

ONLINE ISSN 1882-7233
PRINT ISSN 0387-1193

日臨細胞誌
J.Jpn.Soc.Clin.Cytol.

第58巻 補冊1号 令和元年5月

日本臨床細胞学会雑誌

第60回日本臨床細胞学会総会(春期大会)
臨床に寄与する細胞診

会 長 竹島信宏 (がん研究会有明病院 婦人科部長)

THE JOURNAL
OF THE JAPANESE
SOCIETY OF CLINICAL
CYTOLOGY

会 期

2019年6月7日(金)・8日(土)・9日(日)

会 場

京王プラザホテル・NS スカイカンファレンス

名誉会長

内藤善哉 (日本医科大学大学院統御機構診断病理学 大学院教授)

プログラム委員長

小松京子 (がん研究会有明病院 臨床病理センター技師長)

実行委員長

的田真紀 (がん研究会有明病院 婦人科医長)



公益社団法人
日本臨床細胞学会

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

Vol.58 Suppl.

May 2019

1

第60回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

臨床に寄与する細胞診

会 期 2019年6月7日（金）・8日（土）・9日（日）

会 場 京王プラザホテル
〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1
TEL：03-3344-0111（代表）

新宿NSビル30F（NSスカイカンファレンス）
〒163-0813 東京都新宿区西新宿2丁目4番1号
TEL：03-3342-4920

会 長 **竹島 信宏**
（がん研究会有明病院 婦人科部長）

名誉会長 **内藤 善哉**
（日本医科大学大学院統御機構診断病理学 大学院教授）

プログラム委員長 **小松 京子**
（がん研究会有明病院 臨床病理センター技師長）

実行委員長 **的田 眞紀**
（がん研究会有明病院 婦人科医長）

第60回日本臨床細胞学会総会（春期大会） 会長挨拶



第60回日本臨床細胞学会総会（春期大会）の開催にあたって

この度、第60回日本臨床細胞学会総会（春期大会）を2019年6月7日（金）から6月9日（日）までの3日間、京王プラザホテル（東京新宿）にて開催させていただきます。がん研からは、丁度10年ぶりの開催です。2009年に第50回の日本臨床細胞学会（春期大会）を、平井康夫会長の元で、やはりここ京王プラザホテルで開催しています。私も実行委員長として参加し、思い出深い大会となりました。がん研には日本臨床細胞学会の第1回大会を1961年に増淵一正先生が開催された歴史があり、私には少しでもご恩返しをの思いがございます。

今回は～臨床に寄与する細胞診～をテーマに、臨床に即した実用的な内容を目指しました。この趣旨に添って、多くの分野でシンポジウム、ワークショップを企画して頂いています。また、特別講演には歴史作家の井沢元彦先生にお話を頂く事としています。専門医会の指定講座でもあります医療倫理セミナー・医療安全セミナー・感染対策セミナーにはそれぞれ、門田守人先生（日本医学会長）、水沼直樹先生（弁護士）、原田壮平先生（藤田医科大学病院感染症科）をお招きしました。いずれも有力な方々ばかりで、興味深いお話しとなると思います。また細胞診専門医会総会の細胞診専門医セミナーには野田哲生先生（前日本癌学会理事長）にご講演をお願いしております。恒例のアジアフォーラムに加え、市民公開講座では子宮頸がんを取り上げ、健診の重要性、ワクチンの重要性について議論して頂きます。

このように、たくさんの先生方に演者・座長をお願いしております。また、この度の開催は、日本医科大学病理学大学院教授の内藤善哉先生のご厚意によるもので、先生には名誉会長に就任して頂いております。最後に、プログラム作成に尽力して頂きました小松京子理事、実際の運営をお願いしました的田眞紀実行委員長はじめ医局の先生方、株式会社近畿日本ツーリスト首都圏の皆様にも改めて感謝申し上げます。

多くの方々のお力で開催させていただきます。3日間どうぞよろしくお願い申し上げます。京王プラザホテルに是非ご参集くださいませ。

第60回日本臨床細胞学会総会（春期大会）

会長 竹島 信宏

（がん研究会有明病院 婦人科）

交通案内図



京王プラザホテル

〒160-8330 東京都新宿区西新宿2-2-1
TEL : 03-3344-0111 (代表)
<https://www.keioplaza.co.jp/>

NSスカイカンファレンス

〒163-0813 東京都新宿区西新宿2丁目4番1号 新宿NSビル
TEL : 03-3342-4920
<http://www.shinjuku-ns.co.jp/rental/?eid=00001>

新宿駅西口より徒歩

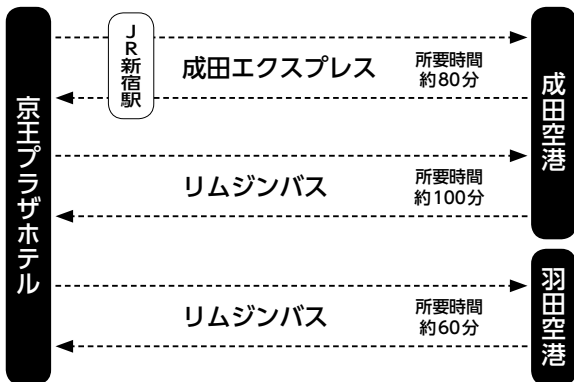
約5分 (JR・京王線・小田急線・地下鉄)

新宿駅西口より都庁方面への連絡地下道をまっすぐ5分ほど進んでください。地下道を出てすぐ左側に京王プラザホテルがあります。

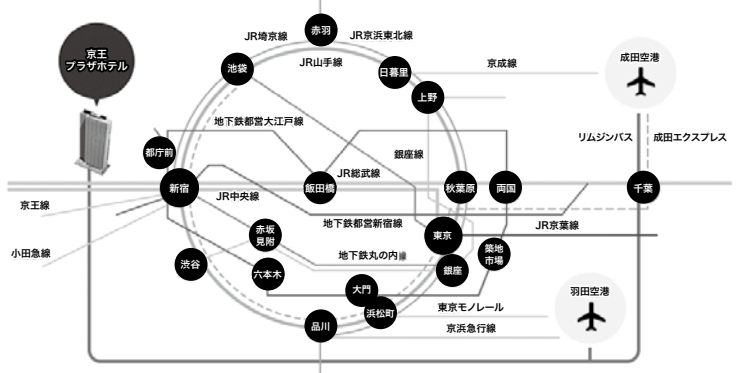
都営大江戸線都庁前駅より徒歩

地下道 B1 出口よりすぐ

改札を出てJR新宿駅方面に進み、B1出口階段を上がってすぐ右側に京王プラザホテルがあります。



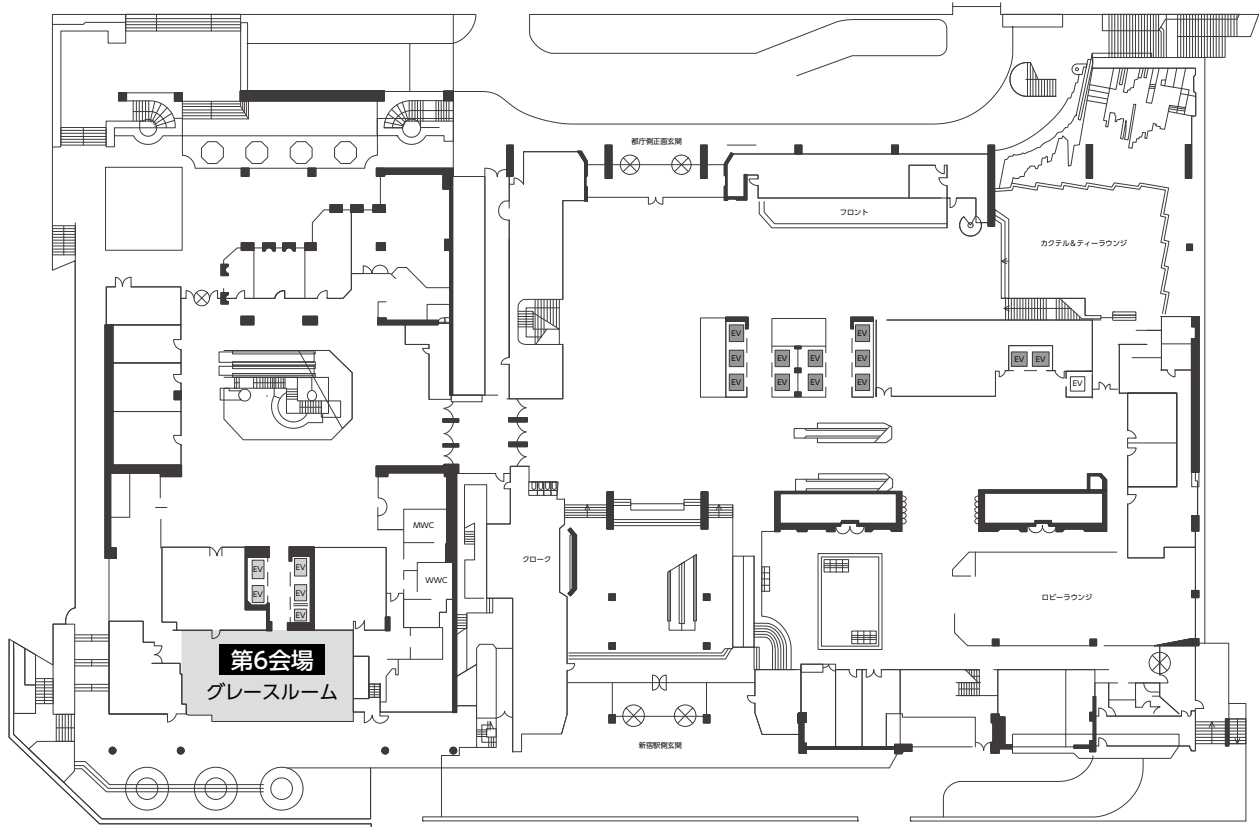
都内簡略路線図



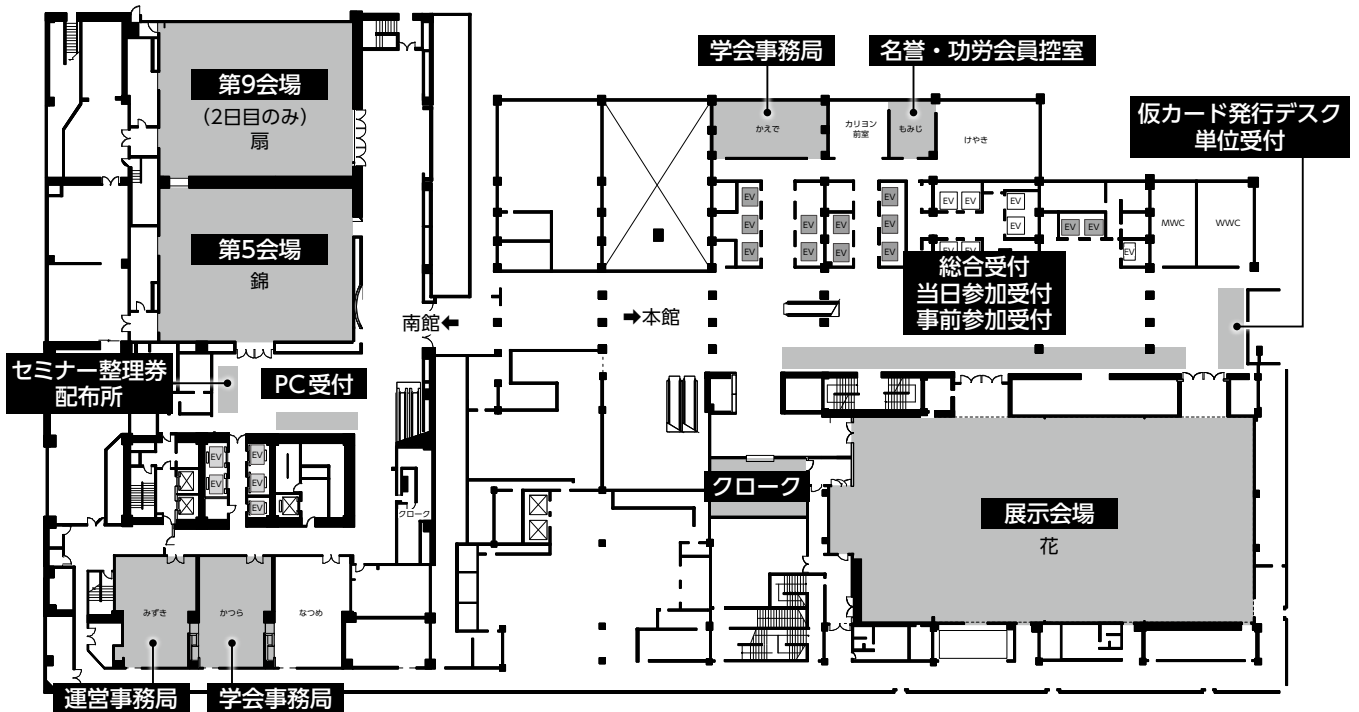
会場案内図

京王プラザホテル

3F



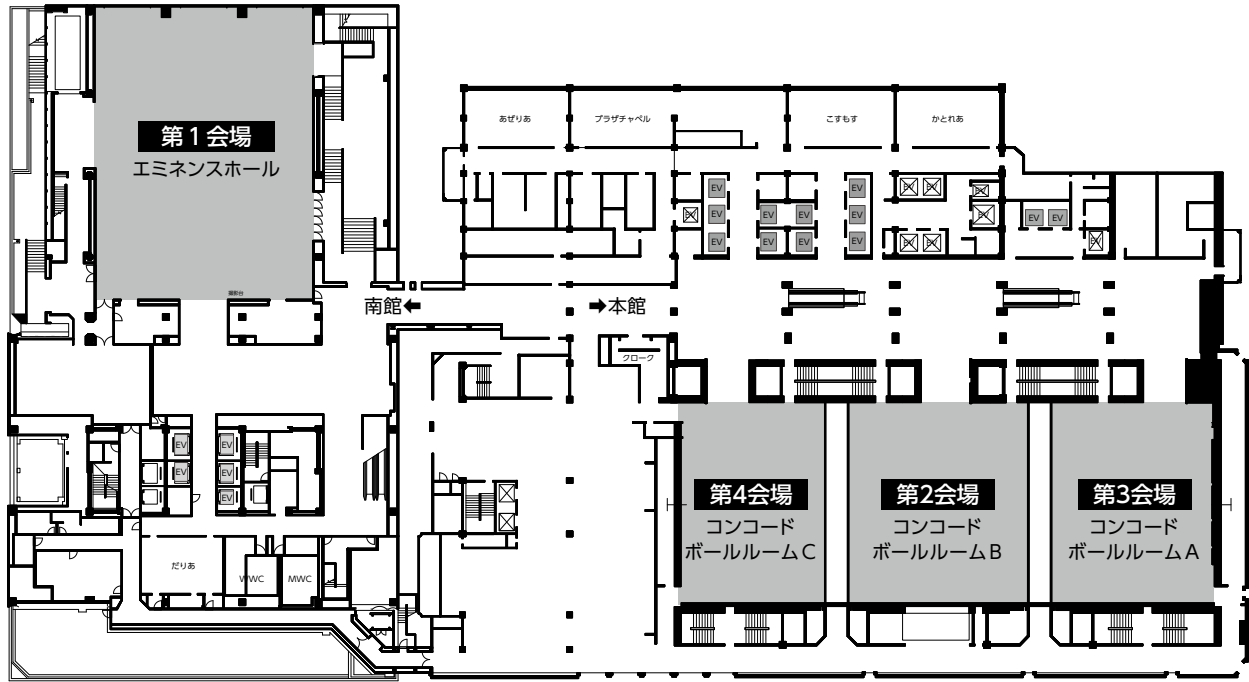
4F



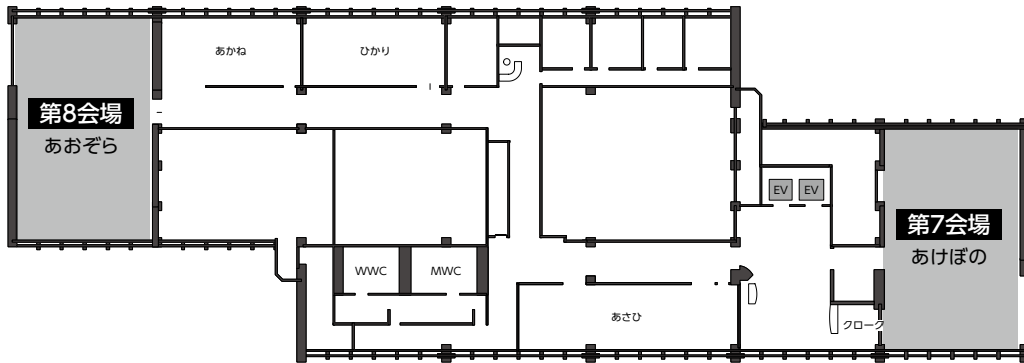
会場案内図

京王プラザホテル

5F



47F



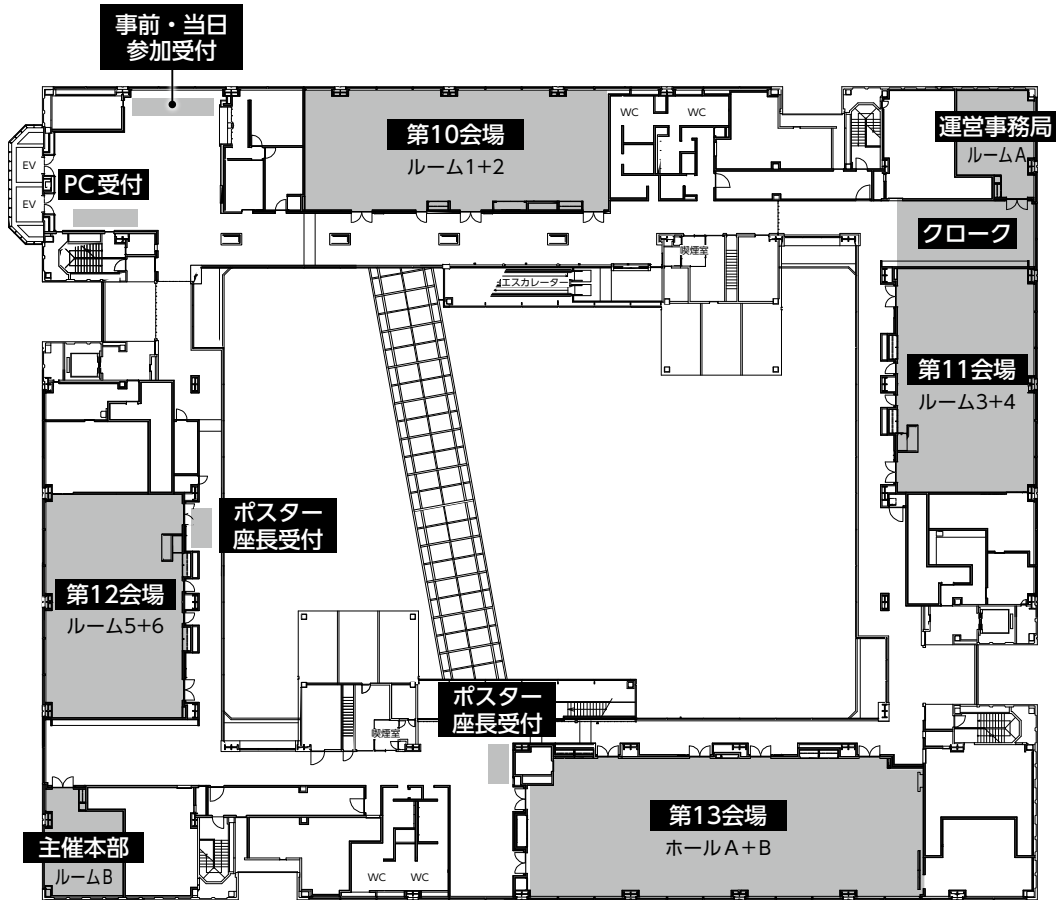
京王プラザホテル

3F	第6会場	グレースルーム
4F	第5会場	錦
	第9会場	扇
	展示会場・ドリンクコーナー	花
	総合受付・単位受付・参加受付	本館 ホワイエ
5F	PC受付	南館 ホワイエ
	ランチョン整理券配布所	南館 ホワイエ
	第1会場	エミネンスホール
	第2会場	コンコード ボールルームB
47F	第3会場	コンコード ボールルームA
	第4会場	コンコード ボールルームC
	第7会場	あけぼの
	第8会場	あおぞら

会場案内図

新宿NSビル 30F (NSスカイカンファレンス)

30F



新宿NSビル (NSスカイカンファレンス)

30F	第10会場	ルーム1+2
	第11会場	ルーム3+4
	第12会場	ルーム5+6
	第13会場	ホールA+B
	参加受付	ホワイエ
	PC受付	ホワイエ
	クローク	ホワイエ

役員会・各種委員会等

6月7日(金) 京王プラザホテル

10:00 ~ 11:00	総務委員会 細胞診専門医委員会 施設認定制度委員会 教育委員会 社会保険委員会	本館42F 高尾 本館43F スターライト 本館43F コメット 本館43F スバル 本館43F オリオン
11:00 ~ 12:00	学術委員会 細胞検査士委員会 情報処理委員会 医療安全委員会 総会 打ち合わせ会	本館42F 高尾 本館43F スターライト 本館43F コメット 本館43F スバル 本館43F オリオン
12:00 ~ 13:00	地域連絡委員会 倫理委員会 国際交流委員会 渉外・広報委員会 肺癌細胞診の診断判定基準の見直しワーキンググループ・ ゲノム時代における呼吸器学会呼吸器細胞診検体処理の 精度管理ワーキンググループ	本館42F 高尾 本館43F スターライト 本館43F コメット 本館43F スバル 本館43F オリオン
13:00 ~ 14:00	全国地域代表者会議 ゲノム診療時代における細胞診のあり方検討ワーキンググループ 細胞検査士資格更新審査委員会 編集委員会 計理委員会 肺がん学会とのワーキンググループ	南館 4F 扇 本館42F 高尾 本館43F スターライト 本館43F コメット 本館43F スバル 本館43F オリオン
14:00 ~ 15:00	細胞診専門医会有り方委員会 細胞診専門医会有報編集委員会 臨床試験審査委員会 IAC連絡委員会	本館42F 高尾 本館43F コメット 本館43F スバル 本館43F オリオン
15:00 ~ 16:00	細胞診専門医資格認定試験実施委員長・副委員長会議 細胞検査士会役員会 臨床試験ワーキンググループ 制度審議委員会	本館42F 高尾 本館43F コメット 本館43F スバル 本館43F オリオン
16:00 ~ 17:00	細胞診専門医会有総務会 細胞検査士会 都道府県代表者会議 利益相反委員会	本館42F 高尾 本館43F コメット 本館43F スバル
17:00 ~ 17:45	第61回日本臨床細胞学会総会春期大会プログラム委員会	南館 4F 扇

6月8日(土) 京王プラザホテル

16:30 ~ 18:30	日本臨床細胞学会総会	南館 5F エミネンスホール
---------------	------------	----------------

6月9日(日) 京王プラザホテル

7:30 ~ 8:30	理事会	南館 4F 扇
14:00 ~ 15:00	細胞検査士会総会	南館 4F 錦
15:15 ~ 17:15	細胞診専門医会有総会	南館 5F エミネンスホール

役員会・各種委員会等日程表

6月7日(金) 京王プラザホテル

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
南館4F 扇						13:00~14:00 全国地域 代表者会議				17:00~ 17:45 第61回日本 臨床細胞学 会総会(春期 大会)プロ グラム委員 会
本館42F 高尾		10:00~11:00 総務委員会	11:00~12:00 学術委員会	12:00~13:00 地域連絡 委員会	13:00~14:00 ゲノム診療時 代における細 胞診のあり方 検討ワーキン ググループ	14:00~15:00 細胞診専門医 会あり方委員 会	15:00~16:00 細胞診専門医 資格認定試験 実施委員長・ 副委員長 会議	16:00~17:00 細胞診専門医 会 総務会		
本館43F スターライト		10:00~11:00 細胞診専門医 委員会	11:00~12:00 細胞検査士 委員会	12:00~13:00 倫理委員会	13:00~14:00 細胞検査士資 格更新審査委 員会					
本館43F コメット		10:00~11:00 施設認定制度 委員会	11:00~12:00 情報処理 委員会	12:00~13:00 国際交流委員 会	13:00~14:00 編集委員会	14:00~15:00 細胞診専門医 会報編集委員 会	15:00~16:00 細胞検査士 会 役員会	16:00~17:00 細胞検査士 会 都道府県 代表者会議		
本館43F スバル		10:00~11:00 教育委員会	11:00~12:00 医療安全 委員会	12:00~13:00 渉外・広報 委員会	13:00~14:00 計理委員会	14:00~15:00 臨床試験審査 委員会	15:00~16:00 臨床試験 ワーキング グループ	16:00~17:00 利益相反 委員会		
本館43F オリオン		10:00~11:00 社会保険 委員会	11:00~12:00 総会 打ち合わせ	12:00~13:00 肺癌細胞診の 診断判定基準 の見直しワー キンググルー プ ※	13:00~14:00 肺がん学会 とのワーキン ググループ	14:00~15:00 IAC連絡 委員会	15:00~16:00 制度審議 委員会			

※ゲノム時代における呼吸器学会呼吸器細胞診検体処理の精度管理ワーキンググループ

6月8日(土) 京王プラザホテル

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
南館5F エミネンスホール										16:30~18:30 日本臨床細胞学会総会

6月9日(日) 京王プラザホテル

	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
南館4F 扇		7:30~8:30 理事会										
南館4F 錦								14:00~15:00 細胞検査士 会 総会				
南館5F エミネンスホール										15:15~17:15 細胞診専門医 会総会		

※最終会議日程は春季大会ホームページをご確認下さい、<http://jssc60.umin.jp/>

(2019年5月7日現在)

第60回日本臨床細胞学会総会(春期大会)日程表 6月8日(土)

		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00
第1会場 南館5F エミネンスホール	開会式	8:30~10:30 シンポジウム1 ASC-USの判定を再考してみる 笹島 ゆう子、酒井 麻衣、 川瀬 里衣子、佐治 晴哉 座長:加藤 久盛、小松 京子			11:00~12:00 ◎ 特別講演1 (医療倫理セミナー) ★ 日本医学会の歴史から見た 学術団体としての社会的責務 門田 守人 座長:伊藤 潔	
		8:30~10:30 シンポジウム2 わが国の甲状腺腫瘍診療に NIFTP導入は必要か 加藤 良平、覚道 健一、廣川 満良、 越川 卓、北川 亘 座長:坂本 穆彦、近藤 哲夫 総合討論:坂本 穆彦			10:30~12:00 ワークショップ1 液状化検体細胞診(LBC)と標準的報告様式の活用による 子宮内膜細胞診の世界的進歩 黒川 哲司、石谷 健、大野 喜作、小椋 聖子、 池本 理恵、棟方 哲 座長:矢納 研二、平井 康夫	
第2会場 本館5F コンコード ボールルームB		8:30~10:30 シンポジウム3 唾液腺細胞診ミラノシステム -症例を通じてミラノシステムを体験する- 樋口 佳代子、浦野 誠、秋葉 純、加藤 拓、 野上 美和子、谷川 真希 座長:長尾 俊孝、樋口 佳代子			11:00~12:00 中継会場 (第1会場の中継)	
第3会場 本館5F コンコード ボールルームA		8:30~10:30 シンポジウム4 乳癌サブタイプ分類の臨床及び 組織・細胞学的特徴 坂井 威彦、森田 道、山口 倫、 松澤 こず恵、葉山 綾子 座長:土屋 眞一、伊藤 仁			11:00~12:00 中継会場 (第1会場の中継)	
第4会場 本館5F コンコード ボールルームC		8:30~10:30 スポンサーシンポジウム グローバルな視点から考える 細胞診断報告様式の標準化と最新動向 長村 義之、Fernando C. Schmitt、都築 豊徳、三上 芳喜 座長:長村 義之			10:30~12:00 ワークショップ4 HPV検査の活用を考える 山口 真美恵、大石 徹郎、前濱 俊之、 岩成 治、大河戸 光章 座長:梅澤 聡、笹川 寿之	
第5会場 南館4F 錦		8:30~10:30 シンポジウム5 泌尿器細胞診の精度管理をどう進めるか 白石 泰三、佐藤 正和、木佐貫 篤、岩井 幸子、 金山 和樹、増田 しのぶ 座長:金城 満、白石 泰三			10:30~11:10 要望講演2 前立腺癌の新グレード分 類と最近の動向 鷹橋 浩幸 座長:岡田 真也	11:10~11:50 教育講演6 泌尿器細胞診報告様式とパリス テムでの診断について 瀬古 周子 座長:都築 豊徳
第6会場 南館3F グレースルーム		8:30~10:30 ワークショップ6 体腔液の細胞診の進化 羽原 利幸、垣花 昌俊、杉浦 賢、 日下 卓万、濱崎 慎 座長:亀井 敏昭、松本 慎二			10:30~11:10 要望講演3 肺癌診療における 細胞診の歴史と展望 中泉 明彦 座長:横山 宗伯	11:10~11:50 教育講演7 体腔液細胞診による中皮腫の確定 診断-診断上の諸問題- 前田 昭太郎 座長:岡 輝明
第7会場 本館47F あけぼの		8:30~10:30 ワークショップ8 非腫瘍性呼吸器疾患細胞診のおさえどころ 八重樫 弘、高橋 美紀子、 河原 邦光、我妻 美由紀 座長:川本 雅司、宝来 威			10:30~11:10 教育講演9 脳腫瘍の病理・髄外性腫 瘍を中心に 廣瀬 隆則 座長:武井 英博	11:10~11:50 教育講演10 骨髄 中村 直哉 座長:瀧本 雅文
第8会場 本館47F あおぞら	8:30~11:45 第60回記念都道府県演題(口演)					
	8:30~8:56 甲状腺 OT-1,2 座長:日野 るみ	8:56~9:22 消化器1 OT-3,4 座長:平林 健一	9:22~9:48 消化器2 OT-5,6 座長:津田 祥子	9:48~10:14 精度管理 OT-7,8 座長:布引 治	10:14~10:53 セルブロック・乳腺1 OT-9~11 座長:柳田 裕美	10:53~11:45 体腔液1・肺・腹膜 OT-12~15 座長:清水 禎彦
第9会場 新宿NSビル30F ルーム1+2	8:30~11:50 一般演題(口演)					
	8:30~9:10 子宮体部1 O-1-1~4 座長:築舘 伸太郎	9:10~9:50 子宮体部2 O-1-5~8 座長:渡部 洋	9:50~10:20 体部 O-1-9~11 座長:吉野 潔	10:20~11:20 子宮頸部1 O-1-12~17 座長:横山 良仁、三上 幹男	11:20~11:50 肺 O-1-18~20 座長:三浦 弘之	
第10会場 新宿NSビル30F ルーム3+4	9:00~12:00 第60回記念都道府県演題ポスター貼付 International Poster Session in Englishポスター貼付					
第11会場 新宿NSビル30F ルーム5+6	9:00~12:00 一般示説ポスター貼付					
第12会場 新宿NSビル30F ホールA+B	11:00~16:30 機器展示					
展示会場 本館4F 花ABCD						

12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00

12:10~13:10 ランチョンセミナー1 共催:MSD株式会社/ 大鵬薬品工業株式会社 演者:河原 明彦、鈴木 直 座長:清川 貴子	13:20~14:20 特別講演2 歴史から学ぶ健康問題 井沢 元彦 座長:竹島 信宏	14:30~15:00 会長講演 婦人科悪性腫瘍にお ける顕微鏡細胞診の研 究 竹島 信宏 座長:瀧澤 憲	15:20~16:20 医療安全セミナー ★ 法律家からみた 医療安全の一試案 水沼 直樹(弁護士) 座長:藤井 多久磨	16:30~18:30 日本臨床細胞学会総会		
12:10~13:10 ランチョンセミナー2 共催:ライカマイクロシス テムズ株式会社 演者:津田 均 座長:森谷 卓也	14:30~16:30 ワークショップ2 LEGHの判定とピットフォール 笹島 ゆう子、伊藤 崇彦、 岡本 三四郎、大森 真紀子 座長:端 晶彦、高澤 豊					
12:10~13:10 ランチョンセミナー3 共催:アストラゼネカ株式会 社/MSD株式会社 演者:松村 謙臣 座長:永瀬 智	13:20~14:00 教育講演1 肺がん個別化治療に おける細胞診の役割 柳谷 典子 座長:伊豫田 明	14:00~14:40 要望講演1 呼吸器 佐藤 之俊 座長:石川 雄一	14:40~16:10 ワークショップ3 肺癌治療と細胞診の活用 松林 純、今林 達哉、櫻本 茜 中西 陽子、荒木 邦夫、丸川 浩司 座長:羽場 礼次、池田 徳彦			
12:10~13:10 (ランチョンセミナー1 第1会場からの中継 共催:MSD株式会社/ 大鵬薬品工業株式会社)	13:50~14:30 教育講演2 針生検:微小検体標本の disadvantageをいかに補うか 市村 友季 座長:馬屋原 健司	14:30~15:10 教育講演3 乳腺組織分類の改定 と細胞診 森谷 卓也 座長:井上 健	15:10~15:50 教育講演4 乳腺悪性腫瘍困難病変の背景 -低異型異型細胞減少症と前駆癌- 桜井 孝規 座長:清水 健	15:50~16:30 教育講演5 組織発生を考慮した早期子 宮体癌の内視鏡細胞診所見 杉山 裕子 座長:上坊 敏子		
12:10~13:10 ランチョンセミナー4 共催:サクラファインテック ジャパン株式会社 演者:井出 伸也 座長:長村 義之	13:20~14:00 遺伝セミナー 遺伝性腫瘍診断における 細胞診・組織診の重要性 中島 健 座長:渡利 英道	15:30~17:30 ワークショップ5 コンパニオン診断の未来 井村 稷二、河原 明彦、大井 恭代、 都築 豊徳、刑部 光正 座長:木口 一成、板持 広明		17:30~18:30 イブニングセミナー1 共催:アストラゼネカ株 式会社/MSD株式会社 演者:下村 昭彦 座長:新井 正美		
12:10~13:10 ランチョンセミナー5 共催:武藤化学株式会社 演者:中島 純一 座長:小松 京子	13:20~15:20 アジアフォーラム 臨床に寄与する細胞診 矢納 研二、Supinda Koonmee、Chiung-Ru Lai Yu-Lin KO、Annette L. Salillas 座長:片山 博徳、田中 良太		15:20~16:20 中継会場 (第1会場の中継)		17:30~18:30 イブニングセミナー2 共催:日医工株式会社 演者:的田 真紀 座長:宮本 新吾	
12:10~13:10 ランチョンセミナー6 共催:ロシュ・ダイアグノスティ クス株式会社 演者:藤井 多久磨 座長:紀川 純三	14:30~15:10 教育講演8 芽球性形質細胞 様樹状細胞腫瘍 竹内 賢吾 座長:松田 育雄		15:10~16:40 ワークショップ7 悪性リンパ腫の診断:特にDLBCL/High-grade B-cell lymphomaに焦点を当てて 百瀬 修二、細根 勝、 佐々木 陽介、佐藤 秀太 座長:柴原 純二、伊藤 以知郎			
12:10~13:10 ランチョンセミナー7 共催:武田薬品工業株式会社 演者:蒔田 真一、竹内 賢吾 座長:中村 直哉	13:20~13:50 班研究報告 大井 恭代 座長:三上 芳喜	14:00~14:40 最優秀論文賞 受賞講演1 大橋 隆治 座長:井村 稷二	15:20~16:20 中継会場 (第1会場の中継)			
14:30~18:11 第60回記念都道府県演題(口演)						
14:30~14:56 乳腺2 OT-16.17 座長:鈴木 寛子	14:56~15:22 婦人科1 OT-18.19 座長:末岡 幸太郎	15:22~16:14 婦人科2・体腔液2・その他 OT-20~23 座長:横山 俊朗	16:14~16:40 婦人科3 OT-24.25 座長:姫路 由香里	16:40~17:32 婦人科4 OT-26~29 座長:室谷 哲弥	17:32~18:11 婦人科5 OT-30~32 座長:大塚 重則	
14:30~16:40 一般演題(口演)						
14:30~15:10 尿1 O-1-21~24 座長:平田 哲士	15:10~15:40 尿2 O-1-25~27 座長:小山 芳徳	15:40~16:40 技術 O-1-28~33 座長:町田 知久、塚本 龍子				
13:20~14:40 第60回記念都道府県演題 ポスター発表		14:40~15:28 International Poster Session in English ポスター発表	第60回記念都道府県演題ポスター供覧 International Poster Session in Englishポスター供覧			
13:20~15:44 一般示説ポスター発表			供覧	16:00~17:00 一般示説ポスター撤去		
11:00~16:30 機器展示						

19:00
~
20:30
総懇親会
本館5F
コンコードボールルーム

第60回日本臨床細胞学会総会(春期大会)日程表 6月9日(日)

	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00		
第1会場 南館5F エミネンスホール		8:30~10:30 シンポジウム6 検診における細胞診のフォローアップ成績 齊藤 英子、木口 一成、藤田 博正、小澤 信義、 加藤 久盛、入駒 麻希 座長:児玉 省二、佐々木 寛		10:30~12:00 招請講演 CYTOPATHOLOGIST ON THE FRONTLINE OF FNA CLINIC AND GENOMIC LABORATORY. Fernando C. Schmitt 座長:長村 義之			
第2会場 本館5F コンコード ボールルームB		8:30~10:30 シンポジウム7 肺癌細胞診の判定基準:新たな肺癌診療の時代に向けて 吉澤 明彦、澁木 康雄、羽場 礼次、河原 邦光、 竹中 明美、廣島 健三 座長:佐藤 之後、三宅 真司		10:30~12:00 ワークショップ9 LBCのピットフォール 吹谷 美佳、吉田 志緒子、 大沼 利通、寺本 勝寛 座長:戸澤 晃子、南口 早智子			
第3会場 本館5F コンコード ボールルームA		8:30~10:30 シンポジウム8 子宮体癌治療における腹水細胞診の意義 柳井 広之、平田 徹、竹中 将貴、二神 真行、 菅野 素子、加藤 友康 座長:岡本 愛光、藤原 潔		10:30~12:00 ワークショップ10 子宮内臓診断の精度を 高めるために 矢納 研二、森谷 鈴子、則松 良明 渡邊 壽美子、丸 喜明 座長:田中 尚武、加来 恒壽			
第4会場 本館5F コンコード ボールルームC		8:30~10:30 シンポジウム9 ゲノム (molecular cytology) 医療現場最前線 稲垣 宏、安倍 秀幸、 元井 紀子、畑中 豊 座長:森井 英一、畑中 豊		10:30~11:10 教育講演11 乳癌および甲状腺癌検体細胞診における ティームワークを利用した良悪性判定 中津川 宗秀 座長:清水 道生	11:10~11:50 教育講演12 様々な乳癌腫瘍や非腫瘍性病変における 筋上皮細胞の意義と細胞診について 有廣 光司 座長:安田 政実		
第5会場 南館4F 錦		8:30~10:30 シンポジウム10 乳腺穿刺吸引細胞診の鑑別困難の実際 米川 みな子、安毛 直美、山本 伸晃、福屋 美奈子、 池畑 浩一、龍 あゆみ 座長:森園 英智、増田 しのぶ		10:30~11:10 教育講演15 肺癌に対するLiquid-based cytology検体を用いた遺伝子検査 大平 達夫 座長:芹澤 昭彦	11:10~11:50 要望講演4 泌尿器科臨床と尿細胞診 現在そして未来 関田 信之 座長:河内 茂人		
第6会場 南館3F グレースルーム		8:30~10:00 ワークショップ11 検査室をめぐる法規とその実践 大西 雅子、大久保 美浩、松浦 祐介、 古谷津 純一、山城 勝重、湊 宏 座長:若狹 朋子、青木 裕志	10:10~11:10 日本臨床細胞学会 外部精度管理報告 豊田 進司、湊 宏、河原 邦光 座長:長尾 俊孝、湊 宏	11:10~11:50 要望講演5 甲状腺細胞診 良性か濾胞 性腫瘍疑いを見分けよう 亀山 香織 座長:廣川 満良			
第7会場 本館47F あけぼの		8:30~10:30 ワークショップ12 軟部肉腫と希少がんの細胞診 -軟部肉腫をモデルとして希少がんの細胞診の在り方を考える- 松本 誠一、山元 英崇、棚田 諭、 渡部 朱織、元井 亨 座長:古田 則行、元井 亨		10:30~11:10 最優秀論文賞受賞講演2 雨宮 健司 座長:寺本 勝寛	11:10~11:50 要望講演8 細胞診材料からの分子病 理学的検索 池田 聡 座長:秋葉 純		
第8会場 本館47F あおぞら		8:30~10:30 ワークショップ14 消化器細胞診におけるオンサイトの有用性 武田 洋平、稲山 久美子、安田 玲子、井上 佳奈子、 加瀬 大輔、内藤 嘉紀 座長:廣岡 保明、大久保 文彦		10:30~12:00 ワークショップ15 デジタルサイトロジー デジタルパソロジー 山城 勝重、森 一郎、塚本 徹哉、堀 隆、 山口 朋美、有田 茂実 座長:森 一郎、山城 勝重			
第9会場 南館4F 扇 (2日目のみ)	7:30~8:30 理事会						
第10会場 新宿NSビル30F ルーム1+2		8:30~10:30 一般演題(口演) 8:30~9:00 子宮頸部2 O-2-1~3 座長:横山 正俊	9:00~9:40 子宮頸部3 O-2-4~6,49 座長:宮城 悦子	9:40~10:10 甲状腺1 O-2-7~9 座長:澤田 達男	10:10~10:30 甲状腺2 O-2-10,11 座長:佐々木 栄司	10:30~12:00 第6回 子宮の日全国アクションー2019報告会 藤井 和晃、押本 綾子、須藤 安史、 貞崎 栄司、齊藤 英子 座長:廣井 禎之、服部 学	
第11会場 新宿NSビル30F ルーム3+4		8:30~11:50 一般演題(口演) 8:30~8:50 口腔 O-2-21,22 座長:才藤 純一	8:50~9:20 脳神経・頭頸部 O-2-23~25 座長:小川 郁子、清野 誠	9:20~10:00 子宮頸部4 O-2-26~29 座長:新倉 仁	10:00~10:30 卵巣 O-2-30~32 座長:寺井 義人	10:30~11:20 胆・膵 O-2-33~37 座長:古旗 淳、神田 浩明	11:20~11:50 リンパ1 O-2-38~40 座長:岸本 浩次
第12会場 新宿NSビル30F ルーム5+6		8:30~14:00 第60回記念都道府県演題ポスター供覧 International Poster Session in Englishポスター供覧					
第13会場 新宿NSビル30F ホールA+B	8:00~9:00 一般示説ポスター貼付	9:00~11:24 一般示説ポスター発表			11:24~14:00		
展示会場 本館4F 花ABCD		8:30~15:00 機器展示					

12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00

12:10~13:10 ランチョンセミナー8 共催:ホロジックジャパン株式会社 演者:池本 理恵 座長:小笠原 利忠	13:40~14:40 ◎ 感染対策セミナー ★結核、麻疹、水痘・带状疱疹 ~空気を介して広がる感染症~ 原田 壮平 座長:青木 大輔	15:15~17:15 細胞診専門医会総会	閉会式
	13:40~14:40 中継会場 (第1会場の中継)	15:00~17:00 細胞検査士会要望教育シンポジウム 池畑 浩一、草刈 宏有、糸山 雅子、有田 茂実 座長:加戸 伸明、澁木 康雄	
12:10~13:10 ランチョンセミナー10 共催:中外製薬株式会社 演者:宇佐美 知香 座長:馬場 長	13:20~15:50 スライドカンファレンス 田中 智人、梅澤 敬、浅野 祐美子、坂谷 貴司、佐藤 憲俊、 大池 信之、横関 亜美、宮川 京大、枝 千春、井上 亜里沙、 鳥居 洋祐、碓 益代 座長:九島 巴樹、藤山 淳三		
12:10~13:10 ランチョンセミナー11 共催:シスメックス株式会社 演者:須藤 保 座長:榎本 隆之	13:20~14:00 教育講演13 コルポスコープ検査 藤井 多久磨 座長:植村 政嗣	14:10~14:50 教育講演14 子宮頸部扁平上皮癌 三上 芳喜 座長:小笠原 利忠	
12:10~13:10 ランチョンセミナー12 共催:大鵬薬品工業株式会社 演者:久保田 馨 座長:杉山 徹	13:20~14:00 教育講演16 早期の子宮頸部 腺系病変の診断 小田 瑞恵 座長:幾石 尚美	14:00~15:00 細胞検査士会総会	
12:10~13:10 ランチョンセミナー13 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 演者:京 哲、鈴鹿 清美 座長:沼 文隆	13:20~14:00 要望講演6 消化管粘膜下腫瘍の 病理 廣田 誠一 座長:羽尾 裕之	14:10~14:50 要望講演7 臨床につながる 瞬胆の病理細胞診 堀口 慎一郎 座長:河内 洋	
12:10~13:10 ランチョンセミナー14 共催:株式会社LSI メディエンス 演者:前田 昭太郎、林 久美子 座長:辻村 亨	13:20~14:50 ワークショップ13 卵巢癌診療における細胞診の役割 嘉屋 隆介、太田 絵美、 宇佐美 知香、橋 真一 座長:生水 真紀夫、齋藤 豪		
12:10~13:10 ランチョンセミナー15 共催:株式会社ニチレイ バイオサイエンス 演者:廣島 健三 座長:畠 榮	13:20~14:50 ワークショップ16 口腔病変の分類と報告 - 臨床医と細胞検査士の要望を取り入れた分類に向けて - 小泉 雄、佐野 亜由美、 矢田 直美、宇都宮 忠彦 座長:佐藤 由紀子、久山 佳代		
	13:40~14:40 中継会場 (第1会場の中継)		
	13:20~14:50 一般演題(口演) 13:20~13:50 肺癌1 O-2-12~14 座長:鬼島 宏 13:50~14:30 肺癌2 O-2-15~18 座長:植村 芳子 14:30~14:50 リンパ2 O-2-19,20 座長:中野 証	15:00~17:00 市民公開講座 子宮頸がん検診と予防 宮城 悦子、奥山 伸彦、田畑 務、上田 豊 座長:榎本 隆之 金尾 祐之	
	13:20~14:40 一般演題(口演) 13:20~13:50 子宮頸部5 O-2-41~43 座長:進 伸幸 13:50~14:10 子宮頸部6 O-2-44,45 座長:齋藤 雅 14:10~14:40 セルブロック O-2-46~48 座長:畠 榮		
	14:00~15:00 ポスター撤去		
8:30~15:00 機器展示			

第60回記念都道府県演題(示説)座長一覧

6月8日(土) 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6) ※1演題(口演5分・質疑応答3分)

	13:20	13:28	13:36	13:44	13:52	14:00	14:08	14:16	14:24	14:32	14:40
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
A	呼吸器 藤原 正親 PT-1~4			消化器 1 水口 國雄 PT-5,6		消化器 2・リンパ 阿部 仁 PT-7~10					
B	セルブロック 郡 秀一 PT-11,12		体腔液 齋藤 生朗 PT-13,14		頭頸部 今村 好章 PT-15~17			乳腺・その他 阿部 英二 PT-18,19			
C	尿・脳腫瘍 白波瀬 浩幸 PT-20~22			婦人科 1 矢野 恵子 PT-23,24							
D	婦人科 2 石井 保吉 PT-25~27			婦人科 3 永山 元彦 PT-28,29		婦人科 4 松井 成明 PT-30,31					

International Poster Session in English

6月8日(土) 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6) ※1演題(口演5分・質疑応答3分)

	14:40					15:28
	1	2	3	4	5	6
E	Yoichi Kobayashi, Yoshitaka Torii					

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

※単位受付は京王プラザホテル本館4Fのみとなります。ご注意ください。

受付場所	京王プラザホテル本館4Fホワイエ 新宿NSビル30Fホワイエ	受付時間	6月7日(金) 15:30~18:30 (京王プラザホテルのみ) 6月8日(土) 7:30~18:30 6月9日(日) 7:30~16:00
------	-----------------------------------	------	--

事前参加登録がお済みの方

事前参加登録をされた方は、事前に参加証(ネームカード)をお送り致します。会員の方は必ず会員カードをお持ちください。

当日参加登録の方

- 京王プラザホテル本館4Fホワイエの「当日参加受付」にて学会参加費をお支払いください。引き換えに参加証(ネームカード)をお渡しいたします。
- 参加費の当日お支払いは現金のみでお願いいたします。
- 事前参加受付が600名以上の場合には、当日懇親会の受付はございません。

参加登録費

カテゴリー	事前	当日	必要な提出物・その他
一般	13,000円	15,000円	会員の方：会員番号
学生・その他(学会本部が認めたもの)	無料	無料	学生証・資格更新には使えません
懇親会 6月8日(土)	3,000円	5,000円	

※事前参加登録は5月15日(水)までを予定しております。

(2) 演者および共同研究者

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

(3) 抄録集

- 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。会場で当日にお渡しするプログラムには抄録内容は掲載されておられませんのでご注意ください。
- 抄録のPDF閲覧は参加証に記載のQRコードを読み取りください。

(4) 日本産科婦人科学会会員の方は必ず e医学学会カード をお持ちください。

学会参加単位は e医学学会カード で、京王プラザホテル本館4Fホワイエの単位受付にて登録を行います。

(5) 日本産科婦人科医会研修参加証を発行いたします。

(6) 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、仮カード発行デスクにて「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。

(7) 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、仮カード発行デスクにて「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20ページの「演者の方へ重要なお知らせ」をご参照ください。

3. 口演発表の演者の方へ

- (1) 発表時間、討論時間についてはセッションにより異なります。事前にご案内いたしました内容をご確認ください。
- (2) 投影スクリーンは1面で、発表にはWindows PC とプロジェクター1台を使用いたします。
※ DVD, VTR や35 mmスライドプロジェクター等の用意はございません。
- (3) 演者は、各セッションの開始の60分前までにPC受付にて試写確認を行ったうえで、データを提出してください。PC受付は京王プラザホテル南館4Fホワイエ、新宿NSビル30Fホワイエの2箇所にあります。

PC受付時間	6月7日(金) 15:00~17:30 (京王プラザホテルのみ)
	6月8日(土) 7:30~18:30
	6月9日(日) 7:30~14:00

※6月8日(土)・9日(日)の午前中に発表がある方は、前日(7日(金)・8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。

- (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 10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 2007・2010・2013・2016を使用し作成したものに限りま
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 10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 10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、演者ご自身で演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列コネクター（通常のモニター端子）が装備されているものに限り、タブレット端末でのご発表はご遠慮ください。
- (3) スクリーンセーバー、省電力設定をあらかじめ解除してください。
- (4) ACアダプターは必ずご持参ください。
- (5) 故障などの予期せぬトラブルに備え、バックアップデータをご持参ください。
- (6) Macintoshや一部のWindows マシンでは変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参ください。
- (7) 発表の際は、会場の左側前方のオペレーター席にPCをお持ち込みください。口演終了後、オペレーター席でPCを返却いたします。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5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) パネルのポスター貼付面サイズは全体で縦210 cm、横90 cmです。演題番号は事務局で用意いたします。演題名・所属・氏名は上方の演題番号の横に縦20 cm・横70 cmに納まるようにご自身でご用意ください。掲示用のピンは事務局で用意いたしますが、セロテープ、接着剤は使用できませんのでご注意ください。貼付および撤去は以下の時間内に行ってください。時間を過ぎても取り外されないポスターについては事務局にて処分いたしますのでご了承ください。

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

※一般示説

貼付時間	6月8日(土) 9:00～12:00 6月9日(日) 8:00～9:00
撤去時間	6月8日(土) 16:00～17:00 6月9日(日) 14:00～15:00

※第60回記念都道府県示説、International Poster Session in English

貼付時間	6月8日(土) 9:00～12:00
撤去時間	6月9日(日) 14:00～15:00

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10分前までに、口演会場内の次座長席にお着きください。
- (2) 示説発表の座長の方は、セッション開始の30分前までに、ポスター会場前のポスター座長受付にて座長リボンをお受け取りください。
- (3) 進行は座長に一任いたしますが、セッションごとの時間厳守にご協力ください。

6. 質疑応答について

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

7. スライドカンファレンスについて

症例は春期大会ホームページでご覧いただけます。会場前に出題症例をパネル掲示しております。回答箱を用意しておりますので、回答箱に参加証から回答券を切り離し6月9日(日)11時までに回答下さい。

※閲覧はパネルのみになります。

8. ランチョンセミナーについて

- (1) 6月8日(土)・9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。

京王プラザホテル南館4Fホワイエ「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 6月8日(土) 7:30~11:00まで

6月9日(日) 7:30~11:00まで

※6月8日に配布する整理券は6月8日のランチョンセミナー分のみです。

6月9日の整理券は9日朝より配布いたします。

※イブニングセミナーは整理券の配付はございません。直接会場へお越しください。軽食を準備しております。

9. 機器展示について

会期中、京王プラザホテル4F花に設置いたします。

10. クロークについて

京王プラザホテルはホテル内の常設クロークをご利用ください。新宿NSビルは30Fの仮設クロークをご利用ください。

11. 総懇親会について

以下日時・会場にて開催いたします。懇親会へは、懇親会をお申込みの方以外はご参加できません。

日 時: 6月8日(土) 19:00~

会 場: 京王プラザホテル本館5F『コンコードボールルーム』

参加費: 5,000円(当日登録価格)

※定員600名になり次第、受付を終了します。

12. 写真撮影・録音および携帯電話の使用について

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

13. 託児所について

春期大会ホームページをご確認ください。 <http://jscc60.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60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60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

細胞診専門医会総会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

細胞診専門医セミナー

6月9日(日) 15:15~15:55 第1会場(京王プラザホテル南館5F エミネンスホール)

「NGS時代の発がん生物学と今後の細胞診」

野田 哲生(公益財団法人 がん研究会 がん研究所 所長)

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60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。

特別講演1(医療倫理セミナー)

6月8日(土) 11:00~12:00 第1会場(京王プラザホテル南館5F エミネンスホール)

「日本医学会の歴史から見た学術団体としての社会的責務」

門田 守人(日本医学会会長/地方独立行政法人 堺市立病院機構 理事長)

医療安全セミナー

6月8日(土) 15:20~16:20 第1会場(京王プラザホテル南館5F エミネンスホール)

「法律家からみた医療安全の一試案」

水沼 直樹(文京あさなぎ法律事務所 弁護士)

感染対策セミナー

6月9日(日) 13:40~14:40 第1会場(京王プラザホテル南館5F エミネンスホール)

「結核、麻疹、水痘・带状疱疹 ~空気を介して拡がる感染症~」

原田 壮平(藤田医科大学医学部 感染症科)

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

研修指定講座1回出席につき15単位が認められます(新制度では1単位)。

細胞診専門医会会長 植田政嗣

細胞診専門医委員会委員長 齋藤 豪

第60回日本臨床細胞学会総会(春期大会)会長 竹島信宏

日本産科婦人科学会会員参加単位登録について

京王プラザホテル本館4階の「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
6月8日（土）7：30～	京王プラザホテル本館4F ホワイエ
6月9日（日）7：30～	京王プラザホテル本館4F ホワイエ

日本専門医機構専門医共通講習のご案内

以下の講演は日本専門医機構の専門医共通講習単位として認定されました。
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）

特別講演1（医療倫理セミナー）

6月8日（土）11：00～12：00 第1会場（京王プラザホテル南館5F エミネンスホール）
「日本医学会の歴史から見た学術団体としての社会的責務」
門田 守人（日本医学会長／地方独立行政法人 堺市立病院機構 理事長）

医療安全セミナー

6月8日（土）15：20～16：20 第1会場（京王プラザホテル南館5F エミネンスホール）
「法律家からみた医療安全の一試案」
水沼 直樹（文京あさなぎ法律事務所 弁護士）

感染対策セミナー

6月9日（日）13：40～14：40 第1会場（京王プラザホテル南館5F エミネンスホール）
「結核、麻疹、水痘・带状疱疹 ～空気を介して拡がる感染症～」
原田 壮平（藤田医科大学医学部 感染症科）

病理領域講習認定 (6プログラム)

日本病理学会領域講習のご案内

以下の講演は日本病理学会の領域講習として申請しております。認定されましたら会場にて「受講証明書」を発行いたしますので、大切に保管してください。

シンポジウム2 (診療領域別講習研究会講演会)

6月8日(土) 8:30~10:30 第2会場(京王プラザホテル本館5F コンコードボールルームB)

「わが国の甲状腺腫瘍診療にNIFTP導入は必要か」

加藤 良平(伊藤病院 病理診断科)

覚道 健一(近畿大学医学部奈良病院 病理部)

廣川 満良(医療法人神甲会 隈病院 病理診断科)

越川 卓(修文大学 看護学部)

北川 亘(伊藤病院 外科)

坂本 穆彦(大森赤十字病院 顧問・検査部)

シンポジウム3 (診療領域別講習研究会講演会)

6月8日(土) 8:30~10:30 第3会場(京王プラザホテル本館5F コンコードボールルームA)

「唾液腺細胞診ミラノシステム -症例を通じてミラノシステムを体験する-」

樋口佳代子(沖縄協同病院 病理診断科)

浦野 誠(藤田医科大学 医学部病理診断学講座)

秋葉 純(久留米大学病院 病理診断科・病理部)

加藤 拓(成田富里徳洲会病院 病理診断科)

野上美和子(九州大学病院 病理診断科・病理部)

谷川 真希(東京医科大学 人体病理学分野)

ワークショップ3 (診療領域別講習研究会講演会)

6月8日(土) 14:40~16:10 第3会場(京王プラザホテル本館5F コンコードボールルームA)

「肺癌治療と細胞診の活用」

松林 純(東京医科大学 人体病理学分野/東京医科大学病院 病理診断科)

今林 達哉(京都府立医科大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

榎本 茜(成田赤十字病院 病理部)

中西 陽子(日本大学医学部 病態病理学系 腫瘍病理学分野)

荒木 邦夫(国立病院機構松江医療センター 呼吸器外科)

丸川 活司(北海道大学病院 病理部)

ワークショップ7 (診療領域別講習研究会講演会)

6月8日(土) 15:10~16:40 第7会場(京王プラザホテル本館47F あけぼの)

「悪性リンパ腫の診断：特にDLBCL/High-grade B-cell lymphomaに焦点を当てて」

百瀬 修二(埼玉医科大学総合医療センター 病理部)

細根 勝(日本医科大学多摩永山病院 病理部)

佐藤 秀太(長野赤十字病院 病理部)

佐々木陽介(昭和大学医学部 臨床病理診断学講座)

シンポジウム7 (診療領域別講習研究会講演会)

6月9日(日) 8:30~10:30 第2会場(京王プラザホテル本館5F コンコードボールルームB)

「肺癌細胞診の判定基準：新たな肺癌診療の時代に向けて」

廣島 健三(東京女子医科大学附属八千代医療センター 病理診断科)

羽場 礼次(香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部)

河原 邦光(地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 病理診断科)

吉澤 明彦(京都大学医学部附属病院 病理診断科)

竹中 明美(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)

澁木 康雄(国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 病理・臨床検査科)

シンポジウム9 (診療領域別講習研究会講演会)

6月9日(日) 8:30~10:30 第4会場(京王プラザホテル本館5F コンコードボールルームC)

「ゲノム(molecular cytology)医療現場最前線」

元井 紀子(国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 病理科)

畑中 豊(北海道大学病院 ゲノム・コンパニオン診断研究部門)

安倍 秀幸(久留米大学病院 病理診断科・病理部)

稲垣 宏(名古屋市立大学大学院医学研究科 臨床病態病理学)

第6回 子宮の日全国アクション—2019報告会

6月9日(日) 10:30~12:00 第10会場(新宿NSビル 30F)

座長: 廣井 禎之(細胞検査士会 渉外委員会 新渡戸文化短期大学臨床検査学科)
服部 学(京都橘大学 健康科学部 臨床検査学科)

2009年から始まった子宮の日(Love49)の活動は、11回目を迎え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。公益社団法人日本臨床細胞学会において6回目を迎えるこの報告会では、細胞検査士会委員会報告や都道府県での活動報告と共に専門医のご意見や今後の問題点について議論したいと思います。

1. 2019Love49の活動報告とその取り組み
細胞検査士会 渉外委員会
鳥取細胞診断学センター 藤井 和晃
2. 東京都における子宮頸がん検診啓発活動の報告
東京都がん検診センター
押本 綾子
3. 青森県におけるLOVE49活動報告
八戸市立市民病院
須藤 安史
4. 子宮頸がん検診啓発活動のアンケート調査を振り返る
地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館ライフサイエンス研究所
貞嶋 栄司
5. 子宮頸がん検診事業において細胞診に求められるもの
国際医療福祉大学三田病院予防医学センター
齊藤 英子

第60回日本臨床細胞学会総会（春期大会） 市民公開講座

6月9日（日）15：00～17：00 第10会場（新宿NSビル 30F）

座長：榎本 隆之（新潟大学大学院医歯学総合研究科・医学部 産科学婦人科学）
金尾 祐之（公益財団法人がん研究会有明病院 婦人科）

1. 子宮頸がん予防の国際情勢～HPVワクチンの影響も含めて～
宮城 悦子（横浜市立大学附属病院 産婦人科）
2. HPVワクチン接種後の慢性疼痛と機能性身体症状
奥山 伸彦（JR東京総合病院）
3. 子宮頸がんと妊娠
田畑 務（東京女子医科大学 産婦人科）
4. 本邦における子宮頸がん検診とHPVワクチンの現状と今後の課題
上田 豊（大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室）

第60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	竹島 信宏 (がん研究会有明病院 婦人科部長)
名誉会長	内藤 善哉 (日本医科大学大学院統御機構診断病理学 大学院教授)
プログラム委員長	小松 京子 (がん研究会有明病院 臨床病理センター技師長)
実行委員長	的田 眞紀 (がん研究会有明病院 婦人科医長)

■コアプログラム委員(敬称略・50音順)

石井 保吉	(こころとからだの元氣プラザ)
伊藤 仁	(東海大学医学部付属病院 診療技術部)
小田 瑞恵	(こころとからだの元氣プラザ 婦人科)
川本 雅司	(帝京大学医学部附属溝口病院 病理診断科)
九島 巳樹	(昭和大学江東豊洲病院 臨床病理診断科)
佐藤 之俊	(北里大学医学部 呼吸器外科)
柴原 純二	(杏林大学医学部 病理学講座 病理系専攻 病理学分野)
生水眞紀夫	(千葉大学大学院医学研究院 生殖医学)
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)
高澤 豊	(がん研究会有明病院 臨床病理センター)
富永英一郎	(慶應義塾大学医学部)
長尾 俊孝	(東京医科大学 人体病理学分野)
宝来 威	(がん研究会有明病院 呼吸器センター)
森園 英智	(がん研究会有明病院 乳腺センター外科)
矢納 研二	(JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院 婦人科)

■プログラム委員(敬称略・50音順)

青木 大輔	(慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室)	岩井 宗男	(滋賀医科大学医学部附属病院 病理部)
青木 裕志	(順天堂大学医学部附属練馬病院 病理診断科)	岩坂 剛	((医)社団高邦会高木病院 院長)
浅見 英一	(がん・感染症センター都立駒込病院 病理科)	岩崎 秀昭	(なのはなクリニック)
安達 博成	(高清会 高井病院 病理診断科)	岩成 治	(島根県立中央病院 産婦人科)
阿部 英二	(北九州市保健福祉局 保健衛生部保健予防課検査係)	植田 政嗣	(畿央大学大学院 健康科学研究科)
阿部 仁	(慶應義塾大学医学部 病理学教室 病理診断部 兼務)	上田 善彦	(獨協医科大学越谷病院 病理診断科)
池田 徳彦	(東京医科大学 呼吸器・甲状腺外科学分野)	上野喜三郎	((株)東京セントラルパソロジーラボラトリー 検査部)
石原 明德	(J A 三重厚生連松阪中央総合病院 臨床病理科)	宇田川康博	(獨協医科大学／藤田医科大学)
石山 功二	((財)東京都予防医学協会)	宇津木久仁子	(がん研究会有明病院 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)	馬屋原健司	((財)佐々木研究所附属杏雲堂病院 産婦人科)
稲山 嘉明	(横浜市立大学附属市民総合医療センター 病理診断科病理部)	梅澤 聡	(武蔵野赤十字病院 産婦人科)
井上 健	(大阪市立総合医療センター 病理診断科)	榎本 隆之	(新潟大学大学院医歯学総合研究科・医学部 産科学婦人科学)
井下 尚子	(虎の門病院 病理診断科)	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)
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)	大井 恭代	(社会医療法人博愛会相良病院 病理診断科)
		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 (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)
 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)
 岡本 愛光 (東京慈恵会医科大学 産婦人科)
 長村 義之 (日本鋼管病院 病理診断科)
 落合 和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)
 加来 恒壽 (国際医療福祉大学、福岡山王病院 予防医学センター)
 河西十九三 (公益財団法人ちば県民保健予防財団)
 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)
 片山 博徳 (日本医科大学多摩永山病院 病理診断科・病理部)
 方山 揚誠 (PCL盛岡病理・細胞診センター)
 加藤 一喜 (がん研究会有明病院 婦人科)
 加藤 拓 (成田富里徳洲会病院 病理診断科)
 加藤 久盛 (神奈川県立がんセンター 婦人科)
 加藤 良平 (伊藤病院 病理診断科)
 加戸 伸明 (東海大学医学部附属病院 病理検査技術科)
 金尾 祐之 (がん研究会有明病院 婦人科)
 亀井 敏昭 (PCL福岡病理・細胞診センター)
 河内 洋 (がん研究会有明病院 病理部)
 河原 邦光 (地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター 病理診断科)
 紀川 純三 (松江市立病院)
 木口 一成 (公益財団法人東京都予防医学協会 検査研究センター)
 木佐貫 篤 (宮崎県立日南病院 病理診断科、臨床検査科、医療連携科)
 鬼島 宏 (弘前大学医学部 病理学第二講座)
 岸本 浩二 (杏林大学医学部附属病院 病院病理部)
 金城 満 (社会医療法人製鉄記念八幡病院 診療技術部)
 久布白兼行 (東京都予防医学協会)
 越川 卓 (修文大学 看護学部)
 小島 勝 (獨協医科大学 病理診断学講座)
 児玉 省二 (医療法人恒仁会新潟南病院 産婦人科)
 小林 裕明 (鹿児島大学病院 産婦人科)
 今野 良 (自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科)
 齋藤 俊章 (九州がんセンター 婦人科)
 齋藤 豪 (札幌医科大学 産婦人科学講座)
 坂本 穆彦 (大森赤十字病院 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 (小樽市立病院)
 笹川 寿之 (金沢医科大学 産科婦人科学)
 笹川 基 (新潟県保健衛生センター)
 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部 病理診断科)
 笹生 俊一 (八戸赤十字病院 臨床検査室)
 佐渡 正敏 (旭川医科大学病院 病理部)
 柴 光年 (国保直営総合病院君津中央病院 呼吸器外科)
 澁木 康雄 (国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 病理・臨床検査科)
 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)
 城下 尚 (一般社団法人榛名荘病院 健康管理センター)
 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)
 鈴木 雅子 (社会医療法人栗山会飯田病院 臨床検査科)
 鈴木 光明 (新百合ヶ丘総合病院 産婦人科)
 進 伸幸 (国際医療福祉大学 三田病院 女性腫瘍センター・婦人科)
 高松 潔 (東京歯科大学市川総合病院 産婦人科)
 竹中 明美 (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)
 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)
 田中 尚武 (千葉県がんセンター 婦人科)
 棚田 諭 (地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 臨床検査科 病理・細胞診)
 辻村 亨 (兵庫医科大学 病理学講座)
 土橋 康成 ((財)ルイ・バ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/日本医科大学附属病院 病理部)
 都築 豊徳 (愛知医科大学医学部 病理診断科)
 堤 寛 (つつみ病理相談所)
 寺本 勝寛 (山梨県厚生連健康管理センター)
 富田 裕彦 (国際医療福祉大学 医学部)
 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)
 根本 則道 (日本大学医学部 病理学教室)
 野崎 正行 (札幌市立病院 病理 検査部)
 端 晶彦 (山梨大学医学部 産婦人科学教室)
 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 (永井マザーズホスピタル)
 服部 学 (京都橘大学 健康科学部)
 羽場 礼次 (香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部)
 樋口佳代子 (沖縄協同病院 病理診断科)
 平井 康夫 (ピーシーエル・ジャパン病理・細胞診センター/獨協医科大学 産婦人科)

- 平田 哲士 (千葉細胞病理検査センター)
廣岡 保明 (鳥取大学医学部保健学科 病態検査学講座)
廣川 満良 (医療法人神甲会 隈病院 病理診断科)
廣田 誠一 (兵庫医科大学 病理診断部門/病院病理部)
藤井多久磨 (藤田医科大学 産婦人科)
古田 則行 (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 サルコーマセンター)
堀井 理絵 (がん研究会有明病院 病理部)
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・細胞診センター)
増田しのぶ (日本大学医学部 病態病理学系腫瘍病理学分野)
丸川 活司 (北海道大学病院 病理部)
三上 芳喜 (熊本大学医学部附属病院 病理部)
南口早智子 (京都大学医学部附属病院 病理診断科)
宮城 悦子 (横浜市立大学 産婦人科学教室)
三宅 真司 (東京医科大学病院 病理診断部)
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 病理学第二教室)
- 室谷 哲弥 (こころとからだの元氣プラザ 婦人科)
森井 英一 (大阪大学大学院医学系研究科 病態病理学・病理部)
森谷 卓也 (川崎医科大学 病理学)
八重樫伸生 (東北大学大学院医学系研究科 婦人科学分野)
安田 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 (岡山大学病院 病理診断科)
矢野 恵子 (関西医療大学 保健医療学部 臨床検査学科)
山下 博 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター 産婦人科)
山城 篤 (那覇市立病院 医療技術部検査室)
山城 勝重 (社会医療法人母恋 日鋼記念病院 病理診断科)
山本嘉一郎 (大阪府済生会富田林病院 お産センター)
横山 繁生 (医療法人野口病院 病理診断科)
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)
横山 正俊 (佐賀大学医学部 産科婦人科学講座)
若狭 朋子 (近畿大学医学部奈良病院 病理診断科)

第 60 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（医療倫理セミナー） 6月8日（土） 11：00～12：00 第1会場（南館5F エミネンスホール）

座長：伊藤 潔（東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野）

日本医学会の歴史から見た学術団体としての社会的責務

日本医学会長／地方独立行政法人堺市立病院機構理事長 門田守人

特別講演 2 6月8日（土） 13：20～14：20 第1会場（南館5F エミネンスホール）

座長：竹島信宏（がん研究会有明病院婦人科）

歴史から学ぶ健康問題

作家／大正大学文学部客員教授 井沢元彦

招請講演

6月9日（日） 10：30～12：00 第1会場（南館5F エミネンスホール）

座長：長村義之（日本鋼管病院病理診断科）

CYTOPATHOLOGIST ON THE FRONTLINE OF FNA CLINIC AND GENOMIC LABORATORY

Professor of Pathology, Medical Faculty of Porto University Director of the Unit of Molecular Pathology -
IPATIMUP General Secretary of the International Academy of Cytology

Fernando C. Schmitt

会長講演

6月8日(土) 14:30~15:00 第1会場(南館5F エミネンスホール)

座長: 瀧澤 憲 (がん研究会有明病院婦人科)

婦人科悪性腫瘍における腹水細胞診の研究

がん研究会有明病院婦人科 竹島信宏

細胞診専門医セミナー

6月9日(日) 15:15~15:55 第1会場(南館5F エミネンスホール)

座長: 植田政嗣 (畿央大学大学院健康科学研究科)

NGS時代の発がん生物学と今後の細胞診

公益財団法人がん研究会がん研究所 野田哲生

遺伝セミナー

6月8日(土) 13:20~14:00 第5会場(南館4F 錦)

座長: 渡利英道 (北海道大学大学院医学研究院産婦人科学教室)

遺伝性腫瘍診断における細胞診・組織診の重要性

がん研究会有明病院遺伝子診療部 中島 健

要望講演

- 要望講演 1** 6月8日(土) 14:00~14:40 第3会場(本館5F コンコードボールルームA)
座長:石川雄一(公益財団法人がん研究会がん研究所病理部)
呼吸器
北里大学医学部呼吸器外科学 佐藤之俊
- 要望講演 2** 6月8日(土) 10:30~11:10 第6会場(南館3F グレースルーム)
座長:岡田真也(国際医療福祉大学病院病理診断科)
前立腺癌の新グレード分類と最近の動向
東京慈恵会医科大学病院病理学講座・病院病理部 鷹橋浩幸
- 要望講演 3** 6月8日(土) 10:30~11:10 第7会場(本館47F あげぼの)
座長:横山宗伯(東京警察病院病理診断科)
膀胱癌診療における細胞診の歴史と展望
創価大学看護学部 中泉明彦
- 要望講演 4** 6月9日(日) 11:10~11:50 第5会場(南館4F 錦)
座長:河内茂人(独立行政法人国立病院機構九州医療センター臨床検査部)
泌尿器科臨床と尿細胞診 現在そして未来
JCHO 船橋中央病院泌尿器科¹⁾, 古賀病院 21 泌尿器科²⁾, JCHO 船橋中央病院病理³⁾, 公立長生病院検査科⁴⁾
○関田信之¹⁾, 徳田雄治²⁾, 中村咲恵³⁾, 横野秀樹³⁾, 西周裕晃⁴⁾, 小松悌介³⁾
- 要望講演 5** 6月9日(日) 11:10~11:50 第6会場(南館3F グレースルーム)
座長:廣川満良(医療法人神甲会隈病院病理診断科)
甲状腺細胞診 良性か濾胞性腫瘍疑いかを見分けよう
慶應義塾大学病院病理診断科 亀山香織
- 要望講演 6** 6月9日(日) 13:20~14:00 第6会場(南館3F グレースルーム)
座長:羽尾裕之(日本大学医学部病態病理学系人体病理学分野)
消化管粘膜下腫瘍の病理
兵庫医科大学病院病理部 ○廣田誠一, 木原多佳子, 佐藤 元, 中村純子, 鳥居良貴
- 要望講演 7** 6月9日(日) 14:10~14:50 第6会場(南館3F グレースルーム)
座長:河内 洋(がん研究会有明病院病理部)
臨床につながる膀胱の病理細胞診
がん・感染症センター都立駒込病院病理科 堀口慎一郎

要望講演 8 6月9日(日) 11:10~11:50 第7会場(本館47F あげぼの)

座長: 秋葉 純 (久留米大学病院病理診断科・病理部)

細胞診材料からの分子病理学的検索

土浦協同病院検査部 池田 聡

教育講演

教育講演 1 6月8日(土) 13:20~14:00 第3会場(本館5F コンコードボールルームA)

座長: 伊豫田明 (東邦大学医学部呼吸器外科学分野)

肺がん個別化治療における細胞診の役割

がん研究会有明病院呼吸器内科 柳谷典子

教育講演 2 6月8日(土) 13:50~14:30 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

座長: 馬屋原健司 ((財)佐々木研究所附属杏雲堂病院産婦人科)

針生検: 微小検体標本の disadvantage をいかに補うか

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学講座 市村友季

教育講演 3 6月8日(土) 14:30~15:10 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

座長: 井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)

乳腺組織分類の改定と細胞診

川崎医科大学病理学 森谷卓也

教育講演 4 6月8日(土) 15:10~15:50 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

座長: 清水 健 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)

乳腺良悪性鑑別困難病変の背景—低異型度乳癌の完成病変と前駆病変—

京都大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 京都大学大学院医学研究科腫瘍生物学²⁾

○桜井孝規¹⁾, 西村友美²⁾, 片岡竜貴¹⁾

教育講演 5 6月8日(土) 15:50~16:30 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

座長: 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)

組織発生を考慮した早期子宮体癌の内膜細胞診所見

がん研究会有明病院細胞診断部, 婦人科 ○杉山裕子, 荷見勝彦

教育講演 6 6月8日(土) 11:10~11:50 第6会場(南館3F グレースルーム)

座長: 都築豊徳 (愛知医科大学医学部病院病理部)

泌尿器細胞診報告様式とパリシステムでの診断について

名古屋第二赤十字病院病理診断科 瀬古周子

教育講演 7 6月8日(土) 11:10~11:50 第7会場(本館47F あげぼの)

座長:岡 輝明(公益財団法人結核予防会複十字病院病理診断科)

体腔液細胞診による中皮腫の確定診断—診断上の諸問題—

LSI メディエンス病理・細胞診センター¹⁾,

LSI メディエンス分子病態解析センター遺伝子解析部染色体グループ²⁾,
日本医科大学多摩永山病院病理部³⁾, 日本医科大学多摩永山病院呼吸器外科⁴⁾,
埼玉県立がんセンター胸部外科⁵⁾

○前田昭太郎¹⁾, 鈴木行正¹⁾, 櫛田さおり¹⁾, 橘 康志¹⁾, 是松元子¹⁾, 青木 隆¹⁾,
林久美子²⁾, 細根 勝³⁾, 片山博則³⁾, 岩瀬裕美³⁾, 吉野直之⁴⁾, 平田智巳⁵⁾

教育講演 8 6月8日(土) 14:30~15:10 第7会場(本館47F あげぼの)

座長:松田育雄(兵庫医科大学病理学病理診断部門)

芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍(blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm, BPDCN)

公益財団法人がん研究会がん研究所病理部 竹内賢吾

教育講演 9 6月8日(土) 10:30~11:10 第8会場(本館47F あおぞら)

座長:武井英博(旭川医科大学病院病理部)

脳腫瘍の病理・髄外性腫瘍を中心に

兵庫県立がんセンター病理診断科, 神戸大学大学院医学研究科 地域連携病理学 廣瀬隆則

教育講演 10 6月8日(土) 11:10~11:50 第8会場(本館47F あおぞら)

座長:瀧本雅文(昭和大学医学部臨床病理診断学講座)

骨髄

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 中村直哉

教育講演 11 6月9日(日) 10:30~11:10 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

座長:清水道生(博慈会記念総合病院病理診断センター)

乳腺および甲状腺液状化検体細胞診におけるディープラーニングを利用した良悪性判定

東京医科大学八王子医療センター病理診断科¹⁾, 札幌医科大学病理学第一講座²⁾,
相良病院病理診断科³⁾, 北斗病院病理遺伝子診断科⁴⁾

○中津川宗秀^{1,2)}, 平野博嗣¹⁾, 鳥越俊彦²⁾, 大井恭代³⁾, 原田 大⁴⁾, 山口朋美⁴⁾

教育講演 12 6月9日(日) 11:10~11:50 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

座長:安田政実(埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)

様々な乳腺腫瘍や非腫瘍性病変における筋上皮細胞の意義と細胞像について

広島大学病院病理診断科 ○有廣光司, 城間紀之, 尾田三世, 織田麻琴, 森 馨一

教育講演 13 6月9日(日) 13:20~14:00 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

座長:植田政嗣(畿央大学大学院健康科学研究科)

コルポスコープ検査

藤田医科大学医学部産婦人科 藤井多久磨

教育講演 14 6月9日(日) 14:10~14:50 第4会場(本館5F コンコードボールルームC)

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)

子宮頸部扁平上皮癌

熊本大学病院病理診断科 三上芳喜

教育講演 15 6月9日(日) 10:30~11:10 第5会場(南館4F 錦)

座長:芹澤昭彦(東海大学医学部付属病院病理検査技術科)

肺癌に対する Liquid-based cytology 検体を用いた遺伝子検査

東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野¹, 東京医科大学人体病理学分野²,

早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科³

○大平達夫¹, 松林 純², 濱中和嘉子¹, 前田純一¹, 吉田浩一¹, 垣花昌俊¹,

梶原直央¹, 筒井英光¹, 長尾俊孝², 河手典彦³, 池田徳彦¹

教育講演 16 6月9日(日) 13:20~14:00 第5会場(南館4F 錦)

座長:幾石尚美(厚生中央病院産婦人科)

早期の子宮頸部腺系病変の診断(コルポスコピー・細胞診・組織診の整合性)

こころとからだの元氣プラザ婦人科¹, 東京慈恵会医科大学産婦人科² ○小田瑞恵^{1,2}, 岡本愛光²

シンポジウム

シンポジウム 1 6月8日(土) 8:30~10:30 第1会場(南館5F エミネンスホール)

座長:加藤久盛(神奈川県立がんセンター婦人科)

小松京子(がん研究会有明病院臨床病理センター)

ASC-USの判定を再考してみる

SY1-1 「ASC-US」の現状・・・病理医の立場から

帝京大学医学部附属病院病理診断科

○笹島ゆう子

SY1-2 当院におけるASC-USの現状とそこからみえる細胞像

神奈川県立がんセンター検査科¹, 神奈川県立がんセンター婦人科², 神奈川県立がんセンター病理診断科³

○酒井麻衣¹, 内山亜弥², 那須隆二¹, 杉崎加奈¹, 能條 潤¹, 北村和久¹, 岩撫成子¹,
大久保陽一郎³, 加藤久盛², 横瀬智之³

SY1-3 ASC-US症例の臨床病理学的検討

日本医科大学付属病院女性診療科産科¹, 日本医科大学付属病院病理部²

○川瀬里衣子¹, 黒瀬圭輔¹, 池田真利子¹, 山本晃人¹, 米山剛一¹, 渡曾泰彦², 石井英昭²,
清水 章², 竹下俊行¹

- SY1-4 HPV トリアージを通じた ASC-US の評価を再考する
 藤沢市民病院産婦人科¹⁾, 横浜市立大学附属病院産婦人科²⁾, 小田原市立病院産婦人科³⁾, 大和市立病院産婦人科⁴⁾
 ○佐治晴哉¹⁾, 有野祐子¹⁾, 片山佳代¹⁾, 鈴木幸雄²⁾, 今井雄一²⁾, 丸山康世³⁾, 長谷川哲哉⁴⁾,
 松永竜也²⁾, 宮城悦子²⁾

シンポジウム 2 6月8日(土) 8:30~10:30 第2会場(本館5F コンコルドボールルーム B)

座長: 坂本穆彦(大森赤十字病院顧問・検査部)

近藤哲夫(山梨大学大学院医学工学総合研究部・人体病理学講座)

わが国の甲状腺腫瘍診療に NIFTP 導入は必要か

- SY2-1 NIFTP—そのインパクトと問題点
 伊藤病院病理診断科
 ○加藤良平
- SY2-2 甲状腺穿刺細胞診のパラダイムシフト: NIFTP はなぜ必要か
 近畿大学医学部奈良病院中央検査部病理
 ○覚道健一
- SY2-3 本邦における NIFTP 導入による影響—導入反対の立場から
 隈病院病理診断科
 ○廣川満良
- SY2-4 NIFTP の細胞診判定は可能か?
 修文大学看護学部¹⁾, 愛知県がんセンター中央病院²⁾, 隈病院³⁾
 ○越川 卓¹⁾, 藤田奈央²⁾, 植田菜々絵²⁾, 近藤吉起²⁾, 村上善子²⁾, 谷田部恭²⁾, 花井信広²⁾,
 樋口観世子³⁾, 廣川満良³⁾, 宮内 昭³⁾
- SY2-5 甲状腺外科専門医の立場からみた NIFTP
 伊藤病院外科
 ○北川 亘, 杉野公則, 伊藤公一
- SY2-6・総合討論 NIFTP に関する今後の議論の方向性
 大森赤十字病院検査部
 ○坂本穆彦

シンポジウム 3 6月8日(土) 8:30~10:30 第3会場(本館5F コンコルドボールルーム A)

座長: 長尾俊孝(東京医科大学人体病理学分野)

樋口佳代子(沖縄協同病院病理診断科)

唾液腺細胞診ミラノシステム—症例を通じてミラノシステムを体験する—

- SY3-1 「唾液腺細胞診ミラノシステム」の概要の解説
 沖縄協同病院病理診断科¹⁾, 藤田医科大学医学部医学科病理診断学²⁾
 ○樋口佳代子¹⁾, 浦野 誠²⁾
- SY3-2 ミラノシステム: 不適正・非腫瘍性に分類される症例の提示と解説
 藤田医科大学医学部病理診断学講座
 ○浦野 誠
- SY3-3 ミラノシステムにおける indeterminate category の細胞像
 久留米大学病院病理診断科・病理部
 ○秋葉 純, 河原明彦, 安倍秀幸, 高瀬頼妃呼, 福満千容, 吉田友子, 村田和也, 尾崎由佳子,
 内藤嘉紀

- SY3-4 唾液腺細胞診ミラノシステム—特に SUMP を考える—
成田富里徳洲会病院病理診断科¹, 日本大学松戸歯学部附属病院²
○加藤 拓¹, 松本 敬², 久山佳代²
- SY3-5 悪性の疑い, 悪性に分類される典型症例提示と解説
九州大学病院病理診断科・病理部
○野上美和子, 山元英崇, 大久保文彦, 小田義直
- SY3-6 唾液腺穿刺吸引細胞診のミラノシステムを用いた症例検討
東京医科大学人体病理学分野¹, 東京医科大学病院病理診断科²
○谷川真希^{1,2}, 三宅真司², 長尾俊孝^{1,2}

シンポジウム 4 6月8日(土) 8:30~10:30 第4会場 (本館5F コンコードボールルーム C)

座長: 土屋眞一 (社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科/日本医科大学付属病院病理部)
伊藤 仁 (東海大学医学部付属病院診療技術部病理検査技術科)

乳癌サブタイプ分類の臨床及び組織・細胞学的特徴

- SY4-1 乳癌サブタイプ分類と個別化治療の展望~今後細胞組織学的検査に求められること~
がん研究会有明病院細胞診断部乳腺センター外科
○坂井威彦, 森園英智
- SY4-2 サブタイプとその特徴的な画像所見について
長崎みなとメディカルセンター乳腺・内分泌外科¹, 久留米大学医療センター病理診断科²
○森田 道¹, 山口 倫², 南 恵樹¹
- SY4-3 乳癌サブタイプと組織型・組織像との相関性
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¹, 久留米大学医学部病理学講座², 久留米大学医学部病理学講座³
○山口 倫¹, 赤司桃子², 矢野博久³
- SY4-4 乳腺細胞診 (Pap 染色) での LuminalA・B の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¹, 日本医科大学付属病院病理診断科・病理部², 久留米大学医学部附属医療センター病理診断科³, 日本医科大学付属病院乳腺科⁴
○松澤こず恵¹, 沢田 晋¹, 葉山綾子², 山口 倫³, 土屋眞一^{1,4}
- SY4-5 乳癌 HER2 および TN タイプの細胞学的特徴とその傾向
日本医科大学付属病院病理診断科・病理部¹, 社会医療法人飯田病院病理診断科²
○葉山綾子¹, 渡會泰彦¹, 松澤こず恵², 石井英昭¹, 坂谷貴司¹, 清水 章¹, 内藤善哉¹, 土屋眞一²

シンポジウム 5 6月8日(土) 8:30~10:30 第6会場 (南館3F グレースルーム)

座長: 金城 満 (社会医療法人製鉄記念八幡病院診療技術部)
白石泰三 (桑名市総合医療センター)

泌尿器細胞診の精度管理をどう進めるか

- SY5-基調講演 基調講演
桑名市総合医療センター
○白石泰三
- SY5-1 泌尿器細胞診の精度管理をどう進めるか
倉敷芸術科学大学生命医科学科¹, 川崎医療福祉大学医療技術学部臨床検査学科²
○佐藤正和¹, 有安早苗²

- SY5-2 泌尿器細胞診の精度管理を考える～医療の質の視点から～
宮崎県立日南病院病理診断科¹, 宮崎県立日南病院臨床検査科²
○木佐貫篤^{1,2}, 福田早織², 佐野亜由美²
- SY5-3 統計学的観点からみた尿細胞診の精度管理
産業医科大学第1病理¹, 製鉄記念八幡病院病理診断科²
○岩井幸子¹, 金城 満²
- SY5-4 画像解析ソフトを用いた精度管理—細胞所見定量化解析と「異型細胞」診断への応用—
鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科臨床検査学専攻¹, 地方独立行政法人桑名市総合医療センター²
○金山和樹¹, 矢野孝明², 坂本未来², 今野和治², 伊藤英樹², 森 正美², 米田 操¹, 白石泰三²
- SY5-5 細胞診, 組織診断の精度保証 (内部精度管理, 外部精度評価)
日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野¹, 日本大学医学部附属板橋病院病理部²
○増田しのぶ¹, 関 利美²

シンポジウム 6 6月9日(日) 8:30~10:30 第1会場 (南館 5F エミネンスホール)

座長: 児玉省二 (医療法人恒仁会新潟南病院産婦人科)

佐々木寛 (医療法人沖繩徳洲会千葉徳洲会病院婦人科)

検診における細胞診のフォローアップ成績

- SY6-1 わが国の地域住民検診における子宮頸がん検診の精密検査結果の報告状況
国際医療福祉大学三田病院予防医学センター¹, 国立がん研究センター², 慶應義塾大学医学部産婦人科³
○齊藤英子¹, 雑賀公美子², 町井涼子², 河野可奈子², 中山富雄², 森定 徹³, 青木大輔³
- SY6-2 本会における子宮頸がん検診精度管理システムの現状と課題
公益財団法人東京都予防医学協会
○木口一成, 吉田志緒子, 仲本美智子, 久布白兼行
- SY6-3 北海道における対策型検診成績
北海道対がん協会細胞診センター
○藤田博正, 加藤 修, 日野順子, 市川浩巳, 阿部理絵, 茂木由紀, 小泉昌代, 和田恒之, 栄田尚子, 小西加奈子, 横山 恵
- SY6-4 宮城県での検診における細胞診・組織診のフォローアップ成績
おぎわ女性総合クリニック¹, 日本産婦人科医会がん対策委員長², 宮城県対がん協会³, 宮城県医師会健康センター⁴, せんだい総合健診クリニック⁵, 東北大学病理部⁶, 東北大学災害科学国際研究所⁷, 東北大学産婦人科⁸
○小澤信義^{1,2}, 秀城浩司³, 板橋育子³, 田勢 亨³, 黒川典子⁴, 志賀朋子⁵, 東岩井久⁵, 笹野公伸⁶, 伊藤 潔⁷, 八重樫伸生⁸
- SY6-5 神奈川県における対策型子宮頸がん検診の状況報告及び職域検診の実施状況について
神奈川県立がんセンター婦人科
○加藤久盛, 上原萌美, 小澤雅代, 上野悠太, 内山亜弥, 最上多恵, 近内勝幸, 小野瀬亮
- SY6-6 異なる検診スタイル (対策型/任意型) における子宮頸がん検診成績の検討
聖隷福祉事業団聖隷健康診断センター医務部
○入駒麻希

シンポジウム7 6月9日(日) 8:30~10:30 第2会場(本館5F コンコードボールルームB)

座長: 佐藤之俊(北里大学医学部呼吸器外科学)

三宅真司(東京医科大学病院病理診断部)

肺癌細胞診の判定基準: 新たな肺癌診療の時代に向けて

- SY7-1 呼吸器細胞診~新細胞診報告様式への挑戦と課題~
京都大学医学部附属病院病理診断科
○吉澤明彦
- SY7-2 細胞所見と用語の問題点
国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹⁾, 東京医科大学病理診断部²⁾, 大阪国際がんセンター病理細胞診断科³⁾
○澁木康雄¹⁾, 三宅真司²⁾, 竹中明美³⁾, 中谷久美¹⁾, 時田和也¹⁾, 元井紀子¹⁾
- SY7-3 肺腺癌と扁平上皮癌の判定基準
香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部
○羽場礼次
- SY7-4 新肺癌細胞診判定基準(案)における“atypical cells”について
大阪はびきの医療センター病理診断科
○河原邦光
- SY7-5 新提案判定基準の検討について
国立病院機構大阪医療センター臨床検査科
○竹中明美
- SY7-6 JSCC-JLCSによる新たな判定基準の提案
東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科¹⁾, 千葉大学大学院医学研究院²⁾, 北里大学病院呼吸器外科³⁾, 北里大学病院病理診断科⁴⁾, 東京医科大学病院病理診断科⁵⁾, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科⁶⁾, 国立病院機構大阪医療センター臨床検査科⁷⁾, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科⁸⁾, 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⁹⁾, 京都大学付属病院病理診断科¹⁰⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科¹¹⁾, 大阪はびきの医療センター病理診断科¹²⁾
○廣島健三^{1,2)}, 佐藤之俊³⁾, 吉田 功⁴⁾, 柿沼廣邦⁴⁾, 長尾俊孝⁵⁾, 松林 純⁵⁾, 三宅真司⁵⁾, 中塚伸一⁶⁾, 眞能正幸⁷⁾, 竹中明美⁷⁾, 元井紀子⁸⁾, 澁木康雄⁸⁾, 南 優子⁹⁾, 吉澤明彦¹⁰⁾, 羽場礼次¹¹⁾, 河原邦光¹²⁾

シンポジウム8 6月9日(日) 8:30~10:30 第3会場(本館5F コンコードボールルームA)

座長: 岡本愛光(東京慈恵会医科大学産婦人科)

藤原 潔(天理よろづ相談所病院産婦人科)

子宮体癌治療における腹水細胞診の意義

- SY8-1 子宮体癌症例における腹腔細胞診の臨床細胞学的検討
岡山大学病院病理診断科
○柳井広之
- SY8-2 子宮体癌治療における腹水細胞診の意義
三重大学産婦人科学講座
○平田 徹, 近藤英司, 松本剛史, 真川祥一, 真木晋太郎, 金田倫子, 吉田健太, 田中博明, 池田智明

- SY8-3 子宮体癌における臨床病理学的所見の再考～腹水細胞診に着目して～
東京慈恵会医科大学産婦人科学講座¹, 東京慈恵会医科大学病理学講座², ころとからだの元氣プラザ婦人科³
○竹中将貴¹, 上井美里¹, 矢内原臨¹, 清川貴子², 高野浩邦¹, 山田恭輔¹, 小田瑞恵³, 新美茂樹¹, 磯西成治¹, 岡本愛光¹
- SY8-4 腹水細胞診は子宮体癌の独立した予後因子なのか?
弘前大学大学院医学研究科産婦人科学講座
○二神真行, 横山良仁
- SY8-5 子宮体癌 IA 期の腹水細胞診陽性例における抗癌剤治療の意義
がん研究会有明病院婦人科
○菅野素子, 谷川輝美, 的田真紀, 青木洋一, 野村秀高, 岡本三四郎, 尾松公平, 金尾祐之, 竹島信宏
- SY8-6 子宮体癌の腹水細胞診陽性は再発予測因子となるか
国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科¹, 国立がん研究センター中央病院病理部²
○加藤友康¹, 高橋健太¹, 久野育美¹, 米岡 完¹, 塚田貴史¹, 加藤真弓¹, 清水華子¹, 植原貴史¹, 池田俊一¹, 吉田 裕², 石川光也¹

シンポジウム 9 6月9日(日) 8:30~10:30 第4会場(本館5F コンコルドボールルームC)

座長: 森井英一(大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理部)

畑中 豊(北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門)

ゲノム(molecular cytology) 医療現場最前線

- SY9-1 唾液腺腫瘍における遺伝子異常 Update: 細胞診断への応用
名古屋市立大学臨床病態病理学
○稲垣 宏
- SY9-2 細胞診材料を用いた肺癌遺伝子検査の現状と役割
久留米大学病院病理診断科・病理部
○安倍秀幸, 河原明彦, 高瀬頼妃呼, 村田和也, 福満千容, 吉田友子, 尾崎由佳子, 内藤嘉紀, 秋葉 純
- SY9-3 肺癌ゲノム医療の現状と細胞診への期待
国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹, 国立がん研究センター研究所臨床ゲノム解析部門²
○元井紀子¹, 橋本大輝¹, 時田和也¹, 吉田和広¹, 柿島裕樹¹, 千木良浩志¹, 福原 萌¹, 中谷久美¹, 澁木康雄¹, 市川 仁²
- SY9-4 今後のゲノム診療における細胞診のあり方: 学会における取り組み
北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門¹, 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科², 公立昭和病院臨床検査科³, 久留米大学病院病理診断科・病理部⁴, 大阪大学医学部附属病院病理部⁵, 国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科⁶, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁷, 東京慈恵会医科大学産婦人科⁸, 聖マリアンナ医科大学病理学⁹, 北里大学医学部呼吸器外科学¹⁰, 大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理部¹¹
○畑中 豊¹, 元井紀子², 濱川真治³, 河原明彦⁴, 長友忠相⁵, 桑田 健⁶, 小田義直⁷, 岡本愛光⁸, 前田一郎⁹, 佐藤之俊¹⁰, 森井英一¹¹

シンポジウム 10 6月9日(日) 8:30~10:30 第5会場(南館4F 錦)

座長: 森園英智 (がん研究会有明病院乳腺センター外科)

増田しのぶ (日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野)

乳腺穿刺吸引細胞診の鑑別困難の実際

- SY10-1 乳腺クリニックにおける乳腺穿刺細胞診の有用性についての検討
乳腺ケア泉州クリニック
○米川みな子, 塚本 愛, 住吉一浩
- SY10-2 当院における13年間の乳腺細胞診鑑別困難の検討(画像診断・臨床医の対応の変遷)
たけべ乳腺外科クリニック¹⁾, 高松平和病院²⁾
○安毛直美¹⁾, 兼近典子¹⁾, 武部晃司¹⁾, 新井貴士¹⁾, 横山智子²⁾, 宮西智恵²⁾, 佐藤 明²⁾
- SY10-3 当院の乳腺穿刺細胞診における「鑑別困難」の実際
国立病院機構千葉医療センター臨床検査科病理¹⁾, 国立病院機構千葉医療センター乳腺外科²⁾
○山本伸晃¹⁾, 鈴木正人²⁾, 神戸美千代¹⁾, 高橋葉子¹⁾, 中野茂治²⁾, 粕谷雅晴²⁾, 吉原彩香¹⁾, 渡邊晃司¹⁾, 永井雄一郎¹⁾
- SY10-4 乳腺細胞診鑑別困難例に対する臨床的取り扱いの実情と課題
川崎医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 川崎医科大学附属病院²⁾, 川崎医科大学産婦人科学¹⁾, 川崎医科大学附属病院・川崎医科大学病理学⁴⁾
○福屋美奈子¹⁾, 小林博久²⁾, 寺尾祥江²⁾, 菅野豊子²⁾, 米 亮祐²⁾, 小林江利²⁾, 羽間夕紀子³⁾, 森谷卓也⁴⁾
- SY10-5 乳腺穿刺吸引細胞診(FNA)における鑑別困難症例の検討
がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, がん研究会有明病院乳腺センター外科²⁾, がん研究会有明病院臨床病理センター病理部³⁾
○池畑浩一¹⁾, 森園英智²⁾, 坂井威彦²⁾, 古田則行¹⁾, 小松京子¹⁾, 堀井理絵³⁾, 杉山裕子¹⁾
- SY10-6 乳腺穿刺吸引細胞診の鑑別困難症例の検討
大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理細胞診断科²⁾, 大阪国際がんセンター乳腺・内分泌外科³⁾
○龍あゆみ¹⁾, 棚田 諭¹⁾, 芦村純一¹⁾, 中村ハルミ²⁾, 中山貴寛³⁾, 中塚伸一²⁾

細胞検査士会要望教育シンポジウム

6月9日(日) 15:00~17:00 第2会場(本館5F コンコードボールルームB)

座長: 加戸伸明 (東海大学医学部付属病院病理検査技術科)

齋木康雄 (国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科)

1. 消化器領域におけるEUS-FNA on-site cytology 当院の運用方法

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部²⁾○池畑浩一¹⁾, 古田則行¹⁾, 藤山淳三¹⁾, 星 利良¹⁾, 山崎奈緒子¹⁾, 山田麻里沙¹⁾,

- 伊藤崇彦¹⁾, 小松京子¹⁾, 高澤 豊²⁾, 杉山裕子¹⁾
2. 当院における ROSE の現状と今後の課題
千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科
○有田茂実, 高橋 司, 小高亜紀子, 伊丹真紀子
 3. ROSE の現場における患者に対する感染予防策について
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科
○草苺宏有, 佐々木真実, 赤埴由紀子, 安田玲子, 柳澤信之, 相田芳夫
 4. オンサイト迅速細胞診における湿固定検体を用いた簡易ギムザ染色の有用性
兵庫医科大学病院病理部
○糸山雅子, 鳥居洋祐, 中西昂弘, 石田圭子, 石田誠実, 榎本利香, 佐藤 元, 中村純子,
鳥居良貴, 廣田誠一

スポンサードシンポジウム

6月8日(土) 8:30~10:30 第5会場(南館4F 錦)

座長: 長村義之(日本鋼管病院病理診断科)

グローバルな視点から考える細胞診断報告様式の標準化と最新動向(ホロジックジャパン株式会社)

1. Overview & IAC Yokohama Breast FNA System Robert Y. Osamura, MD
基調講演, FNA 細胞診断の報告様式 日本鋼管病院病理診断科 長村義之
2. International Reporting System of Serous Effusion Fernando Schmitt, MD
体腔液細胞診の報告様式 University of Porto Dr. Fernando SCHMITT
3. IAC Paris System of urinary system Toyosu Tsuzuki, MD (TBD)
尿細胞診の報告様式 愛知医科大学医学部病院病理部 都築豊徳
4. Bethesda System GYN Yoshiaki Mikami, MD (TBD)
子宮頸部細胞診の報告様式 熊本大学医学部附属病院病理部 三上芳喜

日本臨床細胞学会外部精度管理報告

6月9日(日) 10:10~11:10 第6会場(南館3F グレースルーム)

座長: 長尾俊孝(東京医科大学人体病理学分野)

湊 宏(石川県立中央病院病理診断科)

第7回コントロールサーベイの解答と解説

1. 奈良県総合医療センター産婦人科
○豊田進司
2. 石川県立中央病院病理診断科
○湊 宏

3. 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター病理診断科
○河原邦光

最優秀論文賞 受賞講演

最優秀論文賞 受賞講演 1 6月8日(土) 14:00~14:40 第8会場(本館47F あおぞら)

座長: 井村稷二(富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座)

(平成29年受賞)

充実成分を有する甲状腺乳頭癌の細胞像とその臨床的意義について

日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科 大橋隆治

最優秀論文賞 受賞講演 2 6月9日(日) 10:30~11:10 第7会場(本館47F あげぼの)

座長: 寺本勝寛(山梨県厚生連健康管理センター)

(平成28年受賞)

がんゲノム医療時代における病理・細胞診検体の可能性

山梨県立中央病院ゲノム解析センター/検査部ゲノム検査科 雨宮健司

班研究報告

6月8日(土) 13:20~13:50 第8会場(本館47F あおぞら)

座長: 三上芳喜(熊本大学医学部附属病院病理部)

液状化検体細胞診(LBC)法による乳腺細胞診診断の構築と検証

博愛会相良病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学付属病院病理診断科²⁾,
元昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室³⁾, 三重大学医学部付属病院病理部⁴⁾,
聖マリアンナ医科大学病理学⁵⁾, 博愛会相良病院臨床検査科⁶⁾, 社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科⁷⁾,
日本臨床細胞学会研究班⁸⁾, 久留米大学医学部附属医療センター病理診断科⁹⁾,
日本医科大学付属病院乳腺科¹⁰⁾

○大井恭代¹⁾, 小穴良保²⁾, 北村隆司³⁾, 小塚祐司⁴⁾, 前田一郎⁵⁾,
前田ゆかり⁶⁾, 松澤こず恵⁷⁾, 松原美幸⁸⁾, 山口 倫⁹⁾, 土屋眞一^{7,10)}

ワークショップ

ワークショップ 1 6月8日(土) 10:30~12:00 第2会場(本館5F コンコードボールルームB)

座長: 矢納研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科)

平井康夫 (ピーシーエル・ジャパン病理・細胞診センター/獨協医科大学産婦人科)

液状化検体細胞診(LBC)と標準的報告様式の活用による子宮内膜細胞診の世界的進歩

WS1-1 子宮内膜吸引組織診と比較した液状検体法による子宮内膜細胞診の性能評価

福井大学産科婦人科¹, ピーシーエル・ジャパン病理・細胞診センター兼獨協医科大学産婦人科², NTT 東日本関東病院産婦人科³, 自治医科大学産科婦人科⁴, 公立学校共済組合四国中央病院産婦人科⁵, 四国中央病院産婦人科⁶, 鈴鹿中央総合病院産婦人科⁷, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁸, 公益財団法人ちば県民保健予防財団⁹, 山梨県立中央病院産科婦人科¹⁰, 自治医科大学産科婦人科¹¹, 島根県立中央病院産婦人科¹², 北里大学北里研究所病院¹³, 福井大学産科婦人科¹⁴, 徳島大学産科婦人科¹⁵, おざわ女性総合クリニック¹⁶, 石渡産婦人科病院¹⁷, 新百合ヶ丘総合病院産婦人科¹⁸

○黒川哲司¹, 平井康夫², 坂本公彦³, 藤原寛行⁴, 鎌田正晴⁵, 田村貴央⁶, 矢納研二⁷, 則松良明⁸, 河西十九三⁹, 寺本勝寛¹⁰, 高橋詳史¹¹, 岩成 治¹², 石谷 健¹³, 吉田好雄¹⁴, 苛原 稔¹⁵, 小澤信義¹⁶, 石渡 勇¹⁷, 鈴木光明¹⁸

WS1-2 単一施設での子宮内膜液状化検体細胞診と吸引式内膜組織生検の精度比較研究

北里大学北里研究所病院婦人科¹, 東京女子医科大学病院産婦人科学講座², 東京女子医科大学病院病理診断科³, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁴, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科⁵, ピーシーエル・ジャパン病理・細胞診センター⁶

○石谷 健^{1,2}, 岡田薫子², 二村 梓², 広兼春美², 徳田美由紀², 秋澤叔香², 木原真紀², 梁木富美子², 阿部結貴², 長嶋洋治³, 則松良明⁴, 矢納研二⁵, 田畑 務², 平井康夫⁶

WS1-3 TACASTM Ruby (上尾方式)による細胞診断基準・精度・有用性について

上尾中央総合病院検査技術科病理¹, 上尾中央総合病院病理診断科², 上尾中央総合病院産婦人科³

○大野喜作¹, 小林 要¹, 和田亜科音¹, 渡部有依¹, 武井綾香¹, 柴田真里¹, 横田亜矢², 杉谷雅彦², 中熊正仁³

WS1-4 子宮内膜細胞診における液状化検体細胞診の有用性—沈降法とフィルター法の比較—

大阪府済生会野江病院病理診断科¹, 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科², 大阪市立大学³

○小椋聖子¹, 矢野恵子², 江木さつき¹, 城戸貴之¹, 高安祥子¹, 神原七規¹, 桜井幹己³, 竹井雄介¹

WS1-5 ThinPrep を用いた子宮内膜細胞診の実務, 精度と有用性について

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー九州検査部病理細胞診

○池本理恵, 久岡陽子, 衛藤久仁子, 平原尊史, 松田まどか, 西 国広, 伊藤裕司, 中島 豊

WS1-6 LBC 検体を用いた子宮内膜細胞診精度向上のための免疫染色・遺伝子解析の応用

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¹, 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター臨床検査技術科², 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター産婦人科³

○棟方 哲¹, 佐々木伸也², 高瀬未穂², 山内里紗², 鈴木雄策², 茂山かおり², 岡村友香里²,
伊東良太¹, 山本敏也³

ワークショップ2 6月8日(土) 14:30~16:30 第2会場(本館5F コンコルドボールルームB)

座長: 端 晶彦(山梨大学医学部産婦人科学教室)

高澤 豊(がん研究会有明病院臨床病理センター)

LEGHの判定とピットフォール

- WS2-1 胃型粘液を有する子宮頸部腺系病変
帝京大学医学部附属病院病理診断科
○笹島ゆう子
- WS2-2 併存病変を考慮すべき LEGH の特徴的細胞所見について
がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹, がん研究会有明病院臨床病理センター病理部²
○伊藤崇彦¹, 石井脩平², 山田麻里沙¹, 山崎奈緒子¹, 池畑浩一¹, 藤山淳三¹, 古田則行¹,
小松京子¹, 高澤 豊², 杉山裕子¹
- WS2-3 当院の LEGH 疑い症例についての検討
がん研究会有明病院婦人科
○岡本三四郎, 竹島信宏
- WS2-4 LEGH の follow up における注意すべき細胞診所見の変化
山梨大学医学部産婦人科¹, 山梨大学医学部附属病院病理部², 山梨大学医学部人体病理³
○大森真紀子¹, 端 晶彦¹, 中澤久美子², 笠井一希², 花井佑樹², 望月直子², 深澤宏子¹,
奈良政敏¹, 近藤哲夫³, 平田修司¹

ワークショップ3 6月8日(土) 14:40~16:10 第3会場(本館5F コンコルドボールルームA)

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)

池田徳彦(東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野)

肺癌治療と細胞診の活用

- WS3-1 肺癌の治療における細胞診断の役割—総論的な立場で—
東京医科大学人体病理学分野¹, 東京医科大学病院², 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野³
○松林 純^{1,2}, 三宅真司², 垣花昌俊³, 梶原直央³, 大平達夫³, 池田徳彦³, 長尾俊孝¹
- WS3-2 気管支鏡検査の個別化へ向けて細胞診が担う役割と当院の工夫
京都府立医科大学附属病院呼吸器内科¹, 京都府立医科大学附属病院病理部²
○今林達哉¹, 内野順治¹, 山田忠明¹, 宮川 文², 小西英一², 高山浩一¹
- WS3-3 肺癌に対する経気管支吸引細胞診検体からのセルブロック標本 PD-L1 免疫染色
成田赤十字病院病理部¹, 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²
○榎本 茜¹, 澁谷 潔², 齊藤 忠¹, 葛生吉彦¹, 岡田裕子¹, 藤河 潤¹, 野首光弘¹,
河上牧夫¹
- WS3-4 ROS1 融合遺伝子解析を例とした呼吸器細胞診検体の RNA 解析への活用

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野¹⁾, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科²⁾, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野³⁾, 日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野⁴⁾

○中西陽子¹⁾, 関 利美²⁾, 鈴木淳子²⁾, 中島弘一²⁾, 吉田一代²⁾, 勝沼真由美²⁾, 廣谷ゆかり³⁾,
西巻はるな³⁾, 小林博子³⁾, 大荷澄江³⁾, 楠美嘉晃³⁾, 唐 小燕³⁾, 飯田由子⁴⁾, 清水哲男⁴⁾,
辻野一郎⁴⁾, 高橋典明⁴⁾, 権 寧博⁴⁾, 増田しのぶ³⁾

WS3-5 肺癌手術時における細胞診の多様な役割

国立病院機構松江医療センター呼吸器外科¹⁾, 同 臨床検査科²⁾

○荒木邦夫¹⁾, 西村俊直²⁾, 吉田恵梨子²⁾, 岸本篤人²⁾, 長岡三郎²⁾

WS3-6 がんゲノム診療に貢献できるセルブロック作製法を目指して

北海道医療大学医療技術学部臨床検査学科¹⁾, 北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門²⁾, 北海道大学病院病理部/病理診断科³⁾

○丸川活司^{1,3)}, 畑中 豊²⁾, 出口貴祥³⁾, 安孫子光春³⁾, 近藤 啓¹⁾, 松野吉宏³⁾

ワークショップ 4 6月8日(土) 10:30~12:00 第5会場(南館 4F 錦)

座長: 梅澤 聡 (武蔵野赤十字病院産婦人科)

笹川寿之 (金沢医科大学産科婦人科学)

HPV 検査の活用を考える

WS4-1 婦人科液状細胞診における HPV-DNA 検査の現状

LSI メディエンス病理・細胞診ラボラトリー¹⁾, LSI メディエンス感染症検査部²⁾, 武蔵野赤十字病院産婦人科³⁾

○山口真美恵¹⁾, 鈴木行正¹⁾, 高梨真樹²⁾, 梅澤 聡³⁾, 前田昭太郎¹⁾

WS4-2 我が国における HPV 併用検診導入による効果と課題～全国 8 地区の検診データから～

鳥取大学医学部附属病院産科婦人科¹⁾, 島根県立中央病院産婦人科²⁾, ちば県民保険予防財団³⁾, 福井大学医学部産科婦人科⁴⁾, はまだレディスクリニック⁵⁾, 北海道対がん協会⁶⁾, 自治医科大学産科婦人科⁷⁾, 佐賀大学医学部産科婦人科⁸⁾, 小樽市立病院⁹⁾, 北海道大学¹⁰⁾, 松江市立病院産婦人科¹¹⁾, 新百合ヶ丘総合病院産婦人科¹²⁾

○大石徹郎¹⁾, 岩成 治²⁾, 河西十九三³⁾, 黒川哲司⁴⁾, 濱田政雄⁵⁾, 藤田博正⁶⁾, 藤原寛行⁷⁾,
横山正俊⁸⁾, 櫻木範明^{9,10)}, 紀川純三¹¹⁾, 鈴木光明¹²⁾

WS4-3 子宮頸がん検診における費用対効果を考慮した HPV 検査併用の検討

豊見城中央病院産婦人科¹⁾, 豊見城中央病院病理診断科²⁾

○前濱俊之¹⁾, 天久望美²⁾, 宮里碧沙²⁾, 伊禮 彩²⁾, 照屋敦子²⁾, 呉地 剛²⁾, 喜友名正也²⁾

WS4-4 HPV 検査の活用—細胞診 HPV 併用検診, 自己採取 HPV 検査, 円錐切除後管理—

島根県立中央病院産婦人科

○岩成 治, 高橋也尚, 森山正司

WS4-5 HPV ジェノタイプの網羅的解析から見えてきた HPV 型と子宮頸部病変との関係

杏林大学保健学部臨床検査技術学科¹⁾, 群馬パース大学保健科学部検査技術学科²⁾, こころとからだの元氣プラザ³⁾, 金沢医科大学産科婦人科⁴⁾

○大河戸光章¹⁾, 岡山香里²⁾, 栗原達哲³⁾, 石井保吉³⁾, 小田瑞恵³⁾, 笹川寿之⁴⁾

ワークショップ5 6月8日(土) 15:30~17:30 第5会場(南館4F 錦)

座長: 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)

板持広明 (岩手医科大学附属病院産婦人科)

コンパニオン診断の未来

- WS5-1 病理・細胞診業務におけるコンパニオン診断における現状と課題
富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座¹⁾, 富山大学附属病院病理部病理診断科²⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座³⁾
○井村穰二^{1,2)}, 小椋恵利²⁾, 木屋千恵子²⁾, 撰津 黎²⁾, 清水晃太²⁾, 浜田桂司²⁾, 野口 映³⁾, 中嶋隆彦³⁾
- WS5-2 肺腫瘍のコンパニオン診断の未来: 病理技師の立場から
久留米大学病院病理診断科・病理部
○河原明彦, 安倍秀幸, 高瀬頼妃呼, 村田和也, 福満千容, 吉田友子, 内藤嘉紀, 秋葉 純
- WS5-3 乳がん領域におけるコンパニオン診断の動向
博愛会相良病院病理診断科¹⁾, 博愛会相良病院臨床検査科²⁾, 鳥取大学器官病理学³⁾
○大井恭代¹⁾, 前田ゆかり²⁾, 梅北善久³⁾
- WS5-4 泌尿器科腫瘍のコンパニオン診断の現状と未来: 尿細胞診の役割
愛知医科大学病院病理診断科
○都築豊徳
- WS5-5 子宮体癌における mismatch repair 蛋白の発現異常と MSI の検討
岩手医科大学医学部病理診断学講座
○刑部光正, 佐藤千絵, 杉本 亮, 藤田泰子, 上杉憲幸, 石田和之, 菅井 有

ワークショップ6 6月8日(土) 8:30~10:30 第7会場(本館47F あげぼの)

座長: 亀井敏昭 (PCL 福岡病理・細胞診センター)

松本慎二 (福岡大学病院病理部)

体腔液の細胞診の進化

- WS6-1 演題取り下げ
- WS6-2 体腔液の細胞分類における問題点と標準化に向けた取り組み
日本臨床衛生検査技師会穿刺液検査標準化検討 WG¹⁾, 中国中央病院臨床検査科²⁾, 諏訪中央病院検査科³⁾, 豊橋市民病院中央臨床検査室⁴⁾
○羽原利幸^{1,2)}, 保科ひづる^{1,3)}, 内田一豊^{1,4)}
- WS6-3 術中胸腔洗浄細胞診に出現する細胞像の特徴
東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野¹⁾, 東京医科大学人体病理学分野²⁾, 東京医科大学病院病理診断科³⁾, 三井記念病院呼吸器外科⁴⁾

- 垣花昌俊¹, 松林 純², 三宅真司³, 梶原直央¹, 筒井英光¹, 前田純一⁴, 大平達夫¹,
長尾俊孝², 池田徳彦¹
- WS6-4 婦人科診療における腹水細胞診 セルブロック法の有用性に関する検討
横須賀共済病院産婦人科¹, 横須賀共済病院病理科²
○杉浦 賢¹, 矢毛石真由美², 猪股美和², 川口幹夫², 桑原祐子², 杉山真理², 矢部香織²,
津浦幸夫²
- WS6-5 体腔液における悪性中皮腫細胞集塊の多様性
埼玉医科大学総合医療センター病理部¹, 公益財団法人結核予防会複十字病院病理診断科²
○日下卓万¹, 大野優子¹, 大澤久美子¹, 阿部倫子¹, 菊地 淳¹, 増田 渉¹, 川野竜太郎¹,
百瀬修二¹, 東 守洋¹, 岡 輝明², 田丸淳一¹
- WS6-6 胸水細胞診を用いた悪性胸膜中皮腫診断プロセスと問題点
福岡大学病院病理部・病理診断科¹, 福岡大学医学部病理学教室², (株) ヒーシーエルジャ
パン PCL 福岡病理・細胞診センター³
○濱崎 慎^{1,2}, 松本慎二¹, 木下義晃², 亀井敏昭³, 鍋島一樹^{1,2}

ワークショップ7 6月8日(土) 15:10~16:40 第7会場(本館47F あけぼの)

座長：柴原純二(杏林大学医学部病理学講座病理系専攻病理学分野)

伊藤以知郎(長野赤十字病院病理部)

悪性リンパ腫の診断：特に DLBCL/High-grade B-cell lymphoma に焦点を当てて

- WS7-1 High grade B-cell lymphoma の病理診断とその問題点
埼玉医科大学総合医療センター病理部
○百瀬修二, 田丸淳一
- WS7-2 リンパ節の穿刺吸引細胞診と flow cytometry の併用
—細胞診による悪性リンパ腫の診断精度向上を目指して—
日本医科大学多摩永山病院病理部¹, 三菱化学メディエンス病理・細胞診センター², 日本医
科大学病理学統御機構・腫瘍学³
○細根 勝¹, 磯部宏昭¹, 片山博徳¹, 新井 悟¹, 前田昭太郎², 内藤善哉³
- WS7-3 High grade B-cell lymphoma を想定すべき細胞学的特徴所見
昭和大学医学部臨床病理診断学講座¹, 杏林大学医学部附属病院病理部², 昭和大学横
浜市北部病院臨床病理診断科³
○佐々木陽介¹, 岸本浩次², 北村隆司¹, 三浦咲子¹, 本間まゆみ³, 塩沢英輔¹, 矢持淑子¹,
楯 玄秀¹, 瀧本雅文¹
- WS7-4 FISH 法による Double hit lymphoma の探索と検出方法の比較
長野赤十字病院病理部
○佐藤秀太, 荻野智由, 里見英俊, 伊藤以知郎

ワークショップ8 6月8日(土) 8:30~10:30 第8会場(本館47F あおぞら)

座長：川本雅司(帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)

宝来 威(がん研究会有明病院呼吸器センター)

非腫瘍性呼吸器疾患細胞診のおさえどころ

- WS8-1 精査加療施設の立場から、「炎症性偽腫瘍」を例として
岩手県立中央病院病理診断センター

- 八重樫弘, 高橋一博, 平山主税, 山田孝弘, 北條寛尚, 金子実幸, 中野香奈子, 渡邊陽子,
小野貞英, 佐熊 勉
- WS8-2 間質性肺炎とはどのような疾患か?
帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科
○高橋美紀子, 川本雅司
- WS8-3 非腫瘍性呼吸器疾患の細胞診において肺癌と鑑別の難しい反応性異型細胞の文献レビュー
大阪はびきの医療センター病理診断科
○河原邦光
- WS8-4 呼吸器感染症の細胞診
独立行政法人国立病院機構東京病院臨床検査科病理検査室
○我妻美由紀, 浦田兼司, 木谷匡志, 蛇澤 晶

ワークショップ9 6月9日(日) 10:30~12:00 第2会場(本館5F コンコルドボールルームB)

座長: 戸澤晃子(聖マリアンナ医科大学産婦人科学教室)

南口早智子(京都大学医学部附属病院病理診断科)

LBCのピットフォーラム

- WS9-1 従来法と比較したLBC法における子宮頸部細胞診の注意すべき特徴
京都大学医学部附属病院病理診断科
○吹谷美佳, 白波瀬浩幸, 田川千幸, 平伴英美, 佐伯美穂, 富田圭一, 平田勝啓, 南口早智子,
桜井孝規, 羽賀博典
- WS9-2 LBC法における本会の成績と運用上の注意点
(公財)東京都市防医学協会
○吉田志緒子, 花出有芸, 鎌田久美子, 石山功二, 久布白兼行, 木口一成
- WS9-3 細胞診(LBC法)では特定できないNILM/HPV陽性症例について
福井大学医学部産科婦人科
○大沼利通, 黒川哲司, 山本 真, 津吉秀昭, 品川明子, 知野陽子, 吉田好雄
- WS9-4 LBCの原理とその特長及び長所と短所について
山梨県厚生連健康管理センター婦人科¹⁾, 甲府市医師会細胞診センター²⁾, 山梨県立中央病院³⁾
○寺本勝寛¹⁾, 坂本光正²⁾, 小林奈美²⁾, 三村理恵²⁾, 原田さつき²⁾, 杉田典子²⁾, 坂本春陽²⁾,
石井恵理³⁾, 雨宮健司³⁾, 小山敏雄³⁾

ワークショップ10 6月9日(日) 10:30~12:00 第3会場(本館5F コンコルドボールルームA)

座長: 田中尚武(千葉県がんセンター婦人科)

加来恒壽(国際医療福祉大学, 福岡山王病院予防医学センター)

子宮内膜診断の精度を高めるために

基調講演

- WS10-1 子宮内膜細胞診判定精度を下げる要因
JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科¹⁾, JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科²⁾,
福井大学医学部産科婦人科³⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部⁴⁾, 弘前大学大学院保健学研究科⁵⁾
○矢納研二¹⁾, 中村 豊²⁾, 黒川哲司³⁾, 品川明子³⁾, 大沼利通³⁾, 則松良明⁴⁾, 渡邊 純⁵⁾
- WS10-2 子宮内膜増殖症と内膜細胞診にまつわる諸問題
滋賀医科大学附属病院病理診断科¹⁾, 滋賀医科大学附属病院臨床検査医学講座²⁾, 滋賀医科

- 大学附属病院検査部³⁾
 ○森谷鈴子¹⁾, 九嶋亮治²⁾, 松原亜季子³⁾, 能島 舞¹⁾, 岩井宗男³⁾, 岩本 望³⁾, 林 裕司³⁾,
 山口 大³⁾, 吉田友理子³⁾, 今村真治³⁾
- WS10-3 子宮内膜 LBC 標本を用いた免疫細胞化学的応用
 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¹⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央
 総合病院産婦人科²⁾, 奈良県立医科大学附属病院病理部³⁾
 ○則松良明¹⁾, 矢納研二²⁾, 鈴木久恵³⁾, 西川 武³⁾
- WS10-4 腺癌細胞の核内所見と細胞周期の関連性：培養細胞を使用して
 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¹⁾, 純真学園大学保健医療学部検
 査科学科²⁾, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学³⁾, 九州大学大学院医学研究院形態
 機能病理学⁴⁾, 国際医療福祉大学⁵⁾, 福岡山王病院⁶⁾, 医療法人社団高邦会高木病院予防医学
 センター⁷⁾
 ○渡辺寿美子¹⁾, 中司 成¹⁾, 上原俊貴¹⁾, 遠峰由希恵²⁾, 加藤聖子³⁾, 小田義直⁴⁾, 加来恒壽^{5,6)},
 岩坂 剛⁷⁾
- WS10-5 細胞診検体からのオルガノイド培養
 千葉県がんセンター研究所発がん制御研究部¹⁾, 千葉県がんセンター婦人科²⁾, 千葉県がん
 センター臨床病理部³⁾
 ○丸 喜明¹⁾, 田中尚武²⁾, 小高亜紀子³⁾, 伊丹真紀子³⁾, 筆宝義隆¹⁾

ワークショップ 11 6月9日(日) 8:30~10:00 第6会場(南館3F グレースルーム)

座長：若狭朋子(近畿大学奈良病院病理診断科)

青木裕志(順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科)

検査室をめぐる法規とその実践

- WS11-1 病理細胞診検査室で使用する危険有害性のある化学物質に関する法規とその実践
 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター病理診断科
 ○大西雅子, 木佐京子, 梶尾健太, 大山重勝, 上田佳世, 河原邦光
- WS11-2 作業環境に求められる法令とその実践
 株式会社ピーシーエルジャパン品質管理課¹⁾, 同 品質管理部²⁾, 同 細胞診断部³⁾, 同 診
 断本部⁴⁾
 ○大久保美浩¹⁾, 小沢英樹²⁾, 平井康夫³⁾, 石黒信吾⁴⁾
- WS11-3 女性労働基準規則に基づいた病理検査室における産業保健活動—産業医の立場から—
 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学¹⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学²⁾
 ○松浦祐介¹⁾, 吉野 潔²⁾
- WS11-4 廃棄物処理に求められる法令とその実践
 獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科
 ○古谷津純一, 山崎泰樹, 岡村卓哉, 伴 慎一, 上田善彦
- WS11-5 臨床研究に求められる法令とその実践
 社会医療法人母恋日鋼記念病院病理診断科
 ○山城勝重
- WS11-6 精度管理に求められる法令とその実践
 石川県立中央病院病理診断科
 ○湊 宏

ワークショップ 12 6月9日(日) 8:30~10:30 第7会場(本館47F あけぼの)

座長: 古田則行 (がん研究会有明病院付設細胞検査士養成所臨床病理センター細胞診断部サルコーマセンター)

元井 亨 (がん・感染症センター都立駒込病院病理科)

軟部肉腫と希少がんの細胞診—軟部肉腫をモデルとして希少がんの細胞診の在り方を考える—

WS12-1 軟部肉腫診療における細胞診の役割

がん研究会有明病院整形外科

○松本誠一

WS12-2 骨軟部肉腫と希少がんの細胞診: 病理医の立場から

九州大学病院病理診断科・病理部

○山元英崇, 仲 正喜, 野上美和子, 大久保文彦, 小田義直

WS12-3 当センターにおける骨軟部腫瘍診断の実際と細胞診の役割

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²⁾, 大阪国際がんセンター骨軟部腫瘍科³⁾○棚田 諭¹⁾, 長田盛典²⁾, 岡 大地¹⁾, 神月 梓¹⁾, 龍あゆみ¹⁾, 芦村純一¹⁾, 久保千明²⁾, 北村昌紀²⁾, 中塚伸一²⁾, 中 紀文³⁾

WS12-4 骨外性粘液型軟骨肉腫との鑑別が問題となった下腿腫瘍 ~粘液性腫瘍の細胞像の比較~

帝京大学医学部病理学講座¹⁾, 帝京大学医学部附属病院病理部²⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部³⁾, 公立福生病院病理診断科⁴⁾, 帝京大学医学部附属病院整形外科⁵⁾, 帝京大学医学部附属病院放射線科⁶⁾, 国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部⁷⁾, がん・感染症センター都立駒込病院病理科⁸⁾○渡部朱織¹⁾, 菊地良直¹⁾, 河野純一²⁾, 湯澤和彦³⁾, 江口正信⁴⁾, 佐藤健二⁵⁾, 山本麻子⁶⁾, 石田 剛⁷⁾, 元井 亨⁸⁾, 宇於崎宏¹⁾

WS12-5・総合討論 討論に先立って(演者への質問受付と討論のための論点の整理)

がん・感染症センター都立駒込病院病理科

○元井 亨

ワークショップ 13 6月9日(日) 13:20~14:50 第7会場(本館47F あけぼの)

座長: 生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学)

齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学講座)

卵巣癌診療における細胞診の役割

WS13-1 卵巣癌における腹水 Cell block 法の有用性

東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科

○嘉屋隆介, 儀西成治, 中島あかり, 齋藤良介, 山口乃里子, 高梨裕子

WS13-2 卵巣癌 Stage I・IIにおける腹水細胞診について

がん研究会有明病院婦人科

○太田絵美, 尾松公平, 青木洋一, 野村秀高, 谷川照美, 的田真紀, 岡本三四郎, 金尾祐之, 宇津木久仁子, 杉山裕子, 竹島信宏

WS13-3 再発卵巣がんの診断における細胞診

愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学¹⁾, 愛媛大学医学部附属病院病理部²⁾

○宇佐美知香¹⁾, 松元 隆¹⁾, 北澤理子²⁾, 片山英司²⁾

WS13-4 Interval debulking surgery における腹水細胞診の役割

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

ワークショップ 14 6月9日(日) 8:30~10:30 第8会場(本館47F あおぞら)

座長: 廣岡保明(鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座)

大久保文彦(九州大学病院病理部)

消化器細胞診におけるオンサイトの有用性

WS14-1 EUS-FNA 検体に対する標的検体確認照明器の有用性

鳥取大学部機能病態内科学¹⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○武田洋平¹⁾, 松本和也¹⁾, 斧山 巧¹⁾, 山下太郎¹⁾, 堀江 靖²⁾, 磯本 一¹⁾

WS14-2 細胞検査士から見た膵臓疾患に対するオンサイトの有用性と現状

元・大阪赤十字病院病理診断科¹⁾, 大阪赤十字病院消化器内科²⁾

○稲山久美子¹⁾, 浅田全範²⁾

WS14-3 消化器領域のFNABにおけるROSEと細胞検査士の役割

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構静岡医療センター内視鏡センター²⁾

○安田玲子¹⁾, 佐々木真実¹⁾, 赤埴由紀子¹⁾, 草苺宏有¹⁾, 柳澤信之¹⁾, 相田芳夫¹⁾, 松田浩二²⁾

WS14-4 消化管病変におけるEUS-FNAでの迅速細胞診の有用性と当院における検体処理方法

飯塚病院中央検査部¹⁾, 飯塚病院病理科²⁾, 飯塚病院消化器内科³⁾

○井上佳奈子¹⁾, 木場華子¹⁾, 上原俊貴¹⁾, 川嶋大輔¹⁾, 桑岡 勲¹⁾, 久保山雄介²⁾, 平木由佳²⁾, 大屋正文²⁾, 赤星和也³⁾

WS14-5 GISTをはじめとする消化管粘膜下腫瘍におけるROSEの有用性

成田赤十字病院病理部¹⁾, 成田赤十字病院消化器内科²⁾, 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³⁾

○加瀬大輔¹⁾, 齋藤 忠¹⁾, 葛生吉彦¹⁾, 岡田裕子¹⁾, 藤河 潤¹⁾, 野首光弘¹⁾, 伊藤禎浩²⁾, 福田和司²⁾, 澁谷 潔³⁾, 河上牧夫¹⁾

WS14-6 消化器細胞診におけるオンサイトの有用性: 病理医から見たオンサイトの有用性と留意点
久留米大学病院病理診断科・病理部

○内藤嘉紀, 河原明彦, 高瀬頼妃呼, 安倍秀幸, 村田和也, 福満千容, 吉田友子, 矢野博久, 秋葉 純

ワークショップ 15 6月9日(日) 10:30~12:00 第8会場(本館47F あおぞら)

座長: 森 一郎(国際医療福祉大学医学部病理学)

山城勝重(社会医療法人母恋日鋼記念病院病理診断科)

デジタルサイトロジー, デジタルパソロジー

WS15-1 テレサイトロジー 広がって欲しい技術

社会医療法人母恋日鋼記念病院病理診断科

○山城勝重

- WS15-2 WSIを用いた国際テレサイトロジー
国際医療福祉大学医学部病理学
○森 一郎, 松岡亮介, 潮見隆之
- WS15-3 深層学習によるヒト肺癌細胞像自動分類:アーキテクチャーの違いと分類精度の比較
藤田医科大学医学部病理診断学¹, 藤田医科大学医療科学部放射線学科², 成田記念病院病理診断科³
○塚本徹哉¹, 寺本篤司², 桐山諭和³, 山田あゆみ²
- WS15-4 デジタル病理診断セッションへの細胞診の関わりと細胞診のデジタル画像診断の実際
医療法人鉄蕉会亀田総合病院臨床病理科¹, 長崎大学病院病理診断科・病理部²
○堀 隆^{1,2}, 榊澤容子¹, 砂川恵伸¹, 尹 漢勝², 福岡順也²
- WS15-5 甲状腺液状化細胞診におけるディープラーニングを用いた良悪性判定
北斗病院病理遺伝子診断科¹, 東京医科大学八王子医療センター病理診断科², 札幌医科大学病理学第一講座³
○山口朋美¹, 中津川宗秀², 原田 大¹, 久保輝文³, 廣橋良彦³, 金関貴幸³, 塚原智英³, 鳥越俊彦³
- WS15-6 体腔液細胞診におけるWSIの活用と今後の展望
千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科¹, 千葉県がんセンター臨床病理部病理診断科²
○有田茂実¹, 小高亜紀子¹, 伊丹真紀子²

ワークショップ 16 6月9日(日) 13:20~14:50 第8会場(本館47F あおぞら)

座長: 佐藤由紀子(がん研究会有明病院病理部)

久山佳代(日本大学松戸歯学部病理学講座)

口腔病変の分類と報告—臨床医と細胞検査士の要望を取り入れた分類に向けて—

- WS16-1 臨床からみた口腔細胞診の現状と要望
がん研究会有明病院頭頸科¹, がん研究会有明病院病理部²
○小泉 雄¹, 佐藤由紀子², 三谷浩樹¹, 米川博之¹, 福島啓文¹, 佐々木徹¹, 新橋 渉¹, 瀬戸 陽¹, 戸田和寿¹, 神山亮介¹, 日高竜太¹, 市川千恭¹, 永井遼斗¹, 福田幸太¹, 森田琢磨¹, 尾股 丈¹, 江原雄一¹, 渡嘉敷邦彦¹, 鳥居淳一¹, 山村晃司¹, 伊藤 優¹, 道塚智彦¹
- WS16-2 口腔細胞診の分類について~地域の中規模病院の立場から~
宮崎県立日南病院臨床検査科¹, 宮崎県立日南病院病理診断科²
○佐野亜由美¹, 福田早織¹, 木佐貫篤²
- WS16-3 口腔病変の組織像と細胞像
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
- WS16-4 口腔細胞診における良性~上皮性異形成の判断区分に関する考察
日本大学松戸歯学部病理学講座¹, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科², 日本大学松戸歯学部生理学講座³, 医療法人社団誠馨会病理センター⁴, 成田富里徳洲会病院病理診断部⁵
○宇都宮忠彦¹, 松本 敬², 森川美雪¹, 末光正昌¹, 金田悦子¹, 二谷悦子¹, 横山 愛³, 才藤純一⁴, 加藤 拓⁵, 村守樹理¹, 久山佳代¹

アジアフォーラム

6月8日(土) 13:20~15:20 第6会場(南館3F グレースルーム)

座長: 片山博徳 (日本医科大学多摩永山病院病理診断科・病理部)

田中良太 (杏林大学医学部外科学教室(呼吸器・甲状腺))

臨床に寄与する細胞診 Clinical usefulness of cytology?

- AF-1 How Cytology Contributing to Clinical Practice—Cytopathology in Precision Medicine—
Department of Pathology Taipei Veterans General Hospital Taiwan
○Chiung-Ru Lai, Taiwan
- AF-2 Innovative Laboratory Services : Lesson Learn from Thai-Japanese Workshop
Department of Pathology, Faculty of Medicine Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand
○Supinda Koonmee, Sasithorn Watcharadectwittaya, Thailand
- AF-3 Endometrial cytology in Japan
Department of Obstetrics and Gynecology, JA Suzuka General Hospital¹⁾, Department of Pathology, JA Suzuka General Hospital²⁾, Department of Medical Technology, Ehime Prefectural University of Health Sciences³⁾, Cancer Education and Research Center, Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Science⁴⁾, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui⁵⁾, Department of Bioscience and Laboratory Medicine, Hirosaki University Graduate School of Health Science⁶⁾, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tokyo Women's Medical University⁷⁾, PCL Japan Pathology and Cytology Center PCL Inc.⁸⁾
○Kenji Yanoh¹⁾, Yutaka Nakamura²⁾, Yoshiaki Norimatsu³⁾, Tadao K. Kobayashi⁴⁾, Tetsuji Kurokawa⁵⁾, Akiko Shinagawa⁵⁾, Toshimichi Onuma⁵⁾, Jun Watanabe⁶⁾, Azusa Nimura⁷⁾, Yasuo Hirai⁸⁾, Japan
- AF-4 Cytology in clinical application
Fu Jen Catholic University Hospital, Taipei, Taiwan
○Yu-Lin KO, Taiwan
- AF-5 A Proposed Scoring System to Differentiate Papillary Thyroid Carcinoma from NIFTP on Fine Needle Aspiration Biopsy Smears
Department of Anatomic & Clinical Pathology, SWU-MHAM College of Medicine
○Annette L. Salillas, Philippines

スライドカンファレンス

6月9日(日) 13:20~15:50 第3会場(本館5F コンコードボールルームA)

座長: 九島巳樹(昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)

藤山淳三(がん研究会有明病院細胞診断部)

- SC-1 婦人科(頸部)
出題者 田中智人(大阪医科大学産婦人科教室)
回答者 横関亜美(公立藤岡総合病院検査室)
- SC-2 婦人科(体部)
出題者 梅澤 敬(東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部)
回答者 宮川京大(旭川医科大学病院病理部)
- SC-3 呼吸器
出題者 浅野祐美子(埼玉県立がんセンター検査技術部)
回答者 枝 千春(国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科)
- SC-4 乳腺
出題者 坂谷貴司(日本医科大学付属病院病理診断科)
回答者 井上亜里紗(大阪国際がんセンター臨床検査科)
- SC-5 体腔液
出題者 佐藤憲俊(佐久総合病院佐久医療センター病理検査科)
回答者 鳥居洋祐(兵庫医科大学病院病理部)
- SC-6 消化器
出題者 大池信之(昭和大学藤が丘病院臨床病理診断室)
回答者 碓 益代(福岡赤十字病院病理診断科)

医療安全セミナー

6月8日(土) 15:20~16:20 第1会場(南館5F エミネンスホール)

座長: 藤井多久磨(藤田医科大学産婦人科)

法律家からみた医療安全の一試案

文京あさなぎ法律事務所 共同代表 弁護士 水沼直樹

感染対策セミナー

6月9日(日) 13:40~14:40 第1会場(南館5F エミネンスホール)

座長:青木大輔(慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

結核,麻疹,水痘・带状疱疹~空気を介して拡がる感染症~

藤田医科大学医学部感染症科 原田壮平

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1 6月8日(土) 12:10~13:10 第1会場(南館5F エミネンスホール)

座長:清川貴子(東京慈恵会医科大学病理学講座病院病理部教授)

癌腫横断的なMSI検査とMSI-High固形癌の実際 ~婦人科領域における位置づけ~

癌腫横断的なMSI検査に求められる精度管理のポイント

久留米大学病院病理診断科・病理部副技師長 河原明彦

婦人科癌における新たな治療戦略~MSI-High固形癌を考える~

聖マリアンナ医科大学産婦人科学教授 鈴木直

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2 6月8日(土) 12:10~13:10 第2会場(本館5F コンコードボールルームB)

座長:森谷卓也(川崎医科大学病理学教室教授)

乳がんのカウントと標準化

防衛医科大学校病態病理学講座教授 津田均

共催:ライカマイクロシステムズ株式会社

ランチョンセミナー3 6月8日(土) 12:10~13:10 第3会場(本館5F コンコードボールルームA)

座長:永瀬智(山形大学医学部産科婦人科学講座教授)

卵巣癌のゲノム情報に基づく個別化医療の展望

近畿大学医学部産科婦人科学教室主任教授 松村謙臣

共催:アストラゼネカ株式会社/MSD株式会社

ランチョンセミナー4 6月8日(土) 12:10~13:10 第5会場(南館4F 錦)

座長:長村義之(日本鋼管病院病理診断科)

細胞診の効率化を考える

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 井出伸也

株式会社ピーシーエルジャパン 稲垣伸介

共催:サクラファインテックジャパン株式会社

ランチョンセミナー5 6月8日(土) 12:10~13:10 第6会場(南館3F グレースルーム)

座長:小松京子(がん研究会有明病院臨床病理センター)

病理支援システムとプリンター

武藤化学株式会社 中島純一

共催:武藤化学株式会社

ランチョンセミナー6 6月8日(土) 12:10~13:10 第7会場(本館47F あげぼの)

座長:紀川純三(松江市立病院病院長)

子宮頸がん検診における p16/Ki-67 二重染色の意義

藤田医科大学産婦人科学講座教授 藤井多久磨

共催:ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

ランチョンセミナー7 6月8日(土) 12:10~13:10 第8会場(本館47F あおぞら)

座長:中村直哉(東海大学医学部基盤診療学系病理診断学教授)

再発/治療抵抗性 T/NK 細胞リンパ腫に対する治療開発

国立がん研究センター中央病院血液腫瘍科 蒔田真一

末梢性 T 細胞リンパ腫の病理診断

公益財団法人がん研究会がん研究所病理部部長 竹内賢吾

共催:武田薬品工業株式会社

ランチョンセミナー8 6月9日(日) 12:10~13:10 第1会場(南館5F エミネンスホール)

座長:小笠原利忠(特定医療法人誠仁会大久保病院産婦人科)

液状化検体細胞診 ThinPrep[®]の発展性~子宮頸部細胞診だけでない ThinPrep[®]のメリット~

株式会社エスアールエル九州支店九州検査部九州検査課係長 池本理恵

共催:ホロジックジャパン株式会社

ランチョンセミナー10 6月9日(日) 12:10~13:10 第3会場(本館5F コンコードボールルーム A)

座長:馬場 長(岩手医科大学医学部産婦人科学講座主任教授)

卵巣癌治療をチームで考える ~医師の立場から~

愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室 宇佐美知香

共催:中外製薬株式会社

ランチョンセミナー11 6月9日(日) 12:10~13:10 第4会場(本館5F コンコードボールルーム C)

座長:榎本隆之(新潟大学医学部産科婦人科学教室主任教授)

フローサイトメーターによる剥離細胞解析の臨床的有用性について ~子宮頸部細胞診からの考察~

兵庫県立がんセンター研究部・婦人科ゲノム医療・臨床試験センター 須藤 保

共催:シスメックス株式会社

ランチョンセミナー12 6月9日(日) 12:10~13:10 第5会場(南館4F 錦)

座長:杉山 徹(高邦会高木病院女性腫瘍センター長)

薬物療法における支持療法:なぜ重要なのか

日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野教授 久保田馨

共催:大鵬薬品工業株式会社

ランチョンセミナー 13 6月9日(日) 12:10~13:10 第6会場(南館3F グレースルーム)

座長: 沼 文隆 (JCHO 徳山中央病院副院長)

婦人科悪性腫瘍手術の基本と応用

子宮癌手術: 腹腔鏡より得た知見とその応用

島根大学医学部産科婦人科 京 哲

子宮悪性腫瘍手術の基礎と応用: 開腹の立場から一開腹手術の基本に立ち戻る

千葉県がんセンター婦人科 鈴鹿清美

共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

ランチョンセミナー 14 6月9日(日) 12:10~13:10 第7会場(本館47F あげぼの)

座長: 辻村 亨 (兵庫医科大学病理学講座(分子病理部門) 主任教授)

体腔液細胞診による中皮腫診断~p16 遺伝子欠失解析の実際~

株式会社LSIメディエンス病理・細胞診センター所長 前田昭太郎

株式会社LSIメディエンス遺伝子解析部染色体グループ FISH 検査チームリーダー 林久美子

共催: 株式会社LSIメディエンス

ランチョンセミナー 15 6月9日(日) 12:10~13:10 第8会場(本館47F あおぞら)

座長: 畠 榮 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科教授)

中皮腫診断 update~中皮腫瘍取扱い規約の発行を踏まえて~

千葉大学大学院医学研究院特任教授 廣島健三

共催: 株式会社ニチレイバイオサイエンス

イブニングセミナー

イブニングセミナー 1 6月8日(土) 17:30~18:30 第5会場(南館4F 錦)

座長: 新井正美 (順天堂大学大学院医学研究科難治性疾患診断・治療学先任准教授)

乳がん領域における遺伝診療の実際

国立がん研究センター中央病院乳腺・腫瘍内科 下村昭彦

共催: アストラゼネカ株式会社/MSD 株式会社

イブニングセミナー 2 6月8日(土) 17:30~18:30 第6会場(南館3F グレースルーム)

座長: 宮本新吾 (福岡大学医学部産婦人科学主任教授)

子宮頸癌の化学療法

がん研究会有明病院婦人科医長 的田眞紀

共催: 日医工株式会社

第60回記念都道府県演題（口演）

6月8日(土) 8:30~8:56 第10会場（新宿NSビル30F ルーム1+2）

座長：日野るみ（大東文化大学スポーツ健康科学部健康科学科病理形態学）

甲状腺

- OT-1 甲状腺の胸腺様分化を示す癌 CASTLE の細胞像の考察
 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター臨床検査科¹, 独立行政法人国立病院機構仙台医療センター病理診断科²
 ○神 大貴¹, 高橋真紀¹, 櫻田潤子², 真山晃史¹, 藤井正宏¹, 岡 直美², 原嶋祥吾², 鈴木博義¹
- OT-2 DNA 損傷応答分子 53BP1 発現型解析は甲状腺濾胞性腫瘍細胞診に有用である
 長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学¹, 長崎大学病院腫瘍外科², 隈病院病理診断科³
 ○松田勝也¹, 佐藤綾子², 本山高啓¹, ムサジャノワジャンナ¹, 大坪竜太², 矢野 洋², 樋口観世子³, 廣川満良³, 永安 武², 中島正洋¹

6月8日(土) 8:56~9:22 第10会場（新宿NSビル30F ルーム1+2）

座長：平林健一（東海大学医学部基盤診療学系病理診断学）

消化器 1

- OT-3 がん選択的蛍光プローブを用いた膵臓 EUS-FNA の検体採取率向上に向けた取り組み
 富山大学附属病院病理部病理診断科¹, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座²
 ○小椋恵利¹, 井村穰二^{1,2}
- OT-4 浸潤性微小乳頭癌 (IMPC) における胆汁細胞像の検討
 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部¹, 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院病理診断科²
 ○柏原倫子¹, 宮田直樹¹, 御手洗賀世¹, 阪本 聖¹, 江川博彌¹, 金子真弓²

6月8日(土) 9:22~9:48 第10会場（新宿NSビル30F ルーム1+2）

座長：津田祥子（昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室）

消化器 2

- OT-5 当院で経験した膵上皮内癌の細胞学的検討
 公益財団法人天理よろづ相談所病院病理診断部
 ○高橋明德, 松岡直子, 松田江身子, 坂本真一, 藤田久美, 本庄 原
- OT-6 当院における ROSE の現状について～第2報～
 独立行政法人労働者健康安全機構和歌山労災病院中央検査部¹, 独立行政法人労働者健康安全機構和歌山労災病院病理診断科²
 ○田中真理¹, 楠木結香¹, 田端知佳¹, 吉田 恵¹, 坪田ゆかり²

6月8日(土) 9:48~10:14 第10会場(新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 布引 治 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)

精度管理

- OT-7 精度管理を意識したスライドセミナー方式の研修会報告—集計結果から当たり前を探る—
獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科¹, 自治医科大学附属さいたま医療センター²,
埼玉医科大学国際医療センター³, JCHO 埼玉メディカルセンター⁴, 埼玉県済生会川口総合
病院⁵, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター⁶
○山崎泰樹¹, 河野哲也², 加藤智美³, 鶴岡慎悟⁴, 大澤久美子³, 金守 彰⁵, 清水禎彦⁶
- OT-8 ISO15189 検査室認定取得に伴う細胞診の QMS の確立
日本大学医学部附属板橋病院臨床検査部病理検査室¹, 日本大学医学部附属板橋病院病理
部²
○中島弘一¹, 関 利美¹, 鈴木淳子¹, 吉田一代¹, 勝沼真由美¹, 大荷澄江², 楠美嘉晃²,
羽尾裕之², 増田しのぶ², 杉谷雅彦²

6月8日(土) 10:14~10:53 第10会場(新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 柳田裕美 (日本医科大学多摩永山病院病理診断科・病理部)

セルブロック・乳腺1

- OT-9 セルブロック—当院の現状分析と意識調査
山形県立中央病院病理診断科
○緒形真也
- OT-10 乳腺細胞診「鑑別困難」症例に対する細胞診的アプローチ
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹, 聖マリアンナ医科大学病理学², 聖マリアンナ医
科大学乳腺内分泌外科³
○小穴良保¹, 前田一郎², 島田直樹¹, 大川千絵¹, 津川浩一郎³
- OT-11 乳腺 solid papillary carcinoma (SPC) 20 例の検討
たけべ乳腺外科クリニック¹, 高松平和病院病理検査²
○安毛直美¹, 兼近典子¹, 武部晃司¹, 新井貴士¹, 横山智子², 宮西智恵², 佐藤 明²

6月8日(土) 10:53~11:45 第10会場(新宿NSビル30F ルーム1+2)

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)

体腔液1・肺・腹膜

- OT-12 中皮腫のセルブロックを用いた MTAP, BAP1loss の免疫染色による検出
社会福祉法人恩賜財団済生会支部福岡県済生会福岡総合病院病理診断科¹, 福岡大学病院
病理部/病理診断科², 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断³
○佐藤真介¹, 松本慎二², 宮崎浩子¹, 佐藤瑞恵¹, 東 悠介¹, 石井洋子¹, 石橋貴寛¹,
加藤誠也¹, 木下義晃³, 鍋島一樹³
- OT-13 肺癌診断における「EGFR 遺伝子変異抗体を用いた免疫染色」の有用性
新潟市民病院病理検査科¹, 新潟市民病院病理診断科²
○苅部 豊¹, 清野俊秀¹, 戸田裕一郎¹, 花野友梨香¹, 神田杏里紗¹, 東條春菜¹, 橋立英樹²,
吉田紘子², 渋谷宏行²

- OT-14 肺腫瘍の肉眼所見と腫瘍捺印細胞診の対比
大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²
○神月 梓¹, 岡 大地¹, 西村早菜子¹, 棚田 諭¹, 龍あゆみ¹, 芦村純一¹, 中村ハルミ², 中塚伸一²
- OT-15 後腹膜に発生した pigmented PEComa の1例
済生会熊本病院中央検査部病理¹, 済生会熊本病院中央検査部²
○木下史暁¹, 高山佳純², 松本直子², 岡美貴子², 杉谷拓海², 近藤妙子², 中川美弥², 田上圭二²

6月8日(土) 14:30~14:56 第10会場 (新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 鈴木雅子 (社会医療法人栗山会飯田病院臨床検査科)

乳腺2

- OT-16 乳腺穿刺吸引細胞診の有用性に関する検討一針生検との比較をとおして一
筑波学園病院検査部¹, 筑波学園病院診療部²
○深澤政勝¹, 小溝亜子¹, 大貫史明¹, 荒木仁美¹, 畠山美智子¹, 鈴木恵子², 小形岳三郎²
- OT-17 LBC 標本における乳腺腺筋上皮腫3例の細胞像の検討
相良病院病理診断科
○皆倉愛美, 前田ゆかり, 富田暢子, 板坂美里, 大井恭代

6月8日(土) 14:56~15:22 第10会場 (新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 末岡幸太郎 (山口大学医学部産婦人科)

婦人科1

- OT-18 子宮全摘後腺癌再発症例における腔断端細胞診の再検討
静岡県立静岡がんセンター病理診断科
○刀稱亀代志, 大野幸代, 本田勝丈, 田代 広, 河田卓也, 角田優子, 大石琢磨, 佐々木恵子
- OT-19 当院における子宮頸部細胞診のASC(異型扁平上皮細胞)の精度管理
京都第二赤十字病院検査部第一課病理検査係¹, 京都第二赤十字病院検査部第一課², 京都第二赤十字病院病理診断科³
○井上慶一¹, 真下照子², 丹治義明¹, 渡邊侑奈³, 安川 寛³, 桂 奏³

6月8日(土) 15:22~16:14 第10会場 (新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 横山俊朗 (熊本大学病院中央検査部)

婦人科2・体腔液2・その他

- OT-20 早期子宮体がんにおける腹水細胞診陽性は独立した予後規定因子である
滋賀医科大学附属病院女性診療科¹, 滋賀医科大学総合周産期母子医療センター²
○高橋顕雅¹, 田中佑治¹, 郭 翔志¹, 天野 創¹, 久保卓郎¹, 北澤 純¹, 村頭 温¹, 高橋健太郎²
- OT-21 WSI-Focus Stack 画像の森下指数・区画面積曲線による細胞分布の解析
弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹, 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻², 弘前市立病院臨床検査科³, 弘前市立病院乳腺外科⁴, 弘前大学大学院保健学研究科⁵
○吉岡治彦¹, 吾妻優子², 佐藤ゆかり², 及川颯大³, 石山雅大³, 長谷川善枝⁴, 諸橋聡子⁵, 田中正則³, 堀江香代⁵, 渡邊 純⁵

- OT-22 非婦人科細胞診における LBC (Thin Prep) 法の有用性についての検討
 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター臨床検査科病理¹, 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター²
 ○原田邦彦¹, 遠藤 隆², 土橋実加², 宮山和樹², 宮永朋実², 田中優子², 小川 晃²
- OT-23 体腔液 LBC 検体を用いた抗 PAX8 抗体の検討
 KKR 札幌医療センター病理診断科
 ○蓑島敦志, 今川 誠, 山口まどか, 小泉 潤, 朝日久仁子, 池下隼司, 目黒祐二, 小田由紀子, 柳内 充, 岩崎沙理, 鈴木 昭

6月8日(土) 16:14~16:40 第10会場 (新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 姫路由香里 (一般財団法人下越総合健康開発センター病理・細胞診検査課)

婦人科 3

- OT-24 HPV 感染に伴う ASC-US 症例の細胞形態の検討
 (株) 協同病理診断課¹, (株) 協同病理技術課², 誠仁会大久保病院検査科³, 誠仁会大久保病院婦人科⁴
 ○北 健二¹, 小川隆文¹, 河野徳子¹, 川越道夫¹, 山崎未夢¹, 野村郁代², 岩本英樹², 徐 昌宏², 圓井知江³, 小笠原利忠^{3,4}
- OT-25 子宮頸がん検診における AGC 判定例からの治療病変について
 公益財団法人福島県保健衛生協会検査部病理診断課¹, 公益財団法人福島県保健衛生協会², 埼玉医療生活協同組合羽生総合病院³, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座⁴
 ○羽野健汰¹, 佐藤丈晴², 寅磐亮子², 栗田和香子², 佐藤美賀子², 神尾淳子², 森村 豊³, 石橋真輝帆⁴, 渡辺尚文⁴, 藤森敬也⁴

6月8日(土) 16:40~17:32 第10会場 (新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 室谷哲弥 (こころとからだの元氣プラザ婦人科)

婦人科 4

- OT-26 診断に苦慮した分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の一例
 鳥取大学医学部附属病院産科婦人科¹, 鳥取県立中央病院産科婦人科²
 ○工藤明子¹, 小作大賢¹, 澤田真由美¹, 野中道子², 下雅意るり¹, 千酌 潤¹, 佐藤慎也¹, 大石徹郎¹
- OT-27 婦人科 LBC 標本におけるセルブロックの有用性: 腺系病変を中心に
 盛岡赤十字病院医療技術部病理技術課¹, 盛岡赤十字病院医療技術部検査技術課², 盛岡赤十字病院病理部³
 ○菊池 優¹, 水野幸人¹, 浅沼匡介¹, 井上幸男², 門間信博³
- OT-28 LEGH におけるテクスチャ解析の有用性
 信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻病変・病態検査学領域¹, 信州大学医学部附属病院臨床検査部病理検査室², 東京工業大学・工学院³, 岡谷市民病院病理診断科⁴
 ○木村文一¹, 金井 峻¹, 大島健吾¹, 小林幸弘², 山口雅浩³, 石井恵子⁴
- OT-29 子宮頸部胃型粘液性癌の細胞診断: LBC による組織型推定について
 潤和会記念病院病理診断科¹, 宮崎県立宮崎病院病理診断科², 宮崎県立宮崎病院産科婦人科³
 ○林 透¹, 丸塚浩助², 谷口秀一³

6月8日(土) 17:32~18:11 第10会場(新宿NSビル30F ルーム1+2)

座長: 大塚重則 (医療法人藤和会藤間病院病理検査)

婦人科5

- OT-30 HPV 併用子宮頸がん検診～佐賀市の8年間の取り組み～
佐賀大学産婦人科
○橋口真理子, 大隈恵美, 西山 哲, 大隈良一, 野口光代, 内山倫子, 中尾佳史, 横山正俊
- OT-31 当院における子宮内膜細胞診精度向上をめざした10年間の取り組み
福井大学産科婦人科¹⁾, 福井大学医学部付属病院病理診断科病理部²⁾
○品川明子¹⁾, 黒川哲司¹⁾, 大沼利通¹⁾, 吉田好雄¹⁾, 岩崎和美²⁾, 前川秀樹²⁾, 森 正樹²⁾,
今村好章²⁾
- OT-32 ThinPrep イメージングシステム DUO の鏡検時間と成績について
(株)千葉細胞病理検査センター
○稲山裕人, 原 裕人, 井上好華, 小林貴代, 浦崎政浩, 平田哲士, 高橋年美, 麻生 晃,
亀田典章

第60回記念都道府県演題(ポスター)

6月8日(土) 13:20~13:52 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長: 藤原正規 (杏林大学病理学教室)

呼吸器

- PT-1 術中迅速診断における捺印細胞診の有用性～呼吸器外科症例への取り組み～
順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科¹⁾, 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科²⁾
○浅見志帆¹⁾, 青木裕志¹⁾, 飯野瑞貴¹⁾, 大谷未果¹⁾, 大橋久美子²⁾, 坂口亜寿美¹⁾, 小倉加奈子¹⁾,
松本俊治¹⁾
- PT-2 喀痰細胞診におけるLBC法の検討
信州大学医学部附属病院臨床検査部
○布麻里奈, 小林幸弘, 堀川美栄子, 下條康代, 百瀬正信, 中嶋智之, 小笠原創也, 上原 剛
- PT-3 原発性肺癌に対するLBC検体を用いたPD-L1(22C3)発現に関する検討
近畿中央呼吸器センター臨床検査科病理検査室¹⁾, 近畿中央呼吸器センター臨床検査科²⁾,
近畿中央呼吸器センター臨床検査科・病理診断科³⁾
○不動陽介¹⁾, 名嘉正勝²⁾, 上田和利²⁾, 寺本友昭²⁾, 笠井孝彦³⁾, 武田麻衣子³⁾
- PT-4 呼吸器細胞診標本で組織球と鑑別を要した悪性黒色腫肺転移の一例
川崎医科大学総合医療センター病理部¹⁾, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²⁾, 川崎医
科大学附属病院病理部³⁾
○山本弘基¹⁾, 畠 榮²⁾, 高須賀博久¹⁾, 日野寛子¹⁾, 成富真理¹⁾, 米 亮祐³⁾, 物部泰昌¹⁾

6月8日(土) 13:52~14:08 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長:水口國雄((株)東京セントラルパソロジーラボラトリー)

消化器1

- PT-5 膵癌の細胞材料に対する5-アミノレブリン酸を用いた蛍光力学的診断の有用性
大阪労災病院中央検査部¹⁾, 大阪労災病院病理診断科²⁾
○三村明弘¹⁾, 金田香央里¹⁾, 岡部美由紀¹⁾, 小倉啓介¹⁾, 浦芝 敬¹⁾, 谷口一磨¹⁾, 森 秀夫²⁾,
三輪秀明²⁾
- PT-6 肝細胞癌と胆管細胞癌の細胞像の比較
佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野²⁾
○甲斐敬太¹⁾, 中村光男¹⁾, 相島慎一²⁾

6月8日(土) 14:08~14:40 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長:阿部 仁(千葉科学大学危機管理学部保健医療学科)

消化器2・リンパ

- PT-7 十二指腸から検出されたランブル鞭毛虫症の一例
香川県立中央病院病理部¹⁾, 香川県立中央病院病理診断科²⁾
○川筋就砂¹⁾, 竹内名緒子¹⁾, 平松智佳¹⁾, 山内豊子¹⁾, 嶋田美和子¹⁾, 森本弘美¹⁾, 森 昌代¹⁾,
下浦泰昌¹⁾, 安藤 翠²⁾, 中村聡子²⁾, 溝渕光一²⁾
- PT-8 細胞診標本中のアミロイドが診断の一助となった孤立性形質細胞腫の2例
北海道大学医学部附属病院病理部/病理診断科¹⁾, 北海道医療大学²⁾
○後藤久美¹⁾, 丸川活司²⁾, 安孫子光春¹⁾, 清水知浩¹⁾, 渡部涼子¹⁾, 出口貴祥¹⁾, 諸岡亜早美¹⁾,
岡田宏美¹⁾, 三橋智子¹⁾, 松野吉宏¹⁾
- PT-9 結節性リンパ球優位型 Hodgkin リンパ腫の一例
岩手医科大学附属病院病理診断科¹⁾, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²⁾, 岩手医科大学
医学部病理学講座機能病態学分野³⁾
○菊池いな子¹⁾, 刑部光正²⁾, 高橋静子¹⁾, 山田範幸¹⁾, 安保淳一¹⁾, 阿保亜紀子³⁾, 上杉憲幸²⁾,
石田和之²⁾, 佐藤 孝³⁾, 菅井 有²⁾
- PT-10 慢性関節リウマチ患者に発生したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例
茅ヶ崎市立病院臨床検査科¹⁾, 日本鋼管病院病理検査科²⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病
理診断学³⁾, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座⁴⁾, 杏林大学医学部附属病院病理部⁵⁾,
山近記念総合病院病理検査⁶⁾, 日本鋼管病院病理診断科⁷⁾, 茅ヶ崎市立病院病理診断科⁸⁾
○内山 瞳¹⁾, 松井成明^{2,3,4)}, 森下明博¹⁾, 佐々木陽介⁴⁾, 岸本浩次⁵⁾, 鈴木真由美¹⁾, 坂下仁美¹⁾,
大久保美沙⁶⁾, 梶原 博³⁾, 長村義之⁷⁾, 吉田幸子⁸⁾

6月8日(土) 13:20~13:36 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長:郡 秀一(杏林大学保健学部臨床検査技術学科細胞診断学)

セルブロック

- PT-11 固定とコンタミネーション防止に着目したセルブロック作製
日立総合病院
○鈴木美千, 中村晋也, 清水久美子, 天野貴子, 柳田 篤
- PT-12 静岡県におけるセルブロック法の現況
静岡市立静岡病院病理診断科
○江河勇樹, 森木利昭

6月8日(土) 13:36~13:52 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長: 齋藤生朗 (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)

体腔液

- PT-13 多数の印環細胞が出現し, 腺癌と鑑別が問題となった悪性中皮腫の2例
独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹⁾, LSIメディエンス病理・細胞診センター²⁾, LSIメディエンス遺伝子解析部³⁾
○鶴岡慎悟¹⁾, 河村憲一¹⁾, 松井宏江¹⁾, 江原輝彦¹⁾, 三瓶祐也¹⁾, 岡崎香純¹⁾, 鈴木 隆¹⁾,
是松元子²⁾, 林久美子³⁾, 前田昭太郎²⁾, 清水 健¹⁾
- PT-14 体腔液細胞診における分離用試薬を用いた標本作製法の検討
和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理診断部門¹⁾, 和歌山県立医科大学人体病理学教室・病理診断科²⁾
○永井宏和¹⁾, 木下勇一¹⁾, 西野 勝¹⁾, 吉井輝子¹⁾, 杉山絵美¹⁾, 松崎生笛²⁾, 岩橋吉史²⁾,
高橋祐一²⁾, 割栢健史²⁾, 村田晋一²⁾

6月8日(土) 13:52~14:16 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

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)

頭頸部

- PT-15 唾液腺粘表皮癌(9例)の細胞学的検討
一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科¹⁾, JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科²⁾
○二瓶憲俊¹⁾, 桂澤安奈¹⁾, 甲賀洋光¹⁾, 小滝 昇¹⁾, 遠藤枝利子¹⁾, 山口佳子¹⁾, 野沢佳弘²⁾
- PT-16 *HRAS* 変異を認めた上皮筋上皮癌の2例
鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部器官病理学分野²⁾
○持田洋利¹⁾, 桑本聡史¹⁾, 遠藤由香利¹⁾, 松重貴大¹⁾, 大野千恵子¹⁾, 山田恭子¹⁾, 阿部明美¹⁾,
野坂加苗²⁾, 堀江 靖¹⁾, 梅北善久²⁾
- PT-17 嗅神経芽細胞腫の再発・頸部リンパ節転移例
独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター病理診断科²⁾
○吉野 歩¹⁾, 山本将義¹⁾, 窪田美和¹⁾, 船瀬将一¹⁾, 本山真弥¹⁾, 野元三治²⁾

6月8日(土) 14:16~14:32 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長: 阿部英二 (久留米大学医療センター臨床検査科)

乳腺・その他

- PT-18 診断に苦慮した乳腺筋上皮腫の一例
市立砺波総合病院臨床病理科¹⁾, 市立砺波総合病院病理診断科²⁾
○新村真磯¹⁾, 寺畑信太郎²⁾, 垣内寿枝子²⁾, 西田秀明¹⁾, 三井由紀子¹⁾, 石倉宗浩¹⁾, 福田弘幸¹⁾
- PT-19 右鎖骨窩皮下にて認めた分泌癌 (Secretory carcinoma) の一例
JA 愛知厚生連豊田厚生病院臨床検査技術科¹⁾, JA 愛知厚生連豊田厚生病院病理診断科²⁾
○宮島里枝¹⁾, 氏平伸子²⁾, 加納由美¹⁾, 鈴木康太¹⁾, 黒木雅子¹⁾, 田中浩一¹⁾, 成田道彦²⁾

6月8日(土) 13:20~13:44 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長:白波瀬浩幸(京都大学医学部附属病院病理診断科)

尿・脳腫瘍

- PT-20 豊富な粘液様間質を伴った腎盂尿路上皮癌の一例—尿細胞診における泡沫状細胞の意義—
市立奈良病院臨床検査室¹⁾,市立奈良病院病理診断科²⁾
○鎌倉佳子¹⁾,松山友彦¹⁾,小林史孝¹⁾,吉田朋子¹⁾,政 俊行¹⁾,高野将人²⁾,島田啓司²⁾
- PT-21 Pleomorphic xanthoastrocytoma の一例
京都大学医学部附属病院病理診断科
○吹谷美佳,白波瀬浩幸,平伴英美,佐伯美穂,平田勝啓,倉田麻里代,山田洋介,南口早智子,
桜井孝規,羽賀博典
- PT-22 術中細胞診の血管像から glioma を推定しえた脳腫瘍の1例
宮崎大学医学部附属病院病理診断科・病理部¹⁾,国際医療福祉大学福岡保健医療学部検査学
科²⁾
○佐藤勇一郎¹⁾,徳満貴子¹⁾,野口裕史¹⁾,大野招伸¹⁾,森田勝代¹⁾,峰松映子¹⁾,黒木英輝¹⁾,
阿萬 紫¹⁾,前川和也¹⁾,佐藤信也²⁾

6月8日(土) 13:44~14:00 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

座長:矢野恵子(関西医療大学保健医療学部臨床検査学科)

婦人科1

- PT-23 肉腫成分の過剰増殖を伴う子宮腺肉腫の1例
山形県立新庄病院検査部¹⁾,山形県立新庄病院産婦人科²⁾,山形県立中央病院病理診断科³⁾
○阿部光展¹⁾,井上恒行¹⁾,中原健次²⁾,緒形真也³⁾
- PT-24 記述式報告様式に基づく子宮内膜疑陽性症例の再検討
産業医科大学病院病理部¹⁾,産業医科大学病院病理診断科²⁾,産業医科大学産業保健学部広
域・発達看護学³⁾,産業医科大学医学部産科婦人科学⁴⁾,産業医科大学医学部第二病理学⁵⁾
○岡 春子¹⁾,小原光祥¹⁾,藤原 仁¹⁾,佐藤 斉¹⁾,松山篤二²⁾,島尻正平²⁾,松浦祐介³⁾,
栗田智子⁴⁾,吉野 潔⁴⁾,中山敏幸⁵⁾

6月8日(土) 13:20~13:44 第12会場(新宿NSビル30F ルーム5+6)

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)

婦人科2

- PT-25 当院の子宮頸部がん検診におけるASC-USの転帰
国際医療福祉大学三田病院病理部¹⁾,国際医療福祉大学三田病院予防医学センター²⁾
○佐野弘子¹⁾,齊藤英子²⁾,桂研一郎²⁾,笠原健弘¹⁾,阿部仁美¹⁾,西井しのぶ¹⁾,星井裕太¹⁾,
松崎桂子¹⁾,森 一郎¹⁾,相田真介¹⁾
- PT-26 p16INK4a 免疫染色を用いた子宮頸部扁平上皮内病変の細胞学的検討
済生会新潟第二病院病理診断科
○花野佑輔,遠藤浩之,西倉 健,樋浦賢太郎,三木弘美,竹下奈津子
- PT-27 会陰部に発生した血管肉腫の1例
公益社団法人地域医療振興協会公立丹南病院医療技術部臨床検査室¹⁾,福井県立病院病理
診断科²⁾,公益社団法人地域医療振興協会公立丹南病院臨床検査室³⁾
○山内美紗代¹⁾,海崎泰治²⁾,岡山はるみ³⁾,館田 寛³⁾

6 月 8 日(土) 13:44~14:00 第 12 会場 (新宿 NS ビル 30F ルーム 5+6)

座長: 永山元彦 (朝日大学歯学部口腔病理学分野)

婦人科 3

- PT-28 子宮肉腫を疑われた High-grade B-cell lymphoma の一例
 JA 広島総合病院産婦人科¹⁾, 広島市立安佐市民病院産婦人科²⁾, 広島市立安佐市民病院臨床検査部³⁾, 広島市立安佐市民病院病理診断科⁴⁾
 ○日比野佑美¹⁾, 熊谷正俊²⁾, 御手洗賀世³⁾, 柏原倫子³⁾, 宮田直樹³⁾, 阪本 聖³⁾, 金子真弓⁴⁾
- PT-29 子宮頸がん検診における ASC 判定例の検討
 公益財団法人分県地域保健支援センター¹⁾, 大分県立病院²⁾, 社会法人敬和会大分岡病院³⁾, 日本赤十字社大分赤十字病院⁴⁾
 ○杉田真一¹⁾, 平丸正宣¹⁾, 原 美喜¹⁾, 高橋由紀¹⁾, 田嶋伸之¹⁾, 長瀬ゆかり¹⁾, 谷口一郎¹⁾, 卜部省悟²⁾, 辻 浩一³⁾, 米増博俊⁴⁾

6 月 8 日(土) 14:00~14:16 第 12 会場 (新宿 NS ビル 30F ルーム 5+6)

座長: 松井成明 (日本鋼管病院病理検査技術科)

婦人科 4

- PT-30 low-grade serous 様成分を併存した子宮体部類内膜癌の 1 例
 滋賀医科大学産科学婦人科学講座¹⁾, 滋賀医科大学医学部附属病院病理部²⁾
 ○田中佑治¹⁾, 村頭 温¹⁾, 久保卓郎¹⁾, 高橋顕雅¹⁾, 郭 翔志¹⁾, 森谷鈴子²⁾, 高橋健太郎¹⁾
- PT-31 子宮内膜癌細胞株を用いた細胞増殖マーカーとしての Cyclin A の有用性について
 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹⁾, 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻²⁾, 東京医科大学病院³⁾
 ○堀江香代¹⁾, 山本 颯²⁾, 軽部晃平³⁾, 吉岡治彦¹⁾, 渡邊 純¹⁾

