

ONLINE ISSN 1882-7233
PRINT ISSN 0387-1193

日臨細胞誌
J.Jpn.Soc.Clin.Cytol.

第54巻 補冊2号 平成27年10月

日本臨床細胞学会雑誌

第54回

日本臨床細胞学会秋期大会

Cytology for Human Happiness

会長 越川 卓 愛知県立大学看護学部 教授

THE JOURNAL
OF THE JAPANESE
SOCIETY OF CLINICAL
CYTOLOGY

会 期：平成27年11月21日(土)・22日(日)

会 場：名古屋国際会議場

副会長：白石 泰三 三重大学医学系研究科腫瘍病理学講座 教授

中村 栄男 名古屋大学医学部附属病院病理部 教授

横井 豊治 名古屋掖済会病院病理診断科 部長

事務局長：所 嘉朗 愛知県がんセンター中央病院臨床検査部



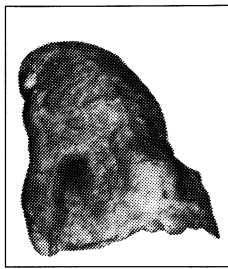
公益社団法人
日本臨床細胞学会

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

Vol.54 Suppl. **2**
Oct. 2015

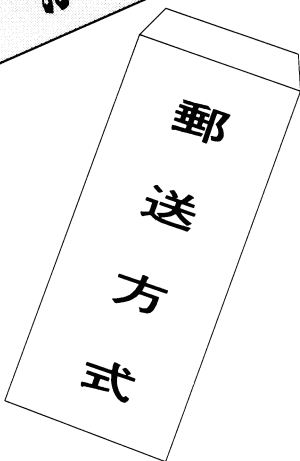


左側：長期間喫煙者の肺



右側：非喫煙者の肺

肺がん予防・早期発見のために たんのけんさ 喀痰細胞診のすすめ



【特長】

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

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

※容器発注及び受検方法などの詳細は、
下記へお問い合わせ下さい。

製造発売元



メディカル ケア センター

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

推 薦 東京医科大学外科学教室

第 54 回 日本臨床細胞学会秋期大会

Cytology for Human Happiness

会 期 平成 27 年 11 月 21 日 (土)・22 日 (日)

会 場 名古屋国際会議場

〒 456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町 1-1

TEL : 052-683-7711

会 長 越 川 卓

(愛知県立大学看護学部教授)

副 会 長 白石 泰三

(三重大学医学系研究科腫瘍病理学講座教授)

中村 栄男

(名古屋大学医学部附属病院病理部教授)

横井 豊治

(名古屋掖済会病院病理診断科部長)

プログラム委員長 都築 豊徳

(名古屋第二赤十字病院病理診断科部長)

プログラム副委員長 谷田部 恭

(愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部部長)

運営委員長 伊藤 雅文

(名古屋第一赤十字病院副院長・病理部長)

運営副委員長 市原 周

(名古屋医療センター病理診断科長)

長坂 徹郎

(名古屋大学医学部保健学科教授)

渉外委員長 藤井 多久磨

(藤田保健衛生大学医学部産婦人科教授)

事務局長 所 嘉朗

(愛知県がんセンター中央病院臨床検査部)

顧 問 黒田 誠

(藤田保健衛生大学医学部病理診断科教授)

小塚 正雄

(小塚内科クリニック院長)

佐竹 立成

(名古屋掖済会病院病理診断科)

社本 幹博

(八千代病院中央検査部部長)

第 54 回日本臨床細胞学会秋期大会 会長挨拶



Cytology for Human Happiness

平成 27 年 (2015 年) 11 月 21 日 (土), 22 日 (日) の 2 日間, 名古屋国際会議場において第 54 回日本臨床細胞学会秋期大会が開催されることとなり, 愛知・岐阜・三重 3 県の連合組織である日本臨床細胞学会東海連合会の支援を受けて準備を進めてまいりました。名古屋における日本臨床細胞学会の開催は, 平成 11 年 (1999 年), 小塚正雄会長が秋期大会を開催されて以来, 実に 16 年ぶりとなります。久しぶりの名古屋での開催でありますので, できるかぎり多くの会員にご参加いただき実りの多い学術集会にしたいと考えております。

本学術集会では, 細胞診がヒトに健康や幸福をもたらすものであってほしいとの願いをこめて, メインテーマを「Cytology for Human Happiness」といたしました。この機会に細胞診や細胞学がヒトの健康や幸福にどのように貢献してきたかを振り返り, 細胞学の発展がこれからのヒトの健康や幸福にどのような効用をもたらすかについて考えてみたいと思います。細胞診は「子宮がん検診」, 「肺がん検診」, 「乳がん検診」などの「がん検診」において社会的に非常に重要な役割を果たしており, 中でも「子宮頸がん検診」ではこれまでがんの早期発見や死亡率の低減に大きく貢献してきました。また, 最近では液状化検体細胞診 (LBC) の導入により, 細胞診検体を用いた免疫染色や遺伝子検査などが比較的容易に行われるようになり, 細胞診断学の応用範囲はますます拡大してきております。このような細胞学の技術革新が 10 年後のヒトの生活をどのように変化させるのか, 想像するだけでとても楽しみな気持ちになります。

学術プログラムとしては, 特別講演 2 題, 海外招請講演 5 題, 会長講演, 要望講演 15 題, 教育講演 14 題, 倫理委員会教育講演, シンポジウム 11 題, ワークショップ 8 題, 地域推薦演題 (口演), 一般演題 (示説) などに加えて, 医療安全セミナー, 細胞診専門医セミナー, 病理・細胞診断セミナー, バーチャルスライドセミナー, スライドカンファレンス, グローバルアジアフォーラム, 細胞検査士会要望教育シンポジウム, ヤングコミッティーワークショップ, 市民公開講座など多彩な演目を設けております。なお, 一般演題 (示説) については, おかげさまで 400 題を超える多数のご応募をいただくことができ, 会員の皆さまに深く感謝いたしております。

特別講演は元甲状腺外科医で現松本市長の菅谷 昭先生と地元の銘酒「國盛」で知られる中埜酒造株式会社顧問の馬場信雄先生のお二人をお願いすることにいたしました。菅谷先生はチェルノブイリ原発事故後に多発した小児甲状腺癌患者の治療のため, ベラルーシにおいて数多くの甲状腺外科手術を自ら手掛けられました。まさに身をもってチェルノブイリ原発事故の影響を体験された方でありますので, ご自身の体験をもとに貴重なお話をうかがえるものと期待いたしております。馬場先生には日本古来のお酒の嗜み方である「酒道」について詳しくお話しいただいたあと, 会員懇親会で「酒道」の実演をご指導いただく予定であります。お酒好きの方は是非ご参加ください。

来年の春には本学会の理事長である青木大輔先生がパシフィコ横浜で国際細胞学会を開催されますが, その影響もあって本学術集会においても海外招請講演を充実させたいと考え, 米国から Ritu Nayar 先生 (Northwestern University), Kim R. Geisinger 先生 (University of Mississippi), Eva M. Wojcik 先生 (Loyola University), Steven G. Silverberg 先生 (University of Maryland), さらにオーストラリアから Andrew Field 先生 (St. Vincent Pathology Hospital) の 5 名の講師をお呼びすることにいたしました。特に Ritu Nayar 先生, Kim R. Geisinger 先生, Eva M. Wojcik 先生のお三方には, それぞれ子宮頸部細胞診ベセ

スダシステム, 甲状腺細胞診ベセスダシステム, 尿細胞診パリシステムについてご講演をいただくことになっております。この機会に名古屋まで足をお運びいただければ, 細胞診報告様式の国際標準に関するトピックスのすべてを一度にお聞きいただけるということでもあります。なお, 海外招請講演では同時通訳システムを導入いたしますので, 語学に多少の不安をお持ちの方もどうか安心してお越しください。

この他にも要望講演, 教育講演, シンポジウム, ワークショップなど数多くの演目を用意して, ご参加いただいた皆様にご満足いただけるよう工夫を凝らしております。皆様には名古屋の日本臨床細胞学会秋期大会を十分にお楽しみいただきたいと考えております。

名古屋国際会議場は, 3,012名収容可能なセンチュリーホールを始めとして1号館から4号館まで大小多数の会議場を持つ名古屋最大級の総合会議施設であります。交通アクセスも良好で地下鉄日比野駅から徒歩5分ほどのところにあります。本学術集会では, 第1会場のセンチュリーホールを始めとして400席から200席前後の会場を多数用意いたしております。これまでの学術集会では, 細胞診専門医セミナーや専門医会研修指定講座の際に受講者が会場に入りきれないというような事態が時に見られましたが, このようなことがないように名古屋では第1会場のセンチュリーホールを使う予定であります。また, 会員懇親会には白鳥ホール(第2・第3会場)を使用いたしますので, 会議終了後に場所を移動することなく懇親会にご参加いただくことができます。懇親会では名物の名古屋メシを各種用意して皆様のお越しをお待ちいたしております。この機会に名古屋独自の食文化を是非ご堪能いただきたいと考えております。

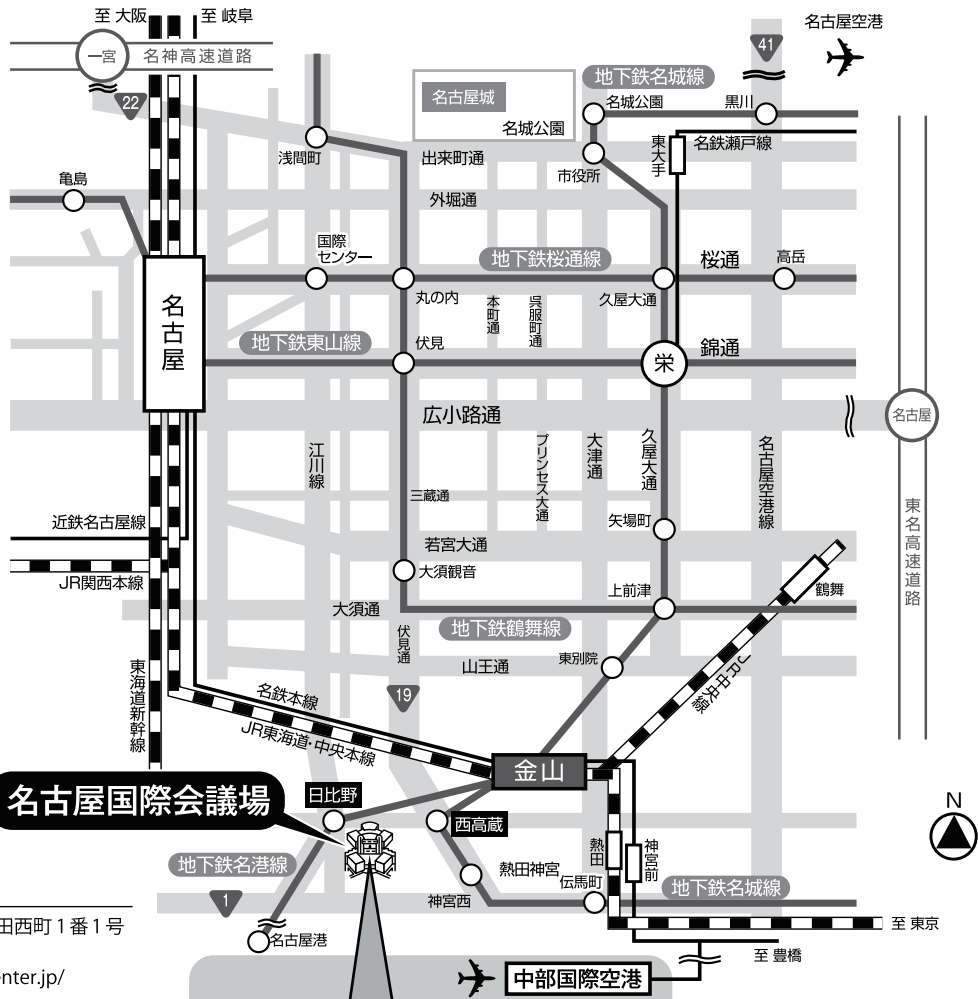
第54回日本臨床細胞学会秋期大会

会長 越川 卓

(愛知県立大学看護学部 教授)

会場周辺図 & 交通案内

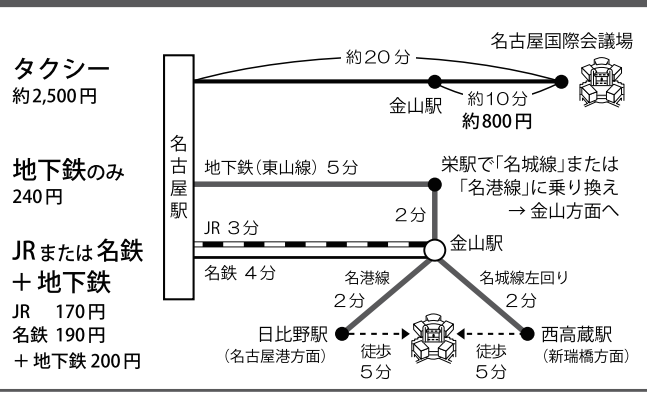
広域マップ



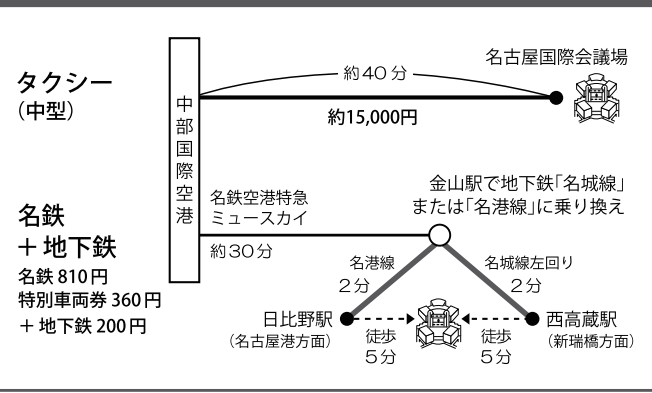
周辺拡大図



名古屋駅から会場まで

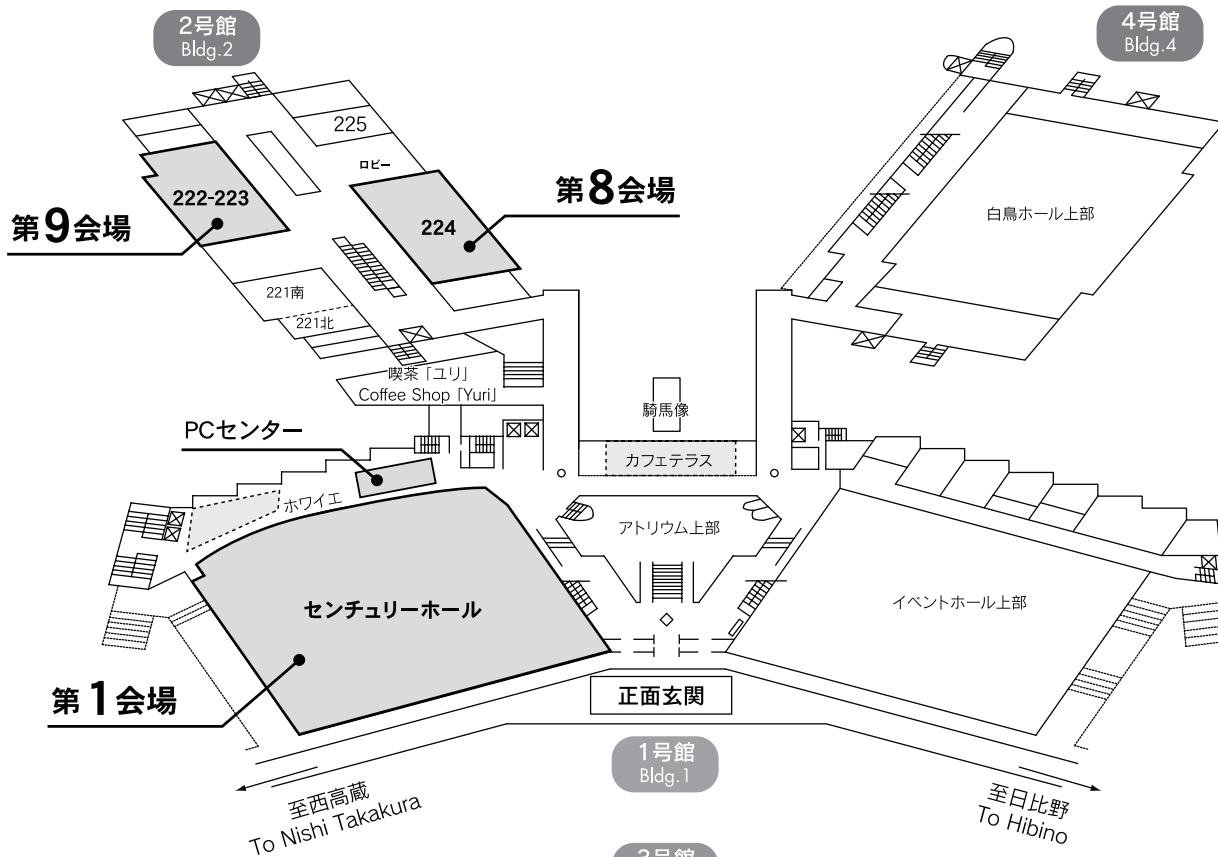


中部国際空港(セントレア)から会場まで

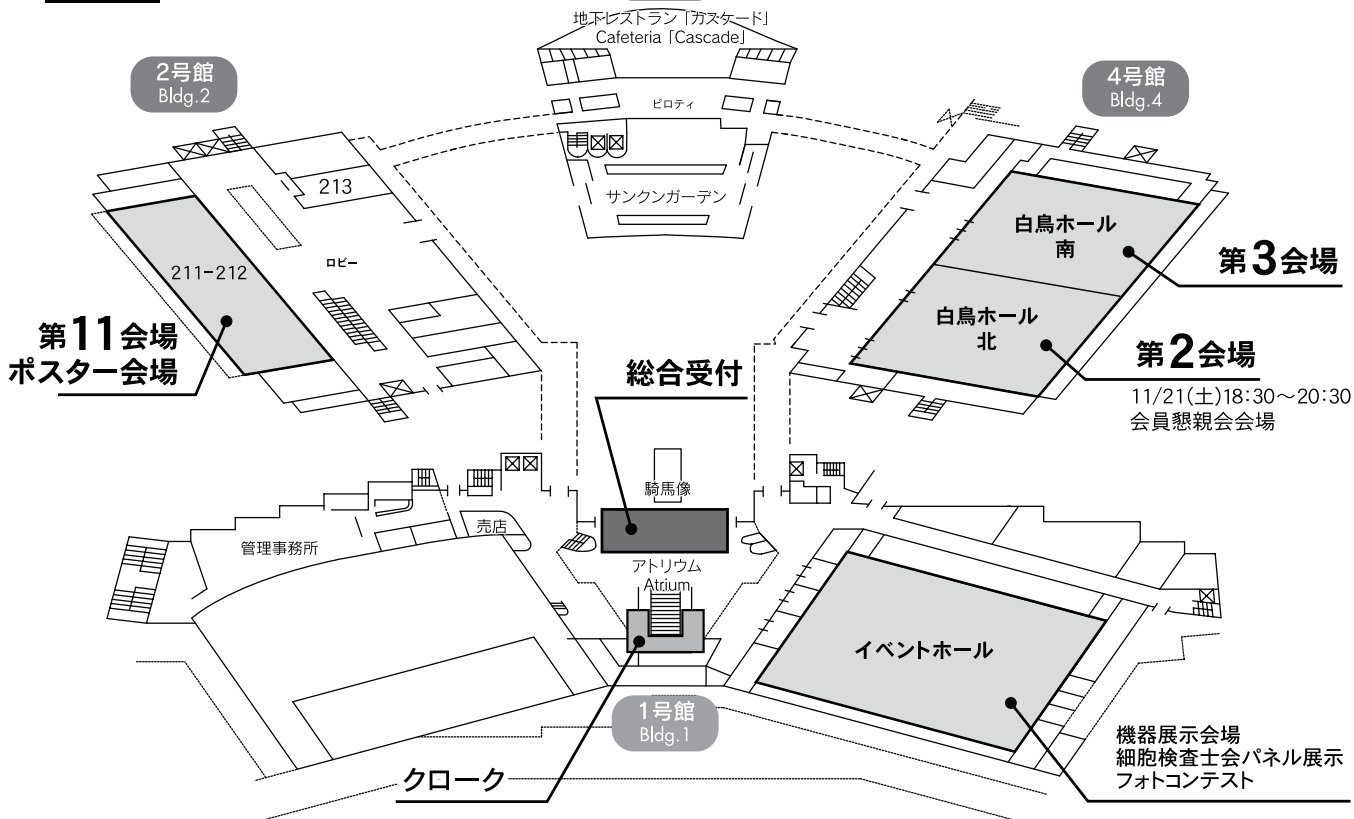


名古屋国際会議場案内図

2 F



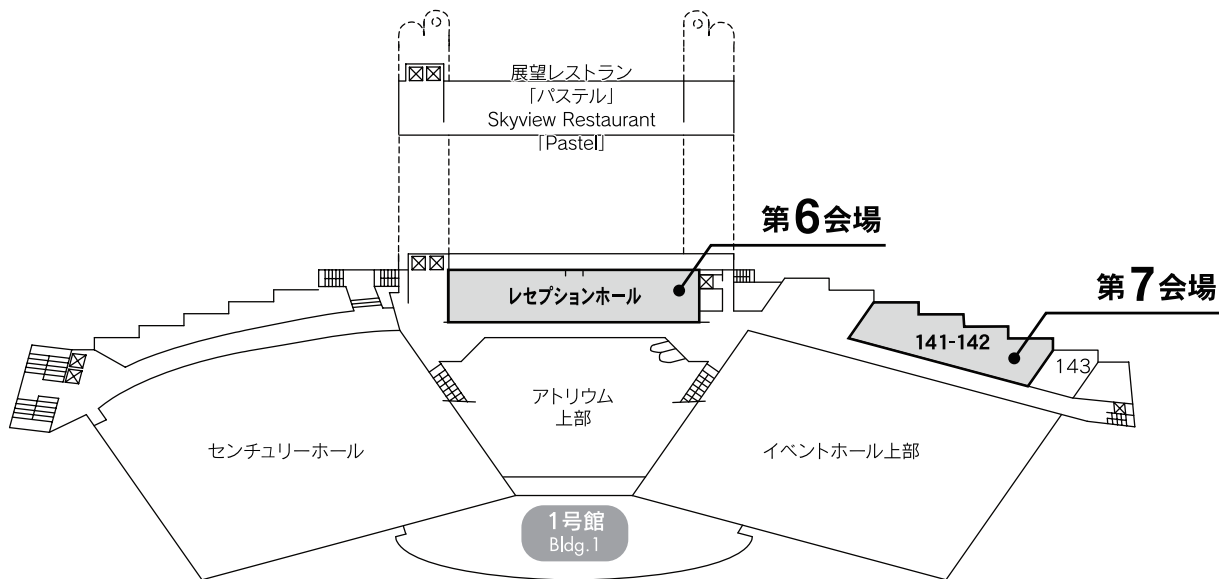
1 F



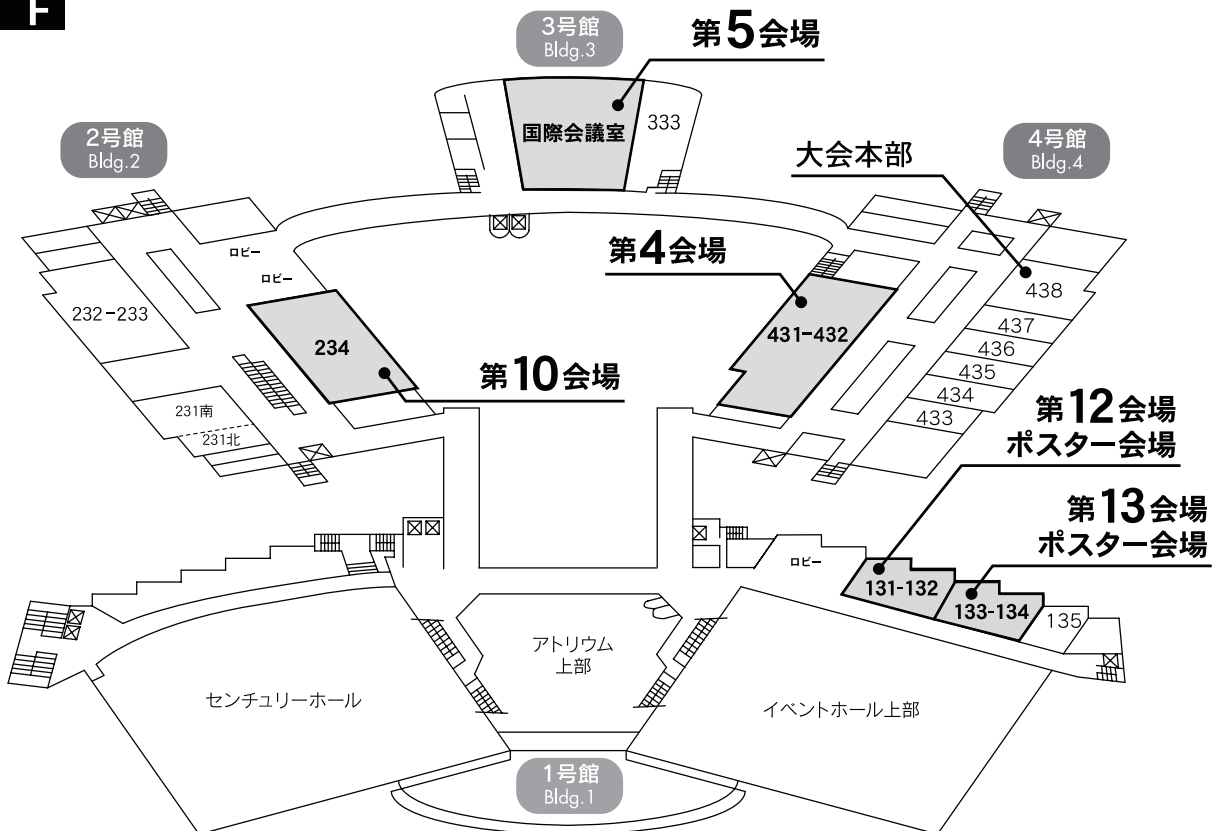
11/21(土)18:30~20:30
会員懇親会会場

機器展示会場
細胞検査士会パネル展示
フォトコンテスト

4 F



3 F



会員ならびに演者・座長の方へのお願い

1. 一般会員ならびに未入会の方へ

(1) 参加受付

① 名古屋国際会議場 1号館 1F アトリウムの総合受付にて行います。

受付開始時間 11月21日(土)9:00より
11月22日(日)7:30より

学会参加費 13,000円

学生・その他(学会本部が認めたもの) 3,000円

(学生証をご提示ください、資格更新にはつかえません)

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

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

(2) 演者および共同研究者

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

(3) 抄録集の冊子(印刷物)配布はありません。抄録は本号(データ)のみに掲載されますので必ずプリントアウトもしくはデータでご持参ください。なお、抄録集閲覧のための専用アプリを学会ホームページに公開しております。ご希望の方はお使いのパソコンやタブレット、スマートフォンなどにダウンロードしていただきご利用ください。

○Web版

秋期大会ホームページ(<http://www.congre.co.jp/jsc54atm/>)よりご利用いただけます。

○アプリ版

- ・アプリ名: JSCC54ATM
- ・ご利用方法: App Store, Google Play より「臨床細胞学会」などで検索し、ダウンロードしてください。
- ・利用料: 無料(アプリのダウンロードに別途通信料が発生します。)
- ・対応機種: iPhone, iPad, Android

抄録の閲覧にはパスワードの入力が必要です。

パスワード aichi

※ Web版、アプリ版のそれぞれでご登録いただいたスケジュール内容は相互に同期することが可能です。同期は、アプリ版の「設定」より行っていただけます。

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

(4) 日本産科婦人科学会専門医シールおよび日本産婦人科医会研修参加証 大会会期中に総合受付付近にて発行いたします。

2. 演者の方へ：利益相反の開示について

筆頭演者自身の過去1年間における、発表内容に関連する利益相反の有無を開示していただきます。詳細は346ページの「演者の方へ重要なお知らせ」をご参照ください。

3. 口演発表の演者の方へ

- (1) 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。
- (2) 演者は、各セッションの開始の60分前までにPC受付にて試写確認を行ったうえで、データを提出してください。

PC 受付時間	11月21日(土) 9:00より
	11月22日(日) 7:30より

※11月22日(日)の午前中に発表がある方は、前日(21日(土))の午後にデータ受付を済まされることをお勧めします。

- (3) 発表データは、PCデータのみの受付といたします。
当日会場でご用意いたしますWindows OSは、Windows 7になります。
※Macintoshをご使用の方はご自身のパソコンをお持ちください(【ノートパソコンをお持ち込みの場合】をご参照ください)。
※iPadを使用しての発表もできませんのでご注意ください。
- (4) 発表データは、CD-RかUSBメモリにてご持参ください。
※保存するメディアには発表に必要なデータのみとし、他のデータは保存しないでください。
※持ち込まれるメディアは、各自にて最新のデータによるウイルスチェックを必ず行ってご持参ください。
※バックアップとして予備のデータもお持ちいただくことをお勧めします。
- (5) 発表に使用できるデータは、PowerPoint 2003・2007・2010・2013を使用し作成したものに限りです。
※PowerPointの機能の中にある、「発表者ツール」を使用しての発表はできませんので、作成の際はご注意ください。
- (6) 発表データに使用するフォントは、Windows 7に標準搭載されているフォントを推奨いたします。
〔日本語〕MSゴシック・MSPゴシック・MS明朝・MSP明朝・メイリオ
〔英語〕Times New Roman・Arial・**Arial Black**・Arial Narrow・Century
Century Gothic・Courier New・Georgia
- (7) PowerPoint上の動画は使用可能ですが、動画データはWindows 7で標準状態のWindows Media Playerで再生できるファイル形式にて作成し、PowerPointにリンクしてください。
※事前に発表データを作成したPCとは別のPCで、動作確認をお願いいたします。
※動画データは、PowerPointデータとともに使用する動画ファイルを同一フォルダーに整理し、保存のうえ、ご持参ください。
※標準的な動画コーデック以外の動画ファイルの場合、再生に不具合を生じる場合がございます(動画再生に不安のある方は、ご自身のPCをご持参いただくことをお勧めいたします)。
※Microsoft PowerPoint 2010で、動画ファイルを埋め込み処理された場合は、別途その動画ファイルもご持参いただくことをお勧めいたします。
- (8) 発表は、演者ご自身で舞台上に設置されているマウス・キーボードを操作し、行ってください。
※PowerPointの機能にある、「発表者ツール」を使用しての発表はできませんので、ご注意ください。
※iPadを使用しての発表もできませんのでご注意ください。
- (9) 次演者の方は、前の演者が登壇後すぐに次演者席にお着きください。

【ノートパソコンをお持ち込みの場合】

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

4. 示説発表の演者の方へ

- (1) 発表時間は 5 分、討論時間は 2 分です。発表時間を厳守してください。
演者はポスター貼付用のパネル前に置かれているリボンをつけて討論時間に発表パネルの前にお越しください。
- (2) パネルサイズは全体で縦 210 cm、幅 90 cm です。演題番号は事務局で用意いたします。演題名・所属・氏名は上方の演題番号の横に縦 20 cm、幅 70 cm に納まるようにご自身でご用意ください。掲示用のピンは事務局で用意いたしますが、セロテープ、接着剤は使用できませんのでご注意ください。
貼付および撤去は以下の時間内に行ってください。時間を過ぎても取り外されないポスターについては事務局にて処分いたしますのでご了承ください。

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

貼付時間	11 月 21 日（土）	10：00～11：00
	11 月 22 日（日）	8：00～9：00
撤去時間	11 月 21 日（土）	15：55～17：00
	11 月 22 日（日）	13：56～15：00

5. 座長の方へ

- (1) 口演発表の座長の方は、セッション開始の 30 分前に各会場内前方右側にございます進行席へお声かけの上、次座長席にお着きください。
- (2) 示説発表の座長の方は、セッション開始の 30 分前までに、ポスター受付へお越しください。
- (3) 進行は座長に一任いたしますが、セッションごとの時間厳守にご協力ください。

6. 質疑応答について

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

7. スライドカンファレンスについて

- (1) スライドカンファレンスは、11 月 22 日（日）12：40～14：40 第 2 会場（名古屋国際会議場 4 号館 1F 白鳥ホール（北））にて行います。
- (2) 症例は秋期大会ホームページにも掲載し、解答ができますので、是非ご覧ください。なお、解答いただいた方の中から成績優秀者を表彰いたします。

8. バーチャルスライドセミナーについて

バーチャルスライドセミナーでは、各設問について解答の事前投票を行い、成績優秀者を表彰いたします。また、当日会場においてもスマートフォン・タブレットによる解答の投票を行い、成績優秀者を表彰いたします。投票される方は、必ずスマートフォン・タブレットをお持ちください。

※7. スライドカンファレンスと8. バーチャルスライドセミナーの事前解答は、秋期学会ホームページより受け付けいたします。バーチャルスライドの閲覧に関する操作方法の詳細は秋期学会ホームページ (<http://www.congre.co.jp/jsc54atm/>) をご参照ください。

9. 病理・細胞診断セミナーについて

病理・細胞診断セミナーでは、当日会場においてスマートフォン・タブレットによる解答の投票を行い、成績優秀者を表彰いたします。投票される方は、必ずスマートフォン・タブレットをお持ちください。

10. ランチョンセミナーについて

11月21日(土)・22日(日)の両日で食事を用意いたします(設定時間・会場は、日程表をご参照ください)。ただし、数に限りがありますことをご了承ください。本セミナーは整理券制となっております。配布スケジュールは下記日程をご参照ください。総合受付近くの「整理券配布所」にて整理券を配布いたします(先着順、お一人様1枚のみとなります。またセミナー開始5分後には無効となります)。

配布時間	11月21日(土)	9:00~11:30
	11月22日(日)	7:30~11:40

※11月21日に配布する整理券は11月21日のみです。11月22日分の整理券は11月22日朝より配布いたします。

11. 機器展示会場について

秋期大会会期中、名古屋国際会議場 1号館 1F イベントホール内に設置いたします。

12. クロークについて

名古屋国際会議場 1号館 1F アトリウムに設置いたしますクロークをご利用ください。

13. 会員懇親会について

日 時: 11月21日(土) 18:00 入場開始, 18:30 開宴

会 場: 第2会場 (名古屋国際会議場 4号館 1F 白鳥ホール)

参加費: 3,000円

- (1) 総合受付で懇親会参加費をお支払いの際に、懇親会参加用ネームホルダーをお渡しいたします。ご自身のネームカードをそのホルダーに入れ、ご着用ください。
- (2) 21日(土) 17:30 から会場入り口でも参加受付をいたします。
- (3) 懇親会は、懇親会参加用ネームホルダーをご着用の方以外はご遠慮願います。

14. 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。

15. 託児施設について

秋期大会ホームページをご確認ください。

<http://www.congre.co.jp/jsc54atm>

演者の方へ重要なお知らせ

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

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

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

各々の開示すべき事項についておよび自己申告が必要な金額は、日本臨床細胞学会ホームページ内の指針 (<http://jssc.or.jp/wp-content/uploads/2015/05/H250401sisin.pdf>) をご参照ください。

例1) 利益相反「あり」の場合

第54回日本臨床細胞学会秋期大会 COI開示	
筆頭演者名： _____	
今回の演題に関して開示すべきCOIは以下のとおりです。	
内容*	企業名等
役員・顧問職	A 製薬会社
講演料など	B 医療機器メーカー
原稿料など	C 出版社

例2) 利益相反「なし」の場合

第54回日本臨床細胞学会秋期大会 COI開示	
筆頭演者名： _____	
今回の演題に関して開示すべきCOIはありません。	

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

第54回 日本臨床細胞学会秋期大会 日程表

第1日目 2015年11月21日	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	12:40
第1会場 センチュリーホール (1号館 2F)			開 会 式	10:00～11:30 医療安全セミナー 医事紛争、事例から学ぶ解決策 —それぞれの立場から— 加藤 良夫、田邊 昇、麻生 利勝 座長：森谷 卓也、森井 英一		
第2会場 白鳥ホール (北) (4号館 1F)				10:20～11:20 要望講演3 臨床科学基盤としてのAcademic Research Organization (ARO)の確立と これからの臨床研究について 福島 雅典 座長：紀川 純三	11:50～12:40 ランチョンセミナー 1 共催：中外製薬株式会社 演者：谷田部 恭 座長：長谷川 好規	
第3会場 白鳥ホール (南) (4号館 1F)			10:00～10:40 教育講演1 AGCの見方 古田 玲子 座長：田畑 務	10:40～11:20 教育講演2 子宮内膜細胞診は なぜ難しいのか？ 上坊 敏子 座長：伊藤 富士子	11:50～12:40 ランチョンセミナー 2 共催：日本化薬株式会社 演者：大谷 博、松山 豪泰 座長：都築 豊徳	
第4会場 会議室431+432 (4号館 3F)				10:00～11:30 ワークショップ1 細胞診で濾胞癌の推定は可能か？ 中澤 匡男、樋口 親世子、田村 恵、鈴木 彩葉 座長：廣川 満良、亀山 香織		
第5会場 国際会議室 (3号館 3F)				10:00～11:40 国際フォーラム (Global Asia Forum) Karen Kar Loen Chan, Suresh Kumarasamy, Jong Sup Park, Tomomi Takata, Andrew Field コメンテーター：Annabelle Farnsworth 座長：榎本 隆之、宮城 悦子		
第6会場 レセプションホール (1号館 4F)				10:20～10:50 病理・細胞 診断セミナー 1 子宮頸部・扁平上皮系 座長：山下 博	11:00～11:30 病理・細胞 診断セミナー 2 子宮頸部・腺系 座長：森定 徹	
第7会場 会議室141+142 (1号館 4F)				10:00～10:50 スポンサーセミナー 1 共催：公益財団法人 科学技術交流財団 中西 速夫 座長：小寺 泰弘	10:50～11:30 スポンサーセミナー 2 共催：ホロジックジャパン株式会社 笹川 寿之 座長：藤井 多久磨	11:50～12:40 ランチョンセミナー 3 共催：大鵬薬品工業株式会社 演者：小寺 泰弘 座長：中村 栄男
第8会場 会議室224 (2号館 2F)				10:00～11:30 ワークショップ2 病理診断部門における環境対策 清水 秀樹、平澤 浩、塩竈 和也、梅澤 敬 座長：堤 寛、平澤 浩		11:50～12:40 ランチョンセミナー 4 共催：ロシュ・ダイアグノス ティックス株式会社 演者：小川 勝成、白波瀬 浩幸 座長：有廣 光司
第9会場 会議室222+223 (2号館 2F)				10:00～11:30 地域推薦演題1 乳腺・泌尿器 座長：小山 徹也、山城 勝重		11:50～12:40 ランチョンセミナー 5 共催：株式会社 あずか製薬メディカル 演者：大村 峯夫、蓮尾 泰之 座長：小林 忠男
第10会場 会議室234 (2号館 3F)	7:20～9:50	日本臨床細胞学会理事会				11:50～12:40 ランチョンセミナー 6 共催：富士フィルム メディカル株式会社 演者：赤星 和也 座長：大林 千穂
第11会場 ポスター会場 展示室211+212 (2号館 1F)				10:00～11:00		
第12会場 ポスター会場 会議室131+132 (1号館 3F)				ポスター貼付 (1日目)		
第13会場 ポスター会場 会議室133+134 (1号館 3F)						
機器展示会場 イベントホール (1号館 1F)				10:00～18:00 機器展示・細胞検査士会パネル展示・フォトコンテスト		

13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00			
13:00～14:00 要望講演1 日本専門医機構と 細胞診専門医制度 植田 政嗣 座長：佐々木 寛	14:00～15:00 要望講演2 iPS細胞作製技術を用いた がん研究 山田 泰広 座長：原 明	15:00～17:00 シンポジウム1 高精度X線撮影の理論と実用性 安藤 正海, 遠藤 登喜子, 森 健策, 百生 敦 座長：市原 周, 大林 千穂		17:00～18:00 特別講演1 日本酒の文化・よもやま話 —乾杯の今と昔— 馬場 信雄 座長：白石 泰三	18:00 入場開始 18:30～20:30 会員懇親会			
13:00～15:00 シンポジウム2 リンパ節・細胞診断の最近の進歩 土田 秀, 佐々木 陽介, 岸本 浩次, 加戸 伸明, 高橋 恵美子 座長：中村 直哉, 佐藤 康晴								
13:00～13:40 教育講演3 甲状腺癌取り扱い規約 —細胞診— 廣川 満良 座長：加藤 良平	13:40～14:20 教育講演4 肺癌の細胞診断 —検体の取り扱い方を中心に— 松林 純 座長：川本 雅司	14:20～15:00 教育講演5 卵巣がんの治療戦略 伊藤 潔 座長：宇田川 康博						
13:00～15:00 市民公開講座 I 子宮頸がんを苦しめないために 知ってほしいこと—原因と検診— 宮城 悦子, 笹川 寿之 座長：上坊 敏子	市民公開講座 II 健康に生きる —ゆるやかな糖質制限食の勧め— 灰本 元, 篠壁 多恵 座長：伊藤 雅文	15:20～16:00 教育講演6 MALTリンパ腫の細胞診 蒲 真行 座長：小島 勝	16:00～16:40 教育講演7 胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) の概念、特徴、そして問題点 内藤 善哉 座長：広岡 保明	16:40～17:20 教育講演8 細胞診用語解説集の 改定について 岡本 三四郎 座長：横井 豊治	17:20～18:00 教育講演9 アスベスト繊維による 中皮腫発生機構 豊岡 伸哉 座長：岡 輝明			
13:00～14:00 招請講演1 The 2014 Bethesda system for reporting cervical cytology Ritu Nayyar 座長：青木 大輔	14:05～15:05 招請講演2 The Bethesda System (TBS) for Reporting Thyroid Cytopathology Kim R. Geisinger 座長：坂本 穆彦	15:10～16:10 招請講演3 The Paris System for Reporting Urinary Cytology Eva M. Wojcik 座長：都築 豊徳	16:15～17:05 招請講演4 An algorithmic approach to the PNB diagnosis of lymph nodes based on pattern recognition and cell type assessment Andrew Field 座長：長村 義之	17:10～18:00 招請講演5 Microinvasive (Superficially Invasive) Carcinoma of the Uterine Cervix Steven G. Silverberg 座長：森谷 鈴子				
13:00～13:30 病理・細胞 診断セミナー3 子宮体部 座長：山下 依子	13:30～14:00 病理・細胞 診断セミナー4 卵巣 座長：渡邊 麗子	14:10～14:40 病理・細胞 診断セミナー5 口腔 座長：矢田 直美	14:40～15:10 病理・細胞 診断セミナー6 呼吸器・喀痰 座長：藤井 丈士	15:10～15:40 病理・細胞 診断セミナー7 呼吸器・FNA 座長：横瀬 智之	15:50～16:20 病理・細胞 診断セミナー8 唾液腺 座長：森永 正二郎	16:20～16:50 病理・細胞 診断セミナー9 消化器・胆汁膵液 座長：南口 早智子	16:50～17:20 病理・細胞 診断セミナー10 消化器・FNA 座長：三橋 智子	17:30～18:00 病理・細胞 診断セミナー11 感染症 座長：堤 寛
13:00～14:00 要望講演4 RETがん遺伝子研究から学ぶ 多様なヒト疾患の発症機構 高橋 雅英 座長：高橋 智	14:00～15:00 要望講演5 カビとキノコの世界 —macrofungiとmicrofungi— 河原 栄 座長：横山 繁生	15:00～16:30 バーチャルスライドセミナー 1 見なきゃ損するバーチャルスライド —ビットフォールにはまり込むな！ 座長：山田 鉄也, 瀬古 周子		16:30～18:00 バーチャルスライドセミナー 2 LBC甲状腺細胞診 座長：鈴木 彩葉, 今村 好章				
13:00～14:30 ワークショップ3 乳腺腫瘍の組織と細胞診 森谷 鈴子, 中井 登紀子, 西村 理恵子, 川崎 朋範 座長：山口 倫, 大森 昌子		14:30～16:00 ワークショップ4 子宮腫・頸部細胞診 ASC-USおよびASC-Hの追跡結果 岡 俊郎, 戴下 竜司, 棚田 諭, 鈴木 雅子 座長：大塚 重則, 畠山 重春		16:00～17:00 要望講演6 悪性リンパ腫アップデート 中村 栄男 座長：稲垣 宏	17:00～18:00 第55回秋期大会 プログラム委員会			
13:00～14:00 地域推薦演題2 子宮頸部1 座長：見玉 省二	14:00～15:00 地域推薦演題3 子宮頸部2 座長：八重樫 伸生	15:00～16:00 地域推薦演題4 子宮頸部3 座長：生水 真紀夫	16:00～17:00 地域推薦演題5 子宮体部 座長：渡邊 純	17:00～18:00 地域推薦演題6 体腔液 座長：北村 隆司				
13:00～15:00 シンポジウム3 泌尿器細胞診標本作製法の検討 佐藤 正和, 池本 理恵, 岡本 秀雄, 三浦 弘守, 平田 哲士 座長：今井 律子, 三村 明弘		15:00～16:00 要望講演7 口腔がんの細胞診 久山 佳代 座長：田沼 順一	16:00～18:00 シンポジウム4 臨床家が望む細胞診 杉山 徹, 徳田 雄治, 岩瀬 拓士, 今井 常夫, 広岡 範 座長：石原 明徳, 水口 國雄					
13:00～15:55 示説発表			15:55～17:00 ポスター撤去 (1日目)					
10:00～18:00 機器展示								

第54回 日本臨床細胞学会秋期大会 日程表

第2日目 2015年11月22日		8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	12:40
第1会場 センチュリーホール (1号館 2F)	8:00～9:30	ワークショップ5 細胞診におけるギムザ染色の有用性 ならびにpitfall 西 国広, 濱川 真治, 丸川 活司, 大倉 貢 座長: 西 国広, 島 榮		9:30～10:30	要望講演8 肺の新WHO分類(第4版)の要点 谷田部 恭 座長: 佐藤 之俊	10:30～11:00	会長講演 迅速穿刺吸引細胞診 —ROSEの役割— 越川 卓 座長: 柴田 偉雄
	第2会場 白鳥ホール(北) (4号館 1F)	8:00～9:00	要望講演10 上皮腫細胞診判定の国際基準 辻村 亨 座長: 亀井 敏昭		9:00～11:00 シンポジウム5 乳腺細胞診のDCIS —診断のための新たなアプローチ— 松澤 こず恵, 前田 一郎, 前田 ゆかり, 山本 陽一郎, 鹿股 直樹 座長: 土屋 眞一, 伊藤 仁		11:30～12:20
第3会場 白鳥ホール(南) (4号館 1F)	8:00～8:40	8:40～9:20	9:30～10:10	10:10～10:50	11:30～12:20	ランチョンセミナー8 共催: ノバルティスファーマ株式会社 演者: 脇岡 範 座長: 長村 義之	
	教育講演10 子宮頸部腫瘍の最近の考え方 —新WHO分類(2014)を読み解く— 三上 芳喜 座長: 加藤 久盛	教育講演11 婦人科腫瘍WHO2014の変更点 —子宮体部— 笹島 ゆう子 座長: 加来 恒壽	教育講演12 婦人科腫瘍WHO 2014の変更点 —絨毛性疾患— 福永 真治 座長: 井寛 一彦	教育講演13 婦人科腫瘍WHO 2014の変更点 —卵巣— 清川 貴子 座長: 水野 美香			
第4会場 会議室431+432 (4号館 3F)	8:00～10:00		10:00～11:00		11:30～12:20	ランチョンセミナー9 共催: 独立行政法人 環境再生保全機構 演者: 亀井 敏昭, 松本 慎二 座長: 前田 昭太郎	
	シンポジウム6 HPV検査時代の細胞診検査の果たす役割 丸山 健, 横山 正俊, 小松 京子, 吉田 朋美, 岩田 卓 座長: 宮城 悦子, 寺本 勝寛		要望講演12 がんにおけるマイクロRNAの役割 落谷 孝広 座長: 藤井 多久磨				
第5会場 国際会議室 (3号館 3F)	8:00～10:00		10:00～11:00				
	シンポジウム7 膵EUS-FNAIにおけるベツサイド診断 —私工夫— 蔵田 玲子, 米田 操, 大久保 文彦, 白波瀬 浩幸, 安達 友津 座長: 白石 泰三, 山雄 健次		要望講演13 いまさら聞けない子宮頸部 扁平上皮異常の細胞の見方 九島 巳樹 座長: 平井 康夫				
第6会場 レセプションホール (1号館 4F)	8:00～8:30	8:40～9:10	9:20～9:50	9:50～10:20	10:30～11:00		
	病理・細胞 診断セミナー12 乳腺 座長: 小塚 祐司	病理・細胞 診断セミナー13 甲状腺 座長: 寺畑 信太郎	病理・細胞 診断セミナー14 泌尿器・自然尿 座長: 大谷 博	病理・細胞 診断セミナー15 泌尿器・分腎尿 座長: 村田 晋一	病理・細胞 診断セミナー16 リンパ節 座長: 細根 勝		
第7会場 会議室141+142 (1号館 4F)	8:00～9:30		9:30～11:00		11:30～12:20	ランチョンセミナー10 共催: 日本ベクトル・ディベント株式会社 演者: 関根 浄治 座長: 久山 佳代	
	バーチャルスライドセミナー3 LBC婦人科細胞診 座長: 伊藤 誠, 坂本 寛文		バーチャルスライドセミナー4 LBC体腔液細胞診 座長: 岡 輝明, 辻村 亨				
第8会場 会議室224 (2号館 2F)	8:00～9:30		9:30～11:00		11:30～12:20	ランチョンセミナー11 共催: サクラファインテックジャパン株式会社 演者: 田中 洋輔, 佐藤 浩司 座長: 羽場 礼次	
	ヤングコミッティー ワークショップ LBC標準導入後の変化と工夫 龍 あゆみ, 加藤 麻衣, 高田 奈美, 上原 俊貴 座長: 藤山 淳三, 棚田 諭		ワークショップ8 子宮頸がん検診の精度管理 —細胞診, 採取器具, 標本作製— 植田 政嗣, 内藤 子米, 加藤 順子, 尾崎 聡 座長: 木口 一成, 小笠原 利忠				
第9会場 会議室222+223 (2号館 2F)	8:00～9:30		9:30～11:00				
	地域推薦演題7 呼吸器 座長: 大平 達夫, 野本 靖史		地域推薦演題8 技術・基礎 座長: 布引 治, 小西 登				
第10会場 会議室234 (2号館 3F)	8:00～9:00		9:00～11:00				
	要望講演15 細胞診分野における遺伝子検査 柴田 典子 座長: 羽場 礼次		シンポジウム10 唾液腺細胞診 —旧知の組織型の新知見, 新しい疾患概念, 臨床との関わり— 長尾 俊孝, 加藤 久幸, 河原 明彦, 吉田 真希, 樋口 佳代子 座長: 浦野 誠, 河原 明彦				
第11会場 ポスター会場 展示室211+212 (2号館 1F)	8:00～9:00		9:00～10:59				
第12会場 ポスター会場 会議室131+132 (1号館 3F)	ポスター貼付 (2日目)		示説発表				
第13会場 ポスター会場 会議室133+134 (1号館 3F)							
機器展示会場 イベントホール (1号館 1F)	8:00～16:40		機器展示				

13:00		14:00		15:00		16:00		17:00		18:00		18:30	
12:40～13:40 要望講演9 肺癌の診断と治療 up-to-date 山雄 健次 座長：中泉 明彦		13:40～14:40 特別講演2 チェルノブイリ原発事故から30年： 健康への影響と行政対応の現状 菅谷 昭 座長：黒田 誠		14:40～15:40 倫理委員会教育講演 人を対象とする医学系研究が 志すもの・求めるもの あるひとつの裁判例を手がかりに 小西 知世 座長：中村 直哉		15:40～16:40 細胞診専門医セミナー 金城 満, 佐々木 寛 座長：土屋 眞一		閉会					
12:40～14:40 スライドカンファレンス 座長：湊 宏, 今村 好章				14:40～16:40 細胞検査士会要望教育シンポジウム 細胞診の「ここまでは」「ここからは」のポイント 小松 京子, 三浦 弘之, 遠藤 浩之, 小村 和浩 座長：井下 尚子, 竹中 明美									
12:40～13:40 要望講演11 LBCにおける子宮内膜細胞診の 見方・考え方 則松 良明 座長：矢納 研二		13:40～15:10 ワークショップ6 記述式子宮内膜細胞診報告様式における 内膜異型細胞 (ATEC) の細胞像と臨床的取扱い 杉山 裕子, 近内 勝幸, 花田 梓, 豊田 進司, 山田 隆司 座長：杉山 裕子, 矢納 研二											
12:40～13:20 教育講演14 細胞診専門医試験の 現状と問題点 清水 禎彦 座長：齋藤 豪		13:20～14:50 ワークショップ7 細胞診と免疫染色 望月 紀英, 岡村 卓哉, 柳田 絵美衣, 郡司 昌治 座長：伊藤 仁, 鴨志田 伸吾											
12:40～14:40 シンポジウム8 肺癌細胞診断の実践 一組織型による治療戦略を決める時代を迎えて 高橋 利明, 横瀬 智之, 吉澤 明彦, 池田 徳彦, 尾関 順子 座長：高橋 利明, 谷田部 恭													
12:40～13:10 病理・細胞 診断セミナー17 体腔液・胸水 座長：溝口 良順	13:10～13:40 病理・細胞 診断セミナー18 体腔液・腹水 座長：山田 鉄也	13:40～14:10 病理・細胞 診断セミナー19 髄液・脳 座長：横尾 英明	14:10～14:40 病理・細胞 診断セミナー20 骨・軟部腫瘍 座長：小田 義直										
12:40～13:40 バーチャルスライドセミナー5 LBC尿細胞診 座長：金城 満, 平田 哲士		13:40～14:40 要望講演14 乳腺腫瘍のWHO分類と 取扱い規約分類の比較 市原 周 座長：黒住 昌史											
12:40～14:40 シンポジウム9 細胞診診療報酬の実態と今後の方向性 黒田 一, 稲山 嘉明, 小野崎 賢志, 岸川 正大, 松能 久雄 座長：佐々木 毅, 前田 昭太郎													
12:40～14:10 地域推薦演題9 消化器 座長：駄阿 勉, 若狭 朋子													
12:40～14:40 シンポジウム11 甲状腺細胞診『鑑別困難』を 発癌の分子メカニズムから考える 近藤 哲夫, 高野 徹, 亀山 香織, 中島 正洋, 菅間 博 座長：覚道 健一, 菅間 博													
示説発表		13:56～15:00 ポスター撤去 (2日目)											
8:00～16:40 機器展示													

第54回 日本臨床細胞学会秋期大会 一般演題(示説) 座長一覧

●ポスター 1 日目 (13:00 ~ 15:55)

		13:00	13:07	13:14	13:21	13:28	13:35	13:42	13:49	13:56	14:03	14:10	14:17	14:24
11月21日(土)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
第11会場 ポスター会場 展示室211+212 (2号館1F)	①	子宮頸部-01 近藤 英司 P-1-001 ~ 004			子宮頸部-02 寺本 典弘 P-1-005 ~ 008			子宮頸部-03 長谷川 清志 P-1-009 ~ 012						
	②	子宮頸部-07 片岡 史夫 P-1-025 ~ 028			子宮体部-01 入江 準二 P-1-029 ~ 031			子宮体部-02 小田 瑞恵 P-1-032 ~ 034		子宮体部-03 岡本 愛光 P-1-035 ~ 038				
	③	卵巣・その他-01 尾崎 敬 P-1-046 ~ 048		卵巣・その他-02 寒河江 悟 P-1-049 ~ 051		卵巣・その他-03 落合 和彦 P-1-052 ~ 054		呼吸器-01 石亀 廣樹 P-1-055 ~ 058						
	④	呼吸器-05 中谷 行雄 P-1-070 ~ 074			呼吸器-06 伊豫田 明 P-1-075 ~ 078			呼吸器-07 柴 光年 P-1-079 ~ 082						
	⑤	消化器一般-02 井村 穰二 P-1-095 ~ 098			消化器一般-03 杉谷 雅彦 P-1-099 ~ 102			消化器一般-04 鬼島 宏 P-1-103 ~ 105		消化器一般-05 鹿毛 政義 P-1-106 ~ 108				
第12会場 ポスター会場 会議室131+132 (1号館3F)	⑥	泌尿器-03 下釜 達朗 P-1-119 ~ 121		泌尿器-04 河内 茂人 P-1-122 ~ 125		泌尿器-05 川崎 隆 P-1-126 ~ 128		乳腺-01 桜井 孝規 P-1-129 ~ 132						
	⑦	乳腺-04 實原 正明 P-1-141 ~ 144		甲状腺-01 長沼 廣 P-1-145 ~ 148			甲状腺-02 小上 瑛也 P-1-149 ~ 152							
第13会場 ポスター会場 会議室133+134 (1号館3F)	⑧	体腔液-01 福田 利夫 P-1-164 ~ 166		体腔液-02 上野 喜三郎 P-1-167 ~ 169		体腔液-03 横山 宗伯 P-1-170 ~ 172		体腔液-04 棟方 哲 P-1-173 ~ 175						
	⑨	骨軟部・脳・頭頸部-01 伊藤 以知郎 P-1-183 ~ 186			骨軟部・脳・頭頸部-02 福島 万奈 P-1-187 ~ 190		骨軟部・脳・頭頸部-03 今井 裕 P-1-191 ~ 193		骨軟部・脳・頭頸部-04 元井 亨 P-1-194 ~ 196					
	⑩	技術・その他-01 三宅 康之 P-1-203 ~ 205		技術・その他-02 古旗 淳 P-1-206 ~ 208		技術・その他-03 金子 千之 P-1-209 ~ 211		わからん会 石井 保吉 P-1-212 ~ 214						

●ポスター 2 日目 (9:00 ~ 10:59)

		9:00	9:07	9:14	9:21	9:28	9:35	9:42	9:49	9:56	10:03	10:10	10:17	10:24
11月22日(日)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
第11会場 ポスター会場 展示室211+212 (2号館1F)	①	子宮頸部-08 高橋 健太郎 P-2-001 ~ 004			子宮頸部-09 梶原 博 P-2-005 ~ 007			子宮頸部-10 矢野 恵子 P-2-008 ~ 010		子宮頸部-11 松本 俊治 P-2-011 ~ 013				
	②	子宮頸部-13 小宮山 慎一 P-2-017 ~ 019		子宮頸部-14 安田 政実 P-2-020 ~ 022		子宮体部-06 角田 肇 P-2-023 ~ 026		子宮体部-07 石谷 健 P-2-027 ~ 030						
	③	卵巣・その他-04 松元 隆 P-2-034 ~ 037		卵巣・その他-05 吉見 直己 P-2-038 ~ 041			呼吸器-08 中山 富雄 P-2-042 ~ 045							
	④	呼吸器-10 臼田 実男 P-2-050 ~ 053		呼吸器-11 田中 良太 P-2-054 ~ 056		呼吸器-12 門田 球一 P-2-057 ~ 059		口腔・唾液腺-03 小川 郁子 P-2-060 ~ 063						
	⑤	消化器一般-07 西山 憲一 P-2-064 ~ 067		消化器一般-08 元井 紀子 P-2-068 ~ 070		消化器一般-09 片山 博徳 P-2-071 ~ 074		消化器一般-10 坂谷 貴司 P-2-075 ~ 077						
第12会場 ポスター会場 会議室131+132 (1号館3F)	⑥	泌尿器-06 神尾 多喜浩 P-2-081 ~ 084		泌尿器-07 長嶋 洋治 P-2-085 ~ 087		泌尿器-08 内田 克典 P-2-088 ~ 090		泌尿器-09 鷹橋 浩幸 P-2-091 ~ 093						
	⑦	乳腺-05 森木 利昭 P-2-097 ~ 100		乳腺-06 佐久間 貴彦 P-2-101 ~ 103		乳腺-07 柳田 裕美 P-2-104 ~ 107		甲状腺-04 大石 直輝 P-2-108 ~ 111						
第13会場 ポスター会場 会議室133+134 (1号館3F)	⑧	リンパ節・造血器-03 藤野 雅彦 P-2-112 ~ 115			リンパ節・造血器-04 田丸 淳一 P-2-116 ~ 119			体腔液-07 中山 淳 P-2-120 ~ 122		体腔液-08 夏目 園子 P-2-123 ~ 125				
	⑨	骨軟部・脳・頭頸部-07 岡部 英俊 P-2-129 ~ 131		骨軟部・脳・頭頸部-08 服部 学 P-2-132 ~ 134		骨軟部・脳・頭頸部-09 渡邊 和子 P-2-135 ~ 137		骨軟部・脳・頭頸部-10 若狭 研一 P-2-138 ~ 140						
	⑩	技術・その他-04 丸山 理留敬 P-2-144 ~ 146		技術・その他-05 津田 均 P-2-147 ~ 150		技術・その他-06 田村 浩一 P-2-151 ~ 155								

14:24 14:31 14:38 14:45 14:52 14:59 15:06 15:13 15:20 15:27 15:34 15:41 15:48 15:55

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
子宮頸部-04 柳井 広之 P-1-013 ~ 016				子宮頸部-05 南里 恵 P-1-017 ~ 020				子宮頸部-06 増田 しのぶ P-1-021 ~ 024					
子宮体部-04 鈴木 光明 P-1-039 ~ 041				子宮体部-05 岩成 治 P-1-042 ~ 045									
呼吸器-02 井上 健 P-1-059 ~ 062				呼吸器-03 河原 邦光 P-1-063 ~ 065				呼吸器-04 富田 裕彦 P-1-066 ~ 069					
口腔・唾液腺-01 岸野 万伸 P-1-083 ~ 086				口腔・唾液腺-02 永山 元彦 P-1-087 ~ 090				消化器一般-01 上田 善彦 P-1-091 ~ 094					
消化器一般-06 村田 哲也 P-1-109 ~ 111				泌尿器-01 井関 充及 P-1-112 ~ 115				泌尿器-02 大崎 博之 P-1-116 ~ 118					
乳腺-02 田代 敬 P-1-133 ~ 136				乳腺-03 弘井 誠 P-1-137 ~ 140									
甲状腺-03 是松 元子 P-1-153 ~ 155		リンパ節・造血器-01 磯部 宏昭 P-1-156 ~ 159				リンパ節・造血器-02 辻 求 P-1-160 ~ 163							
体腔液-05 松原 美幸 P-1-176 ~ 178		体腔液-06 清水 道生 P-1-179 ~ 182											
骨軟部・脳・頭頸部-05 田中 陽一 P-1-197 ~ 199				骨軟部・脳・頭頸部-06 澁谷 誠 P-1-200 ~ 202									

●ポスター 2 日目 (13:00 ~ 13:56)

10:24 10:31 10:38 10:45 10:52 10:59

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

13	14	15	16	17		23	24	25	26	27	28	29	30		
子宮頸部-12 嵯峨 泰 P-2-014 ~ 016								子宮頸部-15 進 伸幸 P-2-156 ~ 159				子宮頸部-16 土居 大祐 P-2-160 ~ 162			
子宮体部-08 的田 眞紀 P-2-031 ~ 033								子宮体部-09 久白 兼行 P-2-163 ~ 166				子宮体部-10 板持 広明 P-2-167 ~ 169			
呼吸器-09 本間 慶一 P-2-046 ~ 049								呼吸器-13 薄田 勝男 P-2-170 ~ 173				呼吸器-14 大崎 能伸 P-2-174 ~ 177			
								口腔・唾液腺-04 山元 英崇 P-2-178 ~ 181				口腔・唾液腺-05 稲田 健一 P-2-182 ~ 185			
				消化器一般-11 能登原 憲司 P-2-078 ~ 080				消化器一般-12 上原 剛 P-2-186 ~ 188				泌尿器-11 関田 信之 P-2-189 ~ 192			
				泌尿器-10 弓納持 勉 P-2-094 ~ 096				乳腺-08 太田 浩良 P-2-193 ~ 196				乳腺-09 正和 信英 P-2-197 ~ 199			
								甲状腺-05 林 俊哲 P-2-200 ~ 202				甲状腺-06 笹野 公伸 P-2-203 ~ 205			
				体腔液-09 長坂 徹郎 P-2-126 ~ 128				体腔液-10 根本 則道 P-2-206 ~ 208				体腔液-11 廣島 健三 P-2-209 ~ 212			
骨軟部・脳・頭頸部-11 新宅 雅幸 P-2-141 ~ 143								骨軟部・脳・頭頸部-12 渡邊 みか P-2-213 ~ 215							

第54回 日本臨床細胞学会秋期大会 市民公開講座

11月21日（土） 13：00～15：00 第4会場（4号館3F 会議室431+432）

座長：上坊敏子（独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院婦人科腫瘍センター）

I 子宮頸がんで苦しまないために知ってほしいこと—原因と検診—

横浜市立大学附属病院産婦人科 宮城悦子

金沢医科大学産科婦人科学 笹川寿之

座長：伊藤雅文（名古屋第一赤十字病院病理部）

II 健康に生きる—ゆるやかな糖質制限食の勧め—

NPO 法人日本ローカーボ食研究会 灰本 元

名古屋大学大学院医学系研究科予防医学 篠壁多恵

細胞検査士会パネル展示 ——子宮頸がん検診の啓発・調査活動——

11月21日(土)・22日(日) 機器展示会場(1号館1F イベントホール 休憩スペースに併設)

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

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

今回のパネル展示では啓発活動の様子や全都道府県で新たに実施したアンケートの集計結果を展示します。この集計結果から、地域により啓発活動の内容が異なり、活動内容に格差があることが判明しました。また、啓発活動に関する各都道府県からの様々な問題も見えてきました。学会にご参加の皆様にはパネル展示場にお越しいただき、啓発活動の在り方や問題点を共有していただけたらと考えております。

最後に、今回のパネル展示に際し、ご理解とご協力を賜りました第54回日本臨床細胞学会秋期大会 越川 卓 会長に深謝致します。

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

細胞診専門医会会員へのお知らせ

平成 25 年度より細胞診専門医会は年 1 回春期大会時に開催されることになりましたが、秋期大会ではそれに代わるものとして細胞診専門医セミナーを開催することになりました。これは細胞診専門医会と同様に資格更新クレジットとして 30 単位が付与されます。

一方、平成 26 年度より細胞診専門医養成を目的とした新たな教育研修制度が始まりました。この制度では、教育研修認定施設において、修練医に対し臨床細胞学研修ガイドラインに則った研修カリキュラムの指導を行う教育研修指導医の認定と資格更新を行います。今後、教育研修指導医には教育研修指導医講習会の受講が義務付けられます。

本秋期大会で開催される細胞診専門医セミナーは教育研修指導医講習会を兼ねております。当日会場配布される「受講カード」に必要事項をご記入いただき、会場で回収させていただくことで事務局が出席確認いたします。この受講記録は、新教育研修制度における教育研修指導医の認定と資格更新に必要となります。多くの細胞診専門医のご参加をお願いいたします。

なお、細胞診専門医研修指定講座は従来通り行い、資格更新クレジットとして 15 単位が付与されます。講座終了時に聴講証明書を配布いたします。

1. 細胞診専門医セミナー（教育研修指導医講習会を兼ねる）

日 時：11 月 22 日（日）15：40～16：40

会 場：第 1 会場（名古屋国際会議場、センチュリーホール）

座 長：土屋 眞一（社会医療法人栗山会飯田病院）

演題 1：尿細胞診の新報告様式について

金城 満（社会医療法人製鉄記念八幡病院）

演題 2：日本専門医機構の最近の動向について

佐々木 寛（千葉徳州会病院婦人科）

2. 細胞診専門医研修指定講座

1. 医療安全セミナー「医事紛争、事例から学ぶ解決策—それぞれの立場から—」

日 時：11 月 21 日（土）10：00～11：30

会 場：第 1 会場（名古屋国際会議場、センチュリーホール）

座 長：森谷 卓也（川崎医科大学病理学 2）

森井 英一（大阪大学大学院医学研究科病態病理学）

演 者：加藤 良夫（栄法律事務所）

田邊 昇（中村・平井・田邊法律事務所）

麻生 利勝（麻生総合法律事務所）

2. 要望講演「日本専門医機構と細胞診専門医制度」

日 時：11 月 21 日（土）13：00～14：00

会 場：第 1 会場（名古屋国際会議場、センチュリーホール）

座 長：佐々木 寛（千葉徳州会病院婦人科）

演 者：植田 政嗣（大阪がん循環器病予防センター 婦人科検診部）

3. 倫理委員会教育講演「人を対象とする医学系研究が志すもの・求めるもの—あるひとつの裁判例を手がかりに—」

日 時：11 月 22 日（日）14：40～15：40

会 場：第 1 会場（名古屋国際会議場、センチュリーホール）

座 長：中村 直哉（東海大学医学部基盤診療学系病理診断学）

演 者：小西 知世（明治大学 法学部）

細胞診専門医会会長 土屋 眞一
細胞診専門医委員会委員長 齋藤 豪
第 54 回日本臨床細胞学会秋期大会会長 越川 卓

第54回日本臨床細胞学会秋期大会 プログラム委員／運営委員

会長	越川 卓 (愛知県立大学看護学部)
副会長	白石 泰三 (三重大学医学系研究科腫瘍病理学講座)
	中村 栄男 (名古屋大学医学部附属病院病理部)
	横井 豊治 (名古屋掖済会病院病理診断科)
プログラム委員長	都築 豊徳 (名古屋第二赤十字病院病理診断科)
プログラム副委員長	谷田部 恭 (愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部)
運営委員長	伊藤 雅文 (名古屋第一赤十字病院病理部)
運営副委員長	市原 周 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科)
	長坂 徹郎 (名古屋大学医学部保健学科検査技術科学専攻病因病態検査学講座)
渉外委員長	藤井多久磨 (藤田保健衛生大学医学部産婦人科)
事務局長	所 嘉朗 (愛知県がんセンター中央病院臨床検査部)
顧問	黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科)
	小塚 正雄 (小塚内科クリニック)
	佐竹 立成 (名古屋掖済会病院病理診断科)
	社本 幹博 (八千代病院中央検査部)

■プログラムコア委員 (敬称略・50音順)

市原 周 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科)	高橋恵美子 (愛知医科大学病院病理部)
伊藤 雅文 (名古屋第一赤十字病院病理部)	堤 寛 (藤田保健衛生大学医学部病理学 I)
今井 裕 (三重大学医学部附属病院病理部)	長坂 徹郎 (名古屋大学医学部保健学科検査技術科学専攻病因病態検査学講座)
今井 律子 (西知多医療厚生組合東海市市民病院中央臨床検査科)	藤井多久磨 (藤田保健衛生大学病院産婦人科)
浦野 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科)	矢納 研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科)
金子 千之 (藤田保健衛生大学医療科学部臨床細胞病理学教室)	山雄 健次 (愛知県がんセンター中央病院消化器内科)
黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科)	山田 鉄也 (社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター)
小塚 祐司 (三重大学医学部附属病院病理部)	米田 操 (鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科臨床検査コース)

■プログラム委員 (敬称略・50音順)

青木 大輔 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)	稲山 嘉明 (横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科病理部)
池田 徳彦 (東京医科大学外科学第一講座)	井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)
石井 保吉 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科)	井村 穰二 (富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座)
石亀 廣樹 (JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科)	岩成 治 (島根県立中央病院産婦人科)
石谷 健 (東京女子医科大学産婦人科)	植田 政嗣 (公益財団法人大阪府保健医療財団大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)
板持 広明 (岩手医科大学医学部産婦人科学講座)	上田 善彦 (獨協医科大学越谷病院病理診断科)
伊藤 仁 (東海大学医学部附属病院病理検査技術科)	上野喜三郎 ((株)東京セントラルパソロジーラボラトリー検査部)

- 宇津木久仁子 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)
 大平 達夫 (東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野)
 岡 輝明 (公立学校共済組合関東中央病院臨床検査科・病理科)
 小笠原利忠 (特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)
 岡本 愛光 (東京慈恵会医科大学産婦人科)
 尾崎 敬 (紀南病院中央臨床検査部)
 小田 瑞恵 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科)
 落合 和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科)
 小山 徹也 (群馬大学大学院病理診断学・病理診断科)
 加来 恒壽 (九州大学大学院医学研究院保健学部門)
 覚道 健一 (近畿大学医学部奈良病院病理部)
 片岡 史夫 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
 片山 博徳 (日本医科大学付属多摩永山病院病理部)
 加藤 久盛 (神奈川県立がんセンター婦人科)
 加藤 良平 (山梨大学大学院医学工学総合研究部・人体病理学講座)
 亀井 敏昭 (PCL 福岡病理・細胞診センター)
 河原 栄 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
 河原 邦光 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科)
 川本 雅司 (帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)
 紀川 純三 (松江市立病院)
 北村 隆司 (昭和大学横浜市北部病院病理部)
 清川 貴子 (東京慈恵会医科大学病理学講座)
 九島 巳樹 (昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科)
 久布白兼行 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)
 黒住 昌史 (埼玉県立がんセンター病理診断科)
 黒田 一 (国際医療福祉大学病院病理診断科)
 小島 勝 (獨協医科大学形態病理)
 児玉 省二 (医療法人恒仁会新潟南病院)
 小林 裕明 (鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学)
 小松 京子 (公益財団法人がん研究会有明病院臨床病理センター)
 是松 元子 ((株)LSI メディエンス)
 今野 良 (自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科)
 齋藤 豪 (北海道公立大学法人札幌医科大学産婦人科学講座)
 嵯峨 泰 (自治医科大学附属病院婦人科)
 寒河江 悟 (札幌西孝仁会クリニック婦人科腫瘍)
 桜井 孝規 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
- 櫻木 範明 (北海道大学大学院医学研究科生殖・発達医学講座生殖内分泌腫瘍学分野)
 笹川 基 (新潟県立がんセンター新潟病院婦人科)
 佐々木 寛 (千葉徳州会病院婦人科)
 佐藤 之俊 (北里大学医学部呼吸器外科学)
 柴 光年 (国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科)
 渋谷 潔 (国保松戸市立病院呼吸器外科)
 清水 恵子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)
 清水 健 (JCHO 埼玉メディカルセンター病理診断科)
 清水 道生 (博慈会記念総合病院病理診断センター)
 清水 禎彦 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科)
 生水真紀夫 (千葉大学大学院医学研究院生殖医学)
 杉谷 雅彦 (日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野)
 杉山 裕子 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)
 鈴木 光明 (新百合ヶ丘総合病院)
 進 伸幸 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)
 関根 浄治 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)
 高橋健太郎 (滋賀医科大学医学部地域周産期医療学講座)
 竹島 信宏 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)
 竹中 明美 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センター臨床検査科細胞診)
 竹原 和宏 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科)
 田中 陽一 (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)
 田畑 務 (三重大学医学部産婦人科学教室)
 田丸 淳一 (埼玉医科大学総合医療センター病理部)
 田村 浩一 (東京通信病院病理診断科)
 辻村 亨 (兵庫医科大学病理学(分子病理部門))
 辻 求 (大阪医科大学附属病院病理部)
 津田 均 (防衛医科大学校病態病理学教室)
 土屋 眞一 (社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)
 角田 肇 (NTT 東日本関東病院産婦人科)
 寺本 勝寛 (地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院産婦人科)
 土居 大祐 (日本医科大学武蔵小杉病院女性診療科・産科)
 冨田 裕彦 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センター病理・細胞診断科)
 豊田 進司 (地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医療センター産婦人科)
 内藤 善哉 (日本医科大学統御機構診断病理学)
 中泉 明彦 (創価大学看護学部)
 中谷 行雄 (千葉大学大学院医学研究院診断病理学)
 中村 直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)

- 中山 淳 (信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室)
- 中山 富雄 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センターがん予防情報センター疫学予防課)
- 布引 治 (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)
- 根本 則道 (日本大学医学部総合医学研究所)
- 則松 良明 (愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座)
- 長谷川清志 (獨協医科大学産婦人科)
- 畠 榮 (川崎医科大学附属川崎病院病理部)
- 畠山 重春 ((有)サイパソリサーチセンター)
- 服部 学 (北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室)
- 羽場 礼次 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)
- 濱川 真治 (公立昭和病院臨床検査科)
- 平井 康夫 (東京女子医科大学産婦人科)
- 廣井 禎之 (防衛医科大学校臨床検査医学講座)
- 広岡 保明 (鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座)
- 廣川 満良 (医療法人神甲会隈病院病理診断科)
- 廣島 健三 (東京女子医科大学附属八千代医療センター病理診断科)
- 福田 利夫 (群馬大学大学院保健学研究科)
- 福永 真治 (東京慈恵会医科大学附属第三病院病院病理部)
- 藤原 潔 (兵庫県立がんセンター婦人科)
- 古田 則行 (公益財団法人がん研有明病院付設細胞検査士養成所臨床病理センター細胞診断部サルコマセンター)
- 古旗 淳 (順天堂大学大学院医学研究科形態解析イメージング研究室)
- 細根 勝 (日本医科大学付属多摩永山病院病理部)
- 本間 慶一 (新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科)
- 前田 一郎 (聖マリアンナ医科大学病理学教室)
- 正和 信英 (獨協医科大学病理学(形態))
- 増田しのぶ (日本大学医学部病態病理学系腫瘍病理学分野)
- 松林 純 (東京医科大学人体病理学分野)
- 松原 美幸 (日本医科大学付属病院病理部)
- 松元 隆 (愛媛大学大学院医学系研究科病因・病態領域産科婦人科学)
- 三浦 弘之 (東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科)
- 三上 芳喜 (熊本大学医学部附属病院病理部)
- 湊 宏 (金沢医科大学臨床病理学)
- 南口早智子 (京都大学医学部附属病院病理診断科)
- 三宅 康之 (学校法人加計学園倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)
- 棟方 哲 (地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター)
- 村田 晋一 (和歌山県立医科大学人体病理学教室)
- 村田 哲也 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科)
- 室谷 哲弥 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科)
- 元井 紀子 (国立がん研究センター中央病院病理)
- 森井 英一 (大阪大学大学院医学系研究科病態病理学・病理部)
- 森谷 卓也 (川崎医科大学病理学2)
- 八重樫伸生 (東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野)
- 安田 政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)
- 柳井 広之 (岡山大学医学部病理診断科)
- 山下 博 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科)
- 山田 隆司 (大阪医科大学病理学教室)
- 横山 繁生 (大分大学医学部診断病理学講座)
- 横山 宗伯 (東京警察病院病理診断科)
- 吉見 直己 (琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座)
- 米山 剛一 (日本医科大学付属病院女性診療科・産科)
- 若狭 研一 (医療法人藤井会石切生喜病院)
- 若狭 朋子 (近畿大学医学部奈良病院臨床検査部)
- 鷲谷 清忠 ((株)秋田病理組織細胞診研究センター)
- 渡邊 純 (弘前大学医学部保健学科)

■運営委員 (敬称略・50音順)

- 伊藤富士子 (国際セントラルクリニック婦人科)
- 今井 裕 (三重大学医学部附属病院病理部)
- 今井 律子 (西知多医療厚生組合東海市民病院中央臨床検査科)
- 浦野 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科)
- 奥田 清司 (大垣市民病院臨床検査部)
- 奥田 容山 (みたき総合病院検査室)
- 金子 千之 (藤田保健衛生大学医療科学部臨床細胞病理学教室)
- 小塚 祐司 (三重大学医学部附属病院病理部)
- 坂本 寛文 ((株)東海細胞研究所)
- 佐藤 初代 (豊川市民病院臨床検査科)
- 佐藤 允則 (愛知医科大学病院病理部)
- 鈴木 康彦 (公立陶生病院病理診断科)

- | | | | |
|-------|-------------------------|-------|-------------------------------|
| 瀬古 周子 | (名古屋第二赤十字病院臨床検査科) | 谷田部 恭 | (愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部) |
| 高橋恵美子 | (愛知医科大学病院病理部) | 矢納 研二 | (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科) |
| 田畑 務 | (三重大学医学部附属病院婦人科) | 山雄 健次 | (愛知県がんセンター中央病院消化器内科部) |
| 都築 豊徳 | (名古屋第二赤十字病院病理診断科) | 山際 三郎 | (中濃厚生病院産婦人科) |
| 堤 寛 | (藤田保健衛生大学医学部病理学 I) | 山田 鉄也 | (社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター) |
| 所 嘉朗 | (愛知県がんセンター中央病院臨床検査部) | 米田 操 | (鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科臨床検査コース) |
| 藤井多久磨 | (藤田保健衛生大学医学部産婦人科) | 渡邊 和子 | (岐阜県立多治見病院病理科) |
| 藤田 良浩 | (三重大学医学部附属病院病理部) | | |
| 水野 義己 | (愛知医科大学病院病理部) | | |
| 村田 哲也 | (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院中央検査科) | | |

第 54 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21日（土） 17：00～18：00 第1会場（1号館2F センチュリーホール）
座長：白石泰三（三重大学医学系研究科腫瘍病理学講座）
日本酒の文化・よもやま話—乾杯の今と昔—
中壘酒造株式会社 顧問 馬場信雄

特別講演 2 11月22日（日） 13：40～14：40 第1会場（1号館2F センチュリーホール）
座長：黒田 誠（藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I）
チェルノブイリ原発事故から30年：健康への影響と行政対応の現状
松本市長 菅谷 昭

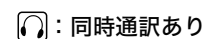
招請講演

：同時通訳あり

 招請講演 1 11月21日（土） 13：00～14：00 第5会場（3号館3F 国際会議室）
座長：青木大輔（慶應義塾大学医学部産婦人科学教室）
The 2014 Bethesda system for reporting cervical cytology
Northwestern University, Feinberg School of Medicine, USA Ritu Nayar

 招請講演 2 11月21日（土） 14：05～15：05 第5会場（3号館3F 国際会議室）
座長：坂本穆彦（大森赤十字病院顧問・検査部）
The Bethesda System (TBS) for Reporting Thyroid Cytopathology
University of Mississippi Medical Center, USA Kim R. Geisinger

 招請講演 3 11月21日（土） 15：10～16：10 第5会場（3号館3F 国際会議室）
座長：都築豊徳（名古屋第二赤十字病院病理診断科）
The Paris System for Reporting Urinary Cytology
Loyola University Medical Center, USA Eva M. Wojcik



: 同時通訳あり

招請講演 4 11月21日(土) 16:15~17:05 第5会場(3号館3F 国際会議室)
座長:長村義之(国際医療福祉大学病理診断センター)
An algorithmic approach to the FNB diagnosis of lymph nodes based on pattern recognition and cell type assessment
Notre Dame University Medical School, St Vincent's Hospital, Australia Andrew Field

招請講演 5 11月21日(土) 17:10~18:00 第5会場(3号館3F 国際会議室)
座長:森谷鈴子(滋賀医科大学附属病院病理部)
Microinvasive (Superficially Invasive) Carcinoma of the Uterine Cervix
University of Maryland, USA Steven G. Silverberg

会長講演

11月22日(日) 10:30~11:00 第1会場(1号館2F センチュリーホール)
座長:柴田偉雄(社会福祉法人聖霊会聖霊病院中央検査部)
迅速穿刺吸引細胞診—ROSEの役割—
愛知県立大学看護学部 越川 卓

要望講演

要望講演 1 11月21日(土) 13:00~14:00 第1会場(1号館2F センチュリーホール)
座長:佐々木寛(千葉徳州会病院婦人科)
日本専門医機構と細胞診専門医制度
大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部¹⁾, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²⁾,
京都府立医科大学産婦人科³⁾, 赤穂市民病院産婦人科⁴⁾, 誠仁会大久保病院婦人科⁵⁾
○植田政嗣¹⁾, 明瀬光里¹⁾, 出馬晋二¹⁾, 鳥居貴代¹⁾, 岡本吉明¹⁾, 田中一郎¹⁾,
布引 治²⁾, 明石京子³⁾, 東田太郎⁴⁾, 小笠原利忠⁵⁾, 野田 定¹⁾

要望講演 2 11月21日(土) 14:00~15:00 第1会場(1号館2F センチュリーホール)
座長:原 明(岐阜大学医学部腫瘍病理学)
iPS 細胞作製技術を用いたがん研究
京都大学 iPS 細胞研究所 山田泰広

- 要望講演 3** 11月21日(土) 10:20~11:20 第2会場(4号館1F 白鳥ホール(北))
座長: 紀川純三(松江市立病院)
臨床科学基盤としての Academic Research Organization (ARO)の確立とこれからの臨床研究について
(公財) 先端医療振興財団臨床研究情報センター¹⁾, 京都大学名誉教授²⁾ 福島雅典^{1,2)}
- 要望講演 4** 11月21日(土) 13:00~14:00 第7会場(1号館4F 会議室141+142)
座長: 高橋 智(名古屋市立大学大学院医学研究科実験病態病理学)
RET がん遺伝子研究から学ぶ多様なヒト疾患の発症機構
名古屋大学大学院医学系研究科分子病理 高橋雅英
- 要望講演 5** 11月21日(土) 14:00~15:00 第7会場(1号館4F 会議室141+142)
座長: 横山繁生(大分大学医学部診断病理学講座)
カビとキノコの世界—macrofungi と microfungi
金沢大学医薬保健学系病態検査学講座 河原 栄
- 要望講演 6** 11月21日(土) 16:00~17:00 第8会場(2号館2F 会議室224)
座長: 稲垣 宏(名古屋市立大学大学院医学研究科臨床病態病理学)
悪性リンパ腫アップデート
名古屋大学医学部附属病院病理部 中村栄男
- 要望講演 7** 11月21日(土) 15:00~16:00 第10会場(2号館3F 会議室234)
座長: 田沼順一(朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野)
口腔がんの細胞診
日本大学松戸歯学部口腔病理学講座¹⁾, 日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科²⁾,
千葉西総合病院臨床検査科³⁾
○久山佳代^{1,2)}, 松本 敬²⁾, 宇都宮忠彦^{1,2)}, 末光正昌^{1,2)}, 森川美雪¹⁾, 二谷悦子²⁾,
浮ヶ谷匡恭³⁾, 岩堀朋美³⁾, 神林な奈絵³⁾, 斎藤隆明³⁾, 大村光浩³⁾
- 要望講演 8** 11月22日(日) 9:30~10:30 第1会場(1号館2F センチュリーホール)
座長: 佐藤之俊(北里大学医学部呼吸器外科学)
肺の新 WHO 分類(第4版)の要点
愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部 谷田部恭
- 要望講演 9** 11月22日(日) 12:40~13:40 第1会場(1号館2F センチュリーホール)
座長: 中泉明彦(創価大学看護学部)
肝癌の診断と治療 up-to-date
愛知県がんセンター中央病院消化器内科 山雄健次
- 要望講演 10** 11月22日(日) 8:00~9:00 第2会場(4号館1F 白鳥ホール(北))
座長: 亀井敏昭(PCL 福岡病理細胞診センター)
中皮腫細胞診判定の国際基準
兵庫医科大学病理学分子病理部門 辻村 亨

要望講演 11 11月22日(日) 12:40~13:40 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 矢納研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科)

LBCにおける子宮内膜細胞診の見方・考え方

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座 則松良明

要望講演 12 11月22日(日) 10:00~11:00 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)
座長: 藤井多久磨 (藤田保健衛生大学病院産婦人科)

がんにおけるマイクロRNAの役割

国立がん研究センター研究所分子細胞治療研究分野 落谷孝広

要望講演 13 11月22日(日) 10:00~11:00 第5会場(3号館3F 国際会議室)
座長: 平井康夫 (東京女子医科大学産婦人科学講座)

いまさら聞けない子宮頸部扁平上皮異常の細胞の見方

昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科 九島巳樹

要望講演 14 11月22日(日) 13:40~14:40 第7会場(1号館4F 会議室 141+142)
座長: 黒住昌史 (埼玉県立がんセンター病理診断科)

乳腺腫瘍のWHO分類と取扱い規約分類の比較

名古屋医療センター病理診断科 市原 周

要望講演 15 11月22日(日) 8:00~9:00 第10会場(2号館3F 会議室 234)
座長: 羽場礼次 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

細胞診分野における遺伝子検査

愛知県がんセンター中央病院臨床検査部遺伝子病理検査科¹⁾,
愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部²⁾ ○柴田典子¹⁾, 尾関順子¹⁾, 谷田部恭²⁾

教育講演

教育講演 1 11月21日(土) 10:00~10:40 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 田畑 務 (三重大学医学部附属病院婦人科)

AGCの見方

がん研究会・がん研究所・病理部 古田玲子

教育講演 2 11月21日(土) 10:40~11:20 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 伊藤富士子 (愛知県婦人科細胞研究所/国際セントラルクリニック婦人科)

子宮内膜細胞診はなぜ難しいのか?

独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院婦人科 上坊敏子

- 教育講演 3** 11月21日(土) 13:00~13:40 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 加藤良平(山梨大学大学院医学工学総合研究部人体病理学講座)
甲状腺癌取扱い規約—細胞診
医療法人神甲会隈病院病理診断科 廣川満良
- 教育講演 4** 11月21日(土) 13:40~14:20 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 川本雅司(帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科)
肺癌の細胞診断—検体の取り扱い方を中心に—
東京医科大学医学部人体病理学分野¹⁾, 東京医科大学病院病理診断科²⁾ 松林 純^{1,2)}
- 教育講演 5** 11月21日(土) 14:20~15:00 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 宇田川康博(獨協医科大学)
卵巣がんの治療戦略
東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野¹⁾, 東北大学大学院医学系研究科災害産婦人科学分野²⁾
伊藤 潔^{1,2)}
- 教育講演 6** 11月21日(土) 15:20~16:00 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)
座長: 小島 勝(獨協医科大学医学部病理学(形態))
MALT リンパ腫の細胞診
群馬パーパス大学保健科学部 蒲 貞行
- 教育講演 7** 11月21日(土) 16:00~16:40 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)
座長: 広岡保明(鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座)
胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)の概念, 特徴, そして問題点
日本医科大学統御機構診断病理学 内藤善哉
- 教育講演 8** 11月21日(土) 16:40~17:20 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)
座長: 横井豊治(名古屋掖済会病院病理診断科)
細胞診用語解説集の改定について
がん研有明病院婦人科 ○岡本三四郎, 竹島信宏
- 教育講演 9** 11月21日(土) 17:20~18:00 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)
座長: 岡 輝明(公立学校共済組合関東中央病院病理科)
アスベスト繊維による中皮腫発生機構
名古屋大学大学院医学系研究科生体反応病理学・分子病理診断学 豊國伸哉
- 教育講演 10** 11月22日(日) 8:00~8:40 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 加藤久盛(神奈川県立がんセンター婦人科)
子宮頸部腫瘍の最近の考え方—新WHO分類(2014)を読み解く
熊本大学医学部附属病院病理診断科 三上芳喜

教育講演 11 11月22日(日) 8:40~9:20 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 加来恒壽(九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野)
婦人科腫瘍 WHO 2014 の変更点—子宮体部
帝京大学医学部病院病理部 笹島ゆう子

教育講演 12 11月22日(日) 9:30~10:10 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 井篁一彦(和歌山県立医科大学産科婦人科)
婦人科腫瘍 WHO 2014 の変更点—絨毛性疾患
新百合ヶ丘総合病院病理診断科 福永真治

教育講演 13 11月22日(日) 10:10~10:50 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))
座長: 水野美香(愛知県がんセンター中央病院婦人科部)
婦人科腫瘍 WHO 2014 の変更点—卵巣
東京慈恵会医科大学附属病院病理部 清川貴子

教育講演 14 11月22日(日) 12:40~13:20 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)
座長: 齋藤 豪(札幌医科大学医学部産婦人科学講座)
細胞診専門医試験の現状と問題点
埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科 清水禎彦

倫理委員会教育講演

11月22日(日) 14:40~15:40 第1会場(1号館2F センチュリーホール)
座長: 中村直哉(東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)
人を対象とする医学系研究が志すもの・求めるもの—あるひとつの裁判例を手がかりに—
明治大学法学部 小西知世

シンポジウム

シンポジウム 1 11月21日(土) 15:00~17:00 第1会場 (1号館 2F センチュリーホール)

座長: 市原 周 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科)
大林千穂 (奈良県立医科大学病理診断学講座)

高精度 X 線撮影の理論と実用性

- S1-1 病理検査への応用を指向する X 線暗視野法光学系開発
東京理科大学総合研究院¹, 国立病院機構名古屋医療センター病理診断科², 山形大学大学院理工学研究科³, 群馬大学理工学府電子情報部門⁴, 名古屋大学情報連携統括本部・情報戦略室大学院情報科学研究科⁵, 九州工業大学大学院工学研究科⁶, MGH 病院ハーバード大学医学部先端 X 線像科学センター⁷, 浦項加速器研究所産業技術コンバージェンスセンター⁸, テグカトリック大学医学部⁹, 高エネルギー加速器研究機構放射光研究施設¹⁰
○安藤正海¹, 市原 周², 湯浅哲也², 砂口尚輝⁴, 森 健策⁵, 鈴木芳文⁶, 金 歌⁶, Rajiv Gupta⁷, Lim Jae-Hong⁸, 金 鍾基⁹, Kim HongTae⁹, 兵藤一行¹⁰
- S1-2 位相型高感度 X 線撮影による乳癌画像の解析
国立病院機構東名古屋病院放射線科¹, 国立病院機構名古屋医療センター放射線科², 国立病院機構名古屋医療センター乳腺科³, 国立病院機構名古屋医療センター乳腺外科⁴, 国立病院機構研究検査科病理⁵, コニカミノルタ株式会社ヘルスケア事業本部⁶
○遠藤登喜子^{1,2}, 大岩幹直², 森田孝子³, 佐藤康幸⁴, 市原 周⁵, 清原淳子⁶, 長束澄也⁶
- S1-3 高精度 X 線画像と画像処理が拓くマイクロ解剖構造解析
名古屋大学情報連携統括本部¹, 名古屋大学大学院情報科学研究科²
○森 健策^{1,2}
- S1-4 X 線位相イメージングの開発—一曲がる X 線をとらえる高感度撮影—
東北大学多元物質科学研究所¹, JST-ERATO², 高輝度光科学研究センター³
○百生 敦^{1,2,3}

シンポジウム 2 11月21日(土) 13:00~15:00 第2会場 (4号館 1F 白鳥ホール(北))

座長: 中村直哉 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)
佐藤康晴 (岡山大学大学院保健学研究科検査技術科学分野)

リンパ節・細胞診断の最近の進歩

- S2-1 類上皮細胞の出現するリンパ増殖性疾患
群馬県立がんセンター検査科¹, 獨協医科大学形態病理²
○土田 秀¹, 小島 勝²
- S2-2 リンパ節病変の細胞診における濾胞樹状細胞の診断的意義の検討
昭和大学医学部臨床病理診断学講座
○佐々木陽介, 塩沢英輔
- S2-3 悪性リンパ腫と転移性腫瘍との鑑別所見について
昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科¹, 昭和大学横浜市北部病院病理部², 横浜南共済病院病理診断科³, 昭和大学医学部病理学講座臨床病理診断学部門⁴
○岸本浩次¹, 北村隆司², 船宝直美¹, 太田善樹¹, 佐々木陽介⁴, 今井宏樹³, 仲村 武³, 河野尚美³, 塩沢英輔⁴, 楯 玄秀⁴, 瀧本雅文⁴, 光谷俊幸¹, 大池信之¹

- S2-4 LBC 標本における悪性リンパ腫の細胞像
東海大学医学部附属病院病理検査技術科¹, 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科², 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科³, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁴
○加戸伸明¹, 伊藤 仁¹, 芹澤昭彦¹, 宮嶋葉子¹, 町田知久², 井野元智恵⁴, 梶原 博⁴, 田尻琢磨³, 中村直哉⁴
- S2-5 EBV 関連びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と EBV 関連古典的ホジキンリンパ腫の細胞学的検討
愛知医科大学病院病理部
○高橋恵美子

シンポジウム 3 11月21日(土) 13:00~15:00 第10会場(2号館3F 会議室234)

座長: 今井律子 (公立西知多総合病院臨床検査科)

三村明弘 (独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院)

泌尿器細胞診標本作製法の検討

- S3-1 尿細胞診における各種標本作製法の比較
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター¹, 独立行政法人国立病院機構福山医療センター²
○佐藤正和¹, 有安早苗²
- S3-2 尿細胞診における LBC 標本: 原理による違いはあるか
(株) エスアールエル福岡ラボラトリー¹, 製鉄記念八幡病院²
○池本理恵¹, 平原尊史¹, 衛藤久仁子¹, 秋田律子¹, 久岡陽子¹, 西 国広¹, 伊藤裕司¹, 下釜達朗², 金城 満²
- S3-3 泌尿器細胞診標本作製法—二重遠心法—
一般財団法人住友病院診療技術部病理検査技術科¹, 一般財団法人住友病院病理部²
○岡本秀雄¹, 浦本 博¹, 三村裕子¹, 今村大輔¹, 今井香織¹, 藤田茂樹²
- S3-4 尿細胞診の精度向上に有用な標本作製—オートスマアを用いた標本作製の工夫—
東北大学病院病理部
○三浦弘守, 菅原隆謙, 今野かおり, 安達友津, 小泉照樹, 村山優理香, 佐藤泉希, 塙 絵美, 渡辺みか, 笹野公伸
- S3-5 フィルター法による標本作製
千葉県がんセンター臨床病理部¹, 千葉県がんセンター研究所²
○平田哲士¹, 丸 喜明², 有田茂実¹, 酒井えり¹, 伊丹真紀子¹

シンポジウム 4 11月21日(土) 16:00~18:00 第10会場(2号館3F 会議室234)

座長: 石原明德 (三重県厚生連松阪中央総合病院臨床病理)

水口國雄 (株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー)

臨床家が望む細胞診

- S4-1 婦人科医が望む細胞診
岩手医科大学産婦人科
○杉山 徹
- S4-2 泌尿器科医の望む細胞診
古賀病院 21
○徳田雄治

- S4-3 乳腺科医が望む乳腺疾患患者のための細胞診
がん研有明病院乳腺センター
○岩瀬拓士
- S4-4 甲状腺外科医が望む甲状腺細胞診
愛知医科大学乳腺・内分泌外科
○今井常夫
- S4-5 消化器内視鏡医が望む EUS-FNA による迅速細胞診
愛知県がんセンター中央病院消化器内科
○脇岡 範, 山雄健次

シンポジウム 5 11月22日(日) 9:00~11:00 第2会場 (4号館1F 白鳥ホール(北))

座長: 土屋眞一 (社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科)

伊藤 仁 (東海大学医学部付属病院病理検査技術科)

乳腺細胞診の DCIS—診断のための新たなアプローチ—

- S5-1 乳腺 DCIS の細胞像
社会医療法人飯田病院病理診断科¹, 社会医療法人飯田病院外科², 聖マリアンナ医科大学
病院病理診断科³, 聖マリアンナ医科大学病理学⁴
○松澤こず恵¹, 土屋眞一¹, 田中穂積², 小穴良保³, 前田一郎⁴
- S5-2 乳腺細胞診の二重免疫染色
聖マリアンナ医科大学病理学¹, 聖マリアンナ医科大学付属病院病理診断科², 公益財団法人
東京都保健医療公社多摩南部地域病院検査科³
○前田一郎¹, 小穴良保², 土居正知¹, 有泉 泰¹, 小泉宏隆¹, 徳田眞美³, 永野友佳里³,
小松明男³, 高木正之¹
- S5-3 液状化検体細胞診 (LBC; Liquid-based cytology) における DCIS 診断の可能性
社会医療法人博愛会相良病院病理診断科
○前田ゆかり, 大井恭代, 永尾聡子, 皆倉愛美, 北園暢子
- S5-4 形態情報マイクロアレイ: 乳管内増殖性病変における筋上皮細胞の定量的評価と臨床応用
信州大学医学部病理組織学¹, BioQuant, Heidelberg University²
○山本陽一朗^{1,2}
- S5-5 分子生物学的見地からみた DCIS
川崎医科大学病理学 2
○鹿股直樹, 鈴木聡一郎, 森谷卓也

シンポジウム 6 11月22日(日) 8:00~10:00 第4会場 (4号館3F 会議室 431+432)

座長: 宮城悦子 (横浜市立大学附属病院産婦人科)

寺本勝寛 (地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院婦人科)

HPV 検査時代の細胞診検査の果たす役割

- S6-1 細胞診検査と HPV 検査の併用における意義について
株式会社ピーシーエルジャパン
○丸山 健, 泉 緑, 山内一弘
- S6-2 佐賀市における HPV 検査併用検診の現状と問題点
佐賀大学医学部産科婦人科¹, 佐賀県総合保健協会²
○横山正俊¹, 橋口真理子¹, 本田敦子², 野口光代¹, 西山 哲¹, 内山倫子¹, 中尾佳史¹

- S6-3 HPV 検査と細胞診の役割り
がん研有明病院臨床病理センター
○小松京子, 藤山淳三, 伊藤崇彦, 鈴木奈緒子, 山田麻里沙, 池畑浩一, 星 利良, 古田則行,
高澤 豊, 杉山裕子
- S6-4 HPV 検診からみた細胞診陰性例
群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学¹⁾, 高崎・地域医療センター²⁾, 医療法人社団
恵育会田村産婦人科³⁾
○吉田朋美¹⁾, 三浦宏弥²⁾, 関本 弘²⁾, 田村 仁³⁾, 福田利夫¹⁾
- S6-5 HPV 陰性子宮頸部腺癌の臨床病理学的特徴と診断における細胞診検査の役割
慶應義塾大学医学部産婦人科学教室¹⁾, 慶應義塾大学病院病理診断部²⁾
○岩田 卓¹⁾, 森定 徹¹⁾, 齋藤深雪¹⁾, 栗原朋子¹⁾, 宮内安澄¹⁾, 菅裕佳子¹⁾, 西尾 浩¹⁾,
仲村 勝¹⁾, 田中京子¹⁾, 照井仁美²⁾, 川井田みほ²⁾, 亀山香織²⁾, 青木大輔¹⁾

シンポジウム 7 11月22日(日) 8:00~10:00 第5会場(3号館3F 国際会議室)

座長: 白石泰三(三重大学医学系研究科腫瘍病理学講座)

山雄健次(愛知県がんセンター中央病院消化器内科)

膺 EUS-FNA におけるベットサイド診断—私の工夫

- S7-1 EUS-FNA 診断能向上に向けた当院におけるベッドサイドでの工夫
大阪府立成人病センター検診部消化器検診科
○蘆田玲子
- S7-2 膺超音波内視鏡穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)の検体の肉眼観察と処理法の工夫
鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科臨床検査コース¹⁾, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²⁾
○米田 操¹⁾, 金山和樹²⁾, 今井 裕²⁾, 白石泰三²⁾
- S7-3 ヘマカラー染色を用いた膺超音波内視鏡下穿刺(EUS-FNA)細胞診と問題点
九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 九州大学大学院形態機能病理学²⁾, 九州大学大学院病態
制御内科学³⁾, 九州大学大学院臨床・腫瘍外科⁴⁾
○大久保文彦¹⁾, 仲 正喜¹⁾, 中附加奈子¹⁾, 大石善丈²⁾, 山元英崇¹⁾, 小副川敬³⁾, 麻生 暁³⁾,
伊藤鉄英³⁾, 中村雅史⁴⁾, 小田義直^{1,2)}
- S7-4 京都大学病院でのベッドサイド迅速細胞診の工夫
京都大学医学部附属病院病理診断科
○白波瀬浩幸, 古畑彩子, 南口早智子, 平田勝啓, 平伴英美, 梅原美穂, 桜井孝規, 吉澤明彦,
片岡竜貴, 渋谷信介, 羽賀博典
- S7-5 ベットサイドにおける診断に有用な検体処理の工夫—NET と SPN の細胞像の相違—
東北大学病院病理部
○安達友津, 三浦弘守, 笠島敦子, 今野かおり, 小泉照樹, 村山優理香, 佐藤泉希, 藤島史喜,
渡辺みか, 笹野公伸

シンポジウム8 11月22日(日) 12:40~14:40 第5会場(3号館3F 国際会議室)

座長: 高橋利明 (静岡県立静岡がんセンター呼吸器内科)

谷田部恭 (愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部)

肺癌細胞診断の実践—組織型による治療戦略を決める時代を迎えて

- S8-1 臨床では細胞診に何を求めているか?
静岡県立静岡がんセンター呼吸器内科
○高橋利明
- S8-2 腺癌・扁平上皮癌の細胞診における鑑別
神奈川県立がんセンター病理診断科¹⁾, 神奈川県立がんセンター医療技術部病理細胞診²⁾
○横瀬智之¹⁾, 酒井麻衣²⁾, 岩撫成子²⁾
- S8-3 肺小細胞癌—その鑑別診断—
京都大学医学部附属病院病理診断科
○吉澤明彦
- S8-4 肺癌細胞診断と治療における LBC の役割
東京医科大学呼吸器甲状腺外科
○池田徳彦, 垣花昌俊, 前田純一, 吉田浩一, 梶原直央, 大平達夫
- S8-5 細胞診検体を用いた免疫染色・遺伝子検査への準備
愛知県がんセンター中央病院臨床検査部¹⁾, 愛知県がんセンター遺伝子病理診断部²⁾
○尾関順子¹⁾, 柴田典子¹⁾, 植田菜々絵¹⁾, 谷田部恭²⁾

シンポジウム9 11月22日(日) 12:40~14:40 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長: 佐々木毅 (東京大学医学部大学院医学系研究科人体病理学・病理診断学分野)

前田昭太郎 (株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診センター)

細胞診診療報酬の実態と今後の方向性

- S9-1 診療報酬上の取り組むべき課題と今後の方向性
国際医療福祉大学病院病理診断科
○黒田 一
- S9-2 保険医療機関における細胞診, 変遷と課題
横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科・病理部
○稲山嘉明
- S9-3 細胞診診療報酬の実態と今後の方向性 (検査センターとして)
株式会社 LSI メディエンス病理細胞診解析部
○小野崎賢志, 前田昭太郎, 宮下主税, 鈴木行正
- S9-4 病理診断科開業における細胞診業務の実態
医療法人長崎病理
○岸川正大
- S9-5 登録衛生検査所の起業運営経験: 小規模検査所での細胞診を取り巻く諸要因について
株式会社富山病理診断センター病理診断検査部
○松能久雄, 上山栄美

シンポジウム 10 11月22日(日) 9:00~11:00 第10会場(2号館3F 会議室234)

座長: 浦野 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科)

河原明彦 (久留米大学病院病理部)

唾液腺細胞診—旧知の組織型の新知見, 新しい疾患概念, 臨床との関わり—

- S10-1 唾液腺腫瘍の臨床細胞病理学: その最近の進歩
東京医科大学人体病理学分野
○長尾俊孝
- S10-2 唾液腺腫瘍の臨床と臨床医からみた細胞診に期待すること
藤田保健衛生大学医学部耳鼻咽喉科学教室¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²
○加藤久幸¹, 浦野 誠²
- S10-3 多形腺腫を中心とした良性腫瘍の細胞診—細胞診断のピットフォール—
久留米大学病院病理部¹, 生長会府中病院病理診断科², 社会医療法人天神会新古賀病院臨床検査課³, 久留米大学医学部病理学講座⁴
○河原明彦¹, 原田博史², 三宅まどか³, 多比良朋希¹, 安倍秀幸¹, 山口知彦¹, 高瀬頼妃呼¹, 村田和也¹, 福満千容¹, 吉田友子¹, 内藤嘉紀⁴, 谷川 健¹, 秋葉 純⁴, 鹿毛政義¹
- S10-4 唾液腺導管癌の細胞診断: 病理学的新知見と治療法の展望をまじえて
東京医科大学人体病理学分野¹, 東京医科大学病院病理診断科²
○吉田真希^{1,2}, 三宅真司², 長尾俊孝^{1,2}
- S10-5 乳腺相似分泌癌(MASC)の細胞像と鑑別診断
慈泉会相澤病院病理診断科¹, 信州大学医学系研究科疾患予防医科学加齢生物学講座², 藤田保健衛生大学医学部病理診断科³, 信州大学医学部病理組織学講座⁴, 名古屋市立大学臨床病態病理学⁵, 久留米大学病院病理部⁶, 東京医科大学医学部人体病理学講座⁷
○樋口佳代子^{1,2}, 浦野 誠³, 下条久志⁴, 伊藤洋平⁵, 稲垣 宏⁵, 河原明彦⁶, 長尾俊孝⁷

シンポジウム 11 11月22日(日) 12:40~14:40 第10会場(2号館3F 会議室234)

座長: 覚道健一 (近畿大学医学部奈良病院)

菅間 博 (杏林大学医学部病理学)

甲状腺細胞診『鑑別困難』を発癌の分子メカニズムから考える

- S11-1 多段階発癌モデルからみた鑑別困難, 濾胞性腫瘍
山梨大学医学部人体病理学
○近藤哲夫, 中澤匡男, 加藤良平
- S11-2 芽細胞発癌説で見た甲状腺癌—発生母地による腫瘍の新たな分類
大阪大学大学院医学系研究科内分泌代謝内科学
○高野 徹
- S11-3 鑑別困難の再分類と癌の確率
慶應義塾大学医学部病理診断部¹, 伊藤病院診療技術部病理², 伊藤病院外科³
○亀山香織¹, 田村 恵², 佐々木栄司², 伊藤公一³
- S11-4 放射線発がん研究から示唆される甲状腺がん幹細胞と新たな濾胞性腫瘍の鑑別法
長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学¹, 長崎大学腫瘍外科², 隈病院³, 国立病院機構長崎医療センター⁴
○中島正洋¹, 松田勝也¹, 大坪竜太², 廣川満良³, 伊東正博⁴
- S11-5 甲状腺細胞診への分子病理診断への応用
杏林大学医学部病理学
○菅間 博, 千葉知宏, 住石 歩, 近藤凡子, 山野 環

細胞検査士会要望教育シンポジウム

11月22日(日) 14:40~16:40 第2会場(4号館1F 白鳥ホール(北))

座長: 井下尚子(虎の門病院病理診断科)

竹中明美(大阪府立成人病センター病理・細胞診断科)

細胞診の「ここまでは」「ここからは」のポイント

- SYS-1 子宮頸部細胞診の「ここまでは」「ここからは」のポイント
がん研有明病院臨床病理センター
○小松京子, 藤山淳三, 伊藤崇彦, 川島麻里沙, 池畑浩一, 星 利良, 鈴木奈緒子, 古田則行,
高澤 豊, 杉山裕子
- SYS-2 呼吸器細胞診の「ここまでは」と「ここからは」
東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター病理診
断部²⁾, 東京医科大学呼吸器甲状腺外科³⁾
○三浦弘之¹⁾, 河口洋平¹⁾, 中嶋英治¹⁾, 高橋秀暢¹⁾, 若槻よしえ²⁾, 吉田えりか²⁾, 加藤彩子²⁾,
田辺 夢²⁾, 石崎幹子²⁾, 芹澤博美²⁾, 池田徳彦³⁾
- SYS-3 乳腺穿刺吸引細胞診報告様式における「ここまでは」「ここからは」の報告ポイント
済生会新潟第二病院病理診断科
○遠藤浩之, 石原法子, 西倉 健
- SYS-4 尿細胞診の「ここまでは」「ここからは」のポイント
福岡赤十字病院病理診断科¹⁾, 社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科²⁾
○小材和浩¹⁾, 遠矢浩隆¹⁾, 碓 益代¹⁾, 西山憲一¹⁾, 大谷 博²⁾, 中島 豊¹⁾

ワークショップ

ワークショップ1 11月21日(土) 10:00~11:30 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)

座長: 廣川満良(医療法人神甲会隈病院病理診断科)

亀山香織(慶應義塾大学医学部病理診断部)

細胞診で濾胞癌の推定は可能か?

- W1-1 濾胞性腫瘍の細胞診における問題点
山梨大学附属病院病理部¹⁾, 山梨大学医学部人体病理学講座²⁾
○中澤匡男^{1,2)}, 近藤哲夫²⁾, 加藤良平^{1,2)}
- W1-2 濾胞性腫瘍の細胞診断アルゴリズム
隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾
○樋口観世子¹⁾, 廣川満良²⁾, 道喜香奈美¹⁾, 高田奈美¹⁾, 鈴木彩菜¹⁾, 山尾直輝¹⁾, 隈 晴二²⁾,
宮内 昭³⁾

- W1-3 細胞診で濾胞癌の推定は可能か？
伊藤病院診療技術部病理¹，伊藤病院外科²，慶應義塾大学医学部病理診断部³
○田村 恵¹，佐々木栄司¹，伊藤公一²，亀山香織³
- W1-4 濾胞性腫瘍のオブザーバーバリエーション
隈病院臨床検査科¹，隈病院病理診断科²，隈病院外科³
○鈴木彩葉¹，廣川満良²，樋口観世子¹，高田奈美¹，道喜香奈美¹，山尾直輝¹，隈 晴二²，
宮内 昭³

ワークショップ2 11月21日(土) 10:00~11:30 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長：堤 寛(藤田保健衛生大学医学部病理学教室)
平澤 浩(藤田保健衛生大学病院病理部)

病理診断部門における環境対策

- W2-1 病理診断業務における職場環境改善の流れと法的背景—化学物質について—
日本医科大学千葉北総病院病理診断科
○清水秀樹，羽鳥 努
- W2-2 病理診断業務における環境改善の実際
藤田保健衛生大学病院病理部¹，藤田保健衛生大学病院病理診断科²
○平澤 浩¹，須藤健助¹，伊藤里美¹，藤原真紀¹，川島佳晃¹，桐山論和²，塚本徹哉²，
浦野 誠²，黒田 誠²
- W2-3 毒劇物試薬の適正管理：毒劇物を染色に使わない！
藤田保健衛生大学医学部第一病理学
○塩竈和也，堤 寛
- W2-4 病理診断業務における感染対策と医療安全：細胞診業務を中心に
東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部¹，東京慈恵会医科大学病理学講座²
○梅澤 敬¹，清川貴子¹，池上雅博²，鷹橋浩幸¹

ワークショップ3 11月21日(土) 13:00~14:30 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長：山口 倫(久留米大学医学部附属医療センター臨床検査室・病理診断科)
大森昌子(岡山大学病院病理診断科)

乳腺腫瘍の組織と細胞診

- W3-1 放射状瘢痕／複雑型硬化性病変の細胞診—画像・組織診との相関—
滋賀医科大学附属病院病理部¹，国立病院機構名古屋医療センター病理診断科²，国立病院
機構名古屋医療センター臨床検査科³
○森谷鈴子¹，市原 周²，長谷川正規²，岩越朱里²，岡崎 勲³，米倉由香³，山下美奈³，
市川規子³，大野文栄³，成瀬真理子³，岩尾文彦¹，九嶋亮治¹
- W3-2 乳腺の腺筋上皮腫の細胞像
奈良県立医科大学病理診断学講座¹，独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理
診断科²，奈良県立医科大学附属病院病理部³，独立行政法人国立病院機構名古屋医療セン
ター臨床検査科⁴，滋賀医科大学附属病院病理部⁵
○中井登紀子¹，市原 周²，鈴木久恵³，米倉由香⁴，市川規子⁴，大野文栄⁴，岡崎 勲⁴，
岩尾文彦⁴，長谷川正規²，岩越朱里²，尹 漢勝²，森谷鈴子⁵，大林千穂¹
- W3-3 セルブロックを用いた乳癌転移巣受容体検査：当院における運用経験
四国がんセンター臨床検査科
○西村理恵子，岡本奈美，佐藤正和，小嶋健太，田中慎一

W3-4 Mammary carcinomas with neuroendocrine features

岩手医科大学医学部病理診断学講座¹, 岩手医科大学附属病院病理診断科², 名古屋医療センター病理診断科³, 岩手医科大学医学部外科学講座⁴
 ○川崎朋範^{1,2}, 市原 周³, 佐藤彩佳², 山田範幸², 安保淳一², 柏葉匡寛⁴, 菅井 有^{1,2}

ワークショップ4 11月21日(土) 14:30~16:00 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長: 大塚重則 (医療法人藤和会藤間病院病理検査)

畠山重春 (有限会社サイパソリサーチセンター)

子宮腔・頸部細胞診 ASC-US および ASC-H の追跡結果

W4-1 子宮腔・頸部細胞診 ASC-US の追跡結果

こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科¹, こころとからだの元氣プラザ婦人科², 杏林大学保健学部病理学研究室³
 ○岡 俊郎¹, 石井保吉¹, 栗原達哲¹, 中島弘一¹, 窪田真弓¹, 稲垣真智子¹, 長田詠美子¹, 大村峯夫², 小田瑞恵², 藤井雅彦³

W4-2 子宮腔・頸部細胞診 ASC-US 判定の追跡結果 (登録衛生検査所の状況)

株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー
 ○藪下竜司, 内村洋志, 花井 誠, 上野喜三郎, 清水 亨, 水口國雄

W4-3 当院における ASC-H 判定症例の細胞学的検討

大阪医科大学附属病院病理部・病理診断科¹, 大阪医科大学産婦人科学教室², 大阪がん循環器病予防センター臨床検査室³, 大阪府立成人病センター病理細胞診断科⁴
 ○棚田 論¹, 辻 求¹, 栗栖義賢¹, 石崎幸恵¹, 武田玲郁¹, 浦上真由美¹, 明石静香¹, 吉川純子¹, 出口千尋¹, 中山裕子¹, 山田隆司¹, 廣瀬善信¹, 寺井義人², 田路英作³, 竹中明美⁴

W4-4 ASC-H の追跡結果と組織学的背景についての検討

社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院病理診断科¹, 藤和会藤間病院検査科病理², 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科³, 藤和会藤間病院産婦人科⁴, 社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院病理検査室⁵
 ○鈴木雅子¹, 須藤結花², 大塚重則², 清水禎彦³, 相田久美¹, 清水 謙⁴, 白水健士⁴, 堀 慎一⁴, 藤沢美穂⁵

ワークショップ5 11月22日(日) 8:00~9:30 第1会場(1号館2F センチュリーホール)

座長: 西 国広 (株式会社エスアールエル福岡ラボラトリー)

畠 榮 (川崎医科大学附属川崎病院病理部)

細胞診におけるギムザ染色の有用性ならびに pitfall

W5-1 ギムザ染色の歴史と細胞診への応用

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー
 ○西 国広, 合戸美香, 堀山知美, 池本理恵

W5-2 標本作製時の pitfall から学ぶギムザ染色の精度管理

公立昭和病院臨床検査科¹, 公立昭和病院病理診断科², 昭和大学医学部臨床病理診断学講座³
 ○濱川真治^{1,3}, 近藤洋一¹, 倉品賢治¹, 小坂美絵¹, 若林 良¹, 柏崎好美¹, 櫻井 勉¹, 瀧本雅文³, 清水誠一郎²

- W5-3 体腔液検体へのギムザ染色の有用性ならびに pitfall
北海道大学病院病理部
○丸川活司, 松野吉宏
- W5-4 液状検体および穿刺吸引検体を主体としたロマンウスキー染色の有用性と pitfall
川崎医科大学附属病院中央検査部¹⁾, 川崎医科大学附属川崎病院中央検査部²⁾
○大倉 貢^{1,2)}

ワークショップ 6 11月22日(日) 13:40~15:10 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))

座長: 杉山裕子 (公益財団法人がん研究会有明病院細胞診断部)

矢納研二 (JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科)

記述式子宮内膜細胞診報告様式における内膜異型細胞 (ATEC) の細胞像と臨床的取扱い

- W6-1 内膜異型細胞 (ATEC) と判定した細胞像と臨床的取り扱い
がん研究会有明病院細胞診断部¹⁾, がん研究会有明病院婦人科²⁾, がん研究会がん研究所病理部³⁾
○杉山裕子^{1,2)}, 伊藤崇彦¹⁾, 山田麻里沙¹⁾, 鈴木奈緒子¹⁾, 池畑浩一¹⁾, 星 利良¹⁾, 藤山淳三¹⁾, 古田則行¹⁾, 小松京子¹⁾, 宇津木久仁子^{1,2)}, 竹島信宏^{1,2)}, 荷見勝彦^{1,2)}, 高澤 豊³⁾
- W6-2 二次医療機関における, 内膜異型細胞 (ATEC) の臨床像と取扱いに関する検討
神奈川県立がんセンター婦人科
○近内勝幸, 今井一章, 中西一步, 八代川野藍子, 井浦文香, 小野瀬亮, 加藤久盛
- W6-3 液状化検体細胞診 (LBC) における診断精度と内膜異型細胞 (ATEC) の細胞像の検討
東京女子医科大学産婦人科学講座¹⁾, 東京女子医科大学病院病理診断科²⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科³⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科⁴⁾
○花田 粹¹⁾, 平井康夫¹⁾, 木村祐子¹⁾, 岡田薫子¹⁾, 広兼春美¹⁾, 徳田美由紀¹⁾, 深川富美子¹⁾, 藏本吾郎¹⁾, 秋澤叔香¹⁾, 木原真紀¹⁾, 石谷 健¹⁾, 長嶋洋治²⁾, 則松良明³⁾, 矢納研二⁴⁾, 松井英雄¹⁾
- W6-4 Type II 子宮体癌における異型細胞の細胞像と臨床的取扱い
奈良県総合医療センター産婦人科¹⁾, 同 中央検査部²⁾
○豊田進司¹⁾, 神田蘭香¹⁾, 杉浦 敦¹⁾, 井谷嘉男¹⁾, 辻野秀夫²⁾, 中村幸子²⁾, 喜多恒和¹⁾
- W6-5 内膜異型細胞との鑑別が必要な Type II 子宮体癌 (serous EIC を含む漿液癌, 明細胞癌)
大阪医科大学病理学教室
○山田隆司

ワークショップ 7 11月22日(日) 13:20~14:50 第4会場(4号館3F 会議室 431+432)

座長: 伊藤 仁 (東海大学医学部付属病院病理検査技術科)

鴨志田伸吾 (神戸大学大学院保健学研究科病態解析学領域)

細胞診と免疫染色

- W7-1 細胞診における免疫染色: 技術的工夫
東海大学医学部付属病院病理検査技術科¹⁾, 東海大学医学部付属八王子病院臨床検査技術科²⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学³⁾
○望月紀英¹⁾, 加戸伸明¹⁾, 芹澤昭彦¹⁾, 宮嶋葉子¹⁾, 伊藤 仁¹⁾, 町田知久²⁾, 平林健一³⁾, 井野元智恵³⁾, 梶原 博³⁾, 中村直哉³⁾
- W7-2 術中迅速診断における細胞診免疫染色の有用性について
獨協医科大学越谷病院病理診断科
○岡村卓哉, 古谷津純一, 上田善彦

- W7-3 細胞診検体の診断に有用な新規マーカー
 神戸大学医学部附属病院病理部¹, 先端組織染色センター², 神戸大学医学部附属病院病理部病理診断科³
 ○柳田絵美衣^{1,2}, 遠藤亮和^{1,2}, 山田 寛^{1,2}, 廣尾真奈^{1,2}, 塚本龍子^{1,2}, 原 重雄³,
 伊藤智雄^{2,3}

- W7-4 細胞診検体を用いた FISH 解析
 名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部¹, 名古屋第一赤十字病院病理部²
 ○郡司昌治¹, 杉山知咲季¹, 村上佳穂¹, 山下比鶴¹, 藤野雅彦¹, 伊藤雅文²

ワークショップ 8 11月22日(日) 9:30~11:00 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長: 木口一成 (公益財団法人東京都予防医学協会)

小笠原利忠 (特定医療法人誠仁会大久保病院婦人科・細胞診断部)

子宮頸がん検診の精度管理—細胞診, 採取器具, 標本作製—

- W8-1 子宮頸部細胞診採取の実際
 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部¹, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²,
 京都府立医科大学産婦人科³, 赤穂市民病院産婦人科⁴, 誠仁会大久保病院婦人科⁵
 ○植田政嗣¹, 明瀬光里¹, 出馬晋二¹, 鳥居貴代¹, 岡本吉明¹, 田中一郎¹, 布引 治²,
 明石京子³, 東田太郎⁴, 小笠原利忠⁵, 野田 定¹
- W8-2 子宮頸部細胞診の精度管理(細胞診専門医の立場から) - 不適正検体を中心に—
 恵生会病院産婦人科¹, 明和病院臨床検査科², 協同病理³, 大久保病院婦人科⁴, 大久保病院
 検査科細胞診断部⁵
 ○内藤子来¹, 脇本栄子¹, 松林謙治², 鈴木由紀², 萩原勝美², 覚野綾子², 小川隆文³,
 圓井知江⁵, 川越道夫⁵, 小笠原利忠^{2,4,5}
- W8-3 採取器具による異型細胞の検出率の比較
 株式会社日本セルネット¹, 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻², 長浜赤十字病院病
 理部³, 滋賀医科大学地域周産期医療学講座⁴
 ○加藤順子¹, 村社元美¹, 西村令恵¹, 村田健司¹, 中澤孝夫¹, 小林忠男², 行岡直哉³,
 高橋健太郎⁴, 天野 殖¹
- W8-4 子宮頸がん検診の精度管理—LBC 標本の適正判定—
 金沢大学医薬保健研究域保健学系病態検査学講座
 ○尾崎 聡

ヤングコミッティー ワークショップ

11月22日(日) 8:00~9:30 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長：藤山淳三(がん研究会有明病院臨床病理センター)

棚田 諭(大阪医科大学附属病院病理部・病理診断科)

LBC 標本導入後の変化と工夫

- YC-1 LBC 導入後の変化と工夫—婦人科材料：子宮頸部検体の腺上皮病変陽性例を中心に—
大阪府立成人病センター臨床検査科病理細胞診¹⁾、大阪府立成人病センター病理細胞診断科²⁾
○龍あゆみ¹⁾、竹中明美²⁾、芦村純一¹⁾、長田盛典²⁾、富田裕彦²⁾
- YC-2 尿検体における Liquid based cytology (LBC) の導入に向けて—出現細胞数と細胞像を中心に—
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
○加藤麻衣、横田裕香、内山 勲、保地 譲、奥野高裕、福島裕子、井上 健
- YC-3 甲状腺細胞診における LBC 併用の有用性
隈病院臨床検査科¹⁾、隈病院病理診断科²⁾、隈病院外科³⁾
○高田奈美¹⁾、廣川満良²⁾、樋口観世子¹⁾、鈴木彩葉¹⁾、道喜香奈美¹⁾、隈 晴二²⁾、宮内 昭³⁾
- YC-4 口腔領域への LBC の応用
飯塚病院中央検査部¹⁾、飯塚病院病理科²⁾
○上原俊貴¹⁾、川嶋大輔¹⁾、松島優子¹⁾、金谷直哉¹⁾、下代清香¹⁾、井上佳奈子¹⁾、桑岡 勲¹⁾、大屋正文²⁾

地域推薦演題

地域推薦演題 1 11月21日(土) 10:00~11:30 第9会場(2号館2F 会議室222+223)

乳腺・泌尿器

座長：小山徹也(群馬大学大学院病理診断学・病理診断科)

- 地域 1-1 乳腺穿刺吸引細胞診鑑別困難例の細胞像と組織像の対比検討
弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座¹⁾、弘前大学医学部附属病院病理部²⁾
○諸橋聡子¹⁾、刀稱亀代志²⁾、吉澤忠司¹⁾、平井秀明¹⁾、羽賀敏博¹⁾、黒瀬 顕¹⁾、鬼島 宏¹⁾
- 地域 1-2 当院における乳腺細胞診「鑑別困難例」の検討
大崎市民病院臨床検査部¹⁾、大崎市民病院病理診断科²⁾
○戸村弘樹¹⁾、本谷友紀¹⁾、大崎美千子¹⁾、高野託顧¹⁾、坂元和宏²⁾
- 地域 1-3 乳癌(当院症例)の年齢階層別臨床病理学的検討および細胞診実施状況
山形市立病院済生館¹⁾、山形県立保健医療大学²⁾
○矢矧みどり¹⁾、居鶴一彦¹⁾、長岡純二¹⁾、埜田耕一¹⁾、前田邦彦²⁾

座長：山城勝重（独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター臨床研究部）

- 地域 1-4 細胞診における浸潤性小葉癌の Grading の試み
市立砺波総合病院臨床病理科¹, 市立砺波総合病院病理診断科²
○石倉宗浩¹, 寺畑信太郎², 奥野のり子², 三井由紀子¹, 福田弘幸¹, 蟹谷智勝¹
- 地域 1-5 乳腺穿刺吸引細胞診における液状検体を用いた免疫染色の有用性
奈良県立医科大学病理診断学講座¹, 奈良県立医科大学附属病院病理部²
○中井登紀子¹, 鈴木久恵², 龍見重信², 竹内真央², 田中京子², 西川 武², 内山智子¹,
伊丹弘恵¹, 高野将人¹, 武田麻衣子¹, 畠山金太¹, 大林千穂¹
- 地域 1-6 上部尿路癌の細胞診断について
名鉄病院中央臨床検査部病理¹, 名古屋掖済会病院病理診断科²
○小林徳子¹, 眞田照一郎¹, 谷川 豊¹, 鈴木真理子¹, 原田智子¹, 夏目園子², 田中瑞穂²,
大池里枝², 横井豊治², 佐竹立成²

地域推薦演題 2 11月21日(土) 13:00~14:00 第9会場 (2号館2F 会議室222+223)

子宮頸部 1

座長：児玉省二（医療法人恒仁会新潟南病院）

- 地域 2-1 島根県の子宮頸がん予防啓発活動における細胞検査士の役割
島根県細胞検査士会
○小海志津子
- 地域 2-2 香川県における HPV 併用子宮頸がん検診の実施状況と課題
公益財団法人香川県総合健診協会¹, 香川県立中央病院²
○高橋幸代¹, 篠永梨佳¹, 馬場千枝¹, 日野鈴子¹, 山本洋介²
- 地域 2-3 子宮頸がん検診における HPV-DNA 検査(Cobas4800HPVtest)併用の有用性
北海道対がん協会がん検診センター婦人科¹, 北海道対がん協会がん検診センター検査科², 旭川医科大学産婦人科³, 札幌医科大学産婦人科⁴, 北海道大学医学部産婦人科⁵
○藤田博正¹, 佐々木隆之¹, 笠茂光範¹, 山崎知文¹, 田上 稔², 加藤 修², 高橋奈緒美²,
石川文秋², 中山 仁², 和泉東子², 和田恒之², 市川浩巳², 千石一雄³, 齋藤 豪⁴,
櫻木範明⁵
- 地域 2-4 職域における HPV-DNA 検査併用子宮頸がん検診
大阪がん循環器病予防センター臨床検査室¹, 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部²
○田路英作¹, 植田政嗣², 国藤憲子¹, 西山ひろみ¹, 中川智美¹, 杉本安莉¹, 山本倫子¹,
友松佑妃¹, 明瀬光里², 鳥居貴代², 岡本吉明², 野田 定²

地域推薦演題 3 11月21日(土) 14:00~15:00 第9会場 (2号館2F 会議室222+223)

子宮頸部 2

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）

- 地域 3-1 子宮頸がん検診における ASC-H 導入後 6 年間の現状
公益財団法人福島県保健衛生協会病理診断課¹, 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院婦人科², 福島厚生連白河厚生総合病院産婦人科³, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座⁴
○佐藤奈美¹, 荒木由佳理¹, 栗田和香子¹, 佐藤美賀子¹, 神尾淳子¹, 森村 豊², 古川茂宜³,
石橋真輝帆⁴, 添田 周⁴, 渡辺尚文⁴, 藤森敬也⁴

- 地域 3-2 ブラシを用いた妊娠女性に対する子宮頸癌検診の、有用性と安全性の前方視的研究
滋賀医科大学母子女性診療科¹, 東近江総合医療センター産婦人科², 滋賀医科大学附属病院検査部病理部³, 滋賀医科大学地域システム学講座⁴
○郭 翔志^{1,2}, 天野 創¹, 脇ノ上史朗¹, 中川哲也¹, 西村宙起¹, 米岡 完², 石田光明³,
籠谷亜希子³, 宮平良満³, 岩井宗男³, 森谷鈴子³, 九嶋亮治³, 高橋健太郎⁴
- 地域 3-3 子宮頸部 LBC 標本に出現するクラミジア感染細胞の細胞学的検討
大分市医師会立アルメイダ病院臨床検査部病理診断科¹, 大分市医師会立アルメイダ病院臨床検査部², 大分大学医学部診断病理学講座³
○染矢誠一郎¹, 蒲池綾子², 駄阿 勉³, 久寿米木哲哉¹, 工藤洋一¹, 渡辺清一¹, 工藤明宏¹,
古屋かおる¹, 櫻井雅英¹, 神田智浩¹, 木本智也¹, 木村元子¹, 横山繁生³
- 地域 3-4 LSIL における小型異型細胞の有無と異形成進展・消退との関連
千葉大学医学部附属病院婦人科¹, ちば県民保健予防財団²
○錦見恭子¹, 立花美津子², 黒川祐子², 松岡 歩¹, 植原貴史¹, 楯 真一¹, 碓井宏和¹,
三橋 暁¹, 生水真紀夫¹, 河西十九三²

地域推薦演題 4 11月21日(土) 15:00~16:00 第9会場(2号館2F 会議室222+223)

子宮頸部 3

座長：生水真紀夫（千葉大学大学院医学研究院生殖医学）

- 地域 4-1 液状化検体細胞診における ASC-H の細胞像の検討
福山市医師会健康支援センター検査課¹, 元井病理・細胞診断所², 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター³
○佐藤恵子¹, 藤井千登勢¹, 岡田美恵子¹, 桑田浩子¹, 吉藤彩子¹, 和田栄津子¹, 澄川孝之¹,
小林孝子¹, 熊谷智代¹, 元井 信², 谷山清己³
- 地域 4-2 LEGH 関連腺癌の細胞学的解析
山梨大学医学部産婦人科¹, 山梨大学医学部附属病院病理部², 山梨大学医学部人体病理³
○大森真紀子¹, 弓納持勉², 近藤哲夫³, 中澤久美子², 佐藤詩織², 峰 広美², 石井喜雄²,
中澤匡男³, 端 晶彦¹, 平田修司¹, 加藤良平³
- 地域 4-3 LBC を用いた子宮頸部胃型腺系病変の診断への応用
信州大学医学部附属病院臨床検査部¹, 岡谷市民病院病理診断科², 信州大学医学部病理組織学教室³, 信州大学学術研究院保健学系検査技術科学専攻生体情報検査学領域⁴
○小林幸弘¹, 石井恵子², 百瀬正信¹, 下條康代¹, 中嶋智之¹, 内山 篤¹, 仲田梨恵¹,
堀川美栄子¹, 佐野健司¹, 下条久志^{1,3}, 小林実喜子^{1,3}, 岩谷 舞¹, 浅香志穂¹, 上原 剛¹,
太田浩良⁴
- 地域 4-4 LBC 法を用いた子宮頸部病変の免疫染色所見の比較検討
JA 秋田厚生連能代厚生医療センター臨床検査科病理¹, JA 秋田厚生連能代厚生医療センター病理診断科²
○藤嶋正人¹, 佐々木美利加¹, 齋藤孝良¹, 小松正代²

地域推薦演題 5 11月21日(土) 16:00~17:00 第9会場(2号館2F 会議室222+223)

子宮体部

座長：渡邊 純（弘前大学医学部保健学科）

- 地域 5-1 婦人科検体での類内膜腺癌/漿液性腺癌/明細胞腺癌の鑑別を目指した染色の検討
神戸大学医学部附属病院病理部¹, 神戸大学医学部附属病院病理部病理診断科²
○柳田絵美衣¹, 遠藤亮和¹, 山田 寛¹, 塚本龍子¹, 伊藤智雄²

地域5-2 LBC法を用いた子宮内膜細胞診の検討

社会医療法人同心会古賀総合病院臨床検査部¹, 宮崎大学医学部附属病院病理診断部・病理部², 潤和会記念病院病理診断科³, 社会医療法人同心会古賀総合病院内科⁴
 ○白濱幸生¹, 荒武八起¹, 清山和昭¹, 佐藤勇一郎², 林 透³, 栗林忠信⁴

地域5-3 子宮内膜細胞診におけるATEC判定の検討

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室¹, 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科², 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科³

○原田美香¹, 香田浩美¹, 實平悦子¹, 小寺明美¹, 和田裕貴¹, 中村香織¹, 内野かおり², 能登原憲司², 則松良明³

地域5-4 MPA療法における内膜細胞像の検討

鹿児島大学病院病理部・病理診断科¹, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野², 鹿児島大学医学部産婦人科³, 国立病院機構鹿児島医療センター婦人科⁴

○田中和彦¹, 窪田恵美¹, 竹下かおり¹, 西田ゆかり¹, 戸上真一³, 築詰伸太郎⁴, 小林裕明³, 後藤優子², 北園育美², 平木 翼², 義岡孝子¹, 東美智代², 畑中一仁²

地域推薦演題6 11月21日(土) 17:00~18:00 第9会場(2号館2F 会議室222+223)

体腔液

座長: 北村隆司 (昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室)

地域6-1 子宮体癌例における腹腔洗浄細胞診の予後因子としての可能性

四国がんセンター臨床検査科¹, 四国がんセンター婦人科², 四国がんセンター病理科³
 ○田中慎一¹, 佐藤正和¹, 岡本奈美¹, 小嶋健太¹, 門屋 幸¹, 田母神佐智子¹, 有江啓二¹, 楠本真也², 小松正明², 大亀真一², 白山裕子², 竹原和宏², 高畑浩之³, 西村理恵子¹, 寺本典弘³

地域6-2 腹水に出現した腺癌の細胞学的検討~卵巣腫瘍を中心に~

兵庫医科大学病院病理部¹, 医療法人明和病院², 特定医療法人誠仁会大久保病院³
 ○中村純子¹, 鳥居良貴¹, 羽尾裕之¹, 廣田誠一¹, 鈴木由紀², 松林謙治², 萩原勝美², 覚野綾子², 川越道夫³, 圓井知江³, 内藤子来³, 小笠原利忠³

地域6-3 体腔液におけるLBC検体およびセルブロック検体における免疫細胞化学的検討

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

○藤原広美¹, 森下由紀雄², 村田佳彦¹, 中川智貴¹, 野口雅之³

地域6-4 中皮腫診断における細胞転写法を用いた免疫染色の意義

山口県立総合医療センター中央検査部¹, PCL福岡病理細胞診センター²

○安永佳麻里¹, 渋谷秀美¹, 山本千奈美¹, 出尾優佳¹, 藤井将希¹, 水間俊一¹, 山本彩佳¹, 今井佳美¹, 野口悦伸¹, 田中慎介¹, 亀井敏昭²

地域推薦演題7 11月22日(日) 8:00~9:30 第9会場(2号館2F 会議室222+223)

呼吸器

座長: 大平達夫 (東京医科大学病院呼吸器外科)

地域7-1 肺腫瘍における術中迅速細胞診の有用性

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○鏡十代栄, 山川美沙紀, 土田美紀, 神田真志, 畔上公子, 弦巻順子, 北澤 綾, 豊崎勝実, 川口洋子, 木下律子, 桜井友子, 川崎 隆, 本間慶一

- 地域 7-2 当院における捺印細胞診を併用した肺 CT ガイド下針生検の現状
岩手医科大学附属病院病理診断科¹, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²
○肥田野靖史¹, 石田和之^{1,2}, 山田範幸¹, 佐藤彩佳¹, 上田奈央子¹, 高橋静子¹, 菊池いな子¹,
安淳一¹, 杉本 亮^{1,2}, 鈴木正通^{1,2}, 無江良晴^{1,2}, 上杉憲幸^{1,2}, 川崎朋範^{1,2}, 菅井 有^{1,2}
- 地域 7-3 当科気管支鏡検査における迅速細胞診の検討—導入後 1 年間の精度管理も含めて—
和歌山県立医科大学内科学第三講座
○小野安子
- 座長：野本靖史** (我孫子聖仁会病院緩和ケア内科)
- 地域 7-4 肺腺癌における WHO 新分類に基づいた細胞像
東京医科大学病院病理診断科¹, 東京医科大学人体病理学分野², 東京医科大学呼吸器・甲状腺外科学分野³
○三宅真司¹, 松林 純^{1,2}, 前田純一³, 垣花昌俊³, 大平達夫³, 池田徳彦³, 長尾俊孝^{1,2}
- 地域 7-5 肺の上皮内腺癌, 微小浸潤性腺癌, 置換性増殖優位型浸潤性腺癌の細胞形態的差異の検討
富山大学附属病院病理部病理診断科¹, 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻生命医科学講座病態病理学²
○堀 隆¹, 福岡順也²
- 地域 7-6 結節を形成する非腫瘍性疾患の画像または肉眼所見と細胞診所見の比較
獨協医科大学形態病理学
○中里宜正

地域推薦演題 8 11月22日(日) 9:30~11:00 第9会場 (2号館2F 会議室 222+223)

技術・基礎

- 座長：布引 治** (神戸常盤大学保健科学部医療検査学科)
- 地域 8-1 当院の非婦人科検体における簡便な液状処理細胞診標本の作製法について
福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部
○森 正樹, 岩崎和美, 前川秀樹, 鈴木佑梨, 竹内 文, 小上瑛也, 今村好章
- 地域 8-2 細胞診検体を用いた免疫染色の条件決定法と新しい迅速染色法
東京大学医科学研究所附属病院病理診断科¹, 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科²
○傳田珠美¹, 田中幸久¹, 小野田春男¹, 沢辺元司², 大田泰徳¹
- 地域 8-3 抗体解離法と脱色を利用した Sequential recycle immunocytochemistry の検討
京都大学医学部附属病院病理診断科
○平田勝啓, 片岡竜貴, 羽賀博典
- 座長：小西 登** (奈良県立医科大学病理病態学)
- 地域 8-4 非がん細胞とがん細胞の鑑別における紫外顕微分光法の有用性
弘前大学大学院保健学研究科医療生命科学領域病態解析科学分野¹, 弘前大学医学部附属病院病理部², 株式会社クラール³
○吉岡治彦¹, 星合桂太², 佐藤達資³, 堀江香代¹, 渡邊 純¹
- 地域 8-5 DNA 損傷応答分子 53BP1 の腫瘍組織での発現の意義と細胞診への応用にむけて
長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学¹, 佐世保共済病院病理診断科², 長崎大学病院腫瘍外科³, 長崎医療センター病理診断科⁴
○松田勝也¹, 川崎辰彦², 大坪竜太³, 伊東正博⁴, 井関充及², 中島正洋¹

- 地域8-6 外部精度管理を視点においた多焦点ヴァーチャルソフト「サイトロン」の活用経験
 自治医科大学附属さいたま医療センター病理部¹, 埼玉医科大学総合医療センター病理部², 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科³
 ○河野哲也¹, 扇田智彦², 山田茂樹¹, 清水禎彦³

地域推薦演題9 11月22日(日) 12:40~14:10 第9会場(2号館2F 会議室222+223)

消化器

座長：駄阿 勉 (大分大学医学部診断病理学教室)

- 地域9-1 当科における口腔細胞診境界病変の検討
 島根大学医学部歯科口腔外科学講座
 ○渡邊正章, 秀島克巳, 岩橋輝明, 関根浄治
- 地域9-2 耳下腺腺房細胞癌について細胞像の再検討
 横浜市立大学付属病院病理診断科・病理部¹, 横浜市立大学医学部病態病理学講座², 東京医科大学医学部人体病理学講座³
 ○三田和博¹, 本野紀夫¹, 佐川弘美¹, 西尾由紀子¹, 尾崎由実¹, 日比谷孝二¹, 三宅暁夫¹, 山中正二¹, 大橋健一^{1,2}, 長尾俊孝³
- 地域9-3 肝癌の細胞診, 画像解析ソフトを用いた細胞像と組織像の比較
 佐賀大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹, 佐賀大学医学部病因病態科学診断病理学分野²
 ○甲斐敬太¹, 中村光男¹, 相島慎一^{1,2}

座長：若狭朋子 (近畿大学医学部奈良病院臨床検査部)

- 地域9-4 当院で経験した膾退形成性癌の2例
 熊本赤十字病院病理診断科
 ○境 一, 井上佳那子, 山下 祐, 吉満千恵, 津田富夫, 大塚幸二, 坂本康弘, 長峯理子, 福田精二
- 地域9-5 膾液細胞診における膾腫瘍のIMP3, p53, Smad4 免疫細胞化学の診断的有用性の検討
 鳥取大学医学部附属病院病理部¹, 鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野², 鳥取大学医学部附属病院消化器内科³, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座⁴
 ○遠藤由香利¹, 桑本聡史¹, 大野千恵子¹, 松重貴大¹, 持田洋利¹, 野坂加苗¹, 松本和也³, 広岡保明⁴, 梅北善久², 堀江 靖¹
- 地域9-6 当院における膾 EUS-FNA の診断成績—細胞診とセルブロック法併用の比較検討—
 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学¹, 三重大学医学部附属病院病理部², 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部³, 三重大学医学部附属病院乳腺センター⁴
 ○金山和樹¹, 今井 裕², 米田 操³, 林 昭伸², 北山美佳^{2,4}, 柴原亜希子^{2,4}, 広川佳史¹, 白石泰三¹

国際フォーラム (Global Asia Forum)

11月21日(土) 10:00~11:40 第5会場 (3号館3F 国際会議室)

座長：榎本隆之 (新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学)

宮城悦子 (横浜市立大学附属病院化学療法センター)

コメンテーター：Annabelle Farnsworth (Douglass Hanly Moir Pathology)

- GAF-1 Cervical cancer prevention by HPV vaccination
University of Hong Kong, Hong Kong
○Karen Kar Loen Chan
- GAF-2 HPV Vaccination : The Malaysian Experience
Gleneagles Penang/Penang Medical College, Malaysia
○Suresh Kumarasamy
- GAF-3 Current Status of Human Papillomavirus Vaccine in Korea
Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea, Korea
○Jong Sup Park
- GAF-4 Japanese choice for HPV vaccination : risk or benefit?
Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka University Graduate School of Medicine
○Tomomi Takata
- GAF-5 HPV Vaccination : the impact on Cervical Cancer Screening Programs
Notre Dame University Medical School, St Vincent's Hospital, Australia
○Andrew Field

医療安全セミナー

11月21日(土) 10:00~11:30 第1会場 (1号館2F センチュリーホール)

座長：森谷卓也 (川崎医科大学病理学2)

森井英一 (大阪大学大学院医学研究科病態病理学)

医事紛争, 事例から学ぶ解決策—それぞれの立場から—

- 1 「5つの願い」に応え『隠さない, 逃げない, ごまかさない』姿勢で医療事故と向き合う
南山大学法科大学院教授 弁護士
○加藤良夫
- 2 医療従事者の立場から
中村・平井・田邊法律事務所
○田邊 昇
- 3 細胞学会顧問の立場から
麻生総合法律事務所
○麻生利勝

細胞診専門医セミナー

11月22日(日) 15:40~16:40 第1会場(1号館2F センチュリーホール)

座長: 土屋眞一(細胞診専門医会会長(飯田病院病理診断科))

- I 尿細胞診の新報告様式について
社会医療法人製鉄記念八幡病院
○金城 満
- II 日本専門医機構の最近の動向について
千葉徳州会病院婦人科
○佐々木寛

スライドカンファレンス

11月22日(日) 12:40~14:40 第2会場(4号館1F 白鳥ホール(北))

座長：湊 宏(金沢医科大学臨床病理学教室)

今村好章(福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部)

出題者

伊東正博(長崎医療センター病理診断科)
寺畑信太郎(市立砺波総合病院病理診断科)
村田晋一(和歌山県立医科大学人体病理学)
前田宜延(富山赤十字病院病理診断科)
清水禎彦(埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科)

回答者

林 宏(富山市立富山市民病院中央研究検査部)
那須篤子(岡山大学病院病理部)
秦 直也(独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科病理検査室)
古畑彩子(京都大学医学部附属病院病理診断科)
多比良朋希(久留米大学病院病理部)

症例1(出題者:伊東,回答者:林)

対象臓器:甲状腺

年齢:18歳

性別:女性

臨床所見:甲状腺腫瘍

採取部位:甲状腺右葉

採取法:穿刺吸引

染色法:パパニコロウ染色

症例2(出題者:寺畑,回答者:那須)

対象臓器:乳腺

年齢:74歳

性別:女性

臨床所見:乳腺腫瘍

採取部位:右乳房D領域

採取方:穿刺吸引

染色法:パパニコロウ染色

症例3(出題者:村田,回答者:秦)

対象臓器:泌尿器

年齢:87歳

性別:男性

臨床所見:他院の尿細胞診でClass IIIa

採取部位:膀胱

採取法:自然尿

染色法:パパニコロウ染色(標本作製法;サイトスピ
ン)

症例4(出題者:前田,回答者:古畑)

対象臓器:婦人科

年齢:82歳

性別:女性

臨床所見:不正性器出血

採取部位:子宮内膜

採取法:ブラシ擦過

染色法:パパニコロウ染色(LBC, シュアパス法)

症例5(出題者:清水,回答者:多比良)

対象臓器:呼吸器

年齢:71歳

性別:男性

臨床所見:右肺下葉腫瘍影

採取部位:右肺B¹⁰a

採取法:気管支洗浄液

染色法:パパニコロウ染色

バーチャルスライドセミナー

バーチャルスライドセミナー1 11月21日(土) 15:00~16:30 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長: 山田鉄也 (社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター)

瀬古周子 (名古屋第二赤十字病院病理診断科)

見なきゃ損するバーチャルスライド—ピットフォールにはまり込むな!

症例番号: 1 (子宮頸部擦過)

出題者: 櫻井包子 (愛知医科大学病院病理部)

年齢: 40歳代

性別: 女性

臨床所見: 他院より子宮頸部細胞診CIN3で紹介受診, コルポスコピーで異常を見ない.

採取部位・採取法: 子宮頸部, ブラシ擦過

標本作製法: 直接塗沫 (従来法)

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 2 (喀痰)

出題者: 横井豊治 (名古屋掖済会病院病理診断科)

年齢: 60歳代

性別: 男性

臨床所見: 右胸水貯留, びまん性胸膜肥厚がみとめられる.

検体: 喀痰

標本作製法: 直接塗沫

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 3 (口腔擦過)

出題者: 田中瑞穂 (名古屋掖済会病院病理診断科)

年齢: 70歳代

性別: 男性

臨床所見: 右側側縁の舌下面に2×1cm大で表面顆粒状の腫瘤が認められた.

採取部位・採取法: 舌, ブラシ擦過

標本作製方法: 直接塗沫

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 4 (乳腺穿刺)

出題者: 今井律子 (公立西知多総合病院臨床検査科)

年齢: 70歳代

性別: 女性

臨床所見: 乳癌検診を受け精査目的で当院受診. マンモグラフィーで石灰化を伴う径6mm大の腫瘤を認めた.

採取部位: 左乳房C領域

採取法・検体: 穿刺吸引, 針洗浄液

標本作製法: オートスメアー法

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 5 (自然尿)

出題者: 佐竹立成 (名古屋掖済会病院病理診断科)

年齢: 40歳代

性別: 男性

臨床所見: 血尿を主訴に受診した.

検体: 自然尿

標本作製法: LBC法

染色法: パパニコロウ染色

バーチャルスライドセミナー 2 11月21日(土) 16:30~18:00 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長: 鈴木彩葉 (医療法人神甲会隈病院臨床検査科)

今村好章 (福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部)

LBC 甲状腺細胞診

症例番号: 甲状腺-1

出題者: 玉野裕子 (金沢大学附属病院病理部)

年齢: 20代

性別: 女性

臨床所見: 甲状腺腫瘍, 左頸部腫大

採取部位: 左葉非結節部

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色 (SurePath)

症例番号: 甲状腺-2

出題者: 橘 康志 (株式会社 LSI メディエンス病理細胞診解析部)

年齢: 60代

性別: 女性

臨床所見: 甲状腺腫瘍

採取部位: 右葉結節

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色 (SurePath)

症例番号: 甲状腺-3

出題者: 星川里美 (群馬大学医学部附属病院病理部)

年齢: 40代

性別: 女性

臨床所見: 甲状腺腫瘍

採取部位: 右葉結節

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色 (SurePath)

症例番号: 甲状腺-4

出題者: 鈴木久恵 (奈良県立医科大学附属病院病理部)

年齢: 60代

性別: 男性

臨床所見: 甲状腺腫瘍

採取部位: 左葉結節

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色 (SurePath)

症例番号: 甲状腺-5

出題者: 松永 徹 (香川大学医学部附属病院病理部)

年齢: 60代

性別: 男性

臨床所見: 甲状腺腫瘍

採取部位: 右葉結節

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色 (SurePath)

バーチャルスライドセミナー 3 11月22日(日) 8:00~9:30 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長: 伊藤 誠 (医療法人豊田会刈谷豊田総合病院病理診断科)

坂本寛文 (株式会社東海細胞研究所)

LBC 婦人科細胞診

症例番号: 子宮頸部-1

出題者: 高橋 剛 (東京通信病院病理診断科)

年齢: 50歳, 女性

臨床所見: 婦人科検診

採取法: 子宮腔頸部擦過 (ブラシ)

染色法: パパニコロウ染色 (ThinPrep 法)

症例番号: 子宮頸部-2

出題者: 金田敦代 (大阪警察病院病理診断科)

年齢: 30歳代, 女性

最終月経: 月経開始より20日目

臨床所見: 不正出血

採取法: 子宮頸部擦過

染色法: パパニコロウ染色 (ThinPrep 法)

症例番号：子宮頸部-3

出題者：梅澤 敬（東京慈恵会医科大学附属病院病理診断科）

年齢：40歳代，女性

臨床所見：検診にて異常を指摘され精査目的

採取法：子宮頸部擦過

採取器具：サーベックスブラシ

染色法：パパニコロウ染色（SurePath法）

症例番号：子宮頸部-4

出題者：野畑真奈美（刈谷豊田総合病院病理技術科）

年齢：40歳，女性

臨床所見：水様帯下にて受診。前医での頸部，内膜スミアは異常なし

採取法：子宮頸部擦過

染色法：パパニコロウ染色（ThinPrep法）

症例番号：子宮頸部-5

出題者：牛丸一樹（株式会社東海細胞研究所）

年齢：59歳，女性

臨床所見：不正出血，閉経45歳

採取部位：子宮腔部

採取法：擦過

染色法：パパニコロウ染色（SurePath法）

バーチャルスライドセミナー4 11月22日（日）9：30～11：00 第7会場（1号館4F 会議室141+142）

座長：岡 輝明（公立学校共済組合関東中央病院病理科）

辻村 亨（兵庫医科大学病理学分子病理部門）

LBC 体腔液細胞診

症例番号：体腔液-1

出題者：高瀬頼妃呼（久留米大学病院病理診断科・病理部）

年齢：67歳

性別：女性

既往歴：高血圧症，基底細胞癌（右眉部），アスベスト暴露歴なし

臨床所見：6年前に脳梗塞を発症した後，後遺症および高血圧症で定期受診していたところ，右胸水を認めた。肺疾患が疑われ，胸水細胞診が施行された。

採取材料：胸水

染色法：パパニコロウ染色（LBC シュアパス法）

症例番号：体腔液-2

出題者：高瀬頼妃呼（久留米大学病院病理診断科・病理部）

年齢：77歳

性別：女性

既往歴：胃悪性リンパ腫化学療法後

臨床所見：慢性大動脈解離による心嚢液貯留

採取材料：心嚢液

染色法：パパニコロウ染色（LBC シュアパス法）

症例番号：体腔液-3

出題者：梅森宮加（東京慈恵会医科大学附属病院病理部）

年齢：62歳

性別：女性

臨床所見：卵巣腫瘍，腹水貯留

採取検体：腹水

染色法：パパニコロウ染色（LBC，シュアパス法）

症例番号：体腔液-4

出題者：梅森宮加（東京慈恵会医科大学附属病院病理部）

年齢：62歳

性別：男性

臨床所見：胃癌疑い，腹水貯留

採取検体：腹水（術中迅速細胞診）

染色法：迅速パパニコロウ染色（LBC，シュアパス法）

症例番号：体腔液-5

出題者：有安早苗（国立病院機構福山医療センター）

年齢：50 歳代

性別：女性

臨床情報：心嚢液貯留，唾液腺 メルケル細胞癌 の既往あり

採取部位（材料）：心嚢液

染色法：パパニコロウ染色

症例番号：体腔液-6

出題者：有安早苗（国立病院機構福山医療センター）

年齢：60 歳代

性別：男性

臨床情報：胸水貯留，膀胱癌（尿路上皮癌）の既往あり

採取部位（材料）：胸水

染色法：パパニコロウ染色

症例番号：体腔液-7

出題者：洪田秀美（山口県立総合医療センター中央検査部）

年齢：70 歳代

性別：男性

主訴：呼吸に伴う右側胸部痛

臨床所見：右胸水貯留

検体：右胸水

染色法：パパニコロウ染色（LBC，シュアパス法）

症例番号：体腔液-8

出題者：洪田秀美（山口県立総合医療センター中央検査部）

年齢：80 歳代

性別：女性

主訴：呼吸困難

臨床所見：右胸水貯留

検体：右胸水

染色法：パパニコロウ染色（LBC，セルプレップ法）

バーチャルスライドセミナー 5 11月22日(日) 12:40~13:40 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長：金城 満（社会医療法人製鉄記念八幡病院）

平田哲士（千葉県がんセンター臨床病理部病理検査科）

LBC 尿細胞診

症例番号：泌尿器-1

出題者：平紀代美（北海道がんセンター病理検査科）

年齢：85 歳

性別：男性

臨床所見：前立腺癌既往ありホルモン療法中
膀胱癌既往あり

検体：自排尿

標本作製法：CytoRich Red 固定液を使用した LBC 法

染色法：Papanicolaou 染色

症例番号：泌尿器-2

出題者：金城 満（社会医療法人製鉄記念八幡病院）

年齢：78 才

性別：女性

臨床所見：2012 年 3 月貧血(Hb6.2)認め，鉄剤内服にて軽快。同年 9 月 7 日膀胱炎を繰り返し加療するも，11 月再度症状認め，当院泌尿器科紹介受診。細胞診と膀胱鏡検査が行われた。

採取部位：自然尿

採取法：LBC(SurePath)

染色法：Papanicolaou 染色

症例番号：泌尿器-3

出題者：長田裕之（名古屋第二赤十字病院病理診断科）

年齢：59 才

性別：男性

臨床所見：DLBCL にて化学療法中，スクリーニングの尿沈渣で異型細胞を認めた。

採取部位：自然尿

採取法：検体処理 LBC(ThinPrep)

染色法：Papanicolaou 染色

病理・細胞診断セミナー

病理・細胞診断セミナー1 11月21日(土) 10:20~10:50 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 山下 博 (独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科)

子宮頸部・扁平上皮系

症例番号: 子宮扁-1

出題者: 山本伸晃 (国立病院機構千葉医療センター臨床検査科病理)

年齢: 38歳

性別: 女性

臨床所見: 不正出血

採取部位: 子宮頸部

採取法: 擦過

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 子宮扁-2

出題者: 佐藤和美 (国立病院機構東京医療センター臨床検査科)

年齢: 59歳

性別: 女性

臨床所見: 不正出血

採取部位: 子宮頸部

採取法: 擦過

染色法: パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー2 11月21日(土) 11:00~11:30 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 森定 徹 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

子宮頸部・腺系

症例番号: 子宮腺-1

出題者: 仲本美智子 (公益財団法人東京都予防医学協会母子保健検査二科)

年齢: 20歳代

臨床所見: 子宮がん検診, 最終月経より18日目, 月経周期不順

採取部位: 子宮腔部, 頸管

採取方法: 擦過 (サーベックスブラシ)

染色法: パパニコロウ染色 (LBC, シンプルップ法)

症例番号: 子宮腺-2

出題者: 笹井伸哉 (国家公務員共済組合連合会立川病院病理診断科)

年齢: 59歳

性別: 女性

臨床所見: 子宮腔部筋腫疑い, 表面出血

採取部位: 子宮頸部

採取法: 擦過 (サーベックスブラシ)

染色法: パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー3 11月21日(土) 13:00~13:30 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 山下依子 (名古屋市立大学病院病理診断部)

子宮体部

症例番号: 子宮体-1

出題者: 山田貴之 (名古屋市立大学病院病理診断部)

年齢: 51歳

性別: 女性

臨床所見: 不正出血 最終月経2週間前

採取部位: 内膜

採取法: 擦過

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 子宮体-2

出題者: 松井竜三 (名古屋市立大学病院病理診断部)

年齢: 62歳

性別: 女性

臨床所見: 不正出血 閉経

採取部位: 内膜

採取法: 擦過

染色法: パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー4 11月21日(土) 13:30~14:00 第6会場(1号館4F レセプションホール)**座長：渡邊麗子** (国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科)**卵巣**

症例番号：卵巣-1

出題者：本田勝丈 (静岡県立静岡がんセンター病理診断科)

年齢：70歳代

性別：女性

臨床所見：右卵巣腫瘍

採取部位：右卵巣

採取方法：摘出腫瘍擦過

染色方法：パパニコロウ標本

症例番号：卵巣-2

出題者：大野幸代 (静岡県立静岡がんセンター病理診断科)

年齢：13歳

性別：女性

臨床所見：1年前より腹部膨満感

採取部位：右卵巣腫瘍捺印

染色法：パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー5 11月21日(土) 14:10~14:40 第6会場(1号館4F レセプションホール)**座長：矢田直美** (九州歯科大学歯学科健康増進学講座口腔病態病理学分野)**口腔**

症例番号：口腔-1

出題者：秀島克巳 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)

年齢：80歳

性別：男性

臨床所見：右側上顎癌の疑い

採取部位：右側上顎口蓋

採取法：綿棒擦過

染色法：パパニコロウ染色

症例番号：口腔-2

出題者：秀島克巳 (島根大学医学部歯科口腔外科学講座)

年齢：68歳

性別：女性

臨床所見：左側下顎歯肉悪性腫瘍疑い

採取部位：左下2番周囲歯肉

採取法：綿棒擦過

染色法：パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー6 11月21日(土) 14:40~15:10 第6会場(1号館4F レセプションホール)**座長：藤井丈士** (国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部)**呼吸器・喀痰**

症例番号：喀痰-1

出題者：鳥羽希和子 (国立国際医療研究センター病院中央検査部臨床病理室)

年齢：73歳

性別：女性

臨床所見：胸部異常陰影，呼吸困難

検査材料：喀痰

染色法：パパニコロウ染色

症例番号：喀痰-2

出題者：中村信之 (国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部)

年齢：82歳

性別：男性

臨床所見：間質性肺炎，左下葉浸潤影

検査材料：喀痰

染色法：パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー7 11月21日(土) 15:10~15:40 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 横瀬智之(神奈川県立がんセンター病理診断科)

呼吸器・FNA

症例番号: 呼吸穿-1

出題者: 関谷元幹(神奈川県立がんセンター医療技術
部検査科)

年齢: 73歳

性別: 男性

臨床所見: CTで右上葉に結節あり

採取部位: 右上葉気管近傍

採取法: EBUS-TBNA

染色法: パパニコロウ染色(生理食塩水に回収後オー
トスメア)

症例番号: 呼吸穿-2

出題者: 内田好明(茨城県立中央病院茨城県地域がん
センター医療技術部臨床検査科)

年齢: 65歳

性別: 女性

臨床所見: 右肺上葉に35mmの腫瘍性病変, 気管支
周囲リンパ節腫大

採取部位: 気管支周囲リンパ節

採取方法: EBUS-TBNA

染色法: パパニコロウ染色(直接塗抹)

病理・細胞診断セミナー8 11月21日(土) 15:50~16:20 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 森永正二郎(北里大学北里研究所病院病理診断科)

唾液腺

症例番号: 唾液腺-1

出題者: 河原明彦(久留米大学病院病理診断科・病理
部)

年齢: 46歳

性別: 女性

臨床所見: 軟口蓋に腫瘤を自覚する

採取部位: 口蓋

採取法: 穿刺吸引細胞診

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 唾液腺-2

出題者: 河原明彦(久留米大学病院病理診断科・病理
部)

年齢: 63歳

性別: 女性

臨床所見: 1年前より左耳下部に腫瘤を認め, 徐々に
増大する

採取部位: 耳下腺

採取法: 穿刺吸引細胞診

染色法: パパニコロウ染色およびメイギムザ染色

病理・細胞診断セミナー9 11月21日(土) 16:20~16:50 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 南口早智子(京都大学医学部附属病院病理診断科)

消化器・胆汁膵液

症例番号: 胆汁膵液-1

出題者: 渋谷信介(京都大学医学部附属病院病理診断
科)

年齢: 66歳

性別: 女性

臨床所見: 腹部エコーで主膵管の拡張(4mm)を指摘
採取部位: 膵液

採取法: 内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)

染色法: パパニコロウ染色(LBC, サイトリッチ法)

症例番号: 胆汁膵液-2

出題者: 田口雅子(公益財団法人田附興風会医学研究
所北野病院病理診断科)

年齢: 50歳代

性別: 女性

臨床所見: 肝門部胆管狭窄, 胆管壁肥厚あり, 肝門部
胆管癌または原発性硬化性胆管炎疑い。

採取法: ENBDより胆汁採取

染色法: パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー 10 11月21日(土) 16:50~17:20 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長:三橋智子(北海道大学病院病理診断科)

消化器・FNA

症例番号:消化穿-1

出題者:丸川活司(北海道大学病院病理部)

年齢:60代

性別:男性

臨床所見:腹部超音波検査にて臍背側に約6cm大の腫瘍

採取部位:臍背側後腹膜

採取方法:EUS-FNA

染色法:Diff-Quik染色, パパニコロウ染色

症例番号:消化穿-2

出題者:大久保文彦(九州大学病院病理診断科・病理部)

年齢:40代

性別:女性

臨床所見:腹部超音波検査にて臍尾部に約2cmの腫瘍

採取部位:臍尾部

採取方法:EUS-FNA

染色法:ヘマカラー染色, パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー 11 11月21日(土) 17:30~18:00 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長:堤 寛(藤田保健衛生大学医学部病理学教室)

感染症

症例番号:感染症-1

出題者:中井美恵子(医療法人豊田会刈谷豊田総合病院臨床検査・病理技術科)

年齢:80歳代

性別:女性

臨床所見:多発性筋炎の診断にてステロイド治療中に、高熱を伴って肺の異常陰影が出現したため、ニューモシスチス肺炎を疑い喀痰細胞診を施行。

採取部位:喀痰

採取方法:誘発痰

染色法:パパニコロウ染色

症例番号:感染症-2

出題者:渡邊友宏(株式会社チューケン日本医薬中央研究所熊本支社細胞診)

症例:84歳, 男性

基礎疾患:反回神経麻痺

臨床所見:右中葉の繰り返す肺炎, 食事中的ムセは認めない

採取法:喀痰(入院中の喀出痰)

染色法:パパニコロウ染色, メイ・ギムザ染色

病理・細胞診断セミナー 12 11月22日(日) 8:00~8:30 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長:小塚祐司(三重大学医学部附属病院病理部)

乳腺

症例番号:乳腺-1

出題者:柴原亜希子(三重大学医学部附属病院)

年齢:30歳代前半

性別:女性

臨床所見:健診超音波検査で腫瘍指摘

採取部位:右C領域

採取方法:穿刺吸引

染色法:パパニコロウ染色

症例番号:乳腺-2

出題者:北山美佳(三重大学医学部附属病院)

年齢:30歳代後半

性別:女性

臨床所見:他院超音波検査で乳腺腫瘍指摘

採取部位:左C領域

採取方法:穿刺吸引

染色法:パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー 13 11月22日(日) 8:40~9:10 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 寺畑信太郎 (市立砺波総合病院病理診断科)

甲状腺

症例番号: 甲状腺-1

出題者: 石倉宗浩 (市立砺波総合病院)

年齢: 56歳

性別: 女性

臨床所見: 濾胞腺腫

採取部位: 甲状腺左葉

採取法: エコーガイド下穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 甲状腺-2

出題者: 丸田淳子 (野口病院研究検査科)

年齢: 70代

性別: 男性

臨床所見: 甲状腺腫瘍, 前頸部痛

採取部位: 左甲状腺腫瘍

採取法: 穿刺吸引

染色法: Papnicolaou 染色

病理・細胞診断セミナー 14 11月22日(日) 9:20~9:50 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 大谷 博 (社会医療法人財団白十字会白十字病院臨床検査科)

泌尿器・自然尿

症例番号: 自然尿-1

出題者: 川崎辰彦 (佐世保共済病院病理診断科)

年齢: 77歳

性別: 男性

臨床所見: 膀胱腫瘍

採取部位: 泌尿器

採取法: 自然尿

染色法: パパニコロウ染色 (LBC, LBC PREP)

症例番号: 自然尿-2

出題者: 山田貴之 (福山市民病院臨床検査科)

年齢: 55歳

性別: 男性

臨床所見: 他院尿細胞診で Class V のため, 当院紹介となった.

採取部位: 泌尿器

採取法: 自然尿

染色法: パパニコロウ染色, 直接法 (フィルター法)

病理・細胞診断セミナー 15 11月22日(日) 9:50~10:20 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 村田晋一 (和歌山県立医科大学人体病理学)

泌尿器・分腎尿

症例番号: 分腎尿-1

出題者: 松崎生笛 (和歌山県立医科大学人体病理学)

年齢: 66歳

性別: 女性

臨床所見: 腎盂結石, 腎盂癌疑い

採取部位: 右尿管

採取法: カテーテル尿 (分腎尿)

染色法: パパニコロウ染色 (標本作成法: サイトスピ
ン)

症例番号: 分腎尿-2

出題者: 松崎生笛 (和歌山県立医科大学人体病理学)

年齢: 69歳

性別: 男性

臨床所見: 肉眼的血尿

採取部位: 右尿管

採取法: カテーテル尿 (分腎尿)

染色法: パパニコロウ染色 (標本作成法: サイトスピ
ン)

病理・細胞診断セミナー 16 11月22日(日) 10:30~11:00 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 細根 勝 (日本医科大学多摩永山病院病理部)

リンパ節

症例番号: リンパ節-1

出題者: 中本 周 (鳥取県立中央病院病理診断科・臨床検査科)

年齢: 20歳代

性別: 女性

病歴: 右耳介後部の疼痛と腫脹を主訴に近医を受診し、耳下腺炎として抗生剤治療。その後、発熱が出現・持続し右頸部腫瘤が増加増大するため、悪性リンパ腫が疑われ、近医受診の約2週間後に本院を紹介・受診された。

超音波所見: 耳下腺内~右頸部にかけて、10数個のリンパ節腫大を認める(最大23.3mm)。耳下腺、顎下腺、甲状腺には特記所見なし。

採取部位・採取方法: 右頸部リンパ節にFNAを施行。

染色法: ギムザ染色。

症例番号: リンパ節-2

出題者: 野口裕史 (宮崎大学医学部附属病院病理部)

年齢: 60歳代

性別: 男性

臨床所見: 右肺下葉の多発結節性病変を認め、慢性下気道感染症として経過観察されていた。半年前より、縦隔、左鎖骨上窩リンパ節の急速な増大、血痰を認め、癌のリンパ節転移や悪性リンパ腫が疑われた。

採取部位: 左鎖骨上窩リンパ節

採取法: 捺印細胞診

染色法: パパニコロウ染色, メイギムザ染色

病理・細胞診断セミナー 17 11月22日(日) 12:40~13:10 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 溝口良順 (公立西知多総合病院病理診断科)

体腔液・胸水

症例番号: 胸水-1

出題者: 平澤 浩 (藤田保健衛生大学病院病理部)

年齢: 84歳

性別: 男性

臨床所見: 食欲不振, 腹部膨満感

検体: 胸水

染色法: パパニコロウ染色, メイギムザ染色

症例番号: 胸水-2

出題者: 新田憲司 (名古屋第二赤十字病院病理診断科)

年齢: 68歳

性別: 女性

臨床所見: CTにて前縦隔腫瘍を認め精査

採取部位: 術中右胸水

染色法: パパニコロウ染色, メイギムザ染色

病理・細胞診断セミナー 18 11月22日(日) 13:10~13:40 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 山田鉄也 (社会医療法人厚生会木沢記念病院病理診断センター)

体腔液・腹水

症例番号: 腹水-1

出題者: 松山昌史 (岐阜市民病院病理診断科部)

年齢: 65歳

性別: 女性

臨床所見: 腹部膨満感 (腹水貯留)

採取部位: 腹腔 (腹水)

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 腹水-2

出題者: 松山昌史 (岐阜市民病院病理診断科部)

年齢: 79歳

性別: 男性

臨床所見: 腹部膨満, 食欲不振

採取部位: 腹腔 (腹水)

採取法: 穿刺吸引

染色法: パパニコロウ染色

病理・細胞診断セミナー 19 11月22日(日) 13:40~14:10 第6会場(1号館4F レセプションホール)

座長: 横尾英明 (群馬大学大学院医学系研究科病態病理学)

髄液・脳

症例番号: 髄液脳-1

出題者: 佐藤香織 (群馬大学医学部附属病院病理部)

年齢: 33歳

性別: 女性

臨床所見: 耳下腺炎および髄膜炎で入院中のCTにて左側脳室内腫瘍を指摘された。

採取部位: 髄液

採取法: 遠心塗抹

染色法: パパニコロウ染色, ギムザ染色

症例番号: 髄液脳-2

出題者: 山崎達弥 (群馬大学大学院医学系研究科病態病理学)

年齢: 68歳

性別: 男性

臨床所見: 失語症が増悪し, MRIで左側頭葉, 右後頭葉に均一に造影される多発性病変が認められた。

採取部位: 脳

採取法: 生検組織の捺印

染色法: パパニコロウ染色, HE染色

病理・細胞診断セミナー 20 11月22日(日) 14:10~14:40 第6会場(1号館4F レセプションホール)

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)

骨・軟部腫瘍

症例番号: 骨軟部-1

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

年齢: 53歳

性別: 女性

臨床所見: 左上腕部腫瘍 4.5×3.5cmの隆起性腫瘍, 赤色で自壊あり

採取部位: 左上腕部腫瘍

採取法: core-needle 穿刺, 捺印

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 骨軟部-2

出題者: 松山篤二 (産業医科大学病院病理診断科)

年齢: 70歳

性別: 男性

臨床所見: 2年前から右大腿前面(皮下)に腫瘍あり

採取部位: 軟部

採取法: 捺印

染色法: パパニコロウ染色

症例番号: 骨軟部-3

出題者: 松山篤二 (産業医科大学病院病理診断科)

年齢: 19歳

性別: 女性

臨床所見: 4ヶ月前から右膝痛あり, レントゲンで右大腿骨遠位骨幹端に異常陰影を指摘される。

採取部位: 骨

採取法: 捺印

染色法: パパニコロウ染色

スポンサードセミナー

スポンサードセミナー 1 11月21日(土) 10:00~10:50 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長: 小寺泰弘(名古屋大学大学院医学系研究科消化器外科学)

医工連携による血液中循環がん細胞(CTC)分離装置の開発とその臨床応用

愛知県がんセンター愛知病院臨床研究検査科 中西速夫

共催: 公益財団法人科学技術交流財団

スポンサードセミナー 2 11月21日(土) 10:50~11:30 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長: 藤井多久磨(藤田保健衛生大学医学部産科婦人科)

子宮頸がん検診とCIN管理におけるHPV検査の役割

金沢医科大学産科婦人科 笹川寿之

共催: ホロジックジャパン株式会社

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 1 11月21日(土) 11:50~12:40 第2会場(4号館1F 白鳥ホール(北))

座長: 長谷川好規(名古屋大学大学院医学系研究科呼吸器内科学)

ALK検査の新たな展開と課題

愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部 谷田部恭

共催: 中外製薬株式会社

ランチョンセミナー 2 11月21日(土) 11:50~12:40 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))

座長: 都築豊徳(名古屋第二赤十字病院病理診断科)

尿細胞診統一様式の要約と臨床への応用

尿細胞診新報告様式の概要と実際

社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科 大谷 博

泌尿器科尿細胞診の新しい記載様式は、User-friendlyか?

山口大学大学院医学系研究科泌尿器科学分野 松山豪泰

共催: 日本化薬株式会社

ランチョンセミナー 3 11月21日(土) 11:50~12:40 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長: 中村栄男(名古屋大学大学院医学系研究科臓器病態診断学)

胃癌腹腔内遊離細胞の診断と治療 外科医の視点から

名古屋大学大学院医学系研究科消化器外科学 小寺泰弘

共催: 大鵬薬品工業株式会社

ランチョンセミナー4 11月21日(土) 11:50~12:40 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長:有廣光司(広島大学病院病理診断科)

細胞診断におけるLBCの意義と免疫染色への応用

Cellprepシステムを用いた細胞像の特徴

広島大学病院診療支援部病理検査部門 小川勝成

子宮頸部領域におけるCINtec PLUS Cytologyの有用性

京都大学医学部附属病院病理診断科 白波瀬浩幸

共催:ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社

ランチョンセミナー5 11月21日(土) 11:50~12:40 第9会場(2号館2F 会議室222+223)

座長:小林忠男(大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)

子宮頸がん検診:LBC時代に向けて

不適正標本を作らないために

こころとからだの元氣プラザ 婦人科 大村峯夫

新しい採取器具の検討~LBC導入に向けて~

国立病院機構九州医療センター 産婦人科 蓮尾泰之

共催:株式会社あすか製薬メディカル

ランチョンセミナー6 11月21日(土) 11:50~12:40 第10会場(2号館3F 会議室234)

座長:大林千穂(奈良県立医科大学病理診断学講座)

当院における消化管粘膜下腫瘍に対するEUS-FNAの実際

~ベッドサイド細胞診の有用性~

飯塚病院消化器内科 赤星和也

共催:富士フイルムメディカル株式会社

ランチョンセミナー7 11月22日(日) 11:30~12:20 第2会場(4号館1F 白鳥ホール(北))

座長:植田政嗣(大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)

Screening for Cervical Cancer, Past, Present and Future

Cytopathology, Douglass Hanly Moir Pathology, Sydney, Australia Annabelle Farnsworth

共催:ホロジックジャパン株式会社

ランチョンセミナー8 11月22日(日) 11:30~12:20 第3会場(4号館1F 白鳥ホール(南))

座長:長村義之(国際医療福祉大学大学院病理診断センター)

ここまで進歩したEUS-FNA!

