

ONLINE ISSN 1882-7233

PRINT ISSN 0387-1193

日臨細胞誌  
J.Jpn.Soc.Clin.Cytol.

第61巻 補冊2号 令和4年10月

# 日本臨床細胞学会雑誌

第61回日本臨床細胞学会秋期大会

細胞診と学際

THE JOURNAL  
OF THE JAPANESE  
SOCIETY OF CLINICAL  
CYTOLOGY

会 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 教授)

会 期

[現地開催]

2022年11月5日(土)~6日(日)

[Live配信]

2022年11月5日(土)~6日(日)

[オンデマンド開催]

(第1期)2022年11月10日(木)正午~11月15日(火)正午

(第2期)2022年11月17日(木)正午~12月12日(月)正午

会 場

仙台サンプラザホテル・ホール

ホテル仙台ガーデンパレス



公益社団法人  
日本臨床細胞学会  
<http://www.jsec.or.jp/>

Vol.61 Suppl.

Oct. 2022

2



# 第 61 回日本臨床細胞学会秋期大会

## 細胞診と学際

会 期 [現地開催] 2022 年 11 月 5 日 (土) ~ 6 日 (日)

[Live 配信] 2022 年 11 月 5 日 (土) ~ 6 日 (日)

[オンデマンド開催]

(第 1 期) 2022 年 11 月 10 日 (木) 正午 ~ 11 月 15 日 (火) 正午

(第 2 期) 2022 年 11 月 17 日 (木) 正午 ~ 12 月 12 日 (月) 正午

会 場 仙台サンプラザホテル・ホール

〒 983-0852 宮城県仙台市宮城野区榴岡 5 丁目 11 番 1 号

ホテル仙台ガーデンパレス

〒 983-0852 宮城県仙台市宮城野区榴岡 4 丁目 1 番 5 号

会 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 教授)

副 会 長 **笹野 公伸**

(東北大学 名誉教授・東北大学大学院医学系研究科 病理診断学分野 客員教授)

**藤島 史喜**

(東北大学病院がんセンター テレパソロジーセンター 特命教授)

**八重樫 伸生**

(東北大学大学院医学系研究科 婦人科学分野 教授)

顧 問 **渡部 洋**

(東北医科薬科大学産婦人科 教授)

**東岩井 久**

(仙台市立病院 名誉院長)

**小澤 信義**

(おざわ女性総合クリニック 院長)

プログラム委員長 **横山 良仁**

(弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 教授)

副プログラム委員長 **南條 博**

(秋田大学附属病院 病理診断科 教授)

実行委員長 **島田 宗昭**

(東北大学病院婦人科 特命教授)

大会事務局長 **三木 康宏**

(東北大学災害科学国際研究所 災害産婦人科学分野 講師)

大会事務局 東北大学災害科学国際研究所

災害産婦人科学分野

〒 980-8573 宮城県仙台市青葉区星陵町 2-1





# 第61回日本臨床細胞学会秋期大会

## 会長挨拶

### 細胞診と学際



このたび、第61回日本臨床細胞学会秋期大会を、2022年11月5日(土)、6日(日)の二日間、仙台サンプラザホテル・ホール、仙台ガーデンパレスにおいて開催する運びとなりました。

東北地区での日本臨床細胞学会の学術集会開催は、15年ぶりとなります。

本大会では、メインテーマを「細胞診と学際」としました。

将来への展望・展開につながるような細胞診の在り方を、多様・多彩な方面から検討・発展させる機会となる学術集会になればと思います。

本大会の運営、討論を通して、細胞診のさらなる発展に寄与できればと、考えております。

また、本大会の運営に関しましては、本邦での新型コロナウイルス感染症の状況推移や社会情勢を踏まえ、現地での交流とWEB、双方の利点に配慮した上で、会員の皆様に安全・安心かつ充足感をもってご参加いただけるような開催形式を考えております。

是非、多くの会員の皆様に、ご参加いただきますよう、心よりお願い申し上げます。

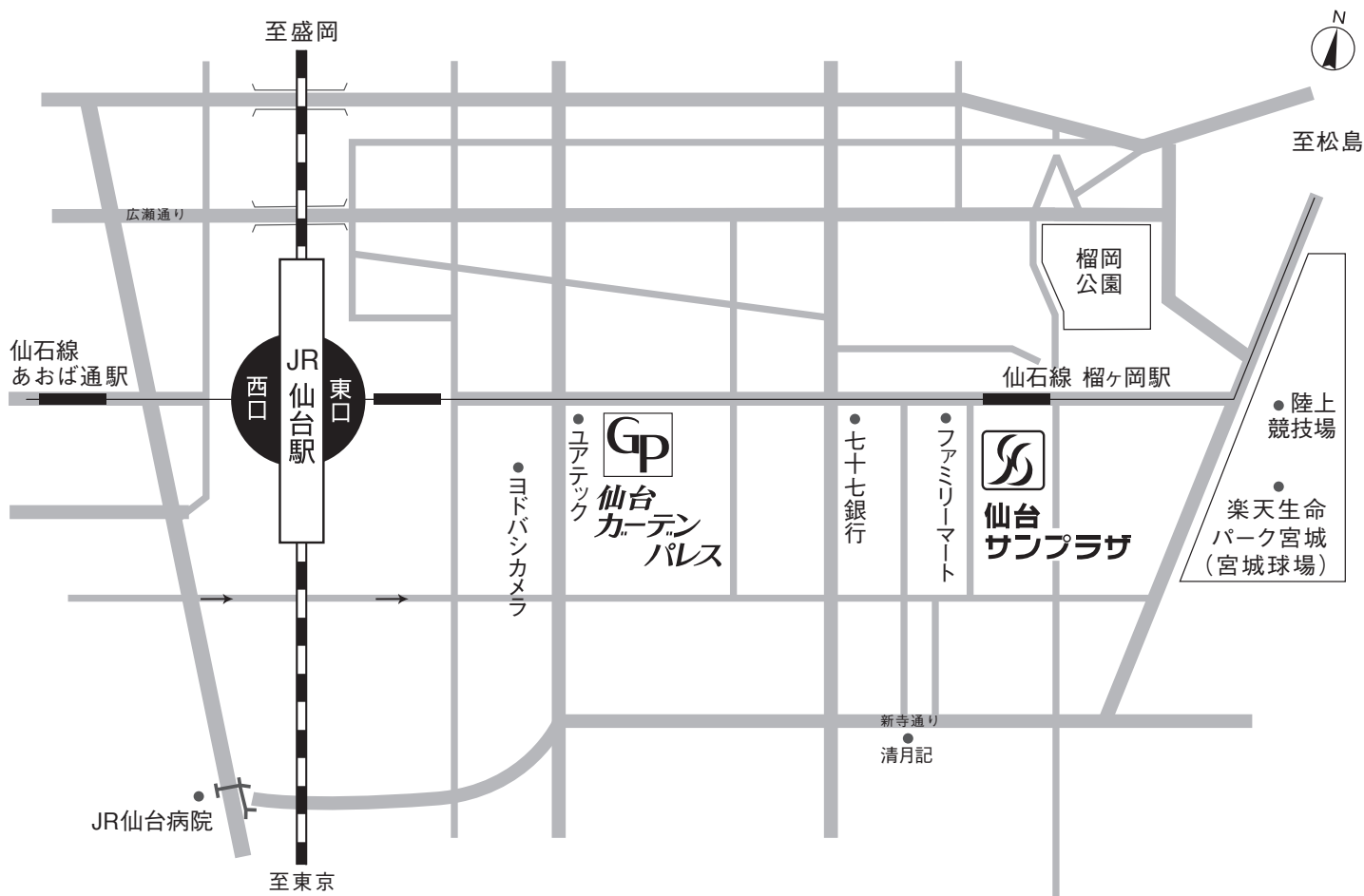
第61回日本臨床細胞学会秋期大会

会長 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 教授)

# 仙台サンプラザホテル・ホール ホテル仙台ガーデンパレス

## アクセスマップ



### 交通機関

- 新幹線……東京駅から東北新幹線で約1時間40分
- 飛行機……仙台空港より仙台駅まで仙台空港アクセス  
鉄道で約30分
- 車………東北自動車道仙台宮城 I.C. より約20分

### シャトルバス

学会期間中、2会場間（仙台サンプラザホテル・ホールとホテル仙台ガーデンパレス）でシャトルバスを運行しております。

詳しくは295ページのシャトルバスのご案内をご確認ください。

### 電車

- （仙台サンプラザホテル・ホール）
- 仙石線「仙台駅」から仙石線「榴ヶ岡駅」まで約2分
- 榴ヶ岡駅下車出入口2すぐ（雨に濡れずご来場できます）

### 徒歩

- （仙台サンプラザホテル・ホール）
- JR「仙台駅東口」より徒歩13分
- （ホテル仙台ガーデンパレス）
- JR「仙台駅東口」より徒歩3分

### 観光

- 仙石線「仙台駅」から「本塩釜駅」まで約29分（直通）
- 仙石線「仙台駅」から「松島海岸駅」まで約40分（直通）
- 仙石線「榴ヶ岡駅」から「本塩釜駅」まで約27分（直通）
- 仙石線「榴ヶ岡駅」から「松島海岸駅」まで約38分（直通）

## 学会専用シャトルバスのご案内

学会専用シャトルバスを運行しておりますので、適宜、ご利用ください。  
シャトルバスにご乗車の際は誘導スタッフの案内に従いご乗車ください。  
乗車時は学会参加証を誘導スタッフへご提示いただきますようお願いいたします。

### 運行時間

11月5日(土) 9:00～19:00

11月6日(日) 8:00～15:30

### 運行ルート(周回ルート)

学会期間中、2会場間(仙台サンプラザホテル・ホールとホテル仙台ガーデンパレス)をシャトルバス運行いたします。

ルート1：仙台サンプラザホテル・ホール ⇒ ホテル仙台ガーデンパレス

出発場所 仙台サンプラザ前

到着場所 仙台ガーデンパレス前

想定時間 所要5分

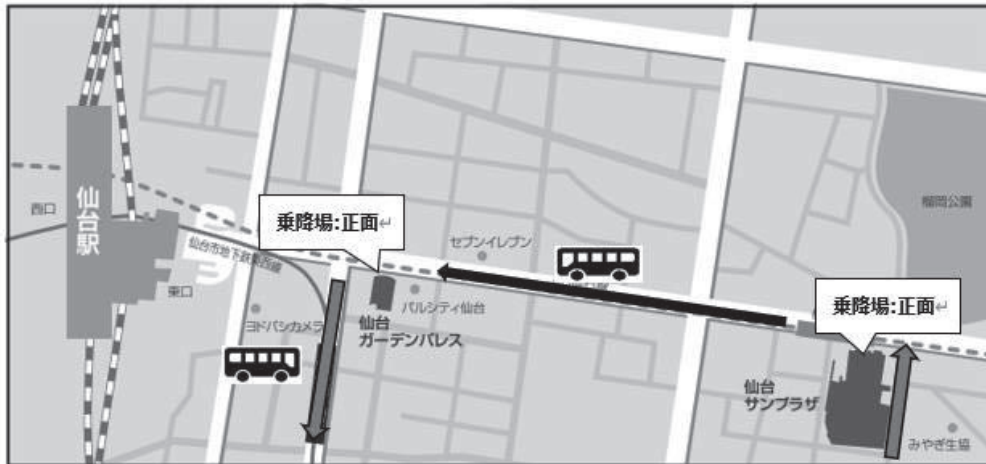
ルート2：ホテル仙台ガーデンパレス ⇒ 仙台サンプラザホテル・ホール

出発場所 仙台ガーデンパレス前

到着場所 仙台サンプラザ前

想定時間 所要10分

### 乗車場所



### 乗車時の注意事項

\* 下記内容へのご協力をお願いいたします。

① マスクの着用

新型コロナウイルス感染防止のため、バスにご乗車の際はマスクを着用にご協力をお願いします。  
お客様同士のご不安解消のため、ご乗車時の会話はお控えください。

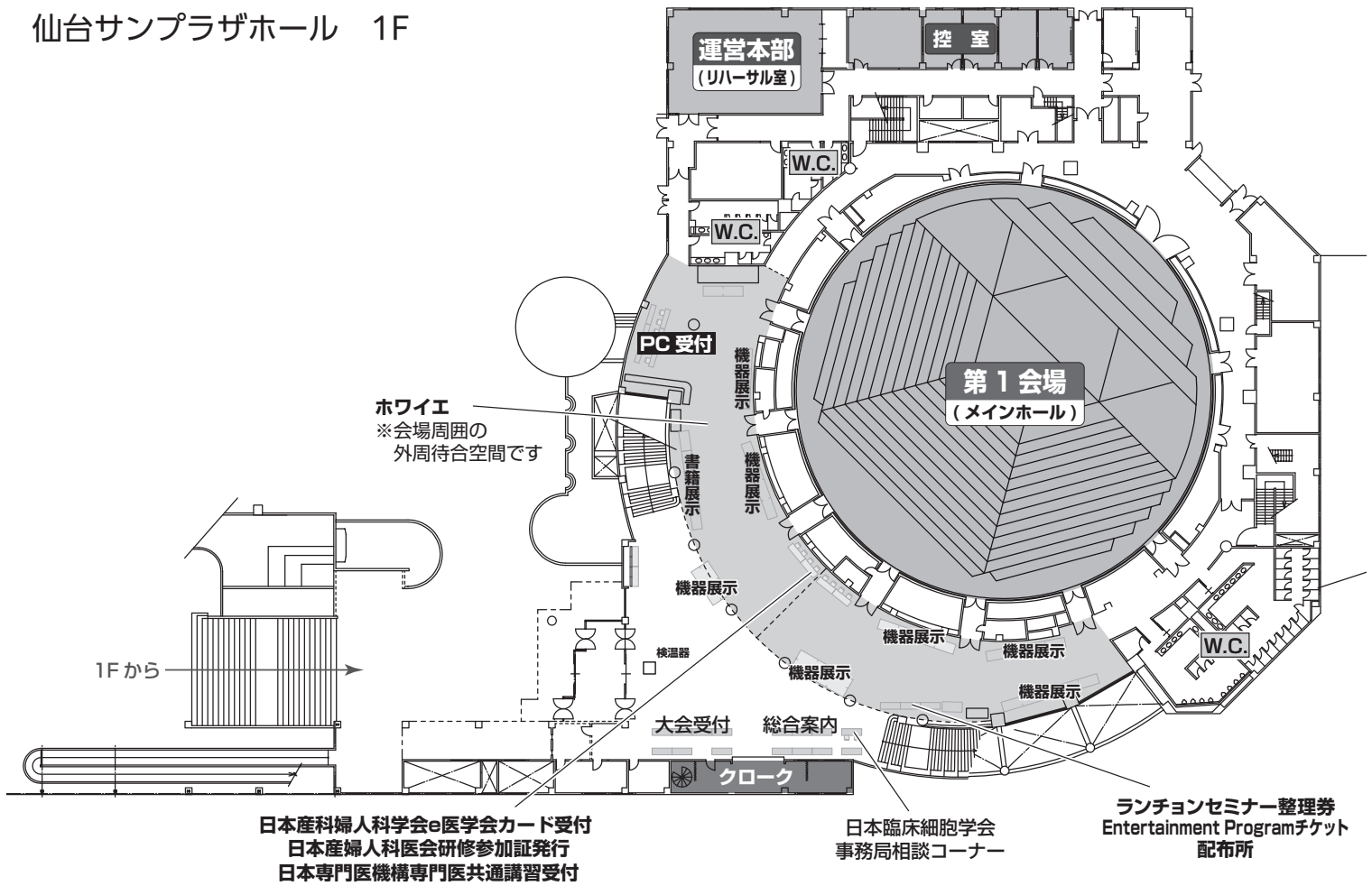
② ゴミ等のお持ち帰り

バス車内にゴミを残さないようご協力をお願いします。

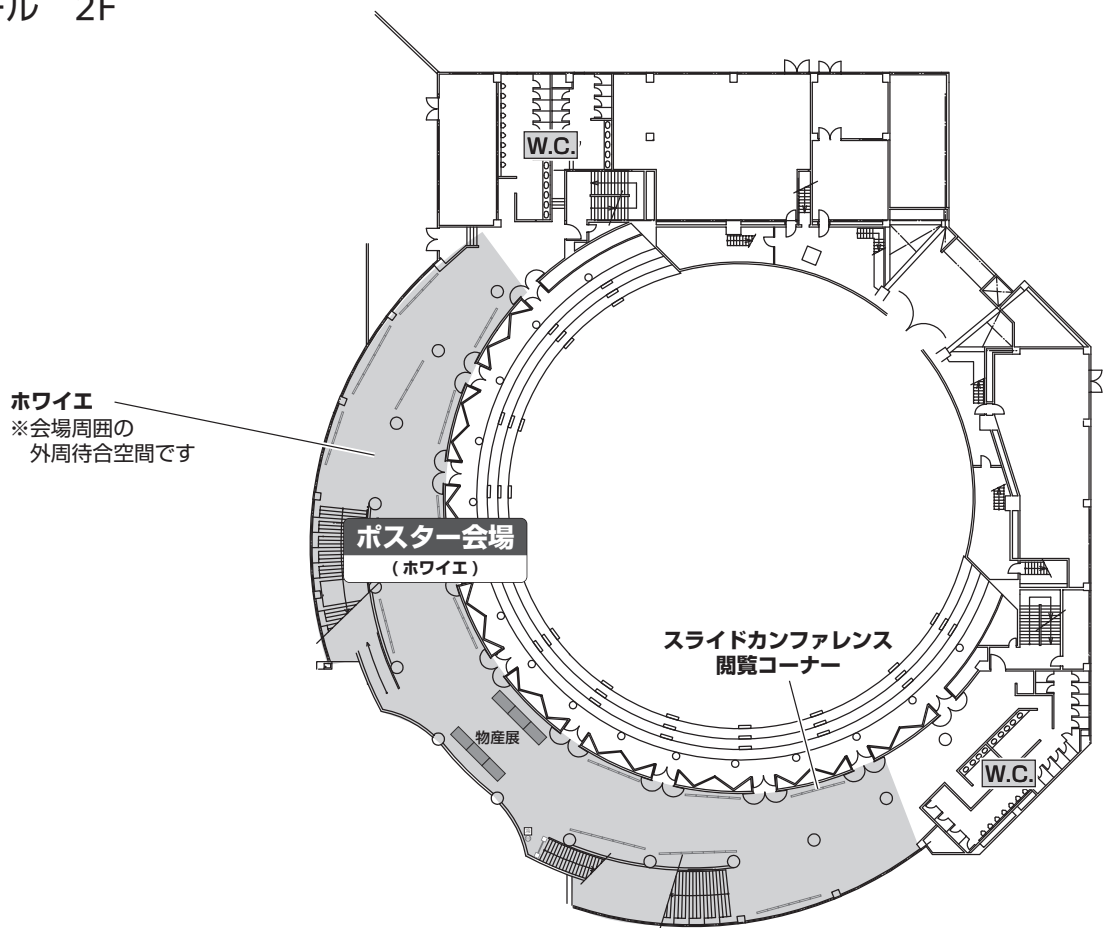
③ バス車内における飲食について

バス車内での飲食はお控えください。

仙台サンプラザホール 1F

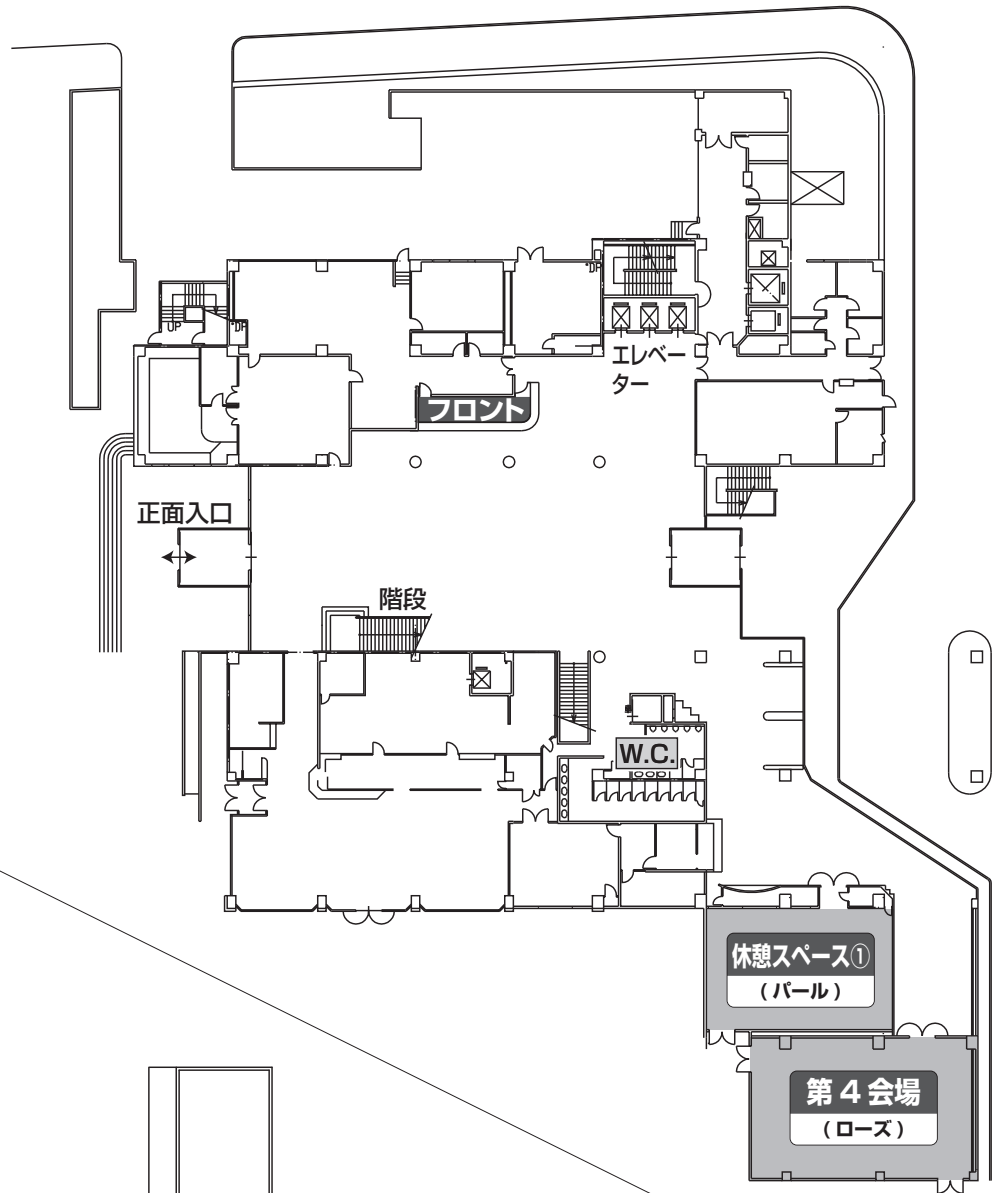


仙台サンプラザホール 2F

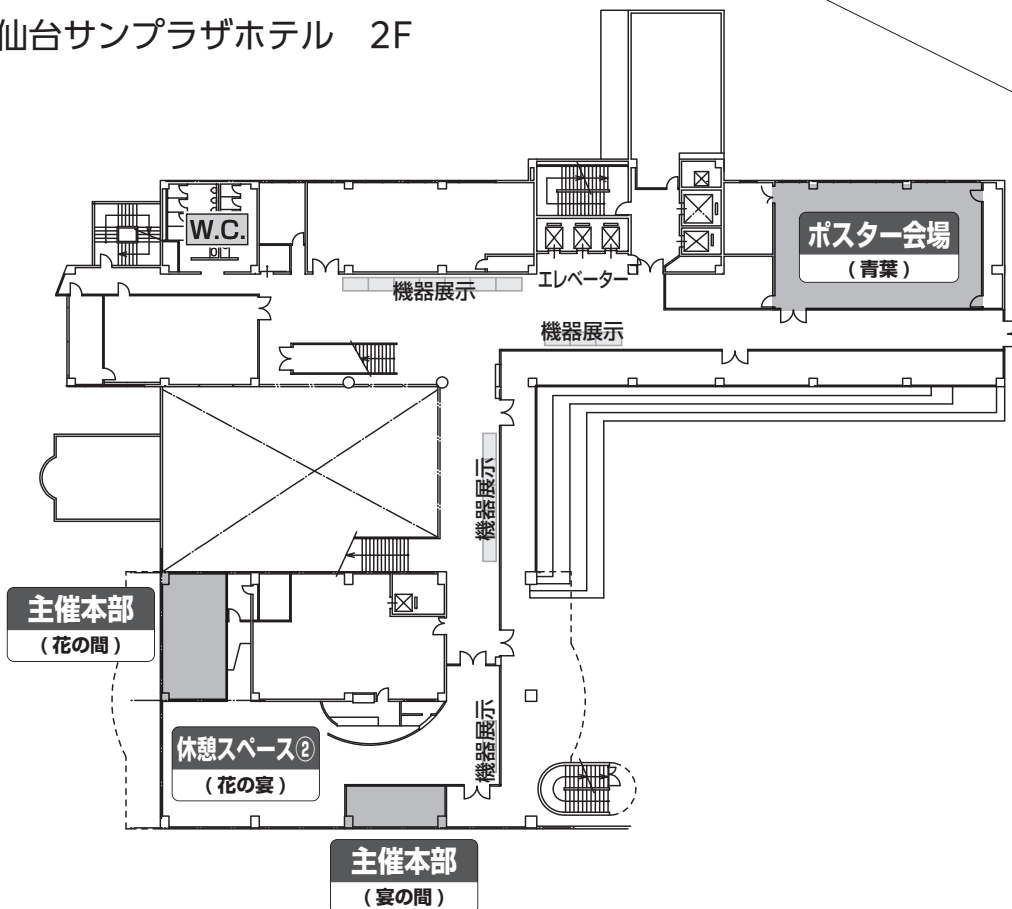




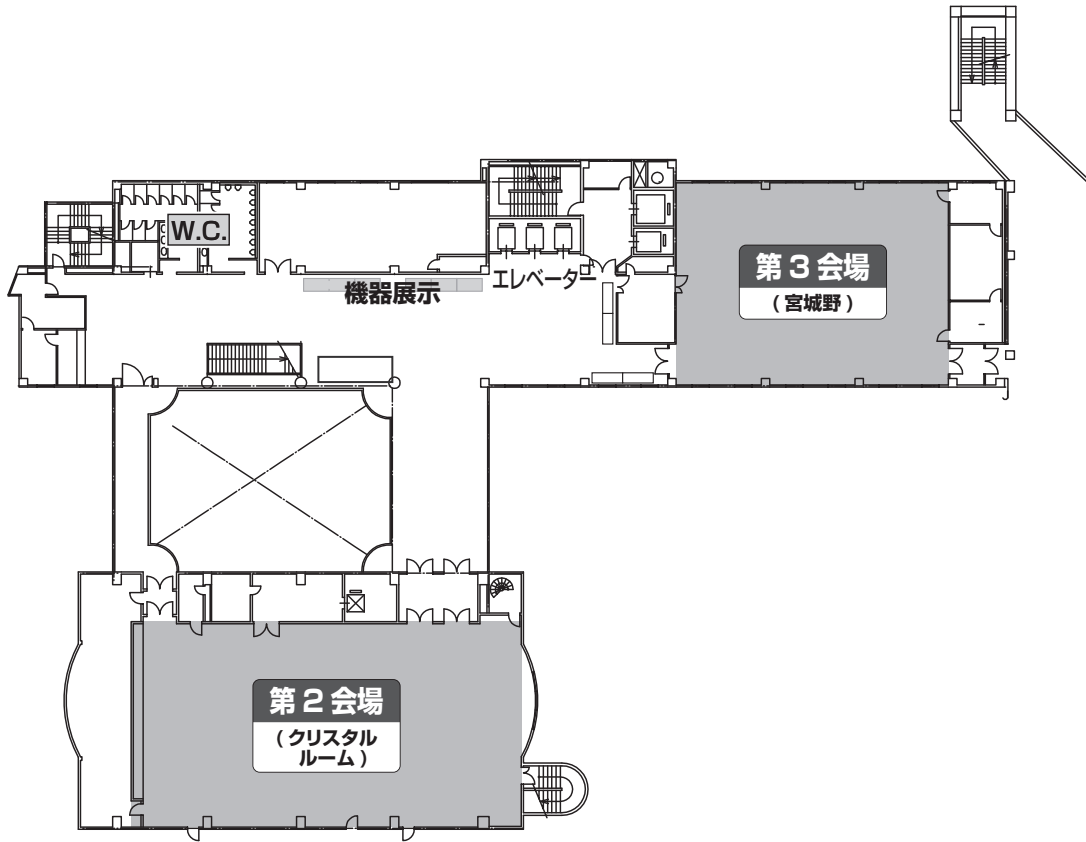
仙台サンプラザホテル 1F



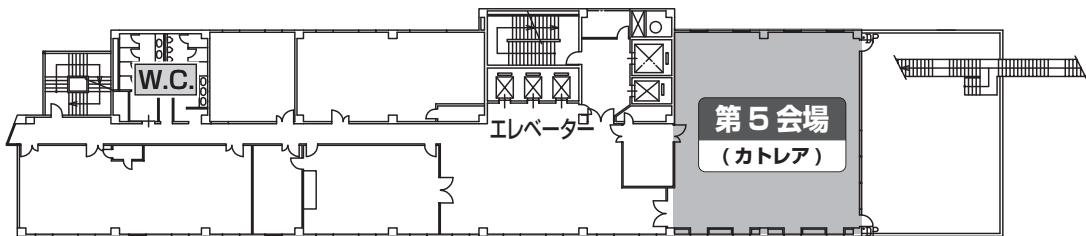
仙台サンプラザホテル 2F



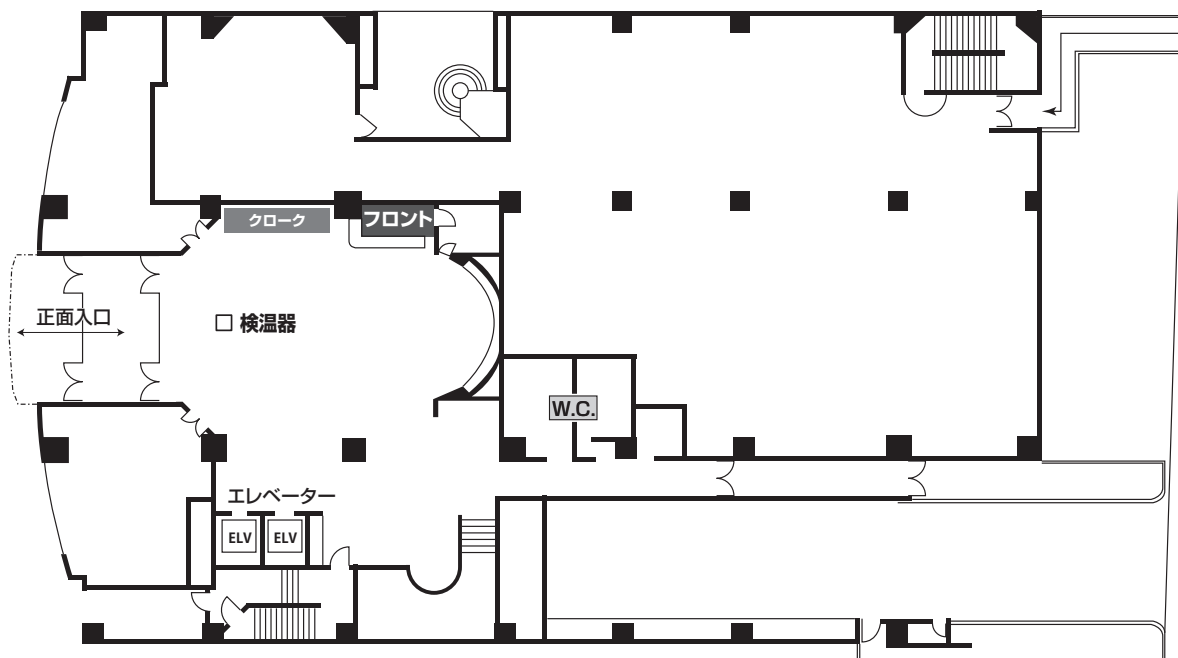
仙台サンプラザホテル 3F



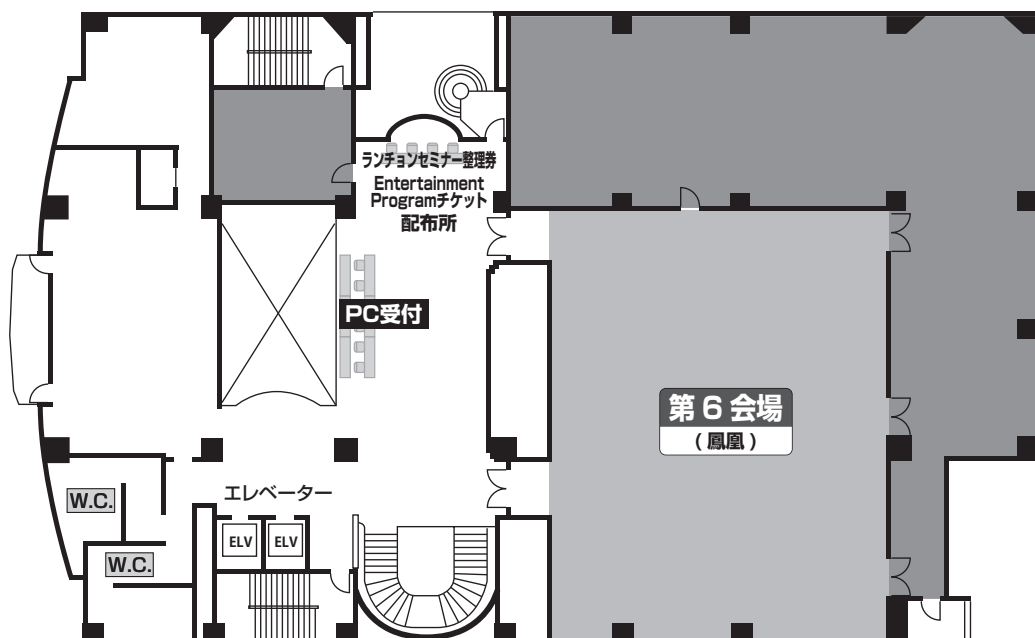
仙台サンプラザホテル 5F



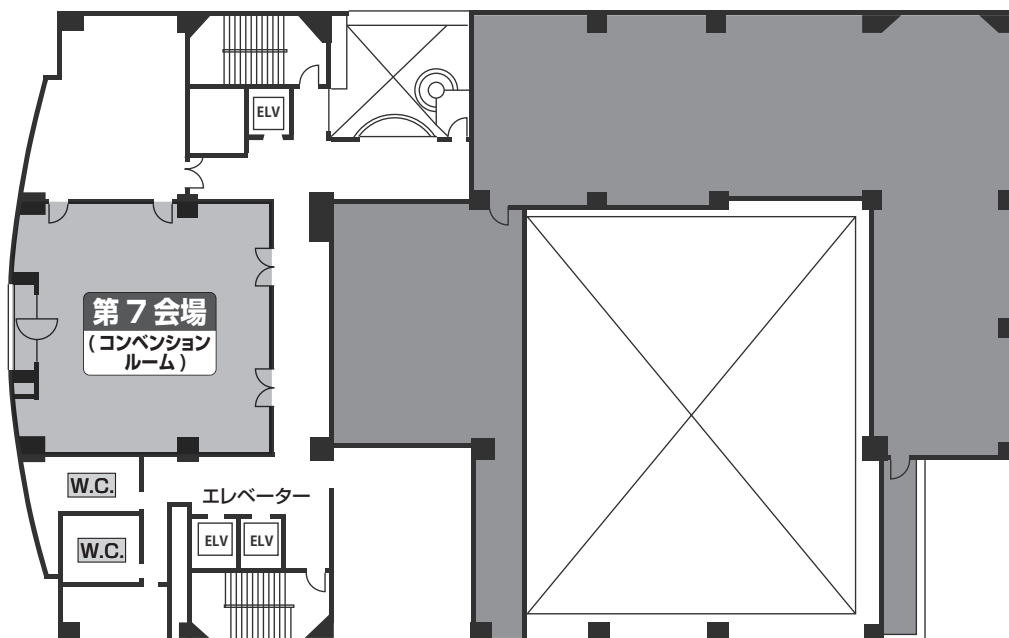
ホテル仙台  
ガーデンパレス  
1F



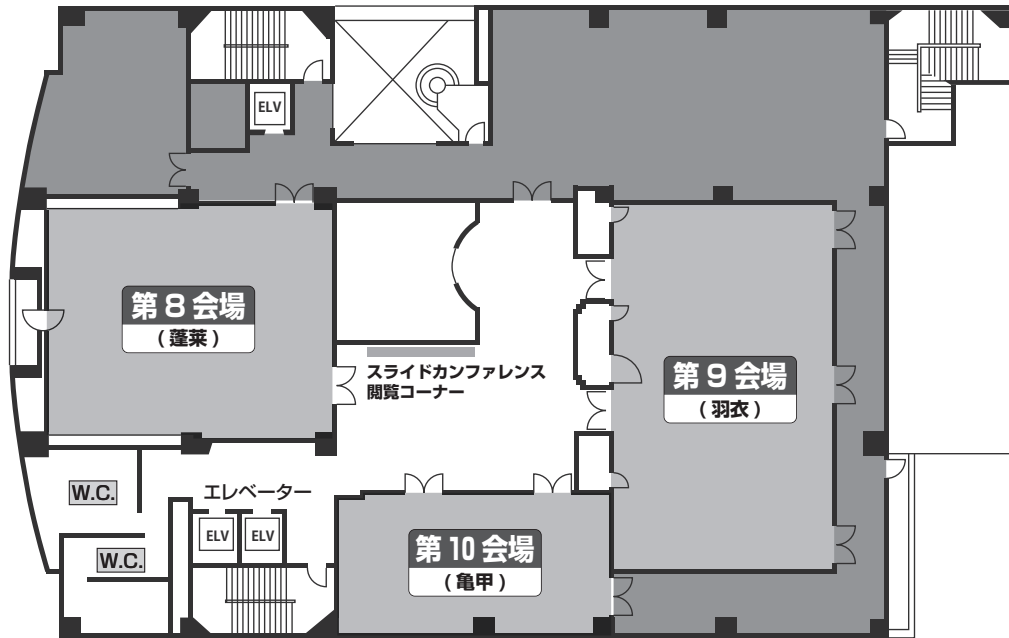
ホテル仙台  
ガーデンパレス  
2F



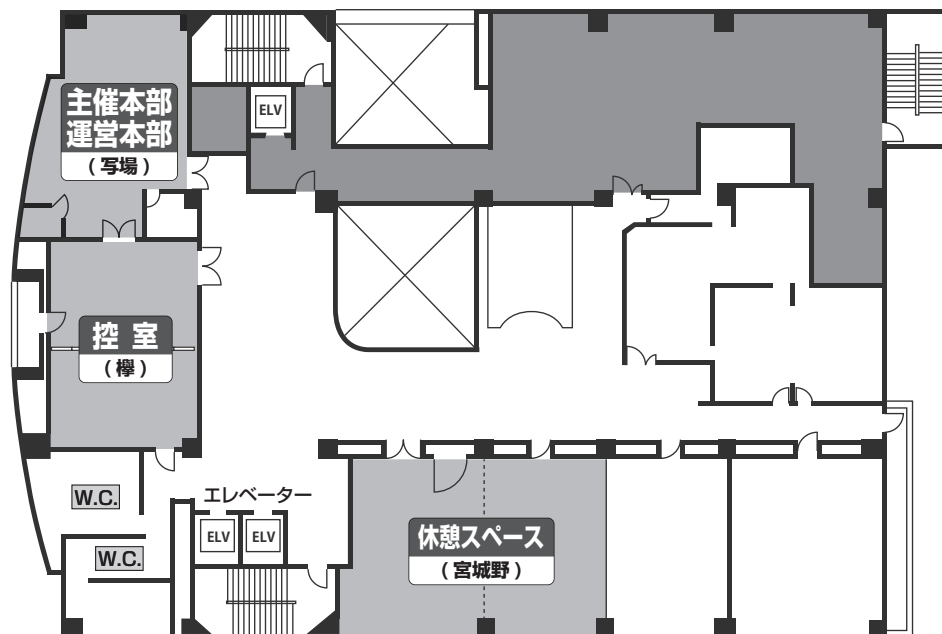
ホテル仙台  
ガーデンパレス  
3F



ホテル仙台ガーデンパレス 4F



ホテル仙台ガーデンパレス 5F





## 役員会・各種委員会等

### 11月4日(金) 仙台サンプラザホテル

13:00～15:00	細胞検査士会 役員会	第2会場 (3F クリスタルルーム)
15:10～16:10	細胞検査士会 都道府県代表者会議	第2会場 (3F クリスタルルーム)
16:00～17:30	公益社団法人化 10周年記念事業検討ワーキンググループ	1F パール

### 11月5日(土) 仙台サンプラザホテル

7:30～9:30	日本臨床細胞学会 理事会	第2会場 (3F クリスタルルーム)
-----------	--------------	--------------------

## 役員会・各種委員会等日程表

### 11月4日(金) 仙台サンプラザホテル

	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	17:30
第2会場 (3F クリスタル ルーム)			13:00～15:00 細胞検査士会 役員会		15:10～16:10 細胞検査士会 都道府県代表者会議		
1F パール						16:00～17:30 公益社団法人化 10周年記念事業 検討ワーキンググループ	

### 11月5日(土) 仙台サンプラザホテル

	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00
第2会場 (3F クリスタル ルーム)		7:30～9:30 日本臨床細胞学会 理事会				

# 第61回日本臨床細胞学会秋期大会 日程表【2022年11月5日(土)：学会1日目】

		7:30	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	
仙台サンブラザホテル	第1会場 1F メインホール				開 会 式	10:00~12:00 シンポジウム1 HPV検査を含んだ子宮頸がん検診アルゴリズムについて 細胞診陰性/HPV陽性の管理 西尾 浩, 品川 明子, 藤原 寛行, 森定 徹 座長: 進 伸幸, 南口 早智子		12:20~13:20 ランチョンセミナー1 共催: 武田薬品工業株式会社 渡利 英道 座長: 紀川 純三	Live配信
	第2会場 3F クリスタル ルーム	7:30~9:30 日本臨床細胞学会 理事会					11:20~12:00 教育講演2 婦人科がん取り扱い 規約改訂の概要 安田 政実 座長: 永瀬 智	12:20~13:20 ランチョンセミナー2 共催: MSD株式会社 笹島 ゆう子, 岩田 卓 座長: 馬場 長	Live配信
	第3会場 3F 宮城野				10:00~12:00	ワークショップ1 肺癌細胞診新報告様式の要点 —実臨床における問題点・注意点— 佐藤 之俊, 吉澤 明彦, 竹中 明美, 柿沼 廣邦, 柳川 直樹 座長: 南 優子, 柳川 直樹		12:20~13:20 ランチョンセミナー3 共催: シスメックス株式会社 新倉 仁 座長: 八重樫 伸生	Live配信
	第4会場 1F ローズ				10:00~12:00	シンポジウム2 EUS-FNAの現状と未来—細胞診の役割— 菅野 敦, 引地 拓人, 石田 和之, 能登原 憲司, 安田 一朗 座長: 菅野 敦, 石田 和之		12:20~13:20 ランチョンセミナー4 共催: アジレント・ テクノロジー株式会社 完山 尚裕	Live配信
	第5会場 5F カトレア				10:00~12:00	シンポジウム3 唾液腺細胞診 Update—ミラノシステムの標準化への活用 浦野 誠, 廣嶋 優子, 坂本 真一, 小高 亜紀子, 村田 佳彦 座長: 樋口 佳代子, 加藤 拓			
ホテル仙台ガーデンパレス	第6会場 2F 鳳凰				10:00~12:00	シンポジウム4 乳癌診療における細胞診の役割: 現状と展望 阿部 英二, 葉山 綾子, 坂井 威彦, 宮下 穰, 鹿股 直樹 座長: 長嶋 健, 松澤 こず恵		12:20~13:20 ランチョンセミナー5 共催: ノバルティス ファーマ株式会社 清水 秀樹, 野呂 昌弘 座長: 池田 純一郎	Live配信
	第7会場 3F コンベン ション ルーム				10:00~10:40 教育講演1 甲状腺細胞診とAI 廣川 満良 座長: 中島 正洋	10:45~12:15 ワークショップ4 体腔液細胞診の現状と今後の課題 濱崎 慎, 奥沢 悦子, 工藤 和洋, 佐藤 正樹, 尾池 裕子, 濱川 真治 座長: 廣島 健三, 辻村 亨			
	第8会場 4F 蓬莱					10:30~12:00 ワークショップ2 脳腫瘍病理診断における細胞診の利用 山田 勢至, 伊古田 勇人, 里見 介史, 浅野 研一郎 座長: 黒瀬 顕, 浅野 研一郎			
	第9会場 4F 羽衣					10:30~12:00 ワークショップ3 尿細胞診: Atypical カテゴリーの本質に迫る —細胞像から臨床管理まで— 関田 信之, 橋本 由紀子, 小椋 聖子, 塚本 龍子, 菅原 隆謙 座長: 大谷 博, 三浦 弘守		12:20~13:20 ランチョンセミナー6 共催: サクラファインテック ジャパン株式会社 池谷 朱美, 棚田 諭, 松永 徹 座長: 廣井 禎之, 河合 俊明	Live配信
	第10会場 4F 亀甲								
仙台サンブラザ	ポスター 会場	会場: 仙台サンブラザホール 2F ホワイエ 仙台サンブラザホテル 2F 青葉			10:00~12:00 ポスター貼付				
	機器展示 会場	会場: 仙台サンブラザホール 1F ホワイエ 仙台サンブラザホテル 2F・3F ホワイエ			9:20~18:00 機器展示				

◎=細胞診専門医単位あり ★=日本専門医機構 共通講習認定 ▲=病理領域講習認定  
 ■=日本産科婦人科学会領域講習認定 ●=日本外科学会領域講習認定  
 Live配信 = Live 配信あり

14:00		15:00		16:00		17:00		18:00	
13:40~14:40 特別講演 1 科学的根拠に基づく がん検診の実施に向けて 大内 憲明 座長：青木 大輔	■	14:50~15:20 会長講演 災害を、がん検診・ 細胞診から考える 伊藤 潔 座長： 中村 直哉		15:40~16:40 招請講演 伊達政宗の国づくりと国際外交 平川 新 座長：八重樫 伸生		17:00~18:00 医療安全セミナー 医療訴訟から学ぶビッドフォール 水沼 直樹 座長：藤森 敬也	◎★		18:30~ Entertainment Program
13:40~14:40 要望講演 1 呼吸器細胞診の鑑別ポイントと ビッドフォール 羽場 礼次 座長：大平 達夫	●			15:30~17:30 シンポジウム 7 HPV 関連癌の臨床と病理—臓器横断的に俯瞰する 山元 英崇, 矢田 直美, 森谷 鈴子, 内田 克典 座長：川名 敬, 棟方 哲	■				
13:40~14:40 特別企画 1 細胞診ガイドライン 2021 改訂の要点 南 優子, 辻村 亨, 長尾 俊孝 座長：森谷 卓也	▲	14:55~16:25 ワークショップ 5 細胞診における AI の活用 阿部 一之助, 新開 翔太, 塚本 徹哉, 杉山 裕子 座長：森 一郎, 山本 陽一郎	▲			16:40~18:10 スライドカンファレンス 1 口腔細胞診バーチャルスライドカンファレンス 落合 隆永, 佐野 亜由美, 金田 敦代, 内野 有子, 今野 かおり 座長：田中 陽一, 才藤 純一			Live配信
13:40~14:40 要望講演 2 乳房の病変に対する病理学的診断方法 —細胞診と針生検の比較— 堀井 理絵 座長：増田 しのぶ		14:55~15:35 教育講演 5 肺癌細胞診を報告す るための WHO 国際 システム 廣島 健三 座長：湊 宏		15:50~17:20 シンポジウム 8 尿細胞診の新報告様式—Paris 分類の光と影— 川崎 隆, 南口 早智子, 金城 満 座長：川崎 隆, 白石 泰三		17:30~18:10 教育講演 7 見やすい標本を作る ための細胞診検体処 理法 齋藤 邦倫 座長：伊藤 智雄			
13:40~14:20 教育講演 3 神経内分泌腫瘍病理 の昨日, 今日, 明日 笹野 公伸 座長：水上 浩哉		14:30~16:30 シンポジウム 6 妊娠中・分娩後の適切な CIN 管理 水島 大一, 岡本 聡, 藤井 多久磨, 池田 仁恵, 田中 良道 座長：小林 陽一, 松浦 祐介				16:40~18:10 ワークショップ 7 細胞検査士養成大学における指定規則・ カリキュラム改訂への対応 高橋 一人, 大澤 幸希光, 堀江 香代, 佐野 太亮, 阿部 直也, 大河戸 光章 座長：渡邊 純, 古田 玲子			
13:40~14:20 教育講演 4 軟部腫瘍診断への細 胞診の応用について 久岡 正典 座長：渡邊 みか		14:30~15:30 要望講演 3 リンパ腫分類の現状と問題点 —血液病理医・細胞診指導医の 立場から— 中村 栄男 座長：細根 勝		15:30~17:00 ワークショップ 6 ゲノム医療と細胞診 畑中 豊, 河原 明彦, 時田 和也, 長友 忠相 座長：藤島 史喜, 岡本 愛光					
13:40~15:10 シンポジウム 5 歯周病と口腔細胞診：bench to chair side 宮内 睦美, 細川 亮一, 宮本 郁也, 佐藤 由紀子 座長：永山 元彦, 佐々木 優				15:30~16:30 特別企画 3 乳腺報告様式 IAC Yokohama System の導入：展望と課題 森谷 卓也 座長：前田 一郎		16:40~17:40 要望講演 4 電子顕微鏡のルネッサンス： 細胞検査士、細胞診指導医が 知っておくべき電顕の現状 大野 伸彦 座長：加藤 良平			
13:40~14:10 2019 年度特別学術 研究費受賞講演 1 ゲノム時代における 液状化細胞診 検体の活用と応用 田中 良太 座長：元井 紀子	14:10~14:40 2019 年度特別学術 研究費受賞講演 2 子宮頸がん検診未受診 者対策としての自己採取 HPV 検査の有効性評価 松浦 基樹 座長：川名 敬	14:40~15:10 2019 年度特別学術 補助金受賞講演 がん遺伝子パネ ル検査での細胞 診検体の活用 雨宮 健司 座長：河原 明彦							
13:40~15:10 特別企画 2 基礎から学ぶ！ 細胞像の解釈に必要な病理組織所見 都築 豊徳, 加藤 良平, 三上 芳喜 座長：前田 一郎, 長沼 廣, 齋藤 豪			15:20~16:00 教育講演 6 子宮頸部初期病変検出のため の NBI システムの有用性 金西 賢治, 三浦 理絵 座長：生水 真紀夫						
13:00~18:00 細胞診断学セミナー									
13:30~16:50 自由討論						16:50~18:00 ポスター撤去			
9:20~18:00 機器展示									

# 第 61 回日本臨床細胞学会秋期大会 日程表【2022 年 11 月 6 日 (日) : 学会 2 日目】

		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	
仙台サン プラザ ホテル	第 1 会場 1F メインホール		8:20~9:20 ◎★ 感染対策セミナー 今後に備えるウイルスのトリセツ 児玉 栄一 座長：廣岡 保明	9:40~10:40 ■ 要望講演 10 幹細胞の観点から考える 子宮内膜癌のバイオロジー 森井 英一 座長：京 哲	10:50~11:50 ▲ 特別講演 2 原発事故と 甲状腺細胞診総括 鈴木 真一 座長：渡部 洋	12:00~13:00 ランチョンセミナー 7 共催：ロシュ・ダイアグノス ティックス株式会社 河内 洋, 三上 芳喜 座長：笹野 公伸	Live配信	
	第 2 会場 3F クリスタル ルーム		8:20~9:20 ■ 要望講演 5 HPV ワクチン 宮城 悦子 座長：鈴木 直	9:40~11:40 ワークショップ 8 HPV 関連・非依存性子宮頸部腺癌の細胞診精度 岩本 雅美, 刑部 光正, 寺本 典弘, 黒川 哲司 座長：横山 正俊, 大森 真紀子		12:00~13:00 ランチョンセミナー 8 共催：アストラゼネカ株式会社 / MSD 株式会社 長尾 昌二 座長：島田 宗昭	Live配信	
	第 3 会場 3F 宮城野		8:20~9:20 ▲ 要望講演 6 国民皆歯科健診時代の 口腔がん検診と細胞診 山田 宏 座長：佐々木 啓一	9:40~11:40 ● シンポジウム 9 肺がんバイオマーカー検索のための細胞診の活用 後藤 功一, 萩原 弘一, 森川 慶, 大林 千穂, 川本 雅司 座長：大林 千穂, 小山 (齊藤) 涼子		12:00~13:00 ランチョンセミナー 9 共催：中外製薬株式会社 小林 裕明 座長：寺井 義人	Live配信	
	第 4 会場 1F ローズ		8:20~9:20 要望講演 7 細胞診に生かす尿路上皮系 腫瘍の形態学と分子生物学 —WHO 2022 分類の要点も含めて— 都築 豊徳 座長：藤井 誠志	9:40~11:40 ワークショップ 9 今見直される病理解剖 形態学への原点回帰と細胞形態学ニューコロラボ 黒瀬 顕, 井上 健, 中島 裕理, 里見 英俊 座長：里見 英俊, 堀 隆		12:00~13:00 ランチョンセミナー 10 共催：独立行政法人 環境再生保全機構 廣島 健三, 岡 輝明 座長：森永 謙二	Live配信	
	第 5 会場 5F カトレア		8:20~9:20 要望講演 8 脳腫瘍の新 WHO 分類 小森 隆司 座長：田中 伸哉	9:40~11:40 シンポジウム 10 甲状腺細胞診：診断困難例への対応と工夫 青木 弘, 衛藤 美佐子, 飯野 知美, 丸田 淳子, 鈴木 彩菜 座長：安岡 弘直, 佐々木 栄司				
ホ テ ル 仙 台 ガ ー デ ン パ レ ス	第 6 会場 2F 鳳凰	8:20~9:00 教育講演 8 肺癌診療における 細胞診の役割 元井 紀子 座長：佐藤 之俊	9:10~10:10 要望講演 9 蛍光 L- グルコース 2-NBDLG を 用いた腹水細胞診断 山田 勝也 座長：南條 博	10:10~11:40 スライドセミナー これから口腔細胞診を導入するための —細胞採取法、標本作成法の基礎、 そして細胞像の見方の基礎について— 北村 哲也, 長嶋 真紀, 重岡 学, 須廣 佑介, 矢田 直美 座長：矢田 直美, 渡邊 みか		12:00~13:00 ランチョンセミナー 11 共催：持田製薬株式会社 / 持田製薬販売株式会社 竹原 和宏 座長：田畑 務	Live配信	
	第 7 会場 3F コンベン ション ルーム	8:20~9:00 教育講演 9 術中迅速診断の パイオセーフティ 若狹 朋子 座長：田尻 琢磨	9:40~11:10 ワークショップ 10 細胞診レポートの質の管理と 臨床医師とのコミュニケーション能力 石橋 ますみ, 高橋 幸夫, 矢嶋 信久, 遠藤 希之 座長：桜井 孝規, 藤井 多久磨					
	第 8 会場 4F 蓬莱	8:20~9:00 教育講演 10 乳腺細胞の形質発現 から見た細胞診 山口 倫 座長：堀井 理絵	9:15~9:55 教育講演 12 肺癌診療における 重要なバイオマーカー 豊岡 伸一 座長：谷田部 恭	9:55~10:35 教育講演 14 胆道病変の病理と細胞診 —新しい WHO 細胞診報告 システムの紹介も含めて— 福嶋 敬宜 座長：鬼島 宏	10:40~11:40 要望講演 11 軟部腫瘍 up-to-date 長谷川 匡 座長：小田 義直			
	第 9 会場 4F 羽衣	8:20~9:00 教育講演 11 下垂体腫瘍の 組織診・細胞診 井下 尚子 座長：長村 義之	9:15~9:55 教育講演 13 口腔がんとゲノム医療, 口腔細胞診検体の ゲノム医療への応用 森 泰昌 座長：久山 佳代	9:55~11:25 ワークショップ 11 実践に役立つ免疫細胞化学染色・FISH 解析 —染色, 解析, 精度管理のポイント— 佐藤 秀太, 阿部 将人, 岩田 英紘, 松本 慎二 座長：伊藤 以知郎, 郡司 昌治		12:00~13:00 ランチョンセミナー 12 共催：ホロジックジャパン株式会社 矢納 研二 座長：小林 忠男	Live配信	
第 10 会場 4F 亀甲			9:00~12:00 細胞診断学セミナー					
仙台サン プラザ	ポスター 会場	会場： 仙台サンプラザホール 2F ホワイエ 仙台サンプラザホテル 2F 青葉	8:30~10:00 ポスター貼付	10:00~11:20 自由討論				
	機器展示 会場	会場： 仙台サンプラザホール 1F ホワイエ 仙台サンプラザホテル 2F・3F ホワイエ	7:50~15:30 機器展示					



◎=細胞診専門医単位あり ★=日本専門医機構 共通講習認定 ▲=病理領域講習認定  
 ■=日本産科婦人科学会領域講習認定 ●=日本外科学会領域講習認定  
 Live配信 = Live 配信あり

13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
13:20~14:20 医療倫理セミナー 周産期医療における倫理的課題 水主川 純 座長：横山 良仁		14:40~15:40 精度管理アドバイザー講習会 HPV 研究の最先端 —世界の動向から— 笹川 寿之 座長：柳井 広之		16:00~17:00 細胞診専門医セミナー グローバルヘルスと 病理診断・細胞診 藤田 則子 座長：青木 大輔	閉 会 式
13:20~15:20 シンポジウム 14 乳腺腫瘍の組織分類改訂と細胞像 大森 昌子, 糸山 雅子, 北山 美佳, 前田 ゆかり, 兼近 典子 座長：小塚 祐司, 大井 恭代					
13:10~14:40 細胞検査士会要望教育シンポジウム 細胞診断の精度管理 野本 伊織, 鳥居 洋祐, 山田 麻里沙, 今井 寿美子 座長：加藤 智美, 松本 慎二		14:50~16:20 シンポジウム 15 細胞診検査士の研究環境の整備について 森 康浩, 山田 範幸, 吉岡 治彦, 宮川 京大, 佐藤 真介 座長：伊藤 仁, 片山 博徳			
13:10~13:50 教育講演 15 婦人科がん対策として HPV 検査をどう導入するか？ —医会レコメンテーション 2021 の背景— 小澤 信義 座長：丸山 英俊	13:50~14:30 教育講演 16 コルボスコプ画像の AI 診断の可能性と限界 上田 豊 座長：植田 政嗣	14:40~15:40 要望講演 12 WSI で解説する甲状腺細胞診の見方 —苦手意識を克服するために— 樋口 観世子 座長：亀山 香織			
13:10~15:10 シンポジウム 11 リンパ節の細胞診：各領域における最近の進歩 高田 尚良, 三好 寛明, 岸本 浩次, 錦織 亜沙美, 萩原 範子, 高鳥 光徳 座長：橋本 優子, 高田 尚良		15:10~15:50 教育講演 17 9p21FISH・BAP1・ MTAP を用いた胸水細胞 診の現状と課題 —10 年間の 17 症例のレビュー— 河原 邦光 座長：鍋島 一樹			
13:10~15:10 シンポジウム 12 わかりやすい分子腫瘍学最先端 —消化器, 婦人科, 肺癌, 泌尿器, 乳腺— 板持 広明, 蔦 幸治, 長嶋 洋治, 津田 均, 菅井 有 座長：菅井 有, 鈴木 拓					
13:10~15:10 シンポジウム 13 子宮体癌腹水細胞診陽性は予後に関与するか 山上 亘, 重藤 龍比古, 矢納 研二, 竹井 裕二 座長：三橋 暁, 榎本 隆之					
13:10~14:40 ワークショップ 12 体腔液細胞診標本作製の標準化 山本 千奈美, 宮田 直樹, 伊藤 智, 鶴岡 慎悟 座長：羽原 利幸, 有廣 光司					
13:10~14:40 スライドカンファレンス 2 唾液腺細胞診：リアルタイム同時投票形式 福島 万奈, 金谷 直哉, 陣内 慶大, 安達 友津 座長：野上 美和子, 谷川 真希					
				Live配信	
13:10~15:10 自由討論		15:10~17:00 ポスター撤去			
7:50~15:30 機器展示					

# 第 61 回日本臨床細胞学会秋期大会

## 一般演題(示説) 座長一覧

11月5日(土)

		13:30	13:50	14:10	14:30	14:50	15:10
		1	2	3	4	5	
仙台サンプラザホール2F ホワイエ	①	子宮頸部 -1 及川 洋恵 P-1-1 ~ 3	子宮頸部 -2 秀城 浩司 P-1-4 ~ 6	子宮頸部 -3 大石 徹郎 P-1-7 ~ 9	子宮頸部 -4 松本 光司 P-1-10 ~ 12	子宮頸部 -5 加藤 久盛 P-1-13 ~ 15	
	②	呼吸器 -1 清水 禎彦 P-1-30 ~ 32	呼吸器 -2 門田 球一 P-1-33 ~ 35	呼吸器 -3 高橋 美紀子 P-1-36 ~ 38	呼吸器 -4 田口 健一 P-1-39 ~ 41	呼吸器 -5 大久保 陽一郎 P-1-42 ~ 44	
	③	甲状腺 -1 大橋 隆治 P-1-60 ~ 62	甲状腺 -2 中村 靖司 P-1-63 ~ 65	甲状腺 -3 今村 好章 P-1-66 ~ 67	唾液腺 -1 戸村 弘樹 P-1-68 ~ 70	唾液腺 -2 坂元 和宏 P-1-71 ~ 73	
仙台サンプラザホテル2F 青葉	④	婦人科その他 -1 高野 忠夫 P-1-88 ~ 90	婦人科その他 -2 菊池 朗 P-1-91 ~ 93	婦人科その他 -3 高野 政志 P-1-94 ~ 96	婦人科その他 -4 野村 弘行 P-1-97 ~ 98	口腔・歯科 -1 八重樫 弘 P-1-99 ~ 101	
	⑤	乳腺 -1 佐々木 毅 P-1-114 ~ 116	乳腺 -2 小山 徹也 P-1-117 ~ 119	乳腺 -3 加藤 哲子 P-1-120 ~ 122	乳腺 -4 坂谷 貴司 P-1-123 ~ 124	中皮・体腔液 -1 畑中 一仁 P-1-125 ~ 127	

11月6日(日)

		10:00	10:20	10:40	11:00	11:20	13:10
		1	2	3	4		
仙台サンプラザホール2F ホワイエ	①	子宮体部 -5 徳永 英樹 P-2-1 ~ 3	子宮体部 -6 田中 尚武 P-2-4 ~ 6	子宮体部 -7 高倉 聡 P-2-7 ~ 9	子宮体部 -8 利部 正裕 P-2-10 ~ 12		
	②	婦人科その他 -5 加藤 友康 P-2-30 ~ 32	婦人科その他 -6 楯 真一 P-2-33 ~ 35	婦人科その他 -7 西野 幸治 P-2-36 ~ 37	呼吸器 -6 伊豫田 明 P-2-38 ~ 40		
	③	消化器 -6 清水 道生 P-2-59 ~ 61	消化器 -7 大池 信之 P-2-62 ~ 64	消化器 -8 小嶋 基寛 P-2-65 ~ 67	消化器 -9 秋葉 純 P-2-68 ~ 70		
仙台サンプラザホテル2F 青葉	④	骨・軟部 -2 元井 亨 P-2-87 ~ 89	骨・軟部 -3 松林 純 P-2-90 ~ 91	甲状腺 -4 宮崎 龍彦 P-2-92 ~ 94	甲状腺 -5 神澤 真紀 P-2-95 ~ 96		
	⑤	リンパ・造血器 -3 佐藤 孝 P-2-114 ~ 115	リンパ・造血器 -4 佐々木 陽介 P-2-116 ~ 118	リンパ・造血器 -5 中里 宜正 P-2-119 ~ 121	泌尿器 -3 村田 晋一 P-2-122 ~ 124		

15:10 15:30 15:50 16:10 16:30 16:50

6	7	8	9	10
子宮頸部 -6 坂本 優 P-1-16 ~ 17	子宮体部 -1 高松 潔 P-1-18 ~ 20	子宮体部 -2 長谷川 清志 P-1-21 ~ 23	子宮体部 -3 二神 真行 P-1-24 ~ 26	子宮体部 -4 岩瀬 春子 P-1-27 ~ 29
消化器 -1 平林 健一 P-1-45 ~ 47	消化器 -2 佐々木 素子 P-1-48 ~ 50	消化器 -3 中山 淳 P-1-51 ~ 53	消化器 -4 町田 知久 P-1-54 ~ 56	消化器 -5 杉山 朋子 P-1-57 ~ 59
唾液腺 -3 高野 託願 P-1-74 ~ 75	リンパ・造血器 -1 一迫 玲 P-1-76 ~ 78	リンパ・造血器 -2 佐藤 康晴 P-1-79 ~ 81	頭頸部 -1 植木 美幸 P-1-82 ~ 84	神経 (中枢・末梢) -1 鈴木 博義 P-1-85 ~ 87
口腔・歯科 -2 黒川 典子 P-1-102 ~ 103	その他 -1 中村 保宏 P-1-104 ~ 106	その他 -2 河村 憲一 P-1-107 ~ 108	泌尿器 -1 佐藤 聡子 P-1-109 ~ 111	泌尿器 -2 三村 明弘 P-1-112 ~ 113
中皮・体腔液 -2 服部 学 P-1-128 ~ 130	中皮・体腔液 -3 石川 雄一 P-1-131 ~ 133	中皮・体腔液 -4 山崎 有人 P-1-134 ~ 135	骨・軟部 -1 楠美 智巳 P-1-136 ~ 138	

13:10 13:30 13:50 14:10 14:30 14:50 15:10

5	6	7	8	9	10
子宮頸部 -7 小松 宏彰 P-2-13 ~ 15	子宮頸部 -8 吉野 潔 P-2-16 ~ 18	子宮頸部 -9 矢幡 秀昭 P-2-19 ~ 21	子宮頸部 -10 戸澤 晃子 P-2-22 ~ 24	子宮頸部 -11 小貫 麻美子 P-2-25 ~ 27	子宮頸部 -12 内藤 子来 P-2-28 ~ 29
呼吸器 -7 横瀬 智之 P-2-41 ~ 43	呼吸器 -8 稲山 嘉明 P-2-44 ~ 46	呼吸器 -9 藤井 丈士 P-2-47 ~ 49	呼吸器 -10 柳谷 典子 P-2-50 ~ 52	頭頸部 -2 村田 哲也 P-2-53 ~ 55	その他 -3 丸川 活司 P-2-56 ~ 58
消化器 -10 長谷川 剛 P-2-71 ~ 72	口腔・歯科 -3 片岡 竜貴 P-2-73 ~ 75	口腔・歯科 -4 田沼 順一 P-2-76 ~ 78	乳腺 -5 阿部 仁 P-2-79 ~ 81	乳腺 -6 濫木 康雄 P-2-82 ~ 84	乳腺 -7 小穴 良保 P-2-85 ~ 86
中皮・体腔液 -5 池田 聡 P-2-97 ~ 99	中皮・体腔液 -6 渋田 秀美 P-2-100 ~ 102	中皮・体腔液 -7 齊尾 征直 P-2-103 ~ 105	中皮・体腔液 -8 三宅 康之 P-2-106 ~ 108	中皮・体腔液 -9 西川 武 P-2-109 ~ 110	神経 (中枢・末梢) -2 上野 正樹 P-2-111 ~ 113
泌尿器 -4 山城 勝重 P-2-125 ~ 127	泌尿器 -5 下釜 達朗 P-2-128 ~ 129	唾液腺 -4 大橋 瑠子 P-2-130 ~ 132	唾液腺 -5 駄阿 勉 P-2-133 ~ 135	唾液腺 -6 平井 秀明 P-2-136 ~ 137	

## 会員ならびに演者・座長の方へのお願い

### 1. 学会会場入場時のご注意

- ・学会会場に到着されましたら、検温・手指消毒のうえ場内にお入りください。
- ・学会会場内ではマスクの着用をお願いします。
- ・検温確認済みの方には「検温確認済みカード」をお渡しします。以降当日中の入場の際は、カードの提示により、検温は不要となります。
- ・検温（3回まで）で37.5℃以上となった方は、入場をご遠慮いただきます。
- ・会場内では、常にネームカードを装着し、検温確認済みカードを携帯してください。

### 2. 当日参加受付時間

当日参加受付	11月5日（土）8：20～17：30
	11月6日（日）7：20～16：30
	仙台サンプラザホール 1F ホワイエ

### 3. 一般会員の方へ

#### (1) オンライン1次参加登録申込みの方

- ・参加証（ネームカード）とプログラム集を事前に発送します。事前にお手元に届かない場合は、現地会場でも再発行いたしますので、総合案内までお越しください。

#### ◇当日ご持参いただくもの

参加証（ネームカード）  
プログラム集

- ・入場後すぐに、参加証（ネームカード）のQRコードの読み取りによる参加確認登録（会期中1回）を行ってください。学会参加による単位付与には、現地での参加確認登録の記録かオンデマンド開催でのログイン記録のいずれか1つが必要になります。**参加費をお支払い済みでも、現地またはオンデマンド開催での参加記録が確認できない場合は、単位は付与されず参加費の返金もいたしかねます。**
- ・入場後は受付にお立ち寄りいただく必要はありません。そのまま各会場にお進みください。

#### (2) オンライン2次参加登録申込みの方

参加証（ネームカード）とプログラム集は現地会場でのお渡しとなりますので、事前参加登録（オンライン2次）カウンターにお越しください。

#### ◇当日ご持参いただくもの

参加登録決済完了の際に配信した決済完了メールを印刷したもの

#### (3) 当日参加登録の方

- ・仙台サンプラザホール 1F ホワイエの「当日参加受付」にて参加費 15,000 円をお支払いください。引き換えに参加証（ネームカード）とプログラム集をお渡しいたします。
- ・参加費の当日お支払いは現金のみとなります。
- ・学生は、受付時に学生証をご提示ください。ご提示のない場合は、通常の参加費をいただきます。
- ・オンデマンド視聴 ID・パスワードは当日ご登録いただいたアドレス宛に後日配信いたします。



- (4) 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。
- (5) 抄録集
- 抄録集冊子（印刷物）の配布はありません。抄録は大会ホームページに掲載されますので、プリントアウトもしくはデータでご持参ください。プログラム集には抄録本文は掲載されておりませんのでご注意ください。
- (6) 日本産科婦人科学会会員の方は必ず **e 医学会カード** をお持ちください。  
学会参加単位は **e 医学会カード** で、仙台サンプラザホール 1F ホワイエの単位受付にて登録を行います。
- (7) 日本産科婦人科医会研修参加証（シール）を 1 日 1 枚発行いたします。学会に 2 日間参加された場合は、両日とも仙台サンプラザホテル・ホール 1F の単位受付にお越しください。

#### 4. 演者の方へ

- (1) 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 314 ページの「演者の方へ重要なお知らせ」をご参照ください。
- (2) 特別講演・招請講演・要望講演・教育講演・シンポジウム等の演者

##### 【現地開催】

- 原則として、通常学会と同様に現地会場での発表をお願いします。
- 発表時間、討論時間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。
- 投影スクリーンは 1 面で、発表には Windows PC とプロジェクター 1 台を使用いたします。  
※DVD, VTR や 35mm スライドプロジェクター等の用意はございません。
- 各セッションの開始の 40 分前までに発表会場施設の 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 受付場所	◇ PC 受付時間
第 1 ～ 5 会場：仙台サンプラザホール 1F ホワイエ	11 月 5 日（土）9：00 ～ 17：30 11 月 6 日（日）8：00 ～ 16：00
第 6 ～ 10 会場：ホテル仙台ガーデンパレス 2F ロビー	

※発表データは、ご発表会場の施設でご登録ください。

※11 月 6 日（日）の午前中に発表がある方は、前日（11 月 5 日（土））の午後にデータ受付を済ませられることをお勧めします。

- 発表データのファイル名は「演題番号-氏名-セッション名」としてください。
- 発表データは、原則 PC データの受付といたします。当日会場でご用意する Windows OS は、Windows 10 になります。

※Macintosh をご使用の方は、ご自身のパソコンをお持ちください。【ノートパソコンをお持ち込みの場合】をご参照ください。

※iPad を使用してのご発表はできませんのでご注意ください。

- 発表データは、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を保存とし、他のデータは入れないでください。

※持ち込まれるメディアは、必ず各自にて最新のデータによるウイルスチェックを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。
- 発表に使用できるデータは、PowerPoint2010・2013・2019を使用し作成したものに限り、作成の際はご注意ください。発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。会場でのプリントアウトは対応していません。
- 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ものを推奨いたします。  
〔日本語〕 MS ゴシック・MSP ゴシック・MS 明朝・MSP 明朝・游明朝・メイリオ  
〔英語〕 Times New Roman・Arial・**Arial Black**・Arial Narrow・Century  
Century Gothic・Courier New・Georgia
- 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、保存のうえご持参ください。  
※標準的な動画コーデック以外の動画ファイルの場合、再生に不具合を生じる場合がございます。(動画再生に不安のある方は、ご自身のPCをご持参いただくことをお勧めいたします)  
※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。
- 発表は、演者ご自身で舞台上に設置されているマウス・キーボードを操作し、行ってください。
- 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。
- ランチョンセミナーを除くすべてのセッションを現地会場で収録し、Web学会サイトでオンデマンド配信をさせていただきますので、ご了解ください。

#### 【ノートパソコンをお持ち込みの場合】

- 持ち込みに際しては、外部ディスプレイ出力が可能であることを必ずご確認ください。PC受付にて出力チェック後、発表セッション開始30分前までにご自身で会場内左手前方演台付近のオペレーター席までPCをお持ちください。PCは発表終了直後にオペレーター席にて返却いたします。
- 持ち込みの場合、OSはWindows(10以降)、Macintosh(MacOS10.3以降)を推奨します。
- ご発表前に使用されるPowerPointに動画(Movie)ファイルが添付されている場合は、ノートPCの持ち込みを推奨します。ノートPC持ち込みの場合でもバックアップ用データをUSBメモリースティックでご持参ください。また、電源アダプターは必ずご用意ください。
- 持ち込みの場合、会場でご用意するPCの外部出力接続ケーブルのコネクタ形状はHDMIコネクタをご用意しております。変換するコネクタを必要とする場合には必ずご自身でお持ちになってください。
- スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除してください。

#### 【オンデマンド開催】

- ランチョンセミナーを除くすべてのセッションを現地会場で収録し、Web学会サイトでオンデマンド配信をさせていただきますので、ご了解ください。

### (3) 一般演題(示説)の演者

#### 【現地開催】

- ポスターは原則ご自身で貼り付けをお願いします。
- 演題ごとにポスターパネルとピンを事務局側で用意します。パネルサイズは全体で縦210cm、横90cm

です。パネル左上部に演題番号（縦 20cm × 横 20cm）をあらかじめ掲示しておきます。演題名・所属・氏名は、演題番号の横に縦 20cm × 横 70cm に収まるように、演者ご自身でご用意ください。

- ・事前登録されるデータは「パワーポイント A4 サイズ横、表紙・利益相反（COI）開示ページを含み最大 18 枚」に限られますが、現地ポスターパネルにはそれ以外のフォーマットでの貼り付けも可能です。その場合は、縦 190cm × 横 90cm の範囲内でご作成ください。

#### 貼付・撤去時間

	貼付	撤去
11月5日（土）	10:00～12:00	16:50～18:00
11月6日（日）	8:30～10:00	15:10～17:00

- ・ご所属施設の規定などやむを得ない理由により会場への来場が難しい場合にかぎり、大会側にて事前にご登録いただいた発表データを出力し、ポスター貼り付けを行います。
- ・「現地参加」とご回答された方で、やむを得ない理由で急遽現地へのご来場が難しくなった場合は、運営事務局（61jscc2022atm-abs@congre.co.jp）までメールにてご連絡ください。
- ・座長の進行による順次の発表は行いません。
- ・現地に来られる演者は、事務局が指定する時間帯（会期中 1 回・20 分間）にご自身のポスターの前にお立ちいただき、参加者からの質問等への対応をお願いします。
- ・セッション開始時間になりましたら、スタッフにて開始の合図を行います。

#### 【オンデマンド開催】

- ・すべての発表演題は Web 学会サイトに掲載され、オンデマンド配信期間中は閲覧可能となりますのでご了解ください。

## 5. 座長の方へ

### (1) 特別講演・招請講演・要望講演・教育講演・シンポジウム等の座長

#### 【現地開催】

- ・通常学会と同様に現地会場での座長をお願いします。
- ・セッション開始の 10 分前までに、会場内の次座長席にお着きください。
- ・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。

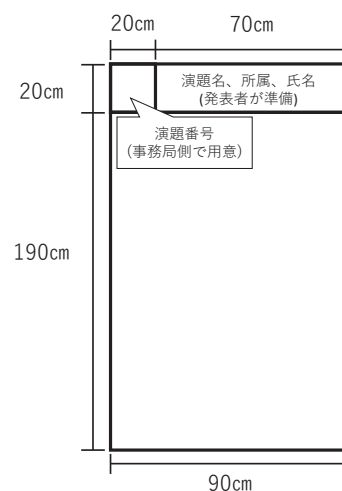
### (2) 一般演題（示説）の座長

#### 【現地開催】

- ・ご担当セッションの発表データを事前に閲覧いただき、各演題へのコメントをいただきます。いただいたコメントは、現地のポスターパネルに運営事務局側で貼り付けを行います。
- ・座長の進行による順次の発表は行いません。現地に来られる演者は事務局が指定する時間帯（会期中 1 回・20 分間）に自身のポスター前に立ち、参加者からの質問等への対応を行いますので、ご都合が宜しければ、セッション時間にご担当のポスターパネルへご来場のうえ、ご担当の演題へのコメント・ご質問を行っていただければ幸いです。
- ・セッション開始時間になりましたら、スタッフにて開始の合図を行います。

#### 【オンデマンド開催】

- ・各演題へのコメントはオンデマンド配信画面にも表示されますのでご了解ください。



## 6. 質疑応答について

- ・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。
- ・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

- ・仙台サンプラザホール 2F ホワイエ, ホテル仙台ガーデンパレス 4F ロビーに出題症例をパネル掲示しておりますので、事前にご覧ください。
- ・当日は、会場にてアンケート投票を行います。

## 8. ランチョンセミナーについて

- ・11月5日(土)・6日(日)の両日でお弁当をご用意します(時間・会場は日程表をご参照ください)。お弁当の数には限りがありますことをご了承ください。
- ・本セミナーは整理券制となっております。当日分1人1回1枚配布します。  
〔発券場所〕仙台サンプラザホール 1F ホワイエ, ホテル仙台ガーデンパレス 2F ロビー  
〔発券時間〕11月5日(土) 8:20～11:50  
11月6日(日) 7:20～11:30  
※残券がなくなり次第、終了となります。
- ・整理券は、セミナー開始後に無効となります。

## 9. 機器展示について

会期中、仙台サンプラザホール 1F ホワイエ, 仙台サンプラザホテル 2F・3F ホワイエに設置いたします。

## 10. クロークについて

仙台サンプラザホール 1F ホワイエ, ホテル仙台ガーデンパレス 1F ロビーに設置しますので、ご利用ください。

## 11. Entertainment Program

〔日 時〕2022年11月5日(土) 18:30～

〔会 場〕仙台サンプラザホール 第1会場(メインホール)

〒983-0852 宮城県仙台市宮城野区榴岡5-11-1 TEL 022-257-3333(代)

※第1部終了後にお土産(事前チケット制)をご用意しております。

〔出演者〕和太鼓 Atoa., 日本病理医フィルハーモニー有志

〔参加費〕無料

〔事前チケット配布場所〕仙台サンプラザホール 1F ホワイエ, ホテル仙台ガーデンパレス 2F ロビー

※新型コロナ感染状況により、開催形式を変更または開催を中止することがあります。

※開催形式などの詳細については、大会HPでお知らせします。

## 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

新型コロナウイルス感染対策の一環として、託児所の設置を見送ることにいたしました。

**14. コングレスバッグ配布について**

フェアトレードのコットン素材を使用した SDGs コングレスバッグを配布します。  
参加証に付いている引換券を持参してください。先着順となります。

〔配布場所〕 仙台サンプラザホール 1F ホワイエ

**15. 物産展**

仙台サンプラザホール 2 階（一般演題ポスター会場）にて物産展を開催します。  
宮城、仙台の名産を多数ご用意しておりますので是非お立ち寄りください。

## 演者の方へ重要なお知らせ 発表演題に関する利益相反 (Conflict of interest : COI) の開示について

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

1. 筆頭演者自身の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://jscc.or.jp/coi/>) をご参照ください。

### 例 1) 利益相反「あり」の場合

第 61 回日本臨床細胞学会秋期大会 COI 開示	
筆頭演者名: _____	
今回の演題に関して開示すべき COI は以下のとおりです。	
内容*	企業名等
役員・顧問職	A 製薬会社
講演料など	B 医療機器メーカー
原稿料など	C 出版社例

### 例 2) 利益相反「なし」の場合

第 61 回日本臨床細胞学会秋期大会 COI 開示	
筆頭演者名: _____	
今回の演題に関して開示すべき COI はありません。	

\* 内容: 役員・顧問職, 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

現地開催における細胞診専門医セミナーならびに細胞診専門医研修指定講座の受付は、参加証（ネームカード）の QR コードの読み取りで出席の登録を行います。また、会場前で配布する複写用紙に専門医番号と氏名を記入後、退室時に提出用を提出してください。本人控につきましては、次回資格更新時まで大切に保管してください。

### 1. 細胞診専門医セミナー（教育研修指導医講習会を兼ねる）

【現地開催】11月6日（日）16：00～17：00 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）

細胞診専門医セミナー

「グローバルヘルスと病理診断・細胞診」

グローバルヘルスとは国境を越えて世界全体の視点で人々の健康を考えることである。この 10 年、資源の乏しい開発途上の国々での健康課題は、感染症と母子保健から生活習慣病やがんも加わる形へと変化した。疾病構造とともに予防・診断・治療サービスのニーズも変わり、病理診断・細胞診はがん対策の一環として需要が高まっている現状を概説する。

座長：青木 大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）

講師：藤田 則子（国立国際医療研究センター国際医療協力局）

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

◇医療安全セミナー

【現地開催】11月5日（土）17：00～18：00 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）

「医療訴訟から学ぶピットフォール」

座長：藤森 敬也（福島県立医科大学医学部産婦人科学教室）

講師：水沼 直樹（東京神楽坂法律事務所／鳥取大学医学部／東邦大学医学部／埼玉医科大学国際医療センター）

◇感染対策セミナー

【現地開催】11月6日（日）8：20～9：20 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）

「今後に備えるウイルスのトリセツ」

座長：廣岡 保明（鳥取県立中央病院外科）

講師：児玉 栄一（東北大学災害科学国際研究所／東北大学大学院医学系研究科／東北大学東北メディカル・メガバンク機構）

◇医療倫理セミナー

【現地開催】11月6日（日）13：20～14：20 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）

「周産期医療における倫理的課題」

座長：横山 良仁（弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座）

講師：水主川 純（東京女子医科大学母子総合医療センター）

### 3. 細胞診専門医領域講習

◇精度管理アドバイザー講習会

【現地開催】11月6日（日）14：40～15：40 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）

「HPV 研究の最先端—世界の動向から—」

座長：柳井 広之（岡山大学病院病理診断科）

講師：笹川 寿之（金沢医科大学産科婦人科）

※細胞診専門医セミナー及び細胞診専門医研修指定講座・領域講習それぞれで、各 1 単位が認められます。

※オンデマンド開催においても、それぞれの視聴記録により単位が付与されます。受講証明書はオンデマンド開催期間中にマイページからご自身でのダウンロードをお願いします。

※現地開催とオンデマンド開催の重複での単位の付与はございません。

細胞診専門医会会長 青木 大輔

細胞診専門医委員会委員長 植田 政嗣

第 61 回日本臨床細胞学会秋期大会会長 伊藤 潔

## 日本専門医機構 専門医共通講習のご案内

日本専門医機構 専門医共通講習につきましては、日本臨床細胞学会として日本専門医機構の基盤学会である日本病理学会を通して単位の申請を行っております。今回の学会では日本病理学会 総会にならない、有料化(1単位につき1,000円)とさせていただきます。何卒ご理解のほど宜しくお願い申し上げます。

※従来通り、現地開催での対象セッションの聴講、オンデマンド開催での対象セッションの視聴でも単位取得は可能ですが、取得方法などの詳細は大会ホームページに掲載いたします。

専門医共通講習（日本病理学会会員以外の方も、従来通り、取得できます）

### ◇医療安全セミナー

【現地開催】11月5日（土）17：00～18：00 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）  
「医療訴訟から学ぶピットフォール」  
座長：藤森 敬也（福島県立医科大学医学部産婦人科学教室）  
講師：水沼 直樹（東京神楽坂法律事務所／鳥取大学医学部／東邦大学医学部／  
埼玉医科大学国際医療センター）

### ◇感染対策セミナー

【現地開催】11月6日（日）8：20～9：20 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）  
「今後に備えるウイルスのトリセツ」  
座長：廣岡 保明（鳥取県立中央病院外科）  
講師：児玉 栄一（東北大学災害科学国際研究所／東北大学大学院医学系研究科／  
東北大学東北メディカル・メガバンク機構）

### ◇医療倫理セミナー

【現地開催】11月6日（日）13：20～14：20 第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）  
「周産期医療における倫理的課題」  
座長：横山 良仁（弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座）  
講師：水主川 純（東京女子医科大学母子総合医療センター）

## 日本産科婦人科学会会員 単位の取得について

### 1. 参加単位について

仙台サンプラザホール 1F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。

〔受付時間〕 11月5日(土) 8:20～17:30, 11月6日(日) 7:20～16:30

〔受付場所〕 仙台サンプラザホール 1F ホワイエ

※オンデマンド開催(第1期のみ)でも、ログイン記録の確認により、単位の取得が可能です。

オンデマンド開催(第2期)では、対象セッションを視聴されても単位は付与されませんので、ご注意ください。

なお、現地開催とオンデマンド開催(第1期のみ)の重複での単位の付与はございません。

※同時に日本専門医機構での学会参加単位(現地:3単位・オンデマンド:1単位、どちらか一方のみ)が付与されます。

### 2. 日本専門医機構 産婦人科領域講習

以下のセッションについて、単位の付与を認定されました。

受講の際に、各会場にて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。

#### ◇シンポジウム1(2単位)

【現地開催】11月5日(土) 10:00～12:00 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)  
「HPV検査を含んだ子宮頸がん検診アルゴリズムについて 細胞診陰性/HPV陽性の管理」

#### ◇特別講演1(1単位)

【現地開催】11月5日(土) 13:40～14:40 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)  
「科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けて」  
座長:青木 大輔(慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)  
演者:大内 憲明(東北大学大学院医学系研究科)

#### ◇シンポジウム7(2単位)

【現地開催】11月5日(土) 15:30～17:30 第2会場(仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム)  
「HPV関連癌の臨床と病理—臓器横断的に俯瞰する」

#### ◇要望講演5(1単位)

【現地開催】11月6日(日) 8:20～9:20 第2会場(仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム)  
「HPVワクチン」  
座長:鈴木 直(聖マリアンナ医科大学産婦人科学)  
演者:宮城 悦子(横浜市立大学医学部産婦人科学教室)

#### ◇要望講演10(1単位)

【現地開催】11月6日(日) 9:40～10:40 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)  
「幹細胞の観点から考える子宮内膜癌のバイオロジー」  
座長:京 哲(島根大学医学部産科婦人科)  
演者:森井 英一(大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理診断科)

※オンデマンド開催(第1期のみ)でも、ログイン記録の確認により、単位の取得が可能です。

オンデマンド開催(第2期)では、対象セッションを視聴されても単位は付与されませんので、ご注意ください。

なお、現地開催とオンデマンド開催(第1期のみ)の重複での単位の付与はございません。

## 日本産婦人科医会会員 参加単位登録について

仙台サンプラザホール 1F の「単位受付」にお越しください。  
1日1枚参加証（シール）を配布します（2日間で2枚）。

〔受付時間〕 11月5日（土）8:20～17:30, 11月6日（日）7:20～16:30

〔受付場所〕 仙台サンプラザホール 1F ホワイエ

※オンデマンド開催でも、ログイン記録の確認により単位の取得が可能です。現地開催・オンデマンド開催合わせて最大2枚までとなります。

## 日本外科学会会員 単位の取得について

以下のセッションは、日本外科学会の領域講習として認定されました。受講の際に、各会場にて参加証（ネームカード）のQRコードの読み取りを行いますので、必ずご持参ください。

会場前で複写式の受講証をお渡しいたしますので、退室時に提出用を提出してください。

本人控につきましては、大切に保管してください。

### ●外科領域講習

#### ◇ワークショップ 1（2単位）

【現地開催】 11月5日（土）10:00～12:00 第3会場（仙台サンプラザホテル 3F 宮城野）  
「肺癌細胞診新報告様式の要点—実臨床における問題点・注意点—」

#### ◇要望講演 1（1単位）

【現地開催】 11月5日（土）13:40～14:40 第2会場（仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム）  
「呼吸器細胞診の鑑別ポイントとピットフォール」

座長：大平 達夫（東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野）

演者：羽場 礼次（香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部）

#### ◇シンポジウム 9（2単位）

【現地開催】 11月6日（日）9:40～11:40 第3会場（仙台サンプラザホテル 3F 宮城野）  
「肺がんバイオマーカー検索のための細胞診の活用」

※現地開催での対象セッションの受講、またはオンデマンド配信での対象セッションの視聴と確認試験に合格することにより、単位が取得できます。

なお、現地開催とオンデマンド開催の重複での単位の付与はございません。

## 日本病理学会 病理領域講習認定について

以下のセッションは、日本病理学会の領域講習として認定されました。受講後に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。

参加証（ネームカード）のバーコードの読み取りで受講の登録を行います。会場入場時に受講証引換書を配布します。退出時、受講証引換書と引換に受講証明書をお渡しします。

### ●病理領域講習

#### ◇特別企画1（1単位）

「細胞診ガイドライン 2021 改訂の要点」

〔日時〕11月5日（土）13：40～14：40

〔会場〕第3会場（仙台サンプラザホテル 3F 宮城野）

#### ◇ワークショップ5（1単位）

「細胞診におけるAIの活用」

〔日時〕11月5日（土）14：55～16：25

〔会場〕第3会場（仙台サンプラザホテル 3F 宮城野）

#### ◇要望講演6（1単位）

「国民皆歯科健診時代の口腔がん検診と細胞診」

〔日時〕11月6日（日）8：20～9：20

〔会場〕第3会場（仙台サンプラザホテル 3F 宮城野）

#### ◇特別講演2（1単位）

「原発事故と甲状腺細胞診総括」

〔日時〕11月6日（日）10：50～11：50

〔会場〕第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）

#### ◇シンポジウム14（2単位）

「乳腺腫瘍の組織分類改訂と細胞像」

〔日時〕11月6日（日）13：20～15：20

〔会場〕第2会場（仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム）

※オンデマンド開催でも、ログイン記録の確認により、単位の取得が可能です。

なお、現地開催とオンデマンド開催の重複での単位の付与はございません。

### ■単位取得可能講習・期間一覧

対 象		11/5（土）・6（日） 現地会場	オンデマンド開催 第1期	オンデマンド開催 第2期
細胞診専門医会	総会・細胞診専門医セミナー	○	○	○
	細胞診専門医研修指定講座	○	○	○
	精度管理アドバイザー講習会	○	○	○
日本専門医機構	専門医共通講習	○	○ 確認試験あり	○ 確認試験あり
日本産科婦人科学会	学会参加単位	○	○	×
	産婦人科領域講習	○	○	×
日本産婦人科医会	学会参加単位	○	○	○
日本外科学会	外科領域講習	○	○ 確認試験あり	○ 確認試験あり
日本病理学会	病理領域講習	○	○	○

# 第61回日本臨床細胞学会秋期大会

## 実行委員／プログラム委員

会長	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教授)
副会長	笹野 公伸 (東北大学名誉教授・東北大学大学院医学系研究科病理診断学分野客員教授)
	藤島 史喜 (東北大学病院がんセンターテレパソロジーセンター特命教授)
	八重樫伸生 (東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野教授)
顧問	渡部 洋 (東北医科薬科大学産婦人科教授)
	東岩井 久 (仙台市立病院名誉院長)
	小澤 信義 (おざわ女性総合クリニック院長)
プログラム委員長	横山 良仁 (弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座教授)
副プログラム委員長	南條 博 (秋田大学附属病院病理診断科教授)
実行委員長	島田 宗昭 (東北大学病院婦人科特命教授)
大会事務局長	三木 康宏 (東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野講師)

### ■コアプログラム委員 (敬称略・50音順)

安達 友津 (東北大学病院病理部)	永瀬 智 (山形大学医学部産科婦人科学講座)
一迫 玲 (東北大学病院造血器病理学共同研究部門)	中村 保宏 (東北医科薬科大学医学部病理学教室)
及川 洋恵 (医療法人社団スズキ記念病院医療技術部)	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)
加藤 哲子 (弘前大学医学部附属病院病理部)	橋本 優子 (福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座病理診断科)
黒瀬 顕 (弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座)	前田 一郎 (北里大学医学部病理学)
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)	三浦 弘守 (東北大学病院病理部)
今野かおり (東北大学病院病理部)	三上 芳喜 (熊本大学病院病理診断科)
小山 (齊藤) 涼子 (国立病院機構仙台医療センター病理診断科)	水上 浩哉 (弘前大学大学院医学研究科分子病態病理学講座)
佐々木 優 (医療法人優和会おひさまにこにこ歯科医院)	森谷 卓也 (川崎医科大学病理学教室)
佐藤 聡子 (東北大学病院病理部)	安岡 弘直 (大阪警察病院病理診断科)
秀城 浩司 (宮城県対がん協会細胞診センター検査課)	柳川 直樹 (岩手医科大学医学部病理診断学講座)
菅井 有 (岩手医科大学医学部病理診断学講座)	渡邊 みか (東北公済病院病理診断科)
徳永 英樹 (東北大学病院婦人科)	

### ■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)	板持 広明 (岩手医科大学医学部臨床腫瘍学講座)
青木 弘 (大阪警察病院病理技術科)	伊藤以知郎 (長野赤十字病院病理部)
秋葉 純 (久留米大学病院病理診断科・病理部)	伊藤 智 (秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部)
安倍 秀幸 (久留米大学病院病理診断科・病理部)	伊藤 智雄 (神戸大学医学部附属病院病理部)
阿部 仁 (がん研究会有明病院細胞診断部)	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)
有田 茂実 (千葉県立佐原病院臨床検査科)	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)
石川 雄一 (国際医療福祉大学医学部病理学)	
石田 和之 (獨協医科大学病理診断学)	



井下 尚子 (森山記念病院病理診断科)  
井野元智恵 (東海大学医学部附属大磯病院病理)  
今村 好章 (福井大学医学部附属病院病理診断科 / 病理部)  
岩瀬 春子 (東京都立墨東病院産婦人科)  
植木 美幸 (宮城県立がんセンター臨床検査技術部)  
上野 正樹 (香川大学医学部病理病態生体防御医学講座・炎症病理学)  
浦野 誠 (藤田医科大学ばんたね病院病理診断科)  
榎本 隆之 (新潟大学教育研究医歯学系)  
小穴 良保 (北里大学北里研究所病院病理診断科)  
大井 恭代 (博愛会相良病院病理診断科)  
大池 信之 (聖マリアンナ医科大学病理学 (分子病理))  
大石 徹郎 (松江市立病院産婦人科)  
大久保陽一郎 (神奈川県立がんセンター病理診断科)  
大橋 瑠子 (新潟大学医学部臨床病理学)  
大橋 隆治 (日本医科大学統御機構診断病理学)  
大森真紀子 (山梨大学医学部産婦人科学講座)  
岡本 聡 (東北公済病院臨床検査科)  
小椋 聖子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)  
刑部 光正 (岩手医科大学医学部病理診断学講座)  
小田 義直 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)  
小山 徹也 (群馬大学大学院病理診断学)  
利部 正裕 (岩手医科大学産婦人科)  
笠井 孝彦 (徳島赤十字病院病理診断科)  
片山 博徳 (国際医療福祉大学成田保健医療学部医学検査学科)  
加戸 伸明 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)  
加藤 拓 (成田富里徳洲会病院病理診断科)  
加藤 友康 (国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科)  
加藤 良平 (伊藤病院病理診断科)  
門田 球一 (島根大学医学部病理学講座器官病理学)  
鹿股 直樹 (聖路加国際病院病理診断科)  
亀山 香織 (昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科)  
川名 敬 (日本大学医学部産婦人科学分野)  
河村 憲一 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)  
川本 雅司 (湘南藤沢徳洲会病院病理診断科 / 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)  
神澤 真紀 (神戸大学医学部附属病院病理診断科)  
菊池 朗 (新潟県立がんセンター新潟病院婦人科)  
木佐貫 篤 (宮崎県立日南病院臨床検査科・病理診断科)  
岸本 浩次 (杏林大学医学部附属病院病理部)  
京 哲 (島根大学医学部産科婦人科)  
清川 貴子 (東京慈恵会医科大学病理学講座)  
草野 弘宣 (小倉医療センター臨床検査科)  
楠美 智巳 (青森市民病院病理診断科)  
久山 佳代 (日本大学松戸歯学部病理学講座)  
黒川 哲司 (福井大学医学部産科婦人科)  
小嶋 基寛 (国立がん研究センター先端医療開発センター・臨床腫瘍病理分野)  
小塚 祐司 (三重大学医学部附属病院がんセンター・病理診断科)  
小林 陽一 (杏林大学医学部産科婦人科)  
小松 宏彰 (鳥取大学医学部附属病院女性診療科群)  
才藤 純一 (医療法人社団誠馨会病理センター病理)  
齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学講座)  
坂谷 貴司 (日本医科大学付属病院病理診断科)  
坂元 和宏 (大崎市民病院病理診断科)  
桜井 孝規 (関西電力病院病理診断科)  
佐々木栄司 (昭和大学横浜市北部病院甲状腺センター)  
佐々木 毅 (東京大学大学院医学系研究科 次世代病情報連携学講座)  
佐々木素子 (金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学)  
佐々木陽介 (昭和大学医学部臨床病理診断学講座)  
佐藤 啓 (愛知医科大学病院病理部)  
佐藤 孝 (岩手医科大学医学部病理学講座)  
佐藤 正樹 (東北医科薬科大学病院病理部)  
佐藤 康晴 (岡山大学学術研究院保健学域分子血液病理学)  
佐藤 之俊 (北里大学医学部呼吸器外科学)  
里見 介史 (杏林大学医学部病理学教室)  
里見 英俊 (大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)  
重藤龍比古 (弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座)  
渋田 秀美 (山口県立総合医療センター中央検査部)  
澁谷 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)  
清水 道生 (博慈会記念総合病院病理診断センター)  
清水 禎彦 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科)  
下釜 達朗 (製鉄記念八幡病院病理診断科)  
生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学講座)  
杉山 朋子 (東海大学医学部付属八王子病院病理診断科)  
杉山 裕子 (がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部 / がん研有明病院婦人科)  
進 伸幸 (国際医療福祉大学医学部産婦人科 / 国際医療福祉大学成田病院産婦人科)  
関田 信之 (JCHO 船橋中央病院泌尿器科)  
高倉 聡 (獨協医科大学埼玉医療センター産科婦人科)  
高橋恵美子 (愛知医科大学病院病理診断科)  
高橋美紀子 (帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)  
高橋 幸夫 (仙台赤十字病院病理診断科部病理技術課)  
田口 健一 (国立病院機構九州がんセンター病理診断科)  
竹井 裕二 (自治医科大学産婦人科)



竹原 和宏 (国立病院機構四国がんセンター婦人科)  
楯 真一 (千葉大学大学院医学研究科生殖医学講座)  
田中 伸哉 (北海道大学医学部腫瘍病理学教室)  
田中 尚武 (千葉県がんセンター婦人科)  
田中 陽一 (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)  
谷川 真希 (東京医科大学人体病理学分野)  
津田 均 (防衛医科大学校病態病理学講座)  
都築 豊徳 (愛知医科大学医学部病理診断学講座)  
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)  
戸澤 晃子 (聖マリアンナ医科大学東横病院婦人科)  
戸村 弘樹 (大崎市民病院臨床検査部)  
長尾 俊孝 (東京医科大学人体病理学分野)  
中里 宜正 (獨協医科大学病理診断学)  
中澤久美子 (山梨大学医学部附属病院病理部)  
中島 正洋 (長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学)  
長嶋 健 (千葉大学臓器制御外科)  
中村 直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)  
仲村 勝 (藤田医科大学医学部  
先端ロボット内視鏡手術学講座)  
中村 靖司 (近畿大学医学部病理学講座)  
永山 元彦 (朝日大学歯学部口腔病理学分野)  
西川 武 (奈良県立医科大学附属病院病院病理部)  
西野 幸治 (新潟大学医歯学総合病院  
家族性遺伝性腫瘍学講座 (産婦人科))  
野口 裕史 (宮崎大学医学部附属病院病理部)  
畑中 一仁 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)  
服部 学 (京都橘大学健康科学部臨床検査学科)  
羽場 礼次 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)  
羽原 利幸 (公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科)  
濱川 真治 (公立昭和病院臨床検査科/  
昭和大学医学部病理診断学講座)  
林 俊哲 (神甲会隈病院病理診断科)  
原田 憲一 (金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学)  
樋口佳代子 (沖縄協同病院病理診断科)  
久岡 正典 (産業医科大学医学部第1病理学)  
平井 秀明 (東京医科大学人体病理学分野)  
平林 健一 (富山大学学術研究部医学系病理診断学)  
廣岡 保明 (鳥取県立中央病院外科)  
廣島 健三 (千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学)  
藤井多久磨 (藤田医科大学医学部産婦人科)  
藤井 丈士 (国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院  
病理診断科)

二神 真行 (東京医科大学産科婦人科)  
細根 勝 (㈱LSIメディエンス病理・細胞診ラボラトリー)  
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)  
町田 知久 (東海大学医学部付属八王子病院臨床検査技術科)  
松本 慎二 (福岡大学病院病理部・病理診断科)  
丸川 活司 (北海道医療大学医療技術学部臨床検査学科)  
丸田 淳子 (野口病院病理診断科)  
三橋 暁 (獨協医科大学産科婦人科)  
湊 宏 (石川県立中央病院病理診断科)  
南 優子 (国立病院機構茨城東病院胸部疾患・  
療育医療センター病理診断科)  
南口早智子 (京都大学医学部附属病院病理診断科)  
三村 明弘 (大阪労災病院中央検査部病理)  
宮城 悦子 (横浜市立大学医学部産婦人科学教室)  
三宅 康之 (倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)  
棟方 哲 (市立函館病院病理診断科)  
村田 哲也 (JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科)  
元井 紀子 (埼玉県立がんセンター病理診断科)  
森井 英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・  
病理診断科)  
森定 徹 (杏林大学医学部産科婦人科学教室)  
安原裕美子 (堺市立総合医療センター病理診断科)  
矢田 直美 (九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野)  
谷田部 恭 (国立研究開発法人国立がん研究センター  
中央病院病理診断科)  
柳井 広之 (岡山大学病院病理診断科)  
柳谷 典子 (がん研究会明病院呼吸器内科)  
矢幡 秀昭 (九州大学病院産科婦人科)  
山上 亘 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)  
山口 倫 (久留米大学医学部附属医療センター  
病理診断科・臨床検査室)  
山下 大祐 (神戸市立医療センター中央市民病院病理診断科)  
山城 勝重 (日鋼記念病院病理診断科)  
山田 範幸 (岩手医科大学附属病院病理診断科)  
横瀬 智之 (神奈川県立がんセンター病理診断科)  
横山 正俊 (佐賀大学医学部産科婦人科学教室)  
吉岡 治彦 (弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域)  
吉野 潔 (産業医科大学産科婦人科学)  
若狭 朋子 (近畿大学奈良病院病理診断科)  
渡利 英道 (北海道大学大学院医学研究院  
生殖・発達医学分野産婦人科学教室)

# 第 61 回日本臨床細胞学会秋期大会 学術集会プログラム

## 特別講演

特別講演 1      11月5日（土） 13：40～14：40    第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）  
座長：青木大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）

科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けて

東北大学大学院医学系研究科 大内憲明

特別講演 2      11月6日（日） 10：50～11：50    第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）  
座長：渡部 洋（東北医科薬科大学産婦人科）

原発事故と甲状腺細胞診総括

福島県立医科大学医学部甲状腺治療学講座 鈴木真一

## 招請講演

11月5日（土） 15：40～16：40    第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）  
座長：八重樫伸生（東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野）

伊達政宗の国づくりと国際外交

東北大学名誉教授<sup>1)</sup>、宮城県慶長使節船ミュージアム（サン・ファン館）館長<sup>2)</sup> 平川 新<sup>1,2)</sup>

## 会長講演

11月5日（土） 14：50～15：20    第1会場（仙台サンプラザホール 1F メインホール）  
座長：中村直哉（東海大学医学部基盤診療学系病理診断学）

災害を、がん検診・細胞診から考える

東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野 伊藤 潔

## 教育講演

教育講演 1 11月5日(土) 10:00~10:40 第7会場(ホテル仙台ガーデンパレス 3F コンベンションルーム)  
座長: 中島正洋 (長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学)

甲状腺細胞診と AI

隈病院病理診断科 廣川満良

教育講演 2 11月5日(土) 11:20~12:00 第2会場(仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム)  
座長: 永瀬 智 (山形大学医学部産科婦人科学講座)

婦人科がん取り扱い規約改訂の概要

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 安田政実

教育講演 3 11月5日(土) 13:40~14:20 第5会場(仙台サンプラザホテル 5F カトレア)  
座長: 水上浩哉 (弘前大学大学院医学研究科分子病態病理学講座)

神経内分泌腫瘍病理の昨日, 今日, 明日

東北大学名誉教授<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学系研究科病理診断学分野客員教授<sup>2)</sup> 笹野公伸<sup>1,2)</sup>

教育講演 4 11月5日(土) 13:40~14:20 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス 2F 鳳凰)  
座長: 渡邊みか (東北公済病院病理診断科)

軟部腫瘍診断への細胞診の応用について

産業医科大学医学部第1病理学 久岡正典

教育講演 5 11月5日(土) 14:55~15:35 第4会場(仙台サンプラザホテル 1F ローズ)  
座長: 湊 宏 (石川県立中央病院病理診断科)

肺癌細胞診を報告するための WHO 国際システム

千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学 廣島健三

教育講演 6 11月5日(土) 15:20~16:00 第9会場(ホテル仙台ガーデンパレス 4F 羽衣)  
座長: 生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学講座)

子宮頸部初期病変検出のための NBI システムの有用性

教育 6-1 Narrow Band Imaging 併用内視鏡による子宮頸部病変診断の新たな試み

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学 金西賢治

教育 6-2 子宮頸部病変に対する Narrow band imaging を用いた拡大内視鏡による評価

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座

○三浦理絵, 二神真行, 門ノ沢結花, 海老名杏奈, 赤石麻美,  
大澤有姫, 平川八大, 松村由紀子, 重藤龍比古, 横山良仁

教育講演 7 11月5日(土) 17:30~18:10 第4会場(仙台サンプラザホテル1F ローズ)  
座長:伊藤智雄(神戸大学医学部附属病院病理部)

見やすい標本を作るための細胞診検体処理法

国立病院機構仙台医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構仙台医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○齋藤邦倫<sup>1)</sup>, 小山(齊藤)涼子<sup>2)</sup>, 鈴木博義<sup>1,2)</sup>

教育講演 8 11月6日(日) 8:20~9:00 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス2F 鳳凰)  
座長:佐藤之俊(北里大学医学部呼吸器外科学)

肺癌診療における細胞診の役割

埼玉県立がんセンター病理診断科 元井紀子

教育講演 9 11月6日(日) 8:20~9:00 第7会場(ホテル仙台ガーデンパレス3F コンベンションルーム)  
座長:田尻琢磨(東海大学医学部付属八王子病院病理診断科)

術中迅速診断のバイオセーフティー

近畿大学奈良病院病理診断科 若狭朋子

教育講演 10 11月6日(日) 8:20~9:00 第8会場(ホテル仙台ガーデンパレス4F 蓬莱)  
座長:堀井理絵(埼玉県立がんセンター病理診断科)

乳腺細胞の形質発現から見た細胞診

久留米大学医学部附属医療センター病理診断科・臨床検査室 ○山口 倫, 阿部英二

教育講演 11 11月6日(日) 8:20~9:00 第9会場(ホテル仙台ガーデンパレス4F 羽衣)  
座長:長村義之(日本鋼管病院病理診断科)

下垂体腫瘍の組織診・細胞診

森山記念病院病理診断科 井下尚子

教育講演 12 11月6日(日) 9:15~9:55 第8会場(ホテル仙台ガーデンパレス4F 蓬莱)  
座長:谷田部恭(国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理診断科)

肺癌診療における重要なバイオマーカー

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科呼吸器・乳腺内分泌外科学 豊岡伸一

教育講演 13 11月6日(日) 9:15~9:55 第9会場(ホテル仙台ガーデンパレス4F 羽衣)  
座長:久山佳代(日本大学松戸歯学部病理学講座)

口腔がんとゲノム医療, 口腔細胞診検体のゲノム医療への応用

国立がん研究センター中央病院病理診断科 森 泰昌

教育講演 14 11月6日(日) 9:55~10:35 第8会場(ホテル仙台ガーデンパレス4F 蓬莱)  
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)

胆道病変の病理と細胞診—新しいWHO細胞診報告システムの紹介も含めて—

自治医科大学医学部病理学・病理診断部 福嶋敬宜

教育講演 15 11月6日(日) 13:10~13:50 第4会場(仙台サンプラザホテル1F ローズ)

座長:丸山英俊(三沢市立三沢病院産婦人科)

婦人科がん対策としてHPV検査をどう導入するか?—医会レコメンデーション2021の背景—

おざわ女性総合クリニック<sup>1)</sup>,新百合ヶ丘総合病院<sup>2)</sup>,石渡産婦人科病院<sup>3)</sup>,  
東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科<sup>4)</sup>,東北大学医学部産婦人科<sup>5)</sup>

○小澤信義<sup>1)</sup>,鈴木光明<sup>2)</sup>,石渡 勇<sup>3)</sup>,伊藤 潔<sup>4)</sup>,八重樫伸生<sup>5)</sup>

教育講演 16 11月6日(日) 13:50~14:30 第4会場(仙台サンプラザホテル1F ローズ)

座長:植田政嗣(畿央大学大学院健康科学研究科)

コルポスコピー画像のAI診断の可能性と限界

大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学 上田 豊

教育講演 17 11月6日(日) 15:10~15:50 第5会場(仙台サンプラザホテル5F カトレア)

座長:鍋島一樹(福岡徳洲会病院病理診断センター/九州沖縄病理診断研究センター)

9p21FISH・BAP1・MTAPを用いた胸水細胞診の現状と課題—10年間の17症例のレビュー—

神戸大学医学部地域連携病理学<sup>1)</sup>,大阪はびきの医療センター病理診断科<sup>2)</sup> 河原邦光<sup>1,2)</sup>

## 要望講演

要望講演 1 11月5日(土) 13:40~14:40 第2会場(仙台サンプラザホテル3F クリスタルルーム)

座長:大平達夫(東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野)

呼吸器細胞診の鑑別ポイントとピットフォール

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部 羽場礼次

要望講演 2 11月5日(土) 13:40~14:40 第4会場(仙台サンプラザホテル1F ローズ)

座長:増田しのぶ(日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野)

乳房の病変に対する病理学的診断方法—細胞診と針生検の比較—

埼玉県立がんセンター病理診断科 堀井理絵

要望講演 3 11月5日(土) 14:30~15:30 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス2F 鳳凰)

座長:細根 勝(株式会社LSIメディエンス病理・細胞診ラボラトリー)

リンパ腫分類の現状と問題点—血液病理医・細胞診指導医の立場から—

半田市立半田病院病理診断科 中村栄男

要望講演 4 11月5日(土) 16:40~17:40 第7会場(ホテル仙台ガーデンパレス3F コンベンションルーム)

座長:加藤良平(伊藤病院病理診断科)

電子顕微鏡のルネッサンス:細胞検査士,細胞診指導医が知っておくべき電顕の現況

自治医科大学医学部解剖学講座組織学部門<sup>1)</sup>,

自然科学研究機構生理学研究所生体機能調節研究領域超微形態研究部門<sup>2)</sup> 大野伸彦<sup>1,2)</sup>

要望講演 5 11月6日(日) 8:20~9:20 第2会場(仙台サンプラザホテル3F クリスタルルーム)  
座長:鈴木 直(聖マリアンナ医科大学産婦人科学)

HPV ワクチン

横浜市立大学医学部産婦人科学教室 宮城悦子

要望講演 6 11月6日(日) 8:20~9:20 第3会場(仙台サンプラザホテル3F 宮城野)  
座長:佐々木啓一(東北大学理事・副学長)

国民皆歯科健診時代の口腔がん検診と細胞診

参議院議員<sup>1)</sup>,朝日大学客員教授<sup>2)</sup> 山田 宏<sup>1,2)</sup>

要望講演 7 11月6日(日) 8:20~9:20 第4会場(仙台サンプラザホテル1F ローズ)  
座長:藤井誠志(横浜市立大学大学院医学研究科・医学部分子病理学)

細胞診に生かす尿路上皮系腫瘍の形態学と分子生物学—WHO 2022 分類の要点も含めて—

愛知医科大学医学部病理診断学講座 都築豊徳

要望講演 8 11月6日(日) 8:20~9:20 第5会場(仙台サンプラザホテル5F カトレア)  
座長:田中伸哉(北海道大学医学部腫瘍病理学教室)

脳腫瘍の新 WHO 分類

東京都立神経病院検査科 小森隆司

要望講演 9 11月6日(日) 9:10~10:10 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス2F 鳳凰)  
座長:南條 博(秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

蛍光 L-グルコース 2-NBDLG を用いた腹水細胞診断

弘前大学大学院医学研究科・分子輸送学講座 山田勝也

要望講演 10 11月6日(日) 9:40~10:40 第1会場(仙台サンプラザホール1F メインホール)  
座長:京 哲(島根大学医学部産科婦人科)

幹細胞の観点から考える子宮内膜癌のバイオロジー

大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理診断科 森井英一

要望講演 11 11月6日(日) 10:40~11:40 第8会場(ホテル仙台ガーデンパレス4F 蓬莱)  
座長:小田義直(九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)

軟部腫瘍 up-to-date

札幌医科大学医学部病理診断学 長谷川匡

要望講演 12 11月6日(日) 14:40~15:40 第4会場(仙台サンプラザホテル1F ローズ)  
座長:亀山香織(昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科)

WSI で解説する甲状腺細胞診の見方—苦手意識を克服するために—

隈病院病理診断科 樋口観世子



## シンポジウム

シンポジウム 1 11月5日(土) 10:00~12:00 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長: 進 伸幸(国際医療福祉大学医学部産婦人科/国際医療福祉大学成田病院産婦人科)

南口早智子(京都大学医学部附属病院病理診断科)

### HPV 検査を含んだ子宮頸がん検診アルゴリズムについて 細胞診陰性/HPV 陽性の管理

- S1-1 Evidence に基づく細胞診陰性 HPV 陽性症例の取り扱い  
慶應義塾大学医学部産婦人科学教室  
○西尾 浩, 岩田 卓, 青木大輔
- S1-2 細胞診陰性/HPV 陽性症例の検討—福井県の HPV 検査併用検診(FCCS study)のデータより—  
福井大学医学部産科婦人科  
○品川明子, 黒川哲司, 大沼利通, 吉田好雄
- S1-3 栃木県小山地区子宮頸がん検診—12年間の推移およびNILM/HPV 陽性例の検討—  
自治医科大学産科婦人科学講座<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院がんセンター<sup>2</sup>  
○藤原寛行<sup>1</sup>, 鈴木光明<sup>2</sup>
- S1-4 HPV 検査を用いた検診の有用性を検証する RCT と細胞診陰性/HPV 陽性者の管理  
杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>1</sup>, 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>2</sup>, JA 長野厚生連  
佐久総合病院佐久医療センター総合医療情報センター<sup>3</sup>, 国際医療福祉大学三田病院予防  
医学センター<sup>4</sup>, 地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院<sup>5</sup>, 東京慈恵会医科  
大学附属柏病院産婦人科<sup>6</sup>, 沖縄徳洲会千葉徳洲会病院婦人科<sup>7</sup>  
○森定 徹<sup>1</sup>, 河野可奈子<sup>2</sup>, 雑賀公美子<sup>3</sup>, 齊藤英子<sup>4</sup>, 寺本勝寛<sup>5</sup>, 高野浩邦<sup>6</sup>, 小林陽一<sup>1</sup>,  
佐々木寛<sup>7</sup>, 青木大輔<sup>2</sup>

シンポジウム 2 11月5日(土) 10:00~12:00 第4会場(仙台サンプラザホテル 1F ローズ)

座長: 菅野 敦(自治医科大学内科学講座消化器内科学分野)

石田和之(獨協医科大学病理診断学)

### EUS-FNA の現状と未来—細胞診の役割—

- S2-1 膵疾患における EUS-FNA の役割  
自治医科大学内科学講座消化器内科学分野<sup>1</sup>, 自治医科大学病理診断部<sup>2</sup>  
○菅野 敦<sup>1</sup>, 福嶋敬宜<sup>2</sup>
- S2-2 消化管疾患を中心とした EUS-FNA/B の現状(臨床から)  
福島県立医科大学附属病院内視鏡診療部  
○引地拓人
- S2-3 EUS-FNA の細胞診(膵腫瘍)  
獨協医科大学病理診断学<sup>1</sup>, 獨協医科大学病院病理部<sup>2</sup>  
○石田和之<sup>1</sup>, 永井多美子<sup>2</sup>
- S2-4 自己免疫性膵炎に対する EUS-FNA の細胞診について(病理から)  
倉敷中央病院病理診断科<sup>1</sup>, 倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室<sup>2</sup>  
○能登原憲司<sup>1</sup>, 板倉淳哉<sup>1</sup>, 佐藤 碧<sup>1</sup>, 中村香織<sup>2</sup>



## S2-5 EUS-FNA の適応と今後の展開

富山大学学術研究部医学系内科学第三講座<sup>1</sup>, 富山大学附属病院病理部病理診断科<sup>2</sup>, 富山大学学術研究部医学系病理診断学講座<sup>3</sup>  
 ○安田一朗<sup>1</sup>, 小椋恵利<sup>2</sup>, 平林健一<sup>3</sup>

## シンポジウム 3 11月5日(土) 10:00~12:00 第5会場(仙台サンプラザホテル 5F カトレア)

座長: 樋口佳代子(沖縄協同病院病理診断科)

加藤 拓(成田富里徳洲会病院病理診断科)

## 唾液腺細胞診 Update—ミラノシステムの標準化への活用

## S3-1 唾液腺細胞診 Update—WHO 組織分類第 5 版・ミラノシステム改訂版を踏まえて—

藤田医科大学ばんだね病院病理診断科  
 ○浦野 誠

## S3-2 当院における唾液腺細胞診の導入について

秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部  
 ○廣嶋優子, 三浦文仁, 三浦桃子, 成田かすみ, 鈴木世志子, 伊藤 智, 南條 博

## S3-3 呉医療センター・中国がんセンターにおける耳下腺穿刺吸引細胞診 100 症例の検討

明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野<sup>1</sup>, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>2</sup>, 広島大学病院口腔検査センター<sup>3</sup>, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部<sup>4</sup>, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床検査科<sup>5</sup>  
 ○坂本真一<sup>1,2</sup>, 齋藤彰久<sup>2</sup>, 菅亜里紗<sup>2</sup>, 藤澤宏樹<sup>2</sup>, 安村奈緒子<sup>2</sup>, 在津潤一<sup>2</sup>, 西村学子<sup>1</sup>, 菊池建太郎<sup>1</sup>, 小川郁子<sup>3</sup>, 倉岡和矢<sup>2,4,5</sup>

## S3-4 当院における唾液腺ミラノシステムの導入に向けた検証について

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<sup>1</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部病理診断科<sup>2</sup>, 千葉県立佐原病院<sup>3</sup>, 成田富里徳洲会病院<sup>4</sup>  
 ○小高亜紀子<sup>1</sup>, 高橋 司<sup>1</sup>, 有田茂実<sup>3</sup>, 加藤 拓<sup>4</sup>, 及川麻理子<sup>2</sup>, 牧瀬尚大<sup>2</sup>, 杉山孝弘<sup>2</sup>, 川名秀忠<sup>2</sup>, 荒木章伸<sup>2</sup>, 伊丹真紀子<sup>2</sup>

## S3-5 唾液腺細胞診標準化におけるミラノシステムの有用性

筑波大学附属病院病理部<sup>1</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理<sup>2</sup>  
 ○村田佳彦<sup>1</sup>, 中川智貴<sup>1</sup>, 中島世莉奈<sup>1</sup>, 杉山 栞<sup>1</sup>, 河合 瞳<sup>2</sup>, 松岡亮太<sup>2</sup>, 坂本規彰<sup>2</sup>, 松原大祐<sup>2</sup>

## シンポジウム 4 11月5日(土) 10:00~12:00 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス 2F 鳳凰)

座長: 長嶋 健(千葉大学臓器制御外科)

松澤こず恵(社会医療法人飯田病院病理診断科)

## 乳癌診療における細胞診の役割: 現状と展望

## S4-1 乳腺細胞診における適切な標本作製

久留米大学医学部附属医療センター臨床検査室病理<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>  
 ○阿部英二<sup>1</sup>, 山口 倫<sup>2</sup>

## S4-2 乳腺細胞診のレポートニング

日本医科大学付属病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 社会医療法人飯田病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○葉山綾子<sup>1</sup>, 村瀬幸宏<sup>1</sup>, 寺崎泰弘<sup>1</sup>, 大橋隆治<sup>1</sup>, 坂谷貴司<sup>1</sup>, 土屋眞一<sup>1,2</sup>

- S4-3 乳癌診療における細胞診の役割：2022年に必要とされている乳腺細胞診断について  
 がん研究会有明病院乳腺センター乳腺外科<sup>1</sup>，がん研究会有明病院細胞診断部<sup>2</sup>，新東京病院乳腺外科<sup>3</sup>，がん研究会病理部<sup>4</sup>  
 ○坂井威彦<sup>1,2</sup>，池畑浩一<sup>2</sup>，森園英智<sup>1,2,3</sup>，千葉知宏<sup>4</sup>，大迫 智<sup>4</sup>，阿部 仁<sup>2</sup>，杉山裕子<sup>2</sup>
- S4-4 乳癌診療における細胞診の役割：乳腺外科医の立場から  
 東北大学大学院医学系研究科  
 ○宮下 稜
- S4-5 乳腺細胞診：臨床病理相関  
 聖路加国際病院病理診断科  
 ○鹿股直樹

シンポジウム 5 11月5日(土) 13:40~15:10 第7会場(ホテル仙台ガーデンパレス3F コンベンションルーム)

座長：永山元彦(朝日大学歯学部口腔病理学分野)

佐々木優(医療法人優和会おひさまにこにこ歯科医院)

#### 歯周病と口腔細胞診：bench to chair side

- S5-1 歯周炎の病態と全身疾患との関係—早産を中心に—  
 広島大学大学院医系科学研究科口腔顎顔面病理病態学  
 ○宮内睦美
- S5-2 周術期における医科歯科連携を円滑に行うための歯科疾患の基礎知識  
 医療法人 SAI 皓世会細川ファミリー歯科クリニック  
 ○細川亮一
- S5-3 口腔がんの初期病変を見逃さない—いろいろなところにある口腔がん—  
 岩手医科大学歯学部口腔顎顔面再建学講座口腔外科学分野  
 ○宮本郁也
- S5-4 国民病の歯周病と希少癌である歯肉癌は見分けられるのか  
 公益財団法人がん研究会有明病院病理部<sup>1</sup>，公益財団法人がん研究会有明病院細胞診断部<sup>2</sup>，公益財団法人がん研究会がん研究所病理部<sup>3</sup>  
 ○佐藤由紀子<sup>1,2,3</sup>，八田未紀<sup>1</sup>，石井脩平<sup>1,2</sup>，伊藤崇彦<sup>2</sup>，山田麻里沙<sup>2</sup>，山崎奈緒子<sup>2</sup>，  
 池畑浩一<sup>2</sup>，藤山淳三<sup>2</sup>，阿部 仁<sup>1,2</sup>，千葉知宏<sup>1,2,3</sup>，杉山裕子<sup>2</sup>

シンポジウム 6 11月5日(土) 14:30~16:30 第5会場(仙台サンプラザホテル5F カトレア)

座長：小林陽一(杏林大学医学部産科婦人科)

松浦祐介(産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学)

#### 妊娠中・分娩後の適切な CIN 管理

- S6-1 妊娠初期における子宮頸部細胞診の意義  
 横浜市立大学産婦人科  
 ○水島大一
- S6-2 妊娠中の細胞診断における過小評価例の検討  
 東北公済病院臨床検査科<sup>1</sup>，東北大学病院婦人科<sup>2</sup>，東北公済病院病理診断科<sup>3</sup>，仙台医療センター産婦人科<sup>4</sup>，東北大学災害科学国際研究所災害医学研究部門災害産婦人科学分野<sup>5</sup>  
 ○岡本 聡<sup>1</sup>，徳永英樹<sup>2</sup>，石橋ますみ<sup>2</sup>，重田昌吾<sup>2</sup>，島田宗昭<sup>2</sup>，渡邊みか<sup>3</sup>，新倉 仁<sup>4</sup>，  
 伊藤 潔<sup>5</sup>，八重樫伸生<sup>2</sup>
- S6-3 妊娠中のコルポスコピー検査の注意点  
 藤田医科大学医学部産婦人科  
 ○藤井多久磨

- S6-4 子宮頸部円錐切除術と周産期予後にまつわる諸問題  
東海大学医学部専門診療学系産婦人科  
○池田仁恵
- S6-5 分娩後の CIN 管理について  
大阪医科大学  
○田中良道, 上田尚子, 橋田宗祐, 寺田信一, 丸岡 寛, 古形祐平, 藤原聡枝, 田中智人,  
恒遠啓示, 佐々木浩, 大道正英

シンポジウム 7 11月5日(土) 15:30~17:30 第2会場(仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム)

座長: 川名 敬 (日本大学医学部産婦人科学分野)

棟方 哲 (市立函館病院病理診断科)

HPV 関連癌の臨床と病理—臓器横断的に俯瞰する

- S7-1 頭頸部(耳鼻咽喉科領域)の HPV 関連癌の病態と診断  
九州大学病院病理診断科  
○山元英崇
- S7-2 HPV 関連腫瘍としての口腔扁平上皮癌の病態と診断  
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
- S7-3 外陰・腔・子宮頸部の HPV 関連腫瘍の病態と診断  
滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科  
○森谷鈴子, 松原亜季子, 九嶋亮治, 能島 舞, 田中えり, 米丸隼平, 岩井宗男, 林 裕司,  
今村真治, 岩本 望, 谷村満知子, 吉田友理子, 山口 大, 吉田桂子
- S7-4 泌尿器領域の HPV 関連癌の病態と診断  
三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 市立伊勢総合病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○内田克典<sup>1)</sup>, 野村宣徳<sup>2)</sup>

シンポジウム 8 11月5日(土) 15:50~17:20 第4会場(仙台サンプラザホテル 1F ローズ)

座長: 川崎 隆 (新潟県立がんセンター新潟病院)

白石泰三 (桑名市総合医療センター病理診断科)

尿細胞診の新報告様式—Paris 分類の光と影—

- S8-1 泌尿器科医が求める尿細胞診とは  
新潟県立がんセンター新潟病院  
○川崎 隆, 北澤 綾, 土田美紀, 齋藤美沙紀, 畔上公子, 弦巻順子, 佐藤由美, 木下律子,  
西村広栄, 桜井友子, 三尾圭司, 西田浩彰, 渡邊 玄
- S8-2 当院における Paris 分類導入から 5 年の経験: 長所・問題点・精度管理  
京都大学医学部附属病院病理診断科  
○南口早智子
- S8-3 泌尿器細胞診報告様式 2015 について  
製鉄記念八幡病院病理診断科  
○金城 満

シンポジウム 9 11月6日(日) 9:40~11:40 第3会場(仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

座長:大林千穂(神鋼記念病院病理診断センター)

小山(齊藤)涼子(国立病院機構仙台医療センター病理診断科)

#### 肺がんバイオマーカー検索のための細胞診の活用

- S9-1 進行非小細胞肺癌における個別化医療の確立を目指して  
国立がん研究センター東病院呼吸器内科  
○後藤功一
- S9-2 肺癌遺伝子変異検査と細胞診検体  
自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門  
○萩原弘一
- S9-3 肺がんコンパクトパネルー細胞診検体でのパネル検査も可能な All in One を目指してー  
聖マリアンナ医科大学呼吸器内科<sup>1</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理診断科<sup>2</sup>  
○森川 慶<sup>1</sup>, 島田直樹<sup>2</sup>, 大川千絵<sup>2</sup>, 木田博隆<sup>1</sup>, 半田 寛<sup>1</sup>, 井上健男<sup>1</sup>, 小池淳樹<sup>2</sup>,  
峯下昌道<sup>1</sup>
- S9-4 肺がんバイオマーカー検査のための細胞診の活用ー病理の立場から臨床に望むことー  
神鋼記念病院病理診断センター<sup>1</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2</sup>, 奈良県総合医療センター<sup>3</sup>  
○大林千穂<sup>1</sup>, 武田麻衣子<sup>2</sup>, 藤井智美<sup>2</sup>, 龍見重信<sup>2</sup>, 西川 武<sup>3</sup>, 澤端章好<sup>2</sup>, 森田剛平<sup>3</sup>,  
石田英和<sup>3</sup>
- S9-5 非拠点施設における肺癌バイオマーカー, 検査のフロー  
湘南藤沢徳洲会病院病理診断科<sup>1</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科<sup>2</sup>, 株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー<sup>3</sup>, LSI メディエンス病理・細胞診ラボラトリー<sup>4</sup>  
○川本雅司<sup>1,2</sup>, 高橋美紀子<sup>2</sup>, 水口國雄<sup>2,3</sup>, 細根 勝<sup>4</sup>, 高橋智恵<sup>1</sup>, 島村幸一<sup>1</sup>, 阿曾達也<sup>2</sup>,  
山田正人<sup>2</sup>, 湯澤和彦<sup>2</sup>, 福田 学<sup>2</sup>, 吉野美由紀<sup>2</sup>, 山本恵美<sup>2</sup>, 石川典由<sup>1</sup>

シンポジウム 10 11月6日(日) 9:40~11:40 第5会場(仙台サンプラザホテル 5F カトレア)

座長:安岡弘直(大阪警察病院病理診断科)

佐々木栄司(昭和大学横浜市北部病院甲状腺センター)

#### 甲状腺細胞診:診断困難例への対応と工夫

- S10-1 当院における診断精度向上への取り組み  
大阪警察病院  
○青木 弘, 安岡弘直, 金田敦代, 磯 賢治, 志賀安香子, 三毛麻子, 辻 洋美
- S10-2 穿刺吸引細胞診に役立つ甲状腺超音波検査所見  
野口病院研究検査科<sup>1</sup>, 野口病院病理診断科<sup>2</sup>  
○衛藤美佐子<sup>1</sup>, 丸田淳子<sup>2</sup>, 横山繁生<sup>2</sup>
- S10-3 甲状腺細胞診断の偽陰性および偽陽性症例の検討と超音波像との対比  
昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室<sup>1</sup>, 昭和大学横浜市北部病院病理診断科<sup>2</sup>, 昭和大学横浜市北部病院甲状腺センター<sup>3</sup>  
○飯野知美<sup>1</sup>, 佐々木栄司<sup>1</sup>, 小島朋子<sup>1</sup>, 中野賢英<sup>3</sup>, 坂上聡志<sup>3</sup>, 大桑恵子<sup>3</sup>, 國井 葉<sup>3</sup>,  
福島光浩<sup>3</sup>, 福成信博<sup>3</sup>, 根本哲生<sup>2</sup>, 亀山香織<sup>2</sup>
- S10-4 乳頭癌亜型と稀な組織型の推定  
野口病院病理診断科  
○丸田淳子, 伊藤有紀子, 山本加菜, 横山繁生

- S10-5 意義不明結節への対応  
 隈病院病理診断科<sup>1)</sup>, 隈病院外科<sup>2)</sup>, 隈病院内科<sup>3)</sup>  
 ○鈴木彩菜<sup>1)</sup>, 廣川満良<sup>1)</sup>, 宮内 昭<sup>2)</sup>, 赤水尚史<sup>3)</sup>

**シンポジウム 11** 11月6日(日) 13:10~15:10 第5会場(仙台サンプラザホテル 5F カトレア)

座長: 橋本優子(福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座病理診断科)  
 高田尚良(新潟大学医学部分子病理学)

**リンパ節の細胞診: 各領域における最近の進歩**

- S11-1 WHO 分類における DLBCL と類縁疾患の病理診断  
 新潟大学医学部分子病理学  
 ○高田尚良
- S11-2 リンパ腫 WHO 分類改定第 4 版 2017 から第 5 版への変更点について  
 久留米大学医学部病理学講座  
 ○三好寛明
- S11-3 リンパ節細胞診シドニーシステムの概要と運用  
 杏林大学医学部附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>  
 ○岸本浩次<sup>1)</sup>, 坂本憲彦<sup>1)</sup>, 市川美雄<sup>1)</sup>, 鈴木 瞳<sup>1)</sup>, 田邊一成<sup>1)</sup>, 野口由香<sup>1)</sup>, 川上真理子<sup>1)</sup>,  
 坂口 碧<sup>1)</sup>, 長濱清隆<sup>1,2)</sup>, 藤原正親<sup>1,2)</sup>, 柴原純二<sup>1,2)</sup>
- S11-4 リンパ腫およびリンパ増殖性疾患への分子病理学的アプローチ  
 岡山大学学術研究院保健学域分子血液病理学  
 ○錦織亜沙美, 西村碧フィリーズ, 前濱かんな, 佐藤康晴
- S11-5 FISH 法を中心とした分子病理学的アプローチ  
 東海大学医学部附属病院病理検査技術科<sup>1)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>2)</sup>  
 ○萩原範子<sup>1)</sup>, 加戸伸明<sup>1)</sup>, 坂口繁美<sup>1)</sup>, 向田大輔<sup>1)</sup>, 宮嶋葉子<sup>1)</sup>, 芹澤昭彦<sup>1)</sup>, 伊藤 仁<sup>1)</sup>,  
 梶原 博<sup>2)</sup>, 中村直哉<sup>2)</sup>
- S11-6 成人 T 細胞白血病・リンパ腫 (ATLL) 診断への分子生物学的アプローチ  
 熊本大学ヒトレトロウイルス学共同研究センターゲノミクス・トランスクリプトミクス学  
 分野<sup>1)</sup>, 名古屋大学大学院医学系研究科高次医用科学臓器病態診断学<sup>2)</sup>, 名古屋大学医学部  
 附属病院病理部<sup>3)</sup>  
 ○高鳥光徳<sup>1)</sup>, 加留部謙之輔<sup>2,3)</sup>

**シンポジウム 12** 11月6日(日) 13:10~15:10 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス 2F 鳳凰)

座長: 菅井 有(岩手医科大学医学部病理診断学講座)  
 鈴木 拓(札幌医科大学医学部分子生物学講座)

**わかりやすい分子腫瘍学最先端—消化器, 婦人科, 肺癌, 泌尿器, 乳腺—**

- S12-1 婦人科癌におけるゲノム情報の活用  
 岩手医科大学医学部臨床腫瘍学講座  
 ○板持広明
- S12-2 肺癌の分子腫瘍学—その最前線—  
 関西医科大学病理学講座  
 ○蔦 幸治
- S12-3 腎腫瘍の分子生物学と surrogate marker を用いた診断  
 東京女子医科大学病理診断学分野<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学人体病理学・神経病態科学分野<sup>2)</sup>  
 ○長嶋洋治<sup>1)</sup>, 鬼塚裕美<sup>1,2)</sup>, 増井憲太<sup>1,2)</sup>



- S12-4 乳癌の分子腫瘍学と病理  
防衛医科大学校病態病理学講座  
○津田 均
- S12-5 消化管腫瘍の病理組織像と分子プロファイルとの関連性  
岩手医科大学医学部病理診断学講座  
○菅井 有

シンポジウム 13 11月6日(日) 13:10~15:10 第7会場(ホテル仙台ガーデンパレス3F コンベンションルーム)

座長:三橋 暁(獨協医科大学産科婦人科)

榎本隆之(新潟大学教育研究院医歯学系)

#### 子宮体癌腹水細胞診陽性は予後に関与するか

- S13-1 子宮体癌における腹水細胞診の意義—臨床医の立場から—  
慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>1</sup>, 済生会横浜市東部病院産婦人科<sup>2</sup>  
○山上 亘<sup>1</sup>, 平野卓朗<sup>1,2</sup>, 坂井健良<sup>1</sup>, 千代田達幸<sup>1</sup>, 阪埜浩司<sup>1</sup>, 青木大輔<sup>1</sup>
- S13-2 子宮体癌腹水細胞診陽性の予後に与える影響  
弘前大学産婦人科<sup>1</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>3</sup>  
○重藤龍比古<sup>1</sup>, 松村由紀子<sup>1</sup>, 赤石麻美<sup>1</sup>, 小島啓子<sup>2</sup>, 熊谷直哉<sup>2</sup>, 加藤哲子<sup>2</sup>, 渡邊 純<sup>3</sup>, 黒瀬 顕<sup>2</sup>, 横山良仁<sup>1</sup>
- S13-3 子宮体癌に於ける予後因子としての腹水中癌細胞の意義の再考  
JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科<sup>1</sup>, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 三重大学医学部産科婦人科<sup>3</sup>  
○矢納研二<sup>1</sup>, 金田倫子<sup>3</sup>, 吉田健太<sup>3</sup>, 中村 豊<sup>2</sup>, 近藤英司<sup>3</sup>
- S13-4 子宮体癌腹水細胞診—国内外の論文レビュー—  
自治医科大学産婦人科  
○竹井裕二, 小柳貴裕, 高橋詳史, 高橋寿々代, 種市明代, 嵯峨 泰, 藤原寛行

シンポジウム 14 11月6日(日) 13:20~15:20 第2会場(仙台サンプラザホテル3F クリスタルルーム)

座長:小塚祐司(三重大学医学部附属病院がんセンター・病理診断科)

大井恭代(博愛会相良病院病理診断科)

#### 乳腺腫瘍の組織分類改訂と細胞像

- S14-1 乳腺腫瘍の組織分類改訂の概要:WHO 第5版を中心に  
倉敷成人病センター病理診断科  
○大森昌子
- S14-2 組織分類の改訂(WHO 分類第5版)と神経内分泌腫瘍の細胞像  
兵庫医科大学病院病理部  
○糸山雅子, 榎本利香, 有本知子, 中村純子, 鳥居良貴, 木原多佳子, 山崎 隆, 河野 洋, 石川恵理, 廣田誠一
- S14-3 特殊型乳癌の細胞像(神経内分泌腫瘍を除く)  
三重大学医学部附属病院乳腺センター<sup>1</sup>, 三重大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>  
○北山美佳<sup>1</sup>, 今井 裕<sup>2</sup>, 柴原亜希子<sup>1</sup>, 小塚祐司<sup>2</sup>, 小川朋子<sup>1</sup>
- S14-4 WHO 第5版「乳頭状腫瘍」における細胞診診断のポイント  
社会医療法人博愛会相良病院病理診断科  
○前田ゆかり, 嶽 愛美, 福永美里, 富田暢子, 大井恭代

- S14-5 組織分類の改訂 (WHO 第 5 版, 取扱い規約第 18 版) と, 浸潤性乳管癌 (通常型) の細胞像  
たけべ乳腺外科クリニック<sup>1)</sup>, 高松平和病院病理<sup>2)</sup>  
○兼近典子<sup>1)</sup>, 安毛直美<sup>1)</sup>, 武部晃司<sup>1)</sup>, 横山智子<sup>2)</sup>, 宮西智恵<sup>2)</sup>, 佐藤 明<sup>2)</sup>

シンポジウム 15 11月6日(日) 14:50~16:20 第3会場 (仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

座長: 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)  
片山博徳 (国際医療福祉大学成田保健医療学部医学検査学科)

#### 細胞診検査士の研究環境の整備について

- S15-1 若手細胞検査士を対象にした研究活動への意識調査とその結果  
倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科<sup>1)</sup>, 倉敷芸術科学大学大学院産業科学技術研究  
科<sup>2)</sup>, 加計学園細胞病理学研究所<sup>3)</sup>, 東海大学医学部付属病院診療技術部病理検査技術科<sup>4)</sup>,  
がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>5)</sup>, がん研究会細胞検査士養成所<sup>6)</sup>  
○森 康浩<sup>1,2,3)</sup>, 高木翔士<sup>1,2,3)</sup>, 佐藤正和<sup>1,2,3)</sup>, 三宅康之<sup>1,2,3)</sup>, 伊藤 仁<sup>4)</sup>, 阿部 仁<sup>5,6)</sup>
- S15-2 病院業務と研究活動の両立について経験を踏まえての現状と課題  
岩手医科大学附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>  
○山田範幸<sup>1)</sup>, 杉本 亮<sup>1,2)</sup>, 刑部光正<sup>1,2)</sup>, 上杉憲幸<sup>1,2)</sup>, 柳川直樹<sup>1,2)</sup>, 菅井 有<sup>1,2)</sup>
- S15-3 大学業務と研究活動の両立について経験を踏まえての現状と課題  
弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域  
○吉岡治彦, 堀江香代, 渡邊 純
- S15-4 若手細胞検査士が考える研究環境についての現状と課題  
旭川医科大学病院病理部  
○宮川京大
- S15-5 市中病院における研究環境の現状と課題  
福岡県済生会福岡総合病院病理診断科  
○佐藤真介, 宮崎浩子, 佐藤瑞恵, 東 悠介, 石井洋子, 石橋貴寛, 牟田紘子, 加藤誠也

## 細胞検査士会要望教育シンポジウム

11月6日(日) 13:10~14:40 第3会場 (仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

座長: 加藤智美 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断部)  
松本慎二 (福岡大学病院病理部・病理診断科)

#### 細胞診断の精度管理

- SYS-1 細胞診標本の Papanicolaou 染色に関わる精度管理—アンケート結果と当院の取り組み—  
済生会川口総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 済生会川口総合病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○野本伊織<sup>1)</sup>, 田中佳緒<sup>1)</sup>, 永縄真央<sup>1)</sup>, 大谷奈穂<sup>1)</sup>, 小原 明<sup>1)</sup>, 金守 彰<sup>1)</sup>, 佐藤英章<sup>2)</sup>
- SYS-2 当院における細胞診業務に関する教育と精度管理  
兵庫医科大学病院病理部  
○鳥居洋祐, 佐藤 元, 中西昂弘, 石田誠実, 中村純子, 鳥居良貴, 井出良浩, 松田育雄,  
廣田誠一



- SYS-3 がん専門病院における細胞判定の内部精度管理について  
 がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院臨床病理センター病理部<sup>2)</sup>  
 ○山田麻里沙<sup>1)</sup>, 阿部 仁<sup>1,2)</sup>, 藤山淳三<sup>1)</sup>, 池畑浩一<sup>1)</sup>, 山崎奈緒子<sup>1)</sup>, 伊藤崇彦<sup>1)</sup>, 石井脩平<sup>2)</sup>,  
 高松 学<sup>2)</sup>, 千葉知宏<sup>2)</sup>, 山下享子<sup>2)</sup>, 佐藤由紀子<sup>2)</sup>, 稲村健太郎<sup>2)</sup>, 二宮浩範<sup>2)</sup>, 河内 洋<sup>2)</sup>,  
 杉山裕子<sup>1)</sup>
- SYS-4 細胞診検査における細胞判定・診断の精度管理 (衛生検査所の立場から)  
 PCL ジャパン病理・細胞診センター<sup>1)</sup>, PCL 東京病理・細胞診センター<sup>2)</sup>  
 ○今井寿美子<sup>1)</sup>, 泉 緑<sup>1)</sup>, 古田則行<sup>2)</sup>, 平井康夫<sup>1)</sup>

## ワークショップ

ワークショップ1 11月5日(土) 10:00~12:00 第3会場 (仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

座長: 南 優子 (国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科)

柳川直樹 (岩手医科大学医学部病理診断学講座)

### 肺癌細胞診新報告様式の要点—実臨床における問題点・注意点—

- WS1-1 肺癌細胞診新報告様式の要点—実臨床における問題点・注意点—  
 北里大学医学部呼吸器外科学  
 ○佐藤之俊
- WS1-2 新報告様式から WHO 分類: 普及への課題  
 京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 京都大学大学院医学研究科附属総合解剖センター<sup>2)</sup>  
 ○吉澤明彦<sup>1,2)</sup>
- WS1-3 新呼吸器領域判定基準判定区分の「異型細胞」について  
 国立病院機構大阪医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 神戸大学医学部地域連携病理学<sup>2)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学<sup>3)</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部<sup>4)</sup>, 京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>5)</sup>, 茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科<sup>6)</sup>, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院臨床検査科<sup>7)</sup>, 東京医科大学病院病理診断科<sup>8)</sup>, 熊本大学病院病理部<sup>9)</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>10)</sup>  
 ○竹中明美<sup>1)</sup>, 河原邦光<sup>2)</sup>, 廣島健三<sup>3)</sup>, 羽場礼次<sup>4)</sup>, 吉澤明彦<sup>5)</sup>, 南 優子<sup>6)</sup>, 澁木康雄<sup>7)</sup>,  
 三宅真司<sup>8)</sup>, 柿沼廣邦<sup>9)</sup>, 佐藤之俊<sup>10)</sup>
- WS1-4 呼吸器細胞診の新報告様式について—悪性疑い・悪性を中心に—  
 熊本大学病院病理部  
 ○柿沼廣邦, 田上さやか, 石原光浩, 中本 環, 竹下博士, 片淵達也, 橋向圭介, 大黒真琴,  
 田尻沙織, 川上 史, 三上芳喜
- WS1-5 肺癌新報告様式の導入に向けて—現時点における報告様式の実態—  
 岩手医科大学医学部病理診断学講座  
 ○柳川直樹, 山田範幸, 伊藤勇馬, 鈴木正通, 杉本 亮, 刑部光正, 上杉憲幸, 菅井 有

**ワークショップ 2** 11 月 5 日 (土) 10:30~12:00 第 8 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 4F 蓬莱)

座長: 黒瀬 顕 (弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座)

浅野研一郎 (弘前大学大学院医学研究科脳神経外科)

**脳腫瘍病理診断における細胞診の利用**

- WS2-1 グリオーマ診断における実践的細胞診  
藤田医科大学医学部病理診断学講座  
○山田勢至
- WS2-2 小児脳腫瘍診断における実践的細胞診  
群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科  
○伊古田勇人
- WS2-3 髄膜腫, 末梢神経系腫瘍, およびリンパ腫の病理診断における細胞診の実際  
杏林大学医学部病理学教室  
○里見介史
- WS2-4 脳神経外科医からの細胞診併用術中迅速診断への要望: 術中迅速診断に期待すること  
弘前大学大学院医学研究科脳神経外科<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座<sup>2)</sup>  
○浅野研一郎<sup>1)</sup>, 角田聖英<sup>1)</sup>, 藤原 望<sup>1)</sup>, 齊藤敦志<sup>1)</sup>, 黒瀬 顕<sup>2)</sup>

**ワークショップ 3** 11 月 5 日 (土) 10:30~12:00 第 9 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 4F 羽衣)

座長: 大谷 博 (社会医療法人白十字会白十字病院病理診断科)

三浦弘守 (東北大学病院病理部)

**尿細胞診: Atypical カテゴリーの本質に迫る一細胞像から臨床管理まで一**

- WS3-1 尿細胞診 Atypical 評価に対する臨床対応について  
JCHO 船橋中央病院泌尿器科<sup>1)</sup>, 古賀病院 21 泌尿器科<sup>2)</sup>, 公立長生病院検査科<sup>3)</sup>, JCHO 船橋中央病院病理<sup>4)</sup>  
○関田信之<sup>1)</sup>, 徳田雄治<sup>2)</sup>, 西周裕晃<sup>3)</sup>, 齊藤 稔<sup>4)</sup>, 中村咲恵<sup>4)</sup>, 永田雅裕<sup>4)</sup>, 横野秀樹<sup>4)</sup>, 小松悌介<sup>4)</sup>
- WS3-2 高異型度尿路上皮癌における「異型細胞」判定の細胞像について  
株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診ラボトリー<sup>1)</sup>, 株式会社ヒッサンメディカルサポートセンター<sup>2)</sup>  
○橋本由紀子<sup>1)</sup>, 近藤智子<sup>1)</sup>, 逆井真弓<sup>1)</sup>, 福田正彦<sup>2)</sup>, 是松元子<sup>1)</sup>, 細根 勝<sup>1)</sup>
- WS3-3 判定基準を用いた Atypical カテゴリー判定症例の再評価  
大阪府済生会野江病院病理診断科<sup>1)</sup>, 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科<sup>2)</sup>, 関西電力病院病理診断科<sup>3)</sup>  
○小椋聖子<sup>1)</sup>, 江木さつき<sup>1)</sup>, 城戸貴之<sup>1)</sup>, 高安祥子<sup>1)</sup>, 永田七規<sup>1)</sup>, 矢野恵子<sup>2)</sup>, 桜井孝規<sup>3)</sup>, 河合 潤<sup>1)</sup>
- WS3-4 画像解析を用いた Atypical カテゴリーの細胞像の検討と精度管理  
神戸大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○塚本龍子<sup>1)</sup>, 藤永道子<sup>1)</sup>, 中西大地<sup>1)</sup>, 蜂巢智也<sup>1)</sup>, 大浦季恵<sup>1)</sup>, 須广佑介<sup>1)</sup>, 猪原千愛<sup>1)</sup>, 猪原哲嗣<sup>1)</sup>, 吉田美穂<sup>1)</sup>, 京竹愛子<sup>1)</sup>, 今川奈央子<sup>1)</sup>, 小松正人<sup>2)</sup>, 神保直江<sup>2)</sup>, 神澤真紀<sup>2)</sup>, 伊藤智雄<sup>2)</sup>
- WS3-5 当院の「Atypical」 カテゴリー検証に基づく尿細胞診精度向上のための細胞所見の解析と考察  
東北大学病院病理部  
○菅原隆讓, 三浦弘守, 今野かおり, 安達友津, 小泉照樹, 吉田詩織, 相澤里奈, 八ッ橋海里, 渡邊裕文, 佐藤聡子, 藤島史喜, 鈴木 貴

ワークショップ 4 11月5日(土) 10:45~12:15 第7会場(ホテル仙台ガーデンパレス3F コンベンションルーム)

座長: 廣島健三(千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学)

辻村 亨(兵庫医科大学医学部病理学講座分子病理部門)

### 体腔液細胞診の現状と今後の課題

- WS4-1 病理医の立場からみた中皮腫診断の現状と今後の課題  
福岡大学医学部病理学講座<sup>1</sup>, 福岡大学病院病理部・病理診断科<sup>2</sup>, 徳洲会病院病理診断センター九州沖縄病理診断研究センター<sup>3</sup>  
○濱崎 慎<sup>1</sup>, 角谷優子<sup>2</sup>, 松本慎二<sup>2</sup>, 鍋島一樹<sup>3</sup>
- WS4-2 当院における体腔液細胞診セルブロック作製の運用について  
八戸市立市民病院救命救急センター<sup>1</sup>, 八戸市立市民病院臨床検査科病理<sup>2</sup>, 八戸市立市民病院病理診断科<sup>3</sup>  
○奥沢悦子<sup>1</sup>, 横浜一樹<sup>2</sup>, 松長夢子<sup>2</sup>, 須藤安史<sup>2</sup>, 板橋智映子<sup>3</sup>, 矢嶋信久<sup>3</sup>
- WS4-3 免疫染色と体液細胞診の現状と課題  
弘前大学大学院医学研究科分子病態病理学講座<sup>1</sup>, 八戸市立市民病院臨床検査科<sup>2</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>3</sup>, 黒石市国民健康保険黒石病院臨床検査科<sup>4</sup>, 三沢市立三沢病院中央検査室<sup>5</sup>  
○工藤和洋<sup>1</sup>, 矢嶋信久<sup>2</sup>, 奥沢悦子<sup>2</sup>, 小島啓子<sup>3</sup>, 四釜育与<sup>4</sup>, 成田靖之<sup>5</sup>, 水上浩哉<sup>1</sup>
- WS4-4 体腔液検体の術中迅速細胞診における液状化細胞診(LBC法)の有用性  
東北医科薬科大学病院病理部<sup>1</sup>, 東北医科薬科大学病院病理診断科<sup>2</sup>, 東北医科薬科大学医学部病理学教室<sup>3</sup>  
○佐藤正樹<sup>1</sup>, 林崎歩美<sup>1</sup>, 鈴木ひろ子<sup>1</sup>, 早坂裕美<sup>1</sup>, 村上一宏<sup>2,3</sup>, 中村保宏<sup>2,3</sup>
- WS4-5 セルブロック検体の固定時間に関する検討結果から見えた今後の課題  
仙台厚生病院臨床検査センター病理診断科<sup>1</sup>, 石巻赤十字病院病理部<sup>2</sup>  
○尾池裕子<sup>1</sup>, 諸橋 彰<sup>1</sup>, 荒屋敷聖<sup>1</sup>, 山岡弘和<sup>1</sup>, 小野寺賢一<sup>2</sup>, 白瀬 肇<sup>1</sup>, 赤平純一<sup>1</sup>, 遠藤希之<sup>1</sup>
- WS4-6 体腔液細胞診におけるセルブロックの運用方法と今後の課題  
公立昭和病院臨床検査科<sup>1</sup>, 昭和大学医学部病理診断学講座<sup>2</sup>, 公立昭和病院病理診断科<sup>3</sup>  
○濱川真治<sup>1,2</sup>, 小坂美絵<sup>1</sup>, 近藤洋一<sup>1</sup>, 倉品賢治<sup>1</sup>, 若林 良<sup>1</sup>, 佐藤棟勲<sup>1</sup>, 吉川 葵<sup>1</sup>, 柏崎好美<sup>1</sup>, 櫻井 勉<sup>1</sup>, 矢持淑子<sup>2</sup>, 吉本多一郎<sup>3</sup>

ワークショップ 5 11月5日(土) 14:55~16:25 第3会場(仙台サンプラザホテル3F 宮城野)

座長: 森 一郎(国際医療福祉大学医学部病理・病理診断科)

山本陽一郎(理化学研究所革新知能統合研究センター病理情報学チーム)

### 細胞診におけるAIの活用

- WS5-1 子宮頸部細胞診の精度管理—AIを用いた新たな試み—  
株式会社秋田病理組織細胞診研究センター<sup>1</sup>, 秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部<sup>2</sup>, 株式会社千葉細胞病理検査センター<sup>3</sup>, 秋田大学医学部器官病態学講座<sup>4</sup>  
○阿部一之助<sup>1</sup>, 南條 博<sup>2</sup>, 石井 明<sup>1</sup>, 金子 翔<sup>1</sup>, 水木悠太<sup>1</sup>, 鷲谷清忠<sup>3</sup>, 小西哲平<sup>4</sup>
- WS5-2 子宮頸部細胞診におけるAIの活用  
札幌医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1</sup>, 札幌医科大学医学部第一病理学講座<sup>2</sup>, 公立はこだて未来大学システム情報科学部情報アーキテクチャ学科<sup>3</sup>, 株式会社サスメド<sup>4</sup>  
○新開翔太<sup>1</sup>, 真里谷奨<sup>1</sup>, 梅本美菜<sup>1</sup>, 南部優太<sup>3</sup>, 永田 舞<sup>3</sup>, 浅沼広子<sup>2</sup>, 上野太郎<sup>4</sup>, 廣橋良彦<sup>2</sup>, 鳥越俊彦<sup>2</sup>, 佐藤生馬<sup>3</sup>, 藤野雄一<sup>3</sup>, 齋藤 豪<sup>1</sup>

- WS5-3 細胞診断における AI の精度向上  
藤田医科大学大学院医学研究科病理診断学<sup>1)</sup>, 藤田医科大学医療科学部放射線学科<sup>2)</sup>, 成田記念病院病理診断科<sup>3)</sup>  
○塚本徹哉<sup>1)</sup>, 寺本篤司<sup>2)</sup>, 道場彩乃<sup>1)</sup>, 桐山諭和<sup>1,3)</sup>, 櫻井映子<sup>1)</sup>
- WS5-4 子宮頸部細胞診の精度向上を目的とした 3D 画像を基盤とした AI 支援システムの開発  
がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研有明病院婦人科<sup>2)</sup>, 株式会社 CYBO<sup>3)</sup>, がん研有明病院臨床病理センター病理部<sup>4)</sup>  
○杉山裕子<sup>1,2)</sup>, 藤山淳三<sup>1)</sup>, 池畑浩一<sup>1)</sup>, 伊藤崇彦<sup>1)</sup>, 新田 尚<sup>3)</sup>, 杉村武昭<sup>3)</sup>, 山崎奈緒子<sup>1)</sup>, 山田麻里沙<sup>1)</sup>, 石井脩平<sup>4)</sup>, 高松 学<sup>4)</sup>, 佐藤由紀子<sup>4)</sup>, 千葉知宏<sup>4)</sup>, 阿部 仁<sup>1,4)</sup>, 河内 洋<sup>4)</sup>, 金尾祐之<sup>2)</sup>

**ワークショップ 6** 11月5日(土) 15:30~17:00 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス 2F 鳳凰)

座長: 藤島史喜(東北大学病院がんセンターテレパソロジーセンター)  
岡本愛光(東京慈恵会医科大学産婦人科)

### ゲノム医療と細胞診

- WS6-1 がんゲノム診療における細胞検体の利用と今後の見通し  
北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門<sup>1)</sup>, 北海道大学病院先端診断技術開発センター<sup>2)</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>3)</sup>, 北海道医療大学医療技術学部臨床検査学科<sup>4)</sup>  
○畑中 豊<sup>1)</sup>, 奥村麻美<sup>1)</sup>, 南家綾江<sup>2)</sup>, 燕 果歩<sup>2)</sup>, 石田裕子<sup>3)</sup>, 丸川活司<sup>4)</sup>, 畑中佳奈子<sup>2)</sup>
- WS6-2 細胞診検体の核酸品質とその取扱い  
久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 久留米大学病院臨床検査部<sup>2)</sup>  
○河原明彦<sup>1)</sup>, 安倍秀幸<sup>1)</sup>, 高瀬頼妃呼<sup>1)</sup>, 村田和也<sup>1)</sup>, 牧野諒央<sup>1)</sup>, 熊谷天斗<sup>1)</sup>, 大塚百華<sup>1)</sup>, 黒木日菜子<sup>1)</sup>, 古田拓也<sup>1)</sup>, 内藤嘉紀<sup>2)</sup>, 秋葉 純<sup>1)</sup>
- WS6-3 核酸品質に影響を及ぼす固定方法の検討  
国立がん研究センター中央病院病理診断科  
○時田和也, 橋本大輝, 石田さくら, 中谷久美, 澁木康雄, 谷田部恭
- WS6-4 がんゲノムプロファイリング検査における LBC 検体の展望について  
大阪大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 大阪大学大学院医学系研究科病態病理学講座<sup>2)</sup>  
○長友忠相<sup>1)</sup>, 西野 勝<sup>1)</sup>, 藤埜友稀奈<sup>1)</sup>, 森井英一<sup>1,2)</sup>

**ワークショップ 7** 11月5日(土) 16:40~18:10 第5会場(仙台サンプラザホテル 5F カトレア)

座長: 渡邊 純(弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域)  
古田玲子(北里大学医療衛生学部医療検査学科臨床細胞学)

### 細胞検査士養成大学における指定規則・カリキュラム改訂への対応

- WS7-1 福島県立医科大学における細胞検査士養成課程認定と新カリキュラム対応  
福島県立医科大学保健科学部臨床検査学科  
○高橋一人, 梅澤 敬, 宇月美和
- WS7-2 京都橘大学における指定規則およびカリキュラム改訂への対応  
京都橘大学健康科学部臨床検査学科<sup>1)</sup>, 京都橘大学生命健康科学研究センター<sup>2)</sup>  
○大澤幸希光<sup>1,2)</sup>, 小田嶋広和<sup>1,2)</sup>, 大西崇文<sup>1,2)</sup>, 岡田仁克<sup>1,2)</sup>, 服部 学<sup>1,2)</sup>
- WS7-3 臨床検査技師カリキュラム改正における弘前大学の対応について  
弘前大学大学院保健学研究科  
○堀江香代, 吉岡治彦, 渡邊 純

- WS7-4 カリキュラム変更に伴う本学養成課程への影響とその対策  
神戸常盤大学保健科学部医療検査学科  
○佐野太亮, 畠 榮, 布引 治
- WS7-5 北里大学における新カリキュラムへの対応と卒前教育の課題  
北里大学医療衛生学部臨床細胞学<sup>1</sup>, 北里大学大学院医療系研究科応用腫瘍病理学<sup>2</sup>, 北里大学病院病理部<sup>3</sup>, 北里大学医療衛生学部病理学<sup>4</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>5</sup>  
○阿部直也<sup>1,2,3</sup>, 西村由香里<sup>1,2,3</sup>, 高橋博之<sup>3,4</sup>, 山下和也<sup>3</sup>, 佐藤之俊<sup>5</sup>, 古田玲子<sup>1,2,3</sup>
- WS7-6 杏林大学における細胞検査士養成課程：新カリキュラムに対する対応  
杏林大学保健学部臨床検査技術学科<sup>1</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2</sup>  
○大河戸光章<sup>1</sup>, 郡 秀一<sup>1</sup>, 摂津 黎<sup>1</sup>, 柴原純二<sup>2</sup>

**ワークショップ 8** 11月6日(日) 9:40~11:40 第2会場(仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム)  
座長：横山正俊 (佐賀大学医学部産科婦人科学教室)  
大森真紀子 (山梨大学医学部産婦人科学講座)

#### HPV 関連・非依存性子宮頸部腺癌の細胞診精度

- WS8-1 子宮頸部腺癌の新しい枠組み—Overview—  
東京慈恵会医科大学病理学講座  
○岩本雅美
- WS8-2 HPV 関連・非関連子宮頸部腺癌の病理組織学的特徴と細胞像  
岩手医科大学医学部病理診断学講座  
○刑部光正, 山田範幸, 杉本 亮, 上杉憲幸, 柳川直樹, 菅井 有
- WS8-3 四国がんセンターで考える HPV 関連・非依存性子宮頸部腺癌の細胞診精度について  
四国がんセンター病理科<sup>1</sup>, 四国がんセンター臨床研究センターがん予防疫学研究部<sup>2</sup>  
○寺本典弘<sup>1,2</sup>
- WS8-4 子宮がん検診に HPV 検査単独法が導入されると子宮頸部腺癌はどうなるのか？  
福井大学医学部産科婦人科<sup>1</sup>, 公立丹南病院<sup>2</sup>  
○黒川哲司<sup>1</sup>, 大沼利通<sup>1</sup>, 品川明子<sup>1</sup>, 知野陽子<sup>2</sup>, 吉田好雄<sup>1</sup>

**ワークショップ 9** 11月6日(日) 9:40~11:40 第4会場(仙台サンプラザホテル 1F ローズ)  
座長：里見英俊 (大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)  
堀 隆 (医療法人鉄蕉会亀田総合病院臨床病理科)

#### 今見直される病理解剖 形態学への原点回帰と細胞形態学ニューコロボ

- WS9-1 今ゆえに必要な病理解剖—患者に出来る最後にして無限大の貢献, 医療の最後の砦—  
弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座  
○黒瀬 顕
- WS9-2 細胞検査士が知っておきたい病理解剖の基礎 (病理解剖の進め方 hints & tips)  
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<sup>1</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部<sup>2</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター中央臨床検査部<sup>3</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構十三市民病院病理診断科<sup>4</sup>  
○井上 健<sup>1,2</sup>, 木村美穂<sup>2</sup>, 津田義格<sup>2</sup>, 山畑 翔<sup>2</sup>, 世古裕里<sup>2</sup>, 大瀬香菜<sup>2</sup>, 横田裕香<sup>3</sup>, 加藤雅大<sup>1</sup>, 坂井田美穂<sup>1</sup>, 清水祐里<sup>1</sup>, 石井真美<sup>1</sup>, 福島裕子<sup>1,4</sup>



- WS9-3 剖検症例からの細胞診標本作製について  
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  
○中島裕理, 江坂四季音, 白幡浩人, 長谷川康子, 鈴木明美, 新井富士
- WS9-4 角膜擦過細胞診検体採取が診断に有用であった不明熱の 1 剖検例  
大阪国際がんセンター病理・細胞診断科  
○里見英俊

**ワークショップ 10** 11 月 6 日 (日) 9:40~11:10 第 7 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 3F コンベンションルーム)

**座長: 桜井孝規** (関西電力病院病理診断科)

**藤井多久磨** (藤田医科大学医学部産婦人科)

### 細胞診レポートの質の管理と臨床医師とのコミュニケーション能力

- WS10-1 適切な治療方針決定のために臨床医師が細胞診依頼で留意すべきこと  
東北大学産婦人科<sup>1)</sup>, 東北公済病院臨床検査科<sup>2)</sup>  
○石橋ますみ<sup>1)</sup>, 岡本 聡<sup>2)</sup>, 重田昌吾<sup>1)</sup>, 徳永英樹<sup>1)</sup>, 島田宗昭<sup>1)</sup>, 伊藤 潔<sup>1)</sup>, 八重樫伸生<sup>1)</sup>
- WS10-2 当院のコミュニケーションツール  
仙台赤十字病院病理診断科部病理技術課<sup>1)</sup>, 仙台赤十字病院産婦人科<sup>2)</sup>, 仙台赤十字病院病理診断科部<sup>3)</sup>  
○高橋幸夫<sup>1)</sup>, 太田かすみ<sup>1)</sup>, 太田恭子<sup>2)</sup>, 長沼 廣<sup>3)</sup>, 手塚文明<sup>3)</sup>
- WS10-3 細胞診と臨床医をつなぐセルブロック  
八戸市立市民病院臨床検査科  
○矢嶋信久, 板橋智映子, 奥沢悦子, 須藤安史, 松長夢子, 高畑英智
- WS10-4 気管支内視鏡検体および超音波内視鏡検体の迅速細胞診における臨床側とのコミュニケーション  
仙台厚生病院病理診断・臨床検査科  
○遠藤希之, 諸橋 彰, 荒屋敷聖, 尾池裕子, 白淵 肇, 赤平純一

**ワークショップ 11** 11 月 6 日 (日) 9:55~11:25 第 9 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 4F 羽衣)

**座長: 伊藤以知郎** (長野赤十字病院病理部)

**郡司昌治** (日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院細胞診分子病理診断部)

### 実践に役立つ免疫細胞化学染色・FISH 解析—染色, 解析, 精度管理のポイント—

- WS11-1 当院における免疫細胞化学染色の精度管理  
長野赤十字病院病理部  
○佐藤秀太, 伊藤以知郎
- WS11-2 細胞診検体を用いた FISH の手技と精度管理について  
静岡県立静岡がんセンター病理診断科  
○阿部将人, 田代 広, 本田勝丈, 椎谷裕之, 河田卓也, 大石琢磨
- WS11-3 細胞診検体を使用した FISH の精度管理について  
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院病理診断科  
○岩田英紘
- WS11-4 中皮腫診断における 9p21(*CDKN2A*)-FISH と免疫化学  
福岡大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 福岡徳洲会病院病理診断センター/九州沖縄病理診断研究センター<sup>2)</sup>  
○松本慎二<sup>1)</sup>, 西中村恵輔<sup>1)</sup>, 角谷優子<sup>1)</sup>, 鍋島一樹<sup>2)</sup>, 濱崎 慎<sup>1)</sup>

ワークショップ 12 11月6日(日) 13:10~14:40 第8会場(ホテル仙台ガーデンパレス 4F 蓬莱)

座長:羽原利幸(公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科)

有廣光司(広島大学病院病理診断科)

### 体腔液細胞診標本作製の標準化

WS12-1 当院における作製技術標準化を目指す取り組み

山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 山口県立総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○山本千奈美<sup>1)</sup>, 渋田秀美<sup>1)</sup>, 安永佳麻里<sup>1)</sup>, 藤井将希<sup>1)</sup>, 出尾優佳<sup>1)</sup>, 水間俊一<sup>1)</sup>, 山本彩佳<sup>1)</sup>, 竹光千紘<sup>1)</sup>, 山本紗弥<sup>1)</sup>, 田中慎介<sup>2)</sup>

WS12-2 広島市民病院における体腔液細胞診の現状と課題

独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○宮田直樹<sup>1)</sup>, 戸井紳二<sup>1)</sup>, 前田 茜<sup>1)</sup>, 坂本美弥<sup>1)</sup>, 喜田真理子<sup>1)</sup>, 高木伸治<sup>1)</sup>, 市村浩一<sup>2)</sup>, 山崎理恵<sup>2)</sup>, 谷口恒平<sup>2)</sup>

WS12-3 当院における体腔液細胞診断一作製法の現状と将来展望一

秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○伊藤 智, 成田かすみ, 三浦文仁, 三浦桃子, 廣嶋優子, 吉田 誠, 南條 博

WS12-4 体腔液検体処理の標準化を目指して一当院での実施状況と問題点一

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター<sup>1)</sup>, 川崎市立川崎病院<sup>2)</sup>

○鶴岡慎悟<sup>1)</sup>, 河村憲一<sup>1)</sup>, 松井宏江<sup>1)</sup>, 三瓶祐也<sup>1)</sup>, 鈴木 隆<sup>1)</sup>, 赤羽佑介<sup>1)</sup>, 藤田真里奈<sup>1)</sup>, 谷口早絵<sup>2)</sup>, 宮下卓矢<sup>2)</sup>, 川村樹璃<sup>2)</sup>, 清水 健<sup>1)</sup>

## 特別企画

特別企画 1 11月5日(土) 13:40~14:40 第3会場(仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

座長:森谷卓也(川崎医科大学病理学教室)

### 細胞診ガイドライン 2021 改訂の要点

SP1-1 細胞診ガイドライン(呼吸器)

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 熊本大学病院医療技術  
部病理技術部門<sup>2)</sup>, 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野<sup>3)</sup>, 香川大学医学部附属病院病理  
部<sup>4)</sup>, みやぎ県南中核病院呼吸器外科<sup>5)</sup>, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院  
病理診断科/臨床検査科<sup>6)</sup>, 杏林大学医学部外科学教室(呼吸器・甲状腺外科)<sup>7)</sup>, 獨協医科大  
学病理診断学<sup>8)</sup>, 三井記念病院呼吸器外科<sup>9)</sup>, 東京医科大学人体病理学講座<sup>10)</sup>, 東京医科大学  
病院病理診断科<sup>11)</sup>, 国立大学法人筑波大学附属病院病理部<sup>12)</sup>, 独立行政法人国立病院機構東  
京病院<sup>13)</sup>, 北里大学呼吸器外科<sup>14)</sup>

○南 優子<sup>1)</sup>, 柿沼廣邦<sup>2)</sup>, 垣花昌俊<sup>3)</sup>, 清永加菜<sup>4)</sup>, 桜田 晃<sup>5)</sup>, 澁木康雄<sup>6)</sup>, 田中良太<sup>7)</sup>,  
中里宣正<sup>8)</sup>, 前田純一<sup>9)</sup>, 松林 純<sup>10)</sup>, 三宅真司<sup>11)</sup>, 村田佳彦<sup>12)</sup>, 我妻美由紀<sup>13)</sup>, 大平達夫<sup>3)</sup>,  
佐藤之俊<sup>14)</sup>



