, 小松京子(CT)<sup>2,3)</sup>,  
杉山裕子(MD)<sup>3)</sup>, 石川雄一(MD)<sup>1,2,3)</sup>

【はじめに】 良性の組織像を呈するにもかかわらず転移を来した多形腺を転移性多形腺腫という。1942年にPerrinらが最初に報告して以来、60数例の報告がある。今回は、24年前の初回手術、再発時の手術、腎転移巣の生検の組織検体と再発時の細胞診検体が確認できた貴重例であることから報告した。

【症例】 60歳代女性。当院にて24年前に副咽頭間隙の多形腺腫を切除し、16年後に残存腫瘍を摘出後に経過観察していた。検診で両側性腎腫瘍が見つかり、針生検にて転移性多形腺腫の診断となる。現在、多発骨転移を来し、緩和照射を行っている。

【細胞所見】 再発時の穿刺吸引検体には、軟骨様の粘液腫様基質と内部には紡錘形細胞あるいは上皮様の細胞が集塊状に採取されている。腫瘍細胞のN/C比は高くなく、細胞異型は確認されない。

【病理所見】 初回手術は薄い被膜を有する、myxoidな間質と軟骨様基質の形成を伴う領域や腺管構造の目立つ領域など多彩な像をとる境界明瞭な腫瘍で、被膜内に突出する像がある。既存の耳下腺深葉はほとんど採取されていない。再発検体ではmyxoidな間質と紡錘形細胞が主体で比較的単調な像を示す。腎生検は再発検体と酷似していた。MIB-1 LIは3検体とも1%未満でp53強陽性像は確認されない。以上より、良性の多形腺腫の組織像をとることから転移性多形腺腫と考えた。

【考察】 転移性多形腺腫は耳下腺発生が多いとされ、転移先は骨と肺が多いが、リンパ節、肝臓、腎臓、中枢神経、皮膚など多岐にわたる。性差はなく、原発切除時の年齢は8-72歳と幅広い。大半の症例で局所再発に既往があるとされ、転移までの期間は平均20年と長期に及ぶ。今後、転移リスクを検討していきたいと考える。

### P-1-26 穿刺吸引細胞診が有用であった secretory carcinoma の1例

新百合ヶ丘総合病院病理診断科<sup>1)</sup>, 新百合ヶ丘総合病院乳腺外科<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属柏病院病院病理部<sup>3)</sup>

○和田幸子(CT)<sup>1)</sup>, 高山明子(CT)<sup>1)</sup>, 田口勝二(CT)<sup>1)</sup>,  
柳沢春華(MD)<sup>3)</sup>, 篠崎 登(MD)<sup>2)</sup>, 福永眞治(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】 分泌癌 (secretory carcinoma) は、著明な分泌活動を示す細胞からなる比較的稀な低悪性度腫瘍である。今回我々は、乳腺穿刺吸引細胞診が診断に有用であった secretory carcinoma の症例を経験したので報告する。

【症例】 60歳代女性。右乳腺腫瘍を自覚し近医で乳癌が疑われた。MMG, CT, MRIにて右AB領域に嚢胞成分を伴う辺縁不整な腫瘍を認め、病変最大径は70mmで乳頭直下まで乳管内伸展像が見られた。臨床的に乳癌が疑われ、穿刺吸引細胞診及び右乳房全摘出術が施行された。

【細胞所見】 分泌物を伴う血性背景に異型細胞が結合性の弱い小集塊状に出現し、細胞質は豊富で顆粒状、空胞状でICLやMGS様の所見が認められた。また一部には細胞質内にエオジン好性の分泌物様物質を容れていた。核は偏在性で腫大し大小不同及び核形不整が見られ、クロマチンは細顆粒状に増量し、明瞭な核小体を認め、secretory carcinomaが疑われた。

【組織所見】 浸潤性増殖を示す充実性腫瘍を認め、豊富な細胞質と明瞭な核小体を有する腫瘍細胞が篩状、嚢胞状、管状に増殖し、管腔内には豊富な分泌物が見られ、間質は線維性であった。アルシアン青-PAS重染色では分泌物が陽性で、免疫組織学的にはmammaglobin, GCDPF15, EMA, CAM5.2, androgen receptorが陽性、S-100が一部陽性、ER, PgRは陰性でHER2はscore1であった。

【まとめ】 当院では以前、唾液腺の乳腺相似分泌癌を経験していたことから、本症例の細胞診でsecretory carcinomaと診断することができた。細胞質が豊富でICLやMGSが見られたときは、secretory carcinomaを念頭におき診断すべきと考える。

### P-1-27 穿刺吸引細胞診にて多数の破骨細胞型巨細胞を認めた悪性葉状腫瘍の一例

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○常世田岬(CT), 山崎一人(MD), 小山芳徳(CT), 安達純世(CT), 若原孝子(CT), 豊永安洋(CT), 山本善也(CT), 内田浩紀(CT), 山田正俊(MD), 石田康生(MD)

悪性葉状腫瘍は、異型を示す紡錘形細胞と乳管上皮細胞が混在する細胞像が定型的とされている。今回我々は、穿刺吸引細胞診にて多数の破骨細胞型巨細胞を認めた悪性葉状腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】50代、女性。20代に左乳房葉状腫瘍にて左乳房部分切除術が施行された。その後4度の再発、いずれも腫瘍摘除となった。今回左乳房に硬結を自覚し当院来院。胸部CTにて左乳頭直下に径35mm大の不整形腫瘤を認めた。穿刺吸引細胞診にて葉状腫瘍の再発が疑われ、左乳房全摘術が施行された。

【細胞所見】清明な背景に、短紡錘形、卵円形細胞を孤立性から集簇性に認めた。細胞質は淡明、核は卵円形、クロマチンは微細顆粒状に増量し、明瞭な核小体を認めた。また、多数の多核巨細胞や微細な骨組織も認めた。上皮性成分は認めず肉腫性病変を疑う所見であった。これまでの経過や画像所見より悪性葉状腫瘍の再発を疑った。

【組織所見】病変の剖面は灰白色調・充実分葉状で、出血・壊死を認めた。組織形態は、紡錘形細胞が束状に密に増生する肉腫様腫瘍で、多数の破骨細胞型巨細胞や骨、類骨、及び異型細胞を含む軟骨様組織を認めた。上皮性成分は認めず、肉腫様成分からなる悪性葉状腫瘍の再発と診断された。Sanger法にて、*MED12* exon2, *hTERT* プロモーター領域の遺伝子変異が確認された。

【考察】本例の細胞像は定型的な悪性葉状腫瘍とは異なり、多数の破骨細胞型巨細胞を含んでいた。破骨細胞型巨細胞の出現する乳腺病変には、骨・軟骨化生を伴う癌、破骨細胞型巨細胞を伴う浸潤性乳管癌、肉芽腫性乳腺炎などが挙げられる。これらの病変との細胞所見の差異について考察する。

### P-1-28 穿刺吸引細胞診で浸潤性乳管癌が疑われた乳腺線維腺腫内異形乳管過形成の1例

同愛会博愛病院乳腺センター外科<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部器官病理学分野<sup>2)</sup>

○工藤浩史(MD)<sup>1)</sup>, 梅北善久(MD)<sup>2)</sup>

【目的】乳腺線維腺腫(FA)内に異形乳管過形成(ADH)が合併したすることは極めてまれであり、非浸潤性乳管癌(DCIS)の合併との鑑別が細胞所見では困難な場合がある。そのような症例を経験したので、報告する。

【症例】60歳代、女性。既往歴。

【家族歴】特記すべきことなし。

【現病歴】乳検のマンモグラフィと触診で右MOとCに1cm大の腫瘍を認め、精査にて当科受診。穿刺吸引細胞(ABC)施行。

【US所見】右Cに10.8×10.4×4.6mmの腫瘍あり。

【マンモ所見】右MOにUSに一致する境界明瞭な腫瘍を認める。

【MRI&CT所見】右乳房Cに早期濃染腫瘍を認め、悪性疑。

【ABC所見】小型で核偏在傾向を示す異形乳管上皮が散在性または小集塊状に出現し、細胞質内小腺腔がみられ、硬癌や小葉癌が疑われる。

【病理組織所見】腫瘍の大部分はFAだが、一部に上皮増生が目立ち、篩状部分や充実性部分では腺腔のサイズや形が不均一で乳管辺縁と中央部の細胞所見に差が見られ、ADHと考えられた。

【免疫染色所見】上皮増生部でER(+), E-カドヘリン(+), CD10(+), p63(+), サイトケラチン5/6(-)。

【考察】FA内に発生する乳癌としては非浸潤性小葉癌が多いとされるが、まれに乳管癌が発生することがある。ADHの発生はDCISの近傍に見られるとの報告があるのみである。本例の場合ADHのみでDCISはみられなかったが、細胞所見では悪性が疑われ、その鑑別に苦慮した。画像上はUS&マンモともFA疑、これは腫瘍がFA主体だったためであろう。MRIでは早期濃染像がみられ、悪性が疑われた。治療に関して、本例のように画像と細胞像が食い違う場合は患者に良く説明し、摘出術を施行し、病理診断を確定させることが重要と考える。

### P-1-29 口腔疣贅状黄色腫にみられる表層型異型上皮様細胞について

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>

○宇都宮忠彦(DDS)<sup>1)</sup>, 松本 敬(CT)<sup>2)</sup>,  
末光正昌(DDS)<sup>1)</sup>, 森川美雪(CT)<sup>1)</sup>, 山本 泰(DDS)<sup>3)</sup>,  
二谷悦子(CT)<sup>2)</sup>, 山本浩嗣(DDS)<sup>1)</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1)</sup>

疣贅状黄色腫は口腔粘膜に発生する稀な良性病変で、組織学的には表層の粘膜重層扁平上皮の外向性増殖と上皮直下における泡沫状マクロファージの集積を特徴としている。また、疣贅状黄色腫は腫瘍類似病変とされ、真の腫瘍や扁平上皮癌とは区別されるべき疾患であるが、その外形が乳頭腫や、ときに疣贅状癌とも類似している。このような外向性疣贅状ないし乳頭状粘膜病変の擦過細胞診においてしばしば問題となるのが、深層に生じている異型細胞や浸潤癌細胞などの所見が、擦過採取された表層付近の細胞所見に直接見出しがたい点である。今回我々は、疣贅状黄色腫の擦過細胞診症例を retrospective に比較・検討した。いずれの症例にも角化輝度の上昇と核腫大・濃染化を呈する表層型異型上皮様細胞が認められ、疑陽性以上の判定がなされた症例が存在した。確定診断の材料である病理組織標本と比較検討してみると、疣贅状に増殖する上皮が一部楔状に下方に陥入したピット状構造を示し、その部位に前記の細胞像に相当する角化亢進及び核腫大を示す細胞が蓄積していた。したがって、このような細胞が擦過の際に採取されたと仮定すると腫瘍性的変化ではなく、変性あるいは局所的な角化亢進や上皮過形成に伴う変化であると考えられるが、擦過細胞診標本から外向性増殖の目立つ異形成、更には浸潤癌との鑑別が極めて困難である。以上の所見に基づいて、表層型異型上皮様細胞の解釈や判断について考察する。

### P-1-30 口腔粘膜擦過細胞診における深層系細胞の鑑別点について

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>, 千葉西総合病院病理診断科<sup>5)</sup>

○末光正昌(DDS)<sup>1)</sup>, 松本 敬(CT)<sup>2)</sup>, 森川美雪(CT)<sup>1)</sup>,  
山本 泰(DDS)<sup>3)</sup>, 才藤純一(CT)<sup>4)</sup>, 二谷悦子(CT)<sup>2)</sup>,  
浮ヶ谷匡恭(CT)<sup>5)</sup>, 齋藤隆明(DDS)<sup>5)</sup>,  
宇都宮忠彦(DDS)<sup>1)</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1)</sup>

口腔粘膜由来の腫瘍性病変における細胞診の判定には、子宮頸部の如く十分な細胞所見の蓄積が行われていない。故に、口腔細胞診の判定は、細胞検査士や口腔病理医或いは施設内の基準に左右されており、統一されていない状態であった。そこで、ガイドライン(2016)で初めて4段階分類による標準化が示されたが、更なる解析と経験が必要である。殊に、深層系細胞については、口腔粘膜の性格上、健常や上皮内腫瘍性病変で出現することは稀であるものの、炎症性疾患や腫瘍性疾患では、比較的出現頻度も高く、時に判別に苦慮することも珍しくない。本研究の目的は、口腔細胞診の標準化及び精度管理に寄与するエビデンスの一旦となりうる形態学的特徴を明らかにすることである。本研究では、舌縁部の口腔粘膜擦過細胞診の Papanicolaou 染色スライド標本を用いて、深層系細胞を健常、炎症、腫瘍性に分類し、画像解析の手法を用いて比較検討し、実践に応用すべく簡潔な細胞所見として表現する。対象は、本学付属病院にて舌縁部に対して擦過細胞診を行った症例とする。対象症例のスライドガラス標本を網羅的に観察し、深層系細胞の範疇にはいる細胞像の撮影を行う。撮影した細胞は、健常、炎症、腫瘍性のいずれかに分類する。解析は、核(形態、濃度、テクスチャ、核小体、核縁肥厚など)、細胞質(濃度、テクスチャなど)、細胞全体(N/C比など)を解析対象とする。解析結果は細胞所見として表現し、さらにシェーマでの提示も行う予定である。



### P-1-31 LSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の再検討

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>1,2)</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>1)</sup>, 二谷悦子(CT)<sup>1)</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>

口腔癌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月にベゼスダ方式に準ずる4段階評価(NILM, LSIL, HSIL, SCC)の新報告様式が設けられた。しかしながら口腔細胞診は細胞異型が非常に弱く判定困難な症例が少なくないのが現状である。2016年春期大会ワークショップにおいても色々な問題が抽出された。特に炎症性変化による深層型細胞のとらえ方、およびLSILで出現する角化型表層異型扁平上皮細胞の判定方法に対する議論の必要性が挙げられた。また2016年日本臨床細胞学会秋期大会ワークショップでLSILに出現する角化型表層異型扁平上皮細胞所見の検討を目的に、複数の細胞検査士の協力を得て観察および細胞判定を行い報告した。しかしながら、出現する細胞所見の特徴が不十分であったため、症例数を増やして再検討した。また、口腔の上皮内腫瘍性病変、癌は舌及び歯肉粘膜に発生頻度が多く認められるため、発生部位の舌、歯肉に発症、出現する異型細胞の比較検討も行ったので報告する。

材料は日本大学松戸歯学部付属病院口腔外科にて細胞診を施行し、組織診にて確定診断された軽度～中等度異形成の40症例で内訳は男性20例、女性20例、年齢の平均は63.9歳、発生部位は歯肉20例、舌11例、頬粘膜8例、口蓋1例である。標本の観察項目は細胞質の染色態度、核の大きさ、形態、核クロマチンパターン、背景について行い、LSILに出現する表層異型扁平上皮細胞の特徴と推察される所見を中心に解説する。

### P-1-32 HSIL に出現した角化型表層異型扁平上皮細胞の検討

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>, 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>

○才藤純一(CT)<sup>1)</sup>, 松本 敬(CT)<sup>2)</sup>, 森川美雪(CT)<sup>2,3)</sup>,  
宇都宮忠彦(DDS)<sup>2,3)</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>2,3)</sup>,  
金田悦子(CT)<sup>3)</sup>, 二谷悦子(CT)<sup>2)</sup>, 中平隆志(CT)<sup>4)</sup>,  
岩堀朋美(CT)<sup>5)</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1,2)</sup>

口腔癌は近年増加傾向にあり、そ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、それを早期に発見するためには口腔癌検診が必要不可欠である。さらに2015年11月にベゼスダ方式に準ずる4段階評価(NILM, LSIL, HSIL, SCC)の新報告様式が設けられた。しかしながら口腔細胞診は細胞異型が非常に弱く判定困難な症例が少なくないのが現状である。そこで今回我々はとくにHSILに出現する角化型表層異型扁平上皮の細胞所見を検討すること、更に口腔がんの発生頻度が高い舌及び歯肉の症例に出現した細胞の比較検討を目的に、複数の細胞検査士の協力を得て観察および細胞判定を行ったので報告する。

材料は日本大学松戸歯学部付属病院口腔外科にて細胞診を施行し、組織診にて確定診断された中等度～高度異形成、上皮内癌の10症例で内訳は男性2例、女性8例、年齢の平均は66.6歳、発生部位は歯肉4例、舌6例である。標本の観察項目は細胞質の染色態度、核の大きさ、形態、核クロマチンパターン、背景について行い、HSILに出現する角化型表層異型扁平上皮細胞の特徴と推察される所見を中心に解説する。



### P-1-33 歯周環境変化バイオマーカーとしての擦過ケラチノサイトの役割

福岡歯科大学再生医学研究センター

○大野 純(DDS)

【目的】歯周ポケット内上皮ケラチノサイト (KC) は歯周病の発症および進行に伴い、持続的な外的および内的刺激を受ける。それらの刺激により、KCでは様々な分子の発現が誘導されると考えられる。そこで、本発表では歯周ポケットからの擦過 KC を用いて、同細胞の分子発現変化の検討を目的とした。

【方法】歯周ポケット歯肉および辺縁歯肉からサイトブラシを用いて採取した擦過 KC の Liquid based cytology (LBC) 試料を検索材料とした。パパニコロウ (Pap) 染色による細胞の形態観察、免疫細胞染色およびウェスタン・ブロッティング法による KC 分子の発現変化を検討した。

【結果・考察】1) 両歯肉 KC とともに表層型扁平上皮細胞が主体であった。ポケット KC においては、様々な程度のマクロファージ、好中球およびリンパ球の浸潤背景を認めた。これらの変化は、歯周病の進行程度に相関する可能性が推測された。2) ポケット KC では TLR 群およびオートファジー関連分子の発現を認めた。3) ポケット KC では、ICAM-1, MCP-1 および CXCR3 の発現を呈する細胞を認めた。発現細胞の背景には、リンパ球およびマクロファージの浸潤を認めた。この結果は、炎症あるいは免疫関連細胞と KC がサイトカインを介して相互的に作用している可能性を示唆している。とくに、CXCR3 発現 KC を認める歯周ポケットでは、抗炎症期、すなわち修復期の環境にあることが推測された。

【結論】以上の結果から、歯周ポケットからの擦過 KC の分子発現変化は、歯周環境変化のバイオマーカーになり得る可能性が示唆された。

### P-1-34 細胞診へのバーチャルスライドの利用 (第1報)

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

○永山元彦(DDS)<sup>1)</sup>, 中尾寿奈(DDS)<sup>1)</sup>,  
江原道子(DDS)<sup>1)</sup>, 金子裕康(DDS)<sup>2)</sup>,  
松原 誠(DDS)<sup>3)</sup>, 諏訪裕彦(DDS)<sup>4)</sup>,  
川原田幸司(DDS)<sup>5)</sup>, 住友伸一郎(DDS)<sup>2)</sup>,  
田沼順一(DDS)<sup>1)</sup>

【目的】2015年にリリースされた Aperio バーチャルスライドでは、25階層までの上下方向のZスタックホールスライド画像による幅広いソリューションを実現する可能性を秘めている。そこで、細胞診のバーチャルスライドのルーチン化を主体としてその利便性や細胞像の多様性に対する定量化など現行の口腔領域の診断ガイドラインを裏付ける要素について検討した。

【方法】従来法と LBC 法 (ThinPrep) のガラス標本 30 種類を、Aperio AT2 (Aperio) の Z スタック機能を用いて、フォーカスポイント、階層数や階層の幅を条件設定して撮影を行い、標本採取法の違いや口腔粘膜上皮、歯原性上皮、唾液腺上皮の腫瘍性病変を対象としたクラスターの違いを観察した。

【結果】すべての種類のスライドガラスでバーチャルスライドによるデジタル画像の有用性は Z スタック機能で大いに向上した。従来法では Z スタック階層を最低 3  $\mu\text{m}$  で 6 層以上の厚さが必要だったが、LBC 法では 1  $\mu\text{m}$  で 6 層以上の厚さでも観察が可能だった。また、扁平上皮癌では、深層型や表層型腫瘍細胞 1 つでも 3  $\mu\text{m}$  で 4 層以上の大きさで観察可能であったことから、正常粘膜上皮細胞よりもかなり大きいことが明らかであった。

【考察】これまでの検鏡による経験を踏まえ、バーチャルスライドによる Z スタック機能は客観性とデジタル画像化による供覧を可能にする利便性を兼ね備えた長所を備えている。しかし、フォーカスポイントの設定に熟練が必要であることや、細胞や核の多様性についてはさらに染色態度の定量化やレーザー顕微鏡等を加味した 3 次元立体構築による解析が必要と考えられる。

### P-1-35 多彩な細胞像を呈した多形腺腫由来癌の1例

碧南市民病院中央検査室<sup>1)</sup>, 碧南市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 中部労災病院病理診断科<sup>3)</sup>

○永井美佐子(CT)<sup>1)</sup>, 加藤皓大(MT)<sup>1)</sup>, 井上正朗(CT)<sup>1)</sup>, 太田晃成(MT)<sup>1)</sup>, 安田和世(MD)<sup>2)</sup>, 加藤一夫(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】唾液腺病変における穿刺吸引細胞診は、低コスト、低侵襲などの利点から当院でも増加傾向にあるが、唾液腺病変には様々な構成細胞が関与する為、判定に苦慮する。今回我々は、耳下腺に生じた多形腺腫由来癌の1例を経験したので報告する。

【症例】84歳男性。10年前から自覚する右側頬部腫瘍が増大傾向を示し当院受診。咬筋の外側に、分葉状5×4cm大の可動性良好な充実性嚢胞腫瘍を認め、臨床的には多形腺腫が疑われた。穿刺吸引細胞診の後に腫瘍摘出術が行われた。

【細胞所見】血性背景に、大型の異型細胞が散在性あるいは集塊状を呈する。異型細胞は、偏在する核とやや厚めの胞体を有するものが主体で、粘液性の細胞を伴った扁平上皮様の集塊もみる。一部に奇怪な核を有する紡錘形細胞や多核巨細胞も混在する。悪性腫瘍を疑った。

【組織所見】摘出標本は、皮膚側に嚢胞形成を伴う3cm大の白色腫瘍がみられ、深部に2cm大の黄白色腫瘍が連続する。黄白色腫瘍には、腺癌、扁平上皮癌、粘表皮癌の成分が種々の割合で見られ、辺縁には多形腺腫の成分をわずかに認めた。白色腫瘍は、大型の異型紡錘形細胞の増殖がみられる sarcomatoid carcinoma の成分がびまん性に見られた。被膜外への腫瘍浸潤をわずかにみる。多形腺腫由来癌と診断した。

【まとめ】細胞診では組織型の確定に至らなかった唾液腺の穿刺吸引細胞診を経験した。多形腺腫由来癌で、癌腫部分の組織型が多彩な場合、細胞診での腺癌、粘表皮癌、肉腫等の鑑別はときに困難である。

### P-1-36 口底に発生した悪性リンパ腫の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>, 下村龍一(MD)<sup>3)</sup>, 岡本幸子(CT)<sup>3)</sup>, 和田進(CT)<sup>3)</sup>, 関根浄治(DDS)<sup>2)</sup>

【はじめに】口腔領域の悪性リンパ腫は比較的まれであり、炎症や他の腫瘍性病変と類似する臨床像を呈するため鑑別が問題となる。今回、口底の腫瘍を主訴に当科を受診し外科的生検と共に捺印細胞診を行った結果、悪性リンパ腫の診断を得た1例を経験したので報告する。

【症例】75歳、男性。口底の腫瘍を主訴に前医を受診し、精査加療目的に当科紹介となった。左口底部に無痛性の10×6mm大の腫瘍を認め、画像検査(CT, MRI)を行ったところ下顎骨へ浸潤を伴う腫瘍性病変を認めた。外科的生検と捺印細胞診にて悪性リンパ腫の診断を得た。

【細胞所見】初診時擦過細胞診は、正常または良性の報告であった。生検捺印標本は、血性背景にリンパ球がほぼ裸核状で核の切れ込みがみられる核形不整細胞や核小体の目立つ異型細胞が認められたため、非上皮性腫瘍が疑われ、悪性リンパ腫と推定された。

【組織所見】非腫瘍性粘膜構造は一部にみられ、腫瘍はびまん性浸潤を示し、大型の異型リンパ球様細胞群から成っていた。核異型は比較的高度であった。免疫染色にてCD20(+), CD3(-), cyclinD1(-), CD10(+), CD30(BerH2)(-), Bcl-2(+), Bcl-6(+), MUM1(-), Ki67陽性率>70%にてびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。

【まとめ】悪性リンパ腫の治療法の選択や予後の推定に必要な組織型分類には外科的生検が必要だが、今回捺印細胞診で得られた所見から治療効果の判定、再発の確認などに細胞診が有用と考えられ、より外科的侵襲の少ない穿刺細胞診が有用と考えられた。

### P-1-37 細胞診で SCC と判定した尋常性天疱瘡の 1 例

島根大学医学的歯科口腔外科学講座

○岩橋輝明(DDS), 狩野正明(DDS), 秀島克巳(CT),  
関根浄治(DDS)

【はじめに】尋常性天疱瘡は自己免疫疾患であり, ウィルス疾患との鑑別, または侵襲も考慮すると細胞診は有用である。細胞間橋がルーズな Tzanck 細胞が特徴だが, ときに悪性と見誤ることがある。今回, 当講座で確立した, かかりつけ医療機関との連携による口腔病変検出システムにより発見され, SCC と判定した尋常性天疱瘡の 1 例を経験したので報告する。

【症例】患者は 60 代女性。2016 年 10 月, 左舌縁部に違和感・疼痛自覚。かかりつけ歯科を受診。左舌縁部に潰瘍を伴う 2 cm 大の白色病変を認めた。細胞診施行し, HSIL と判定。その後改善なく, 当科紹介受診。左舌縁部難治性潰瘍と診断し, 擦過細胞診を施行。SCC と判定。組織診にて, 尋常性天疱瘡の診断を得た。

【細胞所見】かかりつけ歯科での細胞診は, 炎症性背景に表層～深層系細胞がみられ, 少数の深層系細胞に明瞭な核小体, N/C 比増大, クロマチンの軽度増量を認め HSIL と判定した。当科の細胞診では, 好中球主体の炎症性背景に, 表層～深層系細胞がみられ, N/C 比増大, 核クロマチンの軽度増量, 核の相互封入体, 多核細胞などの所見を認め, 厚い濃染した細胞質も見られ, SCC と判定した。

【組織所見】上皮内水疱やびらん形成を認める尋常性天疱瘡の所見で, 悪性所見はみられなかった。表層部の上皮は変性・剥離し, N/C 比の高い核小体明瞭な細胞がみられた。

【まとめ】尋常性天疱瘡の細胞像は, びらんや潰瘍形成により炎症の影響を受けた棘融解細胞に N/C 比増大, 核小体の明瞭化などの SCC と誤りやすい細胞が出現するため注意を要する。SCC と比較した核異型度解析の結果も合わせて報告する。

### P-1-38 充実型の腺様嚢胞癌<c-myb 発現を確認し確定診断に至った一例>

産業医科大学医学部第 2 病理学講座<sup>1)</sup>, 産業医科大学医学部第 1 病理学講座<sup>2)</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>3)</sup>

○名和田彩(MD)<sup>1)</sup>, 島尻正平(MD)<sup>1)</sup>, 野口紘嗣(MD)<sup>1)</sup>,  
内橋和芳(MD)<sup>2)</sup>, 光田成美(CT)<sup>3)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>3)</sup>,  
佐藤 斉(CT)<sup>3)</sup>, 藤原 仁(CT)<sup>3)</sup>, 小原光祥(CT)<sup>3)</sup>,  
中山敏幸(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】腺様嚢胞癌(AdCC)は, 導管上皮系と筋上皮・基底細胞系細胞の二相性の増殖を示し, 浸潤・転移をしばしば来す悪性度の高い腫瘍で, 管状・篩状構造が特徴的であるが, 充実性増殖を示す低分化な AdCC では, 細胞診で結合性の強い小型上皮細胞が集塊状に認められ, 小細胞癌との鑑別が困難である。近年, AdCC の半数近くに myb 遺伝子発現異常が報告されており, 今回 c-myb の免疫染色での発現が確認され, 充実型の AdCC と確定診断し得た症例を経験したため, 細胞診所見と併せて報告する。

【症例】69 歳男性 .5ヶ月前より右頸部腫瘍を自覚, 1ヶ月前に両肺多発結節を指摘。頸部腫瘍より 2 度細胞診を施行, 肺病変に対して気管支鏡及び BAL 液の細胞診を施行されたが, 診断困難で, 頸部腫瘍生検術が施行された。

【細胞診所見】右頸部腫瘍の 1 回目の穿刺細胞診では, 濃染性核を有する裸核状の小型異型細胞が大小の集塊をなして出現しており, 小細胞癌の転移が疑われた。2 回目及び BAL 液の細胞診では, Giemsa 染色で異染色性を示す粘液と結合性のある上皮性集塊が出現しており, 腺系の腫瘍が考えられた。

【病理組織学的所見】HE 染色では, 異型上皮細胞が充実性に増殖し, AdCC に特徴的な角ばった核や淡明な細胞質は見られなかった。免疫染色では, c-kit, S-100 蛋白の陽性像を認めたが, p63 は陰性で AdCC に特徴的な二相性は確認できず, c-myb の発現を検討したところびまん性に陽性で, 充実型の AdCC と診断した。

【結語】c-myb 陽性が確認され, AdCC の診断の一助となった貴重な一例を経験した。多発転移など悪性度が高い腫瘍で, 細胞診で小型の裸核状の異型細胞が出現している場合には, 小細胞癌の他に AdCC も鑑別する必要がある。

### P-1-39 髄液細胞診で診断に至った Atypical teratoid / rhabdoid tumor (AT/RT) の一症例

前橋赤十字病院病理診断科<sup>1)</sup>, 群馬大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>

○尾身麻理恵 (CT)<sup>1)</sup>, 布瀬川綾子 (CT)<sup>1)</sup>,  
細井京子 (CT)<sup>1)</sup>, 富澤一与 (CT)<sup>1)</sup>, 岩科雅範 (MD)<sup>1)</sup>,  
井出宗則 (MD)<sup>1)</sup>, 平戸純子 (MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 Atypical teratoid/rhabdoid tumor (AT/RT) は 90%以上が 5 歳以下に発生する悪性中枢神経腫瘍で、やや男児に多い。今回我々は、髄液細胞診で診断に至った AT/RT を経験したので報告する。

【症例】 15 歳、男性。2ヶ月続く頭痛があり、嘔吐、頭痛の増強を認めたため当院、脳神経外科を受診。当初はくも膜下出血や感染性髄膜炎を推定していたが症状改善傾向がなく、精査のため髄液細胞診が行われた。画像所見では頭部 MRI で両側側脳室の軽度拡張を認めたが明らかな腫瘤病変は認められなかった。

【細胞所見】 核遍在性、明瞭な核小体、ライトグリーン好染を示す細胞質を持つ異型細胞が疎な結合性を示していた。免疫染色では、GFAP 陽性、EMA ドット状に陽性、MIB-1 約半数の異型細胞に陽性、AE1/AE3 陰性、LCA 陰性を示し悪性脳腫瘍が推定された。さらにコンサルテーションを行ったところ、核遍在性、好酸性封入体様所見を認める異型細胞を指摘、AT/RT が示唆され、追加の免疫染色で INI-1 陰性であったことから AT/RT の最終診断となった。

【経過】 他院に転院になり、水頭症の管理を行っていたが、小脳の腫脹が進行し頭蓋内圧亢進症状が出現したため、後頭蓋窩外減圧術を行った際に小脳浸潤部から生検を行い病理組織学的にも AT/RT と確定された。

【まとめ】 本症例は腫瘍性病変を認めなかったため診断に苦慮したが、髄液細胞診の免疫染色により AT/RT の診断となった一例を経験した。髄液中の細胞量は非常に少量のためセルブロックによる組織標本作製することは困難であるが、特徴的な細胞所見を理解し、免疫染色を併用することによって診断可能である。

### P-1-40 小児脊索腫の 3 例

兵庫県立こども病院病理診断科<sup>1)</sup>, 兵庫県立こども病院検査部<sup>2)</sup>

○吉田牧子 (MD)<sup>1)</sup>, 山岸真代 (CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】 脊索腫は WHO 分類では脊索への分化を示す悪性腫瘍と定義されている。1000000 人に 0.8~1 の発症と報告されており、原発脳腫瘍の 0.2%、骨腫瘍の 5%以下を占める稀な腫瘍である。好発年齢は 40~60 代や 50~70 代とされているが、全ての年齢層での発症があり、20 歳以下の発症は全脊索腫の 5%以下である。

【症例】 症例 1: 6 歳女児、胸椎 Th10 の病変、症例 2: 7 歳女児、斜台部の病変、症例 3: 6 歳男児、斜台部の病変。

【捺印細胞診】 術中迅速診断時に作成した捺印細胞診では、多少の粘液腫状基質を伴い、円形核と広い胞体を持つ細胞がゆるい結合性をもって、索状や集塊状に配列していた。核小体は微小が目立たず、クロマチン増量も目立たなかった。胞体に空胞が見られる細胞もあった。

【組織所見】 円形核と広い胞体を持つ細胞が相吻合するコード状に配列し、粘液腫状基質や軟骨様基質を伴っていた。免疫染色では、CAM5.2, EMA, S-100, INI-1 が陽性で、Ki-67 (MIB-1) 陽性率は、症例 1 が 5.5%、症例 2 が 3.2% と 7.2%、症例 3 が 27.9% だった。症例 3 については brachyury の免疫染色も行い、核に陽性だった。

【考察】 小児脊索腫は、捺印細胞診標本では脊索腫に特徴的な細胞が見られ、術中迅速診断補助として有用であった。症例 3 は脊索腫以外に LCH や rhabdomyosarcoma も鑑別に挙げたが免疫染色にて除外し、脊索腫の診断に至った。それぞれの捺印細胞像および組織像を提示する。



## P-1-41 大脳転移性血管肉腫の 1 例

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院臨床検査技術部<sup>1)</sup>, 佐賀大学医学部病因病態科学講座臨床病態病理学分野<sup>2)</sup>

○浜田 有(CT)<sup>1)</sup>, 本山高啓(CT)<sup>1)</sup>, 片瀬 直(CT)<sup>1)</sup>, 樋渡崇史(CT)<sup>1)</sup>, 今里孝宏(CT)<sup>1)</sup>, 丸田秀夫(CT)<sup>1)</sup>, 山本美保子(MD)<sup>2)</sup>, 米満伸久(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】血管肉腫は、血管内皮細胞由来の悪性腫瘍であり発生頻度は肉腫全体の 1~2% と稀な腫瘍である。今回、頭蓋内出血で発症した大脳血管肉腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】患者は 70 歳代、男性。来院 10 日前頃から高次機能障害が出現。突発の左片麻痺の出現により起立困難となったため当院へ救急搬送された。頭部 CT で右前頭葉皮質下を主座とする 4 cm 大の出血があり、胸腹部 CT では右肺下葉に腫瘍性病変が認められたため、転移性脳腫瘍が疑われた。後日、喀血のため摘出された肺腫瘍は血管肉腫成分を含む癌肉腫であり、肺の癌肉腫の血管肉腫成分が転移したと考えられた。

【組織所見】術中迅速標本では、多角形や紡錘形細胞が壊死を伴い一部で上皮様配列をまじえつつ充実性に増殖しており転移性の低分化な carcinoma や glioblastoma が疑われた。しかし、摘出材料では異型細胞が赤血球を取り囲むように数個集まり血管腔様の構造を形成する部分が認められ、血管肉腫であった。免疫組織化学的に、CD31, Factor-8(一部), CD34(一部), Cytokeratin (AE1/AE3), Vimentin,  $\alpha$ -SMA が陽性、GFAP が陰性で血管肉腫に相当する所見であった。

【細胞所見】圧搾標本にて、核小体が腫大し多角形や紡錘形を示す異型の強い細胞が出現しており glioblastoma や転移性脳腫瘍が疑われたが、再度見直しを行うと細胞診の HE 染色標本にて、小血管腔や細胞質内に赤血球を入れた血管腔形成を示す異型細胞が確認できた。

【まとめ】血管肉腫の診断には赤血球を入れた血管腔形成を示す異型細胞の存在が重要で、その所見は HE 染色で最もはっきり認められた。細胞診にて HE 染色を併用することは有用と考えられた。

## P-1-42 術中迅速診断時に濾紙転写細胞診 (FaCT 法) が有用であった髄膜腫の一例

東大和病院病理細胞診断科

○林友理恵(CT), 河村淳平(CT), 島方崇明(CT), 坂牧久仁子(CT), 篠 友希(CT), 桑尾定仁(MD)

【はじめに】脳腫瘍における術中迅速診断はその診断により手術方針が変わるため、迅速かつ正確さが求められる。組織診と細胞診を併用している施設も少なくないが、迅速診断時に提出される検体量が少なく、圧挫法による細胞診標本を作製することが難しい症例も多い。我々は微小検体でも細胞診を行うことができる濾紙転写 (FaCT) 法を考案し、今回、FaCT 法を用いた迅速細胞診が有用であった髄膜腫の一例を経験したので、報告する。

【症例】60 代、女性。浮動性めまいを主訴に救急搬送、CT にて左前頭葉に腫瘤が認められたため、入院となった。精査の結果、左前頭蓋底腫瘍 (嗅神経芽細胞腫、髄膜腫、転移性癌など) が示唆され、摘出手術を施行、術中迅速診断が行われた。

【凍結組織像】細胞密度が高く、核の大小不同が目立つ異型細胞がシート状に増生していた。組織像からは髄膜腫が示唆されたが、退形成性星細胞腫や異型性髄膜腫などの鑑別が困難であった。

【迅速細胞像】きれいな背景に束状の細胞集塊が散見された。細胞は紡錘形で、核の大小不同が目立つが、クロマチンの増量は乏しく、細胞像からは線維性髄膜腫が推定された。

【組織像】クモ膜細胞類似の細胞が緻密なシート状に増生し、一部で長紡錘形細胞が流れる様な配列を示していた。これらの細胞密度は高く、核の大小不同が著明であった。髄膜皮性・線維性髄膜腫と診断した。

【まとめ】脳腫瘍における細胞診は検体の処理時間が短く、簡便であり、人工産物の影響を受けない。FaCT 法を使用することで、微小検体であっても細胞診標本を作製することができることから、脳腫瘍における術中迅速細胞診の有用性を指摘した。



### P-1-43 術中迅速細胞診で診断困難であった悪性リンパ腫を合併した髄膜腫の一例

公立阿伎留医療センター臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 東京女子医科大学医学部病理学第一講座<sup>3)</sup>, みつわ台総合病院病理診断科<sup>4)</sup>

○涌井清隆(CT)<sup>1)</sup>, 山本智子(MD)<sup>2,3)</sup>, 澤田達男(MD)<sup>2,3)</sup>, 柴田亮行(MD)<sup>2,3)</sup>, 小林楨雄(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】今回我々は、術中迅速細胞診で稀な重型の髄膜腫の可能性を考え、その後提出された摘出検体で悪性リンパ腫を合併した髄膜腫であることが判明した症例を経験した。

【症例】70代女性。来院約1ヵ月前より右下肢の脱力があり、MRI検査で頭頂部に頭蓋骨浸潤を伴う腫瘍性病変を認めた。入院時血液検査では、可溶性IL-2受容体とCA15-3がやや高値であった。また、造影CT検査で縦隔リンパ節腫大と骨盤内腫瘍を認めた。髄膜腫が疑われたが、転移性脳腫瘍も否定できず、開頭腫瘍摘出術が施行された。

【術中細胞診及び組織所見】圧挫細胞診標本においては、多数の小型成熟リンパ球を背景に、onion-peelを伴い上皮性結合を示す細胞を認め、核クロマチンは均等、細顆粒状で、核溝や明瞭な核小体が観察された。また、背景には大型裸核状で類円形あるいは紡錘形の細胞も僅かに見られた。凍結組織所見は細胞診に類似し、一部ラブドイド様の細胞も見られた。

【摘出検体の組織所見】部分的にwhorl patternを示す髄膜腫の所見を認めた。髄膜腫内の一部には、大型の異型リンパ球が多数浸潤していた。免疫染色でCD20, CD79a陽性のB細胞性悪性リンパ腫であった。反応性の小型Tリンパ球も多数浸潤しており、ほぼ小型Tリンパ球のみの部分も観察された。

【まとめ】髄膜腫と悪性リンパ腫の合併例は稀ながら報告されているが、細胞診に関する報告は乏しい。今回の術中細胞診では、むしろリンパ球形質細胞に富む髄膜腫やラブドイド髄膜腫などの可能性を考えた。大型のリンパ球様細胞も極少数混在していたが、殆どが異型に乏しい小型リンパ球であったため、悪性リンパ腫の診断は困難であった。

### P-1-44 炎症性細胞診標本中に好中球細胞外トラップは存在するのか？

藤田保健衛生大学医学部第一病理学<sup>1)</sup>, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科II<sup>2)</sup>

○塩竜和也(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井浩平(DDS)<sup>2)</sup>, 稲田健一(MD)<sup>2)</sup>, 堤 寛(MD)<sup>1)</sup>

【目的】好中球細胞外トラップ(Neutrophil Extracellular Traps: NETs)は、好中球が網目状に変化して病原体を捕獲する好中球独自の細胞死である。細胞診標本にしばしば観察される線維状構造物は、粘液、フィブリンないし核線だと思われていたが、その中に実はNETsが含まれる可能性がある。本研究では、いまだ十分な解析がなされていない細胞診標本におけるNETsの組織化学的証明を試みた。

【材料・方法】パパニコロウ染色で好中球浸潤および線維状構造物が確認された子宮頸部擦過標本を選出した。目的箇所を細胞転写したのち、NETsマーカーおよびフィブリンマーカーによる免疫染色を施行した。粘液とNETsを識別するため、アルシアン青およびNETs免疫染色(lactoferrin)の二重染色を行った。

【結果】いずれの標本でも、NETsマーカーとフィブリンマーカーの同時発現が確認された。線維状構造物はDAPI染色でも陽性だった。ヘマトキシリン好性あるいはライトグリーン好性と色調が異なる線維状構造物でも、NETsが証明された。パパニコロウ染色で線維状構造物が不鮮明な標本でも、NETsは観察された。粘液や核線だと思われていた線維状構造物は、アルシアン青およびNETs陽性を示し、両者は混在していた。

【総括】本研究で、細胞診標本にNETsを効率よく証明することができた。線維状構造物はフィブリンだけでなく、NETsの関与も確認された。パパニコロウ染色でのNETsとフィブリンの識別は困難であり、諸種NETsマーカーおよびフィブリン免疫染色を併用する必要がある。本法は、炎症性細胞診標本におけるNETsの証明法として有用であり、質の高い細胞診断の一助となる。

**P-1-45 G-CSF 産生外陰癌の1例**

新潟県立がんセンター新潟病院

○菊池 朗(MD), 笹川 基(MD)

【はじめに】胸水細胞診にて腫瘍細胞陰性で、呼吸器感染症との鑑別に苦慮した G-CSF 産生外陰癌再発の 1 例を報告する。

【症例】70 歳代, 経産婦。外陰癌 (角化型扁平上皮癌) にて広汎外陰切除施行。臨床進行期 IIIA(ii) 期。術前に白血球  $11,600/\mu$  と白血球増多を認めた。術後 42 日発熱。術後低下した白血球は再上昇した。CT にて外陰部皮下腫瘍, 縦隔及び肺門リンパ節腫大, 多発肺結節性病変, 胸膜肥厚及び右胸水が指摘された。外陰癌の多発再発を疑い, 外陰腫瘍の針生検及び胸水細胞診を施行した。外陰腫瘍は扁平上皮癌であったが, 胸水は腫瘍細胞陰性であった。呼吸器感染症を合併している可能性が否定できず, 化学療法がためらわれた。胸水細胞診を再度鏡検してみると, 成熟好中球多数出現していることに気が付いた。末梢血でも分葉核球優位の白血球増多であり, G-CSF 産生腫瘍の可能性を考えた。再発腫瘍は免疫染色法で G-CSF 陽性であった。胸水培養陰性かつ CT 所見では胸膜播種が疑われており, 胸水腫瘍細胞陰性ではあるが, G-CSF 産生腫瘍による癌性胸膜炎と判断した。化学療法施行するも, 病状進行。術後 220 日に白血球  $30,000/\mu$  l (桿状球 0.5%, 分葉核球 84%), 血中 G-CSF 127pg/ml (正常値 39 以下), 術後 257 日永眠。

【まとめ】文献的には悪性腫瘍随伴性胸水でも胸水細胞診の陽性率は 60-70% 程度とされている。胸水細胞診に出現した炎症細胞が成熟好中球優位であることを契機に, G-CSF 産生腫瘍であることが判明した外陰癌の 1 例を経験した。細胞診の所見と臨床所見を総合的に判断することの重要性を再認した。

**P-1-46 肺扁平上皮癌と甲状腺 MALT リンパ腫が同時に認められた重複腫瘍の 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, 樋口翔平(MD), 今村好章(MD)

【はじめに】肺扁平上皮癌と甲状腺 MALT リンパ腫を同時に認めた重複腫瘍の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代, 男性。糖尿病にて当院通院中, 胸部 X 線検査で左上肺野に腫瘍陰影を認めた。CT 検査では左上葉に空洞を伴う不整形腫瘍を認め, FDG-PET 検査でも空洞腫瘍に一致して FDG の集積を認め, 臓側胸膜～肺門にまで達していた。右甲状腺にも FDG の集積を認めた。気管支擦過及び甲状腺穿刺吸引細胞診が施行され, 肺は扁平上皮癌, 甲状腺は悪性リンパ腫が疑われた。胸腔鏡下左肺全摘術が施行され, 約 1 ヶ月後に甲状腺右葉峡部摘出術と肺癌の胸膜播種に対する胸腔温熱灌流療法が施行された。

【細胞所見】気管支擦過標本: 角化異型細胞とクロマチンが顆粒状で濃染核を有する大型異型細胞を認めた。甲状腺穿刺吸引標本(LBC 簡便法): 軽度の核形不整と核小体を有する中型異型単核球を比較的多く認めた。免疫染色では, これらの細胞は CD20 と CD79a が陽性であった。CD3 陽性細胞は小型単核球であった。

【病理・組織所見】左肺上葉に  $65 \times 45 \times 36$  mm 大の白色腫瘍を認め, 組織学的には広範な壊死を伴った高～低分化扁平上皮癌であった。甲状腺右葉には最大径 30 mm 大の黄白色腫瘍を認め, 小～中型の異型単核球がびまん性に増生しており lymphoepithelial lesion が散見された。免疫染色では, 異型単核球は CD20・CD79a・bcl-2 が陽性で CD3・CD5・CD10・UCHL-1・cyclin D1・bcl-6 は陰性であった。以上の所見より, 甲状腺 MALT リンパ腫と診断された。

【考察】肺扁平上皮癌と甲状腺 MALT リンパ腫の同時性重複腫瘍の報告例は, 我々の検索した限りでは存在しない。本症例のどちらの腫瘍も細胞診が診断に有用であった。

### P-1-47 BD サイトリッチ™レッド保存液を用いた術中迅速細胞診の細胞塗沫量に関する基礎的検討

愛媛県立新居浜病院検査部

○兵頭直樹(CT)

【目的】術中迅速細胞診において、粘調性に乏しい体腔洗浄液などを検体とする場合、BD サイトリッチ™レッド保存液を用いる方法（サイトリッチ・レッド法）は、細胞の乾燥や変性、剥離を防ぐことが可能であるが、従来法よりも標本作製時間が必要となるため、時間短縮を目的に、重力沈降時間と細胞塗沫量の関連性を検証した。

【方法】体腔洗浄液検体 28 症例を用いて、サイトリッチ・レッド法により、4 通りの重力沈降時間（1 分、3 分、5 分、および対照 10 分）で標本作製し、パパニコロー染色施行後、その細胞塗沫量を 3 群（少量、中間、多量）に分け、各群の細胞塗沫量を統計解析により比較した。さらに、細胞塗沫量の相対値を算出した。

【結果】各群の重力沈降時間と細胞塗沫量を比較した結果、すべての群で 1 分は対照 10 分と比較して有意に細胞量が低値を示し、中間群では 1 分は 3 分および 5 分と比較しても有意に細胞量が低値を示した。また、各群の細胞塗沫量の相対値では、細胞少量群と細胞多量群は 3 分以降に相対値の漸減を認め、細胞中間群では 5 分以降に相対値の漸減を認めた。

【総括】サイトリッチ・レッド法による術中迅速細胞診では、採取細胞量にかかわらず対照 10 分での細胞塗沫量との間に有意差の見られない最短の重力沈降時間は 3 分で、その相対値は 70% 以上になることが明らかとなった。術中迅速細胞診にサイトリッチ・レッド法を用いることは、細胞の剥離を防ぎ、細胞相互の重なりが少ない標本作製できるため、鏡検者の負担を減らすことができ、さらに細胞保存液中の残余検体からは細胞診標本やセルブロック標本の追加作製もできるため、細胞診断の精度向上にも有用と考える。

### P-1-48 北海道細胞検査士会プレパラートサーベイ報告

北海道細胞検査士会

○蓑島敦志(CT), 中村靖広(CT), 奥山雅美(CT), 北澤竜馬(CT), 小松健一郎(CT), 徳永祐一(CT), 浅沼広子(CT), 森谷 純(CT), 藤岡 学(CT), 野崎正行(CT)

【はじめに】

北海道細胞検査士会では精度管理事業の一環として、1993 年より実際の細胞診標本を用いたプレパラートサーベイを実施している。今回、運用方法や内容、実績、また新たな試みとして行っている web を用いた解答・アンケート調査について報告する。

【方法及び内容】

実施は 1 回につき 6~10 例の評価症例、また 1~3 例の希少症例を供覧症例として提示し、選択肢から解答を選ぶ方法で行っている。回覧は北海道を 6 地区に分け、各地区の代表病院に順番にプレパラートを郵送し、リストに沿って地区ごとに回覧、その後、サーベイ担当者に返送してもらう。参加施設数は現在 76 施設、回覧には 1 年以上を要している。

症例の解答は個々人に解答してもらい、正答率を出す。また同時に、個人及び施設アンケートを行っている。主なアンケート内容としては、個人には年齢や経験年数、細胞診業務の兼任・専任等、施設には検査手技や標本作製方法、細胞診の判定方法等が挙げられる。これらの結果の集計については、1 年に 1 度行われる細胞診従事者講習会にて報告、また北海道臨床細胞学会会誌に投稿し、周知を図っている。

またサーベイ結果の集計の効率化等を目的として、ホームページ上で web を用いて解答及びアンケート調査を試行している。

【結語】

施設ごとの各検体における細胞診実施割合は多岐にわたり、検体の多い施設、少ない施設の差がある。実際の標本を鏡検し症例を経験する意義は大きく、鑑別点等の知識の再確認として有用であると考えるので積極的に参加して頂きたい。また web による解答形式の試みについて、問題点を改善しつつ、今後も継続していきたい。

**P-1-49** 病理検体の写真撮影に書画カメラを利用することに関する報告

船橋市立医療センター臨床病理<sup>1)</sup>, 船橋市立医療センター呼吸器外科<sup>2)</sup>

○清水辰一郎(MD)<sup>1)</sup>, 諏訪朋子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋久雄(CT)<sup>1)</sup>, 内田 修(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】病理検体の写真撮影はおおむね煩雑で、時に負担に感じられるものである。我々はこの写真撮影に書画カメラを利用することで、その負担を軽減しているのを報告する。

【方法】JR西日本のシステムエンジニアに、書画カメラを病理部門システムDRヘルパーに連結してくれるように依頼した。

【結果】従来から利用しているデジタルカメラは残しつつ、書画カメラ(Visualizer, VZ-9plus3)を病理部門システムDRヘルパーに連結してもらった。病理部門システムDRヘルパー上で仕様の異なる2台のカメラを操作できるようにするため、DRヘルパー本体にもカスタマイズを行ってもらった。書画カメラは手術材料の切り出し作業を行っている換気ドラフト内に設置した。書画カメラは、主に手術材料の切り出し時の写真撮影に利用するようになった。

【考察】個人的な感想かもしれないが、書画カメラの操作は通常のデジタルカメラよりも非常に楽である。検体を切り出し台から撮影台に運ぶ作業が無くなり、肉体的に非常に楽になった。また換気ドラフト内からホルマリン固定材料を出さずに済むため、切り出し室の作業環境も改善された。書画カメラの画質の悪さが問題点として残るが、これはデジタル機器の進歩と共に解決されるものと考えている。

**P-1-50** 4期肺腺癌終末期に胸膜悪性中皮腫が出現した1例

国立病院機構金沢医療センター臨床検査科

○山岸 豊(CT), 久野欽子(CT), 松田愛子(CT), 岩尾文彦(CT), 笠島里美(MD), 川島篤弘(MD)

【はじめに】胸水細胞診では、良悪性や組織型の鑑別がしばしば難しく、セルブロックの免疫染色が行われる。今回我々は、4期肺腺癌化学療法中に胸水が出現し、細胞診にて悪性中皮腫と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。入院1ヶ月前の健診にて右下肺野に陰影を認め、精査加療目的に紹介された。胸部CTでは、右下肺S8に区域性の斑状影を認め、間質影増強を伴い、当初炎症性とされた。入院後、気管支鏡下リンパ節#7の穿刺吸引細胞診および組織診で肺腺癌と診断され、化学療法が開始された。頭部CTにて右頭頂葉に転移が見つかり、 $\gamma$ ナイフも施行された。入院2ヶ月後の胸部CTでは、右下肺野と右上肺野の陰影が増大し、胸水も出現した。抗癌剤を変更したが、さらに2週間後の胸部CTでは、右下肺野の陰影に変化はなかったが、胸部単純写真で右上肺野の葉間に腫瘤影が増大し、右胸腔ドレナージが施行された。その後BSCを希望され、在宅療法中に全経過4ヶ月半で死亡した。

【細胞所見】リンパ節#7では、N/C比大の異型細胞が孤在性や集塊で出現し、細胞質は淡く、核偏在し、クロマチンは微細顆粒状不均等に増量し、肺腺癌の転移と診断された。胸水では、不規則重積性の集塊を多数認め、核は中型から大型で多核化を示し、核が偏在する細胞や中心核の細胞が混在し、細胞質は厚めであった。悪性であるが、Pap染色では組織型推定が難しく、胸水セルブロックによる免疫染色ではTTF-1(-), CEA(-), calretinin(-), WT-1(+), GLUT-1(+))であり、悪性中皮腫と診断された。

【組織所見】リンパ節#7の針生検では、多数の集塊が見られ管腔を伴い、腺癌と診断された。免疫染色ではTTF-1(+))であった。



### P-1-51 胸水細胞診にて原発不明腺癌として鑑別を要した二相型悪性胸膜中皮腫の1例

筑波大学呼吸器外科<sup>1)</sup>, 筑波大学診断病理<sup>2)</sup>, 筑波大学附属病院病理部<sup>3)</sup>

○後藤行延(MD)<sup>1,3)</sup>, 佐伯祐典(MD)<sup>1)</sup>, 村田佳彦(CT)<sup>3)</sup>, 中川智貴(CT)<sup>3)</sup>, 藤原広美(CT)<sup>3)</sup>, 坂下信悟(MD)<sup>2)</sup>, 野口雅之(MD)<sup>2)</sup>, 佐藤幸夫(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】悪性胸膜中皮腫は、主に胸水を主訴として胸水細胞診が施行されることが多いが、当院でも26.6%とその診断率は高くない。今回、原発不明腺癌として鑑別を要した二相型悪性胸膜中皮腫の1例を経験した。

【症例】65歳女性。皮膚筋炎、B型肝炎、糖尿病の既往あり。住民健診の胸部異常影を主訴に前医受診。胸部CTで甲状腺左葉の腫大、右胸水貯留を認めたが、肺野に異常所見なし。甲状腺の生検はnegative、胸水穿刺細胞診でClassV、腺癌、の診断で、原発不明のまま当院紹介。PET/CTで胸膜表面の一部にFDG集積を認め、胸水中のヒアルロン酸、およびCYFRA上昇を認めたため、悪性胸膜中皮腫を疑い胸腔鏡下胸膜生検を施行した。

【細胞像(前医)】胸水:N/C比が高く、クロマチン増量、核小体の腫大を示す異形細胞が一部集塊性に出現し、軽度重積性や配列の乱れを認め、腺癌を考える。当院胸水穿刺再検でも細胞数少量にて免染に至らず、ClassIV。

【組織像】壁側胸膜、横隔膜上、肋骨横隔膜角部生検:全ての検体で類円形に腫大した核、粗造なクロマチン、核小体を有する腫瘍細胞を認め、索上、不明瞭な腺管状、充実性に増殖する上皮様の腫瘍細胞とともに、紡錘形の腫瘍細胞が錯綜して増殖する成分も認め、免疫染色ではD2-40(+), WT-1(+), Calretinin(+), EMA(+), CK5/6(-), TTF-1(-), NapsinA(-)で二相型中皮腫と診断した。

【結語】胸水からセルブロック作成、免疫染色に十分な細胞数を得るのは困難な場合が多く、原発不明時の胸膜生検は必須と考える。当院の過去症例を含めて検討したい。

### P-1-52 入院から3週間で死亡した腹膜原発脱落膜様中皮腫の1例

高知大学医学部附属病院病理診断部<sup>1)</sup>, 高知大学医学部附属病院産科婦人科<sup>2)</sup>

○吉良佳那(CT)<sup>1)</sup>, 岡本真知(CT)<sup>1)</sup>, 高橋明日香(CT)<sup>1)</sup>, 大原栄二(CT)<sup>1)</sup>, 井口みつこ(MD)<sup>1)</sup>, 戸井 慎(MD)<sup>1)</sup>, 弘井 誠(MD)<sup>1)</sup>, 村上一郎(MD)<sup>1)</sup>, 牛若昂志(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】脱落膜様中皮腫は上皮型中皮腫の稀な亜型である。今回、入院から3週間で死亡した腹膜原発の脱落膜様中皮腫を経験したので報告する。

【症例】患者は80歳代、女性。3ヶ月前頃から便の狭小化、排尿困難を自覚していた。腰痛による歩行困難と下腹部の圧痛を生じ近医を受診したところ、CT検査の結果、腫瘍が疑われ当院紹介入院となる。PET-CT検査で腹腔内に広範囲に集積を認め腹水穿刺吸引細胞診が行われたが、2回とも陰性であり、試験開腹時の腹水細胞診で悪性細胞が認められたが、2週間後に永眠となった。

【細胞像】リンパ球主体の炎症性背景に中型～大型の異型細胞が少数認められた。強い核異型と核偏在、核小体が目立ち細胞質は好酸性の腫瘍細胞だが、詳細な組織型の推定は困難であった。

【組織像】大型核と好酸性～両染色の広い細胞質を持つ異型細胞が脂肪織内にシート状に増殖。脱落膜様変化を示し、ごく一部に腺管様構造を形成する像が見られた。免疫染色はAE1/3(+), calretinin(+), BerEP-4(-)。以上の所見より脱落膜様中皮腫と診断された。

【病理解剖】腹腔内は大網・臓側腹膜・壁側腹膜全体に腹膜悪性中皮腫を認め、腸管壁表面にも広範囲に認められたが、その他の臓器で腫瘍はみられなかった。試験開腹時よりも明らかに腫瘍が広がっており急速に増大したと思われた。

【まとめ】白色病変が腹腔内に広範囲に見られ、腹水貯留が著しかったにも関わらず、穿刺吸引細胞診で細胞が出現せず診断に難渋した腹膜原発脱落膜様中皮腫を経験したので文献的考察を加えて報告する。

### P-1-53 長期生存した腹膜原発悪性ラプドイド腫瘍の一例

戸田中央臨床検査研究所<sup>1)</sup>, 聖路加国際病院女性総合診療部<sup>2)</sup>, 東京女子医科大学第1病理講座<sup>3)</sup>

○関れいし(MD)<sup>1)</sup>, 樋田一英(MD)<sup>2)</sup>, 澤田達男(MD)<sup>3)</sup>,  
河合俊明(MD)<sup>1)</sup>

20代, 女性. X-13年, 急性腹症にて入院精査により骨盤腔内を占拠する充実性腫瘍および出血に対し卵巣腫瘍の破裂疑いで左付属器切除術が施行された. 手術所見では, 腫瘍結節は卵巣卵管とは離れて存在する黄白色充実性の腫瘍であり, 術中に提出された腹水の細胞所見では, 細胞質は均質で重厚感があり核中心性ないし偏在性, 核小体腫大を呈する異型細胞が孤立散在性に少数認められた. 腫瘍捺印標本では同様の腫瘍細胞が平面的小集塊ないし敷石状にみられた. 摘出腫瘍は約18×18cm大, 2kgの黄白色充実性腫瘍で内部に出血を伴っており, 好酸性, 硝子様の豊富な細胞質を有するNC比の低い腫瘍細胞が, 胞巣状ないしシート状に増殖しており, 悪性ラプドイド腫瘍と診断した. 術後療法として化学療法(CAP+CPT-11)を1コース施行後, 転院となりダグラス窩および周囲の残存腫瘍の肉眼的完全摘出術が施行された. 術後補助療法としてTC療法(paclitaxel+carboplatin)を6コース施行された. 12か月経過後, 画像上で骨盤内再発が疑われ開腹切除が施行されたが, 骨盤壁浸潤などにより切除不能であった. 腫瘍縮小目的でcisplatin 30mg/body/weekとtotal 50.4Gyの骨盤腔照射(concurrent chemoradiotherapy, CCRT)が施行され, 照射終了6カ月後に腫瘍は画像上消失した. 現在, 照射終了より13年経過しているが再発兆候は認められていない. 本症例は若年女性の腹膜に発生した限局性腫瘍でありCCRTが有効であった非常に経過の長い症例を経験したので報告する.

### P-1-54 胸膜中皮腫が疑われ, 頸部リンパ節転移が診断の契機となった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>

○西田ゆかり(CT)<sup>1)</sup>, 窪田恵美(CT)<sup>1)</sup>,  
竹下かおり(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>2)</sup>, 山田壮亮(MD)<sup>2)</sup>,  
東美智代(MD)<sup>2)</sup>, 畑中一仁(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】悪性中皮腫の30~50%で胸腔内リンパ節転移がみられるが, 頸部リンパ節転移は稀である. 今回, 臨床的に胸膜中皮腫が疑われ, 頸部リンパ節転移が診断の契機となった症例を経験したので報告する.

【症例】60代男性. 左官業従事(アスベスト暴露歴あり). 4年前に胸部異常影と胸水貯留で胸膜生検と胸水細胞診を施行され, 細胞診では疑陽性であったが, 胸膜生検では明らかな腫瘍性変化は認めなかった. 昨年10月のCTで右胸膜肥厚と肺門, 縦隔および頸部リンパ節腫大を認め, 頸部リンパ節生検が施行された.

【捺印細胞所見】背景に粘液を伴い, 小型の異型細胞を孤立散在性~集塊状に多数認めた. 異型細胞の細胞質辺縁は不明瞭で, ライトグリーン好性の細胞質は重厚感があり, 核は類円形で中心性~やや偏在傾向を示し, 大きさは比較的均一であった. 核クロマチンは細顆粒状で軽度増量し, 明瞭な核小体を1~2個認めた. また2核以上の細胞や対細胞, オレンジG好性細胞も認められた.

【組織所見】好酸性で豊富な細胞質と円形腫大核を有する異型細胞が乳頭状あるいは個細胞性に増殖し, 2核の細胞も見られた. 淡好性の粘液様物質が認められ, コロイド鉄で青染し, ヒアルロニダーゼで消化された. 免疫組織化学では, CK7, EMA, WT-1, calretinin, D2-40, mesothelin陽性, CK20, desminは陰性であった.

【まとめ】胸膜病変は未確認だが, リンパ節の所見を含めて胸膜中皮腫と臨床的に診断された. 中皮腫の遠隔転移は稀であるが, 本例のように遠隔転移巣で中皮腫を疑う細胞像に遭遇する可能性があり, 体腔液以外での中皮腫の細胞像の把握も重要である.

### P-1-55 悪性中皮腫細胞における hyaluronan synthase (HAS) の発現

埼玉医科大学総合医療センター病理部

○日下卓万(CT), 木内恭子(CT), 松野和子(CT),  
大澤久美子(CT), 阿部倫子(CT), 扇田智彦(CT),  
菊地 淳(MD), 阿部佳子(MD), 百瀬修二(MD),  
田丸淳一(MD)

【はじめに】近年, 増加の一途を辿る腫瘍の一つである悪性中皮腫は, 発生部位や増殖形態から診断の難しさを伴う。その原因の一つに腫瘍細胞の分子生物学的な解明が進んでいないことが挙げられる。悪性中皮腫では体腔液中のヒアルロン酸値が高くなることが知られているが, ヒアルロン酸が腫瘍細胞自身によって産生されているのか, 随伴する細胞によって産生されているかはわかっていない。本研究の目的は, 悪性中皮腫細胞で, ヒアルロン酸の合成に関わる膜タンパク質である hyaluronan synthase(以下 HAS) の発現を免疫組織化学的に検討し, 体腔液中のヒアルロン酸値との相関性を調べることである。

【方法】16例の悪性中皮腫症例の組織やセルブロックを用いて, HAS の2種類のサブタイプ(HAS1, HAS2)の免疫組織化学的検索を行った。これらの症例は体腔液中のヒアルロン酸値も測定されており, HAS の発現とヒアルロン酸値との関係について検討した。

【結果】HAS1 は弱陽性も含め, 15例(93%)で陽性像が確認できた。HAS2 も同様に弱陽性も含め, 13例(81%)で陽性像が確認できた。これらの HAS の発現結果と体腔液中のヒアルロン酸値を比較すると相関性を見出すことは出来なかった。

【考察】HAS の発現に伴い, 悪性中皮腫細胞でのヒアルロン酸合成が行われていると考えていたが, 発現がみられない症例もあった。ただ, HAS1, HAS2 共に陰性になった症例は一例しか認められず, 悪性中皮腫においてはどちらかの HAS の発現によりヒアルロン酸合成している可能性が示唆された。さらにもう一つの HAS のサブタイプである HAS3 においても同様の検討を加え, 文献的な考察を含めて発表を行う予定である。

### P-1-56 小細胞型胸膜悪性中皮腫の1例

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 広島大学大学院医歯薬保健学研究院病理学研究室<sup>3)</sup>

○阪本 聖(CT)<sup>1,2)</sup>, 田中信利(CT)<sup>1,2)</sup>, 柏原倫子(CT)<sup>1,2)</sup>,  
御手洗賀世(CT)<sup>1,2)</sup>, 江川博彌(MD)<sup>1)</sup>,  
谷本博利(MD)<sup>1)</sup>, 金子真弓(MD)<sup>2)</sup>, 武島幸男(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】胸膜悪性中皮腫は組織型により, 上皮型, 肉腫型, 二相型, 線維形成型に大別される。小細胞型悪性中皮腫は上皮型の中の極めてまれな特殊型である。今回我々は小細胞型胸膜悪性中皮腫の1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代, 男性。胸部CTにて偶発的に胸壁腫瘤を指摘され, 当院外科を受診。右第2肋骨に接する最大径59mm大の多結節状胸壁下腫瘤を指摘された。胸腔鏡下胸膜生検が施行され小細胞型悪性中皮腫と診断された。半年後, 他院にて永眠された。

【組織所見】生検組織では, 地図状の凝固壊死を伴って充実性胞巣状, 索状となって密に増殖する腫瘍組織を認めた。腫瘍細胞は比較的小型で上皮様配列を示し, N/C比は概ね大で類円形ないし楕円形の異型核を有し, 小型の核小体を1つ認めた。免疫組織化学染色ではAE1/AE3, CD56, D2-40 陽性, Calretinin が一部陽性, Synaptophysin, ChromograninA, Ber-EP4, CEA, S100p は陰性であった。また, FISH法にてp16のhomozygous deletionが検出された。以上より小細胞型悪性中皮腫と診断された。

【細胞所見】胸水細胞診において, 腫瘍細胞は比較的小型でN/C比大, 類円形~楕円形の核, 顆粒状のクロマチン軽度増量, 明瞭な1つの核小体を示し, 球状, または乳頭状集塊で認められた。また, 相互封入像や多核の腫瘍細胞も散見された。免疫組織化学染色ではCalretininが陽性であり, 悪性中皮腫を強く疑った。

【考察】小細胞型悪性中皮腫の腫瘍細胞は, 比較的小型でN/C比大であることから小細胞癌や腺癌が鑑別にあげられる。鑑別点として小細胞型悪性中皮腫では小細胞癌や腺癌に比べ, 細胞質辺縁部が不明瞭である事や核形不整に乏しい点, また, 小細胞癌では核小体は余り目立たない事などがあげられた。

**P-1-57 リンパ組織球様悪性胸膜中皮腫の一例**

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>, 戸田中央臨床検査研究所<sup>3)</sup>

○中田裕人(CT)<sup>1)</sup>, 小川命子(CT)<sup>1)</sup>, 石黒弘美(CT)<sup>1)</sup>, 三田尚子(CT)<sup>1)</sup>, 塩川希望(CT)<sup>1)</sup>, 金澤卓也(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>, 河合俊明(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】リンパ組織球様悪性中皮腫 (lymphohistiocytoid mesothelioma : LHM) は, 稀な悪性中皮腫である。今回我々は, 胸水および肺穿刺吸引細胞診で LHM の一例を経験したので報告する。

【症例】50歳代, 女性。アスベスト曝露歴なし。健診のCTで右胸膜に腫瘍性病変を認め, 悪性中皮腫が疑われた。翌年, 呼吸困難などを自覚し, 当院受診。胸水, 肺穿刺吸引細胞診, 縦隔, 肺, 胸膜生検で LHM と診断された。

【胸水細胞所見】多数のリンパ球を背景に, 類円形の異型細胞が, 平面的集塊や孤在性に出現。核は円形～類円形, 核腫大, 核小体が目立ち, 二核や多核を認めた。豊富な細胞質を有し, 細胞辺縁は不明瞭であった。PAS染色で顆粒状に陽性を示した。セルブロック法で免疫染色を行い, AE1/AE3, calretinin が陽性, WT-1, EMA が一部陽性, CEA, TTF-1 が陰性。悪性中皮腫が疑われた。

【肺穿刺吸引細胞所見】リンパ球を背景に, 楕円形～紡錘形の異型細胞が, 不規則配列を示す集塊や孤在性にみられた。核は類円形～楕円形で, クロマチンは細顆粒状に増量, 核腫大, 核形不整がみられ, 豊富な細胞質を有する異型細胞であった。悪性細胞を考え, 鑑別に間葉系悪性腫瘍や悪性中皮腫が挙げられた。

【胸膜組織所見】核異型強く, 核小体明瞭, 豊富な細胞質を有した紡錘形～多稜形の異型細胞が, 充実性に増殖し, 組織球に類似していた。周囲にリンパ球浸潤や組織球浸潤を伴っていた。免疫染色は AE1/AE3, calretinin, CK5/6 が陽性, CEA, MOC-31, TTF-1 が陰性。LHM と診断された。

【結語】LHM は稀な悪性中皮腫で, その一例を報告した。免疫組織化学的検査や臨床所見を含めた総合的判定が重要と考えられた。

**P-1-58 アスベスト曝露歴のない高齢女性にみられた腹膜悪性中皮腫の一例**

岡山労災病院・中央検査部

○園部 宏(MD), 岩佐貴仁(CT), 菅沼和義(CT), 妹尾純江(CT), 藤木正昭(CT), 横谷幸男(CT)

【はじめに】今回, セルブロックを用いた免疫染色が診断に有用であった腹膜悪性中皮腫の一例を経験した。

【臨床事項】70代後半の女性で, 飲酒・喫煙歴, アスベスト曝露歴はない。他院で, 糖尿病で加療中に排便時痛, 腹部全体の圧痛を来した。CTで大網の毛羽立ち像と腹水貯留を認めた。腹水細胞診は悪性(腺癌の疑い)であった。全身を検索したが, 原発巣は不明であった。他院より送付された腹水より細胞診およびセルブロック標本を, 後日腹腔鏡下に採取された大網組織より組織標本を作製した。

【細胞所見】核小体の明瞭な偏在する異型核を有する類円形細胞が小集簇性に出現し, 細胞質は泡沫状で, 悪性(腺癌の疑い)と判定した。セルブロックでは, 腫瘍細胞は Ber-EP4+, CA125+, CEA-, MOC31-, ER-, mEMA+, Calretinin+, WT-1+, D2-40+, GLUT-1+ であり, 悪性中皮腫が疑われた。

【組織所見】異型を示す紡錘形細胞の錯綜性に浸潤性に増殖する像が主体で, 多形を示す細胞も混在するが, 一部に多角ないし類円形腫瘍細胞の小巣状増殖巣を認めた。後者を全体の10%以下と判断し, 肉腫型悪性中皮腫と診断した。また, 腫瘍の腹膜面の一部で核が偏在し, 胞体の豊かな腫瘍細胞が出現していた。

【考察とまとめ】腹膜中皮腫は, しばしば高濃度アスベスト曝露歴を背景に発生するが, 本例にはアスベスト曝露歴は明らかでない。当初, 腹水中に出現した腫瘍細胞が核小体の明瞭な偏在する核, 淡い胞体を示し, 腺癌を疑ったが, 組織像と対比すると腹腔面に存在する腫瘍細胞と類似しており, この腫の細胞が腹水中に出現した可能性がある。いずれにせよ, その腹水細胞像からは, 大網病変の組織像は想像できないものであった。



### P-1-59 子宮頸部円錐切除後の再発要因と細胞診に関する検討

防衛医科大学校産科婦人科<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校病院検査部<sup>2)</sup>

○笹 秀典(MD)<sup>1)</sup>, 加藤顕人(MD)<sup>1)</sup>, 岩橋秀樹(MD)<sup>1)</sup>, 吉川智之(MD)<sup>1)</sup>, 道休美咲(CT)<sup>2)</sup>, 高橋宏美(CT)<sup>2)</sup>, 高野政志(MD)<sup>1)</sup>, 島崎英幸(MD)<sup>2)</sup>, 古谷健一(MD)<sup>1)</sup>

【目的】子宮頸部円錐切除後の経過観察には細胞診が行われている。その際細胞診異常が出て再発が疑われる場合はコルポスコピーなど精密検査が行われる。手術の影響のため外子宮口付近は所見が乏しいことがあり、組織診陰性で細胞診だけが陽性になって再発の加療を開始する場合がある。当施設の子宮頸部円錐切除後の再発診断における細胞診の意義について検討した。

【方法】対象は、過去7年間の子宮頸部円錐切除255例で、円錐切除後3~6ヶ月毎に、子宮頸部細胞診を行った。円錐切除後の細胞診で異常が出た場合、コルポスコピー、細胞診・組織診にて治療方針を決定した。

【成績】2009年から2015年までの子宮頸部円錐切除255例中、再発例は11例(4.3%)で、再発時期は平均術後20.8か月(6~75)であった。初回円錐切除の組織診断は、CIN3が10例、微小浸潤癌が1例、断端陽性は8例であった。1年以内の再発例が6例と過半数を占めた。2例は細胞診のみで再発診断し、9例は細胞診・組織診両方で診断；組織診結果はCIN3は9例、浸潤癌は2例であった。5例に再円錐切除、5例は子宮摘出を行い、1例は経過観察中である。最終組織診は7例がCIN3、病変部なしが2例、浸潤癌2例であった。浸潤癌の1例は頸管閉鎖しており、コルポ下生検は困難であった。

【結論】円錐切除後の再発は1年以内が多く、1年以内は3か月ごとの細胞診という従来の方法が望ましいと思われる。頸管閉鎖例などは細胞診だけで再円錐切除して診断する必要がある。術後1年以内や断端陽性例はハイリスク例と思われ細胞診での経過観察が肝要である。術後もHPV検査を行い陽性例では再発に留意する必要がある。

### P-1-60 子宮摘出後に発見された腔上皮内腫瘍10例の臨床病理学的検討

JA 長野厚生連篠ノ井総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, JA 長野厚生連篠ノ井総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○金本涼子(CT)<sup>1)</sup>, 真 愛美(CT)<sup>1)</sup>, 塩野谷理絵(CT)<sup>1)</sup>, 中村恵美子(CT)<sup>1)</sup>, 牧野睦月(MD)<sup>1,2)</sup>, 川口研二(MD)<sup>2)</sup>

【目的】腔上皮内腫瘍(VaIN)の頻度は非常に低く、その発生には子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)と同様ヒトパピローマウイルス(HPV)が関与していると言われている。VaINは子宮頸部、外陰部の扁平上皮癌(SCC)にしばしば合併し、CIN治療後に発生する症例もみられる。子宮摘出例の検討は少なくその特徴は明らかでない。今回われわれは、過去16年間に当院で発見された子宮摘出後のVaIN10例についての臨床病理学的検討を行った。

【方法】様々な原因により子宮摘出術を受けた患者で、2000年1月~2015年12月の間に当院にて細胞診および生検によりVaINと確定診断された10例(VaIN1:4例, VaIN2:5例, VaIN3:1例)を対象とし、臨床事項およびHybrid capture法による高リスクHPV感染の有無と病理所見について検討した。

【結果】子宮摘出術時の疾患は、腺筋症2例、子宮筋腫2例、CINないしSCC6例であった。子宮摘出からVaIN発見までの期間は腺筋症・子宮筋腫例で21年~26年(平均24.5年)に対し、CINないしSCC例では4か月~7年(平均2.8年)であった。また、10例中8例に高リスク群HPV感染が認められ、未検査2例のうち1例に関しても細胞像よりHPV感染が示唆された。

【考察】子宮摘出後長期経過した患者でもVaINが発生しうることを、またVaIN発生にはHPV感染が深く関与していることが明らかになった。子宮摘出後例においても断端部腔壁の定期的な細胞診を行うことが重要と考えられた。

### P-1-61 術前診断が過小評価であった子宮頸癌3例の細胞診断学的検討

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病理診断科・検査科<sup>2)</sup>

○池田真利子(MD)<sup>1)</sup>, 上西園幸子(MD)<sup>1)</sup>,  
今井一章(MD)<sup>1)</sup>, 川野藍子(MD)<sup>1)</sup>, 井浦文香(MD)<sup>1)</sup>,  
近内勝幸(MD)<sup>1)</sup>, 小野瀬亮(MD)<sup>1)</sup>, 北村和久(CT)<sup>2)</sup>,  
岩撫成子(CT)<sup>2)</sup>, 加藤久盛(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】子宮頸部細胞診のHSILには、推定組織病変として中等度から高度異形成および上皮内癌を含む。当施設において2015年に子宮頸部細胞診がHSIL、組織生検の結果がCIN3に留まるも、最終病理診断が子宮頸癌1A期以上であった3例の細胞像を後方視的に検討したので報告する。

【症例】全例、子宮頸部細胞診異常のため近医より紹介。当院での子宮頸部細胞診はHSIL、組織生検はCIN3であった。症例1, 2は子宮頸部円錐切除術を施行し、最終診断は子宮頸癌FIGO分類1A1期(pT1a1N0M0)であった。症例3は子宮頸部円錐切除術を経て、広汎子宮全摘出術を施行し、最終診断は子宮頸癌FIGO分類1B1期(pT1b1N0M0)であった。

【結果】症例1, 2の細胞像は、傍基底型異型細胞の集塊の中に、N/C比の高い、緊満感をもつ大型の細胞を認めCISの存在が示唆された。それらの細胞集塊の中にOG好性の角化細胞を認めるも核の異型に乏しく後方視的検討でもHSILまでとした。症例3はトリコモナスによる炎症性背景の中に、傍基底型異型細胞を認めた。それらの細胞集塊は多彩であり、ごく一部にOG好性の角化細胞や奇怪細胞を認め、後方視的検討ではSCCとした。

【考察】症例1, 2では、浸潤癌部分のごく一部であり、細胞診および生検組織診で全容を捉えきれなかったと推定された。症例3では、炎症性背景を伴う中で奇怪細胞の出現率が低かったことが考えられた。結論：子宮頸部細胞診が過小評価であった症例を検討した。全体としてHSILに留まるような細胞像であっても、少数の奇怪細胞の存在を認める場合、浸潤癌の可能性も考慮する必要がある。

### P-1-62 検査専攻学生の Evalyn ブラシを用いた HPV 検診の意義

群馬大学大学院保健学研究科

○佐藤 幸(MT), 吉田朋美(CT), 福田利夫(MD)

【はじめに】海外においては、自己採取法を用いたHPV検査は多数報告されており、産婦人科医採取と同等の精度を持つとの報告がある。またオランダでは頸癌検診の受診推奨に応じなかった人に対する再推奨の手段として、自己採取によるHPV検査を行っている。日本においてもHPV検診が進む中、検診受診率が特に低い若年層に対し、自己採取法が検診受診率向上に貢献できる新たなアプローチ法となるかを検討した。

【対象・方法】群馬大学保健学科検査専攻に在籍し、本研究に同意した19~22歳の学生30名を対象とした。ピアエデュケーション手法による頸癌の啓発活動後、Evalynブラシ(Rovers社)を用いたHPV検査(HC2法)とアンケート調査を行い、自己採取法の使用感、検診に対する意識の変化を解析した。

【結果】自己採取HPV検査に参加した女子30名全員がハイリスク型HPV陰性であった。自己採取経験後、76.7%が“検診に対する気持ちに変化があった”と回答しており、その全員が“また検診を受けたい”と回答していた。また次回採取法選択では、自己採取が53.3%、産婦人科医採取が46.7%であり、その理由としては、自己採取では「抵抗感がない」「手軽で簡単」、産婦人科医採取では「正確な検査ができる」「自己採取は不安」であった。

【考察】次回採取法に自己採取を選択する学生の方が多く、自己採取法を検診に取り入れることで、今まで精神的・時間的負担のために受診にためらいを感じていた若年層の受診率向上が期待できる。一方で、産婦人科医採取を選択した学生もおり、それぞれの検診法のメリットデメリットを理解することで、個人のニーズに合った採取法を選択できる環境を整える必要性が示唆された。

### P-1-63 当科で子宮頸部細胞診：AGCと診断した68例の検討

県立がんセンター新潟病院婦人科

○笹川 基(MD), 日向妙子(MD), 谷地田希(MD),  
菊池 朗(MD), 柳瀬 徹(MD)

【目的】子宮細胞診で反応性変化や修復変化を越えた異常を認めるが、AISや浸潤性腺癌の特徴がない場合、異型腺細胞(AGC)と診断される。AGCと診断された症例では、頸部腺系病変の他、頸部扁平系病変、体部病変なども診断されると報告されている。

【方法】2008年4月から2016年8月までの期間に当科で実施した子宮頸部細胞診44979件のうち、AGCと診断されたのは104件(68症例)であった。AGC症例では、臨床経過、画像診断など検査所見をもとに、頸部生検、内膜細胞診、内膜生検など実施している。臨床データをもとに、AGC症例の転帰を解析した。

【成績】1. 内膜細胞診などに異常がなく、頸部細胞診が3回以上NILMの場合、異常なしと判断した。68例中、異常なしは36例(53%)であった。2. 検診の中でAGCが続く症例が4例(6%)みられた。3. 頸部腺系病変と診断された症例は7例(10%)であり、AIS2例、浸潤性腺癌5例であった。4. 頸部扁平上皮系病変は4例(6%)、中等度異形成1例、高度異形成2例、CIS1例であった。5. 内膜細胞診・生検などにより体部病変が15例(22%)で診断された。内訳は異型増殖症1例、類内膜腺癌12例、癌肉腫2例である。6. 卵巣腫瘍の診断で手術された症例が2例(3%)あり、1例は顆粒膜細胞腫、1例は漿液性癌であった。

【結論】AGC、とりわけAGC-NOSでは異型細胞としての特徴的所見に乏しい。頸部扁平上皮系病変、体部腺系病変などでも頸部細胞診でAGCと診断されることがあり、AGC症例では体部病変、附属器病変なども念頭において診断が必要である。とくに子宮体部類内膜腺癌を見逃さないように留意することが重要である。