一般演題・口演

6月8日(土) 第11会場(新宿NSビル30F ルーム3+4)

子宮体部1	8:30~9:10	座長: 築詰伸太郎 (鹿児島大学病院婦人科)
O-1-1	子宮体癌の腹水細胞診陽性症例の検討 徳島大学産婦人科 ¹⁾ , 徳島大学病理部 ²⁾ ○阿部彰子 ¹⁾ , 西村正人 ¹⁾ , 峯田あゆか ¹⁾ , 森河由里子 ²⁾ , 坂東良美 ²⁾ , 上原久典 ²⁾ , 苛原 稔 ¹⁾	
O-1-2	子宮体部類内膜癌 G1 および G2 における腹腔内細胞診陽性例の検討 北里大学病院産婦人科 ○古川正義, 岩瀬春子, 田雑有紀, 高田恭臣, 新井正秀, 恩田貴志	
O-1-3	子宮内膜癌における鏡視下手術中に施行した腹水細胞診の検討 大阪医科大学産婦人科 ¹⁾ , 大阪医科大学病理学教室 ²⁾ ○田中智人 ¹⁾ , 丸岡 寛 ¹⁾ , 藤原聡枝 ¹⁾ , 田中良道 ¹⁾ , 佐々木浩 ¹⁾ , 恒遠啓示 ¹⁾ , 山田隆司 ²⁾ , 大道正英 ¹⁾	
O-1-4	MPA 療法中に行う複数回の子宮鏡検査が腹水細胞診へ与える影響についての検討 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室 ○平野卓朗, 山上 亘, 真壁 健, 坂井健良, 早乙女啓子, 同前 愛, 南木佳子, 千代田達幸, 野村弘行, 片岡史夫, 阪埜浩司, 青木大輔	
子宮体部2	9:10~9:50	座長: 渡部 洋 (東北医科薬科大学産婦人科)
O-1-5	早期子宮体癌における腹腔細胞診に関する検討 札幌医科大学附属病院婦人科 ¹⁾ , NTT 東日本札幌病院 ²⁾ ○西村庸子 ¹⁾ , 松浦基樹 ¹⁾ , 玉手雅人 ¹⁾ , 寺田倫子 ¹⁾ , 郷久晴朗 ¹⁾ , 寺本瑞絵 ²⁾ , 岩崎雅宏 ¹⁾ , 齋藤 豪 ¹⁾	
O-1-6	子宮体癌における腹水細胞の意義—G3 および特殊型症例では再発に関与する— 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科 ¹⁾ , 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター臨床検査科 ²⁾ , 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科 ³⁾ ○大亀真一 ¹⁾ , 横山貴紀 ¹⁾ , 藤本悦子 ¹⁾ , 友野勝幸 ¹⁾ , 田中慎一 ²⁾ , 岡本奈美 ²⁾ , 山本珠美 ²⁾ , 寺本典弘 ³⁾ , 竹原和宏 ¹⁾	
O-1-7	子宮体癌における腹水細胞診の意義—骨盤外の腹水細胞診は再発に関与する— 国立病院機構四国がんセンター婦人科 ¹⁾ , 国立病院機構四国がんセンター臨床検査科 ²⁾ , 国立病院機構四国がんセンター病理診断科 ³⁾ ○横山貴紀 ¹⁾ , 大亀真一 ¹⁾ , 藤本悦子 ¹⁾ , 友野勝幸 ¹⁾ , 田中慎一 ²⁾ , 岡本奈美 ²⁾ , 山本珠美 ²⁾ , 寺本典弘 ³⁾ , 竹原和宏 ¹⁾	
O-1-8	子宮頸癌における術中腹水細胞診の検討 がん研有明病院婦人科 ○一瀬隆行, 岡本三四郎, 尾松公平, 青木洋一, 谷川輝美, 野村秀高, 的田眞紀, 金尾祐之, 宇津木久仁子, 杉山裕子, 竹島信宏	

体部	9:50~10:20	座長: 吉野 潔 (産業医科大学産婦人科)
O-1-9	子宮原発血管肉腫の1症例 神奈川県立がんセンター ○近内勝幸, 小野瀬亮, 上野悠太, 小澤雅代, 上原萌美, 内山亜弥, 最上多恵, 加藤久盛	
O-1-10	穿刺吸引細胞診が疑陽性であった腹壁子宮内膜症の1例 大阪市立大学女性病態医学 ¹⁾ , 大阪市立総合医療センター婦人科 ²⁾ , 大阪市立大学医学部附属病院病理部 ³⁾ ○市村友季 ¹⁾ , 谷脇絢子 ¹⁾ , 笠井真理 ¹⁾ , 村上 誠 ²⁾ , 川村直樹 ²⁾ , 塩見和彦 ³⁾ , 角 俊幸 ¹⁾	
O-1-11	腹腔内再発後に肺転移を来した UTROSCT の一例 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科 ¹⁾ , 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター病理診断科 ²⁾ , 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター婦人科 ³⁾ , 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター呼吸器腫瘍科 ⁴⁾ , 九州大学形態機能病理 ⁵⁾ ○藤本翔大 ¹⁾ , 小嶋健太 ¹⁾ , 清家直樹 ¹⁾ , 北里謙二 ¹⁾ , 上里 梓 ²⁾ , 瀧澤克実 ²⁾ , 田口健一 ^{1,2)} , 岡留雅夫 ³⁾ , 園田顕三 ³⁾ , 齋藤俊章 ³⁾ , 竹之山光広 ⁴⁾ , 大石善丈 ⁵⁾ , 小田義直 ⁵⁾	
子宮頸部 1	10:20~11:20	座長: 横山良仁 (弘前大学医学部附属病院産婦人科) 三上幹男 (東海大学医学部専門診療学系産婦人科)
O-1-12	Deep Learning を用いた婦人科頸部細胞診における細胞分類について 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部 ¹⁾ , 山口大学大学院創成科学研究科電気電子情報系専攻 ²⁾ , 福井大学医学部病因病態医学講座分子病理学領域 ³⁾ , 山口大学大学院創成科学研究科(工学系学域) 知能情報工学分野 ⁴⁾ ○森 正樹 ¹⁾ , 津森太亮 ²⁾ , 稲井邦博 ³⁾ , 平野 靖 ⁴⁾ , 樋口翔平 ¹⁾ , 今村好章 ¹⁾ , 木戸尚治 ⁴⁾	
O-1-13	子宮頸部扁平上皮内病変を対象とした Ki67・P16 二重免疫染色の有用性の検討 新潟市民病院病理検査科 ¹⁾ , 新潟市民病院病理診断科 ²⁾ ○神田杏里紗 ¹⁾ , 菊部 豊 ¹⁾ , 清野俊秀 ¹⁾ , 戸田裕一郎 ¹⁾ , 東條春菜 ¹⁾ , 花野友梨香 ¹⁾ , 橋立英樹 ²⁾ , 吉田紘子 ²⁾ , 渋谷宏行 ²⁾	
O-1-14	子宮頸部細胞診における核縁肥厚を伴う核肥大細胞への p16INK4a 免疫染色の検討 杏林大学保健学部臨床検査技術学科 ¹⁾ , 群馬パース大学保健科学部検査技術学科 ²⁾ , フクイ産婦人科クリニック ³⁾ , アイ・ラボ CytoSTD 研究所 ⁴⁾ ○飯島淳子 ¹⁾ , 岡山香里 ²⁾ , 籓ひろみ ¹⁾ , 福井 正 ³⁾ , 藪崎宏美 ⁴⁾ , 椎名奈津子 ⁴⁾ , 尾野 緑 ⁴⁾ , 藤井雅彦 ¹⁾ , 大河戸光章 ¹⁾	
O-1-15	重層性粘液産生上皮内病変 (SMILE) の細胞像の検討 熊本大学病院病理診断科 ○竹下博士, 西山尚子, 佐野直樹, 三上芳喜	
O-1-16	子宮頸部擦過細胞診直後の組織生検結果に基づいた ASC-H 判定細胞の形態学的特徴 杏林大学保健学部臨床検査技術学科 ¹⁾ , 群馬パース大学保健科学部検査技術学科 ²⁾ , こころとからだの元氣プラザ ³⁾ ○籓ひろみ ¹⁾ , 岡山香里 ²⁾ , 飯島淳子 ¹⁾ , 栗原哲達 ³⁾ , 石井保吉 ³⁾ , 小田瑞恵 ³⁾ , 大河戸光章 ¹⁾	
O-1-17	対策型子宮頸がん検診における HPV 検査の性能評価に関する研究 愛媛大学医学部産科婦人科 ¹⁾ , 愛媛県総合保険協会・検査部 ²⁾ , 四国がんセンターがん予防・疫学研究部 ³⁾ ○松元 隆 ¹⁾ , 佐伯健二 ²⁾ , 宇佐美知香 ¹⁾ , 寺本典弘 ³⁾	

肺	11:20~11:50	座長：三浦弘之（公立阿伎留医療センター呼吸器外科）
O-1-18	右上葉中枢側の肺転移に対する VATS 区域切除と細胞診断 沖縄赤十字病院呼吸器外科 ¹ , 沖縄赤十字病院病理科 ² ○宮城 淳 ¹ , 鈴木牧子 ² , 真喜志かおり ² , 比嘉 譲 ² , 石川雅士 ²	
O-1-19	ROS1 融合遺伝子陽性肺癌 5 例の病理学および細胞学的特徴 独立行政法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター臨床検査科 ¹ , 日立総合病院病理科 ² ○中村晃太 ¹ , 西野香織 ¹ , 南 優子 ¹ , 坂田晶子 ² , 柳田 篤 ²	
O-1-20	非小細胞肺癌における PD-L1 陽性率に関する細胞学的検討 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室 ¹ , 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 ² ○安部拓也 ¹ , 玉城真太 ¹ , 西山純司 ¹ , 立岩友美 ¹ , 豊嶋憲子 ¹ , 奥菌 学 ¹ , 笹栗毅和 ²	
尿 1	14:30~15:10	座長：平田哲士（(株)千葉細胞病理検査センター）
O-1-21	当院における 8 年間の LBC 法尿細胞診の異型細胞症例の検討 秋田大学医学部附属病院病理診断科/病理部 ○三浦文仁, 成田かすみ, 伊藤 智, 廣嶋優子, 南條 博	
O-1-22	膀胱尿路上皮癌における細胞質内小腺腔についての臨床細胞学的検討 金沢医科大学病院病理部 ¹ , 金沢医科大学臨床病理 ² ○寺内利恵 ¹ , 中田聡子 ² , 竹中美千穂 ¹ , 水口聖哉 ¹ , 大兼政良育 ¹ , 津幡裕美 ¹ , 山下 学 ¹ , 塩谷晃広 ² , 黒瀬 望 ² , 山田壮亮 ²	
O-1-23	尿路上皮細胞集塊における集塊内好中球浸潤についての検討 福岡赤十字病院病理診断科 ¹ , 社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科 ² ○小材和浩 ¹ , 西山憲一 ¹ , 田河賢人 ¹ , 石井萌美 ¹ , 遠矢浩隆 ¹ , 碓 益代 ¹ , 半田瑞樹 ¹ , 大谷 博 ² , 中島 豊 ¹	
O-1-24	尿細胞診の精度管理：尿細胞診 3 年分の組織像と照らした再検討 佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科 ¹ , 佐賀大学医学部臨床検査医学講座 ² ○田中祐也 ¹ , 甲斐敬太 ¹ , 北村 捷 ¹ , 陣内慶大 ¹ , 檜崎さやか ¹ , 龍由希子 ¹ , 中村光男 ¹ , 末岡榮三朗 ² , 相島慎一 ¹	
尿 2	15:10~15:40	座長：小山芳徳（医療法人鉄蕉会亀田総合病院臨床検査室）
O-1-25	Squamous papilloma から、5 年後に浸潤性扁平上皮癌を生じた 1 症例 製鉄記念八幡病院検査部 ¹ , 製鉄記念八幡病院病理診断科 ² , 製鉄記念八幡病院泌尿器科 ³ , 独立行政法人国立病院機構大分医療センター病理科 ⁴ ○奈良定志織 ¹ , 黒枝留菜子 ¹ , 濱崎有実慧 ¹ , 尾坂明美 ¹ , 西堂園紀子 ¹ , 土器若穂 ¹ , 下釜達朗 ² , 奥村幸司 ³ , 森内 昭 ⁴ , 金城 満 ¹	
O-1-26	体腔液に出現した形質細胞様型尿路上皮癌の一例 社会医療法人河北医療財団河北総合病院病理診断科 ¹ , 日本医科大学付属病院病理診断科 ² ○小林美保 ¹ , 坂谷貴司 ² , 川名展弘 ¹ , 小坂達朗 ¹ , 寺澤憲昭 ¹ , 鈴木純子 ¹ , 遠藤 崇 ¹ , 西川直樹 ¹	
O-1-27	尿, 胸水検体に出現した腺癌細胞の診断に PSA 免疫染色が有用であった前立腺癌の 1 例 松本市立病院医療技術部検査科 ¹ , 信州大学医学部保健学科生体情報検査学 ² ○小堺智文 ¹ , 原美紀子 ¹ , 岩本拓朗 ¹ , 太田浩良 ²	

技術	15:40~16:40	座長: 町田知久 (東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科) 塚本龍子 (神戸大学医学部附属病院病理部)
O-1-28	腹膜偽粘液腫患者の腹水細胞診における上皮細胞集塊の臨床的意義についての検討 関西医科大学病理診断科 ¹ , 草津総合病院 ² ○石田光明 ¹ , 西村利幸 ² , 西海由記美 ² , 竹村しづき ² , 葛 幸治 ¹	
O-1-29	酵素標識一価 IgG 断片を利用したワンステップ迅速免疫細胞染色法の検討 京都大学医学部附属病院病理診断科 ○平田勝啓, 片岡竜貴, 羽賀博典	
O-1-30	蛍光染色を用いたタンパク質発現判定法の検討—シングルセル解析— 九州大学医学系学府保健学専攻 ¹ , 九州大学大学院医学研究院保健学部門 ² , 国際医療福祉大学・福岡山王病院 ³ , 社団法人高邦会高木病院予防医学センター ⁴ ○上原俊貴 ¹ , 渡邊寿美子 ² , 前田裕亮 ¹ , 加来恒壽 ³ , 岩坂 剛 ⁴	
O-1-31	BCG 曝露 T24 細胞における pRb と p21 発現の関連性 九州大学大学院医学系学府保健学専攻検査技術科学分野 ¹ , 九州大学大学院医学研究院保健学部門 ² , 飯塚病院中央検査部 ³ , 国際医療福祉大学・福岡山王病院 ⁴ , 社会法人高邦会高木病院予防医学センター ⁵ ○中司 成 ¹ , 渡辺寿美子 ² , 上原俊貴 ³ , 加来恒壽 ⁴ , 岩坂 剛 ⁵	
O-1-32	BD サイトリッチ法における固定・前処理段階で細胞崩壊を防ぐための工夫 独立行政法人国立病院機構函館病院臨床検査科 ¹ , 独立行政法人国立病院機構函館病院病理診断科 ² ○奥山 大 ¹ , 木村伯子 ²	
O-1-33	LBC 残余検体を用いた遺伝子パネル検査のための基礎研究 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科病理学分野 ¹ , 鹿児島大学病院病理部・病理診断科 ² ○赤羽俊章 ¹ , 西田ゆかり ² , 竹下かおり ² , 窪田恵美 ² , 宿里亜李沙 ² , 平木 翼 ² , 北園育美 ¹ , 東美智代 ² , 谷本昭英 ¹	

==== 6月9日(日) 第10会場 (新宿 NSビル 30F ルーム 1+2) =====

子宮頸部 2	8:30~9:00	座長: 横山正俊 (佐賀大学医学部産科婦人科学講座)
O-2-1	LSIL と HSIL における HPV 感染細胞の多様性に関する研究 群馬パース大学保健科学部 ¹ , 杏林大学保健学部臨床検査技術学科 ² , こころとからだの元氣プラザ ³ , 金沢医科大学産科婦人科 ⁴ ○岡山香里 ¹ , 大河戸光章 ² , 栗原達哲 ³ , 石井保吉 ³ , 小田瑞恵 ³ , 笹川寿之 ⁴	
O-2-2	HPV 併用検診と HPV 検査後に細胞診を行った症例の細胞診異常の分布とその頻度 北海道大野記念病院臨床検査部病理 ¹ , 北海道大野記念病院婦人科 ² , 株式会社ジェネティックラボ病理解析センター病理部 ³ , 株式会社ジェネティックラボ病理解析センター病理診断部 ⁴ ○土佐文大 ¹ , 笹木加奈 ¹ , 田上 稔 ¹ , 寒河江悟 ² , 佐竹秀夫 ³ , 高木芳武 ⁴	
O-2-3	宇佐市における HPV 検査併用子宮頸がん検診5年間の調査報告 レディースクリニック松本醫院 ¹ , 大分労働衛生管理センター ² , 大分県立病院臨床検査科病理部 ³ ○松本英雄 ¹ , 高井教行 ² , 卜部省悟 ³	

子宮頸部 3	9:00~9:40	座長：宮城悦子 （横浜市立大学附属病院産婦人科）
O-2-4	尿 HPV 検査の有用性について一尿中 HPV 測定による子宮頸癌検診への応用— スズキ記念病院産婦人科 ¹ , スズキ記念病院 ² , LSI メディエンス ³ ○田中耕平 ¹ , 赤石一幸 ² , 及川洋恵 ² , 佐藤いずみ ² , 江原 隆 ³ , 高梨真樹 ³	
O-2-5	当施設における子宮頸がん職域検診の現状 公益財団法人福島県保健衛生協会検査部病理診断課 ¹ , 公益財団法人福島県保健衛生協会 ² , 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座 ³ , 埼玉医療生活協同組合羽生総合病院 ⁴ ○三浦和也 ¹ , 添田喜憲 ² , 鈴木御幸 ² , 栗田和香子 ² , 佐藤美賀子 ² , 神尾淳子 ² , 古川茂宜 ³ , 添田 周 ³ , 森村 豊 ⁴ , 藤森敬也 ³	
O-2-6	若年における HPV ワクチン接種は子宮頸癌検診における細胞診異常の頻度を低下させる 徳島大学産科婦人科 ○西村正人, 峯田あゆか, 阿部彰子, 吉田加奈子, 加藤剛志, 苛原 稔	
O-2-49	日本の子宮頸がん検診における HPV 検査単独法のシミュレーション —HPV 検査と細胞診の同時併用検診を導入した 8 自治体の検診データから— 福井大学医学部産科婦人科 ¹ , 島根県立中央病院産婦人科 ² , 鳥取大学医学部産科婦人科 ³ , 公益財団法人ちば県民保健予防財団 ⁴ , はまだレディースクリニック ⁵ , 北海道対がん協会 ⁶ , 自治医科大学産科婦人科 ⁷ , 佐賀大学医学部産科婦人科 ⁸ , 小樽市立病院, 北海道大学 ⁹ , 松江市立病院産科婦人科 ¹⁰ , 新百合ヶ丘総合病院産婦人科 ¹¹ ○黒川哲司 ¹ , 吉田好雄 ¹ , 岩成 治 ² , 大石徹郎 ³ , 河西十九三 ⁴ , 濱田政雄 ⁵ , 藤田博正 ⁶ , 藤原寛行 ⁷ , 横山正俊 ⁸ , 櫻木範明 ⁹ , 紀川純三 ¹⁰ , 鈴木光明 ¹¹	
甲状腺 1	9:40~10:10	座長：澤田達男 （東京女子医科大学病理学講座（病態神経科学分野））
O-2-7	甲状腺穿刺吸引細胞診における ThinPrep の有用性について 大阪警察病院病理科 ○青木 弘, 安岡弘直, 金田敦代, 郡司有理子, 福田沙織, 島田 香, 磯 賢治, 築山あゆみ, 辻 洋美, 辻本正彦	
O-2-8	穿刺吸引細胞診で甲状腺低分化癌を疑った結節の再評価 隈病院臨床検査科 ¹ , 隈病院病理診断科 ² , 隈病院外科 ³ ○鈴木彩葉 ¹ , 廣川満良 ² , 兼松里紗 ¹ , 田中歩紀 ¹ , 樋口観世子 ¹ , 山尾直輝 ¹ , 林 俊哲 ² , 隈 晴二 ² , 宮内 昭 ³	
O-2-9	甲状腺髄様癌紡錘形垂型の細胞学的特徴 隈病院臨床検査科 ¹ , 隈病院外科 ² , 隈病院病理診断科 ³ ○兼松里紗 ¹ , 宮内 昭 ² , 隈 晴二 ³ , 廣川満良 ³ , 林 俊哲 ³ , 山尾直輝 ¹ , 樋口観世子 ¹ , 鈴木彩葉 ¹ , 田中歩紀 ¹	
甲状腺 2	10:10~10:30	座長：佐々木栄司 （昭和大学横浜市北部病院甲状腺センター）
O-2-10	甲状腺穿刺吸引細胞診における遺伝子検査の有用性 新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科 ¹ , 新潟大学大学院保健学研究科 ² ○林 真也 ¹ , 土田美紀 ¹ , 齋藤美沙紀 ¹ , 神田真志 ¹ , 畔上公子 ¹ , 北澤 綾 ¹ , 弦巻順子 ¹ , 豊崎勝実 ¹ , 泉田佳緒里 ¹ , 川口洋子 ¹ , 小林由美子 ¹ , 渡邊 玄 ¹ , 川崎 隆 ¹ , 本間慶一 ¹ , 岩淵三哉 ²	

- O-2-11 甲状腺孤在性線維性腫瘍の1例, 細胞像を中心として
医療法人神甲会隈病院臨床検査科¹⁾, 医療法人神甲会隈病院病理診断科²⁾, 医療法人神甲会隈病院外科³⁾
○山尾直輝¹⁾, 廣川満良²⁾, 兼松里紗¹⁾, 田中歩紀¹⁾, 鈴木彩菜¹⁾, 樋口観世子¹⁾, 隈 晴二²⁾,
林 俊哲²⁾, 宮内 昭³⁾

肺癌 1 **13:20~13:50** **座長: 鬼島 宏** (弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座)

- O-2-12 呼吸器領域における迅速細胞診の現状と課題 (標準細胞判定基準について)
国立療養所宮古南静園研究検査科¹⁾, 臨床宮崎²⁾
○植山雅彦¹⁾, 小坂裕之²⁾
- O-2-13 肺腫瘍の術中迅速組織診における捺印細胞診併用の有用性についての検討
帝京大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三井記念病院病理診断科²⁾
○宮田佳奈¹⁾, 森田茂樹²⁾, 向山淳児¹⁾, 赤嶺 亮¹⁾, 石井美樹子¹⁾, 斉藤光次¹⁾, 笹島ゆう子¹⁾,
近藤福雄¹⁾
- O-2-14 平成28年度肺癌検診喀痰細胞診の成績と発見された癌の解析
公益財団法人ちば県民保健予防財団検査部病理・細胞診断科¹⁾, 国保直営総合病院君津中央
病院呼吸器外科²⁾, 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³⁾, 千葉
大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁴⁾
○田口明美¹⁾, 柴 光年²⁾, 金親久美¹⁾, 澁谷 潔³⁾, 中島崇裕⁴⁾, 吉野一郎⁴⁾, 藤澤武彦¹⁾

肺癌 2 **13:50~14:30** **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)

- O-2-15 肺癌を疑われたが手術によって診断がついた肺クリプトコッカス症の3例
独立行政法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター臨床検査科¹⁾, 独立行政
法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科²⁾
○西野香織¹⁾, 中村晃太¹⁾, 南 優子²⁾
- O-2-16 紡錘形細胞を混じ細胞診で組織型の推定が困難であった縦隔リンパ腫の一例
千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科¹⁾, 千葉県がんセンター臨床病理部病理診断科²⁾
○加藤弘志¹⁾, 青野卓矢¹⁾, 有田茂実¹⁾, 小高亜紀子¹⁾, 川名秀忠²⁾, 伊丹真紀子²⁾
- O-2-17 気管支鏡時迅速細胞診において肺平滑筋肉腫を疑った1例
社会医療法人大雄会総合大雄会病院技術検査科
○鈴木健太郎, 寶來慎吾, 中村智子, 堂蘭俊太郎, 宮田一史, 橋本俊彰
- O-2-18 肺類上皮血管内皮腫の1例
大分県立病院臨床検査科病理部¹⁾, 大分県立病院臨床検査科検査研究部²⁾, 大分県立病院臨
床検査技術部³⁾
○和田純平¹⁾, 卜部省悟¹⁾, 加島健司²⁾, 梶川幸二³⁾, 藤島正幸³⁾, 田中百香³⁾, 山下佐知子³⁾,
後藤裕幸³⁾, 鳥越圭二郎³⁾, 佐藤恭子³⁾

リンパ 2 **14:30~14:50** **座長: 中里宜正** (獨協医科大学形態病理学)

- O-2-19 腹腔細胞診が有用であった卵巣悪性リンパ腫の一例
聖マリアンナ医科大学産婦人科学¹⁾, 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院産婦人科²⁾, 聖
マリアンナ医科大学川崎市立多摩病院産婦人科³⁾, 聖マリアンナ医科大学東横病院産婦人
科⁴⁾, 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科⁵⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学⁶⁾
○細沼信示¹⁾, 大原 樹¹⁾, 横道憲幸²⁾, 吉岡範人¹⁾, 久慈志保¹⁾, 出浦伊万里¹⁾, 大熊克彰³⁾,
戸澤晃子⁴⁾, 島田直樹⁵⁾, 干川晶弘⁶⁾, 鈴木 直¹⁾
- O-2-20 2歳11ヶ月男児の木村病の一例
産業医科第二病理学講座¹⁾, 国立病院機構福山医療センター²⁾
○渡辺次郎^{1,2)}, 村山将太²⁾, 山代承子²⁾, 中桐智香子²⁾, 福田由美子²⁾, 有安早苗²⁾, 山中敏幸¹⁾

———— 6月9日(日) 第11会場(新宿NSビル30F ルーム3+4) ————

口腔	8:30~8:50	座長：才藤純一 (医療法人社団誠馨会誠馨会病理センター松戸ラボ)
O-2-21	口腔扁平上皮癌の細胞診における五指標方式 (FPS) の有用性 元山梨県立中央病院病理 ¹⁾ , 山梨県立中央病院病理 ²⁾ , 福岡歯科大学病理 ³⁾ ○原 仁 ¹⁾ , 小山敏雄 ²⁾ , 石井恵理 ²⁾ , 雨宮健司 ²⁾ , 雨宮早紀 ²⁾ , 中川美紀 ¹⁾ , 本田智美 ²⁾ , 朔 敬 ³⁾	
O-2-22	擦過細胞診でNILMと判定し, その後の病理診断と不一致であった口腔白板症の検討 島根大学医学部歯科口腔外科学講座 ¹⁾ , 益田赤十字病院歯科口腔外科 ²⁾ ○秀島克巳 ¹⁾ , 狩野正明 ¹⁾ , 小池尚史 ¹⁾ , 金子一朗 ¹⁾ , 大熊里依 ¹⁾ , 市山友子 ^{1,2)} , 管野貴浩 ¹⁾	
脳神経・頭頸部	8:50~9:20	座長：小川郁子 (広島大学病院口腔検査センター) 浦野 誠 (藤田医科大学医学部病理診断学講座)
O-2-23	当院におけるガイドライン報告様式による唾液腺細胞診の精度管理 北里大学病院病理部 ¹⁾ , 北里大学医学部病理学 ²⁾ ○坂口 忍 ¹⁾ , 柿沼廣邦 ¹⁾ , 村田莉紗 ¹⁾ , 館林妙子 ¹⁾ , 山下和也 ¹⁾ , 梶田咲美 ²⁾ , 吉田 功 ²⁾ , 三枝 信 ²⁾	
O-2-24	耳下腺に発生したCarcinosarcomaの1例 福岡大学筑紫病院病理部 ¹⁾ , 福岡大学筑紫病院内視鏡部 ²⁾ ○山田静佳 ¹⁾ , 林田 涼 ¹⁾ , 原川政彦 ¹⁾ , 尾形智子 ¹⁾ , 長谷川梨乃 ²⁾ , 金城 健 ¹⁾ , 原岡誠司 ¹⁾	
O-2-25	側脳室発生上衣下腫の1例 福岡大学病院病理部・病理診断科 ○西中村恵輔, 松本慎二, 相知優子, 小島勝己, 大石朋子, 秋吉梨江, 高橋祥子, 小山 逸, 鍋島一樹	
子宮頸部4	9:20~10:00	座長：新倉 仁 (独立行政法人国立病院機構仙台医療センター産婦人科)
O-2-26	当院における妊娠合併子宮頸癌3例の検討 横浜市立大学産婦人科 ¹⁾ , 横浜市立大学病理部 ²⁾ ○今井雄一 ¹⁾ , 松永竜也 ¹⁾ , 紙谷菜津子 ¹⁾ , 水島大一 ¹⁾ , ルイズ横田奈朋 ¹⁾ , 本野紀夫 ²⁾ , 西尾由紀子 ²⁾ , 古屋充子 ²⁾ , 山中正二 ²⁾ , 大橋健一 ²⁾ , 宮城悦子 ¹⁾	
O-2-27	Virchow リンパ節細胞診にて診断し得た進行子宮頸癌 福島県立医科大学産科婦人科学講座 ○佐藤 哲, 添田 周, 加茂矩土, 植田牧子, 小島 学, 野村真司, 古川茂宣, 渡辺尚文, 藤森敬也	
O-2-28	細胞診で診断しえた子宮頸部内分泌癌 (小細胞癌) の1例 日本生命済生会日本生命病院産婦人科 ¹⁾ , 日本生命済生会日本生命病院病理診断科 ²⁾ ○尾崎公章 ¹⁾ , 細井文子 ¹⁾ , 城光寺龍 ²⁾	
O-2-29	予後不良であった子宮頸部絨毛腺管癌の1例 公立那賀病院臨床検査科 ¹⁾ , 和歌山県立医科大学人体病理学教室 ²⁾ ○稲垣充也 ¹⁾ , 岩橋吉史 ²⁾ , 紙谷知子 ¹⁾ , 村田晋一 ²⁾	

卵巣	10:00~10:30	座長: 寺井義人 (神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科分野婦人科先端医療学部門)
O-2-30	成人型顆粒膜細胞腫に対する術中腹水細胞診所見から診断に至った卵管癌の1例 藤田医科大学医学部産婦人科学 ¹⁾ , 藤田医科大学医学部病理診断学講座 ²⁾ ○高田恭平 ¹⁾ , 市川亮子 ¹⁾ , 大脇晶子 ¹⁾ , 宮崎 純 ¹⁾ , 鳥居 裕 ¹⁾ , 宮村浩徳 ¹⁾ , 藤井多久磨 ¹⁾ , 中川 満 ²⁾ , 浦野 誠 ²⁾ , 塚本徹哉 ²⁾	
O-2-31	卵巣成熟嚢胞性奇形腫由来の境界悪性粘液性腫瘍から発生した腹膜偽粘液腫の1例 日本生命病院産婦人科 ¹⁾ , 日本生命病院病理診断科 ²⁾ ○細井文子 ¹⁾ , 尾崎公章 ¹⁾ , 城光寺龍 ²⁾	
O-2-32	子宮内膜・頸部細胞診から診断に至った卵管癌の1症例 公立宍粟総合病院産婦人科 ¹⁾ , 市立池田病院 ²⁾ , 大阪医科大学付属病院 ³⁾ ○土橋裕允 ¹⁾ , 芦原敬允 ²⁾ , 田中智人 ³⁾ , 植木 健 ¹⁾	
胆・膵	10:30~11:20	座長: 古旗 淳 (順天堂大学大学院医学研究科形態解析イメージング研究室) 神田浩明 (埼玉県立がんセンター病理診断科)
O-2-33	胆汁細胞診にみられる腺癌細胞と良性細胞の鑑別 川崎市立多摩病院病理診断科 ¹⁾ , 聖マリアンナ医科大学病理学教室 ²⁾ , 富山大学大学院医学 薬学研究部病理診断学講座 ³⁾ , 聖マリアンナ医科大学医学教育文化部門医学情報学 ⁴⁾ ○早川智絵 ¹⁾ , 干川晶弘 ²⁾ , 井村稔二 ³⁾ , 佐藤克洋 ¹⁾ , 宇杉美由紀 ¹⁾ , 半田留美子 ¹⁾ , 上野隆彦 ⁴⁾ , 小池淳樹 ¹⁾	
O-2-34	胆管擦過細胞診で診断し得た胆管粘液癌の1例 社会医療法人天神会新古賀病院 ¹⁾ , 久留米大学病院 ²⁾ ○山崎加奈子 ¹⁾ , 河原真弓子 ¹⁾ , 木下準子 ¹⁾ , 貞嶋奈津 ¹⁾ , 中村寿々 ¹⁾ , 尾方真帆 ¹⁾ , 西田直代 ¹⁾ , 内藤嘉紀 ²⁾	
O-2-35	膵 EUS-FNAC で特徴的所見が得られたリンパ上皮性嚢胞の1例 大阪国際がんセンター臨床検査科病理細胞診 ¹⁾ , 大阪医療センター臨床検査科 ²⁾ , 大阪国際 がんセンター病理細胞診断科 ³⁾ ○溝口佳緒里 ¹⁾ , 龍あゆみ ¹⁾ , 竹中明美 ²⁾ , 長田盛典 ³⁾ , 中塚伸一 ³⁾	
O-2-36	EUS-FNA にて良悪鑑別, 原発推定に苦慮した淡明細胞型腎細胞癌膵転移の1例 独立行政法人国立病院機構関門医療センター臨床検査科 ¹⁾ , 独立行政法人国立病院機構関 門医療センター病理診断科 ²⁾ ○見國真樹 ¹⁾ , 鈴木佑也 ¹⁾ , 村上知之 ²⁾	
O-2-37	腎細胞癌膵転移の1例 福岡大学筑紫病院病理部 ○林田 涼, 原川政彦, 尾形智子, 山田静佳, 田邊 寛, 岩下明德, 原岡誠司	
リンパ1	11:20~11:50	座長: 岸本浩次 (杏林大学医学部付属病院病院病理部)
O-2-38	悪性リンパ腫の診断における EUS-FNA の有用性 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部 ¹⁾ , 地方独立行政法 人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理診断科 ²⁾ ○横田裕香 ¹⁾ , 福島裕子 ²⁾ , 山畑 翔 ¹⁾ , 世古裕里 ¹⁾ , 野土希実 ²⁾ , 石井真美 ²⁾ , 井上 健 ^{1,2)}	
O-2-39	胸水細胞診における高悪性度 B 細胞性リンパ腫 その細胞像と鑑別疾患 成田赤十字病院病理部 ¹⁾ , 成田赤十字病院血液内科 ²⁾ , 千葉大学医学部付属病院成田赤十字 病院肺がん治療センター ³⁾ ○井上 豊 ¹⁾ , 齊藤 忠 ¹⁾ , 野首光弘 ¹⁾ , 葛生吉彦 ¹⁾ , 岡田裕子 ¹⁾ , 藤河 潤 ¹⁾ , 宇津欣和 ²⁾ , 澁谷 潔 ³⁾ , 河上牧夫 ¹⁾	

O-2-40 Myelomatous pleural effusion をきたした2症例

旭川医科大学病院病理部¹, 旭川医科大学病院臨床検査・輸血部²

○宮川京大¹, 平森裕樹¹, 秋山直子¹, 鶴野裕治¹, 佐渡正敏², 湯澤明夏¹, 谷野美智¹,
武井英博¹

子宮頸部 5 13:20~13:50 座長: 進 伸幸 (国際医療福祉大学附属三田病院女性腫瘍センター婦人科)

O-2-41 液状化検体細胞診 (LBC) の子宮内膜細胞診対応について

北海道対がん協会細胞診センター

○市川浩巳, 日野順子, 阿部里絵, 茂木由紀, 柴田尚子, 小泉昌代, 加藤 修, 藤田博正

O-2-42 子宮内膜類内膜癌 G1 の液状化検体細胞診標本における採取法の違いによる形態学的相違

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹, 弘前大学医学部附属病院病理部², 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻³, 弘前大学大学院保健学研究科⁴, 弘前大学大学院医学研究科産婦人科⁵, 愛媛県立医療技術大学保健科学部⁶, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科⁷

○小田嶋広和¹, 太田かすみ³, 堀江香代⁴, 吉岡治彦⁴, 小島啓子², 熊谷直哉², 横山良仁⁵,
則松良明⁶, 矢納研二⁷, 渡邊 純⁴

O-2-43 子宮体部小細胞癌の LBC 標本と直接塗抹標本の細胞像の比較検討

宮城県対がん協会細胞診センター検査課¹, 宮城県対がん協会細胞診センター², 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³

○板橋育子¹, 田勢 亨², 大場朋子², 秀城浩司², 鈴木由香², 鷲尾尚子², 小田切千恵²,
伊藤 潔³

子宮頸部 6 13:50~14:10 座長: 田路英作 (公益財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センター検査部)

O-2-44 SurePath 法における子宮頸部腺癌の組織型別細胞所見の検討

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科²

○若原孝子¹, 内田浩紀¹, 常世田岬¹, 豊永安洋¹, 安達純世¹, 花見恭太¹, 梁 善光²,
富居一範¹, 石田康生¹, 山崎一人¹

O-2-45 子宮体癌センチネルリンパ節生検の術中迅速診断における TRILBC の有用性

北海道がんセンター婦人科¹, 北海道がんセンター病理診断科²

○松宮寛子¹, 藤堂幸治¹, 山崎博之¹, 嶋田知紗¹, 見延進一郎¹, 平紀代美², 中島真奈美²,
鈴木宏明², 加藤秀則¹

セルブロック 14:10~14:40 座長: 畠 榮 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)

O-2-46 セルブロック法 (アルギン酸ナトリウム法) の標準化~核の石灰化沈着を防ぐ~

独立行政法人国立病院機構弘前病院臨床検査科

○齋藤邦倫, 八木橋法登

O-2-47 卵巣癌・腹膜癌との鑑別に腹水セルブロック法が有用であった, 虫垂癌性腹膜炎の1例

松戸市立総合医療センター産婦人科¹, 松戸市立総合医療センター病理診断科²

○海野洋一¹, 原田 直², 池部 大², 横山 綾², 茅野伴子², 野呂昌弘²

O-2-48 悪性腹膜中皮腫の1例

坂出市立病院臨床検査科¹, 香川大学医学部附属病院病理部²

○中條健朗¹, 横井祐介¹, 大久保佐和子¹, 石川 亮², 門田球一², 串田吉生²

一般演題・示説

6月8日(土) 第13会場(新宿NSビル30F ホールA+B)

子宮頸部 1	13:20~13:52	座長: 富永英一郎 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
P-1-1	子宮頸癌同時化学放射線療法後に子宮腔部細胞診で検出される異型細胞 佐賀大学産婦人科 ¹ , 佐賀大学病因病態科学 ² ○大隈恵美 ¹ , 中尾佳史 ¹ , 門田千穂 ¹ , 西山 哲 ¹ , 橋口真理子 ¹ , 甲斐敬太 ² , 相島慎一 ² , 横山正俊 ¹	
P-1-2	閉経後婦人科細胞診疑陽性例の細胞学的検討 琉球大学医学部保健学科生体検査学講座形態病理学分野 ¹ , 那覇市医師会生活習慣病検診 センター ² ○豊田善成 ¹ , 金城貴夫 ¹ , 照屋昇行 ¹ , 崎山三千代 ²	
P-1-3	細胞診 ASC-US に対する HPV 判定の陽性率と細胞学的所見について 株式会社兵庫県臨床検査研究所病理検査課 HPL ¹ , 株式会社兵庫県臨床検査研究所 ² ○森井雅敏 ¹ , 川嶋雅也 ²	
P-1-4	子宮頸がん検診における Hybrid capture-2 法と APTIMA 法の比較 桜十字福岡病院婦人科 ¹ , 金沢医科大学産科婦人科 ² ○黒木博子 ¹ , 坂本人一 ² , 大阪康宏 ² , 柴田健雄 ² , 高倉正博 ² , 笹川寿之 ²	
子宮頸部 2	13:52~14:16	座長: 近藤英司 (三重大学産婦人科)
P-1-5	分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の臨床細胞学的検討 神奈川県立がんセンター婦人科 ¹ , 神奈川県立がんセンター病理診断科 ² , 神奈川県立がん センター医療医術部検査科 ³ ○小澤雅代 ¹ , 内山亜弥 ¹ , 上野悠太 ¹ , 上原萌美 ¹ , 最上多恵 ¹ , 近内勝幸 ¹ , 小野瀬亮 ¹ , 那須隆二 ³ , 横瀬智之 ² , 加藤久盛 ¹	
P-1-6	分葉状頸管腺過形成の診断補助に細胞診が有用であった一例 産業医科大学産婦人科 ¹ , 産業医科大学広域・発達看護学 ² ○原田大史 ¹ , 松浦祐介 ² , 植田多恵子 ¹ , 栗田智子 ¹ , 鏡 誠治 ¹ , 吉野 潔 ¹	
P-1-7	子宮頸部胃型粘液性癌の2例 赤穂市民病院臨床検査部病理検査室 ¹ , 京都市立病院病理診断科 ² , 宇治徳洲会病院病理診 断科 ³ , 三菱京都病院病理診断科 ⁴ ○山本美智子 ¹ , 植良 紋 ¹ , 野田みゆき ² , 河野文彦 ³ , 岩佐葉子 ² , 藤井真由美 ⁴ , 中嶋安彬 ⁴	
子宮頸部 3	14:16~14:48	座長: 三橋 暁 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学 (産婦人科))
P-1-8	スクリーニング支援システム ThinPrep イメージングシステム DUO の使用経験 PCL 盛岡病理・細胞診センター ○吉谷地玲子, 小川七恵, 宮智恵子, 佐々木仁子, 海老川久美子, 田村 元, 方山揚誠	
P-1-9	婦人科 LBC 検体を用いた細胞診・HPV 検査・CINtec・LC1000 の比較検討 兵庫県臨床検査研究所病理検査課・HPL ¹ , シスメックス株式会社 ² , 兵庫県立がんセンター 検査部 ³ , 兵庫県立がんセンター病理診断科 ⁴ ○川嶋雅也 ¹ , 岡 智子 ² , 高垣和代 ³ , 佐久間淑子 ⁴	

- P-1-10 初めての子宮頸部 LBC 鳥取大学医学部附属病院 病理部の現況
鳥取大学医学部器官病理学¹⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理部²⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理診断科³⁾
○野坂加苗¹⁾, 大野千恵子²⁾, 遠藤由香利²⁾, 松重貴大²⁾, 持田洋利²⁾, 山田恭子²⁾, 阿部明美²⁾, 梅北善久³⁾
- P-1-11 LBC 法によるすりガラス細胞癌の組織型推定
大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²⁾
○森本優生¹⁾, 岡 大地¹⁾, 小柳由貴¹⁾, 神月 梓¹⁾, 棚田 諭¹⁾, 龍あゆみ¹⁾, 芦村純一¹⁾, 久保千明²⁾, 長田盛典²⁾, 中塚伸一²⁾

子宮頸部 4**14 : 48~15 : 12****座長：山崎龍王 (武蔵野赤十字病院産婦人科)**

- P-1-12 子宮頸部小細胞癌の臨床病理因子・細胞所見に関する後方視的検討
九州がんセンター婦人科¹⁾, 九州がんセンター病理診断科²⁾
○園田顕三¹⁾, 藤本翔大²⁾, 前之原章司¹⁾, 有吉和也¹⁾, 岡留雅夫¹⁾, 小嶋健太²⁾, 清家直樹²⁾, 上里 梓²⁾, 田口健一²⁾, 齋藤俊章¹⁾
- P-1-13 子宮頸部原発大細胞神経内分泌癌の細胞像
札幌医科大学産婦人科学講座¹⁾, NTT 東日本札幌病院産婦人科²⁾
○寺本瑞絵^{1,2)}, 西村庸子¹⁾, 秋元太志¹⁾, 玉手雅人¹⁾, 磯山響子¹⁾, 小川万梨絵¹⁾, 寺田倫子¹⁾, 松浦基樹¹⁾, 郷久晴朗¹⁾, 岩崎雅宏¹⁾, 齊藤 豪¹⁾
- P-1-14 術前に子宮頸部大細胞神経内分泌癌の診断をし得た一例
弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座³⁾
○赤石麻美¹⁾, 二神真行¹⁾, 熊谷直哉²⁾, 小山文望恵¹⁾, 平川八大¹⁾, 三浦理絵¹⁾, 加藤哲子²⁾, 渡邊 純²⁾, 横山良仁¹⁾, 黒瀬 顕²⁾, 鬼島 宏³⁾

婦人科・その他 1 15 : 12~15 : 44**座長：野村秀高 (がん研有明病院婦人科)**

- P-1-15 子宮腔部・内膜細胞診でメラニン顆粒が見られなかった悪性黒色腫の一例
獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学病院病理診断科²⁾
○加藤 輝¹⁾, 町田浩美¹⁾, 古米 遥¹⁾, 永井多美子¹⁾, 佐々木英夫¹⁾, 金子有子²⁾, 中里直正²⁾, 黒田 一²⁾
- P-1-16 メラニン顆粒の乏しい腔原発悪性黒色腫の 1 例
那須赤十字病院検査部¹⁾, 那須赤十字病院産婦人科²⁾
○加藤昌利¹⁾, 大谷美雄¹⁾, 清河駿樹²⁾, 北岡芳久²⁾, 薄井和江¹⁾, 田村勝幸¹⁾, 高橋佳奈¹⁾, 中村加奈子²⁾, 川井俊郎¹⁾
- P-1-17 術前診断に苦慮した結節型外陰悪性黒色腫の一例
杏林大学産科婦人科学教室¹⁾, 杏林大学産科婦人科²⁾, 杏林大学病理診断科³⁾, 立正佼成会附属佼成病院産婦人科⁴⁾
○西ヶ谷順子¹⁾, 澁谷英里子²⁾, 百村麻衣²⁾, 松本浩範¹⁾, 小林陽一²⁾, 田邊一成³⁾, 坂本憲彦³⁾, 大森嘉彦³⁾, 下山田博明³⁾, 柴原純二³⁾, 鈴木 淳⁴⁾
- P-1-18 外陰 Paget 病の細胞像：進行癌の 1 例
防衛医科大学校産科婦人科¹⁾, 防衛医科大学校病院検査部²⁾, 防衛医科大学校皮膚科³⁾
○高崎和樹¹⁾, 笹 秀典¹⁾, 小柳津美佳¹⁾, 岩橋秀樹¹⁾, 青山 真¹⁾, 宮本守員¹⁾, 川口 翔²⁾, 島崎英幸²⁾, 下方美穂³⁾, 高野政志¹⁾

子宮体部 1	13:20~13:44	座長: 高橋顕雅 (滋賀医科大学医学部附属病院母子・女性診療科)
P-1-19	当院における子宮癌肉腫症例の術前子宮内膜細胞診に関する臨床的検討 慶應義塾大学病院医学部産婦人科学教室 ○永井晋平, 辻 浩介, 安康真由香, 高橋孝幸, 小林佑介, 山上 亘, 岩田 卓, 富永英一郎, 阪埜浩司, 青木大輔	
P-1-20	子宮頸部癌肉腫の2例 産業医科大学産科婦人科 ¹ , 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学 ² ○鏡 誠治 ¹ , 浦川瑠香 ¹ , 遠山篤史 ¹ , 原田大史 ¹ , 植田多恵子 ¹ , 松浦裕介 ² , 吉野 潔 ¹	
P-1-21	液状処理標本で推定し得た子宮癌肉腫の1例 砂川市立病院医療技術部検査科 ¹ , 砂川市立病院病理診断科 ² , 砂川市立病院内科 ³ , 砂川市立病院産婦人科 ⁴ ○椎名真一 ¹ , 村上友理香 ¹ , 池田優太 ¹ , 菊地謙成 ² , 渡部直己 ³ , 武田直毅 ⁴ , 岩木宏之 ²	
子宮体部 2	13:44~14:00	座長: 松浦基樹 (札幌医科大学産婦人科教室)
P-1-22	子宮体部原発癌肉腫の一例 聖路加国際病院病理診断科 ¹ , 東京女子医科大学第1病理 ² ○石川里奈 ¹ , 小川命子 ¹ , 中田裕人 ¹ , 三田尚子 ¹ , 鈴木正敏 ¹ , 金子あゆみ ¹ , 恒田直人 ¹ , 宇野美恵子 ¹ , 澤田達男 ² , 鈴木高祐 ¹	
P-1-23	卵黄囊腫瘍成分を伴う子宮内膜癌肉腫 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座 ¹ , 東京慈恵会医科大学病院病理部 ² , 東京慈恵会医科大学病理学講座 ³ ○川畑絢子 ¹ , 萬 昂士 ² , 山田恭輔 ¹ , 三春慶輔 ² , 津田律子 ² , 上田 和 ¹ , 柳田 聡 ¹ , 清川貴子 ³ , 鷹橋浩幸 ² , 岡本愛光 ¹	
子宮体部 3	14:00~14:24	座長: 藤原寛行 (自治医科大学産科婦人科学講座)
P-1-24	子宮体癌治療における腹水細胞診の意義 四国がんセンター婦人科 ¹ , 四国がんセンター臨床検査科 ² , 四国がんセンター病理診断科 ³ ○藤本悦子 ¹ , 大亀真一 ¹ , 横山貴紀 ¹ , 友野勝幸 ¹ , 岡本奈美 ² , 田中慎一 ² , 山本珠美 ² , 寺本典弘 ³ , 竹原和宏 ¹	
P-1-25	子宮体部漿液性癌 18 例の検討 札幌医科大学産婦人科 ○寺田倫子, 松浦基樹, 西村庸子, 玉手雅人, 郷久晴朗, 岩崎雅宏, 寺本瑞絵, 齋藤 豪	
P-1-26	細胞診を契機に発見された SEIC の 1 例 富山大学附属病院病理部病理診断科 ¹ , 富山大学大学院医学薬学研究部病態・病理学講座 ² , 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座 ³ ○撰津 黎 ¹ , 小椋恵利 ¹ , 木屋千恵子 ¹ , 濱島 丈 ² , 井村穰二 ^{1,3}	
子宮体部 4	14:24~14:56	座長: 米山剛一 (日本医科大学武蔵小杉病院女性診療科・産科)
P-1-27	脂質に富む脂肪肉腫様の分化と平滑筋肉腫の分化を伴う子宮内膜間質肉腫の一例 自治医科大学附属病院病理診断部 ¹ , 帝京大学医学部病理診断科 ² , 自治医科大学産科婦人科学講座 ³ ○坂口美織 ¹ , 大城 久 ¹ , 笹島ゆう子 ² , 吉本多一郎 ¹ , 小柳貴裕 ³ , 竹井裕二 ³ , 藤原寛行 ³ , 松原大祐 ¹ , 仁木利郎 ¹ , 福嶋敬宜 ¹	
P-1-28	術前診断が困難であった低悪性度子宮内膜間質肉腫の一例 国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科 ¹ , 国立病院機構埼玉病院臨床検査科 ² , 国立病院機構西埼玉中央病院研究検査科 ³ , 板橋中央総合病院病理診断科 ⁴ ○石井賢治 ¹ , 阪 旨子 ² , 大野 浩 ³ , 小池裕人 ⁴ , 島田哲也 ³	

- P-1-29 子宮腺肉腫の1例
金沢大学附属病院病理診断科・病理部¹, 金沢大学分子細胞病理学²
○酒野香織¹, 水口敬司¹, 玉野裕子¹, 宮下麻代¹, 下田 翼¹, 阪口真希¹, 池田博子¹,
野島孝之¹, 大井章史²

- P-1-30 急激な経過をたどった未分化子宮肉腫の1症例
桐生厚生総合病院中央検査部病理検査¹, 県立県民健康科学大学診療放射線学部², 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学³, 老年病研究所附属病院⁴, 榛名荘病院⁵
○今泉智博¹, 佐藤 幸¹, 鈴木晶子¹, 瀬川篤記², 小山徹也³, 吉田カツ江⁴, 城下 尚⁵

子宮体部 5 14:56~15:20 座長: 梁 善光 (帝京大学ちば総合医療センター産婦人科)

- P-1-31 子宮体部原発神経内分泌腫瘍の1例
一宮市立市民病院産婦人科¹, 一宮市立市民病院病理診断科²
○竹下 奨¹, 中島広聖², 杉浦敦子², 河上晃一², 日比野麻紀子²
- P-1-32 類内膜癌に小細胞癌を合併した子宮体癌の2例
藤沢市民病院産婦人科¹, 藤沢市民病院病理診断科²
○有野祐子¹, 片山佳代¹, 能勢英理子², 松倉圭太², 荒井 博², 田尻亮輔², 権藤俊一²,
佐治晴哉¹
- P-1-33 腔原発神経内分泌癌の1例
国家公務員共済組合連合会斗南病院婦人科・生殖内分泌科¹, 国家公務員共済組合連合会斗南病院病理診断科², 札幌医科大学附属病院産婦人科³
○田中綾一¹, 小山田ゆみ子², 武田広子², 加藤知美², 志田 啓², 齋藤 豪³

頭頸部 1 13:20~13:44 座長: 林 俊哲 (医療法人神甲会隈病院病理診断科)

- P-1-34 顎下腺に発生したオンコサイト癌の2例
大阪府済生会中津病院検査技術部病理検査室¹, 大阪府済生会中津病院病理診断科²
○三木絵里¹, 谷村満知子¹, 池谷武彦¹, 宮城佳美², 仙崎英人²
- P-1-35 腺様嚢胞癌における MYB/MYBL1 遺伝子異常の臨床病理学的意義に関する検討
鳥取大学医学部附属病院病理部¹, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座², 鳥取県立中央病院病理診断科・臨床検査科³, 鳥取大学医学部分子病理学講座⁴
○遠藤由香利¹, 桑本聡史¹, 松下倫子², 松重貴大¹, 大野千恵子¹, 中本 周³, 林 一彦⁴,
廣岡保明²
- P-1-36 穿刺吸引細胞診を施行後、広範な壊死に陥り診断に苦慮したワルチン腫瘍の1例
東京医科大学八王子医療センター病理診断科¹, 日本保健医療大学保健医療学部看護学科²
○奥山 光¹, 若槻よしえ¹, 芹澤博美¹, 吉田えりか¹, 加藤彩子¹, 田辺 夢¹, 内山 篤¹,
横山明子¹, 脇屋 緑¹, 塚本 哲², 平野博嗣¹

頭頸部 2 13:44~14:08 座長: 林 裕司 (滋賀医科大学医学部附属病院病理部)

- P-1-37 グリコーゲン含有による明細胞化を伴った唾液腺オンコサイトーマの1例
国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部¹, 東京医科大学人体病理学講座²
○横田 章¹, 伊藤慎治¹, 中村信之¹, 小沢あずさ¹, 沖田直子¹, 牧野愛未¹, 藤田優貴¹,
府川孝子¹, 長尾俊孝², 藤井丈士¹
- P-1-38 多形腺腫由来癌として発生し、脳転移巣に多数の粘液細胞が出現した唾液腺導管癌の1例
大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²
○岡 大地¹, 棚田 論¹, 小柳由貴¹, 神月 梓¹, 龍あゆみ¹, 芦村純一¹, 浜本雄一郎²,
吉澤秀憲², 北村昌紀², 中塚伸一²

P-1-39 当院で経験した多形腺腫由来癌の細胞学的検討

関西医科大学附属病院病理部

○岡野公明, 山東香織, 岡本 久, 石田光明, 田中顕之, 宮坂知佳, 大江知里, 蔦 幸治

乳腺 1 **14:08~14:40** **座長: 堀井理絵 (がん研究会有明病院病理部)**

P-1-40 乳管内視鏡検査における洗浄細胞診の有用性について

日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学武蔵小杉病院乳腺外科²⁾, 日本医科大学病理学講座統御機構診断病理学³⁾

○許田典男¹⁾, 大橋隆治¹⁾, 蒔田益次郎²⁾, 加藤舞子¹⁾, 中村祐司¹⁾, 前本直子¹⁾, 大矢陽子¹⁾, 永井祥子¹⁾, 牧野隆浩¹⁾, 内藤善哉³⁾

P-1-41 画像上乳癌が疑われた乳房結核の一例

東京都保健医療公社荏原病院検査科病理

○貝田芽衣, 妹尾美加, 佐藤利瑞, 成田真一, 小池 昇, 荒井克己

P-1-42 乳腺原発腺様嚢胞癌の1例

厚生連平鹿総合病院臨床検査科病理細胞診検査室

○佐藤友章, 藤原秀喜, 高橋真帆, 後藤利明, 斉藤昌宏, 高橋さつき

P-1-43 当院における35歳以下の乳腺

広島市立広島市民病院臨床検査部¹⁾, 広島市立広島市民病院病理診断科²⁾

○山本倫子¹⁾, 喜田真理子¹⁾, 高木伸治¹⁾, 坂田かな枝¹⁾, 戸井紳二¹⁾, 山崎理恵²⁾, 市村浩一²⁾

乳腺 2 **14:40~15:04** **座長: 黒田 一 (獨協医科大学病理診断学講座)**

P-1-44 乳腺筋線維芽細胞腫の1例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第一病理²⁾, 埼玉県立がんセンター病理診断科³⁾, がん研究会がん研究所病理部⁴⁾

○小林ひとみ¹⁾, 小川命子¹⁾, 石黒弘美¹⁾, 平林陽介¹⁾, 山川真梨奈¹⁾, 野嵜 史¹⁾, 秋山 太⁴⁾, 神田浩明³⁾, 澤田達男²⁾, 鈴木高祐¹⁾

P-1-45 乳管洗浄細胞診が診断に有用であった solid papillary carcinoma の1例

関西医科大学総合医療センター病理部臨床検査部¹⁾, 関西医科大学総合医療センター病理部²⁾

○秦 直也¹⁾, 坂井仁美¹⁾, 田口香利¹⁾, 松永志保¹⁾, 稲葉真由美²⁾, 植村芳子²⁾

P-1-46 乳腺原発高分化型神経内分泌腫瘍の一例

日本赤十字社医療センター病理部

○中 昂一, 熊坂利夫, 裴 有安, 増田 亮, 米田央后, 松尾梢恵, 富田健一郎, 夏目愛子, 今井友貴

呼吸器 1 **13:20~13:44** **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-1-47 肺原発高悪性度型胎児性腺癌の1例

市立島田市民病院病理・口腔病理検査室¹⁾, 市立島田市民病院病理診断科²⁾

○廣田賢良¹⁾, 植野辰雄¹⁾, 大石直樹¹⁾, 村松邦昭¹⁾, 橋本裕美¹⁾, 橋 充弘²⁾

P-1-48 気管支鏡検査 ROSE における Ultrafast Papanicolaou 染色検討

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

○児島宏哉, 鈴木明美, 江坂四季音, 木曾有里, 浜島裕理, 今泉雅之, 白幡浩人, 野中敬介, 松田陽子, 新井富生

P-1-49 当院における気管支洗浄・擦過ブラシ洗浄液検体を用いた肺癌 EGFR 検査の試み

東邦大学医療センター大橋病院病理部¹⁾, 東邦大学医療センター大橋病院呼吸器内科²⁾

○湯浅瑛介¹⁾, 中村千秋¹⁾, 佐々木智子¹⁾, 村石佳重¹⁾, 藤田正志¹⁾, 榎本泰典¹⁾, 横内 幸¹⁾, 大原関利章¹⁾, 高橋 啓¹⁾, 松瀬厚人²⁾

呼吸器 2	13:44~14:00	座長: 田口健一 (独立行政法人国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科/臨床検査科)
P-1-50	人工知能の細胞診への応用①: 敵対的生成ネットワークによる疑似細胞像生成の試み 藤田医科大学医療科学部放射線学科 ¹ , 成田記念病院病理診断科 ² , 藤田医科大学医学部病理診断学 ³ , 藤田医科大学医学部呼吸器内科学 ⁴ , 岐阜大学工学部電気電子・情報工学科 ⁵ ○寺本篤司 ¹ , 山田あゆみ ¹ , 桐山諭和 ^{2,3} , 塚本徹哉 ³ , 今泉和良 ⁴ , 齋藤邦明 ¹ , 藤田広志 ⁵	
P-1-51	人工知能の細胞診への応用②: 敵対的生成ネットワークを用いた肺がん細胞の自動分類 藤田医科大学医学部病理診断学 ¹ , 藤田医科大学医療科学部放射線学科 ² , 成田記念病院病理診断科 ³ , 藤田医科大学医学部呼吸器内科学 ⁴ , 岐阜大学工学部電気電子・情報工学科 ⁵ ○塚本徹哉 ¹ , 寺本篤司 ² , 山田あゆみ ² , 桐山諭和 ³ , 今泉和良 ⁴ , 齊藤邦明 ² , 藤田広志 ⁵	
呼吸器 3	14:00~14:24	座長: 前田宜延 (富山赤十字病院病理診断科)
P-1-52	EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の LCNEC への形質転換が疑われた一例 八尾徳洲会総合病院病理診断科 ¹ , 八尾徳洲会総合病院臨床検査科 ² ○室木魁人 ¹ , 岡崎 健 ² , 岩崎由恵 ² , 久保勇記 ¹	
P-1-53	はがしセルブロック法で多形癌と推定しえた胸水細胞診の 1 例 秋田赤十字病院病理診断科 ○三浦宗子, 浅利智幸, 田山明義, 鳴海健大, 伊藤泉希, 東海林琢男	
P-1-54	気管支洗浄細胞診における LBC (ThinPrep) 法の有用性 和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理診断部門 ¹ , 和歌山県立医科大学人体病理学教室/病理診断科 ² ○武内綾菜 ¹ , 永井宏和 ¹ , 木下勇一 ¹ , 西野 勝 ¹ , 吉井輝子 ¹ , 杉山絵美 ¹ , 松崎生笛 ² , 藤本正数 ² , 小島史好 ² , 村田晋一 ²	
甲状腺 1	14:24~14:48	座長: 坂本憲彦 (杏林大学医学部付属病院病理部)
P-1-55	甲状腺未分化癌の 1 例 帝京大学医学部附属病院病院病理部 ¹ , 帝京大学医学部附属病院病理診断科 ² , 杏林大学医学部病理学教室 ³ , 帝京大学医療技術学部 ⁴ ○笠井亮子 ¹ , 笹島ゆう子 ² , 大越 卓 ¹ , 小島 貴 ¹ , 河野純一 ¹ , 望月 眞 ⁴ , 大窪泰弘 ³ , 菅間 博 ³ , 近藤福雄 ²	
P-1-56	腱膜炎様の間質を伴う乳頭癌の 1 例 公立西知多総合病院臨床検査科 ¹ , 公立西知多総合病院病理診断科 ² ○吉本尚子 ¹ , 角屋雅路 ¹ , 服部 聡 ¹ , 田中伸幸 ¹ , 今井律子 ¹ , 渡邊緑子 ² , 溝口良順 ²	
P-1-57	甲状腺硝子化索状腫瘍の一例 東邦大学医療センター大森病院病院病理部 ¹ , 東邦大学医療センター大森病院病理診断科 ² , 東邦大学医療センター大森病院乳腺・内分泌外科 ³ ○三宅洋子 ¹ , 栃木直文 ² , 篠崎 稔 ¹ , 馬淵弘子 ¹ , 野村恵利 ¹ , 二本柳康博 ² , 江嶋 梢 ² , 若山 恵 ² , 齋藤芙美 ³ , 澁谷和俊 ²	
甲状腺 2	14:48~15:12	座長: 鈴木彩菜 ((医)神甲会隈病院臨床検査科)
P-1-58	穿刺吸引細胞診にて採取された甲状腺内 (異所性) 骨髄組織 JA 愛知厚生連安城更生病院臨床検査技術科 ¹ , JA 愛知厚生連安城更生病院病理診断科 ² , JA 愛知厚生連豊田厚生病院臨床検査技術科 ³ ○大島康裕 ¹ , 山本宗平 ² , 黒木雅子 ³ , 杉山宗平 ¹ , 杉浦記弘 ¹ , 深井美樹 ¹ , 牧明日加 ¹ , 情家千裕 ¹ , 酒井 優 ²	

- P-1-59 慢性甲状腺炎からの移行が推定された甲状腺原発悪性リンパ腫の2症例
社会医療法人同心会古賀総合病院臨床検査技術部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理部²⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科・病理部³⁾, 社会医療法人同心会古賀総合病院内科⁴⁾
○白濱幸生¹⁾, 清山和昭¹⁾, 野口裕史²⁾, 佐藤勇一郎³⁾, 栗林忠信⁴⁾

- P-1-60 甲状腺好酸性細胞型濾胞癌の一例
大阪医科大学附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 大阪医科大病理学教室²⁾
○有我こずえ¹⁾, 栗栖義賢¹⁾, 富宇加麻里¹⁾, 能瀬衣沙子¹⁾, 中山裕子¹⁾, 出口千尋¹⁾, 浦上真由美¹⁾, 明石静香²⁾, 武田玲郁¹⁾, 石崎幸恵¹⁾, 竹下 篤¹⁾, 安田恵美¹⁾, 桑原宏子¹⁾, 広瀬善信¹⁾

消化器 1 13:20~13:44 座長: 鈴木高祐 (聖路加国際病院病理診断科)

- P-1-61 術前に腭液細胞診でセロトニン産生神経内分泌腫瘍と診断し得た1例
自治医科大学病理診断部
○池田恵理子, 鈴木智子, 中村香織, 織田智博, 二階堂貴章, 郡 俊勝, 柳田美樹, 吉本多一郎, 天野雄介, 福嶋敬宜
- P-1-62 膵のEUS-FNAで経験した悪性リンパ腫3例の細胞像
自治医科大学附属病院病理診断部
○中村香織, 天野雄介, 織田智博, 鈴木智子, 柳田美樹, 郡 俊勝, 池田恵理子, 大城 久, 仁木利郎, 福嶋敬宜
- P-1-63 細胞診を契機に発見された遠位胆管上皮内癌 (BilIN grade3) の1例
日本鋼管病院病理検査技術科¹⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学²⁾, 慶應義塾大学医学部病理学教室³⁾, 日本鋼管病院病理診断科⁴⁾
○坪佐朱莉¹⁾, 松井成明¹⁾, 川島真人¹⁾, 金 佳美¹⁾, 平林健一²⁾, 梶原 博²⁾, 坂元享宇³⁾, 長村義之⁴⁾

消化器 2 13:44~14:08 座長: 福嶋敬宜 (自治医科大学病理学・病理診断部)

- P-1-64 細胞診で推定し得た虫垂粘液性腫瘍の一例
筑波メディカルセンター病院婦人科¹⁾, 筑波メディカルセンター病院臨床検査科²⁾, 筑波メディカルセンター病院病理診断科³⁾
○藤枝 薫¹⁾, 野末彰子¹⁾, 西出 健¹⁾, 村井陽子²⁾, 石松寛美²⁾, 石黒和也²⁾, 内田 温³⁾, 小沢昌慶³⁾, 菊地和徳³⁾
- P-1-65 EUS-FNAにおいて印環細胞を認めた膵低分化腺癌の一例
独立行政法人国立病院機構京都医療センター検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構京都医療センター臨床検査科²⁾, 独立行政法人国立病院京都医療センター病理診断科³⁾
○道面将嗣¹⁾, 大上哲也²⁾, 楠木秀和²⁾, 川畑 茂³⁾, 森吉弘毅³⁾
- P-1-66 胆管擦過, 胆汁細胞診にて腺神経内分泌癌が疑われた一例
松戸市立総合医療センター病理診断科
○平原花梨, 白石達見, 滝沢敬祐, 茅野伴子, 横山 綾, 原田 直, 池部 大, 野呂昌弘

消化器 3 14:08~14:24 座長: 相島慎一 (佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野)

- P-1-67 破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌の一例
香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾
○本山睦美¹⁾, 松永 徹¹⁾, 宮本加菜¹⁾, 郷田 衛¹⁾, 片倉和哉¹⁾, 伊吹英美²⁾, 石川 亮²⁾, 香川聖子²⁾, 門田球一²⁾, 羽場礼次^{1,2)}

- P-1-68 宮城県立がんセンターにおける膵細胞診～EUS-FNA 導入前後 12 年を振り返って～
宮城県立がんセンター病理診断科¹, 宮城県立がんセンター臨床検査技術部², 宮城県立病院機構精神医療センター臨床検査技術部³
○伊藤しげみ¹, 佐藤郁郎¹, 植木美幸², 村田孝次², 竹内美華², 大山友紀², 大場いづみ², 内城孝之², 名村真由美³

泌尿器 1 14:24～14:48 座長: 上田善彦 (獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科)

- P-1-69 尿中 WT1 陽性細胞 (ポドサイト) と各種糸球体腎炎・半月体形成の関連について
神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域¹, 神戸大学医学部保健学科検査技術科学専攻², 愛媛県立医療技術大学臨床検査学科³, 愛媛県総合保健協会病理⁴, 香川大学医学部附属病院病理部⁵
○木地優花里¹, 大崎博之¹, 森 一葉², 鴨志田伸吾¹, 徳原康哲³, 藤田泰史⁴, 松永 徹⁵, 串田良生⁵, 羽場礼次⁵
- P-1-70 フラグメント解析を用いた尿中 TERT 遺伝子プロモーター領域変異陽性細胞検出の試み
帝京大学ちば総合医療センター病院病理部
○豊永安洋, 内田浩紀, 常世田岬, 若原孝子, 安達純世, 花見恭太, 富居一範, 石田康生, 山崎一人
- P-1-71 尿管原発小細胞癌の一例
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病理室¹, 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病理診断科²
○五藤秀高¹, 田代 敬², 市川一仁², 伊藤利江子², 藤盛孝博², 小林建太¹, 佐々木美波¹, 吉田奈央¹, 岡村祥弘¹, 大矢美香子¹, 西川裕子¹

泌尿器 2 14:48～15:12 座長: 笹井伸哉 ((株) 東京セントラルパソロジーラボラトリー細胞診管理課)

- P-1-72 尿管に発生し急激な進展を示した胞巣型尿路上皮癌の一例
東大和病院病理細胞診断科
○後藤芳章, 河村淳平, 島方崇明, 坂牧久仁子, 林友理恵, 篠 友希, 桑尾定仁
- P-1-73 成人に発生した腎ラプトイド腫瘍の一例
国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部¹, つくば国際大学医療保健学部臨床検査学科²
○荒川文字¹, 田島秀昭¹, 若林 僚¹, 小川 勝¹, 當銘良也², 大出貴士¹, 石田 剛¹
- P-1-74 腎血管筋脂肪腫の一例
高知赤十字病院病理診断科部
○黒田直人, 筒井宏行, 和田有加里, 水野圭子, 小原昌彦, 安岡 香

口腔・歯科 1 13:20～13:44 座長: 秀島克巳 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)

- P-1-75 口腔扁平上皮癌 (微小浸潤) で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¹, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科², 日本大学松戸歯学部病理学講座³
○才藤純一¹, 松本 敬², 金田悦子³, 森川美雪³, 宇都宮忠彦³, 末光正昌³, 浮ヶ谷匡恭¹, 二谷悦子³, 横山 愛³, 久山佳代³
- P-1-76 当院における口腔細胞診 ThinPrep の検討—組織診との解離例を中心に—
大阪警察病院病理科
○金田敦代, 辻 洋美, 青木 弘, 郡司有理子, 福田沙織, 島田 香, 磯 賢治, 築山あゆみ, 安岡弘直, 辻本正彦

- P-1-77 上顎歯肉から口蓋にかけて生じた悪性黒色腫の1例
 埼玉県立がんセンター検査技術部¹⁾, 埼玉県立がんセンター病理診断科²⁾, 埼玉県立がんセンター口腔外科科³⁾
 ○高橋智史¹⁾, 石川文隆²⁾, 浅野祐美子¹⁾, 田中はるな¹⁾, 林田俊樹¹⁾, 永宗恵子¹⁾, 炭野 淳³⁾,
 桂野美貴³⁾, 八木原一博³⁾, 神田浩明²⁾

口腔・歯科2 13:44~14:08 座長: 田中陽一 (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)

- P-1-78 画像診断で唾液腺腫瘍が疑われ, 穿刺吸引細胞診で判定された1例
 益田赤十字病院歯科口腔外科¹⁾, 益田赤十字病院検査部²⁾, 島根大学医学部歯科口腔外科³⁾
 ○市山友子¹⁾, 恒松晃司¹⁾, 下村龍一²⁾, 岡本幸子²⁾, 和田 進²⁾, 秀島克巳³⁾, 管野貴浩³⁾
- P-1-79 転移性口腔腫瘍(子宮平滑筋肉腫)の1例
 いわき市医療センター病理診断センター¹⁾, いわき市医療センター中央検査室²⁾, いわき市医療センター産婦人科³⁾
 ○小松香織¹⁾, 山崎一樹¹⁾, 小野早苗¹⁾, 渡邊 藍¹⁾, 近藤宏徳¹⁾, 吉村果歩¹⁾, 松本朋子²⁾,
 岩田智久²⁾, 浅野重之¹⁾, 西山 浩³⁾
- P-1-80 上顎歯肉に発生した淡明細胞型扁平上皮癌の一例
 東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理検査室¹⁾, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科²⁾
 ○小谷隆史¹⁾, 福田雅美¹⁾, 神原亜季¹⁾, 田口晴丈¹⁾, 田中陽一¹⁾, 橋本和彦¹⁾, 佐々木文¹⁾,
 橋本志歩²⁾, 小川真里子²⁾, 高松 潔²⁾

リンパ・造血器1 14:08~14:32 座長: 水野幸恵 (医療法人厚生会福井厚生病院技術部検査課)

- P-1-81 Plasmablastic lymphoma の1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, 中嶋 茜, 森 正樹, 前川秀樹, 山口愛奈, 伊藤知美, 樋口翔平,
 今村好章
- P-1-82 濾胞性リンパ腫の診断における顕微鏡測定装置を用いた核径実測値測定の有用性の検討
 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室¹⁾, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座²⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科³⁾
 ○小島朋子¹⁾, 佐々木陽介²⁾, 花井絵梨果¹⁾, 飯野知美¹⁾, 津田祥子¹⁾, 北村隆司²⁾, 尾松睦子¹⁾,
 本間まゆみ³⁾, 根本哲生³⁾, 瀧本雅文²⁾
- P-1-83 ホジキンリンパ腫における活性化素種をターゲットにした抗腫瘍効果の検討
 大阪大学大学院医学系研究科病態病理学¹⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学²⁾, 大阪大学医学部附属病院病理部³⁾
 ○前野悦子¹⁾, 池田純一郎²⁾, 田原紳一郎¹⁾, 廣瀬由美子³⁾, 野島 聡¹⁾, 和田直樹¹⁾, 森井英一¹⁾

リンパ・造血器2 14:32~14:56 座長: 土田 秀 (群馬県立がんセンター病理検査課)

- P-1-84 肺癌治療中胸水に悪性リンパ腫を併発した一例
 兵庫県立がんセンター検査部病理検査¹⁾, 兵庫県立がんセンター病理診断科²⁾
 ○加藤ゆり¹⁾, 西村優希¹⁾, 南 智也¹⁾, 高垣和代¹⁾, 前田妙子¹⁾, 高山みずほ¹⁾, 梶本和義²⁾,
 佐久間淑子²⁾, 廣瀬隆則²⁾
- P-1-85 EUS-FNA を契機に診断されたマントル細胞リンパ腫の1例
 岩国医療センター病理診断科
 ○守都敏晃, 山下青葉, 飛田弥生, 清弘真弓, 福田 智
- P-1-86 硝子体内容液穿刺吸引細胞診で診断しえた眼内悪性リンパ腫の2例
 杏林大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部病理学教室²⁾
 ○川上真理子¹⁾, 岸本浩次¹⁾, 坂本憲彦¹⁾, 市川美雄¹⁾, 田邊一成¹⁾, 鈴木 瞳¹⁾, 野口由香¹⁾,
 住石 歩²⁾, 大森嘉彦²⁾, 藤原正親²⁾, 柴原純二²⁾

脳神経	13:20~13:44	座長：宍戸原由紀子 (京都府立医科大学分子病態病理学)
P-1-87	脳脊髄液細胞診が診断に有用であった SMARCB1 欠失腫瘍の一例 神奈川県立こども医療センター検査科 ¹ , 神奈川県立こども医療センター病理診断科 ² ○関谷元幹 ¹ , 長谷川由香里 ¹ , 石川純江 ¹ , 江畑利奈 ² , 田中水緒 ² , 田中祐吉 ²	
P-1-88	髄膜播種をきたした左小脳橋角部原発悪性孤立性線維性腫瘍/血管周皮腫の1例 国立病院機構金沢医療センター臨床検査科 ¹ , 金沢医科大学臨床病理学 ² ○坂倉健司 ¹ , 水野美保子 ¹ , 山岸 豊 ¹ , 梅原瑠子 ¹ , 松田愛子 ¹ , 鈴木啓仁 ¹ , 川島篤弘 ¹ , 山下 学 ² , 中田聡子 ²	
P-1-89	第四脳室に発生した小児上衣腫の一例 香川大学医学部附属病院病理診断科 ¹ , 香川大学医学部附属病院病理部 ² ○石川 亮 ¹ , 宮本加菜 ² , 片倉和哉 ² , 本山睦美 ² , 松永 徹 ² , 伊吹英美 ¹ , 香川聖子 ¹ , 宮井由美 ¹ , 門田球一 ¹ , 羽場礼次 ¹	
中皮・体腔液 1	13:44~14:08	座長：濱川真治 (公立昭和病院臨床検査科)
P-1-90	胸水中に出現した唾液腺導管癌の1例 長崎大学病院病理診断科病理部 ○シン友喜, 平山三国, 今泉利信, 田中 圭, 山本優里香, 大館拓真, 山形真祐美, 新野大介, 福岡順也	
P-1-91	剖検で診断しえた線維形成性悪性胸膜中皮腫の一例 日本医科大学統御機構診断病理学 ¹ , 日本医科大学付属病院病理診断科 ² , 日本医科大学多摩永山病院病理部 ³ , 日本医科大学付属病院病理部 ⁴ , 日本医科大学解析人体病理学 ⁵ ○河本陽子 ¹ , 呉 壮香 ^{1,2} , 片山博徳 ³ , 川原清子 ¹ , 手塚 潔 ¹ , 石井英昭 ^{2,4} , 功刀しのぶ ^{2,5} , 恩田宗彦 ^{1,2} , 和田龍一 ^{1,2} , 内藤善哉 ^{1,2}	
P-1-92	当院で経験した PEL-like lymphoma (PEL-LL) の2例 大曲厚生医療センター検査科病理 ¹ , 平鹿総合病院病理診断科 ² ○柿沼弘樹 ¹ , 須田公治 ¹ , 斎藤直子 ¹ , 森美津子 ¹ , 齊藤昌宏 ²	
中皮・体腔液 2	14:08~14:32	座長：矢野博久 (久留米大学医学部病理学講座)
P-1-93	術後、後腹膜再発・腹膜播種をきたした乳頭状腎細胞癌の1例 東京女子医科大学中央検査部病理検査室 ¹ , 東京女子医科大学病理診断科 ² , 東京女子医科大学病理学講座 (病態神経科学分野) ³ ○橋本哲也 ¹ , 野並裕司 ¹ , 金室俊子 ¹ , 鬼塚裕美 ^{2,3} , 板垣裕子 ² , 増井憲太 ^{2,3} , 山本智子 ^{2,3} , 澤田達男 ^{2,3} , 長嶋洋治 ²	
P-1-94	迅速細胞診が有用であった Burkitt lymphoma の一例 高知大学医学部附属病院病理診断部 ○高橋明日香, 高野 隼, 野口真宏, 吉良佳那, 大原栄二, 井口みつこ, 戸井 慎, 村上一郎	
P-1-95	HHV8-negative effusion-based lymphoma の一例 羽島市民病院臨床検査科 ¹ , 朝日大学病院病理診断科 ² , 岐阜市民病院病理診断科 ³ , 山形大学医学部病理診断学講座 ⁴ ○小澤 希 ¹ , 杉下 毅 ¹ , 杉江茂幸 ² , 田中卓二 ³ , 山川光徳 ⁴	
中皮・体腔液 3	14:32~14:56	座長：鍋島一樹 (福岡大学医学部・福岡大学病院病理学講座・病理部)
P-1-96	Hump 様細胞質突起が診断の手掛かりとなった悪性中皮腫の1例 国立病院機構松江医療センター臨床検査科 ¹ , 国立病院機構松江医療センター呼吸器外科 ² ○西村俊直 ¹ , 吉田恵梨子 ¹ , 岸本篤人 ¹ , 長岡三郎 ¹ , 荒木邦夫 ^{1,2}	

- P-1-97 胸水中に骨髓腫細胞を認めた多発性骨髓腫の1例
 足利赤十字病院臨床検査部¹⁾, 獨協医科大学病理診断科²⁾
 ○川村政人¹⁾, 中村雅哉¹⁾, 廣瀬芳江¹⁾, 山田裕子¹⁾, 遠藤みゆき¹⁾, 小林萌夏¹⁾, 飯塚あかり¹⁾,
 清水和彦¹⁾, 中里宜正²⁾
- P-1-98 左下腿悪性黒色腫の再発診断に腹水細胞診が有用であった一例
 弘前大学産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 弘前大学大学院医学
 研究科病理生命科³⁾
 ○大澤有姫¹⁾, 二神真行¹⁾, 小島啓子²⁾, 赤石麻美¹⁾, 加藤哲子²⁾, 横山良仁¹⁾, 鬼島 宏³⁾

———— 6月9日(日) 第13会場 (新宿NSビル30F ホールA+B) ————

子宮頸部 5	9:00~9:32	座長: 渡邊 純 (弘前大学大学院保健学研究科)
P-2-1	新規子宮頸部細胞採取器具の有用性の検討—スミアルーブと従来方法を比べて 立正佼成会附属佼成病院産婦人科 ¹⁾ , 立正佼成会附属佼成病院病理部 ²⁾ , 杏林大学医学部産 科婦人科学教室 ³⁾ , 杏林大学医学部附属病院産婦人科 ⁴⁾ ○岡 愛子 ¹⁾ , 鈴木 淳 ¹⁾ , 金田由香子 ¹⁾ , 斉藤由里香 ²⁾ , 村田英一郎 ²⁾ , 當眞嗣睦 ²⁾ , 百村麻衣 ³⁾ , 木村英三 ¹⁾ , 二階堂孝 ²⁾ , 小林陽一 ⁴⁾	
P-2-2	子宮頸部細胞診に人工知能を導入するために重要な4つの選択 大阪鉄道病院婦人科 ¹⁾ , 大阪鉄道病院検査室病理 ²⁾ , 大阪鉄道病院病理診断科 ³⁾ ○熊谷広治 ¹⁾ , 坂井昌弘 ¹⁾ , 山内直樹 ²⁾ , 大塚真弓 ²⁾ , 山崎由香子 ²⁾ , 森島英和 ²⁾ , 真崎 武 ³⁾	
P-2-3	Atypical glandular cells の臨床像とサブカテゴリーの再考 総合病院厚生中央病院産婦人科 ¹⁾ , 総合病院厚生中央病院臨床検査科 ²⁾ ○幾石尚美 ¹⁾ , 田嶋奈都美 ²⁾ , 佐藤和美 ²⁾ , 田中亜矢子 ²⁾ , 堀本 綾 ²⁾ , 池田俊一 ¹⁾ , 塚原 裕 ¹⁾ , 橋村尚彦 ¹⁾	
P-2-4	子宮頸部細胞診における p16/Ki-67 二重免疫染色判定困難症例の検討 永井マザーズホスピタル病理診断科 ¹⁾ , 永井マザーズホスピタル産婦人科 ²⁾ ○原田哲也 ¹⁾ , 石井恵美 ¹⁾ , 畠山重春 ¹⁾ , 橋口史江 ²⁾ , 山科光正 ¹⁾ , 永井 毅 ¹⁾	
子宮頸部 6	9:32~9:56	座長: 阿部彰子 (徳島大学産婦人科)
P-2-5	子宮頸癌手術および放射線治療後25年を経過して腔断端後方に腫瘤を形成した一例 佐賀大学 ○大隈良一, 中尾佳史, 門田千穂, 福田亜紗子, 光 貴子, 西山 哲, 橋口真理子, 大隈恵美, 野口光代, 横山正俊	
P-2-6	老年期子宮頸部腺癌の1例 済生会京都府病院産婦人科 ○渡邊 愛	
P-2-7	シート型微線維性コラーゲン (インテگران) 貼付後の子宮頸部と腔細胞診所見 奈良県総合医療センター産婦人科 ¹⁾ , 奈良県総合医療センター臨床検査部 ²⁾ , 奈良県総合医 療センター病理診断科 ³⁾ ○豊田進司 ¹⁾ , 杉浦 敦 ¹⁾ , 伊東史学 ¹⁾ , 谷口真紀子 ¹⁾ , 南 佳世 ²⁾ , 辻野秀夫 ²⁾ , 岡田 博 ²⁾ , 石田英和 ³⁾ , 喜多恒和 ¹⁾	

子宮頸部 7	9 : 56~10 : 28	座長 : 田畑 務 (東京女子医科大学産婦人科)
P-2-8	細胞診による定期検診で発見できなかった子宮頸部浸潤癌症例の検討 金沢医科大学産科婦人科 ¹ , 金沢医科大学病院病理部 ² , 金沢医科大学臨床病理 ³ ○齋藤まゆみ ¹ , 坂本人一 ¹ , 大阪康宏 ¹ , 高倉正博 ¹ , 水口聖哉 ² , 嶋口智恵 ² , 津幡裕美 ² , 塩谷晃広 ³ , 山田壮亮 ³ , 笹川寿之 ¹	
P-2-9	子宮頸部に発生した腺様嚢胞癌の一例 亀田総合病院臨床検査部 ¹ , 亀田総合病院産婦人科 ² , 長崎大学病理診断科 ³ , 亀田総合病院 病理診断科 ⁴ ○下岡友子 ¹ , 小山芳徳 ¹ , 熊田香織 ¹ , 佐藤奈緒美 ¹ , 松浦拓人 ² , 尹 漢勝 ³ , 堀 隆 ⁴ , 榎澤容子 ⁴ , 福岡順也 ⁴	
P-2-10	SMILE を伴った非角化型扁平上皮癌の 1 例 鹿児島大学病院病理部・病理診断科 ¹ , 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理 学分野 ² , 鹿児島大学病院産婦人科 ³ ○宿里亜李沙 ¹ , 窪田恵美 ¹ , 竹下かおり ¹ , 西田ゆかり ¹ , 赤羽俊彰 ² , 霧島茉莉 ¹ , 北園育美 ² , 築詰伸太郎 ³ , 平木 翼 ¹ , 東美智代 ¹	
P-2-11	子宮原発 IVLBCL の一例 がん研有明病院婦人科 ¹ , がん研究会研究所病理部 ² , がん研有明病院細胞診断部 ³ ○尾松公平 ¹ , 高澤 豊 ² , 杉山裕子 ¹ , 古田則行 ³ , 的田真紀 ¹ , 谷川輝美 ¹ , 岡本三四郎 ¹ , 加藤一喜 ¹ , 宇津木久仁子 ¹ , 金尾祐之 ¹ , 竹島信宏 ¹	
子宮体部 6	10 : 28~10 : 52	座長 : 磯西成治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科)
P-2-12	液状化検体細胞診標本における子宮内膜類内膜癌 G1 の細胞集塊の画像解析による検討 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻 ¹ , 弘前大学大学院保健学研究科 ² , 愛媛県立医 療技術大学保健科学部 ³ , JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科 ⁴ ○太田かすみ ¹ , 小田嶋広和 ² , 堀江香代 ¹ , 吉岡治彦 ¹ , 則松良明 ³ , 矢納研二 ⁴ , 渡邊 純 ¹	
P-2-13	子宮体癌における KRAS 変異の意義 札幌医科大学産婦人科 ○松浦基樹, 西村庸子, 玉手雅人, 寺田倫子, 郷久晴朗, 岩崎雅宏, 齋藤 豪	
P-2-14	子宮内膜癌細胞におけるタイト結合分子 claudin-2 の関与 札幌医科大学産婦人科 ¹ , 室蘭日鋼記念病院産婦人科 ² , 札幌医科大学フロンティア医学研 究所細胞科学部門 ³ ○郷久晴朗 ¹ , 嶋田浩志 ² , 玉手雅人 ¹ , 秋元太志 ¹ , 西村庸子 ¹ , 寺田倫子 ¹ , 松浦基樹 ¹ , 岩崎雅宏 ¹ , 小島 隆 ³ , 齋藤 豪 ¹	
子宮体部 7	10 : 52~11 : 24	座長 : 山下 博 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科)
P-2-15	子宮内膜原発扁平上皮癌の 1 例 湘南鎌倉総合病院 ○大沼一也, 井上裕美, 手島伸一, 小保方和彦, 程島 就, 千野秀教, 石井彩奈恵	
P-2-16	術前に卵黄嚢腫瘍が疑われた子宮体部脱分化癌の 1 例 日本大学医学部産科婦人科学教室 ¹ , 日本大学医学部附属板橋病院臨床検査部病理検査 室 ² , 日本大学医学部病理学教室 ³ , 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野 ⁴ ○武谷千晶 ¹ , 仲尾岳大 ¹ , 春日晃子 ¹ , 佐藤美紀子 ¹ , 千島史尚 ¹ , 関 利美 ² , 本間 琢 ³ , 増田しのぶ ⁴ , 川名 敬 ¹	

- P-2-17 子宮体部脱分化癌 (Dedifferentiated carcinoma) の1例
杏林大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部附属病院産婦人科学教室²⁾, 杏林大学医学部附属病院病理学教室³⁾
○田邊一成¹⁾, 岸本浩次¹⁾, 坂本憲彦¹⁾, 市川美雄¹⁾, 鈴木 瞳¹⁾, 野口由香¹⁾, 川上真理子¹⁾,
西ヶ谷順子²⁾, 小林陽一²⁾, 長濱清隆³⁾, 柴原純二³⁾

- P-2-18 絨毛癌との鑑別に難渋した胞状奇胎の1例
寿泉堂総合病院産婦人科¹⁾, 福島県立医科大学産科婦人科学講座²⁾
○遠藤雄大¹⁾, 古川茂宜²⁾, 佐藤 哲²⁾, 添田 周²⁾, 渡辺尚文²⁾, 鈴木博志¹⁾, 藤森敬也²⁾

卵巣1 9:00~9:24 座長:角田 肇 (日立総合病院産婦人科)

- P-2-19 術中迅速診断時に卵巣捺印細胞診の併用が有用であった卵黄嚢腫瘍の一例
一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科
○甲賀洋光, 桂澤安奈, 小滝 昇, 二瓶憲俊, 遠藤枝利子, 山口佳子
- P-2-20 セルトリ・ライディッヒ細胞腫の1例
川口市立医療センター検査科病理¹⁾, 川口市立医療センター病理診断科²⁾
○今村尚貴¹⁾, 須賀恵美子¹⁾, 内田真仁¹⁾, 鈴木忠男¹⁾, 松永英人¹⁾, 三俣昌子²⁾, 坂田一美²⁾,
山本雅博²⁾, 生沼利倫²⁾
- P-2-21 プレンナー腫瘍を背景とした卵巣扁平上皮癌の一例
日本医科大学付属病院病理部¹⁾, 日本医科大学解析人体病理学²⁾, 日本医科大学付属病院女性診療科³⁾, 日本医科大学付属病院病理診断科⁴⁾, 日本医科大学武蔵小杉病院病理部⁵⁾
○青木真莉菜¹⁾, 釜口晴美¹⁾, 松原美幸¹⁾, 寺崎美佳²⁾, 山本晃人³⁾, 呉 壮香⁴⁾, 大橋隆治⁵⁾,
寺崎泰弘⁴⁾, 坂谷貴司⁴⁾, 石井英昭¹⁾

卵巣2 9:24~9:56 座長:高野忠夫 (東北大学病院産婦人科)

- P-2-22 卵巣 Microcystic stromal tumor の一例
がん・感染症センター東京都立駒込病院病理科¹⁾, がん・感染症センター東京都立駒込病院産婦人科²⁾, がん・感染症センター東京都立駒込病院放射線診療科³⁾
○宮里祐子¹⁾, 外岡暁子¹⁾, 山田 倫¹⁾, 船田信顕¹⁾, 吉野育典²⁾, 伊藤光弘¹⁾, 宮田清美¹⁾,
浅見英一¹⁾, 山下詠子³⁾, 八杉利治²⁾, 比島恒和¹⁾
- P-2-23 約40年後に再発した, 診断に苦慮した成人型顆粒膜細胞腫の1例
岐阜大学医学部附属病院病理部¹⁾, 岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²⁾
○川村勇人¹⁾, 中川 篤¹⁾, 片桐恭雄¹⁾, 岩田明子¹⁾, 水野加織¹⁾, 安藤咲恵¹⁾, 北野素子¹⁾,
佐々木健太¹⁾, 酒々井夏子¹⁾, 波多野裕一郎²⁾, 金山知弘²⁾, 原 明²⁾, 宮崎龍彦¹⁾
- P-2-24 27年後の胸壁再発が疑われた卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例
弘前大学医学部附属病院病理部¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座²⁾, 青森県立中央病院病理部³⁾, 弘前大学医学部附属病院産科婦人科⁴⁾
○藤田大貴¹⁾, 小島啓子¹⁾, 熊谷直哉¹⁾, 岡田壮士¹⁾, 川村麻緒¹⁾, 小林弘実¹⁾, 加藤哲子²⁾,
黒滝日出一³⁾, 二神真行⁴⁾, 黒瀬 顕²⁾
- P-2-25 卵巣原発の肉腫成分の過剰増殖を伴った腺肉腫の一例
関西労災病院中央検査部¹⁾, 関西労災病院病理診断科²⁾, 関西労災病院産婦人科³⁾
○原沙由美¹⁾, 杉生憲二¹⁾, 山根三千秋¹⁾, 吉野龍一¹⁾, 永野輝明²⁾, 後藤孝吉²⁾, 朴 鐘建²⁾,
山下美智子³⁾, 伊藤公彦³⁾, 吉村道子²⁾

婦人科・その他 2 9:56~10:20

座長：田勢 亨（宮城県対がん協会細胞診センター）

- P-2-26 子宮頸部細胞診で腺癌と診断したが、原発巣の同定に苦慮した卵管癌の1例
岐阜市民病院病理診断科¹⁾, 木沢記念病院病理診断科²⁾
○餌取文昌¹⁾, 松山昌史¹⁾, 丹羽理代子¹⁾, 大橋明香¹⁾, 榎間利政¹⁾, 宮前里奈¹⁾, 河口尚未¹⁾,
渡部直樹¹⁾, 田中卓二¹⁾, 山田鉄也²⁾
- P-2-27 子宮頸部細胞診異常 (AIS) を発端に診断された腹膜播種を伴う腹膜癌の1例
京都府立医科大学産婦人科
○森 泰輔, 寄木香織, 古株哲也, 片岡 恒, 黒星晴夫, 北脇 城
- P-2-28 子宮頸がん検診を契機に発見された腹膜癌の一例
トヨタ記念病院臨床検査科¹⁾, トヨタ記念病院病理診断科²⁾
○市川規子¹⁾, 小笠原将人¹⁾, 吉森之恵¹⁾, 竹田美帆¹⁾, 佐原晴人¹⁾, 鈴木良典¹⁾, 澁谷 亮²⁾,
北川 諭²⁾

婦人科・その他 3 10:20~10:44

座長：坂本 優（(財)佐々木研究所附属杏雲堂病院産婦人科）

- P-2-29 大腸癌腔転移の診断に細胞診が有効であった1例
公益財団法人がん研究会有明病院婦人科¹⁾, 公益財団法人がん研究会有明病院細胞診断部²⁾, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部³⁾
○野村秀高¹⁾, 西村宙起¹⁾, 青木洋一¹⁾, 谷川輝美¹⁾, 的田真紀¹⁾, 岡本三四郎¹⁾, 尾松公平¹⁾,
金尾祐之¹⁾, 加藤一喜¹⁾, 宇津木久仁子¹⁾, 杉山裕子²⁾, 高澤 豊³⁾, 竹島信宏¹⁾
- P-2-30 婦人科細胞診が診断契機となった尿路上皮癌 paget 様腔再発の1例
大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理細胞診断科²⁾,
大阪急性期・総合医療センター病理科³⁾
○小柳由貴¹⁾, 久保千明²⁾, 長田盛典²⁾, 龍あゆみ¹⁾, 芦村純一¹⁾, 伏見博彰³⁾, 中塚伸一²⁾
- P-2-31 早期胃癌の再発が子宮内膜細胞診で検出された1例
佐賀大学産科婦人科¹⁾, 佐賀大学病理部²⁾
○門田千穂¹⁾, 大隈恵美¹⁾, 西山 哲¹⁾, 橋口真理子¹⁾, 甲斐敬太²⁾, 相島慎一²⁾, 中尾佳史¹⁾,
横山正俊¹⁾

婦人科・その他 4 10:44~11:08

座長：長谷川清志（獨協医科大学産婦人科）

- P-2-32 胸水細胞診から腹膜癌と診断した原発不明がん
東海大学医学部附属八王子病院産婦人科¹⁾, 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科²⁾, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科³⁾, 東海大学医学部専門診療学系産婦人科⁴⁾
○飯田哲士¹⁾, 野村 希²⁾, 町田知久²⁾, 田尻琢磨³⁾, 前田大伸¹⁾, 村松俊成¹⁾, 三上幹男⁴⁾
- P-2-33 骨盤内腫瘍, 癌性腹膜炎, 多発転移をきたした原発不明未分化癌の一例
弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学保健学科病態解析科学講座³⁾
○三浦理絵¹⁾, 二神真行¹⁾, 平川八大¹⁾, 小島啓子²⁾, 熊谷直哉²⁾, 加藤哲子²⁾, 横山良仁¹⁾,
渡辺 純³⁾
- P-2-34 子宮頸部 Myeloid sarcoma の1例
豊橋市民病院産婦人科¹⁾, 豊橋市民病院病理診断科²⁾
○河合要介¹⁾, 梅村康太¹⁾, 前多松喜²⁾

呼吸器 4	9:00~9:32	座長: 星 利良 (がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部)
P-2-35	肺がん集検喀痰細胞診D判定の細胞像について~標準細胞との比較~ 公益財団法人福島県保健衛生協会検査部病理診断課 ¹ , 公益財団法人福島県保健衛生協会 ² , 公立大学法人福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座 ³ , 公立大学法人福島県立医科大学医学部産婦人科学講座 ⁴ ○荒木由佳理 ¹ , 野口真貴 ² , 千葉聖子 ² , 室井祥江 ² , 佐藤奈美 ² , 栗田和香子 ² , 佐藤美賀子 ² , 神尾淳子 ² , 鈴木エリ奈 ³ , 藤森敬也 ⁴	
P-2-36	肺切除病変における術中迅速細胞診および迅速組織診の最終病理診断に基づく比較検討 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科 ¹ , 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査科 ² , 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 ³ ○杉山朋子 ¹ , 田尻琢磨 ¹ , 藤田大貴 ² , 平岩真一郎 ¹ , 渡具知克 ² , 野村 希 ² , 町田知久 ² , 中村直哉 ³	
P-2-37	胸水中に出現した遺伝子異常陽性肺腺癌の細胞学的検討—細胞質舌状突出に着目して— 東海大学医学部附属病院病理検査技術科 ¹ , 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科 ² , 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 ³ ○萩原範子 ¹ , 才荷 翼 ¹ , 加戸伸明 ¹ , 芹澤昭彦 ¹ , 宮嶋葉子 ¹ , 町田知久 ² , 伊藤 仁 ¹ , 梶原 博 ³ , 井野元智恵 ³ , 畑中一仁 ³ , 中村直哉 ³	
P-2-38	好中球細胞外トラップと核線の鑑別: 宮西分類に基づいた免疫組織化学的解析 藤田医科大学医療科学部臨床検査学科 ¹ , 藤田医科大学ばんだね病院病理診断科 ² , 藤田医科大学研究支援推進センター生体画像解析室 ³ ○塩竈和也 ¹ , 小林加奈 ¹ , 道場彩乃 ¹ , 舟橋正範 ¹ , 今枝義博 ² , 尾之内高慶 ³ , 平山将也 ³ , 金子千之 ¹ , 柳田隆正 ¹ , 稲田健一 ² , 安倍雅人 ¹	
呼吸器 5	9:32~9:56	座長: 二宮浩範 (公益財団法人がん研究会がん研究所病理部)
P-2-39	臀部嚢胞内容液中の細胞診によって判明した肺大細胞癌の1例 西脇市立西脇病院病理診断科 ○掘井吉人, 藤原万記子, 宮川朋子, 大西隆仁	
P-2-40	TTF-1 及び NapsinA 陽性であった大腸癌肺転移の1例 佐世保市総合医療センター臨床検査室病理部 ¹ , 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学 ² , 佐世保市総合医療センター病理診断科 ³ ○原 拓也 ¹ , 久保智秋 ¹ , 木原めぐみ ¹ , 陣内紗永子 ¹ , 友廣理恵 ¹ , 林 洋子 ² , 岩崎啓介 ³	
P-2-41	術中迅速診断で腺癌との鑑別に苦慮した硬化性肺胞上皮腫の2例 東京医科大学病院病理診断科 ¹ , 東京医科大学人体病理学講座 ² , 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野 ³ ○忽滑谷昌平 ¹ , 松林 純 ² , 三宅真司 ¹ , 谷川真希 ² , 稲垣敦史 ¹ , 秋山里佳子 ¹ , 梶原直央 ³ , 大平達夫 ³ , 池田徳彦 ³ , 長尾俊孝 ²	
呼吸器 6	9:56~10:20	座長: 稲山嘉明 (横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科病理部)
P-2-42	気管支擦過および気管支洗浄液の肺大細胞神経内分泌癌の細胞学的検討 国家公務員共済組合連合会平塚共済病院臨床検査科 ¹ , 国家公務員共済組合連合会平塚共済病院病理診断科 ² , がん研究所病理部 ³ ○坂元 肇 ¹ , 吉田友里衣 ¹ , 関谷 香 ¹ , 福住理絵 ¹ , 加藤順治 ¹ , 松原 修 ^{2,3}	

- P-2-43 胸腺原発 MALT リンパ腫 2 例の細胞学的検討
東京医科大学人体病理学分野¹⁾, 東京医科大学病院病理診断科²⁾, 東京医科大学呼吸器甲状腺外科学分野³⁾
○山本善也¹⁾, 松林 純²⁾, 三宅真司²⁾, 渡部顕章²⁾, 藤井愛子²⁾, 山口真由実²⁾, 垣花昌俊³⁾, 大平達夫³⁾, 池田徳彦³⁾, 長尾俊孝²⁾

- P-2-44 縦隔原発悪性黒色腫の 1 例
神鋼記念病院病理診断センター病理室¹⁾, 神鋼記念病院病理診断センター病理診断科²⁾
○小林建太¹⁾, 田代 敬²⁾, 市川一仁²⁾, 伊藤利江子²⁾, 藤盛孝博²⁾, 五藤秀高¹⁾, 佐々木美波¹⁾, 吉田奈央¹⁾, 岡村祥弘¹⁾, 大矢ミカ¹⁾, 西川ユウコ¹⁾

呼吸器 7 10:20~10:44 座長:野本靖史 (我孫子聖仁会病院緩和ケア内科)

- P-2-45 高悪性度肺胎児型腺癌の 1 例
国保直営総合病院君津中央病院臨床検査科¹⁾, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科²⁾, 国保直営総合病院君津中央病院病理診断科³⁾, 獨協医科大学病理学講座⁴⁾
○松尾真吾¹⁾, 山田由香里¹⁾, 嶋野美和¹⁾, 由佐城太郎²⁾, 飯田智彦²⁾, 柴 光年²⁾, 矢澤卓也⁴⁾, 井上 泰³⁾

- P-2-46 術前細胞診断に苦慮した肺低悪性度粘表皮癌の 1 例
日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学病理学講座統御機構診断病理学²⁾
○前本直子¹⁾, 許田典男¹⁾, 加藤舞子¹⁾, 大矢陽子¹⁾, 中村祐司¹⁾, 永井祥子¹⁾, 牧野隆浩¹⁾, 大橋隆治¹⁾, 内藤善哉²⁾

- P-2-47 診断に苦慮した肺原発 NUT carcinoma の 1 例
公益財団法人結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科¹⁾, 公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科²⁾, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部³⁾
○草野行治¹⁾, 武田優華¹⁾, 菊池康華¹⁾, 吉田 勤²⁾, 菊地文史¹⁾, 稲村健太郎³⁾, 二宮浩範³⁾, 石川雄一³⁾

呼吸器 8 10:44~11:08 座長:浅見英一 (がん・感染症センター都立駒込病院病理科)

- P-2-48 気管支に発生した扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫の一例
日本医科大学千葉北総病院病理診断科・病理部
○大峯広貴, 清水秀樹, 長谷川千花子, 平野孝幸, 三枝順子, 京本晃典, 笹谷昌司, 京本純美, 羽鳥 努

- P-2-49 細胞診で診断が困難であった胸腺神経内分泌癌の 1 例
富山県立中央病院病理診断科¹⁾, 富山県立中央病院臨床検査部検査科²⁾
○内山明央¹⁾, 宮本藤之²⁾, 矢沼莉奈²⁾, 矢野彩子²⁾, 清水雅彦²⁾, 酒井哲也²⁾, 中西ゆう子¹⁾, 石澤 伸¹⁾

- P-2-50 ALK 融合遺伝子陽性肺癌の一例
長野赤十字病院病理部¹⁾, 信州大学病理組織学教室²⁾
○里見英俊¹⁾, 武田千佳¹⁾, 半田亜里紗¹⁾, 佐藤秀太¹⁾, 望月 実¹⁾, 荻野智由¹⁾, 渡辺正秀¹⁾, 伊藤以知郎¹⁾, 菅野祐幸²⁾

頭頸部 3 9:00~9:24 座長:入江太郎 (岩手医科大学病理学講座病態解析学分野)

- P-2-51 原発不明頭頸部/中咽頭癌における細胞診的アプローチ:一例報告と今後の展望
埼玉医科大学国際医療センター病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科²⁾, 神奈川県立足柄上病院³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科⁴⁾
○加藤智美¹⁾, 浜田芽衣²⁾, 目黒葉子¹⁾, 扇田智彦¹⁾, 細沼佑介¹⁾, 菅野恵土¹⁾, 鎌倉靖夫¹⁾, 大金直樹³⁾, 中平光彦⁴⁾, 安田政実²⁾

- P-2-52 当院唾液腺 FNA の The Milan System による細胞像の再評価
高知大学医学部附属病院病理診断部
○吉良佳那, 高野 隼, 野口真宏, 高橋明日香, 大原英二, 井口みつこ, 戸井 慎, 村上一郎
- P-2-53 比較的若年者の耳下腺に生じた微小浸潤を示す多形腺腫由来癌の1例
福岡県済生会福岡総合病院病理診断科¹, 久留米大学病院病理診断科・病理部²
○佐藤瑞恵¹, 佐藤真介¹, 宮崎浩子¹, 東 悠介¹, 石井洋子¹, 石橋貴寛¹, 河原明彦²,
加藤誠也¹

脳神経・頭頸部 4 9: 24~9: 48 座長: 小林博也 (旭川医科大学病理学講座免疫病理分野)

- P-2-54 舌下腺に発生した clear cell carcinoma の一例
横浜市立大学附属病院病理部¹, 横浜南共済病院病理診断科², 横浜市立大学医学部分子病理学講座³
○西尾由紀子¹, 本野紀夫¹, 佐川弘美¹, 三田和博¹, 仲村 武², 加藤生真³, 梅田茂明¹,
山中正二¹, 河野尚美², 大橋健一¹
- P-2-55 中脳に発生した Germinoma の1例
NTT 東日本関東病院臨床検査部¹, NTT 東日本関東病院病理診断科²
○多田雅之¹, 永谷昭義¹, 栗原正博¹, 伊藤友美¹, 和泉智子¹, 荒井政和¹, 堀内 啓¹,
橋本浩次², 増田芳雄², 森川鉄平²
- P-2-56 左耳下腺穿刺吸引細胞診が契機となり診断された分泌癌の一例
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診¹, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科², 久留米大学病院病理診断科・病理部³
○大田桂子¹, 原武晃子¹, 塚本孝久¹, 武井美和¹, 長山大輔¹, 鶴野由華¹, 高橋光彦¹,
河原明彦³, 木村芳三², 檜垣浩一²

頭頸部 5 9: 48~10: 12 座長: 田口雅子 (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病理検査室)

- P-2-57 唾液腺導管癌の2症例
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理・細胞診¹, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²
○中野祐子¹, 塚本孝久¹, 榎田明美¹, 深川良隆¹, 坂本康輔¹, 平川優太¹, 高橋光彦¹,
木村芳三², 檜垣浩一²
- P-2-58 耳下腺原発神経内分泌腫瘍の一例
横浜市立大学附属市民総合医療センター病理部¹, 横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科², 東京医科大学人体病理学分野³
○武田奈津子¹, 田辺美樹子², 菊地美保¹, 腰高典子¹, 高瀬章子¹, 富岡理恵¹, 小寺輝明¹,
石津春菜¹, 長尾俊孝³, 稲山嘉明²
- P-2-59 耳下腺に発生した血管肉腫の一例
済生会宇都宮病院臨床検査技術科病理検査課¹, 慶応義塾大学医学部病理学教室², 済生会宇都宮病院病理診断科³
○廣瀬英俊¹, 青木律子¹, 湯澤浩子¹, 下田将之², 末盛友浩³, 西川秋佳³

乳腺 3 10: 12~10: 36 座長: 遠藤浩之 (済生会新潟第二病院病理診断科)

- P-2-60 乳腺腺筋上皮腫を併発した筋上皮癌の一例
国家公務員共済組合連合会東京共済病院病理診断科¹, 国家公務員共済組合連合会東京共済病院臨床検査科², 国家公務員共済組合連合会東京共済病院乳腺科³
○中山純平¹, 平岡 正¹, 内田悦子¹, 川原 稔¹, 副島和彦², 馬場紀行³

- P-2-61 乳腺原発印環細胞癌の一例
東京警察病院病理診断科
○渡邊 学, 神山慶也, 篠原令子, 石渡嘉奈子, 横浜一樹, 熊谷 輝, 谷野智将, 帯包妃代, 横山宗伯

- P-2-62 細胞診で悪性を考えた乳腺腺筋上皮腫の一例
聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾, 聖隷浜松病院病理診断科²⁾, 立川総合病院病理診断科³⁾
○道村玲香¹⁾, 山田真人¹⁾, 池谷知也¹⁾, 加藤好洋¹⁾, 大月寛郎²⁾, 新井義文²⁾, 小林 寛³⁾

乳腺 4 10:36~11:00 座長: 大迫 智 (公益財団法人がん研究会がん研究所病理部)

- P-2-63 乳腺 Metaplastic carcinoma の 1 例
長野赤十字病院病理部
○半田亜里紗, 荻野智由, 望月 実, 花岡浩明, 佐藤秀太, 武田千佳, 里見英俊, 伊藤以知郎
- P-2-64 乳腺化生癌の一例
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
○齊藤彰久, 倉岡和矢, 吉田美帆, 菅亜里紗, 藤澤宏樹, 安村奈緒子, 戸田 環, 佐伯由美, 香川昭博, 在津潤一, 谷山清己
- P-2-65 乳腺 化生癌の 1 例
独立行政法人国立病院機構埼玉病院臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構埼玉病院²⁾
○柳 進也¹⁾, 阪 旨子²⁾, 上野万里²⁾

泌尿器 3 9:00~9:24 座長: 伊藤智雄 (神戸大学医学部附属病院病理部)

- P-2-66 捺印細胞診が有用であった Xp11 転座型腎細胞癌の 1 例
綾部市立病院臨床検査科病理¹⁾, 高知赤十字病院²⁾, 舞鶴共済病院³⁾, 福井大学医学部附属病院病理部⁴⁾, 福井大学医学部腫瘍病理学⁵⁾
○山口直則¹⁾, 黒田直人²⁾, 河田尚子³⁾, 大槻小百合³⁾, 藤村沙織³⁾, 嶋本知子³⁾, 今村好章⁴⁾, 法木左近⁵⁾
- P-2-67 骨肉腫および軟骨肉腫成分を伴う膀胱肉腫様型浸潤性尿路上皮癌の一例
株式会社アルプ関東ラボラトリー病理¹⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学²⁾, 金沢大学分子細胞病理学³⁾, 医療法人社団善衆会善衆会病院⁴⁾
○植野 舞¹⁾, 阿部奈津美¹⁾, 堀越可奈¹⁾, 小林さやか²⁾, 齊尾征直²⁾, 福田利夫²⁾, 大井章史³⁾, 富田 光⁴⁾, 真下 透⁴⁾
- P-2-68 前立腺肥大症術後尿中に HPV 感染異型細胞が出現した 1 例
新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科
○川崎 隆, 土田美紀, 齋藤美沙紀, 神田真志, 林 真也, 畔上公子, 北澤 綾, 弦巻順子, 豊崎勝実, 泉田佳緒里, 川口洋子, 小林由美子, 渡邊 玄, 本間慶一

泌尿器 4 9:24~9:48 座長: 林 博之 (福岡大学医学部病理学教室)

- P-2-69 フマル酸ヒドラターゼ欠損腎細胞癌の穿刺吸引細胞診
岡崎市民病院病理細胞診検査室¹⁾, 岡崎市民病院病理診断科²⁾
○廣井善子¹⁾, 仲間 巖¹⁾, 佐々孟紀¹⁾, 丹羽京太郎¹⁾, 石岡久佳²⁾, 小沢広明²⁾
- P-2-70 精子がみられる尿に出現する異型細胞の検討
広島赤十字・原爆病院病理診断科部
○平田千絢, 永崎裕志, 村上 寛, 小路伊奈子, 和田健一, 大林真理子, 坂谷暁夫, 藤原 恵
- P-2-71 尿細胞診における高異型度尿路上皮癌の N/C 比に関する検討
帝京大学ちば総合医療センター病理部
○花見恭太, 内田浩紀, 常世田岬, 豊永安洋, 若原孝子, 安達純世, 富居一範, 石田康生, 山崎一人

消化器 4	9 : 48~10 : 12	座長 : 原田憲一 (金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学)
P-2-72	膵臓 EUS-FNA で未分化癌との鑑別が困難であった未分化大細胞型リンパ腫の 1 症例 JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科 ¹ , JA 長野厚生連佐久総合病院佐久病理診断科 ² , 信州大学医学部病理組織学教室 ³ , 北里大学医学部呼吸器外科 ⁴ ○岩松弘文 ¹ , 中山朋秋 ¹ , 佐藤憲俊 ¹ , 西雄一貴 ¹ , 井出伸也 ² , 塩澤 哲 ¹ , 青柳大樹 ¹ , 石亀廣樹 ² , 菅野佑幸 ³ , 佐藤之俊 ⁴	
P-2-73	当院における胃粘膜下腫瘍に対する EUS-FNA 実施症例の検討 関西医科大学附属病院病理部 ○山東香織, 岡野公明, 岡本 久, 石田光明, 田中顕之, 宮坂知佳, 大江知里, 葛 幸治	
P-2-74	膵腫瘤に対する EUS-FNAC と ERCP 下膵液細胞診の診断精度の比較検討 鳥取大学医学部附属病院病理部 ¹ , 鳥取大学医学部器官病理学講座 ² ○松重貴大 ¹ , 桑本聡史 ¹ , 山田恭子 ¹ , 持田洋利 ¹ , 遠藤由香利 ¹ , 大野千恵子 ¹ , 野坂加苗 ² , 堀江 靖 ¹ , 梅北善久 ²	
消化器 5	10 : 12~10 : 36	座長 : 高松 学 (公益財団法人がん研究会がん研究所病理部)
P-2-75	胃 GIST と推定した胃神経鞘腫の 1 例 NTT 東日本関東病院臨床検査部 ¹ , NTT 東日本関東病院病理診断科 ² ○奥山力也 ¹ , 荒井政和 ¹ , 永谷昭義 ¹ , 栗原正博 ¹ , 中島美里 ¹ , 伊藤友美 ¹ , 和泉智子 ¹ , 橋本浩次 ² , 増田芳雄 ² , 森川鉄平 ² , 堀内 啓 ^{1,2}	
P-2-76	膵転移した肺原発滑膜肉腫の一例 香川大学医学部附属病院病理部 ¹ , 香川大学医学部附属病院病理診断科 ² ○宮本加菜 ¹ , 郷田 衛 ¹ , 片倉和哉 ¹ , 本山睦美 ¹ , 松永 徹 ¹ , 伊吹英美 ² , 石川 亮 ² , 香川聖子 ² , 門田球一 ^{1,2} , 羽場礼次 ^{1,2}	
P-2-77	耳下腺原発扁平上皮癌の 2 例 北九州総合病院病理診断科 ¹ , 産業医科大学第 2 病理学教室 ² ○植村瑞紀 ¹ , 谷垣直子 ¹ , 高原 浩 ¹ , 田崎貴嗣 ² , 入江康司 ¹	
消化器 6	10 : 36~11 : 00	座長 : 岡部義信 (久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門)
P-2-78	腹腔内に発生した大細胞神経内分泌癌の 1 例 富山県済生会富山病院病理診断科 ¹ , 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座 ² ○折田 恵 ¹ , 中島悠樹 ¹ , 田近洋介 ¹ , 井村穰二 ²	
P-2-79	超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) により診断した膵腎細胞癌転移の一例 山梨大学医学部人体病理学講座 ¹ , 山梨大学医学部附属病院病理部 ² , 山梨大学医学部第一内科 ³ ○大舘 徹 ¹ , 望月邦夫 ¹ , 中澤匡男 ¹ , 笠井一希 ² , 花井佑樹 ² , 望月直子 ² , 中澤久美子 ² , 深澤光晴 ³ , 近藤哲夫 ¹	
P-2-80	EUS-FNA が診断に有用だった膵腺房細胞癌の一例 宮城県立がんセンター臨床検査技術部 ¹ , 宮城県立がんセンター病理診断科 ² ○大山友紀 ¹ , 伊藤しげみ ² , 植木美幸 ¹ , 大場いづみ ¹ , 内城孝之 ¹ , 佐藤郁郎 ²	
骨・軟部 1	9 : 00~9 : 24	座長 : 杉浦善弥 (公益財団法人がん研究会がん研究所病理部)
P-2-81	悪性顆粒細胞腫の 1 例 日本医科大学付属病院病理部 ¹ , 日本医科大学解析人体病理学 ² , 日本医科大学付属病院病理診断科 ³ , 日本医科大学付属病院整形外科 ⁴ , 日本医科大学統御機構診断病理学 ⁵ ○榎本あつみ ¹ , 村瀬幸宏 ¹ , 石井英昭 ¹ , 寺崎美佳 ² , 寺崎泰弘 ³ , 呉 壮香 ³ , 和田龍一 ³ , 北川泰之 ⁴ , 清水 章 ^{2,3} , 内藤善哉 ^{3,5}	

- P-2-82 CIC-rearranged sarcoma の細胞像の検討
 金沢大学附属病院病理診断科・病理部¹、金沢大学分子細胞病理学²
 ○下田 翼¹、水口敬司¹、玉野裕子¹、酒野香織¹、宮下麻代¹、阪口真希¹、池田博子¹、
 野島孝之¹、大井章史²

- P-2-83 胸腺混合性胚細胞腫瘍由来血管肉腫の頸部リンパ節転移の一例
 沖縄協同病院中央臨床検査室¹、沖縄協同病院病理診断科²
 ○高良雅美¹、新田郁子¹、吉野仁高¹、樋口佳代子²、内間良二²

骨・軟部 2 9: 24~9: 48 座長：清水和彦（足利赤十字病院臨床検査部）

- P-2-84 粘液型脂肪肉腫の 2 例
 弘前大学医学部附属病院病理部¹、弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座²
 ○小島啓子¹、熊谷直哉¹、川村麻緒¹、岡田壮士¹、小林弘実¹、藤田大貴¹、小田嶋広和¹、
 鎌滝章央²、加藤哲子²、黒瀬 颯²
- P-2-85 演題取り下げ

- P-2-86 若年者の Langerhans 組織球症の一例
 琉球大学医学部附属病院病理部¹、琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座²、琉球大学
 医学部附属病院病理診断科³
 ○瑞慶覧陽子¹、西平紀介¹、平田幸也¹、西平育子¹、伊原美枝子¹、仲宗根克¹、高松玲佳²、
 小菅則豪³、吉見直己²

骨・軟部 3 9: 48~10: 12 座長：山口岳彦（獨協医科大学日光医療センター病理部）

- P-2-87 後腹膜に多発した脱分化型脂肪肉腫の 1 例
 社会医療法人敬愛会中頭病院病理検査¹、社会医療法人敬愛会中頭病院病理診断科²、琉球
 大学大学院医学研究科腫瘍病理学³
 ○大城 祐¹、比嘉盛治¹、知花祐子¹、宮城良考¹、翁長亜矢子¹、義間 恵¹、仲座良治¹、
 仲田典広²、松本裕文³
- P-2-88 後腹膜に発生した骨外性 Ewing 肉腫の一例
 長崎大学病院病理診断科病理部¹、長崎病理診断科²
 ○田中 圭¹、平山三国¹、今泉利信¹、シン友喜¹、山本優里香¹、大館拓真¹、山形真祐美¹、
 穴見正信²、新野大介¹、福岡順也¹
- P-2-89 末梢血に腫瘍細胞を認めた胞巣型横紋筋肉腫の一例
 市立四日市病院中央検査室
 ○林優香子、谷口良子、奈良佳治

中皮・体腔液 4 10: 12~10: 36 座長：尾崎 聡（金沢大学医薬保健研究域保健学系病態検査学）

- P-2-90 腹腔洗浄液中に出現した尿路上皮癌の 1 例
 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹、国立病院機構呉医療セン
 ター・中国がんセンター²
 ○藤澤宏樹¹、倉岡和矢¹、菅亜里紗¹、安村奈緒子¹、吉田美帆¹、佐伯由美¹、香川昭博¹、
 在津潤一¹、齋藤彰久¹、谷山清己²
- P-2-91 胸水中に核異型が著しく高度な大型細胞が出現した悪性リンパ腫の一例
 上尾中央総合病院検査技術科病理¹、上尾中央総合病院病理診断科²
 ○武井綾香¹、大野喜作¹、小林 要¹、和田亜佳音¹、渡部有依¹、柴田真里¹、横田亜矢²、
 大庭華子²、絹川典子²、杉谷雅彦²

P-2-92 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫における胸水細胞診の一例

東京山手メディカルセンター病理診断科

○蓼沼好市, 長瀬佳弘, 梅澤有子, 竹松朝子, 五十嵐信之, 阿部佳子

中皮・体腔液 5 10:36~10:52 座長: 稲田健一 (藤田医科大学ばんだね病院病理診断科)

P-2-93 胸水細胞診により診断に至った左副腎原発神経芽腫の一例

国立研究開発法人国立成育医療研究センター病理診断部病理診断科

○高橋千明, 中野雅之, 菅野 優, 入江理恵, 義岡孝子

P-2-94 心嚢液穿刺細胞診にて推定しえた低分化扁平上皮癌の一例

独立行政法人国立病院機構渋川医療センター病理診断科臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構渋川医療センター病理診断科²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科臨床医学領域病理診断学講座³⁾

○長澤大輔¹⁾, 阿久津朋子¹⁾, 仲間盛之¹⁾, 鈴木 司²⁾, 片山彩香³⁾, 小山徹也³⁾

皮膚・付属器 9:00~9:24 座長: 桑尾定仁 (社会医療法人財団大和会東大和病院病理臨床検査センター)

P-2-95 細胞診にて適切な患者隔離を行うことができた, 入院患者に発生した水痘の1例

順天堂大学浦安病院病理診断科

○橋爪 茜, 泉 浩, 坪内優子, 市川彩果, 奥山直子, 岡崎哲也, 中村 博, 喜納勝成, 富田茂樹

P-2-96 後頸部に発生した石灰化上皮腫の1例

NTT 東日本関東病院臨床検査部¹⁾, NTT 東日本関東病院病理診断科²⁾

○中島美里¹⁾, 永谷昭義¹⁾, 和泉智子¹⁾, 奥山力也¹⁾, 栗原正博¹⁾, 伊藤友美¹⁾, 多田雅之¹⁾, 荒井政和¹⁾, 堀内 啓^{1,2)}, 森川鉄平²⁾

P-2-97 リンパ節転移との鑑別が困難であった皮膚顆粒細胞腫の1例

金沢医科大学病院病理部¹⁾, 金沢医科大学臨床病理学²⁾

○津幡裕美¹⁾, 竹中美千穂¹⁾, 中野万里子¹⁾, 熊谷泉那²⁾, 寺内利恵¹⁾, 山下 学¹⁾, 水谷謙一²⁾, 塩谷晃広²⁾, 黒瀬 望²⁾, 山田壮亮¹⁾

リンパ・造血器 3 9:24~9:48 座長: 田口勝二 (新百合ヶ丘総合病院病理検査室)

P-2-98 気管支鏡にてメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) が疑われた1例

社会医療法人敬愛会中頭病院病理検査¹⁾, 社会医療法人敬愛会中頭病院病理診断科²⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学³⁾, 琉球大学大学院医学研究科細胞病理学⁴⁾

○知花祐子¹⁾, 比嘉盛治¹⁾, 宮城良考¹⁾, 大城 祐¹⁾, 翁長亜矢子¹⁾, 義間 恵¹⁾, 仲座良治¹⁾, 仲田典広²⁾, 松本裕文³⁾, 加留部謙之輔⁴⁾

P-2-99 右大腿内側深部に発生した ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫の一例

JR 広島病院臨床検査科 (病理診断科)¹⁾, JR 広島病院外科²⁾, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腫瘍病理/第二病理³⁾

○中山宏文¹⁾, 安原真由美¹⁾, 川西なみ紀¹⁾, 矢口裕子¹⁾, 清水丈明¹⁾, 井瀨真美¹⁾, 中村 聖¹⁾, 矢野将嗣²⁾, 吉野 正³⁾

P-2-100 EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫・非特異型の一例

大阪医科大学附属病院

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

その他 1 9:48~10:12 座長: 山田範幸 (岩手医科大学附属病院病理診断科)

- P-2-101 肺動脈吸引細胞診にて確認しえた PTTM の 1 例
 国立研究開発法人国立循環器病センター臨床検査部¹⁾, 国立研究開発法人国立循環器病センター病理部²⁾, 国立研究開発法人国立循環器病センター心臓内科³⁾
 ○藤澤悠貴¹⁾, 荒田紗和¹⁾, 片山真穂¹⁾, 山本 賢¹⁾, 若林和彦¹⁾, 松本 学²⁾, 大郷恵子²⁾, 古田賢二¹⁾, 上田 仁³⁾, 池田善彦²⁾, 植田初江²⁾
- P-2-102 細胞診で診断しえた胸膜原発孤立性線維性腫瘍の一例
 東京医科大学八王子医療センター病理診断部
 ○内山 篤, 若槻よしえ, 吉田えりか, 加藤彩子, 田辺 夢, 奥山 光, 横山明子, 脇屋 緑, 芹澤博美, 平野博嗣
- P-2-103 前縦隔非定型的カルチノイドの 1 例
 東京医科大学茨城医療センター病理診断部
 ○柏木淳一, 山本英子, 宇津木悟, 大塚光一, 福島良明, 洪 建偉, 森下由紀雄

その他 2 10:12~10:28 座長: 三宅康之 (学校法人加計学園倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)

- P-2-104 臨床検査技師養成における病理・細胞診部門の臨地実習の実情と展望
 群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学²⁾
 ○佐藤香織¹⁾, 栗原康哲¹⁾, 平戸純子¹⁾, 福田利夫²⁾
- P-2-105 当検査室における小笠原村健康診断細胞診検査について
 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
 ○小野寛文, 石井保吉, 栗原達哲, 岡 俊郎, 窪田真弓, 稲垣真智子, 伊藤詠美子, 伊藤千恵子, 大村峰夫, 小田瑞恵, 藤井雅彦

International Poster Session in English

==== 6月8日(土) 第12会場 (新宿 NSビル 30F ルーム 5+6) =====

14:40~15:28

座長: Yoichi Kobayashi (Professor and Department Chair Department of Obstetrics and Gynecology, Kyorin University, School of Medicine)

Yoshitaka Torii (Department of Surgical Pathology, Hyogo College of Medicine)

- PE-1 FNA/CNB of Metastatic Bone Neoplasms : Clinicopathology and Cytomorphology
 Department of Pathology, University of Hawaii/Hawaii Pathologists Laboratory¹⁾, Department of Radiology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles California²⁾, Department of Pathology (Organ Pathology Unit) Shimane University Faculty of Medicine³⁾
 ○Nishi Ryan¹⁾, Kaneshiro Ricky²⁾, Nagase Mamiko³⁾
- PE-2 HHV-8 negative effusion-based lymphomas express mature B-cell immunophenotype.
 Department of Pathology, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital
 ○Chen Chien-Chin, Tung Chun-Liang

- PE-3 Massive pericardial effusion as manifestation of advanced thymic carcinoma
Division of Pathology, Sijhih Cathay General Hospital
○Liu Chihyi
- PE-4 Two cases of malignant mixed germ cell tumors of ovary in young girls.
Department of Pathology, Calmette hospital, Cambodia¹, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University², Department of Gynecology, Calmette Hospital, Cambodia³, Department of Gynecology and Obstetrics, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University⁴, Department of Obstetrics and Gynecology, Kitasato University School of Medicine⁵, Clinical Research Center Kindai University Hospital, Department of Pathology, School of Medicine Kindai University⁶, Department of Obstetrics and Gynecology, Keio University School of Medicine⁷, Toda Central Medical Laboratory/National Defense Medical College⁸
○NHEB Mary¹, Tomoko Wakasa², Meng Kalyan³, Korn Aun³, Hideaki Yahata⁴, Yuki Tazo⁵, Haruko Iwase⁵, Eisuke Enoki⁶, Kouji Banno⁷, Toshiaki Kawai⁸
- PE-5 Peritoneal neoplasm with massive ascites
Department of Pathology, Khmer-Soviet Friendship Hospital¹, Toda Central Medical Laboratory-National Defense Medical College², Department of Pathology and Laboratory Medicine, Nara Hospital Kindai University School of Medicine³, Department of Gynecology, Khmer-Soviet Friendship Hospital⁴, Department of Diagnostic Surgical Pathology, Nippon Medical School Tama-Nagayama Hospital⁵, Department of Obstetrics and Gynecology, Kitasato University School of Medicine⁶, Department of Pathology, Nippon Medical School Tama Nagayama Hospital⁷, Nitobe Bunka College⁸, Clinical Research Center Kindai University Hospital, Department of Pathology, School of Medicine Kindai University⁹
○Leang Vitou¹, Toshiaki Kawai², Tomoko Wakasa³, Sam Sophana¹, Koun Linka⁴, Yuki Tazo⁵, Haruko Iwase⁶, Hironori Katayama⁷, Sadayuki Hiroi⁸, Eisuke Enoki⁹
- PE-6 The cytomorphology and histopathology of EMC of parotid gland : a case report
National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch¹, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital²
○Kuo Chun-wei¹, Chen Mark Chien-Chin²

抄

録

◇特別講演1 (医療倫理セミナー)

日本医学会の歴史から見た学術団体としての社会的責務

日本医学会長/地方独立行政法人堺市立病院機構理事長

○門田守人

昨年は明治維新150周年目に当たり、この期間がまさにわが国の近代化の歴史と言える。わが国の近代医学もこの間に芽生えたのである。日本医学会の創設は、1902(明治35)年のことで日本聯合医学会として始まった。創設当時の記録によると、わが国の近代医学の歴史は、江戸末期に蘭学を学んだ人達が医学へと進んだ時代の後、最初から西洋医学を学ぶ人達の時代へと引き継がれたのであるが、そのバトンタッチが日本医学会の創設へとつながったようである。第1回総会では「本邦の医学は世界の医学と遜色ない程度に達している。」と挨拶で述べられているように、医学会の創設はわが国の近代医学の発展の過程で、当初より、学術団体として、自主独立を強く意識した学会の連合体として始まったのである。その後、多くの先達のたゆまぬ努力により、わが国の医学・医療は素晴らしい進歩を遂げ、医療先進国と言えるまでに至っている。しかし、近年世界に類を見ない超高齢社会に突入、それに伴い医療費の高騰、国民皆保険制度の持続危機、その他にも継続して起こる医療事故、医師の地域偏在、混乱する専門医制度等々の重大な医療制度上の課題が続出している。更に、直接関係する医学研究面に置いても、わが国の研究力の低下、不正論文問題、昨年に発表されたゲノム編集ベイベーの誕生等、我々の存在の根幹に関わる重大な課題も枚挙に暇がない。我々は今後どのように対処していくべきか、解は易しくはないが、学術団体の立場から私見を述べたい。

◇特別講演2

歴史から学ぶ健康問題

作家/大正大学文学部客員教授

○井沢元彦

日本人は古代から健康をどのように考えてきたのか。当初は不老長寿への挑戦と言う形であっただろうが、そのうちに中国から様々な健康法が伝わり日本独自の健康法も開発され、歴史に様々な影響を与えてきた。それらを、特に健康にこだわった有名人徳川家康などのエピソードを交えつつ語ってみたい

◇招請講演

**CYTOPATHOLOGIST ON THE FRONTLINE OF
FNA CLINIC AND GENOMIC LABORATORY**

Professor of Pathology, Medical Faculty of Porto University
Director of the Unit of Molecular Pathology - IPATIMUP
General Secretary of the International Academy of Cytology

○Fernando C. Schmitt (MD, PhD, FIAC)

The main role of the cytopathologist is to provide an accurate diagnosis and to report the baseline expression of prognostic and predictive biomarkers to guide clinicians for optimal therapeutic strategies. Fine needle aspiration (FNA) cytology has proven its value as a minimally invasive, easy, accurate and reliable technique for the diagnosis of several sorts of tumours. Moreover, in the last years, FNA has also been used for the assessment of prognostic and predictive factors for a plethora of malignancies. The incorporation of molecular techniques to refine diagnosis and specially to detect molecular alterations related to the therapy are a reality in most laboratories. These alterations are important not only in the moment of the diagnosis but also in the progression of disease. Pre-analytical factors can affect the quality of these tests and the involvement of the cytopathologist in the acquisition of the specimen is essential and related to better quality of the material analysed. This lecture will address the role of the cytopathologist in all major steps in the management of cancer patients, since the sample of the material in the FNA clinic until the final interpretation of the molecular tests in the context of the morphology in a multidisciplinary approach.

◇会長講演

婦人科悪性腫瘍における腹水細胞診の研究

がん研究会有明病院婦人科

○竹島信宏 (MD)

がん研有明病院では、その前身の癌研病院(豊島区大塚)の時代から、悪性疾患はもとより、子宮筋腫などの良性疾患においても腹水細胞診を採取してきた。そして、その意義を今日まで考えてきた経緯がある。良性疾患と思われても最終病理診断が子宮肉腫であったり、また腹水細胞診の結果により、他臓器の悪性疾患の発見につながった症例も少なからず経験されている。

子宮体癌に対する腹水細胞診の意義は、特に多くの議論がなされてきた。当科では古くより、予後に関する重要性は低いと考えてきた。しかしその後の検討において、再発因子の層別化によるグループごとでの評価、腹水細胞診陽性症例において7日目、14日目の腹水細胞診の評価、腹水細胞診陽性症例においての細胞形態の違いに基づくリスク評価など、様々な研究が行われてきた。同様の研究は子宮頸癌症例、特に子宮頸部腺癌症例においてなされ、また卵巣癌においては、早期症例における予後に及ぼす影響と共に、IDSの際の腹水細胞診結果による予後の比較などの研究が行われた。

本発表では、がん研究会有明病院の細胞診に関する歴史をご紹介しますと共に、これらの研究の成果についても言及したい。

◇遺伝セミナー

遺伝性腫瘍診断における細胞診・組織診の重要性

がん研有明病院遺伝子診療部

○中島 健(MD)

米国女優の告白により遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) への認識が急速に高まった。その HBOC と同程度の遺伝性疾患として遺伝性大腸がんのリンチ症候群がある。リンチ症候群はミスマッチ修復 (MMR) 遺伝子の生殖細胞系列異常を原因とする常染色体優性遺伝疾患で、関連がんとして、大腸がん、子宮体がん、胃がん、卵巣がん等があり消化器だけでなく婦人科がんの浸透率も高い。リンチ症候群にはポリポーシスのような典型的な表現型がないためスクリーニングは関連がんの家族歴・既往歴による拾い上げ基準が基本となっていた。ただし、欧米では MMR 蛋白質の免疫組織化学染色 (IHC) またはマイクロサテライト不安定性 (MSI) 検査を全大腸がん組織で実施する Universal Tumor Screening も推奨されている。また IHC 検査は原因遺伝子絞り込みに有用であるが、一方 MSI 検査は免疫チェックポイント阻害剤のコンパニオン診断薬として昨今承認された。もし MSI 陽性の場合にはリンチ症候群確定診断の補助検査として IHC 検査も追加されるため、その検査数は共に急増することが予想される。リンチ症候群確定診断後のサーベイランスとしては子宮生検細胞診、尿細胞診は既に推奨されているが、今後、他リンチ症候群関連がん臓器からの細胞診検体でのがんの判定や IHC 実施のニーズも高まる可能性がある。そのようなニーズに対応するための効率的な検査体制構築が病理診断担当部門にとって急務となってきている。

◇要望講演 1

呼吸器

北里大学医学部呼吸器外科学

○佐藤之俊(MD)

2017年1月より肺癌取扱い規約第8版の使用が開始され、細胞診項目では細胞診報告様式を含めた再検討をもとに改訂を行った。改訂にあたって、WHO分類2015における生検・細胞診の取扱いと矛盾せず、かつ、本邦で蓄積された細胞診の知見を盛り込む内容とした。また、病理との整合性を保ちながら独立した改訂を行った。

報告様式は、まず、標本の適正評価(検体不適正、適正)を行い、判定区分は従来どおり陰性、疑陽性、陽性の3項目とした。陽性・疑陽性の場合の重要な改訂点は、①細胞型を把握し、腺癌、扁平上皮癌、小細胞癌等の推定組織型を記載すること。②細胞分化が明らかでない場合は、非小細胞癌などととどめること。③他の推定組織型についても、カルチノイド腫瘍、腺様嚢胞癌、粘表皮癌、肉腫、転移性肺腫瘍など可能なものは推定すること、などである。さらに、腺癌を示唆する細胞所見として、乳頭状集塊、微小乳頭状集塊、シート状集塊、腺腔様構造、円柱状細胞の柵状配列、印環細胞様形態を記載した。また、集塊辺縁の平滑・核の突出、不規則な重積は扁平上皮癌との鑑別の注意点であることを追加した。扁平上皮癌を示唆する細胞所見では、楕円形核が長軸報告に沿って一定方向に流れるような集塊(流れ様配列、層状配列)、敷石状配列を示す集塊、細胞集塊の辺縁不整(毛羽立ち)、扁平化、放射状構造を記載した。なお、今回の改訂で、腺癌との鑑別が難しい高度細胞異型を示す反応性線系異型細胞を付記される所見として記載した。現在、本邦の分類を見直し、国際分類を提唱する目的で検討を進めているので、それに関しても触れたい。

集団検診については、名称を肺がん検診と変更し、喀痰細胞診の判定基準と指導区分をわかりやすく改訂した。さらに、異型扁平上皮細胞および扁平上皮癌細胞の判定基準を見直し、表を改訂した。なお、肺がん検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞の図譜を日本臨床細胞学会と日本肺癌学会のホームページにアップし利用できるように整備されている(http://www.haigan.gr.jp/modules/kaiin/index.php?content_id=47)。

悪性胸膜中皮腫については、胸水で中皮腫が疑われる場合は免疫染色を行い、否定的、判定困難、中皮腫の疑い、の3区分の判定を行うこととした。さらに、病理と相談の上、診断に用いる抗体の表を加えた。なお、中皮腫瘍取扱い規約が2018年末より使用開始された。

◇要望講演 2

前立腺癌の新グレード分類と最近の動向

東京慈恵会医科大学病院病理学講座・病院病理部

○鷹橋浩幸(MD, PhD)

前立腺癌に対する新しいグレード分類が提唱され、2014年11月に開催されたISUP(International Society of Urological Pathology)のコンセンサス会議において承認された。この新分類は現行のGleason分類を元にして、各スコアを適切に群化することによりグレードグループ1-5を設定しており、数値が増すごとに悪性度が高くなるというものである。具体的には、Gleasonスコア2-6が新分類のグレードグループ1、3+4=7がグレードグループ2、4+3=7がグレードグループ3、Gleasonスコア8がグレードグループ4、Gleasonスコア9-10がグレードグループ5に相当することになる。この新分類は2016年に刊行されたWHO分類にも「グレードグループ分類」として収載されており、今後のスタンダードになっていくと思われる。本講演では、この新分類とGleason分類に関する最近の動向などについて概説する。

◇要望講演 3

膵癌診療における細胞診の歴史と展望

創価大学看護学部

○中泉明彦 (MD)

私が膵液細胞診を開始した 1987 年頃は、膵癌は画像で術前診断が行われており、当時の膵臓専門医の多くは細胞診に期待していなかった。しかし膵癌診療ガイドライン 2013 年版の診断アルゴリズムでは、「可能な限り病理診断を行うことが望ましい」と記載され、2016 年版では更に「可能な限り病理診断を行う」と改訂された。これは画像により膵癌と診断され切除した症例の 1 割程度が、炎症性腫瘍であったとのエビデンスにより、術前の病理細胞学的診断の必要性が強く認識されてきたからである。このような時代背景もあり、膵癌取扱い規約第 7 版に上皮内癌例の膵液細胞像を含む ERCP 膵液細胞診や EUS-FNA で採取された細胞像が記載された。一方、上皮内膵癌の診断に関しては未だに課題が残されている。2018 年 6 月に開催された第 49 回日本膵臓学会では、切除標本にて Low-grade PanIN と診断された、ENPD 留置下膵液細胞診で suspicious と診断された 4 例と Class III a と診断されたが画像上膵癌を否定できず切除された 1 例が報告された。また、2017 年 10 月に開催された第 59 回日本消化器病学会で、北野病院の栗田らは、膵管狭窄部周囲の限局性脂肪置換や低エコー領域は癌以外でも認めるので、確定診断には膵液細胞診を頻回に行う必要があると述べている。このように上皮内癌を確定診断できるのは膵液細胞診のみであるが、その診断基準の標準化には課題がある。今後の展望として、EUS と膵液細胞診・膵液遺伝子検索を用いた膵癌早期診断と高危険群絞り込みシステムなどについても言及したい。

◇要望講演 4

泌尿器科臨床と尿細胞診 現在そして未来

JCHO 船橋中央病院泌尿器科¹⁾, 古賀病院 21 泌尿器科²⁾, JCHO 船橋中央病院病理³⁾, 公立長生病院検査科⁴⁾○関田信之 (MD)¹⁾, 徳田雄治 (MD)²⁾, 中村咲恵 (CT)³⁾, 横野秀樹 (CT)³⁾, 西周裕晃 (CT)⁴⁾, 小松倂介 (MD)³⁾

尿細胞診は、尿路腫瘍のスクリーニングや診断に用いられる。スクリーニング検査では、疾患に対する高い感度が求められる。尿細胞診は、高異型度腫瘍に対しての感度は高いが、低異型度腫瘍までを対象とした場合には満足する感度は得られない。昨今、様々なバイオマーカーが尿路上皮癌のスクリーニングとしての有用性を検討されているが、尿細胞診を代替する検査は確立していない。悪性疾患が疑われる症例には、診断的要素が求められる。尿路上皮癌なのか否か、非尿路上皮癌であればその組織型の推定ができれば臨床に有益となる。その他、疾患治療後の経過観察や膀胱内薬物注入療法による治療効果判定、上部尿路に対する診断などに用いられている。今回は、臨床の現場で細胞診が診断に有用であった実例を提示し、細胞診の臨床への寄与および臨床医の細胞診への期待を伝えたい。一方、泌尿器科診療に関しては変化がみられる。診断においては、FISH 法を用いた染色体異常の検出が、条件付きで保険適応とされた。また、内視鏡の小径化にともない、膀胱だけでなく上部尿路も良好な視野で観察が可能となった。同時に、狭帯域光観察 (NBI) や蛍光観察といった光学的診断により、疾患の可視化が期待される。治療に関しては、既存の抗がん剤以外に免疫チェックポイント阻害薬が使用可能となり、予後の改善が期待されている。検査の選択肢や診断・治療の機会が増えることは患者さんにとって朗報となるが、限りある医療資源をより効率的に使用することをも同時に考慮する必要がある。このような診療の変化に伴い、尿細胞診の価値や利用法が変化してくる可能性にも触れたい。

◇要望講演 5

甲状腺細胞診 良性か濾胞性腫瘍疑いかを見分けよう

慶應義塾大学病院病理診断科

○亀山香織(MD)

甲状腺細胞診の診断、みなさんはどんな点で困っていますか？甲状腺の領域では、その頻度からなんといっても乳頭癌を見落とさないことが第一の目的となります。しかし乳頭癌の核所見は特徴的であり、少し経験すればわかります。今回は触れません。また、新 WHO 分類で出現した NIFTP や定義の変わった低分化癌などは頻度が極めて低く、そうそう遭遇しません。その道の専門家にまかせておきましょう。私は甲状腺専門病院の伊藤病院で長らく細胞診をみてきました。伊藤病院には、他院で診断された細胞診のプレパラートを持参して来られる患者さんもたくさんいらっしゃいます。以前から気になっていましたが、どうみても良性（おそらく腺腫様甲状腺腫）に見える症例中、一定の頻度で”濾胞性腫瘍が疑われる”，あるいは”濾胞癌を否定できない”とのコメント付きで判定困難もしくは Class 3 といった判定となっている例がみられます。これを何とかしたいと常々考えていました。濾胞性腫瘍を疑う症例を正しく抽出する、換言すれば”防御的な診断”をしないことで、患者さんの時間的・精神的負担の減少、ひいては日本の医療費の削減に寄与できると思われます。今日は濾胞性腫瘍の見分け方にしばってお話します。

◇要望講演 6

消化管粘膜下腫瘍の病理

兵庫医科大学病院病院病理部

○廣田誠一(MD), 木原多佳子(MD), 佐藤 元(CT), 中村純子(CT), 鳥居良貴(CT)

消化管粘膜下腫瘍 (Submucosal tumor, SMT) の多くは消化管壁に発生する間葉系腫瘍であるが、非間葉系腫瘍の carcinoid 腫瘍 (NET) や非腫瘍性病変の異所性腺なども含まれる。間葉系腫瘍のなかには、その大部分を占める Gastrointestinal stromal tumor (GIST), そして炎症性線維性ポリープという消化管特有の腫瘍のほか、全身各所に発生する間葉系腫瘍である、平滑筋腫瘍や神経鞘腫、孤在性線維性腫瘍, Desmoid, PEComa, 炎症性線維芽細胞性腫瘍なども存在する。このように SMT には良性病変から悪性腫瘍まで様々な病変が含まれており、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration cytology, EUS-FNAC) や超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EUS-FNA biopsy), 粘膜切開生検などによる細胞・組織の採取を通じた正確な術前診断は、過剰な治療の回避を含めた適切な治療に欠かせない。また、手術材料については、術後補助療法 (特に GIST における) の必要性の評価なども重要となる。SMT の診断に際しては、その細胞像・組織像の理解とともに免疫染色や遺伝子検索も必要で、著効を示す imatinib などの分子標的治療薬が存在する GIST の診断を間違えないようにすることが特に重要であり、講演では GIST を中心に各種 SMT について、組織像を含めた診断の実際を示すと同時に、主たる腫瘍については EUS-FNA の細胞像についても提示したい。

◇要望講演 7

臨床につながる膵胆の病理細胞診

がん・感染症センター都立駒込病院病理科

○堀口慎一郎(MD)

膵・胆道病変の診断については、MRI や超音波内視鏡 (EUS) などの画像診断の進歩により、その質的診断は以前と比較して格段に向上してきた。特に、EUS で描出が可能な病変は超音波内視鏡下の組織・細胞診 (Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration : EUS-FNA) により、膵管病変については連続膵液細胞診 (serial pancreatic-juice aspiration cytological examination : SPACE) により、適切な病理診断が可能となり、治療選択に寄与している。その中で、検体の取り扱いや標本作成を含め細胞診の果たす役割の重要性が増している。病変が嚢胞性？、充実性？、膵管内病変？といった臨床情報によっては、検体の振り分けを細胞診材料を優先するのか、組織診材料を優先するのか、あるいは免疫組織学的検討を追加するのかなど、対応が異なってくることもあり、また、診断にあたっては細胞所見のとり方や見るべきポイントが異なってくる可能性がある。膵・胆道領域の治療は、侵襲性の高いものが多く、細胞診には大きなストレスがかかる場所であり、臨床医や病理医との連携がきわめて重要である。今回は、臨床的な視点も考慮した膵・胆道系の細胞診のコツを紹介したい。

◇要望講演 8

細胞診材料からの分子病理学的検索

土浦協同病院検査部

○池田 聡(PhD)

近年、細胞診検体については LBC の普及により細胞診標本作成後の残検体より追加検査することが非常に簡便になった。LBC 保存された検体より DNA を抽出してウイルス検出、悪性腫瘍関連の遺伝子検査など様々な情報を取出して臨床に提供できる。細胞診材料での免疫染色や ISH を用いての検索は組織標本と同様に行えるし、遺伝子検査については細胞診材料は組織検体を用いるよりも有利な点もあり、今後分子病理学的検索に広く使われるべき検体と考えられる。アルコールを主に用いた固定液を用いる細胞診材料は FFPE 材料と比較して DNA の分解が軽度であり、遺伝子検査全般により適している材料と言える。例えば悪性腫瘍遺伝子検査として重要なものの 1 つに EGFR 遺伝子検査があるが体腔液を 2 つに分け片方はそのまま、片方はセルブロックにして FFPE 切片にしてそれぞれ DNA 抽出してみると DNA の分解の差が歴然である。このことは DNA 分解により偽陰性が生じる確率が FFPE ではより高くなることが示唆される。また、ウイルスの検索についても細胞診材料を使うことで子宮頸部材料では HPV ジェノタイプ検査ができるし、呼吸器からの検体では結核、ニューモシツチス肺炎 (PCP) やサイトメガロウイルス肺炎 (CMV) などの検索もできる。さらに LBC 材料を用いると目的の細胞を他の細胞と区別して観察しやすいため腫瘍捺印標本と同様の形態的検査にも有利である。総括すると検体としての細胞診材料は免疫染色などの形態的検索が組織標本と同様に行なえるうえに遺伝子検査に用いると FFPE 検体より有利であり今後のますますの活用が期待される。

◇教育講演 1

肺がん個別化治療における細胞診の役割

がん研究会有明病院呼吸器内科

○柳谷典子(MD)

肺がんの化学療法は日進月歩の発展をみせ、分子標的治療薬、免疫チェックポイント阻害剤、細胞障害性抗がん剤などによる個別化治療が進んでいる。特に、上皮成長因子受容体 (EGFR) 遺伝子変異、未分化リンパ腫キナーゼ (ALK) 融合遺伝子、ROS1 融合遺伝子、BRAF 遺伝子変異などの driver mutation を有する症例は、分子標的治療薬が奏効する可能性が高く、細胞学的・組織学的診断結果とともに、これらの遺伝子の検索が必要になる。しかし、呼吸器領域では細胞診検体のみしか得られないことや、十分量の組織検体が得られないこともしばしばある。その場合、細胞診検体を用いて遺伝子検索を行うことにより、肺がん個別化治療につなげることが可能になる。呼吸器領域の細胞診検体には、気管支鏡検査による経気管支穿刺吸引細胞診 (TBAC) や穿刺針洗浄液をはじめ、胸水、腹水、心嚢水、髄液、表在リンパ節吸引針細胞診などがある。当院では、これらの細胞診施行時には診断用の検体作成と同時に遺伝子検索用の検体を保存している。そして非小細胞肺癌の診断が得られた症例には直ちに EGFR 遺伝子検索を行うことで、検査から 8 日以内に結果を得ることができ、早期の治療方針の確立に役立っている。本教育講演では最新の肺がん治療について解説し、あわせて細胞診検体での EGFR 遺伝子変異検査について検討した結果を示す。

◇教育講演 2

針生検：微小検体標本の disadvantage をいかに補うか

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学講座

○市村友季(PhD)

他科領域において日常的に行われている腫瘍針生検の手法は、婦人科領域においては standard な検査といえないのが現状である。『サイズは大きい症状を伴わない子宮筋腫を保存的に管理する』ためにどうしても必要であった子宮筋腫類似の悪性疾患である子宮肉腫を除外する方法として、それまで婦人科領域ではほとんど行われていなかった針生検による子宮間葉性腫瘍の組織診断を 1994 年に当教室で開発し、現在までにのべ 653 症例に対し検査を行ってきた。当初は子宮肉腫の除外診断を目的として子宮筋層病変に対して行ってきたが、最近では他科疾患の診断や転移性病変の診断を目的として行うことも多く、特に悪性リンパ腫や上皮性の転移性腫瘍の診断において有用であると考えている。これまでに重篤な合併症の経験はなく、検査精度に関しても判断基準を厳格にすることで偽陰性症例の回避に努めており、現時点での子宮間葉性病変に対する検査精度は感度 94.1%、陰性的中率 99.8%、悪性疾患診断率 41.2% で、悪性疾患の除外を目的とした針生検の有用性は示すことができていると考えている。しかし数年前に 1 例の偽陰性症例を経験したことで針生検診断、すなわち微小検体による診断の難しさを改めて認識し、以降はそれまで行ってきた各種抗体を用いた免疫組織学的評価を加味することに加え、画像診断とのコラボレーションや捺印細胞診を併用することなどにより、微小検体標本の disadvantage を補うための取り組みを行っている。本講演では針生検の実際からその診断に至るまでについて解説し、診断精度向上に関する取り組みについても述べたい。

◇教育講演 3

乳腺組織分類の改定と細胞診

川崎医科大学病理学

○森谷卓也(MD)

本邦の乳腺腫瘍組織分類は乳癌取扱い規約（日本乳癌学会編）に基づいている。1967年に初版が発刊されて以来適宜改定がなされ、2018年には第18版が出版された。今回の規約では、これまででは最も大幅な病理組織分類の改定が行われた。その最大の理由は、WHO分類や領域横断的癌取扱い規約など、国内外の分類法と整合性を図ることを目指したためであった。良性上皮性腫瘍から始まり悪性上皮性腫瘍を非浸潤癌と浸潤癌に、さらに後者を浸潤性乳管癌と特殊型に分類する方法の骨子は従来のもので踏襲しているが、WHO分類に記載されている全組織型を網羅し、対応表を設けたのが特徴である。また、新しく規約に記載されたもの（異型病変、微小浸潤癌、神経内分泌癌など）や、分類の括りが変化した組織型（化生癌など）もある。さらに、癌のうち最も頻度が高い浸潤性乳管癌においては、腺管形成型、充実型、硬性型、その他の4つに分類することになった。従来の乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌と似ているが、コンセプトが変わっており、パラレルに取り扱うのは困難である。従って、組織型と細胞像の対比をする際や、画像との対比においても、新規約に合わせて考え方を変える必要がある。また、浸潤癌のグレード分類として、核グレードと組織学的グレードが併記されている点も、細胞所見を読む際に意識しておくべきである。細胞診の報告様式にもマイナーチェンジが施されたので、留意されたい。

◇教育講演 4

乳腺良悪性鑑別困難病変の背景—低異型度乳癌の完成病変と前駆病変—

京都大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 京都大学大学院医学研究科腫瘍生物学²⁾○桜井孝規(MD)¹⁾, 西村友美(MD)²⁾, 片岡竜貴(MD)¹⁾

乳癌はしばしば細胞異型が目立たないものの、浸潤・転移をきたす。低異型度の非浸潤性乳癌（DCIS）の組織像・細胞像は確立されているものの、DCIS周囲にしばしば観察される過形成を含む種々の細胞変化は癌細胞と何らかの類似性を示すことがあり、時に明瞭な境界が引き難い。これは閉経前のホルモン感受性乳癌症例に多く、時に細胞質の好酸性変化、円柱状変化、乳管上皮過形成が種々の程度に混在してみられる。明瞭な癌としての組織構築を持つ増殖細胞と細胞形態は類似していても組織構築が異なる増殖細胞との境界を、暫定的に良悪の境界と考えてはいるものの、その意図的な線引きにどの程度の蓋然性があるのかについては、確たる自信は持てなかった。そこでそれぞれの形態変化がどのような遺伝子異常と関係しているのかを調べる目的で、各病変のゲノムプロファイル（体細胞変異、コピー数異常）を調べ、増殖性病変の形態変化と遺伝子異常がどの程度相関するのかについて、検討した。典型的な癌とそうでないものとの間には遺伝子的にどのような差異が見られ、それがどのような細胞学的な変化を反映しているのか、どの程度の所見から悪性と呼ぶべきで、どこまでは灰色領域にとどめるべきなのかについて、実際の解析データから一緒に考えてみたい。

◇教育講演 5

組織発生を考慮した早期子宮体癌の内膜細胞診所見

がん研究会有明病院細胞診断部, 婦人科

○杉山裕子(MD), 荷見勝彦(MD)

子宮体癌(以下体癌)は組織学的に類内膜癌と漿液性癌や明細胞癌等の類内膜癌以外の型に2分される。組織発生上,類内膜癌は内膜増殖症(以下増殖症)から発生し,その他の型は正常内膜より de novo に発生すると考えられてきた。頻度は,類内膜癌がほとんどを占めるため,体癌の早期発見には,前癌病変である増殖症を発見することが重要であると考えられてきた。しかし,われわれは,小さな早期体癌を検討した結果,類内膜癌でも,増殖症を伴うものと,伴わず de novo に発生するものの2種類が存在することを報告した。今回は,体癌早期発見のために早期体癌の内膜細胞診所見を検討したので報告する。1. 類内膜癌における組織発生と早期内膜細胞診所見類内膜癌は,腫瘍形過程からエストロゲン依存性の増殖症を伴うものとそうでないものが存在し,前癌病変である増殖症を経由せず de novo に発生するものが約半数存在した。早期発見のためには,増殖症を伴う類内膜癌では構造異型を示す増殖性病変のみならず,扁平上皮化生を伴った核異型細胞集塊にも注意が必要であった。一方,増殖症を伴わない de novo の類内膜癌では,構造異型より少量・小集塊で出現する核異型細胞に注意が必要で,異型の程度は,周囲に出現する正常内膜と比較することが重要であると考えられた。2. 漿液性癌・明細胞癌における組織発生と早期内膜細胞診所見正常(萎縮)内膜より de novo に発生していた。早期の内膜細胞診所見は,背景がきれい,正常内膜に混じって核異型が著名な異型内膜集塊が少量・小集塊で出現していた。子宮外病変との鑑別が必要であった。

◇教育講演 6

泌尿器細胞診報告様式とパリシステムでの診断について

名古屋第二赤十字病院病理診断科

○瀬古周子(CT)

2015年に,金城満先生を中心として「泌尿器細胞診報告様式2015」(以下「泌尿器細胞診報告様式」)が,日本臨床細胞学会から発表され,初めて統一された尿細胞診報告様式が提唱された。従来は施設ごとに異なる表現方法で診断されており,膀胱癌の診療の標準化への試みとなった。現在,臨床細胞学会や,泌尿器ワークショップなどを重ねて,「泌尿器細胞診報告様式」を全国的に広め,尿細胞診の診断における施設間差をなくすような活動がされている。しかしながら,今だに,その報告様式の普及率が高いとは言えない状況にある。一方,国際的には,2013年に,パリでの国際細胞学会での会議をはじめとし,その後日本人を含めた49人の世界的な病理医のメンバーが会議を重ねて,2016年に「The Paris System for reporting Urine Cytology (パリシステム)」として発刊された。2019年度に,我が国で発刊予定である「膀胱がん診療ガイドライン」では,尿細胞診の報告様式は,国際的統一報告様式(パリシステム)を尿細胞診報告様式として採用している。今回,膀胱がん診療ガイドラインでの運用に採用されたパリシステムへの正確な理解が必要である。本講演ではパリシステムと「泌尿器細胞診報告様式」との相違点ならびに,それぞれの診断基準を用いた場合の当院における,尿細胞診診断精度について報告する。

◇教育講演 7

体腔液細胞診による中皮腫の確定診断—診断上の諸問題—

LSI メディエンス病理・細胞診センター¹⁾, LSI メディエンス分子病態解析センター遺伝子解析部染色体グループ²⁾, 日本医科大学多摩永山病院病理部³⁾, 日本医科大学多摩永山病院呼吸器外科⁴⁾, 埼玉県立がんセンター胸部外科⁵⁾

○前田昭太郎(MD)¹⁾, 鈴木行正(CT)¹⁾, 櫛田さおり(CT)¹⁾, 橘 康志(CT)¹⁾, 是松元子(CT)¹⁾, 青木 隆(MT)¹⁾, 林久美子(MT)²⁾, 細根 勝(MD)³⁾, 片山博則(CT)³⁾, 岩瀬裕美(CT)³⁾, 吉野直之(MD)⁴⁾, 平田智巳(MD)⁵⁾

西暦 2000 年頃まで「体腔液細胞診による中皮腫の診断は当てにならない」と考えられていたが, その後中皮腫の診断に有用な抗体が数多く実用化され, 細胞転写法, セルブロック法を用いた免疫染色, さらに必要に応じて p16 遺伝子欠失の解析 (FISH 法) も積極的に行われ, 体腔液細胞診による中皮腫の診断は飛躍的な進歩を遂げ, 現在では細胞診の結果のみで中皮腫患者が救済され, 治療が開始されるに至っている。しかし体腔液細胞診で中皮腫の確定診断を行うことは決して容易なことではなく, 日常の診断に際して諸問題に遭遇することがある。そこで体腔液細胞診による中皮腫の診断に関する実例を提示し, 下記のごとき諸問題について言及したい。1) 通常染色 (Pap. 染色, PAS 反応, Giemsa 染色) の細胞診所見のみでの中皮腫の診断は困難であるとされている。中皮腫を強く疑う細胞診所見の有用性について検討した。2) 免疫染色は中皮腫の診断に必須とされ重要であるが, 中皮腫の確定診断に難渋する場合がある。免疫染色に関する適切な諸条件を熟知することが重要である。3) 中皮腫の確定診断上, 症例によっては p16 遺伝子欠失の解析が必要であるが, 確定診断されても生検を施行しないで治療を開始することが躊躇されがちな現状にある。細胞診の結果のみで中皮腫を治療することのコンセンサスを得る為にはいかなる条件が必要か。

◇教育講演 8

芽球形質細胞様樹状細胞腫瘍 (blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm, BPDCN)

公益財団法人がん研究会がん研究所病理部

○竹内賢吾(MD)

1994 年, Adachi らが CD4 と CD56 陽性 T 細胞性マーカー陰性皮膚リンパ腫とした例が, blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm (BPDCN) の端緒とされる。1999 年, Petrella らは agranular CD4+ CD56+ hematodermic neoplasms との呼称を提唱。同年, Lucio らは CD123 陽性を以て形質細胞様樹状細胞との関連を指摘。一方, 細胞系列マーカー陰性であること, CD56 陽性であることから, WHO 分類第 3 版 (2001) では blastic NK-cell lymphoma と呼称された。その後, 形質細胞様樹状細胞由来との証拠が集積。第 4 版 (2008) で急性骨髄性白血病関連腫瘍に属する病型として BPDCN と定義され, 改訂第 4 版 (2017) で独立した病型となった。ほぼ全例で皮膚病変を形成するため, 病理診断に供され, リンパ腫との鑑別が問題になることが多い稀少造血器腫瘍である。

演者が実地診断で最初に本疾患に遭遇したのは 1999 年だった。TdT 陰性で核縁不整, lymphoblast 様でない例だったので, agranular CD4+ CD56+ hematodermic neoplasm とすべきか, それでも blastic NK-cell lymphoma とすべきか, 真面目に考えたものだ。結局のところ, 両者の異同が不明確な段階で鑑別に固執するのは意義が乏しいと結論した。2001 年には, 免疫芽球様形態の皮膚腫瘍でびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫を想起したところ, 驚くべきことに CD4+CD56+ で細胞系列マーカー陰性だった例に遭遇した。「いわゆる agranular CD4+ CD56+ hematodermic neoplasm の範疇にはいるか, その類縁疾患」とコメントし, その後の類似例を「immunoblastoid variant」と内々で呼んできた。

2014 年末, 全国調査を企画し, 各位のご支援により BPDCN と診断ないし疑診された 154 例を解析する機会に恵まれた。その過程で得られたいくつかの知見について説明することを通して, この稀少であるが予後の悪い疾患についての周知に貢献したい。

◇教育講演 9

脳腫瘍の病理・髄外性腫瘍を中心に

兵庫県立がんセンター病理診断科, 神戸大学大学院医学研究科 地域連携病理学

○廣瀬隆則(MD)

原発性脳腫瘍は脳実質内(髄内性)に発生する腫瘍群と実質外(髄外性)に発生する腫瘍群に大別されている。髄外性腫瘍群も髄内のものに匹敵する発生頻度であり、髄膜腫とシュワン細胞腫がその代表である。本講演では、髄外性腫瘍の病理所見について解説する。さらに腺腫以外の下垂体腫瘍についても触れたい。髄膜腫の組織所見は多彩で、主要な亜型である髄膜皮性、線維性、移行性以外に、数多くの亜型が知られている。大部分は grade I の良性腫瘍であるが、脊索腫様、明細胞、異型髄膜腫は grade II に、乳頭状、ラブドイド、退形成性は grade III に位置づけられており、他と区別する必要がある。頭蓋内に発生するシュワン細胞腫の多くは前庭神経から発生するため聴神経腫(瘍)とも呼ばれている。良性腫瘍であり、核の柵状配列や Antoni A および B 領域の混在を特徴としている。孤立性線維性腫瘍/血管周皮腫は、臨床的に髄膜腫との鑑別が困難な腫瘍であり、かつては髄膜腫に分類されていた。近年、本腫瘍で特徴的な融合遺伝子 NAB2-STAT6 の存在が明らかにされ、腫瘍概念の確立と診断精度の改善がもたらされた。髄膜発生の本腫瘍の多くは悪性の経過をたどるため、髄膜腫との鑑別が重要である。下垂体腫瘍の大部分を占めるのは前葉細胞に由来する下垂体腺腫であるが、近年、後葉から発生する腫瘍の存在が注目されている。従来、組織所見の違いから顆粒細胞腫、下垂体細胞腫、紡錘形細胞オンコサイトーマに区別されていた。しかし、これらに共通して TTF1 が発現していることから、最近ではいずれも下垂体後葉細胞に由来する同一の腫瘍とする考えが支持されている。

◇教育講演 10

骨髄

東海大学医学部基盤診療学系病理診断学

○中村直哉(MD)

骨髄の細胞診に相当する骨髄スメアの鏡検は、病理ではなく臨床検査「血液検体検査」の範疇で行われるので、「血液検査」担当者は上皮細胞、すなわち「癌の骨髄転移」が、一方「細胞診」業務担当者にとって血液細胞、すなわち「血液細胞腫瘍の髄外浸潤」がそれぞれ不得手な領域である。この講演では、「細胞診」検体で認められた血液細胞腫瘍について、症例を交えながら解説したい。

◇教育講演 11

乳腺および甲状腺液状化検体細胞診におけるディープラーニングを利用した良悪性判定

東京医科大学八王子医療センター病理診断科¹⁾, 札幌医科大学病理学第一講座²⁾, 相良病院病理診断科³⁾, 北斗病院病理遺伝子診断科⁴⁾

○中津川宗秀(MD)^{1,2)}, 大井恭代(MD)³⁾,
原田 大(MD)⁴⁾, 山口朋美(CT)⁴⁾, 鳥越俊彦(MD)²⁾,
平野博嗣(MD)¹⁾

液状化検体細胞診(Liquid based cytology, LBC)は、標本作成において塗抹標本にくらべ、標本の均一化に優れ、不適切標本が減少する。また必要に応じて、遺伝子検査や免疫組織化学的検査の追加が可能といったメリットがある。LBC 標本は細胞の重なりが比較的少なくコンピュータ画像解析に適していると考えられる。近年、ディープラーニング技術の登場により人工知能(AI)を用いた画像解析において有用性が報告され、様々な分野でブレイクスルーが起きている。ディープラーニングは、大量の学習データから自動的に特徴量を抽出する技術であり、その特徴量を利用して評価データを判定する。特に画像認識の分野において従来の方法と比較して、劇的にその判定精度が向上した。最近では、大規模画像認識コンテストにおいて人間より高い精度で画像認識できるようになってきた。我々は乳腺および甲状腺 LBC 標本においてディープラーニングを利用した良悪性判定解析が有用か検討した。LBC 標本のデジタル whole slide image から分割画像(パッチ)を作成し、良性細胞あるいは悪性細胞を含む画像データを選別し、良性あるいは悪性とラベルされた教師データを用いて深層学習を行った。ニューラルネットワークには 152 層の畳み込みニューラルネットワーク ResNet-152 を使い、パッチ分類の手法を用いて良悪性判定モデルを作成した。未学習評価画像を判定させた結果、判定一致率が約 9 割と高い結果が得られた。本セッションではこれらの検討から得られた知見および今後の課題について解説する。

◇教育講演 12

様々な乳腺腫瘍や非腫瘍性病変における筋上皮細胞の意義と細胞像について

広島大学病院病理診断科

○有廣光司(MD), 城間紀之(MD), 尾田三世(CT),
織田麻琴(DDS), 森 馨一(MD)

乳腺では筋上皮細胞が優位に増生することが特徴的な腫瘍があり、良性病変及び腫瘍としては筋上皮過形成 myoepithelial hyperplasia, collagenous spherulosis, 多形腺腫 pleomorphic adenoma と腺筋上皮腫 adenomyoepithelioma, 悪性腫瘍としては腫瘍性筋上皮細胞の均一な増殖よりなる筋上皮癌 myoepithelial carcinoma, 腺筋上皮腫由来の乳管上皮, 筋上皮及び両方の成分の腫瘍性増殖よりなる癌腫を伴う筋上皮腫 adenomyoepithelioma with carcinoma (悪性筋上皮腫 malignant adenomyoepithelioma) があり、両方の成分で構成される場合特に上皮-筋上皮癌 epithelial-myoepithelial carcinoma と呼ばれる。これらとは独立した疾患としての腺様嚢胞癌 adenoid cystic carcinoma も二相性を示すことが特徴的である。一方、乳腺化生癌のうち紡錘細胞癌 spindle cell carcinoma や線維腫症様化生癌 fibromatosis-like metaplastic carcinoma でも筋上皮マーカー陽性の紡錘形腫瘍細胞の増殖が見られ、筋上皮細胞性腫瘍と見做すことも可能である。更に腫瘍内に角化胞巣や扁平上皮化生が見られる場合には腫瘍性筋上皮成分の扁平上皮化生の有無を検討する必要がある。本講演では、腫瘍性筋上皮細胞で構成される様々な腫瘍の組織像を整理し、細胞像と対比することで推定診断に際して抽出すべき所見を議論したい。

◇教育講演 13

コルポスコープ検査

藤田医科大学医学部産婦人科

○藤井多久磨(MD)

子宮頸がんおよびその前がん病変の診療方針を決定する上でコルポスコープ検査（以下コルポ）は極めて重要な検査である。コルポは誰でも扱える単純な機器であるが、レンズを通して見えてくる世界は単純でない。本講演では下記の点について自験例をもとに概説を行う。1) コルポの特徴の一つはバイアスの入った検査である。検査に先立ち問診にて細胞診異常という情報があることが多く、年齢や月経状況、HPV陽性、陰性や妊娠の有無などの情報があることで見えてくる病変や対応も違ってくる。2) 子宮頸腔部の露出は検査の適否を決める重要な因子である。その観察が容易でないときのちょっとしたテクニックが検査の適否に影響を与える。3) 酢酸加工により見えてくる病変と、逆に血管像など覆われる所見があることに注意し、適切な観察を行う。4) 生検においては生検回数も正しい診断へ導くか否かの重要な因子となっている。生検鉗子の選択や生検後の止血操作・手順も重要である。5) コルポでは慣れてくると、推定診断はリアルタイムに可能である。介入が必要でないような軽微な病変であれば患者さんを安心させることが可能であるし、逆に介入が必要な病変があるのであれば、どの程度の介入が必要なのか（例えば円錐切除術で対応が可能なのか、それとも子宮摘出が必要なのか）を概説し、診断確定後の心構えをあらかじめ準備させることもできる。6) コルポは円錐切除術の切除範囲決定に有用であるなどの利点もあるが、観察領域に必ずしも病変がないという欠点も踏まえコルポ検査を上手に使い日常の臨床に役立ててほしいと思っている。

◇教育講演 14

子宮頸部扁平上皮癌

熊本大学病院病理診断科

○三上芳喜(MD)

子宮頸部扁平上皮癌は事実上ほぼ100%がハイリスクHPV関連で、その前駆病変は扁平上皮内病変 squamous intraepithelial lesion (SIL) である。組織学的には角化型と非角化型を含む通常型と特殊型に大きく分けられ、分化度あるいはグレードが評価されるが、これらは予後と相関することはなく、治療方針決定に寄与することはほとんどない。しかし、例外的に類基底細胞癌は予後不良の組織型として知られており、疣贅癌、リンパ上皮腫様癌は予後良好であるとみられている。また、コンジローマ様癌、疣状癌、乳頭状扁平上皮癌などのように組織型によっては生検あるいは細胞診による診断確定が困難であるため、それぞれの形態的特徴を理解しておく必要がある。表層浸潤性扁平上皮癌 superficial invasive squamous cell carcinoma (SISCC) は浸潤の水平方向の広がりが7mm以下、深達度が3mm以下であるpT1a1の微小浸潤癌で、リンパ節転移のリスクが低いことから、HSIL/CIN3に準じて保存的治療が行われる。SISCCを正確に診断するためには扁平上皮癌の浸潤様式を理解するとともに、円錐切除組織の適切な検体処理、正確な腫瘍径の評価が不可欠である。

◇教育講演 15

肺癌に対する Liquid-based cytology 検体を用いた遺伝子検査

東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野¹⁾, 東京医科大学人体病理学分野²⁾, 早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科³⁾

○大平達夫(MD)¹⁾, 松林 純(MD)²⁾, 濱中和嘉子(MD)¹⁾, 前田純一(MD)¹⁾, 吉田浩一(MD)¹⁾, 垣花昌俊(MD)¹⁾, 梶原直央(MD)¹⁾, 筒井英光(MD)¹⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾, 河手典彦(MD)³⁾, 池田徳彦(MD)¹⁾

【背景と目的】肺癌では, 治療方針を決定する上で, 個別化治療が実践されるようになってきた. 分子標的治療薬の有効性が示されるようになり, 遺伝子検査を行って個々にあった治療方針を計画するようになった. Liquid-based cytology 検体を用いて遺伝子検査を行うことの有効性を検討するために, 各種検体で比較した.