~隣神経内分泌腫瘍を中心に~

愛知県がんセンター中央病院消化器内科部 脇岡 範

共催:ノバルティス ファーマ株式会社

ランチョンセミナー 9 11月22日(日) 11:30~12:20 第4会場(4号館3F 会議室431+432)

座長: 前田昭太郎 (株) LSI メディエンス病理・細胞診センター)

中皮腫に関する診断について

中皮腫診断における体腔液細胞診ガイドライン~その考え方と実際~

(株)ピーシーエルジャパン PCL 福岡病理・細胞診センター 亀井敏昭

細胞診断材料を用いた p16-FISH 法の実際と応用

福岡大学病院病理部・病理診断科 松本慎二

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 10 11月22日(日) 11:30~12:20 第7会場(1号館4F 会議室141+142)

座長: 久山佳代 (日本大学松戸歯学部口腔病理学講座)

口腔扁平上皮の細胞診—従来法と LBC 法の比較—

島根大学医学部歯科口腔外科学講座 関根浄治

共催: 日本ベクトン・ディッキンソン株式会社

ランチョンセミナー 11 11月22日(日) 11:30~12:20 第8会場(2号館2F 会議室224)

座長: 羽場礼次 (香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部)

医療機器の遠隔監視システム導入効果について

病理部門に求められる医療機器管理と遠隔監視システムの導入効果

名古屋大学医学部附属病院病理部 佐藤浩司

遠隔監視システム ティシュー・テック アイサポートについて

サクラファインテックジャパン株式会社カスタマーサポートグループ 田中洋輔

共催: サクラファインテックジャパン株式会社

一般演題 (示説)

— 11月21日(土) 第11会場 ポスター会場 (2号館1F 展示室211+212) —

子宮頸部 01	13:00~13:28	座長: 近藤英司 (公益財団法人がん研有明病院婦人科)
P-1-001	若年者を対象とした子宮頸癌に関する意識調査 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科 ○富安 聡, 佐藤信也, 大田喜孝	
P-1-002	子宮頸部細胞診における採取器具と標本作成法による診断精度に関する後方視的解析 九州大学病院産科婦人科 ¹ , 九州大学病院病理部 ² ○兼城英輔 ¹ , 園田顕三 ¹ , 奥川 馨 ¹ , 矢幡秀昭 ¹ , 中附加奈子 ² , 仲 正喜 ² , 寺戸信芳 ² , 大久保文彦 ² , 小田義直 ^{1,2} , 加来恒壽 ¹ , 加藤聖子 ¹	
P-1-003	妊娠中の子宮頸部細胞診の精度について検討 徳島大学産婦人科 ○阿部彰子, 炬口恵理, 加藤剛志, 西村正人	
P-1-004	子宮頸部軽度異形成に対するヨクイニン錠の細胞学的検討 佐藤レディースクリニック ¹ , 秋田病理組織細胞診研究センター ² ○佐藤康美 ¹ , 及川守康 ² , 阿部一之助 ²	
子宮頸部 02	13:28~13:56	座長: 寺本典弘 (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科)
P-1-005	HIV 陽性 men who have sex with men (MSM) における肛門擦過細胞診 東武医学技術専門学校 ¹ , 杏林大学保健学部病理学研究室 ² , 杏林大学医学部腫瘍内科 ³ , しらかば診療所 ⁴ ○岡山香里 ^{1,2} , 大河戸光章 ² , 北村 浩 ³ , 井戸田一朗 ⁴	
P-1-006	子宮がん検診にて ASC-US と判定された症例の臨床的検討 愛知医科大学医学部産婦人科 ○松下 宏, 藪下廣光, 若槻明彦	
P-1-007	当施設における ASC-US の検討 弘前市医師会健診センター ¹ , 婦人科さかもともみクリニック ² , 大館市立総合病院臨床検査科 ³ ○中村洋子 ¹ , 大高昌子 ¹ , 工藤さおり ¹ , 長沼孝雄 ¹ , 坂本知巳 ² , 松本一仁 ³	
P-1-008	HPV 検査を元にした ASC-US 症例の再検討 関西医科大学枚方病院病理部 ¹ , 斎藤女性クリニック ² ○高村和秀 ¹ , 坂井仁美 ¹ , 中野麗香 ¹ , 宮坂知佳 ¹ , 植村芳子 ¹ , 蔦 幸治 ¹ , 斎藤淳子 ²	
子宮頸部 03	13:56~14:24	座長: 長谷川清志 (獨協医科大学産科婦人科)
P-1-009	当施設における子宮頸部細胞診ベセスダシステム導入後の現状と ASC 判定症例の検討 公益財団法人やまがた健康推進機構 ¹ , 山形県立中央病院病理 ² , 山形県立新庄病院婦人科 ³ , 公立置賜総合病院病理 ⁴ ○小林未来 ¹ , 高橋陽子 ¹ , 情野美津江 ¹ , 慶野秀政 ¹ , 菅原 等 ¹ , 石山和敏 ¹ , 柳川直樹 ² , 中原健次 ³ , 布山繁美 ⁴	

- P-1-010 子宮頸部細胞診におけるハイリスク群 HPV 感染に見られるコイロサイトの出現形態の解析
大森赤十字病院検査部¹, 大森赤十字病院産婦人科²
○九十九葉子¹, 坂本穆彦¹, 日下部民美¹, 大内和真¹, 及川実夏¹, 田岡英樹²
- P-1-011 子宮腔部細胞診 ASC-H の検討
東北大学医学部産婦人科¹, 気仙沼市立病院産婦人科², 東北大学医学部災害産婦人科学分野³, 東北大学臨床研究推進センター⁴
○城 伶史¹, 徳永英樹¹, 岡本 聡¹, 湊 純子¹, 佐藤いずみ¹, 重田昌吾¹, 辻 圭太¹, 橋本千明¹, 田中創太², 志賀尚美¹, 海法道子¹, 伊藤 潔³, 渡部 洋⁴, 新倉 仁¹, 八重樫伸生¹
- P-1-012 当施設における ASC-H 症例の検討
呉医療センター・中国がんセンター産婦人科¹, 呉医療センター・中国がんセンター病理科², 呉医療センター・中国がんセンター病院長³
○友野勝幸¹, 澤崎 隆¹, 中村紘子¹, 本田 裕¹, 水之江知哉¹, 倉岡和矢², 齋藤彰久², 谷山大樹², 在津潤一², 西村俊直², 坂根潤一², 田中美帆², 安村奈緒子², 戸田 環², 谷山清己³

子宮頸部 04**14 : 24~14 : 52****座長：柳井広之（岡山大学医学部病理診断科）**

- P-1-013 ASC-H における細胞診・臨床情報の検討
こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科¹, こころとからだの元氣プラザ産婦人科², 杏林大学保健学部病理学研究室³
○長田詠美子¹, 石井保吉¹, 栗原達哲¹, 岡 俊郎¹, 中島弘一¹, 窪田真弓¹, 小林 綾¹, 稲垣真智子¹, 伊藤千恵子¹, 大村峯夫², 小田瑞恵², 藤井雅彦³
- P-1-014 ASC-H 症例の病理組織診断および臨床経過に関する検討
神戸大学医学部附属病院産科婦人科¹, 神戸大学医学部附属病院病理部²
○今福仁美¹, 蝦名康彦¹, 白川得朗¹, 鈴木嘉穂¹, 篠崎奈々絵¹, 塚本龍子², 原 重雄², 伊藤智雄², 山田秀人¹
- P-1-015 腺侵襲を伴う CIN の子宮頸部擦過細胞診における細胞像の検討
愛知医科大学病院病理部
○水野里美, 水野義己, 藤井佳穂, 宮下拓也, 櫻井包子, 和田栄里子, 佐藤允則, 高橋恵美子
- P-1-016 p16/Ki67 double stain 法は子宮頸部病変判定の新たな方法となりうるか? (pilot study)
公益財団法人秋田県総合保健事業団¹, 御野場たなかレディースクリニック²
○藤原敦子¹, 田中秀則², 阿部智幸¹, 佐藤智子¹, 舟山由紀¹

子宮頸部 05**14 : 52~15 : 20****座長：南 里恵（富山県立中央病院産婦人科）**

- P-1-017 子宮頸部重層扁平上皮癌に進展する早期病巣の DNA メチル化異常解析について
呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹, 呉医療センター・中国がんセンター院長²
○坂根潤一¹, 末田朝子¹, 菅重里紗¹, 安村奈緒子¹, 田中美帆¹, 西村俊直¹, 谷山大樹¹, 在津潤一¹, 齋藤彰久¹, 倉岡和矢¹, 谷山清己²
- P-1-018 子宮頸部非浸潤性腺扁平上皮癌の細胞学的検討
がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹, がん研究会がん研究所病理部², がん研究会有明病院婦人科³
○池畑浩一¹, 高澤 豊², 伊藤崇彦¹, 山田麻里沙¹, 鈴木奈緒子¹, 星 利良¹, 藤山淳三¹, 古田則行¹, 小松京子¹, 宇津木久仁子³, 竹島信宏³, 荷見勝彦³, 杉山裕子^{1,3}

- P-1-019 沖縄本島中部地区市町村子宮がん検診へのLBC全面導入効果
中部地区医師会検診センター八重山出張所¹, 中部地区医師会検診センター臨床検査課病理・細胞診², 琉球大学医学部附属病院病理診断科/病理部³, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座⁴
○黒島義克^{1,2}, 大竹賢太郎², 赤嶺奈月², 青山 肇^{3,4}, 松崎晶子⁴, 齊尾征直^{3,4}, 吉見直己⁴
- P-1-020 LBC法と従来法の鏡検時間に関する比較検討
株式会社保健科学東日本病理部¹, 秋山レディースクリニック², 宇井レディースクリニック³, 塚原産婦人科医院⁴, 自治医科大学付属さいたま医療センター⁵
○高田理恵¹, 岡田真也¹, 大野喜作¹, 小肥亜紀¹, 吉村清江¹, 稲山裕人¹, 秋山芳晃², 宇井万津男³, 塚原信五⁴, 今野 良⁵, 塩津英俊¹

子宮頸部 06 15:20~15:48 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)

- P-1-021 当院におけるLBC標本でのAGCの細胞診断の現状について
順天堂大学医学部附属浦安病院臨床検査医学科¹, 順天堂大学医学部附属浦安病院病理診断科², 順天堂大学医学部附属浦安病院産婦人科³
○坪内優子¹, 橋本 学¹, 市川彩果¹, 奥山直子¹, 岡崎哲也¹, 中村 博¹, 喜納勝成¹, 佐伯春美², 橋爪 茜², 鈴木千賀子³, 野島美知夫³, 泉 浩², 富田茂樹²
- P-1-022 Liquid based cytologyによる子宮頸部細胞診—SCCの評価
弘前大学医学部産婦人科¹, 弘前大学医学部附属病院病理部², 青森県総合健診センター³
○二神真行¹, 重藤龍比古¹, 横山良仁¹, 小島啓子², 刀稱亀代志², 黒瀬 顕², 櫻庭 厚³
- P-1-023 当院における子宮頸部細胞診10年間の変遷~conventionalからLBCへ~
群馬大学医学部附属病院病理部¹, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学², 群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学³
○佐藤香織¹, 平戸純子¹, 小山徹也^{1,2}, 福田利夫³
- P-1-024 子宮頸癌検診におけるHPV検出および型検査併用の臨床的意義
豊見城中央病院産婦人科¹, 豊見城中央病院病理診断科²
○前濱俊之¹, 上地秀昭¹, 呉地 剛², 矢部香織², 照屋敦子², 伊禮 彩², 宮里碧沙², 喜友名正也²

子宮頸部 07 13:00~13:28 座長: 片岡史夫 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)

- P-1-025 コバス4800HPVテストを用いた子宮頸がん併用検診の有用性についての検討
北海道対がん協会細胞診センター検査科¹, 北海道対がん協会旭川がん検診センター検査科², 北海道対がん協会釧路がん検診センター検査科³
○市川浩巳¹, 藤田博正¹, 田上 稔¹, 奥谷裕子¹, 日野順子¹, 阿部里絵¹, 横山 恵¹, 和田恒之¹, 鈴木美由紀¹, 茂木由紀¹, 佐藤利男², 石山好人², 小西加奈子², 倉兼俊之³, 三浦 務³
- P-1-026 コバスHPVその他ハイリスク型陽性における型分布と重複感染について
株式会社ファルコバイオシステムズ検査グループ検査クラスタ病原体遺伝子検査
○山田都也子, 土谷侑雅, 福田修久, 前田 豊
- P-1-027 子宮頸部蒸散術後の病変残存・再発のリスク抽出における細胞診検査とHPV検査の有用性
慶應義塾大学医学部産婦人科学教室
○宮内安澄, 岩田 卓, 森定 徹, 栗原朋子, 菅裕佳子, 齋藤深雪, 西尾 浩, 仲村 勝, 田中京子, 青木大輔
- P-1-028 子宮がん検診より円錐切除に至った症例についての検討
三沢市立三沢病院産婦人科¹, 三沢市立三沢病院中央検査科², 青森県総合健診センター³
○丸山英俊¹, 加藤顕人¹, 吉田多美子², 成田靖之², 三国谷慶子³, 桜庭貴子³, 桜庭 厚³

子宮体部 01 13:28~13:49 座長: 入江準二 (長崎みなとメディカルセンター市民病院病理診断科)

- P-1-029 紫色レーザーおよび近紫外線レーザーを用いて分取した子宮体癌 side population 細胞の解析
九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹, 九州保健福祉大学がん細胞研究所², 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科³, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科⁴
○宮本朋幸^{1,2}, 富安 聡³, 大澤幸希光⁴, 西森 誠^{1,2}, 薬師寺宏匡^{1,2}, 所司睦文^{1,2},
西片一朗^{1,2}, 池脇信直^{1,2,4}, 大野節代^{1,2,4}, 大野英治^{1,2,4}
- P-1-030 子宮内膜擦過細胞において FISH 法を用いた Kras と 12 番染色体 polysomy の評価による良悪性の鑑別
広島大学病院病理診断科¹, 広島大学病院産科婦人科学²
○金子佳恵¹, 田岡知恵¹, 田中祐菜¹, 清水智美¹, 丸橋由加里¹, 小田 恵¹, 石田克成¹,
高井チカ子¹, 尾田三世¹, 小川勝成¹, 木村修士¹, 城間紀之¹, 有廣光司¹, 平田英司²
- P-1-031 子宮内膜癌の診断における内膜細胞診の省略と積極的な子宮鏡検査
大阪鉄道病院婦人科¹, 大阪鉄道病院臨床検査室病理²
○熊谷広治¹, 坂井昌弘¹, 前田隆義¹, 山崎由香子², 山内直樹², 森島英和², 石田英和²

子宮体部 02 13:49~14:10 座長: 小田瑞恵 (医療法人社団こころとからだの元氣プラザ婦人科)

- P-1-032 子宮内膜細胞診に液状検体法導入の試み
福井大学医学部産科婦人科¹, 福井赤十字病院産婦人科²
○黒川哲司¹, 大沼利通², 品川明子¹, 知野陽子¹, 吉田好雄¹
- P-1-033 記述式子宮内膜細胞診報告様式の普及のためには報告カテゴリーの単純化が必要である
愛媛大学医学部産婦人科¹, 四国がんセンター病理科², 愛媛大学医学部附属病院病理部³,
愛媛県立中央病院病理診断科⁴, 松山市民病院病理部⁵, 市立宇和島病院病理診断科⁶, 市立八幡浜総合病院臨床病理科⁷, 愛媛労災病院検査科⁸
○松元 隆¹, 寺本典弘², 片山英司³, 杉田敦郎⁴, 岡田雄平⁵, 前田智治⁴, 松影昭一⁶,
此上武典⁷, 大西博三⁸, 北澤理子³
- P-1-034 無排卵性周期に伴う機能性出血での化生変化における免疫細胞化学的検討
愛媛県立医療技術大学保健医療学部検査技術科学専攻¹, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科²
○安田理恵¹, 則松良明¹, 大崎博之¹, 大杉増美¹, 矢納研二²

子宮体部 03 14:10~14:38 座長: 岡本愛光 (東京慈恵会医科大学産婦人科)

- P-1-035 子宮体癌 1 期の再発における腔断端細胞診の有用性
佐賀大学医学部産婦人科¹, 佐賀県医療センター好生館産婦人科², 佐賀中部病院産婦人科³, 高木病院⁴
○野口光代¹, 西山 哲¹, 大隈恵美¹, 橋口真理子¹, 内山倫子¹, 安永牧生², 金井督之³,
中尾佳史¹, 横山正俊¹, 岩坂 剛⁴
- P-1-036 子宮鏡下手術を施行し確定診断に至った子宮内膜悪性病変症例の後方視的検討
東京大学医学部附属病院女性外科¹, 丸山記念総合病院産婦人科²
○長阪一憲¹, 松本陽子¹, 織田克利¹, 丸山正統², 山下亜紀¹, 曾根献文¹, 森 蘭代¹,
足立克之¹, 平池 修¹, 川名 敬¹, 大須賀穰¹, 藤井知行¹
- P-1-037 子宮体部明細胞腺癌の診断経過についての検討
北海道大学産婦人科¹, 北海道大学病院病理部²
○井平 圭¹, 朝野拓史¹, 丸川活司², 石塚泰也¹, 岡田宏美², 遠藤大介¹, 三田村卓¹,
保坂昌芳¹, 武田真人¹, 渡利英道¹, 佐川 正¹, 畑中佳奈子², 松野吉宏², 櫻木範明¹

P-1-038 子宮体部明細胞腺癌の臨床細胞学的検討

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院産婦人科²⁾, 富山県立中央病院病理診断科³⁾

○清水雅彦¹⁾, 石澤 伸³⁾, 矢野彩子¹⁾, 酒井哲也¹⁾, 宮本藤之¹⁾, 南 里恵²⁾, 飴谷由佳²⁾,
舟本 寛²⁾, 中野 隆²⁾, 中西ゆう子³⁾, 内山明央³⁾

子宮体部 04 14:38~14:59 座長: 鈴木光明 (新百合ヶ丘総合病院)

P-1-039 内膜原発漿液性腺癌と卵巣・卵管原発漿液性腺癌の内膜細胞診陽性例の比較検討

足利赤十字病院臨床検査部¹⁾, 足利赤十字病院産婦人科²⁾, 永寿総合病院産婦人科³⁾

○遠藤みゆき¹⁾, 清水和彦¹⁾, 中村雅哉¹⁾, 廣瀬芳江¹⁾, 川村政人¹⁾, 山田裕子¹⁾, 大島萌夏¹⁾,
岩永あかり¹⁾, 春日義生²⁾, 隅田能雄²⁾, 有馬宏和²⁾, 高橋峰夫³⁾

P-1-040 子宮体部癌肉腫の細胞診に関する検討

札幌医科大学産婦人科

○田中綾一, 寺本瑞絵, 竹浪奈穂子, 金 美善, 玉手雅人, 鈴木美和, 高橋 円, 郷久晴朗,
岩崎雅宏, 齋藤 豪

P-1-041 術中擦過細胞診による子宮平滑筋肉腫と子宮平滑筋腫の細胞学的比較検討

愛知医科大学病院病理部

○藤井佳穂, 水野義己, 水野里美, 宮下拓也, 櫻井包子, 和田栄里子, 佐藤允則, 高橋恵美子

子宮体部 05 14:59~15:27 座長: 岩成 治 (島根県立中央病院産婦人科)

P-1-042 子宮筋腫に合併した子宮魚鱗癬の一例

公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院臨床検査科¹⁾, 公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院病理診断科²⁾

○平山貴博¹⁾, 増子和之¹⁾, 日下部崇²⁾

P-1-043 腹腔鏡および子宮鏡にて子宮内膜増殖症を伴う子宮ポリープ状異型腺筋腫と診断した1例

札幌医科大学産婦人科学講座¹⁾, 市立釧路総合病院²⁾

○玉手雅人^{1,2)}, 寺本瑞絵¹⁾, 竹田倫子²⁾, 松浦基樹¹⁾, 郷久晴朗¹⁾, 田中綾一¹⁾, 岩崎雅宏¹⁾,
齋藤 豪¹⁾

P-1-044 悪性との鑑別を要した Atypical polypoid adenomyoma の2例

自治医科大学附属病院病理診断部¹⁾, 自治医科大学産婦人科²⁾

○福島愛理¹⁾, 伊藤聡史¹⁾, 鈴木智子¹⁾, 郡 俊勝¹⁾, 森田剛平¹⁾, 河田浩敏¹⁾, 森澤宏行²⁾,
藤原寛行²⁾, 福嶋敬宜¹⁾

P-1-045 子宮ポリープ状異型腺筋腫 (APAM) の一例

東京医科大学茨城医療センター病理診断部¹⁾, 東京医科大学茨城医療センター産婦人科²⁾

○柏木淳一¹⁾, 菅 英子¹⁾, 宇津木悟¹⁾, 福島良明¹⁾, 洪 建偉¹⁾, 森下由紀雄¹⁾, 藤村正樹²⁾

卵巣・その他 01 13:00~13:21 座長: 尾崎 敬 (紀南病院中央臨床検査部)

P-1-046 婦人科分野におけるセルブロックの有用性の検討

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○前田悟郎¹⁾, 朝野拓史¹⁾, 丸川活司²⁾, 石塚泰也¹⁾, 井平 圭¹⁾, 遠藤大介¹⁾, 岡田宏美²⁾,
三田村卓¹⁾, 保坂昌芳¹⁾, 武田真人¹⁾, 渡利英道¹⁾, 佐川 正¹⁾, 畑中佳奈子²⁾, 松野吉宏²⁾,
櫻木範明¹⁾

P-1-047 採卵時の卵巣嚢胞穿刺液の細胞診が疑陽性となり, その対応に苦慮した多嚢胞卵巣の1例

公益財団法人がん研究会有明病院¹⁾, がん研究会がん研究所病理部²⁾

○野村秀高¹⁾, 宇佐美知香¹⁾, 松浦基樹¹⁾, 山本阿紀子¹⁾, 金尾祐之¹⁾, 近藤英司¹⁾, 尾松公平¹⁾,
馬屋原健司¹⁾, 杉山裕子¹⁾, 高澤 豊²⁾, 竹島信宏¹⁾

- P-1-048 胸水細胞診陽性で臨床進行期 IV 期となった卵巣粘液性境界悪性腫瘍の 1 例
北里大学産婦人科
○古川正義, 新井正秀, 柳澤信之, 善平沙弥香, 田雑有紀, 佐藤英貴, 小野重満, 高田恭臣,
岩瀬春子, 村雲芳樹, 恩田貴志

卵巣・その他 02 13:21~13:42 座長: 寒河江悟 (札幌西孝仁会クリニック婦人科腫瘍)

- P-1-049 卵巣粘漿液性境界悪性腫瘍 (seromucinous borderline tumor) の一例
弘前大学医学研究科産科婦人科学講座¹, 弘前大学医学部附属病院病理部²
○三浦理絵¹, 二神真行¹, 重藤龍比古¹, 横山良仁¹, 加藤哲子², 渡邊 純², 黒瀬 顕²,
刀稱亀代志², 小島啓子²
- P-1-050 Seromucinous carcinoma の一例
帝京大学医学部附属病院病理部¹, 帝京大学医療技術学部臨床検査学科²
○河野純一¹, 笹島ゆう子¹, 大越 卓¹, 向山淳児¹, 宮田佳奈¹, 笠井亮子¹, 小島 貴¹,
赤嶺 亮¹, 石井美樹子¹, 島田智子², 斎藤光次¹, 東海林琢男¹, 田中文彦², 近藤福雄¹
- P-1-051 卵巣プレナー腫瘍を細胞診で診断し得た 1 例
大阪医科大学医学部病理学教室¹, 大阪医科大学医学部産婦人科学教室²
○服部公亮¹, 山田隆司¹, 明石静香¹, 中山裕子¹, 浦上真由美¹, 武田玲郁¹, 出口千尋¹,
棚田 論¹, 石崎幸恵¹, 廣瀬善信¹, 橋田宗祐², 藤原聡枝², 金村昌徳², 寺井義人²,
大道正英²

卵巣・その他 03 13:42~14:03 座長: 落合和彦 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科)

- P-1-052 卵巣プレナー腫瘍の悪性度による細胞学的検討
東北大学産婦人科
○湊 純子, 徳永英樹, 岡本 聡, 城 伶史, 佐藤いずみ, 橋本千明, 重田昌吾, 辻 圭太,
田中創太, 志賀尚美, 海法道子, 伊藤 潔, 渡部 洋, 新倉 仁, 八重樫伸生
- P-1-053 術中迅速診断時に捺印細胞診を行った卵巣未熟奇形腫 4 例の細胞像
東京女子医科大学病理診断科¹, 東京女子医科大学第一病理学教室², 東京女子医科大学第
二病理学教室³
○村上佳織¹, 金室俊子¹, 野並裕司¹, 高橋伸治¹, 粉川 彩¹, 清水絢子¹, 橋本哲也¹,
富所貴美子³, 村松文章², 廣井敦子¹, 山本智子¹, 澤田達男², 長嶋洋治¹
- P-1-054 セルトリ・ライディヒ細胞腫の 2 例
大阪警察病院
○福田沙織, 辻本正彦, 築山あゆみ, 郡司有理子, 中山順子, 金田敦代, 青木 弘, 小西尋子,
安岡弘直, 吉田研一

呼吸器 01 14:03~14:31 座長: 石亀廣樹 (JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科)

- P-1-055 迅速細胞診において肺癌の組織型推定は可能か? 一気管支鏡下での生検材料を用いた検討
杏林大学医学部外科学教室 (呼吸器・甲状腺)¹, 杏林大学医学部付属病院病理部², 杏
林大学医学部病理学教室³
○田中良太¹, 坂本憲彦², 橘 啓盛¹, 中里陽子¹, 武井秀史¹, 加藤 拓², 藤原正親³,
大倉康男³, 菅間 博³, 近藤晴彦¹
- P-1-056 肺胞置換性腺癌の細胞学的検討
公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院臨床検査科¹, 公益財
団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院病理科²
○石黒和也¹, 大河内良美¹, 石松寛美¹, 飯野陽子¹, 上田有美¹, 小田倉章¹, 小沢昌慶²,
内田 温², 菊地和徳²

- P-1-057 末梢単発性の浸潤性粘液産生性肺腺癌における画像と術前生検・細胞診の特徴
鳥取大学医学部胸部外科¹, 鳥取大学医学部附属病院病理部²
○荒木邦夫¹, 若原 誠¹, 谷口雄司¹, 中村廣繁¹, 松重貴大², 遠藤由香利², 大野千恵子²,
桑本聡史², 野坂加苗², 堀江 靖²
- P-1-058 粘液産生性肺腺癌の細胞学的検討
公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院臨床検査科¹, 公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院病理科²
○大河内良美¹, 石黒和也¹, 石松寛美¹, 飯野陽子¹, 上田有美¹, 小田倉章¹, 小沢昌慶²,
内田 温², 菊地和徳²

呼吸器 02 14:31~14:59 座長: 井上 健 (大阪市立総合医療センター病理診断科)

- P-1-059 細胞検体を用いた遺伝子検索の検討
東京医科大学八王子医療センター病理診断部¹, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科², 東京医科大学呼吸器甲状腺外科³
○信太えりか¹, 三浦弘之², 若槻よしえ¹, 田辺 夢¹, 加藤彩子¹, 石崎幹子¹, 芹澤博美¹,
脇屋 緑¹, 塚本 哲¹, 中嶋英治², 高橋秀暢², 河口洋平², 池田徳彦³
- P-1-060 肺癌における FISH 法を用いた HER2 遺伝子増幅の検討
広島大学病院病理診断科
○田中祐菜, 有廣光司, 田岡知恵, 丸橋由加里, 清水智美, 金子佳恵, 小田 恵, 石田克成,
高井チカ子, 尾田三世, 小川勝成, 木村修士, 城間紀之
- P-1-061 細胞診検体を用いた EGFR 遺伝子変異検査における検体適否
新潟県立中央病院病理診断科¹, 新潟大学大学院保健学研究科², 新潟大学医学部保健学科³
○林 真也^{1,2}, 池田友美¹, 橋詰香織¹, 八木美菜¹, 上原桂月¹, 建部勝彦¹, 酒井 剛¹,
関谷政雄¹, 須貝美佳³, 岩淵三哉³
- P-1-062 浸潤性肺腺癌の進展増殖様式における EGFR, E-cadherin, MMP2 発現の免疫組織化学的検討
群馬大学大学院保健学研究科
○小林さやか, 吉田朋美, 福田利夫

呼吸器 03 14:59~15:20 座長: 河原邦光 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター病理診断科)

- P-1-063 迅速細胞診検査で粘液産生性を示す悪性細胞を認めた ALK 陽性肺腺癌の一例
社会医療法人近森会近森病院臨床検査部病理検査室¹, 社会医療法人近森会近森病院臨床検査部病理診断科², 高知大学医学部附属病院病理診断部³
○千頭祐一¹, 北野 唯¹, 今本隼香¹, 尾崎綾乃¹, 橋 知佐¹, 円山英昭², 戸井 慎³
- P-1-064 ALK 融合遺伝子肺癌の一例
自衛隊横須賀病院検査研究課
○新原奈穂子, 桑原裕子, 大橋幸樹, 堂本英治, 小原一葉
- P-1-065 甲状腺乳頭癌と鑑別を要した小児の ALK 陽性肺癌の 1 例
徳島大学病院病理部
○松山友理子, 森河由里子, 米田亜樹子, 坂東良美

呼吸器 04 15:20~15:48 座長: 富田裕彦 (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センター病理・細胞診断科)

- P-1-066 びまん性特発性肺神経内分泌細胞過形成を背景に発症した定型的カルチノイドの一例
社会医療法人財団慈泉会相澤病院
○小林帆波, 樋口佳代子, 伊丹川裕子, 石橋恵津子, 小倉和幸, 池上陽太, 加藤昌希, 須藤素弘,
小豆畑康児, 伊藤信夫

- P-1-067 気管支洗浄液に出現したカルチノイド腫瘍の細胞像
NTT 東日本関東病院臨床検査部¹, NTT 東日本関東病院病理診断科²
○木村華奈子¹, 牛島友則¹, 荒井政和¹, 橋本浩次², 堀内 啓^{1,2}
- P-1-068 肺神経内分泌癌における INSM1 の有用性
熊本大学生命科学研究部機能病理学分野¹, 独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院²
○工藤信次¹, 中峰ともみ², 伊藤隆明¹
- P-1-069 Pro-GRP 高値を示した肺原発 PNET の 1 例
聖隷三方原病院臨床検査部¹, 聖隷三方原病院病理診断科²
○木村由紀¹, 池谷知也¹, 外崎友美¹, 大場加央里¹, 古田政敏¹, 山田哲司¹, 八木春奈²,
高橋青志郎², 小川 博²

呼吸器 05**13:00~13:35****座長：中谷行雄** (千葉大学大学院医学研究院診断病理学)

- P-1-070 診断に苦慮した肺多形癌の 1 例
静岡赤十字病院病理診断科部¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I², 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 II³
○河原崎由紀子¹, 大塚証一¹, 後藤 務¹, 山田清隆¹, 岡本香織¹, 笠原正男¹, 田代和弘¹,
浦野 誠², 桐山諭和², 稲田健一³
- P-1-071 縦隔に発生した肉腫様癌の一例
東京女子医科大学八千代医療センター臨床検査室¹, 東京女子医科大学八千代医療センター呼吸器外科², 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科³
○今野辰郎¹, 角奈美子¹, 末澤亜紀¹, 高橋昌樹¹, 南部周平¹, 黄 英哲², 関根康雄²,
廣島健三³
- P-1-072 胸水細胞診にて組織型推定に苦慮した G-CSF 産生肺多形癌の一例
社会医療法人敬愛会中頭病院病理検査¹, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学², 琉球大学医学部附属病院病理部³
○知花祐子¹, 齋尾征直^{2,3}, 比嘉盛治¹, 宮城良考¹, 仲座良治¹
- P-1-073 胸水細胞診で診断に苦慮した肺多形癌の一例
大阪医科大学病理学教室
○明石静香, 桑原宏子, 服部公亮, 里見英俊, 武田玲郁, 中山裕子, 出口千尋, 浦上真由美,
棚田 諭, 石崎幸恵, 竹下 篤, 安田恵美, 栗栖義賢, 辻 求, 廣瀬善信
- P-1-074 気管支鏡下細胞診で非上皮系悪性腫瘍を推定した肺癌肉腫の 1 例
苫小牧市立病院病理検査室¹, 奈良県立医科大学病理診断学講座², 北海道大学大学院保健科学研究科病態解析学分野³
○佐藤 稜¹, 大坂峰司¹, 伊丹弘恵², 石津明洋³

呼吸器 06**13:35~14:03****座長：伊豫田明** (東邦大学医学部外科学講座呼吸器外科学分野)

- P-1-075 小細胞癌への形質転換が疑われた EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の一例
朝倉医師会病院臨床検査科¹, 朝倉医師会病院病理診断科²
○林 涼子¹, 藤井広美¹, 棚町恵里¹, 田口 順², 荒川正博²
- P-1-076 小細胞癌との鑑別に苦慮した扁平上皮癌(小細胞型)の一例
国保松戸市立病院病理診断科¹, 国保松戸市立病院呼吸器外科², 国保松戸市立病院臨床検査科³
○横山 綾¹, 茅野伴子¹, 滝沢敬祐¹, 大貫美友紀³, 渋谷 潔², 野呂昌弘¹, 秋草文四郎¹

P-1-077 肺原発リンパ上皮腫様癌の1例

JA 北海道厚生連帯広厚生病院臨床検査技術科¹, JA 北海道厚生連帯広厚生病院病理診断科², JA 北海道厚生連帯広厚生病院呼吸器内科³

○廣瀬尚樹¹, 常山 聡¹, 似内幸枝¹, 小松良一¹, 計良淑子², 菊地慶介², 高村 圭³

P-1-078 扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫の1例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科¹, 鹿児島大学大学院医学総合研究科腫瘍学講座病理学分野²

○西田ゆかり¹, 窪田恵美¹, 竹下かおり¹, 田中和彦¹, 後藤優子², 北菌育美², 平木 翼², 義岡孝子¹, 東美智代², 畑中一仁²

呼吸器 07 14:03~14:31 座長: 柴 光年 (国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科)

P-1-079 肺癌検診喀痰細胞診で発見されたI期上咽頭癌と肺小細胞癌の重複癌の1例

公益財団法人ちば県民保健予防財団¹, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科², 国保松戸市立病院呼吸器外科³, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁴, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁵

○田口明美¹, 柴 光年², 金親久美¹, 早田篤子¹, 桑原竹一郎¹, 渋谷 潔³, 中谷行雄⁴, 中島崇裕⁵, 吉野一郎⁵, 藤澤武彦¹

P-1-080 肺膠様 (コロイド) 腺癌の1例

香川大学医学部附属病院病理部¹, 香川大学医学部附属病院病理診断科²

○片倉和哉¹, 宮本加菜¹, 郷田 衛¹, 本山睦美¹, 大通清美¹, 松永 徹¹, 石川 亮², 香川聖子², 坂東健次², 宮井由美², 林 俊哲², 門田球一², 香月奈穂美², 串田吉生^{1,2}, 羽場礼次^{1,2}

P-1-081 低悪性度胎児型腺癌の一例

佐賀県医療センター好生館検査部¹, 佐賀県医療センター好生館病理部²

○坂井真一¹, 橋本教経¹, 中村 朱¹, 平野敬之¹, 堤 陽子¹, 築地秀典¹, 瀧本桂子¹, 森 大輔¹, 明石道昭²

P-1-082 診断に苦慮した Ciliated muconodular papillary tumor の1例

京都桂病院検査科¹, 京都桂病院病理診断科²

○二宮慶太¹, 豊山浩祥¹, 小山 賢¹, 春日里佳子¹, 小山奈津子¹, 安原裕美子²

口腔・唾液腺 01 14:31~14:59 座長: 岸野万伸 (大阪大学歯学研究科口腔病理学教室)

P-1-083 口腔扁平上皮癌における LBC 法と従来法の量的・質的差異の検討

日本大学松戸歯学部附属病院病理診断科¹, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座², 日本大学松戸歯学部臨床検査医学講座³, 千葉西総合病院臨床検査科⁴

○二谷悦子¹, 松本 敬¹, 宇都宮忠彦², 末光正昌², 森川美雪², 深津 晶³, 浮ヶ谷匡恭⁴, 岩堀朋美⁴, 神林な奈絵⁴, 斎藤隆明⁴, 大村光浩⁴, 久山佳代^{1,2}

P-1-084 舌粘膜上皮擦過細胞診における細胞質の色相的特徴

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野¹, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野², カワラダ歯科・口腔外科³

○江原道子¹, 金子裕康², 中尾寿奈¹, 永山元彦¹, 川原田幸司³, 住友伸一郎², 田沼順一¹

P-1-085 口腔細胞診での Candida 真菌感染時における判定への影響

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科¹, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科²

○神原重季¹, 小谷隆史¹, 田口晴丈¹, 福田雅美¹, 橋本和彦¹, 田中陽一¹, 橋本志帆², 小川真理子², 高松 潔²

- P-1-086 白板症と口腔扁平苔癬における口腔内細胞診と組織診断における形態学的研究
東京歯科大学臨床検査病理学講座¹, 東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理², 東京歯科大学生物学教室³
○松坂賢一¹, 橋本和彦², 橋本貞充³

口腔・唾液腺 02 14:59~15:27 座長：永山元彦 (朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野)

- P-1-087 口腔細胞診での腫瘍性病変の鑑別における Galectin-1 の有用性
大阪大学大学院歯学研究科口腔病理学教室¹, 大阪大学歯学部附属病院検査部²
○野田百合¹, 近堂侑子², 東條文昭², 岸野万伸¹
- P-1-088 口腔細胞診と生検組織診の比較検討
大阪大学歯学部附属病院
○東條文昭, 近堂侑子, 野田百合, 岸野万伸
- P-1-089 若年妊婦に発生した舌扁平上皮癌の1例
東京大学医学部附属病院病理部
○松坂つばさ, 田島将吾, 竹内裕子, 瀬田 章, 宇城麻子, 阿部浩幸, 池村雅子, 森川鉄平, 牛久哲男, 柴原純二, 佐々木毅, 深山正久
- P-1-090 口腔細胞診新報告様式で LSIL と判定した細胞像と組織像
九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学
○矢田直美, 松尾 拓

消化器一般 01 15:27~15:55 座長：上田善彦 (獨協医科大学越谷病院病理診断科)

- P-1-091 PNA-LNA clamping LAMP 法の開発
和歌山県立医科大学人体病理学教室¹, 和歌山県立医科大学内科学第二教室², 和歌山県立医科大学附属病院中央検査部³
○松崎生笛¹, 糸永昌弘², 清水勇輝³, 割栢健史¹, 小島史好¹, 藤本正数¹, 山本華帆里³, 西野 勝³, 永井宏和³, 村田晋一¹
- P-1-092 胆汁細胞診の異型度基準一個々の細胞についての検討一
順天堂大学大学院医学研究科形態解析¹, 鳥取大学病態検査学², 順天堂大学人体病理病態学³, 順天堂大学順天堂医院病理診断部⁴, 順天堂大学練馬病院臨床検査科⁵, 済生会神奈川県病院検査科⁶, 川崎太田総合病院中央検査科⁷, 川崎太田総合病院消化器外科⁸
○古旗 淳¹, 広岡保明², 東井靖子¹, 福村由紀³, 大沼八千代⁴, 山里勝信⁴, 大橋久美子⁵, 阿部加奈子⁶, 阿部佳之⁷, 権田厚文⁸
- P-1-093 当院における胆管癌胆管擦過細胞診の検討
福岡赤十字病院病理診断科
○碓 益代, 遠矢浩隆, 小材和浩, 西山憲一, 中島 豊
- P-1-094 膣液細胞診における液状化検体細胞診と従来法との細胞像の比較
松山赤十字病院
○吉田彩乃, 坂本真吾, 本吉知里, 三好陽子, 窪田裕美, 門屋孝志, 古本好江, 高石治彦, 飛田 陽, 大城由美

消化器一般 02 13:00~13:28 座長：井村穰二 (富山大学大学院医学薬学研究部病理診断学講座)

- P-1-095 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) における採取材料の色調と細胞学的特異性
岡山大学病院病理部/病理診断科¹, 姫路赤十字病院病理診断科², 広島市民病院病理診断科³
○井上博文¹, 藤田 勝¹, 松岡博美¹, 今井みどり¹, 那須篤子¹, 浜田香菜¹, 原田和恵¹, 伏見聡一郎², 市村浩一³, 田中顕之¹, 田中建大¹, 大森昌子¹, 柳井広之¹

- P-1-096 膵腫瘍性病変と嚢胞性病変に対する EUS-FNA 検体の細胞診と組織診併用の有用性の検討
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科¹, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター内視鏡科²
○今泉雅之¹, 浜島裕理¹, 江坂四季音¹, 白幡浩人¹, 木下真由美¹, 鈴木明美¹, 松田陽子¹, 西村 誠², 新井富生¹
- P-1-097 EUS-FNA における膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の特徴的細胞所見の検討
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科¹, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター内視鏡科²
○江坂四季音¹, 浜島裕理¹, 今泉雅之¹, 白幡浩人¹, 木下真由美¹, 鈴木明美¹, 松田陽子¹, 西村 誠², 新井富生¹
- P-1-098 当院における EUS-FNA 検査の現状および診断成績の検討
大阪労災病院中央検査部¹, 大阪労災病院病理診断科²
○金田香央里¹, 岡部美由紀¹, 小倉啓介¹, 浦芝 敬¹, 三村明弘¹, 三輪秀明²

消化器一般 03 13:28~13:56 座長: 杉谷雅彦 (日本大学医学部病態病理学系形態機能病理学分野)

- P-1-099 当院における超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) の報告
名古屋記念病院臨床検査部
○水野晃子, 川村辰也, 南谷健吾, 西尾知子
- P-1-100 膵 EUS-FNA 迅速細胞診の有用性に関する検討
呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹, 呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部², 呉医療センター・中国がんセンター院長³
○倉岡和矢^{1,2}, 田中美帆¹, 末田朝子¹, 菅重理紗¹, 安村奈緒子¹, 坂根潤一¹, 西村俊直¹, 在津潤一¹, 谷山大樹¹, 齋藤彰久¹, 戸田 環², 谷山清己³
- P-1-101 EUS-FNA 材を用いた膵癌診断における細胞診の有用性とその生物学的特性との相関について
JA 愛知厚生連江南厚生病院臨床検査技術科¹, JA 愛知厚生連江南厚生病院病理診断科²
○船橋真紀¹, 福山隆一², 西尾一美¹, 若松真理¹, 住吉尚之¹, 横井智彦¹
- P-1-102 当院での超音波内視鏡下穿刺吸引 (EUS-FNA) 細胞診の診断精度について
地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部¹, 同 病理診断科²
○柏原倫子^{1,2}, 御手洗賀世^{1,2}, 若林信浩^{1,2}, 阪本 聖^{1,2}, 江川博彌¹, 谷本博利¹, 金子真弓²

消化器一般 04 13:56~14:17 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)

- P-1-103 当院で経験した膵超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) による膵神経内分泌腫瘍の 5 例
静岡県立総合病院病理学部
○荒川恵弥, 石川直史, 山崎葉子, 岩崎朋弘, 土屋知夏, 鈴木 誠, 新井一守, 室 博之
- P-1-104 膵超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診にて神経内分泌腫瘍が疑われた 6 例の細胞像
国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科
○岩崎聖二, 説田愛弓, 春原 悟, 吉川英一, 藤井誠志, 小嶋基寛, 落合淳志
- P-1-105 異所性膵組織を伴った胃重複症の 1 例
公益財団法人東京都保健医療公社東京都がん検診センター
○楠木麻子, 庄野幸恵, 成田真一, 押本綾子, 高橋 肇, 山村彰彦

消化器一般 05 14:17~14:38 座長: 鹿毛政義 (久留米大学病院病理部)

- P-1-106 胆道炎の胆汁中に検出されたランブル鞭毛虫症の 2 例
朝倉医師会病院病理診断科¹, 久留米大学医学部病院病理部², 久留米大学医学部病理学講座³
○田口 順¹, 藤井広美¹, 林 涼子¹, 荒川正博¹, 鹿毛政義², 矢野博久³

P-1-107 細胞診をきっかけにアメーバ性肝膿瘍の診断に至った2例

大阪回生病院病理診断科

○宮下奈都美, 九十九昭恵, 菅原真由美, 興梠 隆, 堤 寛

P-1-108 肝嚢胞液にみられたエキノコックス症の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院¹, 順天堂大学医学部人体病理病態学講座²

○森佳奈子¹, 八尾隆史², 荒川 敦², 福村由紀², 齋藤 剛², 大沼八千代¹, 矢部マツ子¹,
坂井育美¹, 吉橋美香¹, 山里勝信¹, 稲葉暁子¹, 堤 裕子¹, 中嶋悦子¹

消化器一般 06 14:38~14:59 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)

P-1-109 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)で推定し得た肝 PEComa の1例

帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部¹, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科², 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科³, 帝京大学医学部附属溝口病院消化器内科⁴

○吉野美由紀¹, 山田正人¹, 湯澤和彦¹, 福田 学¹, 山本恵美¹, 松本光太郎⁴, 馬淵正敏⁴,
安田一朗⁴, 阿曾達也², 水口國雄³, 高橋美紀子², 川本雅司²

P-1-110 診断に苦慮した GIST の1例

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹, 聖マリアンナ医科大学病理学²

○赤埴由紀子¹, 草苺宏有¹, 大川千絵¹, 有泉 泰², 高木正之²

P-1-111 GIST 症例の細胞像の検討

神奈川県立がんセンター医療技術部検査科¹, 神奈川県立がんセンター病理診断科², 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室³, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科⁴

○小林志津子¹, 北村隆司³, 北村和久¹, 酒井麻衣¹, 小島朋子³, 鷲見公太², 小野響子²,
河内香江², 尾松睦子⁴, 国村利明⁴

泌尿器 01 14:59~15:27 座長: 井関充及 (国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院病理診断科)

P-1-112 尿路洗浄細胞診における低異型度尿路上皮癌の細胞学的検討

順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科¹, 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科²

○青木裕志¹, 浅見志帆¹, 飯野瑞貴¹, 阿部杏実¹, 大橋久美子², 小倉加奈子², 松本俊治¹

P-1-113 報告様式における低異型度尿路上皮癌の取り扱いと細胞像の検討

大阪府済生会野江病院病理診断科¹, 香川大学大学院医学系研究科², 香川大学医学部附属病院病理診断科病理部³, 大阪市立大学⁴, 京都大学医学部附属病院病理診断科⁵

○小椋聖子^{1,2}, 矢野恵子¹, 江木さつき¹, 高安祥子¹, 城戸貴之¹, 羽場礼次³, 桜井幹己⁴,
桜井孝規⁵

P-1-114 尿路上皮腫瘍における尿中異型細胞スコアリングの試み

新潟大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹, 新潟大学医歯学総合病院病理部²

○須貝美佳¹, 梅津 哉², 大橋瑠子², 高橋加奈絵², 池亀央嗣², 坂下千明², 岩瀨三哉¹

P-1-115 滋賀県における泌尿器細胞診判定の標準化に向けた取り組み

独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院検査部¹, 大津赤十字病院検査部², 大津市民病院臨床検査部³, 滋賀医科大学医学部附属病院病理部⁴, 大津赤十字病院病理部⁵, 滋賀県臨床検査精度管理細胞部会⁶

○吉田章子^{1,6}, 今村真治^{2,6}, 田口一也^{3,6}, 籠谷亜希子^{4,6}, 宮平良満^{4,6}, 白瀬智之^{5,6}

泌尿器 02 15:27~15:48 座長: 大崎博之 (愛媛県立医療技術大学臨床検査学科)

P-1-116 イメージサイトメトリーを応用した膀胱洗浄液の細胞解析

山口大学大学院医学系研究科分子病理学

○池本健三, 小賀厚徳, 近藤智子, 帖地康世, 伊藤浩史

- P-1-117 尿細胞診鑑別困難症例における免疫細胞化学的検討
大阪府済生会野江病院病理診断科¹, 京都大学医学部附属病院病理診断科²
○城戸貴之¹, 小椋聖子¹, 矢野恵子¹, 江木さつき¹, 高安祥子¹, 桜井孝規²
- P-1-118 尿細胞診標本を用いた核 DNA ロケーションと Pap 染色性の比較検討
九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹, 九州大学医学研究院保健学部門², さぎやま泌尿器クリニック³, 製鉄記念八幡病院病理診断科⁴, 高邦会高木病院⁵
○軍場麻紀¹, 渡邊寿美子², 鷺山和幸³, 金城 満⁴, 杉島節夫², 岩坂 剛⁵, 加来恒壽²

— 11月21日(土) 第12会場 ポスター会場 (1号館3F 会議室131+132) —

泌尿器 03 **13:00~13:21** **座長: 下釜達朗** (社会医療法人製鉄記念八幡病院病理診断科)

- P-1-119 心移植後の尿中に出現する異型尿路上皮細胞集塊とウイルス感染細胞の関連性
国立研究開発法人国立循環器病研究センター臨床検査部臨床病理科¹, 国立研究開発法人国立循環器病研究センター臨床検査部², 国立研究開発法人国立循環器病研究センター移植医療部³
○幸高真美¹, 初山弘幸¹, 藤澤悠貴¹, 稲本郁哉¹, 新井浩司², 中嶋絢子¹, 大郷恵子¹, 松山高明¹, 池田義彦¹, 築瀬正伸³, 植田初枝¹, 中谷武嗣³
- P-1-120 膀胱癌術後患者から発生した Nephrogenic adenoma の2例
東芝林間病院臨床検査科病理¹, 東芝林間病院泌尿器科², 北里大学医学部病理学³
○加藤友也¹, 酒井真理¹, 中浦新平¹, 菅野ひとみ², 柳沢信之³, 吉田 功³, 三枝 信³
- P-1-121 EUS-FNA で診断されたセミノーマ後腹膜リンパ節転移の一例
三重大学医学部附属病院病理部¹, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²
○佐々木美沙¹, 今井 裕¹, 林 昭伸¹, 金山和樹², 白石泰三²

泌尿器 04 **13:21~13:49** **座長: 河内茂人** (国立病院機構九州医療センター病理部)

- P-1-122 血尿診断ガイドラインにおける血尿定義の検証 その1
八尾徳洲会総合病院¹, 京都大学医学部附属病院病理診断科²
○岡崎 健¹, 岩崎由恵¹, 桜井孝規²
- P-1-123 血尿診断ガイドラインにおける血尿定義の検証 その2
八尾徳洲会総合病院¹, 京都大学医学部附属病院病理診断科²
○岩崎由恵¹, 岡崎 健¹, 桜井孝規²
- P-1-124 膀胱全摘をともなう尿路変更術後の尿細胞診の検討
名古屋掖済会病院病理診断科
○田中瑞穂, 大池里枝, 夏目園子, 横井豊治, 佐竹立成
- P-1-125 腎盂癌・尿管癌における尿中異型細胞の検討
新潟大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹, 新潟大学医歯学総合病院病理部²
○須貝美佳¹, 梅津 哉², 大橋瑠子², 高橋加奈絵², 池亀央嗣², 坂下千明², 岩淵三哉¹

- | 泌尿器 05 | | 13 : 49~14 : 10 | 座長：川崎 隆 (新潟県立がんセンター新潟病院病理診断科) |
|---------------|---|---|---|
| P-1-126 | 膀胱の villous adenoma の一例 | 香川大学医学部附属病院病理診断科 ¹ , 香川大学医学部附属病院病理部 ² , 高松赤十字病院病理診断科 ³ , 済生会今治病院病理診断科 ⁴ | ○石川 亮 ¹ , 郷田 衛 ² , 宮本加菜 ² , 片倉和哉 ² , 本山睦美 ² , 松永 徹 ² , 伊吹英美 ¹ , 香川聖子 ¹ , 坂東健次 ⁴ , 宮井由美 ¹ , 林 俊哲 ³ , 門田球一 ¹ , 香月奈穂美 ¹ , 串田吉生 ¹ , 羽場礼次 ¹ |
| P-1-127 | 印環細胞癌を伴った膀胱尿路上皮癌の 1 例 | 東芝病院病理科 | ○柳川啓一, 磯崎岳夫, 米川球恵, 磯 真澄, 三浦泰朗 |
| P-1-128 | バーチャル Z 画像で腺腔を確認できた腸型尿膜管癌の 1 例 | JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科 ¹ , JA 長野厚生連佐久総合病院病理診断科 ² , 北里大学医学部呼吸器外科学 ³ | ○中山朋秋 ¹ , 佐藤憲俊 ² , 岩松弘文 ¹ , 井出伸也 ¹ , 青柳大樹 ¹ , 塩澤 哲 ¹ , 石亀廣樹 ¹ , 佐藤之俊 ³ |
| 乳腺 01 | | 14 : 10~14 : 38 | 座長：桜井孝規 (京都大学医学部附属病院病理診断科) |
| P-1-129 | 乳腺, 甲状腺穿刺吸引細胞診における LBC への応用 | 札幌医科大学附属病院病理部 | ○浅沼広子, 東 恭悟, 近藤 啓, 木戸朋美, 青山智志, 佐藤裕美, 杉田真太郎, 平野博嗣, 長谷川匡 |
| P-1-130 | 乳腺穿刺吸引細胞診における従来法と LBC 法の細胞採取状態の比較検討 | 杏林大学医学部附属病院病理部 ¹ , 杏林大学医学部病理学教室 ² | ○水谷奈津子 ¹ , 加藤 拓 ¹ , 菅野大輝 ¹ , 稲嶺圭祐 ¹ , 鈴木 瞳 ¹ , 市川美雄 ¹ , 坂本憲彦 ¹ , 近藤凡子 ² , 住石 歩 ² , 海野みちる ² , 大倉康男 ¹ , 千葉知宏 ² , 菅間 博 ² |
| P-1-131 | 乳腺穿刺吸引細胞診における鑑別困難例の再検討 | 秋田大学医学部附属病院病理部・病理診断科 | ○川村 学, 成田かすみ, 伊藤 智, 廣嶋優子, 南條 博, 大森泰文 |
| P-1-132 | 当院における乳腺鑑別困難症例の現状 | 順天堂大学附属浦安病院病理診断科 ¹ , 東京ベイ・浦安市川医療センター ² , 東京臨海病院 ³ | ○中村 博 ¹ , 橋本 学 ¹ , 市川彩果 ¹ , 坪内優子 ¹ , 岡崎哲也 ¹ , 奥山直子 ¹ , 喜納勝成 ¹ , 佐伯春美 ¹ , 小柳 愛 ¹ , 橋爪 茜 ¹ , 山崎滋孝 ³ , 齊藤 啓 ² , 泉 浩 ¹ , 富田茂樹 ¹ |
| 乳腺 02 | | 14 : 38~15 : 06 | 座長：田代 敬 (関西医科大学附属枚方病院病理診断科) |
| P-1-133 | 乳腺穿刺吸引細胞診で「悪性の疑い」と判定した Radial scar の一例 | 独立行政法人地域医療機能推進機構東京高輪病院中央検査室 ¹ , 独立行政法人地域医療機能推進機構東京高輪病院病理診断科 ² | ○横野秀樹 ¹ , 大木直子 ¹ , 丸山美奈子 ¹ , 伊原文恵 ² |
| P-1-134 | 急速な増大を示した乳房原発髄外性形質細胞腫の 1 例 | 独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院病理診断科 | ○濱村尚也, 内田雅子, 宮下浩子, 増田麻紀, 武藤美智子, 遠山麻希子, 山上朋之, 佐藤義雄, 長谷川直樹, 角田幸雄 |
| P-1-135 | 穿刺吸引細胞診にて良悪性の鑑別が困難であった Ductal carcinoma in situ の 1 例 | 独立行政法人地域医療機能推進機構宮崎江南病院検査部 ¹ , 宮崎大学医学部附属病院病理部 ² , 宮崎大学医学部附属病院病理診断科 ³ | ○森 智子 ¹ , 花牟禮富美雄 ¹ , 野口裕史 ² , 佐藤勇一郎 ³ |

- P-1-136 乳管内乳頭腫を背景とした非浸潤性乳管癌の一例
 日野市立病院臨床検査科¹, 防衛医科大学校病態病理学講座², 慶応義塾大学病院病理学教室³, 慶應義塾大学病院病理診断部⁴
 ○中島亜紀子¹, 佐瀬 康¹, 小柴まり子¹, 佐々木和子¹, 津田 均², 桂田由佳², 辻川華子³, 佐々木文⁴, 三上修治⁴

乳腺 03 15:06~15:34 座長: 弘井 誠 (高知大学医学部附属病院病理診断部)

- P-1-137 神経内分泌型非浸潤性乳管癌の一例
 (株)PCL 盛岡病理・細胞診センター¹, 青森県立中央病院², 岩手医科大学医学部病理診断学講座³
 ○佐々木仁子¹, 宮智恵子¹, 海老川久美子¹, 工藤里美¹, 方山揚誠¹, 桧山美佐江², 黒滝日出一², 川崎朋範³, 菅井 有³
- P-1-138 線維腺腫内に発生した非浸潤性小葉癌(LCIS)の1例
 西神戸医療センター臨床検査技術部¹, 西神戸医療センター病理科²
 ○栗田千絵¹, 西田 稔¹, 清水理絵¹, 舩越真依¹, 石原美佐², 橋本公夫²
- P-1-139 アポクリン分化を伴う浸潤性小葉癌の1例
 金沢医科大学病院病理部¹, 金沢医科大学臨床病理学²
 ○津幡裕美¹, 竹中美千穂¹, 中田聡子^{1,2}, 水口聖哉¹, 大兼政良育¹, 嶋口智恵¹, 寺内利恵¹, 山下 学¹, 朝倉善史¹, 中野万里子¹, 黒瀬 望^{1,2}, 湊 宏^{1,2}, 野島孝之^{1,2}
- P-1-140 高度なアポクリン化生を伴う浸潤性小葉癌の細胞像
 千葉市立海浜病院臨床検査科病理¹, 千葉市立海浜病院病理診断科², (株)千葉細胞病理診断センター技術部³, 帝京大学ちば総合医療センター病理部⁴
 ○渡邊 瞳¹, 西野武夫¹, 江澤瑞穂¹, 佐々木聡¹, 高橋年美³, 梶 幸子², 山田正俊⁴, 山崎一人⁴, 石田康生⁴

乳腺 04 13:00~13:28 座長: 實原正明 (飯田市立病院臨床検査科)

- P-1-141 多形型浸潤性小葉癌(Invasive lobular carcinoma, pleomorphic type)の一例
 独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院病理診断科¹, 独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院外科², 自宅会員³
 ○村井裕紀¹, 阿部明美¹, 松本麻祐子¹, 大野原千愛³, 山根祥晃², 庄盛浩平¹
- P-1-142 男性乳房に発生した乳腺筋線維芽細胞腫の1例
 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター臨床検査科¹, 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター外科², 独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センター病理・細胞診断科³, 市立岸和田市民病院病理診断科⁴
 ○芥川和彦¹, 藤田良生¹, 原田和弥¹, 石垣優惟¹, 西尾正子¹, 佐々木正和¹, 渡邊清司¹, 玉川孝治², 堀内哲也², 飯塚徳重⁴, 富田裕彦³, 星田義彦¹
- P-1-143 男性乳癌の1例
 堺市立総合医療センター臨床検査技術科¹, 堺市立総合医療センター病理診断科²
 ○岡竹里紗¹, 佐々木伸也¹, 高瀬未穂¹, 鈴木雄策¹, 岩本督徳², 棟方 哲²
- P-1-144 印環細胞を伴った乳癌の組織・細胞像に関する検討
 日本医科大学付属病院病理部病理診断科¹, 同 統御機構診断病理学², 飯田病院病理診断科³
 ○葉山綾子¹, 大橋隆治¹, 坂谷貴司^{1,2}, 松原美幸¹, 渡會泰彦¹, 石井英昭¹, 土屋眞一^{1,3}, 内藤善哉^{1,2}

甲状腺 01	13 : 28~13 : 56	座長：長沼 廣 (仙台市立病院病理診断科)
P-1-145	甲状腺新報告様式に基づく標本の適否についての検討 公益財団法人福島県保健衛生協会 ¹ , 公立大学法人福島県立医科大学医学部基礎病理学講座 ² , 一般財団法人慈山会坪井病院婦人科 ³ ○千葉聖子 ¹ , 添田喜憲 ¹ , 鈴木御幸 ¹ , 佐藤美賀子 ¹ , 神尾淳子 ¹ , 田中瑞子 ² , 森村 豊 ³	
P-1-146	甲状腺細胞診の当施設におけるベセスダシステムの不適正標本の検討 一般財団法人東京保健会病体生理研究所病理室 ¹ , 東京女子医科大学産婦人科教室 ² ○今関恵子 ¹ , 船木陽子 ¹ , 木村洋三 ¹ , 五十嵐清子 ¹ , 平井康夫 ²	
P-1-147	甲状腺穿刺吸引細胞診の再検討一針洗浄液併用と鑑別困難例を中心に 秋田大学医学部附属病院病理部 ○成田かすみ, 川村 学, 伊藤 智, 廣嶋優子, 南條 博, 大森泰文	
P-1-148	当院における甲状腺癌取扱い規約報告様式とベセスダシステム報告様式の比較検討 雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診 ¹ , 雪の聖母会聖マリア病院病理診断科 ² ○深川良隆 ¹ , 伊藤園江 ¹ , 塚本孝久 ¹ , 楳田明美 ¹ , 武井美和 ¹ , 長山大輔 ¹ , 坂本康輔 ¹ , 鶴野由華 ¹ , 檜垣浩一 ² , 西田直代 ² , 木村芳三 ²	
甲状腺 02	13 : 56~14 : 24	座長：小上瑛也 (福井大学医学部附属病院病理診断科)
P-1-149	腺腫様甲状腺腫を振り返る 立川相互病院臨床検査科病理 ○藤元祐子, 谷 正行, 田原恵美子, 布村眞季	
P-1-150	低分化成分を伴った甲状腺乳頭癌の組織細胞像に関する検討 日本医科大学付属病院病理部・病理診断科 ¹ , 同 統御機構診断病理学 ² ○村瀬幸宏 ¹ , 大橋隆治 ¹ , 坂谷貴司 ^{1,2} , 松原美幸 ¹ , 渡會泰彦 ¹ , 石井英昭 ¹ , 内藤善哉 ^{1,2}	
P-1-151	充実性乳頭癌の細胞所見 隈病院臨床検査科 ¹ , 隈病院病理診断科 ² , 隈病院外科 ³ ○道喜香奈美 ¹ , 廣川満良 ² , 高田奈美 ¹ , 鈴木彩葉 ¹ , 樋口観世子 ¹ , 山尾直輝 ¹ , 隈 晴二 ² , 宮内 昭 ³	
P-1-152	硝子化索状腫瘍の細胞学的所見の検討 伊藤病院診療技術部 ¹ , 山梨大学医学部 ² , 慶應義塾大学病院病理診断部 ³ ○渡辺亜美 ¹ , 近藤哲夫 ² , 徳井理絵 ¹ , 田村 恵 ¹ , 佐々木栄司 ¹ , 藤澤俊道 ¹ , 亀山香織 ³ , 鳥屋城男 ¹ , 北川 亘 ¹ , 伊藤公一 ¹	
甲状腺 03	14 : 24~14 : 45	座長：是松元子 (LSI メディエンス)
P-1-153	チェルノブイリ甲状腺癌検診に関わるロシア語甲状腺細胞診教本の発刊の意義 日本医科大学付属病院病理部 ¹ , NPO 法人チェルノブイリ医療支援ネットワーク ² , 愛知県立大学看護学部病理学 ³ , 日本医科大学内分泌外科 ⁴ ○渡會泰彦 ¹ , 村瀬幸宏 ¹ , 山田英雄 ² , 石井英昭 ¹ , 内藤善哉 ¹ , 土屋真一 ¹ , 越川 卓 ³ , 清水一雄 ⁴	
P-1-154	結節状病変に対する甲状腺穿刺吸引細胞診が行われた Basedow 病の一経験例 横浜市立みなと赤十字病院病理診断部 ¹ , 横浜市立みなと赤十字病院内分泌内科 ² ○武川瑞穂 ¹ , 伊藤圭祐 ¹ , 星野夏那 ¹ , 山本容子 ¹ , 林 榮一 ¹ , 山村信一 ¹ , 太田一樹 ² , 熊谷二郎 ¹	
P-1-155	細胞診が有用であった橋本病に合併した甲状腺限局性原発性アミロイドーシスの一例 社会医療法人博愛会相良病院病理診断科 ¹ , 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野 ² ○皆倉愛美 ¹ , 前田ゆかり ¹ , 永尾聡子 ¹ , 北園暢子 ¹ , 大井恭代 ¹ , 畑中一仁 ²	

リンパ節・造血器 01 14:45~15:13

座長：磯部宏昭（日本医科大学多摩永山病院病理部）

- P-1-156 骨髄像で推定困難であった t(1;22)(p13;q13)を伴う AMKL の 1 乳児例
国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター臨床検査科
○永田啓代, 中村宗夫
- P-1-157 髄液細胞診にて診断された B-LBL の一例
獨協医科大学病院病理部¹, 獨協医科大学形態病理²
○加藤 輝¹, 町田浩美¹, 永井多美子¹, 佐々木英夫¹, 圓谷 勝¹, 中里宜正², 小島 勝², 正和信英²
- P-1-158 ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫の一例
熊本市立熊本市市民病院病理診断科¹, くまもと森都総合病院病理診断科²
○山田智子¹, 河野公成¹, 松本律男¹, 志賀有紗¹, 豊住康夫¹, 有馬信之²
- P-1-159 Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm の 1 例
国立病院機構都城医療センター中央検査部
○植山雅彦, 芝原修一, 小坂裕之

リンパ節・造血器 02 15:13~15:41

座長：辻 求（大阪医科大学病理学教室）

- P-1-160 Cytokeratin-positive fibroblastic reticular cell tumor の生検捺印細胞像
岐阜県立下呂温泉病院¹, 岐阜大学医学部形態機能病理², 山形大学医学部病理診断学講座³, 岡山大学医学部病態検査学岡山大学大学院保健学研究科⁴, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病理学腫瘍病理 2 病理⁵
○前田祐吾^{1,2}, 鬼頭勇輔², 齊郷智恵美², 山川光徳³, 佐藤康晴⁴, 高田尚良⁵, 竹内 保²
- P-1-161 リンパ節穿刺吸引細胞診でみられた組織球肉腫の一例
武蔵野赤十字病院病理部
○浅見力也, 宅見智晴, 高橋聡子, 古屋能孝, 浦田育美, 北村洋一, 海老原美里, 河合繁夫, 櫻井うらら, 瀧 和博
- P-1-162 リンパ節捺印標本を用いた菊池病（組織球性壊死性リンパ節炎）の細胞学的検討
長崎大学病院病理診断科病理部¹, 長崎病理診断科²
○濱崎幸恵¹, 新野大介¹, 佐藤典子¹, 今泉利信¹, 平山三国¹, 里 翼¹, 二反田隆夫¹, 穴見正信², 木下直江¹, 安倍邦子¹, 福岡順也¹
- P-1-163 リンパ節細胞診における形態学的鑑別点の検討
九州大学大学院医学系学府保健学専攻
○藤井直人

— 11月21日（土）第13会場 ポスター会場（1号館3F 会議室133+134） —

体腔液 01**13:00~13:21**

座長：福田利夫（群馬大学大学院保健学研究科）

- P-1-164 胸水中に腫瘍細胞を認めた肉腫型中皮腫の 1 例
聖路加国際病院病理診断科¹, 東京女子医科大学第 1 病理², 戸田中央臨床検査研究所³
○中島美里¹, 小川命子¹, 中田裕人¹, 三田尚子¹, 平林陽介¹, 金子あゆみ¹, 金澤卓也¹, 野寄 史¹, 鈴木高祐¹, 澤田達男², 河合俊明³

- P-1-165 細胞質内にヘモジデリン沈着を認めた胸膜悪性中皮腫の1例
JA 山口厚生連長門総合病院研究検査科¹, 山口大学医学部保健学科基礎検査学講座², 美祢市病院事業管理者³, 山口県立総合医療センター中央検査部⁴
○末永絹恵¹, 太田英茂¹, 高林小百合¹, 岡藤友見¹, 河野裕夫², 高橋睦夫³, 渋田秀美⁴, 安永佳麻里⁴

- P-1-166 セルブロックが診断に有用であった二相型胸膜悪性中皮腫の一例
春日井市民病院臨床検査技術室¹, 春日井市民病院病理部²
○齋藤知央¹, 渡邊弥生¹, 西尾 淳¹, 加藤 浩¹, 伊藤 修¹, 吉田めぐみ², 立山 尚²

体腔液 02 13:21~13:42 座長: 上野喜三郎 (株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー検査部)

- P-1-167 悪性胸膜中皮腫にて左胸膜肺全摘後, 長期経過の後に悪性腹膜中皮腫を発症した1例
兵庫県立尼崎総合医療センター病理検査¹, 兵庫県立尼崎総合医療センター病理診断課², 兵庫医科大学病院病理部³, 兵庫医科大学分子病理⁴
○南 智也¹, 荻原英里¹, 松木慎一郎¹, 高垣和代¹, 吉田憲治¹, 石橋万亀朗¹, 鳥居良貴³, 中島直樹², 鷹巣晃昌², 辻村 亨⁴

- P-1-168 多数の砂粒体を認めた腹膜原発悪性中皮腫の一例
神戸市立医療センター西市民病院臨床検査技術部¹, 神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科²
○山下展弘¹, 宮川祥治¹, 吉田澄子¹, 勝山栄治²

- P-1-169 卵巣漿液性腺癌との鑑別に苦慮した悪性腹膜中皮腫の1例
鳥取大学医学部女性診療科¹, 病理診断科²
○小松宏彰¹, 佐藤慎也¹, 澤田真由美¹, 野中道子¹, 野坂加苗², 佐藤誠也¹, 千酌 潤¹, 島田宗昭¹, 大石徹郎¹, 板持広明¹

体腔液 03 13:42~14:03 座長: 横山宗伯 (東京警察病院病理診断科)

- P-1-170 造血器腫瘍における胸水細胞診の意義
宮城県立がんセンター・病理診断科
○伊藤しげみ, 佐藤郁郎, 植木美幸, 大場いづみ, 大山友紀, 名村真由美, 竹内美華
- P-1-171 胸水中に IgG4 陽性形質細胞浸潤を証明できた IgG4 関連疾患の一例
北海道大学病院病理診断科病理部
○吹谷美佳, 丸川活司, 望月抄苗, 清水知浩, 宮越里絵, 安孫子光春, 藤澤孝志, 高桑恵美, 畑中佳奈子, 三橋智子, 松野吉宏
- P-1-172 Erdheim-Chester disease の治療中に心嚢水組織球増多をみた1例
土岐市立総合病院¹, 名古屋第一赤十字病院²
○酒井美穂¹, 森本亜由美¹, 丸山総枝¹, 池井戸重廣¹, 伊藤雅文², 中野晃伸¹

体腔液 04 14:03~14:24 座長: 棟方 哲 (地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター)

- P-1-173 胸水中に出現した芽球形質細胞様樹状細胞腫瘍(BPDCN)の1例
日鋼記念病院病理検査科
○下坂光生, 植村弘幸
- P-1-174 心嚢液細胞診と骨髄検査にて早期治療ができた血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例
市立加西病院中央検査科病理
○松代光代, 神田由佳
- P-1-175 経過中に胸水に出現した Atypical chronic myeloid leukemia の一例
社会医療法人天神会新古賀病院臨床検査課¹, 社会医療法人天神会新古賀病院病理診断科²
○貞嶋奈津¹, 河原真弓子¹, 貞嶋栄司¹, 木下準子¹, 山崎加奈子¹, 三宅まどか¹, 徳永 藏²

体腔液 05	14 : 24~14 : 45	座長：松原美幸 （日本医科大学付属病院病理部）
P-1-176	胸水に出現し、免疫細胞化学染色が有用であった Salivary duct carcinoma の1例 滋賀医科大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 滋賀医科大学医学部附属病院検査部 ²⁾ ○岩本 望 ¹⁾ , 石田光明 ¹⁾ , 籠谷亜希子 ¹⁾ , 春日 希 ¹⁾ , 林 裕司 ¹⁾ , 有田奈弥恵 ²⁾ , 岩井宗男 ¹⁾ , 宮平良満 ¹⁾ , 森谷鈴子 ¹⁾ , 九嶋亮治 ^{1,2)}	
P-1-177	胸水中に腫瘍細胞が出現した粘液線維肉腫の1例 聖路加国際病院病理診断科 ¹⁾ , 東京女子医科大学第1病理 ²⁾ , 東京慈恵会医科大学第3病院 病院病理部 ³⁾ ○鈴木正敏 ¹⁾ , 小川命子 ¹⁾ , 植竹 都 ¹⁾ , 石黒弘美 ¹⁾ , 小林ひとみ ¹⁾ , 恒田直人 ¹⁾ , 吉田光希 ¹⁾ , 宇野美恵子 ¹⁾ , 内田土朗 ¹⁾ , 鈴木高祐 ¹⁾ , 澤田達男 ²⁾ , 福永真治 ³⁾	
P-1-178	胸水に出現した Ewing 肉腫の一例 岡山大学病院病理部 ○原田和恵, 藤田 勝, 松岡博美, 今井みどり, 井上博文, 那須篤子, 浜田香菜, 田中顕之, 田中健大, 柳井広之	
体腔液 06	14 : 45~15 : 13	座長：清水道生 （博慈会記念総合病院病理診断センター）
P-1-179	胸水細胞診にて胸腔内転移を診断し得た頭皮原発血管肉腫の1例 福岡大学病院病理部・病理診断科 ○西中村恵輔, 松本慎二, 相知優子, 小島勝己, 大石朋子, 原川政彦, 鍋島一樹	
P-1-180	腹水中に腫瘍細胞が出現した血管肉腫の1例 長岡赤十字病院病理診断部 ○加藤法男, 高頭秀吉, 池津 満, 田村正史, 山田隆志, 山田佑輔, 江村 巖, 薄田浩幸	
P-1-181	Epithelioid inflammatory myofibroblastic sarcoma の1例 宮崎県立宮崎病院臨床検査科 ¹⁾ , 宮崎県立宮崎病院病理診断科 ²⁾ ○木田裕子 ¹⁾ , 福田早織 ¹⁾ , 稲田千文 ¹⁾ , 島尾義也 ²⁾ , 丸塚浩助 ²⁾	
P-1-182	腹水中に腫瘍細胞を認めた Proximal-type 類上皮肉腫の一例 琉球大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座 ²⁾ ○平田幸也 ¹⁾ , 齊尾征直 ¹⁾ , 西平育子 ¹⁾ , 比嘉美香 ¹⁾ , 瑞慶覧陽子 ¹⁾ , 伊原美枝子 ¹⁾ , 仲宗根克 ¹⁾ , 國吉真平 ²⁾ , 小菅則豪 ²⁾ , 青山 肇 ²⁾ , 吉見直己 ²⁾	
骨軟部・脳・頭頸部 01	13 : 00~13 : 28	座長：伊藤以知郎 （静岡県立静岡がんセンター病理診断科）
P-1-183	穿刺吸引細胞診で皮下良性軟部腫瘍および腫瘍類似病変を疑った静脈内器質化血栓の一例 広島鉄道病院臨床検査室（病理診断科） ¹⁾ , 広島鉄道病院臨床検査室 ²⁾ , 広島鉄道病院臨床研 修医 ³⁾ , 広島鉄道病院皮膚科 ⁴⁾ ○中山宏文 ^{1,2)} , 安原真由美 ²⁾ , 清水丈明 ²⁾ , 佐々木美恵 ²⁾ , 柿崎元恒 ^{1,3)} , 堀内賢二 ⁴⁾	
P-1-184	多発性転移を示した顆粒細胞腫の1例 埼玉医科大学病院中央病理診断部 ¹⁾ , 埼玉医科大学病理学 ²⁾ ○瀬山幸子 ¹⁾ , 政岡秀彦 ¹⁾ , 土居美枝子 ¹⁾ , 金野美年子 ¹⁾ , 李 治平 ^{1,2)} , 金 玲 ^{1,2)} , 市村隆也 ^{1,2)} , 石澤圭介 ^{1,2)} , 茅野秀一 ^{1,2)} , 山田健人 ^{1,2)} , 佐々木敦 ^{1,2)}	
P-1-185	腹腔内 GIST と診断・切除された腹腔内巨大平滑筋肉腫の一例 東大和病院病理細胞診断科 ○桑尾定仁, 河村淳平, 島方嵩明, 坂牧久仁子, 林友理恵	
P-1-186	腎嚢胞内血腫としての穿刺吸引検体より後腹膜脂肪肉腫の可能性を推測し得た1症例 市立伊丹病院病理診断科 ○中島麻智, 堀岡良康, 尾崎友美, 宋 美紗, 木村勇人	

骨軟部・脳・頭頸部 02 13 : 28~13 : 56**座長：福島万奈** (信州大学医学部分子病理学)

- P-1-187 類上皮肉腫の一例
総合病院南生協病院病理診断科¹, 愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部²
○梅田総一郎¹, 棚橋千里¹, 谷田部恭², 小島清乃¹, 嵯峨美奈子¹, 庄司基嗣¹
- P-1-188 近位型類上皮肉腫の3例
千葉県がんセンター臨床病理部
○竹山裕之, 池部 大, 杉山孝弘, 川名秀忠, 荒木章伸, 平田哲士, 伊丹真紀子
- P-1-189 血管肉腫5症例の細胞学的検討
愛知医科大学病院病理部¹, 愛知医科大学病院乳腺内分泌外科²
○櫻井包子¹, 中野正吾², 藤井佳穂¹, 水野里美¹, 宮下拓也¹, 和田栄里子¹, 佐藤允則¹, 水野義己¹, 高橋恵美子¹, 原 一夫¹
- P-1-190 多発転移を認めた Epithelioid angiosarcoma の1症例
八戸市立市民病院臨床検査科病理¹, 八戸市立市民病院婦人科²
○須藤安史¹, 松長夢子¹, 奥沢悦子¹, 矢嶋信久¹, 松田雪香², 会田剛史²

骨軟部・脳・頭頸部 03 13 : 56~14 : 17**座長：今井 裕** (三重大学医学部附属病院病理部)

- P-1-191 術中捺印細胞診が有用であった頭蓋骨ランゲルハンス細胞組織球症の1例
滋賀医科大学医学部附属病院病理部¹, 滋賀医科大学医学部附属病院検査部²
○林 裕司¹, 石田光明¹, 岩本 望¹, 春日 希¹, 籠谷亜希子¹, 有田奈弥恵², 岩井宗男¹, 宮平良満¹, 森谷鈴子¹, 九嶋亮治¹
- P-1-192 側頭骨に発生した骨巨細胞腫の一例
JA 愛知厚生連豊田厚生病院
○末武祐介, 鈴木康太, 加納由美, 田中浩一, 迫 欣二, 氏平伸子, 成田道彦
- P-1-193 小児の頭蓋骨に発生したランゲルハンス組織球症の3例
刈谷豊田総合病院臨床検査・病理技術科¹, 刈谷豊田総合病院病理診断科²
○林 直樹¹, 野畑真奈美¹, 山田義広¹, 中井美恵子¹, 中根昌洋¹, 村上真理子¹, 伊藤 誠²

骨軟部・脳・頭頸部 04 14 : 17~14 : 38**座長：元井 亨** (がん・感染症センター都立駒込病院病理科)

- P-1-194 小指球原発の組織球肉腫の1例
埼玉医科大学国際医療センター病理診断部¹, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科²
○菅野恵士¹, 藤野 節², 鎌倉靖夫¹, 鈴木 隆¹, 細沼佑介¹, 榊 美佳², 新井栄一², 安田政実^{1,2}
- P-1-195 異所性過誤腫性胸腺腫の一例
大阪府立成人病センター病理・細胞診断科¹, 京都府立医科大学附属病院病理診断科²
○松本滯華¹, 竹中明美¹, 久保千明¹, 北村昌紀¹, 長田盛典¹, 小西英一², 富田裕彦¹
- P-1-196 左頸部に発生した小児の胞巣型横紋筋肉腫の一例
横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部¹, 横浜市立大学附属病院病態病理学講座², 横浜市立大学附属病院分子病理学講座³
○尾崎由実¹, 三田和博¹, 本野紀夫¹, 佐川弘美¹, 西尾由紀子¹, 加藤生真³, 山中正二¹, 大橋健一^{1,2}

骨軟部・脳・頭頸部 05 14 : 38~14 : 59**座長：田中陽一** (東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理)

- P-1-197 頭頸部領域の細胞診におけるギムザ染色の有用性
杏林大学附属病院病理部¹, 杏林大学医学部病理学教室²
○加藤 拓¹, 坂本憲彦¹, 水谷奈津子¹, 市川美雄¹, 鈴木 瞳¹, 稲嶺圭祐¹, 菅野大輝¹, 住石 歩², 近藤凡子², 藤原正親², 望月 眞², 菅間 博²

- P-1-198 耳下部穿刺吸引細胞診で病変推定が困難だった石灰化上皮腫の1例
 済生会宇都宮病院臨床検査科病理検査室¹, 慶応義塾大学医学部病理学教室²
 ○廣瀬英俊¹, 湯澤浩子¹, 江本 桂¹, 下田将之²

- P-1-199 上顎洞に発生した粘表皮癌の1例
 JA 秋田厚生連雄勝中央病院中央検査部
 ○藤原秀喜, 高橋治生, 村上さとみ

骨軟部・脳・頭頸部 06 14:59~15:20 座長: 澁谷 誠 (東京医科大学八王子医療センター中央検査部)

- P-1-200 星細胞腫瘍の細胞学的な悪性度分類の検討
 東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科病理¹, 東海大学医学部附属病院病理診断科², 東海大学医学部附属病院病理検査技術科³, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁴
 ○藤田大貴¹, 町田知久¹, 伊藤 仁³, 加戸伸明³, 野村 希¹, 古市将大¹, 平岩真一郎², 梶原 博⁴, 中村直哉⁴, 田尻琢磨²
- P-1-201 Pleomorphic xanthoastrocytoma の一例
 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院
 ○松崎直美, 仲村佳代子, 田口雅子, 足羽彩加, 萩原葉子, 西岡千恵子, 河野孝志, 弓場吉哲
- P-1-202 退形成性乏突起膠腫の一例
 JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科¹, 同 婦人科²
 ○中村 豊¹, 村田哲也¹, 小山英之¹, 馬場洋一郎¹, 市川孝昭¹, 矢納研二²

技術・その他 01 13:00~13:21 座長: 三宅康之 (学校法人加計学園倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科)

- P-1-203 液状細胞診を用いたギムザ染色の検討
 関西医科大学附属滝井病院病理部¹, 関西医科大学病理学第二講座², 関西医科大学病態検査学講座³, 兵庫県立尼崎病院病理診断科⁴
 ○木下勇一^{1,2}, 葛 幸治³, 市辺和男¹, 松永志保¹, 鈴木麻友香¹, 鷹巣晃昌⁴, 塚 貴司², 螺良愛郎², 四方伸明^{1,3}
- P-1-204 EUS-FNA での悪性リンパ腫に対するアプローチ法
 公益財団法人天理よろづ相談所病院病理診断部¹, 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院病理診断科²
 ○高橋明德¹, 松田江身子¹, 坂本真一¹, 鴻池資啓¹, 藤田久美¹, 本庄 原¹, 弓場吉哲²
- P-1-205 脳腫瘍摘出材料における迅速細胞診断~濾紙転写法の有用性~
 東大和病院病理細胞診断科¹, 東京大学医科学研究所附属病院検査部², 神戸大学大学院保健学研究科³, 実験動物中央研究所病理解析センター⁴
 ○河村淳平¹, 傳田珠美², 島方崇明¹, 林友理恵¹, 坂牧久仁子¹, 鴨志田伸吾³, 川井健司⁴, 桑尾定仁¹

技術・その他 02 13:21~13:42 座長: 古旗 淳 (順天堂大学大学院医学研究科形態解析イメージング研究室)

- P-1-206 従来法と LBC 法における免疫染色への影響について
 神戸大学医学部附属病院病理部
 ○山田 寛, 柳田絵美依, 廣尾真奈, 今川奈央子, 塚本龍子, 伊藤智雄
- P-1-207 Cellprep 固定培養細胞株を用いたベンチマークシステムによる免疫細胞化学染色への応用
 ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社
 ○坂 英海, 大橋健太, 筒井康博
- P-1-208 TACASTM固定培養細胞株を用いたベンチマークシステムによる免疫細胞化学染色への応用
 株式会社医学生物学研究所
 ○高田真未, 林 聖子

技術・その他 03 13:42~14:03 座長：金子千之（藤田保健衛生大学医療科学部臨床細胞病理学教室）

- P-1-209 新しいセルブロック作製法（パラフィン・寒天サンドイッチ法）の考案と比較検討
愛媛県立中央病院検査部¹，愛媛県立中央病院病理診断部²，愛媛県立医療技術大学大学院
医療技術科学専攻³，愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁴
○兵頭直樹^{1,3}，大崎博之^{3,4}，則松良明^{3,4}，加藤真紀子¹，高石裕子¹，篠崎理恵¹，井上信行¹，
木下幸正¹，高石 修¹，木藤克己²，杉田敦郎²，前田智治^{1,2}
- P-1-210 乳癌セルブロック検体を用いた受容体検査における固定時間の検討
国立病院機構四国がんセンター臨床検査科¹，国立病院機構四国がんセンター病理科²
○岡本奈美¹，西村理恵子¹，佐藤正和¹，小嶋健太¹，田中慎一¹，門屋 幸¹，田母神佐智子¹，
有江啓二¹，寺本典弘²，高畑浩之²
- P-1-211 当院における Rapid on-site cytological evaluation (ROSE) 導入の効果と問題点
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科¹，聖マリアンナ医科大学病理学教室²
○安田玲子¹，佐々木真実¹，生澤 竜¹，島田直樹¹，相田芳夫¹，高木正之²

わからん会 14:03~14:24 座長：石井保吉（医療法人社団こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科）

- P-1-212 TBLB と組織型乖離を認めた気管支擦過細胞診の検討
慈山会医学研究所附属坪井病院病理検査科¹，慈山会医学研究所附属坪井病院呼吸器科²，
公立岩瀬病院臨床検査科³
○黒田和希¹，菅野寿也¹，佐藤陽子¹，原田仁稔¹，藤岡 薫²，小野伸高³，坪井栄孝²
- P-1-213 核所見の詳細な観察が重要と思われた大細胞神経内分泌癌の一例
社会医療法人敬愛会中頭病院検査科病理¹，琉球大学大学院腫瘍病理学²
○宮城良考¹，齋尾征直²，比嘉盛治¹，知花祐子¹，仲座良治¹，青山 肇²
- P-1-214 組織型の推定が困難であった胸水細胞診の一例
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科
○秦 直也，児玉良典，津田健治，糸山光磨，高木景城，植田 萌，笹 倫郎，山本 賢，
森 清，眞能正幸

＝ 11月22日（日）午前 第11会場 ポスター会場（2号館1F 展示室211+212） ＝**子宮頸部 08 9:00~9:28 座長：高橋健太郎（滋賀医科大学医学部地域周産期医療学講座）**

- P-2-001 Cervical intraepithelial neoplasia 3 (CIN3) 治療後の子宮頸部細胞診に関する検討
中通総合病院産婦人科¹，中通総合病院病理部²
○小西祥朝¹，小野 巖²，石井 明²，今野稔子²，根 裕人²，山谷千晴²
- P-2-002 メラノサイト増生による黒色病変を伴った CIN の一例
国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科¹，国立病院機構西埼玉中央病院研究検査科²，板橋
中央総合病院病理診断科³
○石井賢治¹，小池裕人^{2,3}，阪 旨子²，島田哲也²
- P-2-003 同種骨髄移植後に，細胞診が正常化した子宮頸癌の1例
旭川赤十字病院産婦人科¹，旭川赤十字病院病理課²，旭川赤十字病院病理診断科³
○宮川博栄¹，柴田尚子²，竹内正喜²，曲師妃春²，長尾一弥²，菊地智樹³，小幡雅彦³

- P-2-004 判定に苦慮した子宮頸部扁平上皮癌の1例
 済生会山口総合病院臨床検査部病理検査室¹, 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域
 基礎検査学(生体情報検査学)分野²
 ○末富結花¹, 河野裕夫², 櫛山 因¹

子宮頸部 09 9:28~9:49 座長: 梶原 博 (東海大学医学部基盤診療学系病理診断学)

- P-2-005 診断に苦慮した子宮頸部乳頭状扁平上皮癌の1症例
 飯塚病院中央検査部¹, 飯塚病院病理科²
 ○下代清香¹, 松島優子¹, 金谷直哉¹, 上原俊貴¹, 川嶋大輔¹, 井上佳奈子¹, 桑岡 勲¹,
 佛淵由佳², 大屋正文²
- P-2-006 子宮頸部より発生したコンジローマ様癌の1例
 東海大学医学部附属東京病院病理診断科¹, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学², 東
 海大学医学部附属大磯病院婦人科³, 東海大学医学部附属大磯病院病理診断科⁴
 ○松井成明¹, 梶原 博², 堀 貞明¹, 飯田哲士³, 中沢和美³, 小川高史¹, 中村直哉²,
 佐藤慎吉⁴
- P-2-007 子宮頸部 Condylomatous carcinoma の1例
 杏林大学医学部産婦人科¹, 杏林大学医学部病理学教室², 杏林大学医学部附属病院病理部³
 ○百村麻衣¹, 小林陽一¹, 望月 眞², 坂本憲彦³, 長内喜代乃¹, 西ヶ谷順子¹, 松本浩範¹

子宮頸部 10 9:49~10:10 座長: 矢野恵子 (大阪府済生会野江病院病理診断科)

- P-2-008 子宮頸部すりガラス細胞癌の1例
 蒲郡市民病院臨床検査科¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²
 ○近藤泰佳¹, 佐藤比佐代¹, 齋藤隆史¹, 浦野 誠²
- P-2-009 子宮頸部 Glassy cell carcinoma の2例
 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理・細胞診¹, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病
 院病理診断科²
 ○中野祐子¹, 伊藤園江¹, 塚本孝久¹, 大田桂子¹, 武井美和¹, 鶴野由華¹, 木村芳三²,
 西田直代², 檜垣浩一²
- P-2-010 子宮頸部すりガラス細胞癌と小細胞癌が共存した1例
 慶應義塾大学病院病理診断部¹, 慶應義塾大学医学部病理学教室², 慶應義塾大学医学部産
 婦人科学教室³
 ○吉田由紀子¹, 照井仁美¹, 長島義男¹, 釘先結香^{1,2}, 阿部 仁^{1,2}, 尾原健太郎¹,
 富永英一郎³, 青木大輔³, 亀山香織¹

子宮頸部 11 10:10~10:31 座長: 松本俊治 (順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科)

- P-2-011 術前診断が困難であった子宮頸部腺扁平上皮癌の1例
 JA 静岡厚生連静岡厚生病院臨床検査科¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科², 日本医科
 大学武蔵小杉病院病理部³
 ○原理恵子¹, 萩原智子¹, 浦野 誠², 北山康彦³
- P-2-012 細胞診にて推定可能であった atypical LEGH の一例
 国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹, 国立がん研究センター中央病院婦人腫
 瘍科², 帝京大学医学部附属病院病理診断科³
 ○福原 萌¹, 渡邊麗子¹, 吉田正行¹, 吉田 裕¹, 澁木康雄¹, 佐々木直志¹, 石川光也²,
 笹島ゆう子³
- P-2-013 子宮頸部細胞診異常 (AGC) から4年後に子宮頸部腺癌と診断された1症例
 産業医科大学医学部産婦人科
 ○卜部理恵, 川越俊典, 植田多恵子, 栗田智子, 鏡 誠治, 松浦祐介, 蜂須賀徹

子宮頸部 12	10:31~10:52	座長：嵯峨 泰 (自治医科大学附属病院婦人科)
P-2-014	分葉状頸管腺過形成を背景に発生した子宮頸部胃型腺癌 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座 ¹ , 東京慈恵会医科大学病理学講座 ² ○川畑絢子 ¹ , 清川貴子 ² , 中村麻子 ² , 廣岡信一 ² , 横須幸太 ¹ , 田畑潤哉 ¹ , 黒田高史 ¹ , 永吉陽子 ¹ , 嘉屋隆介 ¹ , 飯田泰志 ¹ , 上田 和 ¹ , 斎藤元章 ¹ , 矢内原臨 ¹ , 山田恭輔 ¹ , 岡本愛光 ¹	
P-2-015	子宮内膜細胞診異常で発見された子宮頸部胃型腺癌の1例 四国がんセンター婦人科 ¹ , 四国がんセンター病理科 ² , 四国がんセンター臨床検査科 ³ ○白山裕子 ¹ , 楠本真也 ¹ , 大亀真一 ¹ , 小松正明 ¹ , 竹原和宏 ¹ , 寺本典弘 ² , 田中慎一 ³ , 小嶋健太 ³ , 岡本奈美 ³ , 佐藤正和 ³ , 高畑浩之 ² , 西村理恵子 ³	
P-2-016	子宮頸部原発印環細胞癌の1例 藤田保健衛生大学医学部産婦人科 ¹ , 藤田保健衛生大学病院病理部 ² , 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 ³ ○河合智之 ¹ , 鳥居 裕 ¹ , 市川亮子 ¹ , 平澤 浩 ² , 浦野 誠 ³ , 黒田 誠 ³ , 藤井多久磨 ¹	
子宮頸部 13	9:00~9:21	座長：小宮山慎一 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)
P-2-017	子宮頸部擦過塗抹標本上に出現した悪性リンパ腫の3例 東京医科大学病院病理診断科 ¹ , 東京医科大学人体病理学分野 ² , 東京医科大学産科産婦人科学分野 ³ , 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学 ⁴ ○稲垣敦史 ¹ , 永井 毅 ^{1,2} , 三宅真司 ¹ , 渡部顕章 ¹ , 山口真由実 ¹ , 川内ゆうか ¹ , 石原里佳子 ¹ , 大城 久 ^{1,2} , 松林 純 ^{1,2} , 佐川泰一 ³ , 中村直哉 ⁴ , 長尾俊孝 ^{1,2}	
P-2-018	子宮頸部に発生した癌肉腫の1例 新潟県立がんセンター新潟病院婦人科 ○本間 滋, 菊池 朗, 柳瀬 徹, 笹川 基	
P-2-019	子宮頸部原発骨肉腫の1例 東北大学産婦人科 ¹ , 東北大学災害科学国際研究所 ² , 東北大学病院臨床研究推進センター ³ ○辻 圭太 ¹ , 徳永英樹 ¹ , 湊 純子 ¹ , 重田昌吾 ¹ , 佐藤いずみ ¹ , 橋本千明 ¹ , 田中創太 ¹ , 志賀尚美 ¹ , 海法道子 ¹ , 岡本 聡 ¹ , 高野忠夫 ^{1,3} , 新倉 仁 ² , 伊藤 潔 ^{2,3} , 渡部 洋 ³ , 八重樫伸生 ¹	
子宮頸部 14	9:21~9:42	座長：安田政実 (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科)
P-2-020	女性生殖器と外尿道口に同時に発生した粘液性腫瘍の一例 埼玉医科大学保健医療学部臨床検査学科 ¹ , 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 ² , 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科 ³ , 埼玉医科大学国際医療センター画像診断科 ⁴ ○成清羊佳 ¹ , 加藤智美 ² , 細沼沙紀 ² , 鎌倉靖夫 ² , 周東真代 ¹ , 渡辺宏志 ¹ , 矢野友梨 ³ , 小澤栄人 ⁴ , 永田耕治 ² , 安田政実 ²	
P-2-021	胃癌の卵巣・子宮転移の一例 獨協医科大学産科婦人科 ¹ , 獨協医科大学病理部 ² , 獨協医科大学病理診断科 ³ , 獨協医科大学形態病理 ⁴ ○長谷川清志 ¹ , 木内香織 ¹ , 香坂信明 ¹ , 深澤一雄 ¹ , 町田浩美 ² , 永井多美子 ² , 佐々木英夫 ² , 今井康雄 ³ , 小島 勝 ⁴ , 正和信英 ²	

P-2-022 腔断端に再発をきたした腹膜原発上衣腫(Ependymoma)の一例

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹, 国立がん研究センター中央病院乳腺・腫瘍内科², 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科³

○藤間瑞穂¹, 佐々木直志¹, 吉田正行¹, 吉田 裕¹, 渡邊麗子¹, 池田勝秀¹, 澁木康雄¹, 公平 誠², 温泉川真由², 石川光也³, 池田俊一³, 加藤友康³, 平岡伸介¹

子宮体部 06 9:42~10:10 座長:角田 肇 (NTT 東日本関東病院産婦人科)

P-2-023 子宮頸癌 卵巣癌を合併した子宮体部類内膜腺癌(triple cancer)の1例

北海道大学産婦人科¹, 北海道大学病院病理部²

○齊藤良玄¹, 朝野拓史¹, 丸川活司², 石塚泰也¹, 岡田宏美², 井平 圭¹, 三田村卓¹, 保坂昌芳¹, 武田真人¹, 遠藤大介¹, 渡利英道¹, 佐川 正¹, 櫻木範明¹

P-2-024 子宮内膜細胞診で子宮体部漿液性腺癌前駆病変を疑われた子宮体部類内膜腺癌の2症例

北海道がんセンター婦人科¹, 北海道対がん協会婦人科², 北海道がんセンター病理部³

○首藤聡子¹, 藤田博正², 佐々木隆之², 岡元一平¹, 藤堂幸治¹, 加藤秀則¹, 武田広子³, 鈴木宏明³, 山城勝重³

P-2-025 子宮体部類内膜腺癌術後に漿液性腺癌のリンパ節転移を認めた1例

JA新潟県厚生連佐渡総合病院産婦人科¹, 新潟県立がんセンター新潟病院婦人科², 新潟県立がんセンター新潟病院病理部³

○竹越公美¹, 菊池 朗², 市川 希¹, 笹川 基², 本間 滋², 川崎 隆³

P-2-026 子宮体部漿液性腺癌の早期診断に子宮内膜細胞診が有用であった2例の検討

慶應義塾大学病院産婦人科

○坂井健良, 進 伸幸, 山上 亘, 真壁 健, 二宮委美, 南木佳子, 吉浜智子, 岩佐尚美, 中平直希, 野村弘行, 片岡史夫, 平沢 晃, 富永英一郎, 阪埜浩司, 青木大輔

子宮体部 07 10:10~10:38 座長:石谷 健 (東京女子医科大学産婦人科)

P-2-027 子宮体部原発扁平上皮癌の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹, 株式会社LSIメディエンス病理・細胞診センター², 社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院病理検査室³

○江原輝彦¹, 河村憲一¹, 下地恵吉¹, 松井宏江¹, 鶴岡慎悟¹, 三瓶祐也¹, 清水 健¹, 是松元子², 鈴木雅子³

P-2-028 子宮体部に発生した扁平上皮癌の4例

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科

○菊池 朗, 笹川 基, 本間 滋

P-2-029 子宮体部に発生した小細胞癌の1例

北海道大学産婦人科¹, 北海道大学病院病理部²

○古田 祐¹, 朝野拓史¹, 丸川活司², 石塚泰也¹, 前田悟郎¹, 遠藤大介¹, 三田村卓¹, 武田真人¹, 岡田宏美², 藤澤孝志², 渡利英道¹, 佐川 正¹, 畑中佳奈子², 松野吉宏², 櫻木範明¹

P-2-030 子宮体部小細胞癌の1例

日鋼記念病院¹, がん研有明病院², 札幌医科大学³

○伊野善彦¹, 幅田周太郎¹, 松浦基樹², 齋藤 豪³

子宮体部 08

10 : 38~10 : 59

座長：的田真紀（公益財団法人がん研有明病院婦人科）

- P-2-031 高齢者絨毛癌の1例
鳥取大学医学部産科婦人科¹, 鳥取大学医学部病理部²
○野中道子¹, 澤田真由美¹, 小松宏彰¹, 佐藤誠也¹, 千酌 潤¹, 堀江 靖², 佐藤慎也¹,
島田宗昭¹, 大石徹郎¹, 板持広明¹
- P-2-032 神経内分泌分化を呈した子宮体部癌肉腫の1例
防衛医科大学校産科婦人科¹, 防衛医科大学校病院検査部²
○笹 秀典¹, 松浦寛子¹, 宮本守員¹, 青山 真¹, 高野政志¹, 渋谷剛志¹, 川口 翔²,
織田智博², 高橋宏美², 島崎英幸², 古谷健一¹
- P-2-033 Alpha-fetoprotein 産生性子宮体部癌肉腫の一例
八戸赤十字病院検査技術課病理¹, 岩手医科大学付属病院病理診断科², 岩手医科大学医学
部病理診断学講座³
○清水道弘¹, 小原勇貴¹, 吉田幸司¹, 笹生俊一¹, 安保淳一², 菅井 有^{2,3}

卵巣・その他 04

9 : 00~9 : 28

座長：松元 隆（愛媛大学医学部産婦人科）

- P-2-034 子宮体部細胞診を契機に発見された卵管上皮内癌の1例
神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部¹, 神戸市立医療センター中央市民病
院臨床病理科²
○尾松雅仁¹, 井本秀志¹, 森田明子¹, 田代章人¹, 上原慶一郎², 今井幸弘²
- P-2-035 腹水細胞診から診断に至った serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) と考えられた1例
近畿大学医学部奈良病院産婦人科¹, 近畿大学医学部奈良病院病理診断科²
○金山清二¹, 張 波¹, 森岡佐知子¹, 生駒直子¹, 大井豪一¹, 福森恭代², 浦 雅彦²,
若狭朋子², 太田善夫²
- P-2-036 子宮頸部細胞診, 子宮内膜細胞診が術前診断の一助となった卵管癌の一例
佐賀大学医学部産科婦人科¹, 佐賀大学医学部附属病院病理部², 佐賀中部病院病理部³, 佐
賀中部病院産婦人科⁴
○西山 哲¹, 橋口真理子², 福田亜紗子¹, 大隈恵美¹, 甲斐敬太², 野口光代¹, 内山倫子¹,
金井督之⁴, 山崎文朗³, 中尾佳史¹, 横山正俊¹
- P-2-037 多彩な像を示し診断に苦慮した卵管原発癌肉腫の一例
聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹, 聖マリアンナ医科大学病理学², 聖マリアンナ医
科大学産婦人科学³
○大川千絵¹, 草薙宏有¹, 小泉宏隆², 前田一郎², 土居正知², 高木正之², 大原 樹³,
鈴木 直³

卵巣・その他 05

9 : 28~9 : 56

座長：吉見直己（琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座）

- P-2-038 卵管原発癌肉腫の1例
NTT 東日本札幌病院産婦人科¹, NTT 東日本札幌病院臨床検査科²
○池田桂子¹, 小松健一郎², 中野有子², 本間則之², 高桑康成², 佐藤昌明², 西川 鑑¹
- P-2-039 腹水中に腫瘍細胞が出現した腔原発悪性黒色腫の一例
東北大学医学部産科学婦人科学分野¹, 気仙沼市立病院産婦人科², 東北大学災害科学国際
研究所災害婦人科学分野³, 東北大学病院臨床研究推進センター臨床研究ネットワーク部
門⁴
○重田昌吾¹, 城 伶史¹, 湊 純子¹, 橋本千明¹, 佐藤いずみ¹, 辻 圭太¹, 田中創太^{1,2},
志賀尚美¹, 海法道子¹, 徳永英樹¹, 岡本 聡¹, 新倉 仁¹, 伊藤 潔^{1,3}, 渡部 洋^{1,4},
八重樫伸生¹

P-2-040 外陰部悪性黒色腫の1例

会津中央病院病理部

○高根澤裕介, 尾崎千明, 秋元由佳, 加藤 淳, 川口隆憲

P-2-041 外陰部に発生した顆粒細胞腫の一例

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座¹, 産業医科大学医学部産科婦人科学教室², 産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部³○松浦祐介¹, 卜部理恵², 植田多恵子², 栗田智子², 鏡 誠治², 川越俊典², 蜂須賀徹², 島尻正平³**呼吸器 08 9:56~10:24 座長: 中山富雄** (地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センターがん予防情報センター疫学予防課)

P-2-042 肺転移をきたした腺 solid-pseudopapillary neoplasm の一例

千葉大学医学部附属病院病理部¹, 千葉大学医学部附属病院病理診断科², 千葉大学大学院医学研究院臓器制御外科学³, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁴, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁵○四宮義貴¹, 小野寺清隆¹, 曾川紀子¹, 鈴木 学¹, 中 千裕¹, 岩井 優¹, 大木昌二¹, 米盛葉子^{1,2,5}, 太田 聡^{1,2}, 矢澤卓也^{1,2,5}, 宮崎 勝³, 吉野一郎⁴, 中谷行雄^{1,2,5}

P-2-043 末梢発生の高悪性度肺粘表皮癌の1切除例

北里大学医学部呼吸器外科学¹, 北里大学病院病理部², 北里大学医学部病理学³○園田 大¹, 坂口 忍², 小野元嗣¹, 林 祥子¹, 横山 大², 中島裕康¹, 松井啓夫¹, 塩見 和¹, 仲田典広³, 一戸昌明³, 蔣 世旭³, 吉田 功³, 佐藤之俊¹

P-2-044 肺芽腫の一例

神戸大学大学院医学部附属病院呼吸器内科¹, 神戸大学大学院医学部附属病院病理診断科²○立原素子¹, 堂國良太¹, 森藤哲史², 塚本龍子², 大谷恭子², 堀 朱矢¹, 田村大介¹, 小林和幸¹, 酒井康裕², 全 陽², 西村善博¹

P-2-045 成人T細胞白血病を背景に Pneumocystis 肺炎と CMV 肺炎を合併した一例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部・病理診断科

○横田 章, 中村信之, 北村美寿穂, 遠藤奈美江, 重政善子, 菅原明子, 木脇圭一, 井下尚子, 藤井丈士

呼吸器 09 10:24~10:52 座長: 本間慶一 (新潟県立がんセンター新潟病院)

P-2-046 抗酸菌症の細胞診

労働者健康福祉機構旭労災病院中央検査部¹, 愛知医科大学医学部病理学講座²○秋山哲文¹, 瀬古憲弘¹, 服部和宏¹, 山村宗幸¹, 谷川直人¹, 伊藤秀明², 稲熊慎吾², 池田 洋²

P-2-047 原発性肺癌の背景因子としての真菌感染症

結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科¹, 結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科², 結核予防会複十字病院臨床検査技術科³○吉田 勤^{1,2}, 温井奈美^{2,3}, 菊池康華^{2,3}, 草野行治^{2,3}, 菊地文史²

P-2-048 副鼻腔真菌症の検討

東邦大学医療センター大橋病院病理部¹, 同 耳鼻咽喉科²○田口勝二¹, 藤田正志¹, 村石佳重¹, 佐々木智子¹, 湯浅瑛介¹, 大原関利章¹, 横内 幸¹, 榎本泰典¹, 高橋 啓¹, 吉川 衛²

P-2-049 当院で経験した原虫症3症例

獨協医科大学病理部

○高田温子, 中里宜正, 町田浩美, 佐々木英夫, 土田 秀, 神山晴美, 吉田 勤, 小島 勝, 正和信英

呼吸器 10	9:00~9:28	座長：白田実男 （日本医科大学付属病院呼吸器外科）
P-2-050	炎症性筋線維芽細胞腫様の形態を示した未分化肉腫の1例 東京医科大学医学部呼吸器・甲状腺外科学分野 ¹ , 東京医科大学病院病理診断科 ² ○片場寛明 ¹ , 前田純一 ¹ , 吉田浩一 ¹ , 垣花昌俊 ¹ , 梶原直央 ¹ , 筒井英光 ¹ , 大平達夫 ¹ , 永井 毅 ² , 松林 純 ² , 長尾俊孝 ² , 池田徳彦 ¹	
P-2-051	穿刺吸引細胞診で転移性甲状腺癌併存を診断し得た前縦隔巨大胸腺癌の1例 国立病院機構金沢医療センター ○松田愛子, 山岸 豊, 笠島里美, 川島篤弘	
P-2-052	肺原発血管筋脂肪腫の1切除例 船橋市立医療センター臨床病理 ¹ , 船橋市立医療センター呼吸器外科 ² ○清水辰一郎 ¹ , 諏訪朋子 ¹ , 高橋久雄 ¹ , 内田 修 ²	
P-2-053	CTガイド下胸膜穿刺材料から疑われた心臓原発滑膜肉腫の1例 京都市立病院臨床検査技術科 ¹ , 京都市立病院病理診断科 ² ○野田みゆき ¹ , 川辺民昭 ¹ , 古市佳也 ¹ , 佐川聖羅 ¹ , 河野文彦 ² , 岩佐葉子 ²	
呼吸器 11	9:28~9:49	座長：田中良太 （杏林大学医学部外科）
P-2-054	肺原発の傍神経節腫の一例 国立病院機構高崎総合医療センター ○原田邦彦, 遠藤 隆, 土橋実加, 山口徳実, 宮永朋実, 田中優子, 小川 晃	
P-2-055	肋骨原発骨巨細胞腫の一例 社会医療法人天神会新古賀病院 ○木下準子, 河原真弓子, 貞嶋栄司, 山崎加奈子, 貞嶋奈津, 三宅まどか, 徳永 藏	
P-2-056	気管支に発生した inflammatory myofibroblastic tumor の1例 済生会熊本病院 ○田上圭二, 鮫島彩香, 近藤妙子, 松岡拓也, 中川美弥, 神尾多喜浩	
呼吸器 12	9:49~10:10	座長：門田球一 （香川大学医学部附属病院病理部）
P-2-057	硬化性血管腫の細胞像について 愛知医科大学病院病理部 ○和田栄里子, 櫻井包子, 水野義己, 藤井佳穂, 水野里美, 宮下拓也, 佐藤允則, 高橋恵美子	
P-2-058	ヒト肺癌細胞株から分取した side population 細胞の特徴解析 倉敷芸術科学大学大学院産業科学技術研究科機能物質化学専攻分子細胞病理学系 ¹ , 倉敷 芸術科学大学生命科学部生命医科学科 ² , 加計学園細胞病理学研究所 ³ ○小倉千尋 ¹ , 森 康浩 ^{2,3} , 三宅康之 ^{1,2} , 坂口卓也 ^{1,2,3}	
P-2-059	Cytorich Red を用いた喀痰 LBC 標本の作製方法とその有用性 奈良県立医科大学附属病院病理部 ¹ , 奈良県立医科大学病理診断学講座 ² ○龍見重信 ¹ , 西川 武 ¹ , 鈴木久恵 ¹ , 竹内真央 ¹ , 田中京子 ¹ , 畠山金太 ² , 大林千穂 ²	
口腔・唾液腺 03	10:10~10:38	座長：小川郁子 （広島大学病院口腔検査センター）
P-2-060	耳前部に発生した結節性筋膜炎の一例 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 ¹ , 公益 財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科 ² ○和田裕貴 ¹ , 香田浩美 ¹ , 原田美香 ¹ , 實平悦子 ¹ , 小寺明美 ¹ , 中村香織 ¹ , 内野かおり ² , 能登原憲司 ²	
P-2-061	右耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の1例 岡山済生会総合病院 ¹ , 岡山大学病院病理部 ² ○野口裕太郎 ¹ , 矢吹満佐江 ¹ , 清水哲也 ¹ , 河田晶子 ¹ , 山本弘基 ¹ , 谷 祥代 ¹ , 柳井広之 ²	

P-2-062 耳下腺腺房細胞癌の1例

前橋赤十字病院病理診断科¹, 高崎総合医療センター病理診断科², 足利赤十字病院臨床検査部³, 恵愛堂病院病理診断科⁴

○尾身麻理恵¹, 布瀬川綾子¹, 細井京子¹, 富澤一与¹, 井出宗則¹, 宮永朋実², 清水和彦³, 伊藤秀明⁴

P-2-063 耳下腺腺房細胞癌の1例

宮城県立がんセンター臨床検査技術部¹, 同 病理診断科²

○植木美幸¹, 竹内美華¹, 名村真由美¹, 大場いづみ¹, 大山友紀¹, 伊藤しげみ², 佐藤郁郎²

消化器一般 07

9:00~9:28

座長: 西山憲一 (福岡赤十字病院病理診断科)

P-2-064 EUS-FNA において診断に苦慮した Oncocytic type IPMN の一例

香川大学医学部附属病院病理診断科

○香月奈穂美, 串田吉生, 松永 徹, 香川聖子, 佐々木真紀子, 宮井由美, 門田球一, 片倉和哉, 宮本加菜, 郷田 衛, 大通清美, 本山睦美, 羽場礼次

P-2-065 長期にわたり肝嚢胞として経過観察された IPNB の1例

済生会福岡総合病院病理診断科¹, 久留米大学医学部病理学講座², 福岡徳洲会病院病理診断科³

○佐藤真介¹, 内藤嘉紀², 宮崎浩子¹, 佐藤瑞恵¹, 東 悠介¹, 石井洋子¹, 中島明彦³, 加藤誠也¹

P-2-066 EUS-FNA で推定診断した膵尾部浸潤性膵管癌の1例

国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部¹, つくば国際大学医療保健学部臨床検査学科²

○荒川文子¹, 齋藤広樹¹, 當銘良也², 石田 剛¹

P-2-067 術中迅速細胞診断が有用であった浸潤性膵管癌の一例

東京通信病院病理科¹, 東京通信病院外科², 東京警察病院病理診断科³, 立正佼成会付属佼成会病院病理科⁴

○岸田由起子¹, 高橋 剛¹, 中村恵子¹, 斉藤佑美¹, 清水香織¹, 山崎志寿子¹, 浅川一枝¹, 寺島裕夫², 横山宗伯³, 小川真紀³, 二階堂孝⁴, 田村浩一¹

消化器一般 08

9:28~9:49

座長: 元井紀子 (国立がん研究センター中央病院病理)

P-2-068 主膵管内進展を伴う膵腺房細胞癌の1例

鳥取大学医学部附属病院病理部¹, 鳥取大学医学部器管病理学²

○松重貴大¹, 持田洋利¹, 遠藤由香利¹, 大野千恵子¹, 野坂加苗¹, 桑本聡史¹, 堀江 靖¹, 梅北善久²

P-2-069 膵腺房細胞癌2例の細胞学的特徴像

東京医科大学病院病理診断部

○片桐仁子, 山口 浩, 大城 久, 小池悦子, 三宅真司, 桑原 淳, 磯本愛子, 鈴木恵美子, 大塚清花, 忽滑谷昌平, 松林 純, 長尾俊孝

P-2-070 膵 EUS-FNA にて細胞診断の手がかりとなる無構造の球状物質が見られた症例の検討

徳島大学病院病理部

○森河由里子, 松山友理子, 米田亜樹子, 坂東良美

消化器一般 09

9:49~10:17

座長: 片山博徳 (日本医科大学付属多摩永山病院病理部)

P-2-071 EUS-FNA が有用であった膵臓 Solid-Pseudopapillary neoplasm の1例

新百合ヶ丘総合病院病理診断科

○和田幸子, 高山明子, 中泉正博, 福永眞治

- P-2-072 Solid-pseudopapillary neoplasm の 1 例
高知赤十字病院病理診断科¹, 検査部²
○和田有加里¹, 安岡 香¹, 小原昌彦¹, 水野圭子¹, 頼田顕辞¹, 黒田直人¹, 大原有理², 栗下一義², 弘内 岳²
- P-2-073 EUS-FNA にて診断し得た膵神経内分泌腫瘍の 1 例
社会医療法人愛仁会高槻病院臨床検査科病理¹, 社会医療法人愛仁会高槻病院病理科²
○谷口由美¹, 平尾美智¹, 井本智子¹, 仲谷武史¹, 伊倉義弘², 岩井泰博²
- P-2-074 画像診断で自己免疫性膵炎が疑われた膵神経内分泌腫瘍の一例
高知大学医学部附属病院病理診断部
○吉良佳那, 岡本真知, 高橋明日香, 大原栄二, 井口みつこ, 戸井 慎, 弘井 誠

消化器一般 10 10:17~10:38 座長: 坂谷貴司 (日本医科大学付属病院病理診断科)

- P-2-075 液状化細胞診で診断可能であった膵の神経内分泌腫瘍(NET)の 3 例
福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部
○岩崎和美, 森 正樹, 前川秀樹, 鈴木佑梨, 竹内 文, 小上瑛也, 今村好章
- P-2-076 胆嚢原発大細胞神経内分泌癌の一例
関西労災病院中央検査部¹, 同 病理診断科², 同 消化器外科³, 同 消化器内科⁴
○吉野龍一¹, 杉生憲二¹, 原沙由美¹, 山根三千秋¹, 後藤孝吉², 永野輝明², 石田 智³, 前田篤史⁴, 桂 宜輝³, 糸瀬一陽⁴, 武田 裕³, 中塚伸一²
- P-2-077 超音波内視鏡穿刺吸引 EUS-FNA にて診断し得た IPMN を合併した退形成癌の 1 例
横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科
○海老塚智恵美, 石津春菜, 小寺輝明, 武田奈津子, 富岡理恵, 腰高典子, 菊地美保, 田辺美樹子, 大谷方子, 稲山嘉明

消化器一般 11 10:38~10:59 座長: 能登原憲司 (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)

- P-2-078 膵液中に腫瘍細胞が出現した破骨細胞様巨細胞型退形成癌の 3 例
自治医科大学附属病院病理診断部
○伊藤聡史, 福島愛理, 鈴木智子, 郡 俊勝, 森田剛平, 福嶋敬宜
- P-2-079 EUS-FNA で診断した undifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cells の一例
関西労災病院中央検査部¹, 同 病理診断科², 同 消化器内科³
○原沙由美¹, 杉生憲二¹, 山根三千秋¹, 吉野龍一¹, 永野輝明², 後藤孝吉², 村井大毅³, 辻 朱紀³, 糸瀬一陽³, 中塚伸一²
- P-2-080 術後 10 年を経て膵転移を認めた腎淡明細胞癌の一例
済生会松阪総合病院検査課¹, 済生会松阪総合病院臨床検査科², 三重大学医学部附属病院病理部³
○竹内健二¹, 丸井理恵子¹, 山本雄一¹, 小塚祐司³, 中野 洋²

— 11月22日(日)午前 第12会場 ポスター会場(1号館3F 会議室131+132) —

泌尿器 06 9:00~9:28 座長: 神尾多喜浩 (済生会熊本病院中央検査部病理)

- P-2-081 自然尿中に尿路上皮癌と小細胞癌が併存した一例
さいたま市立病院中央検査科病理¹, 慶應義塾大学医学部病理学教室²
○齋藤 樹¹, 長澤英一郎¹, 森田 繁¹, 手塚康晴¹, 赤塚誠哉¹, 尾島英知²

- P-2-082 膀胱の小細胞癌の2例と尿管の小細胞癌の1例
京都府立医科大学付属北部医療センター病理診断科¹, 京都府立医科大学付属病院病理診断科², 京都府立医科大学付属北部医療センター臨床検査科³, 株式会社日本セルネット⁴
○真崎 武¹, 岸本光夫², 小西英一², 西村綾子², 藤田幹雄³, 原田規子^{2,4}, 柳澤昭夫²
- P-2-083 尿中にみられた小細胞癌の一剖検例
国立病院機構舞鶴医療センター臨床検査科¹, 京都第一赤十字病院病理診断科², 明治国際医療大学婦人科³
○岡本浩伸¹, 小幡博美¹, 安久玲子¹, 増田一吉¹, 中尾龍太², 樋野陽子², 木村順治³
- P-2-084 尿細胞診により診断された前立腺小細胞癌の一例
国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹, 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², 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長³
○在津潤一¹, 倉岡和矢^{1,2}, 谷山大樹¹, 斉藤彰久¹, 末田朝子¹, 菅里里沙¹, 安村奈緒子¹, 田中美帆¹, 坂根潤一¹, 戸田 環¹, 西村俊直¹, 谷山清己³

泌尿器 07 9:28~9:49 座長:長嶋洋治 (東京女子医科大学病理診断科)

- P-2-085 尿細胞診が診断契機となったS状結腸癌膀胱浸潤の一例
公立松任石川中央病院医療技術部検査室¹, 公立松任石川中央病院病理診断科², 福井大学医学部付属病院病理部³
○吉野敦子¹, 村田由美子¹, 久富元治¹, 丹羽秀樹², 今村好章³
- P-2-086 自然尿中に腫瘍細胞を認めた乳頭状腎細胞癌の一例
九州大学病院病理診断科・病理部¹, 九州大学大学院医学研究院泌尿器科学², 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学³
○中附加奈子¹, 大久保文彦¹, 仲 正喜¹, 高橋良輔², 阿萬 紫³, 孝橋賢一³, 山元英崇^{1,3}, 小田義直^{1,3}
- P-2-087 診断に苦慮した腎集合管癌の一例
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¹, JA 北海道厚生連札幌厚生病院病理診断科², 高知赤十字病院病理診断科³
○樋田郁治¹, 加藤 隆¹, 吉岡明日香¹, 平尾智美¹, 市原 真², 後藤田裕子², 村岡俊二², 黒田直人³

泌尿器 08 9:49~10:10 座長:内田克典 (三重大学医学研究科腫瘍病理学)

- P-2-088 尿細胞診にて診断された, 悪性リンパ腫と尿路上皮癌の2重がんの一例
株式会社アイル板橋中央臨床検査研究所病理¹, 東戸塚記念病院泌尿器科²
○西島千尋¹, 本口ゆき奈¹, 高山由香里¹, 松元照美¹, 石川由起雄¹, 各務 裕²
- P-2-089 尿細胞診に腫瘍細胞の出現を認めた悪性リンパ腫の1例
日本大学病院病理診断科¹, 日本大学医学部病態病理系病理学分野², 日本大学医学部総合医学研究所³
○堀内広美¹, 古瀬慶子¹, 渡辺紀子², 桂 義久¹, 絹川典子^{1,2}, 逸見明博^{1,2}, 根本則道³
- P-2-090 陰嚢水腫の穿刺吸引細胞診でセミノーマとの鑑別が困難であった悪性リンパ腫の一例
JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科
○二木照美, 森合博一, 松木浩子, 小林英樹, 野沢佳弘

- | 泌尿器 09 | 10:10~10:31 | 座長：鷹橋浩幸（東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部） |
|---------|--|-----------------------------|
| P-2-091 | 組織型推定に細胞診が有用であった腎浸潤性腎盂尿路上皮癌の一例
大和郡山病院病理 ¹ ，同志社女子大学薬学部医療薬科 ² ，奈良市総合医療検査センター ³ ，大和郡山病院泌尿器科 ⁴ ，大和郡山病院検査部 ⁵
○木枕英俊 ¹ ，松村善昭 ⁴ ，藤村和代 ⁵ ，安達博成 ³ ，高橋 玲 ² | |
| P-2-092 | 腎盂原発明細胞腺癌の一例
岡山大学病院病理部 ¹ ，広島市民病院病理診断科 ²
○浜田香葉 ¹ ，那須篤子 ¹ ，今井みどり ¹ ，松岡博美 ¹ ，原田和恵 ¹ ，井上博文 ¹ ，藤田 勝 ¹ ，田中颯之 ¹ ，田中健大 ¹ ，市村浩一 ² ，大森昌子 ¹ ，柳井広之 ¹ | |
| P-2-093 | 尿管原発腺癌の1例
公立能登総合病院臨床検査部 ¹ ，金沢医科大学病理学 ² ，岐阜市民病院病理診断科 ³
○橋本哲夫 ¹ ，河嶋友美 ¹ ，西田秀昭 ¹ ，佐藤勝明 ² ，上田善道 ² ，田中卓二 ³ | |
| 泌尿器 10 | 10:31~10:52 | 座長：弓納持勉（山梨大学医学部附属病院病理部） |
| P-2-094 | 尿管皮膚ろうに発生した乳房外パジェット癌と尿路上皮内癌の重複癌の一例
三友堂病院中央検査室 ¹ ，山形大学医学部病理診断学講座 ²
○高橋ひろ美 ¹ ，山川光徳 ² | |
| P-2-095 | 尿道原発腫瘍の一例
健和会大手町病院臨床検査部病理科 ¹ ，健和会大手町病院病理診断科 ² ，産業医科大学病院病理診断科 ³
○杉本紗也佳 ¹ ，藤原友梨 ¹ ，内山治美 ¹ ，迫村竜巳 ¹ ，島尻正平 ³ ，松木康真 ² | |
| P-2-096 | 尿道原発腺癌の1例
神戸市立医療センター西市民病院臨床検査技術部 ¹ ，神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科 ²
○宮川祥治 ¹ ，吉田澄子 ¹ ，山下展弘 ¹ ，勝山栄治 ² | |
| 乳腺 05 | 9:00~9:28 | 座長：森木利昭（静岡市立静岡病院病理診断科） |
| P-2-097 | 乳腺 solid papillary carcinoma in situ の2例
北海道勤労者医療協会勤医協中央病院病理検査科
○齊藤史絵，高村浩子，中 邦子，長部保彦，松田玲奈，伊藤真理子，八代真一，鹿野 哲 | |
| P-2-098 | 乳腺 Solid papillary carcinoma の4例
山近記念総合病院病理検査室 ¹ ，東海大学医学部附属東京病院病理診断科 ² ，茅ヶ崎市立病院臨床検査科 ³ ，東海大学医学部附属大磯病院病理診断科 ⁴ ，山近記念総合病院乳腺外科 ⁵
○大久保美沙 ¹ ，松井成明 ² ，森下明博 ³ ，坂下仁美 ³ ，佐藤慎吉 ⁴ ，久保田光博 ⁵ ，島村和男 ¹ | |
| P-2-099 | 神経内分泌への分化を示した乳腺粘液癌の一例
社会福祉法人恩賜財団済生会支部済生会長崎病院 ¹ ，医療法人長崎病理長崎病理診断科 ²
○中島真央 ¹ ，若杉淳司 ¹ ，前田美咲 ¹ ，川崎昭子 ¹ ，穴見正信 ² ，岸川正大 ² | |
| P-2-100 | 乳腺原発血管肉腫の2例
山梨大学医学部附属病院病理部 ¹ ，同人体病理学教室 ²
○佐藤詩織 ¹ ，中澤久美子 ¹ ，弓納持勉 ¹ ，石井喜雄 ¹ ，峰 広美 ¹ ，笠井一希 ¹ ，大石直輝 ² ，河西一成 ² ，望月邦夫 ² ，中澤匡男 ¹ ，近藤哲夫 ² ，加藤良平 ^{1,2} | |

乳腺 06 **9:28~9:49** **座長:佐久間貴彦 (JA 愛知厚生連渥美病院臨床検査技術科)**

- P-2-101 乳腺細胞診におけるセンチネルリンパ節転移の有無と細胞像との比較検討
九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹⁾,九州大学大学院医学研究院保健学部²⁾,九州大学大学院医学研究院形態機能病理学³⁾,九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科⁴⁾,九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学⁵⁾,九州大学病院病理診断科・病理部⁶⁾
○亀井美沙¹⁾,渡邊壽美子²⁾,平橋美奈子^{2,3)},久保 真⁴⁾,山下奈真⁵⁾,大久保文彦⁶⁾,
山本英崇^{3,6)},小田義直^{3,6)},杉島節夫²⁾
- P-2-102 当院における乳腺細胞診検査の現状と今後の展望
独立行政法人国立病院機構東京医療センター臨床検査科
○阿久津朋子,村田有也,大内結衣,佐藤和美,沼田ますみ,白石淳一,前島新史,倉持 茂
- P-2-103 細胞診と組織診で不一致が見られた乳腺腫瘍性病変の一例
千鳥橋病院病理科
○松下能文,仲野 友,富永知恵

乳腺 07 **9:49~10:17** **座長:柳田裕美 (日本医科大学多摩永山病院病理診断科)**

- P-2-104 臨床的に浸潤性乳管癌が強く疑われた乳腺顆粒細胞腫の1例
地方独立行政法人桑名市総合医療センター桑名東医療センター組織検査室¹⁾,三重大学医学部附属病院乳腺センター²⁾,地方独立行政法人桑名市総合医療センター桑名東医療センター外科³⁾,三重大学医学部附属病院病理部⁴⁾
○稲吉未来¹⁾,伊藤英樹¹⁾,森 正美¹⁾,柴原亜希子²⁾,北山美佳²⁾,鈴木秀郎³⁾,今井 裕⁴⁾
- P-2-105 Cytological features of lymphoepithelioma-like carcinoma of the breast
岩手医科大学附属病院病理診断科¹⁾,岩手医科大学医学部病理診断学講座²⁾,岩手医科大学医学部病理学講座機能病態学分野³⁾
○佐藤彩佳¹⁾,川崎朋範^{1,2)},阿保亜希子³⁾,肥田野靖史¹⁾,上田奈央子¹⁾,高橋静子¹⁾,
菊池いな子¹⁾,山田範幸¹⁾,安保淳一¹⁾,鈴木正通^{1,2)},杉本 亮^{1,2)},無江良晴^{1,2)},
石田和之^{1,2)},菅井 有^{1,2)}
- P-2-106 穿刺吸引細胞診で fibromatosis と術前診断された乳腺紡錘細胞癌の1例
碧南市民病院病理診断科¹⁾,碧南市民病院中央検査室²⁾,藤田保健衛生大学第2解剖学教室³⁾,名古屋医療センター病理診断科⁴⁾
○安田和世¹⁾,井上正朗²⁾,永井美佐子²⁾,松山睦司^{1,3)},市原 周⁴⁾
- P-2-107 乳腺穿刺吸引細胞診を契機に発見された悪性黒色腫の一例
宇治徳洲会病院¹⁾,京都大学医学部附属病院病理診断科²⁾
○中村祥子¹⁾,田村佳枝¹⁾,森 雅浩¹⁾,江口光徳¹⁾,西村啓介¹⁾,南口早智子²⁾

甲状腺 04 **10:17~10:45** **座長:大石直輝 (山梨大学大学院医学工学総合研究部・人体病理学講座)**

- P-2-108 硝子化索状腫瘍の1例
国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理診断科¹⁾,大東文化大学スポーツ健康科学部健康科学科病理形態学²⁾
○北村美寿穂¹⁾,中村信之¹⁾,菅原明子¹⁾,遠藤奈美江¹⁾,重政善子¹⁾,日野るみ²⁾,井下尚子¹⁾,
藤井丈士¹⁾
- P-2-109 Rhabdoid 形態を伴う未分化転化した甲状腺濾胞癌の一例
順天堂大学医学部附属順天堂医院病理診断部¹⁾,順天堂大学医学部人体病理病態学講座²⁾
○坂井育美¹⁾,森佳奈子¹⁾,中嶋悦子¹⁾,堤 裕子¹⁾,稲葉暁子¹⁾,山里勝信¹⁾,吉橋美香¹⁾,
矢部マツ子¹⁾,大沼八千代¹⁾,齋藤 剛²⁾,福村由紀²⁾,荒川 敦²⁾,八尾隆史²⁾

- P-2-110 原発肺癌と鑑別に苦慮した甲状腺原発低分化癌の1例
東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科¹, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科², 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学³, 東海大学医学部附属八王子病院病理診断科⁴
○渡具知克¹, 町田知久¹, 伊藤 仁², 加戸伸明², 佐藤久佳^{1,2}, 萩原範子¹, 井野元智恵³, 杉山朋子⁴, 中村直哉³, 田尻琢磨⁴
- P-2-111 組織型の推定に苦慮した小児甲状腺癌の1例
四国こどもとおとなの医療センター
○田中麻美, 香川昭博, 中村宗夫

— 11月22日(日) 午前 第13会場 ポスター会場 (1号館3F 会議室133+134) —

リンパ節・造血器 03 9:00~9:28

座長：藤野雅彦 (名古屋第一赤十字病院細胞診分子病理診断部)

- P-2-112 眼球内悪性リンパ腫診断における硝子体内容液細胞診の有用性
山形大学医学部附属病院病理部¹, 山形大学医学部附属病院病理診断科²
○鈴木俊紀¹, 志田愛実¹, 斉藤友則¹, 大江倫太郎¹, 加藤智也², 山川光徳¹
- P-2-113 LBC法が診断に有用であった眼内リンパ腫の1例
松本歯科大学口腔病理学講座¹, 岡山大学大学院医歯薬総合研究科口腔病理学分野²
○落合隆永¹, 中野敬介², 長谷川博雅¹
- P-2-114 関節リウマチ長期治療中に発生した体腔液リンパ腫の一例
三重大学医学部附属病院病理部¹, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²
○河井誓里奈¹, 今井 裕¹, 林 昭伸¹, 金山和樹², 白石泰三²
- P-2-115 生前診断し得た血管内大細胞型B細胞性リンパ腫(アジア型)の一例
済生会松阪総合病院医療技術部検査課¹, 済生会松阪総合病院臨床検査科²
○山本雄一¹, 丸井理恵子¹, 竹内健二¹, 中野 洋²

リンパ節・造血器 04 9:28~9:56

座長：田丸淳一 (埼玉医科大学総合医療センター病理部)

- P-2-116 診断に苦慮した分類不能B細胞性リンパ腫の1症例
飯山赤十字病院医療技術部病理技術課¹, 長野県立須坂病院遺伝子検査科², 信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室³
○松浦博之¹, 高橋正臣¹, 豊田杏奈¹, 浅野直子², 中山 淳³
- P-2-117 前縦隔原発大細胞型B細胞リンパ腫の特徴を有した肺原発悪性リンパ腫の1症例
市立旭川病院中央検査科¹, 市立旭川病院病理診断科²
○越高正広¹, 山田和明¹, 勝見友則¹, 二郷元彦¹, 武田晃典¹, 高田明生²
- P-2-118 子宮体部に発生した悪性リンパ腫の1例
群馬県立がんセンター病理検査課¹, 群馬県立がんセンター病理部², 群馬県立がんセンター婦人科³, 獨協医科大学病理学⁴
○神山晴美¹, 土田 秀¹, 中里宜正⁴, 布瀬川卓也¹, 山崎真美², 飯島美砂², 鹿沼達哉³, 小島 勝⁴
- P-2-119 cyclinD1陽性CD5陰性のdouble-hit lymphomaの一例
岩手医科大学医学部病理学講座機能病態学分野¹, 八戸赤十字病院病理診断科², 八戸赤十字病院血液内科³
○阿保亜紀子¹, 佐藤 孝¹, 笹生俊一², 旭 真来³, 藤澤佑香³, 筑紫泰彦³, 増田友之¹

体腔液 07 **9:56~10:17** **座長:中山 淳** (信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室)

- P-2-120 体腔液検体における LBC 法の細胞学的検討
兵庫医科大学病院病理部
○中西昂弘, 石田誠実, 西上圭子, 佐藤 元, 榎本利香, 織田みほ, 糸山雅子, 岡村義弘,
鳥居良貴, 松田育雄, 羽尾裕之, 塚本吉胤, 廣田誠一
- P-2-121 胃癌腹腔洗浄細胞診 CY0 でも CEA mRNA の発現がある場合は予後が悪い
新潟県立がんセンター新潟病院病理部
○川崎 隆, 神田真志, 畔上公子, 土田美紀, 山川美沙紀, 北澤 綾, 弦巻順子, 豊崎勝実,
川口洋子, 鏡十代栄, 木下律子, 桜井友子, 本間慶一
- P-2-122 胸腹水検体における estrogen receptor 染色の有用性についての検討
広島市医師会臨床検査センター¹, 広島赤十字・原爆病院病理診断科²
○矢口裕子¹, 田中広美¹, 渡辺昌三¹, 山下 葵¹, 金子 英¹, 大野絵美¹, 河野真由美¹,
藤井 慎¹, 田中 幸¹, 枘本 健¹, 藤原 恵²

体腔液 08 **10:17~10:38** **座長:夏目園子** (名古屋掖済会病院病理診断科)

- P-2-123 胸腔外原発悪性胸水の原発巣の推定診断: Cell block による免疫細胞化学法の有用性
順天堂大学浦安病院病理診断科¹, 順天堂大学浦安病院産婦人科², 順天堂大学病理診断部³
○泉 浩¹, 橋爪 茜¹, 富田茂樹¹, 中村 博¹, 喜納勝成¹, 岡崎哲也¹, 奥山直子¹,
坪内優子¹, 市川彩果¹, 橋本 学¹, 野島美知夫², 鈴木千賀子², 齋藤 啓¹, 小柳 愛¹,
佐伯春美³
- P-2-124 悪性中皮腫における体腔液ヒアルロン酸値と細胞形態
埼玉医科大学総合医療センター病理部¹, 公立昭和病院臨床検査科², 関東中央病院検査科・
病理科³
○日下卓万¹, 青木智章¹, 大野優子¹, 大澤久美子¹, 木内恭子¹, 花見恭太¹, 阿部倫子¹,
扇田智彦¹, 濱川真治², 阿部佳子¹, 岡 輝明³, 田丸淳一¹
- P-2-125 悪性胸膜中皮腫の胸水細胞像と組織像との対比—(第4報: 胸水中, 単個大細胞型)
兵庫県立尼崎総合医療センター病理診断科¹, 兵庫県立尼崎総合医療センター検査放射線
科病理検査室², 関西医科大学滝井病院病理部³
○鷹巣晃昌^{1,3}, 松木慎一郎², 南 智也², 西田光輝², 高垣和代², 駒井隆夫², 中島直樹¹,
山本鉄郎¹, 安水良知¹

体腔液 09 **10:38~10:59** 座長:長坂徹郎 (名古屋大学医学部保健学科検査技術科学専攻病態検査学講座)

- P-2-126 胸水中に出現した卵巣漿液性境界悪性腫瘍の1例
京都第一赤十字病院病理診断科
○樋野陽子, 井上小百合, 苅田 健, 久保喜則, 片岡恵美, 間瀬八重, 河崎瑞枝, 田中哲郎,
中尾龍太
- P-2-127 体腔液中に出現した卵巣成人型顆粒膜細胞腫の1例
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理
○小井戸綾子, 内田好明, 阿部香織, 新発田雅晴, 古村祐紀, 安田真大, 斉藤仁昭, 飯嶋達生
- P-2-128 体腔液検体で尿路上皮癌を疑った2症例
群馬大学医学部附属病院病理部病理診断科¹, 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学²,
群馬大学大学院医学系研究科病理診断学³
○森田 淳¹, 星川里美¹, 栗原康哲¹, 佐藤香織¹, 竹淵友弥¹, 後藤優典¹, 山崎達弥²,
佐野孝昭³, 平戸純子¹, 小山徹也^{1,3}

骨軟部・脳・頭頸部 07 9 : 00~9 : 21

座長：岡部英俊（西洞院仏光寺クリニック）

- P-2-129 上顎洞アスペルギルス症の1例
福井総合病院検査課¹, 金沢大学医薬保健学域²
○中屋佳子¹, 河原 栄², 渡邊和則¹, 高橋健太¹
- P-2-130 Olfactory neuroblastoma と考えられた小児鼻腔腫瘍の1例
杏林大学医学部付属病院病理部¹, 杏林大学医学部病理学教室²
○稲嶺圭祐¹, 加藤 拓¹, 坂本憲彦¹, 水谷奈津子¹, 市川美雄¹, 鈴木 瞳¹, 菅野大輝¹,
住石 歩², 近藤凡子², 藤原正親², 大倉康男¹
- P-2-131 左鼻腔に発生した嗅神経芽細胞腫(olfactory neuroblastoma) の1例
川崎医科大学附属川崎病院病理部¹, 川崎医科大学附属川崎病院病理科², 川崎医科大学病理学³
○成富真理¹, 畠 榮¹, 物部泰昌^{2,3}, 高須賀博久¹, 日野寛子¹

骨軟部・脳・頭頸部 08 9 : 21~9 : 42

座長：服部 学（北里大学医療衛生学部臨床細胞学研究室）

- P-2-132 術中迅速診断に苦慮した頭蓋底孤立性線維性腫瘍(SFT)の一例
東京警察病院病理診断科¹, 立正佼成会附属佼成病院病理科², 東京通信病院病理科³, 日本医科大学病理学講座⁴
○横山宗伯^{1,4}, 二階堂孝², 小川真紀¹, 横浜一樹¹, 齋藤嘉奈子¹, 渡邊 学¹, 山崎京子¹,
篠原令子¹, 神山慶也¹, 岸田由紀子^{3,4}, 田村浩一^{3,4}
- P-2-133 転移を来たした眼瞼脂腺癌3例の細胞像について
群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²,
群馬大学大学院医学系研究科病態病理学³
○後藤優典¹, 星川里美¹, 山崎達弥³, 栗原康哲¹, 新井秀雄¹, 平戸純子¹, 小山徹也^{1,2}
- P-2-134 Non-sebaceous lymphadenoma の悪性型と診断した一例
島根大学医学部附属病院病理部¹, 島根大学医学部器官病理学講座², 島根大学医学部病態病理学講座³
○三浦聡美¹, 荒木 剛¹, 足立絵里加¹, 上垣真由子¹, 長崎雅幸¹, 吉田さおり¹,
小池美貴男¹, 三島聡子³, 天野知香³, 石川典由², 荒木亜寿香², 原田祐治¹, 丸山理留敬²

骨軟部・脳・頭頸部 09 9 : 42~10 : 03

座長：渡邊和子（岐阜県立多治見病院病理科）

- P-2-135 第4脳室に発生したロゼット形成性グリア神経細胞腫瘍の1例
宮崎大学医学部附属病院病理部¹, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科²
○徳満貴子¹, 野口裕史¹, 大野招伸¹, 峰松映子¹, 黒木栄輝¹, 盛口清香², 佐藤勇一郎^{1,2}
- P-2-136 Cytopathological features and differential diagnostic considerations of pilomyxoid astrocytoma of the pineal region
高松赤十字病院病理診断科¹, 香川大学医学部病理診断科²
○林 俊哲^{1,2}, 羽場礼次², 串田吉生², 荻野哲朗¹, 神野真理¹, 松永 徹²
- P-2-137 大脳に発生したCIC遺伝子再構成肉腫の一例
JA 愛知厚生連海南病院臨床検査技術科¹, JA 愛知厚生連海南病院病理診断科²
○荒川真由美¹, 北島聖晃¹, 成田 淳¹, 石川 操², 中村隆昭², 後藤啓介²

骨軟部・脳・頭頸部 10 10 : 03~10 : 24

座長：若狭研一（医療法人藤井会石切生喜病院）

- P-2-138 迅速診断細胞診で胃癌転移との鑑別を要した肥胖細胞主体の膠芽腫の一例
帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹, 帝京大学ちば総合医療センター電子顕微鏡室²
○山本善也¹, 小山芳徳¹, 安達純世¹, 若原孝子¹, 豊永安洋¹, 師岡恭之¹, 常世田岬¹,
子安貴良², 山田正俊¹, 山崎一人¹, 石田康生¹

- P-2-139 非典型的な細胞像を示した膠芽腫の一例
 社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院臨床検査技術部
 ○本山高啓, 浜田 有, 片瀧 直, 樋渡崇史, 今里孝宏, 丸田秀夫, 米満伸久

- P-2-140 Giant cell glioblastoma の1例
 青森県立中央病院病理部¹, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座²
 ○鈴木紗貴子¹, 檜山美佐江¹, 齋藤千世子¹, 佐々木久¹, 横山慶一¹, 黒瀬 顕², 黒滝日出一¹

骨軟部・脳・頭頸部 II 10:24~10:45 座長:新宅雅幸 (国立病院機構京都医療センター病理診断科)

- P-2-141 右後頭葉に発生した Myxofibrosarcoma の一例
 青森県立中央病院病理部¹, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座²
 ○齋藤千世子¹, 檜山美佐江¹, 佐々木久¹, 鈴木紗貴子¹, 三上千尋¹, 横山慶一¹,
 黒滝日出一¹, 黒瀬 顕²

- P-2-142 脊髄原発悪性黒色腫の1例
 福岡大学病院病理部・病理診断科
 ○松本慎二, 相知優子, 小島勝己, 大石朋子, 原川政彦, 西中村恵輔, 鍋島一樹

- P-2-143 馬尾に発生した稀な腫瘍2例
 川崎医科大学附属病院病理部¹, 川崎医科大学病理学^{1,2}, 川崎医科大学病理学^{2,3}
 ○菅野豊子¹, 福屋美奈子¹, 米 亮祐¹, 小林江利¹, 小林博久¹, 鐵原拓雄¹, 西村広健²,
 伊禮 功², 鹿股直樹³, 森谷卓也³

技術・その他 04 9:00~9:21 座長:丸山理留敬 (島根大学医学部病理学講座)

- P-2-144 核小体染色によって観察される核小体内空胞の形態学的研究
 杏林大学保健学部臨床検査技術学科細胞診断学
 ○郡 秀一, 簗ひろみ, 飯島淳子, 安井英明

- P-2-145 細胞診画像合成のための多段階露出撮影自動化への試み
 川崎医科大学附属病院病理部¹, 川崎医科大学病理学², 川崎医科大学病理学^{1,3}
 ○小林博久¹, 菅野豊子¹, 米 亮祐¹, 小林江利¹, 鐵原拓雄¹, 福屋美奈子¹, 鹿股直樹²,
 濱崎周次³, 森谷卓也²

- P-2-146 遺伝子検査(EGFR)館内導入後の評価
 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館検査部¹, 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館病理部²
 ○中村 朱¹, 橋本教経¹, 坂井真一¹, 平野敬之¹, 堤 陽子¹, 築地秀典¹, 瀧本桂子¹,
 明石道昭², 森 大輔¹

技術・その他 05 9:21~9:49 座長:津田 均 (防衛医科大学校病理学教室)

- P-2-147 核酸解析を目的とした LBC の効果的保存方法の検討と次世代シーケンサー(NGS)解析
 北斗病院腫瘍医学研究所病理遺伝子診断科¹, 北斗病院腫瘍医学研究所², 北海道大学医学部探索病理学講座³, 北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野⁴
 ○赤羽俊章¹, 山口朋美¹, 大貫なつみ¹, 佐和弘基², 西原広史³, 田中伸哉⁴

- P-2-148 細胞診検体由来 DNA の断片化検討と次世代シーケンサー(NGS)解析の試み
 山梨県立中央病院ゲノム解析センター¹, 検査部病理診断科², 消化器内科³, 呼吸器外科⁴, 乳腺外科⁵
 ○雨宮健司^{1,2}, 弘津陽介¹, 後藤太郎⁴, 中込 博⁵, 小山敏雄², 望月 仁^{1,3}, 小俣政男^{1,3}

- P-2-149 Norris 分類に基づいた 178B-5 iPS 細胞が形成する奇形腫の組織学的悪性度の検討
九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹, 九州保健福祉大学がん細胞研究所², 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科³
○西森 誠^{1,2}, 大澤幸希光³, 薬師寺宏匡^{1,2}, 宮本朋幸^{1,2}, 所司睦文^{1,2}, 西片一朗^{1,2},
池脇信直^{1,2,3}, 大野節代^{1,2,3}, 大野英治^{1,2,3}
- P-2-150 マウス iPS 細胞由来未分化細胞と分化細胞の形態学的差異についての検討
九州保健福祉大学大学院保健科学研究科¹, 九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科², 九州保健福祉大学がん細胞研究所³
○大澤幸希光¹, 西森 誠^{2,3}, 宮本朋幸^{2,3}, 薬師寺宏匡^{2,3}, 所司睦文^{2,3}, 西片一朗^{2,3},
池脇信直^{1,2,3}, 大野節代^{1,2,3}, 大野英治^{1,2,3}

技術・その他 06 9:49~10:24**座長: 田村浩一 (東京通信病院病理科)**

- P-2-151 診療情報管理系学生への臨床細胞学教育の試み
名桜大学国際学群経営情報教育研究学系診療情報管理専攻
○大城真理子
- P-2-152 地域中規模病院での病理外来の取り組み
社会医療法人栗山会飯田病院外科¹, 社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科²
○田中穂積¹, 松澤こず恵², 土屋眞一²
- P-2-153 当院の臨床検査技術部内での細胞検査士の取り組み
地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術
部¹, 地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科²
○森田明子¹, 井本秀志¹, 尾松雅仁¹, 田代章人¹, 上原慶一郎², 今井幸弘²
- P-2-154 共同研究を取り入れたモンゴル国における教育研究支援
群馬大学大学院保健学研究科
○佐藤 幸, 吉田朋美, 福田利夫
- P-2-155 Basic statistical data of Pap smear of University of Health Sciences in Lao P.D.R.
Department of Pathology, University of Health Sciences, Lao P.D.R.¹, Department of Molecular
Pathology, Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University²
○Xaysomphet Phaengvilay¹, Hando Kiyomi², Soejima Yurie², Sawabe Motoji²

— 11月22日(日)午後 第11会場 ポスター会場 (2号館 1F 展示室 211+212) —

子宮頸部 15**13:00~13:28****座長: 進 伸幸 (慶應義塾大学医学部産婦人科学教室)**

- P-2-156 腺癌成分が混在した子宮頸部小細胞癌の一例
越谷市立病院臨床検査科¹, 越谷市立病院病理診断科², 越谷市立病院臨床工学科³
○桜井義一¹, 下鳥 萌¹, 高橋玲子¹, 竹田桂子¹, 砂川 進¹, 吉原靖之¹, 藤川甲文³,
高瀬 優^{1,2}, 岡田 基^{1,2}
- P-2-157 子宮頸部に発生した小細胞癌の1例
いわき市立総合磐城共立病院中央検査室¹, いわき市立総合磐城共立病院病理科², いわき
市立総合磐城共立病院産婦人科³, 宮城県立がんセンター婦人科⁴
○小松香織¹, 蛭田道子¹, 森 菊夫¹, 山崎一樹¹, 小野早苗¹, 池田 藍¹, 松本朋子¹,
近藤宏徳¹, 浅野重之², 本多つよし³, 山田秀和⁴

- P-2-158 子宮頸部細胞診で神経内分泌癌が疑われた一例
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科
○近藤息吹, 平田幸広, 北村直也, 後藤ちひろ, 山村菜実, 大野田章代, 津田明奈, 舟木 哲,
丸田剛徳, 佐藤陽一, 新美茂樹, 落合和彦, 岡本愛光

- P-2-159 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の一例
PCL 福岡病理・細胞診センター¹⁾, 鈴峰今中医院²⁾
○秋山讓滋¹⁾, 稲垣伸介¹⁾, 早川優佳¹⁾, 岩井幸子¹⁾, 亀井敏昭¹⁾, 河村慎吾²⁾

子宮頸部 16 13:28~13:49 座長:土居大祐 (日本医科大学武蔵小杉病院女性診療科・産科)

- P-2-160 子宮頸部原発大細胞神経内分泌癌(LCNEC)の一例
同愛記念病院研究検査科病理
○金井順侯, 千野秀教, 介川雅之, 高平雅和, 岸 宏久
- P-2-161 当院の子宮頸部神経内分泌腫瘍7症例の検討
医療法人財団順和会山王病院病理診断科¹⁾, 山王病院女性腫瘍センター²⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理部³⁾, 国際医療福祉大学病理診断センター⁴⁾
○関根理恵子¹⁾, 佐野弘子^{1,3)}, 片瀬功芳²⁾, 石谷敬之²⁾, 村上文祥²⁾, 笠原健弘³⁾, 西井しのぶ³⁾,
阿部仁美³⁾, 相原乃理子³⁾, 松崎佳子³⁾, 鈴木 智³⁾, 玉井誠一³⁾, 相田信介³⁾, 森 一郎³⁾,
長村義之^{3,4)}

- P-2-162 子宮頸部原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例
独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 独立行政法人
国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部²⁾, 独立行政法人国立病院機構
呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾
○安村奈緒子¹⁾, 菅亜里紗¹⁾, 田中美帆¹⁾, 坂根潤一¹⁾, 西村俊直¹⁾, 戸田 環^{1,2)}, 谷山大樹¹⁾,
在津潤一¹⁾, 齋藤彰久¹⁾, 倉岡和矢^{1,2)}, 谷山清己³⁾

子宮体部 09 13:00~13:28 座長:久布白兼行 (東邦大学医療センター大橋病院婦人科)

- P-2-163 子宮体部原発の神経内分泌性小細胞癌の一例
岐阜市民病院病理診断科部¹⁾, 岐阜大学医学部腫瘍病理学教室²⁾, 木澤記念病院病理診断科³⁾
○渡部直樹¹⁾, 松山昌史¹⁾, 大橋明香¹⁾, 南部今日子¹⁾, 榎間利政¹⁾, 餌取文昌¹⁾, 小林一博²⁾,
山田鉄也³⁾, 田中卓二¹⁾
- P-2-164 急速に状態が悪化した子宮体部神経内分泌腫瘍の1例
がん研究会有明病院
○長島 稔, 的田真紀, 高橋顕雅, 松浦基樹, 野村秀高, 岡本三四郎, 尾松公平, 近藤英司,
金尾祐之, 杉山裕子, 高澤 豊, 竹島信宏
- P-2-165 高悪性度子宮内膜間質肉腫の1例
プリモウイメンズクリニック¹⁾, ジェネティックラボ病理解析センター²⁾, 国立病院機構北
海道がんセンター³⁾
○加藤高子¹⁾, 田中信一¹⁾, 高木芳武²⁾, 山崎博之³⁾, 鈴木宏明³⁾
- P-2-166 子宮体部腫瘍経過観察中の子宮内膜細胞診にて子宮内膜間質肉腫の診断に至った一例
田川市立病院産婦人科¹⁾, 田川市立病院臨床検査科病理検査室²⁾, 福岡和白病院検査科・病理
検査室³⁾
○江夏国宏¹⁾, 魚住友信¹⁾, 宮崎順秀¹⁾, 椎名隆次¹⁾, 大久保涼²⁾, 森田千穂²⁾, 中村洋亮²⁾,
藤川富士夫²⁾, 笹栗靖之³⁾, 藤田拓司¹⁾

子宮体部 10	13 : 28~13 : 49	座長：板持広明 (岩手医科大学医学部産婦人科学講座)
P-2-167	子宮肉腫が疑われた血管内大細胞 B 細胞性リンパ腫の 1 例 がん研有明病院婦人科 ¹⁾ , がん研有明病院病理部 ²⁾ ○松浦基樹 ¹⁾ , 近藤英司 ¹⁾ , 勝田隆博 ¹⁾ , 長島 稔 ¹⁾ , 的田真紀 ¹⁾ , 岡本三四郎 ¹⁾ , 尾松公平 ¹⁾ , 金尾祐之 ¹⁾ , 杉山裕子 ¹⁾ , 高澤 豊 ²⁾ , 竹島信宏 ¹⁾	
P-2-168	子宮体癌との鑑別が困難であった胆嚢癌子宮転移の一例 横浜市立大学附属病院産婦人科 ¹⁾ , 横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部 ²⁾ , 神奈川県立 がんセンター婦人科 ³⁾ , 藤沢市民病院産婦人科 ⁴⁾ ○齊藤 真 ¹⁾ , 松永竜也 ¹⁾ , 日比谷孝志 ²⁾ , 古屋充子 ²⁾ , 古郡 恵 ¹⁾ , 最上多恵 ¹⁾ , ルイズ横田奈朋 ¹⁾ , 佐藤美紀子 ¹⁾ , 佐川弘美 ²⁾ , 三田和博 ²⁾ , 川野藍子 ³⁾ , 佐治晴哉 ⁴⁾ , 山中正二 ²⁾ , 大橋健一 ²⁾ , 宮城悦子 ¹⁾	
P-2-169	子宮体部へ転移を示した乳癌の 3 症例 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター ○小嶋健太, 佐藤正和, 田中慎一, 岡本奈美, 門屋 幸, 有江啓二, 寺本典弘, 西村理恵子, 高畑浩之	
呼吸器 13	13 : 00~13 : 28	座長：薄田勝男 (金沢医科大学呼吸器外科)
P-2-170	術中捺印細胞診にて診断困難であった褐色細胞腫多発肺転移 弘前大学医学部附属病院病理部 ¹⁾ , 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座 ²⁾ ○熊谷直哉 ¹⁾ , 黒瀬 颯 ²⁾ , 加藤哲子 ²⁾ , 刀稱亀代志 ¹⁾ , 小島啓子 ¹⁾ , 星合桂太 ¹⁾	
P-2-171	気管支肺胞洗浄液中にアスベスト小体を認めた い草染土塵肺の 1 例 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診 ¹⁾ , 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病 院病理診断科 ²⁾ ○原武晃子 ¹⁾ , 伊藤園江 ¹⁾ , 塚本孝久 ¹⁾ , 高橋光彦 ¹⁾ , 榎田明美 ¹⁾ , 長山大輔 ¹⁾ , 坂本康輔 ¹⁾ , 木村芳三 ²⁾ , 西田直代 ²⁾ , 檜垣浩一 ²⁾	
P-2-172	細胞診では術前診断が困難であった, 23 年前の皮膚 Adenoid cystic carcinoma 肺転移の 1 例 順天堂大学浦安病院病理診断科 ○橋爪 茜, 佐伯春美, 泉 浩, 橋本 学, 坪内優子, 奥山直子, 中村 博, 岡崎哲也, 喜納勝成, 鈴木不二彦, 石 和久, 富田茂樹	
P-2-173	悪性リンパ腫との鑑別が困難であった転移性肺腺癌の一例 東京歯科大学市川総合病院臨床検査科 ¹⁾ , 東京歯科大学市川総合病院産婦人科 ²⁾ ○小谷隆史 ¹⁾ , 神原亜季 ¹⁾ , 田口晴丈 ¹⁾ , 宜保一夫 ¹⁾ , 福田雅美 ¹⁾ , 橋本和彦 ¹⁾ , 橋本志帆 ²⁾ , 小川真理子 ²⁾ , 高松 潔 ²⁾	
呼吸器 14	13 : 28~13 : 56	座長：大崎能伸 (旭川医科大学呼吸器センター呼吸器科)
P-2-174	気管支洗浄液にて診断し得た骨髄性白血病細胞肺浸潤の 1 例 川口市立医療センター検査科病理 ¹⁾ , 川口市立医療センター病理診断科 ²⁾ ○今村尚貴 ¹⁾ , 須賀恵美子 ¹⁾ , 松永英人 ¹⁾ , 鈴木忠男 ¹⁾ , 三俣昌子 ²⁾ , 坂田一美 ²⁾ , 山本雅博 ²⁾ , 生沼利倫 ²⁾	
P-2-175	気管支鏡検体における肺 MALT リンパ腫の細胞像 宮崎県立宮崎病院臨床検査科 ¹⁾ , 宮崎県立宮崎病院病理診断科 ²⁾ ○福田早織 ¹⁾ , 木田裕子 ¹⁾ , 稲田千文 ¹⁾ , 島尾義也 ²⁾ , 丸塚浩助 ²⁾	
P-2-176	気管支擦過細胞診で推定し得た肺原発 MALT リンパ腫の 3 例 砂川市立病院検査科 ¹⁾ , 砂川市立病院内科 ²⁾ , 砂川市立病院病理診断科 ³⁾ ○天間友理香 ¹⁾ , 椎名真一 ¹⁾ , 堀江孝子 ¹⁾ , 渡部直己 ²⁾ , 岩木宏之 ³⁾	

P-2-177 肺原発悪性リンパ腫の1例

JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科

○松木浩子, 森合博一, 二木照美, 小林英樹, 野沢佳弘

口腔・唾液腺 04 13:00~13:28**座長: 山元英崇 (九州大学病院病理診断科)**

P-2-178 低悪性度小唾液腺粘表皮癌の一例

大阪医科大学医学部病理学教室

○里見英俊, 栗栖義賢, 辻 求, 廣瀬善信, 中山裕子, 出口千尋, 浦上真由美, 武田玲郁, 明石静香, 棚田 諭, 石崎幸恵

P-2-179 Tumor-associated lymphoid proliferation を伴った低異型度粘表皮癌の1例

高知赤十字病院病理診断科部

○頼田顕辞, 和田有加里, 安岡 香, 小原昌彦, 水野圭子, 黒田直人

P-2-180 口蓋部小唾液腺から発生した多形腺腫由来癌の一例

姫路赤十字病院検査技術部¹⁾, 姫路赤十字病院病理診断科²⁾○井上 瞳¹⁾, 廣尾嘉樹¹⁾, 永谷たみ¹⁾, 春名勝也¹⁾, 山本繁秀¹⁾, 牛丸牧子²⁾, 堀田真智子²⁾, 伏見聡一郎²⁾, 和仁洋治²⁾

P-2-181 耳下腺に発生した乳腺類似分泌癌の1例

公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院

○仲野 友, 松下能文, 富永知恵

口腔・唾液腺 05 13:28~13:56**座長: 稲田健一 (藤田保健衛生大学医学部病理診断科II)**

P-2-182 顎下腺に発生した基底細胞腺癌の1例

公立丹南病院臨床検査室¹⁾, 福井県立病院検査室²⁾, 福井県立病院病理診断科³⁾○館田 寛¹⁾, 吉岡美紗代¹⁾, 岡山はるみ¹⁾, 水野幸恵²⁾, 海崎泰治³⁾

P-2-183 唾液腺導管癌の2例

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院病理診断科²⁾○矢野彩子¹⁾, 石澤 伸²⁾, 清水雅彦¹⁾, 酒井哲也¹⁾, 宮本藤之¹⁾, 中西ゆう子²⁾, 内山明央²⁾

P-2-184 耳下腺原発扁平上皮癌の一例

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科

○説田愛弓, 春原 悟, 岩崎聖二, 吉川英一, 藤井誠志, 落合淳志

P-2-185 耳下腺原発横紋筋肉腫様の細胞診・組織所見を示した分類不能肉腫の一例

佐野厚生農業協同組合連合会佐野厚生総合病院¹⁾, 獨協医科大学病院病理部²⁾, 獨協医科大学形態病理³⁾○飯塚 渉¹⁾, 桜井貞広¹⁾, 角張 純¹⁾, 圓谷 勝²⁾, 小島 勝³⁾**消化器一般 12 13:00~13:21****座長: 上原 剛 (信州大学医学部病態解析診断学)**

P-2-186 擦過・胆汁細胞診で推定し得た胆管未分化癌の1例

山形県立中央病院中央検査部¹⁾, 山形県立中央病院病理診断科²⁾○郷右近秀平¹⁾, 植松美由紀¹⁾, 刑部光正²⁾, 柳川直樹²⁾, 渡邊清子¹⁾, 渡邊いづみ¹⁾, 緒形真也²⁾

P-2-187 EUS-FNA にて診断に苦慮した傍大動脈周囲の傍神経節腫の一例

淀川キリスト教病院病理課¹⁾, 淀川キリスト教病院病理診断科²⁾○三好真由美¹⁾, 小竹千代¹⁾, 小田井学¹⁾, 田中 幸¹⁾, 播谷規子¹⁾, 上田佳世²⁾, 寺村一裕²⁾

P-2-188 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診が有用であった傍神経節腫の1例

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院病理診断科²⁾○宮本藤之¹⁾, 石澤 伸²⁾, 矢野彩子¹⁾, 清水雅彦¹⁾, 酒井哲也¹⁾, 中西ゆう子²⁾, 内山明央²⁾

泌尿器 11 13:21~13:49 座長：関田信之（習志野済生会病院泌尿器科）

- P-2-189 Urothelial carcinoma, micropapillary variant の1例
地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター臨床検査技術科¹, 地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター病理診断科²
○佐々木伸也¹, 高瀬未穂¹, 鈴木雄策¹, 岡竹里紗¹, 澤かおり¹, 岩本督徳², 棟方 哲²
- P-2-190 膀胱移行上皮癌 micropapillary variant の一例
秋田県厚生連平鹿総合病院臨床検査科¹, 秋田県厚生連平鹿総合病院病理診断科²
○佐々木久幸¹, 齊藤昌宏², 高橋さつき², 高橋雅之¹, 後藤利明¹, 高橋真帆¹
- P-2-191 膀胱洗浄液細胞診で推定し得た膀胱 G-CSF 陽性未分化癌の1例
松本市立病院医療技術部検査科¹, 信州大学医学部附属病院臨床検査部², 松本市立病院泌尿器科³, 信州大学医学部保健学科生体情報検査学⁴
○小堺智文¹, 立石文子², 神宮邦彦², 飯塚啓二³, 西澤和世¹, 石田章子¹, 太田浩良⁴
- P-2-192 腎盂に発生した urothelial carcinoma, microcystic variant の1例
公立長生病院検査科¹, 千葉県済生会習志野病院泌尿器科², 千葉県済生会習志野病院病理³, 放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院治療課⁴
○西周裕晃¹, 関田信之², 下境博文³, 齋藤博子⁴, 北風あゆみ¹, 菅野 勇³

— 11月22日(日)午後 第12会場 ポスター会場 (1号館3F 会議室131+132) —

乳腺 08 13:00~13:28 座長：太田浩良（信州大学医学部保健学科検査技術科学専攻生体情報検査医学）

- P-2-193 乳管上皮増殖性病変の細胞集塊における CK14 陽性細胞と筋上皮細胞の検討
九州大学大学院保健学部門¹, 九州大学病院病理診断科・病理部², 九州大学大学院形態機能病理学³, 九州大学大学院臨床腫瘍・外科学⁴, 九州大学大学院九州連携臨床腫瘍学⁵
○寺戸信芳^{1,2}, 平橋美奈子^{1,3}, 渡邊寿美子¹, 大久保文彦², 山元英崇^{2,3}, 久保 真⁴, 山下奈真⁵, 小田義直^{2,3}, 杉島節夫¹
- P-2-194 乳腺穿刺吸引細胞診における p63/CK7/18/CK5/14 免疫多重染色の有用性の検討
淀川キリスト教病院病理課¹, 淀川キリスト教病院病理診断科², 川崎医科大学病理学³, 神戸大学大学院医学研究科病理病態学分野⁴, 神戸大学大学院医学研究科感染病理学分野⁵
○田中 幸^{1,5}, 小竹千代¹, 三好真由美¹, 小田井学¹, 播谷規子¹, 上田佳世², 寺村一裕², 鹿股直樹³, 林 祥剛^{4,5}
- P-2-195 組織型推定に苦慮した乳腺 Non-invasive glycogen-rich clear cell carcinoma の1例
水戸赤十字病院病理診断科部¹, 水戸赤十字病院臨床検査部², 水戸赤十字病院外科部³
○土肥香緒里¹, 野口沙希¹, 三村貴裕², 木村勝隆¹, 佐藤宏喜³, 堀真佐男^{1,2}
- P-2-196 穿刺吸引細胞診にて elastosis を伴った浸潤性乳癌の1例
久留米大学医療センター病理診断科
○横山俊朗, 森田 道, 山口 倫

乳腺 09 13:28~13:49 座長：正和信英（獨協医科大学病理学(形態)）

- P-2-197 乳腺 Carcinoma with osteoclast-like stromal giant cells と確認できた4症例
地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院臨床検査部¹, 地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院病理診断科²
○高木伸治¹, 坂田かな枝¹, 戸井紳二¹, 藤本静枝¹, 喜田真理子¹, 守都敏晃², 市村浩一², 山鳥一郎²

- P-2-198 乳腺 pleomorphic adenoma の1例
がん・感染症センター都立駒込病院病理科
○小池 昇, 小岩井英三, 浅見英一, 宮田清美, 小川真澄, 堀口慎一郎, 元井 亨, 比島恒和
- P-2-199 乳腺筋上皮癌の1例
独立行政法人三重県立総合医療センター検査室¹, JA 三重松阪中央総合病院病理検査室²
○小倉昌弘¹, 柴田 瞳¹, 河合美穂², 水谷伊津子², 石原明德²

甲状腺 05 **13:00~13:21** **座長: 林 俊哲** (高松赤十字病院病理科)

- P-2-200 甲状腺の胸腺様分化を示す癌(CASTLE)の1例
岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍病理学講座¹, 岐阜大学医学部附属病院病理部², 岐阜大学医学部附属病院検査部³
○久松憲治¹, 酒々井夏子², 水野加織², 安藤咲恵², 北野素子², 岩田明子², 片桐恭雄², 中川 篤³, 小林一博^{1,2}, 波多野裕一郎¹, 宮崎龍彦², 原 明¹
- P-2-201 甲状腺穿刺細胞診標本中に転移性腫瘍が認められた2症例
公立西知多総合病院病理診断科¹, 名古屋掖済会病院病理診断科²
○吉本尚子¹, 今井律子¹, 溝口良順¹, 大池里枝², 田中瑞穂², 夏目園子², 横井豊治², 佐竹立成²
- P-2-202 甲状腺未分化癌と鑑別を要した転移性甲状腺腫瘍の1例
安城更生病院臨床検査技術科¹, 安城更生病院病理診断科²
○深井美樹¹, 杉山宗平¹, 黒木雅子¹, 杉浦記弘¹, 山田貴子¹, 石川一博¹, 酒井 優²

甲状腺 06 **13:21~13:42** **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病態学講座病理診断学分野)

- P-2-203 孤立性に甲状腺転移をきたし, DPPIV 染色陽性であった腎細胞癌の1例
国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科
○小林 剛, 柴田 淳, 信広亮輔, 佐々木なおみ
- P-2-204 甲状腺に病変を形成したランゲルハンス細胞組織球症の一例
群馬大学医学部附属病院病理部¹, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学², 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学³
○竹瀧友弥¹, 佐野孝昭², 後藤優典¹, 星川里美¹, 栗原康哲¹, 伊古田勇人³, 平戸純子¹, 小山徹也²
- P-2-205 悪性褐色細胞腫剖検例の捺印細胞像の検討
藤田保健衛生大学医学部病理診断科¹, 藤田保健衛生大学病院病理部²
○桐山諭和¹, 浦野 誠¹, 塚本徹哉¹, 川島佳晃², 藤原真紀², 伊藤里美², 須藤健助², 平澤 浩², 黒田 誠¹

— 11月22日(日)午後 第13会場 ポスター会場(1号館3F 会議室133+134) —

体腔液 10 **13:00~13:21** **座長: 根本則道** (日本大学医学部総合医学研究所)

- P-2-206 胸水細胞診において非典型的な細胞像を呈した高悪性度神経内分泌癌の一例
(株)戸田中央臨床検査研究所病理検査科¹, (株)戸田中央臨床検査研究所病理診断部², 戸田中央総合病院病理診断部³, 東京医科大学人体病理学分野⁴
○松本健宏¹, 川嶋活彦¹, 曾根田由樹¹, 吉野裕子¹, 中原啓太¹, 草間 博², 工藤玄恵³, 松林 純^{3,4}, 長尾俊孝^{3,4}

- P-2-207 胸水細胞診で左肺多形癌が疑われた 1 症例
 国立病院機構熊本医療センター臨床検査科¹, 国立病院機構熊本医療センター病理診断科²
 ○川上裕之¹, 永田栄二¹, 石原幸治¹, 中島一樹¹, 鹿島星林¹, 村山寿彦²
- P-2-208 診断に苦慮した胸腔内腫瘍の 1 例
 独立行政法人国立病院機構旭川医療センター¹, 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター²
 ○玉川 進¹, 東 学², 小野みゆき¹

体腔液 11 13:21~13:49 座長: 廣島健三 (東京女子医科大学附属八千代医療センター病理診断科)

- P-2-209 悪性胸膜中皮腫との鑑別を要した乳頭状腎細胞癌の一例
 高槻赤十字病院病理診断部
 ○荒木孝一郎, 村上浩子, 廣田智美, 千葉 渉, 渡邊千尋
- P-2-210 骨盤内腹膜に発生した Benign multicystic mesothelioma の一例
 徳島県立中央病院病理診断科
 ○佐竹宣法, 繁木麻里, 山田順子, 工藤英治
- P-2-211 細胞質に著明な脂肪滴を認めた悪性中皮腫の一例
 国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科¹, 国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科²
 ○小田澤由貴¹, 桑田理左¹, 藤本翔大¹, 今村彰吾¹, 宮久 禎¹, 染矢賢俊¹, 北里謙二¹, 藤田 綾², 伏見文良², 田口健一²
- P-2-212 胸膜中皮腫の転移巣における吸引細胞診の 1 例
 大阪医科大学病理部/病理診断科
 ○出口千尋, 辻 求, 栗栖義賢, 里見英俊, 廣瀬善信, 石崎幸恵, 棚田 諭, 武田玲郁, 浦上真由美, 中山裕子, 明石静香

骨軟部・脳・頭頸部 12 13:00~13:21 座長: 渡邊みか (東北大学病院病理部)

- P-2-213 脳脊髄液中に出現した鞍上部原発 Germinoma の一例
 帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹, 同電子顕微鏡室²
 ○師岡恭之¹, 小山芳徳¹, 安達純世¹, 若原孝子¹, 豊永安洋¹, 山本善也¹, 常世田岬¹, 子安貴良², 山田正俊¹, 山崎一人¹, 石田康生^{1,2}
- P-2-214 細胞診材料における術中迅速細胞免疫染色が有用であった Germinoma の一例
 日本医科大学多摩永山病院病理診断科¹, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学², LSI × ディエンス³
 ○柳田裕美¹, 細根 勝¹, 片山博徳¹, 磯部宏昭¹, 川野記代子¹, 岩瀬裕美¹, 日吾美栄子¹, 新井 悟¹, 前田昭太郎^{1,3}, 内藤善哉²
- P-2-215 髄液細胞診標本の転写ブロック法が診断に有用であった節外性 B 細胞リンパ腫の一部検例
 みやぎ県南中核病院病理診断科
 ○熊谷勝政, 千崎久美子, 橋本律子, 大藤高志

抄

録

◇特別講演 1

日本酒の文化・よもやま話—乾杯の今と昔—

中埜酒造株式会社 顧問

○馬場信雄

酒蔵に入ったわたしは、奥の深い日本酒、そして日本酒文化に触れることとなります。そして、素晴らしい日本酒文化を語り継ぐことを決断します。2004年に、全国で「日本酒で乾杯」運動が始まりました。わたしもそれに呼応し、率先して「日本酒で乾杯」運動を展開して来ました。乾杯運動をする以上、その歴史を知らなければと思いついて調べたところ、「乾杯」という行為は昔からではなく、明治時代から始まったことを知りました。それ以前では？と調べていくうちに、何と、日本酒を道具として、今の乾杯の比ではない厳粛な儀式が行われていたのです。最初は、村人たちが無病息災・五穀豊穡を祈念する儀式でしたが、武家政権になり、酒席での礼儀作法を通して精神修養や仲間意識の醸成をする儀式に変化しました。室町末期に確立したこの作法は「酒道」と呼ばれました。でも、あまりに厳格すぎて、明治時代初期に廃れてしまいます。しかし、酒道の中身に触れてみると、古くて新しいことが一杯詰まっています。現代社会だからこそ、改めて酒道の精神が必要になるように感じています。乾杯は、カタチではなく、その本質、本当の意味を理解し、心から酒礼の精神にのっとり行いたいものです。

【講師略歴】

1947年(昭和22年)京都府舞鶴市生まれ、岐阜大学農学部農芸化学科卒業、中埜酢店(現ミツカングループ本社)に入社。1984年(昭和59年)から中埜酒造に出向、2003年(平成15年)に常務取締役、2011年(平成23年)より顧問。現在、一般社団法人赤煉瓦倶楽部半田理事長、半田間税会相談役、半田商工会議所特別委員会委員など。

◇特別講演 2

チェルノブイリ原発事故から30年：健康への影響と行政対応の現状

松本市長

○菅谷 昭

私は内分泌外科の専門医として、1996年1月から2001年6月までの5年半にわたり、1986年に発生したチェルノブイリ原発事故により高度に汚染されたベラルーシ共和国で、急増する小児甲状腺癌の外科治療を中心に、併せて汚染地域における術後小児家庭訪問検診や地域住民に対する健診・健康相談等の医療支援活動に身を投じてきました。私はこの活動を経験する中で、放射能災害は汚染地に生きる子どもたちとその家族全ての人生を大きく転換させ、日々健康への影響や環境汚染の不安におびえ、同時に生き方そのものに計り知れない重圧と苦悩を及ぼし、それはまさに原発事故が発生したら、どのような事態が生ずるのかという現実を否おう無く突きつけられた、切なく重苦しい歳月の連続でした。事故後26年が経過した2012年の夏、私は久しぶりにベラルーシの汚染地域を視察しました。事故当初の居住禁止高度汚染区域では、広範な除染を実施したにもかかわらず、今もなお居住が禁止されており、また厳戒管理区域では、住民たちが健康被害を心配しつつ日常生活を送っていました。更に低線量汚染地域では、そこに暮らす子どもたちの健康障害の現状やその他の健康関連の情報を入手することができました。学童たちにおいては、免疫機能低下による易感染性の問題や貧血等の造血器障害、極度の易疲労症状、また周産期異常として、低体重児出産、流産・早産、死産、先天性異常等の増加、更にはセシウムの体内蓄積などに関する問題、並びに国による継続実施中の定期的健康管理対策等の実態についても把握したので、その報告を行い、長期にわたる低線量被曝に伴う健康影響の可能性について考えてみたい。

◇招請講演 1

The 2014 Bethesda system for reporting cervical cytology

Northwestern University, Feinberg School of Medicine, USA

○Ritu Nayar

The Bethesda System terminology has been used to report cervical cytology (Papanicolaou test) since 1988. Updates occurred in 1991 and 2001, following which the first and second editions of the Bethesda atlas were published. In the past decade, implementation and uptake of HPV vaccination and primary HPV screening are changing the role of the Pap test in cervical cancer screening. In 2014, we updated the Bethesda system, and while there were few changes in the terminology itself, the third edition of the Atlas, published in 2015, has 66% increased content, text and images, with emphasis on unusual patterns, clues and pitfalls. In addition, questions that had arisen in the last decade were clarified and management guidelines updated. An accompanying Bethesda 2014 website has also been established. This presentation will review some relevant background and selected problematic cytomorphic patterns.

◇招請講演 2

The Bethesda System (TBS) for Reporting Thyroid Cytopathology

University of Mississippi Medical Center, USA

○Kim R. Geisinger

Three major objectives of this presentation are : to review data on thyroid nodules, to discuss the content and purposes of TBS, and to present some of its benefits and disadvantages observed since its creation in 2007. Thyroid nodules are the most frequent abnormality of the endocrine system. The most accurate, effective method to evaluate nodules is by fine needle aspiration biopsy (FNAB). Although FNAB has been employed for decades, there are deficiencies in consistent cytomorphic criteria, adequacy criteria, uniform terminology and management. Major goals of TBS were to reduce these deficits, mostly by the creation of six diagnostic categories and adequacy criteria. The "unsatisfactory" category is generally defined as less than 60 follicular epithelial cells. The "benign" category comprises at least 70% of all aspirates and includes hyperplasia and lymphocytic thyroiditis. The third is "atypical cells of undetermined significance/follicular cells of undetermined significance" (AUS/FLUS). This heterogeneous category is for specimens which are not clearly benign but the atypia is insufficient for a suspicious interpretation. The next category is "follicular neoplasm (FN)/suspicious for FN." The remaining two are "suspicious" and "positive for malignancy." Eight years after the introduction of TBS, the literature suggests greater standardization of diagnostic criteria and some improvement in patient management standardization. Detailed here will be the subsequent evaluation of AUS/FLUS, a current area of intense study, and molecular alterations in thyroid cancers in relation to indeterminate FNAB interpretations.

◇招請講演 3

The Paris System for Reporting Urinary Cytology

Loyola University Medical Center, USA

○Eva M. Wojcik

The Paris System (TPS) for Reporting Urinary Cytology has been developed by an international group of 50 cytopathologists, surgical pathologists and urologists from the USA, Japan, Korea, Canada, Great Britain, France, Italy, China, Slovenia and Switzerland. The Paris System was conceived during the 2013 International Congress of Cytology held in Paris (hence the name). The main purpose of TPS was to establish a standardized and reproducible reporting system that is based on clinical and pathologic evidence, diagnostic consensus and understanding of the pathogenesis of urothelial carcinoma. Since the ultimate goal of urine cytology is the detection of a High Grade Urothelial Carcinoma (HGUC), therefore the entire system was built based upon this principle. In line with this principle, the negative category includes reactive changes, infectious and non-neoplastic conditions, as well as cases that may have some cytologic features of low grade urothelial neoplasms, but are negative for high grade urothelial carcinoma. Therefore, the proposed diagnostic category is "Negative for High Grade Urothelial Carcinoma". Despite the fact that we strive to detect all high grade urothelial tumors, we recognize that there will be cases where the definite diagnosis cannot be made. Therefore, in TPS we include the categories of "Atypical Urothelial Cells" and "Suspicious for High Grade Urothelial Carcinoma". Of importance is the understanding that the difference between the two categories, suspicious for HGUC and positive for HGUC, are quantitative since the diagnostic features for these two categories are based on similar morphologic findings. Although the diagnosis of Low Grade Urothelial Carcinoma is not the main goal of this system, a separate diagnostic category, "Low Grade Urothelial Neoplasm" (LGUN), has been included to define those

circumstances where cytologic features of low grade urothelial carcinoma are present. We recognize that the cytologic diagnosis of low grade carcinoma can be rarely made, and should be based only on the presence of well-defined fibrovascular cores in the absence of cellular atypia. Otherwise, if there is a high cytologic suspicion for a low grade lesion and/or there is a papillary lesion present on cystoscopy and/or biopsy, a diagnosis of LGUN can be included in the overall Negative for HGUC category. This presentation will describe the criteria that the Paris Working Group has established for each diagnostic category.

◇招請講演 4

An algorithmic approach to the FNB diagnosis of lymph nodes based on pattern recognition and cell type assessment

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

○Andrew Field

FNB diagnosis of lymph node lesions is one of the most challenging areas of FNB cytology. The key pre-analytical requirements are the use of good FNB technique and proficient smear making. Rapid on site evaluation provides an assessment of adequacy minimizing recalls and re booking of expensive radiological suites and staff, and provides cost effective and efficient immediate triage.

In an oncology service, the most common diagnoses at FNB of lymph nodes are reactive lymph nodes, metastatic carcinoma and opportunistic infections, and once excluded the less common DD of malignant lymphomas and Hodgkin lymphoma has to be addressed.

When interpreting FNB slides of lymph nodes, there are three crucial questions that need to be asked. Are there tissue fragments present which may be the tissue fragments of metastatic carcinomas, granulomas or lymphoid follicles or follicular lymphoma? Is there lymphoid material present? If so, do small lymphocytes predominate? Answering these three questions in a stepwise algorithmic approach leads to a recognition of eight lymphoid patterns. These cytomorphology patterns will be described and the DD of each pattern discussed. The roles of complementary core biopsies and ancillary studies including flow cytometry will be briefly presented. The important role of cytomorphology in lymph node FNB diagnoses will be emphasized.