### P-1-64 当院におけるASC-H例の追跡結果

市立池田病院産婦人科<sup>1)</sup>, 市立池田病院病理診断科<sup>2)</sup>

○竹原幹雄(MD)<sup>1)</sup>, 川口浩史(MD)<sup>1)</sup>, 岩橋晶子(MD)<sup>1)</sup>,  
山口慶子(CT)<sup>2)</sup>, 岩城真理子(CT)<sup>2)</sup>, 金本貴之(CT)<sup>2)</sup>,  
河合 賢(CT)<sup>2)</sup>, 向井英代(CT)<sup>2)</sup>, 大橋寛嗣(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】ASC-Hは細胞判定が困難であり、想定する疾患が良性変化からHSIL以上の高度病変に及ぶため対応に迷うことがある。今回われわれは、ASC-H例の頻度、組織診断、判定後の経緯について検討したので報告する。

【対象】2012年7月から2016年3月まで当院で従来法により採取した子宮頸部細胞診6,644検体のうちASC-H判定82検体(55例)を用いた。ASC-USは204検体であった。

【結果】ASCの頻度は4.3%で、ASC-H/ASCは28.7%であった。ASC-H例の年齢の中央値は39歳(範囲22-84歳)で、組織診施行率は98.2%(54/55例)であった。HPV DNA検査施行率は38.2%(21/55例)で、陽性率は81.0%(17/21例)であった。組織診断の内訳は、頸管炎9例、CIN1 13例、CIN2 5例、CIN3 20例、SCC 3例、腺癌2例、AIS、低分化癌、VIN3が各1例であった。閉経前群(40例)と閉経後群(15例)に分類したところ、両群でCIN2-3の頻度が最も高かった(47.5%, 40%)。頸管炎、CIN1、CIN2-3の頻度について両群間で有意差はなかった。頸管炎判定後の細胞診がNILMとなった割合は、閉経前群85.7%、閉経後群100%で、閉経前群の33.3%でHPV DNA陰性であった。

【考察】ASC-H例ではCIN2-3に罹患している可能性が高いため慎重な管理が必要である。良性病変判定後の管理にHPV検査が望まれる。

### P-1-65 当院における子宮頸部上皮内腫瘍の管理と治療

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>

○山田有紀(MD)<sup>1)</sup>, 杉本澄美玲(MD)<sup>1)</sup>, 岩井加奈(MD)<sup>1)</sup>, 川口龍二(MD)<sup>1)</sup>, 小林 浩(MD)<sup>1)</sup>, 内山智子(MD)<sup>2)</sup>, 大林千穂(MD)<sup>2)</sup>

【目的】近年若年層における子宮頸癌罹患率の増加と、晩婚化や妊娠・出産年齢の高齢化などに伴い、妊孕性温存を必要とする症例が増加している。そのため子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)の適切な診断と管理・治療が必要とされている。そこで今回は当院におけるCINの診断と、円錐切除術の治療成績・術後合併症について検討を行った。

【方法】2007年7月から2014年12月に、当科で子宮頸部円錐切除術を行った352症例について後方視的に検討をおこなった。

【結果】年齢の中央値は38歳(範囲:17~72)、観察期間の中央値は32.4ヶ月(範囲:1~102)であった。症例は30代が最多で39.1%を占めた。術前生検と摘出標本の組織診断の比較を行うと、正診率は73.0%であり、過小評価であった症例が6.0%存在した。摘出標本において、断端陽性は36症例(10.2%) (頸管側28例, 腔側5例, 両側3例)で、15例は浸潤癌であった。21例に子宮摘出術, 1例に放射線治療を施行した。経過観察を行った14例のうち, 1例に再発を認めた。断端陰性は291症例(82.0%)で, 3例の再発を認めた。断端の評価が困難な症例が25例(7.1%)存在したが, 再発は認めなかった。断端陽性の症例で再発率が高いという報告があるが, 今回の検討では再発率に差は認めなかった( $p=0.38$ )。術後合併症としては, 6例(1.7%)で頸管狭窄を認め, 術後に頸管開大処置を必要とした。また, 麻酔下での縫合止血処置を必要とした術後出血は, 2例(0.5%)のみであった。

【総括】当院における円錐切除術の治療成績は, 過去に報告されている治療成績と比較して, 再発率・合併症に大きな差は認めなかった。また正診率は比較的高かった。

### P-1-66 HSIL と鑑別を要した Atypical immature squamous metaplasia (AIM) の 1 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>

○福田弘幸(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>, 蟹谷智勝(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】Atypical immature squamous metaplasia (AIM) は immature squamous metaplasia (IM) の核に, 軽度の核腫大や核形不整, 核小体がみられる特徴があり HPV 感染に起因するといわれている。また, HSIL と細胞所見が類似しておりしばしば鑑別に苦慮することがある。

【症例】40歳代女性, 健診でASC-USの既往があり, 2016年3月当院産婦人科受診。細胞診でHSIL/moderate dysplasia と診断し, HPV-DNA 検査で high risk HPV 陽性となり経過観察となった。2016年6月に細胞診を施行したところHSIL/moderate dysplasia に加え severe dysplasia と IM との鑑別を要する細胞集塊を認めた。

【細胞所見】2016年6月の細胞診において, moderate dysplasia の他に N/C が増大し細胞質の突起や肥厚をもった傍基底型の異型細胞が見られた。その細胞の核は, 大小不同やクロマチンの粗顆粒状増量, 核形不整, 核の切れ込みが見られ, IM に類似した細胞質に核異型を伴っている細胞像であったため severe dysplasia の変性と IM との鑑別に苦慮した。

【組織所見】組織学的には粘膜のほぼ全層を置換する化生様細胞の増殖がみられ, 免疫染色では p16 の強陽性像を認めるが, MIB-1 陽性細胞は基底層から一部中層細胞に散在性にみられるのみであった。

【考察】いくつかの Moderate dysplasia と判定した細胞には細胞質が肥厚した化生細胞様の特徴がみられた。中層~傍基底細胞型の異型細胞に化生細胞様の変化が見られる時は HSIL とせず ASC-H と判定し再検査や生検等で精査することが必要と考えられた。

【まとめ】HPV 感染により引き起こされる AIM は, 細胞診で出現形態や細胞の観察を十分行うことにより過剰診断せず ASC-H に留めることが必要と考えられた。



### P-1-67 胃癌術後 10 年目に子宮頸部孤立性再発を来した 1 例

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学

○森 泰輔(MD), 寄木香織(MD), 古株哲也(MD),  
明石京子(MD), 片岡 恒(MD), 松島 洋(MD),  
黒星晴夫(MD), 辰巳 弘(MD), 北脇 城(MD)

【諸言】性器外原発腫瘍からの子宮頸部転移は非常に稀である。今回われわれは胃癌術後 10 年目に子宮頸部への孤立性転移を来した症例を経験したので報告する。

【症例】46 歳, 3 経妊 2 経妊。35 歳時に胃癌の診断で胃幽門切除術 (2 型, por, se, sci, ly1, v0, n2) を施行されている。1 年前から不正性器出血を認めたため, 近医受診するも異常は指摘されなかった。その後も出血が続くため再度受診した際, MRI 検査で子宮頸部腫瘍を指摘され, 当院紹介初診。経腔超音波および骨盤 MRI では 2 cm 大の子宮頸部に限局する腫瘍を認めた。FDT-PET 検査ではその他の遠隔転移は認めなかった。子宮頸部細胞診は atypical glandular cells (AGC) と診断した。子宮頸部生検は低分化腺癌と考えられ, 既往の胃癌の転移が疑われた。以上に対し, 広汎子宮全摘術を施行としたが, 術中仙骨子宮靱帯への浸潤を認め, 同部位は完全切除不可であった。断端陽性残存病変に対しては術後補助療法として TS-1 を 1 年間投与した。現在術後 5 年 2 ヶ月経過しているが, 再発は認めていない。

【結語】胃癌の既往をもつ女性が不正性器出血を主訴に受診した場合, 胃癌の転移の可能性を念頭にいった原因検索をする必要があると考えられた。本症例は卵巣や子宮外の骨盤臓器に転移はなく, そのような症例の報告は検索しうる限り 2 例のみであり, 転移性子宮頸部腺癌として貴重な症例であると考えられた。

### P-1-68 子宮頸部類内膜腺癌の一例

社会福祉法人賛育会賛育会病院検査科<sup>1)</sup>, 社会福祉法人賛育会賛育会病院産婦人科<sup>2)</sup>, 順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○吉田有子(CT)<sup>1)</sup>, 清川亮子(CT)<sup>1)</sup>, 平井 周(MD)<sup>3)</sup>,  
木村美葵(MD)<sup>2)</sup>, 鈴木正明(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】組織型の推定が困難な類内膜腺癌を経験したので報告する。

【症例】40 歳代女性, 不正性器出血で受診したところ, 子宮頸部に 3 cm 大の不整形腫瘍を認めた。子宮頸部細胞診で classIV Atypical cell cluster susp.of malignancy. (ベセスダシステムでは AGC), 子宮頸部生検では高-中分化型腺癌の結果より, 子宮頸部腺癌の診断に至り広汎子宮全摘術, 骨盤リンパ節郭清が施行された。組織学的には子宮頸部類内膜腺癌 (Ib1 期 pT1bN0M0) であった。

【細胞像】核が集塊の中心側に位置する重積性集塊を認めた。管腔の一部を思わせる, 刷子縁側が揃った集塊も散見された。平面的集塊の出現も多かった。集塊は立方-高円柱状の細胞からなり, 粘液産生は乏しく細胞質に厚みを感じられた。全体的に核の偏在性は弱く, 核は類円形で微細クロマチンが均等に分布していた。

【組織像】既存の子宮頸管上皮に連続する高-中分化型腺癌の増生と間質浸潤が見られた。腫瘍細胞は高円柱状で杯細胞や粘液産生は見られず, 管状・乳頭状構造を主体とし, 部分的に篩状構造も混在して見られる類内膜腺癌 (G1-G2) の像であった。子宮内膜とは既存の頸管腺で境されていた。

【考察】再鏡検では, 羽毛状構造や, 旺盛な粘液産生像等の内頸部型腺癌を示唆する像が見られず, 重積性集塊中に少数の小腺腔があり, 類内膜腺癌が示唆される細胞像が見られた。腺系病変においても平面的集塊も出現するため, 扁平上皮化生や, CIN 病変との鑑別に際しては, 詳細な観察による腺腔の確認が大切と考えた。上記の細胞所見はこの組織型の推定に役立つと思われた。

**P-1-69 子宮頸部リンパ上皮腫様扁平上皮癌の1例**

杏林大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病理部<sup>2)</sup>, 立正佼成会附属俊成病院<sup>3)</sup>

○百村麻衣(MD)<sup>1)</sup>, 小林陽一(MD)<sup>1)</sup>, 澁谷英里子(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>, 望月 眞(MD)<sup>2)</sup>, 坂本憲彦(CT)<sup>2)</sup>, 金田由香子(MD)<sup>3)</sup>, 鈴木 淳(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】子宮頸部リンパ上皮腫様癌(LELC)は子宮頸部扁平上皮癌の特殊型に分類され, LELCの0.7~5.5%を占める稀な腫瘍であり, EBVとの関連性も報告されている。今回我々はLELCの1例を経験したので報告する。

【症例】75歳, 0経産。不正性器出血を主訴に前医受診し, 子宮頸癌1B1期の診断で当院へ紹介受診となった。内診にて子宮腔部に外向性に発育する3cmほどの表面平滑な腫瘍を認めた。画像検査では腫瘍は子宮頸部に限局しており, リンパ節腫大や, 遠隔転移は認めなかった。腫瘍マーカーはSCC2.4ng/mlで軽度上昇していた。大きな合併症もなく手術加療を勧めたが, 希望により放射線治療の方針となった。同時化学放射線療法とし, 全骨盤腔外照射50Gy+腔内照射24Gyを施行しCRとなった。現在治療後6ヶ月を経過し再発所見は認めていない。

【細胞診所見】細胞の重積を伴うシート状集塊で出現する異型扁平上皮細胞を認める。細胞質はやや厚みがあり, 核は紡錘形・中心性で核形不整とクロマチン増量が見られる。ベセスダ分類SCCと診断する。背景および腫瘍細胞間に多数のリンパ球が見られる。

【組織診所見】高度に核腫大し, 配列の乱れた多角形の大型異型上皮細胞が充実胞巣状に増殖, 浸潤する。リンパ球形質細胞浸潤が, 癌細胞間, 周囲間質に高度に認められ, リンパ上皮腫様扁平上皮癌に分類されると考える。

【結語】LELCは通常の扁平上皮癌と比較して予後良好とされている。明瞭な核小体を有する低分化な細胞集塊内に著明なリンパ球浸潤を認めた場合にはLELCを考慮すべきと思われた。本症例では同時化学放射線療法治療中の細胞診所見の変化を経時的に観察しえたので, 治療効果との関連性も含め報告する。

**P-1-70 腔前庭に再発した子宮頸部腺癌の1例**

四国がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 四国がんセンター 病理科<sup>2)</sup>, 四国がんセンター 臨床検査科<sup>3)</sup>

○白山裕子(MD)<sup>1)</sup>, 横山貴紀(MD)<sup>1)</sup>, 藤本悦子(MD)<sup>1)</sup>, 大亀真一(MD)<sup>1)</sup>, 竹原和宏(MD)<sup>1)</sup>, 西村理恵子(MD)<sup>3)</sup>, 田中慎一(CT)<sup>3)</sup>, 岡本奈美(CT)<sup>3)</sup>, 山本珠美(CT)<sup>3)</sup>, 寺本典弘(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸癌では近年腺癌が占める割合が増加し, 扁平上皮癌と比較して予後不良との報告が多い。再発の部位は骨盤内, リンパ節, 血行性転移による遠隔臓器である。今回子宮頸部腺癌術後に腔前庭に腫瘍細胞が出現し子宮頸癌の再発と考えた1例を経験したので報告する。

【症例】66歳女性, 7年前に子宮頸癌Ib1期の診断で準広汎子宮全摘出, 両側付属器摘出, 骨盤リンパ節生検を行った。手術のみで経過観察をしていたが定期診察の際に腔入口部および外尿道口周囲の粘膜に黒色の斑点を3個認めた。径は1-3ミリで境界は明瞭, わずかに隆起していた。腔入口部より頭側の腔壁には異常所見はなく, CT, MRIでも再発を疑う所見はなかった。腔入口部粘膜の擦過細胞診より腺癌を疑い, 腫瘍摘出術を行った。

【擦過細胞診所見】核密度のやや高い高円柱状の腺上皮細胞の集塊を多数認めた。核の配列は不正で, 核のクロマチンは細顆粒状であった。細胞質に黒色の顆粒を有する細胞も認めた。腺の形態をとっていたこと, 免疫染色でp16は陽性, S100は陰性であったことから悪性黒色腫は否定的であった。

【手術標本組織所見】腫瘍細胞は淡好酸性の胞体を有しており, 管状や絨毛状構造を呈していた。p16強陽性, p53(DO7) wild type pattern, MIB1 index highであった。破壊性の浸潤や強い間質反応はなかったため, 血行性転移ではなく skip lesion と考えた。

【まとめ】本症例のような再発形式の子宮頸部腺癌は非常にまれである。かなり小さな病変であったため摘出手術前の生検を避けたほうがよい症例であった。液状検体による細胞診と免疫染色が術前の診断に有用であったと考えられた。

### P-1-71 子宮頸部上皮内癌と上皮内腺癌が共存し衝突癌と考えられた1例

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学<sup>1)</sup>, 京都府立医科大学付属病院病院病理部<sup>2)</sup>, 京都府立医科大学大学院人体病理学<sup>3)</sup>

○古株哲也(MD)<sup>1)</sup>, 森 泰輔(MD)<sup>1)</sup>, 磯島喜孝(CT)<sup>2)</sup>, 西村綾子(MD)<sup>2,3)</sup>, 安川 覚(MD)<sup>2,3)</sup>, 明石京子(MD)<sup>1)</sup>, 寄木香織(MD)<sup>1)</sup>, 辰巳 弘(MD)<sup>1)</sup>, 黒星晴夫(MD)<sup>1)</sup>, 北脇 城(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】上皮内癌 (CIS) に比して上皮内腺癌 (AIS) の頻度は低いものの, AIS の約半数が扁平上皮系の異型を合併するとされる。今回, われわれは子宮頸部細胞診で扁平上皮系および腺系の異型を疑い, CIS と AIS の共存例を経験したので報告する。

【症例】49歳, 2経妊2経産, 既往歴に特記事項なし。健診時の子宮頸部細胞診で classV, other malignant neoplasms を認めたため, 精査治療目的に当院紹介となった。

【細胞所見】子宮内膜細胞診は陰性であった。頸部細胞診は炎症を背景に N/C 比の高い異型細胞が孤在性または密な細胞集団を形成していた。細胞は顆粒状のクロマチンが増量し, 核の大小不同や核形不整が目立っていた。オレンジ G 好染性の異型扁平上皮細胞も見られ, 扁平上皮癌を疑う像であったが, 腺系を思わせる所見もあった。

【組織所見 (子宮頸部組織生検)】上皮の全層性に N/C 比の高い異型細胞が増生し, 核形不整と極性の乱れを認めた。間質浸潤はなく, CIS の診断であった。腺異型は認めなかった。

【組織所見 (手術検体)】診察所見および MRI で明らかな占拠性病変はなく, CIS と前診断し, 子宮頸部円錐切除術を施行した。病理組織像では広範囲に CIS が存在し, 一部で腺侵襲を伴っていた。また近傍で異型腺管の増生を認め, 癒合腺管が見られた。両成分は近接していたが混在しているとは言えず, CIS と AIS の衝突癌と診断した。その後, 子宮全摘出術を施行したが, 残存病変はなかった。

【結語】子宮頸部細胞診が診断の一助となりえた CIS と AIS との衝突癌を経験した。CIS 症例であったとしても腺系病変を念頭に細胞診の評価が必要である。

### P-1-72 治療に抵抗し急速に再発・進行した子宮頸部腺癌の一例

独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター 産婦人科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター 臨床検査科<sup>2)</sup>

○金村昌徳(MD)<sup>1)</sup>, 原田和弥(CT)<sup>2)</sup>, 佐々木正和(CT)<sup>2)</sup>, 芥川和彦(CT)<sup>2)</sup>, 管尾龍彦(CT)<sup>2)</sup>, 星田義彦(MD)<sup>2)</sup>

子宮頸部に発生する上皮性悪性腫瘍の多くは扁平上皮癌であり, 腺癌の占める割合はおよそ 20% 程度であるが, そのほとんどが通常型の粘液性腺癌であり印環細胞癌の混在はまれである。今回, 初回治療中に急速に再発・進行した子宮頸部腺癌の一例を経験したので報告する。症例は 46 歳, 未経妊で, 不正出血のため前医を受診し, 子宮腫瘍の疑いで当科紹介受診となった。初診時すでに多量の性器出血を認め, 子宮頸部に外向性に発育する腫瘍を認めた。子宮頸部擦過細胞診では炎症性背景に散在性から集塊状に異型細胞を認め, 腫瘍細胞の核は偏在傾向を示し, 細胞質はレース様から粘液様を呈し N/C 比大, 核の大小不同, クロマチンの増量が認められ, 腺癌が疑われた。生検による病理組織診結果においても粘液産生の強い子宮頸部腺癌の結果であり, 内診では, 明らかな腔壁浸潤や子宮傍結合織に抵抗を認めず, 術前診断を子宮頸部腺癌 IB2 期とし, 広汎子宮全摘術+両側付属器摘出を施行した。摘出標本の病理組織像は広範な壊死, 粘液の貯留を伴い, 粘液貯留が著明な細胞では印環細胞様の形態を示している像も見られた。免疫染色にて大部分は MUC1(+), MUC2(-), MUC5AC(+), MUC6(+ )を示すが, 一部で MUC6(-)を示す部位もあり, 通常型の頸部腺癌に印環細胞癌が混在していると考えられた。術後 TC 療法を 2 クール施行した時点で骨盤内, 傍大動脈リンパ節及び肝転移をきたし, 現在 BSC に移行している。今回, 治療に抵抗し急速に再発・進行した子宮頸部腺癌の一例を経験した。子宮頸部腺癌に印環細胞癌を混在する場合には, このようなケースもあることを念頭に置く必要があると考えられた。

## P-1-73 子宮頸部類基底細胞癌の 1 例

北海道対がん協会細胞診センター

○柴田尚子(CT), 田上 稔(CT), 加藤 修(CT),  
日野順子(CT), 高橋奈穂美(CT), 阿部里絵(CT),  
横山 恵(CT), 小西加奈子(CT), 佐々木隆之(MD),  
藤田博正(MD)

【はじめに】以前は低分化型扁平上皮癌や未分化癌と診断されていた基底細胞様の腫瘍細胞からなる扁平上皮癌の中に、新しい概念として類基底細胞癌が加わるようになった。2012 年版子宮頸がん取扱い規約でも、組織分類と診断基準の項目の特殊型として新しく加えられた。臨床的には侵襲的、攻撃的性格を持つ悪性度の強い癌とされる。今回子宮頸部類基底細胞癌の症例を経験したので報告する。

【症例】65 歳女性、閉経 44 歳、経妊 8 回経産 5 回、既往歴なし、子宮頸がん検診目的で受診、不正出血は自覚せず、5 年前にがん検診受け異常なしであった。

【細胞所見】腫瘍性背景の中に、N/C 比の極めて高く、クロマチン増量し、ほぼ裸核状の小型細胞で、一部集塊を呈した悪性細胞が多数散在していた。細胞診では非角化型扁平上皮癌あるいは神経内分泌腫瘍系の小細胞癌の可能性ありと判断した。

【組織所見】HE 染色像では小型で未熟な基底細胞様の腫瘍細胞が主体で、胞巣状の浸潤を伴う扁平上皮系の悪性腫瘍と診断した。胞巣の辺縁は柵状配列を示し、基底膜様の細胞基質あり硝子様肥厚を認めた。HPV 型検査は 58 型陽性、ISH では遺伝子組込みが認められた。鑑別診断には非角化型扁平上皮癌、リンパ上皮様扁平上皮癌、小細胞癌がある。p53, p63, p16 INK4a, Cytokeratin, Synaptophysin, Chromogranin A, NSE, Ki-67 等の免疫組織化学染色を用い鑑別した。

【まとめ】組織所見ならびに免染の結果から子宮頸部類基底細胞癌と診断され、改めて細胞標本を観察すると集塊の周辺は柵状配列を呈し、胞巣状の浸潤した部分そのまま抜け落ちた細胞像が出現していた。注意深い観察により、特殊型であっても細胞診で推定が可能と思われた。

## P-1-74 子宮頸管ポリープに見られた子宮頸部粘液性腺癌の 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>, 産業医科大学産業保険学部広域・発達看護学<sup>3</sup>, 産業医科大学医学部産科婦人科学<sup>4</sup>, 産業医科大学医学部第 2 病理学<sup>5</sup>, 産業医科大学医学部第 1 病理学<sup>6</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>, 松山篤二(MD)<sup>2</sup>, 島尻正平(MD)<sup>2</sup>,  
松浦祐介(MD)<sup>3</sup>, 蜂須賀徹(MD)<sup>4</sup>, 名和田彩(MD)<sup>5</sup>,  
久岡正典(MD)<sup>6</sup>

【はじめに】子宮頸管ポリープは良性疾患であるが、0.47%の頻度で頸管ポリープに悪性所見が認められると報告されている。今回我々は子宮頸管ポリープに見られた子宮頸部粘液性腺癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 代女性。子宮頸管ポリープ切除歴 2 回あり。前医で子宮頸管ポリープと子宮筋腫で経過観察されていたが、性器出血が強くなったため精査・加療目的で当院受診。受診時の子宮頸部細胞診は NILM であった。1 か月後に子宮頸管ポリープ切除術が行われ、組織診断は子宮頸部粘液性腺癌であった。子宮全摘術が行われたが、摘出子宮に腫瘍の残存は見られなかった。

【細胞所見】粘液性背景に多数の化生細胞様のシート状細胞集塊を認めた。N/C 比は低く核の大小不同はあるものの核異型は目立たず良性の反応性腺細胞と判断した。しかしながら、組織診断後に見直しを行ったところ、核異型や核クロマチンの増量を認める細胞や、シート状細胞集塊の中に大きな球状の粘液様物質を有する核偏在細胞もしばしば散見され、良性細胞としては違和感がありそれらは少なくとも AGC とすべき細胞であったと考えられた。

【組織所見】良性の頸管ポリープの像に加え、大部分は細胞内外の粘液産生に富む異型円柱上皮が不整管状に浸潤増殖していた。腺管の間には印環細胞の充実性増殖も認められた。

【まとめ】本症例は、異型性が弱くとも核腫大性の腫瘍細胞がシート状に出現しており、反応性腺細胞との鑑別が困難であったが、細胞量や出現様式などに違和感があり、このような場合には、悪性病変も念頭に組織診を併用して早期診断に繋げることが望ましいと考えられた。



### P-1-75 放射線療法後に大腸癌の子宮頸部転移と診断された一例

奈良県立医科大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>

○岩井加奈(MD)<sup>1)</sup>, 杉本澄美玲(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>, 内山智子(MD)<sup>2)</sup>, 大林千穂(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】悪性腫瘍の子宮頸部転移はまれな病態である。今回、子宮頸部腺癌の放射線療法後に、リンパ節転移および大腸病変の出現により大腸癌と診断され、組織標本の再検討から大腸癌の子宮頸部転移と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】症例は78歳女性。下腹部痛と帯下の増加を主訴に前医を受診し、子宮留膿腫を指摘され精査目的に当科を紹介受診した。腔鏡診で子宮頸部に易出血性の腫瘍を認めた。子宮頸部の細胞診および組織検査ではAdenocarcinomaであった。CTおよびMRIで子宮周囲に明らかな腸管浸潤を疑う陰影は認めず、子宮頸部腺癌 stage-IIB期と診断した。狭心症既往ならびに年齢から放射線療法を選択した。50Gyの外照射を実施し、治療後のCTで部分寛解となった。治療4ヶ月後に腹痛と嘔吐を認め、腸閉塞を疑い造影CT検査を行った。回盲部の腫瘍と左外腸骨節リンパ節腫大、播種を疑う腹壁結節影を認め、大腸癌が疑われた。腸閉塞に対してイレウス管による減圧を行ったのち、回盲部切除術、D3リンパ節郭清を施行した。摘出標本より大腸癌 stageIV期と診断された。当科で実施した子宮頸部組織診を再検討し、免疫染色を実施したところ、CK20(+), CDX2(+), CK7(-), ER(-), p16(-)であり、大腸癌の子宮頸部転移と診断された。現在、大腸癌に対し化学療法を施行している。

【結語】子宮頸部転移はまれな病態であるが、大腸癌、胃癌や乳癌での報告がある。子宮頸部腺癌を疑った際には、他臓器からの転移病変である可能性が否定できないことを念頭におき、鑑別診断を行う必要があると考えられた。

### P-1-76 子宮頸部における神経内分泌癌合併腺癌の一例

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<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>

○鈴木雄策(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木伸也(CT)<sup>1)</sup>, 高瀬未穂(CT)<sup>1)</sup>, 岡竹里紗(CT)<sup>1)</sup>, 茂山かおり(MT)<sup>1)</sup>, 岡村友香里(MT)<sup>1)</sup>, 岩本督徳(MD)<sup>2)</sup>, 棟方 哲(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】神経内分泌癌合併腺癌は、WHO2014に記載されたまれな組織型であり、予後不良のため早期の診断治療が重要である。今回、神経内分泌癌合併腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性。2年ぐらい前からの不正出血を主訴に当院を受診。子宮頸部の前唇から外向性に発育する易出血性の50mm大の腫瘍を認めた。組織診、細胞診共に子宮頸部腺癌と診断されたため、広汎子宮全摘出術+両側付属器切除術が施行された。

【細胞所見】炎症性背景に核偏在、核形不整、クロマチン増量を示す異型細胞を小集塊あるいは孤立散在性に多数認めた。またごく一部には細顆粒状の核クロマチンを有する小型裸核状の異型細胞が結合性の弱い集塊状に少数認められた。

【組織所見】術前の生検組織では淡明な胞体を有する核偏在性の異型細胞が認められ、adenocarcinomaと診断した。手術検体では子宮頸部に最大50×40mmの腫瘍を認め、腫瘍は生検組織と同様のadenocarcinomaの部分と共に、小型異型細胞の結節状、びまん性増生像を認め、Synaptophysin陽性であることからadenocarcinoma admixed with neuroendocrine carcinoma of the uterine cervixと診断した。

【まとめ】子宮頸部神経内分泌癌は比較的稀であり、遭遇する機会は少ないと思われるが、細胞診にて扁平上皮癌や腺癌成分が見られた場合でも、予後不良な神経内分泌腫瘍の共存の可能性を常に考慮し、注意深く鏡検することが重要である。

## P-1-77 子宮頸部神経内分泌癌の 1 例

旭川医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 旭川医科大学病院病理部<sup>2)</sup>

○高橋知昭(MD)<sup>1)</sup>, 寶田健平(MD)<sup>1)</sup>, 市川英俊(MD)<sup>1)</sup>,  
加藤育民(MD)<sup>1)</sup>, 片山英人(MD)<sup>1)</sup>, 西脇邦彦(MD)<sup>1)</sup>,  
秋山直子(CT)<sup>2)</sup>, 鵜野祐治(CT)<sup>2)</sup>, 佐渡正敏(CT)<sup>2)</sup>,  
武井英博(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】子宮頸部神経内分泌癌は全子宮頸癌中数%程度に発生する稀な癌である。若年発症が多く、早期から転移し標準治療も確立しておらず予後不良である。今回、同時放射線化学療法を行い完全奏効となった症例を経験したので報告する。

【症例】40歳, 3経妊2経産。性器出血のため近医受診。腔鏡診にて子宮頸部に5cm大の腫瘍を認め生検で神経内分泌癌と診断された。MRIで腫瘍は両側子宮傍組織に浸潤し骨盤に達していた。治療目的のため当院紹介されエトポシド+シスプラチンを用いたCCRTを行い、CRが得られ現在外来経過観察中である。

【細胞所見】出血と壊死を伴う背景の中、核腫大、核形不整および核大小不同を示し、N/C比のきわめて高い異型細胞を重積性集塊状および散在性に多数認めた。核クロマチンは増量し、粗顆粒状を呈していた。

【組織所見】核小体の明瞭な腫大した核を有し、N/C比の高い大型の腫瘍細胞が充実性に増殖していた。Nuclear mouldingもみられ核分裂像も多い。広範かつ著明な腫瘍壊死を伴っていた。またsmall cell type様部分も認めた。免疫染色ではPancytokeratin, CD56, Synaptophysin, p16が陽性、p40は陰性であった。squamous cell carcinomaおよびadenocarcinoma componentsはみられず、large cell typeとsmall cell typeの特徴を合わせもったHigh-grade neuroendocrine carcinomaと診断した。

## P-1-78 当院で経験した子宮頸部原発神経内分泌腫瘍の 2 例

横浜市立みなと赤十字病院病理部

○佐藤瑞穂(CT), 伊藤圭祐(CT), 館川夏那(CT),  
山本容子(CT), 林 榮一(CT), 山村信一(CT),  
熊谷二郎(MD)

【はじめに】子宮頸部原発神経内分泌腫瘍はまれな腫瘍であるが、今回我々は子宮頸部原発の小細胞癌と大細胞神経内分泌癌を経験したので報告する。

【症例 1】26歳女性。妊娠中(34週)に不正出血のため当院受診。子宮頸部の乳頭状病変からスミアにて小細胞癌が疑われる腫瘍細胞が確認された。生検にて小細胞癌と診断。35週で帝王切開にて出産し、約1か月後、準広汎子宮全摘術施行。その後化学療法+放射線療法にて治療中。

【症例 2】40歳女性。多量の不正出血により当院受診。子宮頸部の自壊を認めた。スミアにて異型細胞を認めるが異型が強く組織型の判定困難。生検にて大細胞神経内分泌癌と診断。その後化学療法+放射線療法にて治療中。

【細胞像・組織像】症例1:炎症性背景中に裸核状の腫瘍細胞集塊が多数出現。核クロマチンは濃染し、明瞭な核小体、木目込み様配列を認めた。生検組織所見は小細胞癌であり、Synaptophysin(+), CD56(+), Ki-67陽性率80-90%であった。手術材料では腔壁断端が陽性、リンパ節転移も認めた。症例2:高度な出血性背景の中に、裸核状の腫瘍細胞集塊がシート状または乳頭状に出現。核クロマチンは粗大顆粒状に増量、一部に紡錘形の核を認めた。生検組織所見は大細胞神経内分泌癌であり、Synaptophysin(+), CD56(+), cytokeratin(-), p63(-), Ki-67陽性率は90%以上であった。

【まとめ】神経内分泌腫瘍は特徴的な細胞形態をよく観察することにより、細胞診においても診断は可能である。細胞像より神経内分泌腫瘍が疑われた際には臨床に対して生検採取を希望し、免疫染色による診断を促し、早期診断が重要であると考えられる。

### P-1-79 当施設における LBC 法と従来法との比較検討

聖隷福祉事業団保健事業部聖隷健康診断センター産婦人科<sup>1)</sup>, 聖隷福祉事業団保健事業部聖隷予防検診センター検査課<sup>2)</sup>, 聖隷福祉事業団保健事業部地域・企業健診センター検査課<sup>3)</sup>

○入駒麻希(MD)<sup>1)</sup>, 野中 茂(CT)<sup>2)</sup>, 金原拓子(CT)<sup>2)</sup>, 向井理恵(CT)<sup>3)</sup>, 土戸景子(CT)<sup>3)</sup>, 赤澤康弘(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】当施設では年間約 17000 件の子宮頸がん検診を行っている。2015 年度より LBC (BD シュアパス) を導入した。LBC 導入前後について検体不適率, 要精査率, 細胞診判定, 病変検出率の比較検討を行った。

【対象と方法】対象期間を A 群 2013 年度 (従来法) と B 群 2015 年度 (LBC) とし, 1. 検体不適率 2. 要精査率 3. 細胞診判定 4. CIN3+ の検出率について比較検討を行った。

【結果】対象件数は A 群 16890 件 (初回検診率 18.4%) B 群 17350 件 (初回検診率 17.0%)。A, B の順で, 1. 検体不適率 0.07% (12 例), 0.006% (1 例) ( $P < 0.05$ ) 2. 要精査率 0.49%・0.62% ( $P = 0.09$ ) 3. 細胞診判定 ASC-US 0.23%・0.28%, ASC-H 0.05%・0.03%, LSIL 0.06%・0.24% ( $P < 0.05$ ), HSIL 0.1%・0.05%, AGC 0.03%・0.01% 4. CIN3+ の検出率 0.19%・0.12% ( $P = 0.1$ )

【まとめ】LBC では検体不適率が有意に低下した。細胞診判定では LBC で LSIL 判定が有意に増えており, 逆に HSIL, ASC-H, AGC 判定が少ない傾向がみられた。CIN3+ の検出率は両群間で有意差は認めなかった。

【考察】LBC では従来法と比較して, 表層～中層の異型細胞の所見は捉えやすいが, 小型の深層由来の細胞や腺系細胞の所見が捉えにくい傾向がみられた。LBC の特性を踏まえた鏡検の重要性が示唆された。今回の検討は LBC 初年度と従来法との単年の比較検討であり今後さらに症例を増やし経年的な検討が必要と考える。

### P-1-80 液状化細胞診 (LBC) 導入後の検診成績と HPV オプション検査の報告

(公財) 宮城県対がん協会細胞診センター<sup>1)</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害医学研究所災害産婦人科学部門<sup>2)</sup>, 宮城県立がんセンター婦人科<sup>3)</sup>

○藤原しのぶ(CT)<sup>1)</sup>, 板橋育子(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木由香(CT)<sup>1)</sup>, 成田貴子(CT)<sup>1)</sup>, 山本ちひろ(CT)<sup>1)</sup>, 小田切千恵(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤朋春(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤 潔(MD)<sup>1,2)</sup>, 田勢 亨(MD)<sup>1,3)</sup>

宮城県対がん協会では検診車方式検診において平成 26 年度より液状化細胞診 (以下, LBC) を導入し, オプション検査として希望者に対して HPV 検査を行った。今回われわれは LBC 導入前後の検診成績の比較と HPV 検査成績を報告する。

【対象】1. A 群 (従来法, サーベックスブラシ使用): 平成 24・25 年度受診者 64,981 名, B 群 (LBC 法): 平成 26・27 年度受診者 65,772 名 2. 平成 26・27 年度 HPV 検査希望者 3,479 名

【結果】1 (1) 不適正率は A 群 0.12% から B 群 0.02% に減少した。(2) ASC-US・ASC-H・LSIL の割合は B 群で高くなったが, HSIL 以上・AGC の割合は差がみられなかった。(3) 精密検査 (以下, 精検) では CIN1 の割合は B 群で高くなったが, CIN2 以上の割合はほぼ同じだった。2 (1) HPV 検査の実施率は 5.3%, うち陽性は 6.6% (230) であった。(2) 年代別の陽性率は 20 歳代が 13.0% で高かった, 一方 50 歳代・60 歳代・70 歳以上の陽性率は 4.0% 以上だった。(3) 要精検は HPV 陽性 52/230, 細胞診判定は ASC-US 6, ASC-H 4, LSIL 29, HSIL 10, SCC 1, AGC 2 だった。HPV 陰性は 21/3249, 細胞診判定は ASC-US 8, ASC-H 1, LSIL 9, HSIL 1, AGC 2 だった。(4) 精検の結果, CIN2 以上は HPV 陽性で 22/52, HPV 陰性で 1/21 だった。(5) 平成 26 年度細胞診陰性・HPV 陽性 86 で, 1 年後 HPV 陽性は 22/30 だった。(6) 要精検は 2/22 で, CIN2 と腺異形成が確認された。

【総括】1. LBC 導入後不適正率は減少したが, CIN2 以上の発見に差はなかった。2. HPV 陽性では CIN2 以上が高率に確認されたので, 細胞診陰性の場合でも経過観察を行う必要があると思われた。3. HPV 検査は ASC-US のトリアージ以外に高齢者の検診受診の振り分けに有用と思われる。

### P-1-81 シュアパス液状処理細胞診(LBC)法と従来法に出現する異型細胞数の比較検討

こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科<sup>1)</sup>, 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>

○池田葉奈(CT)<sup>1)</sup>, 石井保吉(CT)<sup>1)</sup>, 栗原達哲(CT)<sup>1)</sup>, 岡 俊郎(CT)<sup>1)</sup>, 窪田真弓(CT)<sup>1)</sup>, 長田詠美子(CT)<sup>1)</sup>, 大河戸光章(CT)<sup>3)</sup>, 大村峯夫(MD)<sup>2)</sup>, 小田瑞恵(MD)<sup>2)</sup>, 藤井雅彦(MD)<sup>1)</sup>

【目的】 当院でLBC法の導入も視野に入れるにあたり, 従来法と比較して異型細胞出現数の有意差の有無を検討した。

【対象】 2014年から2015年の2年間に, 当院外来で細胞診検体を従来法とLBC法にて併用採取した検体のうち, 同時に生検を施行した19歳から50歳の19症例(内訳: CIN1/15症例, CIN2/4症例)を対象とした。

【方法】 各症例はLBC法にて作製した1枚, 従来法では子宮腔部・頸管を各1枚採取した計2枚の標本の異型細胞数を孤立性出現と集塊状出現に分けてカウントした。今回の検討では, 細胞10個以上から構成されるものを集塊と定義する。

【結果】 CIN1での孤立性出現数は, CIN1/15症例中12症例で従来法が優位であり, 3症例はLBC法が優位であった。また集塊状出現数は, 従来法とLBC法でともに異型細胞集塊を認めなかった6症例を除いた9症例中6症例で従来法が優位であり, 3症例はLBC法が優位であった。孤立性出現数と集塊状出現数ともに従来法が優位であった症例は6症例で, 両異型細胞出現数がLBC法にて優位であった症例は1症例であった。

CIN2での孤立性出現数は, CIN2/4症例全てで従来法が優位であった。また集塊状出現数は, 異型細胞集塊を認めなかった1症例を除いた3症例中2症例で従来法が優位であり, 1症例はLBC法が優位であった。孤立性出現数と集塊状出現数ともに従来法が優位であった症例は2症例であった。

【考察】 当院の従来法標本では十分な細胞量が得られている。LBC法には多くのメリットがあるが, 従来法に比して高いコストや医療廃棄物の増加も考慮する必要がある。今回の検討で, 当院では従来法でも十分な細胞診判定が可能であることが推測された。今後症例数を増やし, さらに検討を重ね報告する。

### P-1-82 腹腔内播種を認めた小腸原発の悪性 Gastrointestinal stromal tumor(GIST)の1例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診

○深川良隆(CT), 塚本孝久(CT), 伊藤園江(CT), 長山大輔(CT), 坂本康輔(CT), 檜垣浩一(MD), 西田直代(MD), 木村芳三(MD)

【はじめに】 Gastrointestinal stromal tumor(GIST)は消化管のカハール介在細胞に由来する間葉系腫瘍である。今回我々は, 腹腔内播種を認めた小腸原発の悪性GISTの1例を経験したので, その細胞像を中心に報告する。

【症例】 60歳代・女性。近医のCT検査にて骨盤内腫瘍を指摘され子宮筋腫や卵巣腫瘍を疑い手術目的にて当院紹介受診となった。MRI検査にて骨盤内に充実性と嚢胞性部位が混在する腫瘍を複数認めたため, 腫瘍摘出術が施行された。腹腔内に手拳大の腫瘍を認めるも子宮や付属器に異常はなく, 腸管との連続性を認めたため小腸, 腸間膜と大網を併せ摘出し, 腫瘍捺印細胞診を行なった。

【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細胞密度の高い束状集塊として多数出現していた。細胞質は淡く不明瞭, 核は概ね円形~類円形で短紡錘形~葉巻状など多彩な形状を呈し, くびれなど細胞異型が認められた。核クロマチンは細顆粒状で一部に明瞭な核小体と核内細胞質封入体を認めた。

【組織所見】 腫瘍は小腸, 腸間膜, 大網内に最大径10cm以上の白色~褐色調で充実性を呈し, 一部に出血・壊死を認めた。紡錘形細胞は束状に錯綜しながら増殖し, 核の大小不同と一部には異常核分裂像が散見された。免疫組織化学染色ではC-kit, DOG-1, Vimentin, CD34に陽性, MIB-1陽性率は35%を呈し, GISTのリスク分類からも悪性GISTと診断された。

【まとめ】 腹腔内播種を認めた小腸原発の悪性GISTの1例を経験した。悪性GISTを細胞学的に推定するには細胞量, 細胞密度, 核の多彩な形状や細胞異型, 核内細胞質封入体に着目することが重要と考えられた。



## P-1-83 診断に苦慮した GIST の症例

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>

○小西祥朝(MD)<sup>1)</sup>, 利部徳子(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>

【症例】46歳, 8妊4産

【主訴】腹部膨満感

【現病歴】上記主訴で近医を受診。超音波検査で腹部腫瘤と腹水貯留を認めたため, 卵巣癌の疑いで精査目的に紹介された。

【初診時所見】腔鏡診: 腔部びらんなし, 出血なし。経腔超音波検査: 子宮は正常大, ダグラス窩に腫瘤あり。経腹超音波検査: 腹腔内を占拠する巨大腫瘍あり, 腹水貯留あり。子宮頸部細胞診: NILM 子宮内膜細胞診: 陰性

【骨盤 MRI】腹腔内は大小の腫瘤で占拠され, 原発巣は不明。

【全身 CT】遠隔転移なし

【経過】原発不明癌の診断で入院し精査した。上部・下部消化管内視鏡検査では異常所見を認めなかった。腹水細胞診を2回施行したがいずれも陰性であった。画像所見も含め, 臨床的に悪性疾患を疑うも原発臓器の推定はできず, 診断目的に試験開腹術を施行した。腹腔内には大小多数の腫瘤を認め, 原発巣の同定は不可能であった。多量の血性腹水を吸引除去し, 播種病変の生検を施行した。術中の腹水細胞診も陰性だった。病理組織診断では睪原発の solid-pseudopapillary neoplasm (SSPT) が疑われたが, 免疫染色で c-kit 強陽性, DOG-1 陽性であることから最終的に消化管間質腫瘍 (GIST) の診断となった。

【まとめ】原発不明の腹腔内腫瘍の鑑別には GIST の可能性を念頭に置く必要がある。間質系腫瘍では腹水中に悪性細胞が出現しにくく, 術前・術中細胞診で陽性所見を認めないこともある。GIST の診断には免疫組織学的に c-kit および DOG-1 染色が有用である。

## P-1-84 腸炎症状で発症し診断に苦慮した乳癌大腸転移の1例

豊見城中央病院病理診断科

○喜友名正也(MD), 天久望美(CT), 宮里碧沙(CT),  
伊禮 彩(CT), 照屋敦子(CT), 呉地 剛(CT)

【はじめに】乳癌は肺・骨・肝臓・脳などへの転移が多く, 消化管への転移は稀である。今回われわれは, 乳癌と大腸癌の重複癌と診断したが, 大腸切除組織から乳癌の同時性大腸転移であることが判明した1例を経験したので報告する。

【症例】51歳女性。1年半前頃より腸炎に繰り返し罹患。他院にて下部消化管内視鏡検査, 原因不明の回盲部腫瘤の生検や胆石発作による胆嚢摘出術が施行されたが, 腹部症状を繰り返すため, 当院紹介となった。PET 検査で大腸癌及び左乳癌が疑われ, 大腸生検及び乳腺生検を施行後, 大腸印環細胞癌と乳腺小葉癌の重複癌の診断で回盲部切除術のみを施行された。切除組織では, 乳癌の大腸転移と考えられた。術後, 胃転移も認めているが, ホルモン療法のみを施行されている。

【生検組織所見】大腸生検組織では, 腺管間に印環細胞を含む腺癌細胞を認めた。一方, 乳腺生検では, 印環細胞は不明瞭で, 核偏在性の腫瘍細胞が索状にあるいは充実性に配列していた。免疫染色では, E-cadherin が陰性であり, 浸潤性小葉癌と診断した。

【細胞所見】回盲部切除組織の捺印標本では, 腺管やリンパ球を混じえ, やや大型の円形異型細胞が脂肪細胞間で浸潤していた。

【手術組織所見】回盲部切除組織では, 粘膜面からは腫瘍は不明瞭で, 粘膜下に白色調腫瘍を認めた。腫瘍細胞は, 核偏在性だが粘液空胞はほとんど見られなかった。また, ホルモンレセプターが陽性, E-cadherin は陰性であることから, 乳腺小葉癌の大腸転移と考えられた。

【考察】大腸生検時に乳癌疑いの臨床情報を得ていたが, 印環細胞型の腫瘍細胞が目立ち, 大腸原発と判断した。重複癌が疑われているときは, 診断を慎重にすべきであった。

## P-1-85 胃に発生した Glomus 腫瘍の2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>

○佐々木健太(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>, 酒々井夏子(MD)<sup>2)</sup>, 齊郷智恵美(MD)<sup>3)</sup>, 宮崎龍彦(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】 Glomus 腫瘍は動脈吻合叢の神経筋装置に由来する有痛性の良性腫瘍で四肢末端に好発するが, 胃にも稀に粘膜下腫瘍として発生する. 今回我々は胃に発生した Glomus 腫瘍の2例を経験したので報告する.

【症例1】 20代女性, 腹痛により近医受診. CT, EGDで胃前庭部前壁にSMTを指摘され, 当院紹介受診. EUSで39×34mmの内部不均一で比較的高エコーな腫瘤を認め, FNA施行. その後腹腔鏡下胃部分切除術を行った.

【症例2】 50代女性. 他院にて前庭部前壁に粘膜下腫瘍を指摘され, 当院紹介受診. EUSで胃前庭部前壁筋層に20×16mmの等エコーな腫瘤を認めFNA施行. その後腹腔鏡下胃部分切除術を行った.

【細胞所見】 症例1, 症例2ともに小型均一でN/Cが高い異型細胞が, 結合性を伴うシート状集塊として認められた. 核は主に類円形で, 核クロマチンが細顆粒状に増加しライトグリーンに淡染する境界不明瞭な細胞質を有していた.

【切除材料組織所見】 症例1, 症例2ともに固有筋層内において, 円形核と好酸性の細胞質を有する小型細胞が充実胞巣状~索状構造を示し, 血管周囲性の充実性増殖を示していた. 腫瘍胞巣間には硝子化や浮腫を示す間質を伴っていた. 症例2では一部に核の大小不同や多核化を伴っていたが, 核異型や核分裂像は目立たなかった. 2症例ともSMAが陽性, synaptophysinが弱陽性を示し, CD34, c-kit, chromogranin Aは陰性, ki-67 labeling indexは5%以下であり Glomus 腫瘍と診断された.

【結語】 胃では比較的稀な Glomus 腫瘍の2症例を経験した. 小型類円形の腫瘍細胞からなる胃粘膜下腫瘍としては神経内分泌腫瘍が鑑別の上位に挙げられるが, 本腫瘍も念頭において検討することが必要と考える.

## P-1-86 胃に発生したグロムス腫瘍の一例

東邦大学医療センター大森病院病院病理部

○馬淵弘子(CT), 三宅洋子(CT), 小林照明(CT), 篠崎 稔(CT), 栃木直文(MD), 若山 恵(MD), 根本哲生(MD), 澁谷和俊(MD)

【はじめに】 グロムス腫瘍は, 動脈吻合叢の神経筋装置を由来とする良性腫瘍で, 四肢末端や体感の皮下や爪下に好発するが, グロムス腫瘍が胃に発生することは稀である. 今回, 胃に発生したグロムス腫瘍を経験したので報告する.

【症例】 40代, 男性. 胃粘膜下腫瘍を指摘され, 経過観察していたが, 徐々に増大傾向がみられたため, EUS-FNAが行われ, 生検検体と共に細胞診検体が提出された. 病理診断では, NET G1 (carcinoid) が疑われ腹腔鏡下胃切除術が施行された.

【細胞所見】 結合性の強い細胞集塊を認めた. 細胞は小型でN/C比が高く, 核の大小不同, 核形不整に乏しく, 核クロマチンは細顆粒状であった. また, 集塊の辺縁には紡錘形細胞が混在していた. ギムザ染色では, 前述の細胞に加え, 裸核状の類円形細胞を散在性に認めた.

【組織所見】 25×24mm大の隆起性腫瘤を認めた. 粘膜下層から固有筋層において, 核縁不整な類円形腫大核を有する異型細胞が, 血管結合組織の介在を伴う大小不同の胞巣を形成し充実性に増殖していた. ロゼット構造は確認できない. 壊死はなく, 核分裂像に乏しい(1/20高倍視野未満). 免疫組織化学的検討ではSMAはびまん性に強陽性, caldesmonが一部の細胞に弱陽性. Desmin, myogeninは陰性. Synaptophysinは一部の細胞に弱陽性. CD56, Chromogranin Aは陰性. CD34, c-kit, S-100, CAM5.2, EMAは陰性. Ki-67核標識率は多いところで4%程度. 良性のグロムス腫瘍と診断された.

【まとめ】 グロムス腫瘍は胃に発生することは稀であり, 本症例はcarcinoidとの鑑別に苦慮した. Carcinoidとの鑑別も含め細胞学的所見を報告する.

### P-1-87 胃粘膜下層に局限した胃底腺粘膜型胃癌の一例

筑波メディカルセンター病院病理科<sup>1)</sup>, 筑波メディカルセンター病院臨床検査科<sup>2)</sup>

○内田 温(MD)<sup>1)</sup>, 小沢昌慶(MD)<sup>1)</sup>, 上田有美(CT)<sup>2)</sup>, 村井陽子(CT)<sup>2)</sup>, 西村優花(CT)<sup>2)</sup>, 石松寛美(CT)<sup>2)</sup>, 大河内良美(CT)<sup>2)</sup>, 石黒和也(CT)<sup>2)</sup>, 菊地和徳(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】胃底腺型胃癌は近年提唱された胃底腺への分化を示す分化型腺癌の一亜型であり, 胃底腺に加え胃腺窩上皮や粘液腺への分化も伴うものは胃底腺粘膜型胃癌と呼ばれる。今回我々は粘膜下層に局限した胃底腺粘膜型胃癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代前半, 男性。胃体中部大弯に粘膜下腫瘍が指摘された。穿刺細胞吸引細胞診が施行されたところ Class III(判定困難)であり, その後ESDが施行された。

【細胞学的所見】炎症細胞や粘液を背景に, 上皮細胞がシート状や軽度重積性の集塊または孤立性に多数出現していた。豊富な粘液を有し, 不規則重積性集塊で出現する細胞も散見された。全般に核クロマチンの軽度増量や明瞭な核小体が認められ増殖性病変の可能性が考えられ, 腺癌も否定できない像であった。

【組織学的所見】粘膜下層 23×15 mm 大の範囲に局限して, 胃腺窩上皮や粘液腺, 胃底腺に類似する異型細胞が大小の不規則な腺管状となって増殖する像が認められた。免疫組織化学的に MUC2 (-), MUC5AC (+), MUC6 (+), CD10 (-), pepsinogen I (+), H+/K+-ATPase (+)と胃底腺粘膜への分化を示した。以上より胃底腺粘膜型胃癌と診断した。病変部表層粘膜に腫瘍性変化は見られなかった。

【まとめ】粘膜下層に局限した稀な胃底腺粘膜型胃癌を経験した。細胞像と組織像, 文献的考察を踏まえ報告する。

### P-1-88 脳脊髄液中に出現した印環細胞様形態を示す腺癌の一例

武蔵野赤十字病院病理部

○北村洋一(CT), 宅見智晴(CT), 高橋聡子(CT), 古屋能孝(CT), 浦田育美(CT), 浅見力也(CT), 櫻井うらら(MD), 瀧 和博(MD), 海老原美里(CT)

【はじめに】癌性髄膜炎は癌細胞が脳脊髄液を介して脳表やくも膜下腔などに進展した病態である。原発巣としては肺癌や乳癌が多い。組織型としては腺癌が多く, 印環細胞癌は稀である。今回, 我々は脳脊髄液細胞診において髄膜播種をきたした印環細胞癌を経験したので報告する。

【症例】57歳, 男性。

【主訴】便鮮血を指摘され, 大腸内視鏡検査を施行。上行結腸に4型腫瘍を認め, 生検にて低分化型腺癌と診断。CTにて傍大動脈, 左腋下リンパ節に転移を認め化学療法の適応となった。治療経過中に頭痛の訴えがあり, 脳脊髄液細胞診が施行された。

【既往歴】39歳, 進行胃癌にて幽門側胃切除術。組織型は低分化型腺癌で印環細胞癌が優位であった。

【細胞像】好中球, リンパ球を背景に, 核偏在する異型細胞が弧在性に出現していた。一部の細胞の核には印環細胞様の形態が示唆される所見を認めた。

【解剖所見】大腸の上行結腸肝湾曲部に全周性の4型腫瘍を認めた。組織学的には低分化型腺癌で印環細胞癌の割合が約1/2を占めた。腫瘍は漿膜下層まで浸潤し, リンパ管侵襲, 静脈侵襲を認めた。中枢神経や脊髄のくも膜下腔に viable な癌細胞の播種を広範囲に認めた。全身リンパ節に多数の粘液結節を認め, 一部に viable な癌細胞を認めた。胃に明らかな再発は認めなかった。

【結語】大腸原発印環細胞癌による脳脊髄液細胞診を経験した。大腸癌における髄膜播種の頻度は, 0.019%であり, うち44%が印環細胞癌であるとの報告がある。印環細胞癌の髄膜播種の原因臓器は胃が最多だが, 本症例では胃癌手術後17年を経過しており, 腹膜播種を認めないことより大腸原発と考えた。

### P-1-89 直腸近傍に発生した孤立性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor)の一例

厚生連高岡病院病理診断科

○寺井 孝(CT), 照井雅代(CT), 中田千里(CT),  
向 宗徳(MD), 増田信二(MD), 野本一博(MD)

【はじめに】孤立性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor: 以下 SFT)は胸膜由来のものが多いが, 他の部位でも稀に発生する。今回, 直腸近傍の腫瘍に対して EUS-FNA を施行した SFT の一例について報告する。

【症例】50 歳代女性。下腹部違和感にて当院受診。CT にて直腸背側に 2.4 cm 大の軟部腫瘍を認めた。MRI では直腸壁との間に脂肪層が認められ直腸外の間葉系腫瘍が疑われた。

【EUS-FNA 細胞・組織所見】細胞診像は殆ど血液成分で, 組織片様の集塊がわずかに観察されるのみであった。細胞境界は不明瞭で紡錘形核がやや密に認められた。セルブロック, 生検組織検体でも同様で, わずかに紡錘形細胞からなる間葉系組織が認められた。免疫組織学的染色では, CD34 陽性で c-kit, S-100, SMA, desmin は陰性であった。CD34 が陽性であることから GIST, SFT などが疑われた。

【手術組織所見】直腸外に長径 35 mm 大の白色充実性の腫瘍がみられ, 組織学的に直腸との連続性は確認できなかった。紡錘形細胞の束状増生がみられ, 核分裂像はほとんど認められなかった。免疫組織学的染色では生検時と同様の所見に加えて STAT-6 が核に陽性を示した。以上の所見より SFT と診断された。

【考察】SFT の発生頻度は低く, さらに胸膜以外の発生は極めて稀である。部位が直腸近傍であり, 紡錘形細胞の出現や CD34 が陽性であったことから GIST との鑑別を要した。形態のみでの診断は困難であるが, 腫瘍の部位や免疫組織学的検討を加えるなどして診断する必要があると考えられた。

### P-1-90 術中細胞診にて扁平上皮分化を疑う腺癌細胞が見られた十二指腸副乳頭癌の一例

(医財) 東京勤医会・東葛病院・病理<sup>1)</sup>, 東大・院・医・人体病理<sup>2)</sup>, (医財) 東京勤医会・東葛病院・外科<sup>3)</sup>

○小野ゆり(MD)<sup>1)</sup>, 須藤 薫(CT)<sup>1)</sup>, 拝原直樹(CT)<sup>1)</sup>,  
飯島 正(CT)<sup>1)</sup>, 三角健人(MD)<sup>2)</sup>, 藤田彩人(MD)<sup>1)</sup>,  
濱砂一光(MD)<sup>3)</sup>, 下 正宗(MD)<sup>1)</sup>

【症例】74 歳男性

【経過】食欲低下と搔痒感を訴え, 閉塞性黄疸と診断され入院。ERCP にて十二指腸下行脚に 2 型腫瘍あり, 生検では中分化管状腺癌の所見。MRCP では, 肝内胆管から総胆管にかけ拡張あるも結石や腫瘍なし。チューブステント留置し一時退院するも食欲低下増悪し再入院となり, 膝頭十二指腸切除が行われた。

【術中細胞診所見】門脈と膝頭部剥離中に得られた白色の漏出液が提出され, 沈査にて血性背景に少なくとも粘液産生を伴う乳頭状腺癌と移行する, 多辺形の豊富で厚い胞体を持つ大型異型細胞が見られ, 扁平上皮分化が疑われた。ClassV, 腺癌として報告。

【手術材料の組織診断】十二指腸副乳頭 (Vater から 2.0 cm 近位) 原発と考えられる中分化管状腺癌が主体。深部で CK5/6・p63 陽性を示す扁平上皮分化を示す低分化癌を伴う。12 番リンパ節への大型転移巣にも同様の扁平上皮分化を示す癌成分あり。

【考察】乳頭部以外で, 扁平上皮癌成分を伴う十二指腸癌の報告例は少ない。本例では十二指腸の生検診断と術中細胞診との組織型が一部一致しなかったが, 手術材料の観察によって, 副乳頭-副膝管由来の癌の一部であったことが説明された。稀な十二指腸副乳頭癌の細胞像につき, 少々の報告例と比較しながら検討する。



### P-1-91 十二指腸球部に発生した非機能性ガストリノーマの一例

社会医療法人中央会尼崎中央病院

○野田大孝(CT), 増田一吉(CT), 寺元 弘(MT),  
吉田純一(MD), 由谷親夫(MD)

**【背景と目的】** ガストリノーマは神経内分泌腫瘍 (NET) に分類され, 十二指腸からの発生が最も多い. 高い悪性頻度とリンパ節転移率や多発性内分泌腫瘍症 1 型 (MEN 1 型) に併発することが知られている. 症例は 50 歳台男性であり, 術前診断しえた十二指腸 NET G1 に対して幽門側十二指腸切除術を施行し, 摘出組織の穿刺吸引細胞, 病理組織学および電顕的に検索しえたので報告する.

**【結果と考察】** 肉眼的に十二指腸球部粘膜下に黄色調の境界明瞭な腫瘤 (12×10 mm) を認めた. 細胞像では孤立散在性で一部凝集像を呈している配列で, 細胞質内に微細な顆粒を有するかもしくは裸核状であり, salt and pepper のクロマチンパターンが観察された. 組織像では境界明瞭の腫瘤で, 細胞は索状ないしリボン状, ロゼット様配列を示し, 血管は豊富で, salt and pepper のクロマチンパターンを呈した. 細胞・組織標本の主な特染および免染の結果は以下の通りであった. Grimelius 染色 (+), Synaptophysin (+), Chromogranin A (+), Gastrin(+), Glucagon(-), Insulin (-), Somatostatin (-), Secretin (-), ACTH (-), Ki-67 index 2%. 電顕像において, 神経内分泌顆粒は  $207.9 \pm 31.7$  nm であり, Gastrin のサイズの範囲内であった. その 207nm 前後の顆粒が, 免染の Gastrin と一致した神経内分泌腫瘍の顆粒であると考えた. 電顕像でも salt and pepper のクロマチンを認めた. 機能性ガストリノーマ及び MEN 1 型は画像検査及び血液検査にて否定的であった.

**【結語】** 本例のガストリノーマは細胞質内に 207nm 前後の顆粒を有し, 免染の結果と電顕像の顆粒のサイズの整合性を認め, 文献上こうした報告は見当たらなかった.

### P-1-92 Atypical polypoid adenomyoma における細胞像の検討

川崎市立川崎病院産婦人科<sup>1)</sup>, 川崎市立川崎病院検査科病理<sup>2)</sup>, 国立成育医療研究センター病理診断部<sup>3)</sup>

○千代田達幸(MD)<sup>1)</sup>, 谷口早絵(CT)<sup>2)</sup>,  
横屋瀬里香(CT)<sup>2)</sup>, 坂井 瞳(CT)<sup>2)</sup>, 鈴木玲子(CT)<sup>2)</sup>,  
鏑木友子(CT)<sup>2)</sup>, 入江理恵(MD)<sup>3)</sup>, 杉浦 仁(MD)<sup>2)</sup>,  
中田さくら(MD)<sup>1)</sup>

**【目的】** 子宮ポリープ状異型腺筋腫 (atypical polypoid adenomyoma; APAM) は子宮に発生する稀なポリープ様病変である. 子宮内膜ポリープ, 粘膜下筋腫として治療され発見されることが多いが, APAM の一部では子宮内膜増殖症や子宮体癌を合併することがある為, これらの鑑別診断は重要である. APAM の細胞像に関しては単症例報告が多かったが, 今回は複数症例を用い細胞像の比較検討を行った.

**【方法】** 2009 年から 2016 年までに当院で治療を行い, 細胞診にて何らかの所見を認めた APAM 9 症例 (年齢 31-43 歳, 中央値 35 歳) を対象として細胞像の検討を行った.

**【結果】** 9 症例 (内膜細胞診 8 例, 頸管細胞診 1 例) のうち, APAM 5 症例, APAM + 内膜増殖症 3 症例, APAM + 異型内膜増殖症 1 症例であった. 背景は比較的きれいであり, 1 症例に強い炎症性背景を認めた. 全症例において桑実胚様細胞巢 (morula) と考えられる扁平上皮化生細胞集塊を認め, 平滑筋と考えられる紡錘形細胞集塊は 3 症例で認めた. また全症例において内膜腺細胞の増生や構造異型を認めたが, その核異型の程度は様々であり, 明らかな異型なしが 4 症例, 軽度から中等度の異型が 3 症例, 類内膜腺癌との鑑別が必要な程度の異型ありが 2 症例であった.

**【まとめ】** APAM の細胞像において, morula と考えられる扁平上皮化生細胞集塊, 及び内膜腺細胞の増生・構造異型は全症例において認められたが, 平滑筋細胞集塊の出現は約 3 割であった. 内膜腺細胞の過形成に加え, 特に扁平上皮化生細胞集塊の出現が APAM に特徴的な細胞所見と考えられ, 他疾患との鑑別に有用な所見と思われる.

### P-1-93 子宮内膜細胞の悪性化における ASPP2 の役割

札幌医科大学産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 帯広協会病院産婦人科<sup>2)</sup>

○郷久晴朗(MD)<sup>1)</sup>, 嶋田浩志(MD)<sup>2)</sup>, 岩崎雅宏(MD)<sup>1)</sup>, 寺田倫子(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木美和(MD)<sup>1)</sup>, 秋元太志(MD)<sup>1)</sup>, 寺本瑞絵(MD)<sup>1)</sup>, 田中綾一(MD)<sup>1)</sup>, 阿部秀悦(MD)<sup>1)</sup>, 齋藤 豪(MD)<sup>1)</sup>

【目的】 癌抑制遺伝子 p53 の細胞死誘導を担い, 上皮細胞極性分子 PAR3 をはじめとして様々な分子と会合がみられる apoptosis stimulating proteins of p53 (ASPP) family である ASPP2 は, 子宮内膜癌において発現の低下が報告され, 癌細胞の遊走および浸潤への関与が考えられている。我々は最近, 3 細胞間タイト結合分子である lipolysis-stimulated lipoprotein receptor (LSR) が, 子宮内膜癌の浸潤, 遊走および増殖に密接に関与していることを報告した。しかし, 子宮内膜癌細胞における ASPP2 の悪性化への関与および LSR との関係は全く分かっていない。今回我々は, 子宮内膜癌細胞株(Sawano)およびヒト正常子宮内膜上皮細胞(HEE)を用いて, ASPP2 の役割を LSR と比較検討した。

【方法】 ヒト子宮内膜癌細胞株(Sawano)を用いて, siRNA に誘導された ASPP2 の発現の低下による癌細胞の悪性化を浸潤, 遊走, 増殖アッセイで評価した。またヒト子宮内膜癌細胞株と培養ヒト正常子宮内膜上皮細胞における ASPP2 の局在を比較検討した。

【結果】 子宮内膜癌細胞株において, ASPP2 が 3 細胞間に存在し, LSR と共局在していた。さらに ASPP2 の発現を低下させると浸潤・遊走・増殖能の亢進がみられた。培養ヒト正常子宮内膜癌細胞においても ASPP2 が 3 細胞間に存在し, LSR と共局在していた。

【総括】 ASPP2 は子宮内膜癌の悪性化に密接に関与していると考えられた。

### P-1-94 タモキシフェン投与が子宮内膜細胞診に与える影響について

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部<sup>2)</sup>

○今井雄一(MD)<sup>1)</sup>, 松永竜也(MD)<sup>1)</sup>, 最上多恵(MD)<sup>1)</sup>, ルイズ横田奈朋(MD)<sup>1)</sup>, 本野紀夫(CT)<sup>2)</sup>, 三田和博(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤美紀子(MD)<sup>1)</sup>, 古屋充子(MD)<sup>2)</sup>, 山中正二(MD)<sup>2)</sup>, 宮城悦子(MD)<sup>1)</sup>

【目的】 ホルモン受容体陽性乳癌に対するタモキシフェン(以下 TAM) 長期投与の有用性は確立しているが, 同時に子宮内膜癌発症リスクが増加することも知られている。TAM の子宮内膜増殖作用が子宮内膜細胞診に与える影響について, 当院での症例をもとに後方視的検証を行った。

【方法】 2011 年 4 月より 2016 年 9 月まで, 当院で TAM 投与した 104 例のうち, 14 例(13.5%) のべ 42 回の子宮内膜細胞診を施行した。子宮内膜細胞は全例で吸引法により採取し, パパニコロウ染色で評価した。

【結果】 14 例のうち閉経前症例が 12 例(85.8%) で, TAM 投与により全例で月経が消失した。臨床症状として 11 例(78.6%) に 5 mm 以上の子宮内膜肥厚, 3 例(21.4%) に不正出血を認めた。42 回の子宮内膜細胞診のうち, Within normal limit は 22 回(52.4%), Reactive cellular changes は 12 回(28.6%), Not diagnostic は 7 回(16.7%), 疑陽性は 1 回(2.4%) で, 子宮内膜癌を強く疑う細胞診異常は認めなかった。疑陽性とした細胞診所見は, 萎縮性背景で内膜細胞が見られない中, シート状で辺縁整の異型細胞集塊が散見された。N/C 比はやや高く, 核の大小不同は軽度, クロマチンはやや粗造で, 核小体は目立たなかった。増殖症や悪性所見を強く示唆する所見はないが, 正常内膜細胞が見られないことから Atypical glandular cells, 疑陽性と判断した。また 5 例では内膜組織診も施行したが, 1 例も異常所見は認めなかった。

【総括】 今回の検討では, 疑陽性の 1 例や Reactive cellular changes とした症例に TAM の影響を認めなかったが, TAM 投与症例における子宮内膜細胞診では, さらなる検討と慎重な判断が必要と考えた。

### P-1-95 子宮腔部頸部細胞診で診断に苦慮した子宮体部原発の扁平上皮癌の1例

大阪府立急性期総合・医療センター病理科<sup>1)</sup>, 大阪府立急性期総合・医療センター産婦人科<sup>2)</sup>

○小林愛美(CT)<sup>1)</sup>, 倉澤佳奈(CT)<sup>1)</sup>, 小山奈津子(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木志保(CT)<sup>1)</sup>, 下山玲子(CT)<sup>1)</sup>, 永田麻美(CT)<sup>1)</sup>, 藤中浩樹(CT)<sup>1)</sup>, 島津宏樹(MD)<sup>1)</sup>, 隅蔵智子(MD)<sup>1,2)</sup>, 伏見博彰(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮体部原発扁平上皮癌は比較的稀な疾患である。子宮腔部頸部細胞診で診断に苦慮した1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性 他院の子宮腔部頸部細胞診にて扁平上皮癌と診断。当センターに精査目的で来院。初診時の子宮腔部頸部細胞診ではASC-US。子宮内膜組織診では異型扁平上皮化生細胞が見られた。診断を確定するため外科的治療を希望され、単純子宮摘出術施行。

【細胞所見】炎症性背景の中に多数の角化した異型扁平上皮細胞が出現。これらの細胞は歪な形をしており、細胞質は肥厚、核形不整とクロマチン増量が軽度見られた。多彩な細胞像を示しているが、全体的に核型不整とクロマチンの増量が軽度であることから、積極的に悪性を疑う細胞成分には乏しいと判断した。

【組織所見】角化傾向を有する異型扁平上皮組織が主に内膜組織を置換するように乳頭状に広がっていた。構成する大部分の細胞の異型は軽度であったが、一部で筋層内に浸潤していた。既存の内膜組織に異型は認められなかった。病変は子宮体部に限局しており、頸部には著変は見られなかった。以上から子宮体部原発の扁平上皮癌と診断された。

【まとめ】子宮体部原発の扁平上皮癌は一般的に異型が弱いとされている。子宮腔部頸部細胞診で異型の弱い扁平上皮細胞を認めた場合は、子宮体部原発の可能性も念頭に置いて検索する必要がある。

### P-1-96 子宮体部原発小細胞癌の2例

日鋼記念病院産婦人科<sup>1)</sup>, 札幌医科大学附属病院産婦人科<sup>2)</sup>

○幅田周太朗(MD)<sup>1)</sup>, 伊野善彦(MD)<sup>2)</sup>, 田淵雄大(MD)<sup>2)</sup>, 松浦基樹(MD)<sup>2)</sup>, 田中綾一(MD)<sup>2)</sup>, 岩崎雅宏(MD)<sup>2)</sup>, 齋藤 豪(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】子宮体部原発小細胞癌は子宮体癌の0.3%と非常に稀である。今回、子宮体部小細胞癌2症例を経験したので報告する。

【症例】(1)67歳, 不正出血を主訴に受診, 内膜細胞診で未分化癌や小細胞癌が疑われ, 内膜組織診にて小細胞癌と診断された。準広汎子宮全摘術, 付属器切除術, 大網切除術, 骨盤および傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。(2)49歳, 不正出血を主訴に受診, 内膜細胞診は疑陽性, 内膜組織診で小細胞癌の診断であった。拡大子宮全摘術, 付属器切除術, 骨盤および傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。

【細胞像】(1)壊死性背景に小型類円形の異型細胞が孤立散在性または結合性の弱い集塊で散見され, クロマチン増量と核線がみられ未分化癌や小細胞癌が推定された。(2)炎症性背景に軽度の核肥大や核形不整と不規則な配列を有する子宮内膜細胞集塊を認め, 一部核の大小不同と核形不整を伴う裸核様細胞集塊がみられ, 疑陽性の判定となった。

【組織像】(1)クロマチンの増量した小型類円形核を有し, N/C比の著しく高い異型細胞の密な増殖からなり, 免疫染色ではCD56, synaptophysin, chromogranin Aが陽性であり小細胞癌の診断となった。(2)肉眼的には2.3×1.0×1.0cmの隆起病変を認めた。組織学的にはN/C比の高い異型細胞のびまん性増殖がみられ, 多数の核分裂像を伴っていた。免疫染色ではCD56, synaptophysin, chromogranin Aが陽性であり小細胞癌の診断となった。

【結語】症例2のように子宮体部原発小細胞癌は子宮体部内膜細胞集塊とともに出現した場合に過小診断される可能性があるが, その細胞像は肺原発小細胞癌と類似しておりその可能性を念頭におきつつ確認することが肝要である。

### P-1-97 腹水細胞診判定に苦慮した子宮体部類内膜腺癌の 1 例

福井総合病院検査課<sup>1)</sup>, 福井総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○中屋佳子(CT)<sup>1)</sup>, 河原 栄(MD)<sup>2)</sup>, 高橋健太(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊和則(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】腹水中に、扁平上皮化生様の変化を伴う異型細胞 (squamous metaplastic-like cells ; SMC) のみが出現していた子宮体部類内膜腺癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代女性, 月経異常を主訴に来院。MRI で子宮体部前後壁に径 6 cm 大までの子宮筋腫が多発し, 卵巣には両側性に多房性嚢胞性病変が認められた。腹式単純子宮全摘出, 子宮付属器腫瘍摘出術が施行された。腹水が認められたため細胞診に提出された。

【細胞所見】リンパ球を背景に, ライトグリーンに濃染した類円形細胞が, 孤立性あるいは小集塊を形成して出現していた。反応性中皮細胞との鑑別が難しかったが, 核は中心性で核形不整があり, クロマチン増量も伴っていたため SMC と推定し, 内膜癌の存在を疑った。

【組織所見】子宮体部に径 1.5 cm 大の乳頭状腫瘍を認めた。N/C 比の高い円柱上皮よりなる管腔の明瞭な腺管形成がみられ, 篩状, 乳頭状構造を呈していた。類内膜腺癌 G1 で筋層の 1/4 程度の浸潤を認めた。また子宮筋層内の多発性腫瘍は平滑筋腫であり, 両側卵巣の嚢胞性腫瘍は良性粘液性腫瘍であった。

【まとめ】類内膜腺癌が腹水中に出現するときに, しばしば SMC を認め反応性中皮との鑑別を必要とする。本症例においても免疫染色にて 34βE12 と EMA が陽性であり, カルレチニン陰性で SMC の性質を有する癌細胞と確認した。子宮筋腫の開腹時腹水 13 症例を見直したところ, 中皮細胞は淡い細胞質を有しシート状で出現していた。よって SMC のような形態学的に特徴のある細胞は拾い上げ, 免疫染色の併用が内膜癌の診断に繋がる。

### P-1-98 子宮魚鱗癬を伴った 2 例の体部病変の比較検討

JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科<sup>1)</sup>, 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○二本照美(CT)<sup>1)</sup>, 森合博一(CT)<sup>1)</sup>, 松木浩子(CT)<sup>1)</sup>, 小林英樹(CT)<sup>1)</sup>, 日下部崇(MD)<sup>2)</sup>, 野沢佳弘(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮魚鱗癬は, きわめて稀な病態で, 子宮内膜の表層ないし全層を広範囲に扁平上皮化生が置換した状態であるとされている。今回我々は, 魚鱗癬を伴った 2 症例で, 筋腫を合併した症例と筋腫に扁平上皮癌を合併した症例を経験したので報告する。

【臨床経過】症例 1 は 50 歳代, 6 経妊 3 経産で 50 歳閉経。不正性器出血の精査目的にて産婦人科を受診。症例 2 は 60 歳代, 2 経妊 2 経産で 55 歳閉経。子宮頸癌検診の細胞診で LSIL の判定を受け, 産婦人科を受診。2 症例とも MRI にて子宮内腔に腫瘤性病変を認め, 筋腫疑いで経過観察がされていたが, 子宮全摘除術が施行された。

【細胞所見】症例 1, 2 とも内膜腺細胞の出現は極少数で, 表層型扁平上皮細胞や OG 好染の角化細胞が多数出現していた。症例 1 ではそれらの細胞に核異型は認めなかったが, 症例 2 は症例 1 に比較すると一部の扁平上皮細胞に胞体の厚みがあり, 核クロマチンは粗顆粒状で, 核小体を有する細胞や集塊での出現が認められた。症例 1, 2 とも子宮魚鱗癬の可能性が指摘された。

【病理所見】症例 1, 2 とも筋層内に平滑筋腫を認め, 内膜面はほぼ全層性に扁平上皮化生で置換されていた。症例 2 では, 平滑筋腫の表面も扁平上皮化生で覆われており, それに連続して高分化型扁平上皮癌を認めた。以上より, 症例 1 は平滑筋腫と魚鱗癬, 症例 2 は平滑筋腫と魚鱗癬を伴った高分化型扁平上皮癌と診断された。

【考察】内膜細胞診において, 多数の扁平上皮細胞を認めた場合, 胞体の厚みや核異型, 多形性などの細胞所見を入念に観察し, 良性病変であっても悪性病変が混在している可能性があることを念頭に置き, 鏡検することが重要であると考えられた。



## P-1-99 子宮体部原発神経内分泌癌 2 例の細胞像

長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学<sup>1)</sup>, 諫早総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 長崎大学病院産婦人科<sup>3)</sup>, 諫早総合病院産婦人科<sup>4)</sup>, 長崎病理診断科<sup>5)</sup>

○高木美奈(CT)<sup>1)</sup>, 松田勝也(CT)<sup>1)</sup>, 高木雄三(CT)<sup>2)</sup>, 望月哲朗(CT)<sup>2)</sup>, 井手圭一郎(CT)<sup>2)</sup>, 福海文絵(MT)<sup>2)</sup>, 川下さやか(MD)<sup>1,3)</sup>, 松脇隆博(MD)<sup>4)</sup>, 岸川正大(MD)<sup>5)</sup>, 中島正洋(MD)<sup>1)</sup>

【背景】子宮原発神経内分泌癌の多くは頸部に発症し、体部原発は極めて稀である。今回、子宮体部原発と考えられる小細胞癌と大細胞神経内分泌癌(LCNEC)を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例 1】67 歳。不正性器出血を主訴に受診、子宮体癌の疑いで、内膜細胞診が施行された。細胞所見：壊死性背景に孤在性または結合性を有する集塊状の異型細胞を認めた。細胞集塊は木目込み細工様の配列を示し、核は小型裸核状で類円形、軽度の大小不同を伴っていた。核はクロマチンが salt and pepper 状で核小体は目立たず、多数の核分裂像を認めた。類内膜腺癌 G3 あるいは神経内分泌癌を推定した。組織所見：高度の壊死を伴い小型から中型の異型細胞が充実性に増殖。免疫染色で Synaptophysin と CD56 が陽性で小細胞癌と診断した。

【症例 2】68 歳。不正性器出血を主訴に受診、子宮体癌の診断で切除術が施行された。捺印細胞診所見：壊死性背景に、異型細胞が孤在性から小集塊状に観察された。細胞質は比較的豊富、核は類円形で大小不同を呈し、クロマチンは細顆粒状で、明瞭な核小体を示し、多数の核分裂像を認めた。未分化癌あるいは類内膜腺癌 G3 を推定した。組織所見：地図状壊死を伴い、好酸性顆粒状の胞体を有する比較的大型な異型細胞が胞巣状充実性に増殖。免疫染色で Synaptophysin と CD56 が陽性で、LCNEC と診断した。

【考察】子宮体部原発神経内分泌癌として小細胞癌と LCNEC の細胞像を比較検討した。核の大きさや N/C 比、核小体の有無に着目することで組織型推定が可能である。扁平上皮癌や低分化腺癌との鑑別も含めて報告する。

## P-1-100 Placental site trophoblastic tumor (PSTT) の 1 例

金沢大学附属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 金沢大学人体病理学<sup>2)</sup>

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

【はじめに】胎盤部栄養膜細胞腫瘍 Placental site trophoblastic tumor (PSTT) とは生殖年齢の女性に発症し、胎盤着床部の中間型栄養膜細胞の増殖により子宮に腫瘍を形成する非常に稀な絨毛性疾患である。多くは良性であるが、10~15%は悪性の経過を示す。今回、悪性 PSTT の 1 例を経験したので報告する。

【症例】30 歳代女性。3 経妊 3 経産。第 3 子出産の約 1 年後、不正性器出血があり前医を受診、子宮内腫瘍を指摘された。その後多量出血があり子宮内容除去術を行い、悪性腫瘍と診断され、当院紹介となった。当院で内膜細胞診、内膜生検を行い、悪性腫瘍が疑われたため、子宮全摘、両側付属器切除、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】血性背景に細胞集塊や孤立散在性で出現しており、比較的大型で、淡明な広い細胞質に、核型不整、核クロマチンの不均一な増量、核小体の腫大を示す細胞を認めた。悪性腫瘍を考えたが、組織型の診断までは至らなかった。

【組織所見】中間型栄養膜細胞に形態の矛盾しない腫瘍細胞がシート状や充実性に増殖しており、強い核異型、多数の核分裂像、壊死、血管への浸潤、リンパ節転移を認め、悪性腫瘍を考えた。合胞体ならびに細胞性栄養膜細胞、絨毛構造は明らかではなかった。

【まとめ】PSTT という非常に稀な腫瘍を経験した。細胞診で PSTT を診断することは困難であると考えられるが、内膜細胞診に今回のような細胞像が出現した場合は、臨床所見なども参考にして PSTT を含んだ絨毛性疾患を念頭におくことが必要である。

### P-1-101 子宮内膜異型増殖症を伴わない早期の子宮体部高分化型類内膜腺癌の3例

北里大学医学部産婦人科

○田雑有紀(MD), 岩瀬春子(MD), 遠藤真一(MD), 古川正義(MD), 佐藤英貴(MD), 高田恭臣(MD), 新井正秀(MD), 恩田貴志(MD)

【はじめに】子宮体部高分化型類内膜腺癌(EMCA G1)では, 若年の早期例が多く, 前駆病変である子宮内膜異型増殖症(CAH)が共存することが多い。今回, 背景に萎縮内膜のみを認めた高齢のEMCA G1の3例を経験したので報告する。

【症例1】76歳2経産。BMI 19。主訴は不正出血。内膜細胞診は壊死性背景に核の腫大した腺系異型細胞を極少数認めた。MRIでは明らかな内膜肥厚は認めなかったが, 組織診でEMCA G1が強く疑われた。摘出子宮では肉眼的な腫瘍は認めず, 組織学的に萎縮内膜を背景に約1.3cmの範囲で筋層浸潤のないEMCA G1を認めた。

【症例2】73歳3経産。BMI 20。主訴は内膜細胞診疑陽性。当院での内膜細胞診は増殖期様異型内膜細胞集塊を認め, 増殖症以上の病変が疑われた。MRIでは軽度の内膜肥厚を認めるのみで, 組織診では核異型が乏しい異型腺管の増生を認めるのみであった。摘出子宮では, 萎縮内膜を背景に, 筋層浸潤を僅かに伴う約2cmのEMCA G1を認めた。