【対象と方法】肺癌が疑われ当科で経気管支鏡下生検が行った症例を対象に血液, 液状細胞診検体, 組織検体を用いて EGFR 遺伝子変異検査を施行した. 気管支鏡下生検検査の際に採血を行い, 細胞診検体は Cellprep 用液状固定バイアルに採取した. 生検は通常通り行い, ホルマリン固定した. 3 種の検体のそろった症例を対象に Cobas EGFR 変異検出キット v2.0 を用いて各種検体の有用性を検討した.

【結果】158 人の患者が本研究に登録され, 3 種の検体のそろった 77 人の肺癌患者を対象に検討した. 組織検査による陽性例の臨床データを確認すると, 肺腺癌では陽性率は 46.3% であり, 肺腺癌以外の組織型からは変異は検出されなかった. それぞれ, 組織, 細胞診検体と血液の EGFR 変異は, それぞれ 37.7, 29.9 と 16.9% でした. 二次性変異である T790M 変異は 8 例で検出され, 組織と細胞診検体の間で完全に一致した. 一方で血液検体では 4 例で検出された.

【考察】液状細胞診検体, 血液検体では検出力は下がるが, 陽性であれば信頼できる結果であることが示された.

◇教育講演 16

早期の子宮頸部腺系病変の診断 (コルポスコピー・細胞診・組織診の整合性)

こころとからだの元氣プラザ婦人科¹⁾, 東京慈恵会医科大学産婦人科²⁾

○小田瑞恵(MD)^{1,2)}, 岡本愛光(MD)²⁾

近年, 子宮頸部腺癌の罹患率は増加傾向で, その予後は同等の進行期の扁平上皮癌と比較して不良で, 治療方法も慎重な対応が必要となる. しかし, 扁平上皮系病変と比較して AIS など早期病変の診断は容易でない. その理由は, 病変が頸管内や腺腔深部など細胞採取が困難な部位から生じる, コルポスコピーで特徴的な所見が明らかでないため, 生検部位の同定が困難などが一因とされている. 一方, 細胞診ではシート状, 羽毛状, 索状, 花冠状など特徴的な細胞集塊が出現した場合 AIS の診断はある程度可能なので, まず細胞診で捉えことが診断の第一歩である. ところが, AIS のコルポスコピー所見は特徴的な所見が弱く, 子宮頸部腺癌の浸潤が 3 mm を超えると捉えられるようになるとされている. コルポスコピースタンダードアトラスにも AIS の所見は掲載されていない. せっかく細胞診で AIS と診断しても, 臨床医はどの部位を生検すべきか指標が少なく悩ましい問題となっている. 我々は生検組織標本とコルポスコピー所見を対比することで, AIS や早期腺癌は初期化生と類似した背景に微細な血管所見や乳頭状所見を伴うのが特徴だと指摘してきた. AIS と子宮頸部腺癌 (I A 期) 23 症例を検討したところ, 初期化生と類似した背景に微細な樹枝状や乳頭状血管を伴うもの 16 例, 白色上皮 5 例, その他 2 例であった. これらの所見は, 細胞診で腺系病変を疑うという情報がなければ見逃してしまうような微細な所見である. 今回, 正常の円柱上皮や移行帯のコルポスコピー所見, 白色上皮・赤点斑・モザイク・異型血管など扁平上皮系の異常所見の成り立ちを説明し, 腺系の異常所見の見方について紹介する.

◇シンポジウム 1

ASC-US の判定を再考してみる

SY1-1 「ASC-US」の現状・・・病理医の立場から

帝京大学医学部附属病院病理診断科

○笹島ゆう子(MD)

ベセスダシステムにおける ASC (atypical squamous cells, 異型扁平上皮細胞) は、標本内の扁平上皮細胞に形態異常を認め、SIL を示唆するものの確定できない標本に対して与えられる「グレーゾーン」的なカテゴリである。すなわち、SIL が疑われるものの、細胞異型が弱い、細胞の状態が不良であるといった質的条件不足、問題となる細胞数が僅少であるといった量的条件不足が故に確定が難しい標本に対して適用される。したがって原則的には、SIL とは関係のない良性の反応性細胞変化は ASC と区別されるものであり、炎症や再生による変化、細胞変性による核クロマチンの濃染、オレンジ好染性などの細胞質変化が見られても、背景の炎症の程度や病原体の有無を考慮し、安易に ASC とすべきではない。しかしながら、日常診断の場において例えば核腫大を示す扁平上皮細胞を見た時に、それが炎症や再生であると言い切れず、ASC と判定してしまうこともしばしば経験される。自施設で ASC-US と判定される症例は子宮頸部細胞診全体の概ね 10% 程度である。今回、後方視的に実際にどのような状況で ASC-US と判定されたのか判定時の所見を検討するとともに、再鏡検による再評価を行い、当施設における ASC-US の妥当性を考察する。

SY1-2 当院における ASC-US の現状とそこからみえる細胞像

神奈川県立がんセンター検査科¹⁾, 神奈川県立がんセンター婦人科²⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科³⁾

○酒井麻衣(CT)¹⁾, 内山亜弥(MD)²⁾, 那須隆二(CT)¹⁾, 杉崎加奈(CT)¹⁾, 能條 潤(CT)¹⁾, 北村和久(CT)¹⁾, 岩撫成子(CT)¹⁾, 大久保陽一郎(MD)³⁾, 加藤久盛(MD)²⁾, 横瀬智之(MD)³⁾

子宮頸部細胞診において、日母分類に替わる報告様式にベセスダシステムが導入され約 10 年が経過したが、同システムでは日母分類に存在しない新しい診断カテゴリとして atypical squamous cells (ASC) が設けられている。特に atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) は良性とは判定しにくい異形成と断定できない意義不明な異型扁平上皮細胞とされ、これにより異程度の曖昧な細胞が許容された。当センターでは 2011 年 4 月から日母分類に加えベセスダシステムを併用し、2017 年 4 月からはベセスダシステムに一本化した。導入時、ASC 症例における ASC-US が占める割合は 60% 程度であったが現在は 80% 程度に増加している。ベセスダシステムでは 90% 以上が望ましいとされており、判定基準が浸透してきたと考えられる。一方、子宮頸部細胞診全体では ASC-US の診断率が導入時には 3% 前後を推移していたのに対し、現在は 5% 程度を占めている。ASC-US の像には腫瘍性変化のほか、変性や乾燥のようなアーチファクト、あるいは萎縮などホルモンの影響を受けた退行性変化などが含まれており、判定時には様々な因子を考慮する必要があるが、安易に使用することは避けなければならない。本シンポジウムでは当センターにおいて ASC-US とした症例の HPV 検査との相関や組織診との対比による追跡調査結果を基に、ASC-US の多彩性に着目したうえでどのような細胞像に注意すべきか、細胞検査士の立場から考察したい。

SY1-3 ASC-US 症例の臨床病理学的検討

日本医科大学付属病院女性診療科産科¹⁾, 日本医科大学付属病院病理部²⁾

○川瀬里衣子(PhD)¹⁾, 黒瀬圭輔(PhD)¹⁾,
池田真利子(MD)¹⁾, 山本晃人(MD)¹⁾,
米山剛一(PhD)¹⁾, 渡曾泰彦(CT)²⁾, 石井英昭(PhD)²⁾,
清水 章(PhD)²⁾, 竹下俊行(PhD)¹⁾

ベセスダシステム 2001 において意義不明な異型扁平上皮細胞 (ASC-US) は, 軽度扁平上皮内病変 (LSIL) を疑うが, その判定基準を満たさない場合に用いられる。ASC-US と診断された症例の半数に HPV 感染を認め, 約 10~20% で CIN2 以上の病変が存在すると言われる。当院での ASC-US 症例の臨床的背景や細胞像を後方視的に検証した。2009 年 5 月から 2018 年 8 月までに当科で ASC-US と診断された 1202 例のうち, 子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) や細胞診異常でフォロー中の症例を除く 423 例を対象とした。年齢中央値 41 歳 (16~94 歳)。HPV 検査を行った 271 例中, 陽性 80 例 (29.5%), 陰性 191 例 (70.5%) であった。HPV 陽性 80 例中 68 例に組織診を行い, CIN を認めたのは 56 例 (70.0%) で, CIN1 が 43 例, CIN2 が 10 例 (12.5%), CIN3 が 3 例 (3.8%) であった。CIN3 の 3 例は速やかに治療を行い, 浸潤癌は認めなかった。組織診を施行せずに細胞診でフォローしたものは 12 例の内わけは, 妊娠中 5 例, 閉経後 4 例であった。HPV 陰性 191 例中, その後の経過観察が 1 回以上可能であった 107 例で, NILM となったのは 98 例, ASC-US のままが 7 例で, 進行した症例はなかった。細胞診で ASC-US と診断された HPV 陽性例の 16.3% に CIN2 以上の病変が存在し, 3.8% で治療を要した。一方, HPV 陰性例では治療を要する例は見られなかった。それぞれの細胞像についても検討する。

SY1-4 HPV トリアージを通じた ASC-US の評価を再考する

藤沢市民病院産婦人科¹⁾, 横浜市立大学附属病院産婦人科²⁾, 小田原市立病院産婦人科³⁾, 大和市立病院産婦人科⁴⁾

○佐治晴哉(MD)¹⁾, 有野祐子(MD)¹⁾, 片山佳代(MD)¹⁾,
鈴木幸雄(MD)²⁾, 今井雄一(MD)²⁾, 丸山康世(MD)³⁾,
長谷川哲哉(MD)⁴⁾, 松永竜也(MD)²⁾, 宮城悦子(MD)²⁾

ベセスダシステムによる ASC-US (意義不明な異型扁平細胞) の分類が本邦で採用されてから久しいが, その診断範囲は比較的広く, 一般臨床の現場では結局のところ HPV トリアージ検査結果に依って臨床的取り扱いや方針を決める場合が多い。産婦人科医にとって HPV トリアージの意味は陰性を確認することであり, ASC-US の診断が至った以上積極的に勧める検査ではあるが, どの所見をもって ASC-US と診断したか, 常に目を配る必要がある。その定義は「軽度扁平上皮内病変 (LSIL) を疑うがその判定基準を満たさない」としているが, HPV 感染による一過性変化を示唆する koilocytosis の存在に注目した場合には, 加えて核異型の評価が ASC-US と LSIL を分類することになる一方, NILM との鑑別の中で, 扁平上皮化生細胞に異型度を加えるか否か, 核肥大所見の評価や取り扱いが診断する上で留意すべき点となり得る。HPV 感染において koilocytosis が認められる頻度は多くて半数に過ぎないことや細胞診の本質は高い特異度と組織診における病変検出予測値であるという観点からすれば, ASC-US を検出する感度という点において細胞診は必ずしも理想的な検査法ではなくなるかもしれない。一方, HPV トリアージ陰性の持続する ASC-US 所見の転帰や過大評価の有無など検討する課題も残る。本シンポジウムでは HPV トリアージを行った ASC-US 症例について, 組織診との関連性や細胞診断学的転帰と診断プロフィールから検討する課題を抽出しつつ, 子宮頸がん検診へ HPV 検査導入の動きがみられる潮流の中での細胞診の役割についても論じてみたい。

◇シンポジウム 2

わが国の甲状腺腫瘍診療に NIFTP 導入は必要か
SY2-1 NIFTP—そのインパクトと問題点

伊藤病院病理診断科

○加藤良平 (MD)

NIFTP (Non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features) は、米国での濾胞型乳頭癌の過剰診断を背景にして、2016 年に Nikiforov を中心としたグループにより提唱された腫瘍である。つまり、良性でもなく、悪性ともいえない境界概念 (borderline concept) として認識される。この NIFTP は「これまで癌と診断されていたものが癌ではなくなる」ということから、米国では発表当初より大きな話題を呼び、まだ十分検証されていないにもかかわらず WHO 分類 (2017 年) の「他の被包性濾胞性腫瘍」の中に掲載された。

<NIFTP が組織診断に与える影響>

NIFTP とは、一言で言えば「浸潤が証明されない被包性濾胞型乳頭癌」を指す。もともと被包性濾胞型乳頭癌は、組織診断において問題が多い腫瘍 (problematic tumor) で、米国の病理医と日本の病理医ではその診断に大きな差があることが指摘されてきた。したがって、NIFTP の診断率が米国と日本では異なることが必然である。そのため、被包性濾胞型乳頭癌の診断そのものが少ない日本で、NIFTP の診断が必要なのかどうか疑問視されるに至った。一方、NIFTP の診断は浸潤像の有無が問題となるので、基本的に術前細胞診での確定診断は不可能である。

<日本での NIFTP 診断>

NIFTP は米国での過剰診断を背景に出てきた概念で、それが直ちに日本に適するのは難しいと思われる。むしろ、日本ではこれまで濾胞腺腫や腺腫様甲状腺腫と診断された結節が、NIFTP と診断されることが予想され、それによる影響の方が危惧される。

SY2-2 甲状腺穿刺細胞診のパラダイムシフト：
NIFTP はなぜ必要か

近畿大学医学部奈良病院中央検査部病理

○覚道健一 (MD)

UMP と NIFTP が、2017 年 WHO 甲状腺腫瘍分類に新たに組み入れられた。これらは悪性ではない境界腫瘍/前駆腫瘍と定義された。2017 年以前には、これらの腫瘍は、病理診断基準にばらつきがあり、悪性または良性と診断され、診断のブレの原因となっていた。癌と診断された場合には、被包型甲状腺癌についての理解不足から、患者に甲状腺補完全摘、リンパ節郭清、放射性ヨード内照射を追加するなどの不幸が欧米では年間 4 万人にも上ると推定された。これら過剰治療を防止するために境界腫瘍の概念が導入され、癌治療の必要のない腫瘍と強調された。一方日本では、境界腫瘍は良性と診断される例が多く、治療が良性腫瘍と同じ葉切除であれば、良性と診断することに臨床的な不都合がないと主張する研究者も存在する。本講演では、境界腫瘍の概念が甲状腺結節診療になぜ必要かについて論じたい。1) 癌と診断されてきた患者を境界腫瘍とすることで、過剰な癌治療を防止できる。2) これら境界腫瘍は細胞診で意義不明、濾胞性腫瘍、悪性疑いと診断されることが多く、悪性と診断されることは少ない。3) しかし細胞診悪性で手術となり、術後組織診断で良性と診断された時に医療訴訟 (誤陽性) の原因となる。境界腫瘍は、これを防止するために必須である。4) 第 2 版ベセスダ様式は NIFTP と乳頭癌の診断基準を改訂した。5) 鑑別困難を境界腫瘍に当て、境界腫瘍/異形成/非浸潤癌とすれば、甲状腺でも他臓器細胞診と整合性のある診断体系を確立できる。6) 濾胞性腫瘍は良性と悪性を鑑別できない鑑別困難ではなく境界病変である。甲状腺細胞診のパラダイムシフトが 2017 年にはじまった。

SY2-3 本邦における NIFTP 導入による影響—導入反対の立場から

隈病院病理診断科

○廣川満良(MD)

被包化または腫瘍境界明瞭な結節で、濾胞状増殖パターンを示し、被膜浸潤、脈管浸潤がなく、乳頭癌の核診断スコア2以上を有する腫瘍が乳頭癌様核所見を有する非浸潤性濾胞性甲状腺腫瘍 non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features : NIFTP であり、従来非浸潤性被包型濾胞型乳頭癌と診断されていた腫瘍に相当する。欧米では、NIFTP は乳頭癌の約18%を占め、細胞診ではその多くが意義不明として報告されてきた。世界的に受け入れられている細胞診の報告様式である The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC) が2017年に改訂され、このNIFTPの疾患概念が導入された。この改訂では、診断カテゴリーはそのまま、悪性の危険度は2010年以降の論文に基づいて再計算され、NIFTPを悪性とした場合と、NIFTPを悪性ではないとした場合の二通りで悪性の危険度を算出されている。濾胞性腫瘍に軽度な乳頭癌核所見を有する症例が含まれることになった。一方、乳頭癌の診断は定型的な場合に限定されることになった。本邦におけるNIFTPの頻度は低い(0.5~3.1%)が、NIFTPの多くが悪性の疑い、悪性と診断されてきたことから生じる影響を中心に、導入反対の立場からNIFTPの存在を語ることにする。

SY2-4 NIFTPの細胞診判定は可能か?

修文大学看護学部¹⁾, 愛知県がんセンター中央病院²⁾, 隈病院³⁾

○越川 卓(MD)¹⁾, 藤田奈央(CT)²⁾, 植田菜々絵(CT)²⁾, 近藤吉起(CT)²⁾, 村上善子(MD)²⁾, 谷田部恭(MD)²⁾, 花井信広(MD)²⁾, 樋口観世子(CT)³⁾, 廣川満良(MD)³⁾, 宮内 昭(MD)³⁾

非浸潤性濾胞型乳頭癌がNIFTP (Non-invasive follicular tumor with papillary-like nuclear feature) と改名されたことにより、細胞診で乳頭癌の核所見を認めても悪性とは判定できない事態となった。そこで、NIFTP、濾胞型乳頭癌、通常型乳頭癌の三者の細胞所見について検討した。症例は愛知県がんセンターおよび隈病院のNIFTP35例、濾胞型乳頭癌43例、通常型乳頭癌128例を用いた。これらの症例の細胞標本を検索した結果、核内細胞質封入体、核の溝、すりガラス様クロマチンの核所見からは三者の鑑別は困難であったが、核以外の乳頭状細胞集塊、ローピーコロイド、多核巨細胞、砂粒体、嚢胞様背景の5つの所見はNIFTPと濾胞型ではほとんど認められず、通常型に特徴的であった。そこで、3つの核所見と5つの核以外の所見を合わせた8項目について得点化を行ったところ、NIFTP、濾胞型、通常型はそれぞれ2.60±0.55, 2.63±0.62, 4.57±0.99を示し、通常型とNIFTPおよび濾胞型は鑑別可能であるが、NIFTPと濾胞型の鑑別は困難であることが明らかとなった。従って、NIFTPの細胞診判定においては、核の所見と共に細胞集塊や背景の所見を含めた上記8項目中4つ以上がみられない症例はNIFTPの可能性があるため、悪性の診断カテゴリーには分類せず濾胞性腫瘍や悪性の疑いの診断カテゴリーに分類することが大切である。

SY2-5 甲状腺外科専門医の立場からみた NIFTP

伊藤病院外科

○北川 亘(PhD), 杉野公則(PhD), 伊藤公一(PhD)

米国では甲状腺癌に対して従来甲状腺全摘+術後放射性ヨウ素内用療法(RAI)が選択されるが、非浸潤性の被包型濾胞型乳頭癌は再発や転移をほとんどきたさないとし、癌の診断名を使用せずWHO腫瘍分類第4版に新しい疾患概念としてNIFTPが設定された。この概念の導入は、欧米での過剰治療の回避や患者の精神的な負担軽減、医療費抑制の観点からの病理医からの提唱である。NIFTPを本邦に導入するのであれば、その頻度は欧米では15~25%だが本邦では0.5~3.1%と非常に少ないことや甲状腺癌に対する治療方針が欧米と本邦では大きな違いがあることを念頭におく必要がある。術前乳頭癌の核所見を有することから乳頭癌と診断されれば、欧米では甲状腺全摘+術後RAI治療が選択されるが、本邦では「甲状腺腫瘍診療ガイドライン2018」で全摘の適応はその腫瘍径など詳細な規定があり、高リスクのものが全摘となる。また、全摘したすべての症例が術後RAI治療を選択するわけではない。低危険度の甲状腺癌が多い本邦では、高リスク以外は葉切除のみでRAI治療は行わないので、臨床医の治療方針に大きな変化はないと推測される。NIFTPが術前画像診断や細胞診で診断可能となれば、手術をせず経過観察するactive surveillanceも可能となるが、術前診断できるかは今後の課題である。社会面では境界病変の概念導入は、臨床医は対応に苦慮することが予想される。境界悪性の概念がほとんど確立していない現状では、保険診療の手術点数やがん保険など問題点は多岐にわたる。今回のシンポジウムでは甲状腺外科医からのNIFTPの課題につき報告する。

SY2-6・総合討論 NIFTPに関する今後の議論の方向性

大森赤十字病院検査部

○坂本穆彦(MD)

これまで甲状腺腫瘍は良性・悪性のいずれかにわけて扱われてきた。ところがWHO甲状腺組織分類(2017年版)では新たに境界病変が良性・悪性の間に設けられた。NIFTPはその象徴的な存在である。この措置は米国における医療事情を色濃く反映したもので、甲状腺疾患に対する過剰手術を避けるためとされている。しかしながら、わが国では、主たる治療法が甲状腺全摘であるアメリカ甲状腺学会(ATA)のガイドラインとは異なり、悪性甲状腺腫瘍患者の治療には複数の選択肢が用意されている。結果として、米国の様な過剰手術はわが国では問題となっていない。さらに、細胞診判定については、NIFTPを認めると特に乳頭癌に関係する病変の判定に不確定要因が増える。そのため甲状腺細胞診全体の運用に少なからず支障がでるものと想定される。WHO組織分類を世界基準であると考えてこれをわが国にそのまま取り入れるか、あるいはわが国に最適と考えられる方針をつづけるかが現在問われている。患者にとってどの様な対応が適切であるかを、外科医を中心に医療従事者の間での早急な意見のとりまとめが必要であろう。

◇シンポジウム 3

唾液腺細胞診ミラノシステム—症例を通じてミラノシステムを体験する—

SY3-1 「唾液腺細胞診ミラノシステム」の概要の解説

沖縄協同病院病理診断科¹⁾, 藤田医科大学医学部医学科病理診断学²⁾

○樋口佳代子(MD)¹⁾, 浦野 誠(MD)²⁾

最近提唱された国際的な唾液腺細胞診報告様式である「唾液腺ミラノシステム」の概要について解説する。唾液腺穿刺吸引細胞診(Fine needle aspiration—以下 FNA)は主に耳下腺、顎下腺の腫瘍の評価のために有用とされ広く実施されているが、唾液腺腫瘍の特性—腫瘍の多様さ、異なる腫瘍間での形態的類似性、異型に乏しい悪性腫瘍の存在など—のため時に FNA による良悪性の判別、組織型推定が困難である。一方で臨床的には唾液腺の腫瘍性病変は原則として手術適応とされるため、治療方針の決定のためには、腫瘍性病変を的確に拾い出すことが重要と考えられる。国内では唾液腺細胞診新報告様式が提案され、上記のような問題に対処してきたが、2018 年に「The Milan System for Reporting Salivary Gland Cytopathology」(唾液腺細胞診ミラノシステム)が出版された。その特徴は 1. 6 つのカテゴリー—不適正、非腫瘍性、意義不明な異型、腫瘍性(良性および悪性度不明)、悪性疑い、悪性—より構成され、腫瘍と非腫瘍が別のカテゴリーとして区別されている、2. 各診断カテゴリーについてそれぞれ悪性のリスクや臨床的対応が記載されており臨床家にとって有用である、3. 悪性腫瘍においては低悪性と高悪性の区別を推奨している、4. 細胞診検体を用いた補助的診断法が解説されていることである。今後の国内での普及にむけて、日本ミラノシステムグループとしての取り組みについても紹介する。

SY3-2 ミラノシステム：不適正・非腫瘍性に分類される症例の提示と解説

藤田医科大学医学部病理診断学講座

○浦野 誠(MD)

ミラノシステムの重要な目的は細胞検査士、病理医、口腔病理医と頭頸部外科医、耳鼻咽喉科医、口腔外科医を有機的に結び付け、唾液腺腫瘍の診断と治療に有益な指針を提供することである。カテゴリー I 「不適正」は量的、質的に不十分で診断できない検体と定義されているが「不適正」とする確立した細胞数(量)の基準はない。ここに含まれるものは、「病変から採取されていない」と考えられる検体、唾液腺の正常構成成分、非粘液性嚢胞内容であり、全検体の 10%以下が望ましい。悪性の危険率(ROM)は 25%とされる。カテゴリー II 「非腫瘍性」は良性の非腫瘍性細胞所見を示す検体で、炎症性変化、反応性変化、感染症等を含むと定義されている。臨床・画像所見と対比して診断することが重要とされ、唾石症、急性・慢性唾液腺炎、IgG4 関連硬化性唾液腺炎、反応性リンパ節腫大、良性リンパ上皮性病変等が該当する。ROM は 10%とされる。以上の 2 つのカテゴリーについて、前方視的に検討した自験例の内訳をまとめ、典型例、pitfall 症例を提示し、補助診断の有用性、臨床サイドとのコミュニケーションの重要性について考察する。

SY3-3 ミラノシステムにおける indeterminate category の細胞像

久留米大学病院病理診断科・病理部

○秋葉 純(MD), 河原明彦(CT), 安倍秀幸(CT),
高瀬頼妃呼(CT), 福満千容(CT), 吉田友子(CT),
村田和也(CT), 尾崎由佳子(CT), 内藤嘉紀(MD)

唾液腺領域の穿刺吸引細胞診は、唾液腺領域の腫瘍性病変の治療方針の決定に有効な手段である。しかしながら、原発性唾液腺腫瘍は、組織型が多岐にわたることなどから、診断の難しい領域の1つである。唾液腺腫瘍に対する臨床的対応を考慮した報告様式の必要性から、2015年に国際的な唾液腺細胞診報告様式であるミラノシステムが提案された。ミラノシステムは、6つのcategoryから構成されているが、中でも atypia of undetermined significance (AUS: 意義不明な異型) および salivary gland neoplasm of uncertain malignant potential (SUMP: 腫瘍性悪性度不明) は、新たに導入された概念あり、認知度は低いと思われる。これまでの我々の検討では、AUSと診断した症例の中に低異型度リンパ腫が含まれており、反応性リンパ球と低異型度リンパ腫の鑑別が困難な症例がみられた。また、SUMPと診断した症例の中には、低異型度癌や多形腺腫や基底細胞腺腫などの良性腫瘍が含まれていたが、これらの共通する細胞所見として、基底細胞様細胞が優勢に出現する像を呈していた。また、文献的な報告では、オンコサイトあるいは扁平上皮様の細胞が出現する症例や筋上皮優位の細胞像を示す症例も SUMP と診断される傾向があるとされている。本シンポジウムでは、我々が、AUS や SUMP と診断した症例を主体に細胞像所見を提示し、いわゆる indeterminate category とされる AUS および SUMP の細胞像に関する理解を共有したい。

SY3-4 唾液腺細胞診ミラノシステム—特に SUMP を考える—

成田富里徳洲会病院病理診断科¹⁾, 日本大学松戸歯学部附属病院²⁾

○加藤 拓(CT)¹⁾, 松本 敬(CT)²⁾, 久山佳代(DDS)²⁾

はじめに第57回日本臨床細胞学会秋期大会(横浜)のシンポジウム22「唾液腺細胞診ミラノシステムの実際の運用と問題点」において、150例の検討として発表した。その際、「SUMP」と診断した14例(9.3%)について、今回詳細に検討してみた。症例と結果「SUMP」とした症例には良性腫瘍8例と悪性腫瘍6例がみられた。その内訳をみると良性腫瘍においては細胞異型が中等度で、数種類の細胞を認め多彩な細胞形態を示す富細胞性多形腺腫2例、基底細胞腺腫2例、ワルチン腫瘍2例。および単一な細胞形態を示す筋上皮腫2例がみられた。悪性腫瘍においては細胞異型が弱いが、数種類の細胞が混在して多彩な細胞形態を示す低悪性度粘表皮癌1例、上皮筋上皮癌1例、多形腺癌1例、脂腺腺癌1例。および単一な細胞でみられる腺房細胞癌1例、MALTリンパ腫1例であった。まとめ今回の検討において良性腫瘍では細胞異型が中等度みられ、数種類の細胞でみられる症例(多形腺腫など)と単一細胞でみられる症例(筋上皮腫)があった。悪性腫瘍では細胞異型が弱く、数種類の細胞でみられる症例(粘表皮癌など)と単一細胞でみられる症例(腺房細胞癌など)があった。「SUMP」に分類される症例は、特徴的な細胞形態を示す良悪性例や細胞異型の強い悪性例がみられることは少なく、良性腫瘍で異型のみられる症例や悪性腫瘍で異型の弱い症例など鑑別困難な良悪性例が含まれることが多い。

SY3-5 悪性の疑い, 悪性に分類される典型症例提示と解説

九州大学病院病理診断科・病理部

○野上美和子(CT), 山元英崇(PhD), 大久保文彦(CT), 小田義直(PhD)

ミラノシステムにおいて[悪性]は細胞所見あるいは補助診断と合わせて悪性と診断される検体と定義されており, 可能であれば推定組織型と悪性度の記載をする。[悪性疑い]の定義は, 悪性所見の全ては満たさないがいくつかがみられ悪性であることが示唆される検体で, 大半は高異型細胞が少量の場合で, 時に良性・悪性所見が混在する場合も含む。これらを判断する上で, 唾液腺癌の細胞分化, 組織型と高・低悪性度の区別を把握しておくことが重要である。高悪性度癌は, 異型が強いため「悪性」の診断は比較的容易で, 浸潤性の唾液腺導管癌はこれに相当する。しかし, 癌成分が少量で良性成分が優位な多形腺腫由来癌は[悪性疑い]が適切である。篩状構造や高い細胞密度を示す基底細胞性/筋上皮性腫瘍ではしばしば組織型推定に難渋する。壊死や核分裂を伴う場合は[悪性]と判断できるが, それらを欠く場合は[SUMP]として鑑別疾患を挙げ, over diagnosis を防ぐことも重要である。一方, 採取少量の場合は, [AUS]や[SUMP]とすることで under diagnosis を防ぐ効果が期待できる。代表的な低悪性度癌の腺房細胞癌は, 正常腺房との鑑別を要する。また, 分泌癌は細胞質空胞など特徴的な所見の同定, 低異型度の粘表皮癌では goblet cell の同定が診断の鍵となる。このように[悪性]や[悪性疑い]については, 1)細胞形態に加え壊死や採取量などの付加所見を考慮すること, 2)低中悪性度癌は異型が軽度で良性腫瘍とオーバーラップしうるため[SUMP]や[悪性疑い]を効果的に使い, 無理せず診断

SY3-6 唾液腺穿刺吸引細胞診のミラノシステムを用いた症例検討東京医科大学人体病理学分野¹⁾, 東京医科大学病院病理診断科²⁾○谷川真希(DDS)^{1,2)}, 三宅真司(CT)²⁾, 長尾俊孝(MD)^{1,2)}

近年, 細胞診断業務において唾液腺穿刺吸引細胞診(FNA)に遭遇する機会は急増しており, 当院においてもこの10年間で約5倍の症例数となっている。このため, 唾液腺FNAにおいては, 診断精度の向上もさることながら, 臨床への報告書の標準化が必要である。昨年, 唾液腺FNAの報告様式の国際基準として提唱されたミラノシステムでは, 細胞診断を不適正(診断不能)・非腫瘍性・意義不明な異型(AUS)・良性腫瘍/悪性度不明な腫瘍(SUMP)・悪性の疑い・悪性の6つの診断カテゴリーに分類している。そこでは, 各診断カテゴリーにおける「悪性の危険度(risk of malignancy: ROM)」を算出することが推奨されており, それが施設内での診断精度の把握や向上に繋がり, また治療方針の決定に有益な情報となりうる。その他にも, 従来から用いられている報告様式では「正常あるいは良性(Class I・Class II・Class III a)」や「良・悪性鑑別困難(Class III)」の範疇に非腫瘍性病変と腫瘍性病変が含まれていたが, ミラノシステムでは「正常あるいは良性」に相当するものが「非腫瘍性」と「良性腫瘍」に, 「良・悪性鑑別困難」が「AUS」と「SUMP」に分けられたため, より病変の治療に直結した内容となった。ミラノシステムを正しく運用するためには, 各診断カテゴリーの判定基準を理解する必要がある。本発表では, 当院の唾液腺FNA症例を出題形式で呈示した後に, 組織像との比較を含めて解説する。その中で, 各診断カテゴリーの定義(特にAUSやSUMP)を整理するとともに, 問題点についても議論したい。

◇シンポジウム 4

乳癌サブタイプ分類の臨床及び組織・細胞学的特徴

SY4-1 乳癌サブタイプ分類と個別化治療の展望～今後細胞組織学的検査に求められること～

がん研究会有明病院細胞診断部乳腺センター外科

○坂井威彦(MD), 森園英智(MD)

乳癌治療はいくつかの大規模臨床試験を経て、乳房切除術が乳房温存手術へ、腋窩郭清がセンチネルリンパ節生検へと、より低侵襲な術式が選択されるようになった。乳癌細胞が腫瘍径が比較的小さいうちから全身に流れていることが証明され、その潜在的な微小転移を制御する全身薬物療法が、患者の予後改善に重要であることが知られている。2000年にPerouらが乳癌をその遺伝子発現から分類するintrinsic subtypeという概念を提唱した。乳癌がそのサブタイプごとに異なる予後や、化学療法反応性を示すことがわかり、以後ホルモン受容体(HR)、HER2を免疫染色で評価する乳癌のサブタイプ分類は、薬物療法の方針を決める上で不可欠なものとなった。HR陽性HER2陰性乳癌(Luminal type)の中で、化学療法が必要なハイリスク群を選択することが長年の課題であったが、昨年TAILOR-X試験の結果から再発スコアが高い患者群以外への化学療法は避けられることが明らかになった。効果的な全身薬物療法の出現、外科治療を補完する放射線療法の進歩は、患者にさらに低侵襲な外科治療を提供する方向に向かっており、術前化学療法が奏効した乳癌に対する乳房手術省略や、腋窩手術縮小の妥当性を検証する臨床試験が現在進行中である。また術前治療後の遺残癌量を病理組織学的に定量化するResidual cancer burden (RCB)の結果を元に、追加治療を加える臨床試験も進行中である。現在の乳癌個別化治療について提示するとともに、今後の乳腺細胞組織学的検査についての展望を述べたい。

SY4-2 サブタイプとその特徴的な画像所見について

長崎みなとメディカルセンター乳腺・内分泌外科¹⁾, 久留米大学医療センター病理診断科²⁾○森田 道(MD)¹⁾, 山口 倫(MD)²⁾, 南 恵樹(MD)¹⁾

サブタイプ分類は乳癌をホルモン受容体とHER2タンパクの発現で分類し、治療に直結する重要な分類である。これまで、サブタイプ分類と病理学的分類との間の関連については重要視されてこなかった。しかし、近年、腫瘍形状や画像所見とサブタイプとの関連についての報告が散見される。今回は、サブタイプ別の代表的な画像所見について概説する。1) Luminal type; ホルモン受容体陽性であるluminal type, 特にホルモン受容体高発現を示すluminal Aには鋸歯状形態を示し増殖するものが多い。従って、マンモグラフィでspiculaやdistortionなど構築の乱れを呈する。超音波では不規則な形態を示し、haloを伴うものが多い。2) HER2 type; HER2タンパク陽性乳癌, 特にホルモン受容体陰性HER2陽性乳癌は、広汎なcomedo壊死を有するものが多い。マンモグラフィで多形、微細分枝状・線状石灰化を呈し、超音波では点状高エコーとして描出される。3) Triple negative; ホルモン受容体、HER2タンパクいずれも陰性のtriple negative乳癌は、充実圧排性に増殖するものが多い。内部に壊死を伴うものもある。マンモグラフィで境界明瞭な腫瘤として描出されることもある。超音波では縦横比の高い円形・楕円形・分葉形低エコー腫瘤として描出され、中心部は壊死を反映して不均一な高エコーを示すこともある。以上に示した画像所見は代表的なものであり、混在するものや例外も存在する。しかし、画像所見からサブタイプを予測することで、以降の組織・細胞学的な診断に役立つものと考えられる。

SY4-3 乳癌サブタイプと組織型・組織像との相関性

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¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 久留米大学医学部病理学講座³⁾

○山口 倫(MD)¹⁾, 赤司桃子(MD)²⁾, 矢野博久(MD)³⁾

2000 年に Perou らは, 網羅的遺伝子解析法によって乳癌が予後の異なる幾つかのタイプに分かれることを報告した。これらを内因性サブタイプと言う。実臨床において, サブタイプはエストロゲンレセプター (ER), プロゲステロンレセプター (PgR), HER2 の免疫染色あるいは in situ ハイブリダイゼーションによる発現の組み合わせで決定され, 臨床 (代替) サブタイプと呼ばれる。このサブタイプによって個別化治療がなされるため, 臨床の現場ではサブタイプの概念が浸透している。一般的にサブタイプは, ER 陽性の luminal (A と B), HER2 陽性の HER2 (ER 陽性と陰性), ER/PgR/HER2 がいずれも陰性のトリプルネガティブ (TN) に分かれる。これまでサブタイプは病理標本によって診断されるにもかかわらず, 病理像との関係性が議論されることは少なかったが, 近年その相関性がより明らかになっている。例えば luminal A は低異型度な癌細胞からなり, いわゆる硬癌, 古典的小葉癌, 管状癌, 篩状癌が相当する。HER2 は基本的に高異型度な癌細胞で構成される, コメド壊死を有する上皮内優位な浸潤癌, 高度なリンパ球浸潤を伴う癌などがある。TN も高異型度な癌細胞からなる, 高異型度充実型浸潤癌, 化生癌, 中心無細胞癌, 髄様癌などが含まれる。本シンポジウムでは乳癌サブタイプと組織型・組織像が密接に関わっていることを概説したい。

SY4-4 乳腺細胞診 (Pap 染色) での Luminal A・B の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¹⁾, 日本医科大学付属病院病理診断科・病理部²⁾, 久留米大学医学部附属医療センター病理診断科³⁾, 日本医科大学付属病院乳腺科⁴⁾

○松澤こず恵(CT)¹⁾, 沢田 晋(CT)¹⁾, 葉山綾子(CT)²⁾, 山口 倫(MD)³⁾, 土屋真一(MD)^{1,4)}

われわれは, 第 58 回本学会 (2017 年) において「乳癌細胞診におけるサブタイプ別の分類推定の可能性について」を公表し, 4 サブタイプはある程度の鑑別可能な細胞所見が観察出来ることを明らかにした。このサブタイプ別の細胞学的検討では, ランダムに抽出した 17 乳癌症例について細胞診専門医 6 名と細胞検査士 5 名にどのサブタイプに分類されるかを判定して頂いた結果, 正診率は Luminal A : 80%, Luminal B : 68%, HER2 : 61%, TN : 66%であった。今回, 先の検討を基に, Luminal A, Luminal B の細胞像についてさらに検討を加えた。Luminal A の細胞像は異型が比較的弱く細胞形態が単調で, 核は円形から類円形, 核クロマチンは細顆粒状で核小体はあまり目立たないことが多い。17 症例検討では 100% の正診率を示す症例もあったが, 一方で Luminal B と判定された症例も有り, これらは単調な出現形態ではあるが, ki67 陽性率が 30%近い症例や核融解像や異型の強い細胞の混在が認められた。Luminal B の細胞像は Luminal A に比べ多彩で, 核の大小不同や核小体の明瞭化, 核クロマチン濃染等, 異型が強くなる傾向にある。17 症例の検討では Luminal B が Luminal A と判定された症例を認め, これらは一見異型に乏しく見えるが, 核クロマチンの増量や核小体の明瞭化が観察された。Luminal B は Ki67 陽性率が 30-40% の場合は Luminal A に類似した細胞像を呈することがあり, また HER2 陽性 Luminal B は HER2 乳癌の細胞学的特徴が混在してくる。このように Ki67 陽性率や HER2 陽性所見がサブタイプ分類をより複雑にしている可能性が示唆される。今回 Ki67 陽性率・HER2 陽性所見を加味しての細胞所見の検討と, 組織学的所見との整合性, 背景所見を加えて報告したい。

SY4-5 乳癌 HER2 および TN タイプの細胞学的特徴とその傾向

日本医科大学付属病院病理診断科・病理部¹⁾, 社会医療法
飯田病院病理診断科²⁾

○葉山綾子(CT)¹⁾, 渡會泰彦(CT)¹⁾, 松澤こず恵(CT)²⁾,
石井英昭(MD)¹⁾, 坂谷貴司(MD)¹⁾, 清水 章(MD)¹⁾,
内藤善哉(MD)¹⁾, 土屋眞一(MD)²⁾

乳癌の治療指針決定には、癌細胞の遺伝子の特徴によって分類されたサブタイプを検索は必須であり、その判定には主に免疫組織学的検査が施行されている。本シンポジウムでは、この乳癌サブタイプについて細胞学的どの程度まで迫れるのか、HER2 および TN タイプの細胞学的特徴を中心に検討を行なった。両者はクロマチンの増加、強い核形不整がみられることから、「悪性」と診断することに關しそれほどの困難は伴わない。まず HER2 タイプの特徴としては細胞質の厚み、明瞭な細胞膜、比較的広い細胞質、核周囲の空胞様変化、相互封入像などが挙げられる。特に相互封入像の出現率は高頻度で、所属リンパ節の転移巣においても同様に出現してくる傾向にある。次に TN タイプでは、淡い細胞質、境界不明瞭な細胞膜、出現細胞の裸核化などが挙げられる。この裸核細胞の出現は細胞診での特徴的な所見と考えている。次に、HER2 および TN タイプの細胞診での生診率については、第 58 回日本臨床細胞学会総会(2017 年)において共同演者である松澤が発表した「乳癌細胞診におけるサブタイプ別の分類推定の可能性」で示されており、HER2 タイプ；61%、TN タイプ；66%とされている。今回、細胞像の特徴をさらに分析した結果から、正診率の向上が期待されるとともに、乳癌のサブタイプ分類はある程度、細胞診でも推定が可能ではないかと考える。また、上記 2 タイプ加え、HER2 タイプと類似性が推測される luminal B (HER2 陽性タイプ) についても、組織像を中心に検討を行なったので併せて報告したい

◇シンポジウム5

泌尿器細胞診の精度管理をどう進めるか

SY5-1 泌尿器細胞診の精度管理をどう進めるか

倉敷芸術科学大学生命医科学科¹⁾, 川崎医療福祉大学医療技術学部臨床検査学科²⁾

○佐藤正和(PhD)¹⁾, 有安早苗(PhD)²⁾

尿細胞診は、多くの施設で日常的に行われてきたが、これまで明確な精度管理の指標は示されて来なかった。その理由にはとして、検査目的や材料の多様性や、剥離細胞を対象としているため組織診断との一致率が低い点にあると思われる。こうした状況を背景に泌尿器細胞診報告様式2015が発表された。これは、多様な形式で報告されていた尿細胞診報告様式の統一と細胞判定の標準化を意図したものである。しかし、報告様式の発表から3年が経過するものの十分普及しているとは言いがたい。今後、この分野の精度管理を進めるためには、統一された報告様式の普及が必須である。報告様式2015では、多施設間の現状を考慮し作製方法には言及していない。更に悪性の判定指標である5項目の所見も有用ではあるが、根拠に乏しく検討の余地がある。それにはまず標準作製法を限定しないまでも基本となる作製方法を推奨すべきである。これを基に細胞判定基準をより明確にし、蓄積したデータから新たな断許容範囲を示す必要があると思われる。我々は、2018年の中国四国連合会において泌尿器細胞診報告様式のワークショップを開催し、検討内容からいくつかの課題を見いだした。一例を挙げれば、尿細胞診のスクリーニング精度の指標であるHGUCリスク(細胞診陰性判定における高異型度尿路上皮癌の存在するリスク)が5施設平均3%未満に抑えられているが、組織学的にHGUCと診断された症例においての陰性判定が平均で17%も存在する。決して低い値ではなく今後の検討課題と考えている。本発表では、これらのデータを基に考察し、今後の尿細胞診における精度管理の進め方について私見を述べる。

SY5-2 泌尿器細胞診の精度管理を考える～医療の質の視点から～

宮崎県立日南病院病理診断科¹⁾, 宮崎県立日南病院臨床検査科²⁾

○木佐貫篤(MD)^{1,2)}, 福田早織(CT)²⁾, 佐野亜由美(CT)²⁾

医療の質は structure, process, outcome の3要素により評価することが多い。精度管理は process/outcome 指標に相当すると考えられ、質を保証するための重要な要素である。今回、自施設の取り組みを質の視点から考えた。当院は334床の一般病院で病理細胞診部門は3名(病理医1名, 細胞検査士2名)である。当院のように患者が最初に専門医を受診する可能性が高い病院では、細胞診にて悪性を見落とさないことが求められる。そこで尿細胞診の精度向上をめざし2016年8月より新しい尿細胞新報告様式を活用してきた。2018年1月～12月の尿細胞診340件の判定は、不適正2件, 適正228件(陰性262件, 異型細胞52件, 悪性疑い8件, 悪性16件)であった。同期間に病理組織で尿路上皮癌と診断された初発17例のうち細胞診が実施された12例の判定は、悪性6例, 異型細胞5例, 良性1例であった。悪性6例は高悪性度乳頭状尿路上皮癌(HGUC)4例, 低悪性度乳頭状尿路上皮癌(LGUC)1例, 癌(詳細不明)1例であった。良性/異型細胞と判定した6例はLGUC5例, 上皮内癌1例であった。outcome 指標に相当する組織/細胞診診断を一致させるためには、その他の structure, process 指標(検体採取や処理手順, カンファレンス実施, 研修会参加など)も含め幅広い視点から細胞診全体を評価し改善に取り組むことが必要と考えている。医療の質の視点をふまえ細胞診の品質を評価する体系(試案)を示し今後の精度管理を考える話題としたい。

SY5-3 統計学的観点からみた尿細胞診の精度管理

産業医科大学第1病棟¹⁾, 製鉄記念八幡病院病理診断科²⁾

○岩井幸子(CT)¹⁾, 金城 満(MD)²⁾

形態学でもある細胞診の精度管理は, pre-analytical phase, analytical phase と post-analytical phase に分けて考えると理解容易と思われる。今回, 尿細胞診の精度管理における analytical 及び post-analytical phase に焦点をあてて述べる。尿細胞診では良悪の判定に有効な所見が認識されている。一方, 新報告様式の推奨管理標準である各診断カテゴリーと診断後の臨床及び病理学的結論と照合した精度管理の報告は少ない。細胞の見方の統一ならびに客観的に評価することは国際的にも議論されており, 本邦の新報告様式でも細胞判定の客観化が図られた。ガイドラインに示された6細胞所見(N/C比, クロマチン量, 核偏在, 核突出, 核形不整, クロマチン不均等分布)は30の細胞所見の目視結果から多変量解析によって抽出された。検証では癌例的中率98.5%, 非癌例での的中率100%であった。続く様々な検討のうち, 産業医大と製鉄記念八幡病院の細胞診結果の比較から精度管理を考察する。従来判定法と6所見を用いた新判定法との比較

【Conventional 標本(癌67例, 非癌597例)とLBC標本(癌18例, 非癌433例)】でconventional標本での偽陽性はいずれも0, 悪性(malignantとsuspect)的中率は40.3%から59.7%と精度が向上した。一方, LBC標本では偽陽性33.3%から16.7%に改善されたが悪性的中率は33.3%から27.8%へ低下した。この結果も踏まえ, 精度管理にどのような統計手法が適しているのか提示したい。

SY5-4 画像解析ソフトを用いた精度管理－細胞所見定量化解析と「異型細胞」診断への応用－

鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科臨床検査学専攻¹⁾, 地方独立行政法人桑名市総合医療センター²⁾

○金山和樹(CT)¹⁾, 矢野孝明(CT)²⁾, 坂本未来(CT)²⁾, 今野和治(CT)²⁾, 伊藤英樹(CT)²⁾, 森 正美(CT)²⁾, 米田 操(CT)¹⁾, 白石泰三(MD)²⁾

【はじめに】近年, 尿細胞診の診断標準化のために泌尿器細胞診報告様式2015が制定され, 5段階の診断カテゴリーと細胞所見が明記された。しかし, 「異型細胞」のカテゴリーは評価基準や検出率に施設間差が伴う部分であり, 精度管理上重要なカテゴリーと考える。本検討では, 画像解析ソフトを用いて「異型細胞」と判定された細胞像の特徴を解析し診断精度の向上を目的とした。

【対象と方法】桑名市総合医療センターで「異型細胞」, 「悪性」と判定された症例を対象に顕微鏡画像撮影装置で異型細胞を撮影した。画像解析ソフトWinROOF2018を用いて, 核面積, 核クロマチン濃度, 核の輪郭不整度等について解析し比較検討を行った。

【結果】「異型細胞」の核面積は「悪性」に比べて小型の傾向を示し, 核クロマチン濃度も低値の傾向を示した。しかし, 核の輪郭不整度については「悪性」と同様の値を示した。また, 「異型細胞」の中での核面積, 核クロマチン濃度, 核の輪郭不整度に差は認められなかった。

【まとめ】「異型細胞」と判定された細胞像の特徴として核腫大やクロマチンの増量が軽度であることが挙げられる。しかし, 核の輪郭不整度は「悪性」と同様であったことから, 「異型細胞」の判定に重要なパラメーターとなる可能性がある。また, 標本上に出現している異型細胞の数による数的因子やその他の定量化解析結果についても提示し, 診断精度向上のために画像解析ソフトを用いる利点や問題点について考察する。

SY5-5 細胞診, 組織診断の精度保証 (内部精度管理, 外部精度評価)

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野¹⁾, 日本大学医学部附属板橋病院病理部²⁾

○増田しのぶ(MD)¹⁾, 関 利美(CT)²⁾

近年, 医療における精度保証(内部精度管理, 外部精度評価)の重要性がますます高まっている。一方, 治験などに関連する中央診断やゲノム診療の体制整備にともなう, 医療の現場の複雑性もまた高まっている。取り扱う検体の種類(血液, 尿, 体腔液, 組織など), 検索レベル(ゲノム, 蛋白, 細胞, 組織など), 目的(研究, 診療, バイオバンク, 治験など)が交錯している。関連学会・団体による外部精度評価システムには各々特徴があり, 検査室を対象とする International Organization for Standardization (ISO), College of American Pathologists (CAP)のサーベイ, 検体検査を対象とする日本臨床衛生検査技師会のサーベイ, 日本医師会, 細胞診を対象とする日本臨床細胞学会のサーベイ, 病理組織標本や免疫染色を対象とする日本病理学会, 日本臨床衛生検査技師会, 日本病理組織技術学会, 日本病理精度保証機構によるサーベイなどがあげられる。

泌尿器細胞診の検体は, 細胞形態のみならず in situ hybridization 法やその他の遺伝子検査の良い適応となる。細胞組織に関連するゲノム診療における病理学会の取り組みを外部精度評価の視点から紹介する。

◇シンポジウム6

検診における細胞診のフォローアップ成績

SY6-1 わが国の地域住民検診における子宮頸がん検診の精密検査結果の報告状況

国際医療福祉大学三田病院予防医学センター¹⁾, 国立がん研究センター²⁾, 慶應義塾大学医学部産婦人科³⁾

○齊藤英子(MD)¹⁾, 雑賀公美子(PhD)²⁾,
町井涼子(PhD)²⁾, 河野可奈子(その他)²⁾,
中山富雄(MD)²⁾, 森定 徹(MD)³⁾, 青木大輔(MD)³⁾

わが国では地域保健・健康増進事業の一環として, 全自治体で地域住民を対象とした子宮頸がん検診を実施し, その結果を地域保健・健康増進事業報告(以下事業報告)に公開している。事業報告の内容は「子宮頸部擦過細胞診による検診結果」, 「次年度末までの精密検査結果」, 「検診の不利益である偶発症」それぞれの集計である。今回は追跡管理の開始点である精密検査結果の報告状況につき述べる。精密検査結果とは検診で要精検となった者の結果を指し, 平成27年度検診受診者では1)異常認めず, 2)がん, 3) CIN3 又は AIS, 4) CIN2, 5) CIN1, 6) 腺異形成, 7) がんの疑いのある者又は未確定(以下未確定), 8) がん及び CIN (異形成等) 以外の疾患に分類する。平成27年度の検診受診者4,458,799人の指標のうち, 要精検率は2.0%, 精密検査を受けて精検結果が確認された精検受診率は74.4%, 精検を受けていないことが判明した精検未受診は7.3%, 受診の有無または精検結果が把握できない未把握が18.3%であった。都道府県別の精検受診率では滋賀県, 宮城県, 鹿児島県が90%以上だが, 静岡県, 北海道, 徳島県は50%台と地域差が大きい。発見率はがん:0.04%, CIN3 (+AIS) 以上:0.15%, CIN2:0.14%, CIN1:0.34%であった。全国での90%以上の精検受診率の確保や, 初回精検結果報告以降の追跡管理で検出された最高病変を把握する体制作りは, 更なるがんおよび前駆病変の検出・把握に結びつく課題である。CIN3以上の集計・把握は平成26年度の検診受診者分から開始され, 今後検診事業の評価に役立てる。

SY6-2 本会における子宮頸がん検診精度管理システムの現状と課題

公益財団法人東京都予防医学協会

○木口一成(MD), 吉田志緒子(CT), 仲本美智子(CT), 久布白兼行(MD)

がん検診精度管理の評価指標としては、検診実施体制指標としてのがん検診チェックリスト、検診体制下での達成状況を反映するプロセス指標、さらに、最終目標であるアウトカム指標がある。概してプロセス指標達成のスコアが高いほど、受診率も高い傾向にある。プロセス指標中最も重要視されるのは精検受診率であり、全国平均では年々上昇傾向にあるものの、東京都では近年、種々の理由で伸び悩んでいる現状がある。さらなる課題として、近年、集団よりも個別検診受診者が増加(全体の70%以上)があり、しかも検診の精度管理水準からみると、個別検診はプロセス指標の内、精検受診率・要精検率・陽性反応的中度などいづれにおいても集団検診に比しデータが悪く、原因としてのその後の他医療機関への精検依頼や医師会の介入した集合契約に伴う検診の質の「バラツキ」が問題となっている。本会の子宮がん検診は、2方式で行われ、一つは東京都区内の自治体が実施する「行政検診」で、受診者は各自自治体が発行した受診票を持参し、地区内の東京都産婦人科医会会員施設などで受診し、採取検体を送付頂き判定するといういわゆる東母(東京産婦人科医会の前身)方式(個別検診)であり、全検体の約9割を占める。もう一つは、本会女性検診センターにおいて実施している健康保険組合や事業所および地域住民を対象とした来館方式での施設検診である。今回は、1968年にスタートし2016年には既に累積受診者総数900万人に到達している本会独自の東母方式による行政検診の細胞診断結果並びにその後のフォローアップデータを供覧し、上記の課題に関する現状・対策について論じる予定である。

SY6-3 北海道における対策型検診成績

北海道対がん協会細胞診センター

○藤田博正(MD), 加藤 修(CT), 日野順子(CT), 市川浩巳(CT), 阿部理絵(CT), 茂木由紀(CT), 小泉昌代(CT), 和田恒之(CT), 柴田尚子(CT), 小西加奈子(CT), 横山 恵(CT)

子宮頸がん検診には対策型検診と任意型検診があり、対策型検診は集団全体の死亡率減少を目的として、公共的な予防対策として行われ、市区町村が行う住民検診が該当する。北海道における行政主導の対策型検診について述べる。国のがん対策では、「すべての市区町村で精度管理が行われること」を目標の1つとして掲げており、プロセス指標が適切であるかを評価するための基準値を定めている。プロセス指標として1)精密検査(精検)受診率、2)要精検率、3)がん発見率、4)陽性反応適中度を報告することになっている。がん検診においては受診率の向上もさることながら、精度管理が求められる。しかし北海道の場合、地理的、気候的、風土的に他の地域とは違った面があり、残念ながらうまく機能されていない現状がある。北海道の28年度の対策型子宮頸がん検診対象数は175万人、受診者数は29万人(2年間)、毎年受診者を除き2年毎の受診率は14.3%である。なお我々の施設受診者は13万人(45%)である。市町村における集団検診チェックリスト実施率、プロセス指標の把握はほぼ全国平均である。しかしながら精検受診率は50%程度(全国平均70%)と成績は極めて悪く、半数近くが未把握あるいは未受診となっており、17年度の調査では精度管理不良県30%に入っている。要精検率は2.5%、精検受診者からのがん発見率0.06%、陽性反応適中度2.1%は全国平均である。遅ればせながら平成28年に北海道がん対策推進委員会「がん検診専門部会」が設置され、がん検診の精度管理を適切に行うよう努めている。加えて、我々の施設での精度管理状況を報告する。

SY6-4 宮城県での検診における細胞診・組織診のフォローアップ成績

おざわ女性総合クリニック¹⁾, 日本産婦人科医会がん対策委員長²⁾, 宮城県対がん協会³⁾, 宮城県医師会健康センター⁴⁾, せんだい総合健診クリニック⁵⁾, 東北大学病理部⁶⁾, 東北大学災害科学国際研究所⁷⁾, 東北大学産婦人科⁸⁾

○小澤信義(MD)^{1,2)}, 秀城浩司(CT)³⁾, 板橋育子(CT)³⁾, 田勢 亨(MD)³⁾, 黒川典子(CT)⁴⁾, 志賀朋子(CT)⁵⁾, 東岩井久(MD)⁵⁾, 笹野公伸(MD)⁶⁾, 伊藤 潔(MD)⁷⁾, 八重樫伸生(MD)⁸⁾

平成28年度国民生活基礎調査によれば, 宮城県の子宮頸がん検診の受診率(過去2年間)は45.3%(全国平均35.6%)であった。宮城県対がん協会の平成28年度の集計では, 行政検診の受診者総数は112,138人で, 精検該当者が1,147人で, 精検数は1,119人であった。精検受診率は97.6%(全国平均74.3%)であった。浸潤癌13人, CIN3上皮内癌54人, CIN3高度異形成56人, CIN2中等度異形成192人, CIN1軽度異形成407人であった。また, 平成28年度の検診センタークリニックでの異形成の追跡検査は, 過去に異形成と診断された635人に対して, 細胞診・組織診が1,274回行われた。その結果は, 浸潤癌2人(0.31%), 上皮内癌9人(1.42%), 高度異形成12人(1.89%)で, 異形成消失187人(29.45%), 異形成持続346人(54.49%), その他除外79人(12.44%)であった。経過観察例で手術となったのは23人であった。子宮頸がん検診の単年度集計でのCIN3+発見率は0.11%(123/112,138)で, 経過観察例からのCIN3+の発見率は3.6%(23/635)であった。子宮頸癌の早期発見には, 高い受診率と高い精検受診率とその後の慎重な経過観察が重要である。

SY6-5 神奈川県における対策型子宮頸がん検診の状況報告及び職域検診の実施状況について

神奈川県立がんセンター婦人科

○加藤久盛(MD), 上原萌美(MD), 小澤雅代(MD), 上野悠太(MD), 内山亜弥(MD), 最上多恵(MD), 近内勝幸(MD), 小野瀬亮(MD)

全国と神奈川県の対策型子宮頸がん検診の現状を改めて検討したい。一方がん検診を受けた者の30~60%が職域検診とされるが報告義務がなく把握できていない。そこで全国都道府県の平成27年度子宮頸がん検診実績を解析した。また神奈川県保健福祉局主導で県内の職域がん検診の実施状況につき平成27年度について調査を行った。結果は全国/神奈川(国指標値等における許容値)の順に記載する。受診者数:4458799人/291221人, 要精検率:2%/2.53%(1.4%以下), 精検受診率:74.4%/73.6%(70%以上), 精検未受診率7.29%/2.7%(20%以下), 精検未把握率18.31%/23.7%(30%以下), がん発見率0.039%/0.038%(0.05%以上), 陽性反応的中度1.94%/1.507%(4%以上)であった。陽性反応的中度が4%を超える都道府県は5つ, 1%未満は3つ存在した。神奈川県における職域検診の調査結果である。がん検診実施率は事業所67.3%, 医療保険者93.9%であった。実施率は胃, 大腸, 肺がんに対して子宮頸がんは低かった。費用負担は受診者負担なしが胃, 大腸, 肺がんに比べ子宮頸がんは低かった。未受診者に対する受診再勧奨の実施率は事業所26.1%, 医療保険者19.4%だった。子宮頸がん受診率は事業所:正社員47.9%, 非正社員50.5%, 医療保険者:被保険者19.9%, 被扶養者29%で対象者の多い医療保険者の受診率が低かった。まとめとして陽性反応的中度のばらつきは好発年齢の対象者と真のがん患者の見落としが懸念される。神奈川県が職域検診の実態を踏まえた意義は高い。

SY6-6 異なる検診スタイル（対策型/任意型）における子宮頸がん検診成績の検討

聖隷福祉事業団聖隷健康診断センター医務部

○入駒麻希(MD)

【目的】対策型検診と任意型検診において、検診成績に違いがあるかを検討する。

【対象と方法】過去2年間に当施設を受診した20～69歳の受診者を対象とし、検診区分に応じて人間ドック群(D群)、職域検診群(S群)、住民検診群(J群)にわけ、要精査率、精検受診率、未受診・未把握率、CIN3+発見率、陽性反応の中率について検討。

【結果】総数35,934名(平均年齢49歳)D群1832名(5.1%)S群24,200名(67.3%)J群9902名(27.6%)。初回検診4578名(12.7%)、D/S/J群17.8%/13.2%/8.7%。要精査率0.68%(初回検診1.33%、繰返検診0.58%)、D/S/J群0.71%/0.75%/0.23%。精検受診率はD/S/J群90.9%/92.3%/100%、未受診・未把握率はD/S/J群0%/22.0%/17.5%、CIN3+発見率は全体で0.11%(40例)、D/S/J群では0.22%/0.11%/0.10%。陽性反応の中率は全体で16.0%、D/S/J群では30.8%/12.6%/27.5%。

【まとめ】どの検診区分においても、がん検診の精度管理指標の数値は達成できていた。精検受診率はどの群においても90%以上を保っており、当施設の未受診者へのハガキ/電話での受診勧奨システムが良好に機能していることが示唆されたが、職域検診は、対策型検診/人間ドックと比較して未受診・未把握率が高い傾向にあり、精密受診勧奨を徹底すること、また二次精査機関との連携を深め、精査後の最終病理診断結果を把握するための結果追跡システムのさらなる改善が必要と考えられた。

◇シンポジウム7

肺癌細胞診の判定基準：新たな肺癌診療の時代に向けて SY7-1 呼吸器細胞診～新細胞診報告様式への挑戦と課題～

京都大学医学部附属病院病理診断科

○吉澤明彦(MD)

日本肺癌学会編集の肺癌取り扱い規約が第8版として2017年に発刊された。同規約では肺癌細胞診報告様式も改訂されたが、ここでは3段階での細胞診報告様式、すなわち、1)検体の適正評価(不適正、適正)、2)判定区分(陰性、疑陽性、陽性)、3)細胞診断、が提示されている。従来は喀痰材料における細胞所見に主眼においた報告様式であったが、気管支擦過やEBUS-TBNAなどの新鮮材料を念頭においた細胞所見の記載が大幅に追加された。しかしながら、呼吸器診療を行ううえで不十分な点も指摘されていることに加え、他の臓器などのように国際基準にあわせた新たな報告様式が必要になってきている。この点を見据え、日本肺癌学会の細胞診判定基準改定委員会では、2018年より、新たな報告様式を模索している。そこでは、判定区分を3段階から4段階、すなわち、「陰性」、「異型細胞」、「悪性疑い」、「悪性」とし、報告することを提案している。新判定基準に関しては、観察者間の不一致を解消することが最大の課題と考えられる。また、国際基準との兼ね合いでは、各カテゴリーの悪性頻度(the risk of malignancy)の検討も必要である。現在、多施設共同で、その評価作業がすすんでおり、その結果も踏まえ、現状を報告する予定である。

SY7-2 細胞所見と用語の問題点

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹⁾, 東京医科大学病理診断部²⁾, 大阪国際がんセンター病理細胞診断科³⁾

○澁木康雄(CT)¹⁾, 三宅真司(CT)²⁾, 竹中明美(CT)³⁾,
中谷久美(CT)¹⁾, 時田和也(CT)¹⁾, 元井紀子(MD)¹⁾

呼吸器細胞診においては, 治療方針の決定のため, 従来から小細胞癌と非小細胞がんの鑑別が重要であったが, 近年では, 薬剤選択にあたり腺癌と扁平上皮癌の鑑別と組織型の推定が重要となってきた。このことから 2017 年に改訂された肺癌取り扱い規約第 8 版においては, 肺癌細胞型分類および細胞型の解説において新たな所見がいくつか加わり, より詳細な記載がなされている。特に構造異型について, 腺癌において乳頭状・微小乳頭状や細胞集塊辺縁の平滑や核の飛び出し等, 扁平上皮癌においては層状構造や細胞集塊辺縁の不整(毛羽立ち)や扁平化, 放射状構造, 細胞相互封入(圧排像)等が新たな所見として記載されている。しかしながらいくつかの所見については, 用語として誤解が生じる可能性があることも懸念される。例えば扁平上皮癌における集塊辺縁の毛羽立ちであるが, 子宮頸部における上皮内腺癌において特徴的所見のひとつとされる羽毛状構造を想起してしまう可能性はないだろうか。また, 圧排像に関しても小細胞癌のイメージが強いようにも思われる。本シンポジウムにおいては, これらの用語の定義を明確にし, 議論の場としたい。

SY7-3 肺腺癌と扁平上皮癌の判定基準

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○羽場礼次(MD)

日本肺癌学会の細胞診判定基準改訂委員会は, 肺癌細胞診断時に報告書へ記載する重要な組織型について, 定型的な細胞像や解説文を作成し, 肺癌取り扱い規約に掲載している。特に手術不能な進行性非小細胞肺癌では, 異常角化や粘液など特徴的な細胞所見がある場合は, 細胞像のみで腺癌や扁平上皮癌の組織型の推定が可能である。しかし, 癌細胞量が少ない, 充実型腺癌, 非角化型や類基底細胞型扁平上皮癌では, 腺癌や扁平上皮癌, 神経内分泌癌などの鑑別が困難で, 非小細胞癌(特定不能型)や癌としか診断できない場合もある。また, 変性材料である喀痰と比較し, 気管支擦過やEBUS-TBNA, CTガイド下穿刺で得られる新鮮材料では, 特徴的な細胞所見に乏しく, 組織型の推定を困難にしている。この場合に腺癌では, 印環細胞や粘液細胞, 核の切れ込みや核内封入体などの細胞所見に加え, 構造所見も重視する必要がある。特に不規則重積性, 乳頭状, 微小乳頭状, 腺腔様構造, 柵状配列, 集塊辺縁からの核の突出などの構造所見が重要である。また, 扁平上皮癌では, 細胞集塊内の流れ様配列, 敷石状配列, 細胞集塊辺縁の毛羽立ちや扁平化, 細胞相互圧排などが鑑別点である。類基底細胞型では, ライトグリーン好染物質が参考所見になる。しかし, 少しでも疑問が残る場合は, 非小細胞癌(特定不能)などと診断すべきであり, 生検組織による組織型の推定やバイオマーカー検索が必須である。また, 生検組織がない場合は, 細胞材料で細胞転写やセルブロックおよびLBCなど免疫染色, 遺伝子検索などによる追加検討が望まれる。

SY7-4 新肺癌細胞診判定基準(案)における“atypical cells”について

大阪はびきの医療センター病理診断科

○河原邦光(MD)

呼吸器細胞診の報告様式(以下報告様式)は、かつて Papanicolaou のクラス分類が用いられていたが、現在は「陰性」「疑陽性」「陽性」の3段階の報告となっている。この「疑陽性」には、反応性変化により正常細胞が異型性を示す場合と、癌腫が疑われるが出現細胞数が少なく「陽性」の断定ができない場合が含まれる。しかし、臨床的に、前者と後者は、フォローや再検査の必要性が異なり区別が必要である。このため、前述の3段階の報告様式ではなく、独自の分類で報告を行っている施設もあるのが現状であり、報告様式の見直しと統一が急務と考えられる。このような背景から、「日本肺癌学会・日本臨床細胞学会 肺癌細胞診の診断判定基準の見直しに関する合同ワーキンググループ」が発足し、新しい報告様式を作成し、細胞検査士や細胞診専門医間の診断の一致の度合いの検討を多施設共同研究で実施している。新報告様式は、1. negative for malignancy：悪性腫瘍細胞がない、2. atypical cells：細胞異型を認めるが、悪性を疑うほど強くない、3. suspicious for malignancy：悪性を疑うが、悪性と診断するほど細胞異型が強くない、あるいは悪性を疑う異型細胞が極めて少ないため断定できない、4. Malignancy：悪性腫瘍細胞を認める、の5段階である。今回は、この“atypical cells”についての多施設の検討結果について報告するとともに、ここに含まれる反応性腺系異型細胞、異型を伴った扁平上皮化生上皮などの反応性の異型細胞について提示する。

SY7-5 新提案判定基準の検討について

国立病院機構大阪医療センター臨床検査科

○竹中明美(CT)

「はじめに」第8版肺癌取扱い規約(細胞診)に報告様式の2)に判定区分の項がある。

現在、3つの区分(陰性・疑陽性・悪性)によって判定するとあるが、多くの領域で報告様式の見直しがされている。今回、呼吸器領域では4つの区分(陰性、疑陽性・良性を疑う、疑陽性・悪性を疑う、悪性)での判定の検討をおこなったので報告する。

「対象・方法」7施設より、全部で200症例(パパニコロウ染色、1枚)を対象とし、7人の細胞検査士が検鏡後、3つの区分・4つの区分の判定をおこなった。材料は新鮮材料(気管支擦過、腫瘍捺印など)を中心に、喀痰、気管支洗浄液も加えた。

「結果」現在、気管支擦過材料100症例の分析中であるが、3つの区分の疑陽性の範囲が各施設で異なっていることがわかった。また、4つの区分において、どの細胞(たとえば良性異型細胞や良性腫瘍の症例など)をどの区分に入れるのが適切か検討中である。範囲の広がった疑陽性の判定が、臨床側に明瞭に呈示できることを目的にしているため、慎重に検討したい。残り100症例は現在、検鏡中である。

「今後」また、実際問題として、現在、施設により採用している分類(3つの分類、パパニコロウ分類様など)は様々であり、4つの分類の理解度を高める必要がある。そのため、区分の判定内容を明確にし、実際の細胞像を提示したい。また、ワークショップなどの開催を予定している。

SY7-6 JSCC-JLCSによる新たな判定基準の提案

東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科¹, 千葉大学大学院医学研究院², 北里大学病院呼吸器外科³, 北里大学病院病理診断科⁴, 東京医科大学病院病理診断科⁵, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科⁶, 国立病院機構大阪医療センター臨床検査科⁷, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科⁸, 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⁹, 京都大学附属病院病理診断科¹⁰, 香川大学医学部附属病院病理診断科¹¹, 大阪はびきの医療センター病理診断科¹²

○廣島健三(MD)^{1,2}, 佐藤之俊(MD)³, 吉田 功(MD)⁴, 柿沼廣邦(CT)⁴, 長尾俊孝(MD)⁵, 松林 純(MD)⁵, 三宅真司(CT)⁵, 中塚伸一(MD)⁶, 眞能正幸(MD)⁷, 竹中明美(CT)⁷, 元井紀子(MD)⁸, 澁木康雄(CT)⁸, 南 優子(MD)⁹, 吉澤明彦(MD)¹⁰, 羽場礼次(MD)¹¹, 河原邦光(MD)¹²

1978年6月に日本肺癌学会より肺癌取扱い規約初版が発刊された。その後、改訂を重ねて、2017年1月に第8版が発刊され、現在広く用いられている。肺癌取扱い規約による肺癌の細胞診断の報告様式は、標本の適正評価、癌細胞の有無に関する判定区分、および病変あるいは異常細胞に関する細胞診断と推定組織型すなわち記述部分からなっている。判定区分は以下の3つの区分よりなる。(1) 陰性：悪性腫瘍細胞や良性・悪性の判断が困難な異型細胞を認めない。(2) 疑陽性：悪性腫瘍細胞が疑われる異型細胞、あるいは良性・悪性の判断が困難な異型細胞を認める。(3) 陽性：悪性腫瘍細胞を認める。この区分は、おもに喀痰細胞診の報告を行うことを目的に作成されたが、近年、EBUS-TBNAやCTガイド下生検が行われるようになったことから、日本臨床細胞学会・日本肺癌学会で「肺癌細胞診の診断判定基準の見直しに関する合同ワーキンググループ」を作り、新しい細胞診断の報告様式を検討している。それは以下の4つの判定区分よりなる。(1) 陰性：悪性を疑う異型細胞、あるいは良性・悪性の判断が困難な異型細胞を認めない。(2) 異型細胞：良性・悪性の鑑別が困難な異型細胞を認めるが、悪性を疑うほど強くない。本区分では再検が望まれる。(3) 悪性疑い：悪性を疑うが、悪性と診断するほど細胞異型が強くない、あるいは悪性を疑う異型細胞が極めて少ないため断定できない。(4) 悪性：悪性腫瘍細胞を認める。本シンポジウムでは、新たな判定基準を用いて細胞診検体を再鏡検し、鏡検者間の判定の一致率、正診率について発表をする。

◇シンポジウム8

子宮体癌治療における腹水細胞診の意義

SY8-1 子宮体癌症例における腹腔細胞診の臨床細胞学的検討

岡山大学病院病理診断科

○柳井広之(MD)

腹腔細胞診の結果は、子宮体癌の手術進行期分類には反映されないが、将来再び進行期分類の要素に取り上げられる可能性があることから、記録することが求められている。2004年から2018年の間に当科で診断した、術前治療を受けていない子宮体癌の手術症例では568例中94例(16.5%)が腹腔細胞診陽性であった。組織型別では類内膜癌はG1, G2, G3症例のそれぞれ10.5%, 15.7%, 23.5%が陽性であり、漿液性癌の20.0%, 癌肉腫の37.8%も陽性であった。明細胞癌は4例中5例が細胞診陽性であった。漿液性癌は高度な異型を示す細胞が乳頭状あるいは小集塊状に出現し、明細胞癌ではライトグリーンに淡く染まる細胞質と高度な核異型とともに、特徴的な細胞外所見を反映するミラーボールパターンやギムザ染色でのメタクロマジーにより組織型を推定することが可能な症例もあった。癌肉腫のうち腹腔細胞診陽性症例は17例であったが、いずれも出現している異型細胞は上皮性であり、推定病変もいずれも腺癌にとどまって、癌肉腫と推定できた症例はなかった。判定に当たって反応性中皮細胞との鑑別は他の状況と変わることはなく、免疫染色の使用は時に有効である。pT1, T2症例では細胞診陽性症例の方が無病生存については不良であるが、生命予後は陽性症例と陰性症例に有意差はなかった。また、類内膜癌G1, G2に限定して解析すると陽性症例の方が無病生存、生命予後共に不良であった。今後も組織型、病変の進展と合わせた解析を続けることが必要と考える。

SY8-2 子宮体癌治療における腹水細胞診の意義

三重大学産婦人科学講座

○平田 徹(MD), 近藤英司(MD), 松本剛史(MD),
真川祥一(MD), 真木晋太郎(MD), 金田倫子(MD),
吉田健太(MD), 田中博明(MD), 池田智明(MD)

【緒言】子宮体癌の進行期は FIGO2008 分類で腹水細胞診が進行期決定に関わらず別記記載推奨となり、臨床的取り扱い様々である。改めて、子宮体癌治療における腹水細胞診の意義について検討する。

【方法】当科と関連施設で、2012年1月から2016年12月に治療開始された子宮体癌症例497例のうち、腹水細胞診が実施された358例を対象に後方視的に検討した。

【結果】対象の年齢中央値59歳(24~95歳)、観察期間中央値20ヶ月(0-81ヶ月)、進行期はそれぞれIA期210例、IB期74例、II期10例、IIIA期20例、IIIB期2例、II-IC1期12例、IIIC2期15例、IVA期0例、IVB期15例であった。組織型は類内膜癌303例、漿液性癌15例、明細胞癌9例、癌肉腫16例、その他15例であった。リンパ節郭清が58.9%(211/358例、IA期49.1%、IB期64.9%、II期63.6%、IIIB期50%)に実施され、そのうちリンパ節転移を10.4%(22/211例)に認めた。郭清されなかった症例145例のうち腹水細胞診陽性は13例で、IA期では腹水細胞診陽性と陰性の再発率はそれぞれ21.4% vs 2.1%であり、腹水細胞診陽性は再発予測因子であった($p < 0.001$ HR 12.577 95% CI 2.799-56.507)。郭清が行われた子宮体癌IA期では、腹水細胞診陽性は再発予測因子ではなかった($p = 0.235$ HR 3.947 95% CI 0.409-38.043)。

【結論】子宮体癌IA期でリンパ節郭清を行わない場合、腹水細胞診は再発予測として重要である。

SY8-3 子宮体癌における臨床病理学的所見の再考～腹水細胞診に着目して～

東京慈恵会医科大学産婦人科学講座¹⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座²⁾, ころとからだの元氣プラザ婦人科³⁾

○竹中将貴(MD)¹⁾, 上井美里(MD)¹⁾, 矢内原臨(MD)¹⁾,
清川貴子(MD)²⁾, 高野浩邦(MD)¹⁾, 山田恭輔(MD)¹⁾,
小田瑞恵(MD)³⁾, 新美茂樹(MD)¹⁾, 磯西成治(MD)¹⁾,
岡本愛光(MD)¹⁾

【目的】子宮体癌の臨床病理学的情報を解析し、腹水細胞診の意義を再考する。

【方法】手術により病理学的に診断された子宮体癌のうち、組織型が類内膜癌、漿液性癌、明細胞癌であり、腹水細胞診が陽性または陰性であった症例を対象とした。臨床病理学的情報と腹水細胞診との関連を検討した。

【結果】2000年から2014年に手術を施行した1427例中、選択基準を満たした症例は992例(腹水細胞診陰性: 870例(87.7%), 陽性: 122例(12.3%))であった。年齢中央値は59歳(25-91)、ステージI/II/III/IVはそれぞれ784例(79.0%), 55例(5.6%), 121例(12.2%), 32例(3.2%)であった。類内膜癌は926例(93.4%)で、Grade1/2/3がそれぞれ574例(62.0%), 223例(24.1%), 129例(13.9%)であった。漿液性癌および明細胞癌は36例(3.6%), 30例(3.0%)であった。全症例解析では、腹水細胞診は複数の臨床病理学的因子と有意に関連していた。多変量解析では、腹水細胞診は年齢、ステージ、組織型と共にPFSと有意に関連していた(HR: 2.64, 95% CI: 1.67- 4.19, $P < 0.0001$)。ステージI/IIの解析においても腹水細胞診とPFSに相関がみられた(HR: 2.77, 95% CI: 1.34- 5.69, $P = 0.0057$)。

【結論】腹水細胞診は子宮体癌における有用な予後予測因子となる可能性が示された。本研究では今後さらに近年の症例を追加し、子宮体癌治療における腹水細胞診の意義を検討する。

SY8-4 腹水細胞診は子宮体癌の独立した予後因子なのか？

弘前大学大学院医学研究科産婦人科学講座

○二神真行(MD), 横山良仁(MD)

以前は腹水細胞診陽性は IIIA 期として治療されていたが, 現在は進行期改訂に伴い再発危険因子としては扱われず, 腹水細胞診陽性のみの場合は経過観察している施設が多いと思われる. 今回当科で平成 14 年から 27 年までの間に, 子宮体癌として手術を行った 337 症例について, 腹水細胞診が予後不良因子であるか, その他の従来の予後因子とあわせて検討した. 平均年齢は 56.8 歳. 進行期は I 期 249 例 (73.9%), II 期 23 例 (6.8%), III 期 45 例 (13.4%), IV 期 20 例 (5.9%) であった. 組織型では類内膜癌が 300 例 (89%) で大多数を占めていた. それらの類内膜癌の分化度は G1 162 例, G2 94 例, G3 47 例であった. 再発 55 例 (16.3%) で, 原病死 30 例 (8.9%) であった. 腹水細胞診陰性 (N=276) は, 陽性 (N=59) に比べて I 期, 類内膜癌, G1, 筋層浸潤 1/2 以下の頻度が有意に高く, 脈管侵襲・頸管浸潤・付属器・傍子宮結合組織への進展・PLN・遠隔転移が有意に低かった. 再発および原病死をアウトカムとした解析では, いずれも腹水細胞診陽性で予後不良であった. 再発および原病死をアウトカムとした単変量解析では, 腹水細胞診陽性は III 期以上の進行期や分化度, PLN・PAN 転移とならび有意な予後不良因子であったが, 多変量解析では有意差はなかった. また I・II 期に限定した同様の解析でも多変量解析では腹水細胞診陽性は独立した予後不良因子ではなかった. 以上の当科での検討とあわせて, これまでの腹水細胞診の論文と比較し報告したい.

SY8-5 子宮体癌 IA 期の腹水細胞診陽性例における抗癌剤治療の意義

がん研究会有明病院婦人科

○菅野素子(MD), 谷川輝美(MD), 的田真紀(MD), 青木洋一(MD), 野村秀高(MD), 岡本三四郎(MD), 尾松公平(MD), 金尾祐之(MD), 竹島信宏(MD)

【目的】 宮体癌 IA 期の腹水細胞診陽性例に対する術後補助化学療法の有用性を検討した.

【方法】 2005 年 1 月から 2015 年 12 月までの 10 年間で, 当院で子宮体癌 IA 期と診断され, 術中腹水細胞診を施行された 1351 例を対象とした. 腹水細胞診が陽性であった症例は 154 例で, そのうち他病死, 卵巣癌との重複癌等を除いた 134 例について検討した.

【成績】 術後抗癌剤治療を施行した (A 群) のは 63 例, 施行しなかった (B 群) のは 71 例であった. 組織型は類内膜癌 G1・G2 (35 例 VS62 例), G3 (6 例 VS1 例), 漿液癌 (4 例 VS1 例), その他 (18 例 VS7 例) であった. それぞれ再発は (6 例 VS7 例) で (9.5% VS9.8%) であった. 再発部位は A 群で陰断端 1 例, 腹腔内リンパ節 2 例, 腹膜播種 2 例, 肺転移 1 例, B 群では陰断端 2 例, 腹膜播種 5 例であった. A 群の再発例は G1・G2 は 35 例中 2 例 (5.7%) で, G3・非類内膜癌は 28 例中 4 例 (14%) であった. 一方 B 群の再発例では G1・G2 は 62 例中 2 例 (3.2%) であったのに対し, G3・非類内膜癌 9 例中 5 例 (55.6%) で再発した.

【考察】 当院では子宮体癌 IA 期のうち組織型 (G1・G2 以外), 腫瘍径 3 cm 以上, 脈管侵襲陽性例, 腹水細胞診陽性例では術後抗癌剤治療を推奨している. 腹水細胞診陽性であっても組織型が G1・G2 例では術後抗癌剤治療を施行していなくても再発率は変わらなかったが, 腹水細胞診陽性で, G3・非類内膜癌の症例で術後抗癌剤治療を施行しなかった場合, 高率に再発していた. 腹水細胞診陰性例においても検討し, あわせて考察する.

SY8-6 子宮体癌の腹水細胞診陽性は再発予測因子となるか

国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科¹⁾, 国立がん研究センター中央病院病理部²⁾

○加藤友康(MD)¹⁾, 高橋健太(MD)¹⁾, 久野育美(MD)¹⁾, 米岡 完(MD)¹⁾, 塚田貴史(MD)¹⁾, 加藤真弓(MD)¹⁾, 清水華子(MD)¹⁾, 植原貴史(MD)¹⁾, 池田俊一(MD)¹⁾, 吉田 裕(MD)²⁾, 石川光也(MD)¹⁾

【目的】最近我々は、子宮体がん I, II 期の 3 年再発の独立したリスク因子、年齢 60 歳以上、組織型 type2、頸部間質浸潤陽性、腹水細胞診陽性をそれぞれ 1 点として加算する再発リスクスコア (RPS) を提唱した (J Gynecol Oncol. 2019)。各リスク因子の中から腹水細胞診陽性に注目して、陽性例の予後や再発部位を検討した。

【方法】対象は 2005 年から 2013 年までに当院で初回治療として手術を受けた子宮体がん FIGO I~II 期、組織型は腺癌(類内膜、漿液性、明細胞、粘液性)である。類内膜腺癌 G1, G2 を Type1 とした。術後追加治療は行われていない。「60 歳未満、頸部間質浸潤陰性、Type 1」でかつ腹水細胞診陰性を RPS 0、陽性を RPS 1 とした。腹水細胞診陽性でかつ「60 歳以上または間質浸潤陽性または Type 2」なら RPS 2・3 とした。

【結果】全症例 222 例の内訳は、RPS 0 が 171 例、1 が 36 例、2・3 が 15 例であった。3 年無再発割合は RPS 0 群が 99.4%、1 が 91.7%、2・3 が 53.6%であった。腹膜再発の 7 例は type 2 症例 6 例と、RPS 1 の 1 例であった。この 1 例は原発巣の中にわずかに混在した漿液性腺癌の転移であった。RPS 1 は 3 例が再発したが、もう 1 例も混在した G3 の腔断端再発であった。

【考察】腹水細胞診陽性例は RPS1 に比べ RPS2・3 では、予後が悪化した。一方、RPS1 の予後は RPS 0 より不良であったが ($p < 0.01$)、再発成分は type2 であり、RPS 1 において腹水細胞診陽性が再発予測因子になるかどうかはさらなる検討が必要である。

◇シンポジウム 9

ゲノム (molecular cytology) 医療現場最前線

SY9-1 唾液腺腫瘍における遺伝子異常 Update: 細胞診断への応用

名古屋市立大学臨床病態病理学

○稲垣 宏(MD)

多彩な細胞により構成される唾液腺腫瘍には多くの腫瘍型が認知されており、また臨床的態度は indolent から aggressive まで多岐にわたる。しかし唾液腺腫瘍は比較的稀な腫瘍であることに加え、腫瘍特異的な免疫染色が限られていることから、個々の症例の病理診断に難渋することも少なくない。近年、唾液腺腫瘍に特異的または関連する分子マーカーが多く報告されており、これらは腫瘍診断、予後推定、治療選択に有用である。粘表皮癌では、特異的 CRTCl/3-MAML2 キメラ遺伝子が多くの症例で認められ診断に有用である。さらにこのキメラ遺伝子は低悪性度組織型、患者良好予後と関連することが多い。腺様嚢胞癌では、MYB/MYBL1-NFIB キメラ遺伝子に関連する異常が大多数の症例に認められ、キメラ遺伝子の検出は診断的価値が高い。分泌癌には ETV6-NTRK3/RET キメラ遺伝子が特異的であり、Trk 阻害薬の有効性が報告されている。その他、明細胞癌には EWSR1-ATF1/CREM、導管内癌には NCOA4/TRIM27-RET、唾液腺導管癌には NCOA4-RET などのキメラ遺伝子が報告されている。唾液腺腫瘍の術前病理診断は、顔面神経損傷や腫瘍細胞播種などの危険を考慮して、細胞診が重要な位置を占める。本シンポジウムでは、唾液腺腫瘍における遺伝子異常を概説するとともに、われわれが進めている細胞診材料を用いた遺伝子診断について述べる。

SY9-2 細胞診材料を用いた肺癌遺伝子検査の現状と役割

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), 高瀬頼妃呼(CT),
村田和也(CT), 福満千容(CT), 吉田友子(CT),
尾崎由佳子(CT), 内藤嘉紀(MD), 秋葉 純(MD)

近年, 分子標的治療の普及とともに呼吸器領域では EGFR 遺伝子変異, ALK 融合遺伝子, ROS1 融合遺伝子などの遺伝子の検索が患者治療において重要となっている。これらの遺伝子検索は, 通常, 組織検体で行われているが, 実臨床の現場においては細胞診検体を用いた対応も増加している。とくに進行肺癌や再発肺癌での胸水などの細胞診検体の遺伝子検索は, 生検および再生検が困難な患者においては治療選択の一助として臨床医からの期待は高い。当院では, 肺領域の細胞診検体の処理法としておもに LBC 法を用いて細胞診断を行っている。LBC 法の運用としては, 気管支擦過, 気管支洗浄, EBUS-TBNA, CT 下肺穿刺, 胸水穿刺などの細胞診検体より LBC 標本を作製し, 悪性もしくは悪性が疑われる残余検体からセルブロックおよび HE 標本を作製し, 標本中に含まれる出現細胞の確認を行う。これらのセルブロックは IHC 法, FISH 法や PCR 法などのための FFPE 標本作製が繰り返し可能であり, その組織型推定や分子病理診断のための材料としての重要性は高いと考えられる。今回, われわれは呼吸器領域の細胞診材料を使用した細胞診断と遺伝子検査の経験から細胞材料の取り扱いと遺伝子解析法について, LBC 処理法を用い作製したセルブロックの有用性と今後の展望について紹介したい。

SY9-3 肺癌ゲノム医療の現状と細胞診への期待

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹⁾, 国立がん研究センター研究所臨床ゲノム解析部門²⁾

○元井紀子(MD)¹⁾, 橋本大輝(MD)¹⁾, 時田和也(CT)¹⁾,
吉田和広(CT)¹⁾, 柿島裕樹(CT)¹⁾, 千木良浩志(CT)¹⁾,
福原 萌(CT)¹⁾, 中谷久美(CT)¹⁾, 澁木康雄(CT)¹⁾,
市川 仁(PhD)²⁾

肺癌の治療は, 分子標的治療薬, 免疫チェックポイント阻害剤の登場により大きく変化しているが, 最適な治療法選択のためのバイオマーカー検索の重要性が増している。特に進行期肺癌では, 採取できる検体に制限があり, 胸水細胞診, 穿刺吸引細胞診など細胞を用いる病理バイオマーカー検査への期待は大きい。現在, 保険収載されている病理バイオマーカー個別検査としての EGFR 遺伝子変異, ALK 融合遺伝子, ROS1 融合遺伝子, PD-L1 IHC 検査, さらに BRAF 遺伝子変異, NTRK 融合遺伝子などに用いられる複数遺伝子を同時に検査するパネル検査について整理するとともに, 組織および血液検体との比較で細胞検体と各検査法との相性を考察する。現状では保険収載されている検査薬の全てで細胞検体を用いる検査ができるわけではなく, 種々の制限がある。細胞検体の利点は, 組織診と比べ検体採取の侵襲性が低いこと, 血漿検体よりも標的細胞が確認できることなどが挙げられる。一方で, 標本採取, 作成過程が施設により様々であること, 細胞診断には習熟が必要なことなどが課題である。当院の実臨床での解析の現状を報告するとともに, これらの課題に関して, 核酸品質に及ぼす検体処理の影響, および検体採取法による評価結果の比較研究の結果を紹介する。ゲノム医療への細胞診の活用は大きく期待できるが, 適切な検体処理および評価に関する標準化などが課題である。

SY9-4 今後のゲノム診療における細胞診のあり方： 学会における取り組み

北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門¹⁾、国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科²⁾、公立昭和病院臨床検査科³⁾、久留米大学病院病理診断科・病理部⁴⁾、大阪大学医学部附属病院病理部⁵⁾、国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科⁶⁾、九州大学大学院医学研究科形態機能病理学⁷⁾、東京慈恵会医科大学産婦人科⁸⁾、聖マリアンナ医科大学病理学⁹⁾、北里大学医学部呼吸器外科学¹⁰⁾、大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理部¹¹⁾

○畑中 豊(PhD)¹⁾、元井紀子(MD)²⁾、濱川真治(CT)³⁾、河原明彦(PhD)⁴⁾、長友忠相(CT)⁵⁾、桑田 健(MD)⁶⁾、小田義直(MD)⁷⁾、岡本愛光(MD)⁸⁾、前田一郎(MD)⁹⁾、佐藤之俊(MD)¹⁰⁾、森井英一(MD)¹¹⁾

次世代シーケンサーを用いたがん遺伝子パネル検査システムが、本邦において昨年相次いで薬事承認され、本年より臨床運用が本格化する状況にある。コンパニオン診断においては、すでに肺癌では BRAF 変異検査が保険診療下で実施されており、今後はマルチプレックス化される見込みとなっている。また包括的ゲノムプロファイリング検査も、保険診療下での運用が目前に迫っており、運用が開始されると多数遺伝子を対象としたゲノム異常の検索が、がんゲノム医療中核拠点等を中心に実施される。こうした遺伝子パネル検査の大部分は、外部検査機関で実施されることが想定されている。それゆえ、医療機関側の検体処理や検体提出は極めて重要であり、これらが不適切に行われた場合は大きな患者の不利益に繋がる。保険診療下における遺伝子パネル検査では、組織検体の使用が現時点では第一選択となっているが、核酸品質の良好な細胞検体の使用も想定されている。こうした背景を受け、当学会では、「ゲノム診療時代における細胞診のあり方検討ワーキング」が設置され、遺伝子パネル検査を中心としたゲノム診療における細胞検体の取扱いへの対応等について話し合われている。本シンポジウムでは、今後のゲノム診療における細胞診のあり方について概説するとともに、現在本ワーキングで進めている細胞検体に関するアンケート調査の結果や、今後作成が予定されている検体取扱いに関するガイドンスについても触れる。

◇シンポジウム 10

乳腺穿刺吸引細胞診の鑑別困難の実際

SY10-1 乳腺クリニックにおける乳腺穿刺細胞診の有用性についての検討

乳腺ケア泉州クリニック

○米川みな子(CT)、塚本 愛(CT)、住吉一浩(MD)

【はじめに】乳腺病変の診断において生検が普及し、画像上悪性と判定された病変に対してはサブタイプ検索もあり、FNA(穿刺吸引細胞診)が省略されることが多くなってきている。一方、安価で簡便、低侵襲であるFNAは良性病変の確認には欠かせない検査法になっている。そこで良性病変の多い当乳腺クリニックにおけるFNAの有用性について検討した。

【対象】2016年～2018年10月までに施行した乳腺穿刺細胞診663例

【結果】画像上良性と判定された550例の内訳は、「検体不適正」が92例(16.7%)、「正常あるいは良性」408例(74.2%)、「鑑別困難」7例(1.3%)、「悪性疑い」4例(0.7%)、「悪性」39例(7.1%)で「悪性疑い」「悪性」としたものが7.8%あり、組織診ではすべて悪性であった。画像上悪性疑いとされた症例のうち、まずFNAを施行したものが113例あり、内訳は「検体不適正」が3例(2.7%)、「正常あるいは良性」16例(14.2%)、「鑑別困難」6例(5.3%)、「悪性疑い」8例(7.0%)、「悪性」80例(70.8%)で、良性とした16例は組織診ですべて良性であった。なお悪性疑い、悪性としたものもすべて悪性であった。なお全体で検体不適正率は14.3%で、鑑別困難は2.0%であった。

【考察】院内に、細胞診専門医と、細胞検査士がいるため、診断が早くでき、悪性を疑う症例に対しても、診断結果に時間のかかる外注組織診を、良悪の判定のみでは補えている面がある。また臨床所見や画像の確認をしながらお互いに直接検討できることもあり、細胞診の精度は高く、当クリニックにおいて細胞診は依然有用である。

SY10-2 当院における13年間の乳腺細胞診鑑別困難の検討(画像診断・臨床医の対応の変遷)

たけべ乳腺外科クリニック¹⁾, 高松平和病院²⁾

○安毛直美(CT)¹⁾, 兼近典子(CT)¹⁾, 武部晃司(MD)¹⁾,
新井貴士(MD)¹⁾, 横山智子(CT)²⁾, 宮西智恵(CT)²⁾,
佐藤 明(PhD)²⁾

【はじめに】画像機器の発達に伴い非浸潤性乳管癌(DCIS)や小さな浸潤癌, 良悪性鑑別困難な病変を検出する機会が増えている。一方, 直ちに生命予後に影響しない乳癌の過剰診断が話題となっている。当院ではMMG所見を参考にUSスクリーニングでのわずかな病変に対して積極的に穿刺吸引細胞診を施行している。13年間の細胞診鑑別困難症例を検討した。

【対象】2006~18年の鑑別困難820件(8.1%)の内経過が追えた764件とした。2011年までの前期358件と以降の後期406件に分けて鑑別困難となる病変や臨床医の対応の変化について調べた。

【結果】細胞診後の更なる精査は針生検: 外科的生検: 経過観察の割合が前期34%: 60%: 6%, 後期79%: 19%: 2%であった。組織診は悪性の割合は前後期とも39%, 悪性の内訳はDCIS: 浸潤癌が前期52%: 48%後期35%: 65%であった。良性の内訳は乳管内乳頭腫が前期31%後期35%と高かった。経過観察で前期2人が画像に変化を認め癌と診断された。また針生検で良性と診断後, 前期2人後期3人がその後癌と診断された。

【考察】前後期の比較では前期は外科的生検や経過観察の割合が高く, 後期は針生検の割合が増えた。鑑別困難を外科的生検することで, 良性病変に合併したDCISが発見されたことも原因の一つと考えられる。乳癌取扱い規約における細胞診報告様式設定時の検討結果では鑑別困難となる病変の悪性は硬癌, 良性は線維腺腫の割合が高く今回の結果とは異なっており, 画像で検出され細胞診の適応となる病変は変化している。画像所見の検討も交え鑑別困難の位置づけ, 有用性について発表する。

SY10-3 当院の乳腺穿刺細胞診における「鑑別困難」の実際

国立病院機構千葉医療センター臨床検査科病理¹⁾, 国立病院機構千葉医療センター乳腺外科²⁾

○山本伸晃(CT)¹⁾, 鈴木正人(MD)²⁾, 神戸美千代(MD)¹⁾,
高橋葉子(MD)¹⁾, 中野茂治(MD)²⁾, 粕谷雅晴(MD)²⁾,
吉原彩香(CT)¹⁾, 渡邊晃司(CT)¹⁾, 永井雄一郎(MD)¹⁾

乳腺疾患に対する穿刺吸引細胞診は低侵襲で簡便な診断法として広く用いられてきた。かつてはほとんどの施設で乳腺病変(特に腫瘤)に対する診断には細胞診が用いられていたが誤陰性や誤陽性の問題から針生検(CNB)などによる組織診にその座を奪われてきている。細胞診不要論もよく耳にする。癌専門病院ならそれでも良いかもしれないが良性疾患の方がはるかに多い一般病院の実臨床の場で前例組織診を行うことは現実的では無い。乳癌はサブタイプによって治療法が異なるため悪性を強く疑う場合は細胞診を行わずに組織生検を行う施設も多いが, 当院では進行乳癌以外のinitial diagnosisには細胞診を用いている。それ以外の対象としては微小病変, 術前検査で発見される副病変の良悪性判定やリンパ節転移の有無の判定などが挙げられ, 嚢胞性病変の場合には細胞診が第1選択, 第2選択が吸引式組織生検(VAB)となる。細胞診で「鑑別困難」となるのは乳頭状病変, 乳管過形成などの上皮増生病変, 非浸潤性乳管癌など多彩な像を呈する場合がある。加えて標本作製上の問題や細胞判定の過大, 過小評価も起因に含まれるであろう。当院で過去4年間(2015年1月~2018年12月)に行われた乳腺穿刺吸引細胞診は886件で検体不適正29件(3.1%), 検体適正857件であった。鑑別困難と判定されたのは56件(6.5%)であった。鑑別困難例に対するその後の対応としてはCNB・VAB・外科的生検・経過観察があり臨床医が次に何を選択するかは鑑別困難の内容が重要となる。当院の鑑別困難例への対応や最終診断の解析を行い細胞診断の現状や検討すべき問題について考察する。

SY10-4 乳腺細胞診鑑別困難例に対する臨床的取り扱いの実情と課題

川崎医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 川崎医科大学附属病院²⁾, 川崎医科大学産婦人科学¹⁾, 川崎医科大学附属病院・川崎医科大学病理学⁴⁾

○福屋美奈子(CT)¹⁾, 小林博久(CT)²⁾, 寺尾祥江(CT)²⁾, 菅野豊子(CT)²⁾, 米 亮祐(CT)²⁾, 小林江利(CT)²⁾, 羽間夕紀子(PhD)³⁾, 森谷卓也(PhD)⁴⁾

【はじめに】近年、悪性を強く疑う患者に対しては、術前化学療法の必要性も加味し、針生検が行われる場合が多いが、良性病変を疑う症例や、悪性を疑うが出血傾向を伴う患者などに対しては、より低侵襲の細胞診検査が施行されている。そのような適応で実施したものの中で、鑑別困難と判定された症例について、その後の経過を調査した。

【材料と方法】当院では、年間約 430 例の乳腺穿刺吸引細胞診が実施されている。通常は直接塗抹法による標本を診断に用いるが、必要に応じて、穿刺に使用した針内を細胞保存液で洗浄した材料で、液状化検体細胞診(LBC)法を追加している。2010 年～2018 年に実施された乳腺細胞診のうち、鑑別困難と判定された 216 件について検討した。

【結果と考察】細胞診報告後に生検または手術が行われたのは 130 件、経過観察は 86 件であった。経過観察は、3 か月、6 か月、1 年と徐々に間隔をあけて来院を促し、視触診に加えて超音波検査などを実施した。病変が増大傾向を示す例では、来院の間隔を短くするなどの対応がとられていた。組織検査実施例では、病理診断の結果から細胞診報告の内容や細胞像の振り返りを行うが、さらに臨床経過、超音波やマンモグラフィなどの画像所見を合わせ、臨床病理学的見地からプレアナリティカルな面も含めて総合的に鑑別困難の要因を検証する努力が必要と思われる。

SY10-5 乳腺穿刺吸引細胞診(FNA)における鑑別困難症例の検討

がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, がん研有明病院乳腺センター外科²⁾, がん研有明病院臨床病理センター病理部³⁾

○池畑浩一(CT)¹⁾, 森園英智(MD)²⁾, 坂井威彦(MD)²⁾, 古田則行(CT)¹⁾, 小松京子(CT)¹⁾, 堀井理絵(MD)³⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾

【はじめに】当院の FNA は、乳癌と診断された後、その副病変（広がり範囲や併存良性疾患）に対して行われることが増え、画像的に良悪の鑑別が難しい小さな病変であり、鑑別困難となる頻度が増加している。

【目的】FNA において鑑別困難と評価された病変の臨床病理学的特徴を検証する。

【対象と方法】2015 年から 2016 年の当院 FNA で、検体適正 2812 例中、鑑別困難と判定した 212 例（7.5%）について、穿刺対象種別、穿刺部位径、追加検査有無、組織診と細胞像を検討した。

【結果】主病変 120 例、副病変 92 例。径 10 mm 以下 67.9%。追加検査（再 FNA、針生検、摘出術）の実施 168 例（79.2%）。経過観察 44 例。組織診は良性 53 例、鑑別困難 7 例、悪性 93 例、検証不能 15 例。組織診良性では乳頭腫、線維腺腫、乳管内増殖性病変などであった。細胞像は、細胞量が多く、乳頭状や篩状様の構造異型、集塊の結合性低下や孤立細胞の出現を拾い上げていた。悪性では DCIS が 55.9%、そのうち核異型スコア 1 が 34.6%であった。細胞像は、小型細胞が多数出現する単調な像で、乳頭状や篩状様構造などの構造異型、かつ集塊の結合性低下を認める所見であったが、核異型が弱かった。また、粘液を伴う所見、異型アポクリン化生細胞から成る像であった。

【まとめ】当院の FNA 鑑別困難症例は十分な細胞量が採取されていた。組織診良性例は細胞異型よりも構造異型が重視され拾い上げられていた。悪性例は細胞異型の弱さから鑑別困難とせざるを得なかった。それらは、多彩な良性病変、低異型度の DCIS が FNA の対象の多くを占めていたことが原因と考えられた。

SY10-6 乳腺穿刺吸引細胞診の鑑別困難症例の検討

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理細胞診断科²⁾, 大阪国際がんセンター乳腺・内分泌外科³⁾

○龍あゆみ(CT)¹⁾, 棚田 論(CT)¹⁾, 芦村純一(CT)¹⁾, 中村ハルミ(MD)²⁾, 中山貴寛(MD)³⁾, 中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】当院では乳腺穿刺吸引細胞診(FNA)は主病変をはじめ娘結節および副病変, 良悪性が不明な腫瘍に対して施行される。当院の過去5年間における鑑別困難の判定の割合は全体の5.4%であった。当院での鑑別困難の要因について検証する。

【方法】2014年から2018年までの5年間に施行されたFNA1324例中(判定不能を除く), 鑑別困難と判定した症例は72例であった。そのうち, 組織診が施行された57例を対象とし, 粘液瘤様腫瘍(MLT)を推定したものとそれ以外[細胞量:適正・少数]に分け組織診と対比した。ただし細胞量少数は細胞密度が疎なものとし, 細胞量適正はそれ以外のものとした。

【結果】1) MLTを推定した9例; 4例に非浸潤性乳管癌(DCIS), 2例に粘液瘤様腫瘍が認められた。2) 細胞量適正23例; 11例は組織診で良性[線維腺腫3例, 乳管内乳頭腫2例, 乳管内増殖性病変2例, 悪性所見なし4例], 11例は悪性[浸潤性乳管癌7例, アポクリンDCIS4例], 1例は異型乳管過形成であった。3) 細胞量少数25例; 24例は組織診で悪性であった。

【結語】MLTを推定した9例中4例にDCISが認められた。背景の希薄な粘液とごく少数の細胞を注意深く観察することが重要である。細胞量が適正の症例は低異型度の乳癌やアポクリン癌, それらとの鑑別を要する良性病変を考慮する必要がある。細胞量が少数の症例のほとんどは組織診で悪性であり, 積極的に再検すべきである。鑑別困難と判定するときは細胞所見・推定病変を詳細に記載することが, 次のステップへの方向性を示す上で重要であると考えられた。

◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

1 消化器領域におけるEUS-FNA on-site cytology 当院の運用方法

がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, がん研究会がん研究所病理部²⁾

○池畑浩一(CT)¹⁾, 古田則行(CT)¹⁾, 藤山淳三(CT)¹⁾, 星 利良(CT)¹⁾, 山崎奈緒子(CT)¹⁾, 山田麻里沙(CT)¹⁾, 伊藤崇彦(CT)¹⁾, 小松京子(CT)¹⁾, 高澤 豊(MD)²⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾

当院のEUS-FNAは, 2009年11月膵腫瘍を対象に開始された。当初より臨床側からの要請にてon-siteで臨床診断に見合う目的の細胞が採取されているかを確認し, 細胞判定は行わない。症例数は2017年まで増加の一端をたどり881例にのぼる。対象部位は, 膵臓73.8%, リンパ節10.7%, 粘膜下腫瘍8.1%(胃46, 食道9, 十二指腸9, 大腸7)が多く, 膵・胆管周囲組織, 腹腔内腫瘍, 副腎, 縦隔と幅広い。従って, 組織型は腺癌が圧倒的に多いが, 悪性リンパ腫や転移性腫瘍, GISTや平滑筋腫など多岐に渡る。当院のon-siteでは, 検体が採取されると細胞検査士1人が出向し, 臨床医が取り分けた検体から標本作製を行う。塗抹後95%エタノール固定し, 直ちに迅速固定液にて約1分間浸透後水洗。2倍希釈ギルヘマトキシリンにて核染色のみを施行し検鏡する。そして, 目的の細胞の有無を確認し, 臨床医に口答で報告する。報告内容は対話内容記録(2016年から開始)を作成し保管している。2017年の179例において, 対話内容記録からon-site時に目的の細胞かどうか判断の難しかった10例では, 通常のパパニコロウ染色後の細胞判定で8例が組織診断と一致した。また, 細胞診と組織診が不一致であった21例は, 細胞診のみ, あるいは組織診のみで確定診断に至っており, 相補的な役割を担っていた。採取部位や組織型に多彩性があるため, on-site時の内容を対話内容記録に記録することで, 出向者および臨床医, そして通常のパパニコロウ染色後の検鏡者が情報を共有でき有用である。

2 当院における ROSE の現状と今後の課題

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科

○有田茂実(CT), 高橋 司(CT), 小高亜紀子(CT),
伊丹真紀子(MD)

当院における Rapid on-site cytologic evaluation (以下, ROSE) は, 診断に適した検体が得られているかを目的に, 呼吸器内科の超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法 (以下, EBUS-TBNA) と整形外科の CT 下針生検時に実施されている。結果報告までの所要時間は5分以内を目標としている。今回は, EBUS-TBNA を中心に, 結果報告までのプロセスを紹介するとともに, 感染防止対策, 今後の課題などについて報告する。実施条件は, 塗抹標本あるいは採取検体を当部署まで搬送することとしている。昨年の実施数は, 呼吸器内科 275 件, 整形外科 171 件。染色は簡易ギムザ染色を用いる。固定～染色までの所要時間は 45 秒で, 未乾燥・未封入で直ちに鏡検する。鏡検は 2 名の細胞検査士のダブルチェックで行い, 結果報告は細胞検査士が臨床医に口頭で伝える。報告内容は, 悪性細胞の有無 (陰性, 疑陽性, 陽性), 陽性はわかる範囲で組織型を, 疑陽性・陰性は理由や出現細胞を簡潔に伝える。感染防止対策として, 事前に患者情報を確認し, 結核等の感染性疾患が疑われる症例では特に標本の風乾は厳禁, メタノール固定を速やかに行うこと, 塗抹面への接触には細心の注意を払うことなどを原則としている。今後の課題として, 昨年 4 月の診療報酬改定により, EBUS-TBNA が迅速細胞診として認められたものの, 「検査中に鏡検を完了した場合」という縛りがあり, 当院としては請求していないことが挙げられる。ROSE は, 確実な病理診断につながるとともに, 遺伝子検査などのトリアージにも貢献しており, 適応拡大が期待できる分野と考える。

3 ROSE の現場における患者に対する感染予防策について

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科

○草苺宏有(CT), 佐々木真実(CT), 赤埴由紀子(CT),
安田玲子(CT), 柳澤信之(MD), 相田芳夫(MD)

2018 年の診療報酬改訂により, EBUS-TBNA によるリンパ節の吸引に限り, 検査中の迅速細胞診として保険収載された。これを機会に EBUS-TBNA に限らず, 臨床の現場に出向き, 採取された細胞診材料や組織診材料の質についての評価を現場で行う ROSE も多くの施設で行われ始めている。保険点数の対象外となるものが多いが, 病理医による迅速診断をせず, 臨床の現場で染色および鏡検をし, 病理検査に十分耐えうる量と質であるかを判断することを目的とし, 良悪や組織型について言及しない ROSE は今後, 多くの施設で行われていくと思われる。臨床の現場へ行くにあたり感染症に対する標準予防策については, 病理検査室の現場と大きくは変わらない。手袋やマスクは必需品であるが, 場合によってはゴーグルやエプロンなどの用意もあり得る。しかし, 現場でそれよりも重要なことは, 医療従事者が患者へ感染あるいは汚染をさせてはならないことである。穿刺針, ガーゼ, セッション, 濾紙等, 患者に触れる器具等はすべて滅菌済みのものである。穿刺器具によっては複数回穿刺することもあり, その都度, 細胞診検体をスライドガラスへ捺印などする場合は, 清潔エリアと汚染エリアの線引きを明確にし, 針先を汚染させることなく複数回の検体採取を行う必要がある。針先から検体を受け取る場合は滅菌済みのセッションおよび濾紙を使用し, 濾紙を介して持ち込みのセッションで持ち替え ROSE を行うことで針先を汚染させることなく複数回の検体採取が可能となる。ROSE では自己防衛に加え患者を汚染させない手技が重要で有り, 当院で行っている方法を紹介する。

4 オンサイト迅速細胞診における湿固定検体を用いた簡易ギムザ染色の有用性

兵庫医科大学病院病院病理部

○糸山雅子(CT), 鳥居洋祐(CT), 中西昂弘(CT),
石田圭子(CT), 石田誠実(CT), 榎本利香(CT),
佐藤 元(CT), 中村純子(CT), 鳥居良貴(CT),
廣田誠一(MD)

当院では、乳腺内分泌外科外来での穿刺吸引細胞診検体や太針生検・吸引式組織生検検体、耳鼻咽喉科/頭頸部外科外来における甲状腺・唾液腺・リンパ節等の穿刺吸引細胞診検体、さらに内視鏡センター・放射線医療センターでの粘膜下腫瘍・腭腫瘍・リンパ節等に対する超音波内視鏡下穿刺吸引生検検体に対し、細胞検査士が立ち会ってオンサイト迅速細胞診 (rapid on-site cytologic evaluation: 以下 ROSE) を行っている。ROSE に際しての染色法としては、湿固定後に Shorr 染色を行うか、乾燥固定後に ultrafast Papanicolaou 染色や簡易ギムザ染色を行うのが一般的であるが、当院ではエタノール湿固定後に簡易ギムザ染色を行っている。本法は流水設備を必要とせず、短時間で標本作製が可能だけでなく、湿固定後の染色方法のなかではより細胞剥離の少ない方法と考えられる。乾燥固定ギムザ染色に特徴的とされてきた異染性も確認することができる。また、乾燥固定ギムザ染色では厚い塗抹検体や圧挫標本の観察が困難であるが、湿固定ギムザ染色では湿固定の特徴を活かして重積性のある細胞集塊内の個々の細胞所見の観察もある程度可能である。さらに、ROSE での判定終了後にエタノール液に浸漬して脱色と再固定を行い、検査室に戻った後にその標本をパパニコロウ染色することで、ルーチン検体と同様にスクリーニングを行うことができるという特徴がある。ROSE に際する湿固定ギムザ染色は、以上のようなさまざまな利点を有しており、乾燥固定での染色操作に比べ感染の危険性の低減も期待されることから有用と考える。

◇最優秀論文賞 受賞講演 1

(平成 29 年受賞)

充実成分を有する甲状腺乳頭癌の細胞像とその臨床的意義について

日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科

○大橋隆治(MD)

【はじめに】甲状腺乳頭癌充実型亜型は、乳頭癌の核変化と充実性成分 (solid component, SC) を共に有する近年提唱された新たな組織亜型である。だが、臨床病理学的な研究報告は未だ限られており、いまだ不明な点が多い。今回、我々は SC を有する乳頭癌の術前吸引細胞診 (FNA) 所見、およびその臨床的意義につき、通常型乳頭癌と比較、検討を行った。

【対象と方法】過去に甲状腺乳頭癌と組織学的に診断された症例のうち、SC を有する 26 例を対象とした (充実群)。腫瘍成分の SC の占める割合により充実 A 群 (SC > 50%) (n=11) と充実 B 群 (SC < 49%) (n=15) の 2 群に分類した。各群における細胞所見を通常型乳頭癌 (n=39) と比較し、予後との関係についても統計学的解析を加えた。

【結果】通常型乳頭癌に比し、充実群の FNA 標本においては、充実性胞巣状パターン、細胞の重畳化、核腫大、多形性、明瞭な核小体が高頻度に見られたが、コロイドや砂粒体の検出頻度は低かった。乳頭癌の特徴である核溝、偽封入体は充実群においても保たれていた。充実 A 群と充実 B 群の細胞像に差異は見られなかった。充実性胞巣状パターン、細胞の重畳化の出現頻度は、術後の再発率と有意な関係性を呈した。

【結語】SC を持つ乳頭癌は、腫瘍内の SC の含有率に関わらず、特徴的な細胞像を呈するため、術前に診断できる可能性がある。甲状腺乳頭癌における SC の臨床的意義はまだ確立していないが、乳頭癌の核変化に加え、充実性胞巣状パターン、細胞の重畳化を有する症例に遭遇した場合、乳頭癌充実型亜型を鑑別の一つとして挙げる事が重要である。

◇最優秀論文賞 受賞講演 2

(平成 28 年受賞)

がんゲノム医療時代における病理・細胞診検体の可能性

山梨県立中央病院ゲノム解析センター/検査部ゲノム検査科

○雨宮健司(CT)

がんゲノム医療とは、今まで単一遺伝子のみを検査を行い、診断治療方針の決定を行っていたものを、がんに関連する多数の遺伝子の網羅的な解析を実施して、遺伝子変異を明らかにすることによって、一人一人の体質や病状に合わせて治療などを行っていくことを一般的にいう。本邦において 2018 年 2 月に厚生労働省より全国にがんゲノム中核拠点病院 11 施設およびその連携病院 132 施設が指定され、次世代シーケンサー(NGS)を用いたクリニカルシーケンスの臨床実装が開始されこれからの動向が注目されている。今年度中にはいくつかの遺伝子パネル検査が保険適応となる予定でありその適応薬剤や保険点数にも注目が集まっている。

検査材料は一般的に FFPE(Formalin-Fixed Paraffin Embedded)が使用されているがその検体精度管理がクリニカルシーケンスの成否に非常に重要である。一方細胞診検体は一般的にアルコール固定がされているため FFPE と比較して DNA へのダメージが少ないとされており、患者への侵襲性も少ないためがんゲノム医療にも多大に寄与できるものと考えられる。当院では 2013 年より、ゲノム解析センターを開設し、NGS で病理・細胞診検体を用いたクリニカルシーケンスを行ってきている。このセッションではその取組みを中心にがんゲノム医療時代における病理・細胞診検体の可能性についてお話したい。

◇班研究報告

液状化検体細胞診(LBC)法による乳腺細胞診診断の構築と検証

博愛会相良病院病理診断科¹⁾、聖マリアンナ医科大学付属病院病理診断科²⁾、元昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室³⁾、三重大学医学部付属病院病理部⁴⁾、聖マリアンナ医科大学病理学⁵⁾、博愛会相良病院臨床検査科⁶⁾、社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科⁷⁾、日本臨床細胞学会研究班⁸⁾、久留米大学医学部附属医療センター病理診断科⁹⁾、日本医科大学付属病院乳腺科¹⁰⁾

○大井恭代(MD)¹⁾、小穴良保(CT)²⁾、北村隆司(CT)³⁾、小塚祐司(MD)⁴⁾、前田一郎(MD)⁵⁾、前田ゆかり(CT)⁶⁾、松澤こず恵(CT)⁷⁾、松原美幸(CT)⁸⁾、山口 倫(MD)⁹⁾、土屋真一(MD)^{7,10)}

乳腺穿刺吸引細胞診は診断に有用であるが、診断精度の施設間差・診断者間差が課題である。乳腺細胞診診断の標準化を目的に 58 病変(悪性 46 例、良性 12 例)の液状化細胞診(LBC)標本を用いたリングスタディを行った。<結果>① LBC 法の有用性：乳腺細胞診熟練者(15 回答)による診断精度は absolute sensitivity (As) 87.5%、complete sensitivity (Cs) 96.1%、specificity 81.7%、false positive rate 4.4%、false negative rate 3.6%であり、有用性が示唆された。p63 染色の供覧で、As は 1.5%、specificity は 3.3%向上した。②標準的診断の構築：診断者間一致率の高い所見は粘液の有無(κ 値 0.72)、大型上皮集塊の有無(0.53)、筋上皮細胞の有無(0.51)であった。良悪判定について感度の高い項目はアポクリン化生細胞なし、乳管上皮出現細胞数多数であり、特異度の高い項目は壊死物質なし、線状配列なし、ループ状裸血管なし、筋上皮細胞ありであった。一致率、感度、特異度がいずれも高く、良悪判定に有用と考えられる項目は、筋上皮細胞の有無、シート状集塊の有無、核形不整の有無であった。③検証：一般細胞検査士 61 名の協力を得て、良悪判定基準の解説後に 15 病変のリングスタディを行った。As は 73.4%とやや低かったが、Cs は 95.7%と高かった。<結語>LBC 法による標準的診断の可能性を示した。症例の集積・判定基準の明確化・トレーニングにより精度向上が期待される。

◇ワークショップ I

液状化検体細胞診(LBC)と標準的報告様式の活用による子宮内膜細胞診の世界的進歩

WS1-1 子宮内膜吸引組織診と比較した液状検体法による子宮内膜細胞診の性能評価

福井大学産科婦人科¹⁾, ピーシーエル・ジャパン病理・細胞診センター兼獨協医科大学産科婦人科²⁾, NTT 東日本関東病院産科婦人科³⁾, 自治医科大学産科婦人科⁴⁾, 公立学校共済組合四国中央病院産科婦人科⁵⁾, 四国中央病院産科婦人科⁶⁾, 鈴鹿中央総合病院産科婦人科⁷⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁸⁾, 公益財団法人ちば県民保健予防財団⁹⁾, 山梨県立中央病院産科婦人科¹⁰⁾, 自治医科大学産科婦人科¹¹⁾, 島根県立中央病院産科婦人科¹²⁾, 北里大学北里研究所病院¹³⁾, 福井大学産科婦人科¹⁴⁾, 徳島大学産科婦人科¹⁵⁾, おさわ女性総合クリニック¹⁶⁾, 石渡産婦人科病院¹⁷⁾, 新百合ヶ丘総合病院産科婦人科¹⁸⁾

○黒川哲司(MD)¹⁾, 平井康夫(MD)²⁾, 坂本公彦(MD)³⁾, 藤原寛行(MD)⁴⁾, 鎌田正晴(MD)⁵⁾, 田村貴央(MD)⁶⁾, 矢納研二(MD)⁷⁾, 則松良明(MD)⁸⁾, 河西十九三(MD)⁹⁾, 寺本勝寛(MD)¹⁰⁾, 高橋詳史(MD)¹¹⁾, 岩成 治(MD)¹²⁾, 石谷 健(MD)¹³⁾, 吉田好雄(MD)¹⁴⁾, 苛原 稔(MD)¹⁵⁾, 小澤信義(MD)¹⁶⁾, 石渡 勇(MD)¹⁷⁾, 鈴木光明(MD)¹⁸⁾

日本では、子宮内膜癌のスクリーニング法として子宮内膜細胞診(直接塗抹法)が一般的に施行されている。しかし、世界では、内膜細胞診の感度の低さから内膜組織診が施行されている。近年、子宮内膜細胞診(直接塗抹法)の問題の一部を解決する方法として子宮内膜細胞診(液状検体法)が報告されてきており注目されている。今回の研究では、子宮内膜細胞診(液状検体法)の異型内膜増殖症を含む子宮内膜癌の発見に於ける性能を内膜吸引組織生検の性能と比較することによりその実用性を評価することを目的とした。2014年4月から2015年12月に5施設で採取した子宮内膜細胞診(液状検体法)1116例と子宮内膜吸引組織診1044例を対象とした。結果は、子宮内膜細胞診(液状検体法)と子宮内膜吸引組織診の感度は、それぞれ92.2%と85.2%であった。子宮内膜細胞診(液状検体法)と子宮内膜吸引組織診の特異度は、それぞれ98.5%と98.9%であった。スクリーニング検査として重要な陰性適中率は、子宮内膜細胞診(液状検体法)と子宮内膜吸引組織診でそれぞれ99.1%と98.1%であった。子宮内膜細胞診(液状検体法)の感度・特異度・陰性適中率が、子宮内膜吸引組織診に比べ、有意差を認めなかったが全て高い傾向にあった。この研究の結果から、子宮内膜細胞診(液状検体法)は、子宮内膜癌の診断に対し、子宮内膜吸引組織診に劣っていないことが示された。それ故に、子宮内膜組織診に比べ侵襲の少ない子宮内膜細胞診(液状検体法)は、子宮内膜癌のスクリーニング法として適していると考えられる。

WS1-2 単一施設での子宮内膜液状化検体細胞診と吸引式内膜組織生検の精度比較研究

北里大学北里研究所病院婦人科¹⁾, 東京女子医科大学病院産婦人科学講座²⁾, 東京女子医科大学病院病理診断科³⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁴⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科⁵⁾, ピーシーエル・ジャパン病理・細胞診センター⁶⁾

○石谷 健(MD)^{1,2)}, 岡田薫子(CT)²⁾, 二村 梓(CT)²⁾, 広兼春美(CT)²⁾, 徳田美由紀(CT)²⁾, 秋澤叔香(MD)²⁾, 木原真紀(MD)²⁾, 梁木富美子(MD)²⁾, 阿部結貴(MD)²⁾, 長嶋洋治(MD)³⁾, 則松良明(CT)⁴⁾, 矢納研二(MD)⁵⁾, 田畑 務(MD)²⁾, 平井康夫(MD)⁶⁾

【目的】子宮内膜液状化検体細胞診の精度を、吸引式内膜組織診との比較によって検討した。

【方法】2011年11月から2013年5月まで、単一施設において1,118例の子宮内膜液状化検体細胞診に引き続きうち674例に吸引式内膜組織診を施行した。

【結果】ATEC-A以上を陽性として算出した場合の診断精度は、LBCによる子宮内膜細胞診の感度は67.2%、特異度は98.4%である一方、吸引組織診の感度は69.8%、特異度は99.8%であり、いずれも有意差を認めなかった。ATEC-US以上を陽性と判断した場合の診断精度は、LBCによる子宮内膜細胞診の感度は84.5%と高値であったが、特異度は88.1%と、吸引組織診の特異度99.8%と比較して有意に低値であった。

【結論】本研究より、LBCによる子宮内膜細胞診の精度は、吸引子宮内膜組織生検と比較して特異度がやや劣るものの、臨床的有用性および妥当性を評価可能な水準であることが示された。実臨床上の位置付けとして、LBCによる子宮内膜細胞診は、初期スクリーニング検査として適切と考えられ、子宮内膜悪性腫瘍の検出目的にも有用であることが示唆された。

WS1-3 TACASTM Ruby (上尾方式) による細胞診断基準・精度・有用性について

上尾中央総合病院検査技術科病理¹⁾, 上尾中央総合病院病理診断科²⁾, 上尾中央総合病院産婦人科³⁾

○大野喜作(CT)¹⁾, 小林 要(CT)¹⁾, 和田亜科音(CT)¹⁾, 渡部有依(CT)¹⁾, 武井綾香(CT)¹⁾, 柴田真里(CT)¹⁾, 横田亜矢(MD)²⁾, 杉谷雅彦(MD)²⁾, 中熊正仁(MD)³⁾

【はじめに】近年, 内膜細胞診においても, LBC 標本が普及しつつある. 多くの内膜癌は高分化腺癌であり, LBC 標本においても, 異型細胞集塊の異常構造や上皮と間質のバランス等の構造異型を中心に, 好中球, 壊死等の背景の異常等を加え総合的に判定することが重要である. 当施設では 2016 年より LBC 標本の作製を検討し, より生検組織に近い情報が得られる LBC 標本の作製を求めた. 2017 年より直接塗抹を辞め, ソフトサイトで採取し, TACASTMRuby 用いた独自の作製方法 (上尾方式) による内膜標本に切り替えた. 今回その細胞診断基準・精度・有用性について報告する. 標本適正基準は, 専門医と検討して, 500 個以上の内膜上皮集塊 5 個以上, もしくは 1000 個以上の内膜細胞集塊 3 個以上と設定した. 不適正標本の割合は 1.9%であった. 細胞診断は, 陽性・疑陽性・陰性に加え記述報告を行っている. 陽性: 内膜癌. 異型内膜増殖症, その他の悪性病変等. 疑陽性: ATEC-A (増殖性病変の可能性): 異型内膜増殖症・内膜癌とその他の悪性の可能性, 子宮内膜増殖症(旧複雑型). ATEC-US: 意義不明な細胞異型を伴う異型細胞. 陰性: 増殖期・増殖後期, 分泌期初期・後期, 萎縮内膜, 出血時または後 (EGBD の記載はない), 間質のホルモン性変化等を記載している. 疑陽性以上は細胞像とレーダーチャートシステムによる細胞所見のレーダー (LBC 用) を報告書に添付する. また, 日常的に, 必要に応じて残検体でセルブロックを作製し, 場合によっては免疫組織学的検索を行う. 今回, 記述式標準的報告書については細胞検査士としての意見を述べたい.

WS1-4 子宮内膜細胞診における液状化検体細胞診の有用性—沈降法とフィルター法の比較—

大阪府済生会野江病院病理診断科¹⁾, 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科²⁾, 大阪市立大学³⁾

○小椋聖子(PhD)¹⁾, 矢野恵子(PhD)²⁾, 江木さつき(CT)¹⁾, 城戸貴之(CT)¹⁾, 高安祥子(CT)¹⁾, 神原七規(CT)¹⁾, 桜井幹己(MD)³⁾, 竹井雄介(MD)¹⁾

【目的】近年, 子宮内膜細胞診に液状化検体細胞診 (LBC) が利用され, 当院においても直接塗抹法と沈降法を併用し, 活用している. 今回, われわれは, フィルター法の ThinPrep を子宮内膜細胞診で用いる機会を得, 記述式報告様式による判定を行い, 有用性と沈降法との成績を比較検討したので報告する.

【LBC 標本作製法】ThinPrep は FISH 対応尿用フィルターを使用し, ThinPrep5000 プロセッサーを用いて作製した. BD SurePathTM はバイアルのボルテックスによる振盪操作を省略する以外はプロトコールに従い, 用手法で作製した.

【対象と方法】フィルター法と直接塗抹法を併用した 6 か月間に施行された子宮内膜細胞診 264 件をフィルター法, 直接塗抹法それぞれ単独で細胞判定を行い, 感度, 特異度を算定した. 沈降法と直接塗抹法を併用した連続する任意の 6 か月間において同様の調査を行い比較検討を行った.

【結果】フィルター法, 直接塗抹法の細胞判定の内訳は ATEC-US が 10 件 (4.4%), 19 件 (8.1%), ATEC-A が 6 件 (2.6%), 7 件 (3.0%), 悪性腫瘍が 3 件 (1.3%), 4 件 (1.7%)であった. フィルター法, 直接塗抹法ともに感度, 特異度は沈降法・直接塗抹併用法より, 低値を示したが有意差は認められなかった.

【まとめ】子宮内膜細胞診に LBC を用いることは, 沈降法 (BD SurePathTMTM) と同様に, フィルター法 (ThinPrep) においても有用であった.

WS1-5 ThinPrep を用いた子宮内膜細胞診の実務、精度と有用性について

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー九州検査部病理細胞診

○池本理恵(CT), 久岡陽子(CT), 衛藤久仁子(CT), 平原尊史(CT), 松田まどか(CT), 西 国広(CT), 伊藤裕司(MD), 中島 豊(MD)

子宮内膜細胞診においては組織の構築を残した細胞集塊が採取されるが, その構築異常に注意しながら判定が行われる。しかし, 子宮内膜はホルモンの影響によって反応性の構築パターンの変化をきたすことがあり, この点に充分注意しながら診断にあたる必要がある。我国においては 1987 年 4 月から老人保健法において細胞診による体癌検診が導入された。それ以降, 子宮内膜細胞診は「陰性 (negative)」「疑陽性 (suspicious)」「陽性 (positive)」の 3 分類で報告されている。しかし, この分類においては, 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」とされているため, 「正常細胞とは断定できないもの」を含め, 異常を示す細胞が幅広く含まれてしまう。つまり, ホルモン環境の異常に起因する良性の構築パターンの変化が疑陽性の中に含まれ, 「悪性の可能性があるもの」と同じカテゴリーの中に分類されるため, 臨床的な対処法に混乱をきたす可能性がある。今回我々は, 2017 年 1 月から 2018 年 6 月までの間に ThinPrep を用いて子宮内膜細胞診を行った 8,575 件のうち, 組織診断が行われた 322 件について検討を行った。これらの症例は判定不能 9 件 (2.8%), 陰性 276 件 (85.7%), 疑陽性 30 件 (9.3%), 陽性 7 件 (2.2%) と判定されていた。このうちの疑陽性例の 30 件について, 記述式内膜細胞診報告様式にて細分類した結果, 判定困難 4 件 (13.3%) ATEC-US 10 件 (33.3%) ATEC-A 16 件 (53.4%) となった。その詳細な細胞像を提示し, 子宮内膜細胞診の精度と有用性について報告したい。

WS1-6 LBC 検体を用いた子宮内膜細胞診精度向上のための免疫染色・遺伝子解析の応用

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¹⁾, 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター臨床検査技術科²⁾, 独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター産婦人科³⁾

○棟方 哲(MD)¹⁾, 佐々木伸也(CT)²⁾, 高瀬未穂(CT)²⁾, 山内里紗(CT)²⁾, 鈴木雄策(CT)²⁾, 茂山かおり(CT)²⁾, 岡村友香里(CT)²⁾, 伊東良太(MD)¹⁾, 山本敏也(MD)³⁾

【はじめに】子宮内膜細胞診では, LBC を用いて記述式内膜細胞診報告様式で報告することが診断精度向上につながるが, 記述式内膜細胞診報告様式の ATEC 症例の取り扱い, 臨床的に問題となることがある。子宮内膜細胞診で問題となる高分化型類内膜癌には遺伝子異常が高頻度に起こっており, これらを調査することは子宮内膜細胞診断の精度向上に有用であると考えられる。

【対象】当院産婦人科外来にて子宮内膜細胞診を採取した患者で ATEC 以上と判断された細胞診検体 23 例を用いた。

【方法】LBC 法 (SurePath, BD 社) で作製された細胞診検体は ARID1A 抗体, CTNNB1 (β -catenin) 抗体を用いて免疫染色を施行した。PTEN は, 免疫染色または FISH 法にて発現の有無や遺伝子数の異常を判定した。PIK3CA, KRAS, BRAF は i-densyTM (ARKRAY 社) にて遺伝子変異の有無を測定した。

【結果】細胞診の診断は, ATEC-US が 20 例, ATEC-A が 3 例であった。各項目の異常は, PTEN が 10 例 (41.7%), PIK3CA が 7 例 (29.2%), ARID1A が 4 例 (16.7%), KRAS が 3 例 (13%) であり, BRAF と β -catenin には異常を認められなかった。細胞診検体で PIK3CA 以外の因子で異常があったものと組織診断を対比すると感度, 特異度, 陽性的中率, 陰性的中率はそれぞれ, 71.4%, 50%, 38.5%, 80%であった。

【結論】LBC 法で作製した子宮内膜細胞診検体に免疫染色, 遺伝子検査を応用することにより, 組織推定に寄与すると考えられる。

◇ワークショップ 2

LEGH の判定とピットフォール

WS2-1 胃型粘液を有する子宮頸部腺系病変

帝京大学医学部附属病院病理診断科

○笹島ゆう子(MD)

子宮内頸部に発生する腺病変のうち、胃の幽門腺に類似する腺上皮からなる一群が知られている。良性群の代表的疾患は、Lobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH) で、導管様に拡張したやや大型の腺管の周囲に小型の腺管が集簇性に増生し分葉を形成することからこの名がつけられた。当初は過形成性病変として記載されたが、近年では腫瘍性病変の可能性があることが示されつつある。Atypical LEGH は、LEGH の構築を保ちながらも腺上皮に異型を伴うもので、境界悪性あるいは上皮内病変として位置付けられる。胃型形質を有する浸潤性腺癌(胃型粘液性癌)と併存してみられることがあり、その前駆病変である可能性が示唆されている。胃型粘液性癌の前駆病変として胃型上皮内腺癌も挙げられる。核異型が弱く粘液を保つことが多いことから生検での診断が困難なことがあるが、ER(-)およびKi-67陽性細胞の明らかな増加を見ることから免疫組織化学が有用である。胃型粘液性癌は、胃幽門腺型中性粘液を豊富に含む腫瘍細胞から構成され、本邦で発生頻度が高い。強い浸潤性増殖を示し、リンパ節転移や腹腔内播種を示すなど進行例が多く、他の頸部腺癌に比して有意に予後が悪い。これらの胃型粘液を有する腺病変は、ヒトパピローマウイルス(HPV)非関連であることから、HPVテストやHPVワクチンによるがん対策では予防あるいは発見できない。今後の頸癌対策や頸癌検診を考慮する上で認識しておくべき疾患群と思われる。

WS2-2 併存病変を考慮すべき LEGH の特徴的細胞所見について

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾、がん研究会有明病院臨床病理センター病理部²⁾

○伊藤崇彦(CT)¹⁾、石井脩平(CT)²⁾、山田麻里沙(CT)¹⁾、山崎奈緒子(CT)¹⁾、池畑浩一(CT)¹⁾、藤山淳三(CT)¹⁾、古田則行(CT)¹⁾、小松京子(CT)¹⁾、高澤 豊(MD)²⁾、杉山裕子(MD)¹⁾

【はじめに】分葉状頸管腺過形成(Lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH)は主に胃幽門腺の形質を示す頸管腺過形成であり、細胞異型及び構造異型を示すものは異型LEGHと呼ばれる。LEGHは最小偏倚腺癌を含む胃型粘液性癌の発生母地の可能性が示唆されている。今回我々は、LEGHを含む症例の組織像と細胞像の比較検討から得られた結果について報告する。

【対象】2013年から2018年の6年間にLEGHと病理組織学的に診断された症例のうち、術前に細胞診を施行された18例を対象とした。細胞診標本は子宮頸管から頸管ブラシで採取された直接塗抹標本である。

【結果】組織診断結果はLEGH: 8例、異型LEGH: 4例、AISもしくは浸潤性腺癌と併存したLEGHあるいは異型LEGH: 6例。術前細胞診判定は腺癌: 3例、AGC: 12例、ASC-H: 1例、NILM: 2例であった。異型LEGH及びAISもしくは浸潤性腺癌と併存したLEGHあるいは異型LEGHの10例中6例では、組織像を反映するような複雑な腺管構造を示す集塊が認められ、10例中3例では、黄色調粘液が細胞質頂部に局在する所見が一部の集塊に認められた。

【まとめ】LEGHを疑う細胞所見が認められる場合にはAISや浸潤性腺癌が併存することがあるため注意が必要である。また、組織像を反映するような複雑な腺管構造を示す集塊や、黄色調粘液が細胞質頂部に局在する所見は、異型LEGH及びAISもしくは浸潤性腺癌と併存したLEGHあるいは異型LEGHを疑う上で重要な細胞所見であると考えられた。

WS2-3 当院の LEGH 疑い症例についての検討

がん研有明病院婦人科

○岡本三四郎(MD), 竹島信宏(MD)

子宮頸部腺系病変は、子宮頸部扁平上皮系病変に比較して予後不良であり、抗がん剤治療や放射線治療が奏効しにくく、早期診断を行い適切な外科治療を行うことが重要であることに異論はない。子宮頸部腺系病変の中で、分葉状子宮頸部腺過形成 (Lobular endocervical glandular hyperplasia; LEGH) という概念が提唱され、その臨床的な取り扱いが検討されてきた。LEGH は、1999 年に Nucci et al. によって提唱された子宮頸部嚢胞性病変で、子宮頸部悪性腺腫と鑑別が必要な良性疾患として発表された。LEGH は組織学的にも子宮頸部の胃幽門腺化生と類似する所見があることより、LEGH と胃幽門腺化生は本質的に同一概念であるとされたが、LEGH には、しばしば上皮内腺癌の合併が認められ、また浸潤所見はないものの異型が強い LEGH の存在も報告されており、LEGH と診断されてもその取扱いは慎重でなければならない。2010 年から 2018 年の間に、当院で取り扱った子宮頸部腺系病変の中で、術前に LEGH を疑い子宮摘出術を行ったのは 54 例であった。術後病理結果で LEGH であった症例は 25 例で、LEGH に AIS が共存していた症例は 5 例、細胞異型が認めない症例で LEGH であった症例は 5 例で、細胞異型を認めるが LEGH ではない症例は認めなかった。画像診断で疑うケースが多いものの、異型細胞を認めた段階では積極的な介入を行ってもよいと考えられた。

WS2-4 LEGH の follow up における注意すべき細胞診所見の変化

山梨大学医学部産婦人科¹⁾, 山梨大学医学部附属病院病理部²⁾, 山梨大学医学部人体病理³⁾

○大森真紀子(MD)¹⁾, 端 晶彦(MD)¹⁾, 中澤久美子(PhD)²⁾, 笠井一希(CT)²⁾, 花井佑樹(CT)²⁾, 望月直子(CT)²⁾, 深澤宏子(MD)¹⁾, 奈良政敏(MD)¹⁾, 近藤哲夫(MD)³⁾, 平田修司(MD)¹⁾

分葉状頸管腺過形成 (LEGH) は胃型形質を有する良性病変であるが、LEGH の一部の症例から腺癌が発生することが示されている。LEGH は胃型粘液性癌の重型である最小偏倚腺癌 (MDA) との鑑別が難しいこともあり、積極的に手術が行われていた時期もある。しかし、症例が追加され、異型を示すことなく長期間経過する症例も少なくないことが知られるようになった。では、LEGH はどのように管理し、どのようなタイミングで手術療法に切り替えるべきか。LEGH の管理方法についてはまだ一定の見解がないのが現状である。われわれは、腺癌を合併した LEGH では、腺癌と判断できる粘液の乏しい集塊とともに、胃型粘液を有し高度の異型を示す頸管腺細胞が認められることを報告した。すなわち、不規則な立体的重積性、明瞭な核小体、多彩な色調 (黄色、オレンジ、ピンク色など) の粘液あるいは細胞表面のみにオレンジ色の粘液を有する集塊を高異型度の胃型細胞集塊と判断した。このような高異型度の集塊は、LEGH の follow up 中に上皮内腺癌 (AIS) が発生する前にも認められ、癌化に関連した重要な所見であると考えられる。したがって経過観察となった症例では MRI 検査により癌を疑う所見が認められなければ、内子宮口付近から適切に採取された細胞所見を注意深く見ていくことで、癌の発生リスクを予測することが可能ではないかと考える。今回、当院における LEGH の手術例、follow up 症例の所見をもとに LEGH の管理方法を考え、手術療法に切り替えるポイントについて検討したい

◇ワークショップ 3

肺癌治療と細胞診の活用

WS3-1 肺癌の治療における細胞診断の役割—総論的な立場で—

東京医科大学人体病理学分野¹⁾, 東京医科大学病院²⁾, 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野³⁾

○松林 純(MD)^{1,2)}, 三宅真司(CT)²⁾, 垣花昌俊(MD)³⁾, 梶原直央(MD)³⁾, 大平達夫(MD)³⁾, 池田徳彦(MD)³⁾, 長尾俊孝(MD)¹⁾

呼吸器疾患における術前診断や治療法の決定には、細胞診が重要な役割を担っているが、検体採取方法やモダリティーは多岐にわたる。肺病変に対する細胞診検査法としては、気管支擦過法が一般的であるが、近年では endobronchial ultrasonography-guide sheath (EBUS-GS) 法も盛んに行われている。また、縦隔型肺癌や縦隔リンパ節の評価には、EBUS-transbronchial needle aspiration (TBNA) 法が有用である。一度の生検検査で確実に十分量の検体を採取することを目的に、生検検査室内で迅速細胞診 (rapid on-site cytologic evaluation [ROSE] 法) を併用している施設もある。さらに、肺癌診断の一環として胸水検体が提出されることがよくあるが、その際には通常の細胞診標本に加えて、cell block を作製することにより免疫組織化学的な検索が可能となり、診断精度の向上に役立つ。一方、現在では肺癌の診断や治療法の選択において、ドライバー遺伝子変異の検索は欠かせないが、生検組織に悪性所見がない場合や複数の遺伝子検査のために生検組織を温存する必要がある場合には、細胞診検体が遺伝子検査に活用されることもある。本セッションでは、肺癌細胞診に用いられる各種採取法および検体の特徴を紹介しながら、肺癌の診断や治療における細胞診の役割について総論的に述べる。

WS3-2 気管支鏡検査の個別化へ向けて細胞診が担う役割と当院の工夫

京都府立医科大学附属病院呼吸器内科¹⁾, 京都府立医科大学付属病院病院病理部²⁾

○今林達哉(MD)¹⁾, 内野順治(MD)¹⁾, 山田忠明(MD)¹⁾, 宮川 文(MD)²⁾, 小西英一(MD)²⁾, 高山浩一(MD)¹⁾

日々進歩する肺癌の個別化医療において、気管支鏡検査で得られる組織検体には、従来よりも量・質が要求され、同時に、細胞診に求められる役割にも変化がみられる。細胞診検体を一部のコンパニオン診断に用い、組織検体の不足を補う役割と、迅速細胞診で検査精度の担保のみならず、あとどれだけ採取回数が必要か、どこで検査を終了させるか、といった検査の舵を取る役割である。当院では2017年に医療機器承認された cryobiopsy (CB) 導入と同時期より、臨床医が補助的に迅速細胞診を行い、検査運営を行っている。CBは、クライオプローブ先端が-45℃の低温となり組織を凍結してアイスボールを形成し、周囲ごと引きちぎることで、従来の鉗子生検よりも、挫滅が少なく、はるかに大きい4-5mm四方、面積10-15mm²の組織が採取できることから、次世代の肺癌診断モダリティーとして注目されている。一方で、気胸や出血のリスクや手技的難易度から、どの部位からも複数回生検することはしばしば困難であり、捺印細胞診で腫瘍細胞の含有を確認するメリットは大きいと考えている。本発表では、EBUS-TBNAなどの細胞診検体の迅速細胞診も含めたハンドリングの当院の工夫と、CBの手技の概要や検体の特徴、捺印細胞診の有用性について、臨床医の立場から述べたい。

WS3-3 肺癌に対する経気管支吸引細胞診検体からのセルブロック標本 PD-L1 免疫染色

成田赤十字病院病理部¹⁾, 千葉大学医学部付属病院成田赤十字病院肺がん治療センター²⁾

○榎本 茜(CT)¹⁾, 澁谷 潔(MD)²⁾, 齊藤 忠(CT)¹⁾, 葛生吉彦(CT)¹⁾, 岡田裕子(CT)¹⁾, 藤河 潤(CT)¹⁾, 野首光弘(MD)¹⁾, 河上牧夫(MD)¹⁾

【目的】肺癌バイオマーカーとしてのPD-L1免疫染色には組織検体が推奨されているが, 様々な細胞診検体を用いた報告もみられるようになった。今回我々は肺癌病巣に対する経気管支吸引細胞診(TBAC)検体から作成したセルブロック(CB)のPD-L1免疫染色を行いTumor Proportion Score(TPS)を測定した。

【対象と方法】肺癌確定診断の気管支鏡的アプローチとしてTBACを行い, 迅速細胞診(Rapid on-site evaluation, ROSE)にて悪性細胞を確認する。悪性細胞確認後, 再度TBACを行い, 全検体を生理食塩水に注入, 遠沈, 沈査を固定後, CB標本を作成する。同時に経気管支肺生検(TBLB)も施行し組織標本を作成する。非小細胞肺癌と診断された症例は, TBLB標本を用いたPD-L1免疫染色を依頼するが, 組織標本が陰性あるいはCB検体により多くの腫瘍細胞が認められた症例では, CB標本を用いたPD-L1免疫染色を行う。十分な腫瘍細胞が得られたTBLB標本38例, CB標本23例に対してPD-L1免疫染色を行いTPSを計測した。

【結果】TBLB検体ではTPS<1%陰性:13例(34.2%), TPS<1-49%低発現:14例(36.8%), TPS≥50%高発現:11例(28.9%)。CB検体ではTPS<1%陰性:11例(47.8%), TPS<1-49%低発現:7例(30.4%), TPS≥50%高発現:5例(21.8%)であった。

【まとめ】TBAC検体からのCB標本でもPD-L1免疫染色, 及びTPSの測定と分布の評価は可能と思われる。

WS3-4 ROS1 融合遺伝子解析を例とした呼吸器細胞診検体のRNA解析への活用

日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野¹⁾, 日本大学医学部附属板橋病院病理診断科²⁾, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野³⁾, 日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野⁴⁾

○中西陽子(PhD)¹⁾, 関 利美(CT)²⁾, 鈴木淳子(CT)²⁾, 中島弘一(CT)²⁾, 吉田一代(CT)²⁾, 勝沼真由美(CT)²⁾, 廣谷ゆかり(CT)³⁾, 西巻はるな(MD)³⁾, 小林博子(MD)³⁾, 大荷澄江(MD)³⁾, 楠美嘉晃(MD)³⁾, 唐 小燕(MD)³⁾, 飯田由子(MD)⁴⁾, 清水哲男(MD)⁴⁾, 辻野一郎(MD)⁴⁾, 高橋典明(MD)⁴⁾, 権 寧博(MD)⁴⁾, 増田しのぶ(MD)³⁾

近年, 肺癌の薬物療法では分子標的薬ならびに免疫チェックポイント阻害剤などが次々に開発, 承認され, 効果が期待される患者の選定がより重要となってきた。診療ガイドラインに準じて分子検査を行うためにはより多くの検体が必要となるが, 手術適応がなく, 薬物治療の対象となる進行期の肺癌症例では, 十分量の組織検体を得ることが困難な場合も多い。このため, 我々はこれまで呼吸器細胞診検体の液状化処理による保存と免疫染色や遺伝子解析への有用性などを検討してきた。ROS1融合遺伝子については, 当院で2009年から2017年に採取され, ThinPrep法で液状化処理し保存された呼吸器細胞診検体110例を対象として検討を行った。検体の内訳は胸水54例, 気管支洗浄液38例, 気管支鏡器具洗浄9例, その他9例であった。LBC検体1mLを用いて腫瘍細胞の含有量を計測し, Total RNA抽出, cDNA合成を行った後にRT-PCR法でROS1融合遺伝子(CD74-ROS1, SLC34A2-ROS1, TPM3-ROS1, SDC4-ROS1, EZR-ROS1, LRIG3-ROS1, FIG-ROS1)の発現解析を行った。LBC検体110例中, 2010年に採取された胸水のLBC保存検体よりROS1融合遺伝子陽性1例(0.91%)が検出された。昨年を生検組織でのROS1検査結果は, 114例中2例(1.75%)が陽性であった。ROS1陽性症例の細胞像, 組織像ならびに治療経過を供覧する。また, 細胞診, 生検組織各々の検査不能例の解析結果を踏まえて, 遺伝子検査における細胞診検体の有用性について報告する。

WS3-5 肺癌手術時における細胞診の多様な役割

国立病院機構松江医療センター呼吸器外科¹⁾, 同 臨床検査科²⁾

○荒木邦夫(MD)¹⁾, 西村俊直(CT)²⁾, 吉田恵梨子(MT)²⁾, 岸本篤人(MT)²⁾, 長岡三郎(MD)²⁾

当院では肺癌手術時、あらゆる用途に応じて細胞診材料を採取し、診断・治療に役立てている。具体的には、①開胸・閉胸時の胸腔内洗浄細胞診、②郭清リンパ節の迅速捺印細胞診(組織診と併用)、③肺摘出後の病変部に対しての迅速穿刺細胞診、④切除断端を評価する目的で区域切除・部分切除時の肺切除に使用した自動縫合器カートリッジの洗浄細胞診などを、個々の症例に応じて実施している。これら多様な役割を有する細胞診の概要を提示するとともに、独自に行っている③、④の細胞診方法について、診断精度を加え検討する。術前未確認の小型肺癌に対する積極的縮小手術(部分切除または区域切除)においては、摘出後に病変部への穿刺針生検からの迅速捺印細胞診あるいは穿刺吸引細胞診を実施する。これは病変が確実に採取されていることの確認に加え、永久病理標本で挫滅のない最大割面を作成することで正確な浸潤径の評価を行うことを主目的としている。さらに肺切除に用いた自動縫合器カートリッジの洗浄細胞診を行い、切除断端の悪性病変の遺残の有無を確認している。2018年1-12月の期間で、画像上肺癌を推定する術前未確認の小型肺癌12例に上記方法を実施したところ、11例については摘出後病変部穿刺組織の細胞診で悪性と診断しえた。また12例のうち11例は肺切除に用いた自動縫合器カートリッジ洗浄細胞診が陰性であり、適切な切除マージンが確保されていることが担保された。1例を良悪判定困難細胞と診断したが、永久病理標本上では切除マージンは問題なく、コンタミネーションの可能性もあり慎重な経過観察を行っている。これら手技上の問題点も含め、考察を加え提示する。

WS3-6 がんゲノム診療に貢献できるセルブロック作製法を目指して

北海道医療大学医療技術学部臨床検査学科¹⁾, 北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門²⁾, 北海道大学病院病理部/病理診断科³⁾

○丸川活司(CT)^{1,3)}, 畑中 豊(PhD)²⁾, 出口貴祥(CT)³⁾, 安孫子光春(CT)³⁾, 近藤 啓(CT)¹⁾, 松野吉宏(MD)³⁾

近年、画像診断や内視鏡技術の進歩はめざましいが、原発部位を確認できず、あるいは病変組織・細胞採取が困難な症例で、体腔液中にのみ腫瘍細胞が出現する肺癌症例もいまだに少なくない。体腔液中に出現する異型細胞に対し、細胞診標本のみから良悪性や推定組織型を判断することは必ずしも容易ではなく、診断に苦慮することが少なからず経験される。こうした困難を克服するため、従来の詳細な細胞形態観察情報に加えて、体腔液セルブロックを利用した免疫細胞化学解析を組み合わせることにより、原発巣や組織型を推定することが可能になっている。さらに、治療標的分子の発現態度や腫瘍関連遺伝子の質的・量的変異を測定することによって、治療効果の予測に基づいた治療選択の個別化のための情報を得ることが可能となり、ひいては生命予後の改善に向けて重要な役割を担うようになった。加えて、非小細胞肺癌診療においては、分子標的治療薬の治療効果予測因子の研究や開発の進歩に基づいた臨床検査として、一部は保険診療のもとで実施することが可能になっている。しかし、セルブロック作製法は施設によって多岐にわたっているのが現状であり、標準化されているとは言い難い。そこで今回、北海道内の多数施設を対象に実施したセルブロック作製法に関する実態調査の結果に基づき、肺癌患者胸水を用いた各種セルブロック作製法における細胞形態変化や分子病理学的検索におけるピットフォールについて検討した。現在、推進されているがんゲノム遺伝子パネル検査を含め、肺癌プレジジョン・メディシンに対応可能となるセルブロック作製法について、今後の標準化に向けて取り組むべき課題について述べる。

◇ワークショップ4

HPV検査の活用を考える

WS4-1 婦人科液状細胞診におけるHPV-DNA検査の現状

LSIメディエンス病理・細胞診ラボラトリー¹⁾, LSIメディエンス感染症検査部²⁾, 武蔵野赤十字病院産婦人科³⁾

○山口真美恵(CT)¹⁾, 鈴木行正(CT)¹⁾, 高梨真樹(MT)²⁾, 梅澤 聡(MD)³⁾, 前田昭太郎(MD)¹⁾

婦人科液状細胞診の普及とともに、HPV検査併用による頸がん検診精度の向上が期待されてきました。当社の細胞診検体は年間約49万件あり、婦人科は80%を占めその30%が液状検体です。婦人科液状検体はThinPrep, SurePathを扱っており、2012年9月よりHPV検査との同時報告を開始し、併用検診の普及に貢献してきました。現在併用検査は年間約6千件行われ、細胞診はHPV検査結果を加味した運用を行っています。今回、当社でのHPV併用検査の現状を調査しましたので報告致します。対象は約1万2千件で、HPV検査(キアゲン ハイブリッドキャプチャー法)とベセスダ判定の相関性を中心に検討致しました。結果)① HPV検査陽性検体中のNILM判定は年齢別にみると、-30歳: 41.7%, 31-40歳: 45.3%, 41-50歳: 45.9%, 51-60歳: 45.8%, 61-70歳: 55.4%, 71歳: 52.2%となり、全体では45.5%含まれていました。② HPV検査陰性検体にはASC-H・LSIL・HSIL・AGCと判定されたものが0.1%存在し、ASC-USを含めると0.9%ありました。考察)① HPV併用検診の普及には液状検体化が有用と考えます。② 今回の調査の結果から、細胞診とHPV検査の併用検診では、取り扱いや運用を熟考する必要があると思われれます。③ HPV検査を先行することにより細胞診の省力化が可能と考えられます。今後の展望として、併用検診にPCR法も活用することで、HPVの型判定が可能となり、前がん病変発見精度の向上、病変発生リスクや進展予測等、有用性が高まることが期待されます。

WS4-2 我が国におけるHPV併用検診導入による効果と課題～全国8地区の検診データから～

鳥取大学医学部附属病院産科婦人科¹⁾, 島根県立中央病院産婦人科²⁾, ちば県民保険予防財団³⁾, 福井大学医学部産科婦人科⁴⁾, はまだレディスクリニック⁵⁾, 北海道対がん協会⁶⁾, 自治医科大学産科婦人科⁷⁾, 佐賀大学医学部産科婦人科⁸⁾, 小樽市立病院⁹⁾, 北海道大学¹⁰⁾, 松江市立病院産婦人科¹¹⁾, 新百合ヶ丘総合病院産婦人科¹²⁾

○大石徹郎(MD)¹⁾, 岩成 治(MD)²⁾, 河西十九三(MD)³⁾, 黒川哲司(MD)⁴⁾, 濱田政雄(MD)⁵⁾, 藤田博正(MD)⁶⁾, 藤原寛行(MD)⁷⁾, 横山正俊(MD)⁸⁾, 櫻木範明(MD)^{9,10)}, 紀川純三(MD)¹¹⁾, 鈴木光明(MD)¹²⁾

【目的】 我が国におけるHPV検査併用子宮頸がん検診の効果と課題を知ること。

【方法】 北海道, 栃木, 千葉, 鳥取, 福井, 宮崎, 島根, 佐賀の8地域から細胞診単独検診実施時と併用検診導入後の検診データを集積した。細胞診単独ではASC-US以上, HPV併用ではASC-US/HPV陽性以上を要精検とし, 検診の不利益の指標としてCIN1発見率を, アウトカムの代替指標としてCIN2以上の病変(CIN2+)発見率およびCIN3+発見率を算出した。

【成績】 細胞診単独検診はすべて直接塗抹法で計182,697例, HPV併用は計115,273例(LBC法85,725例, 直接塗抹法29,548例)であった。HPV併用群ではNILM/HPV陽性例は全体の4.5%であり, 20歳台では10%を超えていた。HPV併用群の要精検率は細胞診単独群に比して有意に高かった(3.1% vs. 1.5%)。CIN1発見率, CIN2+発見率およびCIN3+発見率はHPV併用群で有意に高値を示した(0.83% vs. 0.26%, 0.66% vs. 0.31%, 0.35% vs. 0.19%)。年齢階級別の比較では, HPV併用群のCIN1発見率は全ての年齢階級で有意に高かった。一方, CIN2+発見率は25~49歳で, CIN3+発見率は30~49歳で有意に高く, その他の年齢階級では細胞診単独群との間に差を認めなかった。

【結論】 併用検診では全ての年齢でCIN1発見率が上昇するが, CIN2+発見率・CIN3+発見率は特定の年齢層で増加することが明らかとなり, 適切な年齢設定によって検診の利益と不利益のバランスを取ることが重要と考えられた。

WS4-3 子宮頸がん検診における費用対効果を考慮した HPV 検査併用の検討

豊見城中央病院産婦人科¹⁾, 豊見城中央病院病理診断科²⁾

○前濱俊之(MD)¹⁾, 天久望美(CT)²⁾, 宮里碧沙(CT)²⁾,
伊禮 彩(CT)²⁾, 照屋敦子(CT)²⁾, 呉地 剛(CT)²⁾,
喜友名正也(MD)²⁾

【目的】子宮頸がん検診においては HPV 検査併用が CIN (頸部上皮内腫瘍)の早期発見に有用であることは多数報告されている。しかし、費用対効果に課題があり、適正な HPV 併用検診が望まれている。当院におけるデータを分析し効率的な検診法を模索した。

【方法】2008年4月より2017年12月までの検診症例66,727例を対象とした。HPV検査は同意のもと希望者に行い4591例に施行した。年代別に細胞診陽性率、HPV陽性率、HPV型別検索を分析した。細胞診陰性・HPV陽性例ではコルポスコピー検査と生検を行い、最終的なCINの診断率とその年代別分布を解析した。

【成績】HPV陽性率は10.5%(455/4318)であった。年代別HPV陽性率は20代16.6%、30代13.3%で両年代間において有意差を認めなかった。細胞診陰性・HPV陽性例の230例でCINと診断されたのは121例であった(52.6%)。109例はnon-CINであり、CINとnon-CIN症例で年齢別にCIN診断率を比較検討した。20代と30代はCIN診断率が高かったが、40代以降はnon-CINの診断率が高かった。20-39歳と40歳以降のCIN診断率においては有意に20-39歳でCIN診断率が高かった。

【結論】年代別HPV陽性率で20代と30代の間で有意差がなくなっていることから、20代での一過性感染の根拠は否定的であり、20代からHPV検査施行すべきである。また、年代別CIN診断率の結果から20-39歳でのみHPV検査併用することが費用対効果を最も活用した検診方法であることが示唆された。

WS4-4 HPV 検査の活用—細胞診 HPV 併用検診, 自己採取 HPV 検査, 円錐切除後管理—

島根県立中央病院産婦人科

○岩成 治(MD), 高橋也尚(MD), 森山正司(MD)

【細胞診・HPV併用検診】住民検診に、細胞診・HPV併用検診を10年間施行してきた。その結果、出雲市では浸潤癌罹患率が4.0(全国14.0)に、島根県は8.0に減少した。HPV併用検診受診者からの浸潤癌発症はなかった。HPV併用検診はCIN2/3検出感度が非常に高いこと(ほぼ100%)、検診の受診間隔延長(3-5年)が可能であること、検診の費用対効果が高いこと、浸潤がん減少効果がること、若年受診率が向上すること、が分かった。

【自己採取HPV検査】2015年に、出雲市の若年未受診者(検診対象者の30%)対策として、自己採取HPV検査を郵送によって行った。未受診者の10%から検体返送があり、HPV陽性率は7.2%であった。HPV陽性者の73.0%はその年の住民検診(HPV併用)を受け、陽性者の10.8%がCIN2/3であった。HPV陰性者は12.1%が受診し、CIN2/3は0%であった。自己採取と医師採取のHPV陽性一致率は83.5%、HPV陰性一致率は85.2%であった。自己採取HPV検査は未受診者対策として有効であった。

【円錐切除後の管理に活用】島根県立中央病院で円錐切除を行った289例について、術後3か月・その後は6か月間隔で細胞診・HPV検査による術後管理を行い(37.1±25.7か月)、再発(CIN2/3)の早期発見に努め、円錐標本断端部病理組織、術後3か月の細胞診とHPV検査を予後因子として解析を行った。その結果、術後3か月の細胞診・HPV検査が陰性であれば3年後、細胞診陰性・HPV検査陽性であれば1年後の受診が適正であることが分かった。

WS4-5 HPV ジェノタイプの網羅的解析から見えてきた HPV 型と子宮頸部病変との関係

杏林大学保健学部臨床検査技術学科¹⁾, 群馬パース大学保健科学部検査技術学科²⁾, ころとからだの元氣プラザ³⁾, 金沢医科大学産科婦人科⁴⁾

○大河戸光章(PhD)¹⁾, 岡山香里(PhD)²⁾, 栗原達哲(CT)³⁾, 石井保吉(CT)³⁾, 小田瑞恵(MD)³⁾, 笹川寿之(MD)⁴⁾

欧米において, HPV 検査は今や細胞診を補助する役割から, 独立した役目を担うものと認識されつつある. 2018 年末, 国立がんセンターより子宮頸がん検診の改訂案が示され, HPV 検査によるプライマリー検診が B ランクに位置付けられた. 感度が高い HPV 検査は検診の間隔を延長できるメリット有し, 費用対効果の点で優れている. しかしながら, ハイリスク HPV 型陽性者に必ずしも病変が存在するとは限らないこと, HPV 陰性の高度 SIL 症例が存在すること, 一時点の HPV 検査から子宮頸部病変(SIL)の進展予測は困難であるなど, HPV 検査を活用する上で解決すべき課題も残されている. 我々が開発した 39 タイプの HPV を検出できる uniplex E6/E7 PCR を用いて, 子宮頸部擦過細胞や組織中に検出される HPV 型を網羅的に解析した結果, 市販の検査法では推定困難な病態を理解し, HPV 型別の性格の違いを浮き彫りにすることが可能となった. 本ワークショップでは, 特定の HPV 感染とその持続感染の状況から導かれた de novo CIN2+ の可能性や HPV 型に基づいた新しい細胞診断について考察したい.

◇ワークショップ 5

コンパニオン診断の未来

WS5-1 病理・細胞診業務におけるコンパニオン診断における現状と課題

富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座¹⁾, 富山大学附属病院病理部病理診断科²⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座³⁾

○井村稔二(MD)^{1,2)}, 小椋恵利(CT)²⁾, 木屋千恵子(CT)²⁾, 摂津 黎(CT)²⁾, 清水晃太(MT)²⁾, 浜田桂司(MT)²⁾, 野口 映(DDS)³⁾, 中嶋隆彦(MD)³⁾

悪性腫瘍に対する従来の治療薬から, より効果的な分子標的治療薬が近年, 用いられつつある. がんの特異的分子変化を捕らえ, それらを抑制することで腫瘍への特異性も高いことから, 腫瘍の個別化医療において主役になりつつある. これら分子標的薬の登場は今世紀初頭の悪性リンパ腫に対するリツキシマブに始まり, その後, 50 種類以上の分子標的薬が承認されてきた. その使用の際, 付与される条件としてコンパニオン診断 (Companion diagnosis: CoDx) が上げられる. CoDx の手段として遺伝子異常を捕捉するだけでなく, 産物の過剰発現や異常蛋白を免疫組織学的に検索する方法があり, 日常の病理検査においても施行されている. その対象は, 乳癌での HER2 が胃癌に, 肺癌での EGFR が大腸癌に対しても検索されるなど, CoDx の適応が広まりつつある. さらに悪性黒色腫が当初の対象であった抗 PD-L1 抗体薬は直近では, 多くの腫瘍に対する適応が可能となった. この様に, ある分野だけではなく, 今後は各悪性腫瘍の治療選択に CoDx が行われ, その一端を担う病理検査は益々重要となってくる. しかし, 対照検体に対する, 固定までの時間, 固定時間・方法, 切片の経時的変化, 評価方法など, 影響を及ぼすものは多い. また, 現状では, 細胞診材料における CoDx の適応は殆どない. 但し, 今後は, 生検が得られない時, 細胞診検体を使用する機会もあるかもしれない. また, 昨年からは始まった遺伝子パネル検査と CoDx との競合もあり, 更なる検討が必要となってくる. この様な CoDx の現状と課題について, 病理・細胞診業務の現場での関わりについて報告する.