## SP1-2 細胞診ガイドライン 2021 改訂 (体腔液)

兵庫医科大学医学部病理学・分子病理部門<sup>1)</sup>, 千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学<sup>2)</sup>, 福岡徳洲会病院病理診断センター/九州沖縄病理診断研究センター<sup>3)</sup>, 神戸大学医学部地域連携病理学<sup>4)</sup>, 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科<sup>5)</sup>, 徳島赤十字病院病理診断科<sup>6)</sup>, 近畿中央呼吸器センター臨床検査部<sup>7)</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>8)</sup>, 北海道医療大学医療技術学部<sup>9)</sup>, JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科<sup>10)</sup>, 兵庫医科大学病院病理部<sup>11)</sup>, 公立昭和病院臨床検査科<sup>12)</sup>

○辻村 亨<sup>1)</sup>, 廣島健三<sup>2)</sup>, 鍋島一樹<sup>3)</sup>, 河原邦光<sup>4)</sup>, 濱崎 慎<sup>5)</sup>, 笠井孝彦<sup>6)</sup>, 清水重喜<sup>7)</sup>, 武田麻衣子<sup>8)</sup>, 丸川活司<sup>9)</sup>, 鶴岡慎悟<sup>10)</sup>, 中村純子<sup>11)</sup>, 濱川真治<sup>12)</sup>

## SP1-3 細胞診ガイドライン (唾液腺) 改訂の要点

東京医科大学人体病理学分野<sup>1)</sup>, 藤田医科大学ばんだね病院病理診断科<sup>2)</sup>, 成田富里徳洲会病院病理診断科<sup>3)</sup>, 久留米大学病院病理部<sup>4)</sup>, 大分大学医学部診断病理学講座<sup>5)</sup>, 名古屋大学病院病理部<sup>6)</sup>, 東京医科大学病院病理診断科<sup>7)</sup>, 九州大学病院病理診断科<sup>8)</sup>

○長尾俊孝<sup>1)</sup>, 浦野 誠<sup>2)</sup>, 加藤 拓<sup>3)</sup>, 河原明彦<sup>4)</sup>, 駄阿 勉<sup>5)</sup>, 谷川真希<sup>1)</sup>, 中黒匡人<sup>6)</sup>, 三宅真司<sup>7)</sup>, 山元英崇<sup>8)</sup>

**特別企画 2** 11 月 5 日 (土) 13:40~15:10 第 9 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 4F 羽衣)

座長: 前田一郎 (北里大学医学部病理学)

長沼 廣 (仙台赤十字病院病理診断科)

齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学講座)

**基礎から学ぶ!** 細胞像の解釈に必要な病理組織所見

SP2-1 正常尿路上皮及び尿路上皮癌の基本的形態所見—尿細胞診の基本所見を踏まえて—

愛知医科大学医学部病理診断学講座

○都築豊徳

SP2-2 甲状腺乳頭癌の Cytologic-Histologic Correlation (細胞組織相関)

伊藤病院病理診断科

○加藤良平

SP2-3 婦人科腫瘍の組織像から考える細胞診判定のクルールとルール

熊本大学病院病理診断科

○三上芳喜

**特別企画 3** 11 月 5 日 (土) 15:30~16:30 第 7 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 3F コンベンションルーム)

座長: 前田一郎 (北里大学医学部病理学)

**乳腺報告様式 IAC Yokohama System の導入: 展望と課題**

SP3 乳腺報告様式 IAC Yokohama System の導入: 展望と課題

川崎医科大学病理学教室<sup>1)</sup>, 日本臨床細胞学会 IAC Yokohama System 乳腺細胞診ワーキンググループ<sup>2)</sup>

○森谷卓也<sup>1,2)</sup>, 前田一郎<sup>2)</sup>, 西村理恵子<sup>2)</sup>, 阿部英二<sup>2)</sup>, 大井恭代<sup>2)</sup>, 小塚祐司<sup>2)</sup>, 坂谷貴司<sup>2)</sup>, 津田 均<sup>2)</sup>, 増田しのぶ<sup>2)</sup>, 伊藤 仁<sup>2)</sup>, 土屋真一<sup>2)</sup>, 長村義之<sup>2)</sup>

## スライドカンファレンス (LIVE 配信あり)

スライドカンファレンス 1 11月5日(土) 16:40~18:10 第3会場(仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

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)

才藤純一 (医療法人社団誠馨会病理センター病理)

### 口腔細胞診バーチャルスライドカンファレンス

- SC1-1 口腔細胞診ガイドラインの概要と意義  
朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>1</sup>, 朝日大学大学院歯学研究科口腔病理学専攻<sup>2</sup>  
○落合隆永<sup>1</sup>, 中尾寿奈<sup>1</sup>, 松岡太相<sup>2</sup>, 宮本侑果<sup>2</sup>, 江原道子<sup>1</sup>, 永山元彦<sup>1</sup>
- SC1-2 舌擦過で O-LSIL とし, 腫瘍性病変が疑われた一例  
宮崎県立日南病院臨床検査科<sup>1</sup>, 宮崎県立日南病院病理診断科<sup>2</sup>  
○佐野亜由美<sup>1</sup>, 佐藤采郁<sup>1</sup>, 木佐貫篤<sup>2</sup>
- SC1-3 口腔細胞診バーチャルスライドカンファレンス—判定困難な扁平上皮癌の細胞像—  
大阪警察病院病理技術科  
○金田敦代
- SC1-4 口腔細胞診バーチャルスライドカンファレンス—乳頭状病変における細胞診—  
富士市立中央病院診療技術部臨床検査科  
○内野有子
- SC1-5 扁平上皮癌病変から採取された多彩な細胞像の意味  
東北大学病院病理部  
○今野かおり, 鈴木 貴, 藤島史喜, 佐藤聡子, 渡邊裕文, 三浦弘守, 安達友津, 小泉照樹, 菅原隆謙, 吉田詩織, 相澤里奈, 八ッ橋海里

スライドカンファレンス 2 11月6日(日) 13:10~14:40 第9会場(ホテル仙台ガーデンパレス 4F 羽衣)

座長: 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)

### 唾液腺細胞診: リアルタイム同時投票形式

- SC2-1 唾液腺細胞診スライドカンファレンス: 症例 1-3  
福井大学医学部腫瘍病理学<sup>1</sup>, 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部<sup>2</sup>, 国立病院機構敦賀医療センター研究検査科<sup>3</sup>  
○福島万奈<sup>1</sup>, 鎌田公美子<sup>2</sup>, 松川遥佳<sup>2</sup>, 古市和美<sup>2</sup>, 森 正樹<sup>2</sup>, 北山安博<sup>2</sup>, 田辺経子<sup>2</sup>, 前川秀樹<sup>2</sup>, 米元菜探<sup>1,2</sup>, 村元暁文<sup>1,2</sup>, 八田聡美<sup>2</sup>, 伊藤知美<sup>2,3</sup>, 山口愛奈<sup>2</sup>, 樋口翔平<sup>2</sup>, 今村好章<sup>2</sup>
- SC2-2 唾液腺細胞診スライドカンファレンス: 症例 4-6  
飯塚病院中央検査部<sup>1</sup>, 飯塚病院病理科<sup>2</sup>  
○金谷直哉<sup>1</sup>, 川嶋大輔<sup>1</sup>, 吉田健登<sup>1</sup>, 上原俊貴<sup>1</sup>, 宮崎佳子<sup>2</sup>, 立石悠基<sup>2</sup>, 平木由佳<sup>2</sup>, 大石善丈<sup>2</sup>
- SC2-3 唾液腺細胞診スライドカンファレンス: 症例 7-9  
京都大学医学部附属病院病理部病理診断科  
○陣内慶大, 南口早智子, 平田勝啓, 羽賀博典

## SC2-4 唾液腺細胞診スライドカンファレンス：症例 10-12

東北大学病院病理部<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学系研究科・医学部病理診断学<sup>2)</sup>

○安達友津<sup>1)</sup>, 三浦弘守<sup>1)</sup>, 今野かおり<sup>1)</sup>, 小泉照樹<sup>1)</sup>, 菅原隆讓<sup>1)</sup>, 吉田詩織<sup>1)</sup>, 相澤里奈<sup>1)</sup>,  
八ッ橋海里<sup>1)</sup>, 佐藤聡子<sup>1)</sup>, 藤島史喜<sup>1)</sup>, 鈴木 貴<sup>1,2)</sup>

## スライドセミナー

11月6日(日) 10:10~11:40 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス 2F 鳳凰)

座長：矢田直美(九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学分野)

渡邊みか(東北公済病院病理診断科)

これから口腔細胞診を導入する施設のために—細胞採取法, 標本作成法の基礎, そして細胞像の見方の基礎について—

## SS-1 一般歯科医院における口腔細胞診と当院の取り組み

北海道口腔病理診断所

○北村哲也

## SS-2 当院における口腔細胞診の検体採取および標本作製方法について

国家公務員共済組合連合会東北公済病院検査科病理<sup>1)</sup>, 国家公務員共済組合連合会東北公済病院歯科口腔外科<sup>2)</sup>, 国家公務員共済組合連合会東北公済病院病理診断科<sup>3)</sup>

○長嶋真紀<sup>1)</sup>, 高橋良輔<sup>1)</sup>, 岡本 聡<sup>1)</sup>, 熊谷正浩<sup>2)</sup>, 渡邊みか<sup>3)</sup>

## SS-3 口腔細胞診はじめての一步—医学部附属病院における取り組み—

神戸大学大学院医学研究科病理学講座病理学分野<sup>1)</sup>, 神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野<sup>2)</sup>

○重岡 学<sup>1,2)</sup>

## SS-4 医学部附属病院における口腔細胞診：症例提示と細胞検査士から伝えたいこと

神戸大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 神戸大学大学院医学研究科病理学講座病理学分野<sup>3)</sup>, 神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野<sup>4)</sup>

○須广佑介<sup>1)</sup>, 重岡 学<sup>3,4)</sup>, 藤永道子<sup>1)</sup>, 中西大地<sup>1)</sup>, 蜂巢智也<sup>1)</sup>, 大浦季恵<sup>1)</sup>, 猪原千愛<sup>1)</sup>,  
猪原哲嗣<sup>1)</sup>, 吉田美帆<sup>1)</sup>, 京竹愛子<sup>1)</sup>, 今川奈央子<sup>1)</sup>, 塚本龍子<sup>1)</sup>, 伊藤智雄<sup>2)</sup>

## SS-5 口腔細胞診の炎症と腫瘍の細胞像

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

## 医療安全セミナー

11月5日(土) 17:00~18:00 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長: 藤森敬也(福島県立医科大学医学部産婦人科学教室)

医療訴訟から学ぶピットフォール

東京神楽坂法律事務所<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部<sup>2)</sup>, 東邦大学医学部<sup>3)</sup>,  
埼玉医科大学国際医療センター<sup>4)</sup> 水沼直樹<sup>1,2,3,4)</sup>

## 感染対策セミナー

11月6日(日) 8:20~9:20 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長: 廣岡保明(鳥取県立中央病院外科)

今後に備えるウイルスのトリセツ

東北大学災害科学国際研究所<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学系研究科<sup>2)</sup>,  
東北大学東北メディカル・メガバンク機構<sup>3)</sup> 児玉栄一<sup>1,2,3)</sup>

## 医療倫理セミナー

11月6日(日) 13:20~14:20 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長: 横山良仁(弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座)

周産期医療における倫理的課題

東京女子医科大学母子総合医療センター 水主川純

## 細胞診専門医セミナー

11月6日(日) 16:00~17:00 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長: 青木大輔(慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

グローバルヘルスと病理診断・細胞診

国立国際医療研究センター国際医療協力局 藤田則子

## 精度管理アドバイザー講習会

11 月 6 日 (日) 14:40~15:40 第 1 会場 (仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長: 柳井広之 (岡山大学病院病理診断科)

HPV 研究の最先端—世界の動向から—

金沢医科大学産科婦人科 笹川寿之

## 2019 年度特別学術研究費受賞講演

2019 年度特別学術研究費受賞講演 1 11 月 5 日 (土) 13:40~14:10 第 8 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 4F 蓬莱)

座長: 元井紀子 (埼玉県立がんセンター病理診断科)

ゲノム時代における液状化細胞診検体の活用と応用

杏林大学医学部呼吸器・甲状腺外科学 田中良太

2019 年度特別学術研究費受賞講演 2 11 月 5 日 (土) 14:10~14:40 第 8 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 4F 蓬莱)

座長: 川名 敬 (日本大学医学部産婦人科学分野)

子宮頸がん検診未受診者対策としての自己採取 HPV 検査の有効性評価

札幌医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 製鉄記念室蘭病院<sup>2)</sup>

○松浦基樹<sup>1)</sup>, 寺田倫子<sup>1)</sup>, 西村庸子<sup>1)</sup>, 玉手雅人<sup>1)</sup>, 長尾沙智子<sup>2)</sup>,

秋元太志<sup>1)</sup>, 幅田周太郎<sup>1)</sup>, 岩崎雅宏<sup>1)</sup>, 齋藤 豪<sup>1)</sup>

## 2019 年度特別学術補助金受賞講演

11 月 5 日 (土) 14:40~15:10 第 8 会場 (ホテル仙台ガーデンパレス 4F 蓬莱)

座長: 河原明彦 (久留米大学病院病理診断科・病理部)

がん遺伝子パネル検査での細胞診検体の活用

山梨県立中央病院ゲノム解析センター<sup>1)</sup>, 山梨県立中央病院検査部ゲノム検査科<sup>2)</sup> 雨宮健司<sup>1,2)</sup>

## ランチオンセミナー (LIVE 配信あり)

ランチオンセミナー 1 11月5日(土) 12:20～13:20 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長：紀川純三 (松江市立病院)

進行卵巣癌の治療戦略とゼジューラの位置づけについて

北海道大学大学院医学研究院生殖・発達医学分野産婦人科学教室 渡利英道

共催：武田薬品工業株式会社

ランチオンセミナー 2 11月5日(土)12:20～13:20 第2会場(仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム)

座長：馬場 長 (岩手医科大学産婦人科学講座)

婦人科腫瘍における最新の Topics

子宮頸がんの病理診断と検査のポイント

帝京大学医学部病院病理部 笹島ゆう子

子宮頸がん治療における新たな選択肢 ～KEYNOTE-826試験を中心に～

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室 岩田 卓

共催：MSD 株式会社

ランチオンセミナー 3 11月5日(土) 12:20～13:20 第3会場(仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

座長：八重樫伸生 (東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野)

婦人科領域でのセンチネルリンパ節生検と治療戦略

仙台医療センター産婦人科 新倉 仁

共催：シスメックス株式会社

ランチオンセミナー 4 11月5日(土) 12:20～13:20 第4会場(仙台サンプラザホテル 1F ローズ)

ダコ Omnis による業務改善 ～がんゲノム病理検査室構築に向けて～

大阪赤十字病院病理診断科部 完山尚裕

共催：アジレント・テクノロジー株式会社

ランチオンセミナー 5 11月5日(土) 12:20～13:20 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス 2F 鳳凰)

座長：池田純一郎 (千葉大学大学院医学研究院診断病理学)

タスクシフトからみるポストアナリシスへの期待

—千葉県認定病理検査技師推進協議会における肺癌遺伝子検査の精度向上への取り組み—

千葉県臨床検査技師会・千葉細胞病理検査センター 清水秀樹

病理医の立場から見た臨床検査技師への業務シフト —肺癌遺伝子パネル検査の事例から—

松戸市立総合医療センター病理診断科 野呂昌弘

共催：ノバルティス ファーマ株式会社

ランチオンセミナー 6 11月5日(土) 12:20～13:20 第9会場(ホテル仙台ガーデンパレス 4F 羽衣)

座長：廣井禎之 (順天堂大学医療科学部)

河合俊明 (株式会社 TLC)

リアル標本道場第4回～固定・プロセッシング～



松阪市民病院病理診断科 池谷朱美  
 大阪国際がんセンター臨床検査科 病理・細胞診 棚田 諭  
 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部 松永 徹  
 共催：サクラファインテックジャパン株式会社

ランチョンセミナー 7 11月6日(日) 12:00～13:00 第1会場(仙台サンプラザホール 1F メインホール)

座長：笹野公伸 (東北大学大学院医学系研究科医科学専攻病理学講座病理診断学分野)

免疫組織化学染色による dMMR 判定方法とその臨床的意義

がん研究会有明病院病理部/がん研究所病理部 河内 洋

熊本大学病院病理診断科 三上芳喜

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 8 11月6日(日)12:00～13:00 第2会場(仙台サンプラザホテル 3F クリスタルルーム)

座長：島田宗昭 (東北大学病院婦人科)

進行卵巣がんにおけるバイオマーカーに基づく個別化医療

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科周産期医療学講座 長尾昌二

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 9 11月6日(日) 12:00～13:00 第3会場(仙台サンプラザホテル 3F 宮城野)

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学分野)

進行・再発卵巣がんにおける Bevacizumab の位置づけ～術前画像による Bev 投与の適格性判定を含めて～

鹿児島大学医学部産科婦人科学教室 小林裕明

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー 10 11月6日(日) 12:00～13:00 第4会場(仙台サンプラザホテル 1F ローズ)

座長：森永謙二 (独立行政法人環境再生保全機構)

石綿関連疾患について

新しい WHO (2021) 中皮腫分類について

千葉大学大学院医学研究院 廣島健三

最近の中皮腫細胞診の動向

公益財団法人結核予防会複十字病院病理診断部 岡 輝明

共催：独立行政法人環境再生保全機構

ランチョンセミナー 11 11月6日(日) 12:00～13:00 第6会場(ホテル仙台ガーデンパレス 2F 鳳凰)

座長：田畑 務 (東京女子医科大学産婦人科)

再発卵巣癌の治療マネジメント 現状と課題

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科 竹原和宏

共催：持田製薬株式会社/持田製薬販売株式会社

ランチョンセミナー 12 11月6日(日) 12:00～13:00 第9会場(ホテル仙台ガーデンパレス 4F 羽衣)

座長：小林忠男 (学校法人天理大学)

グローバルな視点から考えた内膜細胞診の今後と LBC の役割

三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿中央総合病院産婦人科 矢納研二

共催：ホロジックジャパン株式会社

## 一般演題（示説）

### ＝ 11月5日（土）ポスター会場（仙台サンプラザホール 2F ホワイエ）＝

<b>子宮頸部-1</b>	<b>13：30～13：50</b>	<b>座長：及川洋恵</b> （医療法人社団スズキ記念病院医療技術部）
P-1-1	子宮頸部細胞診の ASC-H 判定と年齢との関係性の検討 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学領域 ○高島希未, 小林さやか, 西島良美, 齊尾征直	
P-1-2	子宮頸部細胞診における腺系異常指摘例の検討—細胞診断と組織診断の結果の比較— 八戸赤十字病院検査技術課 <sup>1</sup> , 八戸赤十字病院病理診断科 <sup>2</sup> ○萩生田美穂 <sup>1</sup> , 藤川沙織 <sup>1</sup> , 小原勇貴 <sup>1</sup> , 清水道弘 <sup>1</sup> , 笹生俊一 <sup>2</sup>	
P-1-3	自己採取（尿検体）HPV 検査を用いた子宮頸癌スクリーニングの可能性 北海道対がん協会札幌検診センター検査科 <sup>1</sup> , 北海道対がん協会細胞診センター <sup>2</sup> , 北海道大学産婦人科 <sup>3</sup> ○高橋栞奈 <sup>1</sup> , 和田恒之 <sup>1</sup> , 岸田佳倫 <sup>1</sup> , 平野真理 <sup>1</sup> , 三谷尚子 <sup>1</sup> , 小西加奈子 <sup>1</sup> , 藤田博正 <sup>2</sup> , 岡元一平 <sup>2</sup> , 山崎博之 <sup>3</sup> , 渡利英道 <sup>3</sup>	
<b>子宮頸部-2</b>	<b>13：50～14：10</b>	<b>座長：秀城浩司</b> （宮城県対がん協会細胞診センター検査科）
P-1-4	20代子宮頸がんスクリーニングとしての HPV 検査の意義 北海道対がん協会札幌検診センター検査科 <sup>1</sup> , 北海道対がん協会細胞診センター <sup>2</sup> ○岸田佳倫 <sup>1</sup> , 高橋栞奈 <sup>1</sup> , 和田恒之 <sup>1</sup> , 日野順子 <sup>1</sup> , 横山 恵 <sup>1</sup> , 市川浩巳 <sup>1</sup> , 三谷尚子 <sup>1</sup> , 平野真理 <sup>1</sup> , 藤田博正 <sup>2</sup> , 岡元一平 <sup>2</sup>	
P-1-5	子宮頸部扁平上皮異常の細胞診における化生細胞の意義 昭和大学江東豊洲病院臨床病理検査室 <sup>1</sup> , 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科 <sup>2</sup> ○林 胡桃 <sup>1</sup> , 関口孝次 <sup>1</sup> , 佐藤純子 <sup>1</sup> , 南雲 佑 <sup>2</sup> , 九島巳樹 <sup>2</sup>	
P-1-6	LBC（ThinPrep）子宮頸部細胞診標本の萎縮性変化所見で見られる背景物質について 医療法人社団 EVE ウィミズクリニック <sup>1</sup> , 札幌臨床検査センター株式会社病理検査部病理検査課 <sup>2</sup> , 札幌臨床検査センター株式会社病理診断部 <sup>3</sup> ○松並晋晋 <sup>1</sup> , 小泉基生 <sup>1</sup> , 原まみえ <sup>2</sup> , 小林亜紗美 <sup>2</sup> , 黒川孝子 <sup>2</sup> , 河内香織 <sup>2</sup> , 佐藤昌明 <sup>3</sup> , 水無瀬昂 <sup>3</sup>	
<b>子宮頸部-3</b>	<b>14：10～14：30</b>	<b>座長：大石徹郎</b> （松江市立病院産婦人科）
P-1-7	子宮頸部円錐切除術における術中頸管細胞診の有用性に関する検証 東北大学医学部産婦人科 <sup>1</sup> , 東北公済病院 <sup>2</sup> , 東北大学災害科学国際研究所災害医学研究部門災害産婦人科学分野 <sup>3</sup> ○重田昌吾 <sup>1</sup> , 橋本千明 <sup>1</sup> , 石橋ますみ <sup>1</sup> , 岡本 聡 <sup>2</sup> , 徳永英樹 <sup>1</sup> , 島田宗昭 <sup>1</sup> , 伊藤 潔 <sup>1,3</sup> , 八重樫伸生 <sup>1</sup>	

- P-1-8 当院における子宮頸部細胞診 AGC (atypical glandular cells) 判定の検討  
国際医療福祉大学三田病院病理部<sup>1)</sup>, 国際医療福祉大学三田病院予防医学センター<sup>2)</sup>, 国際医療福祉大学三田病院女性腫瘍センター・婦人科<sup>3)</sup>, 国際医療福祉大学成田病院婦人科<sup>4)</sup>  
○佐野弘子<sup>1)</sup>, 齊藤英子<sup>2,3)</sup>, 上田 和<sup>3)</sup>, 永吉陽子<sup>3)</sup>, 進 伸幸<sup>3,4)</sup>, 阿部仁美<sup>1)</sup>, 西井しのぶ<sup>1)</sup>, 星井裕太<sup>1)</sup>, 松崎佳子<sup>1)</sup>, 浅尾彩子<sup>1)</sup>, 石田朋子<sup>1)</sup>, 増田友紀江<sup>1)</sup>, 戸来安那<sup>1)</sup>, 相田真莉菜<sup>1)</sup>, 相田真介<sup>1)</sup>
- P-1-9 ASC-H 症例の検討—異型細胞集塊の出現状態と核分裂像を中心に—  
公益財団法人東京都予防医学協会母子保健検査科<sup>1)</sup>, 日本鋼管病院人間ドック・健診センター<sup>2)</sup>  
○綾部友紀<sup>1)</sup>, 庄司里香<sup>1)</sup>, 鎌田久美子<sup>1)</sup>, 花出有芸<sup>1)</sup>, 梅田昂暉<sup>1)</sup>, 青木あすか<sup>1)</sup>, 石山功二<sup>1)</sup>, 藤井雅彦<sup>1)</sup>, 木口一成<sup>1,2)</sup>, 久布白兼行<sup>1)</sup>

**子宮頸部-4 14:30~14:50 座長: 松本光司 (昭和大学医学部産婦人科学講座)**

- P-1-10 LSIL と HSIL の核・細胞解析法を用いた表層・中層・傍基底型核異常細胞の特徴分析  
弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>2)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>3)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科産婦人科学講座<sup>4)</sup>  
○達 琴乃<sup>1)</sup>, 吉岡治彦<sup>2)</sup>, 熊谷直哉<sup>3)</sup>, 小島啓子<sup>3)</sup>, 黒瀬 顕<sup>3)</sup>, 横山良仁<sup>4)</sup>, 堀江香代<sup>2)</sup>, 渡邊 純<sup>2)</sup>
- P-1-11 閉経後の子宮頸部細胞診標本中に見られる異型扁平上皮細胞集塊の検討  
東邦大学医療センター大橋病院病理部<sup>1)</sup>, 東邦大学医療センター大橋病院産婦人科<sup>2)</sup>, 医療法人社団仁厚会安田診療所<sup>3)</sup>, 帝京短期大学ライフケア学科<sup>4)</sup>  
○湯浅瑛介<sup>1)</sup>, 中村千秋<sup>1)</sup>, 佐々木智子<sup>1)</sup>, 村石佳重<sup>1)</sup>, 藤田正志<sup>1,4)</sup>, 浅川奈々絵<sup>1)</sup>, 横内 幸<sup>1)</sup>, 大原関利章<sup>1)</sup>, 高橋 啓<sup>1)</sup>, 田中京子<sup>2)</sup>, 安田 貢<sup>3)</sup>
- P-1-12 当院における ASC-H 症例の臨床病理学的検討  
聖マリアンナ医科大学東横病院婦人科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学東横病院病理診断科<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医科大学産婦人科学<sup>3)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>4)</sup>, 聖マリアンナ医科大学多摩病院産婦人科<sup>5)</sup>  
○戸澤晃子<sup>1)</sup>, 中村 勝<sup>2)</sup>, 原 勝洋<sup>2)</sup>, 永澤侑子<sup>1)</sup>, 久慈志保<sup>3)</sup>, 大原 樹<sup>3)</sup>, 大熊克彰<sup>5)</sup>, 小泉宏隆<sup>2)</sup>, 小池淳樹<sup>4)</sup>, 木口一成<sup>3)</sup>, 鈴木 直<sup>3)</sup>

**子宮頸部-5 14:50~15:10 座長: 加藤久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)**

- P-1-13 HPV 非依存性と考えられた high-grade CIN の一例  
永井マザーズホスピタル病理診断科<sup>1)</sup>, 永井マザーズホスピタル産婦人科<sup>2)</sup>  
○原田哲也<sup>1)</sup>, 石井恵美<sup>1)</sup>, 畠山重春<sup>1)</sup>, 山科光正<sup>1)</sup>, 永井 毅<sup>1)</sup>, 橋口史江<sup>2)</sup>
- P-1-14 Stratified mucin-producing intraepithelial lesion (SMILE) の 2 例  
香川労災病院病理診断科<sup>1)</sup>, 香川労災病院中央検査部<sup>2)</sup>  
○守都敏晃<sup>1)</sup>, 音泉貴子<sup>2)</sup>, 三宅桂子<sup>2)</sup>, 佐野侑里<sup>2)</sup>, 宍戸 優<sup>2)</sup>, 真鍋昌謙<sup>2)</sup>, 高水竜一<sup>2)</sup>, 大原信哉<sup>1)</sup>, 溝渕光一<sup>1)</sup>
- P-1-15 子宮頸部扁平上皮癌の卵巣転移例—細胞診からの考察  
防衛医科大学校産科婦人科<sup>1)</sup>, 防衛医科大学校病院検査部<sup>2)</sup>  
○三宅太郎<sup>1)</sup>, 笹 秀典<sup>1)</sup>, 岩橋秀樹<sup>1)</sup>, 垣本壮一郎<sup>1)</sup>, 宮本守員<sup>1)</sup>, 鈴木理絵<sup>1)</sup>, 高橋宏美<sup>2)</sup>, 三鍋慎也<sup>2)</sup>, 島崎英幸<sup>2)</sup>, 松熊 晋<sup>2)</sup>, 高野政志<sup>1)</sup>

<b>子宮頸部-6</b>	<b>15：10～15：30</b>	<b>座長：坂本 優</b> （佐々木研究所附属杏雲堂病院産婦人科）
P-1-16	子宮頸部 LBC 検体で診断に苦慮した骨髄肉腫の一例 長崎大学病院病理診断科・病理部 <sup>1</sup> , 医療法人長崎病理長崎病理診断科 <sup>2</sup> ○溝口太郎 <sup>1</sup> , 平山三国 <sup>1</sup> , 今泉利信 <sup>1</sup> , 田中 圭 <sup>1</sup> , 山田明希 <sup>1</sup> , 大館拓真 <sup>1</sup> , 山形真祐美 <sup>1</sup> , 迫頭直子 <sup>1</sup> , 穴見正信 <sup>2</sup> , 岸川正大 <sup>2</sup> , 黒濱大和 <sup>1</sup> , 岡野慎士 <sup>1</sup>	
P-1-17	通常型内頸部腺癌と組織診断された 20 症例の細胞診所見の再検討 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院 ○四家千晴, 今木 愛, 諸橋佳奈, 佐藤陽子, 原田仁稔, 小林美穂, 五十嵐誠治, 坂本且一, 橋本歳洋, 羽生忠義	
<b>子宮体部-1</b>	<b>15：30～15：50</b>	<b>座長：高松 潔</b> （東京歯科大学市川総合病院産婦人科）
P-1-18	委託細胞診での子宮内膜細胞診疑陽性判定の検討 公益財団法人福島県保健衛生協会 <sup>1</sup> , 医療法人徳洲会羽生総合病院 <sup>2</sup> , 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座 <sup>3</sup> ○荒木由佳理 <sup>1</sup> , 羽野真貴 <sup>1</sup> , 添田喜憲 <sup>1</sup> , 佐藤丈晴 <sup>1</sup> , 佐藤奈美 <sup>1</sup> , 千葉聖子 <sup>1</sup> , 森村 豊 <sup>2</sup> , 小島 学 <sup>3</sup> , 古川茂宜 <sup>3</sup> , 添田 周 <sup>3</sup> , 渡辺尚文 <sup>3</sup> , 藤森敬也 <sup>3</sup>	
P-1-19	子宮内膜間質評価を目的としたアルシアンブルー染色の有用性 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科 <sup>1</sup> , 奈良県立医科大学附属病院病理部 <sup>2</sup> , 福井大学医学部産科婦人科 <sup>3</sup> , JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科 <sup>4</sup> , 富山赤十字病院病理診断科 <sup>5</sup> ○細川 翔 <sup>1</sup> , 則松良明 <sup>1</sup> , 西川 武 <sup>2</sup> , 鈴木久恵 <sup>2</sup> , 黒川哲司 <sup>3</sup> , 品川明子 <sup>3</sup> , 矢納研二 <sup>4</sup> , 前田宣延 <sup>5</sup>	
P-1-20	子宮内膜癌における細胞周期による核形態変化：培養細胞と臨床検体による検討 愛知医科大学医学部病理学講座 <sup>1</sup> , 愛知医科大学病院病理部 <sup>2</sup> , 愛知医科大学医学部病理診断学講座 <sup>3</sup> , 愛知医科大学医学部産婦人科学講座 <sup>4</sup> , 山口大学大学院医学系研究科分子病理学分野 <sup>5</sup> ○伊藤秀明 <sup>1</sup> , 早川里美 <sup>2</sup> , 和田栄里子 <sup>2</sup> , 桜井包子 <sup>2</sup> , 佐藤允則 <sup>2</sup> , 佐藤 啓 <sup>3</sup> , 高原大志 <sup>3</sup> , 大橋明子 <sup>3</sup> , 大西紘二 <sup>1</sup> , 松下 宏 <sup>4</sup> , 近藤智子 <sup>5</sup> , 高橋恵美子 <sup>3</sup> , 都築豊徳 <sup>3</sup>	
<b>子宮体部-2</b>	<b>15：50～16：10</b>	<b>座長：長谷川清志</b> （獨協医科大学産科婦人科）
P-1-21	転写因子 LIM1 は CREB signaling を通じて子宮体癌の腫瘍増生を促す 愛媛大学大学院医学系研究科産婦人科学講座 <sup>1</sup> , 愛媛大学学術支援センター動物実験部門 <sup>2</sup> , 愛媛大学プロテオサイエンスセンター病態生理解析部門 <sup>3</sup> ○加藤宏章 <sup>1</sup> , 佐伯法学 <sup>2</sup> , 今井祐記 <sup>3</sup> , 杉山 隆 <sup>1</sup>	
P-1-22	子宮体部原発の大細胞神経内分泌癌 (Large cell neuroendocrine carcinoma) の一例 東京歯科大学市川総合病院検査科病理 <sup>1</sup> , 東京歯科大学市川総合病院産婦人科 <sup>2</sup> ○小谷隆史 <sup>1</sup> , 柴田早紀 <sup>1</sup> , 渡邊美比 <sup>1</sup> , 福田雅美 <sup>1</sup> , 橋本和彦 <sup>1</sup> , 佐々木文 <sup>1</sup> , 橋本志歩 <sup>2</sup> , 小川真里子 <sup>2</sup> , 高松 潔 <sup>2</sup>	
P-1-23	縦隔悪性リンパ腫と同時性重複した子宮体部中腎様腺癌の 1 例 旭川医科大学医学部産婦人科 <sup>1</sup> , 旭川医科大学病院病理部 <sup>2</sup> ○高橋知昭 <sup>1</sup> , 青木直子 <sup>2</sup> , 鶴野裕治 <sup>2</sup> , 片山英人 <sup>1</sup> , 市川英俊 <sup>1</sup> , 板橋 彩 <sup>1</sup> , 水崎 恵 <sup>1</sup> , 早坂美紗 <sup>1</sup> , 寶田健平 <sup>1</sup> , 湯澤明夏 <sup>2</sup> , 上小倉佑機 <sup>2</sup> , 秋山直子 <sup>2</sup> , 谷野美智枝 <sup>2</sup> , 加藤育民 <sup>1</sup>	

子宮体部-3	16 : 10~16 : 30	座長：二神真行 (東京医科大学産科婦人科)
P-1-24	卵巣性索腫瘍類似子宮腫瘍 (UTROSCT) の経子宮頸管的針生検・捺印細胞像 大阪市立総合医療センター婦人科 <sup>1)</sup> , 大阪市立総合医療センター病理部 <sup>2)</sup> , 大阪公立大学大学院医学研究科女性病態医学 <sup>3)</sup> ○川村直樹 <sup>1)</sup> , 村上 誠 <sup>1)</sup> , 世古裕里 <sup>2)</sup> , 山畑 翔 <sup>2)</sup> , 石井真美 <sup>2)</sup> , 井上 健 <sup>2)</sup> , 笠井真理 <sup>3)</sup> , 市村友季 <sup>3)</sup>	
P-1-25	子宮体部に発生した PSTT の 1 例 東京国際大堀病院病理診断科 <sup>1)</sup> , 東京国際大堀病院婦人科 <sup>2)</sup> ○川副 萌 <sup>1)</sup> , 小糸庄円 <sup>1)</sup> , 関 邦彦 <sup>1)</sup> , 井坂恵一 <sup>2)</sup>	
P-1-26	肺転移を契機に発見された子宮体部原発中腎様癌の一例 帝京大学医学部附属病院病理部 <sup>1)</sup> , 帝京大学医学部病理学講座 <sup>2)</sup> , 帝京大学医学部産婦人科学講座 <sup>3)</sup> ○石井美樹子 <sup>1)</sup> , 沼倉里枝 <sup>2)</sup> , 菊地良直 <sup>2)</sup> , 佐野竣亮 <sup>1)</sup> , 南 秀坪 <sup>1)</sup> , 向山淳児 <sup>1)</sup> , 笠井亮子 <sup>1)</sup> , 小島 貴 <sup>1)</sup> , 赤嶺 亮 <sup>1)</sup> , 河野純一 <sup>1)</sup> , 羽賀敏博 <sup>1)</sup> , 石田 毅 <sup>1)</sup> , 斉藤光次 <sup>1)</sup> , 長阪一憲 <sup>3)</sup> , 笹島ゆう子 <sup>1)</sup>	
子宮体部-4	16 : 30~16 : 50	座長：岩瀬春子 (東京都立墨東病院産婦人科)
P-1-27	子宮内膜細胞診を契機に診断された子宮内膜脱分化癌の 1 例 倉敷成人病センター産婦人科 <sup>1)</sup> , 倉敷成人病センター病理診断科 <sup>2)</sup> ○仙波恵樹 <sup>1)</sup> , 大森昌子 <sup>2)</sup> , 小林千聖 <sup>2)</sup> , 小川友香 <sup>2)</sup> , 安原聖子 <sup>2)</sup> , 小淵喜枝 <sup>2)</sup> , 瀬島雅子 <sup>2)</sup> , 高田由貴 <sup>2)</sup> , 藤田 勝 <sup>2)</sup> , 石原真理子 <sup>2)</sup>	
P-1-28	子宮体癌の推定診断に細胞診が有用であったマンチェスター術後の骨盤臓器脱の 1 例 トヨタ記念病院産婦人科 ○村井 健, 島 寛太, 柴田莉奈, 松尾聡一郎, 小鳥遊明, 森 将, 稲村達生, 柴田崇宏, 竹田健彦, 鶴飼真由, 岸上靖幸, 佐原晴人, 吉森之恵, 川口規子, 小口秀紀	
P-1-29	初回治療から 13 年経過後の子宮体部癌肉腫腔断端再発 北海道大学病院婦人科 <sup>1)</sup> , KKR 札幌医療センター産婦人科 <sup>2)</sup> ○松宮寛子 <sup>1)</sup> , 三田村卓 <sup>1)</sup> , 山崎博之 <sup>1)</sup> , 黒須博之 <sup>1)</sup> , 石塚泰也 <sup>2)</sup> , 遠藤大介 <sup>1)</sup> , 金野陽輔 <sup>1)</sup> , 武田真人 <sup>1)</sup> , 渡利英道 <sup>1)</sup>	
呼吸器-1	13 : 30~13 : 50	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)
P-1-30	TBB および EBUS-TBNA における ROSE の有用性について 宮崎大学医学部附属病院病理部 <sup>1)</sup> , 宮崎大学医学部附属病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○白濱幸生 <sup>1)</sup> , 野口裕史 <sup>1)</sup> , 徳満貴子 <sup>1)</sup> , 森田勝代 <sup>1)</sup> , 峰松映子 <sup>1)</sup> , 黒木栄輝 <sup>1)</sup> , 黒木奈瑞菜 <sup>1)</sup> , 齋藤嬉和 <sup>1)</sup> , 盛口清香 <sup>1,2)</sup> , 田中弘之 <sup>1,2)</sup> , 佐藤勇一郎 <sup>1,2)</sup>	
P-1-31	COVID-19 における鼻咽頭の細胞学的検討の 1 例 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院病理診断科 <sup>1)</sup> , 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立荏原病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○楠木麻子 <sup>1)</sup> , 久和美咲 <sup>2)</sup> , 柴崎洋子 <sup>1)</sup> , 小池 昇 <sup>1)</sup> , 秋田英貴 <sup>1)</sup> , 鄭 子文 <sup>1)</sup>	
P-1-32	肺癌における遺伝子パネルや PD-L1 の結果からみえる組織型の検討について 公立八女総合病院臨床検査科 <sup>1)</sup> , 公立八女総合病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○跡部美和 <sup>1)</sup> , 四丸知弥 <sup>1)</sup> , 堤麻莉子 <sup>1)</sup> , 谷川 健 <sup>2)</sup>	



<b>呼吸器-2</b>	<b>13:50~14:10</b>	<b>座長：門田球一</b> （島根大学医学部病理学講座器官病理学）
P-1-33	Pulmonary hyalinizing granuloma と肺腺癌の併存により形成された孤立性肺腫瘍の1例 JA 愛知厚生連安城更生病院臨床検査室 <sup>1</sup> , JA 愛知厚生連安城更生病院病理診断科 <sup>2</sup> ○牧明日加 <sup>1</sup> , 山本宗平 <sup>2</sup> , 杉山宗平 <sup>1</sup> , 水野里枝 <sup>1</sup> , 情家千裕 <sup>1</sup> , 角谷優海 <sup>1</sup> , 高須大輔 <sup>1</sup> , 鳥居也紗 <sup>1</sup> , 杉浦記弘 <sup>1</sup> , 酒井 優 <sup>2</sup>	
P-1-34	乳頭状増殖が目立つ肺カルチノイド腫瘍の細胞像 国立病院機構金沢医療センター臨床検査科 ○黒瀬 望, 梅原瑤子, 松田愛子, 小嶋洋美, 山岸 豊, 鈴木啓仁, 川島篤弘	
P-1-35	UIP (usual interstitial pneumonia) パターンの間質性肺炎に肺肉腫様癌を合併した一例 医誠会病院病理診断科 <sup>1</sup> , 医誠会病院病理検査センター <sup>2</sup> , 医誠会病院呼吸器内科 <sup>3</sup> , 兵庫医科大学病院病理部 <sup>4</sup> ○土田泰昭 <sup>1</sup> , 宮本 誠 <sup>1</sup> , 田村奈々 <sup>2</sup> , 長森晴紀 <sup>2</sup> , 中間 愛 <sup>2</sup> , 鈴木由紀 <sup>2</sup> , 荒木優利香 <sup>2</sup> , 村上亜紀 <sup>3</sup> , 毛利圭二 <sup>3</sup> , 鳥居洋祐 <sup>4</sup> , 石田誠実 <sup>4</sup> , 中村純子 <sup>4</sup> , 廣田誠一 <sup>4</sup>	
<b>呼吸器-3</b>	<b>14:10~14:30</b>	<b>座長：高橋美紀子</b> （帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科）
P-1-36	Anaplastic carcinoma of the thymus の1例 新百合ヶ丘総合病院臨床検査科 <sup>1</sup> , 新百合ヶ丘総合病院病理診断科 <sup>2</sup> , 東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター病院病理部 <sup>3</sup> ○塩野涼子 <sup>1</sup> , 村上将人 <sup>1</sup> , 和田幸子 <sup>1</sup> , 松本聖也 <sup>1</sup> , 高山明子 <sup>1</sup> , 田口勝二 <sup>1</sup> , 大森嘉彦 <sup>2</sup> , 福永真治 <sup>2</sup> , 松沢春華 <sup>3</sup>	
P-1-37	肺原発 Ciliated muconodular papillary tumor : CMPT の1例 済生会熊本病院中央検査部病理 ○田上圭二, 甲斐美紗樹, 杉谷拓海, 木下史暁, 近藤妙子, 松岡拓也, 中川美弥, 神尾多喜浩	
P-1-38	肺コロイド腺癌の一例 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科 ○倉澤佳奈, 片平くるみ, 岩瀬大輔, 立石愛美, 西尾祥邦, 佐々木志保, 藤中浩樹, 島津宏樹, 松岡圭子, 伏見博彰	
<b>呼吸器-4</b>	<b>14:30~14:50</b>	<b>座長：田口健一</b> （国立病院機構九州がんセンター病理診断科）
P-1-39	気管支に発生した顆粒細胞腫の一例 大阪公立大学医学附属病院病理部 ○目黒麻紀, 安藤加奈江, 塩見和彦, 塩田晃子, 田中江里子, 宇仁和将, 森本真希, 前川宥都, 大澤政彦, 桑江優子, 田中さやか	
P-1-40	リンパ節穿刺細胞診にて推定しえた髄膜腫肺転移, リンパ節転移の一例 済生会宇都宮病院病理検査課 <sup>1</sup> , 済生会宇都宮病院病理診断科 <sup>2</sup> , 慶應義塾大学医学部病理学教室 <sup>3</sup> ○川又圭太 <sup>1</sup> , 渡部幹子 <sup>1</sup> , 大塚真由美 <sup>1</sup> , 青木律子 <sup>1</sup> , 湯澤浩子 <sup>1</sup> , 江本 桂 <sup>3</sup> , 若松早穂 <sup>2</sup> , 尾原健太郎 <sup>2</sup>	
P-1-41	肺炎症性筋線維芽細胞腫瘍の一例 地方独立行政法人長野市民病院臨床検査科病理 <sup>1</sup> , 地方独立行政法人長野市民病院病理診断科 <sup>2</sup> ○櫻井博文 <sup>1</sup> , 上垣外明子 <sup>1</sup> , 丸山 聡 <sup>1</sup> , 柴草あかね <sup>1</sup> , 草間由紀子 <sup>2</sup>	
<b>呼吸器-5</b>	<b>14:50~15:10</b>	<b>座長：大久保陽一郎</b> （神奈川県立がんセンター病理診断科）
P-1-42	甲状腺髄様癌の肺転移診断に細胞診が有用であった一例 大阪はびきの医療センター病理診断科 <sup>1</sup> , 神戸大学医学部地域連携病理学 <sup>2</sup> ○岩崎真衣 <sup>1</sup> , 大西雅子 <sup>1</sup> , 梶尾健太 <sup>1</sup> , 飯田健斗 <sup>1</sup> , 森 秀夫 <sup>1</sup> , 河原邦光 <sup>1,2</sup> , 上田佳世 <sup>1</sup>	



- P-1-43 術中迅速細胞診で経験した胸腺成熟型奇形腫の 1 例  
公益社団法人勤医協中央病院病理検査科<sup>1</sup>, 公益社団法人勤医協中央病院病理診断科<sup>2</sup>  
○齊藤史絵<sup>1</sup>, 中島洋平<sup>1</sup>, 塚原武瑠<sup>1</sup>, 高村浩子<sup>1</sup>, 鹿野 哲<sup>2</sup>
- P-1-44 肺ランゲルハンス細胞組織球症を併発した肺ランゲルハンス細胞肉腫の一例  
大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診<sup>1</sup>, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科<sup>2</sup>  
○上藤房代<sup>1</sup>, 龍あゆみ<sup>1</sup>, 村松貴子<sup>1</sup>, 小柳由貴<sup>1</sup>, 梅野佳美<sup>1</sup>, 神月 梓<sup>1</sup>, 西村早菜子<sup>1</sup>, 棚田 論<sup>1</sup>, 本間圭一郎<sup>2</sup>

**消化器-1 15:10~15:30 座長:平林健一 (富山大学学術研究部医学系病理診断学)**

- P-1-45 膵 FNA-LBC 検体における異型細胞含有数と遺伝子変異検出感度の検討  
和歌山県立医科大学・附属病院中央検査部病理診断部門<sup>1</sup>, 和歌山県立医科大学・人体病理学教室/病理診断科<sup>2</sup>  
○荻野みなみ<sup>1</sup>, 松崎生笛<sup>2</sup>, 木下勇一<sup>1</sup>, 吉井輝子<sup>1</sup>, 永井宏和<sup>1</sup>, 杉山絵美<sup>1</sup>, 山本枝里子<sup>1</sup>, 工藤祥太<sup>1</sup>, 矢野裕子<sup>1</sup>, 西川瑞希<sup>2</sup>, 三笠友理奈<sup>2</sup>, 岩元竜太<sup>2</sup>, 高橋祐一<sup>2</sup>, 小島史好<sup>2</sup>, 村田晋一<sup>2</sup>
- P-1-46 GNAS 陽性の膵液における細胞形態の特徴  
和歌山県立医科大学・附属病院中央検査部病理診断部門<sup>1</sup>, 和歌山県立医科大学・人体病理学教室/病理診断科<sup>2</sup>  
○工藤祥太<sup>1</sup>, 永井宏和<sup>1</sup>, 木下勇一<sup>1</sup>, 吉井輝子<sup>1</sup>, 杉山絵美<sup>1</sup>, 山本綾菜<sup>1</sup>, 松崎生笛<sup>2</sup>, 荻野みなみ<sup>1</sup>, 坂本果穂<sup>1</sup>, 目佳那子<sup>2</sup>, 三笠友理奈<sup>2</sup>, 岩元竜太<sup>2</sup>, 高橋祐一<sup>2</sup>, 小島史好<sup>2</sup>, 村田晋一<sup>2</sup>
- P-1-47 当院における連続膵液細胞診 (SPACE) の至適採取回数の検討  
JA 北海道厚生連札幌厚生病院医療技術部臨床検査技術科  
○福田彩夏, 廣瀬尚樹, 市原 真, 石井貴裕, 村岡俊二

**消化器-2 15:30~15:50 座長:佐々木素子 (金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学)**

- P-1-48 TACAS™Ruby: 上尾方式による膵胆道細胞診の検討  
上尾中央総合病院検査技術科病理<sup>1</sup>, 上尾中央総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
○柴田真里<sup>1</sup>, 大野喜作<sup>1</sup>, 小林 要<sup>1</sup>, 渡部有依<sup>1</sup>, 蔵光優理香<sup>1</sup>, 小林高祥<sup>1</sup>, 佐伯尚人<sup>1</sup>, 横田亜矢<sup>2</sup>, 大庭華子<sup>2</sup>, 絹川典子<sup>2</sup>, 杉谷雅彦<sup>2</sup>
- P-1-49 膵 EUS-FNA における細胞像 NET と SPN の比較検討  
帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部<sup>1</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科<sup>2</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科<sup>3</sup>, 湘南藤沢徳州会病院病理診断科<sup>4</sup>  
○吉野美由紀<sup>1</sup>, 山田正人<sup>1</sup>, 湯澤和彦<sup>1</sup>, 福田 学<sup>1</sup>, 山本恵美<sup>1</sup>, 阿曾達也<sup>2</sup>, 水口國雄<sup>3</sup>, 川本雅司<sup>2,4</sup>, 高橋美紀子<sup>2</sup>
- P-1-50 胆汁細胞診一収縮変化した細胞の N/C 比上昇の判定法一  
順天堂大学大学院医学研究科形態解析研究室<sup>1</sup>, 順天堂大学練馬病院臨床検査科<sup>2</sup>, 済生会神奈川県病院検査科<sup>3</sup>, 川崎太田総合病院中央検査科<sup>4</sup>, 川崎太田総合病院消化器外科<sup>5</sup>, 鳥取県立中央病院外科<sup>6</sup>  
○古旗 淳<sup>1</sup>, 東井靖子<sup>1</sup>, 大橋久美子<sup>2</sup>, 阿部加奈子<sup>3</sup>, 阿部佳之<sup>4</sup>, 権田厚文<sup>5</sup>, 廣岡保明<sup>6</sup>

<b>消化器-3</b>	<b>15:50~16:10</b>	<b>座長：中山 淳</b> (信州大学医学部分子病理学教室)
P-1-51	肝血管筋脂肪腫(angiomylipoma: AML)の細胞学的検討 大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診 <sup>1</sup> , 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科 <sup>2</sup> ○小柳由貴 <sup>1</sup> , 津崎沙世子 <sup>1</sup> , 吉岡里沙 <sup>1</sup> , 上藤房代 <sup>1</sup> , 神月 梓 <sup>1</sup> , 棚田 諭 <sup>1</sup> , 長田盛典 <sup>2</sup> , 本間圭一郎 <sup>2</sup>	
P-1-52	演題取り下げ	
P-1-53	膵臓粘液癌の一例 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科 ○江坂四季音, 中島裕理, 白幡浩人, 鈴木明美, 新井富生	
<b>消化器-4</b>	<b>16:10~16:30</b>	<b>座長：町田知久</b> (東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科)
P-1-54	リンパ節穿刺吸引標本において診断に苦慮した直腸原発大細胞型内分泌細胞癌の1症例 飯山赤十字病院医療技術部病理技術課 <sup>1</sup> , 飯山赤十字病院医療技術部 <sup>2</sup> , 飯山赤十字病院消化器科 <sup>3</sup> , 信州大学医学部分子病理学教室 <sup>4</sup> ○小玉里奈 <sup>1</sup> , 松浦博之 <sup>2</sup> , 渡邊貴之 <sup>3</sup> , 中山 淳 <sup>4</sup>	
P-1-55	膵臓退形成癌の1例 社会医療法人シマダ嶋田病院病理診断科 <sup>1</sup> , 久留米大学病院臨床検査部 <sup>2</sup> , 久留米大学病院病理診断科・病理部 <sup>3</sup> , 久留米大学医学部病理学講座 <sup>4</sup> , 社会医療法人シマダ嶋田病院外科 <sup>5</sup> ○長尾真理子 <sup>1</sup> , 内藤嘉紀 <sup>2</sup> , 河原明彦 <sup>3</sup> , 水落伸治 <sup>4</sup> , 西村一宣 <sup>5</sup>	
P-1-56	EUS-FNAにて診断し得た胃グロムス腫瘍の一例 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科 <sup>1</sup> , 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科 <sup>2</sup> , 三重厚生連松阪中央総合病院病理診断科 <sup>3</sup> , 三重大学医学部附属病院病理 <sup>4</sup> ○山中佑太 <sup>1</sup> , 馬場洋一郎 <sup>1</sup> , 中村 豊 <sup>1</sup> , 市川孝昭 <sup>1</sup> , 河合美穂 <sup>3</sup> , 白井美希 <sup>4</sup> , 矢納研二 <sup>2</sup> , 村田哲也 <sup>1</sup>	
<b>消化器-5</b>	<b>16:30~16:50</b>	<b>座長：杉山朋子</b> (東海大学医学部附属八王子病院病理診断科)
P-1-57	高度のアミロイド沈着を伴った膵神経内分泌腫瘍の1例 神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部 <sup>1</sup> , 神戸市立医療センター中央市民病院病理診断科 <sup>2</sup> ○中山友理香 <sup>1</sup> , 尾松雅仁 <sup>1</sup> , 井本秀志 <sup>1</sup> , 宮川祥治 <sup>1</sup> , 玉木明子 <sup>1</sup> , 田代章人 <sup>1</sup> , 高田明歩 <sup>1</sup> , 山下大祐 <sup>2</sup> , 伊丹弘恵 <sup>2</sup> , 原 重雄 <sup>2</sup>	
P-1-58	EUS-FNACで術前診断しえた膵重複癌の症例 淀川キリスト教病院病理課 <sup>1</sup> , 淀川キリスト教病院病理診断科 <sup>2</sup> ○深田知也 <sup>1</sup> , 高柳悠希 <sup>1</sup> , 野崎裕子 <sup>1</sup> , 小田井学 <sup>1</sup> , 三好真由美 <sup>1</sup> , 田中 幸 <sup>1</sup> , 菅野天裕 <sup>2</sup> , 大谷恭子 <sup>2</sup> , 稲葉真由美 <sup>2</sup>	
P-1-59	ROSEにて破骨型多核巨細胞を伴う膵未分化癌と診断された一例 石川県立中央病院医療技術部検査室 <sup>1</sup> , 石川県立中央病院病理診断科 <sup>2</sup> ○水口聖哉 <sup>1</sup> , 湊 宏 <sup>2</sup> , 都竹 遥 <sup>1</sup> , 鮎岡加奈 <sup>1</sup> , 黒川綾子 <sup>1</sup> , 大西博人 <sup>1</sup> , 新谷慶幸 <sup>1</sup> , 吉谷久子 <sup>1</sup> , 津山 翔 <sup>2</sup> , 片柳和義 <sup>2</sup> , 車谷 宏 <sup>2</sup>	
<b>甲状腺-1</b>	<b>13:30~13:50</b>	<b>座長：大橋隆治</b> (日本医科大学統御機構診断病理学)
P-1-60	甲状腺穿刺における粘土状検体の正体とその評価 隈病院病理診断科 <sup>1</sup> , 隈病院外科 <sup>2</sup> , 隈病院内科 <sup>3</sup> ○兼松里紗 <sup>1</sup> , 廣川満良 <sup>1</sup> , 鈴木彩菜 <sup>1</sup> , 田中歩紀 <sup>1</sup> , 山尾直輝 <sup>1</sup> , 樋口観世子 <sup>1</sup> , 隈 晴二 <sup>1</sup> , 林 俊哲 <sup>1</sup> , 宮内 昭 <sup>2</sup> , 赤水尚史 <sup>3</sup>	

- P-1-61 濾胞性腫瘍を疑った甲状腺細胞診の細胞学的検討  
 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診<sup>1</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院脳神経センター脳神経病理<sup>3</sup>  
 ○深川良隆<sup>1</sup>, 長山大輔<sup>1</sup>, 塚本孝久<sup>1</sup>, 楳田明美<sup>1</sup>, 武井美和<sup>1</sup>, 荒木由華<sup>1</sup>, 平川優太<sup>1</sup>, 田栗愛華<sup>1</sup>, 杉田保雄<sup>3</sup>, 塩賀太郎<sup>2</sup>, 木村芳三<sup>2</sup>, 檜垣浩一<sup>2</sup>
- P-1-62 甲状腺穿刺吸引細胞診における好酸性細胞の診断学的検討  
 東京医科大学病院病理診断科<sup>1</sup>, 東京医科大学人体病理学分野<sup>2</sup>, 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野<sup>3</sup>  
 ○稲垣敦史<sup>1</sup>, 萬 昂士<sup>1,2</sup>, 三宅真司<sup>1</sup>, 渡部顕章<sup>1</sup>, 藤井愛子<sup>1</sup>, 大浦真由実<sup>1</sup>, 忽滑谷昌平<sup>1</sup>, 谷川真希<sup>1,2</sup>, 高橋礼典<sup>1,2</sup>, 松林 純<sup>1,2</sup>, 筒井英光<sup>3</sup>, 長尾俊孝<sup>1,2</sup>

**甲状腺-2 13:50~14:10 座長：中村靖司 (近畿大学医学部病理学講座)**

- P-1-63 ホブネイル様構造を示す甲状腺乳頭癌の一例  
 昭和大学藤が丘病院臨床病理検査室<sup>1</sup>, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科<sup>2</sup>, 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科<sup>3</sup>, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科<sup>4</sup>  
 ○足立夏希<sup>1</sup>, 船宝直美<sup>1</sup>, 柏野今日子<sup>1</sup>, 上田康雄<sup>2</sup>, 河野葉子<sup>3</sup>, 亀山香織<sup>4</sup>, 小川高史<sup>2</sup>, 楯 玄秀<sup>2</sup>
- P-1-64 腎細胞癌甲状腺転移の 1 例  
 地方独立行政法人静岡市立静岡病院  
 ○望月裕一, 落合真希, 堂本浩二, 江河勇樹, 森木利昭
- P-1-65 甲状腺低分化癌の 1 例  
 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科  
 ○西尾祥邦, 藤中浩樹, 岩瀬大輔, 片平くるみ, 倉澤佳奈, 立石愛美, 佐々木志保, 島津宏樹, 松岡圭子, 伏見博彰

**甲状腺-3 14:10~14:30 座長：今村好章 (福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部)**

- P-1-66 非浸潤性濾胞性甲状腺腫瘍：NIFTP の二例  
 関西医科大学総合医療センター病理部<sup>1</sup>, 関西医科大学総合医療センター病理診断科<sup>2</sup>  
 ○田口香利<sup>1</sup>, 市場涼介<sup>1</sup>, 松永志保<sup>1</sup>, 檜田知里<sup>1</sup>, 出田幹浩<sup>1</sup>, 植村芳子<sup>2</sup>, 酒井康裕<sup>2</sup>
- P-1-67 甲状腺に発生した悪性孤立性線維性腫瘍の一例  
 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室<sup>1</sup>, 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科<sup>2</sup>  
 ○西崎凌次<sup>1</sup>, 山口大介<sup>1</sup>, 原田美香<sup>1</sup>, 三田佳那<sup>1</sup>, 江崎輝美<sup>1</sup>, 中村香織<sup>1</sup>, 小寺明美<sup>1</sup>, 香田浩美<sup>1</sup>, 西江真実<sup>1</sup>, 富田弥佑<sup>1</sup>, 板倉淳哉<sup>2</sup>

**唾液腺-1 14:30~14:50 座長：戸村弘樹 (大崎市民病院臨床検査部)**

- P-1-68 穿刺吸引細胞診におけるワルチン腫瘍の診断精度と細胞像  
 久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 久留米大学病院臨床検査部<sup>2</sup>  
 ○熊谷天斗<sup>1</sup>, 河原明彦<sup>1</sup>, 安倍秀幸<sup>1</sup>, 高瀬頼妃呼<sup>1</sup>, 村田和也<sup>1</sup>, 牧野諒央<sup>1</sup>, 大塚百華<sup>1</sup>, 黒木日菜子<sup>1</sup>, 古田拓也<sup>1</sup>, 内藤嘉紀<sup>2</sup>, 秋葉 純<sup>1</sup>
- P-1-69 AKT1 E17K 変異を有する小唾液腺原発粘液腺癌の一例  
 東京歯科大学市川総合病院検査科病理  
 ○柴田早紀, 小谷隆史, 渡邊美比, 福田雅美, 橋本和彦, 佐々木文
- P-1-70 類形質細胞型筋上皮細胞の出現が目立った多形腺腫の細胞像  
 国立病院機構金沢医療センター臨床検査科  
 ○小嶋洋美, 梅原瑠子, 松田愛子, 山岸 豊, 鈴木啓仁, 黒瀬 望, 川島篤弘

- |                  |   |                                       |
|------------------|---|---------------------------------------|
| <b>唾液腺-2</b>     | <b>14:50~15:10</b>  | <b>座長：坂元和宏</b> （大崎市民病院病理診断科）          |
| P-1-71           | α-アミラーゼ結晶を認めた耳下腺結節の2例<br>小倉記念病院検査技師部病理検査課 <sup>1</sup> , 小倉記念病院病理診断科 <sup>2</sup> , 関門医療センター病理診断科 <sup>3</sup><br>○内田 準 <sup>1</sup> , 田中小夜 <sup>1</sup> , 安河内達郎 <sup>1</sup> , 甲斐桜子 <sup>1</sup> , 脇坂雄太 <sup>1</sup> , 山田優衣 <sup>2</sup> , 村田建一郎 <sup>3</sup>  |                                       |
| P-1-72           | 穿刺吸引細胞診で特徴的な所見が得られなかった腺様嚢胞癌の1例<br>地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科<br>○岩瀬大輔, 藤中浩樹, 片平くるみ, 立石愛美, 倉澤佳奈, 西尾祥邦, 佐々木志保, 島津宏樹, 松岡圭子, 伏見博彰  |                                       |
| P-1-73           | 低悪性度粘表皮癌と鑑別を要した多形腺腫の一例<br>独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科 <sup>1</sup> , 明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野 <sup>2</sup><br>○藤澤宏樹 <sup>1</sup> , 倉岡和矢 <sup>1</sup> , 福原詩織 <sup>1</sup> , 菅亜里紗 <sup>1</sup> , 戸田 環 <sup>1</sup> , 在津潤一 <sup>1</sup> , 齋藤彰久 <sup>1</sup> , 坂本真一 <sup>2</sup> , 谷山清己 <sup>1</sup>   |                                       |
| <b>唾液腺-3</b>     | <b>15:10~15:30</b>  | <b>座長：高野託顧</b> （大崎市民病院臨床検査部）          |
| P-1-74           | 耳下腺発生上皮筋上皮癌の1例<br>福岡大学病院病理部・病理診断科 <sup>1</sup> , 福岡大学病院耳鼻咽喉科 <sup>2</sup><br>○西中村恵輔 <sup>1</sup> , 松本慎二 <sup>1</sup> , 角谷優子 <sup>1</sup> , 大石朋子 <sup>1</sup> , 辻 雅子 <sup>1</sup> , 秋吉梨江 <sup>1</sup> , 坂田祥子 <sup>1</sup> , 小山 逸 <sup>1</sup> , 木村翔一 <sup>2</sup> , 打田義則 <sup>2</sup> , 坂田俊文 <sup>2</sup> , 青木光希子 <sup>1</sup> , 古賀佳織 <sup>1</sup> , 濱崎 慎 <sup>1</sup> |                                       |
| P-1-75           | 多形腺腫と腺様嚢胞癌との鑑別に苦慮した1例<br>愛媛大学医学部附属病院病理診断科・病理部 <sup>1</sup> , 愛媛大学大学院医学系研究科解析病理学 <sup>2</sup> , 愛媛大学大学院医学系研究科分子病理学 <sup>3</sup><br>○近藤拓弥 <sup>1</sup> , 片山英司 <sup>1</sup> , 明賀さつき <sup>1</sup> , 今井美奈 <sup>1</sup> , 倉田美恵 <sup>2</sup> , 増本純也 <sup>2</sup> , 北澤荘平 <sup>3</sup> , 北澤理子 <sup>1</sup>   |                                       |
| <b>リンパ・造血器-1</b> | <b>15:30~15:50</b>  | <b>座長：一迫 玲</b> （東北大学病院造血器病理学共同研究部門）   |
| P-1-76           | 上皮性悪性腫瘍との鑑別に苦慮したびまん性大細胞性B細胞リンパ腫の一例<br>関西電力病院臨床検査部 <sup>1</sup> , 関西電力病院病理診断科 <sup>2</sup><br>○木地優花里 <sup>1</sup> , 武市理紗 <sup>1</sup> , 村上ひとみ <sup>1</sup> , 大上哲也 <sup>1</sup> , 長松光美 <sup>1</sup> , 桜井孝規 <sup>2</sup>   |                                       |
| P-1-77           | ロゼット形成性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例<br>福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座 <sup>1</sup> , 福島県立医科大学附属病院病理部 <sup>2</sup><br>○小林靖幸 <sup>1</sup> , 菅野寿也 <sup>2</sup> , 川名 聡 <sup>1</sup> , 橋本優子 <sup>1</sup>   |                                       |
| P-1-78           | リンパ腫様肉芽腫症における肺病変の捺印像<br>大阪医科薬科大学病院病理部・病理診断科<br>○中山裕子, 桑原宏子, 安田恵美, 小野静香, 切石 凌, 岡西裕之, 富宇加麻里, 有我こずえ, 片岡衣沙子, 出口千尋, 浦上真由美, 武田玲郁, 石崎幸恵, 栗栖義賢, 廣瀬善信  |                                       |
| <b>リンパ・造血器-2</b> | <b>15:50~16:10</b>  | <b>座長：佐藤康晴</b> （岡山大学学術研究院保健学域分子血液病理学） |
| P-1-79           | 腹水の cell block が診断に有用であった ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫の1例<br>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 <sup>1</sup> , 国立研究開発法人国立成育医療研究センター小児がんセンター <sup>2</sup><br>○大越 卓 <sup>1</sup> , 中野雅之 <sup>1</sup> , 堀内千明 <sup>1</sup> , 内田清乃 <sup>1</sup> , 池上陽太 <sup>1</sup> , 牛腸義宏 <sup>2</sup> , 清谷知賀子 <sup>2</sup> , 羽賀千都子 <sup>1</sup> , 義岡孝子 <sup>1</sup>                                     |                                       |
| P-1-80           | 細胞診が有用だった節外性NK/T細胞リンパ腫（鼻型）の一例<br>国家公務員連合組合横浜栄共済病院<br>○穴水康太, 福村大祐, 大見 忍, 勝村雄一, 小野元嗣, 柳本邦雄  |                                       |



- P-1-81 巨大脾辺縁帯リンパ腫における捺印細胞診の一例  
 社会医療法人中央会尼崎中央病院病理診断科<sup>1</sup>, 森ノ宮医療大学医療技術部臨床検査学  
 科<sup>2</sup>, 兵庫医科大学病理診断科<sup>3</sup>  
 ○増田一吉<sup>1</sup>, 由谷親夫<sup>2</sup>, 橋本希望<sup>1</sup>, 野田大孝<sup>2</sup>, 神原雅巳<sup>3</sup>, 井出良浩<sup>3</sup>, 西上隆之<sup>1</sup>

**頭頸部-1 16:10~16:30 座長: 植木美幸 (宮城県立がんセンター臨床検査技術部)**

- P-1-82 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診(FNAC)における HPV 関連癌診断の有用性  
 埼玉医科大学国際医療センター病理診断部<sup>1</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断  
 科<sup>2</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科<sup>3</sup>  
 ○加藤智美<sup>1</sup>, 扇田智彦<sup>1</sup>, 中平光彦<sup>3</sup>, 安田政実<sup>1,2</sup>
- P-1-83 頭頸部腫瘍性病変の細胞診で唾液腺導管癌と診断した原発不明扁平上皮癌の一例  
 公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院<sup>1</sup>, 九州大学大学院形態機能病理学<sup>2</sup>  
 ○齊藤雅史<sup>1</sup>, 仲野 友<sup>1</sup>, 富永知恵<sup>1</sup>, 川原知美<sup>1</sup>, 山元英崇<sup>2</sup>, 孝橋賢一<sup>2</sup>, 松下能文<sup>1</sup>
- P-1-84 13 年後に, 再発した嗅神経芽細胞腫 (olfactory neuroblastoma) の一例  
 地方独立行政法人りんくう総合医療センター検査・栄養部門病理検査<sup>1</sup>, 地方独立行政法人  
 りんくう総合医療センター病理診断科<sup>2</sup>, 地方独立行政法人りんくう総合医療センター脳  
 神経外科<sup>3</sup>, 地方独立行政法人りんくう総合医療センター耳鼻咽喉頭科頭頸部外科<sup>4</sup>  
 ○宮内雅哉<sup>1</sup>, 中井信子<sup>1</sup>, 伊藤歌奈己<sup>1</sup>, 砂田恵利<sup>1</sup>, 岩橋孝祐<sup>1</sup>, 伊東良太<sup>2</sup>, 出原 靖<sup>3</sup>,  
 碓田猛真<sup>4</sup>, 今北正美<sup>2</sup>

**神経 (中枢・末梢)-1 16:30~16:50 座長: 鈴木博義 (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/病理診断科)**

- P-1-85 成人に発生した Choroid plexus carcinoma の 1 例  
 青森県立中央病院病理部<sup>1</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座<sup>2</sup>  
 ○鈴木紗貴子<sup>1</sup>, 檜山美佐江<sup>1</sup>, 齋藤千世子<sup>1</sup>, 佐々木久<sup>1</sup>, 三上千尋<sup>1</sup>, 田中香織<sup>1</sup>, 高森美里<sup>1</sup>,  
 黒瀬 顕<sup>2</sup>, 黒滝日出一<sup>1</sup>
- P-1-86 圧挫細胞診が有用であった中脳水道近傍の低異型度神経上皮腫瘍の 1 例  
 東京警察病院病理診断科<sup>1</sup>, 東京警察病院脳神経外科<sup>2</sup>, 中央病理診断科クリニック<sup>3</sup>  
 ○帯包妃代<sup>1</sup>, 吉野正紀<sup>2</sup>, 川嶋利治<sup>1</sup>, 田中里京<sup>1</sup>, 中村友香<sup>1</sup>, 石渡嘉奈子<sup>1</sup>, 小池悦子<sup>1</sup>,  
 篠原令子<sup>1</sup>, 神山慶也<sup>1</sup>, 小林茂登<sup>3</sup>, 猪飼信康<sup>1</sup>, 横山宗伯<sup>1,3</sup>
- P-1-87 脳生検時のスタンプ細胞診が進行性多巣性白質脳症 (PML) 診断の一助となった一例  
 碧南市民病院中央検査室<sup>1</sup>, 碧南市民病院病理診断科<sup>2</sup>, 京都府立医科大学分子病態病理学<sup>3</sup>  
 ○加藤皓大<sup>1</sup>, 永井美佐子<sup>1</sup>, 井上正朗<sup>1</sup>, 氏平伸子<sup>2</sup>, 宍戸-原由紀子<sup>3</sup>

— 11 月 5 日 (土) ポスター会場 (仙台サンプラザホテル 2F 青葉) —

**婦人科その他-1 13:30~13:50 座長: 高野忠夫 (東北大学産婦人科)**

- P-1-88 卵巣癌 NAC-IDS における腹水細胞診の意義と再発形式の検討  
 鳥取大学産科婦人科  
 ○大川雅世, 小松宏彰, 曳野耕平, 飯田祐基, 細川雅代, 澤田真由美, 工藤明子, 千酌 潤,  
 佐藤慎也
- P-1-89 卵巣・卵管・腹膜癌に対する子宮体部吸引組織診の有用性の検討  
 新潟県立がんセンター新潟病院婦人科  
 ○田村 亮, 菊池 朗

## P-1-90 腹膜がん治療前における子宮頸部・内膜細胞診陽性率

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

○加藤友康<sup>1</sup>, 小澤梨紗子<sup>1</sup>, 中原万里子<sup>1</sup>, 加藤真弓<sup>1</sup>, 中谷久美<sup>2</sup>, 石田さくら<sup>2</sup>, 時田和也<sup>2</sup>, 濫木康雄<sup>2</sup>, 吉田 裕<sup>2</sup>, 石川光也<sup>1</sup>

**婦人科その他-2 13:50~14:10 座長: 菊池 朗 (新潟県立がんセンター新潟病院婦人科)**

## P-1-91 アミラーゼ産生卵巢高異型度漿液性癌の1例

トヨタ記念病院<sup>1</sup>, トヨタ記念病院臨床検査科病理<sup>2</sup>

○鵜飼真由<sup>1</sup>, 島 寛太<sup>2</sup>, 柴田莉奈<sup>1</sup>, 松尾聡一郎<sup>1</sup>, 村井 健<sup>1</sup>, 小鳥遊明<sup>1</sup>, 森 将<sup>1</sup>, 稲村達生<sup>1</sup>, 柴田崇宏<sup>1</sup>, 竹田健彦<sup>1</sup>, 岸上靖幸<sup>1</sup>, 佐原晴人<sup>2</sup>, 吉森之恵<sup>2</sup>, 川口規子<sup>2</sup>, 小口秀紀<sup>1</sup>

## P-1-92 卵管原発癌肉腫の一例

川崎市立多摩病院病理診断科

○荻野正宗, 矢嶋祥英, 沖津駿介, 宇杉美由紀, 早川智絵, 大熊克彰, 相田芳夫

## P-1-93 針生検とMRI画像により診断できた卵巢小細胞癌の1例

大阪公立大学医学部産婦人科<sup>1</sup>, 大阪市立総合医療センター<sup>2</sup>

○大上健太<sup>1</sup>, 笠井真理<sup>1</sup>, 今井健至<sup>1</sup>, 市村友季<sup>1</sup>, 村上 真<sup>2</sup>, 川村直樹<sup>2</sup>, 角 俊幸<sup>1</sup>

**婦人科その他-3 14:10~14:30 座長: 高野政志 (防衛医科大学校産科婦人科学講座)**

## P-1-94 敗血症を契機に診断に至った卵巢原発癌肉腫の1例

(医)医誠会医誠会病院臨床検査部病理<sup>1</sup>, (医)医誠会医誠会病院病理診断科<sup>2</sup>, 兵庫医科大学病院臨床検査技術部<sup>3</sup>, 兵庫医科大学病院病理部<sup>4</sup>, 特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科<sup>5</sup>

○鈴木由紀<sup>1</sup>, 田村奈々<sup>1</sup>, 長森晴紀<sup>1</sup>, 中間 愛<sup>1</sup>, 荒木優利香<sup>1</sup>, 土田泰昭<sup>2</sup>, 中西昂弘<sup>3,4</sup>, 佐藤 元<sup>3,4</sup>, 中村純子<sup>3,4</sup>, 廣田誠一<sup>4</sup>, 内藤子来<sup>5</sup>, 小笠原利忠<sup>5</sup>

## P-1-95 Anaplastic carcinoma への転化を示す malignant struma ovarii の1例

新百合ヶ丘総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3</sup>

○和田幸子<sup>1</sup>, 村上将人<sup>1</sup>, 塩野涼子<sup>1</sup>, 松本聖也<sup>1</sup>, 高山明子<sup>1</sup>, 田口勝二<sup>1</sup>, 松沢春華<sup>3</sup>, 大森嘉彦<sup>2</sup>, 福永眞治<sup>2</sup>

## P-1-96 子宮内膜細胞診が契機となって発見された卵管癌の1例

公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1</sup>, 医療法人徳洲会羽生総合病院<sup>2</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座<sup>3</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学附属病院病理部<sup>4</sup>

○添田喜憲<sup>1</sup>, 佐藤奈美<sup>1</sup>, 千葉聖子<sup>1</sup>, 森村 豊<sup>2</sup>, 佐藤 哲<sup>3</sup>, 古川茂宜<sup>3</sup>, 添田 周<sup>3</sup>, 渡辺尚文<sup>3</sup>, 菅野寿也<sup>4</sup>, 赤城美代子<sup>4</sup>, 目黒啓子<sup>4</sup>, 川名 聡<sup>4</sup>, 橋本優子<sup>4</sup>, 藤森敬也<sup>3</sup>

**婦人科その他-4 14:30~14:50 座長: 野村弘行 (藤田医科大学医学部産婦人科学講座)**

## P-1-97 腹水細胞診で推定診断できた再発卵巢顆粒膜細胞腫の1例

トヨタ記念病院

○松尾聡一郎, 島 寛太, 柴田莉奈, 村井 健, 小鳥遊明, 森 将, 稲村達生, 柴田崇宏, 竹田健彦, 鵜飼真由, 岸上靖幸, 竹田美帆, 小笠原将人, 伊藤謙吾, 小口秀紀

## P-1-98 原発性卵巢奇形腫様癌肉腫の1例

郡上市民病院臨床検査部<sup>1</sup>, 岐阜市民病院病理診断科部<sup>2</sup>, 郡上市民病院産婦人科<sup>3</sup>

○後藤なつ美<sup>1</sup>, 森 栄<sup>1</sup>, 桑原啓伍<sup>1</sup>, 田中卓二<sup>2</sup>, 丹羽憲司<sup>3</sup>



<b>口腔・歯科-1</b>	<b>14:50~15:10</b>	<b>座長：八重樫弘</b> （岩手県立中央病院病理診断センター）
P-1-99	口腔細胞診の有用性に関する検討 宮崎大学医学部附属病院病理部 <sup>1</sup> , 宮崎大学医学部附属病院病理診断科 <sup>2</sup> ○森田勝代 <sup>1</sup> , 野口裕史 <sup>1</sup> , 徳満貴子 <sup>1</sup> , 白濱幸生 <sup>1</sup> , 峰松映子 <sup>1</sup> , 黒木栄輝 <sup>1</sup> , 黒木奈瑞菜 <sup>1</sup> , 齋藤嬉和 <sup>1</sup> , 田中弘之 <sup>1,2</sup> , 盛口清香 <sup>1,2</sup> , 佐藤勇一郎 <sup>1,2</sup>	
P-1-100	口腔粘膜疾患に出現する角化表層扁平上皮細胞の核所見の検討～第 2 報～ 日本大学松戸歯学部病理学講座 <sup>1</sup> , 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科 <sup>2</sup> , 医療法人社 団誠馨会病理センター <sup>3</sup> , 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座 <sup>4</sup> , 日本大学松戸歯学部生理 学講座 <sup>5</sup> , 株式会社ピーシーエルジャパン病理細胞診 <sup>6</sup> ○金田悦子 <sup>1</sup> , 松本 敬 <sup>2</sup> , 浮ヶ谷匡恭 <sup>2</sup> , 才藤純一 <sup>1,3</sup> , 横山 愛 <sup>5</sup> , 山本 泰 <sup>4</sup> , 中山光子 <sup>1</sup> , メルニエイマリア <sup>6</sup> , 末光正昌 <sup>1,2</sup> , 宇都宮忠彦 <sup>1,2</sup> , 久山佳代 <sup>1,2</sup>	
P-1-101	舌擦過細胞診と組織診の比較検討—不一致症例から学ぶ— 大阪府立病院機構大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診 <sup>1</sup> , 大阪府立病院機構大阪 国際がんセンター病理・細胞診断科 <sup>2</sup> ○神月 梓 <sup>1</sup> , 上藤房代 <sup>1</sup> , 小柳由貴 <sup>1</sup> , 龍あゆみ <sup>1</sup> , 棚田 諭 <sup>1</sup> , 北村昌紀 <sup>2</sup> , 本間圭一郎 <sup>2</sup>	
<b>口腔・歯科-2</b>	<b>15:10~15:30</b>	<b>座長：黒川典子</b> （宮城県医師会健康センター病理細胞診検査室）
P-1-102	液状化細胞診による鼻汁細胞診の試み及び歯科矯正治療効果判定への応用 日本大学松戸歯学部病理学講座 <sup>1</sup> , 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科 <sup>2</sup> , 医療法人社 団誠馨会病理センター <sup>3</sup> , 公益財団法人ライフ・エクステンション研究所附属永寿総合病 院 <sup>4</sup> , 日本大学松戸歯学部生理学講座 <sup>5</sup> , 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座 <sup>6</sup> , 株式会 社ピーシーエルジャパン病理細胞診 <sup>7</sup> ○中山光子 <sup>1</sup> , 浮ヶ谷匡恭 <sup>1,2</sup> , 松本 敬 <sup>2</sup> , 鈴木友子 <sup>1</sup> , 二谷悦子 <sup>1</sup> , 山本真緒 <sup>1</sup> , 才藤純一 <sup>1,3</sup> , 金田悦子 <sup>1</sup> , 亀山由歌子 <sup>1,4</sup> , 横山 愛 <sup>5</sup> , 山本 泰 <sup>6</sup> , 末光正昌 <sup>1,2</sup> , 宇都宮忠彦 <sup>1,2</sup> , メルニエイマリア <sup>7</sup> , 久山佳代 <sup>1,2</sup>	
P-1-103	病態推定に難渋した歯肉原発の口腔扁平上皮癌の 1 例 日本歯科大学附属病院臨床検査室 <sup>1</sup> , 日本歯科大学附属病院放射線・病理診断科 <sup>2</sup> ○小肥亜紀 <sup>1</sup> , 辺見卓男 <sup>2</sup>	
<b>その他-1</b>	<b>15:30~15:50</b>	<b>座長：中村保宏</b> （東北医科薬科大学医学部病理学教室）
P-1-104	HeLa 細胞における培養液交換の有無と核小体の形態変化 九州大学大学院医学系学府保健学専攻検査科学技術分野 <sup>1</sup> , 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 <sup>2</sup> , 国際医療福祉大学 <sup>3</sup> , 福岡山王病院 <sup>4</sup> ○高藤将平 <sup>1</sup> , 上原俊貴 <sup>1</sup> , 安田洋子 <sup>2</sup> , 加来恒壽 <sup>3,4</sup> , 渡邊壽美子 <sup>1</sup>	
P-1-105	未固定手術検体より採取した, 副腎腫瘍細胞像連続 19 症例の比較・検討 神戸大学病院病理診断科 <sup>1</sup> , 神戸大学病院泌尿器科 <sup>2</sup> , 神戸大学病院糖尿病・内分泌内科 <sup>3</sup> ○神澤真紀 <sup>1</sup> , 岡田佳輔 <sup>2</sup> , 中西大地 <sup>1</sup> , 蜂巢智也 <sup>1</sup> , 大浦季恵 <sup>1</sup> , 須广佑介 <sup>1</sup> , 猪原千愛 <sup>1</sup> , 猪原哲嗣 <sup>1</sup> , 今川奈央子 <sup>1</sup> , 吉田美帆 <sup>1</sup> , 塚本龍子 <sup>1</sup> , 福岡秀規 <sup>3</sup> , 重村克巳 <sup>2</sup> , 藤澤正人 <sup>2</sup> , 伊藤智雄 <sup>1</sup>	
P-1-106	乾燥細胞診標本を用いた免疫細胞化学染色の検討 神戸大学医学部附属病院病理部 <sup>1</sup> , 神戸大学医学部附属病院病理診断科 <sup>2</sup> ○今川奈央子 <sup>1</sup> , 塚本龍子 <sup>1</sup> , 須广佑介 <sup>1</sup> , 藤永道子 <sup>1</sup> , 中西大地 <sup>1</sup> , 蜂巢智也 <sup>1</sup> , 大浦季恵 <sup>1</sup> , 猪原千愛 <sup>1</sup> , 猪原哲嗣 <sup>1</sup> , 吉田美帆 <sup>1</sup> , 伊藤智雄 <sup>1,2</sup>	

**その他-2 15:50~16:10 座長:河村憲一 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)**

- P-1-107 ホルマリン固定組織からの LBC 標本作製の検討  
宮崎大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>  
○黒木奈瑠菜<sup>1</sup>, 野口裕史<sup>1</sup>, 徳満貴子<sup>1</sup>, 森田勝代<sup>1</sup>, 白濱幸生<sup>1</sup>, 峰松映子<sup>1</sup>, 黒木栄輝<sup>1</sup>,  
齋藤嬉和<sup>1</sup>, 盛口清香<sup>1,2</sup>, 田中弘之<sup>1,2</sup>, 佐藤勇一郎<sup>1,2</sup>
- P-1-108 SurePath™法を用いた液状化検体細胞診における正常細胞数が異常細胞検出に及ぼす影響  
京都橘大学大学院健康科学研究科<sup>1</sup>, 京都橘大学健康科学部臨床検査学科<sup>2</sup>, 京都橘大学生  
命健康科学研究センター<sup>3</sup>, 九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>4</sup>, 九州保健福祉  
大学がん細胞研究所<sup>5</sup>  
○寺尾友伽<sup>1</sup>, 大澤幸希光<sup>2,3</sup>, 岩下玄基<sup>1</sup>, 小田嶋広和<sup>2,3</sup>, 大西崇文<sup>2,3</sup>, 芝原一樹<sup>4,5</sup>,  
西森 誠<sup>4,5</sup>, 宮本朋幸<sup>4,5</sup>, 岡田仁克<sup>2,3</sup>, 大野英治<sup>3</sup>, 服部 学<sup>2,3</sup>

**泌尿器-1 16:10~16:30 座長:佐藤聡子 (東北大学病院病理部)**

- P-1-109 S100P/Ki-67 二重免疫染色は上部尿路細胞診の補助手段になりえるか—組織学的基礎検討—  
川崎医療福祉大学医療技術学部臨床検査学科<sup>1</sup>, 国立病院機構福山医療センター臨床検査  
科<sup>2</sup>, 倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科<sup>3</sup>, 国立病院機構福山医療センター病理診  
断科<sup>4</sup>, 岡山大学病院病理診断科<sup>5</sup>  
○有安早苗<sup>1</sup>, 田中慎一<sup>1</sup>, 福田由美子<sup>2</sup>, 中桐智香子<sup>2</sup>, 山代承子<sup>2</sup>, 佐藤正和<sup>3</sup>, 表 梨華<sup>4</sup>,  
柳井広之<sup>5</sup>
- P-1-110 尿細胞診における Cytokeratin 17 免疫染色の有用性の検討  
神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域<sup>1</sup>, 市立八幡浜総合病院臨床病理科<sup>2</sup>, 愛媛大  
学大学院医学系研究科分子病理学講座<sup>3</sup>  
○長嶺優菜<sup>1</sup>, 此上武典<sup>2</sup>, 北澤荘平<sup>3</sup>, 鴨志田伸吾<sup>1</sup>, 大崎博之<sup>1</sup>
- P-1-111 T24 細胞では BCG 曝露 2 回目以降で核クロマチンは辺縁化し pRB-T821 の脱リン酸化が起こる  
九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1</sup>, 飯塚病院中央検査部<sup>2</sup>, 飯塚病院病理科<sup>3</sup>, 国際医  
療福祉大学<sup>4</sup>, 福岡山王病院<sup>5</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>6</sup>, 高邦会高木病  
院予防医学センター<sup>7</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>8</sup>  
○上原俊貴<sup>1,2</sup>, 山口将太<sup>1</sup>, 江口奈津希<sup>1</sup>, 大石善丈<sup>2,3</sup>, 加来恒壽<sup>4,5</sup>, 小田義直<sup>6</sup>, 岩坂 剛<sup>7</sup>,  
渡邊壽美子<sup>8</sup>

**泌尿器-2 16:30~16:50 座長:三村明弘 (大阪労災病院中央検査部病理)**

- P-1-112 診断に苦慮した膀胱小細胞癌の一例  
横浜市立大学附属病院病理部病理診断科  
○本野紀夫, 武田壮登, 清水久美子, 宇野絵梨, 安齋桜子, 海老塚智恵美, 佐川弘美,  
西尾由紀子, 山中正二, 藤井誠志
- P-1-113 若年男性の尿中に出現した異型細胞についての検討  
東京都教職員互助会三楽病院臨床検査科<sup>1</sup>, 東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科<sup>2</sup>, 東  
京医療生活協同組合新渡戸記念中野総合病院病理診断科<sup>3</sup>  
○望月公美子<sup>1</sup>, 栗原麻未<sup>1</sup>, 鈴木久美子<sup>1</sup>, 倉田盛人<sup>2</sup>, 北川昌伸<sup>3</sup>

**乳腺-1 13:30~13:50 座長:佐々木毅 (東京大学大学院医学系研究科次世代病情報連携学講座)**

- P-1-114 乳腺穿刺吸引細胞診における乳癌サブタイプの細胞学的検討  
済生会新潟病院病理診断科  
○遠藤浩之, 西倉 健, 樋浦賢太郎, 花野佑輔, 竹下奈津子, 三木弘美

- P-1-115 リンパ節転移陽性乳癌における術前化学療法後のリンパ節細胞診  
千葉県がんセンター乳癌外科<sup>1</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部<sup>2</sup>  
○羽山晶子<sup>1</sup>, 中村力也<sup>1</sup>, 山本尚人<sup>1</sup>, 玉貫圭甲<sup>1</sup>, 小高亜紀子<sup>2</sup>, 伊丹真紀子<sup>2</sup>, 荒木章伸<sup>2</sup>,  
川名秀忠<sup>2</sup>, 杉山孝弘<sup>2</sup>, 及川麻理子<sup>2</sup>

- P-1-116 トリプルネガティブ乳癌の細胞学的特徴  
山形県立中央病院検査部<sup>1</sup>, 山形県立新庄病院検査部<sup>2</sup>, 山形大学医学部病理診断学講座<sup>3</sup>  
○郷右近秀平<sup>1</sup>, 植松美由紀<sup>2</sup>, 井上恒行<sup>2</sup>, 大江倫太郎<sup>3</sup>

**乳腺-2 13:50~14:10 座長: 小山徹也 (群馬大学大学院病理診断学)**

- P-1-117 乳腺アポクリン分化上皮における核分裂像による良悪性判定の検討  
鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1</sup>, 松山市民病院病理診断科<sup>2</sup>, 鹿児島大学大学院医歯学  
総合研究科腫瘍学講座病理学分野<sup>3</sup>  
○岩切かおり<sup>1</sup>, 上村千花<sup>1</sup>, 高木夏純<sup>1</sup>, 平田りの<sup>1</sup>, 亀澤 雅<sup>1</sup>, 古家淳行<sup>1</sup>, 窪田恵美<sup>1</sup>,  
北菌育美<sup>1</sup>, 飛田 陽<sup>2</sup>, 東美智代<sup>1</sup>, 谷本昭英<sup>1,3</sup>
- P-1-118 頭蓋底原発脊索腫の乳腺転移の一例  
東京大学医学部附属病院  
○明賀伊織, 瀬田 章, 竹内裕子, 田中麻理子
- P-1-119 乳腺腺様嚢胞癌の 1 例  
社会医療法人天神会新古賀病院  
○貞嶋奈津, 河原真弓子, 木下準子, 山崎加奈子, 吉田寿々, 宮崎真梨子, 西田直代

**乳腺-3 14:10~14:30 座長: 加藤哲子 (弘前大学医学部附属病院病理部)**

- P-1-120 組織型推定に細胞診が有用であった乳腺化生癌の 1 症例  
大阪府済生会富田林病院臨床検査科  
○双和宏樹, 田村ひろみ, 川井千代, 塚本吉胤
- P-1-121 乳腺の Adenomyoepithelioma/腺筋上皮腫の一例  
新百合ヶ丘総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 東京慈恵会医科大学  
葛飾医療センター病院病理部<sup>3</sup>  
○村上将人<sup>1</sup>, 田口勝二<sup>1</sup>, 高山明子<sup>1</sup>, 和田幸子<sup>1</sup>, 松本聖也<sup>1</sup>, 塩野涼子<sup>1</sup>, 大森嘉彦<sup>2</sup>,  
福永真治<sup>1</sup>, 松沢春華<sup>3</sup>
- P-1-122 乳腺: 多形型非浸潤性小葉癌の一例  
地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科  
○片平くるみ, 倉澤佳奈, 岩瀬大輔, 立石愛美, 西尾祥邦, 佐々木志保, 藤中浩樹, 島津宏樹,  
松岡圭子, 伏見博彰

**乳腺-4 14:30~14:50 座長: 坂谷貴司 (日本医科大学付属病院病理診断科)**

- P-1-123 悪性腫瘍との鑑別を要したリンパ球性乳腺症の一例  
社会福祉法人恩賜財団済生会山形済生病院  
○古内麻理, 安孫子郁美, 國井 徹, 狩野正昭, 山川光徳
- P-1-124 乳癌術後に発生した血管肉腫の 1 例  
川崎医科大学附属病院病院病理部<sup>1</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2</sup>  
○小林江利<sup>1</sup>, 福屋美奈子<sup>1</sup>, 館上里緒菜<sup>1</sup>, 藤本大地<sup>1</sup>, 田中誠人<sup>1</sup>, 寺尾祥江<sup>1</sup>, 菅野豊子<sup>1</sup>,  
西村広健<sup>1,2</sup>, 秋山 隆<sup>1,2</sup>, 伊禮 功<sup>1,2</sup>, 森谷卓也<sup>1,2</sup>

**中皮・体腔液-1 14:50~15:10 座長：畑中一仁（東海大学医学部基盤診療学系病理診断学）**

- P-1-125 細胞内細胞現象の捉え方と研究の動向  
群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学  
○齊尾征直, 大井瑞葉, 兼平裕貴, 櫛引来明, 石澤瑛史, 池田琴音, 大内美月, 高島希未,  
百足ゆい, 小林さやか, 西島良美
- P-1-126 胸水細胞診で診断に苦慮した後腹膜原発悪性リンパ腫の1例  
国立病院機構大阪刀根山医療センター  
○藤澤悠貴, 長友 萌, 名嘉正勝, 藤田幸久, 浦崎晃司, 山口俊彦
- P-1-127 乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫の一例  
東京都立多摩総合医療センター検査科  
○五十嵐大土, 古保利彦, 情野亜希子, 岡田晴香

**中皮・体腔液-2 15:10~15:30 座長：服部 学（京都橘大学健康科学部臨床検査学科）**

- P-1-128 胃癌が疑われ施行された審査腹腔鏡検査時の腹水で尿路上皮癌を認めた一例  
地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立十三市民病院中央臨床検査部<sup>1</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立十三市民病院病理診断科<sup>2</sup>  
○梶尾麻衣<sup>1</sup>, 内山 勲<sup>1</sup>, 山本茉莉<sup>1</sup>, 福島裕子<sup>2</sup>
- P-1-129 食道 EUS-FNA により診断した上皮型中皮腫の一例  
高槻赤十字病院病理診断科  
○山田桂実, 荒木孝一郎, 山本 翔, 廣田智美, 渡邊千尋
- P-1-130 腹水細胞診を契機に診断し得た顆粒球肉腫の1例  
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診<sup>1</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院脳神経センター脳神経病理<sup>3</sup>  
○坂本康輔<sup>1</sup>, 木村芳三<sup>2</sup>, 塚本孝久<sup>1</sup>, 楳田明美<sup>1</sup>, 長山大輔<sup>1</sup>, 亀田花奈<sup>1</sup>, 長谷川真梨<sup>1</sup>,  
高橋光彦<sup>1</sup>, 塩賀太郎<sup>2</sup>, 杉田保雄<sup>3</sup>, 檜垣浩一<sup>2</sup>

**中皮・体腔液-3 15:30~15:50 座長：石川雄一（国際医療福祉大学医学部病理学）**

- P-1-131 腹水セルブロック検体の細胞診および透過電子顕微鏡の検索で腺癌と診断を確定した一例  
獨協医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 獨協医科大学病理診断学<sup>2</sup>  
○松山欽一<sup>1</sup>, 町田浩美<sup>1</sup>, 石川美保子<sup>1</sup>, 石坂有夏<sup>1</sup>, 大峯広貴<sup>1</sup>, 加藤 遥<sup>1</sup>, 加藤 輝<sup>1</sup>,  
石崎里美<sup>1</sup>, 永井多美子<sup>1</sup>, 佐々木英夫<sup>1</sup>, 野沢友美<sup>2</sup>, 大和田温子<sup>2</sup>, 金子有子<sup>2</sup>, 中里宜正<sup>2</sup>,  
石田和之<sup>1,2</sup>
- P-1-132 EUS-FNA による腹水穿刺細胞診が病期の決定に有用であった2症例  
獨協医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 獨協医科大学病理診断学<sup>2</sup>  
○石川美保子<sup>1</sup>, 町田浩美<sup>1</sup>, 松山欽一<sup>1</sup>, 石坂有夏<sup>1</sup>, 大峯広貴<sup>1</sup>, 加藤 遥<sup>1</sup>, 加藤 輝<sup>1</sup>,  
石崎里美<sup>1</sup>, 永井多美子<sup>1</sup>, 佐々木英夫<sup>1</sup>, 小野崎聖人<sup>2</sup>, 大和田温子<sup>2</sup>, 金子有子<sup>1</sup>,  
中里宜正<sup>2</sup>, 石田和之<sup>1,2</sup>
- P-1-133 腹膜偽粘液腫の一例  
新潟厚生連長岡中央総合病院産婦人科<sup>1</sup>, 新潟厚生連長岡中央総合病院病理部<sup>2</sup>  
○高橋佳奈<sup>1</sup>, 横田有紀<sup>1</sup>, 加勢宏明<sup>1</sup>, 五十嵐俊彦<sup>2</sup>

**中皮・体腔液-4 15:50~16:10 座長：山崎有人（東北大学大学院医学系研究科病理診断学分野）**

- P-1-134 胸水細胞診で多数のオレンジ G 好性細胞を認め癌腫との鑑別に苦慮した中皮腫の一例  
兵庫医科大学病理学分子病理部門  
○隅田安由美, 結城美智子, 佐藤鮎子, 辻村 亨

- P-1-135 乳腺浸潤性小葉癌の転移による癌性腹膜炎の一例  
 みやぎ県南中核病院病理診断室<sup>1</sup>, みやぎ県南中核病院病理診断科<sup>2</sup>, 国立病院機構仙台医療センター病理診断科<sup>3</sup>, 東北医科薬科大学医学部病理学教室<sup>4</sup>  
 ○佐藤瑠璃<sup>1</sup>, 熊谷勝政<sup>1</sup>, 佐藤真之介<sup>1</sup>, 橋本律子<sup>1</sup>, 千崎久美子<sup>1</sup>, 櫻田潤子<sup>2</sup>, 小山(齊藤)涼子<sup>3</sup>, 中村保宏<sup>4</sup>, 大藤高志<sup>1,2</sup>

**骨・軟部-1 16:10~16:30 座長:楠美智巳(青森市民病院病理診断科)**

- P-1-136 *EWSRI::NFATC2* 肉腫の 1 例  
 千葉県がんセンター臨床病理部<sup>1</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<sup>2</sup>  
 ○竹田直生<sup>1</sup>, 牧瀬尚大<sup>1</sup>, 高橋 司<sup>2</sup>, 小高亜紀子<sup>2</sup>, 加藤弘志<sup>2</sup>, 及川麻理子<sup>1</sup>, 杉山孝弘<sup>1</sup>, 川名秀忠<sup>1</sup>, 荒木章伸<sup>1</sup>, 伊丹真紀子<sup>1</sup>
- P-1-137 骨アダマンチノーマの一例  
 札幌医科大学附属病院  
 ○竹浪智子, 大門史士, 伊藤美香子, 木戸朋美, 青山智志, 蓑島敦志, 森谷 純, 瀬川恵子, 菅原太郎, 藤田裕美, 杉田真太郎, 長谷川匡
- P-1-138 若年女性の後頭部に発生した粘液線維肉腫の 1 例  
 川崎医科大学附属病院病院病理部<sup>1</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2</sup>  
 ○田中誠人<sup>1</sup>, 福屋美奈子<sup>1</sup>, 則本和佳奈<sup>1</sup>, 館上里緒菜<sup>1</sup>, 藤本大地<sup>1</sup>, 寺尾祥江<sup>1</sup>, 菅野豊子<sup>1</sup>, 小林江利<sup>1</sup>, 西村広健<sup>1,2</sup>, 伊禮 功<sup>1,2</sup>, 秋山 隆<sup>1,2</sup>, 森谷卓也<sup>1,2</sup>

＝ 11 月 6 日 (日) ポスター会場 (仙台サンプラザホール 2F ホワイエ) ＝

**子宮体部-5 10:00~10:20 座長:徳永英樹(東北大学病院婦人科)**

- P-2-1 脳脊髄液細胞診で髄膜癌腫と診断された子宮体部未分化癌の一例  
 産業医科大学医学部産科婦人科<sup>1</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>2</sup>, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学<sup>3</sup>  
 ○田尻亮祐<sup>1</sup>, 岡 春子<sup>2</sup>, 中島悠貴<sup>2</sup>, 寺戸信芳<sup>2</sup>, 島尻正平<sup>2</sup>, 原田大史<sup>1</sup>, 植田多恵子<sup>1</sup>, 栗田智子<sup>1</sup>, 吉野 潔<sup>1</sup>, 松浦祐介<sup>3</sup>
- P-2-2 子宮体下部粘膜下筋腫に発生した扁平上皮癌の 1 例  
 友愛医療センター産婦人科<sup>1</sup>, 友愛医療センター病理診断科<sup>2</sup>  
 ○前濱俊之<sup>1</sup>, 大城大介<sup>1</sup>, 佐久本望美<sup>2</sup>, 稲嶺圭祐<sup>2</sup>, 伊禮 彩<sup>2</sup>, 照屋敦子<sup>2</sup>, 喜友名正也<sup>2</sup>
- P-2-3 子宮内膜細胞診でのみ術前に疑い得た, 漿液性子宮内膜上皮内癌の症例  
 飯塚病院産婦人科<sup>1</sup>, 飯塚病院病理科<sup>2</sup>  
 ○西山 哲<sup>1</sup>, 大石善丈<sup>2</sup>

**子宮体部-6 10:20~10:40 座長:田中尚武(千葉県がんセンター婦人科)**

- P-2-4 Endometrial carcinoma presenting as pyometra: Importance of repeat cytology  
 湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>1</sup>, 湘南鎌倉総合病院臨床検査部<sup>2</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>3</sup>  
 ○大沼一也<sup>1</sup>, 小保方和彦<sup>2</sup>, 程島 就<sup>2</sup>, 石井彩奈恵<sup>2</sup>, 菅原 隆<sup>2</sup>, 井上裕美<sup>1</sup>, 手島伸一<sup>3</sup>



- P-2-5 横紋筋芽細胞様分化を伴った子宮平滑筋肉腫の一例  
東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>1</sup>, 東京医科大学八王子医療センター産科婦人科<sup>2</sup>  
○加藤彩子<sup>1</sup>, 吉田莉於<sup>1</sup>, 加藤くるみ<sup>1</sup>, 内山 篤<sup>1</sup>, 吉田えりか<sup>1</sup>, 若槻よしえ<sup>1</sup>,  
伊藤夢美香<sup>1</sup>, 脇屋 緑<sup>1</sup>, 沖村 明<sup>1</sup>, 藤森浩司<sup>2</sup>, 小野寺高幹<sup>2</sup>, 清水基弘<sup>2</sup>, 中津川宗秀<sup>1</sup>

- P-2-6 子宮内膜細胞診で診断できた子宮体部悪性リンパ腫の1例  
国際医療福祉大学医学部産婦人科<sup>1</sup>, 国際医療福祉大学医学部病理診断科<sup>2</sup>  
○森井 瑠<sup>1</sup>, 岡田智志<sup>1</sup>, 大谷知廣<sup>1</sup>, 渋谷亮介<sup>1</sup>, 木原真紀<sup>1</sup>, 片岡史夫<sup>1</sup>, 小無田美菜<sup>2</sup>,  
林雄一郎<sup>2</sup>, 潮見隆之<sup>2</sup>, 進 伸幸<sup>1</sup>, 三木明德<sup>1</sup>

**子宮体部-7 10:40~11:00 座長:高倉 聡 (獨協医科大学埼玉医療センター産科婦人科)**

- P-2-7 子宮内膜細胞診が診断の一助となった子宮原発びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の1例  
がん研有明病院婦人科  
○美坂聡樹, 野村秀高, 村頭 温, 松本剛史, 阿部彰子, 菅野素子, 伏木 淳, 青木洋一,  
根津幸穂, 尾身牧子, 谷川輝美, 岡本三四郎, 尾松公平, 温泉川真由, 金尾祐之
- P-2-8 脂肪組織を伴い低異型度と高異型度が混在した子宮内膜間質肉腫の1例  
日本医科大学多摩永山病院病理診断科・病理診断室  
○日吾美栄子, 磯部宏昭, 川野記代子, 岩瀬裕美, 網谷由紀子, 甲斐大地, 岩田 隆, 永田耕治
- P-2-9 CT ガイド下ドレナージで診断し得た子宮体癌腸腰筋内嚢胞性再発の一例  
弘前大学医学部産科婦人科<sup>1</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>, 弘前大学保健学研究科生命科学領域<sup>3</sup>  
○松村由紀子<sup>1</sup>, 重藤龍比古<sup>1</sup>, 小島啓子<sup>2</sup>, 加藤哲子<sup>2</sup>, 黒瀬 顕<sup>2</sup>, 渡邊 純<sup>3</sup>, 横山良仁<sup>1</sup>

**子宮体部-8 11:00~11:20 座長:利部正裕 (岩手医科大学産婦人科)**

- P-2-10 子宮内膜原発巨細胞癌の2例  
杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>1</sup>, 杏林大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>3</sup>  
○浅野史男<sup>1</sup>, 百村麻衣<sup>1</sup>, 坂口 碧<sup>2</sup>, 田邊一成<sup>2</sup>, 坂本憲彦<sup>2</sup>, 岸本浩次<sup>2</sup>, 長濱清隆<sup>3</sup>,  
下山田博明<sup>3</sup>, 松本浩範<sup>3</sup>, 森定 徹<sup>1</sup>, 柴原純二<sup>3</sup>, 小林陽一<sup>1</sup>
- P-2-11 子宮内膜腺肉腫の1例  
トヨタ記念病院産婦人科<sup>1</sup>, トヨタ記念病院臨床検査科病理<sup>2</sup>  
○加藤幹也<sup>1</sup>, 島 寛太<sup>2</sup>, 柴田莉奈<sup>1</sup>, 村井 健<sup>1</sup>, 小鳥遊明<sup>1</sup>, 森 将<sup>1</sup>, 稲村達生<sup>1</sup>,  
柴田崇宏<sup>1</sup>, 竹田健彦<sup>1</sup>, 鶴飼真由<sup>1</sup>, 岸上靖幸<sup>1</sup>, 佐原晴人<sup>2</sup>, 吉森之恵<sup>2</sup>, 川口規子<sup>2</sup>,  
小口秀紀<sup>1</sup>
- P-2-12 子宮体部類内膜癌と鑑別を要した高異型度神経内分泌癌の1例  
金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学<sup>1</sup>, 金沢大学附属病院病理診断科病理部<sup>2</sup>  
○玉野裕子<sup>1,2</sup>, 齊川邦和<sup>1</sup>, 松下信之<sup>1</sup>, 高橋健太<sup>1</sup>, 吉村かおり<sup>2</sup>, 佐藤保則<sup>1</sup>, 原田憲一<sup>1</sup>

**子宮頸部-7 13:10~13:30 座長:小松宏彰 (鳥取大学医学部附属病院女性診療科群)**

- P-2-13 子宮頸部細胞診で扁平上皮癌と推定診断された子宮頸部異形成の1例  
トヨタ記念病院産婦人科<sup>1</sup>, トヨタ記念病院臨床検査科病理<sup>2</sup>  
○森 将<sup>1</sup>, 島 寛太<sup>2</sup>, 柴田莉奈<sup>1</sup>, 松尾聡一郎<sup>1</sup>, 小鳥遊明<sup>1</sup>, 稲村達生<sup>1</sup>, 柴田崇宏<sup>1</sup>,  
竹田健彦<sup>1</sup>, 鶴飼真由<sup>1</sup>, 岸上靖幸<sup>1</sup>, 竹田美帆<sup>2</sup>, 小笠原将人<sup>2</sup>, 伊藤謙吾<sup>2</sup>, 小口秀紀<sup>1</sup>
- P-2-14 子宮頸部未分化癌の1例  
トヨタ記念病院  
○柴田莉奈, 島 寛太, 松尾聡一郎, 村井 健, 小鳥遊明, 森 将, 稲村達生, 柴田崇宏,  
竹田健彦, 鶴飼真由, 岸上靖幸, 竹田美帆, 小笠原将人, 伊藤謙吾, 小口秀紀



- P-2-15 細胞診断で扁平上皮癌との鑑別を要した子宮頸部腺癌の 1 症例  
九州がんセンター婦人科<sup>1</sup>,九州がんセンター臨床検査科<sup>2</sup>,九州がんセンター病理診断科<sup>3</sup>  
○園田頭三<sup>1</sup>,岡留雅夫<sup>1</sup>,藤本翔大<sup>2</sup>,勝間慎一郎<sup>1</sup>,二尾 愛<sup>1</sup>,村上孟司<sup>1</sup>,山口真一郎<sup>1</sup>,  
長山利奈<sup>1</sup>,有吉和也<sup>1</sup>,杉井 梓<sup>2,3</sup>,古賀 裕<sup>2,3</sup>,田口健一<sup>2,3</sup>,齋藤俊章<sup>1</sup>

**子宮頸部-8 13:30~13:50 座長:吉野 潔 (産業医科大学産科婦人科学)**

- P-2-16 子宮腔部/頸管細胞診に認められた虫垂原発杯細胞腺癌の一例  
順天堂大学医学部附属順天堂医院病理診断センター<sup>1</sup>,順天堂大学医学部人体病理病態学<sup>2</sup>  
○佐藤絢香<sup>1</sup>,半田貴史<sup>1</sup>,寺尾暁子<sup>1</sup>,猪股裕子<sup>1</sup>,今泉雅之<sup>1</sup>,税所玲衣<sup>1</sup>,飯村美香<sup>1</sup>,  
佐伯春美<sup>2</sup>,荒川 敦<sup>2</sup>,八尾隆史<sup>2</sup>
- P-2-17 妊娠中の子宮頸部細胞診が ASC-H であった妊娠合併子宮頸癌の 2 例  
横浜市立大学附属病院産婦人科<sup>1</sup>,横浜市立大学附属病院病理診断科<sup>2</sup>  
○松永梨沙<sup>1</sup>,水島大一<sup>1</sup>,紙谷菜津子<sup>1</sup>,今井雄一<sup>1</sup>,西尾由紀子<sup>2</sup>,海老塚智恵美<sup>2</sup>,  
伊藤絢子<sup>2</sup>,加藤生真<sup>2</sup>,藤井誠志<sup>2</sup>,宮城悦子<sup>1</sup>
- P-2-18 子宮頸部細胞診により推定し得た大細胞神経内分泌癌の 3 例  
鳥取大学医学部附属病院女性診療科<sup>1</sup>,総合山口赤十字病院産婦人科<sup>2</sup>  
○曳野耕平<sup>1</sup>,工藤明子<sup>1</sup>,大川雅世<sup>1</sup>,飯田祐基<sup>1</sup>,細川雅代<sup>1</sup>,小作大賢<sup>2</sup>,澤田真由美<sup>1</sup>,  
小松宏彰<sup>1</sup>,千酌 潤<sup>1</sup>,佐藤慎也<sup>1</sup>

**子宮頸部-9 13:50~14:10 座長:矢幡秀昭 (九州大学病院産科婦人科)**

- P-2-19 子宮頸部明細胞癌の 4 例  
兵庫県立がんセンター検査部<sup>1</sup>,兵庫県立がんセンター病理診断科<sup>2</sup>  
○東 恭加<sup>1</sup>,加藤ゆり<sup>1</sup>,上山 優<sup>1</sup>,南 智也<sup>1</sup>,上月文子<sup>1</sup>,角谷由貴子<sup>1</sup>,炭本久代<sup>1</sup>,  
前田妙子<sup>1</sup>,高山みずほ<sup>1</sup>,幸福淳子<sup>1</sup>,佐久間淑子<sup>2</sup>
- P-2-20 当科で治療した子宮頸部胃型腺癌の 5 例:術前診断と治療の難しさについて  
順天堂大学医学部附属練馬病院  
○長澤さや,伊藤陽介,濱村憲佑,荻島大貴
- P-2-21 子宮頸癌の鑑別に苦慮した子宮非結核性抗酸菌感染症の 1 例  
山形大学医学部産科婦人科  
○清野 学,立花由花,堀川翔太,奥井陽介,榊 宏諭,太田 剛,永瀬 智

**子宮頸部-10 14:10~14:30 座長:戸澤晃子 (聖マリアンナ医科大学東横病院婦人科)**

- P-2-22 妊娠中に増大した子宮頸部腫瘍の細胞診~2 症例を振り返って~  
佐賀大学産婦人科<sup>1</sup>,佐賀大学医学部病因病態科学講座<sup>2</sup>  
○橋口真理子<sup>1,2</sup>,秀島未紗子<sup>1</sup>,大隈良一<sup>1</sup>,福田亜紗子<sup>1</sup>,大隈恵美<sup>1</sup>,野口光代<sup>1</sup>,内山倫子<sup>1</sup>,  
梅崎 靖<sup>1</sup>,横山正俊<sup>1</sup>
- P-2-23 初回治療から 5 年後に腔と外陰に再発をきたした子宮頸部胃型腺がんの 1 例  
愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座  
○宇佐美知香,松元 隆
- P-2-24 Laplacian of Gaussian フィルタを用いた子宮頸部胃型病変における細胞診断応用  
信州大学大学院医学系研究科保健学専攻<sup>1</sup>,岡谷市民病院病理診断科<sup>2</sup>,信州大学工学部電  
子情報システム工学科<sup>3</sup>,信州大学大学院総合理工学研究科工学専攻<sup>4</sup>,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<sup>5</sup>  
○池端光憲<sup>1</sup>,石井恵子<sup>2</sup>,白井啓一郎<sup>3</sup>,長嶺大輝<sup>4</sup>,木村文一<sup>5</sup>

<b>子宮頸部-11</b>	<b>14：30～14：50</b>	<b>座長：小貫麻美子（昭和大学医学部産婦人科学講座）</b>
P-2-25	子宮頸部異型細胞の直接塗抹標本と Cellprep 法の比較検討 滋賀医科大学医学部附属病院病理部 <sup>1</sup> ，滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科 <sup>2</sup> ○今村真治 <sup>1</sup> ，谷村満知子 <sup>1</sup> ，山口 大 <sup>1</sup> ，吉田桂子 <sup>1</sup> ，吉田友理子 <sup>1</sup> ，岩本 望 <sup>1</sup> ，岩井宗男 <sup>1</sup> ， 林 裕司 <sup>1</sup> ，田中えり <sup>2</sup> ，米丸隼平 <sup>2</sup> ，能島 舞 <sup>2</sup> ，松原亜季子 <sup>2</sup> ，森谷鈴子 <sup>2</sup> ，九嶋亮治 <sup>2</sup>	
P-2-26	子宮頸部病変のフォローアップにおける LC-1000 ランク分類の臨床的有用性の検討 藤田医科大学医学部先端ロボット内視鏡手術学講座 <sup>1</sup> ，慶應義塾大学医学部産婦人科学教室 <sup>2</sup> ○仲村 勝 <sup>1</sup> ，西尾 浩 <sup>2</sup> ，岩田 卓 <sup>2</sup> ，青木大輔 <sup>2</sup>	
P-2-27	子宮頸部細胞診の品質保証評価に基づいた従来法と液状検体法の有用性の比較検討 奈良県総合医療センター産婦人科 <sup>1</sup> ，奈良県総合医療センター臨床検査部 <sup>2</sup> ，奈良県総合医療センター病理診断科 <sup>3</sup> ○豊田進司 <sup>1</sup> ，佐道俊幸 <sup>1</sup> ，辻野秀夫 <sup>2</sup> ，福井寛子 <sup>1</sup> ，伊東史学 <sup>1</sup> ，谷口真紀子 <sup>1</sup> ，杉浦 敦 <sup>1</sup> ， 喜多恒和 <sup>1</sup> ，南 佳世 <sup>2</sup> ，山川昭彦 <sup>2</sup> ，森田剛平 <sup>3</sup> ，石田英和 <sup>3</sup>	
<b>子宮頸部-12</b>	<b>14：50～15：10</b>	<b>座長：内藤子来（大久保病院産婦人科）</b>
P-2-28	子宮頸がん検診で HPV 検査を併用した精密検査の有用性について 公益財団法人福島県保健衛生協会 <sup>1</sup> ，公立岩瀬病院 <sup>2</sup> ，医療法人徳洲会羽生総合病院 <sup>3</sup> ，公立 大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座 <sup>4</sup> ○栗田和香子 <sup>1</sup> ，斎藤美穂 <sup>1</sup> ，羽野健汰 <sup>1</sup> ，塚原 孝 <sup>1</sup> ，寅磐亮子 <sup>1</sup> ，吉田晴美 <sup>1</sup> ，鈴木御幸 <sup>1</sup> ， 石橋真輝帆 <sup>2</sup> ，森村 豊 <sup>3</sup> ，古川茂宜 <sup>4</sup> ，添田 周 <sup>4</sup> ，渡辺尚文 <sup>4</sup> ，藤森敬也 <sup>4</sup>	
P-2-29	当院における ASC-US の検討 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 <sup>1</sup> ，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 <sup>2</sup> ○楠木結香 <sup>1</sup> ，北田佳緒里 <sup>1</sup> ，糸川夏帆 <sup>1</sup> ，田中真理 <sup>1</sup> ，谷川直人 <sup>1</sup> ，坪田ゆかり <sup>2</sup>	
<b>婦人科その他-5</b>	<b>10：00～10：20</b>	<b>座長：加藤友康（国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科）</b>
P-2-30	成人型顆粒膜細胞腫の 2 例 兵庫医科大学病院病理部 <sup>1</sup> ，兵庫医科大学病院臨床検査技術部 <sup>2</sup> ○品田侑毅 <sup>1</sup> ，三谷奈穂 <sup>1</sup> ，船越千恵美 <sup>2</sup> ，大野三紗 <sup>2</sup> ，中村純子 <sup>1</sup> ，鳥居良貴 <sup>1</sup> ，吉安可奈子 <sup>1</sup> ， 吉田 誠 <sup>1</sup> ，中西麻衣 <sup>1</sup> ，和田沙由理 <sup>1</sup> ，廣田誠一 <sup>1</sup>	
P-2-31	腹水細胞診が陽性であった微小浸潤及び上皮内癌を伴う卵巣粘液性境界悪性腫瘍の 1 例 トヨタ記念病院産婦人科 <sup>1</sup> ，トヨタ記念病院病理診断科 <sup>2</sup> ○竹田健彦 <sup>1</sup> ，島 寛太 <sup>2</sup> ，柴田莉奈 <sup>1</sup> ，村井 健 <sup>1</sup> ，松尾聡一郎 <sup>1</sup> ，小鳥遊明 <sup>1</sup> ，森 将 <sup>1</sup> ， 稲村達生 <sup>1</sup> ，柴田崇宏 <sup>1</sup> ，鶴飼真由 <sup>1</sup> ，岸上靖幸 <sup>1</sup> ，佐原晴人 <sup>2</sup> ，吉森之恵 <sup>2</sup> ，川口規子 <sup>2</sup> ， 小口秀紀 <sup>1</sup>	
P-2-32	腹水細胞診にて腫瘍細胞を認めた卵巣低異型度漿液性癌の 1 例 藤田医科大学医学部産婦人科講座 <sup>1</sup> ，藤田医科大学医学部病理診断学講座 <sup>2</sup> ○磯村くるみ <sup>1</sup> ，市川亮子 <sup>1</sup> ，等々力彩 <sup>1</sup> ，高田恭平 <sup>1</sup> ，大脇晶子 <sup>1</sup> ，仲村 勝 <sup>1</sup> ，野村弘行 <sup>1</sup> ， 藤本徹哉 <sup>2</sup> ，藤井多久磨 <sup>1</sup>	
<b>婦人科その他-6</b>	<b>10：20～10：40</b>	<b>座長：楯 真一（千葉大学大学院医学研究院生殖医学講座）</b>
P-2-33	肝細胞癌の転移性卵巣腫瘍の 1 例 産業医科大学医学部産科婦人科学 <sup>1</sup> ，産業医科大学病院病理検査部 <sup>2</sup> ，産業医科大学産業保 健学部広域・発達看護学 <sup>3</sup> ○赤路 悠 <sup>1</sup> ，栗田智子 <sup>1</sup> ，田尻亮祐 <sup>1</sup> ，原田大史 <sup>1</sup> ，植田多恵子 <sup>1</sup> ，吉野 潔 <sup>1</sup> ，寺戸信芳 <sup>2</sup> ， 岡 春子 <sup>2</sup> ，松浦祐介 <sup>3</sup>	

- P-2-34 髄膜癌腫症をきたした再発卵巣癌の 1 例  
東京医科大学八王子医療センター産科婦人科<sup>1</sup>, 東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>2</sup>  
○小野寺高幹<sup>1</sup>, 藤森浩司<sup>1</sup>, 若槻よしえ<sup>2</sup>, 吉田えりか<sup>2</sup>, 加藤彩子<sup>2</sup>, 内山 篤<sup>2</sup>, 奥山 光<sup>2</sup>,  
加藤くるみ<sup>2</sup>, 吉田莉於<sup>2</sup>, 沖村 明<sup>2</sup>, 脇屋 緑<sup>2</sup>, 伊藤夢美香<sup>2</sup>, 中津川宗秀<sup>2</sup>, 清水基弘<sup>1</sup>
- P-2-35 腹水または腹腔洗浄細胞診陽性であった卵巣漿液粘液性癌の 2 例  
国家公務員共済組合連合会斗南病院婦人科・腫瘍科<sup>1</sup>, 国家公務員共済組合連合会斗南病院病理診断科<sup>2</sup>, 国家公務員共済組合連合会斗南病院検査部病理検査科<sup>3</sup>, 国家公務員共済組合連合会斗南病院外科<sup>4</sup>, 札幌医科大学産婦人科<sup>5</sup>  
○田中綾一<sup>1</sup>, 南 妃奈<sup>1</sup>, 石堂茉泉<sup>1</sup>, 小山田ゆみ子<sup>2</sup>, 武田広子<sup>2</sup>, 加藤和美<sup>3</sup>, 福田有志<sup>3</sup>,  
榎尾幸恵<sup>3</sup>, 今野育美<sup>3</sup>, 平野勇志<sup>3</sup>, 林 諭史<sup>4</sup>, 齋藤 豪<sup>5</sup>

**婦人科その他-7 10:40~11:00 座長: 西野幸治 (新潟大学医歯学総合病院産婦人科)**

- P-2-36 腹水細胞診が陽性を呈した脱分化癌と診断された卵巣癌の 1 例  
山形大学医学部附属病院産婦人科  
○榊 宏諭, 清野 学, 立花由花, 堀川翔太, 奥井陽介, 太田 剛, 永瀬 智
- P-2-37 若年発症腔原発悪性黒色腫の 1 例  
福井県立病院  
○堀 芳秋

**呼吸器-6 11:00~11:20 座長: 伊豫田明 (東邦大学外科学講座呼吸器外科学分野)**

- P-2-38 術前の気管支鏡下細胞診で術式を決定した非小細胞肺癌の 1 例  
沖縄赤十字病院呼吸器外科<sup>1</sup>, 沖縄赤十字病院病理科<sup>2</sup>  
○宮城 淳<sup>1</sup>, 鈴木牧子<sup>2</sup>, 真喜志かおり<sup>2</sup>, 比嘉 讓<sup>2</sup>, 玉城剛一<sup>2</sup>, 吉見直己<sup>2</sup>
- P-2-39 大腸転移巣が診断の契機となった肺扁平上皮癌の一例  
岸和田徳洲会病院臨床検査科<sup>1</sup>, 岸和田徳洲会病院病理診断科<sup>2</sup>, 八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>3</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>4</sup>  
○大井秀太<sup>1</sup>, 岡崎 健<sup>1</sup>, 櫻井愛梨<sup>3</sup>, 松尾優希<sup>3</sup>, 室木魁人<sup>3</sup>, 西川裕子<sup>3</sup>, 岩崎由恵<sup>3</sup>,  
西野栄世<sup>2</sup>, 南部尚子<sup>4</sup>, 久保勇記<sup>4</sup>, 中塚伸一<sup>4</sup>
- P-2-40 前縦隔腫瘤に対し EBUS-TBNA が施行され異所性甲状腺腫が疑われた一例  
東京都立墨東病院検査科  
○加藤文音, 金沢武志, 石原彰人, 三國宏美, 松村由佳理, 松田梨奈, 後藤昭子, 浮ヶ谷瑞希,  
谷澤 徹

**呼吸器-7 13:10~13:30 座長: 横瀬智之 (神奈川県立がんセンター病理診断科)**

- P-2-41 RET 融合遺伝子を認めた肺腺癌の一例  
八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
○櫻井愛梨<sup>1</sup>, 松尾優希<sup>1</sup>, 室木魁人<sup>1</sup>, 西川裕子<sup>1</sup>, 岩崎由恵<sup>1</sup>, 南部尚子<sup>2</sup>, 久保勇記<sup>2</sup>,  
中塚伸一<sup>2</sup>
- P-2-42 気管支細胞診セルブロックにて診断した肺原発性悪性黒色腫の 1 例  
藤田医科大学病院病理部<sup>1</sup>, 西尾市民病院病理診断科<sup>2</sup>, 愛知医科大学病院病理部<sup>3</sup>  
○櫻井映子<sup>1</sup>, 水谷南遙<sup>1</sup>, 大嶽宏幸<sup>2</sup>, 中村広基<sup>2</sup>, 米倉由香<sup>1</sup>, 藤原真紀<sup>1</sup>, 須藤健助<sup>1</sup>,  
伊藤真文<sup>2</sup>, 都築豊徳<sup>3</sup>, 塚本徹哉<sup>1</sup>
- P-2-43 細胞形態と免疫染色結果に乖離を認めた非小細胞肺癌の骨転移の一症例  
鶴岡市立荘内病院病理科  
○菅原永里奈, 近藤敏仁, 鈴木俊市, 阿部幸輝, 矢野 亮, 椿谷みさお, 内ヶ崎新也, 深瀬真之

<b>呼吸器-8</b>	<b>13:30~13:50</b>	<b>座長：稲山嘉明</b> (横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科)
P-2-44	呼吸器細胞診で粘液を有する腫瘍細胞の見方 公立阿伎留医療センター呼吸器外科 <sup>1</sup> , 公立阿伎留医療センター病理部 <sup>2</sup> , 東京医科大学八王子医療センター病理診断部 <sup>3</sup> , 神奈川県立がんセンター呼吸器外科 <sup>4</sup> ○三浦弘之 <sup>1</sup> , 涌井清隆 <sup>2</sup> , 朝倉千尋 <sup>2</sup> , 山本智子 <sup>2</sup> , 澤田達男 <sup>2</sup> , 鬼塚裕美 <sup>2</sup> , 若槻よしえ <sup>3</sup> , 吉田えりか <sup>3</sup> , 加藤彩子 <sup>3</sup> , 内山 篤 <sup>3</sup> , 三浦 隼 <sup>4</sup>	
P-2-45	SMARCA4 欠損胸部腫瘍 2 例の細胞像の比較 東京医科歯科大学病院病理部 <sup>1</sup> , 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科包括病理学 <sup>2</sup> , 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科統合呼吸器病学 <sup>3</sup> , 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理学 <sup>4</sup> ○中嶋 裕 <sup>1</sup> , 戸張友加里 <sup>1</sup> , 地野祐輔 <sup>1</sup> , 木村あずさ <sup>1</sup> , 坂田泰子 <sup>1</sup> , 安藤 登 <sup>1</sup> , 大西威一郎 <sup>1</sup> , 新宅 洋 <sup>1</sup> , 國枝純子 <sup>1</sup> , 桐村 進 <sup>1</sup> , 倉田盛人 <sup>2</sup> , 明石 巧 <sup>1</sup> , 古澤春彦 <sup>3</sup> , 大橋健一 <sup>4</sup>	
P-2-46	全血からの Circulating tumor cells 回収のための新規フィルターの有用性 奈良県立医科大学附属病院病理部 <sup>1</sup> , 奈良県立医科大学胸部・心臓血管外科教室 <sup>2</sup> , 奈良県総合医療センター病理診断科 <sup>3</sup> , 奈良県立医科大学病理診断学講座 <sup>4</sup> , 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 <sup>5</sup> ○龍見重信 <sup>1</sup> , 澤端章好 <sup>2</sup> , 森田剛平 <sup>3</sup> , 藤井智美 <sup>4</sup> , 西川 武 <sup>1</sup> , 大林千穂 <sup>5</sup>	
<b>呼吸器-9</b>	<b>13:50~14:10</b>	<b>座長：藤井丈士</b> (国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院病理診断科)
P-2-47	呼吸器細胞診における核クロマチンのフラクタル解析 熊本保健科学大学保健科学部医学検査学科 <sup>1</sup> , 福岡大学病院病理部 <sup>2</sup> ○南部雅美 <sup>1</sup> , 亀山広喜 <sup>1</sup> , 松本慎二 <sup>2</sup>	
P-2-48	当院における ROSE の有用性の検討 弘前大学医学部附属病院病理部 <sup>1</sup> , 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座 <sup>2</sup> ○熊谷直哉 <sup>1</sup> , 小島啓子 <sup>1</sup> , 岡田壮士 <sup>1</sup> , 川村麻緒 <sup>1</sup> , 藤田大貴 <sup>1</sup> , 加藤哲子 <sup>1</sup> , 黒瀬 顕 <sup>1,2</sup>	
P-2-49	宮城県肺がん検診喀痰細胞診の成績からみる近年の傾向と細胞像 公益財団法人宮城県対がん協会 <sup>1</sup> , 東北大学加齢医学研究所呼吸器外科学分野 <sup>2</sup> , みやぎ県南中核病院呼吸器外科 <sup>3</sup> , 紫山公園ファミリークリニック <sup>4</sup> , 公益財団法人宮城県結核予防会 <sup>5</sup> ○中川朋美 <sup>1</sup> , 田名部朋子 <sup>1</sup> , 羽場詩穂美 <sup>1</sup> , 大友久美 <sup>1</sup> , 近 京子 <sup>1</sup> , 野津田泰嗣 <sup>2</sup> , 桜田 晃 <sup>3</sup> , 遠藤千顕 <sup>4</sup> , 齋藤泰紀 <sup>5</sup> , 伊藤 潔 <sup>1</sup>	
<b>呼吸器-10</b>	<b>14:10~14:30</b>	<b>座長：柳谷典子</b> (がん研究会有明病院呼吸器内科)
P-2-50	当院における肺癌マルチプレックス検査の現状について 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 <sup>1</sup> , 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 <sup>2</sup> , 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科 <sup>3</sup> ○田中真理 <sup>1</sup> , 北田佳緒里 <sup>1</sup> , 糸川夏帆 <sup>1</sup> , 楠木結香 <sup>1</sup> , 谷川直人 <sup>1</sup> , 坪田ゆかり <sup>2</sup> , 吉田 恵 <sup>3</sup>	
P-2-51	気管支鏡検査時の ROSE の有用性の検討 国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部 <sup>1</sup> , 国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理診断科 <sup>2</sup> , 国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院病理診断科 <sup>3</sup> ○横田 章 <sup>1</sup> , 宇留賀公紀 <sup>2</sup> , 雁部愛未 <sup>1</sup> , 菅原明子 <sup>1</sup> , 府川孝子 <sup>1</sup> , 藤井丈士 <sup>3</sup> , 高澤 豊 <sup>1,2</sup>	
P-2-52	気管支内視鏡迅速細胞診の有用性と精度管理 岡山大学病院医療技術部検査部門 ○實平悦子, 松岡昌志, 井上博文, 松岡博美	



<b>頭頸部-2</b>	<b>14 : 30~14 : 50</b>	<b>座長 : 村田哲也 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科)</b>
P-2-53	<p>穿刺吸引細胞診にて嗅神経芽細胞腫の転移と推定し得た一例</p> <p>国立がん研究センター東病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 国立がん研究センター東病院頭頸部外科<sup>2)</sup>, 国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科<sup>3)</sup></p> <p>○大石彰太<sup>1)</sup>, 成清羊佳<sup>1)</sup>, 小林隆樹<sup>1)</sup>, 古屋佑真<sup>1)</sup>, 山田健太郎<sup>1)</sup>, 相羽拓矢<sup>1)</sup>, 藤間瑞穂<sup>1)</sup>, 富岡利文<sup>2)</sup>, 林 隆一<sup>2)</sup>, 石井源一郎<sup>3)</sup>, 坂下信悟<sup>3)</sup></p>	
P-2-54	<p>頭頸部領域の穿刺吸引細胞診で石灰化上皮腫と推定した細胞像の検討</p> <p>独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院病理診断科<sup>2)</sup></p> <p>○浦芝 敬<sup>1)</sup>, 三村明弘<sup>1)</sup>, 岡部美由紀<sup>1)</sup>, 谷口一磨<sup>1)</sup>, 山崎一成<sup>1)</sup>, 朴 鐘建<sup>2)</sup>, 後藤孝吉<sup>2)</sup></p>	
P-2-55	<p>多形腺腫との鑑別が困難であった結節性筋膜炎の一例</p> <p>岩手医科大学附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup></p> <p>○高橋静子<sup>1)</sup>, 柳川直樹<sup>1,2)</sup>, 佐々木奈都紀<sup>1)</sup>, 上田奈央子<sup>1)</sup>, 肥田野靖史<sup>1)</sup>, 柴田祐二<sup>1)</sup>, 菊池いな子<sup>1)</sup>, 山田範幸<sup>1)</sup>, 安保淳一<sup>1)</sup>, 鈴木正通<sup>1,2)</sup>, 杉本 亮<sup>1,2)</sup>, 刑部光正<sup>1,2)</sup>, 上杉憲幸<sup>1,2)</sup>, 佐藤 孝<sup>1,2)</sup>, 菅井 有<sup>1,2)</sup></p>	
<b>その他-3</b>	<b>14 : 50~15 : 10</b>	<b>座長 : 丸川活司 (北海道医療大学医療技術学部臨床検査学科)</b>
P-2-56	<p>液状化検体細胞診における ThinPrep 法での正常細胞数が異常細胞出現数に与える影響</p> <p>京都橘大学大学院健康科学研究科<sup>1)</sup>, 京都橘大学健康科学部臨床検査学科<sup>2)</sup>, 京都橘大学生命健康科学研究センター<sup>3)</sup>, 九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>4)</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>5)</sup></p> <p>○岩下玄基<sup>1)</sup>, 大澤幸希光<sup>2,3)</sup>, 寺尾友伽<sup>1)</sup>, 小田嶋広和<sup>2,3)</sup>, 大西崇文<sup>2,3)</sup>, 芝原一樹<sup>4,5)</sup>, 西森 誠<sup>4,5)</sup>, 宮本朋幸<sup>4,5)</sup>, 岡田仁克<sup>2,3)</sup>, 大野英治<sup>3)</sup>, 服部 学<sup>2,3)</sup></p>	
P-2-57	<p>LOVE49 2022 in Gunma 活動報告~コロナ禍 3 年目を迎えて~</p> <p>群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 利根保健生活協同組合利根中央病院病理検査室<sup>2)</sup>, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学<sup>3)</sup></p> <p>○小野里香織<sup>1)</sup>, 深代やす子<sup>2)</sup>, 福田利夫<sup>3)</sup></p>	
P-2-58	<p>細胞診画像デジタル学習コンテンツの作成と活用</p> <p>東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科分子病理検査学分野<sup>1)</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理検査学分野<sup>2)</sup>, 東京医科歯科大学病院病理部<sup>3)</sup>, 東京大学大学院医学系研究科衛生学分野<sup>4)</sup></p> <p>○副島友莉恵<sup>1)</sup>, 藤井奎称<sup>1)</sup>, 坂井桃華<sup>1,2)</sup>, 中嶋 裕<sup>3)</sup>, 河村大輔<sup>4)</sup>, 石川俊平<sup>4)</sup></p>	
<b>消化器-6</b>	<b>10 : 00~10 : 20</b>	<b>座長 : 清水道生 (博慈会記念総合病院病理診断センター)</b>
P-2-59	<p>EUS-FNA にて診断に苦慮した膵臓退形成癌リンパ節転移の一例</p> <p>東京大学医学部附属病院病理部</p> <p>○板倉祐里, 瀬田 章, 日向宗利, 鈴木理樹</p>	
P-2-60	<p>膵尾部腫瘍の鑑別に超音波内視鏡下穿刺吸引法が有用であった悪性リンパ腫の 1 例</p> <p>福岡県済生会福岡総合病院<sup>1)</sup>, 福岡大学医学部病理学講座<sup>2)</sup></p> <p>○宮崎浩子<sup>1)</sup>, 佐藤真介<sup>1)</sup>, 佐藤瑞恵<sup>1)</sup>, 東 悠介<sup>1)</sup>, 石井洋子<sup>1)</sup>, 石橋貴寛<sup>1)</sup>, 牟田紘子<sup>1)</sup>, 武藤礼治<sup>2)</sup>, 加藤誠也<sup>1)</sup></p>	
P-2-61	<p>膵上皮内癌における細胞診の検討</p> <p>日本赤十字社和歌山医療センター</p> <p>○真谷垂衣子, 田中彩花, 溝畑知穂, 阪田幸範, 奥村寿崇, 中山理祐子, 小野一雄</p>	

<b>消化器-7</b>	<b>10:20~10:40</b>	<b>座長：大池信之</b> (聖マリアンナ医科大学病理学(分子病理))
P-2-62	EUS-FNA で診断し得た膵 solid-pseudopapillary neoplasm の1例 国立がん研究センター東病院臨床検査部 <sup>1)</sup> , 国立がん研究センター東病院肝胆膵内科 <sup>2)</sup> , 国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科 <sup>3)</sup> ○山田健太郎 <sup>1)</sup> , 成清羊佳 <sup>1)</sup> , 介川雅之 <sup>1)</sup> , 古屋佑真 <sup>1)</sup> , 大石彰太 <sup>1)</sup> , 相羽拓矢 <sup>1)</sup> , 藤間瑞穂 <sup>1)</sup> , 江口大樹 <sup>2)</sup> , 石井源一郎 <sup>3)</sup> , 小嶋基寛 <sup>3)</sup>	
P-2-63	EUS-FNA で充実性偽乳頭状腫瘍との鑑別が困難であった膵腺房細胞癌の一例 東京通信病院病理診断科 ○中村恵子, 高橋 剛, 深町花梨, 太田 萌, 清水香織, 田尻亮輔, 岸田由起子	
P-2-64	膵 EUS-FNA で経験した肺類基底細胞型扁平上皮癌膵転移の1例 神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部 <sup>1)</sup> , 神戸市立医療センター中央市民病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○玉木明子 <sup>1)</sup> , 尾松雅仁 <sup>1)</sup> , 田代章人 <sup>1)</sup> , 中山友理香 <sup>1)</sup> , 高田明歩 <sup>1)</sup> , 井本秀志 <sup>1)</sup> , 山下大祐 <sup>2)</sup> , 伊丹弘恵 <sup>2)</sup> , 原 重雄 <sup>2)</sup>	
<b>消化器-8</b>	<b>10:40~11:00</b>	<b>座長：小嶋基寛</b> (国立がん研究センター先端医療開発センター・臨床腫瘍病理分野)
P-2-65	連続膵液細胞診 (SPACE) により診断された膵癌の3例 東京通信病院病理診断科 ○高橋 剛, 中村恵子, 清水香織, 太田 萌, 深町花梨, 田尻亮輔, 岸田由起子	
P-2-66	当院での膵 EUS-FNA における ROSE の現状とこれから 関西医科大学総合医療センター病理部 <sup>1)</sup> , 関西医科大学総合医療センター病理診断科 <sup>2)</sup> ○市場涼介 <sup>1)</sup> , 田口香利 <sup>1)</sup> , 松永志保 <sup>1)</sup> , 檜田知里 <sup>1)</sup> , 出田幹浩 <sup>1)</sup> , 三宅広彦 <sup>2)</sup> , 植村芳子 <sup>2)</sup> , 酒井康裕 <sup>2)</sup>	
P-2-67	肝限局性結節性過形成の2例の捺印細胞像の検討 小田原市立病院臨床検査科 <sup>1)</sup> , 小田原市立病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○磯崎 勝 <sup>1)</sup> , 宮崎小百合 <sup>1)</sup> , 本多 讓 <sup>1)</sup> , 久保田一輝 <sup>1)</sup> , 高橋信一 <sup>1)</sup> , 涌井架奈子 <sup>1)</sup> , 堀井 薫 <sup>1)</sup> , 三富弘之 <sup>2)</sup>	
<b>消化器-9</b>	<b>11:00~11:20</b>	<b>座長：秋葉 純</b> (久留米大学病院病理診断科・病理部)
P-2-68	異なるサブタイプを含む膵腺房細胞癌の3例 富山大学附属病院病理部病理診断科 <sup>1)</sup> , 富山大学学術研究医学系病理診断学講座 <sup>2)</sup> , 富山大学学術研究医学系病態・病理学講座 <sup>3)</sup> ○説田愛弓 <sup>1)</sup> , 小梶恵利 <sup>1)</sup> , 橋本亜紀子 <sup>1)</sup> , 木屋千恵子 <sup>1)</sup> , 里村真帆 <sup>1)</sup> , 野口 映 <sup>2)</sup> , 濱島 丈 <sup>3)</sup> , 奥野のり子 <sup>3)</sup> , 笹原正清 <sup>3)</sup> , 平林健一 <sup>1,2)</sup>	
P-2-69	EUS-FNA で検体が採取された胃異所性膵の細胞像-2例の経験から 熊本大学病院病理部 <sup>1)</sup> , 熊本大学病院病理診断科 <sup>2)</sup> ○大黒真琴 <sup>1)</sup> , 柿沼廣邦 <sup>1)</sup> , 石原光浩 <sup>1)</sup> , 大園一隆 <sup>2)</sup> , 塩田拓也 <sup>2)</sup> , 本田由美 <sup>2)</sup> , 三上芳喜 <sup>2)</sup>	
P-2-70	超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診で診断しえた悪性黒色腫膵転移の一例 岩手医科大学附属病院病理診断科 <sup>1)</sup> , 岩手医科大学医学部病理診断学講座 <sup>2)</sup> ○肥田野靖史 <sup>1)</sup> , 柳川直樹 <sup>1,2)</sup> , 佐々木奈都紀 <sup>1)</sup> , 上田奈央子 <sup>1)</sup> , 柴田祐二 <sup>1)</sup> , 高橋静子 <sup>1)</sup> , 菊池いな子 <sup>1)</sup> , 山田範幸 <sup>1)</sup> , 安保淳一 <sup>1)</sup> , 鈴木正通 <sup>1,2)</sup> , 杉本 亮 <sup>1,2)</sup> , 刑部光正 <sup>1,2)</sup> , 上杉憲幸 <sup>1,2)</sup> , 菅井 有 <sup>1,2)</sup>	



<b>消化器-10</b>	<b>13 : 10~13 : 30</b>	<b>座長 : 長谷川剛</b> (新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院病理診断科)
P-2-71	膵 EUS-FNA にて腺扁平上皮癌が考慮された 1 例 国立がん研究センター東病院臨床検査部 <sup>1)</sup> , 国立がん研究センター東病院肝胆膵内科 <sup>2)</sup> , 国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科 <sup>3)</sup> ○相羽拓矢 <sup>1)</sup> , 成清羊佳 <sup>1)</sup> , 古屋佑真 <sup>1)</sup> , 大石彰太 <sup>1)</sup> , 山田健太郎 <sup>1)</sup> , 介川雅之 <sup>1)</sup> , 藤間瑞穂 <sup>1)</sup> , 江口大樹 <sup>2)</sup> , 石井源一郎 <sup>3)</sup> , 小嶋基寛 <sup>3)</sup>	
P-2-72	19 年後に膵転移を来した子宮平滑筋肉腫の一例 新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科 ○土田美紀, 齋藤美沙紀, 畔上公子, 弦巻順子, 北澤 綾, 佐藤由美, 木下律子, 西村広栄, 桜井友子, 三尾圭司, 西田浩彰, 渡邊 玄, 川崎 隆	
<b>口腔・歯科-3</b>	<b>13 : 30~13 : 50</b>	<b>座長 : 片岡竜貴</b> (岩手医科大学医学部病理学講座機能病態学分野)
P-2-73	EBV 陽性粘膜皮膚潰瘍の 1 例 埼玉医科大学病院 <sup>1)</sup> , 埼玉医科大学基礎医学病理学 <sup>2)</sup> ○土居美枝子 <sup>1)</sup> , 稲田博輝 <sup>1)</sup> , 細沼沙紀 <sup>1)</sup> , 政岡秀彦 <sup>1)</sup> , 浜田芽衣 <sup>1,2)</sup> , 金 玲 <sup>1,2)</sup> , 山口 浩 <sup>1,2)</sup> , 石澤圭介 <sup>1,2)</sup> , 山田健人 <sup>1,2)</sup> , 佐々木惇 <sup>1,2)</sup>	
P-2-74	診断が困難な扁平上皮癌症例に対するアプローチ ~臨床へのアンケート結果について~ 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科 <sup>1)</sup> , 日本大学松戸歯学部病理学講座 <sup>2)</sup> , 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座 <sup>3)</sup> , 医療法人社団誠馨会誠馨会病理センター <sup>4)</sup> ○浮ヶ谷匡恭 <sup>1)</sup> , 山本 泰 <sup>3)</sup> , 宇都宮忠彦 <sup>1,2)</sup> , 末光正昌 <sup>1,2)</sup> , 中山光子 <sup>2)</sup> , 才藤純一 <sup>2,4)</sup> , 松本 敬 <sup>1)</sup> , 久山佳代 <sup>1,2)</sup>	
P-2-75	口腔粘膜擦過細胞診の新規セルブロック作製法の紹介 ~濾過式~ 朝日大学大学院歯学研究科口腔病理学専攻 <sup>1)</sup> , 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野 <sup>2)</sup> ○宮本侑果 <sup>1)</sup> , 松岡太相 <sup>1)</sup> , 中尾寿奈 <sup>2)</sup> , 江原道子 <sup>2)</sup> , 落合隆永 <sup>2)</sup> , 永山元彦 <sup>2)</sup>	
<b>口腔・歯科-4</b>	<b>13 : 50~14 : 10</b>	<b>座長 : 田沼順一</b> (新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野)
P-2-76	口腔粘膜擦過細胞診に影響を与える細胞採取器具と標本作製法の選定 朝日大学大学院歯学研究科口腔病理学専攻 <sup>1)</sup> , 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野 <sup>2)</sup> , 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野 <sup>3)</sup> , 順天堂大学医学部附属浦安病院 <sup>4)</sup> , 社会医療法人蘇西厚生会松波総合病院歯科口腔外科 <sup>5)</sup> , 諏訪歯科医院 <sup>6)</sup> , カワラダ歯科・口腔外科 <sup>7)</sup> , サンシャイン M & D クリニック <sup>8)</sup> ○松岡太相 <sup>1)</sup> , 落合隆永 <sup>2)</sup> , 宮本侑果 <sup>1)</sup> , 中尾寿奈 <sup>2)</sup> , 江原道子 <sup>2)</sup> , 松原 誠 <sup>5)</sup> , 諏訪裕彦 <sup>6)</sup> , 川原田幸司 <sup>7)</sup> , 毛利謙三 <sup>8)</sup> , 村松泰徳 <sup>3)</sup> , 住友伸一郎 <sup>4)</sup> , 永山元彦 <sup>2)</sup>	
P-2-77	口腔擦過細胞診のクラス 3 判定の後方視的検討 新潟大学地域医療推進機構魚沼基幹病院 <sup>1)</sup> , 新潟大学医歯学総合病院病理部歯科病理検査室 <sup>2)</sup> ○澁谷大輔 <sup>1)</sup> , 長谷川剛 <sup>1)</sup> , 丸山 智 <sup>2)</sup> , 阿部美香 <sup>1)</sup> , 大野仁子 <sup>1)</sup> , 井口啓太 <sup>1)</sup> , 小池 敦 <sup>1)</sup>	
P-2-78	自己採取による口腔擦過細胞診・当施設の成績 東北病態研究所 <sup>1)</sup> , おひさまにこ歯科医院 <sup>2)</sup> ○三浦敏也 <sup>1)</sup> , 佐々木優 <sup>2)</sup>	
<b>乳腺-5</b>	<b>14 : 10~14 : 30</b>	<b>座長 : 阿部 仁</b> (がん研究会有明病院細胞診断部)
P-2-79	扁平上皮癌および紡錘細胞癌の形態を示す乳腺化生癌の一例 川崎医科大学附属病院病理部 <sup>1)</sup> , 川崎医科大学病理学 <sup>2)</sup> ○藤本大地 <sup>1)</sup> , 福屋美奈子 <sup>1)</sup> , 則本和佳奈 <sup>1)</sup> , 館上里緒菜 <sup>1)</sup> , 田中誠人 <sup>1)</sup> , 寺尾祥江 <sup>1)</sup> , 菅野豊子 <sup>1)</sup> , 小林江利 <sup>1)</sup> , 西村広健 <sup>1,2)</sup> , 伊禮 功 <sup>1,2)</sup> , 秋山 隆 <sup>1,2)</sup> , 森谷卓也 <sup>1,2)</sup>	

- P-2-80 乳房インプラント関連未分化大細胞リンパ腫の1例  
 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター臨床検査科<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>  
 ○平川萌絵<sup>1</sup>, 浅川拓也<sup>1</sup>, 藤本翔大<sup>1</sup>, 山本将義<sup>1</sup>, 太田かおり<sup>2</sup>, 杉井 梓<sup>2</sup>, 古賀 裕<sup>2</sup>,  
 田口健一<sup>1,2)</sup>

- P-2-81 乳腺基質産生癌(matrix-producing carcinoma)の1例  
 大阪労災病院中央検査部  
 ○谷口一磨, 三村明弘, 岡部美由紀, 浦芝 敬, 山崎一成, 朴 鐘建, 後藤孝吉

**乳腺-6 14:30~14:50 座長: 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臨床検査科/病理診断科)**

- P-2-82 乳腺分泌癌の1例  
 聖隷浜松病院臨床検査部<sup>1</sup>, 聖隷浜松病院病理診断科<sup>2</sup>, 立川総合病院病理診断科<sup>3</sup>  
 ○小池洋桜<sup>1</sup>, 山田真人<sup>1</sup>, 瀬壽翔太<sup>1</sup>, 加藤好洋<sup>1</sup>, 古田政敏<sup>1</sup>, 池谷知也<sup>1</sup>, 水野章吾<sup>1</sup>,  
 大月寛郎<sup>2</sup>, 小林 寛<sup>2,3)</sup>

- P-2-83 男性乳房に発生した retiform hemangioendothelioma の1例  
 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院病理診断科<sup>1</sup>, 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院乳腺外科<sup>2</sup>, 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立駒込病院病理科<sup>3</sup>  
 ○柴崎洋子<sup>1</sup>, 小倉 薫<sup>2</sup>, 楠木麻子<sup>1</sup>, 小池 昇<sup>1</sup>, 秋田英貴<sup>1</sup>, 鄭 子文<sup>1,3)</sup>, 堀口慎一郎<sup>3</sup>,  
 元井 亨<sup>3</sup>, 比島恒和<sup>3)</sup>

- P-2-84 乳癌の転移リンパ節に濾胞性リンパ腫を認めた衝突癌の一例  
 愛媛県立中央病院検査部<sup>1</sup>, 愛媛県立中央病院病理診断科<sup>2</sup>, 愛媛県立中央病院乳腺・内分泌外科<sup>3</sup>  
 ○越智景子<sup>1</sup>, 渡邊 拓<sup>1</sup>, 亀岡美咲<sup>1</sup>, 尾崎 萌<sup>1</sup>, 玉井佑弥<sup>1</sup>, 和田裕貴<sup>1</sup>, 兵頭直樹<sup>1</sup>,  
 畑地登志子<sup>3</sup>, 佐川 庸<sup>3</sup>, 木藤克己<sup>2</sup>, 杉田敦郎<sup>2</sup>, 前田智治<sup>2)</sup>

**乳腺-7 14:50~15:10 座長: 小穴良保 (北里大学北里研究所病院病理診断科)**

- P-2-85 乳腺原発血管肉腫の細胞像  
 がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1</sup>, がん研究会有明病院乳腺外科<sup>2</sup>, がん研究会有明病院臨床病理センター病理部<sup>3</sup>  
 ○池畑浩一<sup>1</sup>, 森園英智<sup>2</sup>, 坂井威彦<sup>2</sup>, 山崎奈緒子<sup>1</sup>, 山田麻里沙<sup>1</sup>, 伊藤崇彦<sup>1</sup>, 石井脩平<sup>1</sup>,  
 藤山淳三<sup>1</sup>, 阿部 仁<sup>1</sup>, 佐藤由紀子<sup>3</sup>, 伊藤 藍<sup>3</sup>, 山下享子<sup>3</sup>, 千葉知宏<sup>3</sup>, 大迫 智<sup>3</sup>,  
 杉山裕子<sup>1)</sup>

- P-2-86 低異型度病変(Rosen triad)を合併した乳腺管状癌の1例  
 桑名市総合医療センター<sup>1</sup>, 三重大学付属病院がんセンター/病理診断科<sup>2</sup>  
 ○今野和治<sup>1</sup>, 小塚祐司<sup>2</sup>, 宇田紗矢香<sup>1</sup>, 矢野孝明<sup>1</sup>, 伊藤英樹<sup>1</sup>, 高尾ともよ<sup>1</sup>, 仙波玲美<sup>1</sup>,  
 白石泰三<sup>1)</sup>

## — 11 月 6 日 (日) ポスター会場 (仙台サンプラザホテル 2F 青葉) —

<b>骨・軟部-2</b>	<b>10:00~10:20</b>	<b>座長: 元井 亨 (がん・感染症センター都立駒込病院病理科)</b>
P-2-87	軟骨形成を伴う粘液型脂肪肉腫の 1 例 がん研究会明病院臨床病理センター細胞診断部 <sup>1)</sup> , がん研究会明病院臨床病理センター病理部 <sup>2)</sup> , がん研究会明病院整形外科 <sup>3)</sup> , がん研究会明病院婦人科 <sup>4)</sup> ○伊藤崇彦 <sup>1)</sup> , 山下享子 <sup>2)</sup> , 早川景子 <sup>3)</sup> , 石井脩平 <sup>2)</sup> , 山田麻里沙 <sup>1)</sup> , 山崎奈緒子 <sup>1)</sup> , 池畑浩一 <sup>1)</sup> , 藤山淳三 <sup>1)</sup> , 千葉知宏 <sup>2)</sup> , 佐藤由紀子 <sup>2)</sup> , 阿江啓介 <sup>3)</sup> , 河内 洋 <sup>2)</sup> , 松本誠一 <sup>3)</sup> , 阿部 仁 <sup>1,2)</sup> , 杉山裕子 <sup>1,4)</sup>	
P-2-88	左足背に発生した High-grade myxofibrosarcoma の 1 例 兵庫県立丹波医療センター検査部 <sup>1)</sup> , 兵庫県立丹波医療センター病理診断科 <sup>2)</sup> , 兵庫医科大学病院病理部 <sup>3)</sup> ○三輪詩佳 <sup>1)</sup> , 足立実由 <sup>1)</sup> , 清水 匠 <sup>1)</sup> , 岩熊隆太郎 <sup>1)</sup> , 田中 竣 <sup>1)</sup> , 中原佳佑 <sup>1)</sup> , 黒田美帆 <sup>1)</sup> , 岸上明美 <sup>1)</sup> , 安井幸代 <sup>1)</sup> , 鳥居良貴 <sup>1,3)</sup> , 鷹巢晃昌 <sup>2)</sup>	
P-2-89	下腿筋肉原発悪性リンパ腫の一例 湘南藤沢徳洲会病院臨床検査部病理 <sup>1)</sup> , 湘南藤沢徳洲会病院病理診断科 <sup>2)</sup> , 湘南鎌倉総合病院臨床検査部 <sup>3)</sup> , 湘南鎌倉総合病院病理診断部 <sup>4)</sup> ○島村幸一 <sup>1)</sup> , 石川典由 <sup>2)</sup> , 川本雅司 <sup>2)</sup> , 高橋智恵 <sup>1)</sup> , 手島伸一 <sup>4)</sup> , 小保方和彦 <sup>3)</sup> , 程島 就 <sup>3)</sup> , 石井彩奈恵 <sup>3)</sup>	
<b>骨・軟部-3</b>	<b>10:20~10:40</b>	<b>座長: 松林 純 (東京医科大学人体病理学分野)</b>
P-2-90	軟骨粘液線維腫 2 例の細胞像 帝京大学医学部病理学講座 <sup>1)</sup> , 帝京大学医学部附属病院病理部 <sup>2)</sup> , 帝京大学医学部附属病院放射線科 <sup>3)</sup> , がん・感染症センター都立駒込病院病理科 <sup>4)</sup> , 国立病院機構埼玉病院病理診断科 <sup>5)</sup> ○渡部朱織 <sup>1)</sup> , 菊地良直 <sup>1)</sup> , 向山淳児 <sup>2)</sup> , 南 秀坪 <sup>2)</sup> , 土谷麻衣子 <sup>1)</sup> , 山本麻子 <sup>3)</sup> , 元井 亨 <sup>4)</sup> , 石田 剛 <sup>5)</sup> , 宇於崎宏 <sup>1)</sup>	
P-2-91	骨軟部腫瘍の細胞診に関する後方視的検討と有用性について NHO 九州がんセンター臨床検査技術部 <sup>1)</sup> , NHO 九州がんセンター病理診断科 <sup>2)</sup> , NHO 九州がんセンター整形外科 <sup>3)</sup> , 九州大学大学院医学研究院形態機能病理 <sup>4)</sup> ○藤本翔大 <sup>1)</sup> , 山本将義 <sup>1)</sup> , 平川萌絵 <sup>1)</sup> , 浅川拓也 <sup>1)</sup> , 杉井 梓 <sup>2)</sup> , 古賀 裕 <sup>2)</sup> , 田口健一 <sup>1,2)</sup> , 薛 宇孝 <sup>3)</sup> , 孝橋賢一 <sup>4)</sup> , 山元英崇 <sup>4)</sup> , 小田義直 <sup>4)</sup>	
<b>甲状腺-4</b>	<b>10:40~11:00</b>	<b>座長: 宮崎龍彦 (岐阜大学医学部附属病院病理部)</b>
P-2-92	泡沫細胞を多数認めた甲状腺髄様癌の一例 国立がん研究センター東病院病理検査室 <sup>1)</sup> , 国立がん研究センター東病院頭頸部外科 <sup>2)</sup> , 国立がん研究センター東病院病理臨床検査科 <sup>3)</sup> ○古屋佑真 <sup>1)</sup> , 成清羊佳 <sup>1)</sup> , 小林隆樹 <sup>1)</sup> , 大石彰太 <sup>1)</sup> , 山田健太郎 <sup>1)</sup> , 相羽拓矢 <sup>1)</sup> , 藤間瑞穂 <sup>1)</sup> , 林 隆一 <sup>2)</sup> , 石井源一郎 <sup>3)</sup> , 坂下信悟 <sup>3)</sup>	
P-2-93	LBC 法で作製した同一のスライドで甲状腺乳頭癌の未分化転化を判定しえた 1 例 大森赤十字病院検査部 ○高橋弥冴, 本間聖也, 瀬戸口知里, 九十九葉子, 及川実夏, 大内和真, 日下部民美, 坂本穆彦	

## P-2-94 甲状腺未分化癌と副甲状腺癌の衝突癌の一例

八戸市立市民病院臨床検査科<sup>1</sup>, 八戸市立市民病院救命救急センター<sup>2</sup>, 八戸市立市民病院病理診断科<sup>3</sup>

○高畑英智<sup>1</sup>, 松長夢子<sup>1</sup>, 須藤安史<sup>1</sup>, 奥沢悦子<sup>2</sup>, 板橋智映子<sup>3</sup>, 矢嶋信久<sup>3</sup>

**甲状腺-5 11:00~11:20 座長: 神澤真紀 (神戸大学医学部附属病院病理診断科)**

## P-2-95 演題取り下げ

## P-2-96 細胞診所見で診断に苦慮した甲状腺低分化癌の一例

医療法人董甲会岡本甲状腺クリニック検査科<sup>1</sup>, 和泉市立総合医療センター病理診断科<sup>2</sup>, 住友病院病理部<sup>3</sup>, 住友病院臨床検査科<sup>4</sup>, 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科<sup>5</sup>

○岡本拓馬<sup>1</sup>, 覚道健一<sup>2</sup>, 藤田茂樹<sup>3</sup>, 松永由紀<sup>3</sup>, 三村裕子<sup>4</sup>, 鍵弥朋子<sup>5</sup>

**中皮・体腔液-5 13:10~13:30 座長: 池田 聡 (土浦協同病院検査部)**

## P-2-97 心嚢液中に出現した多分葉核が目立つ primary effusion lymphoma-like lymphoma の1例

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部<sup>1</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター中央臨床検査部<sup>2</sup>, 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<sup>3</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立十三市民病院病理診断科<sup>4</sup>

○世古裕里<sup>1</sup>, 大瀬香菜<sup>1</sup>, 木村美穂<sup>1</sup>, 山畑 翔<sup>1</sup>, 津田義格<sup>1</sup>, 横田裕香<sup>2</sup>, 石井真美<sup>3</sup>, 福島裕子<sup>3,4</sup>, 井上 健<sup>1,3</sup>

## P-2-98 胸水中に出現した奇形癌肉腫の一例

慶應義塾大学病院病理診断科

○関島優樹, 北村美寿穂, 岡田ゆり子, 森田久美, 川井田みほ, 江本 桂, 大喜多肇

## P-2-99 診断に胸水セルブロックを用いた免疫組織化学的検討が有用であった血管肉腫の1例

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部臨床検査科<sup>1</sup>, 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部病理診断科<sup>2</sup>

○三浦悠太郎<sup>1</sup>, 城 竜人<sup>1</sup>, 鹿島星林<sup>1</sup>, 佐田勇樹<sup>1</sup>, 豊岡辰明<sup>1</sup>, 染矢賢俊<sup>1</sup>, 伊東正博<sup>2</sup>

**中皮・体腔液-6 13:30~13:50 座長: 渋谷秀美 (山口県立総合医療センター中央検査部)**

## P-2-100 胸水細胞診が診断の一助となった原発性卵管癌の一例

東京女子医科大学産婦人科<sup>1</sup>, 東京女子医科大学病理診断科<sup>2</sup>

○下地香乃子<sup>1</sup>, 秋澤叔香<sup>1</sup>, 岡田薫子<sup>1</sup>, 広兼春美<sup>1</sup>, 阿部由貴<sup>1</sup>, 本橋 卓<sup>1</sup>, 木原真紀<sup>1</sup>, 山本智子<sup>2</sup>, 長嶋洋治<sup>2</sup>, 田畑 務<sup>1</sup>

## P-2-101 LBC とセルブロックを併用した胸水細胞診を契機に診断に至った早期の中皮腫の一例

神戸徳洲会病院臨床検査科<sup>1</sup>, 八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>2</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>3</sup>

○鈴木彩加<sup>1</sup>, 櫻井愛梨<sup>2</sup>, 松尾優希<sup>2</sup>, 室木魁人<sup>2</sup>, 西川裕子<sup>2</sup>, 岩崎由恵<sup>2</sup>, 南部尚子<sup>3</sup>, 久保勇記<sup>3</sup>, 中塚伸一<sup>3</sup>

## P-2-102 悪性中皮腫の体腔液以外の細胞像

埼玉医科大学総合医療センター病理部<sup>1</sup>, 公立財団法人結核予防会複十字病院病理診断部<sup>2</sup>

○日下卓万<sup>1</sup>, 岡 輝明<sup>2</sup>, 笹谷愛結<sup>1</sup>, 針谷佳那<sup>1</sup>, 石澤 綾<sup>1</sup>, 佐藤達也<sup>1</sup>, 青木智章<sup>1</sup>, 松野和子<sup>1</sup>, 木内恭子<sup>1</sup>, 大野優子<sup>1</sup>, 阿部倫子<sup>1</sup>, 大澤久美子<sup>1</sup>, 菊地 淳<sup>1</sup>, 百瀬修二<sup>1</sup>, 東 守洋<sup>1</sup>

**中皮・体腔液-7 13:50~14:10 座長: 齊尾征直 (群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学)**

- P-2-103 胸水中に出現した腎細胞癌の一例  
複十字病院病理診断科  
○白幡理位, 岡 輝明, 上杉正好, 阿部藍子, 武田優華
- P-2-104 浸潤性尿路上皮癌亜型と膀胱原発印環細胞癌の鑑別に苦慮した一例  
川崎市立井田病院検査科<sup>1)</sup>, 北里研究所病院病理診断科<sup>2)</sup>, 川崎市立井田病院病理診断科<sup>3)</sup>  
○西岡夢実<sup>1)</sup>, 佐藤弘康<sup>1)</sup>, 市川 将<sup>1)</sup>, 錦木秀夫<sup>1)</sup>, 前田一郎<sup>2)</sup>, 杜ぶん林<sup>3)</sup>, 品川俊人<sup>3)</sup>
- P-2-105 胸水中に出現した悪性黒色腫の一例  
立川相互病院臨床検査科病理検査室<sup>1)</sup>, 立川相互病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○小村光莉<sup>1)</sup>, 荒井佑太<sup>1)</sup>, 藤元祐子<sup>1)</sup>, 布村眞季<sup>2)</sup>

**中皮・体腔液-8 14:10~14:30 座長: 三宅康之 (倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)**

- P-2-106 原発性体腔液リンパ腫様リンパ腫の 1 例  
金沢医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 金沢医科大学臨床病理学<sup>2)</sup>, 金沢医科大学病理学<sup>2)</sup><sup>3)</sup>  
○清水 瞭<sup>1)</sup>, 津幡裕美<sup>1)</sup>, 寺内利恵<sup>1)</sup>, 塩谷晃広<sup>1,2)</sup>, 熊谷泉那<sup>3)</sup>, 大兼政良育<sup>1)</sup>, 高田麻央<sup>1)</sup>,  
竹中美千穂<sup>1)</sup>, 山下 学<sup>1)</sup>, 山田壮亮<sup>1,2)</sup>
- P-2-107 胸水細胞診材料で転移を推定し得た尿路上皮癌の 1 例  
金沢大学附属病院病理診断科・病理部  
○森 龍也, 水口敬司, 嶋口智恵, 酒野香織, 下田 翼, 藤田一希, 阪口真希, 吉村かおり,  
中田聡子, 池田博子
- P-2-108 胸水細胞診で Primary effusion lymphoma: PEL と診断した 1 例  
国立病院機構函館病院検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構函館病院病理診断科<sup>2)</sup>  
○赤川まい<sup>1)</sup>, 今井楓子<sup>1)</sup>, 佐藤美帆<sup>1)</sup>, 木村伯子<sup>2)</sup>

**中皮・体腔液-9 14:30~14:50 座長: 西川 武 (奈良県立医科大学附属病院病理部)**

- P-2-109 Primary effusion lymphoma (PEL) 及び PEL like lymphoma における細胞学的検討  
がん・感染症センター都立駒込病院病理科  
○酒井陽美, 浅見英一, 宮田清美, 小川真澄, 下山 達, 比島恒和
- P-2-110 胸水中に出現したリンパ形質細胞性リンパ腫の一例  
産業医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学第 1 病理<sup>3)</sup>  
○福島千晃<sup>1)</sup>, 新野大介<sup>2)</sup>, 是末成未<sup>1)</sup>, 中島悠貴<sup>1)</sup>, 恒成徳子<sup>1)</sup>, 西山純司<sup>1)</sup>, 岡 春子<sup>1)</sup>,  
寺戸信芳<sup>1)</sup>, 久岡正典<sup>3)</sup>

**神経 (中枢・末梢)-2 14:50~15:10 座長: 上野正樹 (香川大学医学部病理病態生体防御医学講座・炎症病理学)**

- P-2-111 圧挫細胞診が有用であった Microcystic meningioma の 2 例  
獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科  
○松本絵里香, 山崎泰樹, 小野寛文, 勝平理子, 松本祐弥, 並木幸子, 岡村卓哉, 佐藤陽子,  
松嶋 惇, 佐藤泰樹, 藤井晶子, 上田善彦, 伴 慎一
- P-2-112 第三脳室発生の孤立性線維性腫瘍と考えられた 1 例  
聖路加国際病院病理診断科  
○恒田直人, 小川命子, 植竹 都, 中田裕人, 石黒弘美, 三田尚子, 平林陽介, 小林ひとみ,  
金子あゆみ, 金澤卓也, 吉田光希, 山川真梨奈, 伊豆麻未, 鹿股直樹
- P-2-113 頭蓋内に発生した孤立性線維性腫瘍 (SFT) / 血管周皮腫 (HPC) の 1 例  
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2)</sup>  
○青木瑠伽<sup>1)</sup>, 花山直美<sup>1)</sup>, 生澤 竜<sup>1)</sup>, 島田直樹<sup>1)</sup>, 大川千絵<sup>1)</sup>, 土居正知<sup>2)</sup>, 大池信之<sup>2)</sup>,  
小池淳樹<sup>2)</sup>



**リンパ・造血器-3 10:00~10:20**

座長：佐藤 孝（岩手医科大学医学部病理学講座）

## P-2-114 成人におけるランゲルハンス細胞組織球症の1例

鳥取市立病院中央検査部<sup>1</sup>，鳥取市立病院病理診断科<sup>2</sup>○佐々木伽耶<sup>1</sup>，小林きよこ<sup>1</sup>，田中美穂<sup>1</sup>，谷本真梨子<sup>1</sup>，小林計太<sup>2</sup>

## P-2-115 鼻型節外性NK/T細胞性リンパ腫の1例

東邦大学医療センター大森病院病院病理部<sup>1</sup>，東邦大学医学部病理学講座<sup>2</sup>，東邦大学医療センター大森病院眼科<sup>3</sup>，東邦大学医療センター大森病院口腔外科<sup>4</sup>，東邦大学医療センター大森病院泌尿器科<sup>5</sup>○野村恵利<sup>1</sup>，栃木直文<sup>1</sup>，深澤由里<sup>2</sup>，篠崎 稔<sup>1</sup>，石井真由美<sup>1</sup>，雨宮和紀<sup>1</sup>，堀 裕一<sup>3</sup>，兼古晃輔<sup>4</sup>，星野織絵<sup>5</sup>，澁谷和俊<sup>1</sup>**リンパ・造血器-4 10:20~10:40**

座長：佐々木陽介（昭和大学医学部臨床病理診断学講座）

## P-2-116 古典的ホジキンリンパ腫の像を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

湘南鎌倉総合病院検査部<sup>1</sup>，湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>2</sup>，湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>3</sup>，東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>4</sup>○石井彩奈恵<sup>1</sup>，程島 就<sup>1</sup>，菅原 隆<sup>1</sup>，小保方和彦<sup>1</sup>，内藤 航<sup>2</sup>，大沼一也<sup>3</sup>，宮岡 雅<sup>4</sup>，手島伸一<sup>2</sup>

## P-2-117 転移性腫瘍との鑑別に苦慮したT細胞性リンパ腫の1例

昭和大学医学部臨床病理診断学講座<sup>1</sup>，杏林大学医学部附属病院病院病理部<sup>2</sup>，昭和大学医学部内科学講座血液内科部門<sup>3</sup>○佐々木陽介<sup>1</sup>，岸本浩次<sup>2</sup>，村井 聡<sup>1</sup>，本間まゆみ<sup>1</sup>，矢持忠徳<sup>1</sup>，塩沢英輔<sup>1</sup>，瀧本雅文<sup>1</sup>，服部憲路<sup>3</sup>，矢持淑子<sup>1</sup>

## P-2-118 頸部リンパ節(LN)穿刺吸引細胞診(FNA)が発見の契機となった原発不明癌の1例

鳥取県立中央病院中央検査室<sup>1</sup>，鳥取県立中央病院病理診断科<sup>2</sup>○谷上和弥<sup>1</sup>，中本 周<sup>2</sup>，岡田早苗<sup>1</sup>，松ノ谷尚子<sup>1</sup>，前田和俊<sup>1</sup>，川上智史<sup>1</sup>，徳安祐輔<sup>2</sup>，小田晋輔<sup>2</sup>，加藤千春<sup>1</sup>，福田水貴<sup>1</sup>，木村仁南<sup>1</sup>**リンパ・造血器-5 10:40~11:00**