【症例3】74歳2経産。BMI 21。主訴は頸部細胞診AGC。内膜細胞診で腺癌疑われたが, MRIでは子宮内腔の拡大を認めるのみで内膜全面搔爬では明らかな悪性所見は認めなかった。摘出子宮では肉眼的腫瘍を認めず, 組織学的に萎縮内膜を背景に筋層浸潤を伴わない1cm未満のEMCA G1を認めた。

【考察】EMCA G1の多くは, エストロゲンの持続的刺激により, CAHを経て癌化するとされ, しばしば内膜肥厚を伴う。しかし, CAHを前癌病変として介さないEMCA G1の存在も報告されている。このような例では, 肥満・糖尿病などのリスク因子を持たず, 内膜肥厚がなく, 癌の病変は小さく, 診断が困難なことも多い。細胞診異常を軽視せず, 注意深い検索が必要と考えられる。

### P-1-102 不正出血を契機に発見された浸潤性小葉癌の子宮転移の一例

利根中央病院<sup>1)</sup>, 群馬大学大学院病理診断学<sup>2)</sup>

○深代やす子(CT)<sup>1)</sup>, 森川容子(CT)<sup>1)</sup>, 稲垣圭子(CT)<sup>1)</sup>, 小林義男(CT)<sup>1)</sup>, 大野順弘(MD)<sup>1)</sup>, 小山徹也(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】浸潤性小葉癌は, 骨, 肝臓, 肺などの一般的な転移以外にも, 消化管や生殖器など多様な転移様式をきたすことが多いと報告されている。今回, 私たちは不正出血を契機に婦人科受診され, 浸潤性小葉癌の子宮転移と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】患者: 52歳女性 主訴: 不正出血現病歴: 他院にて平成14年右乳癌のため乳房温存術が施行され, 術後にホルモン療法が2年間行われた。経過観察中の平成23年, 左乳癌を発症, 多発性の骨転移も認めた。左乳癌の局所切除を行い右乳癌の再発と診断され, 以降一年間, ハーセプチンによるを実施するとともに, タモキシフェンによる治療がおこなわれていた。平成28年に不正出血が出現し, 当院婦人科を受診。内膜が著明に肥厚していたため, 内膜生検が施行され, 乳癌の転移と診断された。

【内膜細胞像】類円形の核をもつ, N/C比大の腫瘍細胞が, 散在性またはゆるい結合性を示して認められた。細胞質はライトグリーンに淡染し, 微細顆粒状のクロマチンの増量, 数個の核小体が認められた。ICLも少量ながら認められた。

【内膜組織像】小型の腫瘍細胞が, 充実胞巣状ないし一部に細胞間や細胞質内に小腺腔の形成を示して認められた。核は類円形で繊細な細顆粒状クロマチンを有しており, 核の多形性は無い。免疫染色ではvimentin(-), ER(+), PgR(+), E-cadherin(-), GCDPF-15(+))であった。以上より浸潤性小葉癌の子宮転移と診断した。

【考察】婦人科領域以外の腫瘍が子宮に転移することは稀ではあるが, 乳癌術後に内分泌治療を行っている患者が不正出血を認めた際には, 子宮内膜癌の他に子宮転移も念頭に置いておく必要があると考えられた。

### P-1-103 細胞診・組織診による術前診断が困難であり、手術にて診断に至った2症例

東京大学医学部産婦人科

○草本朱里(MD), 長阪一憲(MD), 谷川道洋(MD), 宮坂亜希(MD), 田中麻里子(MD), 阿部浩幸(MD), 有本貴英(MD), 織田克利(MD), 大須賀穰(MD), 藤井知行(MD)

【緒言】画像上で子宮体癌の可能性が疑われていても、子宮内膜細胞診や組織診で悪性所見を認めず、術前の確定診断が難しい場合がある。当科で子宮鏡手術まで施行したにも関わらず、子宮摘出前に子宮体癌と診断し得なかった2症例について検討を行った。

【症例】症例1：75歳2経産，発熱，炎症反応上昇を認め精査目的に施行されたPET-CT検査にて子宮体癌が疑われた。子宮鏡下手術，子宮内膜全面搔爬術にて病理学的検査をするも悪性所見はなかった。PET-CT再検で子宮内の高集積部位が消失した為経過観察の方針となった。1年半後の画像検査にて子宮体部腫瘍が再度疑われた。子宮内膜細胞診陽性を認め，子宮体癌を強く疑う所見であったことから子宮摘出を施行，子宮体部漿液性腺癌の診断に至った。症例2：75歳0経産，大腸癌術後のPET-CT検査で子宮体部に異常集積を認め，内膜細胞診で陽性であった。しかし，当科でのレビューでは悪性所見はなかった。2回に渡り，子宮鏡下手術，子宮内膜全面搔爬術を施行したが悪性所見は認められず，外来子宮鏡検査，画像所見にて子宮体癌が疑われたため，子宮摘出を施行，子宮体癌IB期，類内膜腺癌の診断に至った。

【組織所見】症例1：充実性に増殖浸潤する漿液性腺癌であった。筋層の1/2を越えており，免疫組織学的にAE1/AE3陽性でp53は過剰発現を示していた。症例2：類内膜腺癌，G1，p53(-)，p16(+)，ER(+)，PgR(+). 細胞異型，浸潤像に特徴があるlow-grade endometrioid carcinomaの可能性も否定できないとされた。

【まとめ】子宮摘出にて診断に至った2症例を経験した。子宮摘出前の病理学的診断精度をさらに向上させる必要がある。

### P-1-104 子宮頸部発生の子宮内膜間質肉腫であった一症例と子宮内膜間質肉腫における細胞診

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>

○的田真紀(MD)<sup>1)</sup>，杉原 武(MD)<sup>1)</sup>，長島 稔(MD)<sup>1)</sup>，野村秀高(MD)<sup>1)</sup>，岡本三四郎(MD)<sup>1)</sup>，尾松公平(MD)<sup>1)</sup>，宇津木久仁子(MD)<sup>1)</sup>，杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>，小松京子(CT)<sup>2)</sup>，竹島信宏(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮内膜間質肉腫はまれな腫瘍であり，さらに術後病理検査で診断されることが多い。今回子宮頸癌の診断で手術を行い，術後病理検査で子宮頸部発生の子宮内膜間質肉腫の診断となった一症例を経験した。症例報告とともに当院での子宮内膜間質肉腫の術前細胞診所見について報告する。

【症例】60歳女性，検診異常のため紹介初診。子宮頸部細胞診は，血液や炎症細胞を背景に，角化した悪性細胞を認めており，子宮腔部（綿棒）：SCC扁平上皮癌，子宮頸管（頸管ブラシ）：SCC扁平上皮癌であった。子宮頸部組織診はCarcinosarcomaが最も考えられる所見であった。造影MRI検査では，子宮腔部に25×17×9mmの腫瘍性病変を認めた。子宮頸癌StageIb1(T1b1N0M0)の診断で広汎子宮全摘・両側付属器切除・骨盤リンパ節郭清術を行った。最終病理結果はEndometrial stromal sarcoma of the uterine cervix, CIN2 of the uterine cervix, 病変の広がり深さは深さ10mm，縦軸2cm，腫瘍細胞は上皮内扁平上皮性病変に接していたが，CD10陽性，Vimentin陽性，サイトケラチン陰性，分裂像4-5/10HPFであり，子宮内膜間質肉腫の診断となった。当院での子宮内膜間質肉腫症例の術前細胞診を検討したところ，陽性3例，疑陽性2例を認めた。陽性例では紡錘形を主体とした肉腫細胞を認めており，疑陽性例では組織型の推定は困難であった。

【結語】子宮頸部発生の子宮内膜間質肉腫というまれな症例を経験し，子宮内膜間質肉腫の術前細胞診について検討した。肉腫の推定は困難な場合もあるが，積極的に細胞診を行うことで診断とその後の治療方法選択にも有用性は高いと考えられる。

### P-1-105 多彩な細胞像を呈する子宮体部癌肉腫の一例

独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院病理診断科

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

【はじめに】子宮体部異所性癌肉腫は子宮体部悪性腫瘍の約2%と比較的稀であり, 予後不良である。今回我々は多彩な細胞像を呈した子宮体部原発異所性癌肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】55歳女性。腹部膨満感を主訴に来院。超音波検査で著明な腹水貯留と子宮内腔に60mm大の占拠性病変を認めた。腹水細胞診にて腺癌。内膜細胞診にて類内膜腺癌G3。内膜生検においては神経内分泌分化を伴う腺癌と診断され, 膣上部子宮切除術を施行した。

【細胞所見】腹水:核腫大,核小体を有する重積集塊と多核化,大型核を有する異型細胞を認めた。内膜:壊死性背景に不規則重積集塊と孤立散在性に異型細胞がみられた。集塊を示す細胞の核は大小不同を示し,クロマチン増量,N/C比上昇が観察された。また孤立散在性の異型細胞は大型で,多核化や明瞭な核小体を認めた。

【組織所見】摘出された子宮の下半2/3は瀰漫性に腫大し,組織学的に腫瘍は腺管を形成する類内膜腺癌,角化を示す扁平上皮癌,N/C比の高い小細胞癌,さらに胞巣を取り巻く紡錘型ないし円形の腫瘍細胞の増殖から成っていた。紡錘型ないし円形の腫瘍細胞は広い好酸性胞体をもつものが目立ち,免疫組織化学的にHHF35(+),desmin(+),myoglobin(+ )で横紋筋の形質が見いだされ,異所性癌肉腫と診断した。

【まとめ】癌肉腫は稀な疾患なうえに細胞像が多彩であることから,術前診断は困難な場合が多い。内膜細胞診で悪性細胞を見だし,多彩な細胞像を呈した場合,肉腫成分の見極めが重要である。上皮性,非上皮性の形態的差異を十分留意して鏡検する必要がある。

### P-1-106 子宮腺肉腫の2例

順天堂大学浦安病院病理診断科<sup>1)</sup>,順天堂大学浦安病院産婦人科<sup>2)</sup>

○橋爪 茜(MD)<sup>1)</sup>,佐伯春美(MD)<sup>1)</sup>,泉 浩(MD)<sup>1)</sup>,奥山直子(CT)<sup>1)</sup>,岡崎哲也(CT)<sup>1)</sup>,中村 博(CT)<sup>1)</sup>,喜納勝成(CT)<sup>1)</sup>,冨田茂樹(MD)<sup>1)</sup>,鈴木千賀子(MD)<sup>2)</sup>,野島美知夫(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮体部腺肉腫の細胞診断をする機会は少ない。今回我々は,術前内膜細胞診にて異型間質細胞を認め,手術が施行され子宮腺肉腫と診断した2例を経験したので,報告する。

【症例1】60歳代女性。2経妊2経産。主訴:不正出血。既往歴:糖尿病,高血圧,橋本病,自己免疫性肝炎。不正出血を主訴に受診した。エコーにて子宮内膜肥厚(27.1mm)を認め,子宮癌を疑い細胞診・生検後,子宮全摘が施行された。細胞所見:軽度腫大した裸核状間質由来細胞を散在性に認める。核小体腫大および増加・核形不整・核クロマチンは細顆粒状に一部不規則に分布。内膜腺由来細胞は核間距離正常・核クロマチンの増量を認めない。病理所見:肉腫成分過剰増殖を伴う異所性腺肉腫。術後化学療法を施行していたが術後1年5か月で局所再発し,現在放射線治療中である。

【症例2】60歳代女性。2経妊2経産。主訴:不正出血。既往歴:特記すべきものなし。不正出血を主訴に近医受診した。エコーにて子宮内膜肥厚を認め,子宮癌を疑い当院紹介受診した。細胞診・生検後,子宮全摘が施行された。細胞所見:血性背景に,核腫大した裸核状間質由来細胞を散在性に認める。核形不整・核クロマチンは粗顆粒状に分布増量している。内膜腺由来細胞は核クロマチンの増量を認めない。病理所見:同所性腺肉腫術後化学療法施行している。

【まとめ】子宮腺肉腫に遭遇する機会は少ない。内膜細胞診にて詳細な組織型推定は困難であるが,臨床的に子宮体癌が疑われている時も,臨床情報・細胞診を合わせ,上皮だけでなく背景の間質成分を見落とさないことで腺肉腫の可能性を考慮することが重要であると考えた。



## P-1-107 子宮体部発生の癌肉腫の一例

産業医科大学医学部第2病理学<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1病理学<sup>3)</sup>

○野口紘嗣(MD)<sup>1)</sup>, 名和田彩(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤奈帆子(MD)<sup>1)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>1)</sup>, 小原光祥(CT)<sup>2)</sup>, 島尻正平(MD)<sup>1)</sup>, 久岡正典(MD)<sup>3)</sup>, 中山敏幸(MD)<sup>1)</sup>

69才女性(閉経55才, G3P3). 主訴は性器出血であり, 経膈エコーにて子宮内に fluid 貯留と充実部を有する 36×25 mm 大の腫瘤を認めた. MRI 検査では子宮筋層浸潤を認める内膜腫瘍の所見であり, 類内膜腺癌を疑われ内膜細胞診及び生検を施行された. 術前に行われた内膜擦過細胞診では, 炎症性背景に, 腺系の異型細胞と小型裸核状で顆粒状のクロマチンと肥厚した核縁を有する異型細胞が集塊状に認められ, 部分的にロゼット様構造を呈していた. また, 細顆粒状のクロマチンと明瞭な核小体を有し, 核縁は薄く腫大した不整な核をもつ異型細胞が孤立性に少数見られた. 神経内分泌への分化を伴う類内膜腺癌と報告した. 組織生検では類内膜腺癌(Grade I)と診断され, 単純子宮全摘+両側付属器切除が施行された. 肉眼上, 子宮内腔にポリープ状に突出する隆起性病変であり, 断面は白色から灰白色を呈していた. 組織学的には, 類内膜腺癌とともに, 小型類円形で裸核状の腫瘍細胞と, 大型で不整な核を持った紡錘形ないし卵円形の間葉系腫瘍細胞の増殖巣が領域を持って認められた. 免疫組織化学的には, 小型異型細胞では synaptophysin, CD56 が陽性であり, 紡錘形ないし卵円形の異型細胞では myogenin, desmin が陽性であった. 類内膜腺癌に小細胞癌様の分化と肉腫様成分からなる癌肉腫を最終診断とした. 細胞診を再検討するに, 少数見られた大型の不整な核を有する異型細胞は肉腫成分であり, 癌肉腫も鑑別として挙げられたと考えられる. 細胞診的には類内膜腺癌に小細胞癌様の分化を伴う稀な病変と判定したが, 肉腫様の成分まで観察できた非常に稀な症例と考えられる. 細胞診的にどこまでアプローチし得るのか検討したい.

## P-1-108 微小多発肺腫瘍塞栓で再発した子宮内膜間質肉腫の一例

獨協医科大学産婦人科

○坂本尚徳(MD), 木内香織(MD), 香坂信明(MD), 長谷川清志(MD), 深澤一雄(MD)

【緒言】悪性腫瘍による微小塞栓性肺転移は比較的多れであり生前診断が困難である. 今回我々は子宮内膜間質肉腫で早期発見に至った症例を経験したので報告する.

【症例】64歳1回産婦. 閉経51歳. 閉経後不正出血を主訴に子宮体癌疑いにて近医から当科に紹介初診. 子宮頸部細胞診陽性, 骨盤MRI, PET/CTでは子宮底部に基部を有するポリープ状腫瘤を認めた. 広範子宮全摘, 両側付属器切除, 骨盤リンパ節郭清を施行し, 未分化子宮内膜間質肉腫3B期と診断した. 術後1か月で腔断端より8.4cm×5.3cmの再発腫瘍を認め, IAP療法を直ちに開始し完全消失した. 8コース施行後, 維持化学療法を続けていた. 19コース終了後1か月ほどで労作時の息切れがあり, 20コース目の化療前検査で胸部写真では異常なかったが, 軽度肝酵素上昇, 心電図異常を認め精査にて肺高血圧を認めた. 肺血流シンチでびまん性多発性の欠損域, 心臓カテーテル検査にて悪性細胞を認め原疾患の腫瘍塞栓と診断された. 内科的に抗血栓治療, 婦人科ではDC療法に化学療法を変更し6コース施行したところ改善し, その後化学療法を継続している.

【結語】本症例では労作時の息切れと, 肺高血圧症を端緒とし, 心カテによる肺動脈採血で腫瘍塞栓を診断しえた. 診断後の治療についても報告例がほとんどなく症例を報告する.

### P-1-109 神経外胚葉分化を示した子宮体部原発癌肉腫の1例

湘南鎌倉総合病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>2)</sup>, 湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>3)</sup>

○小保方和彦(CT)<sup>1)</sup>, 千野秀教(CT)<sup>1)</sup>, 程島 就(CT)<sup>1)</sup>, 大沼一也(MD)<sup>3)</sup>, 井上裕美(MD)<sup>3)</sup>, 手島伸一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮体部に発生する癌肉腫は比較的少なく, 術前診断は一般的に困難とされている. 今回我々は内膜細胞診で内膜間質肉腫や小細胞癌が疑われたが最終的に神経外胚葉へ分化を示した子宮体部の癌肉腫を経験したので報告する.

【症例】両側付属器切除術の既往を有する70代女性. 1ヶ月ほど前から不正出血や水溶性褐色分泌物がみられ, 当院紹介受診となる. 画像診断では子宮は新生児頭大で充実部分を伴う10cm大の腫瘍がみられた. 子宮内膜細胞診, 及び組織生検では内膜間質肉腫や小細胞癌が強く疑われ, 単純子宮全摘術となる. 最終的には神経外胚葉への分化を示す癌肉腫と診断される.

【細胞所見】子宮内膜細胞診では, 小型類円形から紡錘形を呈するN/C比の高い裸核様の細胞が集塊状や散在性に認められた. 核縁の肥厚もなく核クロマチンは細顆粒状で, 核小体は不明瞭で比較的異型に乏しく, 内膜間質肉腫や小細胞癌との鑑別が難しい所見であった. 捺印標本では, 重積性や樹枝状に増生した類内膜腺癌がみられ, 毛細血管の発達も目立つ. 小型円形異型細胞, 及び奇異核を有する大型異型細胞も認められた.

【組織所見】子宮内腔には15×12×6cmの多結節状, 充実性で灰白色髄様の腫瘍が充満し, 筋層深部にまで浸潤していた. 組織学的には腺癌と肉腫成分が混在している癌肉腫である. 腺癌は類内膜腺癌や低分化腺癌で, 小細胞癌様の像も認められる. 肉腫成分では外胚葉へ分化を示す細胞や軟骨組織も認められた.

【まとめ】細胞診では癌腫成分が採取されても肉腫成分は剥離しづらいことが多い. 本例の細胞診や生検では内膜間質肉腫や小細胞癌を疑ったが, 手術材料では神経外胚葉への分化を示す癌肉腫であった.

### P-1-110 EUS-FNAによる悪性リンパ腫診断の有用性

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>

○白幡浩人(CT)<sup>1)</sup>, 松田陽子(MD)<sup>1)</sup>, 今泉雅之(CT)<sup>1)</sup>, 江坂四季音(CT)<sup>1)</sup>, 木下真由美(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木明美(CT)<sup>1)</sup>, 浜島裕理(CT)<sup>1)</sup>, 西村 誠(MD)<sup>2)</sup>, 新井富生(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】当センターでは, 超音波内視鏡下穿刺吸引術(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration 以下, EUS-FNA)を用いた悪性リンパ腫診断を行っている. この有用性について検討したので報告する.

【対象と方法】当センターにて, 2013年9月から2016年3月に悪性リンパ腫が疑われ, EUS-FNAが施行された9例について, 組織診と細胞診の診断精度, 免疫組織化学染色, フローサイトメトリー法, G-banding, FISHの解析率について検討した.

【結果】平均穿刺回数は3.8回. 細胞診と組織診のリンパ腫診断率は100%, 細胞診と組織診の一致率は88.9%で, 免疫組織化学染色は1例のみ評価困難であった. また, フローサイトメトリー法は100%, G-bandingは0%(未施行1例, 検体不足8例), FISHは100%(未施行2例)で解析可能であった.

【考察】悪性リンパ腫の診断において, EUS-FNAを用いた方法は, 細胞診と組織診で高い診断精度を示し, 免疫組織化学染色, フローサイトメトリー法, FISH法においても高解析率を示した. EUS-FNAを用いた悪性リンパ腫診断は, 低侵襲かつ, 高い診断精度が得られる有用な検査法である.

### P-1-111 捺印細胞診によるリンパ腫組織亜型の推測：血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫の場合

兵庫医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 宝塚市立病院・病理<sup>2)</sup>

○松田育雄(MD)<sup>1)</sup>, 松尾祥平(MD)<sup>2)</sup>, 山下結衣(CT)<sup>2)</sup>, 太田寛子(CT)<sup>2)</sup>, 東 誠二(CT)<sup>2)</sup>, 中村純子(CT)<sup>1)</sup>, 糸山雅子(CT)<sup>1)</sup>, 鳥居良貴(CT)<sup>1)</sup>, 小松敏也(CT)<sup>2)</sup>, 廣田誠一(MD)<sup>1)</sup>

リンパ腫の組織亜型は治療方針決定にとって重要である。リンパ腫組織亜型の診断は、原則的にはリンパ腫組織材料の病理組織診断で行う。しかしそのために免疫染色が必要で、時間がかかる。リンパ腫組織採取時の捺印細胞診で組織亜型が推測できれば、組織診断における免疫染色の選択に役立つと同時に、迅速な臨床対応が可能になる。確定診断は困難であるものの、B細胞リンパ腫(古典的ホジキンリンパ腫, マントル細胞リンパ腫, びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫など)では細胞診による組織亜型推測の手がかりが知られている。今回捺印細胞診におけるリンパ腫組織亜型推測の可能性をさらに探るために、血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma [AITL])の場合を検討した。症例は病理組織診断された AITL あるいは AITL 様リンパ腫 5 例である。これらの組織採取時のリンパ節捺印細胞診には、対物 4 倍の弱拡大で認識できる 10 個~数十個の異型リンパ球からなる「集塊」が、大きさの不均一な細胞背景に、散在性に認められた。組織標本ではこれらのリンパ腫細胞は不明瞭な結節を形成して増殖し、背景に CD21 陽性濾胞樹状細胞の meshwork がみられた。捺印細胞診における「異型リンパ球集塊」は、組織診における「結節様構造」や「meshwork」背景との関連が考えられた。細胞背景の不均一さから T 細胞リンパ腫を想起できる点と合わせれば、上記の「異型細胞集塊」は AITL あるいは AITL 様 T 細胞リンパ腫の組織亜型推測に役立つ可能性がある。

### P-1-112 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診中に出現した播種性ヒストプラズマ症の一例

三重大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院がんセンター<sup>2)</sup>

○松谷史織(CT)<sup>1)</sup>, 藤田良浩(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木美沙(CT)<sup>1)</sup>, 河井誓里奈(CT)<sup>1)</sup>, 阿曾由美子(CT)<sup>1)</sup>, 林 昭伸(MD)<sup>1)</sup>, 内田克典(MD)<sup>1)</sup>, 小塚祐司(MD)<sup>1)</sup>, 福留寿生(MD)<sup>1,2)</sup>, 今井 裕(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】ヒストプラズマ症は、*Histoplasma capsulatum* を原因とする本邦では稀な輸入真菌感染症である。主に肺に病変が生じるが、免疫不全患者、特に AIDS 患者では播種性ヒストプラズマ症へと進展し易く、死に至る場合もある。今回我々は、頸部リンパ節穿刺吸引細胞診が施行された播種性ヒストプラズマ症の一例を経験したので報告する。

【症例】50 代男性。海外渡航歴あり。体重減少と発熱を主訴として近医を受診し、全身リンパ節腫脹および脾腫が認められ、当院紹介受診となった。悪性リンパ腫が疑われ、頸部リンパ節穿刺吸引細胞診および生検が施行された。

【細胞所見】Pap.染色では、血液成分や好中球、紡錘形の間質細胞様集塊を背景に赤色を呈す小型球形物が少数認められた。それらは Giemsa 染色で青紫色を示し、組織球の細胞質内に極少数みられた。Grocott 染色陽性で、茶褐色に染まる真菌が多数確認された。

【病理所見】壊死を伴ったリンパ節で、壊死部周囲に多数の形質細胞や組織球の浸潤がみられた。それらの組織球に約 4 μm の卵円形酵母様真菌が多数含まれ、ヒストプラズマリンパ節炎が疑われた。胃生検や大腸生検でも同様の真菌を貪食した組織球が認められた。また経過中に HIV 陽性が判明した。リンパ節組織切片からの PCR 検査にて *Histoplasma capsulatum* が検出され、播種性ヒストプラズマ症と確定診断された。

【まとめ】今回の症例では、Pap.染色や Giemsa 染色において真菌の同定は困難であったが、Grocott 染色では多数の真菌を確認することができた。日常診療においては腫瘍の診断に主眼を置きがちであるが、日和見感染症等の可能性も考慮して診断に望むことが肝要であると考えられた。

**P-1-113 骨髓線維症加療中に突然の心タンポナーデをきたし、心嚢液に造血細胞の出現をみた症例**

総合病院土浦協同病院病理診断部

○永田千草(MD), 佐竹 藍(CT), 本間恵美子(CT),  
池田 聡(CT), 井上和成(MD), 鈴木恵子(MD)

【症例】60歳代女性。

【臨床経過】約3年前より徐々に白血球増加を認め、骨髓穿刺ではdry tap, 骨髓生検で骨髓線維症と診断された。外来経過観察中に血球減少が進行、1年前より定期的な輸血、JAK2阻害薬のRuxolitinib投与が行われた。今回、原因不明の心タンポナーデを発症し救急外来受診。心嚢穿刺準備中に心停止したが、蘇生処置により循環再開し入院。その後ARDSや急性腎障害を発症し集学的治療を要した。入院1週間後、左気胸を発症し胸腔ドレナージが行われるも同日死亡。

【細胞所見】心嚢水では、血性背景に細胞質が乏しく網目状の繊細なクロマチンを有する赤芽球系と思われる細胞や、胞体内に顆粒を有したり核の分葉を示すなど各成熟段階の骨髓球系と思われる細胞が孤立散在性にみられ、blasticな細胞も多く認められた。巨核球はみられなかった。

【Cell block 所見】免疫組織学的に、心嚢水中の細胞はMPO陽性、CD34、c-kit、p53に陰性。血液悪性疾患は積極的に疑わず、髄外造血と考えた。

【剖検所見】剖検時、血性心嚢液と左血性胸水が貯留し、器質化血腫を伴っていた。組織学的に、肝・脾・腎・膵周囲リンパ節のほか、心膜や左肺胸膜で髄外造血巣を認めた。死因は、骨髓線維症に伴っての髄外造血による、心コアラタンポナーデに起因する循環不全および、左大量血気胸とびまん性肺泡障害や肺泡出血に起因する呼吸不全と考えられた。虚血に伴う肝中心帯壊死や急性尿管壊死の所見もみられた。

【結語】骨髓線維症加療中に心膜や胸膜で髄外造血を認め、心タンポナーデにより死亡した症例を経験した。骨髓線維症における髄外造血の場として、心膜や胸膜はさほど多くなく、文献的考察を加え報告する。

**P-1-114 Mott細胞 (Russel小体含有形質細胞)の出現が目立つ悪性リンパ腫の一例**

山形県立河北病院検査部<sup>1</sup>, 山形市立病院済生館病理診断科<sup>2</sup>, 山形市立病院済生館臨床検査室<sup>3</sup>, 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科<sup>4</sup>

○上野 大(CT)<sup>1</sup>, 東海林道子(CT)<sup>1</sup>, 斎藤由紀(CT)<sup>1</sup>,  
大竹浩也(MD)<sup>2</sup>, 居鶴一彦(CT)<sup>3</sup>, 笈田耕一(CT)<sup>3</sup>,  
矢矧みどり(CT)<sup>3</sup>, 佐藤朋子(CT)<sup>3</sup>,  
阿部まゆみ(CT)<sup>3</sup>, 前田邦彦(MD)<sup>4</sup>

【はじめに】Mott細胞は、特異な形態を呈する形質細胞で、形質細胞腫、ある種のB細胞性リンパ腫、時に正常骨髄中や非特異的慢性炎症巣でも観察されることが知られている。今回、我々は、リンパ節生検時の捺印細胞診標本において、このMott細胞を多数認めた悪性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【症例】83歳、男性。左側胸部痛にて近医受診。LDHの高値を認めたため、精査目的に当院内科に紹介となる。CTにて全身のリンパ節腫大、高度な脾腫、副腎の腫大を認めるとともに、sIL-2Rが著増を示し、悪性リンパ腫が強く疑われ、左鼠径リンパ節生検が施行された。

【捺印細胞診所見】ライトグリーンに好染するlymphoglandular bodiesを背景に、成熟リンパ球よりやや大型の異型リンパ球がみられた。これらの細胞は核が腫大し、不整形で粗顆粒状クロマチンの増量を認めた。また、好酸性の封入体を細胞質に充満するMott細胞を多数認めた。

【病理所見】リンパ節は中等大から大型のリンパ腫細胞の濾胞状増殖に占められ、Mott細胞も多数みられた。当該増殖細胞はCD3(-), CD5(-), CD10(-), CD20(+), CD79a(+), bcl-2(+), bcl-6(-), MUM-1(+ )の形質を示した。Mott細胞にはλ鎖(λ>κ), IgMおよびIgAの陽性像を認めた。

【まとめ】本例は濾胞状の増殖パターンを示したが、腫瘍細胞の形質およびMott細胞の出現から、follicular colonizationが顕著な辺縁帯リンパ腫(MZL)と考えられた。Mott細胞は様々なリンパ増殖疾患に出現することが報告されているが、とくに、リンパ形質細胞性リンパ腫やMZLに出現することが知られており、細胞診において診断の一助となることが示唆された。



### P-1-115 芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍

土岐市立総合病院<sup>1)</sup>, 名古屋第一赤十字病院<sup>2)</sup>

○丸山総枝(CT)<sup>1)</sup>, 森本亜由美(CT)<sup>1)</sup>, 酒井美穂(CT)<sup>1)</sup>,  
池井戸重廣(CT)<sup>1)</sup>, 山本将毅(MT)<sup>1)</sup>, 伊藤雅文(MD)<sup>2)</sup>,  
中野晃伸(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍 (BPDCN) は腫瘍細胞が CD4 と CD56 に陽性を示すことから芽球性 NK 細胞リンパ腫あるいは CD4+CD56+ hematodermic neoplasm とよばれていた。2008 年の WHO 分類において BPDCN と分類され、「急性骨髄性白血病および関連前駆細胞性腫瘍」に含まれることとなった。BPDCN は稀な疾患で、今回我々は扁桃に出現した BPDCN の一例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性。咽頭の違和感を感じ他院受診。左扁桃の腫瘍を指摘され生検を施行。悪性リンパ腫の疑いにて当院血液内科紹介となる。表在リンパ節腫脹なし。体幹および上肢に多数の隆起性発疹を認める。

【画像所見】頸部 CT：左扁桃腫大径 3×2.5 cm 全身 MRI(DWI)：左扁桃、多発する皮下腫瘍に優位な高信号を呈する病変を認め、胸骨も他の骨髄と比較して有意な高信号を呈す。

【細胞所見】捺印標本では、小型で N/C 比の高い細胞がびまん性に見られ、クロマチンは繊細で、核不整を認める。骨髄スメアは特徴的な像で、核が偏在し、胞体の広い形質細胞様の細胞を認める。クロマチンは繊細で、胞体は明るく顆粒は見られない。

【病理所見】扁桃：N/C 比の高い小型の細胞をびまん性に認め、腫瘍細胞は、CD45/LCA+, CD56+, CD4+, CD123+, TdT 少数+, CD3-, CD20-, EBER-1-。皮膚：真皮表層部から皮下脂肪織の血管周囲まで広がる腫瘍細胞浸潤を見る。腫瘍細胞は CD56+, CD4+, TdT (全視野で 4 個)。

【まとめ】当初、形態的に神経内分泌癌や AML の浸潤、悪性リンパ腫が疑われたが、免疫組織学的に BPDCN と診断した。あまり遭遇する事のない疾患であり、治療法も確立されておらず、予後不良な疾患である。貴重な症例であると思われるので報告する。

### P-1-116 迅速細胞診検査で組織型の確定が困難であった未分化大細胞型リンパ腫の 1 例

群馬県立がんセンター病理検査課<sup>1)</sup>, 群馬県立がんセンター病理部<sup>2)</sup>, 群馬県立がんセンター婦人科<sup>3)</sup>, 獨協医科大学病理学<sup>4)</sup>

○布瀬川卓也(CT)<sup>1)</sup>, 土田 秀(CT)<sup>1)</sup>, 神山晴美(CT)<sup>1)</sup>,  
中里宜正(MD)<sup>4)</sup>, 飯島美砂(MD)<sup>2)</sup>, 小島 勝(MD)<sup>4)</sup>,  
鹿沼達哉(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】未分化大細胞型リンパ腫の腫瘍細胞はきわめて大きく、多形性を示すことを特徴とし、しばしば結合性をもってリンパ洞内で増殖することから転移癌との鑑別が必要となる。今回、CT ガイド下生検時の迅速細胞診検査で異型細胞が集塊状に認められ、組織型の確定が困難であった未分化大細胞型リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】20 歳代の男性。前医で左腰背部痛のため CT を施行したところ、左尿管腫瘍と腹腔内リンパ節の腫脹が認められ、精査加療を目的に当院受診となった。CT ガイド下でリンパ節の針生検が施行され、採取組織の評価を目的に迅速細胞診検査を行った。

【細胞所見】迅速パパニコロウ染色標本では溶血成分を背景に異型細胞が集塊や孤立散在性に出現していた。異型細胞は類円形で偏在性の核を有し、核クロマチンは細顆粒状に増量していた。最終診断時のライトギムザ染色標本では好塩基性の細胞質とくびれた核を有する異型細胞が散在性に認められ、パパニコロウ染色標本の細胞所見と乖離が認められた。

【組織所見】ごく狭い細胞質と核クロマチンの増量した腫瘍細胞が充実性に増殖していた。免疫組織化学的検索で腫瘍細胞は CD4, CD30, ALK が陽性を示し、CD8, CD10, CD23, CD79a は陰性であった。

【まとめ】今回、パパニコロウ染色標本で異型細胞が集塊状に出現し、ライトギムザ染色標本との細胞所見に乖離がみられ、組織型の確定が困難であった未分化大細胞型リンパ腫の 1 例を経験した。本腫瘍は結合性を示すことがあり、悪性リンパ腫様の細胞に結合性がみられた際には本腫瘍も念頭に置く必要があると考えた。

### P-1-117 EBV-positive DLBCL の像を呈した MTX-LPD の1例

昭和大学医学部臨床病理診断学講座<sup>1)</sup>, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科<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>, 野呂瀬朋子(MD)<sup>1)</sup>, 塩沢英輔(MD)<sup>1)</sup>, 矢持淑子(MD)<sup>1)</sup>, 楯 玄秀(MD)<sup>1)</sup>, 瀧本雅文(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Methotrexate (MTX) 治療した関節リウマチ患者が発症する methotrexate-associated lymphoproliferative disorders (MTX-LPD) では全体の約40%がEBV陽性といわれる。今回我々は、多数の炎症細胞が出現し反応性病変との鑑別を要したEBV-positive DLBCLの像を示したMTX-LPDの1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。関節リウマチでMTXの服用を行っていた。左顎下部に腫瘤を触知し、左頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診を施行、異型リンパ球を認め疑陽性と判定した。左頸部リンパ節生検を施行しEBV-positive DLBCLの像を認め、MTX服用歴があることからMTX-LPD、他の医原性免疫不全関連リンパ増殖性疾患(WHO2008)と診断した。

【細胞像】Papanicolaou 標本：多数の小型リンパ球、組織球のなかに明瞭な核小体を有する大型リンパ球が散見され反応性病変の像を呈した。濾胞樹状細胞はほとんど認めなかった。

Giemsa 染色標本：小型～大型リンパ球、好酸球、組織球が混在した多彩な像がみられた。

【組織像】リンパ節の基本構造は破壊され毛細血管の増生を認めた。壊死はみられず、小型リンパ球、組織球など多彩な炎症細胞浸潤を背景に核小体の目立つ大型の異型リンパ球が観察された。免疫組織化学でこれらの細胞はLCA, CD20, Bcl-2に陽性、CD3, CD5, CD10, CD30, Cyclin D1に陰性、Ki-67陽性率は80%以上であった。EBER (ISH) は陽性であった。

【考察】MTX-LPDにおいてEBVの関与が多くの症例に認められること、さらにEBV-positive DLBCLにおいては炎症細胞が多い場合があり反応性病変との鑑別が問題になることを念頭におき判定を行うことが重要であると考えられた。

### P-1-118 乳腺原発悪性リンパ腫の1例

(医)明和病院臨床検査科<sup>1)</sup>, (医)明和病院外科<sup>2)</sup>, (医)明和病院血液内科<sup>3)</sup>, 大久保病院産婦人科<sup>4)</sup>

○狭間結衣(CT)<sup>1)</sup>, 覚野綾子(MD)<sup>1)</sup>, 渥美亜紀子(CT)<sup>1)</sup>, 松林謙治(CT)<sup>1)</sup>, 檜山弘道(CT)<sup>1)</sup>, 渥美鈴恵(CT)<sup>1)</sup>, 岸本昌浩(MD)<sup>2)</sup>, 中西貴士(MD)<sup>2)</sup>, 林 邦雄(MD)<sup>3)</sup>, 小笠原利忠(MD)<sup>4)</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%とまれな腫瘍であり、大部分がB細胞性リンパ腫である。びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)が46～71%を占め、MALTリンパ腫の報告も散見される。今回我々は、慢性関節リウマチに合併した本腫瘍を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。30歳時より慢性関節リウマチに対してMTXを内服中。抗TNF $\alpha$ 製剤を投与されていた。60歳時に右乳房腫瘤を自覚し近医を受診。精査にて悪性所見なしと言われた。その後様子を見ていたが、本年になり乳房腫瘤が増大し、顔面に発赤が出現したため近医を受診。軟膏を処方されたが改善傾向がみられないため当院皮膚科を受診。右乳房から右腋窩にかけて腫瘤を指摘され、精査目的にて入院となった。

【右乳房針生検捺印細胞診所見】大型でN/C比大の核小体明瞭な異型リンパ球浸潤を認めた。乳管上皮細胞はほとんど含まれていなかった。免疫組織化学的にLCA(+), L26(=CD20)(+), CD3(-), CD10(-), bcl6(-), MUM1(+))のため、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。

【画像】PET-CTにて右乳房～右腋窩にかけて腫瘤が多発していた。右乳房原発悪性リンパ腫、bulky2期と診断された。

【治療】MTX関連悪性リンパ腫の可能性を疑われ、直ちにMTXを中止されたが、改善傾向がみられなかったため、R-CHOP療法を開始した。現在化学療法を施行中で、腫瘤は縮小傾向を認めている。

## P-1-119 形質細胞性白血病の1例

(医)明和病院臨床検査科<sup>1)</sup>, (医)明和病院血液内科<sup>2)</sup>, 大久保病院臨床検査科<sup>3)</sup>

○渥美亜紀子(CT)<sup>1)</sup>, 覚野綾子(MD)<sup>1)</sup>, 狭間結衣(CT)<sup>1)</sup>, 松林謙治(CT)<sup>1)</sup>, 檜山弘道(CT)<sup>1)</sup>, 渥美鈴恵(CT)<sup>1)</sup>, 林 邦雄(MD)<sup>2)</sup>, 川越道夫(CT)<sup>3)</sup>, 圓井知江(CT)<sup>3)</sup>, 小笠原利忠(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】形質細胞白血病の定義は、末梢血中に異型形質細胞を 2000/ $\mu$ L 以上かつ白血球分画の 20% 以上を占める骨髓腫とされている。今回我々は、形質細胞白血病治療中に骨髓では CR を維持しているものの左眼球後部および右胸膜への再発を認めた同腫瘍を経験したので報告する。

【症例】70 歳代、男性。今年 3 月ごろより風症状が出現し、食思不振、体重減少も見られたため近医を受診。血液検査にて白血球増多、血小板減少、芽球の出現を認め、急性白血病疑いにて緊急入院となった。骨髓検査にて形質細胞性白血病と診断され、PAD 療法が開始された。骨髓は CR となったため一旦退院となった。維持療法を施行していたところ、左目の流涙、見えにくい感じを自覚し眼科にて眼球突出を指摘された。PET-CT および頭部 MRI にて左眼球後部の 27 mm 大の結節を指摘された。当院放射線科にて放射線療法目的にて入院となった。

【胸膜生検捺印標本】核偏在性の形質細胞浸潤を認めた。一部には核小体明瞭な異型細胞も含まれていた。免疫組織化学的に IgA(+),  $\kappa$ (+)であったため、形質細胞腫と診断した。現在放射線療法施行中である。

## P-1-120 前房水に出現した Myeloid sarcoma の1例

国立成育医療研究センター病理診断部

○山崎茂樹(CT), 中澤温子(MD), 高桑恵美(MD), 入江理恵(MD), 義岡孝子(MD)

【はじめに】Myeloid sarcoma は腫瘍を形成し、急性骨髄性白血病の 3~8% に認められる。好発部位は皮膚、骨、リンパ節、眼窩等であり、予後不良な疾患である。今回、我々は前房水に出現した Myeloid sarcoma を経験したので報告する。

【症例】0 歳 8 か月の女兒、発熱、発疹がみられ近医受診し、経過観察中に両眼角膜下方に混濁が出現した。ぶどう膜炎、眼内炎疑いで治療されていたが改善がみられず、精査治療目的で当センター紹介受診となり、前房水の術中迅速細胞診が行われた。

【細胞所見】壊死性背景に比較的 N/C 比が高く、核形不整の強い異型細胞が孤立散在性に多数認められた。核クロマチンは細顆粒状で 1~2 個の核小体が認められた。組織型診断には至らなかったが、芽球様細胞で血液系腫瘍が推定された。髄液にも同様の芽球様細胞が認められた。

【組織診断】同時作製したセルブロックでは、細胞変性が強く、確定診断には至らなかったため、頭部皮下腫瘍生検が施行された。組織学的には明瞭な核小体を有し、類円形あるいはくびれのある核と淡好酸性胞体を有する芽球様細胞の増殖が認められた。免疫組織化学染色では芽球様細胞はびまん性に CD34 陽性、CD68 陽性、CD7 一部陽性であり、その他染色結果より myeloid sarcoma と診断された。

【考察】前房水および髄液細胞診で芽球様細胞を認め、セルブロック標本では確定診断には至らなかったものの血液系腫瘍と診断し、速やかに皮下腫瘍生検を行い myeloid sarcoma と確定診断した。myeloid sarcoma は稀であるが、血液系腫瘍の鑑別診断として重要である。

## P-1-121 梅毒性リンパ節炎の細胞像

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外科<sup>2)</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>, 斎藤智明(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】臨床的に悪性リンパ腫を疑ったが, 病理組織学的診断で梅毒性リンパ節炎であった 1 症例を経験したので, その細胞像について報告する。

【症例】60 歳代男性. 右鼠径部腫脹を主訴に受診. CT では右鼠径リンパ節が多数腫大し, 右外腸骨, 閉鎖リンパ節の軽度腫大がみられた. 炎症性変化, リンパ増殖疾患の鑑別目的にて右鼠径部リンパ節生検が行われた。

【病理組織学的所見】腫大を伴う胚中心構造が多数みられ, それらの間には多数の形質細胞浸潤を認めた. また被膜の線維性肥厚や血管増生, 被膜内やその周囲には形質細胞浸潤, 組織球, 類上皮細胞, 多核巨細胞を伴う炎症細胞浸潤を認めた. 胚中心様構造を示す部位は CD20 (+), CD10 (+), CD3 (-), Bcl-2 (-) のリンパ球の増生からなり, 反応性のリンパ濾胞であった. *Treponema* に対する免疫染色では, 螺旋菌が多数確認された. これらの所見より, 梅毒性リンパ節炎と診断された。

【捺印細胞像】中型から大型リンパ球を主体に, 小型リンパ球を伴い出現していた. これらのリンパ球に核の切れ込みや核小体の肥大などの顕著な異型は認めなかった. 所々には細胞質に核片を貪食した組織球 (TBM) が混在していた. また, 一部には好中球や形質細胞, 組織球, 多核細胞, TBM の集簇が観察された。

【まとめ】梅毒性リンパ節炎は肉芽腫性リンパ節炎の一つであるが, その細胞像についての報告は少ない. 近年, 梅毒の患者数は増加傾向にあり, そのリンパ節病変はときに悪性リンパ腫との鑑別が重要となるため, 細胞像を把握した詳細な観察が重要と思われる。

## P-1-122 上皮性腫瘍との鑑別が困難であった縦隔原発大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>1)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター胸部外科<sup>2)</sup>

○内山 篤(CT)<sup>1)</sup>, 若槻よしえ(CT)<sup>1)</sup>, 吉田えりか(CT)<sup>1)</sup>, 加藤彩子(CT)<sup>1)</sup>, 田辺 夢(CT)<sup>1)</sup>, 石崎幹子(CT)<sup>1)</sup>, 脇屋 緑(MD)<sup>1)</sup>, 塚本 哲(MD)<sup>1)</sup>, 三浦弘之(MD)<sup>2)</sup>, 芹澤博美(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】縦隔原発大細胞性 B 細胞リンパ腫 (Primary mediastinal large B-cell lymphoma: PMBL) は縦隔を主座として塊状腫瘍を形成する, 全節外性リンパ腫の中でも稀な疾患である. 組織学的には上皮性腫瘍に類似していることが知られているが細胞学的な所見の報告は少ない. 腫瘍部生検により PMBL と診断された症例を経験したので捺印細胞所見を中心に報告する。

【症例】50 歳代女性. 右上肢の違和感を自覚し, 右鎖骨部に腫瘍を認め来院. 胸部 CT では右鎖骨上窩から縦隔に 7×6×12 cm 大の巨大腫瘍を認めた. 確定診断の為, 腫瘍部生検を行った。

【病理組織学的診断】大型リンパ球のびまん性増殖像がみられた. 細い膠原線維束に区画された胞巣状で, 上皮様の配列を示していた. 免疫染色で CD20, CD23, CD30, CD45, CD79a, bcl-2, bcl-6, MUM1, TRAF1 が陽性. CD3, CD4, CD8, CD10, CD15, CD56, cyclin D1, EMA が陰性となり PMBL と診断された。

【細胞像】壊死様物質を背景に, 長径 20 μm に満たない均一な異型細胞が重積性を示す上皮様集塊や散在性に出現していた. ロゼット様構造も少数認めた. 核の長径は約 7 μm で類円型を主体とし一部に不整を認め, 核内空胞もみられた. クロマチンは粗く不均等分布を示し, 不整形大型核小体を複数有していた. 細胞質は淡く境界が不明瞭であった. 一部の細胞に核周囲明庭を認めた。

【考察】細胞像で粗いクロマチンやロゼット様構造から神経内分泌腫瘍が考えられた. 胸腺癌や未分化大細胞性リンパ腫などで上皮様の細胞集簇が認められるため鑑別に拮がった. 縦隔病変が疑われ, 上皮様の細胞集簇を認める際には PMBL の可能性を考慮する必要がある。



### P-1-123 腹膜癌の予後推定には腹水細胞診と治療開始後 CA125 変化とどちらが有用か

埼玉県立がんセンター婦人科

○宮本雄一郎(MD), 原 亜紀(MD), 富尾賢介(MD), 栗原和子(MD), 堀江弘二(MD), 横田治重(MD)

【目的】原発性腹膜癌は診断も治療も難しく、また予後も極めて不良な疾患である。腹膜癌は初診時に腹腔内または全身に病変が進展し、初回原料手術が不能、あるいは手術の効果が期待できない症例が多い。このため、まずは画像検索による原発疾患の除外と、腹水細胞診での悪性細胞の存在と CA125 上昇を確認し、pt ベースの二剤併用化学療法を開始することが多い。一般的に卵巣癌・卵管癌・腹膜癌では漿液性腺癌・類内膜腺癌では化学療法の奏功が良く、明細胞腺癌や粘液性腺癌では奏功が悪く予後が悪い印象がある。原発性腹膜癌に対し、手術適応や化学療法継続を決定するに当たり、治療への反応と予後を想定し、腹水細胞診と CA125 値の変化とどちらが有用なのかを検討した。

【方法】直近 10 年間で当院にて治療を行った原発性腹膜癌 24 例につき、腹水細胞診、治療開始前と各コース後の CA125 値、手術の有無、生存期間などを検討した。

【結果】24 例中細胞診で明細胞腺癌の診断が 3 例、中皮腫との鑑別が必要な悪性細胞が 1 例であり、それ以外は漿液性腺癌を疑う腺癌の診断であった。明細胞腺癌の症例は手術も行い、比較的予後が悪い印象はなかった。2 コース後の CA125 値が初回治療前の 1/4 以上の症例は 7 例あり、すべて手術に至ることはなく予後が悪い傾向があった。

【結論】原発性腹膜癌の治療開始後の予後予測には、腹水細胞診より CA125 値の変化が臨床的には有用である。

### P-1-124 胸水細胞診の免疫染色を根拠に婦人科で治療した漿液性癌

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>, 石田英和(MD)<sup>3)</sup>, 真崎 武(MD)<sup>3)</sup>

【目的】腹膜癌や原発不明癌で転移巣の生検組織が漿液性癌の場合、卵巣漿液性癌に準じて婦人科で治療が行われる。しかし生検が行えず体腔細胞診を唯一の根拠に担当診療科を決定することがある。今回、胸水細胞診の免疫染色を根拠に婦人科で治療した漿液性癌について後方視的に検討した。

【方法】過去 4 年間に、胸水細胞診を唯一の根拠に婦人科で治療した漿液性癌 3 例を対象とした。年齢、腫瘍マーカー値、胸水排液量、画像診断、治療経過などの臨床情報を調査し、胸水細胞診について考察した。

【結果】症例 1-3 のそれぞれで、初診時年齢は 83・73・66 歳、血清 CA125 値は 278・201・5830 U/ml、血清 CEA 値は 1.3・1.3・0.9ng/ml、胸水貯留はすべて右側で排液量は 1300・1200・1400 ml であった。胸水細胞診で 3 例すべてを漿液性癌と診断した。画像診断で症例 1-3 に多様な腹腔内結節病変を認め、それぞれ腹膜癌 IV 期・原発不明癌 IV 期・腹膜癌 IV 期と診断した。症例 1 は婦人科で緩和治療後、腫瘍死に至り、症例 2, 3 は婦人科の化学療法中で胸水は消失している。

【胸水細胞診】パバニコロウ染色：症例 1-3 で不規則重積性、核形不整、クロマチン増加を呈する腺癌細胞を認めた。免疫染色：症例 1 (塗沫標本) は ER 未検/CK7+/CK20-, 症例 2 (セルブロック) は ER+/CK7+/CK20+/WT-1+, 症例 3 (セルブロック) は ER-/CK7+/CK20±を呈した。特殊染色：アルシアン青染色で症例 2, 3 は陰性を呈した。以上から症例 1-3 を漿液性癌と診断した。

【結論】胸水細胞診を根拠に婦人科で治療した漿液性癌の細胞診断に免疫染色 ER/CK7/CK20/WT-1 が有用であった。

### P-1-125 腹水卵巣癌細胞のCD44各アイソフォーム発現量と化学療法の効果との関連性の検討

慶應義塾大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学産婦人科<sup>2)</sup>

○ 葛 幸児<sup>1)</sup>, 富永英一郎(MD)<sup>1)</sup>, 戸澤晃子(MD)<sup>2)</sup>, 赤羽智子(CT)<sup>1)</sup>, 大原 樹(MD)<sup>2)</sup>, 小林佑介(MD)<sup>1)</sup>, 平沢 晃(MD)<sup>1)</sup>, 阪埜浩司(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木 直(MD)<sup>2)</sup>, 青木大輔(MD)<sup>1)</sup>

【目的】CD44は癌細胞の接着, 運動, 増殖, 転移等に関与すると報告されている. その遺伝子は20個のエキソンから構成されており, エキソン5と16との間でバリエーション(ヒトの場合v2-v10)がスプライシングを受けた数多くのバリエーションアイソフォーム(CD44v)と全てが抜け落ちたスタンダードフォーム(CD44s)が生成される. 我々はCD44の機能解明の一環として, 卵巣癌での腹水癌細胞のCD44各アイソフォーム発現量とパクリタキセル+カルボプラチン(以下TC療法)の効果との関連性を検討した.

【方法】倫理委員会承認の下, インフォームド・コンセントが得られ, かつ十分量の腹水が得られた32例の卵巣癌患者を対象とした. 腹水採取後, 速やかに赤血球除去処理した細胞画分からRNAを分離しRT-PCRに供した. プライマーはCD44の全アイソフォームを一括で増幅するものと各アイソフォーム特異的に増幅・定量できるものを用いた.

【結果】全例でCD44アイソフォームのPCR産物のバンドが電気泳動ゲル中に検出できた. 各症例間で差が大きい4種のバンドの塩基配列を分析した. 各バンドは高分子域側からバリエーションエキソンv6-v10, v7-v10, v8-v10を含むCD44vとCD44sとして同定された. 日本婦人科腫瘍学会卵巣癌治療ガイドラインに基づきプラチナ製剤感受性(S)と抵抗性(R)が確定した19例を対象に各アイソフォームの発現量を解析した. 3種のCD44v発現量は全てR群で高値, S群で低値であり, CD44v7-v10とCD44v8-v10のS-R群間の平均値の差は有意( $p < 0.05$ )であった. それに対してCD44sの発現量はR群に比しS群で高値の傾向であった.

【総括】卵巣癌腹水の癌細胞中のCD44vがTC療法の効果に関与する事が示唆された.

### P-1-126 卵巣成熟嚢胞性奇形腫より発生した甲状腺由来Papillary carcinomaの1例

社会医療法人雪の聖母会聖マリ病院病理・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>

○ 中野祐子(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>, 大田桂子(CT)<sup>1)</sup>, 榎田明美(CT)<sup>1)</sup>, 木村芳三(MD)<sup>2)</sup>, 檜垣浩一(MD)<sup>2)</sup>

卵巣成熟嚢胞性奇形腫(以下MCT)の構成成分からの悪性腫瘍の発生頻度は約1~2%とされている. 今回, MCTより発生した甲状腺由来Papillary carcinomaの1例を経験したので報告する.

【症例】40歳代・女性. 既往歴: 右卵巣腫瘍核出術. 43歳バセドウ病. 1年前より, 子宮頸部異形成, 両側卵巣腫瘍を経過観察されていたが, 甲状腺クリーゼにて当院紹介入院となった. MRIにて骨盤内左側に163×175mm, 右側に81×72mmの嚢胞性病変を認め, 左卵巣由来の漿液性腺腫ならびに右卵巣内膜症性嚢胞が疑われたが, CA19-9が高値を呈し悪性の可能性を否定できず両側卵巣・子宮頸部円錐切除術が施行された.

【右卵巣術中捺印細胞診】出血性背景に泡沫細胞や異型に乏しい腺細胞集塊と共に一部重積性を呈する細胞集塊を認めた. これらは核密度が高く, 核クロマチンはすりガラス状で一部に核内細胞質封入体, 核溝が観察された. また, コロイド物質や石灰化物を認め甲状腺のPapillary carcinomaに類似する細胞像であった.

【病理組織所見】左卵巣は漿液嚢胞腺腫と診断された. 右卵巣は壁に結節を有する単房性嚢胞状腫瘍を呈し, コロイドを貯めた濾胞上皮からなる甲状腺組織や角化型重層扁平上皮や多列絨毛上皮, 脂肪組織, 平滑筋を認めた. 壁に結節部の一部で乳頭状構造を呈する上皮の増殖を認め, 核溝や核内封入体が散見され, 石灰化や砂粒体を認めたことから奇形腫内の甲状腺由来Papillary carcinomaと診断した.

【まとめ】MCTの悪性転化は閉経後が多く, 80%を扁平上皮癌が占める. 自験例は閉経前で甲状腺由来の腺腫というまれな組織型であったが, 悪性転化を念頭に置き詳細に細胞を観察することにより診断し得た症例と考える.

### P-1-127 鎖骨上窩リンパ節に再発を来した卵巣境界悪性腫瘍の1例

大阪医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 大阪医科大学病理学教室<sup>2)</sup>

○藤原聡枝(MD)<sup>1)</sup>, 丸岡 寛(MD)<sup>1)</sup>, 芦原敬允(MD)<sup>1)</sup>,  
田中良道(MD)<sup>1)</sup>, 田中智人(MD)<sup>1)</sup>, 寺井義人(MD)<sup>1)</sup>,  
山田隆司(MD)<sup>2)</sup>, 大道正英(MD)<sup>1)</sup>

未経妊の若年者における卵巣境界悪性腫瘍は、日常臨床では妊孕性温存手術が選択されることが多い。今回妊孕性温存術後に右鎖骨上窩リンパ節に再発を来し、細胞診により診断を得た症例を経験したので報告する。症例は29歳、未経妊。17歳時に両側卵巣腫瘍の診断で前医で手術が行われた。右付属器を摘出し術中迅速診断で境界悪性腫瘍であったが妊孕性温存希望のため左卵巣腫瘍摘出、大網切除術が施行された。最終診断は卵巣境界悪性腫瘍 (serous borderline tumor, FIGO IIIC 期) の診断で術後化学療法が行われた。3年後、温存した対側卵巣に再発し、左付属器摘出を行い同様に化学療法が行われている。その後病変無く経過し初回治療より11年後に転居に伴い当院へ紹介となる。初回治療より12年後、右鎖骨上窩リンパ節の腫大が18mm大の腫大を認めPET-CT検査を行ったが集積を認めなかった。しかし3ヵ月後に触知可能な25mm大に増大したため、穿刺細胞診を施行した。出血性の背景に上皮性の細胞集塊を形成し、核形は不整で核の偏在があり卵巣腫瘍の再発と考えた。鎖骨上窩リンパ節の腫大による圧迫症状の軽減と組織型確定の目的で摘出術を施行した。立方形の腫瘍細胞が乳頭状に増殖し原発巣と同様の構造であった。現在、右鎖骨上窩リンパ節が再度40mm大に増大し同部位に放射線照射施行中である。卵巣境界悪性腫瘍に対し妊孕性温存目的とし腫大卵巣の腫瘍部位のみ摘出を行った場合、再発率は約30%と高い。そのほとんどは腹腔内の再発であり、本疾患のように腹腔内を超えリンパ節へ再発を来した症例は非常に稀である。画像のみでは診断が不能であり細胞診を行うことでより正確な診断が可能であると考えた。

### P-1-128 進行卵巣癌の治療選択に子宮内膜細胞診が果たす役割について考える

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>

○佐治晴哉(MD)<sup>1)</sup>, 伊集院昌郁(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>

【緒言】進行卵巣癌でも約半数は腹水細胞診が陰性との報告がなされている一方、特に腹水を伴わない卵巣癌の術前診断に子宮内膜細胞診が有用であることは知られている。今回我々は、遠隔転移を認める進行卵巣癌症例において、子宮内膜細胞診で子宮外腺癌を検出したことを根拠に術前化学療法を施行し、手術療法と併せた治療を行った症例を経験したので報告する。

【症例】42歳女性、0経妊0経産。下腹部痛と膨満感を主訴に近医受診し、卵巣腫瘍の診断にて精査加療目的に当科初診となった。経陰エコー上径10cm大で充実性成分を含む両側卵巣腫瘍を認め、卵巣癌疑いにて精査を進めたところ、CT検査にて多発肺転移と脳転移を示唆する所見を認めた。播種病巣や腹腔内腫瘍像、更に腹水貯留はいずれも認めなかったが、子宮内膜細胞診にて正常内膜と共に子宮外腺癌を疑うクラスターを認めたため、原発性卵巣癌 IVB 期の診断にて化学療法の方針となった。PTX+CBDCA療法3コース施行したところ、脳転移は消失、多発肺転移及び卵巣腫瘍は著明に縮小したため、骨盤リンパ節郭清を含む debulking surgery を施行した。術中播種病変や腹水貯留は認められず、洗浄腹水細胞診は陰性、肉眼的に optimal surgery であった。最終病理診断にて漿液性腺癌と診断し、現在化学療法を続行中である。

【まとめ】進行卵巣癌においては躊躇なく化学療法と手術療法による集学的治療を開始することが望ましい。腹水を伴わない進行卵巣癌において特に播種病変がみられない進展形式を呈する場合には病理学的確証を得るための子宮内膜細胞診は有用である。

**P-1-129 卵巣原発混合型小細胞癌の 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

○河野孝志(CT), 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),  
松崎直美(MD), 弓場吉哲(MD)

【はじめに】卵巣原発小細胞癌は非常に稀で, 進行期 1 期の 5 年生存率は約 30% と予後が悪い腫瘍とされる。我々は本腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】60 代女性。CT にて最大径 3 cm の右卵巣の腫瘍を指摘。周囲のリンパ節腫脹, 播種病変はなく, 子宮底部と卵巣との間に病変が存在するように見られることから, 卵管癌の可能性も考え, 単純子宮全摘, 両側付属器切除, 大網切除, 腹膜播種結節を疑う腫瘍切除, 骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術施行。

【術中迅速腹水細胞像】孤立散在性や不規則重積性に核腫大を示す異型上皮細胞が多数認められた。核形不整や細顆粒状に増加したクロマチンを認め, 一部に木目込み様配列を示す集塊も見られた。細胞像から adenocarcinoma や neuroendocrine carcinoma を疑った。

【捺印細胞像】出血性背景の中に, 裸核様の上皮性細胞を認めた。木目込み様配列や核線も確認された。核異型は目立たなかった。

【切除材料組織所見】大部分が充実性増殖を示す異型細胞を認めた。酵素抗体法で, chromogranin A や synaptophysin は陰性だが, CD56 や TTF-1 が陽性, CAM5.2 や MOC-31 が一部で陽性, Ki-67 陽性率は 80-90% で small cell carcinoma, pulmonary type と考えられた。また一部スリット状の間隙を伴う腺腔構造が認められた。酵素抗体法で, ER や WT-1 陰性だが, p16 が一部で陽性, p53 陽性となった。High-grade serous carcinoma (serous adenocarcinoma) と考えられた。

【まとめ】卵巣原発小細胞癌は発生頻度が稀で術中迅速診断が困難であるが, 高悪性度のため, 術中迅速診断の価値が高く, 細胞所見の理解が必要と考える。

**P-1-130 術中迅速診断時に捺印細胞診の併用が有用であったセルトリ・ライディッヒ細胞腫の 1 例**

国立病院機構高崎総合医療センター

○土橋実加(CT), 宮永朋実(MD), 遠藤 隆(CT),  
原田邦彦(CT), 田中優子(MD), 小川 晃(MD)

セルトリ・ライディッヒ細胞腫は, 全卵巣腫瘍の 0.5% 程度と稀な腫瘍である。今回, 術中迅速診断時に捺印細胞診を併用することによって, 術式決定上, 妥当な報告ができた本腫瘍の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳, 女性。子宮筋腫及び左卵巣嚢腫にて子宮全摘出及び左卵巣摘出の既往歴あり。DVT 検索目的の CT で右卵巣腫大が認められたため, 当院婦人科に紹介された。画像検査にて充実性腫瘍が認められ, 右付属器摘出手術が施行された。

【術中迅速診断】肉眼所見: 黄白色, 褐色, 白色調部が混在する分葉状充実性腫瘍であった。捺印細胞診所見: 類円形核を有する細胞の多くが充実性~孤立散在性に出現していた。一部で管腔様構造がみられた。細胞質は淡く, 細胞境界は不明瞭であった。核は一様で, クロマチンは細顆粒状, 1~2 個の明瞭な核小体がみられた。組織所見: 線維性組織内に類円形核を有する細胞が充実性胞巣や腺管様, 索状, 網目状, 島嶼状構造を形成していた。核異型は軽度で, 核分裂像は目立たなかった。細胞診所見を重視し性索間質性腫瘍を疑ったが, 組織構造から表層上皮性腫瘍も完全には否定できなかったため, 組織型確定せず境界悪性腫瘍相当と報告された。

【手術検体の組織所見】術中迅速組織診と同様の核・細胞質所見および出現パターンを示した。免疫染色は, carletinin(+),  $\alpha$ -inhibin(+), EMA(-)であり, Ki-67 標識率は 1%未満であった。以上から, 中分化型セルトリ・ライディッヒ細胞腫と診断された。

【まとめ】卵巣腫瘍では多くの組織型があり, 術中迅速診断が難しいことがある。本症例から経験頻度の少ない腫瘍では, 術中迅速診断時の捺印細胞診は診断の一助になると思われた。



### P-1-131 判定に苦慮した Ovarian seromucinous carcinoma 症例の腹水細胞像

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・臨床検査科<sup>2)</sup>

○米岡 完(MD)<sup>1)</sup>, 渡邊麗子(MD)<sup>2)</sup>, 植原貴史(MD)<sup>1)</sup>, 小林沙織(CT)<sup>2)</sup>, 千木良浩志(CT)<sup>2)</sup>, 吉田 裕(MD)<sup>2)</sup>, 石川光也(MD)<sup>1)</sup>, 池田俊一(MD)<sup>1)</sup>, 佐々木直志(CT)<sup>2)</sup>, 加藤友康(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】 卵巣の seromucinous carcinoma は漿液性上皮と内頸部様粘液性上皮への分化が主体の癌で, 類内膜型や扁平上皮, 明細胞型上皮が混在することもある腫瘍である。腹水細胞診の判定に苦慮した卵巣の seromucinous carcinoma 症例を経験したので報告する。

【症例】 52歳の経産婦で, 卵巣癌を疑われ当院に紹介受診となった。開腹手術を施行したところ, 淡黄色透明の腹水を認め, 右卵巣腫瘍は11 cm 大で破綻はなく直腸と固着し, 骨盤腹膜, 小腸間膜, 横隔膜に5 mm 以下の播種結節を認めた。単純子宮全摘, 両側付属器切除, 大網部分切除, 低位前方切除, 播種結節切除, 骨盤内リンパ節生検を施行した。

【細胞所見】 炎症細胞やオレンジ G 好性細胞を背景に, N/C 比の高い異型細胞が集塊または散在性に出現していた。あわせて泡沫状細胞質を有し, 核偏在性の異型細胞やライトグリーン好性の厚みのある細胞質を有する異型細胞も見られるなど多彩であった。これらは免疫染色で Ber-EP4 陽性を示した。

【組織所見】 扁平上皮への分化傾向を呈しながら, N/C 比の高い円柱上皮細胞で構成される乳頭状, 管状, 篩状構造を認め, その他に粘液を含有した円柱上皮細胞の単層性配列や広い間質を伴う乳頭状増殖領域を認めた。圧排性浸潤像に加え浸潤性腺癌像も一部に観察された。腹膜播種巣も散見された。扁平上皮への分化傾向が顕著な seromucinous carcinoma と診断した。

【考察】 腹水細胞像のみでは異型細胞が腫瘍由来か否かの判断に苦慮したが, 腫瘍本体との比較により腫瘍由来細胞と理解でき陽性と判定した。卵巣腫瘍は多彩な組織像を呈するため, 腹水細胞診は腫瘍本体の組織像をふまえて診断することが重要であると考えられた。

### P-1-132 卵巣原発 serous psammocarcinoma 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>, 古武陽子(MD)<sup>1)</sup>, 永沢崇幸(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤誠也(MD)<sup>1)</sup>, 千葉淳美(MD)<sup>1)</sup>, 石田和之(MD)<sup>2)</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】 Serous psammocarcinoma (砂粒癌) は卵巣および腹膜原発漿液性癌の特殊型であり, 組織学的に砂粒小体 (psammoma body) が著しく多数みられる疾患である。その予後は通常の漿液性癌に比して良好と考えられているものの, 非常に稀な疾患であるためその病態については不明な点も多い。今回, 卵巣原発 serous psammocarcinoma の1例を経験したので報告する。

【症例】 59歳, 女性, 1経妊1経産, 閉経50歳。腹部膨満感を主訴に当科を受診した。経腔超音波検査およびCT検査にて, 右付属器領域に11×14 cm の多房性腫瘍を認めた。嚢胞内には, 著明な石灰化を伴う乳頭状の充実成分がみられた。腫瘍マーカー検査では, CA19-9が1987 U/ml, CA125が1861 U/ml と上昇していた。右卵巣癌を疑い, 単純子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 骨盤および傍大動脈リンパ節郭清, 大網切除術を施行した。術後の検索で, 右卵巣原発 serous psammocarcinoma と診断した。FIGO 進行期はIC2期であったため, 術後補助化学療法を追加した。現在, 再発兆候はみられず外来にて経過観察中である。

【細胞所見】 腫瘍捺印細胞診では, 比較的きれいな背景に類円形の腫瘍細胞が乳頭状集塊を形成し出現していた。核は比較的均一で類円形を呈し, N/C 比は低かった。砂粒小体ははっきりしなかった。以上の所見から, 低異型度漿液性癌を推定した。

【組織所見】 軽度ないし中等度の細胞異型を示す単層立方状の腫瘍細胞が, 腺管状あるいは乳頭状に増殖し, 間質浸潤を伴っていた。また, 間質には全体の75%以上を占拠する砂粒小体が観察された。以上の所見から, serous psammocarcinoma と診断した。

## P-1-133 Seromucinous tumor の 3 例

帝京大学医学部附属病院病院病理部

○大越 卓(CT), 笹島ゆう子(MD), 向山淳児(CT),  
宮田佳奈(CT), 笠井亮子(CT), 小島 貴(CT),  
赤嶺 亮(CT), 河野純一(CT), 石井美樹子(CT),  
近藤福雄(MD)

【はじめに】 Seromucinous tumor の 3 例を経験し, その腫瘍捺印細胞像を観察し得たので報告する.

【症例 1】 50 代. 多房嚢胞性卵巣腫瘍.

【症例 2】 40 代. 多房嚢胞性卵巣腫瘍. 症例 1, 2 の細胞所見: 2 例ともに線毛あるいは粘液を有する上皮が見られ, 症例 1 では軽度の核異型を伴った扁平上皮系細胞が見られた. 症例 2 では核異型を示す扁平上皮系細胞が多く出現し, 間質軸を持つ乳頭状集塊も認められた. 2 例とも背景にはヘモジデリン貪食組織球が目立った. 症例 1, 2 の組織所見: 症例 1 では異型に乏しく線毛を有する立方上皮や粘液を有する腺上皮が, 症例 2 では漿液性, 粘液性, 扁平上皮等の多彩な上皮が浮腫状の間質を軸として乳頭状構造を示して増殖する像を認める. いずれも背景には内膜症を伴う. 2 例とも seromucinous borderline tumor と診断された.

【症例 3】 40 代. 両側多房嚢胞性卵巣腫瘍. 症例 3 の細胞所見: 壊死性背景に, 泡沫状及び淡明な細胞質を持ち, 核異型, 核小体の目立つ腺系異型細胞と, 核異型の強い扁平上皮系異型細胞が見られた. 術中腹水細胞診においては, これらに加えて異型角化細胞も見られた. 症例 3 の組織所見: 扁平上皮や粘液性, 漿液性などへの分化を示す異型上皮が, 乳頭状に増殖あるいは線維性間質内に浸潤性に増殖する像を認める. 背景に内膜症を伴う. 上皮の構成成分および浸潤性増殖より seromucinous carcinoma と診断された.

【結語】 Seromucinous tumor の多くは境界悪性腫瘍であるが, 今回境界悪性ととともに悪性例 (seromucinous carcinoma) も経験し, これらの細胞像を比較検討することができた.

## P-1-134 術後急激に進行し, 化学療法を施行した卵巣原発肺型小細胞癌の一例

札幌医科大学産婦人科

○岩崎雅宏(MD), 郷久晴朗(MD), 秋元太志(MD),  
寺田倫子(MD), 寺本瑞絵(MD), 田中綾一(MD),  
齋藤 豪(MD)

卵巣小細胞癌は稀な疾患であり, 予後不良であることが知られている. 肺型と高カルシウム型の二型があり, 両者とも予後不良とされるが症例数が少なく治療法が確立されていない. 症例は 58 歳女性. 下腹部痛を主訴に前医を受診し, 経陰超音波検査で卵巣癌が疑われ当院紹介となった. MRI 検査にて左卵巣に 8 cm 大の内部に充実成分を伴う腫瘍を認め, CT 検査では傍大動脈リンパ節腫大を認めた. 腹式子宮全摘出術+両側付属器切除術+大網部分切除術+直腸表面の多発播種巣の腫瘍減量術を施行した. 直腸表面に最大 4 cm の播種巣が多発し, 完全摘出不能であった. 病理組織検査では, N/C 比が高い小型細胞が索状・リボン状に配列し, 肺小細胞癌に類似した所見であった. 対側卵巣, 子宮頸部および体部, 腹腔内播種巣も同様の組織像を呈し, 腹水細胞診陽性であり, 卵巣原発肺型小細胞癌 III C 期の診断となった. 術後化学療法の施行前に CT 検査を再検し, 残存病巣の急激な増大と新たに多発肝転移と肺転移を認めた. 肺小細胞癌の標準的治療に倣い, 術後追加治療としてシスプラチン・イリノテカン療法を施行する方針となり, 3 コース終了時点では腫瘍マーカーは陰性化し CT 検査で残存病巣は明らかに縮小していた. 9 コースまで治療を継続したが, 終了時の CT 検査で多発遠隔転移を認めていた. その後, レジメンをカルボプラチン・エトポシド療法に変更して行ったが効果を認めなかった. 今回, 術後急激に進行し, 化学療法が一旦は奏功した卵巣原発肺型小細胞癌の一例を経験したので報告する.

### P-1-135 卵巣境界悪性型漿液性腫瘍微小乳頭状亜型の1例

四国がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 四国がんセンター臨床検査科<sup>2)</sup>, 四国がんセンター病理科<sup>3)</sup>

○大亀真一(MD)<sup>1)</sup>, 竹原和宏(MD)<sup>1)</sup>, 山本珠美(CT)<sup>2)</sup>, 田中慎一(CT)<sup>2)</sup>, 岡本奈美(CT)<sup>2)</sup>, 白山裕子(CT)<sup>1)</sup>, 藤本悦子(MD)<sup>1)</sup>, 横山貴紀(MD)<sup>3)</sup>, 西村理恵子(MD)<sup>2)</sup>, 寺本典弘(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】卵巣境界悪性型漿液性腫瘍微小乳頭状亜型(Serous borderline tumor-micropapillary variant/Non-invasive low-grade serous carcinoma, 以下 SBT-MV, non-invasive LGSC)は, 2014年に改訂されたWHO病理組織分類に記載されたSBTの一亜型であり, LGSCの前段階の病変と考えられている稀な疾患であり, 細胞像についての検討は少なく細胞診による組織型推定は困難である。SBT-MVと診断した症例の腹水細胞像について検討した。

【症例】35歳, 検診時の経膈超音波検査で卵巣腫瘍を疑い, 精査を施行した。MRIでSBTが疑われ, 手術を施行した。肉眼的所見では右卵巣から外向性に発育する乳頭状腫瘍で卵巣は正常に保たれていた。組織診では, 硝子化を伴う腫瘍間質を乳頭状の漿液性上皮が覆い, 間質の破壊はみられなかった。免疫組織化学染色ではMIB1 indexが低く, p53もsporadicな染色形態であり, SBT-MVと診断した。腹水細胞診では, 砂粒体を伴う小乳頭状集塊が多く観察され, 細胞質は淡く空胞も認められる。核の大小不同はなく, クロマチンや核小体は目立たず, 異型に乏しい核が観察された。

【まとめ】高悪性度漿液性癌の細胞像とは異なる像が観察された。より詳細な検討のために, LGSCを含めた多数例の細胞像の検討が必要である。

### P-1-136 腹水セルブロックにて病期変更された卵巣癌の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科

○永江世佳(MD), 柳田 聡(MD), 田中優子(MD), 上井美里(MD), 後藤ちひろ(MD), 齋藤良介(MD), 日高三和(MD), 森本恵爾(MD), 黒田 浩(MD), 儀西成治(MD)

【緒言】卵巣癌における腹水および洗浄腹水細胞診の主な目的は腫瘍細胞の有無の判定である。しかし, 細胞診所見のみでは腫瘍細胞と反応性中皮細胞や組織球との判別は困難な事も多く, 組織型の判定や原発巣の推定に関しては, セルブロック作成による診断が有用である。今回, 複数回の腹水細胞診でのセルブロック作成により, 卵巣癌の病期診断, 治療方針が変更になった症例を経験したので報告する。

【症例】65歳女性, 腹満・食欲低下にて当科紹介, 緊急入院となった。入院時, 腹満著名で内診では腹水のため明らかな卵巣腫瘍の触知はせず, MRIにて右付属器に長径10cm嚢胞性病変, CTにて大量胸腹水を認めた。腹水の抜水と腹水セルブロックを作成し検査を繰り返すも悪性細胞は認めなかった。右卵巣癌, 腹膜播種, 癌性腹膜炎疑いにて手術施行し, 術中迅速組織診断にてHigh grade carcinomaを認め, 腹式単純子宮全摘術+両側付属器切除術+骨盤内リンパ節廓清術+大網切除術を施行した。術後病理診断では卵巣癌 Endometrioid adenocarcinoma G3 T1a pN0 M0, 術中の腹水細胞診はPapanicolaou染色にてclass IIであるも同時に施行した腹水セルブロック検体のHE染色においてadenocarcinoma, 免疫染にてCA125(+), Vimentin(-)であった。病期はIc3期と診断された。術後TC療法6コース施行し, 現在外来フォロー中であるが再発なく経過している。

【結語】セルブロックを繰り返し提出する事で, 病期分類が変更された症例を経験した。セルブロックによる腹水細胞診検査は, 有用な検査であると考えられる。

### P-1-137 子宮頸部細胞診異常を契機に発見された再発卵巣癌の 1 例

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>, 大林千穂(MD)<sup>2)</sup>, 小林 浩(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】卵巣癌の転移経路としては、腹膜播種やリンパ行性が多いと報告されている。今回、卵管及び子宮内膜を這うように進展した腫瘍細胞が、子宮頸部細胞診で AGC と判定され、子宮摘出後の病理学的検討において、卵巣癌の再発・播種病巣であると診断された症例を報告する。

【症例】40 歳代女性。0 経妊 0 経産。10 年前に左卵巣腫瘍摘出術を施行された(境界悪性粘液性腫瘍)。3 年前に左卵巣腫瘍に対して左付属器切除を施行され、境界悪性粘液性腫瘍(腹水細胞診陰性)と診断された。本人の希望でその後経過観察となった。外来経過観察中、子宮頸部細胞診を施行したところ、円柱状で細胞質内に粘液を有し、核腫大及び核クロマチン増量が見られ、核小体を 1 個認める異型細胞が小集塊を形成し出現していた。AGC と判定された。腫瘍マーカーは、SCC : 3.5ng/ml と上昇を認めた。MRI では再発・播種を疑う所見は認めなかった。子宮、右付属器切除及び大網切除術が施行された。肉眼的に病変部を指摘できなかったが、全割標本を作製し検討したところ、右卵管采、卵管、子宮内膜及び頸部に、不連続に上皮内進展を示す高円柱状の異型粘液上皮を認めた。腹水細胞診では異型腺細胞が検出された。病理組織学的検討及び学会での検討を踏まえ、卵巣粘液性腫瘍(卵巣癌)の再発・播種病巣と診断された。

【考察】AGC を契機に付属器の悪性腫瘍、腹膜癌や乳癌が発見されたとの報告がある。本症例は、再発卵巣癌が卵管、内膜、子宮頸部を上皮内進展した結果、子宮頸部細胞診で AGC として検出された症例であり、細胞診での術後経過観察が有用であったと考える。

### P-1-138 子宮頸部上皮内腺癌の重複発生が疑われた卵管原発粘液性腺癌の一例

東京大学医学部附属病院女性診療科・産科/女性外科<sup>1)</sup>, 東京大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>

○上原真里(MD)<sup>1)</sup>, 長阪一憲(MD)<sup>1)</sup>, 谷川道洋(MD)<sup>1)</sup>, 宮坂亜希(MD)<sup>1)</sup>, 森田茂樹(MD)<sup>2)</sup>, 足立克之(MD)<sup>1)</sup>, 有本貴英(MD)<sup>1)</sup>, 織田克利(MD)<sup>1)</sup>, 大須賀穰(MD)<sup>1)</sup>, 藤井知行(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】原発性卵管癌は婦人科悪性腫瘍の 0.14-1.8% と稀な疾患である。その組織型は漿液性腺癌が多く、粘液性腺癌は 3-7.8% に過ぎない。今回我々は子宮頸部上皮内癌と重複発生した可能性のある卵管原発の粘液性腺癌の一例を報告する。

【症例】73 歳 2 経産。不正出血と頸部・内膜細胞診にて腺癌を認めた。CT・MRI 検査では子宮右側に径 3 cm 大の腫瘍性病変と傍大動脈リンパ節腫大、PET-CT では縦隔リンパ節に集積を認めた。右卵巣癌 IVB 期の診断で手術を行った。

【細胞所見】子宮頸部細胞診では炎症細胞と共に淡明泡沫状細胞質と類円形腫大核を有する異型細胞の小塊を認め、核はクロマチン増加、明瞭な核小体を有していた。子宮内膜細胞診は核の腫大や大小不同、クロマチン増加を呈する異型細胞の集塊を認めた。いずれも腺癌の診断であった。

【組織所見】右遠位卵管に充実性腫瘍を認めた。大小の異型腺管や乳頭状構造を形成し、粘液産生の豊富な腺癌の像で、卵管内に限局し、卵管采で露出していた。脈管侵襲を認めた。子宮頸部には全周性に上皮内腺癌を認め、卵管腫瘍と同様の粘液を含む腫瘍細胞増殖を認めた。間質・脈管侵襲は認めなかった。右遠位卵管と子宮頸部の病変は連続性を認めなかったが、免疫染色はいずれも p16 陽性で、同一起源の可能性が考えられた。一方 MUC6 は卵管で陽性、子宮頸部で陰性で、重複発生の可能性もあり得た。なお HPV 感染は免疫組織化学では明らかでなかった。

【結語】卵管癌では落屑による子宮頸部細胞診異常を生じやすいとされるが、本例では子宮頸部上皮内腺癌を同時に認めた。近年、婦人科領域において粘液性病変が同時多発する概念が指摘されており、本例の病態を解明する必要がある。



### P-1-139 子宮頸部・子宮内膜細胞診に腫瘍細胞を認めた卵管漿液性癌の2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>

○原武晃子(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤園江(CT)<sup>1)</sup>, 塚本孝久(CT)<sup>1)</sup>,  
武井美和(CT)<sup>1)</sup>, 鶴野由華(CT)<sup>1)</sup>, 高橋光彦(CT)<sup>1)</sup>,  
西田直代(MD)<sup>2)</sup>, 木村芳三(MD)<sup>2)</sup>, 檜垣浩一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】卵管癌は婦人科悪性腫瘍の中で発生頻度1%前後と稀で、術前診断の困難な腫瘍の一つである。今回我々は子宮頸部・内膜細胞診が卵管癌の診断の契機となった2例を経験したので、その細胞像を中心に報告する。

【症例1】60歳代・女性。検診目的で当院産婦人科を受診。子宮頸部細胞診にてAGC, 再検にて頸部・内膜細胞診ともにadenocarcinomaの診断であった。画像検査では子宮・卵巣に原発巣を疑う所見に乏しく、腹膜癌疑いにて開腹手術を施行した。

【症例2】80歳代・女性。1年6ヶ月前に当院消化器内科で胃癌に対してESD施行。2ヶ月前より腹部膨満感、疼痛が出現し、腹水細胞診と子宮内膜細胞診にてadenocarcinomaと診断した。画像検査にて右卵巣腫瘍が疑われ、開腹手術が施行された。

【細胞像】症例1. 初回子宮頸部細胞診：少数の核腫大し核形不整で明瞭な核小体を有する異型腺細胞を認めた。2回目子宮頸部・内膜細胞診：乳頭状集塊で出現するN/C比大、核クロマチンが増加した腫瘍細胞を認めた。症例2. 子宮頸部・内膜細胞診：頸部細胞診では異型細胞を認めなかったが、内膜細胞診で萎縮性内膜細胞を背景に小集塊で出現する核形不整で核クロマチンが増加した腫瘍細胞を認めた。

【組織診断】症例1は左卵管に、症例2は両側卵管に異型上皮の乳頭状・充実性増殖を認め、Serous adenocarcinomaと診断された。

【まとめ】今回術前に卵管癌を推定することはできなかったが、子宮頸部や体部細胞診に腫瘍細胞が出現し、原発巣が不明の場合、卵巣や子宮に加え卵管も考慮すべきと考える。

### P-1-140 子宮頸部擦過細胞診が診断の契機となった卵管原発腺扁平上皮癌の1例

立正佼会会附属佼成病院産婦人科<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部産科婦人科<sup>2)</sup>

○金田由香子(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木 淳(MD)<sup>1)</sup>,  
村田栄一郎(CT)<sup>1)</sup>, 當眞嗣陸(CT)<sup>1)</sup>, 井上慶子(MD)<sup>1)</sup>,  
百村麻衣(MD)<sup>2)</sup>, 小林陽一(MD)<sup>2)</sup>, 二階堂孝(MD)<sup>1)</sup>,  
木村英三(MD)<sup>1)</sup>

我々は術前の原発診断に苦渋したが、子宮頸部擦過細胞診が診断の契機となった卵管原発腺扁平上皮癌の1例を経験した。症例は38歳、女性、未妊。前医にて約1年半前に両側子宮内膜症性卵巣嚢腫に対して両側嚢腫摘出術を施行し、病理組織学診断では悪性所見は認めなかった。術後経過観察中に卵巣腫瘍および後腹膜から直腸周囲へ進展する骨盤内腫瘍が発症し、当院婦人科へ紹介となった。当院精査にて画像診断上、卵巣腫瘍は悪性を疑う所見であり、直腸周囲の骨盤内腫瘍は大腸粘膜生検では扁平上皮の増殖性病変を認めた。卵巣腫瘍および後腹膜腫瘍の原発の診断に苦渋したが、初診時の子宮頸部擦過細胞診で扁平上皮癌の細胞像を認めたが、子宮頸部病変は認めず、さらに腫瘍マーカーのSCCの上昇も認めた。診断目的で腹腔鏡下に骨盤腫瘍の生検術を施行し、卵巣生検の術中迅速病理診断にて扁平上皮癌を認め、左付属器切除を施行した。摘出卵巣腫瘍の病理組織検査では大部分が高分化扁平上皮癌から構成され、さらに一部に高異型度粘液性腺癌を認め、卵管粘膜に腺癌の上皮内病変を認めたため、卵管原発の腺扁平上皮癌と診断した。免疫組織化学的にはcytokeratinはCK7(+), CK20(-); その他もestrogen receptor(+), progesterone receptor(+), HBME(-), WT1(-)であり、直腸粘膜生検の免疫組織化学的プロファイルでも同様の形式を認めたため、卵管原発の腺扁平上皮癌と診断した。その後の治療経過では化学療法3コース施行後に腫瘍減量術およびstaging laparotomyを施行した。本症例では子宮頸部擦過細胞診の扁平上皮癌の細胞診像が診断の契機となり、大部分が扁平上皮癌からなる卵管原発の腺扁平上皮癌と診断した。

### P-1-141 子宮内膜細胞診を契機に診断された卵管癌の 1 例

東京慈恵会医科大学産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学病理学講座<sup>2)</sup>

○後藤ちひろ (MD)<sup>1)</sup>, 黒田高史 (MD)<sup>1)</sup>, 山田恭輔 (MD)<sup>1)</sup>, 清川貴子 (MD)<sup>2)</sup>, 深澤 寧 (MD)<sup>2)</sup>, 萬 昂士 (MD)<sup>2)</sup>, 上田 和 (MD)<sup>1)</sup>, 斎藤元章 (MD)<sup>1)</sup>, 岡本愛光 (MD)<sup>1)</sup>

【緒言】卵管癌は下腹部痛・水様性帯下・不正性器出血などを呈することが多いが, 少なくとも 5% の症例は無症状で診断される. 今回, 無症状で子宮内膜細胞診を契機に診断された卵管癌の 1 例を経験したので報告する.