WS5-2 肺腫瘍のコンパニオン診断の未来：病理技師の立場から

久留米大学病院病理診断科・病理部

○河原明彦(CT), 安倍秀幸(CT), 高瀬頼妃呼(CT),
村田和也(CT), 福満千容(CT), 吉田友子(CT),
内藤嘉紀(MD), 秋葉 純(MD)

がんの特性に基づく、よりターゲットを絞った個別化治療の時代を迎えている。分子標的薬の登場に加え、遺伝子変異による薬効の違いなどが明らかになってきたことで、患者ごとのがんの特性を解析し、もっとも効果的で副作用の少ない治療薬を選択できるようになった。疾患等に関連するバイオマーカーを利用し、特定の治療薬に対し高い治療効果を示す患者を同定する検査は、近年コンパニオン診断と呼ばれている。現在、分子標的治療の分野で発展が著しいのが肺癌治療であり、EGFR チロシンキナーゼ阻害剤の使用に悪性腫瘍遺伝子検査が2008年に導入され、核酸を用いた分子病理検査の幕開けとなった。上述のように、ゲフィチニブやエルロチニブのようなEGFR チロシンキナーゼ阻害剤の使用には、対応関係にある体外診断用医薬品(IVD)承認を得た検出キットを用いたEGFR 遺伝子変異の検出が必須であると同時に、検出キットと対応関係にある機器も限定されるようになった。実臨床においては、ホルマリン固定によるDNAの断片化を最小限に抑えるような品質管理の重要性も求められ、臨床医・病理医・病理技師の連携が不可欠となった。また、コンパニオン診断の厳格な規定によってコスト面で自施設での遺伝子検査の稼働が困難な施設も多くみられる。さらに、コンパニオン診断薬の増加は、その解釈や位置づけに関して複雑化しているのが現状である。今回は、病理技師の立場から肺腫瘍のコンパニオン診断における遺伝子検査の現状を報告すると共に、今後の病理遺伝子検査について述べたい。

WS5-3 乳がん領域におけるコンパニオン診断の動向

博愛会相良病院病理診断科¹⁾, 博愛会相良病院臨床検査科²⁾, 鳥取大学器官病理学³⁾

○大井恭代(MD)¹⁾, 前田ゆかり(CT)²⁾, 梅北善久(MD)³⁾

全乳がんの約20%を占めるHER2陽性乳がんは予後不良であったが、抗HER2薬が開発され、その予後は大きく改善し、新たな抗HER2薬が次々に開発された。これら複数の抗HER2薬の適応は同一のHER2検査で判断されている。HER2検査には、蛋白質の発現をみる免疫組織化学(IHC)法とDNAコピー数をみるin situハイブリダイゼーション(ISH)法があり、国内ではHER2検査ガイドが、国際的にはASCO/CAPのHER2検査ガイドラインが作成され、順次改訂されてきた。この過程で、精度管理の重要性や適切な適応基準について、検討されてきている。一方、近年注目を浴びている免疫チェックポイント阻害薬に関しては、現在、複数の薬剤が承認あるいは承認されつつあり、同時に各薬剤に対して、異なる抗体や判定基準を用いたIHC法によるコンパニオン診断薬あるいは体外診断薬が示されている。そういった中、免疫チェックポイント阻害薬の一つであるペムブロリズマブに癌腫横断的な適応が追加され、体細胞遺伝子検査であるマイクロサテライト不安定性(MSI)検査がコンパニオン診断薬として承認された。さらに、次世代シーケンサーを用いた遺伝子変異解析プログラム「FoundationOne CDx がんゲノムプロファイル」ががん関連遺伝子の包括的なゲノムプロファイリングと複数の抗悪性腫瘍薬のコンパニオン診断の二つの機能を併せ持ったがん遺伝子パネル検査として薬事承認を受けた。より理想的な個別化治療の実現へむけて、コンパニオン診断は急速に変化している。乳がん領域におけるコンパニオン診断の動向について報告する。

WS5-4 泌尿器科腫瘍のコンパニオン診断の現状と 未来：尿細胞診の役割

愛知医科大学病院病理診断科

○都築豊徳(MD)

尿路上皮癌の診断は膀胱鏡所見及びその際に採取された検体を用いた病理診断が中心で、尿細胞診が尿路上皮癌発見の初期段階での関与及び尿路上皮癌治療後の経過観察に使用されてきている。しかしながら、膀胱鏡は侵襲性が高く、泌尿器科医の負担も大きい。又、尿細胞診は簡便で侵襲度が低いが、特異度は高いが感度にやや難がある。昨年より、4つの遺伝子異常(3番, 7番及び17番染色体の異数倍染色体, ならびに9p21遺伝子座の欠失)をFISH法で検出する方法(UroVysion)が、上皮内癌治療後の経過観察として保険収載となった。しかしながら、感度特異度とも優れた検査方法であるが、UroVysionには様々な問題点もある。本ワークショップではその概説とその問題点を解説する。

尿路上皮癌は長らく単一の病態と考えられていた。しかし、近年の分子生物学的検討により、尿路上皮癌には乳癌に類似した様々な subtype が存在すること、それらは標準化学療法であるシスプラチンベースの治療への奏効性がそれぞれ異なることが判明してきた。しかしながら、この分類法は様々で、統一に至っていないのが現状である。本ワークショップでは代表的な尿路上皮癌の分子生物学的分類を解説し、今後尿細胞診がどの様に分子生物学的分類に対峙するのかを解説する予定である。

WS5-5 子宮体癌における mismatch repair 蛋白の 発現異常と MSI の検討

岩手医科大学医学部病理診断学講座

○刑部光正(MD), 佐藤千絵(MD), 杉本 亮(MD),
藤田泰子(MD), 上杉憲幸(MD), 石田和之(MD),
菅井 有(MD)

【はじめに】進行・再発した高頻度マイクロサテライト不安定性(microsatellite instability; MSI-High)固形癌へのペムプロリズマブの適応拡大により、MSI-High 固形癌に注目が集まっている。MSIはMLH1, PMS2, MSH2, MSH6などのミスマッチ修復遺伝子(mismatch repair; MMR)蛋白の機能異常により生じる。MSI-High 固形癌は婦人科癌と消化器癌に多いことが知られており、中でも子宮体癌に多いことが報告されている。

【目的】子宮体癌におけるMMR蛋白欠損とMSIの関係について明らかとする。

【対象と方法】岩手医大産婦人科で外科的に切除された子宮体癌65例を用い、免疫組織化学的にMLH1, PMS2, MSH2, MSH6の発現を検討し、発現異常のみられた症例はMSIの有無をPCR法にて検討した。

【結果】65例中17例(26.2%)でMMR蛋白の発現異常がみられた。MMR発現異常を認めた17例中14例(82.4%)がMSI-Highであり、3例(17.6%)にはMSIを認めなかった。MSI-Highに対するMMR蛋白発現異常の感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率はそれぞれ94.7%, 100%, 100%, 82.4%であった。MSI-Highのうち類内膜癌が12例(85.7%)、漿液性癌と癌肉腫が各1例(各7.1%)であった。MSI-High類内膜癌のうちgrade3は2例(16.7%)であり、MSI-High中のType2体癌は4例(28.6%)であった。MSI状態による組織型、脈管侵襲、FIGO進行期に有意な差はみられなかった。

【結語】免疫組織化学的なMMR蛋白の発現解析はMSI状態の判定に有用と思われた。

◇ワークショップ 6

体腔液の細胞診の進化

WS6-1 演題取り下げ

WS6-2 体腔液の細胞分類における問題点と標準化に向けた取り組み

日本臨床衛生検査技師会穿刺液検査標準化検討 WG¹⁾, 中国中央病院臨床検査科²⁾, 諏訪中央病院検査科³⁾, 豊橋市民病院中央臨床検査室⁴⁾

○羽原利幸(CT)^{1,2)}, 保科ひづる(CT)^{1,3)}, 内田一豊(CT)^{1,4)}

体腔液の貯留は様々な要因で惹き起こされるが、それを明らかにするために体腔液が採取され、形態学的手法、生化学的手法、微生物学的手法や分子生物学的手法などを用いて検査が行われる。これらの中でも、形態学的手法の1つである細胞分類は体腔液に出現する細胞の種類を分類し、主体を占める細胞を明らかにすることで、急性炎症と慢性炎症の鑑別や結核などの特異的疾患を推定する重要な検査法として位置付けられている。細胞分類で、塗抹標本にギムザ染色を施して観察する方法で行う場合は、大型の細胞は標本の引き終わりに、小型の細胞は中心部位により多く塗抹される。しかし、大小様々な細胞が出現する体腔液では、細胞の大きさを考慮した観察方法についての議論は十分でなく、現状では病態把握のための適切な情報を臨床側に提供しているとは言い難い。そのため、日本臨床衛生検査技師会に穿刺液検査標準化検討 WG を立ち上げ、体腔液検査の標準化に向けた取り組みを行っている。われわれの検討では、標本の観察部位を、辺縁部位、中心部位、引き終わり周辺部位に分けて細胞の分布を比較したところ、中心部位ではリンパ球が、引き終わり周辺部位ではリンパ球よりも大型の組織球、反応性中皮、悪性細胞などが明らかに多くみられ、観察部位による細胞分布のばらつきを認めた。しかし、この所見は辺縁部位の2ヶ所、中心部位の1ヶ所、引き終わり周辺部位の2か所からそれぞれ100個ずつ、合計500個の細胞をカウントすることである程度改善可能であり、更なる的確な情報提供に寄与すると思われる。今回の発表では、体腔液の細胞分類における問題点や標準化法(案)を中心に報告する。

WS6-3 術中胸腔洗浄細胞診に出現する細胞像の特徴

東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野¹⁾, 東京医科大学人体病理学分野²⁾, 東京医科大学病院病理診断科³⁾, 三井記念病院呼吸器外科⁴⁾

○垣花昌俊(MD)¹⁾, 松林 純(MD)²⁾, 三宅真司(CT)³⁾, 梶原直央(MD)¹⁾, 筒井英光(MD)¹⁾, 前田純一(MD)⁴⁾, 大平達夫(MD)¹⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾, 池田徳彦(MD)¹⁾

【目的】非小細胞肺癌手術での術中胸腔内洗浄細胞診(Pleural lavage cytology : PLC)は予後因子として重要な役割を果たす結果がでていないが治療方針への反映はされていない。PLC陽性症例は悪性胸水陽性症例と同様に予後が不良とされているものの、胸腔内洗浄細胞診の診断は肺癌取り扱い規約には反映されていない。今回、2000年から2008年までに当科で施行した非小細胞肺癌切除症例のうち開胸時胸腔内洗浄細胞診が施行された症例を対象として、その意義を検討した。

【対象と方法】2013年から2017年までに肺葉切除あるいは肺区域切除が施行された1133例中1062例に術中胸腔内洗浄細胞診が施行された。そのなかで良悪鑑別困難、悪性疑い、悪性と診断された32症例を検討した。

【結果】良悪鑑別困難は16例、悪性疑いは8例、悪性は8例であった。全体では14例が再発、うち良悪鑑別困難は6例、悪性疑いは3例、悪性は5例であった。

【まとめ】再発群と非再発群の間で胸膜浸潤度の有無に有意な差は認めなかった。stage I 症例においても再発が存在しており、洗浄細胞診の結果が予後に少なからず影響を与えていると考えられた。良悪鑑別困難16例中6例が再発していた。良悪鑑別困難細胞は反応性に肥大した中皮細胞を主体としており、核クロマチンの増加も軽度、核小体も目立たず、N/C比の増大も目立ってはいなかったが、形態学的に悪性像が得られなかったとしても生物学的悪性が潜んでいる可能性がある。癌特異的な蛋白、遺伝子の発現を採取された検体から検出することも検討すべき課題と考える。

WS6-4 婦人科診療における腹水細胞診 セルブロック法の有用性に関する検討

横須賀共済病院産婦人科¹⁾, 横須賀共済病院病理科²⁾

○杉浦 賢(MD)¹⁾, 矢毛石眞由美(DDS)²⁾, 猪股美和(CT)²⁾, 川口幹夫(CT)²⁾, 桑原祐子(CT)²⁾, 杉山真理(CT)²⁾, 矢部香織(CT)²⁾, 津浦幸夫(PhD)²⁾

【目的】婦人科診療において、腹水貯留を主訴とする症例は比較的多い。卵巣悪性腫瘍や、卵巣良性腫瘍などの疾患以外にも他科領域の悪性疾患、あるいは良性疾患など、多岐にわたる疾患の鑑別を要する。今回、腹水の精査にて、セルブロック法による細胞診判定と、通常細胞診判定を比較可能であった症例について、その内容、判定結果などを検討し、有用性を再考する。

【方法】腹水の精査において、腹水の通常細胞診と、セルブロック法による細胞診の判定がなされた29症例について、その判定結果、などを検討する。症例の内訳は卵巣癌17例(腹膜癌含む)子宮体癌(3例)その他の癌(3例)良性卵巣腫瘍4例 良性疾患2例 悪性中皮腫1例 悪性リンパ腫1例であった。21症例で通常細胞診とセルブロック法の判定が合致していた。判定不一致症例は、卵巣癌(境界悪性腫瘍を含む)6例、悪性中皮腫1例、卵巣良性腫瘍1例であった。卵巣癌の症例6例の不一致の内容はセルブロック陽性、通常細胞診陰性が3例、セルブロック陰性、通常細胞診陽性が3例と一定の傾向は認めなかった。当初、セルブロック法により、腹水中の細胞をより効率的に収集し観察可能となり、正診率向上を期待していたが、免疫染色を追加することにより、より精度の高い病理学的検討が可能となった症例も複数存在した。

【結論】婦人科診療においてセルブロック法による細胞診判定は、腹水貯留の原因診断に苦慮している場合に有用であると考えられた。

WS6-5 体腔液における悪性中皮腫細胞集塊の多様性

埼玉医科大学総合医療センター病理部¹⁾, 公益財団法人結核予防会複十字病院病理診断科²⁾

○日下卓万(CT)¹⁾, 大野優子(CT)¹⁾, 大澤久美子(CT)¹⁾, 阿部倫子(CT)¹⁾, 菊地 淳(MD)¹⁾, 増田 渉(MD)¹⁾, 川野竜太郎(DDS)¹⁾, 百瀬修二(MD)¹⁾, 東 守洋(MD)¹⁾, 岡 輝明(MD)²⁾, 田丸淳一(MD)¹⁾

近年, 悪性中皮腫(以下 MM)の細胞診断は胞体が厚く, 胞体の微絨毛が発達しているといった弧在性に出現している細胞所見を用いて診断されていることが多い。しかし, MM の細胞形態は多様性を有し, そのためしばしば診断に苦慮する。体腔液細胞診断時に弧在性細胞の出現が少なく, 細胞集塊のみがみられる場合は MM と判断することが困難なことが多い。体腔液で多く見られる細胞集塊所見は球型, 乳頭状, ミラーボール状などと呼ばれており, 集塊形態は症例, 疾患により様々である。本発表で我々は, MM における細胞集塊について特徴的な細胞像を見いだせないか検討を行った。さらに, 鑑別診断になる腺癌などと集塊形態についても比較検討した。MM において, 集塊内部に存在する腔が中空に見えるものと無構造の collagenous stroma をみるものがある。これらを仔細に観察すると集塊の上下を細胞が覆っており, 球型に観察できる。Giemsa 染色でそれらを観察すると一つ一つの核をみることが出来ることからほとんど細胞の重なりがないと判断される。さらに索状構造や集塊の分岐, 樹枝状の構造なども観察できる症例がある。これらは MM に特徴的な所見になりえる新たな可能性があると考えた。それらの所見と癌細胞集塊と比較した形態学的観察結果を報告する。

WS6-6 胸水細胞診を用いた悪性胸膜中皮腫診断プロセスと問題点

福岡大学病院病理部・病理診断科¹⁾, 福岡大学医学部病理学教室²⁾, (株) ピーシーエルジャパン PCL 福岡病理・細胞診センター³⁾

○濱崎 慎(MD)^{1,2)}, 松本慎二(CT)¹⁾, 木下義晃(MD)²⁾, 亀井敏昭(MD)³⁾, 鍋島一樹(MD)^{1,2)}

胸水貯留を初発症状とする悪性胸膜中皮腫(malignant pleural mesothelioma, MPM)の診断における胸水細胞診の役割は重要である。中皮細胞起源の確認と良悪の判定では細胞形態の評価が基本となるが, 診断精度の向上に免疫染色や遺伝子変異を用いた補助診断が寄与する部分も大きい。9p21 FISH (fluorescence in situ hybridization) を用いた p16 遺伝子ホモ接合性欠失の同定は, 反応性中皮過形成(reactive mesothelial hyperplasia, RMH)と MPM の鑑別において重要な手段であり, さらに免疫染色による BRCA1-associated protein 1 (BAP1) 蛋白の核内発現欠失の証明も診断精度の向上に大きく貢献した。現在では, 9p21 FISH の代替としての免疫染色による Methylthioadenosine phosphorylase (MTAP) 蛋白発現消失の同定も導入され, 複数の手技の組み合わせによって, 多くの施設で高い感度, 特異度を維持した診断が可能になってきている。当院でも悪性胸膜中皮腫の胸水細胞診診断においては, 細胞形態観察に始まり, 良悪性の鑑別や癌との鑑別に際し, 免疫染色や遺伝子変異に基づく解析を組み合わせて日常診療に利用しており, 自験例を中心にその診断過程を提示する。ただし, これらの検査法の利用においては結果の解釈に慎重を期する必要がある。胸水細胞診の正確な診断の為には, 判定時の問題点を認識し, 習熟することが重要であり, この点についても併せて検討を加えて報告したい。

◇ワークショップ7

悪性リンパ腫の診断：特に DLBCL/High-grade B-cell lymphoma に焦点を当てて

WS7-1 High grade B-cell lymphoma の病理診断とその問題点

埼玉医科大学総合医療センター病理部

○百瀬修二(MD), 田丸淳一(MD)

WHO 分類第4版改訂版が出版され2年近くが経とうとしている。今回の改訂点の大きな変更点の一つは、B細胞リンパ腫の中の B Cell Lymphoma Unclassifiable, with Features Intermediate Between Diffuse Large B Cell Lymphoma and Burkitt Lymphoma and Diffuse Large B Cell Lymphoma の暫定的枠組みが解消し、あらたに MYC, BCL2, BCL6 の転座の有無を加味した High grade B-cell lymphoma (HGBL), with MYC and/or BCL2, BCL6 rearrangement および HGBL, NOS が設定されたことであろう。この分類は FISH や分染法などの分子遺伝学的探索による転座の有無の検索なしには診断に至らないことを意味している。しかしながら HGBL の診断確定のための FISH をどのような症例に行うか定まったものは現在のところない。さらに HGBL と病理学的に診断された症例がすべて”高悪性度”かといった疑問についても、議論の余地がある。本演題では HGBL の現行の分類に至った経緯を俯瞰し、変更点を踏まえ、どのような場合に FISH をすべきか否か、さらにはこの疾患カテゴリーの今後の方向性についても議論してみたい。

WS7-2 リンパ節の穿刺吸引細胞診と flow cytometry の併用—細胞診による悪性リンパ腫の診断精度向上を目指して—

日本医科大学多摩永山病院病理診断科¹⁾, 三菱化学メディエンス病理・細胞診センター²⁾, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学³⁾

○細根 勝(MD)¹⁾, 磯部宏昭(CT)¹⁾, 片山博徳(CT)¹⁾, 新井 悟(MD)¹⁾, 前田昭太郎(MD)²⁾, 内藤善哉(MD)³⁾

リンパ節の細胞診には生検材料からの捺印細胞診と穿刺吸引細胞診(FNA)の二種が知られているが、補助診断としての受動的立場に位置する前者に対し、後者(FNA)は簡便かつ迅速、非侵襲的などの長所を備え、独立した診断法としての可能性をも備えた能動的検査法である。一方、悪性リンパ腫の REAL 分類-WHO 分類の提唱以来、リンパ節細胞診の領域でも本来の形態観察に加え、様々な補助診断法の併用、すなわち集学的診断(multi-disciplinary approach)が推奨されており、欧米ではこの種のアプローチは既に一般化しているが、手技や検体処理の煩雑化などから本邦ではあまり行われていない。具体的には flow cytometry (FCM) による免疫学的表現型解析、染色体分析、FISH 法などは、すべて FNA を含めた細胞診材料からも施行可能であり、特に FCM は悪性リンパ腫の細胞診には最も有用かつ信頼性の高い補助ツールと考えられている。当施設では以前よりリンパ節 FNA における FCM 併用の有用性に注目し、さらには FCM 以外の補助診断併用の可能性についても検討を重ねてきたが、今回はそれらのデータを提示しつつ、具体的な有用性および昨今の molecular cytopathology の導入を視野に入れた将来的展望などに関して言及したい。

WS7-3 High grade B-cell lymphoma を想定すべき細胞学的特徴所見

昭和大学医学部臨床病理診断学講座¹⁾, 杏林大学医学部附属病院病院病理部²⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科³⁾

○佐々木陽介(CT)¹⁾, 岸本浩次(CT)²⁾, 北村隆司(CT)¹⁾, 三浦咲子(MD)¹⁾, 本間まゆみ(MD)³⁾, 塩沢英輔(MD)¹⁾, 矢持淑子(MD)¹⁾, 楯 玄秀(MD)¹⁾, 瀧本雅文(MD)¹⁾

B細胞性リンパ腫は全悪性リンパ腫のうち70~80%を占め、高悪性度B細胞性リンパ腫と低悪性度B細胞性リンパ腫に大別される。組織型確定には組織形態、免疫組織化学が不可欠であり、加えて高悪性度B細胞性リンパ腫では遺伝子検査所見が必要で、これらの検査材料として組織生検が必須となる。High grade B-cell lymphoma(HGBL)はこれまでDLBCLまたはDLBCLとBurkittリンパ腫(BL)の中間型リンパ腫として分類されていた高悪性度B細胞性リンパ腫である。組織学的に半数程度の症例で、中~大型主体でごく少数の小型リンパ球、組織球のstarry-sky像、多数のmitosisやapoptosisがみられる。ほかにも比較的均一な細胞で構成されたBL類似症例やリンパ芽球性リンパ腫類似症例など細胞像は多様である。HGBLのほとんどがMYCとBCL2・BCL6のいずれか、または両方の遺伝子転座を有するdouble-hit・triple-hit症例であり免疫染色所見、遺伝子転座の有無により組織診断が確定する。したがって細胞学的特徴でHGBLを診断することは不可能であるが、細胞診断においては組織生検に先立って事前に遺伝子検査を行う準備ができるような報告が望ましい。そのため、高悪性度・低悪性度のB細胞性リンパ腫について、それぞれの細胞形態を理解しておくことが非常に重要である。今回、DLBCLおよびBLの典型症例、低悪性度B細胞性リンパ腫症例をdouble-hit HGBL症例と比較することにより、「HGBLを想定した報告」が有用と考えられる細胞学的特徴を解説する。

WS7-4 FISH法によるDouble hit lymphomaの探索と検出方法の比較

長野赤十字病院病理部

○佐藤秀太(CT), 荻野智由(CT), 里見英俊(MD), 伊藤以知郎(MD)

造血器腫瘍において特異的な遺伝子転座の存在は、診断および病型の特定に不可欠なものとなってきた。2種類以上の転座相手遺伝子を同一腫瘍に認めるIGH転座の症例はDouble hit lymphoma(DHL)と呼ばれ、MYC/BCL2やMYC/BCL6の組み合わせが多い。DHLは従来DLBCLと診断されてきた症例の5%程度を占めるといわれており、高度の治療抵抗性を示す。悪性リンパ腫に対して各種のモノクローナル抗体や標的治療薬が開発され、その治療予後が大きく改善されつつある中、DHLのような予後不良症例を精確に抽出することは重要である。今回我々は2015~2018年に当院でDLBCLと診断された症例を後方視的に検討し、DHLの抽出を行った。方法はc-Myc, Bcl2, Bcl6の免疫染色を行い、高発現したものに対してFISH法を追加してDHLを検索した。さらにDHLの細胞診標本に対し、同一のFISH法を行い、シグナルの見え方などを組織標本と比較した。FISH法の判定にはシグナルカウント評価が重要であるが、組織標本では薄切により核の切断、つまり部分的なシグナルの消失というアーチファクトが起こる。それに対し細胞診標本はwhole cellの状態が保たれており、シグナルの消失は認めないが、核の重積によるシグナル過多が問題となる。また、FISHプローブにはDual fusionとBreak apartの2種類があり、シグナルの見え方が異なる。それぞれのプローブを用いたFISH法で組織・細胞診標本それぞれの利点を報告する。

◇ワークショップ8

非腫瘍性呼吸器疾患細胞診のおさえどころ

WS8-1 精査加療施設の立場から、「炎症性偽腫瘍」を例として

岩手県立中央病院病理診断センター

○八重樫弘(DDS), 高橋一博(CT), 平山主税(CT),
山田孝弘(CT), 北條寛尚(CT), 金子実幸(CT),
中野香奈子(CT), 渡邊陽子(CT), 小野貞英(MD),
佐熊 勉(MD)

呼吸器細胞診は肺癌のスクリーニングなどに大きな役割をはたしている。岩手県の一般病院の中で、当院は岩手医科大学と共に精査加療施設として位置づけられており、紹介患者の気管支鏡検査や手術時の迅速診断において、細胞診が大きな役割を果たしている。今回は、精査加療施設としての経験から、肺癌を疑って紹介された症例の中に稀ではあるが非腫瘍性の病変が隠れていた例を提示する。診断に際しては本症例のような病変があることも十分に留意しておく必要がある。肺癌と鑑別を要する非腫瘍性の病変としては、アミロイド腫瘍、結核、クリプトコッカスなどの肺真菌症、炎症性偽腫瘍、硝子化肉芽腫、イヌ糸状虫症などが知られているが、此处では最近経験した「炎症性偽腫瘍」を例としてその細胞診のおさえどころを整理してみたい。症例：31才男性。自覚症状：血痰1回。既往歴：特になし。職場の検診で、肺異常影を指摘、CTを行ったところ左B3に閉塞が見つかった。気管支鏡下で当該部に閉塞が確認され、生検の後擦過および洗浄の細胞診が施行された。炎症性偽腫瘍の可能性が示唆されたが、閉塞性肺炎を合併する可能性が高いため、左肺上葉部分切除が施行された。細胞像、組織像のおさえどころを供覧する。

WS8-2 間質性肺炎とはどのような疾患か？

帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科

○高橋美紀子(PhD), 川本雅司(PhD)

非腫瘍性呼吸器疾患は、感染、アレルギー関連、肉芽腫形成性や嚢胞形成性など多岐にわたるが、その中で、間質性肺疾患は急速進行性・治療難治性なものも含まれ、臨床的にも重要な位置を占める。原因不明の特発性をはじめ、膠原病関連などの二次性もみられ、その場合、臨床症状も呼吸器症状以外の症状が重要なポイントとなる。画像所見についても、ある程度の特徴を呈するが、腫瘍性・非腫瘍性を含め、間質性肺炎以外にも鑑別疾患として挙げられる場合もあり、臨床的な診断確定が難しいことも多い。その中で、喀痰細胞診をはじめ、気管支肺胞洗浄・気管支擦過細胞診あるいは穿刺吸引細胞診検体で良悪判定を行うわけだが、判定にあたっては、患者背景の基本的な理解が重要で、診断精度の向上にも寄与するものと考え。今回は、代表的な間質性肺炎についての臨床、画像および諸検査の特徴と組織像を提示し、細胞診に関連する診断ポイントを述べる。

WS8-3 非腫瘍性呼吸器疾患の細胞診において肺癌と鑑別の難しい反応性異型細胞の文献レビュー

大阪はびきの医療センター病理診断科

○河原邦光(MD)

非腫瘍性呼吸器疾患では、喀痰細胞診に加え、針穿刺吸引(FNA)、気管支肺胞洗浄(BAL)等の新しい手技が導入され、肺癌と鑑別を要する高度の異型を示す反応性細胞(反応性異型細胞)に遭遇する頻度が増加している。Saadらは総説の中で、偽陽性を生じるピットフォールとして、1. 反応性Ⅱ型肺胞上皮、2. マクロファージ、3. 反応性再生性気管支上皮、4. 基底細胞過形成、5. 空洞病変を含む重層扁平上皮化生上皮、6. 反応性中皮、7. コンタミネーションを報告しているが、これらの中では1, 3, 5が重要である。異型を伴う反応性Ⅱ型肺胞上皮については、器質性肺炎、肺梗塞、ARDS、AIDS、高濃度酸素療法、肺線維症等のBAL・FNAの際にホタテ貝様の辺縁を有した立体的細胞集塊として出現し、細胞はN/C大、クロマチンの増量、粗剛な核クロマチンパターン、核小体の腫大、核膜の不整などの特徴を有し、腺癌との鑑別が問題となる。異型を伴う反応性再生性気管支上皮は、肺炎、肺梗塞、気管支喘息、慢性気管支炎、気管支拡張症、環境曝露、放射線治療、化学療法等の際に、大型多角形の細胞が乳頭状細胞集塊を形成して出現する。核クロマチンは粗剛で、1~複数の大型の核小体を有するが、核膜は平滑で均一であり、腺癌との鑑別が問題となる。異型を伴う重層扁平上皮化生上皮は、結核やアスペルギルス症等で出現する場合は、FNAでは、N/C大で、核膜の不整な、OG好性の厚い胞体を有し、扁平上皮癌との鑑別に難渋する。今回は、反応性異型細胞の細胞学的特徴と、出現する非腫瘍性呼吸器疾患について、文献のレビューを中心に報告する。

WS8-4 呼吸器感染症の細胞診

独立行政法人国立病院機構東京病院臨床検査科病理検査室

○我妻美由紀(CT)、浦田兼司(CT)、木谷匡志(MD)、
蛇澤 晶(MD)

呼吸器感染症には細菌、真菌、ウイルスなどがあり、特徴的な像を呈するため細胞診で判定することが可能な場合もある。今回は結核性抗酸菌症、非結核性抗酸菌症、放線菌症、Aspergillus症、Mucor症、Cryptococcus症、Pneumocystis jiroveciiについて、それぞれの臨床所見をあげ、それに伴う組織像や細胞像と診断するポイントを提示する。また、現在は日本であまり見ることがないが、海外旅行や外国人観光客などの増加で感染の機会が増える輸入感染症についても触れたい。感染症は細胞診だけで同定することは困難であるが、時に臨床が疑ってもいなかった感染をいち早く見つけることができる。臨床医に感染を示唆し、培養や検査オーダーの追加依頼をすることで、診断をより早く正確に行うことが可能となる。同じ日に採取した検体でも、細菌室に提出した部分と細胞診用に提出した部分では培養結果が異なることもあるので、細胞診での診断意義は大きい。そのために私たちは悪性細胞を見つけることばかりではなく、感染細胞や兆候を見落とさずスクリーニングしなくてはならない。今回は細胞診断が有用であった感染症の症例を提示し解説を加えたい。

◇ワークショップ9

LBCのピットフォール

WS9-1 従来法と比較したLBC法における子宮頸部細胞診の注意すべき特徴

京都大学医学部附属病院病理診断科

○吹谷美佳(CT), 白波瀬浩幸(CT), 田川千幸(CT),
平伴英美(CT), 佐伯美穂(CT), 富田圭一(CT),
平田勝啓(CT), 南口早智子(MD), 桜井孝規(MD),
羽賀博典(MD)

当院では2010年からLBC(Liquid based cytology, Thin-Prep)法を導入し、10年が経過しようとしている。LBC導入により、乾燥や過剰な血液・炎症細胞による不適正標本の減少、鏡検範囲の縮小によるスクリーニング時間の短縮、バイアルでの検体保存により追加標本作製が可能、遺伝子検査への応用などの利点を経験した。一方、細胞評価において、従来法との見え方の違いから判断を誤るピットフォールとなる可能性のあるLBC標本の特徴もある。従来法にない所見や傾向でLBC標本での注意点として挙がるのは以下の点である。①LBC法ではtumor diathesisと呼ばれる浸潤癌に関連する腫瘍性壊死を確認することが重要である。繋がるような緑色のclinging diathesisやcotton candy diathesis(綿菓子状の壊死)と呼ばれるやや淡い集塊を形成する壊死は扁平上皮癌でも腺癌でもみられる。②bland dyskaryosis(おとなしい/柔らかい異形成)；一見核クロマチンの増量が目立たず、核異型が軽度と判定され、高度異型扁平上皮内病変と扁平上皮化生との鑑別などが難しいことがある。③細胞保存液内に細胞が浮遊する扁平上皮系細胞集塊が重積性のある集団となる傾向があり、腺癌と非角化型扁平上皮癌の鑑別が難しくなる。④胃型腺癌や分葉状子宮頸部腺過形成で見られる黄色調粘液が判り難くなることなどが挙げられる。日常診断の中で経験したこれらピットフォールについて、実際の症例を提示する。

WS9-2 LBC法における本会の成績と運用上の注意点

(公財)東京都予防医学協会

○吉田志緒子(CT), 花出有芸(CT), 鎌田久美子(CT),
石山功二(CT), 久布白兼行(MD), 木口一成(MD)

細胞診検査の精度向上を目的とした手法の一つとして、液状検体細胞診法(LBC法)が提唱されており、その利点・問題点の報告も多くみられる。今回は本会の成績等から、LBC法を活用する場合の注意点を検討し報告したい。本会は2014年に、対策型子宮頸がん検診の一部地区にLBC(ThinPrep5000)の本格的な運用を開始した。2017年度からは本会検診センター受診者(職域検診一部住民検診)にもLBC法を導入し、2017年度までの検査数は103,723件、要精検数は2,827件(2.73%)であった。これは同時期(2014~2017年度)の従来法の要精検率2.40%より高値を示していた。病変発見率に関しては、LSIL/CIN1ではLBC法0.73%、従来法0.40%、HSIL/CIN2ではLBC法0.23%、従来法0.18%とLBC法が高かったのに対し、HSIL/CIN3及び頸部がんではLBC法0.14%・0.01%、従来法0.15%・0.02%とLBC法がやや低い値を示した。LBC法では細胞の塗抹状態が平均化され、細胞の重なりも少なくなることから、表~中層型異型細胞を見つけやすくなると思われる反面、異型細胞の出現形態やクロマチンの淡明さ、細胞の小型化や背景所見など、従来法との違いがある場合もあり、慎重なスクリーニングが必要であると感じている。LBC法の細胞判定の現状、さらに細胞診判定と組織診断の乖離があった症例の検討なども加えて、LBC法を運用する際に注意する点をまとめた。

WS9-3 細胞診(LBC法)では特定できないNILM/ HPV陽性症例について

福井大学医学部産科婦人科

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

【背景・目的】 HPV検査及び細胞診の併用検診が、最も感度及び特異度が優れた検査と報告されている。HPV併用検診においては、NILM/HPV陽性という、細胞診のみの検診では特定しえない一群が存在する。私たちは福井県において細胞診(LBC法)にHPV検査(コバス4800)を併用した検診の有効性を検討するFCCS studyを行なった。現在FCCS studyの中で、細胞診ではNILMであったHPV陽性症例について継続的にfollow up中である。その結果から、この群の特徴について検討した。

【方法・結果】 FCCS studyにおいて、NILM/HPV陽性213例の初回受診時に、202例に対し生検を行った。その結果CIN1 33例、CIN2 12例、CIN3 8例を認めた。そこでCIN3症例のうち5例について、組織結果をブラインドとして細胞検査士7名による再検査を行った。その結果4例ではCIN3に値する細胞診異常は認めなかった。また、初回受診時CIN1-2症例に対して、1年後のfollow upとして再度HPV検査、細胞診、コルポスコップ下生検を行った。細胞診とHPV検査のCIN検出感度、特異度を検討した。細胞診は感度50.0%、特異度84.6%で、HPV検査は感度は80%、特異度64.3%であった。

【考察】 サンプルングの限界によりNILM/HPV陽性/CIN症例が存在する可能性がある。

WS9-4 LBCの原理とその特長及び長所と短所について

山梨県厚生連健康管理センター婦人科¹⁾, 甲府市医師会細胞診センター²⁾, 山梨県立中央病院³⁾

○寺本勝寛(MD)¹⁾, 坂本光正(CT)²⁾, 小林奈美(CT)²⁾,
三村理恵(CT)²⁾, 原田さつき(CT)²⁾, 杉田典子(CT)²⁾,
坂本春陽(CT)²⁾, 石井恵理(CT)³⁾, 雨宮健司(CT)³⁾,
小山敏雄(MD)³⁾

液状化検体細胞診LBC(Liquid Based Cytology)は、適切な部位から確実に細胞を採取する為に適切な採取器具を用い、細胞の乾燥を防ぐ為にバイアルで固定し、常に一定の品質の標本作製する為に専用装置で塗沫する。その特徴は、長所①不適正標本が減少し、偽陰性は少なくなる。②鏡検する範囲が直径13~20mmの円の範囲内で、鏡検時間も短縮される。③HPV-DNA検査などが可能になる。④自動診断が可能になる。短所①高価な機械や消耗品が必要である。②検体処理過程が複雑で時間がかかる。③処理過程で細胞変性が起きやすい。④検鏡に一定のトレーニングが必要である。日本で使用されているLBCには、ThinPrep法(フィルター法)、Sure-PathTM法(密度勾配法)、TACASTM法(重接着法)、Cellprep法(風圧法)等があり、用いられている装置にて原理が異なり、回収の方法も違いがある為、その違いを知る必要がある。LBCと従来法の細胞診精度は、2003年Klinkhamerらは、ThinPrep法はASC-USまたはそれ以上の病変を検出するため、感度は従来法に比べ上昇すると報告したが、その後の文献的考察では、ほぼ同等であるとの報告が多い。2017年産婦人科診療ガイドライン外来編には、最近文献考察からCIN2、CIN3の検出感度が上がるとの記載も加えられた。今回は、日本で使用されている各LBCの原理とその特長に触れ、その長所と短所を考察し、2013年6月~から行われているLBCを用いた日本臨床細胞学会臨床試験CITRUSスタディのLBC検体標本の細胞像を供覧したい。

◇ワークショップ10

子宮内膜診断の精度を高めるために
基調講演

WS10-1 子宮内膜細胞診判定精度を下げる要因

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科¹⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科²⁾, 福井大学医学部産科婦人科³⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部⁴⁾, 弘前大学大学院保健学研究科⁵⁾

○矢納研二(MD)¹⁾, 中村 豊(CT)²⁾, 黒川哲司(MD)³⁾, 品川明子(MD)³⁾, 大沼利通(MD)³⁾, 則松良明(PhD)⁴⁾, 渡邊 純(MD)⁵⁾

子宮内膜細胞診判定精度に関わる要因としては、基礎的な医学的知識と判定技術、経験が重要である。ホルモン環境異常や薬物・炎症によってもたらされる形態変化を正しく評価する能力も必要である。特に、子宮内膜にホルモン環境異常が与える影響は、一律ではない。異常の程度や期間、出血症状の発症から受診するまでの時間、対象の年齢などで、認められる形態変化は変化する。そのため、単に、悪性腫瘍を拾い出す作業だけにとらわれ過ぎず、所見として認識された形態変化を、正確に評価していくことが求められる。ホルモン環境異常に起因する形態変化は、時として癌に似ることが知られており、癌を正確に診断する意味でも、両者の鑑別は極めて重要となる。そのため、どのようなホルモン環境の異常が、どのように形態に変化を及ぼすのかを熟知しておく必要がある。次いで重要なことは、判定に用いる標本の質である。状態の悪い標本で、無理に判定を行うことは、判定精度を低下させる原因となる。この問題を解消させるため、記述式内膜細胞診報告様式(The Yokohama System)では、標本適正基準が設定されている。この基準は、今後、さまざまな科学的検証を経て、必要に応じて改められていく必要がある。また、内膜細胞診でも導入が進められている液状化検体細胞診(LBC)でも、それぞれの製品の特性に応じた適正基準が必要になると思われる。このような作業段階を経て、細胞診の標準化が達成できれば、それに応じた高い精度で再現性の高い細胞診判定の標準化も実現可能となる。さらには、免疫細胞化学や遺伝子解析の応用により、より高い精度の判定となることが期待される。

WS10-2 子宮内膜増殖症と内膜細胞診にまつわる諸問題

滋賀医科大学附属病院病理診断科¹⁾, 滋賀医科大学附属病院臨床検査医学講座²⁾, 滋賀医科大学附属病院検査部³⁾

○森谷鈴子(MD)¹⁾, 九嶋亮治(MD)²⁾, 松原亜季子(MD)³⁾, 能島 舞(MD)¹⁾, 岩井宗男(CT)³⁾, 岩本 望(CT)³⁾, 林 裕司(CT)³⁾, 山口 大(CT)³⁾, 吉田友理子(CT)³⁾, 今村真治(CT)³⁾

日常業務の中で、子宮内膜細胞診の所見記載に「増殖症が疑われます」「増殖症が否定できません」といった文章を見かけることは比較的多い。細胞検査士や細胞診専門医試験対策用の問題集でも、子宮内膜増殖症、子宮内膜異型増殖症という選択肢は類内膜癌と共に必出である。これに対して特に病理医は違和感を覚えることも多いと思われる。なぜなら子宮内膜増殖症の組織診断に際しては、内膜ポリープやホルモン不均衡による内膜変化、あるいは正常増殖期内膜との鑑別にすら悩む事があり、子宮内膜増殖症の特徴とされる細胞所見の多くがこれらの疾患にも共通して出現する可能性を容易に想像できるからである。細胞診で「増殖症が疑われる」との記載が含まれ、子宮内膜増殖症であったことが組織学的に確認された症例は極めて少なかった。逆に組織診で「子宮内膜増殖症」と診断された症例の先行する内膜細胞診では大部分の症例で増殖症を疑われておらず、陰性と判定されていた。このことから細胞診での子宮内膜増殖症の診断には問題が多く、推定診断に記載するのであれば、他の類似疾患も含め、良性増殖性病変が疑われる等の幅を持たせた記述が望ましいと考えられる。一方、異型増殖症以上を細胞診で推定した例では高分化類内膜癌が発見されることが多く、逆に組織診で異型増殖症と診断した症例の中に稀ならず内膜細胞診陰性の症例が含まれていた。異型増殖症では構造異型、細胞異型共に軽度であり、異型内膜増殖症以上を拾うことも必ずしも容易ではない。異型の有無に関わらず、増殖症については細胞診の限界が多いことを実例と共に示す。

WS10-3 子宮内膜 LBC 標本を用いた免疫細胞化学の応用

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¹⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科²⁾, 奈良県立医科大学附属病院病理部³⁾

○則松良明(PhD)¹⁾, 矢納研二(MD)²⁾, 鈴木久恵(CT)³⁾,
西川 武(CT)³⁾

子宮内膜細胞診の診断精度を高めるためにも、形態学的判定だけでなく、免疫細胞化学を加味した判定が望ましいと思われる。LBC 法は複数枚の標本作製が可能であるため、種々のマーカーでの免疫染色の実施が可能である。EGBD では間質細胞凝集塊(間質細胞)と化生性不整形突出集塊(化生細胞)が内膜癌細胞(癌細胞)との鑑別において問題となるが、間質細胞と癌細胞との鑑別には CD10, WT1, CAM5.2 の使用により、間質細胞は CD10・WT1 が陽性、癌細胞は CAM5.2 陽性となり、両者の鑑別が明確となる。化生細胞と癌細胞の鑑別は ki67 や Cyclin-A において、化生細胞の免疫活性は癌細胞に比べて有意に低く、判別の一助となる。また腫瘍の層別化について、 β -catenin において、High-grade 癌(HG; G3, 漿液性腺癌, 明細胞癌)は Low-grade(LG; G1, G2)癌よりも有意に発現消失を示す。p53 では、HG 癌は LG 癌よりも有意に核陽性発現を示す。また、最近我々は、Insulin-like growth factor-II mRNA-binding protein 3(IMP3)について検討し、その結果、漿液性腺癌において特異的にその免疫活性が高く、類内膜腺癌 G1 および G3, 化生細胞との鑑別に非常に有用であることが判明した。以上のことより、LBC 標本での細胞形態所見に加え、免疫細胞化学的手法を併用することで、EGBD と癌との鑑別および、癌の層別化等、精度の高い細胞診判定への糸口が見えてきた。

WS10-4 腺癌細胞の核内所見と細胞周期の関連性：培養細胞を使用して

九州大学大学院医学研究院保健学部臨床検査技術科学分野¹⁾, 純真学園大学保健医療学部検査科学科²⁾, 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学³⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学⁴⁾, 国際医療福祉大学⁵⁾, 福岡山王病院⁶⁾, 医療法人社団高邦会高木病院予防医学センター⁷⁾

○渡辺寿美子(PhD)¹⁾, 中司 成(MT)¹⁾, 上原俊貴(CT)¹⁾,
遠峰由希恵(CT)²⁾, 加藤聖子(MD)³⁾, 小田義直(MD)⁴⁾,
加来恒壽(MD)^{5,6)}, 岩坂 剛(MD)⁷⁾

【背景】我々はこれまで、子宮内膜において極性の乱れや子宮内膜化生性変化の把握が、類内膜腺癌症例において重要であることを報告してきた。また、癌の診断治療において細胞周期の把握は重要と考える。一般に、腺癌細胞や化生細胞は扁平上皮癌の細胞より核内所見(核クロマチンや核小体など)が観察しやすい。そこで今回、実験的に、核内所見と細胞周期の関連性について検討した。

【対象および方法】複数の腺癌由来株化細胞の培養 3 日目(day3)と 7 日目(day7)の細胞を用いた。細胞周期の判定には、pKi67 染色と FCM を行った。また PI 染色と Pap 染色後、核面積・核クロマチンパターン・核小体の数・形態について観察を行った。有意差検定は一元配置分散分析を用いた。

【結果】pKi67 は day3 では高発現が見られたが、day7 では殆ど発現が見られなかった。このことから、day3 では細胞周期に入っている細胞が多いが、day7 では細胞周期から脱していると判断した。①核小体数は、day7 より day3 で有意に多く出現した。②核小体の形態には大型単発のもの(Type I)と小型多発のもの(Type II)があり、Type II の方が核面積および核 DNA 量双方とも高かった。③不整形核小体は、day7 より day3 において有意に多く出現した。④核クロマチンは、細顆粒状が day7 より day3 で有意に多く出現する一方、顆粒状は day3 より day7 で有意に多く出現した。

【結論】核小体や核クロマチンなどの核内所見は細胞周期を反映しており、核内所見を詳細に観察することにより、腫瘍の増殖状況を捉えられる可能性が示唆された。

WS10-5 細胞診検体からのオルガノイド培養

千葉県がんセンター研究所発がん制御研究部¹⁾, 千葉県がんセンター婦人科²⁾, 千葉県がんセンター臨床病理部³⁾

○丸 喜明(CT)¹⁾, 田中尚武(MD)²⁾, 小高亜紀子(CT)³⁾,
伊丹真紀子(MD)³⁾, 筆宝義隆(MD)¹⁾

がんの病理診断において形態学的評価は必須であり、比較的低侵襲な細胞診検査もその一端を担ってきた。一方、診療の現場において分子生物学的手法による病理診断の重要性が増しており、遺伝子検査も最近では一般的となってきた。その材料として組織診だけでなく細胞診検体も対象となってきたが、様々な検査に二次利用可能な腫瘍細胞量までは確保できない場合も多い。近年のマトリゲルを用いたオルガノイド(OR)培養の登場により、従来の平面培養に比べ様々なヒト正常および腫瘍細胞の長期培養と増幅が格段に容易となり、基礎研究や橋渡し研究に応用されている。実際すでに、切除組織だけでなく生検や体腔液由来の検体を用いた OR 培養が報告されている。このことから、仮に細胞診検体からも *in vitro* で腫瘍細胞が増幅可能であれば、がんを診断する上での重要なリソースとなる可能性が示唆される。我々は最近婦人科腫瘍の切除組織の一部から OR 培養を試み、様々な条件検討を通じて高効率な OR 培養法を新規に確立した。さらに、増殖した OR は元の腫瘍の形態および遺伝子変異を基本的に保持し、薬剤感受性の評価も可能なことも確認している。そこで今回、婦人科領域の細胞診検体に着目し、予備検討として子宮内膜癌で摘出された子宮から、切開前にブラシ擦過で検体を採取し OR 培養を試みた。数例での検討であるが、組織と擦過検体の両方で OR 培養が可能であることを確認し、増殖した OR が元の腫瘍および組織検体由来 OR の特徴をどの程度共有しているかについて多方面から検討を進めている。本発表では我々のこうした取り組みを紹介するとともに今後の展望について議論したい。

◇ワークショップ II

検査室をめぐる法規とその実践

WS11-1 病理細胞診検査室で使用する危険有害性のある化学物質に関する法規とその実践

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター病理診断科

○大西雅子(CT), 木佐京子(CT), 梶尾健太(CT),
大山重勝(CT), 上田佳世(PhD), 河原邦光(PhD)

病理検査室では、ホルマリンやキシレンなどの有機溶剤をはじめ多くの危険有害性のある化学物質を使用している。これらを日々取り扱っている病理・細胞診技師の多くはその危険性を漠然と認識しているものの、平成 28 年 6 月から施行された改正労働安全衛生法(改正法)にてリスクアセスメントが強化され、譲渡提供時には容器へのラベル表示が義務づけられたことについては、十分な周知がなされていないと思われる。改正法においてリスクアセスメントの実施が義務づけられた危険有害性のある化学物質は 673 物質あり、これらには安全データシートの交付が義務づけられている。日常業務で頻りに使用するホルマリンやキシレンもこの対象となっている。このうちホルマリンは労働安全衛生法の特別化学物質障害予防規則で第 2 類物質、特別管理物質に指定されており、管理濃度は 0.1ppm 以下、6 か月に 1 回の環境測定が必要とされている。測定結果及び評価については 30 年間保存しなくてはならず、また作業概要を記録する必要があり、これについても 30 年間保存しなくてはならないとされている。キシレンは改正法の有機溶剤中毒予防規則で第 2 種に区分され、管理濃度は 50ppm 以下とされている。また女性労働基準規則の対象物質(26 物質)に含まれており(平成 26 年 11 月施行)、第三管理区分に区分された場所での女性労働者の就業が禁止とされた。本発表では、法規対象となる化学物質の種類、病理・細胞診検査室の作業環境、我々に求められる種々の記録作成を述べると共に、当院の取り組みについても報告する。

WS11-2 作業環境に求められる法令とその実践

株式会社ピーシーエルジャパン品質管理課¹⁾, 同 品質管理部²⁾, 同 細胞診断部³⁾, 同 診断本部⁴⁾

○大久保美浩(その他)¹⁾, 小沢英樹(MT)²⁾,
平井康夫(MD)³⁾, 石黒信吾(MD)⁴⁾

【はじめに】平成19年の法改正で検査室におけるホルマリンの作業環境管理濃度が0.1ppm以下になり、労働安全衛生施行令上第3類物質とされていたホルムアルデヒドはより管理レベルが高い第2類物質に変更された。弊社は病理、細胞診の標本を作製し大量の溶剤を取り扱う為、労基署の立入監査で、ホルマリン作業環境測定評価が第3管理区分だった事を指摘された。法令遵守の観点からホルマリン及び混合有機溶剤(キシレン・メタノール第2管理区分)において改善対策を実施し、作業環境測定評価を第1管理区分にする取り組みを行ったので報告する。

【方法】ホルマリン対策として、①切り出し作業台にプッシュプル型換気装置3台の設置 ②流し台、ホルマリン廃液用タンク及びマクロ写真用撮影台に局所排気装置を設置、有機対策として自動固定包埋装置を囲い局所排気装置を設置やキシレン簡易ドラフトの設置を行った。設備の導入後は装置の特性を活かした運用方法を検討した。

【結果】設置直後の測定では運用面での不備があり第2管理区分であったが、発生原因が特定でき、改善し再測定したところ第1管理区分であった。同様の設備を導入及び対策を実施している既存ラボにおいても作業環境測定の評価が第1管理区分を維持している。

【考察】多くの検体を取り扱っても設備の導入と発生源の特定及び運用方法の見直しによって第1管理区分を達成することができるが、その状態を維持するには職員の特定化学物質や有機溶剤の法令知識や取扱に対する意識を高めることが必要と考える。ホルマリン及びキシレンは健康面にも影響を及ぼすので健康管理の上でも作業環境の改善は重要と考える。

WS11-3 女性労働基準規則に基づいた病理検査室における産業保健活動—産業医の立場から—

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学¹⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学²⁾

○松浦祐介(MD)¹⁾, 吉野 潔(MD)²⁾

わが国ではすべての業種において常時50人以上の労働者を有する事業場には産業医を選任する法令上(労働安全衛生法)の義務がある。産業医は労働者の健康管理等について、専門的な立場から指導・助言を行うが、総括管理として毎月1回以上の作業場巡回が義務付けられている。急速な少子高齢化のなか、政府は2016年9月に「働き方改革」の取り組みを提唱し、「労働人口不足」に対しては女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備をあげている。病理細胞診検査室ではホルマリンやキシレンをはじめ、種々の危険性・有害性を有する化学物質(有機溶剤・特定化学物質)を日常で取り扱うが、有害性のなかには生殖細胞変異原性・生殖毒性があげられるため、非妊娠時においてもReproductive Healthを考えた種々の母性保護が必要である。女性労働基準規則が2012年に改正され、生殖機能などに有害な化学物質(対象化学物質26物質)が発散する場所(作業環境測定で第3管理区分)での女性労働者の就業が禁止されている。職場巡視の際には、整理整頓、劇毒物・試薬の管理状態、個人情報保護、感染予防、精度管理など作業環境管理・作業管理の状況の評価している。また、健康診断結果を確認し、年2回施行される有害物の作業環境測定結果からドラフトチャンバーの排気ファンの改善・化学物質の密閉・マスクの着用などのリスクアセスメントを施行している(3管理)。さらに安全衛生委員会を主体とする総括管理と年1回の全社教育を実施している(5分野)。現在、大手検査会社の嘱託産業医をしている経験から法令に遵守した病理細胞診検査室の職場環境について報告する。

WS11-4 廃棄物処理に求められる法令とその実践

獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科

○古谷津純一(CT), 山崎泰樹(CT), 岡村卓哉(CT),
伴 慎一(MD), 上田善彦(MD)

廃棄物は、その排出を抑制し、生活環境を清潔にすることにより、生活環境の保全及び公衆衛生の向上を図ることを目的として「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」で規制されている。この法律において廃棄物は、一般廃棄物と産業廃棄物に大別され、一般廃棄物は特別管理一般廃棄物に、産業廃棄物はさらに特別管理産業廃棄物「産業廃棄物のうち、爆発性、毒性、感染性その他の人の健康又は生活環境に係る被害を生ずるおそれがある性状を有するもの」に枝分かれしている。病理検査関連において特に問題となる廃棄物は、特別管理産業廃棄物であり、その代表格は以下の通りである。①汚泥：凝固した血液など、②ゴムくず：ディスプレイ手袋など、③金属くず：メス、注射針など、④ガラスくず：破損したガラス器具など、⑤廃油：アルコール、キシレン、クロロホルムなどの有機溶剤、⑥廃酸：ホルマリン、クロム酸など、⑦廃アルカリ：重クロム酸カリウムなどのアルカリ性廃液などがこれに該当する。これらのうち①から④は感染性廃棄物に該当し、環境省の環境再生・資源循環局からのガイドラインである「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」に準じた対応が求められる。⑤から⑦は労働安全衛生法・消防法・特定化学物質障害予防規則・有機溶剤中毒予防規則・毒物及び劇物取締法・下水道法・PRTR 法などでも規制されている。検査現場での法令に沿った廃棄物処理方法について述べるが、すべてにおいて 4R (refuse, reduce, reuse, recycle) が基本原則であることを忘れてはならない。

WS11-5 臨床研究に求められる法令とその実践

社会医療法人母恋日鋼記念病院病理診断科

○山城勝重(PhD)

医療の世界に身を置いたその時から学会で発表することはごく自然なことで受け入れてきた。発表にはルールがあるなど深く考えもしなかったが、近年学会発表や研究を取り巻く環境に様々な「制約」が加えられ窮屈になってきたと感じる人も少なからずいるだろう。本報告はその「制約」の内実を理解することにより、症例報告や臨床研究も積極的に展開できることを広く知っていただくことを目的とする。

昨年 4 月に「臨床研究法」が施行された。この法律の対象とするところは特定臨床研究とされ、これには未承認・適用外の医薬品等の臨床研究と製薬企業等から資金提供を受けた臨床研究が該当し、これらを行うためには新たに規定された認定臨床研究審査委員会での審査を受ける必要がある。我々が行う臨床細胞学研究のほとんどがこの特定臨床研究に該当することはないと思われるが、その成立の背景や倫理指針として定着しつつある考え方を理解しておく必要があろう。

我々が現在よく目にするものは「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2014 年)である。その中でも、研究対象者は研究についての具体的な説明を受けた上で自己決定権が尊重されるべきこと、構成員を規定した倫理審査委員会での審査、利益相反の審査などが行われなければならないとされる。会員個々の所属する施設での倫理審査がどのように行われているか知る由はないが、臨床研究の審査は必要に応じて外部施設での審査を受けることも可能である。

最後に、症例報告は上記倫理指針の対象外とされているが、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」において、「十分な匿名化が困難な場合は、本人の同意を得なければならない」とされていることに留意すべきである。

WS11-6 精度管理に求められる法令とその実践

石川県立中央病院病理診断科

○湊 宏(MD)

「医療法等の一部を改正する法律」の一部の規定が昨年12月1日に施行され、同時に厚労省省令の整備に関する省令も同日施行された(平成30年厚生労働省令第93号参照)。主な内容は、検体検査の精度確保に係る基準が定められたこと、分類の見直しがされたことであり、病院や衛生検査所等では、1. 精度確保に係る責任者の配置と2. 各種標準作業書・日誌の作成、3. 精度確保のために努めるべき事項が定められた。2, 3に関して、外部精度管理台帳の作成と外部精度管理調査の受検が記載されており、各施設で実施する必要がある。外部精度管理の内容に関する明確な基準はなく、いずれの調査に参加するかは施設の自主性に任されるが、今後具体化していく可能性もある。細胞診の外部精度管理に関しては、検体の取り扱いや染色技術の評価、診断技能評価、レポートの質、診断精度の施設間比較など種々の側面が挙げられるが、現在本学会が隔年施行しているVSによるコントロールサーベイや、日本臨床衛生検査技師会が毎年実施するフォトサーベイなどへの参加が最も一般的と考えられる。現行では認定施設に限らず、すべての施設において何らかの外部精度管理調査の受検と台帳の作成[実施施設名、受検日(申込日、実施団体からの結果報告日時)、実施結果(実施施設が作成する報告書)を含む]が努力義務となっている。本発表では、コントロールサーベイ問題作成に携わる一員として、細胞診における外部精度管理に関する国内外の報告を含め紹介し、現行サーベイの長所や問題点、有効活用法等に関して考察する。サーベイの今後の方向性に関して、会員の先生方と発展的な議論ができれば幸いである。

◇ワークショップ 12

軟部肉腫と希少がんの細胞診—軟部肉腫をモデルとして希少がんの細胞診の在り方を考える—

WS12-1 軟部肉腫診療における細胞診の役割

がん研有明病院整形外科

○松本誠一(MD)

大部分の骨腫瘍は、画像所見から組織型を類推することが可能である。一方、軟部腫瘍においては、画像にて組織型がある程度類推できるのは、血管腫、神経鞘腫、分化した脂肪性腫瘍などである。特に、軟部肉腫においては、特徴的な所見に乏しい。そこで、軟部腫瘍症例の外来検査法として、組織診断は不可欠の検査法と言える。特に四肢、体幹表在に発生する腫瘍においては、触診あるいは超音波ガイド下で針生検は容易に実施可能である。がん研有明病院においては、1980年より外来針生検をルチーンの検査法として行ってきた。当初はfine needleを用いていたため得られる材料に限りがあり、細胞診を中心に行っていたが、その後core needleに変更することにより、細胞診と病理診断の材料提出が可能となった。細胞診の利点は、材料採取から1時間以内に結果がでることから、外来初診時に治療方針を立てることが可能なこと、また、材料が不適切な場合には、直ちに再生検を行うことが可能などである。欠点としては、免疫染色の裏付けが不可欠な組織型の診断が困難なことである。しかし、細胞診の限界を熟知していれば、これほど外来診療において強力な補助診断法はない。

WS12-2 骨軟部肉腫と希少がんの細胞診：病理医の立場から

九州大学病院病理診断科・病理部

○山元英崇(MD), 仲 正喜(CT), 野上美和子(CT),
大久保文彦(CT), 小田義直(MD)

骨軟部腫瘍は、多彩な組織型の間での細胞形態や組織像のオーバーラップのため、しばしば診断に難渋する。細胞診の主な役割は、1. 目的病変が採取されているかの確認、2. 良性・良悪性中間腫瘍 vs 高悪性度腫瘍の大まかな鑑別、3. 上皮性腫瘍／転移性癌、悪性黒色腫や血液リンパ系腫瘍の除外、であろう。つまり、(実現困難な)正確な組織型推定よりもむしろ、おおよその分化方向、形態(紡錘形、円形、多形、類上皮、脂肪性など)、基質(膠原線維、粘液、軟骨、類骨など)ならびに悪性度を記述し、年齢や部位・深さなど臨床所見や画像所見を考慮して鑑別診断を挙げることで、臨床的扱いや次の検査(組織診断、免疫染色、遺伝子検査等)の参考になる情報を速やかに与え、確定診断に至るまでのプロセスを手助けすることが細胞診の最も重要な役割と考えられる。また今後は、免疫染色や遺伝子検査の材料としての細胞診検体の重要性と、それをマネージメントする細胞検査士ならびに細胞診断医の役割が益々大きくなると予想される。このような状況を鑑みると、骨軟部腫瘍と唾液腺腫瘍における細胞診の役割の類似点が想起され、唾液腺細胞診ミラノシステムが参考になると考えられる。同システムは2018年に発刊された国際分類であり、1. 不適正、非腫瘍性、意義不明な異型、腫瘍性(良性および悪性度不明)、悪性疑い、悪性からなるカテゴリー、2. 各カテゴリーごとの悪性のリスクや臨床的対応、3. 低悪性と高悪性腫瘍の区別、4. 細胞診検体を用いた補助的診断法、で構成されている。このような視点の導入は、より臨床に役立つ骨軟部腫瘍の細胞診の発展に期待を抱かせる。

WS12-3 当センターにおける骨軟部腫瘍診断の実際と細胞診の役割

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²⁾, 大阪国際がんセンター骨軟部腫瘍科³⁾

○棚田 論(CT)¹⁾, 長田盛典(MD)²⁾, 岡 大地(CT)¹⁾,
神月 梓(CT)¹⁾, 龍あゆみ(CT)¹⁾, 芦村純一(CT)¹⁾,
久保千明(MD)²⁾, 北村昌紀(MD)²⁾, 中塚伸一(MD)²⁾,
中 紀文(MD)³⁾

骨軟部領域の悪性腫瘍は希少がんであり、多彩な組織型分類にもとづく悪性度評価が複雑であるため、細胞診を含む病理診断が通常困難である。当センターのようながん専門治療施設でも骨軟部領域の腫瘍細胞診を経験する機会は少なく、診断にしばしば難渋する。骨軟部領域における細胞診の役割は、腫瘍細胞が的確に採取されているか否かを簡便かつ迅速に評価し、骨軟部原発腫瘍より高頻度な癌腫や悪性リンパ腫などの転移や浸潤を除外することが主な目的であり、可能な限り、分化方向の推定から鑑別診断を絞り込むことを目指す。その確定診断には、患者情報や画像所見などの臨床情報を充分考慮し、組織形態・免疫細胞／組織化学・遺伝子関連検査を階層的に積み重ねる包括的アプローチが必要である。当センター骨軟部腫瘍科の治療実績は日本有数の症例数であり2017年4月から2018年12月の期間で、受診者数1235人、外科手術数553件、最終病理診断の内訳は、悪性骨腫瘍：26例、悪性軟部腫瘍：112例、良性骨軟部腫瘍：170例、非腫瘍性病変：19例、転移性腫瘍44例であった。当センターの細胞診業務は術中迅速細胞診の他、外来での生検に細胞検査士が立ち合い、圧挫細胞診標本の作製や組織診検体提出の補助を行っている。最終病理診断については免疫細胞／組織化学に加え、ホルマリン固定後のパラフィン包埋組織を用いた reverse transcriptase polymerase chain reaction による融合遺伝子を検索し、臨床医にフィードバックしている。本講演では自験例の細胞像をまじえ、当センターにおける骨軟部領域の細胞診全般について解説する。

WS12-4 骨外性粘液型軟骨肉腫との鑑別が問題となった下腿腫瘍～粘液性腫瘍の細胞像の比較～

帝京大学医学部病理学講座¹⁾, 帝京大学医学部附属病院病理部²⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部³⁾, 公立福生病院病理診断科⁴⁾, 帝京大学医学部附属病院整形外科⁵⁾, 帝京大学医学部附属病院放射線科⁶⁾, 国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部⁷⁾, がん・感染症センター都立駒込病院病理科⁸⁾

○渡部朱織(CT)¹⁾, 菊地良直(MD)¹⁾, 河野純一(CT)²⁾, 湯澤和彦(CT)³⁾, 江口正信(MD)⁴⁾, 佐藤健二(MD)⁵⁾, 山本麻子(MD)⁶⁾, 石田 剛(MD)⁷⁾, 元井 亨(MD)⁸⁾, 宇於崎宏(MD)¹⁾

骨軟部腫瘍の診断では、臨床・画像・病理所見および遺伝子検査などの総合的判断が重要である。骨軟部腫瘍の細胞診断では、良・悪性の鑑別および組織型の推定が難しい状況にしばしば遭遇する。そのため、丁寧に所見を積み重ね多岐にわたる鑑別疾患を考慮した上で、無理な良・悪性判定は避けるべきである。今回我々は、右下腿に発生した骨外性粘液型軟骨肉腫（以下 EMC）との鑑別が問題となった粘液性腫瘍を経験した。77歳男性に発生した脛骨傍骨性腫瘍で、圧排性骨浸潤が疑われた。穿刺吸引細胞診では、粘液性背景に紡錘形の腫瘍細胞が認められた。細胞異型は目立たず、class IIIの判定となった。組織診では、粘液性背景に索状～網目状配列を呈して増殖する腫瘍がみられ EMC が疑われたが、免疫染色および遺伝子検査の結果から粘液型平滑筋肉腫（以下 MLS）と診断された。MLS は極めて稀な腫瘍であり、多くは子宮発生であるが、軟部発生では EMC との組織学的類似性から診断が難しい。軟部粘液性肉腫の代表的なものとしては、粘液線維肉腫と粘液型脂肪肉腫が挙げられる。これらの細胞像は、典型的には特徴的な血管増生を認めるが、今回経験した MLS では血管増生に乏しかった。EMC の自験例 6 症例と比較検討を行ったところ、EMC では、組織像を反映する腫瘍細胞のコード状配列がみられたが、この所見は MLS の細胞像では明らかではなかった。核内細胞質封入体およびコーヒー豆様の核溝は両者に共通する細胞所見であった。MLS や EMC は稀な腫瘍であるが、粘液性腫瘍の鑑別疾患として念頭に置くことで、細胞診断学的な面からより有用な情報を提供できる可能性がある。

◇ワークショップ13

卵巣癌診療における細胞診の役割

WS13-1 卵巣癌における腹水 Cell block 法の有用性

東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科

○嘉屋隆介(MD), 磯西成治(MD), 中島あかり(MD),
齋藤良介(MD), 山口乃里子(MD), 高梨裕子(MD)

腹水細胞診は腹腔内病変の診断に有用性を発揮し、卵巣癌における病期判定、術後補助療法の可否の決定に極めて重要な役割を担っている。しかし、本法は共存する腹腔内炎症や卵管内膜症、子宮内膜症による異形細胞のため診断はしばしば困難となり偽陰性による過小治療につながることもある。本研究は腹水 Cell block 法の導入により通常の腹水細胞診の診断力を改善しうるか否かを検討するものである。対象は最近4年間において腹水または腹腔内洗浄液の通常細胞診(CS)と腹水 Cell block (CB)が得られた卵巣癌症例64例である。CBは20%ホルマリン液で固定し、HE染色により判定した。また本研究では、CS感受性=CS陽性例/(CS+CB)陽性例、CB感受性=CB陽性例/(CS+CB)陽性例とし、比較検討した。64例全例を対象とするとCS感受性は89%、CB感受性は84%であり、通常報告される通りCSが僅かに高感受性であった。組織型別に検討するとこの傾向は漿液性癌で95% vs 91%とほぼ同等であったが、明細胞癌では100% vs 82%とその差はさらに顕著に表れた。一方で類内膜癌では33% vs 67%とこの差は逆転し、腹水細胞診の著しい低検出力を認めた。注目すべきはCS陰性、CB陽性であった5例中4例は類内膜癌であり、いずれにも骨盤内の子宮内膜症の合併を認めた。子宮内膜症合併類内膜癌症例ではCB法を併用することにより腹水細胞診の検出力は67%向上し、このような症例では特にCSの結果に注意を要するとともにCB法併用の有用性が強く示唆された。

WS13-2 卵巣癌 Stage I・IIにおける腹水細胞診について

がん研有明病院婦人科

○太田絵美(MD), 尾松公平(MD), 青木洋一(MD),
野村秀高(MD), 谷川照美(MD), 的田真紀(MD),
岡本三四郎(MD), 金尾祐之(MD),
宇津木久仁子(MD), 杉山裕子(MD), 竹島信宏(MD)

【目的】卵巣癌 Stage I・IIにおける腹水細胞診の意義について検討した

【方法】2006-2015年の10年間における卵巣癌・卵管癌・腹膜癌の Stage I・II全症例数414症例の腹水細胞診について調べた。腹水細胞診陰性(331例)、疑陽性(13例)、陽性(64例)、不明・なし(6例)であった。Stage I A(145例)、I B(4例)、I C1(104例)、I C2(39例)、I C3(43例)、II A(28例)、II B(49例)であった。組織系の内訳は漿液性腺癌(50例)、類内膜腺癌(96例)、粘液性腺癌(42例)、明細胞腺癌(156例)、混合癌(49例)、癌肉腫(4例)、その他(17例)であった。Kaplan-Meier生存曲線で腹水細胞診陽性・疑陽性・陰性でP値0.03と有意差を認めた。

【結論】卵巣癌 Stage I・IIにおいて、腹水細胞診は予後の関連を認めることが示唆された。

WS13-3 再発卵巣がんの診断における細胞診

愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学¹⁾, 愛媛大学医学部附属病院病理部²⁾

○宇佐美知香(MD)¹⁾, 松元 隆(MD)¹⁾, 北澤理子(MD)²⁾, 片山英司(CT)²⁾

卵巣がん治療における細胞診の診断としての役割は、進行症例においてNAC導入前に悪性の診断をする目的で行われることが多いが、腔水症を伴う再発症例においては細胞診によって再発の診断を病理学的に得ることができる。当院において2016-2018年に診断した再発卵巣がんについて検討した。腔水症を伴って再発し細胞学的診断を行った症例は6例であった。腹水細胞診は2例、胸水細胞診は3例、胸腹水細胞診は1例、Mucinous carcinomaの再発症例の腹水細胞診、high-grade serous carcinomaの胸腹水細胞診は陰性であった。検討症例のうち、初回治療終了より14年を経て再発したlow-grade serous carcinomaについては、胸水のセルブロックを用いることで診断に至った。症例は41歳、25歳時に卵巣がんIV B期と診断され、妊孕性温存手術（片側付属器切除、後腹膜リンパ節郭清、播種切除）と化学療法にて治療が行われた。その後再発徴候なく経過していた。腹腔内に再発を疑う所見はなかったが、治療後12年時に肺に小結節を指摘、治療後14年時に少量の胸水貯留を認めた。胸水のセルブロックの免疫染色にてCA125(+), WT-1(+), p53(+), PAX8(+), ER(+), calretinin(-), D2-40(-), TTF-1(-)であり、serous carcinomaと診断され原発性肺がんではなく卵巣がんの再発と診断した。初回治療後14年経過しており、腹腔内病変を認めない症例であったため、本症例のような再発例についてはセルブロックでの診断が非常に有用であると考えられた。

WS13-4 Interval debulking surgery における腹水細胞診の役割

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)

IDSにおける腹水細胞診(CY)が腹腔内病変の広がり の指標になり得るか、CA125値と比較検討した。

【対象と方法】NACT/IDSにて完全切除された進行卵巣がん117例を対象とした。CYと15 IU/mlをcut-offとしたCA125値を用いて、IDS時のperitoneal cancer index(PCI)、IDS病理組織診断での腫瘍の有無（直腸、膀胱子宮窩、右横隔膜、大網、後腹膜リンパ節）をodds ratio；OR [95% CI]を用いて比較した。

【結果】治療前のCA125値、PCIの中央値はそれぞれ1160 IU/ml、18点であった。IDS時のPCIはCY別の陽性例(33例)および陰性例(84例)でそれぞれ5、4点で、有意にCY陽性例で高かったが(p=0.01)、CA125高値例(44例)および低値例(73例)では4.5、4点で有意差は認めなかった(p=0.13)。直腸、膀胱子宮窩、右横隔膜、大網、後腹膜リンパ節におけるIDS時の病理学的な腫瘍の有無を示すORは、CY陽性例ではそれぞれ、7.0[2.0-25]、3.2[1.3-7.6]、6.2[2.0-19]、7.1[1.9-27]、3.6[1.4-9.1]に対し、CA125高値ではそれぞれ、1.4[0.6-3.2]、1.9[0.9-4.4]、1.1[0.5-2.4]、1.8[0.7-5.1]、1.9[0.9-4.1]であった。

【結語】CYはCA125と比較し、腹腔内の病勢をより反映していることが明らかとなった。CYを指標にしたIDSのタイミングの決定は有効であると考えられる。

◇ワークショップ 14

消化器細胞診におけるオンサイトの有用性

WS14-1 EUS-FNA 検体に対する標的検体確認照明器の有用性

鳥取大学部機能病態内科学¹⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理診断科²⁾○武田洋平(PhD)¹⁾, 松本和也(PhD)¹⁾, 斧山 巧(PhD)¹⁾, 山下太郎(MD)¹⁾, 堀江 靖(PhD)²⁾, 磯本 一(PhD)¹⁾

超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EUS-FNA) で得られる組織には血液が含まれるため, 病理学的エビデンスを含有する標的検体が採取されていることを目視で確認することはしばしば困難である。消化管を穿通し組織を得る本手技において, 近年では改めて播種再発の可能性も危惧されつつあり, 我々内視鏡医は可能な限り少ない穿刺回数で確実に診断する必要がある。迅速細胞診 (ROSE) は有用であるが, 病理医・細胞検査士が EUS-FNA 手技に同席可能な施設は少ない。以前に我々は標的検体確認照明器 (Target Sample Check Illuminator : TSCI) を開発し, 2015 年 2 月に上市した。以後, EUS-FNA を施行する際に, 内視鏡医による標的検体の有無の確認を行い, より少ない穿刺回数と正診率の向上に務めている。2012 年 7 月-2013 年 10 月の期間に, 当院で EUS-FNA を施行した膵腫瘍性病変 58 例 (男性 33 例/女性 25 例, 平均年齢 70.4 歳 (42-87 歳)) を対象に行った検討 (Matsumoto K, et al. Endosc Int Open. 2015 ; 3 : E662664.) では, TSCI 判定と病理組織の一致率は 93.7% で, 53 例 (91.3%) で追加の穿刺を必要せず, TSCI を用いた場合は EUS-FNA の平均針穿刺数は 1.2 回であり, いずれも TSCI の有用性を確認した。今回は, 対象期間と症例数を追加し, TSCI の有用性と問題点について検討したい。

WS14-2 細胞検査士から見た膵臓疾患に対するオンサイトの有用性と現状

元・大阪赤十字病院病理診断科¹⁾, 大阪赤十字病院消化器内科²⁾○稲山久美子(CT)¹⁾, 浅田全範(MD)²⁾

超音波内視鏡下穿刺吸引法 (Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration : 以下 EUS-FNA) 検査は 2010 年に保険収載され近年では多くの施設で普及しつつあり, 検査結果は治療を決定する大事な検査の位置づけにあるが今日でも検査全体の質的診断向上のために種々の学会や研修会では, 標本作製方法の標準化と正診率の向上にむけての議論が交わされている。ゲノムの診療の時代に突入し, 遺伝子解析やコンパニオン診断のための検体処理などといった次の課題もすでにあるなか, 未だ EUS-FNA における施設間による技術・技能・運用状況が様でないため標準化になかなかとり着けていないのが現状である。本セッションでは細胞検査士の目線での膵臓のオンサイト迅速細胞診 (Rapid on-site cytological evaluation : 以下 ROSE) の有用性に着目し, ROSE の目的 (細胞・組織採取率を改善, 患者様, 臨床医への検査の負担の軽減), 利点 (検査の質的診断の向上), 現実 (迅速細胞診の限界), 問題点 (業務負担精神的負担) を解明し, これから EUS-FNA をはじめる施設, はじめて ROSE を実施する施設, そして良好な検査結果が出ない施設のために, これまでの我々の経験を御紹介できればと思い, 穿刺から ROSE, スクリーニングまでを多くの写真を用いて解説していく。特に ROSE における症例パターンを提示しながら細胞検査士の重要な役割と応用, そして臨床医に伝わる ROSE での診断報告に重点をおき実例を用いて提示する。

WS14-3 消化器領域の FNAB における ROSE と細胞検査士の役割

聖マリ安娜医科大学横浜市西部病院病理診断科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構静岡医療センター内視鏡センター²⁾

○安田玲子(CT)¹⁾, 佐々木真実(CT)¹⁾, 赤埴由紀子(CT)¹⁾, 草苺宏有(CT)¹⁾, 柳澤信之(MD)¹⁾, 相田芳夫(MD)¹⁾, 松田浩二(MD)²⁾

当院ではこれまでに様々な領域で約 3,300 件の ROSE を施行してきた。その経験を現在は EUS-FNA に応用し、25G 針で可能な限り生検を成立させている。きわめて細い 25G 針から確実に検体を回収するために、全例において細胞検査士が ROSE で性状を確認後、固形材料を生検検体とし、残った液状材料からも細胞を回収しセルブロック (CB) 生検検体として処理している。今回、FNAB における CB 併用の効果に病変の性状による差異があるかを検討し、それに関わる ROSE と細胞検査士の重要性について考察した。

【対象】25G 針 EUS-FNA を施行した 31 例中、病理組織診断が得られた膵病変 21 例と消化管粘膜下腫瘍 (SMT) 5 例。

【方法】①すべての HE 標本を同倍率・同解像度で顕微鏡撮影し、写真編集ソフトウェアを用いて標本中の組織成分の面積を測定。②症例ごとの組織成分面積の総和のうち CB に含まれていた面積の割合 (CB 内組織含有率) を算出、比較検討した。

【結果】CB 内組織含有率は、膵病変全体では 37.7%、SMT では 12.1%であった。また膵病変のうち病理組織診断で悪性とされた (疑いは除く) 5 例では 50.4%、悪性所見がなかった 10 例では 16.2%であった。

【考察】簡易的ではあるが算出した面積比から、25G 針の FNAB では病変の性状により固形材料としての採取が困難なものがある可能性が示唆された。これらは細胞の結合性などの差異に由来すると考えられることから、検体の取り扱いに精通した細胞検査士が FNA の現場で ROSE を行い、細胞像から病変の性状を推測した上で適切な検体処理法を選択することが重要と思われた。

WS14-4 消化管病変における EUS-FNA での迅速細胞診の有用性と当院における検体処理方法

飯塚病院中央検査部¹⁾, 飯塚病院病理科²⁾, 飯塚病院消化器内科³⁾

○井上佳奈子(CT)¹⁾, 木場華子(CT)¹⁾, 上原俊貴(CT)¹⁾, 川嶋大輔(CT)¹⁾, 桑岡 勲(CT)¹⁾, 久保山雄介(MD)²⁾, 平木由佳(MD)²⁾, 大屋正文(MD)²⁾, 赤星和也(MD)³⁾

当院では 2004 年より超音波内視鏡下穿刺吸引法 (以下 EUS-FNA) を開始し、当初より迅速細胞診 (Rapid On-Site cytologic Evaluation: 以下 ROSE) での判定を細胞検査士が行なっている。近年では年間約 70 件の EUS-FNA を施行し、消化管病変が全体の 6 割程度を占めている。消化管病変の大半は消化管間葉系腫瘍であり、その大部分を占める GIST (Gastrointestinal stromal tumor) は現在潜在的悪性腫瘍として位置づけられ、早期診断早期外科切除が本疾患の予後改善に重要である。GIST の組織診断には免疫組織化学による診断が必須で、EUS-FNA で採取された検体から複数枚の標本作製が必要であり、この点が他の領域における EUS-FNA とはやや異なる点である。細胞検査士が ROSE の判定を行なう有用性として、腫瘍細胞の確認だけでなく複数枚の標本作製が可能な十分量の検体が採取されているかを判断することで、穿刺回数を最小限に抑える点や、検体量が不足していると判断した場合に、再度の穿刺を要求することで、後日の再検査を減らすことが可能となる点が挙げられる。検体処理方法としては、出血が強い検体や少量しか腫瘍細胞が認められなかった場合等、採取された検体の状態に応じて、検体処理方法を選択し、可能な限り最終診断が可能な標本作製に努めている。しかしながら、その判断は EUS-FNA に立ち会った細胞検査士個人に委ねており個人差があることは否めない。本ワークショップでは、当院における検体処理の工夫点や実際の症例、また今後の課題について報告する。

WS14-5 GIST をはじめとする消化管粘膜下腫瘍における ROSE の有用性

成田赤十字病院病理部¹⁾, 成田赤十字病院消化器内科²⁾, 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³⁾

○加瀬大輔(CT)¹⁾, 齋藤 忠(CT)¹⁾, 葛生吉彦(CT)¹⁾, 岡田裕子(CT)¹⁾, 藤河 潤(CT)¹⁾, 野首光弘(MD)¹⁾, 伊藤禎浩(MD)²⁾, 福田和司(MD)²⁾, 澁谷 潔(MD)³⁾, 河上牧夫(MD)¹⁾

【初めに】超音波内視鏡下穿刺吸引法 (Endoscopic ultrasonography-guided fine-needle aspiration ; EUS-FNA) は, 細胞診の様々な領域で広く普及しており, 確実な検体採取と正診率の向上を目的に, EUS-FNA に迅速細胞診 (Rapid on-site evaluation ; ROSE) を併用する試みも数多くなされている。当院で実施した Gastrointestinal stromal tumor (GIST) をはじめとする消化管粘膜下腫瘍に対して, EUS-FNA を併用した ROSE の結果からその有用性を報告する。

【対象と方法】対象は 2018 年 10 月から 12 月の間に EUS-FNA を実施した 4 例で, 男:女=2:2, 年齢中央値 71.5 歳 (62~83 歳) であった。ROSE を行う際は細胞検査士 1 名が立ち会う。採取された検体を Diff-Quik (DQ) 染色し, 検体採取量の多寡と, 可能ならば推定病変を術者に口頭で報告する。術者は必要に応じて再穿刺を行い, 採取検体からホルマリン固定パラフィン包埋切片 (FFPE) 標本を作製する。後日, ROSE の所見と併せて最終報告する。

【結果】全例において十分量の検体が採取された。DQ 標本で, GIST は紡錘形細胞からなる特徴的な形態を示すことが多く, ROSE で GIST を推定した症例は, FFPE 標本でも GIST と診断された。

【考察】適正標本であれば ROSE で GIST を類推することは難しいことでなく, 検体量を把握でき, 確定診断のための十分な検体量を確保する事が可能となるため, ROSE は有用と考える。

WS14-6 消化器細胞診におけるオンサイトの有用性: 病理医から見たオンサイトの有用性と留意点

久留米大学病院病理診断科・病理部

○内藤嘉紀(MD), 河原明彦(CT), 高瀬頼妃呼(CT), 安倍秀幸(CT), 村田和也(CT), 福満千容(CT), 吉田友子(CT), 矢野博久(MD), 秋葉 純(MD)

消化器病変に対する細胞診は, 特異度は高いものの感度が低く, 十分な正診率が得られる状況ではなかったのが現状であった。要因の一つとして, 得られる検体が微小である事が挙げられており, 様々な創意工夫が進められてきた。また, 消化器細胞診で問題となる検体不適正を未然に防ぐため, オンサイトで検体適正判断を行う事も導入され始めている。実際に, 当院でオンサイト細胞診による検体適正評価を行った連続 155 症例中, 最終診断が検体不適正となったのは細胞診のみで 8 症例 (5%), 細胞診及び組織診併用で 7 症例 (5%) と良好な結果が得られており, オンサイト細胞診を運用する事で検体不適正の発生頻度を低減させる事が期待できる。細胞診及び組織診併用による診断成績は, 感度 85.8%, 特異度 100% と高い水準であり, 診断成績の年次推移についても大きな変化はなかった。加えて, 細胞診で鑑別困難であった 17 症例中 9 症例 (53%) は組織診で悪性診断が可能であり, オンサイトを運用する事で安定した細胞や組織検体を得た結果, 高い水準の診断成績を保つことが可能であったと推察できる。しかしながら, オンサイトにおける留意点や臨床から要求される要件など, 認識しておかなければならない点も多数ある。本ワークショップでは, 病理医から見たオンサイトの有用性と留意点を中心に報告する。

◇ワークショップ 15

デジタルサイトロジー, デジタルパソロジー

WS15-1 テレサイトロジー 広がって欲しい技術

社会医療法人母恋日鋼記念病院病理診断科

○山城勝重(PhD)

細胞診分野のテレパソロジー (テレサイトロジー, TC) は組織診断の分野よりやや遅れて始まった. TC で使われる技術を振り返りながら日常診断, コンサルテーション, 精度管理分野での今後の展開について述べてみたい. 北海道がんセンターでは 20 年以上前から TC を行なっている. 細胞検査士が撮影した細胞の静止画像を ftp サーバーを通して共有し, 電子メールで意見交換をする方法から開始された. だが, この方法は広い細胞標本のなかから一部を切り出して観察しているにすぎない, 細胞 (集塊) がもっている 3 次元の情報が含まれていないなどの意見も出され, 大きな流れとはならなかった. 2000 年代に入って Whole Slide Image, WSI が普及するようになると, これを利用した精度管理を行おうという動きが始まった. 日本臨床細胞学会は外部精度管理をこれを用いて行おうとしてきている. だが, WSI は背景の細胞所見をある程度得ることはできても 3 次元の対象物の表現は十分にできず, 多層化の WSI を作るうにも焦点の表現は十分ではない.

著者らは, 遠隔地の細胞検査士が操作する顕微鏡からコンピュータのデスクトップに映しだされた細胞画像をインターネット経由で共有する技術を利用して, 日常症例を診断するスタイルに 10 年ほど前から変更して TC を継続実践してきた. あたかも, ディスカッション顕微鏡下で議論し診断するがごとくである. 日常症例の診断には非常にお勧めの方法と考えている.

最後に Panoptiq について. 昨年の臨床細胞学会のセミナー, 症例検討会で提示した Panoptiq は手動で WSI が作れ, これに焦点を変えたビデオを組み合わせたファイルが作れるソフトウェアである. ファイルはインターネット上のサーバに置けるので, コンサルテーション, 教育用, 外部精度管理などへの応用が期待できる.

WS15-2 WSI を用いた国際テレサイトロジー

国際医療福祉大学医学部病理学

○森 一郎(MD), 松岡亮介(MD), 潮見隆之(MD)

【はじめに】国際医療福祉大学では, ベトナムのホーチミン市に現地のチョーライ病院と合弁で昨年人間ドックを開設した. 検査項目の一つに子宮頸部細胞診があり, 日本から WSI 画像について遠隔診断を行っている.

【材料および方法】細胞診標本の作製はリキプレップ (LGM 社) を用いた. WSI スキャナは浜松ホトニクス社製 NanoZoomer S210, 病理部門システムとしては表記を英語に変換した正晃テック社製 WebPath を用いた. LBC 標本はチョーライ病院病理検査室で作製し, ベトナムの病理医が顕微鏡を用いたスクリーニングと一次診断を行った後に, WSI スキャナで細胞診標本をデジタル化する. LBC のため陰性例に関しては約 1×1 cm 角の領域を 1 か所のみ, 陽性例では代表的な部位数か所について, 1 μm 厚 7 レイヤーでデジタル化し, 問題の部位はアノテーションで示すこととした. 一次診断担当のベトナム病理医には, 前もって三田病院で研修を行い日本方式に慣れてもらった. 診断はベセスダ分類で行っている. 日本で WSI 画像を見ながらダブルチェック後, WSI 画像から写真を取り込み報告書に添付している.

【結果及び考察】これまでは人間ドックが本格的に動き始める準備段階でもあり, 3 月の時点での症例数は合計で約 140 例にとどまっているが, 次第に増えつつある. 人間ドックの検体であり, 今のところ大部分は NILM, ASC-US や ASC-H が数例あり, 悪性例は見つかっていない. 同時に行っている内視鏡生検標本ではすでに数例癌が見つかっており, 今後細胞診でも見つかるものと思われる.

WS15-3 深層学習によるヒト肺癌細胞像自動分類： アーキテクチャーの違いと分類精度の比較

藤田医科大学医学部病理診断学¹⁾, 藤田医科大学医療科学部放射線学科²⁾, 成田記念病院病理診断科³⁾

○塚本徹哉 (MD)¹⁾, 寺本篤司 (PhD)²⁾, 桐山論和 (MD)³⁾,
山田あゆみ (その他)²⁾

非小細胞肺癌の中でも、細胞診画像による腺癌と扁平上皮癌の鑑別は困難な場合が多い。本研究では、既に大量の自然画像を学習した Deep Convolutional Neural Networks (DCNN) アーキテクチャーの流用 (fine-tuning) が画像識別能力の改善に有効かどうかを検討した。対象には、気管支鏡生検時の液状検体細胞診標本を Papanicolaou 染色し、顕微鏡デジタルカメラで撮影した腺癌、扁平上皮癌、小細胞癌の肺細胞診検体画像を用いた。Fine-tuning したアーキテクチャーとして、AlexNet, GoogLeNet, VGG-16 の 3 つの DCNN を用いた。オリジナルの DCNN は 3 層の畳み込み層 (Convolution layer), 3 層のプーリング層 (Pooling layer), 2 層のフル結合層 (Fully connected layer) を持ち、腺癌、扁平上皮癌、小細胞癌の 3 つの癌細胞の識別確信度を得、その識別結果は 71.9% であった。それに対して、AlexNet は、5 つの畳み込み層、5 つのプーリング層、3 つのフル結合層を持ち、総合的な識別確信度は 75.5% に向上した。一方、GoogLeNet は、22 の layer を持つがフル結合層を欠く構造で識別確信度 70.8% と低値であった。また、VGG-16 は、16 個の layer からなり識別確信度 76.8% と良好な結果を得た。以上から、Fine-tuning が細胞診の画像分類に有効であることが示唆された。今後、更なる識別率向上のため、DCNN の構造最適化を行う必要があると考えられた。

WS15-4 デジタル病理診断セッションへの細胞診の 関わりと細胞診のデジタル画像診断の実際

医療法人鉄蕉会亀田総合病院臨床病理科¹⁾, 長崎大学病院病理診断科・病理部²⁾

○堀 隆 (CT)^{1,2)}, 榊澤容子 (MD)¹⁾, 砂川恵伸 (MD)¹⁾,
尹 漢勝 (MD)²⁾, 福岡順也 (MD)²⁾

2018 年の診療報酬改定でデジタル病理画像を用いた場合の病理診断料の算定が可能となった。亀田総合病院では長崎大学と連携して 2017 年から生検材料のデジタル画像診断を開始し、現在は手術材料にも対象を広げている。デジタル画像を用いた組織診断は、複数の遠隔施設の病理医が Web 画像を共有する形態で診断業務を行っており、我々は遠隔病理「診断セッション」と表現している。診断セッションの基本的な流れは、予めレジデントが一次診断と所見入力を終えた症例画像を Web 会議の大画面に供覧し、ディスカッションや追加感染などを経てスーパーバイザー (病理医) が診断責任者となって最終報告する。その際に、関連する細胞診がある場合には共有画面を切り替えながら細胞診画像を同時に供覧することで参加者全員が症例の組織と細胞の病理画像の認識可能となり、最終的には組織診・細胞診共に診断精度を上げている。組織診断セッションの症例に関連しない細胞診症例の診断においては、ジュニア・シニア細胞検査士が光学顕微鏡による鏡検で一次判定と所見を入力し、スーパーバイザー (細胞検査士) が二次判定とデジタル画像化し、遠隔地の細胞診専門医と Web 会議で共有して最終診断を行っている。現在は、年間細胞診 2 万件的のうち悪性例を含むいわゆる有所見症例の約半数に対しデジタル画像 (Panoptiq) による細胞診断を行って報告しており、併せて臨床への細胞診画像 (Motic, EDF40x) を提供している。発表では、Web 会議システムを用いた診断セッションへの細胞診の関わりと、細胞診の診断をデジタル画像で行っている実際を紹介する。

WS15-5 甲状腺液状化細胞診におけるディープラーニングを用いた良悪性判定

北斗病院病理遺伝子診断科¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター病理診断科²⁾, 札幌医科大学病理学第一講座³⁾

○山口朋美(CT)¹⁾, 中津川宗秀(MD)²⁾, 原田 大(MD)¹⁾, 久保輝文(MD)³⁾, 廣橋良彦(MD)³⁾, 金関貴幸(MD)³⁾, 塚原智英(MD)³⁾, 鳥越俊彦(MD)³⁾

液状処理細胞診(Liquid based cytology, LBC)は, 標本作成において塗抹標本にくらべ, 標本の均一化が可能であり不適切標本が減少する. また必要に応じて, 遺伝子検査や免疫組織化学的検査の追加が可能といったメリットがある. LBC 標本は細胞の重なりが比較的少なくコンピュータ画像解析に適していると考えられる. 近年, ディープラーニング技術の登場により人工知能(AI)を用いた画像診断において有用性が報告されている. 今回我々は甲状腺LBC標本においてAI画像解析が有用か検討した. 甲状腺LBC標本のデジタルwhole slide imageから分割画像(パッチ)を作成し, 良性細胞あるいは悪性細胞を含む画像データを選別し, 良性あるいは悪性とラベルされた教師データを用いて深層学習を行った. ニューラルネットワークには152層の畳み込みニューラルネットワークResNet-152を用い, パッチ分類の手法を用いて良悪性判定モデルを作成した. 未学習評価画像を判定させた結果, 判定率約9割と高い判定一致率が得られた. この結果からディープラーニングを用いたAI画像解析は甲状腺LBC標本の良悪性判定に有用である可能性が示唆された.

WS15-6 体腔液細胞診におけるWSIの活用と今後の展望

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科¹⁾, 千葉県がんセンター臨床病理部病理診断科²⁾

○有田茂実(CT)¹⁾, 小高亜紀子(CT)¹⁾, 伊丹真紀子(MD)²⁾

【はじめに】体腔液細胞診において, 良悪性の鑑別困難例に免疫細胞化学(以後, 免疫染色)を実施し, Pap. 染色と免疫染色で同一細胞を観察することにwhole slide image(以後, WSI)を活用したので報告する.

【対象】当院の体腔液細胞診は, 通常はPap. ギムザ, PAS反応の3染色を実施しているが, 細胞形態やPAS所見のみでは良悪の判断に苦慮する場合に, 鏡検後のPap. 染色標本を用いて免疫染色を実施する. 第一選択抗体には, 上皮系マーカーのepithelial membrane antigen(以後, EMA)を用いる. 今回は, これまでに取得したPap. 染色とEMAのWSIデータを対象とした.

【方法】機器は浜松ホトニクス社のNanoZoomer 2.0RSを使用した. 鏡検に使用したPap. 染色標本1枚を用い, まずはPap. 染色で確認したいエリアのWSIデータを取得. 続いて同標本にEMAを実施後, Pap. 染色標本と同一のエリアのEMAのWSIデータを取得. Pap. 染色とEMAのWSIデータを, 付属の画像閲覧ソフトウェアを用いて2画面で同期表示させ, 表示位置, 倍率, フォーカスの切り替えを連動させて観察した.

【まとめ】2種類の染色で同じ細胞を観察できる点が, 従来の顕微鏡観察と全く異なる点である. WSIの活用により, 今まで捉えられなかった異型の弱い腺癌細胞を認識できるようになった. 今後もWSIデータを蓄積し, 研鑽することで, 疑陽性として曖昧にしていた判定困難例の削減, Pap. 染色にフィードバックできる細胞所見の発見など, 細胞判定の精度向上に期待ができるツールと考えられた.

◇ワークショップ16

口腔病変の分類と報告—臨床医と細胞検査士の要望を取り入れた分類に向けて—

WS16-1 臨床からみた口腔細胞診の現状と要望

がん研究会有明病院頭頸科¹⁾, がん研究会有明病院病理部²⁾

○小泉 雄(DDS)¹⁾, 佐藤由紀子(DDS)²⁾,
三谷浩樹(MD)¹⁾, 米川博之(MD)¹⁾, 福島啓文(MD)¹⁾,
佐々木徹(MD)¹⁾, 新橋 渉(MD)¹⁾, 瀬戸 陽(MD)¹⁾,
戸田和寿(MD)¹⁾, 神山亮介(MD)¹⁾, 日高竜太(MD)¹⁾,
市川千恭(MD)¹⁾, 永井遼斗(MD)¹⁾, 福田幸太(DDS)¹⁾,
森田琢磨(DDS)¹⁾, 尾股 丈(MD)¹⁾, 江原雄一(DDS)¹⁾,
渡嘉敷邦彦(MD)¹⁾, 鳥居淳一(MD)¹⁾, 山村晃司(MD)¹⁾,
伊藤 優(DDS)¹⁾, 道塚智彦(MD)¹⁾

口腔細胞診は施設の規模や特性により対象疾患が異なり、実施目的も異なる。例えば、癌専門病院では腫瘍を扱い、細胞診は未知の腫瘍の診断的意義あるいは既知の腫瘍の存在診断の意味を持つ。組織診が検鏡までに要する時間を補う意味合いもある。一方、歯科大学病院や中規模病院では腫瘍以外の粘膜の皮膚科的疾患、炎症性疾患等も治療対象となり判定も煩雑となると予想される。開業歯科医院において炎症性疾患以外は治療対象外で、癌のスクリーニングが目的で、中規模ないし癌専門病院に紹介することが目的となる。癌のスクリーニングを目的とした判定では癌専門病院、開業歯科医院においては主たる目的であるが、様々な粘膜疾患を扱う中規模病院には不十分な可能性がある。細胞診は侵襲性が低いため、頻回に、かつ広範に実施でき、前癌病変、前癌状態を診る際には、定期的な検査が必要で、視診触診に併せて用いることが可能である。しかし、婦人科領域で定められている細胞診判定による経過観察の期間などの運用のガイドラインは、口腔では存在しない。子宮頸癌の約95%がヒトパピローマウイルスに関連するという比較的均質な腫瘍群と異なり、口腔では多様な誘因が関与し、その経過も多様であることが挙げられる。また、個々の病変に合わせて担当した医師あるいは施設内のガイドライン等で実施されている。今回は1例を紹介する。臨床側の要望としては、腫瘍以外の粘膜疾患と腫瘍を疑うが確定できない場合特に悪性との区別を明確にもらうこと、細胞診による経過観察の運用が決まることの2点で、口腔癌の検診～診療における細胞診の活用が広がる可能性があると考えられる。

WS16-2 口腔細胞診の分類について～地域の中規模病院の立場から～

宮崎県立日南病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立日南病院病理診断科²⁾

○佐野亜由美(CT)¹⁾, 福田早織(CT)¹⁾, 木佐貫篤(MD)²⁾

当院は病床数334床の地域中核病院で2013年に歯科口腔外科が開設され、症例数は少ないが口腔細胞診検体が提出される。当院のような中規模病院において、口腔細胞診分野は症例数が少なく経験が積みにくい、細胞の異形が乏しい、深層にある悪性細胞の採取が困難などの理由から難解と考える細胞検査士は多いと推察する。当院では口腔細胞診ガイドラインに基づきNILM, LSIL, HSIL, SCCの4段階に分類しIFNは使用していない。反応性変化を強く疑うが確定できず経過観察や臨床症状によっては精査を希望する場合、NILMとLSILの判定に苦慮する。また腫瘍を疑う細胞を少数認めるが決定的な扁平上皮癌細胞がなく生検を推奨する場合、LSILとHSILの判定に苦慮する。現在はコメント欄に記載しているがより明瞭に報告できないかと考え、良性(NILM)、意義不明の扁平上皮細胞(ASC)、扁平上皮内病変あるいは異型性相当(SIL)、扁平上皮癌(SCC)の4段階に再分類を試みたので報告する。また深層型異型細胞採取の困難さは分化型扁平上皮癌が多い口腔細胞診領域の特徴である。当院では口腔専用のオーセレックスブラシRT(日本BD社)を用い塗沫標本作製後、SurePath Collection Vialを用いたBD SurePath法でLBC標本作製している。オーセレックスブラシは歯間ブラシやサイトブラシと異なり、病変に垂直にブラシを当て回転することで擦過を行う。深層型の細胞が多く採取されると考え、検討し報告する。臨床に今後の方針を提案できる施設間差の少ない分類について、中規模病院の立場から考えを述べたい。

WS16-3 口腔病変の組織像と細胞像

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 拓(DDS)

【はじめに】口腔癌のスクリーニング検査を行っていく上で、口腔病変の組織像と細胞像の違いを理解しておくことは重要である。今回、当大学で口腔細胞診と組織診が行われ、組織診で口腔癌以外と診断された症例について検討を行ったので報告する。

【対象・方法】2016～2018年で口腔擦過細胞診と組織診が行われた445例中、組織診で扁平上皮癌、上皮内癌以外の良性病変311例のうち代表的な組織像268例について細胞像との検討を行った。

【結果】組織診の結果と細胞診の判定(口腔細胞診新報告様式)は、軽度上皮性異形成(epithelial dysplasia: ED)は22例で、細胞診判定の内訳はNILMが9例、OLSILが13例であった。中等度EDは16例で、NILM 6例、OLSIL 9例、OHSIL 1例。高度EDは2例で、OHSIL 2例。扁平上皮過形成は77例で、NILM 70例、OLSIL 7例。扁平苔癬は23例で、NILM 20例、OLSIL 3例。乳頭腫は31例でNILM 29例、OLSIL 2例、エプーリスは36例でNILM 29例、OLSIL 4例、OHSIL 3例。非特異的炎症は61例で、NILM 40例、OLSIL 21例であった。

【まとめ】細胞像と組織像の一致が、上皮性異形成と炎症で低率であった。上皮性異形成では角化細胞、炎症ではライトグリーン好性細胞の評価が困難であった。これらの症例を提示し検討を加える。また、2017年WHO分類で、臨床的な概念である口腔潜在的悪性疾患とこれに相当する組織像について概説をさせていただく。

WS16-4 口腔細胞診における良性～上皮性異形成の判断区分に関する考察

日本大学松戸歯学部病理学講座¹⁾, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科²⁾, 日本大学松戸歯学部生理学講座³⁾, 医療法人社団誠馨会病理センター⁴⁾, 成田富里徳洲会病院病理診断部⁵⁾○宇都宮忠彦(DDS)¹⁾, 松本 敬(CT)²⁾, 森川美雪(CT)¹⁾, 末光正昌(DDS)¹⁾, 金田悦子(CT)¹⁾, 二谷悦子(CT)¹⁾, 横山 愛(DDS)³⁾, 才藤純一(CT)⁴⁾, 加藤 拓(CT)⁵⁾, 村守樹理(DDS)¹⁾, 久山佳代(DDS)¹⁾

2015年口腔細胞診ガイドラインの制定を機に、その判定区分について議論が重ねられつつある。前回の本学会シンポジウムにおいては、細胞検査士と細胞診専門医との共同の意見交換がなされた。特に細胞検査士側からは、LSILの細胞所見(HSILとの鑑別を含めて)が不明確である点、炎症を背景とした症例であっても、表層異型を疑う細胞所見を見出した場合、常に腫瘍の存在を考慮する必要から、判定の基準項目がオーバーラップする、といった見解が示された。これは、例えばチェアサイドの臨床医にフィードバックする際に、「炎症や反応性変化が最も考えられるが、完全に腫瘍を否定しえない」という病理側(検査士、細胞診専門医ともに)の見解を誤解なく伝えるために「LSIL」を用いざるを得ないといった状況も想定しうる。ガイドラインでは更に、IFNという判定区分も設定されており、上記の場合や疣贅状の良性病変の症例がこの区分に該当する可能性もあるが、IFNについての明確な判定基準や解釈は確立されていない。演者の施設では細胞検査士側の対案として、炎症・反応性変化及び過角化症・疣贅状良性病変の背景がある場合、表層異型扁平上皮細胞の有無がLSIL判定の根拠となり、臨床側へ生検による確定を推奨するという見解をもっている。そこで、今回のワークショップではLSIL相当の症例で、とくに患者の背景に炎症・反応性変化及び前記の疣贅状良性疾患を有する場合に焦点をあて、LSILの判定やIFNの適切な取り扱い等について考察する。本研究はJSPS科研費(18K07000)の助成を受けたものである。

◇アジアフォーラム

AF-1 How Cytology Contributing to Clinical Practice—Cytopathology in Precision Medicine—

Department of Pathology Taipei Veterans General Hospital
Taiwan

○Chiung-Ru Lai (MD, FIAC), Taiwan

Precision medicine is an emerging field of medicine that uses diagnostic tools to identify specific biological markers, often genetic, to help assess which medical treatments and procedures will be best for each patient. The promise of precision medicine is to get the right treatment to the right patient at the right dose through the use of molecular and targeted or immunotherapies.

The substrates for molecular testing are composed of blood, histology and cytology specimens. Cytology specimens such as cell blocks, prepared slides (direct or imprint smears, cytospin, LBC smears : cell transfer and scraping), residual fixed sample (LBC) and fresh samples are all suitable for molecular testing. Furthermore, the quality of cytology specimens are supposed to be better than histology specimens. This offers a wealth of opportunities for cytology.

Recently, it is becoming increasingly common for molecular testing to be performed on cytology specimens. In this presentation, I will share the experience of our own routine practice setting in cytopathology for precision medicine and the most updated knowledge and issues will be discussed as well.

AF-2 Innovative Laboratory Services : Lesson Learn from Thai-Japanese Workshop

Department of Pathology, Faculty of Medicine Khon Kaen
University, Khon Kaen, Thailand

○Supinda Koonmee (MD),
Sasithorn Watcharadectwittaya (MD), Thailand

The initiative of Nippon Medical School, Tokyo, Japan and Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Thailand in 1994 by establishing the first Thai-Japanese Workshop at Chiang Mai University starting with 44 Thai and Japanese participants, leads to the international collaboration among many countries such as Australia, Bangladesh, Cambodia, China, Germany, Hong Kong, Indonesia, Korea, Laos, Malaysia, Nepal, Pakistan, Philippines, Singapore and USA. The workshop is organized in every year. There are more than 200 participants in the recent workshop 2019 in Bangkok, Thailand.

Pathologists and Cytotechnologists from Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University have attended workshops constantly. The outcome is that we were able to apply the diagnostic cytopathology not only in an analytic phase but also in a pre-analytic phase. For example we first implemented an innovation breast cancer specimen handling in Roi-Et hospital and Kalasin hospital since 2014, then extended to the rest of Thailand in 2018. We also managed to implement a rapid on-site evaluation (ROSE) in thyroid FNA sample in Srinagarind Hospital on February 7th, 2018 and plan to extend to Vientiane, Laos in 2019. In additionally, exchanging the culture and experiences among participating countries help to build the networking and generating more innovations.

The lesson learn in this case is the small improvement step of the first Thai-Japanese Workshop, be able to create a big improvement in the cytopathology community. It is well perceived that this initiative has been significantly impacting to the improvement in diagnostic cytopathology and innovative laboratory services in all participating countries.

AF-3 臨床に寄与する細胞診 Clinical usefulness of cytology? Endometrial cytology in Japan

Department of Obstetrics and Gynecology, JA Suzuka General Hospital¹, Department of Pathology, JA Suzuka General Hospital², Department of Medical Technology, Ehime Prefectural University of Health Sciences³, Cancer Education and Research Center, Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Science⁴, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui⁵, Department of Bioscience and Laboratory Medicine, Hirosaki University Graduate School of Health Science⁶, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Tokyo Women's Medical University⁷, PCL Japan Pathology and Cytology Center PCL Inc.⁸

○Kenji Yanoh (MD)¹, Yutaka Nakamura², Yoshiaki Norimatsu³, Tadao K. Kobayashi⁴, Tetsuji Kurokawa⁵, Akiko Shinagawa⁵, Toshimichi Onuma⁵, Jun Watanabe⁶, Azusa Nimura⁷, Yasuo Hirai⁸, Japan

In Japan, direct sampling from the uterine cavity for cytological evaluation is very common. This method is usually applied for the initial pathological evaluation and often for endometrial cancer screening tests. In 2018, the Yokohama System was published as a standardized reporting system inclusive of specific diagnostic categories and cytomorphologic criteria for uniform and reliable diagnosis of endometrial malignancies. This reporting system will realize more reliable endometrial cytology. In our country, the collected samples are usually directly smeared onto glass slides. As smearing is associated with certain technical difficulties, the standardization of cytological specimens is difficult. To improve these problems, Osaka Study Group (OSG) was organized in 2012. This is a group without financial support or conflict of interest, consisted of cytopathologists, cytotechnologists, and gynecologists belonging to several hospitals and institutes. Our study group devised new cytological diagnostic criteria for endometrial samples prepared with SurePath™ LBC system, namely, OSG method. We conducted several studies for the performance of endometrial cytology with using OSG method. These studies proved that OSG method shows the good performance for clinical usage. From now on, more reliable method of endometrial cytology will be able to discussed world-wide with using the Yokohama system and LBC method.

AF-4 Cytology in clinical application

Fu Jen Catholic University Hospital, Taipei, Taiwan

○Yu-Lin KO (MT, CT, CTIAC), Taiwan

Cytopathology is a screening and diagnostic technique that examines cells from various body sites to determine the cause or the nature of the disease. This field of science is gaining a tremendous momentum all over the world due to its safety, speed, accuracy and cost effectiveness. The Pap test is considered the most successful screening test in the medical history. Since the development of Pap test, the practice of its technique has expanded to cover samples from nearly all body sites.

Aside from playing an important role in early detection of cancer by discriminating malignant cells from cells that are benign, the cytological technique is also capable of providing all types of ancillary studies, and facilitate the clinician to make to specific diagnosis that will dictate treatment protocols. Basically, all ancillary studies can be done using cellular material obtained either from exfoliated material or FNA technique. Liquid-based cytology and cell block are now the valuable technique that can be used to do ancillary test ; such as special stains, immunohistochemical stain, molecular studies, Fluorescent in Situ Hybridization (FISH), cytogenetic analysis, next-generation sequencing or flow cytometry, etc.

Rapid onsite evaluation (ROSE) is another cytological application which is a service that provides immediate onsite evaluation to assure of FNA adequacy. This gives ability to triage the specimen, shorten the length of procedure, help guide and direct the biopsy in real time, and overall assist in managing the patient's procedure with the performing clinician at point of care.

Cytology allows diagnosing the diseases with minimal discomfort to patients. Cytotechnologist and cytopathologist examine cells and perform variety of ancillary methods to guides the primary physician in making strategy in following up patients. With the recent improvement in technical aspects, clinical imagination and medical therapy, precision medicine could be more mature and widely applicable in specific personal treatments.

◇医療安全セミナー

法律家からみた医療安全の一試案

文京あさなぎ法律事務所 共同代表 弁護士

○水沼直樹

提供した医療行為に過失がある場合、民事責任、刑事責任を負う。過失とは、提供した医療行為が医療水準に達しないことをいう。最高裁判所によると、医療水準は、「診療に当たった当該医師の専門分野、所属する診療機関の性格、その所在する地域の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮して決せられるべきもの」とされている。したがって、医療行為を提供した医師の属する診療機関や地域性などにより、同様の医療行為を行っても、過失の有無が異なることがあり得る。しかし、診療ガイドラインにより医療が平準化してくると、治療内容によっては「地域の医療環境」差が少ない場合もあろう。このような事情から、診療ガイドラインの内容は、法的にも重要な意味をもつ可能性があり、その証左の1つとして、過失と診療ガイドライン遵守との傾向が興味深い。

ところで、医療安全は、医療行為の安全だけではなく、患者、家族、医療者全てにとって安全な医療環境を整えることが重要である。たとえば、近年、プロポフォール等を用いた外科手術後に、患者がせん妄状態に陥り幻覚を見た可能性がある事例が発生した。せん妄は、ルート抜去や転倒転落の原因である可能性も指摘されており、術前にはせん妄スクリーニング等の予防を行い、術後には早期の発見及び対策が重要となる。また、せん妄発症の可能性について、患者本人のみならず、家族にも事前に説明することが重要である。なお、術後せん妄は、必ずしも高齢者ばかりに発症するわけではなく若年者にも発症する可能性があるため、医療機関においてはあらゆる患者に対して予防と対策を講ずる必要がある。なお、紛争予防のため、回診は複数人で行うことが重要である。

◇感染対策セミナー

結核、麻疹、水痘・带状疱疹～空気を介して広がる感染症～

藤田医科大学医学部感染症科

○原田壮平(MD)

結核、麻疹、水痘・带状疱疹は空気を介して拡散する感染症であり、早期にその存在（あるいは可能性）を認識し、適切な感染対策を行わなければ大規模な医療機関内アウトブレイクを生じうる。これらの感染症を有する患者は発熱・咳嗽・皮疹といった非特異的な症状を主訴に医療機関を受診するため、初療を担当するのはほとんどの場合、感染症を専門としない医師である。よって、非感染症医がこれらの疾患の可能性に気づき、速やかに感染対策担当者と連携をとることが診断・感染対策の鍵となる。結核菌は全身の多様な臓器に病変を作りうるため全ての診療科の医師が結核に遭遇する可能性がある。感染対策上、最も注意を要するのは肺結核であり、慢性の咳嗽や肺の空洞性病変が存在する場合には鑑別診断として考慮する必要があるが、特に免疫不全患者においては非特異的な症状や画像所見をとることもしばしばある。また、医療従事者は結核感染の高リスク者であり、自身がアウトブレイクの発端とならないように注意する必要がある。麻疹・水痘はワクチンで予防可能な疾患であるが、感染力が非常に高く、免疫を有さない者が発症者と空間を共有した場合には、潜伏期間を経た後の発症リスクは高い。また、成人がこれらを発症した場合には小児と比較して重症化のリスクも高い。带状疱疹患者は水痘患者に比較するとウイルスの拡散力は低いですが、免疫不全患者では播種性感染症を生じて空気感染の原因となることもある。本セミナーでは空気を介して広がるこれらの感染症に関して、患者と自身の安全を守るために臨床医・病理医に是非とも知っておいて欲しい事項について実例を交えながらお話しする。

◇第60回記念都道府県演題（口演）

甲状腺

OT-1 甲状腺の胸腺様分化を示す癌 CASTLE の細胞像の考察

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

○神 大貴(CT)¹⁾, 高橋真紀(CT)¹⁾, 櫻田潤子(MD)²⁾, 真山晃史(CT)¹⁾, 藤井正宏(CT)¹⁾, 岡 直美(MD)²⁾, 原嶋祥吾(MD)²⁾, 鈴木博義(MD)¹⁾

胸腺様分化を示す癌(CASTLE)は甲状腺に迷入した胸腺由来とされるまれな腫瘍である。今回我々は CASTLE の一例を経験したのでその細胞像について文献的な考察を加え、報告する。

【症例】60歳代男性。2ヵ月前から左頸部腫瘍を自覚し、CTで甲状腺左葉腫瘍と左頸部リンパ節腫大、両肺結節影が指摘され、甲状腺とリンパ節よりそれぞれ穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】甲状腺では採取細胞数は多く、中～小型の密な集塊状あるいは孤立性に出現していた。背景に壊死やコロイドは目立たなかった。出現細胞のN/C比は高く、狭小な細胞質で、明瞭な核小体を認め、一部核溝を疑う所見を認めたが核内細胞質封入体は不明瞭であった。細胞判定は悪性とし、低分化癌・乳頭癌を推定した。リンパ節も同様の細胞像であった。

【組織所見】腫瘍細胞の集塊と線維性隔壁からなる島状構築の病変で、腫瘍細胞は好酸性の狭い細胞質と円形～紡錘形の核、明瞭な核小体を有していた。隔壁内にリンパ球や形質細胞の浸潤を認めた。免疫染色結果：(+)CAM5.2, CD5, CD117, p63, (-)サイログロブリン, カルシトニン。以上の所見から CASTLE と診断した。

【細胞所見の再検討】リンパ球を少量認め、扁平上皮への分化が示唆される集塊がみられた。転写法による免疫染色では、組織と同様の結果が得られた。

【まとめ】細胞所見のみから組織型の推定は困難であったが、病変が甲状腺下極にみられたことや、乳頭癌などの甲状腺癌に特徴的な所見に乏しかったことから本疾患も念頭に置き鑑別に挙げることが重要であった。転写法を用いた免疫染色が有効であった。

OT-2 DNA 損傷応答分子 53BP1 発現型解析は甲状腺濾胞性腫瘍細胞診に有用である

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

○松田勝也(PhD)¹⁾, 佐藤綾子(MD)²⁾, 本山高啓(CT)¹⁾, ムサジャノワジャンナ(MD)¹⁾, 大坪竜太(MD)²⁾, 矢野 洋(MD)²⁾, 樋口観世子(CT)³⁾, 廣川満良(MD)³⁾, 永安 武(MD)²⁾, 中島正洋(MD)¹⁾

【目的】甲状腺濾胞癌の術前診断は不可能である。我々は蛍光免疫染色による DNA 損傷応答 (DNA damage response: DDR) 分子 p53 binding protein-1 (53BP1) の発現型解析が、甲状腺腫瘍や尿路上皮腫瘍など様々な癌化過程でゲノム不安定性の指標となり、悪性を反映することを報告してきた。今回、甲状腺濾胞性腫瘍の新規細胞診断法としての本解析法の有用性を前方視的に検証した。

【対象と方法】臨床的に濾胞性腫瘍が疑われた 113 例の FNAC-LBC 検体を対象に、蛍光免疫染色による 53BP1 発現型解析を行った。発現型は Stable, Low DDR, High DDR, Large Foci, Abnormal type に分類し、各型の発現率を算出した。113 例のうち、術後に診断された濾胞腺腫 (FA) 35 例、濾胞癌 (FC) 18 例について各型の発現率に基づいたカットオフ値を設定し、診断精度を算出した。

【結果】FC では FA に比べて Abnormal type の発現率が有意に高率であった (FC: 9.7%, FA: 3.8%, $p < 0.001$)。カットオフ値を Abnormal type 4% に設定すると、FC と FA を感度 94.4%, 特異度 71.4% で診断可能で、陽性予測値は 60.7%, 陰性予測値は 96.2% であった。

【結論】蛍光免疫染色による 53BP1 発現型解析は、濾胞性腫瘍術前細胞診断に寄与する新規診断法として有用であることが示唆される。

消化器1

OT-3 がん選択的蛍光プローブを用いた膵臓 EUS-FNA の検体採取率向上に向けた取り組み

富山大学附属病院病理部病理診断科¹⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座²⁾

○小梶恵利(CT)¹⁾, 井村穰二(MD)^{1,2)}

【緒言】近年の超音波気管支鏡 (EBUS) や超音波内視鏡 (EUS) の技術進歩により, 縦隔腫瘍や消化管粘膜下腫瘍, 膵腫瘍等における穿刺吸引 (FNA) の重要性が高まっている。また, 最近では細胞検査士が内視鏡室に赴いて, FNA によって採取された細胞の塗抹や染色を行う迅速細胞診 (ROSE) も行われてきている。他方で, がん細胞で高発現している γ -glutamyltranspeptidase (GGT) の作用を利用して発色するがん選択的蛍光プローブが開発され, 臨床応用へのさまざまな手法が検討されている。しかし, 細胞診分野での検討はあまり行われていない。そこで, 今回, GGT 活性を利用した膵臓 EUS-FNA の検体採取率向上のための手法を確立することを目的に検討を行うことにした。

【方法と結果】まず, 膵癌培養細胞株を用いて, がん選択的蛍光プローブを細胞に反応させ, 反応濃度, 反応時間を検討し, その蛍光強度を確認した。用いた5種類の細胞株いずれにおいても, 強度には差がみられるものの, 蛍光発色を確認した。次に, 実際に ROSE に出向いて, EUS-FNA 検体にプローブを反応させ, 蛍光発色を確認し, 細胞以外の成分が混入する材料での至適条件検討を行った。

【展望】がん選択的蛍光プローブを用いた比較的短時間で癌細胞を検出する方法を確立できれば, 検体採取率の向上とともに, 穿刺回数が適正化され, 検査時間の短縮にも貢献出来ると考える。また, 蛍光プローブで癌細胞と正常細胞を区別することができれば, 癌細胞の形態学的特徴をより明確にでき, 細胞診分野における貢献も期待できる。

OT-4 浸潤性微小乳頭癌 (IMPC) における胆汁細胞像の検討

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部¹⁾, 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院病理診断科²⁾

○柏原倫子(CT)¹⁾, 宮田直樹¹⁾, 御手洗賀世¹⁾, 阪本 聖¹⁾, 江川博彌¹⁾, 金子真弓²⁾

【背景と目的】浸潤性微小乳頭癌 (invasive micropapillary carcinoma: IMPC) は全身の諸臓器で報告されているが, 胆道における報告は稀である。今回我々は IMPC が主体であった総胆管癌の1例を経験し, IMPC の胆汁細胞像を比較検討したので報告する。

【対象と方法】当院で2013年1月~2018年11月の期間, 総胆管癌切除例において胆汁細胞診で異型細胞を認めた23例32件と良性の再生上皮の1例2件を対象として再鏡検した。

【結果】IMPC 主体例では, 微小乳頭状集塊辺縁に毛羽立ち像 (所見①) とこれら集塊の近接した集簇像 (所見②) を認めた。悪性例で所見①②が揃う例は1例で低分化腺癌主体だった。所見①のみを認めたのは3例で, いずれも乳頭腺癌を含んだ。再生上皮で所見①②を認めた例が1件あったが核異型は弱かった。腫瘍の一部に IMPC を含む例は2例あったが胆汁細胞診で所見①②いずれの所見も認めなかった。

【考察】微小乳頭状集塊を胆汁中に認めた場合に問題となる IMPC と乳頭腺癌との鑑別点は微小乳頭状集塊が極めて近接して集簇する点, また再生上皮との鑑別点は核異型であると推測された。胆道では, IMPC は混合型がほとんどであるため, 通常型の腺癌細胞に混在して出現する可能性が高く, 通常型の腺癌細胞像を認めた場合でも, さらに IMPC の特徴的所見を見逃さないことが重要であると考えられた。

【結語】今後, 症例の集積が必要であるが, 核異型を伴う微小乳頭状集塊が極めて近接して集簇し, 且つこれら微小乳頭状集塊の辺縁に毛羽立ち状所見を認めた場合は IMPC を推定しうることが示唆された。

消化器 2

OT-5 当院で経験した膵上皮内癌の細胞学的検討

公益財団法人天理よろづ相談所病院病理診断部

○高橋明徳(CT), 松岡直子(CT), 松田江身子(CT),
坂本真一(CT), 藤田久美(MD), 本庄 原(MD)

【はじめに】近年、膵上皮内癌の検出を目的とした内視鏡的経鼻膵管ドレナージ (ENPD) 留置下での連続膵液細胞診の有用性に関する報告がみられるが、細胞像に関する記述は限られている。今回、当院にて摘出切除を行った膵上皮内癌例を経験したので、細胞学的な判定基準を把握するべく検討を行った。

【対象および方法】対象は摘出標本にて病理組織学的に PanIN-3 と診断され、ENPD 留置下での連続膵液細胞診を実施した 8 例 (男性 4 例, 女性 4 例, 55 歳-76 歳, 平均年齢 71.1 歳) とした。細胞像の評価基準は細胞診ガイドライン 2015 年版 (消化器) を参照し、膵液細胞診への応用が可能な「貯留胆汁細胞診の判定基準」に準拠して全ての膵液細胞診標本を再評価した。また、比較対象として良性病変 13 例 (慢性膵炎または自己免疫性膵炎 7 例, IPMA 6 例) を用いた。

【結果】膵上皮内癌群では細胞集塊の判定基準 3 項目 (不規則な重積, 核の配列不整, 集塊辺縁の凹凸不整) 全てを満たす細胞集塊を全例で認めた。個々の細胞の判定基準 3 項目 (核の腫大, 核形不整, クロマチンの異常) を全て満たしたのは 6 例, 核の腫大を除く 2 項目は全例で認められた。良性病変群では細胞集塊および個々の細胞の判定基準それぞれ 3 項目を全て満たした細胞集塊は認められず、特に核の飛び出しを伴った集塊辺縁の凹凸不整は全例で認めなかったことから、両者を鑑別する上で重要な所見である可能性が示唆された。

【まとめ】「貯留胆汁細胞診の細胞判定基準 (2007)」の悪性基準は膵上皮内癌においても応用が可能であり、良性異型細胞との鑑別には、特に細胞集塊の所見が重要と思われた。

OT-6 当院における ROSE の現状について～第 2 報～

独立行政法人労働者健康安全機構和歌山労災病院中央検査部¹⁾, 独立行政法人労働者健康安全機構和歌山労災病院病理診断科²⁾

○田中真理(CT)¹⁾, 楠木結香(CT)¹⁾, 田端知佳(CT)¹⁾,
吉田 恵(CT)¹⁾, 坪田ゆかり(MD)²⁾

当院では、臨床からの要望があれば気管支鏡検査は 2009 年から、EUS-FNA は 2013 年から Rapid on-site cytologic evaluation (以下 ROSE) を実施している。今回 ROSE の件数は多くないが、ベッド数 303 床, 病理専任技師 (細胞検査士) 3 名, 病理医 1 名という中規模施設である当院の運用体制や成績、工夫点等を紹介する。

【対象と方法】2012 年 1 月から 2018 年 12 月までに行われた ROSE 症例延べ 36 例 (EUS-FNA30 例, 気管支鏡 6 例) を対象とした。標本作製は再水和による Hematoxylin-Shorr 染色を行い、検鏡結果は口頭で報告した。これらの採取回数、検体不適正率、ROSE と組織診断の一致率、採取現場での口頭報告と最終細胞診断報告の一致率等について検討した。

【結果】ROSE は内視鏡担当医が病理組織材料を確実に採取したいと判断した症例のみを予約制で実施した。検体不適正は細胞診 0 例 (0.0%), 組織診 5 例 (16.7%), 細胞診と組織診との一致率は 93.5%, 感度 100%, 特異度 80.0%, 陽性的中率 77.8% であった。そして口頭細胞診報告と最終細胞診断報告の一致率は 100% と良好であった。これは再水和による Hematoxylin-Shorr 染色を用いた効果と考えられた。

【まとめ】今回、組織材料の十分な確保については課題もみられたが、特に口頭報告と最終診断の一致は 100% と診断精度は良好であった。ROSE 実施は人手と経験を要するが、検体不適正が減るため患者負担が減り、細胞検査士としてチーム医療への貢献度は大きいと考える。

精度管理

OT-7 精度管理を意識したスライドセミナー方式の
研修会報告—集計結果から当たり前を探る—

獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科¹, 自治医科大学附属さいたま医療センター², 埼玉医科大学国際医療センター³, JCHO 埼玉メディカルセンター⁴, 埼玉県済生会川口総合病院⁵, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター⁶

○山崎泰樹(CT)¹, 河野哲也(CT)², 加藤智美(CT)³, 鶴岡慎悟(CT)⁴, 大澤久美子(CT)³, 金守 彰(CT)⁵, 清水禎彦(MD)⁶

【はじめに】埼玉県では埼玉臨技細胞検査研究班が主体となり、事前に症例を提示し、解答を回収した後、集計結果と症例の解説を行う研修会を開催している。今回我々は、過去7回の解答結果を集計し検討したので報告する。

【目的】集計結果から会員の得意・不得意分野を見出し、今後の研修会に反映するとともに、各施設や個人の精度管理として役立てて頂きたいと考える。同時に研修会を企画する細胞検査士の意識を高め、研修会参加者と企画者が相互に意見することで学習効果を高めることを目的とする。

【対象および方法】埼玉県内の細胞検査士もしくは細胞検査士の資格取得を目指す臨床検査技師を対象とした。10例の提示症例に対し、5択で解答を求めた。これらをCDで県内施設に配布し、施設解答および個人解答を求め、結果を集計した。個人では経験年数の記載を求め、経験年数別に解答結果を集計した。

【結果】毎回半数近い施設解答が得られ、個人解答は第3回から上昇傾向にあり100名前後の解答が得られた。正答率は第1回で60%代と低かったが、以降は75%から95%と良好な結果であった。

【考察】経験年数別の集計を出すことによって自分を客観的にみることができるとは思えないかと考える。正答率の低い出題では、判定の標準がどこにあるのか、行き過ぎた判定を参加者に押しつけてないか等、出題者側が学ぶきっかけになる。精度管理は業務の正確さや信頼性を図る上で重要な指標であり、細胞検査業務においては判定の正誤を確認し、常に判定の精度を向上させていくことが望ましい。今後は本研修会を精度管理としての役割を担う一方、判定困難例を標準とできるよう目指したい。

OT-8 ISO15189 検査室認定取得に伴う細胞診の
QMSの確立

日本大学医学部附属板橋病院臨床検査部病理検査室¹, 日本大学医学部附属板橋病院病理部²

○中島弘一(CT)¹, 関 利美(CT)¹, 鈴木淳子(CT)¹, 吉田一代(CT)¹, 勝沼真由美(CT)¹, 大荷澄江(MD)², 楠美嘉晃(MD)², 羽尾裕之(MD)², 増田しのぶ(MD)², 杉谷雅彦(MD)²

ISO15189 検査室認定は、現在2012年版で審査されている。2015年には臨床研究中核病院の施設要件として、2017年にはがんゲノム医療中核拠点病院・連携病院の指定要件として第三者認定を受けた臨床検査室を有することが望ましく、また当該病理検査室も外部認定を受けていることが望ましいとの法令が発令され、ISO15189は第三者認定として重要な役割を果たすこととなった。ISO15189は検体検査の認定制度として開始された後に病理部門が加わり、現在は生理検査も認定項目となっている。要求事項は検体検査が対象とされているため病理用に読み変えなければならず、不確かさやパニック値など、病理細胞診分野においてはなじみのない表現がしばしばある。しかし、要求事項を満たすための管理はQMSに直結するものである。また、医療安全や法令遵守も鑑みる必要があり、当院ではISO15189の受審の準備段階では、感染区域（管理区域）と非感染区域（非管理区域）の区分けの為にレイアウトの変更を行った。また初回審査の指摘から切り出し室を区分けする自動ドアと安全キャビネットの設置した。ISO取得のメリットは様々で、マネジメントレビューは管理者が職場の現状を詳細に知り検討する機会となり、スタッフの提案や外部からの苦情の分析などは業務改善の手がかりとなる。また品質方針や品質指標などは上司からスタッフへの明確な指示である。全ての連絡事項は周知される必要があることは、部内のコミュニケーションシステムの構築となる。当院での品質保証のための教育プログラムや力量評価、日常の業務管理システム・リスクマネジメントなどを解説する。

セルブロック・乳腺 1

OT-9 セルブロックー当院の現状分析と意識調査

山形県立中央病院病理診断科

○緒形真也(MD)

【はじめに】診療報酬改定によりセルブロック法の項目が追加され、日常診療においても作製する機会が徐々に増えてきている。セルブロックに関する2つの検討を行った。

【現状分析】2013～2016年の4年間に当院で作製された198件のセルブロックを対象に、材料別および判定別(良性、鑑別困難、悪性の疑い、悪性)の分析、塗抹標本と免疫染色を追加したセルブロック標本との判定の相違について調べた。材料別の内訳は、胸水49%、腹水18%、心嚢液3%、胆嚢11%、尿7%であった。材料により良悪性の割合に開きがあり、胆嚢、心嚢液、肺・気管支、胸水に悪性が多い傾向にあった。免疫染色を追加した58件では、塗抹標本の判定が良性9件、鑑別困難15件、悪性の疑い1件、悪性33件に対し、セルブロックではそれぞれ19件、3件、6件、30件であった。後者で鑑別困難が少ないが、材料不足により悪性の疑いが多くなる傾向もあった。

【意識調査】当院および山形県内の関連3病院の細胞検査士12名を対象に、セルブロックに関する7つの設問を用意し、アンケート方式による意識調査を行った。回答をまとめると、免疫染色や診断の精度向上が利点、作製の労力・時間が欠点、胸水・腹水での活用が有効、依頼数や役割は今後も増大、診療報酬など評価制度の整備と臨床医の理解・要望が重要、との結果を得た。

【結論】現状では、体腔液、特に胸水の材料が多く、免疫染色追加により確定診断が得られ、速やかな治療が可能な場合もある。セルブロックの利活用は今後も期待されるが、技術面の改善・開発に加え、評価制度の整備などソフト面での充実が課題である。

OT-10 乳腺細胞診「鑑別困難」症例に対する細胞診的アプローチ

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾、聖マリアンナ医科大学病理学²⁾、聖マリアンナ医科大学乳腺内分泌外科³⁾○小穴良保(CT)¹⁾、前田一郎(MD)²⁾、島田直樹(CT)¹⁾、大川千絵(CT)¹⁾、津川浩一郎(MD)³⁾

近年、乳癌検診の普及や検査精度の向上により、乳腺腫瘍の検出率が高くなり乳癌はより早期の段階で発見される。また、超音波機器の進歩に伴い、微小な腫瘍も穿刺可能となったため患者様に対し低侵襲、低コストでありエコーガイド下で病変を捉えながら直接細胞を採取できる乳腺穿刺吸引細胞診FNACの役割は大きい。乳腺穿刺吸引細胞診は、腫瘍性病変に対し直接針を刺し細胞採取を施行するため、スクリーニングを目的としたものではなく、良・悪性の鑑別診断を行い、病変がどのような組織像を呈するのかを推定することにある。しかし、組織診でも良・悪性の鑑別が難しい乳腺病変では、Pap染色のみでの細胞診判定が「鑑別困難」になる症例は珍しくない。このことによりFNACの信頼は揺らぎ、FNACより精度が高く、ER、HER2のISH法やHER2 FISH法が簡便に行えるCNBへと移行する施設が増加している。だが、言い換えればこれらの要因を改善することで、簡便かつ低侵襲なFNACは、すでに他の検査で存在が確認されている病変についての、形態学的診断となり得る。近年、LBC法によるFNACを行う施設が増えている。「鑑別困難」率を減少させるためには、複数枚の標本作成ができるLBC法のメリットは大きく、「鑑別困難」症例に対してPap染色に加えISH法を施行することである。今回、ISH法を施行したことにより良・悪の鑑別に有用性を示した症例を提示したい。

OT-11 乳腺 solid papillary carcinoma (SPC) 20 例の検討

たけべ乳腺外科クリニック¹⁾, 高松平和病院病理検査²⁾

○安毛直美(CT)¹⁾, 兼近典子(CT)¹⁾, 武部晃司(MD)¹⁾,
新井貴士(MD)¹⁾, 横山智子(CT)²⁾, 宮西智恵(CT)²⁾,
佐藤 明(PhD)²⁾

【はじめに】 乳腺 SPC は高齢者に好発する予後良好な乳癌である。組織像を反映し穿刺吸引細胞診(FNA)での組織推定は比較的容易である。当院で経験した SPC20 例について発表する。

【対象】 2013 年から 2018 年に術後組織診断にて SPC と診断した 26 例中 FNA を施行した 20 例とした。

【結果】 全例女性, 年齢は 41 歳から 85 歳 (平均 68 歳), 20 人中 12 例に血性乳汁分泌を認めた。マンモグラフィ所見は所見なし 8 例, 石灰化 3 例, FAD4 例, 腫瘤 5 例で, 超音波所見はのう胞内腫瘤 2 例, 不整形等濃度腫瘤 5 例, 豹紋の左右差 2 例, 区域性不整低エコー 2 例, 乳管内病変 9 例であった。画像診断からの推定病変は乳管内乳頭腫 (IDP) 疑い 1 例, IDP または非浸潤性乳管癌 (DCIS) が 11 例, DCIS 疑い 5 例, 浸潤癌疑い 3 例であった。術前に施行された FNA は鑑別困難 1 例, 悪性疑い 6 例, 悪性 13 例で, その内 10 例が SPC と診断していた。術後組織診断は DCIS16 例, 微小浸潤癌 2 例, 浸潤癌 2 例 (腫瘤径 9 mm, 18 mm) であった。1 例にセンチネルリンパ節生検施行, 転移陰性であった。nuclear atypia は 1~2 と高度のものはなく, サブタイプはすべて ER(+), PgR(+), HER2(-) であった。

【結語】 SPC は画像からは悪性を強く疑う症例は少なかったが, FNA ではほとんどが悪性疑い以上で, 半数が SPC と組織推定ができていた。特徴的な細胞像を認識し SPC と積極的に診断できれば, 画像所見と合わせてセンチネルリンパ節生検を省略することが可能である。画像所見や細胞像を供覧して, SPC における FNA の有用性を発表する。

体腔液 1・肺・腹膜

OT-12 中皮腫のセルブロックを用いた MTAP, BAP1 loss の免疫染色による検出

社会福祉法人恩賜財団済生会支部福岡県済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 福岡大学病院病理部/病理診断科²⁾, 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断³⁾

○佐藤真介(CT)¹⁾, 松本慎二(CT)²⁾, 宮崎浩子(CT)¹⁾,
佐藤瑞恵(CT)¹⁾, 東 悠介(CT)¹⁾, 石井洋子(CT)¹⁾,
石橋貴寛(CT)¹⁾, 加藤誠也(MD)¹⁾, 木下義晃(MD)³⁾,
鍋島一樹(MD)³⁾

【はじめに】 アスベスト禍による中皮腫発症の増加が予測され, 細胞診の精度向上が望まれる。形態所見に加え遺伝子変異の検出が重視されるが, 市中病院での応用は難しい。中皮腫の染色体異常では癌抑制蛋白 p16 (CDKN2A) 領域を含む 9p21 欠失が最多だが, FISH による p16 ホモ接合性消失は同領域の MTAP 遺伝子産物の免疫染色 (IHC) で代用可能である。脱ユビキチン化酵素 BAP1 蛋白の欠失も約半数の中皮腫に見られるが, IHC による MTAP loss, BAP1 loss の併用は 80% 以上の診断感度とされる。近年, 報告されたシアル化 HEG1 蛋白も特異性の高い中皮腫マーカーとして期待されている。今回, 我々は中皮腫の細胞診断におけるこれら IHC 可能なマーカーの有用性を検討した。

【方法と結果】 過去に中皮腫と診断され細胞診検体のセルブロックが入手可能であった 6 例 (67-86 歳, 男女比 1:1, 上皮型 5 例および 2 相型 1 例) を用い, MTAP, BAP1, シアル化 HEG1, Claudin4 の IHC を施行した。MTAP loss (4 例), BAP1 loss (3 例) で, 5/6 例 (83%) でいずれかが陽性であった。シアル化 HEG1 は全例で陽性, Claudin4 は全例で陰性であった。

【考察】 細胞診ではいずれも Class III 以上の判定が可能であったが, Class V とし得た症例は 2 例であり, IHC による MTAP loss, BAP1 loss の併用は良悪性の鑑別に有用と考えられた。シアル化 HEG1 も高い感度が確認された。セルブロック法によるこれらのマーカーの IHC により中皮腫の診断精度の向上が見込まれる。

OT-13 肺癌診断における「EGFR 遺伝子変異抗体を用いた免疫染色」の有用性

新潟市民病院病理検査科¹⁾, 新潟市民病院病理診断科²⁾

○苅部 豊(CT)¹⁾, 清野俊秀(CT)¹⁾, 戸田裕一郎(CT)¹⁾, 花野友梨香(CT)¹⁾, 神田杏里紗(CT)¹⁾, 東條春菜(CT)¹⁾, 橋立英樹(MD)²⁾, 吉田紘子(MD)²⁾, 渋谷宏行(MD)²⁾

肺癌の薬物治療選択において、EGFR 遺伝子変異の検出は主要な検査であり遺伝子検査で行われている。肺癌では限られた検体で多岐の治療関連検査が求められ、十分な結果が得られないことがある。近年有用性が指摘されている遺伝子変異抗体を用いて、組織細胞診材料で検討を行った。

【対象】EGFR 遺伝子変異の結果が判明している手術例 22 例 (exon19 Deletions 8 例, exon21 L858R 8 例, その他変異・陰性 6 例) と生検・セルブロック 34 例 (ex19 17 例, ex21 17 例)。抗体は、E746-A750del specific (6B6), L858R mutant specific (43B2) (Cell Signaling)。細胞診材料は、Pap 標本のカバーガラスを剥離後、2重染色施行。

【結果】遺伝子検査で変異を認めた手術例 16 例中 14 例 (ex19 6/8 例, ex21 8/8 例), 生検・セルブロック 34 例中 30 例 (各々 14/17 例, 16/17 例) 陽性。組織全体では、50 例中 44 例 (88.0%) (各々 80.0%, 96.0%) 陽性。既存の上皮細胞や陰性例では反応を認めなかった。症例や組織亜型、細胞により染色強度に差異が見られた。細胞診材料でも明瞭に染色され、ex19+21 変異症例では同一細胞に両変異抗体陽性所見を認めた。

【考察】遺伝子検査の代わりにはなりえないが、染色強度が治療反応性・予後と相関を示す報告や、組織像や他のマーカーとの対比など陰性陽性を越えた情報が得られる。又、細胞診過去標本でも検査可能であり利点と言える。実際の症例に、細胞診疑陽性例等診断応用例を加え提示する。

OT-14 肺腫瘍の肉眼所見と腫瘍捺印細胞診の対比

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²⁾

○神月 梓(CT)¹⁾, 岡 大地(CT)¹⁾, 西村早菜子(CT)¹⁾, 棚田 諭(CT)¹⁾, 龍あゆみ(CT)¹⁾, 芦村純一(CT)¹⁾, 中村ハルミ(MD)²⁾, 中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】当院では、腫瘍径の小さい組織検体の適切な確保や感染を最小限に留める観点から、術中迅速診断は腫瘍捺印細胞診のみ施行される場合がある。標本作製時は細胞検査士が手術室に出向き、腫瘍断面を観察しながら行っている。今回、診断に苦慮した症例を検討した結果、精度の高い細胞診断には肉眼所見の併用が有用であると考えられたので報告する。

【対象と方法】2017年に当院で行われた呼吸器手術症例の中で、迅速細胞診断時に腫瘍捺印標本を作製した 99 例を対象とした。固定後の腫瘍径や組織学的浸潤径、色調、断面の所見を検索項目とし、腫瘍断面の肉眼所見と腫瘍捺印の細胞像および組織診断を対比し検討したので提示する。

【結果】上皮内腺癌は核内封入体や核形不整が特徴的な細胞所見である。浸潤性腺癌と悪性度が高くなるほど核異型が高度となり構造異型も認められる。肉眼所見は、上皮内腺癌の症例で既存の肺組織との境界が不明瞭な場合が多く、悪性度が高くなるほど腫瘍の存在を確認しやすかった。診断に苦慮した肝細胞癌肺転移の 1 症例は、裸核状の異型細胞や顆粒状の細胞質を有する異型細胞を認め、肉眼所見における腫瘍の隆起は診断の補助となった。また、腺扁平上皮癌の 1 症例では腺癌細胞主体の細胞を認めた。肉眼所見は異なる 2 つの腫瘍成分を疑い、細胞の採取箇所による細胞像の違いが認められた。

【考察】腫瘍断面の肉眼所見から得られる情報は、迅速細胞診断に有用である。腫瘍断面の肉眼所見や細胞所見、術前の CT 画像診断を総合的に判断することで、精度の高い病理診断につながると考えられる。

OT-15 後腹膜に発生した pigmented PEComa の 1 例

済生会熊本病院中央検査部病理¹⁾, 済生会熊本病院中央検査部²⁾

○木下史暁(CT)¹⁾, 高山佳純²⁾, 松本直子²⁾,
岡美貴子²⁾, 杉谷拓海²⁾, 近藤妙子²⁾,
中川美弥²⁾, 田上圭二²⁾

【はじめに】 PEComa (perivascular epithelioid cell tumor) のうちメラニン沈着が高度なものは pigmented PEComa として腎や肝などで数例報告されており, 非常にまれである。今回われわれは後腹膜に発生した pigmented PEComa の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 40 代, 女性。 検診時, 腹部エコーで肝腫瘍が疑われた。 当院の MRI で腫瘍は肝外に存在し, paraganglioma や平滑筋肉腫などが鑑別に挙げられた。 後日, 後腹膜腫瘍疑いで, EUS-FNA が施行された。

【細胞所見】 核は円形や紡錘形など多彩な像を示し, 核クロマチンの増量と明瞭な核小体を認めた。 細胞質内や細胞外に多数の褐色顆粒がみられ, ギムザ染色で黒色を示すことからメラニン顆粒と判断した。 部位的に paraganglioma や PEComa が鑑別に挙げられた。

【肉眼所見】 腫瘍は厚い線維性被膜に被包化されており, 断面は黒色調であった。

【組織所見】 著明なメラニン顆粒を有する腫瘍細胞が胞巣状に増殖していた。 腫瘍細胞は多角形あるいは紡錘形であり, 明瞭な核小体と核の大小不同, 核縁不整を有していた。 免疫染色では腫瘍細胞が HMB-45 に陽性, 神経内分泌マーカーや α 平滑筋アクチン, CEA 陰性であった。 核分裂像や MIB-1 陽性細胞はみられなかった。 以上の所見から, pigmented PEComa と診断された。

【まとめ】 報告された pigmented PEComa のうち, 診断に苦慮された症例も少なくない。 細胞学的に PEComa が推定された場合, HMB-45 などの免疫染色を併用することが必要である。

乳腺 2

OT-16 乳腺穿刺吸引細胞診の有用性に関する検討—針生検との比較をととして—

筑波学園病院検査部¹⁾, 筑波学園病院診療部²⁾

○深澤政勝(CT)¹⁾, 小溝亜子(CT)¹⁾, 大貫史明(CT)¹⁾,
荒木仁美(CT)¹⁾, 畠山美智子(CT)¹⁾, 鈴木恵子(MD)²⁾,
小形岳三郎(MD)²⁾

【はじめに】 かつて乳腺穿刺吸引細胞診は, 乳腺腫瘍の術前補助診断法としてなくてはならないものであった。 しかし, 近年は診断精度の問題やバイオマーカー検索の必要性などから針生検が取って代わるようになり, 多くの施設で穿刺吸引細胞診は臨床的に良性が疑われる病変の確認など, その使用はきわめて限定的となっている。 しかし, 当院では継続して穿刺吸引細胞診をほぼ全例に実施し, 臨床に役立てている。 今回, われわれは, 乳腺穿刺吸引細胞診と針生検の診断精度を比較し, 細胞診の有用性について検討したので報告する。

【対象および方法】 対象は, 2014 年 1 月~2018 年 12 月までの 5 年間に実施された乳腺穿刺吸引細胞診施行例 741 例中, 針生検あるいは切除検体による病理組織診断が確定した 250 例を用いた。 これらの症例より絶対的感度, 全体的感度, 特異度, 検体不適正率, 鑑別困難率などの診断精度を算出した。 針生検についても切除検体による最終診断が得られた 168 例について, 同様に診断精度を算出し比較を行った。

【結果】 穿刺吸引細胞診 250 例の診断区分は, 検体不適正 6 例, 正常あるいは良性 32 例, 鑑別困難 20 例, 悪性疑い 10 例, 悪性 182 例であった。 穿刺吸引細胞診の診断精度は, 絶対的感度 88.3%, 全体的感度 98.1%, 特異度 75.7%, 検体不適正率 2.4%, 鑑別困難率 8.2%であった。 同様に針生検では, 絶対的感度 95.4%, 全体的感度 97.4%, 特異度 91.7%, 検体不適正率 1.2%, 鑑別困難率 1.8%であった。

【まとめ】 穿刺吸引細胞診の診断精度は, 針生検よりやや劣っていたが, 針生検も細胞診同様にその診断には限界があり, 穿刺吸引細胞診と針生検は相補的に運用されるべきものと考えられた。 その他, 細胞診が有用であった症例を供覧する予定である。

OT-17 LBC 標本における乳腺腺筋上皮腫 3 例の細胞像の検討

相良病院病理診断科

○皆倉愛美(CT), 前田ゆかり(CT), 富田暢子(CT),
板坂美里(CT), 大井恭代(MD)

【はじめに】乳腺腺筋上皮腫は乳管上皮細胞と筋上皮細胞の増殖からなる腫瘍であり、基本的には良性腫瘍であるがまれに悪性化する。今回 3 例の腺筋上皮腫を経験し、それらの LBC 標本における細胞像を検討した。

【対象と方法】腫瘍摘出術を行い、組織学的に良性腺筋上皮腫と診断された 3 例。摘出前あるいは摘出時に穿刺吸引を行い、BD サイトリッチ TM レッド保存液を使用した LBC 標本を作製した。

【結果】3 症例いずれも弱拡大で観察すると、小～大型の乳管上皮細胞集塊と間質様集塊、孤立細胞が多数見られた。乳管上皮細胞集塊は小集塊や、腺管状、重積性のある間質様集塊と絡んだ大型集塊で見られ、強拡大で観察すると細胞異型は見られなかった。間質様集塊を強拡大で観察すると、細胞質は境界不明瞭で、ライトグリーンやヘマトキシリンに濃く染まり、引き延ばされたような基底膜様物質が絡んで見られた。核は楕円形や紡錘形で腫大し一部に核不整、症例 2, 3 には核内封入体が見られ、クロマチンは明るい細顆粒状であった。間質様集塊は p63 免疫染色にて、多数の陽性細胞が見られ、腫瘍性筋上皮細胞集塊と思われた。3 症例全ての背景に、基底膜様物質が観察された。孤立細胞は変性・膨化したものが多く、由来の同定は困難であった。

【考察】LBC 標本における腺筋上皮腫は、弱拡大にて乳管上皮細胞集塊と間質様集塊が見られる。強拡大にて間質様集塊は、細胞質は境界不明瞭で基底膜様物質が絡み、間質細胞核に比べ軽度腫大した核、核内封入体が見られることより腫瘍性筋上皮細胞集塊であると気づき、乳管上皮細胞と筋上皮細胞の存在を認識することが重要である。

婦人科 1

OT-18 子宮全摘後腺癌再発症例における腔断端細胞診の再検討

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

○刀稱亀代志(CT), 大野幸代(CT), 本田勝丈(CT),
田代 広(CT), 河田卓也(MD), 角田優子(MD),
大石琢磨(MD), 佐々木恵子(MD)

【はじめに】子宮全摘後の腔断端細胞診は再発の早期補助診断として重要である。今回、子宮全摘後腺癌再発症例の腔断端細胞診について、臨床所見との関連や細胞像について再検討したので報告する。

【材料と方法】対象は、2017 年の腔断端細胞診(SurePath)で AGC ならびに Adenocarcinoma と判定され、生検で腺癌の確定した 5 例。臨床所見として原発部位、病期、組織型、再発病変の肉眼・画像認識の有無、術後腔断端細胞診異常までの期間ならびに細胞所見として背景、腫瘍細胞量、異常細胞集塊の個数・大きさ、細胞集塊の異常の程度、個々の細胞異型について再検討した。

【結果】原発部位は子宮体癌 3 例、子宮頸癌 2 例。病期は体癌 I 期 3 例、頸癌 I 期 1 例、II 期 1 例。組織型は子宮体部類内膜癌 G1, G2, G3 各 1 例、子宮頸部胃型腺癌 2 例。再発病変の肉眼・画像認識は、有り 2 例、無し 3 例。術後腔断端細胞診異常まで 4ヶ月～3年 11ヶ月。細胞所見では、1 例で壊死を認めた以外、きれいな背景で少数～中等量の異型細胞が小型～中型の細胞集塊で出現しているものが多かった。また細胞集塊の異常は、多くは中等度で一部は軽度、細胞異型は軽度～中等度であった。

【考察】肉眼・画像で異常所見なく、細胞診のみ異常が 3 例あり、再発の早期発見に細胞診が有用であった。AGC とした症例は、腫瘍細胞量少数、細胞集塊異常や細胞異型が比較的軽度であったが、AGC の判定は精査にもつながり重要であった。

【まとめ】腔断端のみの再発は長期予後が期待でき、早期発見での腔断端細胞診の役割は重要で、異常所見を決して見逃さない慎重なスクリーニングと診断が求められる。

OT-19 当院における子宮頸部細胞診のASC(異型扁平上皮細胞)の精度管理

京都第二赤十字病院検査部第一課病理検査係¹⁾, 京都第二赤十字病院検査部第一課²⁾, 京都第二赤十字病院病理診断科³⁾

○井上慶一(CT)¹⁾, 真下照子²⁾, 丹治義明¹⁾, 渡邊侑奈³⁾, 安川 寛³⁾, 桂 奏³⁾

【初めに】子宮頸部細胞診の報告様式として、ベセスダシステム 2001 (以下 TBS) が一般的に用いられている。TBS では、ASC の報告頻度は全検体数の 5% 以内、ASC-H は ASC 全体の 10% 以内が望ましいとされている。当院で診断した ASC 及び ASC-H 症例が、TBS の判断基準に沿って診断出来ていたか、検討した。

【対象】2011~2017 年度に、子宮頸部細胞診を行った 33733 件を対象として ASC-US、ASC-H の診断頻度を調べた。さらに、ASC-H と診断された症例について、その後の組織診の結果など、詳しく検討した。

【結果】ASC-US 診断例 797 件、ASC-H 診断例 484 例で、全検体数に対する ASC の割合は 3.8%、ASC 全体に対する ASC-H の割合は、37.8% であった。ASC-H 診断例 484 件中、組織診と対比できた 337 件の結果は、診断不確定 21 件 (6.2%)、陰性 (異形成以上の病変なし) 77 件 (22.8%)、LSIL 53 件 (15.7%)、HSIL 169 件 (50.1%)、悪性 17 件 (5.0%) であった。細胞所見を見直してみると、陰性例では、ASC-US 相当の異型細胞を ASC-H としている症例があった。HSIL 以上の症例では、異型細胞を認めたもののクロマチン増量に欠ける、または異型細胞が少ないという理由で、ASC-H としている症例が多かった。

【まとめ】TBS では、ASC-H 以上は要精密検査とされており、診断結果によっては患者に負担を強いることになる。当院では、TBS の推奨する割合よりも、ASC-H の割合が高かった。TBS の判断基準をより意識することで、精度向上に努めたい。

婦人科 2・体腔液 2・その他

OT-20 早期子宮体がんにおける腹水細胞診陽性は独立した予後規定因子である

滋賀医科大学附属病院女性診療科¹⁾, 滋賀医科大学総合周産期母子医療センター²⁾

○高橋顕雅(MD)¹⁾, 田中佑治(MD)¹⁾, 郭 翔志(MD)¹⁾, 天野 創(MD)¹⁾, 久保卓郎(MD)¹⁾, 北澤 純(MD)¹⁾, 村頭 温(MD)¹⁾, 高橋健太郎(MD)²⁾

【目的】腹水細胞診が進行期分類から削除されたが、依然として腹水細胞診が予後に関わるという報告も散見される。当科で経験した症例を元に、早期子宮体がん患者における腹水細胞診陽性 (PPC) の意義について再考することを目的とする。

【対象】1998 年から 2018 年までに当院で初回手術療法を行い、腹水細胞診が検討できた I, II 期症例を対象とした。年齢、組織型、筋層浸潤、脈管侵襲について検討を行った。単変量解析は Logrank 検定、多変量解析は Cox 比例ハザードモデルを用いて解析した。

【結果】対象症例は 223 例。PPC は 21 例であった。PFS、OS とともに PPC で予後不良であった。多変量解析では、再発因子として、PPC と脈管侵襲、予後因子として PPC および組織型が独立した規定因子であった。また、再発症例は PPC で 3 例、NPC で 9 例あり、PPC 再発例は腹水細胞診陰性 (NPC) 再発例と比較し、早期の再発と死亡転帰をたどった。PPC 再発例は、多発リンパ節転移 2 例、腹膜播種 1 例であり、多発転移を認め、NPC 再発例は、肺転移 4 例、リンパ節転移 3 例、胸腹膜播種 2 例であり、血行性およびリンパ行性転移の孤発再発が多かった。NPC 再発例の内 2 例は、その後の治療でレスキューされた。

【考察】PPC は早期子宮体がんにおいて独立した予後規定因子であった。また、再発形式からは、PPC は腫瘍活性が高い可能性が示唆される。腹水細胞診は、現在の FIGO 進行期分類基準から除外されているが、これらの患者の正確なリスク層別化のために依然として考慮されるべきである。

OT-21 WSI-Focus Stack 画像の森下指数・区画面積曲線による細胞分布の解析

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹⁾, 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻²⁾, 弘前市立病院臨床検査科³⁾, 弘前市立病院乳腺外科⁴⁾, 弘前大学大学院保健学研究科⁵⁾

○吉岡治彦(PhD)¹⁾, 吾妻優子(その他)²⁾, 佐藤ゆかり(その他)²⁾, 及川颯大(CT)³⁾, 石山雅大(MT)³⁾, 長谷川善枝(MD)⁴⁾, 諸橋聡子(MD)³⁾, 田中正則(MD)³⁾, 堀江香代(PhD)⁵⁾, 渡邊 純(MD)⁵⁾

【目的】WSI(Whole slide image)-Focus Stack 画像を用いて, “細胞分布”の画像解析を試みた. “細胞分布”とは“核間距離不整な小型集塊が, 視野全体に不均等に分布”といった細胞の出現様式所見の一つである. 悪性病変の出現様式はLBC法の手法に関わらず, 正常とは異なり, FNACでは生体内での病変組織構築差が強く反映される. よって, “細胞分布”は集塊内・視野全体を評価する重要所見である. 地球環境科学や動・植物生態学における生体個体群の分布様式探索方法に森下指数-区画面積曲線(I δ 曲線)がある. そこで我々はI δ 曲線が細胞診出現様式の定量的評価法として応用可能か基礎実験を行った.

【方法】1. 乳腺FNACのWSI-Focus Stack画像を作成し視野全体の細胞位置情報を取得した. 2. 基礎実験として細胞分布を一様分布, ランダム分布, 集中分布に分類し, 細胞を白点画像と見立てたプロット画像を作成した. 横軸は区画面積, 縦軸はI δ 値を取り, 区画面積の増減に伴うI δ 値の変化を表すI δ 曲線が自動解析できるテンプレートを考案し, 各細胞分布のプロット画像の定量的評価を行った.

【結果】一様分布のI δ 曲線は, 次第に増加してI δ 値:1に近づく飽和する曲線を示した. ランダム分布のI δ 曲線は, I δ 値:1のほぼ水平な直線を示した. 集中分布のI δ 曲線は, どこかにI δ 値:1より高い山があり, その左の曲線から集塊内部での核間配列の状態が読み取れた.

【まとめ】“細胞分布”の解析におけるI δ 曲線の有用性が示唆された. 今後はLBC, FNAC標本等の臨床材料を用いた細胞分布の解析へ応用する.

OT-22 非婦人科細胞診におけるLBC(Thin Prep)法の有用性についての検討

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター臨床検査科病理¹⁾, 独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター²⁾

○原田邦彦(CT)¹⁾, 遠藤 隆(CT)²⁾, 土橋実加(CT)²⁾, 宮山和樹(CT)²⁾, 宮永朋実(MD)²⁾, 田中優子(MD)²⁾, 小川 晃(MD)²⁾

【はじめに】非婦人科細胞診(乳腺・甲状腺, 胆汁・膝液, 尿)においてLBC(Thin Prep)法の有用性について検討した.

【対象】細胞診の診断を目的として提出された非婦人科細胞診検体(乳腺・甲状腺, 胆汁・膝液, 尿)を対象とした. 従来法(乳腺・甲状腺は直接塗抹法, 胆汁・膝液・尿はストリッヒ法)で標本を作製後, 残りの検体でLBCを作製した.

【方法】①LBC導入前後の検体不適の割合について検討した. ②LBC導入以降(平成27年5月~平成29年4月), 従来法では陰性(Class I or II)であったものが, LBC法では疑陽性or悪性(Class IIIa以上)と診断が乖離した件数について検討した. ③従来法では疑陽性(Class IIIa or III or IIIb)であったものが, LBC法では悪性(Class IV or V)と診断が乖離した件数について検討した. ④細胞剥離の多い尿検体において従来法とLBC法で細胞の塗抹細胞量, 尿路上皮癌細胞の細胞形態について比較した.

【結果】①検体不適の割合は, 全ての検体において減少した. ②診断が乖離した件数は, 乳腺0件(304件中), 甲状腺1件(334件中), 胆汁・膝液9件(343件中), 尿110件(1019件中)であった. ③診断が乖離した件数は, 尿11件(1019件中)であった. ④LBC法の塗抹細胞量が有意に多い結果となった. 尿路上皮癌細胞の細胞形態については, LBC法の方が膨化する結果となった.

【まとめ】LBC法は, 尿検体において特に有用であった. しかし, LBC法は細胞形態の変化を考慮に入れて鏡検する必要がある.