[Reference] Field AS, Geddie W. *The Cytohistology of Lymph Nodes*. Cambridge University Press. 2014

◇招請講演 5

Microinvasive (Superficially Invasive) Carcinoma of the Uterine Cervix

University of Maryland, USA

○Steven G. Silverberg, MD, FRCPath, MASCP

Micronvasive (superficially invasive) squamous carcinoma of the uterine cervix, also known as Stage IA carcinoma, has had many different definitions over the years, but has always been basically defined as a microscopically diagnosed small invasive cancer (depth and horizontal extent have varied, but are now generally accepted as up to 5 mm and up to 7 mm respectively). Cytopathologic criteria for this diagnosis exist but are difficult to reproduce. These tumors are assumed to have an extremely low risk for metastasis, recurrence, or lethal behavior, even when treated by conservative surgery. Tumor confluence (TC), tumor multifocality (TMF), and lymphatic/vascular space invasion (LVSI) have been permitted within some definitions of microinvasion but not in others, and most recently have not been considered as excluding factors by the Lower Anogenital tract Squamous Terminology (LAST) Project. The assumption of LAST, therefore, is that pathologists must be better at measuring tumors than at observing their probable markers (TC, TMF, LVSI) of biologic aggressiveness, which I do not believe is the case for reasons to be discussed in this presentation. The Japanese and Korean Oncology Groups (JGOG, KGOG) have recently accepted in principle a joint multi-institutional pathologic case-control study to compare the reproducibility and relation to clinical outcome of tumor measurements, TC, TMF, and LVSI, and this study will be presented in detail.

◇会長講演

迅速穿刺吸引細胞診—ROSEの役割—

愛知県立大学看護学部

○越川 卓(MD)

穿刺吸引細胞診では検体採取の成否が診断成績に大きく影響する。穿刺吸引細胞診において確実に検体を採取して正診率を向上させる方法として、Rapid On-Site Evaluation (ROSE) (迅速細胞判定) が注目されている。穿刺吸引細胞診を行う際に検査の現場においてディフ・クイック染色などの迅速染色を用いて細胞が採取されているかどうかを顕微鏡で確認する方法である。検体が十分採取されていない場合には直ちに再穿刺を行うことによって、一度の検査で診断可能な検体を採取することができる。検体不良による再検査を防止するために有用である。演者は1998年より愛知県がんセンター中央病院消化器内科の山雄健次先生と共同して膵腫瘍などの超音波内視鏡下穿刺 (EUS-FNA) の際にROSEを実践してきた。その結果、ROSE導入以前には65%程度であった膵腫瘍EUS-FNAの正診率は、ROSE導入後には96%と大きく向上した。また、甲状腺穿刺吸引細胞診についても、愛知県がんセンター中央病院頭頸部外科の長谷川泰久先生と共同して頭頸部外来における甲状腺穿刺吸引細胞診のROSEを実践してきた。その結果、ROSE導入以前には93%であった検体採取率はROSE導入後には99%に向上し、正診率も87%から92%に向上した。このように穿刺吸引細胞診におけるROSEの実践は細胞診の検体採取率や正診率の向上に有用である。本講演では演者のROSEに関するこれまでの経験や成績を紹介すると共に細胞診におけるROSEの役割や今後の課題について述べる。

◇要望講演 I

日本専門医機構と細胞診専門医制度

大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部¹⁾, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²⁾, 京都府立医科大学産婦人科³⁾, 赤穂市民病院産婦人科⁴⁾, 誠仁会大久保病院婦人科⁵⁾

○植田政嗣(MD)¹⁾, 明瀬光里(MD)¹⁾, 出馬晋二(MD)¹⁾, 鳥居貴代(MD)¹⁾, 岡本吉明(MD)¹⁾, 田中一朗(MD)¹⁾, 布引 治(CT)²⁾, 明石京子(MD)³⁾, 東田太郎(MD)⁴⁾, 小笠原利忠(MD)⁵⁾, 野田 定(MD)¹⁾

日本臨床細胞学会は、1961年に発足した婦人科細胞診談話会にその他の領域が加わって発展的に組織されたものである。当初68名であった細胞診指導医も2003年の学会NPO法人化にともない細胞診専門医に改称し、2013年の学会公益法人化を経て、現在2,765名(実数)を数えるまでになっている。その間、2009年に日本専門医制評価・認定機構から専門医制度整備指針が出され、本学会でも細胞診専門医制度の改革が加速度的になされてきた。その要点は、1) 専門医会出席義務廃止、生涯研修重視、クレジット制を骨子とする細胞診専門医資格更新実施要項の改定、2) 細胞診専門医資格認定試験科目を総合科に統一し平成25年度より実施、3) 歯科口腔領域細胞診の普及を目的とした細胞診専門歯科医受験要項の改定、である。2014年に日本専門医制評価・認定機構を母体に、日本専門医機構が正式に発足した。同機構では、基本領域専門医18学会とSubspeciality領域専門医29学会をすでに認証した。細胞診専門医は未承認領域専門医36学会の筆頭に挙げられている。日本専門医機構は、1) 細胞診専門医像の明文化、2) 教育研修施設の整備、3) 教育研修指導医の認定と資格更新、4) 専門医教育カリキュラムの整備、を骨子とした研修プログラムの策定を専門医資格認定の必須要件として掲げている。また、専門医資格更新においても厳密な運用が求められており、講習受講実績を重視した5年毎の資格更新が想定されている。本講演では日本専門医機構の基本指針と細胞診専門医制度改革の進捗状況について具体的に解説する。

◇要望講演 2

iPS 細胞作製技術を用いたがん研究

京都大学 iPS 細胞研究所

○山田泰広 (MD)

人工多能性幹細胞 (iPS 細胞) は再生医療への応用において大きく期待されているのみならず, 疾患特異的 iPS 細胞の作製により, 疾患メカニズムの解明や創薬にも応用可能であることが示されている。iPS 細胞の樹立には, 遺伝子配列の変化は必要としない一方で, DNA メチル化などのエピジェネティック修飾状態がダイナミックに変化することが知られる。我々は iPS 細胞作製技術を, エピゲノム状態を積極的に改変するツールとしてとらえ, 発がん研究への応用を試みている。本発表では, iPS 細胞研究の現状を解説するとともに, がん細胞から iPS 細胞を作製する取り組みを紹介し, その過程から明らかとなりつつあるがん細胞の特徴について述べる。さらにはがん細胞由来 iPS 細胞の再分化モデルを示し, 遺伝子配列異常とエピゲノム制御に関連した細胞分化との接点を考察する。同時に, 生体内細胞初期化による腫瘍発生モデルを紹介し, 幹細胞性獲得と小児芽腫発生の関連について議論する。iPS 細胞作製技術により深化するがん細胞の理解について紹介したい。

◇要望講演 3

臨床科学基盤としての Academic Research Organization (ARO) の確立とこれからの臨床研究について

(公財) 先端医療振興財団臨床研究情報センター¹⁾, 京都大学名誉教授²⁾

○福島雅典 (MD)^{1,2)}

過去 10 年, 文部科学省・厚生労働省は臨床科学, とりわけレギュラトリーサイエンスの原理に基づいて医療イノベーション創出の基盤整備と実際の開発を推進してきた。2007 年より始まった文科省による橋渡し研究支援推進プログラムと, 2011 年に始まった厚労省の早期探索臨床試験拠点整備事業・臨床研究中核病院整備事業がそれである。現在は, 両者が統合されて革新的医療技術創出拠点 (ARO) 構築事業として進行している。文科省のプログラムによって, 2015 年 3 月現在, 計 65 を超える大学発シーズが治験に入っており, その内 9 件が承認・認証・市販に至っている。その一つは希少難病である脂肪萎縮性糖尿病に対するレプチンである。加えて厚労省による難治性疾患克服事業においては重点課題として 2012 年と 2013 年にステップ 1, 2 合わせて計 25 件が採択され, ステップ 2 として治験を対象に予算投入された案件については全てが治験に入り, 1 件は承認に至った。リンパ脈管筋腫症に対するラパマイシンがそれで, ロボットスーツ HAL[®]をはじめ, 5 件が承認申請中である。こうして, わが国はアカデミアから着実に薬事承認を取得して, 新規の医薬品・医療機器を世に出す仕組みをもつに至り, アカデミアの R&D パイプラインができあがった。今やこのパイプラインを俯瞰し, 最も国民利益の大きな開発に戦略的に投資することも可能である。Disruptive Innovation 創出に向けて今後は, 科学力の拡充強化とグローバル展開が課題である。

◇要望講演4

RET がん遺伝子研究から学ぶ多様なヒト疾患の発症機構

名古屋大学大学院医学系研究科分子病理

○高橋雅英(MD)

RET がん遺伝子は 1985 年に演者らが NIH3T3 細胞を用いた DNA トランスフェクション法により発見した遺伝子である。RET は受容体型チロシンキナーゼをコードしており、遺伝子再構成により活性化されることを明らかにした。ヒトがんにおいては、1990 年に甲状腺乳頭がんの約 30% 症例で RET の遺伝子再構成が検出されることが報告され、2013 年には肺腺がんの約 2% に RET の遺伝子再構成が報告された。また、RET は遺伝性腫瘍性疾患である多発性内分泌腫瘍 2 型(MEN2)の原因遺伝子であり、点変異により活性化されることが明らかになった。MEN2 型は変異部位と臨床像の違いにより、大きく 2A 型と 2B 型に分類され、genotype-phenotype correlation が明らかな遺伝性疾患である。われわれのグループは RET の活性化のメカニズムと genotype-phenotype correlation について解明をめざし、研究を展開してきた。さらに RET は腸管神経の欠損を生じるヒルシュスプルング病の原因遺伝子であり、RET の loss-of-function mutations により発症する。興味あることに RET の変異を有する家系の一部に MEN2A とヒルシュスプルング病を同時発症する家系が知られており、われわれは RET の特定の変異が発現する細胞の違いにより、gain-of-function あるいは loss-of-function に働くことを示した。1996 年、米国 Genentech 社のグループとの共同研究により、神経栄養因子 GDNF が RET のリガンドであることを明らかにした。遺伝子改変マウスを用いた研究により、GDNF-RET シグナルは腸管神経系の形成、腎臓の発生、精子形成に必須の役割を果たしており、形態形成においても重要な因子であることが示された。本講演では RET がん遺伝子の発見からその変異による多様なヒト疾患の発症機構、さらに GDNF-RET シグナル伝達系の生理機能について紹介する。

◇要望講演5

カビとキノコの世界—macrofungi と microfungi

金沢大学医薬保健学系病態検査学講座

○河原 栄(MD)

カビやキノコや酵母は同じ生物であり、英語では fungi と総称される。fungi に相当する日本語は分野によって異なり、医学関係者は真菌と呼び、生物学関係者は菌類と呼んでいる。キノコは特定の肉眼的形態を形成する菌類(macrofungi)で、カビや酵母は顕微鏡的に確認できる菌類(microfungi)である。カビは糸状菌あるいは菌糸の疎な集合体であり肉眼的には不定形、酵母では類円形の個々の細胞が分離して増殖する。キノコは顕微鏡で見ると糸状の菌糸が規則的に密に配列し、菌糸はしばしば酵母様の球状細胞の形態をとる。また、糸状菌も酵母も独立した分類ではなく、しばしば同じ種がその環境によってどちらかの形態に変化する。どれも顕微鏡的に大きな差はない。菌類は生物学的には主に担子菌と子嚢菌に分類され、さらに接合菌が加わる。担子菌はキノコの傘のヒダに作られる担子胞子を形成する。代表的な食用キノコの多くとクリプトコッカスが所属する。子嚢菌はキノコ表面の顕微鏡的な子嚢の中に子嚢胞子を作る。食用のアミガサタケやアスペルギルスがここに所属する。しかし、キノコとカビが決定的に異なることがある。カビや酵母は一核の無性世代で、無性生殖により増殖する。キノコは mating type の異なる 2 個の一核菌糸が融合して(有性生殖)増殖した二核菌糸の規則的配列により形作られる。以前はカビや酵母の多くの種類で有性世代が知られておらず、担子菌、子嚢菌と並列した不完全菌類に分類されていた。現在では多くの有性世代が知られ、不完全菌類という用語は使われなくなったが、同じ種なのにカビとキノコで学名が異なるという問題が生じている。

◇要望講演 6

悪性リンパ腫アップデート

名古屋大学医学部附属病院病理部

○中村栄男(MD)

現在の悪性リンパ腫分類は、2001年に公刊されたWHO分類第3版が基準である。2008年に改訂された第4版は2016年にさらにアップデートされる予定である。2008年の段階で新たに付け加えられた暫定疾病項目などについて、より詳細な検証が加えられた。幾つかのものについては定義の明確化、併せて実態に即する形での名称の変更が図られる予定である。WHOリンパ腫分類における基本的な思想は、“疾病の発見”である。未分化大細胞型リンパ腫、MALTリンパ腫、マントル細胞リンパ腫などにより例証される。同時に“Pathology & Genetics”という方向性が明確に示されている。悪性腫瘍は遺伝子病との認識を反映している。分類全体を貫くものとして、“疾患単位”という考え方が強調され、単に病理組織所見のみならず病態、予後、治療反応性、分子病態を総合的に考察すべきとの立場が鮮明に打ち出された。また、疾患単位のリストとして呈示されており、今後のさらなる変更の可能性を意識したものと云える。すなわち、疾患の認識が時代と共に進化し、また常に新たな疾患そのものが認識される可能性を考慮したものである。実際、double-hit lymphomaなど、遺伝子変異自体の記載が今後の診断に組み入れられる予定である。WHO分類の問題点として、1) 病理診断を支える“信頼に足る”検索手技(免疫組織化学的、分子生物学的手法など)の確立と体制の整備が必要、2) 個々の疾患単位の定義が必ずしも十分ではなく鑑別診断に困難が感じられる、などが挙げられる。本講演では、これらWHO分類を巡る課題について解説する予定である。

◇要望講演 7

口腔がんの細胞診

日本大学松戸歯学部口腔病理学講座¹⁾、日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科²⁾、千葉西総合病院臨床検査科³⁾

○久山佳代(DDS)^{1,2)}、松本 敬(CT)²⁾、
宇都宮忠彦(DDS)^{1,2)}、末光正昌(DDS)^{1,2)}、
森川美雪(CT)¹⁾、二谷悦子(CT)²⁾、浮ヶ谷匡恭(CT)³⁾、
岩堀朋美(CT)³⁾、神林な奈絵(CT)³⁾、齋藤隆明(DDS)³⁾、
大村光浩(MD)³⁾

口腔がんによる年間死亡者数は7,000人を超え、この数値は女性の子宮がんよりも多い。日本は、先進諸国の中で口腔がんの死亡者数を制圧できていない数少ない国の一つであるが、歯科医師の約97%が医療施設に勤務し、人口1,244人あたり1人の歯科医師が口腔の健康管理に従事している歯科保健環境は先進諸国の平均値である。したがって、口腔保健の最前線にいる歯科医師による口腔がんの早期発見が、口腔がん死亡者数を減少させる最短の方策であり、そのために細胞診の適切な応用が望まれる。口腔がんの90%以上を占める扁平上皮癌は、その多くが表層分化を保持したまま腫瘍化するために、擦過細胞診では表層の異型の弱い細胞が採取されることが多い。また、他臓器の扁平上皮癌と比較して、細胞所見の蓄積がまだ十分とは言えない。そこで本報告では初めに立ち返り、細胞診ガイドライン(歯科・口腔領域)でSCCと細胞判定されるべき細胞を、核と細胞所見に分けて詳細に整理する。さらに、LBC法との対比所見も供覧する。

【略歴】平成2年 日本大学松戸歯学部卒業平成14年
細胞診専門医平成15年 口腔病理専門医平成25年 日
本大学松戸歯学部口腔病理学講座教授

◇要望講演 8

肺の新 WHO 分類 (第4版) の要点

愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部

○谷田部恭 (MD)

2015年3月, 10年ぶりの改定となる WHO 肺癌分類第4版が発表された。この間, 肺癌治療のパラダイムは劇的に変遷するとともに, 肺癌の生物学的な特性がより注目されるようになった。それは多くの遺伝子変化の発見やより詳しい理解が進んだために他ならない。これに伴い, 新分類ではより生物学な分類となり, 免疫組織化学解析による結果に基づいて組織型が決定されるようになった。それを最も端的に示しているのが大細胞癌である。これまで大細胞癌は分化傾向の認められない腫瘍に対する wastebasket 的な位置づけがなされていたが, 新分類ではこれまでの大細胞癌の多くは免疫組織化学的な細胞譜系によって腺癌もしくは扁平上皮癌に振り分けられ, 免疫染色でも分類できない腫瘍に限定されるようになった。また, WHO 分類は切除標本に対する分類であるが, 生検組織や細胞診についての言及も初めてなされている。これは, 肺癌患者のおよそ 2/3 は手術不能・進行肺癌で発症し, その診断はこれら生検や細胞診で行われているためである。また, 数々の分子標的治療が取り入れられ, それらの検体で遺伝子検査も施行する必要がある。それらとの関連も考慮されている。ここでは新しい WHO 分類についての概要を述べるとともに, 新しく加わった疾患についても紹介したい。

◇要望講演 9

膵癌の診断と治療 up-to-date

愛知県がんセンター中央病院消化器内科

○山雄健次 (MD)

膵癌は難治癌中の難治癌と評されており, 早期発見は困難であり, 切除できる症例も少なく, 例え手術ができて早期に再発し, 亡くなる患者さんも多い。しかし, 最近になり膵癌を早期に発見すべく種々の試みも実を結びつつある。その一つは膵癌のハイリスクグループの設定が可能になったことである。ハイリスクグループとしては, 家族性膵癌家系, 急性・慢性膵炎, 糖尿病に加え, 最近では膵嚢胞や IPMN が注目されている。これらハイリスクグループに対して非侵襲, あるいは低侵襲の画像診断法である US, MD-CT, MRCP や超音波内視鏡検査 (EUS) などを実施し, 膵内小腫瘍, 主膵管狭窄・拡張, 嚢胞などの所見があれば, 経鼻膵管ドレナージ (ENPD) 下細胞診や EUS ガイド下穿刺生検法 (EUS-FNA) を行うことにより上皮内癌や 10 mm 以下の微小膵癌を発見することも可能となった。一方, 上記の画像診断法で膵に明らかに腫瘍を形成する病変に対して迅速・確実・安全・経済的に鑑別診断と進展度診断を行うことが治療方針の決定には重要であり, MD-CT と EUS/EUS-FNA が用いられる。膵癌の治療法に関しても進歩がみられる。膵(管)癌の唯一の根治治療は切除手術であるが, 手術不能例では化学放射線療法や化学療法が選択される。使用する薬剤もジェムザール, TS-1, タルセバ, 更に最近では FOLFIRINOX やジェムザールとアブラキサンなど腫瘍縮小効果のあるものを使用できるようになり, 予後の改善がみられる一方でネオアジュバントとしての効果も期待できる。一方, 神経内分泌腫瘍 (NET) においても分子標的薬が新たな治療薬として加わり非切除例に対して有効性を発揮している。本講演では本邦における膵癌の診断と治療について最近の知見を紹介する。

◇要望講演 10

中皮腫細胞診判定の国際基準

兵庫医科大学病理学分子病理部門

○辻村 亨(MD)

悪性胸膜中皮腫 (MPM) の病理診断では、胸膜浅層における非腫瘍性中皮細胞の取り込み像と中皮腫細胞の浸潤像を鑑別することが難しいために、異型中皮細胞の深部脂肪組織への浸潤像を唯一の悪性の根拠としている。しかし、このことが影響して、胸水細胞診は MPM 診断への道筋をつける上で重要な役割を果たすはずであるにも拘わらず、その診断的価値は過小評価されてきた。この問題点を解決するために、我が国では、日本肺癌学会 細胞診判定基準改定委員会 (秋田弘俊委員長)、中皮腫細胞診評価 WG (亀井敏昭グループ長) が中心になって、上皮型中皮腫、反応性中皮細胞、肺腺癌の細胞像を検証し、胸水検体で MPM と診断するための細胞像がまとめられた。成果の一部は、肺癌取り扱い規約 (第 7 版) に記載されている。また、最近、国際的な細胞診ガイドライン “Guideline for the Cytopathologic Diagnosis of Epithelioid and Mixed-type Malignant Mesothelioma” が、Acta Cytologica 2015; 59: 2-16 に発表された。2012 年 International Mesothelioma Interest Group (IMIG) カンファレンス (ボストン)、2013 年 International Academy Cytology ミーティング (パリ)、2014 年 IMIG カンファレンス (ケープタウン) で議論された内容をもとに作成されたもので、検体の取り扱い、細胞所見、免疫染色、バイオマーカー、電子顕微鏡所見、FISH 解析などが記載されている。また、我が国で検証した MPM の細胞学的特徴も取り入れられている。本講演では、このガイドラインを中心に、中皮腫細胞診判定の国際基準について概説する。

◇要望講演 11

LBC における子宮内膜細胞診の見方・考え方

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科生体情報学講座

○則松良明(CT)

子宮内膜細胞診では三次元的構築が診断のカギとなるため、その標準作製法として BD シュアパス LBC 法 (密度勾配処理での重力沈降法) を推奨している。その細胞像は、標本作製過程での操作によるアーティファクトが加わるため、細胞集塊はやや小さくなる傾向にあるが、形状の種類や観察のポイント、弱拡大での観察の重要性は従来直接塗抹標本と何ら変わることはない。前固定された細胞が塗抹され、それらの細胞への血液成分や炎症細胞などの被覆のない背景清みな薄層標本であるため、核所見などの細胞個々の観察が容易であるとともに、より立体構造が保たれるため、集塊構造の観察も容易である。さらに細胞塗抹量が多い (密度が高い) ため異常細胞の出現率 (占有率) の把握も必要ない。本講演では、「日本臨床細胞学会編・細胞診ガイドライン」に準拠した LBC 法を用いた子宮内膜細胞診判定方法を解説する。その方法は三つのステップを経るシンプルな方式になっている。第一ステップでは、細胞集塊形状が整か不整か、かつ、核重積が 3 層以上を示すか否かをチェックする。第二ステップにおいて、種々の病態で観察される細胞形態学的特徴をチェックすると、第三ステップで病態を判定 (正常子宮内膜、子宮内膜腺間質破綻、異型増殖症を含む悪性腫瘍、異型のない子宮内膜増殖症、ATEC) することが可能となる。また、ATEC: 内膜異型細胞は「ATEC-US」と「ATEC-A」の 2 項目に分ける。前者は「意義不明」で、臨床医に細胞診再検が薦められるもの、後者は「異型増殖症以上を除外できない」で、内膜生検を推奨するものである。

◇要望講演 12

がんにおけるマイクロRNAの役割

国立がん研究センター研究所分子細胞治療研究分野

○落谷孝広(PhD)

2007年にスウェーデンのグループによって突如明らかにされた細胞小胞顆粒(Exosome:エクソソーム)中に存在するマイクロRNAの報告は、エクソソームを介した細胞間マイクロRNA移送による未知の情報伝達機構の存在を証明する衝撃的な出来事だった。そして、このエクソソームによる生命現象のマイクロマネージメントの実態が、がんを始めとする多くの医学生物学の分野で明らかになってきた。「がん細胞は単独で存在するのではなく、周囲の様々な細胞やマトリックスと相互作用をしながら集団として成長する。こうした生体局所の微小環境にがん細胞が適応し自らの生命を維持するために、直接的な細胞間相互作用や、パラクライン的なタンパク質の放出による制御が主役であると長い間考えられてきた。しかし、これだけではなく、エクソソームに内包させた特定の機能を有するマイクロRNAを、例えば、浸潤転移に必要な周囲の血管内皮やリンパ管細胞に付与する事で、がん細胞自身の立場を有利に導くようなシムテムもがん細胞は作り上げた。最近話題のimmune checkpointに関与する分子もエクソソームによってCTLに届けられる可能性も出てきた。従って、エクソソーム分泌と輸送、取り込みの過程を遮断することが、新しいがん治療戦略のための創薬にも直結する。それとは反対に、正常細胞から分泌されるエクソソームはがん細胞の様な異端児の細胞を駆除する方向に働く事も報告されている。本講演では、こうしたエクソソームが介在するマイクロRNAによる疾患のマイクロマネージメントの実態や診断応用の可能性について概説するとともに、マイクロRNAそのものを標的とした疾患治療(核酸医薬)の現状も紹介する。

◇要望講演 13

いまさら聞けない子宮頸部扁平上皮異常の細胞の見方

昭和大学江東豊洲病院臨床病理診断科

○九島巳樹(MD)

細胞診専門医・細胞検査士はプロフェッショナルな存在であり、深い知識と技能の上に長い経験に基づく、高いプライドを持ち、だからこそ最新の話題・学説に遅れないように努力を続けていることと推察する。日本臨床細胞学会の原点は細胞をよく観察して推定診断することであり、常に一人の患者、一枚のプレパラートと向き合い個々の症例について注意深く検討する姿勢が大切だと思う。しかし、今の診断にブレは無いだろうか、日常業務に慣れてマンネリ化していないだろうか。細胞診専門医を目指して頑張っていた頃は、先輩に教えられた通りにやるしかなく、細胞を見て総合合わせの様に診断をつけ、その形態について深く考える事もなかったような気がする。その後も忙しさにかまけて日々の業務をこなし続けてはいないだろうか。など考えるうちに細胞診の勉強を初めた頃のモチベーションの高さを失わないうちに、あの懐かしいクラス分類や“dysplasia”を思い出し、今後の“LSIL”と“HSIL”を中心とするベセスダシステムにどのように適応していくのか考察してみたい。数年前に本学会でもとりあげられた「コイロサイトーシス」の診断ですら、いまだにコンセンサスが得られていないように思える。今までに本学会に発表した内容も含めて、細胞診の基本中の基本である子宮頸部扁平上皮異常の細胞像の見方を振り返り、再確認して、明日からの細胞診業務に役立てていただければ幸いである。

◇要望講演 14

乳腺腫瘍の WHO 分類と取扱い規約分類の比較

名古屋医療センター病理診断科

○市原 周(MD)

2012年に新WHO分類が発表されてから3年経過した。しかし日本国内では依然として乳癌学会の「取り扱い既約分類」が使われている。「日本独自」とされる浸潤性乳癌の3亜型(乳頭乳管癌, 充実腺管癌, 硬癌)は, 日本病理学会の病理専門医研修要綱研修目標にも明記されている。しかしPubmedで上記の浸潤癌3亜型を検索しても全くヒットしない。これはterminologyから言っても3亜型がおかしいからである。浸潤癌の分類にもかかわらず背景の非浸潤癌成分を分類に組み込むことは他臓器腫瘍では行なわれておらず各臓器腫瘍分類と整合性はない。かりに百歩譲って管内成分を考慮して3亜型を定義するとしても, 乳癌の非浸潤成分に血管結合組織のある真の乳頭状構造を見いだすのは一部である。非浸潤成分を伴うというだけで浸潤性乳癌に「乳頭腺管癌」なるレッテルを使い続けることは教育的にも問題で, 若い病理医を混乱させ, 現象の正しい理解の妨げとなる。さらに海外では全く通用しないため, 乳癌の地域差を明らかにする研究の妨げとなる。では今後どうしたらよいだろうか? 基本的には3亜型を廃止し最新WHO分類を採用すべきであろう。ただし混乱をさけるため, 一定期間は子宮頸部の細胞診にBethesda systemを導入したときと同様, 旧分類を括弧に入れて併記するなどの配慮が必要であろう。臨床画像との相関があるとして3亜型を擁護する意見が根強く存在する。これに対しては, 病理組織診断名としてではなく組織学的悪性度や脈管侵襲と同様, 記載項目として, マクロ形態, 周囲組織との境界, 間質反応の有無など画像診断との対比に役立つ情報を, 記号で付記するというアイデアを検討すべきである。

◇要望講演 15

細胞診分野における遺伝子検査

愛知県がんセンター中央病院臨床検査部遺伝子病理検査科¹⁾, 愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部²⁾○柴田典子(CT)¹⁾, 尾関順子(CT)¹⁾, 谷田部恭(MD)²⁾

分子生物学の進歩とともにさまざまな発癌に関する分子経路の異常が同定され, それらを標的とした分子標的薬の臨床応用が進んでいる。肺癌, 乳癌, 大腸癌などでは分子標的薬の治療効果予測のための遺伝子検査が治療方針決定に際し不可欠な検査となっており, 当施設でも肺癌におけるEGFR遺伝子変異検査, KRAS遺伝子変異検査, ALK遺伝子転座検査, 乳癌におけるHER2遺伝子増幅検査, 大腸癌におけるRAS検査等を日常検査として実施している。これらの検査で最も多く用いられるのがホルマリン固定された組織標本(FFPE標本)である。FFPE標本はがんの診断に不可欠であり, 腫瘍細胞を同定しやすいという利点を持つ。しかしながら, 形態保持のために必要なホルマリン固定は遺伝子にとってダメージを与える操作であり, 最適な検体とは言い難い。一方, 胸水, 腹水等の体腔液, リンパ節穿刺検体あるいはEUS-FNA(超音波診断下吸引細胞診)などの細胞診検体は, 新鮮な状態の細胞が採取され, その細胞からは質の良い遺伝子を抽出可能であるため, 細胞量や正常細胞量に注意すれば, 検体の有用性は非常に高い。病理細胞診分野で行われている遺伝子検査はその結果が治療に直結する検査であり, 正確な検査結果が求められている。そのカギを握る大きな要因の一つが検体の質ともいえる。本講演ではFFPE標本と細胞診検体の特徴, これらの検体を用いた遺伝子検査について, 当施設での検体の処理方法などを紹介し, 経験から得られた注意点, 問題点などを中心に概説したい。

◇教育講演 1

AGCの見方

がん研究会・がん研究所・病理部

○古田玲子(PhD)

「ベセスダシステム 2001 準抛子宮頸部細胞診報告様式」での異型腺細胞 Atypical glandular cells (AGC) は、「推定される病理診断が腺異型または腺癌疑い」とされ、腺に異型があるが上皮内腺癌とするには異型が弱いもの、あるいは腺癌が疑われるが断定できないもの、という2つの概念が含まれており、その背景病変は多岐にわたる。それらは、腺癌を疑うも量的に少ない、あるいは変性を伴うことが理由で AGC とされる場合とそれ以外の場合に分けられる。後者は、1) 通常の頸部の上皮内腺癌や浸潤癌（それらの多くは HPV 陽性）、2) 胃型形質を有した腺系病変（それらの多くは HPV 陰性）である分葉状頸管腺過形成 Lobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH)、Atypical LEGH および最小偏倚腺癌 Minimal deviation adenocarcinoma (MDA)、3) 腺扁平上皮癌、4) 子宮頸部上皮内腫瘍 Cervical intraepithelial neoplasia (CIN)、5) 異型未熟扁平上皮化生 Atypical immature squamous metaplasia (AIM)、6) 非腫瘍性病変、7) 内膜の異型細胞（異型内膜増殖症および内膜癌）などが挙げられる。本講演では、AGC を検討する上で習知しておくべきこと、すなわち3次元的な細胞集塊の見方、腺癌や腺扁平上皮癌の典型像と非典型像、CIN と AIM の病理組織診断の実状について解説し、更に AGC を可能な限り質的な判定に導くための見方を、当施設で 2005～2014 年の AGC 症例を病理組織像と照合しつつ、経過を追跡して得られた知見をもとに述べる。

◇教育講演 2

子宮内膜細胞診はなぜ難しいのか？

独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院婦人科

○上坊敏子(MD)

内膜細胞診は広く普及し、ガイドラインにも取り上げられている。しかしスクリーニングの実務担当者からは、しばしば「内膜細胞診は難しい」「有用性に疑問がある」という声が聞かれる。「内膜細胞診の問題点」を列挙する。

1. 内膜細胞は集塊で出現するので、細胞所見の判定が難しい。異型内膜増殖症や G1 類内膜腺癌は細胞異型が弱いので、構造異型による判定が不可欠だが、「構造異型」に関する表現が統一されていない。細胞集塊に混在している腺細胞と間質細胞の識別が困難な場合も少なくない。
2. 多量の出血や炎症細胞が内膜細胞に重なっている場合や組織塊のような標本が提出された場合は、判定不能とせざるを得ない。しかし、このような症例が体癌でないという保証はない。萎縮内膜では細胞がほとんど採取されないことがあるが、ベセスダシステムと同様に「不適正」とすべきかは、問題である。
3. 内分泌環境、炎症、内膜搔爬などの器械的操作、子宮内避妊具などの影響で、陽性と誤判定されるような強い異型細胞が出現することがある。これを避けるためには、正確な臨床情報が不可欠であるが、しばしば臨床情報は不十分である。
4. 頸部細胞診では、正診率の向上や ASC-US への対応に有用な HPV 検査があり、コルポスコープによる精査も可能である。補助手段がない内膜病変の診断では、細胞診の精度に対する要求がより強くなる。そのため、疑陽性の頻度が高くなる傾向がある。「難しい」内膜細胞診は、頸部細胞診以上に臨床医との協力が不可欠である。細胞診専門医であると同時に婦人科臨床医である立場から、内膜細胞診の問題点解決について考察する。

◇教育講演 3

甲状腺癌取扱い規約—細胞診

医療法人神甲会隈病院病理診断科

○廣川満良(MD)

現在、甲状腺細胞診の報告様式としては、甲状腺癌取扱い規約第6版(2005年)に記載された報告様式が定着している。これは1996年に米国病理学会のパパニコロウ・ソサエティーにより提唱された甲状腺細胞診ガイドラインをもとに検討されたものである。それから11年経過し、甲状腺癌取扱い規約第7版が今年刊行予定である。第7版の新報告様式では、2010年、米国における新しい甲状腺細胞診の報告様式であるThe Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (BSRTC)が採用され、本邦の状況に合わせて一部改変がなされている。まず、診断カテゴリーは検体不適正、嚢胞液、良性、意義不明、濾胞性腫瘍、悪性の疑い、悪性の7つに区分されている。つまり、BSRTCにおける「意義不明な異型または意義不明な濾胞性病変」、「濾胞性腫瘍または濾胞性腫瘍の疑い」は、新規約では名称をより短縮して、かつ馴染みやすくし、それぞれ「意義不明」、「濾胞性腫瘍」と称している。BSRTCでは、泡沫細胞のみみられる嚢胞液は、嚢胞形成性乳頭癌の可能性が否定できないとして「検体不適正」に区分されているが、そのような症例の悪性の危険度は「検体不適正」よりも低く、「良性」とほぼ同様であることから、新規約では「適正」と判断し、「嚢胞液」として独立した区分とした。BSRTCでは、悪性の危険度と推奨する臨床的対応が記載されている。しかし、本邦と欧米では各腫瘍の頻度、切除の適応、社会的状況が異なるため、それらの基準をそのまま導入することは現時点では困難であることから、新規約では、悪性の危険度と推奨する臨床的対応には言及していない。講演では以上の内容をより詳細に解説することにする。

◇教育講演 4

肺癌の細胞診断—検体の取り扱い方を中心に—

東京医科大学医学部人体病理学分野¹⁾、東京医科大学病院病理診断科²⁾○松林 純(MD)^{1,2)}

原発性肺癌は組織型によって治療方針が大きく異なるため、組織診のみならず細胞診に求められるものは大きい。肺癌の治療法を選択する上で、まず小細胞癌と非小細胞癌に大別することが最も重要である。しかしながら、大細胞神経内分泌癌などの神経内分泌形態を有する非小細胞癌については、小細胞癌との鑑別は必ずしも容易ではない。さらに、近年、分子標的治療を含めた新しい化学療法が開発され、組織型別の治療効果の違いや副作用などの点から、分化の低い非小細胞癌においても、扁平上皮癌と非扁平上皮癌あるいは、扁平上皮癌と腺癌を区別して診断することが求められている。また、原発性肺癌と転移性肺癌の判別や、肺癌と悪性中皮腫や悪性リンパ腫を鑑別することも重要であるが、実際には細胞診断が困難なことも少なくない。胸水検体については、可及的にセルブロックを作製し免疫染色を併用することで、原発性肺癌、転移性肺癌、悪性中皮腫や悪性リンパ腫の判別が可能な症例が大幅に増加し、診断精度の向上に役立つ。本講演では、はじめに、原発性肺癌やそれとの鑑別を要する病変に関わる細胞診検体の採取方法を説明する。その中で、特に当院で頻繁に用いられている超音波内視鏡下経気管支鏡針穿刺吸引法(EBUS-TBNA)の特徴や有用性を紹介する。また、婦人科領域以外にも用いられつつある液状化検体細胞診(LBC)法についても概説する。さらに、気管支擦過細胞診検体や捺印細胞診検体を用いた免疫細胞化学が、肺癌の細胞診断に寄与した症例を提示する。胸水検体については、セルブロックを用いた免疫染色が、肺癌の組織型の特異性や肺癌との鑑別を要する病変との判別に有用であった症例を紹介する。

◇教育講演5

卵巣がんの治療戦略

東北大学災害科学国際研究所災害産婦人科学分野¹⁾, 東北大学大学院医学系研究科災害産婦人科学分野²⁾

○伊藤 潔(MD)^{1,2)}

近年、がん治療は、分子標的治療薬の導入をはじめ大きく変わりつつあり、このことは卵巣がん治療も例外ではありません。本年4月に、卵巣がん治療ガイドラインが2010年版以来4年半ぶりに改訂され、2015年版として発刊されました。このガイドラインでは、従来の総説形式からCQ(クリニカルクエスチョン)形式に一新されるとともに、卵巣がん治療に関わる様々な新しい知見が加わっています。たとえば分子標的治療薬に関しては、2010年版では維持化学療法のコメントの中で数行触れられているだけで「意義は今後明らかになってくると思われる」とされていました。しかし2015年版では独立したCQ「初回化学療法もしくは再発症例に対する治療薬として推奨される分子標的治療薬はあるか?」として取り上げられ、卵巣がん治療薬としての有用性のみならず有害事象も綿密に検証、記載されています。また一方で「術後化学療法が省略できる条件は?」「ホルモン補充療法は推奨されるか?」といった、いまだに議論のあるcontroversialな話題もCQに取り上げられ、現時点での推奨が示されています。さらに遺伝性乳癌卵巣癌の検査基準と対応に関しても、新たにCQのみならず総説でも記載されています。逆に、second look operation (SLO)のように、初版から2010年版まで独立した項目として存在しながら、今回は索引にすら掲載がなくなったものもあります。この講演では、卵巣がん治療のガイドラインに2004年の初版から作成・評価委員として携わってきた立場から、卵巣癌治療戦略の変遷と現状、を述べてみたいと思います。

◇教育講演6

MALTリンパ腫の細胞診

群馬パース大学保健科学部

○蒲 貞行(CT)

【背景と目的】 甲状腺ではしばしばMALTリンパ腫と橋本病の共存がみられること、また腫瘍細胞が小～中型であることなどが細胞診の難しさの理由である。今回、主に甲状腺原発MALTリンパ腫の穿刺吸引細胞像について解説する。

【対象と方法】 MALTリンパ腫 51, 橋本病 20, び慢性大細胞型リンパ腫(DLBCL) 30, 計101例の穿刺吸引細胞診標本を細胞形態学的に検討した。MALTリンパ腫は、顕著に形質細胞(PC)へ分化した型(MALT-EPCD) 7例と通常見られる型(Common-MALT) 44例に分けた。超音波ガイド下に採取された検体は、sandwich法にて塗抹しPapanicolaou染色を行った。判別分析で得られた確率はWilk's λ 検定($p < 0.05$)を満たす。

【結果】 1) 目立つ核小体を伴う不整形核(ISN-PN)を有する小～中型細胞が20%以上出現する所見は、悪性リンパ腫を示唆する所見であった(確率97%)。ISN-PNでの核小体の大きさは、不整形核内での核小体長径(複数個の場合はそれぞれの長径の和)が、核長径の1/4以上を示す場合とした。2) 山脈状細胞集塊(MRLC)は、MALTリンパ腫の濾胞胚中心浸潤像に由来する細胞集塊(出現率89%)であった。LELCは、MALTリンパ腫のリンパ上皮病巣に由来する細胞集塊(出現率75%)であった。3) ISN-PN細胞 $\geq 20\%$, MRLC, LELCの3所見が、橋本病と鑑別するためのCommon-MALTの細胞像であり、その診断確率は97%であった。4) MALT-EPCDの細胞像: PC出現率は平均24%(15-34%)で、PC出現率+ISN-PN細胞出現頻度 $\geq 30\%$ およびCD56-であった。5) Common-MALTとDLBCLとの鑑別点: Common-MALTでの大型細胞出現率は15%未満であった。大型細胞出現率が15%以上の場合はDLBCLであり、この場合はMALTリンパ腫と診断しない。

【結論】 これらの細胞像は、Papanicolaou染色による甲状腺MALTリンパ腫の診断に有用な所見と考えられた。

◇教育講演 7

胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) の概念, 特徴, そして問題点

日本医科大学統御機構診断病理学

○内藤善哉 (MD)

膵臓の膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) や卵巣様間質を伴う粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) と類似する肝臓や胆道系の腫瘍として胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB: intraductal papillary neoplasm of the bile duct) と粘液性嚢胞性腫瘍 MCN が提唱されている。このうち IPNB は、肝臓胆道系の大型胆管を中心に胆管内腔に向かう乳頭状発育を特徴とし、過剰な粘液産生もみられる。組織所見でも、粘液産生および非-低産生を示す乳頭状もしくは低乳頭状発育を認め、細胞異型の程度により腺腫あるいは腺癌に分類されるなど膵臓の IPMN と類似した臨床的、病理学的特徴を示す胆管上皮性腫瘍の疾患概念である。粘液形質や細胞形態などにより分類されるが、膵臓に比し、高度の異型や癌相当の異型を示す頻度が高い。細胞診では、腫瘍細胞は大小の乳頭状の細胞集塊を形成し、高円柱状から低円柱状または立方状の細胞質と種々の程度の異型を示す類円形から楕円形核を有する。細胞異型の程度により腺腫あるいは腺癌に分類されるが、IPNB では、異型の強い high-grade 病変が多い。WHO 分類では、この IPNB と胆道系の胆管上皮内腫瘍性病変 (BiIN: biliary intraepithelial neoplasia) の分類が導入されており、これらの疾患概念に関する知見が集積されてくると考えられる。今後は世界的な IPNB 症例の集積とともに、膵臓の IPMN や膵上皮内腫瘍性病変 (PanIN) と同様に多発性の IPNB の存在、BiIN との関連、さらに、肝胆道系の卵巣様間質の乏しい MCN などとの臨床病理学的な相違なども、整理されてゆくと考えられる。今回は、IPNB の概念、特徴、そして問題点について講演したい。

◇教育講演 8

細胞診用語解説集の改定について

がん研有明病院婦人科

○岡本三四郎 (MD), 竹島信宏 (MD)

最近の医学の進歩は目覚ましいものがあり、その医学発展に伴い、新しい概念や用語の必要性が生じてきた。用語を正しく理解して使うことは、科学するものの基盤であるともいえる。昨今治療や診断のガイドラインの必要性が言われ、日本臨床細胞学会でも細胞診ガイドラインワーキンググループを立ち上げ (内藤善哉委員長)、その作成にあたり、細胞診用語の統一した使用の必要性が再認識され、細胞診用語解説集ワーキンググループ (竹島信宏委員長) を立ち上げることとなった。日進月歩の医学の中で、学術用語を定期的に見直すことは極めて重要な作業であることは紛れもない事実であるが、その現実とは裏腹に、細胞診用語解説集は 1996 年医学書院より発行されたが、現在は絶版となっており、その用語改定もこれまで行われず、学会ホームページにその面影を残すのみとなっている。今回の細胞診用語の選定は、細胞診で用いられる基本用語のうち、用語解説委員が、1996 年発行された細胞診用語解説をもとに取り上げ、用語は細胞診に特化したもので選定した。原則として日本医学会医学用語辞典に則った。50 音順に配列し、解説の各項目は解説文で構成し、解説文では簡潔明解な解説を示すように努めた。日本臨床細胞学会用語解説の意図するところは、細胞診の領域において用語をわかりやすく解説することとあり、統一した考え方の基本となることに軸をおいた。今後は、細胞診ガイドラインとの整合性を図り、ホームページに掲載しパブリックコメントを募集して、順次改訂する予定である。細胞診を学習するにあたり、その用語を学術的に理解するために便利で広く活用されることを期待する。

◇教育講演 9

アスベスト繊維による中皮腫発生機構

名古屋大学大学院医学系研究科生体反応病理学・分子病理診断学

○豊國伸哉(MD)

前世紀に世界中で多量に使用されたアスベスト繊維は、日本では2005年の「クボタショック」後の2006年に全面的に禁止となった。しかし、長い潜伏期のため、今後40年間に10万人以上の発症者が予測される。現在のところ決定的治療法はなく、予後が悪いため、その早期発見と予防は極めて重要である。私たちはアスベスト繊維による発がん機構の解明のため、ラット腹腔内にアスベスト繊維を投与する中皮腫モデルを作成し、ゲノムや発現解析を施行した。これまでに、クリソタイル(白石綿)、クロシドライト(青石綿)、アモサイト(茶石綿)ならびにトレモライトとアンソフィライトによる中皮腫の解析に取り組んだ。3種類の主要なアスベストによる中皮腫の主要な標的遺伝子は、ヒトの場合と同じCdkn2a/2b(p16/p15)であり、90%以上の腫瘍でホモ欠損を認めた。鉄の触媒性を促進するキレート剤ニトリロ三酢酸の投与が3種類のアスベスト発がんすべてを促進し、腹腔内臓器に著明な鉄沈着を認め、血清フェリチンも上昇するため、鉄過剰病態が発がん重要であり、予防の標的であることが明らかとなった。腹腔内投与においては鉄を含まないクリソタイルの発がんが最も早期に発生した。これには、溶血を介したヘモグロビンの繊維への吸着が重要な機構であると考えられる。鉄を標的とした中皮腫予防実験においては、経口鉄キレート剤のdeferasiroxの投与が中皮腫の組織学的悪性度を低下させることを明らかにした。また、このモデルから明らかになってきた早期診断や治療標的として重要な分子CTGFについても述べる。参考文献：Jiang L et al. J Pathol 228 : 366, 2012 ; 233 : 402, 2014.

◇教育講演 10

子宮頸部腫瘍の最近の考え方—新WHO分類(2014)を読み解く

熊本大学医学部附属病院病理診断科

○三上芳喜(MD)

子宮頸部腫瘍のWHO分類が2014年に改訂された(WHO分類第4版)。新分類において注目すべき点は扁平上皮癌の前駆病変の名称変更と頸部腺癌の枠組みの再編である。外陰部、陰、子宮頸部の扁平上皮内腫瘍はそれぞれVIN, VAIN, CINと呼ばれていたが、米国病理学会と米国コルポスコピー・頸部病理学会によるLASTプロジェクト(2012年)の提言を踏まえ、細胞診用語であるSILを組織診断名として採用した。その根拠として細胞診判定と組織診断の整合性が期待できること、病理医によるCIN2とCIN3の判別の再現性が低いこと、CIN2以上が治療対象となること、などが挙げられる。また、新分類では細胞異型が重層扁平上皮の下1/3にとどまってもその程度がコンジローマでみられる異型の程度をこえる場合はHSILとして診断するべきであると明記されている。すなわち、LSILがHPVの一過性感染として厳密に定義される一方で、CIN1と診断されていた病変の一部がHSILとして扱われることになった。子宮頸部腺癌は内頸部型粘液性腺癌が最も頻度が高く、腺癌全体の90%程度を占めていたが、その多くは実際には細胞質内粘液に乏しいため、通常型腺癌に名称が変更となり、真の粘液性腺癌が分離された。この中には従来通り腸型、印環細胞型が含まれるが、今回の改訂では胃型腺癌が新たな組織型として加わり、最小偏倚腺癌が胃型腺癌の特殊型として位置づけられた。通常型腺癌と腸型粘液性腺癌の多くはHPV関連腫瘍であるのに対して、胃型腺癌、明細胞癌、漿液性癌、中腎腺癌などの特殊な腺癌ではHPVが陰性、あるいは検出される頻度が低いいため、HPV DNAテストおよびHPVワクチンのピットフォールとなる組織型であることを理解しておく必要がある。

◇教育講演 11

婦人科腫瘍 WHO 2014 の変更点—子宮体部

帝京大学医学部病院病理部

○笹島ゆう子(MD)

子宮体部腫瘍における WHO2014 への改訂による変更点は、卵巣および子宮頸部に比べて多くない。上皮性腫瘍の前駆病変として、WHO2003 およびこれに準拠した子宮体癌取り扱い規約では単純型および複雑型子宮内膜増殖症、単純型および複雑型子宮内膜異型増殖の 4 系に分けられていたが、WHO2014 では hyperplasia および atypical hyperplasia/endometrioid intraepithelial neoplasia の 2 群となった。前者はプロゲステロンによる拮抗のない状態でのエストロゲン曝露が原因となる過形成性病変、後者にはこれにクローナルな（腫瘍性の）変化が加わった病態が想定される。組織形態学的には核異型（腫大、多形性、極性の消失、核小体明瞭化など）の有無が両者を分ける基準となる。漿液性腺癌については、serous endometrial intraepithelial carcinoma が新たに新項目として加えられた。高齢者の萎縮性内膜や内膜ポリープに発生する上皮内腺癌であるが、間質浸潤がないにもかかわらず子宮を超えて広く進展することがあることから、認識しておくべき病態と考える。小細胞癌は、low-grade neuroendocrine tumour および high-grade neuroendocrine carcinoma (NEC) からなる neuroendocrine tumour のカテゴリーに分類され、high-grade NEC の中の small cell NEC として記載されている。間葉系腫瘍では、WHO2003/体癌取り扱い規約で undifferentiated endometrial sarcoma とされていた群が、内膜間質への分化の窺われる high-grade endometrial stromal sarcoma と、分化方向の不明な undifferentiated uterine sarcoma に分けられた。Gestational trophoblastic disease は tumours of uterine corpus からはずれ別項目となったが、その内容自体にはほとんど変更はみられない。

◇教育講演 12

婦人科腫瘍 WHO 2014 の変更点—絨毛性疾患

新百合ヶ丘総合病院病理診断科

○福永真治(MD)

腫瘍性病変として従来の choriocarcinoma, placental site trophoblastic tumor (PSTT) と epithelioid trophoblastic tumor (ETT) が挙げられ、ETT が新たに記載された。非腫瘍性病変として exaggerated placental site と placental site nodule and plaque, また奇胎性妊娠は従来と同様に complete hydatidiform mole, partial hydatidiform mole, invasive mole に分類される。異常（非奇胎性）絨毛病変が追記された。Complete mole では特に early stage の組織学的所見について詳細に記載、解説されている。この WHO 新分類は 2011 年の絨毛性疾患取り扱い規約第 3 版の分類、解説とほぼ同様の内容となっている。異常（非奇胎性）絨毛病変は partial hydatidiform mole と組織学的に類似する非奇胎性絨毛病変であり、hydropic abortion, chromosomal trisomy syndrome, digynic triploid conception, placental mesenchymal dysplasia/Beckwith/Wiedemann syndrome が含まれる。これらの病変は組織学的確定診断が困難なことが多く、分子生物学的学的検索が必要となる。

◇教育講演 13

婦人科腫瘍 WHO 2014 の変更点—卵巣

東京慈恵会医科大学附属病院病理部

○清川貴子(MD)

2014年の婦人科腫瘍のWHO組織分類の改訂とFIGO病期分類の改訂を受けて、現在本邦の卵巣腫瘍取り扱い規約の改訂作業が進んでいる。卵巣腫瘍をめぐるWHO2014分類の主な改訂点は以下である。

1. 上皮性腫瘍

- 1) 表層上皮性・間質性腫瘍は上皮性腫瘍に変更された。
- 2) 腺癌は癌に統一された。
- 3) 漿液性腺癌には、高異型度腺癌と低異型度腺癌の2つの異なる腫瘍が含まれる。
- 4) 高異型度漿液性腺癌は、卵巣が病変の主座であっても卵管原発の場合があり、可能な限りその原発巣を記載することが推奨される。
- 5) 粘液性腫瘍は従来の腸型粘液性腫瘍に限られる。
- 6) 新たに漿液粘液性腫瘍という組織型が設定され、従来の内頸部様粘液性腫瘍やミューラー管型混合上皮性腫瘍がこれにあたる。
- 7) 微小浸潤の基準として、最大の浸潤巣が径5mm未満とされ、漿液性腫瘍以外の組織型にも適用される(微小浸潤を伴う境界悪性腫瘍)。
- 8) 移行上皮癌、扁平上皮癌、分類不能腺癌は独立組織型から削除された。

2. 性索間質性腫瘍は、(1)純粋型間質性腫瘍、(2)純粋型性索腫瘍、(3)混合型性索間質性腫瘍に細目化された。

(1)には新たな独立組織型として微小嚢胞間質腫瘍が加えられ、一方、黄体化莖膜細胞腫、線維莖膜細胞腫は独立組織型から削除された。

3. 胚細胞性腫瘍では、多胎芽腫が独立組織型から削除され、未熟奇形腫の極型として扱われる。

◇教育講演 14

細胞診専門医試験の現状と問題点

埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科

○清水禎彦(MD)

1968年に最初の細胞診指導医が認定されて以来、現在までに細胞診専門医3222名、細胞診専門歯科医40名が認定されている。その認定方法は少しずつ変遷してきたが、2013年からは婦人科、呼吸器科、消化器科、泌尿器科、乳腺・甲状腺科、総合科で行われていた検鏡試験が医師は総合科のみに変更となった。記述式であった検鏡試験の解答も多肢択一式となり、昨年からは全ての解答用紙にOCR(光文字認識)が導入されている。

昨年、日本専門医機構が設立され、本学会においても機構が公表している専門医制度整備指針に基づいて、教育研修施設や研修指導医の認定などの整備が進められている。認定試験に関しても指針には多くの事項が記載されているが、本学会のように病理、婦人科、呼吸器など受験者の専門領域が多岐にわたる試験では、どの程度の知識が要求され、何を勉強すれば良いかの到達目標を明示することは特に重要である。これについてはすでに試験についての公示文書に出題は細胞診専門医研修ガイドラインに準拠した内容で、印刷物による細胞診断試験は細胞診断学セミナーで教育される内容を基準とすると明記されており、受験者はこれに従って準備することになる。また、指針で要求されている筆記試験難易度調整(正答率や識別指数などによる補正ルール)についても明確化しておくことが必要であるが、昨年からの解答にOCRが導入されたことは試験結果の解析が容易となり、今後より良い試験を実施するためには理にかなった変更と思われる。

今後、専門医制度は大きく変わっていくことが予想されるが、本講演が新しい専門医制度と整合性を持った細胞診専門医試験の“今後”を考えるきっかけになればと考えている。

◇倫理委員会教育講演

人を対象とする医学系研究が志すもの・求めるもの—あるひとつの裁判例を手がかりに—

明治大学法学部

○小西知世

2014年12月22日、Helsinki宣言50周年の年に人を対象とする医学系研究にかかわる倫理指針が大改訂され、本年4月1日から、それは本格的に施行されることとなった。ある意味、ターニングポイントを迎えた医学系研究は、今後、どのようなことが求められ、どのようなことを志すべきなのであろうか？ 奇しくも2014年に判示された医学系研究に関するあるひとつの裁判例を手がかりに、この問題をフロアの参加者とともに一緒に考えてみようと思う。

◇シンポジウム1

高精度 X 線撮影の理論と実用性

S1-1 病理検査への応用を指向する X 線暗視野光学系開発

東京理科大学総合研究院¹⁾, 国立病院機構名古屋医療センター病理診断科²⁾, 山形大学大学院理工研究科³⁾, 群馬大学理工学府電子情報部門⁴⁾, 名古屋大学情報連携統括本部・情報戦略室大学院情報科学研究科⁵⁾, 九州工業大学大学院工学研究科⁶⁾, MGH 病院ハーバード大学医学部先端 X 線像科学センター⁷⁾, 浦項加速器研究所産業技術コンバージェンスセンター⁸⁾, テグカトリック大学医学部⁹⁾, 高エネルギー加速器研究機構放射光研究施設¹⁰⁾

○安藤正海(PhD)¹⁾, 市原 周(MD)²⁾, 湯浅哲也(PhD)²⁾, 砂口尚輝(PhD)⁴⁾, 森 健策(PhD)⁵⁾, 鈴木芳文(PhD)⁶⁾, 金 歌(PhD)⁶⁾, Rajiv Gupta(MD)⁷⁾, Lim Jae-Hong(PhD)⁸⁾, 金 鍾基(PhD)⁹⁾, Kim HongTae(MD)⁹⁾, 兵藤一行(PhD)¹⁰⁾

2000年に医学利用を念頭に置いて X 線暗視野法を着想し光学系開発に着手した。乳癌、リウマチ、血管系障害などの早期診断への臨床応用を目指している。X 線光学系の基本動作は(1)患部組織へできるだけ平行な X 線を照射すること、組織からは直進方向からわずかに角度がずれた屈折 X 線を生ずるので、これを(2)分光して画像化する2つの機能からなる。そのために2個のシリコン単結晶からなる2結晶平行配置法と呼ばれる X 線光学系を用いる。試料は MA と LAA の間に置かれる。空間解像度は 2D 像では 15 μm 、3D 像では 50 μm 近いと思われる。現在までに9種類の乳がん、ラットを用いた人工リウマチ発現、各種関節軟骨観察、各種動脈内コレステロール観察が行われている(文献1)。病理検査用画像は光学顕微鏡下で 1 μm ~5 μm であるので X 線利用の病理像において高い空間解像度が得られれば、平面情報のみを扱う従来診断法に 3D 情報が加わりより高い診断能を発揮できると期待できる。現在、この背景のもとに数 μm をねらう高空間解像度化を進めている。基本は LAA を薄くすること、ピクセルサイズの小さい X 線カメラを用意することにある。現在厚さ 170 μm である LAA 厚さを 60 μm にする開発を行なっている。これにより数 μm 空間解像度(文献2)で患部組織を立体視できるようになると期待している。詳細は当日発表する。文献1: M. Ando, N. Sunaguchi, Y. Sung, J.-K. Kim, G. Li, Y. Suzuki, T. Yuasa, K. Mori, S. Ichihara, and R. Gupta, Chapter #1 in Application of Synchrotron Radiation by World Scientific Publisher in press. 文献2: Y. Suzuki, Y. Chikaura and M. Ando, J. Appl. Phys. 110 (2011) 084902-1~084902-4.

S1-2 位相型高感度 X 線撮影による乳癌画像の解析

国立病院機構東名古屋病院放射線科¹⁾, 国立病院機構名古屋医療センター放射線科²⁾, 国立病院機構名古屋医療センター乳腺科³⁾, 国立病院機構名古屋医療センター乳腺外科⁴⁾, 国立病院機構研究検査科病理⁵⁾, コニカミノルタ株式会社ヘルスケア事業本部⁶⁾

○遠藤登喜子(MD)^{1,2)}, 大岩幹直(MD)²⁾,
森田孝子(MD)³⁾, 佐藤康幸(MD)⁴⁾, 市原 周(MD)⁵⁾,
清原淳子(PhD)⁶⁾, 長束澄也(PhD)⁶⁾

【研究の目的】 X線位相コントラスト画像は従来の吸収画像より軟部組織の描出感度が高いが, 特殊な線源が必要のためその確保が重要な課題であった。近年, 研究開発が進められている X線タルボ・ロー干渉計は臨床に実用されている管球を用いることから, 臨床応用の可能性がある。本研究では X線タルボ・ロー干渉計の乳房撮影での臨床応用の可能性を検討した。

【方法と対象】 使用機器はコニカミノルタ社の試作機で, 市販されている X線管, 検出器(直接型 FPD)に G0, G1, G2 格子を組み合わせたものである。照射野は 50x50 mm 大であり, 対象は部分切除を実施された切除標本とし, 撮影された画像と病理像を対比した。

【結果】 本法では, 1回の撮影により吸収画像, 微分位相画像, 散乱画像の3種類の画像が再構成される。吸収画像は日常使用されている X線画像の原理で作成されるもので, 微分位相画像は X線が対象を透過する際に生じる屈折を画像化したもので輪郭が強調される。散乱画像は対象の微細な構造による散乱を画像化したものである。乳癌の切除標本画像の解析では, 散乱画像では乳癌病巣の細胞成分に富む部分は信号の発生しない部位として, 管内成分, 特に石灰化を伴う管内成分は信号に富む部分として描出された。吸収画像に微分位相画像あるいは散乱画像を重ね, 両者の画像の強度を調整し観察することにより, 乳癌病巣の内部構造を imaging することが可能であった。

【結語】 X線タルボ・ロー干渉計による位相型高感度 X線撮影で乳癌病巣の微細な構造を検知することができた。なお, 対象の厚さが大きい場合には獲得情報が複雑になることから, その使用方法については今後の検討が必要である。

S1-3 高精度 X 線画像と画像処理が拓くマイクロ解剖構造解析

名古屋大学情報連携統括本部¹⁾, 名古屋大学大学院情報科学研究科²⁾

○森 健策(PhD)^{1,2)}

本講演では, マイクロフォーカス X線 CT 画像, 屈折 X線画像などの高解像度, 高コントラスト X線画像とその高度な画像処理と可視化がもたらす新しいマイクロメートルスケールでの解剖構造解析について議論したい。マイクロメートルレベルでの3次元画像が取得可能なマイクロフォーカス X線 CT 装置, 組織コントラスト能の高い位相コントラスト X線イメージング装置, 屈折 X線 CT 装置など, 新しいイメージング装置が生体工学の分野で簡単に利用できるような環境が整いつつある。連続組織切片像などによって破壊的に3次元計測可能であったマイクロメートルスケールでの解剖構造解析が, これらのイメージング装置を利用することにより, 十分な大きさの領域を3次元的かつ非破壊的に行うことが可能となってきた。一方, これらのイメージング装置ではマイクロメートルでのイメージングを可能とするものの, 画像に含まれる情報を積極的に活用する画像処理手法, あるいは, 可視化手法の開発はまだ発展途上であると言わざるを得ない。本稿では, 筆者らの数十 GB のデータからなる大規模高解像度 X線 CT 画像処理・可視化技術, 特に, 仮想化マイクロ内視鏡技術を中心に紹介し, マイクロメートルレベルでのフライスルー, 構造解析結果などを示す。これらの画像は通常の臨床向け異なる性質を持つため, これらの特性を踏まえた画像処理技術開発について紹介する。また, これらの技術開発を踏まえて, マイクロ解剖構造解析が今後どのように発展するかを俯瞰したい。

S1-4 X線位相イメージングの開発—曲がるX線をとらえる高感度撮影—

東北大学多元物質科学研究所¹⁾, JST-ERATO²⁾, 高輝度光科学研究センター³⁾

○百生 敦(PhD)^{1,2,3)}

従来のX線透視画像は物質によるX線の減衰によってコントラストが形成されているため、X線をあまり吸収しない軽元素からなる物質はX線撮影において不得意な対象となっている。この問題を超越する方法として、X線の波の性質を使って位相コントラストを発生させる高感度撮影法が注目されている。とくに、複数のX線透過格子を用いるX線Talbot干渉計あるいはX線Talbot-Lau干渉計と呼ばれる方法が病院設置型の医用画像診断装置に搭載されようとしている。通常、X線は被写体中を弾丸的に直進して検出器に到達し、画像が形成されると考えているが、厳密には1/10,000程度だが僅かに屈折で曲がっている。これを検出・画像化することで生体軟組織に対しても感度が得られる位相コントラストを得ているのである。また、単純に位相コントラスト画像を写真記録するだけではなく、デジタル画像計測とコンピュータ処理を活用することで、従来の吸収コントラストの寄与と位相コントラストの寄与を分離して定量計測する技術に発展しており、これをX線位相イメージングと呼んでいる。この技術の実用化を目指し、まずは軟骨が可視化できることを利用したリウマチ診断装置の開発をコニカミノルタと共同で行い、患者さんの撮影を通じた有効性の検討が埼玉医科大学において進められている。また、マンモグラフィへの適用も進められている。加えて、この技術はX線顕微鏡と融合させた位相敏感X線顕微鏡の開発にも寄与している。講演では、X線位相イメージングの原理をできるだけ平易に解説し、医用画像診断やX線顕微鏡開発のための装置開発について現状を紹介する。

◇シンポジウム2

リンパ節・細胞診断の最近の進歩

S2-1 類上皮細胞の出現するリンパ増殖性疾患

群馬県立がんセンター検査科¹⁾, 獨協医科大学形態病理²⁾

○土田 秀(CT)¹⁾, 小島 勝(MD)²⁾

類上皮細胞の出現する疾患は幾つかあるが類上皮細胞の集塊の大きさ、類上皮細胞とともに出現する細胞や背景の所見を把握することが必要である。また、類上皮細胞は類円形の核、豊富な細胞質を持つものと、紡錘形の核と細長い細胞質を有する線維芽細胞に類似した細胞の2種類があることを認識し、後者が多数みられた場合、線維芽細胞の集塊と誤認しない事は重要である。時に類上皮細胞は著明な核小体、核の腫大を認め扁平上皮癌との鑑別を要する異型を示すことも知っておくべきである。はじめに類上皮細胞の様々な形態を提示する。次に小さな類上皮細胞の集塊が、胚中心構成要素と単球様B細胞を伴って出現する疾患としてトキソプラズマリンパ節炎を提示する。大きな類上皮細胞の集塊の出現する疾患としてはサルコイドーシス、結核性リンパ節炎、猫引つかき病があるがサルコイドーシスは臨床所見を参考にすれば、縦隔等の経気管支的リンパ節生検でも診断は可能である。猫引つかき病は猫との接触歴、秋から冬に多いという季節性を参考にし、単球様B細胞を含む肉芽腫と含まない肉芽腫があり、後者にのみ大きな類上皮細胞の集塊が出現すること知っていれば穿刺吸引細胞診での診断できる。最後に、類上皮細胞反応が目立つ悪性リンパ腫を提示する。類上皮細胞の反応が目立つ悪性リンパ腫としては、ホジキンリンパ腫や、末梢性T細胞リンパ腫が良く知られているがB細胞性リンパ腫の中では辺縁帯リンパ腫の頻度が高いとの記載がある。

S2-2 リンパ節病変の細胞診における濾胞樹状細胞の診断的意義の検討

昭和大学医学部臨床病理診断学講座

○佐々木陽介(CT), 塩沢英輔(MD)

濾胞樹状細胞(follicular dendritic cell: FDC)は、リンパ濾胞に存在し、濾胞構造を支持すると共にB細胞の増殖と分化の場としての胚中心の機能に重要な役割をもつ細胞と考えられており、免疫組織化学では胚中心に meshwork と呼ばれる網目状構造を形成して観察される。

Papanicolaou(Pap.)染色標本上、FDCは境界不明瞭で豊富な細胞質を持ち、核は大型リンパ球大、微細な核クロマチンを有する細胞である。細胞診断においては反応性濾胞過形成で見られる lymphohistiocytic aggregates, AITLでのFDC集塊などの特徴的な出現形態は重要な所見とされてきた。

一方で、特徴的な出現形態を示さない場合、FDC出現様相を診断の補助的所見とするための知見が充分であるとは言い難い。今回、我々はFDC出現様相がリンパ節細胞診の良悪性の判定および組織型推定に際し診断的意義を有するか検討を行った。

病理組織学的に診断された組織生検の捺印細胞標本を対象とし、Pap.標本を観察後、FDCマーカーのCD21免疫細胞化学を行い陽性細胞の出現態度や細胞形態の観察を行った。対象の組織型は良性病変、低悪性度B細胞性リンパ腫、高悪性度B細胞性リンパ腫、T細胞性リンパ腫、古典的Hodgkinリンパ腫であった。

FDCは主に、個々に散在するFDCと meshwork 状にCD21陽性像を示すFDCに分かれた。反応性過形成や低悪性度B細胞性リンパ腫の多くは両者が観察されたのに対し、高悪性度B細胞性リンパ腫の多くはFDCがほとんどみられなかった。このような各組織型でのFDC出現様相の提示に加えて、多重免疫細胞化学を応用した良悪性の鑑別や組織型推定を検討し、FDCの細胞学的診断意義について解説する。

S2-3 悪性リンパ腫と転移性腫瘍との鑑別所見について

昭和大学藤が丘病院臨床病理診断科¹⁾, 昭和大学横浜市北部病院病理部²⁾, 横浜南共済病院病理診断科³⁾, 昭和大学医学部病理学講座臨床病理診断学部門⁴⁾

○岸本浩次(CT)¹⁾, 北村隆司(CT)²⁾, 船宝直美(CT)¹⁾, 太田善樹(CT)¹⁾, 佐々木陽介(CT)⁴⁾, 今井宏樹(CT)³⁾, 仲村 武(CT)³⁾, 河野尚美(MD)³⁾, 塩沢英輔(MD)⁴⁾, 楯 玄秀(MD)⁴⁾, 瀧本雅文(MD)⁴⁾, 光谷俊幸(MD)¹⁾, 大池信之(MD)¹⁾

リンパ節穿刺吸引細胞診において癌の転移は日常的にしばしば認められる。多くは腺癌や扁平上皮癌であり、結合性を有する集塊や核偏在性、明瞭な大型核小体を有する場合や、異常角化細胞が認められれば比較的診断は容易である。しかしN/C比の高い未分化癌や非上皮性腫瘍のリンパ節転移はときに悪性リンパ腫との鑑別が問題となる。またHodgkinリンパ腫や未分化大細胞型リンパ腫の異常細胞は癌細胞と見間違ふような大きさを示すことがある。一般に癌転移の場合は悪性リンパ腫に比べ少なからず結合性を有し、背景所見に壊死物質が観察される。一方、悪性リンパ腫では核のくびれ切れ込み等の不整形核が顕著であり、背景には壊死物質に類似したライトグリーン淡染性の蛋白様物質(lymphoglandular body)がみられる。また悪性リンパ腫におけるGiemsa染色標本ではしばしば細胞質内空胞も観察される。空胞の由来についてはBurkittリンパ腫の脂肪滴は有名であるがBurkittリンパ腫以外にも空胞が目立つ例が存在する。細胞質内小器官(小胞体やミトコンドリア)の膨化変性とされているものの未だ不明な点も多い。我々は大型異常リンパ腫細胞が出現し細胞質内空胞を有する症例について抗Adipophilin抗体(脂肪滴関連タンパク)を用いた免疫染色を施行した結果、B細胞性リンパ腫、ATL/L、未分化大細胞型リンパ腫の一部に陽性所見を認めた。今回は細胞質内脂肪滴について、および一般的な転移性腫瘍と悪性リンパ腫の鑑別に有用となる細胞診断学的所見を報告する。

S2-4 LBC 標本における悪性リンパ腫の細胞像

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

○加戸伸明(CT)¹⁾, 伊藤 仁(CT)¹⁾, 芹澤昭彦(CT)¹⁾, 宮嶋葉子(CT)¹⁾, 町田知久(CT)²⁾, 井野元智恵(MD)⁴⁾, 梶原 博(MD)⁴⁾, 田尻琢磨(MD)³⁾, 中村直哉(MD)⁴⁾

Liquid-based cytology (LBC) 法は溶血作用を有するので、血液が混入しやすいリンパ節穿刺吸引・捺印標本において細胞の詳細な観察を可能とし、診断精度の向上に大きく寄与すると考えられる。我々はこれまでに濾胞性リンパ腫とびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫について LBC 標本における細胞所見を報告してきた。本シンポジウムでは B 細胞リンパ腫に加え、T 細胞リンパ腫や Hodgkin リンパ腫の LBC 標本での細胞像についても言及したい。LBC 標本を作製後、組織診にて確定されたリンパ節病変 80 例（反応性濾胞過形成 3 例、濾胞性リンパ腫 G1-2 17 例、濾胞性リンパ腫 G3a 1 例、びまん性大細胞 B 細胞リンパ腫 26 例、マンツル細胞リンパ腫 2 例、濾胞辺縁帯リンパ腫 1 例、慢性リンパ性白血病/小細胞性リンパ腫 1 例、Burkitt リンパ腫 1 例、Hodgkin リンパ腫 12 例、末梢性 T 細胞性リンパ腫 8 例、成人 T 細胞性白血病/リンパ腫 6 例、リンパ芽球性白血病/リンパ腫 2 例）について、ThinPrep 法で作製した LBC 標本の細胞像を検討した。LBC 標本での細胞学的特徴として、悪性リンパ腫細胞特有の核形不整が従来法に比し強調される傾向が B 細胞リンパ腫だけでなく、T 細胞リンパ腫においても認められた。一方、反応性濾胞過形成では小型～大型のリンパ球に著明な核形不整は観察されず、LBC 標本では良性病変と悪性病変の細胞所見に差がある可能性が示唆された。Hodgkin リンパ腫では、従来法と同様 Reed-Sternberg 細胞が観察可能で、核所見に変化はなく、Hodgkin 細胞も確認可能であった。

S2-5 EBV 関連びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と EBV 関連古典的ホジキンリンパ腫の細胞学的検討

愛知医科大学病院病理病理科

○高橋恵美子(MD)

近年、EBV 関連リンパ腫に注目が集まり、臨床病理学的所見が解明されつつある。50 歳以上のびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)と古典的ホジキンリンパ腫(cHL)において、EBV 陽性例は EBV 陰性例に比べて予後不良であるとの報告があり、EBV 感染の有無の確認が望まれる。今回、EBV 感染の有無を細胞学的所見から推測可能かどうか検討するため、リンパ節捺印検体にて EBV 陽性 cHL と EBV 陰性 cHL の細胞像の比較検討、EBV 陽性 DLBCL と EBV 陰性 DLBCL の細胞像の比較検討を行った。EBV 陰性 cHL に比して EBV 陽性 cHL の腫瘍細胞は核膜が厚く、核小体が大きい傾向が見られた。また EBV 陽性 cHL では単核腫瘍細胞、二核腫瘍細胞の割合が高く、3 核以上の多分葉核を有する腫瘍細胞が少ない傾向を認めた。両群間で、クロマチンパターン、背景の小型リンパ球、組織球、好中球、好酸球浸潤に明らかな差は見られなかった。半数程度の EBV 陽性 DLBCL 症例は、EBV 陰性 DLBCL に比して、cHL で見られるような分葉核を有する腫瘍細胞の割合が高く、大型の分葉核を有する腫瘍細胞が散在性に認められる傾向が見られた。両群間で、背景の細胞、クロマチンパターンに明らかな差は見られなかった。残り半数程度の EBV 陽性 DLBCL 症例は、EBV 陰性例と同様の細胞像を呈していた。細胞像の詳細な検討により、EBV 感染の有無はある程度推測可能であると考えられたが、推測が困難な症例もある。細胞個々の形態、背景などの細胞所見を検討し、組織所見と対比して報告する。

◇シンポジウム3

泌尿器細胞診標本作製法の検討

S3-1 尿細胞診における各種標本作製法の比較

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター¹⁾, 独立行政法人国立病院機構福山医療センター²⁾

○佐藤正和(PhD)¹⁾, 有安早苗(PhD)²⁾

尿細胞診の標本作製においては、各施設でいかに多くの細胞を集め、細胞に損傷を与えず標本上に塗抹するか工夫されてきた。これまでに標本作製法は多数の方法が存在する。塗抹の方法だけでも、引きガラス法、すり合わせ法、フィルター法、自動遠心塗抹法（オートスメア、サイトスピン）などがあり、また固定方法も、浸漬法、スプレー法、2回遠心沈殿（固定液添加）法などがある。さらに Liquid-based cytology (LBC) 法も日常的に定着しつつある。自身もこれまでに固定液添加法、フィルター法、LBC (BD シュアパス) 法を日常業務で使用経験している。今回は、これまでに使用経験のある3法を中心に細胞像の違い、診断への影響などについて比較した。オートスメア法や固定液添加法は、古くから多くの施設で行われていた方法で、細胞像に対する馴染みがある事や安価である事が長所となる。短所としては、フィルター法やLBC法に較べ集細胞性と質的再現性に劣る点である。フィルター法は細胞を選択的に集細胞でき簡便な事が長所であるが、ポアが観察を妨げる事や免染などの二次利用が出来ないことが短所となる。一方、シュアパス法は、集細胞性や質的再現性に優れ二次利用可能な点が長所であるが、高度の血尿や炎症に際しては目的細胞の減衰は避けられない。また他法に比較し原理的違いにより細胞像が若干異なるため観察に際し慣れが必要である。更に機器の購入など高価であるため導入には大きな壁となる。このような相違点が、診断に際して細胞量の多い高異型度な腫瘍では問題にならないが、条件の厳しい検体においては少なからず影響を及ぼす。いずれにおいても長所、短所をよく理解し目的に合った方法選択が必要である。

S3-2 尿細胞診におけるLBC標本：原理による違いはあるか

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー¹⁾, 製鉄記念八幡病院²⁾

○池本理恵(CT)¹⁾, 平原尊史(CT)¹⁾, 衛藤久仁子(CT)¹⁾, 秋田律子(CT)¹⁾, 久岡陽子(CT)¹⁾, 西 国広(CT)¹⁾, 伊藤裕司(MD)¹⁾, 下釜達朗(MD)²⁾, 金城 満(MD)²⁾

尿細胞診における標本作製方法はさまざま、時には作製手技の個人差により標本上の細胞数に差異がみられる。尿細胞診の標準化と精度管理を考えると個人差がなく標本作製を行える Liquid Based Cytology (LBC) が最も適した方法と思われる。これまで報告の少ない各種LBC法を用いた、その細胞像の相違について検討した。診断者（細胞検査士、専門医）は与えられた情報（臨床所見や細胞像）を的確に判断し診断を行うが、標本作製時診断に重要な異型細胞を標本上に捕捉することが出来なければその高い診断精度を維持することは難しい。診断に重要な細胞を標本上に捕捉するには、従来の直接塗抹法よりLBC法は優れた方法とされる。塗抹面積も限局され決められた範囲内で有益な細胞による診断は診断精度向上と診断効率の向上、更に精度管理にも寄与すると考えられる。しかし、国内で使用されているLBC法もさまざま固定液の組成の違い、スライドグラスへの塗抹原理も違う。

【方法及び材料】今回我々は国内で普及している Sure-Path 法 (BD), ThinPrep 法 (ホロジック), TACAS 法 (MBL), CellPrep 法 (ロシュ) の4方法に対して比較検討を行った。検討内容は同一検体を用いて固定液の主成分がエタノール、メタノールと異なるものによる細胞の収縮率を比較検討した。またそれぞれで指定されたフィルター法、密度勾配遠心法による塗抹標本上の細胞像はそれぞれの固定液のb成分の差や塗抹原理の違いにより標本上に出現する細胞像には差異を生じる。

【結論】診断者は、診断を行う上で細胞のみを観察するのではなく、それぞれの方法の原理等を充分把握する必要がある。各LBC法によるその特徴を理解し細胞像の違いに留意し診断を行うべきである。

S3-3 泌尿器細胞診標本作製法—二重遠心法—

一般財団法人住友病院診療技術部病理検査技術科¹⁾, 一般財団法人住友病院病理部²⁾

○岡本秀雄(CT)¹⁾, 浦本 博(CT)¹⁾, 三村裕子(CT)¹⁾, 今村大輔(CT)¹⁾, 今井香織(CT)¹⁾, 藤田茂樹(MD)²⁾

泌尿器領域の検体は自然尿や洗浄液, 導尿等多岐にわたり, 採取量や性状も様々である. 検体処理法については, 2005年に細胞検査士会より「細胞診標本作製マニュアル(泌尿器)」が刊行され, 種々の方法が掲載されている. また近年においては液状化検体細胞診(LBC)の普及が進み, 各施設の実情に合わせた検体処理法が行われている. 当院では泌尿器領域検体が年間約3,000件あり, 1.細胞成分の多い標本が作製できる, 2.多数検体同時処理が可能, 3.特別な機器が必要でない, 4.低コスト等の利点から, 主として二重遠心法にて検体処理を実施している. 泌尿器細胞診標本作製で最も重要なことは細胞成分の多い標本作製することであるが, 自然尿の場合, 採尿された尿を数時間静置し, その下層部分を細胞診検体用として50ml遠心管に分取している. 遠心後, 細胞保存固定液「2ON ホワイト」(ユーアイ化成株式会社)を使用し標本作製を行っている.

二重遠心法による標本は, 従来の検体処理法であった沈渣生塗抹95%アルコール固定標本と比較し, 剥離が少なく格段に細胞成分が多い標本が作製できる. 短所としては, 細胞形態に多少の変化を来す他, 二重遠心法の細胞保存固定液はアルコールベースのため, 強血性検体の場合は赤血球が絡んだ見づらい標本が作製されることがあり, また, ギムザ染色は困難である. 対処法として必要に応じて沈渣生塗抹標本の作製も併用している.

二重遠心法は短所があるものの, 多数検体同時処理ができ, 特別な機器が必要ではなく, 比較的安価に細胞成分の多い標本が作製できる方法である. 同一症例の沈渣生塗抹95%アルコール固定標本と二重遠心法標本の細胞像についても供覧する.

S3-4 尿細胞診の精度向上に有用な標本作製—オートスミアを用いた標本作製の工夫—

東北大学病院病理部

○三浦弘守(CT), 菅原隆讓(CT), 今野かおり(CT), 安達友津(CT), 小泉照樹(CT), 村山優理香(CT), 佐藤泉希(CT), 埴 絵美(CT), 渡辺みか(MD), 笹野公伸(MD)

細胞診の診断精度の向上と維持は適切な標本作製があつてはじめて担保されるものである. 標本作製は大きく二つに分けられ, 一つは検体採取や細胞塗抹においてスライドガラス上に十分な細胞量があること, そしてもう一つは細胞所見の見やすい細胞塗抹標本作製することである. これらのことは言葉でいうと簡単のように聞こえるが, 実際にこの二点の条件を満たすことは決して容易なことではない. また, どちらかの一方でも満たされていないければ良悪性の判別や組織型の推定などに支障をきたし細胞診断に多大な影響を及ぼすことになる. 今日においても領域ごとに, より最適な標本作製方法が追求され現在に至っている. 特に尿細胞診では胸腹水などの液状検体に比してもともと細胞数が少なく, さらに細胞の剥離も多くみられることから, 集細胞と細胞の剥離防止対策の改善に向けて様々な標本作製方法の開発と改良が行われている. しかし, どのような標本作製法を選択するかについての判断と基準は施設間および観察者間によって異なり標本作製は統一されていない. 当院では20年以上オートスミアを用いた直接細胞塗抹法を行っている. オートスミア法は集細胞に優れているが, 細胞剥離が多い点や, 細胞を遠心塗抹することによる細胞の形態変化などもみられる. ここでは当院で行っている細胞の剥離防止対策の工夫について紹介し, さらに, オートスミア法を選択している理由について, 細胞所見の見え方についても述べてみたい.

S3-5 フィルター法による標本作製

千葉県がんセンター臨床病理部¹⁾, 千葉県がんセンター研究所²⁾

○平田哲士(CT)¹⁾, 丸 喜明(CT)²⁾, 有田茂実(CT)¹⁾,
酒井えり(CT)¹⁾, 伊丹真紀子(MD)¹⁾

フィルター法による標本作製は、液状検体をメンブレンフィルター (membrane filter, 以下MF) でろ過し、フィルターの穴より大きな固体を液体中からMF上に捕捉し、MFごと捕捉物をパパニコロウ染色後、MFごとスライドガラス上に封入して、鏡検するための作業である。フィルター法はMFを用いた集細胞法であり、同時にMFとスライドガラスへの細胞塗抹法でもある。しかし近年は集細胞法としてMF法を用い、細胞塗抹法としてフィルター転写法を用いる方法 (ThinPrep, Cellprep, Cyto Prep 21 など) が普及し、これらは液状検体中から集めた捕捉物をMFからスライドガラスへ転写することで、補足物のみが薄層 (thin-layer) に塗抹可能となり、MFごと鏡検する必要がない。これらはフィルター法を用いて標本作製したLBC標本との位置付けも可能と考える。当院では尿路液状検体の標本作製に、ミリポアフィルターを開院 (1972年) から20年ほど使用したが、より小型で薄いMFであるセンシンメディカル・メンブレンフィルターが登場した際に変更した。その後、より吸引濾過しやすく、封入しやすいフィルカップスーパーを長く使用してきたが、現在はThinPrepも併用している。当院におけるフィルターによる標本作製方法 (尿路液状検体をMFで濾過、MFごと染色、封入、鏡検) を示し、当院尿路検体の種類、検体数、成績などを例に挙げてフィルター法を選択した理由とその利点について述べ、パパニコロウ染色したフィルター標本 (フィルカップスーパー) の早期退色に対する我々のささやかな工夫、フィルカップスーパーとThinPrepの使い分けの方針とその理由について紹介する。

◇シンポジウム4

臨床家が望む細胞診

S4-1 婦人科医が望む細胞診

岩手医科大学産婦人科

○杉山 徹(MD)

臨床家が細胞診を行う目的は、スクリーニングと腫瘍の存在を疑って行う精密検査とに大別される。私の専門分野である婦人科領域を例にあげると、スクリーニングの代表格は、子宮頸部扁平上皮病変に対する擦過細胞診である。本邦においてはベセスダ分類以前より、日母分類に従って病変の詳細な推定がなされてきたこともあり、臨床家としてはスクリーニングに留まらず、生検組織診と相補関係ともいえる診断能力を期待している。子宮頸部腺系病変や内膜病変においては、スクリーニングとしての有用性は子宮頸部扁平上皮病変と比較して劣るものの、生検での早期診断が難しい子宮頸部胃型病変や子宮体部漿液性腺癌などにおいて、細胞診に大きな期待を寄せている。反面、生検が比較的容易な内膜病変においては、細胞診による悪性度の詳細な推定よりも、むしろ生検が必要な状態であることの情報が得られることを求めている臨床家も多い。一方、卵巣病変に対する細胞診は腫瘍の存在を疑って行われる。婦人科悪性腫瘍における腹水細胞診は重要なリスクファクターであるが、特に切除不能な進行卵巣癌においては腹水細胞診やセルブロットを用いた原発推定により、低侵襲で速やかな治療開始が期待できる。(今後、世界的に優勢な腹腔鏡下の審査との比較試験などが行いうる領域かもしれない。) 卵巣の捺印細胞診の有用性は疑問視される部分も大きい。卵黄嚢腫瘍など特異的な細胞所見を呈する腫瘍においては、組織診では得られない情報を得られることもある。いずれの臓器においても、全ての臨床家が細胞診に精通している訳ではなく、臨床情報の共有を通し、細胞検査士や病理医の先生方が必要と考える検体採取がなされるようコミュニケーションの継続が必要である。

S4-2 泌尿器科医の望む細胞診

古賀病院 21

○徳田雄治 (MD)

尿細胞診は、癌取り扱い規約や診療ガイドラインでサーベイランスとして推奨されているだけでなく、血尿診療ガイドラインや移植時のスクリーニングに用いられている。即ち、非侵襲的で簡便であるが故に、検体の多くがスクリーニングとして提出され、細胞診利用の意図が多岐にわたる。また、Papanicolaou 分類を基本とした診断名が永きにわたって運用されてきた結果、現在の報告様式は各施設のバリエーションで運用され、一元性が失われている。このような背景が、臨床医の困惑と細胞検査業務の煩雑化の要因となっている。泌尿器科医が細胞診に求める最も重要な点は、浸潤転移を来す高異型度尿路上皮癌 (HGUC) を決して見逃さないことである。細胞診検出感度の低い、低悪性度の腫瘍 (LGUC) は内視鏡検索で補完できるが、特に平坦病変は内視鏡での確認も困難で尿細胞診に頼るところが大きい。来年発表される世界的統一報告様式 (Paris System) では HGUC の検出に焦点が絞られ、これは泌尿器科医の希望にかなっていない。検体提出する立場の泌尿器科医の教育として、今年初めて尿細胞診の卒後教育プログラムが企画された。即ち、多くの臨床医は、適正検体や、細胞判定の意義を自己学習に頼ってきたということである。新報告様式統一で、適正検体の教育や診断内容の認知は進むと予想される一方、既存の報告様式から報告様式への改変は臨床医、診断医、細胞検査士いずれでも混乱も招くと思われる。これを新報告様式の精度管理、Paris System と本邦新報告様式の整合性の共通認識を醸成する機会ととらえ、教育機会を多く設け、臨床と検査間の意思疎通を良好に保つことが重要である。

S4-3 乳腺科医が望む乳腺疾患患者のための細胞診

がん研有明病院乳腺センター

○岩瀬拓士 (MD)

乳癌の治療法が変化するとともに、その診断法もそれに合わせて変化してきた。乳房切除しかなかった時代には画像診断は不要で、とにかく乳房腫瘍が癌かどうか摘出生検で判定していた。

乳房温存手術が導入されると、癌であった場合に切除範囲の検討が必要となり、癌として画像精査を行うかどうか判定に穿刺吸引細胞診 (FNA) または針生検 (CNB) をまず行うことが重要とされた。乳腺領域の FNA はこの時代に最も活用され進歩した。

その後乳癌の初期治療の中に術前化学療法が導入され、治療開始前により多くの情報が必要となった。すなわち、癌の確定診断はもちろんのこと、浸潤の有無、癌のサブタイプなどの情報が必須となった。この時点で、癌が強く疑われる乳房腫瘍に対しては最初から CNB、または採取組織量の多い吸引式乳房組織生検 (VAB) を行い、免疫組織化学染色によってサブタイプまで決定している。

ではこうした時代に乳腺の FNA の活躍の場が完全になくなったのかというと決してそういうわけではなく、FNA の簡便さと低侵襲性を生かした形で活用されている。画像診断の進歩によりスクリーニングで多数の非触知小腫瘍が見つかってきており、一部の施設ではこうした腫瘍の良悪性チェックとして、また癌の周囲の広がり診断の一助として活用されている。近年、センチネルリンパ節生検の適応決定あるいは術前化療の際に腋窩リンパ節転移の評価は必須とされており、CNB によるアプローチが困難な腋窩では FNA が主たる検査法として活躍の場が広がっている。

乳腺領域で細胞診を有効に生かすためには何をすべきか、一緒に考えてみたい。

S4-4 甲状腺外科医が望む甲状腺細胞診

愛知医科大学乳腺・内分泌外科

○今井常夫(MD)

日本甲状腺外科学会は、1977 年から甲状腺癌取扱い規約を発行しています。1991 年に発刊された第 4 版から甲状腺細胞診についての項目が追加されました。2005 年に発刊された第 6 版では甲状腺細胞診の報告様式が掲載されました。第 6 版で採用された報告様式は、判定区分を検体不適正、検体適正に分け、検体適正において、「正常あるいは良性」、「鑑別困難」、「悪性の疑い」、「悪性」と判定するよう明示されています。しかし実地臨床で目にする報告様式はさまざまであり、必ずしも甲状腺癌取扱い規約に準拠していないものも多くあります。甲状腺細胞診だけ伝票を別にするとか、フォーマットを作成するというのがシステム上むづかしいと思いますが、クラス 1, 2, 3 のどれかに丸がうってあるだけの報告書もあります。甲状腺結節は視触診や超音波検査所見と細胞診結果を総合して診断するのが基本ですが、細胞診所見が治療方針の最終決定に大きな役割を果たすことは言うまでもありません。甲状腺外科医としては、治療方針を決定しやすいような情報をいただきたいと思っています。2015 年 6 月の時点で、第 7 版発刊のための改訂作業が大詰めを迎えている段階です。甲状腺細胞診では第 7 版からは基本的にベセスダ様式を採用する改訂が行われる見込みです。検体不適正の場合、どのように不適正だったか、鑑別困難は濾胞性腫瘍だからなどの理由を理解しやすく、甲状腺外科医が患者さんを前にして、手術・経過観察・あるいはもう一度細胞診を行うか、ということを直感的に理解しやすい細胞診結果を望んでいます。

S4-5 消化器内視鏡医が望む EUS-FNA による迅速細胞診

愛知県がんセンター中央病院消化器内科

○脇岡 範(MD), 山雄健次(MD)

EUS は、消化管を介して高周波にて観察可能であるため、高い空間分解能を有していることが特徴であり、特に胆膵疾患、消化管粘膜下腫瘍の観察に有用で消化器診療に欠くことのできない診療機器である。

さらに EUS-FNA も 2010 年 4 月に本邦において保険収載されたことから全国的に急速に普及した。胆膵疾患のみならず縦隔腫瘍、腹腔内/後腹膜の腫瘍性病変も EUS を用いて安全に穿刺可能であり、EUS-FNA の臨床におけるニーズは増え続けている。

一方で、EUS-FNA の普及につれその quality も問題視されている。すなわち、正診率の施設間格差である。診断能に及ぼす因子の一つに迅速細胞診の有無が挙げられる。迅速細胞診の重要性はすでに多くの論文により報告されているが、診断能向上のみならず穿刺回数の減少も有意に減少させる。これにより偶発症の減少、腹膜播種のリスクの軽減が期待できる。また論文や数字には出せないが、表面には出ないが、迅速細胞診の付加的メリットとして重要なことは、その場で答えが出ることによって EUS-FNA 施行医の技術向上のスピードに繋がることである。なぜなら、検体量が少ないなら穿刺方法の問題が、悪性腫瘍に対しては異型が弱いなら、穿刺部位に問題があるなどダイレクトに術者に feedback が可能であるからである。

いいことづくめのような迅速細胞診であるが、EUS-FNA 導入施設で迅速細胞診が施行されている施設は残念ながらせいぜい 50~60% であろう。マンパワー、診断技術、診断に対する責任問題など、解決すべき問題は山積みであるが、少しでも迅速細胞診導入施設が増えるよう臨床側から重要性について述べさせて頂きたい。

◇シンポジウム 5

乳腺細胞診の DCIS—診断のための新たなアプローチ—
S5-1 乳腺 DCIS の細胞像

社会医療法人飯田病院病理診断科¹, 社会医療法人飯田病院外科², 聖マリアンナ医科大学病院病理診断科³, 聖マリアンナ医科大学病理学⁴

○松澤こず恵(CT)¹, 土屋眞一(MD)¹, 田中穂積(MD)², 小穴良保(CT)³, 前田一郎(MD)⁴

乳癌は増加の一途を辿っており, 2014 年度の罹患数は約 8 万人/年, 死亡者数は約 1 万 3 千人/年とされている。年間 8 万人の罹患数の中で DCIS の占める割合は 20% 前後と言われ, 特に近年の検診の普及と啓発活動によって, 今後 DCIS の状態で発見されることが多くなってくると思われる。最近では, 乳腺の病理診断は針生検が主流で, 細胞診が減少している傾向にあり, その結果, DCIS の細胞像を日常業務で診断する機会は多くはない。しかし, DCIS は画像所見で, 石灰化や非腫瘍性病変として描出される場合には, 術前診断として針生検が用いられるが, 腫瘍性病変あるいは乳管拡張として出現する場合には穿刺吸引細胞診が施行されることが少なくないため, 好むと好まざるに関わらず細胞診で診断する機会は今後増えてくることが予想される。DCIS の細胞診断の目的の 1 つは良性病変との鑑別, もう一つは浸潤癌との鑑別である。良性病変との鑑別ポイントは二相性の状態(上皮細胞と筋上皮細胞の出現量, 筋上皮の形態所見), 集塊の所見, 腺腔様構造, 細胞配列, 核所見などが挙げられる。浸潤癌との鑑別は, 何れにしても両者は悪性病変であるので, 細胞診断の目的はほぼ達成していると思われるが, 特に DCIS で採取細胞量が多い場合, またその出現形態によっては鑑別に悩む場合がある。このように, Pap 染色での細胞診断にはある程度の制約や限界があることも事実であろう。本シンポジウムでは, DCIS の最新の知見の 1 つである免疫染色, LBC, 遺伝子解析, 形態情報マイクロアレイについての提示がなされるが, それに先立ち, DCIS の基本的な細胞所見(亜型別での特徴的所見)に加えて主に良性病変との鑑別についてを述べてみたい。

S5-2 乳腺細胞診の二重免疫染色

聖マリアンナ医科大学病理学¹, 聖マリアンナ医科大学付属病院病理診断科², 公益財団法人東京都保健医療公社多摩南部地域病院検査科³

○前田一郎(MD)¹, 小穴良保(CT)², 土居正知(MD)¹, 有泉 泰(MD)¹, 小泉宏隆(MD)¹, 徳田眞美(CT)³, 永野友佳里(CT)³, 小松明男(MD)³, 高木正之(MD)¹

乳腺穿刺吸引細胞診(FNAC)で「鑑別困難」と判定される症例には最終診断が良性と悪性が存在し, 良性としては線維腺腫(FA), 乳管内乳頭腫(IDP), 悪性では硬癌, DCIS, 乳頭腺管癌が多くを占める。最終診断が IDP と DCIS の検討において, パパニコロ染色を施行した FNAC 判定後の標本に CK14/p63 の二重免疫染色を施行した検討では, 高分子サイトケラチンである CK14 が乳管上皮過形成性病変ではモザイク状に陽性で, DCIS は陰性で, 多数の p63 陽性細胞が確認された場合, つまり多数の筋上皮細胞の存在は良性病変であることを報告した(小穴良保他, 日本臨床細胞学会雑誌 54(2): 107-113)。FA と DCIS を比較検討した結果でも同様の結果を得ている。しかし, CK14/p63 の二重染色には pit fall も存在する。症例を提示し, 供覧したい。また, 他の抗体を組み合わせた二重染色を施行した症例も提示したい。

S5-3 液状化検体細胞診 (LBC : Liquid-based cytology) における DCIS 診断の可能性

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科

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

LBC は、近年婦人科以外の検体にも導入され、診断精度の向上が期待されている。しかし、従来の直接塗抹法(従来法)とは細胞所見が異なるため、その細胞所見を熟知することが大切である。一方、低異型度 DCIS に対する治療の必要性については現在検証中であるが、今後 DCIS の細胞診診断が益々重要になると考えられる。当院では、2013 年 8 月から乳腺穿刺細胞診において直接塗抹後の針内洗浄に BD サイトリッチ TM レッド保存液を使用し、LBC による診断を併用している。我々は従来法にて DCIS の細胞診所見を、モノトナスな出現、不明瞭な二相性、核緊満感、円形核、極性のある集塊、厚く明瞭な孤立細胞の細胞質と報告してきた。LBC においては、コメド型 DCIS では背景の泡沫細胞、石灰化は明瞭化し、壊死物質は減少し残存するが、細胞異型から浸潤の判定は困難である。一方、従来法で細胞異型が軽度のため良悪の診断に迷う非コメド型 DCIS では、LBC では血液の消失により、集塊の篩状、乳頭状、低乳頭状などの構造異型は明瞭化し、特に発達した裸血管は良悪診断に非常に有用である。さらに乳管上皮細胞は小型、モノトナスに多数出現し、集塊の密度は非常に高い。核緊満感は軽度、核縁はやや肥厚し、核不整が見られる。細胞質は辺縁、立方状の形状が明瞭になり、特に集塊の辺縁では立方状の細胞が、柵状、立体的に整然と配列しているのが LBC における乳管内病変の特徴であると思われる。これらの特徴を明らかにすることで LBC における非コメド型 DCIS の診断精度はさらに向上すると思われる。今回、LBC における DCIS の細胞所見を明らかにし、その有用性と問題点を整理し、乳腺細胞診診断の新たなアプローチとしての LBC の可能性を考えていきたい。

S5-4 形態情報マイクロレイ：乳管内増殖性病変における筋上皮細胞の定量的評価と臨床応用

信州大学医学部病理組織学¹⁾, BioQuant, Heidelberg University²⁾

○山本陽一郎 (MD)^{1,2)}

近年、画像解析技術や人工知能のめざましい発達に伴い、形態情報を含むビッグデータ解析の適用範囲が飛躍的に広がっている。個人認証における顔認証システム、さらには自動車に搭載されたカメラによる画像情報に基づいた自動運転など、至るところでその実用化を見ることができる。この流れは病理においても例外ではなく、特にバーチャルスライド (Whole Slide Imaging : WSI) の普及により開発が加速している。この度、独ハイデルベルク大学と共同し、乳管内増殖性病変における筋上皮細胞の核形態を定量的に解析した結果、興味深い所見を得ることができたので紹介したい。

【方法および結果】乳管内増殖性病変の約 1 万個の筋上皮細胞について網羅的に核形態特徴量を測定し、形態情報の巨大行列、いわば「**形態情報マイクロレイ**」を作成した。そして、その抽出されたデータに対して人工知能の一種である SVM (Support Vector Machine) を用いて細胞形態毎にタイピングを行いその分布を可視化した。その結果、腫瘍細胞自体の情報を全く利用せずとも、筋上皮細胞の解析のみによって約 90% の判別率で乳管内病変の組織型を同定できることがわかった。またタイピングされた典型的な細胞像に対して超微視的観測を行ったところ、DCIS タイプに分類される筋上皮細胞では Basal Lamina 合成能が低下していることがわかった。さらに筋上皮細胞の形態変化の原因についてメタアナリシスデータを用いてデータマイニングを行った結果、生命予後と相関する遺伝子候補を検出することに成功した。本シンポジウムでは、乳管内増殖性病変における筋上皮細胞の具体的な解析例を通し、その診断補助面での可能性と、研究ターゲットとしての可能性について討論したい。

S5-5 分子生物学的見地からみた DCIS

川崎医科大学病理学 2

○鹿股直樹(MD), 鈴木聡一郎(MD), 森谷卓也(MD)

いわゆる次世代シーケンサーによる遺伝子解析がすすみ、乳癌の遺伝子変異についての情報は飛躍的に増大した。このため、特に良性疾患との鑑別が困難な非浸潤性乳管癌(DCIS)症例に対しての遺伝子検索が期待されている。しかし、胃粘膜の腸上皮化生でも TP53 変異が生じることがあるように、乳腺でも乳管内乳頭腫で PIK3CA や AKT1 の変異がかなりの確率で見つかることが明らかになった(36~62%)。切除材料で DCIS と診断された症例でも局所再発がときにみられるし、また稀には遠隔転移をきたすことが報告されている。適切な術後治療のためには、再発リスクの高い症例や確実に転移をしない症例を判別したいが、その方法は未だ確立されていない。DCIS 研究の難しさは、浸潤癌とは異なり培養細胞での検討ができなかったことだが、最近になり、DCIS の性質を持つ培養細胞が利用可能となってきた。MCF10DCIS.com や SUM225 などが DCIS の培養細胞と言われている。Lee や Allred 等のグループは、DCIS、浸潤癌および良性疾患から DNA アレイで得た mRNA 発現のデータをもとに、DCIS と浸潤癌とで発現の異なる因子を抽出し、さらに前述の培養細胞を用いた xenograft モデルを使うことで、CSTA, FAT1, DST および TMEM45A が DCIS における浸潤抑制因子として重要であることを報告した。また、DCIS の筋上皮でインテグリン $\alpha\beta6$ 発現の高い症例群は、局所再発率が高いことが報告されている(Allen 等)。これは、インテグリン $\alpha\beta6$ が TGF β を介した MMP9 の発現増加に関わるためとされている。今後、DCIS の層別化が可能となりテーラーメイド医療に貢献できることが期待される。

◇シンポジウム 6

HPV 検査時代の細胞診検査の果たす役割

S6-1 細胞診検査と HPV 検査の併用における意義について

株式会社ピーシーエルジャパン

○丸山 健(CT), 泉 緑(CT), 山内一弘(MD)

子宮頸部に発生するがんの 99% は HPV 感染に関連することが明らかとなっている。その HPV は癌化に関与するハイリスク型と関与しないローリスク型に分けられ、ハイリスク型 HPV 感染の 5~10% が持続感染化し前癌病変を経て子宮頸癌に進行すると言われている。子宮頸がんの原因である HPV 感染の有無を調べる HPV 検査は、前癌病変の発生よりも前の段階で HPV (ハイリスク) の検出が可能な感度の高い検査法であり、最近では細胞診検査と HPV 検査併用による子宮頸がん検診の必要性が高まってきている。当社では婦人科の細胞診検査において LBC (ThinPrep, ホロジックジャパン) を導入しており、同一検体からの HPV 検査も実施している。HPV 検査には 14 種類のハイリスク型 HPV-DNA を検出する Invader 法 (CervistaHPV HR, ホロジックジャパン) を採用している。この CervistaHPV HR は、既知のローリスク型 HPV との交差反応はなく、内部コントロールを持つことで細胞数不足による偽陰性結果の発生を防ぐことができる精度の高い検査法で、ハイリスク型陽性の場合、サブグループとして 3 群に分類される特徴を持つ。細胞診検査と HPV 検査を同一検体 (LBC 容器) にて実施した症例を集計したところ、HPV 陽性/総検体数: 17%, HPV 陽性/ASC-US: 29%, HPV 陽性/LSIL: 73%, HPV 陽性/HSIL: 88%, HPV 陽性/ASC-H: 69% であった。今回我々は、細胞診判定が陰性でハイリスク HPV 陽性となった症例における細胞診標本の再評価、細胞診が HSIL 判定でハイリスク HPV 陽性であった症例の細胞形態学的特徴所見についての検討などを行ったので、これらの結果から細胞診検査と HPV 検査の併用における有用性などについて報告する。

S6-2 佐賀市における HPV 検査併用検診の現状と問題点

佐賀大学医学部産科婦人科¹⁾, 佐賀県総合保健協会²⁾

○横山正俊(MD)¹⁾, 橋口真理子(MD)¹⁾, 本田敦子(CT)²⁾, 野口光代(MD)¹⁾, 西山 哲(MD)¹⁾, 内山倫子(MD)¹⁾, 中尾佳史(MD)¹⁾

【目的】2011年4月より開始した佐賀市における HPV 検査併用子宮頸癌検診の現状と問題点を報告する。

【方法】2011年4月から HPV 検査併用子宮頸癌検診を開始した。当初対象は市内在住の30-49歳までの女性および「女性特有癌検診推進事業」の対象者である20歳, 25歳の女性としていたが, 2013年度より50歳以上にも対象を拡大, さらに2014年度からは30歳以上の希望者とした。細胞診に加え, HPV検査を自己負担1000円で施行した。

【成績】HPV検査導入後の2年間で検診受診者数は特に20-30代で増加した。これは広報活動などにより, 新たな受診者が増加したことが考えられる。2014年度は前年度の受診者の90%以上が3年後の検診になったことで減少した。HPV陽性率は2013年度全体で9.4%であり特に20代が高率であった。また, 2014年度より HPV 測定法をアンプリコアからコバスへ変更したが, やはり20代の HPV 陽性率は高率であった。細胞診陰性/HPV陽性者の次年度の検診で, 13.5%は細胞診も陽性となり, その37%はCIN2以上だった。また, 2年連続 HPV 陽性/細胞診陰性例の33.4%にもCINが発見された。まとめると HPV 陽性例の1年後の再検査で約25%に異常が発見された。これらの結果とあらたな受診者の増加と相俟って, 併用検診導入前と比べるとCIN3の発見数は倍以上になった。病変の早期発見につながっていると考える。しかし, 細胞診陰性/HPV陽性者の次年度の検診率は50%以下にすぎなかった。

【結論】HPV検査併用子宮頸癌検診において, 検診の効率化と精度の向上が認められた。しかし, HPVのみ陽性例の検診率の向上が課題である。HPV陽性例にはタイプングも行っており, その結果も報告する。

S6-3 HPV 検査と細胞診の役割

がん研有明病院臨床病理センター

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

【はじめに】日本における子宮頸癌の集団検診は細胞診が一般的であり, 所見に応じて HPV-DNA 検査などが行われるが, HPV-DNA 検査を子宮頸癌の一次スクリーニングとして行っている国も存在する。当院の健診センターでは2007年10月から細胞診と HPV-DNA 検査の併用検査を行っている。当院のデータを分析し, 細胞診の役割を検討したので報告する。

【材料と方法】2014年1月から12月までに当院健診センターを来院した21~90歳までの女性で子宮頸部細胞診と HPV-DNA 検査の併用検査を施行した4884例を対象とした。検体採取はJ-フィットブラシを用い, SurePath法によるLBC処理を行っている。HPV-DNA検査は, HPV-DNA キアゲン HCII を用いた。

【結果】患者の平均年齢は56.7歳であった。HPV陽性率は4.4%で, 細胞診陽性率は1.8%, 併用では5.3%である。組織学的に病変がみられた症例は0.6%であり, HPV検査は感度80%, 特異度96.2%, 細胞診は感度90%, 特異度98.72%, 併用では感度100%, 特異度95.34%であった。HPV-DNA検査で陽性を示した症例の細胞診断は, NILM3.5% (170/4806), ASC-US17.6% (6/34), ASC-H55.6% (5/9), LSIL70.4% (19/27), HSIL94.1% (16/17)であった。子宮頸部細胞診と HPV-DNA 検査の併用により病変が検出された31例の組織診断の内訳は, CIN1ならびに atypical cell が少数みられる病変: 24例, CIN2: 2例, CIN3: 4例, SCC: 1例である。

【考察】細胞診は特異度が高く, 細胞変化を的確に捉えることができる。費用の問題はあるが, HPV検査との併用により感度は上がる。HPV検査単独でのスクリーニングでは検出できない腺病変は僅かであるが存在する。精度の高い細胞診は有用であり, 施設ごと精度管理のシステムを整備することが重要であると考えられる。

S6-4 HPV 検診からみた細胞診陰性例

群馬大学大学院保健学研究科生体情報検査科学¹⁾, 高崎・地域医療センター²⁾, 医療法人社団恵育会田村産婦人科³⁾

○吉田朋美(CT)¹⁾, 三浦宏弥(CT)²⁾, 関本 弘(CT)²⁾,
田村 仁(MD)³⁾, 福田利夫(MD)¹⁾

【目的】 HPV 検査の意義については、すでに欧米諸国にて多くの報告があるが、我が国でも HPV 検査を検診に導入する意義を検討するため HPV 検査検証事業が開始している。このような背景の中、平成 26 年度より群馬県高崎市（高崎・地域医療センター）の子宮頸がん検診において 30 歳、35 歳の女性を対象に HPV 検査を希望者に無料で実施する事業を行った結果を報告する。

【結果】 検診受診件数は、子宮頸がん検診（細胞診単独法）を開始した平成 23 年度、続いて 24、25 年度ではほぼ横ばいであったものの、HPV 検査を導入した平成 26 年度では約 1.2 倍に増加した。HPV 検査の実施者数は 13297 件中 621 件(4.7%)であり、実施者を年齢別で見ると、30 歳は 248 件(39.9%)、35 歳は 373 件(60.1%)と 35 歳の受診件数が高かった。全 HPV 陽性率は 74/621 件(11.9%)で、細胞診断の内訳は NILM60.7%、ASC-US14.9%、ASC-H4.1%、LSIL10.8%、HSIL9.5%であった。またこれを年齢別で見ると 30 歳の HPV 陽性率は 36/248 件(14.5%)で NILM21 件(58.3%)、ASC-US5 件(13.9%)、ASC-H1 件(2.8%)、LSIL4 件(11.1%)、HSIL5 件(13.9%)、また 35 歳の HPV 陽性率は 38/373 件(10.2%)で NILM24 件(63.1%)、ASC-US6 件(15.8%)、ASC-H2 件(5.3%)、LSIL4 件(10.5%)、HSIL2 件(5.3%)であった。

【考察】 これら結果より、平成 26 年度高崎市子宮頸がん検診では HPV 検査導入により子宮頸がん検診受診者数は約 1.2 倍向上し、年齢別に見ると 30 歳に比し 35 歳の受診者の方が多かった。また HPV 陽性率は 35 歳 10.2%に比し 30 歳で 14.5%と高かった。HPV 陽性者の細胞診断の内訳では、どちらの年齢においても半数以上が NILM で、細胞診単独法では見えてこなかった HPV 陽性者が浮き彫りとなった。しかし HPV 陽性の NILM 症例に対する検診間隔の調整を始め、臨床的な取り扱い等の検討も大きな課題として浮き彫りになってきたことも否めない。

S6-5 HPV 陰性子宮頸部腺癌の臨床病理学的特徴と診断における細胞診検査の役割

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室¹⁾, 慶應義塾大学病院病理診断部²⁾

○岩田 卓(MD)¹⁾, 森定 徹(MD)¹⁾, 齋藤深雪(CT)¹⁾,
栗原朋子(MD)¹⁾, 宮内安澄(MD)¹⁾, 菅裕佳子(MD)¹⁾,
西尾 浩(MD)¹⁾, 仲村 勝(MD)¹⁾, 田中京子(MD)¹⁾,
照井仁美(CT)²⁾, 川井田みほ(MD)²⁾, 亀山香織(MD)²⁾,
青木大輔(MD)¹⁾

【目的】 HPV 陰性腺癌は子宮頸がんワクチンで予防できないと考えられ、また子宮頸がん検診に HPV 検査を導入した場合でも偽陰性となるため、疾病予防と早期発見の両面で問題となる可能性がある。HPV 陰性腺癌の臨床病理学的特徴および診断の問題点を検討した。

【方法】 当院で 2012-14 年に診断した子宮頸癌のうち浸潤腺癌(AC)について、扁平上皮癌(SCC)との症例数比を 10 年前、20 年前と比較した。SCC と AC で HR-HPV (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68 型)の検出率を検討した。このうち HPV 陰性腺癌症例について、臨床病理学的因子、細胞診判定、コルポスコピー診による腫瘍の局在、を検討した。

【成績】 (1)2012-14 年の症例数は SCC : 190 例, AC : 100 例で AC が 34.4% (100/290) を占め、1992-94 年の 25.0% (27/108), 2002-04 年の 30.0% (47/157) に比較して漸増傾向にあった。(2)2012-14 年の SCC190 例中 90 例, AC100 例中 58 例に HPV 検査を実施した。HR-HPV 陽性率は SCC : 97.7% (88/90), AC : 70.7% (41/58) で AC において陽性率が低かった ($P < 0.001$)。 (3) HPV 陰性腺癌 17 例の臨床進行期分類は IB1 期 : 11 例, IB2 期 : 2 例, IIB 期 2 例, IIIA 期 : 1 例, IV 期 : 1 例で、組織型は内頸部型粘液性腺癌 : 6 例, 類内膜腺癌 : 5 例, 漿液性腺癌 : 2 例, 最小偏倚腺癌(MDA) : 4 例であった。HPV 陰性症例の年齢中央値は 52 歳で、陽性例(42 歳)に比べて高かった ($p = 0.003$)。細胞診判定は MDA 症例を除く 13 例中 12 例が AC, 1 例が other malignancy であった。MDA 症例では 4 例中 3 例が AGC, 1 例が NILM であった。コルポスコピー診では MDA の 4 例全例で病変を同定できず、MDA 以外の 14 例中 8 例が頸管内に腫瘍が局限し、4 例は確定診断に頸管内搔爬を要した。

【結論】 HPV 陰性腺癌は頸部腺癌全体の約 3 割を占めるが、病変が内頸部に局限して観察が難しい症例が多く、細胞診検査が病変検出に重要な役割を果たす。

◇シンポジウム7

膵EUS-FNAにおけるベッドサイド診断—私の工夫

S7-1 EUS-FNA 診断能向上に向けた当院における
ベッドサイドでの工夫

大阪府立成人病センター検診部消化器検診科

○蘆田玲子(MD)

超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) は2010年4月に本邦で保険収載されて以来、急速に普及してきており、膵病変の診断において必要不可欠な手技となっている。当院でも2003年4月からEUS-FNAによる病理診断を行っているがその件数は年々増加してきている。H25年度には227例のEUS-FNAが施行され、そのうち膵病変は182/227例(80.2%)であり、かつ膵管癌が142/182例(78%)と大多数を占めていた。膵腫瘍性病変に対するEUS-FNAの良悪性診断における成績はsensitivity 97.3%, specificity 100%, PPV, 100%, NPV 75%, accuracy 97.5%と非常に良好であった。当院の特徴としてシヨール染色を用いた迅速細胞診を行っていることがまずあげられる。また乾燥に伴う細胞の劣化を防ぐことを目的とし、生理食塩水のなかで検体の分別を行っている。さらにプレパラートからの細胞脱落を防ぐため一旦乾燥固定を行い、かつ再水和法を行うことで乾燥による影響を極力軽減させ、また同時に血液による影響を軽減させる工夫も行っている。検体を採取する側の工夫としてまずは画像診断を正確に行い、適切な部位に穿刺を行うことはもちろんのこと、膵炎との鑑別が困難な場合や内分泌腫瘍などの免疫染色が必要な腫瘍が疑われた場合は、組織診断用になるべく太い穿刺針や特殊針を選択している。またknocking methodやwet suction method, fanning methodなどの様々な穿刺方法を適宜選択しながら穿刺を行っている。しかし最も重要視していることは採取された検体を細胞検査士と共に検鏡し、discussionを行いながら穿刺を行うことである。例えば採取された検体に壊死成分が多ければさらに画像診断に戻り、viableな細胞が採取可能な部位を選択し再度穿刺を行っている。

S7-2 膵超音波内視鏡穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA)
の検体の肉眼観察と処理法の工夫鈴鹿医療科学大学保健衛生学部医療栄養学科臨床検査コース¹⁾, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²⁾○米田 操(CT)¹⁾, 金山和樹(CT)²⁾, 今井 裕(MD)²⁾,
白石泰三(MD)²⁾

【はじめに】EUS-FNAは、膵臓、深部臓器の腫瘍性病変の診断に有用であり、保険適用が認められ急速に普及している。診断率向上の為に細胞検査士、細胞診専門医が内視鏡室に出向く、いわゆる出張細胞診が実施されている。今回我々は、膵腫瘍に対するEUS-FNAの検体の肉眼的観察と処理法の工夫について報告する。

【対象】2006年1月から2015年6月までの間に三重大学医学部附属病院で施行された膵EUS-FNA298症例のうち手術未施行を除く139例について検討を行った。対象疾患の内訳は膵管癌107例、神経内分泌腫瘍14例、SPN5例、腺房細胞癌2例、転移性腫瘍6例、退形成性腺癌1例、良性病変4例である。

【検体の肉眼観察】本院では、大スライドガラスに排出された検体を肉眼あるいは拡大鏡で観察して色調、粘性を調べていた。2010年ごろからリアルタイムに内視鏡医と注意深く検体を探索して採取部位を決定した。それをデジカメで写真撮影していた。

【結果】検査終了後に肉眼性状と細胞診標本を対比させることにより細胞塊の同定の正確性を改善させた。その結果、標本の質が向上し2006年～2010年では感受性86.0%、特異性90.0%であったのが2011年～2015年では感受性96.2%、特異性100.0%と上昇した。

【結語】内視鏡医と連携して肉眼的観察、検体処理をすることで細胞塊の同定の正確性を改善させることができ診断率向上に繋がった。

S7-3 ヘマカラー染色を用いた膀胱超音波内視鏡下穿刺 (EUS-FNA)細胞診と問題点

九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾,九州大学大学院形態機能病理学²⁾,九州大学大学院病態制御内科学³⁾,九州大学大学院臨床・腫瘍外科⁴⁾

○大久保文彦(CT)¹⁾, 仲 正喜(CT)¹⁾, 中附加奈子(CT)¹⁾, 大石善丈(MD)²⁾, 山元英崇(MD)¹⁾, 小副川敬(MD)³⁾, 麻生 暁(MD)³⁾, 伊藤鉄英(MD)³⁾, 中村雅史(MD)⁴⁾, 小田義直(MD)^{1,2)}

EUS-FNA の検体処理に統一した方法はなく、限られた穿刺材料を用いて効率的な細胞診・組織診断が必要である。われわれはベッドサイドでヘマカラー染色を行い、優先すべき検体処理と穿刺終了の判断としてきた。穿刺材料は、乾燥防止と細胞形態保持のためシャーレ中の10%アルブミン溶液中に排出し、ヘマカラー染色による迅速細胞診を実施した(1ステップ)。次に組織検体を確保し(2ステップ)、最後にシャーレ中の残存材料をハンクス緩衝液に回収し、ステップ1とステップ2を補った(3ステップ)。ヘマカラー染色の利点は、染色が短時間(50秒)で、得られた結果を基に検体処理が可能であること、複数回の穿刺に対してリアルタイムに穿刺結果を施行医に伝えられることである。また10%アルブミン溶液を利用することで、検体処理(圧搾進展法)時に細胞の挫滅が少なく、核・細胞質の染色性が良好なものとなった。問題点として穿刺材料が少量の場合は、パパニコロウ染色の材料が少量となることである。2009年4月~2012年12月で確定診断の得られた276例で主だったものは通常型膵管癌176例、IPMN5例、腺房細胞癌4例、神経内分泌腫瘍42例、SPN5例、自己免疫性膵炎20例、腫瘍形成性膵炎8例であった。膵管癌での細胞診感度は96.0%(169/176)、標本作製が可能であった組織診断の感度はセルブロック(アルギン酸ナトリウム法)を作製することで58.0%(74/127)から78.3%(18/23)と上昇した。神経内分泌腫瘍42例の感度(細胞診と組織診併用)は92.9%(39/42)であるが、細胞診と組織診結果の乖離を8例(細胞診のみ5例、組織診のみ3例)認め、検体処理の影響が考えられた。ベッドサイド迅速診断は有効であるが、施行医とのコミュニケーションが重要である。

S7-4 京都大学病院でのベッドサイド迅速細胞診の工夫

京都大学医学部附属病院病理診断科

○白波瀬浩幸(CT), 古畑彩子(CT), 南口早智子(MD), 平田勝啓(CT), 平伴英美(CT), 梅原美穂(CT), 桜井孝規(MD), 吉澤明彦(MD), 片岡竜貴(MD), 渋谷信介(MD), 羽賀博典(MD)

【はじめに】EUS-FNAのベッドサイド迅速細胞診を実施する上で、適正部位からサンプリングを行って標本作製を行い評価しなければ、無用な追加穿刺を繰り返すこととなる。当院では少ない穿刺回数で正確な診断を行うために、1. 照明器を使用して適正部位からサンプリングを確実にすること、2. サイトリッチレッドを使用して効率的にセルブロックやLBC標本を併用することを心がけている。当院における検体処理方法の実際を報告するとともに、我々はEUS-FNA検体の標的箇所搜索用照明器「LEDビューアBOX」を宮島医学機有限会社と共同製作したのでその概要も併せて紹介したい。

【検体処理方法】腫瘍穿刺が行われた吸引生検針から吸引物をシャーレに押し出し、血液成分に混在する白色調の微小組織片の一部を歯科用撮子で採取する。採取した組織片をスライドガラスに載せ2枚のスライドガラスで圧搾標本作製し、1枚は迅速ギムザ染色を実施して鏡検を行い細胞採取の適否を評価する。残りの1枚はパパニコロウ染色用標本とする。細胞診用検体を採取した後すぐにサイトリッチレッドをシャーレに加え、糸ミミズ様となった検体を10%中性緩衝ホルマリンに採りセルブロック標本、シャーレに残ったサイトリッチレッドを回収してLBC標本の作製を行う。

【結果】最近の2年間(2013年5月~2015年6月)に実施された膵腫瘍に対するEUS-FNA件数は217件で、セルブロックを併用した感度、特異度、正診率はそれぞれ97.8%, 97.2%, 97.7%であった。また腫瘍性病変に対する平均穿刺回数は2.2回であった。

【結語】少量の検体を有効に使って的確な診断をするためには、EUS-FNA検体処理法に改善を加えるとともに、分子病理学的手法の応用も有効であると考えられる。

S7-5 ベットサイドにおける診断に有用な検体処理の工夫—NETとSPNの細胞像の相違—

東北大学病院病理部

○安達友津(CT), 三浦弘守(CT), 笠島敦子(MD),
今野かおり(CT), 小泉照樹(CT), 村山優理香(CT),
佐藤泉希(CT), 藤島史喜(MD), 渡辺みか(MD),
笹野公伸(MD)

【はじめに】 膺 EUS-FNA (超音波内視鏡下穿刺吸引法 Endoscopic Ultrasound Guided Fine Needle Aspiration) の普及により, neuroendocrine tumor (以後 NET) や solid-pseudopapillary neoplasm (以後 SPN) などの比較的稀な腫瘍を細胞診で診断する機会が増加している。NET と SPN は, 異型の弱い細胞から構成される点や血管に富む点において共通している。しかし EUS-FNA で採取される検体は限られており, 血液などの液状物も吸引され診断が困難な場合も存在する。今回, 当院における検体処理の工夫とその有用性を, 特に NET と SPN の細胞学的な相違に着目し検討した。

【対象と方法】 22G の針を用いて採取した検体を直接スライドガラスに押し出し, はじめに組織診断用の検体を採取する。次にスライドガラス上の血性液状物は試験管に回収し後ほど細胞診標本作製する。また, 組織標本に適さない小片はもう一枚のスライドガラスと軽く擦り合せ細胞診標本作製し, その場で一枚を Diff-Quik 染色し検体の適否の確認を行う。このようにして作製された NET12 例と SPN5 例の細胞診標本を用い詳細な比較を行った。

【結果】 血性液状物と組織小片から作製した両者の標本上には多くの腫瘍細胞が認められた。SPN では樹枝状に伸びた血管性間質を軸に腫瘍細胞が方向性のある集塊と方向性を示さない集塊が認められた。NET では血管に対する特定の方向性はみられなかった。SPN と NET ともに集塊からの腫瘍細胞のほつれが著明で SPN は類円形の他に有尾状の形態が認められた。核形不整は SPN でやや有意であり, クロマチンは SPN が細顆粒状で NET はゴマ塩状であった。

【まとめ】 採取された検体を余すことなく標本作製に用いることによって多数の腫瘍細胞が認められ, 両者の鑑別を含めた診断精度の向上に有用である。

◇シンポジウム 8

肺癌細胞診断の実践—組織型による治療戦略を決める時代を迎えて

S8-1 臨床では細胞診に何を求めているか?

静岡県立静岡がんセンター呼吸器内科

○高橋利明(MD)

本シンポジウムでは腫瘍内科医の立場から, 進行肺がんの治療方針決定における細胞診検体の重要性について述べてみたい。周知の如く, 「小細胞肺がん」か「非小細胞肺がん」かの分類だけでなく, 「扁平上皮がん」か「非扁平上皮がん」か, 更には EGFR 遺伝子変異あるいは ALK 融合遺伝子の有無によって治療方針は大きく異なる。また, 現在開発中である ROS-1, RET, MET といった稀少遺伝子変異に対する薬剤が臨床導入された際には, これらの遺伝子変異についての情報も治療前に検索しておく必要がある。国内においてまもなく市販される免疫チェックポイント阻害剤のバイオマーカーとなるかもしれない「PD-L1 (Programmed death-ligand-1) 蛋白」の発現も確認しておくべき情報である。実臨床においては, 組織型の判定に加えてこれらの遺伝子あるいは蛋白について, 十分に検索ができる組織量の検体が全ての症例から採取できるわけではない。EGFR 遺伝子変異の解析については, 細胞診検体でも十分可能であることが確認されている。今後は, EGFR 遺伝子変異以外についても, 個別化治療に必須の情報を, 細胞診検体を用いた感度・特異度の高い検査によって得られることを願いたい。

S8-2 腺癌・扁平上皮癌の細胞診における鑑別

神奈川県立がんセンター病理診断科¹⁾, 神奈川県立がんセンター医療技術部病理細胞診²⁾

○横瀬智之(MD)¹⁾, 酒井麻衣(CT)²⁾, 岩撫成子(CT)²⁾

細胞診検体で腺癌・扁平上皮癌の鑑別を行う意味：肺癌の診断については2000年に入った頃は小細胞癌と非小細胞癌の鑑別が治療における重要なポイントであった。しかし、肺癌治療薬としてペパシズマブやペメトレキセドが登場し、扁平上皮癌症例における副作用や治療効果が得られないなど扁平上皮癌を厳密に診断する必要が生じ、肺癌診療ガイドラインにおいてIV期非小細胞癌の治療では扁平上皮癌か否かを区別することが重要視されている。またEGFR遺伝子変異やEML4-ALK融合遺伝子の発見により腺癌も厳密に診断する必要が生じてきたことから、単に非小細胞癌と診断をつけることは可能な限り避けるよう2015WHO分類第4版でも指摘している。従来、呼吸器細胞診の採取方法、採取材料には様々なものがあり、喀痰塗抹検体、気管支鏡下の擦過、洗浄検体、経皮穿刺吸引検体などがある。また、近年はEBUS-TBNA、EBUS-GSによる検体採取が行われ、広義のLBC法が用いられ、採取材料の幅が広がっている。一般的な腺癌と扁平上皮癌の細胞像についてはよく知られているところであるが、両者の鑑別が難しい検体も存在する。以前、腺癌組織型から推定組織型の不一致を検討したところ、充実性増殖優位型のみならず、腺房状構造優位型においても扁平上皮癌と診断されることが分かった。また、扁平上皮癌の組織診断がついた症例において、細胞診検体の3割近くに推定組織型の不一致があり、多くが腺癌であった。採取方法や液状化の有無により細胞形態、集塊の構築、背景などには違いが生じ、推定組織型に影響する可能性も考えられる。本講演では肺腺癌、扁平上皮癌について鑑別困難例を含め、細胞像のまとめを行いたいと考える。

S8-3 肺小細胞癌—その鑑別診断—

京都大学医学部附属病院病理診断科

○吉澤明彦(MD)

肺小細胞癌は肺癌全体の10-20%をしめ、発見時手術適応のない症例が8割をしめる高悪性度腫瘍である。故に、細胞診材料、生検材料が重要かつ、治療方針を決定する唯一の材料となることが多い。小細胞癌の細胞像としては、核小体の目立たない、微細顆粒状のクロマチンを持つ核を有し、細胞質は乏しく、木目込み細工配列を呈したり、孤立散在性に観察される。擦過材料では、核線といわれる糸状の核の変性を伴うことが多い。適切な材料さえ採取されていれば、細胞診材料における小細胞癌の正診率は低くない。鑑別診断としては、類基底細胞癌などの低分化型非小細胞癌、小細胞癌以外の神経内分泌腫瘍、悪性リンパ腫、転移性腫瘍などがあげられる。いずれも小型円形細胞腫瘍で、細胞学的特徴、免疫染色とあわせた検索で、鑑別は可能と考えられるが、注意が必要なことも多い。本年発刊されたWHO分類では神経内分泌腫瘍(NET)が独立の亜型として掲載され、小細胞癌はその一員となった。NETには定型カルチノイド、非定型カルチノイド、大細胞性神経内分泌癌(LCNEC)が含まれるが、その鑑別は、細胞診、生検材料では困難なことがある。肺では転移性腫瘍も多くみられ、原発巣が小型円形細胞腫瘍である場合、鑑別は非常に困難で、臨床家とのディスカッションが欠かせない。近年、細胞診材料の採取法は多岐におよび、また液状化検体細胞診(LBC)などの新しい標本作成法もその見え方を複雑にしている。小細胞癌は比較的その基本像は保たれていると言われているが、注意を要することがある。以上、肺小細胞癌の鑑別診断を免疫染色での注意点を加え、紹介する。

S8-4 肺癌細胞診断と治療におけるLBCの役割

東京医科大学呼吸器甲状腺外科

○池田徳彦(MD), 垣花昌俊(MD), 前田純一(MD),
吉田浩一(MD), 梶原直央(MD), 大平達夫(MD)

液状化検体細胞診 (liquid based cytology ; LBC) は婦人科領域を中心に発展してきた検体処理法であるが, 近年は呼吸器領域にも本格的に導入されはじめた。呼吸器検体は診断材料が微量の生検標本あるいは細胞診のみという場合があり, その中で形態学に加え免疫染色による肺癌の組織型の決定や分子生物学的検査に基づいた治療薬剤の選択を行うのが日常臨床の実際である。LBCの利点として従来の直接塗抹法と比較し, 集細胞効率が良く能率的で正確な検鏡を期待しうる点がある。また細胞診標本作成時に残った検体をセルブロック標本にすることにより, 後日に組織学的検索が行える利便性がある。一方, 直接塗抹法で作製された標本と比較して, LBCではその標本作製過程が異なるため細胞形態に変化が生ずる。肺癌の気管支鏡下擦過標本20例のThinprep法を用いた検討を行ったところ, 細胞集塊のシート化, 細胞の膨化, 核形不整の鮮明化などの傾向が見られ注意を要したが, 従来の良悪性の診断基準を変更する必要は無かった。形態学診断と分子生物学的診断は肺癌の個別化治療に不可欠である。将来的には遺伝子の網羅的解析の臨床導入も実現するかと考えるが, LBCでは固定が迅速なため細胞変性が少なく, 保存検体から分子生物学的検査も容易に施行しうる。個別化医療におけるコンパニオン診断のための有益な検体処理法と考える。

S8-5 細胞診検体を用いた免疫染色・遺伝子検査への準備愛知県がんセンター中央病院臨床検査部¹⁾, 愛知県がんセンター遺伝子病理診断部²⁾○尾関順子(CT)¹⁾, 柴田典子(CT)¹⁾, 植田菜々絵(CT)¹⁾,
谷田部恭(MD)²⁾

腫瘍細胞の遺伝子変異を調べる遺伝子検査にとって, 検体採取から判定に至るまで形態検査による腫瘍細胞の裏付けが不可欠である。組織診断が行われたホルマリン固定パラフィン包埋 (FFPE) 標本の連続切片は免疫染色 (IHC) や遺伝子検査に一般的に広く用いられている材料である。しかしホルマリン固定により遺伝子の断片化などが起こるため, 厳密な工程管理が必要である。細胞診検体は形態検査による腫瘍細胞の存在の裏付けのみならず, RT-PCR法 (RNA), PCR法 (DNA), FISH (Fluorescence in situ hybridization) 法などの遺伝子検査への応用が可能であり, 非常に優れた検査材料である。また体腔液などの検体からセルブロックを作製しておくことで, 半永久的な保存性があり, 後からでもIHCやPCR法, FISH法などの検査に対応可能となる。また, 生検材料が採取された場合には, すぐにホルマリン固定を行うのではなく, 捺印標本を数枚作製することにより様々な追加検査を行うことが可能となる。肺癌では特に遺伝子変異の解析が進んでおり, 非小細胞肺癌でのEGFR遺伝子変異, ALK遺伝子変異の検査は治療方針決定に重要な位置を占めている。なかでもALK陽性肺癌の診断にはより慎重な判断のために2つ以上の方法により融合遺伝子の存在を確認することが望まれる。最初の処理方法の選択によっては, 検査不能となることもあり, 細胞診・生検材料の検体処理を行う際には, 以後の検査の展開を想定し, あらかじめ様々な検査に対応できるよう準備を整えておくことが重要である。

◇シンポジウム 9

細胞診診療報酬の実態と今後の方向性

S9-1 診療報酬上の取り組むべき課題と今後の方向性

国際医療福祉大学病院病理診断科

○黒田 一(MD)

平成元年に厚生労働省から「病理診断は医行為である」との疑義解釈があり、平成20年には「病理診断科」が診療標榜科として認められ「すべての病理診断を医療機関内で行うことを目指す」とされている。しかしながら、現在も病理組織検体の多くが大学病理学講座あるいは登録衛生検査所などの非医療機関内で行われており、その結果画像を含めた患者情報が充分得られないこと、臨床医とのディスカッションができないこと、患者カルテが作製できないこと、さらに病理医は病理診断料を受け取ることができないことなどが問題として挙げられた。現在登録衛生検査所などに代わり得る病理診断科開業医院などの整備が進められているが、これら諸問題に対するこれまでの議論の流れと今後の方向性について述べる。

S9-2 保険医療機関における細胞診、変遷と課題

横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科・病理部

○稲山嘉明(MD)

診療報酬は言うまでもなく保険医療機関を対象にした制度であり、医療の根幹をなすものであるが、その点数は保険診療外の検診などにも影響するので、特に細胞診の分野では留意が必要である。細胞診をとりまく個々の技術やその点数はここ数年比較的充実してきたが、まだまだ不備な点が多い。例えば、今回、細胞学会から第1位要望として挙げられているセルブロック法の作製については、細胞診を行うほとんどの施設で実施されていないが、保険収載上はどこにも記載はなく点数も設定されておらず、ローカルルールによって運用されているが、今まであまり議論されることはなかった。セルブロック法の収載は、細胞診免疫染色の収載を実現するためには避けて通れない課題と考えて重視しているが、こうした気づいていない課題や未解決の問題はほかにもあろう。近年の変遷を振り返りつつ、今後の課題について私見を述べてみたい。

S9-3 細胞診診療報酬の実態と今後の方向性（検査センターとして）

株式会社 LSI メディエンス病理細胞診解析部

○小野崎賢志(CT), 前田昭太郎(MD), 宮下主税(MT),
鈴木行正(CT)

検査センターでは日夜、診療報酬の改定を視野に入れながら、品質向上と原価の圧縮を目標に作業を行っている。登録衛生検査所では、診療報酬を直接、請求することはないが、委託元との請負価格は各社の定価を元に交渉されているのは周知の通りである。しかし、診療報酬点数の影響も避けて通れないのが実情である。検査センターでは、試薬や消耗品の大量一括購入などのスケール・メリットで変動費の削減を行っている。更に、積極的に自動化を行い作業効率の向上を図り、ヒューマンエラーの未然防止と固定費の圧縮も行っているが、これらの企業努力も限界に来ている。特に、細胞診検査は品質向上とコスト削減は二律背反的要素があり、鏡検工程のダブルチェック率向上や細胞検査士の教育訓練、人材育成など費用と時間が必要なことが多い。更に、甲状腺や乳腺の穿刺吸引細胞診は、それ自体が最終診断となることがあり、それらすべての標本を細胞診専門医が診断を行う必要がある為、コスト面での影響が大きいのが実情である。各社、企業努力により低コスト化を進めているが、今後も価格競争にさらされ続けられれば、更に診療報酬が減額される悪循環となり、検査業界全体が疲弊してしまうことが危惧される。その他、外部環境の変化として導入が検討されている混合診療だが、TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）交渉が合意・実行されると、診療報酬に与える影響も大きいと考えられ、目が離せない。現在、検査センターが置かれている様々な実情を踏まえながら、診療報酬の今後の方向性について多角的に考察を述べさせて頂きたい。

S9-4 病理診断科開業における細胞診業務の実態

医療法人長崎病理

○岸川正大(MD)

医療法施行令の改正で、病理診断科の標榜が可能となった2008年より、診療所を開設した。病理診断を業として7年が経過し、医業収益的には税理士から「良」の評価をもらっている。

「病理に特化」とは勿論「細胞診業務」を含むが、全医業収益の20%程度である。検体受託は検査センター（センター）経由と、病院との直接契約の2通りである。直接契約の多くは、(1)自診療所内で標本を作製し、CTのスクリーニング（CT/Scr）後に医師の診断となる。センター経由は2通りで、(2)標本作製のみをセンターにて行い、CT/Scrは自診療所内で行う場合と、(3)標本作製とCT/Scr後に自診療所に搬入し、再度CT/Scr後に医師のサインアウトとなる場合である。

自診療所で標本作製は保険点数表上の8割とし、センター経由の場合は6~7割となっている。自診療所内で作製するには材料費が独自試算でPapanicolaou 961円、Giemsa 213円を要する。検体数が多くないので、単価がやや高めとなるが、婦人科細胞診では膣部と頸部の2枚を作るので、人件費も考えると上記の契約単価での純益はマイナスとならざるをえない。したがって、現状の診療報酬体系では、今後の細胞診業務を拡大する意欲は薄れると言わざるをえない。

解決法のひとつとしては、診療報酬表の標本作製料をセンターと病理診断医で分けざるをえない現状を打破することである。すなわち、標本作製はセンターにお願いし、作製料は勿論センターのものとし、診断医は診療報酬表の診断料全額を得ることである。その為には現行の連携病理診断の施設基準の規制緩和が切に望まれる。

S9-5 登録衛生検査所の起業運営経験：小規模検査所での細胞診を取り巻く諸要因について

株式会社富山病理診断センター病理診断検査部

○松能久雄(MD), 上山栄美(MD)

2006年4月1日より登録衛生検査所を設立し、個人規模で経営している。病理医による自主運営を原則としているが、2008年の病理診断科の標榜科認定後も登録衛生検査所として運営を継続している。会社概要：資本金1000万円。施設：鉄骨2階建、床面積301平方メートル。従業員数8名：常勤病理医2、常勤臨床検査技師3、非常勤細胞検査士2、営業担当1。受託検査項目：病理組織検査、術中迅速病理診断(各病院へ出張)、細胞診検査、免疫染色。昨年度受託件数：病理組織検査：約15000件、細胞診：約2000件。細胞診受託件数の年間推移：2006年から2009年：約5000件、2010年から2014年：約2000件であった。

結語：個人規模経営の登録衛生検査所では細胞診検査は受託件数の十分な確保が難しいこと、細胞検査士の確保が難しいことなどにより、運営管理の厳しい事業項目であった。今回、小規模検査所での細胞診を取り巻く諸要因を具体例として提示する。また、病理診断科診療所開業の諸課題との関連性も提示する。

◇シンポジウム 10

唾液腺細胞診—旧知の組織型の新知見, 新しい疾患概念, 臨床との関わり—

S10-1 唾液腺腫瘍の臨床細胞病理学：その最近の進歩

東京医科大学人体病理学分野

○長尾俊孝(MD)

唾液腺腫瘍は比較的新規ではあるが、穿刺吸引細胞診が術前診断の有用な検査法の1つとして広く普及しているため、日常、唾液腺検体の細胞診断を行う機会は少ない。実際には、穿刺吸引細胞診により採取された検体が腫瘍からのものであるのか否かをみた後、腫瘍と判断されれば良性なのか悪性なのか、悪性であれば高悪性度なのか低悪性度なのか、最後に、推定される組織型は何か、といった疑問点を順に解決していく。このような唾液腺腫瘍の細胞診断を行うにあたっては、細胞像からどこまで組織像を類推できるかが鍵となるため、まず唾液腺腫瘍の病理を熟知する必要がある。また、組織型の判定は、予後の予測や治療方針の決定に直結するため、極めて重要である。しかし、唾液腺腫瘍の特徴である形態学的な多彩性や組織型の多さなどの点から質的診断にはしばしば難渋する。さらに、近年、新たな組織型や組織亜型の提唱、病理診断に有用な免疫組織化学的マーカーの出現、染色体の転座によって形成される腫瘍特異的な融合遺伝子の発見、などの新知見が数多く報告され、唾液腺腫瘍の病理を理解する上で複雑さを増している。また、現在では、唾液腺腫瘍の病理診断は、2005年版WHO組織分類に準拠して行うのが一般的であるが、既に次の改訂へ向けて動き出しており、2016年には新しいWHO分類が発刊予定となっている。一方、本学会からは唾液腺細胞診ガイドラインが本年度中に発刊予定で、そこでは新たな報告様式や、代表的な唾液腺腫瘍の細胞所見を中心とし、臨床像、病理像、および鑑別診断にも言及した解説がなされている。本講演では、唾液腺腫瘍の臨床細胞病理学について最近の知見にも触れながら概観する。

S10-2 唾液腺腫瘍の臨床と臨床医からみた細胞診に期待すること

藤田保健衛生大学医学部耳鼻咽喉科学教室¹, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²

○加藤久幸(MD)¹, 浦野 誠(MD)²

唾液腺腫瘍 (SGT) の治療は良悪性に関わらず手術が原則であり, 合併症として顔面神経麻痺, 唾液瘻, Frey 症候群などのリスクがある. したがって, 正確な術前診断のもと手術が行われるのが望ましい. SGT の診断は US, CT, MRI, Tc シンチなどの画像診断と US ガイド下穿刺吸引細胞診検査により行われる. 画像診断の中でも特に US と MRI が有用である. US は軟部組織の分解能が高く, 腫瘍の内部性状や被膜の状態, 周囲浸潤などの所見から良悪性の鑑別に有用である. また, ワルチン腫瘍 (WT) ではドプラ血流表示で腫瘍全体に血流がみられる. 腫瘍の性状や介在部位, 血管や周囲組織との関係について MRI が有用である. 術式は多形腺腫 (PA) であれば正常唾液腺組織をつけた部分切除や葉切除が必要であり, WT であれば腫瘍核出術でもよいとされる. 悪性腫瘍では術前に顔面神経麻痺がなく, 術中に腫瘍の神経浸潤がなければ神経を温存するが, 癒着があり剥離できない場合は顔面神経の合併切除が必要となる. また, 術後病理組織学的に中高悪性度の腫瘍や切除断端陽性, 多発頸部リンパ節転移例に対しては術後の放射線療法や化学療法が考慮される. 臨床医から術前細胞診に期待することとして, 1) SGT かその他の腫瘍 (悪性リンパ腫, 神経原腫瘍など) か? 2) SGT であれば良性か悪性か? 3) 良性であれば PA か WT か? 4) 悪性であれば組織型や悪性度は? などが術前診断で分かれば治療計画をより正確に行うことができると思われる. 当然のことであるが術前診断の精度の向上の為に, さらなる画像診断の詳細な読影, 穿刺吸引細胞診の検体の正確で十分な細胞採取, 病理医への臨床像の伝達 (臨床経過, 腫瘍のサイズ, 硬さ, 喫煙等) が必要不可欠と考える.

S10-3 多形腺腫を中心とした良性腫瘍の細胞診—細胞診断のピットフォール—

久留米大学病院病理部¹, 生長会府中病院病理診断科², 社会医療法人天神会新古賀病院臨床検査課³, 久留米大学医学部病理学講座⁴

○河原明彦(CT)¹, 原田博史(DDS)², 三宅まどか(CT)³, 多比良朋希(CT)¹, 安倍秀幸(CT)¹, 山口知彦(CT)¹, 高瀬頼妃呼(CT)¹, 村田和也(CT)¹, 福満千容(CT)¹, 吉田友子(CT)¹, 内藤嘉紀(MD)⁴, 谷川 健(MD)¹, 秋葉 純(MD)⁴, 鹿毛政義(MD)¹

唾液腺に発生する上皮性腫瘍は良性腫瘍が半数以上を占めており, WHO 分類には 10 種類の組織型が記載されている. 良性上皮性腫瘍の細胞診断は, 多形腺腫とワルチン腫瘍の発生頻度が高いため, この両者を的確に推定診断することが非常に重要である. しかしながら, 唾液腺腫瘍は全般に多彩な細胞所見を呈するため, 組織型推定が困難な症例に遭遇することも珍しくはない. 一般に多形腺腫とワルチン腫瘍の細胞診断は, 典型的な所見であれば十分に推定診断は可能であるとされているが, 非典型的な所見, 細胞量不足あるいは二次的変調を来した細胞所見などがみられた症例は推定困難であることが知られており, 的確な細胞診断には幅広い知識と豊富な経験が求められることになる. 唾液腺腫瘍の診断において留意すべき点として, 唾液腺腫瘍には明確な異型を呈する癌腫よりも異型の乏しい低悪性の癌腫がはるかに多いことが挙げられ, そのため診断のピットフォールが多く存在する. 多形腺腫の鑑別診断で留意すべき悪性腫瘍としては腺様嚢胞癌や上皮筋上皮癌などが挙げられる. また, 化生性の扁平上皮細胞や粘液細胞などがみられるワルチン腫瘍の症例では, 特に低悪性度粘表皮癌との鑑別に留意すべきである. また, 良・悪性腫瘍の診断において症例によっては免疫細胞化学を併用することも正確な診断のために必要である. さらに, 細胞量の確保を含めた液状化細胞診の併用導入も診断に有用と思われる. 今回, 多形腺腫を中心とした良性腫瘍の細胞所見を提示すると共に, 細胞診断のピットフォールや免疫細胞化学, 液状化細胞診の有用性や標本上での具体的な効果について述べる.

S10-4 唾液腺導管癌の細胞診断：病理学的新知見と治療法の展望をまじえて

東京医科大学人体病理学分野¹⁾, 東京医科大学病院病理診断科²⁾

○吉田真希(DDS)^{1,2)}, 三宅真司(CT)²⁾, 長尾俊孝(MD)^{1,2)}

唾液腺導管癌 (SDC) は高齢男性の耳下腺に好発する高悪性度腫瘍で、唾液腺悪性腫瘍の約 10% を占める。De novo 症例の他に、多形腺腫由来癌の癌腫成分として認められることも多い。SDC は局所再発やリンパ節・遠隔転移を来す頻度が高く、予後不良であるため、治療方針の決定に穿刺吸引細胞診を含む術前診断が重要となる。SDC は、組織学的に浸潤性乳管癌に類似し、富粘液、浸潤性微小乳頭状、肉腫様などの亜型が報告されている。細胞診では、壊死性背景中に重積性あるいはシート状で緩い結合性を示す腫瘍細胞の集塊がみられる。管状構造や乳頭状構造が認められることもある。腫瘍細胞の核は大型・不整形で、明瞭な核小体を有する。また、腫瘍細胞の細胞質は豊富で、ライトグリーン好性、顆粒状を呈する。悪性細胞としての判定は通常可能であるが、SDC という正確な組織型の推定は困難なことが少なくない。鑑別を要する唾液腺腫瘍としては、高悪性度粘表皮癌や扁平上皮癌、オンコサイト癌、転移性腺癌等が挙げられる。SDC は androgen receptor (AR) を高頻度に発現するため、AR の免疫細胞化学染色が鑑別診断に有用とされる。一般的に、唾液腺癌の治療は原発巣の切除と頸部リンパ節郭清が主体である。癌の悪性度や切除断端の評価によって、術後に放射線療法が行われる。化学療法については有用性が確立されていない。SDC は AR に加えて、HER2 の発現率が高く、近年では内分泌療法薬や分子標的薬の応用が試みられている。本講演では、SDC の細胞所見を中心に、病理学的新知見や外科的切除以外の治療法の現状や今後の可能性をまじえて解説する。

S10-5 乳腺相似分泌癌 (MASC) の細胞像と鑑別診断

慈泉会相澤病院病理診断科¹⁾, 信州大学医学系研究科疾患予防医科学加齢生物学講座²⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科³⁾, 信州大学医学部病理組織学講座⁴⁾, 名古屋市立大学臨床病態病理学⁵⁾, 久留米大学病院病理部⁶⁾, 東京医科大学医学部人体病理学講座⁷⁾

○樋口佳代子(MD)^{1,2)}, 浦野 誠(MD)³⁾, 下条久志(MD)⁴⁾, 伊藤洋平(DDS)⁵⁾, 稲垣 宏(MD)⁵⁾, 河原明彦(CT)⁶⁾, 長尾俊孝(MD)⁷⁾

【目的】唾液腺の Mammary analogue secretory carcinoma (MASC, 乳腺相似分泌癌) は 2010 年に Skálová によって提唱された唾液腺腫瘍で、乳腺の分泌癌類似の組織像及び同じ遺伝子変異 (*ETLV6* 融合遺伝子) を示すことが特徴であり、主にこれまで漿液顆粒に乏しい腺房細胞癌とされてきた腫瘍の一部が相当すると推定される。我々が経験した 13 例について細胞像を解析した。

【方法】MASC に合致する組織所見を呈し FFPE 検体を用いた融合遺伝子の証明により MASC と診断された 13 症例の細胞所見を検討した。

【結果】症例は過去に腺房細胞癌と診断された 12 例と新たに MASC と診断された 1 例で、年齢は 39-68 歳 (平均 46.7 歳)、男女比は 6:7、部位は耳下腺 10 例、顎下腺 2 例、副耳下腺 1 例であった。高頻度にみられた細胞所見は、背景の粘液および組織球、細胞採取量多量、毛細血管の出現、細胞結合性低下、泡沫状~空胞状細胞質、軽度核異型などがあげられた。一方で集団の形状、細胞形、細胞質空胞化の程度、背景粘液の異染性の強度の違いや好酸性細胞質、核小体の腫大、変性壊死細胞等が出現する場合など、症例により細胞像に variation が認められた。組織増生パターンでは小嚢胞状、乳頭嚢胞状、濾胞状、充実性の順で頻度が高く、11 例では複数の増生パターンが混在していた。

【考察】MASC では高頻度に認められる細胞学的特徴とともに、細胞像に variation があり、良悪性にわたる種々の腫瘍 (嚢胞腺癌、粘表皮癌、好酸性細胞性腫瘍、筋上皮関連腫瘍等) との鑑別が必要になることがある。

【結論】細胞診で MASC を疑った場合は *ETLV6* 融合遺伝子の証明がのぞましいが、特徴的な細胞像および variation に習熟することにより細胞診断精度の向上が期待される。

◇シンポジウム 11

甲状腺細胞診『鑑別困難』を発癌の分子メカニズムから考える

S11-1 多段階発癌モデルからみた鑑別困難, 濾胞性腫瘍

山梨大学医学部人体病理学

○近藤哲夫, 中澤匡男, 加藤良平

甲状腺癌には高分化癌（濾胞癌, 乳頭癌）から侵襲性が極めて高く致死的な未分化癌まで多様な組織型が存在する。近年の分子生物学的研究の発展によって甲状腺腫瘍の発生とプログレッションには甲状腺ホルモン産生に関わる機能分子の発現変化, 遺伝子変異の蓄積, エピジェネティクス異常が深く関与していることがわかってきた。

甲状腺癌の古典的な形態分類は特定の遺伝子異常と密接な相関があり, 乳頭癌では *RET* 遺伝子再構成, *BRAF* 点突然変異, *NTRK* 遺伝子再構成がみられ, *RAS* 点突然変異は組織構造が類似する濾胞型乳頭癌や濾胞性腫瘍に認められる。 *PPARG* 遺伝子再構成は濾胞性腫瘍で検出される遺伝子変異で濾胞癌での検出率が高い。これらの遺伝子異常は腫瘍発生の early event であると推測されている。一方, β カテニンや p53 の変異は低分化癌, 未分化癌で認められるが高分化癌では認められないため, 高分化から低分化/未分化へのプログレッションに関与する late event と考えられている。高分化癌では甲状腺ホルモン合成に関わる機能分子の発現が低下しており, さらに未分化癌ではホルモン産生能はほぼ完全に失われる。この機能的脱分化の過程にはエピジェネティクス異常も強く関与しており, 未分化癌へのプログレッションの過程で失われる TTF-1 発現は DNA メチル化及びヒストン修飾が関与している。本発表では鑑別困難や濾胞性腫瘍の背景となる遺伝子異常, また細胞診検体を用いた遺伝子診断の最近の知見について多段階発癌説の側面から解説を行なう。

S11-2 芽細胞発癌説で見た甲状腺癌—発生母地による腫瘍の新たな分類

大阪大学大学院医学系研究科内分泌代謝内科学

○高野 徹(MD)

近年甲状腺癌に関して, 未成年に高頻度で小さな癌が存在すること, 微小乳頭癌の増殖は極端に遅くかつ年齢に逆相関すること, 分化癌で高頻度に検出される遺伝子異常が未分化癌で消失することなど従来の癌の常識を覆すエビデンスが次々と報告されている。これらの現象を明確に説明するのが我々が提唱した芽細胞発癌説 (fetal cell carcinogenesis) である。芽細胞発癌説では甲状腺癌の発生母地は5歳くらいまで存在する胎児性細胞であり, 未分化癌・分化癌・濾胞性腫瘍は甲状腺幹細胞・甲状腺芽細胞・前甲状腺細胞からそれぞれ発生し, より低分化な胎児性細胞に由来する腫瘍はより悪性度が高い。腫瘍組織の遺伝子発現パターンからは未分化癌・乳頭癌はそれぞれ単一の群となり, 濾胞性腫瘍は遺伝子群 A, B により3群 (濾胞腺腫 (A-B+), 乳頭癌型濾胞癌 (A+B-), 非乳頭癌型濾胞癌 (A-B-)) に分けられる。遺伝子群 A の多くは乳頭癌でも発現しており, 遺伝子群 A は甲状腺芽細胞の, 遺伝子群 B は前甲状腺細胞のマーカーであると推測できる。従って非乳頭癌型濾胞癌は甲状腺芽細胞に由来するが乳頭癌型濾胞癌よりさらに分化した腫瘍であろう。芽細胞発癌説では未分化な細胞が分化した細胞を産生することで腫瘍が形成される。従って同じ分化癌でも幹細胞に由来するものも存在し, それらは低分化な細胞成分 (癌幹細胞) を少数含み予後が悪いことになる。実際, 癌死する分化癌は高齢者で突然発生・増大するものであり, 若~中年でしばしば見られる微小乳頭癌がプログレッションしたものではないことがわかってきた。少数の癌幹細胞の有無は従来の病理診断では鑑別困難であり, Flow Cytometry 等を用いた新たな検査法の開発が望まれる。

S11-3 鑑別困難の再分類と癌の確率

慶應義塾大学医学部病理診断部¹⁾, 伊藤病院診療技術部病理²⁾, 伊藤病院外科³⁾

○亀山香織(MD)¹⁾, 田村 恵(CT)²⁾, 佐々木栄司(CT)²⁾, 伊藤公一(MD)³⁾

甲状腺細胞診の報告様式における“鑑別困難”のカテゴリーには、乳頭癌、髄様癌、悪性リンパ腫などを疑うが細胞が少ないことなどで断定困難なもの、濾胞性腫瘍が疑われるものが含まれる。前者は再度細胞診を行うことが望ましく、後者では再検したとしても新たな情報が得られる可能性は高くないため、画像などと合わせた総合的な判断で手術の適否が決定される。自験例では鑑別困難例のうち80%以上が前者に当てはまるが、今回の発表では濾胞性腫瘍に焦点を絞りたい。濾胞癌は組織学的に浸潤を確認することで癌と診断されることとなっているため、理論的には細胞診では腺腫と癌の判断は不可能である。実際に濾胞腺腫と微小浸潤型濾胞癌では細胞学的には区別がつかないことが通常である。一方で、周囲組織に広く浸潤していたり、多数の脈管侵襲が認められるような濾胞癌では、それなりに細胞異型が目立ってくる。伊藤病院では以前より濾胞性腫瘍の細胞診の亜分類(良性をより疑う群, どちらか決め難い群, 癌をより疑う群)を行い報告しており、手術を行うべきか、あるいは術式の選択において重要な情報となっている。これまでも本学会ではデータを示してきたが、今回は一人の病理医(演者)が統一的な基準で再検討した最新の数字を提示してみたい。

S11-4 放射線発がん研究から示唆される甲状腺がん幹細胞と新たな濾胞性腫瘍の鑑別法

長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学¹⁾, 長崎大学腫瘍外科²⁾, 隈病院³⁾, 国立病院機構長崎医療センター⁴⁾

○中島正洋(MD)¹⁾, 松田勝也(PhD)¹⁾, 大坪竜太(MD)²⁾, 廣川満良(MD)³⁾, 伊東正博(MD)⁴⁾

放射線発がんの疫学的特徴はリスクの長期持続性と年齢依存性である。これは放射線被曝の影響を受けた未分化な細胞が、生体内に長期存在していることを示唆している。臓器特異的幹細胞がその候補として有力である。がん幹細胞(CSC)は1997年の急性白血病以来、胃がん、乳がん、大腸がんなどの固形がんにも存在が明らかになった。CSCは自己複製能と多分化能という二つの性質を有するがん細胞で、がん化初期から進展、転移・再発にいたるまで重要な機能を演じ、治療抵抗性の原因と考えられている。甲状腺がんにもCSCの存在が示唆されているが、共通の特異的マーカーは同定されておらず、多様性がうかがえる。現在「がん」と呼ばれる病変は、悪性度の異なる様々なものを含んでいて、病理総論的に均一な病態とは言い難い。その中には多段階的に発生するものとde novo発生するものが混在していることが推察され、組織発生からみたCSCとの関連や悪性度に違いの原因となる可能性がある。がん原因子である放射線は線量依存性にDNA二重鎖切断を惹起し、ゲノム不安定性(GIN)を誘導、再結合の際の修復エラーはRET/PTC再構成などの転座を誘発し甲状腺がんの原因となる。DNA損傷応答の亢進はGINを特徴づける現象であり、我々はその細胞学的指標として53BP1核内フォーカス形成を蛍光免疫染色により評価し、様々な腫瘍の悪性度との関係を検討している。53BP1は全身の細胞の核内に存在するDNA損傷応答分子で、核内フォーカスはDNA二重鎖切断を反映する。現在、濾胞性腫瘍への応用についても検討しており、腫瘍マーカーとしての有用性について報告する。

S11-5 甲状腺細胞診への分子病理診断の応用

杏林大学医学部病理学

○菅間 博(MD), 千葉知宏(MD), 住石 歩(CT),
近藤凡子(CT), 山野 環(CT)

甲状腺腫瘍の細胞診断には限界があり、「鑑別困難」に分類されるものが一定割合存在する。正診率の向上を目的として、甲状腺細胞診への分子病理診断の応用は可能であろうか？甲状腺癌の発生に関わる遺伝子変異については比較的良く解っている。濾胞細胞由来の分化癌である乳頭癌と濾胞癌は、それぞれ特定の遺伝子変異との関係が明らかになっている。乳頭癌では BRAF 遺伝子の点突然変異 (V600E) と RET 遺伝子再構成 (RET/PTC) が相補的にみられる。特殊型の篩型乳頭癌では家族性大腸腺腫症の APC 遺伝子の異常があり β カテニンの核内集積がみられる。濾胞性腫瘍では RAS の突然変異が腺腫の段階からみられ、濾胞癌では PPARPG 遺伝子再構成 (PAX8-PPARG) がみられる。RAS の突然変異は濾胞型乳頭癌でもみられ、濾法構造との関連が推測される。低分化癌や未分化癌では、一般に CTNNB1 (β カテニン) や TP53 (p53) の異常が上記に加わる。C 細胞由来の髄様癌では RET 遺伝子の点突然変異がみられ、その3割は家族性にみられる。以上の遺伝子変異の殆どは、細胞診標本での分子病理診断に応用可能である。具体的には、現在、BRAF V600E や RAS の点突然変異を特異的に検出す抗体が開発され、従来から可能であった β カテニンや p53 と同様に免疫染色での検出が可能である。RET や PPARPG の遺伝子再構成については、FISH 法による検出が可能である。また分子病理学的な検索に適した標本作成法として、液状化検体細胞診 (LBC 法) が甲状腺細胞診に導入されつつあり、甲状腺細胞診の「鑑別困難」の正診率の向上に寄与することが期待される。

◇細胞検査士会要望教育シンポジウム

細胞診の「ここまでは」「ここからは」のポイント

SYS-1 子宮頸部細胞診の「ここまでは」「ここからは」のポイント

がん研有明病院臨床病理センター

○小松京子(CT), 藤山淳三(CT), 伊藤崇彦(CT),
川島麻里沙(CT), 池畑浩一(CT), 星 利良(CT),
鈴木奈緒子(CT), 古田則行(CT), 高澤 豊(MD),
杉山裕子(MD)

細胞診は癌細胞のスクリーニングや CIN1・2 の経過観察の手段として有効であるだけでなく、コルポスコピーで異常がみられないが細胞診で繰り返し異常が認められる場合、細胞診で腺病変が疑われる場合など、他の検査では発見し難い病変を捉え、早期治療に貢献することができる。一方、細胞診で CIN3 以上の病変や腺病変が疑われる場合には、組織診が CIN2 以下でも積極的な治療がなされる場合もあり、過剰診断は患者に負担を与えることとなる。CIN2 の病変に関しては、日産婦診療ガイドラインでは保存的経過観察が、米国の ASCCP ガイドラインでは円錐切除術などの積極的管理が推奨されており、その対応は異なっていた。しかし、近年両国の差は少なくなっており、ASCPCP でも思春期・未成年女性の CIN2 では経過観察を勧め、日産婦では妊婦を除き経過観察が困難な症例・1~2年の経過観察で自然消滅しない場合・本人が強く望む場合などは、選択的に治療を行うことができるとしている。細胞診では CIN1 と 2, CIN2 と 3 の鑑別、ならびに腺病変の同定は特に重要である。今回我々は CIN2 を中心に、組織診断と細胞診とで結果の異なった症例の細胞像の検討を行った。2014年に当院の婦人科外来細胞診検査にて CIN2 (中等度異形成) としたうち組織診でも中等度異形成であった症例は 32%, CIN1 : 12%, CIN3 : 40%, SCC : 0.03%であった。SCC の症例に関しては、癌細胞が採取されていなかった。組織診断が CIN3 であった症例の過少評価の原因は、HCCG として出現している細胞の過少評価・ごく少数の小型細胞を認識していない、などであった。当院の精度管理状況とともに、他の検査法との組み合わせを鑑みた細胞診の有用性を考えたい。

SYS-2 呼吸器細胞診の「ここまでは」と「ここからは」

東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター病理診断部²⁾, 東京医科大学呼吸器甲状腺外科³⁾

○三浦弘之(MD)¹⁾, 河口洋平(MD)¹⁾, 中嶋英治(MD)¹⁾, 高橋秀暢(MD)¹⁾, 若槻よしえ(CT)²⁾, 吉田えりか(CT)²⁾, 加藤彩子(CT)²⁾, 田辺 夢(CT)²⁾, 石崎幹子(CT)²⁾, 芹澤博美(MD)²⁾, 池田徳彦(MD)³⁾

【ここまでは】従来, 肺癌は小細胞癌か否かに二分され, 非小細胞癌であれば治療法は同じであった. 従って極端な話, 細胞診断も小細胞癌か否か判定すればよかった. 近年の化学療法, 分子標的薬の進歩に伴い, 扁平上皮癌では有効性が乏しい化学療法・重篤な副作用が出現する分子標的薬が開発され, 細胞診断にも扁平上皮癌か否かを的確に診断することが求められるようになった. 腺癌に関しては, ほとんどが混合型と亜型分類され臨床的に意味をなさない分類であったものが, 新たな亜型分類が提唱され, きわめて予後の良い上皮内腺癌や微小浸潤腺癌の定義が確立した.

【これからは】細胞診が最終判定となる症例があり, 扁平上皮癌か否か傍証をもって判断しなくてはならない. 組織推定に迷う症例では細胞検体の免疫染色が必要になる. 腺癌のマーカーとして, TTF-1, napsin-A, 粘液染色が推奨され, 扁平上皮癌のマーカーとしては p63, CK5/6 が推奨されている. 現在は保険適応がなく法改正が急務である. いずれへの分化がない場合, 大細胞癌と診断することはせず, NSCLC-NOS (not otherwise specified) と診断される. また分子標的治療の可否を決定するため, 組織検体が採取できない症例では, 細胞検体での EGFR 変異の有無, ALK 融合遺伝子の有無の検索が必要となる. 腺癌の組織亜型を的確に判断できれば, 縮小手術の可能性がでてくる. 肺胞置換型の lepidic type の腫瘍は, 腫瘍径, 浸潤径でも規定されているため, CT 画像で浸潤性の乏しい GGO (ground glass opacity) を有する腫瘍の細胞診断は画像との対比が不可欠となる. 形態診断は大前提であるが, 治療に即した診断を行うため, 積極的な免疫染色, 遺伝子診断, 画像との対比が必要となる.

SYS-3 乳腺穿刺吸引細胞診報告様式における「ここまでは」「ここからは」の報告ポイント

済生会新潟第二病院病理診断科

○遠藤浩之(CT), 石原法子(MD), 西倉 健(MD)

近年, 乳腺穿刺吸引細胞診の適応は大きく変化してきた. 乳癌は治療方針決定のために針生検が第一選択となり, 穿刺吸引細胞診の役割は臨床的鑑別困難症例の振り分けや良性病変を良性と診断することが中心となった. 従って今回, 乳腺穿刺吸引細胞診報告書の中で「ここまでは」記載しなくてはならない, あるいは「ここからは」無理に記載しなくてもよい細胞所見や推定組織像について考えていきたい. 1) 検体不適正とされがちな良性病変は乳管上皮細胞が出現しないものが多い. しかし, 嚢胞内容液, 肉芽腫性乳腺炎, 脂肪壊死などは細胞所見の特徴から推定組織像の記載が求められる. 逆に間質細胞や脂肪織集塊のみしか出現しない場合は所見に記載するのみで組織像の推定は必要ないと思われる. 2) 上皮-結合組織増生病変の中では, 典型的な細胞像を示す線維腺腫は組織像推定が必須である. しかし, 乳腺症型線維腺腫は場合によっては無理な良性判定は避け, 鑑別困難として次の診断ステップにゆだねる必要がある. 3) アポクリン化生細胞が多数出現する病変にはアポクリン嚢胞, 腺管腺腫, アポクリン癌がある. アポクリン嚢胞のうち特徴的な細胞像を呈するものは組織像推定が容易であるが, 異型のあるアポクリン化生のみが出現した場合は鑑別困難として次の診断ステップに移行する事が必要である. 4) 乳頭状病変では乳管内乳頭腫と嚢胞内乳頭癌があり, 典型的な症例では細胞所見の記載と組織像推定をしていきたい. 鑑別困難例に対しては無理な判定はせずに, 鑑別すべき病変を記載することと次の診断ステップの提示が重要と思われる. 以上の病変に対して, 実際の症例を交えて提示していきたい.

SYS-4 尿細胞診の「ここまでは」「ここからは」のポイント

福岡赤十字病院病理診断科¹⁾, 社会医療法人白十字会白十字病院臨床検査科²⁾

○小村和浩(CT)¹⁾, 遠矢浩隆(CT)¹⁾, 碓 益代(CT)¹⁾,
西山憲一(MD)¹⁾, 大谷 博(MD)²⁾, 中島 豊(MD)¹⁾

泌尿器細胞診報告様式の診断カテゴリーは従来の Papanicolaou 分類(5 または 7 段階評価)から, 現在, 陰性(Negative for malignancy), 異型細胞(Atypical cells), 悪性疑い(Suspicious for malignancy), 悪性(Malignant)の4段階評価(不適正を含めると5段階評価)とする新報告様式に変更された。今回の報告様式は穿刺吸引細胞診や標的組織擦過細胞診などの異型度評価とは異なり, 剥離細胞に対する高異型度尿路上皮癌(HGUC)のリスク評価に主眼がおかれ, 陰性で5%以下, 異型細胞で15%程度, 悪性疑いで70~95%, 悪性で95%以上のHGUCのリスクと大まかに規定されている。HGUCのリスク評価において「異型細胞」と「悪性疑い」の両者を鑑別する事は重要であり, この両者の鑑別により, 先に示したリスクが大きく変動する事になる。「異型細胞」には陰性と断定できない細胞異型の強い反応性尿路上皮細や反応性尿管上皮細胞, 異型を示すウイルス感染細胞, 異型の弱いあるいは細胞数が少ない悪性細胞などが含まれるが, 異型の弱い悪性細胞を可能な限りこのカテゴリーからアップグレードすることが重要である。逆に「悪性疑い」からは異型の強い反応性(良性)細胞を可能な限りこのカテゴリーからダウングレードする事が重要である。鑑別に苦慮する両者であるが, 細胞像から鑑別のポイントを探り, 「ここまでは」の細胞像と「ここからは」の細胞像を提示して, 適切なカテゴリー分類及びリスク評価に近づいていきたい。

◇ワークショップ I

細胞診で濾胞癌の推定は可能か?

W1-1 濾胞性腫瘍の細胞診における問題点

山梨大学附属病院病理部¹⁾, 山梨大学医学部人体病理学講座²⁾

○中澤匡男(MD)^{1,2)}, 近藤哲夫(MD)²⁾, 加藤良平(MD)^{1,2)}

現行の甲状腺癌取扱い規約においては, 濾胞性腫瘍の良・悪性の鑑別が困難な症例は, そのほとんどが主に「鑑別困難」に分類される。しかし従来, 診断者の間にも, どのような基準で鑑別困難とすることが一定していなかった。ベセスダシステムには濾胞癌もしくは濾胞癌の疑いに分類されるカテゴリーは存在せず, 濾胞性腫瘍あるいは濾胞性腫瘍の疑いとしてカテゴリー IV に分類する。このカテゴリーの目的は濾胞癌の可能性のある結節を拾い上げることであり, 病変の組織学的検討のために外科的切除が推奨されている。一般的に濾胞腺腫と濾胞癌の病理診断は脈管浸潤, 被膜浸潤といった組織所見にも基づいておこなわれ, 核異型性や組織構築は考慮されない。この点が細胞診断における濾胞性腫瘍の良悪性の判断を困難にする最大の原因と考えられる。さらに, 濾胞性パターンを示す結節性甲状腺腫, 濾胞腺腫, 濾胞癌, 濾胞型乳頭癌の間で病理組織診断の再現性が低いことが知られており, 濾胞性腫瘍の良悪性の推定を困難にする別の問題である。また, 濾胞性腫瘍もしくは濾胞性病変と診断するためには乳頭癌もしくは乳頭癌が疑われる症例を厳密に除外することが必要であるが, 乳頭癌の核所見にも症例ごとに差があり, 診断者の間での意見の一致をみないことも少なからずある。近年, 結節からの細胞診材料を用い, 甲状腺腫瘍の特異的遺伝子異常や次世代シーケンサーによる網羅的遺伝子解析の試みがおこなわれ, 成果をあげている。結節性甲状腺腫, 濾胞腺腫, 濾胞癌には細胞所見に重複する点があり, それらの区別には限界があるが, 細胞所見のみで濾胞癌の推定にどこまで近づくことが可能か, 文献的考察を加えて検討する。

W1-2 濾胞性腫瘍の細胞診断アルゴリズム

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

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

甲状腺穿刺吸引細胞診はその簡便性と診断精度の高さから甲状腺結節性病変の診断に広く用いられている。しかし、濾胞性病変に関しては良性・悪性の判断ができない場合が多く、その報告様式も一様ではない。濾胞性病変には、腺腫様甲状腺腫、濾胞腺腫、濾胞癌、濾胞型乳頭癌、低分化癌などが含まれるが、これらのなかで濾胞腺腫と濾胞癌は被膜浸潤、脈管侵襲、転移などの有無により鑑別されると定義されていることから、濾胞腺腫と濾胞癌は区別せず、濾胞性腫瘍として報告するとされている。ベセスダシステムでは濾胞性病変のなかでも悪性の可能性があるものを「濾胞性腫瘍・濾胞性腫瘍の疑い」とし、同様の細胞所見でも採取細胞量が少ない場合は「意義不明な濾胞性病変」として異なるカテゴリーに分類している。甲状腺結節取扱い診療ガイドライン2013では濾胞性腫瘍を更に良性、悪性の可能性によって3つの群に分類しようとする試みがなされている。今回我々は濾胞腺腫と濾胞癌の細胞像を見直し、両者に細胞学的な違いがあるのか、濾胞癌の推定は可能なのかを検討することにした。さらに、それらの結果に文献的考察を加えて濾胞性病変の診断アルゴリズムを提案することにした。

W1-3 細胞診で濾胞癌の推定は可能か？

伊藤病院診療技術部病理¹⁾, 伊藤病院外科²⁾, 慶應義塾大学医学部病理診断部³⁾

○田村 恵(CT)¹⁾, 佐々木栄司(CT)¹⁾, 伊藤公一(MD)²⁾,
亀山香織(MD)³⁾

甲状腺癌取り扱い規約では濾胞性腫瘍を疑う例はすべて鑑別困難という報告となり、臨床医にとっては細胞診がほとんど意味をなしていない。

濾胞癌は組織学的に浸潤を確認することで癌と診断されることとなっているため、理論的には細胞診では腺腫と癌の判断はできない。確かに濾胞腺腫、微小浸潤型濾胞癌、さらには腺腫様甲状腺腫では細胞形態のみでは見分けがつかないことの方が多い。しかし、広汎浸潤型濾胞癌のように悪性度の高い癌では、核異型（腫大、濃染）、高密度、重積といった一般に悪性腫瘍で認められる所見が確認できることが多くなる。

こうした背景より、伊藤病院では1991年より細胞診で濾胞性腫瘍を疑った際に亜分類を行い報告している。当初は良性をより疑う favor benign と、悪性をより疑う favor malignant に分類していたが、現在では favor benign と favor malignant のどちらにも分類し難い群として borderline を加え、3群に分けている。分類法はこれまで各々の観察者が主観で行ってきたが、今回の検討では同一の観察者が採取細胞量、重積性、細胞異型をスコア化し亜分類を行った。組織診断との相関についての確定したデータは抄録提出時には間に合わなかったが、本発表では「甲状腺結節取扱い診療ガイドライン（日本甲状腺学会編集）」でも記載した本亜分類につき、特に細胞検査士の方々に知っていただきたいと考えている。

W1-4 濾胞性腫瘍のオブザーバーバリエーション

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

○鈴木彩葉(CT)¹⁾, 廣川満良(MD)²⁾, 樋口観世子(CT)¹⁾,
高田奈美(CT)¹⁾, 道喜香奈美(CT)¹⁾, 山尾直輝(CT)¹⁾,
隈 晴二(MD)²⁾, 宮内 昭(MD)³⁾

濾胞腺腫と濾胞癌は被膜浸潤, 脈管浸潤, 転移などの有無により区別されるため, 細胞診で濾胞腺腫と濾胞癌は区別せず, 濾胞性腫瘍として報告するとされている。しかし, 現在まで細胞診で濾胞癌を推定しようとする試みが実際に行われてきたのも事実である。また, 濾胞腺腫や濾胞癌は細胞診のみならず, 組織学的にも腺腫様結節, 濾胞型乳頭癌, 低分化癌などの鑑別がしばしば困難であり, 診断学的に大きな問題をかかえている。

2014年に樋口らは細胞診における濾胞性病変の診断アルゴリズムを提唱したが, その内容を検証した報告は未だない。本研究では, 樋口らが提唱した診断アルゴリズムを実際の診断に採用する際に問題となるであろうオブザーバーバリエーションに焦点を当てることにした。対象は, 切除標本にて組織学的診断がなされた腺腫様結節6例, 濾胞腺腫10例, 濾胞癌10例(微小浸潤型5例, 広範浸潤型5例), 濾胞型乳頭癌5例, 非乳頭癌型低分化癌3例の細胞診標本とした。方法は, 細胞診標本のバーチャルスライド(浜松ホトニクス)を用いて, 泡沫細胞, コロイド, 高い濾胞密度, 立体的小濾胞, 索状配列, 細胞の単一性, 核腫大, 核溝, 核内細胞質封入体, すりガラス状核, 過染性クロマチンなどの項目について, オブザーバーバリエーションを検討した。検討協力施設は, 相澤病院, 愛知県立がんセンター, 伊藤病院, 大阪労災病院, 群馬大学医学部附属病院, 相良病院, 新潟県立新発田病院, 野口病院, 福島県立医科大学などである。なお, 検討症例のバーチャルスライドは <http://www.suzuki012.wix.com/follicular> にて閲覧可能である。

◇ワークショップ2

病理診断部門における環境対策

W2-1 病理診断業務における職場環境改善の流れと法的背景—化学物質について—

日本医科大学千葉北総病院病理診断科

○清水秀樹(CT), 羽鳥 努(MD)

病理診断業務で使用する化学物質には, 労働安全衛生法上の人体に有害な規制物質が十数種該当する。その他にも毒物劇物取締法(以下, 毒劇法)の医薬用外劇物として二十数種, 消防法の危険物として二十数種が規制対象物質として該当する。さらに毒劇法, 下水道法による廃棄排水の規制, 廃棄物処理法では産業廃棄物やホルマリン浸漬臓器についても規制されている。従って, 病理業務の職場環境改善には各種法律の遵守が大切である。法律に則った職場環境改善のきっかけは平成19年12月特定化学物質障害予防規則(以下, 特化則)が改正され, 発がん性物質のホルムアルデヒド(以下FA)が特化則第3類から第2類物質となり規制が強化されたことによる。FA対策の調査(平成22年3月病理学会)では, 対策を行っている施設は約95%であり, 作業主任者の選任は約58%で法律の浸透が伺える。また, 有機溶剤は有機溶剤中毒予防規則に沿った対策がなされている。近年, 国は化学物質の発がん性のみならず変異原性, 生殖毒性等の観点より新たな化学物質規制を行っている。女性労働基準規則では, キシレンの生殖毒性による障害防止のため, 劣悪な環境下の女性労働者の就業を禁止している。クロロホルムは発がん性により, 特化則第2類, 特別有機溶剤等に分類された。グルタルアルデヒドの神経毒性・変異原性が指摘され安全衛生規則の遵守が通達された。平成26年改正労働安全衛生法では化学物質のリスクアセスメントの実施が事業者の義務として定められた。

【まとめ】病理診断業務における職場環境改善には化学物質の購入, 保管, 使用, 廃棄, 管理体制, 教育等と各種法律を総合的に組み合わせたトータルコーディネートが必要である。

W2-2 病理診断業務における環境改善の実際

藤田保健衛生大学病院病理部¹⁾, 藤田保健衛生大学病院病理診断科²⁾

○平澤 浩(CT)¹⁾, 須藤健助(CT)¹⁾, 伊藤里美(CT)¹⁾, 藤原真紀(CT)¹⁾, 川島佳晃(CT)¹⁾, 桐山論和(MD)²⁾, 塚本徹哉(MD)²⁾, 浦野 誠(MD)²⁾, 黒田 誠(MD)²⁾

病理診断業務は標本作製に種々の危険物質を使用することから, 他の臨床検査室と比べて多くの危険化学物質を必要とする特殊性がある。なかでも揮発性有害物質であるホルマリンとキシレンの取扱いについて対策を考える必要がある。

【工学的対策】 われわれは12年前の病理部移転に伴い, 本格的に作業環境改善に取り組む契機となった。切り出し時のホルマリンと用手法であった染色時のキシレン対策として, 局所排気装置付きの実験台を配置し, 作業スペースをアクリル製のフードで覆うことで換気効率を高める工夫を行ったが期待するほどの効果は得られず, ラミナーテーブルと密閉式自動染色装置の導入まで根本的な改善は行えなかった。

【危険物質の排除】 危険物質の使用を中止することは最も有効な環境改善といえる。われわれは脱脂液として使用してきたメタノール, クロロホルム, 消毒剤として使用してきたクレゾール等を排除した。キシレンの代替剤は数種類の製品が普及しているが, コストが高い点と使いづらい点があるため, 広く受け入れられているとはいえない。

【有機溶剤廃液のリサイクル】 2006年よりCBGサイクリャーを導入し, アルコール, キシレン廃液のリサイクルを行ってきた。キシレンについては無駄の少ない循環型リサイクルが可能であり, 購入量も約70%の減量が実現できている。

【毒劇物廃液の処理】 染色液廃液は毒劇物を含むものが多く, 廃液の減量化は委託処理費用の節約にもつながる。ギムザ染色式(スライドへの滴下式)による特殊染色など, 工夫により危険物質の使用量ならびに染色廃液の減量化は可能である。ホルマリン廃液はホルマリン中和剤を使用して自家処理を行っている。

W2-3 毒劇物試薬の適正管理: 毒劇物を染色に使わない!