【症例】50 歳女性, 2 回経産. 検診時の子宮内膜細胞診が陽性のため, 子宮体癌を疑われ紹介受診となった. 子宮内膜細胞診では, シート状で異型のない内膜細胞を背景に, 大型異型細胞集塊を 1 か所にのみに認めた. 異型細胞は, 大型でクロマチンの増量と明瞭な核小体を有し高度の細胞異型を示し, 細胞質は比較的豊富・空胞状で腺癌を考える像であった. 内膜腺癌の典型像とは異なっていたため, 精査目的で子宮頸管内および子宮内膜搔爬術を行った. 組織像は異型細胞の小集塊を少量認めるのみで子宮原発腺癌の確定には至らなかった. 画像診断でも子宮に悪性所見はなかった. しかし, 骨盤 MRI で左付属器領域に悪性を疑う所見を認め, 手術を行った. 開腹時に左卵管采に径 1.5 cm の腫瘤を認め, 術中迅速病理組織診では高異型度漿液性癌と診断された. 左卵管癌の診断のもと, 根治術を施行した. 術後最終診断は, 左卵管高異型度漿液性癌, pT3cpN0, IIIC 期であった. 術後補助化学療法を施行した. 術後 1 年 4 ヶ月の時点で再発はなく経過観察中である.

【考察】本症例では, 子宮内膜細胞診で癌細胞を認めたが, その出現の仕方や細胞の形態から子宮以外の悪性腫瘍が疑われた. 画像診断と術中迅速病理診断から適切な術式を選択することができた.

【結語】子宮内膜細胞診で子宮体癌の典型像と異なる癌細胞を認める場合は, 子宮以外の原発巣も鑑別に挙げる必要がある.

### P-1-142 腹膜播種がサルコイド反応のみであった卵管類内膜腺癌の一例

聖マリアンナ医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病院病院病理部<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医科大学診断病理学教室<sup>3)</sup>

○横道憲幸 (MD)<sup>1)</sup>, 戸澤晃子 (MD)<sup>1)</sup>, 吉岡範人 (MD)<sup>1)</sup>, 大原 樹 (MD)<sup>1)</sup>, 大熊克彰 (MD)<sup>1)</sup>, 大川千絵 (CT)<sup>2)</sup>, 小泉宏隆 (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>

【緒言】術前に卵巣癌 IIIC 期が疑われたが腹膜播種はサルコイド反応 (sarcoid reaction 以下, SR) を伴った肉芽腫のみの卵管癌であった症例を経験したので報告する.

【症例】46 歳, 0 経妊, 既往歴なし, 2 か月前からの発熱と腹部膨満感のため前医を受診し, 原発不明癌の疑いで当院紹介となった. 精査後に卵巣癌を疑い, 手術を施行した. 術中所見で両側卵管腫大及び肝表面, 腸表面, 大網に最大径 2 cm を超える無数の播種性病変が認められたことから, 基本術式及び腹腔内播種切除術を施行した. 卵管癌 IIA 期 (類内膜腺癌), pT2aN0M0 であった.

【術中捺印細胞診】腫瘍断面の捺印細胞診は, 左卵管嚢胞部では間質細胞とともに異型に乏しい類円形核を有した細胞が重積性から散在性に認められ卵管癌が疑われた. 一方, 左卵管充実部では多数の類上皮細胞とリンパ球が認められ, 嚢胞部と同様の異型細胞が少数混在していたため, 卵管癌と肉芽腫の併存が考えられた.

【術中迅速組織診断】腫瘍の大部分は肉芽腫で卵管内に腺癌の存在を認めた.

【病理組織所見】腫大した両側卵管に中分化腺癌が認められた. 腺管は管状構造を示し, 核異型は比較的軽度であった. 免疫染色上, 腫瘍細胞は p53 陰性, ER 陽性を示し卵管類内膜腺癌であると考えられた. また摘出臓器全体に広範囲に SR がみられ, 病変は類上皮細胞とランゲルハンス型巨細胞からなっていた. 一部に中心壊死が認められたが, 抗酸菌染色は陰性で, 腹腔内播種様病変は SR であると考えられた.

【まとめ】SR を伴う卵管類内膜腺癌を経験したが, 腫瘍捺印細胞診が術中迅速組織診断の補助に有用であった. SR を伴う癌では SR を伴わない場合と比べて一般に予後がよいとの報告がある.

### P-1-143 子宮内膜細胞診で発見された原発性卵管癌の1例

日本医科大学統御機構診断病理学<sup>1)</sup>, 日本医科大学附属病院病理部<sup>2)</sup>, 日本医科大学附属病院産婦人科<sup>3)</sup>

○彭 為霞(MD)<sup>1)</sup>, 和田龍一(MD)<sup>1)</sup>, 吳 壯香(MD)<sup>1)</sup>,  
恩田宗彦(MD)<sup>1)</sup>, 松原美幸(CT)<sup>2)</sup>, 釜口晴美(CT)<sup>2)</sup>,  
川瀬里衣子(MD)<sup>3)</sup>, 黒瀬圭輔(MD)<sup>3)</sup>, 内藤善哉(MD)<sup>1)</sup>

**【Background】** Primary fallopian tube cancer (PFTC) is the rarest gynecologic cancers. It can be difficult to diagnose because its early symptoms and signs can be subtle and non-specific. We report a case of PFTC which was discovered from Papanicolaou (Pap) smear screening.

**【Case】** A 53-year-old women was referred to our hospital because malignant cells were discovered during her routine Pap smear. The patient had no apparent gynecologic symptoms.

**【Cytological and histological findings】** The tumor cells showed marked intragroup nuclear pleomorphism. The nuclei were enlarged and eccentric with prominent nucleoli in them. Papillary architecture and psammoma bodies were detected. The background was clean, suggesting the possibility of nonuterus origin of the malignant cells. Histopathologically, High-grade serous carcinoma in left fallopian tube was detected. Immunohistochemically, the carcinoma cells are diffusely positive for p53 and p16.

**【Conclusions】** Although the initial purpose of a Pap smear is to detect tumors of the uterus, malignant cells from extrauterine might appear in the smears. The presence of papillary tumor cells with psammoma bodies in a clean background should arouse suspicion of the possible presence of carcinoma from extra-uterus.

### P-1-144 子宮体部明細胞腺癌 11 例の臨床的・細胞学的検討

札幌医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1)</sup>, まどかレディースクリニック<sup>2)</sup>

○寺本瑞絵(MD)<sup>1)</sup>, 田中綾一(MD)<sup>1)</sup>, 柏木葉月(MD)<sup>1)</sup>,  
秋元太志(MD)<sup>1)</sup>, 寺田倫子(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木美和(MD)<sup>1)</sup>,  
郷久晴朗(MD)<sup>1)</sup>, 岩崎雅宏(MD)<sup>1)</sup>, 高橋 円(MD)<sup>2)</sup>,  
齋藤 豪(MD)<sup>1)</sup>

**【緒言】** 子宮体部明細胞腺癌は、エストロゲン非依存性のⅡ型子宮内膜癌であり、その発生頻度は1~5%と比較的稀な腫瘍である。また子宮外進展を起こしやすい傾向があり、予後不良な腫瘍と位置づけられている。そのため、術前の組織型推定は術式の選択において重要である。

**【方法】** 2004年1月~2016年12月に当院にて診断・治療を行った子宮体部明細胞腺癌11例において、後方視的に年齢、患者背景、子宮頸部・内膜細胞診、組織診等について検討した。

**【結果】** 平均年齢は66.0歳(51~81歳)、平均経妊回数2.4(0~4)、平均経産回数1.8(0~3)。主訴は不正性器出血9例、異常帯下1例であった。手術進行期I期5例、III期2例、IV期4例。子宮内膜細胞診は陽性10例、疑陽性1例(悪性疑い)。内膜細胞診にて、萎縮性内膜を背景に、hobnail 状配列を示す乳頭状集塊やマリモ状集塊で出現し、豊富な細胞質と、大小不同の円形~類円形核で明瞭な大型核小体などを有する異型細胞を認め、明細胞腺癌を推定し得たのは3例のみであった。子宮頸部細胞診はNILM 7例、AGC 2例、Adenocarcinoma 2例であった。術前内膜組織診では9例が腺癌、うち5例が淡明な細胞質をもつ立方状の異型細胞の乳頭状増殖等より明細胞腺癌と診断された。子宮内膜細胞診を再検討したところ、集塊辺縁から外側に突出する腫瘍細胞集塊や、明瞭で好酸性の核小体を伴う大小不同核など明細胞腺癌に特徴的な所見を11例中8例に認めることができた。

**【結論】** 子宮体部明細胞腺癌は近年増加傾向にあり、術前の診断が重要である。術前正診率は今回の検討では54.5%であったが、細胞像、組織像の特徴をとらえ、診断率を向上することが可能であると考えられた。

### P-1-145 術前診断が困難であった子宮頸部明細胞腺癌の一例

白河厚生総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 獨協医科大学産科婦人科学教室<sup>2)</sup>, 白河厚生総合病院病理診断科<sup>3)</sup>, 福島県保健衛生協会病理診断課<sup>4)</sup>

○遠藤雄大(MD)<sup>1)</sup>, 古川茂宣(MD)<sup>1)</sup>, 長谷川清志(MD)<sup>2)</sup>, 二木照美(CT)<sup>3)</sup>, 松木浩子(CT)<sup>3)</sup>, 野沢佳弘(MD)<sup>3)</sup>, 鈴木御幸(CT)<sup>4)</sup>, 神尾淳子(CT)<sup>4)</sup>, 齋藤史子(MD)<sup>1)</sup>, 山内隆治(MD)<sup>1)</sup>

子宮頸部明細胞腺癌は頸部腺癌の約4%を占める比較的に稀な腫瘍である。62歳, 2経産, 閉経55歳, 特記既往歴, 家族歴なし。不正性器出血を主訴に初診した。診察, MRI上子宮腔部から頸管に向け内向発育する約5cm大の腫瘍を認めた。子宮腔部細胞診上, 血性, 壊死性背景で, N/C比の高い腺系の異型細胞が集塊状に多数出現していた。核はやや大型で偏在しており, クロマチンの増量, 核小体を伴い, adenocarcinomaと診断した。組織診では胞体内に粘液を有する低分化型腺癌の像であったが, 組織亜型までの断定は困難だった。内診上左傍結合組織への浸潤を認めたが, 骨盤壁までは浸潤が及んでいなかった。CT上骨盤リンパ節は複数腫大しており, PETにて下腸管動脈近傍の傍大動脈リンパ節に1つ集積を認めた。以上から子宮頸部腺癌4B期と診断したが, 腺癌であることから放射線治療のみでの根治率が低い可能性を勘案し, 広汎子宮全摘術+傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。術前画像と同様子宮頸部に5cm大の腫瘍を認め, 両側傍結合組織への浸潤, 骨盤内から傍大動脈に至るまでリンパ節は多数腫大していた。術後病理組織診では子宮腔部から内膜に至るまで連続して, 淡明な胞体と大型の異型核を有する腫瘍細胞が浸潤していた。一部でhobnail patternも認められ, 子宮頸部明細胞腺癌と診断した。子宮腔部から傍結合組織, 傍子宮結合組織への浸潤, リンパ管侵襲, 静脈侵襲を認め, 摘出リンパ節84個のうち83個に転移を認めた。現在, 化学療法併用放射線療法にて後療法を施行中である。術前診断が困難であった子宮頸部明細胞腺癌の一例を経験したので報告する。

### P-1-146 肉腫様変化を伴った卵巣明細胞腺癌の1例

社会医療法人名古屋記念病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 社会医療法人名古屋記念病院病理診断科<sup>2)</sup>

○南谷健吾(CT)<sup>1)</sup>, 水野晃子(CT)<sup>1)</sup>, 川村辰也(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井映子(MD)<sup>2)</sup>, 西尾知子(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】卵巣明細胞腺癌は様々な組織形態を示すことがあり, 時に肉腫様変化を伴ったとの報告もある。今回我々は肉腫様変化を伴う卵巣明細胞腺癌を経験したので報告する。

【症例】40歳代・女性。近医より右卵巣腫瘍と子宮腫瘍疑いで紹介。初診時の子宮頸部の組織診にてEndometrioid adenocarcinoma G2。またエコーにて卵巣の腫瘍も見られた。患者は発熱・体重減少に加え, 脾腫および可溶性IL-2Rが高値の為, 悪性リンパ腫(ML)も疑われ, 卵巣腫瘍の術中組織診および捺印細胞診が行われた。

【細胞所見】術中の卵巣捺印細胞診は, 結合性がある細胞を見る部分と, 結合性が無くやや多彩な細胞像を示す部分が見られた。結合性のある細胞は, 細胞質が広くライトグリーンに淡く染まり, 核は偏在, 核小体も見られ腺癌を疑った。結合性の無い部分はクロマチンが増量, 核異型を伴う細胞が散見された。MLを否定し腺癌を疑う所見のみを報告し, 結合性の無い細胞については言及しなかった。

【組織所見】術中組織診では腫大した類円形核の腫瘍細胞が管状に増殖, 間質の線維増生や腫瘍内壊死を伴い, 腺癌と診断された。手術材料では線維結合組織を背景にhobnail状の嚢胞管状増殖を示す淡明細胞腺癌成分と多形性の目立つ充実性肉腫様の部分が混在し壊死を伴う。腺癌部分はAE1/AE3, NapsinAは陽性, vimentin陰性, 肉腫様部分はvimentin陽性, AE1/AE3, SMA, CD10, desminは陰性。

【まとめ】卵巣腫瘍は, 子宮頸部とは別の腫瘍組織であり, 肉腫様変化を伴った卵巣明細胞腺癌であった。術中の捺印細胞診においても, よく観察することにより上皮性腫瘍だけでなく肉腫様の存在も示唆できる症例であった。



### P-1-147 卵巣明細胞癌の組織と捺印細胞診の免疫染色について

いわき市立総合磐城共立病院病理診断センター<sup>1)</sup>, いわき市立総合磐城共立病院産婦人科<sup>2)</sup>

○小野早苗(CT)<sup>1)</sup>, 山崎一樹(CT)<sup>1)</sup>, 池田 藍(CT)<sup>1)</sup>, 小松香織(CT)<sup>1)</sup>, 松本朋子(CT)<sup>1)</sup>, 近藤宏徳(CT)<sup>1)</sup>, 森 菊夫(CT)<sup>1)</sup>, 浅野重之(MD)<sup>1)</sup>, 本多つよし(MD)<sup>2)</sup>, 西山 浩(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】卵巣明細胞癌の迅速診断における捺印細胞診の有用性を既に本学会で報告した。今回は、同一症例を用いて、組織と捺印細胞診における免疫染色態度について検討したので報告する。

【対象】卵巣明細胞癌と診断され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。

【方法】HNF-1 $\beta$ , BRCA-1, Napsin A, CK7, CK20, コラーゲンIV, IL-6抗体を用いて13症例の組織および捺印細胞診における染色態度を検討した。

【結果】HNF-1 $\beta$ とBRCA-1は組織と細胞診ともに核に, NapsinAは組織では特に小乳頭状の表面の細胞膜および胞体に, 細胞診では胞体に顆粒状に陽性像を呈した。また, 組織と細胞診ともにCK7は陽性, CK20は陰性であった。組織ではコラーゲンIVは間質に沿って陽性像を示し, IL-6は間質や一部の胞体および腺腔に陽性像を呈したが, 細胞診では特異性はなかった。

【考察】卵巣明細胞癌の鑑別疾患としては, 漿液性癌, 類内膜癌があり, 免疫染色ではいずれもCK7<sup>+</sup>/20<sup>-</sup>で同じであるが, HNF-1 $\beta$ , Napsin AおよびBRCA-1などの抗体で鑑別出来る可能性がある。しかし, 明細胞癌における組織と捺印細胞診の免疫染色の態度の差異は, 平面的な組織標本と立体的な細胞診標本の違い, あるいは固定の違いなどが原因となるのかもしれない。

### P-1-148 細胞診で腺癌を疑われた外陰部乳頭状汗腺腫の1例

県立広島病院産婦人科<sup>1)</sup>, 県立広島病院臨床研究検査科<sup>2)</sup>

○濱崎 晶(MD)<sup>1)</sup>, 熊谷正俊(MD)<sup>1)</sup>, 多々野友美(CT)<sup>2)</sup>, 大田絢子(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤梨紗(CT)<sup>2)</sup>, 脇本真帆(CT)<sup>2)</sup>, 西阪 隆(MD)<sup>2)</sup>

【緒言】乳頭状汗腺腫は, 主に外陰部に発生する比較的稀な良性腫瘍であり, そのほとんどはアポクリン汗腺由来とされている。多様な組織像を呈することもあり, 腺癌との鑑別が困難なこともある。今回我々は右会陰部に腫瘤を認め, 細胞診で腺癌を疑われた外陰部乳頭状汗腺腫の1例を経験したので報告する。

【症例】44歳女性, 4経妊3経産。既往歴: 関節リウマチでサラゾスルファピリジン内服中。10年前より会陰部の腫瘤を自覚し, 近医産婦人科で時々嚢胞性腫瘤の内容物を穿刺排液していた。腫瘤が増大傾向で疼痛も出現したため前医を受診し, 腫瘤内容物の細胞診でadenocarcinomaと判定され当科に紹介された。右会陰部に3cm大の嚢胞性腫瘤を認め, 嚢胞内に一部充実性部分を認めた。MRIでは右外陰部に14×22×18mm大の一部に弱い造影効果をもつ嚢胞性腫瘤を認め, PET-CTでは同部位に有意な集積を認めなかった。腫瘤内充実部の生検組織診では, 乳頭状汗腺腫が疑われた。手術は全身麻酔下に, 腫瘤を破綻させないように摘出し, 迅速病理組織検査でも乳頭状汗腺腫が示唆された。腫瘤の単純摘出術のみで手術を終了した。

【細胞所見】壊死物を背景に細胞密度の高い異型細胞集塊が認められ, 構成細胞は小型で大小不同, 配列の乱れ, 明瞭な核小体が見られ, 腺癌が推定された。

【組織所見】腫瘍細胞は二層性を示し, アポクリン分泌様所見が確認された。核異型は軽度で, 免疫組織化学的検討では, 外側にp63陽性の筋上皮細胞を認め, 内側の上皮細胞はER陽性であり, 上皮細胞はGCDFP-15が部分的に陽性であり, 乳頭状汗腺腫と診断された。

### P-1-149 外陰に発生した骨髄性肉腫(Myeloid sarcoma)の1例

がん研有明病院

○久 毅(MD), 青木洋一(MD), 勝田隆博(MD), 松浦基樹(MD), 的田真紀(MD), 金尾祐之(MD), 小松京子(CT), 河内 洋(MD), 杉山裕子(MD), 竹島信宏(MD)

【はじめに】骨髄性肉腫(Myeloid sarcoma 以下MS)は未熟骨髄細胞からなる稀な腫瘍形成性病変で、急性骨髄性白血病、骨髄異形性症候群、慢性骨髄増殖性疾患の経過中のみならずそれらの先行病変(non-leukemic MS)として見られる場合もある。今回我々は外陰部から発症、同部生検組織から診断しえた骨髄性肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】30歳代女性未経妊。右小陰唇に疼痛を伴う腫瘍が出現したため前医を受診。抗生剤治療及び外用剤にて一旦軽快するもその後陰核の腫大も伴うようになり、精査加療目的に当科紹介受診。既往歴に特記事項なし。全身所見に異常なし。陰核は1.5cmに腫大し表面は平滑やや黄色調で右小陰唇にかけて連続しており、MRIでは陰核から右深部に連続する悪性腫瘍との所見であった。血液検査では白血球5600/ $\mu$ lで分画異常なし。

【細胞診・組織診所見】初診時子宮頸部、内膜細胞診及び外陰部細胞診では異常認めず。右側腫瘍をメスで切開し約1cm切除、腫瘍捺印細胞診を採取した捺印細胞診で小円形細胞型の悪性細胞を認め、悪性リンパ腫や悪性黒色腫を推定した。同部からの組織診所見では、微細なクロマチンを有するN/C比の高い小型球形細胞が密に浸潤増殖していた。免疫染色ではMyeloperoxidase, CD34, CD13, CD117に陽性でCD68, CD4に一部陽性、CD5, CD20, CD56, S100, desminは陰性であった。以上から骨髄性肉腫と診断した。

【まとめ】外陰に発生した骨髄性肉腫症例を文献的考察も含めて細胞診・組織診所見を中心に報告する。

### P-1-150 細胞診で推定し得た腔原発無色素性悪性黒色腫の1例

岩手医科大学産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 岩手医科大学病理学講座<sup>2)</sup>, 三沢市立三沢病院<sup>3)</sup>

○古武陽子(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤誠也(MD)<sup>1)</sup>, 千葉淳美(MD)<sup>1)</sup>, 菅安寿子(MD)<sup>1)</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>, 丸山英俊(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】腔原発無色素性悪性黒色腫は非常に稀であり、その予後は極めて不良である。今回、腔壁腫瘍擦過細胞診で、無色素性悪性黒色腫と推定し得た1症例を経験したので報告する。

【症例】66歳、女性。不正性器出血を主訴に前医を受診した。内診では、子宮円蓋部から腔入口部へ至る広範囲に発育するポリープ状の腫瘍を認めた。また、傍腔結合組織への浸潤が疑われた。病理組織学的診断は無色素性悪性黒色腫であったため、当科へ紹介となった。各種画像検査から、腔原発無色素性悪性黒色腫Ⅱ期と診断した。当科では腹式子宮全摘出術、両側付属器摘出術および腔全摘出術を施行した。また、手術時に認めた右側小陰唇に5mmの外向性発育の腫瘍を切除した。術後補助化学療法としてIFN $\alpha$ 療法を施行したが、多発皮下転移と腹膜播種を認めた。現在、前医でニボルマブを用いた治療を施行中である。

【細胞所見】腔壁腫瘍擦過細胞診では、紡錘形の細胞が孤立散在性から一部集塊状に出現していた。類円形から紡錘形の核は腫大し、強い異型を呈していた。N/C比は高く、クロマチンは細顆粒状であった。また、明瞭な大型の核小体を有し、一部に核内封入体のみられた。メラニン色素はみられず、無色素性悪性黒色腫を推定した。

【組織所見】類円形から紡錘形の異型核を有する腫瘍細胞が充実性に増殖し、多数の核分裂像を伴っていた。腫瘍細胞ではメラニン色素は判然としなかった。免疫組織化学ではS-100, Melan A, HMB45が陽性であった。以上の所見から、無色素性悪性黒色腫と診断した。

【まとめ】腔壁腫瘍擦過細胞診で無色素性悪性黒色腫を推定し得た。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-1-151 上眼瞼脂腺癌の1例

武蔵野赤十字病院病理部<sup>1)</sup>, とちぎメディカルセンターしもつか病理診断科<sup>2)</sup>, がん・感染症センター都立駒込病院病理科<sup>3)</sup>, 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>4)</sup>

○宅見智晴(CT)<sup>1)</sup>, 河合繁夫(MD)<sup>2,3)</sup>, 北村洋一(CT)<sup>1)</sup>, 浅見力也(CT)<sup>1)</sup>, 古屋能孝(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤生朗(MD)<sup>4)</sup>, 外岡暁子(MD)<sup>3)</sup>, 比島恒和(MD)<sup>3)</sup>, 櫻井うらら(MD)<sup>1)</sup>, 瀧 和博(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】眼瞼脂腺癌は霰粒腫と肉眼的に鑑別が難しく切開と再発を繰り返し診断が遅れることが少なくない。今回我々は、腫瘤内容を絞り出した検体より得られた右上眼瞼脂腺癌を経験したので報告する。

【症例】患者は90歳代の女性。20XX年秋頃右上眼瞼腫瘤に気付いた。近医にて霰粒腫と診断され、軟膏を処方され治療を行っていた。20XX+1年2月頃より、縮小した腫瘤が増大傾向を示し、精査目的で当院眼科を紹介受診した。

【肉眼所見】上眼瞼のマイボーム腺開口部に10mm弱の隆起性病変が認められた。黄色の潰瘍形成を伴う腫瘤で、この内容を絞り出した。

【穿刺吸引細胞所見】背景は出血性で、小型類円形核でクロマチン増量、N/C比の高い基底細胞様ないし扁平上皮様細胞で構成された細胞密度の高い重積集塊と核類円形から不整形、微小空胞状の豊富な細胞質を有する異型細胞が認められた。細胞像からは粘表皮癌あるいは脂腺系腫瘍が疑われた。

【組織所見】パパニコロウ染色後の標本上の大型集塊をスライドガラスより剥がし、ホルマリン固定液に入れ、組織標本を作製した。組織学的に集塊は主に異型を示す基底細胞様細胞のシート状増生から成り、脂腺細胞への分化を示す細胞の小集簇が混在していた。標本上、壊死は明らかではなかったが核分裂像が散見され、脂腺癌と診断された。

【考察】パパニコロウ染色後の細胞集塊を用いて組織標本を作製し、最終診断された脂腺癌の1例を経験した。穿刺吸引細胞診の対象となりうる表在病変の検査材料を鏡検する際は、細胞像を把握することに加え臨床情報を加味した総合的な判断が重要となる。

## P-2-1 ALK 肺癌の細胞像の検討

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

○藤田健太(CT), 佐藤正和(CT), 清弘真弓(CT), 村重知代(CT), 山下青葉(CT), 安東 綾(CT), 山崎理恵(MD)

【はじめに】EML4-ALK融合遺伝子をもつ肺癌をALK肺癌と呼び、治療には分子標的薬が有効なため、ALK肺癌を診断することは治療選択のため重要である。ALK肺癌は非小細胞肺癌の2~5%程度でほとんどが腺癌とされる。今回、本院でALK肺癌と診断された症例と過去の学会報告例の細胞像、組織像の特徴について比較、検討したので報告する。

【材料と方法】症例は2014年1月から2016年9月の間にALK陽性と判定された6例と過去の細胞診学会報告例(29例)を対象とした。本院のALK肺癌6例中3例に細胞診が施行された。比較検討項目としては、臨床病理学的事項、組織像、細胞像である。組織像については組織像と印環型粘液細胞の有無を検討し、細胞像については細胞出現形態と印環型粘液細胞の有無について検討した。

【結果】ALK肺癌6例の細胞所見のうち出現形態は2例で乳頭様集塊が見られ、1例は緩い充実集塊であった。1例のみに印環型粘液細胞が見られた。過去報告例では乳頭様集塊が16%、腺房様集塊が32%と報告されており、印環型粘液細胞は35%に認められた。組織像の結果として、腺房型を呈するものが3/6例、乳頭型が2/6例、充実型が2/6例、肺泡置換型が2/6例に認められた。過去報告例では腺房型が41%、乳頭型が24%、充実型が24%、肺泡置換型が6%と報告されている。印環型粘液細胞が出現した症例は本院では2/6例、過去報告例では38%であった。

【考察と結語】ALK肺癌症例の細胞集塊は、乳頭様の集塊や緩い充実性集塊として見られる。特に特徴的とされる印環型粘液細胞は、本院の肺癌例425例中の3例に見られ、うちALK肺癌が2例であった。そのことから印環型粘液細胞の出現が細胞診でALK肺癌推定の有用な所見と思われた。

## P-2-2 ALK 陽性肺腺癌 8 例の臨床病理細胞学的検討

高知赤十字病院・病理診断科<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学・病理診断学講座<sup>2)</sup>, がん研究会がん研究所・分子標的病理プロジェクト<sup>3)</sup>

○黒田直人(MD)<sup>1)</sup>, 小原昌彦(CT)<sup>1)</sup>, 和田有加里(CT)<sup>1)</sup>, 安岡 香(CT)<sup>1)</sup>, 水野圭子(CT)<sup>1)</sup>, 頼田顕辞(MD)<sup>1)</sup>, 大林千穂(MD)<sup>2)</sup>, 竹内賢吾(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】ALK 陽性肺癌における組織学的特徴はいくつかの報告があるが, 細胞診断学領域での報告はまだまだ少ない。

【材料と方法】高知赤十字病院病理診断科部において1996年から2016年の間に同定されたALK 陽性肺癌8例について臨床病理細胞学的に検討を行った。

【結果】患者の平均年齢は63.9歳で, 8例中, 4例は非喫煙者であった。細胞学的には核小体は小型で, 核クロマチンは繊細ないしは水泡様で, 核の溝が全例に観察された。細胞外ないしは細胞内粘液と異型印環細胞は5例に認められた。手術標本の組織切片による免疫染色ではALK 蛋白に全例に陽性を示した。また, Napsin, TTF-1に陽性率は高かった。8例中の7例において, ALK 遺伝子の break apart FISH ないしは RT-PCR 法によってALK 遺伝子の転座が証明された。さらに細胞転写法により, 細胞診標本においても1例でALK 蛋白の免疫染色陽性像とFISHにてALK 遺伝子の転座が確認された。3例においてALK 阻害剤の投与が行われ, 臨床経過としては平均フォローアップ期間65.9か月で, 3例で再発転移はなく, 5例において再発・転移がみられた。

【結論】原発性肺癌, 特に腺癌の携帯を示す細胞診標本において細胞外ないしは細胞内粘液, 異型印環細胞, 小型核小体, 繊細ないしは水泡状クロマチン, 核の溝などの所見はALK 陽性肺癌を疑う手がかりになりうると思われた。

## P-2-3 ALK 関連肺癌の細胞診像

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター病理診断科<sup>1)</sup>, 近畿大学医学部, 病理学教室<sup>2)</sup>, 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科<sup>3)</sup>

○武田麻衣子(MD)<sup>1)</sup>, 寺本友昭(CT)<sup>1)</sup>, 上田利和(CT)<sup>1)</sup>, 名嘉正勝(CT)<sup>1)</sup>, 藤田幸久(CT)<sup>1)</sup>, 清水重喜(MD)<sup>2)</sup>, 沖塩協一(MD)<sup>3)</sup>, 笠井孝彦(MD)<sup>1)</sup>

これまでにALK 関連肺癌の特徴的な組織所見について報告されているが, 細胞診像についての報告は少ない。今回我々は, 当院で経験したALK 関連肺癌の臨床病理細胞診像を報告する。

【方法と対象】2004年から2016年までに当院病理診断科において, FISH 法またはRT-PCR 法にてALK 融合遺伝子陽性と診断された肺癌手術および生検材料39例。それぞれの擦過, 穿刺, および捺印細胞診像を検討しその臨床病理像との比較も行った。

【結果とまとめ】組織型は多くが腺癌であったが, 扁平上皮癌や神経内分泌癌, 多形癌の症例もあった。ALK 関連肺腺癌の細胞診像は, 多くは集塊で出現し, 核は比較的小型で核形不整は軽度から中等度, 単個の明瞭な核小体を有するものが多かった。細胞質内粘液や核内封入体, 核溝を認める症例も認めた。その他腺癌亜型の細胞診像との比較も行い報告する。



#### P-2-4 免疫染色にて腺癌もしくは扁平上皮癌の傾向を判定した非小細胞肺癌の細胞診

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科

○岩崎聖二(CT), 説田愛弓(CT), 長谷川恵美(CT), 井上雅博(CT), 吉川英一(CT), 菅野雅人(MD), 石井源一郎(MD)

【はじめに】形態的に腺癌(Ad)や扁平上皮癌(SCC)などの分化傾向を示さない非小細胞肺癌(NSCLC)に対し、2015年WHO分類では免疫染色によって腺癌・扁平上皮癌の傾向を持つかを判定し、診断に記載することとなった。今回、生検検体で免疫染色にて腺癌もしくは扁平上皮癌の傾向を判定した非小細胞肺癌の細胞診断と細胞像を報告する。

【対象と方法】2015.6~2016.11の期間に肺生検でNSCLC-NOSと診断した132例を対象とした。腺癌・扁平上皮癌の傾向判定には4種類の抗体(TTF-1, SP-A, CK5/6, p40)を用いた。

【結果】免疫染色の結果、腺癌傾向は77例、扁平上皮癌傾向は55例であった。腺癌傾向の細胞診はAd 63例、NSCLC 11例、疑陽性3例であった。Adの細胞像は不規則重積や乳頭状集塊を形成し、核偏在性で核の切れ込み等の核形不整を認めた。NSCLCは核偏在性の細胞を認めるが、壊死、変性による鑑別困難や大型、多核細胞の出現により低分化癌と判断した。扁平上皮癌傾向の細胞診はSCC 25例、Ad 14例、NSCLC 14例、疑陽性2例であった。SCCの細胞像は角化細胞及び流れ状配列の両方、もしくは一方を認めた。Adと診断した症例は核偏在性の細胞を認め、角化や流れ状配列は認めなかった。NSCLCは特徴的な所見に乏しく、判定が困難だった。

【考察】形態的な病理診断と免疫染色による傾向の分類が同一の臨床的意義をもつか不明だが、治療方針の決定には腺癌・扁平上皮癌の鑑別は重要である。細胞診でAdと判断した症例には扁平上皮癌傾向の症例が多く含まれ、細胞診のみの判断は注意を要する。一方、細胞診でSCCと判断する細胞所見は免疫染色による傾向とも合致し、重要な判断情報と思われる。

#### P-2-5 粘液産生性肺腺癌の細胞像

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科

○説田愛弓(CT), 長谷川恵美(CT), 井上雅博(CT), 岩崎聖二(CT), 吉川英一(CT), 菅野雅人(MD), 石井源一郎(MD)

【はじめに】粘液産生性の肺腺癌は、WHOによる肺癌組織分類第4版において特殊型に分類される。この腫瘍の多くは第3版にあった粘液産生性細気管支肺胞上皮癌に分類されていた。粘液産生性腺癌は置換型腺癌に比べ、浸潤巣を形成し、肺内転移を起こしやすい。そのため、予後不良であることが多く、その診断意義は高い。今回我々は、粘液産生性腺癌の細胞像について報告する。

【対象】病理学的に粘液産生性の肺腺癌と診断された手術症例の腫瘍捺印、気管支擦過標本を用いた。その内訳は、浸潤性粘液性腺癌3例、粘液・非粘液混合腺癌4例、コロイド腺癌1例であった。

【細胞像】浸潤性粘液性腺癌は、粘液様物質を背景に集塊を形成していた。細胞質に粘液を有し、核は圧排され、高円柱状であった。クロマチンは増量を示し、核形不整を認めた。粘液・非粘液混合腺癌は、粘液を有する腫瘍細胞に加え、粘液が乏しく、N/C比増加、核形不整を認め、クロマチン増量を示す腫瘍細胞を認めた。コロイド腺癌は、多量の粘液を背景に、結合性の強い小型集塊を形成していた。細胞質に粘液を有し、核は小型であり、クロマチンは増量していた。核の大小不同は認めず、腫瘍細胞の大きさは均一であった。

【まとめ】粘液産生性腺癌の細胞異型は、比較的軽度であり、癌と診断するのが困難であった。しかし、背景に多量の粘液を認める場合には、細胞異型が軽度であっても粘液産生性腺癌の可能性を指摘する事が重要である。

### P-2-6 気管支肺泡洗浄液細胞診が有用であったアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の 1 例

森ノ宮医療大学保健医療学部臨床検査学科<sup>1)</sup>, 大阪大学医学系研究科病態病理学<sup>2)</sup>, 近畿大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>, 近畿大学医学部附属病院病理部<sup>4)</sup>, 近畿大学医学部附属病院臨床研究センター<sup>5)</sup>, 近畿大学医学部総合医学教育研修センター<sup>6)</sup>

○小林彩香(CT)<sup>1,2)</sup>, 木村雅友(MD)<sup>3)</sup>, 植田清文(CT)<sup>4)</sup>, 田中千琴(CT)<sup>4)</sup>, 榎木英介(MD)<sup>3,5)</sup>, 筑後孝章(MD)<sup>3,6)</sup>, 上杉忠雄(CT)<sup>4)</sup>, 佐藤隆夫(MD)<sup>3,4)</sup>

**【背景】** アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (allergic bronchopulmonary aspergillosis : ABPA) は, 気管支喘息患者の気管支にアスペルギルスが持続的に腐生し, これに対する I 型と III 型アレルギーが成立して発症する疾患群である。臨床像, 血清検査, 画像をもとに診断されることが多く, 気管支内容物の細胞診を見る機会は少ない。今回 ABPA の 1 例を経験し, その特徴的な細胞像について報告する。

**【症例】** 79 歳, 女性。喘息発作で入院した。Rosenberg の診断基準を満たし, ABPA と診断された。気管支肺泡洗浄液細胞診で, 粘液を背景に好酸球が孤立性および集団で認められ, 隔壁を有する Y 字状分岐菌糸が散在し, シャルコー・ライデン結晶も認められた。培養で *Aspergillus* 属真菌が分離された。

**【結論】** 気管支内容物の細胞診で, 粘液を背景に好酸球の集団と隔壁を有する Y 字状分岐菌糸を認めた場合, ABPA を鑑別する必要がある。

### P-2-7 肺扁平上皮癌表面にアスペルギルスが腐生し好酸球浸潤が顕著であった一例

近畿大学医学部附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 近畿大学医学部附属病院臨床研究センター<sup>2)</sup>, 近畿大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>

○植田清文(CT)<sup>1)</sup>, 榎木英介(MD)<sup>1,2,3)</sup>, 木村雅友(MD)<sup>3)</sup>, 深田知也(CT)<sup>1)</sup>, 水野瑤子(CT)<sup>1)</sup>, 白石直樹(CT)<sup>1)</sup>, 田村香奈子(CT)<sup>1)</sup>, 手嶋優子(CT)<sup>1)</sup>, 上杉忠雄(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤隆夫(MD)<sup>1)</sup>

**【はじめに】** 肺扁平上皮癌にアスペルギルスが腐生することは報告があるが, 同時に好酸球浸潤が顕著で好酸球血症を伴った報告例はない。今回我々は, 気管支腔に突出した肺癌表層壊死部にアスペルギルスの腐生と好酸球浸潤を伴い, 好酸球血症を合併した症例を経験した。部分的にはアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) との鑑別が必要な細胞像および組織像が認められたので, ABPA との異同を中心に報告する。

**【症例】** 70 代男性。小児喘息の既往あり, 肺結核の既往なし。糖尿病等での通院中に胸部 X 線写真で左肺門部腫瘤影が認められ入院した。

**【検査所見】** 末梢血白血球数 6,500/ $\mu$ l (好酸球 34%),  $\beta$ -D グルカン 7 pg/ml 未満, Asp 抗原 陰性, Asp 抗体陽性, 総 IgE 63 IU/ml (基準値内), Asp 特異的 IgE 0.26 UA/ml (クラス 0)。Asp に対する皮膚反応は即時型 (+), 遅延型 (+)。気道過敏性 (+)。CT で左前上葉区に直径 5 cm の腫瘤を認め, 気管支鏡で左上葉枝入口部に突出していた。気管支吸引物培養で *Aspergillus fumigatus* が分離された。気管支内腔の粘液栓子 (-)。

**【細胞像】** 気管支ブラシ細胞診にて, 扁平上皮癌細胞とともにアスペルギルス, 好酸球を多数認めた。

**【組織像】** 生検で扁平上皮癌表層壊死組織にアスペルギルス菌糸増殖と好酸球浸潤および Charcot-Leyden 結晶が認められた。気管支中心性肉芽腫 (-)。

**【考察】** 粘液中に好酸球を伴う細胞像は ABPA を想起させるものであったが, 気管支鏡にて粘液栓子がないこと, 臨床的に最近の喘息の既往や嚢胞性線維症の既往がないこと等から, ABPA は否定された。本例のような細胞像がみられた場合は, 臨床所見を丹念に検討することが重要である。

### P-2-8 術中迅速捺印細胞診が診断の決め手となった肺クリプトコッカス症の一例

松波総合病院病理診断科<sup>1)</sup>, 松波総合病院呼吸器外科<sup>2)</sup>

○齊尾征直(MD)<sup>1)</sup>, 池田庸子(MD)<sup>1)</sup>, 大野あけみ(CT)<sup>1)</sup>,  
春日井敏夫(MD)<sup>2)</sup>, 濱保英樹(MD)<sup>1)</sup>,  
川出真由美(MT)<sup>1)</sup>, 岩村和樹(MT)<sup>1)</sup>

**【緒言】**肺クリプトコッカス症は結節状の病変 (Cryptococcoma) において癌との鑑別が困難な場合がある。今回我々は肺腺癌疑いで手術に入り、術中迅速組織診検体の捺印標本でクリプトコッカス症と診断し肺の切除が回避できた一例を経験したので報告する。

**【症例】**77歳男性。大動脈瘤の経過観察CTにて偶然右上葉背側に結節影を指摘され、その後の精査で肺癌が疑われ手術となった。

**【術中迅速組織診・細胞診】**一回目の検体で癌がないため再度提出を依頼し、2回目では病変全体が提出された。滑面には黄白色の径1cmの結節がみられた。異型上皮はなく、泡沫状の組織球が目立ったため、直ちに残した半分で捺印標本を作製し迅速Pap染色を行ったところ泡沫状の組織球の中に球状の透明な構造物がありクリプトコッカス症と報告し、手術は終了となった。その後直ちにグロコット染色をして陽性を確認した。

**【永久標本】**肺胞の上皮に異型はなく肺胞内に多数の泡沫状の組織球があり、その中にグロコット染色陽性の構造物が多数認められ、肺クリプトコッカス症と最終診断した。

**【考察】**本院では25年前のクリプトコッカス症例では臨床的に肺癌が疑われ葉切除が行われ、16年前の症例では細胞診でクラスIIであったものの、肺癌が疑われ部分切除となっている。いずれも術中迅速診断は行われていない。本例は二回CTが行われ、一回目は炎症性を第一に考えたものの2回目は肺癌を疑われて手術となっている。今回術中迅速組織診と捺印検体での迅速Pap染色を併用したことで確実にクリプトコッカス症を診断し得た。捺印標本作製と術中の診断が大変有用であることが示され意義深い。

### P-2-9 気管支擦過 ThinPrep 検体セルブロックが原発巣推定に有用であった前立腺癌肺転移の1例

大阪警察病院病理科

○福田沙織(CT), 安岡弘直(MD), 築山あゆみ(CT),  
郡司有理子(CT), 金田敦代(CT), 青木 弘(CT),  
北辻 香(CT), 小西尋子(CT), 辻 洋美(MD),  
辻本正彦(MD)

**【はじめに】**近年、前立腺癌の罹患率は上昇傾向にあるが、前立腺癌の転移は骨が多く、それに比較して肺転移は稀である。今回我々は、気管支擦過 ThinPrep 検体からセルブロックを作製することにより原発巣を同定することが可能であった前立腺癌肺転移の1例を経験したので報告する。

**【症例】**70歳代男性。嗄声にて当院耳鼻科受診中の胸部X線で両肺野に不整な索状影や斑状影が多発してみられ、当院呼吸器内科を紹介受診。胸部CTにて両肺に境界明瞭な結節影、粒状影が多発しており気管支鏡検査が施行された。

**【気管支擦過細胞所見】**核密度の高い乳頭状集塊や腺腔を有する集塊が認められた。細胞は比較的小型であったが、クロマチン増量し、核形不整も認められた。鑑別として良性であれば乳頭腫、悪性であれば原発性肺腺癌の乳頭型、もしくは転移性腫瘍が考えられた。細胞異型が弱いこと、高齢男性であることより、転移性であれば前立腺癌、甲状腺癌などが考えられた。

**【セルブロック組織所見】**やや淡明な細胞質を有する円柱状細胞が、不規則乳頭状から融合腺管状構造を形成して増殖する像が認められた。免疫染色ではPSA陽性、CK7・CK20・TTF-1陰性で前立腺癌の肺転移と診断された。

**【前立腺生検所見】**当院泌尿器科に紹介受診となり、高感度PSAが58.39と高値、前立腺MRIで左PZに所見を認めたため、前立腺生検を施行した。骨シンチでは転移を認めなかった。HE標本で高円柱上皮の融合腺管状、乳頭腺管状増生がみられ、前立腺癌 (Gleason score7相当) と診断された。

**【まとめ】**気管支擦過材料においてもThinPrep検体からセルブロックを作製し、免疫染色等を追加することで、より確実な診断を行う事が可能となる。

## P-2-10 転移性前立腺癌と鑑別を要した肺カルチノイド腫瘍の一例

JCHO 星ヶ丘医療センター・臨床検査部<sup>1)</sup>, JCHO 星ヶ丘医療センター・呼吸器センター<sup>2)</sup>, JCHO 星ヶ丘医療センター・臨床検査部・病理診断科<sup>3)</sup>

○三原勝利(CT)<sup>1)</sup>, 西田雅美(CT)<sup>1)</sup>, 山口佳江子(CT)<sup>1)</sup>, 廣田真貴菜(CT)<sup>1)</sup>, 坂本和真(MT)<sup>1)</sup>, 澤端章好(MD)<sup>2)</sup>, 中村孝人(MD)<sup>2)</sup>, 鳥井郁子(MD)<sup>3)</sup>, 丸山博司(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】肺カルチノイドは全肺腫瘍の1-2%と比較的稀な腫瘍である。なかでも定型的カルチノイドは細胞異型に乏しく、診断には特徴的な組織形態と神経内分泌顆粒の証明が必須である。我々は、前立腺癌の転移検索過程で偶然見つかった肺腫瘍において、転移性前立腺癌との鑑別を要した肺カルチノイドを経験したので報告する。

【症例】68才男性、PSA高値のため針生検が行われ、前立腺癌(Adenocarcinoma, Gleason score 8>9)と診断された。転移検索の胸部X-pで右肺下葉に約2cmの円形腫瘍、左肺底部に数ミリの結節が指摘され、前立腺癌の転移を疑い気管支鏡検査が行われた。

【細胞像】気管支擦過・洗浄細胞診：異型細胞が大小不整な重積性集塊を形成し、細胞は小型円形で比較的均一である。核は偏在し、核肥大や軽度の核形不整、小型核小体を認めるが、クロマチンの増量に乏しい。

【組織像】軽度クロマチン濃染する偏在核の細胞が胞巣状ないし腺房様構造で増殖する。細胞は小型円形で比較的均一、細胞質は好酸性である。免疫組織化学の結果は、PSA(-), AMACR(-), CK7(-), CK20(-), TTF-1(-), 34βE12(-), p63(-)で、肺原発腫瘍か転移性腫瘍か鑑別が困難であったが、AE1/AE3(+), chromogranin(+), synaptophysin(+), CD56(-)から上皮性の神経内分泌腫瘍、核分裂像2以下/10HPFから定型的カルチノイドと診断した。

【結語】肺カルチノイドは細胞形態が転移性乳癌や転移性前立腺癌に類似しており、その鑑別に免疫染色が有用であった。

## P-2-11 気管支擦過細胞診にて腺癌およびカルチノイド腫瘍と診断しえた肺重複腫瘍の1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>

○西村俊直(CT)<sup>1)</sup>, 岩根承子(CT)<sup>1)</sup>, 長岡三郎(MD)<sup>1)</sup>, 荒木邦夫(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】肺腫瘍において腺癌とカルチノイド腫瘍の併存は極めて稀である。カルチノイド腫瘍は腺癌に比べ小型で異型が弱い為、特徴的な細胞像を欠く場合や数が少ない場合は診断に苦慮することがある。今回、呼吸器内科医との連携により十分な細胞量を得て気管支擦過細胞診にて腺癌およびカルチノイド腫瘍と診断しえたので報告する。

【症例】80歳代男性。4年前に右肺中葉に胸部異常陰影を指摘され、気管支擦過細胞診でカルチノイド様細胞を認めるも数が少なく気管支円柱上皮との鑑別が困難であった。無症状であり、経過観察していたが、CTにて右肺尖部に30mm、右肺中葉に15mmと腫瘍の増大を認めた為、気管支擦過細胞診、TBLB生検が施行された。

【細胞所見】右肺尖部：核は赤血球の5~6倍に腫大、豊富で淡明な細胞質を有し、大型で細胞結合性を示す異型細胞が見られた。軽度の細胞重積性を伴っており、核偏在性で核大小不同性や核小体の腫大を認め、中~低分化腺癌と診断。右肺中葉：小型でN/C比大の異型細胞が疎な結合性を示し、モノトナスに出現。核は車軸状で、円~類円形、核形不整は乏しかった。一部でロゼット様配列も見られた。核分裂像なし。免疫染色にて、クロモグラニンA, シナプトフィジン, CD56が陽性であり、定型的カルチノイドと診断。

【組織所見】右肺尖部：肺胞内、肺胞置換性、虚脱線維化組織への浸潤の形で腺癌を認めた。右肺中葉：小型円形で大きさの揃った核からなる腫瘍でロゼット様配列を呈し出現。免染結果は細胞診と同様でありカルチノイド腫瘍と診断。

【まとめ】気管支擦過細胞診にて腺癌およびカルチノイド腫瘍と診断しえた症例を経験した。十分な細胞量が得られたことが的確な診断へ繋がった。



## P-2-12 Combined small cell carcinoma and carcinosarcoma の1例

栃木県立がんセンター検査技術科<sup>1)</sup>, 栃木県立がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>

○佐々木優(CT)<sup>1)</sup>, 中野公子(CT)<sup>1)</sup>, 大西亜弥(CT)<sup>1)</sup>, 中野真希(CT)<sup>1)</sup>, 星 暢夫(MD)<sup>2)</sup>, 若松早穂(MD)<sup>2)</sup>, 星サユリ(MD)<sup>2)</sup>, 平林かおる(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】肺の癌肉腫は肺癌全体の0.1~0.3%とされ、中でも小細胞癌の成分を伴うものは極めて稀である。今回我々は、手術検体の病理組織診において Combined small cell carcinoma and carcinosarcoma (以下 CSCCC) と診断された症例を経験し、手術材料の捺印標本から得られた細胞像について組織像と対比して報告する。

【症例】50代男性、血痰、咳嗽を主訴に近医を受診しCTにて右上葉に腫瘤が認められた。当院呼吸器外科を受診しCT下針生検において肉腫様癌と診断され右上葉切除術を施行された。

【肉眼所見】右上葉に130×96×63mmの境界明瞭な灰白色調腫瘍病変を認めた。

【組織所見】管腔構造の明瞭な腺癌成分や癌細胞が充実性に増殖した小細胞癌成分をみると共に、紡錘形~類円形の間葉系異型細胞を認めた。間葉系異型細胞には異所性の横紋筋肉腫や軟骨肉腫様成分を含むことより CSCCC と診断された。

【細胞所見】N/C比が高く核偏在性の異型細胞を不規則重積性集塊状に認め、腺癌細胞と考えた。また、小型で細胞質が乏しく微細なクロマチンが密に増量した細胞を木目込み様の配列を呈する集塊で認め、小細胞癌細胞と考えた。これらの癌細胞とは別に、紡錘形、不整形の核や脆弱な細胞質を有する紡錘形細胞が存在し、間葉系異型細胞と考えた。また、偏在する2核の孤立散在性の短紡錘形細胞で細胞質に横紋様の構造を認めるいわゆる出目金細胞様の細胞を極少数認めた。

【まとめ】本腫瘍は細胞像が多彩であり、細胞診での診断は極めて困難であるが、前述の癌細胞や出目金細胞などの特徴的な細胞は診断の手掛かりとなると考えられた。

## P-2-13 当院で経験した Ciliated muconodular papillary tumor of the lung の1例

結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科<sup>1)</sup>, 結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科<sup>2)</sup>, がん研究会がん研究所病理部<sup>3)</sup>

○草野行治(CT)<sup>1)</sup>, 船井遼子(CT)<sup>1)</sup>, 温井奈美(CT)<sup>1)</sup>, 菊池康華(CT)<sup>1)</sup>, 吉田 勤(MD)<sup>1,2)</sup>, 菊地文史(MD)<sup>1)</sup>, 石川雄一(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】Ciliated muconodular papillary tumor (以下 CMPT) は末梢肺に発生し、線毛構造を有する細胞からなる良悪の判定が困難な低悪性度の腫瘍である。今回我々は、胸腔鏡下肺生検にて摘出された検体の吸引細胞診標本にて、本症例を経験したので報告する。

【症例】71歳、女性。2016年3月全身倦怠感、下肢浮腫、乾性咳嗽が出現。4月下旬に発熱。近医受診し抗菌薬使用するも無効。5月、当院に紹介入院となった。入院時検査所見として白血球数12,700/ $\mu$ l, MPO-ANCA112と高値であったため、全身検索を施行。左肺S<sup>1+2</sup>に7.5mm大の空洞結節と左肺底の間質性肺炎を疑う変化に対して胸腔鏡下肺生検にて部分切除。前者病変は術前、多発血管炎性肉芽腫症と考えられていたが、吸引細胞診および組織診が施行された。

【細胞所見】粘液様物質を伴う背景の中に、正常気管支上皮細胞に混在し、やや不明瞭ながらも ciliate border と線毛を有する腺細胞が出現。また核所見は正常気管支上皮細胞に比し軽度の大小不同性および核縁の肥厚、また軽度の核濃染傾向を認めた。以上から腫瘍性病変の所見は得られなかったが、上記異型所見より反応性変化と鑑別を要する Atypical glandular cells と考えた。

【組織所見】病変は左上葉末梢に存在。組織学的に線毛を有し、淡明な細胞と異型に乏しい核を有する高円柱状の細胞が管状ないし乳頭状構造を形成。また周囲に粘液湖を伴っており、これらの所見より CMPT と診断された。

【まとめ】稀であり、且つ未だ明確な診断基準が確立されていない CMPT の1例を報告した。その細胞像から本病変の推定は困難であるが、正常細胞と比較し細かな細胞異型を捕らえることが本症例の推定に繋がると考える。

## P-2-14 多形癌と扁平上皮癌の多発肺癌の1例

独立行政法人地域医療推進機能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>, 宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野<sup>3)</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>4)</sup>

○森 智子(CT)<sup>1)</sup>, 花牟禮富美雄(CT)<sup>1)</sup>,  
野口裕史(CT)<sup>2)</sup>, 田中弘之(MD)<sup>3)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】肺多形癌は全肺悪性腫瘍の約0.1~0.4%に発生する稀な腫瘍で, 男性, 喫煙者に多いとされており, 一般的に予後不良である。低分化な非小細胞癌で, 紡錘細胞あるいは巨細胞を含む扁平上皮癌, 腺癌, 大細胞癌, あるいは紡錘細胞と巨細胞のみからなる腫瘍, と定義されている。今回, 多形癌と診断された症例の腫瘍捺印細胞像について報告する。

【症例】60歳代男性。喫煙指数:1000 咳嗽を主訴に近医受診。胸写にて左上肺野に空洞様病変を認め当院外科紹介受診。左肺癌にて左肺上葉切除(扁平上皮癌, pT1bN1M0 Stage IIA)。術後6ヶ月, 胸部CTにて右上葉に10mm未満の結節を認め, その後14mmと増大。右上葉部分切除術が施行された。

【細胞所見】腫瘍捺印標本では, 組織球やリンパ球を背景に, ライトグリーン淡染性の紡錘形の細胞が散在性に出現。核は中心性で大小不同, 核形不整を認め, 明瞭な1個~数個の核小体を有し, 多核や多形性の目立つ大型核の細胞も多数認められた。一部には, 乳頭状構造を示す, 比較的小型で単一の細胞からなる腺癌の細胞集塊も認められた。

【組織所見】右肺尖部に11×16mmの黄白色の腫瘍を認めた。組織学的には腺癌の部分と, 紡錘細胞あるいは巨細胞の部分が認められた。免疫染色では, TTF-1とnapsin Aに陽性を示し, 腺癌の性質が示されたが, 紡錘細胞あるいは巨細胞の割合が10%を超えることから, 多形癌と診断された。

【まとめ】紡錘細胞と巨細胞および腺癌成分からなる肺多形癌の1例について報告した。肺多形癌は一般的に予後不良であるため, 細胞診において, 紡錘細胞または巨細胞が認められた場合, 多形癌の可能性も考慮し, 所見として付記することが望ましいと考える。

## P-2-15 気管支鏡擦過細胞診で腫瘍細胞の出現を見た血管内悪性リンパ腫(IVL)の1例

新潟市民病院医療技術部病理検査科

○東條春菜(CT), 菊部 豊(CT), 清野俊秀(CT),  
戸田裕一郎(CT), 花野友梨香(CT), 神田杏里紗(CT),  
橋立英樹(MD), 渋谷宏行(MD)

【はじめに】IVLは全身の小中血管内で腫瘍細胞が増殖する稀な節外性悪性リンパ腫である。今回我々は, 気管支鏡擦過細胞診で腫瘍細胞の出現を見たIVLの1例を経験したので, その細胞学的特徴を報告する。

【症例】65歳男性。会陰部・肛門部の感覚障害, 排泄障害を自覚。血清sIL-2R及びLDH高値, 髄液蛋白増加。下部脊椎造影MRIで馬尾に造影効果あり。胸腹部CTで右肺S<sup>2</sup>にすりガラス様陰影あり, 有意なリンパ節腫大なし。短期間での急速な下肢の感覚障害の進行あり。以上の検査結果より悪性リンパ腫などが疑われ, 骨髓生検, 皮膚ランダム生検, 気管支鏡生検・擦過細胞診(擦過標本及びLBC標本)が行われた。

【細胞所見】清明な背景に, N/C比が非常に高く, 核縁の切れ込みや核の立体不整が目立つ, やや大型のlymphoid cellが少数認められ, 悪性リンパ腫を疑った。孤立散在性の細胞が主体であったが, 擦過標本にのみ結合性に乏しい数個の細胞からなる集簇像が一部に見られた。

【組織所見】皮膚生検で, 皮下脂肪織内の小血管内に, 核小体明瞭な大型のlymphoid cellが認められ, 形態像及び免疫組織化学染色よりIVLと診断された。気管支鏡生検でも同様の結果であった。

【まとめ】一般的に悪性リンパ腫は腫瘍細胞がびまん性に出現するのに対し, 本症例は擦過標本で少数の腫瘍細胞が「狭い範囲に孤立性」及び「結合性に乏しい数個の集簇像」で出現していた。文献的にIVLは皮膚の捺印標本で数個からなる腫瘍細胞の集簇像が認められると報告されており, 今回擦過標本でも同様の所見が得られた。上記の所見が見られた場合, 臨床所見も加味した上でIVLの可能性を示唆することができるのではないかと考えた。

### P-2-16 超音波ガイド下経気管支穿刺細胞診で経験された古典的 Hodgkin リンパ腫の1例

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>, 広川佳史(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】超音波ガイド下経気管支穿刺細胞診(EBUS-TBNA)は、従来到達が困難であった縦隔や気道周辺の病変に対して比較的低侵襲で検体を採取することができる。今回我々は、EBUS-TBNA で縦隔発生古典的 Hodgkin リンパ腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性、他院にてフォローされていた気管分岐下腫瘍が経時的な増大を示したため精査加療目的で当院紹介となった。生化学所見では、sIL-2Rが512U/mlと軽度上昇を認めた。FDG-PETで腫瘍に強い集積を示し、癌の転移や悪性リンパ腫が疑われたためEBUS-TBNAが施行された。

【細胞所見】採取細胞の大部分は小型リンパ球であったが、類上皮細胞が混在し、核小体の目立つ奇怪な大型細胞がごく少数認められた。

【セルブロック所見】小型リンパ球や類上皮反応を背景に、明瞭な核小体を含んだ大型空胞状核を伴う細胞が孤立性に認められた。免疫組織化学染色ではCD30、CD15が陽性を示し、Hodgkin リンパ腫が強く疑われた。その後、VATSにより同リンパ節の生検が施行され古典的 Hodgkin リンパ腫混合細胞型と最終診断された。

【まとめ】Hodgkin リンパ腫では腫瘍細胞が少なく、臨床所見や背景の類上皮反応から鑑別診断に挙げて検鏡することが重要と考えられた。

### P-2-17 気管支に発生した腺様嚢胞癌の一例

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>

○角 正恵(CT)<sup>1)</sup>, 佐谷純一(CT)<sup>1)</sup>, 溝口義浩(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤やよい(CT)<sup>1)</sup>, 平山賢司(CT)<sup>1)</sup>, 宇野大輔(CT)<sup>1)</sup>, 緒方昌倫(CT)<sup>1)</sup>, 峰 真理(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】肺の腺様嚢胞癌は、気道粘膜下に分布する気管支腺癌が発生母体と考えられている稀な悪性腫瘍である。今回我々は気管支鏡下擦過細胞診にて診断し得た腺様嚢胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代 女性。高血圧、脂質異常症で近医通院中、一年ほど前から咳嗽を自覚していた。胸野で右下肺野の腫瘤影および胸部CTで右中葉気管支内にmass様の病変を認めた。精査加療目的で当院呼吸器内科紹介受診となり、気管支鏡検査及び擦過細胞診、肺生検を施行した。

【気管支鏡所見】右中間幹から中葉支入口部にかけて毛細血管の拡張がみられ、中葉支入口部には表面平滑で光沢のある隆起性病変を認め、それより末梢は高度に狭窄していた。

【細胞所見】パパニコロウ染色では線毛円柱上皮等を背景に、クロマチンやや濃染、小型で類円形核を有した異型性に乏しい細胞が、粘液様物質を取り囲んだ立体的な細胞集塊を形成しており、一部には篩状構造も示していた。またギムザ染色では、粘液様物質は細胞集塊内外に散在性に異染性を認めた。

【組織所見】腫瘍は篩状構造と管状構造を示す異型細胞で構成されていた。免疫組織化学的にTTF-1は陰性、管状、篩状構造部にはp63陽性の筋上皮細胞が認められ、増殖部の一部にc-kit弱陽性、また偽嚢胞腔にはアルシアン青染色陽性の間質も認めた。

【まとめ】腺様嚢胞癌は緩徐な発育を示すことが多いものの、浸潤性が強く、さらに粘膜下腫瘍の形態をとり、術後の局所再発が少なくない。また、長期経過例では遠隔転移することもある。細胞診での早期の的確な診断は、治療方針を考慮する上で、おおいに貢献できるものと考えられた。

## P-2-18 気管に発生した腺様嚢胞癌の一例

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科<sup>1)</sup>, JA 三重厚生連いなべ総合病院中央検査科<sup>2)</sup>

○中村 豊(CT)<sup>1)</sup>, 村田哲也(MD)<sup>1)</sup>, 小山英之(CT)<sup>1)</sup>, 馬場洋一郎(MD)<sup>1)</sup>, 市川孝昭(CT)<sup>1)</sup>, 山崎卓也(CT)<sup>2)</sup>

腺様嚢胞癌は、耳鼻科領域において唾液腺に発生する悪性腫瘍としてよく知られ、気道においては粘表皮癌、カルチノイドなどとともに低悪性度腫瘍として重要とされる。また、本腫瘍は肺癌全体の0.2%以下と言われ、比較的稀な腫瘍である。

今回、我々は気管に発生した腺様嚢胞癌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。

患者は、79歳女性。手術の約3か月前、検診にて右胸膜の肥厚、S2にすりガラス様陰影および気管腫瘍を認め当院紹介受診となった。

気管支鏡において、気管中下部右側のやや膜様部寄りに表面に光沢のある隆起性病変を認めた。気管支鏡施行時の擦過細胞診では、クロマチンの増量を伴った裸核状～狭小な細胞質を有する小型の核異常細胞が、篩状構造、嚢胞状構造を呈しており、腺様嚢胞癌と診断、手術となった。

摘出された腫瘍は肉眼的に1.8×1.5×0.9 cmで気管内腔に約1/3程度突出、断面は淡黄白色で平滑、充実性であった。

組織学的には管腔様構造、篩状構造を停止、管腔の中心にはアルシアン青および及びPAS陽性の無構造物を認め、腺様嚢胞癌と診断された。

原発性気管腫瘍は全腫瘍の0.1%以下とされ、その内、良性腫瘍15%、扁平上皮癌50%、カルチノイド5%、腺様嚢胞癌15%と言われている。本腫瘍は細胞学的に篩状構造や二相性の形態などの特徴的な所見を認めることも多く、今回の症例においてもそれらの所見を得ることができたが、腺様嚢胞癌には組織学的に管状型、篩状型、充実型の3型に分類されるといわれており、形態によっては他の腫瘍との鑑別が問題になると思われた。

## P-2-19 腺癌との鑑別に苦慮した類上皮血管内皮腫の一例

高知大学医学部附属病院病理診断部

○高橋明日香(CT), 吉良佳那(CT), 岡本真知(CT), 大原栄二(CT), 戸井 慎(MD), 井口みつこ(MD), 弘井 誠(MD), 村上一郎(MD)

【はじめに】類上皮血管内皮腫(以下:EHE)は、肺をはじめ肝臓、骨などにも発生する血管内皮由来の非上皮性腫瘍で、予後不良とされている。若年女性に多いとされており、50歳以上の発症は10%程度と非常にまれである。今回、気管支擦過細胞診で肺腺癌を疑い、生検でEHEと診断された一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。咳嗽を主訴に近医を受診。胸部レントゲン写真で浸潤影を認め、肺炎を疑い抗生剤を使用するが改善せず、胸部CTで右肺に多数の結節影を認めた。肺腫瘍が疑われ当院に紹介受診。気管支擦過細胞診で腺癌、右肺TBLB生検でEHEと診断された。

【細胞所見】血性背景に核腫大を示す異型細胞が小集団または孤在性に多数見られた。淡明で広い細胞質を有し、細胞境界は不明瞭で核は円形、核クロマチンは顆粒状で、異型は比較的軽度であった。二核細胞や、細胞質内に小空胞様の構造が見られた。

【組織所見】硝子様線維性間質を伴った核腫大を示す腫瘍細胞が上皮様配列で見られた。腫瘍細胞は不明瞭な胞巣状または細索状に見られ、核は円形で核偏在傾向を示し、二核細胞も混在し、細胞像と類似していた。あきらかな粘液産生所見は見られなかった。免疫組織学的にTTF-1, CK7陰性, CD31, CD34, Flt-1が陽性であった。

【まとめ】肺に発生するEHEの半数は無症状で多彩な病態との鑑別を有するため術前・術中の診断はきわめて困難とされており、肺腺癌との鑑別に苦慮する症例も少なくない。EHEに有効な治療法は確立されていないため、予後不良な病態である。細胞診で小空胞様構造などの特徴的な所見が見られた時は、本疾患の可能性を考慮し、臨床事項を加味した総合的診断が望まれる。



## P-2-20 喀痰中に異型扁平上皮細胞が持続出現する一症例

筑波メディカルセンター病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 筑波メディカルセンター病院病理科<sup>2)</sup>

○石黒和也(CT)<sup>1)</sup>, 大河内良美(CT)<sup>1)</sup>, 西村優花(CT)<sup>1)</sup>, 石松寛美(CT)<sup>1)</sup>, 村井陽子(CT)<sup>1)</sup>, 上田有美(CT)<sup>1)</sup>, 小田倉章(CT)<sup>1)</sup>, 小沢昌慶(MD)<sup>2)</sup>, 内田 温(MD)<sup>2)</sup>, 菊地和徳(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 喀痰細胞診での異型扁平上皮細胞の検出は、肺癌検出において診断および精査や経過観察の契機として重要であることは言うまでもない。今回我々は、臨床的に腫瘍は認められず、8年間にわたる経過観察にて喀痰中に異型扁平上皮細胞が持続出現する一症例を報告する。

【症例】 80歳代男性。健診喀痰細胞診にてD判定と指摘され、当院を受診。胸部X線検査および気管支鏡検査が施行された。明らかな異常影や可視範囲において気管支粘膜に異常は認められなかった。両側気管支洗浄を施行し、左気管支洗浄液細胞診にて、中等度から高度異型相当の異型扁平上皮細胞が認められ経過観察となった。初診時より、3ヶ月から半年に1度程の間隔で胸部X線やCT検査および喀痰細胞診が施行された。

【細胞所見】 好中球主体の炎症細胞を背景に、角化傾向を呈するエオジンやオレンジG好染性およびライトグリーン好染性の重厚な細胞質を有する異型扁平上皮細胞が散見された。核は腫大し、クロマチンは顆粒状に増量または濃染性で、核形の不整が認められた。少数ではあるが、bizarreな異型細胞も認められた。壊死性背景は認められなかったが、高度異型扁平上皮相当と考え、扁平上皮癌を否定できない所見であった。この所見が8年間にわたり持続出現している。

【画像所見】 胸部X線やCT検査では、炎症性変化、炎症性肉芽の疑いがあるものの経過観察にて著変なく、明らかな腫瘍影は認められていない。

【まとめ】 本症例は、臨床的に悪性像は認められていないが、細胞像は悪性を完全に否定できない所見が持続している。臨床側とは情報共有のもと今後も経過観察を行う予定である。

## P-2-21 肝内胆管癌術後に肺転移巣の外科的切除術を施行した一例

成田赤十字病院病理部<sup>1)</sup>, 成田赤十字病院呼吸器外科<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>

○榎本 茜(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤 忠(CT)<sup>1)</sup>, 葛生吉彦(CT)<sup>1)</sup>, 堀尾穰治(MD)<sup>2,3)</sup>, 星野英久(MD)<sup>2,3)</sup>, 渋谷 潔(MD)<sup>2,3)</sup>, 河上牧夫(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】 肝内胆管癌は、治癒切除後にも高頻度に再発が見られる予後不良な原発性肝癌である。再発部位は多彩で複数の臓器に及ぶ場合が多く、治療は困難を伴う。しかしながら近年、病態および臨床像などから、一部の肺転移症例に対しては外科的治療の適応が指摘されている。今回我々は肝内胆管癌術後に肺転移巣切除術を施行した一例を経験したので、細胞像と合わせて報告する。

【症例】 50歳代女性。3年前、肝内胆管癌に対して肝拡大左葉切除、リンパ節郭清および補助療法を施行した。その3年後、PETとCTにて右肺上葉縦隔側に2.1cm大の結節と右肺門リンパ節の腫大を認めた。気管支鏡検査にて確診が得られず、転移性肺腫瘍あるいは原発性肺癌を疑い、右肺上葉切除術を施行した。病理組織学的検索により胆管癌の肺転移と診断された。

【細胞所見】 腫瘍組織の捺印細胞診標本において、核肥大、核偏在しクロマチン増量著明な異型細胞を認めた。免疫染色ではβ-Catenin, CK7が陽性、CK20, TTF-1, NapsinA, SPA, CDX-2が陰性であった。細胞像及び免疫組織学的所見は胆管癌の転移として矛盾しないと考えられた。

【組織所見】 肺切除材料において、胸膜直下に境界明瞭な灰褐色充実性結節を認めた。組織所見は充実性ないし乳頭状腺癌の像で、肺実質の気管支肺上皮構造とは断裂した小結節を認めた。一部には白血球の浸潤が見られた。免疫組織学的所見は細胞診所見と同様で、胆管癌の肺転移と診断された。

【まとめ】 転移性肺腫瘍の外科的治療の適応には、原発性肺癌との鑑別が細胞学的にも重要であると考えられる。

## P-2-22 膜性腎症でステロイドを使用中、播種性糞線虫症を合併し、死亡した症例

豊見城中央病院病理診断科

○伊禮 彩(CT), 天久望美(CT), 宮里碧沙(CT),  
照屋敦子(CT), 呉地 剛(CT), 喜友名正也(MD)

【はじめに】糞線虫は腸管寄生虫症で、沖縄奄美地方に多く、HTLV-1感染に合併しやすく、免疫能が低下すると重症化する。消化管内視鏡や便培養で診断されることが多い。今回、我々は膜性腎症でステロイドを使用中、嘔吐や下痢で発症し、約2週間の経過で死亡した播種性糞線虫症の症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、男性。既往に高血圧症、高脂血症、高尿酸血症、陳旧性脳梗塞があり、ネフローゼ症候群を併発、腎生検で膜性腎症の診断となり、ステロイド療法を開始された。ステロイド療法開始後約1ヶ月で、嘔吐、下痢、体動困難で救急搬送され、急性腸炎疑いで入院となった。入院翌日に、発熱、頻呼吸、頻脈、代謝性アシドーシスがあり、敗血症と診断、塗抹や血液培養でGNRが検出され、抗生剤を投与するも、感染源が確認出来なかった。入院2日後にARDS、肺泡出血を認め、入院3日後に胃液より糞線虫を検出、播種性糞線虫症に伴う敗血症と診断され、抗寄生虫薬のイベルメクチンを追加投与された。入院6日後に血管侵襲性アスペルギルス症も併発し、入院後16日に多臓器不全で死亡した。

【所見】入院2日後の胃液、入院8日後のBAL、入院14日後の喀痰に線虫の虫体を認めた。虫体は食道に膨大部を持ち、尾端に特徴的なくびれがないことからラブジチス型幼虫が考えられ、胃液、BAL、喀痰と過剰感染を認めたため糞線虫症と考えられた。

【考察】糞線虫症は土壌から経皮的に感染し、生活習慣の変化により近年減少傾向にある。しかしながら、高齢化や他疾患による免疫抑制能低下状態で発症するとともに、不顕性感染を起こしていることがあり、未だに注意すべき寄生虫症と考えられた。

## P-2-23 無気肺および胸水貯留、骨盤内腫瘍、多発リンパ節転移を来した原発不明腫瘍の剖検例

北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野<sup>1)</sup>, 北海道大学病院臨床研究開発センター<sup>2)</sup>, 手稲溪仁会病院病理部<sup>3)</sup>

○石田雄介(MD)<sup>1,2)</sup>, 谷川 聖(MD)<sup>1)</sup>, 杉村拓也(CT)<sup>3)</sup>,  
大森優子(MD)<sup>3)</sup>, 篠原敏也(MD)<sup>3)</sup>, 竹浪智子(MT)<sup>1)</sup>,  
漆戸万紗那(CT)<sup>1)</sup>, 森谷 純(CT)<sup>1)</sup>,  
谷野美智枝(MD)<sup>1)</sup>, 田中伸哉(MD)<sup>1)</sup>

50代女性。高血圧とバセドウ病に対する投薬治療を受けていたが動悸が強く近医受診し、画像上左無気肺と骨盤内腫瘍を指摘され、手稲溪仁会婦人科を紹介受診。左胸腔は腫瘍と胸水により占拠され、骨盤内には13cm大の腫瘍を認めた。腫大した頸部リンパ節の生検により小細胞癌と診断。気管狭窄に対してステント挿入かつ去痰困難に対して挿管した上で化学療法が施行され、いったんは腫瘍縮小に伴いステント抜去、抜管でICU退室しえたが、その後好中球減少、熱発、上部消化管出血、意識レベル低下、呼吸状態悪化、循環不全が進行し、退室後6日目に永眠された。解剖時の細胞診では、肺門部および大動脈周囲リンパ節は、いずれも壊死性背景に円形でクロマチン増量した核を有する小細胞癌として矛盾しない細胞像を呈したが、骨盤内腫瘍は、楕円形核主体の腫瘍細胞が比較的壊死乏しく増大しており、やや異なる細胞像を呈した。対側胸水、腹水、心嚢液はいずれも陰性であった。免疫染色所見では、ともにCK陽性、TTF-1陽性、内分泌マーカー陽性を呈し、肺原発小細胞癌および転移として矛盾しないが、骨盤内腫瘍と他部腫瘍では、細胞像および組織像がやや異なり、急速な増大に関連した所見と考えられた。細胞像および組織像を提示し、他報告例と対照して検討する。

## P-2-24 DTT 添加 Cytorich Red を用いた喀痰 LBC 検体の保存性

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

○龍見重信(CT)<sup>1)</sup>, 西川 武(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木久恵(CT)<sup>1)</sup>, 竹内真央(CT)<sup>1)</sup>, 田中京子(CT)<sup>1)</sup>, 畠山金太(MD)<sup>2)</sup>, 大林千穂(MD)<sup>2)</sup>

【目的】 喀痰検体はその豊富な粘液のために、LBC 標本の作製が困難であると言われている。我々は今までに、喀痰の LBC 標本作製法について検討し、固定液に 0.5% (±)-ジチオトレイトール (WAKO) 加 Cytorich Red (BD) (以下、DTT 加 CR) を使用し、一晚放置後手動的に LBC 標本作製し、これに物理的作用を加えることで標本作製時間の短縮が可能であることを報告した。今回、DTT 加 CR 保存による喀痰検体の染色性の変化を観察し、形態診断への影響を検討する。

【材料および方法】 2016 年 9 月から 11 月に提出された喀痰検体 (n=23) を対象とした。提出された検体をスプリットサンプル法により直接塗抹標本作製した後、残検体に DTT 加 CR を添加し、overnight 法により LBC 標本作製した (1 日後と定義する)。さらにその残検体に、DTT 加 CR を添加し直し、7 日後 (n=10) および 4 日後 (n=13) に手動的に LBC 標本作製した。出現する細胞の細胞質および核の染色性について、overnight 法を対象に、細胞検査士 3 名による 3 段階評価 (3: 明らかな変化なし, 2: やや劣化するが判定に影響を及ぼすほどでない, 1: 著しく変性する) を行い、平均値を算出した。

【結果および考察】 細胞質および核の平均値はそれぞれ、7 日後で 2.57 および 2.77, 4 日後で 2.82 および 2.97 であり、2 点以上を維持していた。overnight 法に比べ、7 日後で細胞質の染色性にやや劣化がみられたものの (p=0.01), 核の染色性は同等であった (p=0.11)。また 4 日後では、細胞質および核ともに明らかな変化はみられなかった (p=0.07 および p=0.33)。これらより、細胞判定上 7 日間の保管は可能であり、DTT 加 CR は喀痰検体の保存液として有用であると考えられる。

## P-2-25 サイトリッチレッドによる保存期間が LBC 検体を用いた免疫細胞化学染色に及ぼす影響

大阪府済生会野江病院病理診断科<sup>1)</sup>, 京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○城戸貴之(CT)<sup>1)</sup>, 矢野恵子(CT)<sup>1)</sup>, 小椋聖子(CT)<sup>1)</sup>, 江木さつき(CT)<sup>1)</sup>, 高安祥子(CT)<sup>1)</sup>, 桜井孝規(MD)<sup>2)</sup>, 渋谷信介(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】 液状化細胞診 (Liquid Based Cytology ; LBC) は標本作製の標準化、鏡検時間の短縮、様々な検査の併用に有用である。当院では非婦人科悪性症例の残余検体に BD サイトリッチ<sup>TM</sup> レッド保存液 (以下 CR 液) を添加し 5℃ で保存、必要に応じて免疫細胞化学染色に利用している。今回、われわれは CR 液による保存期間が、免疫細胞化学染色における抗原性の保持に及ぼす影響について検討したので報告する。

【対象・方法】 2016 年 1 月から 7 月の 7 ヶ月間に施行された胸水細胞診及び腹水細胞診で悪性と判定された 34 件のうち 12 件 (胸水 11 件, 腹水 1 件) を対象とし、それぞれ採取直後, 1 ヶ月後, 3 ヶ月後, 6 ヶ月後に免疫細胞化学染色を施行した。組織型の内訳は腺癌 7 件 (肺 5 件, 胃 1 件, 卵巣 1 件), 小細胞癌 3 件, 悪性リンパ腫 2 件で、局在が細胞膜の抗 CD56 抗体と抗 CD20 抗体, 細胞質の抗 Synaptophysin 抗体と抗 Calretinin 抗体, 核の抗 TTF-1 抗体と抗 p53 抗体を使用した。

【結果】 陽性率は、CD56 は 1 ヶ月で 67% (2/3), 3 ヶ月で 33% (1/3), CD20 は 6 ヶ月で 50% (1/2), Synaptophysin は 1 ヶ月で 67% (2/3), 3 ヶ月で 33% (1/3), Calretinin は 6 ヶ月で 80% (4/5) だった。一方、TTF-1 は 6 ヶ月で 75% (3/4) だったが、p53 は 6 ヶ月で 83% (5/6) だった。

【まとめ】 CR 液中の保存により、細胞膜や細胞質に局在する抗原は早期に抗原性を失って陰性化する傾向が強いが、核に局在する抗原は長期保存の場合でも比較的安定した結果が得られると考えられた。

## P-2-26 当センターにおける超音波気管支鏡ガイド下針生検の運用方法—on site cytology の試み—

栃木県立がんセンター 検査技術科<sup>1)</sup>, 栃木県立がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>

○中野真希(CT)<sup>1)</sup>, 中野公子(CT)<sup>1)</sup>, 大西亜弥(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木優(CT)<sup>1)</sup>, 星 暢夫(MD)<sup>2)</sup>, 若松早穂(MD)<sup>2)</sup>, 星サユリ(MD)<sup>2)</sup>, 平林かおる(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)は、肺門・縦隔リンパ節転移の評価や肺癌の診断に有用な検査法である。今回、当センターにおけるEBUS-TBNAの運用方法、また、標本作製時の工夫等を含めて報告する。

【方法】当院でのEBUS-TBNAは、手術室において全身麻酔下にて施行している。2012年の開始当初は、検体採取後、臨床医が塗抹標本を処理し、病理検査室まで搬送。その後、迅速細胞診を施行していた。しかし、2016年からは手術室に細胞検査士と病理医が出向き、標本作製、染色、迅速診断を行っている。標本作製方法としては、検体採取後、穿刺針を標本上に乗せ、吹き付けを行う。この際、組織が認められれば一部を圧挫し、残りを組織診断用にホルマリン固定。血液成分のみであれば、パッチン法にて処理し、両方法とも乾燥固定と湿固定を実施している。乾燥固定標本はCyto Quickにて染色し、その場で細胞検査士がスクリーニングを実施、病理医が迅速診断を行っている。

【結果】手術室にて迅速細胞診を行うことにより、検体採取から診断報告までの時間を短縮することが出来た。また、臨床医とディスカッションを行いながら検査が出来るため、検査の目的など臨床情報の把握が容易になり、鏡検時に役立つ。臨床医からも、採取の状態がすぐに報告されることで、採取方法や回数の工夫が出来ることや、実際に自分の目で細胞を確認できるため非常に好評である。

【まとめ】EBUS-TBNAの手術室における迅速細胞診は、検査時間の短縮による患者や臨床医の負担軽減や、正確な臨床情報の取得や適切な標本作製による病理診断精度の向上に寄与していると考えられる。

## P-2-27 後縦隔 Adenomatoid tumor の1例

近畿大学医学部病理学教室<sup>1)</sup>, 近畿大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○筑後孝章(MD)<sup>1)</sup>, 清水重喜(MD)<sup>1)</sup>, 植田清文(CT)<sup>2)</sup>, 田中千琴(CT)<sup>2)</sup>, 手嶋優子(CT)<sup>2)</sup>, 白石直樹(CT)<sup>2)</sup>, 水野瑤子(CT)<sup>2)</sup>, 深田知也(CT)<sup>2)</sup>, 上杉忠雄(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤隆夫(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】Adenomatoid tumor(AT)は中皮細胞に由来する良性腫瘍で、主に婦人科領域にみられ、非常に稀に臓側、壁側胸膜に発生する。今回、我々は後縦隔腫瘍として摘出されたATを経験し、術中迅速時に捺印細胞診を検討できたので報告する。

【症例】77歳、男性。大動脈に接する後縦隔に径2cm大の結節が認められた。胸腺腫の手術歴があり、臨床的に胸膜播種が疑われた。病変は境界明瞭で、肉眼的には境界明瞭な白色結節であり、周辺部の一部に多房性嚢胞がみられた。

【捺印細胞診所見】術中迅速診断時の捺印標本では、小型の核小体を有した類円形核と淡明な胞体とからなる細胞が索状、小腺管様集塊としてみられた。一部の胞体内に空胞形成がみられたが、核異型は軽度であった。

【組織学的所見】迅速標本では、類円形核を有する異型細胞が索状あるいは不規則な小腺管様構造をとって増殖していた。核の大小不同がみられ腫瘍性病変と考えられたが、迅速時には組織型の確定はできなかった。固定後の組織では、充実部は小型の核小体を有した類円形核と淡明な胞体とからなる異型細胞が微小腺管様構造をとって増殖し、また結節辺縁部では一層の細胞で覆われた嚢胞形成がみられた。腫瘍細胞では、核内空胞様構造や、胞体内に空胞形成がみられたが、分裂像は殆どみられなかった。

【免疫組織学的所見】増殖細胞に一致して、D2-40, AE1/AE3, Calretinin, WT-1が陽性で、Glut-1, p53は弱陽性、MIB-1 indexは8%であった。HE所見とも合わせ、胸膜由来のATと考えられた。

【まとめ】後縦隔部に発生した非常にまれなATを捺印細胞診と合わせて検討した。



## P-2-28 縦隔原発腸型腺癌の一例

関西医科大学附属病院病理部

○玉井真理英(CT), 石田光明(MD), 岡本 久(CT),  
蛭子佑翼(CT), 宮坂知佳(MD), 田代 敬(MD),  
植村芳子(MD), 薦 幸治(MD)

【はじめに】縦隔原発腺癌は極めて稀な腫瘍である。今回我々は前縦隔に発生した腸型腺癌 NOS を経験したのでその細胞像について報告する。

【症例】20代女性。検診で胸部異常陰影を指摘された。前医 CT で縦隔腫瘤（嚢胞疑い）を認め、当院を紹介受診。前縦隔腫瘍切除が施行された。嚢胞内容液穿刺吸引、剖面より捺印細胞診材料採取。術後 FDG-PET を施行。女性生殖器系や消化管系など検索するも他部位からの転移とする所見は無かった。

【細胞所見】嚢胞内容液穿刺吸引細胞診では、泡沫細胞と壊死物質のみで嚢胞・壊死性変化が見られ、異型細胞は認めなかった。捺印細胞診では、壊死物質や泡沫細胞を背景に、核腫大し核小体の目立つ類円形から紡錘形核の高円柱異型腺細胞が柵状、シート状集塊で出現。腺腔様配列も見られた。また細胞質内に粘液を有する細胞集塊も認めた。免疫細胞染色では cdx-2 陽性、ケラチン 7 陽性、細胞質内に豊富な粘液を有する腫瘍細胞のみケラチン 20 陽性であった。

【組織所見】内腔には多量の壊死物が見られた。嚢胞壁は核腫大し核小体の目立つ類円形核の高円柱異型腺細胞で被覆。充実部分では同様の腫瘍細胞が管状・融合状腺管を形成し、細胞質内に粘液を有する腫瘍細胞も見られた。免疫組織染色ではケラチン 7 陽性、細胞質内に豊富な粘液を有する腫瘍細胞のみケラチン 20 陽性。CD5、c-kit、TTF-1 陰性。cdx-2 陽性。また MUC2 陰性、MUC5AC 陽性、MUC6 一部陽性。以上より胸腺由来の腸型腺癌 NOS と診断した。

【まとめ】縦隔原発腺癌の細胞像の報告は初めてであり、組織像を反映する細胞所見が認められた。今回穿刺吸引細胞診では細胞は採取されていないが、縦隔に嚢胞形成する腺癌が発生しうることを念頭に置くことが重要である。

## P-2-29 右縦隔に発生した骨外性粘液型軟骨肉腫の 1 症例

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>, 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部<sup>2</sup>, 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長<sup>3</sup>

○藤澤宏樹(MT)<sup>1</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>1,2</sup>, 菅里里紗(CT)<sup>1</sup>,  
安村奈緒子(CT)<sup>1</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1</sup>, 大西 浩(CT)<sup>1</sup>,  
谷山大樹(MD)<sup>1</sup>, 在津潤一(MD)<sup>1</sup>, 齊藤彰久(DDS)<sup>1</sup>,  
谷山清己(MD)<sup>3</sup>

【はじめに】骨外性粘液型軟骨肉腫は、体幹や大腿部等の深部に発生する低～中悪性度の軟部腫瘍である。発生頻度は全軟部腫瘍の 3% 未満であり、50 歳前後の男性に多い稀な疾患である。我々は、右縦隔に発生した骨外性粘液型軟骨肉腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】30 歳代、男性。検診にて上縦隔腫瘍を指摘された。手術目的のため当院へ紹介受診となった。当院 CT 検査では右第 1 肋骨頭、肺に接して 34×26×26 mm の境界明瞭な腫瘤が認められた。入院 5 日後に右肺尖部病変生検が施行され、骨外性粘液型軟骨肉腫と診断された。後日、右縦隔腫瘍の摘出術が施行され、切除された腫瘍の穿刺吸引細胞診を行った。

【穿刺吸引細胞診所見】背景には多量の粘液様物質が認められた。腫瘍細胞は結合性が緩く、小集塊状や孤立散在性に出現していた。腫瘍細胞は類円形や楕円形、核は偏在性で、核大小不同性や軽度の核型不整が認められた。核クロマチンは細顆粒状であり、小型の核小体を有していた。細胞質はライトグリーン弱好性であった。Giemsa 染色ではメタクロマジーを示す間質粘液が認められた。

【肉眼所見】摘出標本は 4.0×2.3×2.0 cm 大であった。腫瘍剖面は灰白色充実性及び粘液状成分からなる多結節性病変を呈していた。

【組織所見】厚い線維性結合組織の壁や隔壁を有しており、分葉状構造を呈していた。豊富な粘液様基質中に、類円形、短紡錘形の核と好酸性の豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が索状配列、小胞巣構造あるいは散在性に認められた。壊死はなく、明らかな軟骨形成や骨形成はなかった。

【結語】実際に遭遇することの稀な骨外性粘液型軟骨肉腫の細胞像を経験することができた。

## P-2-30 上部尿路癌の細胞診断について

名鉄病院中央臨床検査部病理<sup>1)</sup>, 名古屋掖済会病院病理診断科<sup>2)</sup>

○小林徳子(CT)<sup>1)</sup>, 眞田照一郎(CT)<sup>1)</sup>, 谷川 豊(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木真理子(CT)<sup>1)</sup>, 原田智子(MD)<sup>1)</sup>, 田中瑞穂(CT)<sup>2)</sup>, 大池里枝(CT)<sup>2)</sup>, 夏目園子(CT)<sup>2)</sup>, 西川恵理(MD)<sup>2)</sup>, 佐竹立成(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】上部尿路カテーテル尿(カテ尿)細胞診標本における低異型度尿路上皮癌の診断方法について検討したので報告する。

【対象】1. 上部尿路の尿路上皮癌(UC)の組織標本が存在し, 上部尿路のカテ尿標本(Pap.染色標本)が採取されており, 癌細胞が認められた22例(癌群). 2. カテ尿が採取されており, 十分な数の尿路上皮細胞が採取された非癌症例21例(非癌群).