OT-23 体腔液LBC検体を用いた抗PAX8抗体の検討

KKR 札幌医療センター病理診断科

○蓑島敦志(CT), 今川 誠(CT), 山口まどか(CT),
小泉 潤(CT), 朝日久仁子(CT), 池下隼司(CT),
目黒祐二(CT), 小田由紀子(CT), 柳内 充(MD),
岩崎沙理(MD), 鈴木 昭(MD)

【目的】PAX8は臓器特異的転写因子で、ミューラー管由来臓器、腎臓、甲状腺とそれらの腫瘍に発現する。我々は体腔液検体での腫瘍の原発臓器の鑑別における抗PAX8抗体の有用性についてLiquid-based cytology(LBC)標本を用いて免疫細胞化学で検討した(本研究の一部は北海道臨床細胞学会会報で報告した)。

【方法】当院体腔液細胞診検体で、悪性と判定された110症例のうち、LBC標本を用いた免疫細胞化学(LBC-ICC)による検討が可能で、原発臓器が特定された59症例を対象とした。Surepath(BD)を用いてLBC標本作製し抗PAX8抗体を用いたLBC-ICCを施行しその発現を検討した。また他の抗体を合わせることで、組織型、原発臓器の推定へ有用かどうかを検討した。

【成績】PAX8は婦人科系腫瘍、腎及び甲状腺由来腫瘍の3群を併せた32症例中31症例で腫瘍細胞の核に陽性を示し、その他の腫瘍27症例では全て陰性を示した。抗PAX8抗体の婦人科系腫瘍、腎及び甲状腺由来腫瘍の3群に対する感度は96.9%、特異度は100%と良好な結果を示した。また抗PAX8抗体と他の臓器特異的マーカーを組み合わせることにより、細胞形態所見だけでは原発臓器の推定が困難な症例において原発臓器の推定が可能であった。現在さらに症例検討数を増やして検証中であり、併せて報告する。

【結論】抗PAX8抗体は組織における報告と同様に細胞診検体においても、ミューラー管、腎、甲状腺に由来する腫瘍細胞に感度・特異度ともに高く陽性となる。他抗体と併用することで、診断の迅速化や正診率の向上に寄与する。

婦人科3

OT-24 HPV感染に伴うASC-US症例の細胞形態の検討

(株)協同病理診断課¹、(株)協同病理技術課²、誠仁会大久保病院検査科³、誠仁会大久保病院婦人科⁴

○北 健二(CT)¹、小川隆文(CT)¹、河野徳子(CT)¹、
川越道夫(CT)¹、山崎未夢(CT)¹、野村郁代(CT)²、
岩本英樹(CT)²、徐 昌宏(CT)²、圓井知江(CT)³、
小笠原利忠(MD)^{3,4}

【はじめに】子宮頸癌とHPV感染は深い関わりがあり、ASC-US例のHPV陰性は1年後の細胞診、陽性はコロポ診、生検が施行される。今回、ASC-US例のHPV陽性と陰性における細胞形態の特徴を明らかにすべく検討した。

【材料】2017年から2018年に施行された細胞診(従来法)におけるASC-US例で、HPV検査施行の88例で検討した。内訳はHPV陽性21例、陰性67例で、平均年齢は47.53歳であった。なお、検出したHPVは超高リスク16、18型およびそれ以外の高リスクである。

【方法】標本全面を観察した際の表層・中層タイプ及び旁基底タイプの異型細胞数、核面積、N/C、核縁凹凸度を解析した。またother findingsとして、気付いた細胞形態の特徴をまとめた。

【成績】異型細胞は表層・中層タイプが多くHPV陽性は平均7.29個/case、陰性は3.52個/caseであった($p < 0.05$)。核面積、N/C、核縁凹凸度に有意差はみられなかった。other findingsの結果は、koilocyte、異常角化+濃染核、2核細胞がHPV陽性例に多かった(各 $p < 0.05$)。また、HPV陽性例に核縁の肥厚が認められた($p < 0.05$)。

【結論】今回、ASC-US例のHPV陽性と陰性の細胞形態の違いを3項目明らかにした。①表層・中層タイプの異型細胞数、②HPV感染で特徴的にみられる細胞所見(koilocyte、異常角化+濃染核の重複所見、2核細胞)、③核縁の肥厚で、言い換えれば普段われわれが認識している所見だが、数値化によって明確な裏づけを得ることが出来た。

OT-25 子宮頸がん検診における AGC 判定例からの治療病変について

公益財団法人福島県保健衛生協会検査部病理診断課¹⁾, 公益財団法人福島県保健衛生協会²⁾, 埼玉医療生活協同組合羽生総合病院³⁾, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座⁴⁾

○羽野健汰(CT)¹⁾, 佐藤丈晴(CT)²⁾, 寅磐亮子(CT)²⁾, 栗田和香子(CT)²⁾, 佐藤美賀子(CT)²⁾, 神尾淳子(CT)²⁾, 森村 豊(MD)³⁾, 石橋真輝帆(MD)⁴⁾, 渡辺尚文(MD)⁴⁾, 藤森敬也(MD)⁴⁾

【目的】当施設で AGC 判定例から発見された治療病変の検出状況を把握するため、後方視的に検出頻度、最終診断結果等を検討した。

【対象】2011～16 年度の AGC 判定 232 例（対受診者数 0.05%）の内、精検が完了した 163 例を対象とした（-NOS, EC57 例, -FN, EC15 例, -NOS, EM79 例, -FN, EM12 例）。

【方法】精検結果を調査し、細胞由来別（EC, EM）・推定病変別の治療病変検出数及び検出期間を比較した。統計学的検討は χ^2 検定及び Logrank 検定を用いた（ $p < 0.05$ ）。

【結果】細胞由来別治療病変は、EC 由来 20/72 例（27.8%）、EM 由来 34/91 例（37.4%）で、有意差は認められなかった（ $p=0.241$ ）。-NOS, EC からの治療病変は 13/57 例で、CIN3 が 1 例、AIS8 例、頸部腺癌 4 例であり、-FN, EC は 7/15 例で、CIN3 が 1 例、AIS2 例、頸部腺癌 3 例、扁平上皮癌 1 例がみられ、両者に有意差は認められなかった（ $p=0.103$ ）。-NOS, EM は 24/79 例で子宮体部癌 22 例、卵巣癌 2 例が認められ、-FN, EM は 10/12 例全て子宮体部癌であり、FN からの検出が有意に多かった（ $p=0.001$ ）。検出期間は、EC・EM 由来共に中央値 2.9 か月であったが、検出は EM 由来の方が有意に早かった（ $p=0.032$ ）。

【まとめ】AGC 判定例からの治療病変は 54/163 例（33.1%）であり、これはリスクの高い判定であると考えられた。検出期間に差があることより、AGC においては細胞由来を特定し、適切な精査に繋げることが重要である。

婦人科 4

OT-26 診断に苦慮した分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の一例

鳥取大学医学部附属病院産科婦人科¹⁾, 鳥取県立中央病院産科婦人科²⁾

○工藤明子(MD)¹⁾, 小作大賢(MD)¹⁾, 澤田真由美(MD)¹⁾, 野中道子(MD)²⁾, 下雅意るり(MD)¹⁾, 千酌 潤(MD)¹⁾, 佐藤慎也(MD)¹⁾, 大石徹郎(MD)¹⁾

頸部高位に分葉状の過形成を示す頸管腺が分布し、上皮は HIK1083 に陽性、最終診断は LEGH であった。

【結語】LEGH を疑う場合、それを念頭においた子宮頸部細胞診の検体採取および診断が重要である。細胞診や生検による術前診断が困難な場合、確定診断のためには十分な説明を行った上で子宮全摘出術も考慮される。

OT-27 婦人科 LBC 標本におけるセルブロックの有用性：腺系病変を中心に

盛岡赤十字病院医療技術部病理技術課¹⁾, 盛岡赤十字病院医療技術部検査技術課²⁾, 盛岡赤十字病院病理部³⁾

○菊池 優(CT)¹⁾, 水野幸人(CT)¹⁾, 浅沼匡介(CT)¹⁾, 井上幸男(CT)²⁾, 門間信博(MD)³⁾

LBC 標本では、腺系病変において核の重積が強くて集塊内部の観察が困難な場合や、細胞質の膨化などの従来法とは異なる形態的な変化により鑑別に苦慮する場合がある。今回我々は、腺系病変を中心に SurePath 法で LBC 標本作製後の残検体からセルブロック標本作製し、その有用性を検討した。当院にて手術時に摘出された子宮体癌 40 例の病変部を擦過して LBC 標本作製後、その残りの検体でセルブロック標本作製し検討した。セルブロック標本では細胞集塊内部の明瞭化、腺管構造と細胞配列の明瞭化、組織構築を示唆する像などの所見が多く症例で認められた。また、2017～2018 年に LBC 標本で鑑別が困難であった 24 例の残検体からセルブロックを作製して有意な所見が得られたものが 17 例あった。その内訳は組織生検で確定診断に至らなかった子宮頸部上皮内腺癌 2 例、通常型内頸部腺癌 2 例、核異型の軽度な子宮体部類内膜癌 10 例、出現細胞量が多く核の重積が強いため悪性を疑ったが結果的には増殖期内膜であった 3 例である。採取細胞量が少ない場合や細胞集塊が崩れてしまったものは、セルブロックでは有意な所見は得られなかった。今回、セルブロックが診断の補助となった症例を中心に報告する。LBC 標本は標本作製後の残検体から、セルブロックを容易に作製することが可能である。鑑別が困難な症例では、セルブロック標本と免疫染色の所見を加えることにより診断の精度向上が期待できる。

OT-28 LEGH におけるテクスチャ解析の有用性

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¹⁾, 信州大学医学部附属病院臨床検査部病理検査室²⁾, 東京工業大学・工学院³⁾, 岡谷市民病院病理診断科⁴⁾

○木村文一(CT)¹⁾, 金井 峻(MT)¹⁾, 大島健吾(MT)¹⁾, 小林幸弘(CT)²⁾, 山口雅浩(PhD)³⁾, 石井恵子(MD)⁴⁾

Lobular endocervical glandular hyperplasia(以下, LEGH) は、頸部腺癌の非常に高分化な型として知られている Minimal deviation adenocarcinoma や胃型腺癌の発生母地と考えられている疾患である。しかし、LEGH は核異型が弱く正常頸管腺(以下, EC)細胞との鑑別が困難であることも少なくない。われわれは過去の研究において、LEGH 細胞の核に対して、核の信号(輝度値)平均値、信号分散値、形状特徴そして濃度共起行列(GLCM)を使用して核異型状態の数量化を行い、EC細胞と LEGH 細胞を判別できるかどうか検討を行ってきた。今回は新たに heterochromatin 領域と euchromatin 領域に分割し、各クロマチン領域の平均信号値、信号値分散および euchromatin 領域占拠率を算出、テクスチャ解析の一つである local binary pattern (LBP) を用いてクロマチンの状態を数値化した。得られた特徴量を用いて、linear support vector machine (LSVM) による判別分析を行ない、判別率は 10 fold cross validation (10FCV) および leave one case out cross validation (LOCOCV) にて算出した。10FCV および LOCOCV による LSVM 判別率は、euchromatin と heterochromatin 領域から得られた特徴量単独では、それぞれ 83.4%, 77.7%であった。LBP 単独の場合、それぞれ 84.6%, 79

OT-29 子宮頸部胃型粘液性癌の細胞診断：LBC による組織型推定について

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

○林 透(MD)¹⁾, 丸塚浩助(MD)²⁾, 谷口秀一(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸部胃型粘液性癌は予後が悪い症例が多いこと、high risk-HPV の関与が見られない等臨床病理学的にも重要な組織型であるが、細胞診断に関する報告、特に LBC によるものは少ない。我々は 2006 年より頸部細胞診は全例 LBC で行い、組織診断も胃型および通常型粘液腺癌を区別して診断してきた。その結果を報告する。

【方法】2011 年までの 4 年間に細胞診がなされた連続 35 例の子宮頸部腺癌の診断結果をレビューした。LBC は BD-SurePath を用い、核異型度、細胞・核の極性の有無、配列を解析、一部では p16、MIB1 の免疫細胞化学を加えて検討した。

【結果】35 例中組織学的に 10 例が胃型の腺癌で、他は通常型(16)AIS(5, 1 例は胃型)、腸型(1)、絨毛腺管(1)、腺癌 NOS(2)である。胃型腺癌すべて陽性と診断しており、多くで胃型を推定していた。細胞所見では通常型に比較して核異型度が高く、細胞集塊は平面性を保つ傾向があり、集塊辺縁での核の palisading を示すものはなかった。免疫細胞化学ではすべて p16 陰性で、MIB1 標識率は対照と比較し有意に高かった。

【まとめ】胃型通常型と比較すると核異型度が高いものの平面性を保った集塊が多く見られる傾向にあり、細胞診で本組織型推定は可能であると思われた。p16、MIB1 の免疫細胞化学は診断、組織型推定での補助診断に有用と思われる。多くの症例は通常型に比し頸管の高い部分に主座を有するものが多く、生検においては留意する必要がある。このことから細胞診での組織型診断は大切であり LBC での検索は有用と思われる。

婦人科 5

OT-30 HPV 併用子宮頸がん検診～佐賀市の 8 年間の取り組み～

佐賀大学産婦人科

○橋口真理子(MD), 大隈恵美(MD), 西山 哲(MD), 大隈良一(MD), 野口光代(MD), 内山倫子(MD), 中尾佳史(MD), 横山正俊(MD)

【目的】2011 年より開始した HPV 併用子宮頸がん検診の結果およびその効果を報告する。

【方法】HPV 併用検診の対象は 30 歳以上の希望者。2011-2014 年までは 20 歳と 25 歳も対象。細胞診を行い、希望者は追加料金で HPV 検査を施行した。2013 年度からはアンプリコア法からコバス法に変更し、HPV16/18 の型別判定を行った。

【結果】併用検診開始後、受診者数は増加し、特に 40 歳未満の若年者で増加傾向を示し、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、要精密者の割合も増え、CIN3 以上の発見率は開始前の約 3 倍となった。ただし、HPV 陽性で細胞診陰性だった受診者の次年度の受診率が 50% 以下であり、この受診勧奨が必要である。また、CIN3 以上の患者一人を発見するコストは 41.1% となった。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が多く、さらに精密検査では CIN3 以上の病変を検出する率が高かった。

【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、コストカットに貢献した。HPV16/18 陽性者はハイリスクとしてトリアージする必要があると考える。細胞診陰性で HPV 陽性者の 1 年後の受診勧奨が課題である。佐賀県は 2017 年度より検診の広域化を導入し、どの市でも一律の費用で受診が可能としさらなる受診率の向上を目指している。LBC も導入予定であり、精度の向上を図り、早期発見および頸癌死亡率の低下に貢献できるよう取り組む予定である。

OT-31 当院における子宮内膜細胞診精度向上をめざした10年間の取り組み

福井大学産科婦人科¹⁾, 福井大学医学部付属病院病理診断科病理部²⁾

○品川明子(MD)¹⁾, 黒川哲司(MD)¹⁾, 大沼利通(MD)¹⁾, 吉田好雄(MD)¹⁾, 岩崎和美(CT)²⁾, 前川秀樹(MT)²⁾, 森 正樹(CT)²⁾, 今村好章(MD)²⁾

子宮内膜細胞診の検査精度を向上させるためには、いくつかの課題を克服する必要がある。具体的には、(1)十分な細胞採取 (2)適正な標本作製(3)標準化された診断基準 (4)診断に対する臨床対応の明確化が挙げられる。当院で、はじめに問題となったのは不適正検体率の高さであった。細胞採取が不十分な検体や、塗抹された細胞が出血や乾燥で観察困難な検体が多かったため、その改善が必要となった。そこで、液状検体化法(LBC法)の導入に踏み切り、直接塗抹法との比較検討を行い、①不適正検体率の低下を認め、②両者の診断一致率は高く、③両者の診断精度に有意差は認めない、という結果に至った。その後LBC法のみを標本作製に移行し、診断精度は上昇傾向を認めたが、これはLBC標本に対する判定法に熟練してきたためと考えられる。次に診断法について、従来の陰性・疑陽性・陽性の診断から、「記述式報告様式」に基づいた診断への移行、特に疑陽性症例について、ATEC (Atypical endometrial cells) 診断の併記を試みた。このことは、良性病変を多く含む疑陽性症例を整理してATEC-A/-USと診断することで、臨床対応の明確化につながると考えられた。すなわち、ATEC-Aはすみやかに組織診を行うことが望ましく、ATEC-USは組織診を行うかあるいは細胞診で経過観察も許容、という提案であり、現在も前向き検証中である。また一方で、ATEC-USの中にも少なからず腫瘍性病変は存在し、その鑑別法として、頸部細胞診ASC-USに対するHPV検査に準ずるような、マーカーの存在についても模索中である。

OT-32 ThinPrep イメージングシステム DUO の鏡検時間と成績について

(株)千葉細胞病理検査センター

○稲山裕人(CT), 原 裕人(CT), 井上好華(CT), 小林貴代(CT), 浦崎政浩(CT), 平田哲士(CT), 高橋年美(CT), 麻生 晃(CT), 亀田典章(MD)

【目的】子宮頸部細胞診の精度管理と鏡検作業効率向上を目的に、ThinPrep イメージングシステム Duo (以下 TPImager) を導入し、現在は TPImager, ThinPrep (以下 TPPap), SurePath, 従来法を併用している。今回これら4法による第一鏡検者(以下 CT1)の鏡検時間と TPImager による細胞診成績を報告する。

【対象と方法】2017年12月~2018年2月までの3か月間に、TPImager:1,968件, TPPap:348件, SurePath:216件, 従来法:283件/301枚で、同一CT1の鏡検時間を計測。TPImagerは基本的にThinPrep染色施行後、イメージング装置でスキャンした22視野の鏡検、他法は全視野の鏡検で行い、従来法1枚当たりの時間を100とした。TPImagerによる細胞診成績は、生検組織診と対比可能な272件で求め、2016年12月~2018年2月までの子宮頸部細胞診結果と比較した。

【結果】鏡検時間はTPImager:35, TPPap:62, SurePath:60, 従来法:100。細胞診成績は、組織診CIN2以上で感度が78%、組織診CIN1以下で特異度は93%であった。組織診CIN2以上の細胞診偽陰性はNILM2件、異型扁平上皮細胞が標本中に確認できた。

【考察】TPPapとSurePathの鏡検時間の差は鏡検面積によるものではなく、TPPapでの追加再作製標本の鏡検時間と考えられた。TPImager:35については、TPPapと同様に追加再作製標本や22視野以外のフルスクリーニングを要する症例も含めた数値であり、大幅な鏡検時間の短縮と言える。TPImagerによる細胞診成績と文献報告例との比較や、他法の細胞診結果との比較についても劣る要素は確認できなかった。2例の偽陰性が発生したが、全視野鏡検実施基準を設定することが必要と思われる。TPImagerは、鏡検工数削減効果を有し、イメージング装置とCT1でダブルチェックと精度管理が可能で、子宮頸部細胞診の精度向上に役立つと考えた。

◇第 60 回記念都道府県演題 (ポスター)

呼吸器

PT-1 術中迅速診断における捺印細胞診の有用性～
呼吸器外科症例への取り組み～

順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科¹⁾, 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科²⁾

○浅見志帆(CT)¹⁾, 青木裕志(CT)¹⁾, 飯野瑞貴(CT)¹⁾,
大谷未果(CT)¹⁾, 大橋久美子(CT)²⁾,
坂口亜寿美(MD)¹⁾, 小倉加奈子(MD)¹⁾,
松本俊治(MD)¹⁾

術中迅速診断は術式や切除範囲等の決定に必要な不可欠な検査であり, 術前に確定診断のついていない症例においては, 組織型の推定も重要である。呼吸器外科症例においては, 経気管支肺生検(TBLB)などの組織診検査や気管支擦過・肺胞洗浄液などの細胞診検査が行われたものの, 病変の存在部位によっては検体採取量が十分得られず, 術前に診断がつかないまま手術がなされることも少なくない。術中迅速診断では未固定検体を扱うため, 感染症に注意する必要があるが, 呼吸器外科症例では特に抗酸菌感染の取り扱いが問題となる。当院では呼吸器外科症例において捺印細胞診を併用し, 感染対策を実施している(第55回日本臨床細胞学会にて発表)。当初は抗酸菌感染の有無の判定のために実施していたが, 現在では一部運用を変更し, 抗酸菌感染の有無および腫瘍においては組織型の推定を行い, 迅速な報告に努めている。今回, 術中迅速診断における呼吸器外科症例への取り組みについて報告する。

PT-2 喀痰細胞診におけるLBC法の検討

信州大学医学部附属病院臨床検査部

○布麻里奈(CT), 小林幸弘(CT), 堀川美栄子(CT),
下條康代(CT), 百瀬正信(CT), 中嶋智之(CT),
小笠原創也(CT), 上原 剛(MD)

【はじめに】喀痰細胞診におけるLBC標本作製法および従来法との比較, 応用について検討したので報告する。

【対象】2018年9月～12月に信州大学医学部附属病院病理検査室および細菌検査室に提出された喀痰50検体を用いた。

【検討内容】①粘液成分の除去, および均一化の検討②LBC標本を用いた免疫染色の条件検討③従来法との比較および応用についての検討

【方法】①スプタザイムとYM式喀痰固定液を用い溶解方法および溶解時間による細胞変性について比較。②組織球の染色を目的とし, KP-1およびCD163を用いた希釈倍率, 抗原賦活についての条件検討。③従来法と比較し出現細胞の種類や割合, 細胞形態について観察した。また, 従来法で組織球陰性による検体不適正となった検体についてLBC標本を作製し, パパニコロウ染色および免疫染色を行った。

【結果】①スプタザイムでは強い細胞変性を認めたが, YM式喀痰固定液では細胞形態を保ったまま粘液を溶解でき, 診断可能なLBC標本を作製することが可能であった。②抗体希釈倍率はKP-1は5000倍, CD163は500倍で, 両者ともMWによる賦活化を行うことで良好な染色性が得られた。③LBC標本は出現細胞の種類や割合は従来法と同等であり, 狭い範囲に均一に塗抹されることで鏡検時間が短縮され, 標準化された標本作製が可能となった。また従来法とLBC法を同時に作製できた35件について, 従来法では組織球陰性による検体不適正は5件であった。しかし, LBC法では免疫染色を併用することで検体不適正は2件と減少した。

【結語】LBC法は喀痰細胞診において有用な標本作製法であると考えられる。

PT-3 原発性肺癌に対するLBC検体を用いたPD-L1(22C3)発現に関する検討

近畿中央呼吸器センター臨床検査科病理検査室¹⁾, 近畿中央呼吸器センター臨床検査科²⁾, 近畿中央呼吸器センター臨床検査科・病理診断科³⁾

○不動陽介(CT)¹⁾, 名嘉正勝(CT)²⁾, 上田和利(CT)²⁾, 寺本友昭(CT)²⁾, 笠井孝彦(MD)³⁾, 武田麻衣子(MD)³⁾

【背景・目的】肺癌治療の免疫チェックポイント阻害薬であるPembrolizumabの適応に関して、病理組織切片を用いた免疫染色がコンパニオン診断として推奨されている。その細胞診材料を用いた検討は、まだ十分には行われていない。今回我々は、切除肺癌症例の穿刺吸引細胞診材料をLBC法にて処理した細胞診検体と切除検体のPD-L1(22C3)発現の比較検討を行ったので報告する。

【方法】対象は、当院呼吸器外科にて切除されPD-L1検査が行われた肺癌49例(高発現14例, 低発現19例, 非発現16例)。切除時に採取された腫瘍穿刺吸引細胞診材料をLBC法(thinprep)にて処理し、Agilent社のAutostainerを用いてPD-L1(22C3)の免疫染色を施行し、手術組織検体での評価と比較した。

【結果とまとめ】手術組織検体で高発現を示した症例について14例中12例(86%)で、細胞診検体においても高発現を示した。なかでも、組織検体にて細胞膜染色強度2~3+の腫瘍細胞が80%以上の症例では、細胞診検体において腫瘍細胞の同定とPD-L1の評価が容易であった。一方、組織検体にて細胞膜染色強度の弱い症例(1+)や組織検体で低発現を示した症例に関しては、細胞診上でも膜発現が弱く腫瘍細胞の同定やPD-L1の評価が困難であった。組織検体で非発現を示した症例については、細胞診検体において背景の組織球や炎症細胞に強く発現が認められ、上皮と炎症細胞が混在する領域では判定困難であった。

PT-4 呼吸器細胞診標本で組織球と鑑別を要した悪性黒色腫肺転移の一例

川崎医科大学総合医療センター病理部¹⁾, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²⁾, 川崎医科大学附属病院病院病理部³⁾

○山本弘基(CT)¹⁾, 畠 榮(PhD)²⁾, 高須賀博久(CT)¹⁾, 日野寛子(CT)¹⁾, 成富真理(CT)¹⁾, 米 亮祐(CT)³⁾, 物部泰昌(MD)¹⁾

【はじめに】気管支鏡検査による呼吸器標本で、茶褐色の顆粒を貪食した組織球が多数出現していたため、炭粉貪食組織球との鑑別を要した悪性黒色腫肺転移の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代, 男性。検診時の胸部X線で右肺に異常陰影を指摘され、当院に紹介受診となった。CTで右肺末梢に腫瘍を認め、気管支鏡検査が実施された。

【細胞所見】経気管支擦過, 気管支肺胞洗浄液, 吸引喀痰, 経気管支肺生検の鉗子洗浄液が提出され、パパニコロウ染色を行った。標本中には茶褐色の顆粒を貪食した多数の組織球と共に、少数の異型細胞が認められた。組織球はN/C比は小さいが、核小体は腫大しており、凝集した茶褐色調の顆粒を有していた。一方、異型細胞は小型でN/C比が大きく、クロマチンは増量し、1~2個の著明な核小体の腫大が認められた。しかし、組織球に認められた様な凝集状の茶褐色顆粒は目立たなかった。

【病理組織所見】経気管支生検材料では、肺胞腔内に多数の茶褐色の顆粒を有する組織球が認められた。間質には、異型細胞が密に増殖し浸潤していた。異型細胞は、小型でN/C比は高く、1~2個の明瞭な核小体を認めた。一部の異型細胞には、細胞質全体に茶褐色調の微細な顆粒を認めた。免疫組織化学的検索では、異型細胞はmelan A, HMB45は陽性、CK AE1/AE3, S-100蛋白, TTF-1, CD68は陰性を呈したため悪性黒色腫と診断された。その後の全身検索で、左眼の脈絡膜が原発であることが判明した。

【結論】悪性黒色腫と炭粉貪食組織球の鑑別には、顆粒の色と形状、腫瘍細胞のN/C比の大きさに注目し、総合的に判定することが必要と考えられる。

消化器 1

PT-5 膵癌の細胞材料に対する 5-アミノレブリン酸を用いた蛍光学的診断の有用性

大阪労災病院中央検査部¹⁾, 大阪労災病院病理診断科²⁾

○三村明弘(CT)¹⁾, 金田香央里(CT)¹⁾,
岡部美由紀(CT)¹⁾, 小倉啓介(CT)¹⁾, 浦芝 敬(CT)¹⁾,
谷口一磨(CT)¹⁾, 森 秀夫(MD)²⁾, 三輪秀明(MD)²⁾

【はじめに】現在、膵癌において検討されている 5-アミノレブリン酸 (5-aminolevulinic acid : 5-ALA) を用いた蛍光学的診断法 (Photodynamic Diagnosis : PDD) の多くが, in vivo 法である。今回, 我々は当院で泌尿器検体を用いて行っている, in vitro PDD を膵 EUS-FNA 時の残検体を使用し, 膵癌診断の可能性について検討した。

【対象】2016 年 9 月から 2018 年 9 月の 3 年間に当院で EUS-FNA を行った 96 例を対象とした。

【方法】EUS-FNA 検体を最小必須培地 (Minimum Essential Medium, Life Technical 社製, 以下 MEM) に回収し, 組織成分は病理検体としてホルマリンにて固定。残検体の細胞を 5-ALA 含有 MEM (MEM500 ml+5-ALA100 mg) に移し, 37℃の遮光孵卵器で 2 時間反応させた後, 4℃・1500 回転 5 分で遠心, 沈査を蛍光顕微鏡にて観察し, 赤色の蛍光発色した細胞のみを陽性と判断した。

【結果】96 症例のうち PDD にて上皮細胞集塊を認めた症例は 72 症例であった。そのうち悪性であった症例は 69 例で, うち PDD 陽性は 64 例, 陰性 5 例であった。良性であった症例は 3 例で, PDD は全て陰性であった。この結果から PDD の成績は感度 93%, 特異度 100%, 陽性的中率 100%, 陰性的中率 38%となった。

【考察】膵 EUS-FNA 時の残検体である細胞材料を使用した, in vitro PDD はおおむね良好な結果であったと考えられた。今後, 他の膵検体についても検討を加えて行きたい。

PT-6 肝細胞癌と胆管細胞癌の細胞像の比較

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

○甲斐敬太(MD)¹⁾, 中村光男¹⁾, 相島慎一²⁾

【はじめに】肝癌の細胞像に関する知見は極めて少ない。しかしながら, 稀にリンパ節や腹水などで, 肝細胞癌 (HCC) と胆管細胞癌 (CCC) の鑑別を求められることがある。今回, HCC と CCC の捺印細胞診について, 画像解析ソフトを用いて核の解析を行い, その細胞像と併せて比較検討した。

【対象と方法】対象は捺印細胞診を行った肝癌 43 症例 49 結節 (HCC39 結節, CCC8 結節, 混合型肝癌 2 結節), 5 例で背景肝の捺印細胞診も検討した。鏡検所見に加え, 画像解析ソフトを用いてデジタル画像を解析し, 核の長径, 短径, 縦横比, 面積について比較検討を行った。

【結果】CCC のクロマチンパターンは粗く不均等で, 核小体が目立つ傾向があったが, HCC でも低分化なものは同様の傾向を示した。細胞質に関しては, HCC は顆粒状の傾向があったが, CCC でもレース状と顆粒状の判定に迷う症例が存在した。デジタル画像の解析では, 核の長径平均は CCC が有意に大きく (HCC : 8.1 μm , CCC : 11.0 μm , $P=0.0005$), 短径平均には差がなかった。従って核の縦横比は CCC が有意に大きかった (HCC : 1.3, CCC : 1.8, $P<0.0001$)。核面積 (μm^2) に関しても HCC : 66.7, CCC : 78.8 と CCC が大きい値を示した ($P=0.0084$)。

【考察・まとめ】クロマチンパターンや核小体, 細胞質の性状だけでなく, CCC は HCC に比べて核と縦横比が大きいという知見は, 細胞診で HCC と CCC の鑑別を行う際に有用である。

消化器 2・リンパ

PT-7 十二指腸から検出されたランブル鞭毛虫症の一例

香川県立中央病院病理部¹⁾, 香川県立中央病院病理診断科²⁾

○川筋就砂(CT)¹⁾, 竹内名緒子(CT)¹⁾, 平松智佳(CT)¹⁾, 山内豊子(CT)¹⁾, 嶋田美和子(CT)¹⁾, 森本弘美(CT)¹⁾, 森 昌代(CT)¹⁾, 下浦泰昌(CT)¹⁾, 安藤 翠(MD)²⁾, 中村聡子(MD)²⁾, 溝淵光一(MD)²⁾

【はじめに】ランブル鞭毛虫症は、旅行者感染症や性行為感染症、日和見感染症として知られている。経口感染により、十二指腸や上部小腸、胆道系にランブル鞭毛虫が寄生することで、慢性下痢や腹痛などを発症する。便や腸液、胆汁などに虫体を認めることで確定診断に至る。今回、上部消化管内視鏡検査の結果、十二指腸からランブル鞭毛虫が検出された症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。海外渡航歴はなく、犬を飼育している。胃腺腫 ESD 後の経過観察中、内視鏡検査で十二指腸に白色液の貯留や白色絨毛を認めた。精査目的の十二指腸生検でランブル鞭毛虫症が疑われ、十二指腸液が提出された。

【組織像】軽度炎症細胞浸潤の見られる十二指腸粘膜表面に鎌状、類円形の構造物を認め、ランブル鞭毛虫感染症と考えられた。

【細胞像】十二指腸液の沈渣で作製した細胞診標本において、軸索を中心に左右対称の洋梨型で、2核を有し、鞭毛の明らかなランブル鞭毛虫の栄養型を多数認めた。

【考察】今回の症例では、十二指腸液と生検でランブル鞭毛虫を指摘することができた。新鮮な検体を用いれば、原虫に運動性があり観察が容易であるが、細胞診のパパニコロウ染色では、染色性が弱いため、400倍でも観察が困難であった。ギムザ染色は虫体の特徴である核が良く染まり、400倍で虫体を確認可能であった。ランブル鞭毛虫を観察するためには、適切な染色法を選択することが重要である。本疾患は世界各地でみられる原虫感染症であり、十二指腸液以外に、胆汁からも栄養型が検出されるため、本邦の国際化と共に、消化器細胞診において、今後注意すべき疾患の一つと考えられる。

PT-8 細胞診標本中のアミロイドが診断の一助となった孤立性形質細胞腫の2例

北海道大学医学部附属病院病理部/病理診断科¹⁾, 北海道医療大学²⁾

○後藤久美(CT)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾, 安孫子光春(CT)¹⁾, 清水知浩(CT)¹⁾, 渡部涼子(CT)¹⁾, 出口貴祥(CT)¹⁾, 諸岡亜早美(CT)¹⁾, 岡田宏美(MD)¹⁾, 三橋智子(MD)¹⁾, 松野吉宏(MD)¹⁾

【はじめに】軟部組織の孤立性形質細胞腫は全形質細胞性腫瘍の3-5%であり、下気道発症例は稀である。今回、細胞診標本中に認められたアミロイドが診断の一助となった、下気道原発孤立性形質細胞腫を2例経験したので報告する。

【症例】(症例1)50歳台男性、CTにて気管内に28mm大の腫瘤を認め、気管支鏡検査において気管左側の有茎性腫瘍より擦過細胞診と腫瘍摘出術が施行された。(症例2)70歳台女性、CTにて左肺S8に長径28mm大の結節陰影を認めるも確定診断に至らず、診断目的に胸腔鏡下左下葉部分切除術が施行され、術中迅速診断時に捺印細胞診標本を作製した。

【細胞診所見】(症例1)気管支擦過)血性背景にライトグリーン好染性の壊死様無構造物が多数見られた。細胞成分は円柱上皮や多核巨細胞のみであった。(症例2)腫瘍部捺印)ライトグリーン好染性の壊死様無構造物を背景に、軟骨成分と破骨細胞様の多核巨細胞が認められ、過誤腫が鑑別診断として挙げられた。両症例とも異型形質細胞は認められなかった。

【組織所見】(症例1)気管粘膜上皮下にびまん性アミロイド沈着を伴う形質細胞浸潤を認めた。(症例2)骨形成と広汎なアミロイド沈着、一部に軟骨形成を認め、散在性に形質細胞の集簇を形成していた。両症例とも In situ hybridizationにてIg軽鎖制限が認められ、全身的検索の結果、下気道原発孤立性形質細胞腫の診断となった。

【考察】気管・気管支や肺の細胞診においてもアミロイド沈着が疑われた場合は、鑑別疾患として孤立性形質細胞腫を念頭におく必要がある。

PT-9 結節性リンパ球優位型 Hodgkin リンパ腫の一例

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

○菊池いな子(CT)¹, 刑部光正(MD)², 高橋静子(CT)¹, 山田範幸(CT)¹, 安保淳一(CT)¹, 阿保亜紀子(MD)³, 上杉憲幸(MD)², 石田和之(MD)², 佐藤 孝(MD)³, 菅井 有(MD)²

【はじめに】結節性リンパ球優位型ホジキンリンパ腫(nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma, NLPHL)は、不明瞭な結節性病変の中に lymphocyte predominant (LP)細胞と呼ばれる腫瘍細胞が散在性に出現することを特徴とする稀なリンパ腫である。今回、NLPHLを経験したので、その穿刺吸引細胞像を報告する。

【症例】31歳男性。右耳下腺腫瘍の疑いで穿刺吸引細胞診が行われ、悪性リンパ腫が疑われた。確定診断のために右耳下腺切除が施行された。腫瘍は45×35mmの黄白色充実性であった。

【細胞像】小型から中型リンパ球の均一な集簇巣を背景に、Reed-Sternberg細胞と比較すると小型の核小体と分葉核をもつ大型異型細胞を少数認めた。

【組織像】小型リンパ球が不明瞭な結節性病変を形成し、その中に明瞭な核小体と多分葉核をもつ大型異型細胞が散在していた。腫瘍は薄い線維性隔壁で周囲唾液腺組織と境界され、腺内リンパ節由来の可能性が示唆された。

背景の小型リンパ球はCD20, CD79a, PAX5を発現するB細胞であった。大型異型細胞はCD20, CD79a, PAX5を発現し、CD10, CD30, CD15, CD5の発現を欠き、EBER陰性のLP細胞であり、NLPHLと診断した。

【結語】本邦ではNLPHLは稀で細胞像に接する機会は少ない。NLPHLは背景リンパ球の出現パターンから良性病変が想起されやすいが、ごく少数存在するLP細胞を見逃さないことが重要と思われた。

PT-10 慢性関節リウマチ患者に発生したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

茅ヶ崎市立病院臨床検査科¹, 日本鋼管病院病理検査科², 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学³, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座⁴, 杏林大学医学部付属病院病理部⁵, 山近記念総合病院病理検査⁶, 日本鋼管病院病理診断科⁷, 茅ヶ崎市立病院病理診断科⁸

○内山 瞳(CT)¹, 松井成明(CT)^{2,3,4}, 森下明博(CT)¹, 佐々木陽介(CT)⁴, 岸本浩次(CT)⁵, 鈴木真由美(CT)¹, 坂下仁美(CT)¹, 大久保美沙(CT)⁶, 梶原 博(MD)³, 長村義之(MD)⁷, 吉田幸子(MD)⁸

【はじめに】メトトレキサート(MTX)は関節リウマチ(RA)治療ガイドラインで第一選択剤として推奨される。一方で、重篤な副作用も報告されている。近年、MTXを使用した患者に発生するMTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)が知られるようになった。今回われわれはMTX-LPDの1例を経験したので報告する。

【症例】83歳、女性。約6年前よりRAに対しMTXを内服。単径部に無痛性腫瘤を自覚し当院受診。臨床的に悪性リンパ腫が疑われ、穿刺吸引細胞診施行。細胞診にて悪性リンパ腫が疑われ、リンパ節生検施行。病理組織学的所見および患者既往歴からMTX-LPDが推定され、MTXの内服を中止。その後、腫瘤の縮小、消失がみられた。

【細胞学的所見】アポトーシス様の核濃縮細胞や好中球等を背景に大型異型リンパ球を散在性に多数認めた。異型細胞はN/C比が極めて高く、核形不整が顕著であった。また、クロマチンは細顆粒状、明瞭な核小体を認めた。

【病理組織学的所見】核形不整や核小体の目立つ大型異型リンパ球をびまん性に認めた。免疫組織化学的にはCD20, CD79a, EBER陽性、Bcl-2, CD3, CD5陰性、Ki67標識率は80-90%であった。以上の所見および患者既往歴から、MTX-LPD(その他の医原性免疫不全関連リンパ増殖性疾患)と診断された。

【まとめ】MTX-LPDの治療方針は一般的な悪性リンパ腫と異なるが、本症例は細胞学的に高度な異型を示す異型リンパ球が多数認められた。MTX内服の既往歴がある場合は本疾患を念頭に置き、臨床医と横断的な連携を図ることが特に必要な組織型であると考えられた。

セルブロック

PT-11 固定とコンタミネーション防止に着目したセルブロック作製

日立総合病院

○鈴木美千(CT), 中村晋也(CT), 清水久美子(CT),
天野貴子(CT), 柳田 篤(CT)

セルブロックの作製方法は遠心分離法と細胞固定法に大別され, 遠心分離法は沈渣成分が少ない場合に作製が困難な場合が多く, 逆に多すぎる場合も部分的な固定不良を起しやす。また, 作製過程でのコンタミネーションも問題となる。一方, 細胞固定法は固定させる成分により免疫染色や遺伝子検査などへの影響が否定できない。このように各方法には短所が存在し, このため各施設においてセルブロック作製方法は統一されていないのが現状である。今回, セルブロック作製方法の標準化を目指し, 特に固定とコンタミネーションの問題に着目したセルブロック作製法を検討したので報告する。〈方法〉・組織検体のパラフィンブロック作製方法に準じるため, 遠心分離法を採用した。・均一に細胞を固定するため, 沈渣成分をホルマリンに再浮遊させ固定した。・コンタミネーション防止のため, 自動固定包埋装置を使用せず, 試験管内で一連のパラフィン浸透作業を行った。

①細胞診検査に使用した遠心後の残検体にホルマリンを入れ, 攪拌し浮遊固定した。②遠心後, 上清を捨て沈渣にアルコールを入れ攪拌した。③遠心後, 上清を捨て沈渣をガラス遠沈管に移し変え, キシレンを入れ攪拌した。④遠心後, 上清を捨て沈渣を綿棒チューブに移し変え, パラフィンを入れ一晩放置した。⑤通常通り包埋・パラフィンブロックを作製し, 各種染色を実施した。上記の方法において作製した HE 染色, 免疫染色について, 当院の通常法(遠心分離従来法)で作製したセルブロック標本と比較して遜色のない結果が得られた。今後はさらに検討を行い, 薬液や浸透時間, 作業工程の煩雑さについて改良していきたい。

PT-12 静岡県におけるセルブロック法の現況

静岡市立静岡病院病理診断科

○江河勇樹(MD), 森木利昭(MD)

【目的】セルブロック法の活用の幅と重要性は増しており, 静岡県内でも多くの施設が導入している。しかしその様々な取扱いについて情報が共有されていない。今回, 県内における現状の把握を目的にアンケート調査を行ったので, 報告する。

【方法】各施設におけるセルブロック法の(1)材料と目的, (2)作製方法, (3)頻度, (4)保険請求について, 自由形式で答えていただいた。

【結果】県内 32 施設から回答が得られた。作製している検体は体腔液, 採取器具の洗浄液, EUS-FNA, 子宮内膜, 液状検体等が挙げられた。作製する機会は(1)沈渣が得られたもの全て, (2)臨床からの依頼があった時のみ, (3)細胞保存液で保存しておき必要に応じて, であった。1ヶ月あたりの実施件数は, 15 施設が 5 件以下, 5 施設が 6-20 件, 2 施設は 60 件と 35 件であった。頻度の多い施設では沈渣全例や子宮内膜を作製していた。作製方法は 14 施設が固定法, 13 施設が遠心法, 2 施設が両者を併用していた。17 施設が保険請求を行っており, 8 施設は行っていなかった。

【考察】セルブロック法の取扱いは, 施設ごと多岐にわたっていた。頻度については半数近い施設が週 1 件程度であるが, 徐々に業務に浸透しつつあるようだ。作製方法については固定法・遠心法それぞれに利点・欠点があり選択が難しく, 両者を併用する施設もみられる。今後も知見を集め, 各施設が適正に検査を行えるよう活用したい。

体腔液

PT-13 多数の印環細胞が出現し、腺癌と鑑別が問題となった悪性中皮腫の2例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹⁾, LSI メディエンス病理・細胞診センター²⁾, LSI メディエンス遺伝子解析部³⁾

○鶴岡慎悟(CT)¹⁾, 河村憲一(CT)¹⁾, 松井宏江(CT)¹⁾, 江原輝彦(CT)¹⁾, 三瓶祐也(CT)¹⁾, 岡崎香純(CT)¹⁾, 鈴木 隆(CT)¹⁾, 是松元子(CT)²⁾, 林久美子(MT)³⁾, 前田昭太郎(MD)²⁾, 清水 健(MD)¹⁾

【はじめに】悪性中皮腫の細胞像は多彩であり、時にいわゆる印環細胞が観察され腺癌と鑑別を要することがある。今回我々は多数の印環細胞が出現した悪性中皮腫を2例経験した。これらの印環細胞と腺癌細胞を細胞学的に比較検討した。症例1はp16とBAP1のFISH法を加えて報告する。

【症例】症例1：60代男性。アスベスト曝露歴を他院でフォロー中に胸水を認めたため当院紹介受診。症例2：70代男性。20代にアスベスト曝露あり。腹部膨満で当院受診。CTで大量腹水を指摘。

【細胞像】症例1：ライトグリーンに好染した細胞が孤在性、球状集塊状に多数認められた。出現細胞の多くは印環細胞であった。核異型に乏しく、多核を形成していた。症例2：細胞質の広い大型細胞が集塊、孤在性に多数出現し、細胞大型な印環細胞が混在していた。いずれの症例も腺癌と鑑別が問題となった。

【結果】大小ないし複数の空胞状であった肺腺癌に対し、悪性中皮腫の多くは単個の空胞状を呈し、一部では空胞内腔部分に微絨毛構造やギムザ染色でヒアルロン酸を示唆するメタクロマジーを呈していた。また、空胞化していない部分の細胞質は周囲の中皮腫細胞と類似し重厚感がみられた。症例1のFISH法は、印環細胞はp16が約86%にhomozygous deletionがみられ、BAP1はlossが認められた。

【まとめ】悪性中皮腫は空胞状細胞質を呈した印環細胞が出現することがあり、腺癌との鑑別には細胞像を詳細に観察する必要がある。FISH法により印環細胞は中皮腫細胞と考えられた。

PT-14 体腔液細胞診における分離用試薬を用いた標本作製法の検討

和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理診断部門¹⁾, 和歌山県立医科大学人体病理学教室・病理診断科²⁾

○永井宏和(CT)¹⁾, 木下勇一(CT)¹⁾, 西野 勝(CT)¹⁾, 吉井輝子(CT)¹⁾, 杉山絵美(CT)¹⁾, 松崎生笛(CT)²⁾, 岩橋吉史(MD)²⁾, 高橋祐一(MD)²⁾, 割栢健史(MD)²⁾, 村田晋一(MD)²⁾

【はじめに】胸水や腹水などの体腔液細胞診では、炎症細胞が多数出現する影響により、観察困難となる標本がしばしばみられる。今回我々は、分離用試薬を用いることで炎症細胞の減少が可能であるかを検討した。

【対象と方法】対象は、炎症細胞が比較的多くみられた胸水と腹水の各1例で、胸水では腺癌細胞が確認されている。方法は、固定済みの細胞浮遊液を2つに分け、一方はそのままサイトスピン法で細胞塗抹を行い、もう一方はBD社の分離用試薬を用いて遠心処理を行った後、サイトスピン法にて細胞塗抹を行い、比較検討した。細胞数は40倍視野を、細胞集塊数は10倍視野を、それぞれ3ヶ所ランダムに選択しカウントした。

【結果】分離用試薬を用いた標本は、分離用試薬を用いなかった標本に比べて、胸水では好中球70%、リンパ球41%、マクロファージ17%、中皮細胞68%の、腹水では好中球78%、リンパ球71%、マクロファージ51%、中皮細胞65%の出現頻度の減少がみられた。一方、胸水中の悪性細胞は30%の出現頻度の増加を認めた。集塊数の比較では、分離用試薬を用いた標本において、胸水で33%、腹水57%の減少がみられた。

【考察・まとめ】分離用試薬を用いた標本作製法は、炎症細胞のみを選択的に減少させることは困難であるが、悪性細胞の出現比率を向上させることは可能であると考えられた。しかしながら、分離用試薬を用いた検体では、明らかな細胞変性が加わっていた。分離剤や遠心条件の検討を含めて、本法の有用性と欠点について提示したい。

頭頸部

PT-15 唾液腺粘表皮癌 (9 例) の細胞学的検討

一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科¹⁾,
JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科²⁾

○二瓶憲俊(CT)¹⁾, 桂澤安奈(CT)¹⁾, 甲賀洋光(CT)¹⁾,
小滝 昇(CT)¹⁾, 遠藤枝利子(CT)¹⁾, 山口佳子(MD)¹⁾,
野沢佳弘(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺粘表皮癌は若齢者から高齢者に発生し, その細胞像の出現する細胞形態により診断が苦慮する 경우가少なくない。今回, 当院で経験した 9 例について細胞像と組織像を比較検討したので報告する。

【対象と方法】2005~2018 年の 14 年間に病理組織学的診断にて粘表皮癌と診断された 9 例〔低悪性度 3 例, 中悪性度 1 例, 高悪性度 5 例, 年齢: 27~81 歳 (平均 62.5 歳), 性別は男: 女=5 例: 4 例〕の FNAC 標本にて①標本背景 (炎症細胞, 粘液, 壊死), ②細胞出現形態 (粘液細胞, 中間細胞, 扁平上皮様細胞), ③核・細胞質所見について検討を行った。

【細胞像】低~中悪性度の症例は粘液, 炎症細胞を背景に粘液細胞または中間細胞が孤立散在性からシート状の集塊で出現し, 核は小型類円形で均一, 核クロマチンは微細顆粒状で細胞異型に乏しかった。高悪性度の症例は 5 例中 2 例に壊死を認め, 核異型の強い扁平上皮様細胞が平面的な集塊で出現し, 核の大小不同, 核形不整で, 核クロマチンは細顆粒状に増量, 細胞配列の乱れ, 核分裂像などが顕著に見られた。

【組織像】低~中悪性度の症例は色々な割合で嚢胞形成が見られ, 粘液細胞, 中間細胞が混在し, その周囲に炎症細胞が散見された。高悪性度の症例は嚢胞形成が見られず, 核異型の強い扁平上皮様細胞が主体となって充実性に増殖し, 細胞像と一致する傾向が見られた。

【まとめ】低悪性度の症例は細胞異型が弱く, 出現細胞の種類, 出現形態によっては多形腺腫などの良性腫瘍との鑑別が必要な症例もあったが, 高悪性度の症例は細胞異型が強く, 壊死を伴う場合, 唾液腺導管癌や低分化扁平上皮癌との鑑別を要した。

PT-16 HRAS 変異を認めた筋上皮癌の 2 例

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部器官病理学分野²⁾

○持田洋利(CT)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾, 遠藤由香利(CT)¹⁾,
松重貴大(CT)¹⁾, 大野千恵子(CT)¹⁾, 山田恭子(CT)¹⁾,
阿部明美(CT)¹⁾, 野坂加苗(MD)²⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾,
梅北善久(MD)²⁾

【背景】筋上皮癌 (EMC; Epithelial-myoepithelial carcinoma) は全唾液腺腫瘍の約 1% を占める稀な低悪性度腫瘍である。今回我々は当院で細胞診を施行された EMC の 2 例について検討したので報告する。

【症例 1】80 代男性。左耳下部の腫脹を自覚し受診。耳下腺深葉に一部嚢胞化を伴う 8×7 cm 大の腫瘍を認めた。

【症例 2】70 代女性。左耳痛を主訴に受診。副咽頭間隙部に 3×2 cm 大の腫瘍を認めた。

【穿刺吸引細胞像】2 例とも結合性を有する大型集塊に加え, 背景に裸核状態を示す筋上皮系細胞を孤立散在性に多数認めた。集塊の細胞密度は高く, 軽度クロマチン増量や核型不整を認めた。一部で粘液球を含む篩状構造や基底膜様基質も認めた。診断はいずれも良悪鑑別困難とした。

【病理組織像】いずれも多結節状で浸潤傾向を有する腫瘍で, 1 例では嚢胞形成が目立った。腫瘍は好酸性細胞質を有する小型の導管上皮と, 淡明な細胞質を有する筋上皮との混在からなり, 後者は前者を取り囲むようにシート状に配列していた。免疫染色では腺上皮系および筋上皮系マーカーが各成分に陽性を示した。

【細胞遺伝学】シーケンス解析にて 2 例とも HRAS p. Q61R 変異が検出された。

【考察】EMC は一般に異型に乏しく, その細胞像は他の多くの唾液腺腫瘍とオーバーラップしており診断に苦慮する。一方で EMC における HRAS 変異は文献的には約 30% とされるが, 本検討では 2 例とも検出されており, 補助診断マーカーとして有用である可能性が示唆された。

PT-17 嗅神経芽細胞腫の再発・頸部リンパ節転移例

独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター病理診断科²⁾

○吉野 歩(CT)¹⁾, 山本将義(CT)¹⁾, 窪田美和(CT)¹⁾,
船瀬将一(CT)¹⁾, 本山真弥(CT)¹⁾, 野元三治(MD)²⁾

【はじめに】嗅神経芽細胞腫は鼻腔腫瘍の2%に認められる稀な腫瘍である。頸部リンパ節への転移を認めた嗅神経芽細胞腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70代女性

【現病歴】2009年より左鼻閉, 耳漏あり。2010年に症状増悪し鼻出血があり近医受診。鼻腔腫瘍を指摘され精査目的にて当院耳鼻咽喉科紹介となる。CTにて鼻腔内を占拠する腫瘍があり生検にて嗅神経芽細胞腫(Hyams Grade III)と診断された。近医にてサイバーナイフ治療後, 当院にてフォローを行っていた。2015年にPETにて再発が疑われ生検にて嗅神経芽細胞腫の再発と診断された。再度近医にて治療が施行され経過良好であったが2018年に頸部リンパ節腫大を認め左上頸部郭清術が施行された。

【捺印細胞像】提出されたリンパ節より捺印標本を作製した。重積性・平面的に細胞が出現し小型集塊やロゼット配列が認められた。核は小型円形で大小不同に乏しくごま塩状クロマチンパターンを呈し, 細胞質は境界不明瞭かつ線維状であった。

【組織像】充実性・シート状・索状配列を呈した細胞集塊が認められ, リンパ濾胞はごく僅かに認められた。線維性隔壁で囲まれた結節の中に円形の腫瘍細胞が増生し, ロゼット様配列が認められたため嗅神経芽腫のリンパ節転移と診断された。

【考察・まとめ】嗅神経芽細胞腫と鑑別すべき組織型としてユーイング肉腫, 悪性リンパ腫, 未分化癌などが挙げられる。神経内分泌系の核所見, 境界不明瞭で線維状の細胞質, ロゼット構造の出現の有無を確認する事が重要となる。再発に時間を要しGradeに関わらず転移をきたすため既往歴の確認も重要となる。

乳腺・その他

PT-18 診断に苦慮した乳腺腺筋上皮腫の一例

市立砺波総合病院臨床病理科¹⁾, 市立砺波総合病院病理診断科²⁾

○新村真磯(CT)¹⁾, 寺畑信太郎(MD)²⁾,
垣内寿枝子(MD)²⁾, 西田秀明(CT)¹⁾,
三井由紀子(CT)¹⁾, 石倉宗浩(CT)¹⁾, 福田弘幸(CT)¹⁾

【はじめに】乳腺腺筋上皮腫は乳腺上皮細胞と筋上皮細胞の両者の増生からなる良性腫瘍である。近年は再発例や遠隔転移し悪性化する例も報告されている。今回, 診断に苦慮した乳腺腺筋上皮腫の一例を報告する。

【症例】60歳代女性。8年前に左乳腺C領域の小腫瘤を主訴に他院受診, 良性腫瘍疑いで経過観察中, 増大傾向を示しFNACにて悪性腫瘍が疑われ, 当院紹介。針生検で乳腺腺筋上皮腫と診断, 摘出手術を施行。

【細胞像】比較的きれいな背景に, 島状や腺腔状に配列し, 細胞境界明瞭な核類円形, クロマチンは細顆粒状で軽度増量, 核小体を認める異型の弱い乳腺上皮細胞が出現。また紡錘形核やくさび状核, 大型類円形核, クロマチン細顆粒状, 明瞭核小体, 核内細胞質封入体が散見され, 細胞質は変性空胞状の筋上皮細胞と思われる異型細胞も出現していた。上記二種類の細胞が混在して大型集塊を形成し, 一部に二相性のやや不明瞭な集塊が見られた。細胞間周囲にはライトグリーン好性無構造物を認め, ギムザ染色でメタクロマジーを呈していた。

【組織像】境界明瞭な腫瘤で, 線維性結合織で被包されており, 内部は分葉結節状で二相性を示す小型腺管が増殖しTubular typeを主体とする腺筋上皮腫と診断。p63陽性, CK14およびCK5/6は部分的陽性, MIB-1は5%程度陽性。

【考察】乳腺上皮細胞の増生と筋上皮細胞の存在から, DCISや良性腫瘍と鑑別が必要であるが, 乳腺上皮細胞と腫瘍性筋上皮細胞の両者混在や両者の鑑別を含めた二相性の認識, ライトグリーン好性無構造物質のギムザ染色におけるメタクロマジーより, 腺腺筋上皮腫と診断できると考えた。

PT-19 右鎖骨窩皮下にて認めた分泌癌 (Secretary carcinoma) の一例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院臨床検査技術科¹⁾, JA 愛知厚生連豊田厚生病院病理診断科²⁾

○宮島里枝 (CT)¹⁾, 氏平伸子 (MD)²⁾, 加納由美 (CT)¹⁾, 鈴木康太 (CT)¹⁾, 黒木雅子 (CT)¹⁾, 田中浩一 (CT)¹⁾, 成田道彦 (MD)²⁾

【はじめに】乳腺や唾液腺の分泌癌は広く知られているが, 今回我々は右鎖骨窩皮下に発生した分泌癌を経験したので報告する。

【症例】60 代, 女性. 30 年来の右鎖骨窩の皮下腫瘍が年々増大し, 当院紹介受診した. 径 48×50×48 mm の可動性のある腫瘍を認め, 精査目的の為, 穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】粘液成分を背景に結合性の低下した一様な腫瘍細胞を多数認めた. 核小体や核の偏在性を認め, 腺系病変を示唆する異型細胞を認めたが, 核は小型から中型, 核異型に乏しく, 細胞起源や良悪の鑑別は困難であった。

【組織所見】皮下組織に径 55×50 mm, 境界は明瞭で, 被膜のない腫瘍を認めた. 濾胞様, 乳頭状構造, 一部嚢胞状を呈し, 細胞質は好酸性, 大小の空胞状を示す. Zymogen 顆粒は認めなかった. 核異型は軽度であったが, 地図状の壊死を認め, 辺縁の一部に浸潤性増殖を認めた. 免疫染色では Mammaglobin, S-100 が陽性を呈した. 遺伝子解析では ETV6-NTRK3 fusion を認めたことから分泌癌と確定した. また, 周囲に乳腺や唾液腺組織を認めず, 原発巣となりうる乳腺腫瘍や唾液腺腫瘍はなく, 皮膚原発分泌癌と診断した。

【まとめ】今回経験した症例では多彩な腫瘍細胞を多数認めた. その細胞像の中で, 分泌癌を推定する所見は豊富な細胞質, 核異型に乏しく, 結合性の低下した細胞集塊, 空胞状, 粘液を有する細胞である. 皮膚原発の分泌癌は稀であり, 検索した範囲では 15 例と現在までに報告が少ない. 皮膚発生例では付属器腫瘍との鑑別も必要となる. まれではあるが皮膚腫瘍においても, 鑑別診断の一つとして分泌癌を念頭に置く必要がある。

尿・脳腫瘍

PT-20 豊富な粘液様間質を伴った腎盂尿路上皮癌の一例—尿細胞診における泡沫状細胞の意義—

市立奈良病院臨床検査室¹⁾, 市立奈良病院病理診断科²⁾

○鎌倉佳子 (CT)¹⁾, 松山友彦 (CT)¹⁾, 小林史孝 (CT)¹⁾, 吉田朋子 (CT)¹⁾, 政 俊行 (MT)¹⁾, 高野将人 (MD)²⁾, 島田啓司 (MD)²⁾

【背景】今回我々は, 異型に乏しく, 形態も泡沫状となる高異型度尿路上皮癌の一症例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性. 腹部超音波検査, 造影 CT 等より腎癌を疑われたが, 尿路上皮癌との鑑別のために尿細胞診が提出された. 顕微鏡的血尿と多数の細菌・炎症を背景に, 泡沫状の異型細胞を認めた. 低異型度の淡明細胞型腎細胞癌の可能性があるものの, 異型に乏しく, マクロファージとの鑑別も難しいため, 鑑別困難と判定した. 腎盂尿管全摘術が施行された結果, 左腎盂粘膜に主座を置く浸潤性尿路上皮癌で, 通常の尿路上皮癌とともに, 高度の粘液様間質 (PAS +/-, Alcian blue +) を伴う領域が認められた. 同部位の癌細胞は, 通常の尿路上皮癌と比べて, 細胞異型に乏しく, 胞体は泡沫状で Alcian blue 陽性であり, 術前の尿細胞診で認められた異型細胞と類似していた。

【結論】尿中に異型の乏しい泡沫状細胞を認める症例では, 鑑別に尿路上皮癌を挙げる必要がある. その際, 細胞質に Alcian blue 染色を追加することが有用である。

PT-21 Pleomorphic xanthoastrocytoma の一例

京都大学医学部附属病院病理診断科

○吹谷美佳(CT), 白波瀬浩幸(CT), 平伴英美(CT), 佐伯美穂(CT), 平田勝啓(CT), 倉田麻里代(MD), 山田洋介(MD), 南口早智子(MD), 桜井孝規(MD), 羽賀博典(MD)

【はじめに】Pleomorphic xanthoastrocytoma (以下 PXA) は脳腫瘍全体の 1% 以下の頻度で比較的若年層に発症し, 大脳表面側に腫瘤を形成することが特徴とされる WHO Grade II の限局性星細胞腫である。今回, 術中迅速検体の捺印標本にて PXA の一例を経験したので報告する。

【症例】10 代後半, 女性。7 年前に頭痛, 嘔吐, 右上肢痙攣にて発症し, 前医で脳腫瘍部分切除を受けていた。今回, 左側頭葉から頭頂葉にかけて 4.4 cm の嚢胞成分を伴う腫瘍の増大のため, 脳腫瘍摘出術が施行された。

【細胞学的所見】紡錘形～類円形核を有する異型細胞が出現していた。細胞境界は不明瞭で, 細胞突起を有しており, 核大小不同や核形不整が目立ち, 核小体明瞭であった。高異型度神経膠腫が疑われる所見だが, 明らかな核分裂像や壊死物質は確認できなかった。長い臨床経過, 年齢, 画像所見も合わせ, 迅速細胞診断にて PXA として矛盾しないと判定した。

【組織学的所見】中型の円型～紡錘形細胞や, 多形性の強い細胞が増殖していた。腫瘍細胞は脂肪滴を含み, 好酸性顆粒小体も散見した。BRAFV600E 陽性, IDH1R132 陰性, Ki-67 標識率は 3% 以下, 核分裂像は 1/10HPFs 以下であり, 明らかな anaplastic features は認められず, PXA Grade II と診断された。

【まとめ】脳腫瘍の迅速診断には細胞診も併用することで診断精度を高めることができるが, PXA は多形性の強い細胞が出現するため, 悪性と間違われる可能性がある。細胞異型のみならず, 年齢や臨床所見, 画像, 既往歴など総合的に判断することが望ましい。

PT-22 術中細胞診の血管像から glioma を推定しえた脳腫瘍の 1 例

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

○佐藤勇一郎(MD)¹⁾, 徳満貴子(CT)¹⁾, 野口裕史(CT)¹⁾, 大野招伸(CT)¹⁾, 森田勝代(CT)¹⁾, 峰松映子(MT)¹⁾, 黒木栄輝(CT)¹⁾, 阿萬 紫(MD)¹⁾, 前川和也(MD)¹⁾, 佐藤信也(CT)²⁾

【はじめに】脳腫瘍の術中病理は, 検体が小さく, その診断には苦慮することが多い。今回我々は, 凍結組織診断で診断に苦慮したが, 術中細胞診で, 異常血管を認めたため, 術中診断に glioma を推定しえた症例を経験したので報告する。

【症例】84 歳女性。手術 3 週間前に自動車事故をきっかけに, 左前頭葉に腫瘍性病変を指摘された。頭部 MRI では, 左前頭葉から脳梁さらに深部白質に及ぶ腫瘍であり, 造影剤で比較的均一に造影される所見で, 悪性リンパ腫が最も疑われた。

【術中細胞診・凍結組織】圧挫細胞診で, 径が太く, 多数の分枝を示す血管を認め, 血管周囲に細胞質がやや泡沫状の細胞を認めた。細胞異型は弱く, 明らかな核分裂像は認めなかった。凍結組織では同様の細胞が比較的均一に出現し, 細胞診と同様の腫瘍血管を認めた。本例は比較的均一な細胞が出現し, さらに腫瘍血管と思われる異常血管を認めたため, glioma 疑いと診断した。術後の組織では細胞密度が高く, N/C 比の高い腫瘍細胞が出現し, 核分裂像もみられた。術中にみられた腫瘍血管は術後の組織標本ではみられなかった。免疫組織学的に腫瘍細胞は, Vimentin 陽性, Oligo2 陽性, GFAP 陰性, p53 陰性, IDH1 陰性, ATRX 減弱なし, CD20 陰性, CD3 陰性, PGM-1 陰性, MIB-1 は 46% であり, Anaplastic astrocytoma と診断した。臨床的には画像所見も考慮し膠芽腫として判断し, 現在加療中である。

【結語】これまで我々は細胞診での脳腫瘍の血管に着目し, 報告してきた。今回の術中細胞診においても腫瘍血管がみられたことから, glioma を推定することができ, 腫瘍細胞のみならず血管の形状も加えて判断することが重要であると考えられた。

婦人科 1

PT-23 肉腫成分の過剰増殖を伴う子宮腺肉腫の 1 例

山形県立新庄病院検査部¹⁾, 山形県立新庄病院産婦人科²⁾, 山形県立中央病院病理診断科³⁾

○阿部光展(CT)¹⁾, 井上恒行(CT)¹⁾, 中原健次(MD)²⁾, 緒形真也(MD)³⁾

【症例】67 歳女性, 2 経妊 2 経産. 不正性器出血と腹部膨満感を主訴に紹介された. 腔鏡診で外子宮口からポリープ様組織の突出を認め, MRI 検査にて子宮体癌が疑われた. 子宮内膜組織診と細胞診で悪性の診断となり, 単純子宮全摘術および両側付属器摘出術が施行された.

【細胞所見 (内膜細胞診)】出血及び壊死性背景に, 孤立散在性の異型細胞を認め, 核は類円形～紡錘形など多様で, 多核や大型の異型細胞も認めた. 核小体明瞭, 核縁は薄く, 核膜の陥入などの核形不整を認めた. また, 厚い細胞質を有し, 核偏在性の異型細胞もみられた.

【肉眼所見】子宮内腔に突出して充満する広基性の 17×13×11 cm 大の灰白色充実性腫瘍で, 広範な壊死を伴っていた. 子宮筋層との境界は比較的明瞭, 壁内に転移を疑う 1.8×0.8 cm 大の結節も認めた.

【組織所見】腫瘍の大部分は肉腫様成分で, 短紡錘形細胞や多形大型細胞等の多彩な細胞からなり, ごく少数の大型細胞には横紋様構造もみられた. 腫瘍内部に異型の乏しい小型腺管が少量混在していた. 明らかな軟骨や脂肪成分はなかった. 免疫組織化学的に, 肉腫様成分の多くは横紋筋への分化が示唆された. 以上より, 横紋筋肉腫が主体で肉腫成分の過剰増殖を伴う異所性腺肉腫と診断した.

【考察】子宮腺肉腫はまれな腫瘍であり, 肉腫成分過剰増殖を伴うものはそのうちの約 10% である. 加えて細胞像も多彩であり, 術前診断が困難なことが多い. 本症例の内膜細胞像を提示するとともに, 文献的考察を加え報告する.

PT-24 記述式報告様式に基づく子宮内膜疑陽性症例の再検討

産業医科大学病院病理部¹⁾, 産業医科大学病院病理診断科²⁾, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学³⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学⁴⁾, 産業医科大学医学部第二病理学⁵⁾

○岡 春子(CT)¹⁾, 小原光祥(CT)¹⁾, 藤原 仁(CT)¹⁾, 佐藤 斉(CT)¹⁾, 松山篤二(MD)²⁾, 島尻正平(MD)²⁾, 松浦祐介(MD)³⁾, 栗田智子(MD)⁴⁾, 吉野 潔(MD)⁴⁾, 中山敏幸(MD)⁵⁾

【目的】子宮内膜細胞診の疑陽性症例には, 腫瘍性病変のほか炎症やホルモン環境異常等良性変化が少なからず含まれている. 疑陽性と判定された場合, 内膜生検が実施されるが内膜増殖症以上の病変が存在しないことも多い. このような症例は生検を省略出来る可能性があるため, 診断の精度向上を目的に記述式子宮内膜細胞診報告様式に基づいた疑陽性例の再評価を行ったので報告する.

【方法】2014 年～2018 年に内膜細胞診を施行した 2485 症例中, 組織診と対比が得られた疑陽性症例 104 例を対象として記述式報告様式を用いて再判定を行った.

【結果】組織診断の内訳は, 正常・良性変化 (良性症例) 44 例 (42.3%), 子宮内膜増殖症 (EH) 6 例 (5.8%), 子宮内膜異型増殖症 (AEH) 10 例 (9.6%), 悪性 44 例 (42.3%) であった. 細胞診の再判定では, 陰性 32 例 (30.8%), ATEC-US 13 例 (12.5%), ATEC-A 11 例 (10.6%), EH 11 例 (10.6%), AEH 2 例 (1.9%), 悪性腫瘍 35 例 (33.7%) であった. また, 良性症例 44 例中 31 例 (70.5%) が陰性, 組織診悪性症例 44 例中 35 例 (79.5%) が悪性の判定であった.

【まとめ】①陰性および ATEC-US は 45 例で, 疑陽性の 43.3% (45/104) が生検省略可能であった. ②良性症例 44 例中 12 例 (27.3%) は化生細胞を過大評価していた. ③再評価で明らかに良性・悪性と判定出来る症例があり, 観察者間差を小さくすることが今後の課題と考えられた. ④疑陽性と判定していた症例を記述式報告様式で判定することは有用と考えられた.

婦人科 2

PT-25 当院の子宮頸部がん検診における ASC-US の転帰

国際医療福祉大学三田病院病理部¹⁾, 国際医療福祉大学三田病院予防医学センター²⁾

○佐野弘子(CT)¹⁾, 齊藤英子(MD)²⁾, 桂研一郎(MD)²⁾, 笠原健弘(CT)¹⁾, 阿部仁美(CT)¹⁾, 西井しのぶ(CT)¹⁾, 星井裕太(CT)¹⁾, 松崎桂子(CT)¹⁾, 森 一郎(MD)¹⁾, 相田真介(MD)¹⁾

【対象と方法】2015年から2017年の3年間の子宮頸部がん検診における細胞診6,784件のうち、ASC-USと判定された231症例のその後の検査結果について検討した。

【結果】2015年から2017年の3年間の子宮頸部細胞診の総件数は6,784件、ASC-USは231件(3.4%)、また、2015年の検数は2,242件、うちASC-US126件(5.6%)、2016年は2,262件、ASC-US70件(3.0%)、2017年は2,280件、ASC-US35件(1.5%)であった。2015年のASC-US検体に対し引き続き実施した細胞診でASC-USからNILMになった症例(1年後:76.1%, 2年後:85.4%, 3年後:86.2%)、ASC-USを継続した症例(1年後:15.9%, 2年後:10.1%, 3年後:9.2%)、LSILになった症例(1年後:4.5%, 2年後:3.4%, 3年後:1.5%)、HSILになった症例(1年後:2.3%, 2年後:1.1%, 3年後:3.1%)、ASC-Hになった症例(1年後:1.1%, 2年後:0%, 3年後:0%)であった。

【まとめ】当院でのASC-USの判定は年度によるバラつきを認め、判定基準の課題が見られた。また、ASC-USからNILMへの消退は1年後には76%以上の高い確率であったが、細胞診のHSILや組織診でCIN3の判定になる症例は2年後3年後にも存在することがわかった。今後は、ASC-USに対してHPV検査などによる振り分けや管理が重要な課題であると考えた。

PT-26 p16INK4a免疫染色を用いた子宮頸部扁平上皮内病変の細胞学的検討

済生会新潟第二病院病理診断科

○花野佑輔(CT), 遠藤浩之(CT), 西倉 健(MD), 樋浦賢太郎(CT), 三木弘美(CT), 竹下奈津子(CT)

【目的】高リスクHPV関連の子宮頸部腫瘍ではp16ink4a蛋白過剰発現が知られている。異型扁平上皮細胞においてp16ink4a免疫染色陽性細胞と陰性細胞の細胞学的差異を検討し、高リスクHPV感染を疑い得る所見を明らかにする。

【方法】2016~17年の液状検体法(LBC-PREP)で作製した子宮頸部細胞診標本(萎縮像標本を除く)中の異型細胞、各々ASC-US219細胞/30例、LSIL97細胞/12例、ASC-H18細胞/3例、HSIL97細胞/9例を対象とした。異型細胞を写真撮影後、p16ink4a免疫染色(以下p16染色)を行い陽性率を算定、陽性細胞と陰性細胞の核面積、クロマチン増量、核形不整について比較検討した。またHPV感染所見細胞のみを対象に、陽性細胞と陰性細胞のコイロサイト、多核化、異常角化、スマッジ核の各割合を検討した。

【結果】p16染色陽性細胞率はASC-US12.3%、LSIL20.6%、ASC-H11.1%、HSIL40.2%と、ASC-Hを除いて判定と共に上昇した。核面積にて、ASC-USの陽性細胞は陰性細胞に比べ有意に高値であった(平均値127.0 μm^2 vs. 99.3 μm^2 , $p < 0.05$)。HSILでも陽性細胞は陰性細胞に比べ大きい傾向にあった(平均値124.0 μm^2 vs. 101.9 μm^2 , ns)。一方、LSIL、ASC-Hに有意差はなかった。クロマチン増量、核形不整、各HPV感染所見ではいずれの判定にも有意差はなかった。

【総括】核面積の大きい異型扁平上皮細胞は高リスクHPV感染を疑い得る所見であり、特にASC-USで留意することが肝要と思われた。

PT-27 会陰部に発生した血管肉腫の 1 例

公益社団法人地域医療振興協会公立丹南病院医療技術部臨床検査室¹⁾, 福井県立病院病理診断科²⁾, 公益社団法人地域医療振興協会公立丹南病院臨床検査室³⁾

○山内美紗代 (CT)¹⁾, 海崎泰治 (MD)²⁾,
岡山はるみ (CT)³⁾, 舘田 寛 (CT)³⁾

【はじめに】血管肉腫は軟部肉腫の 1~2% と稀な腫瘍である。好発部位は頭頸部や顔面の皮膚で、それ以外での発生は極めて稀である。今回、会陰部血管肉腫症例にて捺印細胞診を施行し、特徴的な細胞像を得たので報告する。

【症例】80 代男性。右会陰部腫瘍を自覚し、4 か月後当院受診。MRI にて右会陰部皮下に約 2 cm の腫瘍を認め針生検を施行。翌月に外科的生検を施行し血管肉腫と診断。その後経過観察。初診より 4 年 8 か月後に再び皮下腫瘍を自覚し、前回手術瘢痕付近の皮下に約 3cm の腫瘍を認め、局所摘出及び捺印細胞診施行。

【初回組織所見】異型の強い紡錐形の束状増殖が優位で、類上皮様細胞の増生部位や膠原線維束が発達し間隙に紡錐形細胞の増殖を伴う部位を認めた。腫瘍細胞間に間隙を有し血液の貯留、ヘモジデリン沈着、血管構造も認めた。核分裂像は 10/HPF。免疫染色にて CD31 (+), CD34 (+), Factor VIII (+) であり血管肉腫と診断。

【再摘出組織所見】初回と同様で血管肉腫再発と診断。

【捺印細胞所見】血性背景にライトグリーン好性無構造物質、核形不整や数個の核小体を持つ異型細胞を認めた。管腔様構造や核分裂像、紡錐形細胞の束状増殖集塊、赤血球内包像、印環細胞様形態や ICL 様構造も認めた。以上より血管肉腫と推定。

【まとめ】一般的に血管肉腫は細胞像が多彩で診断が難しいとされるが、特徴的な所見に着目することで細胞診でも血管肉腫の推定が可能であると考えられた。

婦人科 3

PT-28 子宮肉腫を疑われた High-grade B-cell lymphoma の一例

JA 広島総合病院産婦人科¹⁾, 広島市立安佐市民病院産婦人科²⁾, 広島市立安佐市民病院臨床検査部³⁾, 広島市立安佐市民病院病理診断科⁴⁾

○日比野佑美 (MD)¹⁾, 熊谷正俊 (PhD)²⁾,
御手洗賀世 (CT)³⁾, 柏原倫子 (CT)³⁾, 宮田直樹 (CT)³⁾,
阪本 聖 (CT)³⁾, 金子真弓 (PhD)⁴⁾

画像検査で婦人科系原発腫瘍が疑われる場合、完全摘出を目的とした手術または可及的腫瘍減量術を選択することが多い。一方、悪性リンパ腫と診断される場合は、外科的治療ではなく化学療法が第一選択となる。すなわち生検組織診や細胞採取量を増やして免疫染色を施行するなどして悪性リンパ腫と診断されれば、開腹手術を施行せずにすみやかに化学療法を開始できる。今回我々は、子宮肉腫を疑われた High-grade B-cell lymphoma の 1 例を経験したので報告する。症例は 70 代、女性。急激に増大する腹部腫瘍を主訴に受診。超音波検査で臍高までの腹部腫瘍を認めた。子宮頸部細胞診では、上皮系細胞に異型は見られず中型のリンパ球様異型細胞を認めたが、反応性変化か悪性リンパ腫かの鑑別は困難だった。MRI と CT から子宮肉腫を疑い手術を施行したが試験開腹に終わった。術中腹水細胞診では中型ないし大型の異型細胞を孤立性に多数認め、セルブロックの免疫染色にて悪性リンパ腫が推定された。左付属器腫瘍部の生検組織診で、中型異型リンパ球の密で均一な Starry sky 様の増殖像を認め、B 細胞マーカー陽性、BCL-2 陽性、CD10 陰性等から B 細胞性悪性リンパ腫 (Diffuse large B-cell lymphoma) と診断された。現行の 2017 年 WHO 分類では High-grade B-cell lymphoma に相当し高悪性群だった。血液内科に転科し化学療法が開始されたが、発症から 11ヶ月後に死亡した。

PT-29 子宮頸がん検診における ASC 判定例の検討

公益財団法人大分県地域保健支援センター¹⁾, 大分県立病院²⁾, 社会法人敬和会大分岡病院³⁾, 日本赤十字社大分赤十字病院⁴⁾

○杉田真一(CT)¹⁾, 平丸正宣(CT)¹⁾, 原 美喜(CT)¹⁾, 高橋由紀(CT)¹⁾, 田嶋伸之(CT)¹⁾, 長瀬ゆかり(CT)¹⁾, 谷口一郎(MD)¹⁾, 卜部省悟(MD)²⁾, 辻 浩一(MD)³⁾, 米増博俊(MD)⁴⁾

【はじめに】子宮頸がん検診（以下検診）事業や細胞診判定の評価にはいくつかの指標があり、基準値が設定されている。今回我々は、それら指標を用いて当施設の ASC 判定が適切に行われているか検討したので報告する。

【対象と方法】2013年4月～2018年3月に当施設の検診を受診した20～74歳の地域住民延べ87,851例（平均年齢57.7±12.9歳）を対象とし、各指標（要精検率、ASC率、ASC-H/ASC、ASC/SIL）について検討した。また、ASC判定例の精密検査状況を追跡し、HPV検査や組織診結果について検討した。検診標本は、主にブラシを使用しLBC法（BD シュアパス法）で作製した。

【結果】要精検率、ASC率、ASC-H/ASC、ASC/SILの基準値がそれぞれ1.4%以下、5%以下、10%以下、1.5以下であるのに対し、当施設は* 1.55%、0.71%、* 26.4%、1.07であった（*印は高値）。精密検査の結果、ASC-US判定例の高リスクHPV陽性率は46.1%で、ASC-H判定例の組織診結果は、病変CIN2以上が50.8%、CIN3以上が26.7%であった。

【考察】要精検率高値については、基準値設定後の検診状況の変化（ベセスダシステムの導入、細胞採取器具・標本作製法の変更）が影響していると考えられた。ASC-H/ASC高値の理由は現時点では不明で、細胞像の検討を含めて今後の課題と考えられた。ASC-H/ASCを除き、当施設のASC判定は概ね適切と考えられた。発表時は、年度別、年齢層別、検診歴別に分析し報告する。

婦人科 4

PT-30 low-grade serous 様成分を併存した子宮体部類内膜癌の1例

滋賀医科大学産科学婦人科学講座¹⁾, 滋賀医科大学医学部附属病院病理部²⁾

○田中佑治(MD)¹⁾, 村頭 温(MD)¹⁾, 久保卓郎(MD)¹⁾, 高橋顕雅(MD)¹⁾, 郭 翔志(MD)¹⁾, 森谷鈴子(MD)²⁾, 高橋健太郎(MD)¹⁾

症例は49歳女性、不正性器出血を主訴に受診され、子宮内膜細胞診、子宮内膜全面搔爬を施行した。病理組織検査にて類内膜癌 Grade 1 と診断、子宮内膜細胞診の判定は Class 3 であった。画像検査で子宮内膜腫瘍を認めるもリンパ節腫大を認めず、子宮体癌 IB 期類内膜癌 Grade 1 との術前診断にて準広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節郭清術、傍大動脈リンパ節郭清術を行った。術後病理診断にて腫瘍は主に類内膜癌 Grade 2 で構成されていたが筋層浸潤の深部を中心とした領域に繊細な乳頭状構造や砂粒体形成を伴う乳頭状構造など、卵巣の low-grade serous carcinoma に類似した組織像を示す部分が混在しており、low-grade serous-like component と考えられた。同成分が高度な脈管侵襲と46個の微小リンパ節転移を認めた。以上より子宮体癌 FIGOstageIIIc2, pT1bN2M0, ly1v1CY0, Endometrioid carcinoma Grade 2 with a low-grade serous-like component と診断した。同成分を持つ症例は予後不良であり術前診断の重要性は高い。本症例では筋層浸潤の奥に病変が存在したこともあり組織診で同成分を含むことは術前診断し得なかったが、今後、類内膜癌 G1 でも内膜細胞診で砂粒体を認めた場合などは本疾患を念頭に置きリンパ節郭清の考慮や、薄いスライス厚で標本作製するなど仔細な病理組織学的検討が望ましいと考えられた。

PT-31 子宮内膜癌細胞株を用いた細胞増殖マーカーとしての Cyclin A の有用性について

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹⁾, 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻²⁾, 東京医科大学病院³⁾

○堀江香代(PhD)¹⁾, 山本 颯(St)²⁾, 軽部晃平(St)³⁾,
吉岡治彦(PhD)¹⁾, 渡邊 純(MD)¹⁾

【背景・目的】Cyclin A は細胞周期制御蛋白の1つであり, 様々な腫瘍細胞の増殖促進や子宮内膜癌における予後因子としての報告はあるが, 細胞増殖マーカーとしては未だ確立されていない。本研究では子宮内膜癌細胞株を対象として, 現在細胞増殖マーカーとして広く用いられている ki-67 との比較を行い子宮内膜癌における Cyclin A の細胞増殖能マーカーとしての有用性を検討した。

【方法】子宮内膜癌細胞株 Ishikawa(G1)と HEC50B(G3)を対象とし FCM を用いた Cyclin A, Ki-67 発現解析, 細胞周期解析および免疫細胞化学染色による Cyclin A, Ki-67 核陽性率の算出を行った。

【結果】FCM 解析において Cyclin A 発現は Ishikawa, HEC50B 両細胞株ともに静止期の 144h と比べ対数増殖期の 48h で有意な高値を示した。また, 48h における細胞株の比較で HEC50B は Ishikawa と比べ有意な高値が認められ, いずれも細胞増殖曲線による倍化時間を反映した結果を示した。一方 Ki-67 発現は両細胞株ともに 48h と 144h の比較及び 48h における細胞株の比較で有意な差は認められなかった。また, 同様に免疫細胞化学染色の結果も Cyclin A 発現は細胞増殖能の違いによる有意な差を認めたが, Ki-67 発現に有意な差は認められなかった。

【総括】子宮内膜癌細胞における Cyclin A 発現は Ki-67 に比べ, 増殖能の高い細胞状態や G1-S チェックポイントを通過した細胞で特異的に発現していることが示され, 細胞増殖能を反映した優れた細胞増殖マーカーとなる可能性が示唆された。

◇一般演題・口演

O-1-1 子宮体癌の腹水細胞診陽性症例の検討

徳島大学産婦人科¹⁾, 徳島大学病理部²⁾

○阿部彰子(PhD)¹⁾, 西村正人(PhD)¹⁾,
峯田あゆか(MD)¹⁾, 森河由里子(CT)²⁾,
坂東良美(PhD)²⁾, 上原久典(PhD)²⁾, 苛原 稔(PhD)¹⁾

【緒言】子宮体癌進行期分類について FIGO2008 分類から腹水細胞診が除外され, 進行期の決定に腹水細胞診は考慮されなくなった。その一方で, 細胞診陽性については報告が必要であるとされている。今回, 子宮体癌で腹水細胞診陽性例について検討を行った。

【方法】2010年から2018年12月までに当院で子宮体癌および癌肉腫に対して初回治療として手術を施行した300例について後方視的に検討した。

【結果】腹水細胞診偽陽性17例(5.7%), 陽性44例(14.6%)にみられた。陽性例の組織型別内訳は類内膜癌 G1-2 19例, G3 7例, 漿液性癌12例, 癌肉腫6例であった。病変子宮限局症例は23例(pT1A 12例, pT1B 7例, pT2 4例), 子宮外進展症例(pT3-4)は21例, N1 14例であった。pT1-2の23例中再発を6例(漿液性癌2例, 癌肉腫3例, N1 1例)で認めた。病変子宮限局の類内膜癌 G1-2 症例では再発は認めなかった。pT3-4の21例中再発を13例(G2 2例, G3 2例, 漿液性癌8例, 癌肉腫1例)に認めた。

【結論】今回の検討では, 子宮体癌・癌肉腫腹水細胞診陽性の19例(43.2%)に再発を認めた。腹水細胞診陽性の予後予測は, 他の予後不良因子(G3, 特殊型, 子宮外進展)で予測可能であった。

0-1-2 子宮体部類内膜癌 G1 および G2 における腹腔内細胞診陽性例の検討

北里大学病院産婦人科

○古川正義(MD), 岩瀬春子(PhD), 田雑有紀(PhD), 高田恭臣(PhD), 新井正秀(PhD), 恩田貴志(PhD)

【背景】腹腔内細胞診の結果は子宮体癌進行期分類(FIGO2008)から除外され, 術後リスク分類(ガイドライン2013)からも除外された。腹腔内細胞診が陽性の場合, リンパ節郭清や術後追加治療の要否の判断に苦慮することがある。

【目的】G1/G2 類内膜癌において腹腔内細胞診陽性の臨床病理学的意義について検討すること。

【対象と方法】2005-2013年に先行治療で子宮全摘を行い, G1/G2 類内膜癌と診断された365例(G1:281例, G2:84例, 細胞診陽性:45例(P群), 陰性:320例(N群))を対象とし, 後方視的に調査, 検討を行った。臨床病理学的因子の分布の解析にはFisherの正確確率検定, 生存期間の解析にはKaplan-Meier法とLog-rank法を用いた。

【結果】年齢中央値は56歳(27-83歳), 進行期は, I/II/III/IV期が各290/25/47/3例, 観察期間中央値は61カ月(1-130カ月)であった。付属器転移例($p=0.0002$), リンパ節(LN)転移例($p=0.0034$), 遠隔転移例($p=0.0018$)では腹腔内細胞診が有意に高率であったが, 大網転移との関連は認めなかった。また, 高リスク(H)群では, 腹腔内細胞診陽性例で有意に予後不良($p=0.0028$)であったが, 中リスク(M)群, 低リスク(L)群では細胞診の結果による予後の違いは認めなかった。

【考察】P群ではN群に比較してLN転移陽性率が高く, 郭清などの適切な評価が重要と考えられた。L/M群で腹腔内細胞診結果による予後の違いは認めなかったが, 術後補助化学療法の効果の可能性もあり更なる検討を要する。

0-1-3 子宮内膜癌における鏡視下手術中に施行した腹水細胞診の検討

大阪医科大学産婦人科¹, 大阪医科大学病理学教室²

○田中智人(MD)¹, 丸岡 寛(MD)¹, 藤原聡枝(MD)¹, 田中良道(MD)¹, 佐々木浩(MD)¹, 恒遠啓示(MD)¹, 山田隆司(MD)², 大道正英(MD)¹

【背景】近年, 早期子宮内膜癌に対する鏡視下手術の割合が増加しているものの, マニピュレーターの使用や卵管結紮などの手技は統一されておらず, 術中の腫瘍散布や予後に対する影響は不明な点が多い。

【方法】当院で術前診断が再発 low risk と推定されるI期の子宮内膜癌に対して鏡視下手術を施行した176例に対して, 手術開始時, リンパ節摘出後, 子宮摘出後にそれぞれ腹水細胞診を施行した。マニピュレーターは使用せず, 95例は手術開始時に卵管結紮を行い, 81例は卵管結紮を施行しなかった。腹水細胞診による腫瘍散布と臨床的予後を検討した。

【結果】手術開始時の腹水細胞診は176例中30例が陽性であった。手術開始時の腹水細胞診が陰性であった146例のうち5例が子宮摘出後の腹水細胞診で陽性となったが, 卵管結紮の有無による陽性転化率に差はなかった(3.8% vs. 3.0%)。リンパ節摘出後に腹水細胞診が陽性となった症例はなかった。術前診断で再発 low risk であったものの術後病理診断で再発 high risk となった症例が, 手術開始時腹水細胞診陽性例では23例(77%), 子宮摘出後陽性転化例では4例(80%)であったのに対して手術開始時, 子宮摘出後ともに陰性症例では111例(20%)であった。

【結論】子宮内膜癌においては, 術前診断が再発 low risk であっても, 手術開始時のみならず, 子宮摘出後に腹水細胞診が陽性となった症例では, 術後に再発 high risk となる症例が多いため, 注意深い腹腔内観察が必要と考える。

O-1-4 MPA 療法中に行う複数回の子宮鏡検査が腹水細胞診へ与える影響についての検討

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室

○平野卓朗(MD), 山上 亘(MD), 真壁 健(MD),
坂井健良(MD), 早乙女啓子(MD), 同前 愛(MD),
南木佳子(MD), 千代田達幸(MD), 野村弘行(MD),
片岡史夫(MD), 阪埜浩司(MD), 青木大輔(MD)

【背景】子宮体癌や子宮内膜異型増殖症(AEH)に対する妊孕性温存目的の高用量黄体ホルモン療法(MPA療法)において, 病変の局在や治療効果の確認等を目的として, 当科では子宮鏡検査を施行しているが, 一方で, 子宮鏡検査は経卵管的に腫瘍細胞を腹腔内に散布させる危険性も指摘されている. 今回 MPA 療法中の患者に施行した子宮鏡検査が腹水細胞診に与える影響につき検討した.

【方法】2008~2017年に当院で初回 MPA 療法を開始し, 最終的に子宮摘出を行った子宮体癌 I A 期相当類内膜癌 G1 (IAG1) および AEH の 39 例を対象とした. 臨床病理学的背景および子宮摘出に至るまでに行った子宮鏡検査(子宮鏡手術を含む)の回数や, 子宮摘出時に採取した腹水細胞診の結果について, 倫理委員会承認のもと, 後方視的に検討した.

【結果】MPA 療法開始時の年齢中央値は 37 (24-44) 歳で, I AG1 30 例, AEH 9 例であった. 子宮摘出の理由としては MPA 療法での病変非消失 4 例, 子宮内再発 19 例, 重複癌発症 2 例, 妊孕性温存希望の消失 14 例で, 子宮外再発は 1 例も認めなかった. 子宮鏡検査の施行回数中央値は 4(2-12)回であり, 最後に行った子宮鏡検査から子宮摘出までの期間の中央値は 4(1-66)ヶ月であったが, 子宮摘出時の腹水細胞診陽性例は 1 例も認めなかった. 子宮摘出後の観察期間中央値は 31(2-90)ヶ月であり, 1 例のみ腔断端再発を認めた.

【結論】MPA 療法中に複数回の子宮鏡検査を施行しても, 腹腔内に病変を散布する危険性は軽微であることが考えられ, 子宮鏡検査を行う有用性が上回ると考えられた.

O-1-5 早期子宮体癌における腹腔細胞診に関する検討

札幌医科大学附属病院婦人科¹⁾, NTT 東日本札幌病院²⁾

○西村庸子(MD)¹⁾, 松浦基樹(PhD)¹⁾, 玉手雅人(PhD)¹⁾,
寺田倫子(MD)¹⁾, 郷久晴朗(PhD)¹⁾, 寺本瑞絵(PhD)²⁾,
岩崎雅宏(PhD)¹⁾, 齋藤 豪(PhD)¹⁾

子宮体癌における腹腔細胞診の結果は進行期の決定に考慮されないが, 独立した予後因子になるとするいくつかの報告もあり, 特に早期症例における腹腔細胞診と予後との関係については結論が得られていない. 今回我々は, 術前 1A 期の診断で腹腔鏡下手術を行い, 術後病理でも 1A と診断された症例の腹腔細胞診に関して検討した. 2014 年 4 月~2017 年 4 月に術前 1A 期の診断で腹腔鏡下子宮全摘, 両側附属器摘出術(症例によっては骨盤リンパ節郭清)を行った 46 例について検討した. 46 例のうち, 4 例(8.7%)は腹腔細胞診が陽性であった. 4 例のうち, 1 例は脈管侵襲陽性であり, 3 例は脈管侵襲陰性で, その他のリスク因子も認めなかった. 4 例のうち, 2 例は術後化学療法が行われ, いずれも再発は見られていないが, 術後化学療法を行わなかった 2 例はいずれも再発し, 1 例は骨盤リンパ節に再発, もう 1 例は腹膜播種再発であった(再発率 50%). 腹腔細胞診が陰性であった 42 例の中で再発をきたした症例は 2 例(再発率 4.8%)あり, 1 例は肺転移, もう 1 例は腹膜播種再発であった. 腫瘍が子宮に局限している 1A 期でも腹腔細胞診陽性例は 50%で再発が認められており, 術後補助療法の必要性など, 今後さらなる検討が必要である.

0-1-6 子宮体癌における腹水細胞の意義—G3および特殊型症例では再発に関与する—

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター臨床検査科²⁾, 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科³⁾

○大亀真一(MD)¹⁾, 横山貴紀(MD)¹⁾, 藤本悦子(MD)¹⁾, 友野勝幸(MD)¹⁾, 田中慎一(CT)²⁾, 岡本奈美(CT)²⁾, 山本珠美(CT)²⁾, 寺本典弘(MD)³⁾, 竹原和宏(MD)¹⁾

【目的】2011年に日産婦進行情形分類が改訂され, 子宮体癌における腹腔細胞診陽性は進行情形分類に反映されず, 参考所見となった。子宮体癌ガイドラインでも, リスク因子として挙げられていない。しかし, これまでに腹腔内細胞診陽性であることが独立した予後不良因子であるという報告もあり, 今後も経過観察における重要な因子である可能性も考えられる。

【方法】2006年から2015年に同意を得て, 初回治療として子宮全摘術を施行した子宮体癌のうち, 肉眼的に残存腫瘍がなく, 手術進行情形分類がI~III期, 組織型は癌肉腫を含めず, 類内膜癌G3あるいは特殊型である105例を対象とした。子宮体癌再発における腹腔細胞診と他の予後不良因子との関連について検討した。単変量解析はログランク検定, 多変量解析ではcox比例ハザードモデルを使用した。

【結果】単変量解析では腹水細胞診陽性(P=0.0039), 深い筋層浸潤(P=0.10), 脈管侵襲陽性(P=0.16), リンパ節転移陽性(P=0.047)が再発に関連している傾向を示した。これらの因子を用いた多変量解析では, 腹水細胞診陽性(Hazard ratio: 3.46 (1.25-9.42) P=0.018)が再発に関連する唯一の因子となった。

【結論】悪性度の高い組織型を有する子宮体癌における腹腔細胞診陽性症例では, 経過中の再発に留意する必要があると考えられた。

0-1-7 子宮体癌における腹水細胞診の意義—骨盤外の腹水細胞診は再発に関与する—

国立病院機構四国がんセンター婦人科¹⁾, 国立病院機構四国がんセンター臨床検査科²⁾, 国立病院機構四国がんセンター病理診断科³⁾

○横山貴紀(MD)¹⁾, 大亀真一(MD)¹⁾, 藤本悦子(MD)¹⁾, 友野勝幸(MD)¹⁾, 田中慎一(CT)²⁾, 岡本奈美(CT)²⁾, 山本珠美(CT)²⁾, 寺本典弘(MD)³⁾, 竹原和宏(MD)¹⁾

【背景】子宮内膜癌における腹水細胞診の再発リスクに関して統一した見解はない。さらに, 腹水細胞診の採取法においても確立した方法はなく, 施設間で差があると予想される。当院では子宮内膜癌に対する腹水細胞診は多くの症例で骨盤内(Douglas窩, 両側腸骨窩), 骨盤外(横隔膜下)に分けて採取している。

【方法】今回, 2006年から2015年に初回治療として当院で手術療法を選択し, 肉眼的に完全切除できた子宮内膜癌I期~III期の中で腹水細胞診を骨盤内, 骨盤外で採取した367例を対象とした。子宮癌肉腫および重複癌症例は除外した。統計解析にはJMPversion11によるCox-比例ハザードモデルを用い, 子宮内膜癌の再発リスク因子について後方視的に検討した。

【結果】組織型は類内膜癌Grade1 or 2, その他は各々276例, 91例。筋層浸潤<50%, ≥50%は各々280例, 87例。子宮頸部間質浸潤, 付属器 or 基靭帯 or 腔浸潤, リンパ節転移, 脈管侵襲は各々25例, 25例, 22例, 126例に認めた。腹水細胞診陽性は43例, 骨盤外の腹水細胞診陽性は16例であった。多変量解析で脈管侵襲, リンパ節転移, 骨盤外の腹水細胞診で無増悪生存期間が有意に延長していた。一方, 骨盤内の腹水細胞診で無増悪生存期間の延長は認めなかった。

【結論】骨盤外の腹水細胞診は子宮内膜癌の再発リスク因子となる可能性がある。

O-1-8 子宮頸癌における術中腹水細胞診の検討

がん研有明病院婦人科

○一瀬隆行(MD), 岡本三四郎(MD), 尾松公平(MD), 青木洋一(MD), 谷川輝美(MD), 野村秀高(MD), 的田真紀(MD), 金尾祐之(MD), 宇津木久仁子(MD), 杉山裕子(MD), 竹島信宏(MD)

【目的】子宮頸癌における術中腹水細胞診陽性の病理学特徴と臨床予後との関連について, 後方視的に検討した。

【方法】2007年1月から2014年12月までの8年間に, 当院で手術を施行した子宮頸癌 I B1 期から II B 期の 332 例(重複癌と特殊組織型を除く)を対象とした。腹水細胞診陰性群と陽性群との2群に分類し, 組織型, 尿管侵襲, 間質浸潤 $>1/2$, 腫瘍径 >4 cm, 腔壁浸潤, 子宮傍結合織浸潤, 子宮体部浸潤, 卵巣転移, リンパ節転移の有無, 無病増悪生存期間, 全生存期間について, Fisherの正確確率検定と log-rank 検定を用いて検討した。また, 全生存期間や無増悪生存期間に影響を及ぼす因子について, Cox 回帰分析による多変量解析を行った。

【結果】332 例中, 扁平上皮癌が 165 例, 腺癌(腺扁平上皮癌を含む)が 167 例で, 腹水細胞診陽性は 332 例中 11 例(3.3%)であった。扁平上皮癌で 3 例(1.8%), 腺癌 8 例(4.8%)であった。腹水細胞診陽性例は間質浸潤 $>1/2$, 腫瘍径 >4 cm, 子宮傍結合織, 腔浸潤, 子宮体部浸潤に多く, 有意差を認めた($P<0.05$)。腹水細胞診陽性群は, 陰性群と比べて有意に無再発生存期間および全生存期間が短かった(log-rank test $P<0.05$)が, 多変量解析において腹水細胞診陽性は, 独立した予後因子ではなかった。

【結論】子宮頸癌 I B1 から II B における腹水細胞診陽性は, 独立した予後因子でないものの, 腺癌で多い傾向を認め, 今後の治療戦略の一助となりえる可能性が示唆された。

O-1-9 子宮原発血管肉腫の 1 症例

神奈川県立がんセンター

○近内勝幸(MD), 小野瀬亮(PhD), 上野悠太(MD), 小澤雅代(MD), 上原萌美(MD), 内山亜弥(MD), 最上多恵(PhD), 加藤久盛(PhD)

【症例】70 歳。既往歴は 52 歳で子宮筋腫を指摘されたのみであった。2 週間前に腹痛のため前医を受診した。子宮腫瘍を疑われ当院初診となった。

【検査所見】MRI: 14cm 大の子宮腫瘍を認めた。腫瘍は T1, T2 強調で高信号, 低信号が混在し肉腫が疑われた。CT: 胸膜播種, 多発リンパ節転移が疑われた。子宮口は閉鎖し, 内膜細胞診, 組織診は採取不能であった。Hb 値は 9.4g/dL と低下していた。

【入院後経過】初診より約 2 週後に入院となった。入院時の Hb 値は 7.6g/dL と低下していた。胸部レントゲンでは右の肋骨横隔膜角がわずかに鈍の所見のみであった。入院 3 日目に腹式単純子宮全摘, 両側付属器切除術が実施された。摘出子宮は新生児頭大で子宮内腔に血腫様組織が充満していた。触診上骨盤及び傍大動脈リンパ節に多数の腫大を認めた。子宮腫瘍から捺印細胞診を採取した。

【捺印細胞診】壊死性出血性背景に明瞭な核小体を持つ異型細胞や, 紡錘形核を持つ奇怪な細胞を散在性に認めた。上皮様の細胞成分は認めず肉腫が疑われた。

【病理組織診】核小体明瞭な類円形核を持つ異型細胞が浸潤性に子宮筋層内に広がり腺腔様構造を形成し赤血球を伴っていた。CD31, CD34 が陽性, D2-40 が陰性であったため血管肉腫と診断された。

【術後経過】手術終了時の胸部レントゲンで右胸水が出現していた。抜管したものの, 術後 3 日目に Hb 値が 6.0 g/dL と低下し CT で血胸の診断となり胸腔鏡下血腫除去術が行われた。術後 17 日目には上部消化管穿孔を発生し術後 22 日目に死亡した。

【結語】子宮原発の血管肉腫は文献上稀である。本症例の捺印細胞診は希少であり報告する。

O-1-10 穿刺吸引細胞診が疑陽性であった腹壁子宮内膜症の1例

大阪市立大学女性病態医学¹⁾, 大阪市立総合医療センター婦人科²⁾, 大阪市立大学医学部附属病院病理部³⁾

○市村友季(PhD)¹⁾, 谷脇絢子(MD)¹⁾, 笠井真理(PhD)¹⁾, 村上 誠(PhD)²⁾, 川村直樹(PhD)²⁾, 塩見和彦(CT)³⁾, 角 俊幸(PhD)¹⁾

【症例】 40歳の1妊1産で、35歳時に帝王切開の既往があった。腹壁に腫瘤触知し経過観察を行っていたが、増大と疼痛を自覚したため前医を受診した。エコーで2cmの腫瘤を指摘され、同腫瘤への穿刺吸引細胞診の結果が、子宮内膜症を疑うも一部に異型細胞を認めるとのであったため当科紹介となった。MRIでは腹壁正中に、18×15mmのT1T2強調画像で低信号を示し拡散強調画像で高信号を示す腫瘤を認めた。手術を行ったところ、腫瘤は脂肪織から腹直筋鞘前葉に存在し、腹直筋鞘前葉と強固に癒着していたため一部筋鞘とともに腫瘤を摘出した。摘出標本の病理組織診断は子宮内膜症であった。

【細胞所見】 腫瘤の穿刺吸引標本は、背景比較的清で断片化した腺上皮を散見し、内膜間質を疑う細胞集塊も見られた。一部の腺上皮細胞ではクロマチン細顆粒状に増量し軽度腫大を認めた。また、軽度の重積性と辺縁にわずかなほつれも見られた。一部に扁平上皮化生もみられた。

【組織所見】 結合組織内に、内膜間質様の組織を周囲に伴う子宮内膜類似の腺管構造を認めた。腺上皮細胞に異型はみられず構造異型も伴わなかった。また間質の細胞にも異型は認められず、子宮内膜症と診断した。

【まとめ】 腹壁や鼠径部の内膜症に対する穿刺吸引細胞診は術前診断に有用であると考えられるが、細胞異型や構造異型が疑われる場合には判断に迷う可能性があると考えられた。

O-1-11 腹腔内再発後に肺転移を来したUTROSCTの一例

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター病理診断科²⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター婦人科³⁾, 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター呼吸器腫瘍科⁴⁾, 九州大学形態機能病理⁵⁾

○藤本翔大(CT)¹⁾, 小嶋健太(CT)¹⁾, 清家直樹(CT)¹⁾, 北里謙二(CT)¹⁾, 上里 梓(MD)²⁾, 瀧澤克実(MD)²⁾, 田口健一(MD)^{1,2)}, 岡留雅夫(MD)³⁾, 園田顕三(MD)³⁾, 齋藤俊章(MD)³⁾, 竹之山光広(MD)⁴⁾, 大石善丈(MD)⁵⁾, 小田義直(MD)⁵⁾

【背景】 Uterine tumor resembling ovarian sex cord tumor (以下: UTROSCT)は子宮体部に発生する卵巣性索腫瘍類似した形態を示す稀な腫瘍である。今回、我々は腹腔内再発後に肺転移を来したUTROSCTの一例を経験したので報告する。

【症例】 60代女性、十数年前に子宮腫瘍(UTROSCT)、11年後に腹腔内再発。治療後のフォロー中にCT検査にて右肺下葉と左肺下葉に増大傾向を伴う小結節を認め、治療のため右肺下葉及び左肺下葉部分切除術が施行された。

【細胞所見】 背景は清明で、類円形～卵円形、短紡錘形の細胞が孤立散在性～緩い結合性を示していた。細胞境界は不明瞭で細胞質に乏しく、核クロマチンは均一で繊細～細顆粒状、比較的明瞭な核小体と核溝を有し、一部に核内細胞質封入体や相互封入像も認められた。明らかな核分裂像は認められなかった。

【組織所見】 原発巣と同様に好酸性、淡明な細胞質を有する卵円形～多角形細胞が小胞巣状、索状構造を呈していた。免疫組織化学でER, PgR, CD99, FOXL2に陽性、Calretinin, Desmin, AE1/3, CAM5.2, Melan A, Inhibin alphaに弱陽性を示した。上記の所見よりUTROSCTの肺転移と診断された。

【まとめ】 腹腔内再発後に肺転移を来した極めて稀なUTROSCTの一例を経験した。本症例における腹腔内再発巣及び肺転移巣の細胞所見を提示し、UTROSCTの形態学的特徴を報告する。

O-1-12 Deep Learning を用いた婦人科頸部細胞診における細胞分類について

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部¹⁾, 山口大学大学院創成科学研究科電気電子情報系専攻²⁾, 福井大学医学部病因病態医学講座分子病理学領域³⁾, 山口大学大学院創成科学研究科(工学系学域)知能情報工学分野⁴⁾

○森 正樹(CT)¹⁾, 津森太亮(その他)²⁾,
稲井邦博(MD)³⁾, 平野 靖(MD)⁴⁾, 樋口翔平(MD)¹⁾,
今村好章(MD)¹⁾, 木戸尚治(MD)⁴⁾

【はじめに】Deep Learning (深層学習)とは, ヒトの神経細胞をモデル化した人工のニューラルネットワークで多層ニューラルネットワークを用いた機械学習の一分野であり人工知能(Artificial Intelligence: AI)技術で医療用画像による病変の検出支援や病理組織診断支援の実用化が進められている。今回, Deep Learning を用いた婦人科頸部細胞診における細胞画像分類について医工連携による基礎的検討を行った。

【方法】細胞画像分類は, DIGITS v6.0 (NVIDIA) の Deep Learning 用 framework 「Caffe」による AlexNet で行った。細胞画像は NILM (表層・中層・旁基底・扁平上皮化生細胞), ASC-US, LSIL, HSIL の 7 分類 800 枚 (256×256 pix, ×40, PNG) を使用し 660 枚を学習・評価用, 検証用は 7 分類 140 枚とした。学習・評価用は画像の拡張を行い 3905 枚とした。検討は 3 回行い検証した。

【結果】表層・中層, 化生細胞, HSIL は 100%。旁基底細胞は 100, 90, 95% で 3 例を化生細胞と誤認識した。ASC-US は 90, 85, 90% で中層 3 例, 旁基底細胞 2 例と誤認識し 1 例を LSIL とした。LSIL は 50, 75, 65% で 10, 5, 7 例を ASC-US とした。「NILM」と「ASC-US・LSIL・HSIL」, 「NILM」と「LSIL・HSIL」を比較した場合 91.6% と 100% であった。

【考察】ASC-US の誤認識した原因の一つに ASC-US の多様性の可能性が推察され, 今後画像データを増やすことが重要と考えられた。

O-1-13 子宮頸部扁平上皮内病変を対象とした Ki67・P16 二重免疫染色の有用性の検討

新潟市民病院病理検査科¹⁾, 新潟市民病院病理診断科²⁾

○神田杏里紗(CT)¹⁾, 苅部 豊(CT)¹⁾, 清野俊秀(CT)¹⁾,
戸田裕一郎(CT)¹⁾, 東條春菜(CT)¹⁾,
花野友梨香(CT)¹⁾, 橋立英樹(MD)²⁾, 吉田紘子(MD)²⁾,
渋谷宏行(MD)²⁾

【背景】子宮頸癌の発生は HPV 感染が原因として知られ, LSIL が主に一過性の HPV 感染であるのに対し HSIL は前癌病変としてより注意深い対応が必要とされる。LSIL から HSIL へ進展する割合は約 1 割程度といわれており, この 1 割を早期に検出する目的で Ki67・P16 二重免疫染色の有用性を検討した。

【対象】2010 年～2015 年に細胞診で LSIL と判定され, follow up された症例のうち LBC バイアルの残余検体で二重免疫染色が可能な 50 例を対象とした。平均観察期間は 41 ヶ月である。

【方法】対象の LBC バイアルの残余検体を標本化し, パパニコロウ染色を行い異型細胞に印をつけた後, 二重免疫染色を行い異型細胞の染色性を確認した。核 (Ki67) と細胞質 (P16) に, それぞれ DAB と Fast red の発色がある異型細胞が 1 個以上認められる場合を陽性と判定した。

【結果】50 例中陽性は 10 例であった。陽性群では 10 例中 9 例が follow up 期間中に細胞診または組織診で HSIL と診断されたのに対し, 陰性群では 40 例中 11 例であった。以上より, Ki67・P16 二重免疫染色陽性群は陰性群と比較して follow up 中に HSIL と診断される割合が有意に高かった。(カイ二乗検定: P=0.03)

【考察】Ki67・P16 共陽性細胞は, HPV の一過性の感染を超えて, 増殖能を有する腫瘍化した細胞と考えられている。Ki67・P16 二重免疫染色を行うことで HSIL の性格を有する異型細胞の存在をより早期に検出できる可能性が示唆された。陽性細胞の細胞像を提示し, HPV サブタイプの結果を併せて報告予定である。

O-1-14 子宮頸部細胞診における核縁肥厚を伴う核肥大細胞への p16INK4a 免疫染色の検討

杏林大学保健学部臨床検査技術学科¹⁾, 群馬パース大学保健科学部検査技術学科²⁾, フクイ産婦人科クリニック³⁾, アイ・ラボ CytoSTD 研究所⁴⁾

○飯島淳子(CT)¹⁾, 岡山香里(CT)²⁾, 簗ひろみ(CT)¹⁾, 福井 正(MD)³⁾, 藪崎宏美(CT)⁴⁾, 椎名奈津子(CT)⁴⁾, 尾野 緑(CT)⁴⁾, 藤井雅彦(MD)¹⁾, 大河戸光章(CT)¹⁾

【目的】前回の学会において、ASC-US および NILM における核肥大細胞の核縁肥厚所見は、Uniplex E6/E7 PCR assay を用いた HPV-DNA の検出結果により、ハイリスク型 HPV 感染に伴って出現する可能性があることを報告した。今回は、核縁肥厚と p16INK4a 染色反応の関連性を調べるため、ASC-US および NILM と判定した LBC 標本に存在した核肥大細胞に対して p16 染色を行い、核所見について調べたので報告する。

【検索対象・方法】対象はフクイ産婦人科クリニックで得られた子宮頸部擦過細胞浮遊液で、NILM および ASC-US と判定され、核肥大細胞を認めた症例である。比較対照に子宮頸部扁平上皮癌細胞、HeLa 229 細胞、HL60 細胞を用いた。方法は、Papanicolaou 標本において核肥大細胞を観察・画像取り込み後、脱色標本に p16 染色 (CINtec PLUS Kit) を行い、陽性となった標本における核肥大細胞の免疫染色反応性および細胞形態を確認した。

【結果】p16 染色は、扁平上皮癌細胞、HeLa229 細胞に比し弱反応であった。核肥大細胞における陽性細胞は 36.1% にみられた。また、核縁肥厚陽性、陰性における p16 染色陽性はそれぞれ 57.1%、19.2% であり、 χ^2 乗検定の結果、核縁肥厚と p16 染色反応に有意な関連性が認められた ($p < 0.01$)。

【結語】本研究の結果からも、ASC-US および NILM 標本における核肥大細胞の核縁肥厚は、ハイリスク型 HPV 感染に伴う細胞変化である可能性が示唆された。

O-1-15 重層性粘液産生上皮内病変 (SMILE) の細胞像の検討

熊本大学病院病理診断科

○竹下博士(CT), 西山尚子(CT), 佐野直樹(MD), 三上芳喜(MD)

【はじめに】SMILE (stratified mucin-producing intraepithelial lesion) は WHO 分類第 4 版にて上皮内腺癌 (AIS) の亜型に分類されており、細胞質内粘液空胞を有する細胞の重層化によって特徴づけられる。しばしば AIS や HSIL、腺扁平上皮癌と併存するが、異型が軽度であるため ASC-H あるいは NILM (未熟化生上皮) として判定されることがある。

【組織所見】組織学的に確認された 10 例の SMILE のうち 9 例が子宮頸部病変で、1 例は膈の腺扁平上皮癌と併存していた。細胞質あるいは細胞質内粘液の多寡により、HSIL/CIN3 類似の例から腺扁平上皮癌 (粘表皮癌) に類似するものまで形態に多彩性がみられた。

【細胞所見】6 例で細胞診異常あり (AGC: 3 例, ASC-H: 2 例, HSIL: 1 例) と判定していた。いずれも N/C 比が高く、クロマチン増量、核の大小不同を示す細胞集塊がみられた。集塊辺縁は軽度の配列の乱れがみられたが、AIS に特徴的な羽毛状構造は目立たなかった。3 例は細胞質内粘液を有しており、腺系病変が示唆された。NILM と判定された 4 例では、再検討の結果 2 例で AGC と判定すべき異型細胞が確認された。

【まとめ】SMILE は細胞質内粘液を有する細胞集塊の出現が特徴だが、粘液が僅少なことがある。副所見として、集塊内における核分裂像の出現や好中球の混在、アポトーシス小体の存在、2 倍以上の核の大小不同性などが挙げられた。SMILE は核異型に乏しいため未熟化生と誤認され、NILM と判定されることがあるため注意が必要である。

O-1-16 子宮頸部擦過細胞診直後の組織生検結果に基づいた ASC-H 判定細胞の形態学的特徴

杏林大学保健学部臨床検査技術学科¹⁾, 群馬パース大学保健学部検査技術学科²⁾, ころとからだの元氣プラザ³⁾

○旗ひろみ(CT)¹⁾, 岡山香里(CT)²⁾, 飯島淳子(CT)¹⁾, 栗原哲達(MD)³⁾, 石井保吉(CT)³⁾, 小田瑞恵(MD)³⁾, 大河戸光章(CT)¹⁾

【背景】ASC-H 細胞は小型異型細胞が対象であるため頸管円柱上皮細胞, 扁平上皮化生細胞, 再生性細胞などの変性小型良性細胞と鑑別困難なことがある。前回我々は CIN+ 症例を基に ASC-H の形態学的特徴を重積性集塊, 一部核縁肥厚, クロマチン濃染, 核小体有が優位な所見として認められたことを報告した。今回我々は, 組織診陰性症例で ASC-H と判定された細胞の特徴を明確にするため, 子宮頸部擦過と組織生検を同時に実施した検体を用いて形態学的解析を行ったので報告する。

【対象・方法】対象はころとからだの元氣プラザで得られた子宮頸部擦過細胞で ASC-H 判定時と同時に得られた生検組織であり陰性であった 54 症例である。また, CIN+22 症例 (CIN1: 3 例, CIN2: 9 例, CIN3: 10 例) を細胞像の形態学的比較対象とした。ASC-H の形態学的解析は細胞の出現形態, 細胞質の性状, N/C 比, 核縁, クロマチン量およびパターン, 核小体の 6 項目で行った。

【結果】陰性症例の ASC-H の小型異型細胞の形態学的特徴は, 平面的配列, 細胞質淡明, N/C 比高く, 核縁肥厚無し, クロマチン量濃染, クロマチンパターン細顆粒状, 核小体有であった。CIN+ 症例との比較検討において良性症例に特徴的な所見は細胞質淡明であった。このことから組織診陰性症例の ASC-H の小型異型細胞の多くは HE 標本上で SCJ 近傍の化生様細であることが推測された。

【結語】ASC-H から良性の小型異型細胞を除外するためには, 細胞質性状が淡明であるという細胞学的特徴に注視して判定する必要があると考えた。

O-1-17 対策型子宮頸がん検診における HPV 検査の性能評価に関する研究

愛媛大学医学部産科婦人科¹⁾, 愛媛県総合保険協会・検査部²⁾, 四国がんセンターがん予防・疫学研究部³⁾

○松元 隆(MD)¹⁾, 佐伯健二(CT)²⁾, 宇佐美知香(MD)¹⁾, 寺本典弘(MD)³⁾

現在, 主要国の子宮頸がん検診には HPV 検査が導入されているが, 本邦ではエビデンスの集積中であり, 未だ導入されていない。厚生労働省の実施する HPV 検査検証事業により本邦におけるエビデンスが確立されれば, HPV 検査の併用が推奨されることになるが, 現在, 多種多様な HPV 検査が開発されており, 検診実施施設はどの HPV 検査を実施すれば住民にとって最適なのか判断しなければならない。従来の HPV 検査はいずれも高リスク HPV の DNA を検出するものであったが, 2015 年 11 月 HPV の転写産物である E6/E7 mRNA を標的とした新たな HPV 検査であるアプティマ HPV (ホロジックジャパン社) が保険承認された。従来の DNA ベースの HPV 検査が HPV の存在のみを示すのに対し, 本検査は HPV の活動性をあらわすものである。海外では子宮がん検診における本検査の有用性が検証され, その特異度の高さから不要な精密検査を減少させる可能性が報告されている。しかしながら, 本邦では, 本検査に関して, 施設ベースでの任意型 (個別) 検診での報告は散見されるものの, 対策型 (住民) 検診者を対象にした本検査の検討はなされていない。愛媛県では 2013 年には住民検診としての子宮がん検診の 100% 液状化を達成しており, 今回, 対策型子宮頸がん検診における余剰検体を使用して, HPV-DNA 検査と HPV-mRNA 検査の性能比較を計画した。本研究は現在も継続実施中であるが, 研究実施状況について中間報告する。

O-1-18 右上葉中枢側の肺転移に対する VATS 区域切除と細胞診断

沖縄赤十字病院呼吸器外科¹⁾, 沖縄赤十字病院病理科²⁾

○宮城 淳(MD)¹⁾, 鈴木牧子(CT)²⁾,
真喜志かおり(CT)²⁾, 比嘉 讓(CT)²⁾, 石川雅士(MD)²⁾

【はじめに】2018年の乳癌診療ガイドラインでは肺転移に対し限られたケースを除き外科的治療は進められない。

【症例】52歳女性。平成17年に右A領域の乳癌に対して温存術を施行された。病理診断は粘液癌、p-II期、ER(+), Her-2(1+)であった。術後6年間ホルモン治療を行った。平成29年に右上葉中枢側に結節が出現した。経過観察にて増大傾向あるもPET検査で肺病変、他部位に集積は見られなかった。呼吸器外科へ紹介なりVATS右S2区域切除による生検を行った。粘液癌、断端陽性と診断されたため右上葉切除を追加して行った。

【スタンプ細胞診】粘液性背景に乳頭状、類円状の小集塊が浮雲状に立体的な細胞集団として出現している。腫瘍細胞の核は類円形で大小不同などの異型に乏しい。切除断端は腫瘍細胞陽性であった。

【病理所見】粘液性背景に小管状および小胞巣状の異型細胞の集塊が浮遊するように増殖しており、粘液癌の肺転移と診断された。

【考察】肺病変の診断のみであれば肺切除を行わず穿刺吸引細胞診で診断は可能と考えられる。しかしながら術後10年以上経過し、oligometastases(少数転移)であったため腫瘍を残さない術式を選択した。Paganiらは単発臓器のみにみられるoligometastasesは手術などの局所療法が予後改善に有効であると報告している。またFriedelらは手術による完全切除が基本であり長期間のdisease free interval (DFI)も予後に影響していると報告している。

【結語】転移巣の診断および根治切除の方針を決定にスタンプ細胞診が有用であった。

O-1-19 ROS1 融合遺伝子陽性肺癌 5 例の病理学的および細胞学的特徴

独立行政法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター臨床検査科¹⁾, 日立総合病院病理科²⁾

○中村晃太(MT)¹⁾, 西野香織(MT)¹⁾, 南 優子(MD)¹⁾,
坂田晶子(MD)²⁾, 柳田 篤(MT)²⁾

【はじめに】ROS1融合遺伝子は、EGFR遺伝子変異やALK融合遺伝子と同じように肺癌の重要なドライバー遺伝子の一つである。ROS1融合遺伝子の頻度は疫学的に非小細胞肺癌の約1~2%と言われている。ROS1融合遺伝子陽性肺癌(ROS1肺癌)の病理学的特徴として充実型、腺房型、篩状増殖パターンの頻度が高いとされ、細胞形態では印環細胞の形態を示すものが多いとされているが、その特徴をもたない非小細胞肺癌でもROS1融合遺伝子は検出されており、病理学的特徴のみでROS1肺癌を推定することは困難とされている。今回、ROS1肺癌と診断された5例の病理学的および細胞学的特徴について考察し報告する。

【対象】病理組織材料にてRT-PCR法でROS1融合遺伝子を検出した肺腺癌5例。細胞所見に関しては細胞像の得られた気管支鏡検体、胸水検体を対象とした。

【結果】2017年12月~2018年12月に肺腺癌と診断された81例のうち、ROS1融合遺伝子の検索を行った64例、そのうち5例でROS1融合遺伝子を検出し、頻度は7.8%であった。ROS1肺癌の発症年齢(中央値)は、35-81歳(73歳)、非喫煙者:3例、喫煙者:2例(BI:550, 300)であった。臨床病期に関しては、III B期:1例、III C期:1例、IV期:3例であった。細胞所見として5例とも乳頭状集塊や微小乳頭状集塊で出現し、細胞接着性が強く、小型核でN/C比の高い細胞所見であった。

【まとめ】ROS1肺癌に多いとされる印環細胞の形態は細胞像からは得られなかったが、小型核を有するN/C比の高い細胞が乳頭状集塊や微小乳頭状集塊を認めた。

0-1-20 非小細胞肺癌における PD-L1 陽性率に関する細胞学的検討

独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院中央検査室¹⁾, 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²⁾

○安部拓也(CT)¹⁾, 玉城真太(CT)¹⁾, 西山純司(CT)¹⁾, 立岩友美(CT)¹⁾, 豊嶋憲子(CT)¹⁾, 奥蘭 学(CT)¹⁾, 笹栗毅和(MD)²⁾

【はじめに】非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬である抗 PD-1 抗体薬の選択・効果予測には組織検体での免疫組織化学染色による PD-L1 発現陽性細胞の割合 (Tumor proportion score : TPS) の評価が必須であり, その検査には 100 個以上の腫瘍細胞が必要とされている。

【対象と方法】2017 年 1 月から 2018 年 12 月の期間に当院にて気管支生検で非小細胞肺癌と診断され, PD-L1 (22C3) 免疫染色が実施された症例のうち, 同時に採取された細胞診検体 (気管支擦過, 気管支洗浄液) においても悪性と診断された 91 症例 (腺癌 62 例, 扁平上皮癌 29 例) を対象に細胞学的検討を行った。

【結果】組織検体での PD-L1 発現は陰性 (TPS<1%) が 23 例 (腺癌 17 例, 扁平上皮癌 6 例), 低発現 ($1 \leq \text{TPS} < 49$) が 31 例 (腺癌 22 例, 扁平上皮癌 9 例), 高発現 ($50 \leq \text{TPS}$) が 37 例 (腺癌 23 例, 扁平上皮癌 14 例) であった。細胞診標本にて, 腺癌では大小不同, 大型明瞭な核小体を有した高度異型細胞が疎な結合性集塊で出現する症例において高発現を示す傾向にあった。扁平上皮癌では腺癌との鑑別に苦慮するような分化傾向の低い細胞像を呈する症例が高発現例の半数を占めていた。

【結語】腺癌, 扁平上皮癌ともに分化傾向の低い腫瘍細胞が出現する症例において PD-L1 高発現を示す傾向にあった。On-site cytology でそのような細胞を認めた場合には, 積極的な組織検体採取を促すことで PD-L1 検査に必要な腫瘍細胞量を確保できると考えられる。

0-1-21 当院における 8 年間の LBC 法尿細胞診の異型細胞症例の検討

秋田大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○三浦文仁(CT), 成田かすみ(CT), 伊藤 智(CT), 廣嶋優子(MD), 南條 博(MD)

【はじめに】尿細胞診は尿路上皮系腫瘍のスクリーニングとして普及している。しかし, 腎移植後や悪性腫瘍治療後などにより免疫抑制状態の患者様も多く, ウイルス感染細胞と腫瘍細胞の鑑別など, 良悪性の判定に苦慮することも少なくない。今回, 液状化検体細胞診 (以下 LBC) 法で作製した当院の尿細胞診成績を提示し, 異型細胞症例を中心に検討したので報告する。

【成績と対象】2010 年 10 月から 2018 年 12 月まで BD SurePath 法で作製された尿細胞診 8007 例の成績は陰性 7154 例 (89.4%), 異型細胞 544 例 (6.8%), 悪性疑い 33 例 (0.4%), 悪性 276 例 (3.4%) だった。そのうち, 組織診が施行された異型細胞 363 例を対象とし, 細胞像を検討した。

【結果】異型細胞 363 例の組織診断の内訳は良性 70 例 (19.3%), 悪性 291 例 (80.1%), 極小病変で確定診断がつかなかった 2 例 (0.6%) だった。悪性 291 例のうち, 188 例 (63.9%) は高異型度尿路上皮癌 (以下 HGUC), 93 例 (31.9%) は低異型度尿路上皮癌だった。HGUC 症例の約 60% の細胞像は, 核異型は比較的強いが, すりガラス状核を呈する細胞も混在し, ウイルス感染細胞と腫瘍細胞の鑑別が難しい異型細胞だった。また, HGUC 症例の約 30% は, 孤在性の出現で, 核形不整やクロマチン増量にやや乏しい異型細胞だった。

【考察】LBC 法においても尿細胞診の異型細胞の正確な判定は難しい。しかし, これらの細胞を異型細胞として拾い上げ, 悪性疾患の存在の可能性を臨床に伝えることは重要と考える。

0-1-22 膀胱尿路上皮癌における細胞質内小腺腔についての臨床細胞学的検討

金沢医科大学病院病理解剖部¹⁾, 金沢医科大学臨床病理²⁾

○寺内利恵(CT)¹⁾, 中田聡子(MD)²⁾, 竹中美千穂(CT)¹⁾, 水口聖哉(CT)¹⁾, 大兼政良育(CT)¹⁾, 津幡裕美(CT)¹⁾, 山下学(CT)¹⁾, 塩谷晃広(MD)²⁾, 黒瀬望(MD)²⁾, 山田壮亮(MD)²⁾

細胞質内小腺腔（以下 ICL）は時に尿細胞診標本中にみられるが、ICL が尿路上皮癌の診断や予後との関連を明らかにした報告はほとんどない。我々はこれまでに尿細胞診に出現する ICL が高異型度の尿路上皮癌に有意に多く認められることを報告した（高異型度 44.4%，低異型度 11.1%，寺内ら，臨床細胞学会誌，2009 年）。その後 10 年が経過し，少数例での検討で ICL が膀胱癌の生存率に影響することを発表した（寺内ら，泌尿器細胞診カンファレンス，黒部，2018 年）。今回我々は尿細胞診標本中の ICL が膀胱尿路上皮癌の予後不良因子であるとの仮説を基に，更に症例数を増やし検討報告する。また尿細胞診で ICL を評価する際に変性空胞を除外する必要があり，ICL の定義を明確にし，ICL のカットオフ値を定めた。対象は 2003 年から 2007 年の 5 年間に膀胱癌と組織学的に診断され，その半年前までに尿細胞診材料のあった 95 例で，細胞診標本で退色したものは再染色を施した。組織診標本は HE 染色標本と，ムチカルミン染色などの特殊染色，ムチンについての免疫組織化学を用いた。尿細胞診標本については ICL 数を算定するとともに，泌尿器細胞診報告様式 2015 に沿った細胞診の見直しを行った。組織標本については ICL 数の算定，亜型を含めた組織分類，異型度，深達度，脈管侵襲，TNM 分類について再評価した。臨床事項としては再発，転移，死亡，膀胱全摘の有無について調べた。ICL の出現頻度，ICL 数のカットオフ値，ICL と関連する臨床病理学的因子について統計的に解析する。膀胱尿路上皮癌における尿細胞診標本中の ICL 意義を明らかにしたい。

0-1-23 尿路上皮細胞集塊における集塊内好中球浸潤についての検討

福岡赤十字病院病理診断科¹⁾, 社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科²⁾

○小村和浩(CT)¹⁾, 西山憲一(MD)¹⁾, 田河賢人(CT)¹⁾, 石井萌美(CT)¹⁾, 遠矢浩隆(CT)¹⁾, 碓益代(CT)¹⁾, 半田瑞樹(MD)¹⁾, 大谷博(MD)²⁾, 中島豊(MD)¹⁾

【はじめに】反応性尿路上皮細胞と尿路上皮癌細胞の細胞集塊の鑑別には，細胞突出や細胞配列などの所見が重要であるが，上皮細胞以外の所見も鑑別に有用である。今回我々は集塊内への好中球浸潤に着目し，反応性と尿路上皮癌におけるその頻度の違いについて検討した。

【対象と方法】尿路結石に伴って反応性尿路上皮細胞の集塊が出現している症例と，高異型度尿路上皮癌で異型細胞集塊がみられる症例を各 10 症例ずつ無作為に抽出した。材料は自然尿で conventional 法にて標本を作製した。10～100 個の上皮細胞から構成される集塊を対象とし，集塊の内部に 1 個以上の好中球が見られるものを浸潤陽性とした。好中球が集塊の辺縁に付着する場合や，集塊上部に載っている場合は浸潤陰性とした。スライド上に認められる対象の集塊を全て観察し，浸潤陽性集塊の割合を算出して反応性と癌との間で比較検討を行った。

【結果】尿路結石症例では反応性尿路上皮集塊が 10～116 個見られ，そのうち浸潤陽性集塊は 0%～40.0% (平均 21.3%) 認められた。一方，高異型度尿路上皮癌症例では異型尿路上皮癌集塊が 15～281 個見られた。そのうち浸潤陽性集塊の割合は 0%～10.0% (平均 2.1%) であり，癌において有意に好中球浸潤陽性集塊の頻度が低いことが示された。

【考察】尿細胞診において尿路上皮細胞集塊への好中球の浸潤頻度が良悪性の鑑別の一助となる可能性が示された。好中球の浸潤を有する尿路上皮細胞集塊の割合が低い場合には，良性の場合も悪性の場合もあり得るが，高い場合には，反応性の可能性が高い。

O-1-24 尿細胞診の精度管理：尿細胞診 3 年分の組織像と照らした再検討

佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹, 佐賀大学医学部臨床検査医学講座²

○田中祐也(CT)¹, 甲斐敬太(MD)¹, 北村 捷(CT)¹, 陣内慶大(MT)¹, 榎崎さやか(CT)¹, 龍由希子(CT)¹, 中村光男(CT)¹, 末岡榮三朗(MD)², 相島慎一(MD)¹

【はじめに】尿細胞診は頻度が高く、判定・報告の標準化が重要となる。尿細胞診報告の標準化を目的として、泌尿器細胞診報告様式が作成されたが、当院では 5 段階および 3 段階分類を併用して用いてきた。今回、新報告様式を導入するにあたり、これまでの尿細胞診の精度を検証するために、3 年分の尿細胞診検体の再検討を行った。

【対象と方法】対象は 2015 年から 2017 年の尿細胞診 2029 検体のうち、組織像との対比が可能であった 346 検体 333 症例。これら 333 症例の最終判定は、陰性 195 例(58.6%)、疑陽性 54 例(16.2%)、陽性 84 例(25.2%)であった。疑陽性例を除いた 279 症例に関して、実際に組織診で尿路上皮癌が存在したか否かを検討した。

【結果】279 症例のうち、組織診の結果と細胞判定が食い違っていた症例は 121 例存在した。それらの細胞診検体を再検討したところ、54 例は異型細胞を検体内に指摘できないサンプリングエラーであり、26 例は異型細胞の見落とし、41 例が異型細胞の読み誤りであった。最終的に、サンプリングエラーを除く 67 例が偽陰性で、組織検討 333 例中 20.1%、全細胞診検体中 3.3%を占めていた。その一方、偽陽性の症例は 1 例もなかった。

【考察・まとめ】今回の検討で、自施設の尿細胞診の判定が under diagnosis の傾向にあることが明らかとなった。偽陰性例 67 例に関しては、検査士全員で検討会を行い、ガイドライン等と照らした異型細胞の判定基準の再確認を行った。定期的に組織像と照らして自施設の細胞判定基準の再検討を行うことは、尿細胞診の精度管理を行う上で極めて重要と考える。

O-1-25 Squamous papilloma から、5 年後に浸潤性扁平上皮癌を生じた 1 症例

製鉄記念八幡病院検査部¹, 製鉄記念八幡病院病理診断科², 製鉄記念八幡病院泌尿器科³, 独立行政法人国立病院機構大分医療センター病理科⁴

○奈良定志織(CT)¹, 黒枝瑠菜子(CT)¹, 濱崎有実慧(CT)¹, 尾坂明美(CT)¹, 西堂園紀子(CT)¹, 土器若穂(CT)¹, 下釜達朗(MD)², 奥村幸司(MD)³, 森内 昭(MD)⁴, 金城 満(MD)¹

【はじめに】膀胱の良性扁平病変の予後、生物学的態度については、不明な点が多い。良性扁平上皮病変については、同時にあるいは異時に悪性腫瘍を合併するとの報告がある。今回、squamous papilloma の 5 年後に浸潤性扁平上皮癌を生じた症例を報告する。

【症例】90 歳代女性。約 10 年前より頻尿などの症状で近医に通院中であった。201X 年、当院泌尿器科に紹介され、細胞診で、扁平上皮が多数認められ、中に atypical squamous cell が混在したため、TURBT が施行された。組織診断は、squamous cell papilloma であった。5 年後に肉眼的血尿があり、細胞診で、角化を伴う atypical squamous cell が多数認められ、扁平上皮癌と診断した。TURBT の結果、invasive squamous cell carcinoma と診断された。年齢を考慮して、放射線治療が施行された。

【考察】Keratinizing squamous metaplasia (女性の三角部以外)は、同時性あるいは異時に膀胱癌(扁平上皮癌、尿路上皮癌など)を発症することがあり、前癌状態ととらえられている。今回の症例では、squamous cell papilloma が先行しており、これらの病変も前癌病変である可能性がある。

【まとめ】Squamous metaplasia, squamous cell papilloma などの良性扁平上皮病変は、膀胱悪性腫瘍の前癌病変である可能性があり、経過観察の必要があると考えられる。

O-1-26 体腔液に出現した形質細胞様型尿路上皮癌の一例

社会医療法人河北医療財団河北総合病院病理診断科¹⁾,
日本医科大学付属病院病理診断科²⁾

○小林美保(CT)¹⁾, 坂谷貴司(MD)²⁾, 川名展弘(CT)¹⁾,
小坂達朗(CT)¹⁾, 寺澤憲昭(CT)¹⁾, 鈴木純子(CT)¹⁾,
遠藤 崇(CT)¹⁾, 西川直樹(CT)¹⁾

【はじめに】泌尿器由来の悪性細胞が体腔液に出現する頻度は非常に低く1%未満である。今回、我々は体腔液に出現した異型細胞の組織型推定に苦慮した形質細胞様型尿路上皮癌 (Urothelial carcinoma, plasmacytoid variant: UCPV) の一例を報告する。

【症例】85歳男性。既往歴として5年前に他院にて膀胱癌の診断、抗癌剤治療が行われていた。現病歴は体動時の呼吸困難で近医受診、心嚢液貯留の心不全疑いで当院紹介受診された。心嚢液細胞診にてClass V malignant cells の診断。半年後、胸水貯留を認め、胸水細胞診にて心嚢液と同様の異型細胞が出現していた。その後転院となり2ヶ月後に永眠された。

【細胞所見】血性背景に異型細胞が孤立散在性に多数認められた。それらの異型細胞は核中心性～偏在性、核形不整を示し微細クロマチンで核小体を1～数個有していた。細胞質は豊富であり、核周囲がライト緑好染で辺縁では淡染性を呈していた。明らかな粘液や角化は見られず、アルシアン青染色では細胞質辺縁を縁取る様に染色された。

【他院の膀胱組織所見】UC G3 結合性を欠いた異型細胞が結節状に増殖し固有層に浸潤。細胞の一部は印環細胞様形態を示す。筋層浸潤はないが静脈侵襲を認める。

【結語】尿路上皮癌の体腔液出現は非常に稀であり粘液産生や角化等の特徴的な細胞所見に乏しく組織型推定に難渋する。しかし本症例の様な形態の特徴を有した組織型である場合には既往歴や免疫組織化学的所見等を加味する事で、UCPV の推定もある程度可能である。稀であっても形態の特徴の把握が重要であると考えた。

O-1-27 尿、胸水検体に出現した腺癌細胞の診断に PSA 免疫染色が有用であった前立腺癌の1例

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

○小堺智文(CT)¹⁾, 原美紀子(MT)¹⁾, 岩本拓朗(MT)¹⁾,
太田浩良(MD)²⁾

【緒言】尿、胸水中に腫瘍細胞が出現し、セルブロック(CB)での免疫染色が診断に有用であった前立腺癌の1例につき、その組織像、細胞像を提示する。

【症例】70歳代男性。PSA 高値を指摘され、前立腺生検にて前立腺癌と診断。MRI で精嚢浸潤と骨盤内リンパ節転移が疑われ、ホルモン療法と化学療法で治療中であった。経過約7年後に実施された尿検査にて尿潜血(5-9/HPF)を認め、尿細胞診で悪性と診断された。後、胸水が貯留し、胸水細胞診にて悪性と診断された。経過7年10カ月で永眠された。

【前立腺生検組織像】左葉、右葉の両検体に小型腺管状、癒合腺管状構造を示す腺癌組織を認めた(Gleason score 4+3=7)。

【尿細胞像】重積性細胞集塊を形成する小型の異型細胞が観察され、核は偏在性で軽度の大小不同と明瞭な核小体を認めた。異型細胞はCBでのPSA染色が陽性であり、前立腺癌と診断した。

【胸水細胞像】小型～中型の異型細胞が核密度の高い重積性細胞集塊を形成していた。核は大小不同を示し、小型核小体が観察された。CBでの免疫染色では、異型細胞はPSAが陽性、TTF1、INSM1、chromogranin Aおよびsynaptophysinが陰性であり、前立腺癌の転移と診断した。

【総括】前立腺癌が尿や胸水に出現することは比較的稀であり、尿細胞診では尿路原発の尿路上皮癌、腺癌、小細胞癌、胸水細胞診では肺腺癌、肺小細胞癌との鑑別を要する。PSAは前立腺癌に特異性の高いマーカーであり、尿や胸水における前立腺癌細胞の評価にはCBを用いた免疫染色は診断に有用と考える。

O-1-28 腹膜偽粘液腫患者の腹水細胞診における上皮細胞集塊の臨床的意義についての検討関西医科大学病理診断科¹⁾, 草津総合病院²⁾○石田光明(MD)¹⁾, 西村利幸(CT)²⁾, 西海由記美(CT)²⁾, 竹村しづき(MD)²⁾, 蔦 幸治(MD)¹⁾

【方法】臨床病理学的に PMP と診断され, 手術時に腹水細胞診検査が施行された症例の細胞所見について後方視的に検討した。上皮細胞集塊の有無, 核異型度(低異型度・高異型度), 印環細胞の有無について, 予後との相関を検索した。

【結果】283 症例(女性 199 例, 男性 84 例)の原発巣は虫垂(244 症例)が最も多かった。90 例(31.8%)では粘液のみが見られ, 上皮細胞集塊は確認できなかった。残りの 193 例(68.2%)では粘液とともに, 上皮細胞集塊が確認でき, そのうち 134 例(69.4%)は低異型度, 44 例(22.8%)は高異型度, 15 例(7.8%)では印環細胞を認めた。上皮細胞集塊の存在は PMP 患者の全生存期間には影響しなかった($p=0.28$)が, 核異型度(低異型度 vs 高異型度・印環細胞)が全生存期間に関し有意な予後因子であった($p<0.001$)。

【考察】過去の少数例の検討では, PMP 患者の腹水中の上皮細胞集塊の存在が予後不良因子となり得る可能性が報告されてきた。今回の結果から, 腹水細胞中の上皮細胞集塊の存在は予後に影響はなく, 核異型度が有意な予後因子となり得ることが示唆された。PMP 患者の腹水細胞診では, 上皮細胞集塊の有無とともに, 核異型度について記載することが臨床的に重要であると考えられた。(会員外共同研究者: 賀集一平, 水本明良, 米村豊)

O-1-29 酵素標識一価 IgG 断片を利用したワンストップ迅速免疫細胞染色法の検討

京都大学医学部附属病院病理診断科

○平田勝啓(CT), 片岡竜貴(MD), 羽賀博典(MD)

【目的】術中迅速細胞診は術式を左右する重要な検査であるが, 良悪性の判断に苦慮することも多い。客観的指標として免疫染色が有用であるが, 手順の煩雑さから導入は容易でなかった。本研究では酵素標識一価 IgG 断片を利用した簡便な迅速免疫染色法を考案し, 術中診断への応用を目指して基礎的検討を行った。

【方法】材料はヒト培養細胞, 体腔液のエタノール固定標本を使用した。検出試薬は抗マウス二次抗体の一価 IgG 断片にペルオキシダーゼ(PO)標識して作製した。一次抗体はケラチン, カルレチニン, EpCAM, CD3, CD20, CD45 に対するマウスモノクローナル抗体を使用した。一次抗体と検出試薬を事前に混合して標識抗体複合体(Ab-PO)とし, 市販または自家調製抗体希釈液で希釈した。染色は室温で行い, H₂O₂メタノール(1分)/Ab-PO 反応(10分)/DAB 発色(3分)/後染色/封入とした。

【結果】CD3 以外は 20 分以内に免疫染色標本が作製できた。使用抗体濃度は通常の免疫染色法と同等から 2 倍(50~200 倍希釈)であった。同一材料のセルブロック FFPE 切片に対する通常法と比べて妥当な染色性を確認した。一方上記プロトコールで CD3 は弱いシグナルしか観察されなかった。

【まとめ】この迅速染色法は一次抗体と PO 標識一価抗体のプレインキュベーションにより, 感度低下を抑えつつ 1 ステップ検出としたことがポイントで, 術中診断への適用が期待できる。高価な機器試薬は不要である。本検討では CD3 の検出感度が低かった。抗体クローンの選択, 抗体希釈液の最適化, 多種の一次抗体の検討がさらに必要である。

O-1-30 蛍光染色を用いたタンパク質発現判定法の検討—シングルセル解析—

九州大学医学系学府保健学専攻¹⁾,九州大学大学院医学研究院保健学部門²⁾,国際医療福祉大学・福岡山王病院³⁾,社団法人高邦会高木病院予防医学センター⁴⁾

○上原俊貴(CT)¹⁾,渡邊寿美子(PhD)²⁾,前田裕亮(MT)¹⁾,加来恒壽(MD)³⁾,岩坂 剛(MD)⁴⁾

【目的】 シングルセルにおける核内タンパク質発現の判定方法に焦点をあて、客観性や再現性の高い新たな手法を検討する。

【対象と方法】 T24細胞(高異型度ヒト尿路上皮癌由来株化細胞)を使用した。p21, p27それぞれ独立して蛍光染色を行い、共焦点レーザー顕微鏡LSM700を用いて核内発現を「negative」「weak」「strong」で判定した(目視法)。さらに、画像統合ソフトウェアNIS-Elementを用いて核内の輝度積算値とその核の面積を算出、さらに「輝度積算値/核面積」の値を求め(算出法)、両法を比較検討した。

【結果】 目視法によりnegative, weak, strongと判定した細胞のp21の輝度積算値/核面積は、それぞれ 6.5 ± 3.2 , 13.5 ± 3.5 , 25.4 ± 9.6 (平均値 \pm SD)となり、正の相関を認めた。また、算出法においてnegativeとweakは分離可能であった。p27についても同様の結果を得た。

【結論】 蛍光染色におけるタンパク質の核内発現の判定を行う際、輝度積算値/核面積の値を算出することで、より客観的に、再現性良く発現強度を判定できる可能性が示唆された。

O-1-31 BCG曝露T24細胞におけるpRbとp21発現の関連性

九州大学大学院医学系学府保健学専攻検査技術科学分野¹⁾,九州大学大学院医学研究院保健学部門²⁾,飯塚病院中央検査部³⁾,国際医療福祉大学・福岡山王病院⁴⁾,社会法人高邦会高木病院予防医学センター⁵⁾

○中司 成(その他)¹⁾,渡邊寿美子(MT)²⁾,上原俊貴(MT)³⁾,加来恒壽(MD)⁴⁾,岩坂 剛(MD)⁵⁾

【目的】 BCG曝露におけるp21核内発現に対するpRb核内発現の影響を調べる。対象と方法:正常pRbを持つT24細胞と異常pRbを持つC33a細胞を使用した。T24細胞, C33a細胞ともにpRb-siRNA導入およびBCG曝露の有無(+,-)で培養し、蛍光染色後、共焦点レーザー顕微鏡にてpRb・p21の核内発現率を調べた。BCGの曝露は複数回行った。

【結果】 正常pRbを持つT24細胞にpRb-siRNAを用いても核内p21陽性率は、 $26.3 \pm 8.3\%$ から $23.3 \pm 4.1\%$ とあまり変化が見られなかったが、異常pRbをもつC33a細胞にpRb-siRNAを用いると核内p21陽性率は0%から $19.5 \pm 9.5\%$ と増加した。また、T24細胞にBCGを用いると核内pRb陽性率は $54.8 \pm 1.4\%$ から $25.7 \pm 4.3\%$ へ減少し、核内p21陽性率は $26.3 \pm 8.3\%$ から $44.0 \pm 10.8\%$ へ増加した。同様にC33a細胞に対してBCGを用いると核内pRb陽性率は $29.0 \pm 9.0\%$ から0%へ減少したが、核内p21陽性率は0%から $2.0 \pm 1.0\%$ とあまり変化がみられなかった。そこでpRbとp21の同一核内の発現についてより詳しく関係を調べた。その結果、C33a細胞にpRb-siRNAを用いると、核内p21単独発現は0%から $14.5 \pm 7.3\%$ へ増加することが分かった。

【結論】 異常なpRbは、正常pRbよりp21の核内発現を抑制している可能性が示唆された。よってpRbのmutationの有無は、BCG療法効果としてp21の核内発現に影響すると考えられる。

O-1-32 BD サイトリッチ法における固定・前処理段階で細胞崩壊を防ぐための工夫

独立行政法人国立病院機構函館病院臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構函館病院病理診断科²⁾

○奥山 大(CT)¹⁾, 木村伯子(MD)²⁾

【はじめに】当院では, BD社のサイトリッチ法によるLiquid-Based Cytology(以下, LBC)を, 従来法に併用することで, 細胞診断精度の向上を試みている。サイトリッチ法は, 従来法の細胞所見の補完という意味では有用な方法であるが, さまざまな要因で核の膨化や崩壊を来し, 細胞診断に影響を与えることがしばしば起こる。今回, 固定時間の長さ, 前処理段階である細胞洗浄操作での洗浄液の違いにより細胞崩壊を防ぐことが可能かを検討したので報告する。

【材料と方法】体腔液検体10例を使用し, 遠心後, 沈渣にサイトリッチレッド固定液(以下, CR)を添加し固定する。細胞洗浄操作後, 沈渣に精製水を添加し, スライドガラスに塗抹, 吸着させ, Papanicolaou stainを施行した。CRの固定時間は, 30, 60, 120 min, over nightとし, 洗浄液は, 精製水と血液保存液(CPD液)(以下, CPD液)を使用し, 固定時間と各洗浄液による細胞形態の経時的な変化を観察した。

【結果】洗浄液に精製水を使用した場合, 固定時間が30~120 minで, 細胞崩壊が認められ, 一方, CPD液を使用した場合, 固定時間が30~60 minでは, 細胞崩壊をわずかに認めたものもあるが, 細胞観察への影響は軽度であった。

【まとめ】LBC法は, さまざまな要因で核の膨化や崩壊を来すことがある。これらの要因として, 塗抹・吸着時の衝撃で崩壊するともいわれている。今回, 固定時間と洗浄液の種類を変えることにより, 細胞崩壊を防ぐことが可能かと考えられた。

O-1-33 LBC 残余検体を用いた遺伝子パネル検査のための基礎研究

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科病理学分野¹⁾, 鹿児島大学病院病理部・病理診断科²⁾

○赤羽俊章(CT)¹⁾, 西田ゆかり(CT)²⁾, 竹下かおり(CT)²⁾, 窪田恵美(CT)²⁾, 宿里亜李沙(CT)²⁾, 平木 翼(MD)²⁾, 北園育美(MD)¹⁾, 東美智代(MD)²⁾, 谷本昭英(MD)¹⁾

LBC 検体由来 DNA を用いて遺伝子パネル検査を行う場合, どのような抽出方法が最も効率がよいのか充分検討されていない。そこで, CytoRich Red (BD)中に長期保存し, 各社の DNA 抽出キットを用いて得られた DNA 品質の比較検討をおこなった。CytoRich Red 液 6 mL に 3 種の培養細胞を加え 4°C で 1 ヶ月, 3 ヶ月保管後, 4 社の異なる DNA 抽出キットで DNA 抽出をおこない rtPCR 法にて ct 値から算出される DNA 品質の比較をおこなった。同時にその DNA を用いて 93 遺伝子の NGS パネルキットを用いて DNA library を作成し Agilent high sensitivity dna kit で library 品質の比較をおこなった。また, 最長で 4 年間保存した ERCP で得られた LBC 残余検体を使用し, rtPCR 法にて ct 値から分解度の比較をおこなった。抽出方法および抽出する細胞量によって, DNA 分解度および収量濃度に優位差が認められたが, 3 ヶ月保管した LBC 検体由来の DNA から作成した library PCR 産物は抽出キットに関わらず, すべて 300bp 付近にピークを認め, 十分な DNA 品質であった。また 5 年間保管した検体であっても, 遺伝子パネル検査をおこなえる十分な品質であることを確認した。CytoRich Red 固定液を用いた LBC 残余検体から抽出した DNA は, 遺伝子パネル検査に使用可能な品質を維持していると考えられた。

O-2-1 LSIL と HSIL における HPV 感染細胞の多 種性に関する研究

群馬パース大学保健科学部¹⁾, 杏林大学保健学部臨床検査技術学科²⁾, こころとからだの元氣プラザ³⁾, 金沢医科大学産科婦人科⁴⁾

○岡山香里(PhD)¹⁾, 大河戸光章(PhD)²⁾,
栗原達哲(CT)³⁾, 石井保吉(CT)³⁾, 小田瑞恵(MD)³⁾,
笹川寿之(MD)⁴⁾

【目的】 HPV 検査の高い感度が注目され, HPV Primary 検診も細胞診と同等の推奨グレード B にすることが提案された. HPV Primary 検診が汎用されると, 細胞診において種々の HPV 感染細胞に関する基準などいくつかの問題点が生じることが予想される. 我々は, HPV 感染者における HPV 感染細胞出現率を明らかにすることを目的とし, LSIL と HSIL における感染細胞の出現率や多様性を調べた.

【対象・方法】 子宮頸部細胞診にて LSIL および HSIL と判定された 460 例を対象とした. HPV 感染細胞はコイロサイト, 圧排二核細胞, 二核細胞, 異角化, 多核細胞, スマッジ核, 巨細胞を対象とし, 出現率を算出した. また, HPV 感染細胞の種類数から, LSIL と HSIL の感染細胞における多様性を比較した. HPV は, Uniplex E6/E7 PCR assay にて HPV-DNA 検査を実施した.

【結果】 HPV 感染細胞の種類数の平均値は LSIL3.8, HSIL2.3 であり, t 検定の結果有意差が認められた ($p < 0.001$). HPV 感染細胞未出現症例は LSIL1%, HSIL12%であった. 最も多く出現していた HPV 感染細胞は LSIL, HSIL とともに圧排二核細胞であった.

【考察】 SIL 症例では約 90%に何らかの HPV 感染細胞が出現しており, CIN を検出するうえで HPV 感染細胞を注視する必要性が再認識できた. また, 細胞診は CIN2 以上の検出感度が低いことが指摘されており, 本研究において 12%存在した HPV 感染細胞未出現 HSIL が検出感度低下に関連している可能性が示唆される.

O-2-2 HPV 併用検診と HPV 検査後に細胞診を行った症例の細胞診異常の分布とその頻度

北海道大野記念病院臨床検査部病理¹⁾, 北海道大野記念病院婦人科²⁾, 株式会社ジェネティックラボ病理解析センター病理部³⁾, 株式会社ジェネティックラボ病理解析センター病理診断部⁴⁾

○土佐文大(CT)¹⁾, 笹木加奈(CT)¹⁾, 田上 稔(CT)¹⁾,
寒河江悟(MD)²⁾, 佐竹秀夫(CT)³⁾, 高木芳武(MD)⁴⁾

【目的】 欧米では HPV 検査陽性者に細胞診を行う HPV ファースト (以下 HPV F) が一般的である. 当院では 2015 年から併用検診を導入し, 2017 年には HPV F による検診を行ってきた. 今回これまでの検診による細胞診異常を両群に分けて分布や頻度を比較してみた.

【方法】 2015. 4~2018. 11 の子宮頸がん検診を併用群と HPV F 群で HPV 陰性・陽性の細胞診異常の分布と頻度を比較検討した. 材料は子宮頸部および陰部, HPV F の細胞診は直近の結果のみ対象とし, 併用細胞診陰性でその後陽性例, 併用で過去に HPV 陽性の既往例, HPV 感染および細胞診の陽性と陰性を繰り返した症例, 初回細胞診が他院実施の症例は集計から除外した.

【結果】 併用群では 316 例中 HPV 陰性 268 例で細胞診は NILM94.8%, ASCUS4.5%, ASCH0.4%, HSIL0.4%であり, HPV 陽性 48 例では NILM37.5%, ASCUS27.1%, ASCH2.1%, LSIL16.7%, HSIL14.6%, SCC2.1%であった. HPV F 群では 243 例中 HPV 陰性 192 例で NILM5.2%, ASCUS0.5%, 未実施は 94.3%であった. HPV 陽性 51 例では NILM19.6%, ASCUS21.6%, ASCH3.9%, LSIL17.6%, HSIL17.6%, 未実施は 19.6%であった.

【考察】 両群における HPV 陽性者での細胞診異常の分布と頻度はほぼ同等であった. しかし HPV F で HPV 陽性でもその後未受診も多く, 精検受診勧奨が今後の課題となった.

0-2-3 宇佐市における HPV 検査併用子宮頸がん検診 5 年間の調査報告

レディースクリニック松本醫院¹⁾, 大分労働衛生管理センター²⁾, 大分県立病院臨床検査科病理部³⁾

○松本英雄(MD)¹⁾, 高井教行(MD)²⁾, 卜部省悟(MD)³⁾

【目的】子宮頸がん検診受診率の推移と細胞診・HPV 陽性率について, HPV 検査併用検診を行った 2012 年から 2016 年までの 5 年間の調査結果について検討した。

【方法】対象は, 20 歳, 25 歳, 30 歳, 35 歳, 40 歳で, LBC 細胞採取法で細胞診とハイリスク HPV の有無を検討した。2014 年と 2015 年の 20 歳受診者は HPV ワクチン接種を受けた年代であった。

【成績】2011 年と HPV 検査を併用した 2016 年を比較すると, 受診率は全年齢平均で, 23.9%から 33.5%へ増加した。年齢別では, 20 歳で受診率 11.2%, 25 歳で 23.0%, 30 歳で 36.0%, 35 歳で 40.2%, 40 歳で 49.0% と受診率の向上を認めた。細胞診 ASC-US 以上は, 5 年間の平均で 4.9%, HPV 陽性率は 8.7%であった。HPV ワクチン接種年代の 2014 年の細胞診陽性率は 7.8%, 2015 年は 0%で, HPV 陽性率は, 2014 年は 11.1%, 2015 年は 3.1%であった。

【結論】子宮頸がん検診受診率は全体では約 10%の増加を認め, HPV 検査の陽性率は細胞診のそれより高かった。HPV ワクチン接種の効果は今後とも期待される。

0-2-4 尿 HPV 検査の有用性について—尿中 HPV 測定による子宮頸癌検診への応用—

スズキ記念病院産婦人科¹⁾, スズキ記念病院²⁾, LSI メディエンス³⁾

○田中耕平(MD)¹⁾, 赤石一幸(CT)²⁾, 及川洋恵(CT)²⁾, 佐藤いずみ(MD)²⁾, 江原 隆(その他)³⁾, 高梨真樹(その他)³⁾

【目的】子宮頸部 HPV 検査は子宮頸癌検診に有用だが, 受診者の身体的精神的負担は大きい。尿 HPV 検査は受診者の負担は少ない。子宮頸部と尿 HPV 検査を比較し, 尿 HPV 検査の有用性を検討した。

【方法】HPV 検査希望妊婦 100 例, ASC-US 11 例, CIN1, 2 32 例, LEEP 施行 10 例に子宮頸部と随意尿で HPV 検査を行った。子宮頸部は HPV DNA 「キアゲン」HCII (HC2), コバス 4800 システム HPV (C4800), アプティマ HPV(TMA)を行った。尿検体は冷蔵で提出し, 翌日, 前処理後 C4800 を実施した。妊婦は綿棒, 非妊婦はサーベックスブラシで採取し PreservCyt 液に浮遊した。

【結果】妊婦の細胞診はすべて NILM だったが, 4 例が, 16, 18 型以外の C4800 陽性だった(4.0%)。LEEP 術前 9 例が陽性(90.0%), 術後は 7 件中 16 型の 1 例のみ陽性だった。術後 HPV 陰性 6 例は尿 HPV も陰性だった。ASC-US 6 例(54.5%), CIN1, 2 21 例が HPV 陽性だった(65.6%)。綿棒採取例の β グロブリンの ct 値分布で ct 値が遅かった。子宮頸部 HPV 検査において, C4800 と HC2, C4800 と TMA, HC2 と TMA の一致率はそれぞれ 89.4%, 95.0%, 93.2%だった。子宮頸部と尿検体の C4800 による HPV の一致率は 87.8%, 陽性率 68.4%, 陰性率 94.1%であり, 陽性検体の ct 値の相関係数は 0.5489 だった。

【結論】尿 HPV 検査は子宮頸部と相関し, 子宮頸癌検診に有用である可能性が高いが, 採取法, 前処理方法に更なる工夫が必要と考えられた。

0-2-5 当施設における子宮頸がん職域検診の現状

公益財団法人福島県保健衛生協会検査部病理診断課¹⁾,
公益財団法人福島県保健衛生協会²⁾, 公立大学法人福島
県立医科大学医学部産科婦人科学講座³⁾, 埼玉医療生活
協同組合羽生総合病院⁴⁾

○三浦和也(CT)¹⁾, 添田喜憲(CT)²⁾, 鈴木御幸(CT)²⁾,
栗田和香子(CT)²⁾, 佐藤美賀子(CT)²⁾,
神尾淳子(CT)²⁾, 古川茂宜(MD)³⁾, 添田 周(MD)³⁾,
森村 豊(MD)⁴⁾, 藤森敬也(MD)³⁾

【はじめに】平成30年3月, 厚労省による「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が策定され, 職域においても対策型の地域住民検診(以下住民)と同等の精度管理が求められている。今回は, 当施設の子宮頸がん職域検診(以下職域)の現状把握を目的とした。

【対象と方法】平成27~29年度の3年間に子宮頸がん検診全受診者215,977人中, 職域17,527人(8.11%)を対象に, 年代別受診者数及び精密検査状況等について住民198,450人と比較検討した。

【結果】職域の年代別受診者割合は20~30代31.4%, 40~50代60.0%, 60代以上8.6%と若齢者が多く, 住民は各々19.8%, 34.8%, 45.4%であった。職域の要精検数は186件(1.06%)で, 精検受診率は87.6%, 未受診及び未把握率12.4%であり, がん発見率0.01%であった。住民では, 要精検数2,156件(1.09%), 精検受診率92.9%, 未受診及び未把握率は7.1%, がん発見率0.03%であった。両群の比較では, 要精検率は同等だが, 職域の精検受診率は住民より低く, 未受診及び未把握率が有意に高かった(χ^2 検定 $p=0.011$)。

【まとめ】住民検診では, 市町村医師会, 各自治体の協力の下, 結果通知や精検判定, 追跡調査を含む一元管理体制をとっている。しかし, 職域における実施体制は, 事業者や保険者に委ねられている事が多く, 精検未受診者への勧奨や追跡結果の把握が困難な例が見受けられた。職域での子宮頸がん検診では, 今回のマニュアル策定を契機に事業者や保険者と連携を図り, より質の高い検診を実施することが重要である。

0-2-6 若年における HPV ワクチン接種は子宮頸癌検診における細胞診異常の頻度を低下させる

徳島大学産科婦人科

○西村正人(MD), 峯田あゆか(MD), 阿部彰子(MD),
吉田加奈子(MD), 加藤剛志(MD), 苛原 稔(MD)

日本では HPV ワクチンはその副反応が報道され普及していない。一方で子宮頸癌の罹患率や死亡率は近年増加しており, なかでも30代のCIN3患者が急増している。本研究では子宮頸癌検診受診者における細胞診異常の頻度から, HPV ワクチンの有効性を検討した。2015年4月-2016年3月の1年間に, 徳島県内の市町村が行う対策型検診の受診者における HPV ワクチン, 性ホルモン薬, 喫煙歴の有無別に見た細胞診異常の頻度を検討した。1年間に23001人が検診を受けていた。このうち20-29歳が3609人, 30-39歳が6457人, 40-49歳が4433人であった。20-29歳におけるASC-US以上の細胞診異常の頻度は HPV ワクチン接種者で8/262(3.1%), 非接種者で121/3307(3.7%)で差は認めなかったが, LSIL以上の細胞診異常は HPV ワクチン接種者で0/262(0%), 非接種者で70/3307(2.3%)と HPV ワクチン接種者で有意に低頻度であった($p=0.049$)。30-39歳, 40-49歳では HPV ワクチンの有効性は明らかではなかった。性ホルモン薬の服用の有無別では細胞診異常の頻度に差は認めなかった。喫煙歴の有無別では20-29歳で3.7% vs 1.4%, 30-39歳で2.3% vs 1.2%と喫煙歴を有する受診者でLSIL以上の細胞診異常の頻度が有意に高率であった。喫煙歴を有する場合, 子宮頸部細胞診異常の頻度が高く定期的な細胞診が必要である。若年のうちに HPV ワクチンを接種すると細胞診異常は有意に低頻度で子宮頸癌の予防効果が期待できる。

0-2-49 日本の子宮頸がん検診における HPV 検査単独法のシミュレーション—HPV 検査と細胞診の同時併用検診を導入した 8 自治体の検診データから—

福井大学医学部産科婦人科¹⁾, 鳥根県立中央病院産婦人科²⁾, 鳥取大学医学部産科婦人科³⁾, 公益財団法人ちば県民保健予防財団⁴⁾, はまだレディースクリニック⁵⁾, 北海道対がん協会⁶⁾, 自治医科大学産科婦人科⁷⁾, 佐賀大学医学部産科婦人科⁸⁾, 小樽市立病院, 北海道大学⁹⁾, 松江市立病院産科婦人科¹⁰⁾, 新百合ヶ丘総合病院産婦人科¹¹⁾

○黒川哲司¹⁾, 吉田好雄¹⁾, 岩成 治²⁾, 大石徹郎³⁾, 河西十九三⁴⁾, 濱田政雄⁵⁾, 藤田博正⁶⁾, 藤原寛行⁷⁾, 横山正俊⁸⁾, 櫻木範明⁹⁾, 紀川純三¹⁰⁾, 鈴木光明¹¹⁾

世界の子宮頸がん検診法は, 細胞診単独法から HPV 検査を導入した方法へとパラダイムシフトが起こっている。その HPV 検査導入法では, 「HPV 検査と細胞診の併用検診」と「HPV 検査単独法」の 2 つが推奨されている。後者は, 前者と比較して特異度の高さから注目されているが, 感度の低下が危惧されている。本研究の目的は, 「HPV 検査単独法」導入により拾い上げられなくなる, 「HPV 検査陰性で細胞診異常者」について検討することである。対象は, 日本で「HPV 検査と細胞診の併用検診」を導入した 8 つ(北海道・栃木・千葉・福井・鳥取・鳥根・佐賀・宮崎)の地域の 115,273 名の検診データを利用し, 「HPV 検査単独法」をシミュレーションした。結果は, 92.6%が HPV 検査陰性者であった。陰性者の内 1.1%が, 細胞診結果が NILM 以外であった。HPV 検査陰性で細胞診 L-SIL 以上の受診者は 298 名であった。その内, CIN2 は 6.7% (20 名), CIN3 は 5.4% (16 名), SCC は 0.3% (1 名), 頸部腺癌は 0.3% (1 名), 子宮内膜癌は 3.0% (9 名) であった。CIN2 以上の 66.0%が 50 歳未満であった。CIN2 以上で 50 歳以上の 50.0%は, 子宮内膜癌であった。この結果から, 検診で発見したい CIN2 以上の受診者で, HPV 検査陰性で細胞診異常者は検診受診者全体の 0.04%と極少数であることがわかった。特に 50 歳以上では, 多くが検診対象外の子宮内膜癌であった。日本において「HPV 検査単独法」は, 諸外国同様に受け入れられる方法と考えられた。今後, 実際に対策型検診に導入し運用可能かを検討する必要がある。

0-2-7 甲状腺穿刺吸引細胞診における ThinPrep の有用性について

大阪警察病院病理科

○青木 弘(CT), 安岡弘直(MD), 金田敦代(CT), 郡司有理子(CT), 福田沙織(CT), 島田 香(CT), 磯 賢治(CT), 築山あゆみ(CT), 辻 洋美(MD), 辻本正彦(MD)

【はじめに】液状化検体細胞診は近年細胞診全般に普及してきており, 当院では甲状腺穿刺吸引細胞診に ThinPrep を導入している。今回我々は甲状腺穿刺吸引細胞診における従来法と ThinPrep の診断結果ならびに細胞像を比較検討したので報告する。

【対象および方法】従来法で診断した 2011 年の甲状腺穿刺吸引細胞診 358 結節と ThinPrep で診断した 2017 年の 308 結節について診断結果の比較を行った。病理組織診断との対比が可能な症例については組織診との一致率の比較, 及び ThinPrep 細胞像の検討を行った。

【結果】従来法の「検体不適正」を甲状腺癌取扱規程第 7 版に準じて再分類すると, 従来法における検体不適正率は 18.7%であったが, ThinPrep では 9.7%と半減した。従来法で「正常或いは良性」と診断した 26 結節は, 組織診で良性 22 例 84.6%, 悪性 4 例 15.4%であり, ThinPrep で「嚢胞液」又は「良性」と診断した 22 結節は, 組織診で良性 18 例 81.8%, 悪性 4 例 18.2%であった。「悪性の疑い」又は「悪性」と診断した従来法 49 結節と ThinPrep 26 結節は, ほとんどが組織診で悪性となった。ThinPrep の細胞像は背景がクリーンで核所見が鮮明であるが, 液状コロイドは確認されず, 大型細胞集塊は殆ど見られなかった。また, リンパ球は集団形成が目立つ傾向にあった。

【まとめ】ThinPrep 標本は細胞集塊の断片化と, コロイドや壊死が減少するなど背景所見が従来法とやや異なるが, 診断に問題はなく, 検体不適正率が減少し, 細胞観察を行いやすいなどの大きなメリットがあると考えられる。

0-2-8 穿刺吸引細胞診で甲状腺低分化癌を疑った結節の再評価

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

○鈴木彩菜(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 兼松里紗(CT)¹⁾, 田中歩紀(CT)¹⁾, 樋口観世子(CT)¹⁾, 山尾直輝(CT)¹⁾, 林 俊哲(MD)²⁾, 隈 晴二(MD)²⁾, 宮内 昭(MD)³⁾

【目的】甲状腺低分化癌は稀で、その特徴的な細胞所見が確立されておらず、細胞診で的確に推定することは困難である。本研究は、細胞診で低分化癌を疑った結節の細胞像を見直し、低分化癌と他の甲状腺内病変との鑑別に有用な所見を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】2018年に当院で甲状腺穿刺吸引細胞診が施行され、低分化癌が疑われた38結節のうち切除された22結節（低分化癌7, 非低分化癌15）を対象とし、これらの細胞診報告書と標本を見直し、組織診断結果と比較した。

【結果】細胞診で低分化癌を疑った報告書は、強く考える、疑う、可能性あり、否定できないの4つに分類され、実際に低分化癌であった頻度はそれぞれ4/4, 2/5, 1/7, 0/6であった。低分化癌以外の組織型は、濾胞性腫瘍5結節、乳頭癌3結節、甲状腺内副甲状腺腺腫2結節、その他5結節であった。細胞像を見直した結果、高頻度に認められた所見は、大型組織塊(68.2%)と濃染核(63.6%)であった。大型組織塊には集結した濾胞状集塊と島状集塊とが存在した。前者は濾胞性腫瘍で、後者は低分化癌と副甲状腺腺腫でのみ観察された。塗抹面全体に散在する裸核細胞は、副甲状腺腺腫と濾胞性腫瘍でのみ観察された。

【結語】大型組織塊や濃染核がみられた場合に低分化癌が疑われる傾向にあった。低分化癌が疑われた濾胞性腫瘍は、濾胞状集塊を島状集塊として認識していたと思われる。立体的大型集塊が採取された場合、間質成分の有無に注意し、島状集塊と濾胞状集塊を鑑別することが重要である。低分化癌と副甲状腺腺腫の鑑別には、塗抹面全体に散在する裸核細胞が有用な所見であると考えられた。

0-2-9 甲状腺髄様癌紡錘形亜型の細胞学的特徴

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院外科²⁾, 隈病院病理診断科³⁾

○兼松里紗(CT)¹⁾, 宮内 昭(MD)²⁾, 隈 晴二(MD)³⁾, 廣川満良(MD)³⁾, 林 俊哲(MD)³⁾, 山尾直輝(CT)¹⁾, 樋口観世子(CT)¹⁾, 鈴木彩菜(CT)¹⁾, 田中歩紀(CT)¹⁾

【はじめに】甲状腺髄様癌には多くの亜型あるいは非定型の所見が報告されており、それらはしばしば細胞診の診断を困難とさせている。紡錘形細胞を主体とした紡錘形亜型は比較的稀で、その細胞学的特徴に焦点を当てた報告はない。今回私たちは、紡錘形細胞を主体とする髄様癌の細胞所見について検討したので報告する。

【対象と方法】2014年から2018年の5年間、当院にて甲状腺細胞診が行われた髄様癌68結節のうち紡錘形細胞が主体であった16結節(23.5%)を対象とし、その細胞学的特徴を検討することにした。

【結果】16結節中10結節は悪性・髄様癌と報告されていた。残りは、髄様癌の疑い2結節、髄様癌と濾胞性腫瘍との鑑別が困難1結節、髄様癌と大腸癌の転移との鑑別が困難1結節、良性悪性の鑑別が困難1結節であった。多くは、背景クリーンで、アミロイド、コロイド、泡沫細胞、リンパ球は、それぞれ12.5%, 12.5%, 12.5%, 6.3%に観察された。紡錘形細胞は主として孤立散在性に出現し、充実性集塊や偽濾胞状集塊もみられた。核は短紡錘形で、核小体は目立たず、クロマチンは全結節においてごま塩状であった。二核、多核、核内細胞質封入体、大型異型核の頻度はそれぞれ37.5%, 12.5%, 25%, 25%であった。細胞質は淡染性で、細胞境界は不明瞭であった。まとめ：甲状腺髄様癌紡錘形亜型では、アミロイド、二核、多核細胞の出現頻度は一般的に報告されている通常型髄様癌よりも低いことが判明した。髄様癌を示唆する重要な所見はごま塩状クロマチンパターンであると思われた。発表では臨床所見・超音波像・他紡錘形腫瘍との鑑別にも言及することにする。

O-2-10 甲状腺穿刺吸引細胞診における遺伝子検査の有用性

新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科¹, 新潟大学大学院保健学研究科²

○林 真也(CT)¹, 土田美紀(CT)¹, 齋藤美沙紀(CT)¹, 神田真志(CT)¹, 畔上公子(CT)¹, 北澤 綾(CT)¹, 弦巻順子(CT)¹, 豊崎勝実(CT)¹, 泉田佳緒里(CT)¹, 川口洋子(CT)¹, 小林由美子(CT)¹, 渡邊 玄(MD)¹, 川崎 隆(MD)¹, 本間慶一(MD)¹, 岩淵三哉(MD)²

【はじめに】甲状腺腫瘍では組織型と関連が深い遺伝子異常 (BRAF 変異, RAS 変異, RET 再構成, PAX8/PPAR γ 再構成など) や腫瘍の進行に関係する遺伝子異常 (TERT 変異, p53 変異など) が報告され, ATA ガイドライン 2015 やベセスダシステム第 2 版では, 細胞診判定後の臨床的対応に分子生物学的検索が記載された. 遺伝子検査を行うことにより診断精度の向上や術前の診断確定に寄与するものと考えられる. 今回, 甲状腺穿刺吸引細胞診における遺伝子検査の有用性について検討したので報告する.

【対象および方法】2013~2017 年に当院で施行された甲状腺穿刺吸引細胞診で確定診断が得られず, 組織診断により乳頭癌と診断された症例のうち, 異型細胞が比較的多く採取されている 5 例を対象とした. LBC 標本 (固定液: TACAS Ruby) からマニュアルダイセクションを行い, DNA および RNA を抽出した. BRAF 遺伝子 (exon15), RAS 遺伝子 (NRAS exon2, 3, KRAS exon2, 3, HRAS exon2, 3), RET 再構成 (RET/PTC1, RET/PTC3) を検索した. BRAF 変異, RAS 変異は PCR-HRM 法および PCR-direct sequence 法, RET 再構成は RT-PCR 法により解析した.

【結果および考察】5 例全例に遺伝子異常 (BRAF 変異 V600E: 4 例, RET/PTC1 再構成: 1 例) を認めた. 乳頭癌では高頻度に遺伝子異常が検出されることから, 細胞診判定で乳頭癌と確定できない症例において, 遺伝子検査を行うことで術前に診断を確定できる症例が増加すると考えられる.

O-2-11 甲状腺孤在性線維性腫瘍の 1 例, 細胞像を中心として

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

○山尾直輝(CT)¹, 廣川満良(MD)², 兼松里紗(CT)¹, 田中歩紀(CT)¹, 鈴木彩菜(CT)¹, 樋口観世子(CT)¹, 隈 晴二(MD)², 林 俊哲(MD)², 宮内 昭(MD)³

【背景】甲状腺孤在性線維性腫瘍は稀な腫瘍で, その穿刺吸引細胞診を記載した英文報告は 10 例に満たない. 我々は甲状腺孤在性線維性腫瘍の 1 例を経験したので, その細胞像を中心として報告する.

【症例】70 代, 女性. 慢性甲状腺炎で経過観察中, 超音波検査にて, 甲状腺右葉に 10×4cm 大の, 境界不明瞭な充実性結節が認められた. 細胞診にて, 低分化癌, 髄様癌, 甲状腺内胸腺癌, 胸腺腫, 胸腺様分化を伴う紡錘形細胞腫瘍などが疑われ, 甲状腺右葉切除術が施行された. 細胞所見: 背景には炎症細胞はみられず, 紡錘形細胞と間質結合組織が一塊となった組織塊が少数出現していた. 紡錘形細胞の核は短紡錘形から類円形で, 核クロマチンは顆粒状, 核小体は目立たず, 細胞質は不明瞭であった. 核密度は低いものから高いものまで様々で, 密度が高い部では一定方向に配列する像が観察された. 間質成分は結合組織で, 毛細血管は乏しかった. 免疫染色では, CD5, PAX8, TTF-1, クロモグラニン A いずれも陰性であった. 病理所見: 甲状腺内に限局する白色充実性で, 被膜のない, 境界明瞭な腫瘍がみられた. 組織学的に紡錘形細胞は CD34 陽性で, 孤在性線維性腫瘍と診断された.

【考察】本腫瘍に定型的な細胞所見を示していたが, 既報告例と同様に推定困難であった. 鑑別すべき疾患に甲状腺内胸腺癌, 胸腺様分化を伴う紡錘形細胞腫瘍, 髄様癌があげられており, 我々も同様の疾患を鑑別にあげた.

1) 紡錘形腫瘍細胞, 2) 間質を伴う組織塊, 3) 異なる細胞密度, などの所見がみられた場合, 本腫瘍を鑑別診断の一つに加える必要があると考える.