座長：中里宜正（獨協医科大学病理診断学）

## P-2-119 Castleman 病の2症例

地方独立行政法人桑名市総合医療センター

○矢野孝明，今野和治，宇田紗矢香，伊藤英樹，高尾ともよ，仙波玲美，白石泰三

## P-2-120 頸部リンパ節転移したHPV陰性中咽頭癌の細胞像の検討

山梨大学医学部人体病理学講座<sup>1</sup>，山梨大学医学部附属病院病理部<sup>2</sup>○山口陽平<sup>1</sup>，中澤久美子<sup>2</sup>，花井佑樹<sup>2</sup>，笠井一希<sup>2</sup>，中村海斗<sup>2</sup>，望月直子<sup>2</sup>，田原一平<sup>1</sup>，井上朋大<sup>1</sup>，大石直輝<sup>1</sup>，望月邦夫<sup>2</sup>，近藤哲夫<sup>1,2</sup>

## P-2-121 リンパ節穿刺吸引細胞診におけるフローサイトメトリー併用の可能性について

横浜市立大学附属市民総合医療センター病理部<sup>1</sup>，横浜市立大学附属市民総合医療センター 病理診断科<sup>2</sup>○小寺輝明<sup>1</sup>，稲山嘉明<sup>2</sup>，高瀬章子<sup>1</sup>，腰高典子<sup>1</sup>，菊地美保<sup>1</sup>，武田奈津子<sup>1</sup>，石津春菜<sup>1</sup>，市川美咲<sup>1</sup>，成田千華<sup>1</sup>，長原有紀<sup>1</sup>，小瀬木貴子<sup>1</sup>，澤住知枝<sup>2</sup>，田辺美樹子<sup>2</sup>，大谷方子<sup>2</sup>**泌尿器-3 11:00~11:20**

座長：村田晋一（和歌山県立医科大学人体病理学教室/病理診断科）

## P-2-122 尿細胞診報告様式パリシステムに基づく当院の運用

香川大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>，香川大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>○片倉和哉<sup>1</sup>，松永 徹<sup>1</sup>，大通清美<sup>1</sup>，多田有輝子<sup>1</sup>，清永加菜<sup>1</sup>，郷田 衛<sup>1</sup>，本山睦美<sup>1</sup>，藤田英臣<sup>2</sup>，木村なちの<sup>2</sup>，伊吹英美<sup>2</sup>，香川聖子<sup>2</sup>，石川 亮<sup>1,2</sup>，羽場礼次<sup>1,2</sup>



- P-2-123 腎臓に発生した血管肉腫の一例  
東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>1</sup>, 東京医科大学八王子医療センター泌尿器科<sup>2</sup>  
○加藤くるみ<sup>1</sup>, 若槻よしえ<sup>1</sup>, 吉田えりか<sup>1</sup>, 加藤彩子<sup>1</sup>, 内山 篤<sup>1</sup>, 吉田莉於<sup>1</sup>,  
伊藤夢美香<sup>1</sup>, 脇屋 緑<sup>1</sup>, 沖村 明<sup>1</sup>, 林建二郎<sup>2</sup>, 中津川宗秀<sup>1</sup>

- P-2-124 メルケル細胞癌を疑った尿細胞診の 1 例  
独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床検査科病理  
○中山諒太, 原田邦彦, 野地夏美, 山崎茂樹, 山田和昭, 平野和彦

**泌尿器-4 13:10~13:30 座長: 山城勝重 (日鋼記念病院病理診断科)**

- P-2-125 膀胱肉腫様癌の 1 例  
済生会横浜市南部病院病理部<sup>1</sup>, 済生会横浜市南部病院病理診断科<sup>2</sup>  
○石井輝子<sup>1</sup>, 三田和博<sup>1</sup>, 鈴木玲子<sup>1</sup>, 木村由佳<sup>1</sup>, 妹尾詩織<sup>1</sup>, 鈴木玖風<sup>1</sup>, 村上あゆみ<sup>2</sup>,  
中山 崇<sup>2</sup>
- P-2-126 栄養膜細胞への分化を伴う高異型度尿路上皮癌の一例  
医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2</sup>  
○西川裕子<sup>1</sup>, 櫻井愛梨<sup>1</sup>, 松尾優希<sup>1</sup>, 室木魁人<sup>1</sup>, 岩崎由恵<sup>1</sup>, 南部尚子<sup>2</sup>, 久保勇記<sup>2</sup>,  
中塚伸一<sup>2</sup>
- P-2-127 カテーテル尿中に出現した悪性リンパ腫の 1 例  
九州労災病院病理診断科  
○津留崎裕太, 井之上奈菜, 占部一孝, 花井高文, 金澤茂正, 藤木正昭, 稲葉優奈, 丈達真央,  
榎原康亮

**泌尿器-5 13:30~13:50 座長: 下釜達朗 (製鉄記念八幡病院病理診断科)**

- P-2-128 Cellprep 法を用いた尿細胞診標本作製法の検討  
滋賀医科大学医学部附属病院検査部<sup>1</sup>, 滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科<sup>2</sup>  
○谷村満知子<sup>1</sup>, 今村真治<sup>1</sup>, 岩井宗男<sup>1</sup>, 吉田桂子<sup>1</sup>, 山口 大<sup>1</sup>, 吉田友理子<sup>1</sup>, 岩本 望<sup>1</sup>,  
林 裕司<sup>1</sup>, 田中えり<sup>2</sup>, 米丸隼平<sup>2</sup>, 能島 舞<sup>2</sup>, 松原垂季子<sup>2</sup>, 森谷鈴子<sup>2</sup>, 九嶋亮治<sup>2</sup>
- P-2-129 尿細胞診におけるフラクタル解析の有用性  
金沢大学附属病院病理診断科・病理部  
○下田 翼, 水口敬司, 嶋口智恵, 酒野香織, 藤田一希, 森 龍也, 阪口真希, 吉村かおり,  
中田聡子, 池田博子

**唾液腺-4 13:50~14:10 座長: 大橋瑠子 (新潟大学医学部臨床病理学)**

- P-2-130 Spindle cell lipoma 成分を伴った耳下腺 sialolipoma の 1 例  
福井大学医学部附属病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 福井総合病院検査課<sup>2</sup>, 福井総合病院病理診断科<sup>3</sup>, 福井大学医学部腫瘍病理学<sup>4</sup>  
○鎌田公美子<sup>1</sup>, 松川遥佳<sup>1</sup>, 古市和美<sup>1</sup>, 中屋佳子<sup>2</sup>, 伊藤淳子<sup>2</sup>, 木村純也<sup>1</sup>, 山口愛奈<sup>1</sup>,  
樋口翔平<sup>1</sup>, 河原 栄<sup>3</sup>, 福島万奈<sup>4</sup>, 今村好章<sup>1</sup>
- P-2-131 強い多形性を示した筋上皮癌の一例  
信州大学医学部附属病院臨床検査部  
○若林 奏, 中嶋智之, 下條康代, 布麻里奈, 衣川康弘, 佐藤 碧, 岩谷 舞, 上原 剛
- P-2-132 耳下腺原発腺房細胞癌の 1 例  
済生会横浜市南部病院病理部<sup>1</sup>, 済生会横浜市南部病院病理診断科<sup>2</sup>  
○木村由佳<sup>1</sup>, 三田和博<sup>1</sup>, 鈴木玲子<sup>1</sup>, 石井輝子<sup>1</sup>, 妹尾詩織<sup>1</sup>, 鈴木玖風<sup>1</sup>, 村上あゆみ<sup>2</sup>,  
中山 崇<sup>2</sup>

**唾液腺-5**      **14:10~14:30**      **座長：駄阿 勉** (大分大学医学部診断病理学講座)

- P-2-133 甲状腺乳頭癌の顎下リンパ節転移を認めた唾液腺導管癌の1例  
独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部臨床検査科<sup>1</sup>, 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部病理診断科<sup>2</sup>  
○城 竜人<sup>1</sup>, 三浦悠太郎<sup>1</sup>, 鹿島星林<sup>1</sup>, 佐田勇樹<sup>1</sup>, 豊岡辰明<sup>1</sup>, 染矢賢俊<sup>1</sup>, 伊東正博<sup>2</sup>
- P-2-134 NOR-1(NR4A3)抗体に陽性を示した腺房細胞癌の一例  
久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 久留米大学病院臨床検査部<sup>2</sup>  
○牧野諒央<sup>1</sup>, 河原明彦<sup>1</sup>, 安倍秀幸<sup>1</sup>, 高瀬頼妃呼<sup>1</sup>, 村田和也<sup>1</sup>, 熊谷天斗<sup>1</sup>, 大塚百華<sup>1</sup>, 黒木日菜子<sup>1</sup>, 古田拓也<sup>1</sup>, 内藤嘉紀<sup>2</sup>, 秋葉 純<sup>1</sup>
- P-2-135 基底細胞腺癌4例の細胞学的検討  
山梨大学医学部附属病院病理部<sup>1</sup>, 山梨大学人体病理学講座<sup>2</sup>  
○笠井一希<sup>1</sup>, 中澤久美子<sup>1</sup>, 望月直子<sup>1</sup>, 花井佑樹<sup>1</sup>, 中村海斗<sup>1</sup>, 田原一平<sup>2</sup>, 井上朋大<sup>2</sup>, 大石直輝<sup>2</sup>, 望月邦夫<sup>1</sup>, 近藤哲夫<sup>1,2</sup>

**唾液腺-6**      **14:30~14:50**      **座長：平井秀明** (東京医科大学人体病理学分野)

- P-2-136 上皮筋上皮癌の一例—多形腺腫との鑑別点について—  
日本赤十字社医療センター病理部<sup>1</sup>, 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻<sup>2</sup>, 日本赤十字社医療センター耳鼻咽喉科<sup>3</sup>  
○今井友貴<sup>1</sup>, 富田健一郎<sup>1</sup>, 松尾梢恵<sup>1</sup>, 土屋星美<sup>1</sup>, 中 昂一<sup>1</sup>, 夏目愛子<sup>1</sup>, 関口明日<sup>1</sup>, 越智三枝子<sup>2</sup>, 小林侑生<sup>1</sup>, 裴 有安<sup>1</sup>, 物部寛子<sup>3</sup>, 熊坂利夫<sup>1</sup>
- P-2-137 耳下腺に発生したオンコサイトーマの1例  
独立行政法人国立病院機構中国・四国ブロック岡山医療センター<sup>1</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科医学分野<sup>2</sup>  
○大石恭平<sup>1</sup>, 神農陽子<sup>1</sup>, 磯田哲也<sup>1</sup>, 谷口 香<sup>2</sup>, 藤田健太<sup>1</sup>, 原田侑香里<sup>1</sup>, 松田正浩<sup>1</sup>, 小坂明里<sup>1</sup>

抄

録



## ◇特別講演 1

## 科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けて

東北大学大学院医学系研究科

○大内憲明(MD)

がん検診では、科学的根拠のある検診を、正しい精度管理の下に、多くの国民に提供することが求められる。厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」における指針の見直しにおいては、死亡率減少効果を唯一の科学的根拠としてとらえている。しかし、その検証には大規模な研究の実施と長期間の追跡調査が必要であり、有効性の確認や実施体制の確保に時間を要し過ぎ、国民が科学技術の恩恵を十分に享受できていないことが指摘されている。そこで、優れた研究成果をスピーディに政策に反映できるよう効率的な評価の仕組みも検討されている。子宮頸がん検診においては浸潤がん罹患率の減少が代替指標（サラゲートマーカー）として位置付けられているが、乳がんにおいては、例えば、超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する比較試験（J-START）の二次指標として累積進行乳がん罹患率を解析することとしているが、乳がん死亡率の代替指標は国際的に認められていない。従って、当初のプロトコルに則り累積進行乳がん罹患率を比較するものの、死亡率減少効果を検証する必要性を強く感じている。一方で、がん対策としての科学的根拠に基づくがん検診をわが国で推進するためには、一国一プログラムを目指すべきである。現状の対策型検診の水準を上げ、職域を含めて、適格な対象者への受診勧奨とプログラムの管理及び評価を適切に行う組織型検診 Organized Screening の構築に向けた議論を深める必要がある。

## ◇特別講演 2

## 原発事故と甲状腺細胞診総括

福島県立医科大学医学部甲状腺治療学講座

○鈴木真一(MD)

2011 年東日本大震災が発生し、東京電力福島第 1 原子力発電所でも事故が生じ、大気中に放射性物質の放出を認めた。福島県を中心に放射線による健康影響につき住民の不安が高まった。その中で福島県では長期にわたる甲状腺の超音波検診を行うこととなった。演者は検診開始当初は甲状腺検査の責任者としてその後は内分泌外科医として検診発見甲状腺癌の治療に従事した。検診は先行検査から開始されたが、震災後 10 年を経過した現在は、4 回目の本格検査、すなわち 5 巡目の検査と 20 歳以上が 5 年ごとに実施する節目検診が粛々と実施されている。すでに検診の二次検査での穿刺吸引細胞診（以下 FNAC）で悪性ないし悪性疑い症例は 300 例近くになっており、手術症例も 250 例近くとなっている。当初は悪性ないし悪性疑いとされた中で、手術が施行されたものが多かったため大半が乳頭癌であった。最近では濾胞性腫瘍として保険診療で経過観察された中で、超音波所見から FNAC が施行され悪性と診断され手術が施行された症例や腫瘍径や圧迫症状から術前良性腫瘍として手術が施行された中で、濾胞癌と診断されたものも出てきている。さらに、手術例では術前の切除範囲の決定のため、リンパ節や対側腫瘍の FNAC を施行する。小児例では頻回の FNAC が無理な場合、術中全身麻酔後にエコー下で迅速 FNAC を行った場合もある。手術例では経過とともに再発例も経験しているが、そのほとんどが術後のサーベイランスの超音波検査から FNAC を施行し確定し再手術を施行している。以上のように FNAC は福島での検診（二次検査）、初回手術、再手術等で重要な役割を果たしている。

## ◇招請講演

伊達政宗の国づくりと国際外交

東北大学名誉教授<sup>1)</sup>, 宮城県慶長使節船ミュージアム (サン・ファン館) 館長<sup>2)</sup>

○平川 新(該当なし)<sup>1,2)</sup>

豊臣秀吉の時代に出羽国米沢から陸奥国岩出山に転封を命じられた伊達政宗は、徳川家康政権の成立と同時に、本城を仙台に移しました。もとは「千代」と書かれていたのですが、「仙台」という漢字に改めたのは政宗です。悠久の命をもった仙人が住む理想の地、という意味を込めています。政宗は1601年から、いくつものプロジェクトを並行して進めました。1. 城と城下町をつくる、2. 新しい街道をつくる、3. 新しい宿場をつくる、4. 海岸線に運河(木挽堀)をつくる、5. 伊達家と領民の安寧を祈るための寺社をつくる、6. 生産力の増強をめざして新田開発を進めるなど、国土大改造とでもいうべき巨大事業の数々でした。このほか、1613年に遣欧使節をヨーロッパに派遣して、スペイン国王やローマ教皇と貿易交渉をさせるなど、徳川家康や他の大名ではなしえなかった国際外交を大胆に展開しました。あまり知られていないことなのですが、使節支倉常長の持ち帰ったヨーロッパ情報が幕府によるポルトガル人とスペイン人の日本からの追放政策につながったのでした。本講演では、仙台の礎を築いた政宗の壮大な国づくりについて紹介いたします。

参考文献：平川新『戦国日本と大航海時代』(中公新書, 2019年和辻哲郎文化賞受賞)

## ◇会長講演

災害を、がん検診・細胞診から考える

東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野

○伊藤 潔(MD)

ここ数年の全世界レベルでの新型コロナウイルス感染拡大と長期化は、まさしく「災害」と位置付けられるものです。

この問題は、数年単位での行動変容を社会に迫るもので、それは我々の関わる細胞診やがん検診も例外ではありません。車検診など集団検診を中心とした検診は、「集団」であるが故に、特に感染拡大前半期、多くの地域で中止や延期となりました。日本対がん協会によれば、2020年のがん検診受診者数は前年に比較して約30%も減少しており、未発見のがんが近い将来、進行がんとなって発見する事態が危惧されています(対がん協会報2021年)。これまで、地方の医療過疎を補う上で、効率的かつ有益であるとして推進が図られてきた集団検診も、今後は大きな「行動変容」を余儀なくされ、それに伴い、細胞診の在り様も、大きく変革されていくと考えます。

このような事象は、11年前、2011年3月の東日本大震災の後にも起こりました。大震災前後の2009年から2016年での、宮城県45地域での集団検診(バス検診)における子宮頸がん検診受診率を解析したところ、地震が発生した2011年に多くの地域で検診受診率の著しい減少が見られました。さらに、津波の被害が大きかった沿岸地域では、それ以降、2016年の時点になっても頸がん検診受診率が回復していない地域があることが明らかとなりました(PLOS ONE, 2020)。このことは、今、危惧されている、コロナを契機とした検診の見合わせ・手控えが、そのあとの受診習慣を、長期間にわたり行動変容させてしまう可能性を示唆しているのかもしれない。

「災害」が、長期的な健康保持にどのような影響を及ぼすかを、がん検診などを通して考えてみたいと思います。



## ◇教育講演 1

## 甲状腺細胞診と AI

隈病院病理診断科

○廣川満良(MD)

AI を用いた甲状腺細胞診の解析が初めて報告されたのは 1996 年であった。その後、同様の試みが行われたが、いずれも二つの病変を区別するに留まっていた。近年、深層学習 (AI) による画像解析技術の飛躍的な向上に伴い、AI を用いた細胞診診断補助システムの実現が現実味を帯びてきた。我々は日常で遭遇する疾患のほとんどをカバーできる甲状腺細胞診支援 AI (AI differential diagnosis for cytology of the thyroid: ADDICT) の開発を 2020 年より試みており、ほぼ完成に近づきつつある。本講演では、我々の開発した ADDICT を紹介するとともに、その改良すべき多くの課題と今後の展望について述べることにする。

## ◇教育講演 2

## 婦人科がん取り扱い規約改訂の概要

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科

○安田政実(MD)

2020 年に刊行された WHO 分類第 5 版を範とした、子宮頸部(頸部)、子宮体部(体部)、卵巣・卵管・腹膜の 3 つの新たな癌取り扱い規約(規約)の論点を整理してみる。頸癌: HPV 感染との関連により組織分類が再編成された。とりわけ腺癌を生物学的特性から HPV 関連癌と非依存癌に分ける臨床病理学意義が確立された。先の FIGO2018 によって pT が改定されたことを受けて頸癌規約臨床編 2020(日産婦 2020)が刊行され、一応の解決をみた「腫瘍径の測定論議」が今回の改訂で腺癌の「深達度評価」とも相まって争点となった。体癌: 内膜癌の大半を占める類内膜癌は、The Cancer Genome Atlas project により分子遺伝学的に予後との関連で 4 つのカテゴリーに分けられた(2013)。その後これが大きな転換点となって ProMisE 分類が構築され(2018)、両者を統合した「WHO 分類」にいたる。分類の起点となる POLE の異常は NGS を用いた whole genome 解析を必須とするが、まず現場は対応可能な手段を糸口に内膜癌の分類を再検討していくことになる。卵巣腫瘍・卵管・腹膜癌: 高異型度漿液性癌(HGSC)の「原発巣・卵管説」を強く推進するがごとくに、WHO2020 によって卵管癌の診断基準が明示された。今後は本邦でも HGSC の多くが卵管原発として取り扱われることになる。このことは病期の捉え方(例えば上皮内卵管癌 STIC を原発とする卵巣癌は II 期とする)に影響を及ぼし、やがて腫瘍登録に実像がみえてくる。また、改訂により一時期増加をみた腹膜癌は恐らく激減することも予測される。それぞれの腫瘍学/病理診断学が、これまでとは異なった局面へと導かれ現場は幾多の課題に対峙していく姿勢が求められる。同時に WHO2020 に対する検証も始まった。

## ◇教育講演 3

## 神経内分泌腫瘍病理の昨日、今日、明日

東北大学名誉教授<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学系研究科病理診断学分野客員教授<sup>2)</sup>

○笹野公伸 (MD)<sup>1,2)</sup>

全身臓器に発生してくる神経内分泌腫瘍は 20 世紀初頭にドイツの病理学者 Oberndorfer によりカルチノイド腫瘍として初めて報告された。その後いくつかの変遷を経て膵消化管神経内分泌腫瘍に関しては WHO2010 としてある程度その病型分類は整理された。しかしこの WHO2010 分類でも幾つかの問題点が指摘され、膵原発の神経内分泌腫瘍の病型分類として WHO 2017 が発表された。この WHO2017 では神経内分泌腫瘍 (NEN: neuroendocrine neoplasm) をその形態学的特徴から最初に高分化の NET と低分化の NEC に分類し、前者を更に腫瘍の細胞増殖動態から WHO2010 分類同様に G1, G2, G3 と細分化し後者をその組織学的所見から小細胞癌と大細胞癌に分類した。加えて Ki-67 指標の推奨される算出法を規範し、外分泌成分との混合腫瘍に関しては MiNEN (mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm) と言う新しい疾患名が提唱された。そしてこの WHO2017 を踏襲して膵一消化管原発の神経内分泌腫瘍の病理分類として WHO2019 が発表された。この WHO 2019 分類は現在世界中でかなり広く膵消化管の神経内分泌腫瘍の病理組織診断に用いられている。一方 WHO 腫瘍分類は現在第 5 版として新たな展開を迎えているが、この第 5 版で最も重要な項目の一つが全身臓器に発生してくる神経内分泌腫瘍の診断名を WHO2017/2019 分類に準拠して統一する事が挙げられている。更に褐色細胞腫なども非上皮性神経内分泌腫瘍と位置づけられるようになった。そこで本講演では 100 年を超える歴史を有する神経内分泌腫瘍の病理の概念の変遷を辿り現時点での最新の知見をまとめると共に、今後予想される展開についても触れてみる。

## ◇教育講演 4

## 軟部腫瘍診断への細胞診の応用について

産業医科大学医学部第 1 病理学

○久岡正典 (MD)

軟部腫瘍は診断に難渋することの多い疾患である。腫瘍に見られる著しい形態学的多様性や、異なる腫瘍間での類似性・近似性の存在はもとより、いわゆる「希少がん」の一つとして位置づけられているように、特定の施設を除けば日常診療において遭遇する機会が少ないこともその主な理由と考えられる。そして軟部腫瘍の細胞診を経験することも一般に乏しい。軟部腫瘍診断のアプローチとしては臨床所見を確認し把握した後、放射線学的評価を行い、生検で腫瘍の病理診断あるいは良悪性の判定等を行うのが基本であるが、生検に先立ち、あるいはそれと同時に細胞診が試みられることも稀にある。そのような場合、せっかく提出された検体を無駄なものにすることなく、診断上少しでも有意義な情報を抽出して臨床の依頼者側に提供できるよう、本講演ではいくつかの代表的な軟部腫瘍を取り上げて、診断上着目すべきそれらの形態学的特徴を、特に初学者を対象として解説する予定である。軟部腫瘍は時に生検が困難な場所や、通常予期しない部位に発生することもあり、その様な場合に患者に負担や侵襲をかけることなく診断に結びつきえる情報を得るための手段として細胞診、特に穿刺吸引細胞診は試みる価値があると考えられる。また、腫瘍に特徴的な遺伝子変異の有無を解析する手段としても有用性が期待されることから、解析の実際についても少し触れてみたい。

## ◇教育講演 5

## 肺癌細胞診を報告するための WHO 国際システム

千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学

○廣島健三(MD)

肺癌取扱い規約による肺癌の細胞診断の報告様式は、適正評価、判定区分(“陰性”, “疑陽性”, “悪性”の3分類)、推定組織型からなる。日本臨床細胞学会・日本肺癌学会の「合同ワーキンググループ(WG)」は、新しい判定区分(“陰性”, “異型細胞”, “悪性疑い”, “悪性”の4分類)を提案した。4分類による報告様式は反応性変化による異型性と悪性腫瘍が疑われる異型性を区別でき、その後の検査、治療方針を決定するうえで、3分類による報告様式よりも優れている。一方、海外では国ごとあるいは施設ごとに3分類、4分類などの報告様式を、また、Papanicolaou society は独自の報告様式を用いており、国際的に統一された報告様式はなかった。各施設間での情報交換を適切に行うため、また、その後の検査方針や治療方針を決定するために、WHO の機関である国際がん研究機関(International Agency for Research on Cancer, IARC) と国際細胞学会(International Academy of Cytology) が共同で約1年半をかけて WHO の国際的な呼吸器報告様式を検討し、我が国から提案した4分類の報告様式に適正評価を加えた5分類の報告様式(Insufficient/Inadequate/Non-diagnostic, Benign, Atypical, Suspicious for malignancy, Malignant) が冊子として発行される予定である。この冊子は病理の胸部腫瘍の blue book に相当するもので、各疾患の重要な細胞診所見、鑑別疾患、免疫染色や FISH などの補助的検査についても記載がある。

## ◇教育講演 6

## 子宮頸部初期病変検出のための NBI システムの有用性教育 6-1 Narrow Band Imaging 併用内視鏡による子宮頸部病変診断の新たな試み

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学

○金西賢治(MD)

子宮頸がんや前がん病変の診断にはコルポスコピーが標準法であるがその診断精度は70-80%であり、検査者の熟練度に依存するなど未だ満足できるものとはいえない。近年、消化器癌領域で画期的な光学技術として Narrow Band Imaging (NBI) が開発され、子宮頸がんと同様の扁平上皮病変である食道癌における診断精度が向上している。さらに NBI 併用下拡大軟性内視鏡(以下、NBI 拡大)は、腫瘍の微細血管構造評価に用いられ局在、浸潤度診断に有用とされ広く浸透している。これまでに我々は2014年より子宮頸部腫瘍診断への NBI 拡大の応用・有用性を検討してきた。まず、白色上皮の厚みと上皮内の微細異型血管の存在により NBI 拡大下の CIN 診断基準を見出した。続いて従来のコルポスコピーと NBI 拡大での CIN 検出精度について病理所見と合わせ比較し、NBI 拡大によりその感度が向上することを報告した。また、新たに開発した腔内バルーンを併用することで、クスコによる展開が困難な症例や円蓋部からそのブレードに隠れる腔部病変の観察を可能にするメリットもある。女性被検者にとって受け入れやすい工夫を行いつつ、中等度異形成以上病変の診断精度について検討を続けている。現在、臨床面でのがん検診普及も踏まえ、女性内視鏡外来を設立した。今後は、消化器内科医と婦人科医の更なるコラボレーションで子宮頸がんの検診率の向上や検査精度の向上に努めていきたい。

## 教育 6-2 子宮頸部病変に対する Narrow band imaging を用いた拡大内視鏡による評価

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座

○三浦理絵(MD), 二神真行(MD), 門ノ沢結花(MD),  
海老名杏奈(MD), 赤石麻美(MD), 大澤有姫(MD),  
平川八大(MD), 松村由紀子(MD), 重藤龍比古(MD),  
横山良仁(MD)

子宮頸部病変に対する客観的かつ低侵襲な検査として、Narrow band imaging (以下 NBI) を用いた内視鏡による評価の有用性を検討した。倫理委員会承認の下、子宮頸部円錐切除を行う症例に対して、事前に NBI 観察に対する同意を取得し、手術開始前に NBI を含む内視鏡による子宮頸部の観察を行なった。術前のコルポスコピー所見、NBI 所見、術後病理組織所見を比較した。すでに NBI 観察の有用性が示されている食道癌では、血管の形状変化である intraepithelial papillary capillary loop (以下 IPCL) や、血管間の背景粘膜の色調に着目して病変の深度を評価している。IPCL の変化には「拡張、蛇行、口径不整、形状不均一」の 4 つの要素があり、食道癌分類では上記全てを満たす typeV-1 を CIS、さらに所見の強い typeV-2, 3 は粘膜上皮を超えた浸潤を示唆する。また、血管間の背景粘膜が褐色色調に見える Background coloration (以下 BC) は、高度異形成以上を疑う重要な所見とされている。対象は 33 例で、年齢中央値は 38 歳。術後組織診断は CIN3 : 28 例、微小浸潤癌 : 1 例、SCCib1 : 1 例、AIS : 2 例、異型なし : 1 例で、コルポスコピーでの診断と組織診断の一致率は 90% だった。NBI 観察における微小血管形態の評価では、CIN3 以上の症例中 29/30 例 (96%) に typeV-1 相当の所見を認めた。また、BC は CIN2 以上の全症例に陽性であり、正常症例には陰性であった。以上より、BC 陽性に加えて typeV 以上の微小血管所見をカットオフとすると CIN3 以上の検出率は 95% を超え、通常のコルポスコピーと同等以上の精度で診断できる可能性が示された。現在、外来でのコルポスコピー検査の際に同時に NBI 観察を行うシステムを導入して比較検討を行なっている。

## ◇教育講演 7

### 見やすい標本を作るための細胞診検体処理法

国立病院機構仙台医療センター臨床検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構仙台医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○齋藤邦倫(CT)<sup>1)</sup>, 小山 (齊藤) 涼子(MD)<sup>2)</sup>,  
鈴木博義(MD)<sup>1,2)</sup>

質の高い細胞診診断には適切な検体処理が必要不可欠である。しかし細胞検体は全身から採取される上、様々な病態を反映した多種多様な性状を示す。したがって病理検査技師は症例や検体に応じて適した処理法を選択しなければならないが、状況によっては処理法の選択に苦慮することがある。

一方、ISO15189 における病理部門の認定取得が推進され、また認定病理検査技師が年々増える時代にあって、検査マニュアルの施設を越えた標準化が叫ばれて久しい。しかし尿検体の塗抹法一つとっても施設毎に最適化された手法があり必ずしも標準化しきれものではなく、現状は各施設で長年積み上げた技術や知見を基にマニュアルが策定され、これを遵守することで診断基準が確立されると言っても過言ではない。また、日進月歩の遺伝子検査や精度管理への対応、タスクシフトの推進により技師の業務量が増える中で、検査の質を保ちながら検体処理の効率化を図ることも重要な課題の一つである。このような状況下、各施設の検体処理のノウハウを共有することは効率的な最適化に重要であり標準化にも繋がるものと考えられる。

仙台医療センター病理検査室は偏りなく様々な検体を扱っており、従来からの最適化された手法を継承しながらも必要に応じて改良している。更には ISO15189 の認定も取得している。本講演では特に細胞診初学者へ向けて各種検体における基本的な検体処理法を紹介したい。さらに、当検査室の実際の検体処理も踏まえながら日常業務で遭遇する注意点や課題を共有したい。「見やすい標本」と言ってしまうれば簡単だが、そのために必要な知識や技術、処理法の選択肢は検体同様に多種多様である。本講演が各施設の最適化の一助になれば幸いである。



## ◇教育講演 8

## 肺癌診療における細胞診の役割

埼玉県立がんセンター病理診断科

○元井紀子(MD)

肺癌は、分子標的治療、免疫療法などの治療薬の進歩に伴い、病理学的診断とともに遺伝子検査、PD-L1 発現などの病理学的バイオマーカー検査が最適な治療法選択に必須である。進行期肺癌では生検、細胞診の微小検体での診断になるため、組織型診断には限界があり、検体取扱いは注意点がある。

細胞検体の組織型推定に関して、国際的には Papanicolaou Society of Cytopathology が報告様式のガイドラインを、日本からは本会と日本肺癌学会合同が JLCS-JSCC system を提案している。組織型推定に重要な所見とともに、2つの報告様式の相違点を解説する。

非小細胞肺癌におけるバイオマーカー検査に関して、肺癌診療ガイドラインでは、EGFR、ALK などの遺伝子検査と PD-L1 免疫染色は同時に検査することを推奨している。遺伝子変異・融合遺伝子に対する分子標的薬剤の保険適用が日々更新されているが、多数の遺伝子変異を効率的に検索するには遺伝子パネル検査が必須といえよう。細胞検体は核酸品質が良好であるため、遺伝子検査の有望なリソースであるが、実臨床での使用に関しては検体処理手順の標準化など課題もある。本学会の「がんゲノム診療における細胞検体の取扱い指針」は、LBC、セルブロックの取扱い標準化の第一歩である。検体取扱いの実際と注意点を紹介する。

本講演では、細胞検体を用いた肺癌診断と遺伝子検査を中心とするバイオマーカー検査の現状を概説するとともに、実際の細胞診での解析実績を紹介し、細胞診断の可能性と課題について議論する。

## ◇教育講演 9

## 術中迅速診断のバイオセーフティー

近畿大学奈良病院病理診断科

○若狭朋子(MD)

2020年2月に日本における COVID-19 感染症の第一例が報告された。COVID-19 感染は全世界に波及し、我々の生活を一転させた。従来から日本の医療機関においては、標準予防策が励行されていたが、COVID-19 パンデミックにおいては、この感染予防策が大きく見直され、徹底された。細胞診、病理分野においても従前から標準予防策が励行されていた。しかし病理細胞診の標本作製においてはエタノールやホルマリンによる固定というかなり強力な滅菌操作が入るため、検査室においては慣例的に「病理検体」については「非感染性検体」として取り扱う傾向にあった。しかし病理検査の中でも術中迅速診断では検体は基本「未固定」である。そして未固定の検体がクリオスタットの中で薄切されて標本作製される。固定時間もかなり短い。標本作製の過程において感染性微生物がエアロゾルとなって空中に浮遊することは想像に難くない。特に術中迅速診断は「術前に診断がつかなかった病変」が提出される。このため悪性腫瘍との鑑別が問題となる結核結節が往々にして術中迅速診断に供されることになる。術中迅速細胞診においても、結核性腹膜炎の腹水が提出されることがある。このように術中迅速診断は非常に感染のリスクの高い業務であるが、可及的に早く診断結果を出すことが求められる検査であるため、感染対策がなおざりになりがちである。バイオセーフティー対応の機器やコンパウンド、安全キャビネットが必要である。本講演においては安全に術中迅速診断を行うためのバイオセーフティーとして現時点で我々がとりうる対応策について、実例を交えて提示する。



## ◇教育講演 10

## 乳腺細胞の形質発現から見た細胞診

久留米大学医学部附属医療センター病理診断科・  
臨床検査室

○山口 倫(MD), 阿部英二(CT)

乳腺細胞の形質発現から見た細胞診という難しい御題を頂いた。乳癌は従来組織型で分類されてきた。例えば化生癌は乳癌には通常起らない化生変化を認める癌の一群で、上皮系の癌細胞が間葉系の細胞形質を獲得する現象[上皮間葉転換 (EMT)]であり、形質発現を捉えた群の一例と言えるかもしれない。しかし、その他多くの組織型は、細胞の形質発現をまとめたグループではなく、腫瘍の形状や増殖パターンをまとめた雑多な群であり、組織型が細胞形質発現や変化と直接関連しているとは言い難かった。それは本邦の取扱い規約の浸潤癌亜型分類も同様で、亜型が分化度と相関し、予後とも相関するとされてきたが、必ずしもそうではないことがわかってきた。

一方、2000年頃に提唱された網羅的遺伝子解析による内因性サブタイプは、乳癌の予後、悪性度を反映し、治療とも関連し、臨床サブタイプとして瞬く間に臨床の現場に浸透した。これらサブタイプは、生物学的特性を反映する分類、つまり細胞の形質発現による亜型分類と言えるかもしれない。

内因性サブタイプは、エストロゲン受容体 (estrogen receptor, ER) 陽性と陰性のに群に大別される。さらに ER 陰性群は HER2 過剰発現群と basal-like 群に分かれる。治療と関連した臨床サブタイプは、内因性サブタイプを ER, Progesterone receptor (PR), HER2 発現の組み合わせと細胞増殖能によって、ルミナル (A, B), トリプルポジティブ, HER2, トリプルネガティブに分かれる。我々は、各サブタイプが組織像や細胞異型度との相関を示すことを報告してきた。

本講演では乳癌細胞の形質発現を表すサブタイプと組織像や細胞像との関連性について概説したい。

## ◇教育講演 11

## 下垂体腫瘍の組織診・細胞診

森山記念病院病理診断科

○井下尚子(MD)

腫瘍性病変に対する病理診断科のかかわりは、細胞診→生検→手術切除材料の組織診→追加治療と順次進んでいく。しかし脳腫瘍の場合には、一度の開頭術により治療方針の決定を行うメリットが大きく、多少の診断リスクがあっても迅速診断に頼ることが多い。下垂体腫瘍も経鼻手術が多いとはいえ侵襲は大きい。他の脳腫瘍と比較すれば、下垂体検体の多くが前葉由来の内分泌腫瘍で、術前のホルモン検査があり、およそ術前臨床診断の通りの病理所見であり、その手術方針を大きく揺るがすことは少ないが、胚細胞腫や悪性リンパ腫などは生検、検体採取目的となる。脳底部という視神経や海綿静脈洞に近接する場所で、内分泌機能を大きく担う臓器の低悪性度腫瘍であるため、必要最小限の切除を行うメリットが大きく、切除範囲決定のための術中迅速診断を求められることもある。

一般に凍結組織標本は変性が強く判断が難しく、また下垂体検体は断片状の微小検体であるため、特に細胞形態学的な判断が難しい。これらのデメリットを補うのが捺印細胞診の併用である。凍結組織標本では血管構築、索構造などが判断できるが、細胞標本は細胞形態が保たれる。捺印細胞診標本の多くは迅速診断に用いるため、簡便に凍結標本と同じ HE 染色が用いられることが多い。下垂体腫瘍の経験では、腫瘍では多数の細胞がタッチによりガラスに接着する一方、腫瘍のない部分ではほとんど細胞が観察されない。この傾向は通常のコーティングガラスと液状細胞診用ガラスで変わりはない。内分泌細胞内分泌顆粒は HE 染色直後には確認しがたいが、数分後には識別しやすい。微小な凍結組織標本単独よりも情報が多く、有用な手段といえる。

## ◇教育講演 12

## 肺癌診療における重要なバイオマーカー

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科  
呼吸器・乳腺内分泌外科学

○豊岡伸一(MD)

がんゲノム医療では、ゲノム情報が治療の最適化の鍵となる。肺がんは現在、5つのドライバー遺伝子の異常(EGFR 遺伝子変異, ALK 融合遺伝子異常, ROS1 融合遺伝子陽性, BRAF 遺伝子変異陽性, MET 遺伝子変異陽性, RET 融合遺伝子陽性)に対してそれぞれコンパニオン診断システムと標的薬剤があり「治療の最適化」が可能である。そのため、肺がんは固形がんの中でドライバー遺伝子異常に基づく個別化治療が最も進んでいるといえる。そのため遺伝子変異を確実に調べることで大変重要になる。しかしながら、個々の遺伝子を別々に検査する単一遺伝子検査(シングルプレックス検査)では時間的ロスと非効率な検体の使用が課題となっていた。そのような中、次世代シーケンサーの登場でこの課題を克服できる複数遺伝子検査(マルチプレックス検査)が実現し、がん患者の臨床検体を用いてがん関連遺伝子の網羅的な解析が一気に実施可能となった。また、PCRをベースとしマルチプレックス検査も登場しており、ドライバー遺伝子異常に対する多くの検査法が存在している。本発表では、肺がんの治療に重要なバイオマーカーについて、その検査法と共に解説する。

## ◇教育講演 13

## 口腔がんとゲノム医療、口腔細胞診検体のゲノム医療への応用

国立がん研究センター中央病院病理診断科

○森 泰昌(DDS)

口腔細胞診は Liquid based cytology (LBC) の普及も含め近年急速に発展している。口腔擦過細胞診 (Oral exfoliative cytology/OEC) では、採取される細胞数が少ないことや角化細胞が多く含まれることから判定が困難であり、偽陰性のリスクが大きい。一方、近年のゲノム解析は次世代シーケンサー(NGS)の登場により大きく変化をきたした。NGSの最大の利点はスタートの核酸量が少なくとも解析可能であり、客観性・再現性の高いモダリティである。これらの利点は OEC 細胞診の欠点を相補的に補うものである。しかしながら、欠点は感度が高いが故のコンタミネーションや PCR バイアス、現状では限られたラボでの運用となっている点が挙げられる。また細胞の質感は全く加味されない。本講演では、当院で実施している OEC LBC 検体ならびに口腔粘膜スワブからの核酸抽出法の実際と質・量の評価ならびにゲノム解析と細胞診のコンコルダンスについて紹介する。細胞診のメリットは採取が容易かつ低侵襲であること、判定までの TAT が短いこと、多数の検体処理することが可能などの多くの利点を有している。ゲノム解析は細胞診に代替するものではなく、より精度や確度を高めるための補足的なモダリティと考えられる。今後の医療を考える上で、期待される細胞診とゲノム解析を融合した将来的なアプリケーションの方向性についても紹介したい。

## ◇教育講演 14

## 胆道病変の病理と細胞診—新しい WHO 細胞診報告システムの紹介も含めて—

自治医科大学医学部病理学・病理診断部

○福嶋敬宜 (MD)

画像診断の進歩によって、胆道領域の病変に対する質的診断は向上しているが、画像のみでは確認できない症例も少なくない。そのような場合、腫瘍の診断には胆管生検、胆管ブラシ細胞診や胆汁細胞診による診断が重要となるが、胆管生検では病変部にアプローチできない場合もあり、また胆汁細胞診では、細胞の変性が強いこと、出現異型細胞が少数であること、炎症性病変との鑑別が難しいなどの理由により、形態学的な確定診断が困難な症例が少なくない。日本臨床細胞学会 (JSCC) 研究班から提唱された診断基準は、大変有益であるが、過小評価につながる可能性も指摘されている。近年、免疫染色などの補助的診断法の開発が試みられており、我々も、これまで 10 種類の抗体について検討し、IMP3 や S100P の有用性を報告してきている。本教育講演では、胆汁や胆管ブラシ細胞診に出現し得る胆道上皮性病変 (胆管癌、胆管内乳頭状腫瘍 IPNB、胆管上皮内腫瘍性病変 BiIN など) について、まず、現行の消化器腫瘍 WHO 分類 (2019 年発行) を基に整理する。次に、胆汁細胞診の良悪性診断における JSCC 診断基準や免疫染色の有用性について我々の検討結果を共有する。最後に、The International Academy of Cytology (IAC) と The International Agency for Research on Cancer (IARC) の共同プロジェクトであり発行間近 (2022 年秋発行予定) である「WHO 細胞診報告システム」の概要、JSCC が推奨する「細胞診ガイドライン 2015」との相違点、胆道細胞診における ROM (risk of malignancy) などについて解説する。

## ◇教育講演 15

婦人科がん対策として HPV 検査をどう導入するか？  
—医会レコメンデーション 2021 の背景—おざわ女性総合クリニック<sup>1)</sup>、新百合ヶ丘総合病院<sup>2)</sup>、石渡産婦人科病院<sup>3)</sup>、東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科<sup>4)</sup>、東北大学医学部産婦人科<sup>5)</sup>○小澤信義 (MD)<sup>1)</sup>、鈴木光明 (MD)<sup>2)</sup>、石渡 勇 (MD)<sup>3)</sup>、伊藤 潔 (MD)<sup>4)</sup>、八重樫伸生 (MD)<sup>5)</sup>

日本産婦人科医会は 2021 年に我が国の現状を踏まえた HPV 検査の導入について提言を出している。現行の細胞診による検診を維持しながら、30 歳～64 歳へ細胞診と HPV 検査の併用検診を推奨している。A. 第一推奨は細胞診単独法+節目の年齢に HPV 検査を上乗せする。4 年、5 年又は 10 年間隔で HPV 検査を上乗せする。B. 第 2 推奨は 3 年毎の細胞診と HPV 検査の併用検診である。HPV 検査単独検診 (5 年間隔) はわが国の現状を踏まえ、現時点では推奨しないこととした。その理由は、1) 受診間隔を 5 年にまで延ばせることを担保する国内エビデンスがない。2) 受診者登録制度をはじめ、検診の精度管理体制が不十分である。3) 5 年間隔検診導入はさらなる検診受診率低下を招く危険がある。4) 女性の産婦人科受診機会の減少に伴い、子宮体がん、卵巣がん、乳がんなど重大な疾患の発見が遅れる可能性がある。全国がん登録の罹患数 (2018) と死亡数 (2020) によれば、a. 子宮頸癌の罹患数 (率対 10 万) は 10,978 人 (16.9)、死亡数 (率対 10 万) 2,887 人 (4.6) b. 子宮体癌の罹患数 (率) 17,089 人 (26.3)、死亡数 (率) 2,644 人 (4.1) c. 卵巣癌の罹患数 (率) 13,049 人 (20.1)、死亡数 4,876 人 (7.5) である。子宮頸癌の 5-19% は HPV 検査で陰性である。子宮頸部腺癌や子宮体癌や卵巣癌が年々増加しており、HPV 非関連癌に対する対策が今後重要である。5 年間隔の HPV 検査単独検診では、HPV 陰性例 (偽陰性も含む) からの浸潤癌の発見が遅れが危惧される。婦人科がん対策としては、HPV 検査のみではなく、細胞診や経膈超音波検査を含めた総合的ながん対策が必要である。

## ◇教育講演 16

## コルポスコープ画像の AI 診断の可能性と限界

大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学

○上田 豊(MD)

医療の様々な領域で AI の活用が期待されている。子宮頸癌の診療において特に報告が多いのは子宮頸がん検診における細胞診診断と、その精密検査として用いられているコルポスコープの画像診断である。コルポスコープの画像診断については、Miyagi らは 253 症例の解析において、HPV 検査結果（型判定）と組み合わせることでコルポスコープ画像の AI 診断が高精度に行える可能性を報告している（Miyagi Y et al. *Oncol Lett.* 2020 ; 19 : 1602-1610）。我々のグループでもコルポスコープ画像の AI 診断を試みているが、正常・CIN1・CIN2/3・浸潤癌の正診率は 35.4~57.8% と必ずしも満足のいく成績ではなかった。そこで、AI 診断を見た上で最終的に医師が総合診断を行った場合の精度を検証したところ、浸潤癌の正診率は有意に上昇し、CIN2/3 についても上昇傾向であった（Ito Y et al. *Mol Clin Oncol.* 2022 ; 16 : 27）。現在は、deep learning に用いる画像数を増やし、精度向上が図れるか試みている。本セミナーにおいては、これらデータを紹介するとともに、他領域における AI による画像診断の取り組みや、当院で行っている AI ホスピタル事業における取り組みなどについても紹介したい。

## ◇教育講演 17

## 9p21FISH・BAP1・MTAP を用いた胸水細胞診の現状と課題—10 年間の 17 症例のレビュー—

神戸大学医学部地域連携病理学<sup>1)</sup>, 大阪はびきの医療センター病理診断科<sup>2)</sup>○河原邦光(MD)<sup>1,2)</sup>

2005 年の所謂“クボタ騒動”以降本邦の中皮腫患者の増加が明らかになった。これを受け中皮腫の確定診断に向けた学会等の活動が始まり、中皮腫/癌腫、反応性中皮/中皮腫の鑑別の知見が集積されてきた。胸膜中皮腫は胸水で初発することが多く、早期に確定診断を行う為、2009 年からは日本肺癌学会中皮腫細胞診評価ワーキンググループが立ち上がり細胞診診断基準が作成された。さらに 2015 年の細胞診に関する新 IMIG ガイドラインでは、細胞診の細胞形態ならびに免疫組織化学などによって中皮腫が確認できれば、病理組織による確認を要しないこととなり、胸水細胞診単独での中皮腫の確定診断が求められるようになった。ただし、反応性中皮/中皮腫との鑑別には desmin, EMA, GLUT-1, IMP3, CD146 等のマーカーの免疫組織化学パネルが使用されてきたが、単独マーカーでの評価は特異度の点から難しかった。演者は反応性中皮/中皮腫の鑑別に難渋した場合には、福岡大学病院病理部の協力を得て、12 年前から p16/CDKN2A 遺伝子のホモ接合性欠失の FISH による検出（以下 9p21FISH）、BAP1 (BRCA1 associated protein1) 遺伝子の変異に基づく BAP1 蛋白の消失の免疫組織学的検出を行い、7 年前からは MTAP (methylthioadenosine phosphorylase) 遺伝子の蛋白産物の発現消失による検討を行ってきた。これらの症例から、孤立性細胞が主体であった症例、長期生存症例、p16FISH で正常パターンだが BAP1/MTAP に欠失を認めた症例、癌腫との鑑別の難しかった症例、長期生存した症例を呈示して、9p21FISH・BAP1・MTAP の臨床病理学的有用性と課題について述べたい。



## ◇要望講演 1

## 呼吸器細胞診の鑑別ポイントとピットフォール

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○羽場礼次(MD)

呼吸器細胞診や生検組織診の良悪性の判定は、手術方針の決定に重要である。また、手術不能な非小細胞肺癌の症例では、組織型の推定、コンパニオン診断による遺伝子診断やPD-L1の陽性率の判定が必須であり、細胞診より組織診が重要視されている。しかし、細胞診しか採取できない場合には、細胞診のみで良悪性の判定だけでなく、組織型の推定を求められる。今回、呼吸器細胞診で良悪性の判定や組織型を推定する上で、知っておくべきポイントやピットフォールを述べてみたい。腺癌では、置換型、乳頭型、腺房型、微小乳頭型などは特徴的な細胞像を示すことがある。また、浸潤性粘液性、胎児型、腸型、コロイド腺癌だけではなく、印環細胞様や淡明細胞様形態を示す腺癌も同様である。扁平上皮癌では、角化型の診断は容易であるが、非角化型や類基底細胞型、リンパ上皮型でも特徴的な細胞所見により組織型推定が可能な場合もある。神経内分泌系腫瘍では小細胞癌やカルチノイド腫瘍は比較的容易であるが、大細胞神経内分泌癌は他の組織型と鑑別が難しいことがある。また、WHO分類第5版に新しく掲載されたNUT carcinomaやSMACA4欠損未分化腫瘍なども特徴的な所見を知っておく必要がある。良性腫瘍では乳頭腫や新しく掲載された気管支腺腫が鑑別にあげられる場合がある。良悪性の鑑別では、気管支上皮や2型肺胞上皮の増生などの細胞所見が大切である。以上、今回の要望講演では、良悪性の鑑別や組織型を推定する上で重要な細胞所見や構造所見を、具体的に組織像を提示しながら解説したいと考えている。

## ◇要望講演 2

乳房の病変に対する病理学的診断方法  
—細胞診と針生検の比較—

埼玉県立がんセンター病理診断科

○堀井理絵(MD)

乳房の病変に対する病理学的診断方法は細胞診と組織診に分けられる。細胞診には穿刺吸引細胞診(FNA)、捺印細胞診、乳頭異常分泌物の剥離細胞診がある。病理診断を確定するための組織診は生検と呼ばれ、生検は外科的生検と広義の針生検に分類される。広義の針生検にはバネ式の針生検(CNB)と吸引式乳房組織生検(VAB)がある。乳房腫瘍の確定診断のためにFNA、CNB、VABどの手法を選択するかについては、診断精度、合併症、検査費用、turnaround timeなどを考慮する必要がある。一般に、CNBやVABと比較して、FNAの診断精度は、非触知石灰化病変では低いが、腫瘍では同等である。FNAは安価でturnaround timeが短い。良性が疑われる腫瘍ではFNAの診断価値が高い。一方、非触知石灰化病変や悪性が疑われる腫瘍では、組織型に加えて浸潤の有無やバイオマーカー検索が可能なCNBやVABが勧められる。現在、乳腺細胞診に対して汎用されている報告様式は、乳癌取扱い規約に掲載されているものとYokohama systemである。針生検に対しては乳癌取扱い規約の報告様式がある。いずれにおいても、臨床経過、視触診、画像所見に基づく臨床診断との整合性を考慮し、次のステップに進むことが重要とされている。癌の基準は満たさないが上皮に異型を伴う病変に平坦型上皮異型(FEA)、異型乳管過形成(ADH)、異型小葉過形成(ALH)がある。これらは切除標本で定義された用語であるが、近年、細胞診や針生検の推定組織型として用いられる場合がある。細胞診や針生検でFEA、ADH、ALHと診断された病変は、臨床像と病理所見を参考に切除標本あるいは経過観察後の最終診断を予測し、その後の取扱いを決定すべきである。



## ◇要望講演 3

リンパ腫分類の現状と問題点  
—血液病理医・細胞診指導医の立場から—

半田市立半田病院病理診断科

○中村栄男 (MD)

病理分類は常に進化する。新たな思想・疾患を伝える場合、常に改変されるものとも云える。悪性リンパ腫分類は 2017 年の WHO 分類第 4 版プラスの改訂を経て、現在、新たな枠組みが探索されつつある。歴史的に現在のリンパ腫分類は Elaine S. Jaffe (NIH, Bethesda), Nancy L. Harris (MGH, Boston), Steven H. Swerdlow (Pittsburgh), Elias Campo (Barcelona) らによる 1994 年の Revised European-American Classification, いわゆる REAL 分類の提唱に始まると云える。その後、REAL 分類を公的なものとするとの企図を以って 2001 年に World Health Organization (WHO) 分類第 3 版, 2008 年 WHO 分類第 4 版, 2017 年 WHO 分類第 4 版プラスが、順次、公刊された。その間、上記の編集者らの一貫した指導のもとに改訂が重ねられたとの経緯がある。一方、WHO リンパ腫分類第 5 版は International Agency for Research on Cancer (IARC) 責任者である Ian Cree (Lyon) が旧編集者との確執のゆえに袂を分かち、新たに若手を登用する形で進めつつある (Leukemia. 2022 Jun 22 : 1-29)。結果的に旧編集者らによる新たな分類の枠組み、International Consensus Classification (ICC) と併存する事態に立ち至った (Blood. 2022 Jun 2 : blood. 2022015851)。現状、WHO 分類の ICC への摺り寄せが図られつつあるものの、分類の概要の理解に少なからぬ混乱が予測される。本講演では、これら経緯・概要の解説とともに新たに記載された疾患の紹介に努める予定である。

## ◇要望講演 4

電子顕微鏡のルネッサンス：細胞検査士、細胞診指導医が知っておくべき電顕の現況

自治医科大学医学部解剖学講座組織学部門<sup>1)</sup>, 自然科学研究機構生理学研究所生体機能調節研究領域超微形態研究部門<sup>2)</sup>

○大野伸彦 (MD)<sup>1,2)</sup>

電子顕微鏡は生体の微小な構造を理解するために不可欠な技術として、半世紀以上にわたり多くの知見をもたらしてきた。そして、光学顕微鏡などの他のイメージングモダリティとの相関観察やクライオ電子顕微鏡を含め、近年もその技術的な進歩が注目されている。中でも、数十  $\mu\text{m}$  ~ 数  $\text{mm}$  におよぶ領域から多数の連続電顕画像を取得し、 $\text{nm}$  単位で立体構造を再構築する 3 次元形態解析技術は、コネクトミクスと呼ばれる神経科学分野をはじめとして、様々な生命科学分野における形態観察を大きく変えつつある。この「ボリューム電子顕微鏡」とも呼ばれる技術では、高い解像度で効率的に連続画像を取得するための技術によって、その対象やスケールが広がっており、試料調整の各段階を対象に様々な手法が開発されている。また、人工プローブをはじめとした特徴の異なる標識法が開発されることで、発現分子に基づく構造の同定にも選択肢が増えている。さらに、得られた大量の画像から構造を抽出するデータ解析のコストが大きな問題であったが、深層学習による自動画像解析技術などの応用によって、解析のスループットが飛躍的に向上しつつある。こうしたボリューム電子顕微鏡技術は、細胞の複雑な突起やミトコンドリアや核などの細胞小器官などを含む細胞内外の様々な構造の詳細な理解、あるいは脳のグリア細胞による異なる特徴を持つ貪食機構の解明など、様々な分野における貢献が期待される。本講演ではこの「ボリューム電子顕微鏡」による 3 次元構造解析を中心として最近の電子顕微鏡関連技術の進展について紹介し、その展望についても議論したい。

## ◇要望講演 5

## HPV ワクチン

横浜市立大学医学部産婦人科学教室

○宮城悦子(MD)

HPV 関連がんの1次予防に向けて世界は着実に前進し、男女の区別のない HPV ワクチン接種、若年者への2回接種、子宮頸がんの90%以上を予防する9価ワクチンの導入などが先進国では急速に進んでいる。また WHO は子宮頸がんの Elimination Strategies として、15歳までに90%の女子が HPV ワクチンを受け、35歳と45歳で70%の女性が感度のよい子宮頸がん検診を受けるという目標を掲げ、その実現には中・低所得国でも達成可能な国もある。さらに HPV ワクチン接種プログラムに成功した複数の国々から浸潤子宮頸がん予防効果が示されている。

日本の HPV ワクチン接種プログラムは、機能性身体症状と考えられている慢性疼痛や運動障害などのワクチン接種後の様々な症状が問題となり、2013年6月より厚生労働省から定期接種の積極的勧奨の差し控えが通知され接種がほぼ止まったまま状態であった。しかし、厚生労働省の専門部会での HPV ワクチンの効果と安全性の評価により、2022年4月からの接種勧奨差し控えの中止と、従来の12歳から16歳への定期接種に加え、本年度25歳までの接種機会を逃した女性への3年間の HPV ワクチン無料キャッチアップの方針が示された。

この施策を有効に活かすには、定期接種対象女性の高い接種率を回復するとともに、性交渉開始後の女性にも HPV ワクチンの効果は一定程度期待できるが、性交渉開始前の接種より予防効果が低く検診がより重要となってくることの告知が必要である。9年間の空白を埋め、日本が先進国としての子宮頸がん予防を実現するには、行政・医療・教育・研究関係者・メディアなど多職種間のリスクコミュニケーションと、接種を受ける本人のヘルスリテラシーも重要である。

## ◇要望講演 6

## 国民皆歯科健診時代の口腔がん検診と細胞診

参議院議員<sup>1)</sup>、朝日大学客員教授<sup>2)</sup>

○山田 宏(該当なし)<sup>1,2)</sup>

政府が今年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2022(骨太の方針2022)」では、「全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診(いわゆる国民皆歯科健診)の具体的な検討、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療職間・医科歯科連携を始めとする関係職種間の連携、歯科衛生士・歯科技工士の人材確保、歯科技工を含むICTの活用を推進し、歯科保険医療提供体制の構築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。」と記載された。いわゆる国民皆歯科健診は発表直後から、テレビのワイドショーなどで話題となり、国民の関心の高さを窺わせた。歯科では学校健診が終了すると生涯を通じた歯科健診が行われて来なかったため、そのことが歯科口腔疾患の重症化につながってきた。特に歯周病の重症化が全身の疾患に及ぼす影響が近年明らかにされた一方、口腔がんは年間死亡者数が子宮頸がんによる死亡者数を上回り、いまだに進行がんの状態ですべての専門医を受診する症例が少なく、早期の歯科口腔疾患の発見システム作りは医療経済学的観点からも急務である。口腔細胞診は口腔がんの二次スクリーニング法として確立されつつあり、本学会でも近年、多くのシンポジウム・ワークショップが開催されている。国民皆歯科健診は令和7年度の実施を目指しているが、直接命に関わる口腔がんの検診と細胞診の活用についてどうあるべきか、国の行政の立場から考察する。

## ◇要望講演 7

細胞診に生かす尿路上皮系腫瘍の形態学と分子生物学  
—WHO 2022 分類の要点も含めて—

愛知医科大学医学部病理診断学講座

○都築豊徳(MD)

2022 年に泌尿器系腫瘍の WHO 分類第 5 版 (WHO2022) が発表された。尿路上皮系の改定で特筆すべきは The Paris System (TPS) が公式な尿細胞診報告様式として記載され、その解説文が掲載されたことである。病理部門として特筆すべきは、尿路上皮癌の特殊型の記載が充実したこと、遺伝子解析に基づく分子生物学的分類が取り上げられたこと、特殊型と分子生物学的分類との関連性が解説されたことである。分子生物学的分類を行う臨床的なメリットとしては、現在の薬物療法の第一選択であるシスプラチンの奏効性が予測できる点である。しかしながら、その有用性についてはまだまだ議論が多い点である。本講演では WHO2022 で取り上げられた特殊型の解説を行うとともに、分子生物学的分類との関連性も論じる予定である。特殊型の一部は尿細胞診からでも推測可能なものがある(特に扁平上皮化生を伴う分化)。特殊型をどのように尿細胞診で診断するのかについても解説する。

## ◇要望講演 8

## 脳腫瘍の新 WHO 分類

東京都立神経病院検査科

○小森隆司(MD)

WHO 脳腫瘍分類改訂第 4 版 2016 に立脚した第 5 版では、組織発生分類から分子分類への移行が推し進められ、グリオーマでは腫瘍の定義から細胞分化の記載が削除された。また、成人と小児の浸潤性グリオーマが分離されるとともに、成人の浸潤性グリオーマでは、IDH 変異型と野生型グリオーマは全く異なる腫瘍と位置づけられるとともに、従来の腫瘍横断的な悪性度分類 (grade I-IV) から腫瘍型ごとに設定する腫瘍縦断的な分類 (grade 1-4) に変更された。さらに、退形成性髄膜腫に遺伝子情報が組み込まれるなど悪性度分類にも初めて分子分類が導入された。IDH 野生型星細胞腫では、組織像とは無関係に TERT promoter 変異, EGFR 遺伝子増幅, 特徴的な染色体コピー数異常 (+7/-10) のいずれかがあれば, “Glioblastoma, IDH-wildtype, WHO grade 4” と診断される。一方, IDH 変異型星細胞腫では CDKN2A/B 共欠失が予後不良因子として採用され, “Astrocytoma, IDH-mutant, WHO grade 2-4” と表記される。小児の低悪性度グリオーマは BRFA 変異に代表される MAPK 経路の異常や MYB/MYBL1 遺伝子異常によって分類され, 大脳半球の悪性グリオーマでは “Diffuse hemispheric glioma, H3 G34-mutant” が新設された。その他の小児悪性グリオーマはヒストン H3 野生型の小児型グリオーマに包括された。このように第 5 版では前版で見送られた課題に一定の解決が提示されたが, DNA メチル化プロファイリングを初めとする遺伝子診断を前提とした分類であるため, わが国では全面採用は難しい。臨床画像情報と組織所見を併せて統合的に診断する “Integrated Diagnosis” がますます重要となっている。

## ◇要望講演 9

## 蛍光 L-グルコース 2-NBDLG を用いた腹水細胞診断

弘前大学大学院医学研究科・分子輸送学講座

○山田勝也(PhD)

がん細胞には、非がん細胞に比し、D-グルコースを多量に取り込むものがある。そこで、D-グルコースの2位炭素に放射性フッ素<sup>18</sup>Fを結合した通称FDGを投与し、周囲よりD-グルコースの取り込みの大きな部分をPETで可視化するがん検査法が生まれた。この方法は、構造情報を与えるCTやMRIとは異なり、がん細胞内への栄養素の取り込みという「機能」を指標とする他にない貴重なモダリティを提供するが、腫瘍サイズがmmオーダーに達しないと検出できない。

実は私達は、がんに劣らずD-グルコースの細胞内への取り込みが大きい脳のエネルギー利用を研究していた(Yamada 他 Science 2001 など)。脳研究では形態と共に細胞機能を解析するが、そのエネルギー源に論争がある。そこで、D-グルコースの2位に蛍光基NBDを結合した分子2-NBDGに注目し、細胞のD-グルコース取り込みの可視化に有効と報告した(Yamada 他 Nature Protocols 2007)。

陰性対照として、D-グルコースの鏡像異性体であり、生物が細胞内に取り込まず利用もできないとされるL-グルコースの使用を着想し、L-グルコースの2位炭素に蛍光基NBDを結合した2-NBDLGを開発した。このL-グルコースプローブが、がん細胞に特異的な経路を介して選択的に取り込まれるなど、当初は夢にも思わなかった(Ono 他 Cancers 2020)。本法は一つ一つが異なる生きたがん細胞の栄養摂取の機能異常を、遺伝子や蛋白とは異なる視点から可視化し、様々な応用展開も可能である。本講演では蛍光L-グルコースとその細胞診への応用を中心に紹介する。

(本研究は主にJST, AMEDの競争的資金、弘前大学機関研究費を使用して行われ、また演者の所属講座は弘前大学とオルバイオ株式会社の共同研究講座である)

## ◇要望講演 10

## 幹細胞の観点から考える子宮内膜癌のバイオロジー

大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理診断科

○森井英一(MD)

腫瘍は多彩な細胞で構成されている。例えば腫瘍の中には治療反応性細胞と抵抗性細胞が同時に存在しており、後者が再発や転移の原因となる。治療抵抗性の腫瘍細胞を特徴づける因子を解析することで、この強い腫瘍細胞を惹起する因子や抑制する因子が明らかとなる可能性もある。腫瘍には薬物代謝酵素が多数存在するが、アルデヒド脱水素酵素1A1(ALDH1A1)はレチノイン酸を主に産生する代謝酵素である。レチノイン酸は様々な細胞の分化を引き起こすが知られており、正常組織でも幹細胞に近い未熟な細胞にALDH1A1はよく発現していることが知られている。子宮類内膜癌ではALDH1A1陽性腫瘍細胞を多く含む症例は予後不良であり、このことは治療抵抗性の強い細胞群の制御が腫瘍の治療には必須であることを示唆する。二重免疫染色で調べると、子宮類内膜癌で通常発現しているホルモンレセプターをALDH1A1陽性腫瘍細胞は発現していないような未熟な細胞であった。正常では未熟な細胞は環境に影響され成熟した細胞になるが、同様に未熟な腫瘍細胞群を制御できる環境を詳細な解析を通して明らかにできる可能性がある。ALDH1A1陽性腫瘍細胞で高発現する遺伝子群を調べると、浸潤関連因子であるS100A4、代謝関連因子であるADSLやASS1、シグナル伝達関連因子であるSDPRといった遺伝子群が発現しており、そのいずれもが腫瘍の悪性化に関与していた。さらに詳細に調べるとNodalがALDH1A1遺伝子の発現を抑制することもわかった。Nodalとは逆に未熟状態を誘導するplasticityという現象を引き起こす因子の存在も最近わかりつつある。



## ◇要望講演 11

## 軟部腫瘍 up-to-date

札幌医科大学医学部病理診断学

○長谷川匡(MD)

2020 年に改訂された骨軟部腫瘍 WHO 分類の軟部腫瘍では、最近の NGS 解析などの研究の進展を反映して新たな特異的遺伝子異常が明らかになった腫瘍が多く扱われている。特に今まで骨と軟部組織の両方に発生する古典的 Ewing 肉腫や非定型的 Ewing 肉腫と呼ばれてきた小円形細胞肉腫は分子病理学的解析により *CIC* や *BCOR* 遺伝子異常を有するものが特定されてきて、骨軟部発生未分化小円形細胞肉腫というカテゴリーとして分類されている。新たな疾患概念として、脂肪性腫瘍では良性の異型紡錘形細胞/多形脂肪腫様腫瘍、悪性の粘液性多形型脂肪肉腫がある。線維芽細胞および筋線維芽細胞腫瘍では良性の *EWSR1-SMAD3* 陽性線維芽細胞性腫瘍と軟部血管線維腫、低悪性度の表在性 *CD34* 陽性線維芽細胞腫瘍、平滑筋性腫瘍では悪性度不明の EBV 関連平滑筋腫瘍と炎症性平滑筋肉腫が追加された。さらに分化方向不明確な悪性腫瘍に *NTRK* 遺伝子再構成紡錘形細胞が記載された。本講演では、この中からいくつかの軟部腫瘍の臨床的特徴、病理形態像、診断上有用な免疫染色マーカーおよび FISH による遺伝子診断について解説する。

## ◇要望講演 12

WSI で解説する甲状腺細胞診の見方  
— 苦手意識を克服するために —

隈病院病理診断科

○樋口観世子(CT)

甲状腺穿刺吸引細胞診は、手技が簡単で、患者の苦痛が少なく、繰り返し実施でき、質的診断精度が針生検とほぼ同じであることから、広く行われている術前形態学的診断法である。剥離細胞診では、まずスクリーニングを行い、多くの正常細胞の中から異常細胞・異型細胞を選び出し、その形態的特徴から診断を行うのに対し、穿刺吸引細胞診では、プレパラート上にある材料は、非細胞成分も含めて、すべて病変部から採取されたことを前提として行われる。つまり、穿刺吸引細胞診の観察には一般的な剥離細胞診とは異なる見方が必要である。今回、Whole slide image を用いて実際の症例を提示しながら甲状腺穿刺吸引細胞診の見方を解説することにする。プレパラートを観察する際、まず標本が適正か、不適正かを判断する必要がある。甲状腺癌取扱い規約では、標本作製不良（乾燥、変性、固定不良、抹消血混入、塗抹不良など）の場合、あるいは病変を推定するに足る細胞ないし成分（10 個程度の濾胞上皮細胞からなる集塊が 6 個以上、豊富なコロイド、異型細胞、炎症細胞など）が採取されていない場合、検体不適正として診断してはいけないとされている。検体適正であれば、弱拡大で観察し、背景所見と細胞の出現様式から構成成分、細胞密度、出現様式などから病変を推定し、鑑別診断を考える。次に、中拡大で細胞形・細胞質・核を観察して病変を特定する。スクリーニングは最後に行う。その目的は推定病変の再確認と見落としした所見の拾い上げである。報告は診断区分（検体不適正、嚢胞液、良性、意義不明、濾胞性腫瘍、悪性疑い、悪性）で行い、推定病変を付記する。必要なら臨床的対応をコメントする。



## ◇シンポジウム 1

HPV 検査を含んだ子宮頸がん検診アルゴリズムについて 細胞診陰性/HPV 陽性の管理

S1-1 Evidence に基づく細胞診陰性 HPV 陽性症例の取り扱い

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室

○西尾 浩(MD), 岩田 卓(MD), 青木大輔(MD)

有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン (2019年版) では, HPV 検査の浸潤がん罹患率減少効果の科学的根拠を認め, HPV 単独検診法に関しても細胞診検査と並んで推奨度グレード A として推奨されている。構築された精度管理のもとに行われる HPV 検査による検診のメリットとして, 検診間隔の延長が可能である点や ASC-US などの equivocal な細胞診判定を回避できる点などが挙げられるが, 細胞診単独法に比べて感度は上昇するものの偽陽性が大幅に上昇するとされる。そのため HPV 陽性例に対しては全例に侵襲性の高いコルポスコピーおよび組織診を実施することは不利益とされ, 病変存在リスクのふり分けをするトリアージ精検を残余液状検体などによる細胞診で行い, その陽性者のみに確定精検を実施する。HPV 検査陽性例は細胞診が陰性である場合でも, CIN2 以上の病変の存在もしくは発症リスクを予測する因子として重要とされるが, より適切にリスク分類を行い, 生検の対象者を選定する必要がある。年齢や HPV の型による進展リスクの違いやその他分子マーカーなどのエビデンスをもとに細胞診陰性/HPV 陽性症例の取り扱いについて解説する。

S1-2 細胞診陰性/HPV 陽性症例の検討  
—福井県の HPV 検査併用検診 (FCCS study) のデータより—

福井大学医学部産科婦人科

○品川明子(MD), 黒川哲司(MD), 大沼利通(MD), 吉田好雄(MD)

【背景】我々は, HPV 検査併用検診の有効性を検証するため, 2015 年から 3 年間にわたり, 福井県全県を対象とした臨床研究である FCCS (Fukui Cervical Cancer Screening) Study を展開してきた。

【目的】FCCS Study の具体的な目的は以下である。(1) 登録年度 (横断的研究) には, (i) HPV 陽性率, (ii) 細胞診陰性/HPV 陽性内から CIN2 以上が同定される頻度について検証した。また, (2) 3 年間の追跡調査 (縦断的研究) では, (i) HPV 陽性者の持続感染率, (ii) CIN2 から CIN3 への進展率についてタイプ別に比較した。

【方法】対象は 25~69 歳の行政プログラムの子宮頸がん検診に参加の女性で, 研究に同意された 7,585 名の受診者であり, 液状検体法で採取した検体で細胞診と HPV 検査 (cobas4800) を施行した。細胞診陰性/HPV 陽性の被検者に対して, 1 年に 1 度の細胞診, HPV 検査, コルポスコピー検査および生検を行い, 3 年間の追跡調査を行なった。

【結果】(1) 横断的研究 (i) HPV 陽性率は全体では 6.8% であり, 25-29 歳においては 16.5% であった。(ii) 細胞診陰性/HPV 陽性内から CIN2 以上が同定される頻度は 6.5% であり, CIN3 は半数以上が 30 歳台であった。(2) 縦断的研究 (i) HPV 陽性者の持続感染率では, HPV16 型, 18 型, その他の型でそれぞれ, 45.5%, 26.7%, 30.2% であり, HPV16 型は, 18 型やその他の型に比較して消失率が有意に低く, 一度感染すると半数近くに持続感染を認めた。また, (ii) CIN2 から CIN3 への進展率は, HPV16 型では 66.7% であった。

【結語】FCCS study の検証では, 細胞診陰性/HPV 陽性例は, 特に 30 歳台で CIN3 以上の同定率が高く, HPV16 型が持続感染率および進展率が高いことがわかった。

### S1-3 栃木県小山地区子宮頸がん検診—12 年間の推移および NILM/HPV 陽性例の検討—

自治医科大学産科婦人科学講座<sup>1)</sup>, 新百合ヶ丘総合病院がんセンター<sup>2)</sup>

○藤原寛行(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木光明(MD)<sup>2)</sup>

栃木県小山地区では「HPV 併用検診モデル事業実行委員会」を設け、併用検診の推進及び検証作業を行ってきた。導入前後の結果に関して一部を紹介する。

2009–2011 年(細胞診単独)と 2012 年–2020 年(併用検診)の計 12 年間における延べ受診者 96,209 人の結果を、2009–2011/2012–2014/2015–2017/2018–2020 の 4 期に別けて解析した。受診者数は 34,040/21,845/20,826/19,497 と受診間隔延長アルゴリズムにより、およそ 40% の減少がみられている。要精検率は 1.9/4.6/4.0/3.8 (%)と、当初は 2.4 倍に上昇したが、その後は減少傾向にある。CIN2 発見率 0.16/0.60/0.40/0.39(%), CIN3/AIS 発見率 0.14/0.24/0.12/0.06(%), 浸潤がん発見率 0.01/0.04/0.05/0.02(%), いずれも併用検診後に上昇し、その後は減少傾向を示した。CIN2 の減少傾向に比べ、CIN3/AIS 及び浸潤がんの減少幅が大きく、併用検診導入で CIN2+ をより多く検出したことにより、新規 CIN3+ の発症が抑制された可能性が示唆された。

NILM/HPV 陽性者は、2012 年–2020 年の 9 年間で延べ 1,482 人、全受診者の 2.4% であった。本群の 1 年後受診者は延べ 709 人、47.8% の受診率だった。362 人が要精検(要精検率 51.1%), 330 人が精検受診した(精検受診率 91.1%)。この群の疾患発見率は CIN1: 13.1%, CIN2: 2.8%, CIN3・AIS: 0.7%, 浸潤がん 0.1% であった。一方、同じ 1 年後受診群である ASC-US/HPV 陰性群の同発見率は 2.5/0/0.2/0 (%)であった。NILM/HPV 陽性群の 1 年後受診の低受診率をいかに改善させるかは今後の課題である。

本地区においては併用検診開始から 9 年が経過し、様々なデータが集積されつつある。今後より良い検診制度の確立へ向けて、検証作業を行っていく予定である。

### S1-4 HPV 検査を用いた検診の有用性を検証する RCT と細胞診陰性/HPV 陽性者の管理

杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>1)</sup>, 慶應義塾大学医学部産科婦人科学教室<sup>2)</sup>, JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター総合医療情報センター<sup>3)</sup>, 国際医療福祉大学三田病院予防医学センター<sup>4)</sup>, 地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院<sup>5)</sup>, 東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科<sup>6)</sup>, 沖縄徳洲会千葉徳洲会病院婦人科<sup>7)</sup>

○森定 徹(MD)<sup>1)</sup>, 河野可奈子(PhD)<sup>2)</sup>, 雑賀公美子(PhD)<sup>3)</sup>, 齊藤英子(MD)<sup>4)</sup>, 寺本勝寛(MD)<sup>5)</sup>, 高野浩邦(MD)<sup>6)</sup>, 小林陽一(MD)<sup>1)</sup>, 佐々木寛(MD)<sup>7)</sup>, 青木大輔(MD)<sup>2)</sup>

子宮頸がん検診の検診手法について、「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン 2019 年度版」では、細胞診単独法(推奨グレード:A)に並べて HPV 検査単独法(A), 細胞診・HPV 検査併用法(C)が示されている。しかし HPV 検診の効果を楽しむためには、実装可能なアルゴリズムと精度管理の改善が必要とされている。本学会臨床試験 WG の研究として「一般住民を対象とした子宮頸がん検診における液状化検体細胞診と HPV DNA 検査との併用法の有用性を評価する前向き無作為化比較研究(CITRUS スタディ)」が進行中である。山梨県と千葉県柏市の検診受診者を対象とし、初年度検診を細胞診単独(対照群)または細胞診・HPV 検査併用(介入群)で行うランダム化比較試験であり、登録数は 18,376 人(対照群 9,139 人, 介入群 9,237 人), 初年度検診の要精検率は対照群 2.1%, 介入群 12.7% であった。HPV 検診を考える際、介入群の要精検者の大半を占める HPV 陽性/細胞診陰性者の病変リスクの評価が重要である。この集団の多くは検診時には病変を有さないと考えられ、そのため即時のコルポ診・組織診は偽陽性の不利益を考えると避けるべきであり、一定期間後に細胞診や HPV 検査で追跡するアルゴリズムが考慮される。HPV 検診を導入した国では、オランダは HPV 陽性/細胞診陰性者に 6 ヶ月後の細胞診、英国は 12 ヶ月後の HPV 検査をアルゴリズムに定めている。

わが国において HPV 検診を考える場合、この HPV 陽性/細胞診陰性者に対する追跡管理方法を含めた実現可能性あるアルゴリズムの構築とその遵守をサポートする体制作りが必要である。

## ◇シンポジウム 2

## EUS-FNA の現状と未来—細胞診の役割—

## S2-1 膵疾患における EUS-FNA の役割

自治医科大学内科学講座消化器内科学分野<sup>1)</sup>, 自治医科大学病理診断部<sup>2)</sup>

○菅野 敦(PhD)<sup>1)</sup>, 福嶋敬直(PhD)<sup>2)</sup>

Vilmann らが, 1992 年に超音波内視鏡下穿刺吸引法 (Endoscopic ultrasonography-fine needle aspiration: EUS-FNA) を用いた膵疾患に対する病理診断について報告した. その後の技術や穿刺針の改良により, 現在では EUS-FNA が, 膵疾患の病理診断における中心的な役割を担っている. 膵癌に対する EUS-FNA の病理組織診断の正診率は, メタ解析などから極めて高いことが示されている. 膵癌治療における術前補助化学療法 (NAC) の有効性が報告されて以降, 膵癌治療の NAC 前における EUS-FNA の病理組織学的確定診断が果たす役割は大きい. 膵神経内分泌腫瘍は, 細胞分裂所見と Ki67 labeling index に基づいて分類される WHO 病理分類が提唱され, EUS-FNA による病理診断の有用性が報告されている. 自己免疫性膵炎 (Autoimmune pancreatitis: AIP) の診断には, EUS-FNA による AIP の病理組織学的診断が重要である. AIP では, ヘマトキシリン・エオジン (HE) 染色以外にも, IgG4 免疫染色や閉塞性静脈炎の診断目的に行う Elastica-Masson (EM) 染色や Elastica van Gieson (EVG) 染色など特殊染色も重要である. 現在, 日本における嚢胞性膵腫瘍に対する EUS-FNA は播種の危険性から行われなことが多いが, 海外の報告から EUS-FNA によって採取した内容液の細胞診などの報告が散見される. 膵疾患における EUS-FNA の病理診断は, 組織診断が重要ではあるが, 細胞診をどのように行うか, 組織診断とどのように組み合わせるか, その役割など不明な点も多い. 膵疾患における EUS-FNA の役割, その中における細胞診の位置づけなどについて論じたい.

## S2-2 消化管疾患を中心とした EUS-FNA/B の現状 (臨床から)

福島県立医科大学附属病院内視鏡診療部

○引地拓人(PhD)

【緒言】 演者は上司であった入澤先生 (現獨協医大教授) と共に, 2001 年 1 月の当院 1 例目から EUS-FNA に関わった. 消化管疾患を中心とした EUS-FNA/B の現状を述べる.

【膵臓以外の適応】 消化管疾患では GIST を疑う上皮下病変 (SEL) が適応の中心である. 胃 GIST は腹腔鏡内視鏡合同手術 (LECS) や内視鏡的全層切除術 (EFTR) で胃の変形なく切除が可能になったため, 20 mm 未満でも適応としている. 胃 SEL には SEL 型胃癌や悪性リンパ腫も含まれるが, 平滑筋腫や神経鞘腫は経過観察が可能であるため, 治療方針決定に EUS-FNA は有用である. 消化管以外では, 縦隔や腹腔の腫瘍, 腫大リンパ節などが適応である.

【EUS-FNA/B】 胃 SEL の検体採取は膵腫瘍に比べると難しい. 穿刺時に病変が逃げてしまったり, 胃壁自体が伸びてしまったりすることがその理由である. また, 細胞の結合性が高い病変や線維化が強い病変では, なかなか良好な検体を採取できない. そのような背景のもと, 2003 年から ROSE (Hikichi et al. J Gastroenterol 2009) を導入した (現在は Cyto-quick). また, 近年 FNB (fine-needle biopsy) 針が開発され, Fork-tip 針を採用している. 前方直視型コンベックスコープも有用である.

【検体の扱い】 検体をスライドガラス上にスタイレットを用いて静かに押し出す. 次にスライドガラス上の検体を選別し, 一部を組織診用にホルマリン瓶に入れ, 残りをすり合わせ法で ROSE と細胞診用に分ける. ROSE で評価可能な検体と判断できた場合でも, 免疫染色用に 2 回程度追加の穿刺を行う. そのため, 胃 SEL では 4 回程度の穿刺を行う.

【結語】 ROSE を併用した EUS-FNA/B は, 胃 GIST をはじめとする消化管 SEL の診断において欠かせない.

## S2-3 EUS-FNA の細胞診 (膵腫瘍)

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

○石田和之(MD)<sup>1)</sup>, 永井多美子(CT)<sup>2)</sup>

膵腫瘍に対する超音波内視鏡穿刺吸引法/生検(EUS-FNA/FNB)を用いた効果的な病理診断方法を検討した。当院で膵 EUS-FNA/FNB と膵切除術が行われ病理診断が確定した 146 症例を対象として, 1) EUS-FNA/FNB の細胞診, 組織診, 細胞診+組織診(組み合わせ診断)の診断精度, 2) 穿刺部位(経十二指腸 85 例 vs 経胃 61 例), 3) 検体採取方法(FNA47 例 vs FNB99 例)と各々の診断精度を解析項目とした。

【結果】1) 切除検体に対する EUS-FNA/FNB 診断の感度(%), 特異度(%), 精度(%)は, 細胞診と組織診が同等で 79.6, 100, 80.1, 組み合わせ診断 88, 100, 88.4 であった。2) 経十二指腸 vs 経胃は, 感度(%), 特異度(%), 精度(%)が細胞診 79.5 vs 79.7, 100 vs 100, 80 vs 80.3, 組織診 75.9 vs 84.7, 100 vs 100, 76.5 vs 85.2, 組み合わせ診断 84.3 vs 93.2, 100 vs 100, 84.7 vs 93.4 であった。3) FNA vs FNB は, 感度(%), 特異度(%), 精度(%)が細胞診 80.4 vs 79.2, 100 vs 100, 80.9 vs 79.8, 組織診 71.7 vs 83.3, 100 vs 100, 72.3 vs 83.8, 組み合わせ診断 84.8 vs 89.6, 100 vs 100, 85.1 vs 89.9 であった。

【結論】細胞診と組織診の組み合わせ診断は診断精度を向上させた。細胞診は穿刺ルート, 検体採取方法に影響されず一定の診断精度を保っていた。組織診は経十二指腸よりも経胃が, FNA よりも FNB で診断精度が向上していた。

## S2-4 自己免疫性膵炎に対する EUS-FNA の細胞診について (病理から)

倉敷中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室<sup>2)</sup>

○能登原憲司(MD)<sup>1)</sup>, 板倉淳哉(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤 碧(MD)<sup>1)</sup>, 中村香織(CT)<sup>2)</sup>

自己免疫性膵炎(AIP)は腫瘍を形成し, 血中 IgG4 値の上昇, 病変中への多数の IgG4 陽性細胞浸潤をきたす特異な膵炎である。そのため EUS-FNA の目的は, 1) 腫瘍との鑑別, 2) AIP そのものの診断, の 2 つになる。目的の達成のため, 検体処理は重要である。AIP 病変から採取される検体は白色の硬い組織で, 細胞診検体には適さず, 組織検査用に回収するのが望ましい。AIP の診断のためにはできるだけ多くの組織検体を確保することが理想である。回収困難な微小組織片や針洗浄の検体は細胞診標本にして, 腫瘍細胞の有無を評価する。膵癌に伴って AIP がみられるケースもあるため, たとえ検体の性状が AIP に特徴的であっても, 腺癌の有無は慎重に評価する必要がある。AIP の細胞診標本には, 炎症細胞を含んだ細胞豊富な線維性組織の塊が出現し, 周囲には腺房細胞, リンパ球, 形質細胞が散在性に認められる。形質細胞は採取時に胞体が破碎されやすく, 同定困難となりやすい。花筵状線維化と呼ばれる, 流れるような炎症性病変が組織学的に有名ではあるが, 細胞診検体で確認できることはほとんどない。小葉内には acinar-ductal metaplasia (ADM) と呼ばれる, 反応性の小型腺管が出現し, 膵癌と間違いやすいので注意が必要である。以前から, 軽度の核腫大, 核小体の明瞭化をきたした異型細胞の出現が AIP で報告されているが, その多くは ADM の細胞と思われる。ADM と膵癌の鑑別点は, ADM では核が小型円形で大小不同性や核縁不整を欠くこと, 結合性がルーズであること, 粘液産生はみられないことが挙げられる。また, 孤立性に出現した腺房細胞を神経内分泌腫瘍と誤認しないことにも注意を要する。



## S2-5 EUS-FNA の適応と今後の展開

富山大学学術研究部医学系内科学第三講座<sup>1)</sup>, 富山大学附属病院病理部病理診断科<sup>2)</sup>, 富山大学学術研究部医学系病理診断学講座<sup>3)</sup>

○安田一朗(MD)<sup>1)</sup>, 小梶恵利(CT)<sup>2)</sup>, 平林健一(MD)<sup>3)</sup>

EUS-FNA は現在, 主に膵癌の確定診断や膵腫瘍性病変の鑑別診断, 消化管粘膜下腫瘍の診断などに用いられているが, その実際の対象領域や疾患は一般に認識されているよりもはるかに広く, 胃や十二指腸壁の高い伸展性を考えるとかなり広範囲の領域をその穿刺対象とすることができる。経食道的な縦隔病変の穿刺や経胃的な膵体尾部, 左副腎, 肝左葉, 脾臓の穿刺, 十二指腸球部からの膵頭部, 胆嚢, 胆管, 肝十二指腸間膜, 肝門部, 右副腎の穿刺, 十二指腸下行部からの膵頭部, 傍大動脈領域の穿刺, 直腸/S 状結腸からの骨盤内領域の穿刺などが技術的には可能である。われわれはこれまでに, 肺癌の縦隔リンパ節転移・病期診断(*Respiration* 2009, *Endoscopy* 2011), サルコイドーシス(*Endoscopy* 2008), IgG4 関連リンパ節腫脹(*Pancreas* 2006), 縦隔・腹腔内の原因不明リンパ節腫脹(*Endoscopy* 2006), リンパ腫(*AJG* 2012), 悪性腫瘍術後/治療後のリンパ節腫脹(*JG* 2009), 自己免疫性膵炎(*CGH* 2012), 副腎腫瘍(*GIE* 2004, *Endoscopy* 2013), 脾腫瘍(*Endoscopy* 2009), 胆管腫瘍(*JG* 2011), 骨盤内病変(*BMC Gastroenterol* 2021)の診断などにおける EUS-FNA の有用性を報告してきており, 傍大動脈領域については下方は大動脈分岐まで可能であり(*JGH* 2011), 一般に針生検では診断が難しいとされてきたリンパ腫の診断についてもフローサイトメトリーによる表面マーカー解析や FISH 解析を併用することによって, ほとんどの症例で治療方針決定に十分な診断を得ることができることを報告してきた。今回はこれまでのこうした研究成果について紹介するとともに, この手技の今後を展望する。

## ◇シンポジウム 3

唾液腺細胞診 Update—ミラノシステムの標準化への活用

S3-1 唾液腺細胞診 Update—WHO 組織分類

第 5 版・ミラノシステム改訂版を踏まえて—

藤田医科大学ばんだね病院病理診断科

○浦野 誠(MD)

唾液腺腫瘍の診断はその組織多彩性と複雑さゆえにしばしば難しいとされる。唾液腺腫瘍 WHO 組織分類第 4 版(2017 年)では上皮性腫瘍は良性 11, 悪性 20 の計 31 組織型と非常に多くのものが記載されており診断者を悩ませる。さらに複数の腫瘍型でオーバーラップする組織像や細胞所見, また異型性の弱い低悪性度癌の存在がその診断を困難にしている。現在, 全臓器的に分子病理学的, 遺伝子学的検索の進歩と症例の集積により腫瘍分類が改変され, 新しい疾患概念が日々提唱されており, 唾液腺領域も 2022 年中には頭頸部腫瘍 WHO 組織分類第 5 版が出版される予定である。また 2018 年に初版が発行されたミラノシステムも現在改訂版の作成が進行中である。演者が考える細胞診断の基本は以下のごとくである。1) 「標本をみる前の準備」を怠らない: 疫学的事項と基本的な組織の成り立ちを理解し, 目の前の症例の臨床像, 画像情報を収集する。2) 一定の診断アルゴリズムを身につけ, 所見や鑑別診断の拾い落としに注意する。3) 定められた報告様式に基づいて必要十分な細胞所見と判定結果およびその根拠を記載し, 臨床サイドに有益な情報提供に務める。本発表では, 今回のシンポジウムのイントロダクションとして唾液腺病理, 細胞診の知識の整理とアップデート, 新しい知見の共有を行い, 会員諸氏の理解, 診断精度の向上の一助としたい。



## S3-2 当院における唾液腺細胞診の導入について

秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○廣嶋優子(MD), 三浦文仁(CT), 三浦桃子(CT),  
成田かすみ(CT), 鈴木世志子(MT), 伊藤 智(CT),  
南條 博(MD)

唾液腺の穿刺吸引細胞診(fine needle aspiration cytology: 以下 FNA)は, 腫瘍性病変の術前診断法のひとつとして近年急速に普及しており, 2017 年の WHO 分類でも悪性腫瘍を中心として, 多くの腫瘍で細胞所見が記載されている。当院ではこれまで悪性腫瘍が強く疑われる時にモノプチー生検が施行される程度で, 唾液腺の穿刺吸引細胞診はほとんど行われておらず, ほとんどの症例では術中迅速病理診断で代用していた。過去 10 年間に当院で切除された唾液腺切除症例は 211 例で, 腫瘍が 162 例(76.8%), 非腫瘍性病変が 49 例(23.2%)だった。腫瘍では良性が 124 例, 悪性が 38 例だった。当院では 20 年間, 月 1 回, 耳鼻咽喉科と臨床病理検討会を施行してきた。昨年の検討会で, 病理側から術前 FNA の施行を臨床側に推奨し, 1 年間で 30 例の唾液腺腫瘍に対する FNA を施行していただいた。細胞診判定はカテゴリー 1 (不適正)が 5 例, 2(非腫瘍)が 9 例, 3(AUS)が 1 例, 4(良性腫瘍)が 14 例, 6(悪性)が 1 例という結果であった。ミラノシステムにおけるカテゴリー 4 の悪性のリスク(risk of malignancy, ROM)が 5% 以下という記載に基づき, 同カテゴリーでは保存的手術または経過観察が選択されることが多く, 自施設で 14 例の良性腫瘍を診断し得た点は, 臨床的意義が大きいと感じている。また, 若干の症例を呈示しつつ, 当院での唾液腺腫瘍診断の実際を紹介させていただきたい。

## S3-3 呉医療センター・中国がんセンターにおける耳下腺穿刺吸引細胞診 100 症例の検討

明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野<sup>1)</sup>, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>, 広島大学病院口腔検査センター<sup>3)</sup>, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部<sup>4)</sup>, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床検査科<sup>5)</sup>

○坂本真一(DDS)<sup>1,2)</sup>, 齋藤彰久(DDS)<sup>2)</sup>,  
菅重里紗(CT)<sup>2)</sup>, 藤澤宏樹(CT)<sup>2)</sup>, 安村奈緒子(CT)<sup>2)</sup>,  
在津潤一(MD)<sup>2)</sup>, 西村学子(DDS)<sup>1)</sup>,  
菊池建太郎(DDS)<sup>1)</sup>, 小川郁子(DDS)<sup>3)</sup>,  
倉岡和矢(MD)<sup>2,4,5)</sup>

唾液腺細胞診ミラノシステムは, 従来国内で推奨されてきた新報告様式と比較し, 腫瘍・非腫瘍の鑑別を重視した国際的な細胞診報告様式である。6 つの診断区分にはそれぞれ悪性の危険度(ROM)に応じた臨床的対応が記載され, 臨床医が治療方針を立てやすい仕組みとなっている。我々は, 2008 年~2019 年の 12 年間に呉医療センター・中国がんセンターにおいて新報告様式を用いて診断され, 組織診断まで施行された耳下腺穿刺吸引細胞診 100 症例を, ミラノシステムを用いて再評価した。各診断区分における ROM は不適正: 16.7%, 非腫瘍性: 該当なし, 意義不明な異型(atypia of undetermined significance: AUS): 33.3%, 良性腫瘍: 0%, 良悪性不明な唾液腺腫瘍(salivary gland neoplasm of uncertain malignant potential: SUMP): 42.9%, 悪性疑い: 100%, 悪性: 90%であった。本施設では, 良性腫瘍の正診率は極めて高く, 悪性腫瘍の ROM もミラノシステムの推奨値と一致した。一方 AUS, SUMP は, ミラノシステムで設定されている推奨値(AUS: 20%, SUMP: 35%)や国内多施設共同研究データ(AUS: 24.9%, SUMP: 37%)と比較し, ROM がやや高い傾向を示した。本施設では, 悪性の可能性を否定できない AUS では積極的に再検を促し, SUMP では免疫染色などの補助診断を取り入れることが ROM の改善に重要と考えられる。本発表では, 実際の症例を供覧し, 正診率の向上に有用な改善策について概説する。

### S3-4 当院における唾液腺ミラノシステムの導入に向けた検証について

千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<sup>1)</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部病理診断科<sup>2)</sup>, 千葉県立佐原病院<sup>3)</sup>, 成田富里徳洲会病院<sup>4)</sup>

○小高亜紀子(CT)<sup>1)</sup>, 高橋 司(CT)<sup>1)</sup>, 有田茂実(CT)<sup>3)</sup>, 加藤 拓(CT)<sup>4)</sup>, 及川麻理子(DDS)<sup>2)</sup>, 牧瀬尚大(MD)<sup>2)</sup>, 杉山孝弘(MD)<sup>2)</sup>, 川名秀忠(MD)<sup>2)</sup>, 荒木章伸(MD)<sup>2)</sup>, 伊丹真紀子(MD)<sup>2)</sup>

当院は紹介型のがん専門病院であり, 手術もしくは治療を目的として唾液腺の穿刺吸引細胞診が行われている。唾液腺腫瘍の細胞像は多彩なことから良悪性や組織型の推定が困難な場合がある。細胞診の国際的に標準化された報告様式は, 当院では子宮頸部のベセスダシステムのみの運用が現状であり今回, 唾液腺穿刺吸引細胞診のミラノシステム導入に向けて過去の標本をミラノシステムに従って再分類し既存のデータとの比較, 検証を行った。

【対象】2012年1月から2021年12月までの10年間に当院で唾液腺穿刺吸引細胞診を行い, その後の手術もしくは針生検で組織診断の確定した140例を対象とした。

【結果】140例の組織診断は非腫瘍性10例, 良性腫瘍85例, 悪性腫瘍45例で, 良性腫瘍は多型腺腫が38例, ワルチン腫瘍が33例など, 悪性腫瘍は唾液腺導管癌が12例, 悪性リンパ腫が9例などであった。ミラノシステムでは検体不適正4例(2.9%), 非腫瘍性5例(3.6%), 意義不明な異型(AUS)8例(5.7%), 良性腫瘍77例(55%), 良悪性不明な腫瘍(SUMP)6例(4.3%), 悪性疑い17例(12.1%), 悪性23例(16.4%)であった。Risk of malignancy (ROM)は順に25%, 0%, 25%, 1.3%, 83.3%, 76.5%, 100%であった。ミラノシステムにおける悪性に対する精度(AUS, SUMPをのぞく)は感度97%, 特異度95%, 正診率95.9%, 腫瘍に対する精度(AUSをのぞく)は感度100%, 特異度は71%, 正診率98.4%であった。当院では日本の他施設研究による平均より悪性の頻度がやや高い傾向がみられた。当日は現行の細胞診断とミラノシステムを比較した結果および当院の唾液腺腫瘍の臨床病理学的特徴などを臨床所見や画像所見を混じて報告する。

### S3-5 唾液腺細胞診標準化におけるミラノシステムの有用性

筑波大学附属病院病理部<sup>1)</sup>, 筑波大学医学医療系診断病理<sup>2)</sup>

○村田佳彦(CT)<sup>1)</sup>, 中川智貴(CT)<sup>1)</sup>, 中島世莉奈(CT)<sup>1)</sup>, 杉山 栞(CT)<sup>1)</sup>, 河合 瞳(MD)<sup>2)</sup>, 松岡亮太(MD)<sup>2)</sup>, 坂本規彰(MD)<sup>2)</sup>, 松原大祐(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】当施設では, これまでClass分類が用いられているが, ミラノシステムによる唾液腺細胞診検体の再分類を行い, 標準化に向けた有用性を検討した。

【方法】2016年~2021年までの6年間に筑波大学附属病院で行われた唾液腺穿刺吸引細胞診329件のうち, 組織診断が行われた151例(手術144例, 生検7例)について, 再鏡検しミラノシステムを用いて再分類を行った。

【結果】Class分類で判定された結果は, 不適正31例(20.5%), Class I, II 47例(31.1%), Class III 59例(39.1%), Class IV 3例(2.0%), Class V 11例(7.3%)であった。ミラノシステムで再分類したところ, 不適正21例(13.9%), 非腫瘍性18例(11.9%), 意義不明な異型25例(16.6%), 良性腫瘍51例(33.8%), 良悪性不明な腫瘍21例(13.9%), 悪性の疑い4例(2.6%), 悪性11例(7.3%)であった。risk of malignancy (ROM)は順に23.8%, 5.6%, 20.0%, 2.0%, 38.1%, 100%, 100%であった。また, 悪性腫瘍に対する感度は88.2%, 特異度100%, 正診率97.6%, 陽性的中率100%, 陰性的中率97%であった。また, ミラノシステムに設定されている不適正率, 良悪性不明な腫瘍のROMに比して, 当院の数値がともにやや上回っていた。

【考察】Class分類に比して, ミラノシステムでは, 腫瘍か非腫瘍性かが, より明確に区別され有用であると考えられた。また, 分類を行う上では, 唾液腺腫瘍の組織像をよく理解しておくことも肝要であると考えられた。

## ◇シンポジウム 4

## 乳癌診療における細胞診の役割：現状と展望

## S4-1 乳腺細胞診における適切な標本作製

久留米大学医学部附属医療センター臨床検査室病理<sup>1)</sup>,  
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<sup>2)</sup>

○阿部英二(CT)<sup>1)</sup>, 山口 倫(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】乳腺穿刺吸引細胞診は、細胞採取が比較的容易で侵襲性が低いことから広く用いられるが、作製した標本が診断を難しくする例も少なからず存在する。乳腺穿刺吸引細胞診で採取される材料は、病変によって様々であり、スライドガラスに吹きつけた時の肉眼的性状や合わせた時の印象や感触などからどのように標本作製を工夫したらよいかについて考えてみる。

【肉眼的性状分類】採取材料の肉眼的性状に漿液性、泥状、寒天状、粘稠性、間質成分、脂肪成分、液状がある。

【肉眼的性状による標本作製の工夫】

- 1) 漿液性：主には乳腺症の変化が考えられる。合わせ法により鏡顕範囲が広がるため、適度な塗抹範囲が要求される。
- 2) 泥状：個々の細胞の観察が重要となる例が多い。また、類似する性状に壊死物質がある。
- 3) 寒天状：標本が厚くなる傾向にあるため適量で標本作製を行う。
- 4) 粘稠性：多量に吹き付けると標本が厚くなるため適量かつ薄く塗抹する必要がある。
- 5) 間質成分：非常に重要な情報をもたらしてくれる。スライドガラス上に保持させることが重要である。
- 6) 脂肪成分：アルコールにより溶解される為、画像診断との整合性が重要となる場合がある。
- 7) 液状(嚢胞)：遠心分離し、有核層を選択的に採取し、合わせ法を行う。

実際には多種の性状が混在し採取される場合が多いが、重要なことは構造を壊さないように且つ細部まで観察が可能な標本の作製を心掛けることである。

【まとめ】乳腺穿刺吸引細胞診の検体処理法には様々な方法があるが、重要なことはどのような肉眼的性状が細胞診断をする際に必要になるのかを瞬時に判断し標本作製を行うことである。

## S4-2 乳腺細胞診のレポートニング

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

○葉山綾子(CT)<sup>1)</sup>, 村瀬幸宏(CT)<sup>1)</sup>, 寺崎泰弘(MD)<sup>1)</sup>,  
大橋隆治(MD)<sup>1)</sup>, 坂谷貴司(MD)<sup>1)</sup>, 土屋真一(MD)<sup>1,2)</sup>

当院の乳腺穿刺吸引細胞診は乳癌取扱い規約に準じた報告様式である。穿刺に当たっては細胞検査士が外来に出向き、標本作成を行なっている。独自の取り組みとしては、2006年から検体不適正改善の目的で、現場でヘマトキシリンでの核染色を行い、その場で細胞の有無を乳腺外科医に伝え、必要に応じて再穿刺を行なっている。その後、パパニコロウ染色を施行し報告をしている。当院で過去に行った検体不適正の検討により、画像診断などで良性を考えている症例に関しては、臨床側は細胞が採取されない所見が良性を示唆する一つの判断材料であると捉えており、検体不適正報告そのものが、良性の指標となり得る事が分かっている。当院での検体不適正率は17%前後であるが、臨床的に良・悪性の割合に応じて検体不適正率は変化すると捉えている。よって、検体不適正性の報告では乳腺上皮の有無の他に脂肪組織、間質成分の記載も必要ではないかと考えている。

当院での2012年～2021年の乳腺穿刺吸引細胞診判定区分の推移としては、2016年を境界に、良性が50%前後を占め、悪性は20%程度に留まる。鑑別困難に関しては一定の割合で存在し、我々は乳頭状病変も鑑別困難として報告を返すことが多い。また、針生検無しの細胞診単独施行も多いため、細胞所見から良性寄り/悪性寄り/もしくは真の鑑別困難なのか出来る限り詳細に細胞所見を記載する様に努めている。

画像診断の精度向上により多く検出される様になった腫瘤非形成性病変には臨床的に良悪の鑑別が必要になる症例があり、細胞学的にも鑑別困難領域に入りやすい組織型はほぼ共通している。

今回は各判定区分別の細胞像と、新たに加わるYokohama systemと合わせて報告したい。

### S4-3 乳癌診療における細胞診の役割：2022年に必要とされている乳腺細胞診断について

がん研究会有明病院乳腺センター乳腺外科<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院細胞診断部<sup>2)</sup>, 新東京病院乳腺外科<sup>3)</sup>, がん研究会病理部<sup>4)</sup>

○坂井威彦(MD)<sup>1,2)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>2)</sup>,  
森園英智(MD)<sup>1,2,3)</sup>, 千葉知宏(MD)<sup>4)</sup>,  
大迫 智(MD)<sup>4)</sup>, 阿部 仁(CT)<sup>2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>2)</sup>

日本人における乳癌罹患者数は2020年には推定9万2千人に達し、年間1万5千人が乳癌で命を落としている。40から50代に罹患の好発年代の1つをもつのが日本人乳癌の特徴であり、日本社会にとって乳癌は依然重要な問題である。乳癌死を減らすべく、乳癌検診の普及、診断機器の進歩、治療技術・薬剤の開発等が進み、その治療成績は改善されてきている。その一方で、乳癌治療後の生活を質の高いものにしようという“サバイバーシップ”に近年注目が集まっている。手術、化学療法、ホルモン療法、放射線療法が、年々適応が広がってきた中、安全性を損なうことなく治療を縮小する“De-escalation”に治療者、治療を受ける患者の意識が向いている。治療がより個別化される中で、治療選択肢は増加しており、専門医はどの治療をどの患者さんに適応させるべきであるのか、医療者-患者間の“Shared decision making”（共有意思決定）という考え方も普及してきた。変革期にある乳腺診療において、細胞診の役割は大きく変わってきた。針生検に置き換えられたものが増えた一方、依然細胞診が重要な役割を担っている領域が存在する。特に画像検査機器の進歩とともに発見される機会が増えた、1 cm以下の非触知病変に対する細胞診は、低侵襲で低価格であるため繰り返し行うことが可能であり、多くの乳腺外科医にとって期待されている。また、近年術前化学療法が広く行われるようになり、術前のリンパ節のステージングのために、腋窩のリンパ節に細胞診を行う機会が増えているように感じている。乳腺診療において今後も不可欠である細胞診断の役割について、臨床医の立場から概説したい。

### S4-4 乳癌診療における細胞診の役割：乳腺外科医の立場から

東北大学大学院医学系研究科

○宮下 穰(MD)

乳癌診療における細胞診の役割は過去20年間に大きく変化した。以前は画像診断で乳癌と診断され、かつ穿刺吸引細胞診(FNA)で悪性(malignant)とされた場合は、確定診断として許容される時代があったが、現在は針生検(CNB)の普及によって確定診断には生検が必須と考えられている。ここには、FNAが感度・特異度ともにCNBに劣る点や、術前薬物療法(化学療法と内分泌療法)の進歩によって乳癌診断時にER, PgR, HER2, Ki67などのバイオマーカーを検索する必要がある点が挙げられる。一方でFNAの特徴は簡便に施行できる点であり、乳癌診療において重要な役割を担っている。画像上は濃縮嚢胞や線維腺腫など良性の病変を疑うが確定的ではない病変(いわゆるカテゴリー3)に対してはFNAが第一選択になってくる。結果として悪性(malignant)/悪性の疑い(suspicious for malignancy)/鑑別困難(indeterminate)との診断であった際は追加CNBの対象となってくる。一方で正常あるいは良性(normal or benign)であれば低侵襲な検査のみで経過観察の方針を取ることができ、また、腋窩リンパ節転移の診断にもFNAは重要である。FNAによる腋窩リンパ節転移の診断は、術式の選択(センチネルリンパ節生検か腋窩リンパ節郭清)や薬物療法の戦略(術前薬物療法か手術先行か、どの薬剤を使用するか)に大きく関わってくる。以上のように乳癌診療の変化に伴って細胞診の役割は変化しており、病理医、乳腺外科医、放射線科医の共通認識は重要である。本シンポジウムでは乳腺外科医の立場から細胞診の現在の役割と今後の展望について概説させて頂く予定である。



## S4-5 乳腺細胞診：臨床病理相関

聖路加国際病院病理診断科

○鹿股直樹(MD)

乳腺病変のトリプル・テストとは、視触診および病歴、画像診断(マンモグラフィおよびまたは超音波・MRI)、細胞診であり、これらが全て一致する病変では診断正診率が高い、とされている。Yokohama system においては、細胞診診断が良性であっても、臨床診断・画像診断が悪性疑いあるいは中間的な場合には、細胞診再検あるいは針生検がすすめられている。また、細胞診診断が悪性でも、臨床診断・画像診断のいずれかが悪性ではない場合には、針生検等が必須とされている。

「組織切片 1 枚ですべてがわかるといった誤った考えは、病理医・臨床医の双方にとって危険だと言える」とは、真鍋俊明先生の『外科病理診断学 病理組織診断のついで方・考え方』(金芳堂 1998 年)の序章に記された言葉であるが、これはそのまま、細胞診標本、細胞検査士・細胞診専門医にも当てはまる。細胞診診断と臨床診断・画像診断とが異なる場合には、臨床医、細胞検査士・細胞診専門医がともに謙虚な態度で話しあい、患者にとって最善の結果が得られるように努力すべきである。

乳腺細胞診の正診率については、臨床医と細胞検査士・細胞診専門医との間で、若干の認識のずれがあるようである。山口倫先生等の報告(Oncol Rep. 2012; 28(5): 1606-1612)では、本邦の代表的な 12 施設の合計 3 万症例を超えるデータが詳細にまとめられており、臨床医との話の中で、しばしば引用させていただいている。この研究では、乳腺細胞診の正診率は 88%とされている。

## ◇シンポジウム 5

歯周病と口腔細胞診：bench to chair side

S5-1 歯周炎の病態と全身疾患との関係

—早産を中心に—

広島大学大学院医系科学研究科口腔顎顔面病理病態学

○宮内睦美(PhD)

歯周炎は世界で最も罹患率の高い感染症で、30 歳以上の罹患率は 70%を越える。また、歯周組織表面を構成する歯肉粘膜上皮には粘膜皮膚科的疾患、過形成、口腔上皮性異形成、歯肉癌などの多彩な病変が発生し、臨床所見の類似性とも相まって細胞診の対象となる。本発表では歯周炎の基礎的病態について概説するとともに、近年注目されている歯周炎が全身疾患に及ぼす影響、特に早産との関係について供覧する。歯周炎は歯周病原細菌が惹起する歯周組織の“軽微で持続的な慢性炎症”で、重症化するまで自覚症状はないが、歯周ポケット内に生息する歯周病原細菌やその産生物はポケット上皮を傷害し、結合組織に到達して拡張した毛細血管から継続的に血中に侵入し、さらに全身臓器に移行して全身疾患の発症や増悪に関与している。自然早産の主な原因は子宮内炎症/感染で、歯周炎の関与が示唆されている。我々は、ヒト歯周炎を模倣した *Porphyromonas gingivalis* (*Pg*; 主な歯周病原細菌) 歯性感染マウスモデルを用い、1) 歯周炎病巣から侵入した *Pg* が胎盤に移行/感染し、胎盤組織の変性壊死や早産関連因子の産生促進を介して早産を惹起する事、2) *Pg* の病原因子の 1 つである酵素 (ジンジバイン) の抑制が *Pg* の誘導する早産予防に繋がる事を見出した。さらに、3) 妊婦血清を用いた疫学研究で、*Pg* の亜株である *fimA* type2 と *type4* の血清抗体価の高い妊婦は、歯周炎活動性指標である歯周炎症表面積の値が高く、早産発生率も高いこと (Odd 比 *type2* で 3.0, *type4* で 3.8) を明らかとした。歯周炎は早産の修正可能なリスク因子であり、特に、歯周病原細菌抗体価の高い妊婦は、早産予防のために口腔診査と歯周治療を受ける必要がある。



## S5-2 周術期における医科歯科連携を円滑に行うための 歯科疾患の基礎知識

医療法人 SAI 皓世会細川ファミリー歯科クリニック

○細川亮一(DDS)

化学療法や放射線治療の有害事象として口内炎や歯周炎の増悪が報告されている。がん治療を円滑に行うために、これら口腔に起因する有害事象の予防もしくは症状の軽減を目的として口腔ケアを行うことの重要性が認知されている。しかしながら、現在の教育システムでは、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士を除く、医療従事者が口腔疾患について学ぶ機会がほとんどないのが現状である。そのため、病棟並びに外来にて口腔内の状況やそれに伴う有害事象のリスクなどを把握することは困難である。本発表では、日々の臨床において口腔内の観察を容易にするため、口腔内の写真やレントゲン像を用いて口腔内の有害事象に起因するリスク因子について説明を行う。また、がんの診断を行う過程において、早期の歯科紹介を行ことで医科歯科連携が円滑に行えるよう、う蝕や歯周炎など歯科疾患の治療に必要とされる期間の説明を行う。

## S5-3 口腔がんの初期病変を見逃さない —いろいろなところにある口腔がん—

岩手医科大学歯学部口腔顎顔面再建学講座口腔外科学分野

○宮本郁也(DDS)

我が国は、どの国も経験したことのない超高齢社会を迎えた。歯科においても医学的な問題をかかえた高齢患者が増加している。顎口腔領域の高齢患者で最も注意が必要な疾患は口腔がんである。口腔がんは、多くが扁平上皮癌であり、癌の病変ができる以前に扁平苔癬や白板症といった口腔潜在性悪性疾患(OPMD)が生じていることが多い。口腔癌は、初期の段階で治療できれば良好な予後が期待でき、治療に伴うQOLの低下も少ない。このような背景から、病変の悪性化を早期に検知する必要がある。消化管で使用される狭帯域光観察(NBI)併用拡大内視鏡は、血管の強調描画と拡大観察ができる。我々は、悪性所見を疑う病変に対しNBIを用いることで、高い診断精度で悪性所見を確認できた。内視鏡は、複雑な口腔内の観察に極めて有効であった。また、インプラント治療は歯を喪失した方を対象にする治療法であり、現在では一般的な治療法となっている。機能しているインプラントは、一生顎骨にくっついたままであり、今後、高齢者の口腔内にインプラント義歯を見かけることが増加するであろう。症例数は、多くないかもしれないが、患者のみならず術者を含めてインプラント周囲組織に、悪性腫瘍が発生するという認識は極めて低い。インプラント周囲の組織は、上皮、骨、骨髄である。上皮組織であるインプラント周囲の粘膜には、上述のOPMDや悪性腫瘍が生じることがある。このシンポジウムでは、口腔内でどのような病変を見かければ、口腔がんを疑うのか、またインプラント周囲に生じたOPMDや悪性腫瘍の症例を提示しながら、どのような対処が可能なのか我々の知見をもとにお話ししてみたい。

## S5-4 国民病の歯周病と希少癌である歯肉癌は 見分けられるのか

公益財団法人がん研究会有明病院病理部<sup>1)</sup>, 公益財団法人がん研究会有明病院細胞診断部<sup>2)</sup>, 公益財団法人がん研究会がん研究所病理部<sup>3)</sup>

○佐藤由紀子(DDS)<sup>1,2,3)</sup>, 八田未紀(CT)<sup>1)</sup>,  
石井脩平(CT)<sup>1,2)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>2)</sup>, 山田麻里沙(CT)<sup>2)</sup>,  
山崎奈緒子(CT)<sup>2)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>2)</sup>, 藤山淳三(CT)<sup>2)</sup>,  
阿部 仁(CT)<sup>1,2)</sup>, 千葉知宏(MD)<sup>1,2,3)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>2)</sup>

歯肉癌は歯肉に発生する癌のことで、多くは扁平上皮癌である。歯牙や歯周組織と近接しているために、臨床像としては歯周炎などの一般的な良性炎症性疾患に類似する。最初に患者が診察される医療機関は歯科医院で60%と報告される。歯肉癌が診断されるまでの期間は他の舌癌、頬粘膜癌などに比較し長く、発見が遅れる傾向がある。その理由として歯周組織から発生し、顎骨内に進展する内向性の発育を示し、抜歯窩治癒不全ではじめて気づかれる病態があるためである。口腔癌の主な危険因子としてタバコ、アルコール、海外ではビンロウジュが挙げられるが、歯肉癌についてはこれらの傾向は当てはまらないとされる。好発部位としては下顎の小白歯(咬む面が平な歯)から後方で、表面顆粒状、乳頭状、疣贅状の増殖を示すか、或いは潰瘍を形成する。治療時点で既にリンパ節転移を来す歯肉癌は25-35%と報告されている。当院での歯肉への擦過細胞診は主にスクリーニングのために実施される。歯肉癌の際に細胞診が実施されるか否かは臨床医の好みに寄るところが大きく、細胞診の迅速性を好む医師は頻繁に用いる。残念なことに他の部位の口腔癌と比較して歯肉癌では偽陽性となる確率が高く、癌の判定まで至らないのが実情である。偽陰性になる理由としては歯肉が錯角化上皮で、婦人科領域や食道などでも少ない表層分化型の癌の形態を取ることが挙げられる。歯肉癌の組織像は分化した核異型が強くない癌からなる場合があり、炎症により反応性に増生した上皮と形態的な鑑別が非常に難しい場合がある。今回は歯肉癌の実情を皆様に知っていただき、今後の対策を講じるきっかけを作りたいと考える。

## ◇シンポジウム 6

妊娠中・分娩後の適切な CIN 管理

### S6-1 妊娠初期における子宮頸部細胞診の意義

横浜市立大学産婦人科

○水島大一(MD)

妊娠中の子宮頸がん検診は、子宮頸がん検診率が高い国ではガイドラインで実施の推奨も否定もされていないことが多い。一方で、タイやインドなどの子宮頸がん検診のプログラムがない国で、妊娠初期の子宮頸部細胞診で3.4-6.0%に細胞診異常が認められ、妊娠中の検診意義が報告されている。本邦でも検診受診率が伸び悩む中で、妊娠中の細胞診が検診率を下支えしている。本邦における妊娠中の子宮頸部細胞診206,759症例の結果はNILMが96.7%、ASC-USが1.9%、LSILが0.8%、HSILが0.4%、SCCが0.0097%であり、一般の人口と比較して大きな差はない。初産婦と経産婦でも陽性率に有意差はなく、妊娠中の子宮頸部病変は92%が妊娠初期の細胞診異常でスクリーニングされていることから、妊娠中の細胞診は現在も有用な検査である。細胞診の採取法は、一般に綿棒よりも細胞診採取器具が推奨されているが妊婦には綿棒の使用が容認されている。その一方で、採取器具の方が細胞数が多く少数例での安全性が報告されている。細胞診異常(ASCUS以上)の検出率も採取器具の方が高いとの報告もある。また、固定方法については液状検体法と塗抹法を比較した前向き試験は症例数が限定的である。現時点で、液状検体法による不適正検体の減少が報告されているものの、細胞診異常の検出率に差は認めていない。頸部病変は妊娠予後も左右する重要な診断であるため、より精度の高い方法が期待される。

## S6-2 妊娠中の細胞診断における過小評価例の検討

東北公済病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 東北大学病院婦人科<sup>2)</sup>, 東北公済病院病理診断科<sup>3)</sup>, 仙台医療センター産婦人科<sup>4)</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害医学研究部門災害産婦人科学分野<sup>5)</sup>

○岡本 聡(CT)<sup>1)</sup>, 徳永英樹(MD)<sup>2)</sup>, 石橋ますみ(MD)<sup>2)</sup>, 重田昌吾(MD)<sup>2)</sup>, 島田宗昭(MD)<sup>2)</sup>, 渡邊みか(MD)<sup>3)</sup>, 新倉 仁(MD)<sup>4)</sup>, 伊藤 潔(MD)<sup>5)</sup>, 八重樫伸生(MD)<sup>2)</sup>

【目的】我々は、日々細胞診精度向上のために過大評価と過小評価を少なくすることに取り組んでいる。妊娠中の細胞診断においても両者が起こりうるが取り分け過小評価が多いことが報告されている。そこで今回は、過小評価例に絞って検討を行った。

【方法】2019年1月から2020年7月までに妊娠中に細胞診を行った症例をデータベースから検索して、最高組織病変(妊娠中生検, 分娩後生検, 円錐切除, 子宮摘出の中の高位病変)がHSIL以上とAIS以上の症例を抽出し、初回細胞診結果と比較検討した。なお、分娩後の組織診は1年以内の診断とした。

【結果】最高組織病変がHSIL以上かAIS以上であった症例は41例だった。初回細胞診の採取時期は、4例が妊娠初期, 31例が妊娠中期, 6例が妊娠後期であった。41例の最高組織病変の内訳は、LSIL+AISが1例, HSIL+AISが2例, HSILが36例, SCCが2例であった。初回細胞診で過小評価または偽陰性だったのは41例中13例(31.7%)であり、LSIL+AIS 1例はAGC-FN, HSIL+AIS 2例はHSILとNILMと判定していた。また、HSIL 36例中8例はNLM(1例), LSIL(1例), ASC-US(2例), ASC-H(4例)とし、SCC 2例はHSIL(2例)に判定していた。

【結論】41例中13例(31.7%)が過小評価または偽陰性であった。細胞診のみではAISが偽陰性に、SCCが過小評価になる可能性がある。

## S6-3 妊娠中のコルポスコピー検査の注意点

藤田医科大学医学部産婦人科

○藤井多久磨(MD)

日本では子宮頸がん検診の受診率は低いことから、妊娠前の検診未受診者は比較的多い。妊娠中の細胞診の結果は時として過少判定になることもあり、その結果の解釈には注意を要する。妊娠中の細胞診採取においてはポリープやコンジローマなどの病変が子宮頸腔部や膣および外陰にあるか否かなど、視診も的確に行う必要がある。細胞診異常を指摘された場合には十分なインフォームドコンセントのもとにコルポスコピー検査を行うことで、流早産に関連するトラブルを回避する努力も重要である。妊娠時のコルポ検査においては、膣を腔鏡で十分に展開して子宮腔部の全周囲を視認する。そのための工夫としてカウンターリトラクションを利用する方法、経膣超音波検査用のプローブカバーを腔鏡に被せる、さらには粘調性の高い粘液は除去することなく、綿球等でよけながら視野を確保する技術も求められる。妊娠時の子宮経腔部は上皮下の浮腫や血管の拡張により非妊娠時と違う様相を呈することから、コルポ判定は非妊娠時と比べて難しい。妊娠中のコルポ検査では不必要な生検は避けるのが良い。診断的円錐切除術を行うか否かの決定においては、コルポ所見・細胞診判定・生検組織の結果を踏まえ総合的に判断できる経験が問われる。産褥においては、低エストロゲン状態に伴う上皮の菲薄化はコルポ検査において過少判定になることから注意が必要である。コルポ検査に従事する者は患者の疑問や不安に答えられるような知識の集積とともにコミュニケーションスキルも求められている。

#### S6-4 子宮頸部円錐切除術と周産期予後にまつわる諸問題

東海大学医学部専門診療学系産婦人科

○池田仁恵(MD)

日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会は、2009年と2013年に子宮頸部円錐切除術を施行した14,832症例(205施設)を対象に円切に関する実態調査を実施した。妊娠中円切例153例のうち、術前診断はCIN3が66.7%と最多で、切除断端陽性率は41.8%、再発率は11.1%、分娩転帰が判明している82例中流早産率は21.9%、術前診断がCIN3までの症例の6.4%に微小浸潤癌以上を認めた。分娩後1年以内円切例609例のうち、術前診断はCIN3までが94.6%、切除断端陽性率は11.2%、再発率は3.1%、円切後合併症は6.1%でそのほとんどに治療を要した。術前診断がCIN3までの症例の6.9%に微小浸潤癌以上を、病変なしやCIN1-2を13.5%に認めた。円切後妊娠例1000例のうち、術前診断はCIN3が89%と最多で、切除断端陽性率は12.9%、再発率は4.1%、分娩転帰が判明している症例の959例の早産率は20.5%であった。円切後頸管狭窄や術後出血をきたした症例は早産になりやすく、子宮頸管縫縮術に早産予防効果はなかった。本邦の子宮頸癌治療ガイドラインでは、組織診がCIN3で細胞診とコルポスコピー所見が一致している場合、分娩後まで円切の延期を推奨している。ASCCPでも、組織学的HSILの妊娠中の管理として12~24週間ごとのコルポスコピーと細胞診が望ましく、浸潤癌が疑われる場合を除いて妊娠中の治療を推奨していない。またKyrjiouらは、円切施行歴のない妊婦に比して円切施行後の妊婦は10mm以下の切除でも早産リスクは上昇すると報告している。妊娠中や妊孕性温存希望者の円切は周産期予後と、分娩後1年以内の円切は子宮頸管狭窄などの合併症と密接に関連していることを念頭に置き診断治療にあたる必要がある。

#### S6-5 分娩後のCIN管理について

大阪医科薬科大学

○田中良道(MD), 上田尚子(MD), 橋田宗祐(MD), 寺田信一(MD), 丸岡 寛(MD), 古形祐平(MD), 藤原聡枝(MD), 田中智人(MD), 恒遠啓示(MD), 佐々木浩(MD), 大道正英(MD)

近年の晩婚化やそれに伴う初産年齢の高齢化、さらに子宮頸癌の若年化により、妊娠に合併した子宮頸部異形成や子宮頸癌に遭遇することはまれではなく、周産期における子宮頸部初期病変の管理は重要である。妊娠時に発見されたCINは分娩まで待機的に管理されることがほとんどであるが、一部は病変の減弱や消失が見られる。また分娩後に円錐切除術が施行される場合、施設間での施行基準や時期、使用デバイスなどが様々であり、その管理は統一されていないことが推定される。日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会内に設置された子宮頸部円錐切除術の実態調査に関する小委員会の包括的調査では、円錐切除に使用されるデバイスはcold knife, 超音波メス, 電気メス, レーザー, 下平式, LEEPと様々であった。分娩後円錐切除術の対象は9割以上がCIN3であり、術前と術後の診断一致率は78.4%であった。術後病変なしあるいはCIN1, 2の診断であった症例は15.2%にみられ、分娩に伴う影響が示唆された。術後浸潤癌が発見される確率は4.6%、切除断端陽性率11.1%であった。術後合併症は6.1%にみられ頸管狭窄や子宮癌血腫が多く見られた。合併症に関しては下平式, 電気メスで多い傾向がみられた。再発率は3.1%であった。本講演では自験例も踏まえながら、分娩後のCIN管理について留意事項を中心に検討したい。



## ◇シンポジウム7

HPV 関連癌の臨床と病理—臓器横断的に俯瞰する  
**S7-1 頭頸部（耳鼻咽喉科領域）の HPV 関連癌の  
 病態と診断**

九州大学病院病理診断科

○山元英崇 (MD)

中咽頭扁平上皮癌における高リスク HPV (HR-HPV) 感染は予後良好因子であり、非角化型の組織像を示す。中咽頭以外では、鼻副鼻腔癌、結膜癌、涙のう癌にも HR-HPV が関連することがわかってきた。また、鼻腔前方や眼瞼結膜発症例が多いが、これらの部位には squamo-columnar junction が存在するため、手指に付着したウイルスが感染するルートが推測される。ウイルスの感染経路の解明と予防は今後の課題である。HPV 感染腫瘍は、免疫染色で p16 びまん性・強陽性を示す。これは HPV がコードする E7 が宿主細胞の Rb に結合することによる転写活性ならびに細胞周期の亢進に対する反応である。p16 免疫染色陽性は HR-HPV 感染のサロゲートとして広く用いられており、感度は 100% であるが、特異度には問題がある。我々のデータでは p16 陽性中咽頭癌の約 10% は HPV 陰性であり、p16 陽性/HPV 陽性群に比べて、p16 陰性/HPV 陰性群と同程度に予後不良であった。すなわち、p16 のみに頼る HPV 診断は、一部の中咽頭癌の予後やステージを underestimate してしまう危険性がある。一方、HR-HPV 陽性中咽頭癌のほとんどが Rb 蛋白の部分欠失を示し、p16 と Rb を組み合わせた免疫染色は、p16 単独よりも高い特異度・陽性的中率で HPV 感染と相関していた。特に本邦のように HPV specific testing を行うことが容易ではない状況においては、p16 と Rb の免疫染色は簡便・低コストかつ信頼性の高い診断ツールになる可能性がある。鼻副鼻腔癌における HR-HPV 感染も予後良好因子とする報告が多い。また、EGFR 変異や EGFR コピー数増加と相互排他的関係であり、今後は、分子亜型分類と個別化治療が発展することが期待される。

**S7-2 HPV 関連腫瘍としての口腔扁平上皮癌の  
 病態と診断**

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)

口腔癌は舌可動域、頬粘膜、歯肉、硬口蓋、口腔底に発生した癌で、組織像は 90% 以上が扁平上皮癌 (oral squamous cell carcinoma: OSCC) である。中咽頭癌は 50% 以上の HPV 感染が見られるが、OSCC では、HPV DNA 陽性率は 4-32.0% で、E6, E7 mRNA 陽性率は数% と低率である。OSCC で検出される高リスク型 HPV DNA は HPV16 が最も高く、続いて HPV18 であるが、他の高リスク型 HPV が検出される頻度は低い。OSCC の HPV 感染が低率な理由の一つは解剖学的に歯槽部歯肉や硬口蓋粘膜は角化重層扁平上皮からなり、基底細胞まで到達しにくいためである。組織型では、HPV 感染症例は中分化型扁平上皮癌が多くみられる。子宮頸癌や中咽頭癌での HPV 陽性の診断には代用マーカーとして p16 免疫染色が用いられる。しかし、OSCC では HPV 陽性例と p16 陽性との間に正の相関があるという報告はみられるが、診断に用いる HPV 関連腫瘍の代理マーカーとしては評価されるにいたっていない。その理由として、OSCC では、p16 遺伝子変異やプロモーター領域のメチル化により発現が抑制されることが挙げられる。したがって、OSCC では p16 発現のみで HPV 感染を判定することが適切ではないと考えられている。口腔上皮性異形成でも HPV 感染は 30% 程度に見られると報告されているが、p16 発現と関連していない。HPV 感染と OSCC の発癌への関与は未だ明らかにされていない。シンポジウムでは、自験例と文献的考察を含めて述べさせていただく。



### S7-3 外陰・膣・子宮頸部の HPV 関連腫瘍の病態と診断

滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科

○森谷鈴子(MD), 松原亜季子(MD), 九嶋亮治(MD), 能島 舞(MD), 田中えり(MD), 米丸隼平(MD), 岩井宗男(CT), 林 裕司(CT), 今村真治(CT), 岩本 望(CT), 谷村満知子(CT), 吉田友理子(CT), 山口 大(CT), 吉田桂子(CT)

外陰・膣・子宮頸部に発生する癌は、共に扁平上皮癌が最も多く、その前駆病変である上皮内病変も含め、高リスク HPV がその発症に様々な程度に関与している。これらの部位に発生する HPV 関連扁平上皮系腫瘍は、形態的特徴、バイオマーカーの発現、病態が互いに類似しており、2012 年には The lower anogenital squamous terminology standardization project for HPV-associated lesions のコンセンサスマーケティングで、共通の用語を用いて運用することが提唱された。しかし、HPV の関与については、部位ごとに異なった特徴が見られる。子宮膣部・頸部の扁平上皮内病変は全て HPV 関連であるが、外陰部では HPV に関連しない扁平上皮内病変も存在する。HPV 関連扁平上皮内病変には、可逆性の事が多い low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) と持続あるいは癌への進展率の高い high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) があり、後者が積極的治療の対象となる。外陰部の HPV 非関連扁平上皮内病変は、高齢者に多く、背景に硬化性萎縮性苔癬などの慢性炎症性疾患を伴うことが多い。浸潤性扁平上皮癌については、外陰、膣、子宮頸部共に HPV 関連のものと非関連のものがある。両者は形態学的には区別不能であり、HPV 関連の surrogate marker として p16 免疫染色が用いられる。しかし、浸潤性扁平上皮癌において HPV 感染の有無は、予後や治療法と関連しないことから、HPV の検索は必須ではない。一方、子宮頸部では近年腺癌の割合が増加しているが、HPV 関連のものと非関連のものがある。後者は予後不良であり、子宮頸部腺癌においては HPV 関連か否かの情報は重要である。

### S7-4 泌尿器領域の HPV 関連癌の病態と診断

三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 市立伊勢総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○内田克典(MD)<sup>1)</sup>, 野村宣徳(MD)<sup>2)</sup>

泌尿器領域の代表的な HPV 関連癌は陰茎癌である。陰茎癌の大部分は扁平上皮癌であり、そのうち約 30% が HPV 関連癌とされている。以前よりハイリスク HPV 感染と発がん等、陰茎癌と HPV の関連について様々な報告がなされてきた。2016 年に刊行された WHO classification of Tumors of the Urinary System and male genital organs 第 4 版で陰茎扁平上皮癌が HPV 関連癌と非 HPV 関連癌に大別され、各々に細かな組織亜型が定められた。2022 年には第 5 版がオンライン刊行され、HPV 関連癌と非 HPV 関連癌は引き続き採用されている。しかし、本邦での陰茎癌罹患率は極めて低く、病理医が診断する機会も乏しい。さらに癌取扱い規約といった日本語で容易に参照できる病理診断の標準プロトコールがない。故に、診断の均てん化には時間を要すると考える。本シンポジウムでは、疾患概念の理解や診断普及の一助となるように努めたい。

## ◇シンポジウム 8

## 尿細胞診の新報告様式—Paris 分類の光と影—

## S8-1 泌尿器科医が求める尿細胞診とは

新潟県立がんセンター新潟病院

○川崎 隆(MD), 北澤 綾(CT), 土田美紀(CT),  
齋藤美沙紀(CT), 畔上公子(CT), 弦巻順子(CT),  
佐藤由美(CT), 木下律子(CT), 西村広栄(CT),  
桜井友子(CT), 三尾圭司(MD), 西田浩彰(MD),  
渡邊 玄(MD)

当院における自然尿細胞診の検出感度は、低異型度尿路上皮癌(LGUC)が23.8-31.2%であるのに対し、高異型度尿路上皮癌(HGUC)は73.3-78.2%である。腎盂・尿管洗浄細胞診の検出感度(全UC)は93.3%であり、いずれもこれまでの報告と同様の結果を得ている。今年5月に泌尿器科医のS先輩に聞くと、「うちの尿細胞診はすばらしい。LGUCは分からなくても仕方ない。」と言われた。当院では2018年から泌尿器細胞診報告様式2015(報告様式2015)を導入している。LGUCは、報告様式2015では悪性のカテゴリーに含まれるが、The Paris System(TPS)ではLGUN(Low grade urothelial neoplasm)に分類される。細胞診断でLGUCの軽微な細胞異型を定義づけして検出感度を上げるのは不可能に近いと言える。また、LGUCは再発するが一般的に浸潤癌に進行することがない。このような背景からTPS(2nd edition)では、LGUNの診断を事実上あきらめて、1st edition以上にHGUCの検出に特化したものとなっている。TPSの話はS先輩にすると、「そんなシステムがあるのか?報告様式2015より優れものか?」と言われた。両者ともに異型細胞数と核の異常所見から良悪の判定を行うもので、優劣は決めがたい。米国では、2019年から尿細胞診検体に対してKeratin 17(K17)の免疫染色を行い、UCの有無を判定する方法が行われている。癌腫の中でUCはK17の発現が高く、かつ良性と悪性の間で発現の差が大きいことから診断価値が高いと考えられている。今回、URO17 test (KDx, Diagnostics)を用いて行った尿細胞診の検出感度について報告する。S先輩に「本当に使えるのか?」と言われそうである。

## S8-2 当院におけるParis分類導入から5年の経験:長所・問題点・精度管理

京都大学医学部附属病院病理診断科

○南口早智子(MD)

当院では、2016年のParis分類(以下、TPS)発表当初より、膀胱尿、カテーテル尿、回腸導管尿の全てにおいて、泌尿器細胞診報告様式2015(以下、TJS)と共に併記し、5年以上が経過した。検体処理法については、2010年よりLBC法を導入しており、尿細胞診ではThinPrepを使用している。TPS導入前と導入後では、異型細胞/AUCに注目するとTPS導入以前よりも導入後にその割合は減少し、低異型度尿路上皮腫瘍(LGUN)や反応性異型などを想定した分が減少したと考えられる。一方、高異型度尿路上皮癌(HGUC)であった割合はTPS導入後に上昇し、他の既出論文と同様、AUCがより精度の高いHGUCを選別する役割を果たしている。TPS導入当初、CT、病理医にとっての問題点であったLGUNの取り扱いやその読み替えが円滑に行えるかという点に関しては、元々感度の低いLGUNに関して、少なくとも当院で問題になったことはない。AUCの判定に関して、尿管上皮や反応性異型、Decoy細胞を想定しているが、細胞像はAUCの判定基準を満たしていると判断し、分類されていた例は散発的に存在した。また、TPS第2版で、TPS導入後の論文より、AUCのHGUCであるリスクが8-20%から23-53%と当初の想定を超えた頻度の記載がされている。当院でも50%を超え、カテーテル尿ではさらに高い結果を示した。AUCを単なる“Class III”と置き換えて解釈する泌尿器科医は少なくない。それでは反応性異型などによる“異型細胞”と理解し、積極的な精査には繋がらない可能性がある。AUCは当院においては、HGUCの可能性が50%以上であるという相互理解と、自施設の定期的なAUCにおけるHGUCの頻度を知ることが現時点で行うべき精度管理の一つであると考えられる。

## S8-3 泌尿器細胞診報告様式 2015 について

製鉄記念八幡病院病理診断科

○金城 満(MD)

Papanicolaou の 5 段階の数値による細胞診の評価/報告様式(1947)は簡便で、理解しやすく、本邦では、多くの変法を含めて、長く使用された。一方、欧米では 1980 年代より、数値による評価法を記述式報告に変更する試みが進んでいた。特に子宮頸部細胞診報告様式で Bethesda 方式の出現は、他領域の細胞診報告に衝撃的な影響を与えた。その中で、日本臨床細胞学会は 2012 年 6 月に日本病理学会、日本泌尿器科学会の協力を得て、泌尿器細胞診の報告様式の国内統一を図った。委員会内での検討の結果、細胞像の評価に McGill 大学方式を改変した 4 段階記述方式を採用することにほぼ意見が一致した。しかし、本邦での泌尿器細胞診は欧米と異なり、多くが自然尿であり、剥離細胞診が中心となるなどの問題は残った。泌尿器細胞診報告様式 2015 はパリシステムと同様、高異型度尿路上皮癌(HGUC)の検出に重点を置いたが、4 段階のカテゴリーに細胞診断後の HGUC 検出のリスクを付記しており、それにより各施設の細胞診評価の妥当性をチェックできるようにしている。2016 年に北九州市近郊の医師や技師を中心として、発足した北九州細胞診クラブ(KCC)では、諸臓器の細胞診の診断法を学ぶ中で、尿細胞診を報告様式 2015 を用いて診断した。その中から明らかになった本報告様式の問題点について検討したので、その結果を提示したい。泌尿器細胞診報告様式 2015 は国内統一を目標にしたが、医療技術の著しい進歩や国際化の中、報告様式自体も常に改変、改革が要求されている。異型細胞群、悪性疑い群については再検討の余地を残していると考えられる。

## ◇シンポジウム 9

肺がんバイオマーカー検索のための細胞診の活用

## S9-1 進行非小細胞肺癌における個別化医療の確立を目指して

国立がん研究センター東病院呼吸器内科

○後藤功一(MD)

近年、非小細胞肺癌では様々なドライバー遺伝子が同定され、遺伝子変化を標的にした分子標的薬により、治療成績の著明な改善が認められている。しかし、EGFR 変異以外の多くのドライバー遺伝子は 3%未満と希少頻度であり、その治療開発のためには、対象患者を効率よくスクリーニングして、臨床試験に登録するための基盤が必要である。我々は、全国の施設と協力し、遺伝子スクリーニング基盤(LC-SCRUM-Asia)を 2013/2 月に開始した。その登録数は既に 16,500 例を超え(2022/6 月現在)、これまで様々な希少頻度のドライバー遺伝子陽性肺癌に対する治療薬、診断薬の臨床開発に貢献してきた。治療薬としては、2017/5 月 ROS1 融合遺伝子に対するクリゾチニブ、2018/3 月 BRAF 遺伝子変異に対するダブラフェニブ+トラメチニブ、2019/6 月 NTRK 融合遺伝子に対するエンメトレクチニブ、2020/3 月及び 6 月 MET ex14 skipping に対するテボチニブ/カブマチニブ、2021/9 月 RET 融合遺伝子に対するセルペルカチニブ、2022/1 月 KRAS G12C 遺伝子変異に対するソトラシブが承認された。また、診断薬としては、LC-SCRUM-Asia で行った臨床性能評価に基づいて、2019/2 月に「オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システム」、2021/6 月に「AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子 PCR パネル」がマルチコンパニオン診断薬として承認されている。今後も、日本及びアジアにおける個別化医療の確立を目指して、LC-SCRUM-Asia は活動を継続していく予定である。

## S9-2 肺癌遺伝子変異検査と細胞診検体

自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門

○萩原弘一(MD)

2020年の肺癌死亡数は75500名である。臓器別第一位、全癌死亡の約20%を占めると予想されている。日本肺癌学会「肺癌診療ガイドライン」に基づいた治療を行うためには、進行非小細胞肺癌確定診断時に遺伝子変異検査を行うことが必要である。検索が必要な遺伝子数の増加に伴い、複数遺伝子を同時検索できる多遺伝子コンパニオン診断薬の使用が増えている。肺癌の多くは気管支鏡検体で確定診断される。超音波ガイド生検などの技術進歩に伴い、小病変や気管支壁外のリンパ節からも検体が採取可能になった。そのようにして採取された検体は小さく、細胞診検体しか採取できないこともしばしばである。癌の確定診断はできたが、組織を用いた遺伝子変異検査が施行できない状況が生まれている。細胞診検体は貴重な臨床検体である。組織検体より容易に採取でき、悪性腫瘍の確定診断が可能である。さらに、採取検体の細胞診検体部分でコンパニオン診断が可能なら、組織部分を詳細な病理検査、大きな遺伝子パネル検査に全て使えるため、検体の有効活用が可能になる。我々は、細胞診検体で遺伝子変異検査が可能であることを実証するため、先進医療A「高感度多遺伝子検査システムMINtS」による、細胞診検体を用いた肺癌druggable遺伝子変異検査」を施行している。既に800例が登録され、細胞診検体でも組織を用いたコンパニオン検査に劣らない品質で検査可能なことを確認した。細胞診検体による多遺伝子変異検査は、癌診療の効率化、高度化に貢献するだろう。

## S9-3 肺がんコンパクトパネルー細胞診検体でのパネル検査も可能なAll in Oneを目指してー

聖マリアンナ医科大学呼吸器内科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理診断科<sup>2)</sup>

○森川 慶(MD)<sup>1)</sup>, 島田直樹(CT)<sup>2)</sup>, 大川千絵(CT)<sup>2)</sup>, 木田博隆(MD)<sup>1)</sup>, 半田 寛(MD)<sup>1)</sup>, 井上健男(MD)<sup>1)</sup>, 小池淳樹(MD)<sup>2)</sup>, 峯下昌道(MD)<sup>1)</sup>

近年の肺癌治療の進歩は目覚ましく、ドライバー遺伝子を狙い撃つ分子標的薬が続々と登場し、現在のところEGFR/ALK/ROS1/BRAF/MET/RET/KRAS/NTRKをターゲットとした分子標的薬が上市されている。このような種々のドライバー遺伝子異常を標的とする分子標的薬開発に伴い、癌の遺伝子異常に合わせて治療薬を選択する精密医療(Precision Medicine)が肺癌診療で実装され、患者予後は改善した。一方で組織生検が採取できず、細胞診においてのみ肺癌の診断に結びつくケースもあるものの、細胞診では腫瘍細胞含有率が低いケースも想定されるため、検出感度の問題からパネル解析の実施が難しいと考えられてきた。また、パネル検査に提出する際の要件として腫瘍細胞が十分に存在していることの確認が必須となるが、細胞診における腫瘍細胞割合測定のパネル解析については、これまで知見が不足している状況であった。このような状況から、細胞診にも適用可能なコンパニオン診断パネル検査はこれまで確立されていなかった。高感度かつ高精度な定量性能を有する肺がんコンパクトパネルであれば、細胞診を対象とした検査が可能であると考え、細胞診の臨床検体を対象として、本技術の有用性を検証する共同研究を実施してきた。本シンポジウムでは検体採取方法から検体提出、結果報告までのフローを紹介し、発売目前である細胞診パネルの実運用につき解説したい。本検査は現在国内で多施設検証試験を実施中(UMIN000047215)であり、コンパクトパネル解析用の細胞診検体の処理手順の標準化も目指したい。



#### S9-4 肺がんバイオマーカー検査のための細胞診の活用—病理の立場から臨床に望むこと—

神鋼記念病院病理診断センター<sup>1)</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>2)</sup>, 奈良県総合医療センター<sup>3)</sup>

○大林千穂(MD)<sup>1)</sup>, 武田麻衣子(MD)<sup>2)</sup>, 藤井智美(MD)<sup>2)</sup>, 龍見重信(MD)<sup>2)</sup>, 西川 武(MD)<sup>3)</sup>, 澤端章好(MD)<sup>2)</sup>, 森田剛平(MD)<sup>3)</sup>, 石田英和(MD)<sup>3)</sup>

肺がん診療において、コンパニオン診断やゲノムプロファイリング検査は必須となっている。現在、これらの遺伝子検査は組織、セルブロックの FFPE が主体である。2021 年には日本臨床細胞学会から「がんゲノム診療における細胞検体の取り扱い指針」が提示されており、これに準拠した標準作製の標準化や精度管理が望まれる。適切な手技で、採取された検体を無駄なく活用し、核酸の質を担保するのは病理側の役割が大きい。しかし、生検や細胞検体では腫瘍量が遺伝子検査の成否を決めることから、腫瘍にヒットし、十分量の腫瘍細胞を採取する臨床医の技術が大前提であると言える。カンファレンスで内視鏡医の記憶が鮮明なうちに採取された検体をフィードバックすることは、単に報告書で含有率を記載するよりも採取技術の向上に寄与できると考える。また技師を交えてトリミングや薄切枚数で対応可能かを検討することで、多職種が患者のより良い診療にスクラムを組むことができる。一方、ゲノム診断の対象や検査方法にも様々な進化があり、近未来的には腫瘍からの直接採取が不要になる可能性もある。分子標的薬や ICI など治療薬が多様化し、遺伝子検査は患者にとって低侵襲で、経時的に繰り返して行えることが望ましい。これを可能にするのはリキッドバイオプシーであり、すでに病理検体で検査できない症例で実施されているが、今後、早期診断や経過観察にさらに大きな役割を果たすと思われる。現状では病理医や細胞検査士が血液中の腫瘍細胞 circulating tumor cells (CTC) を評価することはないが、新たな領域として興味深く、今後我々のフィールドを広げてくれる可能性がある。

#### S9-5 非拠点施設における肺癌バイオマーカー、検査のフロー

湘南藤沢徳洲会病院病理診断科<sup>1)</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科<sup>2)</sup>, 株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー<sup>3)</sup>, LSI メディエンス病理・細胞診ラボラトリー<sup>4)</sup>

○川本雅司(MD)<sup>1,2)</sup>, 高橋美紀子(MD)<sup>2)</sup>, 水口國雄(MD)<sup>2,3)</sup>, 細根 勝(MD)<sup>4)</sup>, 高橋智恵(CT)<sup>1)</sup>, 島村幸一(CT)<sup>1)</sup>, 阿曾達也(MD)<sup>2)</sup>, 山田正人(CT)<sup>2)</sup>, 湯澤和彦(CT)<sup>2)</sup>, 福田 学(CT)<sup>2)</sup>, 吉野美由紀(CT)<sup>2)</sup>, 山本恵美(CT)<sup>2)</sup>, 石川典由(MD)<sup>1)</sup>

遺伝子異常に対応する肺癌新治療薬の日々の登場により、日常診療におけるバイオマーカー検査も変遷が続いています。我々も以前は個々の遺伝子異常に対するシングル検査が主であったところ、2022 年 7 月初旬時点では、マルチ遺伝子 PCR パネルないしは NGS、そして必要に応じた PDL-1 検索となっています。(本年 6 月からは KRAS G12C 変異解析も保険適応となりました) この発表では、がんゲノム医療拠点、連携病院に含まれない施設(これが本邦の肺癌診療に係る多数派であろう)における検体検査のフローを紹介し、中核拠点病院等との相互のギャップの認識、問題点の抽出、解決に繋がれることを期待します。紹介する施設は、大学病院、一般病院、中小の衛生検査所、大手衛生検査所の 4 種です。検体採取を実施する前 2 者では組織検体においては早期の固定、適正な固定時間、マクロダイセクションを実施することに加え、一般病院 A では、十分な組織量が得られないことが判明した場合には、積極的に細胞診材料(具体的には擦過ブラシの凍結洗浄液)を大手検査所に提出しています。また、検査方法の選択に関しては、原則的なフローとともに、臨床との協議にて必要に応じて柔軟に検査法を選択する施設(大学病院)と、クライアントの希望通りの検査法を選択する(選択せざるを得ない)施設(中小検査所)が存在しています。依頼側での一部の検査結果を示すとともに、このような検体を受け入れている大手検査所での検査の実際も簡単に紹介する予定です。



## ◇シンポジウム 10

甲状腺細胞診：診断困難例への対応と工夫

## S10-1 当院における診断精度向上への取り組み

大阪警察病院

○青木 弘(CT), 安岡弘直(MD), 金田敦代(CT),  
磯 賢治(CT), 志賀安香子(CT), 三毛麻子(MD),  
辻 洋美(MD)

甲状腺穿刺吸引細胞診は針生検とほぼ同程度の診断精度のため、治療前の確定診断という大きな役割を担っている。当院で2020年、2021年の意義不明と濾胞性腫瘍を除いた感度はそれぞれ95% (19/20), 90% (28/31)であり、特異度はいずれも100%であった。当院はHologic社のThinPrepを導入しており、検体を全て溶血・粘液溶解作用のあるCytoLyt液へ洗い出すため細胞回収能力に優れており、操作が簡便で、標本乾燥がないため検体不適正の減少に繋がっている。また、採取現場に病理技師が出向き、臨床医とのコミュニケーションや検体の性状確認を行い細胞診断の参考としている。標本作製では検体を効率的に使用し、診断前に必ず標本チェックを行い染色性などの精度管理を徹底しており、塗抹細胞量が少ない場合には追加標本作製している。細胞診断は全例細胞検査士によるダブルチェックを行い、リンパ球の形状やコロイドの性状、壊死物質の有無などの背景所見を注視し、甲状腺悪性腫瘍の90%を占める乳頭癌の核所見を見落とさないことや、MALTリンパ腫や低分化癌など、稀ではあるが診断の容易ではない病変を常に念頭に置いて検鏡している。ThinPrep標本は溶血作用により背景がクリーンで、乳頭癌の核所見を観察しやすく、検鏡面積が従来法と比較して1/10以下となるため細胞検査士の負担が軽減し、診断精度向上に繋がると考えられる。また、組織診断との対比は重要であり、特に細胞診で陰性としたが組織診で悪性であった症例の見直しと意義不明の追跡を定期的に行うことは、診断精度向上に欠かせないと考える。

## S10-2 穿刺吸引細胞診に役立つ甲状腺超音波検査所見

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

○衛藤美佐子(MT)<sup>1)</sup>, 丸田淳子(CT)<sup>2)</sup>, 横山繁生(MD)<sup>2)</sup>

超音波検査は甲状腺の結節性病変の診断には欠かせない検査法のひとつで、短時間で結節の部位、大きさ、形状、内部性状を捉えることができる。特に頻度の高い嚢胞形成や石灰化の描出に優れている。実際には、これら以外にも甲状腺実質や結節の境界部性状、結節内部のエコーレベル、均質性、微細高エコー、血流信号などの所見も含めて総合的に判断し、超音波検査の推定診断としている。エコーガイド下穿刺吸引細胞診において、検鏡に適した標本作製するためには、病変内の適切な部位から充分量の細胞を採取することが重要である。超音波所見から穿刺に適した部位を判断する場合、着目すべき点はいくつかある。嚢胞成分を伴う結節では、ドブラで血流信号を確認できる充実性部分から穿刺することによって、「検体不適正」や「嚢胞液」などの判定区分を減少できる。また、粗大石灰化を伴う病変では、「検体不適正」の判定区分をできるだけ避けるため、穿刺針が内部に到達できそうな石灰化の薄い部分や欠損部分を探すべきである。一般に、濾胞性腫瘍などの充実性結節では、低エコーで血流が豊富な部位から穿刺を行うことで充分量の細胞を採取できる。高分化癌(乳頭癌、濾胞癌)の未分化転化などを疑う症例では、内部エコーだけでなく後方エコーや血流信号から壊死を疑う所見がないかを観察し、壊死部分からの穿刺を避けることも重要である。また、結節内に超音波所見の異なる部位が混在することが多く、このような場合は、所見が異なる複数の部位から穿刺を行うことで高分化癌のみの細胞診断を回避できる。本シンポジウムでは、実際の超音波所見と細胞診断結果を対応させて提示する。

### S10-3 甲状腺細胞診断の偽陰性および偽陽性症例の検討と超音波像との対比

昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室<sup>1)</sup>, 昭和大学横浜市北部病院病理診断科<sup>2)</sup>, 昭和大学横浜市北部病院甲状腺センター<sup>3)</sup>

○飯野知美(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木栄司(CT)<sup>1)</sup>, 小島朋子(CT)<sup>1)</sup>, 中野賢英(MD)<sup>3)</sup>, 坂上聡志(MD)<sup>3)</sup>, 大桑恵子(MD)<sup>3)</sup>, 國井 葉(MD)<sup>3)</sup>, 福島光浩(MD)<sup>3)</sup>, 福成信博(MD)<sup>3)</sup>, 根本哲生(MD)<sup>2)</sup>, 亀山香織(MD)<sup>2)</sup>

甲状腺細胞診断と病理診断との対比において, 細胞診断で判定困難とされる症例は偽陽性または偽陰性に含まれることが多い。穿刺吸引細胞診(以下, FNA)において偽陽性となる主な原因としては, 1. 核異型が強い(腺腫様甲状腺腫と他の悪性病変との鑑別), 2. 封入体がみられる(主として乳頭癌との鑑別), 3. 濾胞状の重積性が強い(腺腫様甲状腺腫と濾胞性腫瘍との鑑別), などが挙げられる。また, 偽陰性となる主な原因としては, 1. 石灰化部穿刺による細胞の過少, 2. FNAで針先が目的部位に穿刺できていない, などが考えられる。当院における工夫として甲状腺細胞スクリーニング時には, 穿刺部位の確認できる超音波画像と細胞像を対比させることを必須としている。細胞診断と超音波診断が乖離した場合は当甲状腺センターのカンファレンスにおいて再穿刺の適応を協議する。チーム内の医師と細胞検査士が超音波画像で悪性が考えられる部位を共有することで高い診断率を得ている。今回, 当甲状腺センターが開設された2019年4月以降の甲状腺手術症例を対象とし, 偽陰性および偽陽性となった症例の原因について検討を行っている。また, 超音波画像も確認していることから, 針先が目的部位に穿刺され細胞採取量も充分でありながら, 細胞像と超音波画像の乖離した例を再検討している。我々は, 超音波画像上, 良性や悪性が明らかな場合に細胞像が相反するものであった際に診断に非常に苦慮することから, これらの症例の細胞像と超音波画像を供覧する。

### S10-4 乳頭癌亜型と稀な組織型の推定

野口病院病理診断科

○丸田淳子(CT), 伊藤有紀子(CT), 山本加菜(CT), 横山繁生(MD)

乳頭癌は特徴的な核所見によって診断され, 大半の症例には乳頭状増殖も見られる。甲状腺癌取扱い規約第8版には, 通常型乳頭癌とは異なる細胞学的特徴ないしは組織構築を示す特殊型として1)濾胞型, 2)大濾胞型, 3)好酸性細胞型, 4)びまん性硬化型, 5)高細胞型, 6)充実型, 7)篩型, 8)ホブネイル型, 9)その他の亜型(ワルチン腫瘍様乳頭癌など)が記載されている。また, WHO分類の円柱細胞型乳頭癌は, 本邦の取扱い規約では円柱細胞癌の名称で乳頭癌以外の腫瘍として扱われている。乳頭癌の細胞診断において, 特徴的な核所見を認識しにくい亜型(大濾胞型, 篩型など)があるので注意が必要である。特に, 円柱細胞型乳頭癌に乳頭癌の核所見はみられない。穿刺吸引細胞診では, 細胞学的特徴に加え, ある程度の組織構築が保たれているので, 亜型の推定までが可能な症例も少なくない。また, 乳頭癌の概ね予後良好であるが, 高侵襲性の亜型もあるので, 結果報告に際しては可能な限り組織亜型を記載すべきである。稀な腫瘍としては, 奇怪核を伴う濾胞腺腫, 甲状腺内胸腺腫, 海綿状/静脈性血管腫を取り上げる。奇怪核を伴う濾胞腺腫には多数の大型濃染核が出現し, 細胞診では未分化癌と誤判定される可能性がある。甲状腺内胸腺腫は甲状腺扁平上皮癌や他臓器に発生した扁平上皮癌の転移・浸潤と鑑別する必要がある。海綿状/静脈性血管腫では, 穿刺部位を変更しても多量の血液しか採取できないが, 「血液混入による材料不適」と報告するのではなく, 血管腫の可能性を伝える必要がある。本シンポジウムでは, 上記組織型の具体例を提示しながら, その細胞診断のポイントに付いて述べる。

## S10-5 意義不明結節への対応

隈病院病理診断科<sup>1)</sup>, 隈病院外科<sup>2)</sup>, 隈病院内科<sup>3)</sup>

○鈴木彩葉(CT)<sup>1)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>1)</sup>, 宮内 昭(MD)<sup>2)</sup>,  
赤水尚史(MD)<sup>3)</sup>

意義不明とは細胞学的に良悪の鑑別が困難な標本が区分されるカテゴリーで, risk of malignancy (ROM)は6-18%とされている. 米国では, 遺伝子検査によって意義不明結節の悪性度を分類することで, 不要な切除を回避している. しかし本邦において遺伝子検査は日常的に行われていない. 本発表では, 遺伝子検査不要な意義不明結節の悪性度分類アルゴリズムを, 当院のデータを基に提案する.

当院で2020年の1年間に意義不明としたのは304結節で, その理由は乳頭癌疑いと濾胞性腫瘍疑いが約8割を占め, その他はリンパ腫, 副甲状腺腺腫, 髄様癌疑いなどであった. リンパ腫疑い結節にはフローサイトメトリーを, 副甲状腺腺腫疑い結節や髄様癌疑い結節には針洗浄液の生化学検査や免疫細胞化学染色を行うことで, 組織型を推定していた. 濾胞性腫瘍疑い結節のROMは1.6%であった. 乳頭癌疑い結節全体のROMは21.5%で, 超音波で腫瘍径1cm以下の結節は1cm以上の結節に比べ, 良性の結節は鑑別困難~悪性の結節に比べ, ROMが有意に低かった(11.1% vs. 30.0%, 8.3% vs. 28.6%). これらの結果を基に, 濾胞性腫瘍疑い結節と超音波で腫瘍径1cm以下または良性の乳頭癌疑い結節には経過観察を, 超音波で腫瘍径1cm以上かつ鑑別困難~悪性の乳頭癌疑い結節には切除を, リンパ腫や髄様癌, 副甲状腺腺腫を疑う結節には補助検査を推奨するアルゴリズムが構築された. 本アルゴリズムを対象結節に適用すると, 経過観察推奨群と切除推奨群のROMはそれぞれ5.9%と44.4%であった.

以上より, 本アルゴリズムは遺伝子検査がない状況下にて, 意義不明結節の臨床的対応を判断する指標として有用であると考え.

## ◇シンポジウム II

リンパ節の細胞診: 各領域における最近の進歩

## S11-1 WHO分類におけるDLBCLと類縁疾患の病理診断

新潟大学医学部分子病理学

○高田尚良(MD)

2017年のWHO分類においては2007年の分類と比較して臓器特異性やphenotypeに基づく分類が加わった. さらに染色体レベルでの異常を含めたgeneticな変化を加味した分類がなされている. リンパ腫で最頻のdiffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), NOSはゲノム解析の恩恵を最も受けおり, これまでのcell-of-originによるGCB-like, non-GCB likeに加えてゲノム異常の種類による5~7種類の分類が可能となった. さらにその分類に応じた薬物選択の可能性が示唆され, これまで“dust-box”のような扱いを受けてきたDLBCLが今後より層別化・細分化される可能性がある. 本講演ではDLBCL, NOSを含めたaggressive B-cell lymphomaに焦点を絞りその病理診断に有用な病理組織像および細胞像について解説する.

**S11-2 リンパ腫 WHO 分類改定第 4 版 2017 から  
第 5 版への変更点について**

久留米大学医学部病理学講座

○三好寛明(MD)

昨今の研究技術および創薬技術の進化によってリンパ腫の病態解明および治療法は飛躍的に進歩している。それに伴ってリンパ腫の疾患分類も多様化し、日々、最適な疾患分類のため試行錯誤が繰り返されている。現在、WHO 分類第 5 版が作成され、まもなく発刊予定であるが、WHO 分類改定第 4 版 2017 からの変更点について概説する。

**S11-3 リンパ節細胞診シドニーシステムの概要と  
運用**杏林大学医学部付属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>○岸本浩次(CT)<sup>1)</sup>, 坂本憲彦(CT)<sup>1)</sup>, 市川美雄(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木 瞳(CT)<sup>1)</sup>, 田邊一成(CT)<sup>1)</sup>, 野口由香(CT)<sup>1)</sup>, 川上真理子(CT)<sup>1)</sup>, 坂口 碧(CT)<sup>1)</sup>, 長濱清隆(MD)<sup>1,2)</sup>, 藤原正親(MD)<sup>1,2)</sup>, 柴原純二(MD)<sup>1,2)</sup>

2020 年 5 月、リンパ節穿刺吸引細胞診の領域においても国際的な統一、標準化を目指した新・国際報告様式 Sydney System(SS)が提案された。SS の細胞診断は 2 段階に分けて行われ、最初の段階は他領域でも用いられている「不適正」、「良性」、「異議不明な異型細胞/異議不明な異型リンパ系細胞」、「疑い」、「悪性」の 5 つのカテゴリに分類されている。第 2 段階として可能であれば補助的手法を用い、良・悪性の決定、転移性腫瘍かリンパ腫か組織型推定等、詳細な情報を提供する。補助的手法としては塗抹材料やセルブロックからの免疫染色、細胞浮遊液を用いたフローサイトメトリー (FCM)、クロナリティの検出として遺伝子再構成、染色体転座の検出に FISH 法が挙げられる。そこで前回、第 63 回春期大会シンポジウムにおいて当施設と他 5 施設の演者から SS の概要と運用にあたり補助的手法の有用性について検討がなされた。免疫染色では穿刺吸引からの細胞量が十分であった場合、組織診断と同等の免疫染色がなされ有用であった。しかし細胞量不十分な症例も多くみられることから穿刺吸引回数も免疫染色分を含めた 2 回以上の穿刺が必要であると思われた。また、多くの CD マーカー等を使用してもこの手法の保険収載はない。その点 FCM の併用は保険適応となり、解析も軽鎮制限をはじめ多くの CD マーカーを検索でき細胞診との併用で最も有用な手法と思われた。FISH 法は通常塗抹の Giemsa 染色後に検出可能であり特定の組織型の決定に大変有効と思われた。以上、本シンポジウムではこれらの検討内容について有用性と問題点について解説する。



#### S11-4 リンパ腫およびリンパ増殖性疾患への 分子病理学的アプローチ

岡山大学学術研究院保健学域分子血液病理学

○錦織亜沙美(MT), 西村碧フィリーズ(PhD),  
前濱かんな(MT), 佐藤康晴(PhD)

リンパ組織における細胞診では、リンパ腫と非腫瘍性疾患の鑑別が非常に重要であるが、しばしば形態のみでは鑑別が困難な症例が存在する。そのような場合、免疫グロブリン重鎖(IgH)やT細胞受容体(TCR)遺伝子再構成の解析が有用である。現在、遺伝子解析に使用する検体はホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)検体が主流となっており、検体の取り扱い方法が詳細に規定されている。対して、細胞診検体、特に染色後の標本に関しては十分な検討がされておらず、染色や長期保管がもたらす核酸への影響は未知の部分が多い。遺伝子解析において、FFPE検体に加えて細胞診標本の活用が可能であれば、リンパ腫診断における検査方法の選択肢が広がることが期待される。

また、非腫瘍性リンパ増殖性疾患の中には、その病態メカニズムが不明な疾患が多く存在し、細胞像や組織像のみでは診断が困難な場合がある。特に、特発性多中心性キャッスルマン病(iMCD)は非常にヘテロな疾患単位であり、分子レベルの解析に基づいた疾患単位の確立が求められている。

本シンポジウムでは、パパニコロウ染色後の細胞診標本を用いた遺伝子解析の結果を示し、その有用性について報告する。さらに、現在解析を進めているiMCDの遺伝子発現パターンも含めることで、iMCDの病態形成について分子病理学的側面から検討したい。

#### S11-5 FISH法を中心とした分子病理学的 アプローチ

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

○萩原範子(CT)<sup>1)</sup>, 加戸伸明(CT)<sup>1)</sup>, 坂口繁美(CT)<sup>1)</sup>,  
向田大輔(CT)<sup>1)</sup>, 宮嶋葉子(CT)<sup>1)</sup>, 芹澤昭彦(CT)<sup>1)</sup>,  
伊藤 仁(CT)<sup>1)</sup>, 梶原 博(MD)<sup>2)</sup>, 中村直哉(MD)<sup>2)</sup>

現在のリンパ節細胞診は、Papanicolaou染色やGiemsa染色を中心とした形態的診断が主であり、フローサイトメトリー(FCM)法や免疫染色、Fluorescence in situ hybridization (FISH)法などを駆使したアプローチは未だ普及していないのが現状である。一方で国際的には、リンパ節穿刺吸引細胞診に対する報告様式「Sydney System」が昨年提唱され、形態のみならずFISH法を含めた補助的技法によるアプローチの重要性が指摘されている。具体的には、1st diagnostic levelにて5つのカテゴリーによる形態学的判定を行い、次の2nd diagnostic levelにてFISH法を含む補助的検査を用いて追加の情報提供や組織型推定を行うことを推奨している。組織生検が困難な場合など、細胞診材料が唯一の診断材料になった際、補助的技法を駆使した診断が今後さらに重要になると考える。今回われわれは、細胞診標本におけるFISH法の有用性と問題点を明らかにするため検討を行った。既染色標本としてGiemsa染色標本、未染色標本としてLBC標本を用いた。Giemsa染色では基本的なプロトコールで染色が可能であったが、細胞の重積等によりシグナルの観察が困難な場合があり、標本作製段階での留意が必要と思われた。一方、LBC標本では、Giemsa染色標本同様、基本的なプロトコールでの染色が可能だけでなく、細胞重積がない薄層の標本が得られるためシグナル観察が容易であった。さらに、免疫細胞化学的検索も可能であり、LBC標本の有用性が浮き彫りとなったが、標本作製するまでの検査単価が高価という欠点も有している。本発表では、FISH法の手技に焦点を当て検討した内容を報告するとともに、今後の展望についても考察したい。



### S11-6 成人 T 細胞白血病・リンパ腫 (ATLL) 診断への分子生物学的アプローチ

熊本大学ヒトレトロウイルス学共同研究センターゲノミクス・トランスクリプトミクス学分野<sup>1)</sup>, 名古屋大学大学院医学系研究科高次医用科学臓器病態診断学<sup>2)</sup>, 名古屋大学医学部附属病院病理部<sup>3)</sup>

○高鳥光徳 (PhD)<sup>1)</sup>, 加留部謙之輔 (PhD)<sup>2,3)</sup>

ATLL の診断では, 細胞/組織標本における腫瘍細胞の同定に加え, それらの細胞における HTLV-1 の感染を証明する必要がある。腫瘍細胞は末梢血, リンパ節, および皮膚をはじめとする多臓器に浸潤することから, 実地診療でよく提出される検査検体は末梢血とホルマリン固定パラフィン包埋 (FFPE) 標本である。末梢血に関しては, 通常サザンプロット (SBH) 法による HTLV-1 ウイルスゲノムのクローナルな組み込みの証明をもって確定診断される。一方, FFPE 標本しか検体がない場合, 核酸が分解されていることから SBH 法の実施が難しく, 臨床所見, 検査所見, 病理所見などの間接的な所見をもって ATLL と判断し, 治療に進まざるをえないことがしばしばある。そのことから我々は組織病変の FFPE 標本における HTLV-1 の同定に注力した。結果として, PCR 法による HTLV-1 ゲノム, *in situ* hybridization 法による HTLV-1 特異的転写産物を同定する 2 つの手法を組み合わせた新規組織診断法を開発した。開発するに当たって, 実際に SBH 法で ATLL と診断された新鮮凍結標本と同じ組織の FFPE 標本を用いて, これら手法の検査としての感度・特異度を評価した。さらに, 各年代の標本で検査の成功率を比較し, 経年劣化の影響の評価も行った。さらに, HTLV-1 の局在を明らかにすることで同定された, HTLV-1 が関与する新たな疾患病態についても報告する予定である。

### ◇シンポジウム 12

わかりやすい分子腫瘍学最先端

一消化器, 婦人科, 肺癌, 泌尿器, 乳腺一

### S12-1 婦人科癌におけるゲノム情報の活用

岩手医科大学医学部臨床腫瘍学講座

○板持広明 (MD)

近年の分子生物学の進歩にともない, 様々な分野で新たながん関連遺伝子の発現や変異の体系的解析が比較的行えるようになった。本講演では, 婦人科癌における網羅的遺伝子解析結果を示すとともに, 婦人科癌におけるゲノム情報に基づく新規治療戦略やバイオマーカーの開発について報告する。卵巣チョコレート嚢胞合併卵巣明細胞癌組織を用いて, 網羅的遺伝子発現解析を行った。その結果, 明細胞癌上皮では, 線維芽細胞増殖因子受容体 (FGFR2) 2 遺伝子発現が著明に亢進しており, FGFR2 蛋白発現は予後予測マーカーとなり得ることが明らかとなった。また, 基礎的検討から, FGFR2 シグナル伝達経路を標的とした新規治療戦略の可能性が示された。一方, 明細胞癌組織検体を用いて全エクソン・シーケンス解析を行った結果, ARID1A 等の SWI/SNF ファミリーや PI3K/Akt 経路, 受容体型チロシンキナーゼ (RTK)/RAS 経路で高頻度に遺伝子異常が認められた。また, PI3K/Akt 経路や RTK/RAS 経路の活性化は進行期とともに独立予後因子であった。基礎的検討では, ARID1A 遺伝子変異を有する明細胞癌に対する bromodomain and extra terminal domain (BET) 阻害剤の有効性が示唆された。したがって, 遺伝子変異の解析により明細胞癌の分子生物学的特徴や治療標的を浮き彫りにする可能性が示された。今後は, プレシジョン・メディシンを視野に入れた, 多方向からの遺伝子解析による新規治療法やバイオマーカーの開発が期待されるとともに, がんの分子生物学的特性を理解することがますます重要になってくると考えられる。

## S12-2 肺癌の分子腫瘍学—その最前線—

関西医科大学病理学講座

○葛 幸治(MD)

肺癌，特に腺癌では2004年にEGFRチロシンキナーゼ阻害薬との治療効果予測因子としてEGFR変異が同定されて以降ALK融合遺伝子，ROS1融合遺伝子，BRAF変異，Met exon 14 skipping，NTRK融合，RET融合，KRAS 12C変異，HER2変異に対して有効な分子標的治療薬が上市され，それらの遺伝子異常を正確に同定することが必須となってきた。肺腺癌は増殖形態からは肺胞上皮置換型，乳頭型，腺管型，微小乳頭型，充実型に分類可能で，EGFR変異は肺胞上皮置換型，乳頭型，微小乳頭型に多く，ALK融合，ROS1融合では腺管型，微小乳頭型，充実型に多い傾向がある。KRAS変異は充実型や特殊型である浸潤性粘液腺癌で頻度が高い傾向にある。下里らの細胞型でみるとEGFR変異は2型・クララ細胞型，ALK融合，ROS1融合は気管支腺癌。KRAS変異は杯細胞型が巣とすると考えられる。近年，SMARCA4などのクロマチンリモデリング因子の欠失が注目されている。この異常は腺癌・扁平上皮癌でも報告されているが，胸腔内で未分化な肉腫様形態を示す腫瘍はSMARCA4-deficient sarcomaと呼ばれている。本腫瘍は，従来の抗癌剤の効果は乏しいとされ，免疫チェックポイント阻害薬の有用性の報告があり注目されている。小細胞癌の分類は以前は燕麦細胞癌と中間細胞型に分けられていたがWHO第3版で，この区別が消失して以降は特に大きな話題はなかったが，2019年にASCL1，NEUROD1，YAP1，POU2F3の四つの転写因子の発現でASCL1陽性群，NEUROD1陽性群は，神経内分泌型の性質を有し，かつ，小細胞癌の大部分を占める群で，一方POU2F3陽性群，YAP1陽性群は，非神経内分泌化型の性質を有し，稀な群であるとされている。

## S12-3 腎腫瘍の分子生物学と surrogate marker を用いた診断

東京女子医科大学病理診断学分野<sup>1)</sup>，東京女子医科大学人体病理学・神経病態科学分野<sup>2)</sup>

○長嶋洋治(MD)<sup>1)</sup>，鬼塚裕美(MD)<sup>1,2)</sup>，増井憲太(MD)<sup>1,2)</sup>

腎腫瘍は必ずしも頻度は高くないが，家族性腫瘍症候群に合併する症例が注目され，症候群および散発性腫瘍の責任遺伝子のクローニングに結び付いてきた。代表例としてはvon Hippel-Lindau (VHL)病-VHL遺伝子-淡明細胞型腎細胞癌；結節性硬化症-TSC1，TSC2遺伝子-血管筋脂肪腫，類上皮性血管筋脂肪腫；Wilms tumor-aniridia-genitourinary malformation-mental retardation (WAGR)症候群-WT1遺伝子-腎芽腫が挙げられる。最近ではBirt-Hogg-Dube症候群は嫌色素性腎細胞癌やオンコサイトーマなどを好発し，その発生にFCLN遺伝子が関係していることが明らかにされてきた。また，転座をはじめとしたTFE3，TFEB遺伝子の再構成が発生に関与する腎細胞癌，他臓器腫瘍で知られているALK転座腎腫瘍も見出されており，分子標的治療のターゲットとして期待される。さらに，胚細胞または体細胞レベルでのクエン酸回路構成酵素をコードするSDHやFH遺伝子の機能喪失型変異から，oncometabolitesの蓄積によって生じる腎細胞癌も同定されている。本講演では新WHOに準じてこれらを提示し，surrogate markerを用いた免疫組織化学染色を用いて，どのように診断に迫るかを概説する。

## S12-4 乳癌の分子腫瘍学と病理

防衛医科大学校病態病理学講座

○津田 均(MD)

乳癌診療においては解剖学的因子や組織所見と併せ、ホルモン受容体 (HR) 発現と HER2 過剰発現による代替サブタイプ(ルミナル, HER2, トリプルネガティブ[TN])が治療方針決定に用いられる。

ルミナル型 (HR+, HER2-) は、内分泌療法のみで予後佳良なルミナル A と、化学療法等上乗せで予後改善が図れるルミナル B に分類される。A と B はグレード (G), Ki67, オンコタイプ Dx で判定される。G1~2 浸潤性乳管癌 (IDC), 小葉癌, 粘液癌等が含まれ、近二倍体, 1q 増加/16q 欠失, *PIK3CA* 変異の頻度が高いが、B 型には G3 や HR+/HER2+ の例もある。

HER2 型 (HER2+, HR-) は、17q の *HER2* 増幅による蛋白過剰発現を特徴とし、G3 IDC が多く、異倍体, *TP53* 変異等のゲノム変化を示す。本来悪性度が高いが、増殖は HER2 経路に依存する。抗 HER2 抗体薬は、増殖シグナル抑制と抗体依存性細胞傷害の双方から抗癌作用を示す。

TN 型 (HR-, HER2-) は G3 IDC や化生癌, アポクリン癌等からなり、異倍体で *TP53* 変異等が蓄積している。専ら化学療法が行われるが、奏効は 1/3 程度の例に留まる。PD-L1 発現例は免疫チェックポイント阻害薬の効果が示された。

*BRCA1*, *BRCA2* の病的バリエーション保有者は各々 TN, ルミナル型乳癌が多く何れも DNA 相同組換え修復欠損のため PARP 阻害剤に反応する。

分子標的治療普及による問題点に、治療による新たな遺伝子変異出現や分子発現変化がある。乳癌細胞の不均一性が増し薬剤抵抗性に繋がると思われ、今後 cfDNA 等による癌ゲノム状態の正確な把握が期待される。

## S12-5 消化管腫瘍の病理組織像と分子プロファイルとの関連性

岩手医科大学医学部病理診断学講座

○菅井 有(MD)

近年オミックス解析に基づいた癌の分子プロファイル研究が盛んに行われている。中でも The Cancer Genome Atlas (TCGA) は多くの研究で活用されている。本発表では胃癌における TCGA 分類と大腸癌の Consensus molecular subtype (CMS) 分類について概説を行い、我々がこれまで行ってきた網羅的分子解析について述べる。胃癌の TCGA では胃癌を microsatellite instability (MSI) 型, EB 関連型, chromosomal instability (CIN) 型, genome stable (GS) 型の 4 型に分類することが提案されているが、組織像との関連性が問題になる。MSI 型の組織像は管状絨毛様構造や髄様型, 粘液癌を呈することが知られている。EB 型は粘膜内のリンパ球浸潤を伴うレース様構造といわゆる “medullary carcinoma with lymphoid stroma” が特徴的である。一方 CIN 型は分化型腺癌であればいずれも CIN 型を示すとされる。GS 型は低分化腺癌全般の分子病型とされている。問題は分化型早期癌の分子プロファイルと TCGA 分類との関係性である。我々の早期胃癌の検討ではコピー数の観点からは 3 型に分類され(高中低), これらは組織グレードと相関する。しかしながら組織グレードはメチル化や micro RNA の発現異常との関連性はなかった。次に大腸癌であるが、CMS 分類は遺伝子変異, コピー数異常, メチル化, シグナル経路の異常の観点から 4 型に分類される。CMS 分類を実際のサンプルで行うことは困難であるが、CDX2, HTR2B, FRMD6, ZEB1,  $\beta$ -catenin を免疫染色することによって分類可能である。本報告では我々の大腸癌のオミックスデータと CMS 分類との関係性を示す。胃癌と大腸癌の分子プロファイルは病理診断や治療の効果を理解する上で有用である。

## ◇シンポジウム 13

子宮体癌腹水細胞診陽性は予後に与えるか

## S13-1 子宮体癌における腹水細胞診の意義

—臨床医の立場から—

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>1)</sup>, 済生会横浜市東部病院産婦人科<sup>2)</sup>

○山上 亘(MD)<sup>1)</sup>, 平野卓朗(MD)<sup>1,2)</sup>, 坂井健良(MD)<sup>1)</sup>,  
千代田達幸(MD)<sup>1)</sup>, 阪埜浩司(MD)<sup>1)</sup>, 青木大輔(MD)<sup>1)</sup>

子宮体癌の進行期分類 (FIGO2008, 日産婦 2011) で, それまでの進行期分類 (FIGO1988) では IIIa 期の要件の 1 つであった腹水細胞診陽性が, 予後因子としての重要性に一貫した報告がないという理由で除外され 10 年以上が経過した. 子宮体癌取扱い規約では「腹水細胞診陽性は進行期に影響しないが, 別に記録する」とあり, 婦人科腫瘍登録においては腹水細胞診は必須の登録項目となっている.