【方法】癌症例22例と非癌症例21例の標本中, 100個以上の任意の集団に含まれる尿路上皮細胞20個について以下の項目を調査し, どの項目が高及び低異型度癌症例と非癌症例の鑑別に有用か, 調査した. 1. 長径, 短径の平均値2. 長径短径差3. 核クロマチン濃淡4. 核形不整5. 核小体の大きさ6. 細胞重積7. 細胞密度

【結果】1. 長径の大きさ: 長径11 $\mu$ m以上には非癌症例, 低異型度尿路上皮癌は, 入らない. 2. 核クロマチン濃染の程度を1・2・3点(最も濃染)に分類すると3に入る非癌症例は認められず, 癌症例は18例(低異型度3例)がこの中に入った. 3. 細胞密度の程度を1. 2. 3点に分類すると3点に入る非癌症例は認められず, 癌症例は全例がこの中に入った.

【まとめ】今回の診断方法では非癌群と癌群の鑑別方法として核の長径, 核クロマチンの濃染の程度と細胞密度が重要な所見と考えられた. 低異型度尿路上皮癌は5例認められ, 全例核の長径が11 $\mu$ m未満で細胞密度が高度(3点)であった. その他, 強い核形不整(4点)や強い核クロマチン濃染(3点)があれば更に診断は確実となる.

## P-2-31 液状化検体細胞診による泌尿器細胞診報告様式2015への対応に関する検討

医療法人社団日高会日高病院病理診断研究センター

○久保りさ(CT), 秋本みなみ(CT), 小野貴美子(CT), 石原 力(CT), 中里洋一(MD)

【はじめに】尿細胞診では従来Class分類を用いていたが, 近年, 世界的に尿細胞診の診断基準や報告様式を統一する動きがあり, 日本でも泌尿器細胞診報告様式2015が発表された. そこで, 当施設においてClass3(疑陽性)以上と診断された尿検体を, この報告様式に基づいて再検討をしたので報告する.

【対象・方法】2015年1月から2016年6月の間に当施設で提出されたClass3以上の症例を対象とした. 検体処理はLBC法(SurePath法およびThinPrep法)を用いている. 報告様式に基づいて再検討し, 「不適正」から「悪性」の5つの診断カテゴリーに再分類した. 尿細胞診の診断に有用とされている細胞所見5項目(核クロマチン増量または核濃染, 核形不整, N/C比大, 核偏在, 核腫大)について, (-)~(++)の3段階に分類し, 当施設で用いているClass分類との相関および組織型との関連についても分析した.

【結果・考察】尿細胞診の診断に有用とされる細胞所見は5項目の全てが, 診断カテゴリーが上がるにつれて陽性率が高くなる傾向にあった. また, 「異型細胞」と「悪性疑い」のどちらも, N/C比大と核偏在の2項目の陽性率が他の3項目と比べて低い傾向があった. この2項目が陽性となる症例の組織型は上皮内癌(CIS)や高異型度尿路上皮癌(HGUC)が大多数を占めた. 「異型細胞」では他のカテゴリーと比べて低異型度尿路上皮癌(LGUC)の割合が高く, これは異型度が弱いLGUCの腫瘍細胞の特徴を反映していると考えられる. しかし, CISやHGUCの症例も含まれており, これは細胞数が少なく変性細胞が目立つという尿細胞診の特徴が影響している可能性があり, 今後の課題と考えられる.

### P-2-32 尿路上皮癌における Ezh2 の発現と尿細胞診への応用

独立行政法人国立病院機構佐賀病院<sup>1)</sup>, 久留米大学病院病理診断科・病院病理部<sup>2)</sup>, 社会医療法人天神会新古賀病院<sup>3)</sup>, 久留米大学医学部病理学講座病理学分野<sup>4)</sup>

○佐田勇樹(CT)<sup>1)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>2)</sup>, 貞嶋栄司(CT)<sup>3)</sup>, 秋葉 純(MD)<sup>2)</sup>, 矢野博久(MD)<sup>4)</sup>

【目的】高異型度尿路上皮癌でより高い発現を示すことが知られている Ezh2 が, 尿細胞診で有用なバイオマーカーに成り得るか否かについて検討を行った。

【方法】膀胱癌 57 例と非腫瘍性病変 11 例の組織を用いて, Ezh2 と Ki-67 の免疫組織化学を施行し, その陽性率と異型度との関連について検討を行った。また, 膀胱癌 37 例と良性検体 44 例の自然尿の細胞診検体を用いて免疫細胞化学を施行し, 1. Ezh2 の陽性率と異型度との関連, 2. ROC 解析を行いたカットオフ値解析, 3. 良性検体における Ezh2 陽性率について細胞学的検討を行った。

【成績】Ezh2 と Ki-67 陽性率は, 非腫瘍性病変, 低異型度および高異型度尿路上皮癌間において統計学的有意差を認めた。一方, 尿細胞診におけるこれらの陽性率は良性検体と尿路上皮癌に統計学的有意差を認めたが, 低異型度および高異型度尿路上皮癌間において統計学的有意差は認められなかった。ROC 解析で得たカットオフ値を用いると, Ezh2 は 67.6%, Ki-67 は 81.1% の症例を悪性と判定することが可能であった。また, 良性自然尿における Ezh2 陽性率は, Ki-67 陽性率に比べ明らかに高値を示した。

【結論】Ezh2 は尿路上皮癌の診断に有用なバイオマーカーであった。尿細胞診において Ezh2 発現を示す良性細胞が多く混在しているため, Ki-67 発現とは異なった評価基準を設け診断に応用していくことが肝要である。

### P-2-33 ヒト尿路上皮癌における microRNA-331-3p の役割

奈良県立医科大学医学部病理病態学講座<sup>1)</sup>, 奈良市総合医療検査センター<sup>2)</sup>

○藤井智美(MD)<sup>1)</sup>, 安達博成(CT)<sup>2)</sup>, 小西 登(MD)<sup>1)</sup>

microRNA (miRNA) は癌の進展, 細胞増殖および分化などの機能に関わる低分子量 RNA で, 分子診断マーカーとしても注目されつつある。今回, 尿路上皮癌(UC)細胞株 T24, UMUC6 および KU7 を用いて miR-331-3p の機能解析を行った。UC 細胞株に miR-331-3p precursor を導入し, 細胞増殖能を検討するとともに, 尿細胞診検体を用いて, miR-331-3p の発現量を測定した。同意の得られた UC 患者尿細胞診検体 50 例をホルマリンを含まない LBC 固定液で固定し, 一部を RNA 抽出および定量的 RT-PCR 法による miR-331-3p の発現定量に用いた。細胞株に miR-331-3p precursor を導入するといずれも細胞増殖能が有意に低下した。X-gal assay では cell senescence が亢進し, Annexin V assay ではアポトーシスが誘導された。各々の機序に關与する標的分子について検討したところ, NACC1 の発現低下により cell cycle において G1-arrest を介し cell senescence が誘導され, NRP2 の発現低下によりアポトーシスが誘導された。尿細胞診検体における miR-331-3p の発現量は low grade UC よりも high grade UC で低く, pTa>pT1>pT2 と進行するにつれて発現量が低下する傾向がみられた。これらの結果から, miR-331-3p が UC の細胞増殖を制御する因子であり, さらには grade に準じた分子診断マーカーの候補となりえることが示唆された。

### P-2-34 傍精巣組織を首座として発生した IgG4 関連疾患の一例

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

○望月邦夫(MD)<sup>1)</sup>, 中澤久美子(CT)<sup>2)</sup>, 花井佑樹(CT)<sup>2)</sup>, 石井喜雄(CT)<sup>2)</sup>, 峰 広美(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤詩織(CT)<sup>2)</sup>, 笠井一希(CT)<sup>2)</sup>, 望月直子(CT)<sup>2)</sup>, 大石直輝(MD)<sup>1)</sup>, 加藤良平(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】IgG4 関連疾患の罹患臓器は様々であり, 膵や唾液腺などが代表的であるが, 今回我々は傍精巣組織を首座として発生した稀な 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性. 左陰嚢腫大があり, 陰嚢穿刺で 130 ml 黄色透明の貯留液が確認され, その際の細胞診で悪性リンパ腫が疑われた. その後, 再度陰嚢腫大がみられ, 触診上は硬く, 超音波検査で液体貯留を認め, 左精巣高位除手術が施行された。

【細胞所見】術前の陰嚢穿刺液で, 単調なリンパ球の増生が確認され, 異型性は軽度であったが, 悪性リンパ腫が疑われた. 形質細胞はほとんど確認されなかった。

【組織所見】傍精巣組織が首座で一部精巣にも及ぶが, 背景に線維化を伴って, リンパ球, 形質細胞の浸潤・増生がみられ, 免疫染色では多数の IgG4 陽性細胞の混在が確認された. また, 異型性は乏しく, 軽鎖制限も無く, 悪性リンパ腫は否定的と判断した。

【考察】傍精巣組織を首座として発生した IgG4 関連疾患は稀であるため, 過去の症例報告も非常に少なく, 認知度も低いと思われる. 高齢者で陰嚢が腫大した場合, 頻度から考えて必ず悪性リンパ腫の可能性を考慮すべきであるが, 同様にリンパ球浸潤が特徴である IgG4 関連疾患も発生しうることを念頭に置き, 今後の細胞診検査に臨む必要性を感じた。

### P-2-35 前立腺 G-CSF 産生未分化癌の一例

済生会宇都宮病院臨床検査技術科<sup>1)</sup>, 済生会宇都宮病院病理診断科<sup>2)</sup>, 慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>

○兼崎真由美(CT)<sup>1)</sup>, 廣瀬英俊(CT)<sup>1)</sup>, 湯澤浩子(CT)<sup>1)</sup>, 尾原健太郎(MD)<sup>2,3)</sup>, 江本 桂(MD)<sup>2,3)</sup>

【緒言】腫瘍が産生する granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF) により白血球数増多をきたすことがあるが, 前立腺での G-CSF 産生腫瘍の報告は稀である. 今回, 急激な経過を来した前立腺 G-CSF 産生未分化癌の一例を経験したので報告する。

【症例】67 歳男性. 排尿困難により泌尿器科を受診したが, 急性心筋梗塞のため侵襲的検査は行われなかった. 尿細胞診では classIV, 前立腺, 尿道生検, 経尿道的膀胱腫瘍切除にて未分化癌と診断された. 骨盤内臓全摘術が施行されたが, 1 か月後永眠された。

【尿細胞診】核小体が明瞭で核の偏在した異型上皮細胞が散在性に少数認められた. 前立腺由来の可能性を考慮してセルブロックを作製し免疫染色を行ったところ, pancytokeratin(+), CK7(-), CK20(-), p63(-), PSA(-), PAP(-), MIB-1 陽性率は約 90% であり, 前立腺由来という根拠は得られなかった。

【手術検体】前立腺を主座とする 70×65×35 mm 大の白色調腫瘍を認めた. 組織学的には, 好酸性の大型異型細胞が, 地図状の壊死を伴いびまん性に増殖, 浸潤する所見を認めた. 特定の分化は認めず, 前立腺原発未分化癌と診断した. 腫瘍内は好中球浸潤が高度であり, 癌細胞は G-CSF が陽性であった. 白血球数 59,210/μl, 血中 G-CSF 値 189.0pg/ml であり, G-CSF 産生前立腺未分化癌と診断した。

【考察】本症例では死亡 2ヶ月前より白血球増多が顕著となった. 尿細胞診施行の時点では白血球数 9,000/μl 程度であり G-CSF 産生腫瘍は疑われなかった. しかし尿細胞診の癌細胞も G-CSF 陽性であったことから, 腫瘍は白血球増多が顕著となる前から G-CSF 産生能を獲得しており, 腫瘍量の増加に応じて白血球増多が顕在化したと推察した。



### P-2-36 腺癌との鑑別を要したリンパ腫様型/形質細胞腫様浸潤性尿路上皮癌の1例

埼玉医科大学病院中央病理診断部病理診断科<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学基礎医学病理学<sup>2)</sup>, 埼玉医科大学保健医療学部<sup>3)</sup>

○土居美枝子(CT)<sup>1)</sup>, 稲田博輝(CT)<sup>1)</sup>, 細沼沙紀(CT)<sup>1)</sup>, 政岡秀彦(CT)<sup>1)</sup>, 瀬山幸子(CT)<sup>1)</sup>, 金野美年子(CT)<sup>1)</sup>, 石澤圭介(MD)<sup>1,2)</sup>, 茅野秀一(MD)<sup>3)</sup>, 山田健人(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐々木惇(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】リンパ腫様型/形質細胞腫様浸潤性尿路上皮癌は稀な亜型で、核が偏在し淡明もしくは好酸性の胞体を有し、一見形質細胞様の形態を示す。今回我々は、腺癌との鑑別を要した症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。1ヶ月前より間欠的な血尿を自覚し泌尿器科受診。初診時尿細胞診 class-V。CT, MRIにて膀胱後壁内腔に突出する腫瘤を認めTUR-BT施行となった。

【細胞像】軽度血性背景に、核偏在傾向を示す円形～類円形の比較的均一な異型細胞が、散在性から一部には小集塊状で認められた。細胞質はライトグリーン好染でN/C比が高く、核縁は肥厚し、クロマチンは顆粒状で増量、明瞭な核小体を1～2個認めた。一部の細胞質には空胞を認め、尿路上皮癌の他に腺癌も疑われた。

【組織像】腫瘍部では異型細胞の単調な増殖を認め、一見非上皮様であるが一部相互結合性が保たれていた。他のTUR切片では間質内に異型細胞のびまん性浸潤を認めた。PAS及びAlcian blueは陰性。免疫染色ではCAM5.2, AE1/3及びCK7がいずれも陽性、CK20一部陽性、PSAとCEAは陰性。CD138が陽性だがκとλ及び他のリンパ球マーカーはすべて陰性だった。膀胱原発の癌腫として矛盾は無く、plasmacytoidな細胞形態を考慮し、リンパ腫様型/形質細胞腫様浸潤性尿路上皮癌と診断された。

【まとめ】本腫瘍は孤在性に浸潤、増殖するなど浸潤能が高く予後不良である。発生頻度は浸潤性尿路上皮癌の3%未満と稀であり遭遇する機会は少ないが、本腫瘍の特徴的な細胞形態を念頭におき、腺癌または悪性リンパ腫や形質細胞腫等と鑑別することより、細胞診での組織型推定が可能であると考えられた。

### P-2-37 尿沈渣検査で異型細胞を認め尿細胞診で悪性リンパ腫を疑った一症例

佐世保共済病院病理診断科<sup>1)</sup>, 十善会病院 病理室<sup>2)</sup>

○川崎辰彦(CT)<sup>1)</sup>, 久保 綾(CT)<sup>1)</sup>, 田中義成(CT)<sup>1)</sup>, 井関充及(MD)<sup>1)</sup>, 小川桂子(CT)<sup>2)</sup>

【はじめに】膀胱に原発する悪性リンパ腫は5%以下とまれである。今回我々は尿沈渣検査で異型細胞を確認し、尿細胞診検査で悪性リンパ腫を疑い免疫染色で確認できた膀胱原発悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。血尿で水腎症を伴い膀胱腫瘍の診断で他院より紹介受診。尿沈渣検査で類円形異型細胞を認め、尿細胞診検査で悪性リンパ腫が疑われた。CT検査で右尿管口に腫瘍を認め、膀胱鏡検査で右尿管口を閉塞させる非乳頭状腫瘍が確認された。右尿管口の閉鎖治療目的のためTUR-BTが施行された。

【細胞所見】比較的きれいな背景に好中球の2倍から3倍を示す類円形異型細胞が散見された。N/C比は高く核クロマチンは増加し明瞭な核小体が認められた。一部には核分裂像も認められ、腫瘍細胞の増殖が高い事が確認された。メイギムザ染色では核形不整を示し、一部には細胞質空胞も認められた。

【組織所見】扁平上皮化生を伴った尿路上皮下に核小体を伴った中型～大型異型細胞が瀰漫性に膀胱壁を占めるように増殖していた。Abnormal mitosisなど核分裂像も多く見られた。免疫染色でCD20, CD79a陽性, CD30, ALKは陰性であった。膀胱以外に腫瘍が確認されない事などから膀胱原発の“diffuse large B-cell lymphoma”と診断した。

【まとめ】今回尿細胞診に認められた悪性リンパ腫の一例を経験した。好中球の2倍から3倍以上の大きさを示す類円形異型細胞で、核クロマチンが増加し、メイギムザ染色で細胞質に空胞を伴う類円形異型細胞を確認することで悪性リンパ腫が疑われた。確定診断には免疫染色が必要であるが、細胞学的特徴を認識することで早期の診断が可能と思われた。

### P-2-38 生検針の洗浄細胞診で認めた 2 型乳頭状腎細胞癌の一例

西神戸医療センター臨床検査技術部<sup>1)</sup>, 西神戸医療センター病理科<sup>2)</sup>

○船越真依 (CT)<sup>1)</sup>, 西田 稔 (CT)<sup>1)</sup>, 清水理絵 (CT)<sup>1)</sup>, 毛利衣子 (CT)<sup>1)</sup>, 井上友佳里 (CT)<sup>1)</sup>, 石原美佐 (MD)<sup>2)</sup>, 橋本公夫 (MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳頭状腎細胞癌は腎細胞癌の約 10% を占める稀な腫瘍であり, 細胞学的な報告例は少ない. 今回この一例を経験したので報告する.

【症例】80 歳代, 男性. 循環器内科通院中に, 腹部超音波検査で右腎上極に 60 mm 大の腫瘍を認めた. 造影 CT で中等度の均一な造影効果がみられ, 脂肪に乏しい血管筋脂肪腫や出血を伴う腺腫が疑われた. MRI ではヘモジデリン沈着を示唆する所見を認めたため, 乳頭状腎細胞癌も鑑別に挙げられた. 組織診断目的のため CT ガイド下生検が施行され, 同時にその針先洗浄液が細胞診検体として提出された.

【細胞所見】出血や小さな顆粒状物質を伴った背景に, ヘモジデリン貪食細胞と多くの腫瘍細胞を認めた. 腫瘍細胞は裸核状や辺縁が不明瞭な小集塊と, 間質を軸に乳頭状構造を示す大型集塊で出現していた. 細胞は円柱状や多角形で, 比較的広い顆粒状の細胞質を持ち, 核は円形でクロマチンは微細顆粒状, 小型の核小体を一つ有していた. 一部の乳頭状集塊の間質には泡沫細胞を認めた.

【組織所見】血管結合織を軸に乳頭状構造を示す腫瘍組織を認めた. 腫瘍細胞は円柱状で, 細胞質は好酸性の顆粒状であった. 間質には泡沫細胞が集簇する部位もみられた. 以上の所見から, 2 型乳頭状腎細胞癌と診断された.

【まとめ】顆粒状の細胞質を持つ円柱状細胞や乳頭状構造を示す細胞集塊の出現, ヘモジデリン貪食細胞や間質にみられる泡沫細胞は, 2 型乳頭状腎細胞癌を示唆する細胞所見であると考えられた.

### P-2-39 ギムザ染色にて細胞質内異染性粘液を有した転移性膀胱癌の一例

相澤病院病理診断科<sup>1)</sup>, 相澤病院臨床検査科<sup>2)</sup>

○樋口佳代子 (MD)<sup>1)</sup>, 小倉和幸 (CT)<sup>2)</sup>, 伊丹川裕子 (CT)<sup>2)</sup>, 池上陽太 (CT)<sup>2)</sup>, 加藤昌希 (CT)<sup>2)</sup>, 小林帆波 (CT)<sup>2)</sup>, 石橋恵津子 (CT)<sup>2)</sup>, 小豆畑康児 (MD)<sup>1)</sup>, 伊藤信夫 (MD)<sup>1)</sup>

【背景】上皮性粘液がギムザ染色異染性を呈することは少ない. 今回尿路上皮癌の心膜転移により生じた心嚢水細胞診で, 細胞質内にギムザ染色で異染性を示す粘液をいれた癌細胞を認めたので報告する.

【症例】79 歳, 女性.

【現症】難治性膀胱炎精査のため紹介入院. 尿細胞診にて悪性, 尿路上皮癌. CT でも膀胱内に発育し, 尿管, 尿道, 陰壁への浸潤をともなう膀胱癌が指摘された. TUR 組織検査で印環細胞様腺癌成分を伴う浸潤性尿路上皮癌と診断された. 左腎瘻設置後 GC 療法, 放射線療法施行されたが, 肺多発転移, 心膜転移をきたし, 心不全, 腎不全のため発症後 15 ヶ月で永眠された.

【細胞所見】心嚢水細胞診検体では細胞質内小腺腔 (ICL) を有する異型孤在細胞が多数出現し, ICL 内には顆粒状から滴状の分泌物をいれていた. 分泌物は Pap 染色では緑色～橙赤色, ギムザ染色では赤紫色の異染性を示した. 同検体のセルブロックでは分泌物は Alcian blue 染色 (+) で酸性粘液成分と考えられた. 免疫染色では心嚢水内細胞と膀胱の原発巣腫瘍細胞は TTF1 (-), calretinin (-), CK7 (+), CK20 (+), 34βE (+) と同様の染色性を示した. 初回の尿細胞診でも ICL 様構造を有する細胞が散見されたがギムザ染色で異染性を示す分泌物の頻度は低かった.

【組織所見】TUR 検体では上皮内癌をともなって瀰漫性に浸潤する尿路上皮癌がみられ, 所々に印環細胞様腺癌細胞の浸潤・増生がみられた. 本例では腺癌成分を主体とした心膜転移がおこったものと考えられた.

【結論】細胞診では上皮性粘液でもギムザ染色にて異染性を示す場合があることを念頭におく必要がある.

## P-2-40 泌尿器細胞診

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>, 宮崎大学医学部病理学講座構造機能病態学分野<sup>3)</sup>

○西川詩織(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>, 森田勝代(CT)<sup>1)</sup>, 黒木栄輝(CT)<sup>1)</sup>, 大野招伸(CT)<sup>1)</sup>, 前川和也(MD)<sup>3)</sup>, 盛口清香(MD)<sup>2)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】神経芽腫群腫瘍は、小児固形腫瘍の中で最も発生頻度が高いが、細胞診の報告は少ない。今回我々は、カテーテル尿中に腫瘍細胞が出現した一例を経験したので報告する。

【症例】2歳男児。食欲低下、嘔吐を主訴に近医受診。左側腹部に弾性硬の腫瘤を触知し、CTで12cm大の後腹膜腫瘤を指摘され、当院小児科紹介入院となった。PET-CTでは、腫瘍は左腎・尿管に浸潤し、リンパ節・骨に多発転移が認められた。確定診断のため、尿細胞診・腫瘍生検が施行された。入院時の血清NSEは1,160ng/ml(基準値<16.3)、尿中HVAは25.9μg/mg CRE(基準値<22)であった。

【カテーテル尿細胞所見】多数の尿路上皮細胞を背景に、小型の異型細胞が孤立散在性および小集塊で出現していた。細胞集塊は核密度が高く、核圧排像がみられた。核は円～類円形で、クロマチンは顆粒状に増量し、細胞間でクロマチン分布に差が見られた。免疫細胞化学では、異型細胞はChromogranin Aに陽性を示した。臨床所見を踏まえ、神経芽腫に矛盾しない細胞所見と診断した。

【病理組織所見】N/C比の高い腫瘍細胞がび漫性に増殖する像で、神経細線維や神経節細胞等への分化を示す所見は明らかではなかった。免疫組織化学では、腫瘍細胞はChromogranin A, NSE, Synaptophysin陽性で、核分裂・核崩壊指数は4.5%であった。以上より、未分化型の神経芽腫と診断された。

【まとめ】本症例は小型円形腫瘍に含まれる疾患が鑑別に挙がると考えるが、臨床検査所見などを加味し、神経芽腫を推定し得た。神経芽腫自体、細胞診で目にすることは少なく、今回は特に、カテーテル尿中に腫瘍細胞が出現した稀な一例であった。

## P-2-41 泌尿器科領域のLBC導入における現状と従来法との比較

富山県済生会富山病院<sup>1)</sup>, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学<sup>2)</sup>

○田近洋介(CT)<sup>1)</sup>, 中島悠樹(MT)<sup>1)</sup>, 折田 恵(CT)<sup>1)</sup>, 浅倉ゆきえ(MT)<sup>1)</sup>, 高橋美貴恵(CT)<sup>1)</sup>, 井村穰二(MD)<sup>2)</sup>

尿細胞診は膀胱腫瘍スクリーニングとして最も用いられ、重要性が高い。しかし、感度は十分とはいえず課題となっている。その一因に尿検体は標本から細胞が剥離しやすく十分な量を得られにくい点が挙げられる。当院では従来、すり合わせ法による尿検体処理を行っていたが、細胞の回収率が極端に悪く、YM遠心法へと変更を行った。さらにYM固定サイトスピン法へと改良を行った。細胞量は増加したが、YM固定を行った細胞は変性がやや強く出る難点があった。婦人科細胞診で液化検体細胞診(以下LBC)TACAS法を導入したことをきっかけに、全ての検体をLBC(TACAS)法へ変更した。導入前後比較では、標本作製でLBC法では前処理が必要な為、従来法よりステップが一つ多くなった。尿細胞診陽性率では導入前で8.7%、導入後は25.6%であった。陽性検体における組織診正診率では導入前が96.3%、導入後で100%であった。細胞の出現比較では従来のYM固定サイトスピン法と比較して細胞数が増えクラスターが見られることが多くなった。細胞所見ではYM固定に比較して細胞核の収縮は少なく、変性も減ったが、不適標本がやや増加した。これは、LBC法になり確実に集細胞でき、さらに変性も少なくなった事により、従来より細胞を集めるがゆえに以前より適不適の区別をつけやすくなり、本来の意味の細胞の少ない不適標本が顕在化し、見かけ上件数は増えたが標本の質は向上したと考えられた。導入前後比較においてLBC(TACAS)法は従来法より優れており細胞診検査の質向上と業務の一助になるものと考えられた。全国でも比較的早期に非婦人科領域のLBC法による機械化を行ったので、当院におけるLBC尿細胞診の現状を報告した。

## P-2-42 尿細胞診における従来法と LBC 法の細胞形態, 診断精度の比較検討

聖隷浜松病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>, 立川総合病院病理診断科<sup>3)</sup>

○加藤好洋(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木愛梨(CT)<sup>1)</sup>, 池谷知也(CT)<sup>1)</sup>, 山田真人(CT)<sup>1)</sup>, 新井義文(MD)<sup>2)</sup>, 大月寛郎(MD)<sup>2)</sup>, 小林 寛(MD)<sup>2,3)</sup>

【目的】尿細胞診では細胞剥離が起りやすいなど, 標本作製上の問題が生じやすく, 判定に影響することが多い。今回 Liquid Based Cytology (LBC) を尿細胞診へ導入したため, 従来法と BD SurePath 法 LBC における Cyto Rich Red 保存液 (Red) と Cyto Rich Blue 保存液 (Blue) の 3 方法における形態的特徴及び診断精度について検討した。

【材料と方法】従来法, Red, Blue の 3 標本作製し得たのは 365 症例であった。このうち 3 方法すべてに腫瘍細胞がみられた症例について, Red, Blue に関して従来法との間の出現様式, 核クロマチン, 細胞サイズを比較した。次に細胞診判定が疑陽性以上の症例において, 3 方法間の判定区分の比較を行った。また組織診断がなされた症例に関して, 組織学的に High grade 腫瘍を High grade 腫瘍 (+) 群, Low grade 腫瘍および良性を High grade 腫瘍 (-) 群として, 3 方法の診断精度を求めた。

【結果】出現様式において主に集塊で出現していた症例は従来法 43%, Red 及び Blue で 68% であった。核クロマチンでは従来法と比較してより濃染した症例は Red 82%, Blue 43% であった。また細胞サイズも従来法と比較して大型化は Red 39%, Blue 32%, 変化なしは Red 39%, Blue 46%, 小型化は Red 及び Blue で 22% であった。判定区分に関しては, 悪性及び悪性疑いと判定された症例は従来法 53%, Red 69%, Blue 64% であった。診断精度では, 感度は従来法 58%, Red 71%, Blue 67% であり, 特異度はいずれも 100% であった。

【考察】LBC 両者は従来法と比較し集塊での細胞出現が目立ち, やや感度が高いという診断上の利点があるという結果となった。尿細胞診では従来法と LBC を併用し, 総合的に診断する必要があると考えられる。

## P-2-43 Intramuscular myxoma の 2 例

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○川口洋子(CT), 柳原優香(CT), 山川美沙紀(CT), 弦巻順子(CT), 北澤 綾(CT), 豊崎勝実(CT), 鏡十代栄(CT), 木下律子(CT), 川崎 隆(MD), 本間慶一(MD)

【はじめに】筋肉内粘液腫は比較的稀な軟部腫瘍である。今回我々は本腫瘍の 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】50 歳代, 女性。左大腿部のしこりを自覚。約 1 年後, 近医受診し, 当院を紹介受診。MRI では 4×3 cm 大の腫瘤を認め, 筋肉内粘液腫疑い。経過観察で増大傾向を認め, 穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診では, 粘液基質を背景に, 異型性軽度な間質細胞が少数認められるのみで, Class III と報告した。その後腫瘍切除術が施行された。組織学的には, 粘液性間質や線維成分を背景に, 小型で異型に乏しい間質細胞が疎に分布し, 筋肉内粘液腫と診断された。

【症例 2】40 歳代, 女性。右大腿の腫脹, 硬結を自覚。徐々に増大。近医受診後, 当院を紹介受診。MRI で 16×6×4 cm 大の腫瘤を認め, 当初はガングリオンと考えられたが, 超音波検査で充実成分が認められた為, 造影 MRI と穿刺吸引細胞診が施行された。造影 MRI では淡く濃染される領域が見られ, 悪性軟部腫瘍の可能性が示唆された。細胞診では, 粘液基質や組織球を背景に, 異型性軽度な間質細胞や線維成分が出現していたが, 出現細胞量が多く, モノトーンな出現パターンであることから, 低悪性腫瘍との鑑別が困難であり, Class III と報告した。開放生検では, 粘液成分を背景に, 異型の軽度な紡錘形細胞が疎に出現し, 筋肉内粘液腫と診断された。その後腫瘍切除術が施行され, 筋肉内粘液腫と確定した。

【結語】筋肉内粘液腫は粘液産生性低悪性腫瘍との鑑別が問題となる稀な軟部腫瘍である。細胞診標本のみでの正診は困難だが, 細胞所見から鑑別に挙げることは可能と考えられる。



## P-2-44 類上皮肉腫の一例

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分子病理学講座<sup>2)</sup>

○本野紀夫(CT)<sup>1)</sup>, 海老塚智恵美(CT)<sup>1)</sup>,  
安齋桜子(CT)<sup>1)</sup>, 西尾由紀子(CT)<sup>1)</sup>, 佐川弘美(CT)<sup>1)</sup>,  
三田和博(CT)<sup>1)</sup>, 山中正二(MD)<sup>1)</sup>, 大橋健一(MD)<sup>1)</sup>,  
加藤生真(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】類上皮肉腫は、主に四肢末梢の皮膚や皮下などに発生する稀な軟部腫瘍である。我々は、再発部位で腫瘍の穿刺液と胸水の細胞診で、本症の一例を経験したので報告する。

【症例】20歳代男性。右肘腫脹で前医受診、滑膜包炎と診断され手術。後数ヶ月で再発を繰り返したのち、類上皮肉腫と診断され当院で術前化学療法と切除術施行。約1年後、再度肘部腫脹を認め画像診断で再発の診断、穿刺吸引細胞診施行、悪性の判定。同月胸水の貯留を認め、細胞診施行で偽陽性の判定。2ヶ月後、死亡され剖検となった。

【細胞所見】穿刺液は、変性物や組織球などを背景に、核は腫大し核小体が明瞭で、やや広い細胞質を持つ異型細胞を、散在性や集塊状に認めた。異型細胞は、細胞質に空胞を持つものもみられた。胸水では、多くの組織球やリンパ球を背景に、核小体明瞭な異型細胞を少数認めた。

【組織所見】当院切除時の腫瘍は、境界不明瞭で、周囲に線維化と炎症細胞浸潤を伴っていた。腫瘍細胞は、シート状から束状に増殖し、細胞質は淡好酸性で小空胞を認め、上皮様部分と紡錘形細胞が錯綜する部分も混在した。免疫染色では、 $\beta$ -catenin が細胞膜に陽性、CA125 陽性、Vimentin, CAM5.2 一部陽性、AE/AE3, S-100 蛋白、CD34 が陰性。化学療法後であるが、治療前と組織像に差異はなかった。

【剖検所見】右上腕から前腕への局所再発、両側肺への転移と癌性胸膜炎を認めた。

【まとめ】軟部腫瘍の細胞診で組織型推定は、困難な事が多い。類上皮肉腫の一例を経験することができたので、細胞像を中心に検討した。

## P-2-45 後腹膜に発生した脱分化型脂肪肉腫の一例

長野赤十字病院病理部

○佐藤秀太(CT), 西沢政則(CT), 荻野智由(CT),  
望月 実(CT), 花岡浩明(CT), 半田亜里紗(CT),  
渡辺正秀(MD)

【はじめに】脱分化型脂肪肉腫(以下DDLPS)は主に後腹膜に発生する稀な腫瘍で多形肉腫の像を呈する。これまで悪性線維性組織球腫(以下MFH)と診断されてきた後腹膜腫瘍の多くはDDLPSであったとの報告がある。今回、細胞形態からでは診断できなかったDDLPSの症例を経験したので報告する。

【症例】53歳、男性。約1ヶ月前に右鼠径部の脂肪腫の手術を行った。この術中に右下腹部の径約5cmの腫瘍に気づき、CT検査では後腹膜に主座のある大きなものだった。急速に増大したため、悪性リンパ腫を疑い、穿刺吸引細胞診と針生検を行った。精査中に死亡し、病理解剖となった。

【細胞所見】壊死性背景に大型の異型細胞が、大小の不整な集塊や散在性で多数出現していた。細胞質は豊富で紡錘形や多辺形を呈し、核は時に多核で不整が強く、明瞭な核小体を認め、分裂像が目立った。高悪性度の腫瘍を考えたが、組織型の推定には至らなかった。

【組織所見】生検と剖検の組織所見は基本的に同一であった。クロマチンが豊富で核小体が明瞭な大小の多形核と両染色細胞質を有する短紡錘形や類円形細胞が密に増殖し、核分裂像が散在していた。免疫染色ではp16, CD10が陽性、 $\alpha$ -SMA, CD34, S-100は陰性で、CD68陽性の巨食細胞が多数混在していた。Ki-67 LIはhot spotで約10%であった。当初はMFHを考えたが、他施設でのMDM-2遺伝子増幅検査(FISH法)で陽性だったため、DDLPSと診断された。

【まとめ】本例を検索した範囲では脱分化した肉腫成分のみであり、形態的にMFHとの鑑別は不可能であった。今後は、MFHを疑う細胞像や組織像であっても、DDLPSの可能性を考え、MDM-2などの免疫組織化学染色やFISH法を検討する必要がある。

## P-2-46 細胞像が異なり遺伝子異常においても相違を認めた滑膜肉腫の 2 例

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>

○菅野恵士(CT)<sup>1)</sup>, 藤野 節(MD)<sup>2)</sup>, 後藤義也(CT)<sup>1)</sup>, 瀬山 敦(CT)<sup>1)</sup>, 細沼佑介(CT)<sup>1)</sup>, 加藤智美(CT)<sup>1)</sup>, 佐瀬智子(CT)<sup>1)</sup>, 鎌倉靖夫(CT)<sup>1)</sup>, 新井栄一(MD)<sup>2)</sup>, 安田政実(MD)<sup>1,2)</sup>

【緒言】滑膜肉腫(synovial sarcoma: SS)は、腫瘍細胞の細胞分化が明らかとは言えない悪性の間葉系腫瘍であり、上皮様の形態を示す腫瘍細胞の有無により大きく単層型・二相型に分類される。細胞遺伝学的には、腫瘍特異的な *SS18/SSX* キメラ遺伝子が形成されることが知られている。本報告では、細胞形態の異なった SS2 例について、遺伝子解析も併せて報告する。

【症例】《症例 1》50 代女性。臀部に 10 cm 大の腫瘤を認め、SS(単相型)と診断され広範切除。3ヶ月後に肺に多発転移を認めた。《症例 2》30 代男性。左下腿部に 9 cm 大の腫瘤を認め、切開生検を施行し SS と診断。腫瘍の全体像は捉えられず、亜型は不明とした。多発肺転移を来し、3ヶ月後に永眠。

【細胞像】《症例 1》腫瘍細胞は短紡錘形から卵円形で単調。類円形核で微細なクロマチンを有し核膜は薄い。典型的な単相型 SS の細胞像を示していた。

《症例 2》核形不整は顕著であるが、微細なクロマチンを有し核膜は薄い。また、明瞭な核小体を 1 から数個有していた。一部では上皮様結合を示す集塊も認めた。《症例 1》に比して明らかに多形に富んでおり、二相型 SS が示唆された。

【遺伝子解析】《症例 1・2》共に染色体核型解析では、t(X;18)(p11;q11)を認め、FISH 解析では *SS18* 領域の分離シグナルを認めた。さらに《症例 2》では数的異常も認めた。

【考察】SS の特異的キメラ遺伝子 *SS18/SSX* の切断点(*SSX1* or *SSX2*) が単相型・二相型の鑑別に関連があるとされているが、《症例 2》で確認された染色体の数的異常も SS の細胞像(組織型)や、急激な転帰を辿った臨床経過などの生物学的態度に影響している可能性が考えられた。

## P-2-47 神経線維腫症 1 型(NF1)患者に発生した Undifferentiated pleomorphic sarcoma (UPS) の 1 例

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>

○藤本翔大(CT)<sup>1)</sup>, 小嶋健太(CT)<sup>1)</sup>, 今村彰吾(CT)<sup>1)</sup>, 宮久 禎(CT)<sup>1)</sup>, 加藤裕一(CT)<sup>1)</sup>, 北里謙二(CT)<sup>1)</sup>, 瀧澤克実(MD)<sup>2)</sup>, 伏見文良(MD)<sup>2)</sup>, 田口健一(MD)<sup>2)</sup>

【背景】神経線維腫症 1 型(NF1)はカフェ・オレ斑や神経線維腫を主徴とする常染色体優性遺伝疾患であり、およそ 2~5% に悪性末梢神経鞘腫(MPNST)を合併するといわれている。今回、我々は NF1 患者の大腿部に発生し、MPNST との鑑別に苦慮した未分化多形肉腫(UPS)の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 代男性、20 代で NF1 の診断を受けており、2 年前に前医で縦隔腫瘍の治療歴有り。縦隔切除後から左大腿部に痺れを認めており、翌年に同部位の腫脹を認め当科受診。弾性硬、圧痛有り、20×15×15 cm 大の腫瘤を触知し、生検にて悪性が疑われたため、左大腿部腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】背景に多量の壊死物を認め、類円形~紡錘形の多形性に富む異型細胞が散在性から束状に出現していた。核分裂像が目立ち、細胞境界は不明瞭で N/C 比は高く、裸核状の細胞が多数を占めていた。核形不整を認め、核クロマチンは顆粒状~濃染しており、核小体は小型で目立たないものがほとんどであった。

【組織所見】著明な壊死を伴い、紡錘形細胞が束状から花むしろ状の構造を呈していた。多形性が目立ち、核分裂像(15 個/10HPF)も多数認めた。免疫染色では、S-100, SMA, desmin, CD34, c-kit に陰性を示し、MIB-1 labeling index は 45% であった。上記の所見より UPS と診断された。

【まとめ】細胞所見から疑われた紡錘形及び多形性腫瘍との形態学的鑑別を報告する。MPNST は特異的な所見に乏しく、軟部腫瘍の中でも多彩な像を呈する腫瘍の一つであるといわれている。本症例で MPNST の診断は得られなかったが、NF1 の既往を有し、細胞像から紡錘形及び多形性腫瘍が疑われた場合は、MPNST を第一に考え診断を進めることが重要であると考えられる。

## P-2-48 Spindle cell rhabdomyosarcoma の一例

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

○萩原葉子(CT), 仲村佳世子(CT), 田口雅子(CT),  
足羽彩加(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】 Spindle cell rhabdomyosarcoma は、横紋筋肉腫の 5-10% と稀な肉腫であり、小児でも成人でも発生し、細胞像の報告例は少ない。今回我々は、左副鼻腔に発生した spindle cell rhabdomyosarcoma の穿刺吸引細胞診症例を経験したので報告する。

【症例】 20 代女性。左鼻腔に痛みを伴った、腫脹あり。切除生検にて spindle cell rhabdomyosarcoma と診断された。手術 3 年後、右顎下部腫脹を呈し、穿刺吸引細胞診にて再発を確認し、再手術。再手術 1 年後、左咬筋部への転移を疑い、穿刺吸引細胞診施行し、再再発を疑い、再再手術を施行された。

【右顎下部および左咬筋部穿刺吸引細胞診の細胞像】 軽度の炎症所見とともに、ライトグリーン淡染の細胞が集塊で出現。細胞質は不明瞭で、一部紡錘形を呈している。結合性は乏しく、核は楕円形や円形で比較的小型で、軽度の核異型を伴っている。クロマチンは微細であった。

【病理組織所見】 紡錘形細胞の増殖が見られた。異型は目立たないものの、mitotic figure が散見され、酵素抗体法では alpha-smooth muscle actin と desmin と myogenin が一部に陽性で、S-100 蛋白は陰性だった。Ki-67 陽性細胞は多いところでは 10-20% 程度見られた。以上の結果から、spindle cell rhabdomyosarcoma と診断された。

【まとめ】 軟部腫瘍は、組織型も多く、また多彩な細胞形態を示す。細胞像のみでの、診断も難しく、判定に苦慮することも珍しくない。今回我々は、穿刺吸引細胞診と腫瘍捺印標本の細胞像を提示する。

## P-2-49 炎症型平滑筋肉腫の一例

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

○齊藤彰久(DDS)<sup>1)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>1,2)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>,  
藤澤宏樹(MT)<sup>1)</sup>, 安村奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 戸田 環(CT)<sup>1)</sup>,  
在津潤一(MD)<sup>1)</sup>, 谷山大樹(MD)<sup>1)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】 炎症型平滑筋肉腫は、著明な泡沫細胞やリンパ球を主体とする炎症細胞浸潤を伴う平滑筋肉腫の希な亜型である。今回、我々は、骨盤内に再発した炎症型平滑筋肉腫の一例を経験したので、報告する。

【症例】 患者は 60 歳代の女性。13 年前に子宮筋腫にて子宮全摘が施行された。2 年前に、右卵巢腫瘍及び骨盤内腫瘍が認められた。組織学的に右卵巢腫瘍は線維腫であり、骨盤内腫瘍は著明な泡沫細胞の浸潤を伴う平滑筋肉腫であった。今回、骨盤内に 4 cm 大の腫瘍が認められた。再発が疑われ、摘出術が施行された。

【組織所見】 摘出された腫瘍は肉眼的に、光沢を伴う白色充実性であった。組織学的には泡沫細胞の浸潤と短紡錘形細胞の束状増生からなる炎症型平滑筋腫であり、再発と見做された。

【細胞診所見】 捺印細胞診標本では弱い出血性背景の中に、紡錘形の腫瘍細胞が集塊状に認められた。腫瘍細胞の細胞密度は高く、渦巻き状配列が見られた。多量の泡沫細胞や少数のリンパ球を伴っていた。腫瘍細胞の核は短紡錘形あるいは楕円形で、細胞質は菲薄であった。両端が鈍で、両切りタバコ状の核が見られた。核縁は薄く、核形不整や粗顆粒状クロマチンの増量を伴っていた。

【まとめ】 希な炎症型平滑筋肉腫の一例を経験した。その細胞診所見は、組織像をよく反映していた。

**P-2-50 Langerhans 細胞組織球症の一例**

市立伊丹病院病理診断科

○中島麻智(CT), 尾崎友美(CT), 堀岡良康(CT),  
宋 美紗(MD), 木村勇人(MD)

【はじめに】Langerhans 細胞組織球症を細胞診にて観察することは稀である。今回我々は骨生検の捺印細胞診にてLangerhans 細胞組織球症の一例を経験し、典型的な細胞像が観察されたので報告する。

【症例】17才, 男性。3週間前より頸部痛が出現し、近医を受診。レントゲンにてC5椎体の溶骨性変化を認め、当院整形外科に紹介受診となった。CTおよびMRIにてC5椎体の圧潰・扁平化が見られたほか、T1強調像で低信号・T2強調像で高信号を示す均一な濃度の軟部腫瘤が同椎体を取り囲むように認められ、脊柱管狭窄も伴っていた。椎体炎、悪性リンパ腫、Langerhans 細胞組織球症などの疑いにて骨生検が施行され、同検体より捺印細胞診標本の作製を行った。

【細胞所見】組織球様の細胞が単核や多核で多数出現していた。これらは大小不同を伴い、辺縁は明瞭で円形や紡錘形など様々な形態を呈していた。核は円形～やや不整で、特徴的な核溝が散見された。クロマチンは細顆粒状で、核小体が一部に認められた。細胞質は顆粒状もしくは泡沫状であった。なお、背景には比較的多数の好酸球がみられた。

【組織所見】骨・軟骨組織とともに、豊富な細胞質と異型の乏しい核を有する細胞の増生が確認された。多核細胞も含まれていた。これらの細胞は一部で核溝を思わせる像が確認され、免疫染色にてCD1a(+), CD207(langerin)(+), S-100 protein(+, focal)を示していた。

【結語】骨生検の検体より作製した捺印細胞診標本にてLangerhans 細胞組織球症を経験した。断片化した微小標本であったが、典型的な細胞像が確認された。細胞像とともに文献的考察を加えて報告する。

**P-2-51 非定型的な臨床像を呈したため肉腫との鑑別に苦慮した結節性筋膜炎の細胞像の検討**

帝京大学医学部病理学講座<sup>1</sup>, 帝京大学医学部附属病院病院病理部<sup>2</sup>, 帝京大学医学部附属病院整形外科<sup>3</sup>, 帝京大学医学部附属病院放射線科<sup>4</sup>, 国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部<sup>5</sup>, がん・感染症センター都立駒込病院病理科<sup>6</sup>

○渡部朱織(CT)<sup>1</sup>, 菊地良直(MD)<sup>1</sup>, 向山淳児(CT)<sup>2</sup>,  
齊藤光次(MD)<sup>2</sup>, 佐藤健二(MD)<sup>3</sup>, 山本麻子(MD)<sup>4</sup>,  
石田 剛(MD)<sup>5</sup>, 元井 亨(MD)<sup>6</sup>, 近藤福雄(MD)<sup>2</sup>,  
宇於崎宏(MD)<sup>1</sup>

【はじめに】結節性筋膜炎(nodular fasciitis: 以下NF)は、急速な発育や浸潤性増殖から軟部の紡錘形細胞肉腫と誤認されやすい偽肉腫様病変であるが、治療方針や予後が異なるため両者の鑑別は重要である。今回、我々は非定型的な臨床経過のため肉腫との鑑別に苦慮したNFを経験したのでその細胞像について報告する。

【症例】20歳, 女性。3ヵ月前より左肩に疼痛を伴い増大する母指頭大の腫瘤を自覚。来院時MRIにて三角筋に浸潤する4cm大の腫瘤を指摘され、軟部肉腫が疑われた。針生検が施行され、組織像では低異型度肉腫と結節性筋膜炎の鑑別が困難であった。その後も腫瘍は増大し、2ヵ月半で腫瘍径が15%増大したため広範切除が施行された。

【細胞所見】生検・手術時の捺印細胞像は同様であった。粘液性基質を背景に細胞量は豊富で集塊状・孤立性細胞が見られた。比較的均一な紡錘形～多辺形の細胞が出現し、核は類円形～楕円形で軽度大小不同・核の腫大を認めたが核縁は平滑、核クロマチンは繊細で増量はなかった。二核～多核細胞も少数見られた。炎症細胞は乏しかった。

【組織所見】紡錘形細胞が束状～錯綜配列をとって密に増生していた。核異型は乏しいが核分裂像が散見された。繊細な膠原線維の増生や浮腫状・粘液状基質が介在していた。またNFの細胞遺伝学的な特徴であるUSP6遺伝子再構成がCISH法により陽性であった。

【考察】臨床的に肉腫を除外できない症例の場合、本例のように定型的なNFの細胞像であっても、細胞診断の困難さが相対的に高まる事に留意が必要である。これはNFの細胞像が特異性に乏しい事に起因する。鑑別となる低悪性度紡錘形あるいは粘液性肉腫群の細胞診上の注意深い除外が肝要である。



## P-2-52 再発した Solitary fibrous tumor の 1 例

(医)明和病院臨床検査科<sup>1)</sup>, (医)明和病院外科<sup>2)</sup>, 恵生会病院産婦人科<sup>3)</sup>, 大久保病院産婦人科<sup>4)</sup>

○松林謙治(CT)<sup>1)</sup>, 覚野綾子(MD)<sup>1)</sup>, 狭間結衣(CT)<sup>1)</sup>, 渥美亜紀子(CT)<sup>1)</sup>, 檜山弘道(CT)<sup>1)</sup>, 渥美鈴恵(CT)<sup>1)</sup>, 木村文彦(MD)<sup>2)</sup>, 内藤子来(MD)<sup>3)</sup>, 脇本栄子(MD)<sup>3)</sup>, 小笠原利忠(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】 Solitary fibrous tumor (SFT) は比較的まれな、線維芽細胞への分化を示す紡錘形細胞腫瘍で、豊富な膠原線維沈着と鹿角様の分枝血管を特徴とする。良性から悪性まで様々な生物学的態度を取り得る腫瘍である。中皮由来の腫瘍とされてきたが最近では血管周皮腫を SFT の 1 種として取り扱う傾向がみられる。今回我々は再発した SFT の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 70 歳代、女性。2 年前に巨大後腹膜腫瘍切除術を施行され、病理組織学的に境界悪性型 SFT と診断した。画像上後腹膜腫瘍の増大傾向を認め、再発疑いにて腫瘍切除術を施行した。(切除標本肉眼所見：前回) 21×19×16 cm の充実性部分を含む嚢胞性腫瘍を子宮後方に認め、卵巣腫瘍の疑いにて手術されたところ、左腎、S 状結腸を圧排し、骨盤底まで達する腫瘍で、卵巣とは離れて存在していた。(切除標本病理組織所見：前回) 膠原線維を背景に紡錘形細胞増生像を認めた。免疫組織化学的に CD34、ビメンチン陽性であり、Ki67 index：5%前後であったため、境界悪性型 SFT と診断した。(切除標本肉眼所見：今回) 後腹膜に 12×8 cm の充実性部分を含む嚢胞性腫瘍を認めた。他臓器との癒着はなく摘出可能であった。(切除標本病理組織所見：今回) 間質に膠原線維を認め、紡錘形細胞の充実性増生像を認めた。免疫組織化学的に CD34、ビメンチン陽性、核分裂像は目立たず、Ki67 index：0%であったため、SFT 再発と診断した。

【切除標本捺印細胞診所見】 小型円形核を持つ腫瘍細胞の単調な増生像を認め、前回所見と類似していることより SFT 再発と診断した。

## P-2-53 大腿に発生した悪性孤立性線維性腫瘍の 1 例

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・院長<sup>3)</sup>, 広島大・院医歯薬学・分子病理<sup>4)</sup>

○谷山大樹(MD)<sup>1,4)</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>1,2)</sup>, 菅亜里紗(CT)<sup>1)</sup>, 藤澤宏樹(CT)<sup>1)</sup>, 安村奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 在津潤一(MD)<sup>1)</sup>, 齊藤彰久(DDS)<sup>1)</sup>, 安井 弥(MD)<sup>4)</sup>, 谷山清己(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】 孤立性線維性腫瘍 Solitary fibrous tumor (SFT) は中間悪性間葉系腫瘍であり、胸膜外発生は稀である。悪性 SFT はさらに稀で、再発・転移の可能性が高いとされている。今回我々は悪性 SFT の手術時腫瘍捺印及び穿刺吸引細胞診を施行し、細胞形態について検討する機会を得たので報告する。

【症例】 80 歳台女性。大腿に腫瘤あり、MRI 検査にて左大腿前面に 13 cm 大の腫瘤を認めた。生検にて未分化紡錘細胞肉腫と診断され広範切除術が施行された。

【細胞所見】 腫瘍捺印標本、穿刺吸引標本共に出血性背景に多数の腫瘍細胞が孤立性や集塊状に認められた。穿刺吸引標本では血管様の間質細胞集塊が認められた。腫瘍細胞は短紡錘形ないし類上皮様のライトグリーン好性細胞質と、類円形や楕円形、短紡錘形核を有し不規則に配列していた。核縁は薄く細顆粒状のクロマチンの増量を示していた。大型核や多核の腫瘍細胞が見られ強い核形不整が認められた。核内封入体が少数認められた。50 高倍率視野中に核分裂像は認められなかった。分化方向が不明で細胞密度が高く、未分化肉腫が疑われた。

【組織所見】 骨格筋内や脂肪織内に錯綜状あるいは花筵状配列を示して増生する非上皮性腫瘍が認められ、小血管の介在が認められた。凝固壊死や出血を伴っていた。核分裂像が 50 高倍率視野中 3 個認められた。免疫組織化学的に腫瘍細胞はビメンチン、CD34 及び CD99 陽性でありサイトケラチン AE1/AE3、 $\alpha$ -SMA、BCL-2 及び S100 は陰性であった。以上より、悪性 SFT と診断した。

【結語】 稀な悪性 SFT の細胞像を経験した。細胞像のみでは診断は困難であるが、未分化な肉腫が疑われる場合の鑑別に含まれる病変と考えられた。

## P-2-54 カテーテル血管アプローチ法による吸引細胞診の適応となった 2 症例

長崎大学病院病理診断科病理部<sup>1)</sup>, 長崎病理診断科<sup>2)</sup>

○平山三国(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤典子(CT)<sup>1)</sup>, 今泉利信(CT)<sup>1)</sup>, 里 翼(CT)<sup>1)</sup>, 濱崎幸恵(CT)<sup>1)</sup>, 田中 圭(CT)<sup>1)</sup>, 芝原一樹(CT)<sup>1)</sup>, 穴見正信(CT)<sup>2)</sup>, 安倍邦子(MD)<sup>1)</sup>, 福岡順也(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】血管内病変において肺動脈, 上大静脈内に発生した腫瘤に, カテーテルを使用し吸引細胞診が施行され, 診断に有意義であった血管肉腫の 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】患者は 40 才代, 女性. 2014 年 CT で左肺炎と胸膜炎の診断. 抗菌薬治療にて症状改善するも再燃. 2015 年 1 月, CT で新たに左肺門部腫瘍性病変が発生. 循環器内科にてカテーテルで肺動脈・肺血栓に吸引細胞診施行. 細胞所見: 出現異型細胞数は少数, N/C 比が高く, 大小不同, 核縁の不整を示す大型不整細胞が孤在性, 小集塊で出現. 悪性の疑いと判定. 組織診断: Pulmonary artery sarcoma, Left lung, pneumonectomy, surgical

【症例 2】患者は 70 才代, 男性. 2011 年右胸水指摘. 傍気管に石灰化を伴う 2.5 mm 大の結節有り. 近医で, 血栓の疑いにより抗凝固療法開始. 2014 年肉眼的血尿にて当院救急外来受診. 傍気管にみられた結節の増大指摘, 心臓造影 CT に伴う質的診断困難で, カテーテル吸引細胞診と生検施行. 細胞所見: N/C 比の高い細胞を小集塊あるいは孤在性に認め, 細胞質は比較的淡明, 核偏在性, 核の大小不同, 核縁の不整著明, クロマチンは高度増量. 一部の腫瘍細胞には黄褐色の顆粒がみられた. Carcinoma あるいは上皮性細胞の性格を有する肉腫を疑った. 組織診断: Vascular neoplasm, low grade malignancy, favor epithelioid hemangioendothelioma, superior vena cava, biopsy

【まとめ】血液が主体のため, 大型異型細胞, 上皮様異型細胞が観察されれば, 良悪の判定は容易かと思われた. 細胞の変性がなく, 良好な細胞像をとらえる事が, 診断につながる条件と考えられ, 細胞採取技術の確立が重要と思われた.

## P-2-55 細胞診で推定し得た線維形成性小円形細胞腫瘍の一例

秀和総合病院検査科病理<sup>1)</sup>, 東京医科歯科大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理学<sup>3)</sup>

○瀬戸口知里(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井 聖(CT)<sup>2)</sup>, 中嶋 裕(CT)<sup>2)</sup>, 桐村 進(MD)<sup>2)</sup>, 関根正喜(CT)<sup>2)</sup>, 安藤 登(CT)<sup>2)</sup>, 明石 巧(MD)<sup>2)</sup>, 江石義信(MD)<sup>2,3)</sup>

【はじめに】線維形成性小円形細胞腫瘍 (desmoplastic small round cell tumor; DSRCT) は稀な腫瘍であり, 若年者の腹腔内に好発する. 今回我々は, 縦隔リンパ節の細胞診にて DSRCT と推定し得た一例を経験したので報告する。

【症例】15 歳男性. 検診で胸部異常陰影を指摘され, 呼吸器内科を受診. 胸腹部 CT で縦隔・両肺門部, 腹腔内リンパ節腫大を認め, サルコイドーシスや悪性リンパ腫が疑われた. 診断確定の為, 縦隔リンパ節に対して EBUS-TBNA が施行された.

【細胞所見】N/C 比の高い比較的小型の異型細胞を孤立散在性～結合性の緩い集塊として多数出現していた. 一部に挫滅変性や鋳型様, ロゼット様配列を認めた. 細胞質は乏しく, 核は円形～類円形で, 軽度の核形不整を伴っていた. また, 細顆粒状に増量したクロマチンがみられた. 悪性リンパ腫, 神経内分泌腫瘍, Ewing 肉腫/PNET, 横紋筋肉腫, DSRCT などが鑑別に挙げられた. 免疫細胞染色ではケラチン AE1/AE3, Desmin (一部球状) が陽性を示し, CD3, CD20, CD56 は陰性であった.

【組織所見】少量の壊死を背景に, N/C 比の高い比較的小型の腫瘍細胞が密に増生していた. また, 軽度の間質増生や核分裂像を認めた. 免疫組織染色では, ケラチン AE1/AE3, Desmin, CD99, Synaptophysin (少数) が陽性を示し, CD3, CD20, TdT, S100, Nkx2.2, ChromograninA, CD56, WT1 (N 末端側), Myosin, Myogenin, MyoD1 は陰性であった.

【考察】CK 陽性に加えてドット状/球状の Desmin 陽性像が DSRCT の特徴である. 横紋筋肉腫も 50% の症例で CK が陽性となる報告があり, 本症例との鑑別が問題となったが, 特徴的な球状の Desmin 陽性像から DSRCT と診断することが可能と考えられた.

## P-2-56 弾性線維腫の2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)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>3)</sup>

○菅野豊子(CT)<sup>1)</sup>, 福屋美奈子(CT)<sup>1)</sup>, 米 亮祐(CT)<sup>1)</sup>, 小林江利(CT)<sup>1)</sup>, 小林博久(CT)<sup>1)</sup>, 秋山 隆(MD)<sup>2)</sup>, 鹿股直樹(MD)<sup>3)</sup>, 森谷卓也(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】弾性線維腫は、主に肩甲骨部に発生する比較的稀な病変である。今回我々はその2例を経験したので報告する。

【症例】症例1-70歳代、男性。他院にて右肩甲骨下部に皮下結節を認め、紹介受診。自発痛、圧痛はなし。CTガイド下針生検および捺印細胞診施行。生検にて弾性線維腫と診断し、以後、経過観察中である。症例2-60歳代、女性。約6年前から右背部皮下結節を認め、徐々に増大傾向あり。CTガイド下針生検および捺印細胞診にて、弾性線維腫と診断し、後日、腫瘍摘出術を施行。摘出腫瘍は75×50×35mm大であった。

【細胞所見】症例1では、生検診断後の見直しで、赤血球、リンパ球、少数の裸核状または紡錘形細胞を背景に、パニコロウ染色標本中に、ライトグリーン好性の小型球状または線維状、数珠状構造物が確認できた。症例2では、症例1と同様の細胞像に加え、ビクトリア青染色にて濃染する弾性線維を確認し、弾性線維腫を推定した。

【組織所見】症例1の生検、症例2の生検と摘出腫瘍は、いずれもエオジン好性の基質とともに弾性線維の増生がみられ、小球状や線維状、数珠状の構造物を認めた。これらの構造物はビクトリア青染色にて陽性に染色され、弾性線維腫と診断した。

【まとめ】本例は比較的稀な病変であるが、その発生部位に特徴がある。背部、肩甲骨周囲の病変では、弾性線維腫も鑑別に挙げ、特徴的なライトグリーン好性の小型球状～数珠状、線維状の弾性線維物質を注意深く観察することが重要と考える。また、細胞診においても弾性線維染色は診断の一助になると思われる。

## P-2-57 LBC 法穿刺細胞吸引診および組織診で診断された粘液線維肉腫の一例

東京慈恵会医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学形成外科<sup>2)</sup>

○片木宏昭(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤聡史(CT)<sup>1)</sup>, 春間節子(CT)<sup>1)</sup>, 梅森宮加(CT)<sup>1)</sup>, 中村麻予(MD)<sup>1)</sup>, 萬 昂士(MD)<sup>1)</sup>, 石田勝大(MD)<sup>2)</sup>, 鷹橋浩幸(MD)<sup>1)</sup>

80歳代男性。4か月前から左下腿に腫瘤を自覚し、次第に増大傾向を認めたため、当院形成外科を受診した。約26mmの腫瘤を認め、同部より穿刺吸引細胞診が施行され、LBC標本を作製した。

【細胞所見】粘液腫状な成分や血管を伴って、大型核を有する紡錘形異型細胞を集塊、孤細胞で多数認めた。クロマチンの増量や顕著な核形不整も認めた。上皮性結合は明らかでなく、錯綜する配列を認めた。肉腫疑いで、class 4と判定した。

【組織所見】豊富な粘液腫状間質を背景に、異型紡錘形細胞ないしは星芒上細胞が増生し、毛細血管の介在を伴っていた。増生している細胞の核は大型で、多核のものも散見された。泡沫上細胞(偽脂肪芽細胞)も混在していた。核分裂像が少量見られた。免疫染色上、腫瘍細胞はS100陰性、アディポフィリン陰性、desmin陰性、αSMA陰性、HHF35陰性であった。MIB-1陽性率は約40%であった。腫瘍は外科的に摘除され、同様の所見であった。最終診断は粘液線維肉腫となった。

【考察】細胞形態学的に肉腫を疑う所見であり、組織診で粘液線維肉腫と診断された。LBC標本による肉腫の細胞所見の特徴について報告する予定である。

## P-2-58 乳腺 CNB 捺印細胞診において判定に苦慮した ALCL の一例

大阪市立大学医学部附属病院病理診断科

○宇仁和将 (CT), 安藤加奈江 (CT), 塩見和彦 (CT), 塩田晃子 (CT), 脇田江里子 (CT), 目黒麻紀 (CT), 大蔵真希 (CT), 久保勇記 (MD), 桑江優子 (MD), 大澤政彦 (MD)

【はじめに】今回、我々は大型異型細胞を乳腺 CNB 中に認め、判定に苦慮した ALCL の一例を経験したのでその細胞像について報告する。

【症例】60 代女性, 3 か月前より, 左腋窩部に疼痛を認め, 左乳頭部と左腋窩部の発赤により前医を受診。胸部 CT 像は左腋窩部に大小不同の結節, 左乳房 C 領域に小結節, 皮膚の肥厚を認め, 炎症性乳癌, 腋窩リンパ節転移疑いにて当院紹介。左 C 領域および左腋窩リンパ節の CNB の捺印細胞診を行い, CNB の結果, Adenocarcinoma が疑われたが, 組織の免染で ALCL と診断された。

【細胞像】左 C 領域の捺印標本では小型リンパ球を背景に壊死はなく N/C 比の高い境界不明瞭な大型異型細胞が一部結合性を有して少数見られた。顆粒状不均等分布な核のクロマチンは顆粒状不均等分布を呈し, 核小体明瞭であったため髄様癌を疑った。リンパ節の捺印標本では, 核小体明瞭の大型異型細胞や, 多核, 核分裂像が見られ, 乳癌の転移を疑った。

【組織像】左 C 領域において炎症をともない, クロマチンに富んだ核をもつ大型の異型細胞が集簇性に増殖し, 周囲は反応性リンパ球の浸潤が見られ, Invasive ductal carcinoma が疑われたが, 免染を行った結果, 上皮性マーカー, B, T 細胞性マーカー陰性, CD30 陽性, ALK-1 陰性で悪性リンパ腫との診断に至った。

【結語】今回の症例は細胞異型から悪性と判定することは容易であったが, 背景にリンパ球を伴い, 大型の異型細胞が出ており, 臨床所見より乳腺の病変を疑っていたことで上皮性の悪性に見方が偏った症例であった。細胞集塊, 核や核小体の形状, 細胞出現などについて再度考察し, CNB の細胞像をみる上での注意点などについて文献等を参考に考察し, 発表したい。

## P-2-59 多彩な像を伴った乳癌の 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>2)</sup>

○小林江利 (CT)<sup>1)</sup>, 福屋美奈子 (CT)<sup>1)</sup>, 米 亮祐 (CT)<sup>1)</sup>, 菅野豊子 (CT)<sup>1)</sup>, 鹿股直樹 (MD)<sup>2)</sup>, 森谷卓也 (MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】今回、われわれは化生癌及び多形癌様成分を伴う浸潤型乳癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代, 女性。既往歴は特になし。右乳房 A 領域に小腫瘍を自覚, 時折痛みを感じ, 当院を受診。乳腺部分摘出術とセンチネルリンパ節生検が施行された。

【細胞所見】摘出標本より穿刺吸引細胞診と LBC を行った。出血を背景に, 集塊状や散在性に上皮様の異型細胞が多数みられた。これらの細胞は N/C 比が大, 核の大小不同, 核形の不整があり, 核クロマチンが増量し, 核小体が腫大してみられた。そのなかに散在性に肉腫様の異型細胞がみられた。非常に大型で多稜形, 細胞質がライトグリーンに濃染し, 核は単～多核で, 核形の不整があり, 核クロマチンが増量し, 核小体が腫大した細胞や, また大型で, 細胞質がライトグリーンに濃染した多核の破骨細胞様の細胞, その他に少数, 紡錘形で, 核クロマチンが増量した異型の弱い細胞もみられた。また, Giemsa 染色で観察すると, 背景は粘液様・基質様物質がメタクロマジーを示していた。穿刺吸引細胞診と LBC に見られた細胞像は同じであった。

【摘出標本組織所見】組織学的には, 充実性胞巣状や索状で, しばしば粘液腫状あるいは軟骨様基質などを伴う浸潤癌像がみられ, これらと移行的に紡錘形, 多稜形など異型の著しい肉腫様の像もみられた。免疫染色では, 癌の部分で, AE1/3, CAM5.2, CK5/6, vimentin が陽性, 肉腫様部分で, AE1/3, CK5/6, CK14 が局所的に陽性であった。ER, PgR, HER-2 は陰性, Ki-67 は 76.6% であった。

【考察】本例の細胞像は多彩な組織像を十分反映したものであったが, 診断にはいたらなかった。乳癌は種々の化生を起こすことがあり, 粘液様や基質様物質など副所見の観察も重要である。



## P-2-60 術前の穿刺吸引細胞診で診断に苦慮した Encapsulated papillary carcinoma の 1 例

独立行政法人地域医療機能推進機構宮崎江南病院<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>

○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>

【はじめに】 Encapsulated papillary carcinoma (EPC) は、肉眼的に嚢胞状の線維性被膜に囲まれた腔内に、低～中核異型を示す腫瘍性上皮細胞が乳頭状に増殖する乳頭癌の一種と定義されており、ほとんどの場合腫瘍辺縁部および内部の乳頭状構造部に筋上皮細胞を認めない。今回、術前の穿刺吸引細胞診では扁平上皮様細胞などを認め、診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代、男性。2 年前より左乳房にしこりを自覚、健診で左乳房腫瘤を指摘された。乳腺超音波では左 DBE 領域に内部に充実性部分を伴う 42×18.6×20 mm 大の嚢胞性病変を認め、Intracystic papilloma などが疑われた。

【穿刺吸引細胞診】多数の血液細胞、泡沫細胞を背景に、上皮細胞の小集塊を認めた。集塊内の細胞は、細胞質は厚みがあり変性空胞が散見され扁平上皮様細胞が考えられた。核の軽度の大小不同、核形不整を認めた。摘出した腫瘍より採取した嚢胞内容液中には、乳頭状集塊を認め、核は類円形で比較的均一であった。

【病理組織診断】嚢胞性病変の中に乳頭状に増殖する腫瘍を認め、これらの細胞は ER 陽性、PgR 陽性、HER2 陰性であった。筋上皮細胞は認められず Encapsulated papillary carcinoma (WHO classification) と診断した。

【考察】術前穿刺吸引細胞診では、嚢胞内に貯留した血液成分や泡沫細胞、扁平上皮様細胞集塊などが認められたが、乳頭状集塊は認められず、腫瘍細胞が十分に採取されなかったと考える。

## P-2-61 乳腺 apocrine ductal carcinoma in situ (DCIS) の 4 例

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科

○植田 萌(CT), 森 清(MD), 高木景城(CT),  
糸山光磨(CT), 笹 倫郎(CT), 眞能正幸(MD)

【はじめに】 乳腺 apocrine ductal carcinoma in situ (DCIS) 4 例の細胞学的特徴について検討したので報告する。

【症例および細胞所見】1. 40 歳代、女性。左 CD 領域に 24 mm の腫瘤。核腫大した異型細胞が出現していた。細胞質に好酸性顆粒を認め、著明な核の大小不同や大型核小体が見られ、アポクリン癌が考えられた。2. 70 歳代、女性。左 C 領域に 52 mm の腫瘤。大型の異型細胞が少数出現していた。核の飛び出し、核形不整を認め悪性を疑われた。3. 70 歳代、女性。左 C 領域に 36 mm の腫瘤。軽度の核の腫大、大小不同、核小体の目立つ細胞が認められた。しかし、背景に重積性が軽度で N/C 比の低い細胞の出現も見られ、アポクリン化生細胞との鑑別が困難であった。4. 70 歳代、女性。左 CD 領域に 15 mm の腫瘤。核腫大した異型細胞の集塊が見られた。細胞質は好酸性を示し、核小体の目立つ細胞が出現していたが、異型の弱い細胞も出現しておりアポクリン化生細胞との鑑別が困難であった。

【組織所見】4 症例とも共通の所見が見られ、核小体の目立つ大型不整形核と淡好酸性の広い胞体をもつ異型細胞が篩状に増殖する乳管内病変が見られ、apocrine DCIS と診断された。

【まとめ】アポクリン化生細胞は良性病変などに存在することから、良悪の鑑別が困難なことがある。本 4 症例では悪性と容易に判定できる症例から良悪の判定が困難な症例もあり、異型度は様々であった。アポクリン癌と apocrine DCIS の鑑別は細胞像からは困難であると考えられたが、良性との鑑別には重積性や大型核小体を有する異型アポクリン化生細胞が出現している時は、apocrine DCIS を考慮する必要がある。

## P-2-62 Solid papillary carcinoma in situ (Neuroendocrine ductal carcinoma in situ) の一例

筑波メディカルセンター病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院病理科<sup>2)</sup>

○大河内良美(CT)<sup>1)</sup>, 石黒和也(CT)<sup>1)</sup>, 西村優花(CT)<sup>1)</sup>, 石松寛美(CT)<sup>1)</sup>, 村井陽子(CT)<sup>1)</sup>, 上田有美(CT)<sup>1)</sup>, 小田倉章(CT)<sup>1)</sup>, 小沢昌慶(MD)<sup>2)</sup>, 内田 温(MD)<sup>2)</sup>, 菊地和徳(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 Solid papillary carcinoma in situ 以下, SPC in situ (neuroendocrine ductal carcinoma in situ 以下, NE-DCIS)は, 乳管内に充実乳頭状に増殖する低悪性度腫瘍で, しばしば神経内分泌分化を呈する比較的稀な疾患である。今回我々は, SPC in situ(NE-DCIS)の一例を報告する。

【症例】 50歳代, 女性。乳がん検診超音波検査にて, 右乳腺に低エコー域を指摘。精査目的で当院乳腺科を受診。穿刺吸引細胞診にて鑑別困難。針生検にて非浸潤性乳管癌と診断され, 右乳房温存術が施行された。

【細胞所見】 きれいな背景に, 筋上皮細胞が附着した平面的な集塊とともに, 細顆粒状のクロマチンや核形不整を有する細胞が散在性や結合性の低下を伴う細胞集塊で認められた。細胞質は比較的豊富で, ライトグリーン好染性の顆粒状を呈していた。細胞異型が乏しいことから鑑別困難とし, 組織学的精査を希望した。

【組織所見】 拡張した乳管内に異型細胞が充実性に増殖する像が認められた。間質浸潤や脈管侵襲は見られなかった。異型細胞は類円形から卵円形, 部分的に紡錘形状を呈していた。好酸性でやや豊富な細胞質を有する異型細胞が見られ, また好酸性顆粒も認められた。増殖巣の中には, 部分的に線維血管軸の介在があった。形態像および synaptophysin 陽性であることから, SPC in situ (NE-DCIS)と診断した。