0-2-12 呼吸器領域における迅速細胞診の現状と課題（標準細胞判定基準について）

国立療養所宮古南静園研究検査科¹⁾, 臨床宮崎²⁾

○植山雅彦(CT)¹⁾, 小坂裕之(MD)²⁾

【はじめに】 都城医療センターでは常勤の病理医師が不在のため、肺がんの術中迅速検査は細胞検査士が細胞診で判定を行い、結果を主治医に報告している。結果は主治医より手術方針に反映される。今回呼吸器領域における迅速細胞診の現状と課題について報告する。

【現状】 2015年4月～2018年12月までに呼吸器外科から提出された迅速細胞診症例は136件であった。検体の内訳は肺116件、リンパ節13件、胸水3件、胸膜2件、胸壁1件、結節1件で術中細胞診の感度は97.1%、特異度は97.0%であった。

【課題】 術中の細胞判定で誤判定を防ぐことが必要で標準細胞判定基準の作成を対策として考えた。対象症例は、肺で組織の最終診断が腺癌63例、扁平上皮癌17例、転移癌6例、良性14例で、迅速時に作製したDiff-Quik染色標本を用いた。細胞所見の検討項目は、出現している線毛を有しない上皮細胞の、核形不整、N/C比2:3以上、核の緊満感、細胞質の厚み、核の位置（偏在中心）、集塊性、弧在性、細胞数1視野400倍で20個以上（複数視野）、核の大小不同（3倍以上）の所見について検討した。

【まとめ】 悪性で核形不整、N/C比2:3以上、核の緊満感、細胞数1視野20個以上、核の大小不同の所見が80%以上の症例にみられたのに対し良性ではこれらの項目は57%～0%であった。術中迅速では腫瘍病変から細胞が採取されるため、悪性であれば異型が強く、判定は容易である。しかし、細胞異型が著明でない症例では細胞数などの所見を総合しての判定することが重要になる。これらを詳細に検討して判定基準について報告する。

0-2-13 肺腫瘍の術中迅速組織診における捺印細胞診併用の有用性についての検討

帝京大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 三井記念病院病理診断科²⁾

○宮田佳奈(CT)¹⁾, 森田茂樹(MD)²⁾, 向山淳児(CT)¹⁾, 赤嶺 亮(CT)¹⁾, 石井美樹子(CT)¹⁾, 斉藤光次(MD)¹⁾, 笹島ゆう子(MD)¹⁾, 近藤福雄(MD)¹⁾

【はじめに】 肺腫瘍の術中迅速組織診においては診断に苦慮する症例が少なからず存在する。このような症例における捺印細胞診の併用は従来より行われているが、今回我々は実際どのような症例でより効果的かを検討し、どの場面で細胞診の併用が推奨されるか、逆に推奨されない選択肢も含めて実践的に考察した。

【方法】 2016年1月～2018年2月に術中迅速組織診が行われた肺腫瘍100例において、同時に採取された捺印細胞診を対象とした。最終組織診断との一致状況を組織診と比較し、組織型別に考察した。

【結果】 手術検体における最終組織診断と術中迅速組織診が不一致または判断困難であったのは100例中10例であった。うち捺印細胞診を併用すれば診断が容易となったことが予想される症例は7例であり、その内訳は、腺系良性病変と高分化腺癌の鑑別(3例)、腺癌の確定(2例)、扁平上皮癌の確定(1例)、小細胞癌の確定(1例)であった。一方、術中迅速組織診と最終組織診断が一致しており、捺印細胞診が不一致であった9症例は、角化に乏しい扁平上皮癌(4例)、好酸性細胞質をもつ扁平上皮癌(1例)、腺癌(3例)、腺系良性病変(1例)であった。

【考察】 捺印細胞診の併用は、腺系良性病変と高分化腺癌の鑑別に有用と思われた。一方、角化に乏しいあるいは好酸性細胞質をもつ扁平上皮癌は捺印細胞診では診断が難しいことから、術中迅速組織診にて扁平上皮癌の組織型確定に迷う場合、あるいは好酸性細胞質をもつ悪性細胞が出現し組織型推定に迷う場合は、むしろ捺印細胞診の情報が誤判断につながる可能性が示唆された。

O-2-14 平成 28 年度肺癌検診喀痰細胞診の成績と発見された癌の解析

公益財団法人ちば県民保健予防財団検査部病理・細胞診断科¹⁾, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科²⁾, 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³⁾, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁴⁾

○田口明美(CT)¹⁾, 柴 光年(MD)²⁾, 金親久美(CT)¹⁾, 澁谷 潔(MD)³⁾, 中島崇裕(MD)⁴⁾, 吉野一郎(MD)⁴⁾, 藤澤武彦(MD)¹⁾

肺癌検診喀痰細胞診の早期肺癌の発見率向上を目的に、平成 28 年度の喀痰検診の成績と発見された癌について解析した。

【対象と方法】平成 28 年度の 21 市町村の喀痰集検 A 群と千葉市個別喀痰検診 B 群について、受診者の高危険群比率（喫煙指数 600 以上）・要精検率、肺癌の発見率・細胞判定（D/高度異型, E/悪性）・病期・癌確定までの期間、肺以外の癌を解析した。また肺癌 IA 期の蓄痰標本に出現した異型細胞の解析を行った。

【結果】A 群/B 群の結果は、受診者数：4,124 人/2,941 人、高危険群比率：66.9%/81.7% ($P<0.001$)、要精検率：0.29%/0.58% ($P=0.088$)、肺癌発見率 10 万対比：145 (6 例)/204 (6 例) ($P=0.571$)、細胞判定：D1 例, E5 例/D1 例, E5 例, I 期肺癌：50.0% (混合型小細胞癌と上皮内扁平上皮癌の 2 重癌-IA 1 例, 腺癌 AD-IA 1 例, 扁平上皮癌 SCC-IB 1 例)/50.0% (SCC-IA 2 例, AD-IA 1 例), 肺癌確定期間 1 年以内：83.3% (不明 1 例)/100.0%, 肺以外の癌：下咽頭癌 1 例/食道バレット癌 1 例。細胞像では胸部 CT 検査無所見 SCC の核クロマチンの濃染した小型異型扁平上皮細胞や、小型 AD における核小体の著明な小型異型腺細胞が特徴的であった。

【まとめ】喀痰検診では高危険群比率の高い受診者群で、要精検率・肺癌発見率の高い傾向があった。喀痰細胞診の異型細胞の特徴に留意することで、胸部 CT 検査無所見 SCC のみならず小型 AD の検出も可能であり、さらには食道癌の発見の契機になる可能性も考えられた。

O-2-15 肺癌を疑われたが手術によって診断がついた肺クリプトコッカス症の 3 例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科²⁾

○西野香織(MT)¹⁾, 中村晃太(MT)¹⁾, 南 優子(MD)²⁾

【はじめに】肺クリプトコッカス症は *Cryptococcus neoformans* に起因する日和見感染症である。

【対象】2010 年 1 月 1 日～2018 年 12 月 31 日に肺クリプトコッカス症の診断がついた手術例 7 例中、細胞診を実施した気管支洗浄・擦過 5 例、リンパ節穿刺 1 例、捺印細胞 3 例、を対象に検討したところ、細胞診でクリプトコッカスが認められたのは捺印細胞 3 例であったので、これらの細胞所見を検討した。

【症例】症例 1：70 代女性。心不全疑い。CT 施行したところ、肺に結節影を認め BF 施行するも悪性所見は得られず、右肺下葉切除術を施行。症例 2：70 代男性。胸部異常陰影。リンパ増殖性疾患が疑われ、BF 施行するも悪性所見は得られず、左肺下葉 VATs を施行。症例 3：60 代男性。喘息治療中に CT 施行し、肺に多発結節を認め、肺癌を疑い右肺下葉切除術を施行。

【細胞所見】多数のリンパ球を背景に、大小不同の透明な類縁形構造物を貪食したマクロファージや多核巨細胞を認めた。Pap 染色で菌体は LG に淡染され、PAS 染色で莢膜は抜けて染色された。

【組織所見】腫瘍は均一な充実性であり、リンパ球や組織球、形質細胞などの慢性炎症細胞浸潤が見られた。多核巨細胞内には 2 重の膜を有するリンパ球程度の大きさの球形物が多数認められ、PAS, Grocott 染色で陽性であった。

【結語】組織標本で見られたクリプトコッカスを貪食したマクロファージや多核巨細胞が捺印細胞標本で認められたことから、捺印細胞による細胞診は肺クリプトコッカス症の診断が可能であると考えられる。今後、術中迅速捺印細胞診への応用が期待される。

0-2-16 紡錘形細胞を混じ細胞診で組織型の推定が困難であった縦隔リンパ腫の一例

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科¹⁾, 千葉県がんセンター臨床病理部病理診断科²⁾

○加藤弘志(CT)¹⁾, 青野卓矢(CT)¹⁾, 有田茂実(CT)¹⁾,
小高亜紀子(CT)¹⁾, 川名秀忠(MD)²⁾,
伊丹真紀子(MD)²⁾

【はじめに】縦隔原発大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (Primary mediastinal large B-cell lymphoma : PMBL) は, 全非 Hodgkin リンパ腫の 2~3% 程度と比較的稀で, 20~30 代の女性に好発する。今回我々は, 他院で悪性紡錘形細胞腫瘍を疑われ, 当院で PMBL と組織診断された一例を報告する。

【症例】30 代女性。海外在任先で受診した病院での左肺上葉の生検で悪性紡錘形細胞腫瘍を疑われた。帰国後当院受診。CT 上, 前縦隔から左胸腔内に広がる 15 cm 大の腫瘤がみられ, CT ガイド下に針生検および捺印細胞診が行われた。

【細胞診】異型細胞は比較的小型で円形~類円形~紡錘形を呈し, 上皮様結合を思わせる集団や裸核様散在性に多数みられた。細胞像からの組織型推定は困難であり, 悪性小円形細胞腫瘍と報告した。

【組織診】線維化を伴い, 不整形核と淡両染色~淡明な細胞質を有する多稜形~円形~短紡錘形細胞が結合性の乏しい胞巣様や孤在性に増殖していた。低分化な癌, 悪性リンパ腫, 肉腫等が鑑別として考えられる組織像であったが, 免疫染色の結果 PMBL と診断された。

【考察】細胞診で組織型の推定が困難でリンパ腫を鑑別として挙げるができなかった理由として, 上皮様結合を思わせる集団形成, 紡錘形細胞の高頻度な混在が挙げられる。再鏡検したところ, 集団を構成する細胞の配列は不規則で, 散在性に出現している細胞と同様の細胞で構成されていた。細胞形態や発生部位から鑑別疾患を絞ることが難しい病変の場合には, リンパ腫細胞が多様な形態を取りえることを念頭に置き観察することが重要であると考えられた。

0-2-17 気管支鏡時迅速細胞診において肺平滑筋肉腫を疑った 1 例

社会医療法人大雄会総合大雄会病院技術検査科

○鈴木健太郎(CT), 寶來慎吾(CT), 中村智子(CT),
堂蘭俊太郎(CT), 宮田一史(MT), 橋本俊彰(CT)

【緒言】肺を原発とする肉腫は稀であり発生頻度は, 肺癌に対して 1% 前後と報告されている。その内, 約 30% が平滑筋肉腫とされている。今回, 我々は気管支鏡時迅速細胞診において肺平滑筋肉腫と疑った 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代 男性

【主訴】胸部異常陰影

【既往歴】なし

【臨床経過】健診時に胸部異常陰影を指摘され, 精査目的にて当院紹介受診。胸部 CT にて肺癌を疑い気管支鏡検査施行。

【画像】胸部 CT にて右上葉葉間裂に充実性腫瘤を認め, 辺縁は不整で胸膜嵌入像を認めた。

【細胞診】迅速細胞診にて, きれいな背景の中に結合性の低下した細胞を認めた。クロマチンは細顆粒状で裸核状紡錘形細胞や核のねじれをみる異型細胞を認めた。また細長く引き伸ばされた様に見える核を持つ異型細胞も見られ神経内分泌腫瘍や低分化癌, 肉腫様癌が疑われた。

【組織診】右肺上葉実質内に, 腫瘍径 30×14×25 mm の腫瘍性増殖病変を認めた。病変は, 大小をみる異型的紡錘細胞で構成され不規則に密な増殖を認めた。また, 淡好酸性の細長い胞体, 長楕円形の核を持ち, 錯綜配列傾向を認めた。免疫染色の結果も合わせ平滑筋肉腫と診断された。

【考察】肺における平滑筋肉腫は稀であり, 本症例では細胞量も少量であったことが組織型推定に苦慮した原因と考える。そのような場合でも, 結合性の低下した細胞や葉巻様核をもつ異型細胞を認めた場合, 本疾患の可能性も考慮し鏡検することが重要である。

【結語】今回, 我々は気管支鏡検査時の迅速細胞診で肺平滑筋肉腫を疑った 1 例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

O-2-18 肺類上皮血管内皮腫の 1 例

大分県立病院臨床検査科病理部¹, 大分県立病院臨床検査科検査研究部², 大分県立病院臨床検査技術部³

○和田純平(MD)¹, 卜部省悟(MD)¹, 加島健司(MD)²,
梶川幸二(CT)³, 藤島正幸(CT)³, 田中百香(CT)³,
山下佐知子(CT)³, 後藤裕幸(CT)³,
鳥越圭二郎(CT)³, 佐藤恭子(CT)³

【はじめに】類上皮血管内皮腫(epithelioid hemangioendothelioma)は血管内皮由来の稀な腫瘍で、鑑別診断は非腫瘍性病変や良性・悪性腫瘍など多岐に渡り、診断に苦慮するものと思われる。今回我々は肺に発生した類上皮血管内皮腫の 1 例を経験し、捺印標本の細胞像について検討する機会を得たので報告する。

【症例】68 歳女性。胸部 Xp で異常陰影を指摘され、当院で撮影された胸部 CT で多発肺腫瘍を認めた。転移性腫瘍疑いで全身検索されるも特記所見なく、診断目的で胸腔鏡下肺生検が施行された。

【細胞所見】軽度血性背景に、種々の N/C 比を呈する多角形・類円形・紡錘形腫瘍細胞が小集塊状～孤在性に認められた。核は軽度不整な類円形ないし楕円形で、細顆粒状のクロマチンが軽度増量し、好酸性で小さな核小体を数個認め、核内封入体が散見された。細胞質内空胞や粘液腫状の基質も散見された。

【病理所見】比較的境界明瞭な最大径 12×12 mm の灰白色結節を認めた。一部に粘液を伴いながら小型類円形・多角形・紡錘形細胞が増殖しており、細胞質内空胞を有し、空胞内に赤血球を有するものも認められた。核は軽度不整な類円形で核小体を有し、核内封入体が散見された。腫瘍細胞には免疫染色で CD34, CD31, Podoplanin などが陽性で、サイトケラチン MNF116 や CD68 は陰性であった。以上の所見から類上皮血管内皮腫と診断した。

【まとめ】類上皮血管内皮腫は日常業務で遭遇することは少ないと思われるが、核内封入体や細胞質内空胞、間質粘液の存在が手がかりとなり得る。細胞診標本での免疫染色も検討する価値があると考えられる。

O-2-19 腹腔細胞診が有用であった卵巣悪性リンパ腫の一例

聖マリアンナ医科大学産婦人科学¹, 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院産婦人科², 聖マリアンナ医科大学川崎市立多摩病院産婦人科³, 聖マリアンナ医科大学東横病院産婦人科⁴, 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科⁵, 聖マリアンナ医科大学病理学⁶

○細沼信示(MD)¹, 大原 樹(MD)¹, 横道憲幸(MD)²,
吉岡範人(MD)¹, 久慈志保(MD)¹, 出浦伊万里(MD)¹,
大熊克彰(MD)³, 戸澤晃子(MD)⁴, 島田直樹(CT)⁵,
干川晶弘(MD)⁶, 鈴木 直(MD)¹

【はじめに】術前に非上皮性悪性所見が疑われた卵巣腫瘍に対して腹腔細胞診が診断に有用であった症例を経験した。

【症例】84 才 3 妊 2 産 (54 才閉経)。左下腹・腰背部痛を主訴に近医婦人科を受診し、経膈超音波で 5 cm 大の腫瘍性病変を指摘され紹介となった。MRI で内部は T2 強調で均一な軽度高信号で拡散制限を伴い、CT では傍大動脈周囲リンパ節、左副腎に結節を伴い播種が疑われた。CA125 16.9 U/ml, LDH 447 U/L と非上皮性悪性卵巣腫瘍の可能性が示唆されたため、開腹手術での腫瘍生検による診断確定方針とした。腫瘍は左卵巣と卵管であり、子宮との連続性はなかった。腫瘍を中心に強固に癒着しており、ダグラス窩は閉鎖していた。腫瘍の摘出は困難と判断し、腫瘍生検のみ施行した。採取した腹腔細胞診からは核型不整を伴う異型リンパ球で細胞変性があり、悪性リンパ腫の可能性が示唆された。同時に施行した迅速病理組織診断でも round cell tumor を考え同様にリンパ腫が疑われた。永久組織標本では免疫組織化学上、Bcl2+, Bcl6+, CD20+ であった。血液内科へ転科となり diffuse large B-cell lymphoma と診断が確定し現在化学療法中である。

【まとめ】術前画像診断から非上皮性悪性腫瘍の所見が疑われ、手術療法により腹腔細胞診から lymphoma であることが早期に診断することが可能であった。速やかに適切な診療科に移行できたことが有意義であった。

O-2-20 2歳11ヶ月男児の木村病の一例

産業医科第二病理学講座¹⁾, 国立病院機構福山医療センター²⁾

○渡辺次郎(MD)^{1,2)}, 村山将太(CT)²⁾, 山代承子(CT)²⁾,
中桐智香子(CT)²⁾, 福田由美子(CT)²⁾,
有安早苗(CT)²⁾, 山中敏幸(MD)¹⁾

【はじめに】木村病は世界に先駆けて、日本で研究がすすんだリンパ増殖性疾患のひとつである。

【症例】2歳11ヶ月男児。全身の表在リンパ節の腫脹と、好酸球増多(>1500/ μ L), 高IgE血症(>50000IU/mL), IL2高値(1130HU/ml)にて発症。#1好酸球性白血病, #2寄生虫感染症, #3木村病などが疑われ精査された。種々の感染症の既往と, 多くのアレルギー疾患の家族歴を有した男児であった。

【画像】CTで表在リンパ節(頸部, 腋窩, 鼠径部)腫脹あり。内部に壊死を疑わせる所見はみられず, 非特異的な腫大であった。肝脾腫はなく, 頭部では左側に中耳炎の所見を認めた。

【病理】腸骨骨髓穿刺吸引細胞像: 正形成骨髓であり, 白血病の細胞は認めず, 好酸球の増多がみられた。鼠径リンパ節生検: リンパ節は3cm大にまで腫大していた。捺印細胞所見: リンパ腫を疑わせる所見はなく, 好酸球が多く認められた。同組織所見: リンパ濾胞の腫大がみられ, 濾胞過形成ないしは濾胞性リンパ腫が鑑別に挙げられたが, 胚中心細胞はbcl-2陰性でリンパ腫は否定的であった。濾胞に一致してIgEに濃染。またCD21陽性の樹状細胞の増生が認められた。皮質には好酸球性膿瘍を散在性に認めた。以上の所見により木村病と診断した。

【結語】木村病は比較的稀な疾患であり, 増殖性疾患であるため, ふだん細胞診ではあまりなじみのない疾患かと思われる。しかし, 悪性リンパ腫の鑑別疾患として忘れてはならない疾患のひとつであり, 臨床所見を加味して想起すべき疾患のひとつと考える。

O-2-21 口腔扁平上皮癌の細胞診における五指標方式(FPS)の有用性

元山梨県立中央病院病理¹⁾, 山梨県立中央病院病理²⁾, 福岡歯科大学病理³⁾

○原 仁(PhD)¹⁾, 小山敏雄(MD)²⁾, 石井恵理(CT)²⁾,
雨宮健司(CT)²⁾, 雨宮早紀(CT)²⁾, 中川美紀(CT)¹⁾,
本田智美(CT)²⁾, 朔 敬(DDS)³⁾

【目的】われわれは核異型の少ない高分化型口腔扁平上皮癌(SCC)の細胞診には, 核異型に依存するベセスダ方式(TBS)よりも角化関連細胞質所見で判定する五指標方式(FPS)を用いると診断精度が高くなることを報告してきた(Diagn Cytopathol 2017)。今回は, FPSの五指標所見は高分化型のみならず広く口腔SCC一般に共通して見出されるのではないかとという仮説を設定し, 以下の検討を実施した。

【材料と方法】2012-2016年の5年間に山梨県立中央病院で実施された細胞診症例のうち, 非腫瘍症例を対照として, TBSで, HSIL・SCCと診断された症例について, FPSの五指標: ①オレンジ細胞の同心円配列; ②多量のオレンジ細胞; ③核異型のない奇怪形細胞; ④角化球; ⑤不均質細胞内線維の出現状況を解析した。

【結果】悪性と最終診断された61例(20HSIL, 41SCC)では, 五指標の出現は①34/②39/③42/④47/⑤47例, 非腫瘍15例(7NILM, 1ASCUS, 2LSIL, 3ASCH)では, ①0/②1/③1/④1/⑤1例であった。症例ごとの①-⑤出現数合計は悪性では, 0:2例/1:3例/2:4例/3:21例/4:11例/5:19例であった。非腫瘍では, 0:10例/1:1例/2:1例/3-5:0例で, とくに, 3以上出現は非腫瘍にはなく, 悪性では52症例(85.2%)であった。

【結論】FPSの五指標所見は高分化型に限らず広く口腔SCC症例にも出現していること, またFPSを用いるとTBSによるHSIL症例がより確実に悪性判定可能であることが判明した。

O-2-22 擦過細胞診で NILM と判定し、その後の病理診断と不一致であった口腔白板症の検討

島根大学医学部歯科口腔外科学講座¹⁾, 益田赤十字病院歯科口腔外科²⁾

○秀島克巳(CT)¹⁾, 狩野正明(DDS)¹⁾, 小池尚史(DDS)¹⁾,
金子一朗(DDS)¹⁾, 大熊里依(DDS)¹⁾,
市山友子(DDS)^{1,2)}, 菅野貴浩(DDS)¹⁾

【緒言】口腔白板症は、口腔粘膜角化亢進によって生ずる板状あるいは白斑状の病変とされ、2017 年改定の WHO 頭頸部分類（第 4 版）で Potentially malignant disorders (PMDs) 12 疾患に含まれる。今回、口腔白板症の臨床診断のもと擦過細胞診を行い NILM と判定し、その後の病理診断と不一致であった症例について後方視的に検討した。

【対象と方法】2007 年 6 月～2018 年 12 月の 11 年 6 カ月間に、島根大学医学部附属病院歯科口腔外科で、口腔白板症の臨床診断により擦過細胞診を行い NILM と判定した 145 例の内、その後の経過および臨床症状により、切除生検や病変切除が行われ、病理診断がなされた全 79 例を研究対象として検討を行った。

【結果】病理診断を行った 79 例の結果は、OIN/CIS～SCC : 23 例 (29.1%), OED～dysplasia : 14 例 (17.7%), Negative : 42 例 (53.2%) で細胞診との一致率は 53.2% であった。

【考察および結論】全ての症例の細胞所見は、無核角化細胞の出現を主体とし、また扁平上皮系の有核細胞についても悪性を思わせる所見は認めず NILM と判定した。一般的に口腔細胞診の正診率は悪性腫瘍では、約 90% とされている。しかしながら、今回、正診率が 53.2% と低い結果となった。これは、多くの症例で細胞採取量が少なく判定が困難であったことが一因と考えられた。今後の課題として、口腔白板症については豊富な細胞採取を目標に、細胞採取法の標準化および統一化の推進と細胞診断基準の再検討が必要と思われる。

O-2-23 当院におけるガイドライン報告様式による唾液腺細胞診の精度管理

北里大学病院病院病理部¹⁾, 北里大学医学部病理学²⁾

○坂口 忍(CT)¹⁾, 柿沼廣邦(CT)¹⁾, 村田莉紗(CT)¹⁾,
館林妙子(CT)¹⁾, 山下和也(CT)¹⁾, 梶田咲美乃(MD)²⁾,
吉田 功(MD)²⁾, 三枝 信(MD)²⁾

【はじめに】日本臨床細胞学会細胞診ガイドラインにある唾液腺細胞診報告様式では、判定区分とその後の病理組織診断で悪性腫瘍を含む割合に目標値が定められている。当院における唾液腺細胞診の精度管理を目的として、過去症例をガイドライン報告様式により判定し、米国細胞病理学会ミラノシステムの標本適正基準について併せて考察した。

【材料と方法】2015 年から 2017 年に採取された唾液腺細胞診 201 例をガイドラインの判定区分により再判定し、それぞれの割合を算出した。さらに、細胞診施行後の手術材料病理組織診断を解析した。

【結果】検体不適正 18 例 (9%), 良性 155 例 (77%), 良・悪性鑑別困難 17 例 (8%), 悪性の疑い 4 例 (2%), 悪性 7 例 (3%) であった。検体不適正を除いた 183 例中、良・悪性鑑別困難は 9% であった。病理組織診断実施症例は 125 例で、組織診断が悪性腫瘍であった割合は標本不適正で 33% (5/15), 良性で 5% (5/92), 良・悪性鑑別困難で 23% (3/13), 悪性の疑いで 100% (2/2), 悪性で 100% (3/3) であった。

【考察】組織診断が悪性腫瘍であった良性 5 例中 3 例には腫瘍細胞がみられず、検体不適正として再検査を勧めべきであった。ガイドラインでは標本の適正に一定の基準はあるものの、鏡検者の判断に依存する部分が多い。ミラノシステムでは判定基準が詳細に明記されているため、適切な判定には本邦のガイドラインに加えてミラノシステムの標本適正基準が有用と考えられる。

【まとめ】ガイドラインによる唾液腺細胞診の判定は精度管理に有用であるが、標本の適正基準について当院での検討が必要である。

O-2-24 耳下腺に発生した Carcinosarcoma の 1 例

福岡大学筑紫病院病理部¹⁾, 福岡大学筑紫病院内視鏡部²⁾

○山田静佳(CT)¹⁾, 林田 涼(CT)¹⁾, 原川政彦(CT)¹⁾,
尾形智子(CT)¹⁾, 長谷川梨乃(MD)²⁾, 金城 健(MD)¹⁾,
原岡誠司(MD)¹⁾

【はじめに】Carcinosarcoma は癌腫と肉腫（肉腫様）成分の混合よりなる悪性上皮性腫瘍と定義されている。唾液腺に発生する Carcinosarcoma は唾液腺悪性腫瘍のなかでも極めて稀で5年生存率は0%ともいわれている予後不良な腫瘍である。今回当院において耳下腺に発生した Carcinosarcoma を経験したので報告する。

【症例】68歳、男性。10年ほど前から右耳下部の腫脹があり徐々に増大してきた為、当院を受診。右耳下部に5cm大の腫瘤を認めた。腫瘍の精査目的でFNA施行し細胞診で悪性を否定できない為、手術予定であったが自己中断された。その3年後腫瘍が更に増大した為再び当院を受診。違和感と痛みがあり再度FNAが施行され、その後腫瘍摘出術が行われた。2度目のFNA細胞診標本には上皮系異型細胞と間葉系異型細胞が出現していた。

上皮系異型細胞は結合性のある集塊で出現し、偏在性の類円形核を有し細胞質辺縁は明瞭だった。間葉系異型細胞は孤在性に出現する類円形核を有する細胞と集団で出現する紡錘形細胞の2種類が出現していたが、細胞質が不明瞭なものが多かった。摘出臓器の組織標本では腺癌からなる癌腫成分と骨肉腫、軟骨肉腫からなる肉腫成分を認めた。残存する多形腺腫から癌腫成分へ移行するような像も見られ多形腺腫由来の Carcinosarcoma と診断された。

【まとめ】耳下腺の Carcinosarcoma は極めて予後が悪い。その為、細胞診標本では非上皮成分を悪性とし肉腫成分の存在を確認することが重要である。その上で早期に手術を行い組織学的にも診断をつけることが必要であると考えられる。

O-2-25 側脳室発生上衣下腫の 1 例

福岡大学病院病理部・病理診断科

○西中村恵輔(CT), 松本慎二(CT), 相知優子(CT),
小島勝己(CT), 大石朋子(CT), 秋吉梨江(CT),
高橋祥子(CT), 小山 逸(CT), 鍋島一樹(MD)

【はじめに】上衣下腫は上衣系腫瘍の約8%、全中枢神経系腫瘍の0.5%と稀な腫瘍で、第4脳室、側脳室に好発する。今回我々は側脳室に発生した上衣下腫の1例を経験したのでその細胞像を中心に文献的考察を加えて報告する。

【症例】30歳代男性。頭痛を契機に近医受診。前頭葉機能低下、右下肢感覚障害が認められ当院紹介。頭部MRIでは左側脳室内前部傍正中に3cm大の分葉状の腫瘍性病変を認めた。FLAIR高信号、内部に小嚢胞様構造を伴い、石灰化はなく造影ではほとんど増強効果を認めなかった。腫瘍の影響によりMonro孔は狭窄し両側脳室の拡大を認めた。画像診断的に中枢性神経細胞腫や上衣下腫などが疑われ、内視鏡下開頭腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】圧挫標本では、ほつれの少ない集塊として出現し、集塊内には網目状の細線維性背景に、細胞質突起を有する卵円形から短紡錘形核の細胞が認められ、またより繊細な核クロマチンパターンを呈するほぼ裸核状の卵円形細胞が島状に集簇して見られた。集塊内ではこれらの細胞が密な部分と疎な部分がまだらに分布し、細胞密度の差異が見られた。また一部に微小嚢胞構造が見られた。

【組織所見】線維性基質を背景に卵円形核を有する腫瘍細胞が島状に増殖し、小嚢胞構造を伴っていた。核の多形性や核分裂像は認めず、背景の線維性基質がGFAPに陽性で、上衣下腫として典型的な組織像であった。

【考察】側脳室に好発する腫瘍として、その発生頻度から中枢性神経細胞腫、上衣腫が鑑別診断として挙げられる。上衣下腫の診断においては、背景の線維性基質や微小嚢胞構造に加え、特徴的な腫瘍細胞の分布を捉えることが重要である。

O-2-26 当院における妊娠合併子宮頸癌 3 例の検討

横浜市立大学産婦人科¹⁾, 横浜市立大学病理部²⁾

○今井雄一(MD)¹⁾, 松永竜也(MD)¹⁾, 紙谷菜津子(MD)¹⁾,
水島大一(MD)¹⁾, ルイズ横田奈朋(MD)¹⁾,
本野紀夫(CT)²⁾, 西尾由紀子(CT)²⁾, 古屋充子(MD)²⁾,
山中正二(MD)²⁾, 大橋健一(MD)²⁾, 宮城悦子(MD)¹⁾

【目的】子宮頸癌は妊娠中に診断される最も頻度の高い婦人科悪性腫瘍であり, 当院でも 3 例の妊娠合併子宮頸癌症例を経験した。治療方針の決定にも影響を与えうる細胞診所見について後方視的に検討した。

【症例 1】36 歳, 4 妊 1 産。前医にて妊娠 16 週で切除した頸管ポリープに腺癌を認め, 子宮頸癌 I B1 期と診断された。当院ではポリープ附着部の擦過細胞診で腺癌の残存が疑われたが, 妊娠 31 週で帝王切開後に二期的に広汎子宮全摘術を施行した。摘出子宮に残存腫瘍は認めなかった。

【症例 2】37 歳, 2 妊 1 産。前医にて妊娠 13 週で円錐切除術を施行したところ腺扁平上皮癌であり, 子宮頸癌 I B1 期と診断された。切除断端は陽性で, 当院での擦過細胞診でも腺扁平上皮癌の残存が疑われたが, 妊娠 30 週まで妊娠を継続し, 帝王切開術と広汎子宮全摘術を一期的に施行した。腫瘍径は 30 mm まで増大し傍子宮結合織浸潤を伴っていた。

【症例 3】36 歳, 3 妊 2 産。妊娠 6 週の子宮頸部細胞診は NILM だったが, 妊娠 21 週で子宮頸部に 30 mm 大の易出血性腫瘍を認めた。細胞診は AGC で組織診は腺癌だった。子宮頸癌 IB1 期と診断し, 全身化学療法後に妊娠 34 週で帝王切開術と広汎子宮全摘術を一期的に施行した。

【考察】当院では妊娠中の細胞診検査は綿棒擦過で施行し従来法で検鏡している。今回の 3 例ともに非妊娠症例と比較しても十分量の細胞が採取できていたが, 症例 1 および症例 3 での評価は治療方針の決定に少なからず影響を与えてしまった。その原因として妊娠による修飾がないか, 細胞診所見より考察していきたい。

O-2-27 Virchow リンパ節細胞診にて診断し得た進行子宮頸癌

福島県立医科大学産科婦人科学講座

○佐藤 哲(MD), 添田 周(MD), 加茂矩士(MD),
植田牧子(MD), 小島 学(MD), 野村真司(MD),
古川茂宣(MD), 渡辺尚文(MD), 藤森敬也(MD)

【緒言】子宮頸癌は 1983 年以降, 子宮癌検診の導入により全体の罹患率は減少傾向を示している。一方で 2000 年以降から若年者における罹患率が増加傾向であり, また検診未施行者では進行例の発見が問題となっている。今回, Virchow リンパ節の細胞診で診断に至った進行子宮頸癌の 1 例を経験したため報告する。

【症例】40 歳 1 妊 1 産(帝王切開)。既往歴, 家族歴に特記事項なく婦人科癌検診受診歴なし。X 年初旬頃より左鎖骨上の腫瘍を自覚, X 年 7 月に腫瘍増大傾向あり近医を受診。精査目的に当院耳鼻咽喉科に紹介となった。前頸部から左頸部にかけて自壊を伴う頸部のリンパ節腫脹を認め, 血液検査では Hb 7.1 g/dl, SCC 303.9 ng/ml, 甲状腺機能, 電解質, 肝機能, 腎機能は正常範囲であった。甲状腺癌, 頭頸部癌が疑われ, 耳鼻咽喉科で穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診では扁平上皮癌の所見であり, 全身検索目的に造影 CT が施行された。子宮頸部の腫脹, Virchow リンパ節, 縦隔リンパ節の腫大を認め, 進行子宮頸癌が疑われ当科紹介。EC, 子宮頸部組織診にて子宮頸癌 IV B 期の診断となり, 当科で全身化学療法施行の方針となった。

【考察】子宮頸癌の遠隔転移巣は肺, 骨盤リンパ節, 肝臓, 骨が典型的である。Virchow リンパ節転移をきたす子宮頸癌は 0.1-1.5% と稀であり, Virchow リンパ節転移が初発症状の報告は極めて少ない。本邦の子宮頸癌治療ガイドラインではリンパ節転移の診断に関して生検が推奨されているが, 穿刺吸引細胞診も安全性, 簡便性が高く, 診断に有用であると考えられる。

0-2-28 細胞診で診断しえた子宮頸部内分泌癌（小細胞癌）の1例

日本生命済生会日本生命病院産婦人科¹⁾, 日本生命済生会日本生命病院病理診断科²⁾

○尾崎公章(MD)¹⁾, 細井文子(MD)¹⁾, 城光寺龍(MD)²⁾

【緒言】子宮頸部神経内分泌腫瘍は、子宮頸部悪性腫瘍の5%以下のまれな腫瘍である。その中で、小細胞癌は、N/C比の極めて高い腫瘍細胞が、胞巣状、索状配列を呈し、壊死を伴う。腫瘍細胞は小型で、細胞質に乏しく、核クロマチンは高度に増加し、核の木目込み像が特徴的である。予後は極めて不良で、手術を中心とした集学的治療が必要になる。今回、細胞診で診断しえた子宮頸部神経内分泌癌（小細胞癌）の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】67才、女性、1経産。43才時、胃癌で手術の既往あり。不正性器出血にて紹介受診。腔鏡診で、腔内に約5cm大の表面平滑、一部にびらんを伴う腫瘍を認め、筋腫分娩が疑われた。腫瘍表面の擦過細胞診を採取したところ、N/C比の極めて高い小型異形細胞が多数認められ、クロマチンの所見より神経内分泌癌や小細胞癌が疑われた。生検で、高悪性度神経内分泌癌（小細胞癌）の診断を得た。画像上、腫瘍は子宮頸部を中心に腔内に突出、頭側では子宮体部に浸潤し、子宮全体が腫瘍に置換された状態と考えられた。術中所見もふまえ、準広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節摘出術を施行した。術後病理診断は、高悪性度神経内分泌癌（小細胞癌）pT2bN1M0 stage I B2であった。極めて予後不良な疾患であり、術後に放射線同時化学療法、さらにエトポシド、シスプラチンによる化学療法を行った。現在、術後1年2ヶ月経過し再発は認めていない。

【結語】細胞診で診断しえた子宮頸部神経内分泌癌（小細胞癌）の1例を経験した。

0-2-29 予後不良であった子宮頸部絨毛腺管癌の1例

公立那賀病院臨床検査科¹⁾, 和歌山県立医科大学人体病理学教室²⁾

○稲垣充也(CT)¹⁾, 岩橋吉史(MD)²⁾, 紙谷知子(CT)¹⁾, 村田晋一(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部の絨毛腺管癌 villoglandular adenocarcinoma (VGA)は若年者の発生が多く、比較的予後良好な腺癌とされている。今回予後不良であった1症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、粘液性帯下を主訴に和歌山県立医科大学附属病院産婦人科を受診した。コルポスコピーにて頸管ポリープ様病変を認めた。

【細胞標本所見】異型上皮細胞の大型乳頭状集塊が多数出現した。異型上皮細胞は小型で核異型は軽度であった。羽毛状構造を有する細胞集塊も認め、腺癌疑いと診断された。

【組織標本所見】生検の後、広範囲子宮全摘除術および骨盤リンパ節郭清術が施行された。組織学的に、絨毛状、乳頭状増殖を示す異型上皮の増生を認めた。異型上皮は、高円柱状で、重積性を示す紡錘形核と多数の核分裂を伴っていた。上記所見よりVGAと診断された。明らかな浸潤や脈管侵襲およびリンパ節転移は認められなかった。術後10年目の腔断端細胞診において、腺系異型上皮細胞が多数出現しVGAの再発が疑われた。生検によるVGA再発の確認の後、化学療法と放射線療法が施行されたが局所再発を繰り返し、緩和ケアを目的に当院産婦人科へ紹介入院され、初発から17年目に死亡された。

【まとめ】子宮頸部のVGAの予後は他の腺癌と比較して良好とされている。しかし近年、再発や腫瘍死した症例も少数報告されている。VGAの予後予測には脈管侵襲やリンパ節転移が指標となるとの報告があるが、本例ではいずれも認められなかった。予後良好とされるVGAにおいても、腔断端細胞診による長期的な経過観察が必要であると思われた。

O-2-30 成人型顆粒膜細胞腫に対する術中腹水細胞診所見から診断に至った卵管癌の 1 例

藤田医科大学医学部産婦人科学¹⁾, 藤田医科大学医学部病理診断学講座²⁾

○高田恭平(MD)¹⁾, 市川亮子(MD)¹⁾, 大脇晶子(MD)¹⁾, 宮崎 純(PhD)¹⁾, 鳥居 裕(MD)¹⁾, 宮村浩徳(PhD)¹⁾, 藤井多久磨(PhD)¹⁾, 中川 満(MD)²⁾, 浦野 誠(MD)²⁾, 塚本徹哉(MD)²⁾

【緒言】卵管癌は女性生殖器に発生する悪性腫瘍の約 1% を占める稀な疾患であるが, 今回成人型顆粒膜細胞腫に対する手術時の腹水中に腺癌細胞を認めたために卵管癌の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】73 歳, 3 妊 3 産. 閉経 54 歳. 10 cm 大の左卵巢腫瘍を認めたため当院へ紹介受診となった. 精査により左卵巢顆粒膜細胞腫を疑い, 単純子宮全摘術, 両側付属器摘出術, 大網全摘術を行った. 腹腔内所見では, 左卵巢腫瘍の他, 腹膜や右付属器に肉眼的異常は認めなかった。

【腹水細胞所見】術中腹水細胞診では, 木目込み細工様配列を示す細胞集塊を少数認め, N/C 比の増大と著明な核小体を伴っており adenocarcinoma と判定した。

【組織所見】左卵巢腫瘍は肉眼的に内部に隔壁と出血を伴い, 腫瘍細胞は核溝を伴っており, 一部に Call-Exner 小体を認め, 成人型顆粒膜細胞腫の所見であった. 腹水細胞像所見と乖離を認めたため, 摘出検体を詳細に検索したところ, 右卵管に STIC とそこから連続する高度異型漿液性癌の所見を認め, さらに子宮漿膜にも播種性病変を認めた. 子宮内膜は肥厚を認めるものの悪性所見はなかった. 最終的に左卵巢成人型顆粒膜細胞腫 FIGO stage IA, 右卵管癌 FIGO stage II B と診断した。

【結論】原発腫瘍は微小にもかかわらず腹水細胞診および腹膜播種をきたした卵管癌の一例を経験した。

O-2-31 卵巢成熟嚢胞性奇形腫由来の境界悪性粘液性腫瘍から発生した腹膜偽粘液腫の一例

日本生命病院産婦人科¹⁾, 日本生命病院病理診断科²⁾

○細井文子(MD)¹⁾, 尾崎公章(MD)¹⁾, 城光寺龍(MD)²⁾

腹膜偽粘液腫 (Pseudomyxoma peritonei (PMP)) は年間 100 万人に 1~2 例と稀な, 粘液産生腫瘍の破綻や播種により腹腔内に大量の粘液状物質が貯留する疾患である. 腫瘍細胞の多くは虫垂に由来し, 卵巢原発例は比較的稀で, 中でも卵巢成熟嚢胞性奇形腫からの発生は稀である. 今回, 卵巢成熟嚢胞性奇形腫から発生したと考えられる PMP を経験したので文献的考察を加え報告する

【症例】77 歳女性

【現病歴】内科で卵巢腫瘍経過観察のため腹部 CT 撮影. 成熟嚢胞性奇形腫を疑う嚢胞は 8cm から 10cm に増大しており当科紹介. 4 か月後の骨盤 MRI で嚢胞壁に欠損あり破裂が疑われたが, 自覚症状なく, 本人の希望あり経過観察. 更に 8 か月後の骨盤 MRI で腫瘍縮小, 腹水増量. 腹部膨満感出現あり手術に同意. 破裂発覚から 10 か月後手術を施行

【手術所見】粘液 4L が腹腔内に充満 (極少量の脂片も混在). 卵巢腫瘍は完全に破裂して前腹壁に広範囲に癒着, 回盲部周囲も癒着, 肝臓は鍾乳洞状に横隔膜窩に広範囲に癒着していた. 腹腔鏡補助下に両側付属器と虫垂を切除, 前腹壁の腹膜と癒着した卵巢腫瘍壁との境界は不明瞭で, 同部の腹膜を剥離切除. 横隔膜窩以外の腹腔内を生理食塩水で洗浄し, 腹壁の粘液や癒着周囲の膜状の組織なども可能な限り吸引・焼灼・除去

【病理所見】腹水細胞診では著明な粘液の中に軽度の異型を有する腺上皮の小集塊を少数認めた. 虫垂は腫大なく粘液の貯留も認めず. 組織学的にも腫瘍性病変は認めず. 右卵巢腫瘍は境界悪性粘液性腫瘍の像で, 背景の嚢胞壁には重層扁平上皮の裏装を認め, 成熟嚢胞性奇形腫由来の粘液性腫瘍から発生した PMP と考えられた。

0-2-32 子宮内膜・頸部細胞診から診断に至った卵管癌の1症例

公立宍粟総合病院産婦人科¹⁾, 市立池田病院²⁾, 大阪医科大学付属病院³⁾

○土橋裕允(MD)¹⁾, 芦原敬允(MD)²⁾, 田中智人(PhD)³⁾, 植木 健(PhD)¹⁾

【緒言】卵管癌は婦人科悪性腫瘍のうち約1%と稀な疾患である。卵巣癌と比較して下腹部痛や不正出血、水溶性帯下などの症状が見られることが多いが、早期発見は困難であることが多く、術前診断も困難であることが多い。今回、子宮頸部細胞診 class V (adenocarcinoma), 内膜細胞診陽性(adenocarcinoma)の結果であったが、子宮鏡検査・MRI・PET-CTにて診断に至らず、手術にて卵管癌の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】60歳2妊2産、右下腹部痛を主訴に受診。経膈超音波検査では子宮は正常大で、内膜ポリープを疑う所見を認めた。両側付属器の腫大は認めなかった。子宮頸部・頸管、内膜細胞診を施行したところ、両方の細胞診で腺癌を認めた。骨盤MRIでも内膜ポリープ以外に有意な所見は認めなかった。子宮鏡下内膜ポリープ切除術を施行したが、病理診断で悪性を疑う所見は認めなかった。ポリープ切除後の頸部・内膜細胞診でも腺癌を認め、卵巣・卵管由来を疑う漿液性癌の所見であった。PET-CTでは悪性を疑う異常集積は認めなかった。以上より卵管癌・腹膜癌疑いで手術を施行した。腹水細胞診は陽性で、腺癌の診断で、術中迅速組織診に左卵管采を提出し、高異型度漿液性癌の結果であった。最終病理診断は迅速病理診断に提出した組織より高異型度漿液性癌を認め、卵管癌1C3期の診断となり、術後TC療法を6コース施行した。現在再発なく経過している。

【結語】卵管癌は術前診断が困難なことが多いが、細胞診から診断される症例も散見される。子宮内膜細胞診は卵管癌の早期発見に有用な可能性がある。

0-2-33 胆汁細胞診にみられる腺癌細胞と良性細胞の鑑別

川崎市立多摩病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学教室²⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座³⁾, 聖マリアンナ医科大学医学教育文化部門医学情報学⁴⁾

○早川智絵(CT)¹⁾, 干川晶弘(MD)²⁾, 井村穰二(MD)³⁾, 佐藤克洋(CT)¹⁾, 宇杉美由紀(CT)¹⁾, 半田留美子(CT)¹⁾, 上野隆彦(PhD)⁴⁾, 小池淳樹(MD)¹⁾

胆道領域では近年、画像診断の進歩によって早期癌の発見率が増加しているが、質的診断には胆汁細胞診が重要な役割を担っている。我々は、これまで胆汁細胞診における胆管癌と良性細胞の鑑別に主眼を置いた研究を行い、その判定に有用な所見について報告してきた。一方、胆汁には、さらに異型が弱いとされる膵癌や十二指腸乳頭部癌など原発巣の異なる悪性細胞がみられることがあり、診断に苦慮する事も多い。そのため、胆汁細胞診断精度向上のためにはこれらの悪性細胞を含めた腺癌細胞と良性細胞との鑑別点を明らかにする必要がある。そこで、今回、胆汁細胞診でみられた腺癌細胞を原発巣別に分類し、良性細胞との鑑別に有用な所見の抽出と細胞像の比較を行った。対象は2006年から2018年までに当院で得られた胆汁細胞診のうち、手術材料による病理組織診で腺癌と診断された43例(胆管癌24例、膵癌12例、十二指腸乳頭部癌7例)と良性疾患17例を用いた。全例に対し、12項目の細胞所見を客観的に解析し、腺癌と良性細胞の鑑別に有用な所見の抽出と原発巣別に細胞像の比較を行った。統計解析の結果、腺癌と良性細胞の両群間で有意差のみられた所見は集塊辺縁の凹凸不整、核間距離、核形不整、クロマチンの性状、核縁の肥厚の5項目であった。原発巣別に細胞像を比較すると、十二指腸乳頭部癌では集塊辺縁平滑な細胞集塊で出現し、その大きさは最も小さかった。膵癌では、核は小型で良性細胞に比してN/C比が低い。胆管癌では、比較的シート状に出現する悪性細胞がみられるなど、それぞれで特徴像がみられた。本発表では実際の細胞像を提示し、鑑別点についても詳細に報告したい。

O-2-34 胆管擦過細胞診で診断し得た胆管粘液癌の 1 例

社会医療法人天神会新古賀病院¹⁾, 久留米大学病院²⁾

○山崎加奈子(CT)¹⁾, 河原真弓子(CT)¹⁾,
木下準子(CT)¹⁾, 貞嶋奈津(CT)¹⁾, 中村寿々(CT)¹⁾,
尾方真帆(CT)¹⁾, 西田直代(MD)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)²⁾

【はじめに】原発性胆管粘液癌 (Biliary mucinous carcinoma: BMC) は非常にまれな組織型であり, 「腫瘍細胞が産生した粘液が細胞外に貯留し, 粘液湖ないし粘液結節が形成された癌」として定義されている. 今回我々は, 術前 ERCP 下胆管擦過細胞診で印環細胞様細胞が出現していた BMC の一例を経験したので報告する.

【症例】70 歳代男性, 前医にて繰り返し胆管炎を来した抗生剤治療中, 発熱・黄疸の増悪を認め当院紹介受診となった. CT 検査及び MRCP・ERCP より中部～下部胆管狭窄像を認めたため, ERCP 下胆管擦過細胞診が施行された. 細胞診にて adenocarcinoma と診断され, 膵頭十二指腸切除術が施行された.

【細胞所見】胆管擦過細胞診では粘液を背景に, 細胞質内に粘液を有し, 核腫大・核偏在をみる印環細胞様細胞を有する異型細胞が散在性に認められた. また不規則な管状ないし軽度重積性集塊で出現する異型細胞を認め, adenocarcinoma と診断した.

【切除組織所見】肉眼的に 20×10mm の腫瘍性病変がみられ, 壁肥厚に伴う胆管狭窄像がみられた. 組織学的には, 管状腺癌成分と共に, 粘液湖形成を示す BMC が混在していた. 腫瘍成分は BMC が優位であり, BMC は胆管粘膜面に露出し, 印環細胞様の異型細胞が多数認められた.

【まとめ】今回我々が経験した BMC では, 組織学的に胆管粘膜面に BMC が露出していたため, 印環細胞様細胞を示す異型細胞が胆管擦過細胞診で確認できたと考えられる. 管状腺癌との細胞像の差異を中心に, 若干の考察を加えて報告する.

O-2-35 膵 EUS-FNAC で特徴的所見が得られたリンパ上皮性嚢胞の 1 例

大阪国際がんセンター臨床検査科病理細胞診¹⁾, 大阪医療センター臨床検査科²⁾, 大阪国際がんセンター病理細胞診断科³⁾

○溝口佳緒里(CT)¹⁾, 龍あゆみ(CT)¹⁾, 竹中明美(CT)²⁾,
長田盛典(MD)³⁾, 中塚伸一(MD)³⁾

【はじめに】近年, 膵 EUS-FNA 件数増加に伴い EUS-FNAC の検体が増加し, 良性病変に遭遇する機会も増えた. 膵リンパ上皮性嚢胞 lymphoepithelial cyst (以下 LEC) は稀な非腫瘍性嚢胞性病変で, 典型的な組織像は重層扁平上皮に裏打ちされ, 単房性または多房性嚢胞がリンパ組織を伴い, ケラチン様内容物を含むとされる. 臨床的に CA19-9 や CEA の高値を伴うことがあり, 悪性を否定できず外科切除されることがある. 術前検査における LEC の細胞・組織学的診断は重要である.

【症例】70 歳代男性. 前医腹部造影 CT で膵頭部に 5 cm 径の多房性嚢胞を認め精査目的で当院紹介受診した. 腫瘍マーカーは CA19-9 141U/mL (≦37U/mL) が上昇していた. 超音波内視鏡検査で LEC の他, 漿液性腫瘍, 充実性偽乳頭状腫瘍が鑑別に挙がり, 充実成分の併存が疑われたため穿刺吸引細胞・組織診を施行された.

【細胞所見】多数のリンパ球を背景に, 多核組織球や角化扁平上皮細胞, 脱核した角化物の集簇を認めた. 膵管上皮などの既存組織に由来する異型細胞は認めなかった.

【組織所見】線維状ないし角化物様の無細胞物質中に, コレステリン結晶の沈着と巨細胞を伴う異物反応がみられた. そのような背景に, 細胞異型に乏しい重層扁平上皮様組織が, 密なリンパ球浸潤を伴う間質を被覆する小集塊を認め LEC の部分像に矛盾しなかった.

【まとめ】EUS-FNAC において, 多数のリンパ球や脱核した角化物の集簇に着目することで細胞像でも LEC と推定することが可能であると考えられる. 臨床的に非切除例については経過観察が必要である.

O-2-36 EUS-FNAにて良悪鑑別，原発推定に苦慮した淡明細胞型腎細胞癌膵転移の1例

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

○見國真樹(CT)¹⁾，鈴木佑也(CT)¹⁾，村上知之(MD)²⁾

【はじめに】膵悪性腫瘍の大部分を膵管癌が占め，腎細胞癌転移の頻度は極めて低い。また，一般に腎細胞癌を細胞診で診断する機会も少ない。従って，腎細胞癌の膵転移を細胞診で診断することは難しい。今回我々は，診断に苦慮した腎細胞癌膵転移の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。約5年前に腎細胞癌で左腎摘出。経過観察の画像検査にて，増大傾向のある造影効果の高い15mm大の膵頭部腫瘍，および，右腎上極に15mm大の腫瘍を認めた。膵腫瘍の精査目的にてEUS-FNAが施行された。

【細胞所見】迅速細胞診では，多量な赤血球，少数の炎症細胞を背景に異型細胞が小集塊で少数認められた。異型細胞は比較的均一な細胞径で，淡明な細胞質で，核小体明瞭な核を有していた。パパニコロウ染色では，多稜形～類円形の異型細胞は偏在傾向の核で，淡明で広い細胞質を有していた。核は類円形で，核小体明瞭で，核膜が不均等に肥厚し，核クロマチンは細顆粒状であった。細胞像から良悪鑑別，原発巣推定は困難であった。

【組織所見】異型上皮は淡明な胞体を有する小型の多稜形～類円形で密なシート状，胞巣状配列でみられた。核は小型の類円形で，核異型は軽度であった。免疫組織化学染色では細胞のほとんどが，AE1/AE3，CD10，Vimentin，CK19が陽性で，淡明細胞型腎細胞癌G1の転移を強く疑った。画像診断など総合的に判断し，腎細胞癌の転移と診断された。

【まとめ】既往歴，臨床情報を把握し，原発巣のみならず，転移性腫瘍の可能性を念頭におき，標本作成～診断することが重要であると考えられた。

O-2-37 腎細胞癌膵転移の1例

福岡大学筑紫病院病理部

○林田 涼(CT)，原川政彦(CT)，尾形智子(CT)，
山田静佳(CT)，田邊 寛(MD)，岩下明德(MD)，
原岡誠司(MD)

【はじめに】膵悪性腫瘍のうち転移性膵腫瘍の頻度は低く，その原発巣としては腎癌の割合が最も多いとされる。今回，腎細胞癌の術後4年で膵臓に転移を認め，EUS-FNAで細胞像が特徴的だった症例を報告する。

【症例】70歳代，男性。4年前に他院で腎細胞癌の切除術をうけた。術後フォロー中に膵内に腫瘍を認め，当院消化器内科に紹介受診となった。画像的に通常型膵癌，神経内分泌腫瘍，腺房細胞癌，腎細胞癌の転移が鑑別に挙げられ，診断目的にEUS-FNAが施行された。FNA細胞診では異型細胞が毛細血管を軸とした乳頭状・羽毛状集塊を形成していた。核は小型で円～短楕円形，クロマチン増量と明瞭な核小体を呈していた。FNA組織標本では立方状～円柱状の腫瘍細胞が血管性間質に囲まれ胞巣を形成していた。腫瘍細胞は淡明な細胞質，小型でクロマチンの増量した核を有していた。免疫組織学的にgp200，CD10，Vimentinに陽性だった。以上の所見より淡明細胞型腎細胞癌の膵転移と診断された。

【まとめ】本症例は細胞診標本で毛細血管を軸とした乳頭様構造を呈する細胞集塊が観察された。このような構造を持つ集塊は膵領域ではSolid-pseudopapillary neoplasm (SPN)を想起する。腎細胞癌とSPNとは個々の細胞異形の強さで鑑別できるが，腎細胞癌の既往歴を得ていないと診断に迷うことが予想される。今回は術後4年目であったが，症例によっては術後10年20年と経過した後に再発することもあり，この場合患者の情報を手に入れにくいこともあるため，臨床側との積極的なコミュニケーションが必要であると考えられる。

O-2-38 悪性リンパ腫の診断における EUS-FNA の有用性

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

○横田裕香(CT)¹⁾, 福島裕子(MD)²⁾, 山畑 翔(CT)¹⁾, 世古裕里(CT)¹⁾, 野土希実(MD)²⁾, 石井真美(MD)²⁾, 井上 健(MD)^{1,2)}

【はじめに】超音波内視鏡穿刺吸引 (EUS-FNA) は膵腫瘍, 消化管粘膜下腫瘍などの診断に有用な手段であり, リンパ節病変にも適応されている。悪性リンパ腫の診断における EUS-FNA の有用性について当院で実施された症例について検討した。

【対象】平成 12 年から平成 30 年 12 月に当院で EUS-FNA が施行された症例のうち, 悪性リンパ腫と診断された 14 例について検討した。

【結果】EUS-FNA 施行時の細胞診で悪性リンパ腫を推定できたのは 13 例あった。1 例は良性の上皮細胞が多くみられ, 一部に小型濃染核を持つ細胞集塊がみられたが標本作成時のアーチファクトによる核線や乾燥で良悪の鑑別困難であったため suspicious とした。施行部位の内訳は膵臓 5 例, 脾臓 3 例, 腹腔内病変 3 例, 胃粘膜下病変 1 例, 直腸粘膜下病変 1 例, 後腹膜腫瘍 1 例であった。組織型はびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) が 10 例, パーキットリンパ腫が 1 例, T 細胞性リンパ腫が 1 例, 高悪性度 B 細胞リンパ腫が 2 例であった。免疫染色は全例で実施されていた。フローサイトメトリー (FCM) による細胞表面マーカー検索は 9 例に施行し, 6 例で免疫グロブリン軽鎖制限が確認された。FISH 法による 8q24 転座解析は 2 例に実施していた。

【まとめ】EUS-FNA により, on site で悪性リンパ腫と推定できれば FCM などの検索が可能となり, 詳細な組織型の診断に寄与することができる。EUS-FNA は従来開腹生検が必要であった深部病変の悪性リンパ腫の診断において低侵襲で有用な検査法と考えられた。

O-2-39 胸水細胞診における高悪性度 B 細胞性リンパ腫 その細胞像と鑑別疾患

成田赤十字病院病理部¹⁾, 成田赤十字病院血液内科²⁾, 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³⁾

○井上 豊(CT)¹⁾, 齊藤 忠(CT)¹⁾, 野首光弘(MD)¹⁾, 葛生吉彦(CT)¹⁾, 岡田裕子(CT)¹⁾, 藤河 潤(CT)¹⁾, 宇津欣和(MD)²⁾, 澁谷 潔(MD)³⁾, 河上牧夫(MD)¹⁾

【はじめに】高悪性度 B 細胞性リンパ腫 (High grade B-cell lymphoma, HGBL) は, WHO 分類改訂第 4 版 (2017 年) に記載された疾患で, びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) やバーキットリンパ腫 (BL) との鑑別を要する B 細胞性腫瘍である。今回我々は胸水細胞診にて HGBL と診断しえた症例を経験した。本症例の提示に加え体腔液における HGBL と鑑別疾患との細胞像について比較検討した。

【症例】60 代男性。胸部痛を主訴に当院救急外来を受診。MRI にて後腹膜腫瘍, 尿細胞診にて悪性リンパ腫が疑われ, 超音波ガイド下腫瘍生検で B 細胞性リンパ腫と診断された。胸水検体で FISH を施行, MYC, BCL2 の融合シグナルを認め HGBL と確診した。

【細胞学的検討】本症例と同様に体腔液に腫瘍細胞を認めたりん芽球性リンパ腫 (LBL), DLBCL, BL と比較した。HGBL の腫瘍細胞は中型程度の大きさで粗顆粒状クロマチン, 明瞭な核小体, 好塩基性胞体を認めた。LBL の腫瘍細胞は HGBL とほぼ同程度の大きさだが微細クロマチンを示し, BL は HGBL に比べ胞体内空胞が多数見られた。DLBCL (BL 類似例) の腫瘍細胞はやや大型だが HGBL に共通する所見が多く, HGBL との鑑別は困難であった。

【考察】HGBL は, 細胞所見から悪性と判定すること自体は比較的容易だが, 確定診断には免疫染色, 遺伝学的検索が必須である。今回我々は胸水検体でのセルブロット作製, 免疫染色に加え, FISH を施行し確診に至った。検査に足る細胞量が得られれば細胞診でも HGBL の診断は可能であり, 有用であると考えられる。

O-2-40 Myelomatous pleural effusion をきたした 2 症例

旭川医科大学病院病理部¹⁾, 旭川医科大学病院臨床検査・輸血部²⁾

○宮川京大(CT)¹⁾, 平森裕樹(CT)¹⁾, 秋山直子(CT)¹⁾, 鵜野裕治(CT)¹⁾, 佐渡正敏(CT)²⁾, 湯澤明夏(PhD)¹⁾, 谷野美智枝(PhD)¹⁾, 武井英博(PhD)¹⁾

【はじめに】 Multiple myeloma (MM)のうち約6%の症例には胸水貯留が認められるが, 胸水中に腫瘍細胞が出現する myelomatous pleural effusion (MPE)は, MM 症例の1%未満と稀である. 今回我々は, 細胞診で MPE と診断された2症例を経験したので, 文献的考察とともに報告する.

【症例1】80代女性. 既往:右乳管癌(stage1)で部分切除術(X). X+2ヶ月, MM (IgG-λ型)と診断され, 化学療法が行われた. 診断時より両側胸水貯留が見られ, 徐々に増悪し, X+6ヶ月, 胸水細胞診で MPE と診断された. X+1年, 化学療法が奏功せず逝去.

【症例2】70代男性. 既往:MM, IgA-λ型, t(11;14) translocation と診断され(Y), 化学療法を施行. Y+3.5年, 左胸部痛がみられ, CT 検査で左胸膜腫瘍と左胸水貯留が認められ, 胸水細胞診と胸水の flowcytometry から MPE と診断された. Y+5.5年, 化学療法が奏功せず逝去.

【胸水細胞診(症例1, 2)】多数の大型円形細胞が散在性に出現しており, 細胞は N/C 比が高く, 好塩基性細胞質, 繊細なクロマチン所見, 明瞭な核小体を示した. 症例1では, 一部に顕著な核形不整や核周明庭も認められ, いずれもセルブロックによる免疫染色では MM が支持された.

【結語】今回我々は, 胸水細胞診で稀な MPE の2症例を経験した. MPE は稀であるが, MM の重要な予後不良因子であり, 非腫瘍性あるいは他の悪性腫瘍による胸水貯留と臨床的に鑑別が必要である. 胸水細胞診は MPE の確定診断に不可欠である.

O-2-41 液状化検体細胞診 (LBC) の子宮内膜細胞診 対応について

北海道対がん協会細胞診センター

○市川浩巳(CT), 日野順子(CT), 阿部里絵(CT), 茂木由紀(CT), 栄田尚子(CT), 小泉昌代(CT), 加藤 修(CT), 藤田博正(MD)

【はじめに】扁平系細胞に対し, LBC は多くの利点が挙げられているが, 子宮内膜細胞診に用いた LBC の評価についての報告は少なく, 有用性が証明されていない. 今回, 子宮内膜細胞診に対しても, LBC の有用性が評価に値するかを従来法と細胞の見方について比較し検討した.

【対象】2011年~2018年に当施設で内膜細胞診を受診, 精検で子宮内膜増殖症以上の結果となった72名を対象とした.

【方法】採取した検体を Sure Path TM(以下 SP)法で標本を作製した. 要精検者には, 採取した検体をスライドガラスに塗布して直接塗抹標本を作製し, 残りを SP 法で作製した.

【結果】LBC は, 一般に従来法と比較すると, 細胞は丸みを帯び, やや小型化する傾向がみられるも, 正常な内膜細胞は, 赤血球や白血球が除去され, LBC の方が観察は容易であった. これに対し, 異常を持つ内膜細胞に関しては, 大集塊は少なく, 腺腔構造の乱れ, 細胞集塊周辺の細胞の飛び出しやほつれなどは認められないことが多い. しかしながら, 小集塊, 核の重積性, 極性の乱れなど異型細胞の特徴は, 確実に存在した.

【考察】組織分化度の表現すなわち [層] の概念がある重層扁平上皮細胞系の様に, [層] の概念が設定できない腺上皮系細胞は, 機能や分化形態など区別することは不可能に近い. しかしながら, 腺上皮系細胞である内膜細胞では, 正常細胞と異型細胞には違いがあり, LBC 法でも腺系細胞の基本的特徴を失うことはなかった. その特徴を掴みとっていくことで, LBC は内膜細胞診に対し十分に評価に値する方法と考えられた.

O-2-42 子宮内膜類内膜癌 G1 の液状化検体細胞診標本における採取法の違いによる形態学的相違

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻³⁾, 弘前大学大学院保健学研究科⁴⁾, 弘前大学大学院医学研究科産婦人科⁵⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部⁶⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科⁷⁾

○小田嶋広和(CT)¹⁾, 太田かすみ(その他)³⁾, 堀江香代(CT)⁴⁾, 吉岡治彦(CT)⁴⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 熊谷直哉(CT)²⁾, 横山良仁(MD)⁵⁾, 則松良明(CT)⁶⁾, 矢納研二(MD)⁷⁾, 渡邊 純(MD)⁴⁾

【目的】子宮内膜細胞診においても, 子宮頸部細胞診と同様に検体採取法による細胞像の違いがみられるが, 子宮内膜液状化検体細胞診法(Liquid-based cytology: LBC法)における採取法による細胞像の相違は明らかになっていない。本研究の目的は, 検体採取方法の違いによる子宮内膜類内膜癌 G1 の LBC 法における形態学的特徴の相違を明らかにすることである。

【対象および方法】対象は, ①ブラシ採取後, Sure Path 法によって作製された子宮内膜類内膜癌 G1 の 32 症例と②ソフトサイト採取後, Sure Path 法によって作製された子宮内膜類内膜癌 G1 の 8 症例である。これらの細胞集塊を選出, バーチャルスライド作成装置 TOCO を用いて撮影後, 1 cm²あたりの細胞集塊出現数(個/cm²), 集塊の重積層数(層), 集塊面積(m²), 集塊外周長(m), 集塊真円度, 集塊複雑度の6項目について検討を行った。

【結果】ブラシ採取による細胞診標本の方が, 1 cm²あたりの細胞集塊出現数が多く, 集塊の重積層数が多く, 集塊面積が大きく, 集塊真円度が高かった。ソフトサイト採取による細胞診標本の方が, 集塊複雑度が高かった。集塊外周長は両採取法間で大きな差はみられなかった。

【結論】子宮内膜細胞診 LBC 法において, ブラシ採取による細胞診標本ではソフトサイト採取による細胞診標本に比して, 多くの細胞集塊が採取され, 集塊の重積性, 集塊面積, 集塊真円度が大きくなることが明らかとなった。採取法の違いにより細胞集塊の形態学的特徴が異なるので, 採取法に応じた細胞診の読みが必要となることがわかった。

O-2-43 子宮体部小細胞癌の LBC 標本と直接塗抹標本の細胞像の比較検討

宮城県対がん協会細胞診センター検査課¹⁾, 宮城県対がん協会細胞診センター²⁾, 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³⁾

○板橋育子(CT)¹⁾, 田勢 亨(MD)²⁾, 大場朋子(CT)²⁾, 秀城浩司(CT)²⁾, 鈴木由香(CT)²⁾, 鷲尾尚子(CT)²⁾, 小田切千恵(CT)²⁾, 伊藤 潔(MD)³⁾

【はじめに】子宮体部に発生する神経内分泌腫瘍は子宮体内膜癌の1%と非常に稀で, 好発年齢は小細胞神経内分泌癌で約60歳である。今回, 子宮がん検診でみられた小細胞神経内分泌癌(SCNEC)のLBC法(頸部細胞診)と直接塗抹法(体部細胞診)を経験した。

【症例】60代女性。町の車検診で子宮頸がん検診受診。不正性器出血・褐色帯下の症状あり, 超音波検査で内膜肥厚が見られたため体内膜細胞診も施行した。

【組織所見】子宮内腔に4×4cmほどの白色充実性病変が認められた。核クロマチン凝集が高度でN/C比大の裸核状異型細胞が密に増殖。ロゼット構造がみられ, 腫瘍内には壊死が高度, 高異型神経内分泌癌(小細胞癌相当)であった。

【細胞所見】○直接塗抹法(体部細胞診): 出血性背景, 腫瘍細胞は組織所見を反映しており, 小型裸核状でN/C比大, 核は円~類円形, 核縁は薄くクロマチンは微細顆粒状に増量し核小体は不明瞭であった。孤立散在性または結合性の弱い小~中集塊で多数出現し, 相互圧排像, 核線が認められた。○LBC法(ThinPrep法: 頸部細胞診): 背景は比較的クリーン, 小型裸核状で直接塗抹法に類似する核所見を示す腫瘍細胞が小集塊として少数出現しているが, 集塊は比較的立体的で核の重なりにより核内は不明瞭, クロマチンはやや濃染傾向にあった。挫滅による核線は認められない。

【まとめ】高異型神経内分泌癌の症例において直接塗抹標本に比べ, LBC標本では明らかな出血性背景と核線はみられず, 集塊では核の重なりがあり, 核クロマチンも濃染傾向であった。処理法による所見の違いを踏まえ検鏡に当たっては注意が必要と思われた。

O-2-44 SurePath 法における子宮頸部腺癌の組織型別細胞所見の検討

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹⁾, 帝京大学ちば総合医療センター産婦人科²⁾

○若原孝子(CT)¹⁾, 内田浩紀(CT)¹⁾, 常世田岬(CT)¹⁾, 豊永安洋(CT)¹⁾, 安達純世(CT)¹⁾, 花見恭太(CT)¹⁾, 梁善光(MD)²⁾, 富居一範(MD)¹⁾, 石田康生(MD)¹⁾, 山崎一人(MD)¹⁾

【はじめに】子宮頸部腺癌は頸癌の約20%を占めているが、その細胞診断は必ずしも容易ではない。今回我々はLBC(BD SurePath)標本における子宮頸部腺癌の細胞像を組織型ごとに再検討し、特徴所見や鑑別の問題点について考察した。

【方法】WHO2014に準じて分類した子宮頸部腺癌22例(内頸部腺癌・通常型:11例, 粘液性癌・胃型:4例, AIS:2例, 類内膜癌:2例, 漿液性癌:1例, 神経内分泌癌:1例, 絨毛腺管状乳頭癌:1例)のPap.染色標本をレビューし細胞所見を抽出した。

【結果】通常型では重積を伴う集塊や柵状配列に加え、ばらけた配列もみられた。細胞は高円柱状で核は偏在し、核縁の肥厚や核形不整を伴う。核クロマチンは粗で、明瞭な核小体を認めた。胃型は、結合性が緩く、細胞は淡く泡沫状で豊かな細胞質を有し、核偏在は著明でN/C比は低い。核は類円形、核クロマチンは微細で核小体は小型であった。4例中3例で細胞質の粘液は明らかではなかった。AISの細胞像は通常型に類し、HSILと混在する症例では、HSILの細胞と腺癌細胞の鑑別が困難な症例もみられた。

【結語】子宮頸部腺癌のLBC標本において通常型と胃型では細胞所見に差異がみられた。胃型では細胞質における粘液の存在は従来言われている程明確ではなく、また背景はきれいで粘液は認められないなど、従来法の細胞像とはやや異なるもので、これらを理解することによって、LBCを用いた子宮頸部腺癌の細胞判定がより容易になると考える。

O-2-45 子宮体癌センチネルリンパ節生検の術中迅速診断におけるTRLBCの有用性

北海道がんセンター婦人科¹⁾, 北海道がんセンター病理診断科²⁾

○松宮寛子(MD)¹⁾, 藤堂幸治(PhD)¹⁾, 山崎博之(MD)¹⁾, 嶋田知紗(MD)¹⁾, 見延進一郎(PhD)¹⁾, 平紀代美(CT)²⁾, 中島真奈美(CT)²⁾, 鈴木宏明(MD)²⁾, 加藤秀則(PhD)¹⁾

【目的】当院では子宮体癌においてセンチネルリンパ節(SLN)の術中評価により系統的郭清の適用を決める所謂ナビゲーション手術の前方視的研究を施設内倫理委員会の承認を得て行っている。術中評価法としてTissue rinse liquid-based cytology(TRLBC)法を採用しており、その有用性について検討した。

【方法】対象はリンパ節転移スコア(Am J Obstet Gynecol 2003)で0または1点と診断された子宮体癌患者55例。SLNの同定にはTc99mフチン酸-ガンマプローブ、インドシアニングリーン-Photo dynamic eyeを用いた。SLNは2mm間隔で切り出した後、洗浄液中でリンスして細胞を回収、Thin-layer法で標本を作成し、パパニコローおよび抗ケラチン抗体染色を実施後に鏡検を行った。術中診断陰性の場合には系統的リンパ節郭清を省略した。永久標本で腫瘍径が200 μ m以上の大きさであった場合をSLN転移陽性と定義して診断能を検証した。

【結果】SLNの最終診断はmacrometastasisが2例、micrometastasisが1例、孤立性腫瘍細胞が2例、腫瘍細胞なしが50例であった。術中は5例が腫瘍細胞陽性、50例が陰性の判断であった。TRLBC法の感度は100%(3/3)、特異度96%(50/52)つまり疑陽性率4%であった。

【結論】TRLBC法は感度が高く術中診断において有用な手法である。ただしリンパ節内の腫瘍サイズを決定することは難しく、孤立性腫瘍細胞程度の病変を有する症例に対して系統的リンパ節郭清を適用してしまう可能性がある。

O-2-46 セルブロック法 (アルギン酸ナトリウム法) の標準化～核の石灰化沈着を防ぐ～

独立行政法人国立病院機構弘前病院臨床検査科

○齋藤邦倫(CT), 八木橋法登(MD)

【背景と目的】体腔液細胞診ではセルブロック法による検索が有用だが, 作製法の標準化は進んでいない。当院はアルギン酸ナトリウム(以下 SA)法を用いるが, これすら作製法が複数存在する。試薬変更を契機に発生した SA 法の核変性について, 標準化の為に検討を行ったので報告する。

【対象と方法】対象は体腔液 6 例。10%中性緩衝ホルマリン液(以下緩衝ホルマリン)で 1 晩固定した。遠心で得た沈渣に 1% SA 溶液を混和後遠心し, 上清除後に 1M 塩化カルシウム溶液を加えゲル化させた。SA 溶液の溶媒には蒸留水(A 群, C 群)と緩衝ホルマリン(B 群, D 群)の 2 種類を用いた。自動固定包埋装置の開始槽はアルコール(A 群, B 群, 対照群)だが, 緩衝ホルマリン開始槽の再現の為に, 予め同液に 1 時間浸漬した群(C 群, D 群)を用意した。対照群は沈渣をシートで挟みブロック作製したものとした。全 5 群でコッサ・ヘマトキシリン重染色を行い核所見を評価した。評価法は MIB-1 index に準じてコッサ陽性核を算定後, 統計解析ソフト R にて BH 法で調整した Wilcoxon 順位和検定を行い多重比較した。同時にヘマトキシリン単染色で核所見を検討した。

【結果】コッサ陽性核は A 群と対照群で発生せず, B~D 群で対照群に比べ有意に発生した ($p=0.004$)。核単染色の検討では一部症例の B~D 群で褐色核や核内チャタリングが見られた。

【考察】ゲル化の際, 核リン酸基にカルシウムイオンが結合し, 更に緩衝ホルマリンと反応してリン酸カルシウムが発生すると考えられた。

【結語】SA 法の標準化の為に, ゲル化以降は緩衝ホルマリンとの接触を避け核石灰化を防ぐ必要がある。

O-2-47 卵巣癌・腹膜癌との鑑別に腹水セルブロック法が有用であった, 虫垂癌性腹膜炎の 1 例

松戸市立総合医療センター産婦人科¹⁾, 松戸市立総合医療センター病理診断科²⁾

○海野洋一(MD)¹⁾, 原田 直(MD)²⁾, 池部 大(MD)²⁾, 横山 綾(CT)²⁾, 茅野伴子(CT)²⁾, 野呂昌弘(MD)²⁾

【はじめに】女性の癌性腹膜炎では, 卵巣癌や腹膜癌等の婦人科癌と消化器癌との鑑別を要するが, 時に細胞診のみでは鑑別が困難な事がある。今回婦人科に紹介され, 腹水セルブロック法にて消化器癌を疑い, その後の内視鏡検査にて虫垂癌が判明した症例を経験した。

【症例】71 歳, 女性。腹痛と腹部膨満感を自覚し, 近医受診。腹部 CT にて多量の腹水と腹膜播種を認め, 卵巣癌疑いで婦人科紹介。腹水穿刺細胞診にて腺癌の診断を得たが, 画像上明らかな卵巣腫大を認めなかった。腹膜癌や消化器癌の鑑別のためセルブロック法を追加するとともに, 上下部消化管内視鏡検査を施行した。結果として虫垂原発の腺癌との診断を得た。消化器内科に転科し化学療法を施行することとなった。

【腹水細胞診】N/C 比高く, 核型不整を示し, 細胞質内に PAS 染色陽性粘液を見る腺癌細胞を認めた。

【腹水セルブロック】細胞診に見た癌細胞は, 免疫染色で CK20/CDX2 陽性, PAX8/WT-1/Calretinin 陰性であり, 婦人科領域よりも消化器(特に下部消化管)原発腺癌が疑われた。

【下部消化管内視鏡生検】虫垂基部のびらんを伴う隆起から生検され, 組織学的に一部胞体内粘液を持つ異型細胞が索状や胞巣状に増生する腺癌を認め, 低分化癌と印環細胞癌の混在との診断を得た。

【まとめ】粘液性癌は細胞像が類似であっても原発臓器の違いにより, 化学療法のレジメなど治療方針は大きく異なる。早期に原発臓器を確定し, 治療方針を決定する上で腹水細胞診にセルブロック法を併用することが非常に有用と考えられた。

O-2-48 悪性腹膜中皮腫の1例

坂出市立病院臨床検査科¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理部²⁾

○中條健朗(CT)¹⁾, 横井祐介(CT)¹⁾,
大久保佐和子(CT)¹⁾, 石川 亮(MD)²⁾,
門田球一(MD)²⁾, 串田吉生(MD)²⁾

悪性中皮腫は中皮細胞に発生する難治性腫瘍で、患者数は年々増加しており、その8割が悪性胸膜中皮腫、2割弱が悪性腹膜中皮腫、他の部位の発症が少数となっている。(厚生労働省がん情報サービスより)今回当院で比較のまれな悪性腹膜中皮腫を経験したので報告する。細胞学的所見:核異型、多核、核小体の腫大を示す中皮細胞様の異型細胞の小集塊が見られることや、一部に重積性やhump状細胞突起を認める細胞集塊を認め、また小型角化細胞も散見する事などから悪性中皮腫を疑った。組織学的所見:セルブロックでは異型を伴う中皮系の細胞が多数出現し、一部の細胞質にグリコーゲンが見られるが明らかな粘液は見られず、免疫組織化学でCK AE1/AE3, EMA, calretinin, D2-40に陽性、WT-1やp53, Ki-67に一部で陽性、CEAやBer-EP4, MOC-31, desmin, p40, TTF-1, CDX-2には陰性で、画像所見などの臨床像が合えば、悪性中皮腫が疑われるとの診断であった。その後大網、腸間膜の切除術が行われ、核腫大を示す腫瘍細胞が乳頭状、シート状に増殖しており、免疫組織化学的な検索を経て、悪性中皮腫の診断が確定した。考察:悪性中皮腫は細胞診断上のいくつかのポイントがあり、またセルブロックを行うことで、さらに正確な診断ができると考える。{本発表に関連し、開示すべきCOI状態にある企業等はありません。}

◇一般演題・示説

P-1-1 子宮頸癌同時化学放射線療法後に子宮腔部細胞診で検出される異型細胞

佐賀大学産婦人科¹⁾, 佐賀大学病因病態科学²⁾

○大隈恵美(MD)¹⁾, 中尾佳史(MD)¹⁾, 門田千穂(MD)¹⁾,
西山 哲(MD)¹⁾, 橋口真理子(MD)¹⁾, 甲斐敬太(MD)²⁾,
相島慎一(MD)²⁾, 横山正俊(MD)¹⁾

【はじめに】臨床進行期Ib2期以上の子宮頸癌に対する当科における標準的根治治療は、同時化学放射線治療であり、その奏効率は80-90%と、有効な治療法である。根治的治療が終了し、組織学的寛解を確認した後の定期的な子宮腔部細胞診検査で異型細胞が検出される例は少なくない。多くは放射線治療による一時的な再生性変化であり、やがて異型細胞が検出されなくなるが、中には細胞診異常が長期間持続する例や、再発と鑑別が困難な細胞異形を呈する例も見られる。

【目的・方法】2014年から2017年の3年間に同時化学放射線療法で初回根治治療を施行し、寛解に至った後に細胞診異常がみられた子宮頸癌症例を振り返り、各々の特徴を検証した。

【結果】4年間に同時化学放射線療法で初回根治治療を施行した症例数は77例であった。77例中68例が局所寛解を得たが、そのうち2018年12月末までに子宮腔部細胞診検査で1回でも異型細胞が検出されたのは19例で、90%以上が治療後2年以内に異型細胞を検出していた。そのうち4例がその後局所再発と診断された。再発ではなかった15例中、5例は1回または2回の異型細胞検出後、異常を認めなくなった。しかし異形成が長期持続する例もあり、また、1例では、組織診にてCIN3の診断に至り、子宮摘出を行っている。異形成の細胞像)核が大型化した細胞集塊を認め核は類円形から軽度不整形で明瞭な核小体を認める。N/C比が高く核の大小不同も見られ、扁平上皮癌の再発を疑う所見。

【まとめ】再発例と、再生性変化であったと考えられる例での臨床的、細胞学的所見の相違を検討し、鑑別点について考察した。

P-1-2 閉経後婦人科細胞診疑陽性例の細胞学的検討

琉球大学医学部保健学科生体検査学講座形態病理学分野¹⁾, 那覇市医師会生活習慣病検診センター²⁾

○豊田善成(CT)¹⁾, 金城貴夫(MD)¹⁾,
照屋昇行(その他)¹⁾, 崎山三千代(CT)²⁾

【目的】閉経後の子宮腔部細胞像は炎症像や萎縮に伴う核腫大の変化で判定に困難をきたすことがある。そこで内分泌細胞診指数や異角化細胞出現数から閉経後子宮腔部細胞診疑陽性例の特徴像を探り、異型細胞の検出や判定の手掛かりを掴むことを目的に検討を行った。

【対象及び方法】検討対象は60歳以上の閉経後女性の子宮腔部細胞診標本で陰性1495例、疑陽性215例を対象に細胞成熟度指(MI), エオジン好性指数(EI), 異角化細胞出現率(DK)を検討した。MIは表層細胞の出現率から、EIでは角化細胞の出現率から11%以上を高値群とし、11%未満を低値群とした。

【結果】疑陽性例でのMI高値群の割合は47%で陰性例(31%)と比較して高い傾向が見られた。同様に疑陽性例のEI高値群は68%で陰性例の41%と比較して高い傾向が見られた。また疑陽性例のDK出現率は52%で陰性例の5%と比較して高い出現率であった。さらにDKとEIの組み合わせの評価でみるとDK陽性かつEI高値の疑陽性例は41%に対して陰性例は3%であり有意に高かった。疑陽性例と陰性例のMI高値群の割合を比較すると疑陽性例が若干高い割合を示すものの感度として低く、これらの指標を単純に用いて異型細胞検出としての評価にただちに結び付けることはできない。しかしDKやDKとEIの組み合わせの評価では陰性例の出現率はそれぞれ5%、3%と低く、特異度は高い。このことはDKを認めない症例は異型細胞の存在を否定できる判定基準のひとつとして期待される。これらの結果に加え、HPV感染との関連性も報告する。

P-1-3 細胞診ASC-USに対するHPV判定の陽性率と細胞学的所見について

株式会社兵庫県臨床検査研究所病理検査課HPL¹⁾, 株式会社兵庫県臨床検査研究所²⁾

○森井雅敏(CT)¹⁾, 川嶋雅也(CT)²⁾

【はじめに】液状細胞診(以下LBC)において、細胞診判定がASC-USであった時、HPVテストを追加依頼する事が多々見られる。そこで今回、その陽性率をまとめ、細胞学的所見も加えて報告する。

【検証法】2016年1月~2018年6月までのある特定医院を対象にLBC(日本BD社・SurePath法)で依頼があり、判定がASC-USでHPVテスト(LSI社へ外注)の追加依頼があった116症例について陽性率の検証を行い、年代別の陽性率の検証も行った。

【結果】それぞれの陽性は全体が117名中53名で約45%、20代が25名中18名で72%、30代が30名中18名で60%、40代が40名中12名で30%、50代が13名中4名で約31%、60代が3名中0名で0%、70歳以上が6名中1名で約17%だった。50歳未満では95名中48名で約51%、50歳以上では22名中5名で約23%だった。

【細胞学的所見】HPV陽性で核周囲明庭は24件、扁平上皮化生変化は6件、LSILとの判定が困難だが少数であった為ASC-USとした症例は23件であった。HPV陰性で核周囲明庭は13件、扁平上皮化生変化は26件、卵管化生1件、異型角化3件、萎縮性変化4件、LSILとの判定が困難だが少数であった為ASC-USとした症例は17件であった。

【考察】本検証ではASC-US時とHPVテストとの乖離が見られる。しかし、経過観察で見て行くとHPV陽性症例のうち2症例がHSILへ、もう6症例はLSILへ移行した。細胞診結果がASC-USの場合は、HPVテストを追加し、その結果も考慮したうえでフォローアップが必要と考える。

P-1-4 子宮頸がん検診における Hybrid capture-2 法と APTIMA 法の比較

桜十字福岡病院婦人科¹⁾, 金沢医科大学産科婦人科²⁾

○黒木博子(MD)¹⁾, 坂本人一(MD)²⁾, 大阪康宏(MD)²⁾, 柴田健雄(MD)²⁾, 高倉正博(MD)²⁾, 笹川寿之(MD)²⁾

【目的】 APTIMA・HPV(AHPV)は高リスク HPV の E6-E7mRNA を検出できるため、高度上皮内病変の検出において特異性が高いとされている。Hybrid capture-2 (HC2)法と AHPV の有用性を検証する。

【対象と方法】 紹介および CIN 追跡患者 422 名について HC2, AHPV, 細胞診を行い子宮頸部異常の検出感度, 特異度を算出した。

【結果】 HC2 と AHPV の HPV 陽性率はほぼ同等であった。CIN3 以上の異常 (CIN3+) の検出感度は HC2, AHPV で有意差はなかった (97.1%, 100%, McNemar test $P>0.1$)。ASCUS トリアージ (ASCUS+), LSIL トリアージ (LSIL+) の感度は 97.1%, 85.5% で AHPV は LSIL+ より高感度であった ($P=0.0164$)。特異度に関して LSIL+66.1% であり AHPV, HC2 (59.9%, 55.6%) より高かった ($P=0.0164, 0.0105$) が AHPV と HC2 では差はなかった。CIN2+ の見逃し例では, LSIL+ では 14 例中 9 例は高リスク型, HC2 では 5 例中 3 例が高リスク型であった。AHPV による見逃しは 5 例あったが高リスク型は認めなかった。HC2 と AHPV 検査における CIN2+ の不一致は HC2, AHPV ともに 3 例あり, HC2 では HPV16, 52+CIN3 の 2 例, HPV18+CIN2 の 1 例が見逃された。

【考察】 CIN3+ の検出において AHPV は LSIL+ よりも高感度であり, 特に CIN3 の見逃しがなかったことから, スクリーニング検査において AHPV の精度の高さが示唆された。

P-1-5 分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の臨床細胞学的検討

神奈川県立がんセンター婦人科¹⁾, 神奈川県立がんセンター病理診断科²⁾, 神奈川県立がんセンター医療医術部検査科³⁾

○小澤雅代(MD)¹⁾, 内山亜弥(MD)¹⁾, 上野悠太(MD)¹⁾, 上原萌美(MD)¹⁾, 最上多恵(PhD)¹⁾, 近内勝幸(MD)¹⁾, 小野瀬亮(PhD)¹⁾, 那須隆二(CT)³⁾, 横瀬智之(PhD)²⁾, 加藤久盛(PhD)¹⁾

【目的】 分葉状頸管腺過形成 (LEGH) は, 粘液分泌の亢進した異型性に乏しい高円柱状上皮細胞からなる腺管の分葉状増殖を特徴とする良性増殖性疾患であるが, 上皮内腺癌 (AIS) や粘液性腺癌, 最少偏倚腺癌などの悪性疾患と混在することもあるため, 子宮頸部細胞診検査において, LEGH に合併した腫瘍や異型病変を指摘することは重要である。今回, 組織学的に LEGH と診断された症例について臨床的背景, 細胞学的所見を検討し, 合併病変検出における細胞診の有用性を明らかにする。

【方法】 当院診療録において 2012 年 1 月から 2018 年 10 月までに LEGH と組織診断された 7 例を後方視的に検討した。

【結果】 平均年齢は 41.4 歳。初診時主訴は, 無症状 5 例, 水様性帯下 1 例, 不正性器出血 1 例であった。最終組織診断は LEGH 単独 1 例, 子宮頸部上皮内癌 (CIN) 合併 3 例, AIS 合併 1 例, 腺癌合併 2 例であった。細胞診検査では異型腺細胞 (AGC) 4 例 (組織診内訳: LEGH 単独, CIS, AIS, 腺癌), 高度扁平上皮内癌 (HSIL) 1 例 (組織診: 腺癌), 扁平上皮内癌 (SCC) 2 例 (組織診: CIN)。LEGH 単独例は, 前医の細胞診では AGC であったものの, 当院再検細胞診では頸管腺細胞は多数だが異型細胞なく陰性 (NILM) と判定した。

【総括】 前医 AGC の LEGH 単独例では細胞診異常を指摘されなかったが, その一方で浸潤癌及び前癌病変を合併する症例は細胞診異常を指摘できた。

P-1-6 分葉状頸管腺過形成の診断補助に細胞診が有用であった一例

産業医科大学産婦人科¹⁾, 産業医科大学広域・発達看護学²⁾

○原田大史(PhD)¹⁾, 松浦祐介(PhD)²⁾,
植田多恵子(PhD)¹⁾, 栗田智子(PhD)¹⁾,
鏡 誠治(PhD)¹⁾, 吉野 潔(PhD)¹⁾

【はじめに】分葉状頸管腺過形成(Lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH)は内子宮口付近に発生することが多い特殊な頸管腺過形成であり, 時に診断治療に苦慮することがある。

【症例】51歳, 2経妊2経産。10年程前に水様性帯下の増加を指摘された既往がある。今回, 子宮頸がん検診目的で前医を受診した際に, 多量の水様性帯下と頸管壁の肥厚を指摘され精査目的に当科紹介受診となった。腔鏡診では頸管口から水様性帯下の流出を認め, 腔内に帯下が貯留していた。骨盤部MRI検査では内頸部領域に大小嚢胞の集簇や粘液貯留を指摘され, LEGH疑いの診断で腹式単純子宮全摘術を施行した。

【細胞診所見】子宮頸部細胞診では比較的清明な背景に, 腫大したやや不整な核を有する異型腺上皮細胞が集塊状に散見され, atypical glandular cell (AGC)と診断した。子宮内膜細胞診では頸部からの混入と思われる黄色の胃型粘液を有する細胞集団および軽度のクロマチン増量と軽度の核腫大, 核型不整を伴う孤立性細胞を認めた。

【病理組織所見】頸管内搔爬による組織診では悪性所見はなく, 異型のない頸管腺上皮を認めた。摘出子宮では子宮頸部に既存の頸管腺と混在するように幽門腺様の粘液上皮からなる腺管構造がみられ, 免疫染色では幽門腺様の上皮に一致してMUC6に陽性の部位を認め, 最終病理診断はLEGHであった。

【結語】本症例で細胞診による術前評価が有用であった理由として, 頸管内あるいは腔内の粘液内に胃型粘液を有する細胞が細胞傷害を受けずに浮遊していたことが考えられた。

P-1-7 子宮頸部胃型粘液性癌の2例

赤穂市民病院臨床検査部病理検査室¹⁾, 京都市立病院病理診断科²⁾, 宇治徳洲会病院病理診断科³⁾, 三菱京都病院病理診断科⁴⁾

○山本美智子(CT)¹⁾, 植良 紋(CT)¹⁾,
野田みゆき(CT)²⁾, 河野文彦(MD)³⁾, 岩佐葉子(MD)²⁾,
藤井真由美(CT)⁴⁾, 中嶋安彬(MD)⁴⁾

子宮頸部胃型粘液性癌の二例について, 他のタイプの腺癌との比較も含めて報告する。症例1: 40歳代女性。下腹部不快感のため産婦人科受診。エコーにてEM 9.7 mm, 子宮頸部やや大きめであった。症例2: 30歳代女性。未婚。妊娠歴なし。不正出血のため産婦人科受診。頸部前壁を中心に3-4 cm大の易出血性腫瘍を認め, 腔壁浸潤なし。エコーでは, 血流豊富な34×25 mm大の充実性腫瘍で, 内膜肥厚や腹水なし。MRIでは, 内腔に突出するポリープ型・隆起型の前壁頸癌で, 腔腔内へ突出し, 筋層過半を超える浸潤や膈門蓋部への浸潤が疑われた。二例共に, 頸部細胞診LBCでは, 異型細胞が主として重積性小集塊状に出現し複合腺管状も思わせ, 腺癌の可能性を検討すべきAGCの細胞所見と判定されたが, 良悪性の判定自体や, 頸部腺癌の他のタイプとの鑑別は必ずしも容易ではないと思われた。内膜組織診では二例共に腫瘍性増生はなく, 子宮頸部生検組織診では, 非腫瘍性の内頸部腺に混じて, 高分化腺癌が浸潤増生し, 内頸部腺癌の所見を呈し, 免疫染色では, 二例共にMUC6+, CK7+, p53+, p16-, CK20- (症例2では更に, CEA(focally)+, ER-, PgR-)で, 胃型粘液性癌と診断された。子宮頸部の胃型粘液性癌は高分化型を含み, 表面よりも寧ろ深部に拡がる場合もあり, 頸部細胞診での診断は, 他のタイプの頸部腺癌と同様にしばしば困難となるので, 異型の弱い細胞集塊が主として見られる時でも, 胃型粘液性癌も含めた頸部腺癌の可能性も常に念頭に置き, 慎重に判定すべきである。

P-1-8 スクリーニング支援システム ThinPrep イメージングシステム DUO の使用経験

PCL 盛岡病理・細胞診センター

○吉谷地玲子(CT), 小川七恵(CT), 宮智恵子(CT),
佐々木仁子(CT), 海老川久美子(CT), 田村 元(MD),
方山揚誠(MD)

㈱ピーシーエルジャパンでは川越ラボにて ThinPrep 法で LBC を施行していたが, 検体数増加に伴い, 川越ラボのみならず, 大阪ラボ, 福岡ラボ, 盛岡ラボでも ThinPrep5000 プロセッサを導入し分散化を図った. 盛岡ラボでは ThinPrep プロセッサ導入前に川越ラボ作製標本のスクリーニングを行い, トレーニングを重ねた. 2017 年 9 月より LBC 検体の一部を盛岡ラボに搬入してスタートした. 1 日当たり約 100 件程度の LBC 検体を処理するようになったが, スタッフの増加はなく, 精度を維持するため, ホロジック社製の ThinPrep イメージングシステム DUO(以下イメージャ)を導入した. イメージャは 2018 年 2 月に盛岡ラボに導入し, 1ヶ月以上試用し, 同年 4 月より ThinPrep 標本全例にイメージャの運用を開始した. 2017 年 9 月から 2018 年 3 月までのイメージャなしの LBC 検体は 15367 件(月平均 2195 件)で, 2018 年 4 月から 2018 年 12 月までのイメージャを用いた検体は 23027 件(月平均 2559 件)であった. 運用方法は ThinPrep5000 にて標本作製後, 専用の ThinPrep 染色を施しイメージャにより解析した. すべての細胞を大きさと濃さから選択された 20 視野と細胞集塊 2 視野の合計 22 視野を専用の顕微鏡で細胞検査士が鏡検して判定した. 異常所見がなければ陰性として終了とし, 異常所見と判定した検体は全視野鏡検を実施して判定した. ASC-US 以上および問題症例と判定された検体は細胞診専門医の鏡検にまわした. イメージャ導入前後を比較検討し全視野鏡検とほぼ同様の精度であった.

P-1-9 婦人科 LBC 検体を用いた細胞診・HPV 検査・CINtec・LC1000 の比較検討

兵庫県臨床検査研究所病理検査課・HPL¹⁾, シスメックス株式会社²⁾, 兵庫県立がんセンター検査部³⁾, 兵庫県立がんセンター病理診断科⁴⁾

○川嶋雅也(CT)¹⁾, 岡 智子(MT)²⁾, 高垣和代(CT)³⁾,
佐久間淑子(MD)⁴⁾

【はじめに】子宮頸癌スクリーニングにおいて, 液状化検体を用いた検査は複数ある. 今回, 同一バイアルから液状化検体細胞診(以下 LBC)・CINtec PLUS Cytology Kit(ロシュ社:以下 CINtec)・LC-1000(シスメックス社:以下 LC)・HPV-DNA 簡易ジェノタイプ判定(ロシュ社:以下 HPV)の 4 法を実施する機会があり, LBC 結果を参照とした 3 法の比較結果を報告する.

【方法】同意が得られた患者を対象にスプリットサンプリングにより検体を得た 57 症例について検討を行った. LBC はベセスダシステムに準じて判定し NILM 以外を陽性, CINtec は陽性細胞 1 個以上を陽性, LC は CPIx が推奨カットオフ値以上を陽性, HPV は 16 型・18 型・その他高リスク型 HPV のいずれかが検出された場合を陽性と判定した.

【結果】4 法の結果が一致したのは 34 症例(59.6%:全て陽性 23 件, 全て陰性 11 件)であった. NILM(n=27)及び ASCUS(N=3), LSIL(n=6), ASCH/HSIL/SCC(n=18)に対する各陽性率は, CINtec: 22.2%, 100%, 100%, 94.4%, LC: 18.5%, 33.3%, 83.3%, 94.4%, HPV: 22.2%, 66.7%, 100%, 88.9%であった. HPV 陰性, LC 陽性の腺癌(n=2)を認めた.

【まとめ】HPV, CINtec に比べ LC は細胞診グレードによって陽性率に違いを認めた. これは LC が HPV とは異なり細胞増殖能を反映していると考えられる. さらに, 組織診断結果との照合による比較を行っておりその結果も合わせて報告する.

P-1-10 初めての子宮頸部 LBC 鳥取大学医学部附属病院 病理部の現況

鳥取大学医学部器官病理学¹⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理部²⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理診断科³⁾

○野坂加苗(MD)¹⁾, 大野千恵子(CT)²⁾,
遠藤由香利(CT)²⁾, 松重貴大(CT)²⁾, 持田洋利(CT)²⁾,
山田恭子(CT)²⁾, 阿部明美(CT)²⁾, 梅北善久(MD)³⁾

【はじめに】鳥取大学医学部附属病院では, 子宮頸部の細胞診は婦人科が科内でスクリーニングを行うか, 近年では判定を外部業者に委託する形を取っていたため, 設立以来長い間, 病理部で頸部細胞診は行っていなかった。2018 年度より病理部での子宮頸部細胞診が開始されたが, ほぼ全員が子宮頸部細胞診未経験の状態である Bethesda システムを導入するという状況は国内の施設でも非常に稀と思われる。このような背景において生じた問題点や考察について報告する。

【現状】2018 年 4 月に Liquid-Base Cytology システムの導入をきっかけに, 病理部で頸部細胞診を開始した。5 人の細胞検査士がスクリーニングを行い, 一人の病理医が全件を review しているが, 前述の理由により, この全員が業務としての頸部細胞診は未経験もしくは経験が浅かった。2018 年 4 月から 1 月までの子宮頸部細胞診の実績は, 月間平均 134.8 件でほぼ横ばいである。Bethesda 判定の内訳としては ASC-US が平均 9.5%, ASC-H の判定が 3.0% を占め, いずれの ASC 判定も一般的に想定される出現率を上回る結果となった。

【考察】ASC とりわけ ASC-US が想定よりも増加した原因として, 当院が大学病院であるため, 細胞診異常に基づく紹介患者の比率が高いことが挙げられるが, 職員の練度も重要視される。ASC-US と判定された中には反応性の異型が多数含まれているものと推測され, これらを的確に除外していくことが今後の課題である。

P-1-11 LBC 法によるすりガラス細胞癌の組織型推定

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²⁾

○森本優生(CT)¹⁾, 岡 大地(CT)¹⁾, 小柳由貴(CT)¹⁾,
神月 梓(CT)¹⁾, 棚田 論(CT)¹⁾, 龍あゆみ(CT)¹⁾,
芦村純一(CT)¹⁾, 久保千明(MD)²⁾, 長田盛典(MD)²⁾,
中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】すりガラス細胞癌 (glassy cell carcinoma ; GCC) は低分化型の腺扁平上皮癌として位置付けられ, わが国での発生頻度は全子宮頸癌中の 1~2% と稀な腫瘍である。細胞診断学的には非角化型扁平上皮癌や腺癌との鑑別を要する。今回我々が経験した GCC の 2 例について従来法, LBC 法 (liquid based cytology 法) の細胞像を併せて報告する。

【症例 1】20 歳代女性。子宮癌検診で class V にて前医受診。陰部に 4~5 cm 大の腫瘍がみられ, 組織診で GCC と診断された。治療目的で当院を紹介受診され, 広汎子宮全摘術となった。

【症例 2】40 歳代女性。4 経 2 産。前医の頸部スメアで ASC-US を指摘。HPV 陽性でコルポスコピーの結果, 浸潤癌疑いの為当院を紹介受診。生検診断で invasive carcinoma と診断され, 広汎子宮全摘術となった。

【細胞像】2 例において従来法, LBC 法で共通して, 強い炎症性背景・敷石状配列・核小体明瞭・核の大小不同・核中心性・円滑な核縁・細胞境界明瞭で豊富な胞体を持つ等の所見が見られた。

【組織像】子宮全摘材料では, 核小体明瞭な大型核と淡好酸性の豊富な胞体を持った腫瘍細胞が充実胞巣状に増殖し, 好中球を主体とした炎症細胞浸潤が目立った。

【まとめ】従来法と LBC 法の細胞像を比較すると, 従来法の方が GCC の典型的な細胞像が認識しやすかった。しかし両法の細胞像に大きな違いはなく, GCC の形態学的特徴を捉えれば LBC 法のみでも組織型推定は可能であると考えられた。

P-1-12 子宮頸部小細胞癌の臨床病理因子・細胞所見に関する後方視的検討

九州がんセンター婦人科¹⁾,九州がんセンター病理診断科²⁾

○園田顕三(MD)¹⁾,藤本翔大(CT)²⁾,前之原章司(CT)¹⁾,有吉和也(MD)¹⁾,岡留雅夫(MD)¹⁾,小嶋健太(CT)²⁾,清家直樹(CT)²⁾,上里 梓(MD)²⁾,田口健一(MD)²⁾,齋藤俊章(MD)¹⁾

【目的】子宮頸部小細胞癌は、日本産科婦人科学会 2016 年度患者年報で子宮頸部悪性腫瘍の 1.1%と非常に稀だが、予後不良な悪性腫瘍とされる。当院で経験した子宮頸部小細胞癌の臨床病理因子・細胞所見について検討した。

【方法】当科で 1997 年 1 月から 2018 年 12 月までに初回治療を施行した症例につき後方視的に検討を行った。

【結果】症例数は 10 例、年齢中央値は 43 歳(33~68 歳)、進行期は IB1 期:3 例, IB2 期:1 例, IIB 期:1 例, IV B 期:5 例であった。腫瘍サイズ中央値は 6 cm(3~10 cm)で、膀胱粘膜浸潤:3 例, 骨盤リンパ節転移陽性:8 例であった。5 例に遠隔転移を認め、肝臓:4 例, リンパ節:3 例, 腹膜播種:3 例, 肺:2 例, 骨:1 例(重複あり)であった。広汎子宮全摘出術が施行された 5 例には、術後に CDDP・VP-16 療法, CDDP・etoposide 療法, CDDP・CPT-11 療法, PTX・CBDCA 療法, CCRT が行われた。手術適応のない 5 例には、前述化学療法と放射線療法が施行された。観察期間中央値は 28ヶ月(2~96ヶ月)で、転帰は NED:3 例, AWD:1 例, DOD:6 例であった。細胞診で核が濃染し、核細胞質比が高い小形異型細胞のシート状集塊を認めた 6 例が小細胞癌と診断され、壊死所見の強い症例も存在した。免疫染色が行われた 2 例では、synaptophysin・chromogranin A が陽性であった。

【考察】子宮頸部小細胞癌は予後不良で、早期診断後の適切な治療が望まれる。細胞診断では特徴的所見を呈することもあるが、鑑別診断に際し免疫染色の併用が有用と考えられた。

P-1-13 子宮頸部原発大細胞神経内分泌癌の細胞像

札幌医科大学産婦人科学講座¹⁾, NTT 東日本札幌病院産婦人科²⁾

○寺本瑞絵(MD)^{1,2)},西村庸子(MD)¹⁾,秋元太志(MD)¹⁾,玉手雅人(MD)¹⁾,磯山響子(MD)¹⁾,小川万梨絵(MD)¹⁾,寺田倫子(MD)¹⁾,松浦基樹(MD)¹⁾,郷久晴朗(MD)¹⁾,岩崎雅宏(MD)¹⁾,齋藤 豪(MD)¹⁾

【緒言】子宮頸部大細胞神経内分泌癌(Large cell neuroendocrine cancer:LCNEC)は、細胞診での正診率も低く、非常に稀で予後不良の腫瘍である。今回、細胞診にて推定し得た子宮頸部原発 LCNEC を経験したので、報告する。

【症例】40 歳代女性(G1P1)。不正性器出血・排尿困難のため、精査加療目的に当科紹介受診。子宮頸部に 13 cm 大の腫瘤を認め、腔壁・傍子宮織浸潤、肝臓、リンパ節に多発転移を有し、子宮頸癌 IVB 期と診断。TC 療法 4 コース後、拡大単純子宮全摘出術+両側付属器摘出術+大網部分切除術を施行した。

【子宮頸部細胞診】炎症性背景に、顆粒状増量クロマチン、核の大小不同を伴い、核小体明瞭、極度に N/C 比増大した異型細胞が、集塊状から散在性、一部柵状、木目込み様配列に出現。裸核、核線を有し、神経内分泌癌を推定した。

【子宮頸部組織診】多量の壊死を伴い、クロマチン粗造な大小不同の核を持つ N/C 比の高い異型細胞が胞巣状に増殖。角化は不明瞭で、胞巣内に小型の腺腔構造、ロゼット様構造が見られた。免疫染色では CD56, Chromogranin A, synaptophysin が陽性、p40, CK5/6, p16 陰性であり、LCNEC と診断した。

【腫瘍捺印細胞診】壊死性背景に、顆粒状クロマチン、核の大小不同を伴う、核小体明瞭な裸核状の異型細胞が多数認められた。木目込み様配列、線状配列も見られ、大型異型細胞も少数認め、LCNEC を推定した。

【まとめ】本症例は、特徴的・典型的な細胞診像、組織像を呈し、術前に LCNEC と診断可能であった。文献的考察を加え、報告する。

P-1-14 術前に子宮頸部大細胞神経内分泌癌の診断をし得た一例

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座³⁾

○赤石麻美(MD)¹⁾, 二神真行(MD)¹⁾, 熊谷直哉(CT)²⁾, 小山文望恵(PhD)¹⁾, 平川八大(MD)¹⁾, 三浦理絵(MD)¹⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 渡邊 純(MD)²⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾, 鬼島 宏(MD)³⁾

【諸言】子宮頸部大細胞神経内分泌癌(LCNEC)は稀な疾患であり, 他の組織型と混在することも多いため術前診断は容易ではない。細胞診, 組織診での免疫染色の併用により術前に LCNEC と診断し得た一例を経験したので報告する。

【症例】40 歳, 3 妊 3 産。子宮がん検診目的に前医を受診。子宮頸部細胞診 ASC-US, コルポ下生検 CIN2 の診断であった。その後 ASC-H が持続し, 再度コルポ下生検を施行し SCC の診断で当院に紹介された。子宮頸部前唇に 2 cm 大の腫瘤を認め, 細胞診, 組織診で LCNEC の診断であった。子宮頸癌 I B1 期として広汎子宮全摘術を施行した。術後はイリノテカン-シスプラチン療法 3 クールを施行し現在再発所見は認めていない。

【細胞診】核が腫大し高い N/C 比, 核形不整, 核の大小不同, 核クロマチンの増量を示し, 淡く泡沫状の胞体を有する異型細胞を孤立散在性ないし集塊状に認める。異型細胞の核クロマチンは salt and pepper 様を呈している。免疫染色は synaptophysin と chromogranin A が陽性であった。

【組織診】好酸性顆粒状の細胞質を有する高異型, 比較的大型の癌細胞が胞巣状, 充実性に増殖し, 一部にロゼット構造と辺縁柵状配列を認める。免疫染色では p16, synaptophysin, chromogranin A, NCAM いずれも陽性であった。以上より LCNEC と診断した。

【まとめ】細胞診および組織診で免疫染色の併用により, 術前に LCNEC と診断し得た一例を経験した。LCNEC は予後不良であることが多く術前からの診断ができることが治療の向上につながる可能性がある。

P-1-15 子宮腔部・内膜細胞診でメラニン顆粒が見られなかった悪性黒色腫の一例

獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学病院病理診断科²⁾

○加藤 輝(CT)¹⁾, 町田浩美(CT)¹⁾, 古米 通(CT)¹⁾, 永井多美子(CT)¹⁾, 佐々木英夫(CT)¹⁾, 金子有子(MD)²⁾, 中里宜正(MD)²⁾, 黒田 一(MD)²⁾

【はじめに】悪性黒色腫ではメラニンを全く, あるいは少ししか産生しない例(Amelanotic melanoma)が 10~30% 程度存在している。また, 腔原発の悪性黒色腫は全体の 0.3%~0.8% と非常に稀である。今回, 我々は子宮腔部・内膜細胞診および子宮腔部生検にてメラニン顆粒が確認できなかった悪性黒色腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代, 女性。不正性器出血にて前医受診。頸部・内膜細胞診施行し, 扁平上皮癌疑いとなり, 精査・加療目的に当院受診となる。当院にて, 腔部・内膜細胞診および腔部生検施行し, 細胞診ではいずれも Malignant tumor, 組織診では Melanoma の診断となった。

【細胞像】腔部・内膜とも, 核形不整, クロマチンが増量した N/C 比の高い異型細胞が散在性に見られた。メラニン顆粒は認められなかった。

【組織像】類円形腫瘍細胞が密にシート状に増生していた。明らかなメラニン顆粒は認められなかったが, 免疫染色で, CD56 陽性, CD3/5/20 陰性, Synaptophysin/Chromogranin A 陰性, AE1/3 陰性, CD38 陰性, HMB45/MelanA/S100 陽性の結果より, Melanoma の診断となった。

【まとめ】今回, メラニン顆粒が確認できなかった悪性黒色腫の一例を経験した。悪性黒色腫は早期に転移を起こしやすく予後不良であるため, 本疾患を同定することは非常に重要である。通常, 悪性黒色腫ではメラニン顆粒を見つけることが診断の助けとなるが, 本症例のようにメラニン顆粒を確認できない場合もあるということを念頭に診断にあたるのが重要であると再認識した。

P-1-16 メラニン顆粒の乏しい腔原発悪性黒色腫の1例

那須赤十字病院検査部¹⁾, 那須赤十字病院産婦人科²⁾

○加藤昌利(CT)¹⁾, 大谷美雄(CT)¹⁾, 清河駿樹(MD)²⁾,
北岡芳久(MD)²⁾, 薄井和江(CT)¹⁾, 田村勝幸(CT)¹⁾,
高橋佳奈(CT)¹⁾, 中村加奈子(MD)²⁾, 川井俊郎(MD)¹⁾

【緒言】悪性黒色腫は、メラノサイトの悪性化によって生じる腫瘍である。その中で、腔原発悪性黒色腫は、全悪性黒色腫の1%以下、全腔悪性腫瘍の3%以下を占めるにすぎない、極めて稀な腫瘍である。早期からリンパ行性・血行性に転移しやすく、きわめて予後不良である。今回、メラニン顆粒の乏しい腔原発悪性黒色腫の1例を報告する。

【症例】89歳、3妊2産で、不正性器出血と子宮脱を主訴に紹介受診。腔鏡診で腔後壁下1/3に易出血性の腫瘍を認めた。家族歴、既往歴に特記すべきことはない。

【検査所見】CT・MRIでは、腔後壁を主体に腔内を占拠する腫瘍と多発リンパ節腫大を認めた。腫瘍の擦過細胞診では、軽度の炎症性背景の中に、偏在核でN/C比が高く、核縁の肥厚・不整と核小体の目立つ異型細胞が出現しており、腺癌を疑った。腫瘍の部分生検では、粘膜下部から、大小不同を伴う円形から類円形の核と明瞭な核小体を有する腫瘍細胞がびまん性に増殖しており、核分裂像も多数認められた。一部の腫瘍細胞には、メラニン様褐色顆粒がわずかに見られた。悪性黒色腫を疑って免疫組織化学染色を行った結果、S100：弱陽性、HMB45：陽性、AE1/AE3：陰性、LCA：陰性で、悪性黒色腫の診断に至った。

【結語】本症例では、腫瘍細胞中のメラニン様顆粒物質はわずかしら認められなかった。メラニン顆粒が僅少であったり、ほとんど存在しない症例では、未分化がんや低分化がんとの鑑別を要するため、免疫組織化学染色が確定診断の一助となる。

P-1-17 術前診断に苦慮した結節型外陰悪性黒色腫の一例

杏林大学産科婦人科学教室¹⁾, 杏林大学産科婦人科²⁾, 杏林大学病理診断科³⁾, 立正佼成会附属佼成病院産婦人科⁴⁾

○西ヶ谷順子(MD)¹⁾, 澁谷英里子(MD)²⁾,
百村麻衣(MD)²⁾, 松本浩範(MD)¹⁾, 小林陽一(MD)²⁾,
田邊一成(CT)³⁾, 坂本憲彦(CT)³⁾, 大森嘉彦(MD)³⁾,
下山田博明(MD)³⁾, 柴原純二(MD)³⁾, 鈴木 淳(MD)⁴⁾

外陰悪性黒色腫は悪性黒色腫全体の約2%と稀な疾患である。悪性黒色腫の特徴として皮膚の色調変化(黒色)があるが、今回色調変化が明らかではなく、術前診断に苦慮した外陰悪性黒色腫の一例を経験したので報告する。症例は79歳 G3P3。1年前より外陰部腫瘍を自覚しており、1~2か月前から増大傾向認め、疼痛出現したため前医受診。外陰腫瘍は大きく、悪性も否定できないため精査加療目的にて当院受診。診察上、陰核付近より発生する鶏卵大の腫瘍を認めた。腫瘍の周囲への浸潤傾向はなく皮膚の色調はほとんどなかったが、辺縁がやや黒色調であった。腫瘍表面に一部びらんあり、擦過細胞診施行しclass Iであった。MRI検査では外陰部に65mm大の境界明瞭な腫瘍性病変を認め、CT検査ではリンパ節転移や遠隔転移の所見を認めなかった。外陰腫瘍摘出術を施行、腫瘍は白色~灰白色であり、術中迅速病理診断で悪性の診断であったため、両側鼠径リンパ節郭清を追加した。最終病理診断は悪性黒色腫(結節型)であった。

【捺印細胞診】class V malignant cells

【迅速病理組織診断】Malignant cell tumor

【病理組織診断】Malignant melanoma of the genital region, pT4bN0M0, stage II C期悪性黒色腫は本症例のように特徴的な皮膚所見が明らかではないタイプのものもあり、術中の細胞診・組織診が有用となるケースもある。当院で経験した他の外陰悪性黒色腫の症例も合わせて提示する。

P-1-18 外陰 Paget 病の細胞像：進行癌の 1 例

防衛医科大学校産科婦人科¹⁾, 防衛医科大学校病院検査部²⁾, 防衛医科大学校皮膚科³⁾

○高崎和樹(MD)¹⁾, 笹 秀典(MD)¹⁾, 小柳津美佳(MD)¹⁾, 岩橋秀樹(MD)¹⁾, 青山 真(MD)¹⁾, 宮本守員(MD)¹⁾, 川口 翔(CT)²⁾, 島崎英幸(MD)²⁾, 下方美穂(MD)³⁾, 高野政志(MD)¹⁾

【背景】外陰 Paget 病は外陰悪性腫瘍の 1~2%とまれな腫瘍で、大型の異型細胞 (Paget cell) が増殖するのが特徴である。今回、子宮頸部細胞診にて乳房外 Paget 病の細胞像を呈した進行癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】76 歳, 女性。2 年前より外陰部そう痒感, 発赤があり, 症状が増悪したため当院へ紹介された。子宮頸部部の擦過細胞診では, きれいな背景に孤立散在性ないし集塊状に, N/C 比が高くクロマチン微細な小型細胞が散見された。核小体が目立ち, 一部核形不整を伴う細胞も認められた。乳房外 Paget 病の細胞像と考えられた。外陰部の生検組織診では, 類円形の核と淡明から淡好酸性胞体を有する腫瘍細胞が, 孤立性から胞巣状に増殖する象が認められた。免疫組織化学的に cytokeratin (CK) 7 陽性, gross cystic disease fluid protein-15 で一部陽性, CK20 陰性で, 乳房外 Paget 病と診断された。病変は外陰部から膣や子宮まで浸潤し, 臨床進行期 IV 期で化学療法中である。

【結語】外陰 Paget 病の進行の評価に子宮頸部細胞診は有用であり, 淡明な細胞質を持つ大型の異型細胞が認められたら, Paget 病が子宮へ進展していると考えられ, 精査が必要と考えられた。

P-1-19 当院における子宮癌肉腫症例の術前子宮内膜細胞診に関する臨床的検討

慶應義塾大学病院医学部産婦人科学教室

○永井晋平(MD), 辻 浩介(MD), 安康真由香(MD), 高橋孝幸(MD), 小林佑介(PhD), 山上 亘(PhD), 岩田 卓(PhD), 冨永英一郎(PhD), 阪埜浩司(PhD), 青木大輔(PhD)

【緒言】子宮癌肉腫は病変が子宮腔内に存在することが多く, 内膜細胞診で異型細胞の検出率は高いものの, 肉腫成分が同定されることは低率であると報告されている。本研究では当院において子宮癌肉腫と診断し治療を行なった症例の術前子宮内膜検査について後方視的に調査し, 子宮内膜細胞診の有用性を検討することを目的とした。

【方法】2013 年から 2018 年までに当院にて最終診断が子宮癌肉腫であった 16 例を対象とした。術前 MRI 画像, 術前子宮内膜細胞診判定, 術前子宮内膜組織診断, 術後病理組織診断を検討した。子宮内膜細胞診はエンドサイトもしくはスクリーブラシによる擦過法にて採取し, 標本は従来法で作成した。子宮内膜組織診はキュレット鉗子にて部分搔把により採取した。

【結果】14 症例が術前 MRI 画像にて子宮腔内にポリープ状の腫瘍を認めた。術前子宮内膜細胞診判定の結果は, 陽性 13 例, 疑陽性 2 例, 陰性 1 例で, 15 例において異型細胞を認めた。このうち肉腫成分と腺癌成分をともに同定し得た症例は 2 例のみであり, 残り 13 例は腺癌のみを認めた。術前子宮内膜組織診断の結果は, 癌肉腫が 8 例, 腺癌が 3 例, 正常内膜と診断された症例が 1 例で, 組織採取ができなかった症例が 4 例であった。

【結語】癌肉腫の診断において, 子宮内膜細胞診での異型細胞の検出率は組織診よりも高く, 病変検出に有用と考えられたが, 肉腫成分の検出率は低く, 癌肉腫の判定は困難であった。肉腫成分は壊死や出血を伴っていることが多く組織が脆弱であり, また腫瘍内での存在比率が低い症例も多いことから, 細胞診での肉腫成分の検出は低率であると考えられた。

P-1-20 子宮頸部癌肉腫の2例

産業医科大学産科婦人科¹⁾, 産業医科大学産業保健学部
広域・発達看護学²⁾

○鏡 誠治(MD)¹⁾, 浦川瑠香(MD)¹⁾, 遠山篤史(MD)¹⁾,
原田大史(MD)¹⁾, 植田多恵子(MD)¹⁾, 松浦裕介(MD)²⁾,
吉野 潔(MD)¹⁾

【目的】子宮頸部原発の癌肉腫は極めて稀な疾患であり、一般的に予後不良とされている。当院での2症例について診断を中心に報告する。

【症例】(症例1) 50歳。3か月前から褐色帯下が出現していたが放置。1か月前に排尿困難となり泌尿器科を受診したが、急性膀胱炎の診断で治療された。しかし性器出血が増加したため、前医を紹介受診。子宮頸部細胞診は陰性であったが、子宮頸部が腫大し、易出血性であったため当科に紹介受診となった。子宮頸部から連続する10cm大の表面が不整な結節があり、壊死様であった。細胞診では扁平上皮細胞と壊死様物質のみで、複数の生検による組織検査では壊死組織と炎症性肉芽のみであった。造影MRI検査では子宮体部に異常を認めず、子宮頸部原発腫瘍と考えられた。再検査として穿刺細胞診を実施したが、診断できなかった。出血のリスクがあったが、腫瘍中心部の自動針生検を施行し、癌肉腫と診断した。子宮頸部癌肉腫 IIIB 期の診断で化学放射線療法を施行した。(症例2) 40歳。不正性器出血あり前医を受診。子宮頸部腫瘍を認め、当科に紹介受診となった。子宮頸部前唇に外向性に発育する約2cmの腫瘤を認めた。細胞診では壊死性背景に上皮細胞の集塊と間質様細胞の集塊があるが、組織型は不明でその他の悪性腫瘍疑いと診断され、生検による組織診では低分化扁平上皮癌と診断された。子宮頸部扁平上皮癌 IB1 期の診断で手術を施行し、術後の組織診断で子宮頸部癌肉腫と診断され、術後化学放射線療法を施行した。

【考察】子宮頸部癌肉腫は初期診断が困難であり、特に進行例では注意が必要である。

P-1-21 液状処理標本で推定し得た子宮癌肉腫の1例

砂川市立病院医療技術部検査科¹⁾, 砂川市立病院病理診断科²⁾, 砂川市立病院内科³⁾, 砂川市立病院産婦人科⁴⁾

○椎名真一(CT)¹⁾, 村上友理香(CT)¹⁾, 池田優太(CT)¹⁾,
菊地謙成(MD)²⁾, 渡部直己(MD)³⁾, 武田直毅(MD)⁴⁾,
岩木宏之(MD)²⁾

【はじめに】子宮の癌肉腫は、子宮悪性腫瘍の約5%と発生頻度が低く、予後不良な疾患である。構成成分が多彩であり、的確に細胞診で推定する事が難しい。今回、我々は、液状処理標本(SurhPath法)で推定し得た癌肉腫の1例を経験したので細胞像を中心に文献的考察を加えて報告する。

【症例】80代女性、1経妊1産、不正出血を主訴に当院産婦人科を受診。子宮頸部細胞診を施行。US検査で内子宮口に31×37mm大の腫瘤像を認めた。

【細胞所見】きれいな背景に、細胞質乏しく、核楕円で腫大、クピレ様の核型不整、核クロマチンは微細顆粒状に増量、核小体をみる異型細胞が細胞密度の高い集塊状～散在性に多数みられ間葉系由来の異型細胞を疑った。その中に、N/Cの高い上皮細胞が乳頭状集塊及び間葉系の細胞集塊周囲に柵状配列を呈してみられた。残検体で作製したセルブロック標本(以下:CB)では、間葉系由来を疑う異型細胞が主体で、CK:AE1/AE3(-), Vimentin(+), CD10(+), CyclinD1(部分的に陽性)で総合的に肉腫又は癌肉腫を推定した。

【病理所見】紡錘形主体の間葉系由来の異型細胞が多数増殖する中に、軟骨肉腫や乳頭状～管状に増殖する腺癌細胞が混在してみられ、癌肉腫と診断した。

【考察】液状処理標本で推定し得た子宮癌肉腫の1例を経験した。液状処理標本では、直接塗抹標本に比べ、組織片様の大きな集塊や立体的な集塊が出現し、集塊を構成する細胞の由来等、詳細な観察が難しい場合があるが、CBを併用する事で、集塊の構造の把握や免疫染色が手軽に行え、細胞像と合わせて判断する事で精度の高い診断が可能になると思われる。

P-1-22 子宮体部原発癌肉腫の一例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第 1 病理²⁾

○石川里奈(CT)¹⁾, 小川命子(CT)¹⁾, 中田裕人(CT)¹⁾,
三田尚子(CT)¹⁾, 鈴木正敏(CT)¹⁾, 金子あゆみ(CT)¹⁾,
恒田直人(CT)¹⁾, 宇野美恵子(DDS)¹⁾,
澤田達男(MD)²⁾, 鈴木高祐(MD)¹⁾

【はじめに】子宮体部癌肉腫は子宮体部原発悪性腫瘍の 5%以下と稀な腫瘍である。今回我々は、子宮体部原発癌肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性。不正性器出血を主訴に当院受診。超音波で子宮に 127×83 mm の腫瘍を認め、MRI で子宮癌肉腫が疑われた。内膜細胞診で Class V、生検で癌肉腫と診断され、腹式子宮全摘術及び両側付属器切除術が施行された。

【細胞所見】壊死性背景に孤立散在性～集簇性に出現する異型細胞を多数認めた。核は類円形～楕円形、一部紡錘形で、N/C 比は高く、大小不同やクロマチン増量を示していた。核のくびれや切れ込みなどの核形不整や核分裂像が著明で、大型の核小体を認めた。乳頭状の異型上皮細胞集塊が少量みられ、偏在核、核小体、核形不整を認めた。以上から、癌肉腫あるいは分化不良の癌腫が考えられた。

【組織所見】N/C 比が高く核クロマチン増量した類円形の肉腫細胞(vimentin+, AE1/AE3-)が密に増殖し、子宮の大部分を占拠していた。その中に少量の腺癌成分が認められた。肉腫細胞は、一部で desmin+, myoD1+を示し、横紋筋肉腫成分を含んでいると考えられた。以上より、異所性癌肉腫と診断された。

【まとめ】癌肉腫は、悪性の診断は可能であるが、低分化な腺癌と肉腫成分の鑑別が困難な場合がある。癌腫成分に加え、孤立散在性に著明な核形不整や多形な核を有する異型細胞などを認めた場合、癌肉腫を念頭に置き観察することで推定が可能であると考えた。

P-1-23 卵黄囊腫瘍成分を伴う子宮内膜癌肉腫

東京慈恵会医科大学産婦人科学講座¹⁾, 東京慈恵会医科大学病院病理部²⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座³⁾

○川畑絢子(MD)¹⁾, 萬 昂士(MD)²⁾, 山田恭輔(MD)¹⁾,
三春慶輔(CT)²⁾, 津田律子(CT)²⁾, 上田 和(MD)¹⁾,
柳田 聡(MD)¹⁾, 清川貴子(MD)³⁾, 鷹橋浩幸(MD)²⁾,
岡本愛光(MD)¹⁾

【緒言】子宮内膜癌肉腫は高異型度の癌腫と肉腫で構成される腫瘍であるが、術前の子宮内膜細胞診や組織診では一方の成分しか採取されないことがある。子宮内膜細胞診で高異型度腺癌を、組織診で卵黄囊腫瘍成分を伴う腺癌を認めたことから、術前に癌肉腫を含む高悪性度子宮体癌と推定し得た例を経験した。

【症例】57 歳、2 妊 2 産、閉経 52 歳。不正性器出血を主訴に前医を受診したところ、子宮内膜肥厚を認め、子宮体癌の疑いで当院を紹介受診した。骨盤 MRI 検査では早期造影効果を示す 3.5 cm の内膜腫瘍を認めた。子宮内膜細胞診陽性で、組織診で卵黄囊腫瘍成分を伴う腺癌を認めた。癌肉腫を含む高悪性度子宮体癌の疑いで子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術および大網切除術を施行した。

【子宮内膜細胞診】直接塗抹法では、異型腺管が不規則重積を示し密に増殖する集塊を認めた。一部に、集塊からほつれた異型細胞や孤在性の多核異型細胞もみられた。液状化細胞診では、大型異型細胞が平面的な集塊を形成して出現していた。細胞質は淡明で、核は偏在し明瞭な核小体を有し、高異型度腺癌が推定された。

【術後病理診断】子宮内膜癌肉腫 IA 期(pT1aN0M0)。癌腫成分は高異型度腺癌と卵黄囊腫瘍成分のほか、低異型度腺癌や扁平上皮成分がみられた。これらと混在して、紡錘形ないし多稜形で異型や核分裂像が目立つ高異型度肉腫成分がみられ、軟骨への分化も認めた。

【結語】子宮内膜癌肉腫の術前診断は、子宮内膜細胞診に加え子宮内膜組織診、画像診断で総合的に評価することが重要である。

P-1-24 子宮体癌治療における腹水細胞診の意義

四国がんセンター婦人科¹⁾, 四国がんセンター臨床検査科²⁾, 四国がんセンター病理診断科³⁾

○藤本悦子(MD)¹⁾, 大亀真一(MD)¹⁾, 横山貴紀(MD)¹⁾, 友野勝幸(MD)¹⁾, 岡本奈美(CT)²⁾, 田中慎一(CT)²⁾, 山本珠美(CT)²⁾, 寺本典弘(MD)³⁾, 竹原和宏(MD)¹⁾

【目的】 2008年FIGO分類において、腹水細胞診は子宮体癌の進行期決定因子から除外された。腹水細胞診の扱いについては様々な検討が行われているが、その意義については未だ不明瞭でありさらなる検証が必要である。

【方法】 2006年1月から2015年12月に当院で初回治療として子宮全摘術を施行した子宮体癌のうち、肉眼的に残存腫瘍がなく、手術進行期分類がI~III期で組織型は癌肉腫や肉腫を含まない462例を対象とした。子宮体癌再発における腹水細胞診と他の予後不良因子との関連について検討した。単変量解析はログランク検定、多変量解析はcox比例ハザードモデルを使用した。

【結果】 全症例を対象として施行した単変量解析では全ての因子(組織型, 筋層浸潤, 頸部間質浸潤, 子宮外病変, リンパ節転移, 脈管侵襲, 腹水細胞診)で初回再発までの無増悪期間における有意差を認めしたが, 多変量解析では腹水細胞診が陽性であることは独立した因子にならなかった。G3および特殊型を対象とした単変量解析では腹水細胞診, 筋層浸潤, 脈管侵襲, リンパ節転移が再発関連因子の可能性があり, これらの因子を用いた多変量解析では腹水細胞診のみ独立した再発リスク因子として抽出された。当院では腹水細胞診を骨盤内外に分けて採取しており, 採取部位別で再発との関連を検討し, 多変量解析で骨盤外の腹水細胞診陽性が再発リスク因子として確認された。

【結論】 子宮体癌全症例では腹水細胞診の有用性は確認できなかった。しかし, 悪性度の高い組織型を呈する症例や骨盤外腹水細胞診が陽性である症例では, 初回再発までの無増悪期間が有意に不良であり腹水細胞診の有用性が示唆された。

P-1-25 子宮体部漿液性癌 18 例の検討

札幌医科大学産婦人科

○寺田倫子(MD), 松浦基樹(MD), 西村庸子(MD), 玉手雅人(MD), 郷久晴朗(MD), 岩崎雅宏(MD), 寺本瑞絵(MD), 齋藤 豪(MD)

【はじめに】 子宮体部漿液性癌は子宮体癌の5%以下と稀な疾患であるが, 通常の子宮体癌である類内膜癌と比較し進行した状態で見つかることも多く, 予後不良である。術前の組織型によって術式が変更となることもあるため, 術前の組織型の推定は重要である。今回, 当院で診断した子宮体部漿液性癌の症例について後方視的に臨床的・細胞学的検討を行った。

【方法】 子宮体部漿液性癌と診断された18例について, 後方視的に年齢・進行期・子宮頸部細胞診・子宮内膜細胞診・子宮内膜組織診・治療経過について検討を行った。

【結果】 2009年1月~2018年12月までに当科で子宮体癌と診断した612例中, 子宮体部漿液性癌と診断されたのは18例(2.9%)であった。16例は手術検体, 2例は手術施行しなかったため組織診で漿液性癌の診断となった。平均年齢は70.6歳(55歳~83歳), 進行期は1期2例, 2期1例, 3期8例, 4期7例であった。子宮頸部細胞診では10例で腺癌を疑った。子宮内膜細胞診では4例で疑陽性であったが, 他は陽性であった。子宮内膜細胞診で漿液性癌を疑ったのは1例であった。組織診で漿液性癌と推定できたのは4例であり, 類内膜癌を疑った症例が8例あった。4期の診断となった7例は全例死亡, 3期の8例中3例が死亡, 2期と1期の症例は生存している。

【まとめ】 子宮体部漿液性癌は予後不良であり, 術式を決める上でも術前に組織型の推定が必要となるが, 細胞診での組織型推定の正診率は今回低かった。より慎重に特徴的な乳頭状の細胞配列や腫瘍細胞の形態に注目することで正診率が上がるだろう。

P-1-26 細胞診を契機に発見された SEIC の 1 例

富山大学附属病院病理部病理診断科¹⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病態・病理学講座²⁾, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座³⁾

○撰津 黎(CT)¹⁾, 小梶恵利(CT)¹⁾, 木屋千恵子(CT)¹⁾, 濱島 丈(MD)²⁾, 井村穰二(MD)^{1,3)}

【はじめに】 Serous endometrial intraepithelial carcinoma (SEIC) は, WHO 2014 で定義され, 漿液性癌の前駆病変と考えられている。間質浸潤がない病変として捉えられているが, 間質浸潤がなくても子宮外に進展することがある。

【症例】 70 代女性。婦人科的な自覚症状は特になかった。重症筋無力症疑いにて精査中, 悪性疾患除外目的に施行された CT で多発子宮筋腫を指摘され, 婦人科紹介となった。腫瘍マーカーはいずれも正常範囲内であった。経膈超音波検査では明らかな悪性所見を認めず, スクリーニング目的に子宮内膜細胞診が施行された。

【細胞像】 きれいな背景に, 異型の乏しい萎縮性内膜腺細胞のシート状集塊とともに, 異型細胞が乳頭様, シート状の比較的小集塊で出現していた。異型細胞は, 概ね卵円形で大小不同を伴い, 核腫大, クロマチン顆粒状に増量, 1~数個の核小体を認めた。細胞質はライトグリーン好性でやや厚く, 一部は細胞質内空胞を伴っていた。

【組織像】 腹式単純子宮全摘, 両側付属器切除, 大網生検が施行された。肉眼的には 2 つの内臓ポリープを認めるのみであった。そのうち 1 つのポリープを被覆している上皮の一部は, N/C 比の高い異型細胞に置換されていた。明らかな間質浸潤を認めなかった。免疫組織化学的に, p53 の過剰集積を認め, Ki-67 標識率は 20-30% であった。

【まとめ】 出現パターンからは, 卵巣・卵管・腹膜由来癌の経卵管的な混入を第一に考えたが, SEIC の出現パターンを認識しておくことが必要であった。また, 臨床情報や画像検査と併せて, 総合的に判断する必要がある。

P-1-27 脂質に富む脂肪肉腫様の分化と平滑筋肉腫の分化を伴う子宮内膜間質肉腫の一例

自治医科大学附属病院病理診断部¹⁾, 帝京大学医学部病理診断科²⁾, 自治医科大学産科婦人科学講座³⁾

○坂口美織(MD)¹⁾, 大城 久(MD)¹⁾, 笹島ゆう子(MD)²⁾, 吉本多一郎(MD)¹⁾, 小柳貴裕(MD)³⁾, 竹井裕二(MD)³⁾, 藤原寛行(MD)³⁾, 松原大祐(MD)¹⁾, 仁木利郎(MD)¹⁾, 福嶋敬宜(MD)¹⁾

【緒言】 豊富な脂質を伴う子宮間葉系悪性腫瘍は稀でありその細胞診所見の報告は見当たらない。今回, 内膜細胞診で脂肪肉腫様の腫瘍細胞を確認しえた一例を経験したので報告する。

【症例】 60 歳代女性。不正性器出血と子宮腫瘍を主訴に当院紹介受診し内膜細胞診を施行, その後性器出血が増悪し緊急で子宮及び両側付属器切除術が施行された。内膜細胞診では, 類円形~多角形の細胞形態を呈し, 多空胞状~淡明な胞体を有する単核~多核の非上皮様異型細胞が孤在性~小集塊状に出現し, 核腫大やクロマチン濃染性, 核形不整, 核分裂像を認めた。ライトグリーン好性の胞体を有する紡錘形の非上皮様異型細胞も混在した。摘出された子宮体部に出血, 壊死を伴う 13 cm 大の腫瘍があり, 組織学的に多空胞状~淡明な胞体と核腫大やクロマチンの濃染性, 核形不整のある単核~多核の脂肪細胞様の異型非上皮細胞が増殖し, 一部にエオジン好性の胞体をもつ平滑筋細胞様の異型非上皮細胞の増殖を伴っていた。両者は移行像を一部で認め, 前者は脂肪染色(+), h-Caldesmon(-), ER(-), CD10(+), Cdk4(-), 後者は脂肪染色(-), h-Caldesmon(+), ER(-), CD10(+), Cdk4(-)であった。癌腫成分はなく, MDM2 FISH で増幅はなかった。以上より, 脂質に富む脂肪肉腫様の分化と平滑筋肉腫の分化を呈する子宮内膜間質肉腫と考えた。

【結語】 本症例では腫瘍の形態に関して, 術前の内膜細胞診と手術材料の組織診とで高い相関を認めた。細胞診において腫瘍細胞の細胞質の性状にも注目することで, 脂質を豊富に含む腫瘍であることを予測可能と考えた。

P-1-28 術前診断が困難であった低悪性度子宮内 膜間質肉腫の一例

国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科¹⁾, 国立病院機構西埼玉病院臨床検査科²⁾, 国立病院機構西埼玉中央病院研究検査科³⁾, 板橋中央総合病院病理診断科⁴⁾

○石井賢治(MD)¹⁾, 阪 旨子(CT)²⁾, 大野 浩(CT)³⁾,
小池裕人(MD)⁴⁾, 島田哲也(MD)³⁾

【緒言】低悪性度子宮内膜間質肉腫(LGESS)は全子宮腫瘍の0.2%程度と稀な疾患であるが, 40歳前後の比較的若年者に好発するため, 子宮筋腫などとの鑑別は臨床的に重要である。今回我々は術前診断が困難であったLGESSの一例を経験したが, 管理上の注意点や反省点について考察したので報告する。

【症例】40歳, 2経産。子宮筋腫, 過多月経のため, 手術目的で当科を紹介された。前医での子宮頸部, 体部細胞診は陰性であった。画像診断上悪性の可能性も否定できなかったため, 再度子宮内膜細胞診を実施し疑陽性であったが, 吸引組織診は陰性であった。腹式子宮全摘を実施したが, 肉眼的には粘膜炎下筋腫の印象であった。病理検査でLGESSであったため, 再手術で両側の付属器切除とリンパ節生検を実施した。

【細胞所見】異型の乏しい子宮内膜細胞を多数認め, 間質には毛細血管が豊富であった。間質細胞も散在性, 一部集塊状に多数認めたが, 異型に乏しく, 核分裂像は見られなかった。

【組織所見】子宮内膜間質と連続性に疎なクロマチン, 類円形核を有する異型細胞が充実性に筋層内に浸潤していた。毛細血管の増生も見られたが, 核分裂像は2/10hpf程度であった。ER, PR, Vimentin, CD10陽性, αSMA, Desmin陰性でLGESSと判断した。

【結語】細胞診や組織診単独でのLGESSの診断は困難である。画像診断の情報を加味することにより, 異型は乏しくとも間質細胞や毛細血管の過剰な出現はLGESSを疑う根拠となるかもしれない。臨床的には大多数の子宮筋腫症例の中からLGESSを見逃さないよう注意が必要であろう。

P-1-29 子宮腺肉腫の1例

金沢大学附属病院病理診断科・病理部¹⁾, 金沢大学分子細胞病理学²⁾

○酒野香織(CT)¹⁾, 水口敬司(CT)¹⁾, 玉野裕子(CT)¹⁾,
宮下麻代(CT)¹⁾, 下田 翼(CT)¹⁾, 阪口真希(MD)¹⁾,
池田博子(MD)¹⁾, 野島孝之(MD)¹⁾, 大井章史(MD)²⁾

【はじめに】腺肉腫とは, 良性の上皮成分と肉腫成分からなる比較的稀な悪性腫瘍である。様々な年齢に発生するが, 閉経後が多い。子宮内膜または子宮下部から発生し, 内腔にポリープ状の突出を示す。今回, 子宮腺肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。4経妊3経産。がん検診時, 頸管嚢胞・子宮留血腫を認めていたが, 細胞診で異常を認めず経過観察されていた。その1年後の検診で腫瘍の増大を認め当院紹介受診。子宮頸部から体部にかけて硬い多房性嚢胞性腫瘍を認め, 頸管内搔爬組織診にて悪性腫瘍が疑われ, 広汎子宮全摘術, 両側付属器切除, 骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清が施行された。

【細胞所見】血性背景に異型のみられない腺上皮細胞集塊と, 類円形から楕円形の核を有する細胞が孤立散在性や細胞集塊で出現しており, 核腫大, 核型不整, クロマチン増量, 核小体腫大を示す細胞を認めた。

【組織所見】内膜間質で核腫大, 核小体腫大, 核膜肥厚, 核型不整, 円形化を示す細胞が密に増生しており, 所々で核分裂像や壊死がみられた。内膜腺上皮は萎縮し, 腺管は減少しており, 上皮の腫瘍性変化は認めなかった。内膜間質肉腫で, 肉腫細胞が充実性に増生する領域もあったが, 内部に大小の腺構造を伴って肉腫細胞が増殖し葉状構造を呈していた。免疫染色の結果は, αSMA陽性, ER陽性, PgR陽性, Desmin陰性, CD10陰性となった。

【まとめ】子宮腺肉腫の細胞像を経験した。子宮腺肉腫は腫瘍からの剥離が少ないため細胞診に出現することは稀であるが, 今回のような細胞像がみられた場合は肉腫を念頭において診断することが必要である。

P-1-30 急激な経過をたどった未分化子宮肉腫の1症例

桐生厚生総合病院中央検査部病理検査¹⁾, 県立県民健康科学大学診療放射線学部²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学³⁾, 老年病研究所附属病院⁴⁾, 榛名荘病院⁵⁾

○今泉智博(CT)¹⁾, 佐藤 幸(CT)¹⁾, 鈴木晶子(CT)¹⁾, 瀬川篤記(MD)²⁾, 小山徹也(MD)³⁾, 吉田カツ江(MD)⁴⁾, 城下 尚(MD)⁵⁾

【はじめに】未分化子宮内膜肉腫(UUS)は、悪性度の高い稀な疾患であり、閉経後の女性に発症することが多いとされている。今回、40歳代、閉経前の女性で急激な経過をたどったUUSの症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、女性、未経妊。2008年より子宮腺筋症にて当院産婦人科でホルモン療法、経過観察中。2017年12月、1ヵ月前より持続する不正出血を主訴に外来受診。エコーにて内膜肥厚が疑われ、内膜生検、子宮擦過細胞診が施行された。

【擦過細胞診】異型細胞を主に散在性、一部に不正な重積を示す集塊状に認めた。異型細胞は、小型～中型でN/C比が高く、核型不整を伴う裸核様類円形～短紡錘形で上皮性結合を認めず、低分化～未分化な肉腫細胞を想起した。

【内膜生検組織】類円形～短紡錘形の異型細胞が充実性密に増殖していた。明らかな上皮様結合、極性は認めず、免疫染色では、AE1/AE3(-)、Vimentin(+), CD10(一部(+)), ER(-), PgR(-), CD117(-), CyclinD1(-), であり、UUS疑いと診断した。

【経過】12月下旬、子宮、両側付属器切除が施行された。術後5日目より呼吸苦、疼痛管理困難、術後14日目より体動困難な状態となり、15日目に永眠された。病理解剖にて、両側肺転移等多数の転移所見が確認された。

【まとめ】USSは未分化な腫瘍であり細胞診検体での診断は困難とされているが、細胞分化の不明瞭な異型細胞を認めた場合の選択肢の一つとして認識しておく事は重要であり、早期の追加検査、診断に繋がると考える。

P-1-31 子宮体部原発神経内分泌腫瘍の1例

一宮市立市民病院産婦人科¹⁾, 一宮市立市民病院病理診断科²⁾

○竹下 奨(MD)¹⁾, 中島広聖(MD)²⁾, 杉浦敦子(CT)²⁾, 河上晃一(CT)²⁾, 日比野麻紀子(CT)²⁾

【諸言】婦人科領域において神経内分泌腫瘍は頻度が低いものの、子宮頸部や卵巣においてはしばしば報告されている。それらが子宮体部から発生する頻度はさらに稀である。今回我々は子宮体部原発神経内分泌腫瘍の1例を経験したのでその細胞診所見を報告する。

【症例】69歳、性器出血を主訴に前医受診し、子宮体癌疑われ当科紹介受診となった。経膈超音波にて子宮内膜肥厚を認めた。子宮内膜細胞診では炎症性の背景に孤発性から比較的緩やかな結合をしめすN/C比の高い異型細胞の集塊を多数認めた。核クロマチンは顆粒状で増量し核小体の不正形が目立つ細胞も認め、神経内分泌腫瘍を疑った。子宮内膜組織診においてはN/C比の高い細胞が間質内に認められ、免疫染色ではCD56, synaptophysin, chromogranin Aが陽性であった。CTでは遠隔転移を認めなかった。MRIでは子宮内腫瘍を認め子宮筋層1/2を超える浸潤を認めた。血液検査ではNSEが358 ng/ml, LDHが355 IU/Lと高値を示した。以上より子宮体部原発神経内分泌腫瘍と診断し手術を施行した。病理所見では、大型な核、広い胞体を有した腫瘍細胞が充実性に配列し組織診と同様の免疫染色を示す細胞を認めた。一部腺管形成部分では類内膜癌を認めた。腫瘍は子宮体部筋層全層を占め漿膜露出を認め腹水細胞診も陽性であった。またリンパ節転移も認めた。子宮体癌原発大細胞神経内分泌癌IIC1期(pT3aN1M0)と診断した。

【結語】子宮内膜細胞診は子宮体部原発内分泌腫瘍の推定に有用であった。まれな症例ではあるが細胞診にて本疾患も念頭にスクリーニングすることが重要と考える。

P-1-32 類内膜癌に小細胞癌を合併した子宮体癌の2例

藤沢市民病院産婦人科¹⁾, 藤沢市民病院病理診断科²⁾

○有野祐子(MD)¹⁾, 片山佳代(MD)¹⁾, 能勢英理子(CT)²⁾,
松倉圭太(CT)²⁾, 荒井 博(CT)²⁾, 田尻亮輔(MD)²⁾,
権藤俊一(MD)²⁾, 佐治晴哉(MD)¹⁾

【緒言】子宮体部小細胞癌の頻度は1%未満と非常に稀である。我々は類内膜癌に小細胞癌を合併した子宮体癌2例を経験したので報告する。

【症例1】76歳, 3妊2産, 不正出血を主訴に受診, 画像上子宮体部は不整に腫大しており, 子宮内膜細胞診では腺癌と, CD56陽性, シナプトフィジン陽性, クロモグラニンA一部陽性の神経内分泌癌が混在していた。子宮内膜組織診では小細胞癌と腺癌の合併と考えられた。根治術として準広汎子宮全摘術, 両側付属器摘出術, 大網切除術, 骨盤リンパ節生検を実施した。組織学的には類内膜癌G1及び神経内分泌小細胞癌を認め, 子宮体癌ⅢC1期(pT3bN1M0)と診断, 術後補助化学療法としてシスプラチン・イリノテカン療法を4回実施した。

【症例2】は56歳, 4妊2産, 不正出血を主訴に受診, 画像上筋層浸潤を伴わない内膜肥厚像を認めるのみであったが, 子宮内膜細胞診では腺癌を認め, 子宮内膜組織診では免疫染色の結果から神経内分泌癌が疑われた。根治術として準広汎子宮全摘術, 両側付属器摘出術, 大網切除術, 骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を実施した。組織学的には腫瘍の一部でロゼット様構造を確認し, シナプトフィジン陽性, CD56陽性であり神経内分泌小細胞癌と考えられた。他に類内膜癌grade2の箇所を認め, 両者の混合癌と診断した。子宮体癌IA期(pT1aN0M0)と診断し, パクリタキセル・カルボプラチン療法を6回実施した。

【結論】両症例共に最終治療より再発は認めていないが, 小細胞癌の混在を術前に診断し得ることは組織型を考慮した必要十分な治療戦略を立てることに寄与するものであると考えられた。

P-1-33 腔原発神経内分泌癌の1例

国家公務員共済組合連合会斗南病院婦人科・生殖内分泌科¹⁾, 国家公務員共済組合連合会斗南病院病理診断科²⁾, 札幌医科大学附属病院産婦人科³⁾

○田中綾一(MD)¹⁾, 小山田ゆみ子(MD)²⁾,
武田広子(MD)²⁾, 加藤知美(CT)²⁾, 志田 啓(CT)²⁾,
齋藤 豪(MD)³⁾

【はじめに】婦人科臓器原発神経内分泌癌は稀な疾患ではあるが, これまで子宮体部または頸部原発の報告は散見される。今回極めて稀な腔原発神経内分泌癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。子宮筋腫にて子宮全摘術既往。下腹部痛を主訴に前医受診し腔に腫瘍と細胞診異常をみとめ当科紹介となった。初診時腔鏡診にて腔断端左側に約1.5cmの腫瘍をみとめ, 直腸診では腔断端左側に約2cmの可動性不良の硬結を触れ, 経腔超音波にて同部位に2.1cmの腫瘍を確認し, 細胞診, 組織診, 血清腫瘍マーカー検査, CTおよびMRI検査を施行した。細胞診所見はクロマチンが微細顆粒状に増量しN/C比は高く, 一部で裸核様所見を認め, ロゼット形成は確認できないものの核縁は薄く, 核の大小不同や核型不整所見を認め神経内分泌癌の可能性が示唆された。組織診所見はN/Cが高く比較的豊富な胞体を持つ腫瘍細胞が索状の胞巣を形成しつつ浸潤増殖し, 免疫組織化学染色にてChromogranin Aが局所的に陽性, Synaptophysin陽性, CD56陽性, Ki-67 labelling indexが33.8%と高値であり, 腔原発神経内分泌癌と診断した。血清腫瘍マーカーはNSEとCEAがそれぞれ25.9ng/ml, 33.0ng/mlと高値を示した。CTおよびMRI所見では腫瘍径は2.1cm, 膀胱後壁への浸潤が疑われ, 左大腿骨転移および多発肝転移をみとめた。現在カルボプラチンとエトポシドの併用療法を行っている。

【結語】腔原発神経内分泌癌は極めて稀な疾患であるが, 細胞診を行うにあたり鑑別の1つとして念頭に置く必要があると考えられた。

P-1-34 顎下腺に発生したオンコサイト癌の 2 例

大阪府済生会中津病院検査技術部病理検査室¹⁾, 大阪府済生会中津病院病理診断科²⁾

○三木絵里(CT)¹⁾, 谷村満知子(CT)¹⁾, 池谷武彦(CT)¹⁾, 宮城佳美(MD)²⁾, 仙崎英人(MD)²⁾

【はじめに】オンコサイト癌は好酸性顆粒状の細胞質と核異型を有するオンコサイトからなる悪性腫瘍で、全唾液腺腫瘍の 1%未滿と非常に稀である。耳下腺に好発するが、今回我々は顎下腺に発生したオンコサイト癌を 2 例経験したので、細胞像を中心に鑑別すべき疾患との所見を比較検討して報告する。

【症例】症例 1：80 代女性。無痛性の左顎下部腫瘍を自覚し当院受診。画像所見にて悪性が否定出来ず、穿刺吸引細胞診施行。オンコサイト癌または腺房細胞癌の疑いと推定し、左顎下腺全摘出術が施行された。症例 2：60 代女性。数年前より左頸部腫瘍を自覚し、増大を認めた為近医受診。精査加療目的で当院紹介。CTにて境界不明瞭、周囲リンパ節転移より悪性が疑われ、穿刺吸引細胞診施行。オンコサイト癌を疑うも、組織型判定困難な悪性と報告し、左顎下腺全摘出術及び上頸部郭清が施行された。

【細胞所見】2 例共に、孤在性やシート状から軽度重積性を示す集塊を認めた。細胞質は豊富で好酸性顆粒を有し、核は類円形で大小不同を示し、明瞭な核小体を認めた。ギムザ染色にて細胞質は青灰色調の顆粒を認めた。

【組織所見】2 例共に、好酸性の微細顆粒状で豊富な細胞質と、中心性で大小不同や明瞭な核小体をみる核異型を有する腫瘍細胞が、充実性や索状に増殖していた。PTAH 染色にて細胞質は顆粒状に陽性を示したことよりオンコサイト癌と診断された。

【まとめ】オンコサイト癌の細胞所見では全体像の把握、顆粒状細胞質に着目すれば診断可能であり、他の組織型との鑑別には背景、配列、細胞質所見についての観察が重要である。

P-1-35 腺様嚢胞癌における MYB/MYBL1 遺伝子異常の臨床病理学的意義に関する検討

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座²⁾, 鳥取県立中央病院病理診断科・臨床検査科³⁾, 鳥取大学医学部分子病理学講座⁴⁾

○遠藤由香利(CT)¹⁾, 桑本聡史(PhD)¹⁾, 松下倫子(CT)²⁾, 松重貴大(CT)¹⁾, 大野千恵子(CT)¹⁾, 中本 周(PhD)³⁾, 林 一彦(PhD)⁴⁾, 廣岡保明(PhD)²⁾

【はじめに】腺様嚢胞癌 (ACC) は唾液腺をはじめ様々な器官に発生する稀な腫瘍である。近年、ACC の多くの症例で MYB または MYBL1 の遺伝子異常 (主に NFIB との融合) が相互排他的に見られることが明らかにされた。今回我々はそれらの持つ臨床病理学的意義について検討したので報告する。

【方法】ACC36 例の細胞診または組織診検体に対し、RT-PCR および FISH にて MYB/MYBL1-NFIB 融合遺伝子および MYBL1 遺伝子再構成の有無を検索した。また免疫染色にて腫瘍における MYB 蛋白の発現を評価した。

【結果】RT-PCR にて MYB-NFIB および MYBL1-NFIB はそれぞれ 10 例 (27.8%), 7 例 (19.4%) で検出された。FISH は 11 例で評価可能であり、その結果は RT-PCR の結果と一致した。免疫染色では 23 例 (63.9%) で MYB 強発現を認めた。臨床病理学的には MYB 群 (MYB-NFIB および/または MYB 強発現を示す群) と比べて MYBL1 群 (MYBL1-NFIB を有する群) で疾患特異的生存期間が長い傾向を示したが、有意差は認めなかった。また MYBL1 群は下顎領域に有意に好発する傾向が見られた (P=0.012)

【結論】ACC では MYB および MYBL1 遺伝子異常を有する群間で、予後および好発部位について若干の相違がある可能性が示されたが、今後の更なる検討を要すると思われた。

P-1-36 穿刺吸引細胞診を施行後、広範な壊死に陥り診断に苦慮したワルチン腫瘍の1例

東京医科大学八王子医療センター病理診断科¹⁾, 日本保健医療大学保健医療学部看護学科²⁾

○奥山 光(MT)¹⁾, 若槻よしえ(CT)¹⁾, 芹澤博美(MD)¹⁾, 吉田えりか(CT)¹⁾, 加藤彩子(CT)¹⁾, 田辺 夢(CT)¹⁾, 内山 篤(CT)¹⁾, 横山明子(CT)¹⁾, 脇屋 緑(MD)¹⁾, 塚本 哲(MD)²⁾, 平野博嗣(MD)¹⁾

【はじめに】ワルチン腫瘍は穿刺吸引細胞診(以後FNA)により極希に広範な壊死や肉芽腫性炎を引き起こすことが報告されている。今回、FNAにてワルチン腫瘍と診断し、7週間後の外科切除材料にて広範な壊死のために組織診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。左耳下部の腫脹を主訴に近医より当院紹介受診。CTで30mm大の境界明瞭な腫瘤を認め、FNAが行われた。その後左耳下～左頸部の腫脹と疼痛が発生した。FNAの7週間後に腫瘤は外科的切除が行われた。

【細胞所見】リンパ球の多い血性背景にライトグリーン好染性の厚い胞体を有する円柱上皮細胞集塊を認めた。核は類円形で大小不同は無く単個の明瞭な核小体を認めた。

【組織所見】腫瘍は30mm大。境界明瞭な充実性腫瘤で、嚢胞形成がみられ、内腔には壊死物質が充満していた。組織学的には壊死を取り囲む壁は部分的に扁平上皮あるいは1～2層の円柱上皮によって裏打ちされていた。壁内にはリンパ球や組織球を主体とした炎症細胞浸潤および多核組織球を伴う肉芽腫および癭痕がみられた。

【まとめ】術前に行われたFNAでワルチン腫瘍と診断した。しかし、外科切除材料では壊死が大部分を占めており、診断困難であった。FNAの結果を元に追加切り出しを行い円柱上皮細胞を確認することでワルチン腫瘍の診断がなされた。ワルチン腫瘍ではFNA後に壊死や肉芽腫性炎によって診断に苦慮する場合があるがFNAの診断と照らし合わせて丹念な検索を行うことが肝要である。

P-1-37 グリコーゲン含有による明細胞化を伴った唾液腺オンコサイトーマの一例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部¹⁾, 東京医科大学人体病理学講座²⁾

○横田 章(CT)¹⁾, 伊藤慎治(MD)¹⁾, 中村信之(CT)¹⁾, 小沢あずさ(CT)¹⁾, 沖田直子(CT)¹⁾, 牧野愛未(CT)¹⁾, 藤田優貴(CT)¹⁾, 府川孝子(CT)¹⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾, 藤井丈士(MD)¹⁾

【背景】唾液腺オンコサイトーマは、胞体にミトコンドリアを多数有した稀な腫瘍であり、細胞質の明細胞化が目立つ亜型が極稀に見られる。当院で経験した一例を報告する。

【症例】70代女性。3年前より無痛性の右耳下部腫脹を自覚。脳梗塞フォロー目的の頭部MRIで偶然耳下腺腫瘍を指摘され、当院受診。超音波検査で15×19mm大の境界一部不明瞭な腫瘤を認めた。穿刺吸引細胞診の後、右耳下腺浅葉切除術を施行。

【細胞像】Papanicolaou染色では、血性背景にN/C比の低い異型細胞が、シート状・単調に出現し、一部に腺腔様構造が認められた。異型細胞は、ライトグリーン好性の顆粒状細胞質を有し、核は小型類円形が偏在、クロマチンは細顆粒状で小型核小体を1つ認めた。Giemsa染色では、間質軸を伴う乳頭様構造に見られ、明らかな異染色性物質は見られなかった。細胞像からオンコサイトーマ、筋上皮種、ワルチン腫瘍、腺房細胞癌などが鑑別に挙げられた。

【組織像】摘出検体は27×20×19mm大。多結節癒合状の黄白色充実性腫瘍で、境界は比較的明瞭。腫瘍は、索状～胞巣状に増殖し、一部に偽腺腔構造が見られた。淡明細胞はdiastase消化PAS染色でグリコーゲン含有を確認した。免疫染色ではαSMA, synaptophysin, S100陰性、p63陽性、ミトコンドリア強陽性を示す。Ki-67 LI 0.5%程度。

【まとめ】グリコーゲン含有による明細胞化を伴った稀な唾液腺オンコサイトーマを経験した。唾液腺腫瘍は、顆粒状、明細胞性の細胞質を示す組織型が多い。類似した細胞像を鑑別に挙げ、文献を交えて検討する。

P-1-38 多形腺腫由来癌として発生し、脳転移巣に多数の粘液細胞が出現した唾液腺導管癌の 1 例

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹⁾, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科²⁾

○岡 大地(CT)¹⁾, 棚田 論(CT)¹⁾, 小柳由貴(CT)¹⁾, 神月 梓(CT)¹⁾, 龍あゆみ(CT)¹⁾, 芦村純一(CT)¹⁾, 浜本雄一郎(MD)²⁾, 吉澤秀憲(MD)²⁾, 北村昌紀(MD)²⁾, 中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺導管癌(SDC)は組織学的に乳管癌と類似し、予後不良の高悪性癌と認識されている。多形腺腫由来癌の癌腫成分として発生することも知られ、de novo のものと同等以上の頻度で遭遇される。今回我々は多形腺腫由来癌として発生し、大脳転移巣に多数の印環細胞様粘液細胞を認める稀な SDC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代男性。健診にて CEA 高値を指摘され精査の結果、右顎下腺腫瘍が発見され、顎下腺摘出および頸部郭清術を施行。翌月には脳転移が判明し、腫瘍摘出を施行したが、初回手術より 4ヶ月後に死亡。

【細胞所見】唾液腺穿刺吸引では、壊死性背景に間葉系細胞の集簇と異型上皮細胞を認めたが、細胞成分少数で、変性が強く疑陽性と報告した。脳腫瘍捺印では、壊死性背景に多核巨細胞や核偏在した大型細胞および印環細胞様粘液細胞を認めた。

【組織所見】顎下腺摘出標本には明瞭な粘液腫様間質を含む多形腺腫を認めたが、線維化を伴って胞巣状、管状浸潤する癌腫を認めた。免疫組織化学的には AR, GCDPF15 陽性で SDC と診断された。被膜浸潤はわずかであったが、retrospective には脈管侵襲も少数認めた。大脳転移巣では密な細胞間の結合を保つ胞巣状の領域と結合性がほぼ消失した疎な領域がみられ、後者では核の偏在を示す大型細胞と印環細胞様粘液細胞を多数認めた。

【結語】印環細胞様の形態を認める稀な SDC の 1 例を経験し、組織像と細胞像を対比した。予後予測、鑑別診断の点から本症例で認められた形態学的特徴には注意を払う必要がある。

P-1-39 当院で経験した多形腺腫由来癌の細胞学的検討

関西医科大学附属病院病理部

○岡野公明(CT), 山東香織(CT), 岡本 久(CT), 石田光明(MD), 田中颯之(MD), 宮坂知佳(MD), 大江知里(MD), 葛 幸治(MD)

【はじめに】多形腺腫の悪性化により癌腫が発生する多形腺腫由来癌は、全唾液腺腫瘍の 10%と比較的頻度の高い腫瘍である。しかし、術前の穿刺細胞診で多形腺腫由来癌を診断することは比較的困難と言われており、当院での細胞診術前診断の結果とともに細胞学的検討をおこなった。

【対象・方法】当院で過去 13 年間に手術材料において多形腺腫由来癌と診断され、術前に唾液腺穿刺細胞診が実施された 10 例を対象に検討した。

【成績・結果】年齢分布 36~78 歳(平均年齢は 51.1 歳)。男性 6 例、女性 4 例。発生部位は耳下腺 8 例、顎下腺 2 例。手術材料における多形腺腫由来癌の癌腫成分の内訳は、唾液腺導管癌 9 例、筋上皮癌 1 例であった。穿刺細胞診の結果は、多形腺腫由来癌推定 3 例、癌腫推定 4 例、疑陽性 1 例、多形腺腫推定 2 例であった。再検討すると、癌腫推定とした 4 例のうち 1 例に多形腺腫成分のみみられ、多形腺腫と推定した 2 例にも癌腫成分を認めたことにより、多形腺腫由来癌としてよい症例は合計 6 例あった。また、術前穿刺細胞診で多形腺腫由来癌を示唆できた症例は、摘出組織での多形腺腫成分の占有割合が大きい傾向にあった。

【考察】多形腺腫由来癌は細胞成分の脱落や間質の線維化、硝子化などを起こしやすく、多形腺腫成分の少ない場合には、細胞診での診断が困難となる。対策としては複数箇所からの細胞採取が有力と考えられ、経過の長い多形腺腫症例では多形腺腫由来癌の可能性も考慮し、癌腫成分を見逃さないことが最も重要と考える。

P-1-40 乳管内視鏡検査における洗浄細胞診の有用性について

日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学武蔵小杉病院乳腺外科²⁾, 日本医科大学病理学講座統御機構診断病理学³⁾

○許田典男(MD)¹⁾, 大橋隆治(MD)¹⁾, 蒔田益次郎(MD)²⁾, 加藤舞子(CT)¹⁾, 中村祐司(CT)¹⁾, 前本直子(CT)¹⁾, 大矢陽子(CT)¹⁾, 永井祥子(CT)¹⁾, 牧野隆浩(CT)¹⁾, 内藤善哉(MD)³⁾

【はじめに】乳管内視鏡は乳頭異常分泌を来す症例に施行されるが、検体採取量は少なく乳頭領域には異型の弱い病変が多いことから診断に難渋する。今回、乳管内視鏡で得られた検体の細胞および組織像の特徴につき検討した。

【対象と方法】当院で過去に乳管内視鏡を施行された50例(End群)と、同時期に穿刺吸引細胞診、または針生検を施行された166例(FNA群)の臨床病理学的な因子を比較、検討した。

【結果】End群の生検検体での判定は検体不適13例(26%)、正常または良性24例(48%)、鑑別困難7例(14%)、悪性の疑いまたは悪性6例(12%)であり、洗浄細胞診の判定はClass I~II 39例(78%)、Class III 10例(20%)、Class IV~V 1例(2%)であった。生検で悪性の疑いまたは悪性とされた6例のうち細胞診でClass III以上であったのは3例で、感度は50.0%、特異度は81.0%であった。FNA群の穿刺吸引細胞診(感度88%、特異度44%)や針生検時の洗浄細胞診(感度91%、特異度79.2%)に比べ、乳管内視鏡による洗浄細胞診は感度が低かった。1例のみ生検で不適ながら細胞診でClass IVであった。乳管内視鏡のち手術に至った6例のうち4例は最終組織型がsolid papillary carcinoma (SPC)であった。

【まとめ】乳管内視鏡における細胞診は単独では感度が十分ではないが生検と組み合わせることで相補的な役割を果たす。その際、SPCを主体とした低悪性度病変が鑑別の主体となることを留意して診断にあたることが重要であると考えられた。

P-1-41 画像上乳癌が疑われた乳房結核の一例

東京都保健医療公社荏原病院検査科病理

○貝田芽衣(CT), 妹尾美加(CT), 佐藤利瑞(CT), 成田真一(CT), 小池 昇(CT), 荒井克己(CT)

【はじめに】乳房に結核が発生することは稀である。今回我々は画像診断上、乳癌が強く疑われたが、肺結核を伴わない乳房結核と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代、女性。2016年12月、右乳房腫瘍を自覚し、翌年1月に近医受診。精査目的のため同月当院に紹介受診された。胸部X線では両側肺に異常は認められなかった。乳腺エコーでは複数の腫瘍性病変が認められた。マンモグラフィでは右のMI領域に14×11mmの紡錘形の皮下脂肪織に連続する腫瘍が認められた。エコーで描出された腫瘍の一つについて穿刺吸引細胞診が施行され、良悪の判定困難と診断された。MRIでは両側乳房の計4カ所に腫瘍影が認められ、そのうち悪性が強く疑われた右AB境界領域の腫瘍が部分切除された。病理組織診断の結果、結核と診断された。

【細胞像】右乳房穿刺。多数のリンパ球を背景に類上皮細胞や多核組織球が認められたため、肉芽腫性乳腺炎が鑑別に上げられた。また、核腫大、核形不整を示す裸核状の細胞が認められたため、悪性との鑑別を要した。

【組織所見】右乳房切除検体にて大小複数の結節形成がみられた。結節には類上皮細胞の集簇、Langhans型巨細胞、部分的に乾酪壊死を伴った肉芽腫形成が認められ、結核と診断された。

【考察】肺結核を伴わない乳房結核と診断された症例を経験した。本症例のように乳房結核は画像上、乳癌に類似した所見を示すことがあり悪性腫瘍との鑑別が困難な場合がある。また、結核は全身性疾患であり穿刺吸引細胞診を実施する際は結核の可能性があることを念頭に置き、感染予防対策をすることが重要と考えられた。

P-1-42 乳腺原発腺様嚢胞癌の 1 例

厚生連平鹿総合病院臨床検査科病理細胞診検査室

○佐藤友章(CT), 藤原秀喜(CT), 高橋真帆(CT),
後藤利明(CT), 斉藤昌宏(MD), 高橋さつき(MD)

【はじめに】腺様嚢胞癌は唾液腺や気管支に好発する腫瘍であるが, 稀に乳腺にも発生する. その発生頻度は全原発性乳癌の 0.1~0.2% 以下と報告されている. 今回我々は, 乳腺原発腺様嚢胞癌の 1 例を経験したので報告する.

【症例】51 歳, 女性. 左乳房の有病性腫瘍を主訴として, 当院乳腺外科を受診. 触診で左 C 領域に腫瘍を触知, マンモグラフィーで不整形高濃度腫瘍を認め, カテゴリー 4. 超音波検査では最大径 20 mm 大の分葉状で比較的境界明瞭な腫瘍像が観察された. 針生検を施行し腺様嚢胞癌と診断. 臨床的に T2N0M0, Stage II A と診断され, 左乳房部分切除術およびセンチネルリンパ節生検が施行された. この際に腫瘍断面の捺印細胞診を施行した.

【捺印細胞診所見】比較的きれいな背景中に, 大小多数の異型細胞集塊を認めた. 集塊は比較的均一な異型細胞で構成され, 核は小型類円形, 核クロマチンは細顆粒状で増量, 核小体は小型で 1~2 個, 集塊内には粘液様物質を含む篩状構造が観察された. ギムザ染色で粘液様物質は赤紫色のメタクロマジーを示した.

【組織所見】小型で N/C 比は高く, 核クロマチン増量した異型細胞が索状, 篩状, 胞巣状, 管状に浸潤増殖していた. 異型細胞は, 類円形核細胞と紡錘形核細胞が混在した二相性構造を示し, 間質性粘液を含む偽腺腔が観察された.

【まとめ】本例では術前穿刺吸引細胞診は施行されなかったが, 捺印細胞診標本で粘液様物質を含む篩状構造やギムザ染色でメタクロマジーを認めた. 穿刺吸引細胞診においても同様の所見が得られた場合には組織型推定も可能と考えられた.

P-1-43 当院における 35 歳以下の乳腺

広島市立広島市民病院臨床検査部¹⁾, 広島市立広島市民病院病理診断科²⁾

○山本倫子(CT)¹⁾, 喜田真理子(CT)¹⁾, 高木伸治(CT)¹⁾,
坂田かな枝(CT)¹⁾, 戸井紳二(CT)¹⁾, 山崎理恵(MD)²⁾,
市村浩一(MD)²⁾

【はじめに】乳がんの罹患率は年々増加している. 若年性乳がんは決して多くはないが, 非若年層よりも病状が進んだ状態で発見されることが多い. また, 妊娠・出産・授乳期などが重なる可能性の高い年齢層である. 今回我々は, 若年層の乳腺症例について検討した.

【対象】35 歳以下を若年層と定義し, 2013 年-2018 年の間に乳腺外科から細胞診検査が提出され, 当院での組織診断で確定診断が得られたものを検討対象とした.

【結果】期間中, 組織診は延べ 8,821 検体あり, 35 歳以下は 409 検体 (4.6%) であった. 細胞診は 3,119 検体あり, 35 歳以下は 205 検体 (6.6%) であった. 細胞診検体のうち, 43/205 件 (約 20%) を検体不適正と判定していた. 検体不適正を除外し, 細胞診と組織診の採取部位が一致している検討対象は 77 症例であった. このうち, 妊娠中が 4 症例, 授乳中が 5 症例あった. 組織診断は, 良性が 48 症例あり, 悪性は浸潤性乳管癌が 24/29 症例と最も多かった. そのうち, トリプルネガティブ症例が 4 例, HER2 陽性症例が 2 例存在した. 妊娠中または授乳期中で悪性であった 3 症例中 2 症例がトリプルネガティブであった. 妊娠中, 肉芽腫性乳腺炎症症例が 1 例存在した.

【まとめ】若年層の乳腺検体は, 核グレードが高く進行した症例も多く含まれるが, 採取細胞の得にくい症例も多く, 検体不適正と判定する割合が高いなど, 検査の難しさがある. それに加え, 授乳期乳腺の鑑別が問題になるなど若年層特有の特徴がある.