腹水細胞診陽性の多くは, 特殊組織型を始めとする高異型度癌, または腹膜播種を伴う進行癌で認められることが多いものの, 早期の低異型度癌症例においても, 腹水細胞診陽性例が認められることがあり, 再発リスク評価や術後療法の要否について臨床医としては大変悩ましいことになる. 当院では腹水細胞診陽性例は再発リスクに関わらず, 術後化学療法を施行することとしているものの, コンセンサスは得られていない.

当院で 2012-2019 年に子宮体癌に対して治療を行った 829 例の後方視的解析では, 腹水細胞診陽性例は 49 例 (5.9%) であり, 進行期分類の内訳は I 期 9 例, II 期 2 例で, これらの症例は FIGO1988 であれば IIIa 期と up-stage されていた症例となる. 一方, III 期 16 例, IV 期 22 例であり, 77.6% は進行癌であった. 組織型は類内膜癌 G1/2 が 14 例, G3 が 10 例, 漿液性癌が 10 例, 癌肉腫が 7 例, その他が 8 例であり, いわゆる type II 体癌が 71.4% を占めていた. 低侵襲手術施行例は 7 例 (12.7%) であり, うち 1 例は漿液性癌 IIIa 期と診断されたため途中開腹とした. 再発低リスク群は 3 例 (6.1%) であり, 全例で化学療法を施行していて, 再発例は認めていない. 本講演では, 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍登録による本邦の動向も含めて, 報告したい.

## S13-2 子宮体癌腹水細胞診陽性の予後に与える影響

弘前大学産婦人科<sup>1)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>3)</sup>

○重藤龍比古(MD)<sup>1)</sup>, 松村由紀子(MD)<sup>1)</sup>,  
赤石麻美(MD)<sup>1)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>2)</sup>, 熊谷直哉(CT)<sup>2)</sup>,  
加藤哲子(MD)<sup>2)</sup>, 渡邊 純(MD)<sup>3)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>2)</sup>,  
横山良仁(MD)<sup>1)</sup>

以前は腹水細胞診陽性は IIIa 期として分類されていたが, 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, 再発低リスク群で腹水細胞診陽性のみの場合は後治療を行わず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 年から平成 29 年までの間に, 子宮体癌として手術を行った 414 症例について, 腹水細胞診陽性が予後不良因子であるか, 手術方法並びに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 57.1 歳. 進行期は I 期 307 例 (74.1%), II 期 30 例 (7.2%), III 期 51 例 (12.3%), IV 期 26 例 (6.2%) であった. 組織型では類内膜癌が 369 例 (89.1%) で大多数を占めていた. それらの類内膜癌の分化度は G1 198 例 (53.6%), G2 94 例 (29.5%), G3 47 例 (17.3%) であった. 再発 76 例 (18.3%) で, 原病死 46 例 (11.1%) であった. 腹水細胞診陰性 (N=345) は, 陽性 (N=69) 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多変量解析において, 腹水細胞診陽性は独立した予後不良因子ではなかったが, 腹水細胞診陽性例の再発率は 37.7% と陰性例の 14.5% に比べ有意に上昇していた. 陽性例の 47.8% が III 期以上の進行期であることが要因と考えられた. 上記観察期間内での鏡視下手術は 20 例, その後も 63 例の手術が施行されており, 腹水細胞診陽性例も合計 9 例存在するが現在まで再発が確認された症例はなく, 鏡視下手術は少なくとも予後を悪化させる因子ではないと考えられた.



### S13-3 子宮体癌に於ける予後因子としての 腹水中癌細胞の意義の再考

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科<sup>2)</sup>, 三重大学医学部産科婦人科<sup>3)</sup>

○矢納研二(MD)<sup>1)</sup>, 金田倫子(MD)<sup>3)</sup>, 吉田健太(MD)<sup>3)</sup>,  
中村 豊(CT)<sup>2)</sup>, 近藤英司(MD)<sup>3)</sup>

予後因子としての腹水中癌細胞に関する議論は、後方視的検討により繰り返されてきた。現在は、「腹水中の癌細胞の存在は、独立予後因子とはならず、他の負の予後因子をさらに悪化させる因子と考えられる」との見解が主流とされている。しかし、子宮体癌取り扱い規約（第4版）には、「腹水（洗浄）細胞診陽性は進行期決定には採用しないが、（将来再び進行期決定に際し必要な推奨検査に含まれる可能性があるため）別に記録する」と記載されており、未だに腹水中癌細胞の意義について、最終的な結論を出せずにいる。1997年当時までは、（財）癌研病院（大塚）では、子宮体癌に於ける腹水中癌細胞の存在は予後因子とは考えられておらず、他の負の予後因子が認められない場合には、術後化学療法は実施されていなかった。しかし、実際には、この対象に於ける再発は少数認められた。そこで、当時の子宮体癌取り扱い規約で、腹水中癌細胞の存在により Stage IIIA と診断された対象を、腹水中癌細胞集塊の形態を中心に再検討を行った。その結果、腹水中癌細胞集塊形態は2群に区別できること、それに応じて予後が異なることが明らかにされた。この検討で重要なことは、腹水中に存在する癌細胞の由来は単一ではない可能性が示唆されたことである。残念ながら、腹水中癌細胞集塊の形態を2つに区分する手法は一般には認められ難く、支持は得られなかった。しかし、精度が高く、膨大な対象を基に検討された議論で得られる結論が長期間にわたり平行線を辿り、これからもこの議論が続けられることを考えたとき、改めて、単に腹水中癌細胞の存在のみに着目する手法は考え直す必要があると思われる。

### S13-4 子宮体癌腹水細胞診—国内外の論文レビュー—

自治医科大学産婦人科

○竹井裕二(MD), 小柳貴裕(MD), 高橋詳史(MD),  
高橋寿々代(MD), 種市明代(MD), 嵯峨 泰(MD),  
藤原寛行(MD)

2008年 FIGO 分類で、進行期から腹水細胞診が除外された。病巣が子宮に限局した症例では、腹水細胞診陽性が独立予後因子ではないとする複数の報告があったためだが、一方で独立予後因子だとする報告もある。PubMedで検索すると本テーマに関する論文数が近年増加しており、再注目されている。近年では、腹水細胞診陽性は独立予後因子だとする報告が多い。その中で米国 SEER データベースを用いた Matsuo らの報告が興味深い (Am J Obstet Gynecol, 2021)。2010~17年の44,238例の検討である。腹水細胞診陽性率はI期:5%, II:10, III:27, IV:67。各進行期で、腹水細胞診陰性例と陽性例とに分けて5生率を検討すると、各進行期全てで陽性群が最も予後不良だった (I期 [IA期で腹水細胞診陰性:93%, IBで陰性:83, 陽性:82], II期 [陰性:76, 陽性:67], III期 [IIIAで陰性:72, IIIBで陰性:55, IIIC1で陰性:66, IIIC2で陰性:57, 陽性:51], IV期 [IVAで陰性:45, IVBで陰性:33, 陽性:20])。このデータから Matsuo らは、各進行期に腹水細胞診の結果を組み入れてもいいかもしれないとしている。本邦からの主な報告は、Takenaka ら (全進行期 1616例; Gynecol Oncol, 2021), Kanno ら (IA期 989例; Sci Rep, 2022), Fujiwara ら (IA期 478例; Int J Clin Oncol, 2021) の報告が挙げられる。Takenaka らは、低リスクの早期癌以外では、腹水細胞診陽性は独立予後因子だとしている。一方、他の2論文では、IA期においても腹水細胞診陽性は独立予後因子だとしている。予後以外の重要なテーマとして、腹水細胞診陽性症例に対する追加治療の必要性の有無も挙げられる。発表ではこれについても言及したい。



## ◇シンポジウム 14

乳腺腫瘍の組織分類改訂と細胞像

S14-1 乳腺腫瘍の組織分類改訂の概要：  
WHO 第 5 版を中心に

倉敷成人病センター病理診断科

○大森昌子(MD)

乳腺腫瘍の WHO 分類が 7 年ぶりに改訂され、第 5 版が出版された。近年の疾患概念の変遷や分子病理学的研究に基づく治療法の進歩を反映したものになっている。組織型ごとに臨床像、疫学、病因、病態、肉眼所見、免疫染色を含めた組織所見、細胞像、コア針生検、分子生物学的所見、病期分類、予後予測に分けられており、乳癌取扱規約に比べて詳細な記載がなされている。また診断基準の要点の項が加わり、細胞診所見に関する項が追加されたことは特筆すべきことである。

各論では TIL (tumor infiltrating lymphocyte) の概念が記載され、髄様癌 medullary carcinoma という独立した組織型が廃止された。髄様癌は lipid rich carcinoma や glycogen rich clear cell carcinoma などとともに通常型浸潤性乳癌 (invasive breast carcinoma of no special type) の 1 亜型 (それぞれ medullary, lipid-rich, glycogen-rich clear cell pattern) に含まれるようになった。その他、管状癌、篩状癌が独立した組織型として記載された。神経内分泌腫瘍についても臓器横断的な分類が用いられるようになった。乳頭状腫瘍においては詳細な鑑別点、ステージングが記載され整理された。

WHO 組織分類第 5 版と乳癌取扱規約第 18 版との比較も含めて概説したい。

S14-2 組織分類の改訂 (WHO 分類第 5 版) と  
神経内分泌腫瘍の細胞像

兵庫医科大学病院病院病理部

○糸山雅子(CT), 榎本利香(CT), 有本知子(CT),  
中村純子(CT), 鳥居良貴(CT), 木原多佳子(MD),  
山崎 隆(MD), 河野 洋(MD), 石川恵理(MD),  
廣田誠一(MD)

2019 年 10 月に乳腺の WHO 組織型分類 (以下 WHO 分類) が改訂された。これまで乳腺の神経内分泌分化を示す浸潤癌の分類はさまざまに変遷してきた。WHO 分類第 3 版では invasive breast carcinoma の中の組織型の一つとして neuroendocrine tumors が位置付けられていたが、WHO 分類第 4 版においては invasive breast carcinoma の rare types の一つとして carcinoma with neuroendocrine features と分類され、今回の WHO 分類第 5 版では他の臓器と同様に neuroendocrine neoplasms (NEN) という分類になった。

肺の Kultschitzky cell や腸管の enterochromaffin cell はそれぞれの臓器における NEN の発生母地とされているが、乳腺では NEN の発生母地となる細胞が存在しない。しかし、WHO 分類第 5 版では、臓器横断的に NEN の分類を統一すべく、独立した NEN のカテゴリーが設けられた。

Mucinous carcinoma の一部や solid-papillary carcinoma, DCIS における神経内分泌分化像については多くの報告があるが、NEN と診断する場合、invasive carcinoma であること、腫瘍内の神経内分泌性格を有する細胞の占有率に規定があること、核分裂指数や Ki-67 細胞分裂指数によって NEN が亜分類されること、NEN のうち neuroendocrine carcinoma (NEC) と診断される腫瘍は極めてまれであること、などに注意が必要である。

今回のシンポジウムでは、NEN を含め、しばしば遭遇する神経内分泌の性格を示す腫瘍の細胞像を供覧する。

## S14-3 特殊型乳癌の細胞像 (神経内分泌腫瘍を除く)

三重大学医学部附属病院乳腺センター<sup>1)</sup>, 三重大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○北山美佳(CT)<sup>1)</sup>, 今井 裕(MD)<sup>2)</sup>, 柴原亜希子(CT)<sup>1)</sup>, 小塚祐司(MD)<sup>2)</sup>, 小川朋子(MD)<sup>1)</sup>

乳癌取扱い規約第 18 版における特殊型は浸潤性乳管癌とは異なる独特の細胞学的ないし組織学的特徴を示す乳癌が 50% 以上に認められる癌と定義されている。さらにそれらが癌胞巣の 90% 以上を占めるときに純型とし、50% 以上 90% 未満では混合型とされる。特殊型に含まれる組織型は、WHO 分類第 4 版における special subtypes の項にほぼ準じている。それに対し WHO 分類第 5 版では special subtypes の項が消え、WHO 分類第 4 版で special subtypes に含まれていた型は 1) invasive breast carcinoma の項 (invasive breast carcinoma of no special type/IBC-NST 以外の型)、2) rare and salivary gland-type tumors の項、および 3) neuroendocrine neoplasms の項へ分けられた。1) に含まれるものは IBC-NST と混在する可能性があるものであり、組織学的特徴を示す成分が 90% 以上占めるものを special subtype carcinoma (従来の純型に相当) とし、10% 以上 90% 未満では mixed IBC-NST and special subtype carcinoma とされる。WHO 分類第 5 版への改訂で特殊型と診断する基準がより厳しくなったといえる。またそれらには粘液癌のように組織型の推定が容易なものから、異型に乏しく細胞診では良悪の判定が難しい管状癌、非浸潤性乳管癌との鑑別が困難な篩状癌等多彩な細胞像を示すものが含まれている。日常診療ではほとんど見ることのない組織型もあるが、通常の乳管癌とは異なる所見を知っておくことは鑑別診断や良悪性の判定において役立つと考えられる。本シンポジウムでは、特殊型、上記 1) および 2) を推定する上で重要な細胞像の特徴について提示する。

## S14-4 WHO 第 5 版「乳頭状腫瘍」における細胞診診断のポイント

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科

○前田ゆかり(CT), 嶽 愛美(CT), 福永美里(CT), 富田暢子(CT), 大井恭代(MD)

2019 年に WHO 分類の第 5 版が出版され、乳頭状病変は、前回の WHO 分類第 4 版では intraductal papillary lesions (乳頭状病変) として分類されていたが、今回の第 5 版で papillary neoplasms (乳頭状腫瘍) と改訂された。これは浸潤癌を加えた intraductal papilloma, Papillary ductal carcinoma in situ, Encapsulated papillary carcinoma, Solid papillary carcinoma (in situ and invasive), Invasive papillary carcinoma の 5 つの病変に分類されている。一般的に、乳頭状病変の良悪の鑑別は細胞診では難しいと言われ、当院においても 2021 年の細胞診鑑別困難症例 54 例中、半数以上の 30 例 (56%) が乳頭状病変の良悪困難な症例であった。その細胞所見は、乳頭状集塊に、密度の高い集塊、極性の保たれた集塊、篩状構築集塊、筋上皮の不明瞭な集塊などが見られた。その中の 4 症例では p63 や CK5/6 の免疫染色を行ったものの、良悪の診断に至らず、細胞診における乳頭状病変の難しさを示している。そこで今回は、乳頭状腫瘍の典型的な症例を提示し、診断のポイントとマネジメントについてお話したい。

### S14-5 組織分類の改訂 (WHO 第 5 版, 取扱い規約第 18 版) と, 浸潤性乳管癌 (通常型) の細胞像

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

○兼近典子 (CT)<sup>1)</sup>, 安毛直美 (CT)<sup>1)</sup>, 武部晃司 (MD)<sup>1)</sup>,  
横山智子 (CT)<sup>2)</sup>, 宮西智恵 (CT)<sup>2)</sup>, 佐藤 明 (MD)<sup>2)</sup>

浸潤性乳管癌 (通常型) は全乳癌の約 80% を占める最も一般的な組織型である。しかし, 乳癌治療がサブタイプ分類に基づいて行われることや薬物治療の進歩で術前治療の重要性から画像で癌を考える腫瘍は針生検を第一選択とする為, 細胞診で明らかな浸潤性乳管癌を診断する機会は減少している。現在, 細胞診は画像で良悪の鑑別が難しい比較的小さな腫瘍や低エコー病変に対して行われている。臨床医にとって細胞診の推定組織型と MMG や US の画像所見との一致が診断の確定に有用であり, 病理側も細胞像と画像所見の整合性をみることが推定病変を考える上で有用であるが, 小さな腫瘍では細胞診と画像が相関しないものも多い。画像で浸潤性乳管癌硬性型を疑うもの以外は, 細胞像のみで推定組織型を考える事が増えている。浸潤性乳管癌 (通常型) では WHO や取扱い規約の改訂による細胞診の見方や報告の仕方に変化はないが, 取扱い規約の改訂で細胞診の推定組織型と手術材料の組織型は一致にくくなった。その要因として other type が提唱されたことや, 広義の硬癌と言われていたものが硬性型と診断されることがあげられる。そのため細胞診でみられる索状やくさび状集塊は硬性型を疑う所見であるが, 手術材料と一致しないこともあり, 浸潤性乳管癌硬性型は細胞診の方が画像所見と整合性が合うことが多い。当院は 25 年前から全例 MMG/US 同時併用検診をおこなっており, 腫瘍径が 1 cm 以下の MMG にうつらない小さな浸潤癌を多く発見してきた。超音波検診が普及し, 今後発見が増えると予想される小腫瘍径の浸潤性乳管癌 (通常型) について発表する。

### ◇シンポジウム 15

#### 細胞診検査士の研究環境の整備について

#### S15-1 若手細胞検査士を対象にした研究活動への意識調査とその結果

倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科<sup>1)</sup>, 倉敷芸術科学大学大学院産業科学技術研究科<sup>2)</sup>, 加計学園細胞病理学研究所<sup>3)</sup>, 東海大学医学部付属病院診療技術部病理検査技術科<sup>4)</sup>, がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>5)</sup>, がん研究会細胞検査士養成所<sup>6)</sup>

○森 康浩 (CT)<sup>1,2,3)</sup>, 高木翔士 (CT)<sup>1,2,3)</sup>,  
佐藤正和 (CT)<sup>1,2,3)</sup>, 三宅康之 (CT)<sup>1,2,3)</sup>,  
伊藤 仁 (CT)<sup>4)</sup>, 阿部 仁 (CT)<sup>5,6)</sup>

細胞検査士の業務は診断および治療技術の発展に伴って拡大しており, それを反映するかのよう細胞検査士の養成施設, そして細胞検査士会の会員も 7814 名 (20. 8. 1 時点) と増加傾向を示している。細胞検査士会としては以前より, 細胞検査士教育セミナーに代表されるような研修会・講習会を定期的かつ継続的に実施しており, その活動は各都道府県レベルまで浸透している。裾野が広がった現在でも診断技術の低下がうかがえない大きな要因となっているのは言うまでもない。しかし, 前述したように現在の細胞診業務は拡大傾向にあり, 「細胞を診る」ことは不変の必須能力として, ゲノム診断をはじめ細胞を扱うあらゆる局面において「細胞を診る」以外の能力が細胞検査士に求められていくのが現実である。技術や診断の向上はすなわち学術研究の賜物であり, 今後は細胞検査士の学術研究能力の研鑽も細胞検査士会として重要な課題であると認識する。そこで, 本演題では細胞検査士会の協力のもと全国の若手細胞検査士を対象にした大規模意識調査を実施し, 今後の細胞検査士の研究環境の整備について現状と課題を提案する。

### S15-2 病院業務と研究活動の両立について 経験を踏まえての現状と課題

岩手医科大学附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>

○山田範幸(CT)<sup>1)</sup>, 杉本 亮(MD)<sup>1,2)</sup>, 刑部光正(MD)<sup>1,2)</sup>,  
上杉憲幸(MD)<sup>1,2)</sup>, 柳川直樹(MD)<sup>1,2)</sup>,  
菅井 有(MD)<sup>1,2)</sup>

病院業務と研究活動の両立は容易ではない。研究活動を行うには、時間の使い方やモチベーションを維持することが重要である。病院業務後の研究活動は時間が限られるため、計画的に行うことが大切である。また、目的を持つことでモチベーションを維持して継続して研究活動を行うことができる。研究を行う第一歩はテーマを決めることである。自分の場合は、胆汁および膵液細胞診の正診率を上げるために胆膵系の細胞診の研究をテーマにした。また、組織では当教室が消化管の研究を行っているので大腸癌の研究を先生方と一緒にやってきた。今回のシンポジウムでは、自分の経験を踏まえて病理業務と研究活動の両立について紹介したいと思う。

### S15-3 大学業務と研究活動の両立について 経験を踏まえての現状と課題

弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域

○吉岡治彦(PhD), 堀江香代(PhD), 渡邊 純(MD)

以下の点について経験を踏まえ述べます。

#### ■大学業務と研究活動の両立についての現状

大学業務をするために大学教員になります。弘前大学医学部保健学科の場合、細胞検査士である臨床検査技師が大学教員になるための応募資格として基本、1)病院等で臨床検査技師として5年以上の実務歴を有する者、2)臨床実習の指導ができる者、3)修士(場合によっては博士)の学位を有する者、又はこれと同等以上の業績を有すると認められる者、4)大学院博士前期課程(場合によっては後期課程)において指導教員となることのできる者、となります。ぜひ、病院等での勤務をしながらでも若いうちに社会人院生として学び、修士・博士学位取得をしておくことを勧めます。また、大学業務の第一は臨床検査技師国家試験合格を目指すことです。厚生労働省より令和4年度新入生から、臨床検査養成校の指定規則・カリキュラム改正があり厳しい学生生活を送る学生と共に卒業研究や自らの研究を併用させていかなければなりません。

#### ■課題と展望

私は1984年大学卒業後、一般病院に勤務しながら46歳で社会人院生になりました。きっかけは後輩や同級生が先に院生として学んでおり、強い勧誘を受けました。入学金授業料の課題もあり妻とよく相談して入学しました。次の課題として研究テーマを何にするかがあります。「研究とは、問題になることがらについてよく調べて事実を明らかにしたり、理論を打ち立てたりすること」と言われます。日常の臨床検査の中に、問題となる事柄が必ずあります。どのように調べ理論を打ち立てていくかは、良き研究指導者との出会いが必要です。研究仲間が広がることで、お互いの刺激と楽しみになります。



#### S15-4 若手細胞検査士が考える研究環境についての現状と課題

旭川医科大学病院病理部

○宮川京大(CT)

【はじめに】細胞検査士として医療の現場で求められる標本作製及びスクリーニングに加え、日々急速な進歩をとげる医学に対して自身も研究活動に直接従事し医学の発展に寄与したいと考えてきた。これまでの自身の歩みや現状を紹介し、今後の課題を考えたい。

【大学院(修士)入学まで(大学卒業後1~3年)】業務における技術習得と並行して、より一層の技能向上を目指す活動の延長として症例報告に勤しんだ。ご指導を賜ったおかげで日本語論文、英語論文の投稿を達成でき、その過程で細胞診断の技能やがんゲノム医療に貢献する研究の重要性を強く感じた。研究意欲と仕事との完全な両立を目指したい意思を職場や大学の恩師の方々に相談してご理解を賜り、弘前大学大学院への入学を決めた。

【大学院と業務との両立(卒業後4~5年)】入学後は、ISO取得などの管理系業務にも尽力しながら、肺腺癌におけるドライバー遺伝子ごとの細胞形態の解析を中心に活動した。丁寧なご指導や毎月の活発なリモート会議のおかげで、業務の両立と修士課程卒業を果たすことができた(成果は本学会で発表し、英文原著論文も準備中)。

【大学院(博士)への入学(卒業後6年~)】旭川医科大学大学院博士課程への進学後、指導者の働きかけで他の研究者からも多くのご協力をいただき、現在は肺癌の背景肺に着目したゲノム/エピゲノム研究に取り組み始めた。

【考察】若手の研究活動では、研究経験が乏しいため、研究を指導下さる周囲の方々の存在が非常に大きな支えとなる。仕事との両立では、職場の上司や同僚の理解や協力が得られる配慮も重要である。資金面では、若手が取得しやすい大学の研究支援事業が大きな助けとなる。

#### S15-5 市中病院における研究環境の現状と課題

福岡県済生会福岡総合病院病理診断科

○佐藤真介(CT), 宮崎浩子(CT), 佐藤瑞恵(CT), 東 悠介(CT), 石井洋子(CT), 石橋貴寛(CT), 牟田紘子(MD), 加藤誠也(MD)

医療従事者の生涯教育は必須である。市中病院では臨床業務のウエイトが大きいが、教育、研究とのバランスも個人、組織の継続と発展に不可欠である。受動的な知識、技術伝授の意味合いの強い教育に対し、研究は能動的学習であり、学び方を修得する機会である。市中病院における研究環境にはハード面、ソフト面の課題があり、多くの外的、内的な要因がある。外的要因は所属施設の立地や地域医療における立ち位置に依存し、都市の公的病院ほど体制は恵まれるが、収益に直結しない研究業務に対する職員の認識は低く、研究資金、機器導入のハードルは高い。倫理委員会や研究支援担当職員の設置も治験や公的研究班への参加要件となるが、施設間格差が大きい。否応なく症例研究の比重が大きくなるが、稀少症例の集積は難しく、学会活動等を通して他施設との連携が可能でない限り単発の発表に終始しがちである。総合病院には各領域の専門家が在籍するが、指導スキルの高い臨床研究者は限られる。内的要因は検査室の業務体制と個人の環境、意識に依存する。所属長の理解と支援は必須だが、組織論上、病理部が独立していない場合は、細胞診断学に特化した研究の支障となりうる。市中病院の個人あたりの業務負担は大きく、日勤帯における研究時間の確保は至難で、残業扱いとならない研究活動への意欲も高いとは言えず、昨今の働き方改革との整合性も要求される。人事給与面での評価も考慮すべきであろう。新規の発見、革新的研究は大学等の研究機関に委ねられるが、圧倒的多数を占める市井の医療従事者による研究活動も質の高い地域医療を担保するものであり、現状から課題を抽出し、対策、展望を論じた。



## ◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

## 細胞診断の精度管理

## SYS-1 細胞診標本の Papanicolaou 染色に関わる精度管理—アンケート結果と当院の取り組み—

済生会川口総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 済生会川口総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○野本伊織(CT)<sup>1)</sup>, 田中佳緒(CT)<sup>1)</sup>, 永縄真央(CT)<sup>1)</sup>, 大谷奈穂(CT)<sup>1)</sup>, 小原 明(CT)<sup>1)</sup>, 金守 彰(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤英章(MD)<sup>2)</sup>

近年, ISO15189 認定を取得する病理検査室が増加している。細胞診染色の工程においても精度管理が必要であり, 標本の破損や良好な染色性を保つための精度管理を行うことが推奨とされている。しかし, 病理細胞診染色の精度管理では, 基準や設定, カットオフ値を定めることが難しく, その方法は厳密に定まっていない。評価方法や評価者の設定はどのように配置するのかなども含め, 問題や課題も多い。

当院の Papanicolaou 染色は自動染色装置を使用し染色を行っている。内部精度管理については, あらかじめ作成したコントロール標本を毎朝始業時に染色し, 機器の動作や染色性の確認を行っている。生化学検査や血液検査などの部門では, 始業時にコントロール試薬を測定することで, 測定機器の動作確認や検体結果の質を担保している。それらは他部門にとって当然なことであり, 病理検査室においてもマニュアルを見直すきっかけとなった。マニュアルを見直す際には, 埼玉県臨床検査技師会細胞検査研究班で行った

【細胞診の内部精度管理に関するアンケート】を参考にし, 自施設に適した染色に関する精度管理手順書を改定した。コントロール標本は, 喀痰検診で使用している YM 式固定液検体の残検体をプールし, 一度に複数枚を作成したものを採用した。コントロール標本による精度管理を毎日行うことにより, 機器動作チェックや試薬の劣化, 液量不足などの染色エラーの把握が可能となり, 検体破損や再染色となるリスクを回避し, 一定の質の保たれた標本を仕上げることができている。

今回, 我々の施設の Papanicolaou 染色の内部精度管理の方法を紹介するとともに, メリットや観察ポイント, 手順書作成で参考にしたアンケートについても提示する。

## SYS-2 当院における細胞診業務に関する教育と精度管理

兵庫医科大学病院病院病理部

○鳥居洋祐(CT), 佐藤 元(CT), 中西昂弘(CT), 石田誠実(CT), 中村純子(CT), 鳥居良貴(CT), 井出良浩(MD), 松田育雄(MD), 廣田誠一(MD)

細胞診検査は, 悪性細胞の検出だけではなく, 治療方針につながる組織型の決定, 治療効果の判定, 予後の推定など, 質の高い診断が求められるようになってきているため, 良質な細胞診標本作製と質の高いスクリーニングが重要になっている。当院では 2016 年に ISO15189 を取得しており, 今回の発表では当院で実施している細胞診業務に関する教育と内部精度管理について紹介する。教育については, 検体到着確認時におけるオーダー内容に関する確認事項や, 塗抹標本作製の手技, 染色の理論の理解など, 様々な作業において技師間差が生じないように, 多くのチェック項目を設けている。実際に業務に携わる前には, 塗抹標本作製, 手法による染色等の一連のテストを行い, 基準を満たしていることを確認している。また, 術中迅速検査においては, 組織標本作製と同時に診断補助用に捺印標本も全症例で作製し, 教育用材料として保管している。精度管理としては, 要員間差が生じないようにするため, 定期的に塗抹標本作製のテストを行い, 内部精度管理としている。さらに, 術中迅速検査時に作製した捺印細胞診標本は, 直ちに担当技師が鏡検して, 担当病理医とディスカッションすることで, 精度管理の役割を果たしている。

技師の人数が多い施設の場合, 標本作製における要員間差やスクリーニングにおける経験年数による力量の差が起きてしまう。そのため, 細胞診検査の質を向上させるには, 業務に関わる技師間差を解消するための教育と精度管理を行うことが, 質の高いスクリーニングの実施につながり, 臨床に貢献できるものと考えられる。

### SYS-3 がん専門病院における細胞判定の 内部精度管理について

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

○山田麻里沙(CT)<sup>1)</sup>, 阿部 仁(CT)<sup>1,2)</sup>, 藤山淳三(CT)<sup>1)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 山崎奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>1)</sup>, 石井脩平(CT)<sup>2)</sup>, 高松 学(MD)<sup>2)</sup>, 千葉知宏(MD)<sup>2)</sup>, 山下享子(MD)<sup>2)</sup>, 佐藤由紀子(DDS)<sup>2)</sup>, 稲村健太郎(MD)<sup>2)</sup>, 二宮浩範(MD)<sup>2)</sup>, 河内 洋(MD)<sup>2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>

細胞診業務は検体受付から結果報告まで複数の工程があり、特に細胞判定は細胞検査士間で個人差が生じやすく、その精度管理は重要である。当院は日本臨床細胞学会施設認定を受けているが、そのガイドラインでは内部精度管理として、1)陰性例10%以上のダブルチェックの実施、2)組織診との不一致例や希少例の検討、3)施設内での症例検討会の実施が求められている。以下に具体的な取り組み内容を示す。1)陰性例は、婦人科材料以外のすべての検体を細胞検査士の判定後に細胞診専門医が結果報告を行っている。婦人科材料の陰性例は、細胞検査士が必要とした場合に細胞診専門医が検鏡し結果報告を行っている。2021年の当院の陰性ダブルチェック率は75%である。2)細胞検査士や臨床医・病理医(細胞診専門医を含む)が病理診断システムを利用し、組織診との不一致例や希少例を抽出し再検鏡を行っている。さらに、各種検体から教育的症例を抽出し再検鏡することにより細胞判定の精度向上に努めている。3)細胞検査士が持ち回りで症例を抽出し、臨床医や病理医を交えて検討会を行い問題点等を記録し保管している。当院はがん専門病院のため治療やセカンドオピニオン目的での来院が主体である。多くの症例で細胞診と同日ないしそれ以降に組織診が実施されるため、組織診との比較検討が可能である。更に細胞診専門医や臨床医と密な連携を保ち、結果報告を行う際に意見交換を行うこともできる。今回、このような環境を活用した当院の細胞判定の内部精度管理の方法を報告する。

### SYS-4 細胞診検査における細胞判定・診断の 精度管理 (衛生検査所の立場から)

PCL ジャパン病理・細胞診センター<sup>1)</sup>, PCL 東京病理・細胞診センター<sup>2)</sup>

○今井寿美子(CT)<sup>1)</sup>, 泉 緑(CT)<sup>1)</sup>, 古田則行(CT)<sup>2)</sup>, 平井康夫(MD)<sup>1)</sup>

当施設は、年間195万件の検体を受託している衛生検査所である。多くの検体を検査するために受付から標本作製における自動化、多くの細胞検査士や細胞診専門医による細胞検査、報告を届ける仕組みなど、検査結果の品質の担保に精度管理は最重要事項と認識している。当施設においての「細胞判定(判定基準)の標準化」は品質向上活動として考え、内部および外部精度管理の実施、社内研修体制、外部研修への参加推進など積極的に取り組んでいる。内部精度管理においては、1)月1回のオープンサーベイによる力量評価、2)ブラインドサーベイによる細胞検査士および検査委託先へのフィードバック確認体制、3)自動スクリーニング支援装置(Focal Point)を使用した判定支援および陰性結果の再鏡検を実施し、人による判定と装置結果を共有することにより、より精度の高い報告が出せるよう取り組んでいる。特にオープンサーベイやフィードバック確認は、「判定基準の標準化」「個人の力量確認と能力向上」へ繋がる方法と考える。今回は内部精度管理について説明し、既知標本を使用したサーベイの方法や、業務で行っている精度管理の手法とその問題点や課題について紹介したい。また、昨年度より「細胞検査士の人材育成」に力をいれており、内部教育を充実させ成果を上げているので合わせて紹介したい。これらは患者や顧客の信頼性への向上に繋がり、結果は社会貢献に広がると考えている。

## ◇ワークショップ 1

肺癌細胞診新報告様式の要点

—実臨床における問題点・注意点—

## WS1-1 肺癌細胞診新報告様式の要点—実臨床における問題点・注意点—

北里大学医学部呼吸器外科学

○佐藤之俊(MD)

本邦の呼吸器細胞診判定は肺癌取扱い規約に基づいて行われる。この報告様式は 1978 年から示され、その特徴は、第一段階として検体が適切であるか評価した後に、第二段階として陰性、疑陽性、陽性の 3 カテゴリーに分類し、さらに第三段階として推定組織型などのコメントを付記するものである。近年、呼吸器細胞診の扱う細胞診検体は大きく変化し、さらに、細胞診の結果が肺癌治療や経過観察などの判断根拠として重要視されるようになった。そこで、2018 年に日本肺癌学会と日本臨床細胞学会により設立された「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」が判定基準を再検討し、新たな基準が提唱された。これは検体の適正を評価した後に、陰性、異型細胞、悪性疑い、悪性の 4 カテゴリーに分類するもので、現行分類の「疑陽性」をさらに明確化する目的を主体としている。各カテゴリーの定義は、I 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、II 異型細胞：細胞異型を認めるが、悪性を疑うほど強くない、III 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、悪性を疑うが、出現する細胞が極めて少ない、IV 悪性：悪性と診断できる、というものである。この提唱分類では、各カテゴリーの risk of malignancy (ROM) が示されており、I から IV までそれぞれ 17.7, 42.8, 67.1, 91.4 である。また、臨床的に推奨される対応（例えば、経過観察とか治療介入が必要とか、など）を記載しており、国際的判定基準につながるものである。本講演では、こうした国内の動きを解説し、それに加え国際的判定基準策定プロジェクトについても触れたい。

## WS1-2 新報告様式から WHO 分類：普及への課題

京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 京都大学大学院医学研究科附属総合解剖センター<sup>2)</sup>○吉澤明彦(MD)<sup>1,2)</sup>

日本肺癌学会と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（合同 WG）は新たな呼吸器細胞診の報告様式（新報告様式）を策定し国内外で提案を行ってきた。新報告様式は、最初に検体適正 adequate か検体不適正 inadequate か判定を行ったあと、adequate であれば、肺癌取扱い規約と異なり以下の 4 つの区分に判別、報告することが記載されている：陰性（Negative for malignancy : NM）、異型細胞（Atypical cells : AC）、悪性疑い（Suspicious for malignancy : SM）、悪性（Malignancy : ML）。Hiroshima らは、国内複数の施設の様々な細胞診材料を用い、複数の施設の細胞検査士の先生方と共同で新報告様式の有用性を示した（Hiroshima, et al. Acta Cytol, 2020）。また、良性病変に焦点を当てた報告も同グループよりなされている（Yoshizawa, et al. Acta Cytol, 2022）。現在、残る課題（Inadequate カテゴリーにおける Risk of malignancy, Atypical cells カテゴリーの詳細、観察者間の一致の解消など）が検討中であるが、WHO からは新報告様式を加味した Reporting system の策定が進んでいる。一方、国内での新報告様式の浸透は限定的と考えられる。その原因について多角的に考察してみる。

### WS1-3 新呼吸器領域判定基準判定区分の「異型細胞」について

国立病院機構大阪医療センター臨床検査科<sup>1</sup>, 神戸大学医学部地域連携病理学<sup>2</sup>, 千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学<sup>3</sup>, 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部<sup>4</sup>, 京都大学医学部附属病院病理診断科<sup>5</sup>, 茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科<sup>6</sup>, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院臨床検査科<sup>7</sup>, 東京医科大学病院病理診断科<sup>8</sup>, 熊本大学病院病理部<sup>9</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>10</sup>

○竹中明美(CT)<sup>1</sup>, 河原邦光(DDS)<sup>2</sup>, 廣島健三(DDS)<sup>3</sup>, 羽場礼次(DDS)<sup>4</sup>, 吉澤明彦(DDS)<sup>5</sup>, 南 優子(DDS)<sup>6</sup>, 澁木康雄(CT)<sup>7</sup>, 三宅真司(CT)<sup>8</sup>, 柿沼廣邦(CT)<sup>9</sup>, 佐藤之俊(DDS)<sup>10</sup>

【はじめに】新呼吸器領域判定基準判定区分に、新しく「異型細胞」という区分が追加されたが、明確な細胞判定基準があるわけではない。異型所見を示す像がみられるが、「悪性疑い」以上ではない「良性」範囲内の細胞像である。今回、「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」で提供施設が「異型細胞」と判定した症例の細胞像を検討する。

【対象・方法】「異型細胞」と判定された49例中、「材料が喀痰」「最終診断が良性腫瘍」「検鏡者7人中6人が良性とした症例」を除く、29例を対象とし、背景、細胞集塊、個々の細胞など14項目について検討した。

【異型を示す項目】「細胞集塊での重積」「細胞密度の高い集塊」「大小不同」のうち、2項目以上当てはまる症例が16症例あり、ほとんどが気管支上皮細胞であった。細胞像より、A型気管支上皮細胞（再生様変化を示す気管支上皮細胞）とB型気管支上皮細胞（傍基底型のN/C比の高い気管支上皮細胞）に分類することができた。

【気管支上皮細胞以外の異型細胞】杯細胞増生、反応性2型肺上皮細胞、肺泡マクロファージ、扁平上皮細胞などが挙げられた。N/C比の増大や大小不同などがみられた。

【悪性疑いの細胞像との鑑別】細胞集塊の所見には大きな差はなかったが、「悪性疑い」の細胞像では核形不整や核の切れ込みがみられた。「異型細胞」ではほとんど円形～類円形で核縁は薄く、平滑であった。

【まとめ】今回、新しく判定区分に加わった「異型細胞」について検討した。「細胞集塊での重積」「細胞密度の高い集塊」「大小不同」などの異型はみられたが、核所見では核縁は薄く、平滑で核クロマチンの増量も明瞭でなかった。

### WS1-4 呼吸器細胞診の新報告様式について —悪性疑い・悪性を中心に—

熊本大学病院病理部

○柿沼廣邦(CT), 田上さやか(CT), 石原光浩(CT), 中本 環(CT), 竹下博士(CT), 片淵達也(CT), 橋向圭介(CT), 大黒真琴(CT), 田尻沙織(CT), 川上 史(MD), 三上芳喜(MD)

呼吸器細胞診の報告様式は「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」の提唱した4段階(陰性, 異型細胞, 悪性疑い, 悪性)を反映し、現在WHO/IARC-IACが中心となって国際的な新報告様式を策定している。当院では以前から上記新報告様式とほぼ同様の判定を行っていたこともあり、当院における呼吸器検体の気管支擦過標本について新報告様式を適用した場合の問題点について検討を行った。

検討方法は過去5年間で当院にて気管支擦過検体が採取され、組織診断にて最終的に診断が確定された429例を対象とし、新報告様式の各判定の割合を検索し、悪性疑いおよび悪性の判定基準について考察した。

その結果、各判定の割合は検体不適42例(10%)、陰性212例(49%)、異型細胞28例(7%)、悪性疑い25例(6%)、悪性122例(29%)で、Risk of malignancy (ROM)はそれぞれ45%、47%、79%、100%、99%であった。また、悪性疑いにおける判定根拠としては少数18例、細胞異型が軽度1例、乾燥4例、血性1例であった。悪性においては多くの症例で細胞量や固定も十分だったが、少数14例、乾燥4例が含まれていた。

このことから、当院の傾向としては、陰性が比較的多く、ROMは陰性や異型細胞の各カテゴリーで高いため、検体採取や塗抹方法などが影響している可能性が疑われた。判定カテゴリーに関しては、悪性疑いで少数が多く、新報告様式の基準と同様であった。しかし、悪性と判定された症例の中でも、少数や乾燥の症例が含まれており、細胞異型度や診断者間によって差が生じるものと思われる。

以上より、新報告様式における問題点としては、検体採取や塗抹方法の標準化が挙げられ、特に悪性疑いおよび悪性については判定基準の具体的な統一が必要と思われる。



### WS1-5 肺癌新報告様式の導入に向けて —現時点における報告様式の実態—

岩手医科大学医学部病理診断学講座

○柳川直樹(MD), 山田範幸(CT), 伊藤勇馬(MD),  
鈴木正通(MD), 杉本 亮(MD), 刑部光正(MD),  
上杉憲幸(MD), 菅井 有(MD)

細胞診の報告様式はパパニコロウのクラス分類が用いられることが多く、公式のガイドラインが公表されている子宮頸部扁平上皮系病変のみならず、細胞診として提出される臓器検体のほとんどに適用されているのが現状である。しかしながらこの分類法の欠点も以前から指摘されており、乳腺の新報告様式、子宮頸部のベセスダシステム、甲状腺のベセスダシステム、尿細胞診の Paris システム、唾液腺のミラノシステムなど、より有用な分類法が提唱されてきている。肺癌では肺癌取扱い規約に記載されている 3 段階分類、パパニコロウのクラス分類を元にした 5 段階分類が多くの施設で使用されていると思われるが、今秋以降に発刊される肺癌新報告分類は乳腺の分類に類似した 4 段階分類となる予定である。この報告様式は優れてはいるが、新報告様式への移行は、今までの分類法との整合性、臨床医などへの通知、診断システムの修正など導入に向かうには様々な課題があると思われる。今回、東北各県の施設にアンケートをお願いし、現時点における肺癌報告様式の実態を調査した。この結果を元に、今後どのように新報告様式を導入・浸透させていけば良いのか、自らの意見を述べた上で discussion を行えればと思う。

### ◇ワークショップ 2

#### 脳腫瘍病理診断における細胞診の利用

#### WS2-1 グリオーマ診断における実践的細胞診

藤田医科大学医学部病理診断学講座

○山田勢至(MD)

近年、脳腫瘍の発生にかかわる遺伝子異常がめざましい勢いで次々と明らかになってきており、2016 年に改訂された WHO 中枢神経系腫瘍分類(WHO 2016)では、これまでの形態学的所見に加え、分子遺伝学的異常に基づいた、いわゆる「統合分類」が導入された。先日上梓された WHO 中枢神経系腫瘍分類第 5 版(WHO 2021)では、この考えがさらに推し進められ、もはや遺伝子検索なしにはグリオーマの正確な診断に辿り着かないと言っても過言ではない。それでは、グリオーマの診断に細胞診を行う意義はもうないのかというと、もちろんそんなことはまったくなく、少なくともグリオーマにおける細胞診の大部分を占める術中迅速診断においては、従来どおり細胞形態の仔細な観察がもっとも大切であるということに変わりはない。また、他の臓器と同様に、術中迅速診断の意義は最終診断ではなく、あくまでも手術方針の決定である。したがって、診断のポイントも、グリオーマか反応性病変(グリオース)かの鑑別、グリオーマであれば低悪性度か高悪性度かの判断、悪性リンパ腫をはじめとする放射線・化学療法が主体となる他の腫瘍との鑑別、といった、これまで諸先輩方が述べてこられたことに基本的な変更はない。分子診断が叫ばれる現在においても形態診断の重要性に変わりはなく、細胞形態の詳細な観察による病理診断が分子診断の大前提となる。



## WS2-2 小児脳腫瘍診断における実践的細胞診

群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科

○伊古田勇人(MD)

WHO 2016 は分子情報を含めて脳腫瘍を統合診断するというパラダイムシフトをもたらした。その後、分類改訂にかかわる事項を速やかに公表する体制(cIMPACT)が作られ、そこでの提言をもとに WHO 2021 が生まれた。ここでは現行の分類における小児脳腫瘍の枠組に触れ、小児型浸潤性グリオーマ、胎児性腫瘍、上衣系腫瘍の術中細胞診について概説する。浸潤性グリオーマは成人型と小児型に分けられ、後者には良性群と悪性群がある。小児型は成人型と同様の組織像であっても、予後や分子遺伝学的な特徴が異なる。確定診断には遺伝子検索が必要なので、迅速診断時には従来のように核分裂像、微小血管増殖、壊死に着目して所見をとり、鑑別診断を上げれば十分である。胎児性腫瘍は核/細胞質比の高い未分化な神経上皮性細胞からなり、胎生期の神経組織を模倣した構築を示す悪性腫瘍群である。髄芽腫では細胞密度の高い平面的な集塊を認める。繊細な線維性基質やロゼット様構造が見られる。非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍では小型細胞が高密度の重積性集塊を形成し、腫瘍細胞は血管周囲に集積する。偏在核と円形の好酸性封入体様構造を持つラブドイド細胞を認める。上衣系腫瘍は脳室上衣細胞への分化を示す細胞からなる腫瘍群である。上衣腫は豊富な血管を取り巻くような血管周囲性偽ロゼットを特徴とする。腫瘍細胞は小型の単調な卵円形核を持ち、クロマチンは繊細で、細胞質は狭い。脳腫瘍の分類に分子情報が重要になっても、形態の裏付けは必要である。臨床・画像の確認と肉眼・組織・細胞の詳細な観察が病理診断の基本になるのは変わらない。

## WS2-3 髄膜腫、末梢神経系腫瘍、およびリンパ腫の病理診断における細胞診の実践

杏林大学医学部病理学教室

○里見介史(MD)

中枢神経系腫瘍の病理診断は、本格的な遺伝子一形態統合診断の時代を迎えたが、統合診断のための分子生物学的解析の出発点は形態学的診断である。特に術中迅速診断において、腫瘍細胞の細胞形態の把握が重要であることに変わりはない。中枢神経系腫瘍が疑われる症例の術中迅速診断では、擦り合わせ法による腫瘍細胞の伸展と、HE 染色ないしパニコロウ染色によるスメア標本の観察が広く行われており、実際に術中迅速診断に供されたスメア標本を用いて、中枢神経系腫瘍の細胞像を供覧したい。髄膜腫では、好酸性の細胞質の広がりや核内偽封入体が認められ、whorl を反映した渦紋状配列は診断的価値が大きい。一方、髄膜に好発する孤立性線維性腫瘍では、紡錘形細胞が主体となり、核内偽封入体は明らかではなく、渦紋状配列も認められない。神経鞘腫は、紡錘形細胞腫瘍が束状に配列するほか、豊富な膠原線維の介在を反映して、スライドガラス上の組織の伸展不良が目立つことも多い。小脳橋角部に発生した腫瘍の多くは神経鞘腫であるが、時に髄膜腫等も発生するため、慎重な鑑別が必要である。中枢神経系に発生するリンパ腫は、主にびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫であり、スメア標本上は、明瞭な核小体を伴う大型核を有する腫瘍細胞が、三つの異なる出現パターンを取りえる。即ち、密な充実性増殖を反映したシート状配列、乏しい結合性を反映した散在性配列、そして反応性の星細胞の突起にリンパ腫細胞が絡む配列である。また、血管周囲腔に腫瘍細胞が集積する傾向もある。リンパ腫であっても、様々な出現パターンが観察され、転移性腫瘍や浸潤性グリオーマとの慎重な鑑別が求められることもある。

## WS2-4 脳神経外科医からの細胞診併用術中迅速診断への要望：術中迅速診断に期待すること

弘前大学大学院医学研究科脳神経外科<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座<sup>2)</sup>

○浅野研一郎(MD)<sup>1)</sup>, 角田聖英(MD)<sup>1)</sup>, 藤原 望(MD)<sup>1)</sup>, 斉藤敦志(MD)<sup>1)</sup>, 黒瀬 颯(MD)<sup>2)</sup>

全ての脳外科医は脳腫瘍病理に長けている訳ではなく、術中迅速診断を病理医に頼る比重が高く、その診断を元に術式を修正することがある。そのため術前に病理医への確かな情報提供が重要であり、病理医からの情報を統合し術中に的確な術式変更の判断が脳外科医に必要である。一方脳外科医からの要望としては大きく3点に分けられる。1. 絶対に診断を間違えないで欲しい腫瘍 WHO Grade(G)3.4 のグリオーマと悪性リンパ腫、転移性脳腫瘍など。これは術式そのものが変わる可能性がある。G2 と G3 グリオーマの違いや転移性脳腫瘍と悪性髄膜腫の違いも重要で、BCNU 貼付製剤や光線力学的療法の保険適応上の問題が生ずる。2. できれば診断を間違えないで欲しい腫瘍退形成性上衣腫と G3.4 グリオーマ、小児髄芽腫と上衣腫、悪性リンパ腫と脱髄疾患等。これは手術摘出度や術後説明に影響する。3. 高度な要望切除断端の腫瘍細胞浸潤の程度。G3.4 グリオーマでは術中 BCNU 貼付製剤や光線力学的療法が行われるが、優先順位を決めて治療する必要がありこの情報が必要である。しかしこれは全ての脳外科医が要望している訳ではない。術者は適格な診断を元にスムーズな手術を意図したいが、病理医側には過剰なストレスを強いる。そのために術前診断を適格に想定する脳外科医の臨床力と病理医へ手術の真意を伝えるコミュニケーション力が要求される。病理医としては限られた情報と時間内で適格に診断し情報を伝えていただきたい。今まで病理医側に脳外科医の意図を伝える機会がなく、このような機会が増えると術中迅速診断がより患者治療に役立つものになると思われる。

## ◇ワークショップ 3

尿細胞診：Atypical カテゴリーの本質に迫る  
一細胞像から臨床管理まで

### WS3-1 尿細胞診 Atypical 評価に対する臨床対応について

JCHO 船橋中央病院泌尿器科<sup>1)</sup>, 古賀病院 21 泌尿器科<sup>2)</sup>, 公立長生病院検査科<sup>3)</sup>, JCHO 船橋中央病院病理<sup>4)</sup>

○関田信之(MD)<sup>1)</sup>, 徳田雄治(MD)<sup>2)</sup>, 西周裕晃(CT)<sup>3)</sup>, 齊藤 穰(CT)<sup>4)</sup>, 中村咲恵(CT)<sup>4)</sup>, 永田雅裕(CT)<sup>4)</sup>, 横野秀樹(CT)<sup>4)</sup>, 小松悌介(MD)<sup>4)</sup>

尿細胞診は、CT・MRI・超音波検査といった画像検査や膀胱内視鏡検査とともに、尿路悪性腫瘍の診断において不可欠な診断ツールである。尿細胞診は、質的評価が可能な検査であり、陰性・陽性判定に対する臨床対応は理解しやすい。しかし、良悪性の判断が難しい Atypical 判定は 5-15% 存在し、その症例に対する臨床医の対応に共通の指針はない。今回は、当院における尿細胞診 Atypical 判定の症例に対する実際の臨床対応について後方視的に調査したので報告する。当院において 2019 年 1 月から 2022 年 4 月までに提出された尿細胞診 3037 件のうち、Atypical 判定となった 124 症例を対象とした。63 例 (51%) で悪性腫瘍の診断が得られ、そのうち 31 例が高異型度尿路上皮癌であった。膀胱鏡は 101 例 (81%) に施行されており、Atypical 判定症例は膀胱内視鏡による精査の対象となっていることがわかった。膀胱内視鏡検査はファイバースコープの普及に伴い、患者さんへ提案しやすい検査となったことも影響していると思われる。また、細胞診の再検査を行った症例は 73 例 (59%) であった。細胞診再検で Atypical 判定以上となった症例の 75% に悪性腫瘍が存在したが、再検で陰性となった 38 例には 2 例の低異型度尿路上皮癌が含まれていたのみであった。泌尿器科医は、尿細胞診で Atypical 判定以上を膀胱鏡施行の基準としている場合が多いと思われるが、診療の場は膀胱内視鏡が施行可能な施設ばかりではない。尿細胞診 Atypical 判定に対しては再検査を行い、精査症例を絞り込むことも選択肢であると考えられた。発表までの期間に、多施設の臨床医から Atypical 判定症例への対応を聴取し、適切な臨床対応についても検討してみたい。

### WS3-2 高異型度尿路上皮癌における「異型細胞」判定の細胞像について

株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診ラボラトリー<sup>1)</sup>,  
株式会社ヒッサンメディカルサポートセンター<sup>2)</sup>

○橋本由紀子(CT)<sup>1)</sup>, 近藤智子(CT)<sup>1)</sup>, 逆井真弓(CT)<sup>1)</sup>,  
福田正彦(CT)<sup>2)</sup>, 是松元子(CT)<sup>1)</sup>, 細根 勝(MD)<sup>1)</sup>

【目的】尿細胞診は高異型度尿路上皮癌(以下 HGUC)の検出に優れた検査法であるが, 異型細胞の多彩性, 出現量, 種々の細胞変性等により判定に苦慮することがある。今回, HGUC 症例について再評価を行い「異型細胞」判定に分類された細胞を中心に, その細胞所見について検討を行った。

【対象と方法】過去 2 年間に組織診にて HGUC と判定された症例のうち治療歴が無く細胞診の再鏡検が可能な 47 症例 57 検体を対象とした。方法は出現している異型細胞を泌尿器細胞診報告様式 2015 の判定基準 5 項目に細胞質異常を加えた 6 項目を用いて(一):0~(++):2 の 3 段階にスコア化し, 「異型細胞」判定となる細胞の特徴について検討した。

【結果】再評価の結果, 「陰性」判定は 8 件から 5 件, 「異型細胞」判定は 12 件から 6 件, (平均スコア 6.7), 「悪性疑い」判定は 16 件から 15 件(平均スコア 8.2), 「悪性」判定は 21 件から 31 件(平均スコア 10.3)となった。各項目で(++)となった割合は「異型細胞」判定では核クロマチン増量 50%, 核形不整 0%, N/C 比大 33.3%, 核偏在 0%, 核腫大 50%, 細胞質異常 16.7%で, 「悪性疑い」判定以上では核クロマチン増量 80.3%, 核形不整 82.6%, N/C 比大 45.6%, 核偏在 21.7%, 核腫大 89.1%, 細胞質異常 78.6%であった。「異型細胞」判定では細胞質異常の割合が「悪性疑い」判定以上と比べ低かった。核形不整(核の立体不整)と核偏在(核突出)については, 「異型細胞」判定ではみられなかった。

【まとめ】「異型細胞」判定と「悪性疑い」判定以上では臨床対応が異なるので, HGUC 症例を過小判定しないためには, 判定基準を正しく理解し細胞所見を取ることが重要と考える。

### WS3-3 判定基準を用いた Atypical カテゴリー判定症例の再評価

大阪府済生会野江病院病理診断科<sup>1)</sup>, 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科<sup>2)</sup>, 関西電力病院病理診断科<sup>3)</sup>

○小椋聖子(PhD)<sup>1)</sup>, 江木さつき(CT)<sup>1)</sup>, 城戸貴之(CT)<sup>1)</sup>,  
高安祥子(CT)<sup>1)</sup>, 永田七規(CT)<sup>1)</sup>, 矢野恵子(PhD)<sup>2)</sup>,  
桜井孝規(MD)<sup>3)</sup>, 河合 潤(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】泌尿器細胞診報告様式 2015 には悪性疑い以上に判定できず, かつ陰性とも断定できない細胞を Atypical カテゴリーに判定することが記されているが, 具体的な判定基準は設定されていない。そのため Atypical カテゴリー判定は主観的要素が加わりやすく, 異型の種類や程度の異なる多様な異型細胞が含まれる。今回, われわれは Atypical カテゴリーに判定された症例について判定基準を設け, 細胞像の再判定を行い, 追跡調査結果と比較し, 判定基準の妥当性を評価したので報告する。

【対象と方法】2018 年 4 月から 2021 年 3 月までの 3 年間に行われた自然尿細胞診 2854 件において Atypical カテゴリーに判定された 205 件についてクロマチンの増量, N/C 比の増大, 核形不整を認める細胞を Atypical カテゴリーに判定し, 3 所見に加え, クロマチンの不規則凝集や不均等分布を認める細胞を Suspicious カテゴリーに判定した。再判定の整合性は組織学的に高異型度尿路上皮癌(HGUC)であった症例や臨床的あるいは組織学的に良性であった症例との比較により評価した。

【結果】組織学的に HGUC であった 24 件のうち, 13 件が Suspicious カテゴリーに判定され, 臨床的, 組織学的に良性とされた 35 件のうち, 28 件が Negative カテゴリーに判定された。判定基準に則った再判定により, 細胞診成績の向上が認められた。

【結語】Atypical および Suspicious カテゴリーの判定基準を設定することで, Atypical カテゴリー判定の waste basket 的な要素を減らし, スリム化が可能と考えられた。

### WS3-4 画像解析を用いた Atypical カテゴリーの細胞像の検討と精度管理

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

○塚本龍子(CT)<sup>1)</sup>, 藤永道子(CT)<sup>1)</sup>, 中西大地(CT)<sup>1)</sup>, 蜂巣智也(CT)<sup>1)</sup>, 大浦季恵(CT)<sup>1)</sup>, 須广佑介(CT)<sup>1)</sup>, 猪原千愛(CT)<sup>1)</sup>, 猪原哲嗣(CT)<sup>1)</sup>, 吉田美穂(CT)<sup>1)</sup>, 京竹愛子(CT)<sup>1)</sup>, 今川奈央子(CT)<sup>1)</sup>, 小松正人(MD)<sup>2)</sup>, 神保直江(MD)<sup>2)</sup>, 神澤真紀(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤智雄(MD)<sup>2)</sup>

泌尿器細胞診の診断カテゴリーのうち「Atypical」は、「異型細胞が出現しているが、悪性疑い以上に診断できず、かつ陰性とも断定できない場合」と定義され、その断定不可能な原因として、異型細胞数が極めて少ない、高度の細胞変性、細胞異型が軽度、等があげられている。以前、この Atypical カテゴリーと判定した細胞のうち、特に小型の異型細胞について画像解析による細胞像を検討した。その内容は、細胞診で悪性または悪性疑いと判定し、組織診断で高異型度尿路上皮癌（以下 HGUC）および低異型度尿路上皮癌（以下 LGUC）であった標本と良性の反応性尿路上皮の標本を浜ホトニクスのバーチャルスライドスキャナーでバーチャルスライド化。これをデータとして、Indica labs 社の画像解析ソフト HALO AI で学習させ、アプリケーション、クラシファイア作成し、対象する細胞を選択する目的で、このアプリケーションにより HGUC、LGUC および反応性上皮の細胞を分類。分類した個々の細胞について、画像処理ソフト ImageJ を使って定量化した。その結果、HGUC と反応性尿路上皮では、核の染色性、N/C 比、核形不整のすべてにおいて有意差あり、HGUC と LGUC では、核形不整のみ差が認められた。N/C 比について、反応性尿路上皮には 70% 以上を超える細胞はみられなかった。対象とした小型細胞の基準として、中層型扁平上皮細胞の核と同等以下の大きさで、N/C 比が高いとされる 50% 以上の細胞としたが、今回それ以外の Atypical と判断した細胞について同様に検討し、細胞の大きさによる所見の違いの有無、さらに得られた結果から日常の泌尿器細胞診における画像解析による精度管理の可能性について考察する。

### WS3-5 当院の「Atypical」カテゴリー検証に基づく尿細胞診精度向上のための細胞所見の解析と考察

東北大学病院病理部

○菅原隆讓(CT), 三浦弘守(CT), 今野かおり(CT), 安達友津(CT), 小泉照樹(CT), 吉田詩織(CT), 相澤里奈(CT), 八ッ橋海里(CT), 渡邊裕文(MD), 佐藤聡子(MD), 藤島史喜(MD), 鈴木 貴(MD)

当院における、2018 年から 2021 年の自然尿細胞診 4652 件において、パパニコロウ分類 Class III 「異型細胞あり」は 362 件（7.8%）であった。今回、Class III と判定した 362 件のうち、組織生検や臨床的に尿路上皮癌（腎盂癌と尿管癌を除く）または悪性無と診断がなされた 168 件を、泌尿器細胞診報告様式 2015 の「Atypical」カテゴリーに分類して診断精度について検証を行った。Class III と判定した 168 症例を新報告様式に分類すると、「Atypical」は 138 件で「Suspicious」は 30 件となり、「Suspicious」の 30 件はすべて尿路上皮癌で、高異型度尿路上皮癌（以下、HGUC）が 24 件、低異型度尿路上皮癌（以下、LGUC）が 6 件であった。また、「Atypical」138 件の内訳は、HGUC が 55 件（39.9%）、LGUC が 40 件（29.0%）、悪性無しが 43 件（31.1%）であった。泌尿器細胞診報告様式 2015 では「Atypical」カテゴリー中の HGUC のリスクは 15% 程度（今後の検証を要する）とされているが、今回の検証により「Atypical」カテゴリー中には HGUC が約 40% 含まれおり診断精度の低さが窺われた。そこで「Atypical」カテゴリー診断精度の向上を目的に retrospective に診断が「Atypical」カテゴリーにとどまった HGUC 症例の要因を洗い出し、また「Suspicious」に診断した HGUC 症例との異型細胞について HGUC 症例の診断基準となる核所見について細胞画像解析装置 ImageJ による計測を行い、統計学的解析により「Suspicious」以上の判別となり得る細胞所見を見出す。さらに異型細胞と陰性カテゴリーの判別に有用な細胞所見についても解析を加える。以前の HGUC 症例と非癌例での検討では判別分析での分類が有用であり、標準化判別係数の結果から判別に有用な細胞所見についても報告した。今回は「Atypical」カテゴリーにおける尿細胞診断精度向上のための、良悪性の判別に有用な細胞所見の重要度について考察する。



## ◇ワークショップ 4

## 体腔液細胞診の現状と今後の課題

## WS4-1 病理医の立場からみた中皮腫診断の現状と今後の課題

福岡大学医学部病理学講座<sup>1)</sup>, 福岡大学病院病理部・病理診断科<sup>2)</sup>, 徳洲会病院病理診断センター九州沖縄病理診断研究センター<sup>3)</sup>

○濱崎 慎(MD)<sup>1)</sup>, 角谷優子(CT)<sup>2)</sup>, 松本慎二(CT)<sup>2)</sup>, 鍋島一樹(MD)<sup>3)</sup>

体腔液細胞診による中皮腫の診断は組織診断と同様に形態学的評価に基づき, 異型細胞の同定, 異型細胞の中皮起源の確定, 異型細胞の良悪性の判定の3つのステップを経て行う。体腔液細胞診による中皮腫の確定診断はその診断精度から疑問視されてきた時期もあるが, 近年では中皮腫が持つ遺伝子異常に基づく検査法(ancillary assay)の併用により体腔液検体から最終診断が行われている例もある。細胞の形質の同定に有用な新規マーカーの登場やセルブロックの応用による免疫染色に加え, 中皮細胞の腫瘍性の証明には ancillary assay の登場が診断精度の向上に大きく貢献している。早期診断法としての体腔液細胞診の重要性が増すと同時に, 治療や予後に与える影響は大きいため, 正確な診断において ancillary assay は体腔液細胞診でも有用であるが, あくまでも中皮起源の確定した細胞で欠失や発現消失がある場合にのみ有効で, 異常が同定できない場合には中皮腫を否定するものではないことを熟知すべきである。細胞学的所見や免疫染色, ancillary assay だけでなく, 画像所見や術中所見などの臨床所見を含め, 常に総合的に判断を行っていくことが不可欠である点は常に念頭に置く必要がある。セルブロックを用いた免疫染色や ancillary assay は, 先に述べた診断ステップを理解し, 判定に係る問題点に精通した上で, 判断する必要がある。現在の中皮腫診断について, 病理医からみた体腔液細胞診の問題点や新規診断マーカーの検討を含めた体腔液細胞診の今後の展望について, 自験例を中心に考察を加え, 報告する。

## WS4-2 当院における体腔液細胞診セルブロック作製の運用について

八戸市立市民病院救命救急センター<sup>1)</sup>, 八戸市立市民病院臨床検査科病理<sup>2)</sup>, 八戸市立市民病院病理診断科<sup>3)</sup>

○奥沢悦子(CT)<sup>1)</sup>, 横浜一樹(CT)<sup>2)</sup>, 松長夢子(CT)<sup>2)</sup>, 須藤安史(CT)<sup>2)</sup>, 板橋智映子(MD)<sup>3)</sup>, 矢嶋信久(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】当院では提出された体腔液材料を, 遠心後の沈査量に応じて, セルブロック用検体処理や LBC 固定処理を行っている。塗抹鏡検後に, 原発不明がん, 組織型推定困難, 良悪の鑑別等を要する際にはセルブロック標本作製し, 免疫染色を併用している。

【検体処理】提出量については, 臨床側に可能な限り多く提出してもらうように依頼している。提出量が多い際には, 冷蔵庫内で30分程度静置後, 検体の下層部分を遠沈管に分注し, 遠心後, 塗抹標本作製する。塗抹標本は細胞診標本作製マニュアルに沿って, パパニコロウ染色, Giemsa 染色, PAS 染色を実施している。目視で沈査量が小豆大以上ある場合は, この時点で10%中性緩衝ホルマリン固定しておき, セルブロック標本作製に備えている。沈査量が目視で確認できない場合には, LBC 固定液(BD サイトリッチレッド)を加え固定しておく。なお LBC 検体で免疫染色が実施された症例は無い。

【細胞診体腔液内訳】対象期間2011年1月~2021年12月。依頼件数: 胸水2088件, 腹水1553件, 心嚢液93件。  
\* 術中迅速細胞診・腹腔洗浄液材料は除く。胸水では, 男性が65.4%を占め, 腹水では女性が69.2%を占めた。細胞診判定 indeterminate は, 胸水134件(6.4%), 腹水93件(6.0%)。セルブロック標本作製し, H-E 染色及び免疫染色が実施された件数は, 胸水140件(6.7%)であった。この140件中87件(62.1%)は肺悪性腫瘍由来であった。腹水材料では52件(3.3%)が免疫染色を実施し, このうち21件(40.4%)は婦人科悪性腫瘍由来であった。

【まとめ】体腔液材料は, 鏡検後の免疫染色実施を見据えた検体処理を実施することが重要であり, 特にセルブロック作製は有用であると考えられる。



## WS4-3 免疫染色と体液細胞診の現状と課題

弘前大学大学院医学研究科分子病態病理学講座<sup>1)</sup>, 八戸市立市民病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>3)</sup>, 黒石市国民健康保険黒石病院臨床検査科<sup>4)</sup>, 三沢市立三沢病院中央検査室<sup>5)</sup>

○工藤和洋(MD)<sup>1)</sup>, 矢嶋信久(MD)<sup>2)</sup>, 奥沢悦子(CT)<sup>2)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>3)</sup>, 四釜育与(CT)<sup>4)</sup>, 成田靖之(CT)<sup>5)</sup>, 水上浩哉(MD)<sup>1)</sup>

体腔液の細胞診では主に胸水, 腹水が提出される。診療においては, 1. 良性か悪性か, 2. 悪性とする組織型は, 3. 悪性細胞の原発巣が主な問題となると思われる。それらの診断のためには検体が適切であること, 形態観察を正しく行うことが重要なものもちろんであるが, 診断が困難な場合も存在する。その場合, 免疫染色が大きな助けとなる。今回, 青森県内の 4 施設にアンケートを行い, 体腔液細胞診の実施状況, 免疫染色の実施状況を調査した。その結果, 全体で 9980 件, 判別では良性(Class I/II)が 7311 件(73.3%), 鑑別困難/Class III が 409 件(4.1%), 悪性疑い/Class IV が 90 件(0.9%), 悪性/Class V が 2112 件(21.2%), 不明が 58 件(0.6%)であった。推定組織型としては腺癌が最多, 次いで分類不能の癌/悪性細胞であった。1 施設では 2017 年よりほぼ全例に対し MOC31 免疫細胞化学を行っているとの回答であった。胸水で, 複数の抗体による免疫細胞化学を行った 141 症例での内, 原発巣あるいは組織型が推定できた症例は 77 例(55%)であった。胸水では肺癌かどうかの確認の依頼が最多であった。同様に, 腹水では 106 例中 73 例(69%)であった。腹水では, 消化器癌と婦人科癌の鑑別, 婦人科癌では漿液性癌と明細胞癌の鑑別の依頼が多かった。更にデータを分析し, 体腔液細胞診の現状と問題点について報告する。また, 日常診療, 今後の研究に有用と考えられる文献を紹介する。

## WS4-4 体腔液検体の術中迅速細胞診における液状化細胞診(LBC法)の有用性

東北医科薬科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 東北医科薬科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 東北医科薬科大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>

○佐藤正樹(CT)<sup>1)</sup>, 林崎歩美(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木ひろ子(CT)<sup>1)</sup>, 早坂裕美(CT)<sup>1)</sup>, 村上一宏(MD)<sup>2,3)</sup>, 中村保宏(MD)<sup>2,3)</sup>

現在, 当院では体腔液検体の術中迅速細胞診に対し LBC 法(愛媛県立新居浜病院 兵頭らの方法を参照)を導入している。今回, 我々はその有用性について解析・検討を行った。はじめに, 陰性症例 10 例において LBC 標本(標本 1), BD SurePath PreCoat Slides を用いた引きガラス標本(標本 2), シランコートスライドガラスを用いた引きガラス標本(標本 3)を作製し, ImageJ による有核細胞数を計測した。結果, 中皮細胞が多く含まれる検体での同定細胞数は, 標本 1>標本 2>標本 3 であった。また, 血液細胞が多く含まれる検体での同定細胞数は, 標本 2>標本 3>標本 1 であった。一方, 陽性症例 8 例中 6 例では, 同定された異型細胞数は標本 1>標本 2>標本 3 であった。さらに, 標本 1 では全 8 症例で異型細胞の検出が可能であった。以上より, 検体中での主体となる細胞種の違いが LBC 標本上で検出される細胞数に影響し, かつ LBC 標本では引きガラス標本に比べて異型細胞をより確実に同定できる可能性が示唆された。今回の検討からは, 体腔液検体に対する術中迅速細胞診での LBC 法は有用であると考えられたが, 今後の症例の蓄積とさらなる解析が必要である。

#### WS4-5 セルブロック検体の固定時間に関する 検討結果から見た今後の課題

仙台厚生病院臨床検査センター病理診断科<sup>1)</sup>, 石巻赤十字病院病理部<sup>2)</sup>

○尾池裕子(CT)<sup>1)</sup>, 諸橋 彰(CT)<sup>1)</sup>, 荒屋敷聖(CT)<sup>1)</sup>,  
山岡弘和(MT)<sup>1)</sup>, 小野寺賢一(CT)<sup>2)</sup>, 白濁 肇(MD)<sup>1)</sup>,  
赤平純一(MD)<sup>1)</sup>, 遠藤希之(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】「がんゲノム診療における細胞検体の取扱い指針 第1.0版」では、セルブロックを作製する際、10%中性緩衝ホルマリン(NBF)にて6時間~24時間程度の固定を行うことが望ましいとされている。一方で、固定時間が0分~60分と比較して24時間ではDNAの回収量や品質が著しく低下するとの実証データも挙げられている。ゲノム診療への利用を第一に考えたセルブロックを作製する場合、10% NBFによる固定時間は短い方が良いと考えられるが、固定時間を短縮することによって、予てより行われてきた細胞形態の観察や免疫組織化学染色(免疫染色)による診断の補助に支障をきたすようでは問題となる。そこで、セルブロック作製時の固定時間が、細胞形態と免疫染色に与える影響について検討を行った。

【対象・方法】対象は体腔液材料で、細胞診標本作製後の残検体を用いた。

検体を遠心して得られた細胞成分と10% NBFを綿棒チューブ内で混和して固定を行った後、エタノールを用いて固化させる方法でセルブロックを作製した。固定時間は0分、1分、5分、10分、20分、30分、60分、120分、一晚(約18時間)とした。

それぞれ、ヘマトキシリン・エオジン染色、種々の抗体を用いた免疫染色を行い、細胞形態と染色性を比較した。

【結果・まとめ】固定時間1分~120分では細胞形態および免疫染色における染色性は概ね良好であった。一晚(18時間)では、一部の抗体で染色性の低下や非特異反応の増強がみられた。

細胞成分と10% NBFを混和して固定する場合、固定時間は大幅に短縮できる可能性が示された。

今後、様々な性状、癌腫を対象としたより多くの検体で検討を重ね、最適な条件を探る必要があると考える。

#### WS4-6 体腔液細胞診におけるセルブロックの 運用方法と今後の課題

公立昭和病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 昭和大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>, 公立昭和病院病理診断科<sup>3)</sup>

○濱川真治(CT)<sup>1,2)</sup>, 小坂美絵(CT)<sup>1)</sup>, 近藤洋一(CT)<sup>1)</sup>,  
倉品賢治(CT)<sup>1)</sup>, 若林 良(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤棟勲(CT)<sup>1)</sup>,  
吉川 葵(CT)<sup>1)</sup>, 柏崎好美(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井 勉(CT)<sup>1)</sup>,  
矢持淑子(MD)<sup>2)</sup>, 吉本多一郎(MD)<sup>3)</sup>

体腔液細胞診は、遠心分離などによって回収された細胞沈渣から塗抹標本作製し、Papanicolaou染色やGiemsa染色、粘液染色を施した異型細胞の選別に加え、出現した異型細胞の形質とともに良悪の鑑別が必要となり、画像診断や腫瘍マーカー、既往歴など臨床情報との整合性も考慮して判断する。その中で体腔液に出現する異型細胞は、一般的に腺癌が最も多く、背景に出現する反応性中皮細胞や組織球との相違が診断の手がかりとなりうるが、肺癌は組織型推定後に遺伝子解析も要求されるようになり、さらに予期せぬ稀な腫瘍細胞の出現に対する鑑別診断において免疫組織化学は欠かせない。一方で原発性腫瘍の一つである中皮腫細胞診断は、中皮起源の確定、異型細胞の良・悪性の判定による形態学的評価は不可欠であり、令和2年度診療報酬改定においては、中皮腫を疑う患者又は病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍を疑う患者に加えて、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対し、その鑑別診断にはセルブロックを用いる免疫組織化学が保険適応されるようになった。しかしその作製法は多岐にわたり、得られる細胞像や免疫組織化学評価などへの影響を考慮したセルブロック作製法を選択し導入されなければならない。本ワークショップでは、当院におけるセルブロックの体腔液検体提出から有核細胞の回収、10%中性緩衝ホルマリンの固定方法と垂直断面観察による腫瘍細胞分布と腫瘍含有率評価、免疫組織化学や遺伝子解析に至るまでの運用方法の実際と、セルブロックに対する今後の課題について報告する。

## ◇ワークショップ 5

## 細胞診における AI の活用

## WS5-1 子宮頸部細胞診の精度管理

## —AI を用いた新たな試み—

株式会社秋田病理組織細胞診研究センター<sup>1)</sup>, 秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部<sup>2)</sup>, 株式会社千葉細胞病理検査センター<sup>3)</sup>, 秋田大学医学部器官病態学講座<sup>4)</sup>

○阿部一之助(CT)<sup>1)</sup>, 南條 博(MD)<sup>2)</sup>, 石井 明(CT)<sup>1)</sup>, 金子 翔(CT)<sup>1)</sup>, 水木悠太(CT)<sup>1)</sup>, 鷺谷清忠(CT)<sup>3)</sup>, 小西哲平(該当なし)<sup>4)</sup>

2010 年頃から子宮頸部細胞診の精度管理の向上を目的に, 日本臨床細胞学会を中心に報告様式が Bethesda System に変更され, 検体採取法も液状化検体細胞診 LBC 法が推奨され普及に努められてきた。当施設でも同時期からベセスダ判定を主体に日母分類を併用して報告し, 現在約 7 割以上が LBC 検体である。正確な診断をする上で, 診断報告様式や検体採取法の選択とともに, 真の精度管理である実際に診断を担当する細胞診検査士の診断精度が最も大切である。血液生化学などの検体検査の誤差(変動)を最小限に抑える目的の精度管理とは異なり, 細胞診断では N/C 比の大小, 核異型度, 核クロマチン濃淡など, 実際の診断基準に関しては, 個々の細胞検査士の主観的な判断にゆだねられているのが現状である。今回の発表では, 当施設で過去に判定した「ASC-US, 40 症例の細胞像を web 上に提示し, 約 150 名の細胞検査士に投票して頂いた成績」を参考資料として供覧し精度管理の問題点を考え, また私どもと秋田大学, セルスベクト社と共同で 2019 年に開発した子宮頸部細胞診 AI 診断システム『CYTO ASSIST』を紹介し, AI を用いた子宮頸部細胞診の実際の運用, 精度管理の有効性を紹介し, 現状と展望について若干の知見を含め報告する。

## WS5-2 子宮頸部細胞診における AI の活用

札幌医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 札幌医科大学医学部第一病理学講座<sup>2)</sup>, 公立ほこだて未来大学システム情報科学部情報アーキテクチャ学科<sup>3)</sup>, 株式会社サスメド<sup>4)</sup>

○新開翔太(MD)<sup>1)</sup>, 真里谷奨(PhD)<sup>1)</sup>, 梅本美菜(MD)<sup>1)</sup>, 南部優太(PhD)<sup>3)</sup>, 永田 舞(St)<sup>3)</sup>, 浅沼広子(CT)<sup>2)</sup>, 上野太郎(PhD)<sup>4)</sup>, 廣橋良彦(PhD)<sup>2)</sup>, 鳥越俊彦(PhD)<sup>2)</sup>, 佐藤生馬(PhD)<sup>3)</sup>, 藤野雄一(PhD)<sup>3)</sup>, 齋藤 豪(PhD)<sup>1)</sup>

【目的】 深層学習を用いた画像判定技術は近年急速に性能を向上させ, 多様な特徴を持つアルゴリズムが次々に登場している。子宮頸部細胞診診断支援にも深層学習技術の導入が試みられているものの, 大規模教師データを用いた報告でも判定精度は十分とはいえない。これは細胞画像判定には細胞集塊の単離, 背景組織の除外などの複数課題を解決する能力が求められる上, ベセスダ分類自体がクラス間の境界領域に誤差を生じる可能性を内包するためである。精度向上に寄与するアルゴリズムの検証を目的とし比較検討を行った。

【方法】 位置/クラス分類情報を付与した約 1,000 枚の子宮頸部扁平上皮細胞画像にデータ拡張を加え教師データを作成した。判定部の教師データには Label Smoothing (以後 LS) を用いた境界の曖昧さを許容するラベリングを用い, YOLOv4/ResNeSt50 の 2 段階判定アルゴリズムによる精度を算出した。また同一教師データ及び汎用 CNN モデルを用いて分類学習モデルと選好学習モデルを作成し順位相関係数による比較を行なった。

【成績】 データ拡張手法ならびに LS について細胞画像判定精度向上への寄与度を確認したところ, データ拡張及び LS を追加することで 17.5% の精度上昇を認めた。最終的なベセスダ分類による扁平上皮 6 クラス分類は, F 値平均で 70.5% を示した。分類学習と選好学習でモデル間に有意差は見られなかったが, 選好学習で精度の向上傾向が認められた。

【結論】 われわれの構築した診断支援システムにおいて, データ拡張や LS は F 値の向上が得られた。今後判定アルゴリズムや LS の更なる検討が重要と考えられる。

### WS5-3 細胞診断における AI の精度向上

藤田医科大学大学院医学研究科病理診断学<sup>1)</sup>, 藤田医科大学医療科学部放射線学科<sup>2)</sup>, 成田記念病院病理診断科<sup>3)</sup>

○塚本徹哉 (MD)<sup>1)</sup>, 寺本篤司 (PhD)<sup>2)</sup>, 道場彩乃 (CT)<sup>1)</sup>, 桐山諭和 (MD)<sup>1,3)</sup>, 櫻井映子 (MD)<sup>1)</sup>

人工知能 (Artificial intelligence, AI), 特に深層畳み込みニューラルネットワーク (Convolutional neural network, CNN) は近年その進歩がめざましく, 病理・細胞診断の分野でも例外ではない。我々は以前より気管支鏡生検時に採取した肺癌細胞診標本を用い, 良悪性鑑別や組織型推定など自動鑑別する手法の開発を行ってきた。細胞診は形態診断であり, 採取臓器や採取方法, 固定法, 染色, あるいは施設により細胞形態や色合いが異なる。我々人間はその差を学習により認識し状況に合わせて判断しているが, AI では学習データと評価データが異なると判定精度の低下に繋がる。こういった診断基準のズレ (ドメインシフト) を克服するため, 肺癌細胞像で学習したモデルを用いて尿細胞診の診断の検証を行った。その結果, 少数の追加の尿細胞診画像でファインチューニングすることで, 識別性能の向上が得られたので紹介したい。また, Gradient-weighted class activation mapping (Grad-CAM) で AI の注目領域を可視化することにより, ヒトが見た場合の診断根拠との差異についても触れたい。

### WS5-4 子宮頸部細胞診の精度向上を目的とした 3D 画像を基盤とした AI 支援システムの開発

がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研有明病院婦人科<sup>2)</sup>, 株式会社 CYBO<sup>3)</sup>, がん研有明病院臨床病理センター病理部<sup>4)</sup>

○杉山裕子 (MD)<sup>1,2)</sup>, 藤山淳三 (CT)<sup>1)</sup>, 池畑浩一 (CT)<sup>1)</sup>, 伊藤崇彦 (CT)<sup>1)</sup>, 新田 尚 (PhD)<sup>3)</sup>, 杉村武昭 (PhD)<sup>3)</sup>, 山崎奈緒子 (CT)<sup>1)</sup>, 山田麻里沙 (CT)<sup>1)</sup>, 石井脩平 (CT)<sup>4)</sup>, 高松 学 (MD)<sup>4)</sup>, 佐藤由紀子 (DDS)<sup>4)</sup>, 千葉知宏 (MD)<sup>4)</sup>, 阿部 仁 (CT)<sup>1,4)</sup>, 河内 洋 (MD)<sup>4)</sup>, 金尾祐之 (MD)<sup>2)</sup>

日本臨床細胞学会の「細胞診業務の精度管理ガイドラインに関する会告」では細胞検査士により陰性と判定された標本の 10% 以上についてダブルチェックによる再検査を推奨している。わが国が用いているこの 10% ランダム再検査に比較して自動スクリーニング支援システムを使用した方がより効率的に偽陰性を発見できるという事実から, 米国では自動スクリーニング支援システムを精度管理目的に使用することが FDA で承認され, 広く用いられている。既に我々は, 日本臨床細胞学会主導の多施設共同研究で「子宮頸部細胞診精度管理における自動スクリーニング支援システムの有用性に関する検討」を施行し, 細胞検査士により陰性と判定された標本を自動スクリーニング支援システムで再検査した。その結果, 偽陰性すなわち, 見落とし例が 1.19% 検出できこの自動スクリーニング支援システムが一定の効果をもつことが示された。しかし, 同時に本システムは, 画像読み込み不能検体が 18% 存在する, スループットが 1 日 300 検体と低い, 支援システムは AI ではないため学習機能がない等の問題点があることが明らかになった。また, 細胞診は Z 軸情報を含んだ 3D 画像で判定しているため, 既存の 2D の組織診に対応した AI 画像解析システムをそのまま 3D の細胞診に当てはめるには無理があり 3D 画像取得可能なハード面でのイノベーションが必要と考えられた。これらの問題を解決するため 3D 画像取得可能な新システムを用いて, 子宮頸部細胞診の精度向上を目的とした子宮頸がんスクリーニング支援 AI ソフトウェアの性能評価試験を実施しているのでその内容を報告したい。



## ◇ワークショップ 6

## ゲノム医療と細胞診

## WS6-1 がんゲノム診療における細胞検体の利用と今後の見通し

北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門<sup>1)</sup>, 北海道大学病院先端診断技術開発センター<sup>2)</sup>, 北海道大学病院病理部<sup>3)</sup>, 北海道医療大学医療技術学部臨床検査学科<sup>4)</sup>

○畑中 豊(PhD)<sup>1)</sup>, 奥村麻美(該当なし)<sup>1)</sup>,  
南家綾江(該当なし)<sup>2)</sup>, 燕 果歩(MT)<sup>2)</sup>,  
石田裕子(CT)<sup>3)</sup>, 丸川活司(CT)<sup>4)</sup>, 畑中佳奈子(MD)<sup>2)</sup>

次世代シーケンサー(NGS)を用いたがん遺伝子パネル検査が, 固形がん患者を対象に葉事承認・保険適用となつてから3年が経過した。がん遺伝子パネル検査では, 臨床導入開始当初から, 組織検体が主として用いられているが, 検体の核酸品質に関する課題も顕在化しており, 検体処理方法やFFPEブロックの保管状況等が理由で使用不可もしくは解析不能となる場合も少なくない。また血漿検体を用いたりキッドバイオプシー検査が臨床導入されたが, これによる課題解決は限定的であり, 核酸品質の良好な細胞検体利用への期待は高い。こうした背景を受け, 2021年6月に細胞検体の取扱いの標準化を目指し, 「がんゲノム診療における細胞検体の取扱い指針」が発出され, その後NGSを用いた一部のコンパニオン診断において, 細胞検体利用が保険診療下で可能となった。また先進医療として細胞検体を用いた新たなNGS検査の臨床開発が進んでいる。さらには, 国家戦略として現在進んでいる「全ゲノム解析等実行計画」では, 高品質な腫瘍検体の使用が重要となっており, 新鮮凍結組織検体に加え, 細胞検体の利用も検討されている。一方で細胞検体の利用にあたっては, 組織検体の取扱いとは異なる注意点があり, これを踏まえた対応が医療機関では重要となる。本講演では, 細胞検体を用いた遺伝子パネル検査における留意点や今後の見通しについて概説する。

## WS6-2 細胞診検体の核酸品質とその取扱い

久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 久留米大学病院臨床検査部<sup>2)</sup>

○河原明彦(CT)<sup>1)</sup>, 安倍秀幸(CT)<sup>1)</sup>, 高瀬頼妃呼(CT)<sup>1)</sup>,  
村田和也(CT)<sup>1)</sup>, 牧野諒央(CT)<sup>1)</sup>, 熊谷天斗(CT)<sup>1)</sup>,  
大塚百華(CT)<sup>1)</sup>, 黒木日菜子(CT)<sup>1)</sup>, 古田拓也(MD)<sup>1)</sup>,  
内藤嘉紀(MD)<sup>2)</sup>, 秋葉 純(MD)<sup>1)</sup>

遺伝子パネル検査が2019年6月に保険適用となり, ホルマリン固定パラフィン包埋組織(FFPE)を中心とした遺伝子パネル検査が始まった。これに伴い実臨床では, ホルマリン固定による核酸品質への影響やパネル検査を行う際の腫瘍細胞量, 腫瘍含有率について十分に理解され実行されている。一方, 本学会では2021年6月にがん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において「がんゲノム診療における細胞検体の取扱い指針」が作成された。本指針では, ゲノム検査を念頭に置いて細胞検体の取扱いに関する推奨項目と共に検査を行う際の注意点や禁忌事項などについても記載されている。このような中, 細胞検体が肺がんの遺伝子パネル検査であるオンコマイン™Dx Target Test マルチCDxシステムに適用可能となり, 細胞検体を用いたゲノム検査への期待が一層高まっている。組織を用いた遺伝子検査は基本的にFFPE検体のみであるが, 細胞診検体は未固定標本, 95%アルコール固定標本, 乾燥固定標本, ホルマリン固定セルブロック検体や液状化細胞診検体など多岐に渡っており, 複雑な印象を与えている。細胞検体から抽出したDNAを用いた高感度PCR法によるEGFR遺伝子変異検出は, 実臨床および研究的に安定した検出結果が得られており, DNA品質は一定の安定性を示していると考えられる。一方, 臨床検体におけるRNA品質に関しては検証の余地がある。本ワークショップでは, 標本作製のプレアナリシスを中心に実証データを提示しながら議論したい。



## WS6-3 核酸品質に影響を及ぼす固定方法の検討

国立がん研究センター中央病院病理診断科

○時田和也(CT), 橋本大輝(MD), 石田さくら(CT),  
中谷久美(CT), 澁木康雄(CT), 谷田部恭(MD)

近年, ホルマリン固定パラフィン包埋組織 (FFPE) を用いたがんゲノム解析が年々広がっている。現在のがんゲノムプロファイリング検査は次世代シーケンス(NGS)を用いたターゲットシーケンスである。病理検体を用いて, より多くのがん組織のゲノム情報を得ることは, 個別化医療に重要であり, がん治療の進歩に重要である。将来的にはがん組織から全ゲノムシーケンスを実施し, 実臨床に応用する時代がやってくると考えられており, 技術的にも可能とされている。また, Long sequencing や single cell sequencing などの技術の発展もあり, より詳細なゲノム情報が得られつつある。ホルマリン固定標本は腫瘍細胞の確認や希少がんなどの症例選択のアドバンテージなどもある一方, DNA の断片化やクロスリンク等のアーチファクトが生じることが知られている。そこでより網羅的なシーケンスを行うためには, 腫瘍組織から好品質の核酸を得ることが必要であり, アルコール固定をベースとする細胞診検体はその材料として期待されている。

我々は各種固定方法からゲノム品質指標を用いて, ゲノム検査に適した固定方法の検討を行った。検討した固定方法は組織凍結を対照として, 組織 10%緩衝ホルマリン固定, 組織アルコール固定, 細胞塗抹標本アルコール固定を用いた。発表では, 各種固定液からの核酸品質データを示し, ゲノム検査に有効なプレアナリシスについて議論したい。

## WS6-4 がんゲノムプロファイリング検査における LBC 検体の展望について

大阪大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 大阪大学大学院医学系研究科病態病理学講座<sup>2)</sup>

○長友忠相(CT)<sup>1)</sup>, 西野 勝(CT)<sup>1)</sup>, 藤埜友稀奈(CT)<sup>1)</sup>,  
森井英一(MD)<sup>1,2)</sup>

がんゲノム医療は, ホルマリン固定した組織パラフィンブロック (以下 FFPE) を検体として, がんゲノムプロファイリング検査が始まった。2022 年現在保険承認されているのは, FFPE 検体での OncoGuide NCC オンコパネルと FoundationOne CDx がんゲノムプロファイル, 血液 (分離血漿) 検体の FoundationOne Liquid CDx がんゲノムプロファイルの 3 種である。しかし FFPE ではホルマリン過固定による DNA の断片化や長期保管により DNA 品質の低下が起り, 適切なパネル検査が行えないことがある。また病状の進行期により組織採取が困難な場合がある。そこで細胞診検査は低侵襲で検体採取が可能であるため, このような場合において有用であると考え, 以前に液状化検体細胞診 (LBC) 検体でのゲノム解析に向けて, 3 社の LBC 保存液を使用して保存条件や保管期間での DNA 品質評価を行った。今回は, 細胞診検査における様々な材料の残余検体を Roche 社の Cell prep バイアル (LBC 保存液) で固定保管したものから DNA と RNA を抽出し, 品質評価としては Agilent 4150 TapeStation で DIN と RIN を測定した。これらの結果をもとに, 適切ながんゲノム検査を行うための LBC 保存液での保存条件や保管条件を示し, 細胞診検体の取り扱いについて議論したい。今後, LBC 検体でのがんゲノムプロファイリング検査が実施できるようにするための品質を検証し, 標準化に向けての知見を深めていきたい。

## ◇ワークショップ 7

細胞検査士養成大学における指定規則・カリキュラム改訂への対応

**WS7-1 福島県立医科大学における細胞検査士養成課程認定と新カリキュラム対応**

福島県立医科大学保健科学部臨床検査学科

○高橋一人(PhD), 梅澤 敬(PhD), 宇月美和(MD)

福島県立医科大学保健科学部は理学療法学科, 作業療法学科, 診療放射線科学科および臨床検査学科の 4 学科より構成され, 医学部, 看護学部次ぐ 3 番目の学部として 2021 年 4 月に開学した。また臨床検査学科では, 開学と同時に日本臨床細胞学会より細胞検査士養成課程の施設認定を取得し, 1 期生が 2 年生となった本年より細胞検査士養成コースを開講している。

開学して間もない本学は, 細胞検査士養成施設としての実績はこれからであり, 長年にわたり細胞検査士養成課程を運営されている他大学と立ち位置が異なるが, 開学前からこれまでの間に, 文部科学省による学部設置認可, 日本臨床細胞学会による細胞検査士養成課程の施設認定, さらに厚生労働省による臨床検査技師学校養成所のカリキュラム変更への対応をほぼ同時期に経験した。それぞれの監督機関が求める設置・認定基準を満たし, 大学として実施可能な整合性のあるカリキュラムの構築は, 臨床検査学科だけではなく学部横断的な配慮が必要な場合も多く, 非常に複雑な作業となった。特に開学後 4 年間はアフターケア期間としてカリキュラム変更の制約が厳しい中, 新カリキュラムへ対応するとともに, 細胞検査士養成課程の施設要件として 900 時間以上の細胞診断学関連講義と実習を組み入れる必要があった。そのため, 4 年次は非常に過密なカリキュラム構成とせざるを得ない状況となり, 就職活動, 卒業研究, 臨床検査技師国家試験などの対応を考慮すると, 学生の時間的, 精神的負担の増大が懸念される。

本セッションでは本学の細胞検査士養成コースの現状と今後の課題について報告する。

**WS7-2 京都橋大学における指定規則およびカリキュラム改訂への対応**

京都橋大学健康科学部臨床検査学科<sup>1)</sup>, 京都橋大学生命健康科学研究センター<sup>2)</sup>

○大澤幸希光(PhD)<sup>1,2)</sup>, 小田嶋広和(CT)<sup>1,2)</sup>,  
大西崇文(CT)<sup>1,2)</sup>, 岡田仁克(MD)<sup>1,2)</sup>,  
服部 学(PhD)<sup>1,2)</sup>

近年, 医療の多様化および高度化により, 臨床検査技師に求められる専門性も多様化および高度化している。大学における細胞検査士の養成はこのような高度化する医療の現場に対応する, より専門性の高い人材の育成の一環であるといえる。本学においても令和 3 年度より, 細胞検査士コースが開講し, 従来の臨床検査技師教育に加え, 細胞検査士の養成を行っている。また, 細胞検査士養成施設には, 合計 900 時間の細胞診に関する講義および実習が義務付けられている。

一方で, 令和 3 年 4 月より, 臨床検査技師学校養成所指定規則の一部が改訂された。改定内容の主なものは, 修得単位数が 95 単位から 102 単位になったことである。修得単位数が増加したことで講義や実習等の日程や教室の確保にも影響があるものと推察される。本学では, 卒業要件として 124 単位の修得を定めており, これまでは教養系科目で 28 単位を修得することを要件としていたが, 科目の増加に伴い, 23 単位とすることで対応している。専門必修科目においても 1 年次には 19 単位を設定していたが, 30 単位とし, 増加分の単位数を充足できるように対応している。また, 本学では細胞検査士コースを 4 年次に開講しているが, 専門基礎分野については 3 年次修了までに全て修得可能な日程としている。

加えて, 本学の大きな特徴として 100 分講義の導入が挙げられる。これにより, 1 単位当たりに必要な講義回数が 90 分講義に比較し, 1.5 回分減少する。このことで日程的な余裕が生まれ, 教室の確保や学生の負担軽減に繋がり学習効率の向上に寄与できるものと考えている。

### WS7-3 臨床検査技師カリキュラム改正における 弘前大学の対応について

弘前大学大学院保健学研究科

○堀江香代(PhD), 吉岡治彦(PhD), 渡邊 純(MD)

【背景】厚生労働省より臨床検査養成学校の指定規則カリキュラム改訂についての省令が交付され、弘前大学では2021年以降の入学者を対象に卒業所要単位数が128単位から139単位に引き上げられた。また臨地実習の内容も大幅に見直され、臨床検査技術系学生においても臨地実習前の技能習得到達度評価を1単位行うことが必修化された。それに伴い、今まで医学部で実施されていたOSCE (Objective Structured Clinical Examination: 客観的臨床能力試験) が新たに追加された。加えて細胞検査士養成大学では、900時間を細胞診の講義・実習に充てることを義務付けられており、かなり厳しいカリキュラムとなっているのが現状である。

【弘前大学の対応】2022年入学者のスケジュールとして、3年後期(2024年3月)にOSCE実施後、不合格者は4年前期(2025年4-7月)で再教育を行い、4年後期(2025年9月-2026年1月)で臨地実習を行う予定である。細胞検査士教育に関しては、現在3年前期から行っている細胞診断学講義・演習を前倒し、2年後期から細胞診断学講義Iを開始し、4年後期までに19単位(600時間)の履修、集中講義を加えた計900時間を履修する予定である。

【問題点】細胞検査士試験の受験資格得るためには4年前期ですべての単位修得が必要となるが、これに関しては現カリキュラムで十分対応できているため実現可能と思われる。しかしながら例年、細胞検査士資格試験の一次試験は10月下旬、二次試験が12月初旬に行われるが、新カリキュラムが施行された場合、臨地実習と重なるため試験対策と臨地実習の両立が可能かどうか、また臨地実習後(17:00以降)から試験対策を行う場合の学生や教員の負担増大などが懸念される。

### WS7-4 カリキュラム変更に伴う本学養成課程への 影響とその対策

神戸常盤大学保健科学部医療検査学科

○佐野太亮(CT), 畠 榮(PhD), 布引 治(PhD)

2022年度臨床検査技師学校養成課程指定規則が22年ぶりに改正され、カリキュラム内容が見直された。大きな変化としては臨地実習の単位数が7単位から12単位へと増加した。本学もこの改正により、臨地実習期間を40日から60日に変更したことで全体のカリキュラムを見直す必要が生じた。3年生後期科目では旧カリキュラム(以下旧カリ)と比べて9単位75時間の開講時期を早め、単位数を変更することで対応した。また、旧カリでは2年生科目で再履修が必要になった場合、3年生後期で再履修を行っていたが、新カリキュラム(以下新カリ)では時間割の都合上受講が困難となるため、2年生終了時点で臨地実習に参加できない事例が発生する可能性がある。これに対して本学では4年生後期で再履修科目を受講することが出来るように対応したものの、細胞検査士養成課程への受講を希望する学生は養成課程の授業と重なるため、2年生後期の段階で単位を落とした学生は養成課程の受講を諦めざるを得ない。また、4年生後期で再履修科目を受講することは、国家試験対策にも影響を及ぼすと考えられる。一方、本学の細胞検査士養成課程では、細胞検査士資格を取得するために必要な900時間を4年生のみで実施しているため、国家試験のための自己学習や卒業研究の時間を確保することが困難となる。仮に1日7.5時間の授業を行なったとすると、必要な日数は120日を要する。当然のことながら養成課程以外の授業を受講する必要があるため、学修時間の工夫を求められるのが現状である。新カリに対し、どのような対策を行っているかの現状を報告し、他大学と共有し皆で知恵を出し合いこの難局をどうすれば乗り切るかを考えていきたい。

### WS7-5 北里大学における新カリキュラムへの対応と卒前教育の課題

北里大学医療衛生学部臨床細胞学<sup>1)</sup>, 北里大学大学院医療系研究科応用腫瘍病理学<sup>2)</sup>, 北里大学病院病院病理部<sup>3)</sup>, 北里大学医療衛生学部病理学<sup>4)</sup>, 北里大学医学部呼吸器外科学<sup>5)</sup>

○阿部直也(CT)<sup>1,2,3)</sup>, 西村由香里(CT)<sup>1,2,3)</sup>,  
高橋博之(MD)<sup>3,4)</sup>, 山下和也(CT)<sup>3)</sup>, 佐藤之俊(MD)<sup>5)</sup>,  
古田玲子(CT)<sup>1,2,3)</sup>

本学では, カリキュラム改訂への対応として科目の新設, 講義と実習の併合により単位数の調整を行った. その中で, 臨地実習のスケジュールが細胞検査士養成コースの開始時期に直接影響することとなった. 以前は卒業研究を行う研究室への配属が3年次の10月末に決定し, 臨床細胞学研究室を希望した学生が同時に細胞検査士コースの受講生となり, 3年次11月下旬から4年次の4月中旬までの臨地実習終了後より細胞検査士コースが開始されていた. このスケジュールで日本臨床細胞学会認定の細胞検査士養成課程修了に必要なとされている900時間を満たすには, 平日の夕方以降も講義や実習を行う短期集中型の学び方とせざるを得なかった. ここ数年はコロナ禍により臨地実習の開始時期が遅くなったことと, 長期型学習の方が良好な学修効果が得られるのではないかとの考えから, 学生が体力的な余裕をもって確実に知識や細胞像を定着することができるように, 研究室への配属後から臨地実習が始まるまでの期間をコースの講義に当て, 全期間の1日あたりの時間数を軽減し長期型へと移行した. 大学における細胞検査士養成は, 臨床検査技師養成指定規則・カリキュラム以外の単位として位置付けられており, 今後も状況に応じて柔軟に対応しながら学修時間を確保していく工夫が必要であろう. 大学での細胞検査士卒前教育について, (1)養成期間と時間数, (2)社会のニーズに合わせた教育の在り方, (3)現状と今後の課題について, 細胞検査士の将来像を含めて養成校教員ならびに実務に携わっている皆様と共に考えたい.

### WS7-6 杏林大学における細胞検査士養成課程：新カリキュラムに対する対応

杏林大学保健学部臨床検査技術学科<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>2)</sup>

○大河戸光章(PhD)<sup>1)</sup>, 郡 秀一(CT)<sup>1)</sup>, 摂津 黎(CT)<sup>1)</sup>,  
柴原純二(MD)<sup>2)</sup>

2022年度から新カリキュラムが始動したが, これによる杏林大学細胞検査士養成課程の教育内容に特段の変化はない. 本学における新カリキュラムの指定規則への対応は, 総単位数を最小限にするため, 選択科目を必修科目に変更し, 各専門科目の指定単位数を最低限で満たすことであった. 本学の特徴は, 選択必修科目の多さによる教育の多様性であった. しかし, 新カリキュラムに対応した結果, 一般教養系科目の単位数を半減し, 第一種衛生管理者等の資格の開講学年を変更した. これにより学生への負担は軽減されたが, 生命科学分野を幅広く学ぶ, 多種の資格を取得するといった2点において, 制限される結果となった.

本学細胞検査士養成課程では, 臨床検査技師および細胞検査士資格取得関連科目の単位取得に留まらず, 自らが学び自らが考える力を養うことが重要だと考えている. 本ワークショップでは, 細胞検査士資格取得を目指す学生に対し, 本学細胞検査士養成課程が実施している新カリキュラム下の多様性のある教育の取り組みについて報告したい.



## ◇ワークショップ 8

HPV 関連・非依存性子宮頸部腺癌の細胞診精度  
WS8-1 子宮頸部腺癌の新しい枠組み—Overview—

東京慈恵会医科大学病理学講座

○岩本雅美(MD)

婦人科腫瘍の WHO 分類第 5 版 (2020 年発行) において、子宮頸癌とその前駆病変は HPV 関連 (HPV-associated: HPV) と HPV 非依存性 (HPV-independent: HPV) に分類される。腺癌および上皮内腺癌では、組織像と HPV 関連の有無がほぼ対応する。HPV 腺癌・上皮内腺癌の特徴として、円柱細胞の管腔側に核分裂像が認められる浮遊核分裂 (floating mitoses) あるいは頂端核分裂 (apical mitoses) が挙げられる。HPV 腺癌では、従来組織型として扱ってきたものを単なる形態的なパターンとして扱うこととなったが、最も頻度が高い通常型のほか、粘液型 (腫瘍細胞の 50% 以上が豊富な細胞質内粘液を有するもの: 特定不能な粘液性癌、腸型、印環細胞型、浸潤性重層性粘液産生癌を含む)、絨毛腺管癌、微小乳頭状パターンを示すものなども含まれる。一方、HPV 腺癌は、胃型、明細胞型、中腎型、特定不能に分類され、胃型の頻度が最も高い。類内膜癌も実際には HPV であるが稀である。漿液性癌は、頸部腺癌から削除された。細胞診においても、HPV 腺癌と HPV 腺癌は異なる細胞像を呈する。ベセスダシステムにおける子宮頸部腺系異型細胞は、AGC-NOS, AGC-FN, AIS, Adenocarcinoma に分類される。頸部腺癌の組織像と細胞像の特徴について概説し、当院における頸部腺癌の細胞診精度についても簡単に紹介したい。

WS8-2 HPV 関連・非関連子宮頸部腺癌の  
病理組織学的特徴と細胞像

岩手医科大学医学部病理診断学講座

○刑部光正(MD), 山田範幸(CT), 杉本 亮(MD),  
上杉憲幸(MD), 柳川直樹(MD), 菅井 有(MD)

子宮頸部腺癌の大部分は human papilloma virus, HPV 関連癌である。HPV 非関連癌には、胃型腺癌、明細胞癌、中腎癌があり、本邦の特徴として胃型腺癌が多い事があげられる。胃型腺癌は水様性帯下を主たる臨床症状とし、扁平円柱上皮境界部 (squamocolumnar junction, SCJ) を主座とする HPV 関連癌と異なり、内子宮口付近に生じる事が知られており、診断に十分な腫瘍細胞が採取されにくいこと、minimal deviation adenocarcinoma のように一部の症例は細胞異型に乏しいことから、診断に至るまでに複数回の細胞診や組織診を必要とすることがある。当院で 2014 年 1 月から 2022 年 12 月までに外科的切除が施行された子宮頸部腺癌症例は 129 例であったが、大学病院という特性上、前医である程度の検査が施行済みであり、外科的切除を含めた加療目的で紹介される患者が大部分を占めるため、当院で術前に子宮頸部細胞診が施行されていた症例は 59 例であった。診断時の細胞診は adenocarcinoma が 20 例 (33.9%)、AIS が 7 例 (11.9%)、AGC が 18 例 (30.5%)、HSIL が 1 例 (1.7%)、other malignancy が 1 例 (1.7%)、SCC が 3 例 (5.1%)、ASC-H が 1 例 (1.7%)、ASC-US が 1 例 (1.7%)、NILM が 7 例 (11.9%) であった。術前細胞診と病理組織標本のセットがそろそろこれらの 59 例に関して、保存されている細胞診標本と組織標本を用いて、細胞診における異型細胞量と SCJ からの病変下端までの距離、出現異型細胞の細胞形態と、p16 免疫組織化学を用いた HPV-status の関係を検討し、HPV 非関連腺癌、特に胃型腺癌の細胞学的特徴を確認し、細胞診精度管理上の問題点を報告する。



### WS8-3 四国がんセンターで考える HPV 関連・非依存性子宮頸部腺癌の細胞診精度について

四国がんセンター病理科<sup>1)</sup>, 四国がんセンター臨床研究センターがん予防疫学研究部<sup>2)</sup>

○寺本典弘 (MD)<sup>1,2)</sup>

当院で行っている愛媛県がん登録, 院内がん登録および病理データを用いて子宮頸部腺癌の治療前診断の必要性和精度について提示する。

Tis を含めた場合子宮頸がんは 90% 以上が HPV 関連癌である。当院院内がん登録では, 2016-20 年の自施設診断例と責任症例は 86 件, そのうち腺癌 NOS と HPV 関連腺癌 (HAC) は合わせて 66/86 件であるが, IB-IVB では 33/53, IIA-IVB では 11/26 と少数派になり, HPV 非関連癌 (HIC) 15/26 と逆転する。その大部分が頸部胃型腺癌 (GAS) である。現病死例に限ると HAC が 2 件に対し, HIC は 10/20 と実数でも比率でも圧倒的に高い。県内の全がん罹患がわかる愛媛県がん登録でもこの傾向は同じである (詳細は学会で紹介する)。これは日本では細胞診が HPV 検査のみになると致命的な腺癌の発見が遅れることを示唆するデータである。

GAS は浸潤傾向の強さや放射線治療に対する抵抗性が違う。よって, 当院のような治療施設では単に悪性・非悪性の判断のみでなく, 術前の検査 (生検) で腺癌をどれだけ亜分類できるかも精度管理の対象となる。また, GAS は内子宮口近くに発生するので, 正診に至るまで複数回の細胞診・生検あるいは円錐切除が必要となることがあることが当院を含め複数の施設から報告がある。2015 年 1 月~22 年 6 月当院の浸潤頸部腺癌生検 86 例で, 低分化で分類が出来ないとした 5 例を除き, 全例で亜分類が行われていた。HAC は 55 例, GAS は 16 例であった。手術された GAS6 例, HAC31 例全てで手術診断と一致した。細胞診では亜型推定はあまり行われておらず, 細胞診された GAS14 例中 9 例で悪性と診断されたが, 2 例で診断候補として GAS があげられたのみで, 残りは単に“腺癌”とされていた。

### WS8-4 子宮がん検診に HPV 検査単独法が導入されると子宮頸部腺癌はどうなるのか?

福井大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 公立丹南病院<sup>2)</sup>

○黒川哲司 (MD)<sup>1)</sup>, 大沼利通 (MD)<sup>1)</sup>, 品川明子 (MD)<sup>1)</sup>, 知野陽子 (MD)<sup>2)</sup>, 吉田好雄 (MD)<sup>1)</sup>

WHO の女性生殖器系腫瘍 (第 5 版) において, 子宮頸部腺癌は HPV 関連と非関連に分けられた。さらに非関連は, 形態により gastric type/clear cell type/mesonephric/NOS の 4 つに分けられた。頸部腺癌の約 80% は HPV 関連の usual type で, 約 10% が HPV 関連の mucinous type と記載されている。残る 10% 前後が, HPV 非関連の腺癌である。日本では諸外国と比較して HPV 非関連の gastric type の頻度が高いと報告されている。そこで, 今後, 子宮がん検診に HPV 検査単独法が導入されたとき, HPV 非関連の頸部腺癌が発見されなくなることが懸念された。検診対象者の中で HPV 非関連腺癌の頻度を検討する目的に, HPV 検査と細胞診併用法を導入した 8 県の 115,273 人のデータを後方視的に解析した。結果は, 細胞診断が L-SIL 以上, もしくは ASC-US で HPV 陽性から発見された浸潤腺癌が 14 例で, その内 HPV 陰性は 1 例 (7.1%) であった。検診対象者の中には HPV 非関連腺癌の頻度が高くないことが予想された。そもそも, 頸部腺癌は, 細胞診検診において拾い上げるのが困難ではないかと考えられている。2022 年に出された子宮頸部腺癌 64 例を対象として後方視的に細胞診の偽陰性を検討した報告では, 偽陰性率 34% (22/64 例) であった。偽陰性の理由は, Sampling error と判定法の教育不足が指摘された。本ワークショップでは, 頸部腺癌の発見には HPV 検査の有効性と細胞診における採取法の工夫と判定法のポイントについて考えていきたい。

## ◇ワークショップ 9

今見直される病理解剖 形態学への原点回帰と細胞形態学ニューコラボ

WS9-1 今ゆえに必要な病理解剖—患者に出来る最後にして無限大の貢献, 医療の最後の砦—

弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座

○黒瀬 颯(MD)

病理解剖は医療の様々な検証のなかで最も総合的かつ正確である。身体に生じた病変を病理学的所見として検出することは病理組織変化は身体に生じた真実である故、病理解剖は個々の真実を積み重ねて全体の病態を築き上げる作業とも言える。その病理解剖が近年激減の途にある。医師は病理解剖による検討の意義、そこには個々の医師や施設の発展や精度管理、さらには医学医療の発展への貢献が大きいことを再認識すべきである。また凶らずも新型コロナウイルス感染症で明らかとなった未経験の疾患の病態解明への貢献においては世界的パンデミックの数ヶ月後には多数の剖検例の解析による病変分布、傷害臓器やそのウィルスコピー数が発表され、病態把握と治療に大きく寄与した。さらに新規治療技術や治療薬の有効性や副作用においては、分子標的治療による癌の消滅にも係わらず副作用で死亡した症例にはその病態を詳らかにして予後の改善を図らねばならない。よって病理解剖は新規疾患、新規治療の上からも常に必要な検証法なのである。

一般に病理解剖によって生前の臨床診断のうち10から30%に変更がある。筆者の関与するハンガリーゼンメルワイズ大での病理解剖では臨床診断のうち主病変で10%、直接死因で30%が病理解剖後に変更される。しかし病理解剖では病変を見抜く病理医の力量が必要なのは言うまでもない。個々の組織変化を積み重ねて一つの病態を完成させる作業は病理医の力量が最も表れる場でもあるのである。そして何故病理解剖が「患者に出来る最後にして無限大の貢献, 医療の最後の砦」と言えるかを事例を挙げて述べたい。すると日常の病理解剖にも同様の事例が沢山あることが分かるであろう。

WS9-2 細胞検査士が知っておきたい病理解剖の基礎 (病理解剖の進め方 hints & tips)

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<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部<sup>2)</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター中央臨床検査部<sup>3)</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構十三市民病院病理診断科<sup>4)</sup>

○井上 健(MD)<sup>1,2)</sup>, 木村美穂(CT)<sup>2)</sup>, 津田義格(CT)<sup>2)</sup>, 山畑 翔(CT)<sup>2)</sup>, 世古裕里(CT)<sup>2)</sup>, 大瀬香菜(CT)<sup>2)</sup>, 横田裕香(CT)<sup>3)</sup>, 加藤雅大(MD)<sup>1)</sup>, 坂井田美穂(MD)<sup>1)</sup>, 清水祐里(MD)<sup>1)</sup>, 石井真美(MD)<sup>1)</sup>, 福島裕子(MD)<sup>1,4)</sup>

近年、分子標的療法に伴う各種コンパニオン診断やゲノム医療など病理部門が担当する業務は多岐にわたり、ますます多忙となっているのが現状と思われる。その一方で、剖検数は減少傾向が続き、このコロナ禍の中さらに激減しており、剖検技術の継承に支障をきたしかねない状況となっている。剖検は、その準備に始まり、器具の取扱いや感染予防対策、実際の臓器の摘出、肉眼観察を経たのち、固定後の組織学的検討、報告書の作成、さらにCPCへと続くが、今回はこれらの中でも、効率的な剖検の進め方を中心とする。臓器の摘出については、いくつかの方法があり、それぞれ一長一短があるが、大きく分類すると臓器を一塊にして摘出する方法と、個別に取り出す方法がある。我々はより効率的に進める上で、両者を組み合わせており、検査技師と密に連携しながら臓器を摘出し、その後の肉眼観察へと進めている。臓器の摘出後、精度の高い剖検診断のためには、適切な肉眼観察が重要であり、特に非腫瘍性疾患では固定前の肉眼観察が極めて重要となる。感染症が疑われる症例では、固定前に細菌や真菌培養を行うことが必要不可欠であり、形成異常の症例では、場合によっては臓器を摘出する前の段階で、各臓器のつながりや、血管走行などを確認しておくことが必要となる。中枢神経の検索では、開頭、摘出の手技はいうまでもないが、固定後の肉眼的観察、各所から系統的に切り出しを行うことが重要である。本ワークショップでは上記内容について、当センターで工夫している点を紹介するとともに、胎児・新生児の解剖についても言及する予定であるが、各種の剖検技術について皆様とともに理解を深めていきたい。

## WS9-3 剖検症例からの細胞診標本作製について

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

○中島裕理(CT), 江坂四季音(CT), 白幡浩人(CT),  
長谷川康子(CT), 鈴木明美(CT), 新井富士生(MD)

病理解剖のもっとも重要な意義は、死因の究明と臨床診断との対比であり、多くの症例は肉眼的および組織学的所見によってなされる。しかし、Primary effusion lymphoma など体腔液内の腫瘍細胞を証明する症例やアスベスト小体の検出が必要な症例など、細胞診標本の作製がその診断の一助となることがある。われわれ細胞検査士は、臨床医や病理医からこのような検索の依頼を受けた際には、速やかに応じられるよう予め技術を身につけておかななくてはならない。

また、剖検時に細胞診標本作製することは、細胞検査士のスキルアップにつながるるとともに、既往標本との比較や稀少症例の保存・検討のために積極的に実施することが望ましい。細胞診標本の多くがホルマリン固定後には作製不可能であるため、剖検中に採取できるよう、剖検開始前の聞き取り、既往歴の確認、器具等の準備が必要となる。本講演では、病変部から直接細胞を採取する擦過・捺印塗抹法、体腔液・尿管尿の採取法、肺しぼり液からのアスベスト小体検出法など、剖検症例の細胞診標本作製について紹介する。

(1) 体腔液：メスによるコンタミネーション防止のため、切開前に体表から穿刺吸引する方法が望ましい。また、ご遺体を長時間静置した場合は、細胞成分が背面に沈殿するため、ご遺体を左右に傾け、細胞を浮遊させてから採取する。胸腹部や心膜を開けた後に採取する際には、針を付けていないシリンジを直接入れ込み、吸引する。

(2) 肺しぼり液：ホルマリン固定されている肺を取り出し、ピーカー等の口の広い容器の上で、組織内に含まれている固定液をしぼり出す。その固定液を遠心し、塗抹、乾燥後、バルミン青染色を行う。

## WS9-4 角膜擦過細胞診検体採取が診断に有用であった不明熱の 1 剖検例

大阪国際がんセンター病理・細胞診断科

○里見英俊(MD)

【はじめに】不明熱症例の剖検は、しばしば診断に難渋するが、剖検中に採取した細胞診検体が診断の有用な手がかりになることがある。

【症例】既往に統合失調症があり、10 年余り精神科病院に入院していた 70 歳台男性。死亡 3 か月前より、歩行障害・微熱が出現したため、内科学的に加療され、軽快していた。死亡 1 か月前より、治療抵抗性の高熱・意識障害が出現したため、転院し、即日入院した。各種検査で MRSA 化膿性脊椎炎の診断を得たが、全身状態が急激に悪化したため、手術を含めた積極的な加療ができず、入院 7 日で永眠した。

【剖検所見】諸臓器に膠様変性を認め、全身の異化亢進状態が示唆されたが、肉眼的に原因と特定できる変化を認めなかった。剖検時に角膜びらんを認めたため、同部位より擦過細胞診検体を採取した。組織学的には、諸臓器に活動性炎症の残存像、および血球貪食像を認めた。角膜擦過細胞診検体では炎症性背景に、すり硝子状核を有する上皮細胞が散見された。多核・核周囲明庭を示す細胞も混在した。剖出臓器を再検討すると、擦過細胞診で認めた不整な細胞が諸臓器に散見され、免疫組織化学的に、同細胞は単純ヘルペスウイルス(HSV)陽性を示した。

【考察・結論】剖検時に採取した擦過細胞診が HSV 感染の証左となり、化膿性脊椎炎・全身性 HSV 感染症の混合病態による敗血症と診断できた 1 例です。本症例は、剖検における細胞診の有用性を示す 1 例と考えられます。

本発表が、剖検と細胞診の親和性について再考頂く機会になることを願っております。形態学的所見から病態解明の糸口を見出す仕事の面白さ・奥深さを先生方と再共有するために、本症例を提示します。

## ◇ワークショップ 10

細胞診レポートの質の管理と臨床医師とのコミュニケーション能力

WS10-1 適切な治療方針決定のために臨床医師が細胞診依頼で留意すべきこと

東北大学産婦人科<sup>1)</sup>, 東北公済病院臨床検査科<sup>2)</sup>

○石橋ますみ(PhD)<sup>1)</sup>, 岡本 聡(PhD)<sup>2)</sup>,  
重田昌吾(PhD)<sup>1)</sup>, 徳永英樹(PhD)<sup>1)</sup>, 島田宗昭(PhD)<sup>1)</sup>,  
伊藤 潔(PhD)<sup>1)</sup>, 八重樫伸生(PhD)<sup>1)</sup>

**【目的】** 婦人科悪性腫瘍において、細胞診は早期発見・早期治療や治療後の再発モニタリング、適切な治療方針決定に非常に重要であるが、その細胞所見はエストロゲンやプロゲステロンの変化に影響を受けやすく、また感染によっても細胞所見に影響を受ける。細胞診の診断精度向上のためには患者情報、症状、経過、他の検査所見などを過不足なく病理医および細胞検査士に伝えることと、適切な検体採取が必須である。今回我々は、婦人科医からの細胞診依頼文書の臨床情報記載の現状について検討した。

**【方法】** 東北大学婦人科の関連病院を対象に、婦人科医が細胞診を依頼する際に「臨床経過、臨床所見、最終月経、閉経年齢、妊娠・分娩歴、既往歴、ホルモン剤使用の有無、IUD 装着の有無、ペッサリー装着の有無、膣炎の有無、HPV 検査の有無、検査所見(腫瘍マーカーなど)、採取器具、検体採取が困難であったかどうか(内膜細胞診を行ったがデバイスが奥まで入らなかった、など)」を記載しているかを質問票で調査した。

**【結果】** 臨床経過や臨床所見、閉経の有無や月経については高い割合で依頼書に記載されていた。IUD 装着の有無の記載が高率でされている一方、ペッサリー装着の有無や膣炎の有無は記載される頻度が低かった。また採取器具や検体採取が困難であった旨は記載されない割合が高かった。

**【結論】** 過不足なく適切な臨床情報を伝えることが細胞診の診断精度向上につながるため、採取器具や炎症所見の有無、異物の有無、検体採取が不十分である可能性といった情報も依頼書に記載すべきである。

WS10-2 当院のコミュニケーションツール

仙台赤十字病院病理診断科部病理技術課<sup>1)</sup>, 仙台赤十字病院産婦人科<sup>2)</sup>, 仙台赤十字病院病理診断科部<sup>3)</sup>

○高橋幸夫(CT)<sup>1)</sup>, 太田かすみ(CT)<sup>1)</sup>, 太田恭子(MD)<sup>2)</sup>,  
長沼 廣(MD)<sup>3)</sup>, 手塚文明(MD)<sup>3)</sup>

臨床医との良好なコミュニケーションは、検体採取や診断に必須である。当院では電子カルテシステムと部門(病理)システムを運用し、依頼書は「採取部位」「採取方法」が選択式で、自由記載の「臨床診断名」「臨床所見」を設けている。報告書は、「判定」「推定組織病変」「細胞所見」に分かれる。判定は、臓器毎に考案された新報告様式を用いている。以前、パバニコロー分類を用いており、報告様式を変更した時は、「暫く併記する事」で了承された。細胞所見は記述式だが、多くの臨床医は、判定と推定組織病変に注目し、所見を読まない。疑陽性や鑑別困難の場合、前後の判定との距離感や次の臨床対応要求の内容もあり、ぜひ読んでほしい。

近年、報告書未読の適切な対策が診療報酬点数に反映する事となった。当院では、報告書閲覧確認システムを用い、未読者に電話連絡している。しかし、多忙で電話に出ない場合は、院内メールの利用や、医局の医師机に書き置き、外来担当日に出向く事もある。

ROSE(Rapid On-Site cytologic Evaluation)が各臓器で実施されている。当院ではABC(Aspiration Biopsy Cytology)の細胞採取で、臨床医に塗抹時「取れている?」と確認される。鏡検無しで、経験的塗抹性状で答えるが、良好に不適材料を鑑別している。しかし、コンパニオン診断に用いる可能性がある組織の採取評価に用いる細胞診では、鏡検が必須である。最近、体腔液のセルブロック検体を用いたコンパニオン診断が多くなった。細胞診断では50 ml程度の提出で診断可能だが、セルブロック検体とした場合、腫瘍細胞濃度が低く、判定不能となる事があり、臨床医に多くの体腔液提出を要望し、1~2Lの提出もある様になった。



## WS10-3 細胞診と臨床医をつなぐセルブロック

八戸市立市民病院臨床検査科

○矢嶋信久(MD), 板橋智映子(MD), 奥沢悦子(CT),  
須藤安史(CT), 松長夢子(CT), 高畑英智(CT)

当院では、細胞診レポートの質の管理としてセルブロックの作成を積極的に行っている。すなわち、細胞診断で鑑別困難および悪性疑いとなった際、出現した異型細胞を組織学的に確認・検討したり、悪性の診断となった際、その組織型を推定を行ったりする目的でセルブロックを作成している。作成したセルブロックに対し、免疫染色を含めた組織学的検討を行うことにより、より高い質の細胞診レポートを報告することが可能となっている。当院ではこれらセルブロック作成の判断は、細胞検査士の自主的、能動的判断により行われている。作成されたセルブロックは、更に各種コンパニオン診断に用いられることがある。このような背景から、臨床医からはセルブロックの有用性は認識されており、場合によっては臨床医よりセルブロックの作成を依頼されることがある。このため細胞診断の過程において、臨床医と病理医および細胞検査士との間では細胞診断後のセルブロック作成の可否、作成されたセルブロックに含まれる腫瘍細胞の量、組織診断が可能かどうか、コンパニオン診断への適否などの議論が行われている。このように、当院においては、セルブロックが細胞診レポートの質の管理と臨床医とのコミュニケーションに重要な役割を果たしており、患者の診断と最適な治療に寄与している。本発表では、上記の通り当院においてセルブロックが果たしている役割を、実例をもって説明する。

## WS10-4 気管支内視鏡検体および超音波内視鏡検体の迅速細胞診における臨床側とのコミュニケーション

仙台厚生病院病理診断・臨床検査科

○遠藤希之(MD), 諸橋 彰(MD), 荒屋敷聖(MD),  
尾池裕子(MD), 白瀬 肇(MD), 赤平純一(MD)

当院では 2012 年より呼吸器内科で施行されている気管支内視鏡検査生検、消化器内科で施行されている超音波内視鏡下針穿刺生検 (EUS-FNA) に関して、細胞検査士および病理診断医がベッドサイドに赴き迅速細胞診を行ってきた。

基本的には両者ともに採取検体中の腫瘍の有無を確認することが主眼である。可能であれば組織型の推定も行うが、最終診断は組織生検検体を用いて行っている。

当初、気管支内視鏡検体数は 100 件/年程度であったが、2021 年度には 367 件と年々増加傾向にある。肺癌に対する数々の分子標的薬が開発され、セカンドライン、サードラインの化学療法施行時の投与薬剤選択には、組織検体採取後の各種遺伝子検査、免疫染色による解析が必須となっているためである。

検体数の増加に伴い、細胞検査士・病理診断医ともに気管支鏡室に向向くことが著しく業務量増加の一因となり、実質困難になってきた。そのため、気管支鏡室で風乾したガラス標本を病理診断室に搬送し、染色、診断後に電話連絡を行うこととした。細胞診断側の負担軽減が大きなメリットではあるものの、従来はその場で臨床医と直接ディスカッションしていた点が難しくなる、というデメリットが発生した。

一方、EUS-FNA では内視鏡検査室に CCD カメラ付きの顕微鏡を設置し、そこでガラス標本作製、病理診断室に画像を送信することとした。ただし一般的なテレサイトロジー装置とは異なり、youtube 等の民生用プログラムを活用し極めて安価なシステムを構築することができた。

本発表では、当院における 10 年間の術中迅速細胞診の経験、総括と、上述の安価、簡便な院内テレサイトロジーシステムの紹介を行う予定である。



## ◇ワークショップ II

実践に役立つ免疫細胞化学染色・FISH 解析  
一染色, 解析, 精度管理のポイント

## WS11-1 当院における免疫細胞化学染色の精度管理

長野赤十字病院病理部

○佐藤秀太(CT), 伊藤以知郎(MD)

【はじめに】免疫細胞化学染色(ICC)は組織を採取できない領域や至急の診断を求められる場合において, 有用な検査であり, これまでにも数多くの報告がされているが, 報告によって検出方法や抗原賦活法は様々であり, 標準化が進んでいるとは言い難い. 本発表では ICC の精度管理の技術的なポイントの提示を目的とし, 基礎的な内容をプレアナリシス(固定, 未染標本の取扱い), アナリシス(染色), ポストアナリシス(判定)の3段階に分けて講演する.

【プレアナリシス段階】固定は95%エタノール湿固定であり, 過固定による染色性の変化について紹介する. また, 未染標本の取扱いについても述べる. プレアナリシス段階は FISH 法とも共通する事項が多く, FISH 法の精度管理にも応用できるような方法を考察する.

【アナリシス段階】染色は自動免疫染色装置を用いて行う. 抗原賦活法は一般的に核内抗原に対しては熱処理, 細胞質あるいは細胞膜抗原に対しては不要とされているが, 当院の検討では抗体毎に異なる. 実例を交えて紹介する. FFPE では内因性ペルオキシダーゼ活性の阻止は3%過酸化水素水を用いているが, 細胞診材料では内因性ペルオキシダーゼ活性が強く, 同試薬では発泡して細胞が剥がれてしまう恐れがあるため, 0.3%過酸化水素加メタノールを用いるとよい.

【ポストアナリシス段階】細胞診標本は whole cell であるため, 細胞質や細胞膜に対する陽性反応は細胞全体が染まって見える場合がある. 結合性が強く, 細胞密度の高い集塊では, 集塊内部まで抗体が浸透せず, 集塊辺縁のみが染まり, 内部は不染となることがある.

【まとめ】ICC 未経験者にも興味を持っていただけるような, 基礎的な内容を中心に述べたい.

## WS11-2 細胞診検体を用いた FISH の手技と精度管理について

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

○阿部将人(CT), 田代 広(CT), 本田勝丈(CT),  
椎谷裕之(CT), 河田卓也(MD), 大石琢磨(MD)

Fluorescence in situ hybridization (FISH) 法は, 染色体転座などの構造変化や特定遺伝子の増幅, 欠失などの数的変化を検出する目的として用いられている. 近年, 様々な遺伝子異常が明らかになるとともに治療薬の適応や予後判定, 軟部腫瘍・リンパ腫をはじめとする種々の腫瘍に対する正確な病理診断を行うために用いられる重要なツールとなっており, 細胞診においてもより確実な診断を行うための一助となりうることから重要性が増している. 細胞診検体を用いて FISH を行う利点として, 特定遺伝子の欠失を観察する上では細胞をホールで観察可能となるため, 薄切によるアーチファクトのリスクが少ないことがあげられる. 当検査室においても悪性神経膠腫における 1P/19Q 共欠失, 中皮腫における CDKN2A/p16 の欠失等を対象に細胞診検体を用いた FISH 法を実施している. また, 軟部腫瘍等で特に診断を急ぐ症例に対しては細胞診標本を用いて FISH を実施することで, 早期に遺伝子異常を確認することが可能となり, 役立っている. 当検査室では主に捺印標本または腫瘍洗い液の塗抹標本を対象としているが, 検査を行う上では, 腫瘍細胞の存在を確認するために必ず並行してパバニコロウ染色又は HE 染色標本を同時に作製してその割合や形状を確認する必要がある. 本セッションでは当検査室の運用を基に FISH 用細胞診標本の作製及び保存法, 処理プロトコル, 鏡検によるシグナルカウント時におけるポイントなどについて基本的な手技を紹介する. また, ISO15189 認定施設として実施している日々の精度管理についても併せて報告する.

### WS11-3 細胞診検体を使用した FISH の精度管理について

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院病理診断科

○岩田英紘 (CT)

【はじめに】近年では、細胞診断精度向上のため、細胞検体を使用した免疫細胞化学染色（以下、免疫染色）や FISH の有用性が報告されている。本演題では、当院における細胞診検体を使用した FISH 標本作製やシグナル判定に関する運用を紹介し、細胞診断における FISH 検査の精度管理について考えたい。

【LBC 法による標本作製】当院では LBC 法（Hologic 社、ThinPrep<sup>®</sup>）を採用している。検体を入れたバイアルは、標本作製後、1 週間冷蔵で保存しており、後日、追加の免疫染色や FISH 用の標本作製が可能である。

【FISH 標本作製の前処理とシグナル観察】細胞検体での FISH 標本作製は、組織検体とは別のプロトコールで前処理を行っている。乾燥固定した細胞標本を使用する場合、前処理がなくてもシグナルの観察は可能だが、LBC バイアルに入れた検体では、前処理をすることでよりシグナルが鮮明となる。ThinPrep<sup>®</sup> の LBC バイアルにはメタノールが含まれており、固定作用の影響のためと考えられる。また、使用する FISH プローブの種類によって Hybridization の温度も変更し、より最適な反応温度を設定している。シグナルの観察には、自動解析装置 Metafer-Metacyte（Carl Zeiss 社）を利用しており、客観的で再現性の高い判定結果が得られる。一方で、細胞診検体の中には、細胞変性が強くシグナルが割れて観察されることも少なくない。正確なシグナルの見極めや判定には、目視による観察が不可欠な場合もある。

【最後に】細胞診断の精度向上のために FISH の有用性は高い。使用する検体や FISH プローブに適した前処理プロトコールの作成、シグナル観察時の注意点などを理解して、正確に判定することが重要である。

### WS11-4 中皮腫診断における 9p21 (CDKN2A)-FISH と免疫化学

福岡大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 福岡徳洲会病院病理診断センター/九州沖縄病理診断研究センター<sup>2)</sup>

○松本慎二 (CT)<sup>1)</sup>, 西中村恵輔 (CT)<sup>1)</sup>, 角谷優子 (CT)<sup>1)</sup>, 鍋島一樹 (MD)<sup>2)</sup>, 濱崎 慎 (MD)<sup>1)</sup>

中皮腫診断における FISH 法を用いた 9p21 (CDKN2A) 遺伝子の homozygous deletion (HD) の証明は反応性中皮細胞と中皮腫の鑑別において特異度 100% を示す有効な良悪鑑別マーカーで、さらに免疫化学による BRCA1-associated protein 1 (BAP1) 蛋白の核内発現消失ならびに 9p21-FISH 法の代替アッセイとしての methylthioadenosine phosphorylase (MTAP) 蛋白の発現消失も中皮腫の診断を裏付ける重要なマーカーで、これら複数のアッセイの組み合わせにより精度の高い中皮腫診断が可能となっている。しかしながら 9p21-FISH の判定において、その結果解釈に悩む症例が少なからず存在する。我々の施設では HD 陽性のカットオフ値を 10% と設定しているが、一方の相同染色体のみでの欠失が見られる hemizygous deletion (Hemi-D) パターンを示す細胞の割合が HD や正常パターンよりも明らかに多い症例が存在する。真に Hemi-D 優位な腫瘍である可能性もあるが、薄切行程による偽欠失、FISH プローブの標識幅による影響などのアーチファクトであることも想定される。我々は Hemi-D パターンを示す細胞の出現割合が非常に高かった胸膜中皮腫 5 症例の各々組織標本、胸水の塗抹標本ならびにセルブロック標本、さらに 9p21 領域の標識幅が異なる 5 種類のプローブによる Hemi-D 割合の差異を比較検証し、各材料ならびにプローブ種類における長所・短所について一定の見解を得たため報告する。加えて MTAP 免疫染色との相関ならびにこれらの結果より見えてきた MTAP 判定時の注意すべきポイントについても報告する。

## ◇ワークショップ 12

## 体腔液細胞診標本作製の標準化

WS12-1 当院における作製技術標準化を目指す  
取り組み

山口県立総合医療センター中央検査部<sup>1)</sup>, 山口県立総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○山本千奈美(CT)<sup>1)</sup>, 渋谷秀美(CT)<sup>1)</sup>,  
安永佳麻里(CT)<sup>1)</sup>, 藤井将希(CT)<sup>1)</sup>, 出尾優佳(CT)<sup>1)</sup>,  
水間俊一(CT)<sup>1)</sup>, 山本彩佳(CT)<sup>1)</sup>, 竹光千紘(CT)<sup>1)</sup>,  
山本紗弥(CT)<sup>1)</sup>, 田中慎介(MD)<sup>2)</sup>

正確な細胞診断には適切な標本作製することが基本であり、的確な精度管理を行う上でも標準化は理想的であるが、体腔液細胞診の標本作製方法や技術的工夫は施設間で多様である。また、標本作製に影響を与える因子としては、検体の性状（血液の混入、粘性、沈渣量など）、標本作製方法、作製者の力量などがあげられる。当院では2014年より子宮頸部細胞診にBD シュアパス法による液状化処理検体細胞診（以下LBC法）を導入したことを契機として、非婦人科領域についてもLBC法を導入した。LBC法は、染色時の細胞剥離が少なく出現細胞数が多いことや、標本作製において個人差が少なく標準化が可能である一方、細胞観察の面では重積性や立体感が強調され、個々の細胞所見が観察しづらい場合があることから、現在、体腔液検体については従来法（引きガラス法）とLBC法を併用し標本作製を実施している。また、免疫組織化学染色や遺伝子検査への応用を見据えて、沈渣量が確保できる検体に関しては積極的にセルブロックの作製を実施している。従来法の標本作製は、LBC法と比較すると作製者の力量差が出やすいことが課題であり、検体の性状や沈渣量に応じた標本の作製技術を習得することが求められる。標準化を進めるに当たっては、まずは施設の中での標準化が重要と考える。今回は、当院で行っている標本作製方法を紹介するとともに、セルブロックの運用や内訳、標本作製技術の力量評価についても報告する。

WS12-2 広島市民病院における体腔液細胞診の  
現状と課題

独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○宮田直樹(CT)<sup>1)</sup>, 戸井紳二(CT)<sup>1)</sup>, 前田 茜(CT)<sup>1)</sup>,  
坂本美弥(CT)<sup>1)</sup>, 喜田真理子(CT)<sup>1)</sup>, 高木伸治(CT)<sup>1)</sup>,  
市村浩一(MD)<sup>2)</sup>, 山崎理恵(MD)<sup>2)</sup>, 谷口恒平(MD)<sup>2)</sup>

当院での標本作製の現状と自施設なりの工夫点、課題などを報告する。・当院の現状：当院の病理検査技師は12名で、そのうち細胞検査士は6名。2021年の細胞検体は10899件、陽性例は1964件。体腔液細胞診は542件で、陽性は149件。・体腔液細胞診の現状と工夫点：体腔液細胞診の標本作製は主に、遠心による集細胞後、引きガラス法（従来法）にて、パパニコロウ染色とギムザ染色を行う。粘性の強い検体などは、すり合わせ法で標本作製し、血性検体は0.9%塩化アンモニウム溶液を用いて溶血処理を行う。残検体は、CytoRichRed(BD社)を用いて室温で1週間保存している。検鏡を行い、判定に苦慮する症例、特に、中皮腫と腺癌との鑑別が困難な症例やリンパ腫が疑われる症例の場合には、残検体からLBC標本(SurePath法)を作製し、免疫染色や特殊染色を実施している。保険適用となっているFFPEセルブロックは臨床の要望に応じて作製しており、細胞診用に加えて別途、セルブロック作製用の体腔液検体を臨床側で用意してもらうことで、細胞量の確保をしている。提出された細胞診検体量が多い場合は適宜、セルブロックを作製し、細胞量が少量の場合は、LBC法を用いることで、追加の免疫染色などを実施しやすく、日常診断の精度向上に繋がっている。・課題点：溶血処理による細胞のダメージなどが課題として挙げられた。また、細胞診検体を用いた免疫染色の不安定性も問題点である。がんゲノム診療における細胞検体の取り扱い指針にあるような検体取り扱いは、LBC法や保存液を用いることで、指針に概ね沿った運用が可能であると考えられた。

### WS12-3 当院における体腔液細胞診断 — 作製法の現状と将来展望 —

秋田大学医学部附属病院病理診断科・病理部

○伊藤 智(CT), 成田かすみ(CT), 三浦文仁(CT),  
三浦桃子(CT), 廣嶋優子(MD), 吉田 誠(MD),  
南條 博(MD)

【はじめに】体腔液細胞診は中皮細胞の反応性病変や腫瘍、体腔内臓器や遠隔臓器由来の腫瘍細胞の出現など、病変が多彩であり、良悪性の鑑別とともに、臓器由来の特定に苦慮する症例を経験する。標本作製に関しては、設備、検体の提出方法などに応じた様々な方法が存在し、また、添加抗凝固剤の種類や遠心沈渣の回転数など、標準化が可能な項目も存在する。

【当院の作製法】ヘパリン添加液状検体を 3000r. p. m. 5 分遠心沈渣を引きガラス法で塗抹、Papanicolaou 染色標本 2 枚、Diff quik 染色標本を 2 枚作製している。

【免疫細胞化学への対応】必要に応じて細胞転写標本作製、沈渣を CytoLit 液で固定し沈降法による LBC 標本作製。また、アルギン酸法でセルブロックを作製。

【当院の細胞診成績】過去 10 年間の体腔液細胞診件数は 3646 件、そのうち術中迅速細胞診検体は 394 件で、細胞診成績は正常ないし反応性病変が 2923 件(80.2%)、悪性が 607 件(16.6%)、悪性疑いが 89 件(2.5%)、良悪性の鑑別困難が 27 件(0.7%)であった。検体不適はなかった。通常標本に加え作製したセルブロック件数は 148 件、LBC 標本件数は 3 件で、そのうち 70 件は臨床医から事前に作製依頼があり、必要に応じて免疫細胞化学を施行した。

【将来展望】体腔液細胞診作製法の標準化は判定基準の統一化の一助となり、各施設の方法を出し合い、最良の方法を模索する必要がある。がん遺伝子パネル検査などを目的としたセルブロックや LBC 標本の作製では、DNA と RNA の良好な保存のためにも固定液の選択に注意を要する。がんゲノム医療に対応すべく、セルブロック作製の標準化を優先的に進める必要がある。

### WS12-4 体腔液検体処理の標準化を目指して — 当院での実施状況と問題点 —

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<sup>1)</sup>、川崎市立川崎病院<sup>2)</sup>

○鶴岡慎悟(CT)<sup>1)</sup>, 河村憲一(CT)<sup>1)</sup>, 松井宏江(CT)<sup>1)</sup>,  
三瓶祐也(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木 隆(CT)<sup>1)</sup>, 赤羽佑介(CT)<sup>1)</sup>,  
藤田真里奈(CT)<sup>1)</sup>, 谷口早絵(CT)<sup>2)</sup>, 宮下卓矢(CT)<sup>2)</sup>,  
川村樹璃(CT)<sup>2)</sup>, 清水 健(MD)<sup>1)</sup>

体腔液細胞診の目的は良悪の判定、原発巣の推定であるが、セルブロックを用いた遺伝子変異解析などにも応用可能な検査である。当院ではこれらの状況に対応するため、出来るだけ多量の検体提出をお願いしている。当院における体腔液標本作製は細胞診標本作製マニュアル(体腔液)第一版(細胞検査士会発行, 2008 年 8 月)に準拠して行っている。提出された検体は、性状や細胞沈渣量で標本作製方法を変えている。引きガラス法を基本とし、粘稠性の高い検体はすり合わせ法、細胞沈渣の少ない検体ではオートスメア法を用いている。標本はパパニコロウ染色を 3 枚、May-Grunwald-Giemsa (以下 M-G) 染色、PAS 反応、Alcian blue 染色を各 1 枚作製している。細胞沈渣が少ない場合には、臨床情報を参考にして作製する染色標本の優先順位を決定している。体腔液におけるセルブロック法では、遠心分離細胞収集法を原理とした綿棒輸送用のチューブとサンプルチップを用いて作製し、残余沈渣がある場合には全例で作製している。前掲のマニュアルに準拠した実施に加えて、当院では臨床的に悪性が疑われる場合には、標本作製時に迅速 M-G 染色を施行している。凍結保存の必要性や特殊染色、免疫染色の方向性をあらかじめ予測するなど必要な措置の決定に役立っている。作製される標本の精度には経験によるバラつきがみられることがあり、まず技術の標準化が早急の課題であり、解決策を提示したい。また、加えて日常業務における迅速 M-G 染色の有用性や有効例の提示を行い、LBC 標本の細胞像についても言及する。



## ◇特別企画 I

## 細胞診ガイドライン 2021 改訂の要点

## SP1-1 細胞診ガイドライン (呼吸器)

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター病理診断科<sup>1</sup>, 熊本大学病院医療技術部病理技術部門<sup>2</sup>, 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野<sup>3</sup>, 香川大学医学部附属病院病理部<sup>4</sup>, みやぎ県南中核病院呼吸器外科<sup>5</sup>, 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院病理診断科/臨床検査科<sup>6</sup>, 杏林大学医学部外科学教室 (呼吸器・甲状腺外科)<sup>7</sup>, 獨協医科大学病理診断学<sup>8</sup>, 三井記念病院呼吸器外科<sup>9</sup>, 東京医科大学人体病理学講座<sup>10</sup>, 東京医科大学病院病理診断科<sup>11</sup>, 国立大学法人筑波大学附属病院病理部<sup>12</sup>, 独立行政法人国立病院機構東京病院<sup>13</sup>, 北里大学呼吸器外科<sup>14</sup>

○南 優子(MD)<sup>1</sup>, 柿沼廣邦(CT)<sup>2</sup>, 垣花昌俊(MD)<sup>3</sup>, 清永加菜(CT)<sup>4</sup>, 桜田 晃(MD)<sup>5</sup>, 澁木康雄(CT)<sup>6</sup>, 田中良太(MD)<sup>7</sup>, 中里宜正(MD)<sup>8</sup>, 前田純一(MD)<sup>9</sup>, 松林 純(MD)<sup>10</sup>, 三宅真司(CT)<sup>11</sup>, 村田佳彦(CT)<sup>12</sup>, 我妻美由紀(CT)<sup>13</sup>, 大平達夫(MD)<sup>3</sup>, 佐藤之俊(MD)<sup>14</sup>

呼吸器, 胸腺の細胞診ガイドライン 4 は川本雅司委員長のもと, 18 人で分担作成し, 2015 年に第 1 版が発刊された。今回, 改訂版の発刊のため 2021 年から, 佐藤之俊委員長のもと, 14 人で分担し作成した。呼吸器, 胸腺の分野では 2021 年に WHO classification of Tumours, 5th edition, Thoracic Tumours (以下 WHO 5 版胸部腫瘍) が発刊されたため, これに準拠し以下のようなコンセプトで改訂を行なった。1. メジャー改訂項目 - 肺腫瘍の組織型分類に WHO 5 版胸部腫瘍分類表を追加 - 免疫細胞化学, 遺伝子検査の項目をアップデート - 新たな腫瘍の細胞診の画像, 解説を追加 2. マイナー改訂項目 - 全編を通して組織型の名称を更新総論部分では, 免疫細胞化学および遺伝子検査に関して, 記載方法の変更と最新知見へアップデートを行なった。各論部分では, WHO 5 版胸部腫瘍に準拠し日本肺癌学会が示している日本語訳の組織分類に沿って組織名を変更した。また, 英語表記, 日本語訳の一覧表も本改訂版に加え, 転移性および原発性肺腫瘍の鑑別マーカーを更新した。特に, カルチノイド腫瘍は日本語訳の表記が定型カルチノイド, 異型カルチノイドとなり, さらに消化管などの神経内分泌腫瘍分類で用いられている Neuroendocrine tumor: NET の分類も参考として加え, 定義や新たな神経内分泌マーカーなども加えた。また, 今まで記載していなかった NUT Carcinoma: NUT 癌と WHO 5 版胸部腫瘍で新たに加わった Thoracic SMARCA4-deficient undifferentiated tumor: 胸部 SMARCA4 欠損未分化腫瘍の細胞学的解説と画像を加えた。本発表ではこれら改訂項目を解説する。

## SP1-2 細胞診ガイドライン 2021 改訂 (体腔液)

兵庫医科大学医学部病理学・分子病理部門<sup>1</sup>, 千葉大学大学院医学研究院遺伝子生化学<sup>2</sup>, 福岡徳洲会病院病理診断センター/九州沖縄病理診断研究センター<sup>3</sup>, 神戸大学医学部地域連携病理学<sup>4</sup>, 福岡大学医学部病理学講座・病理部/病理診断科<sup>5</sup>, 徳島赤十字病院病理診断科<sup>6</sup>, 近畿中央呼吸器センター臨床検査部<sup>7</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>8</sup>, 北海道医療大学医療技術学部<sup>9</sup>, JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科<sup>10</sup>, 兵庫医科大学病院病理部<sup>11</sup>, 公立昭和病院臨床検査科<sup>12</sup>

○辻村 亨(MD)<sup>1</sup>, 廣島健三(MD)<sup>2</sup>, 鍋島一樹(MD)<sup>3</sup>, 河原邦光(MD)<sup>4</sup>, 濱崎 慎(MD)<sup>5</sup>, 笠井孝彦(MD)<sup>6</sup>, 清水重喜(MD)<sup>7</sup>, 武田麻衣子(MD)<sup>8</sup>, 丸川活司(CT)<sup>9</sup>, 鶴岡慎悟(CT)<sup>10</sup>, 中村純子(CT)<sup>11</sup>, 濱川真治(CT)<sup>12</sup>

体腔液細胞診の領域で大きく変化/進歩したのは, セルブロック法の活用, 国際細胞診報告様式の提案, Thoracic Tumours WHO 分類の改訂に伴う中皮腫瘍における名称や分類の変更および補助的検査法の開発である。セルブロック法は, 令和 2 年度診療報酬改定により, 悪性中皮腫を疑う患者又は病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍を疑う患者に加えて, 胃癌, 大腸癌, 卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対しても保険適応されるようになった。近年, 子宮頸部細胞診, 甲状腺穿刺細胞診, 唾液腺腫瘍細胞診, 尿細胞診, 乳腺穿刺細胞診などで国際細胞診報告様式が提唱されているが, 体腔液においても他臓器と同様に 5 分類 (判定困難, 陰性, 意義不明な異型性, 悪性の疑い, 悪性) の国際細胞診報告様式が提案された (The International System for Serous Fluid Cytopathology, 2020)。Thoracic Tumours WHO 分類 第 5 版 (2021) では, 中皮腫を浸潤性病変と捉える一方で, 良性及び前浸潤性中皮腫瘍のカテゴリーが作成された。このカテゴリーには, アデノマトイド腫瘍, 高分化乳頭状中皮腫瘍, 新たな疾患概念として加えられた前浸潤性中皮腫/mesothelioma *in situ* が含まれる。悪性中皮腫は, 悪性 malignant を冠さずに中皮腫へと名称が変更された。中皮腫と反応性中皮増殖の鑑別では, 中皮腫の遺伝子異常に着目し, FISH による *CDKN2A/p16* 遺伝子のホモ接合性欠失の検出, 免疫染色による BAP1 蛋白の発現消失及び MTAP 蛋白の発現消失の検出が役立つ。BAP1 免疫染色及び *CDKN2A/p16* FISH はスマア標本にもセルブロックにも応用可能であるが, MTAP 免疫染色はセルブロックのみに応用可能であるので注意が必要がある。



### SP1-3 細胞診ガイドライン（唾液腺）改訂の要点

東京医科大学人体病理学分野<sup>1)</sup>, 藤田医科大学ばんたね病院病理診断科<sup>2)</sup>, 成田富里徳洲会病院病理診断科<sup>3)</sup>, 久留米大学病院病理部<sup>4)</sup>, 大分大学医学部診断病理学講座<sup>5)</sup>, 名古屋大学病院病理部<sup>6)</sup>, 東京医科大学病院病理診断科<sup>7)</sup>, 九州大学病院病理診断科<sup>8)</sup>

○長尾俊孝(MD)<sup>1)</sup>, 浦野 誠(MD)<sup>2)</sup>, 加藤 拓(CT)<sup>3)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>4)</sup>, 駄阿 勉(MD)<sup>5)</sup>, 谷川真希(DDS)<sup>1)</sup>, 中黒匡人(MD)<sup>6)</sup>, 三宅真司(CT)<sup>7)</sup>, 山元英崇(MD)<sup>8)</sup>

「細胞診ガイドライン」全 5 巻は 2015 年に発刊され, 唾液腺はその第 5 巻「消化器」に収載されている。唾液腺の章は「総論」と「各論」からなり, 「総論」では, 検体採取法・検体処理法, 染色法, 病理組織学的分類, 基本的なアプローチの仕方, 報告様式などが詳述されている。「各論」では, 代表的な唾液腺の炎症性疾患と腫瘍性病変について, 細胞像・組織像写真とともに, その臨床像, 病理組織像, 細胞像, 細胞診の判定区分, および鑑別診断・ピットフォールが記載されている。しかしながら, 発刊から現在までの 7 年間には, WHO 分類の 2 度の改訂 (2017 年と 2022 年), 国際的細胞診報告様式 (ミラノシステム) の提唱 (2018 年), 新たな免疫染色マーカーの開発, 数々の腫瘍特異的な遺伝子異常の発見など, 唾液腺の細胞診や病理診断を取り巻く知見には著しい変化があり, 「細胞診ガイドライン」もそれらに合わせた改訂の必要性が生じてきた。そこで今回, 新たに選任した 9 名の小委員会メンバーにより下記の項目についての改訂作業を行った。まず, 「唾液腺腫瘍の組織型分類」を 2022 年 WHO 分類に差し替え, 全編を通じてそれに準拠した組織型の名称に更新した。また, 「総論」では「免疫細胞化学」を充実させ, 「報告様式」にミラノシステムの解説を加えた。その他, 「総論」の「検体採取法・検体処理法」に LBC 法やセルブロック, 「各論」の各疾患にミラノシステム診断区分を追記した。また, 各疾患では最新の免疫染色マーカーや遺伝子異常にも言及した。なお, 図譜の変更は行わなかった。

今回の「細胞診ガイドライン」改訂版を唾液腺領域の細胞診業務を行う際の最新の指針として活用していただけると幸甚である。

### ◇特別企画 2

基礎から学ぶ! 細胞像の解釈に必要な病理組織所見  
SP2-1 正常尿路上皮及び尿路上皮癌の基本的形態  
所見—尿細胞診の基本所見を踏まえて—

愛知医科大学医学部病理診断学講座

○都築豊徳(MD)

尿細胞診の診断は難しいとの意見は少なくない。その理由の一つとして, 正常細胞成分との比較が難しいことも診断が困難な理由として挙げられると考える。病理診断において, 病変部と正常組織との比較は腫瘍診断の基本である。細胞診でもこの概念は有効である。しかしながら, 細胞診では正常細胞成分を比較対象として, 診断アルゴリズムが形成されている分野はほとんどない。本講演では基本的な尿路上皮の病理所見を提示し, 尿細胞診を診断する際の着目点を示す。併せて, 尿路上皮癌の基本的病理所見を示し, 尿細胞診の運用の方法を提示する。

## SP2-2 甲状腺乳頭癌の Cytologic-Histologic Correlation (細胞組織相関)

伊藤病院病理診断科

○加藤良平(MD)

甲状腺原発悪性腫瘍の中で最も頻度が高い乳頭癌の組織・細胞診断は、腫瘍細胞の核所見(核の溝、核内細胞質封入体、スリガラス状核)によって規定されている。そのため、甲状腺では術前の穿刺吸引細胞診が最も有効な診断法として認識されている。しかしながら、細胞診標本に見る乳頭癌細胞の核所見と組織標本上での乳頭癌細胞の核所見の違いについての検討は乏しい。そこで、本発表では乳頭癌細胞の核所見における組織・細胞相関(Histologic and Cytologic Correlation)について述べていくことにする。

＜組織切片と細胞診標本での乳頭癌細胞核＞

### 1. 2次元像(組織)と3次元像(細胞診)の違い

細胞診断は核全体構造を観察できるが、組織標本は核の切断面を観察する。乳頭癌の核所見を核膜蛋白抗体(Emerin, LAP2など)を用いて、細胞標本と組織切片で観察すると、細胞診標本の核所見は3次元的で組織標本では2次元的事であることがわかる。

2. Serial block-face scanning electron microscopy (SBF-SEM)を用いて乳頭癌細胞核の3次元構造を観察。乳頭癌の核は“梅干し”に類似している。

### 3. 細胞診標本と組織標本における人工的変化の違い

固定、脱水操作の違いが細胞診標本と組織標本での核所見に反映される。具体的には、組織標本では細胞診標本よりも核縁不整などの所見が強調される。すりガラス状変化は、細胞診標本では認識することが難しいが、組織標本では容易に観察できる。

甲状腺は細胞診では、組織・細胞相関(HCC: Histologic and Cytologic Correlation)について、いくつかの新しい技術を取り入れながら観察することが可能となってきた。

## SP2-3 婦人科腫瘍の組織像から考える細胞診判定のルールとルール

熊本大学病院病理診断科

○三上芳喜(MD)

婦人科領域の細胞診は特有の疾患概念や組織学的診断基準があり、子宮頸部細胞診ではベセスダシステム(TBS)がリスク評価という側面を有し、患者管理の指針と組み合わせられて運用されるなど、他の臓器の細胞診とは趣が大きく異なる。子宮頸部扁平上皮内病変 squamous intraepithelial lesion (SIL)の判定の中心となるのはコイロサイトーシスと傍基底型の異型細胞の有無である。前者はHPVによる細胞傷害効果の結果として重層扁平上皮の中層および表層細胞に生じる変化で、剥離細胞の観察に基づく細胞診では認識可能だが、基底側の腫瘍性の異型、すなわち傍基底型の異型細胞は必ずしも検出することができない。すなわち、軽度SIL(LSIL)と判定した場合は一定の割合で高度SIL(HSIL)が潜んでいることを想定する必要がある。頸部腺癌および上皮内腺癌は近年HPV関連、HPV非依存性の2つに大別されるようになったが、前者の特徴として異型円柱細胞の基底側の反対側、すなわち表面側に存在する核分裂(いわゆるfloating mitosis)が知られている。子宮内膜異型増殖症は従来高度の細胞異型によって定義づけられていたが、類内膜上皮内腫瘍(EIN)の診断基準が採用され、背景内膜の内膜腺上皮との細胞像の違い(cytological demarcation)が重視されるようになった。その一方、類内膜癌は粘液性分化を示す場合には細胞異型が軽微であることが多く、構築を重視する必要がある。卵巣腫瘍は組織型により特徴的な細胞像が知られているが、上皮性腫瘍の術中細胞診では『悪性』と『境界悪性』の区別が必ずしも容易でないため、腫瘍細胞が認められた場合には単に『陽性(positive)』として報告することが適当である場合が少なくない。

## ◇特別企画 3

乳腺報告様式 IAC Yokohama System の導入：展望と課題

SP3 乳腺報告様式 IAC Yokohama System の導入：展望と課題

川崎医科大学病理学教室<sup>1)</sup>, 日本臨床細胞学会 IAC Yokohama System 乳腺細胞診ワーキンググループ<sup>2)</sup>

○森谷卓也(MD)<sup>1,2)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2)</sup>,  
西村理恵子(MD)<sup>2)</sup>, 阿部英二(CT)<sup>2)</sup>, 大井恭代(MD)<sup>2)</sup>,  
小塚祐司(MD)<sup>2)</sup>, 坂谷貴司(MD)<sup>2)</sup>, 津田 均(MD)<sup>2)</sup>,  
増田しのぶ(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤 仁(CT)<sup>2)</sup>, 土屋眞一(MD)<sup>2)</sup>,  
長村義之(MD)<sup>2)</sup>

IAC Yokohama System は新たに提唱された国際的な乳腺細胞診の報告様式である。本報告様式は, preanalytical な問題改善のための ROSE (rapid on-site evaluation) 導入, 判定に際しての triple test (臨床像, 画像診断との対比) の推奨, 各判定 category における ROM (risk of malignancy) の算出, category 毎に推奨される management の設定など, 新しい考え方が多く含まれている。本学会では 2020 に本報告様式の導入に向けたワーキンググループが立ち上がり, その有用性や課題についての検討が開始された。9 施設において, 2010 年から 2015 年の間に穿刺吸引細胞診が施行された 1,722 例 (1,727 病変) について, 乳癌取扱い規約の報告様式を Yokohama System に置き換えた際にどのような変化が生じるか, 検討を行った。良性と悪性の category については差がないが, 検体不適正と insufficient/inadequate, “atypical” と規約の“鑑別困難”, “suspicious of malignancy” と規約の“悪性の疑い” は両報告様式の考え方, 判定の仕方にそれぞれ特徴があることが判明した。各施設で再度 Yokohama System に則った判定を再度試みるとともに, 具体的な細胞像を供覧して検討を行う予定にしておき, それらをふまえた新システムの特徴を報告し, 今後の展望について述べる。

## ◇スライドカンファレンス 1

口腔細胞診バーチャルスライドカンファレンス  
SC1-1 口腔細胞診ガイドラインの概要と意義

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>1)</sup>,  
朝日大学大学院歯学研究科口腔病理学専攻<sup>2)</sup>

○落合隆永(DDS)<sup>1)</sup>, 中尾寿奈(DDS)<sup>1)</sup>,  
松岡太相(DDS)<sup>2)</sup>, 宮本侑果(DDS)<sup>2)</sup>,  
江原道子(DDS)<sup>1)</sup>, 永山元彦(DDS)<sup>1)</sup>

口腔細胞診は, 細胞診ガイドラインや口腔癌取り扱い規約により NILM, OLSIL, OHSIL, SCC および IFN と判定することが勧められている。これらの判定に至る手順は, まず Papanicolaou 染色標本で適正または不適正の評価を行う。適正と評価した標本を低倍率で背景所見を観察し, 採取された細胞のオレンジ G 好染表層角化細胞とライトグリーン好染上皮細胞および深層型上皮細胞の量的比率を確認する。深層型上皮細胞が存在した場合はこれら細胞の異型性などの所見を, 存在しない場合は表層の角化細胞およびライトグリーン好染上皮細胞を評価する。細胞の評価には, 各種細胞の出現量, 核形不整, クロマチン量および多様性を観察する。最後に再度全体の観察を行い再検討後にフローチャートに則して判定を行う。しかし, NILM に該当する炎症性疾患でも深層型上皮細胞での異型が強く SCC と鑑別を要する症例や, 表層細胞で NILM と OLSIL や OHSIL の判定に苦慮する症例および SCC でも分化度の違いや疣贅状扁平上皮癌に代表される分化度の高い SCC など組織型により細胞像に違いが生じる場合が多い。これらの判定を困難にする要素は, 口腔特有の組織構造および病態により様々であり, 口腔細胞診を難しいものとしている。そこで, 本スライドカンファレンスは, 典型像や細胞判定に苦慮する症例およびビットフォールなど演者から実例のスライド標本を提示しながら判定や診断について議論し, より口腔細胞診の理解を深めると共に問題点などについても参加者と共有することを目的としている。ここでは, 口腔細胞診ガイドラインについての概論と口腔細胞診の細胞観察点や判定についての基本的事項の意義について概説する。

### SC1-2 舌擦過で O-LSIL とし、腫瘍性病変が疑われた一例

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

○佐野亜由美 (CT)<sup>1)</sup>, 佐藤采郁 (CT)<sup>1)</sup>, 木佐貫篤 (MD)<sup>2)</sup>

【年齢・性別】60歳台 男性

【検体】右舌縁擦過

【臨床診断】白板症の疑い

【臨床所見】右舌縁に疼痛が出現。白い斑点に気づき受診。直径 30×10 mm の境界明瞭な白斑がみられた。中心部には 5×5 mm の濃い白斑があり、硬結はない。接触痛あり。

【細胞像】背景に少数の赤血球、白血球、細菌がみられる。深層型異型扁平上皮細胞はみられない。オレンジ G 好性の表層型扁平上皮細胞に細胞質の輝度の増加、一部に肥厚がみられる。核腫大、核の大小不同、核形不整、核クロマチンの軽度増加がみられる。

【問題点】腫瘍性病変で出現する表層型異型扁平上皮細胞と、炎症などで出現する反応性の表層型扁平上皮細胞について、鑑別することは可能か。判定や所見の記載はどのようにするか。

【当施設の結果】Tongue, right side: Suspicious (Adequate, O-LSIL) 腫瘍性病変の可能性のある O-LSIL 相当の細胞がみられる。生検推奨。

【当施設の考え方】当院では細胞に軽度の異型があっても反応性変化と考えられる際は O-NILM とし、所見欄に厳重な経過観察、必要時は生検することを記載している。異型は弱い腫瘍性病変の可能性が疑われ生検が推奨される場合、腫瘍性病変か反応性病変か鑑別が困難である場合に O-LSIL と判定をしている。本症例は腫瘍性病変を疑う細胞像と考え、O-LSIL とした。反応性変化を疑う症例と細胞像を比較し、提示したい。

### SC1-3 口腔細胞診バーチャルスライドカンファレンス—判定困難な扁平上皮癌の細胞像—

大阪警察病院病理技術科

○金田敦代 (CT)

【症例】80歳台 男性、擦過部位：右犬歯部歯肉の腫瘍、肉眼像：表面粘膜は粗造で白斑が点在している外向性腫瘍 硬結あり、易出血性、採取器具：歯間ブラシ、標本作製法：LBC 法 (ThinPrep)

【細胞所見】角化細胞が多数採取されており、ライトグリーン好染性の表層型細胞や深層型細胞が混在している。表層型細胞の細胞質は虫食い状やレース状で核腫大が見られるが、クロマチンの増量に乏しい。深層型細胞は、クロマチンの増量に乏しく核異型も弱い。軽度の核異型を示す輝度が高い角化細胞や角質球様の角化細胞集塊が少数見られた。

【当院での結果】細胞診結果：OHSIL 角質球様の角化細胞集塊が少数採取されており、癌の可能性を考えたが細胞所見に乏しく OLSIL<OHSIL と判定した。

組織診断：Squamous cell carcinoma, Grade 1

【問題点 (疑問点)】1, 細胞質がレース状や虫食い状の核腫大した表層型細胞の評価 (NILM or OLSIL) 2, 深層型細胞の評価 3, 輝度が高く角質球様の角化細胞集塊の評価 4, 総合的に SCC と判定できるのか？



### SC1-4 口腔細胞診パッチャルスライドカンファレンス—乳頭状病変における細胞診—

富士市立中央病院診療技術部臨床検査科

○内野有子(CT)

#### 【症例】

70 代, 女性

肉眼像: 左側舌側縁部に 24×20 mm 大の広基性でカリフラワー状の腫瘤を認め, 周囲に 1 mm の厚みの白色病変および硬結を認めた.