藤田保健衛生大学医学部第一病理学

○塩竈和也(PhD), 堤 寛(MD)

病理部門では, 諸種有機溶剤, 固定液, 色素類, 重金属溶液, シアン系溶液, ジアミノベンチジン(DAB)など, 多くの化学薬品類が使用されており, 病理関係者はいつも危険と隣り合わせの状況に置かれている。局所換気システムの導入は各施設で進んでいるものの, 依然として病理業務で危険な薬品と取り扱うことには変わらない。水銀類はもとより, 土壌・水質汚染で問題となる六価クロムの使用も例外ではなく, 産業界ではすでに六価クロムの使用制限や三価クロムへの転換といった安全対策が講じられている。医療業界においても, 従来の病理業務を見直す大きな転換期にきている。真菌を証明するグロコット染色は, 1955年にGrocott氏により考案されて以来, 現在でも当時のままの手法で酸化剤に無水クロム酸を使用している。膠原線維を証明するアザン染色では, アヅカルミンGの染色性を高めるために, 媒染剤として二クロム酸カリウム・トリクロール酢酸混合液(渡辺氏考案法)を使用するケースが多い。六価クロムの使用により非常に優れた染色像が得られる一方, 現代に即した六価クロムに依存しない染色改善が求められる。今回, 廃棄物処理のキーワード4R(Refusal:拒否, Reduction:低減, Reuse:再利用, Recycle:再生利用)に基づいて考案した環境とヒトにやさしいグロコット染色およびアザン染色を紹介する。すぐにでも現場で実践可能な方法であり, 多くの施設が本法を取り入れることが地球環境保護につながる。本研究室で実践している毒劇物(アジ化ナトリウム, シアン類, DABなど)の管理方法もあわせて報告する。

W2-4 病理診断業務における感染対策と医療安全： 細胞診業務を中心に

東京慈恵会医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座²⁾

○梅澤 敬(CT)¹⁾, 清川貴子(MD)¹⁾, 池上雅博(MD)²⁾,
鷹橋浩幸(MD)¹⁾

細胞診のための湿性検体は未固定であり、感染予防対策が不可欠である。疾病予防管理センターでは、全ての生体からの液体は、感染性のあるものとして取り扱うべきであると定義されている。感染源との接触が避けられない細胞診業務では、生物学的災害と呼ばれるバイオハザードが避けられず、医療従事者を災害から守るため、標準予防策が必要である。細胞診の検体処理では、1)工学的対策、2)管理対策、3)保護具の3つを正しく理解し、感染対策を実施することが重要である。1)工学的対策は、P2レベルの拡散防止であり、汚染物を外部へ出さないために、バイオハザードを考慮したクラス2以上の安全キャビネットの設置である。これは、HEPAフィルターで濾過した排気により、作業内を常時陰圧に保持しエアロゾルの拡散防止が目的である。2)管理対策は、飛散に備えガウンと手袋、ゴーグル等を着用する粘膜シールドであり、予防策を守る個人の行動である。3)保護具に関しては、結核の空気感染対策として、0.3 μ mの粒子を95%以上捕集する性能を確保しているN95レスピレーターが用いられる。N95は様々な形状のものがあり、装着者にフィットするか否かは考慮されていないため、長時間装着可能なハイラック350(興研)の利用が推奨されている。当院では、有害要因を除去する基本的な対策として、肺の内視鏡検体やFNA、擦過細胞診などは、直接塗抹は行わずに液状化細胞診を導入し、プリオン病疑いの髄液検体は、遠心せずに自然沈降による塗抹処理を行っている。今後、感染源となる危険検体に対しては、感染制御部への報告や、管理体制のマニュアル作成が必要であり、未知の感染源の危険性を念頭に、予防策を遵守して取扱いたい。

◇ワークショップ3

乳腺腫瘍の組織と細胞診

W3-1 放射状瘢痕/複雑型硬化性病変の細胞診—画像・組織診との相関—

滋賀医科大学附属病院病理部¹⁾, 国立病院機構名古屋医療センター病理診断科²⁾, 国立病院機構名古屋医療センター臨床検査科³⁾

○森谷鈴子(MD)¹⁾, 市原 周(MD)²⁾, 長谷川正規(MD)²⁾,
岩越朱里(MD)²⁾, 岡崎 勲(CT)³⁾, 米倉由香(CT)³⁾,
山下美奈(CT)³⁾, 市川規子(CT)³⁾, 大野文栄(CT)³⁾,
成瀬真理子(CT)³⁾, 岩尾文彦(MD)¹⁾, 九嶋亮治(MD)¹⁾

放射状瘢痕/複雑型硬化性病変 radial scar/complex sclerosing lesion (RS/CSL) は、放射状または複雑な辺縁を呈する良性病変である。硬化性変化により乳腺構築に乱れを生じ、画像診断で癌が疑われる。組織学的には上皮過形成、末梢性乳頭腫、腺症、嚢胞や円柱上皮化、膠原・弾性線維の増加といった多彩な所見が種々の組み合わせで認められる。RS/CSLには癌を合併することがあり、明らかな癌病巣内にRS/CSLの名残が見られることもある。名古屋医療センターで細胞診が行われ、マンモトーム生検または病巣摘出術が行われ、経過観察情報が得られているRS/CSL症例を検討した。癌を合併しないRS/CSLではほとんどが細胞診でcategory 3(欧州乳癌検診ガイドライン推奨細胞診報告カテゴリー)と分類されていた。大型上皮集塊や重積性のある上皮集塊に加え、筋上皮の不明瞭な集塊、上皮結合性の低下がしばしば認められる。これらは上皮過形成を反映していると思われる。また大小様々な間質集塊が比較的高頻度に出現し、その一部は上皮の付着や枝分かれ・分葉状構造を示し、乳頭腫の間質軸に由来すると考えられた。Low-grade DCISを合併した症例でもその多くはcategory 3で、上皮過形成や乳頭腫を伴うRS/CSLとの細胞診的鑑別は困難であった。しかし異様にきれいな細胞配列や篩状構造を示す小型上皮の集塊が一部に確認できることもあった。High-grade DCISを合併する症例や癌が面積的に優位を占める症例ではcategory 4以上で癌を指摘できていた。RS/CSLを切除するか経過観察するかの判断にはエラストグラフィーでの硬さや血流、MRIでの造影パターンを総合的に評価する必要がある。病理サイドから放射線科・外科医に提供できる有用な情報は何かについても考察したい。

W3-2 乳腺の腺筋上皮腫の細胞像

奈良県立医科大学病理診断学講座¹, 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター病理診断科², 奈良県立医科大学附属病院病理部³, 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター臨床検査科⁴, 滋賀医科大学附属病院病理部⁵

○中井登紀子(MD)¹, 市原 周(MD)², 鈴木久恵(CT)³, 米倉由香(CT)⁴, 市川規子(CT)⁴, 大野文栄(CT)⁴, 岡崎 勲(CT)⁴, 岩尾文彦(CT)⁴, 長谷川正規(MD)², 岩越朱里(MD)², 尹 漢勝(MD)², 森谷鈴子(MD)⁵, 大林千穂(MD)¹

新 WHO 分類 (2012 年) において, 腺筋上皮腫は, 多型腺腫とともに良性上皮筋上皮病変に分類されている。腺筋上皮腫は, ときに細胞診で過剰診断される病変であるが, その細胞像に関する検討は少ない。我々は, 過去 6 年間に 4 例の腺筋上皮腫 (年齢 43~82 歳) を経験し, その全てに穿刺吸引細胞診を行った。細胞診判定は, C3 (良悪不明) が 2 例, C4 (悪性疑い) が 2 例であった。確定診断は, 術中凍結切片 (1 例), 吸引式針生検 (1 例), 外科的生検 (2 例) によって行われた。細胞像は, 豊富な細胞量, 結合性の低下した裸核細胞, 結合性良好な上皮集塊, 間質塊からなり, 症例により, 上皮はアポクリン化生様の細胞質を示した。鑑別診断として, 乳頭腫, 線維腺腫, 授乳性変化, 腺筋上皮腫があげられた。過剰診断を防ぐためには, 乳癌の 4 条件 (豊富な細胞量, 細胞異型, 双極裸核の消失, 結合性異常) をすべて満たすものだけを C5 (悪性) と判定することが重要である。

W3-3 セルブロックを用いた乳癌転移巣受容体検査: 当院における運用経験

四国がんセンター臨床検査科

○西村理恵子(MD), 岡本奈美(CT), 佐藤正和(CT), 小嶋健太(CT), 田中慎一(CT)

【はじめに】乳癌再発巣に対する治療法選択において, 再発巣受容体検査の必要性が指摘されている。一方, 生検が難しい転移巣の検体採取方法として細胞診がある。当院ではセルブロック (CB) が日常運用として扱いやすいと考え, 細胞診検体から CB を作製し受容体検査を行っている。その運用経験を紹介するとともに, CB を用いた乳癌受容体検査の問題点を考察する。

【日常運用経験】当院では, 2011 年 8 月から CB を用いた受容体検査を日常業務として行っている。細胞診検体は, 10% 緩衝ホルマリンで 18~28 時間固定後, アルギン酸ナトリウム法を用いて CB を作製し, その後は組織標本と同様の方法で, ホルモン受容体と HER2 蛋白に対する免疫染色を行い, HER2 蛋白免疫染色で 2+ 判定の場合は HER2 dual in situ hybridization (DISH) 検査を行っている。2015 年 5 月までに, 25 件 (胸水 18 件, 腹水 3 件, リンパ節 2 件, 心嚢水 1 件, 腫瘍嚢胞液 1 件) の検査依頼があった。20 件で癌細胞が確認され, 結果報告が可能であった。

【標本作製時の問題点】HER2 検査は蛋白免疫染色および DISH 検査ともに, 固定時間の染色結果への影響が大きい。

【結果判定時の問題点】非腫瘍細胞が多く癌細胞が少ない検体では出現癌細胞中の陽性細胞の割合の判断が難しいことがある。標本上に陽性コントロールとなる細胞がないため陰性の場合の判断が難しい。

【まとめ】転移巣細胞診検体を用いた受容体検査は可能である。病理検査室が院内にある施設での日常運用には CB が便利である。HER2 検査では固定時間に注意を要する必要がある。

W3-4 Mammary carcinomas with neuroendocrine features

岩手医科大学医学部病理診断学講座¹⁾, 岩手医科大学附属病院病理診断科²⁾, 名古屋医療センター病理診断科³⁾, 岩手医科大学医学部外科学講座⁴⁾

○川崎朋範(MD)^{1,2)}, 市原 周(MD)³⁾, 佐藤彩佳(CT)²⁾, 山田範幸(CT)²⁾, 安保淳一(CT)²⁾, 柏葉匡寛(MD)⁴⁾, 菅井 有(MD)^{1,2)}

神経内分泌形質を有する乳癌は、1977年にCubillaとWoodruffにより“carcinoid tumor”として欧文文献ではじめて報告されたが、2012年に改訂された新WHO分類(第4版)では、neuroendocrine tumor (NET), well-differentiated (ICD-O code : 8246/3), neuroendocrine carcinoma (NEC), poorly differentiated/small cell carcinoma (ICD-O code : 8041/3), invasive breast carcinoma (IBC) with neuroendocrine differentiation (ICD-O code : 8574/3)に亜分類されている。IBC with NE differentiationは、hypercellular variant (type B)の粘液癌とsolid papillary carcinoma (SPC)が代表的疾患であるが、両者ともICD-O codeを有し(それぞれ8480/3, 8509/3)、概念のオーバーラップがある。予後に関し、cellular mucinous carcinoma, SPCを除き、NET/NECは非特殊型浸潤癌と比較して侵襲性の臨床経過を示すという報告が近年ある。細胞病理学的に、背景はclear, 粘液性, 出血性, 壊死性と多様である。腫瘍細胞の採取量は豊富で、結合性の緩い充実性集団～孤立散在性の出現パターンを示す。血管性/線維血管性間質がしばしば採取されるが、SPC/neuroendocrine DCISでは毛細血管の腎糸球体様構造(glomeruloid arrangement)が特徴的である(Cytopathology, 2011)。腫瘍細胞は多角形～紡錘形で、ときに細胞内粘液を有する。細胞質、核、ともに細顆粒状を呈し、N/C比はNECと比較してNET, cellular mucinous carcinoma, SPCで低く、偏在性の円形核を伴って形質細胞様形態(plasmacytoid appearance)を示す。本発表では、神経内分泌への分化を示す乳癌をメインテーマとして、その疾患概念の変遷と臨床・病理学的意義、診断学的なtips and trapsについて実践的に解説を行う。

◇ワークショップ4

子宮腔・頸部細胞診 ASC-USおよびASC-Hの追跡結果

W4-1 子宮腔・頸部細胞診 ASC-USの追跡結果

こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科¹⁾, こころとからだの元氣プラザ婦人科²⁾, 杏林大学保健学部病理学研究室³⁾

○岡 俊郎(CT)¹⁾, 石井保吉(CT)¹⁾, 栗原達哲(CT)¹⁾, 中島弘一(CT)¹⁾, 窪田真弓(CT)¹⁾, 稲垣真智子(CT)¹⁾, 長田詠美子(CT)¹⁾, 大村峯夫(MD)²⁾, 小田瑞恵(MD)²⁾, 藤井雅彦(MD)³⁾

【はじめに】旧日母分類ではASC-USのようなカテゴリーがなかったため、当施設ではクラスIIBとしこのような症例に対処してきた。しかし、このようなカテゴリーが導入されても、ASC-USは意義不明な異型扁平上皮細胞と定義されているのみで、明確な細胞像は示されておらず、未だあいまいなままである。今回当施設でASC-USと判定された症例の現状を知るため追跡調査を行った。

【対象および方法】ベセスダシステムでの報告を開始した2009年度から2013年度までの5年間に、職域健診を目的とした婦人科検体229,452検体のうちASC-USと判定された1,395検体を用いた。検討項目は、年度ごとの報告頻度、細胞診での追跡検査の結果、HPVテストの結果、生検組織診結果の調査を行った。

【結果】2009年度～2013年度の報告頻度は、0.6%、0.52%、0.58%、0.66%、0.57%であった。当院での追跡調査が可能であったのは670症例/873検体、不可能なもの269症例/277検体、2009年度以前に細胞診で異常が指摘され、そのfollow up中ASC-USとされたのは179症例/245検体であった。追跡検査が可能であった670症例の細胞診検査による最新の判定結果は、NILM 518症例、ASC-US 72症例、ASC-H 9症例、LSIL 45症例、HSIL 24症例、SCC 1症例、Adenocarcinoma 1症例であった。HPV検査が行われたのは73症例で陽性52症例、陰性21症例であった。組織検査が行われたのは、111症例でChronic cervicitis 25症例、HPV感染2症例、CIN1 41症例、CIN2 32症例、CIN3 10症例、SCC 1症例であった。

【まとめ】ASC-USの報告頻度は年度間で大きな差は見られなかった。細胞診の追跡結果からASC-USとされた症例のうち約80%がNILMとなっていた。一方でSCCおよびAdenocarcinomaが1症例ずつ発見された。発表時は細胞像を加え、報告する。

W4-2 子宮腫・頸部細胞診 ASC-US 判定の追跡結果 (登録衛生検査所の状況)

株式会社東京セントラルパソロジーラボラトリー

○藪下竜司(CT), 内村洋志(CT), 花井 誠(CT),
上野喜三郎(CT), 清水 亨(MD), 水口國雄(MD)

子宮頸部ベセスダシステム(以下 TBS)の意義不明な異型扁平上皮細胞(以下 ASC-US)の多くは反応性変化と LSIL の鑑別が難しい細胞であるが 10%~20% は CIN2,3 が含まれる場合があるとされる。我々は 2010 年に TBS を導入し 5 年が経過した。その間に ASC-US と判定された例について従来法・LBC 法夫々の精密検査(細胞診再検, 生検病理組織診, HPV 検査)成績を調査した。対象: 2010 年 1 月から 2014 年 12 月の 5 年間頸部細胞診 2,718,955 例(従来法 2,122,348 例; 78.1%, LBC 法 596,607 例; 21.9%)。従来法成績: 2,122,348 例中 ASC-US 判定 41,346 例(1.9%)ASC-US 判定後再検査 7,217 例(17.5%)。再検査内訳は細胞診 5,486 例中 NILM3,205 例(58.4%), ASC-US 以上 2,281 例(41.5%)。標本不適正 1 例。生検病理組織診 1,662 例中 良性 625 例(37.6%), CIN2 以上 407 例(24.5%)(内訳 CIN2 293 例, CIN3 105 例, SCC 6 例 atypical gland 2 例, 腺癌 1 例)。HPV 検査 70 例中陰性 26 例陽性 44 例であった。LBC 法成績: 596,607 例中 ASC-US 判定 24,916 例(4.2%)。ASC-US 判定後再検査 5,223 例(21.0%)。再検査内訳は細胞診 3,910 例中 NILM2,281 例(58.3%), ASC-US 以上 1,628 例(41.5%)。標本不適正 1 例。生検病理組織診 635 例中 良性 330 例(52.1%), CIN2 以上 82 例(12.9%)(内訳 CIN2 57 例, CIN3 17 例, SCC 4 例, atypical gland 1 例, AIS 1 例, 腺癌 2 例)。HPV 検査 678 例中陰性 384 例, 陽性 294 例であった。結果: ASC-US 判定後再検査は約 20%実施されおり, 細胞診では約 40%が ASC-US 以上, 生検病理組織診 CIN2 以上が従来法約 25%, LBC 法約 13%であった。HPV 検査では約 50%が陽性であった。考察: ASC-US 判定後再検査にて生検病理組織診 CIN2 以上が約 10%以上存在した HPV 検査も約 50%陽性となり ASC-US 判定は有用であったといえる。しかし ASC-US 判定後再検査が CIN2 以上となった最初の細胞診検査を省みて ASC-US 判定が妥当であるか確認の必要があると考えるが当施設では約 10%しか確認できず今後の課題と考える。

W4-3 当院における ASC-H 判定症例の細胞学的検討

大阪医科大学附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 大阪医科大学産婦人科学教室²⁾, 大阪がん循環器病予防センター臨床検査室³⁾, 大阪府立成人病センター病理細胞診断科⁴⁾

○棚田 論(CT)¹⁾, 辻 求(MD)¹⁾, 栗栖義賢(MD)¹⁾, 石崎幸恵(CT)¹⁾, 武田玲郁(CT)¹⁾, 浦上真由美(CT)¹⁾, 明石静香(CT)¹⁾, 吉川純子(CT)¹⁾, 出口千尋(CT)¹⁾, 中山裕子(CT)¹⁾, 山田隆司(MD)¹⁾, 廣瀬善信(MD)¹⁾, 寺井義人(MD)²⁾, 田路英作(CT)³⁾, 竹中明美(CT)⁴⁾

現在, 子宮頸部細胞診の報告様式は, Bethesda system 2001 に準拠した医会分類 2008 が多くの施設で使用されている。この分類の特徴は, 扁平上皮病変における上皮内病変が LSIL (Low-grade squamous intraepithelial lesion) と HSIL (High-grade squamous intraepithelial lesion) の二つに分類されたことと, 新しいカテゴリーとして, 異型扁平上皮細胞 (atypical squamous cells : ASC) が加わったことである。さらに ASC は, 意義不明な異型扁平上皮細胞 (atypical squamous cells of undetermined significance : ASC-US) と HSIL を除外できない異型扁平上皮細胞 (atypical squamous cells cannot exclude HSIL : ASC-H) に分けられる。ASC-H はベセスダシステム 2001 アトラスでは, 細胞の出現形態から「N/C 比の高い小型細胞: 異型(未熟)化生」と「密在するシート・パターン」の細胞判断基準が示されている。しかし, 実際の現場において, その判定は, ASC-US や HSIL との鑑別を要する症例も少なくない。今回のワークショップでは, 当院における ASC-H 判定症例の報告頻度, 精密検査結果, 細胞像の傾向, 有用点・問題点および今後の課題について検討し報告する。また, 日本臨床細胞学会大阪府支部細胞検査士会 学術・精度保証部のメンバーが中心となって活動を開始した「ASC 事業」の概略についても紹介する。

W4-4 ASC-Hの追跡結果と組織学的背景についての検討

社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院病理診断科¹⁾, 藤和会藤間病院検査科病理²⁾, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科³⁾, 藤和会藤間病院産婦人科⁴⁾, 社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院病理検査室⁵⁾

○鈴木雅子(MD)¹⁾, 須藤結花(CT)²⁾, 大塚重則(CT)²⁾, 清水禎彦(MD)³⁾, 相田久美(MD)¹⁾, 清水謙(MD)⁴⁾, 白水健士(MD)⁴⁾, 堀慎一(MD)⁴⁾, 藤沢美穂(CT)⁵⁾

【はじめに】ベセスダシステムによる頸部細胞診報告様式導入から5年が経ち、新しい概念であるASC判定の検討が必要な時期となった。我々は、ASC-Hと判断した症例の追跡調査の結果と組織学的背景について検討したので報告する。

【検討材料】当院で完全にベセスダシステムへ移行した2011年1月から2014年3月に施行された子宮頸部細胞診19878例。採取器具は全例サーベックスブラシ使用。

【結果】1) ASCは960例。内、ASC-US:810例, ASC-H:150例, 全検体数中のASCの比率は4.8%, ASC中のASC-Hの比率は15.6%であった。2) ASC-H150例の追跡結果:未検査13例(すべて健診症例)。ASC-Hの指針は生検であるが、当院では良性異型細胞(萎縮, 未熟化生等)を考えた場合は細胞診再検査を施行しており、細胞診での再検は23例, 内NILM:20例(87%), ASC-US:2例, HSIL:1例であった。生検は84例で、異型なし:35例, 異型扁平上皮:17例, CIN1:13例, CIN2:14例, CIN3:1例, 程度の判定困難な異形成:3例, 異型腺管:1例であった。円錐切除および子宮摘出材料は30例でCIN2:1例, CIN3:25例, 微小浸潤癌:4例であった。閉経後の例が55例(36.7%)あり、その内17例が異型なし, 14例がCINと断定できない異型扁平上皮例, 5例が程度の判定困難な異形成であった。

【まとめ】良性異型の可能性を考え、細胞診で再検された例は、陰性(87%)が多い傾向にあった。細胞診のみならず組織学的にも、閉経後の萎縮による小型細胞や菲薄な上皮での診断は苦慮する例が多いことが推測された。上記期間中の全組織検索症例中から組織診断に難渋した100症例をランダムに選び、数名の医師で再診断を試みその結果についても報告する。

◇ワークショップ5

細胞診におけるギムザ染色の有用性ならびに pitfall W5-1 ギムザ染色の歴史と細胞診への応用

(株) エスアールエル福岡ラボラトリー

○西国広(CT), 合戸美香(CT), 堀山知美(CT), 池本理恵(CT)

【はじめに】細胞診におけるギムザ染色の有用性に関しては、昨年11月に下関で開催された第53回日本臨床細胞学会秋期大会のワークショップ5にて「細胞診断におけるGiemsa染色の底力」のテーマで活発な議論が満員の会場で展開された。今回は、前回の内容を踏まえ、ギムザ染色の有用性のみならず pitfall についても熟知する必要があると思われるこのテーマが企画された。私の担当はPapanicolaou染色(Pap.染色)よりも65年前に開発され現在まで利用されているギムザ染色に代表されるロマノフスキー染色の歴史と細胞診への応用について述べる。

【ギムザ染色の歴史】1904年ドイツの細菌学者であったGustav Giemsaにより開発されたギムザ染色はPaul・Ehrlich(独, 1877年)のtri-acid(三価酸)染色に端を発し、ロマノフスキー(露, 1891年)染色⇒メイ・グリユンワルド染色(独, 1902年), ライト(米, 1902年)染色⇒パッペンハイム(独, 1908年)染色(メイ・ギムザ染色)へと発展した。これら染色液の基本色素はメチレンブルーとエオシンYである。

【細胞診への応用】1. 脳脊髄液・胸腹水・心嚢水, 尿などPap.染色で細胞剥離が起こりやすい検体では必須, 2. 末梢血液・骨髄・リンパ節など白血病・悪性リンパ腫の鑑別診断, 3. PNETを含む小型円形細胞腫瘍の鑑別, 4. 耳下腺・顎下腺腫瘍の鑑別(粘液様物質である基底膜物質, 間質性粘液のメタクロマジー), 5. 穿刺吸引細胞診による悪性腫瘍の診断のみならず細菌感染症(バイオフィルム感染症)の診断など臨床細胞学的診断が要求される各種の検体にギムザ染色の応用が拡大される。

【おわりに】ギムザ標本による細胞診断のカギを握るのはいかに良好なギムザ染色標本が作製されるかにかかっている。

W5-2 標本作製時の pitfall から学ぶギムザ染色の精度管理

公立昭和病院臨床検査科¹⁾, 公立昭和病院病理診断科²⁾, 昭和大学医学部臨床病理診断学講座³⁾

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

【はじめに】細胞診におけるギムザ染色はパパニコロウ染色と並び最も広く利用されている一般的な染色法である。当院では造血器腫瘍のみならず体腔液や頭頸部領域の検体増加により、その応用範囲は拡大してきた。しかし、染色標本作製の過程において、様々な条件により染色性に変化をきたす場合がある。

【ギムザ染色の原理と応用】ギムザ液には塩基性色素（メチレンブルー、アズールB）と酸性色素（エオシン）がメタノール・グリセリン混合液に溶解し、水ないしリン酸緩衝液へ添加されると塩基性色素は正（+）に、また酸性色素は負（-）にイオン化する。ギムザ液の色素成分のアズールBは、色素本来の青色とは異なる紫色に発色する異染性の特性を有し、間質性粘液などがその代表例である。染色性の濃淡は、細胞成分と色素の化学的親和性が関与し、細胞内に色素と親和性のない成分が多い場合は白く抜けて観察され、イオン結合が染色に最も大きく関与する。さらに色素のメタノール溶液であるメイ液とライト液原液を用いた固定・重染色では細胞質内顆粒成分へ塩基性色素が親和し染色されることにより、多くの情報を得ることが可能になる。

【染色結果に及ぼす要因】1. 検体塗抹、2. 固定処理、3. 染色液と緩衝液の調整、4. 染色時間、5. 染色後の水洗、6. 乾燥など、種々の条件が染色結果に及ぼす要因として挙げられる。

【まとめ】ギムザ染色は染色工程の少ない染色法ではあるが、単純な染色法である故に精度管理が重要である。今回われわれは、標本作製時の pitfall を拾い上げ、より安定した染色性を得るために日常の精度管理のポイントについて報告する。

W5-3 体腔液検体へのギムザ染色の有用性ならびに pitfall

北海道大学病院病理部

○丸川活司(CT), 松野吉宏(MD)

【はじめに】体腔液細胞診においては、他の領域にもまして適切な塗抹標本作製が判定精度を左右する。塗抹後に乾燥固定を用いるギムザ染色には、迅速な湿固定操作が必須となるパパニコロウ染色に比べて細胞剥離が少ないため、特に迅速細胞診に有用である。また、ギムザ染色では風乾によって細胞が大きくなることから、核網や細胞質内の所見など細胞内形態の詳細な観察に威力を発揮し、加えてこの染色の特徴でもある異染性の所見を利用することにより、細胞性格をふまえた原発巣の推定や良悪性の判定にも有用な染色法である。今回はギムザ染色による体腔液細胞診の自験例をまじえて疾患鑑別ポイントを紹介するとともに、体腔液塗抹標本作製時の pitfall についても報告する。

【体腔液のギムザ染色】ギムザ染色は細胞質の好酸性、好塩基性を明瞭に鑑別することができ、細胞質の微細顆粒や辺縁の微細構造の詳細な観察に有用である。特にパパニコロウ染色で鑑別の難しい好酸球や中皮細胞、組織球は、細胞質の塩基性所見、核形、核網のパターン、好酸性顆粒が有用な情報となる。また、悪性細胞では細胞質に特徴的な所見を有するものが多く、空胞や異染性の偽線毛を有する腺癌、灰青色の細胞質が特徴である扁平上皮癌などがある。さらに、細胞質辺縁に特徴的な形態所見を有するものの代表のひとつとしては中皮腫があり、hump 様細胞質突起や細胞相接、collagenous stroma などが観察できる。一方、体腔液の塗抹標本作製には引きガラス法や自動遠心塗抹法など様々な手法が用いられることから、細胞所見を評価する際には、こうした塗抹手技や風乾による細胞形態の変化特性をよく理解し、常に慎重な態度で観察しなければならない。

W5-4 液状検体および穿刺吸引検体を主体としたロ マノウスキー染色の有用性と pitfall

川崎医科大学附属病院中央検査部¹⁾, 川崎医科大学附属
川崎病院中央検査部²⁾

○大倉 貢(CT)^{1,2)}

ライト染色, ギムザ染色, メイグリユンワルド・ギムザ染色といった染色方法は, メチレンブルーの酸化作用によって得られるアズールA・B・C, チオニンといった青～青紫色の多染性が得られるロマノウスキー効果によって種々の物質を染め分ける事が可能であり, ロマノウスキー効果の得られる染色法の総称をロマノウスキー染色という。これらの染色法は造血器系疾患の診断には必須であり, 末梢血液・骨髓塗抹標本における造血器系細胞の核や顆粒および空胞の観察に適している。細胞診領域では脳脊髄液や胸・腹水といった細胞剥離しやすい液状検体や穿刺吸引採取された検体における使用が多い。本ワークショップでは, 液状検体および穿刺吸引採取時の検体を主体にパパニコロウ染色とロマノウスキー染色とを対比させ, それぞれの染色における特徴を提示し有用性と pitfall について考えてみたい。また骨髄異形成症候群における異形成とその判定に関わる細胞異型についても解説する予定である。

◇ワークショップ6

記述式子宮内膜細胞診報告様式における内膜異型細胞 (ATEC) の細胞像と臨床的取扱い

W6-1 内膜異型細胞 (ATEC) と判定した細胞像と臨床的取扱い

がん研究会有明病院細胞診断部¹⁾, がん研究会有明病院
婦人科²⁾, がん研究会がん研究所病理部³⁾

○杉山裕子(MD)^{1,2)}, 伊藤崇彦(CT)¹⁾, 山田麻里沙(CT)¹⁾,
鈴木奈緒子(CT)¹⁾, 池畑浩一(CT)¹⁾, 星 利良(CT)¹⁾,
藤山淳三(CT)¹⁾, 古田則行(CT)¹⁾, 小松京子(CT)¹⁾,
宇津木久仁子(MD)^{1,2)}, 竹島信宏(MD)^{1,2)},
荷見勝彦(MD)^{1,2)}, 高澤 豊(MD)³⁾

内膜細胞診の結果は, 子宮体癌取扱い規約上, 陰性, 疑陽性, 陽性と報告し, 疑陽性は異型細胞を認めるが悪性の確定ができないものと規定されている。また, その臨床的取扱いは, 「内膜細胞診異常ありと判定された場合は, 内膜組織検査によって確定診断を行う (婦人科ガイドライン 2014)」と記載されている。しかし, 陰性とも陽性とも断定できないものが疑陽性と判定される場合が多いため, その全てに, 組織検査が施行されると, 不必要な精密検査が行われることが懸念される。平成20年度日本臨床細胞学会班研究として行われた記述式子宮内膜細胞診報告様式では, ベセスダ2001の頸部のASCに準拠して, 内膜異型細胞 (Atypical endometrial cells: ATEC) が設定された。従来疑陽性と判定された例が, ATECに含まれることになるが, 一定の割合を超えて判定されないように, 数的制限が設定されている。また, ATECは, 臨床的対応上 ATEC-US (ATEC, of undetermined significance): 3ヶ月以内の細胞診再検または内膜組織検査と, ATEC-A (ATEC, cannot exclude atypical endometrial hyperplasia or more): 直ちに内膜組織検査と2つに細分類され, 不必要な精密検査が行われないように工夫されている。しかし, 現状では, ATECに関するエビデンスが少ないため, 臨床的取扱いが妥当かどうかの評価がされていない。今回は当院婦人科にて採取された内膜細胞診上 ATEC と判定された内膜細胞像と組織診断を検討し, その臨床的取扱いに関して検討する。

W6-2 二次医療機関における、内膜異型細胞 (ATEC) の臨床像と取扱いに関する検討

神奈川県立がんセンター婦人科

○近内勝幸(MD), 今井一章(MD), 中西一步(MD),
八代川野藍子(MD), 井浦文香(MD), 小野瀬亮(MD),
加藤久盛(MD)

【目的】子宮内膜細胞診で従来の判定法で疑陽性とされた症例を解析し、内膜異型細胞 (ATEC) と判断された症例の臨床像及び取扱いを検討する。

【対象】2011年4月～2014年12月に当施設を初回受診した2128症例のうち、子宮内膜病変を疑われ、ATECと判断された25症例。

【方法】1) 報告書からATEC (ATEC-US, ATEC-A), 内膜増殖症, 異型内膜増殖症に細分類し, 2) ATEC症例の組織診断, 3) ATEC症例の経腔超音波による子宮内膜厚測定, ホルモン製剤の使用の有無を調査した。

【結果】1) ATEC-USは6症例, ATEC-Aは19症例であった。2) 細胞診と組織診が同時に行われなかった3症例を除外すると, ATEC-USは5症例であった。3症例から同時あるいは後に組織で悪性が検出されたものの, その内膜細胞診標本は炎症所見が著しく, 不適性検体と考えられた。ATEC-Aは17症例あり, 14症例から同時あるいは後に, 組織診で悪性が検出された。3) 平均内膜厚および, ホルモン製剤が使用されていた症例数はそれぞれATEC-USで22mm, 0症例, ATEC-Aは16mm, 1症例であった。

【考察】ATEC-Aについては悪性病変を高率に含んでおり, 組織診は必要であると考えられる。ATEC-USは不適性標本を除けば, 悪性病変を除外できる可能性があるものの, 症例数が少なく更なる症例の蓄積が必要である。ATEC-US, ATEC-Aの両者で子宮内膜厚に有意な差は認められず, ホルモン製剤使用の関連性も明らかではなかった。最後に, 当施設はがん専門病院であることから, 一次医療機関における頻度, 分布とは異なる可能性があることを付け加えておく。

W6-3 液状化検体細胞診 (LBC) における診断精度と内膜異型細胞 (ATEC) の細胞像の検討

東京女子医科大学産婦人科学講座¹⁾, 東京女子医科大学病院病理診断科²⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科³⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院婦人科⁴⁾

○花田 梓(CT)¹⁾, 平井康夫(MD)¹⁾, 木村祐子(CT)¹⁾,
岡田薫子(CT)¹⁾, 広兼春美(CT)¹⁾, 徳田美由紀(CT)¹⁾,
深川富美子(MD)¹⁾, 蔵本吾郎(MD)¹⁾, 秋澤叔香(MD)¹⁾,
木原真紀(MD)¹⁾, 石谷 健(MD)¹⁾, 長嶋洋治(MD)²⁾,
則松良明(CT)³⁾, 矢納研二(MD)⁴⁾, 松井英雄(MD)¹⁾

【目的】記述式子宮内膜細胞診報告様式において内膜異型細胞 (Atypical endometrial cells, ATEC) と判定される背景には, 細胞集塊数が稀少な不適正検体が含まれているため, 臨床的取扱い指針の最大根拠となる診断精度に影響する可能性がある。我々は検体中の細胞集塊数を重視して, 第53回の本大会では子宮内膜細胞診LBC法における新たな検体適正基準案を提唱した。今回は, 子宮内膜細胞診LBC法で新基準案を適用した場合の診断精度と, ATECと判定した症例における細胞像の特徴について検討した。

【方法】子宮内膜細胞診 (直接塗抹および SurePath™ の split-sample) と子宮内膜組織診を施行し, 新基準案を適用して不適正検体を除外した929例を対象とした。ただし, 不適正検体に異型細胞が存在した場合は判定を行い対象に含めた。Osaki Study Group 式内膜細胞診判定様式を用いて判定し, ATECとした症例の組織診との比較及び細胞像を検証した。

【結果】診断精度は, 感度95.1%, 特異度99.1%, 陽性的中率90.6%, 陰性的中率99.5%であった。ATEC-Aでは74.1% (20/27) が子宮内膜異型増殖症および悪性腫瘍であったのに対し, ATEC-USでは0.7% (1/142) であった。細胞像では, 化生性変化を伴い核重積性が3層未満の場合をATEC-US, 3層以上の場合をATEC-Aとする傾向があった。

【結論】子宮内膜細胞診LBC法の診断精度は, ATECと判定された細胞集塊数が稀少な不適正検体を含む場合においても高値を示した。ATEC-A症例では, 内膜生検の必要性和核重積について着目した判定項目の有用性が確認された。ATEC-US症例では, 経過観察を推奨する定義の妥当性が示されたが, 免疫細胞化学染色などによる追加検査の検討も加えてのさらなる精度向上が望まれる。

W6-4 Type II 子宮体癌における異型細胞の細胞像と臨床的取扱い

奈良県総合医療センター産婦人科¹⁾, 同 中央検査部²⁾

○豊田進司(MD)¹⁾, 神田蘭香(MD)¹⁾, 杉浦 敦(MD)¹⁾,
井谷嘉男(MD)¹⁾, 辻野秀夫(CT)²⁾, 中村幸子(CT)²⁾,
喜多恒和(MD)¹⁾

記述式子宮内膜細胞診報告様式における内膜異型細胞 (ATEC) は主に Type I 子宮体癌での異型細胞を想定する。しかし近年漿液性癌や明細胞性癌を含む Type II 子宮体癌の罹患者の増加とその強い悪性度から今後は Type II 子宮体癌における異型細胞に対しても評価が必要である。今回我々は漿液性癌、明細胞性癌の異型細胞について主として漿液性癌の早期病変である漿液性子宮内膜上皮内癌 (serous endometrial intraepithelial carcinoma, 以下 SEIC) の本邦症例と明細胞性癌は文献的に検討し Type II 子宮体癌の異型細胞の臨床的取扱いを報告する。SEIC は子宮体癌取扱い規約で「間質浸潤はみられないが、漿液性腺癌を構成する細胞と同様な異型細胞が増殖する腫瘍」と記載されている。本邦で 2013 年までに報告された SEIC の 30 例における臨床的特徴は 1) 高齢者で癌検診での発見, 2) 内膜ポリープを認め、内膜肥厚を欠き、内膜生検で悪性診断が得にくい, 3) 手術進行期は I 期が多いが腹腔内再発例も認め 5 年生存率が約 80% と予後不良, などである。また SEIC の内膜細胞像の特徴は 1) 著明な核異型と、比較的軽度な細胞重積性, 2) 散在性小集塊で、背景は明瞭, 3) 萎縮内膜を伴うことが多い, などである。SEIC の前駆体である子宮内膜異形成 (endometrial glandular dysplasia, EmGD) の報告が散見され検出に p53 免疫染色が必須であり液状化検体での検索が望ましい。明細胞性癌の異型細胞は近年 clear cell-EIC (Moid, 2004) や clear cell-EmGD (Fadare, 2008) が提唱されいづれも p53 免疫染色の重要性が強調されている。このような臨床的、細胞像的特徴を考慮し Type II 子宮体癌における異型細胞を診断することが肝要である。そして ATEC の判定区分に Type II の異型細胞が含まれる可能性を考察する。

W6-5 内膜異型細胞との鑑別が必要な Type II 子宮体癌 (serous EIC を含む漿液癌, 明細胞癌)

大阪医科大学病理学教室

○山田隆司(MD)

子宮内膜細胞診の標準化における、記述式子宮内膜細胞診報告システムの重要性が高まっている。中でも、子宮内膜細胞診で疑陽性と判定される領域の解明が課題の一つであり、内膜異型細胞 (ATEC: ATEC-US, ATEC-A) の判定が導入されようとしている。一方で内膜癌の中では、漿液性癌や明細胞癌は予後不良なことから、術前細胞診で組織型が判別できれば理想である。そこで、子宮内膜病変を疑われ、内膜細胞診、内膜組織診が行われた症例の中で、組織型が Type II 子宮体癌 (serous EIC を含む漿液癌, 明細胞癌) であったものが、内膜細胞診で組織型の推定が可能であったか、また内膜異型細胞 (ATEC: ATEC-US, ATEC-A) の判定に入る可能性などについての検討を行った。細胞診は直接塗抹標本 (エンドサイトによる内膜細胞診もしくは内膜捺印細胞診) を用いた。2005 年から 2014 年までの 10 年間に当院で手術が施行された子宮内膜癌の症例は 430 例で、漿液性癌は 27 例 (6.3%)、明細胞癌は 14 例 (3.3%) だった。漿液性癌と明細胞癌の診断は、組織上では鑑別は比較的容易であるが、細胞診では細胞異型が強いことや乳頭状であることが特徴であることから両者の鑑別は難しかった。乳頭状の形態が明瞭でない場合は、類内膜癌 G3 との鑑別も難しかった。細胞診において、Type II 子宮体癌は核異型が強いことから、内膜異型細胞 (ATEC: ATEC-US, ATEC-A) に判定されてしまう可能性は低いと思われたが、組織型推定では、類内膜癌 G3・漿液性癌、明細胞癌の鑑別は難しいと思われた。

◇ワークショップ7

細胞診と免疫染色

W7-1 細胞診における免疫染色：技術的工夫

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

○望月紀英(CT)¹⁾, 加戸伸明(CT)¹⁾, 芹澤昭彦(CT)¹⁾, 宮嶋葉子(CT)¹⁾, 伊藤 仁(CT)¹⁾, 町田知久(CT)²⁾, 平林健一(MD)³⁾, 井野元智恵(MD)³⁾, 梶原 博(MD)³⁾, 中村直哉(MD)³⁾

細胞診における免疫染色は、形態学的情報に客観性を付与し、現在では必要不可欠な技法として施行されている。また、治療薬選択に関わるコンパニオン診断に必要な免疫染色を依頼されることもある。しかしながら、細胞診の免疫染色は、組織標本と固定法や標本作製過程が異なるため、組織標本での免疫染色とは異なる配慮が必要となる。たとえばTTF-1を染色する場合、組織標本と同一条件下で細胞標本を染色すると、本来の局在である腫瘍細胞の核だけでなく細胞質にも発現し、非特異的な染色性が認められる。したがって、組織標本とは異なる染色条件を検討する必要があるが、実際の染色では陽性コントロール切片を用いることが多く、細胞標本での至適条件を検討することは難しい。そこで我々は、培養細胞株の応用を検討している。培養細胞株を用いて至適条件を決定し、陽性コントロールとして用いることにより、細胞診における免疫染色の精度管理を図れると考えている。さらに、一般的に用手法で行っている細胞診の免疫染色に自動免疫染色装置を導入することにより、染色結果の差異をなくし、再現性を担保することができる。しかし実際には、細胞標本は細胞重積があるため自動免疫染色装置で染色した際に染色ムラを生じ、正確な判定が困難になることが多い。そこでLBC法の応用により、均一な細胞塗抹を可能としmonolayerの標本が得られ、染色ムラの問題は解消される。さらに、LBC法は背景の赤血球やタンパク物質が除去され、目的とする腫瘍細胞の染色態度を明確に認識できる利点も有する。本ワークショップでは、自動免疫染色装置やLBC法を応用した場合の有用性など、当院における免疫染色の技術的工夫を紹介する。

W7-2 術中迅速診断における細胞診免疫染色の有用性について

獨協医科大学越谷病院病理診断科

○岡村卓哉(CT), 古谷津純一(CT), 上田善彦(MD)

【はじめに】術中迅速病理組織診断は、切除範囲や治療方針を決定する際の重要な役割を担っている。当院では、組織のHE染色に加え、捺印細胞診もしくは圧挫細胞診標本のPapanicolaou(以下Pap.)染色標本作製し、併せて評価している。多くの症例においては、HE染色とPap.染色標本で診断は可能であるが、ときに判定に苦慮する場面もある。また、術中の胸腔・腹腔洗浄細胞診では、腫瘍細胞の有無が予後因子の一つとして臨床病期に関与するため、確実に診断することが重要である。それらの対応策として、免疫染色の活用が期待される。しかしながら、通常免疫染色を行うには最短でも1~2時間を必要とし、時間に制約のある術中迅速診断に使用するのは困難であった。今回我々は、細胞診標本を用いた免疫染色の迅速化を検討したので報告する。

【方法】術中迅速診断に提出されたリンパ節検体の残余を用いて捺印標本作製し、固定法、一次抗体・二次抗体の反応時間や、抗体の濃度等の条件を検討した。また、これにより導いた最適な条件で、体腔の術中洗浄液をはじめとした種々の材料を使用し、診断への有用性の検討を行った。

【結果】標本の固定法や、抗体濃度を最適化することにより、一次抗体および二次抗体の反応時間を3~5分程度に短縮でき、染色の全工程は20分程度で完了する。診断への有用性は、今後さらなる検討を加え報告する。

【考察】本検討では、免疫染色に要する時間を短縮することができた。これにより術中迅速診断の補助として活用することができ、より精度の高い術中迅速診断が可能となると考える。

W7-3 細胞診検体の診断に有用な新規マーカー

神戸大学医学部附属病院病理部¹⁾, 先端組織染色センター²⁾, 神戸大学医学部附属病院病理部病理診断科³⁾

○柳田絵美衣(CT)^{1,2)}, 遠藤亮和(CT)^{1,2)},
山田 寛(CT)^{1,2)}, 廣尾真奈(CT)^{1,2)}, 塚本龍子(CT)^{1,2)},
原 重雄(MD)³⁾, 伊藤智雄(MD)^{2,3)}

現在, 免疫組織化学 Immunohistochemistry (IHC) は, 病理学診断において重要な役割を果たしている。日々, 新たな一次抗体が登場し, 様々な抗原の証明が可能となっている。それに加え, 昨今の検査・治療において, 患者の低侵襲・低負荷の検査や手術が重視されており, 細胞診検査の重要性が高まりつつある。そのため, 細胞診検査の依頼数も増加している。また, 術前・術中診断において, 腫瘍の組織型や浸潤の有無等が確認出来れば, 術式・治療方針・予後予測が可能となるため, 術前・術中の病理学的検査・診断は非常に重要となるのは明らかである。つまり, 採取時に患者の負担が少ない細胞診検体で, 早期に多くの情報を得ることは, 大きな価値と意味を持つ。そこで近年, 細胞診検体において特定の抗原を証明するなど, より多くの情報を得るための免疫細胞化学 Immunocytochemistry (ICC) が注目されてきている。しかし, 数ある一次抗体の中から, 適切な一次抗体を正しく選択し, 細胞診検体に応じた正しい染色をおこなうことが重要となってくる。そこで我々は, 細胞診検体を対象とした診断・判定に有用と思われる「新規マーカー」や, 以前から知られているマーカーの「意外な使い方・新たな情報」を中心として, 染色する上での注意点なども加えながら, 婦人科検体, 消化器科検体など, いくつかの症例を例に挙げ, 紹介する。

W7-4 細胞診検体を用いた FISH 解析

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

○郡司昌治(CT)¹⁾, 杉山知咲季(CT)¹⁾, 村上佳穂(CT)¹⁾,
山下比鶴(CT)¹⁾, 藤野雅彦(MD)¹⁾, 伊藤雅文(MD)²⁾

FISH 解析は 2000 年に HER2/neu-FISH 解析が病理分野に導入され, 現在では分子標的薬剤の感受性評価や病理細胞診断, Grade 分類の鑑別補助的診断に用いられている。FISH 解析は先天性, 造血器腫瘍の分野で主に行われ, 末梢血, 骨髄細胞のカルノア固定浮遊液が用いられる。病理分野の FISH 解析ではホルマリン固定したパラフィン切片標本, アルコール, メタノール固定した細胞診スメア標本が用いられる。病理検体の FISH 解析ではカルノア固定標本と異なり, 熱, 酵素を用いる前処理が必要である。細胞診材料の乾燥固定, メタノール固定標本は前処理なしでも FISH 解析は可能であるが, 95%アルコール固定標本は, 酵素処理なしではシグナルは安定せず, 酵素処理が必要である。LBC 標本も酵素処理を行うことにより, FISH 解析は可能である。Papanicolaou 染色, May-Grunwald Giemsa 染色された標本の FISH 解析は, 細胞像との対比に有効な方法である。Papanicolaou 染色は熱処理の過程で脱色され, May-Grunwald Giemsa 染色は熱処理前にカルノア液(酢酸 1:メタノール 3)で脱色した後に FISH 解析を行う。組織切片は連続切片を作成することにより, 腫瘍分布や細胞形態が把握できる。しかし, 細胞診材料は標本ごとに腫瘍分布が異なり, DAPI で染色された核所見のみでは正常細胞, 腫瘍細胞の鑑別に苦慮することもある。染色標本からの FISH 解析は未染標本では把握できない腫瘍分布や細胞形態が把握できるため染色標本からの FISH 解析は非常に有用な手法である。

◇ワークショップ 8

子宮頸がん検診の精度管理—細胞診, 採取器具, 標本作製—

W8-1 子宮頸部細胞診採取の実際

大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部¹⁾, 神戸常盤大学保健科学部医療検査学科²⁾, 京都府立医科大学産婦人科³⁾, 赤穂市民病院産婦人科⁴⁾, 誠仁会大久保病院婦人科⁵⁾

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

擦過細胞診による子宮頸がん検診は, 1)細胞の採取, 2)スライドガラスへの塗布, 3)染色過程, 4)細胞判定, 5)報告書作成の5つの作業段階を経て成立することから, 個々の作業段階でのエラー発生を抑制する管理が必要である。これらのうち, 3)~5)の過程は, 全ての細胞診業務の一環として, 本学会細胞診従事者資格認定ならびに細胞診実施施設認定により行われている。このようなプロセス管理上の重要な問題点として, 偽陰性例への対応があげられる。細胞診における偽陰性には, 1)~2)の過程での sampling error (採取ミス) と 4)~5)の過程での diagnostic error (誤判定) がある。細胞診における偽陰性を少しでも減らすためには, 適切な標本を提出するように努力しなければならない。標本採取方法も現在多岐にわたっており, 自己採取, 綿棒, ブラシ, ヘラなどの採取法の違いが判定の相違や sampling error の原因となっている。細胞診は頸部病変の診断ツールとして, 精度, 経済効率の両面からその有効性が広く認められている。しかし, 細胞診標本が不適切なものであれば, 癌の見落としが約6%発生するといわれている。一方, 昨今の頸がん検診の普及や予防活動の高まりにともなって, 細胞診検体数が今後さらに増加することが予測されている。効率的な頸がん検診を行うためには, 対象としてハイリスク HPV 陽性者に重点をおくことや, 細胞診の液状化による診断精度向上が急務の課題である。本講演では, 子宮頸部細胞診採取の現状と問題点について臨床現場での動画を供覧しながら具体的に解説する。

W8-2 子宮頸部細胞診の精度管理 (細胞診専門医の立場から) —不適正検体を中心に—

恵生会病院産婦人科¹⁾, 明和病院臨床検査科²⁾, 協同病理³⁾, 大久保病院婦人科⁴⁾, 大久保病院検査科細胞診断部⁵⁾

○内藤子来(MD)¹⁾, 脇本栄子(MD)¹⁾, 松林謙治(CT)²⁾, 鈴木由紀(CT)²⁾, 萩原勝美(CT)²⁾, 覚野綾子(MD)²⁾, 小川隆文(CT)³⁾, 圓井知江(CT)⁵⁾, 川越道夫(CT)⁵⁾, 小笠原利忠(MD)^{2,4,5)}

【はじめに】細胞診の精度管理は, 本学会より発表された「細胞診業務の精度管理ガイドラインに関する会告」に基づき運用されている。この会告には施設内に於ける「内部精度管理ガイドライン」と施設間に於ける「外部精度管理ガイドライン」が報告されているが, 主に病理細胞検査室内での精度管理に関することである。今回は細胞検体が検査室に到着するまでの精度管理として不適正検体に着目し, その実態を検討した。

【方法】2012年1月より2015年6月まで, 当院及び関連施設で採取された子宮頸部細胞診標本を用いた。細胞採取法は綿棒及びブラシ系器具を用い, 細胞標本は従来法で作製した。判定はTBSに準じ, 複数の細胞検査士・細胞診専門医によるダブルチェックを原則とした。

【結果】子宮頸部細胞診標本は25,757検体で不適正検体は47例(0.18%)であった。不適正検体:47例の年齢は23歳~90歳(平均55.1歳)であった。不適正理由は細胞数が基準に満たないもの38例(81%), 乾燥標本5例(11%), 細胞不明瞭4例(8%)であった。

【考察】各施設とも80%以上が綿棒採取にもかかわらず不適正検体が0.18%であった。不適正の理由として, 細胞数が基準以下であったものが81%を占めたが, これらの中には, 円柱上皮・頸管腺上皮が大部分で扁平上皮が少ないため不適正と判定したものの, 大部分が粘液成分のみの標本が含まれており, 細胞採取に際しては採取部位の設定も重要であると考えられる。臨床の現場として不適正標本を可能な限り減少させることが精度管理上肝要である。

W8-3 採取器具による異型細胞の検出率の比較

株式会社日本セルネット¹⁾, 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻²⁾, 長浜赤十字病院病理部³⁾, 滋賀医科大学地域周産期医療学講座⁴⁾

○加藤順子(PhD)¹⁾, 村社元美(CT)¹⁾, 西村令恵(CT)¹⁾, 村田健司(CT)¹⁾, 中澤孝夫(CT)¹⁾, 小林忠男(PhD)²⁾, 行岡直哉(MD)³⁾, 高橋健太郎(MD)⁴⁾, 天野 殖(MD)¹⁾

子宮頸がんは、高リスク HPV 持続感染が原因であることが明らかになった。子宮頸がんの発生を防ぐためには、子宮頸がん検診の受診率をアップすることが最重要課題であるが、同時に細胞診の精度向上を図る取り組みも必要である。

診断が日母分類からベセスダシステムへと改定がすすむ中で、細胞診の精度には、診断技術だけでなく採取器具の選別や塗抹方法といった標本作製や受診者の状態等様々な要因が関わっていることに気付いた。その中で特に採取器具については、鏡検に従事している細胞検査士であるからこそ感じてきたことも多い。例えば綿棒で採取された標本は見やすく短時間で処理できて疲労は少ないが、一方同時に提出された依頼書の所見から異型細胞が予想される場合この標本では不足であると感じることは、多くの検査士が経験してきた。

細胞検査士は、子宮頸がん検診の採取は綿棒以外の採取器具が望ましいと痛切に感じてきた。採取器具の選択に対し声を上げるために、実際のデータに基づいたエビデンスが必要と痛感し当施設のデータを分析した。今回のデータは2010年4月から9ヶ月間に京都の病診分として当施設に依頼された婦人科頸部細胞診直接塗標本29,680件を対象とし、使用採取器具の割合、採取器具別の移行帯細胞(頸管内膜細胞)の出現率とその年代別の比較、疑陽性と陽性細胞の検出率、頸管内膜細胞の出現の有無での異型細胞の検出率及び不適正標本の出現率について検討したものである。

このデータの結果について解説し、採取器具の選択と精度の高い標本には何が重要であるかについての考察を行なう。さらに当施設で最近経験した要精検率の変動に関する興味深い1症例を紹介する。

W8-4 子宮頸がん検診の精度管理—LBC 標本の適正判定—

金沢大学医薬保健研究域保健学系病態検査学講座

○尾崎 聡(PhD)

ここ半世紀の間、細胞診は子宮頸癌の罹患率・死亡率の減少に大きく貢献してきた。一方、低品質な標本が異型細胞検出率に悪影響を及ぼすことが明らかとなっても、細胞診の methodology が改良されることはなかった。この問題を解決すべく登場した LBC は標本品質向上に効果を上げ、欧米を中心に広く利用されるに至った。メタアナリシスでは HSIL+ 検出率において従来法とは差がないことが示されたが、不適正判定率が減少することが明らかにされた。本学会においても以前より、LBC の技術的・経済的な特性に対する様々な報告がなされ、その情報は浸透しており、導入施設も年々増加している現状にある。標本作製の標準化も含めた検査精度管理における LBC の利用意義は高く、今後は科学的根拠に基づいた精度管理法の確立と実施が必須になると考える。

不適正判定理由に関して言えば、LBC の導入により過剰な血液・炎症細胞の存在や固定不良等の問題は一気に解決されたが、細胞数過少が主要原因として相対的にクローズアップされてきた。ベセスダシステム 2001 では標本上に 5,000 個以上の扁平上皮細胞があれば適正と評価する旨が記載されているが、細胞数の計測法が明らかではなく信頼性に欠けるうえ、細胞数が異型細胞検出率に与える影響についての検証がなされておらず、根拠に乏しい指標であることは否めない。また、世界的に広く用いられる SurePath と ThinPrep という、見た目も原理も全く異なる 2 大 LBC を同一基準で評価してよいのかという疑問も残る。

本セッションでは適正標本についての話を中心に、LBC 時代を迎えた子宮頸部がん検診における標本精度管理のあり方について述べたい。

◇ヤングコミッティー ワークショップ

LBC 標本導入後の変化と工夫

YC-1 LBC 導入後の変化と工夫—婦人科材料：子宮頸部検体の腺上皮病変陽性例を中心に—

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

○龍あゆみ(CT)¹⁾, 竹中明美(CT)²⁾, 芦村純一(CT)¹⁾, 長田盛典(MD)²⁾, 富田裕彦(MD)²⁾

【はじめに】当院は2014年4月より液状化検体細胞診(liquid based cytology [LBC]) システム Cellprep[®]を導入した。移行に伴う診断精度の低下が懸念されたため、婦人科初診患者については従来法を併用しながら運用を開始し、現在に至っている。子宮頸部検体における腺上皮病変のLBCでの診断と実用での工夫について報告する。

【対象と方法】2014年4月から2015年3月までの子宮頸部細胞診総件数5457件中、腺系異型細胞は78件で指摘された。そのうち子宮頸部円錐切除以上の外科治療を施行された50件(細胞診判定：腺癌32件, AIS2件, AGC16件)を対象とした。従来法との併用は42件, LBCのみは8件であった。最終的な病理組織診断は頸部[腺癌10件, 上皮内腺癌7件, 扁平上皮癌1件, 高異型度扁平上皮内病変6件], 体癌21件, 卵巣癌3件, 卵管癌1件, 所見なし1件であった。LBCの細胞像を検討し、併用とLBCのみの診断成績を比較した。

【結果】従来法と比較した場合、Cellprep[®]では腺系異型細胞個々のサイズは大きく、平面的に観察された。一方、細胞集塊は断片化され、細胞境界は不明瞭であった。核の染色性は淡く核縁は薄いものの、クロマチン網は明瞭であった。LBCで腺系異型細胞を同定するにはクロマチン、細胞の配列・極性を詳細に観察する必要があると考えられた。核の淡染によるスクリーニングの困難さを解消するため、核の染色時間は従来法より長く設定した。体部・卵巣・卵管原発を含む腺癌の陽性適中率はLBCと従来法の併用で35/42件(83%), LBCのみでは7/8件(88%)であった。

【結語】LBC導入後も子宮頸部検体における腺上皮病変陽性の正診率に大きな違いはなかった。LBCに特徴的な細胞所見を加味することで腺癌の判定は十分可能であると考えられた。

YC-2 尿検体における Liquid based cytology (LBC) の導入に向けて—出現細胞数と細胞像を中心に—

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

○加藤麻衣(CT), 横田裕香(CT), 内山 勲(CT), 保地 讓(CT), 奥野高裕(MD), 福島裕子(MD), 井上 健(MD)

【はじめに】現在当施設の尿検体は、遠心後上清を捨て沈渣に固定液(ポリエチレングリコール加95%エタノール)を加え、再度遠心し塗抹を行う集細胞法で標本作成を行っている。平成27年4月より婦人科子宮頸部・頸部の標本作製にLBC法を導入したことを契機に、尿検体にも応用すべく検討を行った。

【対象・方法】自然尿およびカテーテル尿、膀胱洗浄液などの尿細胞診検体について、以下の方法にて標本作成した。1、遠心後の沈渣を塗抹し固定液に入れる。2、遠心後の沈渣に固定液を加え、再度遠心し沈渣を塗抹する。(従来法)3、遠心後の沈渣にLBC固定液(ライセンス液：ロシュダイアグノスティック社)を加える。4、遠心せずに尿を全量LBC固定液に加える。尿の量はいずれも10mlとした。それぞれの標本の出現細胞数を10倍で3視野数え、細胞像についても比較した。

【結果・結語】2(従来法)では塗抹後固定液に入れる必要がないため、細胞の剥離が少なく、十分量の細胞が観察できる。しかし高濃度のアルコールにて細胞を固定しているため細胞の収縮が大きく、全体的に細胞が小型に見えるため、他の直接塗抹法で作成した標本と見方を変える必要がある。また1, 2ともに検体処理の際に遠心後スピッツを反転させ、十分に水分を切らなければ細胞量の少ない標本になるなど、手技によって標本の作製に差ができてしまう問題点があった。一方3, 4では十分な細胞量が得られ、手技による技師間の差も見られなかった。また2に比して細胞変性はあまり目立たないと思われた。本会ではさらに詳細に検討を加え報告する。

YC-3 甲状腺細胞診におけるLBC併用の有用性

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

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

近年, 容易かつ満足できる水準での塗抹・固定操作が可能な液状化検体細胞診(liquid-based cytology; LBC)が普及しつつある。現在, 甲状腺領域ではLBCを採用している施設は未だ少ないが, 制限はあるものの, LBC加算が保険収載されたのを機に, 今後普及に拍車がかかると予測される。

当院では, 2012年より塗抹後の穿刺針洗浄液を用いたLBCの併用を開始し, その有用性について検討してきた。LBC検体は, 全ての症例に対して作製しているわけではなく, 主に通常塗抹標本作製時に細胞量が少ないと穿刺医が判断した症例に対して作製している。その結果, 不適正率は減少し, 穿刺回数の減少にもつながることが期待された。

また, 免疫細胞化学染色が有用な病変が臨床的に疑われる症例にも, LBC検体を作製している。以前は細胞転写法を用いて通常塗抹標本から免疫細胞化学染色を行っていたため, 時間と手間がかかっていたが, LBCでは一つの検体から複数枚の標本作製することが可能であり, 格段に早く・容易に免疫染色ができるようになった。その上, 背景のコロイドや赤血球の消失によって非特異反応が減少することから, より明瞭な染色結果が得られるようになった。

今回の発表では, 当院における3年間の経験をもとに, 甲状腺領域におけるLBCの実際と有用性について報告する。

YC-4 口腔領域へのLBCの応用

飯塚病院中央検査部¹⁾, 飯塚病院病理科²⁾

○上原俊貴(CT)¹⁾, 川嶋大輔(CT)¹⁾, 松島優子(CT)¹⁾, 金谷直哉(CT)¹⁾, 下代清香(CT)¹⁾, 井上佳奈子(CT)¹⁾, 桑岡 勲(CT)¹⁾, 大屋正文(MD)²⁾

【はじめに】近年では口腔癌に対する細胞診の有用性の認識が高まり, その需要が拡大している。しかし, 口腔領域の悪性腫瘍の大部分を占める高分化扁平上皮癌では, 粘膜表層の角化亢進のため細胞採取量が少ないなど診断に苦慮することがある。そこでこのような問題点を解決するために直接塗抹法と併用してLBC法(TACAS)を使用し, 両者の細胞所見について比較を行った。

【結果】直接塗抹法では乾燥による核クロマチンや角化の程度の不明瞭化, 出血によるマスキング等により判定に影響を与える症例もあったが, LBC標本では乾燥標本はほとんどみられず, 核クロマチンや角化の程度の把握がしやすくなり, 溶血剤により背景も見やすくなった。また, 扁平上皮癌の診断に有用とされる癌真珠や深層型異型細胞もLBC標本の方に出現しやすい傾向が認められた。

【考察】一般的にLBC法の利点として「乾燥標本の減少」や「背景所見の減弱」が挙げられるが, 口腔領域へLBC法を応用した場合でも同様の効果が得られた。また「塗抹範囲が狭い」という利点も相まって, 鏡検における細胞検査士の負担は軽減されるものと考えられる。さらに, LBC法で癌真珠や深層型異型細胞が多く見られる傾向を認め, 「細胞回収率が高い」事に由来する結果と考えられた。ただし, デメリットとしてコストの増加が挙げられる。

【まとめ】直接塗抹法と比較しLBC法では多くの利点があり, 口腔領域の細胞診断において有用と思われる。しかし実際の導入に際しては, コストの増加などデメリットも考慮した上での検討が必要と思われる。

◇地域推薦演題 1 乳腺・泌尿器

地域 1-1 乳腺穿刺吸引細胞診鑑別困難例の細胞像と組織像の対比検討

弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾

○諸橋聡子(MD)¹⁾, 刀稱亀代志(CT)²⁾, 吉澤忠司(MD)¹⁾, 平井秀明(MD)¹⁾, 羽賀敏博(MD)¹⁾, 黒瀬 颯(MD)¹⁾, 鬼島 宏(MD)¹⁾

乳腺細胞診における「鑑別困難」例は、「良・悪性の細胞判定が困難な病変」と定められ、乳頭状病変、上皮増殖病変、上皮・結合組織増生病変などが本区分に含まれる。これらの病変は組織学的にも良・悪性鑑別がしばしば問題とされるが、細胞診においてもほぼ同様の課題が存在する。今回、2009年1月から2014年11月まで、当院にて鑑別困難と判定された45病変中、組織学的検索や臨床情報が得られた37病変について解析を行った。細胞出現形態および細胞異型などを含む細胞学的特徴を再検討したところ、鑑別困難と診断された症例のうち、良性病変が10症例、悪性病変が26症例であった。細胞の出現形式では、良性病変では、小集塊(50%)、乳頭状(40%)、シート状(30%)であり、悪性病変では、小集塊(38%)、孤立散在(27%)、乳頭状(27%)であった。細胞の核の所見は、良性病変と悪性病変とで類似しており、小型・核クロマチンの増量があり・N/C比が高い・核腫大ありなどの記載が多く見られた。鑑別困難と診断された、個々の症例の細胞像と組織像を提示する。どのような病変が鑑別困難になっているか、細胞像と組織像を対比させることで、鑑別困難例の理解を深め、さらには、鑑別困難例を少なくすることが可能であると思われる。

地域 1-2 当院における乳腺細胞診「鑑別困難例」の検討

大崎市民病院臨床検査部¹⁾, 大崎市民病院病理診断科²⁾

○戸村弘樹(CT)¹⁾, 本谷友紀(CT)¹⁾, 大崎美千子(CT)¹⁾, 高野託顧(CT)¹⁾, 坂元和宏(MD)²⁾

【はじめに】今日の乳癌診断において、乳腺細胞診が依然重要な手段であることは言うまでもない。当院の乳癌症例の統計では、乳腺切除例の34%は乳腺細胞診のみで手術が行われており、それが裏付けられている。しかし、当院では2012年1月から2014年7月までの乳腺細胞診適正標本740例において、「鑑別困難」例は20%(148例)もあり、乳癌取扱い規約の目標値である10%を上まわっており改善が望まれた。

【目的】今回我々は、当院における乳腺細胞診精度向上を目的に、「鑑別困難例」の検討を行った

【方法】1. 当院で2013年1月から2014年7月まで施行された乳腺細胞診504例のうち、組織診で確認された148例において解析した。2. 解析によって得られた結果から、「鑑別困難例判定基準」を作成、2014年8月から2015年3月までこれを用い診断した乳腺細胞診118例において、「鑑別困難例」が低減されたか検討した。

【結果】1. 鑑別困難と判定された症例の細胞像は、多数の孤立性細胞、核異型の弱い増殖性の強い細胞集塊、小型細胞の重積集塊、アポクリン化生細胞の大型集塊であった。2. 従来の細胞診判定基準では、鑑別困難例は20%あったが、「鑑別困難例判定基準」を用いてからの鑑別困難例は1%と低減した。

【まとめ】1. 検討の結果得られた「鑑別困難症例用乳腺細胞診判定基準」によって判定を試みたところ、鑑別困難症例は低減し、有用であることが示唆された。2. このような試みは自施設の乳腺細胞診精度向上に不可欠であるが、乳腺細胞診には一定の割合で「鑑別困難」例が出現するため、臨床とのコミュニケーションは重要であり、積極的に生検を依頼することも重要であると考えられる。

地域 1-3 乳癌(当院症例)の年齢階層別臨床病理学的検討および細胞診実施状況

山形市立病院済生館¹⁾, 山形県立保健医療大学²⁾

○矢矧みどり(CT)¹⁾, 居鶴一彦(CT)¹⁾, 長岡純二(MT)¹⁾,
 冨田耕一(CT)¹⁾, 前田邦彦(MD)²⁾

【目的】当院における年齢階層別乳癌特性と細胞診実施状況について検討した。

【対象・方法】2003年から2012年までに組織診にて原発性乳癌とされた430例(21-97歳)を, I群(45歳未満41例), II群(45歳から54歳89例), III群(55歳から64歳86例), IV群(65歳から74歳96例), V群(75歳以上118例)に分け, 病理学的TNM分類, 組織型, 浸潤性乳管癌分類, 核grade(NG), Ki-67score, ER, PgR, HER2, IHC法による代替的intrinsic subtypeについて比較した。

【結果】年齢分布ピークが70歳代後半と, 全国の報告よりも高齢であった。pN因子はV群(N0 70.9%)でリンパ節転移が少なかった。pMについて, M1は稀であったが, High stageのため手術適応外であった症例がIII群(7.1%)で多かった。硬癌は, III群(69.6%)で多く, V群(58.6%)で少なかった。NG3もまたIII群(29.1%)で多くV群(16.9%)で少なかった。Ki-67scoreが30%以上の症例は若齢群ほど多く, 14%未満の症例はV群(47.5%)が最も多かった。ER陽性乳癌はIII群(69.8%)が少なく, PgRについても同様の傾向であった。HER2陽性(3+)乳癌はII群(19.1%)とIII群(15.1%)で多かった。IHC法による代替的intrinsic subtype分類で, luminal A癌の割合はI群(19.5%)が少なくV群(42.4%)で多かった。I群はluminal B(HER2-)型(48.8%)とtriple negative(basal like)型(22.0%)が他群よりも多かった。組織診にて原発性乳癌とされた430例中細胞診実施は377症例, 悪性の疑い以上96.0%, 鑑別困難症例2.9%, 良性(偽陰性)1.1%であった。

【結論】I群は, luminal B型, triple negative(basal like)型の割合が他群より多かった。III群は, 閉経後乳癌と考えられるIII・IV・V群で最も生物学的悪性度が高く, 全年齢群でV群が最も生物学的悪性度が低いと考えられた。

地域 1-4 細胞診における浸潤性小葉癌の Grading の試み

市立砺波総合病院臨床病理科¹⁾, 市立砺波総合病院病理診断科²⁾

○石倉宗浩(CT)¹⁾, 寺畑信太郎(MD)²⁾,
 奥野のり子(MD)²⁾, 三井由紀子(CT)¹⁾,
 福田弘幸(CT)¹⁾, 蟹谷智勝(CT)¹⁾

【はじめに】浸潤性小葉癌は全乳癌の5~15%とされ, 浸潤性乳管癌に次ぐ発生率であり, 本邦では増加傾向である。浸潤性乳管癌にはgrade分類が記載されているが, 浸潤性小葉癌のgrade分類は無いのが現状である。今回我々は, 浸潤性小葉癌について組織結果を踏まえて, 細胞診によるgrade分類が可能かどうかを検討したので報告する。

【対象と方法】当院において過去7年間に浸潤性小葉癌粗診断され, また細胞採取された10症例を用いた。症例は10例で, 1例の多形型を含む。残る9例の内リンパ節転移が1例に認められた。判定細胞は, 筋上皮の付着していない小集塊, 孤在細胞で行った。判定項目は, クロマチン性状, クロマチン分布, 核の大小不同, 核型, N/C比, 核小体, 核の位置の4項目について検討した。

【結果】多形型以外のうち4例では, 細顆粒~顆粒のクロマチンで分布は均一であり, その内3例はN/C比は, 高~中等度であった。リンパ管侵襲が有る7例中3例にクロマチン分布の不均一な細胞出現が見られ, 5例で長径比が2倍以上の核の大小不同が見られた。核に強い切れ込みや紡錐型核の出現, N/C比の低い細胞の出現, 大型核小体が2症例ずつ見られた。

【考察】核の多形性をもとに分類すると目立たない例が5例, 多形性がみられるものが5例, 多形型の多形性が最も目立ち, 組織像とも概ね一致をみた。

【まとめ】多形型以外の浸潤性小葉癌の中にも核所見に差がみられ, より異型の強いものの中にリンパ節転移例が含まれていたことによりその予後に差がある可能性が示唆された。多形型をG3とすると, それ以外のものをG1とG2に分類することも可能と思われたが, 検討例が十分とは言えず, さらに多数例による検討が必要と思われた。

地域 1-5 乳腺穿刺吸引細胞診における液状検体を用いた免疫染色の有用性

奈良県立医科大学病理診断学講座¹, 奈良県立医科大学附属病院病理部²

○中井登紀子(MD)¹, 鈴木久恵(CT)², 龍見重信(CT)², 竹内真央(CT)², 田中京子(CT)², 西川 武(CT)², 内山智子(MD)¹, 伊丹弘恵(MD)¹, 高野将人(MD)¹, 武田麻衣子(MD)¹, 畠山金太(MD)¹, 大林千穂(MD)¹

近年, 乳腺領域においては, 他領域に比して組織生検が比較的容易に施行できるため, 積極的に細胞診を施行しない施設も増えているが, 嚢胞壁を破綻させてしまう恐れのある嚢胞性病変や, 出血などのリスクがある患者で組織生検がためられる場合は, 侵襲性の低い穿刺吸引細胞診が選択されることが多く, 穿刺吸引細胞診での組織型推定が求められる。しかしながら, 嚢胞性病変に多くみられる乳頭状病変や, 比較的小型で異型の弱い細胞よりなる病変は, Papanicolaou 染色での良悪の鑑別が難しく, 診断に難渋することも多い。当院では, 乳腺穿刺吸引細胞診において, 塗抹標本検鏡時に免疫染色が有用と考えられる症例については, 積極的に液状検体を用いた免疫染色を行って, 組織型の推定に役立てている。今回は, 嚢胞内乳頭状病変として提出されることの多い, 乳管内乳頭腫 (intraductal papilloma), 被包型乳頭癌 (encapsulated papillary carcinoma), 充実乳頭癌 (solid-papillary carcinoma) における高分子量サイトケラチン (CK5/6, CK14) 免疫染色, 小型で異型の弱い細胞よりなる腫瘍として充実乳頭癌 (solid-papillary carcinoma) における神経内分泌マーカー (synaptophysin, chromogranin-A, CD56) 免疫染色, 浸潤性小葉癌 (invasive lobular carcinoma) における E-cadherin 免疫染色の有用性について, 実際に当院で免疫染色を行った症例を挙げて報告する。

地域 1-6 上部尿路癌の細胞診断について

名鉄病院中央臨床検査部病理¹, 名古屋掖済会病院病理診断科²

○小林徳子(CT)¹, 眞田照一郎(CT)¹, 谷川 豊(CT)¹, 鈴木真理子(CT)¹, 原田智子(MD)¹, 夏目園子(CT)², 田中瑞穂(CT)², 大池里枝(CT)², 横井豊治(MD)², 佐竹立成(MD)²

【はじめに】 上部尿路癌の細胞診断に用いられるカテテル尿 (カテ尿) 細胞診標本には尿路上皮細胞が多数含まれるので, 診断が困難であるといわれている。今回, 診断の方法について検討したので報告する。

【対象】 1. 上部尿路の尿路上皮癌 (UC) の組織標本が存在し, 上部尿路のカテ尿標本 (Pap. 染色標本) が採取されており, 癌細胞が認められた 21 症例 (癌群)。2. カテ尿が採取されており, 十分な数の尿路上皮細胞が採取された非癌症例 21 例 (非癌群)。

【方法】 癌症例 21 例と非癌症例 21 例の標本中の 100 個以上の任意の集団に含まれる尿路上皮細胞 20 個について以下の項目を調査し, どの項目が癌症例と非癌症例の鑑別に有用か, 調査した。1. 長径, 短径の平均値 2. 長径短径差 3. 核クロマチン濃淡 4. 核形不整 5. 核小体の大きさ 6. 細胞重積 7. 細胞密度

【結果】 1. 長径の大きさ: 長径 11 μm 以上, 2. 長径短径差: 3.00 μm 以上には非癌症例は入らない。癌症例で 1. 2. ともあるいは一方を満たさない症例は 9 例認められた。3. 核クロマチン濃染の程度を 1・2・3 (最も濃染) に分類すると 3 に入る非癌症例は認められず, 前記癌症例 9 例のうち 6 例はこの中に入った。残りの 3 例は, 4. 核形不整 5. 核小体の大きさ 6. 細胞重積 7. 細胞密度の値でも非癌との鑑別は困難でいずれも低異型度の UC であった。

【まとめ】 今回対象とした症例では, 良性悪性の鑑別点として, 尿路上皮細胞の 1. 核長径の長さ, 2. 長径短径差, 3. 核クロマチンの濃淡の程度が重要と考えられた。低異型度の UC はこれらの鑑別点で鑑別できないので 4. 核形不整, 6. 細胞重積などを参考にして見落とさないことが必要と考えられた。

◇地域推薦演題2 子宮頸部1

地域2-1 島根県の子宮頸がん予防啓発活動における細胞検査士の役割

島根県細胞検査士会

○小海志津子(CT)

【はじめに】日本では妊娠と子宮頸がん罹患年齢が重なり、20代での検診デビューは一刻を争う事態である。我々は2009年から「20代検診受診率向上」を目的にプロボノという社会貢献手法を用いて活動し、一定の成果を得たので経済学的視点からの考察と共に報告する。

【対象】松江市, 10代後半から20代女性

【方法】2009年～子宮頸がん認知度調査 2011年～女子大学生主体の啓発活動 2012年～高校3年生対象 性教育講演会 2013年～松江市子宮頸がん検診検証(住民検診, 妊婦健診) 2015年「子宮頸がん検診は20歳代女性にとってのイノベーション」と仮定し, フィリップ・コトラーらの経済学理論を基に「検診普及状況の可視化」実施

【結果】2012年の子宮頸がん認知度調査正解率は、「ウイルスが原因」80%, 「30代に最多の若いがん」94%に上昇していた。松江市は細胞診HPV併用検診導入前後で, 20-30代受診率は5.5倍, 年平均がん検出率は2.9倍, 妊婦健診でのHSIL以上検出率は9倍に増加していた。その結果, 2015年度から妊婦健診でも併用検診が導入された。検診普及状況を可視化した結果, 20-34歳受診は「初期採用者」から「実績重視の初期多数派」へ普及していた。

【考察】子宮頸がん検診を熟知した細胞検査士が知識や最新情報を提供することで, 女子大学生は意欲的に啓発活動し, 自治体は検証結果を理解して検診施策を改善した。また併用検診導入は, 女性の「HPV検査をしたい」というニーズに合致して20-40代受診率向上に寄与したと考える。

【まとめ】細胞検査士が子宮頸がん予防啓発活動に対して継続的にスキル提供することは, 20代子宮頸がん検診デビュー促進や検診施策の改善に有用と考える。

地域2-2 香川県におけるHPV併用子宮頸がん検診の実施状況と課題

公益財団法人香川県総合健診協会¹⁾, 香川県立中央病院²⁾○高橋幸代(CT)¹⁾, 篠永梨佳(CT)¹⁾, 馬場千枝(CT)¹⁾, 日野鈴子(CT)¹⁾, 山本洋介(MD)²⁾

近年, 子宮頸がん検診を取巻く環境はベセスダシステム, HPV検査, LBCの導入など大きく変化している。当協会では平成23年度から日本対がん協会研究事業として1町でHPV併用検診を開始, 25年度から検診事業として, 3町が加わった。今回4年間の検診および追跡調査結果より県内の子宮頸がん検診の問題点と課題について検討した。

【対象】平成23年4月～27年3月末までにHPV併用検診を実施した延べ2,361件(1,769人)

【結果】HPV検査結果は陰性2,206件(93.4%), 陽性155件(6.6%)であった。細胞診結果別HPV陽性率はNILM4.9%, ASC-US66.7%, LSIL88.9%, ASC-H100%, H-SIL100%であった。受診者1,769人のうち2回以上検診を受診した721人において, 初回がHPV陽性でNILMだった48人からは翌年以降CIN2以上が2名(4.2%)発見されたが, HPV陰性でNILMだった673人からは, CIN2以上の病変は発見されなかった。

【考察】検討結果より日本産婦人科医会リコメンデーションによる検診間隔(細胞診NILM・HPV陰性では3年, 細胞診NILM・HPV陽性および細胞診ASC-US・HPV陰性では1年)は妥当であることが示唆された。今後, リコメンデーションどおり併用検診を運用するには, 新たな対象者抽出ソフト等が必要と思われる。また, 各市町で検診間隔が異なる点や, 同じ市町でも集団検診と個別検診が混在している場合, またHPV併用検診と単独検診が混在する場合は, 集計や事後管理がより複雑になるため, 検診方法の一本化が必要と思われる。

今後, 更にデータを収集し, 各市町や県の子宮がん部会等に情報提供を行いHPV併用検診への実施に役立てたいと考える。

地域 2-3 子宮頸がん検診における HPV-DNA 検査 (Cobas4800HPVtest) 併用の有用性

北海道対がん協会がん検診センター婦人科¹⁾, 北海道対がん協会がん検診センター検査科²⁾, 旭川医科大学産婦人科³⁾, 札幌医科大学産婦人科⁴⁾, 北海道大学医学部産婦人科⁵⁾

○藤田博正(MD)¹⁾, 佐々木隆之(MD)¹⁾, 笠茂光範(MD)¹⁾, 山崎知文(MD)¹⁾, 田上 稔(CT)²⁾, 加藤 修(CT)²⁾, 高橋奈緒美(CT)²⁾, 石川文秋(CT)²⁾, 中山 仁(CT)²⁾, 和泉東子(CT)²⁾, 和田恒之(CT)²⁾, 市川浩巳(CT)²⁾, 千石一雄(MD)³⁾, 齋藤 豪(MD)⁴⁾, 櫻木範明(MD)⁵⁾

【はじめに】子宮頸がんは50年前まで胃がんにつき癌死亡2位を占めていたが, がん検診の普及と治療法の発達により死亡数は減少した。しかし近年, がん検診率は伸び悩み, 若年者の死亡数は増加し, がん検診が普及し始めた1970年代に逆戻りしている。我々はこの現実を直視するべきである。若年者の子宮頸がんの大多数はHPV16,18型に起因するとされる。今回, HPV16,18型とその他型に分けて検出可能なHPV-DNA検査法(Cobas法)を子宮頸がん検診と併用し, 有用性について検討した。

【方法】2013年4月から2014年3月間に子宮頸がん検診を受診し, 本試験に同意を得た16,324人を対象とした。細胞診でASC-US以上の症例, およびHPV16,18型陽性者には細胞診の結果を問わずコルポ診を行った。有所見の場合は組織診を, 無所見でもHPV16,18型陽性者, また細胞診陰性でもHPVその他型陽性者は6カ月毎の経過観察とした。

【結果】細胞診でASC-US以上の症例は361例, NILM症例は15963例, USAT4例であった。HPV16,18型陽性者188例, HPVその他型陽性者は547例であった。HPV16,18型の割合は若年ほど高く, HPVその他型は中高年に多い。CIN2以上症例はHPV16,18型が60例(浸潤癌7例)/183例, HPVその他型が46例(浸潤癌0)/547例で, CIN2以上の病変発症率には大きな開きがあった(特に浸潤癌に関して)。初回細胞診がNILMと判定した症例で, 6カ月以内にCIN2以上と診断された症例はHPV16,18型で11例, HPVその他型で4例存在し, 細胞診の不確実性を示す結果となった。

【考察】HPV16,18型とその他型を判定するCobas法との併用は, 数少ない若年受診者のがん発症リスクをより正確に予測する。コルポ診をhpv-16/18陽性者に取り入れた子宮頸がん検診スタイルは細胞診の不確実性を補填する有用な検診手段と思われる。

地域 2-4 職域における HPV-DNA 検査併用子宮頸がん検診

大阪がん循環器病予防センター臨床検査室¹⁾, 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部²⁾

○田路英作(CT)¹⁾, 植田政嗣(MD)²⁾, 国藤憲子(CT)¹⁾, 西山ひろみ(CT)¹⁾, 中川智美(CT)¹⁾, 杉本安莉(CT)¹⁾, 山本倫子(CT)¹⁾, 友松佑妃(CT)¹⁾, 明瀬光里(MD)²⁾, 鳥居貴代(MD)²⁾, 岡本吉明(MD)²⁾, 野田 定(MD)²⁾

【目的】職域における HPV 併用検診導入に向けての基礎データを把握するために, 受診状況および細胞診従来法と液状法(ThinPrep), HPVテスト(HC-2法)の比較検討を行った。

【方法】2014年度施設職域の子宮頸がん検診において HPV 併用検診希望団体について細胞診単独検診料金で実施した。はじめに細胞診従来法を採取し, その後液状細胞診検体を採取した。HPVテスト検体は液状細胞診検体より分注して実施した。検診手法は日本産婦人科医会がん対策委員会の子宮頸がん検診リコメンデーションに基づいて実施した。

【結果】対象は4団体350名で, 2団体は全員に, 2団体は希望者に実施することとしたが, 全員実施の2団体150名中2名, 希望者実施の2団体200名中26名が細胞診単独検診を希望し, HPV併用検診受診者は322名であった。受診年齢は, 22歳~73歳で年齢階級別では40歳~44歳が64名と最も多く受診していた。細胞診判定は, 従来法にてNILM:306名ASC-US:8名LSIL:4名HSIL:1名AGC:3名で, 従来法でLSIL(HPV陽性)とASC-US(HPV陰性)と判定した2例は液状法ではNILMで異型細胞を認めなかった。細胞診ASC-US以上の判定は5.0%, HPVテスト陽性率は4.3%で, ASC-US以上またはHPVテスト陽性は6.8%であった。細胞診NILMでHPVテスト陽性は2%(6例)であった。

【まとめ】細胞診の従来法と液状法との判定について有意差はなかった。HPV併用検診を希望しない受診者が8%あり, 導入にあたっては受診者の希望により細胞診単独の選択肢が必要だと思われる。なおASC-US以上とHPVテスト陽性者の精密検査及び追跡結果についても報告する予定である。

◇地域推薦演題3 子宮頸部2

地域3-1 子宮頸がん検診におけるASC-H導入後6年間の現状

公益財団法人福島県保健衛生協会病理診断課¹, 一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院婦人科², 福島厚生連白河厚生総合病院産婦人科³, 公立大学法人福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座⁴

○佐藤奈美(CT)¹, 荒木由佳理(CT)¹, 栗田和香子(CT)¹, 佐藤美賀子(CT)¹, 神尾淳子(CT)¹, 森村 豊(MD)², 古川茂宜(MD)³, 石橋真輝帆(MD)⁴, 添田 周(MD)⁴, 渡辺尚文(MD)⁴, 藤森敬也(MD)⁴

【目的】ベセスダシステム(以下TBS)導入後6年を経過した。新たなカテゴリーであるASC-Hについて, 導入当初と近年の判定基準が変化したかを明らかにする。

【対象】平成20~25年度の6年間に当施設で実施した子宮頸がん検診受診者のべ457,264人中, ASC-Hと判定した220例(0.05%)を対象とした。

【方法】TBS導入直後の前期(平成20~22年度)と後期(平成23~25年度)に分け, 1. 判定状況, 2. 年齢構成, 3. 細胞分類(A群:異型未熟扁平上皮化生細胞と鑑別すべき細胞, B群:異型を伴う予備細胞との鑑別, C群:異型萎縮扁平上皮細胞との鑑別, D群:SILを推測するも出現細胞少数), 4. 病理組織診結果について比較検討した。

【結果】ASC-Hは前期48例(対受診者率0.02%)であったのに対し, 後期172例(0.08%)であった。年齢構成は, 20歳代, 30歳代, 40歳代が多く, それぞれ前期/後期, 18.8%/14.0%, 52.1%/47.7%, 16.7%/21.5%であって30歳代が最も多かった。次に, 細胞分類では, A群, B群, C群, D群はそれぞれ前期/後期で, 42例87.5%/136例79.1%, 0例/2例1.2%, 2例4.2%/12例7.0%, 4例8.3%/22例12.8%であり, A群が大半をしめていた。

病理組織診結果では, 前期45例中CIN1が5例11.1%, CIN2以上は33例73.3%に対し, 後期163例中, CIN1は, 28例17.2%, CIN2以上が98例60.1%であった。

【まとめ】TBS導入前期は, ASC-Hの判定数も少なくCIN2以上の検出率が高率であった。本来, SILと判定すべきものをASC-Hとしていた解釈の差異によると思われる。後期は, 若齢者に出現する異型未熟扁平上皮化生細胞を中心に判定例が増加し, CIN2以上の検出率が減少した。本来のASC-Hの定義に近づいていると考えられる。

地域3-2 ブラシを用いた妊娠女性に対する子宮頸癌検診の, 有用性と安全性の前方視的研究

滋賀医科大学母子女性診療科¹, 東近江総合医療センター産婦人科², 滋賀医科大学附属病院検査部病理部³, 滋賀医科大学地域システム学講座⁴

○郭 翔志(MD)^{1,2}, 天野 創(MD)¹, 脇ノ上史朗(MD)¹, 中川哲也(MD)¹, 西村宙起(MD)¹, 米岡 完(MD)², 石田光明(MD)³, 籠谷亜希子(CT)³, 宮平良満(CT)³, 岩井宗男(CT)³, 森谷鈴子(MD)³, 九嶋亮治(PhD)³, 高橋健太郎(PhD)⁴

【目的】子宮頸癌検診時の採取器具として, 妊婦健診では出血の問題から綿棒の使用も許容されているが, 従来より妊婦では採取細胞数が少なく過小評価されやすいと報告されており, 我々はブラシを用いて妊婦健診時の子宮頸癌検診を行ってきた。今回, 前方視的に出血の頻度と安全性を検討し, さらに正診率の検討として細胞診と組織診の一致率を調査した。

【方法】対象は2012年11月から2014年7月までにブラシを用いて妊婦健診時の子宮頸癌検診を施行した351人(ブラシ群)。全例で採取時と帰宅後の出血の有無をアンケート形式で調査した。組織診との一致率の検討では, 妊婦健診時に綿棒を用いていた2009年4月から2012年10月までの全591人(綿棒群)と比較とした。

【成績】ブラシ群351人のうち, 採取時に止血処置を必要とした患者は110人(31.3%)であったが, 帰宅後の出血は15人(4.3%)のみであった。妊娠週数別の検討では, 10週以上では採取時の出血が有意に多かった($p=0.018$)が, 帰宅後の出血には週数別の有意差は見られなかった。一方, 妊娠中に組織診まで施行した患者(ブラシ群9人, 綿棒群19人)において細胞診と一致率を検討したところ, ブラシ群では9人中2人(22.2%)で不一致で2人とも細胞診では過大評価されていたが, 綿棒群では19人のうち5人(26.3%)で不一致で5人全員が過小評価されていた。

【結論】今回の検討ではブラシ群の出血は採取時には高頻度で出血が見られるが10週未満ではその割合は有意に低く, また後日出血を主訴に外来受診する割合は4.3%と低かった。さらに, 検診で最も問題となる過小評価の割合が綿棒群で有意に高く, 妊婦に対しても特に10週未満ではブラシを使用することが望ましいと考えられた。

地域 3-3 子宮頸部 LBC 標本に出現するクラミジア感染細胞の細胞学的検討

大分市医師会立アルメイダ病院臨床検査部病理診断科¹⁾, 大分市医師会立アルメイダ病院臨床検査部²⁾, 大分大学医学部診断病理学講座³⁾

○染矢誠一郎(CT)¹⁾, 蒲池綾子(MD)²⁾, 駄阿 勉(MD)³⁾, 久寿米木哲哉(CT)¹⁾, 工藤洋一(CT)¹⁾, 渡辺清一(CT)¹⁾, 工藤明宏(CT)¹⁾, 古屋かおる(CT)¹⁾, 櫻井雅英(CT)¹⁾, 神田智浩(CT)¹⁾, 木本智也(CT)¹⁾, 木村元子(CT)¹⁾, 横山繁生(MD)³⁾

【はじめに】性器クラミジア感染症は、我が国では最も多い性感染症で、近年では初交年齢の低下に伴って、10代女性の感染が増加している。感染が進行すると、骨盤内炎症性疾患や肝周囲炎を起こすとされているが、自覚症状に乏しく感染に気づかれない事も多く、細胞診検査でクラミジア感染を発見する意義は大きい。今回我々は、婦人科材料の Liquid based cytology (LBC) 標本に出現するクラミジア感染細胞のパパニコロウ染色所見、免疫細胞化学的所見、免疫電子顕微鏡所見を検討したので報告する。

【材料および方法】対象はクラミジア感染症例 855 件 (2004 - 2014 年の 11 年間) で、細胞診検査と同時提出され PCR 法とクラミジア免疫染色の両方で陽性を確認できた症例、および細胞診検査でクラミジア感染を疑い、免疫染色で陽性を確認できた症例を用いた。標本作製は SurePath 法 (BD 社) で行い、パパニコロウ染色にて細胞診断を行った。免疫細胞化学的検索、免疫電子顕微鏡学的検索は、残検体より的手法で作製した標本を使用した。免疫染色は、ベンタナ XT システム (LSAB) 法で行い、一次抗体は抗クラミジアマウスモノクローナル抗体 (MONOSAN) を使用した。免疫電子顕微鏡的検索でも同じ一次抗体を使用し、標本作製は Pre- and post-embedding 法で行った。

【結果】パパニコロウ染色では様々な大きさ、染色性を示す細胞質内封入体を認めた。また、免疫細胞化学的検索、免疫電子顕微鏡学的検索では、細胞質内封入体に一致する陽性所見が得られた。

地域 3-4 LSIL における小型異型細胞の有無と異形成進展・消退との関連

千葉大学医学部附属病院婦人科¹⁾, ちば県民保健予防財団²⁾

○錦見恭子(MD)¹⁾, 立花美津子(CT)²⁾, 黒川祐子(MD)²⁾, 松岡 歩(MD)¹⁾, 植原貴史(MD)¹⁾, 楯 真一(MD)¹⁾, 碓井宏和(MD)¹⁾, 三橋 暁(MD)¹⁾, 生水真紀夫(MD)¹⁾, 河西十九三(MD)²⁾

【目的】子宮頸部細胞診において、多数の LSIL 相当の細胞のなかに HSIL を否定できない異型細胞を少数認めることがある。これを LSIL-H とし、LSIL・ASC-H・HSIL とは別のカテゴリーとすることがあるが、その意義はわかっていない。今回、LSIL-H の臨床的意義を検討した。

【対象と方法】ちば県民保健予防財団にて 2009 年度に施行した子宮頸がん検診で LSIL と判定され、精密検査が行われた 124 例を対象とした。検診時の細胞標本を再鏡検し、LSIL 相当の細胞に加えて、HSIL と判定するには質的にも量的にも所見が弱い、N/C 比が高くクロマチンが軽度増量した深層型の小型細胞 (小型異型細胞) が少数でも出現している検体を抽出した。小型異型細胞の出現の有無と異形成の進展 (生検で CIN3) および消退 (コルポスコピー正常・細胞診陰性) との関連を Kaplan-Meier 法にて検討した。初回の生検で CIN を認めず通常検診に戻った症例と、CIN3 であった症例を除く 86 例について、60ヶ月時点での異形成進展の進展と消退を比較した。

【結果】細胞標本が再鏡検できた 115 例のうち 39 例 (34%) に小型異型細胞が出現していた。経過観察した 86 例のうち、小型異型細胞 (+) (n=25) では小型異型細胞 (-) 症例 (n=61) に比し、異形成進展率は有意に高く (26% vs. 2%, p=0.015)、異形成消退率は有意に低かった (67% vs. 88%, p=0.034)。

【結語】LSIL-H では異形成が進展しやすく消退しにくいことが明らかとなった。

◇地域推薦演題4 子宮頸部3

地域4-1 液状化検体細胞診におけるASC-Hの細胞像の検討

福山市医師会健康支援センター検査課¹⁾, 元井病理・細胞診断所²⁾, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター³⁾

○佐藤恵子(CT)¹⁾, 藤井千登勢(CT)¹⁾, 岡田美恵子(CT)¹⁾, 桑田浩子(CT)¹⁾, 吉藤彩子(CT)¹⁾, 和田栄津子(CT)¹⁾, 澄川孝之(CT)¹⁾, 小林孝子(CT)¹⁾, 熊谷智代(MD)¹⁾, 元井 信(MD)²⁾, 谷山清己(MD)³⁾

【目的】当施設は子宮頸部細胞診に2009年よりベセスダシステムを導入し, 翌年4月より液状化検体細胞診に移行した。しかしベセスダシステムのASC-Hの細胞像については, 取り扱いに苦慮する場合が少なくない。我々はASC-Hと判定した症例について組織像を追跡し, 今後の判定基準の参考とするため細胞学的に検討を行った。

【方法】対象は2011年4月~2014年3月に当センターに依頼のあった47040件で, 細胞診でASC-Hと判定され病理診断が行われた症例について検討した。

【結果】対象期間のASCは1289件で全体の2.7%, そのうちASC-Hが350件(27.2%)で, 257件が生検による組織診が行われた。細胞診標本の異型細胞の細胞像と出現数などについて4パターンに分類し検討した。(1)問題となる細胞が標本中に数個しかみられない: 213件(82.9%), (2)異型(未熟)化生細胞との鑑別が困難: 7件(2.7%), (3)小型の核腫大した細胞であるが, クロマチンの増量などが乏しくHSILと判定しえなかった: 31件(12.1%), (4)萎縮像であるため細胞の分化の評価が難しい: 6件(2.3%)であった。これらは組織診では, 良性和診断されたものが41件(16.0%), CIN1は112件(43.6%), CIN2が44件(17.1%), CIN3が60件(23.3%)であった。

【考察】細胞診ではHSILを疑うも, 異型細胞の出現数が少数である場合や核腫大はみられるがクロマチンの増量や核異型が弱くHSILと判定できずASC-Hとした症例中, 組織診ではCIN2以上であった例が40.5%あったことがわかった。液状化検体細胞診においては, 核クロマチンの観察に注意が必要であること, 異型細胞が少数の標本ではスクリーニング時に見落とさないことや未熟化生細胞では背景の腺系細胞との関係に注意することが重要であると考えられた。

地域4-2 LEGH関連腺癌の細胞学的解析

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

○大森真紀子(MD)¹⁾, 弓納持勉(CT)²⁾, 近藤哲夫(MD)³⁾, 中澤久美子(CT)²⁾, 佐藤詩織(CT)²⁾, 峰 広美(CT)²⁾, 石井喜雄(CT)²⁾, 中澤匡男(MD)³⁾, 端 晶彦(MD)¹⁾, 平田修司(MD)¹⁾, 加藤良平(MD)³⁾

【目的】子宮頸部の分葉状内頸部腺過形成(LEGH)には細胞異型あるいは構造異型を示すものがあり, 胃型腺癌の前駆病変である可能性が示唆されている。今回われわれは, 腺癌を合併したLEGHの細胞所見を解析し, LEGHの癌化に関連した異型性について検討した。

【方法】当院で子宮摘出術を行い, LEGHに上皮内腺癌(AIS)を合併した2例, 腺癌を合併した2例(最小偏倚型粘液性腺癌(MDA)1例, 通常型腺癌1例), および, 細胞診で異型がみられたが組織学的に明らかな癌が認められなかった2例における術前の細胞所見を解析した。

【成績】LEGHはPap染色で通常の頸管腺とともに胃型形質を有する淡黄色調の粘液, いわゆるtwo-color patternを示し, これは細胞診で重要な所見である。しかし, 今回検討した6例すべてに, 通常のLEGHとは異なるオレンジG好性の細胞質内粘液が認められた。これらの細胞集塊には, 粘液の色調以外に核所見からは通常の頸管腺とは鑑別困難なものから, 大型核小体を有し良悪性の鑑別が困難なものまでみられた。核小体のみでは, 組織学的に癌の認められなかった症例とAISや腺癌を伴った症例とは明らかな相違はみられなかったが, AISや腺癌を伴った症例では, より立体的で不規則な重積がみられた。また, 腺癌を伴った症例では, 異型細胞は小型であるが, 粘液が乏しく立体的で不規則重積を示す集塊が認められた。

【結論】通常のLEGHとは異なる粘液の色調, および粘液が乏しく立体的で不規則な重積を示す集塊がみられた場合には, 背景に腫瘍性病変が存在する可能性があるため, 臨床的および細胞学的に詳細に検索することが重要であると考えられる。

地域 4-3 LBC を用いた子宮頸部胃型腺系病変の診断への応用

信州大学医学部附属病院臨床検査部¹⁾, 岡谷市民病院病理診断科²⁾, 信州大学医学部病理組織学教室³⁾, 信州大学学術研究院保健学系検査技術科学専攻生体情報検査学領域⁴⁾

○小林幸弘(CT)¹⁾, 石井恵子(MD)²⁾, 百瀬正信(CT)¹⁾, 下條康代(CT)¹⁾, 中嶋智之(CT)¹⁾, 内山 篤(CT)¹⁾, 仲田梨恵(CT)¹⁾, 堀川美栄子(CT)¹⁾, 佐野健司(MD)¹⁾, 下条久志(MD)^{1,3)}, 小林実喜子(MD)^{1,3)}, 岩谷 舞(MD)¹⁾, 浅香志穂(MD)¹⁾, 上原 剛(MD)¹⁾, 太田浩良(MD)⁴⁾

【はじめに】細胞診における子宮頸部胃型腺系病変(胃型病変)の診断では細胞質内, および背景粘液の性状が重要である。これらの粘液は中性ムチンを発現し Papanicolaou 染色にて黄色調を, また既存の頸管腺粘液は酸性ムチンを発現しているためピンク調を呈する。我々はこの色調の違いを two color pattern (TCP) とし, 従来法での胃型病変の特徴としてきた。そこで今回 LBC 標本を用いての TCP 所見や LBC 独自の診断法も加えて検討し, 胃型病変の診断プロトコルを作成した。

【方法】2014年9月~11月までに当院婦人科より提出された LBC 検体 (TACAS 法 61 例, Sure-Path 法 58 例)のうち臨床的に胃型病変を疑う 21 例 (TACAS 法 11 例, Sure-Path 法 10 例) に関して, 従来標本での TCP 所見, および LBC 標本での TCP 所見, HIK ラテックス凝集反応 (HIK ラ反), HIK 免疫染色, AB-PAS 染色について比較検討した。

【結果】TACAS 法, Sure-Path 法ともに TCP 所見に関しては従来法よりも検出困難であった。HIK ラ反では綿棒よりも LBC バイアル液を用いることでより強い反応が見られた。HIK 免疫染色陽性のものは HIK ラ反でも陽性となった。また AB-PAS 染色では胃型粘液が PAS に陽性, 既存の頸管腺粘液は AB に陽性となり容易に鑑別が可能であった。

【まとめ】胃型病変を疑う場合は従来法と LBC 法を併用し, 前者で TCP を, 後者で AB-PAS 染色, HIK 免疫染色を, さらに LBC バイアル液からの HIK ラ反を行うことにより診断精度が増すと考えられた。

地域 4-4 LBC 法を用いた子宮頸部病変の免疫染色所見の比較検討

JA 秋田厚生連能代厚生医療センター臨床検査科病理¹⁾, JA 秋田厚生連能代厚生医療センター病理診断科²⁾

○藤嶋正人(CT)¹⁾, 佐々木美利加(CT)¹⁾, 齋藤孝良(CT)¹⁾, 小松正代(MD)²⁾

【緒言】液状化検体細胞診標本 (Liquid based cytology : 以下 LBC) は, 診断精度の向上と不適正標本の減少, 検鏡の効率化, 免疫染色が可能であり 1 検体から複数の標本が作成できるメリットから近年導入が進んでいる。当院でも 2014 年から婦人科細胞診検体を中心に TACAS™ (MBL, 名古屋) を導入し細胞診断を行っている。今回, 我々は, 婦人科頸部 LBC 標本を作製し, 子宮頸部病変 (ASC-US 症例を中心に) の免疫染色所見の検討を行った。

【目的】ASC-US 症例は, 従来, 陰性, 疑陽性 (クラス II~IIIa) に判断している「病変を特定できない異型扁平上皮細胞」がこれに該当しているとされ, 様々な細胞がこのカテゴリーに含まれている。それに加え, 腺系細胞や間質細胞なども多彩な像を呈し混在し判定に影響を与えていると推測される。免疫染色結果に基づき細胞の鑑別を行なうことで診断精度の向上が図れるか可能性について検討した。

【方法】子宮頸部の LBC 標本を作製し鏡検を行い ASC-US とされた症例について, CK7, CK20, ER, P63, P40, CD10 の免疫染色を施行し抗体別に染色態度を評価した。また, その結果を基に, 再度頸部細胞診標本の鏡検を行い, 細胞形態の詳細な観察と比較検討を行った。これらに文献的考察を加え報告する。

◇地域推薦演題5 子宮体部

地域5-1 婦人科検体での類内膜腺癌/漿液性腺癌/明細胞腺癌の鑑別を目指した染色の検討

神戸大学医学部附属病院病理部¹⁾, 神戸大学医学部附属病院病理部病理診断科²⁾

○柳田絵美衣(CT)¹⁾, 遠藤亮和(CT)¹⁾, 山田 寛(CT)¹⁾, 塚本龍子(CT)¹⁾, 伊藤智雄(MD)²⁾

【背景】本邦の子宮内膜癌の大半を類内膜腺癌が占め、漿液性腺癌、明細胞腺癌の順にその割合を占めている。漿液性腺癌と明細胞腺癌の割合は多くは無いが、近年増加傾向にある。漿液性腺癌や明細胞腺癌は類内膜腺癌に比べ予後不良とされ、これらの治療では類内膜腺癌とは差別化した戦略を立てることが有用だと考えられている。類内膜腺癌では早期発見例が多いのに対し、漿液性腺癌や明細胞腺癌はより進行した状態で発見されることが多く、組織型別の予後の差に影響を及ぼすと考えられる。類内膜腺癌の中でも最も予後不良の低分化型類内膜腺癌と比較しても、漿液性腺癌や明細胞腺癌の生存率は低い。手術においても類内膜腺癌で筋層浸潤1/2以下の場合、子宮摘出および両側付属器切除に留めるが、漿液性腺癌や明細胞腺癌では子宮外進展傾向の強さより、この選択は不相当とされる。術前組織診断および術中迅速診断にて、漿液性腺癌あるいは明細胞腺癌であることが判明した場合には、類内膜腺癌とは術式を差別化することが必要となる。さらに、漿液性腺癌、明細胞腺癌の場合、子宮外進展傾向が強く予後不良であることから、進行期が早期であっても術後療法を追加することが一般的に行なわれている。漿液性腺癌と明細胞腺癌では、化学療法に対する感受性に差異が認められている。以上の点から、類内膜腺癌、漿液性腺癌、明細胞腺癌の早期鑑別は非常に大きな意味と価値を持つと考える。

【目的】類内膜腺癌、漿液性腺癌、明細胞腺癌の鑑別を目指した免疫染色と特殊染色による染色の検討

【方法・材料】婦人科細胞診検体を対象とし、免疫染色と特殊染色を用いて最も有用と思われる3者の染め分け方法・パネルを探る

地域5-2 LBC法を用いた子宮内膜細胞診の検討

社会医療法人同心会古賀総合病院臨床検査部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断部・病理部²⁾, 潤和会記念病院病理診断科³⁾, 社会医療法人同心会古賀総合病院内科⁴⁾

○白濱幸生(CT)¹⁾, 荒武八起(CT)¹⁾, 清山和昭(CT)¹⁾, 佐藤勇一郎(MD)²⁾, 林 透(MD)³⁾, 栗林忠信(MD)⁴⁾

【はじめに】液状化検体細胞診 Liquid-based cytology (LBC) は、子宮頸部領域で広く普及しつつあり、子宮内膜細胞診での応用も期待されている。今回われわれは、LBC法による子宮内膜細胞診の類内膜腺癌 G1 と他病変、特に Endometrial glandular and stromal breakdown (EGBD) との鑑別を目的として細胞像を比較検討した。

【対象と方法】類内膜腺癌 G1 20 例、子宮内膜異型増殖症 3 例、複雑型子宮内膜増殖症 6 例、EGBD 20 例、良性内膜 43 例の子宮内膜細胞診 LBC 標本を用いて、Osaki Study Group (OSG) 式内膜細胞診判定様式をもとに 3 層以上の重積比率、不整形突出比率、さらに化生細胞の比率および出現症例率、核面積、集塊面積を算出し比較を行った。

【結果】類内膜腺癌 G1 は、3 層以上の重積、不整形突出比率が他群に比べて有意に高かった。化生細胞は、好酸性化生、扁平上皮化生が類内膜腺癌 G1 において高い傾向にあったが有意ではなかった。核面積は、類内膜腺癌 G1 が EGBD、良性内膜に比べて有意に大きかった。集塊面積は、類内膜腺癌 G1、子宮内膜異型増殖症、子宮内膜増殖症が他群と比べて有意に大きかった。

【まとめ】LBC 法による類内膜腺癌 G1 の診断には 3 層以上の重積、不整形突出、扁平上皮化生、核面積、集塊面積の所見を念頭に鏡検することが、類内膜腺癌 G1 の診断精度の向上に有用と思われた。

地域 5-3 子宮内膜細胞診における ATEC 判定の検討

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院臨床検査技術部病理検査室¹、公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科²、愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科³

○原田美香(CT)¹、香田浩美(CT)¹、實平悦子(CT)¹、小寺明美(CT)¹、和田裕貴(CT)¹、中村香織(CT)¹、内野かおり(MD)²、能登原憲司(MD)²、則松良明(CT)³

【はじめに】内膜細胞診において矢納らの記述式子宮内膜細胞診報告様式では、子宮内膜異型細胞(Atypical endometrial cells: ATEC)が設定されている。そこで過去の症例を報告様式に当てはめ、細胞学的特徴、組織診との比較を行った。

【対象】2011年6月から2014年12月までの間に内膜細胞診が施行された1995件中、直接塗抹標本(従来法)でclass3と判定した症例68件のうち組織診断のある症例52例を対象とした。

【方法】当院では従来法とともに、BD シュアパス-LBC (SP)法も作製している。SP 標本について「日本臨床細胞学会編・細胞診ガイドライン」に準拠したLBC法での判定様式(OSG式)を用い三名の細胞検査士により判定し、組織診との比較を行った。更に、ATEC(-US, -A)に着目し、細胞像とその特徴について検討した。

【結果】組織診断の内訳は良性26例、増殖症2例、悪性24例であった。組織診で良性とされた症例をOSG式判定様式で判定した結果、陰性:19%、ATEC-US:54%、ATEC-A:12%、増殖症:15%、悪性:0%であった。組織診で悪性とされた症例については、陰性:4%、ATEC-US:29%、ATEC-A:42%、増殖症:0%、悪性:25%であった。ATEC-Aには、三層以上の核重積と不整形集塊が出現する傾向にあった。

【まとめ】ATEC-AとATEC-USとの判別には、三層以上の核重積と不整形集塊の有無がポイントである。ATEC-Aには悪性症例の割合が高く、ATEC-USには良性症例が多い傾向にあった。OSG式判定様式を理解し用いることで、内膜細胞診の診断精度向上が図れると期待できる。

地域 5-4 MPA 療法における内膜細胞像の検討

鹿児島大学病院病理部・病理診断科¹、鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野²、鹿児島大学医学部産婦人科³、国立病院機構鹿児島医療センター婦人科⁴

○田中和彦(CT)¹、窪田恵美(CT)¹、竹下かおり(CT)¹、西田ゆかり(CT)¹、戸上真一(MD)³、築詰伸太郎(MD)⁴、小林裕明(MD)³、後藤優子(MD)²、北園育美(MD)²、平木 翼(MD)²、義岡孝子(MD)¹、東美智代(MD)²、畑中一仁(MD)²

【はじめに】若年の子宮内膜異型増殖症および間質浸潤のないG1類内膜腺癌症例に対し、酢酸メドロキシプロゲステロン(MPA)投与による妊孕性温存療法が試みられているが、その内膜細胞像に関する報告は少ない。今回、我々はMPA療法における内膜細胞像について後方視的に検討した。

【対象及び方法】2002年から2012年にMPA療法を施行し、内膜細胞診を経時的に評価した6例(体癌3例、内膜異型増殖症3例)を対象とした。腫瘍細胞と正常内膜腺細胞の増減、萎縮、好酸性化、扁平上皮化生、間質細胞の増減、浮腫状間質、脱落膜様変化などの細胞変化について検討した。

【結果】体癌3例のうち無再発例ではMPA投与により腫瘍細胞が消失し、種々の細胞変化(特に正常細胞からなる大型集塊の出現回復)を認めた。奏効後再発例では細胞変化とともに腫瘍細胞が一旦消失したが、その後少なからず重積性のある腫瘍細胞集塊が出現し、組織診にて複雑型異型増殖症と診断された。正常細胞大型集塊の出現は顕著ではなかった。MPA無効例でも腫瘍細胞の減少とともに、種々の細胞変化を認めたが、腫瘍細胞集塊は消失せず、正常細胞大型集塊の出現も目立たなかった。内膜異型増殖症3例中2例は一旦、腫瘍細胞が消失し、その後再発した。後に陰性化した標本中には正常細胞大型集塊の回復が見られた。残る1例は、異型細胞は減少したものの、正常細胞大型集塊の出現回復は認めず、慎重に経過観察中である。

【まとめ】MPA投与後の細胞像推移において、腫瘍・異型細胞の増減に加え、細胞変化、特に正常細胞大型集塊の量的回復に着目することで、その後の転帰を予測できる可能性がある。内膜細胞診は経過観察時の補助的診断法として有用であると考えられる。

◇地域推薦演題6 体腔液

地域6-1 子宮体癌例における腹腔洗浄細胞診の予後因子としての可能性

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

○田中慎一(CT)¹⁾, 佐藤正和(PhD)¹⁾, 岡本奈美(CT)¹⁾, 小嶋健太(CT)¹⁾, 門屋 幸(CT)¹⁾, 田母神佐智子(CT)¹⁾, 有江啓二(CT)¹⁾, 楠本真也(MD)²⁾, 小松正明(MD)²⁾, 大亀真一(MD)²⁾, 白山裕子(MD)²⁾, 竹原和宏(MD)²⁾, 高畑浩之(MD)³⁾, 西村理恵子(MD)¹⁾, 寺本典弘(MD)³⁾

【背景】子宮体癌・術中洗浄細胞診は、陽性であっても経卵管的遊出のため予後予測性が低いとされ、FIGO進行期分類から除外された。今回、形態学的、免疫細胞学的に腹腔洗浄細胞診の予後因子としての有用性を検討したので報告する。

【対象】LBC法を用いて腫瘍細胞数、細胞密度、出現形態、細胞異型、免疫染色など詳細な検討が可能であった2014-15年の当院子宮体癌腹腔洗浄細胞診陽性12例、および5年生存率を把握できた2008-10年の腹腔洗浄細胞診陽性18例を対象とした。

【結果】LBC法の12例中FIGOIII-IV期が5例、I-II期が7例であった。III-IV期症例では出現する腫瘍細胞数が多い傾向があるが、細胞密度、出現形態、細胞異型に関して顕著な相違はない。免疫染色(Ber-EP4)の結果、III-IV期の平均出現陽性集塊数(70.2個/対物×10, 5視野)が、I-II期(5.6個/対物×10, 5視野)より有意に多かった(Mann-Whitney U test; $p < 0.05$)。また、III-IV期症例全例に孤立散在性の腫瘍細胞が出現していた。I-II期症例の内、1例にIII-IV期症例と同様の腫瘍細胞数増加・孤立散在細胞(高進行陽性像)が見られた。高進行陽性像が認められる症例の5年生存率(33%, 3/9)は対象群(89%, 8/9)より有意に低かった(χ^2 test; $p < 0.05$)。

【考察】III-IV期症例で見られた高進行陽性像を特徴とする所見は高い悪性度を反映するものと思われる。III-IV期と同様の所見を有するI-II期例は再発リスクが高い可能性がある。腫瘍細胞量および出現形態に着目した腹腔洗浄細胞診は予後因子として有用であろう。

地域6-2 腹水に出現した腺癌の細胞学的検討～卵巣腫瘍を中心に～

兵庫医科大学病院病院病理部¹⁾, 医療法人明和病院²⁾, 特定医療法人誠仁会大久保病院³⁾

○中村純子(CT)¹⁾, 鳥居良貴(CT)¹⁾, 羽尾裕之(MD)¹⁾, 廣田誠一(MD)¹⁾, 鈴木由紀(CT)²⁾, 松林謙治(CT)²⁾, 萩原勝美(CT)²⁾, 覚野綾子(MD)²⁾, 川越道夫(CT)³⁾, 圓井知江(CT)³⁾, 内藤子来(MD)³⁾, 小笠原利忠(MD)³⁾

【はじめに】腹水に出現する腫瘍細胞は婦人科臓器や消化器などに由来することが多いが、卵巣腫瘍の場合には画像上で病変が発見されても擦過や穿刺吸引による細胞検査や組織検査を行うことが困難で、腹水細胞診が診断及び治療方針の決定に重要となる。そのため、腹水に出現し得る腫瘍の細胞像を十分に把握して診断する必要がある。今回、腹水に出現する各種卵巣腺癌の細胞所見について、文献的考察を含め報告する。

【症例】22-81歳、平均年齢60.6歳。女性。検体は腹水。組織型は漿液性腺癌24例、明細胞腺癌21例、粘液性腺癌5例、類内膜腺癌2例の全52症例である。

【細胞所見】漿液性腺癌では、小型細胞が多いが異型の強い細胞が出現することが多く、非常に大型の異型細胞や核の崩壊像も混在することがある。乳頭状集塊と砂粒体を認める頻度が他の組織型に比し有意に高い。明細胞腺癌では、Giemsa染色で異染性を呈する基底膜様物質を腫瘍細胞が取り囲む像やhobnail cellsが特徴的で、PAS陽性の細胞質内グリコーゲン含有像も診断に役立つ。粘液性腺癌では細胞質内外に粘液を認め、腫瘍細胞は大型のことが多い。免疫染色でcytokeratin7と20の両者が陽性を示すことは非粘液性腺癌との鑑別に有用である。類内膜腺癌では子宮体部の類内膜腺癌と同様に、乳頭状集塊または散在性に出現し、N/C比が高くクロマチンは顆粒状で、小型から大型の様々な核小体が認められる。

【まとめ】腹水細胞診では、卵巣以外の腺癌との鑑別も念頭に置きながら、各種卵巣癌の組織型の推定を考慮してスクリーニングすることが重要である。

地域 6-3 体腔液における LBC 検体およびセルブ ロック検体における免疫細胞化学的検討

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

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

【はじめに】前に, 体腔液における, Liquid based cytology(LBC)法(TACAS)について, 従来法と比較検討した結果, 細胞診におけるその有用性が示唆された。今回は, LBC 法を用いて免疫染色を行い, さらに同検体のセルブ
ロック標本を作製し, 両者における免疫染色結果を比較した。

【対象および方法】筑波大学附属病院病理部で扱った体腔液検体で悪性と診断された症例, 計 20 例を対象とした。検体をスピッツに分注して遠心し, 沈渣に LBC 用一般固定液を加え保存した。それらの検体から, LBC 標本作製マニュアルにより標本を作製後診断。残検体で未染標本を作製し, Autostainer および BenchMark ULTRA にて免疫染色を行った。主に使用した抗体は, 抗 CEA, 抗 CK7, 抗 CK20, 抗 D2-40, 抗 Calretinin, 抗 TTF-1, 抗 EGFR, 抗 ALK, 抗 ER, 抗 PgR である。希釈濃度や賦活の種類を選択は, 組織標本の条件を参考にした。セルブ
ロック標本は, 沈渣に 1%アルギン酸ナトリウム/15%中性緩衝ホルマリン溶液を注入して混和後一晩固定し, 1M 塩化カルシウム溶液を入れ固化した後, パラフィン
を浸透させブロックを作製し, 未染標本にて同様に免疫染色を行い比較した。

【結果】LBC 標本とセルブ
ロック標本の染色結果を比較したところ, 陰性・陽性についての判定はほぼ一致していたが, 全体的に LBC 標本の方が強く染色される傾向にあった。また, 一部の抗体(抗 CK20, 抗 TTF-1)では, 非特異的反応がみられた抗体もあった。

【考察・結論】体腔液細胞診標本の免疫染色において, LBC 法はセルブ
ロックと比較して, 標本作製手技が簡便で, 細胞成分が少ない検体についても, 短時間で数種類の免疫染色が可能であり, 細胞学的診断の向上が期待できる方法と考えられた。

地域 6-4 中皮腫診断における細胞転写法を用いた免 疫染色の意義

山口県立総合医療センター中央検査部¹⁾, PCL 福岡病理
細胞診センター²⁾

○安永佳麻里(CT)¹⁾, 渋谷秀美(CT)¹⁾,
山本千奈美(CT)¹⁾, 出尾優佳(CT)¹⁾, 藤井将希(CT)¹⁾,
水間俊一(CT)¹⁾, 山本彩佳(CT)¹⁾, 今井佳美(CT)¹⁾,
野口悦伸(CT)¹⁾, 田中慎介(MD)¹⁾, 亀井敏昭(MD)²⁾

日本の高度成長期, ライフラインの充実や自動車, 鉄道, 船舶産業の発展する時期にアスベストが多用されてきたことが, 現在社会問題化しているアスベストによる健康被害の誘因となっている。中皮腫はアスベスト関連疾患の中で注目されており, ことに 2005 年のいわゆるクボタショックを契機に, きわめて大きな社会問題となった。中皮腫は現在増加の一途を辿り, 稀有な疾患ではなくなっているのが現実であろう。体腔液細胞診が唯一の診断材料という症例も少なくないが, 細胞診標本の場合でも詳細な細胞観察に免疫染色のデータを付加することで, 正確な中皮腫診断に近づくことができると考える。石綿救済法の中皮腫, 肺癌の認定においても細胞診標本による免疫染色が強く推奨されており, 救済を推進する観点からも細胞診断の積極的活用が望まれている。

免疫染色による検索が必要であっても, 細胞診標本は枚数が限られている場合があり, 細胞転写法に頼らざるを得ないことが多い。我々は自験例およびコンサルテーション症例において, 細胞転写法による免疫染色を実施する機会が多くあり, その概要について報告する。免疫染色については, 中皮関連マーカーとして calretinin, D2-40, WT-1, 腺癌関連マーカーとして胸水例では CEA, TTF-1, 腹水例では CEA と MOC31 もしくは BerEP4, 反応性中皮との鑑別では, EMA, Desmin, GLUT-1, CD146 を用いている。形態学的特徴による中皮腫診断を, 上記の免疫染色で確認することにより, 細胞診断の向上に結びつけることが可能と考える。

◇地域推薦演題7 呼吸器

地域7-1 肺腫瘍における術中迅速細胞診の有用性

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○鏡十代栄(CT), 山川美沙紀(CT), 土田美紀(CT), 神田真志(CT), 畔上公子(CT), 弦巻順子(CT), 北澤 綾(CT), 豊崎勝実(CT), 川口洋子(CT), 木下律子(CT), 桜井友子(CT), 川崎 隆(MD), 本間慶一(MD)

【はじめに】当院では、東京医大式肺生検穿刺針（以下東医大針）を用いて肺腫瘍の術中迅速細胞診を行っている。今回その有用性と問題点について検討した。

【対象】2010年から2014年までの5年間に肺腫瘍に対して手術が行われ、迅速細胞診と組織診の比較が可能であった402例を対象とした。

【結果】東医大針の結果は、悪性・悪性疑い342例、鑑別困難24例、陰性36例であり、これに対して最終病理診断は、悪性382例、境界病変1例、良性19例であった。悪性・悪性疑いの1例(1/342)が組織診で良性、細胞診陰性の23例(23/36)が組織診で悪性であった。細胞診鑑別困難24例では、組織診で18例が悪性、1例が境界病変、5例が良性であった。細胞診鑑別困難を陰性とし組織診境界病変を除くと、当院細胞診の感度は89.3% (341/382)、特異度94.7% (18/19)、正診率89.5% (359/401)であった。細胞診陰性・鑑別困難で組織診が悪性であった41例の再鏡検では、悪性と判定できる細胞はなかった。またこの中で腺癌であった32例は、細胞診・組織診共に腺癌であった292例と比べて、高分化腺癌や、大きさが20mm以下の症例が多い傾向があり、腫瘍細胞の採取との関連が示唆された。組織型の細胞診と組織診との一致率は、腺癌97.6% (285/292)、扁平上皮癌57.6% (19/33)、小細胞癌100.0% (1/1)であった。

【まとめ】当院での東医大針を用いた術中迅速細胞診は、高い正診率を示した。さらに正診率を上げるためには細胞診では限界があり、検体採取を確実に行う必要があると考えられた。迅速細胞診の利点は、肺切除前に診断可能であり、局在腫瘍の損傷がないため占拠部位が術後特定しやすく、医療経済的にも優れている。以上より術中迅速細胞診は推奨すべき方法と思われる。

地域7-2 当院における捺印細胞診を併用した肺CTガイド下針生検の現状

岩手医科大学附属病院病理診断科¹⁾, 岩手医科大学医学部病理診断学講座²⁾

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

【はじめに】肺病変の病理診断を生検検体で確定する事はその後の治療方針決定に重要である。肺病変の生検検体は気管支鏡により採取されるが検体採取が困難な病変や採取が不十分だった場合には経皮的CTガイド下針生検(CTNB)が施行される。当院ではCTNB採取時に細胞検査士が立ち会いその場で捺印細胞診を行い検体適否を判定し検体採取率向上に努めている。今回我々は捺印細胞診を併用した肺CTNBにおける現状と問題点について報告する。

【対象と方法】当院で2010年1月から2014年12月の5年間に施行された肺CTNB120例を対象とし検体採取の適否、捺印細胞診と組織診の良悪性の判定、各組織型における細胞診と組織診の比較の3点について検討した。

【結果】肺CTNB120例の内、細胞診で適正とした検体は120例で不適正とした検体はなかった。検体適正とした細胞診120例の内訳は悪性/悪性疑い96例、鑑別困難6例、正常/良性18例であった。組織診断との比較により感度98%、特異度80%、一致率92%であった。細胞診で悪性/悪性疑いとした96例の細胞診断は腺癌22例、扁平上皮癌23例、小細胞癌7例、非小細胞癌25例、癌11例、その他の悪性腫瘍6例であった。同検体による組織診断は腺癌41例、扁平上皮癌34例、小細胞癌11例、癌2例、その他の悪性腫瘍6例、鑑別困難1例、良性1例であった。また細胞診で推定しえた組織型と組織診の組織型との一致率は腺癌54%、扁平上皮癌68%、小細胞癌64%であった。

【結語】肺CTNB採取時に細胞検査士が立会い捺印細胞診を行う事で十分に適正な検体が採取されていた。検体採取時の捺印細胞診は、組織診と同等に良悪性の判定が可能であり病理診断の精度向上に繋がるものと考えられた。一方組織型の確定では腺癌と扁平上皮癌の鑑別が課題であった。

地域 7-3 当科気管支鏡検査における迅速細胞診の検討—導入後 1 年間の精度管理も含めて—

和歌山県立医科大学内科学第三講座

○小野安子(CT)

【背景】肺がん病理診断における確実な検体採取は診断率向上だけでなく、分子標的薬の適応判断にも不可欠となっている。近年、気管支鏡検査における超音波内視鏡などの新規手法に加えて迅速細胞診 (rapid on-site cytologic evaluation : ROSE) の有用性が報告されている。当科における ROSE の有用性について、導入後の精度管理も含めて検討したのでここに報告する。

【対象と方法】2013 年 10 月から 2014 年 10 月まで当科で胸部悪性腫瘍疑いにて気管支鏡検査を行ったもののうち、ROSE を施行し当院病理科で組織診によって最終診断がついた 176 症例を対象とした。ROSE には Diff-Quick 法, Shorr 染色法を用い細胞検査士が診断にあたった。ROSE の結果と病理最終診断について異同を後方視的に検討し、偽陽性・偽陰性症例については当科スタッフを交えて定期的な精度管理を行った。

【結果】176 症例中、迅速細胞診陽性は 96 症例、病理組織診断陽性例は 106 症例であった。精度は感度 82.1%、特異度 87.1%、正診率 84.1%で、陽性的中率は 90.6%であった。定期的な見直しの結果、4 か月毎の陽性的中率は 84.1%、95.7%、96.6%と上昇した。正診率についても 88.5%、80.8%、82.5%と維持されていた。

【結論】気管支鏡検査における ROSE 導入は、肺がん診断の一助となりうると思われる。一方で経時的な振り返りによる偽陽性・偽陰性の精査は重要であり、今後症例を集積しさらなる精度管理が必要と思われる。

地域 7-4 肺腺癌における WHO 新分類に基づいた細胞像

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

○三宅真司(CT)¹⁾, 松林 純(MD)^{1,2)}, 前田純一(MD)³⁾, 垣花昌俊(MD)³⁾, 大平達夫(MD)³⁾, 池田徳彦(MD)³⁾, 長尾俊孝(MD)^{1,2)}

肺腺癌の組織分類は、最近まで 2004 年版 WHO 分類とほぼそれに準じて作成された肺癌取扱い規約が一般的に用いられてきた。しかし、世界肺癌学会、米国胸部疾患学会、欧州呼吸器学会が共同で新たに策定した肺腺癌の分類などを基にして、2015 年 3 月に WHO 新分類が刊行され、今後はこの分類が肺腺癌を診断する上で国際的な基準となる。WHO 新分類では、純粋な細気管支肺上皮癌を上皮内腺癌 (AIS)、細気管支肺上皮癌成分を含む浸潤癌を adenocarcinoma with lepidic pattern と呼ぶことになった。また、腫瘍径が 3 cm 以下で、浸潤成分の最大径が 0.5 cm 以下の腺癌は、微少浸潤性腺癌に分類され、AIS とともに予後良好な病変として、通常の浸潤癌と区別されることになった。当院では、肺末梢小型病変に対して積極的に CT ガイド下針穿刺細胞診を施行していた時期があり、我々は浸潤癌のみならず AIS や微少浸潤性腺癌症例を数多く経験している。そこで、AIS や微少浸潤性腺癌と浸潤性腺癌との細胞像を比較検討したところ、AIS と微少浸潤性腺癌では、腫瘍細胞および間質細胞の出現数がともに少なく、腫瘍細胞は平面的で小さな集団や孤立性に出現し、核の大小不同・核形不整・核小体は目立たない傾向があり、腺癌細胞として認識することが困難であることが多かった。一方、浸潤性腺癌では、腫瘍細胞や間質成分が多く、重積性を示す細胞集団や核の大小不同・核形不整・核小体が目立つなど、腺癌の診断は容易であった。本講演では、WHO 新分類に基づいた各種腺癌の細胞像を提示するとともに、AIS や微少浸潤性腺癌と浸潤性腺癌との細胞学的な違いに着目した我々の検討結果も合わせて報告したい。

地域7-5 肺の上皮内腺癌, 微小浸潤性腺癌, 置換性増殖優位型浸潤性腺癌の細胞形態的差異の検討

富山大学附属病院病理部病理診断科¹⁾, 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻生命医科学講座病態病理学²⁾

○堀 隆(CT)¹⁾, 福岡順也(MD)²⁾

【はじめに】2011年に国際肺癌学会(IASLC), 米国胸部学会(ATS), 欧州呼吸器学会(ERS)の三学会による切除肺腺癌の分類が提唱され, 2015年春に肺腫瘍のWHO分類が改訂された。新しい肺腺癌の分類では, 新たに上皮内腺癌(Adenocarcinoma in situ, AIS)と微小浸潤性腺癌(Minimally invasive adenocarcinoma, MIA)が定義され, 従来の浸潤性腺癌は組織垂型の優位性をもって表されるようになった。

従来から, 異型腺腫様過形成と肺胞上皮癌の細胞組織学的鑑別や, 浸潤性腺癌との細胞所見の違いが報告されているが, MIAの細胞像に関する検討は少ない。今回, 我々は, AIS, MIA, そして置換性増殖優位型浸潤性腺癌(Lepidic predominant invasive adenocarcinoma, LPIA)の細胞形態的差異を検討した。

【対象と方法】2011年1月~2015年4月までの間に切除された肺癌356例の中から, 腫瘍細胞の観察可能な細胞診標本(術前の気管支鏡視下採取, あるいは術中迅速組織からの採取)が得られたAIS 6例, MIA 9例, LPIA 7例を対象とした。検討方法は, 細胞形態の所見(集塊の重積性と核間距離, 細胞径, 細胞質の構造, 核径, 核形と切れ込み, 核内封入体, 核クロマチン増量の程度, 核小体)をreviewし, 三者間の割合の比較を調べ(χ^2 二乗検定), $p < 0.05$ を有意差ありとした。

【結果】術前の細胞診陽性率はAIS 0%, MIA 30%, LPIA 85.7%で, AISとMIAに有意差は見られず, LPIAは有意に高かった($p < 0.02$, < 0.01)。Reviewによる細胞形態の違いでは, AISでは, MIAとLPIAに比し, 集塊の細胞重積は乏しく($p < 0.01$, 0.01)。核間距離の乱れは少なく($p < 0.03$, < 0.01)。腫瘍細胞は小型で($p < 0.01$, < 0.01)。細胞質は繊細であった($p < 0.01$, 0.01)。一方, 核所見では, LPIAではクロマチンの増量が最も強いが($p < 0.01$)。核小体は目立たなかった($p < 0.02$, < 0.01)。

地域7-6 結節を形成する非腫瘍性疾患の画像または肉眼所見と細胞診所見の比較

獨協医科大学形態病理学

○中里宜正(MD)

細胞診や組織診は組織採取ツールの進化により画像でしか認識できないような呼吸器領域でも, 容易に採取が出来るようになった。その画像所見や, 迅速時における割面の肉眼所見などが, 診断の際, 重要な情報となることもある。今回の発表では, 非腫瘍性疾患に焦点を絞り, 画像, 肉眼所見, 細胞学的な検討を行った。対象とした疾患は, 肉芽腫性疾患, 抗酸菌症, 真菌症, 原虫症, 肺胞蛋白症, アミロイドなどで, 非腫瘍性疾患として, 普段あまりみないが, 鑑別に上がるようなものとした。結節として, 画像上, 腫瘍と鑑別が必要な疾患として, 抗酸菌腫と真菌結節, サルコイド結節で, こられは通常, 多発の結節を形成するが, 時として単発様の結節を形成する。抗酸菌症では, 非定型抗酸菌症と, 結核腫, 真菌症では, アスペルギローマとクプトコッカス, 参考までにコクシジオイデス症をとりあげた。いずれも画像では単発結節で, 腫瘍と鑑別が必要となる。原虫症では肺吸虫症, 代謝沈着障害では, 肺胞蛋白症とアミロイドで, これらは画像上, 網状影を主体とし, 肺炎様所見を呈するが, それら網状影のなかに結節を形成することがある。また肺吸虫症は, 末梢肺組織からの胸腔内穿破から多量の胸水を併発することがあるが, 肺野に結節を形成する。結節を呈する腫瘍性疾患は, 多数存在するが, 今回は非腫瘍性疾患に焦点をあてて検討しました。当日は, CT画像の見え方などを日常のものから推測できるような工夫をし, 結節に対しての考え方を別の観点から検討しようと思います。

◇地域推薦演題 8 技術・基礎

地域 8-1 当院の非婦人科検体における簡便な液状処理細胞診標本の作製法について

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○森 正樹(CT), 岩崎和美(CT), 前川秀樹(MT),
鈴木佑梨(MT), 竹内 文(MD), 小上瑛也(MD),
今村好章(MD)

【はじめに】細胞診検査における液状処理細胞診 Liquid-based cytology (LBC) 標本とは、採取された細胞診材料を固定・保存液の中に入れてのちスライドガラス上に細胞を均一に塗抹する方法である。LBC 標本の作製は、専用の塗抹装置を使用して作製するほか、用手法での標本作製も可能である。しかし、用手法は手技が煩雑であり特殊な器具や試薬が必要である。そこで当院では、非婦人科検体において即効性の溶血作用を有する Cytorich Red 固定・保存液（以下 CRed 液）を用いた簡便な方法で LBC 標本作製し日常検査に取入れている。

【簡便な LBC 標本の作製法】体腔液検体は、引きガラス法による標本作製後、残りの沈査に約 10~20 ml の CRed 液を入れ遠心後、上清を廃棄して CRed 液の沈査とした。甲状腺・唾液腺・リンパ節等の穿刺吸引検体、気管支擦過ブラシ・膀胱擦過ブラシ洗浄液、EUS-FNA 検体も同様に CRed 液の沈査を作製し、この CRed 液処理沈査をスライドガラス上に 1 滴滴下し塗抹面が生乾き状態（半~不透明化）になるまで室温放置後、エタノール溶液に入れ LBC 標本の作製を行った。

【結果】スライドガラス上に沈査を滴下すると滴下位置を中心にほぼ同心円状に自然拡散した。生乾き状態になるまでに要する時間は 3~15 分程度であった。ほぼ限られた範囲に有核細胞が塗抹されていた。Pap 染色の染色性には問題はなく核および細胞質の観察は良好であった。また、免疫染色においても（上皮系・間葉系・リンパ系・胚細胞系マーカー）適切な反応性を認めた。

【考察】本簡便法は、CRed 液で処理した沈査を一般的な剥離防止コートスライドガラス上に滴下する簡便な操作で LBC 標本の作製が迅速に行える。免疫染色との併用で質の高い細胞診に貢献できると考える。

地域 8-2 細胞診検体を用いた免疫染色の条件決定法と新しい迅速染色法

東京大学医科学研究所附属病院病理診断科¹⁾, 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所²⁾

○傳田珠美(CT)¹⁾, 田中幸久(CT)¹⁾, 小野田春男(MT)¹⁾,
沢辺元司(MD)²⁾, 大田泰徳(MD)¹⁾

ホルマリン固定された組織検体における至適条件決定法は成書に詳述されており、ルーチン業務として定着してきている。しかし、エタノール固定された細胞診検体については、固定から始まる標本作製過程が異なるにもかかわらず、組織検体と同様の条件下に行われている施設がほとんどで、ルーチン化されていないのが現状である。そこで、細胞診検体に対する抗原性賦活化条件を種々設定・検討し、組織検体と比較した。その結果、細胞診検体では全ての核内抗原および一部の細胞質・細胞膜抗原の検出に対しては加熱処理が必須であったが、組織検体と同じか、もしくは弱い条件で賦活化が可能であった。一方、プロテアーゼ処理はしばしば非特異的の反応をもたらした。

検討結果より、エタノール固定された細胞診検体の抗原性賦活化条件は、ホルマリン固定組織検体に対する条件とは必ずしも同じではないことが分かった。従って、細胞診検体の免疫染色についても条件決定が必要であると考えられた。今回の講演では抗体濃度や固定時間についての注意点を含め報告する。

また、術中迅速診断で診断に苦慮する場合、迅速免疫染色が有用であるが、その手技について十分に検討されていない。特に、核内抗原は抗原性賦活化が必須なため、その迅速化は困難であった。そこで、我々は温浴処理によりそれを可能にし、迅速かつ簡便な迅速免疫染色法を考案した。本法では細胞剥離がほとんどなく、1 分間の温浴処理により核内抗原を含む多くの抗原で良好な染色性が得られた。凍結切片を用いてもこの染色法は有用であった。全行程 11 分で終了し、特別な装置を必要としないため、迅速診断の応用の拡大に貢献するものと期待される。

地域8-3 抗体解離法と脱色を利用した Sequential recycle immunocytochemistry の検討

京都大学医学部附属病院病理診断科

○平田勝啓(CT), 片岡竜貴(MD), 羽賀博典(MD)

【背景】近年, 病理診断において免疫染色による複数の抗原の発現評価が必要な場面が増えているが, 細胞標本は事前に複数の塗抹標本を準備できないことが多い。同一標本上で発色基質の色調を変える多重免疫染色は, 抗原の局在が重複する場合に評価困難なことがある。組織標本に対しては, 同一切片上で発色基質の脱色と抗体解離(失活)により, 複数の抗原を連続して検出する手法が考案されている。本研究ではこれを細胞診断に適用するため, 細胞標本に適した方法の開発を含め基礎的検討を行った。

【材料と方法】乳癌細胞株 MCF7 の塗抹標本を使用した。一次抗体には anti-EpCAM (MOC31), Ki-67 (MIB-1) 等, 検出系に HRP 標識抗体と AEC を使用した。抗体解離溶液に A (中性), B (酸性), C (含酸化剤) を用いた。通常免疫染色の後, AEC 脱色, 抗体解離処理を行い, 続いて2回目の免疫染色を実施した。このサイクルを繰り返すことにより, 理論的には同一標本上で複数回の免疫染色を実施できる。

【結果】最大5サイクルの免疫染色を実施した。溶液 A は比較的効率よく抗体解離が可能であった。溶液 B は抗体解離に長時間を要し, 複数回処理で染色性の低下がみられた。溶液 C は細胞剥離が目立った。

【考察】抗体解離法は, 抗原性への影響や一次抗体の親和性に応じた条件設定が重要である。溶液 A を中心にさらに多くの一次抗体について検討を行う予定である。最終的には臨床検体で検討し, 日常診断への導入をめざす。本法は手技が煩雑で長時間を要することが課題である。高感度検出法やマイクロウェーブ処理, 自動染色装置などが利用できるかもしれない。

地域8-4 非がん細胞とがん細胞の鑑別における紫外顕微分光法の有用性

弘前大学大学院保健学研究科医療生命科学領域病態解析科学分野¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 株式会社クラール³⁾

○吉岡治彦(PhD)¹⁾, 星合桂太(CT)²⁾, 佐藤達資(MD)³⁾, 堀江香代(PhD)¹⁾, 渡邊 純(MD)¹⁾

【目的】紫外線(UV)は, 可視光線よりも短い約10~380 nm の波長を指す。その最大吸収波長は核酸で260 nm 付近, タンパク質で280 nm 付近にあるため, これらの定量に重要となる。高分化がん細胞の核色彩は淡明繊細で非がん細胞と類似し, がん細胞判定を困難にすることが多い。しかし, 無染色の液状化検体細胞診(LBC)で核内のUV透過率に注目し, がん細胞の特徴を解析した報告はない。そこで, 紫外顕微分光法(Ultraviolet-Microscopic Spectroscopy: UV-MS)が, がん検出法として有用か否かを検討した。

【方法】材料は, LBC (ThinPrep) 液で処理した培養細胞株で, 非がん由来細胞100個(NHDF, COS7), がん細胞200個(A549, MCF-7, LS-180, KATO)の無染色標本を用いた。UV-MS法ではUV画像を観察しながら, 核領域のUV波長の透過率を測定した。統計データは, 260, 280, 300, 320 nm 透過率値(%)と, 各波長の透過率値を260 nm 値で除した補正值(透過率の標本差バイアスを考慮した標準値)を用いた。統計解析は, 全変数において非がんとがんの有意差検定(Mann-Whitney-U検定)を行い, 各補正值を用いてがん細胞確率 $P(x)$ を求める回帰式を求め(2項ロジスティック回帰分析), 多重共線性, 最適な変数選択, 判別の中率によって評価した。

【結果】がん細胞は, 非がん由来細胞と比して各波長のUV透過率値は低く, 各補正值は高かった($p < 0.01$)。2項ロジスティック回帰分析の結果, 280/260 と 320/260 値比を説明変数として構築されるがん細胞確率 $P(x)$ を求める回帰モデル式(尤度比検定 $p < 0.01$)が得られた(感度88.5%, 特異度83.0%, 判別の中率86.7%)。

【結論】UV-MS法は, がん細胞を客観的(回帰式, $p < 0.01$)に, 高い判別の中率(86.7%)で判定することができ, がん検出法として有用である。

地域 8-5 DNA 損傷応答分子 53BP1 の腫瘍組織での発現の意義と細胞診への応用にむけて

長崎大学原爆後障害医療研究所腫瘍・診断病理学¹⁾, 佐世保共済病院病理診断科²⁾, 長崎大学病院腫瘍外科³⁾, 長崎医療センター病理診断科⁴⁾

○松田勝也(CT)¹⁾, 川崎辰彦(CT)²⁾, 大坪竜太(MD)³⁾, 伊東正博(MD)⁴⁾, 井関充及(MD)²⁾, 中島正洋(MD)¹⁾

腫瘍の悪性度を推定する普遍的指標は存在しない。多くの腫瘍化過程にはゲノム不安定性 (GIN) が関与し、特に生物学的悪性度と相関することが示唆されている。我々は、GIN の細胞学的指標としての P53-binding protein 1 (53BP1) 核内フォーカス形成を蛍光免疫染色により評価し、様々な腫瘍の悪性度との関係を検討している。がん原因子のひとつである放射線は線量依存性に DNA 二重鎖切断を引き起こす。切断された DNA は修復機構により再結合するが、修復エラーも惹起する。DNA 二重鎖切断の修復エラーは、細胞内に GIN の亢進状態を誘導し、染色体転座や遺伝子増幅の原因となる。腫瘍性または非腫瘍性細胞、放射線関連または非関連腫瘍を問わず、内因性 (人為的でない自然発症による) DNA 二重鎖切断の存在は GIN を特徴づける現象であり、悪性形質転換を誘導する。腫瘍抑制遺伝子 p53 結合タンパク質として同定された 53BP1 は全身の細胞の核内に存在する DNA 損傷応答分子で、DNA 損傷応答の活性化状態では、DNA 二重鎖切断部位に速やかに集積し核内フォーカスを形成する。これまでに、子宮頸部、甲状腺、皮膚の腫瘍組織において、53BP1 核内フォーカス形成と GIN との関連および悪性化の指標としての意義を報告してきた。蛍光免疫組織化学による 53BP1 発現パターンの解析は、がん化過程の細胞の GIN を反映し、特に前がん病変である異形成や早期癌の診断に有用と考えている。現在、子宮頸部や尿路上皮の細胞診への応用についても検討しており、腫瘍マーカーとしての有用性について報告する。

地域 8-6 外部精度管理を視点においた多焦点ヴァーチャルソフト「サイトロン」の活用経験

自治医科大学附属さいたま医療センター病理部¹⁾, 埼玉医科大学総合医療センター病理部²⁾, 埼玉県立循環器・呼吸器病センター病理診断科³⁾

○河野哲也(CT)¹⁾, 扇田智彦(CT)²⁾, 山田茂樹(MD)¹⁾, 清水禎彦(MD)³⁾

【はじめに】細胞診領域における精度管理は、写真やデジタルスライドを用いた単焦点画像による実施が一般的であるが、集塊全層や立体的な細胞異型の観察には不向きであった。近年、様々なヴァーチャルソフトが市販されており、顕微鏡学的検査法のサーベイとしては、顕微鏡を鏡検している如く標本の背景から細胞の立体的な配列や核内構造までに至る十分な情報のもとに実施されることが理想と思われる。今回我々は、外部精度管理を視点においた多焦点ヴァーチャルソフトであるケーアイテクノロジー社製「サイトロン」の活用経験を報告する。

【ソフトの概要】同一細胞集団において焦点を変えて撮影した 16 枚までの顕微鏡画像を用いて、コンピュータのマウスを操作して焦点や拡大率の変更観察が可能となった 3D バーチャルソフトウエアである。多焦点表示がフォーカス機能、観察エリアの移動がステージ機能、拡大縮小表示がリボルバー機能となっている。

【活用経験】2008 年から 6 回の検討症例 CD 集を作成し、埼玉県内の参加希望施設に配布し、講評会を開催している。現在の登録施設は 45 施設で、回収率は最高 93.1% (第 3 回)、最低 61.9% (第 5 回)、平均 72.4% (6 回開催) であった。初回の開催に限り、同一集塊を単焦点画像と多焦点画像での出題を試みた。正解率は多焦点画像の方が優位であった。理由としては、多焦点画像では多くの所見が読み取れ、特に細胞異型が弱く構造異型を観察すべき症例などに有効であったと思われる。

【まとめ】多焦点観察の利点を生かし、細胞診領域の外部精度管理の一手段としても有用と思われる。

◇地域推薦演題9 消化器

地域9-1 当科における口腔細胞診境界病変の検討

島根大学医学部歯科口腔外科学講座

○渡邊正章(DDS), 秀島克巳(CT), 岩橋輝明(DDS),
関根浄治(DDS)

【緒言】当科では、口腔病変の診断にベセスダシステムを用いている。しかしながら、ベセスダの4段階評価では判定できない症例があるため、陽性・疑陽性・陰性の3段階評価とパパニコロウ分類も併用している。われわれは疑陽性症例（パパニコロウ Class3 症例）を便宜的に Subclass2-3, Subclass3, Subclass3-4 と細分類し、これらを細胞診境界病変として取り扱っている。今回、当科にて境界病変と判定された症例について、病理組織学的検討を行ったので報告する。

【対象と方法】対象は、平成19年6月1日から平成27年5月31日まで、当科にて細胞診を施行した2,188症例（男性1,027名、女性1,161例、平均年齢67.3歳）である。

【結果】採取部位は舌が最も多く730症例、次いで歯肉630症例、頬粘膜390症例であった。境界病変は Subclass2-3 228症例、Subclass3 243症例、Subclass3-4 65症例あり、全体の30.8%に該当する165症例に対し病理組織学的検討を行った。その結果、Subclass2-3 44症例のうち悪性が7症例（15.9%）、Subclass3 92症例のうち悪性が35症例（38.0%）、Subclass3-4 29症例のうち悪性が19症例（65.5%）であり、Subclassが上がるほど悪性症例の占める割合も多かった。

【まとめ】現在の口腔のベセスダシステムでは4段階評価の範疇に入らないものはIFNと分類している。今後、IFN症例の分類に関する検討が必要と思われた。

地域9-2 耳下腺腺房細胞癌について細胞像の再検討

横浜市立大学付属病院病理診断科・病理部¹⁾, 横浜市立大学医学部病態病理学講座²⁾, 東京医科大学医学部人体病理学講座³⁾

○三田和博(CT)¹⁾, 本野紀夫(CT)¹⁾, 佐川弘美(CT)¹⁾,
西尾由紀子(CT)¹⁾, 尾崎由実(CT)¹⁾,
日比谷孝二(MD)¹⁾, 三宅暁夫(MD)¹⁾, 山中正二(MD)¹⁾,
大橋健一(MD)^{1,2)}, 長尾俊孝(MD)³⁾

【はじめに】腺房細胞癌は、細胞異型が弱く判定に苦慮する場合がある。今回、耳下腺の腺房細胞癌と診断された症例について細胞像を見直し、観察の際の注意点を検討した。また、Mammary analogue secretory carcinoma（以下MASC）が、チェコのSkalovaらによって提唱され、腺房細胞癌と診断された腫瘍の一部にMASCを含んでいると言われている。組織学的にMASCが疑われる症例について細胞診での判定の可能性も検討した。

【対象と方法】2003年から2014年に耳下腺の穿刺吸引細胞診が行われ、WHO分類に基づき腺房細胞癌と診断された6例で、年齢は17から61歳、男性4名、女性2名。細胞診の判定は悪性疑い2例、鑑別困難3例、良性1例であった。細胞像の背景、細胞の出現形態、細胞所見について検討を行った。組織でMASCの鑑別に有用と言われているmammaglobin, vimentin, S-100, CK19の免疫染色を行った。

【結果】嚢胞性の背景を示す症例が3例にみられた。嚢胞成分が主体で異型細胞の出現が少ない症例があった。すべての症例に腫瘍細胞の大型集塊を認めた。免疫染色の結果、MASCが疑われる症例は6例中5例であった。その細胞像では細胞質に大きい空胞をみる腫瘍細胞がみられ、出現数は症例により異なっていた。

【まとめ】嚢胞性の細胞像を示す場合、異型の弱い腫瘍細胞を見落とさない為に、より慎重な観察が重要と考えた。腺房細胞癌と診断されていた腫瘍の多くはMASCを疑う腫瘍であった。MASCを疑う細胞所見としては、細胞質の大きい空胞の存在が考えられた。さらに検討を加え報告する。

地域 9-3 肝癌の細胞診, 画像解析ソフトを用いた細胞像と組織像の比較

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

○甲斐敬太(MD)¹⁾, 中村光男(CT)¹⁾, 相島慎一(MD)^{1,2)}

【はじめに】肝癌の細胞診検体は実臨床で提出されることが殆どなく, その細胞像に関する知見は極めて少ない。今回, 肝癌 49 結節の捺印細胞診検体について, 画像解析ソフトを用いて核の解析を行い, その組織像と比較検討した。

【対象と方法】対象は 2010 年から 2012 年の当院肝切除例のうち, 捺印細胞診標本を取得した肝癌 43 症例 49 結節。内訳は高分化肝細胞癌(HCC)8 結節, 中分化 HCC29 結節, 低分化 HCC2 結節, 胆管細胞癌(CCC)8 結節, 混合型肝癌 2 結節。5 例で背景肝の捺印細胞診標本も検討した。HE 組織標本およびギムザ染色捺印標本は, Tissue Studio (Definiens)を用い対物 20 倍のデジタル画像を解析し, Pap 染色捺印標本は対物 40 倍のデジタル画像で腫瘍細胞核 20 個を EXpath III (インテック)付属画像解析ソフトを用いて解析し, 核の長径, 短径, 縦横比, 面積について比較検討を行った。

【結果】Pap 染色の核の長径平均(μm)は HCC : 8.1, CCC : 11.0, 混合型肝癌 : 7.3, 背景肝 : 5.8 と CCC が有意に大きかった ($P=0.0005$)。短径平均(μm)は HCC : 6.3, CCC : 6.1, 混合型肝癌 : 4.9, 背景肝 : 4.8 で, 縦横比は HCC : 1.3, CCC : 1.8, 混合型肝癌 : 1.48, 背景肝 : 1.2 と有意差を認めた ($P<0.0001$)。核面積(μm^2)に関しても HCC : 66.7, CCC : 78.8, 混合型肝癌 : 44.0, 背景肝 : 36.1 と CCC が大きい値を示した ($P=0.0084$)。HE 組織標本の解析でも同様の結果が有意差をもって得られたが, ギムザ捺印標本の解析では有意差は認めなかった。

【考察・まとめ】CCC は HCC に比べ, 核と縦横比が大きいという結果は, 細胞診あるいは組織診での HCC と CCC の鑑別の際に, 参考となる知見である。HCC の分化度に基づいた解析結果や細胞像と組織像の対比についても少し触れた。

地域 9-4 当院で経験した腓胝形成性癌の 2 例

熊本赤十字病院病理診断科

○境 一(CT), 井上佳那子(CT), 山下 祐(CT), 吉満千恵(CT), 津田富夫(CT), 大塚幸二(CT), 坂本康弘(CT), 長峯理子(MD), 福田精二(MD)

【はじめに】退形成性癌は全腓胝の 0.14%と稀な腫瘍である一方, 予後は非常に不良とされている。その分類は腓胝取り扱い規約第 6 版では巨細胞型, 破骨細胞様巨細胞型, 多形細胞型, 紡錘細胞型の 4 種に分けられている。今回, 当院で経験した破骨細胞様巨細胞型と多形細胞型の退形成性癌の 2 例を報告する。

【症例 1】60 代, 男性。健康診断で腓胝頭部に 40 mm 大の腫瘍が指摘され, 当院に加療入院となった。

既往歴 : 16 年前右上葉肺癌手術, 6 年前胃癌 (未分化癌) で幽門側切除術。

細胞診 : 疑陽性 (Atypical cells)。擦過・穿刺細胞診とも少数の異型のない多核巨細胞が散在するなか, N/C 比が高く核形不整のある異型細胞を多数認める。異型細胞はクロマチンの増量, 明瞭な核小体が目立つ。

組織診 : Anaplastic carcinoma, osteoclast-like giant cell type。

【症例 2】60 代, 男性。心窩部痛を主訴に近医受診。精査目的で当院入院, 腓胝拡張を指摘され, 腓胝腫瘍が発見された。

既往歴 : 7 年前に脳梗塞, 高血圧, 尿酸血症, 高脂血症, 今回の入院時に S 状結腸癌も発見されている。

細胞診 : 陽性 (Adenocarcinoma)。核偏在性の異型細胞が大小の集塊で多数認められる。異型細胞は大小不同, 核形不整, 著明な核小体を認める。

組織診 : Anaplastic carcinoma, pleomorphic type。

【まとめ】腓胝の退形成性癌は稀な腓胝癌の亜型で, 予後は不良とされている。今回, 約 2 年の間に多核巨細胞が特徴的な破骨細胞様巨細胞型と低分化腺癌と鑑別が必要であった多形細胞型の退形成性癌を経験した。文献的に考察したが, 同じ退形成性癌でもその予後は異なり, その細胞学的特徴を捉え, 的確な細胞判定を行うことが治療および予後判定において重要であると考え。

地域9-5 膵液細胞診における膵腫瘍のIMP3, p53, Smad4免疫細胞化学の診断的有用性の検討

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部病理学講座器官病理学分野²⁾, 鳥取大学医学部附属病院消化器内科³⁾, 鳥取大学医学部保健学科病態検査学講座⁴⁾

○遠藤由香利(CT)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾,
大野千恵子(CT)¹⁾, 松重貴大(CT)¹⁾, 持田洋利(CT)¹⁾,
野坂加苗(MD)¹⁾, 松本和也(MD)³⁾, 広岡保明(MD)⁴⁾,
梅北善久(MD)²⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾

【はじめに】膵液細胞診では細胞の変性や出現細胞の多様性等の問題から良悪の判定に苦慮する 경우가多く、診断成績は必ずしも十分とは言えない。近年、浸潤性膵管癌や浸潤を伴うIPMCにおいて組織切片を用いた免疫組織化学的染色によりIMP3, p53, Smad4といった癌関連遺伝子の異常が検出可能であることが報告されている。今回、この手法を膵液細胞診検体に応用し、これらのマーカーの発現異常が細胞診の補助診断法として有用であるか検討を行った。

【対象と方法】2013年1月～2014年9月の期間に当院病理部に提出された膵液検体122例のうち、セルブロックを作製した29例を対象とし、IMP3, p53, Smad4の各抗体を用いて免疫組織化学染色を行った。手術標本における組織診断あるいは臨床データに基づく最終診断より、悪性診断に対する感度・特異度を免疫染色併用前後でそれぞれ評価した。

【成績】29例中悪性13例、良性16例あった。免疫染色併用前の悪性診断の感度は46.2% (6/13)、特異度は100.0% (16/16)であった。細胞形態での陽性例に加え免疫染色結果が陽性(Smad4では陰性)であった症例を陽性群とした場合、IMP3, p53, Smad4の免疫染色の感度はそれぞれ69.2% (9/13), 46.2% (6/13), 92.3% (12/13)となり、特異度は93.8% (15/16), 100% (16/16), 31.3% (5/16)となった。IMP3, Smad4では免疫染色の併用で感度の上昇をみた一方で、悪性診断の特異度は下がる結果となった。

【結論】IMP3は他2抗体に比べ感度、特異度共に概ね良好であったが、日常の補助診断として本抗体を単独で利用する際は慎重な評価を要すると考えられた。

地域9-6 当院における膵EUS-FNAの診断成績—細胞診とセルブロック法併用の比較検討—

三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学¹⁾, 三重大学医学部附属病院病理部²⁾, 鈴鹿医療科学大学保健衛生学部³⁾, 三重大学医学部附属病院乳腺センター⁴⁾

○金山和樹(CT)¹⁾, 今井 裕(MD)²⁾, 米田 操(CT)³⁾,
林 昭伸(MD)²⁾, 北山美佳(CT)^{2,4)},
柴原亜希子(CT)^{2,4)}, 広川佳史(MD)¹⁾, 白石泰三(MD)¹⁾

【はじめに】膵超音波内視鏡下穿刺吸引(EUS-FNA)は、膵病変部より直接検体採取が可能で、膵腫瘍の診断に用いられている。当院では、EUS-FNA時にベッドサイドへ出向し細胞診とセルブロック法の併用による診断を行っている。今回我々は、膵EUS-FNA成績をまとめ、細胞診とセルブロック法併用の有用性の比較検討を行った。

【対象と方法】2005年12月から2015年6月の間に、当院でEUS-FNAが施行された膵腫瘍性病変371例を対象とした。細胞診とセルブロック法の結果を比較し、良悪性一致率(CO)を算出した。また、手術症例において細胞診とセルブロック法の検体適正率(AD)、感度(ST)、特異度(SP)および各組織型診断の正診率(AC)を算出した。

【結果】細胞診とセルブロック法のCOは93.0%で、細胞診陽性、セルブロック陰性が18例、細胞診陰性、セルブロック陽性が6例認められた。細胞診のAD, ST, SPは、99.7%, 94.0%, 75.0%、セルブロック法は93.0%, 87.8%, 75.0%であり、細胞診でSTが高かった。また、セルブロック法の併用でSPが80.0%と向上した。細胞診の各組織型診断(腺癌、神経内分泌腫瘍(NET)、SPN、他の悪性腫瘍(腺房細胞癌等))のACは、91.6%, 64.3%, 80.0%, 25.0%であったが、セルブロック法の併用でNET、他の悪性腫瘍のACが78.6%, 50.0%と向上した。

【まとめ】細胞診のSTは高く、病変の検出や腺癌の診断に有用と考えられた。また、セルブロック法の併用は、NETや腺房細胞癌等のACの向上に繋がると考えられた。

◇国際フォーラム (Global Asia Forum)

GAF-1 Cervical cancer prevention by HPV vaccination

University of Hong Kong, Hong Kong

○Karen Kar Loen Chan

Cervical cancer is the 4th most common women cancer worldwide. It is now well known that cervical cancer is caused by persistent high risk human papillomavirus (HPV) infection, which in turns lead to pre-malignant changes in the cervical epithelium. Two HPV vaccines have been on the market for more than 5 years—a bivalent vaccine targeting 2 high risk subtypes, HPV 16 and 18, which cause about 70% of cervical cancer and a quadrivalent vaccine targeting 2 low risk subtypes HPV 6,11 as well as 16 and 18, which offers protection against genital warts as well as cervical cancer. These are prophylactic vaccines and they are most effective when given to adolescents before their sexual debut. These vaccines have been proven to be highly effective in large randomized trials and there are now licensed in more than 100 countries worldwide. The safety profile is excellent as shown in the large trials leading to its licensure as well as in post-marketing safety monitoring. Recently, a 9-valent HPV vaccine against 6/11/16/18/31/33/45/52/58 is approved by the US FDA. It is estimated that this vaccine can prevent about 87% cervical cancer worldwide. Countries such as Australia and the United Kingdom have started national immunization programs and the population based effect are already evident. In Australia, a national quadrivalent program for girls was implemented in 2007. By 2010, there was 50% decline in high grade cervical abnormalities. Follow up trial data for nearly 10 years showed sustained effectiveness. Nonetheless, currently available vaccines do not protect 100% cervical cancer and cervical screening by cervical smears is still necessary.

GAF-2 HPV Vaccination : The Malaysian Experience

Gleneagles Penang/Penang Medical College, Malaysia

○Suresh Kumarasamy

Malaysia was the first middle-income country in the world to implement a national HPV vaccination program in September 2010. It is a school based vaccination program targeting girls at Year 7 of school (13 years), with clinic based immunisation for out of school 13 year old girls. This program was very successful with 95.9 and 97.9% of parents giving consent for their daughters to be vaccinated and 97.9% and 95.9% of girls with parental consent completing all 3 doses in 2010 and 2011 respectively. In the first 2 years, the bivalent vaccine was used but in March 2012 there was a seamless change to the quadrivalent vaccine. The incidence of side-effects was 0.16% with the most common being central & peripheral nervous system (29.8%), application site (27.0%) and gastrointestinal (17.5%).

The program was successful because of endorsement and recommendation by the medical profession, political will and leadership, involvement of stake holders early, predicting and managing potential risks as well as monitoring implementation closely. A good existing school health program, “halal” certification of the vaccine (as over 60% of the population are Muslim), involvement of the Ministry of Education and giving sufficient information about the vaccine and its safety to parents also contributed. In 2012 a catch up vaccination program was introduced targeted at girls aged 18 years. The Malaysian HPV vaccination program could be a model for the developing world, where organised and effective screening is unlikely to be successfully implemented in the short term.

GAF-3 Current Status of Human Papillomavirus Vaccine in Korea

Seoul St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea, Korea

○Jong Sup Park (MD, PhD)

Cervical cancer is the second most common female cancer, and the third most common cause of female cancer mortality worldwide. Persistent human papillomavirus (HPV) infections, in particular, HPV genotypes 16 and 18, are associated with the development of cervical dysplasia and cancer. Cervical cancer is preventable and generally curable if detected early. Important strategies to reduce the risk of cervical cancer include screening with the Papanicolaou test, HPV test and receiving prophylactic vaccination. Using non-infectious L1 virus-like particles (VLPs) of HPV type 16 and 18, HPV vaccination has shown to be virtually 100% effective in preventing persistent type-specific HPV infections as well as their neoplastic sequelae. These prophylactic HPV vaccines can induce high concentrations of neutralizing antibody to L1 resulting in rapid access to local lymph nodes thus circumventing the immune avoidance strategies of viral intra-epithelial infectious cycle. In many countries, national immunization program includes prophylactic vaccination in young women. Since current preventive vaccines against HPV are not likely to be effective for preventing progression in preexisting HPV infections or HPV-associated lesions, there is still urgent need to develop therapeutic vaccines. HPV E6 and E7 represent ideal target antigens for a therapeutic vaccine due to a crucial role of these proteins in both the transformation and maintenance of the malignant phenotype. With continued endeavors in HPV vaccine development, we may be able to implement a variety of safe and effective strategies for the control of HPV-associated cervical cancer.

GAF-4 Japanese choice for HPV vaccination : risk or benefit?

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka University Graduate School of Medicine

○Tomomi Takata

In Japan, the HPV vaccine first became available in 2009, and in April 2013, HPV vaccination became a routine prophylaxis under the Preventive Vaccination Law, which recommended that all 12 to 16 year-old girls are HPV vaccinated.

However, later in the spring of 2013, certain potentially adverse events arising after receiving the HPV vaccination were extensively reported as news. The reported adverse events included chronic pain and impaired mobility. The image of a girl suffering from impaired mobility was shown repeatedly on television. As a result, in June 2013, the Japanese government announced a suspension of its recommendation for the HPV vaccine.

Following the adverse media reports and the governmental suspension, the rate of HPV vaccination in Japan declined precipitously. We analyzed the HPV vaccine coverage for 7th-10th grade girls in Sakai, Japan. The vaccination rates of the 7-10th graders who had an opportunity for vaccination prior to the media reports were between 57.8-74.8% (2012). However, following the adverse reports, the rate of the 7th graders plunged from 65.4% (2012) to 3.9% (2013) (incidence rate ratio, 0.060 ; 95% confidence interval, 0.051-0.071).

The Japanese government held several joint meetings of the Vaccine Adverse Reactions Review Committee ; however, the government has not yet seen fit to renew its recommendation for HPV vaccination. The scheme to evaluate the precise frequency of adverse events arising after receiving the HPV vaccination and an effective medical remedy for the patients who may suffer from any adverse effect should be established before recommendations should be restarted.

GAF-5 HPV Vaccination : the impact on Cervical Cancer Screening Programs

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

○Andrew Field

Australia has a highly successful quality national screening program funded by the national health insurance Medicare and based on the traditional Pap smear, that has reduced the cervical cancer rate to 2 per 100,000 women annually. The problems with the current program will be briefly discussed. Primary HPV screening is to be introduced in Australia in May 2017 with question marks over its ability to fix these problems, while the current use of Pap smears and primary liquid based cervical screening is being dismantled. Two of the major reasons for its introduction are that HPV vaccination will reduce the number of high grade lesions in the community and that it will demonstrate higher NPV allowing for extension of the screening interval to 5 years. Free HPV vaccination was introduced and funded by the Australian Federal Government's Medicare national health fund in 2007, a first in the world. All girls 12 to 18 were offered a school based free program of three injections of quadrivalent Gardasil and there was also a catchup GP based program for women up to 25. In 2013, the vaccination program was extended to boys in the same age groups. The take up rate for the completed 3 courses is over 70% in girls, and this rate will be compared to the USA along with discussion of developments in the vaccines. The impact of vaccination on HPV prevalence and detectable lesions will be presented along with questions remaining about the program.

◇医療安全セミナー

医事紛争，事例から学ぶ解決策—それぞれの立場から—
1 「5つの願い」に応え『隠さない，逃げない，ごまかさ
ない』姿勢で医療事故と向き合う

南山大学法科大学院教授 弁護士

○加藤良夫

重大な医療事故を発生させた医療機関は、『隠さない，逃げない，ごまかさない』という姿勢を基本にして，ピア・レビューのできる外部委員の参加を求め，速やかに，公正な事故調査を行う必要がある。診療関連死については病理解剖をする。被害者の「5つの願い」とりわけ真相究明及び再発防止の願いを正しく理解し，誠実に事故調査を行い説明責任を尽くすとともに再発防止策を立案して実践する。ところが現状では，診療関連死等について十分なレビューがなされているとは思われない。このような実情を踏まえると，事故情報を網羅的に集約しそれらを調査・分析し医療の質の向上につなぐ活動を積極的に担う第三者機関が必要である。

医師等にとって，安全な医療を患者に提供することは，職業人としての誇りであり，喜びであるはずである。医療の質の向上を図ることよりも，訴訟や医事紛争を減らすべく患者の不平不満を表面的に押さえ込み保身を図ることに熱心になるのではいかにも悲しい話である。

「プロである以上，ベストを尽くす。もし間違ったことをしてそのため患者が死亡した時には，率直にお詫びする。民事責任については賠償保険でカバーしてもらいたい。刑事については悪質なものでなければなるべく寛大であってほしい。日頃から一生懸命やっけていることも正しく評価してほしい。予期せず医療事故で患者を亡くしたご遺族のためにも，公正に事故を検証し，診療経過及びその医学的評価，死亡原因，改善点等を分かりやすく医療事故調査報告書の中に書き込み，それを遺族に手渡し，かつ直接お会いして説明報告をする。」これがプロとしての医師の本来の姿であり，人々から信頼を得る道である。

2 医療従事者の立場から

中村・平井・田邊法律事務所

○田邊 昇

長年の勉学と技術研鑽を重ね、真摯に病苦に苦しむ患者を救いたいとの一心で医師は診療を行っているが、ひとたび結果が悪いとなると、患者や遺族は、その攻撃を医師に向け、剩え、刑事司法もこれに荷担して医師人生の一切を奪い、獄につなごうとまでするのがわが国の有様である。

今般施行される医療事故調査制度も、本来は医療安全のための制度であるべきである。ところが、今までの厚労省や、医療側と称する弁護士による誤導を奇貨として、一部遺族等が歪め、無知で現場の医療従事者を切り捨てる医療団体がこれに迎合して、如何なる運用がなされるか懸念される状況に至っている。

演者は、現場の医師以外に弁護士や有力政治家や学者で構成される、「現場の医療を守る会」のメンバーとして医療事故調査制度の健全な発展に関わってきて、厚労省の医療事故調査制度の施行に関わる検討部会のメンバーとして、反対勢力と戦ってきたものである。講演においては、現場の医師を守り、ひいては医療崩壊から患者・国民が苦境に至ることを防止するための医療事故調査制度の正しい在り方について論じたい。

3 細胞学会顧問の立場から

麻生総合法律事務所

○麻生利勝

医事紛争の実態は担当医師と患者個人ではなく、医療従事者全員と患者並びにその家族、それに加えて医療保険会社との利益相剋であります。この利益相剋は各関係者の治療行為における結果とその原因と経緯に対する思い込みと思い違い（誤解）によって惹起されます。誤解を完全に無くすことはできません。何故ならば、誤解は意図的ではなく、また理論や科学的根拠のあるものとは限らないからです。

他方、医事紛争が生じた時点では、結果が既に発生しているか少なくとも結果発生の蓋然性が高い状況になっています。紛争の種はこの時点から溯り、相手に①理解して貰えるような②経緯と③原因を探ることが容易ではないこと、④紛争が裁判となれば当事者は多大な精神的並びに業務と経済的負担を余儀なくされること、⑤過去の紛争事例を検証し再発防止策を策定し実施していないこと等に起因します。

これらへの医療従事者側の対策は、まずは①相互の信頼を醸成すること、②診療記録を正確に記録しておくこと、③原因究明には病理学や細胞学及び検査機関と日常的に綿密な連携を取っておくこと④保険会社の指定する弁護士の他に、自分の弁護だけを考えてくれる医療専門の弁護士に依頼すること、⑤過去の事例を生きた教材と認識し、これから学ぶ制度的対応をすることです。

「失敗は成功の秘訣」を再認識することで医療の未来は明るいものになります。前病理学会顧問から現細胞学会顧問の両経験と患者側弁護の経験により、医事紛争を多角的かつ深度深く分析と評価をすることが出来、益々この見解は正しいものと実感しています。

◇一般演題(示説)

P-1-001 若年者を対象とした子宮頸癌に関する意識調査

国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科

○富安 聡(CT), 佐藤信也(CT), 大田喜孝(CT)

近年, 本邦における子宮頸癌の発症率は若年者で増加傾向を示している. しかし, 検診率は先進国であるにも関わらず唯一 24.5%と低迷しているのが現状である. 今回, 我々は若年者の意識改革を行い検診率の向上を目指すことを目的とし, 本学 福岡保健医療学部在籍する全学生を対象にアンケート調査を実施した. アンケートは, 男子・女子学生共通質問を 16 問, これに加え, 女子学生には 11 問, 計 27 問をマークシート形式で行った. 共通質問の内容は 4 項目 (1. HPV について, 2. 子宮頸癌検診について, 3. 検査法について, 4. ワクチンについて) を問うものとした. さらに, 女子学生にはワクチンの接種および検診の経験の有無を問う質問を加えた. 共通質問に対する有効回答者は 804 人で, その結果より human papillomavirus (HPV) と子宮頸癌との関連性, 検診やワクチンについての理解度が低いことが明らかとなった. また, 女子学生のみ質問に対する有効回答者は 457 人で, その結果より子宮頸癌検診への自意識が低いこと, クーポン券や検診内容について知らない学生が多いことが明らかとなった. 以上のことから, 医療系大学として全学生の意識改革を図るべく, 子宮頸癌に関する周知・検診への呼びかけを行う必要があることが示唆された. また, 女性が検診を受けやすい環境を整えることも必須であると考えられた. 今後も調査を継続し, 学生の子宮頸癌検診に関する意識を高め, 女子学生の検診率の向上および本学のキャンパスがある大川市の検診率向上を目指し, ボランティア活動や講演会を計画していく必要があると考えている.

P-1-002 子宮頸部細胞診における採取器具と標本作成法による診断精度に関する後方視的解析

九州大学病院産科婦人科¹⁾, 九州大学病院病理部²⁾

○兼城英輔(MD)¹⁾, 園田顕三(MD)¹⁾, 奥川 馨(MD)¹⁾, 矢幡秀昭(MD)¹⁾, 中附加奈子(CT)²⁾, 仲 正喜(CT)²⁾, 寺戸信芳(CT)²⁾, 大久保文彦(CT)²⁾, 小田義直(MD)^{1,2)}, 加来恒壽(MD)¹⁾, 加藤聖子(MD)¹⁾

【目的】 子宮頸部細胞診における採取器具は液状化検体細胞診 (LBC) の登場により大きく変化してきた. 当科で子宮頸部細胞診の際に綿棒採取による従来法標本とサーベックスブラシ採取による LBC 標本を併用した症例において, 両者の診断精度に関する後方視的解析を行った.

【方法】 CIN (子宮頸部細胞診異常を含む) および子宮頸癌症例 103 例の臨床病理因子および細胞診診断, 組織診断に関して解析を行った. 細胞診は 1) SCJ を中心に頸部全体から綿棒を用いて (一部はブラシを使用) 採取し従来法により診断, 2) 頸部からサーベックスブラシを用いて採取し, LBC 法 (ThinPrep, HOLOGIC[®]) により診断, の両方を行った. 全症例ともコルポスコピーを施行し, 子宮頸部組織診を施行した症例は, 細胞診診断と組織診を比較検討した. なお, 全症例とも細胞診, 組織診の採取は日本婦人科腫瘍学会専門医が行い, 診断は 1 症例毎に 2 名の細胞検査士と 1 名の細胞診専門医によって行われた.

【成績】 従来法の採取器具の内訳は綿棒 72 例, ブラシ 31 例であった. 従来法, LBC 法ともに不適正標本は存在せず, 両者間に細胞診診断の乖離はほとんどなく, 組織診の結果と概ね相同する所見であった.

【結論】 2015 年版細胞診ガイドラインにおいては, 子宮頸部細胞診の採取器具として綿棒は細胞採取率が低く, 妊娠女性に対して使用する以外は不適当とされている. しかし, 今回の検討では熟練した医師が綿棒で採取した従来法標本でも, 十分な診断精度を得られた. LBC 検体では細胞診以外の二次利用が可能ではあるが, 細胞診検体収集から診断に至る過程での煩雑度や運営コスト等を考慮し, 各施設の置かれた環境を考慮した手技選択の余地があると思われる.