【まとめ】 SPC in situ (NE-DCIS)は, 核異型が軽度で, 乳管過形成や乳管内乳頭腫との形態学的類似から過少判断される可能性がある。結合性が乏しく単調な出現パターンを呈し, 好酸性で豊富な細胞質や細顆粒状のクロマチンを有する場合には, SPC in situ(NE-DCIS)も念頭に置く必要がある。

## P-2-63 Solid papillary carcinoma の2症例

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1病理学<sup>3)</sup>, 産業医科大学医学部第2病理学<sup>4)</sup>

○小原光祥(CT)<sup>1)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤 斉(CT)<sup>1)</sup>, 名和田彩(MD)<sup>4)</sup>, 松山篤二(MD)<sup>2)</sup>, 島尻正平(MD)<sup>1,2)</sup>, 中山敏幸(MD)<sup>2,4)</sup>, 久岡正典(MD)<sup>1,2,3)</sup>

【はじめに】 Solid papillary carcinoma (以下 SPC) は, 2012年の WHO 分類の改訂において新たに加えられた疾患単位で, 乳管内乳頭状病変の一つに分類されている。組織学的に充実性および血管線維性間質を伴った乳頭状に増殖しつつ, しばしば神経内分泌分化, 粘液産生を示し, その一部は非浸潤性神経内分泌癌に相当する。また浸潤部の有無により SPC in situ と SPC with invasion に大別される。今回我々は当院で経験した SPC in situ 1例と SPC with invasion 1例の2例を報告する。

【症例】 症例1: 70歳代女性, 右血性乳頭分泌, 右乳房CD領域に形状不整な多発小結節(2~14mm), 症例2: 70歳代女性, 右A領域からC領域に多発する弾性硬腫瘤(7~21mm)

【細胞所見】 2症例ともに, 多数の腫瘍細胞が出現し, 核は円形から類円形で偏在傾向を示し, クロマチン顆粒状でライト緑濃染顆粒状細胞質を有する形質細胞様の小型細胞が, 結合性の弱い集塊あるいは孤立散在性細胞として見られた。一部の細胞には粘液産生所見も認められた。

【組織所見】 2症例ともに, 境界明瞭な小型白色結節が集ぞくする充実型腫瘍であった。腫瘍細胞は均一で結合性に富み, 血管周囲性偽ロゼット構造を有していた。症例2のみで富細胞性粘液癌の組織像を呈する浸潤を認めた。免疫染色ではいずれも Synaptophysin 陽性, chromograninA 陽性, CD56 陽性, ER 陽性, PgR 陽性, HER2 陰性であった。

【考察】 SPC は, 神経内分泌腫瘍に特徴的なクロマチン, 形質細胞様の細胞形態, 粘液産生などの所見より細胞診による組織型推定はある程度可能であると考えられた。

## P-2-64 細胞診にて推定しえた乳腺基質産生癌の1例

弘前大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座<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>

○小島啓子(CT)<sup>1)</sup>, 刀稱亀代志(CT)<sup>1)</sup>, 熊谷直哉(CT)<sup>1)</sup>, 諸橋聡子(MD)<sup>2)</sup>, 加藤哲子(MD)<sup>1,3)</sup>, 鬼島 宏(MD)<sup>2)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】乳腺の基質産生癌 (Matrix-producing carcinoma 以下 MPC) は化生癌の一種で, 全乳癌中 0.05~0.1% とまれである。軟骨基質ないし骨基質の産生を特徴とし, 癌腫成分と基質成分の間に紡錘細胞や破骨細胞は介在しない。今回, 細胞診で推定しえた MPC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代, 女性。右 C 領域に 38 mm の低エコー腫瘤が指摘され, 穿刺吸引細胞診にて MPC を推定, 針生検にて MPC を含む悪性腫瘍の診断, 乳房摘出術が施行された。

【穿刺吸引細胞診】粘液性, 壊死性背景中, 孤立散在性~集塊状に腫瘍細胞を認めた。背景および腫瘍細胞間に淡紫色の軟骨基質様の粘液がみられ, MPC を推定した。

【針生検】腫瘍細胞と粘液腫様~軟骨様に分化する間質組織からなる上皮性悪性腫瘍の所見であった。

【捺印細胞診】軟骨基質様粘液を伴って腫瘍細胞が乳頭状, 重積状集塊, 散在性に出現していた。個々の細胞は類円形核, 高 N/C 比, 核クロマチン増量を示し, 細胞質は淡く一部裸核状に出現していた。紡錘形核を有する腫瘍細胞もみられた。軟骨基質様粘液は M.G. 染色で異染性を示した。以上より MPC を推定した。

【組織所見】境界明瞭な腫瘍で, 腫瘍細胞は辺縁部に充実性に増生していた。内部に出血・壊死を伴い, 一部無細胞野がみられた。腫瘍細胞の周囲には軟骨様基質を認めた。上皮様の腫瘍細胞に AE1/AE3 陽性, また部分的には S-100 蛋白陽性を示す腫瘍細胞も存在した。以上より, MPC と診断した。

【まとめ】MPC の細胞診断では背景や腫瘍細胞間の基質様粘液に着目し, 特に性状や出現様式から推定が可能になると考える。

## P-2-65 乳腺基質産生癌の一例

独立行政法人国立病院機構広島西医療センター臨床検査科

○山下大貴(CT), 長者陸揮(MT), 鈴木詠子(CT), 上田信恵(MT), 藤本貴美子(CT), 立山義朗(MD)

【はじめに】基質産生癌 matrix-producing carcinoma (以下 MPC) は特殊型乳癌の一型型であり, WHO 分類 (2012) では, 間葉性基質を伴う化生癌に分類されている。発生頻度は全乳癌の 0.03~0.2% と非常に稀な組織型である。今回我々は, MPC の一例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代, 女性。2 日前, 左乳房 C 領域の硬い腫瘤に気づき, 近医受診後, 精査目的で当院外科に紹介受診。穿刺吸引細胞診および針生検にて悪性 (MPC 疑い) が示唆され, 左乳房部分切除術および腋下リンパ節郭清術が施行された。

【画像所見】超音波検査では左乳房 C 領域に 15 mm 大の境界明瞭, 粗造で低エコー不均一な分葉形の腫瘤を認め, カテゴリー 4 と判定された。CT および MRI 検査では, 左乳房 C 領域に 20 mm 大の腫瘍性病変を認め, 悪性を疑う病変と判定された。

【細胞診所見】穿刺吸引細胞診材料は, 粘稠性のある検体であった。パバニコロウ染色では出血や炎症および壊死を伴った背景に粘液様物質を認め, 重積性集塊, 結合性の乏しい集塊, 孤立散在性や裸核状に異型細胞が認められた。個々の細胞の N/C 比は高く, 核は類円形~不整形で大小不同は目立ち, 核クロマチンは細顆粒状に増量し, 核小体は数個認められた。ギムザ染色でメタクロマジーを示す軟骨様基質を認め, PAS (-) で MPC の可能性を考えた。

【組織所見】摘出された腫瘤では, 充実腺管癌部分に加え, 粘液性間質や一部, 線維性間質を伴って増殖する像を認めた。粘液性間質はギムザ染色でメタクロマジーを示し, PAS (-), AB (+) で軟骨様基質を考えた。免疫染色では, ER (-), PgR (-), Her2 (-) で, MPC と診断された。

【結語】非常に稀な MPC の 1 例を経験した。

## P-2-66 乳腺紡錘細胞癌の 1 例

独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院中央検査部病理<sup>1)</sup>, 独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院病理診断科<sup>2)</sup>

○岡部美由紀(CT)<sup>1)</sup>, 三村明弘(CT)<sup>1)</sup>, 小倉啓介(CT)<sup>1)</sup>, 浦芝 敬(CT)<sup>1)</sup>, 金田香央里(CT)<sup>1)</sup>, 三輪秀明(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】紡錘細胞癌は化生癌の一亜型であり, その発生頻度は全乳癌の 0.1~0.2% 以下で比較的稀な腫瘍である。今回我々は多彩な細胞像が認められた乳腺紡錘細胞癌を経験したので報告する。

【症例】70 歳代女性。右乳腺 AC 領域に 58×53 mm の分葉状腫瘍を認めた。境界は不明瞭で, 内部低エコー不均一, 後方エコーやや増強, 前方境界線は断裂していた。乳癌疑いのため, CNB および捺印細胞診が施行された。

【細胞所見】背景には壊死性物質や粘液が認められ, ライトグリーンに染色された基底膜様物質も出現していた。異型の強い紡錘形細胞が孤立散在性に出現しており, 大型異形細胞や多核巨細胞も多く認められた。一部では上皮様集塊も認められた。核は不整形で, クロマチンは増量しており, 大型核小体も見られた。多彩な細胞像を示したため, 紡錘細胞癌や基質産生癌, 骨・軟骨化生を伴う癌, 癌肉腫を疑った。

【組織所見】腫瘍は充実性で境界は比較的明瞭であった。浸潤巣では肉腫様の紡錘形細胞が, 出血・壊死・間質の線維増生を伴って増殖し, 周辺に DS を伴っており, 紡錘細胞癌と診断された。免疫染色では, 紡錘形細胞の成分は cytokeratin 陰性, vimentin 陽性で, DS 成分は cytokeratin 陽性, vimentin 陰性であった。

【まとめ】紡錘細胞癌は比較的稀な腫瘍であり, 予後不良な症例が多い。組織型の推定に戸惑うような大型異形細胞や多核巨細胞などの多彩な細胞像が認められた場合, 紡錘細胞癌を疑う必要があると考えられた。

## P-2-67 乳腺腺筋上皮腫(紡錘細胞型)の 1 例

三重県厚生連松阪中央総合病院病理診断科

○河合美穂(CT), 石原明德(MD), 杉本寛子(MD), 上森 昭(CT), 水谷伊津子(CT)

【はじめに】乳腺腺筋上皮腫は, 乳管上皮細胞と筋上皮細胞に由来する比較的まれな腫瘍である。乳腺腺筋上皮腫(紡錘細胞型)の一例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】60 歳代女性。乳がん検診 MMG において FAD を指摘され当院受診。当院の MMG では右 U-N に 12 mm 大の境界明瞭な等濃度腫瘍を認めカテゴリー 3。US では右 CD 領域に 12×9×7 mm, D/W 比 0.6, 分葉形, 境界明瞭平滑, 内部低エコー均質な腫瘍を認めカテゴリー 3。精査にて穿刺吸引細胞診が施行された。

【穿刺吸引細胞診所見】きれいな背景に, 紡錘形細胞が結合性の強い束状集塊で観察された。核は楕円形, クロマチン軽度過染, 核不整は認めなかった。ごく少数, 正常乳管上皮細胞集塊が見られた。以上の所見より紡錘形細胞腫瘍で平滑筋腫や筋線維芽細胞由来の腫瘍を考えたが組織型推定に至らず鑑別困難とした。

【針生検組織所見】均一な紡錘形細胞の増生を認め, 腺筋上皮腫もしくは筋上皮腫が疑われ切除生検を勧めた。

【切除生検組織所見】12×9 mm の境界明瞭な結節状病変で, 狭い線維血管性の間質で境界される充実性腫瘍であった。紡錘形細胞の束状増生を認め, 小腺腔形成が散在性に見られた。免疫染色で紡錘形細胞は, αSMA, CAM5.2, CKAE1/AE3, CK5/6, CK7, S100, CK14 が陽性で p63, CD10 は陰性であった。また小腺腔に一致して EMA が陽性であった。以上の所見より腺筋上皮腫(紡錘細胞型)と診断した。

【考察】紡錘細胞型の腺筋上皮腫は, 紡錘形細胞が主体で観察されることがあるため, 平滑筋腫や筋線維芽細胞由来の腫瘍との鑑別が困難となるが, 紡錘形細胞の結合性が強いことや, 血管間質の存在に着目することが重要であると考える。



## P-2-68 乳腺筋上皮腫の1例

独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター

○岩永浩輔(CT), 白石幸恵(CT), 小田繁樹(CT),  
田場 充(MD), 内藤慎二(MD)

【はじめに】腺筋上皮腫は、乳管上皮細胞と筋上皮細胞が同時に腫瘍性増殖する稀な腫瘍で、大部分は良性と考えられているが、再発や遠隔転移を示す悪性症例も報告されている。今回、乳腺に発生した腺筋上皮腫の1例を経験したので、細胞所見を中心に組織像と免疫組織化学の所見を加え報告する。

【症例】58歳 女性。主訴：左乳房腫瘍。近医にて左乳房の腫瘍を指摘され、精査、加療目的で当院外科を受診した。

【細胞所見】裸核状間質細胞を背景に核腫大、クロマチン増量を伴う異型細胞が結合性の高い乳頭状集塊で多数出現していた。一部に二相性を伴いながら大型集塊で出現しており、腺筋上皮腫や乳管内乳頭腫、管状腺腫が鑑別として考えられたが、基底膜様物質に絡んで腺管状構造を示す乳管上皮細胞集塊や一部の腫瘍性筋上皮細胞には核内細胞質封入体が認められたことから、腺筋上皮腫が最も疑われた。

【病理組織所見】腫瘍組織は主に小型管状の異型腺管からなり、腺管の周囲には繊細な線維性間質組織が介在していた。腫瘍腺管は軽度好酸性を帯びた乳管上皮細胞とその周囲の比較的淡明な筋上皮細胞から構成され、一部の乳管上皮細胞にはアポクリン化生を思わせる変化も認められた。また、周囲線維性被膜組織への偽浸潤像も認められた。免疫組織化学にてCK, EMAが乳管上皮細胞に陽性を示し、p63, p53, CD10,  $\alpha$ -SMAなどが筋上皮細胞に陽性を示していた。以上の所見から腺筋上皮腫、tubular typeと診断した。

【考察・まとめ】腺筋上皮腫の細胞診断は、乳管上皮細胞と筋上皮細胞の2種類の細胞を確認し、加えて基底膜様物質や腫瘍性筋上皮細胞の核内細胞質封入体の存在に着目することが重要である。

## P-2-69 乳腺原発 pleomorphic adenoma (PA) の1例

愛知厚生連渥美病院臨床検査科

○佐久間貴彦(MD), 森三希子(CT), 小久保知加子(CT),  
出口恵三(CT)

【はじめに】乳腺原発の多形腺腫は稀で細胞像の報告は少ない。今回 FNAC にて PA を疑い CNB, 手術標本にて PA と診断された1例を経験した。

【症例】71歳女性。右乳房 CDE 領域に径 2.5 cm の無痛性腫瘍を自覚し、腫瘍の増大と圧痛出現のため当院を紹介された。FNAC と CNB が施行され、塗抹・捺印細胞診標本が作製された。

【細胞所見】塗抹・捺印細胞診標本とも背景には泡沫細胞を認め、著しい apocrine 化生を伴う大型上皮細胞のシート状集塊を多数認める他、apocrine 化生を伴わない中型の上皮細胞の小シート状集塊を見た他、紡錘形細胞からなる重積性集塊も多数見られ、背景の双極核核と合わせ筋上皮が示唆された。Giemsa 染色にて赤紫色の基質様物質が背景に見られた。多様な細胞から構成され、核・細胞異型は乏しいことから悪性とは断定できないものの細胞量豊富な標本であり、腫瘍性病変が示唆されたため偽陽性と判定した。

【組織所見】腫瘍摘出術が施行された。肉眼的には薄い線維性被膜に覆われた限局性腫瘍で、組織学的には軟骨様基質からなる間質を背景に、強い apocrine 化生を伴う乳腺の集簇・細胞密度の高い筋上皮の集簇が見られ、PA と診断した。

【まとめ】細胞像は唾液腺原発の PA と相似で、乳腺にも PA が発生しうることを念頭におけば、細胞像から PA を想定することは困難ではないと考えられた。細胞診のみにて良悪の確定診断は困難であるが、PA の可能性を術前に外科医に的確に伝えることにより、より侵襲の少ない術式の選択と患者 QOL の向上に有用と考えられた。

## P-2-70 腎細胞癌乳腺転移の 1 例

黒石市国民健康保険黒石病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 八戸市立八戸市民病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科分子病態病理学講座<sup>3)</sup>

○四釜育与(CT)<sup>1)</sup>, 矢嶋信久(MD)<sup>2)</sup>, 板橋智映子(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】転移性乳腺腫瘍は乳腺悪性腫瘍の 0.5～2.0%とされているが、腎細胞癌の乳腺転移はきわめてまれである。今回、われわれは腎細胞癌術後 7 年で右乳房へ孤立性に転移した 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代、男性。脳梗塞後遺症経過観察中に右乳房に増大傾向を認める結節を指摘された。乳頭直下に大きさ 3 cm 大、境界明瞭、可動性良好な腫瘍が認められた。腎細胞癌の既往歴、PET-CT 所見、針生検所見から腎細胞癌の孤立性乳腺転移と診断され、乳房切除術が施行された。

【捺印細胞所見】ライトグリーンに淡染する広い細胞質と小型円形核を有する腫瘍細胞が大～小の集塊をなしてみられた。

【病理組織所見】摘出臓器断面は境界明瞭で、赤褐色調であった。組織像は針生検標本、手術標本ともに同様で、細胞質は淡明で広く、小型円形核を有する腫瘍細胞が胞巣状に増生してみられた。原発巣の腎細胞癌の組織像と比較したところ、同様の組織像であった。免疫染色では mammaglobin, GATA3 が陰性で、vimentin, CD10, PAX8 が陽性を呈した。

【まとめ】腎細胞癌術後 7 年で乳腺に転移した症例を経験した。転移性乳腺腫瘍はまれであるが、本例は既往歴とその特徴的な組織像および免疫染色結果から腎細胞癌の転移と診断することができた。また、腎細胞癌は術後長期を経過しても遠隔転移として出現することがあるので、慎重な経過観察が必要であると考えられた。

## P-2-71 乳腺原発 悪性リンパ腫の 1 例

公立学校共済組合九州中央病院医療技術部検査技術科<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>

○佐谷純一(CT)<sup>1)</sup>, 溝口義浩(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤やよい(CT)<sup>1)</sup>, 平山賢司(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>, 峰 真理(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺悪性リンパ腫は稀な疾患で、乳腺悪性腫瘍の 0.04～0.53%、節外性リンパ腫の 1.6%と報告されている。また全悪性リンパ腫に対する乳腺原発の頻度は 0.5%である。術前診断は困難であることがあり、術後標本にて確定診断がつくことも稀ではない。今回我々は、乳腺原発の悪性リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代女性。既往歴なし。検診にて超音波検査で右 A 領域に 30 mm の腫瘍を認めたため、同領域から組織針生検及び穿刺吸引細胞診と、右腋窩リンパ節の穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診では悪性リンパ腫を疑うも鑑別困難とした。針生検も悪性リンパ腫を否定できず、画像検査でも悪性が疑われたため、右乳腺部分切除術が施行された。

【乳腺・リンパ節細胞診所見】共に同様の所見で、出血性背景に上皮成分は認めず、小型の成熟リンパ球が多数出現していた。成熟リンパ球と混在して、中～大型で軽度の核形不整と小型でやや明瞭な核小体を有する異型リンパ球を認めた。

【組織所見】乳腺組織内に核小体やや明瞭でクロマチンが粗顆粒状の中～大型異型リンパ球がびまん性に浸潤していた。免疫組織化学的に CD20, CD10, CD79a が陽性、CD3, UCHL-1 が陰性であった。以上より Malignant lymphoma diffuse large B-cell type と診断された。

【まとめ】本症例は中～大型の異型リンパ球を認め、悪性リンパ腫を疑ったが、小型の成熟リンパ球が多数出現しており、診断に苦慮した症例であった。悪性リンパ腫の細胞像は、背景に lymphoglandular body がみられることが多く、上皮性の結合を示さないのが特徴である。乳腺原発悪性リンパ腫は稀であるが、本疾患の可能性を念頭において細胞診診断する必要がある。

## P-2-72 液状化細胞診標本(LBC)を用いた免疫細胞化学染色が診断に有用であった男性乳癌の一例

日本生命済生会付属日生病院病理検査室

○大嶽雄也(CT), 角田道久(CT), 水口洋一(CT),  
城光寺龍(MD)

【はじめに】当院では乳腺穿刺吸引細胞診の際、塗抹標本を作製したのち使用した針をLBC標本作製用Cytolyt液(Hologic社)30mlで洗浄し、塗抹標本とともに病理検査室へ提出するよう診療科にお願いしている。病理検査室では塗抹標本を染色・鏡検し、直接塗抹標本のみでは診断に至らない検体についてLBC標本作製している。今回われわれは、この針洗浄液を用いて免疫細胞化学染色を行い、診断に有用であった男性乳癌の一例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。胸部CTにて左胸部皮下15mmの嚢胞性変化を伴った腫瘤を指摘され、乳腺穿刺吸引細胞診が施行された。既往歴として甲状腺乳頭癌、頸部濾胞性リンパ腫、回盲部びまん性大細胞リンパ腫、直腸癌があった。

【細胞所見】異常血管を伴う乳頭状集塊を認めた。腫瘍細胞は核腫大、クロマチン増量、明瞭な核小体がみられ、「悪性」と考えられたが、原発の特定、特に甲状腺乳頭癌の転移と原発性乳癌の鑑別は困難であった。LBC標本作製し免疫細胞化学染色を行った結果、腫瘍細胞はER(+), TTF-1(-)であり乳腺原発が疑われた。

【生検組織所見】線維血管性間質を伴う異型細胞の乳頭状の増生像がみられた。免疫組織化学染色を行った結果、腫瘍細胞はER(+), GATA-3(+), TTF-1(-), Pax8(-)であり、甲状腺癌の転移は否定され乳腺原発と考えられた。

【結語】LBC標本を用いた免疫細胞化学染色が診断に有用であった男性乳癌の一例を報告した。診療科で塗抹標本作製と針洗浄を併用し、病理検査室で必要時に利用する方法は経済面と診断精度の面で有益である。

## P-2-73 脱毛症治療薬服用歴のある若年男性に発症した乳癌の一例

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>

○横浜一樹(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊 学(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤嘉奈子(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】男性乳癌の頻度は全乳癌の1%程度で、危険因子の一つに前立腺肥大や男性型脱毛症の治療薬による高エストロゲン状態が指摘されている。ここに、男性型脱毛症治療薬服用歴のある若年男性に発症した乳癌の一例を報告する。

【症例】初診時24歳、男性。22歳から2年間プロペシア(フィナステリド)を内服した。

【経過】左乳頭からの血性分泌を主訴に当院を紹介受診した。超音波、マンモグラフィー、乳頭分泌物の細胞診を施行し、左乳頭直下の腫脹、乳腺組織の発達を認めるも明らかな腫瘍性病変や悪性所見はなく、女性化乳房を疑った。10ヶ月後に再来し、超音波にて長径19.4mm大の低エコー腫瘤を認め、針生検にて乳頭腺管癌と診断され左乳房切除術およびセンチネルリンパ節切除が行われた。

【初診時乳頭分泌物細胞診】泡沫細胞を背景に大小の乳管上皮細胞集塊が散在、2相性の不明瞭な部分、重積を伴う部分を認め、乳頭状の突出を伴っていたが、乳管上皮の過形成と判断した。検体適正、良性、女性化乳房。

【再来時示針生検組織診】立方状異型細胞からなる癒合腺管状胞巣を認めた。乳頭腺管癌、核グレード1、ER・PR陽性、HER2スコア0。

【手術材料の穿刺吸引細胞診】血性背景に核形の不整やクロマチンの増量、核小体の腫大を伴った二相性をもたない乳頭状集塊を認めた。

【手術材料組織診】腫瘍は22×18×13mm大、篩状構築を示す大型の胞巣からなる浸潤性乳管癌であった。乳頭腺管癌、核グレード1。脂肪織に波及、静脈侵襲像あり、乳管内進展巣を伴う。センチネルリンパ節転移なし。ER陽性、PR陽性、HER2スコア0、MIB-1陽性率12.0%。

## P-2-74 乳腺細胞診が有用であった乳癌の2症例

公立学校共済組合九州中央病院

○宇野大輔(CT), 緒方昌倫(CT), 角 正恵(CT),  
平山賢司(CT), 佐谷純一(CT), 伊藤やよい(CT),  
溝口義浩(CT), 峰 真理(MD)

【はじめに】今回、乳腺細胞診が有用であった乳癌の2症例について細胞学的検討を報告する。

【症例1】45歳女性。近医より、当院乳腺外科紹介受診。超音波及び各種画像検査で右CD領域に5mm大の腫瘤を認め、また乳頭から連続した乳管の拡張を伴うため、乳管内乳頭腫を疑い穿刺細胞診が施行された。

【細胞学的所見】組織球を背景に乳頭状発育を示す乳管上皮細胞の増生が認められた。集塊を形成している細胞はクロマチンの増量は認めるものの、集塊内に茎様の所見を認め、細胞のほつれはなく高い結合性を示していた。以上より悪性(乳頭腺管癌)を疑った。同時に施行した針生検組織診では、悪性の診断がつかず乳腺部分切除術が施行された。

【症例2】69歳女性。右乳頭異常分泌に気づき、当院乳腺外科受診。画像上あきらかな腫瘤像を認めず、分泌物の細胞診が施行された。

【細胞学的所見】組織球を背景に、血管結合織を多数認めた。その結合織に対し、乳管上皮細胞が柵状配列を呈していた。集塊辺縁は上皮結合が緩く、ほつれた細胞を多数認めた。その細胞はICLを有していた事もあり悪性(乳頭腺管癌)を疑った。

【組織学的所見】症例1, 2共に、免疫染色(CD10, p63)にて増殖部は筋上皮細胞の介在を認めず、Noninvasive ductal carcinomaの診断であった

【まとめ】今回乳腺細胞診が有用であった2症例の細胞学的検討を行った。その中で、細胞診においては血管性間質に対する腫瘍細胞の増殖傾向の観察、腫瘍細胞の集塊のほつれた細胞の有無、集塊の細胞のクロマチンの増量、背景の出現細胞等が、診断の鍵になり、また画像上腫瘤がない乳頭異常分泌物に対し乳腺細胞診が唯一の検査である事の重要性を再認識した。

## P-2-75 セルブロックを用いた乳癌転移巣受容体検査の判定上の問題点：NHO 多施設共同研究

四国がんセンター臨床検査科<sup>1</sup>, 東京医療センター臨床検査科・病理診断科<sup>2</sup>, 大阪医療センター臨床検査科<sup>3</sup>, 北海道がんセンター病理診断科<sup>4</sup>, 呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>5</sup>, 名古屋医療センター病理診断科<sup>6</sup>, 九州がんセンター病理診断科<sup>7</sup>, 仙台医療センター臨床検査科・病理診断科<sup>8</sup>, 長崎医療センター臨床研究センター<sup>9</sup>

○西村理恵子(MD)<sup>1</sup>, 村田有也(MD)<sup>2</sup>, 森 清(MD)<sup>3</sup>,  
山城勝重(MD)<sup>4</sup>, 倉岡和矢(MD)<sup>5</sup>, 市原 周(MD)<sup>6</sup>,  
田口健一(MD)<sup>7</sup>, 鈴木博義(MD)<sup>8</sup>, 伊東正博(MD)<sup>9</sup>

【はじめに】四国がんセンターでは、乳癌細胞診受容体検査にアルギン酸ナトリウム法で作製したセルブロックを用いている。この検査法は日常運用に適した方法であるが、判定が難しい検体がある。どのような検体で判定が難しいかを多施設で検討した。

【参加施設(国立病院機構9施設)】北海道がんセンター、仙台医療センター、東京医療センター、名古屋医療センター、大阪医療センター、呉医療センター、四国がんセンター、九州がんセンター、長崎医療センター。

【期間】2015年4月～2016年3月(1年間)。

【方法】各施設で、上記の方法で乳癌転移巣のセルブロックを作製して受容体検査を行った。免疫染色には、各施設で組織標本に用いている自動免疫染色装置を用いた。8名の病理医で染色標本の見直しを行い、判定上の問題点を検討した。

【結果】62件の転移巣検体が登録された。その内57件で腫瘍が採取されておりかつ見直しが可能であった。エストロゲン受容体は10件の不一致があり3件に複数病理医間の不一致があった。プロゲステロン受容体は、18件の不一致があり、13件で複数病理医間の不一致があった。HER2蛋白は、25件の不一致があり、18件で複数病理医間の不一致があった。ホルモン受容体では陽性細胞数が少ない検体や染色性が薄い検体で病理医間に判定の差がみられた。HER2蛋白は判定者間の判定基準の差が大きいのと思われる。

【まとめ】乳癌転移巣のセルブロックを用いた受容体検査を多施設で行った。複数病理医で判定を行ったところ、判定が難しい検体があり、HER2蛋白は病理医間の不一致件数が多かった。



## P-2-76 乳腺穿刺吸引細胞診における精度管理

がん研有明病院乳腺センター外科<sup>1)</sup>, がん研有明病院細胞診断部<sup>2)</sup>

○森園英智(MD)<sup>1)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>2)</sup>, 坂井威彦(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】乳腺疾患における細胞診は、乳癌取り扱い規約、第15版より、従来のPapanicolaou分類によるクラスによる表記を廃し、4段階の分類で報告することが推奨され、精度管理上、検体不適正は10%以下に、鑑別困難は検体適正のうち10%以下とすること、悪性疑いの90%以上が最終的に悪性であることが目標値とされている。

【目的】乳腺穿刺吸引細胞診（以下FNA）の精度管理対象：2015年1月から12月までに当院で行われたFNA、1515検体。

【方法：結果】検体不適168例（11.1%）、正常または良性1001例、鑑別困難95例（7.1%）悪性疑い17例、悪性227例。

【考察】検体不適正は目標値をわずかに超えていた、穿刺、採取手技の均点化により改善が求められるものと考えられる。また、穿刺対象の吟味も重要な課題である。鑑別困難は検体適正症例のうち7.1%と精度管理の目標を下回っていたが、10年前の当院の統計（平均1.0%以下）に比べると有意に多くなっていた。これは、画像診断の進歩に伴い微小病変の発見が増えたこと、また主病巣に対してはFNAを省略して組織診が行われる現実が反映されたものと考えられる。悪性疑いについては、微小病変や広がり診断で行われた材料が含まれ、厳密に当該部位の組織診断に至らない症例が含まれたため精度の検証がかなわなかったが、全体の約1%にとどまり実臨床に及ぼす影響は少ないと考える。

【まとめ】細胞診が主病変の診断確定を担う時代に定められた取り扱い規約に示された精度目標は、今日の乳腺細胞診が与えられた役割を考慮した際には、厳しくなることが予想されたが、実際には、ほぼ実現可能な目標であり今日もFNAは診療上有益な検査法である。

## P-2-77 虫垂開口部粘液を契機に診断された虫垂嚢胞腺癌の1症例

新潟厚生連新潟医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 新潟厚生連新潟医療センター病理科<sup>2)</sup>, 新潟厚生連村上総合病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科<sup>4)</sup>

○上村綾香(CT)<sup>1)</sup>, 種村直美(CT)<sup>1)</sup>, 長谷川秀浩(MT)<sup>1)</sup>, 内藤 眞(MD)<sup>2)</sup>, 横田 浩(CT)<sup>3)</sup>, 本間慶一(MD)<sup>4)</sup>

【症例】57歳、男性。ドックで肝腫瘍と腹水貯留を指摘され、消化器内科を受診した。CTにて中等量腹水と腹膜及び大網の肥厚を認め、下部内視鏡検査では虫垂開口部より粘液の排出は認められたが、明らかな腫瘍の露出がなかったため、虫垂開口部粘液細胞診と盲目的生検を施行。病理組織及び細胞診、画像所見より悪性が疑われ、回盲部及び大網切除術が施行された。

【細胞診所見】粘液性背景に核腫大を伴う円柱状細胞が孤立性から集塊状に認められた。悪性とするには全体に弱い印象であったが、明瞭な核小体や顆粒状核クロマチン、楕円形核等が見られた。不規則配列集塊や粘液含有細胞のみから構成される細胞集塊が見られ、少数ながら核分裂像が観察されたことから悪性が疑われたが、異型が強くない為、悪性疑いとした。

【病理組織所見】虫垂内腔は根部から尖端まで、絨毛状ないし乳頭状に増殖する腫瘍に覆われ、内腔は粘液を貯留して拡張し、mucocele-like tumorの像を呈していた。腫瘍細胞は豊富な粘液を有し、異型は軽度だが、核分裂像が散見され、大小の嚢胞を形成しつつ漿膜まで浸潤していることから粘液嚢胞腺癌と診断された。

【考察】虫垂粘液性腫瘍は虫垂開口部の閉塞をきたしやすく、生検が困難なことから術前の確定診断が極めて難しい。しかし、画像上虫垂内粘液が疑われる場合には、開口部の粘液細胞診は有効な診断根拠になり得る。粘液嚢胞腺癌は比較的稀な疾患であり、一般に細胞異型度が通常大腸腺癌に比べ低いとされているが、核分裂像の存在や出現細胞の性質等を慎重に検討した上で総合的に評価する事が重要であると思われた。

**P-2-78 胆嚢原発扁平上皮癌の3例 (純型と混合型)**

東京医科大学八王子医療センター病理診断部

○石崎幹子(CT), 若槻よしえ(CT), 吉田えりか(CT),  
田辺 夢(CT), 横山明子(CT), 内山 篤(CT),  
塚本 哲(MD), 脇屋 緑(MD), 芹澤博美(MD)

【はじめに】胆嚢癌は我が国の全悪性腫瘍の約1.6%を占め組織型は腺癌が多く、扁平上皮成分を有するものは1.4~12.7%で、扁平上皮癌に限ると1.4~3.3%と極めて稀である。胆嚢原発扁平上皮癌3例を経験したので報告する。

【症例】症例1 69歳男性。主訴、腹痛。CTにて胆嚢腫瘍を指摘。拡大胆嚢摘出術施行。症例2 72歳女性。主訴、腹痛。CTにて胆嚢腫瘍を指摘。膵頭十二指腸切除術施行。症例3 71歳女性。3カ月前より体重減少にて来院。CTにて胆嚢腫瘍を指摘。膵頭十二指腸切除術施行。

【細胞像】標本は全て手術時の捺印で症例1, 2, 3のいずれにも背景に壊死や好中球を多く認めた。症例1では細胞は多形性に富み角化しオレンジGに好染する輝度の高い細胞質を持ち、核は濃染や大小不同を著しく認めた。症例2では細胞は円形から紡錘形のライトグリーン好染性で、核は濃染し、不整形の核小体を複数認めた。細胞質に粘液を持ち、核偏在性の腺癌様の細胞も少数認めた。症例3では細胞は多辺形や小型のライトグリーン好染性であった。クロマチンは細顆粒状で淡く、円形から不整形の核小体を複数認めた。

【組織診断】症例1は胆嚢底部の腺筋症内に発生したと思われる高分化管状腺癌、乳頭腺癌を認め、これに連続して扁平上皮癌が見られ、肝内に腫瘍を形成していた。症例2は胆嚢粘膜内のみ高分化管状腺癌があり、これに連続して扁平上皮癌を認めた。扁平上皮癌成分は胆嚢外に大きな腫瘍を作り、十二指腸、胃、膵臓、大腸に浸潤していた。症例3は胆嚢内に扁平上皮癌が充満し、十二指腸に浸潤していた。

【まとめ】胆嚢原発扁平上皮癌を報告した。胆汁などの細胞診で診断する場合は胆汁の採取部位や腫瘍の位置などを参考に鏡検を行う必要があると考えた。

**P-2-79 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) にてみられた膵頭部 Paraganglioma の一例**福山市民病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 福山市民病院<sup>2)</sup>

○高田知恵里(CT)<sup>1)</sup>, 来米由梨(CT)<sup>1)</sup>, 山田貴之(CT)<sup>1)</sup>,  
秀坂 恵(CT)<sup>1)</sup>, 大野京太郎(MD)<sup>2)</sup>, 重西邦浩(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】Paraganglioma (傍神経節腫) は自律神経系の神経節より発生するまれな腫瘍である。頭頸部から骨盤腔内の全身に発生し、副腎髄質、大血管周囲、縦隔、後腹膜に多いとされる。今回われわれは膵頭部の Paraganglioma を経験したので報告する。

【症例】71歳、男性。尿管結石で前医受診時に、CT検査にて膵腫瘍を指摘され当院紹介となった。CT検査では膵鉤部に約2.5cm大の腫瘍性病変を認めた。通常のNETよりも早期相より強く造影される傾向があり、尿中カテコールアミンが高値であった。

【細胞診所見】EUS-FNAの圧挫標本では、結合組織と裸核状の異型細胞が散在性に認められた。核は類円形~楕円形で大小不同が顕著であり、核形不整や核のしわも目立っていた。クロマチンは細顆粒状に増量していた。これらの所見から Neuroendocrine tumor (NET) が強く疑われた。

【病理組織所見】紡錘形、楕円形、類円形の大小不同を示す核と、好酸性の豊富な細胞質を有する細胞が、小型の胞巣を多数形成して増生しており、紡錘形細胞が胞巣を縁取りするようにみられた。免疫染色では Synaptophysin (+), Chromogranin A (+), CD56 (+), S-100 (+), AE1/AE3 (-) であり Paraganglioma と診断された。

【考察】Praganglioma は組織像、細胞像ともに NET と非常に類似しており、免疫染色の結果も共通する点が多いため、両者の鑑別は非常に困難である。Praganglioma はまれな腫瘍であるが、NET を疑う細胞がみられた時には Paraganglioma も念頭に置き、画像所見や生化学データなどを参考にして注意深く観察することが必要であると考え。また本症例の細胞像において、Paraganglioma の特徴的所見や NET との鑑別点の有無について検討し報告する。

## P-2-80 膵 EUS-FNA 標本で偽乳頭状構造を示した腺房細胞癌の 1 例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室<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病理診断科<sup>2)</sup>

○山口大介(CT)<sup>1)</sup>, 原田美香(CT)<sup>1)</sup>, 香田浩美(CT)<sup>1)</sup>, 小寺明美(CT)<sup>1)</sup>, 實平悦子(CT)<sup>1)</sup>, 中村香織(CT)<sup>1)</sup>, 板倉淳哉(MD)<sup>2)</sup>, 内野かおり(MD)<sup>2)</sup>, 能登原憲司(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膵腺房細胞癌は、全膵癌の 1~2% と稀な腫瘍である。神経内分泌腫瘍と Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) との鑑別が問題となるが、細胞像のみでは困難な場合もある。今回、偽乳頭状構造を示した腺房細胞癌を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】60 代男性。健診腹部 US で膵体部に腫瘍性病変が指摘された。精査目的に当院消化器内科を受診した。CT および MRCP にて膵体部に約 2 cm 大の腫瘍を認めた。EUS-FNA が施行され、class4 と判定、組織診断は腺房細胞癌となった。その後、膵体尾部切除術が施行された。

【細胞像】細い血管間質を軸に偽乳頭状の大型集塊もしくは、結合性の緩い集塊で出現し、比較的均一な細胞が多数出現していた。核は円形~類円形、クロマチンは細顆粒状、小型の核小体を 1~2 個認めた。核の偏在傾向、明瞭な胞体があり、一部の集塊には腺腔様構造を認めた。偽乳頭状を示す細胞集塊が主体であり、SPN との鑑別が問題となった。

【組織像】好酸性の胞体を持ち類円形の核から成る異型細胞が、結合性の乏しい充実性構造を形成し、一部に腺房への分化があった。免疫染色の結果、trypsin が部分的に陽性、synaptophysin, chromogranin, CD56 が陰性、 $\beta$ catenin が細胞膜のみ陽性を示しており、腺房細胞癌と診断された。手術材料では、28×21 mm 大の境界明瞭な結節性病変で、生検でみられたシート状の他に管状など多彩な組織像を示した。免疫染色の結果は生検と同様であった。

【まとめ】今回、偽乳頭状構造を示す腺房細胞癌を経験した。その構造は SPN に特徴的とされ、本症例でも鑑別を要した。構造的な特徴だけでなく、個々の細胞形態に加え、免疫染色による検索が重要である。

## P-2-81 膵 mixed acinar-neuroendocrine carcinoma の 1 例

近畿大学医学部附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 近畿大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>

○水野瑤子(CT)<sup>1)</sup>, 深田知也(CT)<sup>1)</sup>, 白石直樹(CT)<sup>1)</sup>, 手嶋優子(CT)<sup>1)</sup>, 田中千琴(CT)<sup>1)</sup>, 植田清文(CT)<sup>1)</sup>, 上杉忠雄(CT)<sup>1)</sup>, 筑後孝章(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐藤隆夫(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】膵腺房細胞癌は腺房細胞への分化を示す悪性腫瘍で、成人男性に多いことが知られている。また、内分泌マーカー陽性細胞が全体の 30% 以上を占める場合、WHO 分類(2010)では mixed acinar-neuroendocrine carcinoma に分類される。

【症例】64 歳、男性。1 年前から心窩部不快感があり、近医受診した。検査の結果、閉塞性黄疸が指摘され、本院を紹介受診した。腹部 CT 検査、EUS、PET-CT 等の検査の結果、膵頭部に径 2 cm 大の腫瘍が指摘された。

【EUS-FNA 所見】洗浄液の細胞診の結果、N/C 比大、核形不整、核小体の目立つ異型細胞の集塊が認められ陽性と報告した。また生検組織では、軽度核腫大を示し好酸性胞体を有する異型細胞が小集塊状に認められた。免疫染色の結果、悪性腫瘍と考えられ、腺房細胞癌、神経内分泌癌等が鑑別にあげられたが確定できなかった。

【摘出組織の組織学的所見】脾合併膵全摘出術が施行された。膵頭部に 2×5 cm 大の腫瘍がみられた。同部では、類円形核と好酸性顆粒状胞体とからなる多角形の異型細胞が充実性胞巣状、索状を呈して増殖、浸潤していた。各所に脈管侵襲像がみられた。腺房細胞癌主体と思われたが、免疫染色の結果、腺房細胞癌(trypsin 陽性)の領域と内分泌マーカー(synaptophysin, chromograninA)陽性領域が様々な割合で混在しており、mixed acinar-neuroendocrine carcinoma と考えられた。

【まとめ】稀な膵頭部 mixed acinar-neuroendocrine carcinoma の症例を経験したので EUS-FNA の細胞像と合わせて報告する。



## P-2-82 EUS-FNA で診断に難渋し膵高分化腺癌を推定した一例

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

○富岡理恵(CT), 千葉佐和子(MD), 武田奈津子(CT), 腰高典子(CT), 小寺輝明(CT), 市川美咲(CT), 高瀬章子(CT), 田辺美樹子(MD), 大谷方子(MD), 稲山嘉明(MD)

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)で診断に難渋した foamy gland pattern (FGP) を示す高分化膵管癌と推定した症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代, 女性

【現病歴】下痢で発症し, 水様便になり体重減少。内視鏡検査で異常無く, 造影CTで膵胆道系疾患を疑われた。

【画像所見】造影CTでは膵体部に52mmの造影効果を伴う低濃度腫瘍を認め, 上腸間膜動静脈, 脾動静脈, 腹腔動脈神経叢浸潤を疑われた。EUSでは, 腫瘍はhigh, low混在し, 境界不明瞭であった。ERCPでは, 膵頭部主膵管になだらかな狭窄, 下部胆管に強い狭窄と拡張を認めた。

【細胞像】主にシート状でクロマチンパターンの比較的揃った細胞集塊を認める。細胞質は明るく, 一部核配列に軽度の乱れや核型不整もあるが, N/C比は低く, Class3(atypical cells)の診断にとどまった。

【組織像】豊富で明調な胞体と基底膜側に圧排された核を有する腺上皮が, シート状, 一部乳頭状の集塊で採取され, 核には軽度の核型不整があり, やや配列も乱れている。管腔側には, PAS染色やalcian blue染色で強陽性を示す刷子縁様構造を認め, 胞体は陰性であった。FGPのような所見と考え腺癌疑いと診断した。

【考察】本症例は臨床的に癌が強く疑われていたが, EUS-FNAで採取された腫瘍細胞の異型は弱く, 低異型度PanINとの鑑別が問題となり, 細胞診では診断に難渋した。組織像を併せ再度観察すると, 細胞診でもFGPを示す高分化型腺癌に特徴的な所見を示していた。この組織型は比較的正常であるが, 刷子縁構造など, 特徴的な細胞像を認めた際は, PAS染色やalcian blue染色などの特殊染色の追加や, 生検あるいはセルブロックなどでの検索に引き継ぎ, 鑑別を進めていくことを考慮したい。

## P-2-83 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)で採取した粘液性嚢胞腺腫の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>, 宮崎大学医学部病理学講座腫瘍・再生病態学分野<sup>3)</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>, 田中弘之(MD)<sup>3)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】膵臓の粘液性嚢胞腫瘍(MCN)は, 上皮性・嚢胞形成性・粘液形成性腫瘍であり, 卵巣様間質細胞が特徴とされている。大部分の症例が女性で, 膵体尾部に好発する。今回我々は, Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) 疑いでEUS-FNAを施行した粘液性嚢胞腺腫(MCA)の1例を経験したので報告する。

【症例】30歳代, 女性。慢性腎不全のため近医にて透析中。1年前より便通異常が持続したため腹部CTを施行。膵尾部に5cm大の嚢胞性病変を認め, 精査目的のため当院紹介受診。CT, MRI検査で膵尾部に多房性嚢胞性病変を認め, SPNを疑いEUS-FNAが施行された。

【細胞所見】背景に粘液, 壊死物, 泡沫細胞, 炎症細胞が見られる中に, 細胞質に多量の粘液を含有した高円柱状細胞と, 細胞質が狭小な細胞が出現していた。高円柱状細胞は, シート状に出現し, 小型核小体や軽度核形不整, 大小不同を認めるも核異型は軽度であった。標本中に毛細血管の出現は認めなかった。MCNや膵管内乳頭状粘液性腫瘍(IPMN)疑いと報告した。

【組織所見】多数の嚢胞性病変がみられ, 嚢胞性病変は, 粘液を有する高円柱細胞で被覆されており, 卵巣様の紡錘形細胞を伴っていた。部分的に管状乳頭状増殖を示す部位がみられ, 中等度の核異型を伴っていたが, 高度の異型性や浸潤像はみられなかった。免疫染色では, 上皮細胞はMUC5AC, MUC6陽性, 卵巣様間質細胞はER, PgRが陽性で, 粘液性嚢胞腺腫と診断された。

【まとめ】嚢胞性腫瘍の穿刺吸引法は原則禁忌あるいは慎重にされるべきとされ, 本腫瘍を経験することは稀である。今回我々はSPN疑いで施行されたMCAの細胞所見を得られたので, 他の疾患との鑑別を中心に報告する。



## P-2-84 EUS-FNA において腎癌臍転移との鑑別に難渋した臍管癌の1例

昭和大学藤が丘病院臨床病理検査室<sup>1)</sup>, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科<sup>2)</sup>, 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科<sup>3)</sup>

○川上真理子(CT)<sup>1)</sup>, 岸本浩次(CT)<sup>1)</sup>, 太田善樹(CT)<sup>1)</sup>, 外池孝彦(CT)<sup>1)</sup>, 船宝直美(CT)<sup>1)</sup>, 野呂瀬朋子(MD)<sup>2)</sup>, 塩川 章(MD)<sup>2)</sup>, 光谷俊幸(MD)<sup>2)</sup>, 九島巳樹(MD)<sup>3)</sup>, 大池信之(MD)<sup>2)</sup>

【症例】80歳代男性。糖尿病および慢性腎臓病で通院中、右腎腫瘍が指摘され、右腎臓摘出術を受けた。組織診断は淡明細胞型腎細胞癌であった。術後4カ月のCT検査で臍頭部腫瘍が指摘され、臍原発腫瘍や腎癌臍転移が鑑別に挙げられ、EUS-FNAが施行された。

【細胞像】腫瘍細胞の核クロマチン増量は弱いものの、核形不整、N/C比やや増大、一部で核偏在を示す上皮細胞の集塊がみられ、淡明ないし一部で弱好酸性の細胞質を有する偽乳頭状集塊のほか、細胞境界が明瞭な淡明細胞のシート状集塊がみられた。第一に臍管癌を疑ったが、腎癌術後、核クロマチンの増量が軽度、淡明な細胞質の所見から、腎癌臍転移との鑑別が問題となった。

【組織像・免疫染色像】淡明な細胞質を有する異型細胞の乳頭状・腺管状～胞巣状の集塊が認められた。細胞像同様、臍管癌と腎癌臍転移の鑑別が問題となり、腎癌切除材料とともに特殊染色および免疫染色が施行された。臍EUS-FNAの異型細胞は消化PAS(一部+), CK7(+), CK20(±), CEA(+), CA19-9(-), CD10(一部+)であったのに対し、腎癌は消化PAS(-), CK7(±), CK20(±), CEA(-), CA19-9(一部+), CD10(+))と異なった染色態度を示した。以上より、臍EUS-FNAの異型細胞は臍管癌と診断されたが、CA19-9陰性から多少の特殊性が示唆された。

【まとめ】臍管癌には淡明な細胞質が特徴的にみられることがあるが、N/C比が低く、結合性の強い平面的な細胞集塊を示し、悪性判定が難しい場合がある。さらに、本例のように淡明細胞型腎細胞癌の既往がある症例では、その転移との鑑別にも注意する必要がある。

## P-2-85 画像診断にてIPMNが疑われた通常型臍癌2例のEUS-FNA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>

○江坂四季音(CT)<sup>1)</sup>, 松田陽子(MD)<sup>1)</sup>, 浜島裕理(CT)<sup>1)</sup>, 今泉雅之(CT)<sup>1)</sup>, 白幡浩人(CT)<sup>1)</sup>, 木下真由美(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木明美(CT)<sup>1)</sup>, 西村 誠(MD)<sup>2)</sup>, 新井富生(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】通常型臍癌とIPMNでは予後が異なるため、診断の正確性が重要となる。今回我々は、画像にてIPMNが疑われたが、手術検体では通常型臍癌と診断された2症例のEUS-FNA細胞像を報告する。

【症例1】75歳女性。著明な主臍管拡張と途絶、嚢胞が認められ、IPMNが疑われた。EUS-FNA検体の細胞診では壊死性背景に、核形不整、大小不同、クロマチンの増量、明瞭な核小体を有する異型細胞が散見され、腺癌疑いと診断した。セルブロックでは、乳頭状構造を示す異型上皮細胞が少量みられ、腺癌と診断した。手術検体では臍頭部に管状から乳頭状構造を示す径23mmの浸潤性臍管癌が見られた。腫瘍は一部で主臍管内進展を示し、尾部側の臍管の著明な拡張と線維化を認めた。

【症例2】66歳女性。主臍管拡張と嚢胞及び嚢胞隔壁に結節性病変を認め、IPMNが疑われた。EUS-FNA検体の細胞診では、核腫大、核小体腫大、核形不整、クロマチン増量を呈する異型細胞が集塊で認められ、腺癌疑いと診断した。セルブロックでは、中等度異型の細胞が主体で、一部には高異型度の細胞が混在し、IPMNとIPMCの混在を疑った。手術検体では臍頭部に径15mmの嚢胞性病変を認め、その周囲に白色の浸潤性結節部を認めた。乱れた管状構造を示す中から高分化型腺癌の像で、一部に腺扁平上皮癌成分を認めた。腺癌が嚢胞状に拡張していた。

【まとめ】本症例では、画像上IPMNが疑われたが、実際には通常型臍癌による末梢臍管拡張や嚢胞形成性臍癌であった。EUS-FNAによる少量の検体では、診断名は画像所見に頼ることが多い。細胞像やセルブロックのみではIPMNと通常型臍癌の鑑別は極めて困難であることを念頭におくことが重要である。

## P-2-86 EUS-FNACで推定しえた乳頭部原発混合型 腺神経内分泌癌(MANEC)の1例

関西医科大学附属病院病理部

○吉岡紗弥(CT), 蛭子佑翼(CT), 伊藤寛子(CT),  
岡野公明(CT), 石田光明(MD), 宮坂知佳(MD),  
田代 敬(MD), 植村芳子(MD), 葛 幸治(MD)

【はじめに】混合型腺神経内分泌癌(MANEC)は、腺癌と神経内分泌癌(以下 NEC)成分がそれぞれ30%以上存在する稀な腫瘍である。十二指腸乳頭部原発の MANEC は極めて稀で、その細胞像についての報告はほとんどない。今回、EUS-FNACで推定しえた MANEC の1例を経験したので報告する。

【症例】80代男性。CTにて膵鉤部に25mm大の腫瘤を認め、EUS-FNACが施行された。

【細胞所見】大型類円形核を持ち、粘液を有する異型細胞が腺管状や柵状配列を示す集塊状で出現しており、腺癌が疑われた。核異型や配列不整に乏しい腺腫相当の細胞も見られた。また、小型でN/C比の高い、結合性に乏しい類円形異型細胞を認め、免疫細胞染色で、Synaptophysin, Chromogranin A の発現が見られ、NEC成分と考えられた。

【組織所見】大型類円形核を持ち、粘液を有する高円柱状の腫瘍細胞が管状、乳頭状構造を形成して増殖していた。核異型が乏しく、配列の整った腺腫成分も認められた。また、濃染核を持つ裸核状細胞がシート状に増殖し、免疫組織化学的に、Synaptophysin, CD56, Chromogranin A 陽性、Ki-67 LI が90%以上の陽性率を示す NEC 成分も認められた。病変部は腺腫成分が約10%、腺癌成分が約50%、NEC成分が約40%程度を占め、乳頭部原発の MANEC と診断した。

【考察】乳頭部 MANEC は非常に稀な腫瘍であり、正確な術前診断は困難とされている。過去の報告では、術前に腺癌と診断されている症例がほとんどである。本例では、EUS-FNAC 標本中に、腺腫、腺癌、NEC の3成分全てを指摘でき、MANEC の術前診断が可能であった。さらに、免疫細胞染色でその診断を確認しえた。MANEC は通常型腺癌よりも予後不良とされているため、NEC 成分を見逃さないことが重要であり、その診断に免疫細胞染色が有用である。

## P-2-87 術後13年の経過でEUS-FNAにて診断された 転移性腎癌の1例

関西労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 同病理診断科<sup>2)</sup>

○杉生憲二(CT)<sup>1)</sup>, 鶴田陽子(CT)<sup>1)</sup>, 原沙由美(CT)<sup>1)</sup>,  
山根三千秋(CT)<sup>1)</sup>, 吉野龍一(CT)<sup>1)</sup>, 後藤孝吉(MD)<sup>2)</sup>,  
永野輝明(MD)<sup>2)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は、膵などの深部病変に対して容易に検体採取を行い、かつ組織型の推定を行うことができる細胞採取法である。今回、術後13年の経過で膵臓に再発した転移性腎癌に対しEUS-FNAによる診断を行った1例を経験したので報告する。

【症例】90歳代女性。半年前より心窩部痛および体重減少を自覚し、受診。画像診断にて膵頭部から体部にかけて4cm大の腫瘤を認めた。膵内分泌腫瘍を疑い、EUS-FNAが施行された。13年前の左腎癌の手術歴について後日判明。

【細胞所見】正常の腺細胞集塊に混じて、N/C比が小さい類円形の細胞を単調に認めた。異型は軽度ながら、密度の高い細胞集塊も認めた。何らかの腫瘍性病変を疑ったが、組織型の推定は困難であった(異型/鑑別困難)。

【セルブロック所見】N/C比が小さく、核異型の乏しい、淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が、小型の胞巣状構造をとって増殖していた。組織像は既往の腎癌と類似し、腎癌の転移と診断した。

【免疫組織化学】CD10(+), RCC(+/-), CK AE1/AE3(weak+), CK 7(focal+), synaptophysin(-), chromogranin A(-)。

【まとめ】典型的な転移性腎癌の場合、特徴的な細胞所見が認められれば、組織型の推定は比較的容易な症例が多い。しかし、本例のように術後経過が長く、臨床情報が不十分であった場合、良悪の判定、組織型の推定が困難な場合がある。腎癌既往者については長いintervalを置いて再発があることも念頭において、慎重な細胞判定を行うべきである。

## P-2-88 主膵管拡張を契機に細胞診により診断された膵上皮内癌の1切除例

イムス札幌消化器中央総合病院

○岸 宗佑(MD)

症例は70歳代女性。主訴は胸焼けのみであった。健診の腹部USで主膵管拡張を指摘され前医受診。CTおよびMRCPで膵頭部主膵管狭窄とその尾側主膵管のびまん性拡張を認めた。前医での2年前CTに比べて主膵管拡張が増強しているため、精査目的に当科紹介となった。CT・MRCPで膵体尾部主膵管のびまん性拡張、膵頭部主膵管に狭窄がみられるが、狭窄部に腫瘤やDWIでの拡散能低下は認めなかった。EUSおよび膵管内IDUSでも同様に主膵管狭窄部やその近傍に腫瘤を指摘することは困難であった。狭窄部より膵管生検、擦過細胞診、膵液(膵管洗浄)細胞診を行ったところ、Class III(腺癌を否定できない細胞像)が得られたため、小膵癌の存在を強く疑って膵頭十二指腸切除術を施行した。最終病理診断は、Carcinoma of the pancreas : carcinoma in situ [pPh, pT1 (0.2 cm), ductectatic type, pTis, pStage 0, pR0]であった。Stage 0のcarcinoma in situの膵癌報告は少なくEUSおよび細胞診所見、外科切除組織の病理所見を合わせて提示する。

## P-2-89 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) of the pancreas の2例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○鈴木佑梨(MT), 岩崎和美(CT), 森 正樹(CT), 前川秀樹(MT), 樋口翔平(MD), 今村好章(MD)

【はじめに】今回、我々は液状化細胞診(以下LBC)で診断可能であった膵のsolid-pseudopapillary neoplasm(以下SPN)の2例を経験したので報告する。

【症例1】50歳代、男性。検診でCEAが異常高値を示し、前医の腹部エコーで膵体部に腫瘤を指摘された。当院紹介受診となり、膵EUS-FNAで採取されたLBC標本と組織生検標本でSPNが疑われ、膵中央切除術が施行された。

【症例2】30歳代、女性。前医で膵頭部に腫瘤を指摘されたため、当院受診となり施行された膵EUS-FNAのLBC標本と組織生検標本でSPNが疑われ、膵頭十二指腸切除術およびリンパ節郭清術が施行された。

【LBC所見】2症例とも清明な背景に比較的均一な小型異型細胞を集塊状あるいは散在性に認めた。細胞質は好酸性で、核は類円形でクロマチンは微細顆粒状～顆粒状、小型核小体が1-2個みられた。免疫染色では2症例ともβ-cateninが腫瘍細胞核と細胞質に陽性で、症例1ではCD10も陽性であった。

【病理所見】生検標本では2症例とも小型卵円形～立方状の腫瘍細胞の偽乳頭状構造と充実性発育が認められた。切除標本ではどちらも膵内に出血を伴う充実性の白色腫瘤がみられた。組織学的には異型に乏しい小型立方状の腫瘍細胞の充実性増生と偽乳頭状構造がみられ、症例1では腫瘍内に高度な石灰化と骨化を認めた。免疫染色ではどちらもβ-catenin・vimentinおよびCD10が陽性を示し、SPNと最終診断された。

【考察とまとめ】SPNは若年女性に好発し、膵非内分泌腫瘍の約1-2%を占めるとされる比較的稀な腫瘍であるが、2症例とも典型的なSPNの細胞像を示していた。また、LBC標本の免疫染色が細胞診断に非常に有用であった。以前本学会で提示した1例も併せて報告する。

## P-2-90 膵 腺扁平上皮癌の一例

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

○浅川一恵(CT)<sup>1)</sup>, 岸田由起子(MD)<sup>1)</sup>, 神戸晴香(MT)<sup>1)</sup>, 中村恵子(CT)<sup>1)</sup>, 清水香織(CT)<sup>1)</sup>, 小川佑美(CT)<sup>1)</sup>, 高橋 剛(CT)<sup>1)</sup>, 横山宗伯(MD)<sup>2)</sup>, 二階堂孝(MD)<sup>3)</sup>, 田村浩一(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】膵の腺扁平上皮癌は、膵癌の1~2%程度といわれ、きわめて稀な腫瘍である。今回我々は手術時に採取した細胞診材料（嚢胞内容液および結節部捺印）にて腺扁平上皮癌を疑い、組織で確認できた症例を経験したので報告する。

【症例】50代の女性。肺癌の術前検索にて膵嚢胞が指摘され、Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の臨床診断のもと、膵体尾部切除術が施行された。未固定で提出された膵の嚢胞壁に充実部が見られたため、嚢胞内容液および腫瘍の捺印により細胞を採取した。

【細胞像】嚢胞内容液では、小型で核偏在する異型腺細胞を小集塊で認め、腺癌を疑った。また、少数ながら核濃染・不整のみられる小型上皮細胞もみられた。壁に結節の捺印標本では、異型の強い上皮成分が多数認められ、やや分化の低い扁平上皮癌が疑われた。

【組織像】嚢胞部分の内腔に、胃腸管粘膜上皮様の变化を認め、粘液産生・乳頭状増殖がみられた。嚢胞壁の結節部分では、角化・好中球浸潤等を伴う、中分化から低分化の扁平上皮癌の浸潤性増殖を認めた。以上より、膵原発の腺扁平上皮癌と最終診断した。

【まとめ】本症例は、臨床的にSPNと診断されており、術中迅速診断も予定されなかった。細胞診にて腺扁平上皮癌を疑ったが手術は終了しており、組織診での確定診断後に報告した。幸い病巣は取り切れており、追加切除の必要はなかった。膵嚢胞性病変においても、臨床情報に惑わされず、肉眼的に嚢胞内容液および充実部などが見られた場合には積極的に術中迅速診断の施行を検討すべきであると考えた。

## P-2-91 ESU-FNAにて悪性腫瘍との鑑別を要した肝血管脂肪腫の1例

独立行政法人労働者健康安全機構横浜労災病院病理診断科

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

【はじめに】血管筋脂肪腫(angimyolipoma; AML)は血管、平滑筋、脂肪組織より構成される間葉系腫瘍で、多くは良性である。今回、ESU-FNAにて核異型が極めて強く悪性腫瘍との鑑別を要した肝AMLを経験したので報告する。

【症例】46歳、男性。以前より検診USで肝右葉肝門部付近に血管腫を指摘されていた。精査目的のため来院。肝S6にUSでモザイク状所見を認め、CT・MRIで約30mm大の腫瘤を指摘されHCCを疑った。肝機能、肝炎ウイルス・腫瘍マーカーに異常なし。確定診断のため経十二指腸的ESU-FNA(22G)にて細胞診・組織診を施行し、低分化HCC疑いで腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】腫瘍細胞は結合性の強い重積集塊と結合性の緩い平面的集塊からなり、重積集塊では内部に紡錘形細胞の錯綜構造がみられた。平面的集塊は多形性に富んでおり細胞質は豊富で顆粒状、核異型は強く、巨大化、分葉状、多核化となり、明瞭な核小体と大型核内封入体を認めた。奇怪細胞を主にみることから悪性腫瘍を疑い、肉腫や低分化HCCを鑑別に挙げた。

【肉眼・組織所見】肝S6に25×20×20mmの境界明瞭な弾性軟・白色結節を認めた。組織学的には、淡明な細胞質に顆粒を有する大型の腫瘍細胞を多数認め、多くは奇怪な形態を示していた。脂肪成分は極一部に限られ殆どが平滑筋成分であった。核分裂像はみられず、免疫染色で腫瘍細胞はHMB45陽性、MIB-1 index5%で低値を示したことから肝AMLと診断された。

【まとめ】肝AMLで背景肝の多くは正常である。正常肝に発生した腫瘤より得られた細胞診で、顆粒状細胞質を有し多形性が目立つ奇怪細胞を認めた場合、肝血管筋脂肪腫を念頭に置き免疫組織染色を実施することで診断可能と考える。



## P-2-92 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法にて術前診断し得た膵 Lymphoepithelial cyst の 1 例

聖路加国際病院消化器内科<sup>1)</sup>, 同内視鏡室<sup>2)</sup>, 同病理診断科<sup>3)</sup>

○中村健二(MD)<sup>1)</sup>, 松岡 恵(MT)<sup>2)</sup>, 小川命子(CT)<sup>3)</sup>, 岡田修一(MT)<sup>2)</sup>, 池谷 敬(MD)<sup>1)</sup>, 高木浩一(MD)<sup>1)</sup>, 石井直樹(MD)<sup>1)</sup>, 福田勝彦(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木高祐(MD)<sup>3)</sup>, 藤田善幸(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Lymphoepithelial cyst (LEC) は良性疾患で比較的稀な嚢胞性病変である。膵原発の病変において腫瘍性膵嚢胞との鑑別が困難で術前診断が得られず手術が行われることが多い。今回、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA)による細胞診で術前診断し得た症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代、女性。検診の腹部USで膵腫瘤を指摘され当院受診となった。血液検査による腫瘍マーカーや内分泌学的検索で異常は認めなかった。腹部CT/MRI、超音波内視鏡検査を行い、膵由来と思われる充実性と嚢胞性の両者が混在する病変が疑われた。EUS-FNAを行い細胞診・組織診でLECと診断された。EUS-FNA後1年半経過観察した後に病変は増大傾向で膵体尾部切除が施行された。

【細胞所見】多数のリンパ球や組織球を背景に、無核の扁平上皮細胞を認める。また、腺細胞集塊や間質細胞を少数認め嚢胞内成分と考えられる。扁平上皮細胞が多数出現しているためLECに矛盾しない所見である。リンパ球に核腫大や核形不整を認めたが反応性変化と考えられる。

【組織所見】過形成性変化を示す扁平上皮に覆われ、扁平上皮には角化がみられ、一部には角化物とコレステリン結晶を容れた嚢胞を形成する。間質にはリンパ濾胞を形成するリンパ組織がみられる。リンパ球に異型は見られず、腫瘍性変化はみられない。嚢胞状構造の壁部分も、充実部分も同様の所見で、リンパ上皮嚢胞と診断する。

【まとめ】膵LECは膵嚢胞性病変の約0.5%と報告され稀な疾患である。最終的に増大傾向で手術となったが、臨床情報を加味しEUS-FNAで得られた細胞像を評価することで術前にLECと細胞診診断が可能であった。

## P-2-93 IPMN Oncocytic type の 2 症例

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>

○栗原正博(CT)<sup>1)</sup>, 上藤房代(CT)<sup>1)</sup>, 奥山力也(CT)<sup>1)</sup>, 永谷昭義(CT)<sup>1)</sup>, 和泉智子(CT)<sup>1)</sup>, 荒井政和(CT)<sup>1)</sup>, 橋本浩次(MD)<sup>2)</sup>, 堀内 啓(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) は、粘液形質や形態学的特徴により亜分類されており Oncocytic type は比較的まれな亜型とされている。今回我々は IPMN Oncocytic type の 2 症例を経験したので報告する。

【臨床経過】症例1: 60代・女性, IPMN フォロー中, 膵頭部嚢胞性腫瘤が増大し主膵管拡張を認めた。造影CTおよびEUSにて結節が確認され, 膵液細胞診はClass3 IPMA S/O。その後, 膵頭十二指腸切除術を施行。症例2: 50代・女性, 4年前より膵頭部体部境界部に嚢胞性病変を認めていた。CTにてIPMNの壁に結節増大を指摘。膵液細胞診Class4 IPMC S/Oとなり膵頭十二指腸切除術を施行。

【細胞所見】症例1: 高円柱状で粘液を有するが異型の乏しいシート状細胞集塊が主体であった。少数ではあるが細胞質は好酸性顆粒状で粘液を含み, 核偏在傾向で核クロマチン濃染した核密度の高い乳頭状細胞集塊もみられた。症例2: 背景に壊死物がみられ核密度の高い乳頭状細胞集塊を認めた。細胞質は好酸性顆粒状で粘液を含み, 核偏在傾向で核クロマチン濃染し明瞭な核小体のみられた。

【組織所見】症例1: 嚢胞状構造を認め, 腫瘍細胞が乳頭状に増生。一部核腫大し細胞質は好酸性で粘液がみられ IPMC Oncocytic type (non-invasive) と診断。症例2: 嚢胞状構造を認め, 腫瘍細胞が乳頭状に増生。核や核小体は腫大し, 細胞質は好酸性, 粘液もみられ IPMC Oncocytic type (non-invasive) と診断。粘液形質は両症例ともにMUC2弱陽性, MUC5AC陽性, MUC6陽性であった。

【まとめ】IPMN Oncocytic type は異型度の高い病変が多く, 膵液細胞診において特徴的な所見を見つけることは早期診断につながり, 臨床的に有用であると考えられた。

## P-2-94 破骨細胞様多核巨細胞が観察された膵癌の2例

津山慈風会津山中央病院

○浜田和久(CT), 三宅孝佳(MD)

【症例1】70歳代男性。下血で救急外来受診。CTで主膵管拡張が認められた。精査にて膵体部に腫瘍性病変を認め、ERCPが施行された。擦過細胞診では、背景に破骨細胞様の多核巨細胞が観察される中に、異型細胞集塊が観察され、悪性と判定し、低分化腺癌を推定した。膵体尾部切除術が施行された。手術材料では、嚢胞状に拡張を示す膵管内腔を主体に出血、ヘモジデリン沈着を伴い多数の破骨細胞類似多核巨細胞の集塊を認めた。また、腫大した核を有する高円柱上皮の不整な乳頭状増生が観察され、中分化管状腺癌に相当する像と考えられた。

【症例2】60歳代男性。貧血精査のため近医より紹介。上部消化管内視鏡で十二指腸から膵臓にかけて存在する腫瘍性病変を認めた。超音波穿刺吸引細胞診では、クロマチンの増量した紡錘形の異型細胞が集塊で観察され、悪性と判定した。組織診でも腫大した異型核を有する紡錘形の腫瘍細胞が錯綜し増生している像を認め、悪性と考えられたが分化傾向は明瞭ではなかった。膵頭十二指腸切除術が施行された。手術材料では腫大した異型核を有する紡錘形の腫瘍細胞が炎症細胞浸潤を伴い増生し、免疫染色ではごく一部でCK AE1/3(+), EMA(+ )となり、未分化な癌と考えられた。病変の一部では腫瘍内出血、ヘモジデリン沈着を伴いCD68(+ )となる破骨細胞様の多核巨細胞の集塊が認められ、Undifferentiated carcinoma with osteoclast like giant cells に相当する像と考えられた。

【結語】破骨細胞様の多核巨細胞が観察された膵癌の2例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

## P-2-95 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)における細胞診結果の検討

聖路加国際病院病理診断科<sup>1)</sup>, 聖路加国際病院消化器内科<sup>2)</sup>, 東京女子医科大学第一病理<sup>3)</sup>

○小川命子(CT)<sup>1)</sup>, 平林陽介(CT)<sup>1)</sup>, 植竹 都(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>, 山川真梨奈(CT)<sup>1)</sup>, 中村健二(MD)<sup>2)</sup>, 澤田達男(MD)<sup>3)</sup>, 鈴木高祐(MD)<sup>1)</sup>

【目的】当院での超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)細胞診の診断結果について検討したので報告する。

【対象と方法】2012年4月から2015年12月までに施行されたEUS-FNA155症例180検体中、組織診と併用した170検体を対象とし比較検討した。当院では、迅速細胞診と検体処理を内視鏡医と内視鏡技師が行い、細胞検査士が針洗浄標本作製している。

【結果】穿刺部位は、膵臓90件、胃27件、十二指腸7件、食道9件、直腸1件、リンパ節27件、縦隔3件、腹腔内腫瘍6件であった。細胞診の判定は、陰性38件(22.4%)、疑陽性61件(35.9%)、陽性71件(41.7%)であった。組織診との比較は、陰性38件中、組織診断が良性(炎症、肉芽腫、異所性膵、嚢胞など)30件、異型上皮3件、GIST4件、転移性癌1件であった。疑陽性61件中、組織診断が良性8件、平滑筋腫8件、神経鞘腫4件、GIST20件、NET6件、IPMN疑い1件、異型上皮7件、腺癌疑い2件、腺癌2件、悪性リンパ腫3件であった。陽性71件中、組織診断が悪性は、63件(腺癌47件、扁平上皮へ分化を伴う癌1件、腺扁平上皮癌3件、転移性癌12件)、腺癌疑い6件、異型上皮1件、悪性所見なし1件であった。

【考察】細胞診と組織診の不一致症例を再検討したが、陰性例は目的とする腫瘍細胞は認められなかった。陽性例は細胞診で悪性細胞を認めたが、組織診では異型細胞が未採取又は少量で悪性診断には至らなかった。細胞診のみで悪性と診断し得た検体が8件あり、細胞診と組織診を併用することで診断率は向上すると考えられた。また内視鏡医師、技師と症例検討会を行っており、検体処理法の技術や知識の向上に努めていきたい。

## P-2-96 術中迅速細胞診における HE 染色の利点と欠点：消化器疾患での検討

独立行政法人国立病院学会旭川医療センター臨床検査科

○玉川 進(MD), 松林 聡(CT)

病巣の病理診断や切除範囲の決定などを目的に術中迅速診断は多くの施設で行われている。しかし術中迅速細胞診は胸水や腹水の検査に限られることが多く、病巣の良悪の判断に用いられることはそれほど多くない。その理由として病理診に比べ細胞診は情報量が限られることに加え、病理診のヘマトキシリン・エオジン(HE)染色に加えてパパニコウ染色を行うことによる仕事量の増大もその理由として挙げることができる。我々は呼吸器外科手術を対象にし腫瘍捺印細胞診を試み、HE染色とパパニコウ染色を両者の比較結果を第55回秋期大会で報告した。今回は主に消化器領域を対象とした比較検討を行った。HE染色の場合はアルコール固定が完了した検体を染め上げるのに20分かかる。パパニコウ染色でもその時間はほぼ同じである。しかしHE染色は凍結切片として切出された組織診標本と一緒に染めることができるため、時間もしくは人手のロスは最小限で済む。染色の結果については、HE染色は迅速組織診と同じであり、病理医にはそれほど抵抗がない。ホルマリンで固定した永久染色と比べ色のコントラストが弱くぼやけて見えるため、微細な細胞の観察は不向きである。しかしながら細胞検査士にとっては見慣れない色彩であり戸惑いが大きい。パパニコウ染色では迅速細胞診であっても通常の診断で用いている標本と同じ作成過程を踏むため、核のクロマチンの増加や微細構造なども明瞭である。オレンジGによって扁平上皮が一目で分かることも利点である。

## P-2-97 胆汁・膵液細胞診における p53 染色の有用性の検討

広島赤十字・原爆病院病理診断科

○村上 寛(CT), 久保 望(CT), 永崎裕志(CT), 小路伊奈子(CT), 和田健一(CT), 大林真理子(DDS), 坂谷暁夫(MD), 藤原 恵(MD)

【目的】胆・膵領域に発生する病変は、狭窄等により細胞量が少ない場合や細胞異型が弱い場合があるにも関わらず、細胞診が唯一の質的診断となることも少なくない。今回我々は、細胞診の塗抹標本でp53の免疫染色を行い、診断精度と有用性について検討したので報告する。

【対象】2015年6月から2016年11月に胆汁・膵液細胞診を実施され、その後、組織診が行われた23症例(胆管13例、膵10例)を対象とした。

【方法】胆汁あるいは膵液のすり合わせ塗抹標本を作成し、Papanicolaou(以下Pap)染色とp53染色を実施した。複数回、検体が提出された症例では悪性度の最も高い判定を採用し、細胞所見およびp53染色所見と、組織所見との比較をおこない、胆汁と膵液検体の区別なく検討した。

【結果】p53染色結果の内訳は強陽性(5例)、弱陽性(6例)、陰性(12例)であった。p53染色で強陽性を示した5例の組織診はすべて腺癌であり、このうち4例はPap標本では異型が弱く、疑陽性と判定していた。p53染色で弱陽性を示した6例のうち3例が組織診で腺癌であり、このうち1例はPap標本で陽性、2例は疑陽性と判定していた。p53染色で陰性を示した12例のうち6例は組織診で腺癌であり、このうち5例はPap標本で異型の強い細胞が出現しており、陽性と判定していた。

【まとめ】p53染色が強陽性の場合には悪性の可能性が高く、Pap標本で異型の弱い悪性腫瘍に対しても有用であることが示唆された。しかし、Pap標本で悪性と判定し、組織診で腺癌であった症例でも、p53染色が陰性の場合も少なからず存在した。今回は対象期間が1年半と短く、症例数も少ないため今後も継続して検討していく必要がある。

## P-2-98 新しい報告様式に基づいた甲状腺穿刺吸引細胞診と組織診断の比較検討

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

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

【目的】穿刺吸引細胞診 (fine needle aspiration cytology, 以下 FNAC) は甲状腺結節性病変の診断に非常に有用であり, 手術適応を決定する重要な検査の一つであるが鑑別困難とされる症例も少なくない. 第 7 版甲状腺癌取り扱い規約において新しい細胞診報告様式が掲載され, 以前の鑑別困難例は意義不明か濾胞性腫瘍に区分された. 今回我々は外科的切除され組織診断が確定した症例について検討した.

【方法】2011 年 1 月から 2016 年 9 月までの間に甲状腺 FNAC を施行され, その後外科的切除され組織診断の検索が行われた 237 例を対象とし, 術前の細胞診断を新しい報告様式に準じて判定を再区分, 組織診と細胞診を比較し, 検討を行った.

【結果】FNAC237 例の以前の報告結果は良性 89 例, 鑑別困難 48 例, 悪性の疑い 12 例, 悪性 88 例であった. それらを再区分すると嚢胞液 25 例, 良性 64 例, 意義不明 31 例, 濾胞性腫瘍 17 例であった. 意義不明の推定診断は乳頭癌が 21 例, 異型はあるが推定困難 10 例であった. 最終組織診断との比較では, 意義不明 (乳頭癌推定) 21 例では 3 例が腺種様甲状腺腫, 2 例が濾胞腺腫, 14 例が乳頭癌, 1 例がそれぞれ低分化癌, 混合性髄様・濾胞細胞癌であった. 意義不明 (推定困難) 10 例では 5 例が腺種様甲状腺腫, 3 例が濾胞腺腫, 2 例が乳頭癌であった. 濾胞性腫瘍 17 例では 3 例が腺種様甲状腺腫, 10 例が濾胞腺腫, 2 例が乳頭癌, 1 例がそれぞれ濾胞癌, 髄様癌であった.

【総括】新判定区分では, 細胞診断で意義不明 (乳頭癌推定) では乳頭癌, 意義不明 (推定困難) では腺種様甲状腺腫, 濾胞性腫瘍では濾胞腺腫の割合が高く, ある程度の整合性は得られたが, 不一致例もあり該当症例について再検討した.

## P-2-99 甲状腺細胞診「意義不明」および「濾胞性腫瘍」における判定理由提示の有用性

鳥取大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座<sup>2)</sup>

○遠藤由香利(CT)<sup>1,2)</sup>, 大野千恵子(CT)<sup>1)</sup>, 松重貴大(CT)<sup>1)</sup>, 持田洋利(CT)<sup>1)</sup>, 山田恭子(CT)<sup>1)</sup>, 桑本聡史(MD)<sup>1)</sup>, 野坂加苗(MD)<sup>1)</sup>, 堀江 靖(MD)<sup>1)</sup>, 梅北善久(MD)<sup>1)</sup>, 広岡保明(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】甲状腺癌取り扱い規約 7 版が改訂し, 「鑑別困難」カテゴリーは「意義不明」と「濾胞性腫瘍」に二分されたが, 非専門病院での新規約における検討報告は少ない. 今回「鑑別困難」症例を再評価し, 報告時に考慮すべき点を検討した.

【対象と方法】2014 年 1 月～2015 年 12 月の間に当院で判定した甲状腺細胞診標本 (他院標本除く) の「鑑別困難」症例を対象とし再鏡検, 再評価した. 判定は「意義不明」及び「濾胞性腫瘍」に分類後, 各区分の再検率, 再検症例の超音波像, 病理組織診断を検証した. また, 第 7 版に準じた判定理由 (A: 乳頭癌を示唆するが少数, B: 腺腫様甲状腺腫と乳頭癌の鑑別困難, C: 濾胞性腫瘍と乳頭癌の鑑別困難, D: 特定困難な異型細胞が少数, E: 濾胞性腫瘍を疑う, F: 濾胞性腫瘍を疑うが他の病変を否定不可) を付記した.

【結果】検体は 519 結節 (369 患者), 初回穿刺 451 結節中の鑑別困難 57 症例 (12.6%) を対象とした. 「意義不明」は 34 件 (適正症例 392 結節中 8.7%), 「濾胞性腫瘍」は 23 件 (5.9%) であった. 再検査は 18 例で実施され, 良悪のいずれかに判定可能であった結節は 10 例, 不可能であった結節は 8 例あった. 超音波所見にて後者 8 例中 7 例で粗大石灰化の指摘があった. 手術は「意義不明」の 16 件, 「濾胞性腫瘍」10 件で施行され, 組織型と判定理由の内訳は乳頭癌 11 件 (A: 9 件, C: 2 件), 濾胞腺腫 10 件 (B: 1 件, C: 1 件, E: 7 件, F: 1 件), 腺腫様甲状腺腫 4 件 (B: 1 件, C: 1 件, F: 2 件), 悪性リンパ腫 1 件 (D: 1 件) であった.

【まとめ】今回乳頭癌症例のうち A に分類した症例は有意に多く, 判定理由の提示は悪性危険度や再検査の目安に有用である可能性が示された.