擦過部位: 左側舌側縁部の腫瘤

採取器具: 歯間ブラシ

標本作製法: 従来法および LBC 法 (BD シュアパス™)

#### 【細胞像所見】

光輝性亢進のみられる OG 好性角化細胞が多数出現しており, 核の大小不同, 核形不整, クロマチン増量を認めた.

核形不整やクロマチン増量のみられる LG 好性表層細胞も散見したが, 深層型異型細胞は認めなかった.

#### 【当院での結果】

細胞判定: OLSIL

生検組織診断: Squamous cell papilloma

悪性を否定できないため他院へコンサルテーションとなり, 高分化 Squamous cell carcinoma の診断であった.

#### 【問題点 (疑問点)】

1. 細胞診と組織診の結果に乖離が生じた症例であり, 適切な組織採取と臨床所見の把握, および口腔外科医と病理検査室との協力が必要であったと考える.
2. OLSIL との細胞判定は妥当であったか.
3. 光輝性のある角化異型細胞のみで SCC と診断することは可能であったか.
4. 乳頭状病変に対しての細胞診の有用性, 細胞診を実施する場合の細胞採取箇所や採取方法

### SC1-5 扁平上皮癌病変から採取された多彩な細胞像の意味

東北大学病院病理部

○今野かおり(CT), 鈴木 貴(PhD), 藤島史喜(MD), 佐藤聡子(MD), 渡邊裕文(MD), 三浦弘守(CT), 安達友津(CT), 小泉照樹(CT), 菅原隆謙(CT), 吉田詩織(CT), 相澤里奈(CT), ハッ橋海里(CT)

【臨床像】70 代男性. 来院 3ヶ月前から右下内側歯肉に違和感を感じていたが, 1ヶ月程度様子を見ていた. その後かかりつけの開業医を受診し, 軟膏や含嗽剤を処方されていたが治癒しないため, 精査を勧められ当院紹介となった. 初回来院時に擦過細胞診, PET, MRI, 採血などを施行. 血液検査の腫瘍マーカーで SCC は上限だが正常範囲内, IL-2R が軽度上昇しており, MRI や PET では骨浸潤を伴う悪性腫瘍が疑われた. 細胞診では扁平上皮癌を推定し, 約 1ヶ月半後に手術となり, 組織診断でも高分化型の扁平上皮癌と判断された. 当院では細胞検査士が検体採取に外来へ出張して検体処理をしている. 初回での検査の為, 他の情報が殆どなかったが肉眼的にも乳頭状腫瘤や一部潰瘍様に見える部位があり, 細胞量も豊富で SCC との断定ができた.

【細胞像所見】多彩な細胞が出現しており, 明らかに深層型の異型細胞であろうと思われる細胞と共に細胞質が広く淡い核クロマチンを有するものや, 光輝性の肥厚した細胞質と bizarre な核所見を有する角化型異型扁平上皮細胞, 変性細胞と思われる核濃縮した球状の小型角化細胞もみられた.

【問題点】口腔細胞診では病変部を擦過してきても, 癌細胞だけが採取されてくるわけではない. 標本上に出血や線維性結合織の集簇が見られることから, 異型細胞と同時に再生性の良性異型細胞や潰瘍周囲の変性濃縮細胞が採取されてもおかしくないと考え. 目の前の細胞が, 具体的に何処に由来する細胞なのかを知ることは困難だが, 幾つか細胞像を挙げつつ, どの様に読み解くか皆様でディスカッション出来ればと思う.



## ◇スライドカンファレンス 2

唾液腺細胞診：リアルタイム同時投票形式

## SC2-1 唾液腺細胞診スライドカンファレンス：

## 症例 1-3

福井大学医学部腫瘍病理学<sup>1)</sup>, 福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部<sup>2)</sup>, 国立病院機構敦賀医療センター研究検査科<sup>3)</sup>

○福島万奈(MD)<sup>1)</sup>, 鎌田公美子(CT)<sup>2)</sup>, 松川遥佳(CT)<sup>2)</sup>, 古市和美(CT)<sup>2)</sup>, 森 正樹(CT)<sup>2)</sup>, 北山安博(CT)<sup>2)</sup>, 田辺経子(MT)<sup>2)</sup>, 前川秀樹(MT)<sup>2)</sup>, 米元菜採(MD)<sup>1,2)</sup>, 村元暁文(MD)<sup>1,2)</sup>, 八田聡美(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤知美(MD)<sup>2,3)</sup>, 山口愛奈(MD)<sup>2)</sup>, 樋口翔平(MD)<sup>2)</sup>, 今村好章(MD)<sup>2)</sup>

ミラノシステムは国際的な唾液腺細胞診報告様式で、不適正、非腫瘍性、意義不明な異型 AUS、腫瘍性（良性腫瘍および良悪不明な唾液腺腫瘍 SUMP）、悪性の疑い、悪性の6つの診断区分で構成される。唾液腺腫瘍は頻度が稀であるにも関わらず組織型が多く存在し、組織型推定が困難な場合があるが、ミラノシステムでは腫瘍・非腫瘍の鑑別に重点が置かれ、腫瘍・非腫瘍の鑑別困難例のための AUS、良悪性鑑別困難な腫瘍のための SUMP が設けられている点が特徴である。

【症例 1】40代、女性、右耳下腺。画像所見：超音波にて辺縁不整、内部低エコー～一部モザイク状の3cm大の腫瘍を認めた。MRI では T2 中等度信号を示し、一部 T1 高信号で造影されない領域を認めた。臨床情報：5年ほど前から耳の後ろの腫脹を自覚していた。増大傾向を認め、穿刺吸引細胞診が施行された。標本作製方法：LBC（簡便法）

【症例 2】60代、女性、左耳下腺。画像所見：超音波にて深葉から浅葉に及ぶ境界明瞭な3cm大の低エコー腫瘍を認めた。MRI では T1 低信号、T2 低信号、CT では造影され、内部に変性を認めなかった。臨床経過：5か月前に左耳下部の腫脹を自覚した。増大傾向のため穿刺吸引細胞診が施行された。標本作製方法：LBC（簡便法）

【症例 3】40代、男性、左耳下腺。画像所見：CT にて境界明瞭な2cm大の腫瘍を認め、早期濃染+wash out を示した。臨床経過：6年前には CT にて左耳下腺腫瘍を認めていた。偶然撮影した CT で再度耳下腺腫瘍を指摘され、精査のため穿刺吸引細胞診が施行された。標本作製方法：LBC（簡便法）

## SC2-2 唾液腺細胞診スライドカンファレンス：

## 症例 4-6

飯塚病院中央検査部<sup>1)</sup>, 飯塚病院病理科<sup>2)</sup>

○金谷直哉(CT)<sup>1)</sup>, 川嶋大輔(CT)<sup>1)</sup>, 吉田健登(CT)<sup>1)</sup>, 上原俊貴(CT)<sup>1)</sup>, 宮崎佳子(MD)<sup>2)</sup>, 立石悠基(MD)<sup>2)</sup>, 平木由佳(MD)<sup>2)</sup>, 大石善丈(MD)<sup>2)</sup>

【症例 4】50歳台男性、耳下腺。

画像所見：MRI で左耳下腺浅葉を主座とする35mm大の境界明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍内部は均一で、細胞密度の高い腫瘍が疑われた。また、内深頸領域に多数の腫大リンパ節を認めた。

臨床情報：喫煙歴なし。2週間ほど前より耳下部腫瘍を自覚。精査目的に穿刺吸引細胞診が施行された。

標本作製法：直接塗抹

【症例 5】70歳台女性、顎下腺。

画像所見：MRI で右顎下腺部に24mm大の充実性腫瘍を認めた。超音波では腫瘍の形状は不整で、顎下腺外部に突出する所見を認めた。

臨床情報：2-3年前より頸部に小豆大腫瘍を認め、経過観察中。1-2ヶ月前から徐々に増大傾向のため穿刺吸引細胞診が施行された。

標本作製法：直接塗抹

【症例 6】70歳台男性、舌下腺。

画像所見：MRI で左舌下腺部に40mm大の嚢胞性病変を認めた。超音波では腫瘍内部は不均一で、嚢胞域や小さなストロングエコーを認めた。また、腫瘍内部に豊富な血流シグナルを認めた。

臨床情報：自覚症状なし。肺腫瘍精査中、PET-CT にて左舌下腺領域に異常集積が偶発的に認められ、穿刺吸引細胞診が施行された。

標本作製方法：直接塗抹

### SC2-3 唾液腺細胞診スライドカンファレンス： 症例 7-9

京都大学医学部附属病院病理部病理診断科

○陣内慶大(CT), 南口早智子(MD), 平田勝啓(CT),  
羽賀博典(MD)

【症例 7】70 代女性, 耳下腺.

画像所見: MRI で最大径 47 mm 大の多房性腫瘍を認めた. 充実成分主体で, ごく一部嚢胞変性様の部分を認めた.

臨床情報: 数年前から右耳下に腫脹を認めた. 時々疼痛はあるようだが, 腫脹以外の自覚症状は特になし. 数年間で徐々に腫脹が目立つようになってきたことから穿刺吸引細胞診が施行された.

標本作製方法: 直接塗抹

【症例 8】60 代男性, 耳下腺.

画像所見: MRI で左耳下腺下極に 3 cm 大の腫瘍性病変を認めた. 腫瘍の頭側や尾側に充実部を認め, 腫瘍の外側主体には嚢胞性病変を伴っていた.

臨床情報: 10 年程前より左耳前部腫瘍を自覚. 精査目的で, 当院へ紹介受診された. 大きさの変化は僅かで, 疼痛はなし. 穿刺吸引細胞診が施行された.

標本作製方法: 直接塗抹, 針洗浄液 LBC

【症例 9】50 代男性, 耳下腺.

画像所見: MRI で右耳下腺に 30 mm 大の腫瘍を認めた. 被膜及び, 内部に不均一な造影効果を認めた.

臨床情報: 10 年前より右耳下前部のしこりを自覚. 前医を受診し FNA が施行され, 多形腺腫と診断された. 手術加療を勧められたことから, 当院へ紹介受診された. 当院 MRI では, 半年前の MRI 画像(前医)と比較すると, 腫瘍が倍に増大していたことから, 早急に手術が必要となり, 穿刺吸引細胞診が施行された.

標本作製方法: 直接塗抹, 針洗浄液 LBC

### SC2-4 唾液腺細胞診スライドカンファレンス： 症例 10-12

東北大学病院病理部<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学系研究科・医学部病理診断学<sup>2)</sup>

○安達友津(CT)<sup>1)</sup>, 三浦弘守(CT)<sup>1)</sup>, 今野かおり(CT)<sup>1)</sup>,  
小泉照樹(CT)<sup>1)</sup>, 菅原隆謙(CT)<sup>1)</sup>, 吉田詩織(CT)<sup>1)</sup>,  
相澤里奈(CT)<sup>1)</sup>, ハッ橋海里(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤聡子(MD)<sup>1)</sup>,  
藤島史喜(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木 貴(MD)<sup>1,2)</sup>

【症例 10】20 歳台, 男性, 右耳下腺. 画像所見: 超音波にて嚢胞部分と充実性部分を含む 3.5 cm 大の腫瘍を認めた. CT では右耳下腺に約 33 mm×27 mm の低吸収腫瘍を認める. 辺縁主体に SUVmax1.8 の淡い集積が認められ, 内部の集積は欠損している. 臨床情報: 5ヶ月ほど前より右耳下腺腫脹を自覚. 右耳下腺部に 3.5 cm 大の弾性硬, 可動性不良な腫瘍が認められ, 穿刺吸引細胞診が施行された. 漿液性液体が採取された. 標本作製方法: 直接塗抹標本および LBC

【症例 11】30 歳台, 女性, 左耳下腺. 画像所見: 超音波にて辺縁整, 内部ほぼ均一で, 血流の乏しい, 約 2 cm 大の腫瘍を認めた. MRI では辺縁やや凹凸不整で, 内部は T2 強調画像で高信号を主体に, 線状の低信号, 淡い低信号部分が見られた. T1 強調画像では全体的に低信号で, 小さな高信号部分が散見された. 臨床情報: 2 年ほど前より左耳下腺部に腫瘍を自覚していた. 徐々にサイズ増大し, 近医受診. 精査加療目的に当院紹介. 左耳下腺部に弾性硬の腫瘍触知し, 穿刺吸引細胞診が施行された.

標本作製方法: 直接塗抹標本および LBC

【症例 12】60 歳台, 男性, 左顎下腺. 画像所見: PETCT にて左顎下腺内の結節に SUVmax~8.6 の集積が認められた. MRI では左顎下腺中央部に長径 1.1 cm の異常信号領域 (T2 強調画像で軽度高信号, わずかな低信号線取りあり) が見られた. 臨床情報: 大腿部軟部腫瘍 (高分化型脂肪肉腫) の精査中に, PETCT で左顎下腺腫瘍を指摘された. 自覚症状はなし. 左顎下部に, 弾性軟, 可動性良好な約 1.5 cm 程度の腫瘍を触知し, 穿刺吸引細胞診が施行された. 標本作製方法: 直接塗抹標本および LBC

## ◇スライドセミナー

これから口腔細胞診を導入する施設のために  
一細胞採取法，標本作成法の基礎，そして細胞像の見方  
の基礎について—

SS-1 一般歯科医院における口腔細胞診と  
当院の取り組み

北海道口腔病理診断所

○北村哲也(DDS)

がん情報サービスの統計をみると，わが国の口腔・咽頭がん罹患患者数および死亡者数は増加の一途を辿っているが，これに対する有効な方策は未だ打ち出せていない。初期の口腔がんは高い生存率を期待できるが，進行すると急激に減ることから早期発見・早期治療が重要である。口腔は直視直達可能な臓器ゆえ擦過細胞診が有効であるが，口腔細胞診を日常の診療に取り入れている一般開業歯科医院は多いとはいえない。

口腔がんは希少がんの1つで，一般開業医が歯科医師人生で口腔がんの患者に出会うことはほんの数回といわれており，多くの歯科医師は口腔がんに疎い。がんを疑わせる患者が来院したときには，軟膏を塗布したり抗生剤を処方して経過観察を行う。病変が口腔がんであれば経過観察の間に病変は当然増大する。歯科医院で経過観察を行うのは他にがんを検査する方法がないことが挙げられ，口腔細胞診はこの社会的課題を解決できる一つの方法と考えられる。

歯科医院は，その名の通り虫歯を削り，入れ歯をいれるなど歯に関連する疾患を扱うことが多く，頬粘膜や舌などの軟組織については不慣れで，細胞診を知らない歯科医師も少なくない。つまり，歯科医院にとって細胞診は実は導入する余地が充分にあると考えられる。当院は，口腔病理診断専門の医療機関で，口腔の組織診と細胞診を行うと同時に，一般歯科医院で口腔細胞診を取り入れていただけるよう活動している。本セミナーでは歯科医師に細胞診を紹介する際の課題や訴求ポイント，報告書の書き方などについてご紹介する。

SS-2 当院における口腔細胞診の検体採取および  
標本作製方法について

国家公務員共済組合連合会東北公済病院検査科病理<sup>1)</sup>，  
国家公務員共済組合連合会東北公済病院歯科口腔外科<sup>2)</sup>，  
国家公務員共済組合連合会東北公済病院病理診断科<sup>3)</sup>

○長嶋真紀(CT)<sup>1)</sup>，高橋良輔(CT)<sup>1)</sup>，岡本 聡(CT)<sup>1)</sup>，  
熊谷正浩(MD)<sup>2)</sup>，渡邊みか(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】当院では口腔擦過細胞診施行の依頼を受けた際，外来に細胞検査士が直接出向き検体採取の補助と標本作製を行っている。ここでは当院における口腔細胞診の行程について発表する。

【検体採取および標本作製法】細胞採取に必要な器具(固定液，スライドガラス，サイトリッチレッド固定液入り試験管)を持参し口腔外科外来へ出向く。事前に撮影した病変部の写真を臨床医と一緒に観察し，擦過部位の確認を行った上で検体採取を開始してもらう。病変部からの擦過は2回行う。1回目に臨床医が病変部を擦過した歯間ブラシを技師が受け取りスライドガラスに直接塗沫を行い湿固定する。問題がなければそのままの手順で2回目の採取を行い，血液や唾液の混入が多い場合や採取細胞が少ない場合は臨床医に伝え，2回目の擦過時に対応してもらう。塗沫標本を2枚作製した後，歯間ブラシの先端をサイトリッチレッド固定液入り試験管内で攪拌し，ブラシ間の細胞を回収する。直接塗沫標本2枚中1枚はPapanicolaou染色，他1枚はPAS染色を施行し，Sure path法にて作製したLBC標本1枚はPapanicolaou染色を施し，鏡検を行う。

【まとめ】当院における口腔擦過細胞診の検体採取から標本作製までの行程を提示した。細胞検査士が外来で臨床医が検体採取した歯間ブラシを直接受け取り，即座に擦過標本を作製・固定するため，直接塗沫標本での乾燥はほとんどなく，LBC法を導入したことで細胞回収率もあがり検体不適正はほとんどなくなった。また，外来で病変の肉眼所見を直接確認することは，細胞診標本を鏡検する上で有益な情報が得られると考える。

### SS-3 口腔細胞診はじめの一步—医学部附属病院における取り組み—

神戸大学大学院医学研究科病理学講座病理学分野<sup>1)</sup>, 神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野<sup>2)</sup>

○重岡 学(DDS)<sup>1,2)</sup>

超高齢社会を迎えた我が国では口腔粘膜疾患の罹患患者数が増加し、歯科診療のパラダイムシフトへの関心が高まっている。近年、一般歯科診療所における口腔がんスクリーニング検査として細胞診が注目されているが、口腔がんを「治療」する病院歯科では細胞診に対する見解は様々で、導入を前向きに考える施設は少ない。演者は医学部附属病院において口腔外科医と病理診断医の双方の立場から診療に従事する中で、口腔粘膜の変化は悪性腫瘍のみならず潜在的な全身疾患を見抜く重要な手掛かりとなること、それらを的確に診断・治療するためには臨床像を病理像と結びつける視点が不可欠であることを学んできた。しかしながら、口腔外科医の多くは病理診断学に苦手意識を持ち、病理部門でも歯科は馴染みのある分野とは言えず、特に口腔細胞診はその情報量の不足から両者にとって極めて近寄り難いものとなっていた。そこで、病院歯科における細胞診の位置付けや活用法を再考し、地域医療の最前線を担う大学病院から広く情報を発信すべく「口腔外科医・細胞診専門歯科医・細胞検査士の協働」による試みを開始した。1st STEPとして、臨床サイドでは新報告様式や液状化検体細胞診に関する情報を共有し、細胞採取時は臨床像と手技を緻密に記録することを継続した。診断サイドでは細胞検査士を対象に口腔細胞診で重要となる疾患についてレクチャーし、日々の判定症例について臨床像と組織像と対比させることに注力した。現在は両サイドの積極的な対話が可能となり、口腔細胞診の症例数は堅調に増加している。本発表では、我々が取り組む「次代に呼応する口腔細胞診」を紹介したい。

### SS-4 医学部附属病院における口腔細胞診：症例提示と細胞検査士から伝えたいこと

神戸大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 神戸大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 神戸大学大学院医学研究科病理学講座病理学分野<sup>3)</sup>, 神戸大学大学院医学研究科外科系講座口腔外科学分野<sup>4)</sup>

○須广佑介(CT)<sup>1)</sup>, 重岡 学(DDS)<sup>3,4)</sup>, 藤永道子(CT)<sup>1)</sup>, 中西大地(CT)<sup>1)</sup>, 蜂巢智也(CT)<sup>1)</sup>, 大浦季恵(CT)<sup>1)</sup>, 猪原千愛(CT)<sup>1)</sup>, 猪原哲嗣(CT)<sup>1)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 京竹愛子(CT)<sup>1)</sup>, 今川奈央子(CT)<sup>1)</sup>, 塚本龍子(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤智雄(MD)<sup>2)</sup>

我が国の歯科医療において「一般歯科診療所」と「病院歯科」がその役割を分担し、密な病診連携が確立されている。このことから、口腔細胞診に関しても臨床医のニーズは両者の間で大きく異なると考えられる。実際に、当院では口腔がんのスクリーニング目的で細胞診が実施される症例は極めて少数であるが、口腔がんの「治療現場」に特有の症例が存在する。今回はその代表例を供覧したい。

**【症例 1：扁平上皮癌】** 70 代男性。下顎隆起に伴う白色病変。角化症の臨床診断のもと、組織診の補助を目的に細胞診が同時に実施され、OHSIL と判定。局所生検部位の選択が難しい病変に対し広範囲の検索が可能な擦過細胞診を併用することは確定診断や治療計画の一助となる。

**【症例 2：肉芽組織】** 50 代女性。口底癌切除 3ヶ月後の創部に認める腫瘍。臨床的には吸収性縫合補強材による肉芽組織の形成が考えやすいが、再発を否定しきれない。本症例は細胞診にてNILM と判定し、即時の組織診は見送った。術後間もない患者に対し、身体的・精神的負担の観点から細胞診を選択することも一考に値する。

**【症例 3：歯原性角化嚢胞】** 90 代男性。左口蓋粘膜の腫脹。細胞診にて歯原性角化嚢胞と推定。同疾患は局所侵襲性や再発などが問題となる。顎骨内病変に対する穿刺吸引細胞診では、良悪性の判定に留まらず推定診断を示すことが重要である。病院歯科で扱われる口腔外科的疾患は多彩で、新たなツールとして細胞診に期待を寄せる口腔外科医は少なくない。口腔細胞診を的確に使用し臨床に資する判定を行うためには、細胞検査士は細胞像のみならず組織像や臨床像についても積極的に学ぶ必要があると考える。



## SS-5 口腔細胞診の炎症と腫瘍の細胞像

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)

口腔細胞診を導入する施設が増える中、口腔細胞診の判定が困難といわれる。扁平上皮癌症例の細胞診判定のばらつきをはじめ、炎症による反応性異型との鑑別が困難である。今回、当大学で行われた口腔細胞診の炎症性病変と腫瘍について組織像と細胞診の判定を比較し、典型像の整理と判定が困難である症例の検討を行った。2017～2021年に歯間ブラシで採取された口腔擦過細胞診と組織診が行われた症例を対象とした。組織像で潰瘍などの炎症性病変68例はNILM 50例、OLSIL 18例で、口腔扁平苔癬27例はNILM 22例、OLSIL 5例、上皮性異形成75例は、NILM 24例、OLSIL 46例、OHSIL 5例、扁平上皮癌171例は、NILM 14例、OLSIL 57例、OHSIL 46例、SCC 54例であった。OLSILと判定した細胞の基本像は、角化細胞の異型で、正常の表層型扁平上皮細胞よりも細胞質が小さく、N/C比が高く、クロマチンが増量していた。炎症性病変でOLSILとした症例は、角化細胞に異型のある症例と深層型細胞に異型があり腫瘍性病変と鑑別が困難であった症例がある。OHSILは、角化細胞の異型が、OLSILと比較すると、細胞と核異型にばらつきが見られた。OLSILと判定して、組織診で扁平上皮癌であった57例中29例で、dysplasia以上が考えられ生検を行ってくださいとのコメントを記載していた。その中には、細胞異型はOLSIL程度であるが数が多い症例や異型がやや多彩なのでOHSILとの鑑別困難例も見られた。典型像と非典型像の呈示を行い、口腔細胞診の基本像を中心に述べさせていただく。

## ◇医療安全セミナー

## 医療訴訟から学ぶピットフォール

東京神楽坂法律事務所<sup>1)</sup>, 鳥取大学医学部<sup>2)</sup>, 東邦大学医学部<sup>3)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター<sup>4)</sup>○水沼直樹(該当なし)<sup>1,2,3,4)</sup>

一般に近年の医療訴訟は必ずしも増加していない。また、医療訴訟の患者側勝訴率は低く、一般民事訴訟(地裁)の原告勝訴率が85%程度であるのに対し、医療訴訟の原告勝訴率は20%前後である。医事紛争の実態は一部の保険会社の内部情報となっており、細胞診をめぐる医療紛争の実態は明らかではない。しかし、広く検体を扱う業務で起こるincident, accidentは、検体の取り違い、紛失、誤診断等、細胞検査の初めから終わりまで、発生しうる。

医療訴訟における過失は、医療水準に達しない医療行為を意味するが、医療水準は、医療機関の所在地、規模、専門医の有無等、諸般の事情を考慮して決定される。おのずと、診療ガイドラインを用いて過失の有無が決定されることも少なくない。診療ガイドラインは、推奨度やエビデンスレベルにより、その遵守が期待される程度が異なる。推奨度がC1グレードであった肝がんのサーベイランスの至適期間をめぐる、診療ガイドラインと異なる期間でサーベイランスした医師の過失を否定した事例がある。

医療訴訟における事実認定では、カルテや看護記録等の診療記録が重要視され、「診療録の記載内容は、それが後日改変されたと認められる特段の事情がない限り…その真実性が担保されている」という高裁判例もある(昭和56年9月24日判例時報1020号40頁)。しかし、中には、カルテ記載がないことを理由に、当該事実を否定した事例も散見される。近年、演者が経験した事例では、電子カルテの看護記録に「せん妄」の記載がないことを1つの理由に、患者が術後(覚醒時)せん妄を発症していた可能性を否定した事例がある。



## ◇感染対策セミナー

## ◆後に備えるウイルスのトリセツ

東北大学災害科学国際研究所<sup>1)</sup>, 東北大学大学院医学系研究科<sup>2)</sup>, 東北大学東北メディカル・メガバンク機構<sup>3)</sup>

○児玉栄一 (MD)<sup>1,2,3)</sup>

新型コロナウイルス (severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2: SARS-CoV-2) のパンデミックから 3 年目になる。第 7 波では検査が追いつかないだけでなく、病原性の低下またはワクチン効果で軽症者が多く、潜在的感染者数は報告者よりも多いと予想される (令和 4 年 7 月現在)。SARS-CoV-2 について解明されたこと、依然わからないことが混在している。例えば、感染様式は、空気感染と飛沫感染の中間と取れるエアロゾル感染といわれている。インフルエンザウイルスも空気感染を起こし得ると報告されているが、どこまで空気感染リスクがあれば、空気感染と判断するか、明確な基準はない。

現実には正確な定義の議論や詳細な解明ではなく、日常生活・業務にあたって、コスト・ベネフィットにあった対策、つまり効果的な対策・対応がわかれば十分なことが多い。この点に関し、3 年弱、東北大学で試行錯誤した感染対策の実践とその感染様式の調査から導かれたことを報告する。

演者が所属する東北大学災害科学国際研究所は、文理融合・学際融合研究を目指している。今後も SARS-CoV-2 に限らず、新興・再興感染症に晒されるリスクを避けられそうにもない。歴史研究者とともに、これまでパンデミックとなった感染症とその対策の歴史を紐解くことで SARS-CoV-2 感染症 (COVID-19) の今後を検討しており、その成果も紹介する。併せてサル痘についてもこれまでにわかっていることを報告したい。

## ◇医療倫理セミナー

## ◆周産期医療における倫理的課題

東京女子医科大学母子総合医療センター

○水主川純 (MD)

妊娠や分娩は大きなライフイベントの一つである。日本産科婦人科学会では生殖・周産期医療に関係する生命倫理を考えるに際して会員が守るべき事項として、7 つの事項を明記している。すなわち、Reproductive Health/Rights を守る、生まれてくる子の福祉を守る、人間の尊厳を守る、優生思想を排除する、安全性に十分配慮する、商業主義を排除する、多様な立場からの意見に耳を傾けるである。産科医はこれらの事項を常に念頭に置き、日々、妊婦健康診査 (以下、妊婦健診) や分娩管理などを行うとともに、妊婦の不安の軽減や解消に努めている。妊産婦の意思決定においては自己決定権が尊重され、妊産婦の安全の確保だけでなく、胎児や新生児の尊厳、子どもの養育、経済的問題など多くの要素を考慮する必要がある。倫理的課題が生じることがある。また、意思決定においてパートナーや家族との意見や価値観が異なり、対立が生じる可能性があることも周産期医療における倫理的課題の特徴の一つである。児童虐待は深刻な社会問題であるが、児童虐待による死亡事例の妊娠期・周産期における主な問題点として、妊婦健診未受診、予期しない妊娠、10 代女性の妊娠などが挙げられている。周産期医療と社会問題は関連しており、医学的な管理のみでは母子の安全を確保することは難しい。したがって、妊産婦に関わる医療従事者と関係機関の職員が連携して倫理的課題を検討した上での対応が望まれる。本講演では周産期医療における倫理的課題について概説する。

## ◇細胞診専門医セミナー

グローバルヘルスと病理診断・細胞診

国立国際医療研究センター国際医療協力局

○藤田則子(MD)

グローバルヘルスとは国境を越えて世界全体の視点で人々の健康を考えることである。この10年、資源の乏しい開発途上の国々での健康課題は、感染症と母子保健から生活習慣病やがんも加わる形へと変化した。疾病構造とともに予防・診断・治療サービスのニーズも変わり、病理診断・細胞診はがん対策の一環として需要が高まっている。しかし、アジアアフリカの多くの国々で病理検査施設数、人材数は極めて少なく、診断能力が乏しいのが現状である。

子宮頸がんは費用対効果に優れた対策（HPVワクチン、検診と早期治療）があることから、2020年には「世界が排除に向けとりくむことを宣言した初めてのがん」となった。これに先立ち、日本とカンボジアの産科婦人科学会は2015年から子宮頸がん検診体制整備の活動を開始、2017年からは並行して病理診断能力強化のための人材育成（病理医・病理技師）を継続し、日本臨床細胞学会にもご協力いただいていた。病理診断能力強化は、病理医や細胞診断士の数と能力によるが、診断可能な標本作製できる検査技師の数と能力も重要となる。さらに育成された技師が働く検査室の環境整備（施設機材、試薬消耗品の価格と調達、検査手順の標準化や検査室管理）も必要な視点である。

今回のコロナ禍では豊かな国と貧しい国の境界がなくなり、限られた医療資源の有効活用の視点からは課題は共通であることを実感された方もいらっしゃるかもしれない。日本でも病理人材に限られる中でテレパソロジーの活用やAIも検討されているが、遠隔診断可能な標本作製できる検査技師の育成とそれを可能にする検査室管理が重要であり、カンボジアの事例をもとにご紹介したい。

## ◇精度管理アドバイザー講習会

HPV研究の最先端—世界の動向から—

金沢医科大学産科婦人科

○笹川寿之(MD)

子宮頸癌撲滅の戦略としてWHOはHPVワクチン接種率、検診受診率、子宮頸部病変治療率、それぞれを90%、70%、90%まで達成すべきと提唱している。世界中で2価、4価HPV感染予防ワクチンが接種され、国レベルにおいて16歳までに接種した女子における子宮頸癌発生率は80%以上抑えられた。しかし、このワクチンで予防できないHPV型による子宮頸癌発生防止には、たとえ9価ワクチンが実施されたとしても、子宮頸がん検診が重要であることは言うまでもない。検診に関して、より見逃しの少なく費用対効果のある方法としてHPV1次検診が注目されており、どうしても検診を受けたくない女性には自己採取HPV検診を勧めるという方針がヨーロッパを中心に進められている。しかしながら、我々が子宮頸癌組織のmicrodissection法でHPV型を解析した結果、現在、高リスク型とされる以外のHPV型が検出され、市販のHPV検査では理論上CIN2/3は10%以上、癌では3%以上の見逃しが起こりうるようになった。日本でHPV1次検診を実施するための課題が残された。したがって、本学会では現行のHPV検査と細胞診を世代別に組み合わせた新しい検診法の有用性について述べたい。現在HPV研究で最も注目されているのは、CIN2/3や癌に有効なHPV治療ワクチンである。すでに世界中でいくつか開発されており、CIN2/3に関して50%以上の有効性が示されている。さらに効果を上げて癌にも有効なもの開発には、癌周囲環境の免疫抑制状態を排除する為のさまざまな工夫が模索されている。

## ◇ 2019 年度特別学術研究費受賞講演

## 2019 年度特別学術研究費受賞講演 1

## ゲノム時代における液状化細胞診検体の活用と応用

杏林大学医学部呼吸器・甲状腺外科学

○田中良太(MD)

近年、多くの癌腫におけるゲノム医療の発展はめざましく、患者に複数の治療選択肢が提供できる時代となった。その背景の中で遺伝子パネル検査の導入により、精度管理体制の構築は直近の課題となっている。今後も患者に適切な治療選択肢を示すためには、適正化された病理組織・細胞検体などを用いた、高精度な遺伝子検査を行うことが推奨される。今日のゲノム時代における細胞診検体を最適化していく流れの中で、まず我々にとって重要なことはプレアナリシス段階での標準化である。本学会において 2021 年 6 月に「がんゲノム診療における細胞検体の取扱い指針 第 1.0 版」が発刊された。それと並行して演者は「呼吸器細胞診検体処理の精度管理ワーキンググループ」において、特に液状化検体細胞診（以降 LBC と略す）をテーマとして、今後の細胞診検体の標準化に向けた活動を継続してきた。本講演ではこれまで他部門と連携して取り組んできた LBC 関連の研究報告、そして本研究賞の学術研究費をもとに行った研究の成果を報告したい。具体的には前者が実臨床を踏まえたコンパニオン診断における 2 つの検証試験 (Diagn Cytopathol 47: 564-570, 2019, Diagn Cytopathol 48: 516-523, 2020) の結果、後者が LBC 固定材料の長期保存による核酸品質への影響 (Acta Cytologica 2022, Online), そして保存検体の核形態計測と増殖マーカーの解析 (Diagn Cytopathol 2022, Online) である。本来、LBC が開発されたきっかけは不適正検体を減らし、さらに診断精度を向上させることが目的である。それはすでに細胞検体処理の標準化に向けた足かかりとなっており、ゲノム時代において細胞材料がますます活用されることを期待している。

## 2019 年度特別学術研究費受賞講演 2

## 子宮頸がん検診未受診者対策としての自己採取 HPV 検査の有効性評価

札幌医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 製鉄記念室蘭病院<sup>2)</sup>○松浦基樹(MD)<sup>1)</sup>, 寺田倫子(MD)<sup>1)</sup>, 西村庸子(MD)<sup>1)</sup>, 玉手雅人(MD)<sup>1)</sup>, 長尾沙智子(MD)<sup>2)</sup>, 秋元太志(MD)<sup>1)</sup>, 幅田周太郎(MD)<sup>1)</sup>, 岩崎雅宏(MD)<sup>1)</sup>, 齋藤 豪(MD)<sup>1)</sup>

【目的】子宮頸がん増加の一因として、わが国における子宮頸がん検診受診率の長期低迷が挙げられ、子宮頸がん減少のためには、検診の受診率向上は喫緊の課題である。オランダやオーストラリア等ではナショナルプログラムの中で、子宮頸がん検診の未受診者対策として自己採取 HPV 検査が採用されている。今回我々は室蘭市の協力のもと自己採取 HPV 検査が子宮頸がん検診の未受診者対策として有効であるかを検証した。

【方法】主要評価項目は自己採取 HPV 検査の結果が陽性であった市民の中で、病院を受診し子宮頸がん検診を受けた市民の割合、副次評価項目は子宮頸がん検診を受けた方の中で、子宮頸部異型上皮 (CIN) 以上の診断となった割合を評価した。

【成績】対象は過去 5 年間、住民検診を受診した記録が同市にない 20~50 歳の 7653 人。住民検診にかわる検査として自己採取・尿採取 HPV 検査があることの説明書を郵送し、検査を希望された 1674 人にキットを送付した (尿採取を希望した方のみ尿採取キットを送付)。そのうち 953 人からキットの返送があり検査を行った。HPV 陽性者は 89 人 (陽性率 9.3%) で、陽性者のうち 71 人 (79.8%) は指定された病院を受診し検診を行った。精査の結果、CIN2 以上は 12 人 (HPV 検査を行った中で 1.3%) で、内訳は子宮頸がん 1 人、外陰がん 1 人、CIN3 が 7 人、CIN2 が 3 人であり、本研究で 2 人の浸潤がん症例が発見された。

【結論】自己採取 HPV 検査は子宮頸がん検診の未受診者対策として一定の効果があると考えられるが、未受診者に HPV 検査を受けてもらうための工夫、HPV 陽性者が病院を確実に受診するような対策など解決すべき課題も残されており、今後も有効性について検討していきたい。

◇ 2019 年度特別学術補助金受賞講演  
がん遺伝子パネル検査での細胞診検体の活用

山梨県立中央病院ゲノム解析センター<sup>1)</sup>, 山梨県立中央病院検査部ゲノム検査科<sup>2)</sup>

○雨宮健司(CT)<sup>1,2)</sup>

2018 年にかんゲノム医療が開始され, 厚生労働省より現在までに全国にかんゲノム中核拠点病院 12 施設, がんゲノム拠点病院 33 施設およびその連携病院 188 施設が指定されている. 単一遺伝子のみを検査を行い, 都度, 診断治療方針の決定を行っていたものを, がん関連遺伝子を網羅的に解析して, 一人一人のがんの特性に合わせて治療を行っていく時代となった. 検査には FFPE 検体を使用されているが, 組織採取が難しい患者に対しては検査のための代替材料が望まれている. 筆者は以前よりがん遺伝子パネル検査での細胞診検体の活用を目指し検証を進めており, 本日はその取り組みをご紹介します.

## ◇一般演題 (示説)

## P-1-1 子宮頸部細胞診の ASC-H 判定と年齢との関係性の検討

群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学領域

○高島希未(CT), 小林さやか(CT), 西島良美(CT), 齊尾征直(MD)

【背景と目的】ASC-Hの判定には未熟化生細胞が深く関連していることが知られているが、今回我々は子宮頸部円錐切除検体の結果と過去の細胞診判定の結果を同一症例で照合し、年代によってどのような細胞診判定の違いがあるかを特にASC-Hの割合と年代との関係に注目して検討した。

【方法】群馬大学医学部附属病院で2014年～2018年までに採取された20歳～55歳未満の、子宮頸部円錐切除検体と過去1年間以内の子宮頸部細胞診の揃っている症例を61例用いた。標本の再評価を行い、最高病変を決定した。また、細胞診標本については異型細胞が出現している箇所の写真撮影を行い(1症例3～16カ所、合計549視野)、視野ごとでの判定も行った。

【結果】用いた検体は20歳台が14例、30歳台が34例、40歳台以上が13例であった。円錐切除標本と細胞診標本の判定に2段階以上の大きな差異は見られなかった。ASC-Hは11例(18.0%)あり、年代別にみると20歳台が1例(7.1%)、30歳台が6例(17.6%)、40歳台以上が4例(30.8%)であった。1症例中のASC-Hの比率は20歳台が21.4%、30歳台が18.8%、40歳台以上が32.1%であった。一方 moderate の比率はそれぞれ42.7%、34.6%、28.2%であった。

【考察】過去の報告では加齢とともにASC-Hの割合が増加するという報告と減少するという報告があるが、今回の検討ではASC-Hと判定される割合は症例ごとに見ると、若年女性では少なく、加齢とともに割合が増えていた。視野ごとの moderate とASC-Hの比率を比較した場合も40歳台以上では異型が弱くASC-Hとなりやすい。これには感染HPVタイプの違いなどが関係している可能性がある。今後は異型細胞の画像解析や年齢ごとの細胞所見の解析を行っていく予定である。

## P-1-2 子宮頸部細胞診における腺系異常指摘例の検討—細胞診断と組織診断の結果の比較—

八戸赤十字病院検査技術課<sup>1)</sup>, 八戸赤十字病院病理診断科<sup>2)</sup>○萩生田美穂(CT)<sup>1)</sup>, 藤川沙織(CT)<sup>1)</sup>, 小原勇貴(CT)<sup>1)</sup>, 清水道弘(CT)<sup>1)</sup>, 笹生俊一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】当院の子宮頸部細胞診で腺系異常を指摘した症例を集計し、細胞診断と組織診断の結果の整合性を検討した。

【対象と方法】2009年4月～2021年6月に施行した子宮頸部細胞診26,647件を対象とした。

検討1. 腺系異常(AGC, AIS, 腺癌)を指摘した細胞診件数を集計した。

検討2. 細胞診で腺系異常を指摘した症例のうち、組織学的検索を行った症例について、細胞診断と組織診断の結果を比較検討した。

## 【結果】

結果1. 腺系異常を指摘した細胞診件数は91件(AGC:29件, AIS:2件, 腺癌:60件)であり、子宮頸部細胞診件数全体の0.34%であった。

結果2. 腺系異常指摘例のうち、組織学的検索を行ったのは53例であった(AGC:11例, AIS:2例, 腺癌:40例)。AGC11例の組織診断結果は、腺癌:6例, AIS:2例, HSIL:3例であった。AGC判定例の72.7%は組織学的にAISを含む腺癌であったが、癌とするには腺細胞の異型が弱いことと異型腺細胞が少数のため、細胞診では腺癌と断定できなかった。AIS2例の組織診断結果は、腺癌:1例, AIS:1例であった。腺癌40例の組織診断結果は、腺癌:33例, AIS:1件, 腺扁平上皮癌:1例, HSIL:3例, 良性例:2例であった。腺癌判定例の87.5%に腺癌組織を認めたが、12.5%はCIN3～CISの細胞と子宮内膜由来の大型腺細胞集塊を腺癌と過剰診断していた。

【結語】腺系異常指摘例の細胞診断と組織診断の結果の整合性を定期的に確認することで、診断精度向上につながると考えられた。



### P-1-3 自己採取（尿検体）HPV 検査を用いた子宮頸癌スクリーニングの可能性

北海道対がん協会札幌検診センター検査科<sup>1)</sup>, 北海道対がん協会細胞診センター<sup>2)</sup>, 北海道大学産婦人科<sup>3)</sup>

○高橋葉奈(CT)<sup>1)</sup>, 和田恒之(CT)<sup>1)</sup>, 岸田佳倫(CT)<sup>1)</sup>, 平野真理(CT)<sup>1)</sup>, 三谷尚子(CT)<sup>1)</sup>, 小西加奈子(CT)<sup>1)</sup>, 藤田博正(MD)<sup>2)</sup>, 岡元一平(MD)<sup>2)</sup>, 山崎博之(MD)<sup>3)</sup>, 渡利英道(MD)<sup>3)</sup>

【目的】 HPV 検査による子宮頸癌スクリーニング検査が先進諸国で拡大し本邦でも議論が始まっている。簡便かつ慣用な自己採取(尿検体)での hrHPV 検査の可能性について検討する。

【方法】 2016 年から 2019 年間の集団検診で細胞診 ASC-US と判定された 284 例(20-67 歳)および 2021 年以降の LSIL 以上 42 例(25-77 歳)を対象とした。精検受診時の自己採取(尿検体)と医師採取(頸部検体)の HPV 検査(cobas4800), 同日に施行したコルポスコピー検査(適時組織検査)の結果を年齢なども加えて比較検討した。

【成績】 細胞診 LSII 以上の症例の検討から閉経後では HPV 検査の結果に乖離(尿陰性/頸部陽性)例が増加し, 50 歳未満が対象年齢として妥当と判断した。50 歳未満 217 例では hrHPV 陽性は尿検体: 76 例(35.0%), 頸部検体: 75 例(34.6%)で, 陰性例を含め 192 例(88.5%)で検査結果が一致した( $\kappa$  係数 0.75)。16 型/18 型に限定した検討では一致率は 98.2%( $\kappa$  係数 0.87)でより高い一致傾向を示した。コルポスコピー/組織診にて CIN1: 46 例, CIN2: 25 例, CIN3/AIS/浸潤腺癌: 15 例が診断され, 病状の進展に伴い両採取法ともに陽性となる症例が増加した。治療対象である CIN3 以上の検出感度/特異度/陰性的中率を比較すると, 尿検体: 92.9%/69.3%/99.3%, 頸部検体: 92.9%/69.9%/99.3%と同等であった。

【結論】 50 歳未満を対象とすることで自己採取(尿検体)での HPV 検査は医師採取(頸部検体)と遜色なく高感度に CIN3+ の検出が可能であった。検診受診率が低くかつ CIN3 発生率の高い 25-49 歳の世代への対応策を模索することが喫緊の課題である。羞恥心の強い女性にもセルフヘルスケア(リスク判定検査)として導入可能で相応しい選択肢と考える。

### P-1-4 20 代子宮頸がんスクリーニングとしての HPV 検査の意義

北海道対がん協会札幌検診センター検査科<sup>1)</sup>, 北海道対がん協会細胞診センター<sup>2)</sup>

○岸田佳倫(CT)<sup>1)</sup>, 高橋葉奈(CT)<sup>1)</sup>, 和田恒之(CT)<sup>1)</sup>, 日野順子(CT)<sup>1)</sup>, 横山 恵(CT)<sup>1)</sup>, 市川浩巳(CT)<sup>1)</sup>, 三谷尚子(CT)<sup>1)</sup>, 平野真理(CT)<sup>1)</sup>, 藤田博正(MD)<sup>2)</sup>, 岡元一平(MD)<sup>2)</sup>

【目的】 HPV 検査は単独法/併用法のいずれにおいても先進諸国のデータから過剰診療(検査/治療)の危惧を根拠に, 30 歳以上が対象と考えられている。25 歳頃より CIN3 が増加し若年者の検診受診率が低迷する本邦における現実的な対応について検討する。

【方法】 2015 年から 2019 年の 5 年間にオプション検査として HPV 検査(cobas4800)を追加した子宮頸がん検診受診者 20 代(25 歳-29 歳)439 人, 30 代(30 歳-35 歳)1120 人を対象とし, HPV 検査/細胞診診断/病理診断/経過観察結果について比較検討し, 20 代の HPV 検査の意義について考察した。

【成績】 20 代/30 代の HPV 陽性率はそれぞれ 18.7%/12.7%, 細胞診陽性率は 8.4%/4.3%であった。HPV 陽性者で細胞診陽性は 20 代 39%, 30 代 23.2%であった。CIN3 以上は 20 代では全例両検査陽性に対して, 30 代では HPV 陽性/細胞診陰性からも発見されていた。従来の精検/経過観察の対象外となる HPV 陽性/細胞診陰性者の検討を行うと, 経過観察を含めて CIN2 以上を 5%/7%が発症, HPV 陽性や細胞診異常(ASCUS/LSIL)が 1 年以上持続した症例が 47%/46%で約半数が持続感染の状況(要経過観察)にあると推察された。HPV 陰性例に治療対象例は発見されなかった。

【結論】 20 代(25 歳-)において 1 次スクリーニングとして HPV 検査を行い, 2 次スクリーニングとして細胞診を行うことは, 的確に精検/経過観察対象者の選択が可能である。HPV 検査は自己採取(腔ブラシ/尿)も可能である。陰性者には診察台での検査が省略できることなど, 羞恥心やプライバシーへの配慮の面からも有用である。選択肢として HPV 検査が受けられる環境を提供することで結果的に検診受診者を増加させる可能性があると考えられる。

### P-1-5 子宮頸部扁平上皮異常の細胞診における 化生細胞の意義

昭和大学江東豊洲病院臨床病理検査室<sup>1)</sup>, 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科<sup>2)</sup>

○林 胡桃(CT)<sup>1)</sup>, 関口孝次(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤純子(CT)<sup>1)</sup>,  
南雲 佑(MD)<sup>2)</sup>, 九島巳樹(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部の化生細胞には, 分化した扁平上皮に類似した成熟化生細胞, N/C 比の高い未熟化生, 成熟化生, 萎縮扁平上皮, 卵管内膜化生などが知られている。今回, 子宮頸部細胞診において, 子宮頸部扁平上皮異形成や上皮内腺癌などの腺上皮異常と化生細胞の鑑別について検討を行ったので報告する。

【対象と方法】2014 年 4 月から 2022 年 3 月に子宮腔部・頸部細胞診を行った 15190 例を対象とし, 扁平上皮異常と化生細胞との鑑別要した症例と, それを含む ASC-US, ASC-H, AGC 症例の組織診との比較について検討した。

【結果】子宮腔部・頸部細胞診 15190 件中, ASC-US が 237 件, ASC-H が 54 件, AGC が 4 件であった。扁平上皮異常と化生細胞との鑑別を要する症例は 34 件みられた。そのうち組織診の得られた症例は LSIL 8 件, HSIL 10 件, 異型のない症例 5 件であった。

【考察】扁平上皮化生細胞は, 扁平上皮-円柱上皮境界(SCJ)の上皮に損傷が加わり, 円柱上皮直下の予備細胞が増生し扁平上皮へと分化することによって発生する。細胞所見としては, ライトグリーン好性でやや厚みのある細胞質を有し, 細胞質の突起がみられる。しかし, 未熟化生細胞の場合は N/C 比の高い細胞がみられ, 核所見の詳細な観察が必要である。未熟化生細胞の核は円形から類円形であるが, 扁平上皮内病変では核型不整やしわがみられる。また, クロマチンにおいては, 未熟化生細胞が均一なのに対し, 扁平上皮内病変では細顆粒状から顆粒状に増量し不均一になる。この様に核所見に微妙な相違がみられることを念頭に置いて鏡検する事が必要である。

### P-1-6 LBC (ThinPrep) 子宮頸部細胞診標本の 萎縮性変化所見で見られる背景物質について

医療法人社団 EVE ウィミンズクリニック<sup>1)</sup>, 札幌臨床検査センター株式会社病理検査部病理検査課<sup>2)</sup>, 札幌臨床検査センター株式会社病理診断部<sup>3)</sup>

○松並平晋(CT)<sup>1)</sup>, 小泉基生(MD)<sup>1)</sup>, 原まみえ(CT)<sup>2)</sup>,  
小林亜紗美(CT)<sup>2)</sup>, 黒川孝子(CT)<sup>2)</sup>, 河内香織(CT)<sup>2)</sup>,  
佐藤昌明(MD)<sup>3)</sup>, 水無瀬昂(MD)<sup>3)</sup>

【目的】子宮頸部細胞診標本における萎縮性変化の所見について, LBC では速やかな固定や標本作製原理の違いから, 直接塗抹法とは異なる所見を呈することが知られている。今回, 当院で採用している LBC の ThinPrep 標本において, 萎縮性変化時にしばしば出現がみられる背景物質について検討したので報告する。

【対象と方法】2021 年 1 月~12 月の 1 年間に当院で試行した子宮頸部細胞診の中で年齢 50 歳以上, かつ NILM と報告された 195 例を対象に用いた。すべての標本を再鏡検し, 背景物質出現の有無について後方視的検討を行った。また, エストロゲン効果の有無や臨床症状についても併せて検討した。

【結果】195 例のうち閉経後の症例は 159 例であったが, そのうちの 111 例で背景物質が認められた。その背景物質の形状は, ひも状, OG 好性チューインガム状, 綿菓子状の 3 種類に分類された。閉経後症例 159 例のうちで背景物質が見られなかったものは 48 例だったが, そのうちの 32 例にはエストロゲン効果が見られた。臨床症状に関しては, 背景物質の出現と有意に相関が見られたものは無かった。

【考察】本検討の対象はフィルター転写法による LBC の ThinPrep である。ThinPrep では, 採取された細胞と共に細胞以外の物質も固定保存液に回収され, これら採取成分の一部がフィルターによって転写塗抹されるので, 細胞以外の成分が背景物質として出現するものと推察される。萎縮性変化では, 傍基底細胞の出現が主体となり, 扁平上皮細胞の出現数としては減少する傾向にあるが, ThinPrep 標本の場合は特徴的な背景物質が萎縮性変化判定の一助となる副所見になる可能性が示唆された。

### P-1-7 子宮頸部円錐切除術における術中頸管細胞診の有用性に関する検証

東北大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 東北公済病院<sup>2)</sup>, 東北大学災害科学国際研究所災害医学研究部門災害産婦人科学分野<sup>3)</sup>

○重田昌吾(MD)<sup>1)</sup>, 橋本千明(MD)<sup>1)</sup>, 石橋ますみ(MD)<sup>1)</sup>, 岡本 聡(CT)<sup>2)</sup>, 徳永英樹(CT)<sup>1)</sup>, 島田宗昭(MD)<sup>1)</sup>, 伊藤 潔(MD)<sup>1,3)</sup>, 八重樫伸生(MD)<sup>1)</sup>

【目的】 子宮頸部円錐切除術に際し当施設では切除直後に術中頸管細胞診を行っている。本研究では残存病変予測に関する術中頸管細胞診の有用性を後方視的に検証した。

【方法】 2018年1月から2021年8月までに squamous intraepithelial lesions (SIL) 或いは adenocarcinoma in situ (AIS) の診断にて当院で円錐切除術を受けた症例を抽出した。術後経過観察となった症例は術後初回経過観察のタイミングで組織学的に SIL/AIS の残存が証明された例を残存病変ありとした。円錐切除に続き子宮全摘出術を受けた症例では SIL/AIS 残存があった症例を残存病変ありとした。浸潤癌症例、データ欠損症例は研究対象から除外した。

【成績】 138 症例が本研究の対象に該当した。疾患内訳は CIN2 以上の SIL が 122 例, AIS 6 例, SIL と AIS 合併症例 12 例であった。頸管細胞診結果が NILM, ASC-US, LSIL, ASC-H, HSIL, AGC であった症例における組織学的残存例の内訳は, それぞれ 9/115 例, 0/2 例, 0/1 例, 1/4 例, 10/14 例, 1/2 例であった。頸管細胞診結果が HSIL/ASG-H/AGC であった症例を細胞診陽性群, NILM/ASC-US/LSIL を陰性群とした場合の残存病変予測に関する感度, 特異度はそれぞれ 55.0%, 92.4% であった。

【結論】 術中頸管細胞診は特異度が高い一方偽陰性が多い可能性が示された。細胞診陽性群では慎重な対応が必要と考えられるが, 陰性群においても組織学的な切除断端所見を参考の上で術後一定期間の経過観察が必要であることが示唆された。

### P-1-8 当院における子宮頸部細胞診 AGC (atypical glandular cells) 判定の検討

国際医療福祉大学三田病院病理部<sup>1)</sup>, 国際医療福祉大学三田病院予防医学センター<sup>2)</sup>, 国際医療福祉大学三田病院女性腫瘍センター・婦人科<sup>3)</sup>, 国際医療福祉大学成田病院婦人科<sup>4)</sup>

○佐野弘子(CT)<sup>1)</sup>, 齊藤英子(MD)<sup>2,3)</sup>, 上田 和(MD)<sup>3)</sup>, 永吉陽子(MD)<sup>3)</sup>, 進 伸幸(MD)<sup>3,4)</sup>, 阿部仁美(CT)<sup>1)</sup>, 西井しのぶ(MT)<sup>1)</sup>, 星井裕太(CT)<sup>1)</sup>, 松崎佳子(CT)<sup>1)</sup>, 浅尾彩子(CT)<sup>1)</sup>, 石田朋子(CT)<sup>1)</sup>, 増田友紀江(CT)<sup>1)</sup>, 戸来安那(CT)<sup>1)</sup>, 相田真莉菜(CT)<sup>1)</sup>, 相田真介(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】 子宮頸部細胞診におけるベセスダシステムの判定区分 AGC (atypical glandular cells) は特定不能な異型腺細胞を示す AGC-NOS (AGC-not otherwise specified) と腫瘍性を疑う異形腺細胞を示す AGC-FN (AGC-favor neoplastic) の 2 つに分けて判定することが推奨されている。当院では, 細胞所見で両者を区別している。今回, 我々は AGC-NOS, AGC-FN と判定した症例を検討し AGC の精度管理の向上を目的とした。

【方法】 2016年1月から2020年12月までに当院婦人科外来で施行された子宮頸部細胞診のうち AGC と判定されたのは 53 例であった。そのうち組織診断を行った 42 例の組織診断, 細胞診所見を照合した。

【結果】 AGC-NOS と判定された 23 例は, 良性: 16 件 (69.7%), 扁平上皮系病変: 2 件 (13.0%), 頸部腺癌: 1 例 (4.3%), 体部腺癌: 2 例 (8.7%), 体部異型増殖症: 1 例 (4.3%) であった。また, AGC-FN 19 例については, 良性: 9 例 (47.4%), 扁平上皮系病変: 1 例 (5.3%), 頸部腺癌: 2 例 (10.5%), 体部腺癌: 6 例 (31.5%), 体部肉腫: 1 例 (5.3%) であった。AGC-NOS の非腫瘍性変化 (良性, CIN1) は 78.4%, 腫瘍性病変は 21.6% でうち悪性は 60.0%, AGC-FN の非腫瘍性変化は 52.6%, 腫瘍性病変は 47.4% でそれらは全例悪性であった。

【考察】 当院での AGC-FN の判定症例は AGC-NOS よりも悪性の占める割合が高いことが確認できた。しかし AGC と判定されればコルポスコピーと組織生検による精査が実施されるが, 特に AGC-NOS の 78.4% の非腫瘍性変化には, AGC とするまでもない症例が含まれている可能性が否定できず, それを減らす努力により患者負担となっていた不要な生検の減少につながられるのではないかと考えた。

### P-1-9 ASC-H 症例の検討—異型細胞集塊の出現状態と核分裂像を中心に—

公益財団法人東京都予防医学協会母子保健検査科<sup>1)</sup>, 日本鋼管病院人間ドック・健診センター<sup>2)</sup>

○綾部友紀(CT)<sup>1)</sup>, 庄司里香(CT)<sup>1)</sup>, 鎌田久美子(CT)<sup>1)</sup>, 花出有芸(CT)<sup>1)</sup>, 梅田昂暉(CT)<sup>1)</sup>, 青木あすか(CT)<sup>1)</sup>, 石山功二(CT)<sup>1)</sup>, 藤井雅彦(MD)<sup>1)</sup>, 木口一成(MD)<sup>1,2)</sup>, 久布白兼行(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】精度管理上, ASC-H の比率は全 ASC 症例の 10% 以下であることが望ましいとされる。そこで今回我々は, ASC-H 判定の多用を避け, 細胞診断内容の質の向上を目的とし, より正確な判定に繋がる細胞所見について検討した。

【対象と方法】本会で 2018 年度に対策型子宮頸がん検診にて ASC-H と判定され, 組織診断が得られた症例を用いた。そのうち再検鏡可能で直接塗抹法, ブラッシュ採取かつ月経周期がある条件を満たした 91 件(頸部良性: 11 件, CIN1: 24 件, CIN2: 37 件, CIN3: 19 件)を対象とした。今回, 異型細胞集塊の出現状態と核分裂像に着目して検討した。

【結果と考察】全ての異型細胞集塊の数を集塊の構成する細胞数に応じて計測した結果, 頸部良性, CIN1, CIN2・3 で出現する集塊の大きさの割合に違いがみられ, CIN2・3 は CIN1 と比較して構成する細胞数が 50 個未満である小集塊が占める割合が高い傾向を示した。核分裂像を認めた症例の割合は, 頸部良性: 9.1%, CIN1: 33.3%, CIN2: 45.9%, CIN3: 57.9% であり, 病変が高度であるほど高い傾向があった。核分裂像の出現割合や平均は, 頸部良性と病変間では有意傾向が認められた。また, 1 つの集塊内に 2 個以上の核分裂像を認める症例の割合は, 頸部良性: 9.1%, CIN1: 25.0%, CIN2: 21.6%, CIN3: 42.1% であり, CIN3 は CIN2 までの病変と比較し 1 つの集塊で複数の核分裂像が認められる症例が多かった。以上, ASC-H 症例について再検鏡の結果を報告する。

### P-1-10 LSIL と HSIL の核・細胞解析法を用いた表層・中層・傍基底型核異常細胞の特徴分析

弘前大学医学部保健学科検査技術科学専攻<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院保健学研究科生体検査科学領域<sup>2)</sup>, 弘前大学医学部附属病院病理部<sup>3)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科産婦人科学講座<sup>4)</sup>

○遠 琴乃(St)<sup>1)</sup>, 吉岡治彦(PhD)<sup>2)</sup>, 熊谷直哉(CT)<sup>3)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>3)</sup>, 黒瀬 颯(MD)<sup>3)</sup>, 横山良仁(MD)<sup>4)</sup>, 堀江香代(PhD)<sup>2)</sup>, 渡邊 純(MD)<sup>2)</sup>

【背景・目的】子宮頸癌はワクチン接種停滞期を背景に, 近年罹患率が増加傾向にあり, 子宮頸癌検診の診断精度向上が求められる。本研究の目的は核・細胞解析法を用いて LSIL と HSIL の表層・中層・傍基底型核異常細胞を分析し, LSIL の形態特徴を明らかにすることである。

【材料】2010 年から 2015 年に弘前大学医学部付属病院病理部で組織診断されている子宮頸部 LBC (ThinPrep, サーベックスブラシ) 標本を使用した。症例は LSIL: Mild3 症例 150 細胞, HSIL: Moderate (Mode)5 症例 55 細胞, Severe (Seve)4 症例 47 細胞である。撮影画像は, 任意で核異常細胞を選び×40 倍, 1920×1440 pix で撮影した。

【方法】1. 核・細胞解析法 1) 核異常細胞の表層・中層・傍基底型分類, 2) 核と細胞の a. 面積, b. 絶対最大長, c. 円形度, d. 凹凸度, 3) N/C 比 a. 面積, b. 絶対最大長を解析, 2. 統計処理: 各項目について各細胞型を Steel-Dwass 法で多重比較 ( $p < 0.05$ )。

【結果】1) Mild の核異常細胞型分類は, 表層型 24%, 中層型 66%, 傍基底型 10% であった。2) Mild の形態特徴: Mild の表層型核異常細胞は, Mode より細胞凹凸度が大きい。Mild の中層型核異常細胞は, Mode より核円形度, 細胞凹凸度が大きく, 核面積・絶対最大長, N/C 比 (面積・絶対最大長) が小さい。また Seve より細胞面積・絶対最大長・凹凸度が大きく, N/C 比 (面積・絶対最大長) が小さい。Mild の傍基底型核異常細胞は, Mode 及び Seve より核面積・絶対最大長, N/C 比 (面積・絶対最大長) が小さかった。

【結語】細胞・核解析法を用いた表層・中層・傍基底型核異常細胞の画像分析により LSIL の形態特徴が明らかになった。本法は, LSIL と HSIL との鑑別に有用である。



### P-1-11 閉経後の子宮頸部細胞診標本中に見られる異型扁平上皮細胞集塊の検討

東邦大学医療センター大橋病院病理部<sup>1)</sup>, 東邦大学医療センター大橋病院産婦人科<sup>2)</sup>, 医療法人社団仁厚会安田診療所<sup>3)</sup>, 帝京短期大学ライフケア学科<sup>4)</sup>

○湯浅瑛介(CT)<sup>1)</sup>, 中村千秋(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木智子(CT)<sup>1)</sup>, 村石佳重(CT)<sup>1)</sup>, 藤田正志(CT)<sup>1,4)</sup>, 浅川奈々絵(MD)<sup>1)</sup>, 横内 幸(MD)<sup>1)</sup>, 大原関利章(MD)<sup>1)</sup>, 高橋 啓(MD)<sup>1)</sup>, 田中京子(MD)<sup>2)</sup>, 安田 貢(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】閉経後萎縮性変化が起こると、子宮頸部細胞診標本中に出現する扁平上皮の主体は傍基底型となる。萎縮性変化を伴った扁平上皮細胞は異型細胞との鑑別が困難な時があり、異形成についてもしばしば組織型の推定に苦慮する。我々は閉経前の異型扁平上皮細胞集塊に対し三次元的な観察を行い、その細胞所見を報告している。今回は、閉経後の子宮頸部細胞診標本に見られた異型扁平上皮細胞集塊の観察を行い、その特徴を検討したので報告する。

【対象・方法】当院にて2018年から2021年の間に細胞診および組織診が施行された50歳以上の115例のうち、萎縮性変化を示し、標本中に異型細胞の出現を認めた35例の中から、細胞診断と組織診断が一致した18例を再鏡検した。標本中に出現する異型扁平上皮細胞集塊を三次元的に観察し、重積性や核密度、核の大きさについて比較、検討を行った。

【結果】閉経後の異型扁平上皮細胞集塊は、分化傾向やend view, side viewの方向の推定が困難な場合が多かった。しかし、集塊内の核密度は異形成の程度がすすんで高くなる傾向にあり、核サイズは異形成の程度が低い場合には大小ばらつきのある核が混在するのに対し、異形成の程度が増すと小型で均一な形状の核により構成される傾向にあった。

【まとめ】閉経後の異型扁平上皮細胞集塊は分化傾向に乏しく、弱拡大の観察のみでは判定が困難であるが、強拡大で集塊内の核密度や核の大きさを詳細に観察することで、LSILやHSILと判定すべき集塊の鑑別が可能となり、診断精度向上の一助となる可能性が示された。

### P-1-12 当院におけるASC-H症例の臨床病理学的検討

聖マリアンナ医科大学東横病院婦人科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学東横病院病理診断科<sup>2)</sup>, 聖マリアンナ医科大学産婦人科学<sup>3)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>4)</sup>, 聖マリアンナ医科大学多摩病院産婦人科<sup>5)</sup>

○戸澤晃子(MD)<sup>1)</sup>, 中村 勝(CT)<sup>2)</sup>, 原 勝洋(CT)<sup>2)</sup>, 永澤侑子(MD)<sup>1)</sup>, 久慈志保(MD)<sup>3)</sup>, 大原 樹(MD)<sup>3)</sup>, 大熊克彰(MD)<sup>5)</sup>, 小泉宏隆(MD)<sup>2)</sup>, 小池淳樹(MD)<sup>4)</sup>, 木口一成(MD)<sup>3)</sup>, 鈴木 直(MD)<sup>3)</sup>

【目的】子宮頸部細胞診においてASC-HはHSIL以上の高度な病変が疑われるが断定できない場合の判定であるが、臨床では病理組織診断が良性から悪性腫瘍まで幅広い診断となることが問題である。そこで今回我々は、ASC-Hの判定で精査した病理組織結果や患者背景などを後方視的に検討することとした。

【方法】2018年10月から2022年5月に当院で施行された子宮頸部細胞診のうちASC-Hと判定された症例を対象とし、細胞所見、病理組織検査結果、臨床的背景を調査した。

【結果】子宮頸部細胞診2544例中、ASCと判定されたものは203例(7.9%)、ASC-Hと判定されたのは36例(ASCのうち16.2%)であった。ASC-H症例中、コルポスコピー下生検が施行された35例の組織診断の結果は頸管炎2例(5.7%)、LSIL2例(5.7%)、HSIL31例(88.5%)であり、HSILの頻度が最も高く細胞診の判定は妥当な範囲であった。しかし、ASC-Hの判定後直後の組織判定は異常がなかったが、10ヶ月後にHSIL/CIN2の診断となった症例やHSIL/CIN3症例のうち子宮頸部蒸散術後約2年間ASC-H判定が継続した症例、閉経後で繰り返しASC-Hと判定されたLSIL/CIN1症例が存在した。

【結論】ASC-Hと判定された症例の中には経過観察中に高度病変が指摘されることがあるため長期に経過を見る必要がある。またHSILの妊孕性温存治療後は病変再発の可能性があるととして繰り返し生検が施行され、患者への負担がかかることもある。また閉経後の細胞診判定は萎縮性の要因から過剰診断につながることも予想された。細胞診断だけではリスクの予想が難しいことが考えられるため、ASC-H症例にはHPV検査を併用することによるリスク予測の補助を検討して良いかもしれない。



### P-1-13 HPV 非依存性と考えられた high-grade CIN の一例

永井マザーズホスピタル病理診断科<sup>1)</sup>, 永井マザーズホスピタル産婦人科<sup>2)</sup>

○原田哲也(CT)<sup>1)</sup>, 石井恵美(CT)<sup>1)</sup>, 畠山重春(CT)<sup>1)</sup>, 山科光正(DDS)<sup>1)</sup>, 永井 毅(MD)<sup>1)</sup>, 橋口史江(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部扁平上皮癌のうち, HPV 非依存性の扁平上皮癌は約 5-7% と稀である。現行の WHO 分類(2020 年)で新たに定義された癌だが, その前癌病変については記載されていない。今回我々は, HPV 非依存性と考えられた high-grade CIN の一例を経験したので報告する。

【症例】40 代 1 妊 1 産。妊婦検診を機に細胞診異常を指摘された。分娩後の組織生検にて high-grade CIN を疑ったが HPV 検査(ハイリスクグループ, ジェノタイプング)で陰性であった。円錐切除術が施行され, 異型上皮が断端陽性であったため, 子宮全摘術が施行された。

【細胞所見】中層型扁平上皮細胞に核腫大とクロマチン濃染が認められ, HSIL としたが, 表層型の異型細胞も多く認められ CIN1 から CIN2 を推定する細胞像であった。免疫細胞化学 p16/Ki67 二重染色にて陰性であった。

【組織所見】表層への分化傾向の目立つ扁平上皮内病変が認められ, 核腫大や核形不整の目立つ異型細胞が一部では上皮上層まで重積していた。免疫組織化学的に, 異型細胞は p16 に陰性で, p53 にびまん性に強陽性を示した。子宮頸部病変としては非典型的な所見であったが, high-grade CIN : CIN3 と診断した。

【まとめ】HPV 非依存性と考えられた high-grade CIN の一例を経験した。異型細胞は p53 陽性を示し, 外陰部での HPV 非依存性上皮内病変(分化型 VIN : VIN3 相当)と類似した所見を呈していた。HPV 非依存性の子宮頸部前癌病変について若干の文献的考察を加えて報告する。

### P-1-14 Stratified mucin-producing intraepithelial lesion (SMILE) の 2 例

香川労災病院病理診断科<sup>1)</sup>, 香川労災病院中央検査部<sup>2)</sup>

○守都敏晃(MD)<sup>1)</sup>, 音泉貴子(CT)<sup>2)</sup>, 三宅桂子(CT)<sup>2)</sup>, 佐野侑里(CT)<sup>2)</sup>, 宍戸 優(CT)<sup>2)</sup>, 真鍋昌謙(CT)<sup>2)</sup>, 高水竜一(CT)<sup>2)</sup>, 大原信哉(MD)<sup>1)</sup>, 溝淵光一(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Stratified mucin-producing intraepithelial lesion (SMILE) は上皮内腺癌(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。われわれはこの度, 細胞診で診断に苦慮した子宮頸部 SMILE の症例を 2 例経験したので, 文献的考察を交えて報告する。

【症例 1】30 代女性。3 妊 3 産。健診で AGC 指摘され, 紹介となる。当院で行った細胞診では, 核の大小不同, クロマチン増量や配列の乱れを伴う細胞集塊が観察された。AGC と判定したが, 細胞質の厚い細胞もみられ, HSIL も否定できなかった。

【症例 2】30 代女性。2 妊 2 産。健診で ASC-H 指摘され, 紹介となる。当院で行った細胞診にて, 一部クロマチン増量や配列不整を伴う腺上皮集塊が多数認められた。さらに, LSIL 相当の異型扁平上皮や, 腺侵襲様の HSIL 病変を疑うような集塊も観察され, AGC+ASC-H と判定した。

【組織所見】いずれの症例も, CIN3, HSIL の像に加え, 既存の上皮を置換するように, N/C 比が高く, 異型を示す上皮が重層化しながら増殖しており, 異型上皮の胞体には粘液が観察され, 典型的な SMILE の組織像を認めた。症例 1 は生検後の円錐切除標本にて, 症例 2 は生検標本およびその後の子宮全摘標本にて, いずれも通常型上皮内腺癌の像が認められた。

【考察】2 症例いずれも, SMILE の像は生検標本にしから認められず, 微小病変であることが示唆された。細胞診, 組織診のいずれにおいても, 診断には粘液染色が有用であった。

### P-1-15 子宮頸部扁平上皮癌の卵巣転移例 —細胞診からの考察

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

○三宅太郎(MD)<sup>1)</sup>, 笹 秀典(MD)<sup>1)</sup>, 岩橋秀樹(MD)<sup>1)</sup>,  
垣本壮一郎(MD)<sup>1)</sup>, 宮本守員(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木理絵(MD)<sup>1)</sup>,  
高橋宏美(CT)<sup>2)</sup>, 三鍋慎也(CT)<sup>2)</sup>, 島崎英幸(MD)<sup>2)</sup>,  
松熊 晋(MD)<sup>2)</sup>, 高野政志(MD)<sup>1)</sup>

子宮頸部扁平上皮癌の卵巣転移はI期では1%未満と稀である。今回子宮頸癌の手術後4年で卵巣転移した症例を経験したので、細胞像から考察する。症例は30代、3妊3産、気管支喘息で吸入中であった。20代での妊娠時に子宮頸部細胞診異常で紹介受診した。細胞診HSIL、生検CIN3、HPV16型陽性であった。20代で1回、30代で2回、CIN3の適応で円錐切除を3回行った。その後の細胞診で微小浸潤癌疑い、残存病変が疑われたため、5ヶ月後に広汎子宮全摘術を行った。手術後4年で卵巣腫大が判明し、両側付属器摘出術を行った。円錐切除前の子宮頸部細胞診は、初回では緊満感のある核を持った小型の傍基底型細胞がみられHSIL、2回目では壊死性の背景に核形不整、クロマチン増量した小型の異型細胞やファイバー状の異型細胞もみられ微小浸潤癌が疑われSCCの判定であった。3回目の子宮全摘の組織像は、扁平上皮癌で浸潤は明らかでなく、リンパ管侵襲や静脈侵襲はなく、リンパ節転移も認められなかった。摘出した卵巣腫瘍の組織像は、クロマチンの増量した類円形腫大核と好酸性胞体を有する多角形から紡錘形の腫瘍細胞が、角化や層状の分化傾向、細胞間橋による接着を示しつつ胞巣状に増殖する像や、小塊状、索状に増殖する像が認められ、壊死を伴っていた。免疫組織化学的にp16陽性で、子宮頸部の扁平上皮癌の転移として矛盾しない像であった。子宮頸部細胞診で扁平上皮癌の浸潤を示唆する細胞像であったことから、組織学的に浸潤癌であることは予想できたが、卵巣転移の既知のリスク(浸潤、体部への進展、脈管侵襲)は認められず、卵巣転移の予測は困難であったと思われる。

### P-1-16 子宮頸部LBC検体で診断に苦慮した 骨髄肉腫の一例

長崎大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 医療法人長崎病理長崎病理診断科<sup>2)</sup>

○溝口太郎(CT)<sup>1)</sup>, 平山三国(CT)<sup>1)</sup>, 今泉利信(CT)<sup>1)</sup>,  
田中 圭(CT)<sup>1)</sup>, 山田明希(CT)<sup>1)</sup>, 大館拓真(CT)<sup>1)</sup>,  
山形真祐美(CT)<sup>1)</sup>, 迫頭直子(CT)<sup>1)</sup>, 穴見正信(CT)<sup>2)</sup>,  
岸川正大(MD)<sup>2)</sup>, 黒濱大和(MD)<sup>1)</sup>, 岡野慎士(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】骨髄肉腫(myeloid sarcoma)はWHO分類によると、骨髄芽球ないし未熟骨髄細胞から構成され、髄外に腫瘤を形成する骨髄増殖性疾患と定義されている。骨髄肉腫単独の発生頻度は50万人に1人と稀な疾患である。今回、子宮頸部に発生し、LBC標本中に異型細胞が見られた骨髄肉腫を経験したので報告する。

【症例】50歳台女性。既往歴は特になし。不正出血を主訴に前医を受診し、子宮頸部腫瘤を指摘された。診察の結果、子宮頸癌3b期以上が疑われ、診断および治療のため当院受診となった。MRIにて悪性リンパ腫が疑われたため、子宮頸部LBC細胞診と子宮頸部組織生検が施行された。

【細胞所見】炎症性細胞、扁平上皮細胞、内頸部腺細胞がみられる中に、細胞結合の乏しい小型円形細胞の集簇が見られた。N/C比が高く、核小体の目立つ幼若な細胞で「other malignant」と判定した。悪性リンパ腫などが鑑別に上がったが、組織型の推定は困難であった。

【組織所見】子宮頸部の粘膜下において、細胞質の乏しい小型の類円形腫瘍細胞がびまん性に増殖し、核はN/C比が高く、多形性、異型性が著明であった。免疫染色ではLCA、Vimentin、MPO、CD68、CD45、CD99が陽性を示し、上皮性マーカー、筋原性マーカー、T細胞およびB細胞のリンパ球マーカーは陰性となり、これらの結果から骨髄肉腫と診断された。

【まとめ】子宮頸部細胞診にて、N/C比が高く、結合性の乏しい小型円形細胞が見られた場合は、濾胞性頸管炎や悪性リンパ腫などが考えられる。本例と悪性リンパ腫との鑑別は細胞診上、非常に困難であるが、今回の経験を活かし、骨髄肉腫も念頭に置きながら免疫染色などを含めて診断を行うことが肝要であると思われる。

### P-1-17 通常型内頸部腺癌と組織診断された 20 症例の細胞診所見の再検討

一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院

○四家千晴(CT), 今木 愛(CT), 諸橋佳奈(CT), 佐藤陽子(CT), 原田仁稔(CT), 小林美穂(DDS), 五十嵐誠治(MD), 坂本且一(MD), 橋本歳洋(MD), 羽生忠義(MD)

【目的】当院において、組織診による最終診断で通常型内頸部腺癌 (Endocervical adenocarcinoma, usual type) とされた症例は、組織診の施行以前に細胞診で異型を指摘されていることが多い。そこで、今後の頸部細胞診判定における Adenocarcinoma の正診率向上のため、細胞像の再検討を行った。

【対象】当院で 2012 年 1 月～2021 年 12 月に組織診 (子宮摘出術, 円錐切除, 生検) で通常型内頸部腺癌と診断され、組織診施行前の細胞像の再検討ができた 20 例を対象とした。

【結果】20 例中 10 例 (50%) が細胞診で Adenocarcinoma と判定されており、組織診判定と一致していた。その他 10 例の判定は、AGC4 例 (20%), SCC4 例 (20%), AIS2 例 (10%) であった。AGC と判定されていた症例では、クロマチンの増量や核異型に乏しいことが診断の所見とされていたが、再検討の結果、AIS 以上を示唆する羽毛状配列や核の配列の乱れが認められた。また、SCC と判定されていた症例では、平面的かつ流れのある層状集塊が着目されていたが、細顆粒状クロマチンや柵状配列などがみられることから腺系病変が示唆された。

【考察】今回の再検討の結果、細胞診で AGC および AIS と判定されていた症例では、Adenocarcinoma と判定するには困難な細胞像が多くみられたことから、細胞所見を細かに検討、記載することで、その後の追跡調査を促し、腺系病変の早期発見につなげることが重要であると考えられた。また、Adenocarcinoma は時に非角化型扁平上皮癌との鑑別が困難なことがあるが、クロマチンや腺管または腺腔を示唆する構造などに着目することが鑑別につながる所見となると考えられた。

### P-1-18 委託細胞診での子宮内膜細胞診疑陽性判定の検討

公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1</sup>, 医療法人徳洲会羽生総合病院<sup>2</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座<sup>3</sup>

○荒木由佳理(CT)<sup>1</sup>, 羽野真貴(CT)<sup>1</sup>, 添田喜憲(CT)<sup>1</sup>, 佐藤丈晴(CT)<sup>1</sup>, 佐藤奈美(CT)<sup>1</sup>, 千葉聖子(CT)<sup>1</sup>, 森村 豊(MD)<sup>2</sup>, 小島 学(MD)<sup>3</sup>, 古川茂宜(MD)<sup>3</sup>, 添田 周(MD)<sup>3</sup>, 渡辺尚文(MD)<sup>3</sup>, 藤森敬也(MD)<sup>3</sup>

【目的】当施設の子宮内膜細胞診の疑陽性判定は、体癌から反応性変化まで幅広い所見が含まれる。そこで、今回、子宮内膜細胞診における記述式報告様式導入を目的とし、疑陽性症例を再評価し、細胞像の整理を行った。

【対象および方法】当施設に委託された子宮内膜細胞診 (従来法) で 2017～2019 年度に疑陽性と判定され、組織診と照合できた 72 例を対象とした。細胞検査士 5 名がブラインドで再鏡検し、細胞所見及び核所見など観察し、1: ATEC-US, 2: 内膜増殖症, 3: ATEC-A, 4: 異型増殖症以上の 4 分類に再評価し、各分類と組織結果を対比し、細胞所見を整理した。

【結果】再評価の結果、ATEC-US 31 例 (43.1%), 内膜増殖症 14 例 (19.4%), ATEC-A 13 例 (18.1%), 異型増殖症以上 14 例 (19.4%) だった。組織結果との照合では、ATEC-US の 31 例のうち異常なし 27 例 (87.1%) であった。ATEC-A では異型増殖症以上が 13 例のうち 7 例 (53.8%) と多かった。細胞判定と組織判定の不一致例では、ATEC-US で類内膜癌が 1 例みられ、これは細胞量が少なくサンプリングエラーによるものと考えられた。異型増殖症と判定して異常なしであった症例は 3 例あり、そのうち 2 例は細胞量が多く、乳頭状集塊や化生変化が多い症例だった。

【まとめ】当施設の疑陽性は、報告書に内膜生検を薦める記載をしている。しかし、疑陽性の約半数は ATEC-US であり、組織も多くが異常なしであった。ATEC-US は記述式報告様式において内膜生検を必ずしも必要とせず、細胞診再検を薦めるとされている。今後、記述式報告様式導入にあたり、より詳細なコメントを記載し、臨床側とコミュニケーションを図ることが望まれる。

### P-1-19 子宮内膜間質評価を目的としたアルシアンブルー染色の有用性

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科<sup>1</sup>, 奈良県立医科大学附属病院病理部<sup>2</sup>, 福井大学医学部産科婦人科<sup>3</sup>, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科<sup>4</sup>, 富山赤十字病院病理診断科<sup>5</sup>

○細川 翔(CT)<sup>1</sup>, 則松良明(CT)<sup>1</sup>, 西川 武(CT)<sup>2</sup>, 鈴木久恵(CT)<sup>2</sup>, 黒川哲司(MD)<sup>3</sup>, 品川明子(MD)<sup>3</sup>, 矢納研二(MD)<sup>4</sup>, 前田宜延(MD)<sup>5</sup>

【はじめに】子宮内膜細胞診において、無排卵周期に伴う子宮内膜腺間質破綻(EGBD)と高分化型類内膜癌(G1-EEC)の鑑別がしばしば問題となる。これまでのCD10免疫化学的検討により、集塊を構成する子宮内膜間質(内膜間質)の出現パターンが、両者の鑑別に寄与することを報告した(Cytopathology, 2022; 33: 362-373)。今回我々は新たに、内膜間質の主要基質成分であるコンドロイチン硫酸に着目し、酸性多糖類を検出するアルシアンブルー(AB)染色が、内膜間質評価に応用できるか検討した。

【対象と方法】2012年5月から2019年9月までに子宮内膜細胞診が施行されたEGBD症例32例とG1-EEC症例25例のLBC標本についてAB染色(pH1.0)を1時間行い、それぞれの細胞集塊に対する反応性を比較検討した。加えて5症例ずつは、CD31との重染色を行い、血管との相互位置関係を評価した。

【結果】G1-EEC症例では、腫瘍性血管間質束に対するAB陽性像が認められた。また、乳頭状構造を呈する癌細胞集塊では、集塊を貫き内部で枝分かれをする小管状束状のAB陽性像を認め、その内腔にはCD31発現細胞を含有していた。一方のEGBD症例では、間質細胞凝集塊に対するAB陽性像は認められなかった。

【まとめ】子宮内膜LBC標本におけるAB染色により、間質細胞凝集塊と腫瘍性血管間質束に由来する異なる出現パターンを認めた。EGBDでは、間質細胞の変性凝集に先立って基質成分が溶出するため、AB染色に対する反応性を示さなかったと考えられた。両者の病変を反映した本検討結果は、内膜間質評価に基づいたG1-EEC/EGBD鑑別の一助になると共に、簡易な内膜間質評価法としての発展が期待される。

### P-1-20 子宮内膜癌における細胞周期による核形態変化：培養細胞と臨床検体による検討

愛知医科大学医学部病理学講座<sup>1</sup>, 愛知医科大学病院病院病理部<sup>2</sup>, 愛知医科大学医学部病理診断学講座<sup>3</sup>, 愛知医科大学医学部産婦人科学講座<sup>4</sup>, 山口大学大学院医学系研究科分子病理学分野<sup>5</sup>

○伊藤秀明(MD)<sup>1</sup>, 早川里美(CT)<sup>2</sup>, 和田榮里子(CT)<sup>2</sup>, 桜井包子(CT)<sup>2</sup>, 佐藤允則(CT)<sup>2</sup>, 佐藤 啓(MD)<sup>3</sup>, 高原大志(MD)<sup>3</sup>, 大橋明子(MD)<sup>3</sup>, 大西紘二(MD)<sup>1</sup>, 松下 宏(MD)<sup>4</sup>, 近藤智子(MD)<sup>5</sup>, 高橋恵美子(MD)<sup>3</sup>, 都築豊徳(MD)<sup>3</sup>

子宮内膜細胞診において、核の腫大やクロマチン増量といった核形態の異常は、良悪判定における重要な所見である。核形態を規定する因子の一つに核DNAの状態があり、特に細胞周期の進行は、核DNA複製(S期)や核DNA凝集(M期)といった核DNAの状態変化を引き起こし、それに伴い核のサイズやクロマチン濃度も変化している。一般に細胞周期亢進を伴う悪性腫瘍ではS期やG2/M期の細胞が多く存在しており、これら細胞の核形態を認識することが可能であれば、細胞生物学的根拠に基づいた評価が可能になり、診断の一助となる可能性がある。しかしながら、これまでに細胞周期進行に伴う核形態の変化を詳細に解析した研究は少なく、特に細胞診検体ではほとんど検討されていない。我々はこれまで子宮内膜癌の核DNAの総量・密度をイメージサイトメトリーにより測定し、固定された状態の子宮内膜癌培養細胞および臨床検体を用いて細胞周期における核形態変化の解析を行ってきた。今回はさらに生細胞イメージングを用い、親細胞の細胞分裂から娘細胞の細胞分裂までの核形態を経時的に追跡し解析を行った。本発表では、これら子宮内膜癌培養細胞(生細胞・固定細胞)および臨床検体のデータを統合し、子宮内膜癌細胞核の細胞周期による変化について考察してみたい。



### P-1-21 転写因子 LIM1 は CREB signaling を通じて子宮体癌の腫瘍増生を促す

愛媛大学大学院医学系研究科産婦人科学講座<sup>1)</sup>, 愛媛大学学術支援センター動物実験部門<sup>2)</sup>, 愛媛大学プロテオサイエンスセンター病態生理解析部門<sup>3)</sup>

○加藤宏章(St)<sup>1)</sup>, 佐伯法学(PhD)<sup>2)</sup>, 今井祐記(PhD)<sup>3)</sup>, 杉山 隆(St)<sup>1)</sup>

子宮体癌の罹患率は世界的に上昇しているが, 化学療法を選択肢は少なく, 新たな治療標的が求められている。我々は, 初期と進行期の子宮体癌の遺伝子発現プロファイルに no-bias に比較することで, 新規治療標的の探索が可能ではないかと考え, The Cancer Genome Atlas に登録された子宮体癌 1 期 255 症例と 2-4 期 110 症例の RNA-sequence data を独自解析した。解析結果を Gene Ontology (GO) enrichment 解析した結果, Homeobox 遺伝子群で有意に濃縮された。そこで, Grade1 子宮体癌細胞株である Ishikawa 細胞と Grade3 子宮体癌細胞株である HEC50B 細胞における homeobox の遺伝子発現を RT-PCR にて確認した。その結果, LIM homeobox1 (LIM1) の有意な発現上昇を認めた。LIM1 は, 子宮の発生に関連する転写因子と報告されているが, 子宮体癌との関連の報告はない。そこで, HEC50B に対して LIM1 遺伝子抑制 (LIM1-KD) を行ったところ, 細胞増殖が抑制された。LIM1-KD 株を用いて RNA-seq を実施し, その結果を IPA 解析した。その結果, LIM1-KD 株では CREB 関連遺伝子の発現抑制を認めた。さらに, LIM1-KD 株ではリン酸化 CREB の減少を認めた。HEC50B を用いた Xenograft モデルでは, LIM1-KD 株で腫瘍増生が有意に抑制された。また LIM1-KD 由来腫瘍では, 免疫染色にて in vitro の実験系と同様にリン酸化 CREB の低下を認めた。院内の子宮内膜組織診サンプルにて LIM1 の発現を検討したところ, LIM1 の検出が可能であった。Kaplan-Meier plotter 解析の結果, LIM1 の高発現群は有意に予後不良であった。以上から, 子宮体癌細胞の LIM1 は CREB signaling を介して腫瘍悪性度に寄与すると考えられ, LIM1 の発現レベルで悪性度が推定できる可能性が示唆された。

### P-1-22 子宮体部原発の大細胞神経内分泌癌 (Large cell neuroendocrine carcinoma) の一例

東京歯科大学市川総合病院検査科病理<sup>1)</sup>, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科<sup>2)</sup>

○小谷隆史(CT)<sup>1)</sup>, 柴田早紀(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊美比(CT)<sup>1)</sup>, 福田雅美(CT)<sup>1)</sup>, 橋本和彦(DDS)<sup>1)</sup>, 佐々木文(MD)<sup>1)</sup>, 橋本志歩(MD)<sup>2)</sup>, 小川真里子(MD)<sup>2)</sup>, 高松 潔(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】大細胞神経内分泌癌(以下 LCNEC)は, 高悪性度に分類される神経内分泌腫瘍で, 子宮内膜癌の 1% 未満と非常に稀な腫瘍である。今回我々は, 子宮体部原発の LCNEC の一例を経験したので報告する。

【症例】50 代女性。1 年程前から不正出血を自覚し, 近医を受診。子宮体癌が疑われ, 当院へ紹介受診。肉眼的に膿瘍と出血成分の帯下があり, 頸管付近まで腫瘍成分が充満していた。CT 所見で, 子宮体部に不整な病変を認めた。また両肺に多発結節, 骨盤内と傍大動脈リンパ節も腫大がみられた。

【生検所見】大部分が壊死及び炎症性滲出物であった。少数, 明瞭な核小体で N/C 比の高い異型細胞集塊が出現。免疫染色の結果, 類内膜腺癌(G3)が考えられたが, 腫瘍細胞は少なく, Carcinoma とした。

【術中腹水所見】炎症性背景に, 集塊～孤在性の異型細胞がみられた。裸核様で核腫大や明瞭な核小体を有し, クロマチンは粗顆粒状で増量していた。集塊で出現する異型細胞は異型が強いが, 結合性はよかった。以上の所見から, 腺癌か神経内分泌腫瘍の可能性を考えたが, 典型的な腺癌とは核所見や出現パターンが違うため, 神経内分泌腫瘍を考えた。

【手術材料所見】明瞭な核小体と濃染した腫大核, 好酸性細胞質を有する異型細胞が線維化, 壊死を伴いつつ, シート状, 充実性胞巣状に浸潤・増生していた。核の大小不同や異型核分裂像を認め, 低分化癌の所見であった。免疫染色で SYP(+), CGA(±), AE1/AE3(+)であることから, LCNEC と診断された。

【まとめ】子宮体部原発の LCNEC は, 非常に稀である。また, 高悪性度であり, 予後不良な疾患である。類内膜腺癌 G3 などの低分化癌との鑑別に苦慮することがあり, 注意が必要である。



### P-1-23 縦隔悪性リンパ腫と同時性重複した子宮体部中腎様腺癌の1例

旭川医科大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 旭川医科大学病院病理部<sup>2)</sup>

○高橋知昭(MD)<sup>1)</sup>, 青木直子(MD)<sup>2)</sup>, 鶴野裕治(CT)<sup>2)</sup>, 片山英人(MD)<sup>1)</sup>, 市川英俊(MD)<sup>1)</sup>, 板橋 彩(MD)<sup>1)</sup>, 水崎 恵(MD)<sup>1)</sup>, 早坂美紗(MD)<sup>1)</sup>, 寶田健平(MD)<sup>1)</sup>, 湯澤明夏(MD)<sup>2)</sup>, 上小倉佑機(MD)<sup>2)</sup>, 秋山直子(CT)<sup>2)</sup>, 谷野美智枝(MD)<sup>2)</sup>, 加藤育民(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】子宮体部の中腎様腺癌はWHO分類第5版(2020)に新たに追加された稀な癌で、予後不良とされている。今回、縦隔悪性リンパ腫と同時性重複した子宮体部中腎様腺癌を経験したので報告する。

【症例】80代、不正出血あり当院泌尿器科受診。CTで子宮腫大を認め当科紹介。MRIで子宮体癌を疑う所見を認めたが内膜細胞診は陰性、内膜組織診でも癌組織を認めなかったためPET-CT検査を行ったところ、子宮に高度集積を認めると同時に、気管右側リンパ節にも集積を認めた。縦隔リンパ節生検により、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断となったため、血液内科でR-THP-COP療法を6コース行った。治療後のPETで腫瘍は縮小し、集積も改善したが、子宮には依然として高度集積を認めたため内膜細胞診と組織診を再検したところ腺癌の診断となり、子宮全摘出術+両側付属器摘出術+大網部分切除を行った。

【細胞所見】出血と炎症性背景の中、核腫大、核大小不同を有する異型細胞が不規則結合性あるいは乳頭状配列を示す集塊を形成して出現し、細胞質は好酸性顆粒状で厚みがあった。

【組織所見】腫瘍部では不整形の腫大核を有する異型細胞が、乳頭状、管状、小管腔を有する充実性胞巣状や好酸性の豊富な細胞質を有するhobnail状に増殖し、非常に多彩な像であった。管腔内に好酸性物質を有するものも散見された。免疫組織化学ではTTF1・GATA3・PAX8陽性、p16局所的に陽性、CD10一部の管腔面に陽性、カルレチニン・ER好酸性の腫瘍細胞に少量陽性、p53野生型、PR・AR・Napsin A陰性であった。形態と免疫組織化学から中腎様腺癌と考えられた。

### P-1-24 卵巣性索腫瘍類似子宮腫瘍(UTROSCT)の経子宮頸管的針生検・捺印細胞像

大阪市立総合医療センター婦人科<sup>1)</sup>, 大阪市立総合医療センター病理部<sup>2)</sup>, 大阪公立大学大学院医学研究科女性病態医学<sup>3)</sup>

○川村直樹(MD)<sup>1)</sup>, 村上 誠(MD)<sup>1)</sup>, 世古裕里(CT)<sup>2)</sup>, 山畑 翔(CT)<sup>2)</sup>, 石井真美(MD)<sup>2)</sup>, 井上 健(MD)<sup>2)</sup>, 笠井真理(MD)<sup>3)</sup>, 市村友季(MD)<sup>3)</sup>

Uterine tumor resembling ovarian sex cord tumor (UTROSCT)は、子宮内膜間質由来で悪性度不明のまれな子宮腫瘍と考えられている。今回、術前に同腫瘍の細胞像を評価する機会を得たので、その特徴を報告する。

【症例】70代、50代で閉経、3妊3産。1年前より少量の不正性器出血があり、3日前より増加したため受診。超音波検査で子宮体部筋層に径8~9cm大の子宮筋腫様腫瘍を認め、MRI検査ではT1強調画像は低~等信号、T2強調画像は不規則高信号、拡散制限を認め、子宮肉腫が疑われた。経子宮頸管的に当該腫瘍の針生検を行い、その捺印細胞像の検討も行った。

【細胞像】N/C比の高い類円形細胞が、散在性あるいは平面的で結合性の緩い細胞集塊として多数出現し、核は小型核小体を1~2個有し均一な所見、細胞質は泡沫状で細胞境界は不明瞭であった。細胞診判定は疑陽性。

【針生検組織像】類円形核と好酸性の胞体を有するN/C比の高い細胞が、充実性、胞巣状、索状に密に増殖し、一部は固有筋層に浸潤しているようにみられ、small round cellの形態を示す悪性腫瘍と考えられた。

【手術摘出標本】肉眼的に剖面は黄色調結節で、病理組織学的には針生検と同様な細胞が密に増殖し、固有筋層との辺縁は多くは圧排性増殖であるが、一部に索状に浸潤している部分が認められた。免疫染色では、Cytokeratin, ERはびまん性に陽性、 $\alpha$ -inhibin, calretininは一部陽性、CD10, HMB-45, Melan-A,  $\alpha$ SMAはいずれも陰性であった。以上よりUTROSCTと考えられた。

【まとめ】UTROSCTは悪性度不明とされているが、本例は捺印される腫瘍細胞数が多く、一部に浸潤性増殖が認められていることから、悪性の性格をもつものと推測された。

**P-1-25 子宮体部に発生した PSTT の 1 例**

東京国際大堀病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京国際大堀病院婦人科<sup>2)</sup>

○川副 萌(CT)<sup>1)</sup>, 小糸庄円(CT)<sup>1)</sup>, 関 邦彦(MD)<sup>1)</sup>, 井坂恵一(MD)<sup>2)</sup>

**【諸語】** Placental site trophoblastic tumor (PSTT) は絨毛性疾患取り扱い規約第 3 版で「着床部の中間型栄養膜細胞由来の腫瘍細胞の増殖により, 子宮に腫瘤を形成する絨毛疾患である」と定義される。今回, 組織学的にも稀な 1 例を経験したので細胞学的特徴を中心に報告する。

**【症例】** 40 歳台, 3 経妊 3 経産。最終妊娠は 2019 年で正常分娩。2021 年 1 月中旬に不正性器出血を主訴として前医で内膜搔爬をし, 絨毛性疾患を疑い当院にて手術を行った。血清 hCG は 0.10ng/ml 以下であった。

**【細胞所見】** 手術検体での穿刺吸引細胞診では, 出血性背景に大型な異型細胞が孤立性またはシート状小集塊を形成して出現。異型細胞の細胞質は繊細なレース状でライトグリーン淡染であった。核は中心性で 2~3 核を有し, 核形不整や核の大小不同, クロマチンの増量を認めた。明らかな絨毛構造はなかった。以上から絨毛癌を含む絨毛性疾患を疑った。

**【組織所見】** 子宮内容物では, 病理組織学的に合胞体トロホプラストはほとんど認められず, 出血・壊死が高度な背景に類上皮様中間型トロホプラストがシート状に増殖する腫瘍で, 2~3 核程度の多核細胞を散見した。Epithelioid trophoblastic tumor (ETT) を疑ったが, 免疫組織化学染色では hCG 陽性, p63 が陰性を示したため, PSTT と診断し単純子宮全摘を施行した。

**【結語】** PSTT の細胞所見では, 類円形の単核~2・3 核で細胞質が豊富な中間型栄養膜細胞が特徴であった。絨毛癌との鑑別が重要になるが, 絨毛癌は細胞性栄養膜細胞や合胞性栄養膜細胞の混在を認めることが最大の鑑別点である。本症例で確認できた PSTT の特異的な栄養膜細胞像を知っておくことは稀少疾患を早期発見するのに有用である。

**P-1-26 肺転移を契機に発見された子宮体部原発中腎様癌の一例**

帝京大学医学部附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 帝京大学医学部病理学講座<sup>2)</sup>, 帝京大学医学部産婦人科学講座<sup>3)</sup>

○石井美樹子(CT)<sup>1)</sup>, 沼倉里枝(MD)<sup>2)</sup>, 菊地良直(MD)<sup>2)</sup>, 佐野峻亮(CT)<sup>1)</sup>, 南 秀坪(CT)<sup>1)</sup>, 向山淳児(CT)<sup>1)</sup>, 笠井亮子(CT)<sup>1)</sup>, 小島 貴(CT)<sup>1)</sup>, 赤嶺 亮(CT)<sup>1)</sup>, 河野純一(CT)<sup>1)</sup>, 羽賀敏博(MD)<sup>1)</sup>, 石田 毅(MD)<sup>1)</sup>, 齊藤光次(MD)<sup>1)</sup>, 長阪一憲(MD)<sup>3)</sup>, 笹島ゆう子(MD)<sup>1)</sup>

**【はじめに】** 中腎管遺残から発生する中腎癌は通常子宮頸部側壁に発生するが, これに組織形態が類似する癌が子宮体部や卵巣に発生することがあり, 中腎様癌と呼ばれる。今回肺転移を契機に発見された子宮体部原発中腎様癌を経験したので報告する。

**【症例】** 60 代, 女性。2ヶ月前より続く咳嗽, 喀痰粘着感を主訴に受診。胸部 CT にて両肺野全体に tree-in-bud pattern, 小粒状影を認め, サルコイドーシスが疑われた。右気管支の TBLB にて adenocarcinoma と診断された。多発病変であることや各種免疫組織化学の結果から肺原発は考えにくく, PET CT にて子宮に集積を認めたため婦人科精査となった。子宮は腫大しており, 内膜生検にて腺癌と診断され, 子宮摘出術が施行された。術中腹水細胞診は Class 5 と判定された。

**【細胞所見】** 気管支肺胞洗浄液: 出血性背景に, N/C 比大, クロマチン増量した球状異型細胞集塊を僅かに認める。内膜細胞診: 出血性背景に乳頭状, 腺腔状, ブドウの房状構造, 渦巻き状等の異型細胞集塊を認める。背景にライトグリーン好性の無構造物質が散見された。腹水: 内膜細胞診でみられた異型細胞と同様の細胞集塊を認める。

**【手術材料】** 肉眼所見: 子宮体部に 10.5×9.5×7.3 cm の内向性腫瘤を認める。組織所見: 類円形核と好酸性細胞質を有する小型の腫瘍細胞が, 小型管状構造, 乳頭状構造, 糸球体構造および充実性といった多彩な像を呈して増殖する。管腔内に好酸性物質が見られる。腫瘍細胞は免疫組織化学にて TTF1, CD10, GATA3, PAX8 陽性, ER, PgR 陰性を示し中腎様癌と診断された。

**【結語】** 比較的稀な子宮体部中腎様癌の細胞像を経験したので報告する。

### P-1-27 子宮内膜細胞診を契機に診断された 子宮内膜脱分化癌の1例

倉敷成人病センター産婦人科<sup>1)</sup>, 倉敷成人病センター病理診断科<sup>2)</sup>

○仙波恵樹(MD)<sup>1)</sup>, 大森昌子(MD)<sup>2)</sup>, 小林千聖(CT)<sup>2)</sup>, 小川友香(CT)<sup>2)</sup>, 安原聖子(CT)<sup>2)</sup>, 小淵喜枝(CT)<sup>2)</sup>, 瀬島雅子(CT)<sup>2)</sup>, 高田由貴(CT)<sup>2)</sup>, 藤田 勝(CT)<sup>2)</sup>, 石原真理子(CT)<sup>2)</sup>

【緒言】子宮内膜脱分化癌は子宮内膜癌の1-2%と稀な癌種である。その病勢はしばしば急速で予後不良であるため、その他の癌種との鑑別が重要である。今回、子宮内膜細胞診を契機に診断された子宮内膜脱分化癌を経験したので報告する。

【症例】60代, 2経産。不正出血を主訴に当科を受診した。骨盤MRIでは子宮体部後壁に72mm大の子宮筋腫を認めたが、子宮内腔には出血が貯留しており、良悪性の評価は困難であった。子宮内膜細胞診で壊死性背景に不整形の集塊を認め、それに加えて泡沫状の細胞質を有する異型細胞や肉腫様の異型細胞が孤立散在性に存在していた。子宮内膜組織診では円柱状の腫瘍細胞が管腔構造を形成し増殖する領域と、多形性を示す高度異型細胞が充実性増殖を示す領域を認めた。以上より高悪性度の子宮内膜癌が疑われたため、ロボット支援下準広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術、傍大動脈リンパ節郭清術、大網部分切除術を施行した。摘出子宮の内腔に35mm大の灰白色の腫瘍を認めた。組織学的には円柱状の腫瘍細胞が管状、乳頭状に密に増殖する像がみられ、類内膜癌Grade1相当と考えられる領域と、それに隣接して結合性の乏しい多形性を示す細胞が充実性に増殖する領域を認め、cytokeratin AE1, AE3, EMAが陽性であった。筋層浸潤はわずかであり、転移性病変を認めなかった。以上より、子宮内膜脱分化癌1A期と診断した。術後補助化学療法を行い、現在、初回治療後3年3カ月再発なく経過している。

【考察】子宮内膜脱分化癌はその予後の悪さから早期に治療を行う必要があり、細胞像を共有することでスクリーニング検査において過少診断しないことが重要である。

### P-1-28 子宮体癌の推定診断に細胞診が有用であったマンチェスター術後の骨盤臓器脱の1例

トヨタ記念病院産婦人科

○村井 健(MD), 島 寛太(MD), 柴田莉奈(MD), 松尾聡一郎(MD), 小鳥遊明(MD), 森 将(MD), 稲村達生(MD), 柴田崇宏(MD), 竹田健彦(MD), 鶴飼真由(MD), 岸上靖幸(MD), 佐原晴人(CT), 吉森之恵(CT), 川口規子(CT), 小口秀紀(MD)

【緒言】マンチェスター手術は子宮脱の手術として実施されてきたが、子宮頸管が狭小化するため、子宮体癌の診断に難渋することがある。

【症例】70代。50代の時に子宮脱にてマンチェスター手術の既往あり。骨盤臓器脱の診断で手術を予定したが、術前の子宮内膜細胞診でadenocarcinomaの推定診断であった。繰り返し行った子宮内膜組織診では異常なく、腹腔鏡下仙骨腔固定術を施行した。切除した残存子宮の病理診断は子宮内膜の漿液性癌であった。

【細胞所見】出血性背景に、不規則に重積した乳頭状集塊が多数見られた。これらの細胞集塊では上皮結合性は明瞭で、N/C比の増大や核クロマチンの濃染、核の大小不同を伴う異型細胞から構成されていた。以上から組織亜型の確定は困難であるものの腺癌、特に漿液性癌が推定された。

【組織所見】組織学的には癒合する管状構造から乳頭状構造を呈する上皮性腫瘍であった。腫瘍細胞には核小体の明瞭化や核腫大、核クロマチンの濃染を伴っており、核分裂像は容易に観察された。一部では上皮結合性の低下した楕円ないしは円形の細胞がmyxoidな間質を伴って増殖する領域も認められた。いずれも分化度の異なる一連の腫瘍を観察していると判断し、組織型としては漿液性癌と診断した。組織内に認められる細胞形態は細胞診にて観察された細胞群と近似しており、同一の腫瘍を観察していると判断した。

【結論】マンチェスター手術では子宮腔部から頸部を切断し、Strumdorf縫合を行うため、術後の頸管はpinhole状となり、より細い器具で採取できる子宮内膜細胞診の方が組織診より有用な場合がある。

### P-1-29 初回治療から 13 年経過後の子宮体部癌肉腫 腔断端再発

北海道大学病院婦人科<sup>1)</sup>, KKR 札幌医療センター産婦人科<sup>2)</sup>

○松宮寛子(MD)<sup>1)</sup>, 三田村卓(PhD)<sup>1)</sup>, 山崎博之(MD)<sup>1)</sup>, 黒須博之(MD)<sup>1)</sup>, 石塚泰也(MD)<sup>2)</sup>, 遠藤大介(PhD)<sup>1)</sup>, 金野陽輔(PhD)<sup>1)</sup>, 武田真人(PhD)<sup>1)</sup>, 渡利英道(PhD)<sup>1)</sup>

【背景】子宮体部癌肉腫は、稀な特殊型であり、一般的に高分化型類内膜癌と比較して悪性度が高く、再発例の多くは 5 年以内に起こる。今回、子宮体部癌肉腫に対する初回治療から 13 年経過してから腔内に再発をきたした症例を経験した。

【症例】60 代女性。子宮体部癌肉腫 1B 期の診断で拡大子宮全摘術+両側付属器摘術+骨盤および傍大動脈リンパ節郭清術、術後化学療法 6 コースを施行し、寛解後の経過観察を行った。初回治療から 13 年後、不正性器出血を主訴に当院を再診したところ、腔鏡診では腔壁右側に腫瘤形成を認め、同部位の細胞診を施行した。細胞診所見としては、血性背景に多くの異型細胞の集塊を認め、不規則重積、N/C 比上昇、核形不整、クロマチン濃染を示し、集塊にはほつれや集塊の断片化も見られ、構造異型がみられた。腺癌を含めた腫瘍性病変の可能性が示唆され、組織診を施行したところ、核クロマチン増加を示す異型円柱上皮が密な腺管を形成しながら増殖しており、腺癌の診断となった。免疫染色を初回検体と比較すると、CK7(partial+), CK20(-), WT-1(-)で、形態・免疫形質の点において類似性があり、既往子宮癌肉腫の再発と診断した。一方、肉腫成分は認めなかった。

【考察】子宮癌肉腫の再発部位は、骨盤内や遠隔転移での再発が多く、腔への単独再発は決して多くない。また、腔原発の腺癌の頻度は稀であることから、今回は再発を第一に考慮した。再発腫瘍の組織型に関する報告はほとんどなく、再発をきたした際に肉腫成分と癌腫成分のいずれが主体となるのか、今後の検討が必要である。

### P-1-30 TBB および EBUS-TBNA における ROSE の有用性について

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

○白濱幸生(CT)<sup>1)</sup>, 野口裕史(CT)<sup>1)</sup>, 徳満貴子(CT)<sup>1)</sup>, 森田勝代(CT)<sup>1)</sup>, 峰松映子(CT)<sup>1)</sup>, 黒木栄輝(CT)<sup>1)</sup>, 黒木奈瑞菜(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤嬉和(CT)<sup>1)</sup>, 盛口清香(MD)<sup>1,2)</sup>, 田中弘之(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【目的】迅速細胞診(ROSE)は、腫瘍細胞が確実に適切に採取されているかを判断する重要な検査法である。当院では、経気管支生検(TBB)や超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA: 以下 TBNA)で実施され、ROSE 判定を陰性、鑑別困難、悪性疑い、悪性で行っている。しかし、TBB や TBNA の診断精度の検証はなされておらず、精度管理については不明であった。今回われわれは、TBB と TBNA 症例の診断精度と ROSE を用いる有用性について検討を行ったので報告する。

【方法】2019 年 1 月から 2021 年 12 月までに TBB および TBNA を行った症例は 438 例であり、その中で ROSE と組織検査が同時に施行された 254 例を対象とした。方法は、ROSE 判定で鑑別困難以上を陽性として組織診断と対比させ、診断精度を求めた。また ROSE 判定後に再染色を行い、再評価した結果を細胞診最終報告として、ROSE 判定との診断精度を比較した。さらに偽陽性であった症例を、報告別に鑑別困難と悪性疑い以上に分け、それぞれの経過について追跡調査を行った。

【成績】ROSE 判定は細胞診最終報告と比べ感度(94.5% VS97.5%, p0.32)、特異度(63.0% VS69.8%, p0.68)であり、ROSE と細胞診最終報告で診断精度に差はなかった。偽陽性であった症例は 20 例あり、判定は悪性疑い以上が 10 例、鑑別困難が 10 例で、TBB または TBNA 後に生検または手術が施行されたのは悪性疑い以上が 90% (9/10)、鑑別困難 30% (3/10)であった。生検または手術の組織診は、腺癌 67% (8/12)、悪性リンパ腫 25% (3/12)、類上皮血管内皮腫が 8% (1/12)であった。

【結論】ROSE 判定は限られた時間で判断する検査であるが、その診断精度は高く、臨床へ有用な情報を提供できる手法であると考えられる。



### P-1-31 COVID-19 における鼻咽頭の細胞学的検討の1例

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院病理診断科<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立荏原病院病理診断科<sup>2)</sup>

○楠木麻子(CT)<sup>1)</sup>, 久和美咲(CT)<sup>2)</sup>, 柴崎洋子(CT)<sup>1)</sup>, 小池 昇(CT)<sup>1)</sup>, 秋田英貴(MD)<sup>1)</sup>, 鄭 子文(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】 SARS-CoV-2 の感染が鼻粘膜への定着から始まる本疾患に関して, Gelardi らは, May-Grunwald-Giemsa 染色で正常時の鼻咽頭の線毛円柱上皮細胞に観察される hyperchromatic supranuclear stria (以後 HSS) と呼ばれる赤色の染色帯が SARS-CoV-2 に感染した患者の鼻咽頭の線毛円柱上皮細胞では欠如すると報告している。当院で SARS-CoV-2 陽性を確認した患者の鼻咽頭細胞を追跡観察し, 細胞学的検討を行った1例について報告する。

【症例】 40代女性。2022年2月に同居する配偶者が SARS-CoV-2 に感染し濃厚接触者となる。その後, 自身も頭痛と鼻汁の症状が出現し, 翌日に PCR 検査により SARS-CoV-2 陽性が確認された。陽性後5日目から50日目までの期間に14回, また100日目に鼻咽頭擦過標本の作製を行い May-Grunwald-Giemsa 染色にて細胞を観察した。

【細胞所見】 鼻咽頭の線毛円柱上皮細胞で確認される HSS は, 陽性後5日目から20日目頃にかけて徐々に減少し, 以降, 50日目まで HSS はほとんど確認できなくなった。100日目の標本では再び HSS が確認された。

【まとめ】 本症例では, SARS-CoV-2 感染により鼻咽頭の線毛円柱上皮細胞の HSS は徐々に欠如が起り症状の回復から遅れて HSS が再出現した。HSS はゴルジ装置に一致するとする文献もあるが, 欠如と出現の機序の解明には至っておらず今後の研究課題とするともに, 更なる症例の蓄積が必要と考える。

### P-1-32 肺癌における遺伝子パネルや PD-L1 の結果からみえる組織型の検討について

公立八女総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 公立八女総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○跡部美和(CT)<sup>1)</sup>, 四丸知弥(CT)<sup>1)</sup>, 堤麻莉子(CT)<sup>1)</sup>, 谷川 健(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 肺癌患者は細胞診や組織診の検査を行い, その組織型により治療方針が決定される。その為, 組織型の決定は非常に重要である。形態的に非典型例であれば, 免疫組織化学を施行して, 組織型を決定することになる。組織型が小細胞癌か非小細胞癌かでその治療法は大きく異なる。非小細胞癌と判定されたら, 腺癌や扁平上皮癌などの組織型を決定する。非典型的な形態を示す場合はさらに免疫組織化学を施行し, 検討を加え, 組織型を決定する。次に, 残検体を利用して, 遺伝子パネル検査や PD-L1 免疫組織化学が施行され, その結果で治療方針が決定される。今回, 我々は遺伝子検査や PD-L1 の結果と組織形態との関連を検討した。

【対象】 2019年6月~2022年4月の期間で, 非小細胞癌と診断され, オンコマイン Dx 研究用 46 遺伝子解析, PD-L1 免疫組織化学が施行された症例。

【方法】 遺伝子変異の結果や PD-L1 発現の程度と細胞診所見および組織所見との関連を検討した。また, 小細胞癌と非小細胞癌との鑑別についても, 形態学および免疫組織化学的な検討を加えた。

【考察】 一般的には, 細胞診断および組織診断で小細胞癌と非小細胞癌との鑑別は困難でないと思われるが, 一部の症例では, その特徴を欠き, 免疫組織化学で鑑別が必要になる。同様の細胞形態を示す場合でも, 免疫組織化学発現態度が異なる場合があり, 組織型決定に難渋することがある。また, 遺伝子変異遺伝子検査に関して, 組織型から通常見られない遺伝子変異を示すことがあった。これらの症例に関して, 形態所見, 免疫組織化学発現態度, さらに, 遺伝子変異や PD-L1 発現態度を比較検討した。



### P-1-33 Pulmonary hyalinizing granuloma と肺腺癌の併存により形成された孤立性肺腫瘍の 1 例

JA 愛知厚生連安城更生病院臨床検査室<sup>1)</sup>, JA 愛知厚生連安城更生病院病理診断科<sup>2)</sup>

○牧明日加(CT)<sup>1)</sup>, 山本宗平(MD)<sup>2)</sup>, 杉山宗平(CT)<sup>1)</sup>, 水野里枝(CT)<sup>1)</sup>, 情家千裕(CT)<sup>1)</sup>, 角谷優海(CT)<sup>1)</sup>, 高須大輔(CT)<sup>1)</sup>, 鳥居也紗(CT)<sup>1)</sup>, 杉浦記弘(CT)<sup>1)</sup>, 酒井 優(MD)<sup>2)</sup>

Pulmonary hyalinizing granuloma (PHG) はケロイド様の硝子化膠原線維の層状増生を特徴とする稀な腫瘍形成性肺疾患であり, これまで癌腫と併存した報告例はない。今回, PHG と肺原発腺癌との併存例にて術中迅速診断時の捺印細胞診を実施する機会があったので報告する。症例は 60 代男性で, 後腹膜線維症に対する経過観察の CT 検査にて, 左上葉胸膜直下に増大傾向を示す径 15 mm 大の結節性病変が指摘された。FDG 集積も認められたことから癌腫が疑われ, 診断目的を兼ねた部分切除が施行された。断面では, 内部の比較的均一な白色結節がみられ, 同病変の一部を迅速組織診に供したところ, PHG として矛盾しない層状の硝子線維化病変が認められたが, 明らかな悪性所見は指摘されなかった。一方, 迅速組織標本サンプリング後の断面の捺印によって作製した細胞診標本では, 少数の硝子様間質成分とともに, 核小体明瞭で細顆粒状の核クロマチン構造を容れる類円形腫大核とライトグリーン淡染の細胞質からなる異型細胞が小集塊状に認められ, 腺癌が疑われた。永久標本では, 径 15 mm 大の PHG と胸膜に挟まれるかたちで, 径 6 mm 大の腺癌が認められた。腺癌は胸膜浸潤を呈しており, 後日, 残存上葉切除とリンパ節郭清が行われた。PHG と肺原発腺癌の同時発生による孤立性肺腫瘍の 1 例を経験した。両病変の因果関係については不明であるが, 悪性を否定する目的で行われる PHG の生検診断には併存病変を見逃すリスクが存在するため, 組織診と細胞診の併用など, 複数の検体採取, 標本作製ツールを組み合わせて行う必要があると考えられた。

### P-1-34 乳頭状増殖が目立つ肺カルチノイド腫瘍の細胞像

国立病院機構金沢医療センター臨床検査科

○黒瀬 望(PhD), 梅原瑤子(CT), 松田愛子(CT), 小嶋洋美(CT), 山岸 豊(CT), 鈴木啓仁(MD), 川島篤弘(PhD)

【緒言】肺原発のカルチノイド腫瘍は, 比較的多く経験されるが, 乳頭状増殖を示すことは稀である。今回我々は, 乳頭状増殖が目立つ肺カルチノイド腫瘍の気管支洗浄細胞像を検討する機会を得たので報告する。

【症例】右下腹部痛の精査にて, 胸部単純 X 線を撮影した所, 右肺門上部の腫瘤状陰影を指摘された。気管支鏡にて, 右上葉枝 B2 の入口部を占拠する, 表面整で一部に血管走行が目立つ, 白色病変が認められた。同部位より気管支洗浄細胞診, 経気管支生検が施行され, 確定診断後に葉切除術が施行された。

【細胞所見】樹枝状に走行する毛細血管が密に増生し, その周囲で腫瘍細胞が増殖していた。血管軸から剥離した腫瘍集塊の一部は, ロゼット状配列を示していた。核は円形・均一で, 偏在していた。核小体は目立たず, クロマチンは繊細であったが, クロマチンの濃縮した変性細胞も多くみられた。細胞質内には微細な顆粒が認められた。

【組織所見】気管支内腔に向かって乳頭状に増殖する富血管性の腫瘍(最大径 19 mm 大)を認めた。核異型や核分裂像, 凝固壊死はなく, 免疫組織化学的に Chromogranin A(+), Synaptophysin(+), CD56(+), TTF-1(-), Napsin A(-)であり, MIB-標識率は 1%であった事から, 古典的カルチノイド腫瘍(神経内分泌腫瘍, G1)と診断した。術後 4 か月が経過したが, 再発・転移は認められなかった。

【考察】カルチノイド腫瘍は, 乳頭状に増殖する場合がある。核に変性があり, 定型的な salt & pepper パターンではなかったため, 乳頭状腺癌や乳頭腫, 硬化性肺胞上皮腫との鑑別を要し, 「鑑別困難」と判定したが, ロゼット状配列や細胞質内顆粒に着目すれば診断可能と思われる。

**P-1-35 UIP (usual interstitial pneumonia)**  
**パターンの間質性肺炎に肺肉腫様癌を**  
**合併した一例**

医誠会病院病理診断科<sup>1</sup>, 医誠会病院病理検査センター<sup>2</sup>, 医誠会病院呼吸器内科<sup>3</sup>, 兵庫医科大学病院病理病理解部<sup>4</sup>

○土田泰昭(PhD)<sup>1</sup>, 宮本 誠(PhD)<sup>1</sup>, 田村奈々(CT)<sup>2</sup>, 長森晴紀(CT)<sup>2</sup>, 中間 愛(CT)<sup>2</sup>, 鈴木由紀(CT)<sup>2</sup>, 荒木優利香(CT)<sup>2</sup>, 村上亜紀(PhD)<sup>3</sup>, 毛利圭二(PhD)<sup>3</sup>, 鳥居洋祐(CT)<sup>4</sup>, 石田誠実(CT)<sup>4</sup>, 中村純子(CT)<sup>4</sup>, 廣田誠一(PhD)<sup>4</sup>

【症例】60代男性

【臨床経過】2年前より間質性肺炎にて当院内科外来にて経過観察されていたが, CTにて右肺上葉末梢に嚢胞性病変に接する約10mmの不整形腫瘍を指摘され, 当院呼吸器外科に紹介, 右肺上葉部分切除術が施行された。

【病理組織診所見】Usual interstitial pneumonia (UIP) パターンの間質性肺炎に接して19×15mmの範囲に結合性の乏しい短紡錘形異型細胞及び巨細胞が増殖・浸潤していた。明らかな腺腔形成, 異常角化傾向, 燕麦状の核・核線などは認めなかった。免疫染色にてCK AE1/AE3 (+), Vimentin (+), TTF-1 (+), p40 (-), E-cadherin 発現低下, PD-L1 (+)の結果であった。肉腫様癌(多形癌)と診断した(RU, G4, pT1b: total size: 19×15mm, invasive size: 19mm, pm0, pl0, ly1, v1, PLC-pre (未検), PLC-post (未検), E(-), br (-))。

【捺印細胞診所見】好中球を含む炎症細胞を伴い, 多角形の核を有する短紡錘形大型異型細胞や巨細胞が小集塊上または孤在性にみられた。免疫染色にてCK AE1/AE3 (+), Vimentin (+), TTF-1 (+)を示した。

【術後経過】術後補助化学療法が考慮されたが, 手術4か月後に大腸憩室からの出血と考えられる大量下血により死亡した。

【考察】特発性間質性肺炎の肺癌合併率は9.8%から27.3%, 間質性肺炎炎症から肺癌指摘までの期間は3.5年から9.1年と報告される。間質性肺炎罹患例に生じる肺癌の組織型の内訳は, 間質性肺炎非罹患例のそれと同様とされる。肉腫様癌については非罹患例と同様に稀である。

**P-1-36 Anaplastic carcinoma of the thymus の**  
**1例**

新百合ヶ丘総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3</sup>

○塩野涼子(CT)<sup>1</sup>, 村上将人(CT)<sup>1</sup>, 和田幸子(CT)<sup>1</sup>, 松本聖也(CT)<sup>1</sup>, 高山明子(CT)<sup>1</sup>, 田口勝二(CT)<sup>1</sup>, 大森嘉彦(MD)<sup>2</sup>, 福永眞治(MD)<sup>2</sup>, 松沢春華(MD)<sup>3</sup>

【はじめに】胸腺上皮性腫瘍の中で未分化癌は細胞異型の腫瘍であり組織像もバリエーションに富み診断に苦慮することがある。今回, 細胞診及び組織診においてAnaplastic carcinoma of the thymusの症例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。咽頭痛のため近医受診し精査目的のため紹介受診となった。CT画像にて前縦隔に50×70mm大の占拠性病変を認め血管構造を伴う腫瘍としてみられ, 腫瘍マーカーの異常はなかった。可溶性IL-2Rが上昇しており胸腺癌, リンパ腫の可能性も挙げられたため手術当日は術中迅速診断が施行された。

【細胞所見】病変部擦過細胞診では細胞質は淡明で核腫大, 核クロマチンは粗剛に増量し不均等分布, 核形不整が著明であり結合性は弱く孤在性~小集塊状に観察された。大型細胞や多核細胞もみられ核小体は明瞭であった。

【組織所見】左肺上葉, 肺動脈幹, 大動脈との強固な癒着があり検体は4個提出された。壊死, 変性の高度な白黄色の充実性腫瘍であり浸潤性に増殖している。類円形, 紡錘形, 不整細胞の増殖で, 単核, 多核細胞の異型細胞が目立ち, 間質は線維性でリンパ球を背景としている。免疫染色ではAE/AE3, EMA, Vimentinは陽性, TTF-1, CD系列は陰性であった。

【まとめ】Anaplastic carcinoma of the thymusは確立された検査が不十分であり病理組織にて診断が可能であり免疫染色が必須となる症例であった。本症例の細胞診断においては背景所見, 異型細胞の多彩な像や発生部位, 画像所見, 臨床情報の加味が肝要である。

### P-1-37 肺原発 Ciliated muconodular papillary tumor : CMPT の 1 例

済生会熊本病院中央検査部病理

○田上圭二(CT), 甲斐美紗樹(CT), 杉谷拓海(CT),  
木下史暁(CT), 近藤妙子(CT), 松岡拓也(CT),  
中川美弥(CT), 神尾多喜浩(MD)

【はじめに】 Ciliated muconodular papillary tumor (線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍 : CMPT) は肺末梢に発生するまれな腫瘍であり, 2021 年の WHO 分類第 5 版で新たに加えられた良性腫瘍である。今回, われわれは肺に発生した CMPT を経験したので, 細胞像を中心に報告する。

【症例】 60 代, 男性。2 年前に当院の検診で右肺底部のすりガラス状陰影を指摘され, 精査の結果, 経過観察の方針となった。その後の検診 CT で増大傾向がみられ, 診断および治療をかねて手術の方針となった。

【細胞学的所見】 リンパ球・組織球を背景に, 高円柱状の線毛細胞が散在性にまたは乳頭状集塊を形成ながら出現し, 一部に粘液を有する細胞も認めた。一部では核密度が高く, 核の重積性がみられた。個々の細胞は小型~中型で, 核は類円形で核形不整や核クロマチンの軽度増量, 核小体を認めた。

【組織学的所見】 線維性間質を背景に, 粘液を有する高円柱状の腫瘍細胞が腺管状あるいは乳頭状に増殖し, 腺腔内に粘液が一部産生されていた。核は基底側に配列し, 核の重層化や核の大小不同, 腫大した核小体を認めた。線毛細胞と杯細胞を有する腺管も介在し, 一部では基底細胞様細胞もみられ, 上皮の 2 層性が窺われた。免疫染色では基底側に p40 と p63 陽性の基底細胞が散見された。以上の所見から, CMPT と診断された。

【まとめ】 CMPT は粘液産生を伴う杯細胞と線毛上皮細胞が乳頭状に増殖するまれな腫瘍である。肺末梢に発生し, 異型の乏しい腫瘍細胞が出現した場合, 本症例も鑑別に挙げ線毛の有無や p40 の免疫染色に陽性となる基底細胞を確認する必要があると思われた。

### P-1-38 肺コロイド腺癌の一例

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科

○倉澤佳奈(CT), 片平くるみ(CT), 岩瀬大輔(CT),  
立石愛美(CT), 西尾祥邦(CT), 佐々木志保(CT),  
藤中浩樹(CT), 島津宏樹(MD), 松岡圭子(MD),  
伏見博彰(MD)

【はじめに】 肺コロイド腺癌は粘液結節の破壊性増殖を主体とする癌で, 発生頻度は極めて低い。多量の粘液により腫瘍細胞の採取が少量であることが多く, 術前診断が困難なことが多いとされている。今回我々は, 比較的多数の腫瘍細胞が採取された肺コロイド腺癌の症例を経験したため報告する。

【症例】 60 歳台男性。胸部 X 線にて, 左肺に 5 cm 大の腫瘤影を指摘され, 当センター受診。CEA 高値にて腺癌が疑われ, 機関紙内視鏡が施行された。細胞診, 組織診にてコロイド腺癌と診断され, 化学療法後に左上葉切除術が施行された。

【細胞像】 多量の粘液と共に異型細胞集塊が採取されており, 粘液中に浮遊する異型細胞集塊を認めた。異型細胞ではクロマチンの増加や明瞭な核小体を認めた。一部細胞質内に粘液用物質がみられた。以上の所見から腺癌と判断した。

【生検組織像】 粘液中に浮遊する異型細胞集塊を認めた。細胞密度が高く, 一部にて管腔形成がみられた。以上の所見からコロイド腺癌が疑われた。

【摘出標本の肉眼像および組織像】 断面は灰白色で光沢があり, 豊富な粘液の貯留がみられた。組織学的には化学療法による修飾をうけて奇怪な形態を示す異型細胞が粘液中に浮遊していた。治療により腫瘍細胞は減少していると判断された。

【考察】 細胞像で, 多量の粘液と共に異型細胞集塊が多数採取されており, 異型の強いものもみられたため, 腺癌と判定していた。しかし肺コロイド腺癌は予後が比較的良好であるため, 多量の粘液がみられたらその可能性を考えるべきである。

【まとめ】 肺コロイド腺癌は極めて稀であるが, 背景に多量の粘液がみられた場合はその可能性も念頭に置くことが必要である。

## P-1-39 気管支に発生した顆粒細胞腫の一例

大阪公立大学医学附属病院病理部

○目黒麻紀(CT), 安藤加奈江(CT), 塩見和彦(CT), 塩田晃子(CT), 田中江里子(CT), 宇仁和将(CT), 森本真希(CT), 前川宥都(CT), 大澤政彦(MD), 桑江優子(MD), 田中さやか(MD)

【はじめに】顆粒細胞腫 granular cell tumor は, schwann 細胞由来とされる稀な腫瘍である。好発部位は皮膚や舌, 消化管(特に食道)とされているが, 今回我々は, 気管支に発生した顆粒細胞腫を経験したので報告する。

【症例】40代, 男性。1か月ほど前から血痰を頻繁に認めるとの主訴で当院受診。CTにて左上区支内腔に結節を認めた。悪性腫瘍が疑われたため気管支鏡検査を施行。当該部に隆起性病変を認め, 気管支擦過細胞診および生検採取が行われた。

【細胞所見】気管支上皮細胞と共に, 広い胞体を有する異型細胞の集塊がみられた。異型細胞はN/C比が低く, 円形から楕円形の小型核を有し, 核型不整およびクロマチン増量はみられなかった。以上の細胞所見より悪性腫瘍は否定されたが, 異型細胞の胞体内に豊富な顆粒が認められたことより, 顆粒細胞腫が疑われた。

【組織所見】気管支上皮細胞に異型はなく, 直下に紡錘形～類上皮様の細胞境界不明瞭な異型細胞の増殖がみられた。核異型に乏しく, 好酸性顆粒を有することより, 顆粒細胞腫が疑われた。免疫組織化学的検索により, S-100 および SOX10 が陽性, AE1+AE3,  $\alpha$ -SMA および Desmin が陰性となり, 顆粒細胞腫と診断された。

【まとめ】顆粒細胞腫は異型性に乏しいが, 正常の気管支上皮細胞と大きく異なる形態を示す。広い胞体を有する細胞が出現した際には, 顆粒の有無を確認することで, 顆粒細胞腫を推定することは可能であると考えられる。しかし, 気管支への発生は非常に稀であるため, 念頭においてスクリーニングを行うことが重要である。

## P-1-40 リンパ節穿刺細胞診にて推定しえた髄膜腫肺転移, リンパ節転移の一例

済生会宇都宮病院病理検査課<sup>1)</sup>, 済生会宇都宮病院病理診断科<sup>2)</sup>, 慶應義塾大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>

○川又圭太(CT)<sup>1)</sup>, 渡部幹子(CT)<sup>1)</sup>, 大塚真由美(CT)<sup>1)</sup>, 青木律子(CT)<sup>1)</sup>, 湯澤浩子(CT)<sup>1)</sup>, 江本 桂(MD)<sup>3)</sup>, 若松早穂(MD)<sup>2)</sup>, 尾原健太郎(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】髄膜腫は最も頻度の高い脳腫瘍である。そのほとんどは良性であり, 他の臓器に遠隔転移を起こすことは極めて稀である。今回, 肺と肺門部リンパ節に遠隔転移した異型髄膜腫の一例を経験したので報告する。

【症例】40代, 女性。9年前に上矢状静脈洞に発生した異型髄膜腫に対して, 腫瘍摘出術と術後補助放射線治療が施行された。その後, 局所再発を繰り返し腫瘍摘出術やガンマナイフで治療された。経過中CTで右肺下葉に腫瘤影が指摘された。8年の経過で腫瘤影は徐々に増大し, リンパ節の腫大も認めた。腫瘤影に対して経気管支針生検(TBNA), リンパ節に対して穿刺吸引細胞診が行われた。その結果, 髄膜腫の転移と診断され, 右肺下葉切除およびリンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】少量の壊死物質を背景に, 細長い紡錘形細胞の集塊が散在性にみられた。小型の渦巻き状構造が細胞集塊の中にみられ, 核は円形から紡錘形であり, 軽度のクロマチン増量, 小型核小体を示した。髄膜腫の転移を推定した。

【組織所見】手術検体では, 約4cm大の白色充実結節病変を認めた。組織学的には, 紡錘形細胞と淡好酸性の細胞質をもつ紡錘形細胞がシート状ならびに渦巻き状に増生していた。既往の髄膜腫と類似した組織像であることおよびEMAとPgRが陽性であったから, 髄膜腫の転移と診断した。リンパ節にも転移を認めた。

【考察・まとめ】本例では, 髄膜腫に典型的な細胞像が見られたことから, 細胞像で病変を推定することができた。既往に髄膜腫がある場合は, 転移の可能性も念頭に置き, 鏡検することが重要である。



## P-1-41 肺炎症性筋線維芽細胞腫瘍の一例

地方独立行政法人長野市民病院臨床検査科病理<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人長野市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○櫻井博文(CT)<sup>1)</sup>, 上垣外明子(CT)<sup>1)</sup>, 丸山 聡(CT)<sup>1)</sup>, 柴草あかね(CT)<sup>1)</sup>, 草間由紀子(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】炎症性筋線維芽細胞腫瘍は、従来炎症性偽腫瘍、形質細胞性肉芽腫などと診断された稀な病変で、今回肺発生の症例を経験したので報告する。

【症例】40歳台女性、健診にて右肺上葉に12mm大の結節影があり当院紹介受診。境界明瞭な結節のため肺過誤腫が疑われ、気管支鏡検査、その後右肺上葉切除が行われた。

【気管支擦過細胞診】紡錘形または短紡錘形細胞が、集簇または孤在性に多数採取された。核も紡錘形から短紡錘形でクロマチンは細顆粒状で増量は認められず、一個の小型明瞭核小体を持ち核形不整は認められなかった。少数ではあったが核内細胞質封入体が認められた。また、背景に壊死はなく、小型リンパ球を主体とした炎症性細胞が散見された。間葉系腫瘍が疑われたが、悪性を断定できるほどの細胞所見は認められなかった。

【組織診】紡錘形細胞のやや密な錯綜状増殖像が観察され、泡沫細胞や炎症性細胞の浸潤が認められた。紡錘形細胞の核は、核小体が明瞭で核膜が若干肥厚し、核分裂像は乏しく明瞭な壊死は確認できなかった。免疫組織化学的検索では、vimentin(+), ALK(+),  $\alpha$ -SMA(- $\sim$ ±), Ki-67は約5~10%であった。CK AE1/AE3, CD34, EMA, S-100, STAT6, SYT-SSX(SS18-SSX)は陰性であった。

【考察】本腫瘍は、切除肺の0.04~1%と稀な病変で、再発や遠隔転移も起こす中間悪性腫瘍とされている。細胞像からは、間葉系腫瘍を推測し積極的に悪性を断定できる細胞所見はなく、背景のリンパ球などを考慮するとサルコイドーシスなどの炎症性疾患も鑑別となった。最終的診断には、 $\alpha$ -SMAやALKなどの免疫組織化学的検索が必須となり、細胞像のみからの確定診断は非常に難しいと考えられた。

## P-1-42 甲状腺髄様癌の肺転移診断に細胞診が有用であった一例

大阪はびきの医療センター病理診断科<sup>1)</sup>, 神戸大学医学部地域連携病理学<sup>2)</sup>

○岩崎真衣(CT)<sup>1)</sup>, 大西雅子(CT)<sup>1)</sup>, 梶尾健太(CT)<sup>1)</sup>, 飯田健斗(CT)<sup>1)</sup>, 森 秀夫(MD)<sup>1)</sup>, 河原邦光(MD)<sup>1,2)</sup>, 上田佳世(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】甲状腺髄様癌の肺転移では一般に、大結節性の画像所見を示すとされている。今回我々は、画像上、微小結節性パターンを示し、原発性肺疾患との鑑別に苦慮していた肺結節性病変に対して、細胞診が有用であった一例を報告する。

【症例】遺伝性甲状腺髄様癌術後12年の20代女性。術後フォロー中の5年前に胸部CTにて右下肺に微細な結節が指摘され、緩徐に増大。その後、両肺に微小結節が出現してきた。結節のサイズは小さく、CEA、カルシトニン上昇速度も緩徐であった。臨床経過とCT画像が甲状腺髄様癌の肺転移所見と合致しなかったため、精査目的にて当院紹介となり、胸腔鏡下右肺部分切除術、針生検術が施行された。

【細胞所見】小型異型細胞が散在性に多数出現していた。N/C比は小さく細胞質は泡沫状。核は類円形で異型は乏しかった。紡錘形の異型細胞や、一部にアミロイドを疑う物質が認められ、甲状腺髄様癌の肺転移が疑われた。後日、細胞転写法にて免疫細胞化学を行った結果、Calcitonin(+), Chromogranin(+), NapsinA(-)であった。

【組織所見】細胞診と同様の類円形からやや紡錘形の核を持つ比較的小型の腫瘍細胞が充実性増殖し、3mm大の小播種巣が複数散見された。免疫組織化学では、Calcitonin(+), Synaptophysin(+), Chromogranin(+), NapsinA(-)であり、本病変を甲状腺髄様癌の肺転移と診断した。

【まとめ】甲状腺髄様癌の肺転移では、画像上、原発性肺疾患との鑑別が困難となることがある。本症例においては、紡錘形の異型細胞が出現していたことより、甲状腺髄様癌の肺転移を推定することができた。また、免疫細胞化学を併用することは診断の一助となり得る。



### P-1-43 術中迅速細胞診で経験した胸腺成熟型奇形腫の1例

公益社団法人勤医協中央病院病理検査科<sup>1)</sup>, 公益社団法人勤医協中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○齊藤史絵(CT)<sup>1)</sup>, 中島洋平(CT)<sup>1)</sup>, 塚原武瑠(CT)<sup>1)</sup>, 高村浩子(CT)<sup>1)</sup>, 鹿野 哲(MD)<sup>2)</sup>

**【要旨】**胸腺成熟奇形腫は、縦隔腫瘍取り扱い規約第1版の杯細胞腫瘍に分類される。内、中、外胚葉の異なる成分が組合う腫瘍である。術中迅速細胞診で経験した胸腺成熟型奇形腫の1例を報告する。

**【症例】**30代男性。突然の前胸部痛を主訴に救急搬送され、胸部CTにて55×45mm大の腫瘤で被膜と隔壁を認めた。CTでは左胸水と心嚢水を、腫瘤内部造影で脂肪成分を認め、奇形腫を疑った。胸骨縦切開胸腺全摘術となったが、剥離操作中に腫瘍が穿破したため、内容物が術中迅速細胞診として提出された。

**【細胞所見】**血液成分、脂様性成分、ヘモジゲリン貪食組織球、多核組織球を背景に、表～中層由来の扁平上皮細胞、オレンジG好染性の錯角化細胞、アポクリン顆粒を見る皮膚様の上皮細胞、小～大型の骨細胞、腺細胞、類上皮細胞、血管～結合組織成分を認めた。核異型は認められず、分化を示す孤立散在性から小集団状の上皮性細胞成分と、集塊状の間質細胞成分が混在して認められた。

**【組織所見】**胸腺に最大径7cm大の嚢胞性病変が認められた。内部は壊死様物質を含み、厚い結合織で形成された嚢胞で、壁には組織球集簇が目立ち、炎症による線維性の癒着が肺左上葉に見られた。皮膚、呼吸上皮、胃体部腺、膵組織、軟骨を見るが、未熟組織、悪性組織成分は認めなかった。

**【考察】**胸腺成熟奇形腫は縦隔腫瘍全体の1～2割程度に見られる比較的頻度の高い胚細胞腫瘍である。治療の第一選択は腫瘍の外科的切除であり、放置による増大と周囲臓器の圧迫、悪性化、酵素による穿破や、気管浸潤症例では病変の内容物が気管内に排出され、肺炎、胸膜炎、心膜炎をきたす事もある。術中の縦隔腫瘍細胞診判定は有用と考えられた。

### P-1-44 肺ランゲルハンス細胞組織球症を併発した肺ランゲルハンス細胞肉腫の一例

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診<sup>1)</sup>, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科<sup>2)</sup>

○上藤房代(CT)<sup>1)</sup>, 龍あゆみ(CT)<sup>1)</sup>, 村松貴子(CT)<sup>1)</sup>, 小柳由貴(CT)<sup>1)</sup>, 梅野佳美(CT)<sup>1)</sup>, 神月 梓(CT)<sup>1)</sup>, 西村早菜子(CT)<sup>1)</sup>, 棚田 諭(CT)<sup>1)</sup>, 本間圭一郎(MD)<sup>2)</sup>

**【はじめに】**ランゲルハンス細胞由来腫瘍の sarcomatous variant: ランゲルハンス細胞肉腫(LCS)は極めて稀な腫瘍である。今回肺ランゲルハンス細胞組織球症(LCH)を併発した肺LCSの一例を経験したので報告する。

**【症例】**50代男性。喫煙歴あり。検診胸部XPで異常陰影を指摘され精査目的にて当院受診。CTにて両肺に多発結節を認め、左B5の最大30mmの結節に対し気管支鏡検査が実施された。その後、左S4, S5, S8の区域切除、続いて右S6の部分切除術が施行された。

**【細胞所見】**[左B5:経気管支穿刺]核のくびれが顕著で、クロマチンが細顆粒状密に増量し、核小体が明瞭な異型細胞を認めた。結合性は乏しく、組織型の推定には至らなかった。[右S6:腫瘍捺印]リンパ球、好酸球に混在し、組織球様の異型細胞を認めた。左B5と同様、核のくびれは顕著であったが、左B5と比較しクロマチンの増量は明らかではなかった。

**【組織所見】**[左S5]腫瘍は3cm大の充実性で、リンパ球、好酸球、好中球を背景に大型で陥入した核を有する異型細胞を認めた。核分裂像や核異型が目立ち、血管破壊性の増殖を示していた。免疫染色ではCD1a, S100が陽性を示した。核分裂像は15-22/10HPFであるがリンパ節にも同様の異型細胞を認めLCSと診断した。[右S6]嚢胞をともなう腫瘤で、核にくびれを持つ異型細胞が増殖するが核分裂像は0-1/10HPFで異型性は乏しかった。また、多数の好中球浸潤を伴っていた。CD1a, S100が陽性を示し、LCHと診断した。

**【結語】**LCSとLCHの細胞像は、核のくびれが著明であることが共通点であり両者の相違はクロマチンの増量や核小体などの核所見であった。LCHに起因するLCSの報告もあり興味深い症例であった。

### P-1-45 膵 FNA-LBC 検体における異型細胞含有数と遺伝子変異検出感度の検討

和歌山県立医科大学・附属病院中央検査部病理診断部門<sup>1)</sup>, 和歌山県立医科大学・人体病理学教室/病理診断科<sup>2)</sup>

○荻野みなみ(CT)<sup>1)</sup>, 松崎生笛(CT)<sup>2)</sup>, 木下勇一(CT)<sup>1)</sup>, 吉井輝子(CT)<sup>1)</sup>, 永井宏和(CT)<sup>1)</sup>, 杉山絵美(CT)<sup>1)</sup>, 山本枝里子(CT)<sup>1)</sup>, 工藤祥太(CT)<sup>1)</sup>, 矢野裕子(CT)<sup>1)</sup>, 西川瑞希(MD)<sup>2)</sup>, 三笠友理奈(MD)<sup>2)</sup>, 岩元竜太(MD)<sup>2)</sup>, 高橋祐一(MD)<sup>2)</sup>, 小島史好(MD)<sup>2)</sup>, 村田晋一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】現在, がん医療に欠かせないゲノム解析は, ホルマリン固定パラフィン包埋組織検体(FFPE)を主体対象としている. 一方, アルコールを主体とした固定を行う液状化検体細胞診(LBC)検体も, 良質な核酸の保持と一定期間の保存が可能で, ゲノム解析の対象検体として注目されている. しかし, 細胞診標本中の異型細胞数や含有率と DNA 濃度や遺伝子変異検出感度の関係について調べた研究は少ない. 今回我々は, 膵 FNA-LBC 標本を対象として, 出現細胞数・異型細胞含有率と DNA 濃度および遺伝子変異について調べ, ゲノム解析への適応について検討した.

【対象】2020 年~2021 年の間に和歌山県立医科大学附属病院で採取された膵 FNA-LBC 検体のうち, 病理組織学的に確定診断された 235 症例を対象とした.

【方法】膵 FNA 検体から Thinprep 法にて LBC 標本作製し, 標本中の細胞数や異型細胞含有率を算出するとともに, LBC 残余検体から DNA 抽出と濃度の測定を行い, i-densy<sup>TM</sup>(Arkray)にて KRAS, GNAS 遺伝子変異解析を行った.

【結果】標本中の細胞数が高い症例ほど, 遺伝子解析の成功率は高く, 平均 DNA 濃度は判定困難症例 5.03 ng/ $\mu$ l で, 野生型/変異型症例 24.26/24.85 ng/ $\mu$ l であった. 一方, 異型細胞数が低く, DNA 濃度が 5 ng/ $\mu$ l 以下の症例でも, 異型細胞含有率が 49.2 (36.3-62.4)% と高い症例では, 変異の検出が可能であった.

【まとめ】LBC 検体を使ったゲノム解析では, 異型細胞含有率を検査することにより, 遺伝子解析適用の可否の判断ができると考えられた.

### P-1-46 GNAS 陽性の膵液における細胞形態の特徴

和歌山県立医科大学・附属病院中央検査部病理診断部門<sup>1)</sup>, 和歌山県立医科大学・人体病理学教室/病理診断科<sup>2)</sup>

○工藤祥太(CT)<sup>1)</sup>, 永井宏和(CT)<sup>1)</sup>, 木下勇一(CT)<sup>1)</sup>, 吉井輝子(CT)<sup>1)</sup>, 杉山絵美(CT)<sup>1)</sup>, 山本綾菜(CT)<sup>1)</sup>, 松崎生笛(CT)<sup>2)</sup>, 荻野みなみ(CT)<sup>1)</sup>, 坂本果穂(CT)<sup>1)</sup>, 目佳那子(MD)<sup>2)</sup>, 三笠友理奈(MD)<sup>2)</sup>, 岩元竜太(MD)<sup>2)</sup>, 高橋祐一(MD)<sup>2)</sup>, 小島史好(MD)<sup>2)</sup>, 村田晋一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膵腫瘍において, GNAS 遺伝子の変異は, 膵管内乳頭粘液腫瘍(IPMN)の 40~70%に認められ, 他の腫瘍では希である. 今回, GNAS 遺伝子変異を伴う膵液細胞診の細胞形態の特徴について検討した.

【対象と方法】対象は 2020 年以降, 当院にて臨床的に IPMN あるいは膵癌が疑われて施行された膵液細胞診検体である. 標本作製は LBC (ThinPrep) 法で行い, GNAS・KRAS 遺伝子解析は LBC 残液を i-densy (Arkray) を用いて行った. GNAS 遺伝子変異を示す (GNAS 陽性) 24 症例と GNAS 遺伝子変異を示さない (GNAS 陰性) 24 症例の細胞像を比較検討した.

【結果】背景の粘液出現は GNAS 陽性症例で 92%, 陰性症例で 75%に認められた. 黄色調粘液産生細胞は GNAS 陽性症例 67%, 陰性症例 46%に認められた. さらに, 黄色調粘液産生細胞を良性判定症例のみで検討すると, GNAS 陽性症例 82%, 陰性症例 36%で認められた. 病理組織的に IPMN と確認された 11 症例の中で, GNAS 陽性は 8 例, 黄色調粘液産生細胞は 4 例に認められた. KRAS 遺伝子変異の随伴の有無と細胞像の間に有意な所見は認めなかった.

【考察・まとめ】GNAS 陽性症例は, IPMN 症例に多く, 膵癌では希であった. GNAS 陽性症例, 特に良性と細胞診判定された症例では, 黄色調粘液産生細胞の出現が特徴的であった. 膵液細胞診において, 臨床診断と細胞所見および GNAS 遺伝子変異を組み合わせた細胞判定を行うことが IPMN 診断精度向上に寄与するものと考えた.