P-1-003 妊娠中の子宮頸部細胞診の精度について検討

徳島大学産婦人科

○阿部彰子(MD), 炬口恵理(MD), 加藤剛志(MD),
西村正人(MD)

【目的】妊婦健診に子宮頸癌検診が導入されるようになり、妊娠・産褥期にCINが診断されることも多い。そこで妊娠中の子宮頸部細胞診の精度について検討を行った。

【方法】2011年4月から2015年3月の5年間に、45歳以下で子宮頸部細胞診異常を指摘された540例中、妊娠中および産褥1年以内にCINおよび子宮頸癌が指摘された62例について後方視的に検討した。

【成績】CIN1は17例であり、うち妊娠中の細胞診NILM4例、ASC-US2例、LSIL7例、ASC-H1例、HSIL3例であった。CIN2 18例、うちNILM5例、ASC-US3例、LSIL2例、ASC-H4例、HSIL4例であった。CIN3 26例、うちNILM7例、ASC-US2例、LSIL2例、ASC-H4例、HSIL11例であった。産褥1ヶ月で子宮頸癌1b1期が判明した1例は、妊娠中はASC-USないしHSILの結果であった。以上より、産褥期に生検を行いCINの診断された症例のうち妊娠中にNILMであったものは16例、CIN3をLSILもしくはASC-USとしたものが4例、SCCをHSILとしたものは1例に認められた。62例中、妊娠中の細胞診が過小評価であったものは33.9% (21/62)であった。

【結論】妊婦健診時の子宮頸癌検診は過小評価となりやすく、産後1年以内にも子宮がん検診を勧めることが重要と考えられた。

P-1-004 子宮頸部軽度異形成に対するヨクイニン錠の細胞学的検討

佐藤レディースクリニック¹⁾, 秋田病理組織細胞診研究センター²⁾

○佐藤康美(MD)¹⁾, 及川守康(CT)²⁾, 阿部一之助(CT)²⁾

【目的】漢方薬のヨクイニンは尋常性疣贅に対する治療薬である。尋常性疣贅はHPVの低リスクタイプで発生する病変であることより、同じHPVより発生する子宮頸部異形成に対するヨクイニン錠の効果を、細胞学的に検討した。

【方法】細胞診上ASC-US, ASC-H, LSILと診断された9症例に対し、ヨクイニン錠を1回3錠、1日3回、内服投与し、3~4か月後に細胞診を再検した。また、細胞診上、異常が認められた症例には、コルポスコピー下に生検を行った。

【結果】9例中、7例に細胞診上の正常化(NILM)が認められた。残り2例のうち、1例は妊娠のため、4か月でヨクイニンノ内服を中止、もう1例は10か月の内服でも病変消失しないため、手術希望で総合病院紹介となった。細胞診が正常化した症例ではヨクイニン投与前の細胞診に出現した、2核やコイロサイトーシスの所見は消失していた。細胞診が正常化までに要する期間は3~8か月で平均5.2か月であった。

【まとめ】ヨクイニンの作用には細胞膜安定化による抗炎症作用、インターロイキンによる免疫増強作用などが報告されており、子宮頸部上皮におけるHPVの感染予防、排出の効果が期待できる。今回、6か月以内の短期的投与で細胞診上、著明な効果が認められたことは、今後、子宮頸部軽度異形成に対する治療法として期待できるものと考えられる。

P-1-005 HIV 陽性 men who have sex with men (MSM)における肛門擦過細胞診

東武医学技術専門学校¹⁾, 杏林大学保健学部病理学研究室²⁾, 杏林大学医学部腫瘍内科³⁾, しらかば診療所⁴⁾

○岡山香里(CT)^{1,2)}, 大河戸光章(CT)²⁾, 北村 浩(MD)³⁾, 井戸田一朗(MD)⁴⁾

【目的】 HIV 陽性 men who have sex with men (MSM)に発症する肛門管扁平上皮癌の増加が欧米をはじめとして報告されている。肛門上皮内病変(Anal Intraepithelial Neoplasia, AIN)のスクリーニング検査として提唱されている肛門擦過細胞診(Anal Pap Smear, APS)は、子宮頸部細胞診のベセスダシステムに準じてその判定基準が定められているものの、その感度は69-93%、特異度は32-59%とばらつきがある。そこで我々は、APSの正診率を高めることを目的とし、AINとHPV感染細胞および核異型細胞の関連性を調べた。

【対象・方法】 HIV 陽性 MSMのうち、APS施行に同意が得られた27例を対象とした。採取された細胞はSure-Path法にて標本作製を行い、HPV感染細胞、核異型細胞を検出した。HPV-DNA検査は特異的なプライマーを用い、PCR法によってハイリスク型23種類を検出した。

【結果】 APSの判定結果はASC-US 6例、LSIL 10例、HSIL 3例、ASC-H 2例、判定不能2例であった。HPV感染所見はコイロサイト、異角化、圧排二核細胞、三核以上の多核細胞、スマッジ核がASC-US以上で認められた。また、拡大肛門鏡検査下で組織生検を行い、組織診が施行された12例中11例でAINが検出された。

【考察】 APSは正診率が低いことからHPV検査の結果に基づいて、組織診精査の対象者を選定することが推奨され始めている。しかし、本研究の結果、ASC-US以上の症例からはAINが検出されたことより、APSの検査意義は高いことが示された。本研究ではHPV感染を疑う細胞が出現していた場合は、核異型が軽度であってもASC-USと判定し、基準よりも高く判定した。したがって、HIV陽性者におけるAPSでは、HPV感染による細胞変化を的確に捉えて細胞診判定に反映させることがAINの検出感度、特異度を向上する上で重要であると考えられる。

P-1-006 子宮がん検診にてASC-USと判定された症例の臨床的検討

愛知医科大学医学部産婦人科

○松下 宏(MD), 藪下廣光(MD), 若槻明彦(MD)

【目的】 ベセスダシステム報告様式による子宮頸部細胞診のASC-US (Atypical squamous cells of undetermined significance) 症例では、ハイリスク HPV (HR-HPV) 検査の施行が推奨されており、その約半数でHR-HPVが検出され、約10-20%で高度上皮内病変が潜在するとされる。今回われわれは、子宮がん検診でASC-USと判定され、当院を受診した症例について、その臨床的背景と転帰について検討した。

【方法】 子宮がん検診にてASC-USと判定され、2012年1月から2014年12年に愛知医科大学病院産婦人科を受診した77名(40.8±10.7才, 平均±標準偏差)を対象とし、後方視的に検討した。

【成績】 (1) HR-HPV陽性は29名(37.7%)、陰性は48名(62.3%)であり、陽性群は陰性群と比較し有意に若年であった(36.4±11.1 vs. 43.4±9.7才, p<0.005)。HR-HPV陽性群のうち閉経後女性は1名(3.4%)のみであった。(2) 既往妊娠分娩歴について、妊娠歴あり(58.6 vs. 85.4%, p<0.01)、分娩歴あり(55.2 vs. 77.1%, p<0.05)ともにHR-HPV陽性群と比較し、陰性群で有意に高率であった。(3) 喫煙歴の有無について、両群間で有意差を認めなかった。(4) HR-HPV陽性患者29名中24名で組織生検が施行され、12名(41.3%)が軽度異形成、4名(13.8%)が中等度異形成と診断されたが、高度異形成以上と診断され、治療を要した症例はなかった。

【結論】 子宮がん検診で指摘されたASC-US症例のHR-HPVの陽性率は約40%であった。陽性群は有意に若年であり、性的活動性が影響している可能性が示唆された。

P-1-007 当施設における ASC-US の検討

弘前市医師会健診センター¹⁾, 婦人科さかもとともみクリニック²⁾, 大館市立総合病院臨床検査科³⁾

○中村洋子(CT)¹⁾, 大高昌子(CT)¹⁾, 工藤さおり(CT)¹⁾, 長沼孝雄(CT)¹⁾, 坂本知巳(MD)²⁾, 松本一仁(MD)³⁾

【目的】 ベセスダシステム 2001 における ASC (異型扁平上皮細胞) の報告頻度は 5% 以下に維持することが目標とされている。しかし当施設では 2013 年 3 月に TACAS 法による LBC を導入して以来, ASC-US の割合が増加しており, その原因について検討した。また, ASC-US の HPV-DNA 検査の結果と, 細胞診と追跡調査での組織診断との比較を行った。

【成績】 2010 年から 2014 年について, 直接塗抹法による ASC-US は 16,074 件中 380 件 (2.23%) に対し LBC 法では 12,236 件中 1,013 件 (7.28%) であった。ASC-US が増えた要因として, 1. 異型細胞の出たことのある患者が繰り返し検査されている可能性, 2. 年齢構成比による変化, 3. 採取器具の変化を確認したが, それらは否定された。しかし ASC-US の割合が 45 歳以上で概ね 4 倍以上とより増加していた。萎縮性変化による影響も一因となっている可能性を考える。LBC 法で ASC-US と診断された 217 件 (21.4%) について HPV-DNA 検査が行われ, 88 件 (40.6%) が陽性であった。追跡調査で組織診断の行われた 89 件のうち, CIN2 以上が 36 件であった。

【結論】 NILM を ASC-US にしないようにすることと並行して, 追跡調査では ASC-US でも CIN2 以上の組織診断が出ていることから, 「見逃さない」ことが重要であると考えられる。

P-1-008 HPV 検査を元にした ASC-US 症例の再検討

関西医科大学枚方病院病理部¹⁾, 斎藤女性クリニック²⁾

○高村和秀(CT)¹⁾, 坂井仁美(CT)¹⁾, 中野麗香(MD)¹⁾, 宮坂知佳(MD)¹⁾, 植村芳子(MD)¹⁾, 蔦 幸治(MD)¹⁾, 斎藤淳子(MD)²⁾

【はじめに】 当院では, 2014 年 4 月より子宮頸部細胞診に対しベセスダシステムに完全移行した。今回我々は ASC-US と診断した症例について, HPV 検索結果を元に組織診断も踏まえた細胞像の検証を行ったので報告する。

【対象と方法】 2013 年 4 月～2014 年 3 月に実施した子宮頸部細胞診 4403 件中 ASC-US は 274 件 (6.2%) で, その内 HPV 検査が実施された 101 件 (陽性 62, 陰性 39) を対象とし, 各症例の経過と細胞像を比較検討した。細胞所見は ASC-US の判定基準に沿って分類した。

【結果と考察】 上記 101 件を追跡調査すると, 15 年 6 月現在, HPV 陽性 62 件中 25 件は細胞診にて陰性化, 29 件は ASC-US～H-SIL (中等度) で経過観察中。8 件は継続観察後手術 (CIN3) に, HPV 陰性 39 件中 29 件は細胞診にて陰性化, 9 件は ASC-US で経過観察中。1 件は継続観察後手術 (CIN3) の症例であった。また 101 件中異型細胞少数で ASC-US としたのは 8 件だった。両者の細胞比較では, 出現頻度の高かった表～中層型異型細胞に差はなく, 1) 小型異常角化細胞 2) 強い角化 3) 二核や smudge 核 4) 異型の弱いコイロサイト 5) 腫大核の異型化生細胞は, HPV 陽性例に多く, HPV 陰性例では萎縮細胞集塊を認めた他, 全般に異型の弱い細胞が目立った。両者とも所見重複がしばしばみられた。また再検討にて LSIL や ASC-H が妥当と思われた症例を少数認めた。一方, 明らかに HPV 感染の所見を呈し高度病変が疑われたにも関わらず, 組織診断では CIN が未検出の症例もあり, 細胞採取が影響することが示唆された。

【まとめ】 当院の ASC-US 判定は基準とする 5% を超え見直しが必要であった。再検討より 1) 異型細胞少数 2) 個人差による判定ばらつき 3) 過少過大評価が要因と考えられ, それらの改善が精度向上につながるものと再認識した。

P-1-009 当施設における子宮頸部細胞診ベセスダシステム導入後の現状とASC判定症例の検討

公益財団法人やまがた健康推進機構¹⁾, 山形県立中央病院病理²⁾, 山形県立新庄病院婦人科³⁾, 公立置賜総合病院病理⁴⁾

○小林未来(CT)¹⁾, 高橋陽子(CT)¹⁾, 情野美津江(CT)¹⁾, 慶野秀政(CT)¹⁾, 菅原 等(CT)¹⁾, 石山和敏(CT)¹⁾, 柳川直樹(MD)²⁾, 中原健次(MD)³⁾, 布山繁美(MD)⁴⁾

【はじめに】当施設では、2010年4月より子宮頸がん検診に対して、ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式を導入している。今回導入後5年が経過したので、これまでの結果をまとめ検討した。

【対象と方法】2010年4月から2014年3月までに当施設で子宮頸がん検診において子宮頸部細胞診を施行した192,785名を対象とし、一次判定結果とASC-US, ASC-Hに対する組織診断結果について検討した。

【結果】要精検者数は1,986名(1.03%)であった。要精検者の細胞診判定内訳は、ASC-US: 829例(41.7%), ASC-H: 198例(10.0%), LSIL: 512例(25.8%), HSIL: 368例(18.5%), SCC: 28例(1.4%), AGC: 34例(1.7%), AIS: 2例(0.1%), Adenocarcinoma: 13例(0.7%), Other malign.: 2例(0.1%)であった。判定不能は40例(0.02%)であった。精密検査結果が得られたASC-US297例の内訳は、異常なし: 199例(67.0%), CIN1: 68例(22.8%), CIN2: 17例(5.7%), CIN3: 12例(4.0%), SCC: 1例(0.3%)であった。HPV検査は484例(58.4%)に実施、うち陽性は182例(37.6%)であった。精密検査結果が把握出来たASC-H122例の内訳は、異常なし: 33例(27.0%), CIN1: 32例(26.2%), CIN2: 28例(23.0%), CIN3: 24例(19.7%), SCC: 4例(3.3%), AIS: 1例(0.8%)であった。HPV検査は22例(11.1%)に実施、うち陽性は15例(68.2%)であった。

【まとめ】当施設が一次検診として行った子宮頸部細胞診結果について年度別、年齢別に集計し、その結果を報告した。ASC-USの33.0%にCIN1以上、ASC-Hの46.7%にCIN2以上の病変が認められ、より慎重な判定と今後の再検討が必要と考えられた。ASC-Hと判定した症例において、高齢者では精密検査で異常なしの割合が高かったが、その理由として萎縮性変化に伴うhyperchromatic crowded cell groupsをASC-Hと判定していたためではないかと考えられた。

P-1-010 子宮頸部細胞診におけるハイリスク群HPV感染に見られるコイロサイトの出現形態の解析

大森赤十字病院検査部¹⁾, 大森赤十字病院産婦人科²⁾

○九十九葉子(CT)¹⁾, 坂本穆彦(MD)¹⁾, 日下部民美(CT)¹⁾, 大内和真(CT)¹⁾, 及川実夏(CT)¹⁾, 田岡英樹(MD)²⁾

【目的】コイロサイトーシスはHPV感染の代表的な所見とされるが、ハイリスク群HPV感染予測の特徴的な所見は確立されていない。そこで子宮頸部細胞診におけるコイロサイトの出現形態に焦点を絞って観察を行い、ハイリスク群HPV感染推定の可能性を検討した。

【材料・方法】2012年1月から2015年4月までに当院産婦人科を受診、HPV-DNAハイリスク群検査陽性であった症例のうち、細胞診が施行された79例を対象とした。出現するコイロサイトの形態を、Aタイプ「定型的コイロサイト: 核周囲に広く空洞化がみられるもの」、Bタイプ「非定型的コイロサイト: 定型的な空洞化とは言えないが、細胞質が風船状に膨化したもの」、Cタイプ「異角化を伴うコイロサイト: 核異型が目立ち、N/C比の上昇したもの」の3つに分類し、それぞれの出現頻度を検討した。

また、HPV-DNAハイリスク群検査陰性で、コイロサイトが認められた12例も同様に分類し、その結果と比較した。

【結果】HPV-DNAハイリスク群検査陽性の79例中、標本中にコイロサイトが出現していたのは39例(49.4%)であった。その内訳は、A: 23例, B: 2例, C: 5例, A+C: 9例で、Cタイプは14例(35.9%)に認められた。一方、HPV-DNAハイリスク群検査が陰性であった12例の内訳は、A: 7例, B: 1例, C: 1例, A+B: 2例, A+C: 1例で、Cタイプの出現は2例(16.7%)であった。

【まとめ】HPV-DNAハイリスク群検査陽性・陰性例ともにAタイプのみ出現していた症例が約60%であった。また、CタイプはHPV-DNAハイリスク群検査陽性症例において35.9%と陰性症例に比べて多く認められた。このことは、Cタイプのコイロサイトの出現は、ハイリスク群HPV感染の指標の1つとなる可能性が示唆された。

P-1-011 子宮腔部細胞診 ASC-H の検討

東北大学医学部産婦人科¹, 気仙沼市立病院産婦人科², 東北大学医学部災害産婦人科学分野³, 東北大学臨床研究推進センター⁴

○城 伶史(MD)¹, 徳永英樹(PhD)¹, 岡本 聡(PhD)¹, 湊 純子(MD)¹, 佐藤いずみ(MD)¹, 重田昌吾(MD)¹, 辻 圭太(MD)¹, 橋本千明(MD)¹, 田中創太(MD)², 志賀尚美(PhD)¹, 海法道子(PhD)¹, 伊藤 潔(PhD)³, 渡部 洋(PhD)⁴, 新倉 仁(PhD)¹, 八重樫伸生(PhD)¹

【諸言】 子宮腔部細胞診において, ASC-H (atypical squamous cell, cannot exclude HSIL: 以下 ASC-H) は, 高度異型扁平上皮内病変を除外できない所見を呈しつつ, 良性反応変化や LSIL との細胞像と区別が必要なカテゴリーである. 今回当院における子宮腔部細胞診で ASC-H と診断された症例の再検討および追跡調査を行った.

【対象と方法】 2011年1月~2014年12月の4年間に当科で取り扱った子宮腔部細胞診3035例のうち, ASC-H と判定されたのは, 106例であった. そのうち, 細胞診施行から2ヶ月以内に組織診もしくは手術療法が施行された41例を対象とした. 上記症例での腔部細胞診と生検および手術標本での組織診を比較して, 後方視的に検討を行った.

【結果】 全ての腔部細胞診における ASC-H の頻度は 3.5% であった. 組織診断別では, CIN を認めなかった症例が 5 例, CIN1 が 16 例, CIN2 が 11 例, CIN3 が 6 例, SCC が 3 例であった.

【結語】 当院での ASC-H 症例では, 約半数で高度病変を確認できなかった. 手術による最終診断のついた症例を中心に, ASC-H が過剰診断となった細胞所見について, 再検討を行った上で報告する予定である.

P-1-012 当施設における ASC-H 症例の検討

呉医療センター・中国がんセンター産婦人科¹, 呉医療センター・中国がんセンター病理科², 呉医療センター・中国がんセンター病院長³

○友野勝幸(MD)¹, 澤崎 隆(MD)¹, 中村紘子(MD)¹, 本田 裕(MD)¹, 水之江知哉(MD)¹, 倉岡和矢(MD)², 齋藤彰久(MD)², 谷山大樹(MD)², 在津潤一(MD)², 西村俊直(CT)², 坂根潤一(CT)², 田中美帆(CT)², 安村奈緒子(CT)², 戸田 環(CT)², 谷山清己(MD)³

【諸言】 ASC-H は判定頻度が全細胞診結果の 1% 以下と非常に少ない. しかし ASC-H は良性から HSIL 以上を含むとされ, 偽陰性を避けるべきカテゴリーとしてその役割は重い. 今回われわれは, 当院で ASC-H と判定した症例のその後の対応と組織診との対比について検討した.

【方法】 対象は 2012 年 1 月から 2014 年 12 月の 3 年間に当院で子宮頸部細胞診を実施した 6407 症例中, ASC-H と判定した 46 症例とした (21-88 歳, 中央値 64 歳). 閉経前後などの年齢による組織診との相関も報告されているため, 40 歳未満と 40 歳以上に分けて検討を追加した.

【結果】 ASC-H の頻度は全 6407 症例中 46 症例 (0.72%) であり, ASC と判定された 141 症例中の頻度は 33.3% であった. ASC-H 判定後にコルポスコピーを実施した症例は 46 例中 34 症例 (73.9%), そのうち 40 歳未満は全 11 例にコルポスコピーが実施されていた. また全 ASC-H 症例のうち生検を実施したものは 22 例 (47.8%) であった. 組織診断結果は炎症が 3 件 (13.6%), CIN1 が 5 件 (22.7%), CIN2 が 7 件 (31.8%), CIN3 が 5 件 (22.7%), 浸潤癌が 2 件 (9.1%) であった. 40 歳以上でコルポスコピーが実施されていない 12 症例のうち 6 例は細胞診にて萎縮像を伴っており, エストリール付加後の細胞診再検にて NILM となっていた.

【考察】 今回の検討で ASC 中の ASC-H の頻度は日本産婦人科医会が推奨している 10% 以下を満たしておらず, 全症例中の ASC-H の頻度は諸家の報告よりやや高かった. これは当院における ASC-H 症例の年齢が高かったことと, 臨床経過から萎縮性膣炎などの炎症, 検体の乾燥が含まれているためと考えられた. ASC-H はやや高頻度であったが, 偽陰性を避けるべきカテゴリーとしての役割を果たしていると思われた.

P-1-013 ASC-H における細胞診・臨床情報の検討

こころとからだの元氣プラザ臨床検査部細胞病理診断科¹⁾, こころとからだの元氣プラザ婦人科²⁾, 杏林大学保健学部病理学研究室³⁾

○長田詠美子(CT)¹⁾, 石井保吉(CT)¹⁾, 栗原達哲(CT)¹⁾, 岡 俊郎(CT)¹⁾, 中島弘一(CT)¹⁾, 窪田真弓(CT)¹⁾, 小林 綾(CT)¹⁾, 稲垣真智子(CT)¹⁾, 伊藤千恵子(CT)¹⁾, 大村峯夫(MD)²⁾, 小田瑞恵(MD)²⁾, 藤井雅彦(MD)³⁾

【目的】当院ではベセスダシステムを2009年から導入している。ベセスダシステム2001ではASC-HはASCの10%以下であることが期待されているが、当院の割合は19~32%と多い傾向にある。その要因を探りたく細胞診、臨床情報の傾向について検討する。

【方法】2008年~2013年にASC-Hと判定され、コルポ診及び生検の施行された30症例について細胞診の再鏡検を行い、コルポ所見の移行帯・占拠率について検討した。

【結果】30症例中組織診はChronic cervicitis 6例, CIN1/atypical squamous metaplasia 7例, CIN2 8例, CIN3 8例, ECAIS 1例であった。コルポ所見では移行帯が腔部にある症例が20例、一部頸管内、頸管内にある症例が10例であった。また、組織でCIN1以下であった13例中12例はコルポ診で軽度所見以下、高度所見が1例であった。CIN2では軽度所見2例、高度所見6例、CIN3では全例が高度所見であった。当院では扁平上皮化生細胞由来の異型細胞が認められ、主にHSILと判定するには出現が少ない、もしくは異型が弱い細胞所見に対してASC-Hと判定している。また、各症例ともコンベンショナル標本で、スライドガラス上には8000個以上の細胞が採取されており検体は適正である。細胞像を見直したが、ASC-Hとする判定には変わりがなかった。

【まとめ】当院ではASC-Hと判定する割合が多いが、今回検討した30症例では組織診で良性のものからCIN3以上と診断されるものまであり、多彩であった。ASC-Hは細胞像だけでは陰性と判断するべきだったのかHSIL病変と判断するべきだったのか振り分けが難しい。よってコルポ所見など臨床情報を合わせ、細胞像と共にさらに検討を重ねることが必要と考える。

P-1-014 ASC-H 症例の病理組織診断および臨床経過に関する検討

神戸大学医学部附属病院産科婦人科¹⁾, 神戸大学医学部附属病院病理部²⁾

○今福仁美(MD)¹⁾, 蝦名康彦(MD)¹⁾, 白川得朗(MD)¹⁾, 鈴木嘉穂(MD)¹⁾, 篠崎奈々絵(MD)¹⁾, 塚本龍子(CT)²⁾, 原 重雄(MD)²⁾, 伊藤智雄(MD)²⁾, 山田秀人(MD)¹⁾

【目的】子宮頸部細胞診でASC-H判定であった症例の病理組織診断と臨床経過について検討した。

【対象と方法】2010年1月から2015年4月の期間における子宮頸部細胞診14,173検体のうち、ASC-Hの判定は123件(0.87%)であった。紹介例ですでにCIN3以上の組織診断がついているものは除外し、当院でASC-H判定後に組織診を行なった60人を対象とした。そして、ASC-H判定後の病理組織検査結果および臨床経過、HPVの有無について後方視的に検討した。

【結果】対象となった60人の年齢中央値は45才(範囲26~75才)。組織診結果は、SCC(pT1a)3人(5.0%)、CIN3 24人(40.0%)、CIN2 5人(8.3%)、CIN1 8人(13.3%)、頸管炎など良性20人(33.4%)であった。CIN3以上の23人(38%)に手術を施行した(円錐切除術17人、子宮全摘術5人、レーザー蒸散1人)。組織検査がCIN1の1人とCINなしの1人は経過観察中にCIN3に移行し、円錐切除術を施行した。それ以外の経過観察を行った27人の細胞診判定は、NILM 22人(8人は細胞診異常後にNILMに移行)、細胞診異常持続5人であった。HPV検査を施行した34人中28人でハイリスク型HPVが陽性であった。手術例は11人全例HPV陽性であった。細胞診異常が持続している4人も全例HPV陽性であった。

【結論】ASC-H判定後の組織診により、約7割の症例でCIN以上の診断となった。組織診でCINを認めなかった症例は比較的良好な経過をたどる傾向にあるが、細胞診異常が続く場合は嚴重な経過観察が必要である。

P-1-015 腺侵襲を伴う CIN の子宮頸部擦過細胞診における細胞像の検討

愛知医科大学病院病院病理部

○水野里美(CT), 水野義己(CT), 藤井佳穂(CT),
宮下拓也(CT), 櫻井包子(CT), 和田栄里子(CT),
佐藤允則(CT), 高橋恵美子(MD)

【はじめに】 CIN はしばしば頸管腺内に進展(腺侵襲)することが知られている。よって子宮頸部擦過標本において腺侵襲に由来する異型細胞の出現を推測することは重要であり、その細胞像を把握するため組織像との比較検討を試みた。

【対象と方法】 子宮頸部円錐切除術で腺侵襲を伴う CIN と組織診断された 6 症例について、術前に実施された子宮頸部擦過細胞診 28 例を対象とした。腺侵襲に特徴的な組織像について考察した上で、その特徴を反映する所見が擦過標本中に認められるかどうか後方視的に検討した。

【結果】 組織像：腺侵襲部位では CIN は腺上皮と基底膜の間を潜るように増生し、その集塊先端は丸みを帯びて腔内へ突出していた。集塊辺縁は平滑なものが多く、集塊表面では細長い核を有する扁平な細胞が被覆していた。深部まで高度に腺侵襲をきたした症例では内腔側にファイバー状の小型異型角化細胞が見られ、またアポトーシスや核分裂像が多数認められた。

細胞像：頸管腺上皮が連続的に付着している異型細胞集塊や、平滑で丸みを帯びた辺縁を一端に有し平坦な核が付着している異型細胞集塊が、ほぼ全ての標本中に認められ腺侵襲の所見と考えられた。一部の標本では背景にファイバー状小型異型角化細胞の小集塊が見られた。アポトーシスや核分裂像は組織標本での多寡に関わらず、認められる標本とそうでない標本が存在した。

【まとめ】 腺侵襲を伴う CIN では擦過細胞診標本の異型細胞集塊にその特徴的な所見が現れやすいと考えられた。またファイバー状の小型異型角化細胞の出現は腺侵襲を示唆するかもしれない。さらに症例数を増やし、検討して報告する。

P-1-016 p16/Ki67 double stain 法は子宮頸部病変判定の新たな方法となりうるか? (pilot study)

公益財団法人秋田県総合保健事業団¹⁾, 御野場たなかレディースクリニック²⁾

○藤原敦子(CT)¹⁾, 田中秀則(MD)²⁾, 阿部智幸(CT)¹⁾,
佐藤智子(CT)¹⁾, 舟山由紀(CT)¹⁾

【はじめに】 子宮頸部病変の評価については細胞診および組織診があり、最近では高リスク型の HPV を検出する方法が確立されつつある。しかし、その一方で、いまなお細胞診と組織診の不一致例があり、臨床上問題となっている。我々は HPV の蛋白質の産物である HPVp16 と Ki67 による double stain 法について有用性を検討したので報告する。

【対象と方法】 2013 年 10 月～2015 年 5 月までに、患者の同意を得た上で、子宮頸部病変症例 31 例をエントリーした。これらの Pap 細胞診は、NILM16 例、ASC-US1 例、ASC-H4 例、LSIL2 例、HSIL6 例、子宮頸部腺癌 2 例であった。前方視的に follow up し、CIN3 以上あるいは AIS 以上をエンドポイント(手術必要症例)とした。

【結果】 p16/Ki67 double stain 法は、陽性 14 例、判定困難 1 例、陰性 16 例であった。陽性 14 例の内 8 例はエンドポイントとなり、3 例は脱落となった。また、陰性 16 例でエンドポイントとなった症例は 2 例であった。これら p16/Ki67 double stain 法による感度は 80.0%、特異度は 82.4%であった。

【まとめ】 p16/Ki67 double stain 法は、感度・特異度ともに優れており、子宮頸部病変判定の新たな方法となる可能性が示唆された。当事業団は秋田県内の子宮頸がん検診を実施しているが、子宮頸がん検診における一次検診のトリアージあるいは二次検診のコルポ診で異常が見られない症例に活用するなど、検診の精度管理の一つとして応用が可能ではないかと考えられた。

P-1-017 子宮頸部重層扁平上皮癌に進展する早期病巣の DNA メチル化異常解析について

呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 呉医療センター・中国がんセンター院長²⁾

○坂根潤一(CT)¹⁾, 末田朝子(MT)¹⁾, 菅亜里紗(MT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾, 田中美帆(CT)¹⁾, 西村俊直(CT)¹⁾, 谷山大樹(MD)¹⁾, 在津潤一(MD)¹⁾, 齋藤彰久(DDS)¹⁾, 倉岡和矢(MD)¹⁾, 谷山清己(MD)²⁾

【はじめに】我々は、子宮頸部低異型度病変(LSIL)の液状細胞診検体を用いたメチル化解析により、DLX4 及び SIM1 遺伝子のメチル化異常が LSIL 病変進行予測因子となる事を報告した。本検討では、両遺伝子メチル化異常状態の持続性を検討した。

【方法】先行研究で検討した LSIL23 例(非進行例 13 例, 進行例 10 例)のメチル化異常解析を行った後の経過観察中に提出された液状細胞診 80 検体を対象とし、メチル化特異的 PCR 法(MSP 法)を用い解析した。MSP 法は、全例 3 回実施し 2 回以上バンドが検出された場合をメチル化異常ありと判定した。また、経過観察中のメチル化異常が 2 回以上検出された場合をメチル化異常持続例と定義した。

【結果】対象検体は、非進行例経過観察 512 日~2141 日(平均 1493 日)、進行例経過観察 885 日~2221 日(平均 1732 日)の期間中に提出された。DLX4 メチル化異常持続例は、非進行例で 3/13(23.1%)、進行例で 8/10(80%)であり、進行例で有意に持続例が多かった($p=0.007$)。SIM1 メチル化異常持続例は、非進行例で 1/13(7.7%)、進行例で 2/10(20%)であった($p=0.385$)。

【考察】SIM1 メチル化異常は、進行例において高頻度に認められた後に低頻度となる事から、進行例において一過性に出現する可能性が示唆された。一方、DLX4 遺伝子のメチル化異常は進行例において継続的に出現しており、両遺伝子メチル化異常に異なる機序が働いている可能性が示唆された。

P-1-018 子宮頸部非浸潤性腺扁平上皮癌の細胞学的検討

がん研究会有明病院臨床病理センター細胞診断部¹⁾, がん研究会がん研究所病理部²⁾, がん研究会有明病院婦人科³⁾

○池畑浩一(CT)¹⁾, 高澤 豊(MD)²⁾, 伊藤崇彦(CT)¹⁾, 山田麻里沙(CT)¹⁾, 鈴木奈緒子(CT)¹⁾, 星 利良(CT)¹⁾, 藤山淳三(CT)¹⁾, 古田則行(CT)¹⁾, 小松京子(CT)¹⁾, 宇津木久仁子(MD)³⁾, 竹島信宏(MD)³⁾, 荷見勝彦(MD)³⁾, 杉山裕子(MD)^{1,3)}

【はじめに】子宮頸部腺扁平上皮癌は、腺癌と扁平上皮癌の両成分が移行・混在する癌と定義されている。このうち、浸潤のないものが存在し、非浸潤性腺扁平上皮癌と診断される。すなわち、CIS と AIS が移行、連続、混在して上皮内にとどまる病変をさす。今回、その細胞像を検討した。

【対象】2013 年 1 月から 2015 年 3 月の期間に、子宮頸部円錐切除術および子宮全摘術を施行し、病理組織学的に腺扁平上皮癌上皮内癌と診断された 14 例。その術前細胞診を再鏡検し、後方視的に細胞学的検討を行った。

【結果】組織学的に、CIS と AIS がともに存在して移行、連続、混在する病変や、CIN3 に腺系分化を示す細胞が混在する病変を認めた。術前細胞診判定は、腺扁平上皮癌と判定したのは 1 例のみであった。腺癌、AIS+ASC-H、ASC-H、ASC-US、NILM が各 1 例。HSIL (上皮内癌)、AGC が各 2 例。HSIL (高度異形成) が 4 例であった。細胞診再鏡検では、5 例は判定に変更はなかったが、異型細胞が極少数しか採取されていない症例も認めた。HSIL (上皮内癌) では AIS が認められ、ASC-US、ASC-H では AGC が示唆される細胞を、AIS では極少数の HSIL を認めた。また、HSIL (高度異形成)、HSIL (上皮内癌) では、細胞密度の疎な集塊や細胞極性の乱れた集塊が出現し、腺系由来の細胞の混在、扁平上皮系ないし腺系の中間的な異型細胞と考えられた。

【まとめ】細胞診では、扁平上皮系ないし腺系の異型細胞のいずれかのみを判定していたが、双方が併存することを再認識した。また、中間的な異型細胞が特徴的かつ重要な所見であり、その細胞像を中心に報告する。

P-1-019 沖縄本島中部地区市町村子宮がん検診へのLBC 全面導入効果

中部地区医師会検診センター八重山出張所¹⁾, 中部地区医師会検診センター臨床検査課病理・細胞診²⁾, 琉球大学医学部附属病院病理診断科/病理部³⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座⁴⁾

○黒島義克(CT)^{1,2)}, 大竹賢太郎(CT)²⁾, 赤嶺奈月(CT)²⁾, 青山 肇(MD)^{3,4)}, 松崎晶子(MD)⁴⁾, 齊尾征直(MD)^{3,4)}, 吉見直己(MD)⁴⁾

【はじめに】沖縄県は、子宮頸がんの罹患率および死亡率に関して非常に高い地域のひとつである。2年前の2013年度からわれわれは、子宮頸がん検診に沖縄県内で初めて液状化検体細胞診(LBC法)を導入した。それまでの従来法と比較検討したので報告する。

【対象と方法】LBC導入前後2年間すなわち、2011年4月～2015年3月までの4年間に当センターで実施された子宮頸がん検診を受診した総数90,750名を対象とし、従来法45,621例(17～100歳, 平均年齢50.2歳)とLBC法45,129例(20～98歳, 平均年齢50.7歳)の標本不適正率, 要精検率, CIN2+検出率を比較検討した。

【結果】LBC法を導入後, 不適正標本は0.12%～0.03%に減少し, ASC-US以上の要精検率は1.6%～3.3%へ上昇した。CIN2+の検出率に関しては0.27% vs 0.50% ($p < 0.01$)であり, LBC法の導入により有意に増加した。

【まとめ】当施設でのASC/SIL比(1.5～1.7が中央値)は, 両法に拘わらず, 毎年精度管理基準値とされる1.5以下であり, 細胞検査士間を含む年度間での判定には今回の結果への影響は考慮する必要がないことを考えると, 同地区への全面的なLBC法の導入は検診として効果的であったと思われる。今後の死亡率の低下が期待される。

P-1-020 LBC法と従来法の鏡検時間に関する比較検討

株式会社保健科学東日本病理部¹⁾, 秋山レディースクリニック²⁾, 宇井レディースクリニック³⁾, 塚原産婦人科医院⁴⁾, 自治医科大学付属さいたま医療センター⁵⁾

○高田理恵(CT)¹⁾, 岡田真也(MD)¹⁾, 大野喜作(CT)¹⁾, 小肥重紀(CT)¹⁾, 吉村清江(CT)¹⁾, 稲山裕人(CT)¹⁾, 秋山芳晃(MD)²⁾, 宇井万津男(MD)³⁾, 塚原信五(MD)⁴⁾, 今野 良(MD)⁵⁾, 塩津英俊(MD)¹⁾

【はじめに】近年LBC法が普及し, 当センターでも子宮頸部のLBC検体が増加している。従来法と比較すると細胞収縮がみられ判定に苦慮することがあり, 鏡検時間や細胞判定に差異が生じている。今回我々は, 同一患者におけるLBC法, 従来法両方で採取された子宮頸部の検診検体, 約3カ月間での鏡検時間を比較検討したので報告する。

【対象と方法】3ヶ月間で出検された大宮医師会の子宮頸がん検診2,876件中陰性995件における各々の鏡検時間を, 経験20年以上, 10年以上, 5年未満の細胞検査士各2名ずつ合計6名において, 出検期間の初期, 中期, 後期の3期間に分けて比較した。武藤化学LBC PREPにて, 鏡検は縦と横の2回, 一方従来法はJフィットブラシ採取で, 鏡検は1回で時間測定した。

【結果】鏡検面積はLBC PREP法約800mm², 従来法1,500mm²で, LBC PREP法の標本は, 細胞質, 核共に収縮し, 核濃染する特徴があるが, 特に頸管腺上皮細胞や扁平上皮化生細胞にその傾向がみられた。鏡検時間の平均をみてみると, 経験20年以上の細胞検査士は, 3期間全て従来法よりLBC法の鏡検時間が長かったが, 期間を追う毎にLBC法の鏡検時間が短縮した。経験10年以上と5年未満では, 3期間共に従来法よりLBC法の鏡検時間が短い同等で, 期間を追ってもLBC法の鏡検時間は短縮しなかった。

【まとめ】従来法に比べて, LBC法では標本作製時のアーチファクト独特の細胞収縮がみられ, ASC-US以上とする判定基準を標準化するのに調整が必要であった。次いでそれに慣れるのに経験年数によって差が生じていたので, 原因を検討する。

P-1-021 当院におけるLBC標本でのAGCの細胞診断の現状について

順天堂大学医学部附属浦安病院臨床検査医学科¹⁾, 順天堂大学医学部附属浦安病院病理診断科²⁾, 順天堂大学医学部附属浦安病院産婦人科³⁾

○坪内優子(CT)¹⁾, 橋本 学(CT)¹⁾, 市川彩果(CT)¹⁾, 奥山直子(CT)¹⁾, 岡崎哲也(CT)¹⁾, 中村 博(CT)¹⁾, 喜納勝成(CT)¹⁾, 佐伯春美(MD)²⁾, 橋爪 茜(MD)²⁾, 鈴木千賀子(MD)³⁾, 野島美知夫(MD)³⁾, 泉 浩(MD)²⁾, 冨田茂樹(MD)²⁾

【はじめに】当院では2011年より子宮頸部細胞診においてLBC法を採用し、ベセスダシステムにて報告を行っている。AGC (atypical glandular cells) においては明確な判定基準が確立していないため様々な由来細胞が混在しているのが現状である。またLBC法特有の細胞所見により判定に苦渋する機会にたびたび遭遇する。今回我々は細胞診でAGCと診断された症例について組織診断と細胞像の比較を後方視的に行った。

【対象】2011年4月から2015年3月まで当院にて子宮頸部細胞診でAGCと診断され、且つ組織診断がなされた症例71例を対象とした。このうち組織診断でCINと診断された不一致例17例について細胞像の再鏡検を行いその要因の確認を行った。

【結果】71例の組織診の内訳は子宮頸部腺癌12例、子宮体癌26例、AIS+CIN1例、転移性癌2例、CIN17例、子宮内膜増殖症3例、頸管炎6例、その他正常内膜4例であった。細胞像では丈が高い細胞集塊や柵状配列、細胞質に粘液を有するといった集塊所見に特徴があるものは、腺系由来の異型細胞と判定することは可能であった。しかし腺系の特徴がない異型細胞集塊では核の濃縮や細胞収縮などのLBC法に特有な細胞所見により腺系かあるいはASCやSILといった扁平上皮系かの判定に苦慮する場合があった。

【まとめ】広義で使われているAGCの分類は子宮頸管腺や子宮内膜細胞、卵巣由来細胞まで多岐にわたって含まれている。また扁平上皮細胞の分類ほど判定基準が確立されていないため個人差が生じやすい。さらにLBC標本は核の濃縮や細胞収縮を伴うため判定に苦渋することが起こりやすい。今後の課題としてもう一度施設内での細胞像の認識の共有を行い、精度を高めることが必要であると考えられる。

P-1-022 Liquid based cytology による子宮頸部細胞診—SCCの評価

弘前大学医学部産婦人科¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾, 青森県総合健診センター³⁾

○二神真行(MD)¹⁾, 重藤龍比古(MD)¹⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 小島啓子(CT)²⁾, 刀稱亀代志(CT)²⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾, 櫻庭 厚(CT)³⁾

【はじめに】Liquid based cytology (以下LBC) による子宮頸部細胞診が普及してきた一方、LBCによるベセスダ分類のSCCの判定は従来法と異なることが実感される。LBCでは壊死性背景を含めたSCC特有の背景が消失、減少する。また細胞自体も萎縮し、SCCとの鑑別が困難な場合にも遭遇する。

【目的】子宮頸部扁平上皮癌と診断された症例において、LBCでの治療前評価を後方視的に検討した。弘前大学医学部附属病院におけるThinPrep[®]を用いた2009年から2015年までの臨床検体(以下A群)、青森県総合健診センターにおけるTACASTM9600を用いた2012年から2014年までの集団および職域検診検体(以下B群)を対象とした。

【結果】A群での扁平上皮癌は33例。平均年齢54.2歳。FIGO stageはIB期12例、IIA期7例、IIB期6例、IIIB期以上8例。ベセスダ分類は、ASC-H1例、HSIL2例、SCC28例、腺癌2例であった。B群の扁平上皮癌は14例。平均年齢48.4歳。FIGO stageはIA期8例、IB期4例、IIB期1例、IIIB期1例。ベセスダ分類は、ASC-Hが3例、HSILが8例(1例SCC疑い)、SCCは3例。B群の検体を再度検鏡するとASC-Hは全例、HSILの2例をSCCと診断することが可能だったものの、HSILの5例の診断はかわらなかった。

【結論】LBCとして用いる機種の違い、診断者、対象集団、癌の進行度の違い、少ない症例数などから確定的なことは言えないが、LBCを用いることでSCCと診断することが難しくなっている症例がある。臨床側もこの状況を知悉した上で診断治療にあたるのが肝要である。

P-1-023 当院における子宮頸部細胞診10年間の変遷～conventionalからLBCへ～

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

○佐藤香織(CT)¹⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)^{1,2)}, 福田利夫(MD)³⁾

【はじめに】当院では、2010年よりThinPrep2000を導入し、約6年が経過した。液状化細胞診(liquid based cytology: 以下LBC)は、採取細胞をすべて保存液に回収し、Thinlayer標本を作製するため、従来法(以下conventional)と比較して、サンプリングエラーの減少や標本作製法の標準化により、細胞診検査の精度向上が期待される手法である。今回我々は、LBC導入前の2005年から導入後の2014年までの10年間に於ける子宮頸部細胞診の変遷について、ワークフローの変化なども加えて報告する。

【対象】2005年～2014年に施行された、子宮頸部細胞診検査全例。ただし院外標本は除き、当院で作製した標本を対象とした。細胞診結果の報告は、LBC導入前はパピニコウ分類、LBC導入後はベセスダシステムを用い、現在はパピニコウ分類と併記して行っている。

【結果】10年前の2005年と比較し、子宮頸部細胞診の件数が増加傾向を示した。ASC-US以上を陽性例として全件数に占める陽性率を算出すると、この10年間で9.2%～13.2%の間を推移しており、当院では毎年約10%の症例が陽性例であった。陽性率はconventionalとLBC間で大差がなかった。観察者間による差が生じやすいASC-USについては、LBC導入後の5年間の全婦人科件数に占める割合が2.3%と、努力目標である5%以下であった。

【まとめ】当院では、LBC導入前後で陽性例の検出率に大きな変化はなかった。LBCによる細胞所見の変化が、診断に大きく影響しなかった。LBCの導入は、陽性率の向上よりも標本不適正を臨床医に伝えるよい機会となり、関係する婦人科医、看護師、病理医、細胞検査士などそれぞれの立場で得られる利益が大きかった。LBC導入前と比較して、お互いに協力的な関係が築ける変化であった。

P-1-024 子宮頸癌検診におけるHPV検出および型検査併用の臨床的意義

豊見城中央病院産婦人科¹⁾, 豊見城中央病院病理診断科²⁾

○前濱俊之(MD)¹⁾, 上地秀昭(MD)¹⁾, 異地剛(CT)²⁾, 矢部香織(CT)²⁾, 照屋敦子(CT)²⁾, 伊禮彩(CT)²⁾, 宮里碧沙(CT)²⁾, 喜友名正也(MD)²⁾

【目的】当院検診センターにおいて平成20年4月より細胞診にHPV-DNA検査を併用し、平成21年4月からはHPV型検査も導入した。子宮頸癌検診におけるHPV検出、型検査併用の臨床的有用性を検討した。

【方法】平成20年4月より平成26年12月までの検診症例40,361例、HPV検査(Hybrid Capture-2法: 524例、PCR法・direct sequence法: 2422例)を行った計2946例を対象とした。HPV検査は希望者に同意を得て施行し、年齢別に細胞診陽性率、HPV陽性率、HPV型別診断を分析した。細胞診陽性例およびHPV陽性例では可能な限りHPV型検査とコルポ診、組織診を行い、HPV検査、型分析の臨床的意義を検討した。

【成績】検診症例の細胞診陽性率はクラス分類では0.76%(93/12,172)、ベセスダ分類では1.5%(413/28,187)、HPV検査受診例は2,946例であり、HPV陽性率は10.2%(301/2,946)であった。その年齢別HPV陽性率は20代18.5%、30代13.8%、40代7.2%、50代6.4%、60代以降6.7%であった。20代が最も高く、30代以降では低下し、他の報告と類似していた。細胞診陰性・HPV陽性例が298例あり、その中で追跡できた198例中107例(54.0%)がコルポ診と組織診にて頸部上皮内腫瘍(CIN1: 86例、CIN2: 13例、CIN3: 8例)と診断された。このCIN2+3ではHPV16の感染率が38.1%(8/21)であった。また、細胞診陰性・HPV陽性85例(型判定)でCINと診断された症例を検討すると、HPV high riskの感染率がCIN1で40%、CIN2で63.6%、CIN3で100%であった。

【結論】細胞診・HPV陽性例において頸部上皮内腫瘍が54.0%も存在することが確認された。また、CINのgradeが高いほど、HPV high riskの頻度が高く、HPV検出および型検査の併用は細胞診単独より臨床的に有用であることが示された。

P-1-025 コバス 4800HPV テストを用いた子宮頸がん併用検診の有用性についての検討

北海道対がん協会細胞診センター検査科¹⁾, 北海道対がん協会旭川がん検診センター検査科²⁾, 北海道対がん協会釧路がん検診センター検査科³⁾

○市川浩巳(CT)¹⁾, 藤田博正(MD)¹⁾, 田上 稔(CT)¹⁾, 奥谷裕子(CT)¹⁾, 日野順子(CT)¹⁾, 阿部里絵(CT)¹⁾, 横山 恵(CT)¹⁾, 和田恒之(CT)¹⁾, 鈴木美由紀(CT)¹⁾, 茂木由紀(CT)¹⁾, 佐藤利男(CT)²⁾, 石山好人(CT)²⁾, 小西加奈子(CT)²⁾, 倉兼俊之(CT)³⁾, 三浦 務(CT)³⁾

【はじめに】子宮頸がん検診にがんの原因である危険型ヒトパピローマウイルス (HPV) 検査の併用が検討されている。中でも HPV16,18 型感染は自然消失せずに持続しやすく、子宮頸がんの大多数はこの型に起因している。今回、HPV16,18 型と HPV その他型 (HPV-others) に分けて検出する HPV-DNA 検査法 (Cobas 法) を併用した子宮頸がん検診を試みた。また危険型 HPV を一括検査する HC2 法とも比較した。

【方法】2013 年 4 月から 2014 年 3 月までの期間に当施設で子宮頸がん検診を受診し、本試験に同意を得た 16,324 人を対象とした。ASC-US 以上の症例および HPV16,18 型陽性者に細胞診の結果を問わずコルポ診を行うとした。コルポ診所見 (-) で HPV16,18 型陽性者と細胞診陰性で HPV その他型陽性者は 6 カ月毎の経過観察とした。

【結果】細胞診で ASC-US 以上の症例は 361 例、NILM 症例は 15963 例、USAT4 例であった。年代別 HPV 感染率は Cobas 法、HC2 法とも大きな差はなかった。HPV-16/18 陽性者 188 例、HPV-others 陽性者は 547 例であった。高危険性の HPV16,18 型の割合は若年ほど高く、HPV その他型は中高年に多かった。CIN2 以上症例では HPV16,18 型群が 60 例 (浸潤癌 8)/188 例が、HPV その他の型群は 46 例 (浸潤癌 0)/547 例で、CIN2 以上の病変発症率に約 3 倍の開きがあった。初回細胞診が NILM で HPV 陽性者であった症例で、6 カ月以内に CIN2 以上と診断された症例は HPV16,18 型で 11 例、HPV その他型で 4 例存在し、細胞診の不確実性を示すものと考えられた。

【考察】Cobas 法での HPV 型別リスク判定は、受診者のがん発症リスクをより高く予測可能とする。コルポ診を HPV16,18 型陽性者に取り入れた今回の検診スタイルは細胞診の不確実性を補填し有用な検診と思われる。

P-1-026 コバス HPV その他ハイリスク型陽性における型分布と重複感染について

株式会社ファルコバイオシステムズ検査グループ検査クラスタ病原体遺伝子検査

○山田都也子(MT), 土谷侑雅(MT), 福田修久, 前田 豊(MT)

【はじめに】コバス 4800 システム HPV (コバス HPV) において、16・18 型以外のハイリスク型陽性 (以下、その他陽性) となった検体を HPV タイピングキットである MEBGEN HPV (以下 MEBGEN) と GENOSEARCH HPV 31 (以下、GENOSEARCH) にて測定し、型分布と重複感染の割合を調査した。

【方法】コバス HPV において、その他陽性に判定された検体を MEBGEN では 41 検体、GENOSEARCH では 48 検体測定を実施した。なお、16 型、18 型を陽性に含むものは対象外とした。

【結果】コバス HPV と MEBGEN の相関では一致率は 95.1% で、乖離は 2 検体であった。乖離した 2 検体について GENOSEARCH で測定したところ、ともに 66 型陽性であった。41 検体中 8 検体 (19.5%) が 2~3 タイプの重複感染であった。型分布では 56・58 型陽性が最も多く、次いで 31・51 型、52 型、39 型の順に多く見られた。コバス HPV と GENOSEARCH の相関では一致率は 100% であり、乖離はなかった。MEBGEN と GENOSEARCH の相関では、一致率は 82.9% で乖離は 7 検体であった。GENOSEARCH で測定した 48 検体中、25 検体 (52.1%) が 2~5 タイプの重複感染であった。また、重複感染の 25 検体中 12 検体 (48%) はハイリスク型のみの重複感染であり、残り 13 検体がハイリスク型以外を含む重複感染であった。型分布では、56 型が最も多く、次いで 58 型、31・51 型、52・66 型の順に多く見られた。GENOSEARCH 陽性の中でも、単独感染の型分布では、31 型が最も多く、次いで 56 型、39・58 型の順に多く見られた。重複感染では、56 型が最も多く、次いで 58 型、51・52 型の順に多く見られた。

【考察・まとめ】コバス HPV のその他陽性は、ハイリスク型以外も含めると 52.1% が重複感染であることが分かった。また、GENOSEARCH の型分布から、その他陽性の単独感染と重複感染では、型分布に違いがあることが分かった。

P-1-027 子宮頸部蒸散術後の病変残存・再発のリスク抽出における細胞診検査とHPV検査の有用性

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室

○宮内安澄(MD), 岩田 卓(MD), 森定 徹(MD), 栗原朋子(MD), 菅裕佳子(MD), 齋藤深雪(CT), 西尾 浩(MD), 仲村 勝(MD), 田中京子(MD), 青木大輔(MD)

【目的】レーザー蒸散術を施行した子宮頸部上皮内病変について、病変の残存・再発を検出する上で、細胞診検査とHPV検査の有用性を検討する。

【方法】当院で2013年4月から2014年6月までにCIN2またはCIN3でレーザー蒸散術を行った45症例を対象とした。術後6ヶ月ごとに細胞診検査を行い、細胞診判定がHSILまたはASC-Hの場合、6ヶ月以内に組織診を実施し、LSILまたはASC-USの場合は次回の細胞診でASC-US以上が持続した場合に組織診を行った。組織診でCIN2以上の病変を認めた場合、残存・再発と判定した。HPVタイピング検査は術前および術後初回の細胞診検査時に実施した。これらの結果に基づき、HPVの消失率、残存・再発を検出する上での術後初回の細胞診およびHPV検査の感度と特異度を検討した。本研究は倫理委員会承認のもと本人の同意を得て実施した。

【成績】術後初回の細胞診判定の内訳はNILM:25, ASC-US:3, LSIL:4, ASC-H:2, HSIL:11例であった。術前は全例でHPVが検出されたが術後に検出されたのは21例で、消失率は53.3%であった。観察期間中6例でCIN2以上の病変を認め、残存・再発と判定した。術後の初回細胞診判定でASC-US以上を陽性とした場合の残存・再発を検出する感度は100%、特異度は64.1%であり、HPV検査陽性を陽性とした場合の感度は100%、特異度は61.5%であった。細胞診ASC-US以上かつHPV検査陽性の場合を陽性とし、両者陰性あるいはどちらか一方が陰性の場合を陰性とした検討では感度は100%、特異度は71.8%であった。

【結論】蒸散術後の病変残存・再発を検出する上で、術後初回の細胞診検査およびHPV検査の感度は単独であっても高い。さらに両者を併用することで特異度が上昇するため、蒸散術後のリスク評価の向上に寄与する可能性が示唆された。

P-1-028 子宮がん検診より円錐切除に至った症例についての検討三沢市立三沢病院産婦人科¹⁾, 三沢市立三沢病院中央検査科²⁾, 青森県総合健診センター³⁾

○丸山英俊(MD)¹⁾, 加藤顕人(MD)¹⁾, 吉田多美子(CT)²⁾, 成田靖之(CT)²⁾, 三国谷慶子(CT)³⁾, 桜庭貴子(CT)³⁾, 桜庭 厚(CT)³⁾

【目的】子宮頸がん検診で要精査となり円錐切除に至った症例につき検討し、臨床上の注意点を求めた。

【対象】2008年1月より2015年6月までに当院で円錐切除を施行した126例を対象とした。

【方法】検診から円錐切除に至る経過、細胞所見、組織所見および予後を調査した。

【結果】発見は集団検診が65例、施設検診が61例。精検(コルポ下生検など)後そのまま円錐切除に至った症例は89例(70.6%)。精検後followとなりその後の円錐切除となった症例は37例(29.4%)。平均follow期間1,100日であった。術前の細胞所見はASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, SCCがそれぞれ10, 12, 7, 91, 6例であった。ASC-USの10例はHPV陽性、コルポ下生検で高度異形成またはCISで円錐切除が行われた。術前の組織所見はUCF, 中等度異形成, 高度異形成, 腺異形成, CIS, SCCがそれぞれ2, 8, 70, 1, 36, 9例であった。術後の組織所見は陰性, 中等度異形成, 高度異形成, 腺異形成, CIS, SCCがそれぞれ5, 13, 54, 1, 47, 6例であった。SCCの6例(微小浸潤癌4例, 浸潤癌2例)のうち2例は妊娠初期の細胞診異常でfollowされ、分娩後に円錐切除が行われた症例であった。全体で断端陽性4例、後治療5例(単純子宮全的2例, 広汎性子宮全摘出術3例)、円錐切術後異常細胞が再出現した症例は5例(うち1例は継続的に出現し子宮全摘出術施行、残りは自然に異常細胞消失)で、術後再発症例は見られなかった(平均follow期間1000日)。術後妊娠分娩に至った症例は12例(11例満期産, 1例36週の早産)であった。

【結論】ASC-USの症例はHPV検査により治療からの逸脱を防ぐ事ができたと考えられた。妊娠初期の細胞診異常については慎重な評価が必要であると考えられた。さらに特徴的な症例の詳細を報告する。

P-1-029 紫色レーザーおよび近紫外線レーザーを用いて分取した子宮体癌 side population 細胞の解析

九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹⁾, 九州保健福祉大学がん細胞研究所²⁾, 国際医療福祉大学福岡保健医療学部医学検査学科³⁾, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科⁴⁾

○宮本朋幸(CT)^{1,2)}, 富安 聡(PhD)³⁾,
大澤幸希光(CT)⁴⁾, 西森 誠(PhD)^{1,2)}, 薬師寺宏匡^{1,2)},
所司睦文(PhD)^{1,2)}, 西片一朗(PhD)^{1,2)},
池脇信直(PhD)^{1,2,4)}, 大野節代^{1,2,4)}, 大野英治(PhD)^{1,2,4)}

癌幹細胞は自己複製能, 分化能, 造腫瘍能を有し, 癌の再発や転移に関与している. 紫外線(UV)レーザー(波長: 350 nm)を用いたフローサイトメトリ解析において, 癌幹細胞は side population (SP)細胞と呼ばれる分画に多く含まれる. しかしながら UV レーザーを用いた場合, 分取の過程で細胞への障害を避けることが困難である. そこで我々は分取時の細胞障害を避けるため, 紫色(violet)レーザー(407 nm)を用いた癌幹細胞の分取を試みた. Violet レーザー搭載型セルソータ FACS Aria を用いて子宮体癌培養細胞株より SP 細胞と main population (MP)細胞を分取し, 生物学的特性を解析したところ, SP 細胞は自己複製能と造腫瘍能を有していた. また, SP 細胞では MP 細胞に比し KRAS 遺伝子発現が有意に高かった. 以上のことから, violet レーザー搭載型 FACS Aria は細胞障害性の低い SP 細胞分取に有用であり, 癌幹細胞の同定や生物学的特性の解析に有用であると思われた. 当日は近紫外線(near-UV)レーザー(375 nm)を用いて分取した SP 細胞の生物学的特性についても言及する.

P-1-030 子宮内膜擦過細胞において FISH 法を用いた Kras と 12 番染色体 polysomy の評価による良悪性の鑑別

広島大学病院病理診断科¹⁾, 広島大学病院産科婦人科学²⁾

○金子佳恵(CT)¹⁾, 田岡知恵(MT)¹⁾, 田中祐菜(CT)¹⁾,
清水智美(CT)¹⁾, 丸橋由加里(CT)¹⁾, 小田 恵(CT)¹⁾,
石田克成(CT)¹⁾, 高井チカ子(CT)¹⁾, 尾田三世(CT)¹⁾,
小川勝成(CT)¹⁾, 木村修士(MD)¹⁾, 城間紀之(MD)¹⁾,
有廣光司(MD)¹⁾, 平田英司(MD)²⁾

【目的】正常内膜, 子宮内膜増殖症, 子宮内膜癌(G1, G3)の擦過細胞の Kras 遺伝子と 12 番染色体の polysomy を fluorescent in situ hybridization (FISH)法を用いて評価し, 良悪性の鑑別における有用性について検討する.

【対象と方法】切除された子宮検体の正常内膜 4 例, 類内膜腺癌(G1: 7 例, G3: 3 例), 子宮内膜増殖症(単純型: 1 例, 異型増殖症: 1 例)の擦過細胞を対象とした. 12 番染色体の alpha satellite に対するプローブ(CEP12: Dako 社製 SureFISH Chr12 CEP 704kb, Green)と, 12p12.1 領域を認識するプローブ(Kras: Abbott 社製 Vysis LSI KRAS SpectrumGold Probe)を用いて FISH 法を行った. 評価方法は, 細胞 20 個の CEP12 と Kras のシグナルを観察し, 平均 Kras/CEP12 シグナル比と 1 個の細胞当たりの Kras と CEP12 のシグナル数を算出した. また 1 個の細胞で CEP12 \geq 3 を polysomy と見做し, その割合について検討した.

【結果と考察】正常内膜では, Kras/CEP12=1.0, CEP12/細胞=2.0(平均 2.0 個), 子宮内膜増殖症では, Kras/CEP12=1.0, CEP12/細胞=2.1(平均 2.1 個)であった. 類内膜腺癌 G1 症例では, Kras/CEP12=1.0, CEP12/細胞=2.0-2.2(平均 2.1 個), G3 症例では, Kras/CEP12=1.0, CEP12/細胞=2.0-3.4(平均 2.8 個)であった. CEP12 を指標とする polysomy は, 正常内膜では見られなかったが, 子宮内膜増殖症で 5%, G1 症例で 10%, G3 症例で 40%に見られた. 3 例の G3 症例うち, polysomy を示さなかった症例は他の 2 例と比較し核の多形性は軽度であった.

【まとめ】CEP12 polysomy は, 正常子宮内膜では全く見られず, 子宮内膜増殖症以上の病変で観察され, G1, G3 の順に polysomy の割合は高かった. CEP12 polysomy は良悪性の鑑別に有用な可能性がある. 今後は病変の種類及びそれらの症例数を増やしてさらに検討していく.

P-1-031 子宮内膜癌の診断における内膜細胞診の省略と積極的な子宮鏡検査

大阪鉄道病院婦人科¹⁾, 大阪鉄道病院臨床検査室病理²⁾

○熊谷広治(MD)¹⁾, 坂井昌弘(MD)¹⁾, 前田隆義(MD)¹⁾, 山崎由香子(CT)²⁾, 山内直樹(CT)²⁾, 森島英和(CT)²⁾, 石田英和(MD)²⁾

【目的】内膜細胞診の感度は83～85%と報告されており、内膜癌の診断に必ずしも有用であるとは言えない。そこで当院では不正子宮出血を認める症例に対して子宮鏡を優先して内膜細胞診を省略することがある。今回、内膜癌の診断方法として「内膜細胞診を省略、ありのままに子宮鏡で観察、内膜生検」が許容され得るか否かを検討した。

【方法】過去2年6ヵ月間に当院で治療した内膜癌IA期21例, IIB期7例, IIIA期1例, IVB期4例の計33例を対象とした。手術標本による最終組織診断の内訳は、類内膜腺癌が26例, 癌肉腫が2例, 漿液性腺癌が2例, 未分化癌が2例, 混合型腺癌が1例であった。この33例の年齢, 主訴, 内膜細胞診・子宮鏡・内膜生検の感度などについて調査した。

【成績】33例の年齢中央値は64歳(43～81歳)で、73%(24/33)が不正性器出血を契機に前医あるいは当院を受診した。内膜細胞診が45%(15/33)(前医8例, 当院8例, 重複1例)に、子宮鏡が70%(23/33)(前医2例, 当院21例)に、内膜生検が94%(31/33)(前医3例, 当院28例)に行われた。内膜細胞診, 子宮鏡, 内膜生検による悪性病変の検出感度はそれぞれ、67%(10/15)(疑陽性を含む), 87%(20/23), 94%(29/31)であった。

【結論】子宮鏡ならびに内膜生検の感度が高いので、子宮鏡が使える施設では「内膜細胞診を省略、ありのままに子宮鏡で観察、内膜生検」が許容され得る。

P-1-032 子宮内膜細胞診に液状検体法導入の試み

福井大学医学部産科婦人科¹⁾, 福井赤十字病院産婦人科²⁾

○黒川哲司(MD)¹⁾, 大沼利通(MD)²⁾, 品川明子(MD)¹⁾, 知野陽子(MD)¹⁾, 吉田好雄(MD)¹⁾

日本では、子宮内膜細胞診が早期発見法として頻用されているが、3つの大きな問題点が指摘されている。一つは、「細胞採取時」に採取器具が挿入できず診断ができない症例が存在すること。二つ目は、「塗抹時」に出血が多く診断の妨げになること。最後に、「鏡検時」の細胞診断に習熟が必要な点である。そこで、我々の研究目的は、子宮内膜細胞診に液状検体法(以下LBCと略す)を導入することにより、一般的に施行されている直接塗抹法(以下CCと略す)の問題点を克服可能か否かについて検証することである。そして、我々は、これまでにLBC法導入が、「塗抹時」の問題点を克服し不適正検体率を減らすことを報告してきた。今回は、「鏡検時」の問題点を克服し正診率の向上に寄与するかを検討したので報告する。検討1は、CCとLBCの診断精度を同時期に組織採取可能であった99症例の組織診断と比較検討した。その結果、感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率は、CC(91%・83%・86%・89%)とLBC(96%・84%・86%・89%)と共に差を認めなかった。検討2では、偽陰性率に関して、4名の細胞検査師士にブラインドで、内膜癌12症例のCCとLBC検体を別々に診断する方法で行った。結果、両者の偽陰性率に差を認めなかった。子宮内膜細胞診の精度向上には、これまでのCCによるパパニコロ染色から新たな展開を迎える必要がある。今回までの検討から、LBCの導入は、CCにおける「塗抹時」の問題点を克服可能であることを証明した。しかし、「鏡検時」の問題点の解決にまでには至らなかった。現在、液状検体法用の診断基準の確立と免疫染色の導入による更なる精度向上を試みている。

P-1-033 記述式子宮内膜細胞診報告様式の普及のためには報告カテゴリーの単純化が必要である

愛媛大学医学部産婦人科¹⁾, 四国がんセンター病理科²⁾, 愛媛大学医学部附属病院病理部³⁾, 愛媛県立中央病院病理診断科⁴⁾, 松山市民病院病理部⁵⁾, 市立宇和島病院病理診断科⁶⁾, 市立八幡浜総合病院臨床病理科⁷⁾, 愛媛労災病院検査科⁸⁾

○松元 隆(MD)¹⁾, 寺本典弘(MD)²⁾, 片山英司(CT)³⁾, 杉田敦郎(MD)⁴⁾, 岡田雄平(CT)⁵⁾, 前田智治(MD)⁴⁾, 松影昭一(MD)⁶⁾, 此上武典(CT)⁷⁾, 大西博三(MD)⁸⁾, 北澤理子(MD)³⁾

【目的】本年3月に刊行された日本臨床細胞学会編・細胞診ガイドライン（婦人科・泌尿器）の子宮体部の章にベセスダ方式に準じた「記述式子宮内膜細胞診結果報告様式」が掲載され、「実際の臨床現場における判定方法としては、可能な限り記述式報告様式への切り替えが望ましい」とされた。そこで、今回愛媛県下の子宮内膜細胞診判定に実際に関与する病理医と細胞診検査士にアンケートを実施した。

【方法】愛媛県下の婦人科および病理部門の両者のある医療機関11施設を対象として「記述式子宮内膜細胞診結果報告様式」に関するアンケート調査を実施した。

【成績】1) 本報告様式における必須報告カテゴリーは「陰性/悪性ではない」「内膜異型細胞 (ATEC)」「子宮内膜増殖症」「子宮内膜異型増殖症」「悪性腫瘍」の5つであるが、「子宮内膜増殖症」「子宮内膜異型増殖症」「悪性腫瘍」の鑑別が困難であり、このカテゴリーの導入は困難とした施設が2/3を占めた。2) 本報告様式ではATECを、経過観察を要する「意義不明の内膜異型細胞 (ATEC-US)」と要生検の「異型増殖症以上を否定できない内膜異型細胞 (ATEC-A)」のどちらかのサブカテゴリーを選択することが必須とされているが、このサブカテゴリーは不要な生検を回避できる可能性があり、全ての施設において妥当であり導入可能であるとの回答を得た。

【結論】「記述式子宮内膜細胞診結果報告様式」の普及のためには、本報告様式におけるカテゴリーの単純化と全国における積極的な実施・検討が必要である。

P-1-034 無排卵性周期に伴う機能性出血での化生変化における免疫細胞化学的検討

愛媛県立医療技術大学保健医療学部検査技術科学専攻¹⁾, JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院産婦人科²⁾

○安田理恵(St)¹⁾, 則松良明(CT)¹⁾, 大崎博之(CT)¹⁾, 大杉増美(CT)¹⁾, 矢納研二(MD)²⁾

【目的】無排卵性周期に伴う機能性出血である Endometrial glandular and stromal breakdown (EGBD) は子宮内膜表層被覆上皮に化生変化を起こす。それらは核異型および重積性を伴う不整形集塊として出現するため、異常細胞として過剰診断される場合がある。我々はEGBDでの化生変化について免疫細胞化学的に検討し、若干の結果を得たので報告する。

【方法】病理組織診断が確定したEGBDでの化生37例、増殖期内膜29例、類内膜腺癌 grade1 (G1) 20例を対象として用い、BD シュアパス™法にてLBC標本を作製した。それらにKi-67 (Dako), Cyclin-A (Leica Biosystems), MCM-7 (Leica Biosystems) を使用した免疫細胞化学を実施し、各標本における300個の細胞について、核染色強度〔陰性(スコア0), 弱(スコア1), 中等度(スコア2), 強(スコア3)〕と核陽性率〔<10% (スコア0), 10-25% (スコア1), 26-50% (スコア2), >50% (スコア3)〕を算出し、両スコアの和を総合評価とした。

【成績】Ki-67において化生のスコアは 1.3 ± 0.8 であった。同様に、増殖期では 2.4 ± 0.4 , G1では 2.7 ± 0.5 であり、化生は増殖期, G1と比較してそれぞれ有意に低値($p < 0.05$)であった。Cyclin-Aは化生(1.3 ± 1.1), 増殖期(2.5 ± 0.3), G1(2.2 ± 0.6)であり、MCM-7は化生(1.6 ± 0.9), 増殖期(2.8 ± 0.5), G1(3.2 ± 0.6)と、両者ともにKi67と同様の結果であった。

【結論】EGBDでの化生は増殖能が著しく低いことが明らかとなり、ホルモン刺激に対する細胞形態変化のみであると推察した。EGBDでの化生と癌との形態学的鑑別が困難な場合、今回検討した抗体を用いた免疫細胞化学を追加することで診断精度の向上が期待できる。

P-1-035 子宮体癌1期の再発における腔断端細胞診の有用性

佐賀大学医学部産婦人科¹⁾, 佐賀県医療センター好生館産婦人科²⁾, 佐賀中部病院産婦人科³⁾, 高木病院⁴⁾

○野口光代(MD)¹⁾, 西山 哲(MD)¹⁾, 大隈恵美(MD)¹⁾, 橋口真理子(MD)¹⁾, 内山倫子(MD)¹⁾, 安永牧生(MD)²⁾, 金井督之(MD)³⁾, 中尾佳史(MD)¹⁾, 横山正俊(MD)¹⁾, 岩坂 剛(MD)⁴⁾

子宮体癌1期での術後再発率は10%前後であり, その中でも好発部位は腔断端といわれる。われわれの経験した子宮体癌1期の術後腔断端再発の2例における腔断端細胞診の有用性について検討を行った。症例1は50歳代子宮体癌1b期に対し根治術をおこない治療後1年7ヶ月で腔断端に小さい腫瘤を認めたため細胞診, 組織診施行したところ, 腺癌組織を認め, 腔断端再発であった。腫瘤摘出したのちも腔断端細胞診では腺癌細胞を認め, 放射線療法を行い, 現在は外来経過観察中である。症例2は70歳代子宮体癌1a期に対して手術後2年6ヶ月で腔断端に再発腫瘍を認めた。細胞診, 組織診にても腺癌細胞がみられ, 放射線療法を施行した。子宮体癌治療ガイドラインにおいて, 治療後経過観察では内診と腔断端細胞診を標準的な検査に含めるのが望ましく, 細胞診が腔断端再発の早期補助診断として有用な場合があるとされているが, 今回の症例においても, 腔断端細胞診が, 再発腫瘍の診断に有用であり, 経過観察において必要な検査であることが示唆された。

P-1-036 子宮鏡下手術を施行し確定診断に至った子宮内膜悪性病変症例の後方視的検討

東京大学医学部附属病院女性外科¹⁾, 丸山記念総合病院産婦人科²⁾

○長阪一憲(MD)¹⁾, 松本陽子(MD)¹⁾, 織田克利(MD)¹⁾, 丸山正統(MD)²⁾, 山下重紀(MD)¹⁾, 曾根献文(MD)¹⁾, 森 蘭代(MD)¹⁾, 足立克之(MD)¹⁾, 平池 修(MD)¹⁾, 川名 敬(MD)¹⁾, 大須賀穰(MD)¹⁾, 藤井知行(MD)¹⁾

【目的】子宮内膜悪性病変が疑われる症例に対し, 術前病理所見, 画像所見, 子宮鏡外来検査所見のみでは診断が確定できないことがある。そこで, 本研究では根治術前に, 病理組織診による確定目的で子宮鏡下腫瘍摘出術(TCR)を施行された症例のうち, 術前, 術後の病理所見に解離が見られた症例に対して, 子宮鏡所見を含めた後方視的検討を行った。

【方法】2004年から2015年にかけて当科で子宮内膜悪性病変の疑い症例に対し, 確定診断目的でTCRを施行された68例を対象とした。外来子宮鏡検査は術前に全例で行われており, 不正拡張血管, 乳嚢状隆起, 結節状病変, 扁平上皮化生, 白色病変, 落屑, 表面不整像, 壊死を, 悪性を疑う有意な所見としている。

【結果】子宮内膜異型増殖症(AEMHc)18例, 子宮ポリープ状異型腺筋腫(APAM)7例, 子宮体癌12例が, TCRで確定診断をし得た。特に, 子宮体癌とされた症例のうち, 31%で筋層浸潤を確認できた。子宮内膜良性ポリープ, 粘膜下筋腫を伴う症例では, 72%で術前(子宮鏡検査下も含む)と術後の病理組織所見の解離をあることがわかった。一方, 子宮鏡所見との比較検討では, 異型血管はAEMHcの57.1%, 体癌の77.7%で認められていた。中でも, 白色病変, 落屑の所見は, 全例で細胞診陰性であっても, 最終的に悪性と診断されており, 同部位の切除が確定診断に有効であった。また, 根治術まで至った症例における腹水細胞診陽性例は1例のみであった。

【結論】子宮内膜悪性病変症例の中には, 術前組織診が困難である症例が少なからずあり, 子宮鏡検査に加えて, 確実に病変を摘出し得るTCRの有用性が示された。根治術前の適切な治療方針の決定ができると考えられた。

P-1-037 子宮体部明細胞腺癌の診断経過についての検討

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○井平 圭(MD)¹⁾, 朝野拓史(MD)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾, 石塚泰也(MD)¹⁾, 岡田宏美(MD)²⁾, 遠藤大介(MD)¹⁾, 三田村卓(MD)¹⁾, 保坂昌芳(MD)¹⁾, 武田真人(MD)¹⁾, 渡利英道(MD)¹⁾, 佐川 正(MD)¹⁾, 畑中佳奈子(MD)²⁾, 松野吉宏(MD)²⁾, 櫻木範明(MD)¹⁾

【目的】子宮体部明細胞腺癌の術前の細胞-組織診断の精度について検討する。

【対象】1997-2014年に当科で子宮全摘を行い、病理組織学的検討により子宮体部原発の明細胞腺癌と診断された11例(38-70歳 stage: IA: 2例 IIB: 2例 IIIA: 1例 IIIC: 3例 IVB3例)について、摘出子宮標本上の所見との比較により、術前の細胞診-組織診の診断の精度について検討した。

【結果】術前の内膜組織診では、1例が類内膜腺癌 G3, 1例は漿液性腺癌と診断された。摘出子宮標本で前者は腫瘍の殆どが形態的に明細胞腺癌の所見を有し、後者は形態的に鑑別が困難で免疫染色により診断に至った。また両者とも内膜擦過細胞診では低分化な腺癌と診断された。内膜組織診で明細胞腺癌と診断し得たのは9例(81.8%)、そのうちの6例(66.7%)が子宮内膜擦過細胞診で、hobnail やラズベリー小体等の特徴的な所見から明細胞腺癌と推定し得たが、2例(IA-IIB期)に異型細胞が検出されず、1例は腺癌とのみ診断された。

【まとめ】子宮体部の明細胞腺癌は、組織診断でも漿液性腺癌等との鑑別を要し、HNF-1 β により確定される症例も少なくない。本研究では術前の内膜組織診で十分な明細胞腺癌の形態的特徴を持つ症例では腫瘍量が少なくない限り、高率(85.7%)に細胞診での診断が可能であった。術前の細胞診-組織診は、3例の手術標本上のごく一部に存在した類内膜腺癌 G1 や AEH が反映することなく、全症例とも予後不良な type-2 の内膜癌として認識可能で、手術の縮小など治療方針の決定への影響はなかった。

P-1-038 子宮体部明細胞腺癌の臨床細胞学的検討

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院産婦人科²⁾, 富山県立中央病院病理診断科³⁾

○清水雅彦(CT)¹⁾, 石澤 伸(MD)³⁾, 矢野彩子(CT)¹⁾, 酒井哲也(CT)¹⁾, 宮本藤之(CT)¹⁾, 南 里恵(MD)²⁾, 飴谷由佳(MD)²⁾, 舟本 寛(MD)²⁾, 中野 隆(MD)²⁾, 中西ゆう子(MD)³⁾, 内山明央(MD)³⁾

【はじめに】子宮体部明細胞腺癌は、ホルモン非依存性、2型の子宮内膜癌で、子宮内膜癌の1~5%を占める比較的可疑な高悪性度腫瘍である。今回、われわれは子宮体部明細胞腺癌と診断された6例について細胞像を見直し、診断もしくは推定が可能か検証したので報告する。

【対象】2007年4月1日から2015年3月31日までに子宮内膜組織診で子宮体部明細胞腺癌と診断され、子宮内膜細胞診で陽性と診断された細胞診標本の観察が可能な6症例についてその細胞所見について検討した。なお、退色により染色態度が不良なものは再染色を施した。

【結果】子宮体部明細胞腺癌の細胞学的特徴は、出現形態ではシート状、乳頭状集塊で出現し、hobnail 状配列を示す部分も認められた。細胞は細胞質は豊富(N/C比↓)でグリコーゲンを含みライトグリーンに淡染(PAS染色陽性)核は円形~類円形で腫大、大小不同、核縁の肥厚、核小体腫大。また、腫瘍性背景と考えられた。6症例について特徴的な細胞所見についての出現について再検討した結果、明細胞腺癌と推定できた例が4例あった。明細胞腺癌の推定に至らなかった2例は主病変が明細胞腺癌の類内膜癌との混合癌であった。

【まとめ】今回われわれは子宮体部明細胞腺癌について検討を行った。細胞質が豊富でライトグリーンに淡染する高異型度の腫瘍細胞の存在により明細胞腺癌は推定可能である。しかし、そのような細胞が標本上にみられない可能性も多分にあることがわかった。類内膜腺癌細胞のみがみられる場合にも、2型の子宮内膜癌は否定できず、高悪性度の細胞所見を検索する必要がある。

P-1-039 内膜原発漿液性腺癌と卵巣・卵管原発漿液性腺癌の内膜細胞診陽性例の比較検討

足利赤十字病院臨床検査部¹⁾, 足利赤十字病院産婦人科²⁾, 永寿総合病院産婦人科³⁾

○遠藤みゆき(CT)¹⁾, 清水和彦(MD)¹⁾, 中村雅哉(CT)¹⁾, 廣瀬芳江(CT)¹⁾, 川村政人(CT)¹⁾, 山田裕子(CT)¹⁾, 大島萌夏(CT)¹⁾, 岩永あかり(CT)¹⁾, 春日義生(MD)²⁾, 隅田能雄(MD)²⁾, 有馬宏和(MD)²⁾, 高橋峰夫(MD)³⁾

【はじめに】卵巣・卵管原発の漿液性腺癌で内膜細胞診が陽性になる例があるが, 内膜原発の漿液性腺癌の例と比較した場合, 細胞像で原発巣推定可能かどうか検討を行った。

【対象および方法】2015年5月までの10年間の手術検体にて漿液性腺癌と診断され, 術前の内膜細胞診にて漿液性腺癌が確認された13例を対象とした。13例の内訳は内膜原発4例, 卵巣・卵管原発9例(卵巣7例, 卵管2例)であった。平均年齢は内膜原発70.3歳(59~78歳), 卵巣・卵管原発63.6歳(54歳~74歳)であった。全てエンドサイトによる擦過であった。

【結果】内膜原発と卵巣・卵管原発の細胞像について比較した。背景所見として, 炎症または壊死を認めるものは内膜原発4例中4例(100%), 卵巣・卵管原発9例中2例(22.2%), 萎縮内膜を認めるものは内膜原発4例中3例(75%), 卵巣・卵管原発9例中9例(100%)であった。内膜原発の腫瘍細胞は不規則な重積性のある乳頭状集塊から孤立散在性に出現し, 結合性が弱く集塊辺縁は鋸歯状のものが多かった。卵巣・卵管原発の腫瘍細胞は結合性が強く辺縁が平滑な球状集塊, 乳頭状集塊が主体像のものが9例中5例(55.6%), 上記所見と内膜原発の所見が混在するもの2例(22.2%), 内膜原発でみられたのと同様の所見のもの2例(22.2%)であった。

【まとめ】内膜細胞診で漿液性腺癌を認めた際, 背景の炎症または壊死は内膜原発で多く, 卵巣・卵管原発で少なかった。卵巣・卵管原発の例では腫瘍細胞の辺縁が平滑な球状集塊, 乳頭状集塊が特徴的と考えられた。内膜原発と卵巣・卵管原発の漿液性腺癌の内膜細胞診では所見が異なり多くの例で原発巣の推定は可能と思われた。

P-1-040 子宮体部癌肉腫の細胞診に関する検討

札幌医科大学産婦人科

○田中綾一(MD), 寺本瑞絵(MD), 竹浪奈穂子(MD), 金美善(MD), 玉手雅人(MD), 鈴木美和(MD), 高橋 円(MD), 郷久晴朗(MD), 岩崎雅宏(MD), 齋藤 豪(MD)

【目的】子宮体部悪性腫瘍のうち癌肉腫は稀であるが予後不良であり術前診断は治療方針にとって重要である。子宮体部癌肉腫における子宮内膜細胞診による術前診断について検討した。

【方法】2012年から2014年の3年間に当科で組織診にて診断した子宮体部癌肉腫症例17例における子宮内膜細胞像について, 悪性診断率と推定組織型正診率について臨床所見等と対比検討した。

【結果】子宮内膜細胞診で悪性腫瘍を推定したのは17例中12例の70.6%, 癌肉腫を推定したのは2例のみであり, 他10例はすべて腺癌を推定した。細胞診陰性症例に進行期との相関はみとめなかったが, 癌肉腫を推定した2例は共に進行癌であった。一方子宮頸部細胞診では7例(41.2%)でAGCまたは悪性腫瘍を推定する所見をみとめたがいずれの症例も癌肉腫を推定することはできなかった。術中腹腔洗浄細胞診は3例で陽性と診断され1例は癌肉腫を推定した。また子宮内膜細胞診について再鏡検を行ったところ術前に腺癌を推定した10例のうち2例は癌肉腫の所見を確認することができた。

【結論】子宮体部癌肉腫の子宮内膜細胞診において, 癌肉腫の可能性を常に意識し鏡検することにより推定組織型の正診率を向上させることができると考えられた。

P-1-041 術中擦過細胞診による子宮平滑筋肉腫と子宮平滑筋腫の細胞学的比較検討

愛知医科大学病院病院病理部

○藤井佳穂(CT), 水野義己(CT), 水野里美(CT),
宮下拓也(CT), 櫻井包子(CT), 和田栄里子(CT),
佐藤允則(CT), 高橋恵美子(MD)

【はじめに】子宮平滑筋肉腫は50歳以降の女性の子宮に発生する稀な予後不良の悪性腫瘍であるが、同じく子宮に発生し頻度の高い良性腫瘍である子宮平滑筋腫との鑑別を要する。今回我々は、当施設で実施している術中擦過細胞診標本を用いて、子宮平滑筋肉腫と子宮平滑筋腫の細胞像を比較検討したので報告する。

【対象】2011年～2015年の5年間で、子宮平滑筋肉腫疑いにて術中迅速組織診断が施行され、術中擦過細胞診標本を作製した症例のうち、最終診断において子宮平滑筋肉腫と診断された4例と、子宮平滑筋腫と診断された4例について細胞像の比較検討を行った。

【結果】子宮平滑筋肉腫、子宮平滑筋腫ともに細胞診上の背景に壊死は見られず、裸核状の腫瘍細胞を孤立散在性～集塊状に認めた。子宮平滑筋腫では核腫大やクロマチンの増加は見られず、細長く紡錘形の腫瘍細胞が占めていたのに対し、子宮平滑筋肉腫の腫瘍細胞は大小不同を伴う核腫大、核溝や核のねじれなどの核異型を認め、子宮平滑筋腫に比べて核の最大径と最小径の比が小さく、核が円形に近づいていることがわかった。また子宮平滑筋肉腫の腫瘍細胞における核クロマチンは増加し顆粒状～網状に不均等に分布しており、核分裂像が細胞診上に確認できた症例も4例中1例あった。

【まとめ】今回の検討で子宮平滑筋肉腫の全症例に、核腫大、核溝、核のねじれ、核の円形化、クロマチンの増加と不均等分布が認められ、この6点の核異型が子宮平滑筋肉腫を示唆すると考えられた。さらに症例数を増やし、これらの所見が子宮の平滑筋肉腫と平滑筋腫の鑑別点になりうるのかを追加検討する。

P-1-042 子宮筋腫に合併した子宮魚鱗癬の一例

公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院臨床検査科¹⁾,
公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院病理診断科²⁾

○平山貴博(CT)¹⁾, 増子和之(CT)¹⁾, 日下部崇(MD)²⁾

【はじめに】子宮魚鱗癬とは子宮内膜が広範囲に扁平上皮化生を起こす極めて稀な疾患である。子宮魚鱗癬自体は良性疾患と考えられているが、本疾患を背景とした扁平上皮癌や類内膜腺癌の報告もあり、その取扱いには注意を要する。今回我々は子宮筋腫に合併した子宮魚鱗癬の1例を経験したので報告する。

【症例】58歳、6経妊3経産、50歳で閉経。不正性器出血を主訴に近医を受診し、精査目的に当院を紹介された。MRIで子宮腔内に4×5cm大の腫瘤性病変が認められたため、子宮内膜細胞診を2回施行されたが、いずれも判定は不適正であった。変性子宮筋腫または平滑筋肉腫疑いの術前診断にて、術中迅速組織検査下に腹式単純子宮全摘術+両側付属器切除術が行われた。

【細胞像】炎症細胞を背景に多数の角化扁平上皮細胞が見られた。扁平上皮細胞は小型から中型で厚みのある胞体を有し、核周囲にkoilocyte様の明量を伴っていた。内膜細胞はほとんど認められなかったため、内膜細胞採取不良として不適正と判定した。

【組織像】内膜側は著明に肥厚した異型のない重層扁平上皮で覆われ、上皮細胞巢の一部は類表皮嚢胞様を呈していた。扁平上皮と内膜腺との間に移行帯が認められ、高度な扁平上皮化生と考えられた。また、一部にkoilocytosisを認めたが免疫染色でp16は陰性であった。扁平上皮化生領域直下の固有筋層には硝子化を伴う平滑筋腫を認め、子宮筋腫に合併した子宮魚鱗癬と診断した。

【まとめ】内膜細胞診において、主に扁平上皮細胞が採取されている場合、不適正と報告することが多い。しかし、そのような場合でも本疾患のような稀な病変があるということを念頭に置き、組織推定に努めることが必要であると考えられた。

P-1-043 腹腔鏡および子宮鏡にて子宮内膜増殖症を伴う子宮ポリープ状異型腺筋腫と診断した 1 例

札幌医科大学産婦人科学講座¹⁾, 市立釧路総合病院²⁾

○玉手雅人(MD)^{1,2)}, 寺本瑞絵(MD)¹⁾, 竹田倫子(MD)²⁾, 松浦基樹(MD)¹⁾, 郷久晴朗(MD)¹⁾, 田中綾一(MD)¹⁾, 岩崎雅宏(MD)¹⁾, 齋藤 豪(MD)¹⁾

【目的】子宮ポリープ状異型腺筋腫(APAM)は, 性成熟期の女性の子宮体部や頸部に発生するポリープ状の腫瘍である。未経妊, 肥満, 高血圧, 不妊症との関連を指摘されており, 病理組織学的には良性に属するが, 子宮内膜増殖症や癌が共存していることもある。今回, 体外受精を予定し, 卵管切除および粘膜下筋腫の切除目的に紹介となり, 術後複雑異型子宮内膜増殖症(CAH)を伴った APAM と診断された症例を報告する。

【症例】30 歳代, 0 経妊, 数年来の不妊を主訴に他院受診, 画像診断にて子宮内腔に突出する 3 cm 大の腫瘤性病変を認めた。MRI にて子宮内腔の腫瘤は T2 強調画像にて不均一な高信号領域を認め, ADCmin 低値であることから悪性の可能性が示唆された。細胞診は頸部と内膜ともに陰性であった。腹腔鏡で卵管を切除し, 子宮鏡下では腫瘍表面にやや壊死像を認めていたため, 基部をやや深めに切除して一塊にして摘出した。術後病理検査にて, 腹水細胞診陰性であったが卵管から CAH 病変が検出され, 腫瘤は APAM と診断したため, 子宮内膜の全面搔爬後に早期の妊娠を目指し経過観察予定である。

【考察と結論】APAM は稀な疾患であり術前診断は困難であるが, 70-80% は子宮下部から頸管に発生し, 8-17% で類内膜腺癌の合併を認める。今回, 卵管から CAH が検出されたことから子宮からの細胞の migration が疑われた症例であった。

P-1-044 悪性との鑑別を要した Atypical polypoid adenomyoma の 2 例

自治医科大学附属病院病理診断部¹⁾, 自治医科大学産婦人科²⁾

○福島愛理(CT)¹⁾, 伊藤聡史(CT)¹⁾, 鈴木智子(CT)¹⁾, 郡 俊勝(CT)¹⁾, 森田剛平(MD)¹⁾, 河田浩敏(MD)¹⁾, 森澤宏行(MD)²⁾, 藤原寛行(MD)²⁾, 福嶋敬宜(MD)¹⁾

【はじめに】ポリープ状異型腺筋腫 (Atypical polypoid adenomyoma: 以下 APA) は子宮に発生する比較的稀な広基性のポリープ様病変であり, 基本的には良性病変とされている。今回我々は, 悪性との鑑別に苦慮した 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】33 歳, 女性, 不正性器出血を主訴に前医受診。子宮頸部腺癌が疑われ精査目的に当院紹介となった。

【症例 2】43 歳, 女性, 不正性器出血を主訴に前医受診。肉眼的腫瘍があり精査目的に当院紹介となった。

【細胞所見】(症例 1) 血性背景に配列不規則な内膜腺上皮様集塊が散見され, 核腫大や核小体など軽度の細胞異型もみられた。重積や集塊辺縁からのほつれも認められ, 悪性病変の可能性が疑われた。一部, 紡錘形の間葉細胞集塊や化生性変化もみられた。

(症例 2) 血性背景に乳頭状の内膜腺上皮細胞の集塊を認めた。また紡錘形の間葉細胞集塊や化生性変化もみられた。配列不規則な重積性集塊が認められ, APA や悪性病変が鑑別に挙がった。

【組織所見】2 例とも核腫大した内膜腺の増殖や morule がみられた。腺管間質には平滑筋組織が認められた。症例 1 では腺管増生が強く異型内膜増殖症と鑑別を要する部分もあった。腺管のやや密な増殖はあるが, 明らかな癒合腺管はなく, 間質反応はなかった。以上の所見から APA と診断した。

【まとめ】いずれも内膜細胞に細胞異型や構造異型を認め, 悪性病変も鑑別に挙がった。特に症例 1 では重積や構造異型が強く悪性との鑑別に苦慮した。細胞診の再鏡検をしたところ, 比較的清明な背景や平滑筋様の細胞が認められる点は通常の内腺癌と異なると考えられた。臨床情報に加えて背景や平滑筋様の細胞集塊の出現にも着目することが重要であると考えられた。

P-1-045 子宮ポリープ状異型腺筋腫 (APAM) の一例

東京医科大学茨城医療センター病理診断部¹⁾, 東京医科大学茨城医療センター産婦人科²⁾

○柏木淳一(CT)¹⁾, 菅 英子(CT)¹⁾, 宇津木悟(CT)¹⁾, 福島良明(CT)¹⁾, 洪 建偉(MD)¹⁾, 森下由紀雄(MD)¹⁾, 藤村正樹(MD)²⁾

【緒言】子宮のポリープ状異型腺筋腫 (Atypical polypoid adenomyoma: APAM) は扁平上皮化生を伴う不規則な異型内膜腺の増殖と, その周囲を取り囲む平滑筋の密な増殖を示すポリープ状病変として定義されており, 悪性腫瘍との鑑別を要する良性疾患である。今回, APAM の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代, 2 回経妊 2 回経産。過多月経を主訴に前医を受診し内膜細胞診は疑陽性と診断された。子宮内膜全面搔爬術が行われ APAM と診断された為, 当院を受診した。MRI を施行したところ, 子宮内腔に径 15 mm 大程のポリープ状腫瘤が認められた。再度内膜細胞診が施行され疑陽性と診断された。その後, 腹式単純子宮摘出術が行われ病理組織学的に APAM と診断された。

【細胞所見】血性背景に, 内膜腺細胞が土管状ないしシート状または不整に重積した集塊として比較的多数みられた。集塊内に扁平上皮化生様変化の他, morula と思われる小集塊を認めた。それらの集塊を構成する個々の細胞は核がやや腫大するものの, 明らかな異型はみられなかった。また, 平滑筋細胞と思われる異型の乏しい紡錘形細胞が結合性の低い集塊として少数みられた。

【組織所見】内膜からその深部の筋層にかけて, 軽度の核異型を示す高円柱状の細胞が, 不規則な分岐や癒合を伴った腺管を形成しながら増殖していた。また, squamous morula を伴った異型腺管も認められた。これらの異型腺管の周囲の間質には平滑筋線維や内膜間質を含む紡錘形の細胞が密に増殖していた。

【まとめ】APAM は細胞診断が難しく類内膜腺癌と過剰診断してしまうおそれがある為, 臨床所見にて APAM が疑われた場合は APAM の特徴的細胞像を念頭において鏡検する事が肝要と思われた。

P-1-046 婦人科分野におけるセルブロックの有用性の検討

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○前田悟郎(MD)¹⁾, 朝野拓史(MD)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾, 石塚泰也(MD)¹⁾, 井平 圭(MD)¹⁾, 遠藤大介(MD)¹⁾, 岡田宏美(MD)²⁾, 三田村卓(MD)¹⁾, 保坂昌芳(MD)¹⁾, 武田真人(MD)¹⁾, 渡利英道(MD)¹⁾, 佐川 正(MD)¹⁾, 畑中佳奈子(MD)²⁾, 松野吉宏(MD)²⁾, 櫻木範明(MD)¹⁾

【目的】婦人科臨床におけるセルブロックを用いた組織診断の有用性について検討した。

【対象-方法】'08~'13 年に, 進行婦人科癌が疑われ, 初回治療前に採取した腹水や胸水から作成したセルブロックを用いた組織診断を行った 12 例について, 組織型や原発巣の推定等の有用性について検討した。

【結果】組織型や原発巣が特定できたのは 8 例 (66.7%) で, うち 6 例は婦人科癌(卵巣-腹膜の漿液性腺癌 4 例, 卵巣原発-子宮体部原発の明細胞腺癌 2 例: 6 例ともその後の手術時の摘出物標本の所見と一致), 2 例は胃癌と膵臓癌であった。試験開腹により卵巣あるいは腹膜原発の類内膜腺癌と診断された 1 例はセルブロック標本上の細胞数が少ないため, 治療困難で緩和療法となった癌性腹膜炎の 2 例は免疫状態が非特異的であるため組織診断および原発巣特定ができなかった。また, 腹膜癌の 1 例は, 腹水細胞診で細胞集塊の小乳頭形成や細胞内腺腔など漿液性腺癌の特徴的所見をみとめたものの, p53 や WT-1 が陰性となり診断に苦慮した (NAC 後の IDS で残存病変をみとめなかった)。

【まとめ】セルブロックの組織診断は, 試験開腹を経ない早期の NAC (4 例) と, 画像検査で原発巣の特定が困難な癌の診断を可能にし, 多発血栓症を合併の卵巣明細胞腺癌の 1 例は, 化学療法抵抗例の多い組織型であることを説明し, 当初敬遠された麻酔管理の協力を得て手術が可能になるなど, 臨床上有用であった。ただし, 非典型的な免疫状態の症例の取り扱いが課題であり, 十分な体腔液や細胞量の採取と細胞診標本上の十分な形態的観察が重要であると思われた。

P-1-047 採卵時の卵巣嚢胞穿刺液の細胞診が疑陽性となり、その対応に苦慮した多嚢胞卵巣の1例

公益財団法人がん研究会有明病院¹⁾, がん研究会がん研究所病理部²⁾

○野村秀高(MD)¹⁾, 宇佐美知香(MD)¹⁾, 松浦基樹(MD)¹⁾, 山本阿紀子(MD)¹⁾, 金尾祐之(MD)¹⁾, 近藤英司(MD)¹⁾, 尾松公平(MD)¹⁾, 馬屋原健司(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾, 高澤 豊(MD)²⁾, 竹島信宏(MD)¹⁾

【緒言】通常、卵巣腫瘍を認めた場合に体外からの腫瘍穿刺液による良悪性の診断は行われませんが、不妊治療においては採卵時に卵胞の穿刺を行うことは治療の一環として行われ、不可避である。今回我々が経験した症例は、採卵時の穿刺液から細胞診が行われ、これが疑陽性と診断され、その後の対応に苦慮した。この症例の臨床経過を報告する。

【症例】症例は40歳3経妊1経産。左卵巣からの採卵時に卵胞穿刺液の細胞診が行われ、疑陽性と診断され、精査・加療目的に前医を受診した。前医では腺癌を推定するclass Vと診断され、当院にセカンドオピニオン目的に受診した。背景はきれいで、上皮様細胞が乳頭状細胞集塊で出現していたが、直ちに癌と判断できる細胞や、核分裂像は確認できなかった。しかし、高分化腺癌の可能性は否定できず、疑陽性と診断した。造影MRIでは、卵巣辺縁に多数の嚢胞を認めたが充実部分はなく、明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。また、病的腹水も認められなかった。十分なインフォームドコンセントの上、腹腔鏡下左付属器摘出術を施行した。腹水の細胞診は陰性であった。また、卵巣・卵管の全割標本を作製・検索し、病理診断を行った。組織学的には、嚢胞状を呈する卵胞が少なからず認められたが、嚢胞性病変の多くは内腔面を扁平な立方状の細胞に裏装された漿液性嚢胞であった。悪性所見は認めなかった。

【結語】採卵時の卵巣嚢胞穿刺液の細胞診が疑陽性となり、その対応に苦慮した1例を経験した。腫瘍性病変を疑わない症例への安易な穿刺細胞診は、本来不要な検査・治療を要する可能性があり、その実施には注意が必要であると考えられた。

P-1-048 胸水細胞診陽性で臨床進行期IV期となった卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1例

北里大学産婦人科

○古川正義(MD), 新井正秀(MD), 柳澤信之(MD), 善平沙弥香(MD), 田雑有紀(MD), 佐藤英貴(MD), 小野重満(MD), 高田恭臣(MD), 岩瀬春子(MD), 村雲芳樹(MD), 恩田貴志(MD)

【緒言】卵巣境界悪性腫瘍の多くは臨床進行期I期で予後良好である。しかし稀ではあるが遠隔転移なども起こりうる。今回我々は胸水細胞診陽性で、卵巣粘液性境界悪性腫瘍IV期と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】54歳, 0経妊0経産。職員健診で右胸水を指摘され当院内科を受診。超音波検査で膈上2横指に及ぶ巨大卵巣腫瘍を指摘され、当科紹介となった。MRIにて一部に壁の肥厚した長径21cmの多房性卵巣腫瘍を認め、右胸水も認めたため、卵巣癌が疑われた。腫瘍マーカーはCA19-9 191300 U/ml, CA125 292 U/mlと高値で、胸水の穿刺細胞診では腺癌を認めた。卵巣癌を疑い手術を施行。術中所見として、腹水は黄色透明で迅速腹水細胞診は腺癌。左卵巣は超成人頭大で一部自然破綻し、S状結腸との高度な癒着を認めた。左卵巣腫瘍の迅速組織診断では境界悪性の粘液性腫瘍であった。子宮、右付属器に異常はなく、腹腔内に明らかな播種性病変を認めず、腹式単純子宮全摘出、両付属器切除、大網部分切除、骨盤リンパ節生検を行った。

【細胞所見】胸水細胞診において、核は小型で異型に乏しく、偏在性で核形不整あり、細胞質に粘液を有する悪性細胞を認め、腺癌と診断した。また腹水細胞診の所見も胸水と類似していた。

【病理組織所見】細胞質に粘液を含む円柱上皮が不規則に分岐する管状構造、乳頭状構造を形成し、上皮細胞の軽度核腫大および核の偽重層構造を認めるも極性は保たれており、明らかな間質浸潤は指摘できず、粘液性境界悪性腫瘍の診断となった。

【経過】臨床進行期IV期であるが、残存腫瘍を認めないため、追加治療は行わず経過観察としたが、現在術後2年無病生存中で、経過良好である。

P-1-049 卵巣粘漿液性境界悪性腫瘍 (seromucinous borderline tumor) の一例

弘前大学医学研究科産科婦人科学講座¹⁾, 弘前大学医学部附属病院病理部²⁾

○三浦理絵(MD)¹⁾, 二神真行(MD)¹⁾, 重藤龍比古(MD)¹⁾, 横山良仁(MD)¹⁾, 加藤哲子(MD)²⁾, 渡邊 純(MD)²⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾, 刀稱亀代志(CT)²⁾, 小島啓子(CT)²⁾

【緒言】 seromucinous borderline tumor (以下 SMBT) は、複数の上皮性卵巣腫瘍細胞からなる境界悪性腫瘍であり、通常漿液性境界悪性腫瘍に内頸部様粘液性細胞が存在することが多く、稀な例では類内膜腺細胞や明細胞、扁平上皮細胞を伴うこともある。本症は WHO 分類第 4 版で独立した組織型として記載されており、かつては内頸部様粘液性境界悪性腫瘍の一部とされている。また、本症の背景には子宮内膜症が存在するとも報告されている。今回我々は卵巣境界悪性腫瘍疑いとして手術を行い、SMBT と診断された一例を経験した。

【症例】 52 歳女性。35 歳時に子宮内膜症のため内膜症病巣除去術を受けた。検診目的に当科受診した際、子宮腺筋症及び充実部分を含む約 4 cm の卵巣腫瘍を指摘された。骨盤 MRI 検査で、血液と同程度の信号強度をもつ単房性腫瘤に、一部造影効果を伴った充実部を認め、PET/CT 検査で充実部に SUVmax 1.8 の集積を認めたため卵巣境界悪性腫瘍疑いとして手術を行った。

【手術所見】 腹腔内に微量の透明な腹水を認めた。腫瘍はで右卵巣に長径 2.5 cm、左卵巣に長径 4 cm の卵巣腫瘍を認めた。内容は粘液性であった。術中迅速病理診断は mucinous borderline adenofibroma で、単純子宮全摘、両側付属器切除、大網部分切除を行った。

【腹水細胞診所見】 核腫大、核クロマチン軽度増量、核形不整を示す、淡い胞体を有する異形細胞と、粘液を有する異形細胞を散在性に認めた。

【病理組織所見】 背景に子宮内膜症を伴った、漿液性、粘液性、一部は明細胞にもみえる多彩な上皮細胞の増殖から成る腫瘍を認めた。一部乳頭状の増殖を伴っていたが、明らかな間質浸潤所見は無く、SMBT と診断した。

P-1-050 Seromucinous carcinoma の一例

帝京大学医学部附属病院病院病理部¹⁾, 帝京大学医療技術学部臨床検査学科²⁾

○河野純一(CT)¹⁾, 笹島ゆう子(MD)¹⁾, 大越 卓(CT)¹⁾, 向山淳児(CT)¹⁾, 宮田佳奈(CT)¹⁾, 笠井亮子(CT)¹⁾, 小島 貴(CT)¹⁾, 赤嶺 亮(CT)¹⁾, 石井美樹子(CT)¹⁾, 島田智子(CT)²⁾, 斎藤光次(MD)¹⁾, 東海林琢男(MD)¹⁾, 田中文彦(MD)²⁾, 近藤福雄(MD)¹⁾

【はじめに】 Seromucinous tumor は、2014 年 6 月に刊行された新 WHO 分類において、上皮性腫瘍の 1 項目として新たに設けられたもので、2 種以上のミューラー管由来上皮からなる腫瘍の一群を指す。境界悪性以外は頻度が低く、特に悪性は稀とされるが、今回稀な seromucinous carcinoma を経験し、その腫瘍捺印細胞像および腹水に出現した腫瘍細胞像を確認し得た。若干の文献的考察や鑑別診断などを含めて提示する。

【症例】 40 代、女性、0G0P。既往歴特になし。1ヶ月前より下腹部膨満感自覚、下腹部痛憎悪、体重減少出現し他院受診、画像検査にて両側多房嚢胞性卵巣腫瘤(右 14 cm、左 10 cm) および腹水貯留を認めたため当院転院、内性器全摘術施行された。

【細胞診所見】 術中腹水細胞診：N/C 比増大、クロマチン増量、核偏在性、核小体明瞭、細胞質に粘液を有する異形細胞とともに、異型角化細胞の出現も見られた。腫瘍捺印細胞診：強い壊死性背景に、核異型、核小体が目立ち、泡沫状および、淡明な細胞質を持った腺系異形細胞と、核異型が強く重厚感のある細胞質を持った扁平上皮系異形細胞が見られた。

【組織所見】 扁平上皮や粘液性、漿液性などへの分化を示す異型上皮が、乳頭状に増殖あるいは線維性間質内に浸潤性に増殖する像を認める。背景に内膜症を伴う。上皮の構成成分および浸潤性増殖より seromucinous carcinoma と診断された。

【まとめ】 Seromucinous carcinoma は稀な腫瘍であることから、多数例をまとめた報告は極めて少ない。予後は非常に悪いことが報告されており、本症例も術後半年余りで腹腔内再発にて亡くなっている。今後の症例の蓄積により、この腫瘍の臨床病理学的特徴がより明らかになっていくものと思われる。

P-1-051 卵巣ブレンナー腫瘍を細胞診で診断し得た1例

大阪医科大学医学部病理学教室¹⁾, 大阪医科大学医学部産婦人科学教室²⁾

○服部公亮(MD)¹⁾, 山田隆司(MD)¹⁾, 明石静香(CT)¹⁾, 中山裕子(CT)¹⁾, 浦上真由美(CT)¹⁾, 武田玲郁(CT)¹⁾, 出口千尋(CT)¹⁾, 棚田 諭(CT)¹⁾, 石崎幸恵(CT)¹⁾, 廣瀬善信(MD)¹⁾, 橋田宗祐(MD)²⁾, 藤原聡枝(MD)²⁾, 金村昌徳(MD)²⁾, 寺井義人(MD)²⁾, 大道正英(MD)²⁾

【はじめに】卵巣腫瘍では術前の組織診ができないことから、術中組織診は術式を決定する上で非常に重要となるが、凍結切片のみでは診断困難な場合がある。今回われわれは、術中迅速捺印細胞診により、腫瘍の組織型を決定する一助となる症例を経験したので報告する。

【症例】67歳、2回妊娠2回産産の女性。左腰部痛を主訴に近医を受診したところ、画像診断にて左卵巣に14cm大の多嚢胞性腫瘍と4cm大の子宮内ポリープ状腫瘍を認めた。左腰部痛は尿路結石によるものでその後軽快したものの、体部の腫瘍が悪性の疑いがあったため、当院産婦人科に紹介となり、腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術が施行された。

【細胞所見】左卵巣腫瘍の捺印細胞診では、核に縦溝を有する細胞や、粘液を貯留した腺細胞の集塊がみられた。これらの細胞には異型性はみられず、悪性を疑わせる所見は認められなかったことから良性ブレンナー腫瘍が疑われた。腹水細胞診は陰性だった。

【組織所見】左卵巣は充実性部分を有する多嚢胞性腫瘍で、充実性の部分には、線維性間質の中に尿路上皮様細胞巣と石灰化が散在性にみられた。細胞巣の個々の細胞には異型性がなく核溝が認められた。嚢胞性の部分は、一層の細胞質に粘液を有した立方もしくは高円柱状の腺上皮が裏打ちしており良性ブレンナー腫瘍だった。また、子宮内腫瘍は良性内膜ポリープだった。

【まとめ】術中迅速組織診においては、限られた時間内には、十分とはいえない凍結切片で診断を下さなければならない。術中の細胞診を併用することで、診断精度をより高められると考えられた。

P-1-052 卵巣ブレンナー腫瘍の悪性度による細胞学的検討

東北大学産婦人科

○湊 純子(MD), 徳永英樹(MD), 岡本 聡(MD), 城 伶史(MD), 佐藤いずみ(MD), 橋本千明(MD), 重田昌吾(MD), 辻 圭太(MD), 田中創太(MD), 志賀尚美(MD), 海法道子(MD), 伊藤 潔(MD), 渡部 洋(MD), 新倉 仁(MD), 八重樫伸生(MD)

【はじめに】卵巣ブレンナー腫瘍は、全卵巣腫瘍の2-3%と比較的稀な腫瘍であり、細胞学的所見に関する報告は少ない。今回、卵巣ブレンナー腫瘍の捺印細胞診を用いて細胞像を比較検討したので報告する。

【方法】2004年1月～2015年5月までに当院で手術を施行した卵巣ブレンナー腫瘍は計12例で、このうち捺印細胞診を施行した8例の細胞像について検討した。

【結果】8例の内訳は良性1例、境界悪性3例、悪性4例であった。全症例に、淡染性と濃染性の2種類の細胞質をもつ腫瘍細胞集塊が出現していた。良性ブレンナー腫瘍と境界悪性ブレンナー腫瘍では、腫瘍細胞はシート状配列を示し細胞質は大部分が境界明瞭であった。核は円形～卵円形で、クロマチンは細顆粒状、核小体は小型、一部にN/C比増大や核分裂像を認めた。悪性ブレンナー腫瘍では、乳頭状の集塊が多く出現し、一部に樹枝状突起を示した。核の大小不同・N/C比増大・核分裂像を認め、クロマチンは粗顆粒状、核小体は腫大していた。悪性ブレンナー腫瘍は、高度な細胞異型や構造異型を認め、良性・境界悪性ブレンナー腫瘍と判別することは可能と考えられた。一方、境界悪性ブレンナー腫瘍は細胞異型が弱く良性の細胞像も混在するため、捺印細胞診で良性ブレンナー腫瘍と判別することは困難と考えられた。ブレンナー腫瘍に特徴的な所見である核溝は、8例中6例で認められたが、悪性の2例では認められなかった。

【結語】卵巣ブレンナー腫瘍の捺印細胞診で良性・境界悪性と悪性の判別は可能と考えられたが、良性と境界悪性を明確に判別する特徴的な所見は認められなかった。

P-1-053 術中迅速診断時に捺印細胞診を行った卵巣未熟奇形腫 4 例の細胞像

東京女子医科大学病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第一病理学教室²⁾, 東京女子医科大学第二病理学教室³⁾

○村上佳織(CT)¹⁾, 金室俊子(CT)¹⁾, 野並裕司(CT)¹⁾, 高橋伸治(CT)¹⁾, 粉川 彩(CT)¹⁾, 清水絢子(CT)¹⁾, 橋本哲也(CT)¹⁾, 富所貴美子(CT)³⁾, 村松文章(CT)²⁾, 廣井敦子(MD)¹⁾, 山本智子(MD)¹⁾, 澤田達男(MD)²⁾, 長嶋洋治(MD)¹⁾

【はじめに】未熟奇形腫は胚細胞腫瘍に属し, 卵巣悪性腫瘍のおよそ 1% を占める。未熟奇形腫の診断や grading には, 未熟神経上皮の有無とその量が指標となる。今回我々は, 術中迅速診断で未熟奇形腫と診断した 4 例を経験したので, 細胞像を中心に報告する。

【症例】年齢は 10 歳代から 30 歳代。3 例は腹部膨満感, 1 例は下腹部痛を主訴とし, いずれも MRI, CT で卵巣腫瘍を指摘され, 患側付属器切除術が施行された。術中迅速診断時に捺印細胞診標本も併せて作製した。

【細胞所見】4 例中 3 例で扁平上皮細胞, 腺上皮細胞とともに, 核濃染した N/C 比の高い小型細胞を, 散在性または疎結合性を示す集塊として認め, うち 1 例でロゼット様配列もみられた。核は円形から卵円形で, 粗顆粒状クロマチンを有し, 胞体はライト緑淡染性であった。他の 1 例では主に扁平上皮細胞, 腺上皮細胞を認め, 核濃染細胞の集塊はみられなかった。

【組織所見】組織凍結標本においては, 全症例で中枢神経組織, 重層扁平上皮, 線毛円柱上皮, 軟骨などが観察され, 3 例で未熟神経上皮を認めた。1 例では未熟神経細胞はほとんど含まれていなかったが, 幼若な間葉成分を認めた。組織凍結標本では核所見などが不鮮明であり, 未熟神経上皮の同定の難しい部分も存在した。

【考察】奇形腫が疑われる検体の捺印細胞診標本において, N/C 比の高い小型細胞が小集塊ないしロゼット形成を伴ってみられた場合, 未熟神経上皮の可能性を念頭におく必要があると思われる。細胞診標本は, 個々の細胞, 特に核所見の観察に適しており, 卵巣未熟奇形腫の術中迅速診断時に, 捺印細胞診を併用することは, よりの確な診断の一助となると考えられる。

P-1-054 セルトリ・ライディヒ細胞腫の 2 例

大阪警察病院

○福田沙織(CT), 辻本正彦(MD), 築山あゆみ(CT), 郡司有理子(CT), 中山順子(CT), 金田敦代(CT), 青木 弘(CT), 小西尋子(CT), 安岡弘直(MD), 吉田研一(MD)

【はじめに】セルトリ・ライディヒ細胞腫 (SLCT) は, 性索間質性腫瘍に分類され全卵巣腫瘍の 0.2% と稀な腫瘍である。今回我々はその細胞像を経験したので報告する。

【症例 1】25 歳。未経妊。月経不順の治療中に右卵巣腫瘍を指摘。MRI にて骨盤内～下腹部にかけて, 直径約 12 cm の病変を認めた。

【症例 2】27 歳。未経妊。15 歳から月経不順あり。近医にて右卵巣腫瘍を指摘。MRI にて右卵巣に直径約 7.4 cm の病変を認めた。

【組織所見】症例 1: 肉眼的に多嚢胞性腫瘍で白色調の充実部も認められた。組織学的に浮腫状の線維性間質の中に Sertoli 細胞が索状構造を呈して増生する像や, Leydig 細胞が Sertoli 細胞と混在する像が認められ, 一部紡錘形腫瘍細胞が充実性増殖する低分化成分も含まれた。症例 2: 肉眼的に嚢胞を伴う黄色充実性腫瘍で, 組織学的に Sertoli 細胞が腺管構造を呈して増生し, Leydig 細胞が散見された。2 症例とも α -Inhibin 陽性。

【細胞所見】術中捺印細胞像では 2 症例共ほぼ同様の像で, 小型裸核細胞が散在性に多数出現し, その中に腺腔様配列や柵状配列を示す結合性のある小集塊が混在していた。症例 1 には大型裸核細胞も認められた。個々の細胞は類円形～楕円形の核を有し, 核溝は不明瞭で, クロマチンは細顆粒状で密に増量し, 核小体を 1 個認めた。また, ライトグリーン好性の豊富な細胞質を有し, 核小体を有する細胞も少数認めた。

【まとめ】SLCT は比較的若年層に発生しやすい腫瘍である。鑑別診断に, 顆粒膜細胞腫や類内膜線癌, 卵黄嚢腫瘍などが挙げられる。SLCT は稀な症例ではあるが, 臨床所見や肉眼像, 各腫瘍に特徴的な細胞所見を確認していくことで鑑別することも可能であると考えられる。

P-1-055 迅速細胞診において肺癌の組織型推定は可能か？—気管支鏡下での生検材料を用いた検討

杏林大学医学部外科学教室（呼吸器・甲状腺）¹⁾, 杏林大学医学部付属病院病院病理部²⁾, 杏林大学医学部病理学教室³⁾

○田中良太(MD)¹⁾, 坂本憲彦(CT)²⁾, 橘 啓盛(MD)¹⁾, 中里陽子(MD)¹⁾, 武井秀史(MD)¹⁾, 加藤 拓(CT)²⁾, 藤原正親(MD)³⁾, 大倉康男(MD)³⁾, 菅間 博(MD)³⁾, 近藤晴彦(MD)¹⁾

【はじめに】近年, 肺癌組織型の診断は肺癌治療における薬剤選択のストラテジーを大きく変化させた. 当院では気管支鏡下の肺・リンパ節生検において, 主に診断精度の向上を目的として迅速細胞診を併用してきた. 今回我々は迅速細胞診による組織型推定が最終的な組織型診断にどの程度合致する所見であるか後方視的に解析した.

【対象と方法】2009年7月から2013年1月まで確定診断を目的として, 迅速細胞診を併用し気管支鏡下生検を施行した106例のうち, 最終的に病理組織学的に肺癌の組織型診断に至った49例を対象とした. 対象症例のDiff-Quik染色による迅速細胞診時の診断とPapanicolaou染色(以下PAP染色)による最終診断, そして病理組織標本(手術切除検体15例を含む)による組織型診断と組織型の一致率などを比較して検討した.

【結果】最終診断におけるPAP染色(未確定2例を除く)の組織型一致率は83%(39/47)で, 組織型未推定が17%(8/47), そして組織型不一致は無かった. 迅速細胞診と組織診の組織型一致率は79.6%(39/49)で, 迅速細胞診での組織型未推定は16.3%(8/49), 組織型不一致は4.1%(2/49)に認めた. 組織型別での推定確率は扁平上皮癌において迅速細胞診が75%, PAP染色が83.3%, 腺癌において迅速細胞診が75.9%, PAP染色が89.3%, 神経内分泌系(小細胞癌+LCNEC)において迅速細胞診が100%, PAP染色が75%であった.

【考察】Diff-Quik染色による迅速細胞診の際の組織型推定はPAP染色による最終診断の組織型推定の割合にほぼ匹敵し, 主に生検材料の捺印塗沫による迅速細胞診の作成標本は組織型推定に好都合であると推測する. 迅速細胞診は気管支鏡検査時に組織型推定が可能であり, 比較的早期での治療方針の決定に役立つと考える.

P-1-056 肺胞置換性腺癌の細胞学的検討

公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院臨床検査科¹⁾, 公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院病理科²⁾

○石黒和也(CT)¹⁾, 大河内良美(CT)¹⁾, 石松寛美(CT)¹⁾, 飯野陽子(CT)¹⁾, 上田有美(CT)¹⁾, 小田倉章(CT)¹⁾, 小沢昌慶(MD)²⁾, 内田 温(MD)²⁾, 菊地和徳(MD)²⁾

【はじめに】国際肺癌学会(IASLC)およびWHOにおいて肺癌の組織分類が改定され, 肺腺癌では上皮内腺癌, 微小浸潤腺癌, 浸潤腺癌が定義された. 今回, 肺胞置換性腺癌について上皮内腺癌と浸潤腺癌における細胞学的差異を見出すことを目的に検討したので報告する.

【対象】当院にて2002年1月~2015年1月までに, 肺胞置換性腺癌と診断し, レビューにて上皮内腺癌(Adenocarcinoma in situ 以下AIS)とした9例と肺胞置換性増殖優位型腺癌(Lepidic predominant adenocarcinoma 以下LPA)10例について検討した.

【方法】腫瘍剖面擦過標本を用いて, 1症例200個の腺癌細胞を観察し, 1)核の長径, 2)核縁の切れ込み, 3)核内細胞質封入体, 4)クロマチンパターン(I:顆粒状均一密, II:顆粒状均一疎, III:顆粒状不均一疎, IV:粗大顆粒状), 5)出現様式について比較検討した.

【結果】1)核長径の平均値は, AIS 10.57 μ m, LPA 11.16 μ m, 2)核縁の切れ込みを認める細胞数の平均値は, AIS 42.2個, LPA 84.4個, 3)核内細胞質封入体を有する細胞数の平均値は, AIS 5.1個, LPA 4個, 4)クロマチンパターンは, 両群ともI~IIIと多彩であったが, AISはIIが, LPAではIがやや多かった. 5)出現様式は, AISは平面的集塊や孤立性, LPAではそれに加えて重積を呈する集塊を認める症例が多かった.

【結語】LPAでは核縁の切れ込みを多数認め, 重積性集塊が出現する症例が多かった. これらの所見は, 浸潤性を示唆する一助となり得ると考える.

P-1-057 末梢単発性の浸潤性粘液産生性肺腺癌における画像と術前生検・細胞診の特徴

鳥取大学医学部胸部外科¹⁾, 鳥取大学医学部附属病院病理部²⁾

○荒木邦夫(MD)¹⁾, 若原 誠(MD)¹⁾, 谷口雄司(MD)¹⁾, 中村廣繁(MD)¹⁾, 松重貴大(CT)²⁾, 遠藤由香利(CT)²⁾, 大野千恵子(CT)²⁾, 桑本聡史(MD)²⁾, 野坂加苗(MD)²⁾, 堀江 靖(MD)²⁾

【はじめに】肺野末梢に単発性に発生する浸潤性粘液産生性肺腺癌(以下 IMA)の画像的特徴は未だ不明な点が多く, 加えて生検・細胞診いずれにおいても術前診断が困難な印象を持つ。そこで画像と生検・細胞診の特徴を調べることを目的として検討した。

【対象と方法】2008-14年に当科で行った肺腺癌手術症例のうち, 術前生検あるいは細胞診を行った末梢発生の単発の IMA 8例を対象とし, 生検・細胞診の結果を解析した。術前 CTでの腫瘍最大径, コンソリデーション径/腫瘍径(C/T比), 病変への FDG 早期相最大集積値を計測した。

【結果】対象とした8例のCTでの平均腫瘍径は19.0 mm, C/T比は0.73-1.00(平均0.78), FDG早期相最大集積値1.13-3.35(平均1.70)であった。術前検査は生検7例, 細胞診6例(併用が5例)が行われており, 生検で悪性と診断された症例は4例(正診率57%)であり, これらは後方視的にみて IMA と推定できた。陰性と診断された3例はいずれも線維化組織主体であり, 病変そのものが得られていなかった。一方細胞診で悪性と診断された症例が3例(正診率50%), 良悪判定困難が1例, 陰性が2例であった。悪性3例は IMA を推定し得たが, 良悪判定困難例は良性異型との判別が困難, 陰性2例は病変そのものが得られておらず, 細胞数少量もしくは粘液成分の採取のみであった。平均腫瘍径, C/T比, FDG早期相最大集積値は生検, 細胞診いずれも陰性例は陽性例に比較し低値を示した。

【まとめ】末梢発生単発性の IMA は術前生検・細胞診検査で悪性と診断される率は約5割に止まり, 陰性例は腫瘍成分が採取されていない例が多いことが示された。また腫瘍径, C/T比, FDG低値が生検・細胞診陰性の要素となる可能性が示された。

P-1-058 粘液産生性肺腺癌の細胞学的検討

公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院臨床検査科¹⁾, 公益財団法人筑波メディカルセンター筑波メディカルセンター病院病理科²⁾

○大河内良美(CT)¹⁾, 石黒和也(CT)¹⁾, 石松寛美(CT)¹⁾, 飯野陽子(CT)¹⁾, 上田有美(CT)¹⁾, 小田倉章(CT)¹⁾, 小沢昌慶(MD)²⁾, 内田 温(MD)²⁾, 菊地和徳(MD)²⁾

【はじめに】国際肺癌学会(IASLC)およびWHOにおいて肺癌の組織分類が改定され, 肺腺癌では上皮内腺癌, 微小浸潤腺癌, 浸潤腺癌が定義された。今回, 粘液産生性肺腺癌の浸潤様式における細胞学的差異を見出すことを目的に検討を行ったので報告する。

【対象】当院にて, 2003年11月~2015年1月までに粘液産生性肺腺癌と診断し, レビューにて微小浸潤腺癌とした5例と浸潤腺癌とした13例について検討した。

【方法】腫瘍剖面擦過標本を用いて, 1症例200個の腺癌細胞を観察し, 1)核の長径, 2)核縁の切れ込み, 3)核内細胞質封入体, 4)クロマチンパターン(I:顆粒状均一密 II:顆粒状均一疎 III:顆粒状不均一疎 IV:粗大顆粒状), 5)出現様式について比較検討を行った。

【結果】1)核長径の平均値は, 微小浸潤腺癌 8.44 μm , 浸潤腺癌 9.94 μm , 2)核縁の切れ込みを認める細胞数の平均値は, 微小浸潤腺癌 85.4個, 浸潤腺癌 157.0個, 3)核内細胞質封入体を有する細胞数の平均値は, 微小浸潤腺癌 4.6個, 浸潤腺癌 4.5個, 4)クロマチンパターンは, 微小浸潤腺癌 II:顆粒状均一疎, 浸潤腺癌 I:顆粒状均一密が多い傾向にあった。5)出現様式は微小浸潤腺癌では, 平面的~軽度重積性集塊, 浸潤腺癌では平面的~重積性集塊と共に, 管状や腺腔様配列を呈する集塊が多い傾向にあった。

【結語】核内細胞質封入体を有する細胞数では両者に差はなかったが, 浸潤腺癌では核形不整を呈する細胞が多く, クロマチンパターンは密で, 多彩な出現様式を呈する症例が多くみられた。細胞学的に浸潤様式を推定することは困難であるが, これらの所見は両者を鑑別する一助となり得ると考える。

P-1-059 細胞検体を用いた遺伝子検索の検討

東京医科大学八王子医療センター病理診断部¹⁾, 東京医科大学八王子医療センター呼吸器外科²⁾, 東京医科大学呼吸器甲状腺外科³⁾

○信太えりか(CT)¹⁾, 三浦弘之(MD)²⁾,
若槻よしえ(CT)¹⁾, 田辺 夢(CT)¹⁾, 加藤彩子(CT)¹⁾,
石崎幹子(CT)¹⁾, 芹澤博美(MD)¹⁾, 脇屋 緑(MD)¹⁾,
塚本 哲(MD)¹⁾, 中嶋英治(MD)²⁾, 高橋秀暢(MD)²⁾,
河口洋平(MD)²⁾, 池田徳彦(MD)³⁾

【背景・目的】分子標的治療の可否を決定するため, 組織検体が採取できない症例では, 細胞検体での EGFR 変異の有無の検索が必要となる. 細胞診検体で EGFR 遺伝子検索が可能か否か検討することを目的とした.

【対象・方法】2014 年に手術した原発性肺癌症例のうち, EGFR 遺伝子変異があり, 十分な捺印検体のある 10 例を対象に, PCR-invader assay と Tm 解析 Q-probe 法で各々遺伝子解析を行った. 気管支鏡生検あるいは摘出標本での PCR-invader assay による変異部位は L858R 6 例, E746-A750d type 1 3 例, minor mutation である E746-S752dins V 1 例であった.

【結果】PCR-invader assay ではすべて組織検体と同じ結果が得られたが, さらに exon18 の G719C 変異が 3 例, exon20 の S768I 変異が 1 例に認められた. Q-probe 法ではすべて組織検体と同じ遺伝子変異が同定されたが, exon19 の major 遺伝子変異と minor 遺伝子変異の区別がつけられないことが判明した.

【考察】細胞診検体でも組織と同レベルの遺伝子解析が可能であった. exon18 と exon21 の遺伝子変異が新たに検出された理由は, 細胞診が腫瘍の広範囲部分を網羅しているためか, 一度 Papanicolaou 染色されたことによる影響が考えられた. 未染色標本では腫瘍細胞の有無が確認できないため今後の課題である. Q-probe 法では野生型の probe に合わない変異すべてが同一に取り扱われるため, 今後 minor mutation での治療法が新たに検討される場合は改善の余地がある.

P-1-060 肺癌における FISH 法を用いた HER2 遺伝子増幅の検討

広島大学病院病理診断科

○田中祐菜(CT), 有廣光司(MD), 田岡知恵(MT),
丸橋由加里(CT), 清水智美(CT), 金子佳恵(CT),
小田 恵(CT), 石田克成(CT), 高井チカ子(CT),
尾田三世(CT), 小川勝成(CT), 木村修士(MD),
城間紀之(MD)

【目的】HER2 遺伝子増幅は乳癌や胃癌の分子標的治療に適応される. 一方, 非小細胞肺癌の約 3% の症例で HER2 遺伝子の過剰増幅が報告されており, 抗 HER2 療法の適用が考えられている. 今回, fluorescent in situ hybridization (FISH 法) を用いて非小細胞肺癌における HER2 遺伝子及び CEP17 の染色体異常について検討した.

【方法】本学で 2015 年 1 月から 6 月に切除された腺癌 42 例, 扁平上皮癌 5 例, 腺扁平上皮癌 1 例の 48 例を対象とした. 摘出された腫瘍の断面を擦過した細胞を用いて, FISH 法で HER2 に対する DNA プローブ (Abbott 社製) の発現パターンを検討した. 評価方法は乳癌の HER2 判定基準を用いて, 1 症例あたり 20 個の細胞をセントロメア (CEP17) と標的遺伝子 (HER2) のシグナルを MetaSystems でカウントし, 増幅を示す細胞を算出した.

【結果・考察】腺癌 42 例では HER2/CEP17 比は 0.6-1.8, 扁平上皮癌 5 例では HER2/CEP17 比 1.1-1.3, 腺扁平上皮癌では HER2/CEP17 比は 1.4 であった. 腺癌の 1 例に HER2/CEP17 比 1.8 の乳癌の HER2 判定基準の equivocal と見做された. 組織型は Minimally invasive adenocarcinoma (G1) であった. 個々の症例で HER2/CEP17 比 2.0 以上の細胞の割合を評価すると 0% : 11 例, 1-30% : 29 例, 31-50% : 4 例, 50% 以上 : 4 例であり, heterogeneity が示された. 組織学的異型度との相関はなかった. リンパ節転移との相関もなかった. 今回検討した 48 症例では equivocal と判定された症例を認めたが増幅症例を抽出できなかった. さらに症例を増やし検討し報告する予定である.

P-1-061 細胞診検体を用いた *EGFR* 遺伝子変異検査における検体適否

新潟県立中央病院病理診断科¹⁾, 新潟大学大学院保健学研究科²⁾, 新潟大学医学部保健学科³⁾

○林 真也(CT)^{1,2)}, 池田友美(CT)¹⁾, 橋詰香織(CT)¹⁾, 八木美菜(CT)¹⁾, 上原桂月(CT)¹⁾, 建部勝彦(CT)¹⁾, 酒井 剛(MD)¹⁾, 関谷政雄(MD)¹⁾, 須貝美佳(CT)³⁾, 岩淵三哉(MD)³⁾

【はじめに】*EGFR* 遺伝子チロシンキナーゼドメインの変異がゲフィチニブの奏効率が高い肺癌に多いことが報告され, *EGFR* 遺伝子変異が *EGFR*-TKI による治療の効果予測因子として有用と示された. 2007 年に *EGFR* 遺伝子変異検査が保険収載され, 非小細胞性肺癌の多くの症例で検査が行われている. 当院では 2010~2013 年に 248 例で検査が行われ, 変異陽性は 53 例 (21.4%) で, 東洋人の *EGFR* 遺伝子変異頻度 32% より約 10% 低かった. 組織検体の検出率が 26.9%, 細胞診検体の検出率が 18.1% であったことから, 細胞診検体では正常細胞が多く混入し, 偽陰性検体が生じていることが原因と考えられた. 今回, 偽陰性検体が存在するのか検討を行った.

【対象・方法】2012~2013 年の細胞診検体で外部委託 (PNA-LNA PCR Clamp 法) による *EGFR* 遺伝子変異検査陰性の症例中, 細胞診検体の腫瘍細胞が少量と報告され, 組織検体で再度検査が可能であった 5 例を対象とした. 組織検体にて *EGFR* 遺伝子変異検査 (PCR-direct sequence 法) を行い, PNA-LNA PCR Clamp 法で検出可能な変異を認めた症例について, 細胞診検体の全細胞に占める腫瘍細胞の比率を計測した.

【結果・考察】5 例中 3 例で組織検体にて PNA-LNA PCR Clamp 法で検出可能な変異を認めた. 3 例の細胞診検体での腫瘍細胞の比率は 0.04%, 0.08%, 1.8% で, 3 例中 2 例は検出感度 1% 未満であり, 検査に不適切な検体であったと考える. また, 1.8% の 1 例は検出感度以上であったが, PCR 阻害物質の影響等により偽陰性となった可能性があることから十分な腫瘍細胞の比率を有する検体で検査を行うことが重要と考える. 細胞診検体を用いて *EGFR* 遺伝子変異検査を行う場合, 患者の不利益とならないよう検体の適否を判断することは細胞検査士の責務と考える.

P-1-062 浸潤性肺腺癌の進展増殖様式における *EGFR*, *E-cadherin*, *MMP2* 発現の免疫組織化学的検討

群馬大学大学院保健学研究科

○小林さやか(CT), 吉田朋美(CT), 福田利夫(MD)

【目的】現在までの報告で置換性増殖優位型 (置換) と比較し非置換性増殖優位型 (非置換) はリンパ節転移が高頻度で予後不良とされている. *EGFR* (Epidermal Growth Factor) 過剰発現で癌細胞が増殖し *E-cadherin* 低下, 細胞接着消失し *MMP2* (Matrix metalloproteinase2) 発現により細胞外基質が分解され癌細胞が浸潤転移する過程が考えられている. しかし上記因子と組織垂型の関連を示す報告は少ない. 今回肺腺癌の手術例を用い置換, 非置換における *EGFR*, *E-cadherin*, *MMP2* 発現を免疫組織化学的手法にて検討した.

【方法】肺腺癌と診断された手術材料のホルマリン固定パラフィン包埋材料 44 例を用いて抗 *EGFR* 抗体 (clone. 31G7, ニチレイバイオサイエンス), 抗 *E-cadherin* 抗体 (clone. HECD-1, タカラバイオ株式会社), 抗 *MMP2* 抗体 (clone. 42-5D11, 第一ファインケミカル株式会社) にて免疫染色を行った. 症例の内訳は置換 19 例, 非置換 25 例: 腺房性増殖優位: 9 例, 乳頭状増殖優位: 14 例, 微小乳頭状増殖優位: 0 例, (粘液産生) 充実性増殖優位: 2 例である.

【結果】*EGFR* 陽性は置換群 6/19 例 (32%), 非置換群 12/25 例 (48%), *MMP2* 陽性は置換群 3/19 例 (16%), 非置換群 7/25 例 (28%) で非置換群で高かった. *E-cadherin* 陰性は置換群 17/19 例 (89.5%), 非置換群 20/25 例 (80%) と両群でほぼ同頻度だった. *EGFR* 陽性と T 分類にて置換群で 1a: 3/8 例 (38%), 1b: 1/6 (17%), 2a: 2/5 (40%) だった. 非置換型群で 1a: 2/5 例 (40%), 1b: 4/6 (67%), 2a: 5/10 (50%), 2b: 1/1 (100%) で *EGFR* 陽性は増加傾向を示した. *MMP2* 陽性とリンパ節転移有無にて置換群でリンパ節転移無 3/17 (18%), リンパ節転移有 0/2 例 (0%), 非置換群でリンパ節転移無 5/18 (28%), リンパ節転移有 2/7 (29%) だった.

【考察】上記の結果より非置換型の腫瘍増大に *EGFR* 発現は関わっている可能性がありリンパ節転移の有無と *MMP2* 発現との関連は認められなかった.

P-1-063 迅速細胞診検査で粘液産生性を示す悪性細胞を認めた ALK 陽性肺腺癌の一例

社会医療法人近森会近森病院臨床検査部病理検査室¹⁾, 社会医療法人近森会近森病院臨床検査部病理診断科²⁾, 高知大学医学部付属病院病理診断部³⁾

○千頭祐一(CT)¹⁾, 北野 唯(CT)¹⁾, 今本隼香(CT)¹⁾, 尾崎綾乃(CT)¹⁾, 橋 知佐(CT)¹⁾, 円山英昭(MD)²⁾, 戸井 慎(MD)³⁾

【はじめに】当施設では肺腫瘍性病変を疑う場合、気管支鏡検査において迅速細胞診検査を行っている。今回、迅速細胞診検査で粘液産生性悪性細胞を認め、免疫染色と FISH 法の結果、ALK 陽性肺腺癌と診断された一例を報告する。

【症例】79 歳、男性。Brinkman index : 900, 尿路感染による菌血症で当院入院時に、胸部 CT にて左肺上葉気管支領域に形状不整な腫瘍を認め、肺癌が疑われたため、気管支鏡検査を施行した。

【細胞診所見】迅速細胞診検査では弧在性～乳頭状の小集塊を形成し、核形不整、核小体が腫大した腫瘍細胞を認めた。また一部に粘液により核が偏在した signet-ring cell 様腫瘍細胞も認め、悪性細胞有りと報告した。

【TBLB 病理組織学的所見】細胞質内に PAS 陽性の粘液をもち、線維・筋性組織内に浸潤・増殖する adenocarcinoma (腺管型、G2) の像を認め、滲出組織内に剥脱した signet-ring cell 様の異型上皮も認めた。免疫染色では腺癌細胞は CK7, TTF-1 陽性、ALK は細胞質に強染し (score3) 陽性、CK20 および p40 は陰性。

【肺癌 ALK 遺伝子 FISH 法】後日、TBLB 標本を用い、肺癌 ALK 遺伝子 FISH 法を施行した結果、陽性率 84% で判定は陽性であった。

【まとめ】ALK 陽性肺腺癌の組織学的特徴として、腺房型や粘液産生を認める篩状構造を形成することが知られている。今回、迅速細胞診検査で粘液産生性を示す signet-ring cell 様腫瘍細胞を認めたことで、ALK 陽性肺癌の可能性を考慮した精査を実施することができた。

P-1-064 ALK 融合遺伝子肺癌の一例

自衛隊横須賀病院検査研究課

○新原奈穂子(CT), 桑原裕子(CT), 大橋幸樹(CT), 堂本英治(MD), 小原一葉(MD)

【はじめに】2007 年 EML4-ALK 融合遺伝子を有する肺癌が報告されて以来、この融合遺伝子が発癌に関与していることが分かり、その阻害薬が標準的に使用されるようになった。組織像としていわゆる mucinous cribriform pattern をとることが特徴とされている。今回我々は典型的な組織像を呈する ALK 融合遺伝子肺癌を経験したので、その細胞像の特徴について報告する。

【症例】50 歳代男性。9 年前、他院で左肺上葉に多発する小結節影と左胸水貯留を発見され、胸腔鏡下腫瘍切除で原発不明癌 (肺癌疑い) とされ、化学療法を繰り返していた。3 年前には左後頭葉に脳転移巣を認め、定位照射を行い、その後も外来化学療法を継続していた。2012 年激しい嘔吐を主訴に最寄りの当院へ救急搬送された。左胸腔内はほぼ腫瘍性病変で置換され、右肺内転移と右胸水貯留が認められた。胸水細胞診にて class4 で癌性胸膜炎疑いと診断したが、他院での組織像を検討することが出来ないまま、繰り返す嘔吐から門脈ガス塞栓とショック肝となり、入院後 17 病日で永眠された。

【細胞像】腫瘍細胞は N/C 比が高く、核の大小不同に富み、明瞭な 1, 2 個の核小体を認め、細胞質には粘液が豊富にみられた。大小さまざまな充実性の乳頭状集塊と、弧在性の腫瘍細胞を多数認めた。文献的考察を加えて報告する。

【まとめ】初診時には ALK 融合遺伝子肺癌の概念がなく、組織型を再検討しないこともある。胸水で特異的な細胞像がみられた場合は、ALK 融合遺伝子肺癌の可能性を報告する必要があると考えられた。

P-1-065 甲状腺乳頭癌と鑑別を要した小児の ALK 陽性肺癌の 1 例

徳島大学病院病理部

○松山友理子(CT), 森河由里子(CT), 米田亜樹子(MD), 坂東良美(MD)

【はじめに】ALK 陽性肺癌は非小細胞肺癌の 5% 程度であるが、分子標的治療薬の対象となるためその診断は重要である。また若年性で非喫煙者における発生が多いとされ、今回我々は小児に発生した ALK 陽性肺癌を経験したため報告する。

【症例】12 歳男性。2015 年 3 月、胸痛と乾性咳嗽を主訴に近医受診。当初の胸部 X 線でマイコプラズマなどの感染性肺炎が疑われ抗生剤を内服していたが、その後腰痛や背部痛が見られ、再検査の結果 CT や MRI で肺腫瘍、多発骨転移が疑われ、精査加療目的に当院小児科に紹介入院となった。左鎖骨上窩リンパ節生検で ALK 陽性の肺腺癌、気管支洗浄細胞診で Adenocarcinoma と診断され、EGFR 遺伝子変異は陰性、ALK 遺伝子 (IHC 法、FISH 法) が陽性であった。

【細胞像】N/C 比の増大した異型細胞が重積性のある集塊で多数認められた。核の大小不同や核形不整、核縁肥厚を認め、クロマチンは細顆粒状に増量し、核小体が著明であった。粘液を含有する印環型細胞も散見され、集塊内や背景に多数の石灰化小体が認められた。また核内封入体も少数認められた。

【組織像】大小不規則な管状構造をとる異型細胞や粘液を有する異型細胞も認められた。年齢も考慮し、甲状腺乳頭癌との鑑別も考えられたが、免疫染色の結果、TTF-1(+), CK7(+), CK20(+), NapsinA(+), thyroglobin(-), CDX2(-), ALK(+) であり、肺腺癌が示唆された。

【まとめ】小児における ALK 陽性の原発性肺癌を経験した。小児の原発性肺癌は非常に稀であり、また ALK 陽性肺癌は多彩な細胞像を示すといわれている。粘液産生や印環型細胞が見られるなど特徴的な細胞像を認める時は、ALK 陽性肺癌を念頭に IHC 法はもちろんのこと、積極的に FISH 法や遺伝子検索など臨床医に働きかける事が必要と考える。

P-1-066 びまん性特発性肺神経内分泌細胞過形成を背景に発症した定型的カルチノイドの一例

社会医療法人財団慈泉会相澤病院

○小林帆波(CT), 樋口佳代子(MD), 伊丹川裕子(CT), 石橋恵津子(CT), 小倉和幸(CT), 池上陽太(CT), 加藤昌希(CT), 須藤素弘(MD), 小豆畑康児(MD), 伊藤信夫(MD)

【諸言】びまん性特発性肺神経内分泌細胞過形成 (diffuse idiopathic pulmonary neuroendocrine cell hyperplasia : DIPNECH) は肺において非浸潤性の神経内分泌細胞増生をきたす疾患で、気道粘膜内増生や tumorlet、時にカルチノイド腫瘍を伴う。今回我々は DIPNECH 由来と思われた定型的カルチノイドの一例を経験したので報告する。

【症例】74 歳、女性。

【主訴】特になし。

【既往歴】気管支喘息、高血圧症、C 型慢性肝炎、糖尿病。

【喫煙歴】なし。

【現病歴】他院にて肝炎の経過観察中、胸部単純 CT で右肺中葉肺門部に約 3 cm 大の腫瘍状陰影を指摘された。FDG-PET にて CT と同部位にやや強い集積を認め、肺癌疑いで精査・加療目的にて当院紹介受診となった。腫瘍マーカーでは Pro-GRP のみ 372 pg/ml と高値を示した。腫瘍の増大傾向があり、肺癌 T2aN0M0 stageIB として右肺中葉切除が施行された。

【細胞診所見】腫瘍捺印標本では腫瘍細胞が血管間質を伴う結合性の緩い集塊でみられた。細胞質は淡く、核は円形～類円形を呈し、軽度の大小不同はあるが比較的小型でほぼ均一、クロマチンはごま塩状であった。核分裂像や壊死はほとんど認められず、定型的カルチノイドに矛盾しない細胞所見と考えた。

【組織所見】小型細胞が血管間質と共に島状・リボン状に増殖し、核分裂像は強拡大 10 視野で 1 個程度であり、明らかな壊死はみられなかった。免疫染色では Synaptophysin, Chromogranin A が陽性、ki-67 labeling index : 1.7% で定型的カルチノイドと診断された。主病変の周囲では tumorlet が多数みられ、気管支粘膜内にも内分泌細胞増生が散見され DIPNECH の存在が疑われた。

【まとめ】まれな DIPNECH 由来と思われた定型的カルチノイドの一例について組織・細胞像を中心に報告した。

P-1-067 気管支洗浄液に出現したカルチノイド腫瘍の細胞像

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

○木村華奈子(CT)¹⁾, 牛島友則(CT)¹⁾, 荒井政和(CT)¹⁾, 橋本浩次(MD)²⁾, 堀内 啓(MD)^{1,2)}

【はじめに】カルチノイド腫瘍は低悪性度の神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor; NET)で、肺癌全体の約1%とまれな腫瘍である。今回我々は気管支洗浄液細胞診に腫瘍細胞が出現した定型的カルチノイド腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】75歳 男性健診で右肺下葉S8の中枢側に15×12mm大の境界明瞭、軽度分葉状を呈する腫瘤を認めた。気管支鏡では壁外性に圧排狭窄が見られるも腫瘍の露出は認めなかった。気管支洗浄液は異型細胞が見られ偽陽性と判定した。同時に採取されたTBLBは異型細胞小集塊が、神経内分泌マーカー(NCAM, Synaptophysin)に陽性となりカルチノイド腫瘍が疑われた。胸腔鏡下右肺下葉切術が施行。

【細胞像】血管周囲に小型で概して均一な立方状ないし類円形の細胞が、緩い結合性を示し、核密度の高い集塊を形成していた。異型細胞は核偏在性で核小体は目立たなかった。時に紡錘形細胞が混在していた。壊死は見られなかった。

【組織像】14x14mm大の乳白色調腫瘍。腫瘍はB8aiの気管支内腔面から気管支壁に浸潤し周囲の肺泡領域にまで及んでいた。淡好酸性の胞体と類円形の核を有するN/Cの高い異型細胞が、充実性胞巣ないしはロゼット状構造を形成して増殖する。壊死を認めない。核分裂像は10高倍視野中1個であった。組織診断はTypical carcinoid tumorであった。

【まとめ】本症例は気管支洗浄液中に比較的単調な小型異型細胞が多数見られたが、カルチノイド腫瘍の典型的細胞所見(ロゼット様配列, ゴマ塩状クロマチン)が不明瞭で、定型的カルチノイド腫瘍と判定することができなかった。組織学的及び免疫組織化学的所見を併せ、その細胞像を再検討する。

P-1-068 肺神経内分泌癌における INSM1 の有用性

熊本大学生命科学研究部機能病理学分野¹⁾, 独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院²⁾

○工藤信次(CT)¹⁾, 中峰ともみ(CT)²⁾, 伊藤隆明(MD)¹⁾

【目的】Insulinoma-associated protein 1 (INSM1)は、zinc-finger型転写因子で、膵ランゲルハンス島細胞、消化管神経内分泌細胞などの発生に関与している。一方で、INSM1はインスリノーマ、甲状腺髄様癌、肺小細胞癌などの神経内分泌腫瘍での発現が知られている。私達は、ヒト肺癌培養細胞の実験より、INSM1が肺癌細胞の神経内分泌分化に重要な転写因子であることを示してきた。そこで、肺癌臨床検体を用いてINSM1が神経内分泌分化マーカーになるのか手術材料について検討を行い、併せて生検材料、細胞診検体についても検討を加えることを目的とした。

【方法】小細胞肺癌27例と非小細胞肺癌133例の術後臨床検体を用い、さらに生検材料と細胞診検体を加え、免疫組織化学的にINSM1と共にChromograninA(CGA), Synaptophysin(SYP), CD56について発現検討をおこなった。

【結果】小細胞肺癌27例について、INSM1(27/27), CGA(19/27), SYP(17/27), CD56(17/27)陽性であった。非小細胞肺癌133例では、INSM1(0/133), CGA(0/133), SYP(0/133), CD56(0/133)と全て陰性であった。さらに、生検材料や細胞診検体について検討したところ、手術材料と類似の結果がえられた。

【考察】INSM1は肺小細胞癌、カルチノイド、LCNECに陽性を示し、CGA, SYP, CD56と正の相関がみられた。しかし、稀ながらCGA, SYP, CD56陰性でINSM1陽性の臨床的に予後の悪い、神経内分泌分化を伴った非小細胞肺癌の症例が存在する。このことはINSM1が肺神経内分泌癌の早期の有用な分化マーカーになりうることを示唆している。また、エタノール固定でもINSM1は検出され、神経内分泌分化を示すか否かの診断困難症例において、捺印細胞診とINSM1免疫染色との併用は診断精度向上に意義があると考えられた。

P-1-069 Pro-GRP 高値を示した肺原発 PNET の 1 例

聖隷三方原病院臨床検査部¹⁾, 聖隷三方原病院病理診断科²⁾

○木村由紀(CT)¹⁾, 池谷知也(CT)¹⁾, 外崎友美(CT)¹⁾,
大場加央里(CT)¹⁾, 古田政敏(CT)¹⁾, 山田哲司(CT)¹⁾,
八木春奈(MD)²⁾, 高橋青志郎(MD)²⁾, 小川 博(MD)²⁾

【はじめに】 Primitive neuroectodermal tumor (PNET) は、比較的若年者の骨軟部に好発する悪性度の高い腫瘍であり、肺原発 PNET の本邦症例数は 10 例程度と非常に稀である。一方、Pro-GRP 高値を示す腫瘍は肺原発小細胞癌が代表的であり、他にカルチノイド、大細胞神経内分泌癌などの神経内分泌腫瘍、乳癌などの報告がある。今回我々は、若年者で Pro-GRP 高値を示した肺原発 PNET の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 29 歳、男性。咳嗽を主訴に近医受診、胸部レントゲンおよび胸部 CT にて肺腫瘍が疑われ、当院呼吸器科に紹介となった。血清腫瘍マーカー Pro-GRP 979 pg/ml, NSE 61 ng/ml と高値を示し、確定診断目的に右肺 S6 腫瘍より CT ガイド下肺生検を実施した。

【細胞所見】 CT ガイド下肺生検捺印標本では、小型で N/C 比が高く、一部ロゼット形成を伴う集塊および散在性に出現する裸核様の小型異型細胞を認めた。核クロマチンは微細顆粒状で核縁は薄く、核小体は目立たなかった。血清腫瘍マーカーや細胞像から肺原発小細胞癌が推定されたが、核異型がやや弱く壊死も目立たず、一部にロゼット形成が認められ組織型の同定は困難であった。

【組織所見】 CT ガイド下肺生検において、小型異型細胞は充実性および索状増殖を示し、壊死や核分裂像が認められた。PAS 染色は一部陽性、免疫組織化学染色において synaptophysin, MIC-2 が陽性、cytokeratin, TTF-1, CD56 が陰性であることから PNET と診断された。その後、RT-PCR 法により EWS-FL11 キメラ遺伝子が同定され、FISH 法において break apart signal が認められた。

【まとめ】 肺における小型円形細胞腫瘍の鑑別疾患としては、一般的に小細胞癌、カルチノイド、悪性リンパ腫などが挙げられる。Pro-GRP 高値であれば小細胞癌が最も疑われるが、若年成人に発症した際は PNET も鑑別疾患の 1 つとして留意する必要がある。

P-1-070 診断に苦慮した肺多形癌の 1 例

静岡赤十字病院病理診断科部¹⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 I²⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科 II³⁾

○河原崎由紀子(CT)¹⁾, 大塚証一(CT)¹⁾,
後藤 務(CT)¹⁾, 山田清隆(CT)¹⁾, 岡本香織(CT)¹⁾,
笠原正男(MD)¹⁾, 田代和弘(MD)¹⁾, 浦野 誠(MD)²⁾,
桐山諭和(MD)²⁾, 稲田健一(MD)³⁾

【はじめに】 肺多形癌の 1 例を経験したので、細胞学的・病理組織学的・免疫組織化学的検索を中心に、若干の文献的検索を加え報告する。

【症例】 70 歳代、男性。胸部単純撮影にて異常陰影を指摘され、呼吸器内科を受診。CT、気管支擦過細胞診にて肺悪性腫瘍が強く疑われた。気管支生検では確定診断が得られなかったが、臨床的に悪性腫瘍と診断され、右肺上葉切除術が施行された。

【擦過細胞所見】 出血性背景に、異型細胞は紡錘状、線維状、多稜形を示す多彩な形態を示し、散在性あるいは集簇状に出現していた。明らかな上皮性の配列は見られず、一部に流状走行を示す集簇が認められた。核は腫大し、大小不同性が強く、核小体は 1~数個認められた。多核細胞も散見された。

【組織所見・免疫染色】 腫瘍は右上葉 S1/2 を占拠し、大きさ 3×1.7 cm、白色調、不整形を呈していた。腫瘍胞巣は特異的構造が見られず、大型奇怪核を有する巨細胞、紡錘形細胞、類楕円形細胞が混在し、充実性に配列していた。免疫染色では、CAM5.2, AE1/AE3 は陽性、TTF-1, Napsin A, p40, EMA, Desmin, SMA, S-100 いずれも陰性であった。

【考察】 多形癌の組織学的診断は、腫瘍内に紡錘形細胞や巨細胞が 10% 以上を占めるとされているが、細胞診に於いては腫瘍全体に占める割合を決めることが困難で確定診断に苦慮する。しかし、細胞診にて多彩な細胞像が認められた症例に於いては、多様な肺悪性腫瘍の中で多形癌を鑑別疾患の 1 つとして考慮することが重要である。

P-1-071 縦隔に発生した肉腫様癌の一例

東京女子医科大学八千代医療センター臨床検査室¹⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター呼吸器外科²⁾, 東京女子医科大学八千代医療センター病理診断科³⁾

○今野辰郎(CT)¹⁾, 角奈美子(CT)¹⁾, 末澤亜紀(CT)¹⁾, 高橋昌樹(CT)¹⁾, 南部周平(MT)¹⁾, 黄英哲(MD)²⁾, 関根康雄(MD)²⁾, 廣島健三(MD)³⁾

【はじめに】肉腫様癌は紡錘形腫瘍細胞を含む腫瘍で、WHO分類では肺癌や胸腺癌の一つに分類される。今回我々は胸腺原発の肉腫様癌と考えられる一症例を経験したので報告する。

【症例】63才, 男性。喫煙歴は10本/日×45年。倦怠感, 食欲不振を主訴とし近医を受診した。胸部X線にて左肺門部に6cm大の腫瘍陰影を認め, PET-CTにて前縦隔の左傍大動脈弓の腫瘍に異常集積がみられ, 当院を紹介された。画像上, 縦隔の悪性腫瘍が疑われ腫瘍摘出術および左肺全摘術を施行した。

【細胞所見】手術標本の腫瘍捺印標本には, 壊死性背景に核腫大, クロマチン増量, 核形不整, 明瞭な核小体を有する強い異型性を示す紡錘形細胞や多角形細胞が孤立散在性に多数出現し, 多核細胞も認められた。肉腫や肉腫様癌等が考えられた。

【組織所見】縦隔腫瘍は腫瘍径7.5×5cmで肺を圧排し肺動脈に接していた。組織学的に腫瘍は主に縦隔の脂肪組織に存在し, 異型性の高度な紡錘形細胞, 多角形細胞, 多核細胞が増殖し多数の核分裂像がみられた。また一部に小胞巣や腺腔形成, 粘液の存在が認められた。CAM5.2(+), CK5/6(+), EMA(+), vimentin(+), desmin(-), CD5(-), p40(-), TTF-1(-)であり, 腺癌成分を伴った肉腫様癌と診断した。腫瘍はわずかに肺に浸潤し, 肺動脈への浸潤はみられなかった。腫瘍は前縦隔に存在し, 他に原発巣がないため, 胸腺原発の肉腫様癌と診断した。

【結語】細胞診において異型性の強い紡錘形細胞や多核化を示す細胞がみられた場合は肉腫成分を含んだ悪性細胞の存在を考えることが重要である。

P-1-072 胸水細胞診にて組織型推定に苦慮した G-CSF 産生肺多形癌の一例

社会医療法人敬愛会中頭病院病理検査¹⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学²⁾, 琉球大学医学部附属病院病理部³⁾

○知花祐子(CT)¹⁾, 齋尾征直(MD)^{2,3)}, 比嘉盛治(CT)¹⁾, 宮城良考(CT)¹⁾, 仲座良治(CT)¹⁾

【はじめに】肺多形癌は肺原発悪性腫瘍の0.3~1%と稀な腫瘍であり, 時にgranulocyte colony-stimulating factor (G-CSF)産生による白血球増多症を伴う。今回我々はG-CSF産生肺多形癌を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。他院で左上葉の結節, 縦隔リンパ節腫大を指摘され当院に紹介。白血球数の異常高値と胸水貯留を認め, 左癌性胸膜炎の疑いで, 胸水穿刺を施行。その後, 縦隔リンパ節に対し, EBUS-TBNAを施行した。患者は検査3日後に急変し永眠。

【細胞学的所見】胸水細胞診で大型異型細胞が弧在性~小集塊状に認められ, 核縁の肥厚が目立たず, 核偏在性, 核形不整, 複数の核小体のみられた。EBUS-TBNAでは壊死物質を背景に大型で核形不整が強く, 複数の核小体のある異型細胞が平面的のみられた。また, 多核の細胞や紡錘形で核の濃縮した異型細胞も少数認められた。

【組織学的所見】非常に核の多形が強い充実性増殖を呈する異型上皮の増殖巣がみられた。胞体は淡く, 1~数個の核小体があり, 一部に紡錘形の細胞のみられた。免疫組織化学ではCEA, CK5/6, p63, TTF-1陰性, CAM5.2部分陽性, G-CSFが胞体に部分陽性となり, G-CSF産生多形癌と診断された。

【考察】G-CSF産生腫瘍は進行が速く, 予後が悪い。細胞像では好中球が細胞質内に多数詰まった腫瘍細胞の存在が診断の際の助けになるとの報告があり, 本例も見直してみると, 好中球が腫瘍細胞の胞体内にみられた。多形癌の像に好中球が多量にみられた場合, 細胞質内に入りこむ好中球の存在を確かめてみる必要があると思われた。

P-1-073 胸水細胞診で診断に苦慮した肺多形癌の一例

大阪医科大学病理学教室

○明石静香(CT), 桑原宏子(MD), 服部公亮(MD), 里見英俊(MD), 武田玲郁(CT), 中山裕子(CT), 出口千尋(CT), 浦上真由美(CT), 棚田 諭(CT), 石崎幸恵(MD), 竹下 篤(MD), 安田恵美(MD), 栗栖義賢(MD), 辻 求(MD), 廣瀬善信(MD)

【はじめに】肺多形癌は、紡錘細胞や巨細胞が10%以上含まれる非小細胞癌で、転移を起しやすく予後は不良である。今回、胸水細胞診で多形癌の診断に苦慮した症例を報告する。

【症例】70歳代男性。8年前から間質性肺炎で通院されていたが、1年前から自己中断していた。1ヶ月前から呼吸困難となり、近医で左胸水貯留、左肺下葉および右大腿筋腫瘍を指摘され、精査加療目的にて当院紹介となった。

【胸水細胞所見】リンパ球を背景に、N/C比が高く、細胞や核の大小不同および著しい核形不整を伴う悪性細胞が少数認められた。低分化な上皮性腫瘍、非上皮性腫瘍および悪性リンパ腫が考えられたが、組織型の断定には至らなかった。

【右大腿腫瘍生検所見】上皮性細胞と紡錘細胞の増殖からなり、肺癌(多形癌あるいは癌肉腫)の転移が考えられた。

【臨床経過】食思不振や疼痛が認められ best supportive care が行われたが、死亡され剖検が行われた。

【剖検病理所見】左肺下葉原発肺癌で、左肺上葉、左胸膜、両副腎、肝臓、右大腿筋、右大臀筋への転移が認められた。組織像は紡錘細胞の増殖が主体で、異所性成分はみられず、多形癌と診断された。

【結語】胸水にて低分化な異型細胞を認める場合には、肺多形癌を考慮すべきと思われた。

P-1-074 気管支鏡下細胞診で非上皮系悪性腫瘍を推定した肺癌肉腫の1例

苫小牧市立病院病理検査室¹⁾, 奈良県立医科大学病理診断学講座²⁾, 北海道大学大学院保健科学研究院病態解析学分野³⁾

○佐藤 穰(CT)¹⁾, 大坂峰司(CT)¹⁾, 伊丹弘恵(MD)²⁾, 石津明洋(MD)³⁾

【はじめに】癌肉腫は原発性肺腫瘍のなかでも極めて希な疾患である。今回我々は気管支鏡下細胞診にて非上皮系悪性腫瘍を推定した肺原発癌肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代男性。脳梗塞後遺症のため脳外科通院中、検診で胸部異常陰影を指摘された。精査目的で行ったCT検査で左上葉S3に43mm大の腫瘍が認められた。

【細胞所見】気管支鏡下での擦過および気管支肺胞洗浄細胞診では、壊死背景を伴い、核が類円形ないし紡錘形で腫大・大小不同・形状不整あり核小体は明瞭でなく、胞体は淡く境界不明瞭な細胞が、結合の緩い集塊または裸核状に見られた。また変性もあり核線様の所見も認められた。以上の細胞所見から非上皮性の悪性腫瘍の可能性を推定した。

【組織学的所見】胸腔鏡下左上葉切除術が行われ、切除された左肺上葉には50x35x30mm大の結節を認めた。同部の組織像は壊死とともに不整な腺腔を形成する異型細胞と錯綜する紡錘形の異型細胞を認め、後者が占める領域の一部には軟骨への分化を示す異型細胞を認め、癌肉腫と診断した。

【まとめ】今回我々は気管支鏡下細胞診で非上皮系悪性腫瘍が推定され、手術検体から癌肉腫と診断された1例を経験した。細胞診標本をreviewしたが、癌の成分を示唆する異型細胞は確認されなかった。癌肉腫の細胞診所見について、文献的考察を加えて報告する。

P-1-075 小細胞癌への形質転換が疑われた EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

朝倉医師会病院臨床検査科¹⁾, 朝倉医師会病院病理診断科²⁾

○林 涼子(CT)¹⁾, 藤井広美(CT)¹⁾, 棚町恵里(CT)¹⁾,
田口 順(MD)²⁾, 荒川正博(MD)²⁾

【はじめに】EGFR 遺伝子変異陽性肺癌は多くの症例で EGFR-TKI が奏功するが、一旦奏功しても獲得耐性をきたすことが知られている。耐性の機序として EGFR 遺伝子における抵抗性変異(T790M)、MET 増幅、HGF 高発現、小細胞癌への形質転換などが報告されている。今回、我々は抵抗性変異(T790M)を認め、小細胞癌への形質転換も疑われた EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】76歳男性。近医より胸写異常にて紹介。CTにて右下葉に75mm大の腫瘤を認め、気管支鏡施行。擦過細胞診にて Adenocarcinoma の診断となった。EGFR 遺伝子変異(exon19欠失)を認め、ゲフィチニブを開始し、一時は15mm大にまで腫瘤の縮小がみられた。11ヶ月後、再び腫瘤は増大し、喀痰から Small cell carcinoma を認め、治療開始から1年4ヶ月後に死亡。家族の承諾を得て、胸壁腫瘤からの生検を施行したところ、神経内分泌腫瘍の一部に腺癌成分がみられ、EGFR 遺伝子変異(exon19欠失、T790M)を認めた。

【細胞所見】擦過細胞診：異型細胞は不規則に重積し、N/C比は高く、核偏在性、クロマチンは顆粒状に増量していた。喀痰細胞診：異型細胞は木目込み細工様の配列をなし、裸核様で、クロマチンは粗顆粒状に増量していた。

【組織所見】胸壁腫瘤生検：高度の壊死とともに裸核状の腫瘍細胞のびまん性増殖を認めた。また、一部には腺管を形成した腫瘍細胞もみられた。

【結語】EGFR 遺伝子変異陽性肺癌は約70～80%の症例でEGFR-TKIに奏功するが、1～2年で耐性を獲得するとされる。耐性の機序としてはEGFR遺伝子における抵抗性変異(T790M)が多く、小細胞癌への形質転換の報告は少ない。小細胞癌への形質転換について文献的考察を含めて報告する。

P-1-076 小細胞癌との鑑別に苦慮した扁平上皮癌(小細胞型)の一例

国保松戸市立病院病理診断科¹⁾, 国保松戸市立病院呼吸器外科²⁾, 国保松戸市立病院臨床検査科³⁾

○横山 綾(CT)¹⁾, 茅野伴子(CT)¹⁾, 滝沢敬祐(CT)¹⁾,
大貫美友紀(CT)³⁾, 渋谷 潔(MD)²⁾, 野呂昌弘(MD)¹⁾,
秋草文四郎(MD)¹⁾

【はじめに】扁平上皮癌特殊型の小細胞型は小型腫瘍細胞からなる低分化扁平上皮癌で、(混合型)小細胞癌との区別が重要になる。今回、気管支鏡検体において経験した一例を報告する。

【症例】70歳代女性。胸痛、動悸を主訴に他院受診。CTで右肺門部腫瘍を指摘。精査治療目的で本院呼吸器外科に紹介。気管支鏡による擦過細胞診と生検組織診が施行されたが、組織型が確定できず。その後、転移が認められたため呼吸器内科に転科。診断確定のため再び気管支鏡を施行。扁平上皮癌(小細胞型)の診断を得た。

【細胞所見】初回・2回目ともに、中～小型でN/C比大、クロマチン増量、核型不整や核線など変性しやすい異型細胞が不規則な重積集塊で認められ、集塊内には核分裂像が認められた。また背景にGiemsa染色にて異染性を呈する物質あり、間質粘液と思われた。小細胞癌に類似の細胞像ながら、背景所見が典型的でなく組織学的確証を得る必要があるものと考えられた。

【組織所見】小型から中等大のN/C比の高い腫瘍細胞が索状、小胞巣状配列で認められた。核は軽度の核縁の肥厚や小型核小体を有し、核分裂像が部分的に多数認められた。腺腔形成や細胞間橋、ロゼット様配列は目立たず、腫瘍壊死も認められなかった。免疫組織化学においてp53、p63が陽性、CK(5/6)一部陽性、TTF-1や各種神経原性マーカーはいずれも陰性であった。

【まとめ】細胞学的に小細胞癌との鑑別が困難であった扁平上皮癌(小細胞型)の一例を経験した。小細胞癌と扁平上皮癌は治療方針が異なるため、両者の鑑別は重要である。非小細胞癌でも小型腫瘍細胞からなることがあり、小細胞癌に類似の像を認めた場合でも背景や画像所見・血清学的所見が典型的でない場合には注意を要する。

P-1-077 肺原発リンパ上皮腫様癌の1例

JA 北海道厚生連帯広厚生病院臨床検査技術科¹⁾, JA 北海道厚生連帯広厚生病院病理診断科²⁾, JA 北海道厚生連帯広厚生病院呼吸器内科³⁾

○廣瀬尚樹(CT)¹⁾, 常山 聡(CT)¹⁾, 似内幸枝(CT)¹⁾,
小松良一(CT)¹⁾, 計良淑子(MD)²⁾, 菊地慶介(MD)²⁾,
高村 圭(MD)³⁾

【はじめに】リンパ上皮腫様癌(Lymphoepithelioma-like carcinoma: LELC)は、大細胞癌の特殊型のひとつであり、本邦では全肺癌の0.2%程度といわれている稀な腫瘍である。今回、我々はLELCと診断された症例を経験したので報告する。

【症例】73歳男性。血痰を主訴に当院受診。CTにて右中葉と下葉の分岐部に40mm大の結節を認め、気管支鏡検査にて擦過細胞診と組織生検を施行された。細胞診は低分化な癌腫、組織診では低分化扁平上皮癌の所見が得られた。全身精査にてcT2aN1M0, cStageIIAと診断され右中下葉切除術が施行された。現在、術後5年経過したが再発は認めない。

【擦過細胞診所見】N/C比大、核クロマチン微細顆粒状に増量を伴う異型細胞が小集塊状に散見される。胞体は淡明で、核小体は腫大し明瞭、核の大小不同が認められた。また、異型細胞集塊に壊死とリンパ球浸潤を疑われるリンパ球の介在が多数見られた。低分化な癌腫を疑う細胞像であり、判定は陽性と診断された。

【手術材料組織所見】N/C比大、クロマチン増量、明瞭な核小体、大小不同、核形不整を示す腫瘍細胞が胞巣状に浸潤増殖していた。間質にはリンパ球、形質細胞浸潤が豊富にみられ、腫瘍胞巣内に混在していた。部分的に凝固壊死が認められた。以上の所見よりリンパ上皮腫様癌と診断された。

【考察】LELCはEBV感染が発症に深く関与しているとされ、本症例でも追加でEBER-1(ISH法)を行ったが陰性であった。しかしながら、血清の抗EBV抗体検査では既往感染が示唆される結果を示した。他のNSCLCと比べ予後は良好であるといわれ、細胞学的に多数のリンパ球を伴う核小体明瞭な分化の低い異型細胞集塊が認められた場合、LELCも鑑別に挙げるのが重要であると考えられる。

P-1-078 扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫の1例

鹿児島大学病院病理部・病理診断科¹⁾, 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野²⁾

○西田ゆかり(CT)¹⁾, 窪田恵美(CT)¹⁾,
竹下かおり(CT)¹⁾, 田中和彦(CT)¹⁾, 後藤優子(MD)²⁾,
北園育美(MD)²⁾, 平木 翼(MD)²⁾, 義岡孝子(MD)¹⁾,
東美智代(MD)²⁾, 畑中一仁(MD)²⁾

【はじめに】肺孤立性乳頭腫は、上皮成分が血管間質を伴って乳頭状に増殖する良性上皮性腫瘍で、発生頻度は全肺腫瘍の0.5%以下と稀である。今回、扁平上皮腺上皮混合型乳頭腫を経験したので、気管支洗浄液および術中捺印細胞像を中心に報告する。

【症例】70歳代、女性。検診時の胸部レントゲンおよびCTで左下葉に腫瘤影を認め、PET/CTにて同部位に異常集積がみられた。診断・治療目的で左下葉切除術が施行された。

【気管支洗浄液・捺印細胞所見】比較的きれいな背景に、多数の軽度～中等度の角化した異型扁平上皮細胞と、粘液を有する腺細胞や円柱状の腺細胞集塊が混在して認められたが、円柱状の腺細胞集塊辺縁には刷子縁や線毛がみられた。扁平上皮細胞および腺細胞は、軽度の核クロマチン増量を認めたが、核腫大や核形不整、核の大小不同などの所見はみられなかった。

【組織所見】気管支壁から内腔に増殖するポリープ様病変からなり、血管を有する線維性間質を軸とした扁平上皮の増殖を認め、線毛円柱上皮もみられたが、細胞異型は認められなかった。免疫組織化学染色では、CEAやCK7が腺上皮と扁平上皮に陽性、p63は基底細胞と扁平上皮に陽性で、p16INK4aは陰性であった。

【まとめ】混合型乳頭腫では、その細胞像から分化度の高い角化型扁平上皮癌や粘表皮癌などが鑑別に挙げられるが、クロマチン増量や核異型に乏しいなどの核所見、および腺細胞集塊辺縁に刷子縁や線毛が認められることより鑑別可能と思われる。気管支擦過や気管支洗浄液にて臨床的に悪性を疑いながらも、これらの細胞像が認められる場合には、本疾患の可能性を念頭におく必要があると考えられる。

P-1-079 肺癌検診喀痰細胞診で発見されたI期上咽頭癌と肺小細胞癌の重複癌の1例

公益財団法人ちば県民保健予防財団¹⁾, 国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科²⁾, 国保松戸市立病院呼吸器外科³⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁴⁾, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁵⁾

○田口明美(CT)¹⁾, 柴 光年(MD)²⁾, 金親久美(CT)¹⁾, 早田篤子(CT)¹⁾, 桑原竹一郎(MD)¹⁾, 渋谷 潔(MD)³⁾, 中谷行雄(MD)⁴⁾, 中島崇裕(MD)⁵⁾, 吉野一郎(MD)⁵⁾, 藤澤武彦(MD)¹⁾

上咽頭癌は年間罹患数500例の稀な腫瘍であり, 初期症状に乏しく進行癌で発見されることが多い。また肺小細胞癌も早期診断が困難で手術施行例は稀である。肺癌検診喀痰細胞診により上咽頭扁平上皮癌が発見され, その精査中に肺小細胞癌が発見された1例を経験したので報告する。

【症例】68歳, 男性, 喫煙指数900。飲酒歴なし。肺癌検診喀痰検診にてD判定・要精密検査となり当施設を受診。胸部X線・CT検査は陰性だったが, 喀痰細胞診の追加検査はD判定であった。精検病院で気管支鏡検査を行ったが, 異常所見は認められなかった。2年後の喀痰集検はE判定・要精密検査。再び当施設にて胸部CT検査を施行したところ, 右S5に前回認められなかった7mm大の結節が出現していた。精検病院における気管支鏡検査の結果, 上咽頭癌c-T1N0M0の診断となり放射線治療全頸部照射が行われ, さらに経過観察中に右中葉の小結節影が増大したため胸腔鏡下右中葉切除術が施行され, 肺小細胞癌pT1aN0M0 St.IA (15mm)の最終診断が得られた。

【細胞所見】初回喀痰集検D判定の細胞像は, 核クロマチンの増量したやや大型のエオジン好性細胞で, N/C比は低く細胞質の光輝性は認められなかった。2年後の検診の喀痰細胞診では, 核クロマチンの増量したライトグリーン好性細胞や細胞質が変性したエオジン好性細胞が出現していた。また小細胞癌については, 腫瘍を示唆する細胞所見は明らかではなかった。

【考察・結語】初期症状に乏しい上咽頭癌の早期発見は困難であるが, 肺癌検診喀痰細胞診による早期発見の可能性が示唆された。また頭頸部癌は肺や食道の重複癌の頻度が高く, 重複癌を念頭に置いた精査および経過観察が必要である。

P-1-080 肺膠様(コロイド)腺癌の1例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○片倉和哉(CT)¹⁾, 宮本加菜(CT)¹⁾, 郷田 衛(CT)¹⁾, 本山睦美(CT)¹⁾, 大通清美(CT)¹⁾, 松永 徹(CT)¹⁾, 石川 亮(MD)²⁾, 香川聖子(MD)²⁾, 坂東健次(MD)²⁾, 宮井由美(MD)²⁾, 林 俊哲(MD)²⁾, 門田球一(MD)²⁾, 香月奈穂美(MD)²⁾, 串田吉生(MD)^{1,2)}, 羽場礼次(MD)^{1,2)}

【はじめに】膠様(コロイド)腺癌は, 特殊型浸潤性腺癌の1つに分類されている非常に稀な腫瘍であり, 細胞診での報告は少ない。今回我々は, 肺原発膠様(コロイド)腺癌を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】高齢の男性。他院にてCTで両肺に複数箇所の結節陰影を指摘され, 肺癌疑いで当院紹介受診。経気管支肺生検で腺癌と診断されたため, 胸腔鏡下にて右上葉と中葉部分切除術が施行された。

【術中迅速捺印細胞所見】右中葉の病変部では, 粘液性背景に平面的または軽度重積を伴う異型細胞が, 粘液中に埋もれるように出現していた。核は小型類円形で偏在し, 細胞質に粘液を伴った異型細胞を認めた。核不整や核の大小不同は乏しいが, 粘液性背景と配列の乱れ, 核偏在性, 細胞質内粘液の出現形態などから腺癌を推定した。

【病理組織所見】右中葉約8mmの結節性病変部では, 豊富な粘液のプールに核異型の乏しい腫瘍細胞が, 小集塊状あるいは孤在性に少数浮遊する像が認められ, 一部に乳頭状増殖も認めた。以上から膠様(コロイド)腺癌と診断された。

【まとめ】膠様(コロイド)腺癌は, 年齢, 性別, CT, 気管支内視鏡などの臨床所見には特徴的な所見がなく, 確定診断は外科的切除標本に頼らざるを得ないことが多い。組織や細胞学的所見に関しては, 多量の粘液中に核異型の乏しい腫瘍細胞が少数浮遊する特徴的な像を呈する腺癌である。膠様(コロイド)腺癌は, 粘液の量に比して腫瘍細胞が少なく, 診断に苦慮する場合があるので注意が必要である。

P-1-081 低悪性度胎児型腺癌の一例

佐賀県医療センター好生館検査部¹⁾, 佐賀県医療センター好生館病理部²⁾

○坂井真一(CT)¹⁾, 橋本教経(CT)¹⁾, 中村 朱(CT)¹⁾,
平野敬之(CT)¹⁾, 堤 陽子(CT)¹⁾, 築地秀典(CT)¹⁾,
瀧本桂子(CT)¹⁾, 森 大輔(MD)¹⁾, 明石道昭(MD)²⁾

【はじめに】胎児型腺癌は低悪性度型と高悪性度型に分けられる。低悪性度胎児型腺癌は、発生頻度が全肺癌中0.1%以下ときわめて稀な腫瘍で、形態的には胎児肺に類似する。今回、低悪性度胎児型肺癌の肺捺印細胞診を経験したので報告する。

【症例】40歳代女性、3年前に胸部異常陰影を指摘されており、増大傾向を認めたため当館を受診した。胸部X線にて右下葉S8に境界明瞭な5cm大の病変を認めたため、原発性肺癌の疑いで右下葉切除術が施行された。

【細胞所見】壊死をみる背景の中に、小型や大型の重積性をみる集塊で、核間距離はほぼ均一、構成する細胞は類円形の小型細胞や円柱状の細胞で細胞質は淡明。核は比較的均一の大きさで一部の細胞集塊にはmorule様構造もみられた。また、角化した扁平上皮細胞を認めた。

【病理所見】剖面は境界明瞭な灰白色充実性腫瘍で、大小不整な形態の腺管や癒合腺管・乳頭状構造し、moruleの構造も散見された。大きさの揃った類円形の核と淡好酸性の細胞質を有する異型細胞で、免疫ではTTF-1, Synaptophysin, Chromogranin Aが陰性、β-カテニンがmorule部分を中心に細胞核と細胞質に陽性であり、低悪性度胎児型腺癌の像であった。また、散在性に胆汁産生を伴った好酸性細胞増生巣がみられ、Hepatocyte specific antigenとGlypican3が陽性であり、肝様腺癌様の分化を伴っていた。

【まとめ】本腫瘍は通常腺癌に比べて核は小型類円形で大きさが均一で核異型に乏しく異型性が弱いため、正常の気管支上皮細胞と悪性細胞の鑑別が必要だが、無線毛円柱上皮細胞や特徴的なmoruleの集塊がみられたことによって、低悪性度胎児型腺癌の推定が可能であった。

P-1-082 診断に苦慮した Ciliated muconodular papillary tumor の1例

京都桂病院検査科¹⁾, 京都桂病院病理診断科²⁾

○二宮慶太(CT)¹⁾, 豊山浩祥(CT)¹⁾, 小山 賢(CT)¹⁾,
春日里佳子(CT)¹⁾, 小山奈津子(CT)¹⁾,
安原裕美子(MD)²⁾

【はじめに】線毛性粘液結節性乳頭状腫瘍 (Ciliated muconodular papillary tumor, CMPT) は1992年に報告された疾患である。CMPTは末梢に発生する扁平上皮腺上皮性混合型乳頭腫類似病変で、基底細胞・粘液細胞・繊毛円柱上皮細胞を種々の割合で混在し、乳頭状に増殖する病変である。CMPTの疾患概念は明確になっていないが、低悪性度腫瘍の可能性が示唆されている。

【症例】70歳代後半、女性。1年前CTにて偶然右S6に異常陰影を指摘、今回充実成分の増加がみられ、肺癌疑いにて手術が施行された。

【細胞所見】多量の粘液を背景に裸核様の小型細胞が孤立性に浮遊するように見られ、乳腺の粘液癌を思わせるような印象であった。個々の細胞は比較的小型で単調で、円形-類円形核を有し、核縁は円滑でクロマチンは細顆粒状、核型不整は目立たなかった。細胞異型は軽度であったが、粘液産生性の高分化腺癌が否定出来なかった。

【病理所見】肺内に粘液の貯留のような1cm大の病変が見られ、組織学的には既存の肺胞上皮を置換するように、異型の乏しい低円柱状粘液細胞、立方上皮の混在した細胞が認められ、周囲肺胞腔内に及ぶ粘液の貯留が認められた。免疫組織化学にて、p40+細胞とTTF1+細胞の二相性が認められた。乳頭状パターンは認められなかったが、CMPTと診断した。

【まとめ】CMPTの1例を経験した。個々の細胞の異型は目立たないが背景の粘液が目立ち、悪性を否定できなかった。CMPTは稀な疾患であり肺胞置換性に増殖する点では上皮内腺癌 (Adenocarcinoma in situ, AIS) の特徴を持つため、良悪の鑑別に難渋することが多い。AISのような異型の弱い細胞が見られた場合、CMPTも念頭において診断する必要があると思われる。

P-1-083 口腔扁平上皮癌におけるLBC法と従来法の量的・質的差異の検討

日本大学松戸歯学部付属病院病理診断科¹⁾, 日本大学松戸歯学部口腔病理学講座²⁾, 日本大学松戸歯学部臨床検査医学講座³⁾, 千葉西総合病院臨床検査科⁴⁾

○二谷悦子(CT)¹⁾, 松本 敬(CT)¹⁾, 宇都宮忠彦(DDS)²⁾, 末光正昌(DDS)²⁾, 森川美雪(CT)²⁾, 深津 晶(DDS)³⁾, 浮ヶ谷匡恭(CT)⁴⁾, 岩堀朋美(CT)⁴⁾, 神林な奈絵(CT)⁴⁾, 斎藤隆明(DDS)⁴⁾, 大村光浩(MD)⁴⁾, 久山佳代(DDS)^{1,2)}