P-1-44 乳腺筋線維芽細胞腫の1例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第一病理²⁾, 埼玉県立がんセンター病理診断科³⁾, がん研究会がん研究所病理部⁴⁾

○小林ひとみ(CT)¹⁾, 小川命子(CT)¹⁾, 石黒弘美(CT)¹⁾, 平林陽介(CT)¹⁾, 山川真梨奈(CT)¹⁾, 野崎 史(MD)¹⁾, 秋山 太(MD)⁴⁾, 神田浩明(MD)³⁾, 澤田達男(MD)²⁾, 鈴木高祐(MD)¹⁾

【はじめに】乳腺の筋線維芽細胞腫は、線維芽細胞や筋線維芽細胞の増殖よりなる稀な良性腫瘍である。今回我々は、乳腺に発生した筋線維芽細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】30歳代女性。検診で左乳房腫瘤を指摘され、当院超音波検査にて左1時方向11mmの円形低エコー腫瘤を認めた。穿刺吸引細胞診では異型紡錘形細胞が認められ、鑑別困難とした。針生検でも間葉系腫瘍が疑われたが、確定診断に至らず、部分切除術が施行された。

【細胞所見】極少量の間質細胞のみで上皮細胞はみられず、針洗浄標本を作製した。短紡錘形～紡錘形の異型細胞が不規則集簇性～孤立散在性に出現していた。細胞質は淡明で細胞辺縁不明瞭であった。核は軽度腫大し、大小不同や核形不整がみられ、クロマチンは粗顆粒状に軽度増量し、小型核小体を認めた。紡錘形細胞に絡まるように線維状の硝子様物質も散見された。葉状腫瘍などが推定されたが、組織型は断定できず鑑別困難とした。

【組織所見】紡錘形細胞の増殖よりなり、核は小型～中等大で主に楕円形、核クロマチンは淡く、微小な核小体を認めた。細胞密度は中等度で不規則に増殖し、腫瘍細胞間に硝子様の膠原線維束が混在していた。核分裂像や壊死は認めなかった。免疫染色では紡錘形細胞がvimentinに陽性、AE1/AE3, αSMA, desmin, S100, CD34, β-catenin(核)に陰性、Ki-67陽性率は4%であった。以上より筋線維芽細胞腫と診断された。

【まとめ】穿刺吸引細胞診において、上皮細胞を認めず硝子様物質とともに異型紡錘形細胞の集簇を認めた際は、本腫瘍を念頭に置き診断に繋げることが重要である。

P-1-45 乳管洗浄細胞診が診断に有用であった solid papillary carcinoma の1例

関西医科大学総合医療センター病理部臨床検査部¹⁾, 関西医科大学総合医療センター病理部²⁾

○秦 直也(CT)¹⁾, 坂井仁美(CT)¹⁾, 田口香利(CT)¹⁾, 松永志保(CT)¹⁾, 稲葉真由美(MD)²⁾, 植村芳子(MD)²⁾

【はじめに】Solid papillary carcinoma(以下SPC)は乳管内に充実性乳頭状増殖を示し、神経内分泌分化や細胞内外の粘液貯留を特徴とする低悪性度乳腺腫瘍である。今回我々は、乳管洗浄細胞診が診断に有用であったSPCの1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。検診にて左乳腺腫瘤を指摘され当院受診、左乳腺は精査の結果invasive ductal carcinoma (scirrhous type)と診断された。MMG撮影時に右乳頭部の血性分泌物を認めたが分泌物細胞診は鑑別困難であった。しこりは非触知であったため、右乳管に対して洗浄細胞診が実施された。

【細胞所見】泡沫細胞を背景に、結合性の低下した乳頭状や篩状の集塊を認めた。N/C比の高い小型異型細胞による単調な像を示し、核は類円形で微細クロマチンの増量や核形不整が見られた。筋上皮細胞に乏しく血管結合組織を少数認めた。以上より乳管癌が疑われ、乳管腺葉区域切除術が施行された。

【組織所見】淡好酸性細胞質や核小体を認める卵円形核を有した腫瘍細胞が、線維血管性間質を伴う充実性乳頭状の増殖を示した。腫瘍細胞はsynaptophysin等の神経内分泌マーカー陽性で、周囲にp63陽性の筋上皮細胞を認めた。以上よりSPC in situと診断した。

【まとめ】乳管洗浄細胞診は乳頭分泌を認める乳管内病変を対象に行われる。細胞異型の軽度な症例が多いSPCの推定においては、機械的刺激により剥離した血管結合組織を捉えることが重要と思われる。乳頭分泌を認めるがしこりを触知されなかった本症例において乳管洗浄細胞診は有用であった。

P-1-46 乳腺原発高分化型神経内分泌腫瘍の一例

日本赤十字社医療センター病理部

○中 昂一(CT), 熊坂利夫(MD), 裴 有安(MD),
増田 亮(MD), 米田央后(MD), 松尾梢恵(CT),
富田健一郎(CT), 夏目愛子(CT), 今井友貴(MT)

【はじめに】乳腺神経内分泌腫瘍の発生頻度は乳癌の 0.08~0.8%, 全臓器の神経内分泌腫瘍中 0.88% と稀である。今回我々は術前診断が困難であった乳腺原発神経内分泌腫瘍 (MNET) の一例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。X 年 7 月に検診のマンモグラフィにてカテゴリー 4 の診断となり、当院に紹介された。超音波検査では硬癌を疑い、穿刺吸引細胞診を施行し浸潤性乳管癌と診断。針生検は不十分検体であったが、同年 10 月に手術施行。

【細胞所見】裸核様の異型細胞が孤立性または単一の細胞で構成された楔状の小集塊で多数認められ、核クロマチンは微細顆粒状で大小不同や核形不整は認めない。

【組織所見】径 8 mm 大の小結節に、硝子性結合織を中心に小胞巣の集簇する細胞集塊を認め、細胞は円形~類円形で、核は細顆粒状~粗顆粒状のクロマチンを持ち、胞体は淡好酸性で N/C 比は高かった。免疫染色では ChromograninA, Synaptophysin, CD56 陽性、Ki-67 index は 10% であり、MNET と診断した。

【考察】乳腺原発神経内分泌腫瘍は稀であるが、他の臓器に見られる神経内分泌腫瘍に類似しているため、細胞診断は可能である。本症例では NET に特徴的な粗顆粒状クロマチンが見られず、裸核様の細胞集塊や楔状の集塊が認められた為硬癌と診断した。しかしながら、硬癌に特徴的な核形不整や粗大顆粒状のクロマチンが認められなかった点は硬癌として矛盾していた。以上より、乳腺細胞診断において①単調な細胞像、②一様な小型円形核、③微細なクロマチン分布を認めた場合、MNET の可能性も考慮する必要があると考えた。

P-1-47 肺原発高悪性度型胎児性腺癌の 1 例

市立島田市民病院病理・口腔病理検査室¹⁾, 市立島田市民病院病理診断科²⁾

○廣田賢良(MT)¹⁾, 植野辰雄(CT)¹⁾, 大石直樹(CT)¹⁾,
村松邦昭(CT)¹⁾, 橋本裕美(CT)¹⁾, 橋 充弘(MD)²⁾

【はじめに】肺原発胎児性腺癌は比較的稀な腫瘍で、肺癌取り扱い規約第 8 版では、低悪性度型と高悪性度型に亜分類されている。調べた限り、高悪性度型胎児性腺癌(以下 HGFAC)の細胞診所見の詳細な報告例は少ない。肺原発 HGFAC の 1 例を経験したので、細胞診所見・組織像・免疫染色結果を併せ報告する。

【症例】70 歳代男性。

【主訴】胸部異常陰影指摘。

【現病歴】201X 年、両下肢脱力を主訴に近医整形外科受診。精査にて胸部異常陰影指摘され、肺癌疑いで当院呼吸器科紹介受診。血中 CEA201.6 U/L と高値。画像上右上葉 S2 に腫瘍径 7.2×6.4×5.1 cm の結節影を認めた。非小細胞肺癌 cStage III A にて胸腔鏡下右上葉切除術+下葉 S6 部分切除術+リンパ節郭清を施行。

【細胞診所見】出血及び壊死細胞を背景に、異型細胞が孤立散在性から集塊で出現。核腫大・核クロマチン増量・核の大小不同・核形不整がみられ、細胞質はライトグリーンに顆粒状・淡染し、細胞境界はやや不鮮明で、核偏在、大型核小体が目立つ細胞も認めた。腺腔形成は認めなかった。

【腫瘍肉眼所見・組織診所見】充実性黄白色分葉状、肺胞置換型増殖像は認めなかった。腺管構造を示し、豊富な糖原を有する淡明な細胞質、高度核異型、核分裂像増加を示し AFP(-), SALL4(+), Glypican3(+), 神経内分泌マーカー陽性、beta-Catenin(細胞膜に陽性)。最終診断は pure HGFAC pStage IIIA。

【考察】HGFAC の 1 例を経験した。細胞質の糖原豊富に一致して、ライトグリーン好性顆粒状細胞質所見が推定診断に有用と考える。

P-1-48 気管支鏡検査 ROSE における Ultrafast Papanicolaou 染色検討

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

○児島宏哉(CT), 鈴木明美(CT), 江坂四季音(CT), 木曾有里(CT), 浜島裕理(CT), 今泉雅之(CT), 白幡浩人(CT), 野中敬介(MD), 松田陽子(MD), 新井富生(MD)

【はじめに】2018年4月の診療報酬改定により, 超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)を行う際の検査中迅速細胞診(rapid on site evaluation: ROSE)が保険収載され, 当院では臨床からの要望を受け同年8月より開始した。ROSE で一般的に使用される Diff-quick 染色は短時間で染められるが, Papanicolaou (Pap.)染色像と異なるため, 判定に苦慮することが多い。今回我々は Pap. 染色と類似した染色性が短時間で得られる Ultrafast Pap. (UFP) 染色の ROSE への応用について検討した。

【染色法の検討】体腔液の余剰検体を用い, 種々の条件の塗抹法, 固定法, ヘマトキシリンの染色を試行し, 複数の細胞検査士で鏡検, 染色結果を評価し検討した。

【結果】検体の処理においては塗抹を薄くすることが重要で, 細胞質の染色ムラが軽減された。またコーティング固定法に変え, 原法の Richard-Allan Hematoxylin2 をギル・ヘマトキシリン II (武藤化学) に変更することで良好な染色性を得ることができた。

【結語】ROSE の最も重要な目的はリアルタイムで確実に腫瘍細胞が採取されているかモニターすることである。今回の検討結果から, 固定法・染色法を変更することで染色結果に大きな改善がみられた。しかもドラフトのない気管支鏡検査室において, コーティング固定を行うことで結核などの感染症の曝露リスクを低減すると考えられる。

P-1-49 当院における気管支洗浄・擦過ブラシ洗浄液検体を用いた肺癌 EGFR 検査の試み

東邦大学医療センター大橋病院病理部¹⁾, 東邦大学医療センター大橋病院呼吸器内科²⁾

○湯浅瑛介(CT)¹⁾, 中村千秋(CT)¹⁾, 佐々木智子(CT)¹⁾, 村石佳重(CT)¹⁾, 藤田正志(CT)¹⁾, 榎本泰典(MD)¹⁾, 横内 幸(MD)¹⁾, 大原関利章(MD)¹⁾, 高橋 啓(MD)¹⁾, 松瀬厚人(MD)²⁾

肺癌 EGFR 遺伝子変異検査は分子標的治療薬の適応を決定する上で必須の検査である。近年 FFPE 組織や細胞診由来の FFPE セルブロックに加え細胞診材料の有用性について検討がなされている。本院では2018年8月より肺癌 EGFR 遺伝子変異検査を院内化し, 同年12月までに組織診, 細胞診計42検体に対して検査を実施したが, 細胞診検体のほとんどは気管支洗浄・擦過ブラシ洗浄液であった。本検体は正常細胞の混入が多く, かつ粘稠性が高くすりあわせ法で標本作製するため腫瘍細胞に富む検体を得ることが困難であることから推奨されていない。そこで, 当院で行っている気管支洗浄・擦過ブラシ洗浄液検体に対する遺伝子検査の工夫について紹介したい。

【解析方法】DNA抽出はコバス DNA プレパレーションキット (FFPE) で, 変異解析はコバス EGFR 変異検出キット v2.0 (リアルタイム PCR 法) を用いた。

【検体処理法】気管支洗浄・擦過ブラシ洗浄液検体は2本のスピッツに分注し, 1本は通常の細胞診断用に, もう1本を遺伝子検査用とした。遺伝子検査用検体には LBC で用いられる粘液融解剤の入った Cellprep の呼吸器用液 3ml を加え遠心後, 引きガラス法で2~4枚塗抹した。再固定後 Pap 染色し引き終わりの腫瘍細胞量を確認すると共に, 他の標本を風乾後, 引き終わりを遺伝子検査に用いた。

【結果・要約】気管支洗浄・擦過ブラシ洗浄液 10 検体中 5 検体の Pap 標本において相当量の腫瘍細胞が確認され, その全てで PCR 解析に十分な DNA 量を得ることが可能であった。

P-1-50 人工知能の細胞診への応用①：敵対的生成ネットワークによる擬似細胞像生成の試み

藤田医科大学医療科学部放射線学科¹⁾, 成田記念病院病理診断科²⁾, 藤田医科大学医学部病理診断学³⁾, 藤田医科大学医学部呼吸器内科学 I⁴⁾, 岐阜大学工学部電気電子・情報工学科⁵⁾

○寺本篤司(PhD)¹⁾, 山田あゆみ(その他)¹⁾, 桐山諭和(MD)^{2,3)}, 塚本徹哉(MD)³⁾, 今泉和良(MD)⁴⁾, 齋藤邦明(PhD)¹⁾, 藤田広志(PhD)⁵⁾

細胞診におけるスクリーニングや診断を支援する技術として、良悪性鑑別や組織型分類などの人工知能技術の開発が活発に進められている。人工知能が良好な処理性能を發揮するためには、学習データとして画像とそれに対応する正解ラベルが大量に必要となる。しかし、罹患率の低い疾患では大量の症例を短期間に収集することが困難である。そこで本研究では、人工知能技術の一つである敵対的生成ネットワーク (generative adversarial network : GAN) により、擬似的に細胞像を生成できるか検討を行った。本研究で用いる GAN は生成器と識別器のペアで構成されており、生成器は偽の細胞像を自動的に生成する。一方、識別器は実在する細胞像と生成した画像を見分けるはたらきがある。生成器は識別器に見破られないような偽物を生成するように、識別器は正確に 2 種類の画像を見分けるように繰り返し訓練され、最終的には実在する画像に近い画像が生成器から出力されるようになる。本手法の有効性を確認するために、Papanicolaou 染色した肺細胞診検体から腺癌 75 枚、扁平上皮癌 130 枚、小細胞癌 84 枚の細胞像を顕微鏡で撮影し、組織型に対応した 3 つの GAN に入力することで画像生成を行った。その結果、細胞核の形状や核小体、細胞質など、それぞれの組織型に特有の特徴を有する細胞像が 10 万枚自動生成された。本手法で得られた生成画像は、人工知能による画像分類に利用できるほか、病理診断のトレーニングにも利用可能であると考えられた。

P-1-51 人工知能の細胞診への応用②：敵対的生成ネットワークを用いた肺がん細胞の自動分類

藤田医科大学医学部病理診断学¹⁾, 藤田医科大学医療科学部放射線学科²⁾, 成田記念病院病理診断科³⁾, 藤田医科大学医学部呼吸器内科学 I⁴⁾, 岐阜大学工学部電気電子・情報工学科⁵⁾

○塚本徹哉(MD)¹⁾, 寺本篤司(PhD)²⁾, 山田あゆみ(その他)²⁾, 桐山諭和(MD)³⁾, 今泉和良(MD)⁴⁾, 齋藤邦明(PhD)²⁾, 藤田広志(PhD)⁵⁾

細胞診におけるスクリーニングや診断を支援する技術として、良悪性鑑別や組織型分類などの人工知能技術の開発が活発に進められている。我々は人工知能技術のひとつである深層畳み込みニューラルネットワーク (deep convolutional neural network : DCNN) を用いて肺細胞の組織型分類の検討を行ってきた。分類精度は 76% 程度であるが、さらなる精度向上のためには様々なバリエーションの細胞像を用いた DCNN の学習処理が必要となる。そこで本研究では新たな試みとして、人工知能技術の一つである敵対的生成ネットワーク (generative adversarial network : GAN) を用いて擬似的に細胞像を大量に生成し、それらを用いることで DCNN による肺癌組織型の分類精度が向上するか検討を行った。本研究では、Papanicolaou 染色した肺細胞診検体から腺癌 75 枚、扁平上皮癌 130 枚、小細胞癌 84 枚の細胞像を顕微鏡で撮影した画像を対象とし、最初にこれらの画像を基に、GAN にて各 10 万枚の擬似細胞像を生成した。それらの画像を 16 層構造の DCNN に入力し、事前学習を行う。そして、事前学習された DCNN に実際の画像を与え、DCNN の追加学習を行う。3 分割交差検証法にて分類精度の評価を行った結果、本手法の分類精度は従来手法よりも高値となった。よって、GAN による画像生成は、人工知能による画像分類処理の性能を向上させるために有効な技術であると考えられた。

P-1-52 EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の LCNEC への形質転換が疑われた一例

八尾徳洲会総合病院病理診断科¹⁾, 八尾徳洲会総合病院臨床検査科²⁾

○室木魁人(CT)¹⁾, 岡崎 健(CT)²⁾, 岩崎由恵(CT)²⁾, 久保勇記(MD)¹⁾

【はじめに】EGFR 変異陽性肺腺癌の 1.5~14%が小細胞癌（以下 SCLC）への形質転換を示すと報告されているが、大細胞神経内分泌癌（以下 LCNEC）に形質転換するという報告はない。今回我々は、EGFR 変異陽性肺癌の EGFR-TKI 治療中、LCNEC への形質転換が疑われた一例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代女性、2015 年大腿から下腿にかけての痛みを主訴に他院受診。MRI、CT で仙骨の転移性腫瘍疑いにて当院紹介。MRI にて仙骨、右上肺野、左小脳に腫瘍性病変が確認された。肺穿刺にて肺腺癌 (EGFRm19D)、Stage cT2bN2M1b。EGFR-TKI 療法が施行され、肺腫瘍の縮小がみられたが 10ヶ月後に増大した。気管支鏡検体から EGFR 耐性遺伝子 (T790M) が検出された。その後、種々の治療が行われたが、2018 年 CT にて左腸骨白蓋に転移が疑われ、同部位の生検が施行された。捺印細胞診では LCNEC 疑い、組織では神経内分泌腫瘍と診断された。

【捺印細胞診所見】壊死を背景に孤在と大小の集合で異型細胞を認め、N/C 大、クロマチン増量、核偏在性、核形は類円から不整形、核縁菲薄、核小体小型明瞭より LCNEC 疑いと診断された。

【組織所見】異型細胞は少量で、免疫染色にて TTF-1(-)、p40(-)、Chromogranin A (-)、Synapophysin (+)、CD56 (+) より神経内分泌腫瘍と診断された。

【考察・まとめ】星 利良らの報告によれば、SCLC と LCNEC の細胞学的鑑別は可能とされる。LCNEC の診断の検証を含め報告したい。

P-1-53 はがしセルブロック法で多形癌と推定しえた胸水細胞診の 1 例

秋田赤十字病院病理診断科

○三浦宗子(CT), 浅利智幸(CT), 田山明義(CT), 鳴海健大(CT), 伊藤泉希(CT), 東海林琢男(MD)

【症例】79 歳女性。易疲労感で近医を受診。単純写真で胸水貯留を認め原因検索のため当院を受診した。CT では右胸水貯留があり、不整な胸膜肥厚を伴っていた。原発巣となるような病変は指摘されず、癌性胸膜炎、中皮腫、結核性胸膜炎が鑑別にあげられた。胸水細胞診標本からはがしセルブロック法で組織標本を作製し、腺癌由来の多形癌疑いと診断した。

【細胞所見】炎症性背景の中に異型細胞を孤在性に多数認めた。異型細胞は類円形から短紡錘形の多彩な形状で、核クロマチンは細顆粒状に増量し、大型の核小体を認めた。ライトグリーン好性でやや広い細胞質を有していた。これらの所見から class V、推定組織病変として、第一に肉腫を疑った。鑑別として肉腫様癌や中皮腫もあげられたが細胞診での確定は困難であった。

【病理組織所見】不定形で好酸性の胞体を有し、腫大核と明瞭な核小体を有する細胞がみられた。核異型が強く、悪性腫瘍が疑われた。免疫染色で pan-keratin(約 50%の細胞に+)、TTF-1(少数+)、vimentin(+), calretinin(-) で、分化の悪い carcinoma が疑われた。TTF-1 少数陽性であり、腺癌の形質をわずかに残している可能性があり、腺癌由来の多形癌が疑われた。

【考察】肺多形癌の診断は切除標本でのみ確定診断が可能であり、非手術症例では生前の診断が困難とされている。本症例はセルブロック法による組織診断であるため確定診断には至っていないが、中皮種や肉腫を除外し、多形癌と推定し、薬物治療の適応検討や予後推定に寄与したことから、細胞診が意義のある検査だったと考える。

P-1-54 気管支洗浄細胞診におけるLBC (Thin-Prep) 法の有用性

和歌山県立医科大学附属病院中央検査部病理診断部門¹⁾, 和歌山県立医科大学人体病理学教室/病理診断科²⁾

○武内綾菜(CT)¹⁾, 永井宏和(CT)¹⁾, 木下勇一(CT)¹⁾, 西野 勝(CT)¹⁾, 吉井輝子(CT)¹⁾, 杉山絵美(CT)¹⁾, 松崎生笛(CT)²⁾, 藤本正数(MD)²⁾, 小島史好(MD)²⁾, 村田晋一(MD)²⁾

【はじめに】肺癌の診断において、病理組織生検検査は容易に行えないため、細胞診検査が最終診断となる場合があり、良悪性鑑別や組織型の推定のみならず、高い診断精度が要求される。今回我々は、従来法 Cytospin (CS) 法と LBC (ThinPrep ; TP) 法を用いた気管支洗浄細胞診を比較検討した。

【対象と方法】対象は2017年10月以降、臨床的に肺癌が疑われ、当院にて採取された気管支洗浄液で、生検の組織診による病理診断が確定された79症例である。CS法とTP法で標本作製された気管支洗浄材料は、別々に再鏡検し、細胞像、診断精度について解析した。

【結果】生検組織診にて「carcinoma」と診断のついた症例に対して、CS法で73%、TP法では86%で「陽性」の診断が可能であった。組織診にて確定診断が出来なかったものの、細胞診で「疑陽性あるいは陽性」の診断が可能であったものが、CS法で1例、TP法3例あった。細胞診判定を「疑陽性」まで含めた場合、CS法で84%、TP法では94%と高い診断精度を得ることができた。さらに組織診の組織型との一致率は、CS法で89%、TP法では92%であった。細胞像ではCS法は「核形不整」が明瞭で、TP法では「出現細胞数」、「不規則配列」、「核腫大」、「核クロマチン異常」の4点が明瞭であった。

【考察】TP法は、フィルターによる圧着を原理としており、細胞が圧排される事により、集塊の細胞配列や核内所見の観察を容易にしたと考えられた。よって、TP法は、CS法と比較して、良悪性鑑別や組織型の推定を含めて診断精度の向上に優位性を生んだと考えられた。

P-1-55 甲状腺未分化癌の1例

帝京大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 帝京大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 杏林大学医学部病理学教室³⁾, 帝京大学医療技術学部⁴⁾

○笠井亮子(CT)¹⁾, 笹島ゆう子(MD)²⁾, 大越 卓(CT)¹⁾, 小島 貴(CT)¹⁾, 河野純一(CT)¹⁾, 望月 眞(MD)⁴⁾, 大窪泰弘(DDS)³⁾, 菅間 博(MD)³⁾, 近藤福雄(MD)²⁾

【はじめに】甲状腺未分化癌は、甲状腺癌の1~2%程度と発生頻度は少ないが、極めて悪性度が高いことで知られている。多くは、先行する濾胞上皮由来の悪性腫瘍や良性結節が脱分化して発生すると考えられている。今回我々は、乳頭癌を背景に発生した未分化癌の1例を経験し、その細胞像を観察し得たので報告する。

【症例】70歳女性、呼吸困難感と喉頭部違和感を主訴に前医受診。甲状腺腫大による気道狭窄と診断され当院に救急搬送された。甲状腺穿刺吸引細胞診にて悪性と判定され、甲状腺全摘および喉頭摘出術が施行された。

【細胞像】右葉から採取された術前穿刺吸引細胞診では、核腫大、核小体の目立つ異型細胞の小集塊を認めた。一部淡明なクロマチンを呈するが、明らかな核溝や核内細胞質封入体は見られず、癌腫であるものの組織型の確定は困難と報告した。摘出検体からの穿刺吸引細胞診では、細~粗顆粒状のクロマチンを呈し、核形不整と核小体を有する異型細胞をシート状~乳頭状集塊で認めるとともに、強い核形不整を示す細胞や紡錘形細胞が混在して見られた。

【組織像】右葉の一部に乳頭癌が見られ、その周囲から左葉、周囲組織および気管内におよぶ広い範囲に未分化癌が浸潤する像が見られた。腫瘍細胞は、多辺形、紡錘形など多彩な形態を示し、明瞭な核小体を含んだ類円形腫大核を有し、部分的に扁平上皮へ分化し角化胞巣を形成していた。

【まとめ】術前の穿刺吸引細胞診では異型の強い細胞が見られず未分化癌の診断には至らなかったが、摘出検体からの穿刺吸引細胞診では乳頭癌成分と未分化癌成分の細胞像をそれぞれ観察し、その特徴を確認することができた。

P-1-56 腱膜炎様の間質を伴う乳頭癌の1例

公立西知多総合病院臨床検査科¹⁾, 公立西知多総合病院病理診断科²⁾

○吉本尚子(CT)¹⁾, 角屋雅路(CT)¹⁾, 服部 聡(CT)¹⁾, 田中伸幸(CT)¹⁾, 今井律子(CT)¹⁾, 渡邊緑子(MD)²⁾, 溝口良順(MD)²⁾

【はじめに】腱膜炎様の間質を伴う乳頭癌は甲状腺悪性腫瘍の0.03%, 甲状腺乳頭癌の0.04%と非常に稀である。その1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。

【現病歴】2018年2月, 直腸癌術前CTにて甲状腺右葉に40×42×24mmの腫瘍を指摘され, 内分泌代謝内科を受診し, 超音波検査とエコー下穿刺細胞診が施行された。同年6月, 直腸癌術後の経過観察CTにて腫瘍は56.7×60以上×30.3mmと急激な増大傾向を認め, 摘出術が施行された。

【超音波検査所見】内部は低エコーで粗雑, 不均一で点状石灰化が認められた。

【細胞所見】採取細胞量は少なく, 少量の血液成分を背景に異型細胞の小集塊が少数認められた。線維性間質小断片, 紡錘形細胞が孤立性に少数認められた。異型細胞は大小不同, 核腫大, 核形不整, 核クロマチン濃染, 核小体肥大など軽度の核異型が認められた。少数の細胞に核内細胞質封入体, 核溝が認められた。細胞判定は意義不明(AUS), 良悪性の判定には至らなかった。

【組織所見】甲状腺右葉には筋膜に似る多量の結節性結合織の増生の中に異型腺上皮細胞が島状に散在して認められた。免疫染色では乳頭癌成分はTTF-1(+), EMA(+), CA19(+), HMB45(-)を示し, 間質成分はVimentin(+), SMA(+), β -catenin(+)であった。乳頭癌と診断されリンパ節に転移が認められた。

【まとめ】本症例は異型細胞に核内細胞質封入体や核溝を認めたが, 出現細胞が少数のため確定診断は困難であった。標本中に間質成分を伴って異型細胞を認めた場合は本症例の存在を念頭に置き細胞診断することが重要である。

P-1-57 甲状腺硝子化索状腫瘍の一例

東邦大学医療センター大森病院病理部¹⁾, 東邦大学医療センター大森病院病理診断科²⁾, 東邦大学医療センター大森病院乳腺・内分泌外科³⁾

○三宅洋子(CT)¹⁾, 栃木直文(MD)²⁾, 篠崎 稔(CT)¹⁾, 馬淵弘子(CT)¹⁾, 野村恵利(CT)¹⁾, 二本柳康博(MD)²⁾, 江嶋 梢(MD)²⁾, 若山 恵(MD)²⁾, 齋藤英美(MD)³⁾, 澁谷和俊(MD)²⁾

【はじめに】稀な腫瘍である甲状腺硝子化索状腫瘍(hyalinizing trabecular tumor 以下HTT)は, 以前は良性腫瘍と考えられていたが, 転移例などが報告され, 現在, 良悪性の結論は出ていない。甲状腺取り扱い規約第7版では, 「その他の腫瘍」に分類されている。我々は, HTTの一例を経験したので報告する。

【症例】34歳の女性。左頸部腫瘍を自覚し当院受診。左葉甲状腺に低エコー結節を認めた。穿刺吸引細胞診にて乳頭癌が疑われ, 甲状腺左葉切除術が施行された。組織診にてHTTと診断し4年間再発はみられない。

【細胞所見】結合性の緩い集塊で出現し, 細胞質は円形～紡錘形でライトグリーンに淡染し細胞境界は不明瞭であった。核は類円形～短紡錘形で核内細胞質封入体を多数認めた。HTTと診断された後, 標本を見直した所, ギムザ染色で異染性を示す硝子様物質を取り囲むような細胞配列がみられた。

【組織所見】断面では上極から下極に亘って被膜を持つ褐色～淡褐色の結節を認め, 上極側には乳白色調の成分がみられた。組織学的に腫瘍径は30mm大であった。乳白色調病変に一致して淡明な胞体を持ち, 核形不整のある細胞が索状または島状の充実性増殖を呈していた。索状胞巣間はPAS染色やIV型コラーゲンで陽性を示す硝子様間質で占められていた。Ki67の細胞膜での異所性発現はみられなかったが, HTTが最も考えられた。

【まとめ】乳頭癌でみられる事が多い核内細胞質封入体を多数認めた場合, 細胞の結合性や細胞質の所見および, ギムザ染色での異染性を観察することでHTTを鑑別に挙げるとは可能と考えられた。

P-1-58 穿刺吸引細胞診にて採取された甲状腺内（異所性）骨髓組織

JA 愛知厚生連安城更生病院臨床検査技術科¹⁾, JA 愛知厚生連安城更生病院病理診断科²⁾, JA 愛知厚生連豊田厚生病院臨床検査技術科³⁾

○大島康裕(CT)¹⁾, 山本宗平(MD)²⁾, 黒木雅子(CT)³⁾, 杉山宗平(CT)¹⁾, 杉浦記弘(CT)¹⁾, 深井美樹(CT)¹⁾, 牧明日加(CT)¹⁾, 情家千裕(CT)¹⁾, 酒井 優(MD)²⁾

【はじめに】甲状腺の穿刺吸引細胞診において個在性の大型異型細胞が認められた際、未分化癌や悪性リンパ腫等の高悪性度腫瘍が鑑別として挙がる。今回我々は、石灰化を伴う甲状腺結節性病変の穿刺にて認められた異型巨細胞が、最終的に異所性骨髓組織由来の巨核球と判定された症例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代女性。甲状腺結節の精査目的で当院受診。超音波所見にて、左右両葉のびまん性腫大と複数の結節性病変が指摘された。左葉の一部にて、内部に石灰化を伴った 9 mm 大の結節性病変がみられ、同部位から穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】シート状の濾胞上皮細胞集塊とともに、多形性を示す大型核と豊かな細胞質を有する個在性の異型巨細胞が散見された。背景には小片状の石灰化物や脂肪滴が認められた。May-Giemsa 染色標本では、細胞質内に好酸性顆粒を有する骨髓球や、核周囲明庭を有する赤芽球が同定された。採取された濾胞上皮細胞に明らかな核異型は認められなかった。以上、前述の巨細胞は、甲状腺内異所性骨髓組織由来の巨核球と考えられ、総合的に「良性」と判断した。

【経過】穿刺後から 6 か月間の経過観察にて、甲状腺病変に著変はみられていない。

【まとめ】良悪性に関わらず、甲状腺の結節性病変において異所性骨化が起こることが知られており、ときに骨髓組織形成を伴う。甲状腺内の異所性骨髓組織が穿刺吸引された際、未分化癌等の高悪性度腫瘍と鑑別を要する大型細胞（すなわち巨核球）が出現しうることを認知しておくべきである。

P-1-59 慢性甲状腺炎からの移行が推定された甲状腺原発悪性リンパ腫の 2 症例

社会医療法人同心会古賀総合病院臨床検査技術部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理部²⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科・病理部³⁾, 社会医療法人同心会古賀総合病院内科⁴⁾

○白濱幸生(CT)¹⁾, 清山和昭(CT)¹⁾, 野口裕史(CT)²⁾, 佐藤勇一郎(MD)³⁾, 栗林忠信(MD)⁴⁾

【はじめに】甲状腺原発悪性リンパ腫のほとんどは、慢性甲状腺炎 (CT) を発生母地と考えられている。CT の経過観察中に悪性リンパ腫への移行を推定した 2 症例を報告する。

【症例 1】60 歳代 女性, CT で 3 年前よりフォロー中, 定期的な穿刺吸引細胞診 (FNA) で悪性リンパ腫を疑い, 甲状腺腫瘍生検が施行された。細胞像: FNA は 2013, 2015, 2016 年 2 回の計 4 回施行され, 最初は核形不整比率 4.8% と低く, 小型リンパ球優位 (比率 80%) の胚中心リンパ球・組織球集合体 (LHA) が多数みられる CT の像を呈していた。その後, 小型優位の細胞像は変わらなかったが, 徐々に核形不整比率 10.8%, 26.2%, 24.5% と徐々に増加し 25% を上回った 3 回目の時点で悪性リンパ腫を疑った。組織診断: びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL)

【症例 2】60 歳代 女性, CT と甲状腺結節で 3 年前よりフォローされていたが, US で結節が増大傾向にあり FNA を施行された。悪性リンパ腫を疑い甲状腺部分切除術が施行された。

【細胞像】FNA は 2017, 2018 年 2 回の計 3 回行われ, 最初は中型以上のリンパ球比率 34%, 核形不整比率 7% と LHA が多数みられ反応性を疑っていたが, その後徐々に中型以上のリンパ球比率が 48%, 60% と優勢に変化していった。最終的に小型よりも中型以上のリンパ球比率が上回ったことから悪性リンパ腫が疑われた。組織診断: DLBCL

【まとめ】当院では悪性リンパ腫の診断基準を中型以上のリンパ球比率 50% 以上かつ/または核形不整比率 25% 以上に設定しており, 悪性リンパ腫への移行が推定できた。

P-1-60 甲状腺好酸性細胞型濾胞癌の一例

大阪医科大学附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 大阪医科大学病理学教室²⁾

○有我こずえ(CT)¹⁾, 栗栖義賢(MD)¹⁾,
富宇加麻里(CT)¹⁾, 能瀬衣沙子(CT)¹⁾,
中山裕子(CT)¹⁾, 出口千尋(CT)¹⁾, 浦上真由美(CT)¹⁾,
明石静香(CT)²⁾, 武田玲郁(CT)¹⁾, 石崎幸恵(CT)¹⁾,
竹下 篤(MD)¹⁾, 安田恵美(MD)¹⁾, 桑原宏子(MD)¹⁾,
広瀬善信(MD)¹⁾

【はじめに】甲状腺好酸性細胞型濾胞癌は顆粒状で好酸性の細胞質を有する大型細胞の増殖からなる比較的まれな疾患である。

【症例】30歳代男性。2011年エコーで左右両葉に腫瘍を確認した。穿刺吸引細胞診が施行され(FNA)右葉は陰性、左葉はadenomaまたは濾胞性腫瘍が疑われ経過観察となった。2016年左葉の腫瘍病変は40mm大となり、以前より明らかに増大傾向を示したため、腫瘍摘出を行った。

【甲状腺穿刺吸引細胞所見】血性背景に好酸性細胞質を有した細胞が孤立性～集塊で多数出現していた。核小体が著明で、核形不整や大小不同を伴う異型濾胞上皮細胞を認めた。小腺腔状の配列が見られ、好酸性細胞型濾胞性腫瘍を疑った。

【組織所見】左葉甲状腺の大部分を占める、多結節性の腫瘍が存在した。核異形を伴い、比較的豊富な好酸性細胞質を有する腫瘍細胞が、一部のみ濾胞を形成し、索状あるいはシート状に配列し、びまん性に増殖していた。辺縁の大部分は被膜が認められたが、複数箇所では被膜浸潤・静脈侵襲が認められた。好酸性細胞型濾胞癌と診断された。

【結語】濾胞腺腫と濾胞癌の鑑別は組織標本でのみ可能であり、細胞診による両者の完全な鑑別は不可能である。しかし、一部の濾胞癌は細胞異型や構造異型を伴うことがある。細胞量が多い、不規則な重積を示す小濾胞構造、大型核などが推定する所見になる。本例のような核の大小不同を伴う好酸性細胞質を有する孤立細胞を多く認めた場合、好酸性細胞型濾胞癌を疑う一助になると考えられる。

P-1-61 術前に腭液細胞診でセロトニン産生神経内分泌腫瘍と診断し得た1例

自治医科大学病理診断部

○池田恵理子(MD), 鈴木智子(CT), 中村香織(CT),
織田智博(CT), 二階堂貴章(CT), 郡 俊勝(CT),
柳田美樹(CT), 吉本多一郎(MD), 天野雄介(MD),
福嶋敬宜(MD)

【症例】66歳、女性。急性腭炎を発症し、原因検索目的に当院を紹介受診となった。腭体部に6mm程の腫瘍を認め、尾側の腭管は拡張していた。腫瘍はUS像では境界明瞭な類円形腫瘍、CTでは腭体部に平衡相にかけて造影される腫瘍であり、MRIでは拡散制限を伴っていた。浸潤性腭管癌とセロトニン産生神経内分泌腫瘍(pNEN)を鑑別に挙げ、病理学的エビデンス取得目的に内視鏡的経鼻腭管ドレナージ留置し、6回の連続腭液細胞診を行った。

【腭液細胞診所見】薄い粘液や好中球反応を背景に、やや核密度の高い細胞の集団を認め、腺腔またはロゼット様構造が窺われるところもあった。核は小型類円形でクロマチンは細～粗顆粒状で比較的均質であった。臨床情報も総合して、細胞診上もpNENを鑑別に挙げ、転写法により免疫染色を追加した。その結果、ChromograninA(-)であったが、Synaptophysin(+), Serotonin(+)を示しており、セロトニン産生神経内分泌腫瘍と診断した。

【手術・病理所見】腭中央切除術を施行され、切除腭の病理組織学的検索でもセロトニン産生神経内分泌腫瘍(G1)と最終診断した。

【考察】腭管癌としてもpNENとしても非典型的な画像所見であり、セロトニン産生神経内分泌腫瘍を疑った。腭液細胞診では、臨床情報を踏まえて免疫染色を追加したことで、術前にセロトニン産生神経内分泌腫瘍と確定診断することができた。腭腫瘍の手術は患者負担も大きく、術前診断の精度向上は治療方針決定にも重要となる。臨床情報と細胞診所見の比較検討と免疫染色が有効であった症例と考える。

P-1-62 膵のEUS-FNAで経験した悪性リンパ腫3例の細胞像

自治医科大学附属病院病理診断部

○中村香織(CT), 天野雄介(DDS), 織田智博(CT),
鈴木智子(CT), 柳田美樹(CT), 郡 勝俊(CT),
池田恵理子(MD), 大城 久(MD), 仁木利郎(MD),
福嶋敬宜(MD)

【はじめに】膵病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)の細胞診で、悪性リンパ腫と判定/疑い、かつ組織生検で悪性リンパ腫と診断した3症例について報告する。

【症例1】70歳, 男性. 臨床診断は「特殊型膵癌疑い」. 細胞診では、核形不整で明瞭な核小体を数個有する異型リンパ球様細胞を部分的に認め、悪性リンパ腫と判定した. 膵生検では免疫組織化学と総合して、B細胞性悪性リンパ腫と診断した.

【症例2】66歳, 男性. 臨床診断は「悪性リンパ腫疑い」. 細胞診では、小型リンパ球主体でやや単一な出現性を認め、悪性リンパ腫を疑った. 十二指腸生検より異型リンパ球の浸潤を認め、免疫組織化学と総合して、B細胞性悪性リンパ腫と診断した.

【症例3】66歳, 男性. 臨床診断は「悪性リンパ腫疑い」. 細胞診では、好中球やリンパ球が混在した多彩な像を示したが、中型リンパ球がやや目立ち、核形不整で胞体に空胞を有する細胞もみられ、悪性リンパ腫を疑った. 膵生検では免疫組織化学と総合して、マンツル細胞リンパ腫疑いと診断した.

【まとめと考察】膵病変のFNA標本に比較的多くのリンパ球/リンパ球様細胞が観察される場合は、自己免疫性膵炎、神経内分泌腫瘍などが鑑別に挙がる. これらの治療方針は大きく異なるため、その鑑別は重要である. 症例1は初回EUS-FNAで悪性リンパ腫と診断し得た. 症例2, 3では、多彩な細胞像を示し、小型で異型の弱い細胞が比較的多く混在していたため、悪性と断定するのが躊躇された. 今後、これらの疾患の鑑別を要する際にはセルブロック作製を含め細胞診標本での免疫染色の追加検索も検討していきたい.

P-1-63 細胞診を契機に発見された遠位胆管上皮内癌(BiILN grade3)の1例

日本鋼管病院病理検査技術科¹⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学²⁾, 慶應義塾大学医学部病理学教室³⁾, 日本鋼管病院病理診断科⁴⁾

○坪佐朱莉(CT)¹⁾, 松井成明(CT)¹⁾, 川島真人(CT)¹⁾,
金 佳美(CT)¹⁾, 平林健一(MD)²⁾, 梶原 博(MD)²⁾,
坂元享宇(MD)³⁾, 長村義之(MD)⁴⁾

【はじめに】胆管癌および胆道癌は患者の自覚症状に乏しく発見時の多くは進行例とされる難治性腫瘍である. 今回われわれは、細胞診を契機に発見された遠位胆管上皮内癌(BiILN grade3)の1例を経験したので報告する.

【症例】患者: 75歳男性. 職業歴: 不明. 主訴: 腹部圧迫感. 既往歴: 高血圧, 糖尿病. 現病歴: 糖尿病にて他院通院中, 肝胆道系酵素の上昇を認め当院受診. 腹部CT所見では、下部胆管~ Vater乳頭部に約10mmの濃染領域を指摘された. 上部内視鏡所見上, Vater乳頭部の隆起と硬結を認めERCPを施行. その後のERCP排泄液から細胞診で悪性疑い(高分化型腺癌疑い)と判定された. 臨床的にVater乳頭部癌の疑いのもと膵頭十二指腸切除術が施行された.

【細胞所見】標本内には乳頭状集団がごく少数出現していた. 集団の構成細胞は大小不同に乏しい類円形を呈し, N/C比は高く, 核クロマチン増量が顕著であった. 核形不整が目立ち明瞭な核小体を有していた.

【病理組織学的所見】乳頭部には明らかな腫瘍性病変はみられなかった. 一方, 乳頭部近傍の膵内胆管の一部(約4mm)には、極性の乱れと細胞異型を伴う異型胆管上皮が観察された. 異型上皮は付属腺内にも進展し扁平上皮化生を伴っていた. 免疫組織化学的にはp53陰性, Ki-67は低発現を示していた. 以上の所見より微小な遠位胆管上皮内癌(BiILN grade3), 平坦型と診断された.

【まとめ】肝外胆管癌のうち上皮内癌の発生頻度は0.68%程度である. 細胞診により異型細胞を的確に指摘したことで微小な胆管内上皮内癌を発見し得た. 患者の予後に貢献しうる1例と考えられた.

P-1-64 細胞診で推定し得た虫垂粘液性腫瘍の一例

筑波メディカルセンター病院婦人科¹⁾, 筑波メディカルセンター病院臨床検査科²⁾, 筑波メディカルセンター病院病理診断科³⁾

○藤枝 薫(MD)¹⁾, 野末彰子(MD)¹⁾, 西出 健(MD)¹⁾, 村井陽子(CT)²⁾, 石松寛美(CT)²⁾, 石黒和也(CT)²⁾, 内田 温(MD)³⁾, 小沢昌慶(MD)³⁾, 菊地和徳(MD)³⁾

【はじめに】虫垂粘液性腫瘍の頻度は虫垂切除例の0.08~0.4%に認められる稀な腫瘍であり, 腹膜偽粘液腫の原因となり得る。今回我々は右卵巢嚢腫の術前診断で開腹し, 虫垂原発高分化粘液性腺癌と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】53歳, 女性。健診で右卵巢嚢腫を認め当院婦人科初診。経腔超音波検査およびMRIで右骨盤腔に73×25mmの単房性嚢胞性病変を認め, 右卵巢由来の漿液性嚢胞腺腫が疑われた。CA19-9 41.3 U/ml, CEA 26.2 U/mlと高値であるも上下部内視鏡検査は異常なく, CT, PET-CTで少量の腹水, 多発腹膜播種を疑われた。

【腹水細胞診所見】軽度の核腫大や核形不整を示し, 胞体内に粘液を有する腺系細胞が球状の集塊で出現していた。癌と断定できるほどの細胞異型は認められないが, 腫瘍の腹腔内播種や腹膜偽粘液腫が疑われた。

【子宮内膜細胞診所見】萎縮性変化を呈する子宮内膜細胞のシート状集塊とともに, 腹水細胞診と類似した細胞像を呈す腺系細胞の球状集塊が認められた。子宮内膜細胞に悪性を示唆する所見はなく, 非子宮由来の腫瘍細胞の混入が疑われた。

【組織所見】細胞質内に粘液を有する異型腺上皮細胞が増殖する像と共に, 高度な構造異型を伴いながら浸潤増殖する癌としての異型を認め, 背景に低異型度虫垂粘液性腫瘍を伴う高分化粘液性腺癌と診断された。両側卵巢には漿膜側を主体に播種を認めた。

【まとめ】術前画像検査では原発巣の同定には至らなかったが, 細胞診所見より腹膜偽粘液腫が疑われ, 診断に有益であった症例を経験した。

P-1-65 EUS-FNA において印環細胞を認めた腓低分化腺癌の一例

独立行政法人国立病院機構京都医療センター検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構京都医療センター臨床検査科²⁾, 独立行政法人国立病院京都医療センター病理診断科³⁾

○道面将嗣(CT)¹⁾, 大上哲也(CT)²⁾, 楠木秀和(CT)²⁾, 川畑 茂(MD)³⁾, 森吉弘毅(MD)³⁾

【はじめに】腓癌での印環細胞の出現は稀であり, 印環細胞癌は腓上皮性腫瘍の1%未満とされている。今回当院でEUS-FNAにて印環細胞の出現を認めた低分化腺癌の症例を経験したので報告する。

【症例】60代, 男性。胃GISTに対して腹腔鏡下胃部分切除術後, 外来にてフォロー中であった。その後CT検査で腓体部に3.0cm大の腫瘍を指摘された。腓体部癌疑いとしてEUS-FNAが施行され, その結果に基づいて, 腓体尾部・脾臓合併切除術が施行された。

【EUS-FNA 細胞所見】豊富な泡沫状の細胞質を持ち, 核偏在性, 核の大小不同, 一部核小体明瞭化を呈する異型細胞が, 個細胞性及び結合性の緩い集塊で認められた。一部粘液を含む印環細胞様の異型細胞を認めた。

【EUS-FNA 組織所見】印環細胞様の形態を伴う類円形核偏在細胞が, 単個あるいは小集塊で増殖していた。粘液中に浮遊するような像も認めた。免疫染色にてCam5.2陽性で, 低分化腺癌と診断された。

【手術標本組織所見】手術標本では, 腓尾部に境界不鮮明な白色充実性病変を認めた。腺腔形成に乏しい低分化腺癌がみられ, 印環細胞も随所に認めた。腫瘍の最大径は腓の長軸方向に9.0cmで腓前方および後方脂肪織に浸潤を認めた。

【まとめ】EUS-FNAで診断された, 稀な印環細胞を伴う腓低分化腺癌を経験した。低分化腺癌は悪性度が高く, 予後が悪いため, 特徴的な細胞を認めた場合確実に報告する必要がある。また, 腓原発腫瘍として非常に稀であるため, 胃癌をはじめとする多臓器からの転移を除外する必要があることも注意してスクリーニングする必要があると考える。

P-1-66 胆管擦過, 胆汁細胞診にて腺神経内分泌癌が疑われた一例

松戸市立総合医療センター病理診断科

○平原花梨(CT), 白石達見(CT), 滝沢敬祐(CT),
茅野伴子(CT), 横山 綾(CT), 原田 直(MD),
池部 大(MD), 野呂昌弘(MD)

【はじめに】腺神経内分泌癌 (Mixed adenoneuroendocrine carcinoma, 以下 MANEC) とは, 神経内分泌癌と腺癌成分が混在する腫瘍で, 通常腺癌成分は粘膜表層に位置し, 深部浸潤部で神経内分泌癌へと移行する. 今回我々は, 胆管擦過, 胆汁細胞診にて MANEC の診断を得た一症例を経験したので報告する.

【症例】70 歳代, 男性. 黄疸にて当院受診. 造影 CT にて肝右葉に腫瘤影を認め ERCP 施行. 中部胆管に閉塞あり, 閉塞部より生検, 擦過細胞診, 胆汁細胞診を施行した.

【細胞像】胆汁, 胆管擦過ともに, やや小型で N/C 比が高く裸核様で, 細顆粒状のクロマチン増量を示す異型細胞を多数認めた. また少数だが核腫大, 核の大小不同や異型を示す胆管上皮様細胞を認めた.

【組織像】生検検体では, 腺管様の構造を示して細胞質に粘液産生を認める腺癌の成分と, 小型で N/C 比が高くロゼット様や木目込み像も認める神経内分泌癌 (小細胞癌) の成分を認めた. 免疫組織化学染色では腺癌成分は CK7, CEA, CA19-9 が陽性で, chromogranin A, Synaptophysin, CD56 は陰性であった. Ki-67 は 20% 程度の高値を示した. 小細胞癌成分は CEA, chromogranin A, Synaptophysin, CD56 が陽性で CK7, CA19-9 は一部陽性であった. Ki-67 は 40~60% 程度の高値を示し, 以上から MANEC と推定された.

【まとめ】組織所見を踏まえて細胞診検体を再検討すると, 異型胆管上皮様細胞は腺癌成分と考えられた. 細胞診検体にて MANEC と推定できた症例であったと考えられる.

P-1-67 破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌の一例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○本山睦美(CT)¹⁾, 松永 徹(CT)¹⁾, 宮本加菜(CT)¹⁾,
郷田 衛(CT)¹⁾, 片倉和哉(CT)¹⁾, 伊吹英美(MD)²⁾,
石川 亮(MD)²⁾, 香川聖子(MD)²⁾, 門田球一(MD)²⁾,
羽場礼次(MD)^{1,2)}

【はじめに】破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌は稀な腫瘍である. 今回我々は破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌と診断された 1 例を経験したので細胞像を中心に報告する.

【症例】40 代, 男性. 主訴は左上腹部痛. 腹部 CT で膵尾部に約 6 cm 大の境界不明瞭な腫瘍を認め, 膵癌が疑われた. EUS-FNAC で悪性と診断し, 膵体尾部切除術が施行された.

【細胞所見】EUS-FNAC では壊死物質を背景に N/C 比の高い腫瘍細胞が孤立散在性から結合性の緩い集塊状に認められた. 核は円形から類円形で, クロマチンは細顆粒状から粗顆粒状を呈し, 小型核小体を数個認めた. 細胞質はライトグリーンに淡染し, 細胞境界は不明瞭であった. また腫瘍細胞とともに異型が乏しく, 10 核以上を有する多核巨細胞も多数認められた.

【組織所見】EUS-FNA 組織では, 核腫大や大小不同, 核形不整を示す腫瘍細胞が破骨型多核巨細胞を伴いながら増殖していた. 切除組織では, 肉眼的に約 85 mm の灰白色充実性腫瘍がみられた. EUS-FNA 組織と同様の組織像を認め, 部分的に紡錘形の腫瘍細胞や壊死および核分裂像の増加が認められた. 免疫組織化学的に腫瘍細胞は vimentin(+), AE1/AE3(一部+), CAM5.2(一部+), CK7(-), CK20(-), CD68(-)を示した.

【まとめ】本疾患は稀な腫瘍ではあるが, EUS-FNAC の普及に伴い細胞診検体でも診断する機会が増加すると予想される. EUS-FNAC で本疾患を推定するためには, 腫瘍細胞とともに背景に出現する多核巨細胞に着目することが重要であると考えられた.

P-1-68 宮城県立がんセンターにおける膵細胞診～EUS-FNA 導入前後 12 年を振り返って～

宮城県立がんセンター病理診断科¹, 宮城県立がんセンター臨床検査技術部², 宮城県立病院機構精神医療センター臨床検査技術部³

○伊藤しげみ(MD)¹, 佐藤郁郎(MD)¹, 植木美幸(CT)², 村田孝次(CT)², 竹内美華(CT)², 大山友紀(CT)², 大場いづみ(CT)², 内城孝之(CT)², 名村真由美(CT)³

【はじめに】膵腫瘍性病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下 EUS-FNA)の感度・特異度はともに 80%以上と高い。一方で膵切除例の 5～10%は膵癌が証明されない炎症性疾患であることから、手術適応の可否、治療選択を目的とした EUS-FNA の重要度は増している。

【目的】自施設における EUS-FNA の精度管理を目的とし、更に膵液細胞診や組織診との比較を行うことにより EUS-FNA の利点と問題点を検討した。

【対象】2006 年 12 月から 2018 年 12 月まで宮城県立がんセンターで実施した EUS-FNA 細胞診(n=281), 組織診(n=270)および膵液細胞診(n=327)を対象とした。

【結果】2010 年以降膵 EUS-FNA 件数は増加傾向を示した。手術件数は横ばいで良性疾患は 9%含まれていた。膵 EUS-FNA による細胞診の感度は 90.0%, 特異度は 89.6%であった。EUS-FNA 細胞診は膵管癌の診断に優れ、また症例数は少ないが、悪性リンパ腫や転移性癌の診断にも有用であった。一方で、腺房細胞癌や神経内分泌腫瘍など腺癌以外の組織型推定はしばしば困難であった。

【考察と結語】膵腫瘍性病変に対する EUS-FNA の精度の高さを確認することができた。特に細胞診は膵管癌の診断に優れ、組織診に比較して不適切検体の割合が少ないことから、積極的に実施すべきである。稀な組織型に関しては、更なる精度向上が望まれる。

P-1-69 尿中 WT1 陽性細胞(ポドサイト)と各種糸球体腎炎・半月体形成の関連について

神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域¹, 神戸大学医学部保健学科検査技術科学専攻², 愛媛県立医療技術大学臨床検査学科³, 愛媛県総合保健協会病理⁴, 香川大学医学部附属病院病理部⁵

○木地優花里(MT)¹, 大崎博之(PhD)¹, 森 一葉(その他)², 鴨志田伸吾(PhD)¹, 徳原康哲(PhD)³, 藤田泰史(CT)⁴, 松永 徹(CT)⁵, 串田良生(MD)⁵, 羽場礼次(MD)⁵

【はじめに】ポドサイト(糸球体上皮細胞)が様々な刺激により障害されることで各種の糸球体腎炎が引き起こされる。障害が強度な場合、ポドサイトは糸球体基底膜から剥離して尿中に排泄されるが、これが半月体形成の引き金となるとされている。そこで今回我々は、尿中ポドサイトの検出方法を考案し、尿中ポドサイトが糸球体腎炎や半月体形成のバイオマーカーとなり得るか否かについて検討を行った。

【方法】対象は、香川大学医学部附属病院で腎生検が施行された 125 症例(半月体(+))42 例, 半月体(-))83 例)である。検体には腎生検当日の早朝自然尿 10 mL を用いて、SurePath 法で尿細胞診標本を作製した。これら標本に対し、WT1 抗体(ポドサイトマーカー)を一次抗体とした酵素抗体法を行い、全塗抹面に出現する WT1 陽性細胞数をカウントした。その後、尿中 WT1 陽性細胞数と病理診断名の関連、さらに半月体形成との関連について検討した。

【結果】病理診断名に関しては、微小変化型、膜性腎症、間質性腎炎よりも糖尿病性腎症で尿中 WT1 陽性細胞が有意に多かった。また、半月体(+))症例では、尿中 WT1 陽性細胞が半月体(-))症例よりも有意に多いことが明らかとなった。さらに、尿中 WT1 陽性細胞のカットオフ値を 1 個/10 mL 以上とした場合、感度 71.4%, 特異度 69.9%, AUC が 0.741 となり、中等度の正確性で半月体形成を検出できることが判明した。

【まとめ】今回の検討により、尿中ポドサイトは糸球体腎炎や半月体形成のバイオマーカーになり得ることが明らかになった。

P-1-70 フラグメント解析を用いた尿中 TERT 遺伝子プロモーター領域変異陽性細胞検出の試み

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部

○豊永安洋(CT), 内田浩紀(CT), 常世田岬(CT), 若原孝子(CT), 安達純世(CT), 花見恭太(CT), 富居一範(MD), 石田康生(MD), 山崎一人(MD)

【はじめに】尿路上皮癌においてはテロメラーゼ逆転写酵素(TERT)遺伝子のプロモーター領域中の特定の部位における変異(C228T, C250T)が高率に見られることが知られており, 頻度は非浸潤性・浸潤性病変のいずれでも 70%程度である。尿検体を用いた検出は尿路上皮癌のスクリーニング・モニタリングに有用と考えられる。

【方法】本検討は TERT 遺伝子変異陽性 DNA (C228T, C250T) を野生型 DNA (WT) で段階的に希釈し, 変異 DNA のみを特異的に増幅する BNA クランピング PCR を用いて増幅し, フラグメント解析によって, 検体中の微量な変異遺伝子を検出するアッセイを確立することを目的とする。TERT 遺伝子変異陽性細胞株 T24 (C228T/WT), KNS-60 (C250T/WT) から抽出した腫瘍由来 DNA を野生型 DNA で変異遺伝子が 50%, 10%, 5%, 1%, 0.5%, 0.1% となるように希釈し計 10ng のサンプルを変異遺伝子(C228T, C250T)に相補的な BNA プライマーを用いて変異特異的 PCR を実施した。

【結果】フラグメント解析においては, C228T では 1%, C250T では 0.1% の変異遺伝子の増幅が可能で, WT では非特異的な増幅は全く認められなかった。DNA サンプルで特異的な遺伝子増幅が確認された。陰性コントロールでは特異的な遺伝子の増幅は見られなかった。

【結語】フラグメント解析による尿中 TERT 遺伝子プロモーター領域変異陽性細胞の検出は尿路上皮癌のスクリーニング・モニタリングに有用な手法と成り得る。

P-1-71 尿管原発小細胞癌の一例

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病理室¹⁾, 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病理診断科²⁾

○五藤秀高(CT)¹⁾, 田代 敬(MD)²⁾, 市川一仁(MD)²⁾, 伊藤利江子(MD)²⁾, 藤盛孝博(MD)²⁾, 小林建太(CT)¹⁾, 佐々木美波(CT)¹⁾, 吉田奈央(CT)¹⁾, 岡村祥弘(CT)¹⁾, 大矢美香子(CT)¹⁾, 西川裕子(CT)¹⁾

【はじめに】右尿管原発の小細胞癌は極めて稀である。今回, 尿管原発小細胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】80 歳代, 男性。18 年前に他院にて胃癌手術。術後経過観察中, 半年前に CT で右水腎症, 右尿管に結節をみとめ, 右尿管癌を疑ったため, 当院に紹介受診。胃癌の再発はなし。当院での細胞診は, 自然尿, 右腎盂尿, 右尿管カテーテル尿, すべてにクラス V のため, 後腹膜鏡下腎-尿管全摘除術が行われた。

【細胞所見】自然尿では, 核は類円形から不整形を呈し, 細顆粒状のクロマチンを有する裸核状の細胞を散在性に, N/C 比の高い異型細胞を集塊状に, 又木目込み様配列の集塊も認めた。右腎盂尿, 右尿管尿にも同様の細胞が認められた。

【病理所見】上部尿管に粘膜不整部があり, それに一致して G2>G3 細胞が胞巣状から索状に浸潤しており, 核クロマチン増量が目立つ, N/C 比の大きな類円形核を有する腫瘍細胞で内分泌系への分化が考えられた。わずかながら尿路上皮を思わせる領域があり, 両者は移行していた。免疫組織学的染色にて腫瘍細胞は CAM5.2 (+) で, 内分泌系細胞を思わせる腫瘍細胞はクロモグラニン (-), シナプトフィジン (-) CD56 (+), p63 (+), GATA3 (-), を示す。MIB-1 陽性率は 90% 以上で, 形態からも小細胞癌で矛盾しなかった。

【まとめ】細胞診を振り返ると小細胞癌に特徴的な細胞像が得られていたが, 小細胞癌を鑑別に挙げることができず尿路上皮癌とのみ診断した。自然尿中に, 上部尿管に発生した小細胞癌に由来する腫瘍細胞を観察することがあるので, 考慮して検鏡することが必要である。

P-1-72 尿管に発生し急激な進展を示した胞巣型尿路上皮癌の一例

東大和病院病理細胞診断科

○後藤芳章(CT), 河村淳平(CT), 島方崇明(CT),
坂牧久仁子(CT), 林友理恵(CT), 篠 友希(CT),
桑尾定仁(MD)

【はじめに】腎盂・尿管癌は膀胱癌に比べ稀であり、さらに尿管癌は腎盂癌よりも発生頻度が低い。今回、我々は尿管に発生し急激な進展を示した胞巣型尿路上皮癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。右背部痛を主訴に当院救急外来受診。CTにて右水腎症および右下部尿管腫瘍疑いで精査、入院となった。自然尿細胞診はClass Iであったが、右腎盂尿細胞診ではClass IV。尿管鏡にて右下部尿管に粘膜不整が認められ、組織生検で尿路上皮癌と診断されたため腹腔鏡下腎尿管全摘術・膀胱部分切除術を施行した。

【細胞所見】血性背景に、核密度が高くやや重積性のある小胞巣状の異型細胞集塊が良性尿路上皮細胞集塊と混在して認められた。個々の細胞はN/C比がやや高く、細胞質はLG淡染性を示していた。核は類円形で中型均一なもの为主体であり、クロマチンは微細顆粒状の所見を呈していた。また、核形不整を示す大型異型細胞も少数見られた。

【組織所見】肉眼的に尿管は180mm長でやや内腔の拡張が見られた。中部から下部尿管の粘膜は混濁・肥厚し、腫瘍の存在が示唆された。組織学的に下部尿管から腎盂にかけて、脂肪織に達する癒合性の小胞巣よりなる浸潤性尿路上皮癌(胞巣型亜型, pStage III)を認めた。患者は術後約6ヶ月にて死の転機をとった。

【まとめ】臨床的に乳頭状病変が確認できず、尿細胞診中に均一な核所見を示す異型細胞が小胞巣状に出現した場合、胞巣型亜型も考慮される。細胞異型が弱いにも関わらず、胞巣型尿路上皮癌は極めて悪性度が高い。尿細胞診による亜型推定は臨床的に意義があると考えられた。

P-1-73 成人に発生した腎ラブドイド腫瘍の一例

国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部¹⁾, つくば国際大学医療保健学部臨床検査学科²⁾

○荒川文子(CT)¹⁾, 田島秀昭(CT)¹⁾, 若林 僚(CT)¹⁾,
小川 勝(CT)¹⁾, 當銘良也(CT)²⁾, 大出貴士(MD)¹⁾,
石田 剛(MD)¹⁾

【はじめに】腎ラブドイド腫瘍(RTK)は乳児期に発症する極めて予後不良の腫瘍である。RTKの成人症例を経験したので報告する。

【症例】30歳代前半女性。4か月前下腹部痛で受診。CTで左腎被膜下血腫と診断された。経過観察していたが、1か月前のCTで腎の原型はとどめず15cmに増大し、多発肺転移の所見を認め、腎腫瘍摘出術を施行。術後2ヶ月で死亡。

【細胞所見】検体は摘出左腎腫瘍剖面捺印。強い壊死性背景に壊れかけの赤血球が少数みられ無数の異型細胞が認められた。出現細胞は結合性が非常に弱くほとんどの細胞が散在性であった。細胞は中等大から大型で核偏在傾向、類円形や軽度不整形核、核縁肥厚、クロマチン粗で核内が抜けて見え、核小体が目立った。細胞質は淡く細胞質内に封入体が見られる細胞や二核細胞も認められた。

【病理所見】肉眼で、最大径21.5cm、著明な出血、壊死を認め、線維性被膜に覆われた軟らかい腫瘍で、viableな成分は白色を呈していた。辺縁に既存の腎組織が確認され、腎実質から発生したと考えられた。組織学的には、大型で明瞭な核小体と大型の類円形異型核および好酸性封入体様構造を有する胞体を持つ腫瘍細胞(所謂rhabdoid cell)が、びまん性に増殖していた。免疫組織化学的に腫瘍細胞はCK AE1/AE3, EMA, Neurofilament, Vimentinが陽性、Desmin, HHHF35, INI1陰性で、RTKと診断した。

【まとめ】非常に稀な腫瘍だが、極めて予後不良で迅速な診断が求められることから、rhabdoid cellの細胞所見を含め本腫瘍の細胞像を理解しておく必要がある。

P-1-74 腎血管筋脂肪腫の一例

高知赤十字病院病理診断科部

○黒田直人(MD), 筒井宏行(CT), 和田有加里(CT),
水野圭子(CT), 小原昌彦(CT), 安岡 香(CT)

【はじめに】腎血管筋脂肪腫は腎に発生する稀な腫瘍性病変である。今回、我々は捺印細胞診症例を経験したので、ここに報告する。

【症例】60 歳代後半, 女性。糖尿病, 高血圧, 頻脈, 腎機能障害の既往あり。他院の腹部エコーにて低エコーを示す右腎腫瘍が認められ, 腎癌の疑いにて当院泌尿器科に紹介となる。造影 CT には造影効果あり, 内部不整もみられ, 造影 MR でも造影効果が乏しかったものの, 腎癌が疑われ, 部分切除術が施行された。結節性硬化症を疑うように臨床所見はなかった。

【捺印細胞診像】紡錘形細胞の増殖がみられたが, 紡錘形細胞の異型に乏しく, 成熟した脂肪細胞がみられ, 紡錘形細胞がそれを取り囲む像が見られた。

【病理像】肉眼的には径 15 mm 大の淡褐色調を呈する病変で, 組織学的には平滑筋, 壁の厚い血管成分, 脂肪組織からなる病変であった。免疫染色では紡錘形細胞は α -平滑筋アクチンに瀰漫性に陽性, Melanosome-related antigen (HMB45), Melan A に一部陽性であり, 腎血管筋脂肪腫と診断された。

【まとめ】腎腫瘍の捺印細胞診標本において, 異型性の乏しい紡錘形細胞の増殖, 成熟した脂肪細胞の存在により, 腎血管筋脂肪腫の細胞診断は可能と思われる。

P-1-75 口腔扁平上皮癌(微小浸潤)で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¹⁾, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科²⁾, 日本大学松戸歯学部病理学講座³⁾

○才藤純一(CT)¹⁾, 松本 敬(CT)²⁾, 金田悦子(CT)³⁾,
森川美雪(CT)³⁾, 宇都宮忠彦(DDS)³⁾,
末光正昌(DDS)³⁾, 浮ヶ谷匡恭(CT)¹⁾, 二谷悦子(CT)³⁾,
横山 愛(DDS)³⁾, 久山佳代(DDS)³⁾

近年, 我が国の口腔がんは高齢化に伴い増加の一途をたどっている。早期発見のためには鑑別診断とともに, 口腔扁平上皮癌(微小浸潤)の細胞所見を熟知する必要がある。口腔領域の細胞診のガイドラインは早期癌を発見する目的で 2015 年 11 月にベセスダ方式に準ずる 4 段階評価(NILM, OLSIL, OHSIL, SCC)の報告様式が設けられ 4 年が経過した。口腔細胞診において OSIL では角化型表層異型扁平上皮細胞だけが採取されることが多く, その表層細胞に異型が乏しくても, 深層系細胞が高度に異型を呈し, 早期の段階から浸潤していることも多い。我々は過去に OLSIL, OHSIL の細胞像を中心に検討を行い, 表層角化扁平上皮細胞における①ケラトヒアリン顆粒の消失 ②光輝細胞の出現 ③核形不整 ④核クロマチンの濃染・濃縮などの特徴を把握することで異型を適確に判断すべきと報告した。また癌発生の機構が異なることから, 婦人科細胞診とは異なったクライテリアが必要であるとの発表を行ってきた。今回, 我々は更に OHSIL と同様に角化型表層異型扁平上皮細胞のみが採取されることが多い早期癌の細胞像を詳細に観察し, 4 段階評価を熟成する目的で細胞形態の比較検討を行った。日本大学松戸歯学部付属病院口腔外科から同大病理診断科に提出され, 口腔細胞診を施行した後に, 組織診断で扁平上皮癌(微小浸潤)と診断された 19 例から出現した細胞像を精査し, 数名の細胞検査士の協力を得て細胞所見の観察及び細胞判定を行った。その結果, OHSIL の細胞との違いを含めた興味ある知見を得たので報告する。

P-1-76 当院における口腔細胞診 ThinPrep の検討 —組織診との解離例を中心に—

大阪警察病院病理科

○金田敦代(CT), 辻 洋美(MD), 青木 弘(CT),
郡司有理子(CT), 福田沙織(CT), 島田 香(CT),
磯 賢治(CT), 築山あゆみ(CT), 安岡弘直(MD),
辻本正彦(MD)

【目的】口腔細胞診における液状化検体細胞診(LBC)の精度を高める目的で, これまでに実施した細胞診検査結果について組織診との比較をもとに後方視的に検討した。

【対象・方法】当院で2017年からの2年間に施行された口腔LBC細胞診207例を対象とし, 組織診が得られた103例中の悪性52例(表層分化型上皮内癌:9例, G1:25例, G2:9例, G3:5例, その他:4例)に対して組織診・細胞診の判定解離および発育様式の関連について検討した。細胞採取は, 歯間ブラシを用いて液状化検体細胞診(LBC法)ThinPrepで標本作製した。

【結果】207例の細胞診断の内訳は, NILM90例, OLSIL49例, OHSIL29例, SCC38例, IFN1例であった。NILMの36.7%(33例), OLSILの49.0%(24例), OHSILの75.9%(22例), SCCの63.2%(24例)で組織診が施行され, 悪性の割合はそれぞれ12.1%(4例), 25.0%(6例), 81.8%(18例), 100%(24例)であった。悪性症例でOLSIL以下であった10例(19.2%)の中には上皮内癌5例, 疣贅性癌1例が含まれており, 発育様式は全て表在型・外向型で, 内向型は認められず, 異型の弱い表層細胞が多く採取されていたが, 一部の表層細胞で核の濃染や輝度の高い角化細胞が混在する症例が認められた。

【まとめ】悪性症例は概ねOHSIL以上と診断できていたが, 解離症例は従来指摘されている通り深層系異型細胞が採取されにくい病変であり, 表層角化異型細胞の細胞質の厚さや輝度, 濃染核に着目し診断する事が大切であると考えられた。

P-1-77 上顎歯肉から口蓋にかけて生じた悪性黒色腫の1例

埼玉県立がんセンター検査技術部¹⁾, 埼玉県立がんセンター病理診断科²⁾, 埼玉県立がんセンター口腔外科科³⁾

○高橋智史(CT)¹⁾, 石川文隆(DDS)²⁾, 浅野祐美子(CT)¹⁾,
田中はるな(CT)¹⁾, 林田俊樹(CT)¹⁾, 永宗恵子(CT)¹⁾,
炭野 淳(DDS)³⁾, 桂野美貴(DDS)³⁾,
八木原一博(DDS)³⁾, 神田浩明(MD)²⁾

【はじめに】悪性黒色腫の約1/3は粘膜に生じ, その中でも口腔粘膜の頻度が高い。粘膜原発の悪性黒色腫は皮膚に生じたものよりも予後不良であり早期の診断, 治療が重要である。今回我々は上顎歯肉から口蓋にかけて生じた悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。2017年に口蓋の黒色病変を主訴に前医を受診するも経過観察となった。2018年9月頃から左上顎の腫脹を自覚し, 前医より口蓋腫瘍の診断にて当院口腔外科に紹介受診となった。初診時, 左上顎歯肉から口蓋にかけて26×22mm大の外向性腫瘤を認め, 口蓋正中には黒色斑と白色斑がみられた。外向性腫瘤と白色斑に対して擦過細胞診を施行し両者ともに悪性を疑う所見が得られたため, 外向性腫瘤から生検を施行し, 悪性黒色腫の診断が得られ, 左上顎部分切除術が施行された。

【細胞所見】2検体ともに同様の所見で, N/C比の高い孤在性の異型細胞を認めた。核は大小不同が著明で, 明瞭な1~数個の核小体を認めた。核内空胞のみられる細胞も散見された。細胞内にメラニン顆粒は明らかではなかった。

【病理組織所見】上皮下に充実性・胞巣状に浸潤増殖する紡錘形腫瘍細胞を認めた。メラニン色素はごく少量認められた。免疫染色結果は, HMB45(+), Melan A(+), S100蛋白(+), Cytokeratin AE1/AE3(-)であり, 悪性黒色腫と診断された。

【まとめ】粘膜原発の悪性黒色腫は擦過による細胞採取が容易なため細胞診での判定が重要となるが, 本症例のようにメラニン顆粒が明らかでない症例では, その判定は容易ではない。細胞学的特徴を報告する。

P-1-78 画像診断で唾液腺腫瘍が疑われ、穿刺吸引細胞診で判定された1例

益田赤十字病院歯科口腔外科¹⁾, 益田赤十字病院検査部²⁾, 島根大学医学部歯科口腔外科³⁾

○市山友子(DDS)¹⁾, 恒松晃司(DDS)¹⁾, 下村龍一(MD)²⁾, 岡本幸子(CT)²⁾, 和田進(CT)²⁾, 秀島克巳(CT)³⁾, 管野貴浩(DDS)³⁾

【はじめに】今回、細胞診で診断可能であった耳下腺のワルチン腫瘍の1例を経験したので、細胞像と組織所見について報告する。

【症例】60歳代、男性。開口障害を主訴に近医を受診し、精査加療目的に当科紹介となった。右耳下腺部に無痛性の腫脹を認め、CT、MRIで、右耳下腺に腫瘍性病変を認めた。穿刺吸引細胞診と針生検、捺印細胞診にてワルチン腫瘍の診断を得た。

【細胞所見】小型～中型の異型性に乏しいリンパ球と、ライトグリーン好性の濃縮された凝集状分泌物を認めた。リンパ球以外の炎症細胞は混在していなかった。わずかに腺上皮系細胞集塊がみられ、重積性や配列の乱れは示していなかった。上皮系細胞には、立方形に近い形状が窺われた。細胞質は好酸性顆粒状であった。核は類円形であり、背景のリンパ球のものよりはやや大型であった。筋上皮細胞はなかった。以上の所見から、ワルチン腫瘍の定型像と判定した。

【組織所見】腫瘍本体は、腺上皮成分とリンパ組織から構成されていた。前者は、大型の腺管様構造の内腔面を縁取るように配列しており、好酸性の亢進した円柱状細胞から成っていた。後者には、小型の濾胞構造の形成が窺われた。胚中心は明瞭ではなかった。個々のリンパ球には、単調な増生像や細胞異型はみられず、ワルチン腫瘍と診断した。

【まとめ】耳下腺の良性腫瘍は症状に乏しく、画像検査でも鑑別にあたって特徴的な所見が少ないため、診断に難渋することが多い。切開を伴う生検では、侵襲により、周囲に播種する可能性があるため、穿刺吸引細胞診は有用な診断法であると考えられた。

P-1-79 転移性口腔腫瘍（子宮平滑筋肉腫）の1例

いわき市医療センター病理診断センター¹⁾, いわき市医療センター中央検査室²⁾, いわき市医療センター産婦人科³⁾

○小松香織(CT)¹⁾, 山崎一樹(CT)¹⁾, 小野早苗(CT)¹⁾, 渡邊藍(CT)¹⁾, 近藤宏徳(CT)¹⁾, 吉村果歩(CT)¹⁾, 松本朋子(CT)²⁾, 岩田智久(CT)²⁾, 浅野重之(MD)¹⁾, 西山浩(MD)³⁾

【はじめに】口腔悪性腫瘍における転移性腫瘍の割合は約1%と稀である。今回、我々は子宮筋腫の経過観察中に、口腔内に転移した子宮平滑筋肉腫の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】51歳女性、0妊0産、既往歴：子宮筋腫、変形性脊椎症。10年前から子宮筋腫を指摘され経過観察中、腰痛の悪化で体動困難となり当院に救急搬送された。MRIにて腹腔内に子宮筋腫を疑う巨大な腫瘤を認めた。また、智歯の痛みや右下顎部の腫脹・壊死を認め、同部位の生検および捺印細胞診にて肉腫と診断され、造影CTでは肺野に多発結節影を認めたことから、子宮肉腫疑いで子宮全摘+両側付属器切除術が行われた。

【歯肉の捺印細胞像および生検組織像】捺印細胞診では、結合性の乏しい紡錘形・大型類円形細胞が多数みられた。生検組織診でも粘膜直下ないし潰瘍深部に同様の腫瘍細胞が縦横に錯綜し、免疫染色では α -SMA、Vimentinが陽性で平滑筋肉腫と診断された。

【子宮の病理所見】子宮は巨大な雪だるま状の大小の結節状腫瘍で、大きい腫瘍は大部分に壊死がみられ、残存する腫瘍細胞はクロマチンに富む紡錘形細胞が不規則に増殖し、免疫染色にて歯肉生検と同様の結果を呈したことから平滑筋肉腫と診断された。小さい腫瘍は異型が弱く平滑筋腫と診断された。以上の結果から、本症例は子宮を原発とし、口腔や肺へ転移したと推測された。

【結語】転移性口腔腫瘍のうち口腔転移巣を初発症状とする症例が20～30%にみられることから、本症例のように扁平上皮癌以外の組織型を認めた際には、他臓器からの転移の可能性も念頭におく必要があると考えられた。

P-1-80 上顎歯肉に発生した淡明細胞型扁平上皮癌の一例

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理検査室¹⁾, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科²⁾

○小谷隆史(CT)¹⁾, 福田雅美(CT)¹⁾, 神原亜季(CT)¹⁾, 田口晴丈(CT)¹⁾, 田中陽一(DDS)¹⁾, 橋本和彦(DDS)¹⁾, 佐々木文(MD)¹⁾, 橋本志歩(MD)²⁾, 小川真里子(MD)²⁾, 高松 潔(MD)²⁾

【はじめに】上顎歯肉に発生した非常に稀な clear cell variant of squamous cell carcinoma (CCSCC; 淡明細胞型扁平上皮癌)の一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代, 女性. 受診1年前に胃癌切除の既往がある. 左上顎第一・第二大臼歯部歯肉に約15×30mm大, 易出血性の有茎性腫瘤を認めた. 悪性を疑い擦過細胞診を施行.

【細胞所見】左頬粘膜からLBC検体として提出された. 淡明な細胞質で大型核小体が目立つ細胞が極性の乱れた集塊で出現していた. 角化異型細胞はみられなかった. 扁平上皮癌よりは腺癌を考える細胞像で, 唾液腺腫瘍が第一に疑われたが, 既往歴から胃癌の転移の可能性も示唆された.

【組織所見】生検では歯肉上皮に連続して異型上皮が血管結合織を軸に外向性に乳頭状増殖していた. 異型上皮の基底側では扁平上皮の性格がみられる一方, 中層～表層に明るい胞体を有する淡明細胞がみられた. 腫瘍細胞はCK17(+), CD10部分陽性(淡明細胞-), CK13・CK7・CK20・SMA・GFAP(-). 淡明細胞はジアスターゼ消化性のPAS(+)グリコーゲン顆粒の豊富な細胞質を有していたが, 粘液産生はなかった. 以上より胃癌や腎癌の転移, 唾液腺腫瘍の浸潤は否定され, 扁平上皮癌と診断された. 手術標本では生検と同様の腫瘍像が顎骨破壊する浸潤像が認められ, 上顎歯肉原発のCCSCCと診断された.

【まとめ】CCSCCは扁平上皮癌の亜型で, 細胞診で胃癌転移や唾液腺腫瘍を含む腺癌との鑑別に苦慮することがあり注意が必要である.

P-1-81 Plasmablastic lymphoma の1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), 中嶋 茜(MT), 森 正樹(CT), 前川秀樹(MT), 山口愛奈(MD), 伊藤知美(MD), 樋口翔平(MD), 今村好章(MD)

【はじめに】Plasmablastic lymphoma (PBL)は, 当初はHIV陽性例の口腔内に発生するリンパ腫とされていたが, 免疫不全のない高齢者や口腔以外の節外臓器・リンパ節にも発生する事が報告されている. 今回, 我々はHIV陰性のPBLを経験したので報告する.

【症例】90歳代, 男性. 2か月前に右上第一大臼歯の動揺を主訴に前医歯科にて抜歯. この際, 歯肉に腫瘤が認められ紹介受診. CT検査で上顎に45mm大の溶骨性病変と頸部リンパ節腫脹が認められ, 歯肉癌および頸部リンパ節転移が疑われた.

【細胞所見】比較的清明な背景に, 中型～大型の異型細胞が散在性に多数みられた. N/C比は高く, 核形不整や粗顆粒状のクロマチンを認めた. 一部に多核異型細胞や核が偏在した大型細胞も認めた. Giemsa染色では偏在した核を有する異型細胞を認め, 核周囲明庭がみられた.

【病理所見】核小体が明瞭な免疫芽球に類似する大型異型単核球のびまん性増殖から成り, 多数の核分裂像を伴っていた. 一部では偏在核が認められ, アポトーシス小体やstarry-sky appearanceもみられた. 免疫組織化学的染色ではT細胞マーカーおよびCD20とCD79aは陰性であったが, CD138が陽性であり, EBER-ISHは腫瘍細胞核に陽性であった. またISHでκ鎖は陰性であったが, λ鎖は陽性であった. 以上の所見よりPBLと診断した.

【まとめ】本例では低分化な癌・悪性黒色腫および他の悪性リンパ腫との鑑別が問題となったが, EBER-ISHと形質細胞マーカーの陽性所見が診断に有用であった.

P-1-82 濾胞性リンパ腫の診断における顕微鏡測定装置を用いた核径実測値測定の有用性の検討

昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室¹⁾, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座²⁾, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科³⁾

○小島朋子(CT)¹⁾, 佐々木陽介(CT)²⁾,
花井絵梨果(CT)¹⁾, 飯野知美(CT)¹⁾, 津田祥子(CT)¹⁾,
北村隆司(PhD)²⁾, 尾松睦子(MD)¹⁾,
本間まゆみ(MD)³⁾, 根本哲生(MD)³⁾, 瀧本雅文(MD)²⁾

【はじめに】今回われわれは濾胞性リンパ腫(FL)の診断における核径実測値測定の有用性を反応性濾胞過形成(RFH)と比較検討した。

【対象】組織学的にFLと診断された5例(G1:2例, G2:3例)とRFH4例のリンパ節穿刺細胞標本(Pap.染色)を用いた。

【方法】標本の5視野を選択し, リンパ球250個の最大核径を対物100倍にて計測した。リンパ球の大きさは便宜的に小型(SL):5.5以下, 中型(ML):5.51~7.99, 大型(LL):8以上と設定し, 各リンパ球の出現率(SL:ML:LL)と各リンパ球での顕著な不整核(深い切れ込み, 発芽状, 分葉状など)の出現率, 1以上の大型核小体保有率を求め比較した。

【結果】出現率はRFHでは79:18:3, FL G1では63:36:1, FL G2では54:42:3とRFHに比べ, FLではMLの割合が高い傾向があった。不整形核出現率はRFHではSL2%, ML25%, LL6%, FL G1ではSL16%, ML37%, LL25%, FL G2ではSL15%, ML38%, LL34%と, FLではRFHに比べ各リンパ球で高度な核形不整がみられ, とくにSLとLLの不整形核出現率ではRFHとFLで差異を認めた。大型核小体保有率はRFHではSL12%, ML40%, LL23%, FL G1ではSL37%, ML55%, LL38%, FL G2ではSL37%, ML40%, LL69%と, FLではRFHに比べSL, LLで高率であった。

【まとめ】正確な実測値から割出した出現率とSLの不整形核出現率はFLの数はFLの診断に有用と考えられた。

P-1-83 ホジキンリンパ腫における活性酸素種をターゲットにした抗腫瘍効果の検討

大阪大学大学院医学系研究科病態病理学¹⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学²⁾, 大阪大学医学部附属病院病理部³⁾

○前野悦子(CT)¹⁾, 池田純一郎(MD)²⁾,
田原紳一郎(MD)¹⁾, 廣瀬由美子(MD)³⁾,
野島 聡(MD)¹⁾, 和田直樹(MD)¹⁾, 森井英一(MD)¹⁾

酸化ストレスの主な原因物質の一つである活性酸素種(Reactive Oxygen Species: ROS)は, 不対電子を持つ酸素原子を含むために反応性が非常に高く, DNAなどの細胞構成要素に損傷を与えるが, 悪性腫瘍には「腫瘍(がん)幹細胞」と呼ばれる化学療法や放射線療法に抵抗性で再発や転移の原因になると考えられている細胞群が存在し, これらの細胞は正常細胞と比べて活性酸素を除去する能力が高いことが知られている。一方, 固体・液体・気体に続く物質の第4の状態といわれているプラズマは, 光, 電子, イオン, ラジカルなどからなる多様な集合体であり, 半導体の表面微細加工, 殺菌・消毒, 蛍光灯等の光源など様々な分野で活用されているが, 近年, 40℃以上の温度上昇がみられない低温大気圧プラズマ装置が開発され生体への応用が可能となり, 外科手術における止血や創傷治癒, 遺伝子導入, がん制御など医療応用に向けての研究が医工連携のもとに盛んに行われてきている。今回我々はホジキンリンパ腫細胞を用いて, 種々のROSを含むプラズマ活性溶液(plasma-activated medium: PAM)によりがん幹細胞を制御できる可能性についてROSという観点から検討した。ホジキンリンパ腫にはROSを除去する能力の高いがん幹細胞が存在することを報告してきたが, PAM投与によってがん幹細胞のviabilityの低下や抗癌剤との併用による抗腫瘍効果の増加がみられ, 両者を併用することによる治療の可能性が示唆される結果となった。以上の結果から, ホジキンリンパ腫において, PAMががん幹細胞を制御できる可能性を示すことができた。

P-1-84 肺癌治療中胸水に悪性リンパ腫を併発した一例

兵庫県立がんセンター検査部病理検査¹⁾, 兵庫県立がんセンター病理診断科²⁾

○加藤ゆり(CT)¹⁾, 西村優希(CT)¹⁾, 南 智也(CT)¹⁾, 高垣和代(CT)¹⁾, 前田妙子(CT)¹⁾, 高山みずほ(CT)¹⁾, 梶本和義(MD)²⁾, 佐久間淑子(MD)²⁾, 廣瀬隆則(MD)²⁾

【はじめに】肺癌治療中に、胸水貯留で発症した悪性リンパ腫の一例を報告する。

【症例】75歳男性、EGFR 遺伝子変異陽性の右下葉肺腺癌(cT2aN2M0)に対し放射線化学療法を施行し、原発巣及びリンパ節の縮小効果を得たが、肺炎発症により同治療を中止した。その後出現した遠隔転移(脳や大腿骨)に対してはEGFR 阻害薬等で対応し一定の効果を得たが、初回治療開始から2年5ヵ月後に多量の胸水が出現。临床上、癌性胸膜炎が疑われ胸水の細胞診検査が施行された。

【細胞所見】胸水に出現した細胞は、細胞間結合性の乏しいN/C大の芽球様細胞で、核の括れやクロマチン増量、複数の核小体が見られ、癌とは異なる像を示した。セルブロックでの免疫組織化学染色は、CD20(+), MUM1(+), CD10(-), HHV8(-)で、EBER-ISH(-)であり、B細胞性の侵襲性リンパ腫と診断した。病歴を確認したところ、初回治療開始の3ヵ月後から右胸水が出現しており、当時の細胞診では陰性の結果であったが、後に細胞転写法にて免疫染色を施行したところ、CD20(+)芽球の軽度増加を認めた。

【考察】本症例のような異時性二重癌(肺癌と同側胸水の悪性リンパ腫)の報告は殆どなく、病態について若干の文献的考察を行う。また、本例で鑑別に挙げられる疾患: PEL (primary effusion lymphoma)類似リンパ腫の異同鑑別については、臨床経過や治療早期に出現した胸水細胞診の後方視的結果を合わせ、検討を進める。

P-1-85 EUS-FNA を契機に診断されたマントル細胞リンパ腫の1例

岩国医療センター病理診断科

○守都敏晃(MD), 山下青葉(CT), 飛田弥生(CT), 清弘真弓(CT), 福田 智(CT)

マントル細胞リンパ腫は全悪性リンパ腫の数%と比較的まれなリンパ腫である。一般的に低悪性度B細胞リンパ腫に分類されるが、予後は不良である。多くのB細胞リンパ腫の標準治療とされているR-CHOP療法より強力な治療がなされることもあり、確実に診断することが求められる。われわれはこの度、体腔内深部リンパ節よりEUS-FNAにて採取された検体からマントル細胞リンパ腫と診断された症例を経験した。深部リンパ節病変から低侵襲な手法で検体を採取し、細胞診、病理診断でリンパ腫と診断できた貴重な症例と考えられ、文献的考察を交えて報告する。症例は70代女性。約1ヶ月前より上腹部痛が出現。腹部超音波検査にて若干の腹水と脾頭部外側に腫瘤様陰影を認めた。一度経過観察となったが、その後腹痛が増強し、精査目的に入院となった。腹部造影CTにて、腸間膜に約8cm大の腫瘤を認め、大動脈周囲リンパ節、腹腔内リンパ節腫大、虫垂の腫大や壁肥厚を認め、リンパ腫が疑われた。腫大した腹腔内リンパ節からの細胞採取目的で、十二指腸球部からのアプローチによりEUS-FNAが施行された。吸引細胞診では、中型リンパ球をmonotonousに認め、核形不整や核分裂像を認めた。悪性と判定し、悪性リンパ腫と推定された。同時に提出された組織標本でも、断片化した材料であったが、中型主体のLymphoid cellのmonotonousな増生像からなっていた。免疫染色では、CD20陽性、CyclinD1陽性、Ki-67が高率に陽性を示しており、マントル細胞リンパ腫と診断した。

P-1-86 硝子体内容液穿刺吸引細胞診で診断しえた 眼内悪性リンパ腫の 2 例

杏林大学医学部付属病院病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部
病理学教室²⁾

○川上真理子(CT)¹⁾, 岸本浩次(CT)¹⁾, 坂本憲彦(CT)¹⁾,
市川美雄(CT)¹⁾, 田邊一成(CT)¹⁾, 鈴木 瞳(CT)¹⁾,
野口由香(CT)¹⁾, 住石 歩(CT)²⁾, 大森嘉彦(MD)²⁾,
藤原正親(MD)²⁾, 柴原純二(MD)²⁾

【はじめに】眼科領域における細胞診ではしばしば硝子体内容液や前房水等の液状検体が採取される。良、悪性の診断が求められ、腫瘍性の場合、悪性リンパ腫が大半であるものの、細胞採取量が少量で細胞変性が強く明確な診断に至らないことがある。今回我々は、硝子体内容液において診断しえた悪性リンパ腫の 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】60 歳代女性。3 年前より、近医にて糖尿病性網膜症と診断され、経過観察中、右硝子体混濁、および黄斑浮腫が出現し、当院にて右硝子体穿刺吸引細胞診を施行。背景に多量の壊死物質を認め、小型成熟リンパ球の 2~3 倍大の異型リンパ球が散在性に出現。異型細胞は N/C 比が高く、核の切れ込み等の核形不整が著明、明瞭な核小体も認められ、悪性リンパ腫と診断。PET 検査で右後頭葉に有意な取り込みが認められたため脳生検を施行。脳実質に大型異型リンパ球のびまん性浸潤を認め、壊死を伴っていた。免疫染色の結果と併せ Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) と診断された。

【症例 2】50 歳代男性。10 年前から他院にて 1 年間、ぶどう膜炎の診断で治療をうけていたが改善せず、当院受診し、硝子体穿刺吸引細胞診を施行。細胞像は症例 1 と同様で、FCM や IL-10/IL-6 濃度比の結果と併せて悪性リンパ腫と診断。化学療法等施行するも頭部、両側眼内に再発を繰り返した。初回診断の 9 年後、脳生検が施行され、DLBCL と診断された。

【まとめ】2 症例の検討から著明な核形不整と壊死性背景が細胞診断の一助になると示唆された。

P-1-87 脳脊髄液細胞診が診断に有用であった SMARCB1 欠失腫瘍の一例

神奈川県立こども医療センター検査科¹⁾, 神奈川県立こども医療センター病理診断科²⁾

○関谷元幹(CT)¹⁾, 長谷川由香里(CT)¹⁾,
石川純江(CT)¹⁾, 江畑利奈(CT)²⁾, 田中水緒(MD)²⁾,
田中祐吉(MD)²⁾

【はじめに】脳脊髄液中にラブドイド細胞が認められ、細胞診免疫染色が診断に有用であった症例を報告する。

【臨床経過 1】Beals 症候群の 8 歳女児。7 歳でキアリ 1 型奇形と診断。嘔吐を伴う頭痛と視力低下があり近医にて偏頭痛と診断され、投薬と眼鏡の更新が行われたが症状の改善無く、日常生活が困難となり当院を受診した。MRI にて水頭症、両側の三叉神経、聴神経および舌下神経、馬尾に神経鞘腫を疑う多発小結節、脳表および脊髄表面に瀰漫性の造影増強が認められた。急激な脳圧亢進があり、脳脊髄液穿刺が施行された。

【細胞像】腰椎穿刺検体において細胞質好酸性、核偏在、核小体腫大したラブドイド細胞が多数認められた。臨床症状、細胞像から atypical teratoid/rhabdoid tumor (AT/RT) を最も疑い、脳脊髄液検体で免疫染色を施行。vimentin が強陽性、SMARCB1 が陰性であり、AT/RT と診断した。

【臨床経過 2】化学療法が開始され、9 か月が経過した現在、脳表及び脊髄表面の造影は消失しており、臨床的寛解に至っている。画像にて神経鞘腫を疑った多発小結節は治療後も著変が無い。

【まとめ】本症例は悪性を疑う明らかな結節が認められなかったため組織採取が困難であり、細胞診により SMARCB1 蛋白欠失を証明しえたことは、臨床上非常に有用であった。結節を形成せずに瀰漫性に増殖する AT/RT の報告が少数されており、そのような症例には細胞診による免疫染色が有用であると考えられる。

P-1-88 髄膜播種をきたした左小脳橋角部原発悪性孤立性線維性腫瘍/血管周皮腫の1例

国立病院機構金沢医療センター臨床検査科¹⁾, 金沢医科大学臨床病理学²⁾

○坂倉健司(CT)¹⁾, 水野美保子(CT)¹⁾, 山岸 豊(CT)¹⁾, 梅原瑠子(CT)¹⁾, 松田愛子(CT)¹⁾, 鈴木啓仁(CT)¹⁾, 川島篤弘(MD)¹⁾, 山下 学(CT)²⁾, 中田聡子(MD)²⁾

【はじめに】Solitary fibrous tumor/hemangiopericytoma(以下SFT/HPC)は中枢神経系では再発・転移の多い腫瘍として知られている。今回我々は、髄膜播種性転移をきたした悪性SFT/HPCの1例を経験したので報告する。

【症例】初発時60代男性。X年に左顔面のしびれで発症。左小脳橋角部三叉神経周囲にダンベル状腫瘍を指摘された。腫瘍は取りきれず部分切除で終了。Ewing肉腫に類似した小円形細胞腫瘍であったが、当時はまだNAB2-STAT6融合遺伝子は知られておらず、確定診断には至らなかった。術後γナイフが著効し残存腫瘍は消失。その後、部位を変えて再発を繰り返し、γナイフを計4回施行。X+6年、後頭蓋窩のみでなくテント上にも腫瘍が多発し髄膜播種に至った。今後は全脳照射追加の方針となり、確定診断目的に左前頭葉腫瘍の一部を摘出した。

【細胞所見】N/C比の高い類円形の細胞が散在性もしくは集簇して出現していた。異型細胞は類円形から一部不整形の核を有し、核クロマチンは微細顆粒状であった。

【組織所見】類円形核を有する境界不明瞭な紡錘形から類円形の細胞が密に増生していた。拡張した血管が介在しており、一部ロゼット様の配列がみられた。核分裂像は22個/10HPFであった。腫瘍はSTAT6陽性であり、悪性SFT/HPC(grade 3)と最終診断された。

【結語】髄膜播種をきたした悪性SFT/HPCの1例を経験した。細胞像のみでは診断が困難であるが、低分化な非上皮性腫瘍の鑑別疾患として念頭に置いて診断を行うことが必要であると感じた。

P-1-89 第四脳室に発生した小児上衣腫の一例

香川大学医学部附属病院病理診断科¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理部²⁾

○石川 亮(MD)¹⁾, 宮本加菜(CT)²⁾, 片倉和哉(CT)²⁾, 本山睦美(CT)²⁾, 松永 徹(CT)²⁾, 伊吹英美(MD)¹⁾, 香川聖子(MD)¹⁾, 宮井由美(MD)¹⁾, 門田球一(MD)¹⁾, 羽場礼次(MD)¹⁾

【はじめに】上衣腫は小児脳腫瘍の約10%を占め、第四脳室および脊髄発生が多い。小児例ではテント下に好発し、悪性化することが多いので成人の脊髄発生例に比べて予後不良である。今回我々は術中圧挫細胞診が有用であった小児上衣腫の症例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】7歳の女児。2ヶ月前からの食欲低下と体重減少(2ヶ月で4kg減少)を主訴に受診。画像検査にて第四脳室に大きさ48×38mm大で、嚢胞部と充実部の混在した腫瘍性病変を認めた。上衣腫や髄芽腫が鑑別に挙げられ、診断確定目的に病変の摘出術が施行された。

【細胞所見】術中の腫瘍圧挫細胞診では、腫瘍細胞が集塊状や孤在性に認められた。腫瘍細胞は均一な小型類円形核と小型の核小体を有していた。細胞質はライトグリーン淡染性で、部分的に突起が認められた。クロマチンは細顆粒状で、部分的にロゼット様配列がみられた。壊死や核分裂像、血管周囲性偽ロゼットは明らかではなかった。

【組織所見】類円形～短紡錘形核を有する腫瘍細胞がシート状に増生し、一部で血管周囲性の配列が認められた。免疫組織化学的に、GFAP(+), CD99(+), synaptophysin(一部弱+), CK AE1/AE3(-), EMA(-), Ki-67標識率は約9%であった。第四脳室原発の上衣腫と診断した。遺伝子解析では予後不良とされるposterior fossa group A (PFA)であった。

【まとめ】術中迅速診断では、組織診断に加えて圧挫細胞診の併用が有用であった。

P-1-90 胸水中に出現した唾液腺導管癌の 1 例

長崎大学病院病理診断科病理部

○シン友喜(CT), 平山三国(CT), 今泉利信(CT),
田中 圭(CT), 山本優里香(CT), 大館拓真(CT),
山形真祐美(CT), 新野大介(MD), 福岡順也(MD)

【はじめに】唾液腺導管癌は比較的頻度の少ない唾液腺腫瘍であるが, 急速に増大しリンパ節や他臓器に転移しやすい高悪性度腫瘍である。転移先としては頸部リンパ節や肺, 肝臓などが報告されているが, 胸水への出現はこれまでに数例の報告のみである。今回, 胸水中に出現した唾液腺導管癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳男性。半年ほど前に左耳下腺に増大傾向のある腫瘤を自覚し, 当院を受診。耳下腺穿刺吸引細胞診の結果, 悪性と診断されたため手術が行われた。術後の組織診において, 唾液腺導管癌と診断された。その後, 急性心筋梗塞後の慢性心不全に対して加療中に両側胸水の貯留があり, 胸水穿刺が施行された。提出された胸水の細胞診とセルブロックの結果, 唾液腺導管癌の転移と診断された。

【細胞像】反応性中皮細胞やリンパ球の中に, 重積性のある集塊や孤在性で異型細胞が出現していた。細胞質は好酸性でやや顆粒状であった。核は腫大し, 淡いクロマチンの増量や明瞭な核小体が見られた。背景に反応性中皮細胞が多数見られ, 異型細胞が少なかったが, 細胞診検体での免疫染色の結果 Androgen receptor (AR) ; (+) であり悪性が示唆された。

【組織像】セルブロック標本において, 広い胞体を持ち核の腫大や多核を伴う異型細胞が見られた。免疫染色の結果 AR ; (+), HER2 ; (+) であり, 唾液腺導管癌として矛盾しないものであった。

【まとめ】胸水での唾液腺導管癌の出現は非常に稀であり, 反応性中皮細胞と鑑別を要する場合があるが, 細胞像に加えて既往歴の確認やセルブロックの利用が診断の一助となる。

P-1-91 剖検で診断しえた線維形成性悪性胸膜中皮腫の一例日本医科大学統御機構診断病理学¹, 日本医科大学付属病院病理診断科², 日本医科大学多摩永山病院病理部³, 日本医科大学付属病院病理部⁴, 日本医科大学解析人体病理学⁵

○河本陽子(CT)¹, 呉 壮香(MD)^{1,2}, 片山博徳(CT)³,
川原清子(MT)¹, 手塚 潔(MT)¹, 石井英昭(MD)^{2,4},
功刀しのぶ(MD)^{2,5}, 恩田宗彦(MD)^{1,2},
和田龍一(MD)^{1,2}, 内藤善哉(MD)^{1,2}

【はじめに】線維形成性悪性胸膜中皮腫は稀な組織型である。今回, 生前診断に苦慮し, 剖検にて線維形成性悪性胸膜中皮腫と確定した一例を経験したので報告する。

【症例】60 代男性, アスベスト曝露歴あり。胸部 X 線及び CT 検査で右胸水貯留, 間質性肺炎が疑われ当院を紹介受診された。胸水ヒアルロン酸上昇を認めた為, 中皮腫を疑い胸腔鏡下生検を実施したが確定診断には至らなかった。その後, 全身状態が悪化し, 約 13 か月後に呼吸不全で永眠された。

【生前の細胞・組織所見】右胸水細胞診で悪性中皮腫と確定できる典型的な異型細胞の出現はなかった。胸膜組織は線維性に肥厚し, N/C 比大で核濃染性の紡錘形および類上皮様の異型細胞がみられ, AE1/AE3, α -SMA が陽性, D2-40, p53 一部陽性, Calretinin, Desmin, EMA, Ber-EP4, p40, MOC31, GLUT-1 は陰性であった。

【剖検の細胞・組織所見】右胸水細胞診像では比較的異型が弱い紡錘形細胞が 30 個程度の細胞集塊又は孤在性に出現していた。右胸膜擦印細胞診では線維性間質を伴う異型紡錘形細胞の錯綜増殖が見られた。免疫染色は CAM5.2, GLUT-1, Vimentin 陽性, Calretinin 一部陽性であった。組織では, 線維性組織を 50% 以上認め, 異型紡錘形細胞が増殖しており最終的に線維形成性悪性胸膜中皮腫と診断した。

【まとめ】採取の方法により剖検時細胞診も有用であると考えた。線維形成性悪性胸膜中皮腫の細胞診像は珍しく, 貴重な一例として若干の文献的考察を加えて報告する。

P-1-92 当院で経験した PEL-like lymphoma (PEL-LL) の 2 例

大曲厚生医療センター検査科病理¹⁾, 平鹿総合病院病理診断科²⁾

○柿沼弘樹(CT)¹⁾, 須田公治(CT)¹⁾, 斎藤直子(CT)¹⁾, 森美津子(CT)¹⁾, 齊藤昌宏(MD)²⁾

【はじめに】悪性リンパ腫は一般的に腫瘤を形成するが、稀に体腔液原発で発症する Human herpes virus 8 (以下 HHV-8) 陽性の悪性リンパ腫があり Primary Effusion Lymphoma : (以下 PEL) といわれる。一方 HHV-8 陰性で同様の病態を呈する悪性リンパ腫は PEL-like lymphoma : (以下 PEL-LL) として区別され稀な疾患である。今回我々は PEL-LL の 2 例を経験したので報告する。

【症例】(症例 1) 80 歳代男性。微熱、呼吸困難などを主訴に近医受診、胸部 X-p で心拡大あり当院受診。多量的心嚢液貯留を認め、心嚢液穿刺細胞診を施行。(症例 2) 90 歳代男性。介護施設入所中、近医にて胸部 X-p で左胸水貯留を認め当院紹介。胸腔穿刺細胞診を施行。細胞診で 2 例とも悪性リンパ腫が疑われ、残検体からセルブロックを作製した。

【細胞所見】2 例ともに血性背景に成熟リンパ球より大型で N/C 比の高い異型細胞が孤立散在性に単調に出現していた。個々の細胞は核形不整、核小体の腫大を示し、核クロマチンは細顆粒状に増量し、核分裂像も見られた。細胞像から悪性リンパ腫が考えられた。

【セルブロック所見】2 例ともにクロマチンが濃染し、高度に腫大した異型リンパ球が多数見られ、免疫組織化学染色の結果から DLBCL と診断された。いずれも HHV-8 が陰性で PEL-LL と診断された。

【まとめ】今回 PEL-LL の 2 症例を経験した。PEL-LL はリンパ腫細胞が体腔液貯留のみで発症するため、組織検体が得られないことから、診断にはセルブロック作製が重要な役割を果たすと考える。

P-1-93 術後、後腹膜再発・腹膜播種をきたした乳頭状腎細胞癌の 1 例

東京女子医科大学中央検査部病理検査室¹⁾, 東京女子医科大学病理診断科²⁾, 東京女子医科大学病理学講座 (病態神経科学分野)³⁾

○橋本哲也(CT)¹⁾, 野並裕司(CT)¹⁾, 金室俊子(CT)¹⁾, 鬼塚裕美(MD)^{2,3)}, 板垣裕子(MD)²⁾, 増井憲太(MD)^{2,3)}, 山本智子(MD)^{2,3)}, 澤田達男(MD)^{2,3)}, 長嶋洋治(MD)²⁾

【はじめに】乳頭状腎細胞癌 (PRCC) は、腎細胞癌の中で淡明細胞型腎細胞癌に次いで多く、腫瘍細胞の異型性から type 1, 2 に分類される。今回、後腹膜再発・腹膜播種をきたした PRCC (type 2) の 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代 男性。右腎腫瘍が疑われ、当院紹介となった。CT で 40 mm 大の腫瘤を認め、腎細胞癌疑いで腹腔鏡下腎摘除術が施行された。組織診断は PRCC (type 2) であった。術後約 1 ヶ月に、腰痛のため近医で CT を施行した。摘除腔周囲に炎症所見を認め、当院へ搬送された。画像所見では腹膜播種と L2 椎体転移が疑われた。精査のため、摘除腔に貯留した体腔液が提出された。

【病理組織所見】腫瘍は乳頭状、管状、充実性に浸潤・増殖し、腎洞脂肪組織、腎盂粘膜、腎静脈内進展を示した。免疫組織化学では AMACR, CK7, CA9, FH 陽性、E-cadherin が一部陽性、CD10, CK20, CK34βE12, GATA3, TFE-3, cathepsin K 陰性であった。

【細胞診所見】炎症性背景に、核の大小不同、核形不整、核小体腫大を伴う好酸性細胞質の異型細胞集塊を認め、細胞判定は Class V とした。cell block 法による免疫組織化学では CK7, PAX8, FH 陽性、AMACR, CK20 陰性であった。手術検体で AMACR 一部陰性の部分もあったため総合して腎細胞癌の転移を推定した。

【まとめ】今回、後腹膜再発・腹膜播種をきたした PRCC の 1 例を経験した。PRCC の後腹膜再発・腹膜播種は珍しく、他臓器原発癌、悪性中皮腫との鑑別が必要である。

P-1-94 迅速細胞診が有用であった Burkitt lymphoma 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), 高野 隼(CT), 野口真宏(CT), 吉良佳那(CT), 大原栄二(CT), 井口みつこ(MD), 戸井 慎(MD), 村上一郎(MD)

【はじめに】 Burkitt lymphoma (以下: BL) は, 節外病変を主徴とする B 細胞性腫瘍である. 悪性度が高く平均生存期間は 1 年以内で予後不良とされている. 今回, 術中迅速細胞診でリンパ腫を疑い後の生検で BL と診断された一例を経験したので報告する.

【症例】 70 歳代, 女性. 左乳癌術後経過中, 難治性の腹水が出現し当院乳癌外科入院. 全身状態が悪く, CT では腹膜播種を疑う所見が得られた事から癌性腹膜炎が考えられたがリンパ腫マーカーが高値であった為, 腹腔鏡下生検術を施行, 術中に腹水細胞診が提出された. 迅速細胞診でリンパ腫を疑い, 後に腹膜生検で BL と診断された.

【細胞所見】 血性背景に N/C 比の高い円形腫瘍細胞が孤立性に多数見られた. 腫瘍細胞は好中球と同等~やや大型の細胞主体で, クロマチンは細顆粒状~顆粒状, 核の切れ込みや明瞭な核小体を 1 個~数個有していた. 迅速細胞診では細胞質の空胞化が目立っていた.

【組織所見】 均一なリンパ球様腫瘍細胞の浸潤がすべての割面で見られた. 腫瘍細胞は中等大で, 顆粒状クロマチンを有しており細胞診と類似していた. 病変内には核片貪食マクロファージが含まれる starry sky 像も観察された. 免疫組織学的に CD20, CD10, BCL-6 が陽性, ki-67 は 95% 以上陽性であった.

【まとめ】 BL は急速進行性の腫瘍で予後不良とされているが, 強力な化学療法を行うことで治癒が望める疾患であり, 早期の診断が望まれる. 本症例は細胞診でも BL に特徴的な所見を認めており迅速細胞診が有用であった. 迅速に結果を臨床へ報告する事でその後の対応や治療方針に大きく寄与できると考える.

P-1-95 HHV8-negative effusion-based lymphoma の一例

羽島市民病院臨床検査科¹, 朝日大学病院病理診断科², 岐阜市民病院病理診断科³, 山形大学医学部病理診断学講座⁴

○小澤 希(CT)¹, 杉下 毅(CT)¹, 杉江茂幸(MD)², 田中卓二(MD)³, 山川光徳(MD)⁴

【はじめに】 原発性体腔液リンパ腫 (primary effusion lymphoma: PEL) は, 明らかな腫瘍形成を伴わない HHV-8 陽性の大型細胞型 B 細胞性リンパ腫で, HIV 感染例に多い. 一方, HIV 非感染者に PEL と類似の病態, 細胞形態を呈しながらも HHV-8 陰性を示すリンパ腫 (HHV8-negative effusion-based lymphoma: HENEBL) が報告されており, 高齢者に多い. 今回我々は, 心嚢液細胞診より診断した HENEBL の一例を経験したので報告する.

【症例】 80 歳代女性. 呼吸苦にて当院に救急搬送された. CT や心エコーにて, うっ血性心不全, 心嚢液貯留が指摘され, 心嚢液穿刺吸引細胞診が施行された.

【細胞所見】 パパニコロウ染色では, 孤立散在性に N/C 比が高く核異型の目立つ異型細胞を多数認め, 多核細胞も散見し, 悪性リンパ腫が疑われた. 心嚢液からセルブロックを作成し, 免疫染色を施行した. CD20 (+), CD30 (+), CD45 (+), CD79a (+), PAX5 (+), CD3 (-), CD4 (-), CD138 (-), LMP-1 (-), AE1/AE3 (-), Ki67 LI>80%, HHV-8 (-), EBER-1 (-) であり, diffuse large B cell lymphoma と診断された. 他に腫瘍性病変を認めず, 最終的に HENEBL と診断された.

【考察】 細胞診が診断に有用であった. 明らかな腫瘍形成が無く体腔液に異型リンパ球が出現した場合, 本疾患も念頭に置き検索を進めることが重要と考えられた.

P-1-96 Hump 様細胞質突起が診断の手掛かりとなった悪性中皮腫の 1 例

国立病院機構松江医療センター臨床検査科¹⁾, 国立病院機構松江医療センター呼吸器外科²⁾

○西村俊直(CT)¹⁾, 吉田恵梨子(MT)¹⁾, 岸本篤人(MT)¹⁾, 長岡三郎(MD)¹⁾, 荒木邦夫(MD)^{1,2)}

【はじめに】今回、胸水中に中皮細胞が極端に少なく、細胞異型に乏しいが、hump 様細胞質突起が高頻度に見られたことを契機に悪性中皮腫の診断が可能であった 1 例を経験したので報告する。

【症例】80 歳代女性。左胸水貯留精査目的で他院より紹介となった。半年前より呼吸苦を自覚、食欲低下、体重減少もあり。アスベスト曝露歴はなし。胸部 X 線上、左肺野は透過性が完全に消失していた。胸水ドレナージを行い、胸水細胞診検査を実施した。ドレナージ後の胸部 CT では、左肺門部を中心に大動脈弓部下下部や心臓背側部、下行大動脈前方に広がる 7.2×7.2×6.4 cm 大の軟部腫瘍影が見られ、ここを原発巣と考えた。さらに左胸膜にも病変を認めた為、診断目的に胸腔鏡下胸膜生検が施行された。

【細胞所見】微出血性背景を示し、リンパ球や組織球に混在し、1~2 核の中皮細胞が小集塊状ないし孤立性に少数出現。核は小型で N/C 比小、細胞異型は全体的に乏しく典型的な悪性中皮腫の所見ではなかったが、hump 様細胞質突起を高頻度に認めた。免疫染色では、Calretinin, CD146 が陽性、WT1, Desmin が陰性。悪性中皮腫と診断した。

【組織所見】少量の繊維素と筋組織に混在し、大型中皮細胞が数ヶ所で見られた。免疫染色では、AE1/AE3, D2-40, Calretinin が陽性で悪性中皮腫が疑われた。

【まとめ】hump 様細胞質突起が高頻度に見られた悪性中皮腫の 1 例を経験した。中皮細胞数が少なく、細胞異型に乏しい場合でも、hump 様細胞質突起が高頻度に見られた場合は、悪性中皮腫の可能性を念頭におき、検査を進めていく必要がある。

P-1-97 胸水中に骨髄腫細胞を認めた多発性骨髄腫の 1 例

足利赤十字病院臨床検査部¹⁾, 獨協医科大学病理診断科²⁾

○川村政人(CT)¹⁾, 中村雅哉(CT)¹⁾, 廣瀬芳江(CT)¹⁾, 山田裕子(CT)¹⁾, 遠藤みゆき(CT)¹⁾, 小林萌夏(CT)¹⁾, 飯塚あかり(CT)¹⁾, 清水和彦(MD)¹⁾, 中里宜正(MD)²⁾

【はじめに】多発性骨髄腫は骨髄内での形質細胞の腫瘍性増殖であるが、髄外腫瘍を形成する事がある。今回我々は胸水中に骨髄腫細胞を認めた多発性骨髄腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代、女性。歯肉腫脹および出血を主訴に当院口腔外科を受診、右下顎及び左上顎歯肉の生検が施行され、増殖能の高い形質細胞腫と診断された。その後、精査治療目的で転院し骨髄穿刺が行われ多発性骨髄腫と診断された。化学療法が施行され腫瘍は縮小したが、大腿骨骨折で当院に再入院され多発性骨髄腫及び髄外腫瘍、胸水貯留を認め胸水細胞診を施行した。入院時の尿中に BJP- λ 型 M 蛋白を認めた。

【細胞像】Pap. 染色にて、大型~中型リンパ球を主体に核偏在傾向を示す多核や核形不整の強い異型細胞が多数出現。Giemsa 染色で核偏在性、細胞質好塩基性で、核周囲明庭を示す細胞を認めた。セルブロックで CD138(+), λ 鎖が monoclonal に陽性を示し形質細胞腫を推定した。

【組織像】歯肉組織では上皮下に N/C 比大、類円形の不整核、明瞭な核小体を示す大型リンパ球がびまん性に増生し、核分裂像およびアポトーシスも多く見られた。腫瘍細胞は CD20(-), CD79a(-), CD138(+), λ 鎖が monoclonal に陽性、Ki-67 陽性率 90%であった。

【まとめ】胸水中に認めた細胞は異型が強く悪性推定は容易であったが、既往がなければ、骨髄腫細胞推定に苦慮したと思われる。体腔液で骨髄腫細胞が鑑別となる場合、臨床所見確認とともに、セルブロック標本または細胞診標本での免疫細胞化学による形質細胞のマーカーと κ 鎖, λ 鎖の検証が有用であると考えた。

P-1-98 左下腿悪性黒色腫の再発診断に腹水細胞診が有用であった一例

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

○大澤有姫(MD)¹⁾, 二神真行(MD)¹⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 赤石麻美(MD)¹⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 鬼島 宏(MD)³⁾

【諸言】悪性黒色腫は非常に予後不良な悪性腫瘍であるが、胸腹水などの体腔液中に悪性黒色腫細胞が出現することは比較のまれとされている。今回、左下腿悪性黒色腫初回手術後 4 年半で癌性腹膜炎として再発をきたした症例の診断の際に、腹水細胞診が有用であった 1 例を経験した。

【症例】81 歳女性。48 歳時に子宮筋腫で子宮全摘術と 4 年半前に左下腿の悪性黒色腫切除術の既往あり。悪性黒色腫は pT2bN0M0 で断端陰性であった。1 か月前から食欲不振あり、近医を受診した。レントゲン検査、腹部超音波検査にて多発肺転移と癌性腹膜炎を疑われたため、当院皮膚科へ紹介となった。CT 検査で著明な腹水貯留と腹膜播種像を認めたため、婦人科的疾患を疑い当科紹介となった。卵巣腫瘍を認めないことから原発性腹膜癌を鑑別疾患と考え、経腔的に黄色漿液の腹水を採取した。その細胞診で悪性黒色腫による癌性腹膜炎の診断となった。極めて予後不良であり、本人家族へ説明し、緩和ケア専門施設への紹介となった。

【腹水細胞診】背景はきれいであったが、核クロマチンの増量や高 N/C 比、核小体腫大を示す小型の異型細胞が胞巣状・小集塊状に孤立散在性に出現し、悪性細胞を考えた。その細胞にメラニン顆粒は確認できなかったが、免疫染色で SOX10, HMB45, Melan A が陽性であり、PAX8 と ER が陰性であったため、悪性黒色腫による癌性腹膜炎と診断した。

P-2-1 新規子宮頸部細胞採取器具の有用性の検討—スミアループと従来方法を比べて

立正佼成会附属佼成病院産婦人科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理部²⁾, 杏林大学医学部産科婦人科学教室³⁾, 杏林大学医学部附属病院産婦人科⁴⁾

○岡 愛子(MD)¹⁾, 鈴木 淳(MD)¹⁾, 金田由香子(MD)¹⁾, 斉藤由里香(CT)²⁾, 村田英一郎(CT)²⁾, 當眞嗣陸(CT)²⁾, 百村麻衣(MD)³⁾, 木村英三(MD)¹⁾, 二階堂孝(MD)²⁾, 小林陽一(MD)⁴⁾

【目的】子宮頸癌検診は、がん検診として効果があると評価されており、20 歳以上の女性では、定期的な細胞診による子宮頸がん検診の受診が推奨されている。子宮頸部細胞診採取の適切な採取器具として、日本産婦人科学会ガイドラインでは、妊娠女性以外では、綿棒でなく、ヘラ、ブラシ（ブルーム型含む）での細胞診採取を行うことが推奨されている。今回我々は有用性が高いと思われる新規細胞診採取器具の臨床的評価を検討した。

【方法】新しい採取器具のスミアループ（ソフトメディカル社）を使用し、従来方法での細胞採取と比較検討した。評価方法は臨床的な有効性と診断的な有用性を比較した。臨床的な評価項目として、採取器具の操作性や患者側の副作用として疼痛や出血の頻度を確認した。診断的または細胞学的な評価項目として、標本上での細胞の採取量、標本の適正の有無、細胞像の比較を検討した。適格基準として、20 歳以上の女性で、子宮頸部細胞診を実施する予定の患者で、年齢の上限は設けず、不適格基準としては、医師が本試験への参加が不適切と判断した患者で設定した。

【結果】スミアループを使用した結果、従来方法に比べて、臨床的な評価では疼痛や出血は少なく、差はなかった。診断的な評価においても、標本の適正率に差はなかった。細胞の採取量は従来方法に比べて多かったが、実際の細胞像では差は認めず、細胞像の判定は容易であった。さらに異形成の症例においては、細胞判定は従来方法と同様に、正しく診断された。

【考察】新しいスミアループは採取も簡便であり、臨床的および診断的な有用性より、従来方法と差はなく、採取器具として新しい選択肢となると思われる。

P-2-2 子宮頸部細胞診に人工知能を導入するために重要な4つの選択

大阪鉄道病院婦人科¹⁾, 大阪鉄道病院検査室病理²⁾, 大阪鉄道病院病理診断科³⁾

○熊谷広治(MD)¹⁾, 坂井昌弘(MD)¹⁾, 山内直樹(CT)²⁾, 大塚真弓(CT)²⁾, 山崎由香子(CT)²⁾, 森島英和(CT)²⁾, 真崎 武(MD)³⁾

【目的】近い将来, 細胞診断への人工知能(AI)の導入が予想されるが明確な方向性は示されていない。頸部細胞診にAIを導入する際, その手順に重要な選択について検討した。

【方法】過去6年間の頸癌23例を対象とし, 年齢, 頸部細胞診, 術式, 組織診断, 進行期分類を抽出した。次に直接塗抹法に代わる液状化法の種類, AIの種類, 追加の検査について調査した。最後に頸部細胞診へのAI導入の必要性を考察した。

【結果】頸癌23例の年齢中央値は47歳(30~65歳), 頸部細胞診(直接塗抹法)はNILM:3例, AGC:2例, HSIL:9例, SCC:7例, Adenocarcinoma:2例で, 悪性判定は39%(9/23)に過ぎなかった。進行期分類はIA1期:6例, IA2期:4例, IB1期:10例, IIA期:1例, IIB期:2例, 術式は頸部円錐切除(円錐)3例, 円錐後子宮全摘11例, 子宮全摘9例, 組織診断は扁平上皮癌16例, 非扁平上皮癌7例であった。液状化法にはフィルター転写法(H社)と遠心沈降法(B社)があり独自の画像解析装置に最適化されていた。AIには機械学習(ヒトが学習させる)と深層学習(自ら学習する)があった。すべての液状化法で追加のHPV検査が可能であった。頸部細胞診にAIを導入すると液状化法で判定細胞数が増え, 学習効果で形態解析が進み, 微細な悪性所見を捕捉し得ると推測した。

【結論】悪性判定の向上に頸部細胞診へのAI導入が必要になるかも知れない。頸部細胞診にAIを導入する際, 直接塗抹法との訣別, 液状化法の二択, AI学習法の二択, HPV情報の採否, 以上4つの選択が重要になる。

P-2-3 Atypical glandular cellsの臨床像とサブカテゴリーの再考

総合病院厚生中央病院産婦人科¹⁾, 総合病院厚生中央病院臨床検査科²⁾

○幾石尚美(PhD)¹⁾, 田嶋奈都美(CT)²⁾, 佐藤和美(CT)²⁾, 田中垂矢子(CT)²⁾, 堀本 綾(CT)²⁾, 池田俊一(PhD)¹⁾, 塚原 裕(PhD)¹⁾, 橋村尚彦(PhD)¹⁾

【緒言】昨年我々は本学会で atypical glandular cells (AGC) の臨床像を HPV 検査・内膜病変との関連性含めて報告した。今回我々は対象期間を延長し, AGC の臨床像とサブカテゴリーとを再検討したので報告する。

【目的・方法】ベセスダシステムにおける AGC は, 由来が区別できない腺癌や内頸部上皮内腺癌の判定には至らない異型腺細胞とされ, 癌化のリスクが高いことを示す分類とされている。今回当院で2013年1月~2018年10月まで AGC と判定された症例の臨床転帰を後方視的に検討した。

【結果】AGCは48例(0.24%)で自施設の診断例は45例であった。うちAGC-NOSは32例, AGC-FNは14例であった。全48例の平均年齢は50.1才で最低年齢は27才, 最高年齢は99才であった。悪性の臨床経過は20例(重複例あり)で, 微小扁平上皮癌1例, AIS7例(CIN併存5例), 子宮内膜癌9例, 子宮癌肉腫3例で, 高度扁平上皮内腫瘍HSIL/CIN2は11例であった。最終病理診断でAIS以上の腺癌病変のうちAGC-FNは10例(50%), AGC-NOSは8例(40%)であった。

【結論】AGCには悪性疾患が39.6%で確認された。AGCと判定された場合はCINとの併存例や他臓器癌を含めた臨床的評価が求められる。また当院のAGCのサブカテゴリーの精度は検討の余地がある結果となり, AGC-NOSであってもAGC-FN同様に慎重な精密検査を要すると考えられた。

P-2-4 子宮頸部細胞診における p16/Ki-67 二重免疫染色判定困難症例の検討

永井マザーズホスピタル病理診断科¹⁾, 永井マザーズホスピタル産婦人科²⁾

○原田哲也(CT)¹⁾, 石井恵美(CT)¹⁾, 畠山重春(CT)¹⁾, 橋口史江(MD)²⁾, 山科光正(DDS)¹⁾, 永井 毅(MD)¹⁾

【目的】子宮頸部細胞診異常に対し組織診 CIN2 以上の病変を効率良くトリアージするマーカーとして, p16/Ki-67 二重免疫染色 (CINtecPLUS Cytology Kit: Roche 以下二重染色) の有用性を報告する論文が近年数多くなされている。当院における前方視的検討においても, 二重染色は, 子宮頸部細胞診のトリアージに有用であることが示唆された(第 59 回日本臨床細胞学会総会にて発表)。しかしながら, 検討した症例の中には, 細胞の重積や染色の濃淡により判定に苦慮する症例が少なからず存在した。今回我々は, 判定に苦慮した症例を集積し, 最適な判定基準の構築を試みることを目的とした検討を行った。

【方法】対象は 2017 年 1 月から 2018 年 11 月の間に, 当院の子宮頸部細胞診にて LSIL と判定され, 6ヶ月以内に組織診断が施行された 66 症例である。二重染色の結果, 陰性症例(-), 陽性症例(+), 判定苦慮症例(±)に分け, 組織診 CIN2 以上の検出率を検討した。

【結果】陰性症例 22 例, 陽性症例 38 例, 判定苦慮症例 6 例であった。CIN2 以上の病変は陰性症例 1 例, 陽性症例 13 例, 判定苦慮症例からは検出されなかった。判定苦慮症例を陽性とした場合, 感度: 92.9%, 特異度: 40.4%であった。陰性とした場合は, 感度: 92.9%, 特異度: 51.9%であった。

【考察】判定苦慮症例を陰性と判定した場合特異度が上がる可能性が示唆されたが, 今後更なる症例を積み重ね, フォローアップ期間やその取り扱いを検討していきたい。

P-2-5 子宮頸癌手術および放射線治療後 25 年を経過して腔断端後方に腫瘤を形成した一例

佐賀大学

○大隈良一(MD), 中尾佳史(MD), 門田千穂(MD), 福田亜紗子(MD), 光 貴子(MD), 西山 哲(MD), 橋口真理子(MD), 大隈恵美(MD), 野口光代(MD), 横山正俊(MD)

子宮頸癌では「5 年以降の再発も認められるので, 長期間の観察が必要である」と治療ガイドラインには記載されている。手術および放射線治療後 25 年を経過して腔断端に扁平上皮癌を形成した症例を経験したので報告する。60 代前半 3 妊 1 産 25 年前に他院で微小浸潤癌の術前診断で, 準広汎子宮全摘, 骨盤内リンパ節郭清を実施された。扁平上皮癌, 非角化型で pT1b1N0M0 であった。詳細な理由は不明だが補助療法として外照射および腔内照射追加された。その後およそ 10 年間同院で経過観察され, 無再発にて経過観察は終了となっていた。2018 年初めころから性器出血を少量認めるようになり, 3 月に同院を受診した。診察では不明瞭だが, 細胞診で SCC と診断され, 当科に精査, 加療目的に紹介となった。診察で腔断端にスリット状の空隙があり, 内診で後方から膀胱左側に腫瘤形成が認められた。各種検査で遠隔転移およびリンパ節腫大は確認されず, 腔断端の腫瘤を中心に浸潤のおよぶ膀胱および直腸を合併切除し, 尿路変更, 人工肛門増設を行なった。切除組織には扁平上皮癌があり, 断端は陰性であった。術後補助療法は実施せず, 現在術後半年を経過しており無再発生存中である。治療後長期間経過しており, 診察だけではすぐに再発を想起困難であったが, 細胞診で明確な所見があったためその後の精査が容易に可能であった。

P-2-6 老年期子宮頸部腺癌の1例

済生会京都府病院産婦人科

○渡邊 愛(PhD)

閉経後、老年期の子宮頸癌検診においては、子宮が萎縮するに伴い移行帯は内反して SCJ は頸管内に移行しており、何らかの病変が発生していても頸管を開いて病変を確認できることは例外的である。そのため、検診の際は盲目的に頸管ブラシなどで細胞診をすることになる。細胞診にて精密検査が必要な結果であってもコルポ診不適例であることが多く、画像検査や腫瘍マーカーをするか、また、検査及び治療として円錐切除するか、子宮全摘出術を勧めるか、もしくは定期的な細胞診で経過観察するか、経過観察ならば何か月ごとに検査するか、実際の臨床現場においては迷うことも多い。今回我々は、子宮頸部細胞診 AGC にて紹介され、再検の細胞診・組織診では確定診断には至らなかったが、画像診断との併用で頸部腺癌を疑い治療した、71 歳女性の子宮頸部腺癌 stageIb1 を経験したので報告する。症例は、71 歳、未婚、未経妊・未経産。不正出血を主訴に前医初診。子宮頸部細胞診・体部細胞診ともに AGC にて精査目的に当院紹介。初診時内診所見はコルポ不適例であり、経腔超音波にて明らかに内膜は非薄化していたため子宮頸部の病変を疑い、頸管内の細胞診・頸管 4 方向キュレット施行。悪性の確定診断は得られなかったが、造影 MRI 検査にて子宮頸部腫瘍を疑い、子宮全摘出術及び骨盤リンパ節郭清を施行した。病理結果は Mucinous adenocarcinoma, pT1b1N1M0 であり、放射線併用化学療法を追加した。老年期女性では細胞診にて悪性の確定診断を得られなくとも画像検査などを積極的に行う必要があると考えさせられた。

P-2-7 シート型微線維性コラーゲン（インテグラン）貼付後の子宮頸部と腔細胞診所見

奈良県総合医療センター産婦人科¹、奈良県総合医療センター臨床検査部²、奈良県総合医療センター病理診断科³

○豊田進司(MD)¹、杉浦 敦(MD)¹、伊東史学(MD)¹、谷口真紀子(MD)¹、南 佳世(CT)²、辻野秀夫(CT)²、岡田 博(CT)²、石田英和(MD)³、喜多恒和(MD)¹

【背景】吸収性局所止血剤であるシート型微線維性コラーゲン（インテグラン）は婦人科領域の手術時に止血困難部位に使用されるものの、術後の細胞診所見に関する報告は極めて少ない。今回、われわれはインテグラン貼付後の頸部と腔細胞診所見を報告する。

【症例】症例 1 は 60 歳代で、cervical intraepithelial neoplasia (CIN3) のためメスによる円錐切除術を受けた。手術 36 日後の BD シュアパス法で作製された頸部細胞診にて多数の光沢のある非細胞性円柱状断片を認め、診断は NILM であった。患者の意思により円錐切除後 2 ヶ月で子宮摘出術が施行された。切除標本は良性であり、円柱状断片は消失していた。手術後の腔壁細胞診でも円柱状断片を認めなかった。症例 2 は 80 歳代で子宮体癌にて子宮摘出術後の断端縫合部より腔への出血に対して腔式にインテグランが貼付された。術後 48 日目の腔細胞診にて症例 1 と同様の光沢性円筒状断片を認め、診断は NILM であった。なお断片の一部が重なり、腔細胞の核所見が不明瞭であった。術後 75 日目でも変性した非細胞性円柱状断片を認めたものの、術後 111 日目では認めなかった。また、症例とは別にインテグランのみをシュアパス法で処理した無染色標本では非細胞性物質が円筒状に伸びた像を示し、同じく直接塗抹しパパニコロウ染色を施した標本では平坦で柔軟な線維像を示した。

【結論】インテグラン使用後の細胞診においては非細胞性かつ光沢性円柱状断片の出現が特徴的であり、断片による異型細胞の隠匿と細胞診処理方法の違いに留意して観察することが重要と思われた。

P-2-8 細胞診による定期検診で発見できなかった子宮頸部浸潤癌症例の検討

金沢医科大学産科婦人科¹⁾, 金沢医科大学病院病理部²⁾, 金沢医科大学臨床病理³⁾

○齋藤まゆみ(CT)¹⁾, 坂本人一(MD)¹⁾, 大阪康宏(MD)¹⁾, 高倉正博(MD)¹⁾, 水口聖哉(CT)²⁾, 嶋口智恵(CT)²⁾, 津幡裕美(CT)²⁾, 塩谷晃広(MD)³⁾, 山田壮亮(MD)³⁾, 笹川寿之(MD)¹⁾

【背景と目的】子宮頸がん検診において HPV 検査は細胞診より感度が高いことが明らかになりつつある。一方、細胞診では質的診断が可能という長所がある。我々は、継続的に細胞診を行っていたにも関わらず、発見できなかった浸潤癌症例 4 例を経験した。その細胞像を後方視的に評価し、発見が遅れた原因を明らかにし、今後の改善点や課題について考察する。

【方法】子宮頸部扁平上皮癌 2 症例と子宮頸部腺癌 2 症例を対象とした。それぞれ 1 年半から 10 数年の細胞診標本を見直し、病理組織像との関連性を明らかにした。癌発見時の HPV 型の判定、患者の病歴を再検討した。

【結果】扁平上皮癌 2 症例においては、細胞診で異常を疑う標本が追跡中に認められるものの、浸潤癌と断定できる所見は見られなかった。1 例は円錐切除術後の頸管狭窄が影響していたと考えられた。もう 1 例は円錐切除術既往のある妊婦であり、外来医師が細胞採取に綿棒を使っていたことが、発見が遅れた理由と思われた。腺癌症例 2 例については、細胞集塊の構造の乱れや軽度の細胞変化は捉えられたが、どこで異型細胞とするかは議論の余地があると考えられた。すべての症例で高リスク HPV 型 (16, 18, 51 型) が陽性であった。

【考察】子宮頸癌、特に扁平上皮癌をより早期に発見するためには、過去の円錐切除術について医師と検査士間の情報の共有が重要であり、妊婦における細胞検体採取法を再考すべきであると思われた。腺癌においては、「異型腺細胞 (AGC)」の細胞所見の確立とその情報の共有が今後の検討課題と考えられた。また円錐切除術後の追跡に HPV 検査が重要である可能性がある。

P-2-9 子宮頸部に発生した腺様嚢胞癌の一例

亀田総合病院臨床検査部¹⁾, 亀田総合病院産婦人科²⁾, 長崎大学病理診断科³⁾, 亀田総合病院病理診断科⁴⁾

○下岡友子(CT)¹⁾, 小山芳徳(CT)¹⁾, 熊田香織(CT)¹⁾, 佐藤奈緒美(CT)¹⁾, 松浦拓人(MD)²⁾, 尹 漢勝(MD)³⁾, 堀 隆(CT)⁴⁾, 榎澤容子(MD)⁴⁾, 福岡順也(MD)⁴⁾

【背景】子宮頸部腺様嚢胞癌は唾液腺の腺様嚢胞癌と類似した腫瘍と定義され、子宮頸癌の 1% 未満と稀である。60 歳以上の高齢者や黒人に好発し、不正出血が主訴とされている。早期でも局所再発や遠隔転移を来すため予後不良である。標準治療は確立されておらず、扁平上皮癌の治療ガイドラインに沿った治療が多い。今回、子宮頸部に発生した腺様嚢胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】72 歳女性。不正出血と外陰部痛を主訴に来院された。MRI で子宮頸部に 6 cm 大の不整形腫瘍が認められ、子宮頸部細胞診と生検を施行した。

【細胞学的所見】篩状構造を呈する腫瘍細胞が多数出現し、内部に基底膜様物質が見られた。腫瘍細胞は小型で N/C 比高く、類円形核で軽度核形不整が認められた。クロマチン細顆粒状で軽度増量し、核小体は不明瞭であった。腺様嚢胞癌と腺様基底細胞癌との鑑別のため LBC 標本で免疫染色を行い、Collagen IV (篩状構造の内部+), p16 (一部の篩状構造の細胞核と細胞質+) であった。腺様嚢胞癌を疑う所見であり、Malignant others. と判定した。

【組織学的所見】クロマチン増量した腫瘍細胞の充実性胞巣の浸潤性増殖と篩状構造、球状の間質成分、一部に異型扁平上皮細胞が認められた。免疫染色は CK AE1/AE3 (+), c-Kit (一部+), S100 (-), p63 (-) であった。免疫組織化学的所見は全てが合致していないが、組織像と併せて腺様嚢胞癌と診断された。

【まとめ】本症例は細胞像で腺様嚢胞癌と腺様基底細胞癌との鑑別が困難であった。細胞学的所見、免疫組織化学的所見など文献的考察を加えて報告する。

P-2-10 SMILE を伴った非角化型扁平上皮癌の1例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科¹, 鹿児島大学大学院
医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野², 鹿児島大学
病院産婦人科³

○宿里亜李沙(CT)¹, 窪田恵美(CT)¹,
竹下かおり(CT)¹, 西田ゆかり(CT)¹,
赤羽俊彰(CT)², 霧島茉莉(MD)¹, 北園育美(MD)²,
築詰伸太郎(MD)³, 平木 翼(MD)¹, 東美智代(MD)¹

【はじめに】Stratified mucin-producing intraepithelial lesion (SMILE) は細胞質内粘液空胞を有する細胞が重積する病変で, しばしばHSIL, 通常型上皮内腺癌や腺扁平上皮癌と併存する。SMILE を伴った非角化型扁平上皮癌の1例を経験したので, その細胞学的特徴について文献的考察を加え報告する。

【症例】30歳代女性。不正性器出血を自覚し受診。子宮頸部前唇に1cmの腫瘍性病変を指摘された。MRI, CTにて子宮頸癌I B1期と診断され, 腹腔鏡下広汎子宮全摘出術が施行された。

【細胞所見】壊死性及び高度の炎症性背景に, 孤在性~集塊状に多数認められる異型扁平上皮細胞に混在して, 少数だがやや淡明な類円形腫大核を有する異型腺細胞が不規則な重積性を示す集塊として認められた。異型細胞では核クロマチンは微細顆粒状に増加し, 核小体は小型~不明瞭であった。細胞質は淡染性で細胞質内粘液も散見された。

【組織所見】臨床的に指摘された腫瘍性病変は裸核状の異型細胞が充実性ないし流れる様な構造を呈し密に増殖する非角化型扁平上皮癌(pT1b1)であり, 周囲の扁平円柱上皮境界部ではHSIL/CIN3とSMILEが併存して認められた。SMILE部ではmucicarmine陽性の細胞質内粘液が散見され, 一部では篩状構造も見られた。

【まとめ】SMILEはHSIL/CIN3に類似した細胞像, 組織像を呈し, 通常型上皮内腺癌や腺扁平上皮癌と併存することが少なくない。また, 子宮頸部扁平上皮病変と腺病変では予後や臨床的取り扱いが異なる場合があり, 正確な認識が望まれる。

P-2-11 子宮原発IVLBCLの一例

がん研有明病院婦人科¹, がん研究会研究所病理部², がん研有明病院細胞診断部³

○尾松公平(MD)¹, 高澤 豊(MD)², 杉山裕子(MD)¹,
古田則行(CT)³, 的田真紀(MD)¹, 谷川輝美(MD)¹,
岡本三四郎(MD)¹, 加藤一喜(MD)¹,
宇津木久仁子(MD)¹, 金尾祐之(MD)¹,
竹島信宏(MD)¹

【緒言】非Hodgkinリンパ腫(NHL)の節外性リンパ腫に占める女性生殖器原発の頻度は1%に満たない稀な疾患である。今回, 画像診断にて子宮腫瘍を疑い子宮頸部・体部細胞診にて悪性腫瘍を疑い子宮原発intravascular large B-cell lymphoma(以下IVLBCL)と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】75歳。既往歴なし。特記すべき症状なし。ドック健診のPET-CTで集積が子宮底部から前壁筋層に認められ精査目的で紹介受診された。子宮頸部, 体部細胞診を施行され両部位から異型細胞を認め非上皮性腫瘍が疑われた。細胞所見はN/C比大で裸核様の腫瘍細胞が孤立散在性に多数出現, 個々の細胞は核型不整が著明で単核から多核を形成, 核クロマチンは微細であった。悪性腫瘍を疑い腹式単純子宮全摘術, 両側付属器切除が施行された。腹水細胞診陰性。摘出標本の組織学的所見は粗大顆粒状のクロマチンからなる円形核を持ち, 胞体の乏しい大型の異型リンパ球が, 血管内を埋めるように増殖していた。腫瘍は子宮体部および頸部のほぼ全体かつ全層性に大小の血管内に増殖していた。また, 血管周囲間質に浸潤する像も認められた。腫瘍は両側卵巣と卵管周囲の血管内にも認められた。免疫組織化学的に異型リンパ球はCD20陽性, CD3陰性であった。最終診断はIVLBCLで術後, 髄腔内投与を含む抗がん剤治療を8コース施行され, 現在まで再発無く経過されている。

【結語】子宮原発IVLBCLは稀な疾患である。細胞診にて非上皮性の悪性疾患を疑い更なる精査により適切な診断治療が導かれた一例を経験した。

P-2-12 液状化検体細胞診標本における子宮内膜類内膜癌 G1 の細胞集塊の画像解析による検討

弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹⁾, 弘前大学大学院保健学研究科²⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部³⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科⁴⁾

○太田かすみ(その他)¹⁾, 小田嶋広和(CT)²⁾, 堀江香代(CT)¹⁾, 吉岡治彦(CT)¹⁾, 則松良明(CT)³⁾, 矢納研二(MD)⁴⁾, 渡邊 純(MD)¹⁾

【要旨目的】 子宮内膜細胞診で用いられている液状化検体細胞診法(Liquid-based cytology ; LBC 法)による判定方法の1つに OSG 式内膜細胞診判定様式がある。本研究の目的は、子宮内膜細胞診における LBC 法による子宮内膜類内膜癌 G1 の細胞集塊の形態学的特徴を画像解析により明らかにし、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】 ブラシ採取され、LBC 法(SurePath 法)で作製された子宮内膜類内膜癌 G1 の 32 症例(32 標本)の標本中における 30 個以上の腫瘍細胞からなる細胞集塊を対象とし、6 項目(1 cm² あたりの集塊出現数、集塊の重積層数、集塊面積、集塊外周長、集塊真円度、集塊複雑度)について画像解析を行い検討した。画像解析は、対象の細胞集塊をバーチャルスライド作成装置 TOCO(CRARO 社)で撮影し、層数は ImageJ の Image sequence 機能を用いて測定、その他の項目については Photoshop のマグネット選択ツールを用いて測定して解析した。

【結果】 1.1 cm² あたりの集塊出現数の中央値は 983 個、2. 集塊の重積層数は中央値が 3.0 層、3. 集塊面積の中央値は 11166.49 μm²、4. 集塊外周長の中央値は 547 μm、5. 集塊真円度の中央値は 0.50、6. 集塊複雑度の中央値は 25.0、以上であった。

【結論】 細胞集塊は診断に足る数とサイズを有していた。さらに、OSG 式内膜細胞診判定様式で第一ステップの着目点となる層数については、3 層以上の重積が確認された。以上より、ブラシ採取による LBC 法は、子宮内膜細胞診で有用であると考えられた。

P-2-13 子宮体癌における KRAS 変異の意義

札幌医科大学産婦人科

○松浦基樹(MD), 西村庸子(MD), 玉手雅人(MD), 寺田倫子(MD), 郷久晴朗(MD), 岩崎雅宏(MD), 齋藤 豪(MD)

子宮体癌では KRAS 変異が約 22% に認められ、特にマイクロサテライト不安定性型や低コピー数異常型の症例で頻度が高いとされている。しかし KRAS 変異が子宮体癌発生にどのように関与しているのかは明らかではない。今回、我々は LBC 検体を用いた遺伝子解析において KRAS 変異を認めた症例に関して検討した。

子宮内膜ブラシで採取した LBC 検体の余剰検体(2 ml)を用いて子宮体癌 20 例、子宮頸部腺癌 1 例の遺伝子解析を行った。21 例のうち、子宮体癌 3 例では変異を検出しなかったが、18 例では遺伝子変異を認めた。18 例のうち、3 例で KRAS 変異を認めたが、これらの症例ではいずれも PTEN あるいは PIK3CA 遺伝子にも病的変異が併存していた。また子宮内に腫瘍性病変を認めなかった 24 例のうち、1 例で KRAS 遺伝子に病的変異(G12D)を認めた。この症例では子宮鏡などで精査を行ったが明らかな腫瘍性病変を認めず、正常子宮内膜における KRAS 変異と考えられた。cBioPortal(公共データベース)に登録された子宮体癌の情報を検討したところ、KRAS 変異あり症例(63 例)は変異なし症例(483 例)と比較すると予後が良好な傾向があり、年齢も若い傾向があった。近年、子宮内膜ポリープや正常子宮内膜に KRAS の体細胞変異を検出した、との報告が散見されており、我々の検討も含め、KRAS 活性化を伴う腫瘍群と伴わない腫瘍群では、発生メカニズムや細胞生物学的特性が異なる可能性があることが示唆された。

LBC 検体を用いた遺伝子解析において KRAS 変異を認めた 4 例について検討を行った。今後は解析対象者をさらに増やし、KRAS 変異の意義に関して検討していきたい。

P-2-14 子宮内膜癌細胞におけるタイト結合分子 claudin-2 の関与

札幌医科大学産婦人科¹⁾, 室蘭日鋼記念病院産婦人科²⁾, 札幌医科大学フロンティア医学研究所細胞科学部門³⁾

○郷久晴朗(MD)¹⁾, 嶋田浩志(MD)²⁾, 玉手雅人(MD)¹⁾, 秋元太志(MD)¹⁾, 西村庸子(MD)¹⁾, 寺田倫子(MD)¹⁾, 松浦基樹(MD)¹⁾, 岩崎雅宏(MD)¹⁾, 小島 隆(PhD)³⁾, 齋藤 豪(MD)¹⁾

【背景】子宮内膜癌においていくつかのタイト結合分子の発現異常が報告されている。特に組織型により type I では claudin-2, type II では claudin-1 の高発現が知られているがその機序は不明である。claudin-2 は肺腺癌では癌細胞の増殖への関与が示唆され、さらに抗腫瘍効果のあるヒストン脱アセチル化酵素(HDAC)阻害剤処置による claudin-2 の発現低下および増殖能の抑制効果が知られている。

【方法】今回我々は、claudin-2 を高発現している子宮内膜癌細胞株(Sawano)を用いて、HDAC 阻害剤および高 glucose 培地を処置して、claudin-2 の発現変化と上皮バリア、細胞浸潤、細胞遊走の関係を検討した。

【結果】1. 汎 HDAC 阻害剤 tricostatin A および HDAC1 特異的阻害剤処置により claudin-2 の低下とともに上皮バリアおよび細胞遊走の亢進、細胞浸潤の低下がみられた。2. 高 glucose 培地を処置した細胞を DNA アレーで遺伝子変化を検索したところ、claudin-2 の低下、増殖因子である AREG の亢進がみられた。claudin-2 の低下した高 glucose 培地処置細胞の上皮バリアおよび細胞遊走の亢進、細胞浸潤の低下も認められた。3. siRNA を用いて特異的に claudin-2 を発現低下させたところ、同様の変化が確認できた。

【結論】claudin-2 を過剰発現させると類内膜癌の悪性化がすすみ、糖代謝を介していた。HDAC 阻害剤による claudin-2 の発現低下が類内膜癌治療に有効となる可能性がある。

P-2-15 子宮内膜原発扁平上皮癌の1例

湘南鎌倉総合病院

○大沼一也(MD), 井上裕美(MD), 手島伸一(MD), 小保方和彦(CT), 程島 就(CT), 千野秀教(CT), 石井彩奈恵(CT)

【Introduction】 Endometrial squamous cell carcinoma (EMSQC) is extremely rare, accounting for less than 1% of the uterine corpus malignancies. The common clinical presentations include bleeding and discharge. We report a case of EMSQC presented with abnormal Papanicolaou cervicovaginal smear (Pap smear) which led to the diagnosis.

【Case】 A 74 year-old woman was referred to our institution for investigation of abnormal Pap smear. Cervical biopsy suggested endocervical glandular dysplasia, and ultrasound demonstrated a small amount of fluid collection in the endometrial cavity. Repeat Pap smear and endometrial smear also showed the cytologic findings of ASC-H. MRI demonstrated findings suggestive of pyometra, multiple uterine myomas, and adenomyosis. Endometrial biopsy was taken and revealed atypical squamous epithelium with hemorrhage and inflammation. For definitive diagnosis and treatment, total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was performed. Histopathologic examination revealed EMSQC extending through the myometrium with involving the right adnexal and appendix. Because of her age and comorbidity, further treatment was not indicated. She developed local tumor recurrence and liver metastasis with right hydronephrosis in five months after the surgery and died of systemic infection and intestinal bleeding.

【Comments】 EMSQC may be detected with abnormal Pap smear. Although it is an extremely rare entity, it should be a diagnostic consideration in patients, particularly elderly women with abnormal Pap smear and unremarkable uterine cervix.

P-2-16 術前に卵黄囊腫瘍が疑われた子宮体部脱分化癌の 1 例

日本大学医学部産科婦人科学教室¹, 日本大学医学部附属板橋病院臨床検査部病理検査室², 日本大学医学部病理学教室³, 日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野⁴

○武谷千晶(MD)¹, 仲尾岳大(MD)¹, 春日晃子(MD)¹, 佐藤美紀子(MD)¹, 千島史尚(MD)¹, 関 利美(CT)², 本間 琢(MD)³, 増田しのぶ(MD)⁴, 川名 敬(MD)¹

【緒言】子宮内膜の脱分化癌は、未分化癌成分に加え、Grade1, 2 に相当する類内膜癌を含む癌であり、予後不良な疾患であるうえ、診断が困難である。今回我々は、術前に卵黄囊腫瘍が疑われた子宮体部脱分化癌の一症例を経験したので報告する。

【症例】症例は 63 歳, G2P2, 閉経 56 歳。不正出血を主訴に前医を受診し、子宮内膜組織診にて淡明な細胞質を有する腫瘍細胞がみられ、AFP が一部陽性であり、子宮体部胚細胞性腫瘍の疑いにて当院へ紹介受診となった。当院での細胞診では内膜細胞診では大型の重積性集塊や乳頭状構造を多数認め carcinoma の診断で陽性であり組織型の推定が困難であった。子宮体部悪性腫瘍の診断にて根治手術を施行した。摘出した子宮体部に約 14cm 大の腫瘍を認め、浸潤はほぼ漿膜表面に達していた。類円形小型核と明るい細胞質をもつ裸核様の腫瘍細胞を認めたが、積極的に胚細胞性腫瘍を疑う所見はみられなかった。免疫染色では EMA, CK7, CK2 が陽性, synaptophysin, chromogranin A, CD56, ER, PgR, vimentin および AFP は陰性であった。このほか明らかな癒合腺管構造で増殖する類内膜癌 Grade2 成分を認め、最終的に dedifferentiated carcinoma, FIGO Stage IV B (pT4bNxM0) の診断であった。

【まとめ】脱分化癌は未分化の部分が高分化の類内膜癌、神経内分泌癌、間質肉腫などと鑑別困難である。今回は子宮体部卵黄囊腫瘍が疑われ術前の組織型推定に難化した稀な症例であるため報告した。

P-2-17 子宮体部脱分化癌 (Dedifferentiated carcinoma) の 1 例

杏林大学医学部付属病院病院病理部¹, 杏林大学医学部附属病院産婦人科学教室², 杏林大学医学部付属病院病理学教室³

○田邊一成(CT)¹, 岸本浩次(CT)¹, 坂本憲彦(CT)¹, 市川美雄(CT)¹, 鈴木 瞳(CT)¹, 野口由香(CT)¹, 川上真理子(CT)¹, 西ヶ谷順子(MD)², 小林陽一(MD)², 長濱清隆(MD)³, 柴原純二(MD)³

【はじめに】子宮体部原発の悪性腫瘍は類内膜癌が 70~80% を占める。今回我々は、病理組織診断にて脱分化癌 (Dedifferentiated carcinoma) と診断した 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代, 2 経妊 1 経産, 不正出血で近医受診後、子宮体癌が疑われ当院紹介受診となった。CT では子宮体部から頸部内腔を占拠する 10cm の腫瘍を認め子宮内膜癌が疑われた。子宮頸部・内膜細胞診, 準広汎子宮全摘術が施行され Dedifferentiated carcinoma と診断された。

【細胞所見】子宮頸部及び内膜細胞診ともに、核形不整、多核など著しい異型を有する異型細胞を散在性に認めた。クロマチンは細顆粒状で核小体は大型で 1~2 個目立つ。また、核分裂像が多数認められた。明らかな腺管形成は認めず、未分化な悪性腫瘍が疑われた。

【組織所見】12 cm の内向性腫瘍を認め、髄様に増殖する分化度の低い未分化な腫瘍を認め rhabdoid な腫瘍細胞が目立つ。一部で Endometrioid carcinoma G1 相当が混在する。免疫染色で、未分化な領域が BRG1 (SMARCA4) 陰性であった。

【考察】脱分化癌は、2014WHO で新たに分類された分化型類内膜癌に未分化癌が混在する組織型である。子宮体癌の 0.25% という報告があり、その報告例は少ない。本症例は腹水にも異型細胞を認め、免疫染色にてこれらの異型細胞は BRG1 (SMARCA4) が陰性となったことから、腹水には未分化な成分が出現していたと考えられる。本疾患は極めて予後不良の疾患であり、子宮内膜腫瘍の鑑別診断として念頭に置くべき疾患である。

P-2-18 絨毛癌との鑑別に難渋した胞状奇胎の1例

寿泉堂総合病院産婦人科¹⁾, 福島県立医科大学産科婦人科学講座²⁾

○遠藤雄大(MD)¹⁾, 古川茂宜(PhD)²⁾, 佐藤 哲(MD)²⁾, 添田 周(PhD)²⁾, 渡辺尚文(PhD)²⁾, 鈴木博志(PhD)¹⁾, 藤森敬也(PhD)²⁾

症例は54歳, 4妊2産。最終妊娠は28年前で生児を出産している。月経は1年ほど前から不順であり, 3か月前を最後に発来していなかった。不正性器出血, 嘔気を主訴に近医を受診し, CTで子宮腫大を認めたため, 当科へ紹介となった。経膈超音波で子宮内を占拠する腫瘍性病変を認めた。子宮内膜細胞診で核異型を伴うトロホプラストを認め, 絨毛癌を疑い, 陽性と診断した。血中hCGは318,000 mIU/mLであり, CA125, CEA, CA19-9の上昇は認めなかった。全身CTで明らかな子宮外病変, 遠隔転移を認めず, 臨床的絨毛癌スコア10点から臨床的絨毛癌と診断し, 全身化学療法を開始したが, 発熱を認めた。血液塗抹標本でレンサ球菌を認め, 敗血症と診断し, 抗菌薬加療を開始したが, 翌日に血小板減少と凝固異常を認めた。子宮内感染に伴うDICと判断し, 腹式単純子宮全摘術, 両側付属器摘出術を施行した。子宮内は肉眼的に2mmを超える多数の小嚢胞からなる腫瘍性病変が充満していた。組織学的に水腫状の絨毛とトロホプラストの増生を認め, 胎児成分は認めず, 全胞状奇胎と診断した。術後, 抗菌薬加療を継続し, DICの改善を認めた。術後hCGの低下を認め, 経過順調型であることから経過観察としている。近年, 胞状奇胎に対しては診断的治療として子宮内容除去が行われることが多い。また絨毛癌は臨床的に診断され, 病理診断を経ずに全身化学療法が施行されることが少なくない。このような背景から絨毛性疾患の細胞診に触れることは少ない。子宮内膜細胞診の所見から絨毛癌を疑い, 子宮摘出により全胞状奇胎と診断した1例を経験したため報告する。

P-2-19 術中迅速診断時に卵巣捺印細胞診の併用が有用であった卵黄囊腫瘍の一例

一般財団法人竹田健康財団竹田総合病院病理診断科

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

【はじめに】卵黄囊腫瘍は10~30歳代の若年者に多く発生する悪性腫瘍である。今回, 術中迅速診断時に卵巣捺印細胞診を併用したことで, 卵黄囊腫瘍が推定可能であった一例を経験したので報告する。

【症例】26歳女性。激しい腹痛を主訴に近医を受診, 腹部エコーにて右卵巣付近に腫瘍を指摘され当院婦人科紹介となった。CTで右卵巣に20×10×10cmの嚢胞性腫瘤を指摘された為, 手術となり術中腹水細胞診および術中組織診が施行された。

【細胞像】腹水では, 核クロマチンの増量と核形不整を示し, 比較的淡明な細胞質を有する異型細胞がシート状集塊や球状集塊で見られ, 明細胞癌などの腺癌を推定した。しかし, 迅速組織診で提出された腫瘍断面が明細胞癌の特徴とは異なった性状を呈した為, 捺印細胞診を追加実施した所, 壊死を背景に腹水の細胞像よりも核異型が強く, 好酸性硝子様小球(PAS反応陽性)が見られる等の多彩な細胞像を示した。これらの細胞所見を総合的に判断し, 卵黄囊腫瘍を推定した。後日, 腫瘍捺印標本で免疫組織化学染色を実施し, AFPおよびSALL4陽性の結果が得られた。

【組織像】細胞異型の強い立方形ないし扁平な形状を示す異型細胞が, 網目状, 類洞状を示し, 血管周囲に腫瘍細胞が配列するSchiller-Duval bodyやPAS反応陽性を示す好酸性硝子球様小体が見られた。また, 免疫組織化学染色にてAFPおよびSALL4陽性像が確認された。

【まとめ】卵黄囊腫瘍は一部で明細胞癌と類似の細胞像を示す為, 鑑別に苦慮する場合がある。今回は, 腫瘍捺印を併用したことで特徴的な細胞像を捉えることができ, 組織型推定に有用であった。

P-2-20 セルトリ・ライディッヒ細胞腫の 1 例

川口市立医療センター検査科病理¹⁾, 川口市立医療センター病理診断科²⁾

○今村尚貴(CT)¹⁾, 須賀恵美子(CT)¹⁾, 内田真仁(CT)¹⁾, 鈴木忠男(CT)¹⁾, 松永英人(CT)¹⁾, 三俣昌子(MD)²⁾, 坂田一美(MD)²⁾, 山本雅博(MD)²⁾, 生沼利倫(MD)²⁾

【はじめに】セルトリ・ライディッヒ細胞腫は WHO 分類第 4 版にて混合型性索間質性腫瘍に分類され, 卵巣腫瘍全体の 0.5% に満たない稀な腫瘍である。今回我々は術中迅速にて提出された卵巣腫瘍の擦過細胞像を提示して報告する。

【症例】40 歳代女性。腹痛・下痢を主訴に近医受診。腹部腫瘍の疑いにて当院紹介。受診時 CT 所見ではダグラス窩に約 10 cm 大の充実部を含む多嚢胞性腫瘍が認められ, 卵巣癌疑いにて手術が行われた。

【細胞所見】きれいな背景に, 裸核様の細胞が散在性もしくは腺腔様構造を有する集塊, 島状の細胞集塊で豊富に見られた。裸核様細胞の核クロマチンは微細で核小体が比較的明瞭, 核溝が目立った。これらの所見より術中迅速時には, 顆粒膜細胞腫やセルトリ・ライディッヒ細胞腫等の性索間質性腫瘍を疑った。

【組織所見】腫瘍細胞の多くはセルトリ細胞に類似した管状構造と紡錘形細胞による充実性構造を示し, 淡明な好酸性細胞質と類円形核を有するライディッヒ様の細胞が少量見られた。核分裂像は 3/10HPF 程度を示した。

【免疫組織化学的所見】inhibin- α , calretinin, AE1/AE3 (一部) に陽性を示し, EMA は陰性であった。以上の所見より, 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】極めて稀なセルトリ・ライディッヒ細胞腫の 1 例を経験した。細胞像と組織像, 文献的考察をふまえて報告する。

P-2-21 プレンナー腫瘍を背景とした卵巣扁平上皮癌の一例

日本医科大学付属病院病理部¹⁾, 日本医科大学解析人体病理学²⁾, 日本医科大学付属病院女性診療科³⁾, 日本医科大学付属病院病理診断科⁴⁾, 日本医科大学武蔵小杉病院病理部⁵⁾

○青木真莉菜(CT)¹⁾, 釜口晴美(CT)¹⁾, 松原美幸(CT)¹⁾, 寺崎美佳(MD)²⁾, 山本晃人(MD)³⁾, 呉 壮香(MD)⁴⁾, 大橋隆治(MD)⁵⁾, 寺崎泰弘(MD)⁴⁾, 坂谷貴司(MD)⁴⁾, 石井英昭(MD)¹⁾

【はじめに】卵巣扁平上皮癌は非常に稀で, 発生母地としては成熟奇形腫, 類内膜腺癌, プレンナー腫瘍などを背景とすることが多い。今回我々は, 卵巣腫瘍の大半が角化を伴う扁平上皮癌で占められ, 背景にプレナー腫瘍を認めた 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代女性 (0 経妊, 0 経産, 閉経後 1 年), 下腹部痛を主訴に前医を受診し, MRI にて径 14 cm 大の右卵巣腫瘍を指摘され, 子宮全摘, 両側付属器, 大網および所属リンパ節切除が行われた。外科的切除時に, 腫瘍捺印細胞診および術中腹水細胞診が施行された。

【細胞所見 (腫瘍捺印細胞診)】壊死性背景に扁平上皮への分化が疑われる相互封入像を示す異型細胞集塊や角化細胞を認めた。また, 類円形核で核溝を一部に有し, 粗顆粒状のクロマチンパターンで核小体を伴う異型細胞を層状の重積性集塊から孤立性に認めた。なお, 術中腹水細胞診は陰性であった。

【組織所見】13×12×9 cm 大の充実性腫瘍で, 著明な角化を伴う異型扁平上皮細胞の増生が主体を占めていた。一部に境界悪性～悪性プレナー腫瘍と思われる尿路上皮癌様の線維血管間質を有する異型細胞の乳頭状増生がみられ, 更に近接して線維性間質を背景に walthard cell nest 様の小胞巣が散見する良性プレナー腫瘍の像もみられた。

【考察】卵巣原発の扁平上皮癌は極めて稀で, 多くは成熟奇形腫背景である。しかし本症例では, 腫瘍捺印細胞診所見で角化を示す異型細胞の集塊に混在して, 核溝を有する類円形核を示す異型細胞が散見された。これらの所見を念頭に置けば細胞像からプレナー腫瘍を背景とする扁平上皮癌を推定しようと考えた。

P-2-22 卵巣 Microcystic stromal tumor の一例

がん・感染症センター東京都立駒込病院病理科¹⁾, がん・感染症センター東京都立駒込病院婦人科²⁾, がん・感染症センター東京都立駒込病院放射線診療科³⁾

○宮里祐子(MD)¹⁾, 外岡暁子(MD)¹⁾, 山田 倫(MD)¹⁾, 船田信顕(MD)¹⁾, 吉野育典(MD)²⁾, 伊藤光弘(CT)¹⁾, 宮田清美(CT)¹⁾, 浅見英一(CT)¹⁾, 山下詠子(MD)³⁾, 八杉利治(MD)²⁾, 比島恒和(MD)¹⁾

症例は 62 歳女性。検診を契機に肺癌(小細胞癌ⅢA期)と診断された。全身検索のために行った MRI で、左付属器に T2 強調画像で低信号を呈し、高度の拡散制限および強い造影増強効果を示す 32 mm 大の腫瘤を指摘された。臨床的に顆粒膜細胞腫、硬化性間質性腫瘍、胚細胞性腫瘍等が考えられ、両側付属器切除術が施行された。肉眼的に、左卵巣内に最大径 30 mm 大で境界明瞭な赤褐色分葉状の病変を認めた。組織学的には、類円形核と豊かな細胞質を有する腫瘍細胞がびまん性に増殖する像を主体とし、大小の嚢胞や硝子化した膠原線維が混在する像を認め、免疫組織化学的に CD10 陽性、 β -catenin の核内集積像を示した。以上より Microcystic stromal tumor と診断した。腫瘍捺印細胞診では、小嚢胞構造を伴う細胞集塊が採取されており、類円形核で大小不同がみられるものの、N/C 比は低くクロマチンは顆粒状で均等に分布し、小さい核小体を数個有する細胞が少数みられた。核溝はみられなかった。卵巣 Microcystic stromal tumor は 2009 年に Irving らによって提唱された性索間質性腫瘍の概念で、組織学的に小嚢胞、細胞成分、線維性間質が混在することが特徴である。捺印標本では、異型に乏しい比較的均一な円形細胞が小嚢胞構造を伴ってみられることが特徴であり、この点が他の腫瘍との鑑別点と考えられたが、本腫瘍を含め性索間質性腫瘍そのものの症例数が少なく細胞所見についての知見が乏しい。組織像との対比および顆粒膜細胞腫などの鑑別疾患の所見との比較を行い、文献的考察を加え報告する。

P-2-23 約 40 年後に再発した、診断に苦慮した成人型顆粒膜細胞腫の 1 例

岐阜大学医学部附属病院病理部¹⁾, 岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²⁾

○川村勇人(CT)¹⁾, 中川 篤(CT)¹⁾, 片桐恭雄(CT)¹⁾, 岩田明子(CT)¹⁾, 水野加織(CT)¹⁾, 安藤咲恵(CT)¹⁾, 北野素子(CT)¹⁾, 佐々木健太(CT)¹⁾, 酒々井夏子(MD)¹⁾, 波多野裕一郎(MD)²⁾, 金山知弘(MD)²⁾, 原 明(MD)²⁾, 宮崎龍彦(MD)¹⁾

【緒言】成人型顆粒膜細胞腫(以下、AGCT)は卵巣性索間質性腫瘍の一つで、全卵巣腫瘍の約 1% を占める。悪性度の解釈が問題となる病変で、20~30% が再発し、晩期再発することもある。今回、我々は約 40 年後に後腹膜に再発した AGCT の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。他院で右卵巣腫瘍手術の既往歴があるが、詳細は不明であった。腹痛を契機に十二指腸付近に腫瘤を指摘され、当院紹介受診した。胸部 CT で十二指腸水平脚尾側に 55×40 mm 大の腫瘤、左卵巣に 55 mm 大の嚢胞性病変が認められた。後腹膜腫瘤に対して EUS-FNA 後に、外科的切除が行われた。

【細胞所見】きれいな背景に結合性の緩い腫瘍細胞を認めた。腫瘍細胞は比較的小型均一で N/C 比が高く、核クロマチンが増量していた。核には明らかなコーヒー豆様の核溝を認めなかった。

【組織所見】類円形核を持つ腫瘍細胞が充実胞巣状、島状、索状に増生し、Call-Exner body や核溝が散見された。免疫組織化学にて、腫瘍細胞の Ki-67 陽性細胞率は高い所で約 5% であった。FFPE からの遺伝子解析で、FOXL2 遺伝子の点変異(c. 402C>G)を認めた。

【結語】今回我々は、診断に苦慮した AGCT を経験した。AGCT は、免疫組織化学で他の性索間質性腫瘍と区別できないこともあり、特徴的な細胞像や組織像を得られない場合、疾患特異的遺伝子の変異検索が確定診断に重要である。卵巣外病変のような本例では、臨床経過を検鏡前に把握することも有効であると考えた。

P-2-24 27 年後の胸壁再発が疑われた卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例

弘前大学医学部附属病院病理部¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座²⁾, 青森県立中央病院病理部³⁾, 弘前大学医学部附属病院産科婦人科⁴⁾

○藤田大貴(CT)¹⁾, 小島啓子(CT)¹⁾, 熊谷直哉(CT)¹⁾, 岡田壮士(CT)¹⁾, 川村麻緒(CT)¹⁾, 小林弘実(CT)¹⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 黒滝日出一(MD)³⁾, 二神真行(MD)⁴⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾

【はじめに】卵巣の漿液性境界悪性腫瘍(serous borderline tumor: SBT)は, 卵巣外病変として腹腔内にインプラントやリンパ節転移を伴うが, 極めて稀に腹腔外に病変がおよぶことがある。今回, 胸壁の多発病変を経験したので報告する。卵巣腫瘍の術後 27 年が経過していたため, 迅速細胞診を見るまでは SBT の可能性はほとんど想定外であった。

【症例】50 代女性, 27 年前に SBT(Ⅲ期)に対して, 子宮・付属器・大網切除, 化学療法が施行され, 再発なく経過していた。40 代から関節リウマチでメソトレキセートを内服中, CA125 高値となり, 全身検索で右胸壁, 左胸膜に多発腫瘍が見つかった。悪性リンパ腫や癌の転移が疑われ, CT ガイド下で迅速細胞診および生検が行われた。

【細胞所見】不整重積を伴う乳頭状集塊が, 柵状配列や砂粒小体を伴って認められた。細胞は円柱状・類円形, 核は小型で軽度の不整と微細なクロマチンを示していた。免疫染色では TTF-1(-), PAX8(+)であった。以上の所見より, 腺癌の転移, 特に婦人科領域からの転移を推定した。

【組織所見】中等度の核異型を示す円柱状・立方状細胞が, 階層状分岐を示しながら乳頭状に増殖していた。砂粒小体もみられた。免疫染色で TTF-1(-), PAX8(+), ER(+), MIB-1 約 5%であった。以上の所見は, 27 年前の SBT と同様であった。

【まとめ】形態および免疫染色結果からは SBT 再発が疑われるが, 胸壁という部位や 27 年という間隔は非典型的である。SBT の病態にはなお不明な点があるため, 細胞診断においても SBT の既往の把握が重要である。

P-2-25 卵巣原発の肉腫成分の過剰増殖を伴った腺肉腫の一例

関西労災病院中央検査部¹⁾, 関西労災病院病理診断科²⁾, 関西労災病院産婦人科³⁾

○原沙由美(CT)¹⁾, 杉生憲二(CT)¹⁾, 山根三千秋(CT)¹⁾, 吉野龍一(CT)¹⁾, 永野輝明(MD)²⁾, 後藤孝吉(MD)²⁾, 朴 鐘建(MD)²⁾, 山下美智子(MD)³⁾, 伊藤公彦(MD)³⁾, 吉村道子(MD)²⁾

【はじめに】卵巣を原発とする腺肉腫は稀な疾患である。今回我々は, 卵巣原発の肉腫成分の過剰増殖を伴った腺肉腫の一例を経験したので考察を加えて報告する。

【症例】70 歳代後半, 女性(G0, 54 歳閉経)。腹部膨満感, 排便回数増加を主訴に近医受診。MRI, CT にて骨盤内腫瘍, 胸腹水貯留を認め, 精査目的で当院に紹介受診。PET にて卵巣癌を疑ったが, 胸腹水細胞診では明らかな悪性細胞を認めず, 試験開腹生検術施行後, 腹式単純子宮全摘術, 両側付属器摘出術, 大網部分切除術及び腹膜播種病変切除術が施行された。

【細胞所見】壊死性背景に, 小型円形核を有する細胞が配列の整った管状集塊ないしシート状集塊で出現しており, また細胞異型の乏しい類円形～短紡錘形核の裸核細胞を散在性に多数認めた。

【肉眼所見】左卵巣は 15 cm 径, 右卵巣は 5 cm 径と腫大し, 一部出血を伴うやや軟らかい灰白色充実性腫瘍を認めた。大網と腹膜に播種を疑う数 mm 大の結節性病変を認めた。

【組織所見】両側卵巣腫瘍は軽度異型を伴う不整形の腺管増生と, 腫大核を有する内膜間質様細胞の増生からなる組織像であった。上皮成分には癌に相当する異型は認めなかった。間葉系成分は, 免疫染色にて ER(+), CD10(+), SMA(一部+)を示す低悪性度の子宮内膜間質肉腫に類似する所見が主体であるが, 一部に核分裂像の増加と異型の強い細胞の密な増殖がみられ, 肉腫成分の過剰増殖を伴った腺肉腫と診断した。大網と腹膜には肉腫成分のみからなる播種を認めた。

【まとめ】卵巣原発の腺肉腫の一例について捺印細胞診を得たので報告する。

P-2-26 子宮頸部細胞診で腺癌と診断したが、原発巣の同定に苦慮した卵管癌の1例

岐阜市民病院病理診断科¹⁾, 木沢記念病院病理診断科²⁾

○餌取文昌(CT)¹⁾, 松山昌史¹⁾, 丹羽理代子¹⁾,
大橋明香¹⁾, 榊間利政¹⁾, 宮前里奈¹⁾,
河口尚未¹⁾, 渡部直樹¹⁾, 田中卓二¹⁾,
山田鉄也²⁾

【はじめに】卵管癌は発生頻度が婦人科悪性腫瘍の0.3～1.1%とされる稀な腫瘍である。今回我々は、子宮頸部細胞診で腺癌と診断したが、原発巣の同定や治療方針の決定に苦慮した1例を経験したので報告する。

【症例】40代、女性。検診で右肺上葉に結節影を指摘された。当院呼吸器内科を受診し、経気管支生検にて上皮内腺癌と診断された。PET・CT検査で腹部傍大動脈リンパ節にFDGの集積がみられたため、EUS-FNAが施行された。組織診と細胞診で腺癌の像を認めたが、肺生検の組織像と乖離があるため肺以外の原発巣の存在が推測された。全身検索の過程で子宮頸部細胞診において子宮頸部外の腺癌の存在が示唆される細胞像を認めた。子宮体部の精査を希望したものの頸管閉塞のため検索不能であった。画像上、子宮、卵巣、卵管に病変を同定できなかったため、十分なインフォームドコンセントの元に原発巣同定のため開腹手術が施行された。開腹時、腹水は認めなかったが、腹腔洗浄液中に腺癌細胞を認めた。術中迅速組織検査で子宮と卵巣に悪性所見を認めなかった。しかし、永久標本による組織検査で右卵管采に腫瘍を認めた。

【子宮頸部細胞診所見】きれいな背景の中に核クロマチンの増量や核小体の明瞭化を認める異型細胞が核密度の高い集塊を形成して出現していた。

【右卵管采組織所見】右卵管采には6mm大の結節を認め、明瞭な核小体を有する腫瘍細胞が乳頭状に増殖しており、傍大動脈リンパ節の組織像と類似していた。

【考察】子宮頸部細胞診で子宮頸部外の悪性腫瘍の存在が推測され、画像上原発部位を同定できない場合は、卵管癌も考慮する必要があると考えられた。

P-2-27 子宮頸部細胞診異常(AIS)を発端に診断された腹膜播種を伴う腹膜癌の1例

京都府立医科大学産婦人科

○森 泰輔(MD), 寄木香織(MD), 古株哲也(MD),
片岡 恒(MD), 黒星晴夫(MD), 北脇 城(MD)

【諸言】子宮頸部細胞診で異常を指摘されるも組織診断として明らかな悪性所見を認めないまま経過観察し、3ヶ月後再検したところ進行した腹膜播種病変を呈した腹膜癌の1例を経験したので報告する。

【症例】62歳、未妊。55歳時より更年期症候群と診断され、ホルモン補充療法を施行されていた。子宮頸部細胞診でAISを診断され、当院紹介初診。内診・経膈超音波では子宮・付属器は正常大、子宮内膜厚は5.5mmであった。子宮頸部細胞診ではadenocarcinoma、コルポ下生検ではcervicitisであった。子宮内膜全面搔爬術ではatypical cellを認めたが明らかな悪性所見は認めなかった。MRIおよびPET-CT検査では異常所見を認めなかった。以上より悪性組織所見や器質的疾患を認めなかったため、嚴重に経過観察していく方針とした。3ヶ月後の子宮頸部細胞診および内膜組織診ではadenocarcinomaと診断された。また、MRI検査では子宮・付属器は正常であったが、PET-CTでは、大網にFDG集積を伴う不整軟部影の出現を認め、大網への転移を疑った。以上より子宮体癌あるいは卵巣/卵管・腹膜癌を疑い、手術(腹式単純子宮全摘+両側付属器切除+大網全摘+横行結腸半切除術)を施行した。大網にはFDG集積に一致して腫瘍による大網ケーキを認めた。直腸・小腸、肝表面に最大径1cmの播種結節を無数に認めた。病理診断は、HGSC (high grade serous adenocarcinoma) であり、両側卵管内にSTIC病変を認めた。腹膜癌IIIC期と診断し、現在dose-dense TC療法を施行している。

【結語】子宮頸部細胞診が診断の契機となったが、組織診や画像検査により病変が同定できなければ、積極的に治療的介入を行うことは困難である。STICを併存するHGSCを早期に診断することは極めて難しく、最適な診断方法や治療方法の確立が望まれる。

P-2-28 子宮頸がん検診を契機に発見された腹膜癌の一例

トヨタ記念病院臨床検査科¹⁾, トヨタ記念病院病理診断科²⁾

○市川規子(CT)¹⁾, 小笠原将人(CT)¹⁾, 吉森之恵(CT)¹⁾, 竹田美帆(CT)¹⁾, 佐原晴人(CT)¹⁾, 鈴木良典(CT)¹⁾, 澁谷 亮(MD)²⁾, 北川 諭(MD)²⁾

【はじめに】腹膜癌は腹水貯留による腹部膨満を契機に発見されることが多い。今回、自覚症状無く子宮頸がん検診を契機に診断された1例を経験した。

【症例】60代女性。子宮頸部細胞診にてAGCと判定され、精査の為に当院受診した。当院での細胞診では子宮頸部は陰性と判定され、子宮内膜に異型腺細胞が認められた。卵巣は両側とも正常大であり、腹水は指摘されなかった。内膜は厚さ7mmでポリープを認めた。PET/CTでは横行結腸にFDGの異常集積を認めたが、内視鏡検査で明らかな病変を指摘できなかった。複数回の子宮頸部及び内膜の組織診では悪性所見は認められなかった。卵管癌等の悪性疾患を否定できない為、腹腔鏡下検索を行ったところ、左Douglas窩を中心に播種様結節を認めた。腹膜結節の術中迅速の組織診にて腺癌を認め、子宮及び両側付属器摘出と横行結腸切除術が施工された。

【検診子宮頸部細胞診】傍基底型扁平上皮細胞に混じり、異型腺細胞が小集塊で極少数出現していた。胞体内に空胞を有し、核偏在、核の大小不同、クロマチン増量を認めた。

【子宮内膜細胞診】萎縮性内膜に混じり、上記と同様の異型腺細胞が球状集塊で多数出現していた。腺癌を疑う像と考えた。

【手術材料組織診断】横行結腸に2.5cmの腫瘍を認め、子宮や付属器、横行結腸の漿膜側に4mm未満の播種を認めた。腫瘍部には主に小型充実性胞巣を形成する高異型度漿液性癌を認め、腹膜癌と診断した。

【まとめ】子宮頸部細胞診において異型腺細胞を認めた際には、稀ではあるが腹膜癌も念頭に置く必要があると思われた。

P-2-29 大腸癌腔転移の診断に細胞診が有効であった1例

公益財団法人がん研究会有明病院婦人科¹⁾, 公益財団法人がん研究会有明病院細胞診断部²⁾, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部³⁾

○野村秀高(MD)¹⁾, 西村宙起(MD)¹⁾, 青木洋一(MD)¹⁾, 谷川輝美(MD)¹⁾, 的田真紀(MD)¹⁾, 岡本三四郎(MD)¹⁾, 尾松公平(MD)¹⁾, 金尾祐之(MD)¹⁾, 加藤一喜(MD)¹⁾, 宇津木久仁子(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)²⁾, 高澤 豊(MD)³⁾, 竹島信宏(MD)¹⁾

腔に発生する悪性腫瘍はその3割が原発であるが、7割は転移性腫瘍である。腔の悪性腫瘍を認めた場合には、転移性腫瘍も念頭に置いた検索が必要である。腔の転移性腫瘍のうち、最も頻度が高い原発臓器は大腸である。今回我々が経験した症例は64歳の女性である。61歳時に直腸癌、肺転移(cT3N1M1, Stage IV)と診断され、低位前方切除術、胸腔鏡下右中葉切除、下葉S6, S8合併切除を行い、術後補助化学療法を施行された。化学療法終了後半年頃から不正性器出血を自覚していたが放置していた。さらに1年後、陰部の疼痛と出血増加を自覚したため当科初診となった。視診上、腔入口部右後壁に15mm大の易出血性の病変を認めた。悪性腫瘍を疑い、綿棒による擦過細胞診を施行した。さらに、同部位は出血しても圧迫可能な位置であったため組織診も同時に施行した。同時に行った子宮頸部・内膜細胞診では異常を認めず、腫瘍からの擦過細胞診にて炎症細胞と共に、核・核小体の腫大した悪性細胞を集塊状に認めた。柵状・腺腔状の小型集塊、大型集塊を認めており、大腸癌由来の悪性腫瘍として矛盾の無い所見であった。同時に行った組織診にて大腸癌の腔転移と診断した。PET/CTにて、腔以外に転移を認めなかったため、同部位の摘出手術を行った。今回は発生部位が腔入口部であったため、生検も同時に行うことができたが、腔上部に易出血性の腫瘍として発生した場合には生検も困難な場合がある。しかし、侵襲の少ない細胞診でも、原発を推定しうる所見を得ることができ、診断に有用であると考えられた。

P-2-30 婦人科細胞診が診断契機となった尿路上皮癌 paget 様腔再発の 1 例

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診¹, 大阪国際がんセンター病理細胞診断科², 大阪急性期・総合医療センター病理科³

○小柳由貴(CT)¹, 久保千明(MD)², 長田盛典(MD)², 龍あゆみ(CT)¹, 芦村純一(CT)¹, 伏見博彰(MD)³, 中塚伸一(MD)²

【背景】尿路上皮癌の paget 様進展が腔に及ぶことは非常に稀である。婦人科細胞診にて paget 様進展を示す尿路上皮癌の腔再発を経験したので報告する。

【症例】68 歳, 女性。4 年前から再燃を繰り返す尿路上皮癌に対し, 膀胱・尿道全摘された(膀胱高異型度尿路上皮癌[pT2aN0M0])。最終外科治療後より褐色帯下が継続し, 2 か月後の子宮がん検診にて Class V (腺癌) と判定され, 当センター紹介となった。婦人科診察で肉眼的病変は明らかでなく, 子宮頸部の生検と円錐切除で CIN1 を認めるのみであったが, 以後の腔・頸部細胞診でも継続的に同様の異型細胞を認めた。免疫細胞化学では GATA-3, CK7, CK20, p63 が陽性, CINtec (p16/ki-67) 陰性であり, 尿路上皮癌の再発が疑われたため, 腔・外陰からの生検を施行された。

【細胞像】子宮腔・頸部検体全例において核クロマチンが増量し, N/C の高い異型細胞が著明な配列不整を伴っていた。通常の子宮腔・頸部原発腫瘍としては非典型的な形態であった。

【組織像】核異型の強い腫瘍細胞が腔上皮内で paget 様に進展していた。腫瘍の一部で乳頭状構造が示唆されたものの, 明らかな間質浸潤は認めなかった。免疫組織化学的には CK7, CK20, p63 が陽性, p16 陰性であり, さらに Uroplakin II, Uroplakin III, Thrombomodulin 陽性が確認された。

【まとめ】尿路上皮癌の既往がある患者の腔・頸部細胞診では pagetoid 様再発に注意する必要がある, CINtec 陰性が診断確定の契機となり得る。

P-2-31 早期胃癌の再発が子宮内膜細胞診で検出された 1 例

佐賀大学産科婦人科¹, 佐賀大学病理部²

○門田千穂(MD)¹, 大隈恵美(MD)¹, 西山 哲(MD)¹, 橋口真理子(MD)¹, 甲斐敬太(MD)², 相島慎一(MD)², 中尾佳史(MD)¹, 横山正俊(MD)¹

【はじめに】子宮の細胞診検査で印鑑細胞癌が検出された場合, 子宮原発の腺癌か胃癌転移か診断に難渋する場合がある。今回当科で早期胃癌術後の子宮内膜細胞診によって印鑑細胞癌を検出した 1 症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性, 10 年前に子宮頸部細胞診異常(AGC)で紹介初診。当院検査で明らかな異常なく, 他院紹介された。XX 年 7 月の検診で AGC あり, 9 月に前医受診。内膜生検で adenocarcinoma あり 10 月当院再紹介。11 月に子宮内膜全面搔爬施行し, 内膜にわずかに異型認めるも炎症性変化疑いで以後 3 ヶ月毎の経過観察において内膜細胞診で classIII を時折認めるものの, 組織診では異常所見なく経過していた。XX+2 年 4 月に他院で早期胃癌に対し腹腔鏡下幽門側切除術が施行され, 組織型は印鑑細胞癌であった。今回 XX+2 年 12 月(胃癌術後 8 ヶ月)での子宮内膜細胞診で印鑑細胞癌検出を認めた。

【細胞所見】多数の細胞破砕物, 好中球, 組織球, ごく少数の内膜腺細胞を認める中に, 細胞質に多量の粘液を含み, 核圧排像を呈した印鑑様細胞を孤発性から集塊で多数認める。

【組織所見】壊死組織がみられ, その中に印鑑細胞癌の腫瘍細胞を認める。免疫染色で CK7 陽性, CK20 陰性, MUC5AC 陽性, MUC6 陰性, HIK1083 陽性あり。

【経過】PET-CT では胃の吻合部に淡い集積を認める以外の異常所見なく, MRI での子宮内膜腫瘍を認めなかったことから, 診断的治療として子宮摘出を行った。

P-2-32 胸水細胞診から腹膜癌と診断した原発不明がん

東海大学医学部附属八王子病院産婦人科¹⁾, 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科²⁾, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科³⁾, 東海大学医学部専門診療学系産婦人科⁴⁾

○飯田哲士(MD)¹⁾, 野村 希(CT)²⁾, 町田知久(CT)²⁾, 田尻琢磨(MD)³⁾, 前田大伸(MD)¹⁾, 村松俊成(MD)¹⁾, 三上幹男(MD)⁴⁾

【緒言】原発不明がんは、予後不良な疾患である。しかし、原発臓器特定に時間がかかり、治療開始が遅れることがある。今回、胸水貯留を契機に悪性腫瘍が発見され、原発臓器の特定は困難だったが、胸水細胞診の免疫染色パターンにより、臨床的に腹膜癌と診断し、診断的治療開始に至った症例を経験した。

【症例】78歳の3経産婦で、呼吸苦を主訴に近医を受診した。レントゲン検査では左胸水を認め、穿刺細胞診でクラスV、腺癌と診断され、当院へ紹介された。細胞像では、淡い細胞質と偏在核を有する異型細胞を認め、細胞集塊内には砂粒体を認めた。PET-CT検査で右付属器およびS状結腸の周辺、さらに骨盤内の広い範囲に異常集積を認めた。CT検査では、左胸水のほかに、広範囲な腹膜播種を認めたが、腹水はごく少量を認めるのみで、実質臓器には明らかな腫瘍性病変を認めなかった。更に、上下部消化管内視鏡検査においても異常を認めなかった。また、血清CA125値は、716.4U/mLと高値であった。胸水検体からセルブロックを作成したところ、組織学的には明瞭な乳頭状増殖を呈する腺癌が確認された。免疫染色では、WT1陽性、CK7陽性、CK20一部陽性であった。これらの結果から、病理学的には明細胞癌もしくは漿液性癌が疑われ、臨床的に腹膜癌と診断した。PaclitaxelとCarboplatinの併用療法を開始し、胸水の減少とCA125値の低下が得られた。現在治療を継続中であり、良好な反応を示している。

【結論】細胞診セルブロックにおける免疫組織化学は、原発不明がんの原発巣推測と治療方針の決定に際して有用であり、積極的に活用すべきである。

P-2-33 骨盤内腫瘍、癌性腹膜炎、多発転移をきたした原発不明未分化癌の一例

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 弘前大学保健学科病態解析科学講座³⁾

○三浦理絵(MD)¹⁾, 二神真行(MD)¹⁾, 平川八大(MD)¹⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 熊谷直哉(CT)²⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 渡辺 純(MD)³⁾

【症例】68歳女性。既往歴として糖尿病、慢性心不全、虚血性心疾患による冠動脈バイパス手術歴があり、抗凝固薬内服中であった。1ヶ月前に下腹痛で前医を受診し、CT検査で多量の腹水と骨盤内の充実性腫瘍、肝転移を疑う所見を認め前医婦人科に紹介となった。同院の腹水細胞診はclass IIであった。腫瘍マーカーではCA125:10895 U/mLと上昇を認め、臨床的に卵巣癌が疑われ精査加療目的に当科紹介となった。状態が悪いこと、合併症もあったため試験開腹ではなく、ダグラス窩より骨盤内腫瘍を穿刺し細胞診を施行した。結果はcarcinomaの所見であったが、あわせて行った免疫染色でも由来臓器および組織型確定には至らなかった。全身状態が悪く原発不明癌としてPTX+CBDCAによる化学療法を施行した。しかし腹水減少せず、麻酔科と相談の上化学療法17日目に試験開腹に踏み切った。腫瘍は右卵巣から小腸にかけて存在しており、右付属器切除のみ行なった。術後腹水は著減し状態も安定した。術後病理で未分化癌と診断され、その後同レジメンで治療継続中である。

【細胞所見】核腫大、高N/C比、核形の不整、クロマチン濃染を示し、淡い胞体を有する異型細胞が胞巣・集塊状に存在。免疫染色ではPAX8、ER、WT1、CDX2が陰性でGATA3が一部陽性であった。

【組織所見】多辺形、立方状の高異形細胞が壊死を伴いながらシート・索状・胞巣状に増殖し、特定の分化傾向を認めず未分化癌と診断。免疫染色ではAE1/AE3、CK7陽性、GATA3部分的に陽性で、CK20、PAX8、WT1、AFPは陰性であった。

P-2-34 子宮頸部 Myeloid sarcoma の 1 例

豊橋市民病院産婦人科¹⁾, 豊橋市民病院病理診断科²⁾

○河合要介(MD)¹⁾, 梅村康太(MD)¹⁾, 前多松喜(MD)²⁾

【緒言】 Myeloid sarcoma (骨髄芽球ないし未熟骨髄細胞が髄外に腫瘍形成する骨髄増殖性疾患である。好発部位は皮膚, リンパ節, 消化管で子宮発生は稀である。急性骨髄性白血病 (AML-M2) の治療後に孤立性再発として子宮腫瘍を呈した Myeloid sarcoma の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 29 歳 4 経妊 3 経産。既往歴に AML があり, 寛解導入療法と地固め療法が施行されていた。治療終了 8 ヶ月後に不正性器出血を主訴に産婦人科受診となった。内診所見では子宮頸部に直径 60 mm 大の表面平滑な腫瘍を認め, 傍子宮組織への浸潤が疑われた。子宮頸部細胞診では細胞質はライトグリーン好性で, 核/細胞質比が極めて高く, 類円形で一部くびれ等の不整な核を有する小円形な異型細胞を孤立散在性に認めた。組織診では間質に大型異形単核細胞の密な浸潤を認め, 免疫染色で myeloperoxidase, CD68 が陽性, CD3, CD20 が陰性であった。FDG-PET 検査では子宮頸部に限局した病変で他に転移部位は認めなかった。以上より AML の子宮再発, 髄外病変としての Myeloid sarcoma と診断した。MEC (Mitoxantrone, Etoposide, Cytarabine) 療法, 放射線治療後に同種末梢血幹細胞移植を施行した。治療に奏効し無再発で経過観察中である。

【考察】 AML 既往歴のある患者の子宮に腫瘍が見られ, 細胞診にて核/細胞質比が高く小円形な腫瘍細胞を認めた場合, 悪性リンパ腫や神経内分泌腫瘍などと共に Myeloid sarcoma も鑑別に挙げ, AML の再発にも留意する必要がある。

P-2-35 肺がん集検喀痰細胞診 D 判定の細胞像について～標準細胞との比較～

公益財団法人福島県保健衛生協会検査部病理診断課¹⁾, 公益財団法人福島県保健衛生協会²⁾, 公立大学法人福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座³⁾, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産婦人科学講座⁴⁾

○荒木由佳理(CT)¹⁾, 野口真貴(CT)²⁾, 千葉聖子(CT)²⁾, 室井祥江(CT)²⁾, 佐藤奈美(CT)²⁾, 栗田和香子(CT)²⁾, 佐藤美賀子(CT)²⁾, 神尾淳子(CT)²⁾, 鈴木エリ奈(MD)³⁾, 藤森敬也(MD)⁴⁾

【目的】 当施設の D 判定は, 肺癌学会集団検診の手引きに準じて行っている。今回, 日本肺癌学会・日本臨床細胞学会の 2 学会合同委員会で提示している喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞 (以下標準細胞) を基に, D 判定とした細胞像の検証を行った。

【対象】 平成 12~26 年度の 15 年間に発見された原発性肺扁平上皮癌 79 例中 D 判定で臨床病期 0 期及び I 期であった 10 例 (以下癌症例) と精密検査を行ったが異常がなく, その後 5 年間癌が発見されていない 12 例 (以下癌未確定例) を対象とした。

【方法】 ① 22 例から高度異型扁平上皮細胞以上を抽出し, 出現細胞数, 細胞所見 (形状, 染色性, 細胞質辺縁, 光輝性の有無), 核所見 (形状, クロマチン量等) を観察し, それらの細胞と標準細胞を比較した。② 癌症例と癌未確定例の細胞所見を比較検討した。2 群間の比較は, MW-U 検定を用い, $p < 0.05$ をもって有意差ありとした。

【結果】 ① D 判定の細胞はほとんどが標準細胞と同様の所見を呈し, LG 好性の細胞も少数認められた。② 癌症例では異型細胞の出現数が多かった。小型で OG 好性, 細胞質辺縁明瞭, クロマチンが中等度増量した細胞が両群に認められた。癌症例ではイエロー好染, 細胞質の光輝性, 不整形核, クロマチン高度増量の細胞が有意に多かった ($p < 0.05$)。

【まとめ】 当施設の D 判定では, 全ての症例で D 判定の標準細胞を捉えていた。このような所見を認めた場合は, 標本を追加作製し, 必ず精密検査を行うことが重要である。また, イエローで光輝性のある染色性, 不整形核, クロマチン高度増量の所見を認めた場合は, 早期肺扁平上皮癌を念頭に置いて鏡検することが肝要である。

P-2-36 肺切除病変における術中迅速細胞診および迅速組織診の最終病理診断に基づく比較検討

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

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

【目的/方法】肺切除病変の術中迅速細胞診および迅速組織診の診断不一致の原因を明らかにするために, 177 症例の術中迅速細胞診および凍結標本組織診と最終組織診断の比較検討を行った。

【結果】迅速細胞診における診断感度, 特異度, 陽性的中率, 陰性的中率, 正診率は 91.80%, 100%, 100%, 62.96%, 92.81%, 迅速組織診は 99.30%, 100%, 100%, 96.43%, 99.41%であった。また, 迅速細胞診の鑑別困難率, 偽陽性率, 偽陰性率は 12.43%, 0%, 5.65%, 迅速組織診は 3.95%, 0%, 0.56%であった。

【結語】迅速組織診と比較すると迅速細胞診は正診率が劣るが特異度, 陽性的中率は高いことがわかった。迅速細胞診は equivocal diagnosis 率, 偽陽性率が高くなっており, これらの原因はサンプルの採取量, 細胞密度や核異型度に依存するためと考えられた。今後症例を追加検討し発表する予定である。

P-2-37 胸水中に出現した遺伝子異常陽性肺腺癌の細胞学的検討—細胞質舌状突出に着目して—

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

○萩原範子(CT)¹, 才荷 翼(CT)¹, 加戸伸明(CT)¹, 芹澤昭彦(CT)¹, 宮嶋葉子(CT)¹, 町田知久(CT)², 伊藤 仁(CT)¹, 梶原 博(MD)³, 井野元智恵(MD)³, 畑中一仁(MD)³, 中村直哉(MD)³

【はじめに】肺癌診療において EGFR 変異や ALK 再構成, ROS1 再構成検索は現在必須項目となっている。今回胸水中の肺腺癌細胞を対象に, 遺伝子異常と細胞学的特徴, 特に細胞質の舌状突出に着目し検討したので報告する。

【対象と方法】組織診で肺腺癌と診断され, 胸水細胞診陽性の 31 例を対象とした。内訳は EGFR 変異 17 例, ALK 再構成 5 例, ROS1 再構成 3 例, 変異なし 6 例である。腺癌細胞 500 個中の舌状突出細胞の出現率を比較・検討した。統計学的検討には Mann-Whitney U-test を用い危険率 5%未満の場合有意差ありとした。

【結果】舌状突出の出現率は, EGFR 変異群 $1.2 \pm 1.6\%$, ALK 再構成群 $9.6 \pm 5.4\%$, ROS1 再構成群 $6.8 \pm 1.6\%$, 変異なし群 $0.9 \pm 0.8\%$ であった。特に ALK および ROS1 再構成症例では全例で舌状突出所見を認めた。統計学的に ALK および ROS1 再構成症例の舌状突出出現率は有意に高値を示した。[ALK vs. EGFR ($p=0.0012$), ALK vs. 変異なし ($p=0.0061$), ROS1 vs. EGFR ($p=0.0072$), ROS1 vs. 変異なし ($p=0.0196$)]. また ALK および ROS1 再構成症例では出現率 4%未満の症例は認めず, 4%を cut-off 値とした場合, 感度 100%, 特異度 84.8%, 陽性的中率 61.5%, 陰性的中率 100%で ALK あるいは ROS1 再構成の有無を推定できる可能性が示唆された。

【まとめ】胸水中の肺腺癌細胞に舌状突出所見が多く観察された場合, ALK ないし ROS1 再構成を推定し得る可能性が考えられた。

P-2-38 好中球細胞外トラップと核線の鑑別：宮西分類に基づいた免疫組織化学的解析

藤田医科大学医療科学部臨床検査学科¹⁾, 藤田医科大学ばんだね病院病理診断科²⁾, 藤田医科大学研究支援推進センター生体画像解析室³⁾

○塩竈和也(PhD)¹⁾, 小林加奈(その他)¹⁾, 道場彩乃(その他)¹⁾, 舟橋正範(PhD)¹⁾, 今枝義博(PhD)²⁾, 尾之内高慶(PhD)³⁾, 平山将也(その他)³⁾, 金子千之(PhD)¹⁾, 柳田隆正(CT)¹⁾, 稲田健一(PhD)²⁾, 安倍雅人(PhD)¹⁾

【目的】細胞診標本中には、しばしばヘマトキシリン好性の線維状構造物が確認される。これは、標本作製過程(とくにすり合わせ塗抹法)で核が引き伸ばされた“核線”として判定されてきた。好中球が網目状に形態変化する好中球細胞外トラップ(Neutrophil Extracellular Traps: NETs)の登場により、これまで核線だと思われていた線維状構造物にNETsが含まれている可能性が否定できない。本研究では、同じ線維状形態を示すNETsと核線の鑑別に着目して、細胞診標本を用いた免疫組織化学的解析を行った。

【材料・方法】パパニコロウ染色で好中球浸潤と線維状構造物が確認された喀痰細胞診標本42例を対象とした。核線を定義した宮西氏分類に従って線維状構造物を3種類に分類した。目的箇所を細胞転写したのち、各種NETsマーカーを用いた免疫染色を施行した。

【結果と考察】宮西氏分類において“線状”の形態を示す線維状構造物に明瞭な陽性シグナルが認められた。3/15例の線維状構造物に対して、いずれも各種NETsマーカーが強陽性を示した。それらはいずれもヘマトキシリン好性の線維状構造物だった。大部分の免疫染色は判定困難であり、それらは“帯状”あるいは“顆粒状”の形態を示す線維状構造物が多くを占めた。免疫染色で判定困難な“帯状”の形態を示す線維状構造物は、ほとんどが粘液成分だった。通常形態の好中球の核に、好中球細胞質成分が陽性を示す染色像が確認された。宮西氏が定義した核線には、1963年当時普及していなかった免疫染色技術を用いることによって、NETsが含まれていることを証明できた。

P-2-39 臀部嚢胞内容液中の細胞診によって判明した肺大細胞癌の1例

西脇市立西脇病院病理診断科

○掘井吉人(CT), 藤原万記子(CT), 宮川朋子(CT), 大西隆仁(MD)

臀部嚢胞内容液中に出現し、原発巣の推定に苦慮した肺大細胞癌の1例につき報告する。症例は60代男性で肛門周囲に疼痛を伴う膿瘍を主訴に来院された。細胞像は壊死性背景の中に大型核で核型不整やクロマチンの増量、核小体が目立つ異型細胞が多数みられ、多核の細胞も認めた。後日実施された組織診断ではN/C比の腫大と核型不整な異型細胞の集簇を認めた。免疫染色の結果、AE1/AE3(+), Cam5.2(+), CD68(+), p63(-), CK5/6(-), CK7(+), CK20(-)であり、癌の転移が疑われた。CT検査を実施した結果、肺に腫瘍性病変が発見され、肺生検を行った。結果は臀部腫瘍と類似した異型細胞が見られ、PET検査では肺、肺内リンパ節、腹腔内、鼠径リンパ節に転移を認め、臀部腫瘍も肺からの転移と疑われた。追加で行った免疫染色では、ChromograninA(-), Synaptophysin(-), CD56(-), NSE(-), TTF-1(-), NapsinA(-)であり、肺小細胞癌、肺扁平上皮癌、肺腺癌は否定的であり、肺大細胞癌と診断された。治療方針決定を目的として臀部腫瘍を用いて行われた遺伝子解析では特定遺伝子は検出できなかったが、PD-L1が高発現を示し、免疫チェックポイント阻害剤で治療が開始された。肺と臀部の腫瘍は縮小し、経過は良好である。

P-2-40 TTF-1 及び NapsinA 陽性であった大腸癌肺転移の 1 例

佐世保市総合医療センター臨床検査室病理部¹⁾, 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科病理学²⁾, 佐世保市総合医療センター病理診断科³⁾

○原 拓也(CT)¹⁾, 久保智秋(MT)¹⁾, 木原めぐみ(CT)¹⁾, 陣内紗永子(CT)¹⁾, 友廣理恵(CT)¹⁾, 林 洋子(MD)²⁾, 岩崎啓介(MD)³⁾

【はじめに】原発性肺癌と転移性肺腫瘍の鑑別において, TTF-1 及び NapsinA などの免疫組織化学マーカーが用いられている. 今回我々は TTF-1 及び NapsinA 陽性であった直腸腺癌の肺転移の 1 例を経験したので報告する.