### P-1-47 当院における連続膵液細胞診(SPACE)の至適採取回数検討

JA 北海道厚生連札幌厚生病院医療技術部臨床検査技術科

○福田彩夏(CT), 廣瀬尚樹(CT), 市原 真(MD), 石井貴裕(CT), 村岡俊二(MD)

【背景・目的】近年, 内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)を留置した連続膵液細胞診(SPACE)が早期膵癌の診断に有用であるとの報告が散見されている。しかし, SPACE で行われる膵液の採取回数は3~6回とばらつきがあり, 至適な採取回数の検討がSPACEの標準化に向けた課題のひとつとなっている。そこで, 今回我々は当院で施行されたSPACE症例を採取回数に着目して成績を比較し, 検討を行った。

【対象】2017年1月から2021年12月に当院で施行されたSPACE症例107例のうち, 最終的に病理診断がなされた66例を対象とした。

【結果】症例の年齢中央値は66歳(28~85歳), 男性40例・女性26例, 膵液細胞診の提出回数の中央値は4回(1~7回)であった。また, 病理診断の内訳は膵癌35例(うちHigh-grade PanIN: 5例)・IPMN27例(うちIPMC: 13例)・良性4例であった。検査成績については, SPACE全体で感度78.0%・特異度87.5%・陽性的中率95.1%・陰性的中率56.0%・正診率80.3%であり, 回数別に比較すると, 5回と7回で感度・特異度ともに100%と良好な結果が得られた。その他では, 感度・正診率は1回から5回まで回数が増えるにつれて増加傾向が認められ, 特異度・陽性的中率については回数にかかわらず高い値が見られた。また, 陰性的中率では回数にかかわらず低い値での推移となった。

【考察】当院での全SPACEの診断成績は既報と比較しやや低いものの, PanIN(5例)の症例では正診率100%となり, 早期膵癌の診断に高い有用性が示唆される結果となった。また, 回数別に比較すると5回以上で良好な成績が得られた。当院での提出回数中央値は4回で推移していることから, より診断精度を高めるために十分な膵液検体量を得るには5回以上の採取が望ましいと思われた。

### P-1-48 TACAS™Ruby: 上尾方式による膵胆道細胞診の検討

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

○柴田真里(CT)<sup>1)</sup>, 大野喜作(CT)<sup>1)</sup>, 小林 要(CT)<sup>1)</sup>, 渡部有依(CT)<sup>1)</sup>, 蔵光優理香(CT)<sup>1)</sup>, 小林高祥(CT)<sup>1)</sup>, 佐伯尚人(CT)<sup>1)</sup>, 横田亜矢(MD)<sup>2)</sup>, 大庭華子(MD)<sup>2)</sup>, 絹川典子(MD)<sup>2)</sup>, 杉谷雅彦(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では, 2018年より従来法に加えて, TACAS™Ruby: 上尾方式でのLBP標本での診断を開始し, 良好な結果を得られたので細胞像を中心に報告する。

【標本作製】上尾方式でのLBP: 擦過はブラシをTACAS™Rubyにて洗浄し, 15時間以上の固定後, 300 $\mu$ lを専用ガラスに分注し, 自然沈降法にて作製する(Pap1枚)。胆汁・膵液およびEUS-FNAは直接塗抹標本作製後, 残った沈渣をTACAS™Rubyに入れ, 擦過と同様の処理を行う(Pap: LBP1枚, 従来法1枚, PAS1枚)。

【対象】従来法: 2016年から2017年に施行された, 膵細胞診56件, 胆道細胞診180件と組織診断が得られた症例, 膵臓7例, 胆道系35例。LBP: 2018年から2021年に施行された, 膵細胞診304件, 胆道細胞診706件と組織診断が得られた症例, 膵臓52例, 胆道系96例。

【方法】LBPと従来法の細胞像を比較した。また, 組織診断が得られた症例の細胞判定について検討した。

【結果: 細胞像】LBPでは, 背景に赤血球は認めず, 壊死や粘液, 炎症性細胞は減少するがみられる。異型細胞集塊は核の重積性や構造異型が観察され, 結合性の強弱が示される。立体的な核形不整が観察される。特に, 正常の細胞集塊との区別が容易となった。

【結果: 細胞判定】LBPでは, 組織で非腫瘍/良性の症例は全例細胞診で陰性であった。細胞診で悪性としたものは全例組織で悪性であった。膵臓で悪性の症例は細胞診で陽性50.0%(従来法16.7%), 鑑別困難23.8%(従来法16.7%), 陰性26.2%(従来法66.7%)であった。胆道系で悪性の症例は細胞診で陽性50.8%(従来法43.5%), 鑑別困難21.5%(従来法26.1%), 陰性28.1%(従来法30.4%)であった。

【まとめ】膵胆道細胞診において, TACAS™Ruby: 上尾方式でのLBP標本での診断は有用であると考えた。

### P-1-49 膵 EUS-FNA における細胞像 NET と SPN の比較検討

帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部<sup>1)</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科<sup>2)</sup>, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 湘南藤沢徳州会病院病理診断科<sup>4)</sup>

○吉野美由紀(CT)<sup>1)</sup>, 山田正人(CT)<sup>1)</sup>, 湯澤和彦(CT)<sup>1)</sup>, 福田 学(CT)<sup>1)</sup>, 山本恵美(CT)<sup>1)</sup>, 阿曾達也(MD)<sup>2)</sup>, 水口國雄(MD)<sup>3)</sup>, 川本雅司(MD)<sup>2,4)</sup>, 高橋美紀子(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膵臓にみられる腫瘍は上皮性, 非上皮性, 転移性がある。上皮性腫瘍は外分泌腫瘍, 神経内分泌腫瘍, 分化方向の不明な腫瘍に分類され, 組織学的にも多彩である。近年, 膵腫瘍の EUS-FNA を行うことが多く, 組織学的特徴の類似する神経内分泌腫瘍 (NET), Solid-pseudo papillary neoplasm (SPN), 腺房細胞癌の判定が困難な場合がある。今回, NET と SPN の細胞像を比較検討したので報告する。

【検討方法】膵腫瘍で組織学的に診断した NET : 9 例と SPN : 3 例の EUS-FNA で採取した細胞の Papanicolaou 染色標本を用い, 核と細胞質所見, 血管が介在する集塊, 核線, 硝子様成分, 背景の細胞などについて検討した。

【検討結果】核所見で粗造なクロマチンは NET に多く, 核溝は SPN 全例に, 核の大小不同は両者に見られた。細胞質は NET で好酸性が明瞭であり, SPN では空胞が目立つ例があった。集塊は血管の介在する頻度は SPN が圧倒的に多く, 偽乳頭状配列を示した。ロゼット様配列は両者に見られた。孤在性の腫瘍細胞は細胞質を有し核の偏在性は両者で見られるが, NET では裸核化が目立ち, SPN では細胞質が有尾状を呈するものが多かった。硝子様成分は NET の 1 例に, SPN の全例でみられた。背景の所見として鉄顆粒様物質は両者に, 単核や多核の組織球は SPN で認められた。

【まとめ】NET と SPN の細胞像は類似するが, 核溝や核線の有無, 裸核の腫瘍細胞数や血管周囲の配列, 個々の細胞では細胞質が細長く伸びる有尾状を示す頻度, 硝子様成分に着目することが鑑別に重要と考えられた。

### P-1-50 胆汁細胞診—収縮変化した細胞の N/C 比の上昇の判定法—

順天堂大学大学院医学研究科形態解析研究室<sup>1)</sup>, 順天堂大学練馬病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 済生会神奈川県病院検査科<sup>3)</sup>, 川崎太田総合病院中央検査科<sup>4)</sup>, 川崎太田総合病院消化器外科<sup>5)</sup>, 鳥取県立中央病院外科<sup>6)</sup>

○古旗 淳(PhD)<sup>1)</sup>, 東井靖子(CT)<sup>1)</sup>, 大橋久美子(CT)<sup>2)</sup>, 阿部加奈子(CT)<sup>3)</sup>, 阿部佳之(CT)<sup>4)</sup>, 権田厚文(MD)<sup>5)</sup>, 廣岡保明(MD)<sup>6)</sup>

【目的】われわれはこれまで, 胆汁細胞診の施設間差の改善のため, 客観性の高い判定方法について検討してきた。今回, 貯留胆汁細胞診・細胞判定基準の中の核腫大に含まれる N/C 比上昇に対し, 特に収縮変化の強い細胞の判定法について検討したので報告する。

【方法】組織学的または経過観察にて確定診断された貯留胆汁材料のうち, 収縮・濃染変化のみられた 86 例を用いた。内訳は良性炎症性病変 36 例と腺癌例 50 例 (胆管癌 27 例, 胆嚢癌 13 例, 膵管癌 8 例, 乳頭部癌 2 例) である。核腫大・N/C 比上昇に伴い核密度も上昇し, その結果, 細胞集塊内の隣接核同士の接触様配列や上下の重積像が増えることに着目し, これらを核密度上昇率として集塊内全体に対する割合を比較した。

【成績】核密度上昇率の平均値は良性病変の  $43 \pm 10\%$  に対し, 腺癌例では  $71 \pm 7\%$  と有意な高値を示した。異常と判定する閾値を良性病変の平均値 +1SD とすると, 53% 以上となった。実際のスクリーニングでは, 集塊中の核の約半数以上が目安になると思われた。

【結語】収縮変化により, 一見, N/C 比は上昇しているように見えるが, われわれの判定法により, 核密度に対する過剰判定を防ぐことが出来ると思われた。収縮変化が強い場合でも, 核と細胞質の収縮率に大きな差はないと考えられ, N/C 比上昇の指標として今回のパラメータは有用と思われた。また, 異型度を数値化することで, より客観的な判定が可能になると思われた。



**P-1-51 肝血管筋脂肪腫(angiomylipoma : AML)  
の細胞学的検討****P-1-52 演題取り下げ**

大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診<sup>1)</sup>, 大阪国際がんセンター病理・細胞診断科<sup>2)</sup>

○小柳由貴(CT)<sup>1)</sup>, 津崎沙世子(CT)<sup>1)</sup>, 吉岡里沙(CT)<sup>1)</sup>,  
上藤房代(CT)<sup>1)</sup>, 神月 梓(CT)<sup>1)</sup>, 棚田 論(CT)<sup>1)</sup>,  
長田盛典(MD)<sup>2)</sup>, 本間圭一郎(MD)<sup>2)</sup>

**【背景】**血管筋脂肪腫(angiomylipoma : AML)は血管周囲類上皮細胞に由来する腫瘍(PEComa)とされ、肝AMLは稀な良性腫瘍である。血管、平滑筋、脂肪が種々の割合で混在し、平滑筋成分が極めて多彩な組織像を呈するため診断に苦慮することが多い。今回、肝AMLの5例における細胞学的所見を中心に報告する。

**【対象】**2010年1月～2022年5月に肝AMLと組織診断され、肝FNAC標本が再評価可能であった5例。症例は20代～60代、5例中4例は女性であった。

**【細胞像】**平滑筋成分は症例により多彩な像を呈し、紡錘形や類上皮形の細胞形態を様々な割合で認めた。また、大型細胞が混在する症例もあった。細胞質は淡いレース様の細胞から好酸性に観察される細胞まで認めた。核クロマチンの増量は軽微な症例が多かったが、核小体明瞭で核クロマチンが増量した異型細胞が混在する症例もあった。また集塊中には血管軸やリンパ球の介在を認め、細胞質境界は不明瞭であった。細胞像で肝AMLを推定できた症例の他、鑑別疾患として肝細胞癌、肝細胞腺腫、間葉系腫瘍などが挙げられた。

**【組織像】**いずれの症例においても、淡明～好酸性の細胞質を呈す類上皮形や紡錘形の腫瘍細胞を様々な割合で認めた。脂肪成分は平滑筋成分と混在して認めたが、ほとんど認められない症例もあった。全症例の免疫組織化学染色でHMB45がびまん性陽性を呈した。

**【結論】**肝AMLは平滑筋成分が多彩な細胞所見を呈することが細胞学的特徴であると考えられた。大型の異型細胞が出現する症例では良悪鑑別が困難な場合もあるが、多彩な細胞像を呈する場合においては肝AMLが鑑別に挙げられる。また、免疫細胞化学染色にてHMB45が陽性を示すことは診断の一助となる。



**P-1-53 膵臓粘液癌の一例**

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科

○江坂四季音(CT), 中島裕理(CT), 白幡浩人(CT),  
鈴木明美(CT), 新井富生(MD)

【症例】70代男性。膵体鉤部 IPMN 疑いで経過観察中、膵頭部に膵癌の可能性を指摘され、EUS-FNA が施行された。腺癌疑いと診断され、およそ1ヶ月後に膵頭十二指腸切除術が施行された。

【EUS-FNA 細胞診】背景にオレンジから桃色調の厚い粘液と壊死を伴って、粘液を多く含む不規則重積集塊を認めた。集塊には核形不整、クロマチン増量など、悪性由来を考える所見が見られ、陽性腺癌と判定した。なお孤立散在性に印環細胞状の異型細胞を少数認めた。

【EUS-FNA 組織診】極性の乱れ、核形不整、クロマチン増加を示す異型細胞を認めた。細胞内外に粘液を認めた。免疫組織学的に、p53 陽性、MUC1 細胞質・細胞膜共に陽性、MUC2 一部陽性、MUC5AC 陽性で、強く腺癌を疑うという診断であった。

【手術材料組織診】膵頭部に 25×17×13 mm の白色充実性腫瘤を認め、粘液貯留が豊富な浸潤癌で、粘液成分が腫瘍全体の 80% 以上であり粘液癌と診断された。粘液湖の外には通常型浸潤性膵管癌を認めた。免疫組織学的には EUS-FNA と同様の結果であった。近接する主膵管には PanIN3 相当の上皮内癌を認めた。また、鉤状突起に分枝膵管の拡張を認め、MUC1 陰性、MUC2 陰性、MUC5AC 陽性で IPMN が考えられた。これは粘液癌と離れていることから、IPMN 併存癌が示唆された。

【まとめ】粘液癌が多量の粘液により IPMN と判断されると経過観察となる場合がある。そのため細胞異型を適切に判定する必要がある。細胞診にて、厚い粘液とそこに浮かぶ島状集塊、印環細胞状の異型細胞を認めた場合、粘液癌を推定疾患から除外しないことが重要と考えられた。

**P-1-54 リンパ節穿刺吸引標本において診断に苦慮した直腸原発大細胞型内分泌細胞癌の****1 症例**

飯山赤十字病院医療技術部病理技術課<sup>1)</sup>, 飯山赤十字病院医療技術部<sup>2)</sup>, 飯山赤十字病院消化器科<sup>3)</sup>, 信州大学医学部分子病理学教室<sup>4)</sup>

○小玉里奈(CT)<sup>1)</sup>, 松浦博之(CT)<sup>2)</sup>, 渡邊貴之(MD)<sup>3)</sup>,  
中山 淳(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】大腸癌のリンパ節転移を疑い穿刺吸引細胞診が施行され、悪性リンパ腫との鑑別に苦慮した大細胞型内分泌細胞癌(LCNEC)の細胞像について報告する。

【症例】90代男性。検診で便潜血陽性、鼠径部腫瘍を指摘され当院受診。下部内視鏡検査(CF)が施行。直腸に1型病変を認め、大腸癌の転移を疑いリンパ節から穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】中型～大型の腫瘍細胞が孤立散在性に出現。クロマチンは細顆粒状～粗顆粒状、小型核小体が1～2個、核偏在、くびれ、多核や核分裂像を認めた。上皮性結合は殆どみられず、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫非特定型を合わせた悪性リンパ腫を疑った。

【病理組織及び免疫組織化学的所見】穿刺吸引材料のセルブロック標本にはN/Cの高い中～大型類円形異型細胞がみられた。大型異型細胞は結合性があり小集塊を形成、大小不同や多核細胞も認めた。中型異型細胞は結合性が乏しく、比較的単調に増殖していた。免疫組織化学的に大型異型細胞は、AE1/AE3(+), CK7(+), CK20(+), Bcl-2(-), 中型異型細胞はAE1/AE3(dot状に+), CK7(-), CK20(-), Bcl-2(+), 両方ともCD20(-), CD3(-), CD5(-), CD56(-), chromogranin A(partially+), synaptophysin(+))でありKi-67 LIは約50%であった。CFでの生検材料と合わせLCNECのリンパ節転移と診断した。

【まとめ】本症例の細胞診標本では、組織標本にみられた胞巣状や索状配列が殆どみられず、悪性リンパ腫との鑑別が困難であった。結合性の弱い中～大型の腫瘍細胞に混じって小型集塊が認められた場合には、LCNECの可能性を考慮して細部まで観察し、免疫染色を加えることが重要である。

## P-1-55 膵臓退形成癌の1例

社会医療法人シマダ嶋田病院病理診断科<sup>1</sup>, 久留米大学病院臨床検査部<sup>2</sup>, 久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>3</sup>, 久留米大学医学部病理学講座<sup>4</sup>, 社会医療法人シマダ嶋田病院外科<sup>5</sup>

○長尾真理子(CT)<sup>1</sup>, 内藤嘉紀(MD)<sup>2</sup>, 河原明彦(CT)<sup>3</sup>, 水落伸治(MD)<sup>4</sup>, 西村一宣(MD)<sup>5</sup>

【はじめに】膵臓退形成癌(Pancreatic anaplastic carcinoma, 以下PAC)は1954年にSommersらが報告した悪性腫瘍である。PACは本邦の膵癌取扱い規約第7版で浸潤性膵管癌の亜型として分類され、細胞分化が不明瞭な癌腫とされている。今回我々は、超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)で採取された細胞診でPACと診断し得た症例を経験したので、文献的考察も加えて報告する。

【症例】70代男性。間欠的に38度の発熱のため精査加療目的で当院受診。造影CTにて膵尾部腫瘤、肝転移が指摘され、EUS-FNA細胞診及び組織診が実施された。

【細胞像】出血背景に、結合性の乏しい腫瘍細胞を、孤在性あるいは集塊状に認めた。腫瘍細胞は大型で、比較的広い細胞質を有していた。また、大小不同が顕著であり、多形性も認めた。低分化型腺癌とPACの可能性を考え、セルブロックによる免疫組織化学を実施し、AE1/AE3, Vimentin, ZAB1は陽性を示した。一方でE-cadherin, INSM1, Bcl-10は陰性であった。

【組織像】核腫大、核形不整を有する腫瘍細胞を豊富に認めた。細胞接着性は乏しく、大型核を有していた。以上の所見より、セルブロックによる免疫組織化学の結果と併せてPACと診断した。

【まとめ】膵の細胞診では、結合性が乏しく、多形性に富む腫瘍細胞が出現した際には、PACを鑑別に挙げた精査を行うことが重要であり、間葉系マーカーであるVimentinやZEB1の免疫組織化学を施行することで、組織亜型への言及が可能となる。

## P-1-56 EUS-FNAにて診断し得た胃グロムス腫瘍の一例

三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科<sup>1</sup>, 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科<sup>2</sup>, 三重厚生連松阪中央総合病院病理診断科<sup>3</sup>, 三重大学医学部附属病院病理<sup>4</sup>

○山中佑太(CT)<sup>1</sup>, 馬場洋一郎(MD)<sup>1</sup>, 中村 豊(CT)<sup>1</sup>, 市川孝昭(CT)<sup>1</sup>, 河合美穂(CT)<sup>3</sup>, 白井美希(MD)<sup>4</sup>, 矢納研二(MD)<sup>2</sup>, 村田哲也(MD)<sup>1</sup>

【はじめに】グロムス腫瘍は温度変化に伴う血流調整を司るグロムス小体由来の間葉系細胞腫瘍であり、爪床部の疼痛を伴う皮下腫瘍として知られている。消化管発生性のグロムス腫瘍は胃が好発部位とされ胃粘膜下腫瘍の約1%で、術前診断の困難な腫瘍としての報告が多い。今回、術前に胃グロムス腫瘍と診断された症例を経験したため報告する。

【症例】20歳台、女性。尿管遺精精査にて行われた腹部CT検査において胃体上部後壁大彎に30mmの腫瘍性病変を指摘された。内視鏡検査では潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を主体とする病変であり、EUS-FNA検査により胃グロムス腫瘍と診断された。

【細胞所見】血性背景の中、血管を軸に上皮様集簇を部分的に示す細胞集塊が認められた。構成細胞は淡明細胞質、小型類円形核を有し比較的N/C比の高い均一な小型腫瘍細胞であった。核クロマチン増量や核小体は目立たなかった。以上より、グロムス腫瘍を疑った。

【手術材料】組織所見病変に対し腹腔鏡下胃局所切除術が施行され、肉眼的には潰瘍形成を伴う粘膜下腫瘍で、漿膜側への突出と出血の目立つ比較的均一な灰白色腫瘍であった。組織学的には腫瘍は異型の弱い類円形～短紡錘形核、淡明細胞質を伴う均一な小型細胞の集簇で、血管増生を伴い胃壁を破壊性に増殖していた。免疫組織化学染色では4型コラーゲン陽性、αSMA一部陽性で、他鑑別疾患の染色を示さなかったことより胃グロムス腫瘍と診断された。

【考察】今回、胃グロムス腫瘍の1例を報告した。胃グロムス腫瘍の細胞所見として、淡明細胞質、異型の乏しい類円形～短紡錘形核を持つ腫瘍細胞、比較的均一な腫瘍細胞の上皮様集簇、腫瘍胞巣内の不規則な血管構造や出血背景が特徴的と考えられた。

### P-1-57 高度のアミロイド沈着を伴った膵神経内分泌腫瘍の 1 例

神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部<sup>1)</sup>,  
神戸市立医療センター中央市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○中山友理香(CT)<sup>1)</sup>, 尾松雅仁(CT)<sup>1)</sup>, 井本秀志(CT)<sup>1)</sup>,  
宮川祥治(CT)<sup>1)</sup>, 玉木明子(CT)<sup>1)</sup>, 田代章人(CT)<sup>1)</sup>,  
高田明歩(CT)<sup>1)</sup>, 山下大祐(MD)<sup>2)</sup>, 伊丹弘恵(MD)<sup>2)</sup>,  
原 重雄(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】アミロイド沈着を高度に伴った膵神経内分泌腫瘍と組織学的に診断した症例の細胞診標本を再検討したので報告する。

【症例】70 代の女性。7 年前より膵多発性嚢胞で当院外来フォロー中。6ヶ月前の超音波内視鏡検査(EUS)で体尾部に 7 mm 大の充実性低エコー腫瘤を認めた。MRI では指摘できない病変であったが、2ヶ月前の EUS でも再確認したため、精査目的に超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引(EUS-FNA)を行った。

【細胞所見】膨化変性が目立つ検体で、核形不整を呈する紡錘形細胞を認めた。疑陽性で spindle cell tumor を疑った。

【組織所見】線維性結合組織の間に核線を引いた裸核様の異型細胞集塊を認めた。免疫染色で異型細胞は chromograninA と synaptophysin が陽性で、Ki67 index は 2% 程度であった。Insulin は陰性であった。以上から neuroendocrine tumor (NET) G1 と診断した。背景の間質に淡好酸性の沈着物を認めた。沈着物は Congo-Red 染色と DFS 染色に赤染し偏光を呈した。アミロイド沈着ありと判定した。

【考察】組織診の結果を踏まえて、細胞診標本を再度検討した。高度変性しているが裸核様細胞が散見され、背景にアミロイド様物質を認めた。臨床的に GIST が鑑別に挙がっており、異型紡錘形細胞に強く注目した結果、背景のアミロイド様物質に十分な注意を払うことができていなかったと考える。強拡大での異型細胞の観察ばかりではなく、弱拡大における背景所見の重要性を再認識した。

### P-1-58 EUS-FNAC で術前診断しえた膵重複癌の症例

淀川キリスト教病院病理課<sup>1)</sup>, 淀川キリスト教病院病理診断科<sup>2)</sup>

○深田知也(CT)<sup>1)</sup>, 高柳悠希(CT)<sup>1)</sup>, 野崎裕子(CT)<sup>1)</sup>,  
小田井学(CT)<sup>1)</sup>, 三好真由美(CT)<sup>1)</sup>, 田中 幸(CT)<sup>1)</sup>,  
菅野天裕(MD)<sup>2)</sup>, 大谷恭子(MD)<sup>2)</sup>, 稲葉真由美(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】今回我々は、膵頭部に膵管癌と膵尾部に神経内分泌腫瘍が重複し発生した症例を経験した。このような症例の報告は少なく、また、過去に超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(以下: EUS-FNAC)で術前診断された症例の報告はなく貴重な症例と考えられ、報告する。

【症例】70 歳台、男性。腹部の違和感を訴え、来院された。単純 CT 検査・MRI にて総胆管拡張を認め、超音波内視鏡検査が施行された。膵頭部に 18 mm 大、膵尾部に 7 mm 大の低エコー腫瘤を指摘され、膵頭部と膵尾部に対し EUS-FNAC が施行された。その後、膵全摘術が施行された。

【細胞所見】膵頭部: 細胞集塊は不整な配列を呈しており、細胞質は淡く粘液を認めた。核は腫大、偏在し、クロマチンは細顆粒状を呈していた。明瞭な核小体を認め、腺癌と診断した。膵尾部: 細胞は孤立性に出現し、類円形や多稜形を呈しており、細胞質は顆粒状を呈していた。核は腫大し、クロマチンは salt and pepper pattern を呈していた。明瞭な核小体を認めた。神経内分泌腫瘍や腺房細胞癌を疑うと診断した。

【組織所見】膵頭部: 腫瘍は高度の膠原線維増生を背景に不整な腺腔や癒合状腺管を形成し増殖、浸潤していた。中～高分化型腺癌と診断した。膵尾部: 腫瘍は篩状構造や細索状構造をとり増殖していた。細胞質は淡好酸性顆粒状で、クロマチンは salt and pepper pattern を呈していた。免疫染色では Synaptophysin, ChromograninA, INSM1 がそれぞれ陽性で Bcl-10 は陰性であった。Ki-67 index は 1.5% であった。神経内分泌腫瘍 grade1 と診断した。

【結語】今回我々は、非常にまれな症例を経験した。EUS-FNAC で術前診断しえたことは術式選択の一助になったと考える。

### P-1-59 ROSEにて破骨型多核巨細胞を伴う 膵未分化癌と診断された一例

石川県立中央病院医療技術部検査室<sup>1)</sup>, 石川県立中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○水口聖哉(CT)<sup>1)</sup>, 湊 宏(MD)<sup>2)</sup>, 都竹 遥(CT)<sup>1)</sup>,  
鮎岡加奈(CT)<sup>1)</sup>, 黒川綾子(CT)<sup>1)</sup>, 大西博人(CT)<sup>1)</sup>,  
新谷慶幸(CT)<sup>1)</sup>, 吉谷久子(CT)<sup>1)</sup>, 津山 翔(MD)<sup>2)</sup>,  
片柳和義(MD)<sup>2)</sup>, 車谷 宏(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】破骨型多核巨細胞を伴う未分化癌(undifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cells: UC-OGC)は、浸潤性膵管癌の稀な一亜型で全膵悪性腫瘍の1%未満である。今回、rapid on-site cytological evaluation (ROSE)にてUC-OGCと診断された1例を、細胞学的所見を中心に報告する。

【症例】60代、男性。他院で行われた内視鏡検査にて早期胃癌を指摘され、当院紹介受診となった。精査目的のCTにより、膵体部腫瘍を認めたためEUS-FNAが行われ、ROSEによりUC-OGCと診断された。その後、膵体尾部切除が施行され、現在術後補助化学療法中である。

【細胞所見】ROSEでは、背景や細胞質内にヘモジデリンが目立ち、その中に、微細クロマチン、腫大した核小体を有する異型の乏しい単核細胞と多くの破骨型多核巨細胞がみられ、UC-OGCと考えられた。

【組織所見】手術材料では、腫瘍は2cm大で膵内に限局していた。破骨型多核巨細胞の浸潤を多く伴い、単核の紡錘～短紡錘状の細胞がシート状に増殖していた。免疫染色ではCD68陽性の単核および多核細胞が大部分を占め、keratin陽性細胞は少数であったが、全体像よりUC-OGCと診断された。腫瘍近傍には膵上皮内腫瘍(Pan-IN)を伴っていたが、明らかな分化型腺癌の成分は認められなかった。

【まとめ】慢性膵炎やsolid-pseudopapillary neoplasmにおいても異物型多核巨細胞が少数出現することがあるが、いずれも破骨型多核巨細胞はみられず、他の細胞所見との相違も含めて鑑別可能であると考えられる。EUS-FNA検体におけるUC-OGCの正診率は高いとはいえないが、多数の破骨型多核巨細胞をみたときにはUC-OGCの可能性を考慮すべきである。

### P-1-60 甲状腺穿刺における粘土状検体の正体と その評価

隈病院病理診断科<sup>1)</sup>, 隈病院外科<sup>2)</sup>, 隈病院内科<sup>3)</sup>

○兼松里紗(CT)<sup>1)</sup>, 廣川満良(MD)<sup>1)</sup>, 鈴木彩葉(CT)<sup>1)</sup>,  
田中歩紀(CT)<sup>1)</sup>, 山尾直輝(CT)<sup>1)</sup>, 樋口観世子(CT)<sup>1)</sup>,  
隈 晴二(MD)<sup>1)</sup>, 林 俊哲(MD)<sup>1)</sup>, 宮内 昭(MD)<sup>2)</sup>,  
赤水尚史(MD)<sup>3)</sup>

【目的】甲状腺穿刺吸引物の性状により病変の推定が可能な場合がある。本研究の目的は粘土様検体の由来と評価を明らかにすることであり、この研究に関する報告はない。

【対象と方法】2007年～2021年8月までの14年8ヶ月間に甲状腺穿刺吸引細胞診を行った69848結節の内、穿刺物が粘土状であった356結節(0.5%)を対象とした。

【結果】超音波の判定は良性173結節(50.7%)、境界病変129結節(37.8%)、悪性疑い39結節(11.4%)であった。細胞診では囊胞液124結節(34.8%)、良性197結節(55.3%)、意義不明18結節(5.1%)、濾胞性腫瘍3結節(0.8%)、悪性14結節(3.9%)で、検体不適正はなかった。細胞診標本では背景にコロイドあるいは蛋白性物質(79.2%)、泡沫細胞(71.6%)、変性赤血球(67.4%)、核線(63.8%)、多核巨細胞(39.9%)、石灰化物(16.9%)、壊死物質(12.4%)、類上皮細胞(7.3%)、扁平上皮細胞(7.0%)、リンパ球(7.0%)、好中球(6.5%)、コレステロール結晶(5.9%)、ヘマトイジン(1.7%)、線維芽細胞(0.8%)、軟骨細胞(0.6%)、アミロイド(0.3%)などがみられた。濾胞上皮細胞は47.2%に観察されたが、いずれも細胞量は少なかった。悪性14結節の推定病変では乳頭癌がその半数を占めていた。34結節(9.6%)が切除され、13結節が悪性(乳頭癌9、濾胞癌2、未分化癌1、髓様癌1)で、悪性の危険度は3.7%であった。

【考察】粘土様検体が採取される結節の半数は超音波で境界病変や悪性疑いに分類されるが、悪性の危険度は低く、その多くは囊胞化した腺腫様甲状腺腫の内容物であることが判明した。



### P-1-61 濾胞性腫瘍を疑った甲状腺細胞診の細胞学的検討

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理科細胞診<sup>1)</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2)</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院脳神経センター脳神経病理<sup>3)</sup>

○深川良隆(CT)<sup>1)</sup>, 長山大輔(CT)<sup>1)</sup>, 塚本孝久(CT)<sup>1)</sup>, 榎田明美(CT)<sup>1)</sup>, 武井美和(CT)<sup>1)</sup>, 荒木由華(CT)<sup>1)</sup>, 平川優太(CT)<sup>1)</sup>, 田栗愛華(CT)<sup>1)</sup>, 杉田保雄(MD)<sup>3)</sup>, 塩賀太郎(MD)<sup>2)</sup>, 木村芳三(MD)<sup>2)</sup>, 檜垣浩一(MD)<sup>2)</sup>

【目的】甲状腺穿刺吸引細胞診(以下, 甲状腺細胞診)は甲状腺結節性病変の診断に有用で広く普及した検査であるが, 腺腫様甲状腺腫と濾胞性腫瘍の鑑別に苦慮することも少なくない。今回, 我々は甲状腺細胞診にて濾胞性腫瘍を疑った症例を再鏡検し, 細胞学的検討を行ったので報告する。

【対象・方法】2001年~2020年に甲状腺細胞診が施行され, 病理組織診断が確定した11例(腺腫様甲状腺腫7例, 濾胞腺腫4例)にて, 背景(泡沫細胞・コロイド), 出現様式, 集塊の大きさ, 細胞重積, 細胞質の好酸性変化, 核の大小不同, 核小体について検討を行った。

【結果】腺腫様甲状腺腫と診断された7例の細胞所見は, 濾胞上皮細胞の大部分が濾胞状集塊で出現していたため濾胞性腫瘍と診断したが, 再鏡検の結果, 背景には少なからず泡沫細胞(42.9%), コロイド(85.7%)を認め, 濾胞状集塊主体ではあるものの一部にシート状集塊(71.4%)で出現し, 細胞重積は軽度~中等度(100%), 核の大小不同(28.6%)を認め, 出現細胞の多様性がみられた。一方, 濾胞腺腫と診断された4例の細胞所見は, 背景には泡沫細胞はみられず, コロイドの出現(28.6%)も低く, 濾胞上皮細胞が小濾胞状集塊(100%)で出現し, 細胞重積は中等度(100%), 核の大小不同は認められず, 出現細胞は単一性であった。細胞質の好酸性変化や核小体については両者に違いはみられなかった。

【まとめ】甲状腺細胞診で腺腫様甲状腺腫と濾胞性腫瘍を鑑別する場合, 濾胞状集塊の出現のみに捉われず, 背景の泡沫細胞やコロイドの有無, 濾胞上皮細胞集塊の形態や大きさ, 細胞重積, 核の大小不同に着目することで診断精度の向上につながると考えられた。

### P-1-62 甲状腺穿刺吸引細胞診における好酸性細胞の診断学的検討

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

○稲垣敦史(CT)<sup>1)</sup>, 萬 昂士(MD)<sup>1,2)</sup>, 三宅真司(CT)<sup>1)</sup>, 渡部顕章(CT)<sup>1)</sup>, 藤井愛子(CT)<sup>1)</sup>, 大浦真由実(CT)<sup>1)</sup>, 忽滑谷昌平(CT)<sup>1)</sup>, 谷川真希(DDS)<sup>1,2)</sup>, 高橋礼典(MD)<sup>1,2)</sup>, 松林 純(MD)<sup>1,2)</sup>, 筒井英光(MD)<sup>3)</sup>, 長尾俊孝(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】甲状腺穿刺吸引細胞診において, 豊富なミトコンドリアを含有する好酸性細胞は, 慢性甲状腺炎, 腺腫様甲状腺腫, 濾胞性腫瘍, 乳頭癌, 髓様癌など種々の病変で観察される。特に腺腫様甲状腺腫と濾胞性腫瘍は日常業務でよく遭遇するが, それらの鑑別に難渋することが少なくない。今回我々は, 甲状腺穿刺細胞診にて好酸性細胞がみられた腺腫様甲状腺腫と濾胞性腫瘍の細胞学的検討を行ったので報告する。

【対象】2010年~2022年2月に甲状腺穿刺吸引細胞診が施行され, 標本中に好酸性細胞が出現し, その後の組織診断で腺腫様甲状腺腫(31例), 濾胞腺腫(20例), 濾胞癌(13例)と診断された64症例を対象とした。

【方法】各症例に対し, 背景, 血管間質の有無, 細胞量, 出現様式, 濾胞状構造, 非好酸性上皮細胞の有無, N/C比, 細胞質の性状, 核形, クロマチンパターン, 核小体に着目し, 各疾患に特徴的な細胞学的所見の抽出を試みた。

【結果】腺腫様甲状腺腫では, 背景にコロイドや組織球がみられ, 大小の濾胞状構造を呈する細胞集塊が採取される傾向にあった。また, 上皮細胞の細胞質は顆粒に乏しく希薄で, 非好酸性上皮細胞がしばしば混在していた。一方, 濾胞性腫瘍では, 背景は血性, 細胞量は豊富で, 血管間質が観察された。濾胞腺腫に比して, 濾胞癌では, 腫瘍細胞がより孤立性に出現し, そのN/Cは高く, 細胞質には顆粒の充満により重厚感があった。また, クロマチンは増量し, 核小体が目立っていた。

【まとめ】甲状腺穿刺吸引細胞診で好酸性細胞が出現したときには, 各々の疾患に特徴的な所見を見出すことにより組織型推定が可能な場合があるため, 丹念に細胞像を観察することが肝要である。



### P-1-63 ホブネイル様構造を示す甲状腺乳頭癌の一例

昭和大学藤が丘病院臨床病理検査室<sup>1)</sup>, 昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科<sup>2)</sup>, 昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科<sup>3)</sup>, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科<sup>4)</sup>

○足立夏希(CT)<sup>1)</sup>, 船宝直美(CT)<sup>1)</sup>, 柏野今日子(CT)<sup>1)</sup>, 上田康雄(MD)<sup>2)</sup>, 河野葉子(DDS)<sup>3)</sup>, 亀山香織(MD)<sup>4)</sup>, 小川高史(MD)<sup>2)</sup>, 楯 玄秀(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】甲状腺乳頭癌は一般的に予後良好といわれているが、ホブネイル型乳頭癌は増殖能が高く、悪性度の高い予後不良な乳頭癌である。今回我々はホブネイル様構造を示す乳頭癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。左頸部腫脹を自覚し近医受診。頸部超音波検査で両側リンパ節腫大と甲状腺両葉に結節病変を認め当院紹介受診。穿刺吸引細胞診の結果は甲状腺両葉、リンパ節いずれも悪性と診断され、甲状腺全摘術を施行した。

【細胞像】乳頭状構造を示す腫瘍細胞が多数認められた。腫瘍細胞は核の大小不同を呈し、N/C比は高く、クロマチン細顆粒状を示していた。核形不整が著明な細胞が見られたが、核内細胞質封入体は認められず、典型的な甲状腺癌の像ではなかった。一方で、ホブネイル細胞と思われる細胞質が尾を引いたような彗星様細胞や集塊辺縁から突出した細胞も少数認められた。

【組織像】核の大小不同が著明な異型細胞が微小乳頭状集塊として認められ、甲状腺および周囲組織に浸潤、増殖していた。一部に核が突出するホブネイル様の癌細胞も認められた。リンパ節転移部ではホブネイル様の癌細胞が主体をなしていた。辺縁では充実性の増殖を示す領域も認められた。

【まとめ】乳頭状構造を示す集塊が主体であったが、注意深く観察すると少数ながらホブネイル様細胞も認められた。ホブネイル型乳頭癌は比較的予後が不良であり、未分化転化を生じやすいという報告がある。彗星様細胞の有無や集塊辺縁を注意深く観察し、ホブネイル型乳頭癌を疑うことは臨床的に有用であると考えた。

### P-1-64 腎細胞癌甲状腺転移の1例

地方独立行政法人静岡市立静岡病院

○望月裕一(CT), 落合真希(CT), 堂本浩二(CT), 江河勇樹(MD), 森木利昭(MD)

【はじめに】甲状腺に転移性腫瘍がみられることは少なく、甲状腺悪性腫瘍の1%程度とされている。今回、腎細胞癌術後に甲状腺転移をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。20XX年、左腎癌と脾転移(cT3aN0M1)の診断で左腎臓摘出術を受け、病理診断結果は腎細胞癌(淡明細胞癌)であった。以降、転移性腎細胞癌に対して分子標的治療を行っていたが、3年後、甲状腺右葉に38×36×25mm大の内部不均質な腫瘍結節を認め、穿刺吸引細胞診が行われた。

【細胞所見】背景は血性で、重積性の細胞集塊が多数出現し、集塊周囲からは細胞の解れ像が見られた。細胞質は豊富で泡沫状または顆粒状、好酸性やライトグリーン好染を示した。核は類円形～長円形で腫大、核形不整や皺状あるいは核溝様の不整も見られた。クロマチンは顆粒状で増量し、目立つ核小体が認められた。一部では核内細胞質封入体様の構造も見られたが、すりガラス状のクロマチンや乳頭状集塊、コロイドは明らかではなかった。濾胞性腫瘍の可能性は否定出来ないが典型像ではなく、臨床情報に記載された既往歴である腎細胞癌の甲状腺転移を疑った。残検体からセルブロックを作成し、免疫組織化学染色を施行した。腫瘍細胞はCD10、RCCに陽性を示し、Thyroglobulin、TTF-1、Calcitoninに陰性であり、この結果から腎細胞癌甲状腺転移と診断した。

【まとめ】甲状腺穿刺吸引細胞診で、日常遭遇しないような細胞像を認めた場合には、転移性腫瘍の可能性も考慮した対応を勧める。細胞診断に際しては、癌の既往歴に関する臨床情報の提供が重要であり、濾胞性腫瘍との鑑別には免疫組織化学染色が有用と考える。

## P-1-65 甲状腺低分化癌の 1 例

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科

○西尾祥邦(CT), 藤中浩樹(CT), 岩瀬大輔(CT),  
片平くるみ(CT), 倉澤佳奈(CT), 立石愛美(CT),  
佐々木志保(CT), 島津宏樹(MD), 松岡圭子(MD),  
伏見博彰(MD)

【はじめに】甲状腺低分化癌は高分化癌と未分化癌との中間的な形態学的, 生物学的態度を示す悪性腫瘍であり予後不良とされる。今回, 我々は穿刺吸引細胞診(FNA)で低分化癌が推定された症例を経験したので報告する。

【症例】80 歳台, 男性。慢性腎臓病, 糖尿病の経過観察中に体重減少がみられ, 胸腹部単純 CT を施行したところ, 甲状腺右葉に腫瘤を指摘された。超音波検査では右葉背側に結節が認められ, FNA が実施された。後日, 甲状腺右葉切除術が施行された。

【細胞所見】細胞量は多く, 異型細胞が不規則重積性集塊や孤立散在性に認められた。比較的広い細胞質を有し, 核は類円形で大小不同や核形不整, クロマチンの増量, 明瞭な核小体が認められた。また, 一部に壊死や濃縮コロイドがみられた。これらより細胞異型が未分化癌ほどではないが高分化癌より強く, 分化度を減じている状態と推察された。

【組織所見】甲状腺右葉に 25×20×15 mm の充実性腫瘤が認められた。断面は灰白色で, 境界はおおむね明瞭, 出血, 壊死を伴っていた。腫瘍は周囲組織へ浸潤性に発育がみられた。組織学的には, 腫瘍細胞が索状構造を示した。核は楕円形で重畳傾向があり, 均一なクロマチンや核小体が認められた。スリガラス状核や核溝, 核内細胞質封入体などは明らかではなかった。これらより低分化癌と診断された。

【まとめ】分化度を推定することは予後因子として重要である。低分化癌は組織所見を反映した細胞集塊の構造に注意し観察する必要がある。また, 細胞異型が高分化癌より強く, 壊死などの所見がみられた場合には低分化癌の可能性を考慮し, 判定を行うことが肝要である。

## P-1-66 非浸潤性濾胞性甲状腺腫瘍: NIFTP の二例

関西医科大学総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 関西医科大学総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○田口香利(CT)<sup>1)</sup>, 市場涼介(CT)<sup>1)</sup>, 松永志保(CT)<sup>1)</sup>,  
檜田知里(CT)<sup>1)</sup>, 出田幹浩(CT)<sup>1)</sup>, 植村芳子(MD)<sup>2)</sup>,  
酒井康裕(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】2017 年に発行された甲状腺腫瘍の WHO 分類第 4 版では, 境界悪性腫瘍の疾患概念が採用された。乳頭癌様核所見を伴う非浸潤性濾胞型腫瘍 non-invasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP) は, 被包化または境界明瞭な結節で, 濾胞状増殖パターンを示し被膜浸潤, 血管浸潤がない腫瘍である。NIFTP は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で, リンパ節転移や遠隔転移がみられず極めて予後が良い。今回我々は NIFTP の二例を経験したので, その細胞像を報告する。

【症例 1】70 歳台女性。子宮体癌経過観察中に CT にて甲状腺左葉腫大を指摘された。細胞診にて微細なクロマチン構造を示す細胞集団を認め, 少数ながら核内細胞質封入体もみられることより乳頭癌が疑われた。左甲状腺腫瘍半切除術が行われ組織診にて NIFTP と診断された。

【症例 2】70 歳台女性。頸部の腫れで近医を受診し左甲状腺腫瘍を認め, 精査目的で当院に紹介受診。CT にて甲状腺左葉に LDA を認め, 内部造影後不均等で濾胞腺腫が疑われた。石灰化は明らかではなかった。細胞診では濾胞様構造を示す細胞集団を認め, 微細なクロマチン構造を示す濾胞性腫瘍もしくは濾胞型乳頭癌が疑われた。甲状腺左葉峡部切除+D1 郭清術が施行され組織診にて NIFTP と診断された。

【まとめ】NIFTP の診断には被膜浸潤の有無を確認する必要がある為, 細胞学的に NIFTP と浸潤性濾胞型乳頭癌を診断することは不可能である。しかしながら, 乳頭癌を疑うが核内細胞質封入体が少なく所見に乏しい場合は, NIFTP の疾患概念を念頭に置いて慎重に診断すべきである。

### P-1-67 甲状腺に発生した悪性孤立性線維性腫瘍の一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室<sup>1)</sup>, 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○西崎凌次(CT)<sup>1)</sup>, 山口大介(CT)<sup>1)</sup>, 原田美香(CT)<sup>1)</sup>, 三田佳那(CT)<sup>1)</sup>, 江崎輝美(CT)<sup>1)</sup>, 中村香織(CT)<sup>1)</sup>, 小寺明美(CT)<sup>1)</sup>, 香田浩美(CT)<sup>1)</sup>, 西江真実(CT)<sup>1)</sup>, 冨田弥佑(CT)<sup>1)</sup>, 板倉淳哉(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】孤立性線維性腫瘍 Solitary fibrous tumor(以下 SFT)は成人の皮下や四肢の深部軟部組織などに発生する比較的稀な腫瘍である。今回我々は甲状腺に発生した悪性の SFT の一例を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】70代男性, 左頸部腫脹を主訴に当院紹介となった。US および CT にて甲状腺左葉に 65 mm 大腫瘍を認めた。FNA の結果, classV の判定となり, 甲状腺左葉切除術が施行された。

【細胞所見】血性背景に, 類円形～紡錘形核を有する異型細胞が細胞密度の高い, 結合性強固な集塊もしくは孤立散在性に出現していた。N/C 比が高く, 核形不整, 核の大小不同を認め, 細顆粒状のクロマチンを示していた。また集塊内部には血管の介在を認めた。鑑別に, 紡錘形型の髄様癌などを考えた。

【組織所見】65×51×49 mm の充実性腫瘍で, 濃染した紡錘形あるいは類円形核と淡好酸性胞体を有する異型細胞が, 錯綜し密に増殖していた。Staghorn 状に拡張, 分岐した血管の増生を伴っていた。免疫染色で, STAT6 は陽性, CD34 は異型の強い領域では大部分が陰性, 異型が弱い領域では全体に陽性であった。多数の核分裂像, 強い細胞異型, 浸潤性増生を認め, SFT, malignant と診断された。

【まとめ】今回, 稀な悪性の SFT の一例を経験した。細胞診において, 紡錘形型の髄様癌との鑑別が問題となった。細胞学的鑑別点として, 本症例では, より N/C 比が高く, 裸核状の出現が目立ち, 核の多形性に富むことが挙げられる。また, 組織像を反映し, 拡張・分岐した血管が集塊内に介在する点は, 特徴的な所見と考えられる。

### P-1-68 穿刺吸引細胞診におけるワルチン腫瘍の診断精度と細胞像

久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 久留米大学病院臨床検査部<sup>2)</sup>

○熊谷天斗(CT)<sup>1)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>1)</sup>, 安倍秀幸(CT)<sup>1)</sup>, 高瀬頼妃呼(CT)<sup>1)</sup>, 村田和也(CT)<sup>1)</sup>, 牧野諒央(CT)<sup>1)</sup>, 大塚百華(CT)<sup>1)</sup>, 黒木日菜子(CT)<sup>1)</sup>, 古田拓也(MD)<sup>1)</sup>, 内藤嘉紀(MD)<sup>2)</sup>, 秋葉 純(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】ワルチン腫瘍(以下 WT)は, 喫煙歴のある高齢男性の耳下腺に好発する良性腫瘍である。典型的な WT の細胞像は好酸性細胞とリンパ球からなる所見を示すが, 拡張した嚢胞を伴う症例の場合, その典型的な所見を欠くことがある。今回我々は, 組織学的に WT と診断された症例において, 穿刺吸引細胞診での WT の診断精度を中心に細胞学的検討を行ったので報告する。

【対象と方法】2011年から2021年の間に当院において, 組織学的に WT と診断された 59 例を対象とした。WT の切除組織を充実性と嚢胞性に大別し, WT の推定が可能であったか否かについて評価した。細胞像に関しては, リンパ球, 好酸性細胞, 壊死物質, ゴースト細胞, 組織球, 肥満細胞を中心に出現割合を比較した。

【結果】WT と推定できた症例は 55.9% (33 例) で, 良性病変が 30.5% (18 例), 検体不適正が 13.6% (8 例) であった。切除組織で大別した充実性 27.1% (16 例) および嚢胞性 72.9% (43 例) において, WT と推定できた症例はそれぞれ 50.0% (8 例) と 58.1% (25 例) であった。充実性例の細胞成分は, 好酸性細胞とリンパ球を中心とした細胞像であるのに対し, 嚢胞性例は好酸性細胞とリンパ球の他に, 壊死物質, ゴースト細胞, 組織球がみられる多彩な細胞像であった。

【まとめ】WT の細胞像は好酸性細胞とリンパ球の two cell pattern と表現されるが, 実際には嚢胞性成分の所見を示すことの方が多。好酸性細胞の確認が, WT の推定に大きく影響を与えるため, 穿刺回数を増やすなど細胞回収に努めることが必要である。

### P-1-69 AKT1 E17K 変異を有する小唾液腺原発 粘液腺癌の一例

東京歯科大学市川総合病院検査科病理

○柴田早紀(CT), 小谷隆史(CT), 渡邊美比(CT),  
福田雅美(CT), 橋本和彦(DDS), 佐々木文(MD)

【緒言】唾液腺癌は頭頸部癌の 5%未満とされ, その 80~90%が耳下腺・顎下腺発生であり, 小唾液腺発生は稀である。今回 AKT1 E17K 変異を有する小唾液腺原発粘液腺癌と診断された一例を経験したため報告する。

【症例】60 代女性。既往歴は特になし。左側頬粘膜に 30 mm 大の腫瘍性病変があり来院。肉眼的に出血を伴う潰瘍を形成していた。

【細胞所見】口腔擦過の LBC 標本において核偏在, 大小不同や重積性を認める異型細胞が多数出現。集塊の一部には粘液を含む細胞を認めた。また, 細胞質が淡明化する細胞も認めた。周囲に出現する表層型細胞に異型は乏しかった。以上の所見より唾液腺腫瘍を考え, 粘表皮癌などを鑑別に挙げた。

【生検所見】異型の乏しい被覆上皮下に, 高円柱状の上皮細胞が不整な腺管を形成し増殖していた。核腫大や大小不同を認めたが, 細胞異型は乏しかった。淡明細胞も一部出現し, 腫瘍細胞は PAS/Alcian-blue 陽性の粘液を産生していた。組織型断定には至らなかったが, 核分裂像が多数見られ, Ki-67 標識率も 30-40%と比較的高い増殖性があったことから悪性の可能性が示唆された。

【手術材料所見】肉眼的には 15×15×11 mm 大, 比較的境界明瞭な白色充実性腫瘍であった。淡明な胞体と濃染核をもつ高円柱状異型上皮が不整な腺管を形成, または乳頭状に増殖していた。遺伝子検査において AKT1 E17K の変異を認めたため小唾液腺原発粘液腺癌と診断された。

【結語】口腔の唾液腺癌は稀ではあるが, 潰瘍形成を伴うものであれば口腔内擦過でも腫瘍由来の異型細胞が出現する可能性はある。周囲の扁平上皮細胞に異型が乏しい場合は唾液腺癌の可能性も考慮し, 慎重な判定を行う必要があると考えられた。

### P-1-70 類形質細胞型筋上皮細胞の出現が目立った 多形腺腫の細胞像

国立病院機構金沢医療センター臨床検査科

○小嶋洋美(CT), 梅原瑤子(CT), 松田愛子(CT),  
山岸 豊(CT), 鈴木啓仁(CT), 黒瀬 望(MD),  
川島篤弘(MD)

【緒言】多形腺腫は全唾液腺腫瘍の約 60%を占める良性腫瘍である。腺上皮細胞や扁平上皮細胞といった上皮成分と, 骨, 軟骨, 脂肪といった間葉系成分が種々の割合で混在する。今回我々は類形質細胞型筋上皮細胞の出現が目立った多形腺腫の細胞像を検討する機会を得たので報告する。

【症例】60 歳台, 男性。半月前より左耳下腺に可動性良好な腫瘍を触知し, MRI にて左耳下腺深葉に径 24 mm 大の腫瘍性病変を認めた。穿刺吸引細胞診で良悪性鑑別困難と判定し, 腫瘍摘出術が施行された。

【細胞診所見】紡錘形や類円形細胞, 形質細胞様細胞からなる大型重積性集塊を認めた。核は類円形から長楕円形で, 核縁は薄く, 一部に核腫大や核の大小不同, 核形不整, 核内封入体が見られた。また形質細胞様細胞は結合性の緩い集塊, 個細胞性に出現していた。上皮性成分や粘液腫様基質は判然としなかった。

【病理組織学的所見】病変は 29×21 mm 大の灰白色~黄白色で, 腫瘍組織の約 70%はシート状配列を示す筋上皮細胞であり, 好酸性・顆粒状の細胞質と偏在核を有する類形質細胞型筋上皮細胞であった。所々で核小体明瞭な大型核細胞や奇怪核細胞, 多核細胞が見られた。部分的に腺上皮細胞成分や扁平上皮細胞成分, 粘液腫様基質が認められ, 多形腺腫と診断した。

【まとめ】穿刺吸引細胞診で見られた細胞の多くは筋上皮細胞であった。摘出検体の捺印標本では, 腺上皮細胞や扁平上皮細胞, 粘液腫様基質が確認できた。多形腺腫の各成分の割合は症例により様々であり, また筋上皮細胞は多彩な形態を示すため, 時に悪性との鑑別が難しい場合もある。多形腺腫の細胞像の多様性を把握する事が必要である。



### P-1-71 $\alpha$ -アミラーゼ結晶を認めた耳下腺結節の 2例

小倉記念病院検査技師部病理検査課<sup>1)</sup>, 小倉記念病院病理診断科<sup>2)</sup>, 関門医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○内田 準(CT)<sup>1)</sup>, 田中小夜(CT)<sup>1)</sup>, 安河内達郎(CT)<sup>1)</sup>,  
甲斐桜子(CT)<sup>1)</sup>, 脇坂雄太(CT)<sup>1)</sup>, 山田優衣(MD)<sup>2)</sup>,  
村田建一郎(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】唾液腺領域の細胞診断時に、種々の結晶成分に遭遇することがしばしばある。その中でもアミラーゼ結晶を認める病変は稀であり、本邦での報告は極めて少ない。今回われわれは、耳下腺穿刺吸引細胞診にてアミラーゼ結晶を認めた耳下腺結節を2例経験したので報告する。

【症例1】70歳台女性。左耳下腺部の結節を指摘され、当院耳鼻科を紹介受診された。画像検査より約2cm大の境界明瞭な結節を認めた。穿刺吸引細胞診では、好中球主体の炎症細胞と単核～多核組織球、変性した扁平上皮細胞が見られた。背景には多数の結晶成分が散見され、結晶成分は免疫組織化学的に $\alpha$ -Amylase陽性であった。

【症例2】70歳台女性。右耳下腺の腫脹を自覚し、当院耳鼻科を紹介受診された。画像検査より約2cm大の結節を認めた。穿刺吸引細胞診では、約2mlの黄白色膿性成分が採取された。細胞像は好中球優位の炎症細胞と少数の単核～多核組織球と共に結晶成分を認めた。結晶成分は免疫組織化学的に $\alpha$ -Amylase陽性であった。

症例1, 2ともに細胞診の結果から外科的手術には至っておらず、経過観察となった。

【まとめ】アミラーゼ結晶を伴う耳下腺結節は稀であるが、文献的にはアミラーゼ結晶は唾液腺炎などの良性病変でのみ報告されている。したがって、臨床的に悪性疾患を否定できない症例であってもアミラーゼ結晶を証明することによりover diagnosisを避ける有用な指標となる可能性がある。今回の2例のように穿刺吸引細胞診にて多彩な形状を示す結晶が採取された場合はアミラーゼ結晶を念頭に置き鏡検する必要がある。

### P-1-72 穿刺吸引細胞診で特徴的な所見が得られ なかった腺様嚢胞癌の1例

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター病理科

○岩瀬大輔(CT), 藤中浩樹(CT), 片平くるみ(CT),  
立石愛美(CT), 倉澤佳奈(CT), 西尾祥邦(CT),  
佐々木志保(CT), 島津宏樹(MD), 松岡圭子(MD),  
伏見博彰(MD)

【はじめに】腺様嚢胞癌は、全唾液腺腫瘍の5～10%を占める。篩状構造や粘液球などの特徴的な所見が認められれば組織型の推定は難しくないと思われるが、典型例ばかりではない。今回、穿刺吸引細胞診において特徴的な所見が得られず、診断に苦慮した腺様嚢胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】50歳台、女性。他院にて左顎下腺腫瘍を指摘され、当センター紹介受診。穿刺吸引細胞診で疑診となり左顎下腺生検が行われた。

【細胞所見】壊死物質を背景に、小型で単調な異型細胞が小集塊状に認められた。異型細胞の核は類円形～紡錘形でクロマチンは濃染し、軽度の核形不整が見られた。集塊はシート状～軽度の重積性を示し、形状は不整形、大きさは大小様々であった。集塊内には石灰化物質が認められた。異型が弱く良悪の鑑別は困難で疑診と判定した。

【組織所見】小型の均一な異型細胞が索状や包巣状に認められた。胞巣内には粘液を容れる管腔様、嚢胞様部分が認められ、篩状構造を示していた。腫瘍間質には粘液が認められた。腺様嚢胞癌と診断された。

【まとめ】今回の細胞診では特徴的な所見が得られず、組織型の推定が困難であった。細胞診では、典型的な像が見られるとは限らないことを念頭に置く必要がある。また、特に唾液腺では複数の組織型と同様または類似した所見が認められることが比較的多いため、可能性のある疾患を網羅し、慎重に鑑別することが重要である。背景所見や細胞異型をよく観察し、臨床情報も合わせて判定し、今回のように組織型の推定が困難である場合は組織診で判断することも重要となる。



### P-1-73 低悪性度粘表皮癌と鑑別を要した多形腺腫の一例

独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科<sup>1)</sup>, 明海大学歯学部病態診断治療学講座病理学分野<sup>2)</sup>

○藤澤宏樹(CT)<sup>1)</sup>, 倉岡和矢(PhD)<sup>1)</sup>, 福原詩織(CT)<sup>1)</sup>, 菅重里紗(CT)<sup>1)</sup>, 戸田 環(CT)<sup>1)</sup>, 在津潤一(PhD)<sup>1)</sup>, 齋藤彰久(DDS)<sup>1)</sup>, 坂本真一(DDS)<sup>2)</sup>, 谷山清己(PhD)<sup>1)</sup>

【はじめに】多形腺腫は最も発生頻度の高い唾液腺良性腫瘍であるが、多彩な細胞像を示し、時に異型に乏しい悪性腫瘍との鑑別を要する。今回我々は、粘液性背景に粘液細胞、扁平上皮様細胞を伴い、粘表皮癌との鑑別を要した多形腺腫の 1 例を報告する。

【症例】60 歳台、男性。20 年前より、左顎下部に腫瘤を認めていたが、増大傾向を示し、精査加療目的の為、当院へ紹介受診された。エコー検査にて、分葉状、弾性硬可動性の腫瘤が認められ、臨床的に悪性腫瘍が疑われた為、左顎下腺穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞学的所見】中等量の粘液を背景に、楕円形～類円形核を示す小型細胞が孤在性や集塊状に多数認められた。管状構造が見られ、粘液はギムザ染色で僅かに赤紫色を示したため多形腺腫が疑われたが、特徴的なほつれはなく、粘液も異染性とする程明らかではなかった。また一部に大型異型細胞や扁平上皮様細胞、粘液細胞が認められ低悪性度粘表皮癌も鑑別に挙がり、「良悪性不明な唾液腺腫瘍；SUMP」と判定した。

【肉眼及び組織学的所見】左顎下腺腫瘍摘出標本は、肉眼的に、嚢胞変性を伴う黄灰白色充実性腫瘍であった。組織学的に、腫瘍は線維性被膜を有し、小型腺管と楕円形や短紡錘形の核を有する筋上皮細胞の粗密な増生が認められた。粘液性間質、硝子様基質、軟骨様基質を伴っており、多形腺腫と診断された。

【考察】多形腺腫は最も遭遇頻度の高い腫瘍であるが、典型像のないものを無闇に良性と診断することは危険である。形態のみで診断せざるを得ない場合は SUMP の活用が望まれ、検体に余裕がある際は免疫細胞化学的検査が良悪の鑑別の一助となる場合がある。

### P-1-74 耳下腺発生上皮筋上皮癌の 1 例

福岡大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 福岡大学病院耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>

○西中村恵輔(CT)<sup>1)</sup>, 松本慎二(CT)<sup>1)</sup>, 角谷優子(CT)<sup>1)</sup>, 大石朋子(CT)<sup>1)</sup>, 辻 雅子(CT)<sup>1)</sup>, 秋吉梨江(CT)<sup>1)</sup>, 坂田祥子(CT)<sup>1)</sup>, 小山 逸(CT)<sup>1)</sup>, 木村翔一(MD)<sup>2)</sup>, 打田義則(MD)<sup>2)</sup>, 坂田俊文(MD)<sup>2)</sup>, 青木光希子(MD)<sup>1)</sup>, 古賀佳織(MD)<sup>1)</sup>, 濱崎 慎(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】上皮筋上皮癌は全唾液腺腫瘍の約 1% を占める耳下腺に好発する低から中悪性度の腫瘍である。組織学的に腫瘍細胞は導管上皮細胞と上皮を取り囲む外層の筋上皮細胞からなる二層性腺管の形成を特徴とする。また近年、上皮筋上皮癌における *HRAS* 遺伝子変異の検出の有用性が報告されている。今回我々は耳下腺発生の上皮筋上皮癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳台女性。左顔面神経麻痺を主訴に近医受診。頭部 MRI 検査にて左耳下腺に境界明瞭、分葉状の腫瘍性病変を認めた。画像的に多形腺腫を疑うが、悪性腫瘍も否定できない所見であり、同部位の穿刺吸引細胞診が行われた。

【細胞所見】多数の異型細胞が、重積性ある乳頭状～管状集塊として認められ、背景には多数の裸核細胞も散在性に見られた。異型細胞の細胞質は淡く境界不明瞭で、核は類円形で、微細顆粒状の核クロマチンの増量を認め、全体的に単調な核所見であった。また集塊内には、多数の粘液球および基底膜様物質も散見された点から、細胞診断学的に腺様嚢胞癌を疑った。

【組織所見】導管上皮細胞および筋上皮細胞からなる二層性腺管形成が明瞭で、免疫組織化学的に、上皮成分は cytokeratin AE1/AE3 に陽性、筋上皮成分は S100 に陽性を示し、一方 MYB は陰性だった。追加で行われたダイレクトシーケンス法にて *HRAS* 遺伝子変異が認められたため、上皮筋上皮癌の最終診断となった。

【結語】上皮筋上皮癌は、多形腺腫や粘液球や基底膜様物質の存在より腺様嚢胞癌と鑑別を要することがある。背景の裸核細胞および淡明な細胞質を有する腫瘍性筋上皮細胞の認識が重要な所見と考える。

### P-1-75 多形腺腫と腺様嚢胞癌との鑑別に苦慮した 1例

愛媛大学医学部附属病院病理診断科・病理部<sup>1</sup>, 愛媛大学大学院医学系研究科解析病理学<sup>2</sup>, 愛媛大学大学院医学系研究科分子病理学<sup>3</sup>

○近藤拓弥(CT)<sup>1</sup>, 片山英司(CT)<sup>1</sup>, 明賀さつき(CT)<sup>1</sup>,  
今井美奈(CT)<sup>1</sup>, 倉田美恵(MD)<sup>2</sup>, 増本純也(MD)<sup>2</sup>,  
北澤荘平(MD)<sup>3</sup>, 北澤理子(MD)<sup>1</sup>

【緒言】唾液腺腫瘍に見られる組織多様性の背景要因として、多分化能を有する上皮系細胞と特異な間質の存在がある。今回我々は、腺様嚢胞癌(adenoid cystic carcinoma; 以下 ACC)との鑑別を要する多形腺腫(pleomorphic adenoma; 以下 PA)を経験したので両腫瘍の筋上皮細胞に着目し、その類似点と相違点を考察したので報告する。

【症例】50歳台女性。約1年前に右耳下部腫脹を自覚し、当院を受診。MRIにて右耳下腺浅葉から深葉に径31×20×39mm大の分葉状腫瘤性病変を認め、FNAが施行された。

【細胞所見】背景には粘液腫様間質を伴わず、紡錘形～類縁形の小型の核を有する細胞が硝子様物質を含有する球状集塊で認められた。筋上皮細胞に明らかな核異型性は観察されなかったことからPAを疑ったが、ACCの否定はできなかった。FNAでは良悪性の鑑別が困難であり、腫瘍切除術が施行された。

【組織所見】剖面最大径28mmの境界明瞭な腫瘍が存在し、筋上皮細胞が筋上皮細胞を伴って密に増殖していた。筋上皮細胞は間質の硝子様物質を取り囲んで偽腺腔～篩状構造を形成していたが、悪性とする核異型を示すものはなく、浸潤性増殖を認めないことからPAと診断された。

【結語】細胞診は病変の部分像を反映しており、本症例では球状硝子様物質が目立つことに加えて粘液腫様間質成分が乏しかったため、ACCとの鑑別に苦慮した。詳細に観察すると、筋上皮細胞が多彩な形態をとり、核は小型で異型に乏しいことから鑑別は可能であったと考える。したがって、ACCとの鑑別を要するPAの細胞診断にあたっては筋上皮細胞の多彩性を念頭に置いて、標本を丁寧に観察し全体像から総合的に診断を考えることが重要である。

### P-1-76 上皮性悪性腫瘍との鑑別に苦慮した びまん性大細胞性B細胞リンパ腫の 一例

関西電力病院臨床検査部<sup>1</sup>, 関西電力病院病理診断科<sup>2</sup>

○木地優花里(CT)<sup>1</sup>, 武市理紗(CT)<sup>1</sup>,  
村上ひとみ(CT)<sup>1</sup>, 大上哲也(CT)<sup>1</sup>, 長松光美(CT)<sup>1</sup>,  
桜井孝規(MD)<sup>2</sup>

【背景】びまん性大細胞性B細胞リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma, 以下 DLBCL)は悪性リンパ腫の約40%を占め、大型の腫瘍細胞がびまん性に増殖する細胞像を特徴とする。今回我々は、頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診(以下 FNA)およびリンパ節生検の標本にて上皮様結合が見られ、上皮性悪性腫瘍との鑑別に苦慮したDLBCLの一例を経験したので報告する。

【症例】症例は70代、既往に胃癌、前立腺癌、DLBCL(寛解中)がある男性で、2週間前からの右頸部リンパ節の腫脹と圧痛を主訴に当院耳鼻科を受診し、FNAが行われた。

【細胞像】壊死物や小型リンパ球を背景に、細顆粒状ないし濃染状クロマチンを有する大型核とライトグリーン淡染性の豊富な細胞質を持つ異型細胞が重積性を示す小集塊状に出現しており、一部に円環状の核配列が観察された。

【組織像】著明な腫大核や豊富な細胞質を有し、結合性を有する腫瘍細胞のシート状増殖巣がリンパ節内に確認された。免疫染色結果からCD30陽性のDLBCLと診断された。

【結語】今回経験した症例では、腫瘍細胞は細胞像や増殖形態において上皮性悪性腫瘍と非常に類似しており、形態のみでの鑑別に困難を極めた。未分化大細胞型リンパ腫では、上記のような形態を示すという報告はされているが、DLBCLにおける症例報告数はきわめて少ない。DLBCLでも上皮性細胞腫瘍様の細胞像や組織像を呈しうることを認識しておく必要があると考えられた貴重な症例であった。

### P-1-77 ロゼット形成性びまん性大細胞型 B 細胞 リンパ腫の 1 例

福島県立医科大学医学部病理病態診断学講座<sup>1)</sup>, 福島県立医科大学附属病院病理部<sup>2)</sup>

○小林靖幸(MD)<sup>1)</sup>, 菅野寿也(CT)<sup>2)</sup>, 川名 聡(MD)<sup>1)</sup>, 橋本優子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Homer Wright 型ロゼットは神経芽腫や髄芽腫などの神経上皮性腫瘍に特徴的な偽ロゼットであり, 診断の上で重要な所見である。今回, ロゼット形成性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。2 度の肺腺癌の手術歴がある。左腋窩リンパ節腫大を自覚し来院され, 画像上, 左頸部～左腋窩にリンパ節腫大を認めた。肺癌の転移・再発とリンパ腫を疑われ行われた腋窩リンパ節生検に対し, 捺印細胞診と組織診が実施された。

【細胞所見】軽度の壊死性背景に小型リンパ球が介在し, 多数の大型異型細胞が観察された。異型細胞は核形不整や核の大小不同を示し, 粗造なクロマチン増量や 1~2 個の明瞭な核小体を認め, 少数の多核細胞も見られた。異型細胞はしばしば明瞭なロゼット様配列を示す小集塊が観察され, 細胞質はロゼットの中心に集束するように見られ, 細胞境界は不明瞭であった。

【組織所見】リンパ節の中心には凝固壊死が見られた。腫瘍細胞はびまん性増殖が主体で, 約 10% の領域でロゼット様配列を認めた。免疫組織化学では, 腫瘍細胞は CD20, CD10, MUM1 が陽性, bcl6 が陰性であり, びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫, 胚中心型と診断した。ロゼットの中心に CD20 と CD10 が陽性だった。

【まとめ】リンパ腫のロゼット様配列の原因は不明である。現在までに 12 例の報告があるが細胞診での報告例はない。本症例は大型異型細胞からなり, リンパ腫との診断は容易であった。しかし, 文献的には小～中細胞性リンパ腫例もあり, Blue round cell tumor を診断する際にロゼット様配列のみからリンパ腫を否定することはできず, 総合的に判断することが重要である。

### P-1-78 リンパ腫様肉芽腫症における肺病変の 捺印像

大阪医科薬科大学病院病理部・病理診断科

○中山裕子(CT), 桑原宏子(MD), 安田恵美(MD), 小野静香(CT), 切石 凌(CT), 岡西裕之(CT), 富宇加麻里(CT), 有我こずえ(CT), 片岡衣沙子(CT), 出口千尋(CT), 浦上真由美(CT), 武田玲郁(CT), 石崎幸恵(CT), 栗栖義賢(MD), 廣瀬善信(MD)

【はじめに】リンパ腫様肉芽腫症 (LYG) は, 血管中心性・破壊性に増殖する EBV 陽性 B 細胞リンパ腫である。節外病変が主体で, 肺病変は必発である。今回, 肺病変の捺印細胞診について報告する。

【症例】50 代男性。両手指の関節炎で膠原病内科へ来院された。精査中に左肺 (S1, S10) および脳 (左脳梁膝部および左放線冠) に結節性病変がみられ, 肺病変の生検が行われた。免疫不全の症状およびリンパ節の腫脹は認められなかった。

【細胞所見】壊死性背景に, 小型～大型のリンパ球が散在性に認められ, 大型の組織球を伴っていた。大型のリンパ球は核形不整が強く, くびれ核やねじれ核を呈していた。ギムザ染色では切れ込み, 空胞変性がみられた。核小体は明瞭でホジキン細胞様細胞も認められ, 核分裂像は僅かであった。また少数ではあるが, 節外性 NK/T 細胞リンパ腫でみられる, 紡錘形で細長く伸びた核を有する異型細胞も観察された。アズール顆粒を有する細胞は認められなかった。

【組織所見】血管周囲や血管壁, 内腔を中心に, 明瞭な核小体を有する大型リンパ球が多数みられ, 広範な壊死を伴っていた。大型リンパ球は, CD20(+), PAX5(+), CD79(+), CD3(-), EBER(+), LYG (grade3) と診断された。

【まとめ】組織球を伴う壊死性背景に, 明瞭な核小体を有する大型異型リンパ球や紡錘形細胞がみられ, 肺や脳などの節外臓器浸潤が主体の場合は, LYG を疑うことが重要と思われた。

### P-1-79 腹水の cell block が診断に有用であった ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫の 1 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<sup>1)</sup>, 国立研究開発法人国立成育医療研究センター小児がんセンター<sup>2)</sup>

○大越 卓(CT)<sup>1)</sup>, 中野雅之(MD)<sup>1)</sup>, 堀内千明(CT)<sup>1)</sup>, 内田清乃(CT)<sup>1)</sup>, 池上陽太(CT)<sup>1)</sup>, 牛腸義宏(MD)<sup>2)</sup>, 清谷知賀子(MD)<sup>2)</sup>, 羽賀千都子(MD)<sup>1)</sup>, 義岡孝子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫(ALCL, ALK-positive)は, CD30 及び ALK 陽性の大型多形細胞の増殖からなる成熟 T 細胞性リンパ腫で, 小児リンパ腫の 15%を占める。我々は, 寛解後十数年を経て再発が疑われた ALCL, ALK-positive の診断に, 腹水を用いた cell block 法が有用であった 1 例を経験した。

【症例】10 代後半の男性。1 歳時に ALCL, ALK-positive に対して多剤併用化学療法を行い完全寛解となっていた。今回, 頸部腫脹や発熱, 体重減少, 頭痛等を訴え, 前医で頸部及び腋窩リンパ節の腫大, 胸腹水貯留等を指摘され当院を受診。再発または二次がんの疑いで腹水細胞診が施行された。

【細胞所見: 腹水】小型リンパ球を主体とする中に, 核内細胞質封入体を有する変性した中型細胞が少数認められた。いずれも明らかなドーナツ様核とは判断できず, 大型多形細胞も認められないが, 封入体の存在から ALCL の可能性があると考え, 偽陽性(Class3, atypical cells)と判定した。同一材料から作製された cell block は, 腹水細胞診と同様の像を呈し, 免疫染色で ALK と CD30 が陽性を示した。

【組織所見: 頸部リンパ節】腫大した核と好酸性胞体を有する大型細胞のシート状増殖が認められ, これらは免疫染色で CD3 と CD20 に陰性, CD30 に陽性, ALK は核と細胞質に陽性を示した。以上より, ALCL, ALK-positive と診断された。

【まとめ】寛解後に長期間が経過しており, 今回の標本では ALCL の細胞像としては大型多形細胞が明らかではなかったが, 核内細胞質封入体を重視したことで陰性と誤判定することが避けられ, cell block 法による免疫染色で得られた ALK 陽性所見が確診に繋がった。初発時の組織像, 細胞像と併せて供覧する。

### P-1-80 細胞診が有用だった節外性 NK/T 細胞リンパ腫 (鼻型) の一例

国家公務員連合組合横浜栄共済病院

○穴水康太(CT), 福村大祐(CT), 大見 忍(CT), 勝村雄一(CT), 小野元嗣(MD), 柳本邦雄(MD)

【はじめに】節外性 NK/T 細胞リンパ腫, 鼻型 (以下 ENKL) は節外部位に好発するリンパ腫で本邦発生のリンパ腫の中でも稀である。今回我々は下眼瞼に生じた腫瘤より生検, 捺印細胞診され, ENKL と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】70 歳台, 男性。左顔面の感覚障害出現後, 左下眼瞼の腫脹を自覚し他院を受診。症状改善せず, 精査目的で当院受診。MRI にて左眼瞼に 20×10 mm 大の硬結性腫瘤を認め, 生検及び捺印細胞診が施行された。

【細胞像】N/C 比極めて高く, くびれや切れ込み等の核型不整を示す異型細胞が孤立散在性に出現している。クロマチンは粗顆粒状に増量, 核小体は明瞭にみられる。メイギムザ染色標本では淡明な細胞質内にアズール顆粒を認めた。細胞転写法を用いた免疫染色では CD3+, CD5-, CD56+, EBER+ の染色態度を示し, NK/T 細胞リンパ腫を推定した。

【組織像】腫大した異型核を有する N/C 比の高い腫瘍細胞が脂肪組織内にびまん性に増殖している。核分裂像が散見され, 壊死は明らかでない。免疫染色にて, CD3+, CD5-, CD56+, EBER+, Ki-67: 70%を示し ENKL と診断された。

【考察】ENKL は形態学的特徴としてアズール顆粒が見られるが, 類似所見を有する疾患との鑑別は困難である。そのため, 臨床情報の確認や腫瘍細胞の免疫学的鑑別を行うことが重要である。ENKL は極めて予後の悪いリンパ腫で, 早期診断, 治療が望ましい症例であり, 捺印細胞診での早期診断が有用である。臨床情報をもとに詳細な細胞の観察を行い, 必要ならば積極的に転写法や免疫染色の実施を考慮すべきである。



### P-1-81 巨大脾辺縁帯リンパ腫における捺印細胞診の一例

社会医療法人中央会尼崎中央病院病理診断科<sup>1)</sup>, 森ノ宮医療大学医療技術部臨床検査学科<sup>2)</sup>, 兵庫医科大学病理診断科<sup>3)</sup>

○増田一吉(CT)<sup>1)</sup>, 由谷親夫(MD)<sup>2)</sup>, 橋本希望(CT)<sup>1)</sup>, 野田大孝(CT)<sup>2)</sup>, 神原雅巳(CT)<sup>3)</sup>, 井出良浩(MD)<sup>3)</sup>, 西上隆之(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】：脾辺縁帯リンパ腫 (splenic marginal zone lymphoma : 以下, SMZL) は脾辺縁帯 B 細胞由来の低悪性度 B 細胞リンパ腫であり, 国内では全リンパ腫の 1% にも満たないと報告されている。今回, 我々は直腸癌術後, 肝転移を認め, 頻回の肝部分切除術と化学療法 (フルオウラシル+レポホリナート+イリノテカン) 後に脾腫が徐々に進行したため, リンパ腫が疑われ, 摘脾術の結果, 病理組織学的に SMZL と診断された症例の捺印細胞像について報告する

【症例】患者：60 代女性, 主訴：腹部膨満, 現病歴：200X 年 9 月, 他院にて直腸癌, 肝転移にて低位前方切除術を施行し, その後 3 回の再発を認め, 肝部分切除を実施。20XX 年 11 月より徐々に脾腫と同時に血小板減少が進行, 摘脾術が実施された

【入院時血液検査所見】：血小板 6.7 万/ $\mu$ l, HBs 抗原 (-) HCV 抗体 (-) ピロリ抗体 (-), 可溶性 IL-2R 抗体 8315U/ml Flow cytometry では B リンパ球系の変位と  $\kappa$  鎖の偏り, G バンド検査で染色体異常を認めた。

【病理組織学的所見】脾臓の重量は 1100g で白脾髄のリンパ濾胞の辺縁帯及び赤脾髄にほぼ瀰漫性に異型を伴う, 中型～大型のリンパ球の浸潤が認められ, 免疫染色では CD20(2+), bcl2 (+), CyclinD1(+), CD3(-) を示し, SMZL と診断された。

【捺印細胞診所見】小型～中型の異型リンパ球が散在性に多数出現し, 核クロマチンは細顆粒状, 核形不整や核の大小不同は軽度で, 小型核小体が 1～3 個認められた。全体的に細胞異型は軽度で MALT リンパ腫の細胞像と類似していた。

【結果・考察】非常に稀な SMZL の捺印細胞像について報告した。今後, さらに細胞診の免疫染色や電子顕微鏡学的所見を加味して細胞学的検討を加えたい。

### P-1-82 頸部リンパ節穿刺吸引細胞診(FNAC)における HPV 関連癌診断の有用性

埼玉医科大学国際医療センター病理診断部<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科<sup>2)</sup>, 埼玉医科大学国際医療センター頭頸部腫瘍科<sup>3)</sup>

○加藤智美(CT)<sup>1)</sup>, 扇田智彦(CT)<sup>1)</sup>, 中平光彦(MD)<sup>3)</sup>, 安田政実(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】頭頸部癌は, しばしばリンパ節腫大が発見の契機となる。それらの多くが扁平上皮癌で, 治療方針の選択においては細胞診判定が拠り所とされる。すなわち, HPV 感染の有無に基づいた staging の決定に細胞診が果たす役割が大きい。今回我々は, 頭頸部リンパ節穿刺細胞診/FNAC 検体を用いた, HPV 関連癌診断での免疫染色の有用性を紹介する。

【対象および方法】頭頸部リンパ節腫大または頸部腫瘍の診断の元, FNAC が施行された 48 例を対象とした (2019-2022 年)。細胞診判定にて上皮性悪性腫瘍が推定された場合 (疑いを含む), 洗浄液 LBC 標本を用いて, p16 と Ki-67 の二重免疫染色 (ICC) を行った。両者の核に陽性 (p16+/Ki-67+) がみられれば HPV 感染腫瘍細胞と判断した。同一の LBC 残検体で HPV-DNA 検査も施行した。

【結果】48 例の内訳は男性 40 例, 女性 8 例で平均年齢は 64 歳。細胞診判定は, 陽性/悪性 33 例, 異型/鑑別困難 9 例, 陰性/良性 6 例。その内, ICC を施行したのは 28 例で, 陽性 12, 陰性 14, 判定困難 2 であった。HPV-DNA 検査が可能であった 23 例は, 陽性 9 (全例 type16), 陰性 14 であった。これらの結果を総合した 28 例の最終診断は, HPV 陽性癌 13, 陰性癌 14 (原発不明 7, 中咽頭以外 7), リンパ腫 1 であった。

【考察】ICC と HPV-DNA 検査の結果は合致しており, 互いの補完度が高い。細胞診で質的量的に十分な検体が得られれば, 組織診が行われない状況下, それを代替するだけの精度が十分に担保される。これには, リンパ腫をよりの確に鑑別することが求められる。

【まとめ】頭頸部の扁平上皮癌において, FNAC・ICC (p16・Ki-67) は, 治療選択に対し有用な情報をもたらすと考えられる。



### P-1-83 頭頸部腫瘍性病変の細胞診で唾液腺導管癌と診断した原発不明扁平上皮癌の一例

公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院<sup>1</sup>,九州大学大学院形態機能病理学<sup>2</sup>

○齊籐雅史(CT)<sup>1</sup>, 仲野 友(MD)<sup>1</sup>, 富永知恵(CT)<sup>1</sup>, 川原知美(CT)<sup>1</sup>, 山元英崇(MD)<sup>2</sup>, 孝橋賢一(MD)<sup>2</sup>, 松下能文(MD)<sup>1</sup>

【はじめに】頭頸部の細胞診で扁平上皮癌と診断することは稀ではないが、唾液腺穿刺で扁平上皮癌と診断することは極めて稀である。今回、我々は顎下腺腫瘍の臨床診断例に対して細胞診を実施し唾液腺導管癌と判定したが、切除後に扁平上皮癌と診断された症例を経験した。

【症例】60歳台女性。右顎下部のしこりに気づき他院受診し、画像検査及び穿刺細胞診で確定診断付かず唾液腺腫瘍として当院紹介となった。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診では、多数のリンパ球を背景にシート状や篩状、乳頭状の構造を示す異型上皮細胞集塊が認められた。核は類円形～卵円形でクロマチン増量しており、大小不同を伴い明瞭な核小体も認められた。以上の所見より唾液腺導管癌と判定した。

【組織所見】巨大核を含む大小不整な核と好酸性で比較的境界明瞭な境界を示す胞体からなる異型細胞が、一部扁平上皮様の構造を示して増殖している。背景はリンパ組織で唾液腺構造は認めない。免疫染色でAE1/AE3, p40, p16陽性, GCDFP-15, HER2陰性だった。咽頭原発扁平上皮癌からの頸部リンパ節への転移を疑い扁桃摘出を行ったが、原発巣は確定できなかった。

【考察】今回の誤判定には以下の要因が関係していると考えた。1. 臨床所見に顎下腺とあり、顎下腺に生じる腫瘍に扁平上皮癌特有のいわゆる“流れるような配列”にシート状や篩状の構造を当てはめてしまった。2. 背景にリンパ球が多く間質成分に乏しかったが、転移を含むリンパ節病変の可能性を考えなかった。

【まとめ】唾液腺は頸部に存在する臓器であり、固有名詞にとらわれず常に頸部病変として意識することが、過剰判定や誤判定を防ぐ上で肝要と考えられる。

### P-1-84 13年後に、再発した嗅神経芽細胞腫(olfactory neuroblastoma)の一例

地方独立行政法人りんくう総合医療センター検査・栄養部門病理検査<sup>1</sup>, 地方独立行政法人りんくう総合医療センター病理診断科<sup>2</sup>, 地方独立行政法人りんくう総合医療センター脳神経外科<sup>3</sup>, 地方独立行政法人りんくう総合医療センター耳鼻咽喉科頭頸部外科<sup>4</sup>

○宮内雅哉(CT)<sup>1</sup>, 中井信子(CT)<sup>1</sup>, 伊藤歌奈己(CT)<sup>1</sup>, 砂田恵利(CT)<sup>1</sup>, 岩橋孝祐(MT)<sup>1</sup>, 伊東良太(MD)<sup>2</sup>, 出原 靖(MD)<sup>3</sup>, 裕田猛真(MD)<sup>4</sup>, 今北正美(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】嗅神経芽細胞腫(olfactory neuroblastoma: ONB)とは、嗅上皮部より発生する神経外胚葉性の悪性腫瘍で鼻腔・副鼻腔に発生する腫瘍の2~3%程度で稀である。今回、我々は13年後に再発転移したONBを経験したので報告する。

【症例】50代、女性。平成XX年11月、40代の時に鼻閉が続くため当院紹介。左上鼻甲介から発生した30mm大のポリープ摘出し、ONBと診断した。放射線治療を施行し、経過観察をしていたが、13年後の7月、MRIにて、左傍矢状洞に嚢胞性分を伴う41mm大の腫瘍影を認め、摘出手術を施行した。

【細胞所見】N/C比が高く、ライトグリーン淡染の細胞質を有した小型円形細胞が境界不明瞭な緩やかな上皮性結合あるいは、散在性で出現していた。一部ではロゼット形成、核分裂像も認めた。クロマチンは濃縮状やごま塩状で異型カルチノイドやその他、神経内分泌腫瘍を疑う所見であった。

【組織所見】胞体の乏しい比較的均一な細胞がシート状、胞巣状を呈して増生し、多くの血管を含んでおり、血管性の間質に囲まれている部分も認められた。Flexner type rosetteを示す部分や分裂像も認められた。免疫染色で, synaptophysin, CD56が陽性, NSEが一部で陽性, vimentineが少数で陽性, S100は一部の胞巣の辺縁部で陽性であった。以上の結果からolfactory neuroblastomaの再発とした。

【まとめ】ONBは稀な疾患であり、細胞形態に関する文献は少ないが、発生部位や既往歴などの臨床所見を踏まえた上で、ONBの可能性を念頭に置く必要があると考えられる。

### P-1-85 成人に発生した Choroid plexus carcinoma の 1 例

青森県立中央病院病理部<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座<sup>2)</sup>

○鈴木紗貴子(CT)<sup>1)</sup>, 檜山美佐江(CT)<sup>1)</sup>,  
齋藤千世子(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木久(CT)<sup>1)</sup>, 三上千尋(CT)<sup>1)</sup>,  
田中香織(CT)<sup>1)</sup>, 高森美里(CT)<sup>1)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>2)</sup>,  
黒滝日出一(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Choroid plexus carcinoma は主に小児の側脳室に発生する腫瘍で、髄液を大量に分泌することで水頭症を生じる。成人の発生は非常に稀であり、特に成人の場合、脈絡叢は癌転移の好発部位であることや乳頭状構造を呈することから、しばしば転移性脳腫瘍との鑑別が必要となる。

【症例】50 代男性。交通外傷で当院救急搬送。意識障害、失語などの症状を呈し、頭部 CT で右側脳室内腫瘍を指摘。体幹部造影 CT では明らかな病変を認めず、Choroid plexus carcinoma の髄膜播種疑いで髄液細胞診提出。細胞診で転移性脳腫瘍も否定できず、脳室内腫瘍の生検術および術中迅速診断が施行され、Choroid plexus carcinoma と診断された。放射線治療予定であったが、治療開始前に永眠された。

【細胞所見】髄液細胞診は炎症性背景に核腫大し、クロマチン増量、核形不整のある異型細胞が孤在性や小集塊で出現していた。乳頭状集塊や相互封入像、核分裂像が観察され、転移性脳腫瘍や脈絡叢腫瘍が鑑別に挙げられた。術中迅速捺印標本は壊死性背景に N/C 比が高く、核の大小不同や核形不整のある異型細胞が孤在性や結合性の緩い集塊で出現していた。

【組織所見】術中迅速組織標本では乳頭状や胞巣状を示す細胞異型の目立つ腫瘍が認められた。生検標本でも線維血管性間質を伴って不規則乳頭状構造を呈する腫瘍が認められた。壊死物質や多数の核分裂も確認され、Choroid plexus carcinoma と診断された。

【まとめ】Choroid plexus carcinoma は髄膜播種や周囲脳への浸潤をきたす腫瘍で、主に小児に発生する腫瘍であるが、今回は成人に発生した Choroid plexus carcinoma の髄膜播種の 1 例を経験したので報告する。

### P-1-86 圧挫細胞診が有用であった中脳水道近傍の低異型度神経上皮腫瘍の 1 例

東京警察病院病理診断科<sup>1)</sup>, 東京警察病院脳神経外科<sup>2)</sup>, 中央病理診断科クリニック<sup>3)</sup>

○帯布妃代(MD)<sup>1)</sup>, 吉野正紀(MD)<sup>2)</sup>, 川嶋利治(CT)<sup>1)</sup>,  
田中里京(CT)<sup>1)</sup>, 中村友香(CT)<sup>1)</sup>, 石渡嘉奈子(CT)<sup>1)</sup>,  
小池悦子(CT)<sup>1)</sup>, 篠原令子(CT)<sup>1)</sup>, 神山慶也(CT)<sup>1)</sup>,  
小林茂登(CT)<sup>3)</sup>, 猪飼信康(MD)<sup>1)</sup>, 横山宗伯(MD)<sup>1,3)</sup>

【緒言】脳腫瘍の迅速診断において圧挫細胞診の併用が有用とされている。一方、低異型度 glioma は、広く知られているものの実臨床上遭遇する機会は多くなく、中枢神経正中線領域発生の場合、迅速診断・摘出材料に量的制約がある。ここに、圧挫細胞診が有用であった中脳水道近傍発生の低異型度神経上皮腫瘍を提示する。

【症例】60 代、女性。

【経過】手術の約 5ヶ月前から頻尿、失禁、3ヶ月前から歩行障害、認知機能低下あり。中脳腫瘍および閉塞性水頭症を認め腫瘍生検および第 3 脳室開窓術目的で入院。JCS=1, 坐位・立位時失調症状高度。

【CT/MRI 所見】中脳背側の 9×6×7 mm 大腫瘍が中脳水道を腹側から圧迫、松果体と距離あり。T1WI 低信号, T2WI 高信号, FLAIR 高信号, 造影効果無し。クモ膜嚢胞または嚢胞様 glioma 疑い。

【術中迅速細胞診・組織診所見】細線維状の細胞突起網を背景に膠細胞が所々に集簇するように分布。嚢胞性病変は否定的, gliosis または low grade glioma 疑い。

【生検組織診断】径 1.5 mm 大組織。術中迅速診断と同様の所見。Rosenthal 繊維や好酸性顆粒は指摘できないが、毛様細胞性星細胞腫の可能性が高い。ただし、同部位に発生するロゼット形成膠細胞・神経細胞腫瘍を否定しきれず、低異型度神経上皮腫瘍 low grade neuroepithelial tumor の診断に留まる。

【転帰】術後 17ヶ月後現在日常生活に支障無く、腫瘍増大、水頭症再発なし。

【考察・結語】脳幹部正中線領域の腫瘍の診断に、圧挫細胞診が有用だった。毛様細胞性星細胞腫の BRAF 融合遺伝子検索は、検体量が僅少で困難だった。

### P-1-87 脳生検時のスタンプ細胞診が進行性多巣性白質脳症 (PML) 診断の一助となった一例

碧南市民病院中央検査室<sup>1)</sup>, 碧南市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 京都府立医科大学分子病態病理学<sup>3)</sup>

○加藤皓大(CT)<sup>1)</sup>, 永井美佐子(CT)<sup>1)</sup>, 井上正朗(CT)<sup>1)</sup>, 氏平伸子(MD)<sup>2)</sup>, 宍戸-原由紀子(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】PMLは、JCVの再活性化により、脳内に多発性脱髄病変を形成する。多くは、後天性免疫不全症候群(AIDS)や悪性腫瘍等による免疫抑制状態例に発症する。今回われわれは、HIV非感染例で、悪性腫瘍や免疫抑制剤の使用歴がない高齢者において、PMLの診断上、脳生検時のスタンプ細胞診が有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】80歳台男性。20XX年に右手脱力が出現。頭部MRI T2強調画像で大脳深部白質に高信号域を認め脳梗塞が疑われた。その3か月後に発熱、意識レベル低下が出現し、頭部MRI再検にて両側深部白質に病変が拡大していた。造影効果はなかった。PMLを疑ったが、脳脊髄液のJCV定量検査は $2 \times 10^2$ コピー/ml未満だった。診断確定のため脳生検を施行した。

【細胞学的所見】脳生検組織のスタンプ細胞診を実施した。パパニコロウ染色及びDiff Quick染色で、核腫大を示し、核内に微細な顆粒状の封入体を容れるグリア細胞を認めた。背景に泡沫状組織球を認めた。

【組織学的所見】大脳白質は髄鞘が破壊され、クロマチンが増量、核腫大、内部にスリガラス様や顆粒状を示すグリア細胞が散見された。背景には泡沫状組織球、反応性アストロサイトを認めた。

細胞および組織所見からPMLを強く疑った。

脳組織JCV定量検査で $9 \times 10^7$ コピー/ $\mu\text{g}$ 、JCV免疫染色にて異型的グリア細胞は陽性を示し、PMLと確定診断された。

【まとめ】脳生検の術中迅速診断では悪性リンパ腫やグリオーマとの鑑別が必要であった例において、スタンプ細胞診で、PMLに特徴的な異型的グリア細胞が明瞭にみられ、診断の一助となった。

### P-1-88 卵巣癌 NAC-IDS における腹水細胞診の意義と再発形式の検討

鳥取大学産科婦人科

○大川雅世(MD), 小松宏彰(PhD), 曳野耕平(MD), 飯田祐基(MD), 細川雅代(MD), 澤田真由美(PhD), 工藤明子(PhD), 千酌 潤(PhD), 佐藤慎也(PhD)

【目的】卵巣癌 NAC-IDS 症例における、腹水細胞診の結果および再発形式の解析から予後因子を知ること。

【方法】2015年1月から2021年12月に当院で術前化学療法(neoadjuvant chemotherapy, NAC)後に、腫瘍減量手術(interval debulking surgery, IDS)を施行した卵巣癌 IIIA-VB 期 42 例を対象とした。NAC 前後に腹水細胞診(cytology of ascitic fluid, CAF)を施行した。NAC 前後の CAF 結果と全生存率(overall survival, OS), 無増悪生存率(progression-free survival, PFS)について比較した。さらに、再発形式について検討した。ロジスティック回帰分析および Cox 比例ハザード分析を用いて予後因子を検索した。

【成績】IIIA 期 3 例, IIIB 期 2 例, IIIC 期 23 例, IVA 期 5 例, IVB 期 9 例で、組織型は漿液性癌が 37 例(88.1%)と最多であった。NAC 前 CAF 陽性は 37 例(88.1%), NAC 後 CAF 陽性は 23 例(54.8%)であった。全症例の 23 例(54.8%)に再発を認め、再発部位は腹膜播種が 18 例、傍大動脈リンパ節が 5 例、肝臓が 3 例であった。NAC 後 CAF 陽性例では、陰性例に比して OS の短縮がみられた( $p < 0.05$ )。NAC 前後いずれにおいても、CAF 陽性群は NAC 後に CAF 陰性化した群に比して OS が短縮した( $p < 0.05$ )。手術完遂度が PFS の独立予後因子であった(OR: 7.60, 95% CI: 1.53-59.18,  $p < 0.05$ )。NAC 前後の CAF 結果による、再発および腹膜播種再発の頻度には有意差を認めなかった。NAC 前後いずれにおいても、CAF 陽性かつ腹膜播種再発症例では OS と PFS が短縮した( $p < 0.01$ ,  $p < 0.0001$ )。

【結論】NAC 後 CAF 陽性例は、陰性例に比して生存率の低下がみられ、NAC の前後にかかわらず CAF 陽性で腹膜播種再発のあった症例は予後不良である。

### P-1-89 卵巣・卵管・腹膜癌に対する子宮体部吸引組織診の有用性の検討

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科

○田村 亮(MD), 菊池 朗(MD)

**【目的】** 卵巣癌症例に対する子宮頸部・体部細胞診で、経卵管的に子宮内に達した癌細胞を検出する事があると報告されている。子宮内膜吸引組織診は、低侵襲で組織診が可能であり、子宮内膜疾患の検索に近年広く行われている。今回、卵巣・卵管・腹膜癌に対する子宮内膜吸引組織診の有用性を評価することを目的とした。

**【方法】** 2014 年から 2021 年に当科で治療した卵巣・卵管・腹膜癌のうち、治療前に子宮内膜吸引組織診を施行した 90 例を対象とした。子宮頸癌や子宮体癌の併発例は除外した。子宮内膜吸引組織診の結果と臨床病理学的特徴の関連や、生検後に行った手術検体の病理診断との比較について、倫理委員会承認のもと後方視的に調査した。

**【成績】** 90 例中 25 例(27.8%)が子宮内膜吸引組織診で悪性と診断された。進行期 I 期症例で悪性例は認めず、II 期以上の 61 例中 25 例(41.0%)が悪性であった。悪性例では非悪性例と比較し、漿液性癌が有意に多く( $p=0.005$ )、腹水・子宮頸部・子宮体部細胞診陽性例が有意に多かった(いずれも  $p<0.001$ )。生検後に手術を行った 23 例中 17 例(74%)で子宮内膜吸引組織診と手術検体の病理診断が完全に一致し、6 例で乖離を認めた。6 例中 4 例は混在する組織型、2 例は腫瘍の病理学的グレードの正確な評価が、子宮内膜吸引組織診の検体で困難であった。

**【結論】** 子宮内膜吸引細胞診は、卵巣・卵管・腹膜癌における低侵襲な組織採取方法として有用である。特に、進行例や腹水・子宮頸部・体部細胞診陽性例で有効であり、早期の治療方針決定のため施行する価値があると考えられる。一方、複数の腫瘍成分の混在や病理学的グレードの乖離の可能性については留意する必要がある。

### P-1-90 腹膜がん治療前における子宮頸部・内膜細胞診陽性率

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

○加藤友康(MD)<sup>1)</sup>, 小澤梨紗子(MD)<sup>1)</sup>, 中原万里子(MD)<sup>1)</sup>, 加藤真弓(MD)<sup>1)</sup>, 中谷久美(CT)<sup>2)</sup>, 石田さくら(CT)<sup>2)</sup>, 時田和也(CT)<sup>2)</sup>, 澁木康雄(CT)<sup>2)</sup>, 吉田 裕(MD)<sup>2)</sup>, 石川光也(MD)<sup>1)</sup>

**【緒言】** 腹膜がんは、貯留した腹水の細胞診で悪性を確認されるも、卵巣や卵管の腫大を認めず原発不明癌として紹介されることが多い。子宮内膜・頸部細胞診を契機に発見された症例報告を散見するが、まとまった報告はない。そこで腹膜がんにおける子宮頸部・内膜細胞診の陽性率を検討した。

**【対象】** 2017 年から 2021 年までに当科で日本産科婦人科学会腫瘍登録に腹膜がんとして登録した症例を対象とし、後方視的カルテ調査を行った。当科初診時に腔プールと外頸部は綿棒、経管内はサイトブラ、内膜はソフトサイトを用いて細胞を採取し、コンベンション法で固定した。腹膜がんの診断は画像診断および、腹膜播種針生検・手術摘出標本の病理所見で行った。

**【結果】** 腹膜がん登録された 56 例のうち、子宮摘出済み 2 例、子宮体がん重複 1 例を除く 53 例を対象とした。年齢中央値は 61 歳、進行期は II 期が 1 例、III 期が 28 例、IV 期が 24 例であった。化学療法のみが 4 例、残る 49 例には手術+化学療法を行った。うち手術先行例が 5 例、化学療法先行が 44 例であった。組織型は明細胞癌の 1 例を除き、全例高異型度漿液性癌であった。子宮頸部細胞診の結果は腺癌が 9 例、AGC が 3 例、ASC が 1 例、NILM が 35 例であった。一方子宮内膜細胞診は腺癌が 13 例、疑陽性が 2 例、陰性が 33 例であった。

**【考察】** 腹膜がんの治療前の子宮頸部細胞診にて AGC 以上が 25% (12/48)、内膜細胞診の 31% (15/48) が(疑)陽性であったことから、腹膜がん由来の癌細胞が子宮頸部・内膜に出現することは珍しくないと考えられる。女性の原発不明癌と紹介され、子宮頸部・内膜に腺系の異常細胞を認める場合には、腹膜がんの可能性を除外する必要がある。



### P-1-91 アミラーゼ産生卵巣高異型度漿液性癌の1例

トヨタ記念病院<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院臨床検査科病理<sup>2)</sup>

○鶴飼真由(MD)<sup>1)</sup>, 島 寛太(MD)<sup>2)</sup>, 柴田莉奈(MD)<sup>1)</sup>, 松尾聡一郎(MD)<sup>1)</sup>, 村井 健(MD)<sup>1)</sup>, 小島遊明(MD)<sup>1)</sup>, 森 将(MD)<sup>1)</sup>, 稲村達生(MD)<sup>1)</sup>, 柴田崇宏(MD)<sup>1)</sup>, 竹田健彦(MD)<sup>1)</sup>, 岸上靖幸(MD)<sup>1)</sup>, 佐原晴人(CT)<sup>2)</sup>, 吉森之恵(CT)<sup>2)</sup>, 川口規子(CT)<sup>2)</sup>, 小口秀紀(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】膵・唾液腺以外に高アミラーゼ血症を伴う悪性腫瘍が知られているが卵巣腫瘍での報告は稀である。

【症例】60代. 腹痛があり前医を受診し, 血清アミラーゼが3,978 U/Lと高値だったが, CTで膵臓に異常はなく右卵巣腫瘍を認め当科へ紹介となった. MRIでは充実部を含む20×15 cmの右卵巣腫瘍を認めた. 悪性卵巣腫瘍の診断で子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 大網切除術, 骨盤リンパ節郭清を施行した. 術後血清アミラーゼ値は正常化した.

【細胞所見】右卵巣腫瘍の捺印細胞診では壊死性の背景に分枝や分葉, 一部シート状かつ不規則に重積する細胞集塊を認めた. これらの細胞の核には大小不同性や核形不整, クロマチンの濃染, 小型核小体の明瞭化といった異型が観察されることから adenocarcinoma と診断した.

【組織所見】肉眼的に黄褐色充実部分と灰白色の嚢胞性部分が混在する病変が右卵巣に観察された. 充実成分を構成する病変の多くは組織学的に乳頭状から分葉状胞巣の密な増殖から成る上皮性腫瘍で, 腫瘍細胞の核には不整形腫大やクロマチンの濃染などの異型が観察された. 腫瘍は壊死を伴い砂粒体の形成を散見した. 嚢胞部分を形成する病変は細胞形態が充実部と比して高円柱状で内膜症性嚢胞に類似する所見であった. 免疫組織化学的に腫瘍細胞は WT-1, p53 にびまん性陽性を呈し,  $\alpha$ アミラーゼ染色では少数の細胞胞体内に淡い染色性を呈した. 以上より, 原発性腫瘍かつアミラーゼ産生を伴う高度異型漿液性癌と診断した.

【結論】高アミラーゼ血症を認めた場合, 稀だがアミラーゼ産生卵巣腫瘍を鑑別に入れる必要があり  $\alpha$ アミラーゼ染色が有用であった.

### P-1-92 卵管原発癌肉腫の一例

川崎市立多摩病院病理診断科

○荻野正宗(CT), 矢嶋祥英(CT), 沖津駿介(CT), 宇杉美由紀(CT), 早川智絵(CT), 大熊克彰(MD), 相田芳夫(MD)

【はじめに】癌肉腫は癌腫成分と肉腫成分が混在する予後不良の悪性腫瘍である. 卵管原発の癌肉腫は, 卵管悪性腫瘍の2%前後と非常に稀である. 今回, 我々は卵管原発の癌肉腫を経験したので報告する.

【症例】60代, 1妊1産. 左下腹部痛を主訴に近医を受診. 腹部CTにて左付属器腫瘍が疑われ, 精査目的で当院紹介となった. 画像検査にて7.5 cm大の腫瘍影が認められ, 卵巣悪性腫瘍が疑われたため摘出手術が行われた. 術中迅速にて悪性と診断されたため, 単純子宮全摘術, 両側付属器摘出術及び大網部分切除術が施行された.

【細胞所見】壊死性背景に, 不規則な重積を伴う異型細胞集塊が出現していた. 集塊辺縁からはほつれ像がみられ, 異型細胞は散在性にも認められた. 細胞質は淡く, 核は類円形～短楕円形で核異型を呈しており, 上皮性の悪性腫瘍が考えられた. 一方, 長楕円形～紡錘形核や, 巨大な奇怪核を有する異型細胞も少数散見され, これらは非上皮性の悪性腫瘍が考えられた. 以上より, 癌肉腫が推定された.

【組織所見】異型細胞が主に充実性, 管状に増生し, 一部に紡錘形細胞の束状増生巣を伴っていた. 免疫組織化学的に, 異型細胞は AE1/3 陽性の上皮性部分と, 陰性の非上皮性部分がみられた. 上皮性組織成分は CK7(focal+), CK20(-), p53(+), WT-1(+))を示し, 高異型度漿液性腺癌と考えられ, 非上皮性組織成分は明らかな分化傾向がみられず未分化肉腫相当と考えられた. 以上より, 癌肉腫と診断された.

【まとめ】癌腫成分の他に, 形態の異なる異型細胞がみられた時には, 癌肉腫の可能性も考慮して検鏡することが必要だと考えられた.

### P-1-93 針生検と MRI 画像により診断できた 卵巣小細胞癌の 1 例

大阪公立大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 大阪市立総合医療センター<sup>2)</sup>

○大上健太(MD)<sup>1)</sup>, 笠井真理(PhD)<sup>1)</sup>, 今井健至(PhD)<sup>1)</sup>,  
市村友季(PhD)<sup>1)</sup>, 村上 真(PhD)<sup>2)</sup>, 川村直樹(PhD)<sup>2)</sup>,  
角 俊幸(PhD)<sup>1)</sup>

小腸・大腸に浸潤し腹腔鏡検査で腫瘍を確認できなかったものの, MRI 画像と経腔的針生検にて診断できた卵巣小細胞癌の 1 例を経験したので報告する。60 代女性, 既往歴・合併症はなし。肉眼的血尿を認め泌尿器科を受診, 膀胱鏡にて膀胱背側より浸潤を疑う隆起を認め, 超音波検査では骨盤内腫瘍を指摘され当科へ紹介となった。尿細胞診は陰性, 子宮頸部細胞診 NILM, 内膜組織診では悪性所見は指摘されなかった。骨盤部 MRI では子宮体部に連続する 12 cm 大の不整形の充実性腫瘍で, 子宮内膜には異常所見は認めず, 膀胱と小腸・S 状結腸へ浸潤していた。腫瘍部分は T1 低信号 T2 高信号が混在, 拡散制限を認め, 子宮間葉性腫瘍または卵巣癌の子宮浸潤が疑われた。腫瘍浸潤による回腸イレウスを認め, 人工肛門造設と診断目的に腹腔鏡手術を行った。腹腔内に腹水貯留なし, 腹膜播種なし, 腫瘍は S 状結腸・小腸が取り囲まれており肉眼的に確認できなかった。そこで腫瘍に対し経腔的針生検を行った。針生検標本の捺印細胞診では, きれいな背景に N/C 比の高い裸核様細胞が孤立性から集塊状に多数認め, クロマチンが増量し, 核線や木目込み様配列が見られ, 小細胞癌や神経内分泌腫瘍が考えられた。針生検の HE 染色標本では N/C 比の高い異型細胞の集塊で, 内部に壊死が認められた。免疫組織化学染色は CD56 一部陽性, クロモグラニン一部陽性, シナプトフィジン陽性で小細胞癌と診断された。上皮性腫瘍であることと MRI 画像所見から卵巣癌の子宮浸潤と判断し, 卵巣癌 IIB 期と診断した。診断的腹腔鏡下手術で腫瘍生検が困難で, 腫瘍が子宮に浸潤しているような卵巣癌の場合には経腔的針生検が有用な手段となりうる。

### P-1-94 敗血症を契機に診断に至った卵巣原発癌 肉腫の 1 例

(医)医誠会医誠会病院臨床検査部病理<sup>1)</sup>, (医)医誠会医誠会病院病理診断科<sup>2)</sup>, 兵庫医科大学病院臨床検査技術部<sup>3)</sup>, 兵庫医科大学病院病理部<sup>4)</sup>, 特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科<sup>5)</sup>

○鈴木由紀(CT)<sup>1)</sup>, 田村奈々(CT)<sup>1)</sup>, 長森晴紀(CT)<sup>1)</sup>,  
中間 愛(CT)<sup>1)</sup>, 荒木優利香(CT)<sup>1)</sup>, 土田泰昭(MD)<sup>2)</sup>,  
中西昂弘(CT)<sup>3,4)</sup>, 佐藤 元(CT)<sup>3,4)</sup>, 中村純子(CT)<sup>3,4)</sup>,  
廣田誠一(MD)<sup>4)</sup>, 内藤子来(MD)<sup>5)</sup>, 小笠原利忠(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】卵巣原発癌肉腫は卵巣癌の約 2% に認められる。臨床病期が進行した状態で見つかる事も多く, 予後不良である。今回, 細胞診で肉腫と診断後, 組織診にて肉腫成分に加えて癌成分を認め卵巣原発癌肉腫と診断した 1 例を経験したので文献学的考察を含めて報告する。

【症例】50 歳台後半 女性 妊娠歴: G3P3, 閉経 50 歳台後半 既往歴: 高度貧血, 子宮筋腫 現病歴: 熱発, 悪寒戦慄を自覚し当院救急外来受診。白血球, CRP 高値より敗血症を考えられた。子宮内感染が疑われたため婦人科受診。子宮・右付属器膿瘍疑いより感染源除去目的にて腹式子宮腔上部切断術および両側付属器切除術を行った。細胞所見(圧挫): 裸核状細胞および紡錘形細胞が散在性または結合性の弱い数個の平面状集塊で出現。出現細胞は大小不同・核形不整が著しく, クロマチンは増量し不規則分布, 複数の核小体を認め, 悪性細胞と判定した。紡錘形細胞は一部に横紋が見られ横紋筋肉腫を疑った。後日免疫染色 Vimentin, Desmin, Myogenin 陽性となり, 横紋筋肉腫と診断した。組織所見: 右卵巣に 66×41×34 mm の白色充実性の腫瘍を認め, 腫瘍周囲には膿瘍形成を認めた。紡錘形ないし類円形的大型異型細胞が一部好酸性の強い球状細胞質の細胞を交えつつ充実性, 胞巣状に増殖・浸潤し, 胞巣状横紋筋肉腫の像であった。辺縁部には不規則な管状または小胞巣状構造の類内膜癌 G3 が約 30% みられ, 癌肉腫と診断した。

【まとめ】子宮感染により子宮, 両付属器切除を行った後, 圧挫細胞診にて肉腫が疑われ, 組織診にて肉腫成分に加えて僅かな癌成分を認め, 癌肉腫と診断した症例を経験した。

### P-1-95 Anaplastic carcinoma への転化を示す malignant struma ovarii の 1 例

新百合ヶ丘総合病院臨床検査科<sup>1</sup>, 新百合ヶ丘総合病院病理診断科<sup>2</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部<sup>3</sup>

○和田幸子(CT)<sup>1</sup>, 村上将人(CT)<sup>1</sup>, 塩野涼子(CT)<sup>1</sup>, 松本聖也(CT)<sup>1</sup>, 高山明子(CT)<sup>1</sup>, 田口勝二(CT)<sup>1</sup>, 松沢春華(MD)<sup>3</sup>, 大森嘉彦(MD)<sup>2</sup>, 福永真治(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】 Struma ovarii の悪性化率は 1%以下で anaplastic carcinoma の報告例は極めて稀である。今回術中迅速診断が有用であった malignant struma ovarii の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 60 歳台女性, 両側乳癌の既往あり。腹痛及び腹部膨満感で近医受診され, 卵巣成熟奇形腫疑いで紹介受診となった。CA19-9 及び CA125 が高値。画像では骨盤内右側に脂肪含有性腫瘍を認め, 一部著明な血流を持つ充実部に造影効果が見られた。右卵巣成熟奇形腫及び悪性腫瘍疑いにて, 腹腔鏡下子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術及び右付属器術中迅速診断が施行された。

【細胞所見】 腫瘍部擦過細胞診では異型に乏しい濾胞上皮細胞が濾胞状及びシート状に見られ, 一部に上皮性結合を有する異型細胞が小集塊状に僅かに出現していた。細胞は円柱状ないし一部紡錘形で, 核は腫大し大小不同及び核形不整が見られ, クロマチンは細顆粒状に増量し核小体を認めた。

【組織所見】 迅速組織診では struma ovarii の像のごく一部に high grade carcinoma を示唆する所見を認めた。固定後検体でも同様に, 右卵巣腫瘍の一部に中～大型核を有する著明な異型細胞の浸潤性増殖, 核分裂像及び出血が見られた。免疫染色では TTF-1, Thyroglobulin が陰性, AE1/AE3 陽性であった。

【まとめ】 今回異型の強い細胞を同定できたことで, 術中迅速診断で比較的容易に malignant struma ovarii と診断し得た。悪性成分の組織型については, 乳頭癌や濾胞癌とは明らかに異なる高度な異型を示す細胞が見られたことで anaplastic carcinoma と診断した。治療法及び予後については今後の症例の集積が必要と考える。

### P-1-96 子宮内膜細胞診が契機となって発見された卵管癌の 1 例

公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1</sup>, 医療法人徳洲会羽生総合病院<sup>2</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座<sup>3</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学附属病院病理部<sup>4</sup>

○添田喜憲(CT)<sup>1</sup>, 佐藤奈美(CT)<sup>1</sup>, 千葉聖子(CT)<sup>1</sup>, 森村 豊(MD)<sup>2</sup>, 佐藤 哲(MD)<sup>3</sup>, 古川茂宜(MD)<sup>3</sup>, 添田 周(MD)<sup>3</sup>, 渡辺尚文(MD)<sup>3</sup>, 菅野寿也(CT)<sup>4</sup>, 赤城美代子(CT)<sup>4</sup>, 目黒啓予(MD)<sup>4</sup>, 川名 聡(MD)<sup>4</sup>, 橋本優子(MD)<sup>4</sup>, 藤森敬也(MD)<sup>3</sup>

【はじめに】 子宮内膜細胞診にて附属器由来の serous carcinoma が疑われ, 卵管癌が発見された症例を経験したので報告する。

【症例】 40 歳台, 2 妊 1 産。特記事項なし。ホルモン補充療法にて近医を定期的を受診中, スクリーニング目的で子宮内膜細胞診(従来法)が当施設へ委託され, serous carcinoma (附属器由来疑い)を考え, 陽性と判定した。治療医療機関を受診し, 婦人科学的検索において, 子宮, 附属器に病変は認めなかったが, ごく早期の附属器病変の可能性を考慮し, 腹腔鏡下両側付属器切除術が実施された。術中病理診断で右卵巣実質に adenocarcinoma を認め, 卵巣癌に準じた手術が行われた。左卵管に serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) と high-grade serous carcinoma (HGSC), 両側卵巣に同様の HGSC を認め, 左卵管癌の卵巣転移, pT2aNXM0, stageIIA 期 (FIGO2014) と診断された。

【細胞像】 砂粒体を伴った集塊が数個出現。配列の乱れ, 不規則重積, 核腫大, クロマチン増量著明。内膜細胞には異型は認めず, 砂粒体を伴い, 核異型が強く, 出現少数などから, 附属器由来の serous carcinoma を考えた。

【組織像】 左卵管では, 核小体が目立つ核異型の強い細胞が卵管上皮を置換して増殖し, p53 はびまん性に強陽性であった。他に浸潤がみられた箇所があった。両側卵巣にも左卵管と同様の核異型の強い細胞がみられた。

【まとめ】 附属器腫瘍由来の細胞が内膜細胞診に出現することがある。今回は, 背景にある内膜由来の細胞とは明らかに異なっており, 附属器由来と判定できた。臨床側と細胞像を含めた正確な情報を共有するなど, 連携を密にすることにより, 卵管癌が発見された症例を報告した。



### P-1-97 腹水細胞診で推定診断できた再発卵巢顆粒膜細胞腫の 1 例

トヨタ記念病院

○松尾聡一郎(MD), 島 寛太(MD), 柴田莉奈(MD), 村井 健(MD), 小鳥遊明(MD), 森 将(MD), 稲村達生(MD), 柴田崇宏(MD), 竹田健彦(MD), 鶴飼真由(MD), 岸上靖幸(MD), 竹田美帆(CT), 小笠原将人(CT), 伊藤謙吾(CT), 小口秀紀(MD)

【緒言】 卵巢顆粒膜細胞腫は稀な悪性卵巢腫瘍であり, 晩期再発の報告が多い。腹水細胞診で卵巢顆粒膜細胞腫の再発が推定診断できることは稀である。

【症例】 50 代。16 年前に左卵巢腫瘍に対して腹腔鏡下卵巢腫瘍摘出術の既往がある。8 年前に右卵巢腫瘍に対し腹腔鏡下右付属器摘出術, 腔式子宮全摘出術を施行した。病理診断は卵巢顆粒膜細胞腫であった。術後化学療法を施行したが, 4 年前の CT で骨盤内腫瘍を認め, 腹腔鏡下腫瘍切除術を施行した。病理診断は卵巢顆粒膜細胞腫であった。術後化学療法, 維持療法を施行していたが, 骨盤内に小結節を認めた。審査腹腔鏡を施行し, 腹水細胞診, 播種病変切除を施行した。

【細胞所見】 腹腔洗浄液の材料で, 著変のない背景で比較的均一かつ散在する細胞とこれらの細胞と類似した細胞の重積する集塊状となった集塊が観察された。これらの細胞は類円形ないしは楕円形から一部勾玉様の形態を呈する不整形の核を有し, 核溝がよく観察された。既往歴である顆粒膜細胞腫と極めて類似した細胞形態であった為, 顆粒膜細胞腫と推定診断した。

【組織所見】 固定後剖面肉眼像では白色調かつ充実性の結節性病変であった。この病変は結節ないしは胞巣状様に増殖する腫瘍であった。腫瘍細胞の核には核小体の明瞭化が観察される他, 核溝が目立った。少数ではあるが微小なロゼット様構造を呈する領域も認められた。腫瘍細胞の核に多形性は目立たないが細胞結合性が低下し, 核クロマチンの濃染が高度な異型の強い領域が含まれていた。既知の顆粒膜細胞腫の再発と診断した。

【結論】 卵巢顆粒膜細胞腫の再発において腹水細胞診で顆粒膜細胞腫が推定診断できる場合がある。

### P-1-98 原発性卵巢奇形腫様癌肉腫の 1 例

郡上市民病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 岐阜市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 郡上市民病院産婦人科<sup>3)</sup>

○後藤なつ美(MT)<sup>1)</sup>, 森 栄(CT)<sup>1)</sup>, 桑原啓伍(CT)<sup>1)</sup>, 田中卓二(MD)<sup>2)</sup>, 丹羽憲司(MD)<sup>3)</sup>

【緒言】 成熟嚢胞性奇形腫から発生した卵巢奇形腫様癌肉腫は鼻咽頭発生腫瘍と形態的に非常に類似しており, 進行した病期で発見される悪性度の高い腫瘍である。稀な原発性卵巢奇形腫様癌肉腫の 1 例を経験したので細胞学的, 病理組織学的, 免疫組織学的所見と併せて報告する。

【症例】 40 代女性。過長月経にて当院を受診。エコー, 造影 CT では両側卵巢に成熟嚢胞性奇形腫を認めたが, 右卵巢腫瘍は直腸表面まで浸潤しており悪性転化が疑われた。腫瘍マーカーは CA19-9 の軽度上昇(47.8 U/ml)以外, SCC を含めてすべて陰性であった。右卵巢癌の術前診断にて手術を開始し, 両側卵巢は肉眼的に類皮嚢腫様であったが, 右卵巢は直腸表面まで浸潤していたが, 直腸損傷することなく optimal surgery となった。術中捺印, 腹水細胞診では腺癌と肉腫を示唆する 2 種類の異型細胞を認めた。病理組織では, 右卵巢内の隆起性部分に腺癌と多形肉腫を示す部位を認め, 免疫組織学的に AE1/AE3(+), vimentin(+), PAX-8(+), Desmin(-), P40(-)の腺癌と多形肉腫を認めた。他部位では扁平, 気管上皮や神経節細胞腫様部分を認めたが, 未熟部分や扁平上皮癌部分は認めなかった。myChoice system で genomic instability score は 73 であり, Homologous recombination deficiency (HRD) は陽性であったが, 腫瘍の BRCA1/2 変異は認めなかった。最終診断は原発性右卵巢奇形腫癌肉腫 pT3CN1M0, HRD 陽性, BRCA1/2 変異(-)。その後, ifosfamide と cisplatin による化学療法を 6 コース行った。その後 PARP 阻害薬である Niraparib 単剤療法を開始した。患者は初診から 12 ヶ月後再発を認めていない。

【結語】 非常に稀な原発性卵巢奇形腫様癌肉腫の 1 例を報告した。



## P-1-99 口腔細胞診の有用性に関する検討

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

○森田勝代(CT)<sup>1)</sup>, 野口裕史(CT)<sup>1)</sup>, 徳満貴子(CT)<sup>1)</sup>, 白濱幸生(CT)<sup>1)</sup>, 峰松映子(CT)<sup>1)</sup>, 黒木栄輝(CT)<sup>1)</sup>, 黒木奈瑞菜(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤嬉和(CT)<sup>1)</sup>, 田中弘之(MD)<sup>1,2)</sup>, 盛口清香(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】近年の口腔癌の増加に伴い, 口腔細胞診は, 病変の早期発見およびスクリーニングに有用とされており, 当院でも症例数が増加している. 今回我々は, 口腔細胞診と組織診断の一致率について検討したので報告する.

【対象・方法】2018年1月より2022年4月までに提出された203症例の口腔細胞診症例のうち, 組織診断が行われた112症例を対象とした. 細胞診判定は, 陰性(NILM), Indefinite for neoplasia (IFN), Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL), High-grade SIL (HSIL), Squamous cell carcinoma (SCC)に分類し, 組織診断は良性病変, 低異型度及び高異型度上皮内腫瘍性病変, 扁平上皮癌とした. IFN以上を所見ありとし, 組織診断との一致率を検討した.

【結果】細胞診判定の内訳はNILM 48例(42.9%) IFN 4例(3.6%) LSIL 24例(21.4%) HSIL 19例(17.0%) SCC 17例(15.1%)であった. 組織診断は, 良性病変61例(54.5%), 低異型度上皮内腫瘍性病変4例(3.6%), 高異型度上皮内腫瘍性病変1例(0.9%), 扁平上皮癌46例(41.1%)であった. また, 組織診断で腫瘍性病変とされた症例は, それぞれの細胞診判定においてNILM 5例, IFN 1例, LSIL 11例, HSIL 17例, SCC 17例であった. 当院の細胞診検査は, 組織診断と比べ感度90.2% 特異度70.5%であった.

【まとめ】特異度の向上にはLSIL判定の精度が求められ今後の課題となるが, 感度は高く口腔細胞診検査は有用と考えられた.

## P-1-100 口腔粘膜疾患に出現する角化表層扁平上皮細胞の核所見の検討～第2報～

日本大学松戸歯学部病理学講座<sup>1)</sup>, 日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>, 医療法人社団誠馨会病理センター<sup>3)</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座<sup>4)</sup>, 日本大学松戸歯学部生理学講座<sup>5)</sup>, 株式会社ピーシーエルジャパン病理細胞診<sup>6)</sup>

○金田悦子(CT)<sup>1)</sup>, 松本 敬(CT)<sup>2)</sup>, 浮ヶ谷匡恭(CT)<sup>2)</sup>, 才藤純一(CT)<sup>1,3)</sup>, 横山 愛(DDS)<sup>5)</sup>, 山本 泰(DDS)<sup>4)</sup>, 中山光子(該当なし)<sup>1)</sup>, メルニエイマリア(MD)<sup>6)</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>1,2)</sup>, 宇都宮忠彦(DDS)<sup>1,2)</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1,2)</sup>

我々は先行研究として, 口腔粘膜疾患の細胞学的出現形態等について比較検討を行い, 本学会で報告してきた. その中で, ケラトヒアリン顆粒の出現状態はOSIL, SCCと悪性度が増すにつれて顆粒を有する異型細胞が減少傾向にあった. 核所見は, NILMよりOLSILは多彩, OHSILやSCCでは大型化, 不定形核及び一部で丸みを帯びる傾向が認められた. また小型角化・深層型異型細胞の出現はOLSIL, OHSILにみられた.

今回我々は口腔粘膜疾患(過角化症, 上皮性異形成, 扁平上皮癌)に出現する表層角化型扁平上皮細胞の核変化に着目し, 細胞判定の正診率向上のための所見となり得るか検討するためにN/C比, 核形態の特徴, クロマチン染色性について組織学的, 細胞学的, 画像解析による客観性評価を行なったので報告する.

対象は, 日本大学松戸歯学部附属病院口腔外科にて細胞判定を行い, 組織診で確定診断された45例を対象とした. 標本はオーセレックスブラシRT(BD)を用いて細胞を採取後, 直接塗抹法にて作製後, パパニコロウ染色を施行した.

45症例の内訳は, 細胞判定がNILM25例, OLSIL10例, OHSIL5例, SCC5例(確定診断がInflammatory5例, Oral Lichen planus5例, Hyperkeratosis15例, Low-grade dysplasia10例, High-grade dysplasia5例, SCC5例)を用いた.

画像解析の方法は, オリパス顕微鏡を使用し400倍で撮影後, 検鏡にて各症例の核形態の特徴の抽出とImageJにて画像解析を行い, 若干の知見を得たので報告する.

本研究はJSPS科研費22K12850の助成を受けたものである.

### P-1-101 舌擦過細胞診と組織診の比較検討 —不一致症例から学ぶ—

大阪府立病院機構大阪国際がんセンター臨床検査科病理・細胞診<sup>1</sup>, 大阪府立病院機構大阪国際がんセンター病理・細胞診診断科<sup>2</sup>

○神月 梓(CT)<sup>1</sup>, 上藤房代(CT)<sup>1</sup>, 小柳由貴(CT)<sup>1</sup>,  
龍あゆみ(CT)<sup>1</sup>, 棚田 諭(CT)<sup>1</sup>, 北村昌紀(MD)<sup>2</sup>,  
本間圭一郎(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】口腔の扁平上皮癌(以下 SCC)は表層を角化細胞で覆われた表層分化型 SCC が多い。そのため擦過細胞診では深層型の異型細胞が採取されず、判定に苦慮する症例がある。今回、当院で診断された舌の細胞診と組織診の結果を対比し、不一致症例を見直してその原因と対策について検討したので報告する。

【方法】当院にて 2019~2021 年に施行された綿棒による舌擦過細胞診のうち、手術検体による組織診との対比が可能であった 105 例を対象とした。また、組織診と細胞診の不一致症例では細胞診材料における細胞量や核異型、細胞質輝度などを再検討した。

【結果】105 例のうち細胞診・組織診一致症例は 61 例で、診断は全て SCC であった。不一致症例は 44 例で、細胞診断の内訳は疑陽性 24 例(組織診全て SCC)、陰性~疑陽性 9 例(組織診 SCC 6 例, 上皮内癌 2 例, 異形成 1 例)、陰性 11 例(組織診 SCC 5 例, 疣状癌 1 例, 上皮内癌 3 例, 異形成 2 例)であった。不一致症例を見直した結果、その要因(重複あり)は細胞採取量や異型細胞少数 12 例, クロマチン増量軽度または変性 23 例, 細胞質輝度が弱い 23 例などが挙げられた。また腫瘍の平均面積を算出した結果、細胞診・組織診一致症例は 801 mm<sup>2</sup>, 不一致症例は 395 mm<sup>2</sup>と不一致症例の平均面積は小さかった。

【考察】不一致症例の要因は、腫瘍の形状(病変が小さい、表層が厚いなど)により異型細胞の採取量が少ないことや、細胞異型が弱く過小評価されていることが考えられた。過小評価の場合、クロマチン増量や細胞質輝度が弱いなど 1 つの細胞所見ではなく、複数の所見を総合的に判断する必要があると考えられた。

### P-1-102 液状化細胞診による鼻汁細胞診の試み及び 歯科矯正治療効果判定への応用

日本大学松戸歯学部病理学講座<sup>1</sup>, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科<sup>2</sup>, 医療法人社団誠馨会病理センター<sup>3</sup>, 公益財団法人ライフ・エクステンション研究所付属永寿総合病院<sup>4</sup>, 日本大学松戸歯学部生理学講座<sup>5</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座<sup>6</sup>, 株式会社ピーシーエルジャパン病理細胞診<sup>7</sup>

○中山光子(該当なし)<sup>1</sup>, 浮ヶ谷匡恭(CT)<sup>1,2</sup>,  
松本 敬(CT)<sup>2</sup>, 鈴木友子(MD)<sup>1</sup>, 二谷悦子(CT)<sup>1</sup>,  
山本真緒(DDS)<sup>1</sup>, 才藤純一(CT)<sup>1,3</sup>, 金田悦子(CT)<sup>1</sup>,  
亀山由歌子(CT)<sup>1,4</sup>, 横山 愛(DDS)<sup>5</sup>,  
山本 泰(DDS)<sup>6</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>1,2</sup>,  
宇都宮忠彦(DDS)<sup>1,2</sup>, メルニエイマリア(MD)<sup>7</sup>,  
久山佳代(DDS)<sup>1,2</sup>

【緒言】上顎骨急速拡大(RME)は、頭蓋顔面構造の成長に影響を与え、歯列の矯正だけでなく、上気道の通気障害(鼻閉等)も改善させる効果を持つ。このため近年は鼻腔通気度測定を治療効果の判定に用いる歯科医院も増えている。そこで鼻腔通気度測定時に付着する鼻汁から液状化細胞診を試み、治療経過に伴う鼻汁・粘膜上皮成分の変化を捉えられるか検討をおこなった。

【材料と方法】RME 治療を行った小学生(16 名)を対象に鼻腔通気度検査(mask anterior 法)時に付着する鼻汁を採取し、LBC(ThinPrep 法)にて標本を 2 枚作製、Papanicolaou 染色と Periodic acid-Schiff 染色をそれぞれ施行した。標本は細胞診専門歯科医と細胞検査士が検鏡を行った。鼻汁細胞診は「治療前」、「治療終了時」、「3 カ月後」の計 3 回行われた。上気道の通気障害には鼻腔通気度の左右差が関与していることから、治療前に得られた左右の鼻腔通気度をもとに、抵抗値が低い側と高い側の 2 群に分け比較を行った。

【細胞所見】2 群ともに治療前の鼻汁から、粘液性背景に炎症性細胞(好中球・リンパ球・マクロファージ)、変性線毛上皮細胞(裸核状や背丈の低い線毛上皮細胞)、真菌(マラセチア属・クリプトコッカス属)、細菌類が検出された。これらの検出率は治療の経過とともに減少し、代わって正常の線毛上皮細胞の検出が増加した。これらの変化は抵抗値が低い側に早く出現する傾向が認められた。

【考察】本研究から鼻汁細胞診は RME 治療歯科治療の効果を確認することが可能であり、口腔外科だけでなく、矯正などにも有用な方法であることが示唆された。本研究は JSPS 科研費 22K12850 の助成を受けたものである。

**P-1-103 病態推定に難渋した歯肉原発の口腔扁平上皮癌の1例**

日本歯科大学附属病院臨床検査室<sup>1)</sup>, 日本歯科大学附属病院放射線・病理診断科<sup>2)</sup>

○小肥亜紀(CT)<sup>1)</sup>, 辺見卓男(DDS)<sup>2)</sup>

**【背景】** 口腔原発の悪性腫瘍の大部分は粘膜上皮から生じる口腔扁平上皮癌 (OSCC) である。それらの多くは重層扁平上皮としての層状分化傾向を示しつつ、深層型の異型細胞も出現するため、悪性化した細胞の抽出は比較的容易である。今回、細胞像からの病態推定が困難であった歯肉原発の OSCC の一例を経験したので報告する。

**【症例】** 60歳台, 男性。2週間前より下顎左側臼歯部の頬側歯肉の疼痛を自覚。近医歯科を受診し、精査が必要と判断され、当院口腔外科を紹介受診された。口腔内所見は同部に潰瘍形成を伴う隆起性病変を認め、一部の歯は歯根が露出していた。歯肉癌の臨床診断の下、擦過細胞診 (LBC 法) が施行された。細胞像として背景は壊死性で、結合性の乏しい異型細胞が孤在性、小集塊状に多数採取されていた。異型細胞は厚みのあるライトグリーン好性の胞体と腫大核を有し、核小体の明瞭化と腫大がみられた。核偏在性の細胞も少数観察された。低分化な上皮性悪性腫瘍、造血器腫瘍等の鑑別のため免疫染色を実施した。その結果、異型細胞は AE1/AE3 陽性、LCA 陰性を示した。以上より、上皮性悪性腫瘍が推定されたため、口腔内所見を加味し判定区分は SCC とした。その後、生検術が施行され、組織学的に WHO grade 2 に相当する OSCC が確認された。

**【結論】** OSCC において、分化度の低下、悪性度の増強により細胞接着能が減弱、消失し孤立性の異型細胞が出現すると、非上皮性腫瘍様の細胞像を呈することがある。異型細胞に扁平上皮細胞としての形質がないか慎重に観察するとともに、臨床情報を可及的に参照し、必要に応じて特殊染色や免疫染色も併用して、総合的に病態判定することの重要性が再確認された。

**P-1-104 HeLa 細胞における培養液交換の有無と核小体の形態変化**

九州大学大学院医学系学府保健学専攻検査科学技術分野<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>, 国際医療福祉大学<sup>3)</sup>, 福岡山王病院<sup>4)</sup>

○高藤将平(St)<sup>1)</sup>, 上原俊貴(CT)<sup>1)</sup>, 安田洋子(PhD)<sup>2)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>3,4)</sup>, 渡邊壽美子(PhD)<sup>1)</sup>

**【背景】** 悪性黒色腫の症例において、核小体が大きいと有糸分裂率が高くなり、核小体数が増加すると生存率が低くなるという報告がある。このように、核小体形態から有用な情報を引き出せる可能性がある。よって本研究では、まず、培養状況の違いと核小体形態変化を調べた。

**【方法】** HeLa 細胞を対象とした。細胞数を調整したものをチャンバースライドで培養し、培養液を3日毎に交換したもの(交換群)と交換しないもの(非交換群)との2群に分けた。細胞増殖が盛んな day5 と細胞増殖がほぼ停止している day7 に回収し、固定後 Papanicolaou 染色 (Pap 染色) を行い、細胞像を取得した。ImageJ にて核面積、核小体数、核小体総面積、N/N 比(核面積に対する核小体総面積)を測定し、培養液交換の影響を調べた。

**【結果】** 核小体数は day5, day7 とともに2群間に有意差は認められなかった ( $p=0.514$ ,  $p=0.165$ )。しかし、day5 では、交換群において核面積は有意に小さくなる ( $p=0.000457$ ) が、核小体総面積は有意に大きくなり ( $p=0.0142$ )、結果 N/N 比も有意に大きくなった ( $p=0.000736$ )。day7 では、2群間で核小体総面積に有意差はみられなかった ( $p=0.714$ ) が、交換群において核面積が有意に小さくなり ( $p=0.00351$ )、結果 N/N 比が有意に大きくなった ( $p=0.0267$ )。

**【考察】** HeLa 細胞は栄養状態が良好であると核面積が小さくなることにより、核小体がより目立つ傾向にあることが示唆された。さらに核小体の特殊染色等を行い Pap 染色における核小体の意義について検討し発表する。

### P-1-105 未固定手術検体より採取した, 副腎腫瘍細胞像連続 19 症例の比較・検討

神戸大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 神戸大学病院泌尿器科<sup>2)</sup>, 神戸大学病院糖尿病・内分泌内科<sup>3)</sup>

○神澤真紀(MD)<sup>1)</sup>, 岡田佳輔(MD)<sup>2)</sup>, 中西大地(CT)<sup>1)</sup>, 蜂巢智也(CT)<sup>1)</sup>, 大浦季恵(CT)<sup>1)</sup>, 須广佑介(CT)<sup>1)</sup>, 猪原千愛(CT)<sup>1)</sup>, 猪原哲嗣(CT)<sup>1)</sup>, 今川奈央子(CT)<sup>1)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 塚本龍子(CT)<sup>1)</sup>, 福岡秀規(MD)<sup>3)</sup>, 重村克巳(MD)<sup>2)</sup>, 藤澤正人(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤智雄(MD)<sup>1)</sup>

世界的に見ると, 副腎腫瘍に対する吸引細胞診に関する検討は活発に行われており, 経皮的/経消化管的に安全に採取された検体は診断特異度も高い。その後の治療にも大きく貢献しており, ベゼスタシステムに則った報告様式も提唱されている。翻って本邦での普及率はそれほど高くはないように思われる。当院においても副腎腫瘍に対する診断目的での吸引細胞診は行われておらず, 副腎腫瘍の細胞像に対する知識の蓄積をする機会が無かった。そこで, 2021 年 10 月から 6 か月間, 当院で副腎腫瘍が疑われ手術が施行された連続 19 例(皮質腺腫疑い 12 例, 褐色細胞腫疑い 5 例, 悪性疑い 1 例, 嚢胞 1 例)について, 未固定手術検体から吸引あるいは割を小さく入れ捺印標本作製した。Papanicolou/Giemsa 染色を施行後, 可能なものには免疫染色を加え, 診断に生かせる知見が無いか検討した。19 例のうち, 術前診断と異なっていたのは副腎リンパ腫を含む 2 例のみであった。リンパ腫症例については術前細胞診を行うことで, 大規模な手術を回避できた可能性はあるが, 今回検討した多くの症例は正確な術前診断が可能であったため, 穿刺に伴う播種リスク等を考慮すると, 副腎腫瘍に対する細胞診の必要性は乏しいと感じられた。ただし, 今回得た細胞像所見は, 他病変を穿刺した際に偶然副腎組織が混入した場合, また他臓器の傍神経節腫を疑う症例に遭遇した際などに, 診断の一助となる可能性がある。

### P-1-106 乾燥細胞診標本を用いた免疫細胞化学染色の検討

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

○今川奈央子(CT)<sup>1)</sup>, 塚本龍子(CT)<sup>1)</sup>, 須广佑介(CT)<sup>1)</sup>, 藤永道子(CT)<sup>1)</sup>, 中西大地(CT)<sup>1)</sup>, 蜂巢智也(CT)<sup>1)</sup>, 大浦季恵(CT)<sup>1)</sup>, 猪原千愛(CT)<sup>1)</sup>, 猪原哲嗣(CT)<sup>1)</sup>, 吉田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤智雄(MD)<sup>1,2)</sup>

【背景】細胞診の良悪性判定や組織型推定において免疫細胞化学染色は大変有用である。残検体から湿固定, 細胞診標本から転写, LBC 保存検体から標本作製するのが一般的である。いずれも保管場所の確保や手間がかかるが, 乾燥標本は作製時の乾燥を気にすることもなく, 保管場所に困ることもない。今回我々は細胞診における乾燥標本による免疫細胞化学染色について検討したので報告する。

【方法】液状細胞診検体 16 例の余剰検体を用い湿固定標本と乾燥標本作製。染色前に 10% 中性緩衝ホルマリンに浸漬し, 水洗後に免疫染色を実施。抗体は診断に有用と考える 30 種類を用いた。染色は BOND3, VENTA-NA BenchmarkGX を使用し組織と同じ条件で実施した。評価は湿固定標本の結果を基準として乾燥標本のそれと比較した。

【結果】総染色標本 71 枚に対し染色結果が一致したのは 56 枚, 不一致は 15 枚(78.9%) で染色結果が一致した。不一致はいずれも乾燥標本が陰性であった。材料別では尿 100%, 胸水 93.8%, 腹水 56.5%, 胸腔洗浄液 86.7%, 洗浄液 83.3%。抗原局在では核 75.8%, 細胞質 91.3%, 細胞質と核 66.7%, 細胞膜 66.7%。染色装置別では BOND82.6%, VENTANA77.1%であった。

【考察】ER と p16 抗体は全て不一致であり, 乾燥標本は不適合と考えられた。それ以外では一致と不一致がみられることから, 固定以外も関与している可能性が考えられた。材料別では腹水で一致率が最も低く, 抗原の局在による差がないことから, 材料特異性がある可能性が考えられた。

【結語】今回の検討で, 乾燥標本による免疫細胞化学染色に可能性を見出すことができた。今後は乾燥標本の有用性をより高めるため, 適切な精度管理法の検討も行っていきたい。



### P-1-107 ホルマリン固定組織からのLBC標本作製の検討

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

○黒木奈瑞菜(CT)<sup>1)</sup>, 野口裕史(CT)<sup>1)</sup>, 徳満貴子(CT)<sup>1)</sup>, 森田勝代(CT)<sup>1)</sup>, 白濱幸生(CT)<sup>1)</sup>, 峰松映子(CT)<sup>1)</sup>, 黒木栄輝(CT)<sup>1)</sup>, 齋藤嬉和(CT)<sup>1)</sup>, 盛口清香(MD)<sup>1,2)</sup>, 田中弘之(MD)<sup>1,2)</sup>, 佐藤勇一郎(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】通常の細胞診標本は、患者より採取された細胞を直接塗抹し湿固定した後に染色を行うが、生検困難例や希少腫瘍では、細胞診標本が作製できないことがある。今回我々は術後のホルマリン固定組織からLBC(ThinPrep)法で標本作製し、採取方法や細胞像について検討した。

【対象症例】2019年1月～2021年7月の間に摘出手術され、病理診断が確定し残組織検体に腫瘍細胞が残っている10症例を対象とした。

【検討方法】細胞採取方法による出現様式の違い、術前の細胞像との比較の2点を検討した。採取方法による違いでは、腫瘍部の組織をメスで切り出して細切する方法と、腫瘍部を口腔細胞診用のブラシにて擦過する方法で、細胞の出現様式を比較した。術前の細胞診との比較は、ホルマリン固定組織から作製した標本と術前に診断された標本の細胞像を比較した。

【結果】採取方法による検討では、両者の作製方法で出現様式や細胞像に大差はなかった。標本作製において、細切するよりもブラシの方が簡易的に目的の組織を採取できると思われた。術前の細胞像との比較では、大部分の症例で類似した所見が得られた。細胞の大きさ、クロマチンの染色態度、核小体の見え方などほとんど同様であったが、ホルマリン固定組織から作製したものは僅かにクロマチンが濃く染まり、核膜が厚くなるなど核所見が強調される傾向にあった。

【総括】ホルマリン固定後の組織からLBC法で鏡検に値する細胞診標本作製することができ、ブラシによる採取法が有用であると思われた。生検や細胞診の採取が困難な症例や希少腫瘍、さらに腫瘍の部位を確認後に細胞像を観察できるなど、様々な応用が可能と考えられた。

### P-1-108 SurePath™法を用いた液状化検体細胞診における正常細胞数が異常細胞検出に及ぼす影響

京都橋大学大学院健康科学研究科<sup>1)</sup>, 京都橋大学健康科学部臨床検査学科<sup>2)</sup>, 京都橋大学生命健康科学研究センター<sup>3)</sup>, 九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>4)</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>5)</sup>

○寺尾友伽(MT)<sup>1)</sup>, 大澤幸希光(PhD)<sup>2,3)</sup>, 岩下玄基(CT)<sup>1)</sup>, 小田嶋広和(CT)<sup>2,3)</sup>, 大西崇文(CT)<sup>2,3)</sup>, 芝原一樹(CT)<sup>4,5)</sup>, 西森 誠(PhD)<sup>4,5)</sup>, 宮本朋幸(PhD)<sup>4,5)</sup>, 岡田仁克(MD)<sup>2,3)</sup>, 大野英治(PhD)<sup>3)</sup>, 服部 学(PhD)<sup>2,3)</sup>

液状化検体細胞診(LBC)は標本作製の標準化に有用であるときれ国際的に広く普及している。SurePath™法は分離用試薬を用い密度勾配法により細胞を分離させ、陰性荷電の細胞を陽性に荷電した専用のスライドガラスに自然沈降によって接着させ標本作製する方法である。自然沈降した細胞は通常13mm大の円形に均等に塗抹される。このとき、作製した標本において異常細胞以外の細胞が異常細胞の検出にどのように影響するのかは明らかになっていない。本研究ではSurePath™法により作製したLBC標本において正常細胞が異常細胞の検出に及ぼす影響を明らかにすることを目的とする。

対象となる試料には1バイアル中に異常細胞としてヒト子宮頸がん由来細胞株(HeLa)5,000個と、正常細胞として口腔粘膜上皮細胞を100万個、10万個、1万個と調整し混和したものを模擬検体として用いた。それぞれの条件でバイアルを各3つ用意し、SurePath™の用手法を用いて1バイアルにつき1枚の標本作製し、標本中の異常細胞数を計測した。

その結果、標本から検出された異常細胞数に正常細胞の数によって違いがみられた。5,000個の異常細胞に対し100万個の正常細胞を混和したバイアルから作製した標本では平均30.0個、5,000個の異常細胞に対し10万個の正常細胞を混和したバイアルから作製した標本では平均131.7個、5,000個の異常細胞に対し1万個の正常細胞を混和したバイアルから作製した標本では平均173.7個の異常細胞が検出された。

以上よりSurePath™法を用いたLBC標本では正常細胞数が多くなると異常細胞が採取されていても正常細胞が塗抹範囲の大部分を占めてしまい、標本で検出できる異常細胞数が減少することが示唆された。

**P-1-109 S100P/Ki-67 二重免疫染色は上部尿路細胞診の補助手段になりえるか**  
—組織学的基礎検討—

川崎医療福祉大学医療技術学部臨床検査学科<sup>1)</sup>, 国立病院機構福山医療センター臨床検査科<sup>2)</sup>, 倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科<sup>3)</sup>, 国立病院機構福山医療センター病理診断科<sup>4)</sup>, 岡山大学病院病理診断科<sup>5)</sup>

○有安早苗(PhD)<sup>1)</sup>, 田中慎一(PhD)<sup>1)</sup>,  
福田由美子(CT)<sup>2)</sup>, 中桐智香子(CT)<sup>2)</sup>,  
山代承子(CT)<sup>2)</sup>, 佐藤正和(PhD)<sup>3)</sup>, 表 梨華(MD)<sup>4)</sup>,  
柳井広之(MD)<sup>5)</sup>

【はじめに】診断的要素が強い上部尿路細胞診の精度向上を目的に, 尿路上皮マーカーの S100P と腫瘍の悪性度評価に使用する ki-67 を同一細胞で評価する二重免疫染色法について組織標本にて検証後, 上部尿路細胞診への応用を考察した。

【材料および方法】腎盂尿管摘出 32 症例 (良性 8 例, 高異型度尿路上皮癌 15 例, 腎細胞癌 9 例) の腎乳頭部標本を用い, S100P/Ki-67 二重免疫染色を施行した。各症例の正常尿路上皮部, 尿細管上皮部, 腫瘍部の染色性をそれぞれ評価した。S100P 染色性は (+) (-) の 2 段階評価, Ki-67 はラベリングインデックス (LI) を求めたのちカットオフ値を算出, これを超えるものを陽性 (+) とし, 各症例の二重染色結果を評価した。なお, 標本中の評価部位は細胞診への応用を考え, 尿中に出現する可能性のある腎盂内腔に面した部分とした (腎細胞癌を除く)。

【結果および考察】S100P は正常尿路上皮, 尿路上皮癌で陽性を示し, 尿細管上皮, 腎細胞癌では陰性であり, 細胞由来判別に有用と考えられた。Ki-67 はカットオフ値 6% で, 尿路上皮癌で有意に陽性率が高く ( $p < 0.05$ ), 反応性変化を含めた正常細胞や腎細胞癌との判別に有用である。二重免疫染色で S100P/Ki-67 (+/+) を示す症例は尿路上皮癌の 73% と, 尿路上皮癌判別に有用といえる結果であった。

【結語】S100P/Ki-67 二重免疫染色法は高異型度尿路上皮癌の判別に有用で, 細胞診に応用した場合も S100P 陽性細胞の Ki-67LI が 6% を超える症例は, 高異型度尿路上皮癌の存在を疑うことが可能と考える。また, 検体採取量に限りがあり, 標本枚数に制約のある上部尿路細胞診では標本節約できる二重染色法は有用な補助手段となる可能性が示唆された。

**P-1-110 尿細胞診における Cytokeratin 17 免疫染色の有用性の検討**

神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域<sup>1)</sup>, 市立八幡浜総合病院臨床病理科<sup>2)</sup>, 愛媛大学大学院医学系研究科分子病理学講座<sup>3)</sup>

○長嶺優菜(St)<sup>1)</sup>, 此上武典(CT)<sup>2)</sup>, 北澤莊平(MD)<sup>3)</sup>,  
鴨志田伸吾(PhD)<sup>1)</sup>, 大崎博之(PhD)<sup>1)</sup>

【はじめに】Cytokeratin17(CK17)は, 尿路上皮癌を高感度かつ特異的に検出できる新規バイオマーカーとして注目されている。今回われわれは, 尿路上皮癌症例の尿細胞診と組織標本を用いて, CK17 抗体が尿路上皮癌の検出に有効なマーカーであるか否かを検証したので報告する。

【対象と方法】市立八幡浜総合病院にて, 尿細胞診後に組織採取が行われ, 病理組織学的に尿路上皮癌と診断された 41 症例 (低異型度 4 例, 高異型度 37 例) を対象とした。尿検体は全て自然尿で, SurePath 法にて尿細胞診標本を作製した。尿細胞診と組織標本にそれぞれ CK17 抗体を用いた免疫染色を行い, 尿細胞診では陽性細胞が 5 個以上出現しているものを, 組織標本では腫瘍組織の一部でも陽性像が見られたものを陽性とした。

【結果】尿路上皮癌 41 症例中, 細胞診で CK17 陽性を示したのは 24 例 (58.6%), 組織標本で CK17 陽性を示したのは 26 例 (63.4%) であった。細胞診と組織標本の結果が一致したのは 33 例 (80.5%), 細胞診のみ陽性が 3 例 (7.3%), 組織標本のみ陽性が 5 例 (12.2%) であった。

【考察】本研究における尿路上皮癌症例の CK17 陽性率は, 細胞診と組織標本ともに 60% 程度であった。細胞診のみ陽性となった 3 例については, 採取された組織標本が少量であり腫瘍全体を反映していない可能性が示唆された。一方, 組織標本のみ陽性であった 5 例については陽性部位が腫瘍のごく一部の症例や, 基底層のみ陽性の症例であったため尿中に陽性細胞が出現しなかったものとする。

### P-1-111 T24 細胞では BCG 曝露 2 回目以降で核クロマチンは辺縁化し pRB-T821 の脱リン酸化が起こる

九州大学大学院医学系学府保健学専攻<sup>1)</sup>, 飯塚病院中央検査部<sup>2)</sup>, 飯塚病院病理科<sup>3)</sup>, 国際医療福祉大学<sup>4)</sup>, 福岡山王病院<sup>5)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学<sup>6)</sup>, 高邦会高木病院予防医学センター<sup>7)</sup>, 九州大学大学院医学研究院保健学部門<sup>8)</sup>

○上原俊貴(CT)<sup>1,2)</sup>, 山口将太(MT)<sup>1)</sup>, 江口奈津希(MT)<sup>1)</sup>, 大石善丈(MD)<sup>2,3)</sup>, 加来恒壽(MD)<sup>4,5)</sup>, 小田義直(MD)<sup>6)</sup>, 岩坂 剛(MD)<sup>7)</sup>, 渡邊壽美子(PhD)<sup>8)</sup>

【はじめに】筋層非浸潤性膀胱癌の標準的治療は BCG 膀胱内注入療法である。尿細胞診において治療効果判定に対する形態学的基準はほとんど検討されていない。また我々は過去に、p21・p27 共発現と細胞周期停止について報告している。この両者に関係するタンパクとして pRB があり、serin 780 は early G1 期、threonine 821 は late G1 以降でリン酸化される。今回我々は、BCG 曝露における核クロマチンパターンと pRB のリン酸化状態との関連について検討を行い、若干の知見を得たので報告する。

【材料・方法】T24 細胞（ヒト尿路上皮癌由来細胞株）を  $5.0 \times 10^4$  個/mL に調整し、4 日間培養後、BCG 40 mg/mL と PBS（コントロール）を 2 時間曝露させた。この工程を 6 回まで繰り返し、それぞれの曝露回数において核クロマチンパターンと pRB 発現を評価した。核クロマチンパターンは pap 染色後 RD 法により、数値化した。pRB の serin 780・threonine 821 のリン酸化を特異的に認識する pRB-S780、pRB-T821 とリン酸化状態を考慮しない pRB-total の 3 抗体を用いて、蛍光免疫染色にて発現率を算出した。

【結果】RD 値は BCG 曝露 2 回目以降でコントロールと比較して増加傾向を示した。pRB-total および pRB-S780 の発現率はコントロールとの間に差は認められなかった。一方、pRB-T821 は BCG 曝露 2 回目以降でコントロールと比較し発現が低下した。コントロールと BCG 曝露群との比較において、RD 値と pRB-T821 の動態が逆相関していた。

【考察】T24 細胞に対する BCG 曝露実験において、曝露 2 回目以降で核クロマチンパターンが変化して核辺縁優位となるとともに、pRB-T821 の脱リン酸化が起こり、細胞周期が停止していることが示唆された。

### P-1-112 診断に苦慮した膀胱小細胞癌の一例

横浜市立大学附属病院病理部病理診断科

○本野紀夫(CT), 武田壮登(CT), 清水久美子(CT), 宇野絵梨(CT), 安齋桜子(CT), 海老塚智恵美(CT), 佐川弘美(CT), 西尾由紀子(CT), 山中正二(CT), 藤井誠志(MD)

【はじめに】尿路での小細胞癌の稀で、悪性度が高く進行も速いとされる。今回我々は診断に苦慮した膀胱原発の小細胞癌を経験したので、当院で過去に診断された症例と比較しながら報告する。

【症例】70 歳台男性。肉眼的血尿で前医受診、エコーで 3 cm 大の腫瘍疑いで当院受診し尿細胞診で 2 回鑑別困難。TUR-BT 施行で小細胞癌と診断され術前化学療法後に膀胱全摘術となった。

【細胞所見】出血背景に、クロマチン増量、N/C 比が高く小型で裸核様の異型細胞を散在性や結合性の緩い集塊状に認めた。木目込み細工様の配列もはっきりせず変性も目立ち鑑別困難と報告した。

【組織所見】膀胱 TUR 検体で、神経内分泌マーカー陽性、クロマチン増量 N/C の高い小型の腫瘍細胞が密に増殖する小細胞癌成分が主体であるが、陰性の尿路上皮癌成分も認めた。術前化学療法後の膀胱全摘術検体では、小細胞癌成分の残存のみで尿路上皮癌成分の残存は明らかではなかった。

【考察】TUR-BT 前 2 回の尿細胞診を見直すと、変性があるが小型で裸核様の異型細胞が散在性や集塊状に認め、木目込み細工様の配列やクロマチンの粗さははっきりしないが小細胞癌の核は核線など変性しやすい事も考慮すれば少なくとも鑑別には挙げられたと思われた。

### P-1-113 若年男性の尿中に出現した異型細胞についての検討

東京都教職員互助会三楽病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 東京医科歯科大学大学院歯学総合研究科<sup>2)</sup>, 東京医療生活協同組合新渡戸記念中野総合病院病理診断科<sup>3)</sup>

○望月公美子(CT)<sup>1)</sup>, 栗原麻未(MT)<sup>1)</sup>,  
鈴木久美子(CT)<sup>1)</sup>, 倉田盛人(MD)<sup>2)</sup>, 北川昌伸(MD)<sup>3)</sup>

**【症例】** 10 代男性. 小児科にて副甲状腺機能低下症・家族性高 Ca 尿性低 Ca 血症のフォローで, 一般検査より尿中に異型細胞が認められた. 細胞診検査が追加になり Papanicolaou 染色を行ったところ, 細胞診検査でも異型細胞を認めた.

**【細胞所見】** 出血の伴う炎症性背景に, 核形不整のある異型細胞が集塊状~個在性に見られた. 核は偏在し核形不整や大小不同を認めるが, クロマチンの濃染は極軽度であり, 細胞質は泡沫状や細顆粒状であった. また多核組織球様の細胞が散見された. 形態学的な異型の強い印象であるが, 年齢が若く, 背景の変性が見られるため反応性変化の範疇と考えられた.

**【検討】** 異型細胞の由来やカルシウムの影響を検討するため, AE1/3, CK20, ビメンチン, CD68(PGM-1)の免疫組織化学染色と, コッサ反応を用いて検討を行う.

### P-1-114 乳腺穿刺吸引細胞診における乳癌サブタイプの細胞学的検討

済生会新潟病院病理診断科

○遠藤浩之(CT), 西倉 健(MD), 樋浦賢太郎(CT),  
花野佑輔(CT), 竹下奈津子(CT), 三木弘美(CT)

**【はじめに】** 乳癌サブタイプ分類は治療指針決定に必須である. 大まかに 5 分類されており, 細胞学的特徴を検討した.

**【対象と方法】** 乳癌手術例 189 例中, 穿刺吸引細胞診と対比できた 166 例を対象とした. 乳癌サブタイプ分類, Luminal A 型(以下 LA)88 例, Luminal B (以下 LB)型 37 例, Luminal HER2 (以下 LH)型 13 例, HER2 陽性(以下 H2)型 9 例, Triple Negative (以下 TN) 型 19 例に対して, 組織所見(組織型・Ki67 標識率など)と細胞所見(個々の腫瘍細胞など), 腫瘍細胞の特徴を比較検討した.

**【結果】** 1) LA 型は浸潤性乳管癌硬性型, 浸潤性小葉癌などが含まれ, Ki67 標識率 20%未満であった. 腫瘍細胞は小型で大小不同に乏しく均一で, 緊満感のある核は細顆粒状のクロマチンが密に増量, 核小体はみられなかった. 2) LB 型は浸潤性乳管癌充実型, 浸潤性微小乳頭癌などが含まれ, Ki67 標識率 30%前後であった. 腫瘍細胞は大小不同を伴うが緊満感のある核を呈して細顆粒状のクロマチンが密に増量, 核小体はみられなかった. 3) LH 型は浸潤性乳管癌充実型などが含まれ, Ki67 標識率 30%程度であった. 腫瘍細胞は対細胞構造があり, 核型不整が目立った. 4) H2 型は浸潤性乳管癌硬性型などが含まれ, Ki67 標識率 30%以上であった. 腫瘍細胞は大型化や対細胞構造が目立ち, クロマチン濃縮状で核型不整と核小体を認めた. 5) TN 型は浸潤性乳管癌充実型, 紡錘細胞癌などが含まれ, Ki67 標識率 30%以上であった. 腫瘍細胞は裸核様を呈するが淡い細胞質を有し, 著明な核型不整と大型核小体を認めた.

**【まとめ】** 乳癌サブタイプ分類別の細胞所見は各々特徴的な細胞像を示し, 穿刺吸引細胞診にてある程度, 分類の推定が可能ではないかと考えられた.



### P-1-115 リンパ節転移陽性乳癌における術前化学療法後のリンパ節細胞診

千葉県がんセンター乳癌外科<sup>1</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部<sup>2</sup>

○羽山晶子(PhD)<sup>1</sup>, 中村力也(PhD)<sup>1</sup>, 山本尚人(MD)<sup>1</sup>, 玉貫圭甲(MD)<sup>1</sup>, 小高亜紀子(CT)<sup>2</sup>, 伊丹真紀子(MD)<sup>2</sup>, 荒木章伸(MD)<sup>2</sup>, 川名秀忠(MD)<sup>2</sup>, 杉山孝弘(MD)<sup>2</sup>, 及川麻理子(MD)<sup>2</sup>

リンパ節転移陽性乳癌に対しては腋窩リンパ節郭清を行うことがこれまでの標準術式であったが、郭清術後合併症としてのリンパ浮腫や拘縮などが問題となっていた。このため、最近ではリンパ節転移陽性乳癌においても術前化学療法(NAC)で転移が消失した場合はセンチネルリンパ節(SNB)が考慮されるようになってきた。NAC後のSNBにおいて臨床最も問題となる点は、NAC前に転移と証明されたリンパ節を手術時に同定できない可能性があることである。このため、NAC前に転移と証明されたリンパ節に対し経時的に画像で同定できるようなClip等によりマーキングをしておくことが推奨されている。NAC後SNの偽陰性率を下げるためには、NAC後のycN0の診断能を高め、NAC後に転移が消失した可能性がより高い症例に絞り込んでセンチネルリンパ節生検を行うことが必要である。通常は画像上の転移リンパ節の縮小具合などからリンパ節転移の遺残を予測する。しかし、過去の検討において、画像所見と病理学的転移消失の評価の不一致が報告されている。そのため我々は、NAC前に転移と証明されたリンパ節に対しClipを留置し、NAC後にClipped nodesに対し細胞診を行うことで、画像上は縮小が認められてもがんの遺残が認められる症例をSNBから除外する取り組みを行っている。2022年3月までに68症例に対しNAC後のClipped nodesに対するFNACを施行し、うち16例(24%)にはがん細胞の遺残を認め、SNBから除外した。52例にはSNBを施行し、うち34例(65%)は転移陰性であったが、18例(35%)には転移遺残を認めた。今回は、クリップを留置されたリンパ節に対するNAC後の細胞診について、診断的特徴などを報告する。

### P-1-116 トリプルネガティブ乳癌の細胞学的特徴

山形県立中央病院検査部<sup>1</sup>, 山形県立新庄病院検査部<sup>2</sup>, 山形大学医学部病理診断学講座<sup>3</sup>

○郷右近秀平(CT)<sup>1</sup>, 植松美由紀(CT)<sup>2</sup>, 井上恒行(CT)<sup>2</sup>, 大江倫太郎(MD)<sup>3</sup>

【はじめに】トリプルネガティブ乳癌(triple negative breast cancer; TNBC)は、他の乳癌のサブタイプと比較して予後が悪い。近年、免疫チェックポイント阻害薬を用いた治療法が適応されている。既報では、TNBC(basal-like subtype)は、壊死背景、リンパ球の随伴、散在性の出現パターン、巨細胞や奇怪細胞の出現、扁平上皮生様細胞の出現、裸核の細胞像の項目で、ルミナルタイプと差を認めたが、項目が多く判定が煩雑である。今回、細胞像におけるTNBCの鑑別を目的に、簡便に鑑別可能である細胞質の好酸性変化とN/C比に着目した。

【対象と方法】山形県立新庄病院で、2014年から2020年までに実施された乳腺穿刺吸引細胞診陽性例標本(TNBC12例, Non-TNBC85例)で、腫瘍細胞の細胞質の好酸性変化とN/C比をスコア化し検討した。また、細胞検査士認定未取得者も同様の検討を行った。

【結果】細胞質の好酸性変化については、TNBCの方がNon-TNBCよりも有意にスコアが高かった( $p=0.0007$ )。N/C比については、TNBCの方がNon-TNBCよりもスコアが高い傾向がみられた(有意差なし)。また、細胞検査士認定未取得者における検討でも同様の結果であった。

【考察】本研究の結果から、乳腺穿刺吸引細胞診標本でTNBCの鑑別の際には、腫瘍細胞の細胞質の好酸性変化に着目することが推奨されると考えられた。この方法は、細胞検査士認定未取得者にとっても再現性が高いと考えられた。細胞診のみで悪性と判定した場合、組織診後のバイオマーカー検索となり一週間ほどのタイムラグが生じる。スクリーニング時にTNBCの可能性が高いことが判断できれば、臨床に組織診を促し、早期のバイオマーカー検索につながると考えられた。

### P-1-117 乳腺アポクリン分化上皮における核分裂像による良悪性判定の検討

鹿児島大学病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 松山市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野<sup>3)</sup>

○岩切かおり(CT)<sup>1)</sup>, 上村千花(MT)<sup>1)</sup>, 高木夏純(MT)<sup>1)</sup>, 平田りの(MT)<sup>1)</sup>, 亀澤 雅(CT)<sup>1)</sup>, 古家淳行(CT)<sup>1)</sup>, 窪田恵美(CT)<sup>1)</sup>, 北園育美(MD)<sup>1)</sup>, 飛田 陽(MD)<sup>2)</sup>, 東美智代(MD)<sup>1)</sup>, 谷本昭英(MD)<sup>1,3)</sup>

アポクリン化生は乳腺症や乳頭腫の部分像として見られ, 良性病変に関連した指標のひとつとして認識される。シート状で細胞配列の整ったアポクリン化生上皮は良性, 面胞壊死や Ghost 細胞は悪性の指標となりうるが, 細胞異型による良悪の鑑別は困難なことが多い。我々は前回, アポクリン分化を示す上皮の良悪性鑑別に有用な所見の検討を行い, 悪性腫瘍では全上皮細胞集塊のうち, アポクリン分化を示す集塊の割合が高く, アポクリン分化細胞に核分裂像が見られることを報告した(第 57 回日本臨床細胞学会秋期大会)。今回はその際の検討項目(重積パターン, 壊死の有無, アポクリン分化を示す細胞集塊の割合, 核分裂像の有無)に加え, 核分裂像の数について検討を行った。2018 年 1 月から 2022 年 6 月の間に組織学的に確定診断した 312 症例中, 乳腺細胞診検体を液状化处理(BD シュアパス法)した標本のうち, アポクリン分化を示す細胞が出現した全 28 症例(標本 28 枚)を対象とした。良性の 20 症例全てにおいて核分裂像を認めず, 悪性の 8 症例中 7 例で核分裂像を認めた。核分裂像の数は 4~11 個/全視野(1 標本あたり平均 5 個)であり, 浸潤癌と非浸潤癌による差は見られなかった。アポクリン分化を示す良性および悪性細胞について, 細胞集塊内での核分裂像の位置や, 結合性低下による孤立散在性細胞の出現頻度などを更に検討し, 報告する。

### P-1-118 頭蓋底原発脊索腫の乳腺転移の一例

東京大学医学部附属病院

○明賀伊織(CT), 瀬田 章(CT), 竹内裕子(CT), 田中麻理子(MD)

【初めに】乳腺 FNA で脊索腫の転移・再発を疑った一例を経験したので報告する。

【症例】30 代女性。20XX 年頭蓋底脊索腫と診断された。その後, PET 検査にて乳腺, 第 6 胸椎と腓尾部に転移を認めた。4 年後の 5 月, 他院にて乳腺腫瘍に対して局麻下切除がなされたが, 近接する部位に再度病変がみられたため, 治療的に当院紹介受診された。細胞診ののち, 再度右乳腺部分切除術が施行された。

【細胞所見】粘液様基質を背景に大型異型細胞が個細胞性, 集簇性に散見された。それらの胞体は広いレース状を示し, 中心性の核は類円形腫大し, 微細クロマチン, 核小体を呈していた。一部では担空胞細胞様の異型細胞も観察され, 脊索腫の転移を疑った。

【組織所見】粘液腫様基質を背景として類円形核と好酸性の胞体を持つ腫瘍細胞が索状や胞巣状構造を取って多結節分葉状に増殖していた。空胞状構造や出血壊死, 好中球集簇が散見された。既往の脊索腫と類似した像であり, 転移・再発と考えられた。

【まとめ】乳腺悪性腫瘍の大半は乳管癌で, 悪性腫瘍の乳腺への転移は全乳房悪性腫瘍のわずか 0.5~2.0%といわれているが, 今回我々は頭蓋底に発生した脊索腫の乳腺転移という稀な一例を経験した。本症例は先行病変があったため, 脊索腫の転移と診断することは容易であったが, 既往歴及び臨床情報が不確実であった場合, 原発性乳癌との鑑別が問題となる。当院で経験したいくつかの症例との比較検討を行い報告する。

## P-1-119 乳腺腺様嚢胞癌の1例

社会医療法人天神会新古賀病院

○貞嶋奈津(CT), 河原真弓子(CT), 木下準子(CT),  
山崎加奈子(CT), 吉田寿々(CT), 宮崎真梨子(CT),  
西田直代(MD)

【はじめに】腺様嚢胞癌は唾液腺や気管支に発生する悪性腫瘍として知られているが、乳腺領域では原発性乳癌の0.1%以下と極めて稀な組織型である。また、トリプルネガティブであるが、遠隔転移や再発は少なく予後良好である。今回我々は、乳腺原発の腺様嚢胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳台、女性。1年前検診にてFAD指摘されるも精査せず、4ヵ月前より右乳房の有痛性の腫瘤を自覚し他院受診。MMG, エコーにて1.3 cm 大の腫瘤を認め、当院紹介受診となった。

【細胞所見】小型類円形でN/C比の高い細胞を重積性集塊ないしややほつれた集塊で認めた。個々の細胞は小型で異型には乏しいが、核クロマチンは増量していた。また、Giemsa染色にて異染性を示す粘液基質様物質を認め、類円形～楕円形細胞がこれらを取り囲むような像もみられた。

【組織所見】膠原線維性間質内～脂肪組織内に比較的小型の異型上皮を篩状構造、索状構造、および偽腺腔を形成し浸潤する像を認めた。免疫組織化学染色にて腺上皮細胞はCK7, CK5/6, c-kit陽性、基底細胞ないし筋上皮細胞はp63,  $\alpha$ -SMA陽性であった。またホルモンレセプターはER, PgR, HER2陰性、Ki67陽性率は8.4%であった。

【まとめ】乳腺腺様嚢胞癌の1例を経験した。一般的に腺様嚢胞癌は篩状構造やGiemsa染色にて異染性を示す粘液基質様物質の出現、それを極性のない小型細胞が取り囲む像が特徴的だが、乳腺でも同様であり、これらの特徴を認めた際には腺様嚢胞癌を念頭に置き診断することが重要である。

P-1-120 組織型推定に細胞診が有用であった  
乳腺化生癌の1症例

大阪府済生会富田林病院臨床検査科

○双和宏樹(CT), 田村ひろみ(CT), 川井千代(CT),  
塚本吉胤(MD)

【はじめに】化生癌は乳癌取り扱い規約で特殊型に分類される。乳癌全体の0.1%と稀な悪性腫瘍であり、抗癌剤に抵抗性で予後不良とされている。今回我々は、細胞診で推定し得た化生癌の1症例を経験したので報告する。

【症例】90代女性。左乳房の鶏卵大腫瘤で当院紹介。針生検を施行されたが、腫瘍性病変は確認されなかった。その一年後に左乳房腫瘤がダチョウの卵大に拡大し、再度受診になり、CTや超音波検査で、嚢胞内に突出する腫瘤、また嚢胞付近の実質にも腫瘤を認めた。

【細胞所見】腫瘤及び嚢胞液の細胞診を施行した。ともに粘液間質を背景に、核異型の見られる類円形裸核や紡錘形の異型細胞が見られた。この所見より、間葉系由来の悪性腫瘍と考えたが、嚢胞液の検体でセルブロックを作成したところ、上皮様の細胞集塊を認めたため、化生癌を疑った。

【組織所見】左乳房全摘術が施行された。肉眼所見は70×50 mmの嚢胞性病変を認め、嚢胞内には突出する30×24 mmの粘液腫様病変を認めた。その他に、嚢胞に隣接する実質にも病変が確認された。嚢胞壁の大部分はhigh grade DCISで占められ、一部に浸潤性乳管癌があり、扁平上皮化生も認めた。嚢胞内粘液腫様病変は、肉腫様成分であった。嚢胞に隣接する部位では、面疱状の壊死をともなうhigh grade DCISを多く認め、一部に浸潤性乳管癌を認めた。背景の病変から、嚢胞性病変はhigh grade DCISに嚢胞性変化や肉腫様変化を伴った化生癌と診断した。

【まとめ】化生癌の存在を知ることは治療方針に大きく影響するため、細胞診で示唆することは重要である。

### P-1-121 乳腺の Adenomyoepithelioma/ 腺筋上皮腫の一例

新百合ヶ丘総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 新百合ヶ丘総合病院  
病理診断科<sup>2)</sup>, 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病  
院病理部<sup>3)</sup>

○村上将人(CT)<sup>1)</sup>, 田口勝二(CT)<sup>1)</sup>, 高山明子(CT)<sup>1)</sup>,  
和田幸子(CT)<sup>1)</sup>, 松本聖也(CT)<sup>1)</sup>, 塩野涼子(CT)<sup>1)</sup>,  
大森嘉彦(MD)<sup>2)</sup>, 福永眞治(MD)<sup>1)</sup>, 松沢春華(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】 Adenomyoepithelioma (AME)/腺筋上皮腫は  
境界明瞭な多結節性腫瘍で, 乳管上皮細胞と筋上皮細胞  
が同時に増殖を来す稀な上皮性腫瘍であり, 多くは良性  
の経過をたどる. 今回 AME を経験したので報告する.

【症例】 80 代女性. 2020 年 7 月から右乳腺腫瘍を触知.  
2021 年 2 月針生検施行. 同年 9 月マンモグラフィにて  
右 E 領域に一部辺縁不明瞭な高濃度楕円形腫瘍が認め  
られ増大傾向がみられた. 同年 11 月腫瘍切除術施行.  
術後 8 ヶ月その後の再発, 転移は認めない.

【細胞所見】 切除検体での擦過細胞診では, 組織球様の細  
胞を背景に, 好酸性顆粒細胞質に核腫大, 明瞭な核小体  
を有する類円形核からなる乳管上皮細胞と, ライトグ  
リーン好染細胞質に小型類円形核からなる筋上皮細胞を  
多く認めた.

【肉眼所見】 境界明瞭な白色充実性の多結節性腫瘍. 3.5  
× 3.0 × 2.0 cm 大であった.

【組織所見】 腺腔を形成しているアポクリン化生を示す  
乳管上皮細胞の増生と, その周囲を囲むように淡明な細  
胞質を有する筋上皮細胞の増生を認めた. 異型は認めら  
れなかった. 免疫染色では乳管上皮細胞で EMA (+),  
筋上皮細胞で  $\alpha$ -SMA (+) であった.

【まとめ】 細胞診断では, 細胞摂取量は豊富であり, 乳管  
上皮細胞と筋上皮細胞の 2 種類の細胞の出現が AME の  
特徴である. 組織診断でも同様の増生を認めた. また,  
乳管上皮細胞と筋上皮細胞で構成される疾患として乳管  
内乳頭腫, 線維腺腫, 広義の硬癌があげられる.

### P-1-122 乳腺: 多形型非浸潤性小葉癌の一例

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医  
療センター病理科

○片平くるみ(CT), 倉澤佳奈(CT), 岩瀬大輔(CT),  
立石愛美(CT), 西尾祥邦(CT), 佐々木志保(CT),  
藤中浩樹(CT), 島津宏樹(MD), 松岡圭子(MD),  
伏見博彰(MD)

【はじめに】 非浸潤性小葉癌は終末乳管小葉単位に発生  
する非浸潤性腫瘍である. 今回, 多形型の非浸潤性小葉  
癌を経験したので報告する.

【症例】 60 歳台女性. 左乳房腫瘍を自覚し, 当センター  
乳腺外科を紹介受診. 乳腺エコーにて, 左 CD 領域に最  
大径 21 mm 大の楕円形低エコー腫瘍が認められた. 穿  
刺吸引細胞診が施行され, 陽性と判定された. 後日, 左  
乳房部分切除術が施行された.

【細胞所見】 出血性背景に, 多数の異型細胞が採取されて  
いた. 結合性は低下し, 孤立散在性に異型細胞が多数認  
められた. 個々の異型細胞は核偏在性で核の大小不同,  
核クロマチンの増量等の強い核異型がみられた. 一部に  
は多核の異型細胞も認められた. また細胞質内に空胞を  
有する異型細胞が多数みられ, 乳管癌や小葉癌のみなら  
ず, 印環細胞癌や分泌癌, 脂質分泌癌等との鑑別も要す  
る細胞像であった.

【組織所見】 左乳腺の C 領域に最大径 20 mm 大の腫瘍が  
認められた. 断面は灰白色充実性, 境界は不明瞭であっ  
た. 組織学的には, 小葉内に限局し, 間質浸潤を欠く腫  
瘍が認められた. 腫瘍細胞は充実性で, 腺腔形成はみら  
れなかった. 腫瘍細胞はやや大型で円形核を有してい  
た. 免疫組織化学的染色では, Cytokeratin(34 $\beta$ E12)陽  
性, E-cadherin 陰性であった. 以上より多形型非浸潤性  
小葉癌と診断された.

【まとめ】 穿刺吸引細胞診標本では, 細胞質に空胞を有す  
る異型細胞が比較的多数目立ち, 組織型の推定に苦慮し  
た. 鑑別を要すると考えられた乳管癌や小葉癌, 印環細  
胞癌, 分泌癌と比較して, 個々の細胞の核異型が強い  
点や, 出現する異型細胞に多形性が見られる点に着目す  
ることが重要であったと考える.