【目的】 口腔領域の従来塗抹法とLBC法の細胞形態像の違いを客観的に提示したデータはほとんどない。今回我々は口腔扁平上皮癌症例において集塊数や細胞数といった量的差と明度, 円形度, クロマチン分布度といった質的差を検討した。

【方法】 口腔扁平上皮癌症例の従来塗抹標本, LBC標本(SurePathおよびTACAS)を作製後, 量的(出現細胞数, 集塊数等)および形態計量学的計測(明度, 円形度, クロマチン分布パターンおよび濃度)を解析ソフト(WinROOF)を用いて実施した。

正常細胞はケラトヒアリン顆粒を有した細胞をコントロール細胞とし, 癌細胞(表層角化型と深層型)は複数の細胞検査士および細胞診専門医による評価にてコンセンサスを得られた細胞のみを解析対象とした。

【結果】 LBC法は従来塗抹標本に比べ, 量的計測項目に差が確認された。さらに形態計量学的に核所見において核内均一ではなく, クロマチン構造が明瞭に観察された。また細胞所見については, 細胞間橋が明瞭であり, 細胞質は淡く網目状を示す傾向がみられた。

P-1-084 舌粘膜上皮擦過細胞診における細胞質の色相的特徴

朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔病理学分野¹⁾, 朝日大学歯学部口腔病態医療学講座口腔外科学分野²⁾, カワラダ歯科・口腔外科³⁾

○江原道子(DDS)¹⁾, 金子裕康(DDS)²⁾, 中尾寿奈(DDS)¹⁾, 永山元彦(DDS)¹⁾, 川原田幸司(DDS)³⁾, 住友伸一郎(DDS)²⁾, 田沼順一(DDS)¹⁾

【はじめに】 口腔粘膜上皮細胞診における液状化細胞診(LBC)の利点が注目されている。しかし, LBC法と従来法では, 細胞形態のみならず, 細胞診判定上, 極めて有用である細胞質の色合い, 明るさ, 鮮やかさ等, 相違点は多岐にわたっている。その結果, 多くの場合はこれまでの従来法による検鏡に慣れているため, LBC標本における判定でしばしば躊躇する場面に遭遇する。そこで我々は, 自覚症状の無い正常な舌縁部粘膜上皮細胞検体を用い, 細胞質の見え方(色度, 明度, 彩度)について比較検討を行った。

【研究材料と方法】 舌に異常の無い歯学部学生ボランティア14名(男:10名, 女4名)の右側舌縁部より歯間ブラシを用いて粘膜上皮細胞を採取した。これを従来法とLBC法(ThinPrep, Hologic Inc.)により標本作製し95%エタノールで固定後, Papanicolaou(PAP)染色を施した。PAP染色標本は, 顕微鏡で10倍の対物レンズによる写真撮影を行い, 画像解析ソフトWinROOF(三谷商事, 東京)を用いて, オレンジG好染(OG)細胞とライトグリーン好染(LG)細胞について, 色度, 彩度, 明度を求めた。

【結果】 色度はLBC法で従来法よりも高値を示した。明度および彩度は, LBC法で従来法よりも低値を示した。

【まとめ】 LBC法は乾燥を回避しやすい等の利点があるため, 口腔細胞診へ応用することは有用であるが, 判定には若干の経験が必要となる。本研究の結果から, LBC法による細胞質所見の色相的特徴を念頭におくことは重要であり, 今後, 判定においても有用な所見を見いだせる可能性が示唆された。

P-1-085 口腔細胞診での *Candida* 真菌感染時における判定への影響

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科¹⁾, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科²⁾

○神原亜季(CT)¹⁾, 小谷隆史(CT)¹⁾, 田口晴丈(CT)¹⁾, 福田雅美(CT)¹⁾, 橋本和彦(DDS)¹⁾, 田中陽一(DDS)¹⁾, 橋本志帆(MD)²⁾, 小川真理子(MD)²⁾, 高松 潔(MD)²⁾

【序論】*Candida* 真菌は、口腔内の常在菌として知られている。それゆえ、日常検査の口腔細胞診においても遭遇する機会が多い。しかし、*Candida* 真菌感染時、細胞異型が生じ、ベセスダ判定に悩む症例を経験する事がある。そこで、*Candida* 真菌が細胞に与える影響と、所見の特徴について検討した。

【方法】当院における 2013, 2014 年度の口腔細胞診（全て LBC 標本）1200 例において、SIL と判定した 94 例のうち、細胞診で HSIL、かつ組織診で非腫瘍性病変であった 8 例について、*Candida* 真菌感染の有無を調べ、細胞像を検討した。

【結果】8 例中 7 例で真菌感染が認められた。この 7 例では、細胞質の輝度の上昇や融解変性、出現細胞全体にわたる核肥大等が認められた。

【考察】今回の検討から、*Candida* 真菌の感染に伴って、核・細胞質の細胞異型や、変性所見が強くなる傾向になると考える。その事が、判定時に細胞所見を強く取りすぎる要因として挙げられる。真の悪性細胞との鑑別点としては、核クロマチンが濃染した細胞がないこと、核形や核内所見において多様像が見られないこと、深層細胞に異型が認められないことが挙げられる。これらを踏まえて、*Candida* 真菌感染が認められた場合には、出現細胞の所見に影響を与えている可能性を考慮し、個々の細胞判定だけでなく、標本全体の多様性を含めた総合的な判定をする事が望まれる。

P-1-086 白板症と口腔扁平苔癬における口腔内細胞診と組織診断における形態学的研究

東京歯科大学臨床検査病理学講座¹⁾, 東京歯科大学市川総合病院臨床検査科病理²⁾, 東京歯科大学生物化学教室³⁾

○松坂賢一(PhD)¹⁾, 橋本和彦(PhD)²⁾, 橋本貞充(PhD)³⁾

【目的】白板症は前癌病変として知られており、口腔扁平苔癬は前癌状態として知られている。これらの病変の経過観察に比較的侵襲性が少ない細胞診を併用することが有用である。本研究は臨床的に白板症および口腔扁平苔癬と診断され、細胞診と組織診を行った症例に対して細胞および組織の形態学的な特徴を把握することを目的とする。

【方法】材料は東京歯科大学千葉病院および水道橋病院口腔外科にて白板症および口腔扁平苔癬と臨床診断されたもののうち、細胞診および組織診が行われた 59 症例を用いた。細胞診で陰性、疑陽性および陽性を判定されたものの中で、組織診で早期癌を含めた扁平上皮癌であったものの割合を求めた。また、細胞診で陰性であった組織診で扁平上皮癌であったものの形態学的特徴を観察した。

【成績】細胞診で陰性と判定され、組織診で扁平上皮癌であったものの割合は約 18%、疑陽性と判定されたものでは約 78%、陽性と判定されたものでは約 84%であった。形態学的には細胞診で陰性で組織診で扁平上皮癌と診断されたものでは表層分化型の扁平上皮癌であることが多い結果となった。

【結論】白板症および扁平苔癬のような白色病変はその数パーセントが悪性化するとの報告があるが、細胞診が有効である一方、経過観察時における表層分化型の扁平上皮癌を無視してはならないことが示唆された。

P-1-087 口腔細胞診での腫瘍性病変の鑑別における Galectin-1 の有用性

大阪大学大学院歯学研究科口腔病理学教室¹⁾, 大阪大学歯学部附属病院検査部²⁾

○野田百合(DDS)¹⁾, 近堂侑子(CT)²⁾, 東條文昭(DDS)²⁾, 岸野万伸(DDS)¹⁾

【はじめに】口腔粘膜は、外傷や感染、喫煙、補綴物等による刺激に曝露されることが多く、そのため、それらの刺激に伴う細胞形態の変化が顕著に表れ、細胞診では時に腫瘍性変化との鑑別を困難にする場合がある。Galectin-1 (Gal1) は beta-Galactoside に親和性を示す蛋白で、細胞の腫瘍化や浸潤・増殖に関与するとされている。口腔や子宮頸部を始めとする扁平上皮において、正常や異形成病変での Gal1 の発現はごく僅かであるが、癌組織においては過剰発現傾向にある。今回、免疫組織化学的染色を用いて、Gal1 の口腔粘膜擦過細胞診検体における腫瘍性病変の鑑別における有用性について検討した。

【対象と方法】大阪大学歯学部附属病院にて施行された組織生検材料 174 例、擦過細胞診材料 60 例を用いて、mouse monoclonal anti-Gal1 抗体による免疫組織を施行した。組織で各症例の病変部での Gal1 の発現の有無や発現部位を確認し、細胞診の各症例で細胞質や核に Gal1 陽性を示す細胞を検証した。

【結果】組織検体、細胞診検体ともに、正常や炎症性病変、異形成病変での Gal1 の発現は、少数の症例に弱陽性で、細胞診検体では、炎症・粘膜疾患の 23 例中 4 例、扁平上皮内病変の 17 例中 7 例に陽性であった。一方、扁平上皮癌の組織、細胞では大部分の症例に陽性像がみられ、染色強度も炎症や上皮内病変より強い傾向にあり、20 例中 18 例に陽性であった。

【考察】擦過細胞診検体、組織検体の双方で、扁平上皮癌細胞における Gal1 の発現頻度は高かったが、反応性変化を伴う細胞での発現頻度は低く、染色強度も癌細胞に比較して弱かった。以上の所見より、Gal1 が口腔粘膜擦過細胞診検体での腫瘍性病変の鑑別に有用である可能性が示唆された。

P-1-088 口腔細胞診と生検組織診の比較検討

大阪大学歯学部附属病院

○東條文昭(DDS), 近堂侑子(CT), 野田百合(DDS), 岸野万伸(DDS)

【概要】大阪大学歯学部附属病院では 2011 年度より組織生検より簡便かつ侵襲の少ない口腔細胞診を検討、試験導入した後、2013 年度より本格導入を開始、2 年が経過した。そこでこの 2 年間細胞診を施行した症例について、細胞診断と組織診断を比較、口腔細胞診の問題点を検討した。

【方法】2013 年度口腔細胞診件数 108 件、2014 年度口腔細胞診件数 113 件について追跡調査を行い、細胞診断後、組織検査を実施したものとしなかったものに分類した。診断基準は、便宜的に細胞診断で NILM と LSIL を陰性、HISL と SCC を陽性とし、組織診断では炎症、扁平苔癬など非腫瘍性病変と軽度異形成としたものを陰性、中等度から高度異形成、扁平上皮癌と診断されたものを陽性とした。また、組織診断を実施していない症例については、その理由及び経過についてまとめた。

【結果】組織検査が行われた症例が 2 年間で 72 件だった。そのうち細胞診陰性・組織診陰性が 35 例、細胞診陰性・組織診陽性が 4 例、細胞診陽性・組織診陰性が 3 例、細胞診陽性・組織診陽性が 30 例であった(感度 88.2%, 特異度 92.1%)。また、2 年間で組織診断を実施しなかった症例が 149 例で、そのうち軽快及び軽快略治が 76 件、経過観察が 39 件、増悪が 1 件、転院・未来院が 14 件、治療継続中 4 件、扁平上皮癌診断済みで再発予測が 4 件であった。

【考察】以上の結果より細胞診断の検出感度は比較的良好と考えられる。しかし細胞診偽陰性を再検討した結果、表層細胞しか採取されていないことが要因と考えられた。また、診断困難な検体を再検討した結果、検体乾燥、採取不良といった要因があげられた。今後は診断精度向上のために、検体採取法や処理法の確立が必要であると考えられた。

P-1-089 若年妊婦に発生した舌扁平上皮癌の1例

東京大学医学部附属病院病理部

○松坂つばさ(CT), 田島将吾(MD), 竹内裕子(CT),
瀬田 章(CT), 宇城麻子(MT), 阿部浩幸(MD),
池村雅子(MD), 森川鉄平(MD), 牛久哲男(MD),
柴原純二(MD), 佐々木毅(MD), 深山正久(MD)

【はじめに】舌扁平上皮癌は高齢男性に好発するが、時に若年発症例も存在する。今回、初回細胞診で診断困難だった30代妊婦の舌癌1例を報告する。

【症例】30代女性。妊娠8ヵ月。口腔癌の家族歴あり。2014年9月右舌縁部に口内炎様の病変が出現、難治の為12月に当院紹介受診、擦過細胞診でClass3と判定。2015年2月の出産後、疼痛・病変悪化の為再度受診、擦過細胞診でClass5、生検で扁平上皮癌と診断。右側舌部分切除・頸部リンパ節郭清術を施行。

【細胞像】初回：炎症を伴い高輝度の角化扁平上皮細胞や化生様細胞を多数認めた。一部で核の腫大や不整、核小体を伴うが、癌と確定し得る細胞は見出し難く、炎症／腫瘍性変化の鑑別が困難。Class3と判定した。再検：炎症を伴い高輝度の角化扁平上皮細胞を多数認めた。多くは奇怪で多彩な形態を呈し、角化球が散見された。Class5扁平上皮癌と診断した。

【病理像】生検：多数の癌真珠形成を伴う高～中分化型扁平上皮癌細胞を認めた。手術：右舌側縁から口腔底に潰瘍を伴う17x8mm大の白色充実性腫瘍を認めた。組織学的に著明な角化や癌真珠形成を伴い、大小の胞巣が浸潤性に増殖する高分化型扁平上皮癌の像。内向性増殖が強く、上皮内病変はほぼ認めない。

【結語】初回細胞診では高度角化扁平上皮細胞を多数認めたが、個々の細胞異型が弱く、また患者が若年女性であることから癌の可能性を強く示唆できなかった。しかし確定診断後の再鏡検にて角化球や不整な腫大核を有するなど、癌を疑い得る細胞が少数見出された。口腔細胞診での角化球出現は稀であり、このような場合にはより慎重な鏡検が必要と考えられた。

P-1-090 口腔細胞診新報告様式でLSILと判定した細胞像と組織像

九州歯科大学健康増進学講座口腔病態病理学

○矢田直美(DDS), 松尾 拓(DDS)

【はじめに】口腔細胞診の新報告様式は検体適正、NILM, LSIL, HSIL, SCCにより評価を行うこととなったが、その詳細の細胞像は共有化されていない。今回、口腔細胞診新報告様式でLSILと判定した細胞診と組織診が行われた症例について検討を行ったので報告する。

【対象と方法】平成26年1月から平成27年4月までに行われた口腔擦過細胞診のうち、細胞診でLSILと判定し、組織診が行われた50例(舌19例、歯肉18例、頬粘膜5例、口蓋4例、口底2例、上口唇2例)を対象とした。組織診で良性病変と悪性腫瘍と診断された細胞像との間の、相違について再検討を行った。

【結果】LSILと判定し組織診が行われた症例は良性病変が23例、亜型を含む扁平上皮癌が27例であった。組織診の内訳は、良性病変は炎症9例、エプーリス2例、口腔扁平苔癬2例、扁平上皮過形成1例、疣贅状黄色腫1例、上皮異形成が7例で、悪性は上皮内癌1例、扁平上皮癌24例、亜型の疣贅状癌1例、孔道癌1例であった。非腫瘍性病変の細胞像は、深層細胞が採取され、核腫大が目立つものが多く、上皮異形成や悪性腫瘍は核の大小不同よりも、表層細胞の光輝性の強い細胞質の中にクロマチンの増量が見られる症例が多かった。

【まとめ】新報告様式においてLSILは低異型上皮内腫瘍性病変あるいは上皮異形成相当とされているが、実際、組織診を行うと炎症から癌までが含まれ、細胞像の判定についてさらなる検討が必要である。

P-1-091 PNA-LNA clamping LAMP 法の開発

和歌山県立医科大学人体病理学教室¹⁾, 和歌山県立医科大学内科学第二教室²⁾, 和歌山県立医科大学附属病院中央検査部³⁾

○松崎生笛(CT)¹⁾, 糸永昌弘²⁾, 清水勇輝(CT)³⁾,
割栢健史¹⁾, 小島史好(MD)¹⁾, 藤本正数(MD)¹⁾,
山本華帆里(CT)³⁾, 西野 勝(CT)³⁾,
永井宏和(CT)³⁾, 村田晋一(MD)¹⁾

【目的】腫瘍の良悪性や組織型を診断する手法として, 比較的検体採取が容易な細胞診の臨床的意義は近年より高くなっている。さらに, 細胞診で採取される細胞や組織液を使ったウイルスや遺伝子の解析にも応用されるようになってきた。本研究では, 人工核酸と迅速遺伝子増幅が可能な Loop mediated isothermal amplification (LAMP) 法を用いて遺伝子点突然変異を迅速かつ正確に検出する clamping LAMP 法を開発することを目的とし, さらに細胞診検体に応用することを目指している。

【方法】KRAS 遺伝子の点突然変異を解析の対象とした。KRAS 遺伝子の野生型と変異型の培養細胞から抽出した RNA から cDNA を合成し, 4つの基本的な primer とともに野生型に一致させた Peptide Nucleic Acid (PNA) および点変異に一致させた Locked Nucleic Acid (LNA) primer を用いて, LAMP 法を施行し, 30-50 分間後に増幅された DNA を測定した。

【結果】KRAS 遺伝子の増幅は, 野生型では抑制され, 変異型では増幅された。感度の検討では, 野生型:変異型 = 1:1000 の濃度まで遺伝子点変異を検出できた。また, LNA primer を変更することで, 遺伝子点変異の種類の間定が行えた。さらに, 蛍光試薬を用いた目視による判定も可能であった。

【結論】本手法では, 遺伝子突然変異を 30 分程度で迅速かつ正確に検出することが可能であった。今後は本法を細胞診検体に用いることにより, より正確な細胞診断を行うための補助的診断法としての応用を目指したい。

P-1-092 胆汁細胞診の異型度基準一個々の細胞についての検討—

順天堂大学大学院医学研究科形態解析¹⁾, 鳥取大学病態検査学²⁾, 順天堂大学人体病理病態学³⁾, 順天堂大学順天堂医院病理診断部⁴⁾, 順天堂大学練馬病院臨床検査科⁵⁾, 済生会神奈川県病院検査科⁶⁾, 川崎太田総合病院中央検査科⁷⁾, 川崎太田総合病院消化器外科⁸⁾

○古旗 淳(PhD)¹⁾, 広岡保明(MD)²⁾, 東井靖子(CT)¹⁾,
福村由紀(MD)³⁾, 大沼八千代(CT)⁴⁾, 山里勝信(CT)⁴⁾,
大橋久美子(CT)⁵⁾, 阿部加奈子(CT)⁶⁾,
阿部佳之(CT)⁷⁾, 権田厚文(MD)⁸⁾

【目的】われわれは今年の本学会総会で, 胆汁細胞診の客観的な異型度の基準の確立のため, 細胞集塊の形状に関する各所見の異常とする閾値を求め, 報告した。今回は個々の細胞の各所見について解析したので報告する。

【方法】胆汁細胞診に提出された Papanicolaou 染色標本から以下に分類した。1. 良性群:低異型度群 (BL 群) と高異型度群 (BH 群)。2. 悪性群:低異型度群 (CL 群) と高異型度群 (CH 群)。これら各 10 例の標本中の細胞の出現パターンより散在群 (50 個未満の細胞からなる細胞集団や散在性細胞) と集塊群 (50 個以上の細胞からなる細胞集団) に分けた。次の個々の細胞の各所見について該当細胞の出現率を計測した。1. 核の大小不同:核長径の平均の $\leq 1/2$ または ≥ 2 倍の核, 2. 核の接触・重積像:核腫大や核密度上昇, 3. 核形不整:切れ込み像。閾値は BH 群の平均 + 1 標準偏差とした。

【結果】CL 群は BH 群よりすべて有意に高値を示した。異常とする閾値は次の通りであった。1. 核の大小不同。1) 散在群:26%, 2) 集塊群:16%。2. 核の接触・重積。1) 散在群:44%, 2) 集塊群:41%。3. 核形不整。1) 散在群:31%, 2) 集塊群:21%。散在群は集塊群よりすべて高値を示した。

【結語】良性例では散在性細胞で異型度が強調される傾向を示した。今回の検討は個々の細胞の所見の重要な異型度の指標になると思われた。

P-1-093 当院における胆管癌胆管擦過細胞診の検討

福岡赤十字病院病理診断科

○碓 益代(CT), 遠矢浩隆(CT), 小材和浩(CT),
西山憲一(MD), 中島 豊(MD)

【目的】胆管癌の診断において、術前生検組織採取は困難であるため、細胞診が最終診断となり手術に至る場合が多く、細胞診が果たす役割は大きい。今回我々は、胆管擦過細胞診の正診率向上を目指し、胆管癌胆管擦過細胞診の検討を行った。

【対象】2010年から2014年に当院で手術が行われた胆管癌(24例)のうち、術前胆管擦過細胞診でClassIIIとした5例(肝外胆管癌4例、肝内胆管癌1例)を対象とした。

【方法】対象5症例について、『「胆汁・膵液の細胞像」日本臨床細胞学会研究班』で提唱された貯留胆汁細胞判定基準を参考にして、各症例について検討を行った。また、ClassIIIとした要因についても併せて検討した。

【結果】5例全例に不規則な重積、核の配列不整、集塊辺縁の凹凸不整、核腫大を認めた。しかし、3例で異型細胞出現が少数であり、2例で異型細胞の出現多数であったが核異型が弱く、N/C比は小さかったため、ClassIIIより踏み込んだ診断が出来なかった。

【考察】採取された細胞が少数である場合、もしくは多数であっても核異型が弱い場合やN/C比が小さい場合に、悪性と診断をすることを躊躇していた。個々の細胞所見は各症例で多彩であったが、不規則な重積性、核の配列不整、集塊辺縁の凹凸不整、核腫大はいずれの症例でも認められた。これらの所見に注目すれば適切な診断ができる可能性がある。

P-1-094 膵液細胞診における液状化検体細胞診と従来法との細胞像の比較

松山赤十字病院

○吉田彩乃(CT), 坂本真吾(CT), 本吉知里(CT),
三好陽子(CT), 窪田裕美(CT), 門屋孝志(MT),
古本好江(CT), 高石治彦(CT), 飛田 陽(MD),
大城由美(MD)

【はじめに】近年、非婦人科領域にも液状化検体細胞診(Liquid Based Cytology: LBC法)が応用されている。当院では2012年より膵液検体においてすり合わせ法(従来法)とLBC法を併用している。今回、LBC法と従来法の細胞像の違いを明らかにし、どちらが膵液細胞診に有用かを検討した。

【対象および方法】2012年から2014年の間に、病理組織学的に膵癌と診断され、LBC法および従来法で膵液細胞診標本を作製した6例(浸潤性膵管癌2例、膵管内乳頭粘液性癌3例、粘液癌1例)を対象とした。細胞像の比較は、胆汁細胞診判定基準を参考に、細胞量(標本全体の細胞量、目的細胞量)、集塊(細胞重積、核配列不整、集塊辺縁凹凸不整)、核(核腫大、核形不整、クロマチン異常、核小体)、背景(炎症、壊死、粘液、血性)の項目について、5人の細胞検査士で、それぞれが5点満点で評価した。

【結果】細胞量はLBC法でより多く(6例中4例)、集塊所見についても、LBC法の評価が高かった(6例中5例)。核所見は、クロマチン異常について、従来法で若干高得点であった。背景は、LBC法で炎症、壊死、粘液、血性所見が少なかった(6例中5例)。評価項目以外の特徴的な所見として、従来法では細胞質内粘液はピンク色に染まる傾向があり、細胞変性も強かった。

【考察】LBC法は、背景が清明で、集細胞に優れ、構造異型がとらえやすかった。膵液検体は他領域と比べ、集細胞がしづらく細胞にダメージをきたしやすいために、観察が困難となることが多いが、LBC法はこれらの問題を解消できると思われる。

【結語】LBC法は、クロマチン所見や細胞質内粘液が不明瞭になることがある点には注意を要するが、総合的に膵液細胞診に有用と考える。

P-1-095 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) における採取材料の色調と細胞学的特異性

岡山大学病院病理部/病理診断科¹⁾, 姫路赤十字病院病理診断科²⁾, 広島市民病院病理診断科³⁾

○井上博文(CT)¹⁾, 藤田 勝(CT)¹⁾, 松岡博美(CT)¹⁾, 今井みどり(CT)¹⁾, 那須篤子(CT)¹⁾, 浜田香菜(CT)¹⁾, 原田和恵(CT)¹⁾, 伏見聡一郎(MD)²⁾, 市村浩一(MD)³⁾, 田中颯之(MD)¹⁾, 田中健大(MD)¹⁾, 大森昌子(MD)¹⁾, 柳井広之(MD)¹⁾

【はじめに】EUS-FNAにおいて採取材料からのサンプリングは、細胞診判定を左右する要の手技である。昨今、細胞検査士等が採取現場で検体処理を行いその場で標本を確認する ROSE の有用性が報告されているが適正なサンプリングあってこそ適正な検査結果を得ることが可能となる。今回我々は EUS-FNA で採取された材料の色調とその細胞像の関連を確認しそこに細胞学的特異性を見出すことを目的として客観的評価法の導入を試みた。

【方法】2013, 2014年に EUS-FNA を施行した 339 件中、細胞診、生検組織診で十分量採取され手術材料にて病理学的に最終診断が得られた膵管癌 23 件, NET10 件, SPN3 件, GIST10 件, 平滑筋腫 3 件の EUS-FNA 時の検体写真とその細胞像について比較検討を行った。穿刺針は 19G から 25G を用いた。検体色調解析には岡山大学と村角工業で共同開発した Bioevaluator[®]を用い採取検体の固定前状態をデジタルカメラにて撮影し採取部位の色調と細胞診標本中成分の比較検討を行った。撮影されたデジタルデータは Photoshop で画像変換処理を行いカラーピッカー値の客観的評価を行った。

【結果】膵管癌では線維化を伴った腫瘍である場合透明部位と白色調の混在する色調を呈する検体が多く、壊死を伴う場合上記に加え灰白色調の柔らかくピンセットでのサンプリングに苦慮する成分であった。SPN, NET では赤褐色調や淡い赤褐色調検体を多く見た。GIST や平滑筋腫のような間葉系腫瘍では白色調であった。

【考察】採取される組織、細胞成分によって検体色調に特有の色調があることが示唆された。撮影条件や客観的評価法を見出すことで診断に適正な検体採取の有無を客観的に評価し自動でその有無を判別できる可能性があると考えられる。

P-1-096 膵腫瘤性病変と嚢胞性病変に対する EUS-FNA 検体の細胞診と組織診併用の有用性の検討

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科¹⁾, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター内視鏡科²⁾

○今泉雅之(CT)¹⁾, 浜島裕理(CT)¹⁾, 江坂四季音(CT)¹⁾, 白幡浩人(CT)¹⁾, 木下真由美(CT)¹⁾, 鈴木明美(CT)¹⁾, 松田陽子(MD)¹⁾, 西村 誠(MD)²⁾, 新井富生(MD)¹⁾

【目的】当センターでは膵腫瘤性病変、及び嚢胞性病変に対して EUS-FNA を積極的に施行し、可能な限り細胞診用と組織診用の検体を採取している。今回、我々は EUS-FNA 検体において細胞診と組織診を併用することにより診断率が向上しているか検討した。

【対象】2013年11月から2015年5月に当センターで採取された膵臓の EUS-FNA 検体のうち、細胞診 76 例と組織診 72 例 (膵腫瘍 68 例, 嚢胞性 8 例) を対象とした。

【結果】細胞診検体の材料採取不可、材料不適は 0%、陰性 9.2%、良悪判定困難 17.1%、疑陽性と陽性 73.7%であった。組織診検体の HE 染色及び Ab-PAS 染色標本のみでは材料採取不可 6.6%、材料不適 7.9%、陰性、非腫瘍性病変 2.6%、異型上皮 17.1%、悪性疑い、悪性 65.8%であった。また、異型上皮のうち、免疫染色を追加すると、軽度異型上皮 9.2%、悪性疑い、悪性 72.3%であった。細胞診と組織診を併用した場合、陰性 6.6%、良悪判定困難、軽度異型上皮 13.2%、悪性疑い、悪性 80.3%であった。嚢胞性病変の場合、細胞診検体では、検体採取不可、材料不適 0%、陰性 12.5%、良悪判定困難 75.0%、疑陽性、陽性 12.5%であった。組織診検体では検体採取不可 12.5%、材料不適 37.5%、軽度～中等度異型上皮 37.5%、悪性疑い、悪性 12.5%であった。

【考察】細胞診と組織診の併用は、診断率向上に有用であると考えられた。今回の検討では、組織診より、細胞診で悪性と診断し得た症例が多かった。また、組織診では免疫染色を行うことで更なる診断率の向上が得られた。膵臓 EUS-FNA 検体、特に嚢胞性病変の組織診では、材料不適や検体採取不可が多く、細胞診による診断が重要と考えられた。

P-1-097 EUS-FNA における膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の特徴的細胞所見の検討

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター病理診断科¹⁾, 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター内視鏡科²⁾

○江坂四季音(CT)¹⁾, 浜島裕理(CT)¹⁾, 今泉雅之(CT)¹⁾, 白幡浩人(CT)¹⁾, 木下真由美(CT)¹⁾, 鈴木明美(CT)¹⁾, 松田陽子(MD)¹⁾, 西村 誠(MD)²⁾, 新井富生(MD)¹⁾

【はじめに】膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) は通常型膵癌に比して予後がよいとされ, その診断価値は高い。今回我々は超音波内視鏡下針穿刺吸引法 (EUS-FNA) における IPMN の細胞像の特徴的所見について検討した。

【対象】2013年6月から2015年6月までに当施設において EUS-FNA が施行され, 細胞診および組織診を行った 63 例を対象とした。組織診と画像所見を合わせて最終判定とし, その内訳は, 膵管内乳頭粘液性腺腫 (IPMA) 5 例, 膵管内乳頭粘液性腺癌 (IPMC) 21 例, 通常型膵癌 37 例であった。なお, 複数回穿刺した同一患者を含む。

【方法】対象の細胞像を, 壊死, 乳頭状集塊, 高円柱細胞, 粘液の有無, 及び細胞異型の程度について再検討し, IPMN と通常型膵癌を比較した。

【結果】IPMA では厚い粘液を背景に, 豊富な粘液を有する比較的極性のそろった高円柱細胞の大集塊が出現しており, 細胞異型は軽度であった。IPMC では通常型膵癌と同様に, 一般的な腺癌に相当する種々の所見が見られた。IPMC の多くの症例では背景に IPMA の混在を示唆する所見が見られた。通常型膵癌においても, 背景に軽度～中等度異型を示す腺上皮が見られた。

【考察】膵臓の EUS-FNA 細胞診材料において, 画像所見と合わせることで IPMA を示唆することが可能と思われた。IPMA は軽度～中等度の構造および細胞異型を示した。IPMC は, 通常型膵癌との鑑別は困難であったが, 高度異型以上の所見を呈し, 腺癌の診断は可能であった。また, 通常型膵癌の背景に混在し軽度～中等度異型を示す腺上皮は, 前癌病変である膵上皮内腫瘍性病変 (Pan-IN) と考えられた。膵臓の EUS-FNA 検体の診断では, 良性, 軽度～中等度異型, 高度異型以上の 3 段階に分けることが現実的であると考えられた。

P-1-098 当院における EUS-FNA 検査の現状および診断成績の検討

大阪労災病院中央検査部¹⁾, 大阪労災病院病理診断科²⁾

○金田香央里(CT)¹⁾, 岡部美由紀(CT)¹⁾, 小倉啓介(CT)¹⁾, 浦芝 敬(CT)¹⁾, 三村明弘(CT)¹⁾, 三輪秀明(MD)²⁾

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引法 (Endoscopic ultrasonography-guided fine needle aspiration 以下 EUS-FNA) は保険取載により, 当院でも 2010 年 11 月から施行されるようになった。当院における EUS-FNA 検査では, 採取細胞量の適否を迅速細胞診検査 (Rapid on-site evaluation 以下 ROSE) により確認し, Pap 標本とセルブロック標本を作製している。今回我々は, これまでに施行された 83 例について, 穿刺病変の内訳および診断成績の検討をおこなった。

【方法】2010 年 11 月から 2015 年 3 月までに施行された 83 例を対象とした。EUS-FNA 細胞診断を陰性, 疑陽性, 陽性に, セルブロック組織診断または手術組織診断を良性, 境界悪性, 悪性に区分し, EUS-FNA 細胞診断の診断成績を算出した。

【結果】穿刺病変の内訳は膵腫瘍 47 例, 消化管粘膜下腫瘍 24 例, その他 12 例であった。また膵腫瘍の EUS-FNA 細胞診断の感度, 特異度および陽性的中率, 陰性的中率, 検体不適率は, それぞれ 86.5%, 80%, 100%, 100%, 0% であり, 消化管粘膜下腫瘍では, それぞれ 60%, 83.3%, 75%, 71.4%, 9.1% であった。

【考察】膵腫瘍の EUS-FNA 細胞診断は, 良好な成績が得られていた。一方, 診断成績の悪い消化管粘膜下腫瘍の EUS-FNA 細胞診断では, 組織診断で境界悪性である症例を陰性, または組織診断で良性である症例を疑陽性と判定してしまった症例が計 6 例あった。これらは消化管間質腫瘍と平滑筋腫などの良性病変との鑑別に苦慮した症例であり, ほとんどの症例がセルブロック標本および手術標本の免疫染色によって確定診断されている。適切な細胞量が採取されていることを ROSE で確認し, 診断に適した Pap 標本やセルブロック標本を作製することは重要であり, 診断成績の向上につながると考えられる。

P-1-099 当院における超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) の報告

名古屋記念病院臨床検査部

○水野晃子(CT), 川村辰也(CT), 南谷健吾(CT),
西尾知子(MD)

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) は膵臓や深部臓器の病変の診断に有用である。当院では2014年4月より開始し2015年5月までに39例を行った。当院における検体処理, 診断成績について報告する。

【方法】当院では検体採取前に細胞検査室に連絡が入り, 細胞検査士が出向いている。採取された組織片はシャーレに押し出され, その一部を圧搾細胞診標本を作製している。Diff-Quik 標本, パパニコロウ標本各1枚作製, 残りはCell block にしている。Diff-Quik 標本は直ちに染色し鏡検・報告。目的とされる細胞が採取されるまで穿刺は繰り返行われる。開始当初, 組織片をシャーレに押し出す際, 一塊に押し出されていたが, 血液が多く含まれた検体から白色調部分の組織片をサンプリングすることは非常に困難であった。そこで検体をシャーレに押し出す際, 針先を移動させ糸状に押し出すことにした。この操作により組織片中の白色調部分をサンプリングし易くなった。

【成績】穿刺部位は膵臓21例, 胃粘膜下腫瘍10例, 腹腔内リンパ節2例, 食道2例, 肝臓・直腸・脾臓・腹腔内腫瘍がそれぞれ1例であった。39例中, 細胞診判定陰性16例, 疑陽性9例, 陽性14例であった。採取量不足で組織診が行われなかった1例を除く38例の組織診との一致率は, 陰性・疑陽性以上として比較すると38例中35例(92%)が一致し, 一致しなかった3例はすべてGISTであった。

【まとめ】検体採取時に糸状に押し出すことはサンプリングの質の向上となり, また目的とする細胞が採取されたかを臨床医に速やかに報告することも穿刺の質の向上に繋がったと考える。

P-1-100 膵 EUS-FNA 迅速細胞診の有用性に関する検討

呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹, 呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部², 呉医療センター・中国がんセンター院長³

○倉岡和矢(MD)^{1,2}, 田中美帆(CT)¹, 末田朝子(MT)¹,
菅重理紗(MT)¹, 安村奈緒子(CT)¹, 坂根潤一(CT)¹,
西村俊直(CT)¹, 在津潤一(MD)¹, 谷山大樹(MD)¹,
齋藤彰久(DDS)¹, 戸田 環(CT)², 谷山清己(MD)³

【はじめに】当院では経消化管的な超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration cytology; EUS-FNA) による膵腫瘍の迅速診断を行っている。この有用性について前回より若干の症例数を追加して検討した。

【対象】臨床的に膵腫瘍が疑われ, 2010年3月~2015年5月に採取された79例。この内, 2012年9月までの25例は従来法による診断(迅速診断なし), 以降の54例は迅速診断施行例。

【方法】消化器内科医によりスライドガラスに吹き付けられた検体を病理医が肉眼的に観察し, 血液等を除去し, 迅速診断用の Diff-Quick 染色標本とした。組織片が観察される場合は分別し, 組織切片を作製した。残りの検体及び注射器を生食で洗った検体は液状標本(Liqui-Prep)とした。1例につき, 1~6回の検体が提出された。

【結果】上記従来法による25例中, 細胞診断の内訳は陽性(腺癌)15例(60%), 疑陽性(腺癌疑い, 異型腺細胞)2例(8%), 陰性7例(28%), 検体不適1例(4%)であった。迅速診断54例中, 細胞診断陽性(腺癌, 神経内分泌腫瘍, 未分化癌疑い)は39例(72%), 疑陽性(腺癌疑い, 異型腺細胞)は6例(11%), 陰性は8例(15%), 検体不適は1例(2%)であった。診断に要した日数 (turn around time) 及び穿刺回数は, 其々従来診断法では平均3.3日, 3.3回, 迅速診断では平均35分, 2.3回であった。

【まとめ】従来診断法に比べ, 迅速診断では大幅な陽性例の増加及び陰性例の減少が得られた。さらに, 平均報告時間の大幅な短縮, 穿刺回数も認められた。

【考察】EUS-FNA 検体の迅速細胞診は膵腫瘍性病変の迅速かつ確実な診断法であり, 有用と考えられた。

P-1-101 EUS-FNA 材を用いた膵癌診断における細胞診の有用性とその生物学的特性との相関について

JA 愛知厚生連江南厚生病院臨床検査技術科¹⁾, JA 愛知厚生連江南厚生病院病理診断科²⁾

○船橋真紀(CT)¹⁾, 福山隆一(MD)²⁾, 西尾一美(CT)¹⁾, 若松真理(CT)¹⁾, 住吉尚之(CT)¹⁾, 横井智彦(CT)¹⁾

【はじめに】当院では、平成 25 年より超音波内視鏡下穿刺吸引法（以下：EUS-FNA）で採取された検体を用いて膵癌診断を行っている。しかし組織診のみでは確定困難な場合がある。そこで我々は確定診断における細胞診の有用性を検討した。一方、Ki-67 指数（以下：LI）は腫瘍の悪性度に関連するので、これを計測し、細胞・組織診断に役立つかを検討した。

【方法】平成 25 年 1 月から 27 年 6 月に膵疾患で EUS-FNA を施行され、細胞診検査と病理組織検査を実施し、それぞれ疑陽性または陽性と判定した 19 例を対象とし、細胞診の有用性を検討した。また、手術例を加えた 21 例について LI を計測した。LI の平均値が約 20% であったため、低 LI ($\leq 20\%$)、高 LI ($> 20\%$) の 2 群に分け、細胞診と組織診における陽性、および疑陽性判定との対応を試みた。さらに p53, CK20 の発現、腫瘍の分化度との相関も検討した。

【結果】細胞診と組織診：組織診断で疑陽性と判定された症例中 4/6 が細胞診で陽性と判定された。

LI と陽性判定との相関：陽性と判定された症例中、高 LI は細胞診で 9/15、組織診で 10/15 であり、どちらにおいても高 LI であるほど陽性判定率が高い傾向にあった。一方、疑陽性と判定された症例中、高 LI は細胞診で 3/6、組織診で 2/6、低 LI は細胞診で 3/6、組織診で 4/6 であり、どちらにおいても LI とはあまり相関しなかった。

【考察】組織診で確定診断できなかった検体のうち 2/3 は細胞診のみで確定診断できたので、EUS-FNA における細胞診は有用であると思われた。高 LI 症例が陽性と判定される傾向は、腫瘍の細胞・構造異型が高度となるためだと推定される。

P-1-102 当院での超音波内視鏡下穿刺吸引（EUS-FNA）細胞診の診断精度について

地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立安佐市民病院臨床検査部¹⁾, 同 病理診断科²⁾

○柏原倫子(CT)^{1,2)}, 御手洗賀世(CT)^{1,2)}, 若林信浩(CT)^{1,2)}, 阪本 聖(CT)^{1,2)}, 江川博彌(MD)¹⁾, 谷本博利(MD)¹⁾, 金子真弓(MD)²⁾

【背景と目的】超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）は新しい診断技術で、近年普及してきている。今回、当院での EUS-FNA 細胞診の診断精度について検討したので報告する。

【対象と方法】2010 年 1 月 1 日から 2015 年 4 月 30 日までに当院にて膵臓の EUS-FNA を施行した 51 名（男性 34 名、女性 17 名、平均年齢 66.4 歳）、52 症例を対象とし、後方視的に解析した。

【結果】採取率は、細胞診 82.7% (43/52)、組織診 75.0% (39/52)、細胞診+組織診 94.2% (49/52) であった。その最終的な組織型は悪性 35 例（腺癌 26 例、転移癌 2 例、神経内分泌癌 2 例、粘液癌 1 例、不明 4 例）、中間型 7 例（神経内分泌腫瘍 4 例、Solid-pseudopapillary neoplasm 2 例、Serous cystic neoplasm 1 例）、良性 8 例であった。感度 90.9%、特異度 100%、正診率 92.9% であった。

【考察】採取率は細胞診と組織診を組み合わせることで、94.2% と良好な結果であった。また、正診率も 92.9% と良好な結果であった。偽陰性 3 症例について標本の再検討を行ったが、細胞診、組織診ともに悪性細胞を認めず、目的とする悪性細胞が未採取であったと考えられた。また、class III に留まった症例が 5 例（腺癌 4 例、不明 1 例）であった。この原因としては、新鮮な検体のため、クロマチンの染色性が弱く、核形不整も乏しい傾向にあることなどが考えられた。

【結語】当院での EUS-FNA 細胞診の採取率、感度、特異度、正診率いずれも概ね良好な結果だった。今後さらに診断精度向上のため、知見を重ね class III の症例を少なくしていきたい。

P-1-103 当院で経験した膵超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) による膵神経内分泌腫瘍の5例

静岡県立総合病院病理学部

○荒川恵弥(CT), 石川直史(CT), 山崎葉子(CT), 岩崎朋弘(CT), 土屋知夏(CT), 鈴木 誠(MD), 新井一守(MD), 室 博之(MD)

【目的】膵の神経内分泌腫瘍 (以下 NET) は全膵腫瘍の2%前後と稀な腫瘍で, 細胞異型が乏しい例も多くしばしば診断に苦慮する。しかし早期の外科的切除により予後の延長が期待できるため, 術前診断が重要になる。今回, 当院で施行された膵 EUS-FNA の結果から細胞学的検討を行い, 形態的特徴をつかむことによって今後の正診率向上を目指す。

【症例】4年間において, 膵 EUS-FNA で細胞診と組織診が同時に行われた症例中, 組織診で NET の診断が得られた5例を対象とした。

【細胞所見】初見時, 3例においてロゼット形成や索状配列などの上皮性結合を認め, NET を示唆することができた。その中には, 核の大小不同や小型核小体を呈する症例もあった。他2例は, 小型の孤立散在性細胞が多数出現しており, 特徴的な所見を見出し難かったため, 推定には至らなかった。しかし再鏡検後, ロゼット様と考えられる配列や NET に結び付く細顆粒状のクロマチンが認められ, 推定病変として挙げることでできた症例だったと考えた。ただし, NET の特徴とされている血管間質はどの症例にも認められなかった。

【組織所見】円形から類円形核を有する小型の腫瘍細胞がみられた。充実性集塊やロゼット様構造など増殖パターンも症例によって様々であったが, 免疫染色の結果いずれも NET と診断された。

【考察】NET と推定し得なかった原因として, 膵 EUS-FNA における NET 細胞像は洗浄細胞診であるために特有の構造に乏しくなるという, 認識不足だったことが挙げられる。小型で結合性の乏しい孤立散在性細胞であっても腫瘍である可能性を念頭に置き観察することが必要であり, 一つ一つの細胞の特徴を知識として積み上げていくことが我々の責務であると考ええる。

P-1-104 膵超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診にて神経内分泌腫瘍が疑われた6例の細胞像

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科

○岩崎聖二(CT), 説田愛弓(CT), 春原 悟(CT), 吉川英一(CT), 藤井誠志(MD), 小嶋基寛(MD), 落合淳志(MD)

【はじめに】膵神経内分泌腫瘍は膵腫瘍の1~3%と比較的稀な腫瘍であるが, 超音波内視鏡下穿刺吸引 (EUS-FNA) の普及により, 経験することが多くなっている。今回, EUS-FNA 細胞診にて神経内分泌腫瘍を疑われた6例の細胞像について報告する。

【方法】2012~2014年の期間で膵 EUS-FNA を施行した183例中, 細胞診にて神経内分泌腫瘍 (NET) を疑った5例, 神経内分泌癌 (NEC) を疑った1例を対象とした。

【結果】NET を疑った症例の組織診断は NET G1 が4例, Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) が1例であった。NET の細胞像は比較的きれいな背景に平面的もしくは重積性集塊を形成し, 細胞は小型で N/C 比高く, 細胞質は顆粒状, 軽度の核大小不同, 核形不整を認め, 核は顆粒状で核小体は明瞭であった。SPN の細胞像は小型で N/C 比高く, 細胞質は泡沫状, 核は細顆粒状で異型は弱く, 一部に偽乳頭状配列を認めた。NEC を疑った症例は組織診断も NEC であった。壊死様背景に不規則な重積性集塊を形成し, 細胞は比較的小型で N/C 比高く, 核の大小不同, 核形不整も顕著であった。核縁は薄く, 核はびまん性に濃染し, 核小体も明瞭であった。

【考察】EUS-FNA による採取検体の評価は細胞診によって迅速に判断する。当施設では全例でセルブロックの作製を行い, 病理診断に加え遺伝子検索や治験へのサンプル提供などに活用している。神経内分泌腫瘍の組織診断には免疫染色による質的診断が必要であり, 細胞診によって組織型を推定することは, 限られた組織標本を有効に利用するために重要な役割を担っていると考える。

P-1-105 異所性腭組織を伴った胃重複症の1例

公益財団法人東京都保健医療公社東京都がん検診センター

○楠木麻子(CT), 庄野幸恵(CT), 成田真一(CT),
押本綾子(CT), 高橋 肇(CT), 山村彰彦(MD)

【はじめに】胃重複症は消化管重複症のなかでも発生頻度が3~10%と比較的稀な先天性疾患である。成人例は更に稀であり、細胞像についての詳細な報告は少ない。今回、幽門側胃切除術を施行し、病理組織学的検索により異所性腭組織を伴う胃重複症と診断した1例について細胞像とともに報告する。

【症例】40歳代男性。心窩部痛を主訴に当センターを受診。画像で胃幽門前庭部大弯の前壁寄りに5cm大の粘膜下腫瘍が疑われ、腹腔鏡下幽門側胃切除術が施行された。

【細胞所見】摘出された手術材料の腫瘍部から穿刺吸引細胞診を施行し、淡褐色の泥状内容物が多く吸引された。細胞像は、多数の泡沫細胞を背景に、立方状~高円柱状の異型のない円柱上皮細胞がシート状や管状の集塊を形成して認められた。それらの多くはHGMおよびMUC5AC陽性の胃腺窩上皮細胞で、MUC6陽性の幽門腺細胞も腺房状の集塊で少数認めた。腭組織由来の腺房細胞等は認められなかった。

【病理所見】胃幽門前庭部から幽門輪部大弯上の粘膜下層に40x30x15mm大の嚢胞が認められた。嚢胞壁内面は萎縮性の幽門腺粘膜に部分的に覆われていた。胃内腔を覆う粘膜と嚢胞壁は各々が独立した粘膜筋板を有しており、嚢胞壁の一部に固有筋層と考えられる構造も見られたため、胃重複症と診断された。また嚢胞内の隆起部には胃粘膜に連続して腺房細胞と導管より成る腭組織を認めた。

【まとめ】胃重複症は胃粘膜下腫瘍との鑑別にCTや超音波内視鏡が有用とされている。本疾患が術前に診断できれば、保存的に経過を観察することも選択肢と成り得る。胃の粘膜下腫瘍は画像診断や内視鏡的切開後の組織学的検索の他、腫瘍の発生部位やEUS-FNAによる細胞像も考慮した診断が望まれる。

P-1-106 胆道炎の胆汁中に検出されたランブル鞭毛虫症の2例

朝倉医師会病院病理診断科¹⁾, 久留米大学医学部病院病理部²⁾, 久留米大学医学部病理学講座³⁾

○田口 順(MD)¹⁾, 藤井広美(CT)¹⁾, 林 涼子(CT)¹⁾,
荒川正博(MD)¹⁾, 鹿毛政義(MD)²⁾, 矢野博久(MD)³⁾

【はじめに】ランブル鞭毛虫症はジアルジア症ともよばれ、ランブル鞭毛虫(*Giardia lamblia*)の感染に起因する疾患であり、本邦では比較的まれである。今回我々は、胆汁細胞診より診断しえたランブル鞭毛虫の2例を経験したので、報告する。

【症例1】89歳女性。初診時、右季肋部に軽度の圧痛を認めた。血液生化学検査所見では、AST 100 U/L, ALT 68 U/Lと肝機能異常を認めたが、T.bil 1.0 mg/dL, ALP 243 U/L, γ GTP 12 U/Lと胆道系酵素は正常範囲内であった。また、HCV抗体が陽性であった。WBC 10600/ μ L, CRP 2.02 mg/dLと炎症所見を認めた。精査の結果、胆嚢結石、総胆管結石を認め、結石による急性胆道炎疑いにてERCP(内視鏡的逆行性胆管膵管造影)を施行。ERCP施行時に採取した胆汁の細胞診検査より、ランブル鞭毛虫の栄養体を認めた。

【症例2】93歳女性。腹部全体に痛みがあり、また腹部膨満感も認められ、近医受診。血液検査にて胆管炎を認めため、入院となる。血液生化学検査ではWBC 5800/ μ L, CRP 2.19 mg/dLと炎症所見を認め、T.bil 1.9 mg/dL, AST 1915 U/L, ALT 1353 U/L, ALP 791 U/L, γ GTP 258 U/Lと著明な肝胆道系酵素の上昇を認めた。入院後、ERCPを施行するが、胆道に明らかな結石の所見はみられなかった。ERCP施行時に採取した胆汁の細胞診検査より、ランブル鞭毛虫の栄養体を認めた。

【まとめ】胆道疾患の場合、低頻度ではあるもののランブル鞭毛虫感染が存在する。2症例とも診断後、metronidazoleの投与で良好な経過を得ている。興味あるランブル鞭毛虫感染症と考え、報告する。

P-1-107 細胞診をきっかけにアメーバ性肝膿瘍の診断に至った 2 例

大阪回生病院病理診断科

○宮下奈都美(CT), 九十九昭恵(CT), 菅原眞由美(CT), 興梠 隆(MD), 堤 寛(MD)

【はじめに】アメーバ性肝膿瘍は腸管外アメーバ症の一種であり, 多くは肝臓右葉に単房性の巨大な膿瘍を形成する。今回我々は肝膿瘍穿刺液の細胞診をきっかけにアメーバ性肝膿瘍の診断に至り, セルブロック法にて肝膿瘍液中の赤痢アメーバ虫体が証明された 2 症例を経験したので発表する。

【症例 1】50 歳代男性。1 週間程前より持続する 39℃ 台の熱を主訴に当院を受診。横臥位で鎖骨周囲に鈍痛あり。エコー及び CT にて肝臓右葉に巨大膿瘍を認め、肝膿瘍穿刺液の細胞診が施行された。アンチオビ様の膿様検体であった。

【症例 2】40 歳代男性。1 週間程前に発熱, 解熱剤服用するも下がらず当院受診。右季肋部に圧痛あり。エコー及び CT にて肝臓右葉に巨大膿瘍を認め、肝膿瘍穿刺液の細胞診が施行された。症例 1 と同様、アンチオビ様の膿様検体であった。

【細胞像】症例 1: 好酸球やリンパ球, 肝細胞が変性した細胞融解像を背景に多数のシャルコライデン結晶を認めた。パパニコロウ染色ではライトグリーンに厚く顆粒状に染色される胞体に核を有する個体を認めた。PAS 染色でも同様、やや強染する胞体にやはり核を有する個体が見られた。症例 2: リンパ球や好酸球, 好中球などの炎症細胞や肝細胞の変性した細胞融解像を一面に認めた。パパニコロウ染色や PAS 染色では虫体は視認できなかった。症例 1, 2 ともにセルブロックを作製し赤痢アメーバ抗体で免疫染色を施行した結果, 虫体の存在が証明できた。

【まとめ】好酸球やシャルコライデン結晶, 細胞融解像など細胞診の背景所見の重要性を再認識させられた 2 症例であった。診断に至るには, 積極的な臨床側との情報交換やセルブロックによる免疫染色などが今後肝要と考える。

P-1-108 肝膿瘍液にみられたエキノコックス症の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院¹⁾, 順天堂大学医学部人体病理病態学講座²⁾

○森佳奈子(CT)¹⁾, 八尾隆史(MD)²⁾, 荒川 敦(MD)²⁾, 福村由紀(MD)²⁾, 齋藤 剛(MD)²⁾, 大沼八千代(CT)¹⁾, 矢部マツ子(CT)¹⁾, 坂井育美(CT)¹⁾, 吉橋美香(CT)¹⁾, 山里勝信(CT)¹⁾, 稲葉暁子(CT)¹⁾, 堤 裕子(CT)¹⁾, 中嶋悦子(CT)¹⁾

【はじめに】単包条虫と多包条虫は一般にエキノコックスと呼ばれる条虫で, 成虫はイヌやキツネの小腸腔内に寄生しているが, その虫卵がヒトなどの中間宿主に摂取されると肝臓や脳に包虫と称する嚢腫を形成し, 非常に病害が大きい。わが国にはこの両種が分布するが, 特に多包条虫による多包条虫症が北海道を中心に問題となっている。今回, 我々はエキノコックス症の一例を経験したので報告する。

【症例】31 歳女性。腹痛と下痢を主訴に他院を受診した際, CT にて肝内に多発する嚢胞性病変を認めた。経過観察中に施行したエキノコックス抗体(ELISA 法)が弱陽性を呈しており, 旅行歴や画像所見と合わせて肝エキノコックス症の診断となった。その後, 加療目的のため当院紹介受診。Western blot 法でも陽性であり, 肝左葉切除術が施行された。

【細胞像】手術時に採取された肝膿瘍穿刺液では, 壊死性および炎症性の背景に, 原頭節ないしくチクラ層の部分像を思わせる構造物が散在性に認められた。

【肉眼像】壊死組織中に隔壁を有する単房性嚢胞が散在する像を認めた。

【組織像】類上皮肉芽腫が多発し, 内部に大型壊死形成を認めた。壊死内部には石灰化を伴うくチクラ層を有する小嚢胞, 繁殖胞を有する原頭節を認めた。

【まとめ】エキノコックス症の一つである多包条虫症は, 多包条虫がイヌやキツネを媒体としてヒトに感染し, 年余にわたって無症状の経過を辿りながら, 症状の発現後には寄生臓器での障害をきたし致命的な結果をもたらす感染症である。診断には居住歴, 旅行歴, 臨床所見, 画像所見, 免疫血清検査を参考に最終的に病理組織所見でくチクラ層を認めることが重要である。

P-1-109 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)で推定し得た肝 PEComa の 1 例

帝京大学医学部附属溝口病院臨床病理部¹⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院病理診断科²⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院臨床検査科³⁾, 帝京大学医学部附属溝口病院消化器内科⁴⁾

○吉野美由紀(CT)¹⁾, 山田正人(CT)¹⁾, 湯澤和彦(CT)¹⁾, 福田 学(CT)¹⁾, 山本恵美(CT)¹⁾, 松本光太郎(MD)⁴⁾, 馬淵正敏(MD)⁴⁾, 安田一朗(MD)⁴⁾, 阿曾達也(MD)²⁾, 水口國雄(MD)³⁾, 高橋美紀子(MD)²⁾, 川本雅司(MD)²⁾

【はじめに】PEComaとは、血管周囲類上皮細胞 perivascular epithelial cell (PEC)由来と考えられている腫瘍で、血管筋脂肪腫や肺明細胞腫瘍、リンパ脈管筋腫症などが含まれる。今回、EUS-FNAにて推定し得た肝 PEComa の 1 例を経験したので報告する。

【症例】40代前半、女性。貧血症状があり、近医より精査目的で当院を受診。MRIにて肝臓S1-8に5cm、S7に2cm、S3に0.8cm大の多発性腫瘍を認めた。S1-8の腫瘍は脂肪含有が示唆され、血管筋脂肪腫を最も疑われた。S7とS3の腫瘍は血管腫と思われた。確定診断のため、経胃的EUS-FNAにて組織診と細胞診を行った。

【細胞所見】細胞量は多く集塊が目立ち、一部に裸核状として出現していた。集塊は大型で血管成分を含み錯綜様の配列を示し、辺縁は突起状に伸びていた。細胞密度は集塊で異なり、空胞状を呈する部分がみられた。核は類円～短紡錘形で大小不同性を示し、明瞭な核小体と空胞を認めた。細胞質は細線維状または細顆粒状であった。また、背景の一部に脂肪を思わせる所見と大型でN/C比の低い泡沫細胞を認めた。非上皮性腫瘍が考えられ、鑑別困難と判定し、総合的に血管筋脂肪腫を疑った。

【組織所見】類円形核、好酸性細胞質を有する大型細胞や、泡沫状あるいは淡明な細胞質を伴う大型細胞が混在する腫瘍で、細胞質にはグリコーゲンを有していた。腫瘍細胞はHMB45、 α -SMAが陽性であり、PEComaと診断した。

【まとめ】肝 PEComa は比較的まれな腫瘍で、多彩な細胞像を呈し、大型化や細胞異型を伴うため、良悪の鑑別を要することがある。

P-1-110 診断に苦慮した GIST の 1 例

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾

○赤埴由紀子(CT)¹⁾, 草苺宏有(CT)¹⁾, 大川千絵(CT)¹⁾, 有泉 泰(MD)²⁾, 高木正之(MD)²⁾

【はじめに】消化管間質腫瘍 (Gastrointestinal stromal tumor : 以下 GIST) は、Cajal 介在細胞に由来し、その遺伝子産物である KIT レセプターを発現する間葉系腫瘍である。発生頻度は胃や小腸で高く、40～60歳の成人に好発する。今回、食道に発生し後に肺に転移した GIST を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。胃癌の既往歴あり。下部食道に8cm大の巨大な隆起性腫瘍を認め、食道亜全摘・残胃全摘術が施行された。食道腫瘍の病理診断は、高危険群の GIST であった。術後約1年で左肺に転移性腫瘍が疑われたため、部分切除術が施行された。

【組織所見】食道の病変は、下部食道から胃食道境界部の粘膜下を主座として、異型が目立つ円形細胞や短紡錘形細胞の増殖を認め、round cell tumor であった。腫瘍細胞は免疫染色で CD117 や CD34 陽性、Desmin や S-100 蛋白陰性であった。肺腫瘍も、食道病変と同様な異型を伴う円形から類円形腫瘍細胞の形態を示し、免疫染色も同様の結果を示した。

【細胞所見】食道腫瘍では、類円形から楕円形の由来不明な裸核細胞が出現していた。核形不整やクロマチンの増量も軽度みられた。肺腫瘍では、類円形の腫瘍細胞が血管軸を有する集塊状～孤立散在性に多数出現していた。クロマチンは増量し、腫大した核小体を1個～複数個有していた。

【まとめ】食道に発生し、他臓器に転移をきたした高危険群の GIST を経験した。組織所見や細胞像は典型的な GIST とは異なり診断に苦慮した症例であった。臨床経過や鑑別診断も加味し、慎重に鏡検する必要があると思われた。

P-1-111 GIST 症例の細胞像の検討

神奈川県立がんセンター医療技術部検査科¹, 神奈川県立がんセンター病理診断科², 昭和大学横浜市北部病院臨床病理検査室³, 昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科⁴

○小林志津子(CT)¹, 北村隆司(CT)³, 北村和久(CT)¹, 酒井麻衣(CT)¹, 小島朋子(CT)³, 鷺見公太(MD)², 小野響子(MD)², 河内香江(MD)², 尾松睦子(MD)⁴, 国村利明(MD)⁴

【はじめに】GIST(gastrointestinal stromal tumor)は消化管粘膜下にある未熟な間葉系細胞に由来する肉腫の一種とされ, 他の間葉系腫瘍との鑑別は治療法に直結することから重要性が極めて高いと考えられている。本型の細胞像をみる機会は従来, 腫瘍摘出後の捺印細胞標本が大半であったが, 超音波内視鏡下穿刺針生検(EUS-FNA)が普及した今日では, その検体の適否を決定する迅速細胞診の際にしばしば遭遇する腫瘍の一つと言える。今回我々は14例のGISTを用いてその細胞像をまとめたので報告する。

【対象と方法】GISTと診断された症例の穿刺吸引細胞診標本4例と原発組織(胃, 腸管)および転移巣(肝臓)捺印標本10例にパパニコロウ染色とギムザ染色を施し, その細胞像を比較検討した。

【結果】全症例での腫瘍細胞の核は概ね類円形~楕円形を示し, 背景には同様の裸核細胞が出現していたが, 14例中4例(28.6%)では葉巻状を呈する長楕円形核がみられた。また, 核形不整は14例中8例(57.1%), 14例中7例(50%)において明瞭な核小体を認めた。なお, 全例の細胞診標本において明らかな核分裂像は確認できなかった。出現形態は散在性, 小型から中型の集塊状を呈しており, 後者の集塊の中には周囲基質にギムザ染色にて異染性(メタクロマジー)を示すものが14例中12例(85.7%)観察された。

【まとめ】GISTは免疫組織化学的検索によって診断されるため細胞診が最終診断となることはない。GIST検索を目的としたEUS-FNA時の細胞診検査においては, 一般的細胞像を熟知している必要があることに加え, 今回はギムザ染色で腫瘍細胞集塊に周囲基質の異染性を示したGIST症例の割合が高く組織推定の一助となる可能性が示唆された。

P-1-112 尿路洗浄細胞診における低異型度尿路上皮癌の細胞学的検討

順天堂大学医学部附属練馬病院病理診断科¹, 順天堂大学医学部附属練馬病院臨床検査科²

○青木裕志(CT)¹, 浅見志帆(CT)¹, 飯野瑞貴(CT)¹, 阿部杏実(CT)¹, 大橋久美子(CT)², 小倉加奈子(MD)², 松本俊治(MD)¹

【はじめに】尿路洗浄細胞診は, 腎盂や尿管など組織生検による病変検索が困難な部位においても, 導尿や洗浄尿を施行することにより, 病変の局在や組織型が推定されるなど, 診断的意義は大きい。尿路上皮系腫瘍のなかでも, 低異型度尿路上皮癌は細胞異型が軽度で, 洗浄尿においては集塊を形成する傾向にあることから, 良性の尿路上皮細胞との鑑別に苦慮する症例も少なくない。今回我々は, 尿路洗浄細胞診における低異型度尿路上皮癌の診断精度向上を目的に, 細胞像を検討したので報告する。

【方法】2010年1月から2015年12月に, 手術材料にて腎盂あるいは尿管の低異型度尿路上皮癌と診断され, 術前に尿路洗浄細胞診が施行された17例を対象とした。異型細胞の出現様式及び細胞集塊の所見, 核所見, 細胞質所見について検討した。

【結果】17例中16例は細胞集塊が優位に出現した。細胞集塊は細胞密度が高く不規則重積を示し, 集塊内には対細胞や壊死物質を認めた。また, 細胞集塊周囲にはアンブレラ細胞は確認できなかった。核クロマチン構造は顆粒状で増量しており, 核は円形から類円形で緊満感を呈していた。細胞は小型でN/C比が高く, 様々な程度の変性を伴っていた。

【まとめ】尿路洗浄細胞診において低異型度尿路上皮癌は, 小型でN/C比の高い腫瘍細胞が不規則重積集塊を形成して出現することが多いため, 細胞集塊内の所見を詳細に観察することが, 低異型度尿路上皮癌の診断精度向上に繋がるものと考えられる。

P-1-113 報告様式における低異型度尿路上皮癌の取り扱いと細胞像の検討

大阪府済生会野江病院病理診断科¹⁾, 香川大学大学院医学系研究科²⁾, 香川大学医学部附属病院病理診断科病理部³⁾, 大阪市立大学⁴⁾, 京都大学医学部附属病院病理診断科⁵⁾

○小椋聖子(CT)^{1,2)}, 矢野恵子(PhD)¹⁾,
江木さつき(CT)¹⁾, 高安祥子(CT)¹⁾, 城戸貴之(CT)¹⁾,
羽場礼次(MD)³⁾, 桜井幹己(MD)⁴⁾, 桜井孝規(MD)⁵⁾

【はじめに】今回われわれは、当院が採用している記述式5段階評価（正常/良性，鑑別困難 undetermined significance (US)，鑑別困難 favor neoplastic (FN)，悪性疑い，悪性）における低異型度尿路上皮癌 (LGUC) 症例の成績と細胞像を調査したので報告する。

【対象と方法】対象は2013年6月から2015年5月までの2年間に経尿道的膀胱腫瘍切除術，経尿道的膀胱腫瘍生検，腎，尿管腫瘍切除術が施行され，LGUCと診断された症例の術前尿（自然尿，膀胱洗浄尿，腎盂・尿管尿，カテーテル尿）細胞診44件とした。このうち鑑別困難US，鑑別困難FN，悪性疑い，悪性と判定された症例について異型細胞及び，腫瘍細胞の細胞像の検討を行った。

【結果】LGUC44症例の術前尿細胞診の判定は正常/良性30例，鑑別困難US4例，鑑別困難FN5例，悪性5例であった。鑑別困難USでは集塊で出現する小型異型細胞と反応性尿管上皮細胞の混在が認められた。鑑別困難FNでは均一な細胞からなる重積性集塊を認める症例と，Isolated single cellsパターンをとる症例が認められた。悪性では異型高度な腫瘍細胞が出現しており，LGUCを推定した症例は認められなかった。

【結語】当院が採用している記述式5段階評価の鑑別困難FNは，細胞学的にLGUC由来が疑われる異型細胞出現時のカテゴリーに適しており，臨床にもより正確に伝わり，精度管理上も有用な報告様式と思われた。日本臨床細胞学会発刊の細胞診ガイドライン1記載の報告様式採用にあたってはLGUC疑いの異型細胞の取り扱いが課題と考えられた。

P-1-114 尿路上皮腫瘍における尿中異型細胞スコアリングの試み

新潟大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹⁾, 新潟大学医歯学総合病院病理部²⁾

○須貝美佳(CT)¹⁾, 梅津 哉(MD)²⁾, 大橋瑠子(MD)²⁾,
高橋加奈絵(CT)²⁾, 池亀央嗣(CT)²⁾, 坂下千明(CT)²⁾,
岩淵三哉(MD)¹⁾

【目的】尿細胞診は低侵襲で頻回の検体採取が可能なことから，尿路上皮系腫瘍の早期発見および術後の経過観察において有効な手段であるが，細胞出現数の少なさや，比較的小型な異型細胞が優位に出現することもあり，腫瘍の存在自体を検出できていない場合もある。そこで尿路上皮腫瘍を確実に検出すること，術前の異型度判定を行うことを目的にスコアリングによる細胞診判定の検討を行った。

【方法】当院泌尿器科において経尿道的膀胱腫瘍摘出術，膀胱，尿管，腎摘出術が施行され，組織学的に尿路上皮癌が確定された症例の術前自然尿細胞診標本120例および非腫瘍例：NT18例の計138例を対象とした。尿路上皮癌は低異型度非浸潤性乳頭状尿路上皮癌：LGUC，高異型度非浸潤性乳頭状尿路上皮癌：HGUC，上皮内癌：CIS，浸潤性尿路上皮癌筋層浸潤なし：T1，筋層浸潤あり：T2に分類した。細胞所見は異型細胞の出現個数，核径，N/C比，核濃染度，核形不整，背景壊死の程度の6項目をそれぞれ0-2の3段階に分類し，スコアを積算し評価した。

【成績】NT群では比較的大型な細胞が見られる症例が多い一方，濃染核，核膜不整の各項目について16/18例でスコア0であった。LGUC群の70%は合計スコア6以上であった。HGUC群，CIS群，T1群の80%以上，T2群では全例で合計スコア8以上であった。平均スコアはNT<LGUC<CIS<HGUC<T1<T2であった。

【結論】スコアリングを用いることで，尿細胞診で反応性異型細胞と腫瘍細胞とを判別することができた。また，高悪性度尿路上皮癌を推定できた。本検討の結果，臨床へのより精度の高い情報提供が可能になると思われた。

P-1-115 滋賀県における泌尿器細胞診判定の標準化に向けた取り組み

独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院検査部¹⁾, 大津赤十字病院検査部²⁾, 大津市民病院臨床検査部³⁾, 滋賀医科大学医学部附属病院病理部⁴⁾, 大津赤十字病院病理部⁵⁾, 滋賀県臨床検査精度管理細胞部会⁶⁾

○吉田章子(CT)^{1,6)}, 今村真治(CT)^{2,6)}, 田口一也(CT)^{3,6)}, 籠谷亜希子(CT)^{4,6)}, 宮平良満(CT)^{4,6)}, 白瀬智之(MD)^{5,6)}

【はじめに】滋賀県で実施した泌尿器疾患の精度管理について報告する。

【方法】平成25年, 26年の2年間フォトサーベイで実施した。設問は各年度とも10問でweb閲覧方式による解答形式とした。平成25年度は19の共通選択肢から, 26年度は設問ごとの10の選択肢から解答し, 解答に至った細胞所見も記載してもらった。設問は, 扁平上皮癌, 反応性尿路上皮細胞, 高異型度尿路上皮癌, 腺癌(前立腺癌), 精上皮腫, 低異型度尿路上皮癌, ウイルス感染細胞, 腺癌(尿管癌), 白血球細胞, 微小乳頭型尿路上皮癌, 尿路上皮内癌, 腎明細胞癌, 転移性大腸癌, 悪性リンパ腫, 小細胞癌を出題した。解答回収後に標本検討会を設け, フォトサーベイに使用したスライドガラス標本を鏡検してもらった。

【結果】参加施設数は平成25年度が21施設, 26年度は20施設であった。正解率(許容正解率を含む)は, 平成25年度は反応性尿路上皮細胞が67%, 低異型度尿路上皮癌が57%で他は80%以上であった。26年度は腎明細胞癌が70%, 反応性尿路上皮細胞が45%で他は90%以上であった。

【考察】平成25年度は全問共通の選択肢を設けたためか解答に分散傾向が見られた設問があった。26年度は個別選択肢に変え臨床所見も可能な範囲で記載したところ, 25年度より精度の高い結果が得られた。細胞所見を記載してもらったことで細胞の読みの問題点が指摘できた。また標本検討会を設けたことで写真では表現できにくい微妙な細胞所見も理解してもらえた。

【まとめ】2年間連続して泌尿器疾患について実施し, 細胞所見の記載欄や標本検討会を設けたことで精度の高い結果が得られた。

P-1-116 イメージサイトメトリーを応用した膀胱洗浄液の細胞解析

山口大学大学院医学系研究科分子病理学

○池本健三(CT), 小賀厚徳(MD), 近藤智子(MD), 帖地康世(MD), 伊藤浩史(MD)

イメージサイトメトリー(ICM)は, 核DNA量や細胞内分子の定量解析とともに抗原抗体反応やFISHをもちいるの局在解析さらにはこれらの細胞の形態観察を可能とする方法である。スライドガラス上の当該細胞は, それぞれの位置と形態を含む測定情報が記録されることで, 個々の細胞情報を後日でも取得できる。

我々は, 43例の膀胱洗浄液を用いた直接塗沫標本にてpropidium iodide (PI)染色を行いICM(RS100:オリンパス)装置にてDNAヒストグラムを作製しDNA index (DI)を決定した。今回, $DI < 1.2$ をDNA diploidに $DI \geq 1.2$ のものをDNA aneuploidと定義した。 $DI < 1.2$ のdiploidは14例, $DI \geq 1.2$ のaneuploidは25例で, 判定不能のものが4例と分類された。今回diploidの症例について当該細胞の細胞周期と異型細胞との関係を比較した。Diploidにおいて細胞診は陰性5例, 疑陽性7例と陽性2例であり, 組織診断は低異型度尿路上皮癌(LGUC)8例, 高異型度尿路上皮癌(HGUC)6例であった。Aneuploidでは細胞診は陰性1例, 疑陽性5例と陽性19例で, 組織診断は陰性1例, LGUC1例とHGUC23例であった。DNA ploidyは細胞診あるいは組織異型度の結果とそれぞれよく相関した(カイ二乗検定でいずれも $p < 0.001$)。Diploid 14例での細胞周期割合はG0, G1期(2C)領域で平均87.5%(74.2~95.9%), S期4.0%(1.0~9.2%), G2, M期(4C)8.1%(2.8~15.8%), さらに4C以上の細胞は0.4%(0.1~1.5%)で症例ごとに差異が大きかった。組織異型度とよく相関するDNA ploidyではあるが, diploidの症例ごとに各細胞周期間の細胞を詳細に観察することでaneuploidの異型細胞が混在する症例もみられた。これらの当該細胞も供覧したい。

P-1-117 尿細胞診鑑別困難症例における免疫細胞化学的検討

大阪府済生会野江病院病理診断科¹, 京都大学医学部附属病院病理診断科²

○城戸貴之(CT)¹, 小椋聖子(CT)¹, 矢野恵子(PhD)¹, 江木さつき(CT)¹, 高安祥子(CT)¹, 桜井孝規(MD)²

【はじめに】尿細胞診において、反応性尿細管上皮細胞(RRTEC)や異型尿路上皮細胞と尿路上皮癌細胞の鑑別に苦慮することがある。これらの細胞を鑑別するため、Vimentin抗体とp53抗体を用いた免疫細胞化学による再検討を行い、若干の知見を得たので報告する。

【対象と方法】2013年6月から2014年11月の1年6ヶ月間に施行された自然尿細胞診1407件のうち鑑別困難と判定され、かつ液状化細胞診(LBC)残余検体でのパニコロウ染色標本再作製で異型細胞を認めた22件を対象として、Vimentin抗体を用いた免疫染色を施行した。また同期間中、自然尿細胞診で悪性と判定され、かつ組織学的に尿路上皮癌と診断された症例のうち、LBC残余検体で腫瘍細胞を認めた10件を対象として、p53抗体を用いた免疫染色を施行した。

【結果】Vimentin抗体の免疫染色を施行した22件のうち12件(54.5%)は陰性で尿路上皮細胞由来と思われたが、7件(31.8%)は尿路上皮細胞由来と反応性尿細管上皮細胞由来が混在していた。陰性例の4件(33.3%)、混在例の3件(42.8%)は組織学的に悪性と診断された。またp53抗体の免疫染色を施行した10件のうち、腫瘍細胞のみに陽性を示した症例は7件(70.0%)だった。

【まとめ】鑑別困難症例には尿路上皮細胞とRRTECの混在例があり、LBC残余検体を用いたVimentin抗体に対する免疫染色は尿細胞診の精度向上に有用で、また尿路上皮癌由来の推定には、Vimentin抗体とp53抗体を併用した免疫染色が有用であると思われた。

P-1-118 尿細胞診標本を用いた核DNAロケーションとPap染色性の比較検討

九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹, 九州大学医学研究院保健学部門², さぎやま泌尿器クリニック³, 製鉄記念八幡病院病理診断科⁴, 高邦会高木病院⁵

○軍場麻紀(MT)¹, 渡邊寿美子(PhD)², 鷺山和幸(MD)³, 金城満(MD)⁴, 杉島節夫(PhD)², 岩坂剛(MD)⁵, 加来恒壽(MD)²

【背景】核クロマチンの増加は悪性を鑑別するうえで重要な所見となる。我々はこれまでクロマチンとDNAの局在の関連性を実験的に検討し、増殖期で相関が高く、休止期では相関が低下するという結果を得ている。今回、尿細胞診標本でも培養細胞と同様の結果が得られるのかを検討した。

【方法】内視鏡診断にて膀胱腫瘍と診断された14名の尿細胞診標本を撮影し、一度脱色した後にDAPI染色を行い同じ細胞を撮影した。その後ImageJを用いて、当研究室で開発したクロマチン分布を数値化する指標(RD値)、核面積、核充実度、縦横比、円形度を測定した。

【結果】再発なし群(N群)と再発あり群(R群)で比較すると、有意差があった項目はPap染色標本のRD値(N群: -4.8 ± 59 , R群: -41 ± 44), 縦横比(N群: 1.3 ± 0.19 , R群: 1.3 ± 0.21), 円形度(N群: 0.91 ± 0.042 , R群: 0.90 ± 0.050), DAPI染色標本のRD値(N群: -66 ± 67 , R群: -81 ± 49), Pap染色とDAPI染色のRD値の相関係数(N群: 0.69 ± 0.24 , R群: 0.50 ± 0.30) ($p < 0.01$), Pap染色標本の核充実度(N群: 0.97 ± 0.013 , R群: 0.97 ± 0.015) ($p < 0.05$)であった。Pap染色標本の核面積(N群: 58 ± 49 , R群: 55 ± 34)では有意差が見られなかった($p = 0.29$)。

【考察】RD値、核充実度、縦横比、円形度、Pap染色とDAPI染色のRD値の相関係数は再発の鑑別点となり得ることが示唆された。今後、膀胱内注入療法との関連についても検討し、報告する。

P-1-119 心移植後の尿中に出現する異型尿路上皮細胞集塊とウイルス感染細胞の関連性

国立研究開発法人国立循環器病研究センター臨床検査部臨床病理科¹⁾, 国立研究開発法人国立循環器病研究センター臨床検査部²⁾, 国立研究開発法人国立循環器病研究センター移植医療部³⁾

○幸高真美(CT)¹⁾, 初山弘幸(CT)¹⁾, 藤澤悠貴(MT)¹⁾, 稲本郁哉(MT)¹⁾, 新井浩司(MT)²⁾, 中嶋絢子(MD)¹⁾, 大郷恵子(MD)¹⁾, 松山高明(MD)¹⁾, 池田義彦(MD)¹⁾, 築瀬正伸(MD)³⁾, 植田初枝(MD)¹⁾, 中谷武嗣(MD)³⁾

【背景】当センターでは現在、渡航移植例を含め計80例の心移植後患者が通院している。免疫抑制剤投与下の日和見感染のモニター検査として尿細胞診を定期的に行い、腎移植後で報告されているように我々もPolyoma感染細胞を確認し発表してきた。今回、心移植後の尿細胞診中に小型尿路上皮細胞集塊が出現した症例を認め、その細胞形態とウイルス感染との関連について検討した。

【対象と方法】心移植後の80症例(女性21例, 平均年齢42.4歳, 移植後1年4ヶ月~16年9ヶ月, 平均8年7ヶ月)の自然尿を集細胞法にて収集。パパニコロウ染色とともにPolyoma-JK抗体, Cytomegalo(CMV) virus抗体による免疫染色を施行し移植後の経過などとの関連性を調べた。

【結果】18例(22.5%)に小型尿路上皮細胞の集塊を認め、うち4例では核型不整, クロマチン増加など軽度の異型を伴い疑陽性と判定し, 2例は大型核や高度核異型を示す細胞から, 尿路上皮癌を疑い陽性と判定した。その後, 1例は他院の精査でも尿路上皮癌と診断された。残りの12例は1~3ヶ所に小細胞集塊が見られる程度で反応性尿路上皮細胞とした。Polyomaは18例中8例(44.4%)に免疫染色で陽性細胞を認めた。全例で小型尿路上皮細胞集塊出現前からウイルス感染細胞を認めた。CMVは1例にのみ一過性に陽性細胞が認められた。

【まとめ】今回の検討で心臓移植後長期の経過で小型尿路上皮細胞集塊が出現し, 1例で尿路上皮癌の発生も認めた。免疫抑制剤投与下では日和見感染に加え異型細胞の出現も念頭におく必要があり, 移植後患者での尿細胞診は有用な検査である。

P-1-120 膀胱癌術後患者から発生したNephrogenic adenomaの2例

東芝林間病院臨床検査科病理¹⁾, 東芝林間病院泌尿器科²⁾, 北里大学医学部病理学³⁾

○加藤友也(CT)¹⁾, 酒井真理(CT)¹⁾, 中浦新平(MT)¹⁾, 菅野ひとみ(MD)²⁾, 柳沢信之(MD)³⁾, 吉田 功(MD)³⁾, 三枝 信(MD)³⁾

【はじめに】Nephrogenic adenomaは尿路に発生する比較的稀な良性腫瘍である。今回我々は, 膀胱癌術後であり, 背景に慢性膀胱炎がみられた患者2名から同様なNephrogenic adenomaが出現したため細胞像を中心に参考文献と併せて報告する。

【症例】78歳男性, 63歳男性。ともに肉眼的血尿を主訴として当院泌尿器科を受診。TUR-Btにより膀胱癌と診断後, BCGによる膀胱注や化学療法による治療を行った。術後再発を繰り返したのち, 膀胱鏡にて隆起性病変を確認。TUR-Btを行い, 病理組織診断にてNephrogenic adenomaと診断された。

【細胞所見】炎症性背景を伴い, 移行上皮細胞とは異なる異型細胞の小集塊を認めた。細胞は円柱~立方状, 胞体は淡明~レース状で核は中心性~やや偏在傾向となり類円形であった。小型の核小体もみられ, 核クロマチンは軽度~中等度の均一な増量を示した。

【組織所見】背景には炎症像や肉芽組織がみられた。乳頭状に隆起した膀胱粘膜が一層の立方上皮に被われ, 部分的に腺管様構造を呈しており, 腎尿細管に類似した円柱状の細胞増生を認めた。一部に化生様細胞も確認できた。

【まとめ】腎上皮細胞や他臓器浸潤, 一部の悪性腫瘍との鑑別が必要なことから, Nephrogenic adenomaは考慮すべき疾患の1つである。

P-1-121 EUS-FNA で診断されたセミノーマ後腹膜リンパ節転移の一例

三重大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²⁾

○佐々木美沙(CT)¹⁾, 今井 裕(MD)¹⁾, 林 昭伸(MD)¹⁾, 金山和樹(CT)²⁾, 白石泰三(MD)²⁾

【はじめに】セミノーマは比較的予後良好であるが進行が速く、後腹膜リンパ節に転移を起こしやすい特徴もつため、臨床的に悪性リンパ腫との鑑別が重要となる。今回我々は、超音波内視鏡下穿刺吸引(以下 EUS-FNA)で診断されたセミノーマ後腹膜リンパ節転移の一例を経験し、その診断に簡易ギムザ染色(Diff-Quik)とセルブロックが有用であったので報告する。

【症例】40歳代男性、背部痛を主訴に他院を受診し、CTにて後腹膜に約8cm大の一塊となった腫瘤を認めたため精査加療目的に当院紹介された。後腹膜腫瘤に対してEUS-FNAが施行された。

【細胞所見】Diff-Quik染色で均一な小型リンパ球とともに大型類円形細胞が認められた。細胞質は淡い好塩基性を示し、小空胞を伴う細胞が見られた。背景の一部にtigroid backgroundを認めた。Pap染色では小型リンパ球を背景に、腫瘍細胞が大型不整形集塊ないし散在性に出現していた。腫瘍細胞の核は大型類円形でクロマチンは細顆粒状を示し、明瞭な不整形核小体を複数個含んでいた。細胞質は淡明で、一部にライトグリーン好性の硝子小体様物質を認めた。

【組織所見】セルブロック標本で、小型リンパ球を背景に、核小体の明瞭な類円形大型核と、淡明な胞体を有する腫瘍細胞を認めた。免疫染色でPLAP, c-kit, Oct3/4が陽性でありセミノーマと診断された。

【経過】その後右精巣に原発巣を認めたため、高位除睾術が施行され、化学療法が行われた。

【まとめ】Tigroid backgroundはDiff-Quik染色で出現する構造物であり、セミノーマなどのグリコーゲン豊富な腫瘍に特徴的な所見とされ、本症例でもセミノーマの推定に有用であった。また、EUS-FNAにセルブロックを併用することにより、適切な診断が可能と考えられた。

P-1-122 血尿診断ガイドラインにおける血尿定義の検証 その1

八尾徳洲会総合病院¹⁾, 京都大学医学部付属病院病理診断科²⁾

○岡崎 健(CT)¹⁾, 岩崎由恵(CT)¹⁾, 桜井孝規(MD)²⁾

血尿は尿に赤血球が混入した状態であり泌尿器科疾患の診断のための重要な症候である。2006年3月に血尿診断ガイドラインが提唱され、2013年の改定後も変わらず血尿のスクリーニング検査は尿試験紙法の尿潜血反応により行い、(1+)以上を陽性とし、確認試験として顕微鏡による尿沈渣検査で赤血球5個/HPF(400倍強拡大1視野)以上か無遠心尿を用いたフローサイトメトリー(FCM法)で20個/ μ L以上であれば血尿と定義される。今回、我々は2010年から2012年の2年間に一般検査に提出された尿一般検査94,100件のうち、尿潜血反応・尿沈渣・FCM結果を抽出し血尿ガイドラインに沿って血尿率等を検討した。抽出症例は13,991件。年齢は3歳から107歳。男性5,937/13,991件(42.4%)、女性8,054/13,991件(57.6%)。潜血反応(1+)以上は7,545/13,991件(53.9%)。その内、尿沈渣検査で赤血球5個/HPF以上は4,037/7,539件(53.5%)、FCM20個/ μ L以上は6,433/7,545件(82.3%)であった。尿沈渣検査で赤血球5個/HPFに相当するFCM値を求めるため、ROC曲線を作成し感度・特異度よく分類する赤血球のカットオフ値をYouden Indexを用いて検討した。結果、尿潜血陽性群で70個/ μ L(n=7,359)、尿潜血陰性群では26個/ μ L(n=6,443)、両方を併せた検体群では56個/ μ L(n=13,982)であった。赤血球計数の偽性要因(結晶・真菌・精子等)削除前の群では55.0個/ μ L(n=13,982)、削除後の群で55.0個/ μ L(n=11,061)であった。均一赤血球群で101.0個/ μ L(n=5,808)、変形赤血球群で56.0個/ μ L(n=730)、赤血球形態判定不能群で54.0個/ μ L(n=2,247)であった。低比重群(1.020未満)では56.0個/ μ L(n=5,808)、高比重群(1.020以上)では54.0個/ μ L(n=5,253)であった。当院の実測値分析では尿沈渣の赤血球5個/HPFはFCMの20個/ μ Lには相当せず、54~101個/ μ L程度に相当すると考えられた。

P-1-123 血尿診断ガイドラインにおける血尿定義の検証 その2

八尾徳洲会総合病院¹⁾, 京都大学医学部付属病院病理診断科²⁾

○岩崎由恵(CT)¹⁾, 岡崎 健(CT)¹⁾, 桜井孝規(MD)²⁾

2006年に血尿診断ガイドラインが作成され血尿診断の進め方には尿細胞診が織り込まれているがその結果の報告例は少ない。2009年4月から2012年9月までの3年6ヶ月間に当院臨床検査科の一般検査に提出された男性40歳以上, 女性60歳以上の血尿検体に尿細胞診を追加した。当院新築移転等の諸事情によりその血尿基準には尿沈渣5個/HPF以上(基準A:以下A) FCM 55.6個/ μL 以上(基準B:以下B) FCM 20個/ μL 以上(基準C:以下C)の3種類がある。血尿基準ごとの血尿率, 細胞診陽性偽陽性率, 組織検査結果をまとめ異型細胞検出を目的としたときの適正な血尿基準について検討した。期間はA4ヶ月, B2年2ヶ月, C1年。検討年齢尿一般定性検査総数125,006件 A10,029件, B77,217件, C37,760件であった。平均血尿総数17,376件(13.9%) A808件(8.1%), 男性551件(8.7%), 女性257件(6.9%)。B8,535件(11.1%), 男性4898件(9.9%), 女性3637件(13.2%)。C8,033件(21.3%), 男性4,304件(17.6%), 女性3,729件(28.0%)であった。細胞診陽性疑陽性総数635件(3.7%) A62件(7.7%), 男性58件(10.5%), 女性4件(1.6%) B319件(3.7%), 男性245件(5.0%), 女性74件(2.0%), C254件(3.2%), 男性186件(4.3%), 女性68件(1.8%)。患者数では216人A27人, B新たに118人, C新たに71人であった。216人のうち, 138人に組織検査確定診断がなされ腎盂・尿管・膀胱癌123人, 前立腺癌6人, 腎癌1人, 陰茎癌1人, その他の癌が8人であった。FCM 20個/ μL 以上(C)を血尿基準とした陽性疑陽性例はFCM 20~55.6個/ μL では74件29%であるが肉眼的血尿に相当するFCM 5000個/ μL 以上では31件12.2%であった。異型細胞検出を目的とするならば血尿基準はFCM 20個/ μL が望ましいと考えられた。

P-1-124 膀胱全摘をともなう尿路変更術後の尿細胞診の検討

名古屋掖済会病院病理診断科

○田中瑞穂(CT), 大池里枝(CT), 夏目園子(CT), 横井豊治(MD), 佐竹立成(MD)

【はじめに】尿路変更術後の尿細胞診標本中には上皮細胞, 変性細胞, 炎症細胞, 細菌, などが多くみられ, 細胞の同定が困難な場合が多い。尿路変更術後の尿細胞診標本中の細胞の見方について検討した。

【対象】標本に癌細胞が認められなかった29例(非癌群), 癌細胞が認められた2例{癌群}を対象にした。癌群では上部尿路臓器の摘出術が行われており, 組織型は浸潤性尿路上皮癌である。

【方法】1. 癌群, 非癌群の尿路変更術の種類を調査した。2. 非癌群について, 上皮細胞, 変性細胞, 炎症細胞, 細菌等の有無について調査した。3. 癌群, 非癌群の尿路上皮細胞の核長径を計測し, 核クロマチン濃染の程度を比較した。

【結果】: 1. 癌群では回腸導管1例, 尿管皮膚ろう1例, 非癌群では回腸導管21例, ハウトマン型代用膀胱3例, インディアナパウチ2例, 尿管皮膚ろう2例, 回腸結腸導管1例で, であった。2. 尿路上皮細胞が認められた症例は34.5%, 腺細胞は48.3%, 扁平上皮細胞は75.9%, 判定困難な細胞は82.8%, 変性細胞は93.1%, 炎症細胞は58.6%, 細菌は100%, 結晶は51.7%であった。3. 癌群2例の平均は12.076 μm , 非癌群の平均は8.826 μm であった。癌群2例の核クロマチンは強度濃染していた。

【考察】尿路変更術後尿には上皮細胞として認識できる細胞や炎症細胞は見られるものの, その種類を判別することは困難な場合が多い。これは多数の成分が存在し, さらに変性した細胞が多いことが原因と考えられる。癌群の方が非癌群に比較して尿路上皮細胞の核長径は大きく, また核クロマチンが濃染しており, 良悪性の鑑別点として有効と考えられた。

P-1-125 腎盂癌・尿管癌における尿中異型細胞の検討

新潟大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹⁾, 新潟大学医歯学総合病院病理部²⁾

○須貝美佳(CT)¹⁾, 梅津 哉(MD)²⁾, 大橋瑠子(MD)²⁾, 高橋加奈絵(CT)²⁾, 池亀央嗣(CT)²⁾, 坂下千明(CT)²⁾, 岩淵三哉(MD)¹⁾

【目的】尿路上皮癌の多くは膀胱原発であり腎盂癌, 尿管癌は全尿路上皮腫瘍の5%を占めるに過ぎないが, 診断確定時には浸潤癌であることが多く膀胱癌に比して予後不良である。尿路上皮癌の診断に尿細胞診は有効であるが, 腎盂癌, 尿管癌に関しては感度が低く診断確定は困難なことが多いため病期が進行する可能性も考えられる。本院でも腎盂癌, 尿管癌の初診時尿細胞診の陽性的中率は膀胱癌と比較すると低かった。そこで, 腎盂癌, 尿管癌に対する尿細胞診の精度向上を目的に尿路上皮癌の形態観察を行った。

【対象】切除術が行われ尿路上皮細胞癌と診断された腎盂癌8例, 尿管癌24例, 膀胱癌(浸潤性尿路上皮癌)47例の術前自然尿細胞診標本を検討した。

【方法】異型細胞の出現個数, 核径, N/C比, 核濃染度, 核形不整, 背景壊死の程度の6項目をそれぞれ0-2の3段階に分類し, スコアを積算し評価した。

【結果】腎盂癌, 尿管癌の合計スコア平均は膀胱癌に対し低スコアであった。腎盂癌, 尿管癌は膀胱癌に比し出現している腫瘍細胞は全体的に変性が強く小型で少数だったが, 高異型度尿路上皮癌を示唆する細胞が確認できた症例が多かった。

【考察】腎盂癌・尿管癌の術前尿細胞診の評価が低い傾向にあるのは, 変性のため腫瘍細胞の評価が困難になること, 出現細胞数が比較的少数であることが要因と考えた。しかし少数かつ変性の強い細胞でありながら 高異型度尿路上皮癌に特異的といわれる細胞所見が確認された。このような細胞所見を見出した時には腫瘍の存在を十分に疑い臨床にフィードバックし, 更なる検査を進めることでより早期発見につながると考える。

P-1-126 膀胱の villous adenoma の一例

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

○石川 亮(MD)¹⁾, 郷田 衛(CT)²⁾, 宮本加菜(CT)²⁾, 片倉和哉(CT)²⁾, 本山陸美(CT)²⁾, 松永 徹(CT)²⁾, 伊吹英美(MD)¹⁾, 香川聖子(MD)¹⁾, 坂東健次(MD)⁴⁾, 宮井由美(MD)¹⁾, 林 俊哲(MD)³⁾, 門田球一(MD)¹⁾, 香月奈穂美(MD)¹⁾, 串田吉生(MD)¹⁾, 羽場礼次(MD)¹⁾

【はじめに】膀胱の villous adenoma は, 組織学的に大腸腺腫に類似した腺系の良性腫瘍である。稀な疾患で文献上約60例の報告がある。予後は良好であるが, 稀に腺癌に移行し予後不良な例も報告されている。今回我々は, 膀胱の villous adenoma と病理組織学的に診断され, 尿細胞診を併用し定期的に経過観察を行っている症例を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】海綿腎のため尿路結石を繰り返している中年女性である。肉眼的血尿を主訴に当院を受診し, 膀胱鏡にて乳頭状腫瘍を指摘された。経尿道的膀胱粘膜凝固術が行われ, 病理組織学的に villous adenoma と診断された。以後, 7年間の経過観察中に2回の再発と切除が行われた。

【細胞所見】炎症性背景に結合性の保たれた小型から中型の細胞集塊を多数認めた。基底膜に沿った配列や管腔形成を示す集塊もみられた。集塊を形成する細胞の核間距離は比較的均等, 核は偏在性で細胞質内に粘液を認めた。また, 孤在性に出現する粘液細胞もみられた。核は小型で円形から類円形, 核縁は薄くクロマチンは均等に分布し, 核小体は不明瞭であった。一部で核の大小不同を認めたが, 壊死や核分裂像, 明らかなクロマチンの増量や核不整, 核の重積性などの悪性所見はみられなかった。

【組織所見】大腸腺腫に類似した組織像を呈しており, 高円柱状の異型細胞が乳頭状に増殖していた。異型細胞には核腫大や核の偽重層化がみられた。標本内では高度の核異型や構造異型, 間質浸潤など明らかな carcinoma の像は認められなかった。

【まとめ】尿細胞診にて異型の乏しい腺上皮が多数出現した場合は, 非常に稀な腫瘍ではあるが villous adenoma も鑑別にあけて検討する必要があると考えられた。

P-1-127 印環細胞癌を伴った膀胱尿路上皮癌の 1 例

東芝病院病理科

○柳川啓一(CT), 磯崎岳夫(CT), 米川球恵(CT),
磯 真澄(CT), 三浦泰朗(MD)

【はじめに】膀胱腫瘍の多くは尿路上皮癌であり, 原発腫瘍として腺癌の発生頻度は 1~2% と少ない. 中でも印環細胞癌を呈することは稀であり, 予後不良とされている. 今回, 印環細胞癌を伴った尿路上皮癌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来院. CT で膀胱壁の肥厚が認められたため, 尿細胞診を施行, 尿路上皮癌疑いと診断. 膀胱鏡で陥凹を伴う非乳頭状腫瘍が見られ, TUR-Bt を施行. 印環細胞癌を伴った尿路上皮癌と組織診断された. その後, 筋層浸潤評価のための TUR-Bt, 膀胱全摘出術が施行されたがいずれの検体にも腫瘍の残存は認められなかった. なお, 消化管を含む他臓器に原発巣を疑わせる病変は画像診断上確認できなかった.

【細胞所見】炎症性細胞を背景に, 核中心性から偏在傾向を示す腫瘍細胞が孤立散在性から小集塊で少数出現していた. 腫瘍細胞は N/C 比増大, 核形不整, 核クロマチン増量を示し, 明瞭な核小体を有していた. 一部の腫瘍細胞には細胞質封入体や粘液様物質が認められ印環細胞様であった. 組織診断確定後, Pap. 標本を脱色し, PAS 染色を施行したところ, PAS 陽性の粘液を有する腫瘍細胞が観察され, 形態の所見から印環細胞癌と判断された.

【組織所見】尿路上皮癌が示唆される組織像に加えて, 核偏在を示し PAS 陽性の粘液を有する印環細胞癌が認められ, 印環細胞癌を伴った尿路上皮癌と診断された. 筋層は採取されていなかった.

【まとめ】尿細胞診で腺癌細胞を認めることは少ない. 腫瘍細胞に核偏在傾向, 細胞質内粘液など印環細胞癌の可能性がある場合には PAS 染色などを追加し, 総合的に診断することが重要であると思われた.

P-1-128 バーチャル Z 画像で腺腔を確認できた腸型尿管癌の 1 例

JA 長野厚生連佐久総合病院佐久医療センター病理診断科¹⁾, JA 長野厚生連佐久総合病院病理診断科²⁾, 北里大学医学部呼吸器外科学³⁾

○中山朋秋(CT)¹⁾, 佐藤憲俊(CT)²⁾, 岩松弘文(CT)¹⁾,
井出伸也(CT)¹⁾, 青柳大樹(MD)¹⁾, 塩澤 哲(MD)¹⁾,
石亀廣樹(MD)¹⁾, 佐藤之俊(MD)³⁾

【はじめに】膀胱頂部に発生する尿管癌は, 尿管管遺残由来でほとんどが腺癌を示し, 発生頻度は全膀胱癌の 2% 以下とされる. 成人発生が特徴で男性に多く, 症候は血尿の割合が高い. 中年男性で尿と捺印細胞診が施行され, 腸型腺癌と診断された症例を報告する.

【症例】50 歳代男性. 半年前から無症候性肉眼的血尿に気づき, 1ヶ月前から検査を開始. 腹部 CT と MRI で膀胱頂部に約 30 mm 大の腫瘍を認め, 壁外浸潤を示す. 膀胱右側の脂肪織に 10 mm 大のリンパ節転移を疑う. 尿細胞診で陽性, 経尿道的切除術で腺癌と診断され, 膀胱部分切除術および尿管管切除術を施行した.

【細胞診】ThinPrep 標本は高度の壊死性背景で, 核に濃縮変性の目立つ腫瘍細胞が点在し, 腫瘍細胞は孤立性あるいは小集塊状に出現している. 手術材料捺印では接合性の弱い集塊と管状集塊が目立つ. 大型腫瘍細胞の細胞質は淡染性で偏在核を認める. 多形核の核縁は薄く明瞭, 核質は微細顆粒状で数個の核小体を有する. 大型巨細胞も散見される. 腺腔内面の刷子縁様構造をバーチャル Z 画像で観察を行った.

【組織診】腸型優位の尿管癌, 中分化~低分化腺癌, pT3aN2, Sheldon らの尿管癌 Staging system IVA. 表層は乳頭管状構造を示し, 高円柱上皮の自由面に刷子縁様構造を認める. 粘液貯留の小腺腔形成が目立ち tub2 や por2 が優勢で筋層浸潤部に muc も認められる. 免疫染色は CK7/20(-/+), β -catenin 細胞膜に陽性, CDX2(+), PSA(-)を示し, いずれの腺腔も CD10(-)で Villin(+)を示す.

【まとめ】本症例は病期の進行した尿管癌で細胞診は分化度の低さをよく示していた. 一方, 特徴的な腺腔形成を認めた. 腺腔内面の刷子縁様構造について, バーチャル Z 画像で輪郭が明瞭に観察できた.

P-1-129 乳腺, 甲状腺穿刺吸引細胞診における LBC への応用

札幌医科大学附属病院病理部

○浅沼広子(CT), 東 恭悟(CT), 近藤 啓(CT),
木戸朋美(CT), 青山智志(CT), 佐藤裕美(MD),
杉田真太郎(MD), 平野博嗣(MD), 長谷川匡(MD)

【はじめに】Liquid-based cytology (LBC)法は, 近年, 細胞診検査において一般的方法として普及しつつある。今回, 乳腺, 甲状腺細胞診領域での LBC の基礎的検討を行った。また, 近年癌の治療では, 転移再発することが問題になっており, この原因として癌治療法に抵抗性を示す癌幹細胞の存在が関与していると考えられている。現在, 癌幹細胞を標的とした治療が進んでおり, 癌幹細胞発現マーカーをいち早く証明する事が予後の良悪に影響を及ぼす。そこで, 乳癌における癌幹細胞マーカーの発現の証明が LBC 検体で可能かも併せて検討したので報告する。

【対象および方法】乳腺及び甲状腺, また各々のリンパ節穿刺吸引細胞診症例合わせて 200 例を対象とした。方法としては, 穿刺吸引時に通常通りスライドに塗抹し, その後穿刺針を LBC 専用固定液の中で洗浄し, その洗浄液を LBC 標本として作製した。また癌幹細胞マーカーの証明方法として, SOX2, MTA1 に対する抗体を用いて免疫組織化学的に解析した。

【結果および考察】検体として適正だった LBC 検体は, 全体の 60.4%であった。また, 従来法との一致率は 71.3%で, 穿刺針洗浄に於ける LBC 検体は, 従来法に比べ細胞数が少い傾向を示した。これは, 穿刺針洗浄時の手技に大きく影響されると考えられる。また, 乳腺 LBC 検体とそれに対応する乳癌組織材料での各種癌幹細胞マーカーの発現の検討では, 強度の違いがあるにせよ同等の発現態度を示し良好な相関性が得られた。

【結語】乳腺, 甲状腺穿刺針洗浄による LBC 検体は従来法に比べ若干細胞数が少ない傾向を示すものの, 十分診断可能であると考えられる。

P-1-130 乳腺穿刺吸引細胞診における従来法と LBC 法の細胞採取状態の比較検討

杏林大学医学部付属病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部病理学教室²⁾

○水谷奈津子(CT)¹⁾, 加藤 拓(CT)¹⁾, 菅野大輝(CT)¹⁾,
稲嶺圭祐(CT)¹⁾, 鈴木 瞳(CT)¹⁾, 市川美雄(CT)¹⁾,
坂本憲彦(CT)¹⁾, 近藤凡子(CT)²⁾, 住石 歩(CT)²⁾,
海野みちる(CT)²⁾, 大倉康男(MD)¹⁾, 千葉知宏(MD)²⁾,
菅間 博(MD)²⁾

細胞診検査は, 診断する病変の質や採取技能により, 細胞の採取状態に差ができて易く診断の精度のバラツキの原因となっている。細胞診検査の標準化を目的として液状化検体細胞診 (LBC) の導入が各種臓器で進んでおり, 乳腺もその例外ではない。乳腺細胞診では細胞異型のみでなく構造異型の推定を加味して行われるため, 病変の構成細胞や組織構築が的確に反映される標本が必要とされる。そこで乳腺穿刺吸引細胞診における細胞採取状態の差を従来法と LBC 法を比較検討した。乳腺手術症例で模擬的に乳腺穿刺吸引細胞診の標本を採取可能であった 68 例 (浸潤性乳管癌 41, 非浸潤性乳管癌 8, 特殊型癌 15, 葉状腫瘍 3, 線維腺腫 1) を対象とした。病変から穿刺吸引後, 従来法による塗抹標本と 2 種の LBC 液 (Thin Prep: TP, Beckton-Dickinson サイトリッチレッド: BD) で作製した。検体不適正率の比較, 背景の所見, 細胞集塊と細胞核の大きさ等に注目して比較検討した。その際形態量の定量解析には ImageJ ソフトを用いた。また, 背景所見として混入血液や液状蛋白・粘液成分の有無, 線維腺腫・葉状腫瘍については背景筋上皮の細胞数を評価した。検体不適正率は, 従来法 13%, TP 8%, BD 4%で, 従来法に比べ LBC 法では細胞がより均質に採取された。背景の混入血液は LBC 法で赤血球が除去され細胞収集の効率が高かった。LBC 法で濃厚な粘液物質は温存されたが, 囊胞内の液状蛋白は消失した。線維腺腫や葉状腫瘍の背景筋上皮の細胞数は, LBC 法で従来法の 5 分の 1 程度に減少した。細胞集塊と細胞核の大きさは, LBC 法で約 70%の収縮傾向がみられた。LBC 法は, 検体不適正率が減少し標本の均質化には有効だが, 背景の所見や組織構築の判定には注意が必要である。

P-1-131 乳腺穿刺吸引細胞診における鑑別困難例の再検討

秋田大学医学部附属病院病理部・病理診断科

○川村 学(CT), 成田かすみ(CT), 伊藤 智(CT), 廣嶋優子(MD), 南條 博(MD), 大森泰文(MD)

【目的】乳腺細胞診成績を分析し、鑑別困難例を中心に再検討した。

【対象および細胞診成績】過去10年の乳腺穿刺吸引細胞診2086例のうち、検体不適正480例を除外した1606例。「正常あるいは良性」1263例(78.7%)、「鑑別困難」132例(8.2%)、「悪性の疑い」42例(2.6%)、「悪性」169例(10.5%)だった。組織診との対比が可能だった鑑別困難101例中、良性60例(59.4%)、悪性41例(40.6%)で、組織学的に核グレード1だった症例が33例(80.5%)あった。悪性疑い39例中35例(89.7%)が悪性だった。悪性169例中、167例(98.8%)が悪性で、肉芽腫性乳腺炎と乳管腺腫を1例ずつ経験した。

【方法】鑑別困難101例を、背景、集塊の構造、細胞異型等、個別の細胞所見がスコア化され、PCにて加算された点数によって判定を行う「乳腺細胞診断～自動スコアリングシステム」に基づき、再判定した。

【結果】鑑別困難の要因となった所見は、濃縮裸核細胞の混在を伴った乳頭状増殖性病変が101例中51例(50.5%)あった。良性60例中、39例(65%)に間質増生を認めた。細胞学的な二相性を49例(82%)認めた。ICLは認めなかった。悪性41例中、間質増生を認めたのは5例(12%)で、良性病変に比べ、有意に低かった。細胞学的二相性の欠如が26例(63%)あった。DCISでは筋上皮様の濃縮裸核細胞を認めたが、量的に乏しかった。18例(44%)で篩状構造を認め、良性病変(10%)よりも多くみられた。アポクリン化生ないし扁平上皮様の化生細胞は認めなかった。不整形核は、良悪性で有意な差は認めなかった。自動スコアリングシステムでは良性と判定できた症例が14例(14%)あり、悪性と判定できた症例はなかった。

【考察】鑑別困難例は確実に存在する。背景ならびに集塊の構造等、標本全体の所見を評価する必要性を再認識した。

P-1-132 当院における乳腺鑑別困難症例の現状

順天堂大学附属浦安病院病理診断科¹⁾, 東京ベイ・浦安市川医療センター²⁾, 東京臨海病院³⁾

○中村 博(CT)¹⁾, 橋本 学(CT)¹⁾, 市川彩果(CT)¹⁾, 坪内優子(CT)¹⁾, 岡崎哲也(CT)¹⁾, 奥山直子(CT)¹⁾, 喜納勝成(CT)¹⁾, 佐伯春美(MD)¹⁾, 小柳 愛(MD)¹⁾, 橋爪 茜(MD)¹⁾, 山崎滋孝(MD)³⁾, 齊藤 啓(MD)²⁾, 泉 浩(MD)¹⁾, 冨田茂樹(MD)¹⁾

【はじめに】乳癌罹患率は近年増加傾向にあり、画像診断の発達や健康診断の啓蒙により早期発見も増加している。これらの背景により穿刺吸引細胞診においても乳管内病変を判定する機会が増加している。今回、我々は細胞診にて鑑別困難と診断され、その後組織診断にて乳管内病変と診断された症例について細胞像の再鏡検を行った。

【材料と方法】2011年1月から2015年5月までに当院乳腺外来を受診し穿刺吸引細胞診を行った2103例について、判定困難と判定した317例中、組織学的に乳管内病変と診断された103例を対象とした。これら症例に対し細胞集塊、結合性、細胞異型、筋上皮の有無などについて再鏡検を行った。

【結果】組織学的に診断された乳管内病変103例の内訳はpapilloma 56例、DCIS 19例、上皮異型12例、ADH 6例、adenoma 4例、adenosis 3例、その他過形成病変3例であった。良性病変が64.1%、悪性病変が18.4%、異型病変が17.5%であった。良性病変での鑑別困難の要因として細胞集塊のほつれ、筋上皮との二相性不明瞭化などが挙げられた。悪性病変での鑑別困難の要因として細胞採取量細胞異型や大小不同に乏しいなどが挙げられた。

【まとめ】当院における鑑別困難症例は15.1%と規約で提唱されている基準を満たしていない。さらに乳管内増殖病変は腫瘤形成病変と比べ細胞回収量も幾分減少するため良悪の鑑別が困難となる症例が増加すると考える。良性病変を正確に判定することにより鑑別困難症例を減少させることは可能であるが、DCIS症例に関しては細胞異型に乏しいことから悪性と判定することに難渋するため今後の課題と考える。

P-1-133 乳腺穿刺吸引細胞診で「悪性の疑い」と判定した Radial scar の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構東京高輪病院中央検査室¹⁾, 独立行政法人地域医療機能推進機構東京高輪病院病理診断科²⁾

○横野秀樹(CT)¹⁾, 大木直子(CT)¹⁾, 丸山美奈子(CT)¹⁾, 伊原文恵(CT)²⁾

【はじめに】乳腺 radial scar は悪性腫瘍との鑑別を要する良性疾患の一つであるが, その細胞像については報告が少ない。今回我々は, 細胞診で悪性を疑ったが, 針生検による組織診断では radial scar であった一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 女性。検診マンモグラフィ検査で左FADを指摘されたため, 当院外科を受診した。超音波検査では左乳腺に11mm大の一部不整を示す低エコー領域を認めた。画像検査では良・悪性鑑別困難であったため, 穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】背景には, 間質細胞集団やライトグリーンに濃染する硝子化した間質成分を認めた。乳管上皮細胞は散在性から腺管状, くさび状の細胞密度の高い小型集塊や配列の不規則な平面的集塊で認められた。細胞は小型でN/C比は高く, 核縁の肥厚, 小型核小体を認め, 一部にICL様の所見がみられた。筋上皮細胞との二相性は不明瞭であった。一部の細胞質に好酸性の顆粒がみられ, アポクリン化生由来も疑われたがN/C比が高く核異型も伴っていたため同定不能であった。以上の所見より, 硬癌や管状癌由来を疑い「悪性の疑い」と判定した。

【針生検所見】硝子化した癍痕様組織内に小型で不整な腺管を少数認めた。細胞は軽度の核形不整, クロマチン濃染傾向を伴っていた。p63免疫染色を施行したところ筋上皮との2相性は保たれており, radial sclerosing lesion (radial scar) と診断した。

【まとめ】二相性が不明瞭で細胞密度の高い小型の上皮細胞集塊を認めた場合, 鑑別疾患として radial scar を念頭に置く事が大切と考えられた。さらに, 硝子化した間質成分の存在, 細胞集塊の形状や細胞所見にやや多彩性が見られる点が, “悪性”との鑑別に重要であると思われた。

P-1-134 急速な増大を示した乳房原発髄外性形質細胞腫の1例

独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院病理診断科

○濱村尚也(CT), 内田雅子(CT), 宮下浩子(CT), 増田麻紀(CT), 武藤美智子(CT), 遠山麻希子(CT), 山上朋之(CT), 佐藤義雄(CT), 長谷川直樹(DDS), 角田幸雄(MD)

【はじめに】髄外性形質細胞腫は, そのほとんどが上気道・口腔・消化管に発生し, 乳房を原発とするものはきわめて稀である。今回我々は左乳房原発の形質細胞腫を経験したので報告する。

【症例】76歳, 女性。数週の経過で急速に増大する左乳房腫瘍を主訴に来院。画像所見において, 左乳房に7x4cmの分葉状, 境界明瞭な腫瘍を認め悪性葉状腫瘍を疑った。穿刺吸引細胞診が施行され, その後腫瘍摘出術となった。

【穿刺吸引細胞所見】出血性背景の中に小型類円形で, 裸核状, 核不整, クロマチン顆粒状に増量をみる異型細胞を孤立散在性に認めた。また核分裂像もみられた。極少数出現する上皮細胞には異型はみられなかった。細胞量は少なく, 変性も加わっていることから, 間葉系悪性腫瘍を推定するに留まった。

【組織所見】63x44x93mmの境界明瞭な腫瘍で, 断面は白色から黄色充実性であった。腫瘍細胞は上皮性結合を示さず, 単調で結合の乏しい異型細胞の密な増殖からなり, 細胞の核は類円形から多角形, 軽度の大小不同を示し, 核クロマチンは粗く増量し核小体は目立たない。核は偏在傾向を示し, 分裂像が多くみられた。免疫組織化学染色では CD79α(+), VS38c(+), IgG(-), IgA(-), IgM(+), κ鎖(+), γ鎖(-)となり, 乳房原発の髄外性 IgM 型形質細胞腫と診断された。

【まとめ】本症例は臨床経過や画像所見から悪性葉状腫瘍を念頭に検索したが, 異型や増生を伴う間質成分はみられなかった。孤立性の小型異型細胞をみることから間葉系悪性腫瘍が示唆されたが, 本症例の如く明らかな車軸状クロマチンや核周明庭が認められず, さらに変性が加わった症例では, 形質細胞腫の推定は困難と考えられた。特異な臨床像と組織像を合わせて報告する。

P-1-135 穿刺吸引細胞診にて良悪性の鑑別が困難であった Ductal carcinoma in situ の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構宮崎江南病院検査部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理部²⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科³⁾

○森 智子(CT)¹⁾, 花牟禮富美雄(CT)¹⁾,
野口裕史(CT)²⁾, 佐藤勇一郎(MD)³⁾

【はじめに】 穿刺吸引細胞診にて Ductal carcinoma in situ (以下 DCIS) は乳管内乳頭腫などの良性乳管内増殖性病変との鑑別が困難な場合がある。今回、我々は穿刺吸引細胞診にて良悪性の鑑別が困難であった DCIS の1例を経験したので報告する。

【症例】 40歳代女性。検診にて左乳房に腫瘤を指摘。他院にて穿刺吸引細胞診を施行されたが鑑別困難で当院外科を紹介受診。エコーにて左乳房C領域に10mm大の不整形腫瘤を認め穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】 血液細胞や泡沫細胞, 砂粒小体などを背景に, 乳頭状様上皮細胞集塊や孤立細胞を認め, 集塊には筋上皮細胞も比較的多く認めたため乳管内増殖性病変が推定された。また, 篩状様の構造を認めたが腺腔に対しての極性は明らかではなかった。個々の細胞は小型類円形で軽度の大小不同を認め, 核の緊満感に乏しい細胞と, 比較的均一で核の緊満感がある細胞を認めた。良性乳管内増殖性病変または DCIS を考え, 鑑別困難とし, 生検での組織学的検索を依頼した。

【組織所見】 拡張した乳管内に類円形核を有し, やや円柱形態を示す均一な細胞が管状・篩状に増殖していた。一部には乳頭状構造も認められた。病変は間質浸潤を認めず乳管内にとどまり, DCIS と診断された。

【考察】 DCIS と良性乳管内増殖性病変の鑑別点として, 核の緊満感・均一性, 細胞の極性, 筋上皮細胞の量などが挙げられるが, 本症例は悪性を示唆するような所見が認められたものの, 全体的に核の緊満感に乏しく, 均一性や細胞の極性が明らかでないなどの所見も認められたことより鑑別は困難であった。

P-1-136 乳管内乳頭腫を背景とした非浸潤性乳管癌の一例

日野市立病院臨床検査科¹⁾, 防衛医科大学校病態病理学講座²⁾, 慶応義塾大学病院病理学教室³⁾, 慶応義塾大学病院病理診断部⁴⁾

○中島亜紀子(CT)¹⁾, 佐瀬 康(CT)¹⁾,
小柴まり子(CT)¹⁾, 佐々木和子(CT)¹⁾,
津田 均(MD)²⁾, 桂田由佳(MD)²⁾, 辻川華子(MD)³⁾,
佐々木文(MD)⁴⁾, 三上修治(MD)⁴⁾

【症例】 48歳女性。背部痛と肩甲部痛のためCTを施行し両側乳房に腫瘤を認め, 精査目的で外科受診。両側乳腺腫瘤に対し, 乳頭分泌物擦過細胞診, 針生検, 腫瘤摘出生検, 左乳腺全摘出術を施行。

【細胞学的所見】 組織球を背景に乳頭状から小集塊状の上皮細胞が散見され, 一部に核肥大, 核小体を認めた。多くは筋上皮細胞との二相性を保ち良性の乳頭腫を推定したが, 強い重積や二相性が不明瞭な部分があり悪性を否定できなかった。

【組織学的所見】 針生検にて, 二相性を保持して増殖する核腫大細胞が見られ良性腫瘍とも考えられたが, 間質浸潤の有無が判定できない部位があり精査が望まれた。腫瘤摘出生検にて, 硝子間質を伴い二相性を保持し乳頭状や充実性に増殖する像を認めた。多彩な像と発生部位から乳頭部腺腫と判断された。しかし臨床的に乳癌が強く疑われ, 左乳腺全摘出術を施行。E領域に3×2cm大の嚢胞内に発育する腫瘤を摘出。異型の乏しい乳管上皮が二相性を保持し乳頭状や充実性に増殖する像が見られ, 乳管内乳頭腫と考えられた。また一部で異型細胞が乳頭状, 篩状, 充実性に増殖する領域もあり, 単調に増殖する形態とCK5/6がモザイク状発現, p63が陰性であったことから, 低異型度のDCIS成分であると考えられた。以上より, 乳管内乳頭腫を背景とした非浸潤性乳管癌(2012年WHO分類におけるDCIS with intraductal papilloma)と判断された。

【結論】 細胞診で浸潤性腫瘍性病変を含め悪性を否定できない細胞像と判定したが, 組織診にて, 良性病変に併発した非浸潤性乳管癌であった。本症例のように集塊の一部に筋上皮細胞との二相性を欠損している場合には慎重な判定が望まれる。

P-1-137 神経内分泌型非浸潤性乳管癌の一例

(株)PCL 盛岡病理・細胞診センター¹⁾, 青森県立中央病院²⁾, 岩手医科大学医学部病理診断学講座³⁾

○佐々木仁子(CT)¹⁾, 宮智恵子(CT)¹⁾,
海老川久美子(CT)¹⁾, 工藤里美(CT)¹⁾,
方山揚誠(MD)¹⁾, 桧山美佐江(CT)²⁾,
黒滝日出一(MD)²⁾, 川崎朋範(MD)³⁾, 菅井 有(MD)³⁾

【はじめに】乳腺の神経内分泌型非浸潤性乳管癌(以下 NE-DCIS)は、独特な臨床病理学的特徴を有する DCIS の特殊亜型である。今回我々は NE-DCIS の 1 症例を経験したので報告する。

【症例】39 歳、女性。右乳房に腫瘤を自覚し近医を受診。視触診にて右乳房 EA 領域に 7 mm 大の腫瘤を触知。乳頭より血性分泌物も認めた。US では腫瘤触知部位に 5 × 3 mm 大の腫瘤と乳管拡張所見を認めたため、乳頭分泌液細胞診と穿刺吸引細胞診(以下 FNA)を施行した。乳頭分泌液細胞診では悪性細胞を認めず、FNA にて DCIS が疑われた。その後コア針生検により NE-DCIS と診断され、紹介先の病院にて右乳房部分切除術が施行された。

【細胞所見】血性背景に、多角形から短紡錘形を呈する腫瘍細胞が、結合性の緩い充実性集団～孤立散在性のパターンで多数出現していた。細胞質は広く、ライトグリーン好染性であり、核は類円形で異型性に乏しく、偏在傾向を示した(形質細胞様形態)。核のクロマチンは細顆粒状均一性であった。腎糸球体に類似の形態を示す血管性/線維血管性間質片が一部にみられた。

【組織所見】発達した血管網を伴って、細顆粒状淡好酸性の胞体を有する腫瘍細胞が管内を充実性に増殖していた。コメド壊死はみられず、低グレードに相当した。免疫組織化学的に、腫瘍細胞は chromograninA, synaptophysin がびまん性に陽性であった。ER, PgR が強陽性で、Ki67 標識率は 50%以上を示した。

【まとめ】NE-DCIS(solid papillary carcinoma)は腫瘍細胞の形態が多様で核異型性に乏しく、乳頭腫に類似する構築も相まって、過小診断されやすい。しかし、FNA で細胞採取量が豊富なことが多く、細胞病理学的特徴を十分に理解することで、本腫瘍を推定することは可能であると考えられた。

P-1-138 線維腺腫内に発生した非浸潤性小葉癌(LCIS)の 1 例

西神戸医療センター臨床検査技術部¹⁾, 西神戸医療センター病理科²⁾

○粟田千絵(CT)¹⁾, 西田 稔(CT)¹⁾, 清水理絵(CT)¹⁾,
船越真依(CT)¹⁾, 石原美佐(MD)²⁾, 橋本公夫(MD)²⁾

【はじめに】線維腺腫は日常遭遇することの多い良性疾患で、内部に癌が発生することは稀である。画像診断で線維腺腫が疑われ、穿刺吸引細胞診で悪性と判定した 1 例を経験したので報告する。

【症例】48 歳女性。肝腫瘍精査目的のための MRI にて、右乳房腫瘤を指摘され、当院を受診。触診では、左右乳房に異常を認めず。超音波検査にて右乳房 CA 領域に 12 × 8 × 7 mm の橢円形、境界明瞭な腫瘤を認めた。線維腺腫が疑われ、細胞診を施行。悪性と判定された。右乳房癌の疑いで、右乳房部分切除、センチネルリンパ節生検が行われた。

【細胞所見】背景にはリンパ球、部分的に双極裸核がみられ、結合性の強い乳管上皮集塊を認めた。これらの集塊では、筋上皮細胞との 2 相性がみられ、核異型は認めなかった。また、2 相性のない結合性の低下した細胞集塊を認め、孤立散在性に核偏在性の細胞を認めた。結合の弱い細胞は、類円形で核偏在性、細胞質は淡明で、核の腫大や軽度核形不整を認めた。核クロマチンは細顆粒状で、増量は軽度まで、小型の核小体を認めるものもあった。少数の核分裂像もみられた。線維腺腫の細胞像と、悪性を示唆する細胞所見が混在してみられた。

【組織所見】剖面で境界やや不明瞭な白色結節を認めた。組織学的には、結節病変は線維腺腫の所見であった。一部の乳管の内腔に、核腫大と核小体の明瞭化、核分裂像のみられる異型細胞の増生を認めた。増生した細胞は、免疫組織学的には ER 陽性、CK14, E-cadherin 陰性で、LCIS を伴った線維腺腫と診断された。

【まとめ】穿刺吸引細胞診が診断に有用であった LCIS の 1 例を経験した。

P-1-139 アポクリン分化を伴う浸潤性小葉癌の1例

金沢医科大学病院病院病理部¹⁾, 金沢医科大学臨床病理学²⁾

○津幡裕美(CT)¹⁾, 竹中美千穂(CT)¹⁾, 中田聡子(MD)^{1,2)}, 水口聖哉(CT)¹⁾, 大兼政良育(CT)¹⁾, 嶋口智恵(CT)¹⁾, 寺内利恵(CT)¹⁾, 山下 学(CT)¹⁾, 朝倉善史(CT)¹⁾, 中野万里子(CT)¹⁾, 黒瀬 望(MD)^{1,2)}, 湊 宏(MD)^{1,2)}, 野島孝之(MD)^{1,2)}

【はじめに】浸潤性小葉癌は、ときに組織球様の豊富な細胞質と異型の弱い核を示し、良悪の鑑別が困難である。今回我々は、アポクリン分化と組織球様の形態を伴った浸潤性小葉癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60代、女性。他院で左乳房の腫大を指摘され、画像にて乳癌が疑われ、当院へ紹介受診となった。ABCDE領域に55mm大の腫瘤性病変を認め、穿刺吸引細胞診と針生検が施行された。穿刺吸引細胞診では腫瘍細胞を組織球と判定し、悪性と判定できなかった。針生検にてアポクリン分化を伴う小葉癌と診断され、左乳房切除術が施行された。

【細胞所見】多数の組織球様の細胞が出現しており、細胞質は泡沫状から顆粒状で、核は緊満感があり、クロマチンの増量と軽度の大小不同が見られた。筋上皮細胞を伴った良性乳管上皮細胞の集塊も少数認められた。

【組織所見】好酸性の豊富な細胞質を持つ異型細胞の孤立性、充実性、索状増殖がみられた。免疫組織化学的に、GCDFP-15がびまん性に陽性で、E-cadherinは陰性から弱陽性であり、アポクリン分化を伴う小葉癌と診断された。

【まとめ】アポクリン分化を伴い組織球様の形態を示した浸潤性小葉癌の1例を報告した。多数の組織球様細胞を見た場合、異型が軽度であっても、顆粒状の細胞質、核の腫大や緊満感、微細顆粒状を呈するクロマチンの増量に注意して診断すべきと考えられた。

P-1-140 高度なアポクリン化生を伴う浸潤性小葉癌の細胞像

千葉市立海浜病院臨床検査科病理¹⁾, 千葉市立海浜病院病理診断科²⁾, (株)千葉細胞病理診断センター技術部³⁾, 帝京大学ちば総合医療センター病理部⁴⁾

○渡邊 瞳(CT)¹⁾, 西野武夫(CT)¹⁾, 江澤瑞穂(CT)¹⁾, 佐々木聡(CT)¹⁾, 高橋年美(CT)³⁾, 梶 幸子(MD)²⁾, 山田正俊(MD)⁴⁾, 山崎一人(MD)⁴⁾, 石田康生(MD)⁴⁾

【はじめに】乳腺細胞診において、好酸性泡沫状の豊かな細胞質と著明な核小体を有する腫瘍細胞はアポクリン癌を示唆する。浸潤性小葉癌がアポクリン化生を示すことはまれだが、我々は著名なアポクリン化生を呈した浸潤性小葉癌の3例を経験したので、その細胞像について報告する。

【症例および細胞所見】(1)80歳、女性。右乳腺C領域に13x10mm大の腫瘤が見られた。穿刺吸引細胞診(AC)では好酸性泡沫状の豊かな細胞質と著明な核小体を有する異型細胞が孤立性に見られ、定型的な浸潤性小葉癌や結合性富む浸潤性乳管癌様の成分は確認できなかった。(2)76歳、女性。右乳腺A領域に38x18mm大の腫瘤が見られた。摘出検体の捺印細胞診では異型上皮の重積からなる乳管癌様の集塊に加え、アポクリン化生を伴う大型異型細胞を孤立性に少数認めた。(3)71歳、女性。右AB領域に25mm径の腫瘤が見られた。ACでは浸潤性小葉癌様の結合性に乏しい小型細胞に加え、アポクリン化生を伴う大型異型細胞を孤立性に少数認めた。

【組織所見】症例1では、アポクリン化生を伴う浸潤性小葉癌がdominantであった。症例2ではアポクリン化生を伴う浸潤性小葉癌および非浸潤性乳管癌が混在していた。症例3では浸潤性小葉癌・硬癌様の成分を主体とし、一部にアポクリン化生を伴う異型細胞が散見された。いずれの大型細胞も免疫組織染色ではER-, PgR-, AR+, GCDFP-15+の性状を示し、E-cadherinの膜性発現は見られなかった。

【考察】アポクリン化生を伴う浸潤性小葉癌は定型的なアポクリン癌と異なり、重積・結合性に乏しく孤立性に出現する。推定診断においては、定型的な浸潤性小葉癌や乳管癌様の成分と混在して出現することも念頭に置く必要がある。

P-1-141 多形型浸潤性小葉癌 (Invasive lobular carcinoma, pleomorphic type) の一例

独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院病理診断科¹⁾, 独立行政法人労働者健康福祉機構山陰労災病院外科²⁾, 自宅会員³⁾

○村井裕紀 (CT)¹⁾, 阿部明美 (CT)¹⁾, 松本麻祐子 (MT)¹⁾, 大野原千愛 (CT)³⁾, 山根祥晃 (MD)²⁾, 庄盛浩平 (MD)¹⁾

【はじめに】古典型浸潤性小葉癌の存在は古くから認識されているが, その後, 浸潤様式と細胞形態に基づく種々の亜型が提唱されている。今回我々は, アポクリン化生様の腫瘍細胞を呈したが, 乳頭腺管癌との鑑別を要した多形型浸潤性小葉癌を経験したので報告する。

【症例】70歳代, 女性。腫瘍は硬く乳房全体を占めていた。穿刺吸引細胞診でアポクリン癌を疑い悪性と判定し, 病理組織診断にて多形型浸潤性小葉癌と診断された。

【細胞所見】血性背景に, 豊富な細胞質を有する細胞がシート状集塊や散在性に認められた。細胞質は好酸性で泡沫状または顆粒状を呈し, クロマチンは微細顆粒状, 核小体は赤く明瞭で1個から数個認められた。細胞質内小腺腔や数珠状配列は明らかではなく, アポクリン癌やアポクリン分化を示す乳頭腺管癌を疑った。

【組織所見】腫瘍細胞は, 好酸性または泡沫状の豊富な細胞質と腫大した濃染核を有し, 線状, 胞巣状または単細胞性に浸潤していた。腫瘍細胞の一部は, 乳管内に pagetoid 様, 小葉内に clover leaf 様に進展しており, 核グレードは2であった。大部分の腫瘍細胞では, GCDFP-15が強陽性, E-cadherin および CD68が陰性であることから, 多形型浸潤性小葉癌と診断された。ERはscore1, PgRはscore0, HER2蛋白は1+でtriple negativeであった。

【まとめ】浸潤性小葉癌において, 多形型は古典型と比べ, 細胞は大型で豊富な細胞質を有し, 核小体は明瞭であり, 細胞像のみで小葉癌と推定することは難しいとされている。しかし, 多形型小葉癌はアポクリン癌と比較し, 高率にリンパ節転移を起こし, 予後不良であるため, アポクリン化生を示す悪性細胞を認めた場合は, 多形型小葉癌の可能性も鑑別にあげるべきである。

P-1-142 男性乳房に発生した乳腺筋線維芽細胞腫の1例

独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター臨床検査科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター外科²⁾, 独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立成人病センター病理・細胞診断科³⁾, 市立岸和田市民病院病理診断科⁴⁾

○芥川和彦 (CT)¹⁾, 藤田良生 (CT)¹⁾, 原田和弥 (MT)¹⁾, 石垣優惟 (MT)¹⁾, 西尾正子 (MT)¹⁾, 佐々木正和 (CT)¹⁾, 渡邊清司 (MT)¹⁾, 玉川孝治 (MD)²⁾, 堀内哲也 (MD)²⁾, 飯塚徳重 (MD)⁴⁾, 富田裕彦 (MD)³⁾, 星田義彦 (MD)¹⁾

【はじめに】乳腺の筋線維芽細胞腫は間葉系由来の稀な良性腫瘍で, 20~80歳代の女性や時には女性化乳房を呈する男性に発生する。今回我々は, 男性の女性化乳房に発生した筋線維芽細胞腫の細胞所見を経験したので報告する。

【症例】70歳代 男性。既往歴: アルコール性肝硬変, 肝癌, 高血圧, 糖尿病, 肝癌治療にて当院受診中, MRIにて左乳房内に類円形腫瘍を指摘され, 超音波にて17×14×10mmの境界やや不明瞭な低エコー領域と腋窩リンパ節の腫脹が認められた。画像診断では悪性を否定できず, 穿刺針生検により血管系悪性腫瘍疑いにて胸筋温存乳房切除術が施行された。

【細胞所見】穿刺吸引細胞診にて, 紡錘状を呈する細胞の疎な結合性を示す束状集塊が認められた。核は楕円形から紡錘形で核腫大, 大小不同, 核形不正や核溝を伴い, 核内封入体が散見された。核クロマチンは正常ないし軽度の増量で核小体は目立たなかった。細胞質は好酸性で境界は不明瞭, 背景に粘液やライトグリーン好性の線維性物質が見られた。捺印細胞診のギムザ染色では少数の成熟脂肪細胞が認められた。核分裂像は認めなかった。

【病理組織所見】腫瘍は境界明瞭な灰白色の充実性腫瘍で, 好酸性を示す線維成分や脂肪細胞の混在を背景に, 細胞質がやや膨化した紡錘形細胞の錯走を認めた。紡錘形細胞はDesmin, CD34, CD31, α-SMA, ER, p53に陽性を示し乳腺筋線維芽細胞腫と診断した。

【まとめ】乳腺筋線維芽細胞腫は細胞診での推定は難しいが, 核溝や核内封入体を伴う紡錘形細胞の出現, 背景に粘液や線維性物質, 脂肪細胞の混在等の細胞所見が診断の一助になると考える。

P-1-143 男性乳癌の1例

堺市立総合医療センター臨床検査技術科¹⁾, 堺市立総合医療センター病理診断科²⁾

○岡竹里紗(CT)¹⁾, 佐々木伸也(CT)¹⁾, 高瀬未穂(CT)¹⁾, 鈴木雄策(CT)¹⁾, 岩本督徳(MD)²⁾, 棟方 哲(MD)²⁾

【はじめに】男性乳癌は比較的稀な癌で、頻度は乳癌の約1%といわれている。今回我々は穿刺吸引細胞診(FNA)の針洗浄液状細胞診検体(LBC)でp63の免疫染色を用いることにより診断の一助となった男性乳癌を経験したので報告する。

【症例】84歳男性。家族歴は姉が乳癌であった。右乳房腫瘍を主訴に近医を受診。右乳頭直下に3cm大程度の弾性軟の腫瘍と圧痛が認められ、精査目的に当院紹介となった。超音波検査で右乳頭直下に嚢胞性病変を認め、FNAを施行。核異型に乏しく鑑別困難とし組織での精査のため針生検(CNB)を行い、HE染色のみでは診断困難であったため免疫染色を施行し乳癌と診断された。胸筋温存乳房切除術が行われた。術後補助療法はホルモン療法が行われている。

【細胞所見】小型の乳管上皮細胞が乳頭状集塊で多数出現していた。細胞集塊の辺縁は細胞質で覆われており、細胞配列も整っていた。まずは乳管内乳頭腫を疑ったがLBC検体でp63の免疫染色を行い陰性であった。それらを踏まえ悪性を否定できなかったため鑑別困難とした。

【組織所見】CNBでは拡張した乳管内に血管線維性の間質を伴う乳頭状の増生を認めた。CD10(-), CK5/6(-), p63(-), CEA(+), CyclinD1(+)(>50%)より, Intraductal carcinomaと診断された。摘出標本ではCNBと同様の像や浸潤像が見られた。Invasive ductal carcinomaと診断された。

【まとめ】今回我々は男性乳癌を経験した。良性との鑑別に苦慮したが、FNAの検体で筋上皮マーカーのp63(-)の結果を踏まえ、細胞像もよく観察し経験を積むことで細胞診での診断は十分可能であるものとする。

P-1-144 印環細胞を伴った乳癌の組織・細胞像に関する検討

日本医科大学付属病院病理部病理診断科¹⁾, 同 統御機構診断病理学²⁾, 飯田病院病理診断科³⁾

○葉山綾子(CT)¹⁾, 大橋隆治(MD)¹⁾, 坂谷貴司(MD)^{1,2)}, 松原美幸(CT)¹⁾, 渡會泰彦(CT)¹⁾, 石井英昭(MD)¹⁾, 土屋眞一(MD)^{1,3)}, 内藤善哉(MD)^{1,2)}

【はじめに】印環細胞浸潤を伴う乳癌は、一般に予後不良とされるが、その疾患概念はいまだ確立されていない。また、術前細胞診における印環細胞の形態像、臨床的意義に関しての報告も限られており、未だ不明な点が多い。今回我々は、印環細胞浸潤を伴った乳癌の術前穿刺吸引細胞診(以下FNA)における細胞像につき、比較検討を行った。

【対象と方法】当院における乳癌手術検体のうち、有意な印環細胞浸潤(浸潤癌細胞の20%以上)を呈する25例中、術前にFNAが施行されていた7症例を対象とした。それらの組織像とFNA標本における印環細胞の出現頻度、細胞形態像につき、比較検討を行った。

【結果】組織型は浸潤性乳管癌3例、浸潤性小葉癌3例、粘液癌1例であった。組織にて、印環細胞が30%以上見られた5症例(乳管癌1例、小葉癌3例、粘液癌1例)では、FNA検体でも、印環細胞の存在が確認できた。一方、印環細胞が30%以下に留まっていた2症例のFNAでは、印環細胞はほとんど見られなかった。細胞質内小腺腔(ICL)が、すべての小葉癌に見られたのに対し、乳管癌では、1例に留まった。その他の細胞所見(細胞量、核異型、多形性)には、症例間で明らかな差異は認めなかった。

【結語】組織で30%を超える印環細胞浸潤がある場合、FNAでもその存在を指摘できる可能性が高いが、それ以下の場合、FNAでは検出困難となる。印環細胞の存在は、予後に影響するとの報告から、常に印環細胞の有無に注意を払って日常の細胞診断に臨む必要があると思われる。

P-1-145 甲状腺新報告様式に基づく標本の適否についての検討

公益財団法人福島県保健衛生協会¹⁾, 公立大学法人福島県立医科大学医学部基礎病理学講座²⁾, 一般財団法人慈山会坪井病院婦人科³⁾

○千葉聖子(CT)¹⁾, 添田喜憲(CT)¹⁾, 鈴木御幸(CT)¹⁾, 佐藤美賀子(CT)¹⁾, 神尾淳子(CT)¹⁾, 田中瑞子(MD)²⁾, 森村 豊(MD)³⁾

【背景と目的】甲状腺癌取扱い規約が改訂され, 細胞診報告様式が甲状腺細胞診ベセスダシステムを取り入れた新様式(7分類)にかわるようになった。新様式では, 「適正」の判定基準が明確となり, 濾胞上皮細胞集塊が6個以上あれば「適正」と判定される。さらに, 泡沫細胞のみみられる場合でも, 新様式では「適正」と判定され, 「嚢胞液」という新たな区分に含まれるようになった。そこで, 新報告様式による検体適正状況を把握した。

【対象および方法】平成23~26年度に県内の医療機関から当施設に委託された甲状腺検体411件のうち, 「不適正」および「良性」と判定した363件を対象とした。新様式の基準に基づき, 「不適正」, 「嚢胞液」, 「良性」に振り分け, 現様式と新様式での判定結果を比較検討した。

【結果】現行での不適正は411件中74件であり, 全体の18.0%を占めていた。これらの新様式での再評価では, 不適正73件, 嚢胞液1件であった。現行での良性289件(70.3%)の再評価結果は, 不適正24件, 嚢胞液57件, 良性208件であった。新報告様式での不適正は411件中97件(23.6%)で, 現行と比較し, 不適正率は5.6%増加していた。また, 嚢胞液は58件(14.1%), 良性は208件(50.6%)であった。

【考察とまとめ】新報告様式では, 現行の良性区分に含まれていた嚢胞液が, 新たな判定区分となり, 臨床判定により近づいた判定となった。しかし, 不適正検体の基準が明確となったことにより, 従来良性と判定していた例が不適正と判定され, 不適正率が多少増えると考えられた。今後, 新報告様式導入にあたっては, 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とっていく必要があると思われる。

P-1-146 甲状腺細胞診の当施設におけるベセスダシステムの不適正標本の検討

一般財団法人東京保健会病体生理研究所病理室¹⁾, 東京女子医科大学産婦人科教室²⁾

○今関恵子(CT)¹⁾, 船木陽子(CT)¹⁾, 木村洋三(CT)¹⁾, 五十嵐清子(CT)¹⁾, 平井康夫(MD)²⁾

【はじめに】当研究所では総合病院から個人病院までの甲状腺細胞診の依頼を受諾している。現在, 甲状腺癌取扱い規約に則して判定をしているが, 臨床医から甲状腺細胞診ベセスダシステム(Bethesda System=BS)での判定の要望が出てきている。今回, 過去5年間に受諾した甲状腺細胞診の中で, BSの不適正の基準に沿って, 不適正の割合とその内容の調査を行った。

【対象】2010年1月から2014年12月までの5年間で甲状腺細胞診383例を全て見直しBS不適正基準による不適正標本が何例あるか調査した。なお, 規約で良性区分に含まれる嚢胞液のみはBSに従い不適正とした。

【結果】甲状腺細胞診383例で「正常あるいは良性」, 「鑑別困難」, 「悪性の疑い」, 「悪性」のそれぞれの総件数と不適正標本の割合は「正常あるいは良性」の276例中で不適正123例(44.6%)であり, 「鑑別困難」以上の109例で不適正標本はなかった。不適正123例の詳細は血液・炎症細胞のみが54例, 嚢胞液のみが33例, 濾胞細胞集塊が6個以下が29例, 血液・乾燥等で濾胞細胞の評価が困難なものは7例であった。

【まとめ】今回の結果で, 不適正標本となる内容を整理することが出来た。今後BSを導入し報告する場合は, 不適正の割合を10%以下に抑えるために病院との密接なコミュニケーションを図ること, 当研究所での検体作製時での努力が必要であると思われる。

P-1-147 甲状腺穿刺吸引細胞診の再検討—針洗浄液併用と鑑別困難例を中心に—

秋田大学医学部附属病院病理部

○成田かすみ(CT), 川村 学(CT), 伊藤 智(CT),
廣嶋優子(MD), 南條 博(MD), 大森泰文(MD)

【はじめに】ベセスダシステムによる判定導入および穿刺吸引針洗浄固定液(以下洗浄液)併用前後の当院の甲状腺穿刺吸引細胞診成績を解析し, 意義不明な異型あるいは意義不明な濾胞性病変(以下 AUS FLUS), 濾胞性腫瘍あるいは濾胞性腫瘍の疑い(以下 FN SFN), 悪性疑い, 悪性の症例を中心に再検討したので報告する。

【対象】2012年6月から2015年5月までに当院で施行された甲状腺穿刺吸引細胞診464例のうち, 検体不適正152例(32.7%)を除く314例。洗浄液併用症例は224例。

【細胞診成績および再検討結果】正常または良性が233例(74.7%), AUS FLUSが24例(7.7%), FN SFNが11例(3.5%), 悪性疑いが5例(1.6%), 悪性が39例(12.5%)だった。AUS FLUS24例の内容は, 腺腫様甲状腺腫や腺腫などの良性病変を疑うが乳頭癌細胞所見が少数見られる症例が11例, 乳頭癌を疑う異型細胞が少数ないし乾燥変性症例が7例, 乳頭癌の細胞所見が揃わない症例が5例, MALTリンパ腫疑い症例が1例だった。細胞診で悪性と診断した症例で最終病理診断が行われた31例は, 乳頭癌30例, 悪性リンパ腫1例で, すべて悪性だった。洗浄液を併用しない241例の検体不適正が89例(36.9%), 洗浄液併用224例の検体不適正が63例(28.1%)で, 洗浄液併用により検体不適正が8.4%減少した。AUS FLUS, FN SFN, 悪性疑い, 悪性で洗浄液併用51例のうち, 洗浄液標本にのみ異型細胞あった症例が6例, 洗浄液標本でより鮮明な異型細胞所見が得られた症例が14例あった。また, 洗浄液でサイログロブリン免疫染色を行い, 未分化癌と診断した症例が1例あった。

【まとめ】針洗浄液の併用は有用であったと考える。今後も甲状腺穿刺吸引細胞診断の向上に努めたい。

P-1-148 当院における甲状腺癌取扱い規約報告様式とベセスダシステム報告様式の比較検討

雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診¹⁾, 雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾

○深川良隆(CT)¹⁾, 伊藤園江(CT)¹⁾, 塚本孝久(CT)¹⁾,
楳田明美(CT)¹⁾, 武井美和(CT)¹⁾, 長山大輔(CT)¹⁾,
坂本康輔(CT)¹⁾, 鶴野由華(CT)¹⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾,
西田直代(MD)²⁾, 木村芳三(MD)²⁾

【目的】現在当院では甲状腺穿刺吸引細胞診報告を適正評価, 日母分類, 診断, 所見を用いて報告しているが, 今回報告様式の見直しを目的に, 自験例の診断成績もとに甲状腺癌取扱い規約(以下, 規約)とベセスダシステム報告様式(以下, BS)の妥当性を比較検討した。

【対象と方法】対象は2005年から2014年の10年間で甲状腺穿刺吸引細胞診を施行した716例で, そのうち手術で病理組織診断が確定したのは悪性43例を含む62例である。1. 規約, BSにおけるそれぞれの判定基準にしたがい分類し直した。境界病変域は規約では当院のIIb~IIIbが鑑別困難に該当したが, BSではさらにFN/SFN(濾胞性腫瘍を疑う群)とAUS/FLUS(それ以外の異型を示す群)に分類し, IIIbで「乳頭癌よりの異型」の症例は悪性疑いにした。2. 規約, BSの各判定区分で悪性の占める割合を検出した。

【結果】1. 不適正は規約で139例に対し, BSでは310例と多かった。他は規約が正常または良性394例, 鑑別困難124例, 悪性疑い9例, 悪性50例に対しBSでは良性224例, AUS/FLUS49例, FN/SFN62例, 悪性の疑い22例, 悪性49例であった。2. 悪性の占める割合は規約では不適正(0%), 正常あるいは良性(0.76%), 鑑別困難(7.26%), BSでは不適正(0.65%), 良性(0.45%), AUS/FLUS(6.12%), FN/SFN(6.45%)であった。手術施行例においては規約は悪性の疑い(66.7%), 悪性(100%)で, BSは悪性の疑い(77.7%), 悪性(100%)であった。

【まとめ】不適正の基準が明確なBSでは, 細胞採取量不足による無理な診断を回避できた。規約における鑑別困難例はBSではFN/SFN, AUS/FLUSに分類できた。また規約での鑑別困難の「乳頭癌よりの異型」がBSでは悪性疑いに分類され, 手術施行例での悪性の占める割合は増加した。以上よりBSへの移行は有用と考えられた。

P-1-149 腺腫様甲状腺腫を振り返る

立川相互病院臨床検査科病理

○藤元祐子(CT), 谷 正行(CT), 田原恵美子(CT),
布村真季(MD)

【目的】 当院での2014~2015年6月の腺腫様甲状腺腫の判定は76例であり, 術後の組織診断で乖離がみられたのは1例に留まる結果であった。しかし, 術後組織診断で腺腫様甲状腺腫とされ, 術前の細胞診所見では濾胞性腫瘍や悪性を疑う所見を含む鑑別困難とした症例は4例みられた。このことからこれまで相関のみられた腺腫様甲状腺腫の症例と併せ, 良性と判定する要素についての詳細な見直しとLBC法を含めた所見観察について検討したので報告する。

【所見観察】 多くの線維成分やコロイドが出現しているものに加えて, 特に集塊形態の極性の維持は目立つ所見であった。バセドウ病や橋本病等の良性疾患がある場合に伴う細胞変化について注意が必要であると考えられたが, 採取量が多い場合や濾胞構造の不明瞭化, 核形については悪性所見との十分な比較に乏しく反省する結果となった。しかし, 腺腫様甲状腺腫であっても組織所見を含め核型不整や核内封入体様の所見をみとめ苦慮した経験から良性範囲での細胞変化の把握が課題となると考えられた。

【LBCでの良性所見についての考察】 当院LBC法はCytoRichを使用継続中だが, 今回ThinPrepとCellPrepについても同時検討を行った。症例は少数ながら立体的な集塊形成や核・細胞質変化を中心に良性例について典型例を模索した。各社異なる所見から悪性との境界所見が難しく, 今後も症例を重ね検討する必要があると考えられた。従来法と合わせて施設内での明らかな良悪性の所見確立と統一が重要と再認識した。

【総括】 従来法での良性を始めとする所見統一を基礎に今後LBC法への移行のため検討を続けていかなければならないと再認識した。

P-1-150 低分化成分を伴った甲状腺乳頭癌の組織細胞像に関する検討

日本医科大学付属病院病理部・病理診断科¹⁾, 同 統御機構診断病理学²⁾

○村瀬幸宏(CT)¹⁾, 大橋隆治(MD)¹⁾, 坂谷貴司(MD)^{1,2)},
松原美幸(CT)¹⁾, 渡會泰彦(CT)¹⁾, 石井英昭(MD)¹⁾,
内藤善哉(MD)^{1,2)}

【はじめに】 甲状腺低分化癌は, 通常の高分化型乳頭癌に比べ, 予後不良と言われるが, その細胞学的特徴に関する報告は限られている。今回, 我々は, 乳頭癌に含まれる低分化成分の存在が細胞像にどのような影響を及ぼすか, 比較検討を行った。

【対象と方法】 当院にて, 甲状腺癌取扱い規約第6版に基づき, 組織学的に甲状腺低分化型乳頭癌と診断され, 術前に穿刺吸引細胞診(FNA)を施行された28例を対象とした。腫瘍内の低分化成分の占める割合により1群(20%以下)(7例), 2群(20-50%)(11例), 3群(50%以上)(10例)に分類し, 各群における細胞所見を再評価, 比較検討した。

【結果】 いわゆる低分化癌の特徴とされる細胞像(索状, 島状, 充実性)は, 2群の55%, 3群の50%の症例に見られたが, 1群では14%に留まった。高度核異型は, 2群の63%, 3群の90%に目立ったが, 1群では, 43%であった。一方, 乳頭癌の特徴である乳頭状構造は1群の全例(100%)に見られたのに対し, 2群, 3群では, 27%, 50%と若干少数であった。また, 核内封入体は1群85%, 2群72%, 3群60%に認められ, 核溝は1,2,3群ともにほぼ全例認められた。また, 2群, 3群では, 紡錘形でやや大型の細胞が目立ったのに対し, 1群では円型核を持つ小型細胞が主体であった。細胞量, 壊死, コロイドの有無に関して, 各群間に差はなかった。

【結語】 低分化成分を含む乳頭癌症例では, その含有量の増加に伴って, 細胞像にも低分化癌の特徴が反映される一方, 一般的な乳頭癌の細胞像の出現頻度は低下することが分かった。このことを念頭に置き, 日常の甲状腺細胞診断に臨むことが, より正確な診断につながると思われた。

P-1-151 充実性乳頭癌の細胞所見

隈病院臨床検査科¹⁾, 隈病院病理診断科²⁾, 隈病院外科³⁾

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

【目的】充実型乳頭癌は、充実性構造が50%以上を占め、核には乳頭癌の特徴的所見を認めるとされている。現在まで、充実型乳頭癌の細胞所見に関する報告は少なく、その亜型を示唆する細胞所見は確立されていない。今回、我々は充実型乳頭癌の細胞学的特徴を明らかにするために検討したので報告する。

【方法】2011年1月から2015年6月までの4年半に、当院で切除され組織学的に乳頭癌と診断された4899例を見直した結果、充実型は26例(0.5%)であった。このうち16例は充実型乳頭癌と報告されていたが、8例は通常型乳頭癌、2例は低分化癌と報告されていた。検体不適正であった1例を除いた25例について、穿刺吸引細胞診標本を観察し、細胞学的特徴を検討した。

【結果】実際の細胞診報告では、25症例中20例が乳頭癌、2例が濾胞型乳頭癌、2例が低分化癌、1例が充実型乳頭癌であった。背景にコロイド、リンパ球、泡沫細胞は殆どみられなかった。腫瘍細胞は主として小充実性集塊(80.0%)、微小乳頭状集塊(92.2%)として出現し、定型的な大型乳頭状集塊はみられにくかった(12.0%)。核内細胞質封入体、核溝、すりガラス状クロマチンの頻度はそれぞれ84.0%、100%、8.0%であった。細胞質は比較的淡染性であった。

【考察】充実型乳頭癌の細胞所見として、1) 背景にコロイド、リンパ球、泡沫細胞がみられない、2) 小充実性集塊、微小乳頭状集塊がみられ、大型乳頭状集塊はみられない、3) 細胞質が淡染性である、などが重要と考えられた。

P-1-152 硝子化索状腫瘍の細胞学的所見の検討

伊藤病院診療技術部¹⁾, 山梨大学医学部²⁾, 慶應義塾大学病院病理診断部³⁾

○渡辺亜美(CT)¹⁾, 近藤哲夫(MD)²⁾, 徳井理絵(CT)¹⁾,
田村 恵(CT)¹⁾, 佐々木栄司(CT)¹⁾, 藤澤俊道(CT)¹⁾,
亀山香織(MD)³⁾, 鳥屋城男(MD)¹⁾, 北川 亘(MD)¹⁾,
伊藤公一(MD)¹⁾

【はじめに】硝子化索状腫瘍(以下、HTT)は、特殊な像を呈する稀な腫瘍である。HTTの細胞学的特徴として、索状配列や放射状配列をした細胞集塊、紡錘形細胞の出現、境界不明瞭な細胞質、細胞質内にはyellow bodyが認められるといわれている。また、核所見の特徴として核溝や核内細胞質封入体が目立つことが多いことから、乳頭癌と鑑別を要することが多い。今回われわれは、HTTと診断された細胞診標本を再鏡検し、先に述べた細胞学的特徴の中で実際に有用となりうる所見を検討した。

【方法】2005年から2014年までに当院で病理組織学的にHTTと診断された15例のうち、同部位より細胞診検査が施行されていた10例(平均年齢55.8才(35~74才)、男女比0:10)を対象とした。術前の細胞診断は、乳頭癌2例、乳頭癌疑い2例、HTT疑い6例であった。それぞれにつき集塊の形状、細胞質所見、核所見、基底膜様物質の有無などについて検討した。

【結果】HTTに特徴的とされる放射状配列または索状配列は8例で認め、これらは腫瘍細胞が硝子様間質に付着している部分で多く認めた。不明瞭な細胞質をもつものは7例で認めた。核クロマチンは8例で顆粒状であったが、2例で乳頭癌に類似した微細なクロマチンを呈していた。また、核内細胞質封入体は全例で認め、そのうち4例では頻繁に認めた。基底膜様物質は6例で認めた。

【まとめ】核内細胞質封入体は全例で認められることから、乳頭癌との鑑別を要することが避けられないが、索状配列や放射状配列といった他の所見と組み合わせることがHTTを推定する上で重要である。

P-1-153 チェルノブイリ甲状腺癌検診に関わるロシア語甲状腺細胞診教本の発刊の意義

日本医科大学付属病院病理部¹⁾, NPO 法人チェルノブイリ医療支援ネットワーク²⁾, 愛知県立大学看護学部病理学³⁾, 日本医科大学内分泌外科⁴⁾

○渡會泰彦(CT)¹⁾, 村瀬幸宏(CT)¹⁾, 山田英雄²⁾,
石井英昭(MD)¹⁾, 内藤善哉(MD)¹⁾, 土屋眞一(MD)¹⁾,
越川 卓(MD)³⁾, 清水一雄(MD)⁴⁾

【はじめに】我々は2003年からNPO法人チェルノブイリ医療支援ネットワークの要請により12年間に渡りベラルーシ共和国における甲状腺癌検診に参加してきた。その中で、現地で主に行われているギムザ染色を主体とした甲状腺細胞診の教本として日本の教本をロシア語に翻訳・発刊し、贈呈したので、その意義について報告する。

【経緯】当初は原発事故により急増した甲状腺癌患者を一人でも多く救うことを目的に検診を行っていたが、その後現地スタッフのみでの検診の遂行を目標とし、住民の検診と並行し検診方法や診断技術の伝達を行ってきた。その中で現地医療関係者は触診～エコー、穿刺吸引手技などの検診方法は素早くマスタしたが、スクリーニングなどの診断技術の伝達は我々の限られた滞在時間の中では実現が困難であった。現地では経済的理由から高価なパバニロウ染色は普及せず、ギムザ染色が主流であった。しかし診断のベースになるギムザ染色について適格に記載されたロシア語の成書がなく、必要性を実感していた。そこでNPOの医療通訳であるY氏の全面協力により1991年に武藤化学より発刊された「メイギムザを主体とした甲状腺の細胞診アトラス(越川卓先生著)」を約1年半かけてロシア語に翻訳し、ロシア語版教本として発刊し2012年のベラルーシでの検診の際に贈呈することができた。

【結語】この教本はPDFデータとしても贈呈しており、自由に増刷・閲覧が可能である。したがって今後はベラルーシに留まらず、広いロシア語圏内での日常診断に役立つだけでなく、次世代の細胞診検査師育成のための教育にも貢献すると思われる。

P-1-154 結節状病変に対する甲状腺穿刺吸引細胞診が行われた Basedow 病の一経験例

横浜市立みなと赤十字病院病理診断部¹⁾, 横浜市立みなと赤十字病院内分泌内科²⁾

○武川瑞穂(CT)¹⁾, 伊藤圭祐(MT)¹⁾, 星野夏那(CT)¹⁾,
山本容子(CT)¹⁾, 林 榮一(CT)¹⁾, 山村信一(CT)¹⁾,
太田一樹(MD)²⁾, 熊谷二郎(MD)¹⁾

【はじめに】Basedow病に対しての甲状腺穿刺吸引細胞診は甲状腺クリーゼの危険性があるため、本来適応ではない。今回、Basedow病患者の甲状腺に生じた結節状病変に対し穿刺吸引細胞診が行われた一例を経験し、本疾患の細胞像を得ることができたため報告する。

【症例】40歳代、女性。第一子出産後約8か月から動悸を自覚するも医療機関受診なし。その後も症状は続き体重も3か月で7kg減少したため、出産後約1年時に近医受診。症状と血清TSH低値、free T3, T4高値からBasedow病と診断されチアマゾール投与を開始したが、副作用が強かったため中止。その約1か月後にRI治療目的に当院を紹介受診した。超音波検査では甲状腺は両葉ともに約6cm大にまで腫大しており、左葉中部に6mmの等～高輝度を示す結節状病変を認めた。RI治療開始にあたり、この病変の性状を確定する必要からエコーガイド下穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞像】背景にはリンパ球、好中球、少量のコロイドが存在。濾胞上皮細胞は少数出現していた。軽度の核腫大と大小不同が見られ、クロマチンは細顆粒状で明るく、淡い核小体を伴うものもみられるが異型は乏しい。細胞質には小空胞が見られる。Giemsa染色では細胞質内に赤色の顆粒を伴うflare cellを多数認めた。

【まとめ】得られた細胞像はBasedow病のものに特徴的であると考えられた。結節状病変の性状については正確には不明であるが、Basedow病発症前から存在していた何らかの良性結節状病変、抗甲状腺薬の影響などの可能性が考えられる。本疾患の細胞像を得る機会は少ないと考えられたので報告した。

P-1-155 細胞診が有用であった橋本病に合併した甲状腺限局性原発性アミロイドーシスの一例

社会医療法人博愛会相良病院病理診断科¹⁾, 鹿児島大学大学院歯学総合研究科腫瘍学講座病理学分野²⁾

○皆倉愛美(CT)¹⁾, 前田ゆかり(CT)¹⁾, 永尾聡子(CT)¹⁾, 北園暢子(CT)¹⁾, 大井恭代(MD)¹⁾, 畑中一仁(MD)²⁾

【はじめに】アミロイドーシスはアミロイド細線維が臓器に沈着する疾患群である。今回、細胞診が有用であった橋本病に合併した甲状腺限局性原発性アミロイドーシスを経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。頸部違和感の精査で、橋本病とともに甲状腺腫瘍を認めた。左葉下極の穿刺吸引細胞診にてアミロイドがみられ、全身精査を行うも髄様癌や全身性アミロイドーシスは否定的で、診断と治療目的で甲状腺左葉切除が施行された。

【細胞所見】ライトグリーン～オレンジG好性の無構造物質が多量にみられ、一部にリンパ球が散在、ごく少数の濾胞上皮細胞や多核細胞もみられた。無構造物質は濃度不均一で辺縁に毛羽立ちがあり、内部に紡錘形の核が散見された。コンゴレッド染色にて赤橙色に染まり、偏光下で複屈折が確認され、アミロイドと考えた。濾胞上皮細胞は小集塊で出現し、髄様癌由来の細胞と異なり、小型円形核、核クロマチン細顆粒状であった。

【組織所見】結節領域に一致し好酸性無構造物質の沈着がみられ、濾胞構造は破壊されていた。コンゴレッド染色で赤橙色を呈し、偏光下での複屈折も確認された。結節内部には異物反応や骨化、結節周辺部にはリンパ球や形質細胞の浸潤がみられた。アミロイドはAL型で、結節外の血管壁にアミロイド沈着はみられず、橋本病に合併した甲状腺限局性原発性アミロイドーシスと考えられた。

【まとめ】本症例は細胞診にてアミロイドを確認し、診断につながった。稀な症例であるが、甲状腺細胞診におけるコロイドとアミロイドの鑑別、アミロイドーシス疾患の認識は重要であると考えられる。

P-1-156 骨髄像で推定困難であった t(1;22)(p13;q13)を伴う AMKL の 1 乳児例

国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター臨床検査科

○永田啓代(CT), 中村宗夫(MD)

【はじめに】急性巨核芽球性白血病 (Acute megakaryoblastic leukemia: AMKL) は小児白血病の約2%と稀な疾患であり、多くはダウン症に合併する。非ダウン症児に発症する AMKL は t(1;22)(p13;q13) を伴う例が多く予後不良である。今回、骨髄像で推定困難であった AMKL の一例を経験したため報告する。

【症例】0歳2か月男児。著明な肝腫大、末梢血に芽球を認め、急性白血病を疑うも骨髄中の芽球は6.8%と低率であった。5日後、t(1;22)(p13;q13)が判明し、AMKLと診断された。LD-AraCによる先行治療に加えVP16投与開始されたが、翌日、全身状態悪化により死亡し病理解剖が施行された。

【末梢血所見】挫滅した細胞を散見し、奇形赤血球や顆粒の減少した大型血小板を認めた。芽球は中型でN/C比大、細胞質は塩基性が強く、一部の細胞に空胞を認め、核網は繊細であった。

【骨髄所見】低形成で赤芽球系と巨核球系に形態異常を認めた。芽球は小型～中型細胞が混在し、小型の芽球には核網やや粗で細胞質に突起のあるものも見られたが、芽球の単一性増殖を示唆する所見はなく急性白血病を指摘できなかった。

【剖検組織所見】骨髄、肝、脾、リンパ節に線維化を認め、全身諸臓器に腫瘍細胞の浸潤を認めた。肝の捺印細胞診(MG染色)では末梢血・骨髄中の芽球と同様の細胞を散見し、肝組織のFCMは、CD34(+), CD41(+), HLA-DR(-), CD13(-), CD33(-)であった。病理診断は、全身線維化を伴った急性白血病による腫瘍死とされた。

【まとめ】本症例は、骨髄所見でAMKLを推定できず急激な転機をとった。t(1;22)(p13;q13)を伴うAMKLは、骨髄の線維化により骨髄の芽球比率が20%未満となる場合がある。臨床所見で急性白血病を疑う際は、芽球が低率でも白血病を念頭においた鏡検が必要である。

P-1-157 髄液細胞診にて診断された B-LBL の一例

獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学形態病理²⁾

○加藤 輝(CT)¹⁾, 町田浩美(CT)¹⁾, 永井多美子(CT)¹⁾,
佐々木英夫(CT)¹⁾, 圓谷 勝(CT)¹⁾, 中里宜正(MD)²⁾,
小島 勝(MD)²⁾, 正和信英(MD)²⁾

【はじめに】リンパ芽球性リンパ腫(Lymphoblastic Lymphoma: LBL)は、非ホジキンリンパ腫の中でも悪性度の高い疾患である。小児では、非ホジキンリンパ腫の約40%を占めるのに対し、成人では2~4%と比較的稀な疾患である。また、LBLはT細胞性(T-LBL)とB細胞性(B-LBL)に分けられ、80%以上がT-LBLであり、B-LBLは5~20%と稀である。今回、生検採取が難しく、髄液細胞診にて診断されたB-LBLの一例を経験したので報告する。

【症例】24歳、男性。右肩の上がりにくさを自覚し前医受診。その後、激しい頭痛を訴え当院入院となった。当初MRIで異常所見なく同僚に結核患者がいたことから、結核性髄膜炎として治療開始したが容態が悪化したため、脳MRIを再検したところ松果体、下垂体柄にmass認め、頸椎MRIでも造影病変を認めた。さらに腰椎穿刺でclass VのLBL疑いとなった。

【細胞所見】大型でN/C比の高い類円形の異型細胞が単調に出現していた。深い切れ込みを有する異型細胞が少数と核分裂像が見られ、背景には貪食組織球が散見された。免疫染色では、MPO(-), LCA(+), TdT(+/-), CD79a(+), CD1a(-)であった。

【まとめ】稀に髄液にしか腫瘍細胞が出現しない症例では悪性リンパ腫の組織亜型の推定は困難であるが、免疫染色は補助診断として有用であると考え報告した。

P-1-158 ALK陽性未分化大細胞型リンパ腫の一例

熊本市立熊本市市民病院病理診断科¹⁾, くまもと森都総合病院病理診断科²⁾

○山田智子(CT)¹⁾, 河野公成(CT)¹⁾, 松本律男(CT)¹⁾,
志賀有紗(CT)¹⁾, 豊住康夫(MD)¹⁾, 有馬信之(MD)²⁾

【はじめに】未分化大細胞型リンパ腫(ALCL)は、CD30陽性の大型多形細胞の増殖をきたすリンパ腫で、末梢性T/NK細胞腫瘍である。全リンパ腫の1.5%を占め、anaplastic lymphoma kinase 遺伝子産物(ALK)発現陽性例と陰性例では異なる臨床像を示す事が知られている。今回、穿刺吸引細胞診(FNAC)で、診断に苦慮したALK陽性ALCLの一例を経験したので報告する。

【症例】20歳代、男性。右頸部腫瘤自覚にて当院耳鼻科受診し、右頸部多発性リンパ節腫大のため、FNACが施行された。その後の精査で、多発リンパ節腫大、胃・十二指腸病変、転移性肝・脾・肺腫瘍を認め、頸部リンパ節、胃、十二指腸より生検が施行された。

【細胞所見】核形不整、核の大小不同、大型核小体の目立つ異型細胞が多数出現していた。核偏在性で、核分裂像を認め、悪性リンパ腫や低分化な癌を鑑別に挙げた。免疫染色では、AE1/AE3(-), CD3(-), CD20(-), Vimentin(+), Desmin(-)で、非上皮性腫瘍を最も考えた。

【組織所見】頸部リンパ節組織では、大型類円形で、核の大小不同と強い核形不整を示す異型細胞が密に増殖していた。細胞質は豊富で核偏在傾向を示す細胞を散見し、高頻度の核分裂像を認めた。免疫染色では、CD3(-), CD20(-), CD56(-), CD30(+), ALK(+), EMA(-/+), 上皮系および筋系マーカー陰性で、ALK陽性ALCLと診断した。胃、十二指腸生検にも同様の異型細胞を認め、免疫染色でも同様の所見を示したことから、ALK陽性ALCLの浸潤と考えられた。

【まとめ】ALCLの細胞は大型で細胞質も豊富なため、リンパ節病変では癌細胞の転移との鑑別を要する場合もある。診断を進める際には、本疾患の特徴として挙げられる不整形核の存在に着目し、有効な免疫染色抗体を選択していく必要がある。

P-1-159 Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm の 1 例

国立病院機構都城医療センター中央検査部

○植山雅彦 (CT), 芝原修一 (CT), 小坂裕之 (MD)

【はじめに】 Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm (BPDCN) は形質細胞様樹状細胞の前駆細胞に由来する腫瘍で、きわめてまれな腫瘍で高齢の男性に多く発生する。今回我々は BPDCN の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 60 歳代男性, 2015 年 5 月初めより左耳下腺部の痛みと腫脹を認める。血液検査は WBC 7500/ μ l, Hb11.1 g/dl, Plt19000/ μ l であった。その後当センター紹介受診, CT 検査で両側頸部, 鎖骨上, 腋窩, 縦隔, 腹部傍大動脈, 鼠径リンパ節の腫大を指摘された。副鼻腔, 肺に画像検査では病変はなかった。末梢血に芽球様細胞が 77% みられ, 骨髓穿刺が施行された。

【骨髓細胞所見】 細胞密度は過形成で芽球様細胞は 41.4% みられた。芽球様細胞は中型～大型で核の形状は不整を示し, クロマチンは繊細で核小体は 1～数個みられた。細胞質は乏しいものから舌状に突出像がみられ, 顆粒は極少数みられた。芽球様細胞のペルオキシダーゼ染色, エステラーゼ染色は陰性だった。

【骨髓組織所見】 骨髓内は芽球が密に増生しており, 造血細胞は抑制されていた。芽球は CD4.CD123.TCL-1 に陽性, CD3.CD56.CD68.CD34.TdT に陰性であった。以上より BPDCN と診断した。

【まとめ】 BPDCN は WHO 分類第 4 版では, 急性骨髄性白血病および関連前駆細胞性腫瘍に記載されている。鑑別疾患として Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type が挙げられ, 鑑別には CD123 や TCL-1 の免疫染色を行わないと鑑別は困難と思われる。細胞所見ではクロマチンパターンや細胞質の顆粒の観察が鑑別ポイントと考えたが, 本疾患の報告例は少なく今後症例の蓄積が必要と思われた。

P-1-160 Cytokeratin-positive fibroblastic reticular cell tumor の生検捺印細胞像

岐阜県立下呂温泉病院¹⁾, 岐阜大学医学部形態機能病理²⁾, 山形大学医学部病理診断学講座³⁾, 岡山大学医学部病態検査学岡山大学大学院保健学研究科⁴⁾, 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病理学腫瘍病理 2 病理⁵⁾

○前田祐吾 (CT)^{1,2)}, 鬼頭勇輔 (MD)²⁾, 齊郷智恵美 (MD)²⁾, 山川光徳 (MD)³⁾, 佐藤康晴 (MD)⁴⁾, 高田尚良 (MD)⁵⁾, 竹内 保 (MD)²⁾

Fibroblastic reticular cell tumor は極めて稀な組織球系腫瘍で臨床病理像の検討のため症例の蓄積が待たれる。今回, 我々は生検捺印細胞像を検討する機会を得たので報告する。50 歳代の女性で, 腋下部リンパ節腫脹で受診, 乳癌転移を疑われ, 検索されるも乳癌の画像・臨床所見は得られず, 確定診断のため, 生検検討となった。病理組織学検討では, 大型異型核をもち豊かな好酸性細胞質をもつ腫瘍細胞が, 境界不明瞭な融合した結節状構造を形成し, 濾胞を占拠するように, あるいは模倣するように増殖していた。リンパ節の基本構造は失われていたが, 腫瘍細胞は数個の集塊で散見され, 周辺には小型リンパ球や形質細胞浸潤がみられた。免疫組織染色では腫瘍細胞は AE1/AE3 および CAM5.2 陽性で, CK7, EMA も陽性であったが, 一方で CD21, clusterin, caldesmone などの follicular dendritic cell マーカーが陽性であった。電顕検討では腫瘍細胞間に desmosomal-like junction がみられた。生検捺印細胞標本では, 極めて大型の, 粗造なクロマチン構造をうかがわせる核をもつ腫瘍細胞が, 数個の集塊を形成し, あるいは単一で, 非腫瘍性の小型リンパ球を周囲に付着させ観察された。核はおおむね中心に位置し, 豊かな細胞質をもち扁平上皮の所見や腺上皮への分化を肯定する細胞像は見いだせなかった。癌のリンパ節転移との鑑別が臨床病理学的には重要であると思われる。従来, 原発不明の癌の転移とされてきたリンパ節病変に本症例類似腫瘍が存在する可能性があると考ええる。

P-1-161 リンパ節穿刺吸引細胞診でみられた組織球肉腫の一例

武蔵野赤十字病院病理部

○浅見力也(CT), 宅見智晴(CT), 高橋聡子(CT),
古屋能孝(CT), 浦田育美(CT), 北村洋一(CT),
海老原美里(CT), 河合繁夫(MD), 櫻井うらら(MD),
瀧 和博(MD)

【はじめに】組織球肉腫は形態的および免疫発現の特徴が組織球と類似する腫瘍である。今回、濾胞性リンパ腫再発時のリンパ節穿刺標本によって得られた組織球肉腫の症例を呈示する。

【症例】50歳代男性、濾胞性リンパ腫再発にて当院通院加療中に、一過性の発熱、圧痛を伴う頸部リンパ節腫脹が出現したため、穿刺吸引細胞診およびリンパ節組織生検が施行された。

【細胞所見】ライトグリーン好染性の豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が、核腫大、核形不整、単個～複数個の大型不整形核小体を伴い、孤立性に出現していた。核偏在性で、多核細胞や血球貪食像も一部に認められた。

【組織所見】大型の腫瘍細胞が髄様に密に増殖していた。腫瘍細胞は淡好酸性大型の胞体を有し、核は類円形、水泡状で大小不同が目立ち、著しい核形不整や多核を有するものも散見された。免疫組織化学染色にて、リゾチーム陽性、S-100一部陽性であり、B細胞、T細胞、上皮系マーカー等、いずれへの分化傾向が認められないことから、組織球肉腫と診断された。

【考察】形態のみで組織球肉腫と診断するのは困難であり、臨床情報や免疫組織化学染色などの評価を加味したうえで、未分化大細胞性リンパ腫、未分化癌、悪性黒色腫などを鑑別疾患として、注意深く診断することが重要と考えられる。

P-1-162 リンパ節捺印標本を用いた菊池病（組織球性壊死性リンパ節炎）の細胞学的検討

長崎大学病院病理診断科病理部¹⁾, 長崎病理診断科²⁾

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

【はじめに】菊池病(HNL)は比較的若い女性の頸部リンパ節に多く発生する良性病変であり、術前での細胞診断の意義は大きい。時に悪性リンパ腫(ML)や反応性リンパ節炎(RL)との鑑別が困難なことがある。今回、鑑別診断が可能か否かについて細胞所見を比較し、特徴像を検討した。

【方法】2006～2014年に組織診断で確定されたHNL10例、部位は頸部LN9例、腋窩LN1例を元に、比較対象例としてML(DLBCL)10例、RL10例の各リンパ節捺印標本を用い、Papanicolaou(Pap)染色およびGiemsa染色を行った標本により、(1)tingible body macrophage(TBM)、(2)核崩壊産物、(3)三日月状核、(4)無構造物質の4項目を検討した。

【結果】HNL患者の年齢：9-44歳(中央値22歳)、男/女：2/8であった。(1)TBMはHNL、ML、RLで8/10、5/10、8/10例、(2)核崩壊産物は8/10、5/10、5/10例、(3)三日月状核は6/10、0/10、0/10例、(4)無構造物は7/10、4/10、1/10例で見られた。

【まとめ】Giemsa染色標本はPap染色標本に比べ、TBMおよび三日月状核を有する組織球の特徴を、Pap染色では無構造物質をGiemsa染色よりもより明瞭に描出した。TBMおよび核崩壊産物は、HNLにより多く見られたが、MLやRLでも見られた。三日月状核を有する貪食組織球は、HNLのみに観察される特徴的細胞像の一つであった。また、Pap染色標本において貪食組織球内に観察されるライトグリーン好性無構造物質も比較的多く認められ、HNLの診断に有用であると思われた。今後、無構造物質について免疫染色等を用いて解析し、HNLの病態解明に繋がるか検討し、報告する予定である。

P-1-163 リンパ節細胞診における形態学的鑑別点の検討

九州大学大学院医学系学府保健学専攻

○藤井直人(St)

【背景】成熟B・T細胞腫瘍は病理形態、免疫学的表現型、遺伝子・染色体異常、臨床像の全ての情報に基づいて診断されるが、比較的安価である細胞診での診断が可能になると、コスト削減や迅速な診断につながる。本研究では、リンパ節病変における反応性濾胞過形成、濾胞性リンパ腫、びまん性B細胞性リンパ腫、T/NK細胞性リンパ腫の細胞診標本における形態学的特徴を比較し、鑑別に有用な項目について検討する。

【対象と方法】九州大学病院で穿刺吸引あるいは捺印細胞診が施行され、病理組織学的診断が行われたリンパ節病変41症例のギムザ染色標本を用い、400倍で観察される各症例200個のリンパ球様細胞について、ImageJを用い、核面積(μm^2)、核小体面積(μm^2)、核の大小不同、核の窪みの程度、縦横比、核円形度の6項目を計測した。その後、6項目を組合せたクラスター解析を行い、高悪性度症例が良性・低悪性度群に振り分けされる「偽陰性」症例が少ない組合せを調べ、用いられた項目について分析した。

【結果】高悪性度症例は、良性症例に比べて核面積・核小体面積・縦横比が大きい傾向が見られ、クラスター解析では、核面積と縦横比を含む3~4項目の組合せ、あるいは核小体面積を含む2~5項目の組合せで、偽陰性となる症例が少なくなった。

【結論】良性・低悪性度群と高悪性度群の鑑別の際、核面積、核小体面積、縦横比に注目することが有用であり、異型のある中~大型細胞の割合の増加が、良性症例に似た形態学的特徴を持つ高悪性度症例の鑑別の助けになる可能性が示唆された。今後は、より精度の高い鑑別を行うために、新たな項目や計測細胞数を増やし報告する。

P-1-164 胸水中に腫瘍細胞を認めた肉腫型中皮腫の1例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾、東京女子医科大学第1病理²⁾、戸田中央臨床検査研究所³⁾

○中島美里(CT)¹⁾、小川命子(CT)¹⁾、中田裕人(CT)¹⁾、三田尚子(CT)¹⁾、平林陽介(CT)¹⁾、金子あゆみ(CT)¹⁾、金澤卓也(CT)¹⁾、野崎 史(MD)¹⁾、鈴木高祐(MD)¹⁾、澤田達男(MD)²⁾、河合俊明(MD)³⁾

【はじめに】肉腫型中皮腫は中皮腫の一亜型で10~20%を占める。肉腫型中皮腫では体腔液貯留をきたすことは稀であり、腫瘍細胞が体腔液中に出現することは少ない。今回我々は多数の腫瘍細胞が胸水中に出現した1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。アスベスト曝露歴あり。胸背部痛および労作時呼吸困難を主訴に当院を受診。胸部CTにて胸膜を全周性に覆う腫瘍性病変と多量の右胸水を認め、胸水細胞診と右胸膜生検が施行された。組織診にて肉腫型中皮腫と診断され、約4か月後に死亡した。

【胸水細胞所見】中等大からやや大型の紡錘形異型細胞が孤立散在性に多数出現していた。核は紡錘形や類円形で核形不整を示し、核縁は薄く、クロマチン微細顆粒状で、核小体を単~数個認め、ライトグリーン淡染性の細胞質を有していた。明瞭な核小体を有する大型細胞も散見した。細胞所見と臨床所見を考慮し肉腫型中皮腫が疑われたが、肉腫との鑑別は困難であった。

【組織所見】右胸膜生検組織は、大部分が紡錘形細胞からなる腫瘍で占められていた。細胞は多形性で、紡錘形核や淡明な細胞質を有する細胞、明瞭な核小体を有する類上皮様細胞も混在していた。また巨細胞や線維成分の豊富な部分も認められた。免疫染色ではAE1/AE3が陽性で、calretininは類上皮様細胞及び巨細胞に陽性、WT-1は紡錘形細胞にのみ陽性であった。以上より肉腫型中皮腫と診断した。

【まとめ】本症例では細胞像のみから肉腫型中皮腫と診断することは困難であった。体腔液中に肉腫様の異型細胞が出現した場合には、肉腫型中皮腫も念頭におき、免疫染色や臨床情報、画像所見を総合的に考慮し診断することが重要となる。