## P-2-100 甲状腺穿刺吸引細胞診 新報告様式と旧報告様式との比較検討：悪性の疑いを中心に

三重大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院がんセンター<sup>2)</sup>

○藤田良浩(CT)<sup>1)</sup>, 松谷史織(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木美沙(CT)<sup>1)</sup>, 河井誓里奈(CT)<sup>1)</sup>, 阿曾由美子(CT)<sup>1)</sup>, 林 昭伸(MD)<sup>1)</sup>, 内田克典(MD)<sup>1)</sup>, 小塚祐司(MD)<sup>1)</sup>, 福留寿生(MD)<sup>1,2)</sup>, 今井 裕(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】甲状腺癌取扱規規約第7版で、細胞診はベセスダシステム（以下BS）に準拠した新報告様式（以下新様式）に変更された。今回、当院の甲状腺細胞診における新旧様式の比較を行い、新様式で「悪性の疑い」とされた症例について検討した。

【対象と方法】2013年7月から2016年7月に当院で施行された甲状腺穿刺吸引細胞診1138例を対象に、新様式による再評価を行った。それらのうち手術が施行された133病変について組織診断との比較を行った。また「悪性の疑い」を、BSの診断基準に基づいて細分類しその細胞像について検討した。（筆頭演者CT1名による検討）

【結果】旧様式の「鑑別困難」103例(9.1%)のうち、新様式では64例(62.1%)が「意義不明」、26例(25.2%)が「濾胞性腫瘍」、13例(12.6%)が「悪性の疑い」に再分類された。また、旧様式の「悪性の疑い」のうち3例(17.6%)は「悪性」に再分類された。新様式の「悪性の疑い」は計27例(2.4%)で重複を除く13病変が手術された。そのうち10病変が乳頭癌であり、BSの細分類では、パターンB「不完全核所見」が最も多く7病変、パターンC「細胞量少数」は1病変、パターンD「濾胞変性」が2病変であった。パターンBは「悪性」に比べ、乳頭癌特有の複数の核所見に乏しく、そのうち3病変では多量の濃縮コロイドを伴う濾胞上皮集塊を認めた。パターンCでは、細胞量の少ない「意義不明」例との鑑別を要した。

【考察】新様式ではBSの明確な基準化により、旧様式の「鑑別困難」が新様式で「悪性の疑い」に再分類されるケースが目立った。BSの細分類により「悪性の疑い」の細胞像を整理できた。

## P-2-101 ETV6/NTRK3 遺伝子転座散発性小児甲状腺乳頭癌の1例

長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学<sup>1)</sup>, 長崎大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 長崎病理診断科<sup>3)</sup>, 長崎大学病院腫瘍外科<sup>4)</sup>

○松田勝也(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤典子(CT)<sup>2)</sup>, 穴見正信(CT)<sup>3)</sup>, 大坪竜太(MD)<sup>4)</sup>, 佐藤綾子(MD)<sup>4)</sup>, Zhanna Mussazhanova(MD)<sup>1)</sup>, 新野大介(MD)<sup>2)</sup>, 安倍邦子(MD)<sup>2)</sup>, 永安 武(MD)<sup>4)</sup>, 中島正洋(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】小児期放射線被曝と甲状腺癌の関連は良く知られているが、散発性小児甲状腺癌は極めて稀で、症例集積が重要となる。臨床的には予後良好で、病理学的には浸潤傾向が強く転移を示す頻度が高いとされ、遺伝子異常としては*BRAF* 変異型より*RET/PTC* 融合遺伝子型が多い。今回、稀な遺伝子異常である*ETV6/NTRK3* 遺伝子転座を示す高リスク群症例を経験したので、その細胞像および臨床病理像を報告する。

【症例】7歳女児。家族歴と放射線被曝歴なし。約1ヶ月微熱が続く中、母親が頸部腫瘍に気付いた。腫瘍は徐々に増大し、2週間後に近医受診。血清サイログロブリン(Tg)値上昇。超音波で甲状腺右葉優位に左葉まで広がる3cm大の腫瘍と多発頸部リンパ節腫大を認めた。甲状腺癌が疑われ当院外科を紹介、穿刺吸引細胞診で悪性の診断となり、甲状腺全摘術およびリンパ節郭清を施行した。

【細胞診所見】出血性背景に大小の乳頭状集塊を認めた。核密度は高く、軽度な核の大小不同と核縁不整を伴っていた。すりガラス様核、核溝、核内封入体を認めた。乳頭癌を推定し悪性と判定した。

【組織所見】腫瘍は両葉に及ぶ6cm大で、乳頭状と濾胞状増生が混在。核はすりガラス状、核溝を呈し、間質には砂粒体を散見した。リンパ管浸潤や甲状腺外組織浸潤は高度で剥離面に露出していた。両側頸部外側区域リンパ節転移あり。定型的乳頭癌pT4aN1bM0, StageIと診断した。術後I-131を投与、頸部リンパ節に集積あり、遺残と判断し追加郭清した。

【結語】小児甲状腺癌、特に思春期以前発症は極めて稀で、*NTRK* 遺伝子転座型の特徴等、文献的考察を含め報告する。

### P-2-102 著明な細胞異型を認めた甲状腺好酸性細胞性濾胞結節の一例

昭和大学横浜市北部病院

○花井絵梨果(CT), 北村隆司(CT), 小島朋子(CT), 津田祥子(CT), 御子神哲也(MD), 尾松睦子(MD), 国村利明(MD)

【はじめに】甲状腺好酸性細胞は良性では橋本病や腺腫様甲状腺腫, 好酸性細胞性濾胞腺腫に, 悪性では好酸性細胞性濾胞癌に認められる。今回われわれは穿刺吸引細胞診にて著明な細胞異型がみられた良性甲状腺病変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】40代男性。検診にて甲状腺右葉の腫瘍を認め当院受診。超音波検査にて右葉中極に30mm大の境界明瞭, 内部エコー不均一な低エコー腫瘍がみられた。CT検査にて被膜浸潤を疑わせる所見はみられなかった。血液検査ではサイログロブリン高値であったが, カルシトニン値は正常範囲内であった。穿刺細胞診にて悪性と診断。甲状腺全摘術およびリンパ節郭清術が行われ, 組織学的に腺腫様甲状腺腫と診断された。

【細胞所見】少数のリンパ球を背景に大型で多彩な形状を示す異型細胞が散在性に多数出現し, 多核巨細胞も散見された。腫瘍細胞は細胞および核に著明な大小不同がみられ, 濃染する核と大型核小体を有し, 豊富な細胞質は顆粒状を呈していた。以上の所見から細胞診断は悪性と判定した。

【組織所見】肉眼的に腫瘍は白色調の境界明瞭な充実性腫瘍で, 腫瘍細胞は好酸性顆粒状の胞体を持ち, 異型は顕著であった。明瞭な浸潤所見は認めなかった。免疫染色ではKi-67(MIB1)labeling indexは5%未満であった。以上の所見から良性甲状腺病変が疑われた。

【まとめ】甲状腺穿刺細胞診の判定に際しては, 組織学的にも細胞学的にも細胞異型のみ観点から悪性と判定できない症例があることに留意する必要があると考えられた。

### P-2-103 術前の甲状腺穿刺細胞診で乳頭癌と推定した混合性髄様・濾胞細胞癌の1例

北里大学病院病院病理部<sup>1)</sup>, 北里大学医学部病理学<sup>2)</sup>

○村田莉紗(CT)<sup>1)</sup>, 町田大輔(CT)<sup>1)</sup>, 太田誠子(CT)<sup>1)</sup>, 坂口 忍(CT)<sup>1)</sup>, 山下和也(CT)<sup>1)</sup>, 梶田咲美乃(MD)<sup>1,2)</sup>, 吉田 功(MD)<sup>1,2)</sup>, 三枝 信(MD)<sup>1,2)</sup>, 村雲芳樹(MD)<sup>1,2)</sup>

【症例】症例は50歳代男性。前頸部腫脹を自覚, 近医より当院耳鼻咽喉科・頭頸部外科に紹介受診。甲状腺右葉に約2cm大の腫瘍および右頸部リンパ節腫大を認め, 乳腺・甲状腺外科に転科, 穿刺細胞診が行われた。

【細胞所見】甲状腺右葉と右頸部リンパ節の穿刺標本は同様の細胞像で, いずれも腫瘍細胞は大小の不規則な集塊状に多数塗抹されていたが, 背景にコロイドやアミロイド物質はみられなかった。クロマチンは細顆粒状で, 核は類円形または短紡錘形で核溝が目立ち, 少数だが核内細胞質偽封入体も認められたが, 乳頭状集塊は認められなかった。以上から, 非典型的であるものの乳頭癌を推定し, 悪性と報告した。

【組織所見】全摘された甲状腺の右葉に白色充実性腫瘍を認め, 組織学的には不整な胞巣や索状構造を形成していた。免疫染色ではカルシトニンやクロモグラニンAが陽性であったが, 一部に乳頭癌で陽性頻度の高いHBME-1の染色像が認められ, 核溝や核内細胞質偽封入体も観察されたことから, 最終的に混合性髄様・濾胞細胞癌が考えられた。

【考察】混合性髄様・濾胞細胞癌は, 同一腫瘍内でC細胞への分化と濾胞上皮への分化を示す非常に稀な悪性腫瘍で, 後者は濾胞癌と乳頭癌のいずれかの組織型を示す。本症例は乳頭癌型であった。今回, 穿刺細胞診で乳頭癌を推定したため術前に血中カルシトニンは検索されなかったが, 遺伝性髄様癌の場合は甲状腺全摘が推奨されることから, 穿刺細胞診で髄様癌の可能性を指摘することは術前治療方針決定に重要である。本症例のように乳頭癌類似ながら非典型的な悪性所見を示す場合, 混合性髄様・濾胞細胞癌の可能性を念頭に置いて詳細な観察を行うことが重要である。

### P-2-104 甲状腺穿刺吸引細胞診に出現した節外性NK/T細胞性リンパ腫の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】甲状腺原発の悪性リンパ腫のほとんどは橋本病を発生母地とし、B細胞性である。今回、後腹膜原発のNK/T細胞性リンパ腫が、甲状腺穿刺吸引細胞診に出現した1症例を報告する。

【症例】52歳、女性。後腹膜腫瘍の精査のため入院し、PET/CTにて鼻腔、上咽頭、左腋窩、左胸膜、両側副腎、肝、骨と全身に多発病変を認めた。左後腹膜腫瘍は発見時は径7.2cm、3週間で9cmと急速に増大し、甲状腺左葉にPET集積する腫瘍性病変が出現したため、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】血性および小型リンパ球を背景に、核形不整、クロマチン増量、核小体腫大を伴う中～大型の異型細胞が孤立散在性に多数認められ、その間に濾胞上皮細胞のシート状小集塊が散在性にみられた。異型細胞は、細胞転写法による免疫染色でLCA(+), CD3(+), CD20(-)であり、T細胞性リンパ腫の転移と診断した。

【組織所見】鼻腔の粘膜不整部から生検が行われ、本来の上皮、間質を巻き込みながら、異型リンパ球がび漫性に浸潤していた。異型リンパ球は中ないし大型で、核のくびれや切れ込みなど核形不整が見られ、免疫染色でCD3(+), CD5(-), CD10(-), CD20(-), CD56(+), TIA-1(+), Granzyme B(±), EBER-ISH(+), MIB-1 LI 70-80%程度であり、節外性NK/T細胞性リンパ腫であった。

【まとめ】本症例は臨床的に左後腹膜腫瘍の悪性リンパ腫の甲状腺の転移例である。甲状腺では悪性リンパ腫、転移性腫瘍ともに発生頻度は低く、甲状腺原発リンパ腫の大部分である、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の細胞像と比較することで、出現頻度の低い組織型の細胞像の理解が深まると、示唆に富んだ症例である。

### P-2-105 紡錘形細胞を認めRET遺伝子変異が確認された甲状腺髄様癌の1例

札幌医科大学附属病院病理部

○木戸朋美(CT), 東 恭悟(CT), 浅沼広子(CT), 近藤 啓(CT), 青山智志(CT), 平野博嗣(MD), 杉田真太郎(MD), 藤田裕美(MD), 長谷川匡(MD)

【はじめに】甲状腺髄様癌はC細胞由来の悪性腫瘍で、様々な細胞形態が知られている。今回、紡錘形細胞を認めた甲状腺髄様癌の1例を経験したので報告する。

【症例】患者は30歳代、女性。家族歴は父親がRET遺伝子異常による甲状腺髄様癌および褐色細胞腫であった。現病歴は両側甲状腺腫瘍を自覚し、近医を受診。細胞診にて、悪性疑いと診断されて当院に紹介。超音波検査で両葉に多発する結節性病変を認め、甲状腺両葉に穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞診】両葉とも、出血性背景に、クロマチン増量、核の大小不同と核形不整を伴う異型細胞が、集塊状～散在性に認められた。乳頭状集塊と共に核溝や核内封入体が散見され、乳頭癌が疑われたが、顆粒状クロマチンを有する紡錘形異型細胞や大型異型細胞もみられ、髄様癌も否定できない細胞像だった。

【組織診】両葉に比較的境界明瞭な乳白色腫瘍を認めた。組織像は、均一な円形核と好酸性顆粒状胞体を有する多稜形細胞の小胞巣状、類臓器様の構造が認められ、コンゴレッド陽性を示すアミロイド沈着も見られた。部分的には紡錘形細胞が優位となる部分も伴っており、免疫組織化学的には calcitonin, CD56, chromogranin A, synaptophysin が陽性であった。さらに、RET遺伝子の変異が検出されたことからRET遺伝子異常による髄様癌と診断された。

【結語】甲状腺髄様癌は多彩な形態を示すため、細胞診断においては細胞学的特徴を的確に把握し、観察することが必要であると思われた。

## P-2-106 肺 Large cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC) の甲状腺転移の一例

近畿大学医学部奈良病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 近畿大学医学部奈良病院耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>, 近畿大学医学部奈良病院産婦人科<sup>3)</sup>, 近畿大学医学部奈良病院病理診断科<sup>4)</sup>

○福森恭代(CT)<sup>1)</sup>, 浦 雅彦(CT)<sup>1)</sup>, 覚道健一(MD)<sup>1,4)</sup>,  
清水直樹(MD)<sup>2)</sup>, 家根且有(MD)<sup>2)</sup>, 金山清二(MD)<sup>3)</sup>,  
若狭朋子(MD)<sup>1,4)</sup>, 太田善夫(MD)<sup>1,4)</sup>

【はじめに】甲状腺悪性腫瘍では、転移性腫瘍は稀である。我々は甲状腺癌の診断のもとに、甲状腺摘出術、頸部リンパ節廓清術を行い転移性癌が疑われ、全身の検索にて肺 LCNEC の甲状腺転移であった 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性。CT にて甲状腺腫瘍、上縦隔、左鎖骨上、頸部リンパ節腫大、MRI にて Th3 椎体に転移を認めた。来院時の甲状腺穿刺吸引細胞診は Malignant の判定で、濾胞癌、低分化癌、転移性癌を疑った。

【細胞診所見】核腫大、クロマチン増量、核の大小不同、結合性の低下を示す異型細胞集塊が見られた。一部に核分裂像が見られた。

【甲状腺腫瘍組織所見】リンパ管侵襲著明な壊死を伴う索状、充実性腫瘍が認められた。TG(-), TTF-1(-), CEA(+), p53(+), p63(-), Ki67 標識率 50% 程度。TG, TTF-1 陰性より濾胞上皮由来、C 細胞由来腫瘍は否定された。

【肺生検組織所見】核腫大、クロマチン増量を示す異型細胞が molding を呈して索状に増殖する像が見られた。腫瘍細胞は中から大型で、壊死は認められない。クロモグラニン A(+), シナプトフィジン(+), TTF-1(-), p63(-), p40(-), NapsinA(-) から肺原発の LCNEC と診断された。甲状腺腫瘍は肺癌の転移と結論した。

【まとめ】転移性甲状腺癌は稀で術前細胞診断は大変困難と考える。悪性腫瘍の既往歴、その他の臨床所見を参考に、稀ではあるが転移性の可能性があることを念頭に検査を行う事が大切である。

## P-2-107 甲状腺ワルチン腫瘍様乳頭癌の 1 例

富山県立中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 富山県立中央病院検査科<sup>2)</sup>

○内山明央(MD)<sup>1)</sup>, 矢野彩子(CT)<sup>2)</sup>, 清水雅彦(CT)<sup>2)</sup>,  
酒井哲也(CT)<sup>2)</sup>, 宮本藤之(CT)<sup>2)</sup>, 中西ゆう子(MD)<sup>1)</sup>,  
石澤 伸(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】甲状腺乳頭癌の稀な亜型である甲状腺ワルチン腫瘍様乳頭癌を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性。検診にて甲状腺腫瘍を指摘され、精査目的にて当院受診。穿刺吸引細胞診で悪性・推定病変乳頭癌と診断され、甲状腺左葉切除術が施行された。尚、甲状腺ホルモン異常は指摘されていない。

【細胞所見】リンパ球性背景の中に、重積性の乏しい中型・小型の細胞集塊および単一細胞単位で出現する腫瘍細胞を認めた。腫瘍細胞はライドグリーン好性の胞体を持ち、核溝や細胞質核内封入が認められた。

【組織所見】甲状腺左葉の中中部から上部に、1.6×1.5×1.0 cm の辺縁不整・境界やや不明瞭な白色調充実性腫瘍を認めた。好酸性の胞体を持つ濾胞上皮の乳頭状～濾胞状増殖からなる腫瘍で、すりガラス状核がみられ、核溝や細胞質核内封入が認められた。腫瘍周囲には二次リンパ濾胞を伴う豊富なリンパ球浸潤が認められた。背景甲状腺にもリンパ濾胞の多発が認められた。

【まとめ】甲状腺ワルチン腫瘍様乳頭癌は唾液腺のワルチン腫瘍に類似する形態を示す乳頭癌の亜型で、甲状腺取り扱い規約第 7 版ではその他の亜型として記載されている。細胞診では高細胞型や好酸性細胞型等の乳頭癌の他の亜型との鑑別は難しいが、豊富なリンパ球浸潤を伴う腫瘍では本亜型の可能性も考慮すべきと考えられた。



## P-2-108 右胸水貯留を主訴とし原発臓器推定に苦慮した胃低分化腺癌の1例

静岡赤十字病院病理診断科<sup>1)</sup>, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科<sup>2)</sup>, 藤田保健液性大学医学部第一病理学教室<sup>3)</sup>

○後藤 務(CT)<sup>1)</sup>, 大塚証一(CT)<sup>1)</sup>,  
河原崎由紀子(CT)<sup>1)</sup>, 山田清隆(CT)<sup>1)</sup>,  
岡本香織(CT)<sup>1)</sup>, 田代和弘(MD)<sup>1)</sup>, 笠原正男(MD)<sup>1)</sup>,  
浦野 誠(MD)<sup>2)</sup>, 岡部麻子(MD)<sup>2)</sup>, 稲田健一(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】胃低分化腺癌が胸水中に出現する頻度は低い。今回我々は、右胸水細胞診にて原発臓器推定に苦慮した胃低分化腺癌を経験したので、その細胞形態学的所見を中心に文献的考察を加え報告する。

【症例】50才代、女性。1ヶ月前より乾性咳嗽が出現、近医にて右胸水貯留を指摘され、当院呼吸器内科を紹介受診した。CTで右胸水貯留および両側卵巣腫瘍が認められた。腹水の著明な増加は指摘されなかった。胸腔鏡下胸水ドレナージ施行され胸水細胞診が提出された。同時にセルブロックを作製し、消化器系の腫瘍が推定された。その後、胃生検および両側卵巣腫瘍が摘出された。

【細胞所見】背景は明らかな壊死はみられず、細胞結合の強い索状、木目込み様配列や細胞相互封入像を示す大小集塊状で出現し、胞体の一部では空胞やICL様所見がみられた。また、わずかに核偏在性を示す孤在細胞もみられた。腺癌と判定したが原発の推定には至らなかった。セルブロックでの免疫染色ではTTF-1(-), NapsinA(focal, +), GCDFP-15(-), CDX2(+)であった。

【病理組織所見】胃生検組織所見は明らかな腺管形成は乏しく粘液により核が偏位した印環細胞癌と核異型の強い大型腫瘍細胞が索状、塊状に見られる低分化腺癌が混在していた。両側卵巣腫瘍は胃と同様の組織所見を呈し、いわゆるKrukenberg腫瘍であった。

【考察】胃低分化腺癌の右胸水中への出現頻度は少なく、体腔液中での出現パターンの多くは結合性緩く孤立散在性であるが、本例のような密な結合性を示す集塊の出現も念頭に置く必要がある。また、セルブロック標本での免疫染色が原発の検索に有用であった。

## P-2-109 細胞転写法と免疫細胞化学法を用いて同定しえた心臓血管肉腫の一例

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病理診断科<sup>2)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理<sup>3)</sup>

○新井真弓(CT)<sup>1)</sup>, 草薙真里(CT)<sup>1)</sup>, 坂下信悟(MD)<sup>3)</sup>,  
近藤 譲(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】心臓原発血管肉腫は、主に右心系に発生する稀な悪性腫瘍で予後不良である。今回、心嚢液中に出現した腫瘍細胞を細胞転写法と免疫細胞化学法を用い、血管肉腫と同定しえた一例を報告する。

【症例】39歳女性。労作時呼吸困難と右胸背部痛を主訴に前医を受診し、両側胸水・肝機能障害・肝腫瘍を指摘された。当院を紹介受診し、CT・MRIで心嚢液貯留と右心房内腫瘍、多発肺転移・肝転移を認め、原因精査のため心嚢液が採取された。

【細胞所見】血性背景に、核腫大・軽度クロマチン増量を示す細胞が集塊で出現していた。核偏在もみられた。細胞質内の緑色・粗大顆粒や、集塊中に砂粒小体様物質を伴っていた。細胞異型が軽度のため、腫瘍細胞と反応性中皮細胞や組織球との鑑別が困難と報告した。後に、細胞転写法を用いた免疫細胞化学法にて、CD31とCD34が陽性を示したため、血管肉腫と考えられた。

【組織所見】背景にフィブリンおよび壊死を伴いながら紡錘形の腫瘍細胞が束状に増殖していた。核異型がみられ、核破壊像・核分裂像も認められた。免疫組織化学法では、CD31とCD34が陽性、Pancytokeratinが陰性であり、血管肉腫と診断された。

【まとめ】血管肉腫は稀な腫瘍であるが、心臓原発悪性腫瘍の中では頻度が高い。一般的な血管肉腫の細胞所見は、核が類円形で偏在傾向を示し、大型の核小体をもつ結合が疎な細胞とされているが、今回経験した症例では、核が類円形で偏在傾向を示すが、核異型が弱く、集塊状であった。しかし、臨床的に特定の疾患が疑われ、その疾患に特異的なマーカーが存在する場合は、積極的に免疫細胞化学法を用いることが組織型の推定に有用であると考えられる。

**P-2-110 心嚢液に出現した心臓原発血管肉腫の一例**

諏訪赤十字病院病理診断科

○伯者原慎也(CT), 花見能瑞(CT), 赤羽慶子(CT),  
中島麻莉菜(CT), 下村雅彦(CT), 中村智次(MD)

【はじめに】血管肉腫は軟部肉腫の約1%と稀な腫瘍で、心臓原発が6.7%を占めるとされる。一方、心臓原発悪性腫瘍の中では血管肉腫が最も多いが、その細胞学的特徴の報告例は比較的少ない。

【症例】50歳代女性。左乳房にて当院に紹介され、術前の全身検索にて心房中隔に約3cmの腫瘤を指摘された。生検では確定診断に至らなかったが、徐々に増大傾向と心嚢液貯留を認めため、開胸による腫瘍部分切除術が施行された。

【細胞学的所見】心嚢液では、血性かつ炎症性背景に比較的小型な腫瘍細胞が大小の集塊状～散在性に多数認められた。集塊は細胞密度が高く、球状～胞巣状で結合性が強く、一見上皮様であった。N/C比が高く、核は類円形で、明瞭な核小体が認められ、細胞質内に空腔構造を示す細胞も散見された。一方、切除検体の捺印標本では、楕円～紡錘形細胞が束状構造をとって認められ、心嚢液とは異なる像であった。明らかに悪性であったが、組織型の推定に苦慮した。

【組織学的所見】心内膜下に明瞭な核異型を示す楕円～紡錘形の腫瘍細胞が束状に配列して錯綜増殖を示し、その間に血管腔様構造も認められた。免疫組織学的にはCD34・CD31・factor VIIIが陽性、cytokeratinは陰性で、血管肉腫と診断された。

【考察】血管肉腫の腫瘍細胞が体腔液に出現するとしばしば上皮様集塊を形成するといわれている。本例でも乳癌の既往があり、癌の転移との鑑別に苦慮したが、切除検体の捺印標本では非上皮性腫瘍を考えさせる像であった。血管肉腫の細胞像は非常に多彩とされ症例により異なると思われるが、本症例においては腫瘍の捺印標本と体腔液の塗抹標本との間の細胞像の乖離が特徴的な所見であった。

**P-2-111 腹水中に腫瘍細胞が出現した横行結腸内分泌細胞癌の1剖検例**

熊本大学大学院生命科学研究部細胞病理学分野

○矢野浩夢(MT), 大西紘二(MD), 中川雄伸(CT),  
西東洋一(MD), Horlad Hasita, 藤原章雄,  
菰原義弘(MD), 竹屋元裕(MD)

【はじめに】大腸内分泌細胞癌はまれな腫瘍で、発見時にはすでに転移していることが多く、極めて予後不良である。今回われわれは横行結腸原発の内分泌細胞癌の剖検例を経験し、腹水塗抹およびセルブロック、肝転移巣の腫瘍捺印標本にて特徴的な細胞所見が得られたので報告する。

【症例】60歳代女性。便秘、腹痛にて近医を受診し、多発性肝転移を伴う横行結腸癌の診断で横行結腸切除術＋人工肛門造設術が施行され、術後の組織検査で内分泌細胞癌と診断された。化学療法が行われたが奏功せず、肝不全のため初診から14ヶ月で永眠され、剖検が施行された。肝は1697gと腫大し、そのほとんどが腫瘍で占められ、1900mlの腹水貯留も認められた。剖検時に採取した腹水と肝腫瘍について、腹水細胞診と肝腫瘍捺印細胞診を施行した。

【細胞所見】腹水塗抹標本および肝腫瘍捺印標本では、木目込み細工様配列、索状配列、ロゼット様配列を示し、明瞭な核小体を有するN/C比の高い小型の異型細胞集塊がみられ、内分泌細胞癌が疑われた。腹水セルブロック標本の免疫染色でCD56, Synaptophysin, Chromogranin Aが陽性を示した。

【組織所見】剖検後の肝の組織標本では、小型の腫瘍細胞が索状構造、ロゼット様構造を示し、免疫染色にて神経内分泌系マーカーの発現を認め、横行結腸原発の内分泌細胞癌の転移に矛盾しない所見であった。

【まとめ】大腸内分泌細胞癌の細胞学的な報告は少なく、本症例の腹水細胞所見は今後の細胞診断の参考になると考えられた。大腸内分泌細胞癌は予後不良の症例が多いため、早期発見のためにもセルブロックを併用した免疫染色による検討は重要であると思われた。

## P-2-112 胸水細胞診にて診断し得た Primary effusion lymphoma の一例

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部<sup>1)</sup>, 医療法人 鎗田病院内科<sup>2)</sup>

○内田浩紀(CT)<sup>1)</sup>, 金丸良平(MD)<sup>2)</sup>, 安達純世(CT)<sup>1)</sup>, 小山芳徳(CT)<sup>1)</sup>, 若原孝子(CT)<sup>1)</sup>, 豊永安洋(CT)<sup>1)</sup>, 山本善也(CT)<sup>1)</sup>, 山田正俊(MD)<sup>1)</sup>, 石田康生(MD)<sup>1)</sup>, 山崎一人(MD)<sup>1)</sup>

【背景】 Primary effusion lymphoma (PEL) は、体腔液中に腫瘍細胞が出現し、全身に明らかな腫瘍形成を認めない稀な B 細胞型悪性リンパ腫であり、HHV-8 感染が腫瘍発生の原因とされている。今回我々は、胸水細胞診にて診断し得た Primary effusion lymphoma の一例を経験したので報告する。

【症例】 80 歳代男性。70 歳時に心不全及び大動脈閉鎖不全、80 歳時に脳梗塞の既往あり。主訴は全身倦怠感、左腹部痛で、発熱はなく、全身の CT 検査では左胸水を認めるものの、明らかな腫瘍やリンパ節腫大はみられなかった。穿刺吸引にて採取された胸水は血性で、細胞診が施行された。

【細胞所見】 Papanicolaou 染色では清明な背景に大型で N/C 比の高い centroblast 様の異型細胞が孤在性に一面に出現していた。異型細胞の核は類円形で核縁は肥厚、クロマチンは粗大凝集を示し、1 の数個の明瞭な核小体を認めた。また、核分裂像が多数認められ、多核細胞も散見された。Giemsa 染色では、異型細胞の細胞質は好塩基性を示し、小型の核周明庭がみられた。また、多数の lymphoglandular bodies を認めた。セルブロックを用いた免疫細胞化学的検索において、HHV-8 陽性、EBER 陰性であった。これらの所見により、PEL と診断された。

【考察】 PEL の腫瘍細胞は一般的に、大型で異型の強い immunoblast の plasmablast 様の形態をとるとされている。しかしながら、本症例では腫瘍細胞は centroblast 様の形態を呈しており、PEL-like lymphoma や膿胸関連リンパ腫などの鑑別が問題となった。これらを含めた体腔液リンパ腫との鑑別のために、分子生物学的手法も含めて検討する。

## P-2-113 胸水細胞診においてセルブロックの併用にて胸腺癌が推察された 1 症例

市立伊丹病院病理診断科

○尾崎友美(CT), 中島麻智(CT), 堀岡良康(CT), 宋 美紗(MD), 木村勇人(MD)

【症例】 77 歳、男性。38 度の発熱にて近医を受診し、胸部 X 線にて異常を指摘され当院呼吸器内科を紹介受診。胸部 CT にて左胸水貯留・左下葉無気肺・左胸膜の結節状肥厚とともに約 7 cm の境界不明瞭な前縦隔腫瘍が確認された。主な腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。鑑別として肺癌の縦隔浸潤もしくは縦隔リンパ節転移、悪性中皮腫、縦隔奇形腫破裂などの可能性が指摘された。胸水細胞診検体が提出され、セルブロック標本と合わせて検討を行った。

【細胞所見】 多数のリンパ球と組織球を背景に、少数の異型細胞が出現していた。これらは主に集塊を形成し、たまねぎ状あるいは同心円状の細胞配列を呈していた。細胞質はライトグリーン好染性で、明らかな角化傾向は認められなかった。核については、核の腫大、大小不同、クロマチンの増量および核形不整がみられ、一部で大型の核小体が確認された。また、中皮細胞と鑑別を要する細胞も出現していた。

【セルブロック所見】 細胞診標本と同様、多数のリンパ球と組織球を背景に核の腫大およびクロマチンの増量を伴う異型細胞の集塊が少数認められた。免疫染色の結果、これらの異型細胞は P63(+), CK5/6(+), P40(+), CD5(+), c-kit(+), bcl-2(+), BerEP4(+), TTF-1(-), calretinin(-), D2-40(-), WT-1(-)であった。

【考察】 胸腺原発の扁平上皮癌が推察される胸水細胞診症例を経験した。細胞像の検討とともに文献的考察を加え報告する。

### P-2-114 剥離細胞分析装置 LC-1000 の腹水細胞診支援システムとしての応用に関する研究

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科<sup>1</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 病理学<sup>2</sup>, シスメックス株式会社<sup>3</sup>, 東京慈恵会医科大学付属病院産婦人科<sup>4</sup>

○舟木 哲(MD)<sup>1</sup>, 平田幸広(MD)<sup>1</sup>, 丸田剛徳(MD)<sup>1</sup>, 駒崎裕美(MD)<sup>1</sup>, 梅澤 敬<sup>2</sup>, 新崎勤子(CT)<sup>2</sup>, 阿部滋樹<sup>3</sup>, 新美茂樹(MD)<sup>1</sup>, 落合和彦(MD)<sup>1</sup>, 岡本愛光(MD)<sup>4</sup>

【目的】腹水細胞診では細胞診の判定において明らかながん細胞が認められ陽性と判定される細胞以外に, がん細胞との鑑別が困難な反応性上皮細胞が出現することがあり, 診断に苦慮することがある. そこで, 腹水細胞診の診断支援情報に資する新たなアプローチとして LC-1000 (シスメックス社) の応用可能性を検討することを目的として探索的研究を行なった.

【方法】本研究は, 東京慈恵会医科大学ならびにシスメックス株式会社の研究倫理審査委員会の承認を得た後, 実施した. 当院で腹水細胞診検査を施行する満 20 歳以上の女性を対象に, 文書による同意取得後, 腹水あるいは腹腔洗浄液を採取し, 細胞診標本作成後の残余より液状化検体(腹水由来 LBC 検体)を調製, LC-1000 の測定を行なった. 細胞診判定結果・臨床情報と LC-1000 測定結果を照合し, 測定性能を評価した.

【結果】LC-1000 はフローサイトメトリーを測定原理として, 細胞保存液中の剥離細胞を解析することにより DNA 量ならびに細胞・細胞核の大きさ情報を取得し, 細胞増殖能に関連する指標として, CPIx を算出する一般医療機器である. LC-1000 を用いて腹水由来 LBC 検体を測定した結果, 良好な DNA ヒストグラム, スキャタグラムを得た. 細胞診陽性の一例について LC-1000 による測定結果は CPIx 高値を提示し, DNA 量の増加した細胞を多数認め染色体異常を示唆する結果を得た. 現在, 50 症例を目標として登録を進めており, 臨床情報と CPIx とを比較照合し臨床性能評価を実施した結果を報告する.

### P-2-115 悪性胸水・心嚢液が初発の骨盤内腫瘍の 1 例—セルブロック法による免疫細胞化学の役割

廣田外科病理研究所<sup>1</sup>, 病体生理研究所<sup>2</sup>, 常陸大宮済生会病院外科<sup>3</sup>, 常陸大宮済生会病院放射線科<sup>4</sup>, 茨城県立中央病院呼吸器科<sup>5</sup>

○廣田紀男(MD)<sup>1</sup>, 小坂桃子(CT)<sup>1</sup>, 櫻井綾子(CT)<sup>1</sup>, 小西佳奈子(CT)<sup>2</sup>, 小島正幸(MD)<sup>3</sup>, 古川理恵子(MD)<sup>4</sup>, 大久保初美(MD)<sup>5</sup>

【症例】82 歳女性. 2015 年 10 月, 1 か月来の咳嗽あり, 胸部単純 CT で左胸水を認め, 胸腔鏡にて明らかな結節病変なく, 胸壁～横隔面よりランダム生検. 免疫染色で増生細胞は EMA, GLUT-1, p53 陽性, desmin 陰性, 悪性上皮腫を否定できず外科的生検を考慮したが, 患者希望により BSC の方針となった. 2016 年 1 月, 胸腹部造影 CT 施行し, 胸水, 腹水, 心嚢液貯留を認めた. 胸水 500 ml ドレナージ (細胞診, 反応性上皮疑). 心嚢穿刺 100 ml (細胞診, 腺癌). 同年 7 月, 左胸水ドレナージ 2100 ml (細胞診, 腺癌疑). 鑑別診断目的に, 体外貯留胸水-セルブロックの免疫細胞化学 (ICC) (TTF-1, calretinin, mesothelin, D2-40, CK5/6, desmin 陰性/EMA, CEA, BerEP4, WT-1 陽性) より, 低分化型腺癌と判定した. 同年 9 月, 腹部膨満. 胸腹部単純 CT で腹水増加と骨盤内腫瘍を指摘. 腫瘍マーカー (CA19-9, CA125, CA72-4) 高値. 腹水の ICC で, 上記胸水と同様所見の他, CK20 陰性/CK7 陽性,  $\beta$ -catenin, CA125, p53 陽性, ER 疎ら陽性を示した. 病理組織検体は得られなかったが, CT および胸腹水の ICC の所見より, 腫瘍は卵巣の高異型度漿液性腺癌と推定した. 患者は初めに悪性胸水, 心嚢水出現後, 無治療 1 年で脳梗塞を発症し, 死亡. 【考察】悪性体腔液の細胞診において, 原発巣や組織型推定は就中, 薬剤感受性の高い癌の治療・予後改善の観点から, セルブロック法による ICC の意義・役割は大きいと考える.



### P-2-116 体腔液細胞診におけるセルブロック法併用の有用性について

福島県保健衛生協会<sup>1)</sup>, 福島県立医科大学医学部<sup>2)</sup>, 済生会福島総合病院<sup>3)</sup>, 羽生総合病院<sup>4)</sup>

○鈴木御幸(CT)<sup>1)</sup>, 千葉聖子(CT)<sup>1)</sup>, 神尾淳子(CT)<sup>1)</sup>, 田中瑞子(MD)<sup>2)</sup>, 石井妙子(MD)<sup>3)</sup>, 勝浦 豊(MD)<sup>3)</sup>, 森村 豊(MD)<sup>4)</sup>, 田崎和洋(MD)<sup>2)</sup>, 橋本優子(MD)<sup>2)</sup>, 藤森敬也(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】セルブロック法の併用が、病理組織診断を補助する上で、重要な役割を担った症例を経験したので有用性の意義別に提示する。

【対象と方法】2010年4月～2016年8月までに当施設で実施した体腔液細胞診とセルブロック併用例について後方視的にその有用性を確認する。

【セルブロック作製法】細胞診標本作製後の沈渣に1%アルギン酸Naを添加し、固化した沈渣を取り出して包埋する。

【結果】症例1は乳癌の既往がある70歳代女性。子宮体部と胸水細胞診で陽性となり、免疫染色で乳癌由来と確定診断された。症例2は胃癌、腎癌の既往がある80歳代男性。胸水細胞診陽性、免疫染色で、肺腺癌由来と確定診断された。これらは免疫染色により由来確定に至った。症例3は60歳代男性で肺に腫瘤を認めたが、気管支鏡検査では確定診断されず、胸水の免疫染色で、肺小細胞癌と組織型診断された。症例4の80歳代男性と症例5の70歳代女性は合併症があり、全身状態の悪化により、胸水が唯一の検査材料であった。両者とも肺腺癌例であり、EGFR遺伝子解析が治療に役立った。症例6の80歳代男性と症例7の90歳代男性は腫瘤形成がなく原発巣が不明であった。体腔液細胞診で悪性リンパ腫が疑われ、臨床にセルブロック法での確定診断を促すことができたPEL-like lymphoma例であった。

【結語】臨床からの多様化する要求に応じるためには、セルブロック法を併用するなどの精度向上に努めることが重要である。免疫組織化学検索や遺伝子変異解析が可能となり、これらが治療方針決定にも役立てられている。今後も臨床との情報の共有に努め、セルブロック法の適応を拡大していくことが望まれる。

### P-2-117 ラマン分光法を用いたヒト胸水中の腺癌細胞と良性細胞との鑑別について

島根大学大学院総合理工学研究科<sup>1)</sup>, 島根大学医学部器官病理学講座<sup>2)</sup>, 島根大学医学部附属病院病理部<sup>3)</sup>

○浜田大輝<sup>1)</sup>, 丸山理留敬(MD)<sup>2,3)</sup>, 荒木 剛(CT)<sup>3)</sup>, 荒木亜寿香(MD)<sup>2)</sup>, 石川典由(MD)<sup>2)</sup>, 長瀬真実子(MD)<sup>2)</sup>, 藤田恭久<sup>1)</sup>

【目的】細胞診は簡便で比較的非侵襲的な診断法であるが、経験豊富な細胞検査士や細胞診専門医が鏡検しても、ある程度観察者の主観が入ること、変性や細胞数の不足などにより「鑑別困難」とせざるを得ない症例が多く存在する。我々はラマン分光法を細胞診の補助診断として使い、「鑑別困難」を可能な限り減らすことを考えている。すでにラマン分光法は子宮頸部細胞診や尿細胞診への応用が試みられているが、体腔液細胞診への応用に関しては報告がない。今回我々は胸水中の癌細胞と中皮細胞との鑑別について、ラマン分光法による検討を行ったので報告する。

【方法】検体は肺癌患者の胸水で、未染色標本を見て、経験年数20年以上の細胞検査士と専門医が明らかに腺癌と考えた細胞を5個と、明らかに反応性中皮細胞と考えた細胞を5個選んだ。ラマン分光測定には共焦点顕微鏡レーザーラマン分光装置(レーザー波長532nm)を用いた。一つの細胞からランダムに5ヶ所のスペクトルを測定し、平均スペクトルを作成した。さらに、背景の封入剤スペクトルを生スペクトルから差し引き、ラマンシフト1003 cm<sup>-1</sup>で正規化した。ラマンスペクトルデータ解析には、OriginProを用い主成分分析を行った。

【結果】上記の方法で腺癌細胞と中皮細胞からのラマン分光を比較し主成分分析を行ったところ、両者を比較の明瞭に鑑別することができた。これにはラマンシフト1659 cm<sup>-1</sup>のピーク(アミド1バンド)の違いが関係していると考えられた。

【考察】今回の結果は未だ予備実験の段階であり、さらに多くの細胞を用いて検討を行う必要があるが、ラマン分光法が細胞診の補助診断として有効である可能性を示唆したものと考えられる。

**P-2-118** 抗酸菌・非定型抗酸菌による胸膜炎の細胞学的検討

佐野厚生農業協同組合連合会佐野厚生総合病院<sup>1)</sup>, 獨協医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>

○飯塚 渉(CT)<sup>1)</sup>, 桜井貞広(CT)<sup>1)</sup>, 角張 純(CT)<sup>1)</sup>, 小島 勝(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】結核やMAC(非定型抗酸菌)症患者の胸水貯留ではリンパ球優位で時に異型リンパ球が出現する事はよく知られているが, 出現する細胞の免疫組織学的に検討した報告は少ないと思われる。今回私たちは結核とMAC症の胸水に出現した炎症細胞を免疫組織学的に検索したので細胞所見と合わせ報告する。

【症例】MAC症胸膜炎2例(95歳女性右胸水, 82歳女性左胸水)と結核性胸膜炎6例(90歳男性右胸水, 90歳男性左胸水, 82歳男性左胸水, 77歳男性右胸水, 92歳女性左胸水, 86歳女性左胸水)を対象とした。

【細胞所見】パパニコロウ染色では, 小型リンパ球よりもやや大きい中型リンパ球の単調な出現としてみられた。核形不整の高度なリンパ球が多数出現し, 個々のリンパ球ではクロマチンは細顆粒状~粗顆粒状, 核小体を1~2個認められた。組織球や中皮細胞, 紡錘形の類上皮細胞類似細胞も認めた。

【免疫組織化学】細胞転写法を含む免疫染色ではCD3陽性のリンパ球がほとんどで, CD4/CD8比はCD8が多数を占めていた。紡錘形の類上皮細胞類似細胞はCD68が陽性であった。

【まとめ】MAC症胸膜炎でも結核性胸膜炎同様に核形不整の高度なリンパ球が多数出現する事が示唆された。リンパ球の異型に着目するとT細胞性リンパ腫があげられるが, 背景に認める類上皮細胞の所見が重要である。また, 抗酸菌感染では初発時に胸水が見られる事もあり, 異型リンパ球が胸水中に多数見られた場合, 抗酸菌感染も考慮する必要があると思われる。

◇英語ポスターセッション

**PE-1-1** The effectiveness and clinical significance of cytology specimens from pleural effusions for EGFR mutation tests in non-small cell lung cancer

Department of Pathology, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1)</sup>, Department of Cosmetic Science, Chia Nan University of Pharmacy and Science, Tainan, Taiwan<sup>2)</sup>, Executive and managing supervisor, Taiwan Society of Clinical Cytology<sup>3)</sup>

○Chien-Chin Chen<sup>1,2,3)</sup>

【Objective】Patients with advanced non-small cell lung cancer (NSCLC) may benefit from treatment with epidermal growth factor receptor (EGFR) tyrosine kinase inhibitors (TKIs) when their tumor harbors an activating EGFR mutation. Malignant effusions frequently occur in patients with advanced NSCLC. Cytology specimens from malignant effusions are available for EGFR mutation testing, but might pose challenges due to low proportion of tumor cells. We aim to better define the suitability and clinical influence of effusion cytology specimens for EGFR mutation testing.

【Methods】NSCLC cases in our institution for EGFR mutation testing over a 23-month period were retrospectively reviewed. Specimens were tested for EGFR mutation, using real-time polymerase chain reaction analysis with the Roche Cobas Z480 analyzer and the Cobas EGFR mutation test kit.

【Results】A total of 215 specimens were tested, comprising 39 (18.1%) cytology specimens, 122 (56.8%) small biopsy specimens and 54 (25.1%) resection specimens (including 47 lung resection specimens). The average tumor proportion is 32.8% (cytology), 37.2% (small biopsy), and 55.6% (resection), respectively. Except 4 small biopsy specimens, 211 cases had sufficient DNA for mutation testing. EGFR mutations were detected in 22 cytology specimens, 66 small biopsy specimens and 41 resection specimens. There was no significant difference in the EGFR mutation rate between cytology specimens (22 of 39 cases; 56.4%), small biopsy (66 of 122 cases; 54.1%), and resection specimens (41 of 54 cases; 75.9%). Moreover, 12 cases of 22 cytology specimens with drug-sensitive EGFR mutation took TKIs for cancer

control, and most of them (10 of 12 cases) underwent cancer regression or stable disease for 2 to 14 months.

**【Conclusion】** Our results support the effectiveness and clinical significance of effusion cytology specimens for EGFR mutation testing. Careful evaluation of the adequacy of small specimens is required to minimize the risk of false negative or positive results.

## **PE-1-2 Glomus tumor of uncertain malignant potential of lung: A case report of bronchoalveolar lavage cytology, with correlation of surgical pathology specimen and potential diagnostic pitfalls**

Departments of Pathology, MacKay Memorial Hospital, Taipei City, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Medicine, MacKay Medical College, New Taipei City, Taiwan<sup>2</sup>

○Pao-Shu Wu<sup>1,2</sup>, Huei-Yu Tseng<sup>1</sup>

**【Objective】** Glomus tumor in visceral organs is very rare and most of them are of benign nature. Herein we present an unusual case of glomus tumor of uncertain malignant potential in the bronchus of left lower lobe of lung from a 15-year-old adolescent.

**【Methods】** The computational tomography (CT) imaging exam showed a 2.5 cm intra-bronchial mass in the left lower lobe lung. The impression from imaging studies suggested it was most likely a carcinoid. Bronchoalveolar lavage cytology samples were obtained and followed with video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) resection.

**【Results】** The bronchoalveolar lavage cytology samples revealed clusters or single of uniform, round to oval-shaped, bland-looking cells with clear cytoplasm admixed with sloughed bronchial epithelium cells. The cytomorphology features are not supportive of the diagnosis of carcinoid or neuroendocrine tumors. A negative diagnosis of was given. However, subsequent histopathologic examination of the surgical resection sample showed the tumor composed predominantly of sheets of ovoid to round cells with clear border, pale cytoplasm and fine granular chromatin with small to inconspicuous nucleoli. The mitotic count was less than 5 per 50 high power fields (HPF). There is no invasion to the surrounding normal bronchial and alveolar tissue. Immunohistochemical staining showed that the cells were diffusely positive for smooth muscle actin (SMA) and collagen IV, while negative for neuroendocrine markers (CD56, synaptophysin and chromogranin A). The Ki-67 proliferation index was approximately 15%. Based on the morphologic features and immunohistochemical profile, the tumor was consistent with glomus tumor of uncertain malignant potential. Re-examination of the bronchoalveolar

lavage cytology samples revealed that those oval-shaped, bland-looking cells with clear cytoplasm are consistent with tumor cells of glomus tumor of uncertain malignant potential.

**【Conclusion】** Glomus tumor has distinct cytomorphologic features in surgical pathology specimen, but it might be overlooked in cytology samples such as fine needle aspiration or as in this case, the bronchoalveolar lavage. Appropriate clinical history and immunohistochemical studies (such as SMA, collagen IV) can further help to confirm the diagnosis.

### **PE-1-3 Lung and pleural effusion metastasis of salivary duct carcinoma**

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

○Kazuya Murata, Akihiko Kawahara,  
Tomohiko Yamaguchi, Hideyuki Abe, Tomoki Taira,  
Tomoko Yoshida, Yorihiro Takase, Chihiro Fukumitsu,  
Yoshiki Naito, Jun Akiba

**【Introduction】** Salivary duct carcinoma (SDC) is a rare but aggressive form of parotid tumor. It is already known that the cytological features of SDC are large sheet clusters with slight overlapping and abundant granular cytoplasm with light greenphilic cells in the necrotic background. Histopathologically, SDC is characterised by its resemblance to ductal carcinoma of the breast. Although the cytological characteristics of SDC in fine-needle aspiration specimens have been well-described at the primary site, metastasis is rare in SDC. Here, we reported a case of parotid gland SDC metastasis to lung and pleural fluid.

**【Case】** A man in 50's was underwent extended total parotidectomy in 2008, and he was originally diagnosed as having left parotid SDC. Six years later, chest CT identified a mass in the left lung and he was diagnosed with metastatic SDC by both bronchial biopsy and cytology. Subsequently he had a recurrent SDC in the left pleural effusion. Bronchial brushing smear showed small sheet clusters with cribriform-like patterns and isolated cells in the necrotic background. In the plural effusion cytology, tumor cells appeared as clusters of epithelioid cells with apocrine-like cytoplasm. Immunocytochemical staining was strongly positive for HER2/neu and androgen receptor.

**【Conclusion】** Cytological findings may differ between the primary and metastatic tumor, and a diagnosis of histological forms can be especially difficult at a metastatic site. It is important to clarify cytological differences between primary and metastasis, and to confirm the expressions of specific proteins by immunocytochemistry.



#### **PE-1-4 Concordance of lung carcinoma subtypes between liquid-based cytology and tissue specimens : diagnostic aspects of bronchial brushings for lung lesions**

Division of Pathology, Sijhih Cathay General Hospital, New Taipei City, Taiwan

○Chih-Yi Liu, Hui-Chih Tsai, Yu-Lin Ko, Yi-Jyun Lin

**【Objective】** Liquid-based preparations are proposed to improve the quality of cytologic samples and their diagnostic yield compared with conventional smear cytology. Bronchial brushing cytology is one of several methods for establishing confirmative diagnosis of lung lesions. The purpose of this study was to determine the diagnostic concordance of lung carcinoma subtypes in cytology and tissue specimens. The possible factors related to the diagnostic quality of liquid-based cytology (LBC) were analyzed.

**【Methods】** A total of 85 patients with suspicious lung cancer were enrolled in this study. The bronchial brushing samples were prepared by LBC (SurePath), and both endoscopically visible and non-visible lesions were included. The data were then compared to the histology of lung tissue samples and the clinical factors. The diagnostic concordance of carcinoma subtypes was evaluated. The slides from discordant cases were reviewed, and final diagnoses were made based on immunohistochemical studies. The sensitivity of liquid-based cytology (LBC) were also compared to the outcomes of conventional smear cytology (CSC).

**【Results】** According to the biopsy and resection specimens, malignant tumors were diagnosed in 38 cases. They included adenocarcinoma (42.1%), squamous cell carcinoma (39.5%), non-small cell carcinoma, not otherwise specified (10.5%), and neuroendocrine carcinoma (7.9%). For the diagnosis of histologically confirmed lung cancer, the overall sensitivity of LBC was 63.2%. Concordance in subtype diagnosis was achieved in 70.8% of cases. The diagnostic accuracy was higher in non-adenocarcinoma (75.0%). The mean tumor size in the non-corresponding cases was smaller than the correspond-

ing cases. The diagnostic performance of cytology was also compared with the final diagnoses based on imaging techniques and all clinical information available. The LBC preparations had 75.8% sensitivity and 94.9% specificity in the diagnosis of lung cancer, superior to the performance of CSC samples.

**【Conclusions】** In this study, most patients of lung cancer are diagnosed at advanced stages, with small biopsy or cytologic samples available for pathological assessment. The ability to precisely classify lung carcinoma depends on the procedure, tumor size and tumor type. The results have shown that subtyping of lung carcinoma can be achieved in LBC specimens, with a concordance rate of 70.8%. The diagnostic accuracy of cytologic specimens is higher in the non-adenocarcinomas. Due to the reduction of obscuring elements and the optimal preservation of the cells, LBC preparations allow a more definitive diagnosis in many cases. These findings can provide important clinical implications for selecting the proper diagnostic tools.

**PE-1-5 Metastatic lung cancer of endometrium—detected and confirmed by conventional Papanicolaou (Pap) smear with immunocytochemical (ICC) stains**

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan

○Chia-Min Wei, Yu-Shi Liu, Shiou-Feng Liu,  
Chiung-Ru Lai

**【Objective】** We described a case of metastatic lung cancer of the endometrium, which was detected by conventional Pap smear. The cytological hints for endometrial lesion and usefulness of ICC on conventional Pap smears were emphasized in the current report.

**【Methods】** A 47-year-old woman diagnosed to have a stage IV lung adenocarcinoma with EGFR L858R mutation and multiple metastases, including bone, brain, adrenal gland and mediastinal lymph nodes. She was referred to GYN section due to abnormal vaginal bleeding. Conventional Pap smear was done. Endometrial sonography and curettage were performed due to malignant Pap smear result.

**【Results】** Clusters of adenocarcinoma cells were degenerated and surrounded by endometrial stromal-like histiocytes, which represented characteristic hints for shedding from endometrium rather than endocervix. ICC stains revealed positive TTF-1 and negative PAX-8 results, which concurred with the origin from lung metastasis. A diagnosis of metastatic lung adenocarcinoma of the endometrium was given by Pap smear, which was further confirmed by pathology of endometrial curettage. Target and chemotherapy continued and further surgery for uterus was not given.

**【Conclusion】** Although it is generally accepted that the aim of Pap test is primarily to detect squamous lesions, endometrial and extra-uterine cancers might appear on the Pap smears in our routine practice. The recognition of cytomorphological hints for endometrial origin and additional ICC stains were important in making correct diagnoses, which could avoid unnecessary surgery.

**PE-1-6 Morphological changes in Doxorubicin resistant small cell carcinoma**

Department of Medical Technology, Kumamoto Health Science University, Kumamoto, Japan

○Masami Nambu, Hiroki Kameyama

**【Objective】** In most cases of small cell lung cancer (SCLC), SCLC has already spread by the time it is found, so chemotherapy is usually part of treatment if a person is healthy enough. The tumor cells resistant to chemotherapy are considered to show peculiar cellular changes for the action mechanism of the anticancer drug. This time, we confirmed cytomorphological changes seen in Doxorubicin resistant small cell carcinoma.

**【Methods】** Wild type and Doxorubicin resistant type culture cell line of SCLC (H69) were used for this study. The area, the circumference, the major and minor axis length of both cytoplasm and nucleus were measured. And, with the measured values, the mean area, the standard deviation of the area, N/C (nucleus/cytoplasm ratio), the ellipticity, the peround and the pleomorphism were calculated. About nucleolus, number was counted and the area was measured.

**【Results】** In the area of both cytoplasm and nucleus, resistant type was 2 times larger than wild type and showed wider size variation. About nucleolus, resistant type was larger than that of wild type in number and varied in size. The nucleus of resistant type was more pleomorphic than that of wild type.

**【Conclusion】** This study revealed that Doxorubicin resistant type showed quite different feature from wild type small cell carcinoma. There is a possibility of leading to misdiagnosis on histological typing when we make cytodiagnosis in Doxorubicin resistant case of small cell carcinoma. This time, we studied cellular changes only in Doxorubicin resistant SCLC, and it can be considered that there are many patterns of cellular change due to resistance to other anticancer drugs. Therefore we keep it in mind when we make cytological diagnosis of recurrent cases underwent chemotherapy.

### PE-1-7 The cytomorphological characteristics and clinicopathological features of anaplastic thyroid carcinoma : A case cohort study from Taiwan

Department of Pathology, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1)</sup>, Department of Cosmetic Science, Chia Nan University of Pharmacy and Science, Tainan, Taiwan<sup>2)</sup>, Executive and managing supervisor, Taiwan Society of Clinical Cytology<sup>3)</sup>

○Chien-Chin Chen<sup>1,2,3)</sup>

**【Objective】** We aim to analyze the cytomorphological characteristics in fine needle aspiration and the clinicopathological features in anaplastic thyroid carcinoma (ATC).

**【Methods】** A retrospective slide review and analysis of eight histologically-proved cases and preoperative six fine needle aspirates with ATC admitted to the Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital, Taiwan, in 2001-2016.

**【Results】** A total of eight cases with ATC are reviewed with a mean age of 71.6 years, mild male predominance (M : F = 5 : 3) and preoperatively euthyroid status (8/8). All patients are died with a mean survival of 6.1 months (range : 1 to 12 months), regardless of different treatment modalities. The average size of tumor is 7.2 cm (range : 5.4 to 9 cm), and all of them have distal metastases (lung : 7/8, bone 1/8). Six of them have preoperative fine needle aspirates, and 1 (16.7%) was inadequate, 2 (33.3%) suspicious for malignancy and 3 (50%) diagnostic of malignancy. On reexamination, they are intermediate or high cellularity, except the inadequate case shows only blood cells. All of the cellular aspirates revealed mixed cellular patterns, including 1) spindle cell (3/5), epithelioid cell (5/5), giant cell (2/5) and squamoid cell (3/5), with necrosis (4/5), leukocytes infiltrate (4/5) and calcification (1/5). No colloidal background, nuclear grooves and pseudoinclusion are found. In the surgical specimens, three (37.5%, 3/8) patients have co-existing minor components of convention papillary carcinoma (5% to 30% of tumor proportion).

**【Conclusion】** Our results support the clinical aggressiveness, mixed cellular patterns and lack of nuclear features of papillary carcinoma in cytology specimens for ATC.

Although the sensitivity of needle aspirate is high, the major diagnostic problem with fine needle aspiration is related to sample quality. Tumor necrosis, hemorrhage, leukocytic infiltration and extensive fibrosis may lead to diagnostic difficulties. It is crucial to diagnose it early, due to the poor prognosis.

### PE-1-8 Cytological Differential Diagnoses between Chronic Thyroiditis and MALT Lymphoma on Thyroid LBC

Department of Laboratory Science, Kuma Hospital, Kobe, Japan<sup>1</sup>, Department of Diagnostic Pathology and Cytology, Kuma Hospital, Kobe, Japan<sup>2</sup>, Department of Surgery, Kuma Hospital, Kobe, Japan<sup>3</sup>

○Ayana Suzuki<sup>1</sup>, Mitsuyoshi Hirokawa<sup>2</sup>,  
Miyoko Higuchi<sup>1</sup>, Nami Takada<sup>1</sup>, Aki Ito<sup>1</sup>,  
Naoki Yamao<sup>1</sup>, Toshitetsu Hayashi<sup>2</sup>, Seiji Kuma<sup>2</sup>,  
Akira Miyauchi<sup>3</sup>

**【Objectives】** Chronic thyroiditis with nodular formation may undergo aspiration cytology to distinguish from MALT lymphoma (ML). The cytological distinction between nodular chronic thyroiditis (NCT) particularly associated with predominant lymphocytes and ML has been frequently troublesome. In addition, the morphology in LBC specimens (LBC-S) is not same to conventional specimens (C-S). The aim of this report is to clarify the difference of cytological findings between NCT and ML on LBC-S.

**【Materials and Methods】** We reviewed LBC-S of 19 NCT cases and 21 ML cases confirmed by histologic examination in our hospital. LBC samples were obtained from wash-out fluid of the aspiration needles, fixed with Cytorich-RED™, and prepared by SurePath™ method.

**【Result】** In C-S, the incidence of lymphoglandular bodies was higher in ML (66.7%) than in NCT (21.1%). In 61.9% of ML and 5.3% of NCT cases, lymphoid cells with the nuclei measuring more than 10 μm occupied more than 10% of all lymphoid cells. Lymphoid cells associated with mesh-patterned, elongated, and cleaved nuclei were significantly observed in ML cases (95.2%, 90.5%, and 90.5%) compared with NCT cases (26.3%, 42.1%, and 15.8%). Oxyphilic follicular cell clusters were more seen in NCT (94.7%) than ML (42.9%).

**【Conclusion】** More than 10% of lymphoid cells with >10 μm nuclei, mesh-patterned nuclei, elongated nuclei, and cleaved nuclei are diagnostic clues indicating ML.

### PE-1-9 Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP)—A newly proposed terminology

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan

○Chiung-Ru Lai, Yen-Ying Chen

**【Objective】** Noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP) is a new terminology proposed for those tumors previously called encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma (EFVPTC). Since it almost behaves as benign lesion, it will be no longer called “cancer”. The aim of this study is to report the frequency, clinical characteristics, cytology results and follow up of such cases in our hospital.

**【Methods】** By reviewing histological slides, cases of NIFTP were retrospectively identified from those tumors originally diagnosed as follicular variant of papillary thyroid carcinoma (FVPTC), well-differentiated tumor of uncertain malignant potential (UMP) and follicular tumor with questionable nuclear atypia, from January 2010 to December 2011. The clinical and pathological correlation and cytology findings were analyzed.

**【Results】** There were 389 patients with pathology proved primary thyroid cancers in the years of 2010 & 2011. Among them, a total of 18 cases of NIFTP (4.6% of primary thyroid cancers) were identified with female predominance, 15 female (age 23-65, median 45) & 3 male (age 15-43, median 21). The tumor size ranged from 1.1 to 4 cm. Median follow up was 62 months, None of these patients received radioiodine therapy. All are alive without evidence of disease. Using Bethesda System for reporting thyroid FNA, over half of the cytology results were intermediate categories (with nuclear enlargement and/or optically clear nuclei and/or nuclear groove) (TBS I : 1 (9%) ; TBS II : 3 (27%) ; TBS III : 3 (27%) ; TBS IV : 3 (27%) ; TBS V : 1 (9%) ; TBS VI : 0 (0%).

**【Conclusion】** The current study supported the reclassification of EFVPTC to NIFTP due to its almost benign behavior. FNA frequently revealed intermediate cytological results and could not reach reliable diagnosis preoperative-ly. More cases are needed for further evaluation.



**PE-1-10 Rapid onsite evaluation is urgent to improve the adequacy rate of thyroid FNA-based on the retrospective study of 2838 cases of thyroid fine needle aspiration from China**

Department of Pathology, School of Basic Medicine, Shandong University, PR China<sup>1</sup>, Department of Pathology, Qilu Hospital, Shandong University, PR China<sup>2</sup>, Department of Endocrinology, Qilu Hospital, Shandong University, PR China<sup>3</sup>, Department of Thyroid Surgery, Qilu Hospital, Shandong University, PR China<sup>4</sup>

○Zhiyan Liu<sup>1,2</sup>, Peng Su<sup>2</sup>, Xiaofang Zhang<sup>1,2</sup>,  
Jiang Ling<sup>3</sup>, Qingdong Zeng<sup>4</sup>, Bin Lv<sup>4</sup>

**【Object】** Fine-needle aspiration (FNA) with ultrasonography guidance is one of the optimal techniques for the diagnostic evaluation of thyroid nodules and it was the initial two years for thyroid FNA in our diagnostic center. This study was proposed to evaluate the adequacy rate and accurate rate of thyroid FNA samples using the Bethesda reporting system for thyroid cytopathology (TBSRTC).

**【Methods】** Retrospective study was perfected on 2838 cases of thyroid FNA with routine H&E staining. They were divided into 6 groups according to TBSRTC, which were : Non-Diagnostic/Unsatisfactory, benign, atypia of uncertain significance/follicular lesion uncertain significance, follicular neoplasm/suspicious for a follicular neoplasm, suspicious for malignancy and Malignancy. The comparison of cytopathological and histopathological samples was performed on 791 cases underwent surgical operation.

**【Results】** Non-Diagnostic/Unsatisfactory samples were 3.56% (101/2838), the benign lesion accounts for 44.68% (1268/2838), FN/SFN accounts for 0.18% (5/2838), suspicious for malignancy accounts for (401/2838), malignancy accounts for 30.58% (868/2838).The risk of malignancy was 34.44% (31/90) for Benign lesion, 70.83% (17/24) for AUS/FLUS, 69% (138/200) for Suspicious of malignancy, 97.03% (457/471) for Malignancy.

**【Conclusion】** FNA is reliable preoperative diagnostic method for thyroid lesion. H&E staining is reliable for the diagnosis of thyroid FNA sample, which is the routine staining for surgical specimens and easy to be paralleled.

Bethesda reporting system is an available diagnostic system and should be applied around the whole country of China. The most accurate diagnosis is the Malignancy group and then the indeterminate group. The diagnosis of indeterminate group was impacted by both the quality and the quantity of the cells. The malignancy risk in benign group is high because of the not so good puncture accuracy. The rate for Non-Diagnostic/Unsatisfactory group was high, which was probably due to the poor cell quantity in initial period. Therefore, rapid onsite evaluation should be applied to improve the adequacy of the FNA and to avoid miss diagnosis and misdiagnosis, especially in the early stage of the FNA center.

### PE-1-11 Atypical adenoma of thyroid gland cytologically mimicking papillary carcinoma ; A case report

Department of Pathology, Fukuoka University Chikushi Hospital<sup>1</sup>, Department of Medical Technology, Kumamoto Health Science University<sup>2</sup>

○Ryo Hayashida<sup>1</sup>, Masami Nambu<sup>2</sup>,  
Masahiko Harakawa<sup>1</sup>, Satoko Ogata<sup>1</sup>,  
Shizuka Yamada<sup>1</sup>, Hiroshi Tanabe<sup>1</sup>, Seiji Haraoka<sup>1</sup>,  
Akinori Iwashita<sup>1</sup>

**【Background】** Atypical adenoma of thyroid is a variant of follicular adenoma and shows strong structural and cellular atypia. We present a case of atypical adenoma we suspected of papillary carcinoma in pre-operative cytology.

**【Case】** 78-year-old, male. Ultrasonography revealed a solid mass 2 cm in diameter in right lobe of thyroid gland. Fine needle aspiration cytology (FNAC) was performed and showed a small number of atypical cells appearing to be isolated or forming small follicular cluster. They were almost naked and their nuclei showed anisonucleosis, cleaved shape, groove and intranuclear cytoplasmic inclusion bodies. And eosinophilic nucleoli were observed. With the cytological findings, we made a diagnosis of “suspicious of papillary carcinoma”. In consideration of cytological diagnosis, resection of right lobe of thyroid gland was performed. Histologically, the tumor 1.5 cm in diameter was encapsulated and showed micro-follicular structure and solid proliferation of atypical cells showing irregular shaped nuclei varied in size, nuclear grooves and intranuclear cytoplasmic inclusion bodies. But neither capsular invasion nor vascular invasion was found. Immunohistochemically, tumor cells were positive for thyroglobulin and TTF-1, and negative for CK19, HBME-1, calcitonin and p53, and Ki-67 labeling index was less than 1%, then the pathological diagnosis was made as atypical adenoma.

**【Conclusion】** This case was very difficult to make cytological diagnosis on the ground of poor cellularity and severe cellular atypia mimicking papillary carcinoma. Therefore we should keep this important experience of atypical adenoma in our mind and consider the possibility of atypical adenoma when we suspect of papillary carcinoma on the ground of such cellular atypia as nuclear groove and intranuclear cytoplasmic inclusion body.

### PE-1-12 Diagnostic accuracy of initial benign cytology in thyroid nodules with highly suspicious ultrasonographic features

Department of Diagnostic Pathology and Cytology, Kuma Hospital<sup>1</sup>, Department of Clinical Laboratory, Kuma Hospital<sup>2</sup>, Department of Internal Medicine, Kuma Hospital<sup>3</sup>, Department of Surgery, Kuma Hospital<sup>4</sup>

○Toshitetsu Hayashi<sup>1</sup>, Mitsuyoshi Hirokawa<sup>1</sup>,  
Miyoko Higuchi<sup>2</sup>, Takumi Kudo<sup>3</sup>, Akira Miyauchi<sup>4</sup>

**【Objective】** A definite cytology is essential for appropriate treatment of thyroid nodules. However, the diagnostic accuracy of initial benign cytology and the role of repeat fine needle aspiration (rFNA) for nodules with highly suspicious ultrasonographic features (NHSUF) are not well established.

**【Methods】** Retrospective study of 73 NHSUF cases with initial benign cytology and subsequent rFNA was performed. All slides were reviewed with detailed evaluation of the cytological features, diagnostic accuracy and compared with the clinicopathological information.

**【Result】** Upon rFNA, cytological diagnoses of benign and malignancy were 40 (54.8%) and 33 (45.2%), respectively. By reviewing initial benign FNA slides, the false negative rate was 8.2% (5/73). In the cases showing abundant colloid and numerous foamy cells on cytology and no calcification on ultrasound, both initial and repeated FNA were benign. Therefore, these parameters were highly predictive of benign lesions.

**【Conclusion】** The combination of the reviewing the cytology preparations and rFNA can increase diagnostic accuracy and determine the clinical management of NHSUF. However, rFNA is not necessary in NHSUF showing abundant colloid and numerous foamy cells on cytology and nodules without any internal calcification on ultrasound.

**PE-1-13 Anal Cytology Among Men Who Have Sex with Men In Taiwan—Correlation with Pathology, p16/ Ki- 67 Stain and HPV Assay**

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan

○Li-Ya Lin, Chung-Ru Lai, Chih-Yi Hsu

**[Objective]** In recent years, anal cytology has gained acceptance as a tool for anal cancer screening for high risk populations, especially men with sex with men (MSM) with or without HIV infection, in a role similar to the Pap test. The purpose of this study is to evaluate the efficacy of anal cytology for screening anal squamous epithelial lesions and its correlation with HPV assay and p16/Ki-67 stain.

**[Methods]** Patients from special clinics for MSM who completed a detailed sexual behavior questionnaire were included in this study, from August 2015 to July 2016. Anal cytology was collected in one BD SurePath™ vial for liquid-based preparation (LBC). HPV assay (BD Onclarity™ HPV assay) and p16/Ki-67 double staining (*CINtec PLUS*) were performed using residual LBC material. Biopsy was performed in conjunction with high-resolution anoscopy (HRA) for positive cytology or HRA results.

**[Results]** A total of 71 patients were included in the current study. Cytology results were negative in 22 (31%) ; ASC in 11 (15%) ; LSIL in 19 (27%) ; HSIL in 19 (27%). HPV and p16/Ki-67 double staining (*CINtec PLUS*) positivity were statistically correlated with cytology severity : 50% & 6% in negative ; 60% & 20% in ASC ; 94% & 47% in LSIL ; 92% & 60% in HSIL (P value 0.006 ; 0.004). The genotypes of HPV assay were : P2 (39%, HPV 56/59/66) ; P1 (37%, HPV 33/58) ; P3 (26%, HPV 35/39/68), HPV 52 (25%) ; HPV 16 (19%) ; HPV 18 (19%) ; HPV 45 (16%) ; HPV 51 (16%) ; and HPV 31 (12%). Two of 6 (33%) with LSIL and all HSIL (100%) cytology patients show HSIL on corresponding biopsy.

**[Conclusion]** MSM represents high risk population for anal HPV infection but the prevalence (carrier status : 50%) and common HPV types (56/59/66 ; 33/58) are different from those of cervical smears in women. The majority (69%) of anal cytology among this high risk group is abnormal and showed high predictive value of HSIL. The p16/Ki-67 double staining was statistically correlated with anal cytology severity, which might aid the cytology diagnosis.

**PE-1-14 Mucinous carcinoma admixed with neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix : cytological features and immunohistochemical profile : Report of a case**

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

○Tatsuya Katafuchi, Makoto Mori, Naoko Nishiyama, Yoshiaki Mikami

**[Background]** Neuroendocrine tumor of the uterine cervix generally shows an aggressive clinical behavior. A case is described of intestinal-type mucinous carcinoma of the uterine cervix, admixed with neuroendocrine carcinoma imparting a resemblance to atypical carcinoid.

**[Case]** A 40-year-old woman with abnormal genital bleeding was referred to the hospital, and on admission cervical smear and biopsy were taken. The smear showed clusters of small atypical cells with occasional rosette-like arrangement. Those cells had granular eosinophilic cytoplasm and round nuclei with fine or granular chromatin texture and small nucleoli. Examination of the biopsy specimen demonstrated sheets of cells partially arranged in rosette-like pattern, and the histopathologic diagnosis of well-differentiated neuroendocrine tumor was established based on immunoreactivity for chromogranin-A, synaptophysin. In addition, combined with high Ki-67 labeling index, i.e., exceeding 50%, and empirical evidence, the possible co-existence of adenocarcinoma was suggested, and the attending physicians were advised to manage the patient as such. Consequently, she underwent radical hysterectomy. Grossly the resected uterine tumor showed polypoid appearance, and microscopic examination revealed that the polypoid portion was composed of well-differentiated neuroendocrine carcinoma resembling atypical carcinoid tumor. Underneath the polypoid tumor, we identified mucinous carcinoma of intestinal-type as well as adenocarcinoma in situ showing intestinal phenotype. Small cell or large cell neuroendocrine carcinoma components were not identified.

**[Conclusion]** Non-small cell/large cell neuroendocrine carcinomas rarely arise in the uterine cervix, and appear to be frequently associated with adenocarcinoma. The cytology-pathology correlation is mandatory for optimal patient management.

### PE-1-15 A cytopathological overview of 5 cases of lobular endocervical glandular hyperplasia

Department of Pathology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation Inc., Osaka, Japan<sup>1)</sup>, Department of Obstetrics and Gynecology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation Inc., Osaka, Japan<sup>2)</sup>

○Shinsuke Shibuya<sup>1)</sup>, Takayuki Kido<sup>1)</sup>, Sachiko Takayasu<sup>1)</sup>, Satsuki Egi<sup>1)</sup>, Seiko Ogura<sup>1)</sup>, Akihiko Ueda<sup>2)</sup>, Keiko S. Yano<sup>1)</sup>

**【Background】** Lobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH) is an endocervical lesion with gastric-type metaplasia and also a precursor lesion to mucinous (gastric-type) adenocarcinoma. The most important differential diagnosis of LEGH is adenocarcinoma, including mucinous carcinoma/minimal deviation adenocarcinoma, which has similar clinical, radiological, immunohistochemical features. Five cases of LEGH are reviewed clinically, cytologically, and histologically.

**【Patients】** Recent 3-year period surveyed from 2014 through 2016, LEGH were pathologically diagnosed in a total of 5 patients. The mean age of the patients was 50 years (range, 46 to 59 years). All patients were symptomatic [cervical mass (5), genital bleeding (2), and increased watery discharge (2)] and isolated LEGH.

**【Cytological findings】** Four cases were reported as “AGC” and 1 case as “NILM”. The cytoplasm of all “AGC” cases contained abundant mucin. With a conventional Papanicolaou stain, mucin was stained orange in our facility. In addition, the distinctive cellular clusters surrounded by cotton-candy-like abundant mucin were recognized. Nuclei were round and mildly enlarged with fine chromatin and micronucleoli. Intranuclear cytoplasmic inclusions (INCIs) were also identified.

**【Histological findings】** Small to moderately sized round glands proliferated in a distinct lobular fashion, surrounding larger and dilated central gland. Nuclei were round, uniform, and basally located. INCIs were also identified. Intracytoplasmic mucin was immunohistochemically positive for MUC6 and HIK1083.

**【Conclusions】** It might not be realistic to diagnose LEGH by cytological information only. However, exact understanding and recognition of the cytological characteristics is the key to facilitate further study such as histologic examination, and essential for proper management of LEGH.

### PE-1-16 The various cytological appearances of uterine carcinosarcoma

Department of Obstetrics and Gynecology, Kohsei Chuo General Hospital<sup>1)</sup>, Department of Clinical laboratory, Kohsei Chuo General Hospital<sup>2)</sup>

○Hisami Kiseki<sup>1)</sup>, Yutaka Tsukahara<sup>1)</sup>, Naohiko Hashimura<sup>1)</sup>, Natsumi Tajima<sup>2)</sup>, Ayako Tanaka<sup>2)</sup>, Aya Horimoto<sup>2)</sup>

**【Introduction】** We will discuss our findings in regard to the cytological appearance of carcinosarcoma which has complicated reoccurrences on the vaginal stump during post-operative chemotherapy.

**【Case】** We examined a 69 year-old woman who had a history of breast cancer stage II A. Two years ago she received a debulking operation for uterine carcinosarcoma at her prior hospital. The patient's post-operative chemotherapy began at our hospital.

**【The clinical course】** The 1<sup>st</sup> line chemotherapy was performed with ‘TC’ therapy. The cytology on the vaginal stump was normal but became worse, and developed atypical squamous cells cannot exclude high grade squamous intraepithelial lesion (ASC-H) and adenocarcinoma over 5 months. Next 6 courses of ‘IFM/CDDP/ADM’ were administered. The cytological report revealed atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) and atypical glandular cells (AGC). The pathological diagnosis was adenocarcinoma on the vaginal stump. After the 3<sup>rd</sup> line ‘DOC/GEM’ therapy was performed, pathologically the tumor disappeared. AGC, ASC-H and adenocarcinoma were found again during the next chemotherapy. Gradually other small adenocarcinomatous tumors were found on the patient's vulva. We performed the 6<sup>th</sup> line ‘CBDCA/PAC/BV’ therapy which included radiation therapy and the tumors became smaller showing no malignant cells on her vaginal stump.

**【Comment】** We hypothesize that the various histological findings were caused by the effects of the various chemotherapies.



### PE-1-17 A usefulness of cervical cancer screening for cervical adenocarcinoma

Department of Obstetrics and Gynecology, Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan<sup>2</sup>

○Akiko Abe<sup>1</sup>, Masato Nishimura<sup>1</sup>, Ayuka Mineda<sup>1</sup>, Eri Takiguchi<sup>1</sup>, Takako Kawakita<sup>1</sup>, Yoshimi Bando<sup>2</sup>, Minoru Irahara<sup>1</sup>

**【Objective】** Although cases of cervical adenocarcinoma have increased, it is said to be more difficult to detect in Pap smear than squamous cell carcinoma. To determine how cervical adenocarcinoma is diagnosed, we retrospectively investigated patients with cervical adenocarcinoma who had received treatment at our hospital.

**【Methods】** We retrospectively investigated 58 patients diagnosed with cervical adenocarcinoma in situ (AIS) or cervical adenocarcinoma at our hospital between April 2011 and November 2016. All the patients were referred to our hospital after either positive findings for Pap smear as cancer screening at previous hospital or being suspected of cervical cancer by a local physician due to signs such as bleeding or vaginal discharge. At our initial examination, Pap smear and biopsy were performed.

**【Results】** The median age of the patients was 53 years (range : 26-87 years). Eight were nulliparous, and the remaining 50 were parous. The distribution of stage was as follows : AIS, n=9 ; IA, n=5 ; IB1-IB2, n=22 ; IIB, n=8 ; IIIA-B, n=5, and IVA-B, n=9. A total of 21 patients were diagnosed in cancer screenings : all of these patients were asymptomatic. Of these, 20 were in stages AIS-IB1, and we could diagnose and treat at early stage. The remaining 37 patients were diagnosed in gynecological examinations : four of these patients had vaginal discharge with no irregular bleeding, and other 33 had abnormal bleeding. In addition, the initial cytological screening revealed NILM for 5 patients, squamous epithelial abnormality for 14 (ASC for 3 patients, HSIL for 5 and SCC for 6) patients, and glandular abnormality for 35 patients (AGC for 11 patients, AIS for 1, adenosquamous carcinoma for 1, and adenocarcinoma for 22).

**【Conclusion】** Overall cervical adenocarcinoma was diagnosed by cancer screenings in 36% (21/58) of patients. In particular, 64% (20/31) of patients up to stage IB1 were diagnosed in cancer screenings with asymptomatic.

### PE-1-18 Primary Malignant Melanoma of the Vagina—Initially Detected by Urine Cytology

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan

○Zih-Ting Wu, Chiung-Ru Lai

**【Objective】** Primary malignant melanoma of the vagina is extremely rare and accounts for <3% of all primary vaginal malignancies. We reported a case of primary vaginal melanoma initially detected by urine cytology.

**【Methods】** Urine cytology from a 61-year-old woman with hematuria showed a picture of malignant melanoma composed of discohesive epithelioid cells with large nuclei and prominent nucleoli. Cytoplasm is abundant and melanin pigment is identified. Because the background was clean and devoid of apparent tumor diathesis, contamination from GYN tract rather than primary urinary tract melanoma was favored. The patient was therefore referred to GYN and received a Papanicolaou (Pap) test, which rendered identical melanoma cells.

**【Results】** During GYN consultation, the presenting symptom was found to be post-menopausal vaginal bleeding which was mistaken for hematuria by patient herself. After meticulous clinical survey, no other primary sites could be found. Bladder mucosa was free from tumor involvement by cystoscope and repeat clean catch urine was negative, which confirmed that melanoma cells in urine were from GYN contamination. Then, complete staging surgery was performed and confirmed a stage III primary vaginal melanoma.

**【Conclusion】** Abnormal vaginal bleeding could be mistaken for hematuria which might mislead the workup and delay the correct diagnosis. The recognition for possible GYN contamination of cancer cells in urine is very important for tumor origin confirmation. Primary malignant melanoma of vagina, an extremely rare malignancy, may successfully be detected by urine cytology.

### PE-1-19 Primary intestinal-type mucinous adenocarcinoma of the vulva

Departments of Obstetrics and Gynecology, University of Occupational and Environmental Health, Japan<sup>1)</sup>, Departments of Nursing of Human Broad Development, University of Occupational and Environmental Health, Japan<sup>2)</sup>

○Tomoko Kurita<sup>1)</sup>, Taisei Honda<sup>1)</sup>, Rie Urabe<sup>1)</sup>,  
Taeko Ueda<sup>1)</sup>, Seiji Kagami<sup>1)</sup>, Toshinori Kawagoe<sup>1)</sup>,  
Yusuke Matsuura<sup>2)</sup>, Toru Hachisuga<sup>1)</sup>

**[Background]** Adenocarcinomas of the vulva are rare diseases, and usually arise in a Bartholin gland or occur in association with Paget's disease. Adenocarcinoma of the intestinal type of the vulva is an extremely rare neoplasm, and a few cases have been reported to date. We report a case of primary villoglandular mucinous adenocarcinoma arising in the surface epithelium of the vulva near the urethra.

**[Case report]** A 63-year-old woman, gravid 3, parity 2, was referred to our hospital because of postmenopausal bleeding. A papillary and easy contact bleeding mass with 18 mm in diameter was seen near the urethra. Magnetic resonance imaging (MRI) of the pelvis revealed a 18 mm-sized enhanced mass, and uterus and both ovaries were normal shape and size. Scrape cytologic specimen from the vulvar tumor revealed atypical epithelial cells in mucinous background. Tumor cells formed loose clusters, and the cytoplasm had enrich mucinous material. Nuclei of tumor cells were elongated. Biopsy specimen showed a proliferation of signet ring cells embedded in an abundant myxoid stroma and irregular tubular structures of atypical columnar epithelium were seen. An extensive workup, including systemic positron emission computed-tomography (PET-CT) and gastrointestinal tract fiberscope were performed, but any other cancers or metastases were detected. Radical vulvectomy and bilateral superficial inginal lymph node dissection and Cloquet lymph node biopsy were performed. Mass was 2 cm in diameter and the depth of stromal invasion was 1 mm. The tumor was composed of papillary and complex glandular structures lined by large columnar cells with hyperchromatic nuclei. Cancer cells contained mucinous materials in the cytoplasm. Immunohistochemically, the tumor cells showed diffuse positive staining for

cytokeratin 20 and CDX2. The final pathological diagnosis was intestinal-type mucinous adenocarcinoma of the vulva (pT1bN0M0).

**[Conclusion]** Primary intestinal-type mucinous adenocarcinoma is very rare tumor and the cause is unknown. Further cases need to clarify the diagnostic criteria and to determine a successful treatment modality.

**PE-1-20 The findings of cervical smears in women with endometrial carcinoma- Any hint of endometrial lesions and prognostic significance?**

Departments of Obstetrics and Gynecology, Shonan Kamakura General Hospital<sup>1</sup>, Departments of Clinical Laboratory, Shonan Kamakura General Hospital<sup>2</sup>, Departments of Diagnostic Pathology, Shonan Kamakura General Hospital<sup>3</sup>

○Kazuya Onuma<sup>1</sup>, Kazuhiko Obokata<sup>2</sup>,  
Shu Hodoshima<sup>2</sup>, Hidenori Chino<sup>2</sup>, Hiromi Inoue<sup>1</sup>,  
Shinichi Teshima<sup>3</sup>

**【Objective】** Pap smear is to detect cervical precancerous lesions and cancers. It may also exhibit cytological findings to be the hint of endometrial lesions. This study investigated whether Papanicolaou (Pap) smears show cytological findings leading to detect endometrial carcinoma (EMCa), and is associated with any histologic parameters.

**【Methods】** Among forty three cases of EMCa surgically treated and staged at our institution in a two year period, 40 cases with routine Pap smears within six months prior to surgery were subjected to this study. The Pap findings including interpretation, presence/absence of endometrial cells were recorded for each case, and analyzed in relation to histologic parameters including histologic type, grade, stage and tumor size.

**【Results】** Eleven cases (27.5%) had Pap findings suggestive of EMCa, and 30 cases (72.5%) had negative cytology (NILM). Only one case with negative Pap (2.5%) had the presence of endometrial cells which should be reported as per the Bethesda system (TBS). The positive Pap group comprised 8 low grade endometrioid carcinomas (LGEC), 1 high grade endometrioid carcinomas (HGEC), 1 serous carcinoma (SC) and 1 small cell carcinoma (SCC), and the negative Pap group did 23 LGEC, 2HGEC and 3 SC. Positive Pap or EMCs were not associated with any histologic parameters including cervical involvement and tumor size.

**【Conclusions】** In contrast to previous reports, our study demonstrated lower sensitivity of Pap smear to detect EMCa. Despite TBS category, the presence of EMCs is rare in EMCa cases. There is no specific association between Pap findings and histologic parameters.

**PE-1-21 Characteristics of intraoperative cytology for accurate diagnosis of mucinous borderline ovarian tumor**

Department of Obstetrics and Gynecology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation Inc., Osaka, Japan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Saiseikai Noe Hospital, Imperial Gift Foundation Inc., Osaka, Japan<sup>2</sup>

○Akihiko Ueda<sup>1</sup>, Keiko S. Yano<sup>2</sup>, Takayuki Kido<sup>2</sup>,  
Seiko Ogura<sup>2</sup>, Satsuki Egi<sup>2</sup>, Sachiko Takayasu<sup>2</sup>,  
Shinsuke Shibuya<sup>2</sup>

**【Objective】** Accurate and efficient intraoperative diagnosis of mucinous borderline ovarian tumor (mBOT) is challenging. The aim of this study was to evaluate the characteristics and diagnostic capability of cytological techniques such as squash smears and touch imprints for mBOT.