### P-1-123 悪性腫瘍との鑑別を要したリンパ球性 乳腺症の一例

社会福祉法人恩賜財団済生会山形済生病院

○古内麻理(CT), 安孫子郁美(CT), 國井 徹(CT),  
狩野正昭(CT), 山川光徳(MD)

【はじめに】リンパ球性乳腺症は、糖尿病（時に自己免疫疾患）を随伴しやすく、稀な疾患である。リンパ球性乳腺症の1例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。右乳房腫瘍自覚にて来院。右CE領域硬結、直径5mm、円形、境界明瞭、低エコー腫瘍あり、穿刺吸引細胞診にて悪性所見なく経過観察となった。約1年後、エコーにて性状変化あり、再度細胞診が行われた。鑑別困難のためエコー下吸引組織生検し、リンパ腫も疑われ腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引：僅かな上皮細胞と間質が採取された。上皮細胞は異型に乏しいものの、二相性が不明瞭なため乳管癌を否定できなかった。吸引組織捺印：僅かな上皮細胞と異型に乏しいリンパ球を認めた。

【組織所見】吸引組織：リンパ球浸潤顕著で胚中心を伴うリンパ濾胞も散見され、MALTリンパ腫が疑われた。乳管上皮に悪性所見はなかった。摘出標本：2cm大境界不明瞭な結節性病変、線維増生と小型リンパ球浸潤を伴う小葉病変が散見され、周囲の乳腺組織にも隔壁状の線維化と顕著なリンパ球浸潤が観察された。免疫染色で小葉病変内にCD3陽性Tリンパ球が浸潤し、形質細胞における $\kappa$ と $\lambda$ 鎖に有意な偏りはなく、IgG4/IgG比は40%未満であり、リンパ球性乳腺症と診断された。

【考察】本症例は糖尿病や自己免疫疾患の随伴は無く、細胞診の段階でリンパ球性乳腺症が候補に挙がることはなく、むしろリンパ球を混在していたためにMALTリンパ腫やIgG4関連疾患が疑われた。本疾患の確定診断には生検が必要であると思われる。

【まとめ】リンパ球性乳腺症の細胞診では細胞量が少ないのが特徴で、糖尿病などの既往歴、細胞量の多寡、リンパ球浸潤の有無などの所見に注意が必要と思われた。

### P-1-124 乳癌術後に発生した血管肉腫の1例

川崎医科大学附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>

○小林江利(CT)<sup>1)</sup>, 福屋美奈子(CT)<sup>1)</sup>,  
館上里緒菜(CT)<sup>1)</sup>, 藤本大地(CT)<sup>1)</sup>, 田中誠人(CT)<sup>1)</sup>,  
寺尾祥江(CT)<sup>1)</sup>, 菅野豊子(CT)<sup>1)</sup>, 西村広健(MD)<sup>1,2)</sup>,  
秋山 隆(MD)<sup>1,2)</sup>, 伊禮 功(MD)<sup>1,2)</sup>,  
森谷卓也(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】乳癌術後の放射線照射野に、極めて稀に血管肉腫が発生することがある。予後不良であり、発症時の適切な診断が重要である。今回、同腫瘍を経験したため、細胞診による早期診断の可能性について検討した。

【症例】80歳台、女性。右乳癌（C区域・乳頭腺管癌）で乳房部分切除が行われ、術後放射線照射が合計42Gy施行された。8年目に、乳輪部に血腫様の腫瘍が出現し、再発の可能性を疑い穿刺吸引細胞診の後、生検で血管肉腫と診断され、乳房切除術施行。その際、摘出標本からも穿刺吸引細胞診を試みた。

【細胞所見】術前の穿刺吸引細胞診直接塗抹標本では、炎症細胞とともに少量の裸核細胞を認めるのみで、針洗浄液のLBC標本を追加した。蛋白様物質、好中球、リンパ球を背景に、軽度核形不整、好酸性の核小体を有する腫大核を伴う裸核状～紡錘形の細胞が少数みられ、悪性の可能性も否定できず、鑑別困難とした。摘出材料からも穿刺吸引を行い、直接塗抹標本およびLBC標本作製し、術前の標本と比較したが、同様の裸核状～紡錘形細胞が散在性から集塊状に出現し、さらにごく少数であるが細血管様の空胞構造がみられた。

【病理組織所見】真皮から皮下脂肪組織に、不規則な管腔様構造を伴う紡錘形細胞の増殖を認め、Edg-1, ERG, CD31, CD34が陽性で、血管肉腫と最終診断された。

【考察】術前細胞診は細胞量も少なく、確診には至らなかった。しかし、LBC標本にはごく少数ながら紡錘形細胞が出現していた。細胞が少量の場合には、推定疾患の幅を広げるとともに、標本作製にも工夫が必要と思われる。また、出血やヘモジデリンを貪食した組織球などが採取できれば、診断に役立つ可能性がある。

## P-1-125 細胞内細胞現象の捉え方と研究の動向

群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学

○齊尾征直(MD), 大井瑞葉(CT), 兼平裕貴(St),  
 櫛引来明(St), 石澤瑛史(St), 池田琴音(CT),  
 大内美月(CT), 高島希未(CT), 百足ゆい(CT),  
 小林さやか(CT), 西島良美(CT)

【背景と目的】細胞内細胞現象とは, 細胞の中に別の細胞が取り込まれる状況をいう。今回我々は過去の研究内容から最近の研究内容までを文献的に検討し総論的に振り返ったので報告する。

【方法】細胞内細胞現象を, Emperipolesis, Canibalizm, Entosis に分けて, 文献の内容を整理し, 各細胞内細胞現象の共通点と相違点を検討した。

【結果】Emperipolesis の定義は細胞が生きた細胞を取り込む現象と定義され, 取り込まれる細胞は免疫系の細胞である。また, Emperipolesis は Phagocytosis と異なり偽足の形成を伴わない細胞の取り込み現象とされている。他方, Canibalizm は腫瘍細胞が飢餓状態に陥った時に同種の細胞あるいは免疫系の細胞を取り込み栄養にする現象と定義されているが, Emperipolesis においても腫瘍細胞が多数の好中球を取り込むような Tumor Emperipolesis という現象が報告されていることが分かった。また近年足場を失った上皮性の腫瘍細胞が互いに細胞内に入り込もうとする現象を Entosis とするという研究が発表され始めているが, Entosis における足場の欠如という現象について, 生きた細胞が互いに細胞内に入り込む現象自体が細胞死を誘導するので, Entotic cell death とすべきだという報告もあり, 定義が混沌としている。

【考察】上記のような細胞内細胞現象を研究する際の複数の定義は言葉が重複して至り統一していなかったりしている。細胞診の標本を鏡検する際も細胞内細胞現象では上記のような言葉が同一の現象に対して使用されている場合がある事に十分に注意して言葉を使うべきと考えられた。

## P-1-126 胸水細胞診で診断に苦慮した後腹膜原発悪性リンパ腫の 1 例

国立病院機構大阪刀根山医療センター

○藤澤悠貴(CT), 長友 萌(CT), 名嘉正勝(CT),  
 藤田幸久(MT), 浦崎晃司(MD), 山口俊彦(MD)

【はじめに】悪性リンパ腫の胸水貯留例は約 20% と報告されている。今回我々は胸水中に出現し, 診断に苦慮した後腹膜原発の悪性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。胸水貯留, 胸膜肥厚のため紹介受診。細菌性胸膜炎疑いであったが, 胸腹部 CT で後腹膜に腫瘤影と頸・胸部にリンパ節腫大が多発しており腫瘍性が考えられた。血中 sIL-2R が高値を示し臨床的には悪性リンパ腫が疑われたが, その後死亡し剖検となった。

【細胞所見】多数の炎症細胞や反応性上皮細胞を背景に, 少数の小型異型細胞を孤在性に認めた。N/C 比やや大, 軽度核形不整, 明瞭な核小体を有し悪性リンパ腫を含む小型円形腫瘍を考えたが, 一部に細胞間の結合性が見られ上皮性を疑った。また, 後腹膜腫瘤の存在からも悪性リンパ腫は否定的であった。レトロスペクティブにギムザ染色を鏡検すると, 異型細胞の細胞質辺縁が濃染しておりリンパ球由来と推定された。

【組織所見】胸水セルブロックは異型細胞が孤在性に少数出現。LCA, CD20, CD3 が陰性で悪性リンパ腫は否定的であった。

【剖検所見】脾臓や腎臓などを巻き込む後腹膜腫瘤と多数の播種を認めた。組織像は多形性で核小体明瞭な大型の核や多核の異型細胞を認め, 結合性に乏しくびまん性に浸潤。LCA, CD20 陰性, CD79a, CD30 陽性でびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と診断された。また, 肺の胸膜に癒着していた凝血塊にも異型細胞を認めた。

【結語】一般的に胸水中の悪性リンパ腫は異型細胞が多数出現し単調であるが, 少数で細胞間の結合性が疑われる場合もあるため, 悪性リンパ腫を考慮しギムザ染色を注意深く観察すべきである。また, 臨床診断に左右されない鏡検を心がけたい。

### P-1-127 乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫の一例

東京都立多摩総合医療センター検査科

○五十嵐大士(CT), 古保利彦(CT), 情野亜希子(CT), 岡田晴香(MD)

【はじめに】乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫 (Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: BIA-ALCL) は、乳房インプラントの挿入後に生じる、T細胞性非ホジキンリンパ腫の稀な一型である。

【症例】60代女性。6年前に両側乳癌(左乳癌:浸潤性乳管癌, 右乳癌:非浸潤性乳管癌)のため両側乳房全切除術, インプラント挿入の既往あり。数か月来の左胸痛, 発熱, 咳嗽を主訴に受診し, 胸部造影CTで左胸水貯留, 左乳房~胸壁・胸膜に及ぶ腫瘍を指摘された。胸水細胞診はClass V(腺癌の疑い)と診断した。胸水セルブロットの組織診は悪性細胞と診断し, 免疫染色結果からBIA-ALCLが疑われた。左胸部軟部組織の組織診でBIA-ALCLと診断した。

【細胞所見】胸水細胞診は好酸球を主体とした多数の炎症細胞を背景に, N/Cが高く核形不整, クロマチン増量, 一部核小体が目立つ核を有する異型細胞を, 孤在性から数個の疎な結合性を有する小集塊状に認め, 腺癌の疑いと報告した。再鏡検では, 一部腫瘍細胞は腎型核や多核細胞を認め, May-Giemsa染色では細胞質が好塩基性を示し, ALCLとしても矛盾の無い所見であった。

【組織所見】左胸部軟部組織では, 線維結合織の増生と高度の好酸球浸潤を背景として大型の異型細胞を孤在性・散在性に認めた。免疫染色で異型細胞はCD4, CD30陽性, CD3, CD8, CD20, ALK, Granzyme B, TIA-1陰性であった。フローサイトメトリーで大型細胞領域にCD25, CD30陽性細胞を認め, BIA-ALCLと診断した。

【まとめ】BIA-ALCLの症例を経験した。BIA-ALCLは時に上皮性腫瘍との鑑別が困難であり, 臨床情報を踏まえ, 本疾患を鑑別に挙げるのが重要である。

### P-1-128 胃癌が疑われ施行された審査腹腔鏡検査時の腹水で尿路上皮癌を認めた一例

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院中央臨床検査部<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪府立十三市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○梶尾麻衣(CT)<sup>1)</sup>, 内山 勲(CT)<sup>1)</sup>, 山本茉莉(CT)<sup>1)</sup>, 福島裕子(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】腹水中に出現する腫瘍細胞は腺癌であることが多く, その他の組織型に遭遇する機会は比較的少ないと考えられる。今回, 我々は胃癌が疑われ施行された審査腹腔鏡検査時の腹水で尿路上皮癌を認めたので報告する。

【症例】70歳台, 男性。尿管癌の膀胱浸潤に対してTUR施行。その後, 悪心, 嘔吐が出現し, 画像および内視鏡検査にて胃壁肥厚が指摘され, スキルス胃癌が疑われた。複数回の胃生検で悪性所見が得られず, 審査腹腔鏡検査にて胃周囲リンパ節生検と腹水細胞診が行われた。

【組織所見】胃周囲リンパ節組織では腫大した核と好酸性の細胞質をもつ細胞が胞巣状や索状構造を形成して密に増生していた。既往の膀胱TUR組織像に類似しており, また免疫組織学的にcytokeratin7, GATA3が陽性であり, 尿路上皮癌の転移と診断された。

【細胞所見】腹水細胞診では, 異型細胞が散在性から小集塊状, 一部木目込み様配列を示し出現していた。細胞質が厚く核中心性のもや細胞質が泡沫状で核偏在性の異型細胞が混在していた。いずれも顆粒状のクロマチンが増量しており核形不整や明瞭な核小体が認められた。腹水に出現する胃由来の腺癌とするには, 配列や細胞形態が一部非定型的であり, 組織所見とあわせて尿路上皮癌の細胞と考えられた。

【まとめ】腹水中に悪性細胞が出現した場合, 腺癌を考えた方がであるが, 定型的な腺癌の細胞像と異なる所見があれば, 既往歴の確認や組織所見とあわせて, 総合的に判断することが重要であると考えられた。

### P-1-129 食道 EUS-FNA により診断した上皮型 中皮腫の一例

高槻赤十字病院病理診断科部

○山田桂実(CT), 荒木孝一郎(CT), 山本 翔(CT),  
廣田智美(CT), 渡邊千尋(MD)

【はじめに】胸膜中皮腫における胸水細胞診の役割は大きいですが, 細胞診のみでの診断確定は容易ではなく胸腔鏡による胸膜生検にて確定されることが多い。胸腔鏡を行えない場合は診断確定に苦慮する。今回我々は経食道 EUS-FNA により診断確定に至った症例を経験したので報告する。

【症例】80 歳台男性。結核性胸膜炎, アスベスト暴露の既往あり。難治性気胸と胸水貯留を認め精査目的に当院紹介となった。胸水細胞診は良悪鑑別困難。胸腔鏡は全身状態不良により施行できず, 食道狭窄による嚥下障害が出現。下部食道全周性肥厚を認め, 診断確定のため, 縦隔リンパ節と食道壁の EUS-FNA を施行した。

【細胞所見】胸水細胞診では, 中皮細胞の一部に相互封入像や hump 様細胞質突起, 多核化を認めるも出現頻度が低く, 個々の細胞異型に乏しかった。細胞量が少なくセルブブロック標本を作製できず, 中皮腫と反応性中皮の鑑別困難と判定した。EUS-FNA での ROSE の Diff-Quik 染色では, 平面的なシート状集塊で, 細胞質の好塩基性が強調される異型細胞が出現, 検体適正と判定した。

Pap 染色では, 類円形核を有し, N/C 比が高い細胞が索状, 胞巣状集塊で出現し, 核形不整に乏しいが, 細胞密度が高く, オレンジ G 好染細胞を認めたため, 中皮腫や扁平上皮癌を疑った。免疫染色では, CAM5.2, CK5/6, calretinin, D2-40, WT-1 が陽性, p40, CEA, TTF1 が陰性。MTAP の消失は認めなかったが BAP1 の核での消失を認め, 上皮型中皮腫と診断した。

【まとめ】本症例では, 胸水細胞診で中皮腫の診断確定に至らず胸腔鏡も行えなかったが, 経食道 EUS-FNA の細胞像と免疫染色で, 縦隔, 食道へ伸展した中皮腫と診断確定することができ, 有用性が示唆された。

### P-1-130 腹水細胞診を契機に診断し得た顆粒球肉腫 の 1 例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診<sup>1</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科<sup>2</sup>, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院脳神経センター脳神経病理<sup>3</sup>

○坂本康輔(CT)<sup>1</sup>, 木村芳三(MD)<sup>2</sup>, 塚本孝久(CT)<sup>1</sup>,  
楳田明美(CT)<sup>1</sup>, 長山大輔(CT)<sup>1</sup>, 亀田花奈(CT)<sup>1</sup>,  
長谷川真梨(CT)<sup>1</sup>, 高橋光彦(CT)<sup>1</sup>, 塩賀太郎(MD)<sup>2</sup>,  
杉田保雄(MD)<sup>3</sup>, 檜垣浩一(MD)<sup>2</sup>

【はじめに】顆粒球肉腫は髄外に生じる骨髄系腫瘍であり, 皮膚, 精巣, 消化管, 中枢神経など様々な臓器に発生する。今回我々は急性骨髄性白血病の髄外病変として骨盤内に腫瘤を形成し, 腹水中に出現した顆粒球肉腫を経験したので報告する。

【症例】70 歳台・女性。約 1 年半前に成人型顆粒膜細胞腫のため子宮と両側付属器を摘出。再発なく経過観察中であつたが, CT 検査にて骨盤内に約 12 cm 大の腫瘤と腹壁に多数の結節を認めた。顆粒膜細胞腫の再発を疑い腹壁結節の術中迅速組織診と洗浄腹水細胞診が施行された。

【細胞所見】多数の異型細胞を孤立散在性に認め, それらは狭小の細胞質を有し, 核は円形～類円形で切れ込みなどの異型が強く, クロマチンは微細顆粒状で明瞭な核小体を認めた。核と細胞質には空胞を伴っており, 未・低分化癌や造血器系腫瘍などが鑑別に挙がった。腹水セルブブロックによる免疫染色を施行し, MPO に陽性, CD3, CD20 に陰性を呈し骨髄系腫瘍を疑った。

【組織所見】術中迅速組織検査では顆粒膜細胞腫も鑑別に挙がるも確診に至らなかった。ホルマリン固定標本では核腫大した異型細胞が結合性に乏しくびまん性に増殖する像を認め, また多数の核分裂像や核破砕物を貪食するマクロファージを認めた。免疫組織染色を施行し MPO, CD33 に陽性, CD3, CD20 に陰性, MIB-1>90% を呈し顆粒球肉腫と診断した。上記診断直後に提出された骨髄組織は急性骨髄性白血病と診断した。

【まとめ】術中迅速組織診において特に造血器系腫瘍は診断に苦慮することも少なくない。本症例は腹水中に出現する異型細胞の形態から造血器系腫瘍を疑い, セルブブロックより免疫染色を併用することが診断に有用であつた。



**P-1-131 腹水セルブロック検体の細胞診および透過電子顕微鏡の検索で腺癌と診断を確定した一例**

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

○松山欽一(CT)<sup>1)</sup>, 町田浩美(CT)<sup>1)</sup>, 石川美保子(CT)<sup>1)</sup>, 石坂有夏(MT)<sup>1)</sup>, 大峯広貴(CT)<sup>1)</sup>, 加藤 遙(CT)<sup>1)</sup>, 加藤 輝(CT)<sup>1)</sup>, 石崎里美(CT)<sup>1)</sup>, 永井多美子(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木英夫(CT)<sup>1)</sup>, 野沢友美(MD)<sup>2)</sup>, 大和田温子(MD)<sup>2)</sup>, 金子有子(MD)<sup>2)</sup>, 中里宜正(MD)<sup>2)</sup>, 石田和之(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】 体腔液における腺癌と悪性中皮腫の鑑別は重要である。腹水セルブロック検体を用いた細胞診と透過電子顕微鏡による検索を併用し、漿液性腺癌と診断した1例を報告する。

【症例】 70代女性、食後のつかえ感で近医を受診し腹水貯留を指摘された。上部内視鏡検査では潰瘍を伴った逆流性食道炎のみであった。CTで少量の左側胸水と大量の腹水を認めた。PETでは腹膜、大網、骨盤内腫瘍および播種が疑われた。血清中のCA125は436HU/mlと上昇していた。腹水穿刺検体が提出された。

【病理所見】 パパニコロウ染色を用いた腹水細胞診では、血性背景に核小体明瞭で核形不整を有するN/C比大の異型細胞が小型乳頭状、孤在性に認められた。異型細胞は核内封入体と細胞質内空胞が目立ち、オレンジ好性の細胞も多数認められた。腺癌と悪性中皮腫の鑑別目的にセルブロック標本作製した。免疫染色で腫瘍細胞は、calretinin一部陽性、D2-40一部陽性、HEG-1陽性、GLUT1陽性で、MTAP(細胞質)、BAP1(核)の発現欠失は認めなかった。WT-1陽性、PAX-8陽性、TTF-1陰性、EpCAM陰性、GATA3陰性で、p53は70%以上発現していた。細胞像と合わせ漿液性腺癌を疑ったが、EpCAMなどいくつかの染色性が非典型的だった。透過電子顕微鏡下では、腫瘍細胞の細胞質が核内に嵌入した核内細胞質封入体の像が散見され、微絨毛は短く密度が低い腺癌の特徴を呈していた。

【結論】 セルブロック検体において免疫染色は解釈が難しい場合がある。透過電子顕微鏡下の検索はセルブロック検体でも可能性であり、診断に有用と考えられた。

**P-1-132 EUS-FNAによる腹水穿刺細胞診が病期の決定に有用であった2症例**

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

○石川美保子(CT)<sup>1)</sup>, 町田浩美(CT)<sup>1)</sup>, 松山欽一(CT)<sup>1)</sup>, 石坂有夏(MT)<sup>1)</sup>, 大峯広貴(CT)<sup>1)</sup>, 加藤 遙(CT)<sup>1)</sup>, 加藤 輝(CT)<sup>1)</sup>, 石崎里美(CT)<sup>1)</sup>, 永井多美子(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木英夫(CT)<sup>1)</sup>, 小野崎聖人(MD)<sup>2)</sup>, 大和田温子(MD)<sup>2)</sup>, 金子有子(MD)<sup>1)</sup>, 中里宜正(MD)<sup>2)</sup>, 石田和之(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】 EUS-FNA (endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration) は腫瘍の組織型確定とともに、リンパ節転移の検索や胸腹水の良悪性の鑑別など、病期を評価することにも用いられる。我々は少量の腹水に対しEUS-FNA細胞診を行った2例を報告する。

【症例1】 40代男性、胃痛を主訴に内視鏡検査を施行し、胃壁肥厚より進行胃癌を疑い生検したが腫瘍は検出できなかった。CTで少量の腹水が肝下面と膈周囲に認められ、経胃的にEUS-FNAを施行した。細胞診でリンパ球や組織球に混在して、核偏在性で細胞質に粘液を有する印環細胞を認め、推定診断は腺癌(印環細胞癌)とした。臨床病理学的に胃癌腹膜播種と判断し化学療法が施行された。

【症例2】 60代女性、臨床的に胆嚢癌肝浸潤およびリンパ節転移が疑われた。CTで少量の腹水が肝左葉下面に認められ、経胃的にEUS-FNAを施行し腹水を採取した。細胞診で核クロマチンが細顆粒状に増量した小型裸核状細胞が、線状配列や木目込み状配列集塊で認められ、肺の小細胞癌と類似した所見であった。壊死や核分裂像は見られず、推定診断は神経内分泌癌の可能性もある神経内分泌腫瘍とした。その後施行した胆嚢病変のEUS-FNA検体の細胞診で神経内分泌癌が示唆され、組織診の免疫染色で神経内分泌分化とKi-67陽性率高値を認めた。胆嚢神経内分泌癌による腹水と判断し化学療法が施行された。

【まとめ】 腹水に対するEUS-FNA細胞診が、それぞれ胃癌、胆嚢神経内分泌癌の病期を決定し、治療方針決定に影響を与えた。

**P-1-133 腹膜偽粘液腫の一例**

新潟厚生連長岡中央総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 新潟厚生連長岡中央総合病院病理部<sup>2)</sup>

○高橋佳奈(MD)<sup>1)</sup>, 横田有紀(MD)<sup>1)</sup>, 加勢宏明(MD)<sup>1)</sup>, 五十嵐俊彦(MD)<sup>2)</sup>

**【症例】**40代女性。健診で下腹部膨満を指摘され受診。臍上1横指に達する巨大卵巣腫瘍を認め、MRIで14cm大の粘液嚢胞腺腫と腹水貯留が疑われた。経腔エコーでダグラス窩に高輝度な腹水貯留を認め、穿刺吸引を試みたが腹水は採取できず、粘稠度の高い腹水性状が考えた。両側付属器切除+単純子宮全摘+部分大網切除+虫垂切除+腹膜生検を施行した。腹腔内にはゼリー状腹水が多量に貯留していた。左卵巣は15cm大に腫大し破綻しており、虫垂漿膜面には1cm大の嚢胞性病変を認めた。

**【病理組織検査】**左卵巣は粘液性境界悪性腫瘍であり、虫垂には末端に3mm大の乳頭管状腺癌を認め、断端は陰性であった。虫垂漿膜、右付属器周囲広間膜に粘液付着や腫瘍上皮のインプラントが見られた。左卵巣腫瘍、虫垂腫瘍ともにCK7陰性、CK20陽性であった。

**【腹水細胞診】**強い粘液性の背景で、組織球、リンパ球、好中球等を認めた。一部、胞体に粘液を含む印環型細胞が散在していた。シート状もしくは偽乳頭状の大集塊も認め、いずれも腺上皮由来細胞と考えられた。強い核異型は認めず、核の極性も保たれているため良性と診断した。腹水中の集塊細胞はCK20陽性であった。

**【考察】**腹膜偽粘液腫は、粘液産生腫瘍の破綻から腹腔内に大量のゼリー状粘液の貯留をきたす疾患である。原発臓器はほとんどが虫垂と報告されており、組織型は低悪性度の粘液性虫垂腫瘍が一般的である。本例は臨床所見からは卵巣粘液性境界悪性腫瘍の破裂による腹腔内粘液漏出と虫垂癌の合併も考えたが、免疫染色を追加することにより卵巣腫瘍も腸管由来と判明したため、腹膜偽粘液腫と診断できた。

**P-1-134 胸水細胞診で多数のオレンジG好性細胞を認め癌腫との鑑別に苦慮した中皮腫の一例**

兵庫医科大学病理学分子病理部門

○隅田安由美(CT), 結城美智子(DDS), 佐藤鮎子(PhD), 辻村 亨(MD)

**【背景】**中皮腫の体腔液細胞所見は、出血性や粘液性背景に腫瘍細胞が球状・乳頭状細胞集塊あるいは孤在性に出現し、相互封入、hump様細胞質突起、細胞質の重厚感、細胞辺縁の不明瞭化、多核細胞、オレンジG(OG)好性細胞を認めることを特徴とする。今回、胸水細胞診でOG好性細胞の出現が著しく、角化型扁平上皮癌との鑑別に苦慮した中皮腫の一例を経験したので報告する。

**【症例】**60歳台の男性。咳嗽が出現したため他院を受診した。右胸水を指摘され、精査目的に紹介入院となった。胸水細胞所見：壊死性背景に、核クロマチンが粗顆粒状に増量する異型細胞が孤在性、一部集塊状に出現していた。異型細胞は類円形から不整形を呈し、細胞質は厚く、核分裂像、多核細胞、濃染核を有する細胞を認め、多数のOG好性細胞や有尾状細胞もみられた。推定病変には角化型扁平上皮癌を考えたが、中皮腫の可能性も否定できなかった。胸膜生検病理組織所見：核クロマチン濃染を示す異型細胞が充実性に増殖し、多数の壊死を伴っていた。免疫組織化学で異型細胞はcalretinin(+), WT1(+), D2-40(+), TTF-1(-), claudin-4(-), p40(-)を示し、中皮系細胞と考えられた。浸潤性増殖していること、BAP1 lossであることから上皮型中皮腫と診断された。

**【まとめ】**中皮腫細胞診に出現するOG好性細胞は変性した中皮腫細胞に由来し、胸水細胞診でしばしば観察されるが、本例で認められたほど多数のOG好性細胞の出現は稀である。本例では腫瘍に多数の壊死が存在し、OG好性細胞の著しい出現に影響した可能性がある。胸水細胞診で多数のOG好性細胞を認めても壊死性背景である場合、中皮腫を念頭に置いて細胞診断することが大切と考える。

### P-1-135 乳腺浸潤性小葉癌の転移による癌性腹膜炎の一例

みやぎ県南中核病院病理診断室<sup>1)</sup>, みやぎ県南中核病院病理診断科<sup>2)</sup>, 国立病院機構仙台医療センター病理診断科<sup>3)</sup>, 東北医科薬科大学医学部病理学教室<sup>4)</sup>

○佐藤瑠璃(CT)<sup>1)</sup>, 熊谷勝政(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤真之介(CT)<sup>1)</sup>, 橋本律子(CT)<sup>1)</sup>, 千崎久美子(CT)<sup>1)</sup>, 櫻田潤子(MD)<sup>2)</sup>, 小山(齊藤)涼子(MD)<sup>3)</sup>, 中村保宏(MD)<sup>4)</sup>, 大藤高志(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】乳癌の腹膜転移は稀とされているが、浸潤性小葉癌は骨、婦人科臓器、腹膜、後腹膜、消化管に転移しやすい傾向を示す。今回、我々は腹水細胞診で悪性細胞が認められたのを契機に多臓器への転移が判明した浸潤性小葉癌を経験したので報告する。

【症例】50代、女性。下部腹痛、嘔吐、下痢を主訴に他院を受診、エコー上右下腹部に直径5cm程度の腫瘍が認められたため当院に救急搬送された。当院のCT画像で多量の腹水があり、腸間膜と小腸などが一塊に見えた。癌性腹膜炎の疑いで吸引採取された腹水から悪性細胞が検出された。その後、右乳腺の3cm大の腫瘍の針生検で浸潤性小葉癌、胃生検で乳腺原発の浸潤性小葉癌が認められた。

【腹水細胞像】核腫大と核のくびれなどの明瞭な核形不整、多核化を示す異型細胞が小集塊状から孤立性に出現していた。相互圧排像や核分裂像も多く、悪性(癌腫)と判定した。

【乳腺針生検組織像】腫大した不整な核を有する異型上皮が、索状～弧在性に浸潤増殖し周囲脂肪組織にも及んでいた。免疫染色はCK7+, ER+, PR+, E-cadherin-であった。

【胃生検組織像】粘膜固有層にクロマチンが増量した小型不整核を有する異型細胞が浸潤増殖しており、免疫染色はCK7+, CK20-, GATA3+, HER2-, ER+, PR+, E-cadherin-であり乳腺原発浸潤性小葉癌の転移と診断された。

【結語】今回、腹水細胞診を契機に右乳腺浸潤性小葉癌の多臓器転移と確定診断された一例を報告した。

### P-1-136 EWSR1::NFATC2肉腫の1例

千葉県がんセンター臨床病理部<sup>1)</sup>, 千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科<sup>2)</sup>

○竹田直生(MD)<sup>1)</sup>, 牧瀬尚大(MD)<sup>1)</sup>, 高橋 司(CT)<sup>2)</sup>, 小高重紀子(CT)<sup>2)</sup>, 加藤弘志(CT)<sup>2)</sup>, 及川麻理子(MD)<sup>1)</sup>, 杉山孝弘(MD)<sup>1)</sup>, 川名秀忠(MD)<sup>1)</sup>, 荒木章伸(MD)<sup>1)</sup>, 伊丹真紀子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】EWSR1::NFATC2肉腫は稀な円形細胞肉腫であり、EWSR1::非ETS肉腫のうち最多を占める。“Ewing様肉腫”と診断されてきた例が多いが、臨床像、組織像、免疫形質、遺伝子異常、いずれもEwing肉腫と異なる独立した疾患単位である。今回、EWSR1::NFATC2肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】20代男性。10年前から右下肢多発fibrous dysplasia(FD)で経過観察されていた。2年前に左大腿骨幹部に37×14mmの溶骨性腫瘍を指摘され、FD疑いで、髓内釘固定術を施行された。その後、徐々に左大腿骨の骨溶解像が進行し、当院を受診した。FDの二次性悪化を疑われ、CT下針生検を施行された。

【細胞所見】メタクロマジーを示す粘液様基質を背景に核小体明瞭な類円形核と比較的豊富な細胞質を有する異型円形細胞が結合性の弱い集団ないしは裸核様で散在性に見られた。一部に好酸球浸潤が見られた。非上皮性悪性腫瘍を考えたが組織型の確定には至らなかった。

【組織所見】軽微な大小不同を伴うクロマチン濃染核を有する小円形、短紡錘形、類上皮細胞が粘液硝子性基質を背景に小胞巣状や索状に増殖していた。核分裂像が4個/10HPFs程見られた。一部に好酸球浸潤が見られた。免疫染色でAE1/3, S100, CD34, LCA, CD38, desminが陰性だった。FISH法でEWSR1遺伝子の5'単独signalが増幅していた。RT-PCR法でEWSR1::NFATC2融合mRNAを検出し、EWSR1::NFATC2肉腫と診断した。

【結語】EWSR1::NFATC2肉腫の1例を経験した。メタクロマジーを示す基質、核の軽微な大小不同、好酸球浸潤が特徴的と考えた。FISH, RT-PCRにより確定診断に至った。EWSR1::NFATC2肉腫の細胞像の報告は乏しく、さらなる症例の蓄積が必要である。

## P-1-137 骨アダマンチノーマの一例

札幌医科大学附属病院

○竹浪智子(CT), 大門史士(CT), 伊藤美香子(CT), 木戸朋美(CT), 青山智志(CT), 蓑島敦志(CT), 森谷 純(CT), 瀬川恵子(MD), 菅原太郎(MD), 藤田裕美(MD), 杉田真太郎(MD), 長谷川匡(MD)

【はじめに】骨アダマンチノーマは若年から中年の成人に多く、脛骨骨幹の骨皮質に好発する稀な悪性腫瘍である。脛骨発生の骨アダマンチノーマを経験したので細胞像を供覧する。

【症例】60歳台男性。約1ヶ月続く右下腿痛を主訴に前医を受診し、X-P上脛骨および腓骨の骨幹部に腫瘍性病変を認め、精査加療目的のため当院受診した。CTおよびMRIでは右脛腓骨腫瘍と診断され、鑑別に線維性骨異形成、線維性骨異形成の2次性悪性化、転移性骨腫瘍が挙げられた。その後、切開生検を施行し、右下腿切除術が施行された。

【細胞所見】切除検体において腫瘍捺印細胞診を行った。異型細胞が上皮様の細胞構造を示す成分と、類円形細胞や短紡錘形細胞が孤在性に出現する成分が観察された。上皮様の成分では腺腔様構造、柵状配列、流れ状配列が認められた。孤在性の成分では異型細胞の核クロマチンは細顆粒状で、細胞質が不明瞭であり、一部ロゼット様構造も認められた。

【組織所見】脛骨腫瘍では核クロマチン粗造、あるいは豊富な類円形核と淡好酸性胞体を有する上皮様、短紡錘形細胞が充実性、胞巣状、腺管状、癒合腺管状に骨髓内、皮質骨内、および髓外の結合組織に増殖し、腫瘍胞巣の辺縁部では腫瘍細胞の柵状配列が見られ、骨アダマンチノーマと診断した。腓骨には腫瘍は認められず、骨梗塞が見られた。

【まとめ】細胞像は切除検体の組織所見を反映していた。転移性骨腫瘍を含め鑑別診断は多岐に及んだ。細胞像、組織像のみでの判断は特異的な所見が得られない場合もあり、確定診断には年齢、発生部位、画像所見を含めた総合的な評価が必要である。

## P-1-138 若年女性の後頭部に発生した粘液線維肉腫の1例

川崎医科大学附属病院病院病理部<sup>1)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>

○田中誠人(CT)<sup>1)</sup>, 福屋美奈子(CT)<sup>1)</sup>, 則本和佳奈(CT)<sup>1)</sup>, 館上里緒菜(CT)<sup>1)</sup>, 藤本大地(CT)<sup>1)</sup>, 寺尾祥江(CT)<sup>1)</sup>, 菅野豊子(CT)<sup>1)</sup>, 小林江利(CT)<sup>1)</sup>, 西村広健(MD)<sup>1,2)</sup>, 伊禮 功(MD)<sup>1,2)</sup>, 秋山 隆(MD)<sup>1,2)</sup>, 森谷卓也(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】粘液線維肉腫は中年男性の四肢に好発する悪性軟部腫瘍で、頭頸部領域の発生は極めて稀である。今回、我々は若年女性の後頭部に発生した粘液線維肉腫を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】10歳台、女性、既往歴・家族歴に特記事項なし。頭部のしこりを自覚し来院。超音波検査で後頭部の皮下脂肪織内に23×12×8mmの、多房性低エコー腫瘤を認めた。穿刺吸引法を施行したところ粘液性物質が採取されたため、合わせ法による細胞診検索を行った。

【細胞所見】パパニコロウ染色では、ヘマトキシリンに淡染する間質性粘液、分岐を示す細い血管とともに、類円形～紡錘形の異型細胞がみられた。それらは核の大小不同、核形不整を示し、少なからず多核細胞も認められた。核クロマチンは増量し、粗顆粒状で、明瞭な好酸性の核小体を有していた。また、核内封入体もみられた。細胞の境界は不明瞭であった。

【病理組織所見】粘液腫状基質を背景に、紡錘形の腫瘍細胞が束状、花筵状に増殖していた。腫瘍細胞は核の大小不同を含め多形性を有し、核分裂像も目立っていた。免疫組織学的には、CD34が部分的に陽性、p16陽性で、 $\alpha$ -SMA, desmin, ERG, S-100, STAT6は陰性であった。

【考察】細胞診では背景の間質性粘液とともに、多形性を示す異型紡錘形細胞が出現することから、粘液型脂肪肉腫、多形腺腫などの筋上皮細胞性腫瘍、陳旧性神経鞘腫などの可能性も考慮が必要である。年齢、発生部位や画像所見から本腫瘍の可能性も鑑別に挙げるとともに、症例の蓄積が重要と思われる。



### P-2-1 脳脊髄液細胞診で髄膜癌腫症と診断された子宮体部未分化癌の一例

産業医科大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理部<sup>2)</sup>, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学<sup>3)</sup>

○田尻亮祐(PhD)<sup>1)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>2)</sup>, 中島悠貴(CT)<sup>2)</sup>, 寺戸信芳(CT)<sup>2)</sup>, 島尻正平(PhD)<sup>2)</sup>, 原田大史(PhD)<sup>1)</sup>, 植田多恵子(PhD)<sup>1)</sup>, 栗田智子(PhD)<sup>1)</sup>, 吉野 潔(PhD)<sup>1)</sup>, 松浦祐介(PhD)<sup>3)</sup>

【はじめに】多彩な神経学的症状を呈し髄液細胞診から髄膜癌腫症と診断された子宮体部癌症例を経験した。

【症例】70代4妊2産。急性腹症で受診し超音波断層法で子宮腔内に腫瘤を認め、子宮内膜組織診で腺癌と診断され、腹式単純子宮全摘術+両側付属器摘出術が施行された。

【摘出子宮病理組織所見】N/C比が極めて高い小型類円形細胞が壊死を伴い胞巣状、びまん性に増殖する像と、高分化の管状乳頭状増殖の成分が混在していた。免疫染色では前者でケラチン陰性、EMA, CD10, CD56, Synaptophysin, Chromogranin Aが陽性であり未分化癌と類内膜癌G1の共存と診断した。

【術後経過】TC療法を2kur実施後にめまい、嘔吐、右頸部痛のため緊急入院となった。左口角下垂、右聴力低下を認めたがCT検査では明らかな脳転移を認めず、右頸部リンパ節転移の増大を認めた。AP療法にレジメンを変更し、右頸部リンパ節に対して放射線照射も実施した。照射部位の腫瘍は縮小したが他の転移巣は増大傾向にあった。治療後3週間で左聴力低下を認め頭部造影MRI検査で髄膜癌腫症を疑う所見を指摘され全脳照射を開始した。一時的に症状は改善したが照射後1週間で急な意識レベル低下と髄膜刺激症状を認め、髄液細胞診を実施し髄膜癌腫症の診断に至った。その後意識レベルは低下し誤嚥性肺炎のため永眠された。

【脳脊髄液細胞診】血性背景にN/C比が高く核クロマチンが増加した核偏在性を伴った異型細胞が孤在性または小集塊状に多数みられ、低分化腺癌を疑う所見であった。

【結語】子宮体部未分化癌と類内膜癌G1の共存症例における髄膜癌腫症の1例を経験した。神経学的異常を呈する場合は髄膜癌腫症の可能性も考慮すべきと思われる。

### P-2-2 子宮体下部粘膜下筋腫に発生した扁平上皮癌の1例

友愛医療センター産婦人科<sup>1)</sup>, 友愛医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○前濱俊之(MD)<sup>1)</sup>, 大城大介(MD)<sup>1)</sup>, 佐久本望美(CT)<sup>2)</sup>, 稲嶺圭祐(CT)<sup>2)</sup>, 伊禮 彩(CT)<sup>2)</sup>, 照屋敦子(CT)<sup>2)</sup>, 喜友名正也(MD)<sup>2)</sup>

子宮内膜に発生する扁平上皮癌は非常にまれであり、全内膜癌の0.1%と報告されている。また、その発生機序については内膜腺上皮の扁平上皮化生が深く関連していると考えられている。今回、粘膜下筋腫表層に発生した扁平上皮癌の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は60代、3妊3産。不正出血で近医受診。子宮頸管より突出する腫瘤より細胞診施行し、扁平上皮癌疑いで当科紹介となった。細胞診は前医と同様扁平上皮癌疑いであり、コルポ所見も異型血管を伴う浸潤癌疑いであった。MRI画像では頸管内に存在する24×20mmの腫瘤があるが、浸潤像は明らかではなかった。頸管に浸潤する所見はなく、PETCTにおいても頸部腫瘤以外にFDGの集積像は認めなかった。腫瘤内での浅い浸潤と判断し、拡大子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節生検を行った。病理組織所見は頸部に高度異形成が存在し、粘膜下筋腫表層に連続性に存在していた。さらに粘膜下筋腫の頂部で間質浸潤し、深さは15mmであった。両側付属器、リンパ節生検において転移は認めなかった。術後8か月再発なく経過良好である。病理組織により頸部異形成との連続性があり、純粋な子宮体部扁平上皮癌ではないが、粘膜下筋腫頂部のみ浸潤がみられ、診断に苦慮した症例であった。

### P-2-3 子宮内膜細胞診でのみ術前に疑い得た、 漿液性子宮内膜上皮内癌の症例

飯塚病院産婦人科<sup>1)</sup>, 飯塚病院病理科<sup>2)</sup>

○西山 哲(MD)<sup>1)</sup>, 大石善丈(PhD)<sup>2)</sup>

【はじめに】漿液性子宮内膜上皮内癌 (serous endometrial intraepithelial carcinoma, 以下 SEIC) は, 子宮漿液癌の前駆病変と推定され, 上皮内癌であるにも関わらず腹腔播種が多く予後が不良とされる。子宮内膜は菲薄で生検採取量が少なく, SEIC の術前診断は困難なことが多い。今回, 子宮内膜細胞診で異型細胞を認めましたが子宮内膜全面搔爬で確定診断し得ず, 全腹腔鏡下子宮全摘出術により確定診断に至った症例を報告する。

【症例】50 歳台後半. G2P2. 閉経 40 歳台後半. 住民検診による子宮頸部細胞診で腺癌疑いのため当院に紹介となった。子宮内膜は 7 mm とわずかな肥厚あり。子宮頸部細胞診, 子宮内膜細胞診ではいずれもわずかな異型細胞を認め, 腺癌疑いの評価となった。子宮内膜組織診では十分な組織量が採取されず, 子宮内膜全面搔爬術でもごく微量な異型組織しか検出されなかった。確定診断を兼ねて, 全腹腔鏡下子宮全摘出術, 両側付属器切除術を行い, SEIC の診断となった。後日, 再度開腹手術を行い, pT1aN0M0 の病期診断となり, 術後補助化学療法を行った。

【子宮内膜細胞診所見】核小体が明瞭な核腫大する異型細胞が細胞集塊で出現。腺癌, 漿液性癌の可能性を疑う。

【子宮内膜組織診所見; 全面搔爬】核腫大を伴うごく微量の異型上皮集塊。癌を否定できないが量が少なく診断困難。

【考察】SEIC は子宮内膜が菲薄であるため組織診での積極診断が難しい一方で, 子宮内膜細胞診が重要であるとする報告がある。上皮内癌とは言え悪性度は高く, 漿液性子宮体癌に準じた取り扱いが推奨されているが, 術式や術後補助化学療法の要否について標準的な治療方針が確立しているわけではない。症例の集積が望まれる。

### P-2-4 Endometrial carcinoma presenting as pyometra : Importance of repeat cytology

湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>1)</sup>, 湘南鎌倉総合病院臨床検査部<sup>2)</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>3)</sup>

○大沼一也(MD)<sup>1)</sup>, 小保方和彦(CT)<sup>2)</sup>, 程島 就(CT)<sup>2)</sup>, 石井彩奈恵(CT)<sup>2)</sup>, 菅原 隆(CT)<sup>2)</sup>, 井上裕美(MD)<sup>1)</sup>, 手島伸一(MD)<sup>3)</sup>

Introduction : Pyometra is not a typical clinical presentation of endometrial carcinoma. Abundant purulent exudates may cause failure of detecting malignant cells on cytologic examination of aspirated uterine content.

Case : A woman in her 70s presented with copious yellowish vaginal discharge. Ultrasound demonstrated endometrial cavity filled with fluid content showing granular echogenicity. Cytologic examination of aspirated content showed purulent fluid only and was negative for malignancy. On the second visit, re-accumulation of fluid was noted, but also endometrial irregularity was revealed. Smears of aspirated content demonstrated highly atypical cells suspicious for malignancy. Subsequent endometrial biopsy showed endometrioid carcinoma, grade 1. She underwent Robot assisted total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for clinical stage I endometrial carcinoma. Pathologic examination showed grade 1 endometrioid carcinoma without myometrial invasion and lymphovascular invasion.

Conclusion : Complete drainage of uterine content in pyometra is important to rule out underlying malignancy. Cytologic examination of the aspirated content may show pus only and fail to reveal cytologic elements of the underlying malignancy. Repeat aspiration with re-assessment of the endometrium and cytologic examination may be crucial.

### P-2-5 横紋筋芽細胞様分化を伴った子宮平滑筋肉腫の一例

東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>1)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター産科婦人科<sup>2)</sup>

○加藤彩子(CT)<sup>1)</sup>, 吉田莉於(CT)<sup>1)</sup>, 加藤くるみ(CT)<sup>1)</sup>, 内山 篤(CT)<sup>1)</sup>, 吉田えりか(CT)<sup>1)</sup>, 若槻よしえ(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤夢美香(MD)<sup>1)</sup>, 脇屋 緑(MD)<sup>1)</sup>, 沖村 明(MD)<sup>1)</sup>, 藤森浩司(MD)<sup>2)</sup>, 小野寺高幹(MD)<sup>2)</sup>, 清水基弘(MD)<sup>2)</sup>, 中津川宗秀(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】平滑筋肉腫（以下 LMS）は子宮体部悪性腫瘍の約 3% を占める高悪性度腫瘍であり、横紋筋芽細胞様分化を伴うものは更に稀でその報告は少ない。今回我々は、横紋筋芽細胞様分化を伴う LMS を経験したので、細胞像を中心に文献的考察を加え報告する。

【症例】70 代女性。CT にて子宮体部腫瘍が指摘され、当院紹介受診となった。MRI で子宮は鶯卵大に腫大し、内部壊死像が見られた。半年後に腫瘍は小児頭大まで増大し、子宮口より腫瘍の脱出が見られた。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】内膜擦過細胞診では、血性背景に、孤立散在性に大型の腫瘍細胞が出現していた。それらは、単核や多核など多彩で、著明な核形不整や複数の大型核小体が見られた。一部には、好酸性の細胞質と肥大した核小体を伴った偏在核を持つ横紋筋芽細胞様の類円形細胞が見られた。上皮性腫瘍を疑う所見は見られなかった。

【組織所見】腫瘍細胞の大部分は紡錘形で多形、奇怪な核を有していた。これらは、免疫組織化学染色で AE1/AE3(-), Vimentin(+), Calponin(+), h-Caldesmon(+ )を示し、Myogenin や MyoD1 などの横紋筋マーカーは陰性を示した。一方、子宮口から脱出した腫瘍部分では、MyoD1 の核陽性像を僅かに認めた。横紋筋芽細胞様分化を伴う平滑筋肉腫と診断された。

【考察】横紋筋芽細胞様分化を伴う LMS の細胞像を中心に報告した。LMS は多彩な細胞形態をとる事に留意し慎重な観察が必要と考えられた。

### P-2-6 子宮内膜細胞診で診断できた子宮体部悪性リンパ腫の 1 例

国際医療福祉大学医学部産婦人科<sup>1)</sup>, 国際医療福祉大学医学部病理診断科<sup>2)</sup>

○森井 瑤(該当なし)<sup>1)</sup>, 岡田智志(MD)<sup>1)</sup>, 大谷知廣(該当なし)<sup>1)</sup>, 渋谷亮介(該当なし)<sup>1)</sup>, 木原真紀(MD)<sup>1)</sup>, 片岡史夫(MD)<sup>1)</sup>, 小無田美菜(MD)<sup>2)</sup>, 林雄一郎(該当なし)<sup>2)</sup>, 潮見隆之(MD)<sup>2)</sup>, 進 伸幸(MD)<sup>1)</sup>, 三木明徳(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】悪性リンパ腫の 25% は節外性臓器に発生するが、子宮体部原発例は稀である。今回我々は子宮内膜細胞診で診断しえた子宮体部悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】80 代 G3P3, 閉経 50 代。3 週間前からの血尿を主訴に当院泌尿器科を受診。経腹超音波、膀胱鏡で明らかかな腎泌尿器系の異常所見を認めず、同日当科紹介。子宮は手拳大に腫大し可動性やや不良。経陰超音波で子宮筋層との境界不明瞭な 9 cm の血流豊富な腫瘍を認めた。子宮内膜細胞診で核小体の目立つ大型異形細胞を孤立散在性に多数認め、悪性リンパ腫が推定された。キュレットによる内膜組織診ではびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) と診断。造影 MRI で子宮体部に 12 cm 大の腫瘍を認め、子宮外進展や骨盤リンパ節腫大は認めなかった。発熱や盗汗なく、FDG-PET にて子宮以外の臓器に明らかかな FDG 集積を認めなかった。腫瘍マーカーは CA125, CA19-9, CEA は正常範囲内で、IL-2R 7430 U/ml, LDH 424 U/L と高値だった。血液内科と協議の結果、子宮全摘後に化学療法を追加する方針となり、初診から 4 週後に腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節生検を施行。子宮は周囲組織との癒着高度であり、体部全層が軟らかい腫瘍に置換されていた。摘出検体の最終病理診断は non-GCB type の DLBCL でありリンパ節転移は認めなかった。術後経過問題なく IL-2R, LDH は著明に低下。術後 3 週で R-CHOP 療法を施行し化学療法継続予定である。

【結語】本症例はリンパ節腫大を認めず、病態からは悪性リンパ腫と推定されなかった。細胞診と組織診の併用により術前診断ができ、適切な治療方針を立てることが可能になった。

### P-2-7 子宮内膜細胞診が診断の一助となった子宮原発びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の 1 例

がん研有明病院婦人科

○美坂聡樹(MD), 野村秀高(MD), 村頭 温(MD), 松本剛史(MD), 阿部彰子(MD), 菅野素子(MD), 伏木 淳(MD), 青木洋一(MD), 根津幸穂(MD), 尾身牧子(MD), 谷川輝美(MD), 岡本三四郎(MD), 尾松公平(MD), 温泉川真由(MD), 金尾祐之(MD)

【緒言】子宮原発の悪性リンパ腫は節外性の 0.5% を占めるといわれ稀な疾患である。子宮原発の悪性リンパ腫では子宮筋層内に腫瘍が浸潤し増殖するため、子宮頸部および内膜細胞診での検出率は低いと言われている。今回画像診断で子宮腫瘍を疑ったが、子宮内膜細胞診で非上皮性悪性腫瘍を疑い精査を行うことで早期に子宮原発びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。4 妊 2 産。閉経 50 代。既往歴に特記事項なし。腹部膨満感を主訴に前医を受診。前医の子宮頸部および内膜細胞診では異常を認めなかったが、MRI で骨盤内腫瘍を認めたため当院紹介受診。当院で再度施行した子宮内膜細胞診で中から大型で N/C 比が非常に大きく核にくびれ等の不整の目立つ類円形悪性細胞を孤立性に認め、悪性リンパ腫等の非上皮性悪性腫瘍が疑われた。子宮内膜組織診では多形性の大型異型細胞がびまん性に増生しており、免疫組織染色で CD20, BCL2, BCL6, MUM1 陽性, CD5, CD10 陰性であり、MIB1 90% であったことからびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫と診断した。CT および MRI 検査では、全身のリンパ節腫大や腫瘍の存在は否定的で、子宮原発の悪性リンパ腫と判断し、化学療法の目的で血液腫瘍科へ転科し現在治療を行なっている。

【まとめ】今回子宮内膜細胞診で非上皮性悪性腫瘍を疑い、精査を行うことで子宮原発悪性リンパ腫と早期に診断し適切な治療を開始することができた一例を経験した。稀ではあるが子宮に悪性リンパ腫が発生することを念頭に置き細胞診に臨むことで、細胞診は早期診断に有用な可能性があると考えられた。

### P-2-8 脂肪組織を伴い低異型度と高異型度が混在した子宮内膜間質肉腫の 1 例

日本医科大学多摩永山病院病理診断科・病理診断室

○日吾美栄子(CT), 磯部宏昭(CT), 川野記代子(CT), 岩瀬裕美(CT), 網谷由紀子(CT), 甲斐大地(CT), 岩田 隆(MD), 永田耕治(MD)

【はじめに】子宮内膜間質肉腫（以下 ESS と略）は子宮悪性腫瘍の 1% 未満と非常に稀な疾患であり、40～50 歳台に発症することが多い。今回、子宮内膜細胞診で ESS を推定し得る細胞を認めたので報告する。

【症例】50 代女性。PET-CT にて子宮悪性腫瘍疑いで当院紹介受診となった。CA19-9, CEA は基準値内であったが CA125 は 75.3 U/ml と高値であった。子宮肉腫疑いの診断で腹式単純子宮全摘及び両側付属器切除が施行された。切除検体で底部から体部にかけて巨大な腫瘍を認め、断面は変性、壊死を伴う境界不明瞭な灰白色調充実性であった。

【細胞所見】比較的きれいな背景に、結合性の乏しい散在性や集塊状の異型細胞を認めた。クロマチンは細顆粒状や粗顆粒状で増量し、核形は紡錘形で切れ込みやくびれがみられた。また集塊内に血管もみられた。核分裂像は目立たなかった。以上より間葉系腫瘍を考え、ESS と推定した。

【組織所見】類円形あるいは紡錘形核を有する異型細胞の増殖を認め、一部に流れるような配列を示した。細胞密度が密と疎の箇所がみられ小型血管が介在している箇所もみられた。明瞭な脂肪織への分化も散見された。基質産生、壊死、出血、硝子化もみられた。一部には奇怪な核や大小不同が目立つ未分化な領域がみられた。核分裂像は hotspot で 12 個/10HPF ほどみられた。腫瘍は筋層に分け入るように浸潤していた。免疫組織化学的には CD10, ER が陽性の短紡錘形核が増殖する領域と、核異型が強く cyclin D1, CD56 が陽性の細胞が増殖する領域がみられ低異型度 ESS 成分を伴う高異型度 ESS と診断した。

【まとめ】ESS は稀な疾患であるが、細胞質や核形、細胞の配列や分布などで推定することが可能であると思われた。



### P-2-9 CTガイド下ドレナージで診断し得た子宮体癌腸腰筋内嚢胞性再発の一例

弘前大学医学部産科婦人科<sup>1)</sup>, 弘前大学医学部付属病院病理部<sup>2)</sup>, 弘前大学保健学研究科生命科学領域<sup>3)</sup>

○松村由紀子(MD)<sup>1)</sup>, 重藤龍比古(MD)<sup>1)</sup>,  
小島啓子(CT)<sup>2)</sup>, 加藤哲子(MD)<sup>2)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>2)</sup>,  
渡邊 純(MD)<sup>3)</sup>, 横山良仁(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】子宮体癌の再発症例のほとんどが, 初回治療後3年以内に再発し, 再発部位は骨盤内が最多である。今回, 子宮体癌の初回治療後8年目に, 右腸腰筋に再発が疑われ, CTガイド下ドレナージによる細胞診, 組織診で確定診断となった一例を経験したので報告する。

【症例】60代女性, 2妊2産。50代の時に子宮体癌IA期類内膜癌G1の診断で, 手術のみで治療は終了し, 術後5年間再発なく経過したためフォローは終了となった。その3年後に右下肢浮腫を認め, 前医内科を受診。右腸腰筋に腫瘤を認め, CA125, CA19-9の上昇を認め, 前医婦人科に紹介。子宮体癌再発疑いとして化学療法を施行したが, 徐々に腸腰筋内腫瘤, 嚢胞が増大してきたため, 精査加療目的に当科紹介となった。嚢胞は右内外腸骨動脈分岐部にあったためCTガイド下に嚢胞を穿刺し, 持続ドレナージを行った。大部分が血液成分で, 一部組織を採取することができたため, 細胞診および組織診に提出し, 子宮体癌の再発と診断し, 放射線療法を施行した。

【細胞診】壊死物質を背景に, 核の腫大, N/C比の上昇, 核の大小不同, 核の腫大を示し, 淡い胞体を有する異型細胞を集塊状に認めた。著明な変性を伴っているが, adenocarcinomaが疑われた。

【組織診】壊死物質や凝血塊のなかに異型細胞が集塊状, 孤立散在性に認められた。核は類円形で腫大, 核小体が目立っていた。免疫組織化学的に, PAX8(+), CK7(+), CK20(-), ER(±), HNF-1β(+), p53(-)であり, 子宮体癌の再発として矛盾しない所見であった。

【結語】稀な経過であるが, CTガイド下ドレナージを行い, 細胞診および組織診で診断し得た。

### P-2-10 子宮内膜原発巨細胞癌の2例

杏林大学医学部産科婦人科学教室<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部付属病院病理部<sup>2)</sup>, 杏林大学医学部病理学教室<sup>3)</sup>

○浅野史男(MD)<sup>1)</sup>, 百村麻衣(MD)<sup>1)</sup>, 坂口 碧(CT)<sup>2)</sup>,  
田邊一成(CT)<sup>2)</sup>, 坂本憲彦(CT)<sup>2)</sup>, 岸本浩次(CT)<sup>2)</sup>,  
長濱清隆(MD)<sup>3)</sup>, 下山田博明(MD)<sup>3)</sup>, 松本浩範(MD)<sup>3)</sup>,  
森定 徹(MD)<sup>1)</sup>, 柴原純二(MD)<sup>3)</sup>, 小林陽一(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】子宮内膜原発腫瘍の中で巨細胞癌は稀である。今回, 我々は子宮内膜原発巨細胞癌の2例を経験したため報告する。

【症例1】70代女性, 2妊2産。不正出血を主訴に前医を受診し, 精査加療のため当院紹介受診となった。子宮内膜細胞診では強い炎症を伴う壊死性背景に, 一部集簇性に出現する多核の異型巨細胞を認めた。子宮悪性腫瘍手術を施行し, 肉眼所見は表面平滑で黄白色のポリープ状に発育した腫瘍であった。病理組織所見は腺癌成分を一部伴う巨細胞癌で, FIGO進行期1B期(pT1bNXM0)であった。巨細胞癌は腫瘍全体の95%を占め, 子宮内腔に polypoid に発育する部分は巨細胞癌成分が主体であったが, 筋層浸潤部は腺癌成分が優位であった。

【症例2】60代女性, 未妊未産。全身性浮腫の精査加療目的に当院紹介受診し, 造影CTにて子宮体部腫瘍を認めた。子宮内膜細胞診では壊死性背景に, 散在性ないし集塊状の淡明豊富な細胞質と著しい核異型を有する異型細胞を認めた。また多核で著明な核異型, 核縁の菲薄化, 明瞭な核小体を有する巨細胞も散見された。子宮悪性腫瘍手術を施行し, 肉眼所見は子宮体部全体を置換するびまん性の腫瘍であり, 病理組織所見は腺癌成分を伴う巨細胞癌で, FIGO進行期3B期(pT3bNXM0)であった。多核細胞, 奇怪核を有する巨大腫瘍細胞がびまん性に存在し, 腺癌の像を呈する領域では一部類内膜癌類似の像を認めた。

【まとめ】本症例のように子宮内膜細胞診で巨細胞の出現を認めた場合は子宮内膜原発巨細胞癌を念頭におく必要がある。

## P-2-11 子宮内膜腺肉腫の 1 例

トヨタ記念病院産婦人科<sup>1</sup>, トヨタ記念病院臨床検査科病理<sup>2</sup>

○加藤幹也(MD)<sup>1</sup>, 島 寛太(PhD)<sup>2</sup>, 柴田莉奈(MD)<sup>1</sup>, 村井 健(MD)<sup>1</sup>, 小鳥遊明(MD)<sup>1</sup>, 森 将(MD)<sup>1</sup>, 稲村達生(MD)<sup>1</sup>, 柴田崇宏(MD)<sup>1</sup>, 竹田健彦(MD)<sup>1</sup>, 鶴飼真由(PhD)<sup>1</sup>, 岸上靖幸(MD)<sup>1</sup>, 佐原晴人(CT)<sup>2</sup>, 吉森之恵(CT)<sup>2</sup>, 川口規子(CT)<sup>2</sup>, 小口秀紀(PhD)<sup>1</sup>

【緒言】子宮体部悪性腫瘍では稀な悪性腫瘍が発生する場合がある。

【症例】50 代. 性器出血, 下腹部痛があり, MRI で子宮内腔から頸管内に突出する腫瘤を認めた. 内膜組織診で組織型不明の悪性腫瘍の診断, 準広汎子宮全摘出術, 両側付属器摘出術を施行した. 病理組織診断は子宮内膜腺肉腫であった.

【細胞所見】血球成分や若干の壊死性背景に, 分枝・拡張する樹枝状から乳頭状の上皮細胞集塊と個細胞性ないしは小集塊状に散在する紡錘形から円形細胞の出現を多数認めた. 上皮を構成する細胞に異型や極性の乱れは明らかでなかったが, 円形細胞の核は類円形でクロマチン増量や核腫大を伴っていた.

【組織所見】肉眼的にポリープ様の外向発育を呈する病変が子宮内膜領域に認められた. 組織学的に幅の広い乳頭状ないしは葉状の形態を呈する間質とそれを被覆する上皮から構成される腫瘍であった. この上皮は所々で低乳頭状の形態で増殖性を認め細胞極性の乱れが観察されたが癌とする程の異型は明らかでなかった. 葉状の間質内では紡錘形から不整形の核を有する異型細胞が出現し, その分布は上皮直下では細胞密度が高く間質中央に向かって細胞密度が低下する periglandular cuffing を呈した. また一部では間質細胞の密度が高く, その異型は高度となっていた. 免疫組織化学的に出現している非上皮性異型細胞は子宮内膜間質への分化が示唆された. 形態, 免疫組織化学的に横紋筋や軟骨, 骨等の異所成分への分化は明らかでなかった為, sarcomatous overgrowth を伴う同所性腺肉腫と診断した.

【結論】子宮体部の稀な悪性腫瘍として, 腺肉腫も鑑別にいれる必要がある.

## P-2-12 子宮体部類内膜癌と鑑別を要した高異型度神経内分泌癌の 1 例

金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学<sup>1</sup>, 金沢大学附属病院病理診断科病理部<sup>2</sup>

○玉野裕子(CT)<sup>1,2</sup>, 齊川邦和(CT)<sup>1</sup>, 松下信之(CT)<sup>1</sup>, 高橋健太(CT)<sup>1</sup>, 吉村かおり(MD)<sup>2</sup>, 佐藤保則(MD)<sup>1</sup>, 原田憲一(MD)<sup>1</sup>

婦人科領域での高異型度神経内分泌癌は子宮頸部や卵巣に多く, 子宮体部原発は 1%未満と極めて稀である. 早期に遠隔転移や再発をきたし予後不良とされるが, 術前診断は容易ではない. 今回, 我々は子宮体部原発の高異型度神経内分泌癌の 1 例を経験したので報告する.

【症例】70 歳台, 女性. 高血圧で前医通院中に高血圧による腎障害を指摘され, 当院受診となった. PET-CT により子宮に腫瘤状の FDG 集積を認め, 子宮体癌が疑われた. また, 腔からダグラス窩に限局性 FDG 集積が認められ, 子宮体癌の転移, 播種の可能性が示唆された.

【子宮体部細胞診】壊死性背景に異型性に富んだ大型の腫瘍細胞が孤立散在性および一部, 集塊状に出現していた. 核は類円形から不整形で N/C が高く, 細顆粒状のクロマチンが不均一に増量していた. また, 明瞭な核小体を認め, 低分化な類内膜癌と推定した.

【組織所見】子宮体部は腫大しており, 腫瘍が漿膜面に露出していた. 内腔には 2 cm 大の淡黄色腫瘤が認められ, 子宮壁はびまん性に肥厚していた. 壊死傾向の強い腫瘍で, 類円形細胞が充実胞巣状に増殖していた. 明瞭な分化傾向を示さない低分化癌で, 免疫染色では, ER(-), PgR(-), p16(+), p53(+, 10%)で, PTEN の核発現は保持されていた. ChromograninA(+, a few), Synaptophysin(+, focal), CD56(+, focal), SSTR2(+, focal)と 10%以上の腫瘍細胞で複数の神経内分泌マーカーが陽性となり, 高異型度神経内分泌癌と診断された.

【まとめ】本症例は低分化な類内膜癌と類似性が高く, 低分化で結合性が弱い細胞像を認めた場合は, 高異型度神経内分泌癌の可能性を念頭におき, 慎重なスクリーニングと詳細な細胞観察が必要である.

### P-2-13 子宮頸部細胞診で扁平上皮癌と推定診断された子宮頸部異形成の1例

トヨタ記念病院産婦人科<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院臨床検査科病理<sup>2)</sup>

○森 将(MD)<sup>1)</sup>, 島 寛太(PhD)<sup>2)</sup>, 柴田莉奈(MD)<sup>1)</sup>, 松尾聡一郎(MD)<sup>1)</sup>, 小鳥遊明(MD)<sup>1)</sup>, 稲村達生(MD)<sup>1)</sup>, 柴田崇宏(MD)<sup>1)</sup>, 竹田健彦(MD)<sup>1)</sup>, 鶴飼真由(PhD)<sup>1)</sup>, 岸上靖幸(PhD)<sup>1)</sup>, 竹田美帆(CT)<sup>2)</sup>, 小笠原将人(CT)<sup>2)</sup>, 伊藤謙吾(CT)<sup>2)</sup>, 小口秀紀(PhD)<sup>1)</sup>

【緒言】今回我々は子宮頸部細胞診で SCC と推定診断された子宮頸部異形成の1例を経験したので報告する。

【症例】60代. 子宮頸がん検診における子宮頸部細胞診で SCC の推定診断であった。自覚症状はなく、経膈超音波断層法で子宮頸部腫瘍を認めなかった。コルポスコピー下狙い生検で CIN3 と診断した。HPV 検査は陰性で、血清 SCC は 0.9 ng/mL であった。診断、治療目的に腹腔鏡下子宮全摘出術、両側付属器摘出術を施行し、HSIL/CIN3 と診断した。

【細胞所見】若干の炎症細胞の出現を伴う背景に胞巣状の形態かつ高度な重積性を呈する細胞群を認め、これらの細胞にはクロマチンの濃染や大小不同を伴う不整形核腫大を呈しており、基底型扁平上皮細胞に類似していた。その周囲では散在性の錯角化細胞を認めたことから上皮性悪性腫瘍で、特に扁平上皮癌と推定診断した。

【病理組織所見】肉眼的には子宮頸部に粗大病変は認められなかった。組織学的には子宮頸部に相当する領域の扁平上皮内において核腫大、核の大小不同、核クロマチン濃染を伴う傍基底型異型扁平上皮細胞が上皮全層性に増殖しており、核分裂像は表層直下にまで観察された。この病変は頸管腺内進展を伴っていたが間質浸潤や脈管侵襲は見られなかった。免疫組織化学的には異型細胞は p16 にびまん性強陽性を呈していた。以上から高度異型扁平上皮内病変(HSIL/CIN3)と診断した。

【結論】子宮頸部異形成でも子宮頸部細胞診で SCC の推定診断となる場合がある。

### P-2-14 子宮頸部未分化癌の1例

トヨタ記念病院

○柴田莉奈(MD), 島 寛太(PhD), 松尾聡一郎(MD), 村井 健(MD), 小鳥遊明(MD), 森 将(MD), 稲村達生(MD), 柴田崇宏(MD), 竹田健彦(MD), 鶴飼真由(PhD), 岸上靖幸(MD), 竹田美帆(CT), 小笠原将人(CT), 伊藤謙吾(CT), 小口秀紀(PhD)

【緒言】子宮頸部悪性腫瘍では稀な悪性腫瘍が発生する場合がある。

【症例】50代. 経膈超音波で 8.7×6.8 cm の易出血性の充実性腫瘍を認めた。内診後は多量の出血が持続し、組織診は実施できず、腹式子宮全摘出術、腹式両側付属器摘出術を施行した。

【細胞所見】腫瘍圧挫細胞診では高度な壊死を背景として小型で N/C 比の高い異型細胞が、孤立散在性あるいは不規則に凝集した大型集塊を形成して多数観察された。核形は不整で核クロマチンは粗顆粒状に増量していた。悪性細胞と考えたが、上皮結合性は不明瞭であり、かつ特異的な所見に乏しく組織型の推定には至らなかった。

【組織所見】固定後剖面肉眼所見では壊死や出血を伴っているポリープ状の外向発育性病変であった。病変は組織学的に錯綜する束状かつ密に増殖する紡錘形細胞から構成される肉腫様領域を基本としてなだらかに移行する様に管状構造を呈する明瞭な上皮成分や索状ないしはリボン状の領域を有する多彩な腫瘍であった。未分化癌や癌肉腫、神経内分泌腫瘍など多彩な組織亜型が鑑別に挙げられた。免疫組織化学的に腫瘍細胞全体に AE1/AE3, CK7, vimentin, CD56 が陽性であったが神経内分泌系マーカーや分化特異的なマーカーは陰性であった。p16 は大部分に陰性で p53 は wild pattern を示した。以上からいずれも分化段階の異なる一連の腫瘍を観察していると判断し、かつ肉腫様領域にも keratin が陽性であったことから未分化癌と診断した。

【結論】子宮頸部の稀な悪性腫瘍の補助診断として、子宮頸部腫瘍の圧挫細胞診が有用な場合がある。

## P-2-15 細胞診断で扁平上皮癌との鑑別を要した 子宮頸部腺癌の 1 症例

九州がんセンター婦人科<sup>1)</sup>, 九州がんセンター臨床検査科<sup>2)</sup>, 九州がんセンター病理診断科<sup>3)</sup>

○園田顕三(MD)<sup>1)</sup>, 岡留雅夫(MD)<sup>1)</sup>, 藤本翔大(CT)<sup>2)</sup>,  
勝間慎一郎(MD)<sup>1)</sup>, 二尾 愛(MD)<sup>1)</sup>, 村上孟司(MD)<sup>1)</sup>,  
山口真一郎(MD)<sup>1)</sup>, 長山利奈(MD)<sup>1)</sup>, 有吉和也(MD)<sup>1)</sup>,  
杉井 梓(MD)<sup>2,3)</sup>, 古賀 裕(MD)<sup>2,3)</sup>,  
田口健一(MD)<sup>2,3)</sup>, 齋藤俊章(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】細胞・病理診断は治療方針の立案に際して重要な情報を提供するが、子宮頸部腫瘍の細胞診断では時に腺癌と扁平上皮癌（特に非角化型）の鑑別に悩むことがある。扁平上皮癌との鑑別を要した子宮頸部腺癌症例を経験したので報告する。

【症例】50 代, 4 妊 3 産。不正性器出血を主訴に前医を受診し、子宮頸部に腫瘤形成を認めた。細胞診では扁平上皮癌と診断され、精査・治療目的に紹介受診となった。陰鏡診で子宮頸部に易出血性腫瘤を認め、内診での腫瘤径は 5 cm で硬化性変化を伴っていた。子宮傍結合織浸潤なく、子宮頸癌 IB3 期を示唆する所見であった。コルポ診では高度白色上皮・異型血管を伴う浸潤癌所見を認めた。液状化細胞診では核細胞質比が高く、クロマチンが増量した細胞集塊を認めた。核小体は目立たず、核所見も合わせ当初は非角化型扁平上皮癌を疑った。時間をかけ検鏡すると、クロマチンは細顆粒状で核縁が不整に肥厚した核は偏在し、細胞質はライトグリーンに染色された。柵状に配列する細胞が一部乳頭状および腺腔を形成する集塊を形成していた。組織診では通常型内頸部腺癌の所見で、免疫染色では p16 陽性、ER と vimentin 陰性であった。腫瘍マーカーは CA125 : 74U/mL・CA19-9 : 121U/mL と上昇していたが、SCC・CEA は基準値未満であった。

【考察】細胞診断で扁平上皮癌との鑑別を要した子宮頸部腺癌の 1 症例を経験した。鑑別疾患の細胞形態の特徴につき文献的考察を加え報告するが、細胞診断が円滑に進む様に臨床医からの適切な情報提供も重要と考えられた。

## P-2-16 子宮腔部/頸管細胞診に認められた 虫垂原発杯細胞腺癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院病理診断センター<sup>1)</sup>, 順天堂大学医学部人体病理病態学<sup>2)</sup>

○佐藤絢香(CT)<sup>1)</sup>, 半田貴史(CT)<sup>1)</sup>, 寺尾暁子(CT)<sup>1)</sup>,  
猪股裕子(CT)<sup>1)</sup>, 今泉雅之(CT)<sup>1)</sup>, 税所玲衣(CT)<sup>1)</sup>,  
飯村美香(CT)<sup>1)</sup>, 佐伯春美(MD)<sup>2)</sup>, 荒川 敦(MD)<sup>2)</sup>,  
八尾隆史(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】虫垂原発の杯細胞腺癌（以下：GCA）は、WHO 分類第 5 版で杯細胞カルチノイドから改称され、内分泌細胞と粘液産生性の腺癌細胞を組織学的特徴とした比較的稀な腫瘍とされており、予後不良である。今回我々は子宮腔部/頸管及び腹水に腫瘍細胞を認めた GCA を経験したので報告する。

【症例】50 代女性。卵巣腫大、腹部膨満感により当院受診。大量腹水や両側卵巣腫大を認め、子宮腔部/頸管及び腹水の細胞診を施行し、Adenocarcinoma と診断された。卵巣原発悪性腫瘍もしくは転移性卵巣悪性腫瘍を疑い、両側付属器、虫垂、大網の外科的切除を施行。病理組織学的に虫垂原発の GCA の診断となった。

【細胞診所見】子宮腔部/頸管では、豊富な粘液と共に杯細胞様や印環様の異型細胞を集塊状～孤立散在性に認めた。腹水では、粘液豊富な異型細胞と共に粘液に乏しく明瞭な核小体や核形不整を伴う異型細胞が混在して見られた。いずれも悪性との診断は可能であったが、原発巣を含め由来臓器の推定は困難だった。

【組織所見】細胞質に豊富な粘液を有する杯細胞や印環様の腫瘍細胞が胞巣状や腺管状に増生する像を認めた。また、腺管様構造を構成する腫瘍細胞内には、弱好酸性の細胞質を有する細胞が混在していた。免疫組織化学染色において、CK20 陽性、神経内分泌マーカー（Synaptophysin, ChromograninA, CD56）が一部の腫瘍細胞に陽性を示し GCA と診断した。

【まとめ】今回我々は子宮腔部/頸管及び腹水細胞診に出現した GCA を経験した。GCA は虫垂腫瘍の中で比較的稀な腫瘍であり、悪性度が高く、予後不良との報告がある。本疾患の特徴を知り鑑別に挙げることで、組織型推定や治療方針決定にも重要であると考えられる。



## P-2-17 妊娠中の子宮頸部細胞診が ASC-H であった妊娠合併子宮頸癌の 2 例

横浜市立大学附属病院産婦人科<sup>1)</sup>, 横浜市立大学附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○松永梨沙(MD)<sup>1)</sup>, 水島大一(MD)<sup>1)</sup>, 紙谷菜津子(MD)<sup>1)</sup>, 今井雄一(MD)<sup>1)</sup>, 西尾由紀子(CT)<sup>2)</sup>, 海老塚智恵美(CT)<sup>2)</sup>, 伊藤絢子(MD)<sup>2)</sup>, 加藤生真(MD)<sup>2)</sup>, 藤井誠志(MD)<sup>2)</sup>, 宮城悦子(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】子宮頸部細胞診が ASC-H の場合に、その時点で浸潤癌が存在する陽性的中率は 0.7-0.9% と推計され、妊娠中においても同陽性的中率は低いと報告されている。妊娠中の子宮頸部細胞診が ASC-H であったが、子宮頸癌と診断された 2 例を報告する。

【症例 1】20 代, 1 妊 0 産。妊娠 8 週に採取した子宮頸部細胞診は ASC-H であり、妊娠 14 週に組織診を施行したところ SCC であった。妊娠 18 週に子宮頸部拡大生検を行い、子宮頸癌 IA1 期の診断となった。妊娠 40 週 5 日に正常経膈分娩となった。その後再発なく経過している。

【症例 2】40 代, 1 妊 0 産。妊娠 11 週に採取した子宮頸部細胞診は ASC-H であり、妊娠 14 週に組織診を施行したところ CIN3 であった。その後妊娠 16 週に施行した再検査で微小浸潤扁平上皮癌と診断され、妊娠 32 週に帝王切開分娩し、一期的に広汎子宮全摘術を行った。最終診断は子宮頸癌 IB1 期であった。その後再発なく経過している。

【考察】妊娠中の子宮頸部細胞診は偽陰性、偽陽性となることがある。今回の 2 症例は子宮頸部細胞診の時点では過小診断となっていた。妊娠が子宮頸部細胞診に与えた影響について、細胞診の所見から考察する。

## P-2-18 子宮頸部細胞診により推定し得た大細胞神経内分泌癌の 3 例

鳥取大学医学部付属病院女性診療科<sup>1)</sup>, 総合山口赤十字病院産婦人科<sup>2)</sup>

○曳野耕平(MD)<sup>1)</sup>, 工藤明子(MD)<sup>1)</sup>, 大川雅世(MD)<sup>1)</sup>, 飯田祐基(MD)<sup>1)</sup>, 細川雅代(MD)<sup>1)</sup>, 小作大賢(MD)<sup>2)</sup>, 澤田真由美(MD)<sup>1)</sup>, 小松宏彰(MD)<sup>1)</sup>, 千酌 潤(MD)<sup>1)</sup>, 佐藤慎也(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】神経内分泌腫瘍は子宮頸部悪性腫瘍の 5% 未満と稀な腫瘍であり、その予後は極めて不良とされる。今回我々は子宮頸部細胞診で大細胞神経内分泌腫瘍 (Large cell neuroendocrine carcinoma : LCNEC) と推定し得た子宮頸癌 3 症例について報告する。

【症例 1】40 代。主訴は不正性器出血。子宮頸部に長径 51 mm の腫瘍を認めた。頸部細胞診で、粗顆粒状クロマチンとやや不明瞭な核小体を有する異型細胞が辺縁に柵状配列を示す細胞集塊を形成していた。

【症例 2】30 代。主訴は不正性器出血。子宮頸部に長径 45 mm の腫瘍を認めた。頸部細胞診で、核は類円形で、粗顆粒状クロマチンとやや不明瞭な核小体を有する異型細胞が緩い結合性を示す集塊を形成して出現していた。

【症例 3】70 代。近医にて卵巣腫瘍の指摘あり受診。子宮頸部に長径 70 mm の腫瘍を認めた。頸部細胞診では変性壊死様物質を伴う背景に大小不同、核型不整、核クロマチン増量を呈する異型細胞および粗顆粒状の核クロマチンを有する異型細胞が出現していた。3 症例に対し、子宮頸部細胞診で大細胞神経内分泌腫瘍が疑われたため、免疫細胞化学を追加した。症例 1 は Synaptophysin (Syn) が陽性、症例 2, 3 は Syn および ChromograninA (CgA) が陽性であり、LCNEC と診断した。治療は、症例 1 は子宮頸癌 IB2 期と診断し、術前化学療法後に広汎子宮全摘術を施行した。症例 2 は子宮頸癌 IIB 期と診断し、同時化学放射線療法を施行した。症例 3 は子宮頸癌 IVB 期に対して化学療法を施行、多発脳転移の再燃を認めたため全脳照射を追加し加療した。

【結語】頸部細胞診で特徴的な細胞所見を捉え、免疫染色を追加することで、大細胞神経内分泌腫瘍と診断することが可能であった。

## P-2-19 子宮頸部明細胞癌の 4 例

兵庫県立がんセンター検査部<sup>1)</sup>, 兵庫県立がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>

○東 恭加(CT)<sup>1)</sup>, 加藤ゆり(CT)<sup>1)</sup>, 上山 優(CT)<sup>1)</sup>, 南 智也(CT)<sup>1)</sup>, 上月文子(CT)<sup>1)</sup>, 角谷由貴子(CT)<sup>1)</sup>, 炭本久代(CT)<sup>1)</sup>, 前田妙子(CT)<sup>1)</sup>, 高山みずほ(CT)<sup>1)</sup>, 幸福淳子(CT)<sup>1)</sup>, 佐久間淑子(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部明細胞癌は頸部腺癌の約 4% を占める極めて稀な組織型であるため、細胞診の報告例は少ない。今回、当院で経験した子宮頸部明細胞癌の 4 例について報告する。

【症例】症例 1 は LBC と塗抹標本, 症例 2, 3, 4 は LBC 標本を作製した。

症例 1, 2: 淡明で豊富な胞体を有し, 細顆粒状クロマチン増量, 大型好酸性核小体の見られる異型細胞をシート状や hobnail 状集塊で認めた。核は類円形で, 裸核状腫瘍細胞, 硝子様小球を認めた。また症例 2 では硝子様物質も見られた。

症例 3: 小型核小体, 微細顆粒状クロマチンを呈する異型細胞を柵状配列や腺腔様構造を伴う軽度重積性集塊やシート状集塊で認めた。個々の細胞は淡明で高円柱状の胞体を有し, 核は類円形~楕円形を示した。

症例 4: 高円柱状で好酸性の胞体を有し, 細顆粒状クロマチン増量, 明瞭な核小体の見られる類円形~楕円形核の異型細胞を柵状や hobnail 状集塊で認めた。

いずれも判定は悪性, 腺癌の診断は容易であり, 症例 1, 2 は明細胞癌と推定されたが, 症例 3, 4 は高円柱状の胞体を有する異型細胞が柵状や腺腔様に配列した重積性集塊で認められ, 内頸部腺癌との鑑別に苦慮した。

【考察】明細胞癌は淡明かつ豊富な胞体を有するのが定型的であるが, 一部好酸性の胞体を有する症例もあり, 多彩な組織像を示すことが知られている。子宮頸部細胞診において極めて稀ではあるが, 明細胞癌も念頭に置き, 特徴的な所見を注意深く観察することが, 正診率の向上に繋がると考える。

## P-2-20 当科で治療した子宮頸部胃型腺癌の 5 例: 術前診断と治療の難しさについて

順天堂大学医学部附属練馬病院

○長澤さや(PhD), 伊藤陽介(PhD), 濱村憲佑(PhD), 萩島大貴(PhD)

子宮頸部胃型腺癌は診断が困難で極めて予後が不良である。当院で経験した胃型腺癌 5 例について報告する。症例 1 は 30 代, 2 妊 2 産。頸部細胞診は AGC, 組織診は mild glandular dysplasia, 骨盤 MRI で嚢胞形成は無く, 円錐切除術にて胃型腺癌の診断で開腹手術を行うも術後 1 年で原病死となる。症例 2 は 30 代, 0 妊。頸部細胞診は陰性, 頸部深部生検で LEGH の診断となるが挙児希望のため経過観察した。骨盤 MRI で子宮頸部に嚢胞性病変を認めた。第二子出産後に低分化腺癌 IIB 期となり広汎子宮全摘術を実施するも, 治療抵抗性で術後 1 年に原病死となる。症例 3 は 60 代, 1 妊 1 産。内頸部型腺癌 IIB 期で CCRT を実施するも 8 ヶ月後に両側付属器に再発し, 再発時の摘出検体より胃型腺癌と診断された。術後化学療法に抵抗性で 1 年後に原病死となる。症例 4 は 50 代, 2 妊 2 産。子宮体癌疑いで初診し内膜細胞診陰性, 頸部細胞診で AGC, 骨盤 MRI では病変を認めず, AIS の疑いでロボット支援下子宮全摘術を実施し, 術後病理で IIB 期以上の胃型腺癌と診断された。直ちに開腹手術を実施するも癌性腹膜炎の状態であり, 術後 6 ヶ月で原病死となる。症例 5 は 50 代, 1 妊 1 産。主訴は不正性器出血で AIS の疑いで初診し, 骨盤 MRI で子宮頸部に嚢胞性病変を疑い, 円錐切除術で胃型腺癌 IB 期の診断となり腹式広汎子宮全摘術を実施した。術後病理で摘出子宮に残存病変無く, 術後 6 ヶ月で無病生存中である。HPV 非関連である胃型腺癌は, HPV ワクチンの普及, HPV 単独検診から漏れ出る可能性があること, また低異型の細胞, 組織所見から治療前進行度が過小評価されやすく, 治療抵抗性で予後が極めて不良であり, 病態の解明と治療戦略の確立が望まれる。

## P-2-21 子宮頸癌の鑑別に苦慮した子宮非結核性 抗酸菌感染症の1例

山形大学医学部産科婦人科

○清野 学(PhD), 立花由花(MD), 堀川翔太(MD),  
奥井陽介(MD), 榊 宏論(PhD), 太田 剛(PhD),  
永瀬 智(PhD)

非結核性抗酸菌 (nontuberculous mycobacteria : NTM) 感染症は主に肺に認められ、婦人科臓器の症候性感染は稀である。子宮頸癌腔浸潤に類似した、子宮への NTM 感染症例を経験したので報告する。

**【症例】** 70代, 3妊3産。不正出血を主訴に当院外来を初診した。萎縮性膣炎と診断し、エストリオール膣錠により症状は改善したものの、5か月後に再度不正出血があり再受診した。膣鏡診で淡血性帯下の貯留を認めた。膣全体が固く、診察で疼痛があり、膣壁は易出血性で子宮膣部が腫大して硬結を触れた。MRI では子宮頸部に腫瘤を形成し膣壁が全周性に肥厚しており、子宮頸癌の腔浸潤が疑われた。頸部細胞診は NILM, 子宮膣部生検では高度な炎症細胞浸潤を伴う肉芽組織が認められた。その後の生検でも悪性の診断は得られず、感染症の可能性を疑い、生検組織を抗酸菌培養と DNA-PCR 検査に提出したところ、NTM が検出された。子宮 NTM 感染症と診断し、薬剤感受性が示されたレボフロキサシン、リファンピシン、カナマイシンで治療を行い症状の改善を認めた。

**【結論】** 子宮頸癌腔浸潤に類似した NTM 感染症の1例を経験した。悪性腫瘍を疑うも組織診断が得られない症例では NTM 感染症の可能性も考慮する必要がある。

## P-2-22 妊娠中に増大した子宮頸部腫瘍の細胞診 ~2症例を振り返って~

佐賀大学産婦人科<sup>1)</sup>, 佐賀大学医学部病因病態科学講座<sup>2)</sup>

○橋口真理子(MD)<sup>1,2)</sup>, 秀島未紗子(MD)<sup>1)</sup>,  
大隈良一(MD)<sup>1)</sup>, 福田亜紗子(MD)<sup>1)</sup>, 大隈恵美(MD)<sup>1)</sup>,  
野口光代(MD)<sup>1)</sup>, 内山倫子(MD)<sup>1)</sup>, 梅崎 靖(MD)<sup>1)</sup>,  
横山正俊(MD)<sup>1)</sup>

**【はじめに】** 妊娠中の子宮頸部細胞診では、採取による出血を避けるため、細胞採取が不十分になりやすいことや、脱落膜細胞や化生細胞など鑑別を要する細胞が混在し、正確な診断が困難な場合がある。妊娠中に増大した子宮頸部腫瘍に対して行われた細胞診について、組織学的な結果をふまえて後方視的に検討した。

**【症例提示】** 症例1: 30代初産婦, 妊娠初期の細胞診 HSIL. 狙い組織診は CIN3. しかし, 妊娠18週時にポリープ状の隆起病変を認め, 細胞診 HSIL, 組織診で腺癌の診断. 妊娠29週で帝王切開し, その後広汎子宮全摘術となった. 最終診断は子宮頸部腺癌 Ib1期および CIN3. 症例2: 30代初産婦, 妊娠初期の細胞診は NILM. 妊娠23週時にピンポン大の頸部腫瘍を指摘され紹介. 細胞診は LSIL. 組織診では, p16陽性の異型扁平上皮の乳頭状増殖がみられ, コンジローマ様癌や疣状癌などの否定が困難な所見. MRI では子宮頸癌疑い. 妊娠29週で帝王切開し, その後に子宮全摘を計画するも, 妊娠帰結後に頸部腫瘍が著明に縮小. 再生検で尖圭コンジローマの診断.

**【考察】** 症例1については CIN3 を示唆する細胞所見は確認できていたが, 腺癌を示唆する異型細胞は妊娠初期, 分娩直前のいずれも出現していなかった. 症例2については臨床所見からは悪性腫瘍を疑ったが, 細胞診では軽度異形成の所見であり, 細胞診が病変を正確に反映していた結果であった.

**【結語】** 妊娠中に増大した子宮頸部腫瘍の2症例の細胞診を検討した. 妊娠中は細胞採取が不十分になることや, 妊娠による変化で, 臨床経過と細胞診所見が乖離している可能性を念頭にいれ, 細胞診以外の情報や, 採取する側と細胞診を見る側との十分な連携が必要であると考える.

**P-2-23** 初回治療から 5 年後に腔と外陰に再発をきたした子宮頸部胃型腺がんの 1 例

愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座

○宇佐美知香(MD), 松元 隆(MD)

子宮頸部胃型腺がんは浸潤能が高く腫瘍の境界が不明瞭であり、手術後に術前の想定よりも広範囲な進展が判明することも多い。一方で細胞診では腫瘍細胞が検出されないことも多く診断に苦慮することがある腫瘍である。今回我々は子宮頸部胃型腺がんの初回治療より 5 年後に腔断端細胞診異常が出現し、その後腔・外陰の再発と診断した 1 例を経験したため報告する。症例は 70 代。5 年前に stage2A 期の子宮頸部胃型腺がんに対する初回治療として広汎子宮全摘+両側付属器摘出+骨盤リンパ節郭清を施行後、術後補助療法として化学療法を施行した。治療後は再発所見なく経過していたが、術後 5 年時に行った腔断端細胞診にて adenocarcinoma と診断された。腔断端に肉眼的な異常は認めず、組織診でも明らかな悪性所見は検出されなかったが、腔断端細胞診は adenocarcinoma が持続した。その半年後、腔入口部から外陰にかけてびらんが出現し組織検査にて子宮頸部胃型腺がんの再発と診断した。画像検索で同部位以外の再発所見は無く、腔内照射にて治療を行った。治療後の組織診にて悪性所見は認めず、現在無再発で経過している。本症例では腫瘍形成をしない再発ではなく、胃型腺がんの特徴が表れた再発形式かと考えられた。細胞診の経過などを提示し報告する。

**P-2-24** Laplacian of Gaussian フィルタを用いた子宮頸部胃型病変における細胞診断応用信州大学大学院医学系研究科保健学専攻<sup>1)</sup>, 岡谷市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 信州大学工学部電子情報システム工学専攻<sup>3)</sup>, 信州大学大学院総合理工学研究科工学専攻<sup>4)</sup>, 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<sup>5)</sup>○池端光憲(MT)<sup>1)</sup>, 石井恵子(MD)<sup>2)</sup>, 白井啓一郎(PhD)<sup>3)</sup>, 長嶺大輝(St)<sup>4)</sup>, 木村文一(PhD)<sup>5)</sup>

【背景】Lobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH) は、子宮頸部胃型病変の 1 つで最小偏倚腺癌などの悪性の胃型腺癌の発生母地となる。LEGH 細胞は核異型に乏しく、正常頸管腺 (EC) 細胞との鑑別が困難である。本研究ではこれらの細胞に対して、Laplacian of Gaussian (LoG) filter を用いて特徴量を抽出・数値化することで、両細胞の客観的な評価・識別が可能かどうか検討を行った。

【方法】信州大学医学部附属病院において提出された Papanicolaou 染色細胞診塗抹標本のうち、正常と判定された 52 症例から EC 細胞の核 2486 個を、LEGH と判定された 34 症例から LEGH 細胞の核 2321 個を研究に用いた。顕微鏡用デジタルカメラにおいて撮影した核画像に対して信号平均値、標準偏差、歪度、尖度などの LoG filter 特徴量の算出、統計学的有意差検定、support vector machine を用いた機械学習と交差検証を行った。

【結果】平均値と尖度は LEGH 細胞より EC 細胞の方が有意に高値を示し、歪度は EC 細胞より LEGH 細胞の方が有意に高値を示した。LoG filter 8 種類から得られた特徴量を用いて求めた判別率は 10-fold cross validation において 84.4% と高値を示したが、各 filter 間での判別率にはほぼ差がなかった。

【まとめ】LoG filter を用いた画像解析技術により、核内タンパクのヘマトキシリンへの染色性の違いを検出して数値化し、機械学習による判別分析を行うことで、人の目では鑑別が困難な両細胞の客観的な評価・識別が可能であった。



## P-2-25 子宮頸部異型細胞の直接塗抹標本と Cellprep 法の比較検討

滋賀医科大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○今村真治(CT)<sup>1)</sup>, 谷村満知子(CT)<sup>1)</sup>, 山口 大(CT)<sup>1)</sup>, 吉田桂子(CT)<sup>1)</sup>, 吉田友理子(CT)<sup>1)</sup>, 岩本 望(CT)<sup>1)</sup>, 岩井宗男(CT)<sup>1)</sup>, 林 裕司(CT)<sup>1)</sup>, 田中えり(MD)<sup>2)</sup>, 米丸隼平(MD)<sup>2)</sup>, 能島 舞(MD)<sup>2)</sup>, 松原亜季子(MD)<sup>2)</sup>, 森谷鈴子(MD)<sup>2)</sup>, 九嶋亮治(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸部異型細胞の細胞所見について、直接塗抹標本と液状化検体細胞診の転写法である Cellprep 法で比較検討したので報告する。

【方法】2022年4月の1か月間に提出された子宮頸部細胞診について、同一患者から直接塗抹標本と Cellprep 法で細胞採取し、その中から、扁平上皮癌1例、腺癌1例、CIN-3 1例、CIN-2 4例、CIN-1 2例、ASC-US 6例の計15例について比較検討した。使用機器は、セルプレッププラス(ロシュ社製)。婦人科Bモードで標本作製。

【結果】1. 悪性細胞や悪性細胞集塊、異型細胞が多数出現している標本では、Cellprep 法は、赤血球が除去されるため、観察は容易であった。2. 正常細胞が多数出現している場合、悪性細胞や異型細胞が多く出現している標本では、弱拡大での Screening は容易であったが、異型細胞が少数しか出現していない標本では、異型細胞が正常細胞に重なって出現している事があり、弱拡大での Screening は慎重を要した。さらに好中球の出現が多い場合注意が必要であった。3. 悪性細胞や異型細胞の形態的な違いは、直接塗抹標本と Cellprep 法で感じられなかったが、軽度異型細胞では、核の染色性が薄く感じられた。4. Cellprep 法では、正常細胞が多数出現するため、CIN-1 や ASC-US 等の軽度異型細胞は、弱拡大では目につきにくく入念な Screening が望まれた。

【考察】Cellprep 法は、赤血球が除去されるため、悪性細胞や異型細胞の観察は容易であったが、正常細胞が多数出現するため、細胞が重なって出現する事があり、弱拡大では入念な Screening が望まれる。

【結語】液状化検体細胞診の転写法である Cellprep 法の特性を理解し、日常検査に導入することが望まれた。

## P-2-26 子宮頸部病変のフォローアップにおける LC-1000 ランク分類の臨床的有用性の検討

藤田医科大学医学部先端ロボット内視鏡手術学講座<sup>1)</sup>, 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室<sup>2)</sup>

○仲村 勝(MD)<sup>1)</sup>, 西尾 浩(MD)<sup>2)</sup>, 岩田 卓(MD)<sup>2)</sup>, 青木大輔(MD)<sup>2)</sup>

【目的】LC-1000 は液状化検体細胞診検体中の剥離細胞を解析することにより細胞増殖能に関する指標である CPIx を算出する一般医療機器である。LC-1000 が提示する複数のパラメータを組み合わせたランク分類アルゴリズムは、子宮頸部上皮内腫瘍の悪性化との相関が認められる指標を提示することから、子宮頸癌診断支援情報としての臨床応用が期待される。

【方法】慶應義塾大学病院産婦人科に来院し本試験の参加に同意を得た患者を対象とした。初回登録時 ASC-US 以上の細胞診異常症例を対象とし、2020年3月より2021年9月までの研究期間内でのフォローアップを実施した。初回登録時に細胞診判定 ASC-US もしくは LSIL と判定された症例を軽度病変と定義し、進展・消退について、初回登録時の LC-1000 のランク分類結果と HPV ジェノタイプング結果とを比較した。ランク分類アルゴリズムは、細胞分裂状態、高 NC 比細胞で増殖活性の高い細胞の割合、DNA 量増加細胞数、表層型細胞数から深層型細胞数を減じた細胞数の4つの指標を基に構築され、最終的に5つのカテゴリに出力した。本検討では、カテゴリ 1, 2, 3 を LC-1000 陰性、カテゴリ 4, 5 を LC-1000 陽性と定義して解析した。

【成績】ASC-US と LSIL における消退例の LC-1000 陽性率はそれぞれ 9.1%, 0%であるのに対して、HPV ジェノタイプ陽性例は 58.3%, 50%であり、LC-1000 が陰性であると消退する傾向にあることが判明した。HPV ジェノタイプと比較 LC-1000 は比較的短期間の病変の推移をみることに有用である可能性が示唆された。

【結論】LC-1000 のランク分類結果は軽度病変患者の経過観察における診断支援情報としてユニークな指標となる可能性がある。

### P-2-27 子宮頸部細胞診の品質保証評価に基づいた従来法と液状検体法の有用性の比較検討

奈良県総合医療センター産婦人科<sup>1)</sup>, 奈良県総合医療センター臨床検査部<sup>2)</sup>, 奈良県総合医療センター病理診断科<sup>3)</sup>

○豊田進司(MD)<sup>1)</sup>, 佐道俊幸(MD)<sup>1)</sup>, 辻野秀夫(CT)<sup>2)</sup>, 福井寛子(MD)<sup>1)</sup>, 伊東史学(MD)<sup>1)</sup>, 谷口真紀子(MD)<sup>1)</sup>, 杉浦 敦(MD)<sup>1)</sup>, 喜多恒和(MD)<sup>1)</sup>, 南 佳世(CT)<sup>2)</sup>, 山川昭彦(CT)<sup>2)</sup>, 森田剛平(MD)<sup>3)</sup>, 石田英和(MD)<sup>3)</sup>

【目的】ベセスダ式子宮頸部細胞診報告様式は, 細胞診評価の妥当性を支える品質保証の指標として不適正検体と異型扁平上皮細胞(ASC)に関する指標を示した。

【方法】2013年から2021年までに当センターで子宮頸部細胞診を受けた15,261症例を対象とした。品質保証の指標は細胞診不適正率, ASCの扁平上皮内病変に対する比率, ASCにおける高度扁平上皮内病変を除外できないASC(ASC-H)の割合である。検体作製法は2015年まで従来法で2016年からは液状検体法のBD SurePath法である。各指標に基づいて検体作製法別に品質評価の有用性を検討した。

【成績】検体不適正率は従来法で10.1%, 液状検体法で3.2%であった( $p < .01$ )。異型扁平上皮細胞の扁平上皮内病変に対する比率は従来法が1.1で, 液状検体法が1.4であった( $p < .01$ )。ASCにおけるASC-Hの割合は従来法が28.6%, 液状検体法が23.9%であった。

【結論】液状検体法は標本の適正性において従来法より優れていた。液状検体法はASCの品質保証の妥当性において従来法より劣るものではなかった。

### P-2-28 子宮頸がん検診でHPV検査を併用した精密検査の有用性について

公益財団法人福島県保健衛生協会<sup>1)</sup>, 公立岩瀬病院<sup>2)</sup>, 医療法人徳洲会羽生総合病院<sup>3)</sup>, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座<sup>4)</sup>

○栗田和香子(CT)<sup>1)</sup>, 斎藤美穂(CT)<sup>1)</sup>, 羽野健汰(CT)<sup>1)</sup>, 塚原 孝(CT)<sup>1)</sup>, 寅磐亮子(CT)<sup>1)</sup>, 吉田晴美(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木御幸(CT)<sup>1)</sup>, 石橋真輝帆(MD)<sup>2)</sup>, 森村 豊(MD)<sup>3)</sup>, 古川茂宜(MD)<sup>4)</sup>, 添田 周(MD)<sup>4)</sup>, 渡辺尚文(MD)<sup>4)</sup>, 藤森敬也(MD)<sup>4)</sup>

【目的】子宮頸がん検診の細胞診異常例において, 精密検査時のHPV検査併用の有用性を検討した。

【対象】2015~2018(H27~30)年度の4年間に, 初回精密検査においてHPV検査(HC2)を施行し, 組織診結果と照合できた検診時ASC-H:251例, LSIL:412例, HSIL:260例を対象とした。

【方法】検診時判定別, HPV検査結果別についてCIN2以上(以下 $\geq$ CIN2)の病変検出の相対危険率を後方視的に分析した。また, 検診時年齢を40歳未満と40歳以上に分け同様に分析した。組織診は検診年度から3年間の最強診断結果, 細胞診は直接塗抹法である。

【結果】ASC-HのHPV陽性は151例(60.2%), 陰性は100例(39.8%), そのうち $\geq$ CIN2はそれぞれ76例(50.3%), 25例(25.0%)であり, 陽性例において有意に $\geq$ CIN2が検出された(相対危険率2.012)。 $\geq$ CIN3においても陽性例から38例(25.2%), 陰性例から10例(10.0%)検出され, 相対危険率が2.519で有意差がみられた。

LSILは,  $\geq$ CIN2がHPV陽性312例中67例(21.5%), 陰性100例中11例(11.0%)認められ陽性例が有意に高かった(相対危険率1.953)。

HSILは,  $\geq$ CIN2がHPV陽性208例中150例(72.1%), 陰性52例中34例(65.4%)であり,  $\geq$ CIN3は陽性例から88例(42.3%), 陰性例から19例(36.5%)検出された。HSILでHPV検査結果別による病変検出に差はみられなかった。

年齢に分けた結果に差は認められなかった。

【まとめ】ASC-H, LSILにHPV陽性群のCIN2以上の検出率が高かった。HSILはHPV検査結果に関係なくCIN2以上の病変が確認された。細胞診を起点とする子宮頸がん検診において, 組織診断困難な症例は, 精密検査にHPV検査を取り入れた経過観察を考慮する必要がある。

## P-2-29 当院における ASC-US の検討

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<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>

○楠木結香(CT)<sup>1)</sup>, 北田佳緒里(CT)<sup>1)</sup>, 糸川夏帆(CT)<sup>1)</sup>, 田中真理(CT)<sup>1)</sup>, 谷川直人(CT)<sup>1)</sup>, 坪田ゆかり(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】子宮頸がんは長い前がん病変を経て発症するため、早期発見が可能であり重要となる疾患のひとつであり、検診等での頸部細胞診の有用性は高いと言える。意義不明な異型扁平上皮細胞(ASC-US)は全報告の5%以下であることが望ましいとされている事より、当院における液状化検体細胞診(liquid-based cytology:LBC法)導入以降での頸部細胞診についてレトロスペクティブな検討を行ったので報告する。

【対象】2019年8月21日から、2022年6月20日までに行われた頸部細胞診10616件を対象とした。このうちASC-USと判定した1230件について、LBC法残検体より追加で行われた252件のハイリスクHPV検査結果とともに、細胞学的所見も含めて検討を行った。

【結果】2019年から2020年は、ASC-US判定は全体の約15%であり、HPV陽性は追加で検査が行われたうちの約17%であった。LBC法導入以降、扁平上皮化生細胞の核増大、クロマチン濃染の取り扱いについての過大評価等が見られた事より、2021年1月に改めて目合わせを行うと共に、臨床側とのASC-US判定の認識についての再確認を行った。2021年以降は減少傾向となり、2022年4月から6月20日までの直近の3ヶ月でのASC-US判定は全体の約7%、HPV陽性は約24%となった。なお、検討項目等の詳細については当日報告予定である。

【結語】ASC-USには炎症による反応性変化を伴う異型細胞も範囲に含まれており、またホルモン作用など様々な影響も考慮しなければならない。ASC-US判定によりフォローを促す事も必要ではあるが、診断に貢献できる結果とするためにも、施設内での目合わせ、ディスカッションなどを随時行っていく必要がある。

## P-2-30 成人型顆粒膜細胞腫の2例

兵庫医科大学病院病院病理部<sup>1)</sup>, 兵庫医科大学病院臨床検査技術部<sup>2)</sup>

○品田侑毅(CT)<sup>1)</sup>, 三谷奈穂(CT)<sup>1)</sup>, 船越千恵美(CT)<sup>2)</sup>, 大野三紗(CT)<sup>2)</sup>, 中村純子(CT)<sup>1)</sup>, 鳥居良貴(CT)<sup>1)</sup>, 吉安可奈子(MD)<sup>1)</sup>, 吉田 誠(MD)<sup>1)</sup>, 中西麻衣(MD)<sup>1)</sup>, 和田沙由理(MD)<sup>1)</sup>, 廣田誠一(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】顆粒膜細胞腫は卵巣の性索間質性腫瘍の一つで、全卵巣腫瘍の約1%、悪性卵巣腫瘍の2-5%を占める。境界悪性腫瘍に位置付けられ、他の小円形細胞から成る腫瘍との鑑別に困難をきたすこともある。今回我々は、成人型顆粒膜細胞腫の2例を経験した。

【症例】1) 50代女性、3妊2産、閉経後。骨盤内に腹水及び腫瘍を認め、造影MRI検査では左付属器に境界不明瞭で内部に壊死成分を伴う嚢胞を指摘された。左卵巣腫瘍疑いで開腹両側付属器摘出術施行。2) 30代女性、4妊2産、閉経未。左卵巣の充実性腫瘍に対し腹腔鏡下左付属器摘出術施行。2症例共に、提出腫瘍からサイトピックを用いて細胞を採取し、捺印標本を作製した。

【細胞診所見】2症例共に、小型で均一な腫瘍細胞が疎な結合性を示してシート状や索状に出現していた。腫瘍細胞は裸核様で、細胞質は淡く、辺縁は不明瞭であった。核は円形～類円形で、コーヒー豆様の核溝を有していた。核クロマチンは微細顆粒状で、核縁は薄く、核小体は1～2個見られた。また、Call-Exner bodyも認めた。

【組織所見】2症例共に、腫瘍細胞は充実性に増殖し、索状や微小濾胞様構造を呈した。円形～類円形の小型で均一な核を有し、コーヒー豆様の核溝を認めた。細胞分裂像は1/10HFP程度確認された。免疫染色では、 $\alpha$ -inhibinが陽性、Calretininは部分的に陽性を示した。症例2には莢膜細胞を散見する線維性間質を伴っていた。2症例共に成人型顆粒膜細胞腫と診断された。

【まとめ】組織・細胞診共に、Call-Exner bodyやコーヒー豆様の核溝を認めた。これらの所見は顆粒膜細胞腫を他の小円形細胞腫瘍と鑑別する上で有用な所見で、細胞診は組織診断の補助として有用である。

### P-2-31 腹水細胞診が陽性であった微小浸潤及び 上皮内癌を伴う卵巣粘液性境界悪性腫瘍 の 1 例

トヨタ記念病院産婦人科<sup>1)</sup>, トヨタ記念病院病理診断科<sup>2)</sup>

○竹田健彦(MD)<sup>1)</sup>, 島 寛太(MD)<sup>2)</sup>, 柴田莉奈(MD)<sup>1)</sup>,  
村井 健(MD)<sup>1)</sup>, 松尾聡一郎(MD)<sup>1)</sup>, 小鳥遊明(MD)<sup>1)</sup>,  
森 将(MD)<sup>1)</sup>, 稲村達生(MD)<sup>1)</sup>, 柴田崇宏(MD)<sup>1)</sup>,  
鶴飼真由(MD)<sup>1)</sup>, 岸上靖幸(MD)<sup>1)</sup>, 佐原晴人(CT)<sup>2)</sup>,  
吉森之恵(CT)<sup>2)</sup>, 川口規子(CT)<sup>2)</sup>, 小口秀紀(MD)<sup>1)</sup>

【緒言】卵巣粘液性境界悪性腫瘍では術中腹水細胞診の陽性率は比較的低い。今回我々は、術中に採取した腹水細胞診が陽性となった卵巣粘液性境界悪性腫瘍の症例を経験したので報告する。

【症例】30代。骨盤内腫瘍の精査，治療目的に当院へ紹介となった。下腹部は軽度膨満し，弾性硬の腫瘍を触知した。子宮は正常大でスクリーニング目的に施行した子宮頸部細胞診はNILMで子宮内膜細胞診は陰性であった。血液検査では，CA125：43 U/mLとやや高値であった。MRIでは，小骨盤腔を超える10.5×6.9 cmの左卵巣由来の多房性嚢胞性腫瘍を認めた。挙児希望があり，腹式左付属器摘出術を施行した。腹水細胞診は陽性で，病理組織診断は微小浸潤及び上皮内癌を伴う粘液性境界悪性腫瘍であった。術後8ヵ月で対側の卵巣腫大と腹水貯留を認め，再発の診断となった。

【細胞所見】若干の中皮増生を背景として，その中に核形不整や腫大した核を有する大型の異型細胞が，球状～乳頭状に重積する細胞集塊が散見された。これらの細胞の核クロマチンは繊細で，核小体が目立ち，細胞質内にPAS染色陽性の粘液が観察され，腺癌細胞と推定診断した。

【病理所見】肉眼的に多嚢胞性病変で，乳頭状に増殖した粘液を有する上皮が嚢胞壁を裏打ちして増殖しており，一部では，極性の乱れや核の重層化，周囲と比して高度な核異型を認める上皮内癌成分を伴っていた。また，最大5 mm以下の微小浸潤が散見された。粘液性腫瘍であるが浸潤癌とできる程の間質浸潤は観察されず，微小浸潤及び上皮内癌を伴う境界悪性腫瘍と診断した。

【結論】腹水細胞診陽性は境界悪性腫瘍においても予後不良因子と考えられ，慎重なフォローアップが必要である。

### P-2-32 腹水細胞診にて腫瘍細胞を認めた 卵巣低異型度漿液性癌の 1 例

藤田医科大学医学部産婦人科講座<sup>1)</sup>, 藤田医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>

○磯村くるみ(MD)<sup>1)</sup>, 市川亮子(MD)<sup>1)</sup>, 等々力彩(MD)<sup>1)</sup>,  
高田恭平(MD)<sup>1)</sup>, 大脇晶子(MD)<sup>1)</sup>, 仲村 勝(PhD)<sup>1)</sup>,  
野村弘行(PhD)<sup>1)</sup>, 塚本徹哉(PhD)<sup>2)</sup>,  
藤井多久磨(PhD)<sup>1)</sup>

【緒言】卵巣の低異型度漿液性癌は比較的まれな組織型であり，細胞診所見の特徴についての報告は少ない。今回，術前化学療法の前後で腹水細胞診を評価しえた卵巣低異型度漿液性癌の1例を経験したので，臨床経過と細胞診像につき報告する。

【症例】10代，女性。卵巣癌を疑い診断的腹腔鏡手術による腹水の採取と播種病巣の生検を行い，低異型漿液性癌（FIGO 進行期 IIIc）と診断した。パクリタキセル＋カルボプラチン療法による術前化学療法3サイクルの後，腫瘍減量術（IDS）を施行した。

【腹水細胞診所見】軽度の核異型をともなう比較的小型な類円形細胞からなる重積性の強い集塊が多数出現していた。核は偏在し胞体内にPAS陽性の粘液を認めた。細胞集塊内には砂粒体が複数出現していた。IDS時の腹水細胞診では細胞の変性がわずかに見られたが，初回の腹水細胞診所見と大きな違いはなかった。

【病理組織所見】腫瘍細胞は核に顕著な多形性はみられず中等度の異型を示し，核分裂像は少なかった。乳頭状～小集塊を形成しつつ間質内に浸潤し，集塊の周囲には空隙が形成されていた。腫瘍内部には多数の砂粒体の出現を認めた。腫瘍辺縁では明瞭な浸潤を示さずに増殖し，境界悪性相当の領域も含まれていた。IDS時の摘出検体ではほとんどがviableな細胞であり，化学療法の効果は軽度（Grade1）であった。

【結語】低異型度漿液性癌の腹水細胞診では，比較的小型で重積性の強い細胞集塊の出現が見られた。細胞像からは高異型度漿液性癌との鑑別は困難であるが，核異型が軽度であること，砂粒体の出現が目立つ点が特徴的な所見と考えられた。



### P-2-33 肝細胞癌の転移性卵巣腫瘍の1例

産業医科大学医学部産科婦人科学<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理検査部<sup>2)</sup>, 産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学<sup>3)</sup>

○赤路 悠(MD)<sup>1)</sup>, 栗田智子(MD)<sup>1)</sup>, 田尻亮祐(MD)<sup>1)</sup>, 原田大史(MD)<sup>1)</sup>, 植田多恵子(MD)<sup>1)</sup>, 吉野 潔(MD)<sup>1)</sup>, 寺戸信芳(CT)<sup>2)</sup>, 岡 春子(CT)<sup>2)</sup>, 松浦祐介(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】肝細胞癌は血行性, リンパ行性, 直接浸潤により転移するため, 肺・腹膜・副腎・骨が転移好発部位であり, 卵巣への転移は極めて稀である。

【症例】60代女性, 2妊2産。既往歴として肝細胞癌・C型肝硬変・食道静脈瘤・2型糖尿病がある。11年前にC型肝硬変を発症し, その2年後に肝細胞癌へ進行したため手術を施行した。以後前医で経過観察されていたが, 胸部 CT 検査で, 63×56 mm 大の左付属器腫瘍と単発性肺結節を指摘された。原発性卵巣腫瘍が疑われ, 当科紹介となった。MRI 画像では子宮左後方に 69 mm 大の充実性腫瘍を認め, 境界明瞭, 辺縁平滑であり造影効果は乏しかった。CA19-9 は 38.8 U/ml と軽度高値であり, AFP は正常値であった。積極的に悪性腫瘍を疑う所見はなく, 診断目的に腹腔鏡下両側付属器摘出術を実施した。腹腔内に播種所見はなく, 腹水細胞診も陰性であった。

【病理組織学的所見】異型を伴う腫瘍細胞は索状増殖を呈しており, 豊富な好酸性細胞質や胆汁を認め, 肝細胞類似の組織であった。免疫組織化学染色では散在性に Hepatocyte が陽性であり, AE1/AE3・inhibin・Calretinin・melan A は陰性であった。

【腫瘍捺印細胞診】腫瘍細胞は索状及び孤在性に出現していた。好酸性の豊富な細胞質を有し, 核の大小不同は軽度で, クロマチンの増量を伴っていた。一部の細胞質には胆汁を確認し, 肝細胞癌を示唆する所見であった。以上より肝細胞癌からの転移性左卵巣腫瘍と診断とした。肺結節も肝細胞癌からの転移である可能性を考慮し前医へ精査・治療を依頼した。

【結語】肝細胞癌の卵巣転移は極めて稀であり, 過去に十数例の症例報告しかなく文献的考察を含めて報告する。

### P-2-34 髄膜癌腫症をきたした再発卵巣癌の1例

東京医科大学八王子医療センター産科婦人科<sup>1)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>2)</sup>

○小野寺高幹(MD)<sup>1)</sup>, 藤森浩司(MD)<sup>1)</sup>, 若槻よしえ(CT)<sup>2)</sup>, 吉田えりか(CT)<sup>2)</sup>, 加藤彩子(CT)<sup>2)</sup>, 内山 篤(CT)<sup>2)</sup>, 奥山 光(該当なし)<sup>2)</sup>, 加藤くるみ(CT)<sup>2)</sup>, 吉田莉於(CT)<sup>2)</sup>, 沖村 明(MD)<sup>2)</sup>, 脇屋 緑(MD)<sup>2)</sup>, 伊藤夢美香(MD)<sup>2)</sup>, 中津川宗秀(MD)<sup>2)</sup>, 清水基弘(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】卵巣癌の他臓器転移は少なくないが, 脳転移や髄膜癌腫症の報告は多くはない。今回我々は髄膜癌腫症をきたした再発卵巣癌の1例を経験したため報告する。

【症例】50歳台, 女性。下腹痛にて当科初診。卵巣癌の診断で子宮付属器悪性腫瘍手術となった。術後診断は漿液性癌, grade3, pT3b, N1, M0 であった。PTX+ CBDCA による術後化学療法後は維持療法を希望されず外来経過観察となった。術後17ヶ月で左鎖骨窩リンパ節, PAN に再発し PTX+ CBDCA+ Bev 施行, 著効しきらず, 放射線治療を追加し画像上陰性化。術後30ヶ月で右鎖骨下 LN, 胸椎, 肝に再発みとめ, PLD+ Bev による化学療法開始。2コース目で頭痛出現したが頭画像上異常なかった。術後34ヶ月で頭痛増悪, 全身状態悪化のため緊急入院。画像上脳転移巣や髄膜破綻像はなかったが, 髄液圧亢進, 髄液中に腺癌を認め WT-1 染色陽性であったため, 卵巣癌の再発転移による髄膜癌腫症と考えられた。そこで頭部 MRI を見直したところ pseud SAH の所見を認めていた。その後全身状態悪化のため術後35ヶ月で永眠された。

【細胞所見】髄液細胞診で核は偏在, クロマチン増量, 上皮性腺癌の所見を認め, WT-1 陽性のため漿液性癌と思われた。

【組織所見】卵巣は充実部を伴って腫大, 異常核分裂像, 乳頭状パターンを認めた。ER+, p53+, WT-1+, Ki67+ であり漿液性癌と思われた。

【まとめ】髄液細胞診が診断に寄与した髄膜癌腫症を経験した。本症例では脳転移巣や胸骨転移からの髄膜破綻像はなかったが pseud SAH 像を認めていた部位では血液脳関門は破綻していたことが推察され, そこから血行性に癌細胞が侵入した可能性があると思われた。担癌患者における原因不明の頭痛では積極的な髄液細胞診が有用であると思われた。

### P-2-35 腹水または腹腔洗浄細胞診陽性であった 卵巣漿液粘液性癌の 2 例

国家公務員共済組合連合会斗南病院婦人科・腫瘍科<sup>1)</sup>, 国家公務員共済組合連合会斗南病院病理診断科<sup>2)</sup>, 国家公務員共済組合連合会斗南病院検査部病理検査科<sup>3)</sup>, 国家公務員共済組合連合会斗南病院外科<sup>4)</sup>, 札幌医科大学産婦人科<sup>5)</sup>

○田中綾一(MD)<sup>1)</sup>, 南 妃奈(MD)<sup>1)</sup>, 石堂茉泉(MD)<sup>1)</sup>, 小山田ゆみ子(MD)<sup>2)</sup>, 武田広子(MD)<sup>2)</sup>, 加藤和美(CT)<sup>3)</sup>, 福田有志(CT)<sup>3)</sup>, 槇尾幸恵(CT)<sup>3)</sup>, 今野育美(CT)<sup>3)</sup>, 平野勇志(CT)<sup>3)</sup>, 林 諭史(MD)<sup>4)</sup>, 齋藤 豪(MD)<sup>5)</sup>

【目的】卵巣漿液粘液性腫瘍は 2014 年に刊行された WHO 分類第 4 版に新たな分類として加えられ, 国内では 2016 年 7 年の卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約病理編第 1 版で上皮性腫瘍の一つに分類されている。中でも漿液粘液性癌は著しく頻度が低いため, 臨床病理学的, 疫学的に關しての十分な情報が得られていないのが現状である。今回腹水または腹腔洗浄細胞診陽性であった卵巣漿液粘液性癌の 2 例を経験したので臨床病理学的特徴と共に細胞診所見についても提示する。

【症例 1】40 代女性, 画像上直径約 30 cm の単房性卵巣腫瘍をみとめ手術施行となった。術中所見は, 広範囲の腹膜播種を認め, 摘出物肉眼所見は巨大卵巣腫瘍は単房性で充実性部分を認めず, 病理組織学的所見は卵巣上皮は粘液性および非粘液性異型上皮で構成され, 篩状構造や索状構造および間質浸潤をみとめ卵巣漿液粘液性癌, FIGO 進行期分類 IIIB 期と診断した。腹水をみとめ細胞像は核偏在性で胞体内に粘液を含有する異型細胞が大小の重積性細胞集塊として多数出現し腺癌を想定する所見を認めた。

【症例 2】40 代女性, 画像上直径 4 cm の囊胞性卵巣腫瘍の内部に充実性部分をみとめた。卵巣は子宮に浸潤し卵巣癌 IIA 期と診断し, 病理組織学的所見は明瞭な核小体を持つ異型上皮が乳頭状に増殖し, 胞体に粘液を含む細胞も混在し間質浸潤をみとめ卵巣漿液粘液性癌と診断した。腹腔洗浄細胞診で各密度の高い不整重積性集塊をみとめ, N/C 比が高く, 核小体が目立ち, 核縁の軽度肥厚をみとめ腺癌を想定した。

【結論】漿液粘液性癌は比較的新しく分類された稀な疾患であり, 今後細胞診を含め臨床組織学的所見等の蓄積が必要と考えられた。

### P-2-36 腹水細胞診が陽性を呈した脱分化癌と診断された卵巣癌の 1 例

山形大学医学部附属病院産婦人科

○榊 宏論(MD), 清野 学(MD), 立花由花(PhD), 堀川翔太(PhD), 奥井陽介(PhD), 太田 剛(MD), 永瀬 智(MD)

【はじめに】卵巣脱分化癌は WHO 分類 2020 (第 5 版) で卵巣腫瘍の組織型分類に新たに加わった組織型で, 未分化癌の成分と分化した成分が混在した組織型と定義される。今回, 脱分化癌と診断され腹水細胞診陽性を呈した症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳台女性, 2 妊 0 産。腹部膨満感を主訴に前医を受診し左卵巣癌が疑われ当科へ紹介受診された。手術療法を行い, 術中迅速病理診断の結果は粘液性癌, 大網播種, 腹膜播種, 小腸腸間膜播種を認めた。単純子宮全摘術, 両側付属器摘出術, 大網切除術, 播種病変摘出術を施行した。病理組織検査で卵巣腫瘍は大部分が粘液性腫瘍で, 壁に結節部分に核異形を伴う小型の細胞が不規則に増殖した悪性腫瘍成分と腺管形成を伴った悪性腫瘍成分が混在した組織像を認めた。小型の腫瘍細胞は上皮マーカー, 間葉系マーカーは陰性で, 未分化癌が推定された。一方で管腔構造を示す部分では, 上皮マーカーが強陽性を示し, 明らかに分化した癌を推察された。未分化癌の成分と分化した成分が混在した組織型から, 脱分化癌と診断された。腹水細胞診では, 核腫大を伴い核小体明瞭な異形細胞が, 集塊を形成し一部で腺管様構造を形成し腺癌を推定する像だった。卵巣癌 IIIC 期 (pT3cNXM0) と診断した。術後パクリタキセル+カルボプラチン+ベバシズマブ療法を 6 コース施行した。現在, ベバシズマブ維持療法中だが術後 7 カ月で再発無く経過している。

【結語】稀な組織型である卵巣脱分化癌の腹水細胞診陽性例を経験した。本症例は腺癌成分を反映した細胞診像だったが, 脱分化癌の腹水細胞診の報告は稀であり, 今後の臨床的データの蓄積が期待される。

**P-2-37 若年発症腫瘍原発悪性黒色腫の1例**

福井県立病院

○堀 芳秋(MD)

【症例】30代，性器出血を主訴に受診し腔入口部後壁右側に4×3 cmの腫瘍を認めた。擦過細胞診で核小体明瞭，核偏在性の腺細胞由来を示唆する異形細胞と，クロマチン粗大顆粒状，細胞質に厚みのある扁平上皮由来を示唆する異形細胞が散在して見られた。組織診では好酸性の豊富な胞体をもつ上皮様の異型細胞と核小体が目立ち，多核の異型細胞を認めごく一部の腫瘍細胞の胞体内に褐色色素を認めた。免疫組織染色にて悪性黒色腫と診断された。

**P-2-38 術前の気管支鏡下細胞診で術式を決定した非小細胞肺癌の1例**沖縄赤十字病院呼吸器外科<sup>1)</sup>，沖縄赤十字病院病理科<sup>2)</sup>○宮城 淳(MD)<sup>1)</sup>，鈴木牧子(CT)<sup>2)</sup>，  
真喜志かおり(CT)<sup>2)</sup>，比嘉 讓(CT)<sup>2)</sup>，  
玉城剛一(CT)<sup>2)</sup>，吉見直己(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】肺癌診療ガイドラインに基づいて肺葉切除を行う場合には，臨床病期I-II期，術前の耐術能，非小細胞肺癌であるかの確認が必要である。

【症例】70代男性。基礎疾患に狭心症と下肢閉塞性動脈硬化症があり抗血小板剤が中止できない状態であった。検診で右S2末梢に3 cm腫瘍，その中枢側肺門部に1.5 cmの肺内転移が見つかった。PET検査ではリンパ節転移や遠隔転移はなかった。腫瘍マーカーはCEAが33，シフラが3.6と上昇，pro-GRPは正常値であった。気管支鏡下生検は出血のリスクあり擦過/洗浄細胞診で判断した。

【細胞所見】壊死組織と共に円形～楕円形核を有する異型細胞が多数出現し，明瞭な核小体を有し核分裂像もみられた。胞体は明瞭で核線はなかった。小範囲ではロゼット形成や線腔形成様の所見も見られた。大細胞神経内分泌腫瘍(LCNEC)または低分化腺癌が疑われ，小細胞肺癌は否定的と判断して右上葉切除術を行った。

【病理所見】異型細胞が繊細な線維血管軸を有し充実胞巣状～索状に増殖していた。INSM-1陽性でLCNECと診断した。

【考察】小細胞肺癌であれば肺葉切除の適応はなかったが術前細胞診で除外できた。診断にはINSM-1染色が有用であった。

【結語】術前細胞診は術式決定に有用であった。

## P-2-39 大腸転移巣が診断の契機となった肺扁平上皮癌の一例

岸和田徳洲会病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 岸和田徳洲会病院病理診断科<sup>2)</sup>, 八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>3)</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>4)</sup>

○大井秀太(CT)<sup>1)</sup>, 岡崎 健(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井愛梨(CT)<sup>3)</sup>, 松尾優希(CT)<sup>3)</sup>, 室木魁人(CT)<sup>3)</sup>, 西川裕子(CT)<sup>3)</sup>, 岩崎由恵(CT)<sup>3)</sup>, 西野栄世(MD)<sup>2)</sup>, 南部尚子(MD)<sup>4)</sup>, 久保勇記(MD)<sup>4)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>4)</sup>

【はじめに】中枢型肺扁平上皮癌は早期から咳、血痰等の呼吸器症状が出現することが多いのが特徴とされる。今回、呼吸器症状が無く、大腸癌を疑って施行された生検で扁平上皮癌と診断され、その後喀痰から扁平上皮癌を認め、肺癌の大腸転移と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】90代女性。当院整形外科治療中に発熱。原因精査のためCTが施行された。間質性肺炎像を背景に左肺下葉に主気管支を圧排狭小化する3.5cm大の空洞病変を認めた。また、結腸肝彎曲に大腸癌が疑われる像を認めた。消化管内視鏡検査が先行して施行された。横行結腸に4型腫瘍、下行結腸に粘膜下腫瘍様隆起を認めた。大腸生検の病理組織結果はいずれも扁平上皮癌であった。その後喀痰細胞診にて扁平上皮癌を疑う細胞を認めた。

【喀痰細胞診細胞像】孤在と数個の集合で異型細胞を認めた。N/C比大、細顆粒状から瀾漫状クロマチンの増量を示し、核形は類円から不整形。核中心性の細胞質構築密な類円から不整形細胞。オレンジG好性の角化型細胞も認め、扁平上皮癌が疑われた。

【大腸生検組織像】両病変とも角化型扁平上皮癌の診断。下行結腸では粘膜面に腫瘍を認めず、粘膜下を主座とした腫瘍の充実性増殖像を認め、他臓器からの転移が疑われた。

【まとめ】原発巣の症状に乏しく、大腸の転移巣に対する病理診断が、原発巣の診断の契機になった肺扁平上皮癌の一例を報告した。

## P-2-40 前縦隔腫瘍に対しEBUS-TBNAが施行され異所性甲状腺腫が疑われた一例

東京都立墨東病院検査科

○加藤文音(MT), 金沢武志(MT), 石原彰人(MT), 三國宏美(MT), 松村由佳理(MT), 松田梨奈(MT), 後藤昭子(MT), 浮ヶ谷瑞希(MT), 谷澤 徹(MD)

【はじめに】縦隔に発生する主な腫瘍には、胸腺腫、神経原性腫瘍や悪性リンパ腫などが挙げられる。今回、前縦隔腫瘍に対しEBUS-TBNAが施行され縦隔内異所性甲状腺腫を疑う一例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。他院にて腭腫瘍疑いでフォロー中、大動脈弓部頭側に腫瘍あり。前縦隔腫瘍疑いで当院へ精査のため紹介された。胸部CTでは、縦隔内気管前方に正常甲状腺実質に近い高濃度を示す径25mm程の腫瘍性病変が認められた。血液検査で甲状腺機能は正常であった。

【細胞像】血性およびリンパ球主体の背景に少数の大型細胞集塊を認めた。集塊は、均一な類円形核をもつ細胞からなり、コロイド様物質を含む多数の濾胞状構造が集簇していた。明らかな細胞異型や構造異型は認めなかった。詳細な穿刺部位の記載が不明だったため、リンパ節からの穿刺であれば甲状腺癌のリンパ節転移の可能性が考えられ、前縦隔からの穿刺であれば異所性甲状腺(腺腫)が考えられた。

【病理組織像】ほとんどが出血巣、フィブリン、線維性組織からなる検体。ごく一部に明らかな異型のない甲状腺濾胞組織のfragmentを認めた。異所性甲状腺と診断された。

【まとめ】本症例は、現在、腫瘍に著変なく経過観察中であり、提出されたEBUS-TBNAで甲状腺組織が見られるものの、腺腫といえるほどの所見は得られなかった。縦隔内異所性甲状腺腫は縦隔腫瘍の5%前後、全甲状腺手術の1~3%程度と比較的稀な腫瘍である。穿刺可能な部位に腫瘍が位置する場合には、今回のようにEBUS-TBNAが施行されることがあるため、臨床との情報共有を行うと同時に、縦隔腫瘍の鑑別のひとつとして異所性甲状腺(腺腫)を知っておくことが重要である。



## P-2-41 RET 融合遺伝子を認めた肺腺癌の一例

八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○櫻井愛梨(CT)<sup>1)</sup>, 松尾優希(CT)<sup>1)</sup>, 室木魁人(CT)<sup>1)</sup>,  
西川裕子(CT)<sup>1)</sup>, 岩崎由恵(CT)<sup>1)</sup>, 南部尚子(MD)<sup>2)</sup>,  
久保勇記(MD)<sup>2)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】RET 融合遺伝子は、非小細胞肺癌の1~2%に認められる稀ながん遺伝子異常である。今回、RET 融合遺伝子を認めた肺腺癌の一例を経験したので、その細胞像を報告する。

【症例】70代男性。他院にて、左胸水貯留、全無気肺を指摘され当院に紹介された。CTで、大量の左胸水を認め、診断目的で胸水穿刺が行われた。造影CT、MRIでは、左下葉に約3cm大腫瘍影を認め、遠隔転移は認めなかった。胸水細胞診、セルブロック免疫染色にて、肺原発の腺癌と診断した。LC-SCRUMにて、同検体からRET融合遺伝子が確認され、CBDCA/PEMを使用した化学療法による治療が開始された。腫瘍は縮小しており、現在経過観察中。

【細胞診所見】リンパ球やや優勢の背景に、孤在と、数、数十個の集合で異型細胞を認めた。N/C比大、微細顆粒状クロマチンの増量を示し、核偏在性、核形は類円、軽度核縁不整を示し、核小体は中型明瞭。細胞質は豊富で構築泡沫状の類円形細胞より肺腺癌を疑った。

【セルブロック所見】大小不同の核と比較的豊かな細胞質を持つ異型細胞が集簇。免疫染色はTTF-1(+), NapsinA(+), ALK(-)より、肺腺癌と診断した。

【遺伝子検査】胸水のAmoy multi-PCRにてKIF5B-RET融合遺伝子(+). セルブロックのオンコマイン Dx Target TestでもKIF5B-RET融合遺伝子(+ )であった。

【まとめ】今回、RET融合遺伝子を認めた肺腺癌の症例を経験した。自施設が経験したEGFR変異、ALK融合遺伝子、ROS-1融合遺伝子の認められた腺癌との細胞像の特徴を比較検討し、合わせて報告したい。

## P-2-42 気管支細胞診セルブロックにて診断した肺原発性悪性黒色腫の1例

藤田医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 西尾市民病院病理診断科<sup>2)</sup>, 愛知医科大学病院病理部<sup>3)</sup>

○櫻井映子(MD)<sup>1)</sup>, 水谷南遙(CT)<sup>1)</sup>, 大嶽宏幸(CT)<sup>2)</sup>,  
中村広基(CT)<sup>2)</sup>, 米倉由香(CT)<sup>1)</sup>, 藤原真紀(CT)<sup>1)</sup>,  
須藤健助(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤真文(MD)<sup>2)</sup>, 都築豊徳(MD)<sup>3)</sup>,  
塚本徹哉(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】気管支細胞診セルブロックにて診断した肺原発性悪性黒色腫を経験したので報告する。

【症例】60代、男性。検診にて右上肺野異常陰影を指摘され、前医を受診した。精査により悪性黒色腫と診断され、治療目的に当院受診した。皮膚など肺腫瘍以外に悪性黒色腫は指摘されず、画像にて明らかなリンパ節転移は指摘できなかったため、手術適応と判断し、右上葉肺切除が施行された。

【細胞および病理所見】気管支洗浄細胞診にて、緩い結合性を示す、褐色顆粒を含む異型細胞が見られた。気管支洗浄液セルブロックの免疫染色にて、S-100(focal weak +), HMB-45(+), Vimentin(+), CD68(-), Cytokeratin(AE1/AE3)(-)を呈する異型細胞が見られた。また、Giemsa染色にてメラニン様顆粒物質は異染性を示し、悪性黒色腫と診断した。当院の右上葉肺切除の検体にてセルブロックと同様の染色性を呈する14×2.5×1.5mm大の腫瘍を認め、肺原発性悪性黒色腫と診断した。

【まとめ】肺原発性悪性黒色腫は極めてまれな腫瘍である。今回、気管支擦過および洗浄細胞診検体の免疫染色および特殊染色が診断に有用であった肺原発性悪性黒色腫を経験した。

### P-2-43 細胞形態と免疫染色結果に乖離を認めた 非小細胞肺癌の骨転移の一症例

鶴岡市立荘内病院病理科

○菅原永里奈(CT), 近藤敏仁(CT), 鈴木俊市(CT),  
阿部幸輝(CT), 矢野 亮(MD), 椿谷みさお(MD),  
内ヶ崎新也(MD), 深瀬真之(MD)

【はじめに】 TTF-1 と NapsinA は肺腺癌, p40, p63, 34βE12 は扁平上皮癌のマーカーとされている。細胞形態と免疫染色結果に乖離が見られ組織型推定に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】 80 代男性。発熱, 右下腿痛を主訴に当院受診。CT で右肺腫瘍, 右肺門リンパ節腫大と右恥骨に骨破壊が見られた。MRI では右脛骨筋骨幹部と中位部骨幹部に腫瘍性病変が見られ, 転移性骨腫瘍が疑われ同部位から穿刺吸引細胞診が施行された。画像上肺以外に原発が疑われる所見は指摘されなかった。

【結果】 N/C 比上昇, 核クロマチン増量, 核形不整を呈する異型細胞が多数出現し, 核の偏在や明瞭核小体, 腺腔様構造や粘液様物質を認めた。肺腺癌を念頭にセルブブロック標本を用いて免疫染色を施行したところ CK7(+), CK20(-), TTF-1(-), NapsinA(-), CK5/6(focal+), p40(focal+), p63(focal+), 34βE12(+)であり扁平上皮癌が推定された。一方腫瘍細胞の胞体内粘液は Al-B や PAS 反応に陽性であり, 病理医と協議の上細胞形態と粘液の所見を重視し腺癌と診断した。

【考察】 TTF-1 や NapsinA は肺腺癌において特異性は高いが必ずしも陽性になるわけではない。今回, 腺癌を推定する細胞形態でありながら腺癌マーカーが陰性, p40, p63, CK5/6, 34βE12 が一部に陽性であったことから扁平上皮癌との鑑別に苦慮した。免疫染色は有力な補助診断であるが, 妄信はせず丁寧な形態観察を行った上で総合的に判断することが肝要であると再認識した。

### P-2-44 呼吸器細胞診で粘液を有する腫瘍細胞の 見方

公立阿伎留医療センター呼吸器外科<sup>1)</sup>, 公立阿伎留医療センター病理部<sup>2)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>3)</sup>, 神奈川県立がんセンター呼吸器外科<sup>4)</sup>

○三浦弘之(MD)<sup>1)</sup>, 涌井清隆(CT)<sup>2)</sup>, 朝倉千尋(CT)<sup>2)</sup>,  
山本智子(MD)<sup>2)</sup>, 澤田達男(MD)<sup>2)</sup>, 鬼塚裕美(MD)<sup>2)</sup>,  
若槻よしえ(CT)<sup>3)</sup>, 吉田えりか(CT)<sup>3)</sup>,  
加藤彩子(CT)<sup>3)</sup>, 内山 篤(CT)<sup>3)</sup>, 三浦 隼(MD)<sup>4)</sup>

【背景】呼吸器細胞診で粘液を有する腫瘍がある。その鑑別点を供覧する。

【症例】粘液の存在部位から, 1. 背景に粘液が存在する腫瘍, 2. 粘液を腫瘍細胞が取り囲む腫瘍, 3. 細胞質に粘液を有する腫瘍に分けられる。1 には, 浸潤性粘液性腺癌, コロイド腺癌, 転移性肺腫瘍がある。浸潤性粘液性腺癌は杯型の腫瘍細胞が集塊で認められ, 杯細胞増生との鑑別は前者の核はクロマチンが増量しており, 緊満感を有し, 核溝や核内細胞質封入体を認めることである。コロイド腺癌は, 豊富な粘液を認めるものの腫瘍細胞はわずかで, 孤立散在性に出現する。鑑別すべきは転移性肺腫瘍, 特に乳癌粘液癌, 膀胱腺癌がある。乳癌の粘液癌は異型の乏しい細胞の乳頭状集塊が認められる。膀胱腺癌も粘液癌を呈することが有り, 既往の膀胱癌は組織型まで確認する必要がある。2 には腺様嚢胞癌, 粘表皮癌, 上皮筋上皮癌があり, 太い気管支に発生することが多く, 腺様嚢胞癌は気管にも発生する。後二者は末梢肺にも発生するが, 末梢肺に発生した腺様嚢胞癌は転移を考慮する。腺様嚢胞癌は粘液球を取り囲むように, 異型の乏しい裸核状の細胞が認められる。粘表皮癌は扁平上皮癌に類似した細胞, 中間細胞も認められるが, 大型粘液を取り囲む細胞が特徴である。上皮筋上皮癌は, 粘液様物質を取り囲む細胞が上皮と筋上皮の 2 種類あることが鑑別点となる。3 には, 浸潤性粘液性腺癌のほかに印環細胞からなる腫瘍がある。胃癌が有名であるが, 肺原発では充実型腺癌の一部に認められる。ALK 遺伝子, ROS1 遺伝子との関連があり, その同定は重要である。

【結論】呼吸器細胞診を見る際, 粘液から組織推定することも興味深い。

## P-2-45 SMARCA4 欠損胸部腫瘍 2 例の細胞像の比較

東京医科歯科大学病院病理部<sup>1</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科包括病理学<sup>2</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科統合呼吸器病学<sup>3</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理学<sup>4</sup>

○中嶋 裕(CT)<sup>1</sup>, 戸張友加里(CT)<sup>1</sup>, 地野祐輔(CT)<sup>1</sup>, 木村あずさ(CT)<sup>1</sup>, 坂田泰子(CT)<sup>1</sup>, 安藤 登(CT)<sup>1</sup>, 大西威一郎(MD)<sup>1</sup>, 新宅 洋(MD)<sup>1</sup>, 國枝純子(MD)<sup>1</sup>, 桐村 進(MD)<sup>1</sup>, 倉田盛人(MD)<sup>2</sup>, 明石 巧(MD)<sup>1</sup>, 古澤春彦(MD)<sup>3</sup>, 大橋健一(MD)<sup>4</sup>

【緒言】 SMARCA4 欠損胸部腫瘍は、クロマチンリモデリングに関与する SWI/SNF 複合体の構成要素である SMARCA4 遺伝子の異常を伴う腫瘍であり組織像、SMARCA4 欠損の有無から非小細胞癌 (SDNSCC) と肉腫様腫瘍 (SDTST) に分類される。今回我々は SDNSCC と SDTST 各 1 例を経験したので細胞像を比較し報告する。

【症例】 (症例 1) 60 代女性。喫煙指数 3000。縦隔の 3 cm 大の腫瘍に対して EBUS-TBNA を施行。(症例 2) 60 代男性。喫煙指数 1600。右上縦隔から頸部にわたる 5 cm 大までの多発腫瘍に対して EBUS-TBNA 施行。いずれも肺内病変なし。

【細胞所見】 (症例 1) 腫瘍細胞は小集塊状に出現。核異型は軽度。核小体は小型。核内封入体が目立つ。ラブドイド細胞は認められない。(症例 2) 腫瘍細胞は結合性の緩い小集塊状～散在性に出現。核に軽度の多形性はあるが比較的単調。核小体は明瞭。核内封入体は極少数。ラブドイド細胞は疑いのみ。

【組織所見】 (症例 1) 腫瘍細胞が小胞巣状に増生する。核内封入体あり。Claudin4, SMARCA2 は陽性, SMARCA4 の発現消失があり SDNSCC と診断した。(症例 2) 腫瘍細胞が充実性胞巣を形成する。核は円形～類円形であるが比較的単調で、明瞭な核小体を持つ。ラブドイド細胞が一部に疑われた。SALL4 陽性, Claudin4 陰性, SMARCA2/A4 の発現消失があり SDTST と診断した。

【考察】 SDTST の特徴とされるラブドイド細胞の出現は腫瘍の一部にとどまり認められない症例もあることが報告されている。縦隔を巻き込む喫煙者の腫瘍で、結合性が緩く明瞭な核小体を有する比較的単調な腫瘍細胞の細胞学的特徴を認めた場合、ラブドイド細胞が不明でも SDTST を鑑別に考える必要があることが示唆された。

## P-2-46 全血からの Circulating tumor cells 回収のための新規フィルターの有用性

奈良県立医科大学附属病院病院病理部<sup>1</sup>, 奈良県立医科大学胸部・心臓血管外科教室<sup>2</sup>, 奈良県総合医療センター病理診断科<sup>3</sup>, 奈良県立医科大学病理診断学講座<sup>4</sup>, 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<sup>5</sup>

○龍見重信(CT)<sup>1</sup>, 澤端章好(MD)<sup>2</sup>, 森田剛平(MD)<sup>3</sup>, 藤井智美(MD)<sup>4</sup>, 西川 武(PhD)<sup>1</sup>, 大林千穂(MD)<sup>5</sup>

【目的】 血中循環腫瘍細胞 Circulating tumor cells (CTC) は、癌の転移に寄与するため、CTC の検出は予後予測だけでなく、治療効果予測にも重要となる。CTC の分離技術は多様である一方、手技の煩雑さや高い費用、微量な CTC の安定的な検出に欠ける問題もある。今回、産学共同研究により自然濾過のみで安定的な CTC 検出が可能なソフトマイクロポアフィルター (S-MPF) を開発し、有用性を検証した。

【方法】 EDTA 採血した健康ボランティア全血に肺腺癌細胞株 HCC827 (EGFR Exon 19 Deletion 陽性株) を混合し、擬似 CTC 液を作製した。擬似 CTC 液を S-MPF に通液し、捕捉細胞数とスルー液中の細胞数を計測し、性能評価を行った。また、捕捉細胞の各種染色への耐用評価としてギムザ染色、パパニコロウ染色、CAM5.2 および CD45 の免疫染色を行った。加えて、捕捉細胞の短期培養および EGFR 変異遺伝子解析も行った。臨床評価として、インフォームドコンセントが得られた 2 名の非小細胞肺癌患者の末梢動脈血から 15 mL の血液を採取し、CTC 検出を行った。

【結果】 性能評価において、S-MPF にて擬似 CTC を捕捉でき、スルー液には擬似 CTC が確認されなかった。捕捉された細胞は各種染色も可能であった。細胞を生存状態で捕捉できるため、短期培養も可能であり、培養後の細胞集塊からは EGFR Exon 19 Deletion が検出可能であった。臨床検体においても CTC の捕捉が可能であった。

【考察】 S-MPF は CTC を自然濾過のみで回収できるため、CTC は生存状態にあり、細胞培養をはじめとした多様な検査にも応用できる可能性が示唆された。加えて、臨床検体においても CTC の検出が可能であったことより、実用化に向けたさらなる検討を重ねていく。

## P-2-47 呼吸器細胞診における核クロマチンのフラクタル解析

熊本保健科学大学保健科学部医学検査学科<sup>1)</sup>, 福岡大学病院病理部<sup>2)</sup>

○南部雅美(PhD)<sup>1)</sup>, 亀山広喜(PhD)<sup>1)</sup>, 松本慎二(PhD)<sup>2)</sup>

【目的】フラクタルとは、フランスの数学者 Benoit B. Mandelbrot が提唱した幾何学の概念であり、形状の複雑性に関する有用な解析法として、病理形態学的解析に適した解析法であると考えられる。核クロマチン構造にはフラクタル性があるという説もあり、今回、細胞の診断に有用な核クロマチン構造の客観的評価法としてフラクタル解析の検討を行った。

【方法】腺癌、小細胞癌 扁平上皮癌症例の気管支擦過細胞診標本を用いて、正常気管支上皮細胞、腺癌細胞、小細胞癌細胞および扁平上皮癌細胞の各 100 個を総合倍率 1000 倍で顕微鏡写真を撮影し、フラクタル解析ソフト Custom Fractal 1.00 にてボックスカウンティング法による 2 次元フラクタル解析を行った。解析の評価基準として相関係数、最小二乗平均誤差、直線度を参考にした。

【結果】平均フラクタル次元 (FD) は、正常円柱上皮細胞で 1.6246、腺癌で 1.6061、扁平上皮癌で 1.7137、小細胞癌で 1.7014 であった。得られたデータの多重比較検定を行った結果、正常気管支上皮細胞と腺癌細胞では有意差は見られず、同様に扁平上皮癌細胞と小細胞癌細胞にも有意差は見られなかった。正常気管支上皮細胞と腺癌細胞、および扁平上皮癌細胞と小細胞癌細胞の 2 群間においては核クロマチンのフラクタル次元に有意差が見られた。

【結論】今回の結果では、腺癌症例では FD による良悪性の評価は困難であると考えられるが、一方、正常細胞と扁平上皮癌細胞および小細胞癌細胞では FD にて有意差が認められることから、扁平上皮癌および小細胞癌の FD による良悪性の評価は可能であると考えられる。

## P-2-48 当院における ROSE の有用性の検討

弘前大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座<sup>2)</sup>

○熊谷直哉(CT)<sup>1)</sup>, 小島啓子(CT)<sup>1)</sup>, 岡田壮士(CT)<sup>1)</sup>, 川村麻緒(CT)<sup>1)</sup>, 藤田大貴(CT)<sup>1)</sup>, 加藤哲子(MD)<sup>1)</sup>, 黒瀬 顕(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】ROSE (rapid on-site cytologic evaluation) とは検体採取を行う患者のベッドサイドで標本作成、鏡検を行い、診断目的の細胞が採取されているか否かを判定する手法であり、現在多くの施設で行われている。当院においても気管支鏡検体に対する ROSE を 2014 年に導入して以降、臨床からの要望も強く年々依頼は増加している。今回我々は当院における気管支鏡検体に対する ROSE の現状、精度、その効果について検討したので報告する。

【方法】当院において 2014 年 4 月 1 日から 2021 年 12 月までの間に呼吸器内科からの依頼により ROSE を行い、かつ組織診断がなされた症例延べ 126 症例を対象に、現場での報告と細胞診最終診断の一致率や ROSE と組織診断の一致率等について検討した。

【結果】全症例中 ROSE の際の報告の内訳は「陽性」92 例 (73.0%)、「陰性」26 例 (20.6%)、「異型細胞」8 例 (6.3%) であった。細胞診最終診断との比較では陽性的中率 94.8% (91/96)、陰性的中率 92.3% (24/26) であった。また、ROSE と組織診断との比較では感度 91.0%、特異度 100%、陽性的中率 98.9%、陰性的中率 69.2% であった。

【考察】今回の検討では ROSE と組織診との診断一致率は高く、良好な結果であったが、不一致例が 4 症例あった。また、この内 2 例は細胞診最終診断とも結果が不一致であった。この理由として細胞量がごく少量であったため限られた時間内で認識するのが困難であったことが挙げられる。また、ROSE の標本中に異型細胞が見られず、もう一方の最終診断用の Pap. 標本には異型細胞が見られたことから、作成過程で脱落した可能性も考えられた。



## P-2-49 宮城県肺がん検診喀痰細胞診の成績からみる近年の傾向と細胞像

公益財団法人宮城県対がん協会<sup>1)</sup>, 東北大学加齢医学研究所呼吸器外科学分野<sup>2)</sup>, みやぎ県南中核病院呼吸器外科<sup>3)</sup>, 紫山公園ファミリークリニック<sup>4)</sup>, 公益財団法人宮城県結核予防会<sup>5)</sup>

○中川朋美(CT)<sup>1)</sup>, 田名部朋子(CT)<sup>1)</sup>,  
羽場詩穂美(CT)<sup>1)</sup>, 大友久美(CT)<sup>1)</sup>, 近 京子(CT)<sup>1)</sup>,  
野津田泰嗣(MD)<sup>2)</sup>, 桜田 晃(MD)<sup>3)</sup>, 遠藤千顕(MD)<sup>4)</sup>,  
齋藤泰紀(MD)<sup>5)</sup>, 伊藤 潔(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】宮城県の肺がん検診は宮城県肺がん対策協議会のもと、1982年の検診開始から40年が経過した。喫煙率の低下に伴い受診者数及び肺門部扁平上皮癌の発見数は減少しており、肺がん検診における喀痰細胞診の役割が危ぶまれている。

【方法】1982年から2021年の喀痰細胞診における要精検(D, E判定)数, がん確定数, 組織型を集計し10年毎の発見がんの推移と近年の傾向を分析した。

【結果】1982年～2021年までの判定総数は628,492件で、D判定863件, E判定959件, 確定がんは扁平上皮癌745例, 腺癌109例, その他57例であった。10年毎に集計した判定数は1982～1991年で119,240件, 発見がん数は291例(10万対244.0, 扁平上皮癌263例, 腺癌17例, その他11例), 1992～2001年で186,751件, 発見がん数は332例(10万対177.8, 扁平上皮癌265例, 腺癌43例, その他24例), 2002～2011年で185,143件, 発見がん数は187件(10万対101.0, 扁平上皮癌142例, 腺癌34例, その他11例), 2012～2021年で137,358件, 発見がん数は101例(10万対73.5, 扁平上皮癌75例, 腺癌15例, その他11例)であった。

【まとめ】喀痰細胞診における10年毎のがん発見頻度に減少傾向を認めた。中でも検診初期20年の発見がんの84%が扁平上皮癌だが、直近10年では扁平上皮癌74%, 腺癌15%, その他11%であり、扁平上皮癌の発見頻度は減少していた。その他のがんでは肺小細胞癌の他、喉頭癌や下咽頭癌などがしばしば発見されていた。このことから標本中には多様な癌の出現があることを意識して検鏡することが必要と思われた。肺門部扁平上皮癌の発見頻度や細胞像の検討を加えて肺がん検診における喀痰細胞診の意義について考察し報告する。

## P-2-50 当院における肺癌マルチプレックス検査の現状について

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<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>, 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科<sup>3)</sup>

○田中真理(CT)<sup>1)</sup>, 北田佳緒里(CT)<sup>1)</sup>, 糸川夏帆(CT)<sup>1)</sup>,  
楠木結香(CT)<sup>1)</sup>, 谷川直人(CT)<sup>1)</sup>, 坪田ゆかり(MD)<sup>2)</sup>,  
吉田 恵(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】昨今、特に肺癌治療においては遺伝子変異の有無を確実に、かつ早急に調べることが重要であるが、生検および胸水検体にて肺癌マルチプレックス検査(以下肺癌マルチ検査)を実施するためには苦慮することが多い。今回、当院における肺癌マルチ検査の現状について報告する。

【対象および検討項目】2020年2月～2022年6月までの期間に肺癌の診断が確定し肺癌マルチ検査を実施した35例を対象とし、検体種, 検査成功率, ホルマリン固定時間, 変異検出率等を検討した。

【結果】35例中オンコマイン Dx Target Test マルチ CDx システム(以下オンコマイン)32例, AmoyDx(以下Amoy)3例で、肺生検29例, 胸水4例, その他2例であった。検査成功率はオンコマイン DNA100%, RNA97%, Amoy DNA100%, RNA100%, ホルマリン固定時間はコンパニオン診断項目では平均値8時間, 最大値9時間, 未承認項目では平均値9時間, 最大値14時間, 陰性では平均値11時間, 最大値17時間であった。検出率はコンパニオン診断項目26%, 未承認項目40%, 陰性34%であった。また、胸水は4例とも細胞診にてclassV Adenocarcinomaであった。

【考察】当院の工夫点としては、遺伝子検査依頼がある生検検体はホルマリン固定時間を管理し、ホルマリンからアルコールへの入れ替えが時間外になる場合、中央検査部の当直者をお願いしている。また、腫瘍細胞数から必要な薄切枚数を算出している。自施設の成績や現状を把握し、対策を講じることは重要だと考える。なお、詳細については当日報告する。

**P-2-51 気管支鏡検査時の ROSE の有用性の検討**

国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部<sup>1)</sup>, 国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理診断科<sup>2)</sup>, 国家公務員共済組合連合会虎の門病院分院病理診断科<sup>3)</sup>

○横田 章(CT)<sup>1)</sup>, 宇留賀公紀(MD)<sup>2)</sup>, 雁部愛未(CT)<sup>1)</sup>, 菅原明子(CT)<sup>1)</sup>, 府川孝子(CT)<sup>1)</sup>, 藤井丈士(MD)<sup>3)</sup>, 高澤 豊(MD)<sup>1,2)</sup>

肺癌の病理検体は免疫組織化学的検索に加えて, *EGFR*, *ALK* を始めとした多数の遺伝子検査に用いられるため, それらの検査に必要な腫瘍量を採取することが求められている. Rapid on-site cytologic evaluation (ROSE) は, 検体に腫瘍が確実に採取されているか否かの評価に有用であると考えられている. 今回, 当院でも ROSE 導入の検討を行ったため報告する.

2021 年 8 月~2022 年 6 月までの期間に肺癌が疑われる症例に対して, 4 件の ROSE, 8 件の迅速細胞診 (塗抹から固定までを on-site で実施し, 検体を病理部に搬送して染色, 鏡検, 報告) を実施し, 比較, 検討した.

TAT (Turn-around-time) は, ROSE で平均 19 分, 迅速細胞診平均 13 分であった. 悪性と報告された症例数は, ROSE で 3 件, 迅速細胞診で 4 件であった. オンコマイン Dx 検索を施行した症例は 3 件 (ROSE 1 件, 迅速細胞診 2 件) で, いずれも解析可能であった. また, ROSE 1 件あたりの細胞検査士の拘束時間は 30 分から 1 時間 20 分であった.

ROSE と迅速細胞診では, TAT, 感染対策, 化学物質管理等の点でそれぞれメリットがある. ROSE の方が TAT が短いと予想されたが, 実際には迅速細胞診の方が短かった. また, ROSE では細胞検査士の拘束時間にばらつきがあり, 細胞検査士のマンパワーの確保が課題になった. 迅速細胞診でも, 検体評価は十分可能であり, 患者負担の軽減に貢献でき, 必ずしも ROSE を実施する必要性はないと考えられた.

**P-2-52 気管支内視鏡迅速細胞診の有用性と精度管理**

岡山大学病院医療技術部検査部門

○實平悦子(CT), 松岡昌志(CT), 井上博文(CT), 松岡博美(CT)

【はじめに】岡山大学病院における気管支内視鏡下迅速細胞診 (以下 ROSE) の診断精度の検討を行った. また, 遺伝子パネル検査の腫瘍細胞割合を上げるために当院が行っている検体処理に有用性があるかどうか検証を行った.

【方法と結果】2020 年 1 月~2021 年 12 月の 1 年間で, 126 件の ROSE が施行された. 手術を受け病理診断が確定した 99 例と, 臨床情報より悪性腫瘍が否定された 27 例であった. 細胞診断の感度 100%, 特異度 67.5%, 陽性予測値 86.9%, 陰性予測値 100%, 組織診断の感度 100%, 特異度 55.1%, 陽性予測値 77.8%, 陰性予測値 100% であった. 当院は ROSE で腫瘍細胞が陰性であった組織片を分けて包埋しているが, それによって腫瘍細胞割合を上げることができるか検証を行うため, ヘマトキシリンエオジン染色標本をバーチャル画像で取り込み, 細胞数を目視でカウントした. その結果, 5 症例すべてにおいて腫瘍細胞割合を上げることができた.

【結語】遺伝子パネル検査を意識した ROSE を施行し, その後の病理組織検体処理を行うことは, 腫瘍細胞割合を上げることにつながる.

### P-2-53 穿刺吸引細胞診にて嗅神経芽細胞腫の転移と推定し得た一例

国立がん研究センター東病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 国立がん研究センター東病院頭頸部外科<sup>2)</sup>, 国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科<sup>3)</sup>

○大石彰太(CT)<sup>1)</sup>, 成清羊佳(CT)<sup>1)</sup>, 小林隆樹(CT)<sup>1)</sup>, 古屋佑真(CT)<sup>1)</sup>, 山田健太郎(CT)<sup>1)</sup>, 相羽拓矢(MD)<sup>1)</sup>, 藤間瑞穂(CT)<sup>1)</sup>, 富岡利文(MD)<sup>2)</sup>, 林 隆一(MD)<sup>2)</sup>, 石井源一郎(MD)<sup>3)</sup>, 坂下信悟(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】嗅神経芽細胞腫は、鼻腔上部の嗅上皮部より発生し、鼻副鼻腔腫瘍の2-3%を占める稀な腫瘍である。今回、上頸部のリンパ節から穿刺吸引細胞診が施行され嗅神経芽細胞腫の転移と推定し得た一例を経験したので報告する。また、臨床的に嗅神経芽細胞腫の転移を疑ったが転移像はみられなかった症例の細胞像との鑑別点も併せて紹介する。

【症例】50歳台、女性。10余年前に鼻閉を主訴に前医を受診した。嗅神経芽細胞腫と診断された。当院での治療を希望し放射線治療を行っていたが、現在に至るまでリンパ節や耳下腺への転移が指摘され、郭清あるいは切除が施行されていた。今回MRIで左上頸部のリンパ節腫大を認めたため、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞診】裸核状の小型異型細胞が孤在性あるいは小集塊として出現していた。個々の細胞の核は類円形で、顆粒状のクロマチンを有していた。免疫染色では、異型細胞にChromograninA, CD56, Synaptophysinの発現が認められ、既往の嗅神経芽細胞腫の転移として矛盾しないと報告した。

【組織診】類円形の腫瘍細胞が充実性に増殖し、免疫染色において細胞診と同様の結果となり、嗅神経芽細胞腫の再発と診断された。

【考察】免疫染色なしで鑑別が可能かどうか検討するため、転移症例と反応性リンパ球症例からランダムに100細胞を抽出し、核の形態、色合いを中心に比較検討した。核の長径・面積ともに異型細胞の方が大きく、核所見に着目することで鑑別できる可能性があると考えた。

【まとめ】今回、免疫染色を行うことでリンパ節への嗅神経芽細胞腫の転移を推定し得た一例を経験した。頭頸部の穿刺吸引細胞診検体からLBC標本を作製し、有効利用することが診断精度向上につながると考えられる。

### P-2-54 頭頸部領域の穿刺吸引細胞診で石灰化上皮腫と推定した細胞像の検討

独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院中央検査部<sup>1)</sup>, 独立行政法人労働者健康安全機構大阪労災病院病理診断科<sup>2)</sup>

○浦芝 敬(CT)<sup>1)</sup>, 三村明弘(CT)<sup>1)</sup>, 岡部美由紀(CT)<sup>1)</sup>, 谷口一磨(CT)<sup>1)</sup>, 山崎一成(CT)<sup>1)</sup>, 朴 鐘建(MD)<sup>2)</sup>, 後藤孝吉(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】石灰化上皮腫は毛母細胞への分化を示す良性の皮下腫瘍であり、小児や若年成人の頭頸部や上肢に好発する。臨床的に石灰化上皮腫が疑われる場合は、腫瘍摘出術が治療・診断として施行されるため、石灰化上皮腫の細胞像を鏡検する事はまれである。しかしながら、頭頸部領域の穿刺吸引細胞診を施行した際に、石灰化上皮腫と頭頸部領域の腫瘍と鑑別を要する場合が稀にある。今回、我々は石灰化上皮腫の細胞像について検討を行ったので報告する。

【対象】2015年から2021年までに頭頸部領域の穿刺吸引細胞診で石灰化上皮腫を疑うまたは、鑑別に挙がると所見を記載した7例中、組織診断が行われた5例を対象とした。

【結果】症例は10歳台～40歳台であり、平均年齢は24.6歳であった。臨床的診断は頰粘膜腫瘍1例、唾液腺腫瘍2例、リンパ節1例、耳下部腫瘍が1例であった。細胞診判定はclass3が4例で、全て組織診断にて石灰化上皮腫であり、class4は1例で組織診では扁平上皮癌であった。

【考察】石灰化上皮腫中に出現する細胞所見として、好塩基性細胞、移行細胞、陰影細胞、角化物質、異物巨細胞、変性物が挙げられ、前者3点の細胞所見は石灰化上皮腫を推定するにあたり有用な所見であると考えられた。問題点として、好塩基性細胞のみの出現や採取細胞量が少ない場合は好塩基性細胞を悪性細胞と考え、頭頸部領域の悪性腫瘍と誤判定する可能性や好塩基性細胞、角化物質、変性物を多数認める場合は扁平上皮癌との鑑別が困難であると考えられた。そのため、若年で好塩基性細胞を認めた場合は、臨床医に画像検査の問い合わせ・追加など臨床情報を加味して過剰な鏡検を行わない事が重要であると考えられた。

## P-2-55 多形腺腫との鑑別が困難であった結節性筋膜炎の一例

岩手医科大学附属病院病理診断科<sup>1</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2</sup>

○高橋静子(CT)<sup>1</sup>, 柳川直樹(MD)<sup>1,2</sup>,  
佐々木奈都紀(CT)<sup>1</sup>, 上田奈央子(CT)<sup>1</sup>,  
肥田野靖史(CT)<sup>1</sup>, 柴田祐二(CT)<sup>1</sup>,  
菊池いな子(CT)<sup>1</sup>, 山田範幸(CT)<sup>1</sup>, 安保淳一(CT)<sup>1</sup>,  
鈴木正通(MD)<sup>1,2</sup>, 杉本 亮(MD)<sup>1,2</sup>,  
刑部光正(MD)<sup>1,2</sup>, 上杉憲幸(MD)<sup>1,2</sup>,  
佐藤 孝(MD)<sup>1,2</sup>, 菅井 有(MD)<sup>1,2</sup>

【はじめに】結節性筋膜炎は、皮下、浅在筋膜あるいは筋内に発生する結節性の非腫瘍増殖性病変である。今回我々は左側頸部に発生した結節性筋膜炎を経験したので報告する。

【症例】症例は 40 代, 女性。左側頸部の腫脹と軽度の圧痛があり, 精査のため口腔外科を受診した。エコー検査や MRI にてリンパ節が腫大しているような所見があり, 精査目的で頭頸部外科を紹介され穿刺吸引細胞診を行い良悪性の鑑別が困難との診断となり, 開放生検組織診が施行された。

【細胞所見】核形は類円形, 楕円形および紡錘形で, 核クロマチンの濃染は目立たないが大型の核小体を認めた。一部では多核細胞や核分裂像がみられた。また, 背景にはギムザ染色で異染性を示す基質様物質を認めた。以上の所見より多形腺腫を第一に考えたが悪性腫瘍も否定できないため異型細胞とした。

【組織所見】浮腫状ないし粘液腫状の間質を背景に, 淡好酸性の胞体を有する紡錘形細胞が特定の配列を示すことなく増殖していた。腺上皮は判然とせず, 骨・軟骨組織等は確認できなかった。核分裂像は少数認めた (2 個/10HPF)。病変と脂肪組織との境界は不明瞭であり, 被膜の形成は明らかではなかった。免疫染色では, AE1/AE3 (-), Vimentin (+), SMA (+), Desmin (-), S100 (-), p63 (-), CD34 (-), Ki-67 LI は hot spot では 10% 以上であった。以上の結果と臨床経過を併せて結節性筋膜炎と診断した。

【まとめ】細胞像が多形腺腫と類似した結節性筋膜炎を経験した。大型核小体や核分裂像がみられても核クロマチンの濃染が目立たない紡錘形細胞主体の場合には, 非腫瘍性増殖性病変を念頭に入れる必要がある。

## P-2-56 液状化検体細胞診における ThinPrep 法での正常細胞数が異常細胞出現数に与える影響

京都橋大学大学院健康科学研究科<sup>1</sup>, 京都橋大学健康科学部臨床検査学科<sup>2</sup>, 京都橋大学生命健康科学研究センター<sup>3</sup>, 九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科<sup>4</sup>, 九州保健福祉大学がん細胞研究所<sup>5</sup>

○岩下玄基(CT)<sup>1</sup>, 大澤幸希光(PhD)<sup>2,3</sup>,  
寺尾友伽(MT)<sup>1</sup>, 小田嶋広和(CT)<sup>2,3</sup>,  
大西崇文(CT)<sup>2,3</sup>, 芝原一樹(CT)<sup>4,5</sup>,  
西森 誠(PhD)<sup>4,5</sup>, 宮本朋幸(PhD)<sup>4,5</sup>,  
岡田仁克(MD)<sup>2,3</sup>, 大野英治(PhD)<sup>3</sup>,  
服部 学(PhD)<sup>2,3</sup>

液状化検体細胞診 (LBC) は標本作製の標準化に有用であるとされ国際的に広く普及している。LBC には標本作製法が数種存在し, 固定液や使用検体量などに様々な違いがみられる。一方で LBC 標本における正常細胞数が異常細胞出現数に与える影響は明らかとなっていない。そこで本研究では, ThinPrep 法により作製した LBC 標本の正常細胞数が異常細胞出現数に与える影響を検討した。

試料には 1 バイアル中に異常細胞としてヒト子宮頸がん由来細胞株 (HeLa) 5,000 個に対し, 口腔細胞を各々 100 万個, 10 万個, 1 万個と調整し, 混和したものを用いた。同様のバイアルを各々 3 つ用意し, 計 9 枚の LBC 標本作製し, 標本中の HeLa の細胞数を計測し, 平均値を算出した。

その結果, 塗抹される異常細胞の細胞数に違いがみられた。5,000 個の HeLa に対し 100 万個の口腔細胞を混和した標本では, 平均 117.3 個の異常細胞を検出した。また, 10 万個の口腔細胞を混和した標本では, 平均 1706.3 個の異常細胞を検出した。また, 1 万個の口腔細胞を混和した標本では, 平均 3684.7 個の異常細胞を検出した。以上より, ThinPrep 法では試料中の正常細胞の数が多くなると, 標本に出現する異常細胞数は少なくなることが示唆された。ThinPrep 法で用いられるフィルターシリンダーのフィルター部分への異常細胞の吸着を, 正常細胞が阻害している可能性が考えられた。



## P-2-57 LOVE49 2022 in Gunma 活動報告 ～コロナ禍3年目を迎えて～

群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科<sup>1)</sup>, 利根保健生活協同組合利根中央病院病理検査室<sup>2)</sup>, 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学<sup>3)</sup>

○小野里香織(CT)<sup>1)</sup>, 深代やす子(CT)<sup>2)</sup>, 福田利夫(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】世界的な新型コロナウイルス(COVID-19)感染拡大により, 従来の街頭でのLOVE49活動が困難な状況が続いている。群馬県細胞検査士会は, 2022年度から感染予防対策を講じて街頭活動を再開し, 2020年度から開始した各施設への配布依頼も並行して実施しており, 2022年度の活動内容を報告する。

【活動内容】街頭活動は, 4月上旬に大型商業施設でニュースレター等を一般市民向けに約500部配布した。例年より配布数を減らし, 配布時間を短縮し, 街頭活動担当者にはマスク, グローブの着用を依頼した。県内各施設へは合計3,500部を配布し, 対象は県立女子高校(1), 医療技術系大学(2), 健診センター(2), 総合病院(5), その他(5)の計15施設である。12月下旬に各施設担当者に活動の趣旨を伝えると共に配布依頼し, 3月下旬に配布物を送付し, 配布時期・対象は担当者に一任した。

【結果】街頭活動では, コロナ禍状況下で受け取ってもらえない可能性もあったが500部すべて配布できた。県立女子高校, 医療技術系大学では, 施設での健康教育と連携して子宮頸がん検診に関する正しい情報を得る機会ができ, 健診センター・総合病院では受診者に, またその他の5施設は女性が多い施設であり, 多くの検診対象者にアプローチすることができた。

【まとめ】子宮頸がん予防・啓発活動は, 継続的な活動が重要である。街頭活動および各施設への配布依頼を並行することで, 将来の検診対象者である多数の学生や検診世代の女性にアプローチすることができた。今後も様々なアプローチ方法を模索し, 活動を広げたい。

## P-2-58 細胞診画像デジタル学習コンテンツの作成と活用

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科分子病理検査学分野<sup>1)</sup>, 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科人体病理検査学分野<sup>2)</sup>, 東京医科歯科大学病院病理部<sup>3)</sup>, 東京大学大学院医学系研究科衛生学分野<sup>4)</sup>

○副島友莉恵(CT)<sup>1)</sup>, 藤井奎称(St)<sup>1)</sup>, 坂井桃華(MT)<sup>1,2)</sup>, 中嶋裕(CT)<sup>3)</sup>, 河村大輔(MD)<sup>4)</sup>, 石川俊平(MD)<sup>4)</sup>

【背景】細胞診の自主学習方法は教科書やアトラスおよび鏡検で, 臨床検査技師・医師を目指す学部学生から, 細胞検査士・細胞診専門医資格取得時, さらに取得後も診断能力を維持, 向上させるために継続的なトレーニングが必要である。また, 開発途上国では教育用の細胞診標本がない。近年様々な分野でデジタル化が進んでいるが, 細胞診学習用のデジタルコンテンツは未だ少ない。

【目的】細胞診画像をスマートフォン, タブレット, PCで学習可能なデジタルコンテンツを作成することを目的とし, さらにAIの活用も検討する。

【材料と方法】東京医科歯科大学病院病理部の教育用細胞診標本(婦人科24例, 呼吸器9例, 体腔液4例, 泌尿器3例, 甲状腺5例, 乳腺4例, リンパ節3例, 消化器13例)をバーチャルスライドスキャナで撮影後, 目的の細胞にアノテーションを付け画像を保存した。その後, フリーソフトAnkiを用いて臓器別, レベル別に学習用デッキを作成した。

【結果】一症例につき3か所の典型的な細胞像にアノテーションを付け, 学部学生レベル105枚, 細胞検査士レベルではさらに93枚の画像で学習用デッキを作成した。Ankiでは重要な所見を穴埋め形式とし, ボタンを押すと細胞像と所見の解答が表示されるようにした。デッキはウェブ上で共有し, スマートフォンやタブレットと同期して学習可能である。

【考察】本細胞診デジタル学習コンテンツは場所や時間を問わず継続的, 反復的な自主学習に有用であると考えられる。今後は国外での使用のため英語版も作成し, さらにAIを活用して診断の補助となるツールの開発を目指す。

## P-2-59 EUS-FNA にて診断に苦慮した膵臓退形成癌リンパ節転移の一例

東京大学医学部附属病院病理部

○板倉祐里(CT), 瀬田 章(CT), 日向宗利(MD),  
鈴木理樹(MD)

【はじめに】腹腔内リンパ節の EUS-FNA 細胞診にて悪性としたが, 組織型の推定に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】70 代男性. 膵尾部の退形成癌に対し膵尾部切除術施行. 化学療法は行わず経過をみていたところ, 術後 15 ヶ月で胃小弯側リンパ節腫大・右肺 S6 小結節を認めた. 膵癌の転移が強く疑われたが, 単発のリンパ節腫大であることや, 腫瘍マーカーの上昇がないなど非典型的であるため組織学的な診断をつけてから化学療法を行う方針となり, 胃小弯側リンパ節に対し EUS-FNA が施行された。

【細胞所見】血液や微細な変性物を背景にやや大型で N/C 比の高い異型円形細胞が孤立散在性に散見された. それら細胞は核の腫大, 核形不整, 粗造クロマチン, 明瞭な核小体を呈していた. 多数の核分裂像も認めた. 悪性と考えられたが全体的に結合性が緩く, 悪性リンパ腫との鑑別が困難な細胞像を呈していた。

【組織所見】出血や線維素を背景とし, 小型リンパ球よりやや大型のクロマチン濃染性腫大核を有する N/C 比の高い異型円形細胞が密に増殖していた. 全体的に腫瘍細胞の結合性は緩いが, 一部では不明瞭な胞巣を形成する像が散見された. 腫瘍細胞は p53 がびまん性強陽性を示し, AE1/AE3, CAM5.2, CD3, CD20 はいずれも陰性であった. 既往の膵臓退形成癌に類似した組織像・発現形質を示していたことから膵癌のリンパ節転移と診断された。

【まとめ】臨床情報なしに細胞像のみで癌の転移再発と診断するには非常に難しい症例だった. 退形成癌は症例によって細胞像が多彩であり, 本症例のように円形細胞主体の細胞像となりうることに注意が必要である。

## P-2-60 膵尾部腫瘍の鑑別に超音波内視鏡下穿刺吸引法が有用であった悪性リンパ腫の 1 例

福岡県済生会福岡総合病院<sup>1)</sup>, 福岡大学医学部病理学講座<sup>2)</sup>

○宮崎浩子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤真介(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤瑞恵(CT)<sup>1)</sup>,  
東 悠介(CT)<sup>1)</sup>, 石井洋子(CT)<sup>1)</sup>, 石橋貴寛(CT)<sup>1)</sup>,  
牟田紘子(MD)<sup>1)</sup>, 武藤礼治(MD)<sup>2)</sup>, 加藤誠也(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】画像モダリティで鑑別困難な膵腫瘍の治療方針決定に超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) の重要性が増している. 稀な膵原発悪性リンパ腫の自験例につき, 細胞所見を中心に報告する。

【症例】70 歳台男性. 近医にてリパーゼ高値, 腹部 US にて膵腫瘍を指摘され当院紹介受診. MRCP で膵尾部に 25 mm 大の腫瘍と膵管拡張, 造影 CT で境界不明瞭な低吸収域と弱い増強効果, MRI では T1 値低下と拡散制限を認めた. PET/CT では腫瘍部に FDG 異常集積を認めたが, 他に集積はなかった. 血清 IgG4 値 61 mg/dl, 可溶性 IL-2R 値 559U/ml であり, 自己免疫性膵炎(AIP) や膵癌を疑い EUS-FNA が実施された. その後, 脾合併膵体尾部切除術が施行された。

【細胞所見】出血性背景で膵管, 腺房上皮に異型はなく, 成熟リンパ球に混じ核に切れ込みを有し顆粒状のクロマチンを呈する中～大型リンパ球が少数観察された. ROSE の時点で, AIP もしくは悪性リンパ腫の可能性を指摘した。

【組織所見】線維化, 腺房脱落と高度のリンパ球様細胞の増生を認め, 免疫染色では CD3(-), CD5(-), CD10(+), CD20(+), bcl-2(-), Mib-1; 90% であり large B-cell lymphoma (DLBCL, high grade B-cell lymphoma or Burkitt lymphoma) と診断された。

【考察】膵悪性リンパ腫は臨床的鑑別の上位にない事が通例であろうが, EUS-FNA 細胞診に多数のリンパ球成分を見た場合, それらの異型にも着目する必要がある。

## P-2-61 膵上皮内癌における細胞診の検討

日本赤十字社和歌山医療センター

○真谷亜衣子(CT), 田中彩花(CT), 溝畑知穂(CT),  
阪田幸範(CT), 奥村寿崇(CT), 中山理祐子(MD),  
小野一雄(MD)

【はじめに】近年、腫瘍は明らかでないが膵管の異常所見が認められる場合、ENPD 留置下複数回膵液細胞診(SPACE)の有用性が報告されている。今回我々は、当院でPanIN, high grade(上皮内癌)と診断された細胞診について検討したので報告する。

【方法】対象は、2019年1月～2022年3月までSPACEが施行され、組織診にて上皮内癌と診断された3症例。それらの細胞診が施行された回数、判定の内訳、細胞像について検討した。

【結果】3例のうち2例では1度のSPACEでは診断に至らず、期間を空けて2度実施されていた。5度のSPACEの膵液採取回数は4～10回で、平均7.4回であった。判定の内訳を以下に記す。CASE1(Class3:7回 Class2:3回), CASE2(1度目 Class3:6回, Class2:3回, 2度目 Class3:7回, Class2:2回), CASE3(1度目 Class3:3回, Class2:1回, 2度目 Class4:1回, Class3:4回, Class2:1回)なお全例においてSPACE施行前に膵管擦過細胞診が行われていた。判定は、CASE2の2度目でClass4であり、それ以外はClass3であった。

【細胞像】Class4とした膵液および膵管擦過は、いずれも核腫大、核形不整、クロマチンの増量が認められた。Class3とした膵液標本は、異型細胞の少数症例が多かった。良性疾患との比較では、クロマチン増量や分布に差がみられた。

【まとめ】膵上皮内癌は腫瘍を形成しないため診断が困難とされており、細胞診の果たす役割は大きい。膵液細胞診の診断は容易ではないが、精度をあげることで上皮内癌の診断に寄与できると考える。

## P-2-62 EUS-FNA で診断し得た膵 solid-pseudopapillary neoplasm の1例

国立がん研究センター東病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 国立がん研究センター東病院肝胆膵内科<sup>2)</sup>, 国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科<sup>3)</sup>

○山田健太郎(CT)<sup>1)</sup>, 成清羊佳(CT)<sup>1)</sup>, 介川雅之(CT)<sup>1)</sup>,  
古屋佑真(CT)<sup>1)</sup>, 大石彰太(CT)<sup>1)</sup>, 相羽拓矢(CT)<sup>1)</sup>,  
藤間瑞穂(CT)<sup>1)</sup>, 江口大樹(MD)<sup>2)</sup>, 石井源一郎(MD)<sup>3)</sup>,  
小嶋基寛(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】膵 solid-pseudopapillary neoplasm(以下, SPN)は若年女性の膵体尾部に好発する比較的稀な腫瘍であり、手術による完全切除が可能であれば予後は良好とされている。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引(以下, EUS-FNA)検体からLBC標本を作製し、SPNと診断し得た1例を経験したので報告する。

【症例】20代, 女性。上腹部痛を主訴に前医を受診した。膵炎疑いとなり、造影CTを施行したところ、膵体部に約25mmの充実性腫瘍を指摘された。診断確定のため当院にてEUS-FNAが施行され、細胞診および生検組織診ともにSPNの診断となり膵中央切除術が施行された。

【細胞所見】LBC標本において、清明な背景に異型細胞が結合性に乏しい集塊状に出現していた。異型細胞は小型類円形の核を有し、核クロマチンは微細顆粒状に増量していた。一部の集塊には血管様の構造も確認された。免疫細胞化学的検索にて、核および細胞質に $\beta$ -Cateninの発現を認め、SPNと報告した。

【組織所見】生検検体では、小型円形細胞が偽乳頭状構造を呈する腫瘍組織がみられた。手術検体では膵体部に白色充実性病変がみられ、生検組織と同様の腫瘍細胞が充実包巣状に増殖していた。これら腫瘍組織は $\beta$ -Catenin(+), MIB-1(<2%), CD56(+ )でありSPNと診断された。

【まとめ】EUS-FNA検体から作製するLBC標本は、圧挫標本に比して細胞塗抹量が多く、乾燥や挫滅といった観察を妨げる因子が少ないとの報告がある。今回、EUS-FNA検体から作製したLBC標本にて免疫細胞化学的検索を行ったことでSPNを断定した症例を経験した。EUS-FNA検体へのLBC法の実施は、診断精度向上に寄与すると考えられる。

### P-2-63 EUS-FNA で充実性偽乳頭状腫瘍との鑑別が困難であった膵腺房細胞癌の一例

東京通信病院病理診断科

○中村恵子(CT), 高橋 剛(CT), 深町花梨(CT),  
太田 萌(CT), 清水香織(CT), 田尻亮輔(MD),  
岸田由起子(MD)

【はじめに】膵腺房細胞癌(ACC)は、膵腫瘍の1%程度とされ、成人男性に多く膵頭部に好発する稀な腫瘍である。今回、超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法(EUS-FNA)で充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)との鑑別が困難であったACCを経験したので報告する。

【症例】30代女性。吐気・嘔吐を主訴に受診。造影CTで膵頭部に石灰化や嚢胞形成を伴う腫瘤を認め、EUS-FNAを施行した。

【EUS-FNA 所見】血管軸を伴った乳頭状構造やロゼット様構造を認めた。細胞質は淡く、核は類円形、一部に軽度核異型を認め、核クロマチンは細顆粒状に増量、小型核小体が見られた。以上よりSPNを疑った。セルブロック標本では、形態的にSPN、ACC、神経内分泌腫瘍(NET)も鑑別に挙げたが、免疫組織化学から最終的にACCを疑った。

【組織所見】幽門輪温存膵頭十二指腸摘出術が施行され、壊死・石灰化を伴い、充実性～索状、一部に管状構造を呈し、境界不明瞭な好酸性の細胞質と類円形～楕円形核を有し、間質に繊細な毛細血管を伴っていた。免疫組織化学ではBcl-10(+),  $\beta$ -catenin 核(-) 細胞質(+), chromogranin(-), synaptophysin(-), CD56(-)。以上よりACCと診断された。

【まとめ】EUS-FNAの増加により、稀な組織型の膵腫瘍を経験する機会も増え、各細胞像の認識は重要である。ACCでは多彩な構造パターンを示すことも多く、採取される部位によってSPN、NETとの鑑別に苦慮することもあるが、特徴的な細胞像を捉えることで、細胞像で組織型の推定は可能と思われた。またrapid on-site evaluation(ROSE)で十分な細胞量を確保し、セルブロック標本を用いて免疫組織化学を追加することで、細胞像のみで鑑別が困難な症例でも術前診断が可能であると考えられた。

### P-2-64 膵 EUS-FNA で経験した肺類基底細胞型扁平上皮癌膵転移の 1 例

神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部<sup>1)</sup>,  
神戸市立医療センター中央市民病院病理診断科<sup>2)</sup>

○玉木明子(MT)<sup>1)</sup>, 尾松雅仁(MT)<sup>1)</sup>, 田代章人(MT)<sup>1)</sup>,  
中山友理香(MT)<sup>1)</sup>, 高田明歩(MT)<sup>1)</sup>, 井本秀志(MT)<sup>1)</sup>,  
山下大祐(MD)<sup>2)</sup>, 伊丹弘恵(MD)<sup>2)</sup>, 原 重雄(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】画像診断による転移性膵腫瘍と原発性膵腫瘍の鑑別は困難であり、EUS-FNAなど病理組織学的な検査が必要となる。今回、膵EUS-FNAにて転移性肺類基底細胞型扁平上皮癌と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】70歳台男性。3年前より中咽頭癌、半年前より原発性肺癌、転移性骨腫瘍で治療経過中PET/CTにて膵尾部、胆嚢内にFDG集積を認め超音波内視鏡下穿刺吸引生検(EUS-FNA)が施行された。

【EUS-FNA 細胞所見】N/C比大の類円形核を有する腫瘍細胞を結合性の緩い集塊や散在性に認めた。クロマチンは微細顆粒状で核縁の不整や著明な核小体が見られた。第一に悪性の神経内分泌性腫瘍を考えたが、組織型の推定は困難と報告した。

【EUS-FNA 組織像】N/C比大の類円形濃染核を有する腫瘍細胞を索状～小集塊状に認めた。一部でロゼット様構造を認め神経内分泌腫瘍を疑い免疫組織化学染色施行。Synaptophysin陰性、ChromograninAは極少数に陽性、p40陽性、Ki-67は約70%を示した。以上より既往の肺癌と同様の免疫形質を示し、類基底細胞型扁平上皮癌の転移と診断された。

【まとめ】類基底細胞癌(basaloid carcinoma)は肺癌取扱規約では扁平上皮癌の亜型として分類されており、通常の扁平上皮癌よりも予後不良の稀な疾患である。本症例は神経内分泌腫瘍に類似した形態を示したが、免疫染色にて神経内分泌マーカーはほぼ陰性、p40陽性であったことより診断に至った。膵EUS-FNA検体において、癌の既往歴がある患者では転移性の可能性を念頭に置き診断することが重要である。



## P-2-65 連続膵液細胞診 (SPACE) により診断された膵癌の3例

東京通信病院病理診断科

○高橋 剛(CT), 中村恵子(CT), 清水香織(CT),  
太田 萌(CT), 深町花梨(CT), 田尻亮輔(MD),  
岸田由起子(MD)

【はじめに】膵癌の予後は極めて不良であるため、早期発見が予後の改善に重要となる。今回、画像上で明らかな腫瘤形成はなく、限局性の膵管狭窄と周囲の分岐膵管拡張などを認め、SPACEの施行が有用であった膵癌、Stage IA (2例)とStage IIB (1例)を経験したので報告する。

【症例1】70代男性。膵頭部・尾部の嚢胞を指摘され経過観察中、主膵管体部の狭窄と尾部膵管拡張を指摘されSPACEを施行した。2回目で核異型を伴う重積性・極性の乱れた乳頭状集塊がみられ腺癌が疑われた。組織診では主膵管と分岐膵管にhigh grade Pan-IN相当の上皮の増殖を認め、最大で2mmの浸潤癌がみられた。

【症例2】80代男性。胆嚢炎を繰り返しており、膵体部膵管狭窄と尾部膵管拡張を指摘されIPMNあるいは膵癌が疑われSPACEを施行した。4回目で核間距離の乱れや核形不整より腺癌が疑われた。組織診では径1.4mm大、小型腺管形成性～孤立性に浸潤増殖する膵管癌がみられ、近接する膵管にはhigh grade Pan-INの像を認めた。

【症例3】60代女性。CT画像で膵頭部～体部にかけて腫瘤性病変が疑われた。EUSでは膵頭体部移行部の主膵管途絶や尾部膵管拡張を認めたが腫瘤はみられなかった。SPACEを施行し1～3回目で異型細胞が集塊状や孤立性にみられ腺癌の診断となった。組織診では周囲との境界が不明瞭に浸潤増殖する異型性が高度な低分化腺癌を認めた。膵管内にはhigh grade Pan-INや粘液産生豊富な上皮内癌の像を認めた。

【まとめ】SPACEでは異型度の異なる様々な細胞像がみられるため、細胞集塊所見や核所見など最も異型の強い集塊に注目し、悪性所見を見落とさないことが早期膵癌の発見につながると考えた。

## P-2-66 当院での膵EUS-FNAにおけるROSEの現状とこれから

関西医科大学総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 関西医科大学総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>

○市場涼介(CT)<sup>1)</sup>, 田口香利(CT)<sup>1)</sup>, 松永志保(CT)<sup>1)</sup>,  
榎田知里(CT)<sup>1)</sup>, 出田幹浩(CT)<sup>1)</sup>, 三宅広彦(MD)<sup>2)</sup>,  
植村芳子(MD)<sup>2)</sup>, 酒井康裕(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は、膵腫瘍に対して高い診断成績が得られ、Rapid on-site evaluation(ROSE)導入により診断精度の向上に寄与している。当院では、腫瘤のサイズが1cm以上、かつ膵腫瘍や自己免疫性膵炎を疑い、穿刺部位が膵臓や周囲リンパ節の場合、EUS-FNAにおいてROSEを実施している。2021年2月から始まり、現在までに35件実施した。組織型は、腺癌が一番多く、神経内分泌腫瘍、腺扁平上皮癌、自己免疫性膵炎などがあった。穿刺回数は症例によりバラつきがあるが、平均して2.8回であった。今回、我々は当院で行われている膵EUS-FNAにおけるROSEの現状について若手細胞検査士の立場から報告する。

【方法】細胞検査士が内視鏡センターに出向き、すり合わせ法による標本作製と鏡検を行っている。当院は、迅速染色としてDiff-Quik染色を行い、的確に腫瘍細胞が取れているかを口頭で臨床医に報告している。採取量不足や免疫染色が必要な組織型を疑う場合は、追加穿刺を依頼している。同時に、組織検体作製の為にホルマリン固定を行い、針洗浄検体は、遠心後すり合わせし、スプレー固定をする。後日、Papanicolaou染色標本と併せて細胞診の最終報告をしている。

【まとめ】ROSEでは、日頃見慣れないDiff-Quik染色標本のみで迅速に腫瘍細胞が取れているか判断しなければならず、立ち会う細胞検査士の経験による差が少なからずある。しかし、ROSEを実施することにより、穿刺回数減少による患者負担の軽減や迅速に組織型推定をすることができ、早期に治療方針の決定が出来るなど、膵EUS-FNAにおけるROSEでの細胞検査士は重要な役割を果たすと考える。そのためにも、高い診断精度を維持することがこれからの課題である。

### P-2-67 肝限局性結節性過形成の 2 例の捺印細胞像の検討

小田原市立病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 小田原市立病院病理診断科<sup>2)</sup>

○磯崎 勝(CT)<sup>1)</sup>, 宮崎小百合(CT)<sup>1)</sup>, 本多 譲(CT)<sup>1)</sup>, 久保田一輝(CT)<sup>1)</sup>, 高橋信一(CT)<sup>1)</sup>, 涌井架奈子(CT)<sup>1)</sup>, 堀井 薫(CT)<sup>1)</sup>, 三富弘之(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】画像診断の進歩に伴い, 限局性結節性過形成(Focal nodular hyperplasia, 以下 FNH)の発見率が向上し, 穿刺吸引生検等での術前診断例も増加しているが, 肝細胞癌との鑑別に苦慮する例もある。今回我々は, FNH 切除肝の捺印細胞診による細胞像を検証し, 肝細胞癌(hepatocellular carcinoma, HCC)切除例の捺印細胞像と比較したので報告する。

【症例】症例 1, 2 共に 70 代女性。

【画像所見】症例 1. 肝左葉外側区域に径 4.5 cm 大の腫瘤。症例 2. 肝右葉前区域に径 4 cm 大の腫瘤。

【細胞所見】症例 1, 2 共に核腫大と細胞質内顆粒を伴う異型肝細胞を多数認め, 2 核細胞も散見された。細胞や核の大きさは不均一, 核は円形～類円形で, 核クロマチンの増量や核型不整は軽度であった。形態計測による HCC との比較では, N/C 比は FNH<HCC, 細胞の大きさのばらつきは FNH>HCC, 核のばらつきは FNH>HCC であった。

【病理所見】症例 1. 28×28 mm 大の境界不明瞭な淡褐色～淡黄緑色調腫瘤を認め, 組織学的には肝細胞は一層の配列で, 腫瘤内の線維化巣に異常血管が見られた。症例 2. 45×33 mm 大の境界明瞭な分葉状の淡褐色充実性腫瘤で, 核の軽度の大小不同を伴う 1~2 層の肝細胞の増生と異常血管を認めた。

【考察】FNH は, 高分化型の HCC との鑑別が問題となるが, 今回の捺印細胞像による FNH と HCC の比較では, FNH は HCC に比べて核異型が軽微で, 形態計測では N/C 比が低く, 細胞径や核径のばらつきが少ない傾向が認められた。

### P-2-68 異なるサブタイプを含む膵腺房細胞癌の 3 例

富山大学附属病院病理部病理診断科<sup>1)</sup>, 富山大学学術研究医学系病理診断学講座<sup>2)</sup>, 富山大学学術研究医学系病態・病理学講座<sup>3)</sup>

○説田愛弓(CT)<sup>1)</sup>, 小椋恵利(CT)<sup>1)</sup>, 橋本亜紀子(CT)<sup>1)</sup>, 木屋千恵子(CT)<sup>1)</sup>, 里村真帆(MT)<sup>1)</sup>, 野口 映(DDS)<sup>2)</sup>, 濱島 丈(MD)<sup>3)</sup>, 奥野のり子(MD)<sup>3)</sup>, 笹原正清(MD)<sup>3)</sup>, 平林健一(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】膵腺房細胞癌(以下 ACC)は, 膵の外分泌腫瘍の 1%程度と稀な腫瘍である。今回, 異なるサブタイプを含む 3 例の ACC を経験したので報告する。

【症例 1】70 代男性, 腹腔内巨大腫瘤が指摘され, EUS-FNA が施行された。細胞診では, 腫瘍細胞が小型円形核を有し, クロマチンが増量を示していた。少数だが, 比較的豊富で顆粒状の細胞質を有し, 核小体が明瞭な腫瘍細胞がみられた。手術検体において, 通常型の ACC と診断された。

【症例 2】60 代女性, 胃癌術後の定期検査中に膵頭部に腫瘤を認め, EUS-FNA が施行された。細胞診では, 腫瘍細胞が乳頭状, 腺腔状集塊を形成し, 細胞質は豊富で淡明であり, 核腫大, 核形不整, クロマチンの増量を示し, 核小体を有していた。手術検体において, clear cell variant の ACC と診断された。

【症例 3】60 代女性, 間質性肺炎加療中に上腹部の腫瘤が指摘され, EUS-FNA が施行された。細胞診では, 腫瘍細胞が孤立散在性あるいは結合性が緩く出現し, 細胞質は豊富で, 類円形～卵円形の核を有し, 核偏在性, 核腫大, クロマチン増量を認め, 核小体は明瞭で, 二核の腫瘍細胞が混在していた。EUS-FNA の組織検体において, 免疫組織化学染色の結果とあわせて, mixed acinar-neuroendocrine carcinoma と診断された。

【まとめ】今回, 集塊の出現様式や個々の細胞所見が異なる 3 例の ACC を経験した。その中でも, 個々の腫瘍細胞の核所見や細胞質の性状などに共通する所見を見出すことができ, それらに着目することで ACC を鑑別診断の 1 つに挙げる事が可能であると考えられる。

## P-2-69 EUS-FNA で検体が採取された胃異所性膵の細胞像-2例の経験から

熊本大学病院病理部<sup>1)</sup>, 熊本大学病院病理診断科<sup>2)</sup>

○大黒真琴(CT)<sup>1)</sup>, 柿沼廣邦(CT)<sup>1)</sup>, 石原光浩(CT)<sup>1)</sup>,  
大園一隆(MD)<sup>2)</sup>, 塩田拓也(MD)<sup>2)</sup>, 本田由美(MD)<sup>2)</sup>,  
三上芳喜(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】胃の異所性膵は膵臓の構成成分が粘膜下層やその深部に存在し、幽門から幽門輪郭にかけて好発する。多くは0.2~0.5 mm程度だが、径1 cm以上の粘膜下腫瘍として認められることがある。今回胃の粘膜下層に発生した異所性膵2例を経験したのでその細胞像を報告する。

【症例】症例1は40代、症例2は50代で、いずれも女性であった。内視鏡的にはそれぞれ胃体部小弯後壁側で30 mm大、胃角部後壁側で19 mm程度の比較的多血性の粘膜下腫瘍が認められた。いずれもGISTや平滑筋腫、神経鞘腫、神経内分泌腫瘍(NET)などの可能性があることからEUS-FNAが施行された。2例ともEUS-FNA時の組織標本で、異所性膵と診断された。

【細胞所見】症例1では細胞量が多く、小型類円形核を有する異型に乏しい細胞が主として集塊で出現していた。これらの細胞は豊富な顆粒状細胞質を有し、核は偏在し、その一部は核小体が明瞭であった。症例2では細胞が僅少であったが、同様の小型類円形核と豊富な顆粒状細胞質を有する細胞が認められた。裸核様細胞も散見された。2例とも異型が乏しいことから低悪性度NETとの判別が問題となった。そこで低悪性度NETの細胞像と比較した結果、細胞同士の接着性が強固である、細胞配列が単調でロゼット状、リボン状配列などがみられない、細胞質が豊富である、核クロマチンが微細顆粒状で増量はみられない、などの所見が異所性膵を示唆する重要な所見であると考えられた。

【まとめ】胃粘膜下腫瘍のFNA検体の細胞診判定にあたっては異所性膵の可能性も念頭に置くことが重要で、腫瘍と思われた細胞のみに着眼せず、背景に出現する膵管上皮細胞などをよく観察することが必要であると考えられた。

## P-2-70 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診で診断しえた悪性黒色腫膵転移の一例

岩手医科大学附属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 岩手医科大学医学部病理診断学講座<sup>2)</sup>

○肥田野靖史(CT)<sup>1)</sup>, 柳川直樹(MD)<sup>1,2)</sup>,  
佐々木奈都紀(CT)<sup>1)</sup>, 上田奈央子(CT)<sup>1)</sup>,  
柴田祐二(CT)<sup>1)</sup>, 高橋静子(CT)<sup>1)</sup>, 菊池いな子(CT)<sup>1)</sup>,  
山田範幸(CT)<sup>1)</sup>, 安保淳一(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木正通(MD)<sup>1,2)</sup>,  
杉本 亮(MD)<sup>1,2)</sup>, 刑部光正(MD)<sup>1,2)</sup>,  
上杉憲幸(MD)<sup>1,2)</sup>, 菅井 有(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】悪性黒色腫は、一般に色素細胞および母斑細胞由来と考えられ、予後不良な腫瘍の一つである。しばしば早期に全身に転移を来すが転移臓器は、リンパ節、肺、肝臓、皮膚などが中心であり、膵転移の報告は少ない。今回我々は、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診で診断しえた悪性黒色腫膵転移を報告する。

【症例】60代、女性。既往に悪性黒色腫(部位と治療の有無、いつなど)。水溶性下痢、嘔吐、食欲不振を主訴に当院受診。CTで膵頭部に腫瘤がみられ超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】核の大小不同および核クロマチンの濃染がみられ、一部の異型細胞には核内封入体(アピッツ小体)がみられた。細胞質はライトグリーン好性で、結合性は緩く散在性にみられた。また、背景にはメラニン顆粒を有する組織球がみられた。

【免疫細胞化学】LBC標本を用いて免疫細胞化学を施行したところ、AE1/AE3(-)、HMB45(+), Melan A(+ )であった。以上の結果より細胞診断は悪性黒色腫の膵転移とした。

【組織所見】核の大小不同が目立ち、細胞質にメラニン顆粒を有する異型細胞の増殖を認め悪性黒色腫の膵転移と診断された。

【まとめ】膵臓に転移した悪性黒色腫を経験した。細胞像は多彩で核内封入体が確認できた。また、LBC標本による免疫染色が診断に有用であった。

## P-2-71 膵 EUS-FNA にて腺扁平上皮癌が考慮された 1 例

国立がん研究センター東病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 国立がん研究センター東病院肝胆膵内科<sup>2)</sup>, 国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科<sup>3)</sup>

○相羽拓矢(CT)<sup>1)</sup>, 成清羊佳(CT)<sup>1)</sup>, 古屋佑真(CT)<sup>1)</sup>, 大石彰太(CT)<sup>1)</sup>, 山田健太郎(CT)<sup>1)</sup>, 介川雅之(CT)<sup>1)</sup>, 藤間瑞穂(CT)<sup>1)</sup>, 江口大樹(MD)<sup>2)</sup>, 石井源一郎(MD)<sup>3)</sup>, 小嶋基寛(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】膵臓の腺扁平上皮癌は悪性外分泌腫瘍の 1~4%と稀な組織型であり, 明らかな膵管がん成分とともに扁平上皮癌成分が腫瘍全体の 30%以上存在することで診断される。今回, 我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下 EUS-FNA)にて腺扁平上皮癌を示唆する症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳台, 女性。健康診断の超音波検査にて膵腫瘍を指摘され, 当院へ紹介受診となった。腹部 CT にて膵体尾部に 47 mm の辺縁不整な腫瘍および膵尾部方向に主膵管拡張を認めたため浸潤性膵管癌が疑われ, EUS-FNA が施行された。

【細胞所見】異型細胞が不規則重積性を伴う集塊状に出現していた。個々の異型細胞は N/C 比が高く, 核は偏在傾向を呈し, 核形不整, 核腫大, クロマチン増量を認め, 核小体は明瞭であった。腺癌を考える細胞像であった。また, 一部の集塊辺縁に流れ様配列を認め, 細胞質を豊富に有する核中心性の異型細胞もみられたため, 扁平上皮癌への分化を考え Carcinoma と報告した。

【組織所見】線維化を背景に, N/C 比の高い腫瘍細胞が充実性にみられた。腫瘍細胞に p40 の発現を認めたため, 腺扁平上皮癌を示唆すると報告された。

【まとめ】膵臓の腺扁平上皮癌と稀少な組織型を経験した。細胞診では腺扁平上皮癌と断定することはできないが, 明らかな角化細胞を伴わない場合であっても腺癌成分と異なる異型細胞が認められた場合は, その所見を臨床へ伝えることが重要であると考え。

## P-2-72 19 年後に膵転移を来した子宮平滑筋肉腫の一例

新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科

○土田美紀(CT), 齋藤美沙紀(CT), 畔上公子(CT), 弦巻順子(CT), 北澤 綾(CT), 佐藤由美(CT), 木下律子(CT), 西村広栄(CT), 桜井友子(CT), 三尾圭司(MD), 西田浩彰(MD), 渡邊 玄(MD), 川崎 隆(MD)

【はじめに】子宮平滑筋肉腫(以下, 子宮肉腫)は子宮悪性腫瘍の約 1%程度の稀な腫瘍であり, 高頻度に再発や転移を来し, 予後不良である。転移先は肺, 肝や皮膚が知られているが, 膵への転移は稀である。今回, 子宮肉腫術後 19 年目に膵転移を発症し, EUS-FNA 細胞診では診断困難であった症例を経験したので報告する。

【症例】50 歳台, 女性。検診腹部エコーで膵体部に 14 mm 大の結節性病変を指摘され, 当院へ紹介受診された。MRI では血流豊富な腫瘍で, EUS で NET が疑われ, FNA が施行された。

【細胞所見】細胞質ライトグリーン好性で核密度の高い細胞集塊で出現し, 核不整や核大小不同, クロマチン増量, 微細顆粒状クロマチンを認めたが, 核分裂像は目立たなかった。細胞診は神経内分泌腫瘍が推定に挙げられた。

【組織所見】細胞質好酸性, クロマチン増量, 核不整, 核大小不同を有する異型細胞が充実性に増殖していた。免疫染色で CD56(-), chromogranin A(-), synaptophysin(-), desmin(-), αSMA(+), h-caldesmon(+), S-100(-), CD34(-), STAT6(-), typeIV collagen(+), Ki-67 陽性率 40%であった。平滑筋肉腫や悪性グロムス腫瘍が疑われた。腫瘍の増大が見られたため膵体尾部切除術が施行された。術後, 19 年前に他院で子宮肉腫の手術をしていたことが判明し, 他院標本を取り寄せ比較した結果, 子宮肉腫の転移と診断が確定された。

【結語】既往歴を確認することが診断への近道であると再認識した。



## P-2-73 EBV 陽性粘膜皮膚潰瘍の 1 例

埼玉医科大学病院<sup>1)</sup>, 埼玉医科大学基礎医学病理学<sup>2)</sup>

○土居美枝子(CT)<sup>1)</sup>, 稲田博輝(CT)<sup>1)</sup>, 細沼沙紀(CT)<sup>1)</sup>,  
政岡秀彦(CT)<sup>1)</sup>, 浜田芽衣(DDS)<sup>1,2)</sup>,  
金 玲(MD)<sup>1,2)</sup>, 山口 浩(MD)<sup>1,2)</sup>,  
石澤圭介(MD)<sup>1,2)</sup>, 山田健人(MD)<sup>1,2)</sup>,  
佐々木惇(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】EBV 陽性粘膜皮膚潰瘍 (EBV-positive mucocutaneous ulcer: 以下 EBVMCU) は, 悪性リンパ腫 WHO 分類改訂第 4 版 (2016 年) で新たに提唱された疾患単位で, 加齢や医原性による免疫抑制状態で起こるリンパ増殖性疾患の 1 つであり, 悪性リンパ腫との鑑別が問題となる。今回我々は, EBVMCU と診断された扁桃潰瘍の 1 例を経験したので報告する。

【症例】80 歳台男性。関節リウマチでメトトレキサート内服中。2 週間前より咽頭痛出現。扁桃周囲炎と診断されたが症状の軽快なく当院受診。初診時両側口蓋扁桃肥大 3 度, 白苔付着, 上咽頭両側腫脹を認めた。扁桃周囲膿瘍として穿刺するも排膿なく, 扁桃擦過細胞診と左口蓋扁桃生検施行。抗菌薬は奏功せず, sIL-2R 値 980U/ml (基準範囲 121~613 U/ml) や造影 MRI の所見から, 悪性リンパ腫を強く疑い術中迅速組織検体が提出された。

【細胞所見】血性背景に, 小型~大型のリンパ球や形質細胞様細胞が多く, 多彩な印象だった。部分的に大型細胞が多く, 軽度の核形不整や核小体を認め, 核分裂像も散見された。

【組織所見】正常の扁桃構築は消失し, 小型~中型リンパ球主体で大型リンパ球が混在した密な増殖を認め, 一部に壊死を伴っていた。リンパ球の多くは形質細胞様で, 核形不整やクロマチンの不均一分布と増量を認め, EBER-ISH 陽性, 免疫染色では CD79a と CD138 陽性, CD20 と CD30 は陰性であった。κ/λ 偏位はなく EBVMCU と診断された。

【考察】EBVMCU は, 免疫抑制薬を中止すれば自然消退することも報告されており, 診断には患者背景を考慮することが必要である。少数例では再発や高悪性度リンパ腫に進展することが報告されており, 慎重な follow-up が必要と考える。

## P-2-74 診断が困難な扁平上皮癌症例に対するアプローチ~臨床へのアンケート結果について~

日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科<sup>1)</sup>, 日本大学松戸歯学部病理学講座<sup>2)</sup>, 日本大学松戸歯学部口腔外科学講座<sup>3)</sup>, 医療法人社団誠馨会誠馨会病理センター<sup>4)</sup>

○浮ヶ谷匡恭(CT)<sup>1)</sup>, 山本 泰(DDS)<sup>3)</sup>,  
宇都宮忠彦(DDS)<sup>1,2)</sup>, 末光正昌(DDS)<sup>1,2)</sup>,  
中山光子(該当なし)<sup>2)</sup>, 才藤純一(CT)<sup>2,4)</sup>,  
松本 敬(CT)<sup>1)</sup>, 久山佳代(DDS)<sup>1,2)</sup>

口腔擦過細胞診において肉眼所見が重要であることは言うまでもないが, 肉眼所見を踏まえても判定が困難な症例が存在する。具体的には, 粘膜表層に異型細胞の出現が少ない場合や, 角化層が非常に厚い場合など, 標本中に異型細胞が出現しにくい症例が挙げられる。

今回の検討では, 組織診上, 扁平上皮癌であったにもかかわらず細胞診にて陰性の判定となった症例を再評価を行った。次に, 当該症例の担当医に対しアンケートを実施した。細胞所見と臨床的な所見を併せてディスカッションすることで今後の臨床診断あるいは細胞判定に活かす事を目的としている。

当院で 2021 年 4 月 1 日から 2022 年 6 月 30 日までに実施された細胞診で NILM と判定されたが, 組織診で扁平上皮癌と診断された症例 7 例を対象とした。

アンケートは, 病理側の再検討結果の記載と臨床側の記載からなる。まず, 当該症例の細胞診標本を再鏡検し, 細胞採取量や異型細胞の量, 診断困難に至った背景所見(炎症・出血等)の有無を記載した。続いて, 臨床医と肉眼所見を再確認しながら検体採取手技や採取部位等を確認した。

検討の結果, 角化層が厚く異型細胞の採取が困難な症例や, 深い潰瘍のため痛みの訴えが強く, しっかりと擦過できなかった症例があり, 採取法の工夫や初回から生検を検討しても良い場合があると推察される。今後も偽陰性の結果についてこのような再検討を実施し, 診断精度の向上に努めたい。

本研究は JSPS 科研費 22K12850, 21K11907 の助成を受けたものである。

## P-2-75 口腔粘膜擦過細胞診の新規セルブロック 作製法の紹介～濾過式～

朝日大学大学院歯学研究科口腔病理学専攻<sup>1)</sup>, 朝日大学  
歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>2)</sup>

○宮本侑果(DDS)<sup>1)</sup>, 松岡太相(DDS)<sup>1)</sup>,  
中尾寿奈(DDS)<sup>2)</sup>, 江原道子(DDS)<sup>2)</sup>,  
落合隆永(DDS)<sup>2)</sup>, 永山元彦(DDS)<sup>2)</sup>

【緒言】液状化検体細胞診(LBC) 標本残余検体から作製するセルブロック検体は細胞診標本のみでは判定に苦慮する検体の組織構築の再現や免疫染色, 遺伝子検索などの追加検索に有用であるが, 各施設間や臓器によって作製方法が異なる. ナノパーコレーター(NP, 日本電子)は走査型電子顕微鏡で微生物形態観察や微粒子の元素分析に多用される耐熱, 耐薬品性に優れた試料載台で, 0.6 μm 径のメッシュを有するポリカーボネート製メンブレンフィルター上に滴下した微生物や微粒子の捕捉, 固定, 脱水の操作に優れる. そこで, 採取量が少量でも簡便で高い品質を保つことができるナノパーコレーター濾過式セルブロック作製法を試みた.