P-1-165 細胞質内にヘモジデリン沈着を認めた胸膜悪性中皮腫の1例

JA 山口厚生連長門総合病院研究検査科¹⁾, 山口大学医学部保健学科基礎検査学講座²⁾, 美祢市病院事業管理者³⁾, 山口県立総合医療センター中央検査部⁴⁾

○末永絹恵(CT)¹⁾, 太田英茂(CT)¹⁾, 高林小百合(CT)¹⁾, 岡藤友見(CT)¹⁾, 河野裕夫(MD)²⁾, 高橋睦夫(MD)³⁾, 渋田秀美(CT)⁴⁾, 安永佳麻里(CT)⁴⁾

【はじめに】主として紡錘形の異型細胞からなり、上皮型の成分が存在する場合でも10%以下の場合には二相性中皮腫ではなく、肉腫型中皮腫と分類される。今回我々は、少量の上皮型成分を伴った肉腫型胸膜悪性中皮腫例で細胞質内にヘモジデリン沈着を認めた1例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。アスベスト暴露歴なし。検診で右肺要精査にて当院受診。CTにて右胸膜に接して腫瘍性病変あり。胸水細胞診にて、悪性中皮腫が疑われたため、CT下胸膜針生検が施行された。組織検査にて肉腫型悪性中皮腫が疑われ、精査・加療目的にて他院に転院。胸腔鏡下胸膜生検が施行され、上皮型成分を伴う肉腫型悪性中皮腫と診断された。

【細胞所見】孤立散在性から小集塊状に異型細胞が多数出現していた。細胞質はライトグリーン好染で辺縁は淡明、細胞質内にはヘモジデリン顆粒を多数認めた。核は類円型で、核クロマチンは細顆粒状、小型で明瞭な核小体も認められた。

【組織所見】胸膜表面を被覆する1層の中皮細胞に軽度の異型が見られ、肋間筋組織への浸潤も確認された。大部分は好酸性の線維状胞体と紡錘形核を有し、不規則、或いは束状の流れや花むしる状構造を呈して増殖していた。また、腫瘍部に壊死やヘモジデリン沈着、硝子化も見られた。

【まとめ】中皮細胞はpinocytosisにより、ヘモジデリンを取り込む場合があるため、ヘモジデリン沈着を認める中皮細胞があることを念頭において診断することが重要である。今回の症例は上皮型成分を伴っていたため、細胞診では上皮型成分が採取されていたが、肉腫型悪性中皮腫の診断には細胞診と胸腔鏡下胸膜生検およびそれらの免疫染色を併せた総合的な判断が必要である。

P-1-166 セルブロックが診断に有用であった二相性胸膜悪性中皮腫の一例

春日井市民病院臨床検査技術室¹⁾, 春日井市民病院病理部²⁾

○齋藤知央(CT)¹⁾, 渡邊弥生(CT)¹⁾, 西尾 淳(CT)¹⁾, 加藤 浩(CT)¹⁾, 伊藤 修(CT)¹⁾, 吉田めぐみ(MD)²⁾, 立山 尚(MD)²⁾

【はじめに】体腔液中にはさまざまな腫瘍細胞が出現するが、その中でも悪性中皮腫は反応性中皮細胞やその他の腫瘍細胞との鑑別に難渋することが多い。今回セルブロックを併用することで、悪性中皮腫と診断し得た症例を報告する。

【症例】60歳代男性。喫煙歴20本/1日×43年。数か月前から呼吸困難感があったが、増悪を認めた為当院ER受診。エコーにて多量の胸水貯留を認めた。その後の造影CTにて左肺下葉腫瘍、右胸膜腫瘍を認め、また左肺門～気管分岐部リンパ節腫大と右鎖骨上窩、気管前、気管傍リンパ節が散見された。原発性肺癌、癌性胸膜炎、悪性中皮腫等が疑われ胸水細胞診、胸膜生検が施行された。

【細胞像】小型リンパ球や組織球を背景に、異型の強い細胞の不規則重積性を示す球状および乳頭状集塊を認めた。細胞質はライトグリーン好性で厚みを増した細胞も認めた。核は円形から類円形、核クロマチンは細顆粒状に増量し、明瞭な核小体を認めた。多核細胞や相互封入像を認め、悪性中皮腫を考えたが、臨床所見より肺癌との鑑別を要したのでセルブロックを作成し、免疫組織染色を行った。その結果、calretinin陽性、WT-1一部陽性、D2-40少数に陽性、TTF-1、NapsinA、CEAはいずれも陰性で悪性中皮腫と診断した。

【組織像】高度の異型を示す腫瘍細胞の上皮様の充実性の増殖を認めるとともに、紡錘形細胞の増殖からなる肉腫様の成分も一部に混在していた。免疫組織染色は胸水セルブロックと同様の染色結果を示し、二相性胸膜悪性中皮腫と診断された。

【まとめ】細胞像より悪性中皮腫を考え、セルブロックを併用することにより診断し得た症例であった。

P-1-167 悪性胸膜中皮腫にて左胸膜肺全摘後、長期経過の後に悪性腹膜中皮腫を発症した1例

兵庫県立尼崎総合医療センター病理検査¹⁾, 兵庫県立尼崎総合医療センター病理診断課²⁾, 兵庫医科大学病院病理部³⁾, 兵庫医科大学分子病理⁴⁾

○南 智也(CT)¹⁾, 荻原英里(CT)¹⁾, 松本慎一郎(CT)¹⁾, 高垣和代(CT)¹⁾, 吉田憲治(CT)¹⁾, 石橋万亀朗(CT)¹⁾, 鳥居良貴(CT)³⁾, 中島直樹(MD)²⁾, 鷹巣晃昌(MD)²⁾, 辻村 亨(MD)⁴⁾

【はじめに】悪性中皮腫(MM)は近年増加傾向の予後不良の疾患であり、大半は胸膜原発で、腹膜原発は全MMの10%程度と比較的稀である。今回我々は悪性胸膜中皮腫(MPM)を発症後、胸膜肺全摘術が施行され、長期間良好に経過したが、悪性腹膜中皮腫(MAM)を発症した極めて稀な1例を報告する。

【症例】30歳代後半男性、アスベスト暴露歴あり。1年前より呼吸困難、左胸痛を自覚し、検診で胸部異常陰影を指摘された。胸水細胞診および胸膜生検にてMPMと診断。左胸膜肺全摘術後、長期間再発は無く経過したが、約15年後、腹満にて当院受診し、腹水細胞診でMAMが推定された。直後に兵庫医科大学に転院し、腹膜生検でMAMと確診された。

【腹水細胞診】大型乳頭状または球場集塊が多数出現していた。核は概ね中心性で、厚い細胞質やプレブのある細胞がみられた。2核細胞の割合も高く、OG好染細胞を認めMAMと推定した。

【腹膜生検組織像】単～数層の異型上皮が乳頭状、球状あるいは腺房状配列にて増生していた。核中心性で、明瞭な核小体や軽度の核異型を認め、浸潤像もみられた。免疫組織化学染色では、Calretinin, WT-1, D2-40, が陽性で、TTF-1, CEA, NapsinAが陰性を示しMAMと診断した。

【遺伝子検索】MPMとMAMの両者の検体を用いて各々にp16遺伝子のHomo欠失を検討したが、同欠失をいづれも確認できなかった。

【まとめ】2006年～2014年に本院で診断したMPMは175例にのぼるが、その内、MAMを異時性に発症した例は本例のみと非常に稀な症例である。

MAMは発症頻度が低く、腺癌などの他の悪性腫瘍との鑑別が難しいことも多いため、既往歴やアスベスト暴露歴を考慮しながら個々の細胞所見を正確に捉え、遺伝子検査も役立てる態度が肝要である。

P-1-168 多数の砂粒体を認めた腹膜原発悪性中皮腫の一例

神戸市立医療センター西市民病院臨床検査技術部¹⁾, 神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科²⁾

○山下展弘(CT)¹⁾, 宮川祥治(CT)¹⁾, 吉田澄子(CT)¹⁾, 勝山栄治(MD)²⁾

【はじめに】悪性中皮腫の腹水中に砂粒体を認めることはまれである。今回われわれは多数の砂粒体を認めた腹膜原発悪性中皮腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。アスベスト暴露歴あり。4か月前に高血圧で通院していた近医にて炎症反応を指摘され精査目的に当院紹介となる。画像診断で大綱に不整形のsoft tissueと腹水を認めた。上下部消化管内視鏡検査で悪性所見はなく、また、CEA, CA19-9, DUPANは正常範囲内であった。PET-CT施行したところ、腹膜の肥厚と一致した集積を認め、癌性腹膜炎や結核性腹膜炎などが疑われた。

【腹水細胞診所見】標本一面に球状から小乳頭状集塊が多数出現していた。細胞質は比較的厚く、クロマチンは軽度増加していた。細胞異型はあまり目立たなかったが、モノトーンな出現と出現細胞の多さから悪性中皮腫を疑った。しかし砂粒体が多く認められたため腺癌との鑑別が問題となった。

【組織所見】腫大した核を持つ異型細胞が、管状、乳頭状構造をとり、あるいは充実性に増殖していた。砂粒体が目立ち、壊死も散見された。悪性中皮腫や由来不明の腺癌が鑑別に挙げられたが、免疫染色にて、Calretinin(+), D2-40(+), CEA(-), TTF-1(-)より、上皮型悪性中皮腫と診断した。

【まとめ】腹水細胞診にて砂粒体を多数認めた場合、多くは乳頭状腺癌を考えがちであるが悪性中皮腫でも出現することを認識すべきである。また、保存検体からの免疫染色が有用であった。

P-1-169 卵巣漿液性腺癌との鑑別に苦慮した悪性腹膜中皮腫の1例

鳥取大学医学部女性診療科¹⁾, 病理診断科²⁾

○小松宏彰(MD)¹⁾, 佐藤慎也(MD)¹⁾, 澤田真由美(MD)¹⁾, 野中道子(MD)¹⁾, 野坂加苗(MD)²⁾, 佐藤誠也(MD)¹⁾, 千酌潤(MD)¹⁾, 島田宗昭(MD)¹⁾, 大石徹郎(MD)¹⁾, 板持広明(MD)¹⁾

【はじめに】悪性中皮腫は稀な腫瘍であり予後不良の難治性疾患である。腹膜原発の悪性中皮腫はその約10-20%とされ、卵巣癌との鑑別が最も重要となる。腹水細胞診と免疫組織化学で確定診断した悪性腹膜中皮腫を経験したので報告する。

【症例】52歳女性。2経妊2経産。過多月経のため子宮は摘出後。腹痛と腹部膨満感を主訴に近医を受診。CT検査にて卵巣癌が疑われ当科紹介。婦人科診察では多量腹水貯留と右卵巣腫瘍、骨盤内腹膜の不整な肥厚を認めた。血清CA125は401.2U/mL。卵巣癌を疑い試験開腹術を施行した。開腹時の術中迅速病理組織診では漿液性腺癌と判定された。その後、腹水細胞診と免疫組織化学により、悪性腹膜中皮腫の確定診断を得た。化学療法を施行するも治療抵抗性であり約1年で原病死となった。

【腹水細胞診所見】炎症性背景に厚い胞体を有する中皮細胞が弧在性から小集塊で出現。核の大小不同や核形の不整を認め、2核から多核もみられた。相互封入像を認め免疫染色ではEMA抗体が陽性であった。

【組織所見および免疫組織化学】均一で類円形の核を有する細胞が非階層性乳頭状に増生していた。免疫組織化学でcalretinin, WT-1, EMAおよびcytokeratin 5/6に陽性, ER, PgR, Ber-EP4およびvimentinに陰性であった。以上より悪性腹膜中皮腫と診断した。

【腹水所見】高粘調度でやや混濁した黄色調を呈していた。腹水中のヒアルロン酸は329,000ng/mLと異常高値であった。

【まとめ】高粘調度の腹水を認める症例では悪性中皮腫を念頭におく必要があり、診断には免疫組織化学が有用であった。

P-1-170 造血器腫瘍における胸水細胞診の意義

宮城県立がんセンター・病理診断科

○伊藤しげみ(MD), 佐藤郁郎(MD), 植木美幸(CT), 大場いづみ(CT), 大山友紀(CT), 名村真由美(CT), 竹内美華(CT)

【背景と目的】Ann Arbor分類では「肺門リンパ節腫大を伴う片側胸水」はリンパ節外性病変と捉えられる。胸水細胞診が陽性の場合には胸腔内播種と捉えられるので、stage IVになる。我々は血液内科患者の胸水、特に細胞診陰性の場合の胸水発生の原因や臨床的意義について検討した。

【対象】宮城県立がんセンターで2005年から2014年までに、血液内科あるいは他科で造血器腫瘍と診断された患者の胸水穿刺検体40検体(32症例)を対象とした。

【結果と考察】造血器腫瘍が原因による陽性胸水は計14件(13症例)、細胞診陰性と判定された血液内科の症例は26件(19症例)認められた。このうち臨床的に胸膜浸潤ありと判定された症例が9症例(47.4%)存在し、うち4例でリンパ球優位の所見が認められた。胸膜浸潤のない10症例中5例は肺炎随伴性胸水、その他は心不全や薬剤性などの原因が考えられた。胸膜浸潤の見られた9例中6例が原病の増悪により死亡した。一方、胸膜浸潤のない10症例中原病により死亡したのは1例のみで、それ以外に間質性肺炎や肺癌、心不全など他の疾患で死亡した症例が5例見られた。また、胸水出現から死亡までの期間は、細胞診陽性群が4.7か月と最も短く、次いで胸膜浸潤がない群が8.5か月、胸膜浸潤がある群15.6か月であった。

【結語】細胞診陰性の症例の約半数では臨床的に胸膜浸潤が認められたことから、リンパ球優位の細胞浸潤を示す場合は、セルブロックなどを用いた免疫染色の実施を検討すべきである。胸水発生の原因や背景は複雑で、細胞診が陰性の症例でも予後は不良である。造血器腫瘍における細胞診の臨床的意義や特徴を理解することが重要と考えられた。

P-1-171 胸水中にIgG4陽性形質細胞浸潤を証明できたIgG4関連疾患の一例

北海道大学病院病理診断科病理部

○吹谷美佳(CT), 丸川活司(CT), 望月抄苗(CT),
清水知浩(CT), 宮越里絵(CT), 安孫子光春(CT),
藤澤孝志(MD), 高桑恵美(MD), 畑中佳奈子(MD),
三橋智子(MD), 松野吉宏(MD)

【緒言】近年注目されているIgG4関連疾患は、血中IgG4高値に加え、全身諸臓器にIgG4陽性形質細胞浸潤や線維化を伴う腫瘍性病変を特徴とする。本疾患では胸膜炎や胸水貯留の報告は稀で、胸水細胞診に関する知見は少ない。今回、我々は胸水中にIgG4陽性形質細胞浸潤を証明できたIgG4関連疾患の一例を経験したので報告する。

【症例】70代・女性。咳嗽、喀痰が出現、CTにて両側胸水、心嚢液貯留を認め、胸膜の軽度肥厚、肺野や腹腔内に小腫瘤や脂肪織炎も見られた。血液検査所見はIgG 3877 mg/dl, IgG4 > 1500 mg/dlで、骨髄腫等の形質細胞性腫瘍またはIgG4関連疾患が疑われ、悪性疾患除外目的に胸水穿刺が施行された。胸水の性状は、黄色調でやや混濁しており、滲出性であった。

【細胞診所見】小リンパ球とともに、類円形の車軸核を有し、核偏在傾向を呈する異型に乏しい細胞を多数認めた。ギムザ染色にて細胞質好塩基性で、核周明庭が見られ、免疫細胞化学染色にてCD138陽性となり形質細胞と判断したが、良悪性の判定は困難であった。胸水セルブロックを用いた免疫組織化学染色では、出現していた形質細胞の約半数がIgG4陽性を示した。またISHではIg軽鎖制限は認めず、他に感染性胸膜炎を示唆する細胞所見や悪性細胞も認めなかった。臨床所見など総合的に判断し、IgG4関連疾患に伴う形質細胞浸潤と判断した。なお胸膜生検は施行されていない。

【考察】胸水細胞診に多数の形質細胞がみられる場合、血中IgG4高値の際には積極的に本疾患に伴う胸膜病変を疑って細胞学的鑑別診断を進める必要がある。本症例では、胸水セルブロックを作製したことによってIgG4陽性形質細胞の証明や腫瘍性疾患の除外が可能となり、極めて有用であった。

P-1-172 Erdheim-Chester diseaseの治療中に心嚢水組織球増多をみた1例土岐市立総合病院¹⁾, 名古屋第一赤十字病院²⁾

○酒井美穂(CT)¹⁾, 森本亜由美(CT)¹⁾, 丸山総枝(CT)¹⁾,
池井戸重廣(CT)¹⁾, 伊藤雅文(MD)²⁾, 中野晃伸(MD)¹⁾

【はじめに】体腔液中に多数の組織球の出現をみた場合、第一に考えるべきは炎症性疾患であろう。Erdheim-Chester disease (ECD)は稀な組織球増殖性疾患であるが、最近の知見により腫瘍性疾患と考えられている。我々はECDの治療中に、心嚢水中の組織球増多を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。1年前より左視力の低下が出現。画像診断にて右鞍上部腫瘍が発見され髄膜腫疑いにて手術が行われた。病理診断はECDであった。1ヵ月後、心嚢水が貯留し細胞診が施行された。

【細胞所見】背景には少数のリンパ球を認め、明るく広い泡沫状の細胞質を持つ細胞が多数出現していた。核は大部分が円形から類円形で、くの字核を少数認めた。N/C比は低く核異型は認められなかった。組織球と考えられ、ECDの心外膜への浸潤が考えられた。多核組織球は少数見られた。

【組織所見】セルブロックにて、泡沫状の細胞質を有する組織球を多数認めた。免疫組織化学染色ではBRAF VE1陽性であった。

【まとめ】組織球症はLangerhans cell histiocytosis (LCH)とnon-LCHに分けられる。ECDは腫瘍性か炎症性か明確にされていなかったが、LCHと同様にBRAF遺伝子変異を認めることから腫瘍性疾患が示唆されている。ECDは稀な疾患であるが、全身の臓器を侵すのでいずれの臓器にても遭遇する可能性がある。本症例ではECDの診断がなされていたため、心嚢水中の組織球の増多をみて、容易にECDの心外膜への浸潤が考えられたが、背景に他の炎症細胞の介在が少なく、大部分を異型のない組織球で占めるが、炎症性として説明がつかない場合、その他の組織球症とともにECDを鑑別疾患に挙げるべきである。

P-1-173 胸水中に出現した芽球性形質細胞様樹状細胞腫瘍(BPDCN)の1例

日鋼記念病院病理検査科

○下坂光生(CT), 植村弘幸(CT)

【背景】BPDCNは形質細胞様樹状細胞に由来する造血器腫瘍で、皮膚、骨髄に高率に浸潤し、白血病化を来し、高悪性度である。胸水中に腫瘍細胞が見られたBPDCNの1例を経験したので報告する。

【症例】71歳、男性。初診1ヶ月前より躯幹、四肢に手掌大からビー玉大の紅色結節が出現し、増大・増加。他院を受診し、皮膚生検を施行し精査中であった。疼痛が強くなったため、当院救急外来を受診。胸水細胞診で悪性リンパ腫を疑い、生検(骨髄、皮膚、リンパ節)でBPDCNと診断され、4ヶ月後に死亡した。

【細胞像】細胞質が好塩基性の異型細胞が孤立散在性に見られた。クロマチンパターンは繊細で類円形や紡錘形など多様な形態の核を有し、核小体の腫大を認めた。核偏在性を形質細胞様の異型細胞も見られた。胸水の免疫染色ではCD123(+)であった。

【組織像】異型単核細胞は核小体のみられる中等大ないし小型の円形ないし類円形、紡錘形、いびつな形態を示す核を有し、細胞質に乏しい。核分裂像も散見される。免疫染色ではCD3, CD5, CD8, CD20, CD30, CD56, CD57, CD68, MPO, TdTが陰性(-)で、CD4, CD43(MT-1), CD123が陽性(+)であった。以上よりBPDCNと診断した。

【まとめ】胸水中に腫瘍細胞が見られたBPDCNの1例を報告した。BPDCNは血液悪性腫瘍の中でも頻度が低く、日常診療で遭遇する機会は少ない。免疫組織化学的検索により異型細胞の由来を特定することが診断の決め手になった。

P-1-174 心嚢液細胞診と骨髄検査にて早期治療ができた血管内大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

市立加西病院中央検査科病理

○松代光代(CT), 神田由佳(CT)

【はじめに】血管内大細胞型B細胞性リンパ腫(IVL)は明らかなリンパ節腫大や腫瘤形成がなく、全身の小血管内腔に腫瘍細胞が増殖する極めて診断の難しい疾患である。生前診断が困難なことが多く剖検で明らかになることもまれではない。今回我々は心嚢液細胞診と骨髄検査にて早期にIVLの可能性を疑い、リツキシマブを併用した化学療法が著効した症例を経験したので報告する。

【症例】78歳、女性。立ちくらみ、呼吸苦、顔のむくみを主訴に当院内科受診。精査加療目的で入院となった。入院時検査で可溶性IL2レセプター、LDH著明高値、両側胸水・腹水貯留(+), 心嚢水を多量に認めた。リンパ節腫脹はなかったが脾腫を認め、悪性リンパ腫、血球貪食症候群の可能性が疑われ、心嚢液細胞診、骨髄液検査、骨髄生検が行われた。

【細胞所見】末梢血、心嚢液、骨髄液中に大型で核に切れ込みや分葉核を有する異型細胞を散在性に認めた。核縁肥厚なく核小体明瞭なものや多核異型細胞も散見した。形態学的にはATLLに似た細胞像であったが、ATLV-1(-), 免疫学的にCD20(+), CD3(-)よりB細胞性リンパ腫が疑われた。

【組織像】骨髄は過形成髄で背景の血球貪食は明らかではないが、大型異型細胞の血管内浸潤(intrasinusal pattern)を認めIVLが考えられる像であった。腫瘍細胞は免疫組織学的にB細胞マーカー陽性に加えCD5(+)を呈した。

【まとめ】心嚢液細胞診および骨髄検査にて早期にIVLが疑われ、治療が著効した症例を経験した。IVLはリツキシマブを併用した化学療法により予後が大幅に改善されることが期待されるため早期診断が重要である。

P-1-175 経過中に胸水に出現した Atypical chronic myeloid leukemia の一例

社会医療法人天神会新古賀病院臨床検査課¹⁾, 社会医療法人天神会新古賀病院病理診断科²⁾

○貞嶋奈津(CT)¹⁾, 河原真弓子(CT)¹⁾, 貞嶋栄司(CT)¹⁾, 木下準子(CT)¹⁾, 山崎加奈子(CT)¹⁾, 三宅まどか(CT)¹⁾, 徳永 藏(MD)²⁾

【背景】 Atypical chronic myeloid leukemia (aCML) は骨髓異形成と骨髓増殖性の病態を併せ持つ疾患で, Chronic myeloid leukemia (CML) に特徴的な BCR-ABL1 融合遺伝子は陰性である。WHO 分類で骨髓増殖性腫瘍である CML とは区別され, 骨髓異形成/骨髓増殖性腫瘍に分類される稀な疾患で, 予後不良とされている。今回我々は, 胸水中に aCML が出現した一例を経験したので報告する。

【症例】 80 歳代男性。ふらつき, 心窩部痛を主訴に他院受診, 血液検査にて WBC86600/ μ l, Hb5.9 g/dl で当院紹介受診となった。末梢血 FISH, 骨髓検査にて aCML と診断され, 2 か月後に胸水貯留を認めたため, 胸水穿刺が施行された。

【細胞所見】 成熟リンパ球を背景に, N/C 比の高い小型類円形細胞を弧在性に認めた。細胞質内には顆粒がみられ, 核は類円形で核形不整, クロマチンは微細顆粒状に増量し, 明瞭な核小体を認めた。ギムザ染色では各成熟段階の好中球を認め, 偽性ペルゲル核異常などの異型もみられた。

【まとめ】 各種の造血系疾患が胸水中に出現することが報告されており, 細胞質内の顆粒や各成熟段階の好中球を認めることは骨髓増殖性腫瘍を示唆し, Malignant lymphoma や acute myeloid leukemia との鑑別となる。更に aCML は CML と比べ, 好中球に形態異常がみられるとされており, 胸水中でも好中球の核異常や脱顆粒を認めた場合は aCML の可能性も視野に入れて詳細に観察すべきである。

P-1-176 胸水に出現し, 免疫細胞化学染色が有用であった Salivary duct carcinoma の 1 例

滋賀医科大学医学部附属病院病理部¹⁾, 滋賀医科大学医学部附属病院検査部²⁾

○岩本 望(CT)¹⁾, 石田光明(MD)¹⁾, 籠谷亜希子(CT)¹⁾, 春日 希(CT)¹⁾, 林 裕司(CT)¹⁾, 有田奈弥恵(CT)²⁾, 岩井宗男(CT)¹⁾, 宮平良満(CT)¹⁾, 森谷鈴子(MD)¹⁾, 九嶋亮治(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Salivary duct carcinoma (以下, SDC) は, 全唾液腺腫瘍の約 1.8% と稀で高悪性度の腫瘍である。唾液腺腫瘍が胸水に出現することは極めて稀で, 腺様嚢胞癌の報告が少数みられるものの, SDC の報告は 1 例のみである。今回, 我々は胸水に出現し, その診断に免疫細胞化学染色が有用であった SDC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 57 歳, 男性。4 年前に他院で右顎下腺癌に対し, 手術療法が施行され, SDC と診断された。その後, 頸部リンパ節再発のため当院紹介となった。頸部郭清が施行されたが, 1 年前より胸部 CT にて右下葉に結節影が認められた。その後, 右胸水が貯留し, 胸水細胞診検査が施行された。

【胸水細胞診所見】 大型類円形核を有する腫瘍細胞が, 乳頭状または島状に多数出現していた。腺腔を形成する集塊や, 一部には篩状構造が認められた。細胞質は比較的厚く豊富なものが多く見られたが, 泡沫状のものや, 細胞質内小腺腔も認められた。核の大小不同, 核の偏在傾向がみられ, 明瞭な核小体やクロマチンの増量を認めた。免疫細胞化学的に, 腫瘍細胞は androgen receptor (以下, AR) 陽性であった。

【組織所見】 胸壁切除検体では, 核小体の目立つ腫大した核を持ち, 比較的豊かな好酸性細胞質を有する異型細胞が胞巣を形成し, 一部で腺腔形成も観察された。腫瘍細胞は GCDFP-15 及び AR に陽性を示し, SDC の胸壁転移と診断した。

【まとめ】 SDC は極めて予後不良な腫瘍であるため, 組織型の確定診断が重要である。今回, 胸水細胞診検査にて, SDC に特徴的な細胞像に加え, AR の免疫染色陽性所見が確定診断に繋がった。

P-1-177 胸水中に腫瘍細胞が出現した粘液線維肉腫の1例

聖路加国際病院病理診断科¹⁾, 東京女子医科大学第1病
理²⁾, 東京慈恵会医科大学第3病院病理部³⁾

○鈴木正敏(CT)¹⁾, 小川命子(CT)¹⁾, 植竹 都(CT)¹⁾,
石黒弘美(CT)¹⁾, 小林ひとみ(CT)¹⁾, 恒田直人(CT)¹⁾,
吉田光希(CT)¹⁾, 宇野美恵子(DDS)¹⁾,
内田士朗(MD)¹⁾, 鈴木高祐(MD)¹⁾, 澤田達男(MD)²⁾,
福永真治(MD)³⁾

【はじめに】粘液線維肉腫 (myxofibrosarcoma 以下 MFS) は、新 WHO 分類で線維芽細胞/筋線維芽細胞性腫瘍の悪性に位置付けられた腫瘍である。今回我々は、背部原発 MFS が胸水中に出現した1例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。2年前に左背部皮下腫瘤に気づき当院受診。諸検査の結果、MFSと診断され腫瘍切除術が施行された。手術1年後、呼吸困難を主訴に受診しCTにて右肺の巨大腫瘤と大量胸水、左肺の多発結節影を認め、胸水細胞診と胸膜生検が施行され、組織診にてMFSの転移と診断された。3週間後に呼吸不全にて死亡した。

【胸水細胞所見】出血・炎症性背景に、中～大型の類円形異型細胞が孤立散在性に多数出現していた。ライトグリーン淡染～一部厚い細胞質を有し、核は単～多核で核形不整が目立ち核分裂像もみられた。クロマチンは細顆粒状で明瞭な核小体を認めた。背部腫瘍切除標本に類似した異型細胞であり、MFS由来の細胞と考えた。

【組織所見】背部腫瘍切除標本では粘液様、線維粘液様の間質、樹枝状の間質血管を伴って、類円形～短紡錘形核を有する紡錘形細胞の増殖を認めた。細胞異型は軽度～中等度で、細胞密度は部位により様々であった。多数の核分裂像と、一部多形肉腫様の像が混在していた。免疫染色は、 α -SMA が一部陽性、AE1/AE3、S-100、caldesmon、CD34は陰性を示した。以上より高異型度MFSと診断された。胸膜生検標本では、切除標本同様の所見を認めた。

【結語】本症例では、胸水中の癌細胞を組織所見を参考にMFSと推定する事が出来たが、細胞像のみから本腫瘍を診断することは困難であった。本疾患は、細胞像の報告も非常に少ない為、既往手術検体や免疫染色・臨床情報等を考慮し、診断に繋げる必要がある。

P-1-178 胸水に出現した Ewing 肉腫の一例

岡山大学病院病理部

○原田和恵(CT), 藤田 勝(CT), 松岡博美(CT),
今井みどり(CT), 井上博文(CT), 那須篤子(CT),
浜田香菜(CT), 田中顕之(MD), 田中健大(MD),
柳井広之(MD)

【はじめに】Ewing肉腫は、小児や若年者に多く、しばしば長管骨や骨盤に発生をみる悪性腫瘍である。今回我々は、副鼻腔原発で、胸水中に腫瘍細胞を認めたEwing肉腫の一例を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】40代、男性。鼻出血、目精疲労を主訴に近医を受診。画像検査で、左副鼻腔から頭蓋内に達する腫瘤を指摘されて当院紹介となり、腫瘍内出血に対する緊急手術、および術後の放射線化学療法が施行された。経過中に胸水の増加を認め、穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】N/C比の高い類円形の異型細胞が、孤立散在性から不規則重積性の集塊で認められ、相互封入像の所見を含む結合性が確認された。また、裸核状の細胞も出現していた。核型不整を示す細胞があるものの、類円形核が主体を占め、クロマチンは細顆粒状であった。一部の腫瘍細胞の細胞質にPAS反応の陽性像を認めた。細胞の配列は不規則ながら、ロゼット形成が散見された。

【病理所見】左副鼻腔、頭蓋内から採取された組織標本、および胸水から作製したセルブロック標本では、クロマチンの微細なN/C比の高い異型細胞が、索状構造や胞巣を形成し、壊死を伴いながら増殖していた。特殊染色および免疫組織化学染色では、腫瘍細胞の一部でPAS反応およびCD99陽性であった。遺伝子学的検索でEWS-FLI1融合遺伝子が確認され、Ewing肉腫と診断した。

【考察】副鼻腔などを原発とするEwing肉腫は非常に稀であり、さらに胸水に腫瘍細胞が出現したという報告は少ない。細胞診断に際しては、核所見や細胞配列、特殊染色やセルブロック標本での免疫組織化学染色の結果を考慮し、上皮性腫瘍や類円形細胞からなる他の非上皮性腫瘍と鑑別する必要がある。

P-1-179 胸水細胞診にて胸腔内転移を診断し得た頭皮原発血管肉腫の1例

福岡大学病院病理部・病理診断科

○西中村恵輔(CT), 松本慎二(CT), 相知優子(CT), 小島勝己(CT), 大石朋子(CT), 原川政彦(CT), 鍋島一樹(MD)

【はじめに】血管肉腫は全軟部肉腫の約1%を占めるにすぎない稀な悪性腫瘍で、皮膚や軟部組織に好発する。全身諸臓器、特に肺への血行性転移の頻度が高く、5年生存率は15%程度と極めて予後不良である。今回我々は、肺・胸膜転移を伴った頭皮原発血管肉腫の1例について、その胸水細胞像を報告する。

【症例】60歳代男性。半年前より漸次増大する頭部の腫瘤を認めた。皮膚生検にて悪性腫瘍が疑われたため拡大切除術が施行された。病理診断は血管肉腫であった。術後3か月時に遠隔転移精査目的で施行したPET-CTにて、両側肺門および胸膜に複数の異常集積を認めたため転移が疑われ、その際に貯留していた胸水細胞診が施行された。

【細胞所見】血性及び炎症性背景に多くの変性した異型細胞が孤立散在性および桑実状～球状の集塊を形成して出現していた。異型細胞は著しい核クロマチンの増量、核膜の肥厚、明瞭な好酸性の核小体を有し、細胞質内小腺腔様構造を示す細胞やホブネイル像も認められた。一部の細胞には紡錘形の形態を示す渦巻様配列も見られた。免疫細胞化学染色ではCD31, vimentinに強陽性、calretinin, cytokeratin AE1/AE3に陰性であった。この免疫形質は頭皮の原発巣と合致し、細胞形態と併せて血管肉腫の転移・播種を疑った。

【考察】本腫瘍ではホブネイル像や時に赤血球を含む細胞質内小腺腔構造が特徴とされているが、上皮様形態を示す密な細胞集塊として出現することが多く、腺癌や悪性中皮腫との鑑別が問題となる。そのため本腫瘍の診断には臨床経過の熟知と免疫染色の併用が不可欠である。

P-1-180 腹水中に腫瘍細胞が出現した血管肉腫の1例

長岡赤十字病院病理診断部

○加藤法男(CT), 高頭秀吉(CT), 池津 満(CT), 田村正史(CT), 山田隆志(CT), 山田佑輔(CT), 江村 巖(MD), 薄田浩幸(MD)

【はじめに】今回我々は、子宮頸癌術後17年に発生した右下肢血管肉腫の小腸転移で腹水中に腫瘍細胞を観察し得た症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代 女性。子宮頸部扁平上皮癌にて子宮全摘出術を受け、術後放射線療法を施行された。その17年後に右下肢に発赤を認め、当院皮膚科を受診。生検で血管肉腫と診断され、他院にて右下肢切断術を施行された。下肢切断の2年後、小腸転移を認め小腸部分切除術施行。その後、腹水貯留を認め腹水細胞診が施行された。患者は小腸部分切除術5ヵ月後に永眠された。

【細胞所見】多数の円形～楕円形の異型細胞が孤立散在性ないし小集塊状に認められ、一部に腺腔様配列を示す集塊や紡錘形細胞を認めた。異型細胞の細胞質はライトグリーン好染で、核は類円形～楕円形を呈し、一部にくびれ状の不整形核も認めた。核は細胞質の辺縁に偏在する傾向にありN/C比は大きく、クロマチンは顆粒状に増量し大型の核小体を1～数个認めた。また、細胞相互封入像や対細胞様の多核細胞が多くみられ、核分裂像も散見された。内部に好酸性類円形物質を認める細胞質内小腺腔(ICL)様構造を示す異型細胞を多数認め、さらに少数の異型細胞には大型の空胞も認めた。免疫染色では、腫瘍細胞はCD31, D2-40, Vimentinが陽性となり、血管肉腫由来の細胞と診断した。

【まとめ】体腔液中に出現した血管肉腫細胞は形態学的に腺癌との鑑別が難しいが、既往歴を参考に、免疫染色を行うことで診断は可能と考えられた。

P-1-181 Epithelioid inflammatory myofibroblastic sarcoma の1例

宮崎県立宮崎病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾

○木田裕子(CT)¹⁾, 福田早織(CT)¹⁾, 稲田千文(CT)¹⁾,
島尾義也(MD)²⁾, 丸塚浩助(MD)²⁾

【はじめに】Inflammatory myofibroblastic tumor (以下IMT) は筋線維芽細胞の腫瘍性増殖で, 免疫染色にて約50%にALK陽性を示す特徴がある。再発を起しやすく, 稀に転移をきたすことがあり, 中間悪性度腫瘍とされている。今回我々は, 上皮様の形態を示し, 腹腔内播種を伴ったIMTの腹水細胞診を経験したので報告する。

【症例】50歳代後半, 女性。2ヶ月前より下腿浮腫, 腹部膨満を自覚し, 当院産婦人科受診。MRIにて癌性腹水を伴う卵巣癌を疑われ, 腹水細胞診が行われた。化学療法後, 試験開腹されたが, びまん性に腹膜播種を認め, 腫瘍切除のみが行われた。腫瘍はS状結腸前面に存在し, 正常子宮・卵巣が確認され, 腹膜由来が考えられた。

【細胞所見】腹水細胞診では, 赤血球, 好中球を主体とした炎症細胞を背景に, 小集塊・孤立散在性に少数の大型異型細胞が認められた。それらの細胞は淡い泡沫状細胞質に, 偏在傾向の核を有し, 核形不整・薄い核縁・微細顆粒状クロマチン・明瞭な核小体を認めた。悪性が強く疑われたが, 推定組織型は不明であった。

【組織所見】好中球浸潤を伴った浮腫状の背景に, 大型で多形性な腫瘍細胞がコード状, 胞巣状に増殖していた。それらは大型の核に, 核形不整, 明瞭な核小体を認めた。また, 短紡錘形細胞も一部に見られた。免疫組織学的に上皮性マーカー陰性, ALK陽性等の結果から, Epithelioid inflammatory myofibroblastic sarcoma と診断された。

【まとめ】本症例では腹水中の腫瘍細胞は少数であったが, 細胞所見から悪性との判定は可能であった。しかし, 低分化な上皮性腫瘍, 中皮腫並びに非上皮性腫瘍の鑑別や, 組織型推定は困難であった。免疫細胞学的な検討を含めて報告する。

P-1-182 腹水中に腫瘍細胞を認めた Proximal-type 類上皮肉腫の一例

琉球大学医学部附属病院病理部¹⁾, 琉球大学大学院医学研究科腫瘍病理学講座²⁾

○平田幸也(CT)¹⁾, 齊尾征直(MD)¹⁾, 西平育子(CT)¹⁾,
比嘉美香(CT)¹⁾, 瑞慶覧陽子(CT)¹⁾,
伊原美枝子(CT)¹⁾, 仲宗根克(CT)¹⁾, 國吉真平(MD)²⁾,
小菅則豪(MD)²⁾, 青山 肇(MD)²⁾, 吉見直己(MD)²⁾

【はじめに】類上皮肉腫は, 主として若年成人の四肢遠位部に好発する軟部腫瘍である。今回我々は, 腹水中に腫瘍細胞を認めた類上皮肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】10歳代女性。腹痛を主訴とし, 精査・加療目的での入院となった。画像診断にて子宮腫瘍と傍大動脈リンパ節腫脹, 少量の腹水を認めたため, 腹水穿刺吸引細胞診および組織生検が行われた。既往歴として5歳時に前頭葉神経膠腫, 思春期早発症, 広汎性発達障害, 気管支喘息があり, 家族歴は特記事項なし。

【細胞像】血性, リンパ球性の背景に, 孤在から集塊状の腫瘍細胞が認められた。好塩基性の細胞質に, 円形から類円形のやや偏在傾向がみられる核が認められた。核クロマチンは微細顆粒状で, 1から数個の核小体を有していた。また, 腫瘍細胞には上皮様結合を思わせる集塊や一部にはrhabdoid様の所見を呈していた。臨床所見も鑑み, 細胞像からは横紋筋肉腫を第一に考えたが, 同時に作製したセルブロックにて免疫組織化学染色をしたところ, AE1/AE3陽性, myogenin陰性であった。

【組織像】開腹腫瘍生検において, 細網状好酸性胞体と核小体を有する異型細胞がびまん性から索状を呈し, 増殖・浸潤が認められた。免疫組織化学染色はvimentin強陽性, AE1/AE3弱陽性, CAM5.2陽性, EMA陽性で, S-100とCD34が陰性であった。それに加え, 組織標本からの遺伝子検索にてINI-1の欠失がみられた。画像検索などの臨床所見を鑑み, 子宮原発と思われる近位型類上皮肉腫と考えられた。

【まとめ】今回我々は, 腹水中に腫瘍細胞を認めた類上皮肉腫の稀な一例を経験した。本症例の細胞診所見再検討および組織標本との対比を行い, 他の腫瘍との鑑別点も含め考察する。

P-1-183 穿刺吸引細胞診で皮下良性軟部腫瘍および腫瘍類似病変を疑った静脈内器質化血栓の一例

広島鉄道病院臨床検査室(病理診断科)¹⁾, 広島鉄道病院臨床検査室²⁾, 広島鉄道病院臨床研修医³⁾, 広島鉄道病院皮膚科⁴⁾

○中山宏文(MD)^{1,2)}, 安原真由美(CT)²⁾, 清水丈明(CT)²⁾, 佐々木美恵(CT)²⁾, 柿崎元恒(MD)^{1,3)}, 堀内賢二(MD)⁴⁾

【はじめに】腫瘍部の穿刺吸引細胞診で良性軟部腫瘍および腫瘍類似病変を疑われ, 最終的に静脈内器質化血栓と診断された一症例を報告する。

【症例】40代の男性で, 右下腿屈側皮下に腫瘤を自覚され, 圧痛を感じるようになり, 約4ヶ月経過した時点で当院皮膚科を受診された。診察時, 同部位では, 表面約1cmにわたって, 軽度隆起し, 青色調で, 可動性はなかった。なお, 同部位に外傷の既往はない。神経系, 平滑筋系, および血管由来の腫瘍を疑われ, 穿刺吸引細胞診が行われた。CT検査およびMRI検査等画像診断は行われていない。

【穿刺吸引細胞診】検体は血液成分主体で, 孤在性の多稜形細胞が少数出現していた。多稜形細胞は非上皮系と考えられ, シュワン細胞, 平滑筋系細胞, および血管内皮細胞等への明らかな分化を示唆する所見に乏しい細胞と評価され, 詳細な診断推定にいたらなかった。

【肉眼所見および病理組織診断】本病変の診断確定および治療をかねて切除生検された。病変は皮下脂肪組織にみられ, 肉眼的に境界明瞭で, 断面は暗赤色であった。組織学的に皮下脂肪組織に拡張した静脈がみられ, その静脈には内腔の95%近くを占める器質化血栓が認められた。

【まとめ】穿刺吸引細胞診で採取された細胞は, 核が腫大した血管内皮細胞および線維芽細胞, および組織球の可能性が考えられる。臨床所見および細胞診材料を詳細に検討することで, 病理細胞診部門の方で, 切除生検前に診断確定は困難としても第一候補として挙げる事ができた可能性がある。積極的に穿刺吸引細胞診を行い, 症例を集積し, 経験を深めることで, 診断精度を高めることが望まれる。

P-1-184 多発性転移を示した顆粒細胞腫の1例

埼玉医科大学病院中央病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学病理学²⁾

○瀬山幸子(CT)¹⁾, 政岡秀彦(CT)¹⁾, 土居美枝子(CT)¹⁾, 金野美年子(CT)¹⁾, 李 治平(MD)^{1,2)}, 金 玲(MD)^{1,2)}, 市村隆也(MD)^{1,2)}, 石澤圭介(MD)^{1,2)}, 茅野秀一(MD)^{1,2)}, 山田健人(MD)^{1,2)}, 佐々木敦(MD)^{1,2)}

【はじめに】顆粒細胞腫は, Schwann細胞由来の腫瘍とされ, 舌, 皮膚, 乳腺, 消化管などに発生する比較的稀な腫瘍である。今回, 我々は多発性転移で発見された, 悪性と考えられた顆粒細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】40歳代, 女性。近医にて, 橋本病加療中に肝機能異常を指摘され, 精査目的にて当院を受診した。腫瘍マーカーの上昇はなく, 画像上では多発性肝転移, 多発性肺転移, 腹部皮下転移, 骨転移が疑われたが, 明らかな原発病変は指摘し得なかった。気管支擦過細胞診, 肺生検, 皮下結節生検が施行された。

【細胞所見】気管支擦過標本, 皮下結節捺印標本では, 腫瘍細胞は顆粒状物質が充満した比較的豊富な細胞質を有し, 背景にも同様の顆粒状物質が多く飛散し, 細胞境界不明瞭な集塊, 裸核状腫瘍細胞も認められた。核偏在傾向があり, 核クロマチンは微細顆粒状で増量には乏しいが, 核の腫大, 2倍程度の核の大小不同, 一部に明瞭な核小体が認められた。

【組織所見】肺生検, 皮下結節生検では, 顆粒状の好酸性細胞質を有する大型細胞の増生よりなり, 小型胞巣状, 束状の構造を呈し, 皮下結節生検では核の異型性が認められ, 核分裂像が散見された。ジアスターゼ消化PAS染色陽性, 免疫組織化学染色ではS-100, CD68に陽性を示し, p53に一部陽性, MIB-1 indexは5%程度であった。以上より悪性顆粒細胞腫と診断された。

【まとめ】顆粒細胞腫は稀な腫瘍であるが, 全身に発生することを念頭におき, 顆粒状物質を持つ細胞が認められた場合には鑑別に加えるべき腫瘍型と考えられた。核腫大, 核の大小不同, 明瞭な核小体を有する異型細胞の出現は悪性を考慮する細胞所見と考えられた。

P-1-185 腹腔内 GIST と診断・切除された腹腔内巨大平滑筋肉腫の一例

東大和病院病理細胞診断科

○桑尾定仁(MD), 河村淳平(CT), 島方嵩明(CT),
坂牧久仁子(CT), 林友理恵(CT)

【はじめに】腹腔内を占拠する大きな腫瘍には後腹膜由来の悪性線維性組織球腫, 腸管間質性腫瘍等が知られている。中皮腫や上皮性悪性腫瘍ではがん性腹膜炎による腹水貯留が顕著で, 腫瘍の巨大化は見られない。今回, 小腸の腸管間質性腫瘍と診断・手術され, 最終的に平滑筋肉腫と診断された一例を提示する。

【症例】64歳, 男性。腹痛にて当院救急センター受診。精査にて腹腔内に嚢胞化した腫瘍を認め, 破裂による腹腔内出血を生じていた。回腸の腸管間質性腫瘍が疑われ, 腫瘍切除が施行された。血性腹水採取。腫瘍は径10cm大, 灰白色・充実性で, 回腸に接するように存在。剖面より捺印細胞診材料採取。

【細胞所見】捺印細胞所見では多形性に富む大型の異型細胞が孤立・散在性に出現。N/C比上昇, 核形不整, クロマチン増量あるいは核分裂像等の悪性所見も明らかで, 多核巨細胞も混じていた。腹水セルブロック標本にも同様の細胞が出現し, 悪性線維性組織球腫が疑われた。

【組織所見】腫瘍細胞は細胞質の厚い短紡錘形～多稜形細胞が緻密に増生し, 多数の多核巨細胞を混じていた。核は類円形～混紡状で, 核分裂も多く見られた。花むしろ様構造は見られない。悪性線維性組織球腫, 平滑筋肉腫, 腸管間質性腫瘍等を疑い, 免疫組織学的に検討した。結果, 腫瘍細胞は vimentin, SMA が陽性, CD34, c-kit, DOG-1, CD68, ACT が陰性で, 平滑筋肉腫と診断された。

【まとめ】腹腔内の大きな腫瘍の細胞診断は極めて困難である。理由としては殆どが悪性線維性組織球腫や腸管間質性腫瘍で, これ以外の鑑別すべき腫瘍が挙げづらいことによる。しかし, 発生部位, 細胞採取量, 細胞質の厚みや核所見等より, 平滑筋肉腫の診断も可能と考えられた。

P-1-186 腎嚢胞内血腫としての穿刺吸引検体より後腹膜脂肪肉腫の可能性を推測し得た1症例

市立伊丹病院病理診断科

○中島麻智(CT), 堀岡良康(CT), 尾崎友美(CT),
宋美紗(MD), 木村勇人(MD)

【はじめに】非上皮性腫瘍は細胞診領域では頻度が低く, 腫瘍組織の捺印細胞診が主体と考えられる。今回, 血腫として後腹膜より穿刺吸引された検体から脂肪肉腫の可能性を推測し得た症例を経験したので報告する。

【症例】80代男性。右側腹部～背部痛にて当院受診し, 右腎下極に接する径8cmの腫瘍が認められた。腎嚢胞内血腫が疑われるも, ドレナージが無効のため穿刺吸引細胞診が施行された。検体は血液と血腫のみと思われたが, 血腫成分を組織標本化し細胞診標本と合わせて検討した結果, 脂肪肉腫の可能性が示唆された。腫瘍摘出術が施行され, 診断が確定した。

【細胞所見】血液成分を背景に細胞密度の疎な集塊を形成する非上皮性細胞がごく少数確認された。これらの核は紡錘形・類円形・糸状などの形態を示し, クロマチンは微細顆粒状で核小体は目立たなかった。細胞質は辺縁不明瞭で, 裸核様の部分もみられた。細胞周囲にはライトグリーン好性で部分的に空胞状の粘液様物質が認められた。

【組織所見】血液成分とともに一部で粘液性の領域が確認された。同部では毛細血管が目立ち, 核クロマチンの増量を伴うやや大型の細胞を認め, 粘液型脂肪肉腫の可能性が示唆された。後腹膜腫瘍として摘出された検体は血腫を含むゼリー状の腫瘍であり, 組織像は前記と同様であった。年齢・発生部位を考慮し, 粘液型を主体とする脱分化型脂肪肉腫と診断した。

【結語】血腫とされた病変の穿刺吸引から脂肪肉腫の可能性を推測し得た症例を経験した。細胞診検体中の血腫成分を組織標本化することで, 詳細な検討が可能となった。後腹膜腫瘍に対し, 術前診断を要する場合には穿刺吸引も選択肢の一つになり得ると考えられた。

P-1-187 類上皮肉腫の一例

総合病院南生協病院病理診断科¹⁾, 愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部²⁾

○梅田総一郎(CT)¹⁾, 棚橋千里(MD)¹⁾, 谷田部恭(MD)²⁾, 小島清乃(CT)¹⁾, 嵯峨美奈子(CT)¹⁾, 庄司基嗣(CT)¹⁾

【はじめに】類上皮肉腫は、皮下および深部組織に結節性の腫瘍を作る稀な腫瘍である。今回我々は高齢者で全身に多発した近位型類上皮肉腫を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。消化管穿孔にて緊急入院となり保存的治療にて状態改善。精査にて腹部皮下をはじめ全身に多発する腫瘍を指摘されその一部を摘出。腫瘍捺印細胞診を実施した。その後、腫瘍の増大と全身状態の悪化がみられ死亡。病理解剖が行われた。

【細胞所見】大小不同を伴うN/C比の高い腫瘍細胞が孤立散在性から集塊状で認められた。腫瘍細胞は小型類円形から紡錘形で一部に大型多核細胞も認められた。細胞質はライトグリーンに好染し、細胞境界は不明瞭であった。核は異型が強く核膜は比較的薄い。明瞭な核小体を1～数個認めた。

【腫瘍捺印時の組織所見】核小体の目立つ類円形から多角形の大型核を有する上皮様異型細胞が髄様に増生していた。明らかな角化や腺管構造は認めず、胞体は広く、好酸性を呈していた。巣状に壊死を伴い、核分裂像も多数認められた。また、Rabdoid cellsも混在していた。未分化癌、肉腫、悪性リンパ腫などが鑑別に挙がる所見であった。

【まとめ】Rabdoid cellの出現する腫瘍には癌、横紋筋肉腫、胞巣状軟部肉腫等が挙げられるが、PAS陰性であったことから類上皮肉腫も鑑別すべき対象となった。類上皮肉腫は深部組織にできる稀な腫瘍であることから、腫瘍捺印細胞像の報告数は少ないが、今回は詳細な検討とPAS染色を行ったことが疾患同定につながった。推定困難な症例に遭遇した場合、特殊染色を追加することは重要と思われた。

P-1-188 近位型類上皮肉腫の3例

千葉県がんセンター臨床病理部

○竹山裕之(MD), 池部大(MD), 杉山孝弘(MD), 川名秀忠(MD), 荒木章伸(MD), 平田哲士(CT), 伊丹真紀子(MD)

【はじめに】近位型類上皮肉腫は、類上皮肉腫の亜型の一つで、遠位型に比べ予後不良とされ、細胞像に関する報告は少ない。近位型類上皮肉腫の3例を報告する。

【症例】症例1：22歳男性。左鼠径部領域の腫瘍で発症、切除+放射線療法実施するも、遠隔転移と局所再発を繰り返した。頭頂部の皮下転移巣より、穿刺吸引細胞診を実施。症例2：46歳女性。右拇指球の痛みと腫脹で発症、病変部および腫大腋窩リンパ節より穿刺吸引細胞診実施、のちに腫瘍切除。既往に右乳癌あり(RFA実施)。症例3：68歳女性。左側腹部痛で発症、左背部の腫瘍からCTガイド下針生検、および穿刺吸引細胞診を実施。

【細胞像】背景は軽度の炎症性で、ライトグリーン好染性の細胞質と明瞭な1個または複数個の核小体を有する大小不同の腫瘍細胞が、孤立散在性、一部上皮様の集塊を形成していた。核は偏在傾向を有し、クロマチンは粗大顆粒状に増量していた。所々、異形の強い多核の大型細胞および紡錘形細胞も見られた。細胞質に空胞を有するものも散見された。

【組織像】好酸性の細胞質と核小体の明瞭な腫瘍細胞が、シート状に増殖してみられ、一部で核偏在性のラブドイド細胞も見られる。壊死が目立ち、核分裂像が多数みられる。免疫染色で腫瘍細胞は、AE1/AE3(+), CD34(一部+), INI-1(BAF-47)(-)である。

【まとめ】近位型類上皮肉腫は、頻度が低く、日常診療で目にする機会は少ないが、時に癌の転移との鑑別が問題となり、診断時に注意を要する。細胞および組織像などを、若干の文献的考察をふまえて報告する。

P-1-189 血管肉腫 5 症例の細胞学的検討

愛知医科大学病院病理部¹⁾, 愛知医科大学病院乳腺内分泌外科²⁾

○櫻井金子(CT)¹⁾, 中野正吾(MD)²⁾, 藤井佳穂(CT)¹⁾, 水野里美(CT)¹⁾, 宮下拓也(CT)¹⁾, 和田栄里子(CT)¹⁾, 佐藤允則(CT)¹⁾, 水野義己(CT)¹⁾, 高橋恵美子(MD)¹⁾, 原 一夫(MD)¹⁾

【はじめに】血管肉腫は全軟部肉腫の1%に満たない極めて予後不良な間葉系悪性腫瘍である。今回我々は摘出材料にて血管肉腫と診断された5症例について後方視的な細胞学的検討を行ったので報告する。

【症例】症例の年齢中央値は56歳(30~83歳), 発生部位は乳腺1例, 軟部組織1例, 皮膚3例であった。

【細胞所見】穿刺・擦過細胞診で5例中2例(乳腺, 軟部組織)は腺癌, 3例(皮膚)は肉腫と判定した。腺癌と判定した2例は出血性背景に, クロマチンは繊細で核縁不整を伴う異型細胞集塊を認めた。細胞は結合性があり, 重積性を伴う集塊として認めた。また紡錘形で核異型がある異型細胞を散在性に認め, 一部に細胞質空胞を認めた。肉腫と判定した3例は出血壊死性背景に, 核縁不整を伴う紡錘形異型細胞を散在性に認めた。腺癌と判定した症例に比べて, 腔様構造は目立たず, 細胞質空胞が目立つものや血管内皮と思われる集塊を認めた。

【組織所見】5例すべてにクロマチン増量を伴う異型細胞が不規則な血管腔様構造を呈しつつ増生する所見が見られ, 血管肉腫と診断された。このうち軟部組織の1例は異型の強い上皮様内皮細胞が, 腔様構造を形成しつつ充実性に増生する所見が見られ, 免疫染色(CD31 陽性, cytokeratin 陽性)もあわせて類上皮型血管肉腫と診断された。

【考察】今回の検討により血管肉腫の細胞像はその発生部位により異なることがわかった。皮膚発生以外では, 結合性を有する異型細胞集塊として出現することがあり, 癌や他の上皮様の細胞像を呈する疾患との鑑別が重要である。その場合, 出血性背景, 散在性に出現している紡錘形細胞, 細胞質空胞などの所見に注意し, 総合的に判断することが重要である。

P-1-190 多発転移を認めた Epithelioid angiosarcoma の 1 症例

八戸市立市民病院臨床検査科病理¹⁾, 八戸市立市民病院婦人科²⁾

○須藤安史(CT)¹⁾, 松長夢子(CT)¹⁾, 奥沢悦子(CT)¹⁾, 矢嶋信久(MD)¹⁾, 松田雪香(MD)²⁾, 会田剛史(MD)²⁾

【はじめに】類上皮血管肉腫 (Epithelioid angiosarcoma) は, 軟部組織等より発生する上皮様細胞集塊が主体の血管肉腫であり, 全肉腫の1%以下を占め血管肉腫同様に予後不良とされている。今回, 多発転移を認めた類上皮血管肉腫の1症例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。下腹部違和感にて当院受診。腹部CT画像で右腰部皮下, 腹部内臓器に腫瘍が認められたため, 右腰部皮下腫瘍生検を実施。病理組織検査で, 類上皮血管肉腫と診断された。その後状態は急激に悪化し永眠。腫瘍の原発巣と転移巣の検索を目的に病理解剖が行われた。

【細胞所見】腫瘍捺印細胞像 (解剖時採取): 出血性の背景に, 類円形核の腫瘍細胞が散在性に多数認められた。クロマチンは細顆粒~顆粒状, 大型明瞭な核小体が1~2個, 細胞質は広く泡沫状で境界は不明瞭であった。一部には, 類上皮様の平面状集塊, 短紡錘形細胞の索状構造の中に腫瘍細胞が取り込まれている血管様構造が認められた。

【組織所見】右腰部皮下腫瘍生検: 肉眼的に出血を伴った境界不明瞭な腫瘍であり, 組織学的には大型で異型の強い腫瘍細胞が類上皮様形態で髄様に増殖していた。免疫染色では, CD31, ERG, 第VIII因子関連抗原, サイトケラチン AE1/AE3, CK7 が陽性。剖検では肝臓など複数の臓器に転移浸潤が認められ同様の組織像であった。

【まとめ】血管肉腫は, 多彩な細胞像を示し, 良悪性, 組織型の推定が困難であるが, 本症例の類上皮血管肉腫は悪性との判断は容易であった。類上皮様の出現パターンと血管様構造に着目することで組織型の推定もある程度可能と考えられたが, 鑑別疾患を含めた正確な診断には組織検体による免疫染色が必須であると思われた。

P-1-191 術中捺印細胞診が有用であった頭蓋骨ランゲルハンス細胞組織球症の1例

滋賀医科大学医学部附属病院病理部¹⁾, 滋賀医科大学医学部附属病院検査部²⁾

○林 裕司(CT)¹⁾, 石田光明(MD)¹⁾, 岩本 望(CT)¹⁾,
春日 希(CT)¹⁾, 籠谷亜希子(CT)¹⁾,
有田奈弥恵(CT)²⁾, 岩井宗男(CT)¹⁾, 宮平良満(CT)¹⁾,
森谷鈴子(MD)¹⁾, 九嶋亮治(MD)¹⁾

【はじめに】ランゲルハンス細胞組織球症 (Langerhans cell histiocytosis : 以下 LCH) は小児に好発するランゲルハンス細胞の増殖性疾患である。発生頻度は本邦では年間約 40 例とまれな疾患とされている。今回我々は術中捺印細胞診が診断の一助となった頭蓋骨 LCH の 1 症例を経験したので報告する。

【症例】13 歳, 男児。2 週間前より左こめかみの圧痛, 膨隆があり, 近医を受診した。MRI にて左側頭骨に腫瘍性病変を認め, 当院を紹介受診。腫瘍摘出術が施行された。

【捺印細胞診】好中球, 好酸球, リンパ球, 多核組織球を背景に, 核のくびれや切れ込みのみられる組織球様細胞がみられた。核は偏在傾向で, 細胞質縁には偽足様細胞質突起がみられ, 細胞質内に貪食像は認めず, 免疫細胞化学的にそれらの細胞は CD1a 及び langerin 陽性であった。LCH を推定した。

【迅速組織診】歪みのある核を持ち, 豊かな好酸性細胞質を有する腫瘍細胞が好酸球浸潤を伴って増殖していた。免疫組織化学でそれらの細胞は S-100 蛋白, langerin, CD1a 陽性を示し, LCH と診断した。

【結語】LCH の特徴的な細胞像として, 腫瘍細胞の核のくびれや切れ込み, 背景の好酸球の存在がよく知られているが, 腫瘍細胞の偽足様細胞質突起に言及した報告は少ない。本例では迅速組織診では偽足様細胞質突起は確認できなかったが, 捺印細胞診では明瞭であった。核所見とともに偽足様細胞質突起の有無を検討することが LCH の細胞診断に有用であると考えられた。

P-1-192 側頭骨に発生した骨巨細胞腫の一例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

○末武祐介(CT), 鈴木康太(CT), 加納由美(CT),
田中浩一(CT), 迫 欣二(CT), 氏平伸子(MD),
成田道彦(MD)

【はじめに】骨巨細胞腫は若年成人の長管骨骨端部に好発する骨腫瘍であり側頭骨に発生するのは稀である。病理学的には良性腫瘍の範疇に入るが潜在的に悪性の可能性もあり, その生物学的態度は明らかでない。今回我々は側頭骨に発生した骨巨細胞腫を経験したので報告する。

【症例】20 代, 男性。右耳前部に腫脹を自覚し当院耳鼻科を受診された。造影 CT にて頬骨下, 側頭下窩に造影効果を示す占拠性病変を認め, 同部位に穿刺吸引細胞診が施行され骨巨細胞腫を疑った。後に生検にて組織学的に骨巨細胞腫と診断され手術が施行された。

【細胞像】単核細胞および多核巨細胞が多数出現していた。単核細胞は多稜形で細胞質はライトグリーンに淡染し, 核は類円形でクロマチンは微細顆粒状であった。多核巨細胞は数個の核を有する小型のものから数十個の核を有する大型のものまで出現しており, 明瞭な核小体を有し, 単核細胞とほぼ同様の核所見を示していた。また単核細胞と多核巨細胞との移行像も認めた。

【組織像】腫瘍径は約 4 cm, 肉眼的に褐色調を帯びており出血を認めた。組織学的に多数の破骨細胞様巨細胞と単核細胞の密な増殖を認めた。分裂像はほとんど認めず, 骨, 類骨形成は認めなかった。多核巨細胞と単核細胞の核所見は類似しており, ヘモジデリン沈着を認めた。単核細胞が類円形で異型を示さず, 腫瘍性の類骨や膠原線維を形成しない点で骨巨細胞腫と診断された。

【まとめ】側頭骨に発生する骨巨細胞腫は稀ではあるが破骨細胞様巨細胞と単核細胞が出現する特徴的な細胞像である。破骨細胞様巨細胞が出現する他の腫瘍との鑑別を要するが腫瘍細胞を詳細に観察することで骨巨細胞腫を推定することは可能である。

P-1-193 小児の頭蓋骨に発生したランゲルハンス組織球症の3例

刈谷豊田総合病院臨床検査・病理技術科¹⁾, 刈谷豊田総合病院病理診断科²⁾

○林 直樹(CT)¹⁾, 野畑真奈美(CT)¹⁾, 山田義広(CT)¹⁾,
中井美恵子(CT)¹⁾, 中根昌洋(CT)¹⁾,
村上真理子(CT)¹⁾, 伊藤 誠(MD)²⁾

【緒言】ランゲルハンス組織球症 (Langerhans cell histiocytosis, 以下 LCH) は, 組織球の増殖を主体とした腫瘍性病変である。今回, 我々は小児の頭蓋骨に発生した LCH の3例の捺印細胞診を経験したので, 電子顕微鏡所見や免疫組織化学的特徴も含めて報告する。

【症例】主訴は, 症例1: 8歳, 女性。左前頭部の腫脹と疼痛。症例2: 5歳, 女性。前額部の圧痛と骨の腫脹。症例3: 13歳, 男性。頭痛を伴う後頭部の腫瘤である。いずれも LCH の疑いにて脳神経外科にて腫瘤摘出が施行された。

【捺印細胞像】3例とも, パパニコロウ染色では, リンパ球系細胞を背景に細胞辺縁の不明瞭な泡沫状の細胞質を有する組織球が多数出現していた。核腫大や核の切れ込みに加え, 特徴的な核のくびれが観察された。クロマチンの増量や高度の核異型は認められなかった。ギムザ染色では, 背景の好酸球浸潤がより明瞭に観察された。多核巨細胞の出現は症例2で特に顕著であった。

【病理組織像および超微形態】単核から多核の多彩な形状の組織球様の腫瘍細胞の増殖が認められた。免疫組織化学的には S-100 蛋白, Langerin (CD207), CD163 の発現が共通して認められた。電子顕微鏡的には LCH に特徴的な Birbeck 顆粒が観察された。

【結語】小児の骨腫瘍としては, LCH は類表皮嚢胞や皮様嚢腫に次いで多い腫瘍性病変である。ランゲルハンス組織球としての細胞学的特徴を把握すると共に, Langerin (CD227) の発現を確認することが重要である。

P-1-194 小指球原発の組織球肉腫の1例

埼玉医科大学国際医療センター病理診断部¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科²⁾

○菅野恵士(CT)¹⁾, 藤野 節(MD)²⁾, 鎌倉靖夫(CT)¹⁾,
鈴木 隆(CT)¹⁾, 細沼佑介(CT)¹⁾, 柳 美佳(MD)²⁾,
新井栄一(MD)²⁾, 安田政実(MD)^{1,2)}

【はじめに】組織球肉腫(histiocytic sarcoma: HS)は, 腫瘍細胞の形態, および分化マーカーの発現が成熟組織球に類似する非常に稀な腫瘍で, 発生頻度は全悪性血液疾患の0.5%に満たない。今回我々は, 形態学および免疫組織化学的検索により確定診断に至った HS を経験したので報告する。

【症例】60代, 女性。

【現病歴】3ヶ月前に右小指球に2cm大の腫瘤を自覚し徐々に増大。腫瘤の精査加療目的で, 当院骨軟部腫瘍科を紹介受診。確定診断目的で針生検を施行。

【針生検捺印細胞所見】類円形から多稜形を示す異型細胞が孤立散在性に多数みられた。異型細胞の細胞質はやや厚く, 核は腫大し, 形状不整でクロマチン増量を伴い, 大型の核小体を有していた。また, 2核や多核化した細胞や, 核溝・核内細胞質偽封入体を伴う異型細胞も散見された。細胞質に青緑色から褐色調を示す顆粒を貪食した細胞が多くみられた。

【組織所見】好酸性～淡好酸性の広い細胞質と, 大型の核小体を有する切れ込みのある異型核を有する, 類上皮型の腫瘍細胞のびまん性増殖を認めた。免疫組織化学的に異型細胞は, CD68, CD163, lysozyme が陽性であり, その他に有意な陽性所見は認めなかった。MIB-1 index は約53%であり, HS と診断した。

【まとめ】HS は稀な腫瘍の為, これまでの報告例も少なく, 細胞学的な特徴にまで言及した報告はさらに限られる。現在のところ, HS の確定診断は除外的に行われ, 免疫組織化学的検索が必須であるが, 既報告例と本例を併せて比較検討した HS の細胞学的特徴が, その形態診断の一助となり得るのではないかと考える。なお本例は, 生検診断後に完全切除された。

P-1-195 異所性過誤腫性胸腺腫の一例

大阪府立成人病センター病理・細胞診断科¹⁾, 京都府立医科大学附属病院病理診断科²⁾

○松本滯華(MD)¹⁾, 竹中明美(CT)¹⁾, 久保千明(MD)¹⁾, 北村昌紀(MD)¹⁾, 長田盛典(MD)¹⁾, 小西英一(MD)²⁾, 冨田裕彦(MD)¹⁾

【はじめに】成人の顎下部に生じる極めて稀な異所性過誤腫性胸腺腫を経験したので報告する。

【症例】56歳, 女性

【現病歴】2, 3ヶ月前からの左頸部の無痛性腫瘤を自覚し, 当院に紹介受診となった。穿刺吸引細胞診および針生検を行った。細胞診では神経鞘腫が推定され, 経過観察となった。腫瘤の増大はなかったが, 約2年半後に摘出術が施行された。

【肉眼像】被膜形成はなく, 黄白色調の境界明瞭な4cm大の腫瘤で, 出血や壊死は認めなかった。

【捺印細胞像】短紡錘形の細胞よりなり, 一部上皮結合を示すが, 散在性に出現していた。個々の細胞に明らかな異型はないが, 大小不同は認めた。

【病理組織像】紡錘形細胞, 上皮細胞, 成熟脂肪組織の3つの成分が混在する腫瘍であった。腫瘍の大部分を占める紡錘形細胞は錯綜する束状構造を示し, 比較的富細胞性であったが, 細胞異型や核分裂像は認めなかった。上皮細胞の形態は重層扁平上皮様の索状構造が主体で, 扁平上皮胞巣, 立方上皮で裏打ちされた小嚢胞状構造もみられた。紡錘形細胞と上皮細胞は互いに移行する部分があった。免疫染色で, 上皮成分はCK_AE1/AE3などの上皮マーカーに陽性で, 紡錘形細胞は上皮細胞マーカーのほか, p63やSMAなどの筋上皮細胞マーカーに陽性であった。以上より異所性過誤腫性胸腺腫と診断した。

【まとめ】捺印細胞診では組織像を反映する細胞所見が認められた。極めて稀な腫瘍であり, 細胞診では本腫瘍を鑑別に挙げることはできなかったが, 発生部位と組織像が特徴的であり, 本腫瘍の存在を知っておきさえすれば, 鑑別に挙げることは難しくない。

P-1-196 左頸部に発生した小児の胞巣型横紋筋肉腫の一例

横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部¹⁾, 横浜市立大学附属病院病態病理学講座²⁾, 横浜市立大学附属病院分子病理学講座³⁾

○尾崎由実(CT)¹⁾, 三田和博(CT)¹⁾, 本野紀夫(CT)¹⁾, 佐川弘美(CT)¹⁾, 西尾由紀子(CT)¹⁾, 加藤生真(MD)³⁾, 山中正二(MD)¹⁾, 大橋健一(MD)^{1,2)}

【はじめに】横紋筋肉腫は小児悪性腫瘍の3%程度の頻度だが, 小児から発生する軟部肉腫としては最も頻度が高い。亜型として胎児型横紋筋肉腫が多い。今回我々は左頸部に発生した小児の胞巣型横紋筋肉腫を経験したので報告する。

【症例】2歳男児。左頸部腫脹を認め他院を受診。抗菌薬加療に反応せず増大傾向を認め, 当院小児科を紹介受診した。悪性リンパ腫が疑われ, 穿刺吸引細胞診が施行された。悪性を考える細胞像であったが組織型推定は困難であり, 生検が施行された。

【細胞所見】小型リンパ球を背景にN/C比の高い異型細胞が散在性から結合性のゆるい細胞集塊で多数出現していた。異型細胞の核は円形から類円形で大小不同があり, 切れ込みなどの核形不整が目立っていた。クロマチンは細顆粒状で核縁は薄く, ライトグリーンに淡染する狭い細胞質を有していた。

【組織像】異型細胞が充実性の胞巣構造を伴い増殖していた。胞巣間には小型リンパ球が密にみられた。異型細胞は類円形核を有しN/C比が高く分裂像が比較的目立った。免疫染色の結果はDesmin・MyoD1・Muscle actin(HHF35)・CD56・Synaptophysinが陽性であった。鍍銀染色では胞巣構造の一部を取り囲むような線維がみられた。以上より胞巣型横紋筋肉腫と診断した。

【まとめ】横紋筋肉腫は円形から類円形の細胞が出現し, 細胞形態のみでの推定が困難な場合が多い。その為, 免疫染色等の総合的な判断が必要であるが, 小児で円形細胞を鑑別する腫瘍の場合, 横紋筋肉腫の可能性も念頭におく必要があると考えた。

P-1-197 頭頸部領域の細胞診におけるギムザ染色の有用性

杏林大学付属病院病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部病理学教室²⁾

○加藤 拓(CT)¹⁾, 坂本憲彦(CT)¹⁾, 水谷奈津子(CT)¹⁾, 市川美雄(CT)¹⁾, 鈴木 瞳(CT)¹⁾, 稲嶺圭祐(CT)¹⁾, 菅野大輝(CT)¹⁾, 住石 歩(CT)²⁾, 近藤凡子(CT)²⁾, 藤原正親(MD)²⁾, 望月 眞(MD)²⁾, 菅間 博(MD)²⁾

【はじめに】頭頸部領域の細胞診は耳鼻咽喉科や甲状腺外科, 口腔外科領域において唾液腺および甲状腺病変の穿刺, 口腔内病変の擦過などを中心に盛んに行われている。この分野の細胞診は1990年頃よりヨーロッパではGiemsa染色あるいはMay-Giemsa染色を主体として行われてきた経緯があり, 当初よりギムザ染色になじみがある領域といえる。今回我々はパパニコロウ染色と比較し, ギムザ染色の有用性とpitfallについて検討してみた。

【ギムザ染色の有用性】1. 嚢胞性病変: 細胞成分が剥離せず塗抹されることより少数の異型細胞でも確認できる。2. 悪性リンパ腫を中心とする血液性疾患およびリンパ球を伴う病変の確認。3. 唾液腺病変: 多形腺腫や腺様嚢胞癌でみられる間質性粘液, 基底細胞腺腫の基底膜様物質, ワルチン腫瘍の肥満細胞における異染性, 腺房細胞癌のチモーゲン顆粒, 筋上皮腫の形質細胞様細胞の確認。4. 甲状腺病変: 濾胞上皮細胞にみられるPVG, 好酸性細胞の好酸性顆粒, 髄様癌のアミロイドや神経分泌顆粒の確認。5. 口腔病変: 細菌や真菌の感染, 天疱瘡のチャック細胞の確認。

【ピットフォール】1. 細胞の立体的配列の観察。2. 角化の観察。3. クロマチン所見の観察。4. 核小体所見の観察。

【まとめ】頭頸部領域においては, ギムザ染色が有用な疾患が多く, 可能な限りギムザ染色とパパニコロウ染色の両方を行い, より多くの所見を得て精確な診断に努めることが望まれる。

P-1-198 耳下部穿刺吸引細胞診で病変推定が困難だった石灰化上皮腫の1例

済生会宇都宮病院臨床検査科病理検査室¹⁾, 慶応義塾大学医学部病理学教室²⁾

○廣瀬英俊(CT)¹⁾, 湯澤浩子(CT)¹⁾, 江本 桂(MD)¹⁾, 下田将之(MD)²⁾

【はじめに】石灰化上皮腫は毛母腫ともいわれ, 毛母基や毛幹へ分化する皮下腫瘍である。出現する好塩基性細胞は, 悪性細胞の形態学的特徴を有するため, 細胞診では判定が困難なことが多い。今回, 石灰化上皮腫の症例を経験したので報告する。

【症例】10歳女性。超音波で右耳下部に直径9×8mmの腫瘍を認めたため穿刺吸引細胞診が施行された。臨床では耳下腺腫瘍を疑ったが, 細胞像からは細胞由来を含め病変推定が困難であった。診断目的のため皮膚合併切除術が施行され, 後日の組織診で石灰化上皮腫と診断した。

【細胞所見】少量の壊死様物質とともに, クロマチンが増量し核小体を有するN/C比の高い細胞集塊を多数認めた。部分的に異型の乏しい扁平上皮や多核細胞, メラニン含有細胞も認めた。耳下腺腫瘍のほか皮膚付属器腫瘍の可能性もあったが, 病変推定は困難と判断しclassIIIと診断した。

【組織所見】真皮から皮下組織にかけて直径約10mmの結節性病変を認めた。N/C比が高く核小体明瞭でクロマチンが濃縮する好塩基性細胞と好酸性の胞体を有し核が抜けて空胞状を呈する陰影細胞を認め, 石灰化上皮腫と診断した。また, 間質の一部には異物型巨細胞, メラノファージ, 少量の石灰化も認めた。

【まとめ】今回の症例は検体採取部位が耳下部であったため, 臨床的に耳下腺腫瘍との鑑別が難しく, 細胞診でも病変推定には至らなかった。病変推定には好塩基性細胞のみならず, 陰影細胞様の扁平上皮や異物型巨細胞, メラニン含有細胞といった所見を総合的にみることが必要であったと考えられる。それらの細胞像と年齢や画像所見といった臨床情報を照らし合わせることで, ある程度石灰化上皮腫を推定しうると考えられた。

P-1-199 上顎洞に発生した粘表皮癌の1例

JA 秋田厚生連雄勝中央病院中央検査部

○藤原秀喜(CT), 高橋治生(CT), 村上さとみ(CT)

【はじめに】粘表皮癌は耳下腺や唾液腺に好発するが、鼻や副鼻腔に発生することはまれで、その頻度は1.0%前後と思われる。今回、我々は左上顎洞に発生した粘表皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】54歳、女性。左頬部違和感を主訴に当院耳鼻科受診。抗生剤等で加療するも半年後に左頬部腫脹が著明となり、CTにて左上顎部に6×5cm大の腫瘤を認め生検組織診および細胞診を施行、粘表皮癌と診断された。その後他施設にて加療するも約1年後に永眠。

【細胞所見】血性背景の中に、類円形から多稜形、短紡錘形を示し、顆粒状の核クロマチン増量した異型細胞が、集塊状から一部散在性に認められた。細胞質がやや厚めで数石状様の配列を示すものや、胞体内に粘液空胞を持つ細胞が混在した集塊が見られた。扁平上皮様ながら一部に粘液を持つことから粘表皮癌を疑った。

【組織所見】多くは核異型の強い非角化型扁平上皮様細胞が胞巣状に浸潤、増殖していた。一部にPAS陽性粘液産生細胞や小型の中間細胞の増殖部分も認められた。微小嚢胞様パターンや微小壊死領域が見られ、核分裂像をしばしば認めることから高悪性度型の粘表皮癌と診断された。

【まとめ】粘表皮癌は、低悪性度と高悪性度では若干異なるが、粘液産生細胞、扁平上皮様細胞、中間細胞の3種の細胞が混在してみられることが特徴である。本例は扁平上皮様細胞および中間細胞が主体であったが、一部に粘液空胞を持つ異型細胞を認めたことから上顎洞原発ながら本腫瘍の推定が可能であった。

P-1-200 星細胞腫瘍の細胞学的な悪性度分類の検討

東海大学医学部附属八王子病院臨床検査技術科病理¹⁾, 東海大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 東海大学医学部附属病院病理検査技術科³⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁴⁾○藤田大貴(CT)¹⁾, 町田知久(CT)¹⁾, 伊藤 仁(PhD)³⁾, 加戸伸明(CT)³⁾, 野村 希(CT)¹⁾, 古市将大(CT)¹⁾, 平岩真一郎(MD)²⁾, 梶原 博(MD)⁴⁾, 中村直哉(MD)⁴⁾, 田尻琢磨(MD)²⁾

【はじめに】脳腫瘍の術中迅速診断時、正確な組織型ならびに悪性度分類を行うことは、術式に影響を与えるため極めて重要である。今回、我々は星細胞腫瘍の悪性度分類について細胞学的所見をもとに検討した。

【対象と方法】当院で、2002年から2014年までに星細胞腫瘍と診断された24例を用いた。その内訳は、Low grade astrocytoma 4例、High grade astrocytoma 20例であった。圧挫標本中の1平方センチメートルに含まれる細胞を観察対象とし、核異型・核の大小不同・クロマチン・核小体・核分裂像(対物40倍, 10視野中の個数)・血管増生像・細胞密度・壊死の有無について鏡検した。血管増生の指標としては、血管径や多分岐している血管の有無により評価を行った。

【結果】核分裂像や壊死、高度の細胞密度の項目はLow grade astrocytomaでは認めなかったが、High grade astrocytomaでは各々7/20例, 5/20例, 11/20例観察された。また、Low grade astrocytomaに出現していた平均血管径は34.3 μ mであったが、High grade astrocytomaでは64.63 μ mと腫大した血管が出現している傾向にあった。

【まとめ】核分裂像や壊死、細胞密度の増加に加え、血管径の腫大はHigh grade astrocytomaを推定する要因になり得る可能性が示唆された。今後、Low grade astrocytomaの症例を集積し、検討する予定である。

P-1-201 Pleomorphic xanthoastrocytoma の一例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

○松崎直美(MD), 仲村佳代子(CT), 田口雅子(CT),
足羽彩加(CT), 萩原葉子(CT), 西岡千恵子(CT),
河野孝志(CT), 弓場吉哲(MD)

【はじめに】Pleomorphic xanthoastrocytoma は星状膠細胞系腫瘍の1%以下とまれな腫瘍である。左側頭葉に発生した pleomorphic xanthoastrocytoma を経験したので報告する。

【症例】20歳代女性。繰り返す失読症状を主訴に当院受診。MRIで腫瘍を指摘された。薬物療法で経過観察していたが、けいれん発作や腫瘍の増大があり、摘出術施行となった。

【初回MRI】左側頭葉表面に造影効果のある壁在結節を伴う3cm弱の嚢胞様腫瘍を認めた。

【術中迅速組織所見】淡好酸性細胞質と類円形核からなる細胞が密に増殖していた。核型はやや不整だが、核分裂像や壊死、微小血管増生は明らかでなかった。大型細胞や核内封入体を伴った細胞が混在していた。

【術中圧挫細胞診所見】細胞境界は不明瞭、核はやや異型が見られ、核クロマチンは微細顆粒状、核小体は小さく目立たない、細胞質突起が形成された腫瘍細胞集塊が見られた。核内封入体を伴った細胞も確認された。核分裂像や壊死、微小血管増生は確認されなかった。

【組織所見】紡錘形細胞と多核巨細胞を含む大型細胞が見られ、reticulin fiberが増加していた。免疫染色ではS-100蛋白・Olig2陽性、GFAP・CD34は一部で陽性であった。核分裂像や壊死、微小血管増生は明らかでなかった。Ki-67陽性率は多い所で3-5%程度と高めではあるが pleomorphic xanthoastrocytoma と診断した。

【まとめ】pleomorphic xanthoastrocytoma はまれな腫瘍であるが、圧挫細胞診を行う事で、星状膠細胞系腫瘍との把握や悪性度判定の補助が行える。細胞診と組織診を総合する事でより精度の高い診断や予後予測ができると考えた。本例では pleomorphic xanthoastrocytoma としては Ki-67 陽性率が高めで慎重なフォローがなされ、摘出術施行約2年後に再増大を認め再摘出された。

P-1-202 退形成性乏突起膠腫の一例

JA 三重厚生連鈴鹿中央総合病院病理診断科¹⁾, 同 婦人科²⁾

○中村 豊(CT)¹⁾, 村田哲也(MD)¹⁾, 小山英之(CT)¹⁾,
馬場洋一郎(MD)¹⁾, 市川孝昭(CT)¹⁾, 矢納研二(MD)²⁾

退形成性乏突起膠腫は、退形成性変化を示す乏突起膠腫であり、WHO grede3 に分類される希な腫瘍である。今回我々は、術中迅速診断時に作成した圧挫細胞診において、乏突起膠腫を観察する機会を得たので、その細胞像を中心に報告する。

【症例】30才女性

【主訴】左側頭部痛

【既往歴】なし

【現病歴】入院となる約1週間前、仕事中に側頭部～頭全体に広がる痛みを生じるも、鎮痛剤内服で軽快したため様子を見ていた。その後、頭痛が持続するため近医受診。CTにて左前頭部に30mm程度の腫瘍を認め当院紹介、手術となった。

【細胞所見】術中迅速診断時に得られた圧挫標本における細胞像は、ライトグリーンに淡染する顆粒状～線維状の細胞質を有し、細胞境界は不明瞭で散在性～緩い結合性を持った集塊として観察され、核は類円形、顆粒状のクロマチンを有していた。

【組織所見】腫瘍は組織学的に出血、壊死を伴って大型類円形で淡明な細胞質を有し類円形核が中心性に位置するいわゆる目玉焼き状を呈する細胞の密な増殖からなり、いわゆるChicken wire状と形容される毛細血管の網目状介在と、少数の微小石灰沈着を伴っていた。免疫組織化学的染色において、腫瘍細胞はGFAP陰性～一部陽性、OLIG2陽性、IDH-1、ATRX陽性、 α -internexin、p53陰性となり退形成性乏突起膠腫と診断された。

P-1-203 液状細胞診を用いたギムザ染色の検討

関西医科大学附属滝井病院病理部¹⁾, 関西医科大学病理学第二講座²⁾, 関西医科大学病態検査学講座³⁾, 兵庫県立尼崎病院病理診断科⁴⁾

○木下勇一(CT)^{1,2)}, 葛 幸治(MD)³⁾, 市辺和男(CT)¹⁾, 松永志保(CT)¹⁾, 鈴木麻友香(CT)¹⁾, 鷹巢晃昌(MD)⁴⁾, 夙 貴司(MD)²⁾, 螺良愛郎(MD)²⁾, 四方伸明(MD)^{1,3)}

【はじめに】本邦で急速に普及している液状細胞診(LBC)は標本作製の標準化と顕鏡時間の短縮, 分子生物学的検査への応用が可能であるという観点から広く支持されており, 近年, 婦人科領域のみではなく, 多くの細胞診材料で検討・応用されてきている。しかしながら, 現在使用されているLBCキットの処理液は全てアルコールベースであり, ギムザ染色の検討は未だされていないのが現状である。今回われわれは, ギムザ染色用のLBC処理液について検討したので報告する。

【方法】まず, 培養細胞(乳癌細胞株)のパパニコロー染色標本を用いて本検討における最適細胞数を設定し, 次にギムザ染色用の処理液としてThinPrepの溶血兼, 粘液融解処理液であるCytoLytと血漿代用液であるHES-PANDERを等量混合した液(CHS)で処理した標本と従来法(沈査のすりあわせ)で作製した標本をギムザ染色し, 形態学的観察をした。形態学的観察にはバーチャルスライドにてndpi fileに変換し, 解析ソフト(浜松フォトニクス)にて細胞の大きさおよびN/C比の計測をした。

【結果】最適細胞量は 1.25×10^5 cells/20 mlであった。ギムザ染色の細胞面積はCHS処理LBC標本で $272.7 \pm 9.6 \mu\text{m}^2$ で, 従来法で $330.4 \pm 9.9 \mu\text{m}^2$ であった。N/C比はそれぞれ 0.54 ± 0.01 , 0.52 ± 0.01 であった。面積およびN/C比間に有意差は見られなかった。

【まとめ】検体処理液を工夫することにより, LBCでも従来法と同様の像を得ることができた。今後は臨床に応用し, ギムザ染色用の標本作製の標準化に寄与したい。

P-1-204 EUS-FNAでの悪性リンパ腫に対するアプローチ法

公益財団法人天理よろづ相談所病院病理診断部¹⁾, 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院病理診断科²⁾

○高橋明德(CT)¹⁾, 松田江身子(CT)¹⁾, 坂本真一(CT)¹⁾, 鴻池資啓(CT)¹⁾, 藤田久美(MD)¹⁾, 本庄 原(MD)¹⁾, 弓場吉哲(MD)²⁾

【はじめに】ベットのサイドでの迅速判定は細胞採取の確認とともに, その質的診断が求められており, 特に超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下EUS-FNA)の対象病変は多岐に渡ることから臨機応変な対応が必要である。当院では迅速判定にて悪性リンパ腫を推定した場合, 細胞検体, 組織検体とともに未固定検体を確保し, フローサイトメトリーによる腫瘍マーカー検査(以下FCM)までの運用を検討している。今回, そのアプローチ方法と, それにより有用な結果の得られた3症例を併せて報告する。

【方法】当院でのEUS-FNAの検体処理方法として, 内筒によってスライドガラス上に押し出された内容物を肉眼的に観察し, 組織片と思われる一部を分別, 細胞診標本を作製し, 残りをホルマリン固定する。迅速判定にて悪性リンパ腫が疑われた場合, 穿刺を追加し, 穿刺針から内容物をスライドガラス上に押し出さず, 直接生理食塩水中に浮遊させる操作を行う。この検体をFCM用の未固定検体として運用する。

【症例1】60歳代男性 膝周囲リンパ節穿刺細胞診断: malignant lymphoma 疑い 組織診断: diffuse large B-cell lymphoma

【症例2】50歳代男性 膝周囲リンパ節穿刺細胞診断: malignant lymphoma 疑い 組織診断: 明らかな malignancy なし

【症例3】80歳代女性 胃腫瘍穿刺細胞診断: リンパ球系の atypical cell 組織診断: MALT lymphoma 上記の3症例はFCMにてB細胞にlight chain restrictionが確認された。

【まとめ】適切な検体処理を行うため, 迅速判定時の病変推定は重要である。今回, 悪性リンパ腫を推定した場合にFCMまで運用を行う方法と, それにより有用な結果の得られた3症例を併せて報告した。今後も検討を継続し, 症例数を積み重ねたい。

P-1-205 脳腫瘍摘出材料における迅速細胞診断～濾紙転写法の有用性～

東大和病院病理細胞診断科¹⁾, 東京大学医科学研究所附属病院検査部²⁾, 神戸大学大学院保健学研究科³⁾, 実験動物中央研究所病理解析センター⁴⁾

○河村淳平(CT)¹⁾, 傳田珠美(CT)²⁾, 島方崇明(CT)¹⁾,
林友理恵(CT)¹⁾, 坂牧久仁子(CT)¹⁾,
鴨志田伸吾(PhD)³⁾, 川井健司(CT)⁴⁾, 桑尾定仁(MD)¹⁾

【はじめに】脳腫瘍は組織型やグレードによって治療方針が異なるため、術中迅速診断で正確な診断が要求される。しかし、提出される検体量は微量なことが多く、圧挫法による迅速細胞診断ができず、迅速組織診断のみを行うことも少なくない。そこで、我々は術中迅速診断における検体提出時に使用されている濾紙に付着している細胞に着目し、それらの転写（濾紙転写法）について有用性を検討した。

【材料および方法】対象は2009年8月から2015年6月までに東大和病院脳神経外科にて脳腫瘍摘出術を受け、術中迅速診断を行った症例45例。採取された組織は濾紙に貼り付け提出され、迅速病理診断は組織を濾紙から剥がし、型通り凍結切片を作製、迅速HE染色を行った。迅速細胞診断は濾紙をコーティングスライドに捺印（細胞を転写）し、迅速pap染色を行い、組織標本と転写細胞標本との形態を比較した。

【結果および考察】摘出された組織が載っていた濾紙は、迅速診断後は捨てられることが多いが、その濾紙を捺印するだけで腫瘍細胞がスライドガラス上に転写された。転写される細胞量は比較的多く、迅速細胞診断が十分可能であった。脳腫瘍は孤在性に出現し、核所見が特徴的であるため、HE染色よりもpap染色の方が迅速診断に有用な症例があった。濾紙転写法は数回行うことが可能であり、Giemsa染色や免疫染色も施行できることから、転移性脳腫瘍や悪性リンパ腫の鑑別診断にも有効な方法であると考えられた。

P-1-206 従来法とLBC法における免疫染色への影響について

神戸大学医学部附属病院病理部

○山田 寛(CT), 柳田絵美依(CT), 廣尾真奈(CT),
今川奈央子(CT), 塚本龍子(CT), 伊藤智雄(MD)

【はじめに】現在、病理診断において免疫染色は無くてもならない方法として確立している。また組織診断においてはホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE：Formalin Fixed Paraffin Embedded）を用いたパラフィン切片により良好な染色結果が得られている。

しかし組織標本の固定はホルマリンがメインであるのに比べ、細胞診では従来法では95%アルコール(AL)であるが、LBC法では各社含有される組成が違っており細胞の見え方や染色結果に違いが見られる。

そこで我々は従来法とLBC法での見え方の違いを、免疫染色を中心に検討したのでこれを報告する。

【方法】1)体腔液など液状検体や乳腺などのFNA細胞診の検体を用いて従来法とLBC法で標本を作製

2)作製した標本でPapanicolaou染色を行う

3)転写法を行い同一スライド上に従来法とLBC法の標本を貼り付ける

4)核内抗原、細胞質抗原、細胞膜抗原など免疫染色を行い、これらの染色結果を比較する

【成績】1)従来法ではLBC法より細胞形態が壊れる率が高かった

2)従来法で染まらずLBC法で染まるものや、またその逆も見られた

3)共染においても差が見られた

【まとめ】現在、LBC法は細胞変性が少なく採取量も多く、また同一標本スライドが複数枚取れるとして導入する施設が増えてきている。しかし固定液が一定でないことから使用機材において染色性が従来法と異なることも多々見られた。今回我々が経験した染色性の違いが、これからLBCを導入する施設の一助になればと考える。

P-1-207 Cellprep 固定培養細胞株を用いたベンチマークシステムによる免疫細胞化学染色への応用

ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社

○坂 英海(CT), 大橋健太(CT), 筒井康博(PhD)

【背景と目的】液状化検体細胞診 (Liquid Based Cytology: 以下 LBC) は 1 本の検体から複数の均一な標本が作製できるため, Pap 染色の他に特殊染色や免疫細胞化学染色 (Immunocytochemistry: 以下 ICC) の情報を新たに追加できるメリットがある。近年, 細胞診での ICC の有用性が多数報告されているが, 我々は LBC 検体の ICC に自動免疫染色装置を用いることで, 標本作製の標準化に加え再現性の高い ICC の実現について検証した。本検討では Cellprep 固定培養細胞株を用い, ベンチマークシステムにおける各種 ICC の適応を目的とし, 染色条件の設定と保存安定性について検証した。

【方法】12 種類のヒト悪性腫瘍由来培養細胞株を用い, 由来に応じた 25 項目の一次抗体を使用した。各培養細胞株 (および対象となる一次抗体) を下記に記す。悪性胸膜中皮腫細胞株 H226 (D2-40, カルレチニン, EMA), 肺腺癌細胞株 PC-9 (p53, CK7), PC-14 (TTF-1), 胃印環細胞癌細胞株 KATOIII (CEA, CK20), 大腸癌細胞株 HT-29 (Ki-67, CA125, CDX-2), 肺小細胞癌細胞株 LU134A (シナプトフィジン, CD56, クロモグラニン), 乳癌細胞株 MCF7 (ER, PgR), SKBR3 (HER2), 卵巣癌細胞株 SKOV3 (Ber-EP4), 膵臓癌細胞株 PANC-1 (CK-19, MOC-31, S100P), 悪性リンパ腫細胞株 Jurkat (CD3), Raji (CD20, CD30, PAX5)。自動免疫染色装置はベンチマーク GX および ULTRA を用い, 各培養細胞株に応じた染色条件を設定した。また, Cellprep バイアル固定後 0 週目から 8 週目までの ICC 標本を比較し, 再現性および固定時間による染色性への影響について確認した。

【結果と考察】Cellprep バイアルを用いたベンチマークシステムでの ICC は現状安定した結果が得られている。今回は培養細胞株を用いた検討ではあるが, 臨床現場での ICC 応用の一助になれば幸いである。

P-1-208 TACAS™固定培養細胞株を用いたベンチマークシステムによる免疫細胞化学染色への応用

株式会社医学生物学研究所

○高田真未(CT), 林 聖子(CT)

【はじめに】近年, 細胞診材料を用いた免疫細胞化学染色 (以下 ICC) が頻繁に検討されている。液状化検体細胞診 (以下 LBC) は同品質の標本が複数枚作製でき, 細胞転写法等よりも TAT の短縮が望める。今回, 培養細胞株を塗抹した TACAS™標本をベンチマークシステムに搭載し ICC への運用および至適染色条件と保存安定性の検討を実施した。

【対象および方法】対象はヒト由来培養細胞株 12 種類を用いた。TACAS™ Ruby に細胞株を回収・固定保存し未染色標本を作製, 各細胞株に対応した一次抗体計 25 種類を用いてベンチマーク GX および ULTRA による ICC を実施した。賦活化条件, 一次抗体濃度 (原液もしくは 3 倍希釈), 一次抗体反応時間 (4 分~24 分) および発色試薬濃度 (原液もしくは 3 倍希釈) について条件設定し染色性を比較, 至適染色条件をもって一定期間保存後の染色性を確認した。

【結果】TACAS™標本は適切な浸漬処理等の実施により, ベンチマークシステムへ搭載可能であった。至適染色条件に関しては, 培養細胞株と一次抗体の組み合わせにより, 設定条件および染色強度の差異が認められた。保存安定性に関しては, 現在 8 週間までの安定性を確認中である。

【結語】現在市販されている ICC 用試薬は, 従来法標本に基づいた染色条件が開示されている場合が多く, 固定法や塗抹法の異なる LBC 標本は別途条件設定が必要と考える。今回, TACAS™保存培養細胞株を用いてベンチマークシステムでの至適染色条件および保存安定性を確認した。臨床検体と培養細胞株では性状の違いにより染色性が異なる可能性もあるが, 臨床検体での染色条件検討時に今回の設定条件が一つの指標になると考えられた。

P-1-209 新しいセルブロック作製法（パラフィン・寒天サンドイッチ法）の考案と比較検討

愛媛県立中央病院検査部¹⁾, 愛媛県立中央病院病理診断部²⁾, 愛媛県立医療技術大学大学院医療技術科学専攻³⁾, 愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査学科⁴⁾

○兵頭直樹(CT)^{1,3)}, 大崎博之(CT)^{3,4)}, 則松良明(CT)^{3,4)}, 加藤真紀子(CT)¹⁾, 高石裕子(CT)¹⁾, 篠崎理恵(CT)¹⁾, 井上信行(CT)¹⁾, 木下幸正(CT)¹⁾, 高石 修(CT)¹⁾, 木藤克己(MD)²⁾, 杉田敦郎(MD)²⁾, 前田智治(MD)^{1,2)}

【はじめに】セルブロック (CB) は, 細胞診検体を何らかの方法で固形化した後に, パラフィン包埋を行い, 薄切標本を作製する方法である。我々の施設でも, 形態学的に鑑別困難な症例に対してフィブリンクロット法を用いて CB を作製し, 免疫組織化学染色を行うことで診断精度の向上を認めたが, CB の作製方法によっては, 背景の共染や細胞回収率の低さから微量検体に使用できないなどの短所を有している。今回我々は, 種々の CB 作製方法の短所を改良したパラフィン・寒天サンドイッチ法を考案し, フィブリンクロット法および, 寒天法, アルギン酸ナトリウム法と比較した。

【方法】7症例の体腔液の残余検体を用いて, 3種類の分量の沈渣 (10 μ L, 50 μ L, 100 μ L) を使用し, 各々4種類の CB 標本を作製し, ヘマトキシリン・エオジン (HE) 染色を施行後, 細胞数および染色性を比較した。

【結果】各 CB 作製方法における細胞数の比較において, 沈査量 10 μ L および 50 μ L では, パラフィン・寒天サンドイッチ法および寒天法は, フィブリンクロット法と比較してそれぞれ有意に高値であった。沈査量 100 μ L では, パラフィン・寒天サンドイッチ法は, フィブリンクロット法およびアルギン酸ナトリウム法と比較して細胞数がそれぞれ有意に高値であった。各 CB 作製方法における染色性 (背景) の比較では, フィブリンクロット法およびアルギン酸ナトリウム法では背景の共染を認めたが, その他の方法では背景の共染は見られなかった。

【まとめ】我々が考案したパラフィン・寒天サンドイッチ法は他の CB 標本作製方法よりも細胞回収に優れているだけでなく, 背景の共染もないため免疫染色の必要な症例のみならず様々な目的に応用可能であると思われる。

P-1-210 乳癌セルブロック検体を用いた受容体検査における固定時間の検討

国立病院機構四国がんセンター臨床検査科¹⁾, 国立病院機構四国がんセンター病理科²⁾

○岡本奈美(CT)¹⁾, 西村理恵子(MD)¹⁾, 佐藤正和(PhD)¹⁾, 小嶋健太(CT)¹⁾, 田中慎一(CT)¹⁾, 門屋 幸(CT)¹⁾, 田母神佐智子(CT)¹⁾, 有江啓二(CT)¹⁾, 寺本典弘(MD)²⁾, 高畑浩之(MD)²⁾

【はじめに】乳癌のホルモン受容体および HER2 検査には, 10%緩衝ホルマリン (ホルマリン) で 6~72 時間固定した組織検体を用いることが推奨されている。一方で, 組織検体の入手が困難な場合, 細胞検体を用いて受容体検査を行うことがあるが, 細胞検体の固定条件は確立されていない。今回我々は, 細胞検体を用いたホルモン受容体および HER2 検査におけるホルマリン固定時間の影響について検討を行った。

【方法】5例の乳癌切除検体に対して腫瘍部を数回穿刺吸引して細胞を採取後, ホルマリン浮遊液とした。この浮遊液を 20 本のスピッツに分注し, 6 時間, 12 時間, 18 時間・・・114 時間, 120 時間というように 6 時間間隔で最長 120 時間まで固定を行い, セルブロック標本を作製した。エストロゲン受容体, プロゲステロン受容体, HER2 蛋白免疫染色, HER2-dual in situ hybridization 法を行い, 推奨固定条件で作製した腫瘍部組織検体を対照に染色性を比較した。

【結果】6~120 時間固定した細胞検体はホルモン受容体および HER2 検査ともに, 推奨固定条件で作製した腫瘍部組織検体と同等の染色性を示した。

【考察】乳癌のホルモン受容体および HER2 検査では, 固定時間により染色性の低下を及ぼすとの報告があり, 細胞検体においても適切な固定条件の確立が望まれる。今回検討した 5 例については固定時間が 6 時間以上 120 時間以内であれば, 判定可能と思われた。

【まとめ】乳癌細胞検体を用いたホルモン受容体および HER2 検査において, ホルマリン固定時間が 6 時間以上 120 時間以内では判定可能な染色性が得られた。さらに症例数を増やし, より最適な固定時間を検討する予定である。

P-1-211 当院における Rapid on-site cytological evaluation (ROSE) 導入の効果と問題点

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院病理診断科¹, 聖マリアンナ医科大学病理学教室²

○安田玲子(CT)¹, 佐々木真実(CT)¹, 生澤 竜(CT)¹, 島田直樹(CT)¹, 相田芳夫(MD)¹, 高木正之(MD)²

【はじめに】当院では1990年代後半より、穿刺吸引細胞診(FNA)標本の適正採取を目的に、採取現場に細胞検査士が赴き標本作製のみを担当するベッドサイド細胞診を行ってきた。2008年からは顕微鏡を用いて、採取された検体の質的評価をその場で行う Rapid on-site cytological evaluation (ROSE) を導入し、FNA 以外にも適用を広げながら現在に至っている。今回我々は FNA 症例を対象に、ROSE 導入前と導入後の検体不適正率の推移からみた当院における導入効果と、現場での経験に基づいた ROSE の利点と問題点を報告する。

【対象および方法】当院にて施行し記録がシステム化されている乳腺および甲状腺の FNA 症例のうち、ROSE 導入前(2004年~2007年)の1,599件と、導入後(2008年~2014年)の1,804件を対象とし、年次の施行件数と検体不適正件数から不適正率を算出し推移を調べた。

【結果】ROSE 導入前の不適正率は平均20%であったが、ROSE 導入年には10%に半減し、即効性が認められた。その後も増減がみられたものの平均14%を維持し、有効性が認められた。

【まとめ】ROSE は検体の適正採取に有効であるが、施行には細胞検査士のマンパワーと機材や手技の工夫が必要で、また術者である臨床医に ROSE は「迅速診断」ではなく「質的評価」である旨を理解してもらっていることが前提となる。しかし現場で得られる豊富な臨床情報や、術者の臨床医とのリアルタイムなコミュニケーションが後の細胞診断に大きく役立つなど、細胞検査士にとっての利点も少なくない。ROSE は細胞診の長所である迅速性と機動性を活かせる手法であり、近年増えている様々な術式の生検等にも適用していくことで有用性を拡大できると考える。

P-1-212 TBLB と組織型乖離を認めた気管支擦過細胞診の検討

慈山会医学研究所附属坪井病院病理検査科¹, 慈山会医学研究所附属坪井病院呼吸器科², 公立岩瀬病院臨床検査科³

○黒田和希(CT)¹, 菅野寿也(CT)¹, 佐藤陽子(CT)¹, 原田仁稔(CT)¹, 藤岡 薫(MD)², 小野伸高(MD)³, 坪井栄孝(MD)²

【目的】肺癌は男女共に今後さらなる増加が危惧される。現在では治療方針の差異から小細胞癌と非小細胞癌の鑑別はもとより、扁平上皮癌と非扁平上皮癌の鑑別が重要とされており、気管支鏡検査においても細胞診の重要性・信頼性が求められる現状である。今回我々は、経気管支肺生検(TBLB)と同時採取された気管支擦過細胞診にて、両者の組織型が不一致であった症例について検討を行った。

【対象と方法】2011年1月から2015年5月までに気管支鏡検査が施行された308例のうち、TBLBで肺癌と診断され、同時採取の気管支擦過細胞診の推定組織型との対比が可能であった113例を対象とし、特に非小細胞癌で組織型乖離を示した症例について細胞所見を再検討した。

【結果】対象とした113例のうち、TBLBにて非小細胞癌と診断された症例は101例、うち腺癌は62例、扁平上皮癌は39例であった。TBLBと擦過細胞診で組織型乖離を示した症例は10例あり、組織診で扁平上皮癌、細胞診で腺癌としたものは5例、組織診で腺癌、細胞診で扁平上皮癌としたものが2例であった。非小細胞癌で組織型乖離を示した7例は、いずれも組織診で低分化癌と診断され、その後の免疫染色にて確定診断となった。乖離症例では細胞診は腺癌と判定する傾向にあり、要因として核小体腫大や細胞配列・構造等の読み違いが考えられた。

【まとめ】気管支鏡検査308例中、擦過細胞診のみが陽性となった症例は55例存在し、実際に細胞診の結果から治療方針を決定していくことも珍しくはない。我々はその責任を念頭に細胞像を評価する必要があると考える。

P-1-213 核所見の詳細な観察が重要と思われた大細胞神経内分泌癌の一例

社会医療法人敬愛会中頭病院検査科病理¹⁾, 琉球大学大学院腫瘍病理学²⁾

○宮城良考(CT)¹⁾, 齋尾征直(MD)²⁾, 比嘉盛治(CT)¹⁾, 知花祐子(CT)¹⁾, 仲座良治(CT)¹⁾, 青山 肇(MD)²⁾

【はじめに】肺の大細胞神経内分泌癌（以下 LCNEC）は形態的に神経内分泌腫瘍の特徴を示し、神経内分泌マーカー（NE マーカー）を発現している非小細胞性肺癌である。今回我々は、LCNEC を疑ったが、NE マーカーがセルブロック（CB）で陰性のため、診断に苦慮した 1 例を経験したので報告する。

【症例】70 歳代男性。胸部異常陰影を指摘、精査目的に気管支鏡検査施行。悪性が疑われ胸腔鏡下右肺切除術を施行。

【細胞所見】壊死物質を背景に N/C 比の高い細胞が集塊状や孤立散在性に出現し、裸核状で核の大小不同が目立ち、核縁は薄く、クロマチンは粗顆粒状に増量、核小体は腫大し、核形不整や核分裂像も見られた。CB の免疫染色では CEA(±), TTF-1(-), NE マーカーは全て陰性となり、LCNEC とはせず、低分化型腺癌疑いとした。

【病理所見】右肺下葉に 3.8×5.0 cm 大の黄白色充実性の腫瘍を認め、組織学的に面泡形成、偽ロゼット形成を認めた。免疫染色で部分的に TTF-1 陽性の所があり、多くは TTF-1 陰性で、TTF-1 陽性部分ではクロモグラニン A と CD56 が陽性で、TTF-1 陰性部分では CD56 がところどころで陽性となった。以上より、LCNEC と診断した。

【考察】本症例は、CB で NE マーカー及び TTF-1 が陰性であった事が LCNEC を推定する上の妨げであったが、術材の診断確定後、油浸観察すると、腺癌とは違いゴマ塩状の核クロマチンを呈していた。本例のように腫瘍の NE マーカー陽性率が低い場合、CB では NE マーカーが陰性となる可能性もあるため、細胞診では油浸観察も加えた核所見の詳細な観察を重視すべきと思われた。

P-1-214 組織型の推定が困難であった胸水細胞診の一例

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター臨床検査科

○秦 直也(MT), 児玉良典(MD), 津田健治(MT), 糸山光磨(MT), 高木景城(MT), 植田 萌(MT), 笹 倫郎(MT), 山本 賢(MT), 森 清(MD), 眞能正幸(MD)

【はじめに】胸水細胞診は悪性細胞の検出や組織型・原発巣の推定を目的として行われる。しかし実際には細胞形態のみでは診断に苦慮することが多い。今回我々は、多彩な細胞像から、組織型の推定が困難であった胸水細胞診の一例を経験したので報告する。

【症例】80 歳代男性。60 本/日×20 年の喫煙歴あり、職歴よりアスベストの暴露が疑われる。胃癌術後にて他院フォロー中、左胸水貯留を認めたため当院紹介受診となった。悪性の除外目的に胸水細胞診を実施。

【細胞学的所見】リンパ球優位の背景に、乳頭状から球状の細胞集塊が出現していた。N/C 比は高く、細胞質は泡沫状から重厚感のあるものまで見られた。核は類円形でやや偏在し、一部では核の切れ込みを認めた。核クロマチンは細顆粒状で増量に乏しく、多くは中皮細胞や組織球由来と推定されるが、悪性中皮腫や腺癌を否定できない細胞を認めるため、鑑別困難の判定となった。再検後も良悪の判定がつかず、胸膜生検が行われた。

【組織学的所見】核小体の明瞭な類円形に腫大した核と、好酸性の胞体を持つ異型細胞が小乳頭状から腺房状で増殖し、胸膜内への浸潤像を認めた。免疫染色では EMA, Calretinin, WT-1, D₂-40, CK5/6 が陽性、desmin, TTF-1, CEA, Ber-Ep4 が陰性となり、最終診断は上皮型悪性中皮腫となった。

【追加検討】組織診断の結果を受けて細胞診標本を再鏡検した。鑑別が困難であった細胞の由来と良悪の鑑別について細胞転写法により免疫染色を検討し報告する。

【まとめ】反応性に腫大する中皮細胞や組織球は腫瘍細胞との鑑別がたびたび困難となる。細胞形態での診断に苦慮する症例においては、積極的に免疫染色を検討し正診率の向上に努めることが重要である。

P-2-001 Cervical intraepithelial neoplasia 3 (CIN3) 治療後の子宮頸部細胞診に関する検討

中通総合病院産婦人科¹⁾, 中通総合病院病理部²⁾

○小西祥朝(MD)¹⁾, 小野 巖(MD)²⁾, 石井 明(CT)²⁾,
今野稔子(CT)²⁾, 根 裕人(CT)²⁾, 山谷千晴(CT)²⁾

【目的】 CIN3 に対する円錐切除術後の適切な初回検診時期について検討した。

【対象と方法】 当院で2007年1月から2013年8月までにCIN3の術前診断で円錐切除術を施行し、1年以上フォローアップした63例を対象とした。フォローアップ方法は原則として術後3ヶ月から3ヶ月毎に子宮頸部細胞診（以下細胞診と略）を施行した。円錐切除術の手術標本におけるCINの程度および切除断端の病変の有無と、術後細胞診の結果について検討した。

【結果】 (1) 術後に1度も細胞診異常を認めなかったのは63例中51例(81%)だった。一方、術後1年以内に細胞診異常を認めたのは63例中12例(19%)で、このうち9例は2年以内に陰性化した。2年以上細胞診異常が続いたのは閉経後の2例だった。(2) 切除断端陽性だった17例のうち、実際に病変の遺残を認めた4例(24%)では、術後1年以内に細胞診異常を認めたが、そのうち3例が2年以内に陰性化した。術後3ヶ月時の細胞診異常例は17例中1例も認めなかった。1年以内に再発を認め、再度円錐切除術を施行したのは1例のみだった。(3) 術後3ヶ月時に細胞診異常を認めても6ヶ月後の細胞診でCIN3以上の進行症例は認めなかった。

【結論】 CIN3 に対する円錐切除術後の細胞診の開始時期は術後3ヶ月からではなく、6ヶ月後から開始できる可能性が示唆された。また、切除断端陽性例でも術後の細胞診では陰性となる症例が多く、直ちに再手術などを考慮しなくてもよいことが示唆された。細胞診異常を認めた場合は、コルポスコピーおよび組織診を行い、CIN3以上の病変の有無を確認し、注意して経過観察することが重要である。

P-2-002 メラノサイト増生による黒色病変を伴った CIN の一例

国立病院機構西埼玉中央病院産婦人科¹⁾, 国立病院機構西埼玉中央病院研究検査科²⁾, 板橋中央総合病院病理診断科³⁾

○石井賢治(MD)¹⁾, 小池裕人(MD)^{2,3)}, 阪 旨子(CT)²⁾,
島田哲也(MD)²⁾

【緒言】 子宮頸部の黒色病変は非常に珍しい病態であるが、メラノーマや子宮内膜症病変との鑑別が重要である。今回我々はCIN病変に一致した領域にメラノサイト増生による黒色病変を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】 34歳, 未経妊, 未婚。既往歴, 家族歴に特記事項なし。前医での子宮頸部細胞診検査でHSILであったため、紹介にて当科を受診した。コルポスコピー検査では5時~7時方向にかけて斑状の黒色および樹枝状の褐色病変, 3時, 9時方向に淡い黄褐色病変を認めた。酢酸加工では3時~9時方向にかけて白色病変を認め、6時方向にはモザイク, 赤点斑(黒褐色)を認めた。狙い組織診にてCISを認めたため、円錐切除術を実施し、黒褐色病変部を含めて切除した。臨床的に内膜症を示唆する所見はなく、HPVタイピング検査ではHPV52, 68型陽性であった。

【細胞所見】 炎症性背景にN/C比が高く、核クロマチン増量、核型不整な傍基底細胞を認めた。6時方向の黒褐色病変を中心に擦過した標本では細胞質に粗顆粒状のメラニンを含む表層系細胞、メラニンを貪食した組織球、樹枝状突起を有したメラノサイトと思われる細胞等が散見された。

【組織所見】 1時~9時方向にかけて広くsevere dysplasiaがみられ、4時~6時方向にはCISを認めた。上皮内にFontana-Masson陽性、Berlin-blue陰性のメラニン顆粒が散見された。顆粒はCIN病変に一致して認められ、周辺の正常上皮には全く認められなかった。また、HMB45, MelanA陽性のメラノサイトも確認されたが、基底層のみならず表層部にも及んでいた。

【結語】 本症例の黒色病変は偶発的に合併した色素性母斑等ではなく、CINの発生や進展過程と何らかの関連があり、メラノサイトが増生したものと推察された。

P-2-003 同種骨髄移植後に、細胞診が正常化した子宮頸癌の1例

旭川赤十字病院産婦人科¹⁾, 旭川赤十字病院病理課²⁾, 旭川赤十字病院病理診断科³⁾

○宮川博栄(PhD)¹⁾, 柴田尚子(CT)²⁾, 竹内正喜(CT)²⁾, 曲師妃春(CT)²⁾, 長尾一弥(CT)²⁾, 菊地智樹(PhD)³⁾, 小幡雅彦(PhD)³⁾

症例は33歳女性, 0経妊0経産. 不正出血を主訴に当科受診, 2012年12月の子宮頸部細胞診でSCCと診断. 2013年1月に円錐切除術を実施したところ, 病理診断はCISで, 残存は否定でなかった. その後, 同年3月の細胞診でHSIL, 同年6月の細胞診でSCCと診断された. 本症例の問題点としては, 26歳時に当院血液内科で急性骨髄性白血病に対して臍帯血移植を受けて寛解状態となっていたが, 晩期骨髄不全のため, この時点で高度の汎血球減少を来しており, 輸血依存状態であることがあげられた. 2回目の同種骨髄移植が必要と診断されており, 現状にて子宮頸癌の根治的手術や化学療法は不可能と考えられた.

今後の治療方針を血液内科医師と本人と相談し, 細胞診結果SCCではあったがMRI上子宮頸部に明らかな腫瘤像を認めていなかったため, 骨髄移植を先行させる方針とした. 骨髄バンクから提供された細胞を用いて2013年7月骨髄移植を実施したところ, 輸血不要な状態まで血球数は回復したため, 同年11月血液内科を退院となった.

子宮頸部細胞診を定期的実施したところ, 骨髄移植直前の同年7月にはSCCであったが, 11月にはHSIL, 2014年6月にはASC-US, 2014年11月以降はNILMを継続している.

同種骨髄移植においては, 移植細胞が腫瘍を攻撃するGVT (graft versus tumor) 現象が知られており, 細胞診検査結果が正常化した要因であると推察された. 診断, 治療方針に苦慮した症例を経験したため, 若干の文献的考察を加え報告する.

P-2-004 判定に苦慮した子宮頸部扁平上皮癌の1例

済生会山口総合病院臨床検査部病理検査室¹⁾, 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域基礎検査学(生体情報検査学)分野²⁾

○末富結花(CT)¹⁾, 河野裕夫(MD)²⁾, 櫛山 因(CT)¹⁾

【はじめに】子宮頸部悪性腫瘍において, 最も多いのは, 扁平上皮癌とされている. 今回我々は, 判定に苦慮した子宮頸部扁平上皮癌を経験したので報告する.

【症例】40歳代女性. 平成26年12月から下腹部痛・発熱・不正性器出血を主訴に当院受診. 初回のMRIでは子宮頸管炎や子宮筋層炎が疑われた. WBC・CRPの上昇を認めたため, 抗生剤投与を行うも十分には改善しなかった. 不正性器出血が持続するため, 二度にわたり子宮頸部・体部細胞診が実施された. SCC 6.7 ng/ml, MRIでは子宮腫瘍:潰瘍形成や腫瘍, 肉腫も否定できないとされたため, 腹式子宮全摘術及び両側付属器切除術が施行された.

【細胞所見】子宮頸部細胞診:背景には好中球が多数みられ, 強い炎症像を呈していた. 扁平上皮細胞には軽度核肥大など, 炎症性変化が目立っていた. 子宮体部細胞診:内膜細胞はみられず, 多数の炎症性変化の加わった扁平上皮細胞と, pearl formation様の集塊をごく少数認めた.

【組織所見】角化が目立つ扁平上皮由来のよく分化した癌細胞が, 不規則胞巣状に浸潤・増生しており扁平上皮癌と診断された. 極めてよく分化した細胞異型の低い部も認められた.

【まとめ】扁平上皮癌にはいろいろな組織型があるが, この症例は通常の扁平上皮癌ではなく verrucous・condylomatousでN/C比の増加した基底型細胞などの典型的な癌細胞が出現しないタイプであった. 極めて高分化な扁平上皮癌ではこのような細胞像を呈することを考慮しながらスクリーニングする必要があると思われた.

P-2-005 診断に苦慮した子宮頸部乳頭状扁平上皮癌の 1 症例

飯塚病院中央検査部¹⁾, 飯塚病院病理科²⁾

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

【はじめに】子宮頸部および、腔の乳頭状扁平上皮癌は著しい乳頭状構造を呈するまれな悪性腫瘍で、肉眼的にはカリフラワー状の垂有茎性腫瘍を形成することが多い。細胞所見としては、扁平上皮癌にはまれな乳頭状集塊と線維血管性間質の存在が重要とされており、細胞像は確立されている。しかし今回我々は、腫瘍細胞が多数出現しているにも関わらず、診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】20 歳代、女性。1 経妊 0 経産。不正性器出血を主訴に前医受診。子宮頸部擦過細胞診 ASC-H、腔部びらんのため当院紹介受診。腔鏡診で子宮頸部に易出血性の径 30 mm の乳頭状腫瘍を認めた。造影 MRI にて子宮頸部後壁に 18x15x9 mm の低信号域を認め、子宮頸癌が疑われた。子宮頸管外や腔側への浸潤はみられなかった。

【細胞学的所見】比較的壊死の少ない背景に、N/C 比の高い傍基底細胞様の腫瘍細胞を孤立性～中等度大の細胞集塊で認めた。集塊においては異型細胞が非常に密に重積してみられ、一部乳頭状配列を示すものも認めた。しかし核所見は HSIL 相当で異型が強いとはいえ、HSIL or more と推定した。

【組織学的所見】腫大核を含む異型有棘細胞の充実胞巣を認め、血管結合組織を軸として乳頭状に増殖していた。一部に浸潤傾向を疑った。角化真珠は認めなかった。乳頭状扁平上皮癌と診断された。

【まとめ】本症例は多数の腫瘍細胞が出現していたにも関わらず、浸潤癌を示唆する悪性所見を認めることができず診断に苦慮した症例であった。しかし改めて標本を見直すと、細胞像は乳頭状扁平上皮癌に矛盾しないものであった。細胞異型は弱くても密な乳頭状集塊を認める場合、本疾患も念頭にスクリーニングを行うことが必要である。

P-2-006 子宮頸部より発生したコンジローマ様癌の 1 例

東海大学医学部附属東京病院病理診断科¹⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学²⁾, 東海大学医学部附属大磯病院婦人科³⁾, 東海大学医学部附属大磯病院病理診断科⁴⁾

○松井成明(CT)¹⁾, 梶原 博(MD)²⁾, 堀 貞明(CT)¹⁾,
飯田哲士(MD)³⁾, 中沢和美(MD)³⁾, 小川高史(MD)¹⁾,
中村直哉(MD)²⁾, 佐藤慎吉(MD)⁴⁾

【はじめに】子宮頸部発生のコンジローマ様癌は疣状の外観を呈し、HPV 感染の所見をみる扁平上皮癌である。われわれは本腫瘍の 1 例を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】患者：71 歳。主訴：不正性器出血。妊娠歴：2 経 2 産。既往歴：認知症、右卵巣嚢腫、脂肪肝。現病歴：不正性器出血を主訴に当院受診。コルポ所見上、子宮頸部から腔部にかけて疣状の隆起性病変が認められた。子宮頸部細胞診では SCC, special type が推定され、その後の生検組織診にてコンジローマ様癌が強く疑われた。臨床的に子宮頸癌の診断ものと SRH+BSO、骨盤内リンパ節郭清が施行された。

【細胞学的所見】大小の乳頭状細胞集団および散在性の腫瘍細胞が多数観察された。これらは扁平上皮化生細胞または傍基底細胞に近似し、細胞質はライトグリーン好性を示していた。核周囲には空洞形成を伴い、核クロマチンは増量していた。腫瘍細胞の出現態度、出現量および術前の肉眼、画像所見から本腫瘍の可能性を強く考えた。

【病理組織学的所見】肉眼的に腫瘍は子宮頸部から腔部にかかる大小の隆起性病変として認められた。組織学的には、線維性血管間質を軸とした乳頭状外向性増殖を示し一部に間質浸潤を認めた。乳頭状増殖を示す腫瘍の表面近傍にはコイロサイトが観察された。ISH による HPV の検索では ISH-HPV-high grade が陽性を示していた。

【まとめ】今回経験した症例は、前述の細胞所見と肉眼、画像所見との対比により組織型推定に至った。本腫瘍は、深層の扁平上皮系異型細胞が出現する以外には、尖圭コンジローマなどの HPV 感染による他の病変と鑑別が難しいため臨床情報に十分留意した総合的な判定が必要と考えられた。

P-2-007 子宮頸部 Condylomatous carcinoma の 1 例

杏林大学医学部産婦人科¹⁾, 杏林大学医学部病理学教室²⁾, 杏林大学医学部付属病院病理部³⁾

○百村麻衣(MD)¹⁾, 小林陽一(MD)¹⁾, 望月 眞(MD)²⁾,
坂本憲彦(CT)³⁾, 長内喜代乃(MD)¹⁾,
西ヶ谷順子(MD)¹⁾, 松本浩範(MD)¹⁾

【症例】 81 歳. 2 経妊 2 経産. 不正性器出血を主訴に前医受診, 子宮頸部に腫瘍を認め紹介となった. 内診所見では腫瘍は子宮頸部より外向性に発育し, 一部腔壁に浸潤を認めた. 子宮傍組織への浸潤は認めなかった. 腫瘍の細胞診は SCC, 生検では Condylomatous carcinoma と診断され, 子宮頸癌 IIA1 期と診断した. 高齢であり放射線治療も検討されたが, 他の特殊型との鑑別が必要と考え手術を施行した. 手術摘出検体での組織診でも Condylomatous carcinoma と診断された.

【細胞所見】 腫瘍性背景に, 円形, 類円形, 紡錘形などの多彩な細胞像を示す異型扁平上皮を多数認める. 異型細胞は集塊ないしは散在性に出現し, 細胞質には角化が認められる. 核も円形, 類円形, 紡錘形, 不整形, 分葉形など多彩な形態を示し, 核クロマチンの増量を認める. 以上より扁平上皮癌と診断した. さらに術後の見返しでは, koilocytosis, dyskeratosis, smudged chromatin, 多核, 細胞質の両染色など HPV 感染が考えられる異型細胞の存在が確認された.

【組織所見】 層形成と角化を示す異型扁平上皮細胞が線維血管性間質に沿って乳頭状に増殖している. 表層部に koilocytosis の所見を示す細胞や多核の細胞が出現しており Condylomatous carcinoma と診断した.

【考察】 子宮頸部 Condylomatous carcinoma は子宮頸癌取り扱い規約にて扁平上皮癌の特殊型に分類されている. その中で乳頭状発育を示す Verrucous carcinoma や Papillary squamous cell carcinoma との鑑別が必要である. Verrucous carcinoma では放射線治療は効果がなくむしろ転移を促進するともいわれている. 高齢で合併症がある子宮頸癌症例では, 手術が困難な場合もあり放射線治療が選択されることも多いため, このような特殊型が疑われた際には慎重な診断が重要である.

P-2-008 子宮頸部すりガラス細胞癌の 1 例

蒲郡市民病院臨床検査科¹⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²⁾

○近藤泰佳(CT)¹⁾, 佐藤比佐代(CT)¹⁾, 齋藤隆史(CT)¹⁾,
浦野 誠(MD)²⁾

【はじめに】 子宮頸部すりガラス細胞癌は子宮頸癌の 1~2% と稀な腫瘍であり, WHO 分類で腺扁平上皮癌の特殊型として扱われ, 放射線治療抵抗性で増殖が速く, 進行癌で見つかることが多く予後不良である. 今回われわれは, 細胞診断にて組織型推定に苦慮したすりガラス細胞癌の 1 例を経験したので報告する.

【症例】 68 歳女性. 初診時, 下腹部に新生児頭大の腫瘍を触知し腔壁もしくは子宮腫瘍が疑われ, 擦過細胞診, 組織生検が施行された. 胸部 CT で肺転移が疑われ, 進行癌であり腫瘍に対する積極的な治療は行われなかった. 初診から約 1 カ月の経過で永眠された.

【細胞所見】 好中球主体の背景に, 軽度重積のある異型上皮集塊を認めた. 腫瘍細胞は多辺形~紡錘形を呈し, やや厚い細胞質を有するものと細胞質が淡く細胞境界が不明瞭なものが混在していた. いずれの細胞も核の偏在傾向がはっきりせず, N/C 比大の類円形核と大型核小体を有し, 核クロマチンは不均等で顆粒状であった. 以上の所見から Class V, 扁平上皮癌か腺癌かの判別が困難な悪性細胞と報告した.

【組織所見】 炎症細胞を伴い, 多辺形~紡錘形腫瘍細胞の胞巣状充実性増殖からなり, 細胞境界は明瞭であった. 細胞質は淡好酸性~微細顆粒状のスリガラス状を呈し, 核は大型円形や類円形で, 単一で明瞭な大型核小体を伴っていた. 明らかな腺管形成や角化傾向は無かった. 以上の所見からすりガラス細胞癌と診断された.

【まとめ】 すりガラス細胞癌は低分化な腺扁平上皮癌として分類されているため, 細胞診断において組織型推定に苦慮した. しかし扁平上皮癌か腺癌か迷う細胞像が特徴であり, 個々の細胞の特徴所見を理解し鏡検することにより組織型の判別も可能と思われる.

P-2-009 子宮頸部 Glassy cell carcinoma の2例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理・細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾

○中野祐子(CT)¹⁾, 伊藤園江(CT)¹⁾, 塚本孝久(CT)¹⁾, 大田桂子(CT)¹⁾, 武井美和(CT)¹⁾, 鶴野由華(CT)¹⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 西田直代(MD)²⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部 Glassy cell carcinoma(以下 GCC)は稀な腫瘍で若年者に多く見られる。今回我々は GCC の2例を経験したので細胞所見を中心に報告する。

【症例】症例1: 30歳代・女性。1妊0産。主訴: 不正性器出血。前医で子宮頸癌 1b1 と診断され手術目的で本院紹介となる。症例2: 30歳代・女性。0妊0産。主訴: 不正性器出血。前医で子宮頸部腫瘍を指摘され加療目的にて本院紹介となる。

【頸管擦過細胞所見】症例1: 炎症性背景に腫瘍細胞が弧在性~集塊で多数出現していた。細胞質は豊富でライトグリーンに淡染性でレース状, 多辺形を示し, 核は類円形で核中心性, 核小体は1~数个認め, 一部大型な核小体を有する細胞や二核や多核細胞も認めた。症例2: 炎症性背景に少数の腫瘍細胞を集塊, 一部弧在性に認めた。細胞は症例1と概ね類似していたが, やや小型で豊富な細胞質を有する所見には乏しかった。2例とも明らかな腺管構造や角化傾向は認めず, 低分化癌を疑った。

【組織所見】2例とも摘出された子宮には頸部に腫瘍形成を認め, 同部では明瞭で類円形の核小体, 不整な核, 広い淡好酸性の細胞質を有する大型異型細胞が充実性に増殖していた。多核を示す腫瘍細胞も散見され, 間質には好酸球やリンパ球浸潤を伴っていた。明らかな管腔形成や角化はみられず, GCC と診断した。

【まとめ】GCC は細胞診では診断に苦慮するとされており, 自験例も確定診断には至らなかった。腺系, 扁平系どちらにも診断できない細胞像で, 特に若年者の場合は本症を鑑別診断として考慮する必要がある。

P-2-010 子宮頸部すりガラス細胞癌と小細胞癌が共存した1例

慶應義塾大学病院病理診断部¹⁾, 慶應義塾大学医学部病理学教室²⁾, 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室³⁾

○吉田由紀子(CT)¹⁾, 照井仁美(CT)¹⁾, 長島義男(CT)¹⁾, 鉦先結香(CT)^{1,2)}, 阿部 仁(CT)^{1,2)}, 尾原健太郎(MD)¹⁾, 富永英一郎(MD)³⁾, 青木大輔(MD)³⁾, 亀山香織(MD)¹⁾

【はじめに】すりガラス細胞癌は腺扁平上皮癌の低分化型と位置づけられており, 発生頻度は約1%と比較的稀である。今回我々は, 子宮頸部すりガラス細胞癌と小細胞癌が共存した1例を経験したので報告する。

【症例】30歳代女性。前医にて子宮頸癌の診断につきセカンドオピニオン目的に当院を受診。子宮頸部に28×25mm大の腫瘍が認められ, コルポスコピー所見は浸潤癌であった。頸部細胞診で小細胞癌疑い, 組織診では神経内分泌分化を伴った浸潤癌と診断され, 広汎子宮全摘出術が施行された。

【細胞所見】小型で裸核様, 細顆粒状クロマチンを有する異型細胞が小~中型集塊で出現していた。一部では索状配列も認められ小細胞癌が疑われた。また小細胞癌に比べ大型で核小体明瞭な細胞もシート状配列で出現していたため, 腺癌の共存も否定できなかった。

【組織所見】複数の成分からなる腫瘍であった。最も優勢なのは大型で淡好酸性の細胞質を有し, 核小体明瞭な異型細胞が胞巣状に増殖する腫瘍であり, 間質に多数の好酸球浸潤を認め, すりガラス細胞癌と診断した。これとは別に, 小範囲でN/C比の高い異型細胞が胞巣状, 索状に浸潤する像がみられた。ここでは Synaptophysin, Chromogranin A, CD56 が陽性を示し小細胞癌と考えた。他に上皮内腺癌および上皮内癌も少量認められた。

【まとめ】すりガラス細胞癌は予後不良のため, 細胞診での組織型推定は臨床上重要である。今回組織診断の結果から標本を再鏡検してみると, 明瞭な核小体から細胞像では腺癌を推定されがちであるが, 細胞質が厚く平面的に出現していることなど, 個々の細胞所見を詳細に観察することにより, すりガラス細胞癌を示唆することは可能であると考えられた。

P-2-011 術前診断が困難であった子宮頸部腺扁平上皮癌の1例

JA 静岡厚生連静岡厚生病院臨床検査科¹⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科²⁾, 日本医科大学武蔵小杉病院病理部³⁾

○原理恵子(CT)¹⁾, 萩原智子(CT)¹⁾, 浦野 誠(MD)²⁾, 北山康彦(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸部腺扁平上皮癌の発生母地は、移行帯の予備細胞が腫瘍化に伴い腺系、扁平上皮系の両方向へ分化することにより発生すると言われている。今回、術前細胞診で腺癌成分を指摘できず診断が困難であった腺扁平上皮癌の1例について報告する。

【症例】41歳、女性。妊娠時スクリーニング検査の子宮頸部細胞診でHSILを指摘された。CT, MRI検査にて12時から3時方向に筋層浸潤が疑われたが隣接臓器への浸潤やリンパ節腫大は認めないことから円錐切除術が施行された。

【擦過細胞像】高度の炎症性背景内に、核腫大を伴いクロマチンが粗顆粒状に増量した異型細胞が孤立散在性から小集塊で多数認められ、HSIL(CIS)と細胞判定した。

【生検組織像】胞巣形成性に表層～深部にかけて浸潤性に増殖する扁平上皮癌像を認めた。腺癌成分は明らかでなかった。

【円錐切除組織像】角化を示す扁平上皮癌(p63免疫染色に陽性)と粘液を含む腺癌(Alcian blue-PAS染色に陽性)が複雑に混在する形で広範囲に存在しており、浸潤性腺扁平上皮癌(pT1b1)と最終診断した。

【まとめ】後方視的な細胞像の検討では、腺系異型細胞が示唆される細胞集塊を少数認めたが、スクリーニングの時点ではこの細胞集塊をCISの腺侵襲像と判定していた。腺扁平上皮癌に出現する腺癌細胞は、核偏在・核小体腫大・レース状の細胞質といった定型的所見の他に、粘液産生像や空胞状細胞の出現、胞体が広く淡い細胞等に注意を払う必要があると思われた。

P-2-012 細胞診にて推定可能であった atypical LEGH の一例

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹⁾, 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科²⁾, 帝京大学医学部附属病院病理診断科³⁾

○福原 萌(CT)¹⁾, 渡邊麗子(MD)¹⁾, 吉田正行(MD)¹⁾, 吉田 裕(MD)¹⁾, 澁木康雄(CT)¹⁾, 佐々木直志(CT)¹⁾, 石川光也(MD)²⁾, 笹島ゆう子(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸部の分葉状過形成(Lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH)は良性の腺増殖性疾患であるが、細胞および構造異型を伴うLEGH(atypical LEGH)の存在が報告され、癌の前駆病変である可能性が示唆されている。

今回、術前細胞診にてatypical LEGHを疑うことのできた一例を経験したので報告する。

【症例】40歳代未経産婦。19歳時にPeutz-Jeghers症候群と診断された。水様性帯下を主訴に他院受診し、子宮頸部・内膜細胞診にて頸部腺癌が疑われたが、組織診では悪性所見は認められず、精査目的に当院受診。当院での頸部細胞診および組織生検にてatypical LEGHあるいは上皮内腺癌が強く疑われ、子宮全摘術+両側卵管切除術が施行された。

【術前頸部擦過細胞診所見】黄色調粘液を有した高円柱状細胞集塊とともに、極性の乱れを伴った重積集塊が出現していた。核の大小不同、クロマチン増量、核小体明瞭な異型細胞が認められ、核分裂像が複数観察された。

【術後病理組織診所見】高位頸管を主座として導管様の腺管および分葉構造を呈する腺の著明な増生を認めた。大部分は異型に乏しく豊富な粘液を有する高円柱状細胞で構成され、一部に腺内腔に向かう低乳頭状増生、核異型、核分裂像が観察された。浸潤所見は認められずatypical LEGHと診断された。

【まとめ】LEGHや最小偏倚型腺癌はPeutz-Jeghers症候群との関連がよく知られており、その場合のLEGHでは異型が強い傾向にあると報告されている。

Atypical LEGHの臨床的取扱いは未だ議論を有するが、上皮内腺癌や腺癌との合併例も認められることから、細胞診においてはLEGH特有の細胞に混じって出現する異型細胞を見落とさないように注意深く観察する必要がある。

P-2-013 子宮頸部細胞診異常 (AGC) から4年後に子宮頸部腺癌と診断された1症例

産業医科大学医学部産婦人科

○ト部理恵(MD), 川越俊典(MD), 植田多恵子(MD), 栗田智子(MD), 鏡 誠治(MD), 松浦祐介(MD), 蜂須賀徹(MD)

【症例】 43歳3経妊2経産。初診4年前の検診で子宮頸部細胞診 class3a (AGC) を指摘され近医を受診。その際の子宮頸部細胞診は陰性であった。子宮内膜細胞診は採取できず、以後3か月ごとに子宮頸部細胞診を繰り返された。経過中の子宮頸部細胞診は class1 から class3a (AGC) で推移している。細胞診が class3b で腺癌を疑う異型腺細胞を認めたため当科紹介受診となった。子宮頸部には肉眼的に異常所見は認めなかったが、易出血性であった。コルポスコピー検査では扁平円柱上皮境界は不可視であった。内診では子宮頸部は硬く4cm大の腫瘤を触知した。基韌帯浸潤、腔壁浸潤は認めなかった。子宮頸部生検は腺癌であり、子宮頸癌 1b1期と診断された。MRI 検査では子宮頸部に内部に嚢胞様構造を有する39×28mm大の腫瘤を認めた。子宮頸癌に対し、広汎子宮全摘術を施行。術後診断は子宮頸癌 1b1期 (pT1b1N0M0) 内頸部型腺癌と診断された。術後、放射線化学療法を施行後、現在外来経過観察中である。本症例は異常細胞診を認めたが明らかな浸潤癌の所見は認めず経過観察された。子宮頸部腺癌は扁平上皮癌に比べ細胞診での発見がしばしば困難を伴う疾患である。AGCは異型腺細胞と称され、腺に異型があるがAISとするには異型が弱いものや腺癌が疑われるが断定できないものとされる。ガイドラインでは運用としてコルポ・生検のほか、頸管および内膜細胞診・生検が求められている。扁平上皮癌と比べ細胞診は偽陰性のことが多く、コルポスコピー所見も乏しいため、当院では円錐切除を積極的に施行し早期発見に努めている。

P-2-014 分葉状頸管腺過形成を背景に発生した子宮頸部胃型腺癌

東京慈恵会医科大学産婦人科学講座¹⁾, 東京慈恵会医科大学病理学講座²⁾

○川畑絢子(MD)¹⁾, 清川貴子(MD)²⁾, 中村麻子(MD)²⁾, 廣岡信一(MD)²⁾, 横須幸太(MD)¹⁾, 田畑潤哉(MD)¹⁾, 黒田高史(MD)¹⁾, 永吉陽子(MD)¹⁾, 嘉屋隆介(MD)¹⁾, 飯田泰志(MD)¹⁾, 上田 和(MD)¹⁾, 斎藤元章(MD)¹⁾, 矢内原臨(MD)¹⁾, 山田恭輔(MD)¹⁾, 岡本愛光(MD)¹⁾

【緒言】 子宮頸部胃型腺癌は、WHO 2014 組織分類で粘液性腺癌の亜型に分類されるが、その発生に HPV 感染は関与せず、前駆病変として分葉状内頸部腺過形成 (LEGH) が注目されている。円錐切除術で LEGH と診断された2年後、検診での AGC をきっかけに胃型腺癌と診断された症例を経験した。診断過程における問題点も含めて報告する。

【症例】 51歳女性。1経妊1経産、閉経50歳。2年前に子宮がん検診で AGC と判定され、他院で円錐切除術を施行し LEGH と診断された既往がある。その2年後、再び検診で AGC を指摘され当院を受診した。腔鏡診では腫瘍を認めなかったが、MRI で子宮頸部に2cmの嚢胞形成性病変を認めた。細胞診で腺癌を考える細胞を認めたが、パンチ生検では腺癌を確認できなかった。診断目的で施行した円錐切除検体にはごく少量の腺癌を認めた。子宮頸癌 IB1期の診断で広汎子宮全摘出術を施行した。摘出子宮には胃型腺癌 (pT1b1N0) を認め、背景には LEGH を伴っていた。

【考察】 子宮頸部腺癌は、臨床症状や肉眼所見に乏しく細胞診が発見の契機となる。LEGHはS-C junctionより高位に好発し、円錐切除術で切除しきれないことが珍しくない。胃型腺癌は進行癌として発見されることが多いが、初期病変は LEGH の好発部位と同様の高位頸管に局在し、パンチ生検や円錐切除術では診断に至らない危険がある。細胞診で腺系異型細胞を認める場合や LEGH が疑われる場合は、胃型腺癌を含む高位頸管に発生した腺癌の可能性も考慮し、適切な病理学的検索を追加して治療方針を決定する必要がある。

P-2-015 子宮内膜細胞診異常で発見された子宮頸部胃型腺癌の1例

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

○白山裕子(MD)¹⁾, 楠本真也(MD)¹⁾, 大亀真一(MD)¹⁾, 小松正明(MD)¹⁾, 竹原和宏(MD)¹⁾, 寺本典弘(MD)²⁾, 田中慎一(CT)³⁾, 小嶋健太(CT)³⁾, 岡本奈美(CT)³⁾, 佐藤正和(CT)³⁾, 高畑浩之(MD)²⁾, 西村理恵子(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸癌では近年腺癌が占める割合が増加し、扁平上皮癌と比較して予後不良との報告が多い。また胃型腺癌は内子宮口付近で内向性発育するため細胞診による早期発見が困難とされている。今回子宮内膜細胞診異常を契機に発見された子宮頸部胃型腺癌の症例を経験したので報告する。

【症例】62歳女性、黄色帯下を主訴に近医を受診。子宮内腔に少量の液体貯留あり子宮頸部とともに内膜細胞診も行った。頸部はNILM、内膜は陽性で腺癌が疑われ、当科紹介受診となった。経膈超音波検査では内膜肥厚は認めなかった。子宮内膜全面搔爬術を行ったところ子宮頸部由来の粘液腺癌の存在が考えられた。準広汎子宮全摘出、両側付属器摘出、骨盤リンパ節郭清を行った。

【子宮内膜細胞所見】好中球を主体とした強い炎症性背景に、異型のない内膜細胞と軽度から中等度の異型腺細胞が集塊状に散見された。異型腺細胞は胞体広く、細胞質内に粘液を含んでいた。核は円形ないしは類円形で核小体は明瞭であった。

【手術標本組織所見】肉眼的には子宮内膜、頸管内、子宮腔部には病変を認めなかった。腫瘍は内子宮口付近を主座とし skip lesion を形成して子宮底部内膜から頸部 SCJ まで広範囲に広がっていた。脈管侵襲は認めず頸部間質への浸潤は最も深いところで37%であった。腫瘍細胞は豊富で淡好酸性の細胞質を有し、細胞境界は明瞭であった。免疫染色においてはER陰性、PgR陰性、p16陰性であった。

【まとめ】本症例のように子宮内膜方向に進展する子宮頸部胃型腺癌はまれながら存在し、頸部細胞診のみでは異型細胞を検出できないことがあるということが示唆された。

P-2-016 子宮頸部原発印環細胞癌の1例

藤田保健衛生大学医学部産婦人科¹⁾, 藤田保健衛生大学病院病理部²⁾, 藤田保健衛生大学医学部病理診断科³⁾

○河合智之(MD)¹⁾, 鳥居 裕(MD)¹⁾, 市川亮子(MD)¹⁾, 平澤 浩(CT)²⁾, 浦野 誠(MD)³⁾, 黒田 誠(MD)³⁾, 藤井多久磨(MD)¹⁾

【緒言】子宮頸部腺癌は増加傾向であるが印環細胞癌は極めて稀で、胃癌など消化管悪性腫瘍からの転移と鑑別する必要がある。今回、子宮頸部原発印環細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】42歳、0経妊0経産。特記すべき既往歴なし。子宮頸部細胞診で異常を指摘され精査目的に当院へ紹介受診となった。子宮頸部に表面は比較的平滑だが易出血性の腫瘍を認め、コルポスコピー所見はIC-bであった。子宮頸部細胞診では小型類円形で胞体内に粘液を有する異型細胞を認めた。核は偏在しN/C比が高く、核縁が不整でありクロマチンの増量を認め、印環細胞癌様の腺癌を疑う所見であった。子宮頸部組織診では、異型細胞の一部は核が偏在する印環細胞様の形態を呈していた。骨盤部MRI画像では子宮頸部に径38mmの隆起性病変を認め、造影CT画像で遠隔転移を疑う所見なく、上部消化管内視鏡検査でも異常所見は認めなかった。子宮頸癌IB1期の診断で広汎子宮全摘出術および両側付属器摘出術を施行した。摘出子宮の頸部に縦径35mm、深さ18mmの腫瘍を認め、頸部筋層への浸潤はあるものの腫瘍は子宮頸部に局限しており、リンパ節転移、脈管侵襲は認めなかった。腫瘍細胞は生検同様N/C比の高い類円形の核や粘液を含んだ印環細胞からなり、Mucinous adenocarcinoma, signet-ring cell type と診断された。術後に再度上部消化管内視鏡検査を行い4か所生検したが異常所見は認めなかった。

【結語】子宮頸部印環細胞癌は極めて稀な腫瘍であるが、特徴的な細胞像を呈することからその組織型を推定することは可能である。しかしながら消化管からの転移性子宮頸部腫瘍との鑑別は細胞診のみでは困難であり、印環細胞を認めた場合は消化管精査も重要と考えられた。

P-2-017 子宮頸部擦過塗抹標本上に出現した悪性リンパ腫の3例

東京医科大学病院病理診断科¹⁾, 東京医科大学人体病理学分野²⁾, 東京医科大学産科産婦人科学分野³⁾, 東海大学医学部基盤診療学系病理診断学⁴⁾

○稲垣敦史(CT)¹⁾, 永井 毅(MD)^{1,2)}, 三宅真司(CT)¹⁾, 渡部顕章(CT)¹⁾, 山口真由実(CT)¹⁾, 川内ゆうか(CT)¹⁾, 石原里佳子(CT)¹⁾, 大城 久(MD)^{1,2)}, 松林 純(MD)^{1,2)}, 佐川泰一(MD)³⁾, 中村直哉(MD)⁴⁾, 長尾俊孝(MD)^{1,2)}

【はじめに】子宮頸部に発生する悪性リンパ腫はまれである。今回我々は、子宮頸部擦過塗抹標本上に出現した悪性リンパ腫の3例を経験したのでその細胞像を中心に報告する。

【症例】1. 70代女性。心嚢液の穿刺吸引細胞診でみつかった悪性リンパ腫を加療中に子宮頸部の腫瘤を指摘された。2. 40代女性。不正出血を主訴に、子宮頸部の細胞診を行ったところ子宮頸癌が疑われた。3. 70代女性。高LDH血症にて精査したところ、CT検査にて子宮腫瘤と門脈塞栓を指摘された。

【細胞所見】子宮頸部擦過塗抹標本上では、全ての症例において、壊死物質と共に、N/C比が高く、類円形核と複数個の核小体を有する大型異型細胞が認められた。核クロマチンは顆粒状で増量していた。症例1, 2では異型細胞が孤立性に出現していたが、症例3ではそれに加えて緩い結合性を示す小集塊も多数みられた。

【組織所見】症例1, 2では子宮頸部の間質に大型核を有する異型リンパ球がびまん性に増殖していた。症例3では子宮頸部に散在する脈管内に大型な異型リンパ球が集簇していた。免疫組織化学的に、いずれの症例においても異型リンパ球はCD20陽性で高いKi-67標識率を示し、症例1, 2ではびまん性大細胞型B細胞リンパ腫、症例3ではB細胞リンパ腫（血管内大細胞型B細胞リンパ腫疑い）と診断された。

【まとめ】子宮頸部の擦過塗抹標本上に、大型で異型の強い細胞が孤立性に出現している場合には、悪性リンパ腫の判定は比較的容易であると考えられた。しかし、症例3のように緩い結合性を示す小集塊を多く認める場合には腺癌との鑑別を要する。そのときには臨床情報を加味した判定が求められる。

P-2-018 子宮頸部に発生した癌肉腫の1例

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科

○本間 滋(MD), 菊池 朗(MD), 柳瀬 徹(MD), 笹川 基(MD)

【はじめに】婦人科悪性腫瘍の中で癌肉腫の頻度は比較的少なく、当科の2000年から2015年4月までに、子宮体部31例、卵巣5例、卵管2例、子宮頸部1例が経験された。この希な頸部癌肉腫について報告する。

【症例】65歳で、乳腺線維腺腫の既往があり、初経14歳、閉経53歳で、妊娠歴はない。子宮がん検診を3年前に受診し、異常を指摘されなかった。約2ヶ月前からの不正性器出血を主訴に市内クリニックを受診し、頸部細胞診で腺癌の疑いで当科を紹介された。外陰・陰に異常なく、陰分泌物は淡血性。子宮はほぼ正常大で、子宮傍結合織は軟で、付属器は触れがたかった。外子宮口を塞ぐように黄褐色の柔らかい組織を認めた。摂子で容易に採取され、病理組織学的検査で癌肉腫と診断され、内診所見から1b1期と診断された。MRIで頸部に3cm大のT2W1高信号及びDW1高信号の異常結節を認め、周囲のT2W1低信号のstromal ringに断裂なく1b期が推定された。腫瘍マーカー値は、CEA 1.7, CA19-9 4.3, CA125 24.1, SCC 1.5であった。広汎子宮全摘術を行い、術後に化療（TC療法）を追加した。

【病理組織所見】癌肉腫（異所性：漿液性腺癌及び軟骨肉腫）で、浸潤は子宮傍結合織に達していたが、リンパ節転移は陰性、腹腔内細胞診陰性であった（pT2bN0M0）。

【細胞所見】標本はBD Sure Path法により作成された。N/C比が極めて高い裸核状の細胞が重積性に出現し、一部で腺管状配列を示していた。核クロマチンは細顆粒状で増量し、小型の核小体を認め、腺癌が推定された。肉腫成分は明らかではなかった。

P-2-019 子宮頸部原発骨肉腫の1例

東北大学産婦人科¹⁾, 東北大学災害科学国際研究所²⁾, 東北大学病院臨床研究推進センター³⁾

○辻 圭太(MD)¹⁾, 徳永英樹(MD)¹⁾, 湊 純子(MD)¹⁾, 重田昌吾(MD)¹⁾, 佐藤いずみ(MD)¹⁾, 橋本千明(MD)¹⁾, 田中創太(MD)¹⁾, 志賀尚美(MD)¹⁾, 海法道子(MD)¹⁾, 岡本 聡(CT)¹⁾, 高野忠夫(MD)^{1,3)}, 新倉 仁(MD)²⁾, 伊藤 潔(MD)^{2,3)}, 渡部 洋(MD)³⁾, 八重樫伸生(MD)¹⁾

【はじめに】子宮原発骨肉腫は極めて稀で予後不良な疾患である。今回我々は異所性子宮癌肉腫の診断で手術を行い骨肉腫と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】30歳女性。過多月経のため近医受診し、巨大子宮筋腫の疑いで前医紹介受診。子宮肉腫が疑われ当科紹介となる。異所性癌肉腫の術前診断にて子宮全摘+両側付属器切除+直腸表面播種病変切除+人工肛門造設を施行。術後早期に再発を認め、現在化学療法(AI療法)を行っており治療効果を認めている。

【細胞所見】子宮腔部および内膜細胞診で紡錘形の異型細胞が緩い結合~散在性に多数存在。核は偏在性~中心性で2核も見られ、クロマチン増量と著明な核小体を認めた。胞体がライトグリーンに濃染している異型細胞も散見された。また多数の多核巨細胞を認めた。

【組織所見】子宮頸部は核濃染性で核腫大や核型不整などの異型の強い多稜形ないし紡錘型細胞が増殖。核異型に乏しい破骨型多核巨細胞の存在や数は乏しいが腫瘍性類骨も確認され、骨肉腫成分と考える。また免疫染色ではAE1/AE2陰性、vimentin強陽性、またdesminは陰性であり筋系への分化はないものと考えられた。一部に上皮様に見える部分も存在したが渡銀染色を行い、細胞間に好銀繊維の介在を認めたため上皮様形態を呈する肉腫と判断した。以上から子宮原発骨肉腫の診断となった。

【結語】子宮骨肉腫は子宮肉腫の中では稀であるが、破骨細胞や多核巨細胞、類骨形成といった特徴的な所見が術前診断に有用である。また免疫染色を行うことで、肉腫の中でもより正確な亜型診断と的確な治療選択を行うことができると考えられた。

P-2-020 女性生殖器と外尿道口に同時に発生した粘液性腫瘍の一例

埼玉医科大学保健医療学部臨床検査学科¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター病理診断科²⁾, 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科³⁾, 埼玉医科大学国際医療センター画像診断科⁴⁾

○成清羊佳(CT)¹⁾, 加藤智美(CT)²⁾, 細沼沙紀(CT)²⁾, 鎌倉靖夫(CT)²⁾, 周東真代(CT)¹⁾, 渡辺宏志(MD)¹⁾, 矢野友梨(MD)³⁾, 小澤栄人(MD)⁴⁾, 永田耕治(MD)²⁾, 安田政実(MD)²⁾

【はじめに】Synchronous mucinous metaplasia and neoplasia of the female genital tract (以下SMMN-FGT)は女性生殖器に起こる稀な疾患である。今回、我々は頸部、体部、卵巣に粘液性腫瘍が多発し、さらに外尿道口にも粘液性腫瘍を認めた症例を経験した。

【症例】73才女性、未経産。下腹部痛と腔分泌物異常および外尿道口にも腫瘍が認められたため当院紹介となった。頸部は多量の粘液を分泌し、内膜は肥厚し留水症を呈していた。外尿道口には直径約1.5cmの乳頭状腫瘍がみられた。頸部体部ともに嚢胞が多数集簇し内腔に隆起していた。左卵巣には多房性腫瘍が認められた。頸部原発、体癌・卵巣転移の診断のもと外科的切除を行った。腹腔洗浄水でも陽性であった。術後1年7ヶ月を経て腔断端再発、肺転移を認めている。

【細胞学的所見】頸部では、炎症性背景に粘液を有する腺細胞が集塊状~散在性に認められた。集塊には結合性が保たれた上皮の乳頭状構造や不規則重積もみられた。核は大小不同が目立ち、クロマチンは微細顆粒状で増量し著明な核小体が見られた。一部で黄色調粘液を有する集塊も認め、最小偏倚性腺癌を含む頸部粘液性腺癌と推定した。内膜では、細胞量も少なく異型が弱い印象であった。

【病理組織学的所見】頸部、体部、外尿道口の腫瘍は粘液を有する異型円柱上皮が管状・乳頭状に増生していた。頸部では一部で浸潤が示唆され胃型粘液を持つ粘液性腺癌と診断された。卵巣は境界悪性相当の粘液性腫瘍と考えられた。

【まとめ】本例は頸部細胞診で粘液性腺癌と推定され、病理学的に頸部と内膜の病変に連続性がなく、卵巣病変、更には外尿道口にも同様の腫瘍が認められたためSMMN-FGTとして診断した。

P-2-021 胃癌の卵巣・子宮転移の一例

獨協医科大学産科婦人科¹⁾, 獨協医科大学病理部²⁾, 獨協医科大学病理診断科³⁾, 獨協医科大学形態病理⁴⁾

○長谷川清志(MD)¹⁾, 木内香織(MD)¹⁾, 香坂信明(MD)¹⁾, 深澤一雄(MD)¹⁾, 町田浩美(CT)²⁾, 永井多美子(CT)²⁾, 佐々木英夫(CT)²⁾, 今井康雄(MD)³⁾, 小島 勝(MD)⁴⁾, 正和信英(MD)²⁾

診断に苦慮した胃癌の卵巣・子宮転移の一症例を経験したので報告する。

【症例】53歳, 0経妊。下腹痛, 不正出血にて紹介受診となった。既往歴: 11年前に胃癌(低分化腺癌, pT2N1M0, stage II)。MRIでは左付属器に8cm大の充実性腫瘍があり子宮と一塊で, T1強調で弱い高信号, T2強調で不均一な低信号で造影効果が認められた。子宮頸部から体部左側は, T1強調で等信号, T2強調で低信号, 造影効果にも乏しく線維化が強い病変が想定され, 胃癌の卵巣・子宮転移, 悪性ブレンナー腫瘍, 子宮原発間葉系腫瘍などが考えられた。

【頸部細胞診】初回の頸管内細胞診では, 化生, 修復細胞集塊に交じり, 核の軽度大小不同, クロマチン軽度増量, 小型核小体を有し, 平面的・一部重積を示す上皮細胞集塊が出現していた(ASC-US)。再検査では, 配列が不規則で軽度重積性があり, クロマチンは細顆粒状に増量し, 一部にはやや黄色調の細胞質と空胞を有する小型集塊が認められ腺癌が疑われた。小型の偏在核を有する細胞も散在性に認められた。

【組織所見】子宮腔部および腔壁から生検を施行したところ, 正常扁平上皮下に炎症性細胞浸潤と線維化を伴う間質細胞の増生に混在し, 小型で異型の乏しい楕円形～紡錘形の細胞が散在性に認められた。免疫染色では, この細胞はCAM5.2(+), AE1/AE3(+), CK7(+), CK20(-)であり, 既往の胃癌の組織も同様の所見を示したことより転移と診断された。

【まとめ】胃癌術後11年目の極めて稀な卵巣・子宮への晩期再発転移例を経験した。細胞診, 組織診とも腫瘍細胞は小型で異型に乏しく, 出現細胞数も少なかったことより診断に苦慮した。現在, 化学療法と緩和ケアを施行中である。

P-2-022 腔断端に再発をきたした腹膜原発上衣腫(Ependymoma)の一例

国立がん研究センター中央病院病理・臨床検査科¹⁾, 国立がん研究センター中央病院乳腺・腫瘍内科²⁾, 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科³⁾

○藤間瑞穂(CT)¹⁾, 佐々木直志(CT)¹⁾, 吉田正行(MD)¹⁾, 吉田 裕(MD)¹⁾, 渡邊麗子(MD)¹⁾, 池田勝秀(CT)¹⁾, 澁木康雄(CT)¹⁾, 公平 誠(MD)²⁾, 温泉川真由(MD)²⁾, 石川光也(MD)³⁾, 池田俊一(MD)³⁾, 加藤友康(MD)³⁾, 平岡伸介(MD)¹⁾

【はじめに】上衣腫(Ependymoma)は, 脳室壁と脊髓中心管を被覆する脳室上衣細胞から発生する腫瘍であり, 婦人科領域では極めて稀である。今回, 腔断端に再発をきたした腹膜原発上衣腫の症例を経験したので, 細胞像および組織像を中心に報告する。

【症例】47歳, 女性。2年前に他院にて子宮筋腫に対し腹式単純子宮全摘および両側卵管摘出術を施行された。術中所見にてダグラス窩に4cm大の腫瘍性病変を認め同時切除したところ, 腹膜原発上衣腫と診断された。経過観察中に右下腹部痛が出現し, 経膈超音波にて腔断端に6cm大の腫瘍性病変を認め, 当院受診。鑑別診断目的に腔擦過細胞診および生検組織診が施行された。

【細胞所見】N/C比の高い異型細胞を集塊状もしくは散在性に多数認めた。核は円形から類円形で, クロマチンは細顆粒状, 小型の核小体が見られた。紡錘形で繊維状の細胞突起を有する細胞や, 集塊にはrosette様構造も散見された。免疫細胞化学ではGFAPおよびEMAに陽性を示し, 既往の上衣腫が疑われた。

【組織所見】長楕円形の核と, 淡好酸性の境界不明瞭な細胞質を有する紡錘形を示す腫瘍細胞を認めた。血管周囲を放射状に取りまくperivascular pseudo-rosette様構造が観察された。免疫組織化学では細胞診と同様にGFAPおよびEMAに陽性を示し, 上衣腫の再発と診断された。なお, 中枢神経発生では発現が見られないERやPgRにも陽性を示した。

【まとめ】婦人科領域における上衣腫は非常に稀な腫瘍であるが, 特徴的な細胞像に加え, 免疫染色を併用することで, 細胞診においても推定できると考えられた。

P-2-023 子宮頸癌 卵巣癌を合併した子宮体部類内 膜腺癌 (triple cancer) の1例

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○齊藤良玄(MD)¹⁾, 朝野拓史(MD)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾,
石塚泰也(MD)¹⁾, 岡田宏美(MD)²⁾, 井平 圭(MD)¹⁾,
三田村卓(MD)¹⁾, 保坂昌芳(MD)¹⁾, 武田真人(MD)¹⁾,
遠藤大介(MD)¹⁾, 渡利英道(MD)¹⁾, 佐川 正(MD)¹⁾,
櫻木範明(MD)¹⁾

子宮および卵巣に三つのタイプの癌が発生した1例を経験したので、その臨床経過を報告する。

【症例】42歳(G0)。月経不順のため当科受診。同時に呼吸困難感-胸水貯留をみとめ呼吸器科でも精査中であつた。画像検査で子宮内膜肥厚と充実性部分を伴う12cm大で多嚢胞性の骨盤内腫瘍を認め、子宮体癌及び卵巣癌、どちらかの胸部転移による胸水貯留と推定した開始した。

【治療前検査所見】子宮内膜には類内膜腺癌が、胸水は細胞診では軽度の異型細胞のみを認めたが、核の偏在傾向のあるBER-EP4陽性細胞がみとめられ腺癌の存在が疑われた。また子宮頸部擦過細胞診でCISの他淡明な細胞質や細胞質内空胞を有する異型細胞が出現したが組織診ではCISを認めるのみであつた。

【治療経過】TC, CDDP-CPT11を先行後、子宮全摘+両側付属器摘出を行い、さらにGD療法を追加し経過観察とした。

【手術標本】卵巣の腫瘍は核腫大と明瞭核小体、好酸性粘液を含む胞体の異型細胞が乳頭状-腺管構造を呈し増殖し粘液性腺癌と診断された。子宮頸部には1mm未満の微小浸潤扁平上皮癌、子宮内膜には類内膜腺癌(G1)を認めた。筋層浸潤は肉眼的に不明瞭だが漿膜面に腫瘍がありALB染色等から卵巣より内膜腫瘍の由来であり、胸部病変も内膜腫瘍の由来と考えた。

【まとめ】卵巣-子宮内膜の重複癌で、腫瘍の組織型が類似し、どちらが原発かが議論される場合も多い。本症例では、頸部病変は全く関連ないが、卵巣および内膜の腫瘍はER-PgR-CK7- p53陽性、CK20-CDX-2-viment陰性等共通の免疫形質があるが形態的には別のものと判断した。

P-2-024 子宮内膜細胞診で子宮体部漿液性腺癌前駆 病変を疑われた子宮体部類内膜腺癌の2症 例

北海道がんセンター婦人科¹⁾, 北海道対がん協会婦人科²⁾, 北海道がんセンター病理部³⁾

○首藤聡子(MD)¹⁾, 藤田博正(MD)²⁾, 佐々木隆之(MD)²⁾,
岡元一平(MD)¹⁾, 藤堂幸治(MD)¹⁾, 加藤秀則(MD)¹⁾,
武田広子(MD)³⁾, 鈴木宏明(MD)³⁾, 山城勝重(MD)³⁾

【緒言】子宮体部漿液性腺癌(UPSC)の前駆病変において、HE染色による組織診断に苦慮することがある。近年、類内膜腺癌やUPSCの子宮内膜細胞診陽性基準に適合しない疑陽性例ではp53などの免疫染色を併用することでUPSC前駆病変の診断精度向上が期待できる可能性が報告されてきている。今回われわれは術前にUPSC前駆病変を疑ったが、摘出子宮の組織診で類内膜腺癌と診断された2症例の細胞診・組織診所見を中心に報告する。

【症例1】61歳、2経妊2経産。集団検診で施行したエコーで子宮内腔に突出するポリープ状の腫瘍を認め、子宮内膜細胞診施行、腺癌の疑いで紹介受診。子宮内膜組織診では類内膜腺癌としては分裂像が多くp53強陽性であり、endometrial intraepithelial carcinomaが疑われ手術を施行した。摘出子宮の病理検査でもp53陽性であつたが類内膜腺癌Grade2と診断された。

【症例2】74歳、2経妊2経産。集団検診で施行したエコーで子宮内腔に突出するポリープ状の腫瘍を認め子宮内膜細胞診施行、腺癌疑い。子宮内膜組織診で腺癌と確定できなかったがp53陽性、Ki67陽性であり、UPSC前駆病変を疑われ紹介受診。子宮内膜全面搔爬でp53が80%の腫瘍細胞に陽性であつたが類内膜腺癌Grade1と診断され、子宮全摘術を施行した。

【結語】2症例ともにUPSC前駆病変に特徴的な細胞診所見(核腫大、核の大小不同、核小体、bizarreな細胞)が明瞭でなかった。今後はUPSC前駆病変の診断におけるp53など遺伝子タンパク発現プロファイルと形態学的特徴を、症例を追加して検討していきたい。

P-2-025 子宮体部類内膜腺癌術後に漿液性腺癌のリンパ節転移を認めた1例

JA新潟県厚生連佐渡総合病院産婦人科¹⁾, 新潟県立がんセンター新潟病院婦人科²⁾, 新潟県立がんセンター新潟病院病理部³⁾

○竹越公美(MD)¹⁾, 菊池 朗(MD)²⁾, 市川 希(MD)¹⁾, 笹川 基(MD)²⁾, 本間 滋(MD)²⁾, 川崎 隆(MD)³⁾

67歳, 1経産婦. 不正出血を主訴に受診. 卵巣腫瘍及び子宮体癌の診断で, 腹式単純子宮全摘及び両側付属器摘出術を施行. リンパ節転移のリスクは低いと判断し, 郭清は省略した. 卵巣は莢膜細胞腫. 子宮体部の内膜ポリープ内に高分化型類内膜腺癌を認めた. ごく一部に明細胞腺癌様の部分が存在したが, 10%未満と判断した. 筋層浸潤陰性, 脈管侵襲陰性, 腹腔細胞診陽性(pT1aNxM0). 補助療法は追加せずに経過観察していたが, 術前高値であったCA125が陰性化せず再上昇. 術後4か月にPET-CTを施行し, 傍大動脈リンパ節, 骨盤リンパ節, 浅鼠径リンパ節にFDGの集積を認めた. 術後6か月に再開腹し, 傍大動脈, 骨盤及び両側浅鼠径リンパ節郭清を行った. 傍大動脈, 骨盤及び浅鼠径リンパ節に漿液性腺癌が認められた(摘出リンパ節54個中19個陽性). CK7(+), CK20(-), p53(+), WT-1一部(+), CA125(+), vimentin一部(+), ER(+), PR一部(+). 腹腔細胞診でも, 初回に比べ多数の腺癌細胞が出現, 砂粒体を伴う集塊も認められた. 初回手術標本の卵管を追加切り出したが, 卵管に腫瘍性病変は認めなかった. 子宮体癌では類内膜腺癌及び明細胞腺癌成分とも, リンパ節の漿液性腺癌と同様の免疫染色パターンを示した. 漿液性子宮内膜上皮内癌は明らかではなかったが, リンパ節の漿液性腺癌は子宮体癌由来である可能性が考えられたケースである.

P-2-026 子宮体部漿液性腺癌の早期診断に子宮内膜細胞診が有用であった2例の検討

慶應義塾大学病院産婦人科

○坂井健良(MD), 進 伸幸(PhD), 山上 亘(PhD), 真壁 健(MD), 二宮委美(MD), 南木佳子(MD), 吉浜智子(MD), 岩佐尚美(MD), 中平直希(MD), 野村弘行(MD), 片岡史夫(MD), 平沢 晃(MD), 富永英一郎(PhD), 阪埜浩司(PhD), 青木大輔(PhD)

【目的】子宮体部漿液性腺癌は比較的稀ではあるが, 初回治療時に約半数が子宮外病変を認め, 類内膜腺癌に比し予後不良である. 今回我々は子宮内膜細胞診でのスクリーニングを契機に, 早期診断が可能であった子宮体部漿液性腺癌を2例経験したため報告する.

【症例1】67歳2経妊2経産, 52歳閉経. がん検診にて子宮内膜細胞診疑陽性, 頸部細胞診AGCで当科紹介受診. 子宮鏡でも明らかな内膜病変は認められず, 子宮鏡を併用し全面搔爬を施行した. 内膜組織診断は腺癌で, 核異型も強くP53陽性, ER陰性, PgR陰性という染色態度より漿液性腺癌と診断された. その後腹式拡大子宮全摘術, 両側付属器切除術, 骨盤・傍大動脈リンパ節郭清, 大網切除術を施行した. 術後病理検査にて摘出子宮検体に残存病変認めず, 子宮外病変も認められなかった. 子宮体癌IA期(漿液性腺癌pT1aN0M0)と診断した.

【症例2】60歳2経妊2経産, 52歳閉経. 子宮筋腫を指摘され前医を受診し, 子宮内膜細胞診陽性, 組織診で腺癌を疑われ当科紹介. 当院で施行した組織診で子宮内膜異型増殖症との診断であり, 子宮内膜全面搔爬術を施行したところ腺癌の診断であった. 腹腔鏡下子宮全摘術, 両側付属器切除術を施行した. 術後病理組織所見はER/PgR一部陽性, P53強陽性であり, 漿液性EIC(endometrial intraepithelial cancer)腺癌と診断. 脈管侵襲や筋層浸潤, 子宮外進展を認めず子宮体癌IA期(pT1aN0M0)と診断された.

【結論】子宮体部漿液性腺癌の早期診断は困難とされているが, 内膜細胞診が早期診断に有用であった2例を経験した.