**【Methods】** Our retrospective study included a consecutive case series of 18 patients with mBOT, who were examined using intraoperative cytology at the Saiseikai Noe Hospital between 2006 and 2016. The diagnoses were reviewed with reference to the histopathological analysis of paraffin-embedded tissue section.

**【Results】** Intestinal and seromucinous types of mBOT were diagnosed in 17 (94%) and one (6%) cases, respectively. Touch imprint cytology of 1 case (6%) showed papillary-like tumor architecture, and half of the remaining 16 cases indicated scant epithelial components, while the other half revealed sheet structure. The background was relatively clear without necrotic material. In contrast, the squash smear revealed papillary-like or ball-like architectures in 17 cases (94%), with mild and no cytologic atypia in 2 and 15 cases, respectively.

**【Conclusion】** In the intraoperative diagnosis of mBOT, touch imprints may be suitable for the observation of the background, whereas squash smear may be accurate for the detection of architectural atypia. Combination of both techniques is recommended to improve the diagnostic accuracy.

**PE-1-22 Cytologic features of malignant Brenner tumor : A case report**

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

○Makoto Mori, Tatsuya Katafuchi, Naoko Nishiyama, Yoshiaki Mikami

**【Background】** Malignant Brenner tumor is uncommon neoplasm. We describe cytologic features of malignant Brenner tumor identified in ascites.

**【Case】** A 80-year-old woman was referred to hospital because of abdominal distension, and imaging studies demonstrated a left ovarian mass. Microscopic examination of the ascitic fluid revealed isolated or small clusters of highly atypical cells, showing heterogeneity in nuclear sizes and shape. Occasional cells showed squamoid appearance as well as intracytoplasmic mucin droplets. These features suggested high-grade adenocarcinoma, but immunohistochemistry for cell-block demonstrated that atypical cells were positive for pancytokeratin (AE1/AE3), cytokeratin 5/6, p63, and were negative for p53, WT1, estrogen receptor, calretinin. Based on these findings, differential diagnosis included squamous cell carcinoma, high-grade endometrioid carcinoma and malignant Brenner tumor. She underwent total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, and omentectomy. Extensive sampling identified components of proliferating Brenner tumor, and thus the diagnosis of malignant Brenner tumor was established.

**【Conclusion】** In general, high-grade morphology in ascitic fluid may suggest high-grade serous carcinoma, but features of divergent differentiation, i.e., mucin droplets and squamous differentiation should make malignant Brenner tumor a diagnostic concern.

**PE-1-23 Cytologic features of Papillary squamotransitional cell carcinoma in Liquid-based cytology : A case report**

Department of Pathology, Seoul National University Bundang Hospital

○Younghwa Choi, Jihye Kim, Juhyeok Park, Daehyun Hwang, Jin-haeng Chung, Haeryoung Kim

**【Background】** Papillary squamotransitional cell carcinoma of the uterine cervix is an uncommon tumor that tends to be recurrent and has metastases. Tumors can be divided three groups based on their histologic appearance : predominantly squamous, predominantly transitional and mixed squamous and transitional.

**【Case】** A 77-year-old female was referred to SNUBH for further evaluation of a cervical lesion diagnosed as "high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) with papillary pattern" at an outside hospital. Colposcopy was performed, and a protruding neoplastic mass was seen in the exocervix. A punch biopsy with curettage was performed, and a diagnosis of papillary squamotransitional cell carcinoma was rendered. She had a hysterectomy, and on routine colposcopic examination two years later, the vaginal stump was friable and eroded. A cervicovaginal smear and punch biopsy was taken under the impression of a stump recurrence.

**【Results】** The liquid-based cytology preparation of the cervicovaginal smear demonstrated a few papillary tissue fragments and many scattered atypical cells. The papillary fragments contained fibrovascular cores and were lined by loosely cohesive epithelial cells. The background was cellular and showed individually scattered atypical cells with high nuclear/cytoplasmic ratio, nuclear hyperchromasia, irregular nuclear membranes, consistent with high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) cells. There was no definite evidence of HPV cytopathic effect (koilocytosis). The concurrent punch biopsy tissue demonstrated abundant papillary excrescences with marked cytologic atypia and the tumor cells partly resembled urothelial cells, consistent with recurrent PSTCC. HPV test performed by the real-time PCR method was negative.

**【Conclusion】** PSTCC of the uterine cervix is a rare malignant tumor that should be distinguished from benign papillary lesions such as squamous papillomas or condylomas. The most distinctive feature of PSTCC is the three-dimensional papillary configuration with fibrovascular cores and scattered HSIL cells.



**PE-1-24 Single Claudin-4 immunostain has high sensitivity and specificity to differentiate adenocarcinoma from mesothelial cells in body effusion**

Departments of Pathology, Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan

○Jie-Yang Jhuang, Shu-Chen Chang

**[Objective]** For body cavity effusion specimens, it is important to differentiate metastatic adenocarcinoma from reactive mesothelial cells. Since they may have overlapping cytomorphology, immunohistochemical stains are required to distinguish them. This study aimed to evaluate the diagnostic value of claudin-4 marker in making such a distinction in our institute.

**[Methods]** In this retrospectively study, we searched our database and found a total of 91 pleural/peritoneal effusions have been studied, including 30 cases of metastatic carcinoma and 61 cases of reactive mesothelium without metastatic malignancy. Specimens were from routine body cavity effusion collected from patients. Both cytology slides and cell blocks were prepared. The later was used for immunohistochemical staining. Monoclonal anti-claudin-4 antibody was used for immunohistochemical labeling in conjunction with autostainer (Ventana system). For the interpretation criteria, membrane-bound reactivity was considered as significant and percentages of positive tumor cells were recorded.

**[Results]** Claudin-4 protein was positive in 31 specimens (29 metastatic carcinoma and 2 reactive mesothelial cells), and negative in 60 specimens (1 metastatic carcinoma and 59 reactive mesothelial cells). Positive staining for claudin-4 was significantly more frequent in metastatic carcinoma than in the reactive mesothelium ( $P > 0.0001$ ). The sensitivity and specificity of claudin-4 to distinguish reactive mesothelium from metastatic carcinoma were 96.7% (95% confidence interval [CI], 0.80947–0.998258%) and 96.7% (95% CI, 0.876433–0.994301%), respectively. Furthermore, negative likelihood ratio was 0.035. (95% CI, 0.005012–0.236986).

**[Conclusion]** The results of this study demonstrated that claudin-4 is less frequently expressed in reactive mesothelium and almost always expressed in metastatic adenocarcinoma. Thus, this claudin-4 may be helpful in differentiating metastatic carcinoma from reactive mesothelial cells in pleural and peritoneal fluid cytology specimen with both high sensitivity and specificity.

**PE-1-25 Comparison of three different cell block preparations for malignant body fluid specimens**

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital

○Bao-Rung Zeng, Shiou-Feng Liu, Chiung-Ru Lai

**[Objective]** The cell block (CB) in non-gynecologic cytopathology has gained significance because of its pivotal role in molecular diagnosis and ancillary studies. There are 3 benefits of cell block : it could capture all of the material in malignant body fluid specimens, obtain the highest cellular yield including tissue fragments and free-floating single cells, and preserve the cytomorphology and architecture. CB enables the cytopathologist to know additional cytomorphologic specimen detail including the architecture of the lesion. Most importantly, they allow the evaluation of immunocytochemistry to improve diagnostic accuracy.

**[Aims]** To investigate and find out the best method from three different cell block preparations for malignant body fluid specimens.

**[Materials and Methods]** We analyzed the cytologic findings of pleural effusion and ascites specimens from 35 adenocarcinoma cases using 3 different cell block preparations : 95% alcohol, HistoGel (HG) and Gelfoam technique. Two cytopathologists blindly evaluated H&E and IHC sections of the 105 cell blocks from 35 specimens, and scored them on a scale of 0 (suboptimal, worst) to 3 (optimal, best) evaluating cellularity, cell distribution, morphology, background, pellet size, and overall quality. Averages were then obtained and compared with each of the preparation method.

**[Results]** Our study illustrates that if the specimens are not fixed, the cells cannot concentrate. The staining results show that the method of 95% Alcohol makes chromatin well revealed in H&E stain, but pale in IHC stain. The methods of HG and Gelfoam show a better staining intensity in IHC stains than 95% Alcohol. In HE stain, the cellularity of HG is better than Gelfoam, and the background of Gelfoam disturb the interpretation. The results indicate that the HG technique succeeded in achieving the goals of capturing all the free-floating cells, preserving the cytomorphology and architecture, and better staining results.

**[Conclusion]** Based on our data and technique, we found that it is important to fix the specimens with 10% formalin or cytorich red fixative or 95% alcohol before doing the cell blocks. When there is only a little residual specimen, doing a cytospin would be better than a cell block.

**PE-1-26 Metastatic Embryonal Rhabdomyosarcoma in the Pleural Effusion**

Department of Pathology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand

○Sarawut Kongkarnka, Tip Pongsuvareeyakul,  
Surapan Khunamornpong, Jongkolnee Settakorn

**【Introduction】** Rhabdomyosarcoma (RMS) rarely presents with malignant effusion. Herein we report the cytological features of metastatic embryonal RMS (ERMS) in the pleural effusion with a literature review.

**【Case Report】** An 18 years old woman had presented with toothache and left face bulging for 2 months. Computed tomography showed an 8.1 cm inhomogeneous enhancing mass at left maxillary sinus with soft palate and left frontal sinus involvement. An incisional biopsy exhibited a malignant small round cell tumor (MSRCT). ERMS was diagnosed. Despite chemotherapy, she developed dyspnea from left pleural effusion three months later. Pleural fluid cytology demonstrated high cellular specimen composed of numerous single, round-to oval-shaped neoplastic cells with high nuclear cytoplasmic ratio within diluted blood background. The tumor cell size was variable ranging from 2 to 5 times of the size of neutrophils. The nuclei were hyperchromatic and pleomorphic noticeably, including oval, round, indented, bilobated or multilobated appearance. Large intranuclear inclusion was frequently seen. The cytoplasm was rather condensed. Immunostains for myogenin and desmin on cell block preparation slides corroborated the diagnosis of metastatic ERMS.

**【Conclusion】** Although the cytological features of ERMS are more or less different from the other MSRCTs ; rare encounter of metastatic RMS in body fluids may lead to diagnostic difficulty or error, especially in those unknown cases. Desmin and myogenin stain in cell block material is recommended in such cytology fluids with MSRCT as it is a beneficial and easy technique.

**【Disclosure of Interest】** None declared.

**PE-2-1 Long-term exposure to nicotine derivatives and arecoline accelerates and contributes to the progression of Head and neck squamous cell carcinoma**

Graduate Institute of Pathology and Parasitology, National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan<sup>1</sup>, Tri- Service General Hospital, Taipei, Taiwan<sup>2</sup>

○Chun An Ho<sup>1</sup>, Shin Nieh<sup>1,2</sup>

Head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) is one of the leading causes of cancer-related death in Taiwan and worldwide. Chewing betel nut, smoking, and alcoholism are the three major risk factors which may contribute to the development of HNSCC. Recent reports have demonstrated that long-term exposure to either nicotine derivatives or arecoline may be associated with tumor progression of HNSCC. However, the underlying nicotine derivatives-or arecoline-mediated mechanism contributing to the aggressiveness of HNSCC has not been thoroughly studied. Therefore, the study is aimed to evaluate the possible phenomenon contributing to the progression of HNSCC, with special emphasis on the reciprocal effects of both risk factors in terms of cellular and molecular changes in the aggressive potential of HNSCC. In this study, the cell model of long-term exposure to nicotine derivatives and arecoline was established. A comparative analysis using SCC-25 and Fadu cells with or without nicotine derivatives and arecoline exposure was performed to evaluate cell proliferation, migration, and invasion as well as the expression of epithelial-mesenchymal transition (EMT) marker, drug-resistance gene expression, cancer stem cell properties, and anti-apoptotic activity. As a result, either long-term nicotine derivatives or arecoline exposure, or exposures to both risk factors was found to stimulate cell proliferation, enhance migration and invasion, induce EMT with morphological alterations in a dose-dependent manner, and attenuate apoptosis. Furthermore, either long-term nicotine derivatives and arecoline exposure, or exposures to both risk factors promoted sphere-forming capacity, upregulation of Snail, and overexpression of CD133, CD24/44+, Nanog, and OCT4, and the drug resistant genes, ABCG2 and MDR1, as well as increased resistance to radiation and chemotherapy. In conclusion, treatment of

HNSCC with nicotine derivatives, in accordance with exposure to arecoline elicited the similar results, whereas exposures to both risk factors accelerated and enhanced almost all the phenomenon in terms of the progression of HNSCC.

**【Keywords】** Nicotine derivatives ; Arecoline ; Head and neck squamous cell carcinoma ; Tumor progression

## **PE-2-2 The Role of Cancer-associated Fibroblast-induced Chemokine (C-C motif) ligand 11 in Tumor Microenvironment Contributes to the Promotion of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma**

Graduate Institute of Pathology and Parasitology National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology Tri-Service General Hospital, Taipei, Taiwan<sup>2</sup>

○Hsin-Jou Huang<sup>1</sup>, Shin Nieh<sup>1,2</sup>

Head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) is one of the leading causes of cancer-related death in Taiwan and worldwide. The prognosis of HNSCC is usually poor because of its propensity of extensive invasion, local recurrence and frequent regional lymph node metastasis, even at initial diagnosis. Recent studies showed carcinoma-associated fibroblasts (CAFs), a major type of tumor-surrounding stromal cell, generate certain mediators through which CAFs interact with tumors and contribute to cancer progression in numerous cancers. The orchestration between CAFs and cancer cells is complex and its underlying mechanism needs to be explored. In the present study, we used organotypic culture to investigate CAFs that promote aggressive behavior of cancer cells. Using microarray analysis, we detected abundant expression of chemokine (C-C motif) ligand 11 (CCL11) in CAFs and identify CCL11 as a critical mediator in CAF-induced invasiveness. We validated that CCL11 played a major role in the crosstalk between fibroblasts and HNSCC cells via the paracrine manner. CCL11 was found upregulated in CAFs than in normal fibroblasts via Western blot analysis. HNSCC cells treated with recombinant CCL11 increased capabilities of sphere formation in ten days. Administration of CCL11 promoted migration and invasion abilities through induction of the epithelial-to-mesenchymal transdifferentiation with corresponding morphological alterations of cancer cells. Counteracting CCL11 activity diminished the aggressive phenotype of cancer cells induced by CAFs. We further studied the relationship between the expression of CCL11 in both CAFs and HNSCC cells and clinical outcome in the patients with HNSCC. As a result, a high CCL11 expression level was associated with poor prognosis in

terms of nodal metastasis and survival. These results indicate that CAFs promote cancer invasiveness via a paracrine effect on microenvironmental CCL11 signaling and suggest that CCL11 is a potential prognostic biomarker that could be considered in therapeutic strategies for the treatment of patients with HNSCC.

**【Keywords】** Carcinoma-associated fibroblasts (CAFs) ; Chemokine (C-C motif) ligand 11 (CCL11) ; Microenvironment ; invasiveness ; Head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC)

### **PE-2-3 Cytomorphology of Mammary Analogue Secretory Carcinoma of Parotid : A case report and a brief discussion**

Department of Pathology, Chiayi Branch, Taichung Veterans General Hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwan<sup>2</sup>

○Ya-Ju Wu<sup>1</sup>, Chi-Shun Yang<sup>2</sup>, Yee-Jee Jan<sup>2</sup>

**【Abstract】** Mammary analogue secretory carcinoma (MASC) is a recently described low grade carcinoma of salivary gland that has similar histologic features and immunohistochemical profile to the secretory carcinoma of the breast. They both harbors a recurrent balanced chromosomal translocation t(12 ; 15) (p13 ; q25), which leads to the ETV6-NTRK3 fusion gene. Cytologically, MASC can be confused with other low grade salivary gland tumors, particularly the acinic cell carcinoma (AciCC). It is often difficult to distinguish MASC from other mimics based on cytomorphology alone. Herein, we report a case of MASC in the parotid gland in a 20-year-old man. The preoperative diagnosis of the fine needle aspiration (FNA) is "Acinic cell carcinoma is firstly favored". The diagnosis of MASC is confirmed by detection of ETV6-NTRK3 fusion gene by FISH analysis on the surgical specimen. We will discuss how the cytological features and ancillary studies (immunohistochemical stains and FISH analysis) can help use differentiate MASC of salivary gland from other mimics.



#### PE-2-4 A case of simultaneous occurrence of double cancer (tongue cancer and breast cancer) as two separate primary tumor

Departments of Cytopathology, Fujita Health University School of Health Sciences, Toyoake, Aichi, Japan<sup>1)</sup>, Division of Health Sciences, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan<sup>2)</sup>, Department of the Cytopathology, Inazawa City Hospital, Inazawa, Aichi, Japan<sup>3)</sup>, Department of Pathology, Shiga Medical University, Otsu, Shiga, Japan<sup>4)</sup>

○Chiyuki Kaneko<sup>1)</sup>, Tadao K. Kobayashi<sup>2)</sup>, Masanori Ezaki<sup>3)</sup>, Daisuke Taniguchi<sup>3)</sup>, Masato Abe<sup>4)</sup>, Muneo Iwai<sup>4)</sup>

**【Case Report】** The patient was an 80-year-old woman with a medical history of hyperlipidemia and hypertension. The patient visited dental department of a local hospital in 2014, and was found to have tongue cancer, which was diagnosed as well-differentiated squamous cell carcinoma on biopsy. Pre-operative assessment showed cervical lymphadenopathy on physical examination. Fine needle aspiration (FNA) cytology of the enlarged lymph nodes was performed which revealed that squamous cell carcinoma originates in the tongue. Subsequent positron emission tomography (PET) detect a breast mass. FNA cytology of the mass revealed the positive cytology with prominent tubular proliferation. The tumor was diagnosed as solid tubular carcinoma of the breast histologically.

**【Materials and Methods】** FNA cytology of the cervical lymph nodes and breast mass were processed with the liquid-based cytology (LBC) and cell blocks were prepared from the remaining material.

**【Results】** The cytoplasm of tongue cancer cells was orangeophilic, and no histological features of well-differentiated squamous cell carcinoma, such as the so-called cancer pearls or tadpole-shaped cells, were found. Biopsies showed well-differentiated squamous cell carcinoma forming cancer pearls. Breast cancer cells were small, with a high N/C ratio, and proliferated in a solid pattern. Fibrosis was observed in areas of invasion.

**【Discussion】** We encountered a case of tongue cancer with cervical lymph node metastasis and concomitant breast cancer, and report the cytological and histological appearances of these cancers, with a review of the literature.

#### PE-2-5 Mammary Analogue Secretory Carcinoma : A Case Report with Review of the Literature

Dept. of Pathology, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan

○Yu-Lan Yeh, Mei-Ling Chen, Yueh-Min Lin

**【Objective】** Mammary analogue secretory carcinoma (MASC) is a low-grade adenocarcinoma described in the salivary gland in a 2010 report of mainly parotid tumors with features resembling breast secretory carcinoma. It's a recently described salivary gland tumor that harbors the recurrent ETV6-NTRK3 translocation. Although there is paper described the morphology of cytology, due to its rarity, the cytological characteristics of MASC are still not fully understood. Here, we report the case from parotid gland.

**【Methods】** Fine needle aspiration, smear were fixed in 95% ethanol for Papanicolaou stain and air-dried for Liu's stain. Immunohistochemistry and fluorescence in situ hybridization (FISH) were performed.

**【Results】** Cytological findings were cellular smear, the papillary structures with the vascular cores and loosely cohesive syncytial clusters. The tumor cells were polygonal with abundant bubbly cytoplasm and focal eccentric, round to oval uniform nuclei, vesicular chromatin and small nucleoli, with lack or inconspicuous cytoplasmic granules. The background was clear. FISH shows rearrangement of the ETV6 gene.

**【Conclusion】** MASC can be easily be mistaken with other salivary gland tumors. Cytological morphology appears the papillary structures with the vascular cores, abundant/bubbly cytoplasm and lack or inconspicuous cytoplasmic granules. Immunohistochemical stain is useful for differentiating MASC from other tumors, immunostains positive for S100 and negative for DOG1 would favor MASC. However, to date, only ETV6 rearrangement stands as the defining diagnostic criterion.

**PE-2-6 Cytopathology practice in Hungary**

School of Medical Technology, Faculty of Health and Medical Care, Saitama Medical University, Saitama, Japan<sup>1</sup>, Pathology & Cytology Laboratory, BML Group, PCL Japan, Tokyo, Japan<sup>2</sup>, International Education and Training Center, Saitama Medical University, Saitama, Japan<sup>3</sup>

○Masayo Shuto<sup>1</sup>, Maria Mernyei<sup>2</sup>, Yoshitaka Tsuji<sup>3</sup>,  
Hiroshi Watanabe<sup>1</sup>, Mika Narikiyo<sup>1</sup>,  
Hidekazu Kayano<sup>1,3</sup>

**[Objective]** Qualification systems for cytopathological diagnostic practice vary among countries. We aimed to differentiate the features of cytopathology practices between Japan and Hungary.

**[Methods]** The author (MS) visited the Second Department of Pathology, Semmelweis University, Szent Janos Hospital, Korányi TB and the Pulmonology Institute in Hungary in 2015 to study their cytopathology practices supported by a grant from the faculty short-term study abroad program of Saitama Medical University.

**[Results]** Medical technologist qualifications do not exist in Hungary, but other occupational categories are available. Qualified pathologists with two years' experience implement cytopathology practices and laboratory technicians are involved in specimen preparation for cytopathology. Cytologists who undergo a two-year training program to obtain a qualification that is superior to that of a laboratory technician perform cytoscreening. Pathologists are involved in medical interviews with patients, ultrasonography and fine needle aspiration, prepare and fix smear preparations that are routinely stained with hematoxylin and eosin (HE) and Giemsa, with occasional Papanicolaou staining usually limited to gynecological and urological specimens. When necessary, cytopathologically diagnosed specimens stained with HE on glass slides are then immunostained.

**[Conclusions]** Cytopathology practices differ between Japan and Hungary. Understanding such differences in other countries will help to improve cytopathology practices in Japan.

**PE-2-7 The liquid based cytology for cervical cancer screening in Mongolia**

Graduate school of Health Sciences, Gunma University, Japan<sup>1</sup>, Mongolian National University of Medical Sciences<sup>2</sup>

○Batchimeg Tsedenbal<sup>1,2</sup>, Bayarmaa Enhbat<sup>2</sup>,  
Munkhtulga Lhagvasuren<sup>2</sup>, Tomomi Yoshida<sup>1</sup>,  
Toshio Fukuda<sup>1</sup>

**[Objective]** Conventional cytology test is major in Mongolia, but its numerous inflammatory cells, mucus are difficulty. Liquid based cytology (LBC) test is not familiar in Mongolia, then we aimed to assess its sensitivity and accuracy.

**[Methods]** The total 150 cervical split samples were included from 75 women, using cervix-brush. Initially, conventional smears were prepared from brush and brush head was suspended in LBC vial and processed by TACAS™ system, Pap stained, and diagnosed by Bethesda system. Women with the abnormal smears were analyzed by colposcopy directed biopsy.

**[Results]** There were unsatisfactory 14% conventional, and 6% LBC smears ( $p < 0.05$ ). The out of the 13 women with the abnormal conventional smears, 9 true positive, 3 false positive, 1 false negative results were assessed in histology. Thus, conventional cytology test has 90% sensitivity, and 69% analytic accuracy. Therefore, out of the 13 women with abnormal LBC, 10 true positive, 1 false positive, and 2 true negative, no false negative results were in histology. This result shows LBC test has 100% sensitivity and 92% analytical accuracy ( $p = 0.005$ ).

**[Conclusion]** Specimen adequacy was better in LBC test. The sensitivity and analytic accuracy was both higher in LBC test.

## PE-2-8 Current situation in regards to cytology of cervical cancer in Cambodia

Khmer Soviet Friendship Hospital, Cambodia<sup>1</sup>, Department of Obstetrics and Gynecology, Juntendo University<sup>2</sup>, All Japan Labor Welfare Foundation<sup>3</sup>, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University<sup>4</sup>

○Sophana Sam<sup>1</sup>, Kyna Uy<sup>1</sup>, Tsuyoshi Ota<sup>2</sup>,  
Ruriko Nishino<sup>3</sup>, Tomoko Wakasa<sup>4</sup>

**[Background]** In Cambodia, cervical cancer is the leading cause of cancer deaths among females with an estimated 800 cervical cancer deaths per year. Patients come to the hospital mostly in the very late stage of cervical cancer and the clinicians often performed cervical biopsy directly for suspicious invasive cancer cases without cytology, and performed Pap tests in patients who showed no pathological changes. Some biopsy cases were performed after the abnormal cytology results.

In Cambodia, the process of diagnose cervical cancer has not established such as cytology and colposcopic diagnosis. Here we reviewed the cervical cancer statistics in Khmer Soviet Friendship Hospital.

**[Methods]** Khmer Soviet Friendship Hospital is a national general hospital situated in the capital, Phnom Penh, and working as the only cancer center where comprehensive cervical cancer diagnosis and treatment can be provided. From August to October, 2016, we reviewed and analyzed the pathology and gynecology registration book to reveal the current situation of diagnosing cervical cancer.

**[Results]** 2175 patients consulted with the gynecology outpatient department. There were 175 cervical cytology cases and 127 cervical biopsy cases. Among the 175 cytology cases, there was only one LSIL case and the others were all NILM. On the other hand, the biopsy results revealed 70 SCC, 11 Adeno Carcinoma, 1 lymphoma, 7 CIN1, 3 CIN2, 8 CIN3 (4 were CIS), 2 tuberculosis and 25 cases showed no significant change. The biopsy results showed 82 malignant (64.6%) cases and the cytology specimens, however, there were 25 normal results (19.7%) among the biopsy cases.

**[Conclusion]** There was a big discrepancy between the cytology and biopsy results. The situation in Cambodia cannot be changed unless cervical cancer screening is implemented widely, but pathology departments and gynecology departments need to establish further collaboration to give more feedback to each other for more accurate diagnoses of cervical cancer.

## PE-2-9 Usefulness of liquid-based cytology for the diagnosis of oral squamous cell carcinoma—Comparison of conventional method and liquid-based cytology—

Department of Cytopathology, Iizuka Hospital<sup>1</sup>, Department of Pathology, Iizuka Hospital<sup>2</sup>

○Daisuke Kawashima<sup>1</sup>, Toshitaka Uehara<sup>1</sup>,  
Naoya Kanatani<sup>1</sup>, Yuko Matsushima<sup>1</sup>, Kanako Inoue<sup>1</sup>,  
Isao Kuwaoka<sup>1</sup>, Yuka Hotokebuchi<sup>2</sup>, Mizuki Handa<sup>2</sup>,  
Masahumi Oya<sup>2</sup>

**[Objective]** Since oral squamous cell carcinoma (OSCC), which represents the greater part of the malignant tumors occurring in the oral cavity, often has hyperkeratosis. This makes it harder to obtain enough cells for the cytological diagnosis on the smear, and this sometimes makes it difficult for us to diagnose. When we observe atypical cells of basal type or cancer pearls in the specimen, it becomes easier. In this study, we focused on some features to be the basis of OSCC such as keratinized superficial atypical cells, cancer pearls and basal type atypical cells. We aimed to evaluate the usefulness of liquid-based cytology (LBC) for the diagnosis of oral lesions with malignant suspicion by comparing the conventional method and LBC.

**[Materials and Methods]** Samples collected from 25 patients were underwent cytological and pathological testing, and were pathologically diagnosed with oral intraepithelial neoplasia (OIN) and OSCC at the department of oral surgery in Iizuka Hospital. Conventional smears were prepared first, using interproximal brush device. Then the brush, containing the residual material, was immersed in a preservative fluid (TACAS Ruby<sup>®</sup>). Both slides were stained by the Papanicolaou method. We investigated whether keratinized atypical cells, cancer pearls and basal type atypical cells appeared in the specimen or not. Fisher's exact test was used to compare differences between the conventional method and LBC specimen using split-sample. When the P-value < 0.05, the difference was regarded as statistically significant.

**[Results]** Cytological diagnosis by the conventional method was positive in 23/25 cases, negative in 1/25 case and inadequate in 1/25 case. Cytological diagnosis of LBC method was positive in 25/25 cases, nothing for negative or inadequate case. In the conventional method, keratinized atypical cells, cancer pearls and basal type atypical cells were observed in 23/25, in 3/25, in 11/28 cases, whereas in

LBC method, they were in 24/25, in 8/25, in 18/25 cases. The frequency of basal type atypical cell was significantly higher in LBC as compared to the conventional method ( $P = 0.04$ ).

**【Conclusion】** As for the results of the current study, it was expected that the LBC improved the diagnostic precision of oral brush cytology because of being excellent for detecting the atypical cells in the oral cavity.

## **PE-2-10 The Usefulness of the Cell Transfer Technique for Routine Cytology Practice in Taiwan**

Department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology, Mackay Memorial Hospital, Taiwan<sup>2</sup>

○Ho-Han Chen<sup>1</sup>, Shu-Chen Chang<sup>2</sup>, Shiou-Feng Liu<sup>1</sup>,  
Chiung-Ru Lai<sup>1</sup>

**【Objective】** At present, the use of liquid based cytology (LBC) is not so popular in routine cytology practice in Taiwan. Although additional immunocytochemical staining (ICC) is necessary for the workup of cytology diagnosis, the application of ICC is restricted due to limited specimen especially in fine needle aspiration (FNA). The purpose of this study is to evaluate the efficacy of cell transfer technique for its usefulness in daily routine cytology practice.

**【Methods】** A total of 20 cytology samples, with ICC performed on cell transfer slides, were retrieved from the department of Pathology, Taipei Veterans General Hospital and Mackay Memorial Hospital after the introduction of cell transfer technique in 2014. The results and contribution were recorded and analyzed.

**【Results】** Cell transfer technique was performed in 20 cytology samples, including 6 FNA, 1 CSF, 1 pleural effusion, 2 ascites, 1 vitreous fluid, and 9 Pap smears. A total of 34 ICC stains were performed and ranged from one to 3 stains per each case. In 18 cases (90%), ICC stains were contributory for diagnosis : p16 and/or Ki-67 in Pap smears for HSIL and AIS ; CD20 & CD3 for lymphoma in body fluids and FNA ; PAX-8, GATA-3, TTF-1 & CDX-2 for origins of metastases in Pap smears, body fluids and FNA.

**【Conclusion】** Cell transfer technique is very easy and useful in the workup of cytology specimens for those laboratories not using LBC. Although it is not used frequently, it did provide contributory results and helped in getting final diagnosis in 90% of cases using this technique.



**PE-2-11 Rapid on site evaluation on FNA of unknown primary tumor to diagnose neuroendocrine tumors**

Department of Pathology, Beijing Hospital, National Centre of Gerontology, Beijing, PR China

○Lan Chen, Shu-rong He, Dong-ge Liu

**【Objective】** Neuroendocrine neoplasms include a group of heterogeneous tumors originated from neuroendodermal and neural crest. The tumor cells receive neuronal input of neurotransmitters released by nerve cells or neurosecretory cells and release message molecules of hormones to the blood. They share morphological and immunophenotypic similarities despite the tumor origin. There is usually bland cytopathology and minimal polymorphism, but less commonly there can be anaplasia and tumor cells may mimic other malignancies. In this study we presented the morphological variants of neuroendocrine neoplasms diagnosed on FNA of unknown primary tumors in our collection and emphasized the value of rapid on site evaluation (ROSE) for accurate diagnosis by applying ancillary test of immunohistochemistry (IHC) on smears or blocks for differential diagnosis.

**【Methods】** We reviewed 45 cases suspected of neuroendocrine neoplasms on ROSE in the last four years from FNA of unknown primary tumors. Tumor origin spanned a spectrum of GI, lung, breast, thyroid and paraganglia. 28 cases were diagnosed of neuroendocrine neoplasms or tumors with neuroendocrine differentiation with ancillary test of IHC tested in 26 of them and 18 (100%) had further resection samples to confirm the diagnosis, while 8 patients went on with treatment directly without further biopsy or resection. 17 cases signed out as the suspicious had no cell blocks available for IHC and 11 of them had pathology confirmation to be neuroendocrine tumors for 8 cases and other malignancy or benign lesions for 3 cases (27.3%). The other 6 had no pathology follow-up.

**【Conclusion】** While morphology forms the fundamental bases to recognize the neuroendocrine tumors, IHC on cell block plays an important role for differential diagnosis. ROSE helps us to triage sample for cell block preparation and make accurate diagnosis possible on cytology samples. A series of cases are demonstrated in the talk to emphasize the potential pitfalls in dealing with this differential diagnosis.

**PE-2-12 A Novel Method for DNA Cytometry for Exfoliated Cells**

Marketing Development, UB Product Engineering, HU Business Unit, Sysmex Corporation, Kobe, Japan<sup>1</sup>, Product Development, UB Product Engineering, HU Business Unit, Sysmex Corporation, Kobe, Japan<sup>2</sup>

○Hiromi Morisaki<sup>1</sup>, Shigeki Abe<sup>2</sup>, Masahiko Oguro<sup>2</sup>, Kaori Yonekura<sup>1</sup>, Noriko Oka<sup>2</sup>, Tamiaki Kondo<sup>1</sup>, Junya Inoue<sup>2</sup>

**【Objective】** Understanding proliferative status of samples from precancerous lesions can be difficult when proliferating cells are mixed among majority of normal cells. Here, we report a novel flow cytometry method to enable detection of proliferative cell populations.

**【Methods】** Suspended cells were measured by the flow cytometer, and the acquired signals were used to obtain information corresponding to cell morphology and DNA content. Next, the morphological characteristics of proliferating cells were used to select high N/C ratio-populations, and subsequent DNA ploidy analyses were conducted. Finally, the state of proliferation was indicated by an original cell proliferation index (CPIx) that represents the proliferative characteristics of cell populations.

**【Results】** Human buccal cells and human umbilical vein endothelial cells (HUVECs) were measured to calculate the ratios of nuclear and cell diameters (N/C ratio) of individual cells using the FSC\_W and RFL\_W values, as these values correspond to the lengths of the cell and nucleus, respectively. By drawing scattergrams of cell lengths and N/C ratios using measurement values of buccal cells and HUVECs, respectively, these cells could be discriminated as low-N/C ratio group (buccal cells) and high-N/C ratio group (HUVECs). In addition, CPIx values of HUVECs well represented the proliferative conditions of each cell culture. Finally, when low-proliferative HUVECs and high-proliferative HeLa cells were mixed and measured in this system, CPIx values of mixed samples were well correlated with the proportion of HeLa cells.

**【Conclusion】** CPIx value is suggested to represent proliferative status of samples. Therefore, this method is expected to substantially contribute to know the proliferative status of clinical samples such as cervical dysplasia.

### PE-2-13 The Effects of Formalin Fixing Conditions on Fluorescence in situ hybridization in cell block of effusion cytology

Department of Pathology, Fukuoka University School of Medicine and Hospital, Fukuoka, Japan

○Shinji Matsumoto, Yuko Ouchi, Katsumi Kobata,  
Makoto Hamasaki, Kazuki Nabeshima

**【Background】** A cell block method can be applied for immunocytochemical analysis or molecular biological technique of specific biomarkers, and it contributes for accurate diagnosis of effusion cytology. On the other hand, many studies have investigated the effects of formalin fixation for the biomarker expression in tissue samples, there is no study in cytological materials. In the present study, we investigated the effect of formalin fixing conditions on fluorescence in situ hybridization (FISH) in cell block preparation using the cell line.

**【Methods】** The normal human mesothelial cell line (Met-5A) was used. Cells were collected after washing with PBS, and suspended in 0.9% NaCl normal saline solution with 4 mg/dL BSA (albumin from bovine serum) to closely resemble effusion microenvironment. Cell block was prepared by formalin superposition method. The variation of Formalin fixation condition was as follows. 1) Fixing solutions : 10% neutral buffered formalin (NBF), 10% non-buffered formalin or 20% non-buffered formalin. 2) Delay to fixation time : stored at room temperature or 4°C for 0h, 2h, 4h, 8h, 24h, or 48h before fixed. 3) Fixation time : 24h, 72h, 1week or 2 weeks. After embedding in paraffin, the above samples examined respectively by FISH using *p16/CDKN2A* gene probe. Presence of the following factors were observed in each sample. 1) Non-uniform unscorable weakly signal. 2) Decrease or loss of signal. 3) Non-specific signal over nuclei and cytoplasm (autofluorescence or background obscures signal).

**【Results】** The sufficient intensity of signals could be detected in over-fixation samples longer than 72h, however, decreased the number of signals especially *p16* gene (red signals). Specimens left for longer than 4h in room temperature before fixation tended to induce autolysis and increase non-specific background signals. Moreover,

intensity and number of true signals clearly reduced with the passage of time.

**【Conclusion】** Compared with prolonging fixation time, delaying formalin fixation has more serious negative effects on FISH result in cell block. We recommend to perform formalin fix as immediately as possible, and not to leave specimens at room temperature.

## PE-2-14 EBUS-TBNA with ROSE : introducing the procedure to a cancer center

Department of Pathology, Shanghai Cancer Center, Fudan University, Shanghai, PR China<sup>1</sup>, Department of Thoracic Surgery, Shanghai Cancer Center, Fudan University, Shanghai, PR China<sup>2</sup>

○Ying Chen<sup>1</sup>, Bo Ping<sup>1</sup>, Liqing Feng<sup>1</sup>, Longfu Wang<sup>1</sup>,  
Weiping Xu<sup>1</sup>, Lianghong Gu<sup>1</sup>, Hong Hu<sup>2</sup>,  
HaiQuan Chen<sup>2</sup>

**【Objective】** Due to practice patterns and concerns about manpower cost and time consume, rapid on-site evaluation (ROSE) of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) appears to be performed at only limited centers. And uncertainty surrounds the optimal number of cases needed to do ROSE for achieving acceptable yields.

**【Methods】** The primary consecutive 400 cases in two years (2009-2011) performed EBUS-TBNA by one operator in Shanghai Cancer Center were retrospectively analyzed. The first 200 cases were performed with ROSE, and the followed 200 cases were performed without ROSE. The first 200 cases were divided into 8 groups by incremental 25 cases aliquots. Except for Smears and cell blocks, any core tissues found in the aspirates were histologically processed. We focused on the diagnostic yield of EBUS-TBNA, inadequacy of first sampling, inadequacy of sampling, cell block (CB)/biopsy success rate, immunohistochemistry (IHC) success rate, and molecular tests carried out on CB and/or core tissues.

**【Results】** 912 lesions were aspirated from 400 patients, including 269 males and 131 females with a mean age of 57.4, a median age of 59, and ranging from age 24 to 84. In cases without EBUS-TBNA biopsy or subsequent mediastinoscopic or surgical staging resections, clinical follow-up was taken as the gold standard. The inadequacy of first sampling and inadequacy of sampling decreased steadily after the initial 25 cases and remained low thereafter. Inadequacy of first sampling were 48% (12/25) and 8% (2/25) of the 1-25 cases and 176-200 cases. With the help of ROSE, inadequacy of sampling were 20% (5/25) and 0% (0/25) of the 1-25 cases and 176-200 cases, respectively. The CB/biopsy success rate and IHC success rate increased steadily after the initial 100 cases. Molecular

tests were performed successfully from 26-50 cases. The sensitivity, negative predictive value (NPV), and diagnostic accuracy for the 8 groups of the first 200 case were relatively stable with ROSE. The overall sensitivity, NPV and diagnostic accuracy for the first 200 cases and the followed 200 cases were 95.4% and 97.7%, 88.0% and 95.5%, 92.3% and 96.9%, respectively. Without ROSE, the diagnostic yield continued to increase slightly after the initial 200 cases.

**【Conclusion】** ROSE provided a clear advantage in providing high diagnostic accuracy for EBUS-TBNA by ensuring adequate sampling. Without ROSE, the diagnostic yield continued to increase slightly after the initial 200 cases. If further sample triaging was not considered, it was cost and time effective that ROSE could be no longer performed when the inadequacy of first sampling was low enough and EBUS-TBNA continued to be accomplished by the same operator.

**PE-2-15 A novel flow cytometry (FCM) based system for cervical cancer testing**

Obstetrics and Gynecology, Japanese Red Cross Musashino Hospital

○Tatsuo Yamazaki, Nobuko Akamata, Hiroyuki Kurosu, Satoshi Umezawa

**【Objective】** The aim of this study was to assess the utility of a novel FCM based system for cervical cancer testing through comparisons of measurement results from the system with clinical data.

**【Method】** Cell samples were collected from patients who were treated at our department between September 2011 and February 2013 using the Cervex-Brush Combi. Direct smears were prepared and cells remaining after this process were preserved in preseavation solution to prepare liquid-based cytology specimens (n = 746). Specimens were measured using a prototype FCM system (Sysmex Corporation) and an original index, cell proliferation index (CPIx) was used in this study to calculate cell proliferation. The measurement results were verified against the clinical information. Hybrid Capture II (HC II) was also conducted.

**【Results】** Probability values of correlations between the median CPIx value for each specimen and histological grade were as follows : 0.186 for normal and cervicitis (n = 32), 0.238 for CIN1 (n = 47), 0.351 for CIN2 (n = 18), 0.534 for CIN3, (n = 24), and 0.759 for squamous cell carcinoma (n = 15). The clinical performance of this system was as follows : the sensitivity was 95.2% (58/61) to detect  $\geq$  CIN2 lesions, whereas the specificity was 76.3% (455/596) when NILM and  $\leq$  CIN1 were defined as negative. Compared with FCM system and HC II, the sensitivity to detect  $\geq$  CIN2 lesions by FCM system was 95.2% (40/42), whereas that of HC II was 92.9% (39/42).

**【Conclusion】** The system showed a favorable clinical performance to detect  $\geq$  CIN2 lesions. This shows that it might be utilized to provide healthcare professionals with support information for the diagnosis of cervical cancer.

**PE-2-16 A Case of Plasmablastic Lymphoma**

Diagnostic Pathology, Yokohama City University Medical Center

○Teruaki Kodera, Masako Otani, Chiemi Ebizuka, Mikiko Tanabe, Yoshiaki Inayama

Plasmablastic lymphoma is a rare malignant lymphoma, which occurs commonly in HIV-positive or immunodeficiency state, including advanced age. We discuss on cytological features of plasmablastic lymphoma with an HIV-negative patient.

**【Case】** The patient is a 63-year-old male, who had been followed up as having nodular goiter of the thyroid. He noticed swelling of the right neck and supraclavicular region. Pharyngeal tumor was suggested by PET. Fine-needle-aspiration (FNA) cytology of the lymph node and biopsy of the pharynx were performed.

**【Cytological findings】** In necrotic background, there were a lot of large atypical cells sparsely. They had cytoplasmic vacuoles and a single or multiple large nuclei with distinct nucleoli and coarse chromatin. Some nuclei located peripherally.

**【Histological findings】** There were some large atypical cells mainly in vessels. They resembled plasma cells, having a single peripherally located nucleus with perinuclear halo. However, some had multiple nuclei and distinct nucleoli. Immunohistochemically, they were positive for EMA and CD138, indicating plasmablastic lymphoma.

**【Conclusion】** The specimen by FNA from lymph node contained rather necrotic and degenerated atypical cells, which had no apparent perinuclear halo in Papanicolaou stain. The diagnosis of plasmablastic lymphoma is difficult without characteristic findings of plasma cell.



**PE-2-17 Fine Needle Aspiration Cytology of Kikuchi's lymphadenitis - Experiences of Korea Cancer Center Hospital**

Department of Pathology, Korea Cancer Center Hospital, Kiraams, Seoul, Korea

○Hwa-jeong Ha, Jung-soon Kim, Myung-soon Shin,  
Woo-tack Song, Jae-kyung Myung, Hye-sil Seol,  
Sun-hoo Park, Jae-soo Koh, Seung-sook Lee

**【Objective】** Kikuchi's lymphadenitis (KL) is a benign lymphadenopathy with spontaneous regression. It can be not only clinically but also pathologically mistaken for lymphoma, tuberculosis or SLE. Surgical biopsy is unnecessary if a firm diagnosis can be rendered by fine-needle aspiration cytology (FNAC). In order to find out helpful diagnostic points in the initial diagnostic step FNAC, we examined cytologic details of histologically proven KL.

**【Methods】** Retrospective review was done for 108 patients of FNAC of lymph nodes in which KL was diagnosed or suggested by FNAC and/or biopsy at the department of Pathology, Korea Cancer Center Hospital during the period of January 2010 and June 2016. Histologic sections of FNAC cell blocks and subsequent biopsy specimens were available in 22 and 31 patients, respectively, for confirmation of the diagnosis.

**【Results】** Smears of all the 22 cell block available cases were in concordance with cell block histology and immunohistochemistry of KL. Among 31 biopsy-proven cases, 19 showed diagnostic concordance of FNAC smears with biopsy. Three of the 14 discordant cases were cytologically diagnosed as KL but were histologically proven to peripheral T-cell lymphoma (1), reactive hyperplasia (1) and granulomatous inflammation (1), respectively. The other 11 of the 14 discordant cases were suggested as reactive hyperplasia on FNAC and were finally diagnosed as KL on biopsies.

**【Conclusion】** From our retrospective analysis, we suggest it would be the most helpful to thoroughly find out the characteristic phagocytic histiocytes including crescentic nucleus, especially focusing on the presence of eosinophilic granules in their cytoplasm.

**PE-2-18 Primary Intraocular Lymphoma Masqueraded as Uveitis : A Case Report**

Department of Pathology, Kaohsiung Veterans General Hospital, Kaohsiung, Taiwan

○Yu-ju Lin, Ting-Ying Fu

**【Objective】** Primary intraocular lymphoma (PIL) is a rare hematopoietic malignancy which is difficult to diagnose. PIL predominantly occurs in the elderly and often involves bilateral orbits with central nervous system involvement.

**【Methods】** We used Papanicolaou and immunohistochemistry stains to analyze cytological morphology and differential lymphoid lineage. Flow cytometry was performed as an ancillary test.

**【Results】** Herein, we report a 57-year-old woman with unilateral PIL diagnosed by vitreous aspiration, initially presented as uveitis. Our case illustrated the importance of a careful clinical examination and investigation as uveitis is a common inflammatory eye disorder. PIL should be considered as differential diagnosis for uveitis that is unresponsive to therapy, as PIL could be a great mimicker. Vitreous smear showed atypical lymphocytes with enlarged nuclei, prominent nucleoli, and clumping chromatin. On immunohistochemistry stains, these atypical cells were positive for B-cell marker (CD20) and negative for T-cell marker (CD3), indicating the presence of monoclonality. Flow cytometry showed 45.1% aspirated cells were positive for CD20 surface marker, and 26.1% positive for T-cell surface marker (CD3). Taken together the results of cytological morphology, immunostains, and flow cytometry, intraocular B-cell lymphoma was diagnosed. The CSF cytology and bone marrow biopsy was performed to exclude systemic lymphoma, and there was no evidence of extraocular lymphoma.

**【Conclusion】** Accurate cytological diagnosis of primary intraocular lymphoma via vitreous aspiration affects by specimen quality. Ancillary tests in combination with cell morphology may be helpful to facilitate accurate diagnosis.

**PE-2-19 T-Cell Lymphoma Diagnosed in Sputum in a Patient with Tuberculosis**

Department of Anatomic Pathology, Taipei Institute of Pathology, Taiwan<sup>1</sup>, Department of Pathology and Laboratory Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taiwan<sup>2</sup>

○Yeh-Han Wang<sup>1</sup>, Chiung-Ru Lai<sup>2</sup>

**【Objective】** To demonstrate a difficult case of T cell lymphoma diagnosed in sputum cytology in a patient with concurrent mycobacterial infection.

**【Methods】** This 69-year-old female suffered from persistent dry cough without fever for more than one month, associated with progressive short of breath. She also complained poor appetite and weight loss by 4 kg in recent months. After the check-up, the radiographic examination (CXR and CT) revealed patchy infiltration and consolidation over the right lung and enlarged lymph nodes in bilateral hilum and cervical region. Needle biopsy of the cervical lymph node was performed, showing caseous necrotizing granuloma with acid-fast positive mycobacterium. Q-PCR confirmed the mycobacterial infection. After 3-month treatment, the symptoms were persistent and progressive. Cytology specimens from sputum, pleural effusion and ascites were collected and examined in her 2nd time admission.

**【Results】** The sputum smears reveal small and loose atypical lymphoid infiltration scattered between squamous cells or in the background. The atypical lymphoid cells manifest small to medium size with pleomorphism, hyperchromasia and irregular nuclear membrane. The atypical lymphocytes are positive for LCA, CD3 and negative for CD20. The malignant lymphoma cells are also present in the pleural effusion and ascites.

**【Conclusion】** Pulmonary involvement of T cell lymphoma with positive sputum cytology is very rare. Concurrent mycobacterial infection may also distract examiner's focus. Being alert to atypical inflammatory cells is very important not to miss such cases in cytology.

**PE-2-20 NUT Carcinoma with Cytoplasmic Basophilia Mimicking Lymphoma : Diagnostic Pitfall**

Department of Pathology and Laboratory Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan

○Yen-Ying Chen, Chiung-Ru Lai

**【Background】** NUT carcinoma is a rare, poorly differentiated carcinoma characterized by the presence of NUT gene rearrangement. The cytopathologic features of NUT carcinoma are nonspecific and overlap with other poorly differentiated carcinomas or round cell tumors.

**【Case】** A 36-year-old man presented with cough for two months. Chest CT showed a large infiltrative mass involving left upper and lower lobes of lung, with mediastinal invasion, lymphadenopathy, pleural and pericardial effusion. He underwent LUL wedge resection and the initial diagnosis from another hospital was poorly differentiated squamous cell carcinoma. Our department reviewed the slides and the diagnosis is revised to NUT carcinoma after additional immunostain for NUT. Pericardiocentesis was done to relieve his orthopnea. Cytospins of pericardial fluid show a cellular specimen consisting of noncohesive, monomorphic, large-sized tumor cells with round to ovoid nuclei, open chromatin and prominent nucleoli. The cytoplasm is scant and deeply basophilic in Liu's stain. The tumor cells on cell block are positive for P40 and NUT, while negative for CD3 and CD20.

**【Conclusion】** We present a case of NUT carcinoma which shows intense cytoplasmic basophilia and strongly mimics a lymphoma. Although it is rarely seen in NUT carcinoma, awareness of this feature is important as it can lead to a diagnostic pitfall.

## PE-2-21 Most primary effusion lymphomas in Taiwan are unrelated to HIV and HHV8

Department of Pathology, Taipei veterans General Hospital, Taipei<sup>1)</sup>, Department of Pathology, Shuang-Ho Hospital, Taipei Medical University, New Taipei City<sup>2)</sup>, Department of Pathology, Chi-Mei Medical Center, Tainan<sup>3)</sup>

○Man-Hsu Huang<sup>1)</sup>, Bo-Jung Chen<sup>2)</sup>, Shih-Sung Chuang<sup>3)</sup>

**[Introduction]** Primary effusion lymphoma (PEL) is a HHV8-associated large B-cell lymphoma presenting in body effusion without forming a mass. Cases of HHV8-negative effusion-based lymphoma have been reported with distinct immunophenotype and occasional association with fluid overload status and/or HCV infection. Up to date, there is no large series of PEL with comparison of the two groups from Taiwan.

**[Materials and Methods]** 1. Patients : A total of 18 PEL cases from Taiwan were retrospectively collected, and cell blocks were available in 17 cases for study. 2. Immunohistochemistry : Antibody to bcl2, bcl6, CD3, CD10, CD19, CD20, CD138, cyclin D1, HHV8-LANA (latent-associated nuclear antigen), MUM1 and myc were used. The cut-off value of myc was set as 40% of tumor cells with nuclear staining. 3. EBV in situ hybridization (EBER) Fluorescence in situ hybridization (FISH) : Locus-specific interphase FISH with BCL2, BCL6, IGH and MYC dual color break-apart probes were used on paraffin-embedded cell block section.

**[Results]** The 18 cases included 13 males and 5 females, with M/F ratio of 2.6 and a median age of 77 (range, 46-92). The most common effusion site was pleural (78%). HIV, HBV, and HCV infection were positive in 1/7, 0/8 and 1/11 patients, respectively. Immunohistochemically, 78% cases expressed at least one of the pan B-cell markers (CD19, CD20 or CD79a) ; 35% cases expressed CD30 ; 29% cases expressed CD138. CD10 was negative in all cases. Bcl2, bcl6, MUM1, and myc was expressed in 69%, 38%, 88%, and 40% cases, respectively. Three (18%) were positive for HHV8 : 14 (82%), negative. IGH, BCL2, BCL6 and MYC were rearranged in 69%, 23%, 25%, and 25% cases, respectively. One patient was lost to follow-up. Ten patients received chemotherapy, and 7, supportive

care. In a median follow-up of 3 months (range, 0-33), 13 patients died of disease in 0 to 33 months (median, 2.5 months). The 1-and 2-yr survival rates were 33% and 13%, respectively. The HHV8-positive group (n=3) showed more frequent expression of CD30 (100% vs. 21% ; p=0.0097, Chi-squared test) as compared to the HHV8-negative group (n=14). None of the HHV8-positive cases expressed any of the pan B-cell markers or bcl2, in contrast to 93% (13/14) and 85% (11/13), respectively, in the HHV8-negative group (p=0.0058 and 0.004, respectively). EBER was positive in 33% (1/3) and 15% (2/13) cases, respectively. One HHV8-negative case was a double-hit lymphoma with rearranged IGH, BCL2 and MYC.

**[Conclusion]** 1. There are more cases of HHV8-negative PEL (or effusion-based lymphoma) than HHV8-positive classical PEL (82% and 18%, respectively) in Taiwan. Interestingly, the two HHV8-positive cases tested for HIV were both negative. The clinical settings, including age, sex, infection of HIV, HBV or HCV and fluid overload status, are not significantly different between two groups in our series. 2. The two groups reveal indistinguishable cytomorphology, but distinct immunophenotype. All 17 cases are non-germinal center phenotype without CD10 expression. But HHV8-negative cases reveal more expression of pan B-cell antigens (93% of cases), but less bcl2, CD30 and CD138 (85%, 21% and 21% of cases, respectively). 3. The positive rates of EBER and rearrangement of *BCL2*, *BCL6*, *IGH* and *MYC* loci are not significantly different between two groups in our series. 4. Both groups in our series display dismal prognosis, comparing to better prognosis of HHV8-negative cases in the series of Alexanian et al. (*Am J Surg Pathol* 2013 ; 37 : 241-249)

## PE-2-22 Intraoperative smear cytology of chordoid meningioma : a case report and literature review

Department of anatomic pathology, Chiayi Chang Gung memorial hospital, Chiayi, Taiwan<sup>1)</sup>, Department of pathology, Saint Mary's Hospital, Luodong, Taiwan<sup>2)</sup>

○Huei-Chieh Chuang<sup>1)</sup>, Hou-yu Chen<sup>2)</sup>

**【Introduction】** Chordoid meningioma is a rare subtype of meningioma displaying a greater tendency of recurrence and locally aggressive behavior. Herein we report features of this rare tumor by an intraoperative smear cytology and do a literature review.

**【Case report】** This 47-year-old woman complained of intermittent dizziness for months. Brain magnetic resonance images revealed a parietal tumor measuring 6.1 x 5.4 x 4.4 cm. Intraoperative smear cytology showed moderately cellular sheets of ovoid to spindle tumor cells. The cells had vesicular nuclei with small nucleoli and moderate amounts of eosinophilic cytoplasm with indistinct cell borders. Some inflammatory cells and myxoid materials were found in the background. Histologically, cords and trabeculae of epithelioid tumor cells were separated by a fibrous and mucous-rich matrix containing delicate blood vessels. Tumor cells were positive for vimentin and EMA but negative for AE1/AE3, S100, GFAP, HepPar-1, CD34 and NeuN immunohistochemically. The final diagnosis of chordoid meningioma was made. Gross total tumor resection was achieved, and no recurrence was detected after a 6-month follow-up.

**【Discussion】** Meningioma is a common intracranial tumor and majority of subtypes behave in a benign clinical manner. Chordoid meningioma is classified as WHO grade II tumors because of a high rate of recurrence and less favorable outcomes. In smear cytology, it is characterized by sheets and clusters of ovoid, vacuolated tumor cells in a background of myxoid materials and chronic inflammatory cells. The differential diagnoses include chordoma, chordoid glioma, chondrosarcoma and metastatic adenocarcinoma. Chordoma is composed of large tumor cells having copious vacuolated bubbly cytoplasm in a discohesive manner. In chordoid glioma, binucleated tumor cells with relatively

long and fibrillary cytoplasmic processes are usually seen. By contrast, bizarre and pleomorphic nuclei are characteristic of chondrosarcoma and metastatic adenocarcinoma. In chordoid meningioma, tumor cells are always bland looking. Chordoid meningioma is immunoreactive for EMA and vimentin. Stainings for S100, AE1/AE3 and GFAP are negative. In conclusion, the diagnosis of chordoid meningioma made by smear cytology is challenging owing to its rarity and different features compared to classical meningioma. A quick, correct diagnosis during intraoperative consultation depends upon successful recognition of the distinctive cytomorphology of this tumor.



### PE-2-23 A case of anaplastic oligodendroglioma that proved difficult to diagnose

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>

○Yorihiko Takase<sup>1</sup>, Yasuo Sugita<sup>2</sup>, Hideyuki Abe<sup>1</sup>, Akihiko Kawahara<sup>1</sup>, Tomohiko Yamaguchi<sup>1</sup>, Tomoki Taira<sup>1</sup>, Chihiro Fukumitsu<sup>1</sup>, Kazuya Murata<sup>1</sup>, Yoshiki Naito<sup>1</sup>, Jun Akiba<sup>1</sup>

**【Background】** Anaplastic oligodendroglioma is a rare brain tumor, and few cytological reports are available. We report here a case of anaplastic oligodendroglioma diagnosed on squash cytology.

**【Case】** A man in his 70's visited a nearby hospital complaining of pain and numbness in his left hand and right leg. A mass was found in the left parietal lobe by magnetic resonance imaging and oligodendroglioma or astrocytoma was suspected clinically. Squash cytological smears showed loose clusters of tumor cells. Individual tumor cells showed abundant eccentric eosinophilic cytoplasm, like that seen in gemistocytic-like cells. Frozen section findings were consistent with those of squash cytology, and the tumor was diagnosed as gemistocytic atypical astrocytoma. After surgery, about two thirds of the tumor was found to be typical oligodendroglioma, while the remaining third was anaplastic oligodendroglioma with gemistocytic-like cells. The anaplastic oligodendroglioma was positive for OLIG2, IDH-1 and GFAP by immunohistochemistry, and a deletion of 1p19q was detected by FISH analysis.

**【Conclusion】** The intraoperative diagnosis of brain tumors is often difficult because of small sample sizes, and a more comprehensive diagnosis using IHC and FISH analysis is necessary in rare cases. The intraoperative diagnosis of brain tumors can be important to achieve a differential diagnosis.

### PE-2-24 Cytopathologic analysis in pediatric and young adult age group : review of our experiences

Department of Pathology, Osaka City General Hospital, Osaka, Japan

○Naomi Ishii, Hiroko Fukushima, Kakeru Yamahata, Yuri Seko, Yuka Yokota, Takeshi Inoue

**【Background】** In pediatric and young adult age group, rare various malignant tumors that have an aggressive course can be seen. A rapid accurate diagnosis for them from cytology specimens is important, although cytopathologists are relatively unfamiliar with them. We evaluate the role of cytology for young age group with our cases.

**【Methods】** We conducted a retrospective study of cytology in pediatric and young adult patients  $\leq 29$  years of age. Distribution of cases in different age groups, sample types, histologic types were analyzed.

**【Results】** 379 positive samples (2.3%) from 205 cases (2.0%) in young age group were collected from 16,676 positive samples (10,425 cases) in our institution for 22 years. Sample types were CSF (54.9%), uterine smears (23.5%), body cavity fluid (10.3%), and others. The cytological diagnosis were classified as follows : leukemias 119 (31.4%), brain tumors 90 (23.7%), uterine cervical neoplasms 84 (23.2%). In children  $\leq 10$  years of age, the most common diagnosis were leukemias 19 cases (67.9%) and brain tumors 21 cases (70%). Uterine cervical neoplasms were not found under 15 years of age. Definite diagnosis could be offered on cytology in most cases, while in 16 cases (7.8%) specific diagnosis could not be offered. Most of them were small round cell tumors like rhabdomyosarcoma, AT/RT, etc.

**【Conclusions】** Cytology is a simple and useful diagnostic procedure. This study showed an efficacy of cytology in the pediatric and young adult age group, although cytopathologists should be aware of performing immunocytochemistry and/or FISH to achieve the correct diagnosis of small round cell tumors.

**PE-2-25 A Retrospective Study on the Risk of Malignancy Associated With the Papanicolaou Society of Cytopathology Guidelines in Endoscopic Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration Specimens of Pancreatic Lesions**

Department of Pathology, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing, PR China

○Zhilan Meng, Bo Chen, Yu Zhao, Jiangang Gu,  
Huanwen Wu, Zhiyong Liang

**[Objective]** The Papanicolaou Society of Cytopathology (PSC) has recently proposed a standardized terminology and nomenclature guidelines for pancreatic cytology. However the risk of malignancy associated with the new guidelines has been scarcely studied. In this study, we investigated the risk of malignancy for endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration (EUS-FNA) cytology according to the PSC new guidelines.

**[Methods]** 294 patients who had undergone pancreatic EUS-FNA procedures were retrospectively studied. The cytologic diagnoses were re-classified according to PSC new guidelines. The risk of malignancy was calculated and the receiver operating characteristic (ROC) curve analysis was performed.

**[Results]** The risks of malignancy were 18.1% for “negative,” 20.0% for “neoplastic,” 57.1% for “nondiagnostic,” 69.2% for “atypical,” 87.5% for “suspicious,” and 100.0% for “positive” respectively. The area under the receiver operating characteristic (AUROC) was 0.93 (95% CI, 0.90-0.96), which was significantly higher than that associated with old classification (0.82 : 95% CI, 0.77-0.87) conventionally used in China.

**[Conclusion]** Our investigation demonstrated that the new guidelines have a greater ability of risk stratification than the old classification system conventionally used in China. This may be helpful in giving better predictions of malignancy, thus leading to more personalized treatment strategies.

**PE-2-26 The Cytological examination of gastric disease for the patients on the emergency department**

Kazakhstan Institute Oncology and Radiology<sup>1</sup>, Hospital emergency first aid Almaty<sup>2</sup>, Pathology anatomical Bureau Almaty<sup>3</sup>, The Association of Kazakhstan Cytologists<sup>4</sup>

○Z. B. Yeleubayeva<sup>1</sup>, A. E. Nartaeva<sup>2</sup>, B. D. Alibekov<sup>3</sup>,  
G. B. Abdrakhimova<sup>4</sup>

The paper discusses the cytological characteristic of inflammatory, atrophic and dysplastic changes of the gastric mucosa.

**Keywords :** Gastric mucosa, hyperplasia, intestinal metaplasia, atrophic gastritis, gastric epithelial dysplasia, *Helicobacter pylori*.

Chronic gastric diseases are one of the leading places in the clinic of internal medicine diseases. Their share in the total burden of disease is more than 60%.

*Helicobacter pylori* (HP) -one of the most common infections in the world.

Retrospectively analyzed the results of 146 cytological studies of emergency medical patients with gastric pathology for 2 years, which amounted to 584 study.

Cytological samples obtained primarily to biopsy the tissue pieces are also used blind lavage with saline is endoscopy.

**The Results :** Regardless of the method of producing the material in 81.3% cases of cytological material presented multicellular clusters covering epithelium are with severe degenerative changes, elements necrosis and infiltrations with neutrophilic leukocytes that matched the clinical diagnosis of acute gastritis. In 8.8% of cases in cytological smears detected cell secretory type glands, accumulation of covering foveolar type epithelium and intestinal metaplasia with the inflammation signs. In 7.3% of cases severe restructuring epithelial cells with reactive changes. Dysplasia of mild to moderate degree in 1.3% of cases, in 0.7% dysplasia of glandular epithelium severe structural atypia, with increased cell proliferation. In 40% studied by immersion in the epithelium of the mucous glands and surface epithelium revealed different degrees of contamina-

tion H. Pylori. Background -92% of cases, the inflammatory process, and in 8% of cases reactive regenerative epithelial changes. In 0.7% in the case detected stomach cancer.

Conclusion : 1. Application of the method of cytological diagnosis of patients admitted to the emergency hospital emergency gastric pathology, found in 80% of cases of acute gastritis, with varying degrees of inflammation prevalence of severe degree, including 40% of the cases was detected Helicobacter pylori.

2. Cytological examination revealed morphologic processes in the form of intestinal metaplasia, atrophy and different degrees of dysplasia epithelium of the gastric mucosa.

3. In severe dysplasia of the epithelium of the mucous membrane of the stomach to prevent gastric cancer patients should be advised to repeat the survey to take the material for histological analysis.

## PE-2-27 Inconsistency Analysis between Fine-Needle Aspiration Cytology and Imprint Cytology during Hepatic Tumor Sampling- Five -year Experiences in a Tertiary Center

Department of Laboratory Medicine, National Taiwan University Hospital

○Ya-Ting Lee, Tsu-Yao Cheng, Chun-Ming Wang,  
Ping-Fung Chung, Min-Se Huang, Ming-Hsiang Weng,  
I-Shiow Jan

**[Background]** The preoperative diagnosis of suspected neoplastic hepatic lesions mostly depends on either fine needle aspiration (FNA) cytology or core biopsy. Under sonographic guidance, hepatic lesions can be detected and sampled properly and safely. The touch imprint cytology can be done at the same time on processing biopsy specimens. Previous studies have shown that both FNA and imprint cytology can yield similar sensitivity and specificity (around 85%, 100% vs. 87.1%, 100% respectively). But there did exist inconsistency of final diagnosis between these two methods. The aim of this study is to investigate the possible causes of discrepancies between FNA and imprint cytology of hepatic tumors.

**[Materials and Methods]** From January 2011 to December 2015, 4,044 cases of liver imprint and 1,245 cases of liver FNA cytology examinations were performed at our institute NTUH. Among these cases, 990 cases out of 938 patients had concurrent FNA and imprint cytology smears. All these cases were sampled under sonographic guidance, and slides were stained with both Papanicolaou and Liu's stain (a kind of Romanowsky stain). The slides of inconsistent pairs were reviewed and were compared with clinical-imaging-histopathological diagnosis.

**[Results]** Thirty seven cases had diagnostic discrepancy between FNA and imprint cytology. After excluding nine cases with consistent clinical diagnosis, cytology specimens of six cases in the FNA (+)/imprint (-) group were reviewed. Most cases (83%, 5/6) had adequate cellularity, but there was no obvious malignant cell after thorough reviewing. Twenty two cytology cases in the FNA (-)/imprint (+) group were also reviewed. Up to thirteen cases (59%) had poor cellularity for interpretation. Four

cases showed degenerated cells in the inflammatory/necrotic background. Five cases showed no obvious malignant cells after thorough microscopic reviewing.

**【Conclusion】** In this study, we've found that cellularity adequacy was one of the important causes for false-negative FNA cytology but not imprint cytology examinations. Technical improvement for proper smear preparation may be helpful for FNA(+)/imprint(-) cases. Adequate FNA sampling passes may decrease false negativity for FNA(-)/imprint(+) cases.

### **PE-2-28 Perivascular epithelioid cell tumor (PE-Coma) of the retroperitoneum diagnosed by preoperative EUS-FNA cytology : a case report**

Department of Diagnostic Pathology, Takatsuki Red Cross Hospital, Osaka, Japan<sup>1</sup>, Cancer Education & Research Center, Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, Osaka, Japan<sup>2</sup>

○Koichiro Araki<sup>1</sup>, Chihiro Watanabe<sup>1</sup>,  
Hiroko Murakami<sup>1</sup>, Tomomi Hirota<sup>1</sup>, Wataru Chiba<sup>1</sup>,  
Tadao K. Kobayashi<sup>2</sup>

**【Background】** Perivascular epithelioid cell tumors (PEComas) are rare mesenchymal neoplasms which can arise from almost any location in the body.

**【Case】** A woman in her 50s with a 3.5 x 2.3-cm mass was observed in the body of the pancreas on abdominal plain CT performed to follow the course after left breast cancer surgery performed 8 years ago. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) cytology of the pancreas was performed. Wet-fixed and cell block preparations were prepared.

**【Results】** On Papanicolaou staining, atypical cells population accompanied by tumor vessels was present with small lymphocytes in the background. Atypical cells occurred cells formed a solid nest with microvacuolated, lace-like cytoplasm. Therefore, the diagnosis of this lesion based on EUS-FNA cytology findings was suspected adenocarcinoma but neither increase in chromatin nor nuclear division were observed. Therefore, it was difficult to make a diagnosis based on the cellular morphology alone. Immunostaining was performed using cell blocks. HMB-45,  $\alpha$ -SMA, and Melan-A were positive, and AE1/3, S-100, c-kit, synaptophysin, CD10, and bcl-2 were negative. Based on these, the lesion was diagnosed as a PEComa. Laparoscopic excision of the tumor was performed. It was located at the retroperitoneum alongside the inferior margin of the body of the pancreas. The excised tumor had a fibrous capsule, the boundary was clear, and the cut surface was solid with a fibrous septum. The pathological diagnosis was PEComa, the same as that on preoperative cytology.

**【Discussion】** PEComas are defined as tumors that differentiate into perivascular epithelioid cells, and angiomyolipoma in lymphangiomyomatosis of the kidney and liver are included. The present case was a rare tumor classified as



PEComas-NOS that originated from the retroperitoneum. Ultimately, this patient was diagnosed with EUS-FNA cytology before surgery using the cell block method.

**【Conclusion】** We report the case of PEComa and review the literature on outcomes and the search for markers associated with this rare disease.

### **PE-2-29 Expression of vimentin and high molecular weight cytokeratin in the differentiation between reactive renal tubular cells and low-grade urothelial carcinoma cells in voided urine**

Department of Medical Biophysics, Kobe University Graduate School of Health Sciences, Hyogo, Japan<sup>1</sup>, Laboratory of Pathology, Department of Medical Technology, Kagawa Prefectural College of Health Sciences, Kagawa, Japan<sup>2</sup>, Division of Pathology, Department of Clinical Research, Shikoku Medical Center for Children and Adults, Kagawa, Japan<sup>3</sup>, Department of Diagnostic Pathology, University Hospital, Faculty of Medicine, Kagawa University, Kagawa, Japan<sup>4</sup>

○Hiroyuki Ohsaki<sup>1</sup>, Eiichiro Hirakawa<sup>2</sup>,  
Muneo Nakamura<sup>3</sup>, Reiji Haba<sup>4</sup>

**【Objective】** Reactive renal tubular cells show features of an atypical repair reaction. Differentiation between reactive renal tubular cells and low-grade urothelial carcinoma cells (LG-UCs) therefore can be a diagnostic challenge based on morphology alone. In this study, we evaluated the diagnostic utility of vimentin and high molecular weight cytokeratin (HMWCK) antibody in differentiating reactive renal tubular cells from LG-UCs.

**【Methods】** We evaluated voided urine cytology and surgical specimens from 40 patients with renal disease, and 17 patients with low-grade urothelial carcinoma. All slides were stained with vimentin and HMWCK.

**【Results】** In the reactive renal tubular cells in voided urine cytology, vimentin showed strong cytoplasmic staining in 39/40 (97.5%) cases, but all forty cases were negative for HMWCK. The LG-UCs showed positive for HMWCK in 3/17 (17.6%) cases, whereas none were positive for vimentin. The reactive renal tubular cells of histological specimens in the renal disease group demonstrated positive for vimentin in all (40/40) cases, but all 40 cases were negative for HMWCK. The low-grade urothelial carcinoma group showed abnormal staining for HMWCK in 4/17 (23.5%) cases, whereas none were positive for vimentin.

**【Conclusions】** Vimentin expression in urine cytology can help to distinguish reactive renal tubular cells from LG-UCs. However, HMWCK does not appear to be a useful adjunct to distinguish these 2 groups in voided urine cytology.

**PE-2-30 Type 2 papillary renal cell carcinoma invasion of the renal pelvis by pelvic irrigation cytology**

Division of Cytopathology & Histopathology, Kansai Medical University Medical Center, Osaka<sup>1</sup>, Department of Pathology and Laboratory Medicine, Kansai Medical University, Osaka<sup>2</sup>, Division of Surgical Pathology, Ayabe City Hospital<sup>3</sup>, Cancer Education & Research Center, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka<sup>4</sup>

○Yuichi Kinoshita<sup>1</sup>, Mayumi Inaba<sup>1,2</sup>, Naoki Hosaka<sup>1,2</sup>, Tadanori Yamaguchi<sup>3</sup>, Tadao K. Kobayashi<sup>4</sup>, Koji Tsuta<sup>2</sup>

**[Objective]** Papillary renal cell carcinoma (pRCC) is a comparatively common tumor comprising about 7–15% of all malignant renal tumors. However, the previous reports of pRCC were based on fine-needle aspiration or tumor imprint cytology. To our knowledge, there are no reports of using pelvic irrigation cytology to diagnose pRCC.

**[Case]** We here report a case of type 2 pRCC that was diagnosed by pelvic irrigation cytology. The patient was 74-year-old man presented with hematuria during hospitalization in the Coronary Care Unit due to a heart disorder. Renal tumor was detected. After urine and pelvic irrigation cytology, nephrectomy was performed.

**[Results]** On pelvic irrigation cytology, numerous large and small papillary clusters composed of atypical cells having abundant cytoplasm were seen in the necrotic background. The most cytoplasm were granular and a few cells which has clear cytoplasmic features. Macrophages were not found in the background. Histologically, the tumor cells were similar to those of cytology. Immunohistochemically, the tumor cells were positive for cytokeratin (CK) 7, vimentin, epithelial membrane antigen, CD10, alpha-methylacyl-Co A racemase, and negative for CK 20 and CK34βE12, TFE3.

**[Conclusions]** Finally, the tumor was diagnosed as type 2 pRCC. Although, it is necessary to differentiate type 2 pRCC from other diseases on cytology, we consider the diagnosis of type 2 pRCC may be established by meticulous cellular observation.

**PE-2-31 Malignant lymphoma in urine cytology : a report of two cases with B cell lymphoma involving urinary bladder and kidney**

Department of Pathology, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan<sup>1</sup>, Departments of Pathology, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan<sup>2</sup>, Departments of Pathology, E-Da Cancer Hospital, Kaohsiung, Taiwan<sup>3</sup>

○Chien-Hui Wen<sup>1</sup>, Sheau-Fang Yang<sup>1</sup>, Chiung-Ru Lai<sup>2</sup>, Yue-Chiu Su<sup>3</sup>

**[Objective]** Diagnosis of malignant lymphoma in urine cytology is very rare and difficult. We describe the cytomorphological features of lymphoma cells in urine cytology and discuss the differential diagnosis.

**[Methods]** We report two cases with secondary lymphoma involving the urinary bladder and kidney. We also carry out a review of the literature regarding the infrequency of this cytology.

**[Results]** Case1 : A 65-year-old male was admitted because of hematuria. Urine cytology showed individualized single abnormal cells with high N/C ratio and irregular nuclear contour. The final pathologic diagnosis was large B cell lymphoma involving urinary bladder. Case 2 : A 61-year-old male had a history of hepatocellular carcinoma and chronic renal disease. He presented with dysuria, nocturia (about >3–5 times/night), frequency (void >12 times/day) and hematuria. Urine cytology showed many single large pleomorphic cells with high N/C ratio. Mitosis was conspicuous. The background had obvious necrotic debris. The final pathologic diagnosis was large B cell lymphoma involving kidney.

**[Conclusion]** Diagnosis of malignant lymphoma in urine cytology is infrequent and difficult. The most important characteristic is a lack of cellular cohesion, followed by tumor cells with high N/C ratio and scanty cytoplasm. Furthermore, the immunocytochemistry and the clinical history are also very important in differential diagnosis between malignant lymphoma and high-grade urothelial carcinoma.

# 動画で学ぶコルポスコピー

—新分類への対応— 植田政嗣 [著]

中外医学社の  
好評書



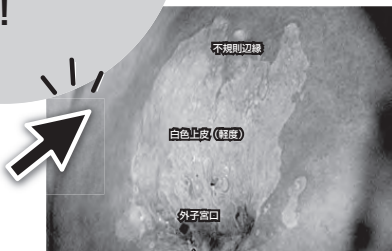
コルポスコピーの具体的な  
実施手技や代表的な所見を動画  
で体感し、イメージトレーニングできる画期的  
な解説書。

細胞診の採取法、酢酸加工後の頸部上皮  
のダイナミックな変化や狙い生検における  
鉗子の操作、さらにレーザー治療の実際  
などリアルな動画**56症例**を収載。

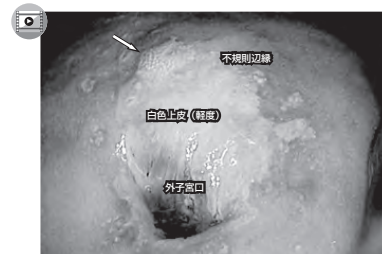
臨床現場におけるコルポスコピーの実際を  
理解するために必携の一冊。

B5判 56頁 / 定価 (本体 5,000円 + 税) / ISBN978-4-498-06084-5

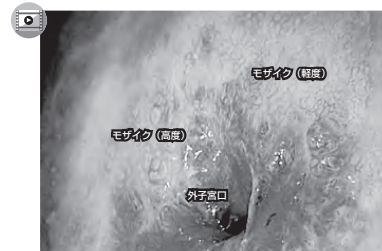
DVD内電子書籍の  
各症例をクリック  
すると動画が再生  
されます!



【症例9】白色上皮 (軽度) 39歳 OGOP LSIL ハイリスクHPV (+)  
組織診断: 扁平上皮化生  
酢酸加工後の白色領域から不規則な辺縁が認められる。この酢酸加工所見の経過は比較的早い (中拡大・加工後)。



【症例10】白色上皮 (軽度) 21歳 OGOP ASC-US HPV16 (+) 1B (+)  
組織診断: 軽度異形成  
子宮頸部前壁にやや光沢のある白色領域がみられ、辺縁は不規則である。白色上皮の一部に微小乳頭状にやや増殖した部位が観察される (矢印)。HPV感染を示唆する所見である (中拡大・加工後)。



【症例11】モザイク (軽度~高度) 38歳 OGOP LSIL HPV16 (+)  
組織診断: 軽度~中等度異形成  
子宮頸部前壁全体にやや光沢のある白色領域がみられ、表面には広い網目状血管が観察される (中拡大・加工後)。

# 子宮内膜細胞診の応用

## 診断精度向上に向けて

編著 矢野 恵子 (内膜細胞診勉強会 代表)

A 4判 160 頁 (本文 4 色)

本体価格 7,000 円 + 税 ISBN978-4-87402-215-3

共同執筆者 (五十音順)

植田 政嗣 (大阪がん循環器病予防センター 婦人科検診部 部長)

坂本 穆彦 (大森赤十字病院顧問・検査部)

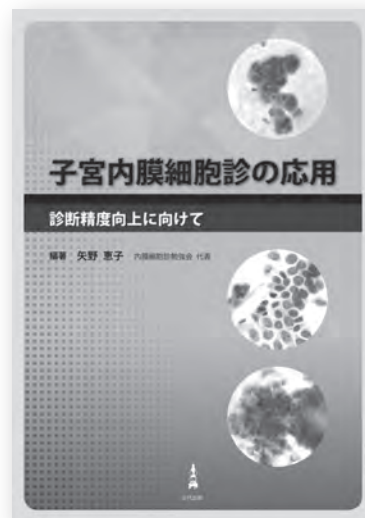
桜井 孝規 (京都大学医学部附属病院 病理診断科 副部長兼准教授)

則松 良明 (愛媛県立医療技術大学大学院 保健医療学研究科 医療技術科学専攻 教授)

森谷 卓也 (川崎医科大学 病理学 2 教授)

柳井 広之 (岡山大学病院 病理診断科 教授)

待望の  
続編  
刊行 !!



## カラー細胞画像 610 点以上を掲載

好評の『子宮内膜細胞診の実際』の続編、待望の刊行。  
最新情報を盛り込み、より掘り下げた内容となっている。  
さらなる診断精度向上を目指す方必携の書。

本書は、内膜細胞診の診断精度向上に必須の基礎知識の多岐にわたる詳細な解説とともに、今後応用がますます進んでいくものと予測される内膜の液状化細胞診検体の判定の実際、記述式報告様式における子宮内膜異型細胞の細胞像の解説をもって構成されている。さらに症例アトラスにおいては、直接塗抹標本と液状化細胞診検体の細胞像を詳細に比較しながら多くの症例を供覧している。

### 主要目次

#### 組織診解説

- I 子宮内膜病変の組織診断に診断不一致が生じる要因
- II 子宮内膜上皮の異型とは何か
- III ホルモン不均衡状態における内膜変化  
—内膜腺間質破綻 (EGBD) と不調増殖期内膜 (DPP)
- IV 子宮内膜に生じる化生 (細胞質変化)
- V 子宮内膜癌発癌にかかわる遺伝子変異

#### 細胞診解説

- VI 子宮内膜異型細胞 (ATEC) の細胞像
- VII 子宮内膜における液状化検体細胞診 (LBC) の基礎と応用

症例アトラス (42 症例)

### 好評発売中

## 子宮内膜細胞診の実際

### 臨床から報告様式まで

編著 清水 恵子 (内膜細胞診勉強会 代表)

A 4判 160 頁 (本文 4 色)

カラー細胞画像 570 点以上を掲載

本体価格 7,000 円 + 税

ISBN978-4-87402-183-5

本書は【基礎知識】【細胞判定法】【症例アトラス】の三部構成となっている。

基礎知識、細胞判定法では、子宮内膜細胞診の判定に必要な組織学的背景や臨床所見について詳しく解説されており、症例アトラスでは、日常業務における疑問に対する解決の糸口となるような細胞画像を多数掲載している。



近代出版

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-10-9

TEL 03-3499-5191 FAX 03-3499-5204

<http://www.kindai-s.co.jp>



これまで未公開だった細胞像試験を収載し、  
徹底分析した待望の問題集!

# 細胞検査士 細胞像試験 問題集

編集 公益社団法人 日本臨床細胞学会

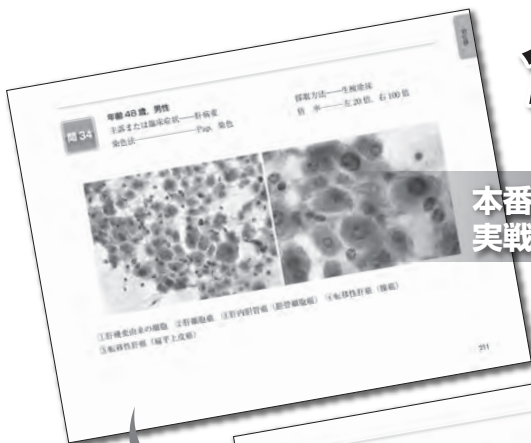
◆ A4判 332頁 定価(本体9,000円+税)  
ISBN978-4-263-22670-4



好評発売中!

第15回(1982年)~第35回(2002年)の  
細胞検査士資格認定試験に出題された各分野の細胞像の中から、

## 合計294問を厳選!



本番の試験を想定したアプローチで  
実戦力を身につける!

- 細胞検査士資格認定試験のうち、これまで未公開だった細胞像試験問題を収載。
- 細胞診に精通した細胞診専門医、細胞検査士によるわかりやすい解説!
- 細胞検査士資格認定試験受験者のみならず、細胞診を学び始めた臨床検査技師、医師のための必読書!

専門的観点に基づく鑑別診断によって  
理解を深める!



医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 TEL.03-5395-7610 FAX.03-5395-7611 http://www.ishiyaku.co.jp/