【方法】口腔粘膜に異常のみられない頬粘膜からオーセレックスブラシ(Rovers)で細胞を擦過採取し, LBC 保存液ボトル(ThinPrep, Hologic)に懸濁した. 保存液を10%中性緩衝ホルマリンに置換し, 細胞の固定を3時間行った後注射筒にセットしたNP上で乾燥を避けながら水洗を吸引濾過で行い, 40℃で温めた低融点寒天ゲルを用いて凝固させた. 寒天ゲルを通法に従い脱水, パラフィン包埋し, 4 μm 厚連続切片にH-E染色とケラチン(AE1/AE3)を一次抗体とする免疫染色を行った.

【結果】H-E染色では細胞の形態観察に細胞の膨化や濃染等の変化はみられなかった. また, ケラチン免疫染色では全ての上皮細胞の細胞質に強陽性反応を示した.

【結論】濾過式セルブロックは簡便で作製時間の短縮が見込め, 細胞のロスが少なく高い品質を保つことができる為, 新たなセルブロック作製法として細胞の解析に応用可能である.

## P-2-76 口腔粘膜擦過細胞診に影響を与える細胞 採取器具と標本作製法の選定

朝日大学大学院歯学研究科口腔病理学専攻<sup>1)</sup>, 朝日大学  
歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野<sup>2)</sup>, 朝日大学  
歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野<sup>3)</sup>, 順天堂大  
学医学部附属浦安病院<sup>4)</sup>, 社会医療法人蘇西厚生会松波  
総合病院歯科口腔外科<sup>5)</sup>, 諏訪歯科医院<sup>6)</sup>, カワラダ歯科・  
口腔外科<sup>7)</sup>, サンシャイン M & D クリニック<sup>8)</sup>

○松岡太相(DDS)<sup>1)</sup>, 落合隆永(DDS)<sup>2)</sup>,  
宮本侑果(DDS)<sup>1)</sup>, 中尾寿奈(DDS)<sup>2)</sup>,  
江原道子(DDS)<sup>2)</sup>, 松原 誠(DDS)<sup>5)</sup>,  
諏訪裕彦(DDS)<sup>6)</sup>, 川原田幸司(DDS)<sup>7)</sup>,  
毛利謙三(DDS)<sup>8)</sup>, 村松泰徳(DDS)<sup>3)</sup>,  
住友伸一郎(DDS)<sup>4)</sup>, 永山元彦(DDS)<sup>2)</sup>

【緒言】口腔粘膜擦過細胞診では, 十分な細胞数を効率よく回収できる細胞採取器具と標本作製法が求められる. そこで, 採取器具および標本作製法別にみた細胞回収に影響する要素を, 器具の観察と回収された細胞をゲノムDNA量として定量的に比較し考察した.

【材料と方法】口腔粘膜に異常のみられないボランティア5名(男性4名, 女性1名)を対象に, オーセレックスブラシ(OB), 歯間ブラシ(IB)および医療用綿棒(CS)を用いて左舌縁を歯垢染色液で染め, 擦過採取後の従来法とLBC法による標本作製過程の器具表面を実体顕微鏡で観察した. さらに, 各器具で採取後の総細胞量を総ゲノムDNA量(TG), スライドガラス表面やLBC保存液中に回収した細胞量を回収ゲノムDNA量(R1), 器具に残存した細胞量を残存ゲノムDNA量(R2)として統計学的に比較した.

【結果と考察】細胞の採取状態は各器具で異なったが, 採取量に大きな差はなかった. 従来法およびLBC法のR1は全ての器具でTGに対して有意差を認めなかったが, OB LBC R1は143(±24)ng, IB LBC R1は78(±37)ngに対し, OB従来法R1は71(±19)ng, IB従来法R1は38±43)ng, CS従来法R1は7(±2)ngであった. LBC法では, 器具がLBC保存液に浸漬することで, 多くの細胞が器具から液中に遊離したと推測される. 従来法では, OBおよびIBではスライドガラス表面に毛先端部のみが接触し, CSでは繊維に多くの細胞が絡まるため遊離する細胞が少量であったと考える.

【結語】口腔粘膜擦過細胞診における検鏡時の細胞数の多寡は, 標本作製過程で生じる可能性があり, 従来法よりもLBC法が細胞回収量に優れる. また, OBは他の器具よりも従来法やLBC法での細胞回収量が良い.

### P-2-77 口腔擦過細胞診のクラス3判定の後方視的検討

新潟大学地域医療推進機構魚沼基幹病院<sup>1)</sup>, 新潟大学医学総合病院病理部歯科病理検査室<sup>2)</sup>

○澁谷大輔(CT)<sup>1)</sup>, 長谷川剛(PhD)<sup>1)</sup>, 丸山 智(PhD)<sup>2)</sup>,  
阿部美香(CT)<sup>1)</sup>, 大野仁子(CT)<sup>1)</sup>, 井口啓太(CT)<sup>1)</sup>,  
小池 敦(CT)<sup>1)</sup>

【目的】口腔擦過細胞診でクラス3と判定された症例には、良性病変～悪性病変まで幅広く含まれる可能性がある。今回、当院で口腔擦過細胞診クラス3と判定された症例について組織診の結果を踏まえて、細胞像を後方視的に検討したので報告する。

【方法】2018年1月～2022年6月までの約4年半の間に当院で口腔擦過細胞診を施行した230件中クラス3と判定された87例のうち、組織診が施行された44例について細胞像の再検討を行った。

【結果】症例の内訳は、平均年齢66歳（最低：34歳，最高：92歳），男女別では女50例，男37例であり，癌疑い83例（舌41例，歯肉18例，頬粘膜9例，口蓋7例，口底5例，上顎洞2例，下顎骨1例），歯肉白板症疑い1例，扁平苔癬疑い1例，口内炎疑い2例であった。口腔擦過細胞診全体に占めるクラス3の割合は約38%で，その約半数で組織診による確定診断が施行されていた。内訳は悪性所見なし14例（32%），dysplasia 16例（37%），CIS 7例（16%），SCC 7例（16%）であった。細胞像の見直しでは，N/C上昇が軽度のもの，核小体肥大を認め反応性上皮様であるもの，背景の炎症所見が高度であるものや，異型細胞出現少量であるものがクラス3と判定されていた。

【考察】当院で口腔擦過細胞診クラス3判定例は，その2/3で組織診にてdysplasia以上の病変が確定診断されていた。ただし1/3でCIS以上の病変が含まれている点は重要であり，異型扁平上皮の輝度上昇やクロマチン増量を認めるものの，その他の異常所見が弱い場合にクラス3に留めている症例が散見された。角化や核所見を捉え診断精度を上げるとともに，報告書に細胞所見を明確に記載することで臨床に生検等の対応の検討を促すことが重要と考える。

### P-2-78 自己採取による口腔擦過細胞診・当施設の成績

東北病態研究所<sup>1)</sup>, おひさまにこにこ歯科医院<sup>2)</sup>

○三浦敏也(CT)<sup>1)</sup>, 佐々木優(DDS)<sup>2)</sup>

【はじめに】自己採取による擦過細胞診は本邦では婦人科の子宮腔部の細胞診が古くから行われているが，自己採取による口腔擦過細胞診は事例がない。当施設では2021年6月よりホームページにおいてインターネットにて個人向けの口腔がん検査の受託を行っている。そこで2021年6月から2022年5月までに受託した76名の成績について検討を行ったので報告する。

【採取方法・検査方法】歯間ブラシを用い自己採取にて採取後，10ccの試験管にサコマン液（50%イソプロピルアルコールに2%の割合でポリエチレングリコール1540を混合した液）5ccを入れた液に迅速にブラシごと入れ，郵送にて回収，オートスミアにて1500rpm5分遠心後，冷風乾燥し，95%イソプロピルアルコールにて15分以上固定しPapanicolaou染色1枚，真菌観察用にPAS染色1枚作成，鏡検した。また受診者に配布した問診票より男女比，年齢分布，主訴，主な症状，採取部位，病変部位についても検討を行った。

【結果】細胞診成績；NILM 66名，OLSIL 7名，OLSIL～OHSIL 1名，OHSIL 2名（有所見率20%）であった。男女比；女性46名；男性31名，年齢分布；20代～50代が多くみられた。主訴（複数回答あり）；口内炎が中々治らない・できやすい（47名）が多く，現在の症状；しみる・痛い（22名），しこり又は腫れ（17名）と多かった。採取部位；舌（56名）が最も多く，特に側面（28名）に多くみられた。病変部の色は赤，白，普通の肌色が多くみられた。またNILMとされた受診者の細胞所見としてはカンジダ又は酵母様真菌が見られた症例が45名と全体の約59%を占めていた。

【考察】上記結果を踏まえ，自己採取における口腔擦過細胞診の有用性について述べる。

## P-2-79 扁平上皮癌および紡錘細胞癌の形態を示す 乳腺化生癌の一例

川崎医科大学附属病院病理解剖部<sup>1)</sup>, 川崎医科大学病理学<sup>2)</sup>

○藤本大地(CT)<sup>1)</sup>, 福屋美奈子(CT)<sup>1)</sup>,  
則本和佳奈(CT)<sup>1)</sup>, 館上里緒菜(CT)<sup>1)</sup>,  
田中誠人(CT)<sup>1)</sup>, 寺尾祥江(CT)<sup>1)</sup>, 菅野豊子(CT)<sup>1)</sup>,  
小林江利(CT)<sup>1)</sup>, 西村広健(MD)<sup>1,2)</sup>, 伊禮 功(MD)<sup>1,2)</sup>,  
秋山 隆(MD)<sup>1,2)</sup>, 森谷卓也(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】乳腺化生癌は、全乳癌の 0.5~5%と稀な腫瘍である。今回、間葉系分化を伴う扁平上皮癌の 1 例を経験し、その細胞像について検討したので報告する。

【症例】40 歳台、女性。既往歴に卵巣嚢腫。4ヶ月前の乳がん検診では異常なかったが、左乳房に疼痛があり、しこりを自覚したため前医受診。精査目的で当院を受診し、針生検で扁平上皮癌と診断され、乳腺全摘出術が施行された。摘出検体から穿刺吸引細胞診を行った。

【細胞像】赤血球、壊死物質、間質性粘液とともに、異型細胞が、散在性や敷石状、シート状に出現していた。個々の細胞の核は、単核~多核、類円形~紡錘形で、核クロマチンは増量し、粗顆粒状を呈し、明瞭な核小体を有していた。核異型が強く、細胞質がライトグリーンやオレンジ G に濃染する細胞や、細胞質が有尾状~紡錘形を示す細胞よりなる集塊も観察された。また、細胞周囲に非常に細く長い線維状の突起を有する細胞が多くみられた。

【病理組織像】角化や細胞間橋を認める扁平上皮癌の領域と、短紡錘形細胞が間質性粘液を伴い、網目状に分布する紡錘細胞癌の領域が移行、混在していた。免疫組織化学染色では、両者とも Cytokeratin (AE1/AE3, CK5/6), p63, p40 が陽性で、vimentin は扁平上皮癌の領域に陰性、紡錘細胞に弱陽性であった。以上の所見より、扁平上皮分化および間葉系分化を示す化生癌と診断した。

【考察】乳腺化生癌には、上皮間葉転換 (EMT) を示し、癌腫から間葉系細胞への移行を伴う症例がある。本症例は、扁平上皮癌の細胞に加えて細胞質に突起を有する細胞が出現しており、上皮細胞から間葉系細胞への移行を示している可能性が示唆された。

## P-2-80 乳房インプラント関連未分化大細胞 リンパ腫の 1 例

独立行政法人国立病院機構九州がんセンター臨床検査科<sup>1)</sup>, 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<sup>2)</sup>

○平川萌絵(CT)<sup>1)</sup>, 浅川拓也(CT)<sup>1)</sup>, 藤本翔大(CT)<sup>1)</sup>,  
山本将義(CT)<sup>1)</sup>, 太田かおり(MD)<sup>2)</sup>, 杉井 梓(MD)<sup>2)</sup>,  
古賀 裕(MD)<sup>2)</sup>, 田口健一(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】乳房インプラント関連未分化大細胞型リンパ腫 (以下、BIA-ALCL) は、乳房再建術または乳房増大術でゲル充填人工乳房挿入歴を有する患者に生じる稀な T 細胞性リンパ腫であり、2019 年に初めて日本での発症例が報告された。今回我々は BIA-ALCL の貴重な 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 代女性。11 年前、右乳癌に対し右乳房摘出術が施行され、翌年に乳房インプラントによる乳房再建術を施行した。乳房インプラント挿入 9 年後、右乳房下側に発赤と疼痛を認め近医を受診し、当院紹介となった。エコーで乳房インプラント破損と乳房内下側に 8 mm 大の腫瘤を認め、針生検で悪性リンパ腫が疑われたため、乳房インプラント抜去と胸壁腫瘤切除術が施行された。

【細胞所見】摘出検体から捺印標本を作製した。明瞭な核小体や著明な核異型を有する異型細胞が緩い結合性を示しながら孤在性~集塊状に出現していた。また馬蹄形核を有する大型異型細胞も散見された。細胞像から BIA-ALCL に矛盾しない所見と考え、悪性リンパ腫と報告した。

【組織所見】線維化や壊死物とともに不整に分葉した核を有する大型異型細胞が緩い結合性を示し、シート状に増殖していた。CD30, CD4 が陽性、CD3, CD5, CD8, CD20, CD56, ALK, TIA1, PAX8, AE1/AE3, CAM5.2, EBER が陰性を示し、BIA-ALCL と診断された。

【まとめ】BIA-ALCL の 1 例を経験した。乳房インプラントによる乳房再建歴を有している患者に関しては、乳癌の再発を疑うだけでなく BIA-ALCL の可能性も念頭に置きながら診断をする必要があると考える。



## P-2-81 乳腺基質産生癌(matrix-producing carcinoma)の1例

大阪労災病院中央検査部

○谷口一磨(CT), 三村明弘(CT), 岡部美由紀(CT),  
浦芝 敬(CT), 山崎一成(CT), 朴 鐘建(MD),  
後藤孝吉(MD)

【はじめに】乳腺基質産生癌(matrix-producing carcinoma: 以後 MPC)は乳癌取り扱い規約第 18 版にて化生癌の亜型に分類される組織型であり, 発生頻度は全乳癌の約 0.1%と稀である。今回我々は MPC を経験したので報告する。

【症例】70 歳台女性。乳房腫瘍を自覚され当院紹介受診。US にて C 領域に 21×15×14 mm 大の腫瘍を認めた。

【細胞所見】裸核様の核異型高度な異型細胞集塊を認めた。腫瘍細胞は N/C 比大, クロマチンは細顆粒状に増量, 一部核小体の明瞭化を認めた。判定は classV, 浸潤性乳管癌(invasive ductal carcinoma: IDC), 疑いと報告した。

【組織所見】組織学的には多結節状の腫瘍を形成する浸潤癌であり, viable な腫瘍細胞は個々の結節辺縁部に限局しており腫瘍内部には広範な無細胞野を伴っていた。腫瘍細胞は小胞巣状や索状構造をなして増殖しており腫瘍間質には一部で軟骨様基質の沈着を認めた。化生癌の範疇であり基質産生癌に相当する所見であった。核異型は概ね高度で核分裂像は多数認めた。免疫染色では ER 0%, PgR 0%, HER2score 0, ki67 40%であった。

【細胞所見再鏡検】組織所見を踏まえて細胞像を再鏡検した結果, パパニコロウ染色にて腫瘍細胞間及び背景にヘマトキシリン淡染性の軟骨様基質を認め, ギムザ染色にて異染性を示した。

【考察】術前細胞診において核異型高度な異型細胞を認めたため IDC を疑ったが, 再鏡検ではギムザ染色にて異染性を示す軟骨様基質を認め MPC を推定組織型の 1 つとして考える必要があった。

【まとめ】MPC を推定する上でギムザ染色が有用であった。MPC は通常型浸潤性乳管癌と比較して予後不良と報告されているため本組織型を推定することは診断的価値が高いと考えられる。

## P-2-82 乳腺分泌癌の1例

聖隷浜松病院臨床検査部<sup>1)</sup>, 聖隷浜松病院病理診断科<sup>2)</sup>,  
立川総合病院病理診断科<sup>3)</sup>

○小池洋桜(CT)<sup>1)</sup>, 山田真人(CT)<sup>1)</sup>, 瀬崎翔太(CT)<sup>1)</sup>,  
加藤好洋(CT)<sup>1)</sup>, 古田政敏(CT)<sup>1)</sup>, 池谷知也(CT)<sup>1)</sup>,  
水野章吾(CT)<sup>1)</sup>, 大月寛郎(MD)<sup>2)</sup>, 小林 寛(MD)<sup>2,3)</sup>

【はじめに】乳腺分泌癌は, 授乳期の乳腺にみられるものと類似した著明な分泌活動を示す細胞からなる癌腫であり, 頻度は全乳癌の 0.15%以下と非常に稀である。今回我々はこの 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳台, 女性。左乳房に腫瘍を自覚し, 検診を受診した。マンモグラフィと超音波検査および視触診で, 左乳房 6 時方向の乳輪下に 2 cm 大の境界明瞭な腫瘍が指摘され, 穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】類円形で異型に乏しい核を有した腫瘍細胞が大型集塊主体に, 小集塊および孤立散在性に多量に出現していた。核異型は乏しいものの, 筋上皮様裸核細胞はほとんど見られず, 良悪の鑑別困難とした。その後組織診断により分泌癌と診断されたため, 細胞標本の見直しを行った。上記所見に加え, 個々の腫瘍細胞の核クロマチンは細顆粒状で著しい増量を認めないことや, 細胞質は豊富で N/C 比は低く泡沫状から顆粒状であること, 腫瘍細胞の集塊の内部は強い重積性を示し集塊の辺縁はほつれを伴う疎な結合性を示すことを確認した。また数個の腫瘍細胞が, 球状の分泌物を取り囲む粘液小球状構造(mucous globular structure: MGS)もみられた。

【組織所見】腫瘍細胞が好酸性の分泌物を含有した腺管を形成し, 小型管状~癒合管状・篩状・乳頭状に増殖していた。腫瘍全体が均質な像を呈し, PAS 染色では腫瘍腺管内の分泌物や細胞質に陽性所見がみられたことから, 乳腺分泌癌と診断した。RT-PCR 法では ETV6-NTRK3 癒合遺伝子が検出された。

【まとめ】乳腺分泌癌の細胞所見では, 泡沫状から顆粒状の豊富な細胞質や MGS が特徴的である。これらに注目できれば, 分泌癌を鑑別に挙げることができると考えられる。

## P-2-83 男性乳房に発生した retiform hemangioendothelioma の 1 例

地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院病理診断科<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立豊島病院乳腺外科<sup>2)</sup>, 地方独立行政法人東京都立病院機構東京都立駒込病院病理科<sup>3)</sup>

○柴崎洋子(CT)<sup>1)</sup>, 小倉 薫(MD)<sup>2)</sup>, 楠木麻子(CT)<sup>1)</sup>, 小池 昇(CT)<sup>1)</sup>, 秋田英貴(MD)<sup>1)</sup>, 鄭 子文(MD)<sup>1,3)</sup>, 堀口慎一郎(MD)<sup>3)</sup>, 元井 亨(MD)<sup>3)</sup>, 比島恒和(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】 Retiform hemangioendothelioma (以下 RHE) は血管病変で, 男女差はなく, 遠位四肢の皮膚および皮下組織に多く発生し, 良性悪性中間群に分類される稀な腫瘍である。60%までの再発率があるとされ, 局所侵襲性が強い一方で, 転移はしないと考えられている。今回我々は, 男性乳房に発生した RHE を経験したので報告する。

【症例】 70 歳台男性。右乳房に違和感を感じ前医受診。乳癌疑いで当院に紹介され, 右乳房腫瘍に対しエコー下マンモトーム生検を施行。同時に生検材料による捺印細胞診標本を作製した。

【細胞所見】 血液成分を背景に有尾状や短紡錘形細胞が裸核ないし裸核様で主に散在性にみられたが, 1 か所で毛細血管構造を作っていた。血管内皮細胞としてはやや大きく, 紡錘形の核は濃染性を呈していたが, 臨床は乳癌を疑っており非上皮性腫瘍は念頭がなく, 上皮細胞がみられなかったことから診断には至らなかった。

【組織所見】 不規則に拡張, 吻合, 網状に広がる壁の薄い脈管が拡がり, 内皮細胞は小型で均一な類円形の核を有している。拡張した腔内に小乳頭状の増生を示す部分がある。ところにより拡張の乏しい脈管が小胞巣状にコンパクトに配列する領域も散見され, 内皮細胞の密度も高い。間質は一部で軽度の粘液状変化を伴う。免疫組織化学染色で Ki-67 陽性率は 1%以下だが, 小胞巣状領域では 40%近い。特徴的な hobnail 状の血管内皮細胞がみられ, RHE 最も考えられた。

【まとめ】 乳房生検の捺印細胞診で診断に苦慮した症例を報告した。乳管上皮細胞がみられなくても, 非上皮性腫瘍の可能性を念頭に置き鏡検することの重要性を痛感した。切除検体が提出される予定であり, 所見を付け加えて報告する。

## P-2-84 乳癌の転移リンパ節に濾胞性リンパ腫を認めた衝突癌の一例

愛媛県立中央病院検査部<sup>1)</sup>, 愛媛県立中央病院病理診断科<sup>2)</sup>, 愛媛県立中央病院乳腺・内分泌外科<sup>3)</sup>

○越智景子(CT)<sup>1)</sup>, 渡邊 拓(MT)<sup>1)</sup>, 亀岡美咲(CT)<sup>1)</sup>, 尾崎 萌(CT)<sup>1)</sup>, 玉井佑弥(MT)<sup>1)</sup>, 和田裕貴(CT)<sup>1)</sup>, 兵頭直樹(CT)<sup>1)</sup>, 畑地登志子(MD)<sup>3)</sup>, 佐川 庸(MD)<sup>3)</sup>, 木藤克己(MD)<sup>2)</sup>, 杉田敦郎(MD)<sup>2)</sup>, 前田智治(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 癌のリンパ節転移の診断にしばしば細胞診が用いられるが, リンパ節の細胞診標本において衝突癌がみられることは稀である。今回, 乳癌患者の腋窩リンパ節に癌の転移と悪性リンパ腫の両者がみられた衝突癌の一例を経験したので報告する。

【症例】 60 代女性。右乳房腫瘍を自覚し, 乳腺の穿刺吸引細胞診で乳管癌と診断された。術前 PET-CT で FDG 集積を伴う右乳房 D 領域の辺縁不整な結節と全身リンパ節腫大を認め, 精査目的で右腋窩リンパ節生検及び捺印細胞診が施行された。

【細胞診所見】 N/C 比の高い単調な中型リンパ球を背景に, 明瞭な核小体を伴う異型上皮細胞の集塊を認め, 乳管癌の転移と判断した。同時に中型リンパ球には核のくびれや深い切込み, 打ち抜き状空胞がみられたことから, 悪性リンパ腫の合併が疑われた。

【組織所見】 リンパ節全体に比較的大きさの揃った濾胞様結節を認め, 免疫染色で CD20, CD10, bcl-2, bcl-6 陽性を示すことから濾胞性リンパ腫と考えられた。さらに濾胞性リンパ腫内に乳管癌の転移がみられ, リンパ節の約 1/3 が癌の転移で占められていた。乳管癌成分は ER, PgR, CK7 陽性であった。

【まとめ】 衝突癌とは 2 種類の無関係に発生した腫瘍が互いに接して, あるいは一部互いに浸潤して衝突したものと定義されている。本症例は乳管癌と濾胞性リンパ腫という組織像が異なる 2 つの腫瘍が明瞭に区別できる形で接していることから衝突癌と考えられた。当院の過去 15 年間に行われた腫瘍手術検体にリンパ腫の合併を認めた 14 例のうち, 癌とリンパ腫が衝突していたのは本例のみであり, 稀な病態と考えられた。

## P-2-85 乳腺原発血管肉腫の細胞像

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院乳腺外科<sup>2)</sup>, がん研究会有明病院臨床病理センター病理部<sup>3)</sup>

○池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 森園英智(MD)<sup>2)</sup>, 坂井威彦(MD)<sup>2)</sup>, 山崎奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 山田麻里沙(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤崇彦(CT)<sup>1)</sup>, 石井脩平(CT)<sup>1)</sup>, 藤山淳三(CT)<sup>1)</sup>, 阿部 仁(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤由紀子(DDS)<sup>3)</sup>, 伊藤 藍(MD)<sup>3)</sup>, 山下享子(MD)<sup>3)</sup>, 千葉知宏(MD)<sup>3)</sup>, 大迫 智(MD)<sup>3)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1)</sup>

乳腺原発血管肉腫は、血管内皮細胞に分化を示す極めて稀な悪性腫瘍である。乳腺実質内に触知可能な比較的大きな腫瘤を形成する。それに対して穿刺吸引細胞診が施行された場合、腫瘍の特性から血液が混入し細胞量が少量となり判定困難なことがある。ゆえに細胞診材料での細胞像に関する報告は少ない。今回、自験例5例の細胞像について検討したので報告する。穿刺吸引細胞診2例(乳腺腫瘤1例、肋間筋再発部位1例)、乳腺腫瘤の針生検捺印1例および手術材料擦過2例。年齢は24歳から60歳で平均36.6歳。全て腫瘤形成性病変で腫瘍径は2cmから10cmで平均4.9cm。細胞診判定は鑑別困難1例、悪性の疑い1例、悪性3例であった。鑑別困難と悪性の疑いでは紡錘形細胞腫瘍、悪性では血管肉腫を疑った。細胞所見は、血性背景に、類円形細胞または短紡錘形から長紡錘形細胞が、集塊状から孤立散在性に出現していた。結合性が緩く集塊よりも孤立性に多く認めた。集塊の構築として1)大型集塊では腔様構造、小集塊では2)長紡錘形細胞が1列ないし2列で直線的や緩いカーブを描くような配列、3)類円形細胞や短紡錘形細胞が渦を巻くように配列する集塊を認めた。全体的に核異型の弱い細胞が主体であったが、核異型の強い細胞も認めた。核クロマチンは微細で核小体は目立たなかった。これら細胞所見は、細胞量が十分な擦過細胞診において有用であると考えられたが、細胞量が少量であった場合でも2)は特徴的な所見であると確認できた。これらの細胞所見を認識していれば、細胞診においても組織型の推定が可能である。

## P-2-86 低異型度病変(Rosen triad)を合併した乳腺管状癌の1例

桑名市総合医療センター<sup>1)</sup>, 三重大学付属病院がんセンター/病理診断科<sup>2)</sup>

○今野和治(CT)<sup>1)</sup>, 小塚祐司(MD)<sup>2)</sup>, 宇田紗矢香(CT)<sup>1)</sup>, 矢野孝明(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤英樹(CT)<sup>1)</sup>, 高尾ともよ(MD)<sup>1)</sup>, 仙波玲美(MD)<sup>1)</sup>, 白石泰三(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】乳腺領域では、低異型度悪性病変であるTubular carcinoma(TC), Ductal carcinoma in situ(DCIS)/Atypical ductal hyperplasia(ADH), Columnar cell lesions/flat epithelial atypia(CCLs/FEA), lobular neoplasia(LN)の腫瘍成分が種々に混在することが報告されている(Rosen triad)。病理組織像の解説はあるが、細胞診での報告はない。今回我々は低異型度病変を合併したTCを経験したため細胞像を中心に報告する。

【症例】40歳台女性。両側乳腺線維腺腫にて経過観察中、右乳腺C区域に不整形、内部不均一で縦横比の高い8mm大腫瘤が出現。細胞診にて悪性疑いであり、診断治療目的に乳腺部分切除術が施行された。

【細胞像】シート状で一部、円柱状を呈する大小の細胞集塊が採取された。類円形の比較的均一な細胞(CCLs/FEA)、球状集塊で均一円形核を有する細胞(LN)、二相性の欠如した管腔様小型集塊、先端部の尖った管腔様集塊や土管状集塊で核異型に乏しく類円形核を有する細胞(TC)と多彩な細胞像を認めた。

【組織像】豊富な間質成分とともに、軽度の異型を示す上皮が小管状に浸潤増殖をしめす像がみられTCと診断された。背景には広範囲に、FEAやLNを伴っていた。

【まとめ】低異型度悪性病変を細胞像のみで詳細に分類、診断することは困難ではあるが、CCLs/FEA, LNの細胞像を認める場合、TCを含む悪性病変の有無の確認が必要である。検診や画像診断の精度向上により、より早期段階での前癌病変や微小な乳癌が発見されるようになってきており、CCLs/FEA, LNのような前駆病変の細胞像を理解することは、今後の乳腺細胞診の精度向上に寄与すると考える。



**P-2-87 軟骨形成を伴う粘液型脂肪肉腫の 1 例**

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部<sup>1)</sup>, がん研究会有明病院臨床病理センター病理部<sup>2)</sup>, がん研究会有明病院整形外科<sup>3)</sup>, がん研究会有明病院婦人科<sup>4)</sup>

○伊藤崇彦(CT)<sup>1)</sup>, 山下享子(MD)<sup>2)</sup>, 早川景子(MD)<sup>3)</sup>, 石井脩平(CT)<sup>2)</sup>, 山田麻里沙(CT)<sup>1)</sup>, 山崎奈緒子(CT)<sup>1)</sup>, 池畑浩一(CT)<sup>1)</sup>, 藤山淳三(CT)<sup>1)</sup>, 千葉知宏(MD)<sup>2)</sup>, 佐藤由紀子(DDS)<sup>2)</sup>, 阿江啓介(MD)<sup>3)</sup>, 河内 洋(MD)<sup>2)</sup>, 松本誠一(MD)<sup>3)</sup>, 阿部 仁(CT)<sup>1,2)</sup>, 杉山裕子(MD)<sup>1,4)</sup>

【はじめに】粘液型脂肪肉腫は全脂肪肉腫の約 20-30% を占める組織型であるが, 軟骨形成を伴う症例は非常に稀であり, 細胞診を含めた報告はほとんどない。軟骨形成を伴う粘液型脂肪肉腫を経験したので報告する。

【症例】30 代男性。2 年以上前から右大腿腫脹あり, 増大傾向みられ近医受診, MRI にて長径 20 cm 大の悪性軟部腫瘍が疑われたため, 当院紹介受診し, 生検及び細胞診検査施行。生検組織診断にて軟骨形成を伴う粘液型脂肪肉腫が疑われ, 広範切除術が施行された。腫瘍は 20.5 × 12 × 10.5 cm 大であった。

【細胞所見】生検時圧挫細胞診: 軟骨基質内に軟骨細胞を伴う成分と, 単空胞状の細胞質に偏在核を有する脂肪細胞様の異型細胞が認められたため, 軟骨形成を伴う脂肪肉腫等の悪性腫瘍を疑った。手術摘出材料圧挫細胞診: 粘液様基質を伴い, 大小不同のある脂肪細胞が集塊を形成し, 脂肪芽細胞様の異型細胞が認められたため, 粘液型脂肪肉腫を推定した。摘出材料からは明らかな軟骨成分は観察されなかった。

【組織所見】短紡錘形の腫瘍細胞が粘液性基質を背景に増殖し, 成熟脂肪細胞・脂肪芽細胞様の腫瘍細胞が様々な程度に介在していた。金網状の分岐する血管が腫瘍全体に分布していた。一部で軟骨形成が認められ, 腫瘍細胞の軟骨細胞への移行(分化)がうかがわれた。変性・壊死が広範に見られたが, 円形細胞成分(高悪性度成分)は認められなかった。

【FISH 結果】DDIT3 split 陽性, FUS::DDIT3 fusion 陽性。

【まとめ】軟部腫瘍から軟骨病変が採取された場合は軟骨性腫瘍だけではなく, 軟骨形成を示す軟部腫瘍の可能性を念頭に鏡検する必要があると考えられた。

**P-2-88 左足背に発生した High-grade myxofibrosarcoma の 1 例**

兵庫県立丹波医療センター検査部<sup>1)</sup>, 兵庫県立丹波医療センター病理診断科<sup>2)</sup>, 兵庫医科大学病院病理部<sup>3)</sup>

○三輪詩佳(CT)<sup>1)</sup>, 足立実由(CT)<sup>1)</sup>, 清水 匠(CT)<sup>1)</sup>, 岩熊隆太郎(CT)<sup>1)</sup>, 田中 竣(CT)<sup>1)</sup>, 中原佳佑(CT)<sup>1)</sup>, 黒田美帆(CT)<sup>1)</sup>, 岸上明美(CT)<sup>1)</sup>, 安井幸代(CT)<sup>1)</sup>, 鳥居良貴(CT)<sup>1,3)</sup>, 鷹巣晃昌(MD)<sup>2)</sup>

【序論】成人の軟部組織悪性腫瘍は, 脂肪肉腫や未分化肉腫がその代表である。粘液線維肉腫は中高年四肢に好発する代表的な粘液性肉腫のひとつであるが, 細胞像に関する記載はあまり多くない。今回, High-grade myxofibrosarcoma の 1 例を経験したので, その細胞像を主に報告する。

【症例】70 代女性, 200X 年頃より左足背遠位の腫瘍に気づく。次第に腫瘍増大し, 発症より 13 年後, 腫瘍周囲約 30 cm にて当院を受診した。他院紹介, 生検にて Low-grade myxofibrosarcoma と診断された。転移は認めず当院で経過観察されたが, 腫瘍が多発・増大し, 皮膚突破・自壊したため 6 年後の 4 月に左膝上大腿切断が施行された。その際腫瘍捺印標本を作製した。

【捺印細胞診】豊富な粘液を背景に, 紡錘形細胞に混在して多核巨核細胞や明瞭な核異型を有した細胞を認めた。束状配列を呈する細胞集塊も認めるが, 濃染した異型核を有する多彩な細胞や核分裂像も出現しており, 悪性を考慮した。

【病理所見】豊富な粘液を背景に高異型度紡錘形細胞が, 多核巨細胞, 奇異な核, 豊富な有糸分裂像などとともに曖昧な束状を呈して増生する所見からなる High-grade 相当の腫瘍を認めた。さらに特殊・免疫染色では Al-Blue, CD68 陽性, Ki-67 50-70% 発現, Desmin, S100 や αSMA は大半で陰性を示した。以上所見および経過等考慮し, High-grade myxofibrosarcoma と診断した。

【結語】本症例の捺印細胞診では豊富な粘液と紡錘形細胞をはじめとした高異型度細胞を多数認め, High-grade 相当の悪性腫瘍であると推定可能であった。一般的に軟部腫瘍における細胞診では, 良悪や特定の腫瘍の推定は苦慮することが多いため今後の鑑別に繋げていきたい。



## P-2-89 下腿筋肉原発悪性リンパ腫の一例

湘南藤沢徳洲会病院臨床検査部病理<sup>1)</sup>, 湘南藤沢徳洲会病院病理診断科<sup>2)</sup>, 湘南鎌倉総合病院臨床検査部<sup>3)</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>4)</sup>

○島村幸一(CT)<sup>1)</sup>, 石川典由(MD)<sup>2)</sup>, 川本雅司(MD)<sup>2)</sup>, 高橋智恵(CT)<sup>1)</sup>, 手島伸一(MD)<sup>4)</sup>, 小保方和彦(CT)<sup>3)</sup>, 程島 就(CT)<sup>3)</sup>, 石井彩奈恵(CT)<sup>3)</sup>

【はじめに】筋原発悪性リンパ腫はきわめて稀な疾患で症例報告数も少ない。今回我々は、下腿の骨格筋原発とみられる悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】60代男性, 201X年3月に右下腿腫脹と発熱にて入院, CTにて右下腿の蜂窩織炎が疑われたが, MRIにて非感染性炎症性病変, 感染症は否定的で, 腓骨骨髄に信号異常を伴うことから, 悪性リンパ腫を考慮する必要がありと診断された。その後, 血液検査にて, LDH: 513IU/L, IL-2R: 21,281 U/mLと非常に高値のため, 悪性リンパ腫が濃厚となり, 筋生検にて Diffuse large B-cell lymphoma と診断された。その後他院へ紹介となった。

【タッチによる細胞像】細顆粒状にクロマチンの増量, N/C比大(裸核状), 核型不整, 明瞭な核小体が複数個目立つ大型異型細胞を弧在性に多数認めた。M-G染色でも同様の細胞異型のほかに, 細胞質が淡染性~好塩基性を示し, 細胞像としても悪性リンパ腫として矛盾しない像であった。

【組織像】核の濃染した大型類円形核のびまん性増殖を認め, 明瞭な核小体を有し, 背景に Starry-Sky 像が散見された。腫瘍細胞は, 他院の結果も踏まえると CD20, CD79a 陽性で CD3, CD5 陰性の B cell 系の腫瘍で, MUM-1 は陽性, bcl-2 はびまん性に陽性, bcl-6, CD10 は陰性であった。MIB-1 index は 90%, C-myc(+70%)の結果より, MYC および bcl-2 の double expressors lymphoma を示す DLBCL, NonGCB 型とした。

【終わりに】筋原発悪性リンパ腫の一例を経験したので報告する。

## P-2-90 軟骨粘液線維腫 2 例の細胞像

帝京大学医学部病理学講座<sup>1)</sup>, 帝京大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>, 帝京大学医学部附属病院放射線科<sup>3)</sup>, がん・感染症センター都立駒込病院病理科<sup>4)</sup>, 国立病院機構埼玉病院病理診断科<sup>5)</sup>

○渡部朱織(CT)<sup>1)</sup>, 菊地良直(MD)<sup>1)</sup>, 向山淳児(CT)<sup>2)</sup>, 南 秀坪(CT)<sup>2)</sup>, 土谷麻衣子(DDS)<sup>1)</sup>, 山本麻子(MD)<sup>3)</sup>, 元井 亨(MD)<sup>4)</sup>, 石田 剛(MD)<sup>5)</sup>, 宇於崎宏(MD)<sup>1)</sup>

軟骨粘液線維腫は 10-20 歳台に好発し, やや男性に多く発生する稀な良性腫瘍である。全骨腫瘍の 1% に満たないとされている。今回我々は, 2 例の軟骨粘液線維腫を経験した。

【症例】症例 1: 10 代, 女性。肋骨腫瘍。画像所見では神経鞘腫などの良性神経原性腫瘍が疑われた。2 年間で増大していることから, 腫瘍摘出術が施行された。症例 2: 10 代, 男性。左第 1 趾中足骨腫瘍。画像所見では良性腫瘍性病変が疑われ, 生検により良性腫瘍と診断され, 腫瘍摘出術が施行された。

【細胞像】症例 1: 軟骨粘液様基質を認め, ギムザ染色では異染性を示した。腫瘍細胞は基質内に認めるほか, 散在性に出現し, 紡錘形から星芒状を呈していた。腫瘍細胞の核は類円形から楕円形で軽度の核形不整, クロマチンは細顆粒状で淡く, 小型の核小体を有していた。多核巨細胞が散見された。症例 2: 軟骨粘液様基質を認め, ギムザ染色では異染性を示した。腫瘍細胞は基質内に認めるほか, 集塊状から散在性に出現し, 紡錘形から星芒状を呈していた。腫瘍細胞の核は中等度の核形不整, 顆粒状のクロマチン, 小型の核小体を有していた。また, 大型核を有する細胞や二核細胞が見られた。一部に核内細胞質封入体を認めた。

【組織像】症例 1, 症例 2 ともに不完全な分葉状を呈し, 軟骨粘液様基質を背景に紡錘形から星芒状の腫瘍細胞が増生していた。多核巨細胞も観察された。

軟骨粘液線維腫は, しばしば軟骨芽細胞腫や軟骨肉腫との鑑別が問題となる。細胞像を中心に文献的知見も踏まえ, 報告する。

## P-2-91 骨軟部腫瘍の細胞診に関する後方視的検討と有用性について

NHO 九州がんセンター臨床検査技術部<sup>1)</sup>, NHO 九州がんセンター病理診断科<sup>2)</sup>, NHO 九州がんセンター整形外科<sup>3)</sup>, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理<sup>4)</sup>

○藤本翔大(CT)<sup>1)</sup>, 山本将義(CT)<sup>1)</sup>, 平川萌絵(CT)<sup>1)</sup>, 浅川拓也(CT)<sup>1)</sup>, 杉井 梓(DDS)<sup>2)</sup>, 古賀 裕(MD)<sup>2)</sup>, 田口健一(MD)<sup>1,2)</sup>, 薛 宇孝(MD)<sup>3)</sup>, 孝橋賢一(MD)<sup>4)</sup>, 山元英崇(MD)<sup>4)</sup>, 小田義直(MD)<sup>4)</sup>

骨軟部腫瘍は多様な分化方向と遺伝子異常に基づく組織型分類や希少性などから、病理診断にしばしば難渋する領域の一つであり、臨床所見や画像所見が正確な診断に必要不可欠である。今回我々は診断精度の向上を目的として骨軟部細胞診と組織診の結果を対比した精度管理と併せて、Turn Around Time(以下 TAT)の解析を行ったので報告する。対象は 2018 年 1 月から 2022 年 5 月までの間に当院整形外科で実施された細胞診断 367 例のうち、生検あるいは手術標本で病理組織診断が得られた 357 例とした。組織診で良性と診断され、細胞診で class I, II と診断された症例と、組織診で中間悪性・悪性と診断され、細胞診で class IV, V と診断された症例を一致と判断し、class III については明らかな悪性所見を認めないと記載のあるものを良性、それ以外を中間悪性・悪性と判断した。結果は診断一致例 323 例、不一致例 34 例であった。不一致例の内訳は偽陽性群 22 例、偽陰性群 12 例で、骨腫瘍で感度 95%、特異度 80%、軟部腫瘍で感度 93%、特異度 85%であった。平均 TAT は細胞診で 4.9 日、生検 8.6 日、手術材料 18.2 日であった。診断不一致例で最も多かったのは紡錘形細胞腫瘍(13/22 例)であり、今後は免疫細胞化学を用いた細胞判定も考慮すべきと考えられた。一方で、転移性癌、造血器腫瘍、特徴的な融合遺伝子を有する非紡錘形細胞腫瘍における細胞診の感度・特異度は高く、組織診と比較して TAT も短い点から、治療方針が異なる腫瘍の可能性を速やかにフィードバックできる骨軟部細胞診は臨床医の初期対応にも大きく貢献できることが示唆された。本検討で不一致例であった 34 例のうち、特に判定に苦慮した症例の細胞像を組織像と比較して提示する。

## P-2-92 泡沫細胞を多数認めた甲状腺髄様癌の一例

国立がん研究センター東病院病理検査室<sup>1)</sup>, 国立がん研究センター東病院頭頸部外科<sup>2)</sup>, 国立がん研究センター東病院病理臨床検査科<sup>3)</sup>

○古屋佑真(MT)<sup>1)</sup>, 成清羊佳(MT)<sup>1)</sup>, 小林隆樹(MT)<sup>1)</sup>, 大石彰太(MT)<sup>1)</sup>, 山田健太郎(MT)<sup>1)</sup>, 相羽拓矢(MT)<sup>1)</sup>, 藤間瑞穂(MT)<sup>1)</sup>, 林 隆一(MD)<sup>2)</sup>, 石井源一郎(MD)<sup>3)</sup>, 坂下信悟(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】甲状腺髄様癌は、甲状腺悪性腫瘍の 1~3% と稀な上皮性悪性腫瘍である。傍濾胞細胞(C 細胞)への分化を示し、カルシトニン産生が特徴であり、約半数にアミロイドの沈着がみられる。今回我々は泡沫細胞を多数認める髄様癌の一例を経験したので報告する。

【症例】40 歳台、女性。胃部不快感で他院を受診し、血液検査にて CEA 高値となったが消化管に有意所見はなく、偶発的に頸部超音波検査にて甲状腺腫大・石灰化を指摘され当院紹介となった。当院での頸部 CT、超音波検査、穿刺吸引細胞診の結果から、悪性を疑い甲状腺左葉切除術が施行された。

【細胞所見】標本全体に泡沫細胞、石灰化小体を認めた。異型細胞は孤在性に出現、核は偏在し、小型類円形で、一部に軽度核腫大を認めるが異型に乏しい細胞像であった。1 か所に核内細胞質封入体を認めたが、悪性とは断定できず AUS-FLUS と報告した。

【組織所見】無構造な好酸性沈着物と硝子化を伴って、小型の核を有する異型細胞が索状・充実性に増殖していた。好酸性沈着部位は Congo red 染色陽性、免疫染色では、calcitonin, CEA, Chromogranin A, TTF-1 陽性、Thyroglobulin 陰性となり、髄様癌と診断された。背景には甲状腺炎が認められ多数の泡沫細胞がみられた。

【考察】髄様癌の特徴的な所見として 1. 散在傾向, 2. 粗顆粒状クロマチン像, 3. 核異型が乏しい, 4. アミロイドの出現が挙げられる。本症例では、1 と 3 は確認されたが、多数の泡沫細胞が組織型推定を困難にさせたと考えられる。

【まとめ】髄様癌は泡沫細胞を伴う事は少ないといわれているが、背景の甲状腺の様子によっては多数の泡沫細胞を認める事があり、それに惑わされない事が重要である。

## P-2-93 LBC法で作製した同一のスライドで甲状腺乳頭癌の未分化転化を判定しえた1例

大森赤十字病院検査部

○高橋弥冴(CT), 本間聖也(CT), 瀬戸口知里(CT), 九十九葉子(CT), 及川実夏(CT), 大内和真(CT), 日下部民美(CT), 坂本穆彦(MD)

【はじめに】甲状腺未分化癌の発生頻度は数%程度と低く、同一の細胞診スライドに未分化癌と転化前の高分化癌が共存してみられることはさらに稀である。今回われわれは、乳頭癌から未分化癌への転化をBDサイトリッチ™法による同一の細胞診スライドで判定しえた症例を経験したので報告する。

【症例】80代、女性。咽頭痛と食欲不振が出現し、当院耳鼻咽喉科を受診した。CT検査にて甲状腺右葉に石灰化を伴う径4cm大の腫瘤を認め、食道との境界は不明瞭であった。さらに気管内への進展もみられた。超音波検査においても同様の腫瘤を認めたため甲状腺穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】同一スライドに、核溝、核内細胞質封入体、convoluted nuclei、微細顆粒状で淡明なクロマチンを有する細胞の大型乳頭状集塊と、類円形や紡錘形の細胞、さらに巨細胞や破骨細胞様多核巨細胞など、異型高度な細胞が散在性に出現し多彩な細胞像を呈していた。前者は乳頭癌を、後者は未分化癌を示唆する細胞所見であることから、乳頭癌の未分化転化と判定した。また細胞転写法にて作製した標本で、免疫細胞化学染色を施行したところ両成分ともにPAX-8に陽性を示し、甲状腺原発であると確認することができた。

【考察】細胞診では、一般的に複数のスライドによる総合評価を行い、乳頭癌・濾胞癌の未分化転化を判定することが多い。本症例のように細胞診標本で同一のスライドに高分化癌と未分化癌の両成分が出現することはきわめて稀である。本症例は、高分化癌と同時に出現する未分化癌成分を見落とさず、スライド全体を入念に観察することが重要であることを示す教訓的な症例であると考えられる。

## P-2-94 甲状腺未分化癌と副甲状腺癌の衝突癌の一例

八戸市立市民病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 八戸市立市民病院救命救急センター<sup>2)</sup>, 八戸市立市民病院病理診断科<sup>3)</sup>

○高畑英智(CT)<sup>1)</sup>, 松長夢子(CT)<sup>1)</sup>, 須藤安史(CT)<sup>1)</sup>, 奥沢悦子(CT)<sup>2)</sup>, 板橋智映子(MD)<sup>3)</sup>, 矢嶋信久(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】甲状腺未分化癌は、全甲状腺癌の約1%とされる。また、副甲状腺癌は副甲状腺腫に類似し、良悪性の鑑別は非常に困難とされる。両疾患は稀な疾患で、細胞形態は異なる。今回我々は、甲状腺未分化癌と副甲状腺癌の衝突癌の一例を経験したので報告する。

【症例】60代女性。嘔声を主訴に近医受診。右声帯麻痺を認め、当院外科を紹介受診となる。造影CT検査では、甲状腺右葉に石灰化を伴う最大径50mmの腫瘤像が認められた。甲状腺右葉腫瘍の穿刺吸引細胞診が施行された。

【穿刺吸引細胞所見】大小不同の類円形核、小型核小体を有する好酸性細胞を濾胞状集塊で認めた。一部に核小体の腫大を認めた。また、同様の核所見を呈する裸核状細胞を背景に認めた。所見より濾胞性腫瘍が考えられ、indeterminate判定された。臨床側は悪性を強く疑い、甲状腺右葉切除術が施行された。

【術中捺印細胞所見】甲状腺右葉腫瘍の数カ所から捺印標本を作製した。大小不同の類円形核、小型核小体を有する好酸性細胞を濾胞状集塊で認めた。また強度の核型不整、粗顆粒状核クロマチン、核小体明瞭な肉腫様細胞を孤在性に認めた。以上の所見より、濾胞性腫瘍と甲状腺未分化癌を疑った。

【組織所見】広範な壊死巣と硝子様変性を認めた。周囲には紡錘形や類円形、多菱形など多彩な形状を示し、大小不同の核や明瞭な核小体を有する腫瘍細胞を充実性胞巣で認め、甲状腺未分化癌と診断された。また、類円形で比較的均一な核を有する細胞を充実性胞巣で認めた。被膜浸潤像を認め、さらに免疫組織化学染色PTHおよびChromogranin A陽性より、副甲状腺癌と診断された。

【結語】甲状腺未分化癌と副甲状腺癌の衝突癌の一例を経験した。

## P-2-95 演題取り下げ

P-2-96 細胞診所見で診断に苦慮した甲状腺  
低分化癌の一例

医療法人董甲会岡本甲状腺クリニック検査科<sup>1)</sup>, 和泉市立総合医療センター病理診断科<sup>2)</sup>, 住友病院病理部<sup>3)</sup>, 住友病院臨床検査科<sup>4)</sup>, 関西医療大学保健医療学部臨床検査学科<sup>5)</sup>

○岡本拓馬(CT)<sup>1)</sup>, 覚道健一(MD)<sup>2)</sup>, 藤田茂樹(MD)<sup>3)</sup>, 松永由紀(MD)<sup>3)</sup>, 三村裕子(CT)<sup>4)</sup>, 鍵弥朋子(CT)<sup>5)</sup>

【はじめに】甲状腺細胞診で、乳頭癌の診断は比較的容易だが、乳頭癌でない時、多くの鑑別疾患を考慮しなければならない。細胞診で高悪性度の甲状腺癌を疑い、切除により低分化癌と診断された 1 例を報告する。

【症例】50 代、女性：のどの詰まり感、倦怠感、物忘れを主訴に当院を受診した。血液検査で、FT3：2.77pg/mL, FT4：1.12 mg/dL, TSH：1.460  $\mu$ U/mL, Tg：5.7ng/mL, TgAb：625.22U/mL であった。超音波検査にて甲状腺右葉に形状不整で切れ込みのある最大径 42 mm の結節を認めた。結節の境界は平滑だが不明瞭であり、内部エコー不均質で、内部血流を認め、悪性を否定できない結節性甲状腺腫と診断した。甲状腺はびまん性腫大し、甲状腺実質は内部エコー不均質で、甲状腺機能正常の橋本病が疑われた。

【細胞像】当該結節より穿刺吸引細胞診を行った。背景にコロイドを認めず重責性のある結合性の弱い細胞集塊を充実性、索状に多量に認めた。細胞集塊の N/C 比は非常に高く、裸核状の細胞も多く見られたが、一部の細胞には細胞質があり上皮性結合を認めた。腺腔、濾胞構造は明らかでない。大型異型細胞、多核細胞、核分裂像を認めた。核小体は小型で目立たず、クロマチンパタンは内分泌腫瘍タイプではなかった。腫瘍壊死、石灰化、アミロイド様物質、嚢胞変化を認めなかった。

【考察】上記所見より、鑑別疾患として、まず髄様癌を考えたが、血清カルシトニン<0.5pg/mL で否定された。悪性リンパ腫と未分化癌は上皮性結合があり否定できた。転移性癌は腫瘍壊死、核分裂など高悪性度の所見を認めず除外した。最終的に低分化癌を最も疑い臨床に報告した。甲状腺全摘術が施行され、甲状腺低分化癌の病理診断を得た。



## P-2-97 心嚢液中に出現した多分葉核が目立つ primary effusion lymphoma-like lymphoma の1例

地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立総合医療センター中央臨床検査部<sup>2)</sup>, 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<sup>3)</sup>, 地方独立行政法人大阪市民病院機構大阪市立十三市民病院病理診断科<sup>4)</sup>

○世古裕里(CT)<sup>1)</sup>, 大瀬香菜(CT)<sup>1)</sup>, 木村美穂(CT)<sup>1)</sup>, 山畑 翔(CT)<sup>1)</sup>, 津田義格(CT)<sup>1)</sup>, 横田裕香(CT)<sup>2)</sup>, 石井真美(MD)<sup>3)</sup>, 福島裕子(MD)<sup>3,4)</sup>, 井上 健(MD)<sup>1,3)</sup>

【はじめに】 Primary effusion lymphoma (PEL) は明らかな腫瘍形成をせず体腔内で増殖するリンパ腫であり, HHV-8 の感染が発症に関与する稀なリンパ腫である. 一方, 本邦においては PEL と類似の臨床像を呈しながらも HHV-8 陰性の体腔液リンパ腫が PEL-like lymphoma (PEL-LL) などとして報告されている. 今回, 心嚢液中に出現した多分葉核が目立つ PEL-LL の1例を経験したので報告する.

【症例】 80歳台男性. 他院の胸部 X 線で心拡大を指摘され, 心不全が疑われた. 経胸壁心エコー検査にて心嚢液貯留を指摘されたため, 精査目的で細胞診およびセルブロック検体が提出された.

【細胞所見】 大型で核腫大した異型細胞を散在性に多数認めた. N/C は大きく, 核形不整著明で多分葉核を示す細胞も見られた. クロマチンは顆粒状に増量し, 一部に核小体を認めた. また, 核分裂像も散見された. 細胞質には多数の空胞を認めた.

【セルブロック所見】 核形不整を示す N/C 比大の異型細胞を散在性に認めた. 免疫組織化学染色では CD20 陽性, CD3 陰性, CD10 一部陽性, bcl-6 一部陽性, MUM-1 一部陽性, bcl-2 陽性, HHV-8 陰性, EBER-ISH 陰性であった. 以上より B cell type の malignant lymphoma が疑われた.

【まとめ】 今回, 我々は心嚢液中に出現した多分葉核が目立つ PEL-LL の1例を経験した. PEL や PEL-LL は全身に腫瘍形成を認めず, 体腔液中で腫瘍細胞が増殖するリンパ腫であり, PEL-LL では高齢者に多いとされている. 腫瘍形成を認めず, 体腔液中に多分葉核が目立つ異型リンパ球を認めた場合は, PEL や PEL-LL の可能性も考慮し診断する必要があると考えられた.

## P-2-98 胸水中に出現した奇形癌肉腫の一例

慶應義塾大学病院病理診断科

○関島優樹(CT), 北村美寿穂(CT), 岡田ゆり子(CT), 森田久美(CT), 川井田みほ(MD), 江本 桂(MD), 大喜多肇(MD)

【はじめに】 奇形癌肉腫は鼻腔副鼻腔領域に発生する極めて稀な高悪性度腫瘍であり, 種々の癌肉腫と奇形腫様の像が混在して見られることが特徴である. 今回, 胸水中に出現した異型細胞の判定に苦慮した奇形癌肉腫の一例を経験したので報告する.

【症例】 70代, 男性. 鼻閉があり他院を受診後, 精査加療を目的に当院へ紹介された. 生検の結果, 淡明な異型扁平上皮細胞や異型腺細胞, 分化不明瞭な紡錘形~類円形間質細胞, 少数の脂肪組織を含む一部粘液腫状の間質細胞が混在してみられ, 奇形癌肉腫と診断された. BRG1 は発現消失していた. 腫瘍切除術を施行されたが, 翌年再発し, 放射線加療中に肺病変や胸膜病変が出現した. 緩和的化学療法施行目的に入院中, 胸水貯留がみられたため胸水細胞診が提出された.

【細胞診断】 リンパ球や反応性中皮細胞を背景に少数の異型細胞を認めた. 異型細胞では淡い胞体に微細なクロマチンが不均一に分布し, 明瞭な核小体を有する腫大した高度不整形核を認めた. また, 大小不同の紡錘形核を有する裸核様の細胞も認めた. これらの異型細胞は, 互いに入り混じった集塊や反応性中皮細胞と混在した集塊として出現していたが, 出現量がわずかであったことから鑑別困難として報告し, セルブロックを作製して追加検討を行った.

【セルブロック所見】 大型の異型細胞は, 組織診断時と同様に BRG1 の発現消失を示したことから奇形癌肉腫の再発と診断した.

【まとめ】 稀な奇形癌肉腫の細胞診症例を経験した. これまで文献的にも報告がない稀な症例であり, 組織診と合わせて考察する.

## P-2-99 診断に胸水セルブロックを用いた免疫組織化学的検討が有用であった血管肉腫の 1 例

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部臨床検査科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部病理診断科<sup>2)</sup>

○三浦悠太郎(CT)<sup>1)</sup>, 城 竜人(CT)<sup>1)</sup>, 鹿島星林(CT)<sup>1)</sup>, 佐田勇樹(CT)<sup>1)</sup>, 豊岡辰明(CT)<sup>1)</sup>, 染矢賢俊(CT)<sup>1)</sup>, 伊東正博(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】血管肉腫が体腔液中に出現する症例は非常に稀である。体腔液中の異型細胞は乳頭状集塊あるいは球状集塊として出現することが多く、腺癌等を鑑別に挙げて検討する。しかし、血管肉腫も同様の形態をとるので注意が必要である。今回我々は、胸水中に腫瘍細胞を認め、セルブロックを用いた免疫組織化学にて血管肉腫と診断し得た 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。3 年前に頭部に掻痒感、発赤があり潰瘍形成。左耳介の紅斑を生検し、血管肉腫と診断された。その後化学療法中、胸部レントゲンにて胸水貯留を認め、胸腔穿刺を施行した。

【細胞所見】血性背景に、異型細胞が散在性～集塊に多数認められた。集塊は球状～胞巣状で結合性が強く、上皮様であった。細胞は大型で円形～多角形で、N/C 比が高く、核偏在傾向、細胞質は淡く、核は類円形で大小不同がみられ、核形不整が著しく、クロマチンは細顆粒状を示した。核小体は明瞭で 1～複数個認められた。また多核細胞や核分裂像も観察された。腺癌を疑ったが非上皮性腫瘍との鑑別を要し、組織型の推定は困難であった。セルブロックではくびれなど多形性のある腫大した濃染核を有する異型細胞がみられ、免疫組織化学を施行したところ異型細胞に一致して CD31(+), CD34(-), D2-40(+), CK(AE1/AE3)(-)を示し、血管肉腫の転移として診断された。

【結論】血管肉腫はまれな腫瘍であるものの体腔液に出現し、体腔液中では結合性を有し、低分化な癌腫との鑑別が困難である。今回経験した症例は、文献的に特徴とされる腫瘍細胞の細胞質に赤血球が取り込まれる細胞質内空胞がなく、腺癌との鑑別に苦慮する細胞像であった。患者の既往の確認や、セルブロックによる免疫組織化学的検討が診断に有用であった。

## P-2-100 胸水細胞診が診断の一助となった原発性卵管癌の一例

東京女子医科大学産婦人科<sup>1)</sup>, 東京女子医科大学病理診断科<sup>2)</sup>

○下地香乃子(MD)<sup>1)</sup>, 秋澤叔香(MD)<sup>1)</sup>, 岡田薫子(CT)<sup>1)</sup>, 広兼春美(CT)<sup>1)</sup>, 阿部由貴(MD)<sup>1)</sup>, 本橋 卓(MD)<sup>1)</sup>, 木原真紀(MD)<sup>1)</sup>, 山本智子(MD)<sup>2)</sup>, 長嶋洋治(MD)<sup>2)</sup>, 田畑 務(MD)<sup>1)</sup>

【目的】原発性卵管癌は婦人科悪性腫瘍の約 0.4-1.8%の発生率であり稀な疾患である。今回、癌性胸膜炎による胸水に対し胸水細胞診で婦人科癌を疑い、卵管癌の診断に至った一例を報告する。

【症例】60 代 3 妊 3 産 既往歴：原発性アルドステロン症 甲状腺乳頭癌術後 現病歴：呼吸困難を主訴に受診、両側に多量の胸水が認められた。造影 CT 検査で少量の腹水、腹膜播種巣を認めたが、原発巣に相当する病変は認められなかった。経膈超音波断層法では子宮、両側付属器に明らかな異常所見はなく、子宮頸部および内膜細胞診で異型細胞なし。胸腔穿刺ドレナージ時の胸水細胞診で腺癌が疑われた。セルブロック標本でおこなった免疫染色では PAX8(+), ER(±~+), WT-1(±~+), CDX2(-), GATA3(-), NapsinA(-), Thyroglobulin(-)であり女性生殖系由来の漿液性腺癌が疑われた。審査腹腔鏡を施行したところ、腹膜全面および横隔膜右側、腸管膜や腸管漿膜面、大網に粟粒大の癒合傾向を示す播種巣、右卵管采には 1 cm 径の腫瘤を認めた。癌性腹膜炎と診断し、右卵管切除、大網生検を行った。組織学的には高異型度漿液性腺癌を認め、卵管癌 IVA 期と診断した。現在、paclitaxel + carboplatin 療法を施行中である。

【結果】卵管癌は初期の自覚症状が乏しく、卵巣癌と比して遠隔転移のリスクが高い。本症例は胸水貯留という非典型的な症状に対して施行した胸水細胞診が診断の一助となった。

## P-2-101 LBC とセルブロックを併用した胸水細胞診を契機に診断に至った早期の中皮腫の一例

神戸徳洲会病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>2)</sup>, 八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>3)</sup>

○鈴木彩加(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井愛梨(CT)<sup>2)</sup>, 松尾優希(CT)<sup>2)</sup>, 室木魁人(CT)<sup>2)</sup>, 西川裕子(CT)<sup>2)</sup>, 岩崎由恵(CT)<sup>2)</sup>, 南部尚子(MD)<sup>3)</sup>, 久保勇記(MD)<sup>3)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】悪性中皮腫は胸痛, 咳, 大量の胸水による呼吸困難や胸部圧迫感などを主症状とするが, いずれも中皮腫に特異的な症状ではなく, 早期発見の難しい疾患である。今回, 画像診断で腫瘤形成が無く, 微軽度の胸膜肥厚以外に病変を認めなかった早期の中皮腫に対し胸水細胞診と胸膜生検で診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】80代男性。石綿暴露歴有。1週間前から労作時呼吸困難があり受診。CTで右気胸や右胸水貯留を指摘されるも, 胸水貯留の原因は不明。細胞診が提出された。標本作製には直接塗抹とLBCを併用した。

【胸水細胞像】孤立散在性から数, 数十個の集合で異型細胞を認めた。N/C比大, 微細クロマチンを示し, 核中心性, 核形は類円~不整, 核小体は小型不明瞭, 細胞質は重厚感があり, 細胞質辺縁は不明瞭で微絨毛を認め, hump様細胞質突起や窓形成も僅かだが認めた。PAS染色は滴状強陽性, AL-B染色陰性。残検体のLBCバイアルからセルブロックを作製し, その免疫染色結果は, calretinin(-), D2-40(-), CK5/6(+), Desmin(-), CD146(+), MTAP(+), CEA(-), TTF-1(-)。以上より, 悪性中皮腫を疑った。

【迅速胸膜組織】中型からやや大型の核を持つ異型細胞の密な増殖を認め, 免疫染色でcalretinin(+), D2-40(+), WT-1(-), CEA(-), TTF-1(-), Napsin A(-), Claudin4(-), Desmin(-), EMA(+), HEG1(+), MTAP(評価困難), BAP1(+))を示した。浸潤性増殖を示すことより上皮型悪性中皮腫と診断した。

【PET-CT】胸膜肥厚微軽度で低腫瘍量の比較的早期の悪性中皮腫を疑った。

【まとめ】直接塗抹とLBCとセルブロックを併用した胸水細胞診を契機に診断に至った早期悪性中皮腫の症例を経験した。

## P-2-102 悪性中皮腫の体腔液以外の細胞像

埼玉医科大学総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 公立財団法人結核予防会複十字病院病理診断部<sup>2)</sup>

○日下卓万(CT)<sup>1)</sup>, 岡 輝明(MD)<sup>2)</sup>, 笹谷愛結(CT)<sup>1)</sup>, 針谷佳那(CT)<sup>1)</sup>, 石澤 綾(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤達也(CT)<sup>1)</sup>, 青木智章(CT)<sup>1)</sup>, 松野和子(CT)<sup>1)</sup>, 木内恭子(CT)<sup>1)</sup>, 大野優子(CT)<sup>1)</sup>, 阿部倫子(CT)<sup>1)</sup>, 大澤久美子(CT)<sup>1)</sup>, 菊地 淳(MD)<sup>1)</sup>, 百瀬修二(MD)<sup>1)</sup>, 東 守洋(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】悪性中皮腫(以下MM)は体腔液が貯留することが多いため, 細胞診断の対象は体腔液の浮遊細胞が圧倒的に多い。最近, 体腔液以外の材料で, MM症例を2例経験したので, その細胞像について検討を行い, 得られた細胞所見を報告する。

【細胞像】1例目(後縦隔EUS-FNA圧挫標本)。N/C比の低い, ほぼ中心核の異型細胞が孤立散在性から小集団状に出現していた。個々の異型細胞の核は類円形で比較的一様な所見であった。また, 胞体は均一に厚いものから, 一部薄く見えるものまで多様であり, 多核化した異型細胞も散見された。細胞質突起をもつ細胞が多く, 細胞質突起で連結する所見があった。2例目(胸膜擦印標本): 背景に壊死を認めた。1例目と比較すると, 核濃染や軽度の核形不整など, やや核異型が強い傾向であった。細胞質所見は1例目より厚みがあり, 細胞質突起をもつものが見られた。その他の所見として, OG好染細胞や印環細胞様細胞を認めた。体腔液に浮遊するMM細胞所見と, 観察した2例の細胞所見を比較した。いずれも個々に出現する異型細胞は, 体腔液に出現するMM細胞と類似しており, 中皮細胞由来の異型細胞として判定することが可能であるように思われた。しかし, 体腔液中のMMで頻度が高くみられるhump様細胞質突起を有する異型細胞やお椀状の細胞集団形成, microvilliの発達は明らかでなかった。今回の2例は細胞質突起をもつ細胞が多かった。

【結語】体腔液ではないMMの細胞像を2例経験し, その細胞形態を観察した。今後, MMの増加と検体採取方法の多様化により, 体腔液ではない細胞診検体でMMの判断を求められる場合が増える可能性があり, その細胞形態と判定基準を検討する必要性を感じた。

**P-2-103 胸水中に出現した腎細胞癌の一例**

複十字病院病理診断科

○白幡理位(CT), 岡 輝明(PhD), 上杉正好(CT),  
阿部藍子(CT), 武田優華(CT)

【はじめに】腎細胞癌は多臓器に血行性転移をこしやすいが, 胸水中に出現することはまれである。私たちは胸水中に出現し腎細胞癌と推定し得た一例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。咳嗽が持続するため他院を受診。大量胸水があり胸膜炎が疑われ, 当院を紹介受診。CT検査の結果, 右腎癌(明細胞癌疑い), 後腹膜腫瘍, 多発肝転移, 胸膜播種と診断された。胸水細胞診断目的で胸腔穿刺を施行。

【細胞像】赤血球, 多数の組織球, リンパ球, 活動性中皮細胞と共にほぼ平面的で不整形の奇妙な細胞集団が散在していた。繊細で淡い細胞質をもち, 一見組織球のような細胞集団であった。一部, 細胞質突起で繋がっていた。核は小型で軽度核形不整があるが, クロマチン増加は乏しい。胞体にPAS陽性の顆粒が見られた。以上のことから, 淡明細胞型腎細胞癌の可能性が示唆された。

【免疫組織化学】集細胞フォルマリン固定・パラフィン包埋ブロックを作製し免疫組織化学を行った結果, cyto-keratin, CD10, S100 蛋白,  $\alpha$ -methylacyt-CoA Racemase (AMACR)が陽性を示し腎細胞癌であると示唆された。

【まとめ】胸水中に腎細胞癌が出現することはまれである。核異型が弱く組織球や中皮細胞との鑑別に苦慮したが, 核の大小不同や緩い結合, クロマチン所見や核形, PAS陽性などの細胞所見と臨床情報から腎細胞癌の転移と推定することができた。

**P-2-104 浸潤性尿路上皮癌亜型と膀胱原発印環細胞癌の鑑別に苦慮した一例**

川崎市立井田病院検査科<sup>1)</sup>, 北里研究所病院病理診断科<sup>2)</sup>, 川崎市立井田病院病理診断科<sup>3)</sup>

○西岡夢実(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤弘康(CT)<sup>1)</sup>, 市川 将(CT)<sup>1)</sup>,  
鎌木秀夫(CT)<sup>1)</sup>, 前田一郎(MD)<sup>2)</sup>, 杜ぶん林(MD)<sup>3)</sup>,  
品川俊人(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】浸潤性尿路上皮癌形質細胞様/印環細胞亜型は稀な腫瘍とされている。また, 膀胱原発印環細胞癌は膀胱腫瘍の0.5~2%とされている膀胱原発腺癌の中でも極めて稀な腫瘍である。今回我々は膀胱原発印環細胞癌が疑われたが, 体腔液中に出現した異型細胞から浸潤性尿路上皮癌亜型と診断しえた症例を経験したので報告する。

【症例】70代女性, X-15年に尿路上皮癌, 近医でフォローをされていた。X-1年に膀胱炎症状, 下肢浮腫, エコーで水腎症, 膀胱全周性壁肥厚を認めた。生検を施行し, 膀胱原発印環細胞癌と診断された。多発転移, 癌性腹水を認め, 化学療法を希望し当院に紹介された。当院初診後, 状態悪化により入院, 右肺野に胸水が出現した。緩和目的に胸腔穿刺, 腹腔穿刺を施行した。

【細胞像】胸水, 腹水ともにリンパ球性背景に核腫大, 核クロマチン増量を伴う異型細胞を孤在性にて多数認めた。細胞質内小空胞が目立ち, 一部は印環細胞様の形態を示した。セルブロックを作製し, 免疫組織化学的に検討した。異型細胞はAE1/AE3(+), Uroplakin2(weak+), CEA(-), CK7(-), CK20(-)で, 診断は尿路上皮癌の腹膜播種, 胸膜転移を考えた。

【組織像】前医借用生検標本では, 空胞を有した印環細胞様形態を呈した腫瘍細胞が多く見られ, 形質細胞様異型細胞や多形細胞も一部みられた。浸潤性尿路上皮癌亜型と腺癌との鑑別をする必要があると考えた。免疫組織化学的に検討した結果, セルブロック法と同じで, 浸潤性尿路上皮癌形質細胞様/印環細胞亜型と診断した。

【考察】細胞診では形態的な特徴が組織型の推定に大きく関与するが, 既往歴や免疫組織化学的検討などを行い, 慎重な診断が重要であると考えた。



## P-2-105 胸水中に出現した悪性黒色腫の一例

立川相互病院臨床検査科病理検査室<sup>1)</sup>, 立川相互病院病理診断科<sup>2)</sup>

○小村光莉(CT)<sup>1)</sup>, 荒井佑太(CT)<sup>1)</sup>, 藤元祐子(CT)<sup>1)</sup>, 布村真季(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】悪性黒色腫は全身に転移する疾患であり, 特徴的な異型細胞は様々な検体から検出されうる. 今回胸水中に出現した悪性黒色腫を経験したので報告する.

【症例・経過】50代女性. 腹部膨満感, 咳嗽, 労作時呼吸困難があり受診. CTにて両側乳房腫瘍, 多発肺結節影, 左腋窩リンパ節腫大, 背部筋肉内の結節を指摘された. 同日に左胸腔穿刺を施行, 従来法に加えセルブロックを作製した.

【組織・細胞診所見】多核や大型核を有する大型異型細胞が多数出現し, 相互封入像と核分裂像を認めた. また, 核内封入体と高度の核異型を示す異型細胞が混在し, 細胞質に褐色顆粒が認められた. 悪性黒色腫が疑われたが, 悪性中皮腫を鑑別する目的でセルブロックを作製し免疫染色を施行した. 腫瘍細胞は Melan A(+), HMB45(+), S-100 蛋白(+ )を示した. また calretinin 染色で反応性中皮細胞が少数混在することを確認した. 臨床医より表在型悪性黒色腫の切除歴が追加報告され, これらの結果を踏まえ悪性黒色腫と診断した.

【考察】胸水中に出現した高度の異型を示す大型細胞の形態より悪性中皮腫との鑑別が問題になったが, 既往歴の情報提供とセルブロックの作製によって悪性黒色腫と診断することができた. また, 臨床との連携によりセルブロック作製に必要十分量の検体が提出されたことが診断に寄与した. 疑われる疾患の診断に必要な検体量を臨床に適宜伝えることが診断精度の向上に必要である.

【総括】本症例では希少例の形態の習熟と, 既往歴等の臨床情報を抽出する重要性を再認識させられた. 今後も臨床との連携を強化していき, 良質な検査と診療に貢献できるよう努めたい.

## P-2-106 原発性体腔液リンパ腫様リンパ腫の1例

金沢医科大学病院病院病理部<sup>1)</sup>, 金沢医科大学臨床病理学<sup>2)</sup>, 金沢医科大学病理学<sup>3)</sup>

○清水 瞭(CT)<sup>1)</sup>, 津幡裕美(CT)<sup>1)</sup>, 寺内利恵(CT)<sup>1)</sup>, 塩谷晃広(MD)<sup>1,2)</sup>, 熊谷泉那(MD)<sup>3)</sup>, 大兼政良育(CT)<sup>1)</sup>, 高田麻央(CT)<sup>1)</sup>, 竹中美千穂(CT)<sup>1)</sup>, 山下 学(CT)<sup>1)</sup>, 山田壮亮(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】原発性体腔液リンパ腫(primary effusion lymphoma; PEL)は, ヒトヘルペスウイルス8型(human herpes virus 8; HHV-8)感染が発症に関係すると報告され, 腫瘍を作らず体腔液に発生する稀な悪性リンパ腫である. 今回我々は, PELに類似するHHV-8陰性のPEL様リンパ腫の1例を経験したので報告する.

【症例】80歳台, 男性. 労作時息切れを主訴に昨年, 右片側胸水貯留にて他院より紹介受診. PET画像で腫瘍は確認できなかった. 胸水 ADA176.9IU/Lと著明高値であり, 結核性胸膜炎が疑われたため胸水穿刺, 胸膜生検が施行された.

【胸水の細胞像】壊死物質を伴う炎症性背景に, 核腫大, N/C比の増大, 核形不整やクロマチン増量を示す大小不同の細胞が散見され, 形質細胞様またはリンパ球様の異型細胞を孤在性に認めた. 多核や分葉状を示す細胞も多数散見され, 多彩な印象であった. 腫瘍を考えリンパ腫や形質細胞腫を疑ったが, 確定には至らず鑑別困難として報告した.

【組織像】胸膜生検では, 組織学的に大型異型核や多核化したN/C比の高い形質細胞様の異型細胞が出現していた. 胸水のセルブロックによる免疫組織化学染色では, CD20(+), CD79α(+), bcl6/bcl2(+), MUM-1(+), EBER(-), HHV-8(-)を示し, DLBCLの組織像であり, PEL様リンパ腫と診断された.

【まとめ】胸水中に出現したPEL様リンパ腫の1例を経験した. 胸水中には, 形質細胞に類似するDLBCLに相当する異型細胞が孤在性に出現していたが, リンパ節などに腫瘍が認められず, 非上皮性腫瘍を疑うのみにとどまった. 腫瘍形成を伴わない節外リンパ腫が存在することを念頭に置くことが重要であると考えた.

## P-2-107 胸水細胞診材料で転移を推定し得た尿路上皮癌の 1 例

金沢大学附属病院病理診断科・病理部

○森 龍也(CT), 水口敬司(CT), 嶋口智恵(CT),  
酒野香織(CT), 下田 翼(CT), 藤田一希(CT),  
阪口真希(MD), 吉村かおり(MD), 中田聡子(MD),  
池田博子(MD)

【はじめに】転移を伴う癌患者の約半数に悪性胸水が認められ, その原因として肺癌, 乳癌, 卵巣癌, 悪性リンパ腫で 75%以上を占めており, 尿路上皮癌の胸腹水への転移は稀とされている. 今回我々は胸水細胞診材料で尿路上皮癌の胸水転移と推定し得た症例を経験したため報告する.

【症例】60 代女性. 既往歴に高血圧(原発性アルドステロン症疑い), 糖尿病, 脂質異常症があった. 今回, 膀胱癌治療のため来院したが治療前に左胸水の貯留を認め悪性胸水の疑いで細胞診を行った.

【細胞所見】血性背景に大小の乳頭状・球状集塊が多数出現し, 細胞質には空胞が見られた. 核は中心性からやや偏在傾向を示し, 核腫大, 核形不整, クロマチン増量, 明瞭な核小体が認められた. 細胞判定は陽性で, 細胞像のみでは尿路上皮癌由来の断定は困難とした. 同時に作製したセルブロックでは, 細胞診と同様にクロマチン増量, 大型不整形核の細胞が小胞状で多数出現しており, 一部腺腔様構造を呈していた. セルブロックを用いた免疫細胞化学染色では CK7, p40, GATA3 が陽性, CK20, TTF-1, ER が陰性で, 臨床所見を加味し尿路上皮癌の胸水転移と診断された.

【まとめ】今回我々は尿路上皮癌の胸水転移の 1 例を経験した. 尿路上皮癌の胸水転移は稀であり, 細胞診のみでは腺癌との鑑別が困難である. しかし本症例のようにセルブロックを作製し, 免疫染色で追加検討を行うことで推定が可能であると考えられた.

## P-2-108 胸水細胞診で Primary effusion lymphoma : PEL と診断した 1 例

国立病院機構函館病院検査科<sup>1)</sup>, 国立病院機構函館病院病理診断科<sup>2)</sup>

○赤川まい(CT)<sup>1)</sup>, 今井楓子(CT)<sup>1)</sup>, 佐藤美帆(CT)<sup>1)</sup>,  
木村伯子(MD)<sup>2)</sup>

【背景】Primary effusion lymphoma (PEL) は, 腫瘍を形成せず体腔液貯留を主症状とする予後不良の稀な悪性リンパ腫であり, Human herpes virus 8 (HHV-8) 感染が主な原因とされている. 今回 HHV-8 感染の有無は検討できなかったが, PEL に相当する 1 例を認めたので報告する.

【症例】70 代男性. 施設入所中に頻呼吸で発見され当院に救急搬送. 急性心筋梗塞による心不全が疑われた. 既往歴: 心房細動, 高血圧, 閉塞性動脈硬化症, 左足切断, 胃がん術後. 現病歴: X 線画像にて左一側性に大量の胸水貯留を認めた. 当初は肺癌等の疾患を疑われ胸腔穿刺により胸水を採取. CT による全身検索では腎臓周囲に境界不明瞭な血種様の軟部影がみられるのみであり, そのほか異常影は認められずリンパ節の腫脹もみられなかった. 検査データでは, 血清・胸水検体ともに LDH が高値, 胸水検体でヒアルロン酸・CYFRA が高値を示した. その後患者は入院 2 日目で死亡された.

【細胞診所見】胸水の正常は血性で混濁しており, 粘稠ではなかった. Papanicolaou 染色した LBC 標本では, 塗抹一面に孤立散在性の異型細胞を認めた. 異型細胞は N/C 大で核形不整・核分裂像が目立ち, 大型の核小体を有していた. Giemsa 染色では好塩基性に染まる狭小な細胞質, 核異型が目立った. 以上の所見から悪性リンパ腫の診断とした. 確認のためセルブロック標本で免疫組織化学染色を施行した. 結果は CD20 陰性, CD79α 陰性, CD45 陽性, MUM-1 陽性, EBV-ISH 陰性を示した. 臨床所見と併せて PEL の診断となった.

【結論】PEL は極めて稀な悪性リンパ腫である. 臨床所見を参考に, かつ胸水セルブロック標本を作製し免疫組織化学染色を行うことで確定診断が可能である.

### P-2-109 Primary effusion lymphoma (PEL) 及び PEL like lymphoma における細胞学的検討

がん・感染症センター都立駒込病院病理科

○酒井陽美(CT), 浅見英一(CT), 宮田清美(CT),  
小川真澄(CT), 下山 達(MD), 比島恒和(MD)

【はじめに】原発性体腔液リンパ腫(Primary effusion lymphoma: PEL)は、腫瘍を形成せず体腔液中に増殖する Human herpesvirus 8(HHV-8)陽性の大型細胞型 B 細胞リンパ腫で、免疫不全に関連して発症する稀な疾患である。一方、PEL と類似する臨床所見や細胞像を呈すが HHV-8 陰性である症例も存在し、原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫(PEL like lymphoma: PEL-LL)として扱われている。今回、当院で経験した PEL 及び PEL-LL の細胞像について比較検討を行った。

【対象及び方法】当院で 2014 年～2022 年に経験した PEL3 例、PEL-LL3 例を用いた。

【細胞所見】PEL では類円形の大型異型細胞がみられ、Giemsa 染色で強い好塩基性を示す豊富な細胞質に空胞が目立った。核は類円形～不整形で核小体が明瞭で、多核化もみられ、核分裂像が多数観察された。一方、PEL-LL では不整形の大型異型細胞がみられ、Giemsa 染色で弱い好塩基性を示す豊富な細胞質に空胞が目立った。核は類円形～馬蹄形で、核小体は複数個みられた。PEL と PEL-LL の細胞像はそれぞれ異なる特徴を示した。

【考察】PEL の細胞像は免疫芽球や形質芽球に類似することが知られており、当院でも同様の所見がみられた。一方 PEL-LL の細胞像は、びまん性大型細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)に類似ししばしば大型多核異型細胞が出現するとの報告があるが、当院の検討では DLBCL や PEL の典型像とは異なっていた。PEL や PEL-LL はいずれも細胞質の染色性に特徴があり、Papanicolaou 染色だけでなく Giemsa 染色を作製することが細胞診断上重要であると思われた。

### P-2-110 胸水中に出現したリンパ形質細胞性リンパ腫の一例

産業医科大学病院病理部<sup>1)</sup>, 産業医科大学病院病理診断科<sup>2)</sup>, 産業医科大学第 1 病理<sup>3)</sup>

○福島千晃(CT)<sup>1)</sup>, 新野大介(MD)<sup>2)</sup>, 是末成未(CT)<sup>1)</sup>,  
中島悠貴(CT)<sup>1)</sup>, 恒成徳子(CT)<sup>1)</sup>, 西山純司(CT)<sup>1)</sup>,  
岡 春子(CT)<sup>1)</sup>, 寺戸信芳(CT)<sup>1)</sup>, 久岡正典(MD)<sup>3)</sup>

【はじめに】リンパ形質細胞性リンパ腫(Lymphoplasmacytic lymphoma: 以下 LPL)は、小型 B 細胞リンパ球、形質細胞様リンパ球、形質細胞が混在した低悪性度 B 細胞性腫瘍である。発生頻度はわが国では 1% 以下という稀な腫瘍であり、臨床経過は一般的に緩徐とされている。今回我々は胸水中に出現した LPL の 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳台女性、腰痛を主訴に前医を受診し貧血と左胸水貯留、高蛋白血症、末梢血で赤血球の連銭形成を指摘され、精査、治療のため当院血液内科を受診した。検査の結果、IgM 著明高値、過粘稠症候群から多発性骨髄腫などが疑われ、胸水細胞診と骨髄生検が施行された。

【胸水細胞診所見】小型から中型のリンパ球を背景に、形質細胞様細胞を認めた。中型リンパ球は、くびれ等の核形不整形がみられ、形質細胞様細胞も腫大した不整形形を呈し、単核から二核のものもしばしばみられた。セルブブロックを作製し  $\kappa$ ,  $\lambda$  の ISH を行ったところ  $\kappa < \lambda$  型の軽鎖制限がみられ、LPL が疑われる所見であった。

【組織所見】骨髄生検でも同様に、形質細胞様細胞や小型～中型リンパ球が増加しており、免疫組織化学染色でリンパ球は CD3, CD5, CD10 が陰性、CD20, CD38, CD79a が陽性で、形質細胞様細胞は IgM 陽性、 $\kappa$  陰性、 $\lambda$  弱陽性の結果であり、LPL の診断であった。

【まとめ】胸水中には反応性リンパ球や形質細胞がみられる事が稀でなく、本症例でも炎症性胸水との鑑別に苦慮した。背景に異型のある中型リンパ球が出現し、形質細胞ないし形質細胞様細胞を認めた事より、形質細胞性の腫瘍として LPL を鑑別疾患に挙げる事は可能であった。

## P-2-111 圧挫細胞診が有用であった Microcystic meningioma の 2 例

獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科

○松本絵里香(CT), 山崎泰樹(CT), 小野寛文(CT), 勝平理子(CT), 松本祐弥(CT), 並木幸子(CT), 岡村卓哉(CT), 佐藤陽子(MD), 松嶋 惇(MD), 佐藤泰樹(MD), 藤井晶子(MD), 上田善彦(MD), 伴 慎一(MD)

【はじめに】 Microcystic meningioma は髄膜腫の亜型で、髄膜腫全体の 1~2% を占める比較的まれな腫瘍である。今回我々は、術中迅速病理診断時における圧挫細胞診が診断に有用であった Microcystic meningioma を 2 例経験したので報告する。

【症例 1】 60 代女性。MRI にて左大脳鎌に腫瘍性病変を認め、周囲には強い浮腫を呈していた。頭蓋内腫瘍摘出術が行われ、術中迅速病理診断が施行された。

【症例 2】 50 代女性。MRI にて左側頭葉に浮腫性変化を伴い均一に造影効果を示す腫瘍性病変を認め、頭蓋内腫瘍摘出術が行われ、術中迅速病理診断が施行された。

【細胞所見】 濃染核を呈する異型細胞が、不規則に配列する細胞集塊で出現していた。個々の細胞はライトグリーンに淡染する広い泡沫状の細胞質を有し、核の大小不同性や核内偽封入体を認めた。核異型が強いものの、壊死や核分裂像は明らかではなかった。

【まとめ】 Microcystic meningioma は核異型の目立つ場合があり、Atypical meningioma や Anaplastic meningioma との鑑別を要する。本疾患は WHO grade I に分類されているため、これらの鑑別は重要である。本症例で観察される泡沫状の細胞質や、核異型は強いが壊死や核分裂像を認めない所見は鑑別に有用と考える。術中迅速病理診断における組織像では凍結によるアーチファクトで微小嚢胞が観察しにくいことがあるが、細胞診ではライトグリーンに淡染する広い泡沫状の細胞質が観察され、術中迅速病理診断時における圧挫細胞診の併用は有用であると考えられる。

## P-2-112 第三脳室発生の孤立性線維性腫瘍と考えられた 1 例

聖路加国際病院病理診断科

○恒田直人(CT), 小川命子(CT), 植竹 都(CT), 中田裕人(CT), 石黒弘美(CT), 三田尚子(CT), 平林陽介(CT), 小林ひとみ(CT), 金子あゆみ(CT), 金澤卓也(CT), 吉田光希(CT), 山川真梨奈(CT), 伊豆麻未(DDS), 鹿股直樹(MD)

頭蓋内発生の孤立性線維性腫瘍(以下, SFT)は稀であり、特に脳室内発生は頻度が低い。今回我々は、画像検査で松果体腫瘍と診断されたが、病理所見から画像を再考したところ第三脳室発生の SFT であると考えられた 1 例を経験したので報告する。

【症例】 40 歳台女性。5 か月前より歩行障害や左上下肢にしびれが出現。精査時画像検査にて、松果体部に腫瘍性病変を指摘され、開頭腫瘍摘出術が施行された。

【画像所見】 MRI 検査にて、松果体部に多中心性、一部嚢胞変性を伴う 45 mm 大の腫瘍性病変を認めた。年齢などを考慮し、中間型松果体実質腫瘍が最も疑われた。

【細胞所見】 迅速診断時作製の圧挫細胞診標本では、N/C 比高く、類円形~紡錘形核を有する腫瘍細胞が交錯あるいは乳頭状集塊をなして出現していた。背景にはライトグリーン好染性の無構造物質もみられた。また、壊死物質や核分裂像は認めなかった。これらの所見から、間葉系由来の腫瘍が疑われた。

【組織所見】 類円形~紡錘形核を有する異型に乏しい線維状細胞が密な増殖からなり、膠原線維様組織の介在がみられた。壊死は認めず、核分裂像は 3/10HPFs であった。免疫組織化学染色で CD34, STAT6 が陽性、S100, Synaptophysin, CGA, EMA, SSTR2A が陰性であり、Ki67 標識率は 5% であった。以上から、SFT (WHO Grade2 相当) と診断された。

【結語】 術前画像検査では松果体腫瘍が疑われたが、病理所見から画像を再考したところ第三脳室を主座とした病変である可能性が示唆された。中枢神経系腫瘍では、迅速診断時に細胞診標本を作製することで診断の一助となることが再確認されたと同時に、画像所見などと合わせた総合的な考察が診断上重要であると考えられた。



### P-2-113 頭蓋内に発生した孤立性線維性腫瘍(SFT)/血管周皮腫(HPC)の1例

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科<sup>1)</sup>, 聖マリアンナ医科大学病理学<sup>2)</sup>

○青木増伽(CT)<sup>1)</sup>, 花山直美(CT)<sup>1)</sup>, 生澤 竜(CT)<sup>1)</sup>,  
島田直樹(CT)<sup>1)</sup>, 大川千絵(CT)<sup>1)</sup>, 土居正知(MD)<sup>2)</sup>,  
大池信之(MD)<sup>2)</sup>, 小池淳樹(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 孤立性線維性腫瘍/血管周皮腫(SFT/HPC)は全身に発生する間葉系腫瘍で、発生頻度は全脳腫瘍中の1%未満と極めて稀である。今回我々は、頭蓋内に発生したSFT/HPCの1例を経験したので報告する。

【症例】 60代。女性。記憶力低下を指摘され他院受診。頭部CTにて右中頭蓋窩に4cm大の腫瘤が認められ、手術目的で当院紹介となった。術前の画像検査でHigh grade gliomaを否定できなかつたため、開頭腫瘍摘出術が施行された。術中迅速診断では組織診、細胞診ともにHigh grade gliomaを疑ったが、最終診断はSFT/HPCとなった。また、7年後、肝転移が認められた。

【細胞所見】 N/C比の高い類円形～短紡錘形の腫瘍細胞が、細胞境界不明瞭な集塊あるいは散在性に出現していた。集塊の細胞密度は高く、一部、血管周囲に腫瘍細胞が付着する像が見られた。細胞質は淡く、核の大小不同や軽度核形不整を認めた。クロマチンは細顆粒状で、小型で明瞭な核小体を有していた。

【組織所見】 卵円形～短紡錘形の腫瘍細胞の増生を認め、腫瘍細胞間の血管は一部で鹿角様の構造を呈していた。免疫組織化学染色では、CD99(+), bcl-2(+), EMA(-), CD34(-), GFAP(-), Olig2(-)を示し、MIB-1 indexは5%未満であった。以上の所見より、SFT/HPCと診断した。また、STAT6は本腫瘍及び肝転移巣で核陽性を示した。

【まとめ】 頭蓋内に発生したSFT/HPCの1例を経験した。今回、術中迅速診断という限られた時間の中でSFT/HPCと診断することは困難であったが、背景や細胞集塊の構造を詳細に観察することで、鑑別診断に挙げることが可能であると考えた。

### P-2-114 成人におけるランゲルハンス細胞組織球症の1例

鳥取市立病院中央検査部<sup>1)</sup>, 鳥取市立病院病理診断科<sup>2)</sup>

○佐々木伽耶(CT)<sup>1)</sup>, 小林きよこ(CT)<sup>1)</sup>,  
田中美穂(CT)<sup>1)</sup>, 谷本真梨子(CT)<sup>1)</sup>, 小林計太(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】 ランゲルハンス細胞組織球症(Langerhans cell histiocytosis: 以下LCH)は未熟な樹状細胞が皮膚や骨、リンパ節など様々な臓器で異常に増殖する疾患で、年間発症率は100万人あたり5症例ほどと稀であり、あらゆる年齢に発生しうるが小児に好発する。今回成人のリンパ節生検にてLCHと診断された症例の捺印細胞診を経験したため報告する。

【症例】 80歳台女性。バセドウ病の既往歴あり。20XX年末から両下肢中心に掻痒感を伴う丘疹があり、その後皮疹が増悪し前医を受診、内服や軟膏で様子を見ていたが症状が改善せず翌年に当院を受診した。受診時は全身に膨疹があり、血液検査にて好酸球増多、LDHとsIL2高値を認め、両側鼠径部に触知可能なリンパ節腫脹、CT検査にて全身多発リンパ節腫脹がみられた。確定診断のためリンパ節の生検を摘出し、同時に捺印細胞診を行った。組織診にてLCHと診断され、PSL投与を開始した。症状は軽快しつつあり現在経過観察中である。

【細胞所見】 好酸球やリンパ球、組織球等を背景にライトグリーン淡染で豊富な細胞質を呈し、クロマチンは微細で核に切れ込みやしわ、溝がみられるランゲルハンス細胞を多数認めた。

【組織所見】 好酸球浸潤の目立つリンパ節内の類洞領域において組織球が明らかに増殖しており、構成する細胞核の形態に不整な傾向が観察された。免疫組織化学染色にてCD1a, S100, vimentin陽性、CD68一部陽性となりLCHと診断された。

【まとめ】 LCHは稀な疾患であり、診断は組織診にて行われるが細胞診においてランゲルハンス細胞の細胞質が豊富で核に切れ込みやしわ、溝を認めた場合はLCHも考慮しつつ鏡顕する必要があると考える。

**P-2-115 鼻型節外性 NK/T 細胞性リンパ腫の 1 例**

東邦大学医療センター大森病院病理部<sup>1)</sup>, 東邦大学医学部病理学講座<sup>2)</sup>, 東邦大学医療センター大森病院眼科<sup>3)</sup>, 東邦大学医療センター大森病院口腔外科<sup>4)</sup>, 東邦大学医療センター大森病院泌尿器科<sup>5)</sup>

○野村恵利(CT)<sup>1)</sup>, 栃木直文(MD)<sup>1)</sup>, 深澤由里(MD)<sup>2)</sup>, 篠崎 稔(CT)<sup>1)</sup>, 石井真由美(CT)<sup>1)</sup>, 雨宮和紀(CT)<sup>1)</sup>, 堀 裕一(MD)<sup>3)</sup>, 兼古晃輔(MD)<sup>4)</sup>, 星野織絵(MD)<sup>5)</sup>, 澁谷和俊(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】鼻型節外性 NK/T 細胞性リンパ腫は本邦で全悪性リンパ腫の 3% に満たない稀なリンパ腫である。大部分は節外性で鼻腔に好発することが知られている。今回我々は精巣に主病変を形成し、歯肉と眼の細胞診標本に腫瘍細胞が出現した鼻型節外性 NK/T 細胞性リンパ腫の 1 例について報告する。

【症例】50 歳台の男性。両側陰嚢腫大で当院を紹介され受診。左精巣摘出術が施行され、節外性 NK/T 細胞性リンパ腫と診断された。1 カ月後、造影・頸部 CT にて左下顎腫瘤を認め、歯肉生検と歯肉擦過細胞診が施行された。その半年後、PET/CT にて右眼窩内、蝶形骨洞右側に再発性リンパ腫病変を疑う FDG 高集積が認められ、前房水の吸引細胞診検体が提出された。

【細胞所見】歯肉擦過細胞診では、核にくびれや核小体を有する幼若なリンパ球が散見された。前房水の吸引細胞診では、N/C 比が高く核形不整のある異型リンパ球が認められた。ギムザ染色にてアズール顆粒様の顆粒を認めた。

【組織所見】左精巣は、90×60×60 mm 大の白色軟性の充実性腫瘍に置換されていた。組織学的には、切れ込みや核小体の腫大をみる円形～不整形の核をもった裸核状の異型細胞がびまん性に増殖していた。核分裂像が散見され、壊死を伴う。免疫組織化学に、異型細胞は、CD3, GranzymeB, TIA-1, Perforin 陽性, CD56 弱陽性。90% 以上の細胞で EB(ISH)陽性。以上より、鼻型節外性 NK/T 細胞性リンパ腫と診断した。

【まとめ】鼻型節外性 NK/T 細胞性リンパ腫は、鼻以外での症例は予後不良とされていることから、腫瘍細胞と判断すべき幼若なリンパ球を認める時は本症例の可能性も念頭において鏡検する必要があると考えられた。

**P-2-116 古典的ホジキンリンパ腫の像を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の 1 例**

湘南鎌倉総合病院検査部<sup>1)</sup>, 湘南鎌倉総合病院病理診断部<sup>2)</sup>, 湘南鎌倉総合病院産婦人科<sup>3)</sup>, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学<sup>4)</sup>

○石井彩奈恵(CT)<sup>1)</sup>, 程島 就(CT)<sup>1)</sup>, 菅原 隆(CT)<sup>1)</sup>, 小保方和彦(CT)<sup>1)</sup>, 内藤 航(MD)<sup>2)</sup>, 大沼一也(MD)<sup>3)</sup>, 宮岡 雅(MD)<sup>4)</sup>, 手島伸一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】今回我々はメトトレキサート(MTX)投与中の患者に対する左顎下部リンパ節穿刺吸引細胞診により、MTX 関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)を疑った 1 例を経験したので報告する。

【症例】関節リウマチのため MTX を内服中の 60 代、男性。左顎下部の腫瘤増大を自覚したため他院から紹介受診となり、リンパ節穿刺吸引細胞診を行った。

【細胞所見】小型リンパ球主体で少数の中等大リンパ球や組織球が見られる中に、単核や二核で核小体が目立つ Hodgkin 細胞および Reed-Sternberg 細胞に類似した大型細胞を認め、ホジキンリンパ腫を疑った。細胞転写法により免疫染色を行ったところ小型リンパ球は CD3, CD20 に比較的均等に染まり、大型細胞は CD15(+), CD30(+), PAX5(弱く+)であった。古典的ホジキンリンパ腫または MTX-LPD でホジキンリンパ腫の像を示すタイプであると考えた。

【組織所見】その後左顎下部リンパ節生検が行われた。大きさは 25×17×12 mm、リンパ節の基本構造は殆ど消失していたが僅かに濾胞様構造がみられた。小型リンパ球が増生し形質細胞や組織球もみられた。散在性に Hodgkin/Reed-Sternberg 細胞類似の大型細胞も認められた。大型細胞は細胞診と同様に CD15(+), CD20(±), CD30(+), PAX5(弱く+)であった。古典的ホジキンリンパ腫の像であり、MTX 内服歴から MTX-LPD と診断された。

【まとめ】リンパ節穿刺吸引細胞診およびリンパ節生検により MTX-LPD の診断に至った 1 例を報告した。細胞転写法も診断に有用であった。その後加療を行わず 2 年経過しているがリンパ腫の再発はみない。MTX 内服歴などの患者背景から本疾患を考慮することが肝要だと考えられた。

## P-2-117 転移性腫瘍との鑑別に苦慮した T 細胞性リンパ腫の 1 例

昭和大学医学部臨床病理診断学講座<sup>1)</sup>, 杏林大学医学部付属病院病理部<sup>2)</sup>, 昭和大学医学部内科学講座血液内科部門<sup>3)</sup>

○佐々木陽介(CT)<sup>1)</sup>, 岸本浩次(CT)<sup>2)</sup>, 村井 聡(MD)<sup>1)</sup>, 本間まゆみ(MD)<sup>1)</sup>, 矢持忠徳(PhD)<sup>1)</sup>, 塩沢英輔(MD)<sup>1)</sup>, 瀧本雅文(MD)<sup>1)</sup>, 服部憲路(MD)<sup>3)</sup>, 矢持淑子(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】リンパ節穿刺吸引細胞診ではときに上皮性結合を呈し転移性腫瘍との鑑別が問題になるリンパ腫に遭遇する。今回我々は転移性腫瘍との鑑別に苦慮した T 細胞性リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】80 代, 女性。5 年前に甲状腺濾胞性腫瘍で左葉切除後。1ヶ月前より頸部の腫脹を自覚し, エコー検査で甲状腺右葉に 22×28 mm の腫瘍, 18×16 mm のリンパ節腫脹を認め, 穿刺吸引細胞診で甲状腺は良性, リンパ節は転移性腫瘍を疑い悪性と判定した。原発巣検索目的でリンパ節生検を施行, T 濾胞ヘルパー表現型を伴う末梢 T 細胞性リンパ腫と病理診断した。HTLV-1 抗体陽性が判明し臨床的にリンパ腫型の成人 T 細胞性白血病/リンパ腫と診断された。

【リンパ節穿刺吸引細胞像】大小不同を示す腫瘍細胞が緩い結合性を有するシート状～孤立散在性に認められた。ライト緑淡染～淡明で豊富な細胞質を有し, 核偏在性, 単核～2 核, 核形は類円形を主体に腎形, 馬蹄形, 核縁にくびれや切込み, 核内細胞質封入体など核形不整が見られ, 明瞭な核小体が 1～2 個観察された。

【リンパ節生検組織像】リンパ節の基本構造は破壊され大小不同を示す核小体明瞭な腫瘍細胞のびまん性増殖を認めた。免疫組織化学でこれらの細胞は LCA, CD3, CD4, CD5, Bcl-2, Bcl-6, PD-1 に陽性, CK AE1/AE3, EMA, CD10, CD20, CD25, CD30, CD56, ALK, CXCL13, Foxp3 に陰性, Ki-67 陽性率は 90% 程度であった。ISH において EBER 陽性シグナルを少数認めた。

【まとめ】結合性や豊富な細胞質から転移性腫瘍を疑う症例でも, 原発巣が明らかでない場合は細胞形態のみで転移性腫瘍を断定せず, 免疫細胞化学の追加や組織生検での検索に委ねる判断が重要である。

## P-2-118 頸部リンパ節(LN)穿刺吸引細胞診(FNA)が発見の契機となった原発不明癌の 1 例

鳥取県立中央病院中央検査室<sup>1)</sup>, 鳥取県立中央病院病理診断科<sup>2)</sup>

○谷上和弥(CT)<sup>1)</sup>, 中本 周(MD)<sup>2)</sup>, 岡田早苗(CT)<sup>1)</sup>, 松ノ谷尚子(CT)<sup>1)</sup>, 前田和俊(CT)<sup>1)</sup>, 川上智史(CT)<sup>1)</sup>, 徳安祐輔(MD)<sup>2)</sup>, 小田晋輔(MD)<sup>2)</sup>, 加藤千春(MT)<sup>1)</sup>, 福田水貴(MT)<sup>1)</sup>, 木村仁南(MT)<sup>1)</sup>

【はじめに】原発不明癌とは十分な検索にも関わらず原発巣が不明で組織学的にも転移巣がと判明している悪性腫瘍のことで臨床的にはその亜型に基づく治療を早期に開始すべき腫瘍である。今回我々は頸部 LN-FNA が発見の契機となった原発不明癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 代男性, 甲状腺腫瘍で経過観察中。頸胸部単純 CT にて左鎖骨上部に 1 cm までの数個の LN 腫大が認められ左頸部 LN-FNA が施行された。迅速 HE 染色にて癌腫が推定されたため待機中の細胞診浮遊液を使用してセルブロック(CB)を作製した所, 下記の様に低分化癌の診断とし精査となった。PET-CT にて直腸に集積が認められ CS 施行し直腸癌(tub2)の診断であった。頸部病変は直腸癌の転移とはしがたい病理学的所見で肺や頭頸部などにも病変は同定できず原発不明癌の診断となった。頸部 LN 原発不明癌に対して CBDCA + AbX5C 施行し腫瘍縮小認めたため直腸切除し直腸癌(tub2, ypT3, ypN1, ycM0, stage3B)の診断になった。現在再発所見なく経過観察中である。

【細胞所見】弧在性～集塊性に多形性を示す異型細胞を多数認めた。細胞の大小不同や 2 核細胞が目立ち, 核形不整や大型核小体を認めた。重厚感のある細胞質を有する細胞を散見した。

【組織所見(CB)】挫滅した腫瘍組織を認めた。形態の保たれている部分には, 弧在性～集塊性にやや広い泡沫状の胞体をもつ異型の強い多稜形腫瘍細胞の増殖を認めた。免疫染色では CK7, GATA3 が陽性, CK20, TTF1, CK5 が陰性で低分化型の癌腫の LN 転移と診断された。

【まとめ】原因不明の LN 病変ではあらかじめ CB 作製等の準備をして ROSE を併用しての FNA が重要である。ROSE や CB を併用し早期診断, 早期治療に寄与出来ることの重要性を再認識した。

## P-2-119 Castleman 病の 2 症例

地方独立行政法人桑名市総合医療センター

○矢野孝明(CT), 今野和治(CT), 宇田紗矢香(CT),  
伊藤英樹(CT), 高尾ともよ(MD), 仙波玲美(MD),  
白石泰三(MD)

【はじめに】Castleman 病(以下, CD)は, 濾胞過形成を伴うリンパ増殖性疾患である。病理組織学的には, Hyaline-vascular type(HV 型)と Plasma-cell type(PC 型)の 2 つに分類され, 臨床的にはリンパ腫との鑑別が問題となる病変である。今回, CD の 2 例を経験したので報告する。

【症例】(症例 1): 70 歳台, 男性, 大腸癌術後, 経過観察時に右傍胸骨腫瘍を指摘された。PET-CT にて悪性が疑われた為, 腫瘍摘出術が施行された。(症例 2): 60 歳台, 男性, 健診にて総蛋白上昇, 低アルブミン血症を指摘され, 精査加療目的に当院紹介受診。体幹中心に多数の紅斑, 全身性リンパ節腫大を認め, 腋窩リンパ節生検が施行された。

【細胞所見】(症例 1)捺印細胞像: 小型リンパ球を主体に, 中型から大型リンパ球が混在しており, 濾胞樹状細胞, 細胞質がライトグリーン好性の血管内皮細胞がみられた。(症例 2)捺印細胞像: 小型リンパ球を主体に, 中型から大型リンパ球, 濾胞樹状細胞が混在しており, Giemsa 染色において核周明帯を認める形質細胞がみられた。

【組織所見】(症例 1): 腫瘍はリンパ節であり, リンパ球は小型でリンパ濾胞が散見された。胚中心部や濾胞間に硝子化した血管を多数認め, 濾胞への血管侵入像が見られた。CD(HV 型)と診断された。(症例 2): リンパ濾胞構造が散見され, リンパ球の同心円状配列, 胚中心の硝子化した血管壁, 濾胞間に多数の形質細胞を認め CD と診断された。

【まとめ】CD は, 比較的稀な疾患であるため日常遭遇する頻度は少なく, 細胞像の認知度は低い。リンパ節病変の診断において, ライトグリーン好性の血管内皮細胞や形質細胞の出現を認めた場合, CD の存在に留意して鏡検することが必要であると考えられる。

## P-2-120 頸部リンパ節転移した HPV 陰性中咽頭癌の細胞像の検討

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

○山口陽平(CT)<sup>1)</sup>, 中澤久美子(CT)<sup>2)</sup>, 花井佑樹(CT)<sup>2)</sup>,  
笠井一希(CT)<sup>2)</sup>, 中村海斗(CT)<sup>2)</sup>, 望月直子(CT)<sup>2)</sup>,  
田原一平(MD)<sup>1)</sup>, 井上朋大(MD)<sup>1)</sup>, 大石直輝(MD)<sup>1)</sup>,  
望月邦夫(MD)<sup>2)</sup>, 近藤哲夫(MD)<sup>1,2)</sup>

【背景】human papillomavirus (HPV) 陰性中咽頭癌は頸部リンパ節の腫脹を初発症状として発見されることが多く, しばしば原発巣同定が困難である。HPV 陽性中咽頭癌と比べ予後が悪いため早期診断が重要であり, 頸部リンパ節に対する穿刺吸引細胞診(Fine needle aspiration cytology: FNAC)は診断に欠かせない。今回我々は HPV 陰性中咽頭癌の細胞像を HPV 感染中咽頭癌の細胞像と比較し, HPV 感染の有無による細胞像の相違について検討したので報告する。

【方法】本学附属病院で頸部リンパ節 FNAC が施行され, 病理組織学的に HPV 陰性中咽頭癌と診断された 3 症例, および比較対照として HPV 陽性中咽頭癌の 5 症例を用い, 合計 8 例を対象とした。中咽頭癌の HPV 感染の有無は, p16 の免疫染色で評価し 70%以上の腫瘍細胞の核がびまん性に強陽性を示した症例を HPV 陽性とし, それ以外を HPV 陰性と判断した。

【成績】細胞診断は, HPV 陰性中咽頭癌の判定は全て悪性(metastatic carcinoma; SCC)と判定された。細胞所見は核クロマチンが微細顆粒状で核小体の明瞭化が認められた。角化を示す細胞も認め, 核クロマチンは濃縮状を呈していた。HPV 陽性中咽頭癌の判定は鑑別困難が 1 例, 悪性が 4 例であった。細胞所見においては HPV 陰性中咽頭癌と同様の所見であった。

【結語】HPV 陰性中咽頭癌と HPV 陽性中咽頭癌では細胞形態的に明らかな違いは認められなかった。今回の検討においては, 中咽頭癌の頸部リンパ節 FNAC では HPV 感染の有無は予測できなかったが, 今後症例数を追加し両者の相違点を見出していく予定である。



## P-2-121 リンパ節穿刺吸引細胞診におけるフローサイトメトリー併用の可能性について

横浜市立大学附属市民総合医療センター病理部<sup>1)</sup>, 横浜市立大学附属市民総合医療センター 病理診断科<sup>2)</sup>

○小寺輝明(CT)<sup>1)</sup>, 稲山嘉明(PhD)<sup>2)</sup>, 高瀬章子(CT)<sup>1)</sup>, 腰高典子(CT)<sup>1)</sup>, 菊地美保(CT)<sup>1)</sup>, 武田奈津子(CT)<sup>1)</sup>, 石津春菜(CT)<sup>1)</sup>, 市川美咲(CT)<sup>1)</sup>, 成田千華(CT)<sup>1)</sup>, 長原有紀(CT)<sup>1)</sup>, 小瀬木貴子(CT)<sup>1)</sup>, 澤住知枝(PhD)<sup>2)</sup>, 田辺美樹子(PhD)<sup>2)</sup>, 大谷方子(PhD)<sup>2)</sup>

【はじめに】リンパ節病変による穿刺吸引細胞診(FNA)は、確定診断が困難な症例も多い。Sydney Systemでは、ancillary techniquesの一つとしてフローサイトメトリー(FCM)を併用することが推奨されているが、FNAの細胞浮遊液でFCM検査を行えることはあまり認知されていない。今回、リンパ節生検時のFCM解析結果とFNAの細胞判定の比較を行い、FCMとFNAの併用による診断精度向上の可能性について検討した。

【対象】2020年4月～2022年3月までに耳鼻咽喉科でFNAを行った後、リンパ節生検を用いてFCM解析を行った45例(転移性腫瘍・ホジキンリンパ腫を除く)について調査した。

【結果】組織診断の内訳は、非腫瘍性リンパ節病変17例、B細胞性リンパ腫22例、T細胞性リンパ腫6例であった。細胞診は、陰性11例、鑑別困難16例、悪性疑い7例、悪性11例で、悪性疑い以上を陽性とした場合、感度は56%、特異度は44%であった。リンパ節生検時のFCM解析結果は陰性20例、陽性25例で、感度は89%、特異度は94%であった。細胞診で陰性とした2例、鑑別困難とした8例は、FCMでクローナリティを確認し、組織診断も悪性リンパ腫であった。

【結論】非ホジキンリンパ腫と非腫瘍性リンパ節病変の多くは、FCMの併用で診断精度が向上する可能性があることがわかった。細胞浮遊液の細胞数に関して検討を加えて報告する。

## P-2-122 尿細胞診報告様式パリシステムに基づく当院の運用

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

○片倉和哉(CT)<sup>1)</sup>, 松永 徹(CT)<sup>1)</sup>, 大通清美(CT)<sup>1)</sup>, 多田有輝子(CT)<sup>1)</sup>, 清永加菜(CT)<sup>1)</sup>, 郷田 衛(CT)<sup>1)</sup>, 本山睦美(CT)<sup>1)</sup>, 藤田英臣(MD)<sup>2)</sup>, 木村なちの(MD)<sup>2)</sup>, 伊吹英美(MD)<sup>2)</sup>, 香川聖子(MD)<sup>2)</sup>, 石川 亮(MD)<sup>1,2)</sup>, 羽場礼次(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】2016年に初の国際統一様式であるパリシステム(The Paris System; 以下TPS)が発表された。TPSの最大の特徴は、High-grade Urothelial carcinoma(以下HGUC)の検出に対象を絞った点である。当院ではPapanicolaou分類で尿細胞診を評価していたが、泌尿器科の要望により2020年2月からTPSを導入した。今回は、TPS導入後の成績や運用の現状を報告する。

【対象と方法】当院で2020年2月～2021年9月に実施された経尿道的膀胱腫瘍切除術(以下、TURBT)の術前自然尿細胞診165件を対象とした。検体は、BD SurePath法によるLBC法で作製した。鏡検者間で着目すべき細胞所見を標準化するため、泌尿器細胞診報告様式2015で示されたHGUCの診断に有用な5つの項目(N/C比、核クロマチン増量や核濃染、核形不整、核偏在、核腫大)に加え、TPS判定基準に従い、粗大・凝集クロマチンの項目も合わせて電子カルテ上の細胞診断報告書に記載することにした。6つの項目に関してそれぞれ+と-で評価し、TPS判定をする基準の一助とした。なお、尿細胞診の陽性・陰性の定義は、TPSでSuspicious for HGUC以上を陽性、Negative for HGUCを陰性とした。

【結果】TPSによる4つのカテゴリー別(Negative for HGUC, Atypical Urothelial Cells, Suspicious for HGUC, HGUC)の診断数は109例、29例、4例、23例で、組織学的にHGUCと診断された割合は、29例(26.6%)、24例(82.8%)、4例(100%)、23例(100%)であった。TPSの感度は48.2%、特異度は100%、陽性的中率は100%、陰性適中率は73.4%であった。

【結語】TPSを導入することにより、報告様式と判定基準が標準化され、HGUCの診断向上に繋がる可能性がある。

## P-2-123 腎臓に発生した血管肉腫の一例

東京医科大学八王子医療センター病理診断部<sup>1)</sup>, 東京医科大学八王子医療センター泌尿器科<sup>2)</sup>

○加藤くるみ(CT)<sup>1)</sup>, 若槻よしえ(CT)<sup>1)</sup>,  
吉田えりか(CT)<sup>1)</sup>, 加藤彩子(CT)<sup>1)</sup>, 内山 篤(CT)<sup>1)</sup>,  
吉田莉於(CT)<sup>1)</sup>, 伊藤夢美香(MD)<sup>1)</sup>, 脇屋 緑(MD)<sup>1)</sup>,  
沖村 明(DDS)<sup>1)</sup>, 林建二郎(MD)<sup>2)</sup>, 中津川宗秀(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】血管肉腫は血管内皮細胞を由来とする予後不良の悪性腫瘍である。すべての肉腫の 2~3% の頻度で発症する非常に稀な疾患であり、高齢者の頭頸部に好発する。今回我々は、腎臓に発生した血管肉腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】80 歳台男性。1 型糖尿病、高血圧症の治療と膀胱癌 TUR-BT 後フォロー目的で当院へ通院。CT, MRI にて左腎腫瘍認め、腎細胞癌疑いのため左腎部分切除術が施行された。

【細胞所見】血性壊死性背景に、小型で核偏在性の楕円形~紡錘形、繊維状の細胞が認められる。孤立散在性や毛細血管類似の集塊として認められ、核は捻じれた不整形が多く、クロマチンは繊細で、核小体が目立つ。細胞質はライトグリーンに淡染する。腫瘍細胞は細胞質にライトグリーン好染性の硝子球を持つものが目立ち、集塊内には赤血球の取り込みもみられる。

【肉眼像】大きさ 18×10 mm, 断面は褐色調、海綿状で境界明瞭な被膜を有する。

【組織所見】核異型の強い内皮細胞がスリット状血管腔を作り、拡張した血管腔内に乳頭状の増殖も見られる。免疫組織化学的に腫瘍細胞は、MIB1 ラベリングインデックスは 70~80%, F-VIII, CD31, CD34 陽性, AE1/AE3, p63, PAX8, RCC 陰性である。以上の所見から血管肉腫と診断された。

【術後経過】高齢であることに加え認知機能低下や糖尿病管理不良のため、定期画像検査でフォローを行い、再発時は腎臓摘出または化学療法を行う方針となった。

【まとめ】血管肉腫は細胞診での診断は難しいが、著しい血性背景と腫瘍細胞の毛細血管類似構造を把握することが診断の一助となると考えられた。きわめて稀な腎臓に発生した血管肉腫の一例を経験したので報告した。

## P-2-124 メルケル細胞癌を疑った尿細胞診の 1 例

独立行政法人国立病院機構災害医療センター臨床検査科病理

○中山諒太(CT), 原田邦彦(CT), 野地夏美(CT),  
山崎茂樹(CT), 山田和昭(MD), 平野和彦(MD)

【はじめに】メルケル細胞癌は、0.44/10 万人と稀な皮膚悪性腫瘍である。今回我々は、メルケル細胞癌を疑った尿細胞診の 1 例を経験したので報告する。

【症例】6 年前に右頬部メルケル細胞癌の既往歴のある 70 歳台男性。食欲不振を主訴に近医受診。CT にて左腎腫瘍を認め、当院へ紹介となった。

【CT 所見】左腎周囲腔から下行結腸周辺にかけて腫瘍形成を認めた。左腎実質と腎盂尿管移行部へ浸潤像が認められた。悪性細胞の有無や診断目的から尿細胞診及び針生検が施行された。

【尿細胞診所見】結合性の緩い小型類円形腫瘍細胞が出現していた。N/C 比は極めて高く、大部分は裸核状であるが、一部顆粒状の細胞質を有していた。核は小型で核形不整は目立たないが、クロマチンは細顆粒状で増量していた。また集塊には上皮性結合を認めた。以上より、メルケル細胞癌や小細胞癌をはじめとした小円形細胞腫瘍の可能性が示唆されたが細胞診のみでは確定診断までは至らなかった。

【針生検の組織所見】好酸性細胞質を僅かに有する N/C 比の高い小型類円形の腫瘍細胞が密に増殖していた。免疫組織化学では、CK20, Chromogranin A, Synaptophysin が陽性であり、CK20 は腫瘍細胞にドット状の陽性所見を呈していた。6 年前の皮膚腫瘍でも同様の所見であったことからメルケル細胞癌の転移と診断した。

【まとめ】メルケル細胞癌は早期より転移するとされているが、6 年後に腎周囲に転移した症例を経験した。細胞像のみでは確定診断までは至らなかったが、臨床情報を踏まえて診断することで推定することは可能であると思われた。

## P-2-125 膀胱肉腫様癌の1例

済生会横浜市南部病院病理部<sup>1)</sup>, 済生会横浜市南部病院病理診断科<sup>2)</sup>

○石井輝子(CT)<sup>1)</sup>, 三田和博(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木玲子(CT)<sup>1)</sup>, 木村由佳(CT)<sup>1)</sup>, 妹尾詩織(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木玖風(CT)<sup>1)</sup>, 村上あゆみ(MD)<sup>2)</sup>, 中山 崇(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膀胱肉腫様癌は浸潤性尿路上皮癌の1亜型で、膀胱腫瘍全体の約0.6%を占める稀な腫瘍である。今回、膀胱肉腫様癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。肉眼的血尿を主訴に受診。MRI検査にて、膀胱左側壁から内腔に突出する6cm大の乳頭状腫瘍を認めた。尿細胞診および経尿道的膀胱腫瘍切除術(TUR-BT)で尿路上皮癌が疑われ、膀胱全摘除術が施行された。

【膀胱全摘検体の組織所見】粘膜面の一部に、胞巣構造をとる通常型尿路上皮癌の像もみられたが、浸潤部を含め大部分は結合性が低下し短紡錘形細胞の増殖からなる肉腫様成分の像を示した。以上の所見より浸潤性尿路上皮癌の亜型である肉腫様癌と診断された。

【細胞所見】好中球や壊死物質の目立つ背景に、類円形から短紡錘形の多様な異型細胞が孤立散在性に多数出現し、集塊状にも少数みられた。異型細胞は核形不整や核の大小不同、クロマチン増量を認め、多核細胞や相互封入像も散見された。術前の細胞診では、これら細胞を高悪性度の尿路上皮癌と認識したが、今回、再検討した結果、多くは肉腫様成分に由来するのではないかと考えられた。

【まとめ】膀胱肉腫様癌は急速に進行し予後不良なことから、通常の尿路上皮癌細胞とは異なる紡錘形の異型細胞が多数観察された際は、本組織型の可能性を念頭におき、鑑別に挙げることが肝要と考えられた。細胞所見の検討および文献的考察を加えて報告する。

## P-2-126 栄養膜細胞への分化を伴う高異型度尿路上皮癌の一例

医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院臨床検査科<sup>1)</sup>, 医療法人徳洲会八尾徳洲会総合病院病理診断科<sup>2)</sup>

○西川裕子(CT)<sup>1)</sup>, 櫻井愛梨(CT)<sup>1)</sup>, 松尾優希(CT)<sup>1)</sup>, 室木魁人(CT)<sup>1)</sup>, 岩崎由恵(CT)<sup>1)</sup>, 南部尚子(MD)<sup>2)</sup>, 久保勇記(MD)<sup>2)</sup>, 中塚伸一(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】膀胱癌の中で異所性hCG産生腫瘍の頻度は低く、予後不良と報告されている。今回われわれは栄養膜細胞への分化を伴う高異型度尿路上皮癌の一例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。主訴：頻尿、血尿。

【既往歴】逆流性食道炎、糖尿病、糖尿病性腎症3期。

【現病歴】糖尿病内科フォロー中、頻尿にて泌尿器科紹介。尿細胞診陽性。CTで膀胱内に11cm大の巨大な隆起性病変を認め、膀胱癌(T2aN0M0)と診断され、術前化学療法にて腫瘍縮小後、膀胱全摘となった。

【尿細胞所見】孤立と大小集塊で異型細胞を認め、N/C比大、細顆粒状クロマチンの増量を示し分布不均等。核偏在性、核形は類円から不整、核小体小型から不明瞭な細胞質泡沫状類円形細胞で高異型度尿路上皮癌を疑った。大型多核細胞を認めたが核異型は乏しく、診断時には注視しなかったが、後の検討でhCG陽性であった。

【組織診断】高異型度尿路上皮癌(G3)の所見に加え、一部には好酸性の細胞質と巨大な核をもつ大型の異型細胞が認められた。免疫染色でhCG陽性を示したことから、栄養膜細胞への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌と診断した。

【追加検査】血清hCG値：手術前22.9mIU/ml、手術後1.0mIU/ml未満。

【まとめ】今回、栄養膜細胞への分化を伴う高異型度尿路上皮癌の一例を経験した。組織で栄養膜細胞を認めたのは腫瘍の一部であり、尿細胞診では術前に栄養膜細胞を指摘することが困難であった。病理学的な予後不良因子を拾い上げる事は、再発・転移の早期発見など適切な患者管理に繋がる為、丁寧な観察による細胞診断が望まれる。また、治療経過観察時の血清hCG値は病勢指標として有用と考える。

## P-2-127 カテーテル尿中に出現した悪性リンパ腫の 1 例

九州労災病院病理診断科

○津留崎裕太(CT), 井之上奈菜(MT), 占部一孝(MT), 花井高文(MT), 金澤茂正(CT), 藤木正昭(CT), 稲葉優奈(MD), 丈達真央(MD), 横原康亮(MD)

【はじめに】泌尿器細胞診に出現する悪性リンパ腫は二次的な病変が多いとされている。今回、カテーテル尿において異型尿路上皮細胞と悪性リンパ腫の鑑別に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳台男性。下腹部痛にて近医受診。CT 検査で左骨盤内に 6 cm 大の腫瘤を認め、紹介受診。造影 CT 検査では、左尿管内及び周囲に腫瘤があり、尿管が閉塞していた。また、複数の傍大動脈リンパ節にも腫脹を認め、尿管腫瘍、悪性リンパ腫が疑われた。膀胱鏡では、著変なく、尿細胞診は陰性であった。また、経尿道膀胱切除、左尿管生検が施行されたが、確定診断はつかず、その後、カテーテル尿採取、CT ガイド下生検が施行された。

【細胞像】LBC (TACAS) 法にて、きれいな背景に、裸核様、細胞質が狭小な N/C 比の高い小型異型細胞が孤立性に散見された。核にくびれを有する異型細胞とくびれない異型細胞が認められ、異型リンパ球、異型尿路上皮との鑑別に苦慮した。細胞転写を行い、細胞免疫化学で、AE1/AE3 に陰性、CD20 に陽性を示し、後者の異型細胞もリンパ球由来と考えられた。

【組織像】左尿管ならびに骨盤内腫瘤の生検では、CD20 陽性の中型～大型の異型リンパ球がびまん性に増殖し、免疫組織化学にて、CD20, PAX5, CD10, bcl-6, MUM-1 陽性であり、悪性リンパ腫の診断であった。

【まとめ】本症例は、悪性リンパ腫を疑ったが、部分的に、核のくびれや核小体が目立たなかった点や異型細胞に細胞質がみられた点から、異型尿路上皮との鑑別を要した。細胞転写を行うことで悪性リンパ腫の診断が可能であったとともに、パパニコロウ染色のみでの悪性リンパ腫の診断の難しさを再認識した一例であった。

## P-2-128 Cellprep 法を用いた尿細胞診標本作製法の検討

滋賀医科大学医学部附属病院検査部<sup>1)</sup>, 滋賀医科大学医学部附属病院病理診断科<sup>2)</sup>

○谷村満知子(CT)<sup>1)</sup>, 今村真治(CT)<sup>1)</sup>, 岩井宗男(CT)<sup>1)</sup>, 吉田桂子(CT)<sup>1)</sup>, 山口 大(CT)<sup>1)</sup>, 吉田友理子(CT)<sup>1)</sup>, 岩本 望(CT)<sup>1)</sup>, 林 裕司(CT)<sup>1)</sup>, 田中えり(MD)<sup>2)</sup>, 米丸隼平(MD)<sup>2)</sup>, 能島 舞(MD)<sup>2)</sup>, 松原亜季子(MD)<sup>2)</sup>, 森谷鈴子(MD)<sup>2)</sup>, 九嶋亮治(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】液状化検体細胞診(以下 LBC 法)の転写法である Cellprep 法は検体の種類によって容器が異なる。尿検体に適用の容器は細胞の膨化が見られ、価格も高価である。今回我々は尿の標本作製を婦人科・口腔専用バイアルで検討し、良好な知見が得られたので報告する。

【材料・方法】尿沈渣に、悪性細胞として腺癌細胞を含む体腔液の沈渣を混和した混合液 50  $\mu$ l を材料とした。容器は婦人科・口腔専用バイアルを使用した。塗抹機器はセルプレップ・プラスを使用、設定は尿・A モードとした。方法 1. バイアルに沈渣を入れ 24 時間固定。方法 2. 沈渣をサイトリッチ Red 液 (BD 社) 3 ml で 24 時間固定したものをバイアルに全量添加。方法 3. バイアルに Red 液 10 ml 添加後、沈渣を入れ 24 時間固定。方法 4. バイアルに 10% 中性緩衝ホルマリン液 1 ml 添加後、沈渣を入れ 24 時間固定。評価は細胞塗抹量、染色態度等について比較検討した。

【結果】(1) 全体の細胞塗抹量が少なかったのは方法 3 であった。(2) 腺癌細胞の染色態度は、方法 2~4 でほぼ同様の所見であったが、方法 4 で核が赤みの強い染色態度であった。方法 1 は核の染色性は不良で細胞質と核の境界が不明瞭であった。(3) 白血球は、方法 1 で細胞質の破壊により細胞分類が不能であったが、方法 2~4 は細胞分類が可能であった。以上の結果より最も優れた方法は方法 2 であった。

【考察】婦人科・口腔専用バイアルを使用した尿の標本作製は前処理を加える事で良好な標本作製が可能である。



## P-2-129 尿細胞診におけるフラクタル解析の有用性

金沢大学附属病院病理診断科・病理部

○下田 翼(CT), 水口敬司(CT), 嶋口智恵(CT),  
酒野香織(CT), 藤田一希(CT), 森 龍也(CT),  
阪口真希(MD), 吉村かおり(MD), 中田聡子(MD),  
池田博子(MD)

【はじめに】尿細胞診は尿中に剥離した細胞を検査材料とするため、細胞変性が起こりやすく診断に苦慮する症例が多く存在する。またその評価も主観に依るところが大きい。前回、フラクタル解析を用いることで、自然尿細胞診において細胞診断支援技術に応用できる可能性が示唆された。今回さらなる検討を加え、精度向上を図ったので報告する。

【材料及び方法】2021年3月から2022年4月までに当院にて組織診で確定診断された自然尿のThinprep標本を用いた。対物100倍で細胞を撮影、マゼンタフィルタでグレースケール化を行った。そしてKirschフィルタでエッジ処理を行った後、フラクタル解析をおこない、1. 細胞フラクタル値、2. 細胞質フラクタル値、3. 核フラクタル値をそれぞれ算出した。さらに今回は4. 核縁の不整性を評価した核真円度、5. N/C比の評価を加えて算出した。

【結果】1. 細胞フラクタル値と2. 細胞質フラクタル値は良性細胞で有意に高値を示した。3. 核フラクタル値と5. N/C比は悪性細胞で有意に高値を示した。4. 核真円度は悪性細胞で有意に低値を示した。1.-5. を用いた判別分析では判別率が96%となった。

【結語】フラクタル解析に、細胞診断で重要とされている項目を追加することで判別精度の向上がみられた。

## P-2-130 Spindle cell lipoma 成分を伴った耳下腺 sialolipoma の1例

福井大学医学部附属病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 福井総合病院検査課<sup>2)</sup>, 福井総合病院病理診断科<sup>3)</sup>, 福井大学医学部腫瘍病理学<sup>4)</sup>

○鎌田公美子(CT)<sup>1)</sup>, 松川遥佳(CT)<sup>1)</sup>, 古市和美(CT)<sup>1)</sup>,  
中屋佳子(CT)<sup>2)</sup>, 伊藤淳子(CT)<sup>2)</sup>, 木村純也(MD)<sup>1)</sup>,  
山口愛奈(MD)<sup>1)</sup>, 樋口翔平(MD)<sup>1)</sup>, 河原 栄(MD)<sup>3)</sup>,  
福島万奈(MD)<sup>4)</sup>, 今村好章(MD)<sup>1)</sup>

【症例】80歳台、男性。約2カ月前から右耳前部腫瘍を自覚し、前医を受診。CTおよびMRIで右耳下腺腫瘍を指摘された。徐々に増大するため精査加療目的に当院紹介受診となり、右耳下腺浅葉切除術が施行された。

【細胞所見】前医で施行された穿刺吸引細胞診では腺房細胞の小集塊と脂肪細胞が認められ、一部では線維性基質を伴った紡錘形核を有する細胞が散見された。術中迅速診断時の捺印細胞診では穿刺細胞診と同様の所見に加え、泡沫細胞やリンパ球・好中球浸潤の目立つ部位が認められた。また、少数の扁平上皮様細胞もみられた。

【病理所見】肉眼的には最大径30mm大の境界明瞭な結節性病変で、断面では黄色調の部分と白色調の部分および半透明ゼリー状の部分の混在していた。組織学的には薄い被膜を有し、大小の脂肪細胞の増生と線維性・粘液腫状の間質に異型のない紡錘形細胞の増生がみられた。また、病変内には扁平上皮細胞や脂腺細胞に裏打ちされた嚢胞や泡沫細胞・多核巨細胞および炎症細胞浸潤があり、正常耳下腺組織も認められた。免疫染色では紡錘形細胞はCD34が陽性で、Rb・S100蛋白・adipophilinおよびEMAは陰性であった。脂肪細胞はS100蛋白・Rbおよびadipophilinが陽性で、CD34は陰性であった。脂腺細胞はRb・adipophilinおよびEMAが陽性であったが、CD34は陰性であった。MDM2とCDK4はいずれの領域においても陰性であった。以上の所見よりspindle cell lipoma成分を伴ったsialolipomaと診断した。

【まとめ】唾液腺に発生したspindle cell lipomaの症例は少数報告されているが、sialolipomaの脂肪成分がspindle cell lipomaであった症例報告はない。

## P-2-131 強い多形性を示した筋上皮癌の一例

信州大学医学部附属病院臨床検査部

○若林 奏(CT), 中嶋智之(CT), 下條康代(CT),  
布麻里奈(CT), 衣川康弘(CT), 佐藤 碧(MD),  
岩谷 舞(MD), 上原 剛(MD)

【はじめに】筋上皮癌は筋上皮腫の悪性型とみなされるまれな唾液腺腫瘍で、ほぼ腫瘍全体が腫瘍性筋上皮細胞からなる。多様な組織構造や細胞形態がみられ、診断が困難なことが多い。今回我々は、腫瘍細胞が強い多形性を示した筋上皮癌を経験したので報告する。

【症例】30歳台男性。6~7年前から左耳下部に2cmほどのしこりを自覚していたが、家族に増大を指摘され歯科開業医を受診。耳下腺腫瘍を疑われ前医を受診し、治療目的に当院紹介。MRIでは36×41×44mmの腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診で悪性が疑われ、左耳下腺拡大全摘、左上頸部郭清が行われた。

【細胞所見】壊死物質や炎症細胞を背景に、核腫大、クロマチン増量した異形細胞を上皮性結合を疑う小集塊状に認めた。また結合性に乏しく細胞境界不明瞭でクロマチン淡明、著明な核形不整や核大小不同、多核を認める異形細胞も認め、核分裂像も散見した。以上より一部が肉腫様変化している低分化な癌腫や、癌肉腫が鑑別に上がった。

【肉眼所見】肉眼的には境界やや不明瞭な白色調充実性腫瘍が観察された。組織学的には、広く壊死を伴い、びまん性に増殖する短紡錘形や多形性の目立つ腫瘍細胞を認めた。腫瘍細胞は核腫大、核異型が高度で、核分裂像も多数見られた。免疫組織化学染色にて、CKAE1/3(+), p63(+), αSMA(-), calponin(+/-), S-100(-), vimentin(+), CEA(-), CK7(-)を示した。背景に多型腺腫を示唆する成分は認めず、低分化な筋上皮癌が考えられた。

【まとめ】唾液腺腫瘍において多形性の強い腫瘍細胞は低分化癌や癌肉腫、唾液腺導管癌等で認められるが、筋上皮癌でもときに強い多形性を示す場合があることを再確認した症例であった。

## P-2-132 耳下腺原発腺房細胞癌の1例

済生会横浜市南部病院病理部<sup>1)</sup>, 済生会横浜市南部病院病理診断科<sup>2)</sup>

○木村由佳(CT)<sup>1)</sup>, 三田和博(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木玲子(CT)<sup>1)</sup>,  
石井輝子(CT)<sup>1)</sup>, 妹尾詩織(CT)<sup>1)</sup>, 鈴木玖風(CT)<sup>1)</sup>,  
村上あゆみ(MD)<sup>2)</sup>, 中山 崇(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】腺房細胞癌は漿液性腺房細胞への分化を示す低悪性度の腫瘍である。遺伝子異常の検索により今まで腺房細胞癌とされていた症例の半数近くが分泌癌であるとの報告がされており、真の腺房細胞癌の診断は予後予測や治療法選択の観点から重要である。今回、腺房細胞癌の症例について、唾液腺腫瘍の細胞診報告様式であるミラノシステムを考慮し細胞像を再検討した。

【症例】60代女性。4年程前から左耳下部腫瘍を自覚し近医を受診。その後増大傾向がみられ、精査目的に当院に紹介された。穿刺吸引細胞診にて悪性腫瘍が鑑別に挙がり、診断的根治術が施行された。

【細胞所見】腫瘍細胞は主として集塊状にみられ、核の大小不同、核配列の乱れが軽度認められた。腫瘍細胞はやや腫大した円形核を有し、ライトグリーン好性の泡沫状細胞質がみられた。また、細胞質が顆粒状にみえる細胞が散見された。悪性腫瘍が疑われたが、組織型推定は困難であった。今回改めてミラノシステムで再評価したところ、「SUMP」に分類された。

【組織所見】腫瘍の大きさは2×2.6×1.5cm。断面は白色調であった。細胞質内に好塩基性の顆粒を有する細胞が胞巣を形成し、管腔状、腺房状に配列し増殖していた。細胞質内の顆粒は、ジアスターゼ抵抗性PAS陽性であった。mammaglobin陰性、DOG1陽性を示し、腺房細胞癌と診断された。

【まとめ】穿刺吸引細胞診は唾液腺病変において有用な診断的検査であり、頻度は少ないが腺房細胞癌に遭遇する可能性がある。腺房細胞癌は悪性腫瘍にも関わらず細胞異型に乏しい腫瘍であり、細胞診においてはミラノシステムで、「SUMP」や「悪性の疑い」以上に分類し、悪性腫瘍の可能性を指摘することが重要であると考えられる。

### P-2-133 甲状腺乳頭癌の顎下リンパ節転移を認めた唾液腺導管癌の1例

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部臨床検査科<sup>1)</sup>, 独立行政法人国立病院機構長崎医療センター統括診療部病理診断科<sup>2)</sup>

○城 竜人(CT)<sup>1)</sup>, 三浦悠太郎(CT)<sup>1)</sup>, 鹿島星林(CT)<sup>1)</sup>, 佐田勇樹(CT)<sup>1)</sup>, 豊岡辰明(CT)<sup>1)</sup>, 染矢賢俊(CT)<sup>1)</sup>, 伊東正博(MD)<sup>2)</sup>

【はじめに】唾液腺導管癌は全唾液腺腫瘍の約2%を占める, 非常に悪精度の高い腫瘍である。今回, 耳下腺の穿刺吸引細胞診において腫瘍細胞が確認された唾液腺導管癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳台, 男性, 2カ月前より左頬部の腫脹を自覚し近医受診。画像所見では骨浸潤を認めない最大径35mmの腫瘍を認め, 左顎下リンパ節への転移の可能性を指摘された。細胞診においては少量の液体成分を認めた。画像所見, および細胞診所見から粘表皮癌を疑い当院紹介。当院において, 穿刺吸引細胞診が再度実施された。

【細胞所見】多数の壊死物質を背景に, 異型細胞が重積性のある集塊で出現していた。異型細胞の細胞質はライトグリーン好性で, 核腫大と核クロマチン増量を伴い明瞭な核小体を有していた。集塊は重積を伴い, 一部では腺腔構造や篩状構造を認めた。また, 化生細胞様変化を認める細胞集塊も出現していた。

【組織所見】異型細胞はcribriform形成性, 腺管形成性に増生し, comedo壊死を含む壊死形成を認めた。異型細胞は好酸性胞体を有しており, 核は大型で核小体は明瞭であった。免疫組織化学にて, AE1/AE3(+), AR(+), p40(-), p63(-), S100(-), Ki-67LI(26%)であり, 唾液腺導管癌と診断された。脈管浸潤や神経周囲浸潤は認めず, 画像で指摘されていた左顎下リンパ節には既往である甲状腺乳頭癌と類似する細胞がみられ, 乳頭癌の転移と診断された。

【まとめ】本疾患は全唾液腺腫瘍の2%程度と低頻度ではあるものの, 他の希少癌と比較すると業務中に遭遇する可能性は十分に高い。今回見られたような好酸性細胞や扁平上皮様の化生細胞など, 他の唾液腺腫瘍でも認める所見を有するため, 鑑別対象として念頭に置いておくことが望ましい。

### P-2-134 NOR-1(NR4A3)抗体に陽性を示した腺房細胞癌の一例

久留米大学病院病理診断科・病理部<sup>1)</sup>, 久留米大学病院臨床検査部<sup>2)</sup>

○牧野諒央(CT)<sup>1)</sup>, 河原明彦(CT)<sup>1)</sup>, 安倍秀幸(CT)<sup>1)</sup>, 高瀬頼妃呼(CT)<sup>1)</sup>, 村田和也(CT)<sup>1)</sup>, 熊谷天斗(CT)<sup>1)</sup>, 大塚百華(CT)<sup>1)</sup>, 黒木日菜子(CT)<sup>1)</sup>, 古田拓也(MD)<sup>1)</sup>, 内藤嘉紀(MD)<sup>2)</sup>, 秋葉 純(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】腺房細胞癌は, 耳下腺に好発し幅広い年齢層でみられる低悪性度の腫瘍である。本腫瘍は充実型や微小嚢胞型などに亜分類され, 腺房類似細胞が特徴的である。また, 本腫瘍は分子病理学的に特異的な遺伝子転座t(4;9)(q13;q31)を認め, NOR-1(NR4A3)蛋白の過剰発現が報告されている。今回我々は, NOR-1強発現を示した腺房細胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】90歳台女性。左耳下部に腫瘍を自覚し, 他院にて経過観察中に増大傾向がみられ当院紹介となった。MRI検査にて嚢胞形成を伴う腫瘍を認めたため, 質的診断を目的に穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】顆粒状で豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が集塊でみられ, 個々の細胞異型は乏しく単調に出現していた。腫瘍細胞はN/C比が小さく正常の腺房細胞に類似していたが, 細胞境界がやや不明瞭で不規則な重積性や核の配列不整を認め, 腺房細胞癌が疑われた。NOR-1抗体を用いた免疫細胞化学で腫瘍細胞の核にNOR-1蛋白の強発現を認めたため, 腺房細胞癌を推定した。

【組織診】切除組織では大小の嚢胞形成を伴いながら, 異型に乏しい腺房類似の腫瘍細胞が, 毛細血管間質を介して充実性に増殖を呈していた。腫瘍細胞は細胞診と同様に, NOR-1の強発現がみられたが, NR4A3プローブを用いたFISH解析では, 遺伝子転座は確認できなかった。しかしながら, 総合的に判断し腺房細胞癌と診断した。

【まとめ】本症例は腺房類似細胞が異型に乏しい単調な細胞像でみられ, ときに正常腺房細胞との鑑別が必要となる。本腫瘍の組織型推定は, NR4A3プローブを用いたFISH解析よりもNOR-1抗体を用いた免疫細胞化学で十分に行える可能性が示唆された。

## P-2-135 基底細胞腺癌 4 例の細胞学的検討

山梨大学医学部附属病院病理部<sup>1)</sup>, 山梨大学人体病理学講座<sup>2)</sup>

○笠井一希(CT)<sup>1)</sup>, 中澤久美子(CT)<sup>1)</sup>, 望月直子(CT)<sup>1)</sup>, 花井佑樹(CT)<sup>1)</sup>, 中村海斗(CT)<sup>1)</sup>, 田原一平(MD)<sup>2)</sup>, 井上朋大(MD)<sup>2)</sup>, 大石直輝(MD)<sup>2)</sup>, 望月邦夫(MD)<sup>1)</sup>, 近藤哲夫(MD)<sup>1,2)</sup>

【はじめに】基底細胞腺癌は全唾液腺腫瘍の約 1%と著しく低い, 耳下腺や顎下腺の大唾液腺に好発する低悪性度腫瘍である。今回, 基底細胞腺癌の細胞学的特徴を検討したので報告する。

2007 年~2020 年に当院で手術を行い, 組織学的に基底細胞腺癌と診断された 4 例を用いて, 細胞学的検討を行った。

【症例 1】70 歳台男性。左耳下, 耳下腺部のしこりに気づき, 前医受診後, 精査目的のため, 当院へ紹介受診。エコーで左耳下部に 2 cm 大の腫瘍の指摘があり, FNA 施行。

【症例 2】30 歳台男性。右顎下部のしこりが急に大きくなり前医受診。悪性の疑いで, 当院へ紹介受診。右顎下腺にエコーで充実成分と液体成分を認める腫瘍あり, FNA 施行。

【症例 3】70 歳台女性。左顎下部の腫瘍を自覚し, 前医受診。術前細胞診で悪性細胞が検出されたため, 精査加療目的で当院へ紹介受診。左顎下腺に 2.5 cm 大の腫瘍性病変あり, FNA 施行。

【症例 4】70 歳台男性。右耳下腺腫瘍あり。右顔面神経麻痺も出現。悪性の可能性もあり, FNA 施行。

【細胞所見】いずれの症例でも共通した所見として, 1: N/C 比の極めて高い異型細胞がほつれを伴い細胞密度の高い集塊として出現, 2: 小型篩状構造内や集塊内外を這う少量の基底膜様物質の出現を認めた。

【結語】組織学的に基底細胞腺癌と診断された 4 例について細胞学検討を行った。N/C 比の極めて高い異型細胞が, ほつれを伴う集塊でみられた場合は, 少量の基底膜様物質の存在に注目することで, 基底細胞腺癌を鑑別に挙げる事が可能となると考える。

P-2-136 上皮筋上皮癌の一例  
—多形腺腫との鑑別点について—

日本赤十字社医療センター病理部<sup>1)</sup>, 東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻<sup>2)</sup>, 日本赤十字社医療センター耳鼻咽喉科<sup>3)</sup>

○今井友貴(CT)<sup>1)</sup>, 富田健一郎(CT)<sup>1)</sup>, 松尾梢恵(CT)<sup>1)</sup>, 土屋星美(CT)<sup>1)</sup>, 中 昂一(CT)<sup>1)</sup>, 夏目愛子(CT)<sup>1)</sup>, 関口明日(CT)<sup>1)</sup>, 越智三枝子(MD)<sup>2)</sup>, 小林侑生(MD)<sup>1)</sup>, 裴 有安(MD)<sup>1)</sup>, 物部寛子(MD)<sup>3)</sup>, 熊坂利夫(MD)<sup>1)</sup>

【はじめに】上皮筋上皮癌とは全唾液腺腫瘍の 1%を占めるまれな腫瘍である。今回我々は細胞診学的に診断に苦慮した上皮筋上皮癌を経験したので報告する。

【症例】70 代女性。約半年前より右耳の疼痛, 右耳下腺部腫脹を認め, 前医を受診した。CT で右耳下腺深葉に 24 mm 大の腫瘍を認めたため, 当院耳鼻咽喉科紹介受診となった。右耳下腺穿刺吸引細胞診を行い, 核異型が強い多形腺腫疑いとして疑陽性と報告したが, 臨床的に悪性を否定できず手術の方針となった。

【細胞像】線維血管軸を伴う結合性が高い重積性のある細胞集塊が認められ, 背景には粘液腫様間質や裸核細胞を多数認めた。集塊を構成する核は大小不同, 明瞭な核小体が認められ, 背景の裸核細胞も類似した所見であった。細胞質は淡明で短紡錘形から多边形であった。一部の集塊内部には腺腔様構造を認めた。ギムザ染色では明らかなメタクロマジーは認められなかった。

【組織像】白色分葉状を呈する腫瘍で, 充実胞巣状に増殖する腫瘍細胞と粘液腫様間質や腺腔形成を認めた。腫瘍細胞は腺腔を形成する立方上皮細胞とその周囲に淡明な胞体を有する大型細胞や紡錘形細胞の二相構造を呈した。免疫染色では腺腔形成上皮細胞は AE1/3, CAM5.2, CK7 が強陽性, 淡明/紡錘形細胞は p63,  $\alpha$ -smooth muscle actin が陽性となり, 上皮筋上皮癌と診断した。

【考察】本例は細胞像から二相性の細胞構造と粘液腫様間質を認めたことから多形腺腫を推定診断としたが, 本例の結果と多形腺腫の細胞像を比較した結果, 上皮筋上皮癌を疑う所見として, 1) 核異型(核形不整, 核小体), 2) 核異型を伴う大型裸核細胞の出現, 3) 細胞の一様性の 3 点が重要であると考えた。



**P-2-137 耳下腺に発生したオンコサイトーマの1例**

独立行政法人国立病院機構中国・四国ブロック岡山医療センター<sup>1)</sup>, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科医学分野<sup>2)</sup>

○大石恭平(CT)<sup>1)</sup>, 神農陽子(MD)<sup>1)</sup>, 磯田哲也(MD)<sup>1)</sup>,  
谷口 香(MD)<sup>2)</sup>, 藤田健太(CT)<sup>1)</sup>, 原田侑香里(CT)<sup>1)</sup>,  
松田正浩(CT)<sup>1)</sup>, 小坂明里(CT)<sup>1)</sup>

【はじめに】オンコサイトーマは、オンコサイトと呼ばれる好酸性で顆粒状の豊富な細胞質を有する上皮細胞が増生する良性腫瘍であり、発生頻度は全唾液腺腫瘍の約1%と極めて稀である。我々は、耳下腺に発生したオンコサイトーマを経験したので、細胞形態所見に文献的考察を加え報告する。

【症例】70歳台女性。右下顎角部に可動性良好な腫瘤を触れ、精査加療目的で来院。超音波検査にて18×17×12 mm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。穿刺吸引細胞診を施行後、右耳下腺の部分切除術が施行された。

【細胞像】Papanicolaou染色では、血性背景に顆粒状の豊富な細胞質を有する好酸性細胞を平面的な集塊として多数認めた。好酸性細胞には核の大小不同や核小体の腫大が見られた。好酸性細胞の出現よりオンコサイトーマやワルチン腫瘍、腺房細胞癌などを鑑別診断に考えた。細胞像よりワルチン腫瘍や腺房細胞癌は否定できず良悪性鑑別困難とした。

【組織像】摘出検体は25×17×9 mm大の境界明瞭な充実性腫瘍で、腫瘍周囲は薄い線維性被膜に覆われていた。内部は好酸性で顆粒状の細胞質を有する細胞が2~3層の索状配列を示し増生し、一部に腺腔様構造を認めた。免疫組織染色でki-67 labeling indexは4%程度だった。以上の所見よりオンコサイトーマと診断された。

【まとめ】オンコサイトーマは、好酸性細胞主体の腫瘍であるため、ワルチン腫瘍や腺房細胞癌との鑑別が必要である。非常に稀ではあるが、好酸性細胞主体の細胞像である場合は、背景の所見も十分に考慮し、オンコサイトーマの可能性も念頭に置くことが重要である。



令和四年十月十四日発行

編集兼  
発行人

公益社団法人  
日本臨床細胞学会  
代表者 矢納 研二

〒100-1062 東京都千代田区神田駿河台二丁目一  
発行所 駿河台サンライズビル三階  
公益社団法人 日本臨床細胞学会  
電話〇三(五七七)四六八〇 振替〇〇一一〇一〇一三五五四五