【症例】患者は 60 代男性. 2 カ月前に S 状結腸腺癌で結腸切除歴あり. 術前胸部 CT で左肺 S6a に 22×20 mm の結節影を認め, 胸腔鏡補助下左肺下葉切除および縦隔リンパ節郭清術が行われた.

【術中細胞診】術中迅速穿刺吸引細胞診検体にて, 多数の壊死物質を伴い N/C 比大, クロマチン増量した異型細胞を集塊状に多数認められた. 一部で高円柱状様の細胞質を有する異型細胞も認められた.

【組織像】管状~癒合腺管状に増殖する中分化腺癌であった. 中心部で多量の壊死巣を認めた. 免疫染色では CK7(-), CK20(+), TTF1(+), NapsinA(+), CDX2(+)であった. 既往の S 状結腸癌の組織像は切除肺と類似しており, 既往の S 状結腸癌でも追加で免疫染色を行ったところ, TTF1 及び NapsinA(+)の結果より大腸癌肺転移と診断した.

【まとめ】肺には腸型腺癌と呼ばれる大腸癌に酷似する原発性腺癌がある. 頻度は肺癌の約 0.1%と非常にまれではあるが, 大腸癌肺転移との鑑別が問題となる. TTF-1 及び NapsinA は, 原発性肺腺癌と転移性肺腫瘍の鑑別に有用であるとされているが, 稀に大腸癌でも TTF-1 及び NapsinA 陽性例の報告があり鑑別に留意する必要がある. 当院で経験した症例について形態学的特徴やそれぞれの組織診断のために必要な免疫染色などの鑑別点を挙げ提示する.

P-2-41 術中迅速診断で腺癌との鑑別に苦慮した硬化性肺胞上皮腫の 2 例

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

○忽滑谷昌平(CT)¹⁾, 松林 純(MD)²⁾, 三宅真司(CT)¹⁾, 谷川真希(MD)²⁾, 稲垣敦史(CT)¹⁾, 秋山里佳子(CT)¹⁾, 梶原直央(MD)³⁾, 大平達夫(MD)³⁾, 池田徳彦(MD)³⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾

硬化性肺胞上皮腫 (SP) は中年女性に好発する肺良性腫瘍であるが, 術前・術中迅速診断では, 原発性肺腺癌との鑑別に苦慮する場合が少なくない. 今回我々は, 術中迅速診断にて腺癌が疑われた SP を 2 例経験し, それらの症例を細胞学的に検討したので報告する.

【症例】症例 1: 50 歳代女性. 左肺の 0.6 cm 大結節性病変. 症例 2: 20 歳代男性. 左肺の 3 cm 大腫瘍性病変. 2 例共に術前診断が得られず, 術中迅速診断では“腺癌疑い”とした.

【細胞所見】2 例共に, 迅速診断時の腫瘍断面の捺印・擦過細胞診標本で, 円形~楕円形, 小~中型の腫大した核を有する異型細胞が, 孤立性ないしは集塊として多数認められた. 細胞集塊には血管間質を軸に N/C 比が高く, 一部核形不整な異型細胞が乳頭状を呈する像もみられた. 症例 2 ではヘモジデリン貪食組織球が少なく, 核の大小不同がみられ, 明瞭な核小体を有する細胞からなる集塊が多数出現していたため, 腺癌との鑑別を要した. また, 乳頭状集塊の一部には幅広いライトグリーン好性間質が介在していた.

【病理組織所見】2 例共に, 異型細胞が充実性, 乳頭状に配列し, 幅広い硝子様間質を伴っており, ヘモジデリン貪食組織球が混在していた. 症例 1 では腫瘍細胞が肺胞構造を残し増殖しており, 症例 2 では腫瘍細胞の核異型が目立っていたが, 上記特徴的所見から SP と診断した.

【結語】肺腫瘍性病変からの細胞診においては, 細胞異型のみに着目するのではなく, 常に SP を鑑別に挙げ, 多彩な細胞像, ライトグリーン好性の幅広い間質成分, ヘモジデリン貪食組織球の出現の有無など, 注意深い観察が必要である.

P-2-42 気管支擦過および気管支洗浄液の肺大細胞神経内分泌癌の細胞学的検討

国家公務員共済組合連合会平塚共済病院臨床検査科¹⁾, 国家公務員共済組合連合会平塚共済病院病理診断科²⁾, がん研究所病理部³⁾

○坂元 肇(CT)¹⁾, 吉田友里衣(CT)¹⁾, 関谷 香(CT)¹⁾, 福住理絵(CT)¹⁾, 加藤順治(CT)¹⁾, 松原 修(MD)^{2,3)}

【はじめに】肺大細胞神経内分泌癌(LCNEC)は比較的まれな腫瘍でその細胞診断は困難な場合が多い。従来、細胞学的特徴は多くの場合捺印標本での観察で言われ診断の確定には生検組織の免疫染色に頼ることが多い。

【方法】2006年から2018年に手術材料で大細胞神経内分泌癌と診断された7症例の術前気管支擦過および気管支洗浄液からの細胞診標本で癌細胞の核の大きさ、集塊内の核大小不同性、核クロマチンの性状、核形不整、核小体数、裸核細胞の有無、核線の有無、鋳型形成、ロゼット形成、柵状配列、壊死物質の有無の11項目を検討した。

【結果】7症例において核の大きさはリンパ球の2~5倍、集塊内の核大小不同性があり、核クロマチンの性状は細顆粒状~粗顆粒状、核小体数は1~4個と複数認め、裸核細胞、鋳型形成を認めた。柵状配列は4症例に認め、ロゼット形成は2症例に認めた。

【まとめ】気管支鏡検査で採取された検体では肺大細胞神経内分泌癌の特徴的な細胞集塊を得ることが難しい場合が多いが、上記に示した鑑別点を注意深く観察する事が診断精度の向上に繋がる。中でも核の大きさと性状、核小体の数、鋳型形成の観察が重要と思われた。

P-2-43 胸腺原発 MALT リンパ腫 2 例の細胞学的検討

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

○山本善也(CT)¹⁾, 松林 純(MD)²⁾, 三宅真司(CT)²⁾, 渡部顕章(CT)²⁾, 藤井愛子(CT)²⁾, 山口真由実(CT)²⁾, 垣花昌俊(MD)³⁾, 大平達夫(MD)³⁾, 池田徳彦(MD)³⁾, 長尾俊孝(MD)²⁾

【はじめに】MALT リンパ腫は、消化管、眼付属器、甲状腺、唾液腺などに好発し、胸腺原発のものはまれである。今回我々は、当院で経験した胸腺原発 MALT リンパ腫 6 例のうち、腫瘍捺印標本が得られた 2 例について細胞学的に検討したので報告する。

【症例】症例 1 は 70 歳代女性で関節リウマチの治療中に、症例 2 は 60 歳代男性でシェーグレン症候群の治療中に、前縦隔病変が指摘され切除された。

【細胞所見】2 例とも、軽度の核形不整を示し小型の核小体を有する細胞質に乏しい小~中型リンパ球様細胞と、細胞質が豊富で淡明な単球様細胞が多数出現しており、それに加えて小~中型の円形核に車軸状で粗なクロマチンパターンを呈する形質細胞様細胞が混在していた。症例 2 では、とくに形質細胞様細胞が目立っており、またアミロイド様のライトグリーン好性の無構造物もみられ、多核巨細胞の集簇を伴っていた。

【組織所見】2 例ともに、濾胞辺縁帯を主体に小型の腫瘍細胞が密に増殖していた。腫瘍細胞は、小型あるいは中型で、リンパ球様及び形質細胞様形態を呈しており、リンパ上皮性病変が目立つほか、follicular colonization が散見された。症例 2 では形質細胞様細胞が多数浸潤していた。また、エオジン好性の無構造物が沈着する領域が拡がり、多核巨細胞が集簇していた。免疫組織化学と免疫グロブリン軽鎖 ISH の所見を併せて MALT リンパ腫と診断した。

【結語】他臓器と同様に、胸腺病変からの細胞診においても、軽度の核形不整を伴う小~中型リンパ球様細胞とともに形質細胞様細胞が認められる場合には、MALT リンパ腫を念頭に置いて診断する必要がある。

P-2-44 縦隔原発悪性黒色腫の1例

神鋼記念病院病理診断センター病理室¹⁾, 神鋼記念病院病理診断センター病理診断科²⁾

○小林建太(CT)¹⁾, 田代 敬(MD)²⁾, 市川一仁(MD)²⁾, 伊藤利江子(MD)²⁾, 藤盛孝博(MD)²⁾, 五藤秀高(CT)¹⁾, 佐々木美波(CT)¹⁾, 吉田奈央(CT)¹⁾, 岡村祥弘(CT)¹⁾, 大矢ミカ(CT)¹⁾, 西川ユウコ(CT)¹⁾

【はじめに】悪性黒色腫は、神経堤起源であるメラノサイト由来の悪性腫瘍であり、主に皮膚、口腔・鼻腔粘膜などに発生する。非常に稀な縦隔原発の悪性黒色腫の1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代男性、労作時呼吸困難のため救急入院。胸部CTが施行され左前縦隔に径8.8×6.2cm大の境界不明瞭な分葉状の腫瘤を認めた。また心嚢液、胸水貯留も認め、心嚢穿刺が施行された。翌日、胸腔穿刺及びCT下生検が施行されたが、診断がつかなかった為、VATSが施行された。

【細胞所見】心嚢液；異型細胞は球状の小集塊、または散在性に出現している。核は類円形でクロマチン増量、核小体腫大し、大小不同を認める。細胞質は泡沫状で境界不明瞭であった。また、核は偏在傾向で、一部核内封入体を伴う細胞も認めた。上皮性悪性腫瘍を疑ったが、非上皮性も否定できないため悪性細胞とした。胸水；反応性中皮細胞を背景に、核形不整やクロマチン増量を示す異型細胞が少数出現している。細胞質は比較的厚めで中皮細胞との鑑別が困難な為、悪性細胞疑いとした。組織での診断確定後、再度検鏡すると心嚢液でメラニン顆粒をもった細胞が散見された。

【組織所見】VATS生検材料；一部壊死を伴う充実性腫瘍が採取されており、腫瘍の大半は核小体の明瞭化した大型類円形核を有する腫瘍細胞からなる。局所的に色素含有細胞が集簇しており、散在性に出現している。免疫染色にて腫瘍細胞はS-100, HMB-45, Melan-Aに陽性を示し悪性黒色腫と診断された。

【まとめ】縦隔原発悪性黒色腫は稀な腫瘍ではあるが、その細胞像を理解し、この疾患の可能性も考慮しながら検鏡する事が重要である。

P-2-45 高悪性度肺胎児型腺癌の1例

国保直営総合病院君津中央病院臨床検査科¹⁾, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科²⁾, 国保直営総合病院君津中央病院病理診断科³⁾, 獨協医科大学病理学講座⁴⁾

○松尾真吾(CT)¹⁾, 山田由香里(CT)¹⁾, 嶋野美和(CT)¹⁾, 由佐城太郎(MD)²⁾, 飯田智彦(MD)²⁾, 柴 光年(MD)²⁾, 矢澤卓也(MD)⁴⁾, 井上 泰(MD)³⁾

高悪性度肺胎児型腺癌は胎児肺に類似した形態を示す高悪性度の肺腺癌のまれな特殊亜型である。報告症例の多くは他の組織亜型と混在し、腸型腺癌、肝様腺癌など内胚葉組織への分化もみられる。今回、高悪性度胎児型腺癌に腸型腺癌が混在した肺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳男性。検診にて胸部異常陰影を指摘され前医受診。胸部CTにて右S3末梢に27mm大の結節影を認め、肺癌疑いにて当院呼吸器内科紹介受診。気管支鏡検査を施行し右B3aからのTBLB、気管支洗浄液、喀痰で腺癌を検出。右肺腺癌cT1cN0M0, stage I A3の診断で胸腔鏡下右上葉切除術およびリンパ節郭清術ND2a-1が施行された。

【捺印細胞像】壊死物質や粘液を背景に明瞭な核小体と淡明な細胞質を有する腫瘍細胞や粘液を有する腺癌細胞が認められた。

【病理組織像】肉眼的に剖面は黄白色で境界不明瞭な腫瘤であった。組織学的に腫大した核と淡明な胞体を有する幼若性を示す腺癌細胞の腺房状、篩板状、充実性増殖を主体とする腫瘍で、好酸性円柱状胞体を有する気管支上皮ないし腸上皮に類似した形態を示す腺癌細胞の腺房状、乳頭状、嚢胞状増殖を示す部位も認められた。免疫組織化学的に癌細胞はCK7(+), CK20(focal+), CDX2(partial+), CD56(-), synaptophysin(-), chromograninA(-)であり、腸型腺癌成分の混在が認められた。

【まとめ】高悪性度胎児型腺癌は稀な亜型であるが、細胞診で淡明な胞体を有する腫瘍細胞が目立つ場合には鑑別の一つとして挙げる必要があると思われた。

P-2-46 術前細胞診断に苦慮した肺低悪性度粘表皮癌の1例

日本医科大学武蔵小杉病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学病理学講座統御機構診断病理学²⁾

○前本直子(CT)¹⁾, 許田典男(MD)¹⁾, 加藤舞子(CT)¹⁾, 大矢陽子(CT)¹⁾, 中村祐司(CT)¹⁾, 永井祥子(CT)¹⁾, 牧野隆浩(CT)¹⁾, 大橋隆治(MD)¹⁾, 内藤善哉(MD)²⁾

【はじめに】肺原発粘表皮癌は稀な腫瘍であり, 細胞異型も弱いことから細胞像のみからの確定診断は困難であるといわれる。今回, 術前細胞診断に苦慮した肺低悪性度粘表皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代, 女性。検診で胸部異常陰影を指摘され, 当院呼吸器内科を受診した。胸部CTにて左肺下葉気管支内に17mm大の境界明瞭な結節病変を認め, 過誤腫が第一に疑われた。気管支擦過・洗浄細胞診および経気管支肺生検が行われ, その後左肺下葉切除術が施行された。

【細胞所見】円形～類円形で中心性の核を持ち, 核小体がやや目立つ異型細胞がシート状～重積集塊で出現していた。細胞質は豊富かつ概ね好酸性で, オレンジG好染細胞も観察された。これらに加え, 細胞質に多量の粘液を含む細胞も混在していた。以上から, 過誤腫は否定的で, 扁平上皮成分を有する低悪性度の上皮性腫瘍が疑われた。Class IV『悪性の疑い』でnon-small cell carcinomaと判定したが, 組織型の確定には至らなかった。

【組織所見】生検・手術材料のいずれにおいても, 好酸性の豊富な細胞質を持つ扁平上皮様細胞が胞巣状に増生しており, これらに混在する形で粘液含有性の異型細胞が小型腺管を形成していた。いずれの成分も核異型は軽度でN/C比は低かった。これらの所見から, 肺原発の低悪性度粘表皮癌と確定診断された。

【まとめ】粘表皮癌は原発性肺癌のなかでも極めて稀な腫瘍であるが, 外科的切除により良好な予後が期待できる。本例に見られたような特徴的細胞像を事前に把握することで, 今後より高精度な術前診断に寄与できると思われた。

P-2-47 診断に苦慮した肺原発 NUT carcinoma の1例

公益財団法人結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科¹⁾, 公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科²⁾, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部³⁾

○草野行治(CT)¹⁾, 武田優華(CT)¹⁾, 菊池康華(CT)¹⁾, 吉田 勤(MD)²⁾, 菊地文史(MD)¹⁾, 稲村健太郎(MD)³⁾, 二宮浩範(MD)³⁾, 石川雄一(MD)³⁾

NUT(nuclear protein in testis) carcinoma はNUT遺伝子の転座t(15;19)により定義され, 予後不良の稀な未分化な癌である。今回我々は診断に苦慮しながらも, 喀痰および気管支鏡検体から診断に至ったので報告する。

【症例】60歳代男性。2ヶ月前より胸部痛と労作時の息切れがあり近医を受診。CTにて肺炎, 肺癌の疑いにて当院紹介, 入院となる。

【細胞像】喀痰細胞診では, hyperchromaticで腫大した核と泡沫状の細胞質を持ち, N/C比が高く核の偏在した細胞が小集塊を成して出現。一方で少数の異型角化細胞や, 神経内分泌腫瘍由来と思しき裸核小型異型細胞を認めた。悪性細胞由来であることは明らかで混合型小細胞癌を第一に考えた。後日気管支鏡を施行し, 喀痰中と同様の異型細胞を認めた。

【組織像】濃染核を示すN/C比の高い細胞が充実性増殖。神経内分泌腫瘍を考えるが角化を認め, 混合型小細胞癌やNUT癌を疑った。施行した免疫染色ではSynaptophysin(-), CD56(-), TTF1(-), Chromogranin(-), P40(+), MIB1(50%), NUT(+). 以上より, NUT癌の診断を得た。

【考察】本症例は, 裸核様小型異型細胞以外に, 扁平上皮系に類似した異型細胞が出現。また小型異型細胞も, 神経内分泌腫瘍の像とやや異なることから, 苦慮しながらも診断に至った。上記細胞像に遭遇した場合, 稀ではあるがNUT carcinomaの可能性も考慮すべきである。

P-2-48 気管支に発生した扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫の一例

日本医科大学千葉北総病院病理診断科・病理部

○大峯広貴(CT), 清水秀樹(CT), 長谷川千花子(MD),
平野孝幸(MD), 三枝順子(CT), 京本晃典(CT),
笹谷昌司(CT), 京本絢美(CT), 羽鳥 努(MD)

肺に発生する孤立性乳頭腫は全肺腫瘍の 0.5% 以下と稀であるが, その中でも扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫(以下, 混合型乳頭腫)は極めて稀である。今回我々は混合型乳頭腫の一例を経験し細胞学的特長, 意義につき若干の知見を得たので報告する。

【症例】60 代女性, 検診で胸部異常陰影を指摘され, 他院にて胸部単純 CT を施行したところ右肺門部に腫瘍陰影を認め当院に紹介となった。気管支鏡検査にて粘液に埋もれた中葉気管支 B5 入口部縦隔側壁から隆起するポリリーブ状病変を認め気管支鏡下生検および気管支擦過, 気管支洗浄細胞診を施行した。

【細胞像】多数の軽度～中等度の角化した無核あるいは小型の核を有する扁平上皮細胞と線毛円柱上皮細胞を背景に高度の乳頭状構造を示す細胞集塊を認めた。細胞集塊内には扁平上皮系, 扁平上皮化生様の細胞と高円柱状の腺系細胞がみられた。細胞異型は軽度の核型不整を認めるのみだったが, 多数の角化した細胞や, 乳頭状構造を示す細胞集塊等の所見から class III b SCC の疑いで報告した。

【組織像】弱拡大では, 気管支腔内に突出した乳頭状の腫瘍がみられた。強拡大で太い間質を軸に扁平上皮成分, 腺細胞成分と化生様細胞で被覆されており, 各成分に異型性を認めず, 混合型乳頭腫の診断となった。

【考察・まとめ】振り返って観察すると組織像と細胞像は一致していた。混合型乳頭腫では角化した細胞や大型の乳頭状集塊など過剰判定しやすい所見がみられるが, 個々の細胞所見を詳細に観察することで過剰判定を防ぐと共に, 混合型乳頭腫を推定できると考える。免疫組織化学染色の結果と共に, 鑑別が必要な他の組織型についても比較検討し報告する。

P-2-49 細胞診で診断が困難であった胸腺神経内分泌癌の 1 例

富山県立中央病院病理診断科¹⁾, 富山県立中央病院臨床検査部検査科²⁾

○内山明央(MD)¹⁾, 宮本藤之(CT)²⁾, 矢沼莉奈(CT)²⁾,
矢野彩子(CT)²⁾, 清水雅彦(CT)²⁾, 酒井哲也(CT)²⁾,
中西ゆう子(MD)¹⁾, 石澤 伸(MD)¹⁾

【はじめに】胸腺原発の神経内分泌癌は比較的まれである。今回我々は, 細胞診で診断が困難であった胸腺原発神経内分泌癌を経験したので報告する。

【症例】60 歳代, 男性。1 カ月前に検診で上縦郭腫瘍を指摘され, 当院受診。精査にて甲状腺左葉下極横に 63×50×37 mm の境界明瞭な充実性腫瘍が認められ, 細胞診にて悪性が疑われた。腫瘍摘出術が施行されたが, 術中所見は胸腺腫瘍であり術中迅速診断で異型カルチノイドが示唆されたため, 胸腺全摘術が施行された。

【細胞所見】大小の細胞集塊で出現する異型細胞が多数認められた。腫瘍細胞は一部腺管様配列を示していた。腫瘍細胞は類円形で N/C 比は高く, 核は類円形～一部楕円形で, クロマチンはやや粗く増量しており, 一部に核小体が認められた。

【組織所見】胸腺の上極の 85×52×47 mm の充実性～一部出血を伴う嚢胞状の境界明瞭な腫瘍。組織学的に, 類円形～卵円形の核を持ち, やや淡い胞体を有する N/C 比の比較的高い腫瘍細胞が索状から充実性及びロゼット状構造をとり増殖する腫瘍で, 巣状の壊死が散見された。核分裂像は 18/2 mm² 認められた。免疫組織化学的に chromogranin A, synaptophysin, NCAM はびまん性に陽性で, Ki-67 の陽性率は 11.2% であった。以上の所見から, WHO 分類(2015 年)に準拠し神経内分泌癌と診断した。

【まとめ】胸腺原発の神経内分泌癌は大細胞神経内分泌癌と小細胞癌に分類されるが本例の細胞所見はいずれの典型像とも異なり, むしろカルチノイドに近い像と考えられる。他臓器の神経内分泌腫瘍の診断基準との相違点も含め報告する。

P-2-50 ALK 融合遺伝子陽性肺癌の一例

長野赤十字病院病理部¹⁾, 信州大学病理組織学教室²⁾

○里見英俊(MD)¹⁾, 武田千佳(CT)¹⁾, 半田亜里紗(CT)¹⁾,
佐藤秀太(CT)¹⁾, 望月 実(CT)¹⁾, 荻野智由(CT)¹⁾,
渡辺正秀(MD)¹⁾, 伊藤以知郎(MD)¹⁾, 菅野祐幸(MD)²⁾

ALK 融合遺伝子陽性肺癌は非小細胞肺癌の 5% を占める。同腫瘍は低頻度だが、特異的な分子標的薬治療が可能であるため、治療対象例を適切に選択することが求められている。今回、術中胸水細胞診で特徴的な形態を示し、ALK 陽性肺癌と診断し得た症例を経験したので細胞像を供覧する。

【症例】50 歳台男性。職場の健康診断で、右肺に結節影を指摘され、当院を受診した。CT では、右肺 S6 区域に 10 mm 大の結節性病変を認め、その近傍の臓側胸膜に結節状の隆起性病変を複数認めた。審査胸腔鏡下に、術中胸水細胞診・胸腔病変生検術が施行された。

【胸水細胞所見】炎症性背景に、中皮細胞と混在して異型細胞が小集塊状にみられた。集塊は球状あるいは乳頭状で、一部マリモ状。異型細胞は、低 N/C 比で形態はほぼ均一であった。Alcian blue 染色では、胞体内に青染像がみられた。

【組織所見】胸壁結合織の間隙を縫うように異型細胞の増殖が認められた。異型細胞は、管状あるいは乳頭状構造を形成し、異型細胞の胞体内には粘液を認めた。

【FISH】組織検体に含まれる腫瘍細胞 100 個中 53 個(≥ 15 個)に ALK(2p23 転座)が認められた。

【考察】組織標本にみられた異型細胞の形態は、胸水細胞診の所見を反映していた。マリモ状集塊や、胞体に粘液を含んだ細胞は、ALK 融合遺伝子陽性肺癌を細胞形態学的に診断する一助となりうる。これらの所見で、細胞診検体から同腫瘍の可能性を疑うことは、分子標的薬適応症例選択に寄与すると考えられる。

P-2-51 原発不明頭頸部/中咽頭癌における細胞診的アプローチ：一例報告と今後の展望

埼玉医科大学国際医療センター病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科²⁾, 神奈川県立足柄上病院³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科⁴⁾

○加藤智美(CT)¹⁾, 浜田芽衣(DDS)²⁾, 目黒葉子(CT)¹⁾,
扇田智彦(CT)¹⁾, 細沼佑介(CT)¹⁾, 菅野恵士(CT)¹⁾,
鎌倉靖夫(CT)¹⁾, 大金直樹(CT)³⁾, 中平光彦(PhD)⁴⁾,
安田政実(PhD)²⁾

【はじめに】近年、中咽頭癌の生物学的態度が HPV 感染と深く関わっていることが証明され、予後良好な HPV 関連癌と不良な非 HPV 関連癌の存在が明らかにされた。その結果、TNM 分類第 8 版が改訂された。HPV 感染の有無は免疫組織化学的に p16 の発現で代替される。今回「HPV 関連・原発不明頭頸部癌/中咽頭癌」を細胞診にて推定できた症例を報告し、我々の取り組みを紹介する。

【症例】64 歳男性。左頸部腫大にて受診。同部リンパ節の穿刺細胞診を施行され、扁平上皮癌が推定された。ファイバースコープで咽喉頭に病変は明らかでなかったが、造影 CT で左上内深頸部リンパ節が 38×46 mm 大に腫大、壊死・周辺組織への浸潤がみられた。PET にて同リンパ節のほか左中咽頭舌根部付近に集積が認められた。中咽頭部の生検で悪性所見は証明されなかったものの、擦過細胞診では扁平上皮癌を疑う異型細胞を認めた。再度、生検するも陰性のため、擦過細胞診とリンパ節穿刺細胞診検体で p16・Ki-67 二重染色 (CINtec PLUS Cytology kit) を行った。それらの陽性像および HPV-DNA 検査で HPV16 が証明されたため、HPV 陽性扁平上皮癌が推定された。中咽頭癌左側壁・扁平上皮癌 cT1N3M0 の臨床診断の下、放射線化学療法が施行され腫瘍は消滅、治療後 1 年半が経過した現時点で再発は認めていない。

【まとめ】中咽頭癌は少なからず臨床的に原発不明のままリンパ節転移による顕性癌として治療がなされる。HPV 感染の有無は予後に大きく影響する因子であり、細胞診による p16 の発現検討が、ときに組織診以上の情報をもたらされる。

P-2-52 当院唾液腺FNAのThe Milan Systemによる細胞像の再評価

高知大学医学部附属病院病理診断部

○吉良佳那(CT), 高野 隼(CT), 野口真宏(CT),
高橋明日香(CT), 大原英二(CT), 井口みつこ(MD),
戸井 慎(MD), 村上一郎(MD)

【はじめに】国際的な唾液腺細胞診報告様式としてThe Milan System (以下TMS) が検討されており, 6つの診断カテゴリー「診断不能」「非腫瘍性」「意義不明な異型(AUS)」「腫瘍性(良性および悪性度不明(SUMP))」「悪性疑い」「悪性」より構成される。今回, 当院での唾液腺FNAをTMSに再分類し, 細胞診の診断精度や悪性の危険度(ROM)の評価をおこなったので報告する。

【検討】2018年1月から12月に提出された唾液腺FNA80例中, 生検および手術により組織診断が得られた37例を対象とした。平均年齢は61歳(16-90歳), 男性24・女性13例。

【結果】従来法での分類は不適正7例, 良性16例, 鑑別困難5例, 悪性の疑い2例, 悪性7例。TMSでの再分類は診断不能9例(22%, 以下括弧内はROMを表す), 非腫瘍性7例(14%), AUS3例(67%), 良性腫瘍5例(20%), SUMP4例(100%), 悪性の疑い6例(100%), 悪性3例(100%)であった。

【まとめ】TMS再評価で良悪鑑別困難5例中4例はTMS再評価ではSUMPに分類され, 腫瘍の可能性を臨床へ報告することが可能と考えられた。TMSは診断不能の基準として60個の細胞を目安としており, 診断の適否が分かりやすくなった。AUSやSUMPは診断者による判定のばらつきや, このカテゴリーを多用してしまいがちなど判定の難しさを感じ, ROMの割合を下げるなどの課題が見られ, 臨床所見や画像所見との対比も重要と考えられた。これらの細胞像およびTMS再評価について文献的考察を加えて報告する。

P-2-53 比較的若年者の耳下腺に生じた微小浸潤を示す多形腺腫由来癌の1例

福岡県済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 久留米大学病院病理診断科・病理部²⁾

○佐藤瑞恵(CT)¹⁾, 佐藤真介(CT)¹⁾, 宮崎浩子(CT)¹⁾,
東 悠介(CT)¹⁾, 石井洋子(CT)¹⁾, 石橋貴寛(CT)¹⁾,
河原明彦(PhD)²⁾, 加藤誠也(MD)¹⁾

【はじめに】唾液腺多形腺腫は中年期診断例が多いが, 長期経過中数%が悪性化し, 未治療の高齢者でリスクが高い。今回我々は比較的若年者の微小(最小)浸潤を示す多形腺腫由来癌 carcinoma ex pleomorphic adenoma (CXPA) を経験したので報告する。

【症例】30歳代前半の男性, 数ヶ月前より右耳下部腫瘍を自覚, 疼痛, 顔面神経麻痺はなく, 画像上多形腺腫が疑われた。

【穿刺吸引細胞診所見】出血性で炎症細胞を含む背景にライトグリーン好性のやや厚い細胞質と核腫大, 核形不整, 大型核小体や細顆粒状の濃染クロマチンを有する細胞集塊を多数認め, 核偏在性や管腔様構造も観察された。ClassVと判定, 筋上皮やGiemsa染色で異染性を示す粘液腫様成分は明らかでなく, 腺癌NOSを推定した。

【組織所見】耳下腺浅葉摘出術を施行, 白色調, 3cm大の境界明瞭な腫瘍で, 多形腺腫を背景に, 外縁に筋上皮層を有しGCDFP-15, AR陽性を示す唾液腺導管癌成分が広範に存在, 軽度筋上皮層の破綻, 間質浸潤を認め, CXPA(微小浸潤癌)と診断した。

【まとめ】一般にCXPA疑診例では癌腫検出のため複数ヶ所の細胞採取が推奨される。本例では癌腫領域が広く, 強い細胞異型より悪性判定は容易ながら, 多形腺腫成分に乏しく組織型推定に難渋した。CXPAの悪性成分の多くは, 導管内癌から被膜内癌を経て微小浸潤癌ないし広範囲浸潤癌に進展するが, 導管内成分も高異型度を示し細胞像による深達度評価は困難である。現状では臨床背景を踏まえた推論が重要であるが, CXPAの特性に準じたマーカーの探索や診断基準の確立が望まれる。

P-2-54 舌下腺に発生した clear cell carcinoma の一例

横浜市立大学附属病院病理部¹⁾, 横浜南共済病院病理診断科²⁾, 横浜市立大学医学部分子病理学講座³⁾

○西尾由紀子(CT)¹⁾, 本野紀夫(CT)¹⁾, 佐川弘美(CT)¹⁾, 三田和博(CT)¹⁾, 仲村 武(CT)²⁾, 加藤生真(MD)³⁾, 梅田茂明(MD)¹⁾, 山中正二(MD)¹⁾, 河野尚美(MD)²⁾, 大橋健一(MD)¹⁾

【はじめに】明細胞癌は唾液腺腫瘍のなかでも1%と極めて稀な腫瘍であり、その報告例は少ない。今回、我々は舌下腺に発生した明細胞癌を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】60歳、男性。2ヶ月前から口腔内に違和感があり他院を受診。右口腔底に腫瘤を指摘され当院を受診された。FNAで鑑別困難となり右舌下腺腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】小型類円形核の細胞集塊と裸核状の細胞が出現していた。細胞集塊は結合性が保たれているものと、細胞質が広くライトグリーンに淡染し壊れかけている細胞がごく少数認められた。核クロマチンは微細で核小体を1~数個有し、核内封入体を比較的多く認めた。裸核状細胞の核所見も同様で同じものであると考えられた。異型は弱く筋上皮腫や甲状腺乳頭癌転移も鑑別にあげられた。

【組織所見】淡明で胞体が広い異型上皮が敷石状に充実性の胞巣を形成しており、粘液を含む細胞の混在もごく少数認めた。間質は線維化が強く一部は硝子様であった。免疫染色の結果はp63(+), S-100(-), SMA(-), FISH法でEWSR1遺伝子およびATF1遺伝子に再構成を認め、組織所見と合わせて明細胞癌と診断した。

【まとめ】細胞所見から特徴的であったのは核内封入体が目立ったことであった。明細胞癌の報告が少ないため、今後の情報の蓄積が必要である。

P-2-55 中脳に発生した Germinoma の1例

NTT 東日本関東病院臨床検査部¹⁾, NTT 東日本関東病院病理診断科²⁾

○多田雅之(CT)¹⁾, 永谷昭義(CT)¹⁾, 栗原正博(CT)¹⁾, 伊藤友美(CT)¹⁾, 和泉智子(CT)¹⁾, 荒井政和(CT)¹⁾, 堀内 啓(MD)¹⁾, 橋本浩次(MD)²⁾, 増田芳雄(MD)²⁾, 森川鉄平(MD)²⁾

【はじめに】Germinomaは原発性脳腫瘍の約2%であり、若年男性に好発する。発生部位は松果体、トルコ鞍上部、基底核の順で多く、中脳では非常に稀である。今回我々は、中脳に発生したGerminomaの1例を経験したので報告する。

【症例】30代男性。複視、頭重感を自覚して他院を受診し、MRIで脳幹部腫瘍が疑われたため当院に紹介。PET-CTにて神経膠腫または悪性リンパ腫が疑われ、開頭脳生検術が施行された。

【捺印細胞所見】N/C比の高い類円形の核と明瞭な核小体、淡明な細胞質を持つ大型の腫瘍細胞が少数みられた。背景には小型のリンパ球が多くみられ、腫瘍細胞とのtwo cell patternを呈し、Germinomaを第一に疑う所見であった。

【組織所見】迅速診断時の標本では、核が大型で核小体が明瞭な腫瘍細胞が散見された。また、リンパ球浸潤や組織球を含む肉芽腫様の変化が目立ち、悪性リンパ腫やリンパ増殖性疾患との鑑別を要した。永久標本も同様の所見であった。腫瘍細胞は、免疫組織化学染色にてPLAP, c-kitが陽性となり、Germinomaと診断された。

【考察】本症例の組織所見では腫瘍細胞と組織球が類似しており、リンパ球浸潤も強く、悪性リンパ腫やリンパ増殖性疾患との鑑別を要したことから診断に苦慮した。しかし、捺印細胞所見では組織球はみられず、腫瘍細胞は少なかったがリンパ球とのtwo cell patternを呈していたことでGerminomaを推定することができ、脳腫瘍の迅速診断時には捺印標本も同時に作製することが重要であるとの再認識ができた。

P-2-56 左耳下腺穿刺吸引細胞診が契機となり診断された分泌癌の一例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾, 久留米大学病院病理診断科・病理部³⁾

○大田桂子(CT)¹⁾, 原武晃子(CT)¹⁾, 塚本孝久(CT)¹⁾, 武井美和(CT)¹⁾, 長山大輔(CT)¹⁾, 鶴野由華(CT)¹⁾, 高橋光彦(CT)¹⁾, 河原明彦(CT)³⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺における分泌癌は、唾液腺腫瘍 WHO 分類・第 4 版 (2017 年) に新たな分類として加えられた。今回左耳下腺穿刺吸引細胞診が診断の契機となった分泌癌の 1 例を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】80 歳代・男性、数年前から左耳下腺腫脹を自覚。良性腫瘍疑いで画像検査にて経過観察中、腫瘍の急激な増大を認め穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞像】血性囊胞液が約 5 ml 採取され、沈渣標本で出血と泡沫細胞、ヘモジデリン貪食組織球を背景に多数の腫瘍細胞を認めた。それらは細胞質に空胞形成を認め、核偏在した細胞が大小の集塊で出現し、核形不整と明瞭な核小体を認めた。鑑別疾患も含め腺癌 NOS と診断した。

【組織像】腫瘍は嚢胞性病変を伴う 35×28 mm の充実性腫瘍で線維性被膜に覆われ、乳頭状、管状、微小嚢胞状を呈し、細胞外粘液や腺腔内に好酸性分泌物・出血物を認めた。腫瘍細胞は立方状～円柱状で、淡明、好酸性細胞質と類円形核、明瞭な核小体を有し、間質は膠原繊維を含む線維性結合織や硝子化した部分があり、ヘモジデリン沈着を認めた。免疫染色で pSTAT5, mammagloin, S100 蛋白に陽性を呈し、FISH にて ETV6-NTRK3 融合遺伝子が確認され、総合所見より分泌癌と診断された。なお被膜浸潤やリンパ節転移はなかった。

【まとめ】穿刺吸引細胞診時、分泌癌の診断に至らなかったが、細胞像を振り返り観察し、結合性の低下した不整形細胞集塊や空胞状細胞質、分泌物を容れた小集塊、球状集塊などの所見が視えた。今後唾液腺穿刺時、同様の細胞像を認めた場合分泌癌も念頭に診断する必要があると考えた。

P-2-57 唾液腺導管癌の 2 症例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理・細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾

○中野祐子(CT)¹⁾, 塚本孝久(CT)¹⁾, 榎田明美(CT)¹⁾, 深川良隆(CT)¹⁾, 坂本康輔(CT)¹⁾, 平川優太(CT)¹⁾, 高橋光彦(CT)¹⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺導管癌は比較的稀な腫瘍で高悪性度とされている。今回、我々は 2 例の唾液腺導管癌を経験したので報告する。

【症例 1】70 歳代、男性。2 年前に左鼻中隔内反性乳頭腫摘出術の既往があり、経過観察中に左上顎リンパ節腫脹および左耳下腺内に腫瘍を認めたため穿刺吸引細胞診が施行された。

【症例 2】60 歳代、男性。1 か月前に左耳下腺腫瘍を指摘され当院耳鼻科受診。画像にて左耳下腺に腫瘍を認めたため穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】症例 1：シート状～一部軽度重積を呈する大小の細胞集塊で出現し、配列の乱れや核の軽度腫大、核小体を認めるも、異型性に乏しく鑑別困難とした。症例 2：壊死物質、泡沫細胞を背景に腫瘍細胞が集塊～孤在性に出現し一部重積、腺腔様配列も認めた。N/C 比増大、核の大小不同、クロマチン増量、核小体を認め唾液腺導管癌や粘表皮癌を疑った。

【組織所見】症例 1：径 20 mm 大の不整形な白色充実性腫瘍で核腫大、核不整、明瞭な核小体、やや好酸性の増した細胞質を示す異型上皮が、管腔様構造を伴う充実胞巣を呈していた。症例 2：長径約 100 mm 大の腫瘍で、核不整、クロマチン増量した異型上皮が、中央に壊死を伴う大小の腫瘍胞巣状、シート状、乳頭状を呈し広範に増殖していた。2 例ともリンパ管や静脈侵襲を伴っており、免疫染色にて CK7 に陽性、p40, p63, CK20, SMA, S100 に陰性を呈し唾液腺導管癌と診断した。

【まとめ】唾液腺導管癌は悪性度が高く術前に診断することが重要であるが、症例間により細胞形態に差異があり、異型に乏しい症例もあることを念頭におき、診断することが重要であると考えた。

P-2-58 耳下腺原発神経内分泌腫瘍の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター病理部¹⁾, 横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科²⁾, 東京医科大学人体病理学分野³⁾

○武田奈津子(CT)¹⁾, 田辺美樹子(MD)²⁾,
菊地美保(CT)¹⁾, 腰高典子(CT)¹⁾, 高瀬章子(CT)¹⁾,
富岡理恵(CT)¹⁾, 小寺輝明(CT)¹⁾, 石津春菜(CT)¹⁾,
長尾俊孝(MD)³⁾, 稲山嘉明(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺原発神経内分泌腫瘍(NET)は稀である。2017年の唾液腺腫瘍WHO分類では低分化癌に分類される。今回我々はG2相当の耳下腺原発NETの一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。約一ヶ月前に右耳下部に腫瘤を自覚し当院受診。PET-CTや穿刺吸引細胞診より悪性が疑われ、耳下腺部分切除術が施行された。

【細胞所見】血性背景に異型細胞が孤立散在性～小集塊で多数出現。細胞の結合性は比較的疎であった。異型細胞はほぼ裸核状の小型細胞～比較的豊富な細胞質を有するやや大型な細胞であった。核クロマチンは細顆粒状で核は大小不同や切れ込みが見られ、明瞭で大型の核小体を有する細胞も認めた。細胞質は顆粒状または泡沫状であった。以上より悪性腫瘍を考えるが、組織型推定は困難であった。

【組織所見】歪な卵円形に腫大した核を有する異型細胞が、充実性の胞巣を形成して増殖。一部にはrosette様の配列が見られた。より大型の異型の強い細胞からなる充実性胞巣も認めた。核分裂像は約4/10HPFsであった。免疫染色では、AE1/AE3一部に陽性、CK7陰性、CK20陰性、synaptophysin陽性、chromogranin Aごく弱い陽性、CD56陽性、Ki67 indexは約13%であった。以上より神経内分泌分化を伴う低分化癌(G2相当のNET)とした。

【まとめ】今回経験したG2相当のNETは低分化癌に分類される小細胞または大細胞神経内分泌癌よりも悪性度は低いと考えられる。稀ではあるが、唾液腺領域においてもNETのことを念頭に置き鏡検することが重要と考えられる。

P-2-59 耳下腺に発生した血管肉腫の一例

済生会宇都宮病院臨床検査技術科病理検査課¹⁾, 慶応義塾大学医学部病理学教室²⁾, 済生会宇都宮病院病理診断科³⁾

○廣瀬英俊(CT)¹⁾, 青木律子(CT)¹⁾, 湯澤浩子(CT)¹⁾,
下田将之(MD)²⁾, 末盛友浩(MD)³⁾, 西川秋佳(MD)³⁾

【はじめに】血管肉腫(angiosarcoma)は比較的まれな悪性腫瘍であり、主に皮膚や四肢軟部、乳腺、肝臓などに発生する。今回耳下腺に発生した血管肉腫を経験したので報告する。

【症例】73歳女性。麻痺を伴う左耳下部の腫瘤により当院耳鼻科を受診した。穿刺吸引細胞診が行われ、腺癌疑いとなった。その後、左耳下腺浅葉切除術が施行され、病理診断で血管肉腫の診断となった。

【細胞像】血性または壊死性背景に、好酸性不整形の核小体、顆粒状クロマチン増量を示す腫大核を有する類円形や短紡錘形の細胞集塊を認めた。核は偏在傾向、細胞質は淡明レース状で、細胞質内に空胞を散見した。一部に相互封入像を認めた。悪性腫瘍、特に腺癌疑いとなったが、細胞数が少なくClass III bとした。液状化細胞診でも従来法と同様の細胞像を示した。

【組織像】左耳下腺部に23×35×45mm大の腫瘍性病変を認めた。壊死の目立つ病変で、壊死辺縁部には異型細胞の増殖を認めた。免疫染色で腫瘍細胞はpankeratin(-), CD31(+), D2-40(+), ERG(+), Ki-67 indexの増加が目立った。血管/リンパ管内皮細胞への分化が示唆され、血管肉腫の診断となった。

【まとめ】血管肉腫の細胞像は腺癌と類似しており、血管肉腫の細胞像においても細胞質内空胞や相互封入像を示すため、判定には注意が必要である。また、液状化細胞診は従来法と同様の細胞像が得られ、検体不適正となることの多い壊死や血液成分の目立つ血管肉腫でも観察が容易で有用性があると考えられる。

P-2-60 乳腺筋上皮腫を併発した筋上皮癌の一例

国家公務員共済組合連合会東京共済病院病理診断科¹⁾,
国家公務員共済組合連合会東京共済病院臨床検査科²⁾,
国家公務員共済組合連合会東京共済病院乳腺科³⁾

○中山純平(CT)¹⁾, 平岡 正(CT)¹⁾, 内田悦子(CT)¹⁾,
川原 穰(MD)¹⁾, 副島和彦(MD)²⁾, 馬場紀行(MD)³⁾

【はじめに】乳腺筋上皮腫を併発した筋上皮癌の一例を経験したので報告する。

【症例】43 歳, 女性. 2015 年 1 月に左乳房 C 領域に腫瘤を自覚し, 他院にて針生検を施行. 広義の化生癌が疑われ, 手術目的で当院に紹介された. 造影 MRI で左乳房 C 領域に, 直径 30 mm の広域な乳管内進展を伴った辺縁不整な腫瘤と左腋窩に乳管内進展に連続した 20 mm 大の腫瘤を認めた. 左腋窩腫瘤は左腋窩リンパ節転移が疑われ穿刺吸引細胞診(FNAC)を実施し, 同年 11 月に左腋窩腫瘤を含む左乳房切除術が実施された.

【組織診断】左乳房 C 領域に 30×20 mm の筋上皮癌と隣接した径 8 mm の非浸潤性乳管癌に連続した径 5 mm 浸潤性乳管癌を認めた. リンパ節転移は認めなかった. 左腋窩腫瘤は 20×10 mm の腺筋上皮腫であった.

【細胞所見】手術検体における筋上皮癌の腫瘍捺印細胞診は, 多辺形または紡錘形の異型細胞を孤立散在性から束状配列や不規則重積性の集塊で認めた. 術前の左腋窩腫瘤 FNAC は, 多辺形または紡錘形の異型細胞を孤立散在性に認めた. 異型細胞は免疫染色にて p63 陽性を示した. また, 重積の強い小型細胞集塊も認めた. 核密度が高く, 一部に二相性がみられるシート状や腺管状の集塊を認めた. 背景は出血性で泡沫細胞を認めた.

【まとめ】乳腺筋上皮癌および腺筋上皮腫は, 共に稀な疾患で, 組織型や細胞像を理解することが診断するために重要だと考える. それぞれの細胞像を比較検討したので報告する.

P-2-61 乳腺原発印環細胞癌の一例

東京警察病院病理診断科

○渡邊 学(CT), 神山慶也(CT), 篠原令子(CT),
石渡嘉奈子(CT), 横浜一樹(CT), 熊谷 輝(MD),
谷野智将(MD), 帯包妃代(MD), 横山宗伯(MD)

【はじめに】乳腺原発印環細胞癌は, WHO 分類では細胞質ムチンが豊富であることが特徴で, 核は片側に押しされ印環細胞の形を作るものと定義されている.

【症例】65 歳女性. 検診にて左 C 領域に腫瘤を指摘され当院紹介受診. エコーにて低エコー, 境界明瞭, 前方境界線の断裂を認め, CT にて多中心性, 一部に癒合を伴う 48×26×32 mm 大の腫瘤を認めた. 生検にて印環細胞分化を伴う乳癌と診断され, 乳房切除およびリンパ節郭清術が行われた.

【穿刺吸引細胞診所見】比較的きれいな背景の中に, 核偏在性で細胞質に橙黄色調で, PAS 染色・アルシアン青染色共に陽性を示す粘液を豊富に含む異型細胞を孤立散在性に多数認めた.

【組織診所見】境界明瞭, 間質の介在の乏しい比較的大型の充実性胞巣の集簇で充実腺管様であるが, 大型の細胞質内に印環細胞型の腔を有するものが目立ち, 一部は粘液を含有している. PAS 染色, Al-B 染色共に陽性, 免疫染色では ER, PR 共に陰性, HER2 スコア 0, E-cadherin 弱陽性, GATA3 陽性で乳腺原発印環細胞癌と診断された.

【考察】乳腺原発印環細胞癌は本邦での報告は散見される程度であり, 欧米では全乳癌の 2~5% 程度といわれている文献もある. 定義は強拡大の視野で 20 個以上の印環細胞を認めるという報告や転移性乳癌を否定した上で, 腫瘍の大半を印環細胞が占めるという報告がある. 発生由来は小葉癌由来と乳管癌由来のものがあるとされ, 鑑別には E-cadherin や GCDFP15 染色を用いる. 本症例では, E-cadherin 弱陽性であったため乳管癌由来であると示唆された.

P-2-62 細胞診で悪性を考えた乳腺腺筋上皮腫の一例

聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾, 聖隷浜松病院病理診断科²⁾,
立川総合病院病理診断科³⁾

○道村玲香(MT)¹⁾, 山田真人(CT)¹⁾, 池谷知也(CT)¹⁾,
加藤好洋(CT)¹⁾, 大月寛郎(MD)²⁾, 新井義文(MD)²⁾,
小林 寛(MD)³⁾

【はじめに】乳腺腺筋上皮腫 (adenomyoepithelioma) は乳管上皮細胞と筋上皮細胞が共に腫瘍性増殖を示す基本的に良性の稀な腫瘍である。今回、我々は細胞診にて class IV, 悪性疑いとしたが、組織診断にて腺筋上皮腫と診断された一例を経験したため報告する。

【症例】80歳代, 女性. 検診マンモグラフィ検査にて右C領域の結節を指摘された。

【細胞所見】採取細胞量は多く、ほつれや腺腔様構造及び、軽度重積を伴う集塊が中等量出現していた。全体的に細胞異型は軽度だが、核には軽度核腫大、大小不同、小型の核小体を認め、細胞質の広さは様々であった。また背景には通常の大核裸核を認めなかった。以上の細胞所見より class IV, 乳頭腺管癌を推定した。

【病理学的所見】4.0×2.6 cm の境界明瞭な充実性の結節性腫瘍を認めた。腫瘍は1層の乳管上皮細胞からなる多数の腺管構造とそれを取り巻いて細胞質が好酸性～淡明の筋上皮細胞が認められた。また、免疫染色にて、乳管上皮細胞が CAM5.2 に陽性で、筋上皮細胞が p63, αSMA などに陽性を示した。浸潤性発育や目立った細胞異型はなく、明らかな悪性は認めなかった。

【まとめ】細胞診にて腺筋上皮腫症例を経験したので報告した。大核裸核は乳腺細胞診では良悪の区別の一般的な指標とされている。しかし、振り返ってみても本症例ではこれはほとんど認められなかった。従って、唾液腺の多形腺腫のように腫瘍性の筋上皮は大核裸核として出現しない可能性も考え得る。このような事柄を考慮し、現在、免疫染色を行い筋上皮細胞の有無を検討中である。

P-2-63 乳腺 Metaplastic carcinoma の1例

長野赤十字病院病理部

○半田亜里紗(CT), 荻野智由(CT), 望月 実(CT),
花岡浩明(CT), 佐藤秀太(CT), 武田千佳(CT),
里見英俊(MD), 伊藤以知郎(MD)

【緒言】Metaplastic carcinoma (MC) は乳癌取り扱い規約で特殊型に分類される稀な腫瘍であり、扁平上皮癌 (SCC), 間葉系分化を伴う癌 (Mes), 混合型が存在する。浸潤性乳管癌 (IDC) と化生成分が混在するものは、細胞診では穿刺部位によって組織型の推定が困難な場合がある。今回、摘出された手術材料の複数箇所から穿刺吸引を行い、各標本を観察したところ、出現する異型細胞の形態に標本間差がみられたので報告する。

【症例】50歳代女性。左乳房痛を主訴に前医を受診し、穿刺吸引細胞診にて乳癌疑いと診断され当院に紹介受診。エコー検査にてC領域に3cmの不整形腫瘍があり、生検を行いMCと診断され、左乳房が全摘された。

【組織所見】主病変CD領域境界にてover invasive growthを示し、その主たる成分はSCCであった。それを取り巻いて異型紡錘形細胞 (SpC) 成分の増殖や2相性だが異型のある乳管類似腺管の増殖がみられた。

【細胞所見】手術材料の肉眼的腫瘍部分の複数箇所から穿刺吸引を行い、複数枚の細胞診標本作製したところ、IDC, SCCが各々主体の標本があり、標本間で細胞形態が異なった。一部の標本ではSpCが散在性～集簇性に出現していた。

【考察】穿刺吸引を複数箇所から行い、細胞像と組織の各成分との対比を行なった。SCC成分やSpC成分からMCの可能性を指摘することは可能であり、スクリーニング時点で組織型の候補を可能な限り挙げる必要があると考えられた。また、SpCが即Mesを意味せず、SCCの紡錘形細胞成分であることもあり、鑑別疾患の推定時に考慮すべき点と考えられた。

P-2-64 乳腺化生癌の一例

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

○齊藤彰久(DDS), 倉岡和矢(MD), 吉田美帆(CT),
菅重里紗(CT), 藤澤宏樹(CT), 安村奈緒子(CT),
戸田 環(CT), 佐伯由美(CT), 香川昭博(CT),
在津潤一(MD), 谷山清己(MD)

【はじめに】乳腺化生癌は、上皮性腫瘍成分が扁平上皮細胞かつ／または間葉様成分への分化を示す腫瘍と定義され、その発生頻度は全浸潤性乳癌の 0.2%~5%とまれである。今回、我々は、化生癌の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】患者は 56 歳の女性。6 カ月前に、左乳房に腫瘍を自覚した。2 ヶ月前より急速に増大したため、当院紹介受診した。左乳房に 18 cm 大の巨大な腫瘍が認められた。腫瘍表面は自壊し、多量の壊死を伴っていた。臨床的に進行乳癌が疑われた。針生検が施行されたが、腫瘍が採取されなく確定診断に至らず、左乳房切除術が行われた。肉眼的に剖面では、強い出血、広範な壊死を伴う分葉状の白色腫瘍であった。

【細胞診所見】捺印細胞診標本では、異型性の強い紡錘形腫瘍細胞が集塊状に見られた。結合性がゆるい、大型で多形性を示す腫瘍細胞が散在性に出現していた。腫瘍細胞の核は、紡錘形、多角形あるいは類円形で、核形不整、クロマチンの増量や粗穢化を伴っていた。類骨と見做される緑黄色無構造物質が認められた。乳腺原発骨肉腫、化生癌や悪性葉状腫瘍が疑われた。

【組織所見】組織学的には、多形性あるいは紡錘形の腫瘍細胞が類骨伴い増生する骨肉腫の像が優勢像であった(約 60%)。未分化高異型度肉腫、癌腫や血管肉腫の像も認められ、化生癌と診断した。

【まとめ】希な乳腺化生癌の一例を経験した。その捺印細胞診所見は組織像を反映しており、捺印細胞診像より診断が推定された。

P-2-65 乳腺 化生癌の 1 例

独立行政法人国立病院機構埼玉病院臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構埼玉病院²⁾

○柳 進也(CT)¹⁾, 阪 旨子(CT)²⁾, 上野万里(MD)²⁾

【はじめに】乳腺における化生癌は特殊型に分類される予後の悪い腫瘍であり、発生頻度は全乳がんの 1%以下とされる稀な腫瘍である。今回化生癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性、左乳房腫瘍を自覚。精査の為当院を紹介され受診した。超音波検査にて C 領域に 25×24×16 mm 大の境界明瞭平滑、一部粗造、後方エコー増強を示す嚢胞性病変を認め、同部位より US-VAB を施行した。

【針生検検体】乳管癌成分と混在するように、線維性間質を背景として異型の強い紡錘形~多核細胞がびまん性に増殖する領域を認めた。肉腫様変化を伴う浸潤癌であり、特殊型を疑った。

【手術検体】左乳房切除検体では、腫瘍は 25 mm 大の白色調分葉状腫瘍として認められた。病理組織学的には充実腺管癌成分に混在して、異型の強い紡錘形~多形細胞の増生が認められ、carcinoma with mesenchymal differentiation と診断された。本症例中に扁平上皮癌成分や基質産生、骨・軟骨化生は認められなかった。

【細胞像】摘出検体からの腫瘍捺印標本である。間質成分由来と思われる紡錘形核を有する細胞や大小不同や核型不整を顕著に認める多形性の強い細胞成分、不規則重積性集塊を形成する上皮細胞由来と考えられる細胞成分、以上 2 種類の細胞成分が認められた。両細胞成分共に細胞異型は強く悪性を考え、特殊型を疑う細胞像であった。

【結語】化生癌は化学療法、放射線療法に抵抗性の予後不良な乳癌である。腫瘍径は重要な予後不良因子と考えられており、腫瘍の早期発見とともに細胞診断による組織型の推定は非常に重要である。細胞診で悪性との判定が容易である

P-2-66 捺印細胞診が有用であった Xp11 転座型腎細胞癌の 1 例

綾部市立病院臨床検査科病理¹⁾, 高知赤十字病院²⁾, 舞鶴共済病院³⁾, 福井大学医学部附属病院病理部⁴⁾, 福井大学医学部腫瘍病理学⁵⁾

○山口直則(CT)¹⁾, 黒田直人(CT)²⁾, 河田尚子(CT)³⁾, 大槻小百合(CT)³⁾, 藤村沙織(CT)³⁾, 嶋本知子(CT)³⁾, 今村好章(MD)⁴⁾, 法木左近(MD)⁵⁾

【はじめに】Xp11 転座型腎細胞癌は、成人腎細胞癌の 1～4%程度を占め、多彩な組織形態を呈することから、他の腎細胞癌との鑑別が重要となる。今回、捺印細胞診が診断に有用であった 1 例を経験したので報告する。

【症例】64 歳、男性。急性膀胱炎の精査中、画像検査にて左腎中極に造影効果のやや乏しい腫瘍を指摘された。補助療法としてスニチニブ投与後、腫瘍の縮小傾向がみられたため、経腹的左腎摘出術が施行された。

【病理所見】腫瘍は約 4 cm 大のやや境界不明瞭な充実性腫瘤を形成し、黄褐色調で、出血、壊死を伴っていた。捺印細胞診では大小の充実性集塊を形成して異型細胞がみられた。LG に淡染～好染する細顆粒状細胞質と腫大した濃染核を有し、大型の不整形核や腫大した核小体を有する細胞が混在した。石灰化小体が散見された。免疫細胞化学的に TFE3 が陽性を示した。組織学的には大小の充実性胞巣を形成して増生する癌腫で、淡好酸性～好酸性あるいはやや淡明の細胞質と中型の濃染核、腫大した核小体を有していた。腫瘍内に石灰化および骨化がみられた。静脈侵襲と副腎転移も観察された。免疫組織化学では TFE3, Cathepsin-K, AMACR, CD10 が陽性、CK7 が一部陽性、CAIX, HMB45, Melan-A は陰性であった。TFE3 gene の break-apart FISH にて 26% に分裂シグナルを認めた。電子顕微鏡的に明らかな rhomboidal granule はみられなかった。

【まとめ】本腫瘍の細胞像は多彩であるが、細胞診標本を用いて最も特異性の高い TFE3 の免疫細胞化学を実施することにより確定診断が可能になると思われた。

P-2-67 骨肉腫および軟骨肉腫成分を伴う膀胱肉腫様型浸潤性尿路上皮癌の一例

株式会社アルプ関東ラボラトリー病理¹⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学²⁾, 金沢大学分子細胞病理学³⁾, 医療法人社団善衆会善衆会病院⁴⁾

○植野 舞(CT)¹⁾, 阿部奈津美(CT)¹⁾, 堀越可奈(CT)¹⁾, 小林さやか(CT)²⁾, 齊尾征直(MD)²⁾, 福田利夫(MD)²⁾, 大井章史(MD)³⁾, 富田 光(MD)⁴⁾, 真下 透(MD)⁴⁾

【はじめに】骨肉腫成分と軟骨肉腫成分を伴う膀胱の肉腫様型浸潤性尿路上皮癌の尿の細胞像を経験したので報告する。

【症例】60 代、男性。無症候性肉眼的血尿にて来院。初診時細胞診 class III。精査にて膀胱癌が疑われ TUR-Bt 施行。10 日後の細胞診で class IV。

【細胞所見】背景に多数の赤血球、ライトグリーンに染まる粘液糸様の物質を認め、紡錘形細胞と小型円形細胞の 2 種類の異型細胞を認めた。前者は結合性に乏しく孤在性で、紡錘形～多稜形、あるいはオタマジャクシ型で、N/C 比が軽度上昇し細胞質は淡く、一部で核のくびれとクロマチンの増量を認め、肉腫様の成分を推定した。後者は、孤在性又は小集塊で出現し、円形で細胞質は厚く N/C 比が極めて高く、核形不整、クロマチンの増量を認め、尿路上皮癌細胞あるいは肉腫様成分を推定した。明らかな類骨や軟骨基質、破骨細胞の出現はなく、肉腫成分の組織型推定には至らなかった。

【組織所見】明瞭な上皮性の接着を示す尿路上皮癌(AE1/AE3+, p63+)と接して類骨を形成する Vimentin+ の紡錘形異型細胞が多数みられ、CD68+ の破骨細胞も伴っていた。僅かに軟骨成分の形成もみられた。以上より骨肉腫と軟骨肉腫への分化を示す膀胱原発の肉腫様型浸潤性尿路上皮癌と考えられた。

【まとめ】本例の肉腫成分の大半は骨肉腫であったが、高悪性度骨肉腫の細胞所見の多くは他の肉腫でもみられ、類骨や破骨型巨細胞の出現は稀なため、組織型推定は困難を極める。本例でも骨肉腫と断定できず、癌の成分に意識が向いていた。本例のように頻度の低い腫瘍の細胞像は正確な判断が非常に難しいことが改めて認識できた。

P-2-68 前立腺肥大症術後尿中に HPV 感染異型細胞が出現した 1 例

新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科

○川崎 隆(MD), 土田美紀(CT), 齋藤美沙紀(CT),
神田真志(CT), 林 真也(CT), 畔上公子(CT),
北澤 綾(CT), 弦巻順子(CT), 豊崎勝実(CT),
泉田佳緒里(CT), 川口洋子(CT), 小林由美子(CT),
渡邊 玄(MD), 本間慶一(MD)

【症例】70 歳代男性. 5 年 6 ヶ月前に前立腺肥大症に対し HoLEP 治療を受け, 4 年 9 ヶ月前から排尿時痛・頻尿が出現した. 尿細胞診では, 扁平上皮への分化を伴う尿路上皮癌が疑われたが, 臨床的に腫瘍はなかった. 経過を見ていたが, 尿細胞診で Class III が続いたため 3 年 7 ヶ月前に当院紹介となった. 尿細胞診では, オレンジ G 好性の異型細胞が出現しており, 悪性が疑われた. 膀胱鏡や画像上明らかな腫瘍性病変はなく, 上部尿路の洗浄細胞診は“陰性”であった. また, 外生殖器に異常はなかった. 2 年 8 ヶ月前には, HPV 感染性変化様の 2 核細胞や halo を伴う細胞が観察された. その後も“異型細胞”程度の尿細胞診判定が続いたため, 尿中の細胞から DNA を抽出して, HPV 感染の有無を検索した. PCR で HPV 遺伝子の増幅を認め, 遺伝子解析で遺伝子型は 59 型と確定した. 現在も腫瘍性病変はなく, 症状の軽快と再燃を繰り返している.

【考察】男性の尿細胞診における HPV 感染性変化については, 日臨細胞誌(1995 年)に 1 篇報告がある. また, 近年尿路上皮癌と HPV 感染の関連性が言われている. 本症例で見られた異型細胞は HPV 感染性変化と考えられるが, 前癌病変の可能性もあり今後も注意深い経過観察が必要である.

P-2-69 フマル酸ヒドラターゼ欠損腎細胞癌の穿刺吸引細胞診

岡崎市民病院病理細胞診検査室¹⁾, 岡崎市民病院病理診断科²⁾

○廣井善子(CT)¹⁾, 仲間 巖(CT)¹⁾, 佐々孟紀(CT)¹⁾,
丹羽京太郎(CT)¹⁾, 石岡久佳(MD)²⁾, 小沢広明(MD)²⁾

【はじめに】フマル酸ヒドラターゼ(FH)遺伝子の生殖細胞系列変異による遺伝性平滑筋腫症・腎細胞癌症候群(HLRCC)は 10-16%に腎細胞癌を発症し, 2 型乳頭状腎細胞癌や腎管状囊胞癌様の形態と FH の免疫染色陰性という特徴をもつ. FH 変異が不明な場合は FH 欠損腎細胞癌と呼ばれる. FH 欠損腎細胞癌の細胞診所見は我々の知る限り 2018 年に初めて報告され, 極めて情報が少ない. 今回我々はその特徴的な細胞像を経験したので報告する.

【症例】59 歳男性. 糖尿病・高血圧で他院通院中, エコー検査で右腎囊胞を指摘され当院で精査. 囊胞性腎癌疑いにて右腎摘出術が施行された.

【細胞所見】術中に採取された腎囊胞内容液で Papanicolaou 染色, May-Giemsa 染色を行った. 多数の赤血球とマクロファージを背景に小〜微細乳頭状の腫瘍細胞集塊を認めた. 細胞質は淡黄色で微細泡沫状を呈する. 核は類円形で核縁は薄く均一, 核クロマチンは微細顆粒状で比較的均一に分布する. 核小体は単一で大型, 好酸性で明るく, その周囲に halo が見られるものがあつた.

【病理診断】8 cm の囊胞性腫瘍で腎管状囊胞癌や 2 型乳頭状腎細胞癌様の形態を呈し免疫組織化学的に FH が陰性で, FH 欠損腎細胞癌と診断した.

【まとめ】FH 欠損腎細胞癌の診断は HLRCC の発見において重要である. FH 変異がある場合は比較的予後が悪い転移巣での細胞学的診断の機会もありえる. 診断の一助として, 細胞診における FH 欠損腎細胞癌の特徴的な像を知っておくことは重要と考える.

P-2-70 精子がみられる尿に出現する異型細胞の検討

広島赤十字・原爆病院病理診断科部

○平田千絢(CT), 永崎裕志(CT), 村上 寛(CT),
小路伊奈子(CT), 和田健一(CT), 大林真理子(MD),
坂谷暁夫(MD), 藤原 恵(MD)

【はじめに】尿中に精子とともに異型細胞を認めることがあるが、経過を追っても癌の診断に至らない症例が多い。今回精度管理を兼ねて精子とともに出現した異型細胞について検討した。

【対象および方法】2007年1月から2018年11月の間に提出された男性の自然尿19892検体3673症例のうち、経過中に尿路癌、前立腺癌のいずれもなく、精子がみられた検体を対象とした。比較対照として低分化な尿路上皮癌細胞を用いた。

【結果】21検体16症例に精子を認め、年齢は49～81歳であり、そのうち11検体に異型的な細胞がみられた。異型細胞は小型で、細胞質に厚みがあり、核の偏在と濃縮、軽度の核形不整がみられたのに対し、尿路上皮癌細胞は核の腫大、核形不整、クロマチンの不均等分布がみられた。

【まとめ】精子がみられる尿の約50%には異型細胞が出現するが、尿路上皮癌細胞との鑑別は可能であった。

P-2-71 尿細胞診における高異型度尿路上皮癌のN/C比に関する検討

帝京大学ちば総合医療センター病理部

○花見恭太(CT), 内田浩紀(CT), 常世田岬(CT),
豊永安洋(CT), 若原孝子(CT), 安達純世(CT),
富居一範(MD), 石田康生(MD), 山崎一人(MD)

【はじめに】高異型度尿路上皮癌(HGUC)を診断するうえでThe Paris System(TPS)ではN/C比0.7以上が指標とされ、泌尿器細胞診報告様式2015ではN/C比0.5以上の異型細胞をN/C比大として一つの所見としている。今回我々は組織学的にHGUCとされた症例について、尿細胞診検体に見られた異型細胞のN/C比を画像解析にて算定し、現行の報告書様式の指標に合致するかを検討した。

【方法】2014年から2015年の期間にTURBTの病理組織診断にてHGUCとされた31例の術前尿細胞診検体を対象とした。標本作製はYM液固定・2回遠沈法で行った。細胞質縁が明瞭で変性に乏しく、かつ、泌尿器細胞診報告様式2015の高度異型細胞の核所見に準ずる細胞20個以上を対物レンズ40倍で撮影し、画像解析ソフトImage Jを用いて核面積・細胞面積を測定してN/C比を算出した。異型細胞が散在性/集塊状にみられた場合は、両者から異型細胞を選択した。

【結果】31例におけるN/C比の平均は 0.45 ± 0.06 (0.32-0.56)であった。N/C比の上位5個の平均が0.7を超えたのは1症例に留まった。

【考察】TPSでは変性を伴わないN/C比0.7以上の異型細胞5-10個以上がHGUCの判定に必要とされ、泌尿器細胞診報告様式2015においてもN/C比0.7-0.75以上を高度のN/C比大として所見としており、尿細胞診標本において核異型の強い細胞のN/C比はしばしば過大評価されていると考えられる。N/C比は標本作成の条件でも変化することが考えられ標本作製法とN/C比の関係についても検討を加える。

P-2-72 膵臓 EUS-FNA で未分化癌との鑑別が困難であった未分化大細胞型リンパ腫の 1 症例

JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科¹⁾, JA 長野厚生連佐久総合病院佐久病理診断科²⁾, 信州大学医学部病理組織学教室³⁾, 北里大学医学部呼吸器外科⁴⁾

○岩松弘文(CT)¹⁾, 中山朋秋(CT)¹⁾, 佐藤憲俊(CT)¹⁾, 西雄一貴(CT)¹⁾, 井出伸也(CT)²⁾, 塩澤 哲(MD)¹⁾, 青柳大樹(MD)¹⁾, 石亀廣樹(MD)²⁾, 菅野佑幸(MD)³⁾, 佐藤之俊(MD)⁴⁾

【緒言】未分化大細胞型リンパ腫 (ALCL) は腫瘍細胞が相互接合性を示しシート状増殖をすることがあり, 時に未分化癌や悪性黒色腫等との鑑別を要する. 今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法で, 多核大型細胞や上皮様異型細胞の出現により未分化癌が疑われた ALK 陰性 ALCL の 1 例を経験したので報告する.

【症例】60 歳代, 男性. 体重減少と食欲不振・倦怠感等で受診. CT 検査で臍体部から肝門部・大動脈周囲まで進展する腫瘤を認め, 進行性膵癌の疑いで FNA を施行した.

【細胞所見】緩い接合性を示し多辺形の細胞質を有する異型細胞が多数認められ, 背景には小型リンパ球が散見される. 異型細胞は類円形核が主体であるが核縁肥厚やクビレを伴う異型核が混在. 円形～不整形核小体が目立ち, 所々に核分裂像を認めた. また, 孤在性に馬蹄形や花冠状の多核異型細胞も見られ, 膵臓からの穿刺を考慮し未分化癌を疑った.

【組織所見】採取された生検材料は核の大小不同が見られる N/C の高い細胞が増殖し, 単核細胞に混じって多核異型細胞が混在する. 免疫染色は AE1/3, L26 及び S100 陰性, LCA 及び CD30 陽性で ALK 陰性を呈し, ALK 陰性 ALCL と診断された.

【まとめ】ALCL は腫瘍形態が多形性に富み, 時に上皮様形態を示し免疫染色でも EMA 陽性を呈することからしばしば未分化癌などとの鑑別に苦慮する. 本例では巨大な腫瘤を形成していて原発部位の特定が困難であったが, 臨床的に癌腫が疑われる状況では ALCL が特に pit-fall になりうる. 従って, 上皮様結合を伴う多様な異型細胞を認めた場合は ALCL も念頭において鑑別を進める必要があると考えられた.

P-2-73 当院における胃粘膜下腫瘍に対する EUS-FNA 実施症例の検討

関西医科大学附属病院病理部

○山東香織(CT), 岡野公明(CT), 岡本 久(CT), 石田光明(MD), 田中顕之(MD), 宮坂知佳(MD), 大江知里(MD), 葛 幸治(MD)

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA) 検査が胃粘膜下腫瘍に対し実施され, 近年その有用性が報告されている. 当院では, 胃粘膜下腫瘍に対する EUS-FNA 検査を on-site で実施しており, その有用性について検討したので, 報告する.

【対象・方法】2006 年から 2018 年に当院で胃粘膜下腫瘍に対し実施された on-site EUS-FNA 110 例について細胞像とその判定, 病理診断との相関について後方視的に検討した. 腫瘍細胞が含まれていないものを陰性, 細胞成分に乏しいものを判定不可とした. セルブロック標本作成し, 免疫組織化学染色を施行し診断を行った.

【結果】110 例の細胞診断の内訳は, "spindle cell tumor" 62 例 (56.3%), 悪性リンパ腫およびその疑い 5 例 (4.5%), 腺癌 5 例 (胃癌 3 例, 膵癌 1 例, 乳癌 1 例), 扁平上皮癌 1 例 (0.9%), 陰性 34 例 (30.9%), 判定不可 3 例 (2.7%) であった. "spindle cell tumor" 62 例のうち, セルブロックを 60 例で作成し, GIST 49 例 (81.6%), 平滑筋腫 5 例 (8.3%), 陰性・判定不可 6 例 (10%) であった. この陰性・判定不可 6 例のうち 2 例およびセルブロック作成されなかった 2 例は手術検体で GIST と診断された. 細胞診断で陰性・判定不可の 37 例に手術検体で GIST と診断された症例が 6 例含まれていた.

【まとめ】胃紡錘形細胞腫瘍の診断には免疫染色が必須であるため, セルブロックの作成が望まれる. 本検討では, on-site 診断で "spindle cell tumor" と判定した症例の約 94% (58/62 例) が GIST または平滑筋腫で, そのほとんどがセルブロックで診断可能であった. on-site 細胞診を行う事により腫瘍が含まれた検体採取が高率に可能で, 術前診断率の向上に寄与していると考えられた. また, 紡錘形細胞腫瘍以外にも癌腫や悪性リンパ腫も粘膜下腫瘍として採取されることがあり, それらの可能性も念頭に置く必要があると考えられた.

P-2-74 膵腫瘍に対する EUS-FNAC と ERCP 下膵液細胞診の診断精度の比較検討

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部器官病理学講座²⁾

○松重貴大(CT)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾, 山田恭子(CT)¹⁾, 持田洋利(CT)¹⁾, 遠藤由香利(CT)¹⁾, 大野千恵子(CT)¹⁾, 野坂加苗(MD)²⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾, 梅北善久(MD)²⁾

【はじめに】近年、膵腫瘍に対して EUS-FNA(超音波内視鏡下穿刺吸引法)が積極的に行われ、その正診率は 83-93%と高いことが示されている。当院では EUS-FNA 時の細胞診検体(EUS-FNAC)には生検材料(EUS-FNAB)採取後の針洗浄液を用いており、その後 ERCP 下膵液細胞診もおこなわれる場合がある。今回、我々は EUS-FNAC と ERCP 下膵液細胞診が併用された症例における各検査の診断精度について検討を行ったので報告する。

【対象・方法】2011 年から 2016 年の 6 年間で EUS-FNA と ERCP 下膵液細胞診が行われた 132 検体を対象とし、そのうち臨床的に最終診断が下された 120 検体と対比させて診断感度、特異度、正診率、陽性的中率、陰性的中率を評価した。

【結果】EUS-FNAC 単独では感度 65.0%、特異度 75.0%であり、ERCP 下膵液細胞診単独では感度 50.0%、特異度 90.0%であった。EUS-FNAC と ERCP 下膵液細胞診併用で細胞診評価を行った場合について検討した結果、感度が 81.0%、特異度が 85.0%と良好であった。一方、EUS-FNAB の感度は 82.0%、特異度は 90.0%であった。EUS-FNA 陰性かつ ERCP 下膵液細胞診陽性は 4 例であり、その症例の内訳は、膵頭部癌が 1 例、膵体部癌が 1 例、IPMC(膵管内乳頭粘液性癌)が 1 例、下部胆管癌が 1 例であり、部位・腫瘤径・異型度などに共通点や一定の傾向は認めなかった。

【考察】EUS-FNA は ERCP 下膵液細胞診と併用することでかなり多くの偽陰性例を補完できることが今回の検討より示唆された。

P-2-75 胃 GIST と推定した胃神経鞘腫の 1 例

NTT 東日本関東病院臨床検査部¹⁾, NTT 東日本関東病院病理診断科²⁾

○奥山力也(CT)¹⁾, 荒井政和(CT)¹⁾, 永谷昭義(CT)¹⁾, 栗原正博(CT)¹⁾, 中島美里(CT)¹⁾, 伊藤友美(CT)¹⁾, 和泉智子(CT)¹⁾, 橋本浩次(MD)²⁾, 増田芳雄(MD)²⁾, 森川鉄平(MD)²⁾, 堀内 啓(MD)^{1,2)}

【はじめに】胃神経鞘腫は全胃腫瘍の 0.2%程度とまれな疾患である。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)で GIST を推定したが、組織診では神経鞘腫と診断された 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代女性。心窩部痛の為、近医で内視鏡を施行し胃体部前壁に 12 mm の粘膜下腫瘍が指摘された。当院を受診し施行した EUS-FNA で細胞診は GIST と推定したが、組織診では S-100(+)であり神経鞘腫が考えられた。その後局所切除手術で神経鞘腫と確認された。

【細胞所見】紡錘形細胞がシート状や束状に配列し、一部重積性を示し出現。紡錘形細胞の核は長楕円形から円形でねじれや切れ込みがみられた。

【組織所見】腫瘍は約 26×25×25 mm の黄色調である。腫瘍細胞は紡錘形で、紡錘形から楕円形の核を有し、やや核の多形性が目立つが、核分裂像を認めない。胚中心を伴うリンパ濾胞が囲む lymphoid cuff が形成されていた。免疫組織学的に紡錘形細胞は S-100(びまん性に+)、c-kit(-)、CD34(-)、desmin(-)となり神経鞘腫と診断した。

【まとめ】EUS-FNA 検体による細胞像を見直すと、胃神経鞘腫に特徴的とされる背景のリンパ球やリンパ濾胞形成が確認できた。このような所見は通常 GIST や平滑筋腫では見られず、この点が最も大きな鑑別点であった。

P-2-76 腭転移した肺原発滑膜肉腫の一例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○宮本加菜(CT)¹⁾, 郷田 衛(CT)¹⁾, 片倉和哉(CT)¹⁾, 本山睦美(CT)¹⁾, 松永 徹(CT)¹⁾, 伊吹英美(MD)²⁾, 石川 亮(MD)²⁾, 香川聖子(MD)²⁾, 門田球一(MD)^{1,2)}, 羽場礼次(MD)^{1,2)}

【はじめに】滑膜肉腫は若年成人の四肢近傍に多く発生し, 肺原発はまれである。今回我々は, 肺原発滑膜肉腫が腭転移した症例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代, 男性。既往歴, 肺原発滑膜肉腫にて右肺下葉切除術施行。他院で胆管炎を疑われ, 当院紹介受診。CT で腭体部に 20mm 弱の腫瘤を認め, 画像所見を含めた臨床像から転移性腭腫瘍や腭原発 NET の可能性を疑い, EUS-FNA が施行された。

【細胞像】穿刺吸引細胞診では, 紡錘形から卵円形の腫瘍細胞が束状や錯綜状に出現していた。腫瘍細胞の大きさは比較的均一で, N/C 比は高く, 核の切れ込みや核内細胞質封入体, 核分裂像が認められた。核縁は薄く平滑で, 繊細なクロマチンを有し, 核小体は目立たなかった。

【組織像】生検組織像では, 紡錘形の腫瘍細胞が束状に増殖し, 右肺下葉切除組織像に類似していた。免疫組織化学的に腫瘍細胞は bcl-2 (+), AE1/AE3 (一部+), chromogranin A (-), synaptophysin (-) であり, 臨床像とあわせて滑膜肉腫の転移を考える所見であった。

【結語】滑膜肉腫は組織学的に上皮細胞と紡錘形細胞からなる二相型, 紡錘形細胞からなる単相性線維型, 上皮細胞からなる単相性上皮型, 低分化型に分類される。本症例は紡錘形細胞が主体であり, 間葉系腫瘍や肉腫型悪性中皮腫などが鑑別にあげられた。細胞像のみでの組織型の確定は困難だが, 紡錘形細胞主体の細胞像がみられた場合は, 滑膜肉腫も鑑別に挙げ, 免疫化学的検索や遺伝子学的検索が必要であると思われる。また, 肺腫瘍の腭転移は比較的頻度の低い病態であり, 文献的考察を交えて報告する。

P-2-77 耳下腺原発扁平上皮癌の 2 例

北九州総合病院病理診断科¹⁾, 産業医科大学第 2 病理学教室²⁾

○植村瑞紀(CT)¹⁾, 谷垣直子(CT)¹⁾, 高原 浩(CT)¹⁾, 田崎貴嗣(MD)²⁾, 入江康司(MD)¹⁾

【はじめに】耳下腺原発の扁平上皮癌は, 発生頻度の稀な高悪性度の唾液腺腫瘍である。今回, 穿刺吸引細胞診で組織型推定が困難であった耳下腺原発扁平上皮癌の 2 例を経験したので報告する。

【症例】症例 1: 60 歳代男性。エコー検査で 49 mm 大の嚢胞変性を伴う腫瘤。症例 2: 50 歳代男性。エコー検査で 35 mm 大の低エコー腫瘤。

【細胞像】症例 1: 背景に壊死物質や好中球, 形質細胞分化を伴うリンパ球がみられた。腫瘍細胞は孤立散在性に出現し, 細胞質はライトグリーン好性で多辺形を呈した。核は多核円形で明瞭な核小体を認めた。症例 2: 好中球主体の炎症細胞を背景に, 腫瘍細胞は孤立散在性またはシート状集塊で出現し, 細胞質はライトグリーン好性で類円形～多辺形を呈した。核は多核円形で明瞭な核小体を認めた。2 症例ともに核形不整を伴う OG 好性細胞を認めた。細胞判定は悪性としたが, 組織型の確定は困難であった。

【組織像】症例 1: 大小のシート状胞巣構造で, 周囲には高度の形質細胞浸潤を伴う。細胞は多辺形大型で, 中に明らかな扁平上皮分化としての癌真珠形成を認める。症例 2: 周囲に高度の炎症細胞浸潤を伴う。細胞は円形～多辺形大型で, 中に扁平上皮化生細胞を認める。2 症例とも PAS 反応, A1-B 染色陰性。免疫組織化学染色で p40, p63, CK14 が陽性であった。CK7 は症例 1 で陰性, 症例 2 で陽性を示した。

【まとめ】今回, 免疫染色 CK7 の結果が異なる耳下腺原発扁平上皮癌という興味深い症例を経験した。今後は CK7 陽性の扁平上皮癌の症例の蓄積が望まれる。謝辞ご協力していただいた当院耳鼻咽喉・頭頸部外科 永谷群司先生に深謝致します。

P-2-78 腹腔内に発生した大細胞神経内分泌癌の1例

富山県済生会富山病院病理診断科¹, 富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座²

○折田 恵(CT)¹, 中島悠樹(CT)¹, 田近洋介(CT)¹, 井村穰二(MD)²

【はじめに】神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor, 以下NET)は, 神経内分泌細胞に由来する腫瘍で, 全身のあらゆる部位で発生し得るとされている。今回我々は, 極めて稀な腹腔内に発生した大細胞神経内分泌癌 (large cell neuroendocrine carcinoma, 以下LCNEC) を経験したため報告する。

【症例】69歳男性, 家族から腹部膨隆を指摘され, その後発熱と上腹部の疼痛を訴えて救急を受診した。腹部CTで上腹部と骨盤内に複数個の腫瘍が認められ, 摘出手術施行となった。

【細胞学的所見】上腹部および骨盤内腫瘍の捺印細胞診では, N/C比が大きく, 粗顆粒状の核クロマチンが増量した異型細胞が, 孤在性または境界が不明瞭な緩い結合の集塊で出現していた。その核には, 切れ込みや陥入像, 複雑なくびれを示す核形不整が見られた。また核の大小不同は著しく, 小型核小体が著明であった。

【病理組織学的所見】摘出された腫瘍は, 小腸腸間膜に2個, 骨盤内に2個であり, 最大径は220×180mm, 断面はいずれも充実性であった。また, 腹壁播種, 肝転移もみられた。組織像は, 多形異型に富む細胞が明らかな組織構築や配列を示さずに増殖しており, SynaptophysinA陽性であった。壊死は少ないものの, 多数の分裂像と高いKi-67標識率, 腹壁への播種の存在から, 2010年WHO分類のNET及びNECの定義より, LCNECと診断された。また, 巻き込まれた小腸上皮に腫瘍性変化が無いことより, 発生は腹膜とされた。

【まとめ】極めて稀な腹膜原発のLCNECを経験したため, その捺印細胞像とあわせて報告する。

P-2-79 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)により診断した膵腎細胞癌転移の一例

山梨大学医学部人体病理学講座¹, 山梨大学医学部附属病院病理部², 山梨大学医学部第一内科³

○大舘 徹(MD)¹, 望月邦夫(MD)¹, 中澤匡男(MD)¹, 笠井一希(CT)², 花井佑樹(CT)², 望月直子(CT)², 中澤久美子(CT)², 深澤光晴(MD)³, 近藤哲夫(MD)¹

【はじめに】近年, 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)の登場により膵を超音波で内視鏡下にリアルタイムで観察しつつ, 病変を的確に穿刺することが可能となった。今回, 我々はEUS-FNAで採取された検体から膵の淡明細胞型腎細胞癌転移を診断した一例を経験した。また, 膵以外の他臓器への転移例に関して自験例を検討し, 転移性淡明細胞型腎細胞癌の細胞像に関する考察も行ったので併せて報告する。

【症例】60歳代男性。8年前に腎癌により右腎を切除した。健康診断の腹部エコーで膵頭部の腫瘍を指摘され, 磁気共鳴胆管膵管造影検査(MRCP)で膵内の多発腫瘍を認めた。転移性の膵腫瘍が疑われ, EUS-FNAによる生検を施行された。

【細胞所見】血性背景に, 豊富な血管間質を伴って細胞境界明瞭な異型細胞集塊がみられ, 周囲には結合性の低下した細胞が散見された。異型細胞の細胞質は淡く顆粒状のものから淡明なものまでみられた。核は類円形であり, 軽度の腫大と大小不同がみられた。クロマチンの増量は乏しく, 一部では明瞭な核小体を認めた。

【組織所見】血液成分とともに少数の淡明な細胞質を有する腫瘍細胞の集塊を認めた。免疫染色ではCD10陽性, PAX8陽性であり淡明細胞型腎細胞癌の転移と判断した。

【考察】淡明細胞型腎細胞癌は異時性に転移をきたすことが多く, 必ずしも臨床情報に腎細胞癌の既往が明記されているとは限らない。自験例の検討では膵, 肺, 甲状腺への転移例では比較的細胞境界明瞭な顆粒状~淡明な細胞質を有する核異型の乏しい細胞像であった。以上の所見を踏まえて腎細胞癌の転移を疑うことは可能であると考えられた。

P-2-80 EUS-FNA が診断に有用だった膵腺房細胞癌の一例

宮城県立がんセンター臨床検査技術部¹⁾, 宮城県立がんセンター病理診断科²⁾

○大山友紀(CT)¹⁾, 伊藤しげみ(MD)²⁾, 植木美幸(CT)¹⁾, 大場いづみ(CT)¹⁾, 内城孝之(CT)¹⁾, 佐藤郁郎(MD)²⁾

【はじめに】膵腺房細胞癌は腺房細胞への分化を示す膵外分泌腫瘍で、全膵癌の1%と非常に稀な腫瘍である。今回我々は、EUS-FNAによる細胞診・組織診で診断しえた膵腺房細胞癌の症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性、体重減少に気づき近医受診。近医でCA19-9高値と画像診断で膵腫瘍を指摘され当院紹介となった。MRIでは、膵体部～尾部の腫瘍に加え、モリソン窩および大網にも播腫と思われる拡散強調画像で高信号を呈する腫瘍を認めた。肝転移やリンパ節転移などは認められなかった。超音波内視鏡検査では、膵尾部に50×35mm大の境界明瞭、類円形、嚢胞変性が疑われる低エコー腫瘍を認めた。

【細胞像】背景は比較的きれいで、細胞質は淡くやや顆粒状を示し、小型類円形核、クロマチン細顆粒状、1～2個の核小体を有する細胞が、充実性やシート状集塊に多数認められた。嚢胞内容物と思われるタンパク様物質や、一部集塊内に小管状構造を認めたが、粘液はみられず通常型の膵癌とは異なる印象を受けた。

【組織像】腺房細胞への分化および微小腺管構造を示す小型類円形の細胞集塊を認め、免疫染色を行った結果、膵腺房細胞癌と診断された。

【まとめ】EUS-FNAは診断精度が高く、腫瘍性病変の良悪性の鑑別や癌の進展度診断などにも応用される。鑑別診断とともに、今回経験した膵腺房細胞癌の細胞像・組織像を報告する。

P-2-81 悪性顆粒細胞腫の1例

日本医科大学付属病院病理部¹⁾, 日本医科大学解析人体病理学²⁾, 日本医科大学付属病院病理診断科³⁾, 日本医科大学付属病院整形外科⁴⁾, 日本医科大学統御機構診断病理学⁵⁾

○榎本あつみ(CT)¹⁾, 村瀬幸宏(CT)¹⁾, 石井英昭(MD)¹⁾, 寺崎美佳(MD)²⁾, 寺崎泰弘(MD)³⁾, 呉 壮香(MD)³⁾, 和田龍一(MD)³⁾, 北川泰之(MD)⁴⁾, 清水 章(MD)^{2,3)}, 内藤善哉(MD)^{3,5)}

【はじめに】悪性顆粒細胞腫は顆粒細胞腫の1-2%とされる極めて稀な腫瘍である。今回我々は、単径部に発生した悪性顆粒細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。6年前に左単径部にピンポン玉大の腫瘤を自覚。徐々に増大し、皮膚の自壊、出血が見られたため受診された。穿刺吸引細胞診と組織生検が施行され、細胞診では悪性腫瘍、組織生検では悪性顆粒細胞腫疑いと診断され、広範切除が行われた。現在、肺と心臓に転移が疑われている。

【細胞所見】顆粒状で豊富な胞体を有し、N/C比の増大、核の大小不同、明瞭な核小体を示す異型細胞が多数認められた。細胞質は類円形～多辺形、一部紡錘形を呈し、細胞境界は不明瞭であった。また、核内封入体様の構造や核分裂像が少数見られた。

【組織所見】肉眼的に14.5×12×25cm大の腫瘍で、好酸性顆粒状胞体と大型の核を有する細胞から成り、細胞境界は不明瞭であった。PAS陽性の球状物質が散見され、一部に壊死や硝子変性、線維化、浮腫を認めた。免疫組織化学にてCD68(+), S-100(+), TFE-3(+), D2-40(-), Ki-67(7-10%)であった。悪性度を推測する指標とされる①壊死、②明瞭な核小体、③核分裂像(2/10HPF以上)、④N/C比増大、⑤肉腫様、⑥多形性の全てが認められ、悪性顆粒細胞腫が示唆された。

【まとめ】悪性顆粒細胞腫は極めて稀であるが、細胞質内の好酸性顆粒、N/C比の増大、核クロマチンの増量、明瞭な核小体、紡錘形細胞の出現など、特徴のある細胞像を示すため、これらを念頭に置けば、細胞診での良悪の推定は可能であると考えた。

P-2-82 CIC-rearranged sarcoma の細胞像の検討

金沢大学附属病院病理診断科・病理部¹⁾, 金沢大学分子細胞病理学²⁾

○下田 翼(CT)¹⁾, 水口敬司(CT)¹⁾, 玉野裕子(CT)¹⁾, 酒野香織(CT)¹⁾, 宮下麻代(CT)¹⁾, 阪口真希(MD)¹⁾, 池田博子(MD)¹⁾, 野島孝之(MD)¹⁾, 大井章史(MD)²⁾

【はじめに】CIC-rearranged sarcoma は未分化な小円形細胞肉腫で, Ewing-like sarcoma の一つである。Ewing 肉腫よりも治療抵抗性で, 予後不良とされている。本疾患は稀であり細胞像の報告は少ない。今回我々は CIC-rearranged sarcoma を経験し, 細胞像の検討を行ったので報告する。

【症例】32 歳男性。右側腹部の腫瘤に気づき, 前医受診。CT, PET 等から肉腫が疑われたため精査目的に当院紹介受診。

【細胞像】検体は生検時の捺印標本。背景は壊死性で核線が多く見られた。細胞は弱い結合性で集簇性に出現し, 細胞境界は不明瞭であった。細胞質はほとんど見られず N/C 比の高い小円形細胞であった。核は小型類円形で, 核分裂像も多数見られた。クロマチンは増量し粗顆粒状で核小体は目立たなかった。

【組織像】核型不整を示す N/C 比の高い細胞が充実性に増殖し, 核は類円形から卵円形で, やや紡錘形化した細胞も混在していた。免疫染色では CD99(+, focal), CD56(+, focal), WT-1(+)であり, Ewing 肉腫が疑われた。FISH 法で EWSR1 は正常。CIC で Split を認め, CIC 遺伝子の転座が示唆された。

【まとめ】CIC-rearranged sarcoma の本例は通常の Ewing 肉腫と比べると核型不整やクロマチンが粗顆粒状等核異型が強い印象があった。しかしながら細胞診による鑑別は困難であるため診断確定には FISH 法等による遺伝子解析が必要と思われる。

P-2-83 胸腺混合性胚細胞腫瘍由来血管肉腫の頸部リンパ節転移の一例

沖縄協同病院中央臨床検査室¹⁾, 沖縄協同病院病理診断科²⁾

○高良雅美(CT)¹⁾, 新田郁子(CT)¹⁾, 吉野仁高(CT)¹⁾, 樋口佳代子(MD)²⁾, 内間良二(MD)²⁾

【はじめに】血管肉腫 (angiosarcoma) は腫瘍細胞が血管内皮細胞への分化を示す悪性腫瘍である。全肉腫の 1% 未満, 軟部肉腫の 1~4% 程度と, 希少な肉腫であるが, 縦隔の胚細胞腫瘍には, 稀に血管肉腫の発生を伴うことがある。

【症例】30 歳代男性。健診胸部異常陰影を指摘され, 前縦隔腫瘍, 縦隔リンパ節転移疑いにて胸腺全摘を施行。病理診断にて, 混合性胚細胞腫瘍(セミノーマ+テラトーマ)に加えて血管肉腫, 横紋筋肉腫, 星状膠腫の成分が見られ, 縦隔リンパ節には低分化な血管肉腫の転移が認められた。摘出後経過は良好であったが, 約 3 ヶ月後左頸部リンパ節腫脹があり他院での針生検後, 当院にてリンパ節の切除が施行された。

【捺印細胞所見】小型リンパ球を背景に, 孤立散在性の核腫大した異型細胞を多数認めた。出現細胞は N/C 比が高く, 腫大した核小体と核の大小不同, 紡錘形または類円形の核で強い核形不整を示していた。

【組織所見】断面には結節状病変を複数個認めた。組織では結節のうち灰白色部分では類円形異型細胞が充実性に増生しており, 免疫染色では CD31 (+) CD3 (-) CD20 (-) c-kit (-) p53 (+) であった。形態的にも縦隔リンパ節転移でみられた病変と類似しており, 低分化な血管肉腫の転移と考えられた。黄色調部分では線維化や壊死が目立ち, viable な異型細胞は見られなかった。

【考察】リンパ節において高い N/C 比, 孤立散在性の出現パターンを示す異型細胞は, 悪性リンパ腫との鑑別が必要と考えられた。

【まとめ】今回我々は, 稀な低分化血管肉腫のリンパ節転移症例を経験した。

P-2-84 粘液型脂肪肉腫の 2 例**P-2-85 演題取り下げ**

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

○小島啓子(CT)¹⁾, 熊谷直哉(CT)¹⁾, 川村麻緒(CT)¹⁾,
岡田壮士(CT)¹⁾, 小林弘実(CT)¹⁾, 藤田大貴(CT)¹⁾,
小田嶋広和(CT)¹⁾, 鎌滝章央(PhD)²⁾, 加藤哲子(MD)²⁾,
黒瀬 顕(MD)²⁾

【はじめに】脂肪肉腫は成人軟部肉腫の 20% を占め, 中でも粘液型脂肪肉腫は全脂肪肉腫の 35% を占めるなど, その発生頻度は高分化型脂肪肉腫に次いで高い. 今回我々は, 粘液型脂肪肉腫の切開生検材料における捺印細胞像の 2 例を経験したので, その細胞所見を中心に報告する.

【症例】症例 1: 30 代男性. 3 年程前から右下腿後面の腫脹を自覚, 徐々に増大. 症例 2: 50 代女性. 5 年程前から左膝の腫脹を自覚, 徐々に増大.

【細胞所見】症例 1, 2 ともに粘液性背景中に腫瘍細胞が集塊, 散在性, 裸核状に出現し, 一部は裸核状の腫瘍細胞が粘液に沿って, 線状配列を示していた. 腫瘍細胞は比較的均一な類円形~楕円形核で微細核クロマチンの増量を示し, 核縁の肥厚や核形不整は目立たず, 1~数個の小型核小体を有していた. 毛細血管も少数確認された. 症例 2 では類円形細胞を多数認める中に, 空胞をもつ細胞もわずかに認められた.

【組織所見】症例 1, 2 ともに粘液基質と毛細血管網を背景に, 均一な小型類円形細胞や短紡錘形細胞が疎に増殖していた. 脂肪芽細胞も少数認められた. 一部には小型の類円形細胞が密度高く増殖する領域もみられた. 以上より, 粘液型脂肪肉腫と診断した.

【融合遺伝子検索】症例 1, 2 ともに凍結検体から RT-PCR とシーケンス解析により, FUS-DDIT3 融合遺伝子を検出した.

【まとめ】鑑別は軟部腫瘍の中で粘液性背景を示す骨外性粘液型軟骨肉腫, 粘液線維肉腫が挙がる. 細胞診のみでの組織型の確定は困難ではあるが, 上記の出現パターンや細胞所見を認めた場合は, 粘液型脂肪肉腫も鑑別に挙げ, 遺伝子検索性用の新鮮材料の確保に努めるべきである.

P-2-86 若年者の Langerhans 組織球症の一例

琉球大学医学部附属病院病理部¹⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座²⁾, 琉球大学医学部附属病院病理診断科³⁾

○瑞慶覧陽子(CT)¹⁾, 西平紀介(CT)¹⁾, 平田幸也(CT)¹⁾, 西平育子(CT)¹⁾, 伊原美枝子(CT)¹⁾, 仲宗根克(CT)¹⁾, 高松玲佳(MT)²⁾, 小菅則豪(MD)³⁾, 吉見直己(MD)²⁾

【はじめに】Langerhans 組織球症 (LCH) は組織球系細胞の増殖性疾患で, 単発～多発の溶骨性病変が特徴とされる。全骨腫瘍の1%以下と稀であり, 臨床的に単一臓器型と多臓器型の, 大きく2重型に分類される。今回, 我々は小児のLCHを経験したので, 細胞診, 組織診での検討に若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】患児は11歳の女児で, 明らかな誘因なく右膝痛と大腿部痛が出現したため, 近医を受診した。Xp, MRIで右大腿骨骨幹部骨腫瘍を指摘され, 当院を紹介受診された。精査加療目的に入院となり, 右大腿骨のほかに頸椎にも病変を認めた。

【細胞像】出血性背景に大型の異型細胞が観察された。異型細胞の胞体は比較的広く泡沫状で, 核縁は薄く, 核小体を複数有し, 核の切れ込み, 核溝など核形不整が認められた。また背景には好酸球が認められた。

【組織像】出血や好酸球浸潤の著明な肉芽様組織の内部に, 好酸性の豊富な細胞質を有する大型細胞が集簇, 一部散在性に増殖した。大型細胞の多くは核が不整で, くびれや湾入が目立った。周囲には泡沫状マクロファージの集簇が散見された。免疫染色では大型細胞にCD1a陽性, S-100陽性でランゲルハンス細胞組織球症と診断された。

【まとめ】LCHは臓器特異性のない, Langerhans細胞の異常増殖性疾患であり, 小児期に好発するが, 発症は全年齢でみられるため, リンパ腫, 固形腫瘍, 血管炎など多くの疾患との鑑別を要し, 診断が困難となる場合がある。今回, 捺印細胞診では細胞形態が良好に保持され, 凍結切片で作成困難な骨領域からの場合にも有用であった。

P-2-87 後腹膜に多発した脱分化型脂肪肉腫の1例

社会医療法人敬愛会中頭病院病理検査¹⁾, 社会医療法人敬愛会中頭病院病理診断科²⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学³⁾

○大城 祐(CT)¹⁾, 比嘉盛治(CT)¹⁾, 知花祐子(CT)¹⁾, 宮城良考(CT)¹⁾, 翁長亜矢子(CT)¹⁾, 義間 恵(CT)¹⁾, 仲座良治(CT)¹⁾, 仲田典広(MD)²⁾, 松本裕文(MD)³⁾

【はじめに】後腹膜に多発した脱分化型脂肪肉腫の1例を経験したので, 若干の文献的考察を加え, その細胞像を中心に報告する。

【症例】50歳代女性。入院4か月前より, 腹部腫瘤を自覚, 腹部膨満感を主訴に近医を受診し, 腫瘤を指摘された。精査加療目的で, 当院外科に紹介入院, 画像検査で3か所の腫瘤が認められた。後腹膜腫瘍が疑われ, 開腹腫瘍摘出術が施行された。その後, 定期画像フォロー中, 術後8か月頃から著明な腹部膨満が出現, 腹腔内は巨大腫瘤に占拠されており, 手術適応外と診断され, 術後約9か月で永眠された。

【細胞所見】3個の腫瘍剖面数か所の圧挫・捺印細胞診標本を作製。血性, 壊死性背景に大小不同や核形不整が著明な紡錘形から多形の核を有する異型細胞が孤在性から小集塊状に認められ, 周囲には線維性間質が見られた。一部分化した脂肪細胞様の細胞集塊が認められ, その細胞質は大小不同を伴い緊満感があつた。

【病理組織所見】合計3550gの腫瘍で, 出血, 壊死, 粘液腫状の背景に紡錘形細胞が増殖し, 細胞密度が高い部分と粗雑な部分が混在, 充実部分では巨細胞や核分裂像が目立ち, 束状に増殖する線維肉腫様の像が認められた。粗雑な部分は, 高分化脂肪肉腫の成分であつた。免疫組織化学染色では, MDM2が一部の細胞の核に陽性, CDK4は, ほとんどの細胞の核に陽性を示し, 脱分化型脂肪肉腫と最終診断された。

【考察】脱分化型脂肪肉腫は, 通常は単発の腫瘍であるが, 多発する場合もある。初発時に高分化型脂肪肉腫と診断され, その再発・転移巣が脱分化した報告が多く, 本例のように, 初発時に複数の腫瘍が認められ, 脱分化を伴った例は比較的稀と思われた。

P-2-88 後腹膜に発生した骨外性 Ewing 肉腫の一例長崎大学病院病理診断科病理部¹⁾, 長崎病理診断科²⁾

○田中 圭(CT)¹⁾, 平山三国(CT)¹⁾, 今泉利信(CT)¹⁾,
シン友喜(CT)¹⁾, 山本優里香(CT)¹⁾, 大館拓真(CT)¹⁾,
山形真祐美(CT)¹⁾, 穴見正信(CT)²⁾, 新野大介(MD)¹⁾,
福岡順也(MD)¹⁾

【はじめに】Ewing 肉腫は小児から若年成人にかけて骨に発生する悪性度の高い腫瘍である。また、同様の病理所見を呈する腫瘍が軟部組織にも発生することがあり、骨外性 Ewing 肉腫と呼ばれる。今回、後腹膜に発生した Ewing 肉腫を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】33 歳女性 妊娠 14 週。悪性黒色腫の既往あり。妊娠成立時の MRI で尿管と近接する充実性部分を有する 8 cm 大の嚢胞性病変がみられ、腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術が施行され迅速病理検体として提出された。摘出された組織より、捺印細胞標本を作製し、組織細胞学的検討を行った。

【細胞所見】小型類円形細胞の異型細胞を孤立散在性～小集塊状に認めた。異型細胞の N/C 比は極めて高く、核縁平滑で細顆粒状のクロマチンを示した。核小体も 1 個～数個みられ、一部、上皮性結合やロゼット様配列を思わせる所見もみられ、悪性を推定した。

【組織所見】壊死を伴い、N/C 比が高く、核の大小不同のある異型細胞が増殖しており、乳頭状様構造を示す部分や、腺腔ないしロゼット形成を思わせる像も見られた。免疫染色で、Synaptophysin, CD99 陽性、RT-PCR および FISH 法で EWSR1 遺伝子再構成が確認され、Ewing 肉腫と診断した。

【まとめ】後腹膜発生の Ewing 肉腫は、報告例が少なく稀である。本症例は、小型円形細胞を主体とする細胞像であり、神経内分泌腫瘍、悪性リンパ腫などの鑑別が必要であった。加えて、悪性黒色腫の既往もあり、診断に苦慮した症例であった。詳細な細胞像の検討の必要性に加え、分子病理学的検査の重要性を再認識した症例であった。

P-2-89 末梢血に腫瘍細胞を認めた胞巣型横紋筋肉腫の一例

市立四日市病院中央検査室

○林優香子(CT), 谷口良子(CT), 奈良佳治(MD)

【はじめに】胞巣型横紋筋肉腫は全横紋筋肉腫の約 30% を占め、小児から若年成人の四肢や会陰部、頭頸部に好発する悪性軟部腫瘍である。今回成人男性の鼻腔に発生し、末梢血中に腫瘍細胞を認めた胞巣型横紋筋肉腫を経験したので、その細胞像を報告する。

【症例】40 歳代男性。鼻出血を主訴に近医耳鼻科を受診。易出血性の鼻腔腫瘍を指摘され当院へ紹介された。受診時の血液像で、芽球様細胞を含む幼弱白血球と赤芽球を認めた。経過や血液像から節外性 N/K T 細胞リンパ腫が疑われ、血液内科により骨髓穿刺が行われた。翌日には確定診断のために鼻腔腫瘍の生検及び術中迅速組織診断が行われ、同時に行ったスタンプ細胞診で横紋筋肉腫を疑った。

【細胞像】結合性のない小型類円形の細胞が主体で、巨大な多核細胞が混在していた。横紋筋分化は明らかではなかった。小型類円形細胞の N/C 比は高く、細胞質は淡明で、核は類円形、核膜の肥厚はなく、クロマチンは顆粒状、小型の核小体を数個認め、核内封入体を持つ腫瘍細胞も認めた。多核細胞の細胞質は好酸性で、核は細胞の辺縁に配列していた。ギムザ染色では空胞のある細胞を散見した。

【組織像】N/C 比の高い小型の腫瘍細胞が胞巣構造を呈し、つるし柿状配列を認めた。免疫染色では MyoD1, Desmin, CD56 が陽性で、胞巣型横紋筋肉腫と診断された。その後、転院先で行われた FISH 検査により PAX3 遺伝子の切断が確認された。

【まとめ】今回の症例は血液像や骨髓像、術中迅速組織診断で悪性リンパ腫を疑ったが、スタンプ細胞診により横紋筋肉腫を鑑別に挙げるのが可能となり、早期診断にいたった貴重な症例である。

P-2-90 腹腔洗浄液中に出現した尿路上皮癌の1例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター²⁾

○藤澤宏樹(CT)¹⁾, 倉岡和矢(PhD)¹⁾, 菅亜里紗(CT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾, 吉田美帆(CT)¹⁾, 佐伯由美(CT)¹⁾, 香川昭博(CT)¹⁾, 在津潤一(MD)¹⁾, 齋藤彰久(DDS)¹⁾, 谷山清己(PhD)²⁾

【はじめに】体腔液中に出現する尿路上皮癌の頻度は他の癌腫と比べて低く、その細胞像に関する報告は乏しい。今回、我々は腹腔洗浄液中に出現した尿路上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。23年前に乳癌、13年前に高異型度尿路上皮癌の既往あり。今回MRI、CTにて大腸周囲に結節を指摘された。尿管癌再発が疑われ、腹壁播種病変の生検と腹腔洗浄液の細胞診が施行された。

【細胞診所見】リンパ球背景に孤在性や小型主体、一部大型の乳頭状異型細胞集塊を多数認めた。ライトグリーン好性で厚い細胞質を有していた。核は中心性、高度の核形不整、核大小不同性、細～顆粒状核クロマチン増量や核小体の多発を認めた。pair cellも認めた。免疫細胞化学染色ではBer-EP4、CK7陽性、CK20弱陽性であり、尿路上皮癌の転移と診断された。

【組織所見】摘出された腹壁播種病変は15×13mmであり、結節内に小胞巣状構造を伴い増生する類円形から淡好酸性の細胞質を有する大型異型細胞が認められた。右尿管摘出時の組織像と類似しており、尿路上皮癌の転移と診断された。

【考察】本症例では小型細胞集塊主体、豊富で厚い細胞質やpair cellを認めた。細胞像のみからは腺癌との鑑別が困難であり、臨床所見、組織像との対比や免疫染色を併用し、総合的に診断することが重要と考えられた。

P-2-91 胸水中に核異型が著しく高度な大型細胞が出現した悪性リンパ腫の一例

上尾中央総合病院検査技術科病理¹⁾, 上尾中央総合病院病理診断科²⁾

○武井綾香(CT)¹⁾, 大野喜作(CT)¹⁾, 小林 要(CT)¹⁾, 和田亜佳音(CT)¹⁾, 渡部有依(CT)¹⁾, 柴田真里(CT)¹⁾, 横田亜矢(MD)²⁾, 大庭華子(MD)²⁾, 絹川典子(MD)²⁾, 杉谷雅彦(MD)²⁾

【はじめに】我々は、胸水細胞診で著しく高度の核異型を示し、診断に苦慮した悪性リンパ腫(ML)の症例を経験したので細胞学的な所見を中心に報告する。

【症例】80歳代男性。定期健診にて左胸水を指摘され、食欲低下、体動時の息切れ易疲労感を自覚、その後、左胸水貯留増加、心不全の急性増悪で当院に転院となった。

【細胞所見】引きガラス標本2枚(Pap・ギムザ染色)とLBC標本1枚(TACASTM Ruby:上尾方式)を検鏡した。背景には壊死様物質と少数の成熟リンパ球が認められた。核は腫大し、多核や花弁様、切れ込み様など、著しい核形不整を伴う異型リンパ球が多数みられた。単個の大型核小体を有し、核分裂像を多く認めMLを考えた。異常に高度の核異型より、当初は成人T細胞性白血病/リンパ腫(ATL/L)の可能性を疑った。胸水からセルブロックを作製し免疫染色を施行した結果、大型異型細胞はCD20、CD79a、Bcl-2、Bcl-6、MUM-1に陽性、CD30は大部分陰性ごく一部陽性で、CD3、CD4、CD5、CD8、CD10、CD25、ALK、EBER、EMA、keratin、calretinin、WT-1、D2-40は陰性、Ki67陽性率は約70%であった。

【臨床所見】血中HTLV-1抗体は陰性、CTでは上腹部に腫大リンパ節様像が認められた。

【考察】T-cell MLを念頭に置き検討したが、異型細胞はB細胞性であることが判明した。検体は胸水のみであったが、cell blockを用いた免疫染色で診断に至ることができた。MLを考えた場合は、マーカー検索の併用が不可欠である事を再認識した症例であった。

P-2-92 血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫における胸水細胞診の一例

東京山手メディカルセンター病理診断科

○蓼沼好市(CT), 長瀬佳弘(CT), 梅澤有子(CT),
竹松朝子(CT), 五十嵐信之(CT), 阿部佳子(MD)

【はじめに】血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫 (angioimmunoblastic T-cell lymphoma : AITL) は成熟型 T 細胞/NK 細胞性腫瘍である。AITL 症例から採取された胸水細胞診を経験した。

【症例】70 歳代, 女性。慢性痒疹で皮膚科受診。熱発, 全身の倦怠感もあり当院血液内科入院となった。精査にて頸部, 腋窩, 後腹膜, 骨盤, 鼠径部, 縦隔リンパ節の腫脹を認め, 左腋窩リンパ節生検を施行された。また胸水貯留にて胸水細胞診を施行された。リンパ節生検の結果 AITL と診断された。化学療法を開始され, 腫大したリンパ節の縮小を認めた。慢性痒疹は入院前より改善傾向を示した。胸水は消失した。

【細胞所見】好中球, 成熟リンパ球, 組織球, 形質細胞など炎症性細胞, 反応性中皮細胞を認めた。そのほかに組織球ほどの大きさで細胞質の明るい細胞を認めた。全体として核分裂像が目立った。背景に壊死は見られなかった。

【組織所見】リンパ節生検では, 内皮細胞が腫大した血管の著明な増殖と, リンパ球系細胞, 好酸球, 形質細胞など多彩な細胞が見られた。胞体が明るい中型のリンパ球系細胞は小集簇をなし, 免疫組織化学染色では CD2, CD3, CD4, CD8, CD10 陽性, Ki67 labeling index は 30~40% であった。血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫と診断された。

【考察】縦隔リンパ節腫脹に伴う胸水貯留がリンパ腫の治療により消失したことから, 胸水に AITL の細胞が出現していたと思われる。組織像と比較すると細胞質の明るい細胞が腫瘍細胞である可能性を考えたが, 細胞所見のみでは組織球との鑑別が難しかった。

P-2-93 胸水細胞診により診断に至った左副腎原発神経芽腫の一例

国立研究開発法人国立成育医療研究センター病理診断部
病理診断科

○高橋千明(CT), 中野雅之(MD), 菅野 優(CT),
入江理恵(MD), 義岡孝子(MD)

【症例】1 歳 4 か月, 男児。発熱と経口不良により前医を受診したところ, 左副腎上極を主座とする腫瘍が指摘された。同時に, 大量胸水も指摘され, 精査加療を目的に国立成育医療研究センター血液腫瘍科へ紹介された。胸腔ドレーン挿入時に得られた血性胸水の細胞診で, Class V と判定された。

【細胞所見】反応性中皮細胞や組織球を背景とし, 島状やロゼット様の集塊を形成する悪性細胞が認められた。悪性細胞は, 核小体が明瞭な小型類円形を有し, N/C 比の増大や核の大小不同が見られた。また, 核分裂像も散見された。胸水セルブロックで免疫染色を施行し, TH(+), PGP 9.5 (+), および PHOX2B(+) であった。

【組織所見】胸水細胞診に続いて腫瘍生検の検体が提出され, 細胞質に乏しい小円形細胞の増殖からなる腫瘍が認められた。背景には, わずかに neuropil が見られた。免疫染色では, 胸水セルブロックと同様に TH (+), PGP9.5 (+), および PHOX2B (+) であった。胸水細胞診や生検時の術中迅速診断の診断結果も踏まえて, 神経芽腫 (INPC 分類: Neuroblastoma, poorly differentiated subtype, Favorable histology) と診断された。

【遺伝子検査】捺印細胞診検体で施行した FISH 法で, N-myc の増幅が確認された。

【まとめ】胸水細胞診を契機に確定診断に至った副腎原発の神経芽腫の症例の報告はまれで, 貴重である。本症例では, 細胞診検体により免疫染色や FISH 法などの検索結果が得られ, 病理診断に大きく貢献できた。

P-2-94 心嚢液穿刺細胞診にて推定しえた低分化扁平上皮癌の一例

独立行政法人国立病院機構渋川医療センター病理診断科臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構渋川医療センター病理診断科²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科臨床医学領域病理診断学講座³⁾

○長澤大輔(CT)¹⁾, 阿久津朋子(CT)¹⁾, 仲間盛之(CT)¹⁾, 鈴木 司(MD)²⁾, 片山彩香(MD)³⁾, 小山徹也(MD)³⁾

【はじめに】心嚢内播種病変において細胞診で良悪性及び組織型を推定することは重要な情報提供となるが、低分化癌では組織型推定に苦慮することが多い。今回我々は免疫組織化学染色（以下免疫染色）により低分化扁平上皮癌を推定しえた症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代、男性。2016年1月に頸部腫大・顔面浮腫を主訴に近医受診。右肺下葉腫瘤影・多発リンパ節腫大を指摘され当院紹介受診。右頸部リンパ節細胞診で扁平上皮癌と診断され、放射線照射先行・逐次化学療法となった。8月に右悪性胸水で再発し、化学療法開始するも左腎門部リンパ節に軽度腫大を認めた。2018年11月に呼吸苦出現・悪化して当院受診し、心嚢液再貯留を認め心ドレナージが施行された。

【細胞所見】1~3個の核小体を認める細胞が孤立性や結合性の緩い集塊で多数認められた。核は中心性で軽度核形不整と大小不同、多核化を認め、細胞質辺縁には微絨毛様構造が見られ相互封入像と核分裂像、小型角化細胞も散見された。既往歴より扁平上皮癌が推定されたが、クロマチン増量と細胞の接着性が弱く反応性中皮細胞との鑑別が必要と考えた。免疫染色では、p53(+), CK5/6(+), Desmin(-), calretinin(-)を示した。

【組織所見】セルブロックでは、好酸性胞体が豊富で高度の核異型を示す細胞が多数認められた。免疫染色ではp40(+)を示し、扁平上皮癌と診断された。

【まとめ】細胞診にて反応性中皮細胞との鑑別を考え、免疫染色により診断が可能となった。進行癌では腔水液検体しか得られないことも多く、未染スライド及びセルブロック作製の併用が有用と考えられた。

P-2-95 細胞診にて適切な患者隔離を行うことができた、入院患者に発生した水痘の1例

順天堂大学浦安病院病理診断科

○橋爪 茜(MD), 泉 浩(MD), 坪内優子(CT), 市川彩果(CT), 奥山直子(CT), 岡崎哲也(CT), 中村 博(CT), 喜納勝成(CT), 富田茂樹(MD)

【はじめに】水痘・带状疱疹ウイルスは主に小児に初感染し、神経節に潜伏する。成人では免疫力の低下により带状疱疹を発症するが、初感染での発症もありうる。今回我々は、易感染状態にある入院患者に出現した皮疹・水疱の細胞診にて水痘を疑い、院内感染予防のために適切な対応をとることができた一例を経験したので、報告する。

【症例】30歳代男性。水痘の罹患歴および予防接種歴不明。クローン病による血便・腹痛・発熱を主訴に入院し、ステロイドパルス療法を行っていた。ステロイド投与開始から4週後、腹部症状は改善傾向であったが顔面に皮疹が出現した。翌日皮疹は胸部に広がり小水疱も出現したため、皮疹の擦過細胞診を至急で行い、水痘を疑った。血清水痘IgG陽性EIA価5.5、IgM陰性抗体指数0.34。院内感染防止のため、患者は個室に移し標準予防策を行った。アシクロビル投与・ステロイド減量にて皮疹は改善し、細胞診施行2週間後のペア血清IgG陽性EIA価128以上、IgM陽性抗体指数2.94にて水痘感染であったことが確認された。皮疹の痂皮化・消退傾向を確認し、個室隔離を解除した。他患者および医療関係者に院内感染は確認されなかった。細胞所見：核内封入体・多核細胞を認めた。一部に核圧排像・すりガラス状核所見を認め、ウイルス感染が示唆された。

【まとめ】様々な種類のウイルスが皮疹・水疱を形成する。またウイルス感染細胞の細胞所見は類似しているため、細胞診からのウイルス種の確定は困難であるが、臨床情報・細胞診を合わせ、適切な感染対策を施行することが重要であると考えた。

P-2-96 後頸部に発生した石灰化上皮腫の 1 例

NTT 東日本関東病院臨床検査部¹⁾, NTT 東日本関東病院病理診断科²⁾

○中島美里(CT)¹⁾, 永谷昭義(CT)¹⁾, 和泉智子(CT)¹⁾, 奥山力也(CT)¹⁾, 栗原正博(CT)¹⁾, 伊藤友美(CT)¹⁾, 多田雅之(CT)¹⁾, 荒井政和(CT)¹⁾, 堀内 啓(PhD)^{1,2)}, 森川鉄平(MD)²⁾

【はじめに】石灰化上皮腫（毛母腫）は毛母や内毛根鞘、毛への分化を示す良性腫瘍である。小児や若年成人の頭頸部・上肢に好発する頻度の高い腫瘍であるが、穿刺吸引細胞診に関する報告は少なく、細胞像からは基底細胞癌や扁平上皮癌等の悪性腫瘍との鑑別が必要となる。今回、穿刺吸引細胞診にて推定された石灰化上皮腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代男性。右後頸部に 1 cm 程度の腫瘤を自覚し当院受診。腫瘤の可動性は良好。

【穿刺吸引細胞診所見】多数の壊死物質や組織球を認める背景に、極めて N/C 比が高い小円形細胞の重積性集塊を認めた。核は類円形で均一であり、核形不整等の異型は目立たなかった。また褐色調を呈する無核の細胞や、褐色調の細胞質と濃縮核を有する細胞も認めた。石灰化上皮腫を最も考えるが、基底細胞癌も鑑別に挙がると報告した。

【組織診所見】表皮から皮下脂肪組織までが含まれる、後頸部腫瘍摘出検体が提出された。皮下脂肪組織内には線維性被膜構造で囲まれる境界明瞭な結節性病変があり、被膜内では、好塩基細胞と陰影細胞が出現していた。また両者の移行像も認められ、石灰化上皮腫と診断された。

【まとめ】石灰化上皮腫は壊死物質や核分裂像、N/C 比の極めて高い細胞を認めるため、悪性腫瘍との鑑別が困難なことも多い。悪性と判定された場合は広範囲に切除される可能性があり、顔面や頭頸部に好発する本腫瘍は患者への負担が大きくなる。そのため、陰影細胞や移行細胞、異型を認めない好塩基細胞等の細胞学的特徴を認識し過剰診断を避けることが重要である。

P-2-97 リンパ節転移との鑑別が困難であった皮膚顆粒細胞腫の 1 例

金沢医科大学病院病理部¹⁾, 金沢医科大学臨床病理学²⁾

○津幡裕美(CT)¹⁾, 竹中美千穂(CT)¹⁾, 中野万里子(CT)¹⁾, 熊谷泉那(MD)²⁾, 寺内利恵(CT)¹⁾, 山下 学(CT)¹⁾, 水谷謙一(MD)²⁾, 塩谷晃広(MD)²⁾, 黒瀬 望(MD)²⁾, 山田壮亮(MD)¹⁾

【はじめに】顆粒細胞腫は Schwann 細胞由来と考えられており、舌、皮膚、乳腺、消化管などに発生する比較的稀な腫瘍である。今回我々は、リンパ節転移との鑑別が困難であった皮膚顆粒細胞腫の 1 例を経験したので報告したい。

【症例】50 代女性。5 年前に右乳癌に対し乳房部分切除術を受けた。今回、右腋窩リンパ節転移を疑われ、穿刺吸引細胞診と針生検、その後、右腋窩皮下切除生検が施行された。

【細胞所見】検体は適正で、血性背景に、顆粒状の広い細胞質を有する上皮様細胞が孤立性や小集塊状に少数認められた。上皮様細胞は、軽度核が腫大し明瞭な核小体を有しアポクリン化生様細胞と考えた。リンパ節検体であればアポクリン癌の転移が疑われるが、背景にリンパ球が少なくリンパ節病変かどうかは不明とした。皮下腫瘍とすると、クロマチンの増量は目立たず、良悪性は鑑別困難と判定した。

【切除生検組織所見】背景にリンパ節としての組織構造は確認されなかった。豊富な好酸性顆粒状細胞質を有する中～一部大型の腫瘍細胞が、索状から充実性に増殖し、腫瘍細胞間には硝子化した線維性組織を伴っていた。腫瘍細胞は、乳管癌細胞やアポクリン癌細胞とは異なり、異型が乏しいだけでなく、免疫組織化学的に S-100 蛋白が陽性で、ER, PgR, GCDPF-15, CK(AE1/AE3)は陰性で、最終的に顆粒細胞腫と診断した。

【まとめ】顆粒細胞腫は稀な腫瘍であるが、全身に発生することを念頭におき、顆粒状の広い細胞質を持つ細胞が細胞診上、認められた場合には、鑑別に加えるべき一皮膚腫瘍と考えられた。

P-2-98 気管支鏡にてメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) が疑われた1例

社会医療法人敬愛会中頭病院病理検査¹⁾, 社会医療法人敬愛会中頭病院病理診断科²⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学³⁾, 琉球大学大学院医学研究科細胞病理学⁴⁾

○知花祐子(CT)¹⁾, 比嘉盛治(CT)¹⁾, 宮城良考(CT)¹⁾, 大城 祐(CT)¹⁾, 翁長亜矢子(CT)¹⁾, 義間 恵(CT)¹⁾, 仲座良治(CT)¹⁾, 仲田典広(MD)²⁾, 松本裕文(MD)³⁾, 加留部謙之輔(MD)⁴⁾

【はじめに】メトトレキサート (MTX) は関節リウマチ予後不良群に対しての第一選択薬として広く用いられており、リンパ増殖性疾患の発生因子として知られている。リウマチ治療に MTX が使用されるにつれて MTX-LPD の報告が増加しており、重篤な副作用の一つとしてあげられている。今回我々は気管支鏡検査にて MTX-LPD が疑われた1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。50歳代に関節リウマチと診断され、7年前より MTX を内服。全身倦怠感、微熱を主訴に当院を受診し、胸部 CT 検査にて両肺に多発結節、縦隔リンパ節腫大が認められたため、気管支鏡検査による精査が施行された。

【細胞所見】異型の乏しい線毛円柱上皮細胞や化生細胞を背景に小型リンパ球の3~4倍大の異型リンパ球が孤在性に少数認められた。N/C比が高く、核形不整や小型の核小体が認められ、異型リンパ球はごく僅かであったが、MTX治療歴を考慮しリンパ腫が疑われた。

【組織所見】比較的広範な壊死や線維化を伴い、中型~一部大型の異型リンパ球様細胞が増殖浸潤する像が認められ、リンパ腫が疑われた。免疫組織化学染色では大型異型細胞に CD20, CD79a が陽性であり、壊死部に B 細胞系の異型リンパ球が多く認められ、また EBER-ISH が陽性であり、B 細胞系の MTX-LPD と診断された。

【まとめ】気管支鏡検査中に異型細胞はごく僅かであったが、MTX治療歴を考慮することで本疾患を示唆することが可能であった。MTX-LPD は節外病変も多いことから、MTX を使用中に胸部異常陰影を認めた際は、本疾患の可能性も念頭に置き、鏡検することが重要であると考えられる。

P-2-99 右大腿内側深部に発生した ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫の一例

JR 広島病院臨床検査科 (病理診断科)¹⁾, JR 広島病院外科²⁾, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腫瘍病理/第二病理³⁾

○中山宏文(MD)¹⁾, 安原真由美(CT)^{なし)}, 川西なみ紀(CT)¹⁾, 矢口裕子(CT)¹⁾, 清水丈明(CT)¹⁾, 井淵真美(CT)¹⁾, 中村 聖(CT)¹⁾, 矢野将嗣(MD)²⁾, 吉野 正(MD)³⁾

【はじめに】右大腿内側深部に発生し、穿刺吸引細胞診にて高悪性度軟部肉腫を疑い、切除生検にて ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫と診断された一例を経験したので、報告する。

【症例】40代男性。右大腿内側が膨隆したため、近医を受診された。鼠径ヘルニアを疑われ当院を受診された。受診時、右大腿内側に9×7cm大の硬い腫瘤を触知し、リンパ腫が疑われ、穿刺吸引細胞診が行われた。悪性腫瘍を強く疑われたが、確定診断に至らなかったため、診断確定のため、切除生検が施行された。

【穿刺吸引細胞象】細胞が多数採取された。細胞はいずれも大型で、結合性は認められなかった。形状は、類円形、多角形、紡錘形等で多彩で、多核細胞も見られた。核は類円形核でくびれを有するものもあり、大型の好酸性の核小体を有しており、核のクロマチンは細顆粒状であった。リンパ腫よりも高悪性度軟部肉腫が疑われた。

【肉眼像】切除生検された腫瘤は大きさ5.5×4.0×3.0cmで、薄い線維性被膜を有しており、断面は淡黄褐灰白色であった。

【病理組織診断】HE染色標本にて、腫瘍辺縁に非腫瘍性のリンパ組織が確認され、切除生検されたのはリンパ節と考えられた。大型リンパ球からなるリンパ腫が疑われた。2個以上の核を有する異型細胞も認められた。免疫染色結果を合わせ総合的に評価し、右大腿リンパ節に原発する ALK 陰性未分化大細胞型リンパ腫と診断された。

【まとめ】今後は類似症例の集積し、細胞像と組織像を詳細に比較検討したい。

【謝辞】岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腫瘍病理/第二病理のリンパ腫グループの佐藤康晴先生他諸先生方に深謝いたします。

P-2-100 EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫・非特異型の一例

大阪医科大学附属病院

○能瀬衣沙子(CT), 桑原宏子(MD), 富宇加麻里(CT), 有我こずえ(CT), 中山裕子(CT), 出口千尋(CT), 浦上真由美(CT), 明石静香(CT), 武田玲郁(CT), 石崎幸恵(CT), 竹下 篤(MD), 安田恵美(MD), 栗栖義賢(MD), 廣瀬善信(MD)

【はじめに】EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫・非特異型 (EBV-positive DLBCL, NOS) は 50 歳以上に好発し, 予後不良な疾患である。本疾患ではホジキン細胞様大型細胞や多彩な炎症細胞がみられ, 古典的ホジキンリンパ腫との鑑別が問題となる。今回 EBV-positive DLBCL の 1 例を経験したので報告する。

【症例】50 歳代男性。右頸部腫脹を主訴に当院の耳鼻科を受診。超音波検査で 20 mm 大に腫大した頸部リンパ節を複数認め, 穿刺吸引細胞診にて悪性リンパ腫が疑われた。リンパ節生検および画像所見より EBV-positive DLBCL (stage III B) の診断で, 化学療法 (R-CHOP) が 6 コース行われ, 18 カ月後の現在は部分寛解である。

【細胞所見】小～中型リンパ球および組織球を背景に, 核形不整を示す単核から多核の大型細胞が孤立散在性に出現していた。大型細胞は著明な核小体を有し, ホジキン細胞に類似していた。背景には僅かながら壊死様物質がみられ, 好酸球は認めなかった。

【組織所見】地図状壊死, 組織球およびリンパ球の浸潤などの多彩な背景に, 単核から多核の大型細胞を認め, 核分裂像が散見された。大型細胞は CD20(+)CD79α(+)CD3(-)CD30(-)CD15(-)PD-L1(+)EBER-ISH(+)で, EBV-positive DLBCL と診断された。

【考察】EBV-positive DLBCL とホジキンリンパ腫の細胞診における鑑別は, 壊死の存在や好酸球がみられないことなど, 背景に着目することが重要と考えられた。

P-2-101 肺動脈吸引細胞診にて確認しえた PTTM の 1 例

国立研究開発法人国立循環器病センター臨床検査部¹⁾, 国立研究開発法人国立循環器病センター病理部²⁾, 国立研究開発法人国立循環器病センター心臓内科³⁾

○藤澤悠貴(CT)¹⁾, 荒田紗和(CT)¹⁾, 片山真穂(CT)¹⁾, 山本 賢(CT)¹⁾, 若林和彦(CT)¹⁾, 松本 学(MD)²⁾, 大郷恵子(MD)²⁾, 古田賢二(MT)¹⁾, 上田 仁(MD)³⁾, 池田善彦(MD)²⁾, 植田初江(MD)²⁾

【はじめに】PTTM (Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy) は急速に進行する呼吸不全と肺高血圧を呈する予後不良の疾患であり, 生前診断が難しい疾患とされているが, 今回, 肺動脈吸引細胞診が診断の一助となったため報告する。

【症例】60 代女性。乳癌の既往, 全身への骨転移あり。労作時呼吸苦のために近医を受診, 肺塞栓症が疑われたため当院紹介受診となった。心エコーで肺高血圧症が示唆され急性肺塞栓症が疑われた。乳癌再発や多発骨転移により PTTM の可能性が考えられた。肺動脈吸引細胞診が実施された結果, 悪性細胞が確認された。

【細胞所見】腫瘍細胞と思われる異型細胞が集塊または孤立性に散見され, 核の大小不同や核形不整, クロマチンの増量が見られ, 裸核状の細胞や相互封入像もみられた。PAS 反応は陰性であった。セルブロックで免疫染色を実施した結果, AE1/AE3 陽性細胞が認められ, 上皮由来の腫瘍細胞の可能性が考えられたが, 原発の特定は困難であった。

【組織所見】肺動脈吸引時に採取された血栓で, 明瞭な核小体と N/C が高く異型を伴った上皮性結合を有する細胞集塊が混在していた。免疫染色では AE1/AE3, Ki-67, GCDFP-15 が陽性, CK7, CK20, vimentin が陰性で乳管上皮由来の腫瘍成分を含む PTTM として矛盾しない所見であった。

【まとめ】PTTM は予後不良の疾患であり, 迅速な結果報告が求められるが, 生前診断の難しい疾患のため肺動脈吸引細胞診は非常に有用である。速やかにセルブロックを作製し, 免疫染色などを実施することが重要であると考えられた。

P-2-102 細胞診で診断しえた胸膜原発孤立性線維性腫瘍の一例

東京医科大学八王子医療センター病理診断部

○内山 篤(CT), 若槻よしえ(CT), 吉田えりか(CT),
加藤彩子(CT), 田辺 夢(CT), 奥山 光(MT),
横山明子(CT), 脇屋 緑(MD), 芹澤博美(MD),
平野博嗣(MD)

【はじめに】孤立性線維性腫瘍 (Solitary fibrous tumor ; 以下 SFT) は比較的稀な腫瘍であり, 胸膜中皮下層の間葉系細胞由来とされている。今回, 経皮的針生検時の針洗浄液細胞診にて SFT と診断しえた胸膜原発 SFT を経験したので, 手術時の捺印細胞診とあわせて細胞像を中心に報告する。

【症例】71 歳, 女性。2ヶ月前より呼吸苦が出現し当院受診。胸部 X 線, CT にて胸水と右肺, 胸腔を覆う腫瘍を認め, 経皮下生検が施行された。細胞診, 組織生検にて SFT の診断となり, 摘出術が施行された。

【細胞所見】針洗浄: 膠原線維塊の周辺に解れたループ状の線維に埋まる孤立性の腫瘍細胞を認めた。核は楕円形で核溝などの核形不整が著明であった。クロマチンは微細, 不均等分布を示し, 小型で明瞭な円型核小体を 1~2 個有し, 細胞質は不明瞭でライトグリーンに淡染していた。捺印: 毛細血管周囲に腫瘍細胞が付着した集塊が目立った。

【組織所見】腫瘍は 21×18×12 cm 大, 線維性被膜に被覆され, 一部腫瘍は表面に露出していた。剖面は充実性で灰白色の結節と嚢胞, ゼラチン様成分が認められた。組織学的には比較的異型に乏しい円形ないし楕円形の腫瘍細胞が充実性, patternless pattern, 血管周皮腫様, 粘液腫様を呈し, 被膜外にも浸潤していた。免疫染色にて CD34, STAT6 陽性を示した。

【まとめ】細胞像の特徴は孤立性の紡錘形様の細胞と, 膠原線維と緩やかに関係する腫瘍細胞の出現形態である。鑑別診断には免疫染色で CD34, STAT6 陽性を確認することが肝要である。

P-2-103 前縦隔非定型的カルチノイドの 1 例

東京医科大学茨城医療センター病理診断部

○柏木淳一(CT), 山本英子(CT), 宇津木悟(CT),
大塚光一(CT), 福島良明(CT), 洪 建偉(MD),
森下由紀雄(MD)

【諸語】前縦隔に発生するカルチノイド腫瘍は神経内分泌細胞からなる胸腺上皮性腫瘍で, 比較的稀である。今回我々は, 前縦隔非定型的カルチノイドの 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性。呼吸困難や動悸が出現し, 胸部異常陰影を指摘されたため, 当院を受診した。超音波気管支鏡ガイド下穿刺吸引針生検 (EBUS-TBNA) にてカルチノイド腫瘍と診断され, 縦隔腫瘍摘出術が行われた。

【細胞所見】EBUS-TBNA と同時に採取された細胞診標本では, 孤立散在ないし小集塊状に少数の異型細胞を認めた。異型細胞は N/C 比が高く, 小型円型核を有し, 核クロマチンは細~粗顆粒状に軽度増量していた。以上より, 腫瘍が採取されているものと考えられた。

【組織所見】腫瘍は線維性被膜で覆われ, この内部では, 多角形から立方状の腫瘍細胞が線維血管性の間質を介在させつつ, 索状, 充実性, あるいはロゼット様に増殖していた。個々の腫瘍細胞では, N/C 比がやや高いが, 核異型は軽度だった。壊死は明らかでなく, 核分裂像は少数みられた (5-10/10HPF)。免疫組織化学的に, 腫瘍細胞は, chromogranin A 弱陽性, synaptophysin 陽性, CD56 陰性であった。以上より非定型的カルチノイドと診断された。

【結語】細胞診標本を再鏡検してみると, カルチノイドと診断可能な細胞が出現していた。頻度が低いとはいえ, 前縦隔にはカルチノイドが発生することを念頭に, 細胞診を行う必要がある。

P-2-104 臨床検査技師養成における病理・細胞診部門の臨地実習の実情と展望

群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学²⁾

○佐藤香織(CT)¹⁾, 栗原康哲(CT)¹⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 福田利夫(MD)²⁾

【はじめに】現在の医療現場は、患者さんを中心に多職種が連携し、多様な医療ニーズに対応可能な質の高い医療人の育成が求められている。当院では、学内外の大学、専門学校など数校から臨地実習を受け入れているが、実習期間や内容は様々で依頼校により大きく異なる。今回我々は、これまで試行錯誤してきた病理・細胞診検査の臨地実習について報告する。また、実習生のアンケート調査結果を踏まえ、今後の臨地実習のあり方について検討する。

【対象】平成 26 年度から平成 30 年度の過去 5 年間において、当院で臨地実習を行った臨床検査技師養成施設 7 校。実習生数は、大学が 259 名、専門学校が 13 名、計 272 名。年度集計では、平成 28 年度が 72 名と最多で、平均 50~60 名の受け入れ。実習期間は、1~3 日、1~3 週間の日程である。

【結果】実習終了時に、病理部での臨地実習への意見や感想を自由記載で回答。実習に対して肯定的な意見や感想が多く見受けられた。臨地実習を通じて、病理・細胞診検査に対する苦手意識が緩和し、病院ならではの業務を見学・体験することで興味が湧き、学校での学びが実際の業務に繋がっていることを再確認するよい機会になっている。

【まとめ】臨床検査技師教育はわずか 49 年で歴史は浅く、過渡期にある。また、実習指導者として、専門的な知識と 5 年以上の実務経験、業績を有することが望ましいとされているが、経験年数、学歴、専門分野の違いなど、様々な人材が指導する現状にある。実習生に対し、臨地実習を魅力ある教育として指導をするには、適切な実習カリキュラムの作成、余裕ある人員配置、技師の教育スキルの向上が望まれる。

P-2-105 当検査室における小笠原村健康診断細胞診検査について

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

○小野寛文(CT), 石井保吉(CT), 栗原達哲(CT), 岡 俊郎(CT), 窪田真弓(CT), 稲垣真智子(CT), 伊藤詠美子(CT), 伊藤千恵子(CT), 大村峰夫(MD), 小田瑞恵(MD), 藤井雅彦(MD)

【はじめに】当検査室は 24 年前から、小笠原村健康診断にて子宮がん、蓄痰、乳汁等の細胞診検査を行ってきた。始めは 180 件前後であった検体数も年々増え、今年度は 459 件の細胞診（子宮内膜検体を含む）を実施した。1000 km 離れた小笠原でも当検査室と変わらない精度を保つために行ったことについて報告する。

【活動内容】染色に必要な薬液、顕微鏡を持ち込み、子宮頸部、子宮内膜検体を迅速に処理、染色後、細胞診検査を可能な限り現地で実施し、不可能だったものに関しては当検査室に持ち帰り処理する。判定クラスの高い病変はスマートフォンにて異型細胞を複数撮影し当検査室の細胞検査士に意見を求めた。

【結果】顕微鏡と染色液、少しのスペースの確保で 1000 km 離れた場所でも検査できることに加えて、写真で複数の細胞検査士の目を通すことにより、内地と変わらない精度で結果を報告することができた。この方法により、今年度、上皮内癌と判定したものについて、婦人科医師から小笠原村診療所へ報告、その後、患者へ連絡という流れで迅速に治療を勧めることができた。

【まとめ】年々増えていく検体数、その上 1000 km 離れた小笠原で検体処理から染色、判定まで全て 1 人行うことに不安があったが、写真による遠隔判定などにより、細胞検査士取得二年目にして、過少、過大判定することなく島民の細胞診検査を実施することができた。

◇ **International Poster Session in English****PE-1 FNA/CNB of Metastatic Bone Neoplasms :
Clinicopathology and Cytomorphology**

Department of Pathology, University of Hawaii/Hawaii Pathologists Laboratory¹, Department of Radiology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles California², Department of Pathology (Organ Pathology Unit) Shimane University Faculty of Medicine³

○Nishi Ryan (MD)¹, Kaneshiro Ricky², Nagase Mamiko³

【Background】 Fine-needle aspiration (FNA) and core needle biopsy (CNB) are commonly utilized in the evaluation of bone lesions. We aspired to determine the incidence and primary origin of bony metastases at our institution and to examine their clinicopathologic and cytomorphologic features.

【Methods】 We searched our database for all bone FNA/CNB examined between January 1999 and December 2018.

【Results】 During our 20-year study period, 604 patients underwent bone FNA/CNB. 322 (53%) patients were diagnosed with tumors. 224 (37%) had metastases, including 101 females and 123 males (age range 19-95). Rapid on-site evaluation (ROSE) was employed in 222 and correlated in 89%. The most frequently involved bones were pelvic (42%), vertebral (28%), long bones (13%), and ribs (11%). The most common primary malignancies were from breast (25%), lung (23%), prostate (10%) and kidney (7%). Unusual primary cancers included salivary gland, nasopharynx, endometrium (1.3% each); melanoma (0.9%); ovary, GIST, seminoma, and leiomyosarcoma (0.4% each). Their cytomorphologic features aided in their distinction from other bone malignancies.

【Conclusion】 FNA/CNB proved to be highly effective in the diagnosis of metastases to bone, with ROSE proving valuable in assuring specimen adequacy. Bone FNA and CNB demonstrated great utility in the setting of metastatic disease, obviating the need for more invasive procedures.

**PE-2 HHV-8 negative effusion-based lymphomas
express mature B-cell immunophenotype.**

Department of Pathology, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital

○Chen Chien-Chin (MD), Tung Chun-Liang

Primary effusion lymphoma (PEL) is a rare non-Hodgkin's lymphoma (NHL) in the body cavity with no tumor mass and frequent loss of pan-B-cell markers. By definition of newest classification, cases of PEL must display evidence of infection by HHV-8. However, in recent years, there were more and more HHV-8 negative effusion-based lymphomas (HHV-8-negative EBL) published in the literature. Here we present our cases with discussion on clinical features and characteristics of cytomorphology and immunohistochemistry. In the past 18 years, 4 cases of HHV-8 positive PEL and 3 cases of HHV-8-negative EBL were retrieved. All seven cases were presented with massive pleural effusion, no concurrent lymphadenopathy or pulmonary mass, and no prior medical history of lymphoma. The mean age of HHV-8-negative EBL (86.33) was older than HHV-8 positive PEL (82.75), yet without the statistical significance ($p = 0.09$). All of the four HHV-8 positive PEL were male, unilateral effusion, negative for human immunodeficiency virus and cytomorphologically variable with a null lymphocyte immunophenotype (mostly no expression of CD20 and/or CD79a). In contrast, all of HHV-8-negative EBL had bilateral effusions, expression of pan-B-cell markers and pleomorphic large cells with prominent nucleoli and moderate cytoplasm in cytomorphology. The survival between the two groups showed no statistical significance.

PE-3 Massive pericardial effusion as manifestation of advanced thymic carcinoma

Division of Pathology, Sijih Cathay General Hospital

○Liu Chihyi (MD)

Epithelial tumors were the most common cause of malignant pericardial effusion, with lung carcinomas accounting for most patients. Massive pericardial effusion is an exceedingly rare form of initial clinical presentation of thymic tumors. Herein a case of pericardial effusion due to advanced thymic carcinoma is demonstrated. A 61-year-old male patient suffered from dyspnea and bilateral leg edema in recent one month. During admission, the cardiologist noted massive pericardial effusion prompting further workup. Pericardiocentesis was performed, and carcinomatous effusion was impressed based on the cytologic specimens. CT of chest demonstrated a large infiltrative soft tissue mass in anterior mediastinum. The pathological features of tumor biopsy were consistent with poorly-differentiated carcinoma of thymic origin. Primary thymic neoplasm is a rare cause of pericardial effusions. Our case demonstrates that cytologic examination is of considerable diagnostic utility for the evaluation of malignancy in pericardial effusion. A cytologic diagnosis of thymoma or thymic carcinoma is extremely challenging. Because the cytopathology of most thymic carcinomas is identical to that of their pulmonary counterparts, the clinical, radiographic, and sometimes gross features must be evaluated very carefully and completely before designating the carcinoma as being of thymic origin.

PE-4 Two cases of malignant mixed germ cell tumors of ovary in young girls.

Department of Pathology, Calmette hospital, Cambodia¹, Department of Pathology, Nara Hospital, Kindai University², Department of Gynecology, Calmette Hospital, Cambodia³, Department of Gynecology and Obstetrics, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University⁴, Department of Obstetrics and Gynecology, Kitasato University School of Medicine⁵, Clinical Research Center Kindai University Hospital, Department of Pathology, School of Medicine Kindai University⁶, Department of Obstetrics and Gynecology, Keio University School of Medicine⁷, Toda Central Medical Laboratory/National Defense Medical College⁸

○NHEB Mary (MD)¹, Tomoko Wakasa², Meng Kalyan³, Korn Aun³, Hideaki Yahata⁴, Yuki Tazo⁵, Haruko Iwase⁵, Eisuke Enoki⁶, Kouji Banno⁷, Toshiaki Kawai⁸

Ovarian mixed germ cell tumors are rare malignant neoplasms which combined two or more components of germ cell tumors. There are no specific clinical symptoms. The pathological findings are very important for a definite diagnosis. We report two cases of mixed germ cell tumors in young girls at the age of 15 years old (case 1) and 21 years old (case 2) which the main complaints are abdominal pains, abdominal mass and irregular vaginal bleeding in last few previous months before admission in hospital. Case 1 showed ovarian tumor composed of dysgerminoma and choriocarcinoma with pulmonary metastasis by Chest X-ray after the pathological diagnosis. Case 2 was found only choriocarcinoma component as a metastasis tumor in abdominal cavity with suspected liver metastasis by CT. The component of dysgerminoma and mature teratoma are seen in the ovarian tumor that is operated one month before in other hospital. Histologically, the dysgerminoma component is formed by the nest or sheet or trabeculae of large uniform cells with abundant granular eosinophilic or clear cytoplasm and distinct cell membrane. The choriocarcinoma is composed of multinucleated with very large basophilic and elongated cytoplasm of syncytiotrophoblast and mononucleated cytotrophoblast. The mature teratoma is presented with epidermal and respiratory epithelium.

PE-5 Peritoneal neoplasm with massive ascites

Department of Pathology, Khmer-Soviet Friendship Hospital¹, Toda Central Medical Laboratory-National Defense Medical College², Department of Pathology and Laboratory Medicine, Nara Hospital Kindai University School of Medicine³, Department of Gynecology, Khmer-Soviet Friendship Hospital⁴, Department of Diagnostic Surgical Pathology, Nippon Medical School Tama-Nagayama Hospital⁵, Department of Obstetrics and Gynecology, Kitasato University School of Medicine⁶, Department of Pathology, Nippon Medical School Tama Nagayama Hospital⁷, Nitobe Bunka College⁸, Clinical Research Center Kindai University Hospital, Department of Pathology, School of Medicine Kindai University⁹

○Leang Vitou (MD)¹, Toshiaki Kawai², Tomoko Wakasa³, Sam Sophana¹, Koun Linka⁴, Yuki Tazo⁵, Haruko Iwase⁶, Hironori Katayama⁷, Sadayuki Hiroi⁸, Eisuke Enoki⁹

Peritoneal neoplasms are almost always a critical question for clinicians and pathologists to search where the primary tumor is. We report a case of 64-year-old G2P1 woman without any surgical history, complaints of abdominal distention for 1 month and aggravates for 1 week with low grade fever. Laboratory result was almost normal except CA125 : >1200 UI/mL, CA 19-9 : 3.05 UI/mL. Abdominal ultrasound and CT show ascites suspected carcinomatous peritonitis, and clinicians decided exploratory laparotomy. During the operation, there was about 3500 ml of dark yellowish ascites : uterus and adnexa are not visible and no pelvic tumor. The clinician took a biopsy from the inflamed and solid area in the distal omentum. Cytology showed hypercellular and there were no neutrophilic infiltration or necrotic tissue on the background. There were many isolated epithelial cells and large clusters arranged in papillary structure. The cells had clear border and scanty cytoplasm. Hyperchromatic nuclei with coarse chromatin were enlarged and varied markedly in size. Mitoses are common. This finding was consistent with adenocarcinoma. Histologically, the tumor cells infiltrated into stroma of the omentum. The tumor cells were arranged in variety of pattern, including trabecular, cribriform, and papillary structure. The tumor cells were round with scanty cytoplasm, and nuclei were round with prominent

PE-6 The cytomorphology and histopathology of EMC of parotid gland : a case report

National Taiwan University Hospital Hsin-Chu Branch¹, Ditmanson Medical Foundation Chia-Yi Christian Hospital²

○Kuo Chun-wei (MD)¹, Chen Mark Chien-Chin²

Epithelial-myoepithelial carcinoma (EMC) of salivary gland is an uncommon malignant neoplasm, which is composed of biphasic arrangement of inner ductal cells and surrounding myoepithelial cells. However, it is sometimes difficult to be clearly diagnosed in cytological specimen, and can be mimic other salivary gland neoplasms, such as pleomorphic adenoma, myoepithelioma, and even adenoid cystic carcinoma. This case we reported is an epithelial-myoepithelial carcinoma which was diagnosed as pleomorphic adenoma in cytological specimen. The characteristic features and pitfalls in the cytological smears are discussed.

令和元年五月十五日発行

編集兼
発行人

公益社団法人

日本臨床細胞学会
代表者 竹 島 信 宏

〒100-1061 東京都千代田区神田駿河台二丁目一
発行所 駿河台サンライズビル三階
公益社団法人 日 本 臨 床 細 胞 学 会
電話〇三(五七七)四六八〇 振替〇〇一一〇〇一三五五四五