P-2-027 子宮体部原発扁平上皮癌の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター病理診断科¹⁾, 株式会社 LSI メディエンス病理・細胞診センター²⁾, 社会医療法人財団石心会埼玉石心会病院病理検査室³⁾

○江原輝彦(CT)¹⁾, 河村憲一(CT)¹⁾, 下地恵吉(CT)¹⁾, 松井宏江(CT)¹⁾, 鶴岡慎悟(CT)¹⁾, 三瓶祐也(CT)¹⁾, 清水 健(MD)¹⁾, 是松元子(CT)²⁾, 鈴木雅子(MD)³⁾

【はじめに】子宮体癌取扱い規約第3版において、扁平上皮癌は扁平上皮への分化を示す細胞のみが増殖する腫瘍と定義され、非常にまれな疾患である。今回我々は子宮体部原発扁平上皮癌を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。2経妊1経産（第2子を帝王切開で分娩）。子宮頸がん検診でASC-Hであったため当院産婦人科受診。陰部・頸管、頸管、体部からのスメアでは、いずれも扁平上皮癌がみられた。円錐切除の結果は軽度異形成であり、拡大子宮全摘術および両側付属器切除術が施行された。

【細胞所見】好中球の増加する背景にOGに好染し輝度の上昇した細胞がみられた。裸核細胞や紡錘状、おたまじゃくし状の奇怪な形態を示す細胞が多数出現していた。核は中心性に位置し、クロマチンの増量がみられ扁平上皮癌を疑った。正常の子宮体内膜細胞はみられなかった。子宮腔部・頸管、頸管スメアも同様の所見であったが、体部スメアには化生性変化のみられる細胞がシート状集塊でみられた。

【組織所見】肉眼的には、子宮腔内に3x2.5cmの範囲でびまん性・内向型増殖を示す病変がみられた。組織学的には細胞異型の目立たない扁平上皮の疣状癌様の増殖からなり、腺筋症腺管への進展から一部では筋層の1/2以上に浸潤していた。既存の内膜腺との移行はあるが、腺細胞には腺癌に相当する異型性は認められなかった。以上より高分化扁平上皮癌と診断された。病変は体部に局限していた。

【まとめ】子宮体内膜スメアでも扁平上皮癌細胞がみられた場合、子宮体部原発も考慮する必要があると思われる。

P-2-028 子宮体部に発生した扁平上皮癌の4例

新潟県立がんセンター新潟病院婦人科

○菊池 朗(MD), 笹川 基(MD), 本間 滋(MD)

【目的】子宮体部に発生した扁平上皮癌の実態を検討した。

【方法】1991年から2014年の間当院で治療した子宮体部悪性腫瘍をデータベースで検索、954例中4例で組織分類が扁平上皮癌となっていた。この4例を後方視的に検討した。

【結果】年齢は58~61歳。医療機関受診の契機は不正出血1例、帯下1例、子宮頸部細胞診Class IIIa 1例、ASC-UC 1例であった。初回の細胞診及び組織診で浸潤癌が疑われたのは1例のみであり、3例では異型の乏しい扁平上皮が出現、細胞診や生検で扁平上皮癌の確定困難、もしくは複数の検査が必要であった。医療機関初診から治療開始までの期間は1-21か月であった。4例ともにMRIで子宮体部に腫瘍を指摘でき、血清SCCは高値(8.5~28 ng/ml)であった。全例で手術が施行され、3例に化学療法が追加された。術後病理では4例とも角化傾向の強い高分化な扁平上皮癌であった。1例で頸管腺領域に間質浸潤を認めた。2例に微小な腺癌成分が混在している可能性が指摘された。術後進行期(FIGO2008)はIA期、IB期、II期、IIIA期、それぞれ1例ずつであった。1例が術後44か月原病死。3例は無病生存(観察期間11~66か月)。

【結論】子宮体部から発生した扁平上皮癌は細胞異型が軽度であり、細胞診や生検では診断が難しいケースが多かった。子宮体部に高分化な扁平上皮癌が発生しうことを念頭に置き、画像所見や血清SCCなど総合的に判断、子宮体部扁平上皮癌を疑った場合には積極的な対応が必要と考えられた。

P-2-029 子宮体部に発生した小細胞癌の一例

北海道大学産婦人科¹⁾, 北海道大学病院病理部²⁾

○古田 祐(MD)¹⁾, 朝野拓史(MD)¹⁾, 丸川活司(CT)²⁾, 石塚泰也(MD)¹⁾, 前田悟郎(MD)¹⁾, 遠藤大介(MD)¹⁾, 三田村卓(MD)¹⁾, 武田真人(MD)¹⁾, 岡田宏美(MD)²⁾, 藤澤孝志(MD)²⁾, 渡利英道(MD)¹⁾, 佐川 正(MD)¹⁾, 畑中佳奈子(MD)²⁾, 松野吉宏(MD)²⁾, 櫻木範明(MD)¹⁾

小細胞癌を含む子宮体部の混合性腫瘍の 1 例を経験したのでその診断経過を報告する。

【症例】59 歳(G=P=3, 閉経 54 歳)：水様性帯下が気になり近医を受診。子宮内膜擦過細胞診で carcinoma の判定となり、精査・加療のため当科紹介となった。

【画像所見】超音波で子宮内腔を占拠する腫瘍性病変が存在し、MRI の Gd 造影や拡散強調像の高信号から子宮体部悪性腫瘍と診断された。

【内膜細胞診所見】血性背景に核の腫大・大小不同、核形不整やクロマチン増量を伴う異型の腺系細胞集塊がみられ、また、円形核を有し核クロマチンが細～粗顆粒状に増量した小型で裸核状の異型細胞が散在性～集塊状に存在し、前者から腺癌、後者からは神経内分泌腫瘍の存在が疑われた。

【内膜組織診所見】採取された子宮内膜にはクロマチン量が増量し、核が円形化、重層化した腫大核を有する内膜腺が密に増殖し、乳頭状集塊の混在も認められた。また、クロマチン濃染性で N/C 比が高く、腺腔構造を伴わない細胞集塊が存在し、synaptophysin や vimentin 陽性等の免疫染色の結果を得た。以上より小細胞癌と類内膜腺癌の混合癌と診断された。

【治療および摘出子宮の組織学的所見】初回治療として子宮全摘+両側付属器摘出を行い、摘出子宮標本では、さらに HNF-1 β (+) で、淡明から淡好酸性の胞体を有する腫瘍成分をみとめ、明細胞腺癌の混在が確認された。手術後は CDDP-CPT11 を開始、継続している。

【まとめ】子宮体部の小細胞癌は非常に希であるが、他の組織型の腫瘍成分を伴う例も多い。本症例では三つのタイプの腫瘍のうち二つを術前の細胞診-組織診で確認しえた。

P-2-030 子宮体部小細胞癌の 1 例

日鋼記念病院¹⁾, がん研有明病院²⁾, 札幌医科大学³⁾

○伊野善彦(MD)¹⁾, 幅田周太郎(MD)¹⁾, 松浦基樹(MD)²⁾, 齋藤 豪(MD)³⁾

【はじめに】子宮体部小細胞癌は非常に稀であり、予後不良であるといわれる。今回、子宮体部小細胞癌の 1 例を経験したので、その細胞及び組織所見を中心に報告する。

【症例】50 歳 0 経妊 0 経産。癌検診目的に当科を初診し子宮内膜細胞診で擬陽性を認めたが、核異型が乏しく、細胞診にて経過観察の方針とした。2ヶ月後の再検は陰性であったが、更にその2ヶ月後には不正性器出血を認め、細胞診は擬陽性であった。子宮内膜組織診にて小細胞癌疑いとなり、腹式単純子宮全摘術及び両側付属器摘出術、後腹膜リンパ節廓清術を施行した。術後 TC 療法 6 コースを施行し、現在治療終了後 69ヶ月目にて再発兆候なく経過している。

【細胞所見】リンパ球の背景上に軽度の核増大や核形不整と不規則な配列を有する子宮体部内膜細胞集塊を認める。核の大小不同と核形不整を伴う裸核細胞集塊も認める。

【組織所見】一部に壊死を伴った腫瘍部を認め、その内部は N/C 比の高い異型細胞のびまん性増殖からなり、多数の核分裂像を伴い、低分化な悪性腫瘍である。免疫組織化学では神経内分泌マーカーである CD56, chromogranin A, synaptophysin が陽性である一方、wide keratin は陰性、vimentin は一部陽性であった。AE1/AE3, CD3, CD20, S-100, α -SMA, CD10 はいずれも陰性であった。細胞形態と総合して小細胞癌と考える。摘出物病理組織では腫瘍の表層は一層の円柱上皮で覆われており、間質内にびまん性に小型の類円形核を持ち N/C 比の高い腫瘍細胞の増殖を認めた。進行期は pT1aN0M0, 1A 期 (FIGO2008) と診断した。

P-2-031 高齢者絨毛癌の1例

鳥取大学医学部産科婦人科¹⁾, 鳥取大学医学部病理部²⁾

○野中道子(MD)¹⁾, 澤田真由美(MD)¹⁾, 小松宏彰(MD)¹⁾,
佐藤誠也(MD)¹⁾, 千酌潤(MD)¹⁾, 堀江靖(MD)²⁾,
佐藤慎也(MD)¹⁾, 島田宗昭(MD)¹⁾, 大石徹郎(MD)¹⁾,
板持広明(MD)¹⁾

【はじめに】絨毛癌は栄養膜細胞に由来する悪性腫瘍であり、その多くは妊娠性絨毛癌である。稀な高齢者の絨毛癌を経験したので報告する。

【症例】72歳女性。2経妊2経産。不正性器出血を主訴として近医受診。子宮頸部細胞診および内膜細胞診で腺癌が疑われ、当科紹介となった。子宮腔部に易出血性の腫瘍を認め、経腔超音波断層法では子宮は不均質なエコーを呈する充実性腫瘍に置換されていた。骨盤部MRIでは、子宮頸部から体部に及ぶ8cm大の腫瘍を認め、中心部には出血性壊死を疑う所見がみられた。胸部～骨盤部CTでは多発肺転移を認めた。CA125:16.2 U/mL, HCG:665.44 mIU/mLであり、血中β-HCG:23.7 ng/mLであった。生検の結果、絨毛癌Ⅲ期と診断し、化学療法を開始したが、治療開始後約5ヵ月で原病死となった。

【細胞所見】出血性背景に、比較的大型で異型の強い細胞性栄養膜細胞と合体体栄養膜細胞が出現していた。核は大きく、大小不同がみられ、核縁の不整と肥厚、著明な核小体を認め、核クロマチンの分布は不規則であった。細胞境界は不明瞭であった。合体体栄養膜細胞の核数は少なかった。明らかな腺癌細胞の混在を認めなかった。

【組織所見および免疫組織化学】出血、壊死巣が著しく、絨毛形態はみられなかった。細胞異型は高度であった。核は大型で、大小不同、核小体を認めた。核内にも空胞を認めた。細胞質は淡明な部分と好酸性の強い部分が混在し、空胞を認めた。免疫組織化学ではHCG陽性細胞を認めた。

【まとめ】腫瘍内に著明な出血性壊死を認める場合、高齢者でも絨毛性疾患の可能性を念頭に置く必要があると考えられた。

P-2-032 神経内分泌分化を呈した子宮体部癌肉腫の1例

防衛医科大学校産科婦人科¹⁾, 防衛医科大学校病院検査部²⁾

○笹 秀典(MD)¹⁾, 松浦寛子(MD)¹⁾, 宮本守員(MD)¹⁾,
青山 真(MD)¹⁾, 高野政志(MD)¹⁾, 渋谷剛志(MD)¹⁾,
川口 翔(CT)²⁾, 織田智博(CT)²⁾, 高橋宏美(CT)²⁾,
島崎英幸(MD)²⁾, 古谷健一(MD)¹⁾

若年女性に発症した神経内分泌分化を呈した子宮体部癌肉腫の1例を経験した。症例は28歳、未経妊、既往なし。腹痛で近医受診、腹部CTで多発リンパ節腫大を認めたため、当施設紹介。内診で子宮傍結合組織に腫瘍の浸潤が疑われた。子宮頸部・内膜細胞診では、小型で明瞭な核小体を有する異型細胞が孤立性から小集塊状に認められたが、組織型の推定は困難であった。子宮内膜組織診では、クロマチンの増量した類円形腫大核を有する、円柱状から不整形胞体を有する腫瘍細胞が、篩状構造を伴う管状、充実胞巣状、小塊状に増殖する像がみられた。また上皮性腫瘍を示す腫瘍の背景に紡錘形腫瘍細胞が充に増殖する像もみられ、免疫組織化学的には神経内分泌分化を伴った子宮体部癌肉腫が疑われた。MRI・CTでは、傍結合組織や腔に浸潤した子宮悪性腫瘍、多発肺転移、多発リンパ節転移、大網・腹膜播種、膀胱浸潤の所見で、子宮体部癌肉腫IVB期の診断になった。麻薬による鎮痛コントロール併用し、化学療法で軽快したが、再燃し急速に進行して初診後4ヶ月で永眠。神経内分泌腫瘍は早期にリンパ・血行性転移を認め予後不良な疾患であり、早期の発見が特に重要とされる。今回の症例のように進行例では予後は厳しいと思われ、文献的考察を加えて報告する。

P-2-033 Alpha-fetoprotein 産生性子宮体部癌肉腫の一例

八戸赤十字病院検査技術課病理¹⁾, 岩手医科大学付属病院病理診断科²⁾, 岩手医科大学医学部病理診断学講座³⁾

○清水道弘(CT)¹⁾, 小原勇貴(CT)¹⁾, 吉田幸司(CT)¹⁾, 笹生俊一(MD)¹⁾, 安保淳一(CT)²⁾, 菅井 有(MD)^{2,3)}

今回われわれは稀で、予後不良な α -fetoprotein (AFP) 産生性子宮体部癌肉腫例を経験したので報告する。

【症例】80歳, 女性。子宮留血腫と悪性腫瘍が疑われて子宮全摘術が施行された。HBV 既往感染症のため測定した AFP 値が高値であった。

【子宮内膜細胞診所見】多数の組織球と好中球を背景にやや大型で類円形の異型細胞が孤立散在性または小集塊をなして散見された。集塊表層で細胞が一列に並ぶところや細胞重積の強い部位をみた。細胞質は淡く、大型類円形核を有していた。核クロマチンは細から粗顆粒状で、明瞭な核小体を有していた。一部細胞集塊内に PAS 陽性物質をみた。

【内膜細胞診時のセルブロック所見】組織球と好中球の中に大型類円形異型細胞の乳頭状集塊をみた。その細胞質は顆粒状から泡沫状で、核は類円形で、1~2個の核小体を有していた。砂粒体を認めた。

【摘出子宮所見】子宮内腔は強く拡張し、ポリープ状に発育する 8.3×7.4 cm 大の腫瘍が占めていた。腫瘍表面は壊死性であった。組織学的に、腫瘍内に腺管と乳頭状に増殖する漿液性腺癌部と多核巨細胞を含む類円形、紡錘形の異型細胞の充実性増殖部が混在していた。充実部の異型細胞は、myogenin, デスミン, HHF-35, 一部 MyoD1 が陽性であった。癌部に AFP 陽性部をみた。腫瘍以外の内膜部に小乳頭状に増殖する漿液性腺癌部をみた。

【術後経過】術後2ヶ月時 AFP 値は陰性化していた。

P-2-034 子宮体部細胞診を契機に発見された卵管上皮内癌の1例

神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部¹⁾, 神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科²⁾

○尾松雅仁(CT)¹⁾, 井本秀志(CT)¹⁾, 森田明子(CT)¹⁾, 田代章人(CT)¹⁾, 上原慶一郎(MD)²⁾, 今井幸弘(MD)²⁾

【はじめに】卵管癌は女性性器悪性腫瘍の1%前後の頻度で発生する稀な疾患である。今回、子宮体部細胞診を契機に発見された卵管上皮内癌を経験したので報告する。

【症例】60代女性, 2妊2産, 閉経後, 外陰部腫瘤感を主訴に当院を受診。既往歴なし。頸部, 体部細胞診を行ったところ, 頸部はNILM, 体部は陽性で腺癌と診断した。1ヶ月後, 体部細胞診の再検及び, 子宮内膜掻爬の組織診が行われ, 細胞診は前回と同様に陽性であった。組織診, 腹部CT, MRIでも腫瘍を疑う所見は見られなかったが, 子宮体癌及び, 卵管癌等の可能性も考えて開腹手術の方針となった。

【細胞所見】体部細胞診の背景は比較的きれいで, 萎縮内膜細胞と, 球状, 乳頭様構造を示す異型細胞の集塊が認められた。類円形大型核 N/C 比は大きく, 核小体は著明で不規則な重積が見られた。術中腹水細胞診では体部細胞診と同様な所見を示す異型細胞が認められた。

【組織所見】摘出標本では組織学的に両側卵管采の一部に, 既存の上皮と比較的境界明瞭に, 平坦~鋸歯状に覆う異型細胞を認めた。卵管, 卵巣, 子宮内膜を全割して検討したが, 卵巣, 子宮内腔に著変を認めず, 明らかな浸潤像も認めず卵管上皮内癌と診断した。

【まとめ】組織学的に卵管采に発生した卵管上皮内癌と診断されたが, 子宮体部細胞診では腹水の流れにより, 体部に運ばれた悪性細胞を見たものと考えられた。術中腹水細胞診で認められた異型細胞は, 腹腔内洗浄時に卵管采から剥がれたものだと考えられた。今回, 細胞診を契機に発見された卵管上皮内癌の1例を経験した。卵管上皮内癌は発見が難しい腫瘍であるが, 子宮体部細胞診が発見に有用である可能性が示唆された。

P-2-035 腹水細胞診から診断に至った serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) と考えられた 1 例

近畿大学医学部奈良病院産婦人科¹, 近畿大学医学部奈良病院病理診断科²

○金山清二(MD)¹, 張 波(MD)¹, 森岡佐知子(MD)¹, 生駒直子(MD)¹, 大井豪一(MD)¹, 福森恭代(CT)², 浦 雅彦(CT)², 若狭朋子(MD)², 太田善夫(MD)²

【はじめに】近年, 卵巣・卵管・腹膜癌の発生源地として, 卵管采遠位端の早期病変である漿液性卵管上皮内癌 serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) が注目されている。今回我々は, 良性婦人科手術時に少量貯留していた腹水の細胞診を契機に STIC の病変を同定しえた症例を経験したので報告する。

【症例】50 代, 1 経産婦。家族歴, 既往歴特記なし。人間ドックで卵巣嚢腫と子宮筋腫を指摘され当院紹介受診。CA125, CA19-9 は正常範囲, 左卵巣嚢腫 (最大径 12 cm) および子宮筋腫の術前診断のもと, 腹式単純子宮全摘出術兼両側付属器摘除術を施行した。

【腹水細胞診所見】不規則で重積性をしめず細胞集塊が散在性にみられた。N/C 比の高い, クロマチンの増量を伴う不整形細胞の集塊を散見した。核は偏在性で粘液貯留を伴い腺腔形成を示した。

【組織所見】左卵巣嚢腫は粘液性嚢胞腺腫, 腫大した子宮は子宮平滑筋腫と子宮腺筋症であった。しかし腹水細胞診から腺癌が推定されたため, 原発巣の検索のため, 再切り出しおよび卵管全割したところ, 左卵管采の一部に限局した, 核の腫大およびクロマチンの増加を伴う, 重層化した異型卵管上皮病変を見出した。

【まとめ】以上より, 本症例は卵巣粘液腺腫および子宮筋腫の摘出術に偶発的に発見された STIC 症例と考えられた。術後約 6 か月が経過した現在明らかな再発転移兆候は認めていないが, 今後も注意深く経過観察する方針である。文献的考察を加え報告する。

P-2-036 子宮頸部細胞診, 子宮内膜細胞診が術前診断の一助となった卵管癌の一例

佐賀大学医学部産科婦人科¹, 佐賀大学医学部附属病院病理部², 佐賀中部病院病理部³, 佐賀中部病院産婦人科⁴

○西山 哲(MD)¹, 橋口真理子(MD)², 福田亜紗子(MD)¹, 大隈恵美(MD)¹, 甲斐敬太(MD)², 野口光代(MD)¹, 内山倫子(MD)¹, 金井督之(MD)⁴, 山崎文朗(MD)³, 中尾佳史(MD)¹, 横山正俊(MD)¹

【症例】60 歳代, G3P3. 閉経 48 歳。近医内科にて垂イレウス症状から腹膜播種を指摘され, 婦人科精査となった。前医の頸部細胞診, 内膜細胞診とも腺癌を疑う細胞像を認めたことから, 子宮頸癌あるいは子宮体癌の疑いにて当科紹介となった。当科では頸部細胞診, 内膜細胞診とも, N/C 比の高い異型細胞が集塊で出現し, 核の大小不同性, 核の飛び出しなどあり, adenocarcinoma と細胞診断がなされたが, 組織診ではいずれも悪性細胞を認めなかった。画像上, 子宮内膜は 6.9 mm と軽度の肥厚を認めるが, 明らかな頸部・内膜腫瘍を認めず, また右卵管留血腫を認めた。腫瘍マーカーは CA125 が 3800 と高値であった。以上より, 卵管癌を疑い開腹手術を行った。子宮と S 状結腸の播種性癒着を認め, 両側付属器切除, 大網切除術に留めた。また, 右腋窩リンパ節腫大を認めていたため, 同部の生検を施行した。右卵管は留血腫となっており, 卵管内に乳頭状の漿液性腺癌の増殖を認めた。腋窩リンパ節にも転移を認め, 卵管癌 4B 期と診断した。術後, dose dense TC 療法を導入し, interval debulking surgery を行う方針としている。

【まとめ】卵管癌は, 婦人科悪性腫瘍の中でも頻度が少ない疾患であり, 早期発見のみならず進行例においても術前診断は困難であることが多い。一方, 子宮頸部細胞診, 子宮内膜細胞診が発見の契機となった卵管癌の報告も散見される。今回, 頸部細胞診, 内膜細胞診が発見の契機となった卵管癌の一例を, 経緯を踏まえて報告する。

P-2-037 多彩な像を示し診断に苦慮した卵管原発癌肉腫の一例

聖マリアンナ医科大学病院病理診断科¹⁾, 聖マリアンナ医科大学病理学²⁾, 聖マリアンナ医科大学産婦人科学³⁾

○大川千絵(CT)¹⁾, 草苺宏有(CT)¹⁾, 小泉宏隆(MD)²⁾, 前田一郎(MD)²⁾, 土居正知(MD)²⁾, 高木正之(MD)²⁾, 大原 樹(MD)³⁾, 鈴木 直(MD)³⁾

【はじめに】卵管原発癌肉腫は極めて稀な疾患である。今回われわれは多彩な細胞形態を呈し、診断に苦慮した卵管原発癌肉腫を経験したので報告する。

【症例】50歳代女性。0経妊0経産。不正性器出血の精査目的にて当院を紹介受診。画像診断で子宮体癌および左卵巣腫瘍が疑われた。内臓組織診断にて類内膜腺癌G1~2と診断され、子宮および両側付属器切除術が施行された。

【術中細胞診所見】左付属器腫瘍には充実性部分と嚢胞性部分がみられた。充実性部分には紡錘形の腫瘍細胞が認められ、非上皮性の悪性腫瘍が考えられた。嚢胞性部分は上皮結合を示すシート状~乳頭状の細胞集塊が認められ、上皮性悪性腫瘍が考えられた。以上の所見より細胞診断は癌肉腫とした。次に提出された子宮体部病変では、壊死背景に円形の腫瘍細胞が散在性に認められたため、子宮内膜間質肉腫や悪性リンパ腫が疑われた。

【組織所見】左卵管には平滑筋肉腫成分と腺癌が混在していた。子宮には子宮腔側に円形細胞腫瘍、筋層側に腺癌が存在した。免疫染色を加味した結果、原発病巣は左卵管で、上皮性成分の一部に神経内分泌分化がみられる癌肉腫(homologous type)であり、子宮はその転移巣と診断された。

【考察】卵管腫瘍と子宮腫瘍の細胞所見が全く異なっていたため、組織型および原発巣の推定が困難であった。また、子宮の円形腫瘍細胞を上皮性の神経内分泌分化と推定できなかった。細胞所見を再検討し、報告する。

P-2-038 卵管原発癌肉腫の1例

NTT 東日本札幌病院産婦人科¹⁾, NTT 東日本札幌病院臨床検査科²⁾

○池田桂子(MD)¹⁾, 小松健一郎(CT)²⁾, 中野有子(CT)²⁾, 本間則之(CT)²⁾, 高桑康成(MD)²⁾, 佐藤昌明(MD)²⁾, 西川 鑑(MD)¹⁾

卵管癌は婦人科悪性疾患の約1%を占める比較的稀な疾患である。その多くは漿液性腺癌で、癌肉腫は非常に稀であると報告されている。今回我々は卵管原発癌肉腫を経験したので報告する。

【症例】72歳, 3経妊3経産。左頸部腫脹を主訴に当院耳鼻科を受診, 左鎖骨窩腫瘍を認め, 穿刺細胞診を施行, クラス5で転移性腺癌が疑われた。CTにて左付属器腫瘍と傍大動脈リンパ節腫脹を認め当科へ紹介受診した。子宮頸部, 体部細胞診は陰性であった。CA125が540単位と上昇し, MRIでも骨盤左側に60×34mmの充実性腫瘍を認め, 左付属器原発の悪性腫瘍を疑い, 診断確定のため腹腔鏡手術を行った。左側卵巣卵管が一塊となり腫瘍を形成しており, 左付属器摘出を施行した。腹腔内洗浄細胞診陽性であった。術後病理検査にて卵管原発癌肉腫, 4B期(pT1cN1M1)の診断となった。

【細胞診所見】左鎖骨上リンパ節穿刺:N/C比が高く核形不整で明瞭な核小体をもつ異型細胞が乳頭状集塊で出現していた。腹腔内洗浄液:核偏在性で明瞭な核小体を有する異型細胞集塊が認められた。

【組織診断所見】70×40×20mm大の卵管原発の腫瘍を認める。組織学的には楕円形核と好酸性の細胞質を持つ腫瘍細胞が, 乳頭状構造, 一部篩状構造を呈し増殖していた。Serous adenocarcinomaが主体で, 間質には大小不同を示す紡錘形細胞や多形性を示す細胞の密な増殖が見られ, 肉腫成分を伴っていた。免疫組織学的にはAE1/AE3(-), CAM5.2(-), SMA(+), Desmin(-), CD10(-), p53(+)であった。

【まとめ】リンパ行性に転移が進んだ卵管原発癌肉腫を経験した。卵管癌の子宮体部細胞診の陽性率は37~50%と報告されているが, 本症例では細胞診陰性で, 自覚症状にも乏しく, 転移病巣を契機とした診断となった。

P-2-039 腹水中に腫瘍細胞が出現した腔原発悪性黒色腫の一例

東北大学医学部産科学婦人科学分野¹⁾, 気仙沼市立病院産婦人科²⁾, 東北大学災害科学国際研究所災害婦人科学分野³⁾, 東北大学病院臨床研究推進センター臨床研究ネットワーク部門⁴⁾

○重田昌吾(MD)¹⁾, 城 伶史(MD)¹⁾, 湊 純子(MD)¹⁾, 橋本千明(MD)¹⁾, 佐藤いずみ(MD)¹⁾, 辻 圭太(MD)¹⁾, 田中創太(MD)^{1,2)}, 志賀尚美(PhD)¹⁾, 海法道子(PhD)¹⁾, 徳永英樹(PhD)¹⁾, 岡本 聡(CT)¹⁾, 新倉 仁(PhD)¹⁾, 伊藤 潔(PhD)^{1,3)}, 渡部 洋(PhD)^{1,4)}, 八重樫伸生(PhD)¹⁾

【諸言】腔原発悪性黒色腫は腔悪性腫瘍の約3%以下と稀な疾患であり, その腹水細胞診所見を述べた報告は少ない。我々は腹水中に腫瘍細胞が出現した腔悪性黒色腫の一例を経験したので報告する。

【症例】42歳女性, 1妊1産。不正性器出血を主訴に近医で経過観察中, 処女膜輪付近の腔壁に肉芽様組織が出現した。他院で生検したところ悪性黒色腫が疑われ当院紹介となった。初診時診察で腔壁右側に1cm, その子宮側に数mmの色素沈着領域があり直腸腔中隔にも17mm大の病変を認めた。残存腫瘍に対し広汎子宮全摘術, 両側付属器切除術, 腔全摘術, Miles手術, センチネルリンパ節生検術を実施した。組織形態から悪性黒色腫が疑われたが明らかなメラニン色素を含有せず, 明細胞肉腫が鑑別として挙げられた。免疫染色でS-100, MELAN A, HMB45, vimentinが陽性, c-kitも弱陽性であった。FISH法でEWS遺伝子転座は認めず, 腔悪性黒色腫pT4aN0M0Ib期と最終診断した。術後補助療法としてDAV-Feron療法を開始したが早期に再発し多発肝転移, 肺転移, 腹水貯留を伴う腹膜播種に進展した。症状緩和のため腹水濾過還元を複数回実施した。腹水中にはN/C比が高く, 著明な核小体, 核内空胞を伴った異型細胞が孤立散在性に多数存在しており, メラニン色素は認めないが病理組織標本と同様の悪性黒色腫細胞と考えられた。ニボルマブによる化学療法も行ったが奏功せず, 当院手術から約4ヶ月で永眠された。

【考察】本症例はいいわゆる“amelanotic melanoma”であり, 腹水中の腫瘍細胞もメラニン色素は含有していなかった。メラニン色素以外に細胞形態にも着目すること, 組織診で確定診断が得られていない場合は細胞診検体による免疫染色も検討する必要があると考えられた。

P-2-040 外陰部悪性黒色腫の1例

会津中央病院病理部

○高根澤裕介(CT), 尾崎千明(CT), 秋元由佳(CT), 加藤 淳(CT), 川口隆憲(MD)

【はじめに】外陰部悪性黒色腫の発生頻度は全悪性黒色腫中1~5%と報告されている。今回我々は外陰部に発生した悪性黒色腫で無色素性悪性黒色腫の一例を経験したので報告する。

【症例】68歳女性。外陰部痛, 腫脹を主訴に近医受診。右小陰唇にくるみ大の腫瘍を認め精査加療目的で当院産婦人科を紹介受診した。CTにて約3~5cm大の腫瘍性病変が認められ右鼠径リンパ節の腫大を認めたが遠隔転移は認めなかった。擦過細胞診ではClassV, 扁平上皮癌や悪性黒色腫が疑われ, 生検で悪性黒色腫と診断され広汎外陰切除術, 両側鼠径リンパ節郭清術が施行された。

【細胞所見】N/C比の増大を示す細胞が孤立散在性または集塊で認められた。不規則な分布を示す大型明瞭な核小体を単個~複数個保有していた。細胞間の結合は乏しく核が偏在しchromatinは細顆粒状に増量していた。一部では細胞内にmelanin pigmentが認められた。

【組織所見】4.5×3.0cm大の結節状腫瘍を形成し, 断面で灰白色と黒色の部分が認められた。類円形~紡錘形細胞の密な増殖を認め間質は殆どみられなかった。腫瘍細胞にはmelanin pigmentはほとんど認められなかった。しかし免疫組織化学的検索ではHMB45, Melan A, S100が広範囲で強陽性所見を呈した。これらの所見から腫瘍は無色素性悪性黒色腫であると判断した。切除断端(-), v0, 1y2。右鼠径リンパ節において転移を認めpT2N1Mx, StageIIIであった。

【まとめ】無色素性悪性黒色腫の細胞診での診断は容易ではないが強い細胞異型と細胞内外のMelanin pigmentの存在, 好発部位などを念頭に置き細胞所見を捉えることで細胞診断は可能になると考える。

P-2-041 外陰部に発生した顆粒細胞腫の一例

産業医科大学産業保健学部広域・発達看護学講座¹⁾, 産業医科大学医学部産科婦人科学教室²⁾, 産業医科大学病院病理・臨床検査・輸血部³⁾

○松浦祐介(MD)¹⁾, 卜部理恵(MD)²⁾, 植田多恵子(MD)²⁾, 栗田智子(MD)²⁾, 鏡 誠治(MD)²⁾, 川越俊典(MD)²⁾, 蜂須賀徹(MD)²⁾, 島尻正平(MD)³⁾

【はじめに】顆粒細胞腫は末梢神経由来のまれな軟部組織腫瘍であり, 好発部位は皮膚と舌でほか呼吸器, 消化器, 乳房などである。大部分は良性であるが, 悪性もある。多発性に生じることもあり, あらゆる年齢層に生じ, 女性に多い。皮下に通常1~2 cmの腫瘍を形成するが, 外陰部に発生することは比較的まれである。今回, 左大陰唇皮下に発生した長径約4 cmの顆粒細胞腫を経験したので報告する。

【症例】36歳, G2P2。32歳時に子宮筋腫摘出術の既往がある。5年ほど前から2 cmほどの外陰部腫瘍を自覚していたが徐々に増大傾向にあった。腫瘍は長径4 cm大で左大陰唇皮下に胡桃様に硬く触知し, 可動性はあるが骨に接していた。造影CT検査や骨盤部MRI検査などの画像検査では間葉系腫瘍が疑われた。入院後に外陰部腫瘍摘出術を施行し, 病理組織検査で顆粒細胞腫と診断された。追加治療は行わず, 外来経過観察中であるが, 2年7カ月が経過した現在, 局所再発などを認めていない。

【病理組織所見】境界不明瞭な充実性腫瘍であり, 線維化を伴っており類円形~紡錘形の腫瘍細胞はシート状・索状に密に増殖していた。豊富な細胞質には好酸性顆粒を認め, 小さな濃縮核を有していた。腫瘍細胞はS-100蛋白陽性であったが, CD68とNSEは陰性であった。

【腫瘍捺印細胞診所見】炎症性背景に広い顆粒状の細胞質を有する腫瘍細胞が出現していた。核は小型類円形で中心に位置し, 小型核小体を有しており, 顆粒細胞腫に特徴的な所見であった。また裸核状で核溝が顕著な軽度異型細胞を多数認めた。

P-2-042 肺転移をきたした腭 solid-pseudopapillary neoplasm の一例

千葉大学医学部附属病院病理部¹⁾, 千葉大学医学部附属病院病理診断科²⁾, 千葉大学大学院医学研究院臓器制御外科学³⁾, 千葉大学大学院医学研究院呼吸器病態外科学⁴⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁵⁾

○四宮義貴(CT)¹⁾, 小野寺清隆(CT)¹⁾, 曾川紀子(CT)¹⁾, 鈴木 学(CT)¹⁾, 中 千裕(CT)¹⁾, 岩井 優(CT)¹⁾, 大木昌二(CT)¹⁾, 米盛葉子(MD)^{1,2,5)}, 太田 聡(MD)^{1,2)}, 矢澤卓也(MD)^{1,2,5)}, 宮崎 勝(MD)³⁾, 吉野一郎(MD)⁴⁾, 中谷行雄(MD)^{1,2,5)}

【はじめに】腭 solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) は多くが良性腫瘍であり他臓器への転移はまれであるが, 今回我々は両側肺に転移したSPNの一例を経験したので報告する。

【症例】20歳代, 女性。検診で異常影を指摘され, 近医受診。CTで両側肺中枢に25 mm, 30 mm大の2個の結節影を指摘, X年9月に当科受診。左肺腫瘍のEBUS-TBNAにてSPN転移と診断。その後, 腭頭部腫瘍からの生検で腭原発SPNと確認されたため, 原発腫瘍の切除術, 翌年に転移巣である肺の切除術が施行され, その後2年間再発は無い。

【細胞所見】経気管支穿刺吸引細胞診(TBAC)において, 血管間質を軸に腫瘍細胞が増殖していた。細胞は小型で核偏在性, 胞体は淡明~ライト緑好性, 一部に硝子様物質を認めた。核は円~卵円形でクロマチンは微細, 増量や核小体は目立たないが, 切れ込みや2核を有する細胞が目立った。腭頭部穿刺吸引細胞診, 肺腫瘍捺印細胞診でも同様の像であった。

【組織所見】TBNAでは, 小型の立方上皮が血管間質軸を有する低乳頭状構造を呈した腫瘍が採取されていた。腫瘍細胞は微細なクロマチンを呈する小型類円形核と泡沫状の淡明~好酸性細胞質を有し, 核小体や核分裂像は目立たなかった。核は2核や核溝を有するものが目立った。免疫組織化学では, β -Catenin(核・細胞質), Vimentin, CD56, PgR, CD10が陽性を示した。以上の結果と, 画像診断で腭頭部に石灰化を伴う腫瘍が確認されたことを合わせSPN転移と診断された。また, 原発巣である腭頭部生検と手術検体, 転移巣である両側肺手術検体においても同様の所見を示していた。

【まとめ】肺転移SPNと他疾患との鑑別や転移をきたしていないSPNとの形態的な差異に関して報告する。

P-2-043 末梢発生の高悪性度肺粘表皮癌の1切除例

北里大学医学部呼吸器外科学¹⁾, 北里大学病院病院病理部²⁾, 北里大学医学部病理学³⁾

○園田 大(MD)¹⁾, 坂口 忍(CT)²⁾, 小野元嗣(MD)¹⁾, 林 祥子(MD)¹⁾, 横山 大(CT)²⁾, 中島裕康(PhD)¹⁾, 松井啓夫(PhD)¹⁾, 塩見 和(PhD)¹⁾, 仲田典広(MD)³⁾, 一戸昌明(MD)³⁾, 蔣 世旭(PhD)³⁾, 吉田 功(PhD)³⁾, 佐藤之俊(PhD)¹⁾

【はじめに】粘表皮癌は原発性肺癌の中でもまれな腫瘍であり, 低悪性度で中枢発生が多い。今回, 右肺上葉末梢に発生した高悪性度粘表皮癌の1切除例を経験したので報告する。

【症例】72歳, 男性。2014年秋, 失神で救急搬送された際に施行した胸部CTで, 心拡大と右上肺野に胸壁と接する腫瘤影を認めた。気管支鏡検査にて腺癌と診断した(c-T3N0M0-IIB)。術前精査中に大動脈弁閉鎖狭窄不全症を認め, 弁置換術施行後に胸腔鏡補助下右肺上葉切除術+胸壁合併切除を施行した。

【腫瘍捺印細胞所見】炎症および壊死を背景に, 円形~類縁系で核形不整や核の大小不同, クロマチンの増量, 核小体の腫大を伴い, 粘液産生を伴う核異型の強い腺系悪性細胞の乳頭状集塊を多数認めた。また, 楕円形~紡錘形で層状配列を示す核異型の強い扁平上皮系の悪性細胞を認めた。以上から肺粘表皮癌と診断した。

【組織所見】腫瘍は大きさ80mm, 境界は不明瞭で辺縁は不整であった。光顕的には, 豊富な粘液を背景に索状から管状を示す腺癌成分と類円形から紡錘型の核を有する扁平上皮癌様の形態を認め, 壊死を伴っていた。以上から高悪性度肺粘表皮癌と診断した。胸壁浸潤および, 縦隔リンパ節転移を認め, p-T3N2M0-III Aであった。

【まとめ】肺粘表皮癌は中枢発生が多いが, 末梢発生の腫瘍であっても, 細胞診にて粘液を豊富に伴う腺系腫瘍細胞や扁平上皮系腫瘍細胞の混合を認めた場合には, 本症を鑑別に挙げる必要がある。

P-2-044 肺芽腫の一例

神戸大学大学院医学部附属病院呼吸器内科¹⁾, 神戸大学大学院医学部附属病院病理診断科²⁾

○立原素子(MD)¹⁾, 堂國良太(MD)¹⁾, 森藤哲史(CT)²⁾, 塚本龍子(CT)²⁾, 大谷恭子(MD)²⁾, 堀 朱矢(MD)¹⁾, 田村大介(MD)¹⁾, 小林和幸(MD)¹⁾, 酒井康裕(MD)²⁾, 全 陽(MD)²⁾, 西村善博(MD)¹⁾

【はじめに】肺芽腫は胎児性腺癌と間葉系成分が混在した二相性の稀な腫瘍である。今回, 肺芽腫の一例を経験したので報告する。

【症例】72歳, 男性。左胸痛を主訴に来院した。左下葉に8cm大の腫瘍と左胸膜肥厚および胸水貯留をみとめた。胸水穿刺および局所麻酔下胸腔鏡による生検を行った。

【胸水細胞所見】炎症細胞を背景に核の腫大, 核形不整, クロマチンの増量を伴う異型細胞集塊が多数出現していた。一部に細胞質内に粘液を有し, 核の偏在傾向を伴っており, 腺癌が推定された。

【生検組織の捺印細胞所見】上皮様細胞は類円形核で大小不同や軽度の核形不整を伴い, クロマチンの細顆粒状増加と1-数個の核小体が観察された。細胞質は淡明で核の偏在傾向もあり腺癌が推定された。それとは別に, ややくびれた長い核でクロマチン軽度増量を伴う紡錘形細胞がゆるい結合性をもって出現していた。一部には上皮結合を示す類円形細胞にまわりつくように紡錘形細胞が存在する像もみられた。

【組織所見】粘液状基質を背景に紡錘形ないし星芒状異型細胞がびまん性に増殖する領域内に, 大小不同の類円形核を有する上皮様細胞が胞巣状に増殖する像がみられ, 一部腺腔様構造を示した。一部に軟骨の形成もみられた。免疫染色ではTTF-1およびCalretininは陰性, MOC-31やBer-EP4は陽性, 癌胎児性抗原であるglypican-3が陽性で, SALL4は陰性であった。二相型肺芽腫と診断した。

【まとめ】胸水では腺癌が考えられたが, 胸膜播腫の組織診断より肺芽腫と診断された一例を経験した。捺印細胞診では二相性の細胞成分が出現しており, 上皮細胞のみならず間葉系成分の出現にも留意する必要があると考えられた。

P-2-045 成人 T 細胞白血病を背景に *Pneumocystis* 肺炎と CMV 肺炎を合併した一例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理部・病理診断科

○横田 章(CT), 中村信之(CT), 北村美寿穂(CT), 遠藤奈美江(CT), 重政善子(CT), 菅原明子(CT), 木脇圭一(MD), 井下尚子(MD), 藤井丈士(MD)

【はじめに】*Pneumocystis jirovecii* や cytomegalovirus (CMV) は免疫不全患者に重篤な肺炎をもたらす日和見感染の病原体である。今回 *P.jirovecii* と CMV 感染細胞が同一標本にみられた症例を報告する。

【症例】80歳女性。5年前より白血球増加を指摘されており、1年前の検診で白血球2万と上昇、他院で成人 T 細胞白血病(ATL)と診断された。無症状であり、外来で経過観察されていた。1ヵ月前、胸部 X 線で両肺にびまん性網状影を認めたため、精査加療目的に当院紹介受診。気管支肺胞洗浄細胞診と経気管支肺生検が施行された。

【細胞所見】Papanicolaou 染色では泡沫細胞、多核組織球を背景に核形不整や核腫大、粗雑なクロマチンパターンを示す異型のあるリンパ球が散在性に出現していた。巨大核内封入体(Owl's eye)を持つ肺胞上皮もみられ、CMV 感染が推定された。ライトグリーンに好染する泡沫様滲出物(foamy broth)が認められ、Grocott 染色で黒色に染まり、出現形態より *P.jirovecii* と推定された。

【組織所見】胞隔間質に小型リンパ球の軽度浸潤がみられ、大部分が CD3+ を示し、CD4+ 優勢であった。FOXP3+ 細胞が散見され、ATL 細胞浸潤の可能性が示唆された。免疫染色で CMV 陽性を示す肺胞上皮細胞が散見された。肺胞腔に泡沫状滲出物がみられ、Grocott 染色で *P.jirovecii* が確認された。

【まとめ】ATL に伴う免疫不全を背景に來した日和見感染では、Pap 染色で形態的に同定することは病原体により難易度が異なる。CMV 感染細胞は Pap 染色で明確だが、*P.jirovecii* の同定には特殊染色を積極的に施行することが重要である。

P-2-046 抗酸菌症の細胞診

労働者健康福祉機構旭労災病院中央検査部¹⁾, 愛知医科大学医学部病理学講座²⁾

○秋山哲文(CT)¹⁾, 瀬古憲弘(CT)¹⁾, 服部和宏(CT)¹⁾, 山村宗幸(CT)¹⁾, 谷川直人(CT)¹⁾, 伊藤秀明(MD)²⁾, 稲熊慎吾(MD)²⁾, 池田 洋(MD)²⁾

【はじめに】現在でもわが国は結核症の中まん延国であり、肺非結核性抗酸菌症(肺 NTM 症)は近年増加傾向にある。今回我々は抗酸菌症の細胞所見について検討をおこなった。

【対象と方法】2012年から2014年の間に診断された結核症4例、肺 NTM 症27例(MAC 症25例)の31例を対象とした。ラングハンス型巨細胞や多核巨細胞、壊死、類上皮細胞、リンパ球、石灰化小体の有無や形態について再検討をおこなった。

【結果】細胞診にて抗酸菌症を指摘できたのは20例だった。ラングハンス型巨細胞または多核巨細胞は30例でみられた。核配列が花冠状や馬蹄形状の典型的なラングハンス型巨細胞の出現は多くなく、ほかに核が中央部や周辺部に密集、あるいは細胞質内に不規則に集合する異物型巨細胞に類似するものなどがみられた。多核巨細胞は大小種々で、ラングハンス型巨細胞との鑑別が難しかった。壊死は27例でみられ、抗酸菌症を指摘しうる契機となるのは、炎症性背景にライトグリーンに淡染する微細顆粒状の壊死物質の存在である。類上皮細胞は8例と少なかった。石灰化小体は11例でみられ、補助的な副所見のひとつと考える。

【まとめ】ラングハンス型巨細胞は種々の形態で出現し鑑別に苦慮することも多い。典型的なラングハンス型巨細胞ではなくても多核巨細胞とともに壊死物質がみられた場合、あるいは類上皮細胞と壊死物質がみられた場合は、抗酸菌症を考慮する必要がある。細胞診で抗酸菌症に遭遇することはまれではなく、肺癌や肺アスペルギルス症に合併することもあり、慎重なスクリーニングが求められる。結核症と肺 NTM 症との鑑別は困難であり、細菌検査による菌の同定が必須である。

P-2-047 原発性肺癌の背景因子としての真菌感染症

結核予防会複十字病院呼吸器センター呼吸器外科¹⁾, 結核予防会複十字病院病理診断部病理診断科²⁾, 結核予防会複十字病院臨床検査技術科³⁾

○吉田 勤(MD)^{1,2)}, 温井奈美(CT)^{2,3)},
菊池康華(CT)^{2,3)}, 草野行治(CT)^{2,3)}, 菊地文史(MD)²⁾

【背景】肺癌と肺感染症に関して、過去には結核患者は肺癌罹患のリスクが高く、肺癌患者は結核罹患のリスクが高いことが指摘されていた。近年結核の罹患率は減少したものの、原発性肺癌症例は増加し、一方で肺抗酸菌症や真菌症などの慢性肺感染症が増加している。本研究の目的は、肺癌治療における背景因子としての、慢性肺感染症の実態を把握することである。

【方法】2010年1月から2014年12月までの間に、当院で施行した原発性肺癌根治術は431例であった。そのうち389例で術前に喀痰および気管支吸引痰による細菌学的検索が施行された。これらを対象とし、真菌感染症の有無をレトロスペクティブに検討を行った。

【結果】原発性肺癌は431例のうち、術前検査で真菌を検出した症例は19例で、4例で非結核性抗酸菌症との重複感染を認めた。真菌症19例における患者背景は、性別は男性：15例、女性：4例、平均年齢は69.7±8.1歳(53-88歳)、喫煙指数は1073(0-2640)であった。背景として2例で結核の既往、4例で癌治療の既往、6例で糖尿病、2例で継続的なステロイドの投与を認めた。肺癌の組織型は腺癌7例、扁平上皮癌8例、多形癌1例、LCNEC1例、小細胞肺癌1例、肺癌の病期はI期9例、II期5例、III期4例、IV期2例であった。検出された菌種は、*Candida albicans* 8例、*Candida spp.* 9例、*Aspergillus fumigatus* 2例、*Aspergillus niger* 1例であった。真菌感染を認めた19例のうち、8例(42.1%)で易感染性の背景を有し、組織型は8例(42.1%)が扁平上皮癌であった。

【結語】真菌感染症を有する肺癌症例は、糖尿病、ステロイド治療等の既往歴を有する症例が多く、組織型葉は扁平上皮癌が多い傾向であった。

P-2-048 副鼻腔真菌症の検討

東邦大学医療センター大橋病院病院病理部¹⁾, 同 耳鼻咽喉科²⁾

○田口勝二(CT)¹⁾, 藤田正志(CT)¹⁾, 村石佳重(CT)¹⁾,
佐々木智子(CT)¹⁾, 湯浅瑛介(CT)¹⁾,
大原関利章(MD)¹⁾, 横内 幸(MD)¹⁾, 榎本泰典(MD)¹⁾,
高橋 啓(MD)¹⁾, 吉川 衛(MD)²⁾

【はじめに】副鼻腔真菌症は急性浸潤型・電撃型、慢性浸潤型、寄生型、アレルギー性真菌性副鼻腔炎に分類される。今回、病理組織学および細胞診で副鼻腔真菌症と診断された32例について真菌の形態および細菌培養の結果と比較検討を行った。

【材料と方法】副鼻腔から採取された検体のパラフィンブロック薄切標本に対してHE染色、グロコット染色を行い標本中にみられた真菌の形態および背景について検討した。また、未固定で提出された10例はパパニコロウ染色標本作製し同様の検討を行った。さらに同時に行われた細菌培養結果とも比較した。

【結果】32例中28例では真菌塊(fungus ball)がみられ形態が不明瞭な部分が多く含まれるものの菌糸が複雑に絡み合った糸状菌として観察された。幅はほぼ一定で核壁構造やY字分岐などの形態からアスペルギルスが考えられ寄生型に分類された。また、この内2例には微細なフィラメント状で時に分岐を有する放線菌を思わせる微生物が帯状に取り囲む所見がみられた。4例は変性した好酸球やシャルコー・ライデン結晶がみられるいわゆるアレルギー性ムチンの中に糸状菌が散在性に観察されアレルギー性真菌性副鼻腔炎(AFS)に分類できた。寄生型の培養結果は22例中20例が陰性で時間を延長しても真菌の検出はできなかった。AFSの4例からは糸状菌が検出されたが1例を除いて同定が困難であった。内2例は千葉大学真菌医学研究センターでスエヒロ茸と同定された。

【総括】副鼻腔真菌症では培養結果が陰性のことが多く病理組織学的検査および細胞診は確定診断であり治療に直結する検査法であることが確認できた。

P-2-049 当院で経験した原虫症3症例

獨協医科大学病理部

○高田温子(MD), 中里宜正(MD), 町田浩美(CT),
佐々木英夫(CT), 土田 秀(CT), 神山晴美(CT),
吉田 勤(MD), 小島 勝(MD), 正和信英(MD)

症例1は, アカントアメーバ角膜炎の症例で, 50代女性, 主訴は右眼異物感であった。ハードコンタクトを使用していたが, 次第に眼痛の増悪, 流涙を認め開眼不能となった。角膜はほぼ全周性に毛様充血し, 角膜潰瘍を認めた。角膜擦過細胞診ならびにコンタクトレンズ保存液の細胞所見では, 類円形のライトグリーンから一部オレンジGに淡染する無構造ないし顆粒状の病原体を多数認めた。症例2は, トリコモナス膣炎の症例で, 30歳台, 膣部に掻痒感と膿汁排泄を認めた。膿瘍内容の塗抹検査ではWBC(3+)であり, 細菌培養検査では細菌は検出されなかったが, 子宮頸部細胞診で扁平上皮に多数付着する緑色の無構造物であるトリコモナス原虫が検出された。症例3は肺吸虫症で, 40歳代, 日本国在住の東南アジア系女性, 咳嗽, 喀痰, 発熱を主訴に当院受診。加療中に気胸を発症し胸水ドレナージ施行し, 細胞診にて光沢のある黄色大型虫卵を検出した。原虫症は, 原核生物中에서도, 寄生性があり, 病原性をもつものと定義されており, その治療は, 確立されたものが多く, 細胞診領域において少ないながらも遭遇する可能性があるため, 早期治療に結びつくことを念頭に置き, 鑑別診断に原虫症なども含めて置くことが重要と思われた。

P-2-050 炎症性筋線維芽細胞腫様の形態を示した未分化肉腫の1例東京医科大学医学部呼吸器・甲状腺外科学分野¹⁾, 東京医科大学病院病理診断科²⁾

○片場寛明(MD)¹⁾, 前田純一(MD)¹⁾, 吉田浩一(MD)¹⁾,
垣花昌俊(MD)¹⁾, 梶原直央(MD)¹⁾, 筒井英光(MD)¹⁾,
大平達夫(MD)¹⁾, 永井 毅(MD)²⁾, 松林 純(MD)²⁾,
長尾俊孝(MD)²⁾, 池田徳彦(MD)¹⁾

【目的】肺における間葉系腫瘍はまれであり, 多くは肉腫成分を伴った肺癌や転移性腫瘍であることが多い。今回, 我々は炎症性線維芽細胞腫(IMT)様の形態を示した未分化肉腫の一例を経験したので, 捺印細胞診の所見を合わせ報告したい。

【症例】症例は70歳台の男性。以前よりサルコイドーシスにて経過観察をされていたが, 左肺尖部に結節影を指摘され当科紹介となった。胸部CTでは左S1+2に23mm大の辺縁明瞭な充実性結節が観察された。診断兼治療目的に外科的切除の方針となり, 胸腔鏡下左上葉切除およびリンパ節郭清術を施行した。

【捺印細胞所見】背景にリンパ球をはじめとする炎症細胞を多く認める。核は腫大し, クロマチンは増量, 核形不整を示す類円形から紡錘形の異型細胞が, 孤立性に特定の配列を示さず出現している。低分化の非上皮性悪性腫瘍を疑うが組織型の推定は困難である。

【組織所見】大型の異型細胞が豊富な膠原繊維を伴いびまん性に増殖している。一部は花むしろ状の配列を示すが多くは特定の配列を示さずに分布している。背景にはリンパ球を主体とする炎症細胞浸潤が多い。異型細胞は不整形から紡錘形的大型核を有し, 多形性に富む。免疫染色ではSMA(+), vimentin(+), desmin(一部+), HHF-35(一部+), AE1/3(-), TTF-1(-), CK7(-), S100(-), ALK(-)であった。一部で線維芽細胞様への形態を示し, 炎症細胞浸潤を強く伴っているためIMTとの鑑別が問題になったが, 非常に分化の悪く核分裂像に富む部分が観察され未分化肉腫と診断した。

【結語】まれな未分化肉腫の一例を経験した。文献的考察を踏まえ報告したい。

P-2-051 穿刺吸引細胞診で転移性甲状腺癌併存を診断し得た前縦隔巨大胸腺癌の1例

国立病院機構金沢医療センター

○松田愛子(CT), 山岸 豊(CT), 笠島里美(MD),
川島篤弘(MD)

【はじめに】前縦隔には胸腺腫, 奇形腫など種々の腫瘍が発生する。胸部 X 線写真ではしばしば発見が難しく, 胸部 CT で偶然発見される例や巨大化して見つかる例もある。今回我々は, 穿刺吸引細胞診で巨大胸腺扁平上皮癌と転移性甲状腺乳頭癌の併存を診断し得た 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代女性。左肩甲骨の痛みを主訴に近医クリニックを受診。胸部 X 線写真で縦隔左側に異常陰影を認め, 胸部大動脈瘤疑いで当院に紹介受診となった。胸部 CT では, 前縦隔に嚢胞変性を伴う 10 cm の腫瘍を認め, 右甲状腺にも境界不明瞭で内部不均一な腫瘍が見られた。また右頸部, 胸郭入口部, 左鎖骨上部に腫大リンパ節を複数個認めた。前縦隔腫瘍は大動脈弓に広く接し, 上大静脈内に入り込んでいた。PET-CT では, 前縦隔, 右甲状腺共に FDG 集積があり, 悪性疑いであった。確定診断, 治療方針決定のため, 前縦隔腫瘍の CT ガイド下針生検と穿刺吸引細胞診, 右頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診が同時に施行された。

【細胞所見】前縦隔では N/C 比が高いやや大型の異型細胞が集塊で見られ, わずかに核内細胞質封入体も認められた。右頸部リンパ節では乳頭状集塊が多数認められ, 核内細胞質封入体や核溝が散見され, 甲状腺乳頭癌由来の転移と考えられた。

【組織所見】前縦隔針生検では, 線維性間質を背景に類円形から紡錘形の異型上皮が層状, 索状に増殖し, わずかに角化も認められた。一部に管状, 乳頭状に増殖する甲状腺乳頭癌の部分があり, 胸腺扁平上皮癌と甲状腺乳頭癌の転移と最終診断した。

【まとめ】高分化型甲状腺乳頭癌の核所見と, これとは明瞭に異なる低分化癌の所見が細胞診で確認できた。

P-2-052 肺原発血管筋脂肪腫の 1 切除例

船橋市立医療センター臨床病理¹⁾, 船橋市立医療センター呼吸器外科²⁾

○清水辰一郎(MD)¹⁾, 諏訪朋子(CT)¹⁾, 高橋久雄(CT)¹⁾,
内田 修(MD)²⁾

症例は 70 歳男性。検診で右下葉肺に径 17 mm 大の結節影を指摘された。肺癌疑いで当院呼吸器外科に紹介受診となり, まずは右下葉肺部分切除術が施行された。標本摘出後すぐに, 確定診断目的で腫瘍本体の術中迅速組織標本を作製した。しかし, 診断に耐えうる迅速組織標本を作製することが非常に難しかった。この迅速組織標本では, 中型の筋性血管と平滑筋様の紡錘形細胞のみを認めている。この迅速組織標本を補完する目的で, 迅速細胞診標本を作製した。この迅速細胞診標本では, 筋性血管および平滑筋様の紡錘形細胞とともに多数の脂肪細胞を認めた。迅速組織標本と迅速細胞診標本の所見を合わせたうえで, 血管筋脂肪腫疑いと診断, 報告した。永久標本も血管筋脂肪腫と診断された。今回我々は, 術中迅速診断において細胞診標本が非常に有用であった肺原発血管筋脂肪腫を経験したので報告する。

P-2-053 CTガイド下胸膜穿刺材料から疑われた心臓原発滑膜肉腫の1例

京都市立病院臨床検査技術科¹⁾, 京都市立病院病理診断科²⁾

○野田みゆき(CT)¹⁾, 川辺民昭(CT)¹⁾, 古市佳也(CT)¹⁾, 佐川聖羅(CT)¹⁾, 河野文彦(MD)²⁾, 岩佐葉子(MD)²⁾

【はじめに】滑膜肉腫は、四肢の軟部組織が好発部位であるが、稀に実質臓器にも発生する。今回我々は、CTガイド下胸膜穿刺より滑膜肉腫が疑われ、剖検により心臓原発滑膜肉腫が確定した症例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。慢性心不全で加療中。6ヶ月前よりCTにて心嚢液貯留指摘。2週間前より倦怠感と呼吸困難の増悪あり。CTにて心嚢内腫瘍と胸膜播種を指摘され、CTガイド下胸膜穿刺材料が提出された。細胞診材料と組織生検の免疫染色により滑膜肉腫が疑われたが、既に切除不能であり、2ヶ月後永眠され、病理解剖が施行された。

【細胞所見】上皮性結合を示す集塊と孤立散在性の異型細胞を認めた。裸核状の小型円形細胞が鋳型配列状に出現する所見や、胞体を有する細胞による腺腔形成を示す所見が見られた。また、紡錘形細胞の交錯状集塊も認められた。核の大小不同は目立たず、比較的均一な細胞であった。核小体は目立たず、クロマチンは細顆粒状であった。生検材料にも小型異型細胞が認められたが、微小検体であったため、針洗浄液からセルブロック標本を作製した結果、紡錘形細胞が束状・交錯状に配列する肉腫様部分と類円形細胞の上皮様部分が認められた。

【免疫染色】腫瘍の一部がCK, CAM5.2, Vimentin(+)で、腫瘍全体にCD99, TLE-1(+)であり、滑膜肉腫が疑われた。

【剖検所見】心膜より発生した腫瘍が心嚢内を占拠しており、左肺・胸膜に転移を認めた。遺伝子解析によりSYT-SSXが検出され、心臓原発の二相型滑膜肉腫と確定した。

【まとめ】明らかな上皮性結合を示す部分があり癌腫との鑑別に苦慮したが、紡錘形細胞の出現に着目することや免疫染色を実施することが、本疾患の診断に重要であると思われた。

P-2-054 肺原発の傍神経節腫の一例

国立病院機構高崎総合医療センター

○原田邦彦(CT), 遠藤 隆(CT), 土橋実加(CT), 山口徳実(CT), 宮永朋実(MD), 田中優子(MD), 小川 晃(MD)

【はじめに】傍神経節腫(以下, paraganglioma)は副腎髄質以外の傍神経節組織から発生する腫瘍である。後腹膜に多く、肺原発のものは極めて稀である。今回我々は肺原発のparagangliomaを経験したので報告する。

【症例】49歳男性。10年前から左肺下葉に腫瘍を認めたが放置していた。徐々に増大したため当院を受診した。CT検査で4cm強の腫瘍を認めた。良性~境界悪性肺腫瘍の疑いで腫瘍摘出術を施行した。

【捺印細胞像】散在性あるいは、充実髄様性に淡明顆粒状の細胞質を有する辺縁不明瞭な腫瘍細胞が出現していた。核は類円形で偏在し、明瞭な核小体と粗顆粒状のクロマチンを有していた。また、大型で広い顆粒状の細胞質を持つ腫瘍細胞も散見された。以上より、神経内分泌腫瘍や低分化腺癌が疑われた。

【組織像】間質に豊富な血管を伴って腫瘍細胞が胞巣状に出現していた。細胞質は顆粒状で好塩基性や好酸性のものも多彩であった。また、多形性のある核や巨核の細胞、核内封入体が散見された。以上よりparagangliomaと診断した。免疫組織化学的にchromograninA, synaptophysin, S-100, NSEが陽性、TTF-1, NapsinAが陰性であった。副腎に褐色細胞腫や他臓器にparagangliomaが認められないことから肺原発と考えた。

【まとめ】肺原発のparagangliomaは極めて稀ではあるが、辺縁不明瞭な顆粒状の胞体に粗顆粒状のクロマチン、明瞭な核小体を有する細胞と大型で胞体の広い細胞が出現した時にはparagangliomaも念頭におく必要があると思われた。

P-2-055 肋骨原発骨巨細胞腫の一例

社会医療法人天神会新古賀病院

○木下準子(CT), 河原真弓子(CT), 貞嶋栄司(CT),
山崎加奈子(CT), 貞嶋奈津(CT), 三宅まどか(CT),
徳永 藏(MD)

【はじめに】骨巨細胞腫は20～40歳代の四肢の長管骨骨端、特に膝関節周囲に好発し、肋骨に発生することは稀とされている。今回我々は肋骨に発生した骨巨細胞腫の一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性。軽労作で増強する右側腹部の痛みを自覚し、当院受診。画像検査にて右肺下葉S8末梢に右第7肋骨破壊、胸壁浸潤を伴う約7cm大の充実性腫瘤を認め、エコーガイド下経皮的針生検が施行された。

【針生検捺印細胞所見】出血性背景に、孤在性ないし一部小集塊状の小型細胞と破骨細胞様の多核巨細胞を認めた。小型細胞は類円形～短紡錘形を呈し、細胞質は淡く境界不明瞭、核は類円形～楕円形で偏在傾向を示した。核クロマチンは微細顆粒状で、一部には小型核小体を認めた。

【針生検病理組織所見】中等大の類円形核と境界不明瞭な広い好酸性胞体を有する単球様細胞のびまん性増殖と破骨細胞様多核巨細胞からなり、細胞異型はそれほど強くはないが核分裂像を認め、一部に壊死や細胞の紡錘形化も認めた。免疫組織化学染色にて小型細胞はp63・ α -SMA陽性、多核巨細胞はCD68陽性、両細胞にVimentin陽性、その他TTF-1・AE1/AE3・EMA・S-100・CD34陰性で、骨巨細胞腫と診断された。

【まとめ】破骨細胞様多核巨細胞は骨肉腫などの骨病変以外にも肺癌、乳癌などの上皮性悪性腫瘍や悪性黒色腫・未分化高悪性度多形肉腫などの非上皮性悪性腫瘍に伴って出現するとされ、鑑別を要することがある。本症例は発生部位から肺癌や未分化高悪性度多形肉腫との鑑別を要した。細胞の詳細な観察と免疫組織化学染色を参考に診断することが重要であると考えられた。

P-2-056 気管支に発生した inflammatory myofibroblastic tumor の1例

済生会熊本病院

○田上圭二(CT), 鮫島彩香(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】Inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) は小児や若年成人の腸間膜や肺、肝、膀胱などに好発するまれな腫瘍である。今回、われわれは若年者の気管支に発生したIMTを経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】20代、女性。2週間ほど前から咳が出現し、39℃の発熱で前病院を受診した。症状は一旦改善したが、CTで右中間気管支幹に腫瘍を認めた。気管支鏡で易出血性の腫瘍がみられ、擦過細胞診で異型細胞を認めたが、診断に至らなかった。精査治療目的で当院を受診された。

【細胞学的所見】リンパ球主体の炎症細胞を背景に、楕円形または紡錘形細胞が散在性に出現していた。核は類円形で核縁は薄く小型の核小体を認めたが、核クロマチンの増量はみられなかった。

【組織学的所見】核の大小不同と腫大した核小体を有する紡錘形の腫瘍細胞が錯綜しながら増殖し、ときに巨核細胞を認めた。間質には泡沫細胞の集簇や軽度のリンパ球・形質細胞浸潤がみられた。免疫染色ではビメンチン・ALK強陽性、CAM5.2一部陽性、 α 平滑筋アクチンとデスミン、S-100蛋白陰性であった。以上の所見から、IMTと診断された。

【まとめ】IMTは筋線維芽細胞の特徴を示す紡錘形細胞の増殖からなり、主にリンパ球や形質細胞などの炎症細胞浸潤が著明な腫瘍である。肺のIMTは肺腫瘍全体の0.3%程度と報告されているが、気管支原発となればその10%程度といわれている。若年者に発生し異型の乏しい紡錘形腫瘍細胞が出現し、背景にリンパ球や泡沫細胞を認めた場合、本症例も鑑別に挙げ、ALKの免疫染色などを検討する必要があると思われた。

P-2-057 硬化性血管腫の細胞像について

愛知医科大学病院病理解剖部

○和田栄里子(CT), 櫻井包子(CT), 水野義己(CT),
藤井佳穂(CT), 水野里美(CT), 宮下拓也(CT),
佐藤允則(CT), 高橋恵美子(MD)

【はじめに】肺硬化性血管腫は比較的古くは肺良性腫瘍で、中高年の女性に好発し、しばしば肺高分化腺癌との鑑別が問題になる。今回、我々は術中迅速擦過細胞診材料を用い、肺硬化性血管腫 9 例について細胞学的に検討したので報告する。

【対象・方法】当院で 2001 年～2015 年までに肺硬化性血管腫と診断された 9 例の術中迅速擦過細胞診材料を用いた。年齢は 21～78 歳（中央値：41 歳）、性別は女性 8 人、男性 1 人。これら 9 例の細胞像について検討を行った。

【結果】全症例 9 例の背景には、泡沫細胞、ヘモジゲリンを貪食した泡沫細胞がみられた。また、硝子化した間質を伴った細胞集塊、血管内皮を伴った乳頭状細胞集塊、平面的細胞集塊が認められた。核は小型で円～類円形を示し、クロマチンは微細顆粒状、核の大小不同がみられた。また、疎な結合を示す平面的細胞集塊の一部に 2 核、核内封入体を有する細胞もみられた。ギムザ染色標本で背景や腫瘍細胞集塊に混在して赤色顆粒を有する泡沫細胞様細胞を認めたため、これらの細胞を同定したところ肥満細胞と考えられた。肥満細胞は、9 例中 7 例の背景に、また 9 例中 5 例の腫瘍細胞集塊に混在してみられた。10 例の高分化腺癌において肥満細胞の有無を確認したが、背景や腫瘍細胞集塊に混在した肥満細胞は認められなかった。

【まとめ】肺硬化性血管腫は多彩な像を示すことが多いが、ときに単調な像を示すことがあり、しばしば肺高分化腺癌と鑑別することが困難な事がある。今回の検討から、肺硬化性血管腫の背景や腫瘍細胞集塊に混在して肥満細胞が認められることがあり、肥満細胞が硬化性血管腫を示唆する所見の 1 つになりうる事が推測された。

P-2-058 ヒト肺癌細胞株から分取した side population 細胞の特徴解析倉敷芸術科学大学大学院産業科学技術研究科機能物質化学専攻分子細胞病理学系¹⁾, 倉敷芸術科学大学生命科学部生命医科学科²⁾, 加計学園細胞病理学研究所³⁾

○小倉千尋(CT)¹⁾, 森 康浩(PhD)^{2,3)},
三宅康之(PhD)^{1,2)}, 坂口卓也(PhD)^{1,2,3)}

癌の脅威は転移と再発を起こすことである。癌の転移は周囲の間質細胞との相関に基づき、近年間質細胞が癌細胞の悪性度を増大させることが示唆されている。本研究では、罹患率と脳転移頻度の高いヒト肺癌の細胞株を対象とした。肺腺癌細胞株 A549 あるいは肺小細胞癌細胞株 S2 を培養ラット脳スライスへ播種し、脳間質細胞アストロサイトとの相関を検討した。A549 はスライスへと生着し、腺癌の特徴構造形成を認めるなど生体に近い反応を観察することが出来た。A549 の周辺のアストロサイトが集まり、両者の相関が示唆された。S2 はスライスへ生着せず、アストロサイトとの関連を解析するまでには至らなかった。近年、薬剤排出能に基づく治療抵抗性を持ち癌の再発に関係する癌幹細胞の存在が提唱されている。薬剤排出能を利用し、蛍光色素を取り込ませた後に紫色レーザーで励起した際放射光が低値となることを指標にこの細胞を side population (SP) 細胞として分取することを試みた。A549 および S2 からは SP 細胞の分取を行うことが出来、共に 0.2% という割合を得ている。S2 の SP 細胞を再培養すると、薬剤排出能の低い細胞を出現させる分化能を確認することが出来た。併せて造腫瘍能を反映すると示唆されるコロニー形成能を顕著に所有しており、この SP 細胞は癌幹細胞を含むと示唆される。本研究では、肺癌細胞と脳微小環境の相関を培養した脳スライスで解析する系を構築することが出来た。ただ、特に治療が困難な肺小細胞癌細胞と脳スライスの共培養は成功に至っていない。今後これを実現し、SP 細胞と脳スライスの共培養を行うことが課題である。

P-2-059 Cytorich Red を用いた喀痰 LBC 標本の作製方法とその有用性

奈良県立医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 奈良県立医科大学病理診断学講座²⁾

○龍見重信(CT)¹⁾, 西川 武(CT)¹⁾, 鈴木久恵(CT)¹⁾, 竹内真央(CT)¹⁾, 田中京子(CT)¹⁾, 畠山金太(MD)²⁾, 大林千穂(MD)²⁾

【目的】 喀痰材料における Liquid-based cytology (LBC) 法の作製方法と、その有用性について検討した。

【材料および方法】 2015年2月から5月に提出された喀痰79検体を対象とした。44検体は、直接塗抹標本作製後、残検体にCytorich Red (BD) を添加・1日固定の後、BD Sure Path 法を用い、手動的にBD社の手順に従い標本作製を行った (以後CR-LBC標本)。標本作製過程で生じた粘液浮遊物は、合わせ法で直接塗抹標本作製した。30検体は、粘液融解剤((±)-ジチオトレイトール; WAKO 以下 DTT: 濃度 0.005%, 0.05%, 0.5%) をCytorich Red に添加し、1日固定を行った後、半量を手動的にBD社の手順に従い標本作製を行った (以後DTT-LBC標本)。残りの半量は空パイアル (BD) に分注、BD社の婦人科標本作製手順に従い、分離剤を用いて、BD SlidePrep を用い標本の作製を行った (以後G・DTT-LBC標本)。

【結果および考察】 CR-LBC 標本では、49例中11例で粘液成分が残存し、標本作製や検鏡が困難であった。さらに、15例で粘液浮遊物が生じ、その中には細胞成分が混入していた。DTT-LBC 標本では、DTT の添加 0.005% では10例中5例、0.05% では10例中3例、0.5% では10例中2例に粘液成分が残存し、それらの標本は、CR 標本と差異はなかった。G・DTT-LBC 標本では上皮細胞の観察は容易であったが、背景所見が失われる点で問題が残った。粘液浮遊物は、DTT の添加 0.005% で1例見られたのみであった。細胞診判定は、直接塗抹法と、検討を行った全てのLBC標本は一致し、陽性例では単位面積当たりの陽性細胞数はLBC標本>直接塗抹法であった。以上より喀痰材料の標本作製にLBC法は有用で、固定液に0.05%以上のDTT添加Cytorich Redを使用することで粘液浮遊物が消失し、細胞回収率が向上した。

P-2-060 耳前部に発生した結節性筋膜炎の一例

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¹⁾, 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院病理診断科²⁾

○和田裕貴(CT)¹⁾, 香田浩美(CT)¹⁾, 原田美香(CT)¹⁾, 實平悦子(CT)¹⁾, 小寺明美(CT)¹⁾, 中村香織(CT)¹⁾, 内野かおり(MD)²⁾, 能登原憲司(MD)²⁾

【はじめに】 結節性筋膜炎は上肢や体幹の皮下に好発し、急速な増大を示す線維芽細胞の反応性増殖である。今回われわれは耳前部に発生した結節性筋膜炎の一例を経験したので報告する。

【症例】 8歳男性、2ヶ月前より増大する右耳前部腫脹を認め、当院耳鼻科を紹介。CTにて右外耳道腹側に2.0cm大の腫瘤が認められ、穿刺吸引細胞診が行われた。

【細胞像】 孤在性に円形～楕円形核を有し大小異なる紡錘形の細胞が多数みられた。核縁はやや肥厚し一部切れ込みがみられ、クロマチンは細顆粒状で1～数個の核小体を認めた。間質様粘液を伴った細胞も認められたが、上皮性細胞の集塊は認められなかった。以上より多形腺腫など唾液腺腫瘍が疑われた。

【組織像】 右耳前部腫瘍切除術で得られた標本は25×25×18cmの結節状病変で、周囲に耳下腺組織はみられず、境界は比較的明瞭であった。腫瘍内部は炎症細胞と豊富な粘液様の基質を背景に、核小体明瞭で明るい核を有する紡錘形細胞の増殖がみられた。免疫組織化学染色でα-SMA陽性、S-100、CD34陰性となり、結節性筋膜炎と診断された。

【考察】 結節性筋膜炎が頭頸部領域で発生することは比較的稀とされている。本症例では間質様粘液を伴って、孤在性に円形～楕円形核を有する細胞がみられたため、多形腺腫などを疑った。しかし上皮性細胞の集塊は認められず、ギムザ染色で羽毛状の間質様粘液もみられなかった。典型的な多形腺腫の細胞所見ではない場合は、他の唾液腺腫瘍も鑑別に挙がるが、特に急速に増大した場合は、稀ではあるが結節性筋膜炎の可能性も念頭において診断を行うことが必要だと考えられた。

P-2-061 右耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の1例

岡山済生会総合病院¹⁾, 岡山大学病院病理部²⁾

○野口裕太郎(CT)¹⁾, 矢吹満佐江(CT)¹⁾,
清水哲也(CT)¹⁾, 河田晶子(CT)¹⁾, 山本弘基(CT)¹⁾,
谷 祥代(CT)¹⁾, 柳井広之(MD)²⁾

【はじめに】上皮筋上皮癌は、全唾液腺上皮性腫瘍のうち1%未満とされている稀な腫瘍である。比較的高齢者に多い低悪性度腫瘍で、上皮と筋上皮が2相性の増生を示すことが特徴である。今回、右耳下腺上皮筋上皮癌を経験したので報告する。

【症例】70代女性、右耳下腺腫脹を自覚。US、MRIにて28mm大の分葉状腫瘍を認めた。精査のため施行した穿刺吸引細胞診ではclassIIと判定したが、腫瘍の突出があり、本人、家族の希望により腫瘍摘出術を施行した。

【細胞所見】N/C比の高い、核クロマチン増量の見られる小型上皮のシート状の集団が認められた。さらに淡明な胞体、明瞭な核小体を有する結合性の乏しい細胞群も認められた。一部に軽い核腫大を示しているが異型や核不整は乏しいため、良性腫瘍を推定した。

【組織所見】深葉材料内に25mm大の不整な腫瘍結節を認めた。被膜形成はなく、主結節周囲に微小な娘結節が散在していた。好酸性分泌物を容れた不整な管腔を形成する細胞と、その間を埋める淡明な細胞質を持った細胞群がみられた。免疫染色で前者はcytokeratinが、後者はαSMAおよびS100がそれぞれ陽性となり、上皮および筋上皮の性格を有する腫瘍細胞が混在していることが判明した。また、Ki-67 indexはいずれの成分でも低値であることから総合して低悪性度腫瘍の上皮筋上皮癌と診断した。

【まとめ】今回の症例では、細胞異型に乏しかったために穿刺吸引細胞診で良悪性の判定をつけることが困難であった。異型の乏しいシート状の小型上皮集団と胞体が淡く明瞭な核小体を有する細胞の2種類の細胞の出現を認めた場合、上皮筋上皮癌の可能性も考え、良悪性の判定を慎重に行う必要があると考えられた。

P-2-062 耳下腺腺房細胞癌の1例

前橋赤十字病院病理診断科¹⁾, 高崎総合医療センター病理診断科²⁾, 足利赤十字病院臨床検査部³⁾, 恵愛堂病院病理診断科⁴⁾

○尾身麻理恵(CT)¹⁾, 布瀬川綾子(CT)¹⁾,
細井京子(CT)¹⁾, 冨澤一与(CT)¹⁾, 井出宗則(MD)¹⁾,
宮永朋実(MD)²⁾, 清水和彦(MD)³⁾, 伊藤秀明(MD)⁴⁾

【はじめに】腺房細胞癌は比較的低悪性度の唾液腺腫瘍で、耳下腺に好発するといわれている。細胞診において細胞異型が乏しく、細胞像も多彩なため診断に苦慮することが多い。今回我々は、耳下腺に発生した腺房細胞癌を経験したので報告する。

【症例】20代、男性。1ヶ月ほど前から急速増大を示す右耳下部の腫瘍に気づき、かかりつけ医を受診、当院耳鼻科へ紹介となった。画像検査より右耳下腺浅葉に30×26×27mm大の腫瘍を認め、同部位に穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診断において腺房細胞癌を強く疑ったが他の腫瘍との鑑別が困難であったため確定はできなかった。精査後、腫瘍摘出術が行われた。

【細胞所見】間質粘液、泡沫細胞を背景に類円形核、淡明な細胞質をもつ上皮細胞のシート状重積性集塊を多数認めた。集塊は一部、腺管状、乳頭状構造を示していた。細胞は比較的単調で、細胞異型は軽度だった。Giemsa染色において一部の細胞質に空胞変化、または異染性顆粒を認めた。

【組織所見】類円形の核とやや広い細胞質を有する腫瘍細胞が充実性胞巣、濾胞様～微小嚢胞状構造、篩状構造、小腺管・乳頭状構造など多彩な像を形成し、周囲組織に浸潤、増殖していた。細胞質は両染色のものが多く、淡明なもの、顆粒を持つものも見られた。

【まとめ】腺房細胞癌の一例を経験した。細胞診において確定診断は困難とされているが、細胞異型の乏しい淡明な細胞質をもつ上皮細胞が単調に増殖する集塊を認めた場合、腺房細胞癌を念頭におき、診断、報告する必要がある。

P-2-063 耳下腺腺房細胞癌の1例

宮城県立がんセンター臨床検査技術部¹⁾, 同 病理診断科²⁾

○植木美幸(CT)¹⁾, 竹内美華(CT)¹⁾, 名村真由美(CT)¹⁾, 大場いづみ(CT)¹⁾, 大山友紀(CT)¹⁾, 伊藤しげみ(MD)²⁾, 佐藤郁郎(MD)²⁾

【はじめに】腺房細胞癌は、漿液性腺房細胞への分化を示す悪性腫瘍であり、唾液腺腫瘍の7~18%を占め、主に耳下腺、ついで小唾液腺に好発する。30~50歳の女性に多いが小児にも発生する。今回我々は、細胞診で推定が可能であった耳下腺腺房細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。緩徐に増大する左耳下腺腫瘍を認めた。前医で細胞診クラスIIIとなり、当院紹介となる。当院の細胞診では腺房細胞癌が疑われ、腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】出血性背景にライトグリーン好性で細顆粒状の細胞質を有する重積性細胞集塊が多数出現していた。核は小型類円形で、クロマチン増量、核小体肥大を示していた。細胞に多形性はみられず、細胞異型は軽度、核分裂像も観察されない。細胞集塊辺縁では核の突出やほつれがみられ、集塊周囲には裸核状の腫瘍細胞が散在性に認められた。一部では腺房様構造を持つ集塊もみられた。ギムザ染色でも、細胞質に顆粒状物質がみられた。

【組織所見】耳下腺浅葉内に2.7x1.9cmの線維被膜を持つ結節性腫瘍を認めた。組織学的には淡好塩基性で顆粒状胞体と偏在核を有する腺房細胞型の腫瘍細胞が充実性に増殖していた。明らかな脈管侵襲はみられないが、focalに被膜浸潤をうかがわせる像を認めた。

【まとめ】腺房細胞癌は多彩な細胞増殖パターンや細胞型があること、細胞異型が乏しく正常唾液腺との鑑別が必要であることから、細胞診断が困難なことも多い。今回の症例では、腺房様配列や細顆粒状の細胞質など腺房細胞癌に特徴的な腫瘍細胞が単調に多数出現していたことから、組織型推定が可能であった。

P-2-064 EUS-FNA において診断に苦慮した Oncocytic type IPMN の一例

香川大学医学部附属病院病理診断科

○香月奈穂美(MD), 串田吉生(MD), 松永 徹(CT), 香川聖子(MD), 佐々木真紀子(MD), 宮井由美(MD), 門田球一(MD), 片倉和哉(CT), 宮本加菜(CT), 郷田 衛(CT), 大通清美(CT), 本山陸美(CT), 羽場礼次(MD)

【はじめに】IPMNの oncocytic type は、膵管内に結節状増殖を示す発育形式が特徴である。今回我々は、膵管拡張を伴う膵実質の充実性腫瘍の臨床診断で、EUS-FNAが施行された Oncocytic type IPMN の一例を報告する。

【症例】70代男性。CT, MRI 検査で、膵頭部に30mm大の充実性病変が認められた。末梢膵管は拡張し、臨床的に膵癌が疑われた。充実性病変に対しEUS-FNAが施行された後、膵頭十二指腸切除術が行われた。

【細胞像】乳頭状や平面的、シート状に出現する細胞集塊が混在して認められた。乳頭状を示す細胞集塊では、血管軸周囲に小型でN/C比が高く、クロマチンが粗顆粒状に増量する異型細胞が重積性を示して認められた。シート状集塊を示す細胞の中には、N/C比が低く、多辺形で豊富な細胞質を有するライトグリーン好性の細胞がみられた。細胞質は顆粒状で、均一な円形核を有し、1個の大型の核小体が認められた。乳頭状の細胞集塊とシート状の細胞集塊には一部で移行像がみられた。以上の所見より悪性を疑ったが、組織型の推定には至らなかった。

【組織像】拡張する主膵管の中に、好酸性細胞質を有する高円柱状の腫瘍細胞が乳頭状や樹枝状、管状構造を示してduct内を充満するように増殖していた。Oncocytic type IPMNの像で、細胞異型は高度であった。

【考察】Oncocytic type IPMN は、核小体の目立つ円形核と好酸性の広い顆粒状細胞質を有する細胞からなり、複雑な乳頭状構造を呈して増殖するのが特徴である。膵管内に結節状増殖を示す発育形式が特徴であるため、膵実質腫瘍として判断され、EUS-FNAの適応となる可能性がある。膵腫瘍のEUS-FNAで、明瞭な核小体を有する好酸性細胞を伴う細胞像をみた場合は、Oncocytic type IPMNも考慮して検討する必要がある。

P-2-065 長期にわたり肝嚢胞として経過観察されたIPNBの1例

済生会福岡総合病院病理診断科¹⁾, 久留米大学医学部病理学講座²⁾, 福岡徳洲会病院病理診断科³⁾

○佐藤真介(CT)¹⁾, 内藤嘉紀(MD)²⁾, 宮崎浩子(CT)¹⁾, 佐藤瑞恵(CT)¹⁾, 東 悠介(CT)¹⁾, 石井洋子(CT)¹⁾, 中島明彦(MD)³⁾, 加藤誠也(MD)¹⁾

【はじめに】胆管内乳頭状腫瘍(intraductal papillary neoplasm of bile duct: IPNB)は肝内外に乳頭状発育や粘液の過剰産生を示す腫瘍性病変で膵臓の膵管内乳頭粘液性腫瘍(intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas: IPMN)との相同性を考慮した概念である。今回、われわれは長期にわたり肝嚢胞として経過観察されたIPNBを経験したため細胞像を中心に報告する。

【症例】60歳代後半の男性。肝嚢胞で20年前より経過観察中であったが、数年前より徐々に増大。腹部の圧迫感解除目的に嚢胞ドレナージされ、その嚢胞内容液が細胞診に計4回提出された。

【細胞所見】初回は大型集塊での出現を認めるがクロマチンの増量所見がやや乏しく、2回目は異型の乏しい細胞が散見される程度、3回目は細胞異型を伴う小集塊がギムザ標本で僅かに捉えられるのみであった。いずれの細胞所見も悪性とする確定的所見はえられなかったが、4回目では細胞量は少ないものの粘液様物質を背景に重積性や細胞配列の乱れを示す集塊が見られ、細胞個々でも核偏在や核大小不同、核形不整、核小体腫大、核クロマチン細顆粒状から顆粒状の増量所見が確認されたため腺癌疑いとした。

【組織所見】肉眼的に嚢胞状に拡張する腫瘍であった。組織標本では胆管内に限局する腫瘍性病変で、血管間質を軸に乳頭状増殖を示していた。免疫染色では、MUC1(-), MUC2(-), MUC5AC(+))であることから、IPNB, malignant, gastric typeと考えられた。

【貯留胆汁細胞診の判定基準を用いた細胞の見直し】4回目のみならず、初回標本でも細胞集塊の判定基準を3項目満たし、悪性を疑う所見を捉えることができた。

【まとめ】貯留胆汁細胞診の判定基準を参考にすることが診断の向上につながると考えられた。

P-2-066 EUS-FNAで推定診断した膵尾部浸潤性膵管癌の1例

国立国際医療研究センター国府台病院中央検査部¹⁾, つくば国際大学医療保健学部臨床検査学科²⁾

○荒川文子(CT)¹⁾, 齋藤広樹(CT)¹⁾, 當銘良也(CT)²⁾, 石田 剛(MD)¹⁾

【はじめに】膵尾部の膵管癌は発生率が約10%と低く、また症状発現が遅いため発症時には切除不能なことが多く予後不良であるとされている。今回、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration: EUS-FNA)で浸潤性膵管癌と推定診断した膵尾部癌について報告する。

【症例】80歳代、男性。約8か月前、下血の精査の為にに行ったMRIで膵尾部に2cm大の結節を指摘。経過観察中に腫瘤の増大と膵管拡張があり、精査目的でEUS-FNA施行。膵尾部に24x18mmの境界明瞭な腫瘍性病変があり、内部エコーはやや高エコー、尾側に拡張した膵管と考えられる嚢胞性病変を伴っていた。腫瘤に対し22Gの穿刺針で3回穿刺吸引。生理食塩水中に穿刺針から検体排出したのち針洗浄を行い標本作製した。CEA軽度上昇、CA-19-9、DUPAN-2、SPan-1は基準値内であった。

【細胞所見】粘液性背景に壊死物質が見られ、やや小型の異型細胞が散在性から軽度重積性のある集塊で認められた。核は小型で、核形不整が著明、核内は抜けて見え核縁肥厚、核小体明瞭、N/C比大の異型細胞で、膵管癌と推定診断した。

【組織所見】膵尾部切除術が施行された。膵尾部に21x17x27mm大の灰白色の結節状腫瘍を認め、腫瘍に隣接して1.5cm大の嚢胞状に拡張した膵管が認められた。組織学的には、腫瘍は高分化型管状腺癌であった。

【考察】膵癌の様々なリスクファクターが明らかになっており、リスクの高い患者に対し、腹部超音波、CT、MRIによるスクリーニング検査も行われるようになってきている。膵尾部の病変であってもEUS-FNAを施行することで、膵尾部癌が早期に発見される可能性が期待され、今後、EUS-FNAによる細胞診検査の重要性が増すと考えられる。

P-2-067 術中迅速細胞診断が有用であった浸潤性膵管癌の一例

東京通信病院病理科¹⁾, 東京通信病院外科²⁾, 東京警察病院病理診断科³⁾, 立正佼成会付属佼成会病院病理科⁴⁾

○岸田由起子(MD)¹⁾, 高橋 剛(CT)¹⁾, 中村恵子(CT)¹⁾, 斉藤佑美(CT)¹⁾, 清水香織(CT)¹⁾, 山崎志寿子(CT)¹⁾, 浅川一枝(CT)¹⁾, 寺島裕夫(MD)²⁾, 横山宗伯(MD)³⁾, 小川真紀(MD)³⁾, 二階堂孝(MD)⁴⁾, 田村浩一(MD)¹⁾

【症例】70才代男性. 糖尿病, 高血圧の加療目的で通院中, 肝胆道系逸脱酵素の上昇を認め, 画像診断にて下部胆管癌疑いとなり入院. ERCPを施行するも, 十二指腸に伸展不良あり, 乳頭にカニューレションできず, 細胞診断結果は陰性. 確定診断困難なため, 減黄+試験開腹手術が施行された.

【手術所見】膵全体が硬く腫大し明らかな腫瘤は指摘されず, 慢性膵炎が疑われた. 十二指腸下縁近くの硬結部から穿刺, 迅速細胞診断 LBC 標本を作成した.

【細胞所見】10個ほどの細胞集塊が認められ, 核小体明瞭な核を有する細胞が軽度の大小不同や重積性, 核間距離・極性の乱れを示し, 集塊の辺縁は不整で核の飛び出し傾向もみられた. 腺癌を強く疑う(Class3以上)と伝え, 同部位と膵内の硬結部から迅速生検標本が提出された.

【組織所見】膵組織への脂肪浸潤が著明なこともあり, 迅速標本で十分な組織量は得られなかったものの, 細胞診断標本でみられたと同様の異型細胞や desmoplastic stroma をわずかに認め, 炎症所見は目立たないと報告, 膵頭部・十二指腸・総胆管・胆嚢合併切除術が施行された.

【最終組織診断】膵管本幹・分枝内に広範囲に広がる PanIN を伴い, 下部胆管内を置換性増殖し, 十二指腸壁粘膜下にまで浸潤も確認された膵頭部管状腺癌であった.

【結語】胆道系・膵臓腫瘍の手術時には切除断端の判定のため迅速診断がルーティーンに施行されるが, 診断医が悩まされるような所見を呈することも少なくない. 術前診断が困難だった場合のみならず, 術中に細胞診断標本を作成し, より多角的に診断する事は迅速診断の精度向上にもつながると考えられる.

P-2-068 主膵管内進展を伴う膵腺房細胞癌の1例

鳥取大学医学部附属病院病理部¹⁾, 鳥取大学医学部器管病理学²⁾

○松重貴大(CT)¹⁾, 持田洋利(CT)¹⁾, 遠藤由香利(CT)¹⁾, 大野千恵子(CT)¹⁾, 野坂加苗(MD)¹⁾, 桑本聡史(MD)¹⁾, 堀江 靖(MD)¹⁾, 梅北善久(MD)²⁾

【はじめに】膵腺房細胞癌(Acinar cell carcinoma: 以下 ACC)は膵癌の約0.5%, 膵外分泌腫瘍の1~2%と比較的稀な腫瘍である. 通常の浸潤性膵管癌と異なり, 膨脹性の発育を示すのが特徴とされており, 切除例の5年生存率は43.9%とされている. 今回我々は主膵管内進展を認めた症例を経験したので文献的考察を加えて報告する.

【症例】70歳代女性. 近医にて糖尿病の加療中に血糖コントロールの悪化を認め, 腹部超音波検査にて, 膵頭部腫瘍性病変と主膵管拡張を指摘され当院紹介となった. 当院 MRI で膵頭部に16×15×20mmの結節を認め, EUS-FNA が施行された.

【細胞所見】小型類円形細胞が血管間質を伴った房状や平面状集塊で出現していた. 異型細胞の細胞境界は不明瞭, 細胞質は顆粒状を示していた. N/C比は低く, 核は類円形で核偏在傾向と核腫大が見られた. 異型は軽度であり, 判定としては良悪判定困難と報告した.

【組織所見】腫瘍は膵頭部の実質に見られ, 一部は主膵管内発育を示し, 膵管内腫瘍栓が見られた. 索状~充実性に増生する腫瘍細胞は好酸性の細胞質を有し, 核偏在傾向で, 類円形核が見られた. 免疫組織化学染色にて, CAM5.2(+), β-catenin(+)(細胞膜), cytokeratin7(-), cytokeratin20(-), CD56(-), synaptophysin(-), chromogranin A(-)を示し, ACCと診断した.

【まとめ】近年の研究にて主膵管内進展を伴う ACC は, それを伴わない ACC と比べて脈管侵襲や神経浸潤などが少なく比較的予後良好と報告されており, 本例も術後7ヶ月で転移・再発を認めていない. 主膵管内進展は ACC を鑑別に挙げるポイントの一つであると共に予後の推定に有用な一所見である可能性が示唆される.

P-2-069 膵腺房細胞癌 2 例の細胞学的特徴像

東京医科大学病院病理診断部

○片桐仁子(CT), 山口 浩(MD), 大城 久(MD),
小池悦子(CT), 三宅真司(CT), 桑原 淳(CT),
磯本愛子(CT), 鈴木恵美子(CT), 大塚清花(CT),
忽滑谷昌平(CT), 松林 純(MD), 長尾俊孝(MD)

【はじめに】膵腺房細胞癌は、膵臓の腺房細胞から発生する膵外分泌腫瘍であり、その発生頻度は膵外分泌腫瘍の1~2%とまれである。今回、典型的な膵腺房細胞癌2症例の細胞像について検討したので報告する。

【症例】症例1: 80代・男性。術前の経十二指腸乳頭の膵液細胞診にて、血性・粘液性背景にクロマチンの増量した小型異型細胞が、重積性の集塊を形成して密に分布し、所々で複雑な腺腔様の構造を伴っていたため、腺系悪性腫瘍が考えられた。同時に作製されたセルブロック標本で免疫染色を行った結果、腺房細胞癌が疑われ、膵頭十二指腸切除術が施行された。症例2: 50代・女性。膵頭部腫瘍疑いで膵頭部十二指腸切除が施行された。手術検体からの捺印細胞診では、壊死物質とともに、小型類円形核を有する異型細胞が、結合性の緩い集塊ないし孤立性に出現していた。細胞集塊は軽度の重積性を示し、一部で腺腔様あるいはロゼット様の構造がみられた。病理組織学的にはいずれの症例にも、好酸性細胞質を有する小型異型細胞の密な腺房状増殖からなる腫瘍を認め、免疫染色にて腫瘍細胞はトリプシン陽性であった。以上の所見から、いずれの症例も最終的に腺房細胞癌と診断された。

【考察】膵腺房細胞癌の細胞像は特徴的であるが、実際に経験することはまれである。本腫瘍の診断には、非腫瘍性の腺房組織、神経内分泌腫瘍や solid pseudopapillary neoplasm、膵管癌との共通点と相違点を十分に認識することが重要である。それに加えて、超音波内視鏡下の穿刺吸引材料が増えてきた現在では、セルブロックによる免疫染色所見と合わせての評価がより正確な術前診断に寄与するものと考えられる。

P-2-070 膵 EUS-FNA にて細胞診断の手がかりとなる無構造の球状物質が見られた症例の検討

徳島大学病院病理部

○森河由里子(CT), 松山友理子(CT), 米田亜樹子(MD),
坂東良美(MD)

【はじめに】当院では EUS-FNA 実施の際、細胞が採取されているかや、良悪等の確認のため Diff-Quick 染色を実施し、病理医、臨床医、細胞検査士で検鏡確認する。同時採取の生検組織材料が微小で確定診断に至らない場合、細胞診結果が重要になることがある。診断するに当たり、基本的な所見や特徴的な所見をヒントに細胞診検体で組織型を推定する必要がある。

【症例 1】60 歳代男性、膵尾部に 20~25 mm 大の腫瘍を認め、acinar cell carcinoma (ACC) 疑いで EUS-FNA が施行された。異型細胞が多数採取されており、シート状の集塊や細胞密度の高い重積を伴う集塊が多数見られた。また無構造の球状物質や血管間質を軸とした結合性の緩くなった乳頭状を思わす小型細胞集塊も見られ、核の大小不同や核形不整等も目立ち、solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) が疑われた。生検組織診では材料が少なかったが、免疫染色の結果から SPN が示唆された。

【症例 2】60 歳代女性、膵尾部に 15~20 mm 大の腫瘍を認め、neuroendocrine tumor (NET) 疑いで EUS-FNA が施行された。細胞診で核の大小不同や極性の乱れ、クロマチンの増量等が見られる多数の異型上皮細胞集塊や類円形のよく揃った細胞集塊が見られた。NET との鑑別が難しかったが、多数の無構造の球状物質が見られたので、SPN の可能性も考えた。組織診においても SPN と NET の鑑別が難しかったが、免疫染色の結果から NET が示唆された。

【比較】症例 1, 2 に出現した無構造の球状物質に対し特殊染色や免疫染色を行い比較、検討した。

【まとめ】SPN によく見られる無構造の球状物質に類似した放射状結晶物質が多数見られる NET を経験した。SPN と NET の鑑別は細胞診においても困難であるが、球状物質の存在が診断の一助となる可能性がある。

P-2-071 EUS-FNA が有用であった膵臓 Solid-Pseudopapillary neoplasm の 1 例

新百合ヶ丘総合病院病理診断科

○和田幸子(CT), 高山明子(CT), 中泉正博(CT),
福永眞治(MD)

【はじめに】膵臓 Solid-Pseudopapillary neoplasm (以下 SPN) は若年女性に発生する稀な腫瘍である。当院で行われている超音波内視鏡下穿刺吸引法 (以下 EUS-FNA) により病変が推定され、診断に有用であった 1 例を報告する。

【症例】40 歳女性。健診時 US にて膵嚢胞を指摘され精査目的に当院受診された。自覚症状はなし。当院 US にて膵体部に 20 mm 大の充実性腫瘍を認めた。Dynamic CT では早期は染まらず、後期相で染まり、MRI では T2 でやや high な像を示した。EUS 所見は、中心部に石灰化を伴う充実性腫瘍で、被膜を認めた。これらの所見より臨床では p-NET > SPN > mucinous carcinoma を考え、確定診断目的のため EUS-FNA を施行した。

【細胞所見】比較的小型の軽度異型細胞を多数認めた。散在性～集塊状に出現し、集塊内には豊富な血管間質を認めた。胞体は円形ないし短立方型で顆粒状物質が見られ、核は円形で軽度大小不同を認めた。これらの所見から SPN > p-NET と考え、mucinous carcinoma は否定的であった。

【組織診断】分化のよい上皮細胞が密在し乳頭状、梁状、偽ロゼット状の配列を示し、間質では血管が豊富であった。腫瘍細胞はほぼ均一であり、その核は中等大で細胞質は豊かで好酸性であった。粘液産生は認めず、大型泡沫細胞が混在していた。免疫染色では S-100, chromogranin, synaptophysin, CD56, AE1/AE3, CD10 が陽性、 β -catenin がびまん性強陽性、CK7, CK20, insulin, somatostatin が陰性、Ki-67 は 2% であった。これらの所見から SPN と診断された。

【まとめ】EUS-FNA では検体の適性をベッドサイド顕微鏡下にて確認することにより、推定診断報告が迅速に行える。また、この腫瘍の診断にとっても EUS-FNA の利便性は高い。

P-2-072 Solid-pseudopapillary neoplasm の 1 例

高知赤十字病院病理診断科¹⁾, 検査部²⁾

○和田有加里(CT)¹⁾, 安岡 香(CT)¹⁾, 小原昌彦(CT)¹⁾,
水野圭子(CT)¹⁾, 頼田顕辞(MD)¹⁾, 黒田直人(MD)¹⁾,
大原有理(CT)²⁾, 栗下一義(CT)²⁾, 弘内 岳(CT)²⁾

【はじめに】Solid-pseudopapillary neoplasm (以下 SPN) は、膵外分泌腫瘍の 0.9～2.7%、膵嚢胞性腫瘍の 5% に発生する稀な疾患群である。今回、SPN の 1 例を経験したので、細胞所見を中心に報告する。

【症例】60 歳代、男性。検診にて膵体部に 6.4 mm の嚢胞性病変を指摘され、当院紹介となる。超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) の組織学的検査より SPN が疑われ、腹腔鏡下膵部分切除が施行された。

【EUS-FNA 細胞所見】小型で、類円形や短紡錘形を呈する異型細胞を結合性に乏しい集塊～孤在性に認め、一部、間質と混在するような部分もみられた。核は類円形で、クロマチンは細顆粒状、小型核小体を認めた。核偏在性で、細胞質はライトグリーン淡染性～顆粒状を呈し、一部、細胞質内空胞や形質細胞様の形態を示す細胞を認めた。

【腫瘍捺印細胞所見】上記所見に加え、核溝や hyaline globules と思われるライトグリーン好染性の無構造物が散見された。また、背景にはギムザ染色で異染性を示す間質を認めたが、明らかな偽乳頭状構造は確認できなかった。

【組織所見】立方状や楕円形、短紡錘形細胞が結節状に増殖した像がみられた。免疫染色では、 β -catenin (核陽性)、CD10, vimentin, synaptophysin 陽性、chromogranin A, trypsin, glucagon, insulin, VIP には陰性であった。

【まとめ】SPN の特徴的な所見として偽乳頭状構造が挙げられるが、本症例では明らかでなく、細胞形態からとくに Neuroendocrine tumor (以下 NET) との鑑別を要した。しかし、腫瘍捺印細胞診で核溝を散見し、EUS-FNA の細胞像を retrospective に見直してみると、少数だが核溝が認められた。これは NET よりも SPN を示唆する所見の一つであり、 β -catenin 等の免疫染色と併用することで EUS-FNA での細胞診断も可能と考えられた。

P-2-073 EUS-FNAにて診断し得た膵神経内分泌腫瘍の1例

社会医療法人愛仁会高槻病院臨床検査科病理¹⁾, 社会医療法人愛仁会高槻病院病理科²⁾

○谷口由美(CT)¹⁾, 平尾美智(CT)¹⁾, 井本智子(CT)¹⁾, 仲谷武史(CT)¹⁾, 伊倉義弘(MD)²⁾, 岩井泰博(MD)²⁾

【はじめに】膵神経内分泌腫瘍は比較的稀な腫瘍であるが、近年の画像診断技術の発達や Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration (EUS-FNA) の普及により以前に比べ遭遇する機会が増えている。今回、EUS-FNAにより診断することのできた膵神経内分泌腫瘍症例を経験したので報告する。

【症例】70歳、女性。検診時の腹部エコー検査にて膵尾部腫瘍を指摘される。腫瘍マーカー、内分泌検査に異常は認めなかった。CTにて膵尾部に15×18mm腫瘍、EUSにて19mm境界明瞭辺縁整な腫瘍を認め、EUS-FNAにて標本採取。膵神経内分泌腫瘍が疑われ、膵尾部部分切除術が施行された。

【EUS-FNA細胞所見】N/C比の高い小型類円形細胞を不規則重積性集塊または孤立性に認め、ロゼット様配列を示す箇所もあった。核は偏在傾向を示し、クロマチンは粗く顆粒状、一部の細胞は明瞭な核小体を有していた。セルブロック標本に免疫染色を行ったところ、クロモグラニン、シナプトフィジン、CD56 (NCAM)に陽性を呈した。以上の所見より神経内分泌腫瘍が示唆された。

【摘出標本組織所見】膵内に限局する長径18mmの境界明瞭な黄白色充実性腫瘍。腫瘍細胞は、硝子化間質を伴って索状に配列し、増殖していた。Ki-67標識率は1%未満でNeuroendocrine neoplasm Grade 1と診断した。

【考察】本症例は高分化で、ロゼット様配列、小型類円形細胞、顆粒状核クロマチンなど特徴的な細胞所見が観察され、神経内分泌腫瘍と診断することができた。またセルブロックの併用により免疫染色も可能となり、EUS-FNAは神経内分泌腫瘍の診断に大変有用であると考えられた。

P-2-074 画像診断で自己免疫性膵炎が疑われた膵神経内分泌腫瘍の一例

高知大学医学部附属病院病理診断部

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

【はじめに】画像診断で自己免疫性膵炎(以下AIP)が疑われ、超音波内視鏡下穿刺吸引(以下EUS-FNA)が有用であった膵神経内分泌腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】患者は66歳、女性。高血圧症、高血糖等の定期通院中に腹部超音波検査で膵腫大を認め、精査目的に当院入院となった。超音波およびCT検査で膵臓のびまん性腫大とPET-CT検査で膵全体に高度集積を認め、腫瘍は否定的でAIPを疑ったが、膵全体癌の可能性を否定する目的もありEUS-FNAが施行された。

【細胞所見】好中球、リンパ球を背景に核偏在性の上皮細胞が多数認められた。細胞質がライト緑に淡染し、核が類円形に腫大、核の大小不同が目立ち、核クロマチンは微細～粗造に増量する異型細胞が多数認められた。豊富な血管間質から異型細胞の連続性が見られ、異型細胞はロゼット様配列で認められた。細胞診断は良悪鑑別困難でAtypical cells, neoplastic lesionとし、鑑別診断に神経内分泌腫瘍やSolid-pseudopapillary neoplasm(以下SPN)をあげた。

【組織所見】細胞診の結果から膵針生検が施行された。N/C比の高い小～中型の類円形均一な細胞が充実性に増殖し、血管を主体とした狭い間質を介在して認められた。組織所見からはNeuroendocrine tumorやSPNを疑った。免疫組織化学的にはSynaptophysin, Chromogranin Aが陽性、CD56は一部細胞膜に陽性。Vimentinは陽性、β-cateninは細胞質が顆粒状に陽性、核は陰性、CD10, DOG1は陰性であった。核分裂像は少なく、Ki-67標識率は5.9%であることからNeuroendocrine tumor, grade 2を第一に考えた。

【まとめ】画像診断と細胞診断の乖離があったが、細胞診で腫瘍が疑われ、組織診により膵神経内分泌腫瘍と診断された一例を報告した。EUS-FNAによる細胞診が有用であった。

P-2-075 液状化細胞診で診断可能であった膵の神経内分泌腫瘍 (NET) の 3 例

福井大学医学部附属病院病理診断科/病理部

○岩崎和美(CT), 森 正樹(CT), 前川秀樹(MT),
鈴木佑梨(MT), 竹内 文(MD), 小上瑛也(MD),
今村好章(MD)

【はじめに】今回、我々は液状化細胞診で診断可能であった膵の神経内分泌腫瘍 (NET) の 3 例を経験したのでその細胞所見と病理所見について報告する。

【症例 1】60 歳代, 女性。感染性肝囊胞の治療にて入院中, CT で膵腫瘍を指摘された。細胞診と生検組織診で膵の NET が疑われたため、膵体尾部切除術が施行された。

【症例 2】80 歳代, 男性。蝶形洞炎にて他院入院中に膵腫瘍を指摘され、精査目的で当院入院。細胞診と生検組織診で膵の NET を疑われたが、高齢のため手術は希望せず、現在画像にて経過観察中である。

【症例 3】70 歳代, 女性。当院婦人科で子宮頸部扁平上皮癌の放射線治療および化学療法中の約 1 年前に CT にて膵腫瘍を指摘され、経過観察中であった。細胞診と生検組織診で膵の NET が疑われたため、亜全胃温存・膵頭十二指腸切除術が施行された。

【細胞診所見】3 症例ともに膵 EUS-FNA で検体が採取され、LBC 簡便法にて検体処理と標本作製を行った。いずれの症例においてもほぼ同様の細胞所見がみられた。即ち、清明な背景に、結合性が比較的緩い腫瘍細胞が集簇して多数みられた。腫瘍細胞の細胞境界は不明瞭で、比較的狭いライトグリーン好性の細胞質と小型類円形で比較的均一な核を有していた。核クロマチンはごま塩状～微細顆粒状で小型核小体を認めた。免疫染色では synaptophysin と chromogranin A が陽性を示し、NET を推定した。

【組織所見】膵 EUS-FNA の生検標本では 3 症例とも小型で類円形の核と好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞の充実性～索状配列を認めた。免疫染色では種々の程度に内分泌細胞マーカーが陽性であった。

【考察とまとめ】LBC 簡便法による NET3 症例の細胞像は比較的典型的で類似していたが、臨床的に鑑別が必要な症例があった。

P-2-076 胆嚢原発大細胞神経内分泌癌の一例

関西労災病院中央検査部¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 消化器外科³⁾, 同 消化器内科⁴⁾

○吉野龍一(CT)¹⁾, 杉生憲二(CT)¹⁾, 原沙由美(CT)¹⁾,
山根三千秋(CT)¹⁾, 後藤孝吉(MD)²⁾, 永野輝明(MD)²⁾,
石田 智(MD)³⁾, 前田篤史(MD)⁴⁾, 桂 宜輝(MD)³⁾,
糸瀬一陽(MD)⁴⁾, 武田 裕(MD)³⁾, 中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】胆嚢原発の大細胞神経内分泌癌は稀な高悪性度腫瘍である。今回、我々は胆汁中に腫瘍細胞を検出した胆嚢原発大細胞神経内分泌癌の一例を経験したので、考察を加えて報告する。

【症例】90 歳代, 女性。

【主訴】腹痛, 黄疸。

【現症】上記主訴にて受診。胆嚢炎, 胆石症疑いの臨床診断の下, 入院後, CT, エコーにて胆嚢内に 5 cm 大の腫瘍を認めた。閉塞性黄疸に対して ERCP を施行し、カニュレーション時に排出された血性胆汁の細胞診で悪性と診断した。病変に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行され、最終病理診断は大細胞神経内分泌癌であった。

【細胞診所見】類円形で核クロマチン顆粒状に濃染する裸核様の異型細胞を散在性～結合の乏しい小集塊にて認めた。低分化腺癌, 神経内分泌腫瘍等の悪性腫瘍を疑ったが、細胞変性が著しく組織型の推定は困難であった。

【病理組織所見】N/C 比が高く、大型で核クロマチンの粗な細胞が胞巣状に増殖する低分化な腫瘍であった。核分裂像, アポトーシスが非常に多く、地図状の広範な壊死を認めた。腫瘍細胞のリボン状配列が目立っていた。免疫染色は synaptophysin (+), chromogranin A (-), CD56 (+)であった。

【まとめ】胆汁細胞診は変性を受けやすく、良悪の鑑別, あるいは組織型の推定が難しい。胆嚢原発の大細胞神経内分泌癌は頻度は低いが高悪性度の高い腫瘍であるため、本疾患の存在を念頭に置き、慎重な細胞診断が要求される。

P-2-077 超音波内視鏡穿刺吸引 EUS-FNA にて診断し得た IPMN を合併した退形成癌の 1 例

横浜市立大学附属市民総合医療センター病理診断科

○海老塚智恵美(CT), 石津春菜(CT), 小寺輝明(CT), 武田奈津子(CT), 富岡理恵(CT), 腰高典子(CT), 菊地美保(CT), 田辺美樹子(MD), 大谷方子(MD), 稲山嘉明(MD)

【はじめに】 Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) は膵管癌を合併しやすいとされる。また退形成癌は極めて稀な腫瘍であるが、今回われわれは IPMN に退形成癌を合併した症例を経験したので報告する。

【症例】 70 歳代, 男性。近医で膵頭部に 24×16 mm の腫瘍性病変を認め膵頭部癌が疑われ, 当院精査となった。EUS にて膵頭部に 16×14 mm の低エコー腫瘍あり, 腫瘍の遠位の膵管は拡張していた。

【EUS-FNA 細胞所見】 炎症性背景に粘液を有し不規則重積性を示す腺癌を考える細胞集塊がみられた。周囲には間質を伴った異型性が非常に強い大型の異型細胞を認めた。巨核や多核のものも見られ, 退形成癌の可能性を考えた。

【手術材料組織所見】 膵頭部において 20×15 mm 大の境界やや不明瞭な黄白色結節を認めた。主膵管には著明な拡張がみられ粘液の貯留が疑われた。組織学的には, 核小体明瞭で大型の核と好酸性の胞体を有する多形性のある異型細胞が増殖し, 一部では紡錘形を呈した。IPMN を伴い, 破骨細胞様巨細胞をまじえる退形成癌(多型細胞型)と診断し, 矛盾しない免疫染色結果であった。

【結語】 退形成癌の発生頻度は本邦では膵癌中 0.1% と稀である。IPMN 併存膵癌は 2.0~9.4% であるがそのうち退形成癌を合併した報告は数例のみである。退形成癌は予後不良とされ早期発見が望まれる。今回 EUS-FNA にて細胞診では退形成癌の成分を主体として観察されたが, IPMN の成分が主体とされた場合に多彩な像が見られた時はより注意深い観察が望まれる。

P-2-078 膵液中に腫瘍細胞が出現した破骨細胞様巨細胞型退形成癌の 3 例

自治医科大学附属病院病理診断部

○伊藤聡史(CT), 福島愛理(CT), 鈴木智子(CT), 郡 俊勝(CT), 森田剛平(MD), 福嶋敬宜(MD)

【はじめに】 膵臓の破骨細胞様巨細胞型退形成癌は全膵癌の 0.3~0.5% とされ, 細胞像についての報告も少ない。今回我々は膵液細胞診にてこの稀な症例を 3 例経験したので報告する。

【症例 1】 68 歳, 男性。他院にて膵膵部に 3 cm 大の腫瘍を認め, 当院紹介受診。ERCP にて IPMN 由来癌が疑われた。

【症例 2】 67 歳, 男性。健診にて, γ -GTP 高値を指摘され当院紹介受診。CT にて主膵管の拡張と膵癌を疑う腫瘍を認めた。

【症例 3】 74 歳, 男性。他院の CT で膵頭部腫瘍を認めた。膵癌が疑われ, 当院紹介受診。

【膵液細胞所見】 症例 1, 2 では変性を伴っているが, 類円形~短紡錘形のやや多形性のある異型細胞が集塊状や孤在性に多数みられた。多核の大型細胞や破骨型巨細胞も認められた。症例 2 においては腺癌を疑う細胞も少数確認できた。症例 3 では異型細胞の出現量少数で確定には至らなかったが, 破骨型巨細胞も僅かにみられた。

【組織所見】 全ての症例において腫瘍は主膵管内に浸潤し, 膵管内腫瘍が形成されていた。腫瘍は類円形から紡錘形の核を有する多形性の強い腫瘍細胞と破骨細胞様巨細胞が混在する像がみられ, 一部に腺癌成分も認められた。破骨細胞様巨細胞型退形成癌と診断した。

【まとめ】 破骨細胞様巨細胞型退形成癌は膨張性増殖をとり, 巨大な腫瘍を形成することが知られている。それに加え, 自験例ではいずれの症例でも主膵管内への進展が目立った。膵液中に出現する細胞は通常の膵管癌とは異なり, 多形性のある細胞と破骨型巨細胞が混在する比較的特徴のある像を示した。このような像を捉えれば, 膵液細胞診においても退形成癌を鑑別に加えることが可能であると考えられた。

P-2-079 EUS-FNA で診断した undifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cells の一例

関西労災病院中央検査部¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 消化器内科³⁾

○原沙由美(CT)¹⁾, 杉生憲二(CT)¹⁾, 山根三千秋(CT)¹⁾, 吉野龍一(CT)¹⁾, 永野輝明(MD)²⁾, 後藤孝吉(MD)²⁾, 村井大毅(MD)³⁾, 辻 朱紀(MD)³⁾, 糸瀬一陽(MD)³⁾, 中塚伸一(MD)²⁾

【はじめに】腓胝形成癌は腓胝癌の1型であり、細胞形態により、巨細胞型、多型細胞型、紡錘細胞型に分類される。今回、我々は巨細胞型に含まれる稀な亜型、undifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cells (UCOGC)をEUS-FNAにて経験したので、考察を加えて報告する。

【症例】60歳代、女性。心窩部痛にて近医を受診し、CTにて腓胝部に径38mmの腫瘍性病変を認め、腓胝部癌を疑った。当院入院後、病変に対しEUS-FNAを施行し、セルブロックによる検討とも合わせUCOGCと診断した。

【細胞所見】類円形～紡錘形の細胞を散在性ないし結合性のゆるい集塊で認めた。大小不同が著明で、核クロマチンは顆粒状に増量していたため、悪性疑いと判断した。また、大型核を単個～複数個有する巨細胞も散在性に認めた。

【組織所見】破骨細胞様の多核巨細胞の出現を多数伴う腫瘍であり、多核巨細胞の間に単核で軽度～高度異型を示す細胞がびまん性に浸潤する像を認めた。免疫染色は、多核巨細胞はvimentin(+), AE1/AE3(-), CD68(+)であり、単核細胞はvimentin(+), AE1/AE3(-), CAM5.2(-), EMA(-), CD68(-)であった。

【まとめ】破骨細胞様多核巨細胞が目立つ稀な腓胝形成癌、UCOGCの一例を経験した。術前にEUS-FNAにて診断し得た貴重な一例として報告する。

P-2-080 術後10年を経て腓胝転移を認めた腎淡明細胞癌の一例

済生会松阪総合病院検査課¹⁾, 済生会松阪総合病院臨床検査科²⁾, 三重大学医学部附属病院病理部³⁾

○竹内健二(CT)¹⁾, 丸井理恵子(CT)¹⁾, 山本雄一(CT)¹⁾, 小塚祐司(MD)³⁾, 中野 洋(MD)²⁾

【はじめに】腎細胞癌は肺や骨に血行性に転移しやすいと言われているが、腓胝転移は比較的稀である。今回我々は、腎癌術後10年を経て腓胝転移を認めた腎淡明細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】52歳男性。2005年左腎淡明細胞癌にて左腎摘出術を受け、その後外来でフォローされていた。2009年に肺転移を認め、他院にて切除術施行。2014年12月、画像所見にて腓胝部に27.0×26.8mmの腫瘍性病変を認め、2015年1月、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)が施行された。

【細胞像】ディフ・クイック染色およびパパンニコロウ染色にてN/C高く、クロマチンは顆粒状、大型核小体を有する異型細胞を孤在性に認めた。細胞質は泡沫状で境界が不明瞭であった。

【組織像】淡明な細胞質で腫大した核小体を有する異型細胞を少量認めた。免疫染色ではRCC, CD10, CA9, およびPAX-8が陽性であった。

【まとめ】腎癌の腓胝転移は1.4～2.8%と報告されており、稀な症例を経験した。EUS-FNAにて採取された検体は細胞診、組織診共に非常に少量であり、診断に苦慮したが、免疫染色を組み合わせることで診断が可能であったと考えられた。

P-2-081 自然尿中に尿路上皮癌と小細胞癌が併存した一例

さいたま市立病院中央検査科病理¹⁾, 慶應義塾大学医学部病理学教室²⁾

○齋藤 樹(CT)¹⁾, 長澤英一郎(CT)¹⁾, 森田 繁(CT)¹⁾, 手塚康晴(CT)¹⁾, 赤塚誠哉(MD)¹⁾, 尾島英知(MD)²⁾

【はじめに】尿路原発の小細胞癌は非常にまれであるが、悪性度が高く予後不良である。多くの症例で尿路上皮癌の併存を認めるため、小細胞癌を見落とさずに報告することが極めて重要である。今回我々は、自然尿中にて尿路上皮癌と小細胞癌が併存した一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。肉眼的血尿にて当院受診。尿細胞診が施行され、悪性が疑われた。膀胱鏡にて左側壁の憩室内に乳頭状集塊が、CTにて左尿管の閉塞が指摘された。膀胱生検にて尿路上皮癌、左尿管生検にて小細胞癌と診断された。

【細胞所見】血性背景に、多形性を示す細胞質を有し、粗顆粒状クロマチン増加が著明な腫瘍細胞を小集塊にて認め、尿路上皮癌が疑われた。また、小集塊や孤立散在性に、小型裸核様異型細胞を認めた。集塊は一部木目込み様配列を呈しており、個々の細胞では細顆粒状クロマチンの密な増加を認めた。悪性リンパ腫も鑑別に挙げられたが、細胞の大きさや結合性、クロマチンの性状より小細胞癌を第一に疑った。

【組織所見】膀胱生検では、大小不同・不整な核を有する異型尿路上皮の乳頭状増殖からなる腫瘍を認め、high gradeの尿路上皮癌と診断された。左尿管の生検では、リンパ球より大型の細胞のびまん性増生を認めた。免疫染色では、Chromogranin A (+), Synaptophysin (+), CD56 (+), LCA (-)であり、小細胞癌と診断された。

【まとめ】尿路上皮癌を認める検体においても、標本上に小型異型細胞を認めた場合は小細胞癌の存在を念頭に置き、免疫染色等による積極的な検討を行うことが重要と考える。

P-2-082 膀胱の小細胞癌の2例と尿管の小細胞癌の1例

京都府立医科大学附属北部医療センター病理診断科¹⁾, 京都府立医科大学附属病院病理診断科²⁾, 京都府立医科大学附属北部医療センター臨床検査科³⁾, 株式会社日本セルネット⁴⁾

○真崎 武(MD)¹⁾, 岸本光夫(CT)²⁾, 小西英一(MD)²⁾, 西村綾子(MD)²⁾, 藤田幹雄(CT)³⁾, 原田規子(CT)^{2,4)}, 柳澤昭夫(MD)²⁾

【目的】尿路の小細胞癌の組織型や進行度と細胞診所見の関係を検討する。

【方法と成績】症例1, 70代女性。排尿困難で救急受診。膀胱腫瘍を指摘され、尿細胞診で小細胞癌と診断。TUR-Btでは尿路上皮癌と混在していた。抗癌剤治療後に膀胱全摘術が行われた。小細胞癌のみが残存しており、pT3aN1M0 Stage IV。抗癌剤治療を追加されたが、肺転移とリンパ節に転移再発を認め、放射線治療を追加したが転移巣が増大、両側水腎症を生じ、初診から1年後に死亡。

症例2, 60代、男性。肉眼的血尿で前医受診。6cm大の膀胱腫瘍を認め紹介受診。尿細胞診は陰性(見直しでは極少量の小細胞癌を認める)。TUR-Btで小細胞癌と診断され、抗癌剤治療後に膀胱全摘術が行われた。pT3aN0M0 Stage III。初診後13ヶ月で再発なし。

症例3 70代、男性 1ヶ月ほど続く肉眼的血尿を主訴に受診。細胞診で尿路上皮癌G3と診断。TUR-Btの組織像から小細胞癌と診断され、右腎尿管膀胱全摘術の結果、右尿管口付近から尿管へ5cmの広がりを示す小細胞癌pT3aN0M1(右腎) Stage IV。右腎摘出腔に再発、肺、肝、リンパ節に転移。抗癌剤治療で縮小傾向を認めたが、増悪し、脳転移も生じ、初診から1年6ヶ月後に死亡。

【結論】尿路の小細胞癌は尿路上皮癌G3と細胞診で鑑別が困難な場合があった。Stageがより進んだ2例で尿に出現する腫瘍細胞量が多かった。

P-2-083 尿中にみられた小細胞癌の一部検例

国立病院機構舞鶴医療センター臨床検査科¹⁾, 京都第一赤十字病院病理診断科²⁾, 明治国際医療大学婦人科³⁾

○岡本浩伸(CT)¹⁾, 小幡博美(CT)¹⁾, 安久玲子(CT)¹⁾, 増田一吉(CT)¹⁾, 中尾龍太(MD)²⁾, 樋野陽子(MD)²⁾, 木村順治(MD)³⁾

【はじめに】膀胱原発の小細胞癌は比較的稀な疾患であり, 全膀胱悪性腫瘍の0.3%~0.7%とされている。今回初診時の尿細胞診で小細胞癌が認められた一症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性, 1年前に両下肢脱力にて近医を受診したが, 自己都合により診察中断, 今回両下肢筋力低下, 排尿障害により診察再開するも神経系に異常がみつからず当院を紹介された。検索の結果, 全身転移を疑う結節影がみられ, 尿細胞診, 尿セルブロックを施行し小細胞癌と診断された。当院泌尿器科にて膀胱腫瘍の摘出術が施行されたが, 全身状態が低下し永眠された。

【細胞所見】強い炎症性・壊死性背景に, 孤在性~小集塊状に小型異型細胞を認めた。一部の集塊に木目込み細工様配列を認めた。細胞は小リンパ球の2~3倍の大きさで, N/C比は高度に増大し, ライトグリーン好性の狭い細胞質と核型不整を伴う腫大核を有し, 粗顆粒状クロマチンの増量を認めた。また集塊周囲には核線がみられ, 小細胞癌を疑う所見であった。

【セルブロック所見】尿沈渣成分を用い, セルブロックを作製した。免疫組織化学では, CD56, Chromogranin A, Synaptophysin, NSEが陽性を示した。

【組織所見】細胞質が乏しくクロマチン増量する異型細胞が索状または小細胞巣を形成して増生し, 筋層に浸潤している像を認めた。免疫組織化学では, セルブロック同様であり, MIB-1 Indexは90%以上であった。以上より小細胞癌と診断された。

【まとめ】膀胱原発小細胞癌は悪性度が高く, 予後不良とされており早期の診断や治療方針の決定が重要である。今後, 尿中に小型異型細胞が出現した場合, 小細胞癌も念頭においた観察が重要であると考え。

P-2-084 尿細胞診により診断された前立腺小細胞癌の一例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 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²⁾, 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾

○在津潤一(MD)¹⁾, 倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 谷山大樹(MD)¹⁾, 斉藤彰久(MD)¹⁾, 末田朝子(CT)¹⁾, 菅重里沙(CT)¹⁾, 安村奈緒子(CT)¹⁾, 田中美帆(CT)¹⁾, 坂根潤一(CT)¹⁾, 戸田 環(CT)¹⁾, 西村俊直(CT)¹⁾, 谷山清己(MD)³⁾

【緒言】小細胞癌は前立腺癌全体の0.5~2%とまれな組織型であり, 悪性度の高い腫瘍である。過去に尿細胞診により前立腺小細胞癌の診断が得られた報告は数例の症例報告のみにとどまる。今回我々は, 尿細胞診をきっかけに前立腺原発小細胞癌を診断しえた症例を経験したため報告する。

【症例】70歳代男性。癌の既往はない。約2週間持続する肉眼的血尿を主訴に当院泌尿器科を受診し, 同日の自然尿で小細胞癌が認められた。臨床的には腹部超音波検査で前立腺に腫瘍性病変を指摘され, 膀胱鏡検査では前立腺部尿道より膀胱頸部にかけて非乳頭状広基性病変が認められた。前立腺原発を疑い, 精査目的に施行した経直腸の前立腺針生検にて前立腺原発小細胞癌と確定診断された。CT, MRI上前立腺に長径92mm大の不整形腫瘤を認め, 精囊・膀胱浸潤, 両側内腸骨~閉鎖リンパ節, 左外腸骨リンパ節転移を伴っており, 前立腺小細胞癌(cT4N1M0)と診断された。

【尿細胞診所見】壊死性背景に裸核状で核の濃染を示す異型細胞が集塊状ないし孤在性に多数認められた。異型細胞は小型でN/C比が非常に高く, 核形不整を伴い, 鋳型形成が認められた。免疫細胞化学的にシナプトフィジン, クロモグラニンA, CD56陽性であり, 小細胞癌と診断された。

【生検組織所見】壊死の強い多量の小細胞癌組織が認められた。

【まとめ】前立腺小細胞癌はまれな組織型の悪性腫瘍であり, かつ急速な転帰をとる。今回我々は尿細胞診が前立腺小細胞癌の診断の契機となった一例を経験した。悪性度の高い本疾患を念頭に置いた注意深い尿細胞診診断の重要性が示唆された。

P-2-085 尿細胞診が診断契機となったS状結腸癌膀胱浸潤の一例

公立松任石川中央病院医療技術部検査室¹⁾, 公立松任石川中央病院病理診断科²⁾, 福井大学医学部附属病院病理部³⁾

○吉野敦子(CT)¹⁾, 村田由美子(CT)¹⁾, 久富元治(CT)¹⁾, 丹羽秀樹(MD)²⁾, 今村好章(MD)³⁾

【はじめに】S状結腸癌は稀に膀胱に直接浸潤し, S状結腸膀胱瘻を形成することがある。今回我々は, 尿細胞診が診断の契機となったS状結腸癌の膀胱浸潤例を経験したので報告する。

【症例】60代男性で, S状結腸憩室, 周囲膿瘍が疑われ当院を紹介受診した。抗生剤による保存的加療にていったん軽快し経過観察となったが, その後血尿, 残尿感, 排尿時痛が出現し, 泌尿器科を受診した。尿細胞診にて異型細胞が多数出現しており膀胱腫瘍が疑われ, 膀胱鏡や膀胱生検, CTが施行された。膀胱鏡では膀胱三角部奥に腫瘍があり, 腔内には腸粘膜や便が浮遊していた。S状結腸癌の膀胱浸潤が疑われ, S状結腸部分切除, 膀胱全摘, 回腸導管造設術が施行された。

【細胞所見】多数の赤血球や好中球を背景に, 核腫大, 濃染し核形不整を示す異型細胞が出現していた。変性が高度で診断時は原発巣の推定が困難であったが, 核偏在した高円柱状細胞が柵状配列を伴いながら存在し, 消化管癌の転移の可能性も示唆された。

【切除材料の組織学的所見】S状結腸癌(中分化型腺癌)が膀胱に直接浸潤し膀胱粘膜面に達していた。膀胱前壁剥離面に腫瘍が露出し, リンパ管, 静脈へ軽度侵襲していた。免疫染色上, 腫瘍細胞はCK20, CDX2はびまん性に陽性, CK7は一部の細胞で陽性, Uroplakinは陰性であった。

【まとめ】尿細胞診が診断契機となったS状結腸癌膀胱浸潤の一例を経験したので報告した。膿尿では多数の好中球を伴い変性が高度なことがあるが, 核偏在した高円柱状細胞や柵状配列がみられた場合には, 消化管癌の可能性も考慮する必要がある。

P-2-086 自然尿中に腫瘍細胞を認めた乳頭状腎細胞癌の一例

九州大学病院病理診断科・病理部¹⁾, 九州大学大学院医学研究院泌尿器科学²⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学³⁾

○中附加奈子(CT)¹⁾, 大久保文彦(CT)¹⁾, 仲正喜(CT)¹⁾, 高橋良輔(MD)²⁾, 阿萬紫(MD)³⁾, 孝橋賢一(MD)³⁾, 山元英崇(MD)^{1,3)}, 小田義直(MD)^{1,3)}

【はじめに】乳頭状腎細胞癌は腎細胞癌の5~10%を占める組織型で, その細胞学的特徴について述べた報告例は少ない。今回, 自然尿中に多数の腫瘍細胞を認めた乳頭状腎細胞癌の一例を経験したので報告する。

【症例】60代, 男性。無症候性肉眼的血尿を主訴に近医受診し, 静脈性腎盂造影検査で右腎盂内陰影欠損を指摘, CT検査で腎盂腫瘍が疑われ当院紹介受診された。右腎実質腫瘍の組織診断目的のためエコーガイド下に経皮的腎生検が施行され, 乳頭状腎細胞癌の診断となり根治的腎摘出術が施行された。

【自然尿細胞像】出血性背景に, 多数の腫瘍細胞が重積性集塊~弧在性に出現し, 一部, ロゼット様配列を呈していた。腫瘍細胞は円形~低円柱状で, 核形不整, 核偏在性を示し, 核クロマチンは繊細, 大型明瞭な核小体を有していた。細胞質は豊富で空胞状を呈し, 厚みのある細胞質を示す腫瘍細胞もみられた。

【経皮的腎生検捺印細胞像】背景に硝子化物や石灰化が見られ, 乳頭状集塊やロゼット配列を示す腫瘍細胞集塊を認めた。腫瘍細胞は, 核腫大, 核小体明瞭, ライトグリーンに好染する豊富な細胞質を有していた。少数ではあるが, 細胞質内にヘモジデリン顆粒が観察された。

【切除腎組織像】出血, 硝子化を伴い, 線維血管性間質を軸に円柱状腫瘍細胞が乳頭状増殖を示し, ロゼット配列も認めた。腫瘍細胞の核異型は著明で, 細胞質は豊富で好酸性を呈し, 乳頭状腎細胞癌の診断であった。

【まとめ】腎生検捺印像, 自然尿細胞診像ともに, 細胞質が豊富で大型明瞭な核小体を有する腫瘍細胞で構成されていた。これらの細胞像に加え, ロゼット様配列は乳頭状腎細胞癌を示唆する所見と考える。

P-2-087 診断に苦慮した腎集合管癌の一例

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¹⁾, JA 北海道厚生連札幌厚生病院病理診断科²⁾, 高知赤十字病院病理診断科³⁾

○樋田郁治(CT)¹⁾, 加藤 隆(CT)¹⁾, 吉岡明日香(CT)¹⁾,
平尾智美(CT)¹⁾, 市原 真(MD)²⁾, 後藤田裕子(MD)²⁾,
村岡俊二(MD)²⁾, 黒田直人(MD)³⁾

【はじめに】集合管癌は全腎上皮性腫瘍の1%と稀な高度悪性腫瘍である。尿細胞診の陽性率は腎細胞癌の他亜型に比べて高いが数%とされ本邦において細胞学的報告例は少ない。今回我々は、自然尿中に異型細胞を認め悪性を疑うものの診断が困難であった一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性、2014年11月、血尿を主訴に受診。精査にて膀胱良性腫瘍を認めたためTURが行われた。2015年1月より上腹部違和感を認め精査が行われ自然尿細胞診で異型細胞を認め経過観察されていた。4月より発熱が持続し右腎にCTで増強部位が出現したため針生検が行われ腎細胞癌の診断となり右腎摘出術が行われた。

【細胞所見】自然尿中には出血を伴う炎症性背景に小型ながら核腫大しN/C比が高く明瞭な核小体を有する核形不整の異型細胞を散在性、小集塊状に認めた。摘出材料の捺印標本には自然尿と同様の異型細胞とともに複数の核小体有する巨大な細胞を認めた。

【病理組織所見】髓質から皮質にかけて広がる境界不明瞭な腫瘍で、腎の輪郭は比較的保たれていた。組織学的には好酸性の細胞質の立方状から低円柱状の細胞が、管状、乳頭状に増殖し、充実性の増殖も見られた。hobnail patternや紡錘形細胞も見られ核異型が強く、腫瘍壊死、周囲集合管に異型が見られ、高度の静脈侵襲も認め、右副腎へも転移しており腎盂、腎洞脂肪織、腎周囲脂肪織への浸潤も認め集合管癌の診断となった。免疫組織化学的にはUEA-1, EMA, CK34βE12がfocal+であった。

【まとめ】尿細胞診では異型細胞が少数の場合、診断に苦慮する事が想定されるが、臨床所見を参考とし核小体や核形不整などの細胞所見を認めた場合は、集合管癌も念頭に入れる事が必要と思われた。

P-2-088 尿細胞診にて診断された、悪性リンパ腫と尿路上皮癌の2重がんの一例

株式会社アイル板橋中央臨床検査研究所病理¹⁾, 東戸塚記念病院泌尿器科²⁾

○西島千尋(CT)¹⁾, 本口ゆき奈(CT)¹⁾,
高山由香里(CT)¹⁾, 松元照美(CT)¹⁾,
石川由起雄(MD)¹⁾, 各務 裕(MD)²⁾

【はじめに】尿中に悪性リンパ腫細胞が出現する事は稀である。尿細胞診検査にて、悪性リンパ腫と尿路上皮癌の2重がんを診断し得た一例を経験したため、尿細胞診について報告する。

【症例】血尿を主訴とする80歳代男性。尿細胞診検査後、画像・膀胱鏡検査を施行。尿細胞診検査にて悪性リンパ腫を指摘したため、血性IL-2R検査も施行。膀胱右側壁充実性腫瘍及び後壁乳頭状腫瘍が確認され、経尿道的膀胱腫瘍切除術が施行された。

【細胞所見】血性背景に、N/C比が高く、粗顆粒状の核クロマチン、切れ込み・括れ・分葉状等の核形不整、明瞭な核小体を示す小型異型細胞を孤立散在性に多数認めた。尿路上皮系の重積性集塊でも、類似の細胞異型が見られた。前者は悪性リンパ腫が強く疑われ、後者は尿路上皮癌を示唆しており、2重がんの可能性を指摘した。

【組織所見】右側壁充実性腫瘍は、粘膜上皮下に異型リンパ球が密に増殖し、広く深く浸潤していた。核は大型で核小体明瞭、N/C比高く裸核状であった。免疫組織化学では、CD20(+), CD79α(+), LCA(+), CD3(-)であり、濾胞形成を認めない事から、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。後壁乳頭状腫瘍は、核濃染及び核腫大を示す尿路上皮細胞の増殖を認め、全層性の異型を見る尿路上皮癌(G1)であった。

【結語】高いN/C比や核形不整等の所見を有する小型リンパ球様細胞が、孤立散在性に出現する場合は、尿検体においても悪性リンパ腫の可能性を常に考慮すべきであると考えられた。尿中異型細胞は、尿路上皮癌を第一に疑うことが一般的であるが、本例においては、細胞診検査が血清IL-2R検査に直結し、臨床診断の一助となったと思われた。

P-2-089 尿細胞診に腫瘍細胞の出現を認めた悪性リンパ腫の1例

日本大学病院病理診断科¹⁾, 日本大学医学部病態病理系病理学分野²⁾, 日本大学医学部総合医学研究所³⁾

○堀内広美(CT)¹⁾, 古瀬慶子(CT)¹⁾, 渡辺紀子(MD)²⁾,
桂 義久(MD)¹⁾, 絹川典子(MD)^{1,2)},
逸見明博(MD)^{1,2)}, 根本則道(MD)³⁾

【はじめに】尿細胞診では小型細胞が日常的に見られるが, 変性加わり細胞所見が不明瞭な場合が多い。今回, 我々は尿細胞診より悪性リンパ腫を推定しえた症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代, 男性, 2か月前より食欲不振を主訴に近医受診した。逆行性腎盂造影(RP)では左尿管に数か所の狭窄部が確認された。左尿管は強度の狭窄により尿管鏡を挿入できなかった。後腹膜腫瘍が疑われ, 腹腔鏡下でリンパ節生検が行われた。

【細胞所見】自然尿において強度の出血と炎症性浸潤を認めるとともに, 小型類円形細胞が孤在性に出現していた。明らかな尿路上皮系の異型細胞は確認されなかった。小型類円形細胞は好中球の約1.5倍の大きさで, N/C比は非常に高く, 繊細なクロマチンと, 核形不整を示す芽球様の異型細胞であった。変性を伴うが悪性リンパ腫が疑われた。塗沫標本を用いた細胞転写法による免疫染色ではCD20(+)を呈し, UCHL-1は非特異反応が強く評価困難であった。一部の細胞はCytokeratinが(弱+)であったため, 確定診断は困難なものの, B cell lymphomaが疑われた。

【組織所見】左腎門部の組織は挫滅により明確にリンパ節の構造は確認できないが, 細胞質に乏しい小型核の異型細胞が脂肪織内に浸潤していた。免疫染色の結果とあわせて, diffuse large B cell lymphomaと診断された。

【まとめ】尿細胞診に悪性リンパ腫細胞が出現することは稀である。本例は, その形態の詳細な観察と細胞転写法の免疫染色により, 悪性リンパ腫を推定しえた。

P-2-090 陰嚢水腫の穿刺吸引細胞診でセミノーマとの鑑別が困難であった悪性リンパ腫の一例

JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科

○二木照美(CT), 森合博一(CT), 松木浩子(CT),
小林英樹(CT), 野沢佳弘(MD)

【はじめに】精巣原発の悪性リンパ腫は稀な疾患で, 好発年齢が50歳以上, 精巣腫瘍の1~9%, 節外性リンパ腫の4%と言われている。今回我々は, 陰嚢水腫の穿刺吸引細胞診でseminomaを疑ったが, 組織診にて悪性リンパ腫と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。左精巣の無痛性腫脹を自覚し, 増大傾向を認め当院泌尿器科受診。左陰嚢の超音波検査で陰嚢水腫を認めたが, エコーでの観察が不十分であったため, 穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診結果はClassVでseminomaが疑われ, 治療目的で入院となった。

【細胞所見】軽度の血性背景にN/C比の著明な上昇を示す細胞が, 孤立散在性および一部に集簇性で出現していた。これらの細胞の核は類円形でクロマチンは細顆粒状に増量し, 腫大した核小体を認めた。また背景には小型のリンパ球が少数みられ, いわゆるtwo cell patternを呈していたことよりseminomaを疑った。

【肉眼所見】摘出された精巣は65mm×40mmで, 断面は均一な白色充実性の腫瘍であった。

【病理組織所見】核小体の目立つ大型の異型細胞がびまん性に増殖し, 精細管及び白膜にも腫瘍細胞の浸潤像を認めた。免疫組織学的検査では腫瘍細胞はCD20, CD79a, bcl-2が陽性, CD5が弱陽性を示し, CD3, CD10は陰性を示した。以上よりdiffuse large B cell lymphomaと診断された。

【考察】陰嚢水腫が認められ, 穿刺吸引細胞診が行われた際は年齢を考慮し, 悪性リンパ腫などを鑑別にあげ, 可能であればセルブロックによる免疫染色を実施することが診断の一助になると考えた。

P-2-091 組織型推定に細胞診が有用であった腎浸潤性腎盂尿路上皮癌の一例

大和郡山病院病理¹⁾, 同志社女子大学薬学部医療薬科²⁾, 奈良市総合医療検査センター³⁾, 大和郡山病院泌尿器科⁴⁾, 大和郡山病院検査部⁵⁾

○木枕英俊(CT)¹⁾, 松村善昭(MD)⁴⁾, 藤村和代(MD)⁵⁾, 安達博成(CT)³⁾, 高橋 玲(MD)²⁾

【はじめに】 上部尿路上皮癌は尿管や腎盂に発生することが多く、原発腫瘍が腎内に成長する尿路上皮癌は、きわめて稀である。今回、我々はその一例を経験したので類似病変との鑑別、細胞像、病理像をあわせて報告する。

【症例】 71歳男性。63歳で直腸癌手術 70歳時に食道癌手術の既往がある。今回は血尿を主訴とし本院を受診し、CTで左腎上極に4cm大の腫瘍性病変を認め、既往歴から転移性病変が疑われた。

【病理所見】 摘出された腎では、腎盂粘膜表面に隆起性病変はみられず、腫瘍の大部分が、腎実質内に認められた。組織学的検査では、正常腎盂粘膜上皮を置換しながら増殖する尿路上皮癌が確認された。腎実質内の腫瘍浸潤の先進部は結合性が弱く、細胞異型度が増し、扁平上皮化生や類肉腫化など多彩な組織像を呈した。

【細胞所見】 膀胱洗浄尿では、出血性背景に核クロマチンが増量し、核が腫大した細胞や化生様変化を伴った細胞が孤立性に認められた。集塊形成に乏しく細胞の異型度が著しいことから、高異型度尿路上皮癌と診断された。

【結語】 腎浸潤性腎盂尿路上皮癌の特徴及び腎実質に発生する類似症例の鑑別点について免疫染色結果を含めて報告する。

P-2-092 腎盂原発明細胞腺癌の一例

岡山大学病院病理部¹⁾, 広島市民病院病理診断科²⁾

○浜田香葉(CT)¹⁾, 那須篤子(CT)¹⁾, 今井みどり(CT)¹⁾, 松岡博美(CT)¹⁾, 原田和恵(CT)¹⁾, 井上博文(CT)¹⁾, 藤田 勝(CT)¹⁾, 田中顕之(MD)¹⁾, 田中健大(MD)¹⁾, 市村浩一(MD)²⁾, 大森昌子(MD)¹⁾, 柳井広之(MD)¹⁾

【はじめに】 尿路原発の明細胞腺癌は卵巣に発生する明細胞腺癌に類似した組織像を示す稀な組織型であり、女性の尿道に好発する。今回、男性腎盂に発生した明細胞腺癌の1例を経験したので細胞像を中心に報告する。

【症例】 60代男性。肉眼的血尿のため前医を受診。造影CTで左腎下極に腫瘍性病変を指摘され、精査目的で当院紹介となる。当院の尿細胞診は陰性、画像検査ではcomplicated cystと判定され経過観察となった。その後の尿細胞診で偽陽性。造影CTにて結節性病変およびリンパ節の転移が疑われ、CTガイド下生検を施行。生検は乳頭状腎細胞癌、針洗浄細胞診では悪性と診断され左腎全摘術が施行された。

【細胞所見】 自然尿；血性背景に核偏在性の類円形細胞が単在性ないし不規則重積を示す小集塊状で散見された。細胞質はライトグリーン好染性で顆粒状～泡沫状、核は類円形ないし馬蹄形で、1～数個の核小体を認めた。尿細管上皮細胞と腎細胞癌との鑑別が困難であり、初回～4回目は陰性、5回目は疑陽性とした。CTガイド下針生検の針洗浄液；明瞭な核小体を有する多稜形や円柱状の異型細胞を単在性～シート状集塊で認め悪性とした。組織型は確定困難だった。

【病理組織所見】 腎盂粘膜に異型立方状細胞の乳頭状増殖や腺管構造、hobnail細胞の出現、一部に細胞質の明るい腫瘍細胞がみられることから尿路系の明細胞腺癌と診断された。免疫染色はAMACR、CD10陽性、p63陰性。

【まとめ】 尿細胞診にて悪性の確定にいたらなかったが、尿路原発腺癌は尿路上皮癌に比し予後不良であり、その形態的特徴を理解しておくことは重要であると考えた。

P-2-093 尿管原発腺癌の1例

公立能登総合病院臨床検査部¹⁾, 金沢医科大学病理学²⁾, 岐阜市民病院病理診断科³⁾

○橋本哲夫(CT)¹⁾, 河嶋友美(CT)¹⁾, 西田秀昭(CT)¹⁾, 佐藤勝明(MD)²⁾, 上田善道(MD)²⁾, 田中卓二(MD)³⁾

【はじめに】尿管原発腺癌は、腎盂尿管原発腫瘍の1%以下と比較的稀な腫瘍です。今回我々は下部尿管から発生した腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。尿路結石で通院中に血尿を認め近医を受診し、膀胱腫瘍及び尿管腫瘍が疑われた。初診時の尿細胞診で尿路上皮癌と診断した。膀胱鏡及び画像検査で、左下部尿管に隆起性腫瘍を認め、TURにより尿管腺癌と診断され、左腎尿管膀胱全摘除術が施行された。

【自然尿細胞所見】血性背景に、配列が不規則で重積を伴い細胞質に乏しい異型細胞集団と細胞質が豊富な異型細胞集団を認めた。細胞質に乏しい異型細胞は比較的小型でN/C大、核は類円形、核クロマチンは細顆粒状で1個の小型核小体を認め尿路上皮癌を疑った。細胞質が豊富な異型細胞は腺腔様配列～シート状配列を示し、細胞質は淡いレース状で均質、辺縁は明瞭で、偏在核を有し、核は類円形、核縁に切れ込み等の不整を認め、核クロマチンは細顆粒状で、1個の明瞭な核小体を認め腺系の異型細胞と考えられた。粘液産生は確認されなかったが、腺上皮への分化を示す尿路上皮癌と診断した。

【組織所見】左尿管下部の最大径28mmの結節状広基性腫瘍は、組織学的に低円柱状異型細胞が乳頭状配列を示す高分化>中分化腺癌と診断された。尿管腫瘍周辺や膀胱には、腺性膀胱炎の所見を認めた。

【まとめ】左下部尿管原発腺癌の1例を経験した。細胞質が乏しい異型細胞集団を腺癌細胞と鑑別できず、腺上皮への分化を伴う尿路上皮癌とした。Retrospectiveには、すべて腺癌細胞成分と考えられた。

P-2-094 尿管皮膚瘻に発生した乳房外パジェット癌と尿路上皮内癌の重複癌の一例

三友堂病院中央検査室¹⁾, 山形大学医学部病理診断学講座²⁾

○高橋ひろ美(CT)¹⁾, 山川光徳(MD)²⁾

【はじめに】尿管皮膚瘻からの乳房外パジェット癌の発生は極めて稀である。尿管皮膚瘻創設術から6年後に、乳房外パジェット癌と腎杯の尿路上皮内癌の重複癌を経験したので報告する。

【症例】71歳、男性。平成19年に左尿管口付近の尿路上皮癌で左腎尿管全摘術が、平成20年に膀胱の尿路上皮内癌で膀胱全摘術・尿管皮膚瘻創設術が施行された。平成26年5月頃から尿管皮膚瘻単孔式ストーマ孔周囲に水泡形成と表皮剥離を見るようになった。尿管カテーテル尿の細胞診で陽性とされ、翌年2月に右腎尿管全摘術が施行された。

【細胞所見】好中球の出現を背景に、辺縁不整な集塊状の腫瘍細胞が多数認められた。腫瘍細胞のN/C比は高く、クロマチンは顆粒状～細顆粒状に増加し、核型不整があり、1～2個の核小体を認めた。また、大型の偏在核、細顆粒状のクロマチンの増量、明瞭な核小体を有する腫瘍細胞も孤在性及び集塊状にみられた。

【組織所見】尿管皮膚瘻から尿管の13.5cm長にわたる扁平上皮化生と尿管皮膚瘻部に4.3×4.0cm大のパジェット癌がみられた。腫瘍細胞は円形ないし卵円形で、大型核(時に偏在核)と明るい細胞質を持ち、核分裂像も散見された。免疫染色ではCK7, CK20, p63, HER2, MUC1に陽性で、CK5/6, MUC2に陰性であった。最大8mm長までの腎杯の尿路上皮内癌(G2)が3か所に認められた。免疫染色ではMUC1に陽性、CK5/6, CK20, p63, HER2に一部陽性、MUC2, MUC5ACに陰性であった。

【まとめ】尿管皮膚瘻の経過中にストーマ部に乳房外パジェット癌を発生する可能性があることを念頭に入れる必要がある。

P-2-095 尿道原発腫瘍の一例

健和会大手町病院臨床検査部病理科¹⁾, 健和会大手町病院病理診断科²⁾, 産業医科大学病院病理診断科³⁾

○杉本紗也佳(CT)¹⁾, 藤原友梨(CT)¹⁾, 内山治美(CT)¹⁾, 迫村竜巳(CT)¹⁾, 島尻正平(MD)³⁾, 松木康真(MD)²⁾

【はじめに】本邦において尿道に発生する悪性腫瘍は稀である。今回、尿道原発の悪性腫瘍を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。頻尿、排尿痛を主訴に近医泌尿器科を受診し、尿路感染症と外尿道口周囲にびらんが認められた。抗生剤内服と軟膏を処方されるも改善せず、痛みと出血のため当院泌尿器科紹介受診となった。外尿道口に易出血性の小さな腫瘍が認められ、尿細胞診の結果はClassVであった。CT/MRIにおいても陰茎癌もしくは尿道癌の陰茎浸潤が疑われ、陰茎全摘術が施行された。病理組織検査の結果、尿道原発の扁平上皮癌と診断された。

【細胞所見】出血性の背景に、核の大小不同や核形不整、クロマチン増量を示す異型細胞が散在性や集塊状に多数出現していた。類円形や紡錘形など多形性に富んでおり、一部に角化した異型細胞もみられた。また細胞質に好中球の貪食像もみられた。ClassV Carcinoma と判定し、扁平上皮への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌あるいは扁平上皮癌が疑われた。

【組織所見】一部で角化を伴った中分化な扁平上皮癌を認め、陰茎海綿体への浸潤がみられた。またリンパ管・静脈浸潤も伴っていた。尿道断端部まで異型上皮の出現が認められ、膀胱部への上皮内進展が疑われた。診断結果として Squamous cell carcinoma, LVII, pT3 であった。

【まとめ】今回、尿道原発の扁平上皮癌を経験した。尿道原発の悪性腫瘍は稀ながら発生し、扁平上皮癌が最も多い。尿細胞診において膀胱のみならず泌尿器系臓器全体の腫瘍性病変を念頭に細胞判定を行なうことが大切であると思われる。

P-2-096 尿道原発腺癌の1例

神戸市立医療センター西市民病院臨床検査技術部¹⁾, 神戸市立医療センター西市民病院臨床病理科²⁾

○宮川祥治(CT)¹⁾, 吉田澄子(CT)¹⁾, 山下展弘(CT)¹⁾, 勝山栄治(MD)²⁾

【はじめに】尿道原発癌はまれな腫瘍であり、発生頻度は女性全悪性腫瘍の中で0.02%以下といわれている。今回われわれは血膿尿を主訴に発見された尿道原発腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代の女性で、検尿にて血膿尿を認められ他院泌尿器科を受診された。画像検査にて内尿道口あたりから下方に3cm程度の腫瘍性病変が認められた。また、鼠径と骨盤リンパ節の腫大が認められた。尿細胞診はClassIVで尿路上皮癌疑いであった。精査加療のため当院紹介受診となった。当院で行った尿細胞診で尿路上皮癌を推測し、経尿道的に切除された腫瘍は組織診で腺癌と診断した。CT, MRI等で全身検索が行われたが、他の部位に病変は認められず尿道原発と考えた。

【細胞所見】炎症細胞を背景に、核クロマチン増加を示す異型細胞が小乳頭状集塊で出現していた。細胞異型が強く、孤在性の異型細胞も散見され尿路上皮癌疑いとした。再鏡検すると細胞質はライトグリーン好染性、核は偏在性、クロマチンは細顆粒状に増加していた。核小体は単発で目立つものが多かった。

【組織所見】核小体が目立ち、核腫大をみる異型細胞が乳頭状に増生していた。高分化型相当の腺癌と診断した。

【まとめ】尿道原発腺癌はまれな腫瘍であるが、尿細胞診にて偏在核で核小体が目立つ異型細胞を認めた際には、臨床所見と画像所見を参考にして本腫瘍の可能性も考慮する必要がある。

P-2-097 乳腺 solid papillary carcinoma in situ の2例

北海道勤労者医療協会勤医協中央病院病理検査科

○齊藤史絵(CT), 高村浩子(CT), 中 邦子(CT),
長部保彦(CT), 松田玲奈(MD), 伊藤真理子(MD),
八代真一(MD), 鹿野 哲(MD)

【はじめに】乳腺 solid papillary carcinoma (以下 SPC) は WHO 分類 4 版の Intraductal papillary lesion に分類される, 神経内分泌分化示す原発性乳癌である。今回我々は当院で経験した SPC in situ の 2 例を報告する。

【症例 1】72 歳女性。7 年前より血性乳頭分泌で経過観察中, 左乳房 C 領域 1 cm 大の腫瘤認め穿刺吸引細胞診試行。

【症例 2】80 歳女性。肺癌手術既往で経過観察中, 血中 CEA 高値示し全身検索, 左乳房 B 領域 7 mm 大の腫瘤認め穿刺吸引細胞診試行。

【細胞所見】2 症例共に, 血管結合組織を直接軸に類円形核でクロマチン顆粒状, 好酸性の円柱状細胞が柵状に樹状重責する乳頭状集塊で見られた。背景は血性, 顆粒状クロマチンで形質細胞様の小型細胞が散在した。針洗浄液中, 樹木状の繊維血管性間質が見られた。症例 1 は DCIS を推定, 鑑別に乳管内乳頭腫をあげた。症例 2 は腺癌を推定, 鑑別に肺癌転移をあげた。

【組織所見】2 症例共に, 境界明瞭な小型白色結節が集簇する充実型非浸潤性乳管癌であった。腫瘍細胞は均一で結合性に富み, 血管周囲性偽ロゼット構造を有した。Synaptophysin 陽性, chromograninA 陰性, CD56 陽性, ER 陽性, PgR 陽性, SPC に一致する結果だった。

【考察】SPC は 60 歳代以上に発生し易い予後良好な乳管内悪性腫瘍である。2 症例共に吹付け法での塗抹標本であったが, 組織片様の集塊が認められる, 組織像を反映した細胞像であった。神経内分泌腫瘍に特徴的なクロマチン形態と, 形質細胞様の細胞形態は細胞診で特に見られる所見で, 本腫瘍の診断にあたって細胞診は有用性があると思われた。

P-2-098 乳腺 Solid papillary carcinoma の4例

山近記念総合病院病理検査室¹⁾, 東海大学医学部付属東京病院病理診断科²⁾, 茅ヶ崎市立病院臨床検査科³⁾, 東海大学医学部付属大磯病院病理診断科⁴⁾, 山近記念総合病院乳腺外科⁵⁾

○大久保美沙(CT)¹⁾, 松井成明(CT)²⁾, 森下明博(CT)³⁾,
坂下仁美(CT)³⁾, 佐藤慎吉(MD)⁴⁾, 久保田光博(MD)⁵⁾,
島村和男(MD)¹⁾

【はじめに】乳腺 Solid papillary carcinoma (以下, SPC) は拡張乳管内に血管結合組織を伴いつつ充実乳頭状増殖を示す乳頭癌の一型である。また, 特徴的な病理組織学的所見として神経内分泌分化や細胞内外に粘液貯留を示すことが知られている。今回われわれは, SPC の 4 例を経験したので, その細胞像について報告する。

【症例】年齢は 73 歳から 82 歳, 平均 78 歳。男女比は, 女性 3 例, 男性 1 例。腫瘤の大きさは 16~4 mm (平均 2 mm) であった。いずれの症例も術前穿刺吸引細胞診で SPC が疑われ乳腺部分切除術が施行された。

【細胞学的所見】各症例の共通所見として, 腫瘍細胞と血管間質の混在像, 背景の粘液, 結合性の低下した大小不同に乏しい腫瘍細胞が観察された。また, 個々の細胞所見には形質細胞様の腫瘍細胞の出現, 細胞質内顆粒が挙げられた。一方, 核形不整は 2/4 例, 明瞭な核小体は 2/4 例, 細胞質内粘液は 2/4 例で認められた。

【病理組織学的所見】各症例はともに肉眼的には白~灰白色調, 境界が明瞭な圧排性の腫瘤として認められた。組織学的には充実性増殖を示す腫瘍であり, これらが周囲組織へ浸潤, 増殖していた。腫瘍細胞は広い細胞質を有し, 核は円形~類円形で偏在傾向を示していた。免疫組織化学染色は, synaptophysin, ER, PgR は全例で陽性, chromograninA は 3/4 例, CD56 は 2/2 例, HER は 1/4 例で陽性を示していた。

【考察】今回経験した SPC の 4 例は, 細胞学的に背景, 腫瘍細胞の出現態度, 腫瘍細胞の核, 細胞質に共通した所見が認められた。SPC の症例間にみられる共通, 相違所見に留意することで細胞診による SPC の組織型推定はおおむね可能であると考えられた。

P-2-099 神経内分泌への分化を示した乳腺粘液癌の一例

社会福祉法人恩賜財団済生会支部済生会長崎病院¹⁾, 医療法人長崎病理長崎病理診断科²⁾

○中島真央(CT)¹⁾, 若杉淳司(CT)¹⁾, 前田美咲(CT)¹⁾, 川崎昭子(CT)¹⁾, 穴見正信(CT)²⁾, 岸川正大(MD)²⁾

【はじめに】乳腺の粘液癌は特殊型に分類され, 全乳癌の約2~5%の発生率である。また, 乳腺の粘液癌のうち, 神経内分泌細胞への分化を伴う乳癌は, さらに少ない。今回, 神経内分泌細胞への分化を示した乳腺粘液癌の一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性, 右乳房の腫瘤を自覚したため近医を受診し, 乳腺腫瘍が疑われ精査治療の目的で当院外科紹介となった。超音波検査でC領域に境界明瞭粗雑な約1cm大の腫瘤を認め, CTでも同部に1cm大の境界平滑な腫瘤を認め, MMGでカテゴリー5と判定された。同部位より, FNACおよびCNBを施行し, いずれも悪性腫瘍が疑われたため, 単純乳房切除術が施行された。

【細胞所見】細胞は集塊状~散在性に見られ, 核は円形~類円形, 核クロマチンは細顆粒状で増量し, 淡明, 豊富な顆粒状の細胞質を有し, 一部の細胞や背景に粘液様物質を認めた。また, ギムザ染色標本では, 細胞質内に好酸性の微細顆粒状物質が認められた。Mucinous carcinomaとは断定できず, 粘液を有するDuctal carcinomaと判定した。

【組織所見】核は中心性~偏在性, 好酸性の豊富な細胞質を有する細胞の集塊が, 粘液内に島状に浮遊するMucinous carcinomaの形態を示していた。synaptophysin, chromogranin Aは広範に陽性を示し, 神経内分泌への分化を示す乳腺粘液癌と診断された。

【まとめ】本例は, 組織学的には粘液癌の特徴像を示したが, 細胞診上では典型的な粘液癌の像ではなかった。背景に粘液を認めるも, 疎な細胞結合, 細胞異型に乏しい像など, 非典型的な粘液癌の像を呈した場合は, 神経内分泌細胞への分化を伴う場合が有るため, Pap染色にギムザ染色を併用し, 細胞質所見等を詳細に観察することが肝要と思われた。

P-2-100 乳腺原発血管肉腫の2例

山梨大学医学部付属病院病理部¹⁾, 同人体病理学教室²⁾

○佐藤詩織(CT)¹⁾, 中澤久美子(CT)¹⁾, 弓納持勉(CT)¹⁾, 石井喜雄(CT)¹⁾, 峰 広美(CT)¹⁾, 笠井一希(CT)¹⁾, 大石直輝(MD)²⁾, 河西一成(MD)²⁾, 望月邦夫(MD)²⁾, 中澤匡男(MD)¹⁾, 近藤哲夫(MD)²⁾, 加藤良平(MD)^{1,2)}

【はじめに】乳腺原発血管肉腫は極めて稀で, 非常に悪性度が高く予後不良である。今回, 我々は乳腺原発血管肉腫の2例を経験したので報告する。

【症例】症例1: 左乳腺腫瘤を自覚, 乳房痛を主訴に近医を受診。肉腫の疑いで当院受診。左乳房切除術が施行された。症例2: 検診で右乳腺腫瘤を指摘され近医を受診。肉腫の疑いで当院受診。右乳房切除術が施行された。

【捺印細胞像】症例1: 出血性背景に, 紡錘形および類円形細胞が散在性から小乳頭状および樹枝状集塊で認められた。細胞質はライトグリーン(以下LG)淡染性, 核は類円~短紡錘形で核型不整を認めた。また, 赤血球を含む血管腔様構造, 長紡錘形と類円形異型細胞が並ぶ配列, さらにLG好性の無構造物質がみられた。症例2: 出血性背景に, 腫瘍細胞が散在性および集塊状に認められた。細胞質はLG淡染し, 紡錘形ないし線維状, 類円形と多彩で, 一部に胞体内に赤血球様物質の封入像を認めた。核は類円~短紡錘形で比較的大きく, 核形不整および核小体が目立った。また, 集塊中にLG好性の無構造物質が認められた。

【組織像】症例1: 短紡錘形ないし類円形の異型細胞が, 不規則に癒合し索状, 裂隙状, 乳頭状に充実性増殖・浸潤を認めた。裂隙内には赤血球の貯留がみられ, 一部で腫瘍細胞の上皮様配列もみられた。症例2: 大小の血管腔と共に異型を伴った紡錘形の内皮細胞の充実性増殖を認めた。両症例ともに, 腫瘍細胞はCD31, CD34 陽性, AE1/AE3, D2-40 陰性となり, 血管肉腫と診断された。

【まとめ】血管肉腫の細胞像として, 組織像を反映した所見に加えLG好性の無構造物質が認められ, 本症例の重要な所見と考えられた。

P-2-101 乳腺細胞診におけるセンチネルリンパ節転移の有無と細胞像との比較検討

九州大学大学院医学系学府保健学専攻¹⁾, 九州大学大学院医学研究院保健学部門²⁾, 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学³⁾, 九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科⁴⁾, 九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学⁵⁾, 九州大学病院病理診断科・病理部⁶⁾

○亀井美沙(MT)¹⁾, 渡邊壽美子(PhD)²⁾, 平橋美奈子(MD)^{2,3)}, 久保 真(MD)⁴⁾, 山下奈真(MD)⁵⁾, 大久保文彦(CT)⁶⁾, 山本英崇(MD)^{3,6)}, 小田義直(MD)^{3,6)}, 杉島節夫(PhD)²⁾

【背景】乳癌における患者の予後およびQOLはセンチネルリンパ節への転移の有無が大きく影響すると考えられている。リンパ節への転移の有無は生検によって判断されているが、これにはリンパ浮腫などの合併症が存在する。本研究では、センチネルリンパ節への転移の有無と乳腺穿刺吸引細胞診の細胞像とを比較検討し、どのような細胞像を示す症例がリンパ節へ転移しやすいかを検討した。

【対象と方法】対象は、2010年から2012年の間に九州大学病院病理部において、乳腺穿刺吸引細胞診および病理組織診断で乳癌と診断されたセンチネルリンパ節転移例11症例、非転移例17症例である。光学顕微鏡を用い、強拡大(400倍)で1症例あたり細胞集塊を最大20集塊選択し、背景の壊死様物質の有無、集塊の大きさ、集塊の重積性について観察した。さらに画像解析ソフトImageJを用い、核面積、核小体面積、核形、核中心点間最短距離について計測した。また集塊のエッジ画像、細胞核画像を抽出し、フラクタル画像解析を行った。これらの結果について各種検定を行い転移例と非転移例の間における有意差の有無を確認した。

【結果】転移例において小型集塊および重積性の低い集塊が多く認められ、核中心点間最短距離も大きい傾向にあり、結合性の低下が示唆された。また、転移例において核面積が大きい傾向が認められた。フラクタル画像解析では転移例においてエッジ画像、細胞核画像ともにフラクタル次元が大きい傾向が認められた。

【結論】センチネルリンパ節転移例において結合性の低下、核腫大、集塊辺縁の形状および細胞分布の不規則性の増加が認められた。今後、免疫染色の結果なども踏まえ症例数を増やし報告する予定である。

P-2-102 当院における乳腺細胞診検査の現状と今後の展望

独立行政法人国立病院機構東京医療センター臨床検査科

○阿久津朋子(CT), 村田有也(MD), 大内結衣(CT), 佐藤和美(CT), 沼田ますみ(CT), 白石淳一(MD), 前島新史(MD), 倉持 茂(MD)

【はじめに】細胞診検査は安価で簡便であり、手技的にも組織診検査よりは安全である。近年、乳腺領域においては細胞診検査が減少し、組織診検査の数が増加していると言われている。それは、検体不適正、鑑別困難症例の存在と、それらに起因する偽陰性、偽陽性の問題などから、確定診断の得られる組織診検査の方に傾きつつあると考えられる。

【目的】当院における乳腺細胞診検査の現状を把握し、今後の展望と更なる精度向上に向けた取り組みについて考察する。

【対象】2009年4月～2014年3月までに、乳腺領域の疾患に対して細胞診を施行した1867例。

【成績】検体不適正率は13.8%、鑑別困難症例は7.5%で、正常あるいは良性、悪性症例における感度は90%、特異度は99%である。偽陽性症例は5例あり、2例が乳管腺腫、2例が線維腺腫、1例が授乳期乳腺組織である。偽陰性症例は30例で、硬癌、非浸潤性乳管癌の頻度が高かった。

【考察】検体不適正率は本邦の目標値より若干高値であったが、大きく逸脱はしていない。また、細胞診検査が向いている疾患、そうでない疾患について改めて認識できた。臨床と病理における情報共有とコミュニケーションの重要性は乳腺細胞診検査に限らないが、正診率向上のためには欠かせないことである。細胞診検査が減少傾向と言われる中、他職種とも相互理解を深め、細胞検査士を含めた施設の診断能力の向上が必要である。

【まとめ】細胞診検査は検体不適正や鑑別困難症例も必ず存在するが、細胞診検査と組織診検査の上手な使い分け、臨床と病理間の相互理解があれば、乳腺細胞診検査は有用な検査として今後も行われていくものと考えられる。

P-2-103 細胞診と組織診で不一致が見られた乳腺腫瘍性病変の一例

千鳥橋病院病理科

○松下能文(MD), 仲野 友(CT), 富永知恵(CT)

【目的】乳腺細胞診での正診率は様々な報告があるが、おおむね90%以上である。今回我々は細胞診診断と組織像が著しく異なる症例を経験したので、切除された組織像との対比を行って振り返る。

【症例】56才女性。11年前に右乳房硬癌の診断で温存切除術施行。その後ホルモン療法、化学療法実施するも3年で中断した。今回、CT、マンモグラフィで明らかな異常を認めなかったが、超音波検査にて最大径10mmの低エコー様腫瘤を認めた。針生検を施行し、同時に塗抹細胞診を行った。細胞診では異型を伴う円柱上皮成分を認めたが、針生検での診断は悪性を否定できない扁平上皮性病変であった。インフォームドコンセントを得て乳房部分切除術を施行した。

【病理所見】主病変は中心に高度の繊維化を伴う癒痕巣を認め、その周囲を取り囲むように、またそこから放射状に細い空隙が伸展し、その大部分で扁平上皮の増生を認め良悪性の鑑別に苦慮した。一部で周囲の脂肪織への浸潤を疑う所見も認めたが、乳頭腫の梗塞とそれに続く扁平上皮化生病変が最も考えられた。

【まとめ】乳腺で扁平上皮成分を見ることは稀であるが、乳頭腫などの一部に扁平上皮化生を認めることはある。今回細胞診と病理組織像に解離のある症例を経験したので、詳細な対比を行った。その結果、扁平上皮化生を示唆する所見を認めたので報告する。

P-2-104 臨床的に浸潤性乳管癌が強く疑われた乳腺顆粒細胞腫の1例

地方独立行政法人桑名市総合医療センター桑名東医療センター組織検査室¹⁾, 三重大学医学部附属病院乳腺センター²⁾, 地方独立行政法人桑名市総合医療センター桑名東医療センター外科³⁾, 三重大学医学部附属病院病理部⁴⁾

○稲吉未来(CT)¹⁾, 伊藤英樹(CT)¹⁾, 森 正美(CT)¹⁾, 柴原亜希子(CT)²⁾, 北山美佳(CT)²⁾, 鈴木秀郎(MD)³⁾, 今井 裕(MD)⁴⁾

【はじめに】乳腺顆粒細胞腫は稀な疾患であるが、画像的に浸潤性乳管癌との鑑別が問題となる。今回我々は約4年の経過を経て診断された乳腺顆粒細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。喫煙歴あり。約4年前にマンモグラフィ検診で、左乳腺腫瘤を指摘されていたが放置。近医でCEA上昇を指摘され、心配になり当院を受診した。左乳房C領域やや腋窩寄りに腫瘤を触知し、同部位の皮膚にえくぼ症状を伴っていた。マンモグラフィでは左U/Oにスピキュラを伴う腫瘤(category 4)、超音波ではC'領域に境界不明瞭、内部エコー極低、後方エコー減弱を示す11.9x7.5mm大の不整形腫瘤を認めた。腫瘤に対しエコー下穿刺吸引細胞診および針生検を施行後、切除生検が行われた。全身検索では乳腺以外に腫瘍性病変は指摘されなかった。CEA上昇は喫煙によるものと考えられた。5年の経過で再発を認めていない。

【細胞所見】小型円形核と、多角形でライトグリーン好性顆粒状胞体を有する腫瘍細胞が散在性に出現していた。クロマチンの増量は軽度で、一部の細胞に腫大した核小体や核内空隙が認められた。細胞境界は不明瞭、あるいは胞体が破碎し顆粒状の細胞質成分が逸脱していた。

【組織所見】小型楕円形核と好酸性顆粒状胞体を有する紡錘形腫瘍細胞が充実性に増生し、背景に癒痕様の線維化を伴っていた。免疫染色でサイトケラチン陰性、s100陽性を示した。顆粒細胞腫と診断された。

【まとめ】臨床的にCEAの上昇と皮膚のえくぼ症状を伴うなど、浸潤性乳管癌が強く疑われた乳腺顆粒細胞腫の1例を報告した。

P-2-105 Cytological features of lymphoepithelioma-like carcinoma of the breast

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

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

【Objective】 Lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC) is exceptionally rare in the breast and, to our knowledge, there are only two case reports concerning the cytological findings in the English literature. Herein, we examined characteristic cytopathological features of mammary LELC.

【Methods】 The patient was a 50-year-old postmenopausal Japanese woman who had noted swelling of a left axillary lymph node. Ultrasonography revealed an irregularly shaped, hypoechoic left breast mass showing heterogeneous internal echoes as well as enlargement of the regional node. Fine needle aspiration (FNA) of the affected lymph node yielded a cytological diagnosis of metastatic carcinoma.

【Cytological results】 The intraoperative FNA specimen from the breast tumor showed high cellularity with numerous lymphocytes in a hemorrhagic background. Carcinoma cells were loosely arranged in solid clusters, although single, dissociated carcinoma cells were frequent. Some carcinoma cell clusters were prominently infiltrated by lymphocytes. Large carcinoma cells had ovoid or irregularly shaped nuclei with a fine granular chromatin pattern and distinct nucleoli.

【Histological results】 Multinodular tumor masses, measuring 12x8 mm, were composed of polygonal carcinoma cells, with relatively clear cytoplasm and large nuclei, accompanied by intratumoral tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) as well as stromal TILs. Metastasis was identified in one of 23 excised lymph nodes. Carcinoma cells were immunohistochemically positive for cytokeratin AE1/AE3 and E-cadherin showing a “triple negative” subtype. Epstein-Barr virus-encoded RNA in situ hybridization (EBER-ISH) was negative in this case.

【Conclusions】 Cytological differential diagnosis of medullary mammary carcinoma requires recognizing lymphoepithelial clusters and fine nuclear chromatin. Recently, TILs have been demonstrated to predict a favorable outcome with increased responsiveness to chemotherapy. Accordingly, it is necessary to keep background TILs in cytological specimens in mind.

P-2-106 穿刺吸引細胞診で fibromatosis と術前診断された乳腺紡錘細胞癌の1例

碧南市民病院病理診断科¹, 碧南市民病院中央検査室², 藤田保健衛生大学第2解剖学教室³, 名古屋医療センター病理診断科⁴

○安田和世(MD)¹, 井上正朗(CT)², 永井美佐子(CT)²,
松山睦司(MD)^{1,3}, 市原 周(MD)⁴

【はじめに】 乳腺における紡錘形細胞へのアプローチはときに困難なことがある。今回我々は、穿刺吸引細胞診でみられた紡錘形細胞の鑑別に難渋した、乳腺紡錘細胞癌 (spindle cell metaplastic carcinoma) の1例を経験したので報告する。

【症例】 72歳, 女性。3か月前から自覚する痛みを伴う左胸のしこりと、3か月で17キログラムの体重減少を主訴に来院。左CD領域に約10cm大の固い腫瘤を認めた。穿刺吸引細胞診と針生検でfibromatosisと診断した。治療方針検討中に全身状態の悪化を認め、左乳房全摘出除が施行された。

【細胞所見】 紡錘形あるいは細長い線維状を呈する細胞が、集塊を形成する。細胞は均一で、紡錘形核と淡い細胞質を有し、異型は目立たない。背景にリンパ球が混在する。

【病理所見】 大きさ97×50mm大の境界明瞭な充実性白色調の腫瘍。核小体のみられる類円形核を有する長紡錘形細胞が、束状を呈して種々の方向に走るように増殖する。一部に多核巨細胞が混在する。腫瘍周囲にリンパ球浸潤がみられる。免疫染色で紡錘形細胞は、AE1/AE3, CK7, 34βE12, p63, vimentin, αSMAに陽性で、spindle cell metaplastic carcinomaと診断した。腫瘍には、low grade adenosquamous carcinomaあるいはsyringomatous tumorに類似する、EMA陽性の腺管ないし胞巣状の上皮要素が約5%程度混在する。ER, PgR, Her2は陰性である。

【考察】 術前にfibromatosisとした症例であるものの、Fibromatosis-like metaplastic carcinomaとするにはやや異型が強く、spindle cell metaplastic carcinomaと診断した。乳腺で紡錘形細胞病変をみた場合には、metaplastic carcinomaを想起することが重要と考えられる。

P-2-107 乳腺穿刺吸引細胞診を契機に発見された悪性黒色腫の一例

宇治徳洲会病院¹⁾, 京都大学医学部付属病院病理診断科²⁾

○中村祥子(CT)¹⁾, 田村佳枝(CT)¹⁾, 森 雅浩(CT)¹⁾,
江口光徳(CT)¹⁾, 西村啓介(MD)¹⁾, 南口早智子(MD)²⁾

【はじめに】悪性黒色腫は全身どこにでも発生しうる疾患である。今回我々は、乳腺腫瘤を認め穿刺吸引細胞診を施行する事により発見された悪性黒色腫の一例を経験したので報告する。

【症例】年齢60代、女性。昨年12月に事故に合い、その後左腋窩に血腫ができ、腫れたり治まったりを繰り返していた。本年5月左乳房外側の腫瘤を自覚。他院受診時のエコー検査にて左乳房C領域から腋窩に60.0×55.0mmの腫瘤を認めた。6月に精査目的で当院紹介受診。悪性も疑うため乳腺穿刺吸引細胞診を施行した。

【エコー所見】エコー検査時皮膚表面には著変なく、色調変化も明らかではなかった。71.2×59.3×40.0mmの巨大な低エコー腫瘤を認めた。腫瘤は境界明瞭、辺縁部にくびれあり。内部不均一で一部壊死像と思われる嚢胞部分を認めた。後方エコー増強あり。前方境界線の圧排あり、断裂は不明瞭で後方境界線不明瞭。エコー上充実性乳管癌の疑いと考えられた。

【細胞所見】壊死性背景に単個から数個の集合で結合性の乏しい異型細胞を認めた。核の腫大、核の大小不同、核小体明瞭、核形不整を認め、細胞質にメラニン色素様の物質を認めた。血腫の既往がありヘモジデリン顆粒との鑑別が必要なため特殊染色等を行った。細胞診標本での染色はHMB-45(+), S-100(+), Cytokeratin(-), Vimentin(+), ベルリン青(-)であった。細胞診断はMalignant cells(Suggestive of malignant melanoma)となった。

【まとめ】悪性黒色腫は全身どこにでも発生しうるため、細胞診標本を見る上で頭に置いておく必要があると感じた。血腫の既往がありヘモジデリン顆粒の可能性も考えたが、細胞所見をしっかりと見て悪性細胞を見逃さないように気を付けなければいけないと考えさせられた。

P-2-108 硝子化索状腫瘍の1例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理診断科¹⁾, 大東文化大学スポーツ健康科学部健康科学科病理形態学²⁾

○北村美寿穂(CT)¹⁾, 中村信之(CT)¹⁾, 菅原明子(CT)¹⁾,
遠藤奈美江(CT)¹⁾, 重政善子(CT)¹⁾, 日野るみ(MD)²⁾,
井下尚子(MD)¹⁾, 藤井丈士(MD)¹⁾

【はじめに】硝子化索状腫瘍は濾胞性腫瘍に含まれる稀な組織型である。今回臨床所見上、乳頭癌疑いで摘出し、捺印細胞診および組織診により硝子化索状腫瘍と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】患者は34歳、女性。検診で甲状腺腫瘍を指摘され、当院受診。超音波検査にて4cm大の腫瘤を認め穿刺吸引細胞診が施行された。標本中には類円形でスリガラス状核を呈する異型細胞が数個出現しており第一に乳頭癌を疑うが異型細胞が少数のため鑑別困難と判定した。その後、甲状腺左葉切除術が施行された。

【細胞像】Light green 好性の基質様物質を背景に、淡い細胞質に類円形～楕円形核を有する異型細胞が出現していた。核はスリガラス状を呈し、核溝や核内細胞質封入体を認めた。Giemsa 染色では、背景の基質様物質が赤紫色の異染性を示した。

【組織診断】腫瘍は33×23×20mm大、淡黄色充実性、境界明瞭であった。腫瘍細胞は索状配列を示し、個々の腫瘍細胞は立方型で、核には核溝や核内細胞質封入体が認められた。胞体内にはYellow body が散見された。腫瘍の間質は特徴的であり、豊富な硝子様間質で微細な石灰化を伴い、免疫染色でCollagen type4が陽性を示した。

【まとめ】硝子化索状腫瘍は、稀であり経験する機会が少ないため核所見が類似する乳頭癌と鑑別に苦慮する。硝子化索状腫瘍の間質は特徴的であるため、背景や細胞成分の間にみられる硝子様成分に注目することが乳頭癌との鑑別において重要である。さらに基質様成分と思われた間質由来の硝子化成分に対する特殊染色としてGiemsa 染色が有用であった。

P-2-109 Rhabdoid 形態を伴う未分化転化した甲状腺濾胞癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院病理診断部¹⁾, 順天堂大学医学部人体病理病態学講座²⁾

○坂井育美(CT)¹⁾, 森佳奈子(CT)¹⁾, 中嶋悦子(CT)¹⁾, 堤裕子(CT)¹⁾, 稲葉暁子(CT)¹⁾, 山里勝信(CT)¹⁾, 吉橋美香(CT)¹⁾, 矢部マツ子(CT)¹⁾, 大沼八千代(CT)¹⁾, 齋藤剛(PhD)²⁾, 福村由紀(PhD)²⁾, 荒川敦(PhD)²⁾, 八尾隆史(PhD)²⁾

【はじめに】甲状腺未分化癌は頻度は低いが, rhabdoid 型未分化癌はさらに, その10%程度と稀である。今回我々は, 甲状腺濾胞癌から未分化転化したと思われる1例を経験したので報告する。

【症例】60代 男性

【経過】20年程前から甲状腺腫瘍を指摘されていたが, 他院でのFNAで良性腫瘍と診断されている。1年前の別の病院のFNAでも, adenomatous goiter 疑いと診断されている。術前1ヶ月前, 肺腫瘍を指摘され, 肺癌疑いで当院呼吸器内科を紹介受診。肺FNA, 甲状腺FNAが施行され, 共に悪性が疑われたが, aggressive な甲状腺腫瘍を優先させ, 甲状腺全摘出術が施行された。さらに化学療法されていたが, 同月末に他界された。

【細胞診所見】肺FNA所見は, 重積性が目立つ異型細胞集簇を認め, その中にやや大型の腫瘍細胞が混在していた。甲状腺FNA所見は, 壊死物質を背景に, 厚い細胞質を有し, 核は偏在性, 核腫大, クロマチン増量, 核型不整を伴う異型細胞が孤立性に多数出現していた。肺も甲状腺も悪性が考えられたが, 組織型の判定は困難であった。

【組織診所見】肉眼所見において, 褐色調を呈する部分では, 好酸性の胞体および核小体が目立つ核腫大細胞が濾胞状構造を呈して増生し, 極一部で乳頭状構造も認められた。白色から黄色調を呈する部分では, 濾胞構造が不明瞭化し, 豊富な細胞質を有する大型核を伴う未分化な細胞が充実性に増生し, さらに, その中に, rhabdoid cell も混在していた。これらの細胞は, 甲状腺周囲の筋および脂肪組織に浸潤しており, 脈管浸潤, 神経周囲浸潤も認めた。以上の所見より, follicular carcinoma with anaplastic differentiation, rhabdoid variant と診断された。

【まとめ】甲状腺 rhabdoid 型未分化癌の細胞を報告する。

P-2-110 原発肺癌と鑑別に苦慮した甲状腺原発低分化癌の1例

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

○渡具知克(CT)¹⁾, 町田知久(CT)¹⁾, 伊藤仁(PhD)²⁾, 加戸伸明(CT)²⁾, 佐藤久佳(CT)^{1,2)}, 萩原範子(CT)¹⁾, 井野元智恵(MD)³⁾, 杉山朋子(MD)⁴⁾, 中村直哉(MD)³⁾, 田尻琢磨(MD)⁴⁾

【はじめに】甲状腺低分化癌は高分化型の乳頭癌や濾胞癌と未分化癌との中間的な分化度を有する濾胞上皮由来の悪性腫瘍とされる。今回, 原発肺癌と鑑別に苦慮した甲状腺原発低分化癌を経験したので報告する。

【症例】70代男性。他院で扁平上皮癌が疑われ当院受診。右気管支擦過細胞診で低分化癌, 右肺中葉経気管支生検で低分化扁平上皮癌と診断され, 右肺中下葉摘出術が施行された。その後, PET-CTより右甲状腺への結節状集積を認め転移が疑われ, 右甲状腺穿刺吸引細胞診が施行された。低分化癌と診断され, 右甲状腺摘出術が施行された。

【細胞所見】血性背景に, 甲状腺腫瘍細胞が結合性の緩い小集塊で出現していた。細胞質は泡沫状でライトグリーンに好染し, 類円形から楕円形を呈していた。核は円から類円形で腫大し, 一部に核形不整を認めた。また, 核クロマチンは粗顆粒状に増量し, 明瞭な核小体も観察された。これらの所見より低分化癌と診断された。同様に低分化癌と診断された右気管支擦過時の腫瘍細胞と類似することから, 細胞学的に転移の可能性を否定出来なかった。

【組織所見】摘出された右甲状腺腫瘍は2.8x1.9 cmの多結節様黄白色病変であった。組織学的には, 濾胞様構造を呈する腫瘍細胞が圧排浸潤性に増殖していた。一部に乳頭状や索状, 充実性の組織形態も観察され, 被膜外浸潤は認めなかった。以上の所見および免疫組織化学より, 甲状腺原発低分化癌と診断された。

【まとめ】今回, 細胞学的に類似した甲状腺と肺の重複癌を経験した。本症例では, 甲状腺癌が原発か転移かはその後の治療に影響するため, 鑑別に苦慮した。両腫瘍の細胞学的所見と免疫細胞化学について検討し報告する。

P-2-111 組織型の推定に苦慮した小児甲状腺癌の1例

四国こどもとおとなの医療センター

○田中麻美(CT), 香川昭博(CT), 中村宗夫(MD)

【はじめに】小児甲状腺癌において充実濾胞型乳頭癌は低分化癌に包括されている。予後の観点から充実濾胞型乳頭癌は低分化癌から区別するべきである。しかし細胞診において、これらを鑑別することは難しい。今回、細胞診にて経験した小児甲状腺癌の1例を報告する。

【症例】10代男性。気管支炎疑いの胸部CTにおいて偶然に甲状腺左葉腫瘍を指摘された。腫瘍は3cm大、穿刺吸引細胞診で濾胞性腫瘍を疑い、甲状腺左葉切除術が施行された。

【細胞所見】出血性背景で細胞量は少なく、間質成分に纏わりつくように濾胞上皮様細胞が小集塊状あるいは孤在性に認められた。核は類円形で均一感があり、クロマチンは細顆粒状であった。一部濾胞構造を認め乳頭状構造や核溝、核内細胞質封入体は目立たなかった。

【組織所見】腫瘍は境界明瞭な充実性腫瘍。腫瘍細胞は異型に乏しく充実性に密に増殖し、少数の濾胞を認め、乳頭状構造は認めない。少数の核内細胞質封入体、分裂像が見られ、被膜浸潤、脈管浸潤を認めた。以上の所見より低分化癌（充実濾胞型乳頭癌）と診断された。

【まとめ】一般的な低分化癌は高齢者で発症する。細胞像は細胞量が豊富で異型細胞が索状・島状に出現し、核異型をしばしば認める。しかし、本例では細胞量は少なく出現様式が低分化癌とは異なっていた。乳頭癌の特徴像としても乏しく診断に苦慮した。充実濾胞型乳頭癌は甲状腺癌取扱い規約で低分化癌に含まれ、亜型として分類されていないが、通常の低分化癌とは予後が大きく異なるため鑑別が必要である。鑑別には乳頭癌の特徴所見に加え、核分裂像など増殖能の量的評価を考慮し、注意深く観察する必要がある。

P-2-112 眼球内悪性リンパ腫診断における硝子体内容液細胞診の有用性

山形大学医学部附属病院病理部¹⁾, 山形大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○鈴木俊紀(CT)¹⁾, 志田愛実(CT)¹⁾, 斉藤友則(CT)¹⁾, 大江倫太郎(MD)¹⁾, 加藤智也(MD)²⁾, 山川光徳(MD)¹⁾

眼球内悪性リンパ腫は稀な腫瘍であるが、その発生率は増加傾向にあり、WHO分類ではびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)の報告例が多い。今回我々は、眼球内硝子体内容液細胞診で推定し得たDLBCL4例の細胞像と、LBC標本やセルブロック標本の有用性について述べる。症例1~4:60~80代 主訴は、いずれも硝子体混濁で、眼内に明らかな腫瘤形成はなかった。症例1, 2は中枢神経系原発DLBCLの加療中に、症例3は精巣原発DLBCL加療後の経過観察中に、症例4ではリンパ腫の既往を認めなかったが、血中IL-2Rが上昇していたため、リンパ腫の眼球内浸潤が疑われた。いずれも硝子体内容液が採取され、LBC標本とセルブロックを作製し細胞診断を行った。細胞所見は4例とも類似していた。壊死性背景に、小型リンパ球の2倍以上の大型核を持つリンパ球様異型細胞が孤在性に認められた。N/C比は高く、核は円形~類円形であったが核形不整の細胞も少数見られた。核クロマチンは顆粒状~粗顆粒状に増量し、明瞭な核小体を1, 2個認めた。周囲には好中球など炎症細胞の増多はなかった。免疫細胞化学染色では、4例とも、大型リンパ球様異型細胞にCD20の発現が確認され、DLBCLの眼球内浸潤と推定された。いずれの症例の細胞像も壊死性背景を伴い、好中球などの炎症細胞が目立たなかったことから、出現異型細胞の所見のみならず、背景所見などを加味することが、悪性リンパ腫と推定する上で重要であると考えられた。また、いずれの症例でも、硝子体内容液細胞診が唯一の診断手段であった。組織生検が困難な硝子体においては、LBC標本やセルブロック標本を作製し、免疫細胞化学染色を加えることがより有用であると考えられた。

P-2-113 LBC法が診断に有用であった眼内リンパ腫の1例

松本歯科大学口腔病理学講座¹⁾, 岡山大学大学院医歯薬総合研究科口腔病理学分野²⁾

○落合隆永(DDS)¹⁾, 中野敬介(DDS)²⁾,
長谷川博雅(DDS)¹⁾

【緒言】悪性リンパ腫の眼球内発症はまれでぶどう膜炎と鑑別に苦慮することも少なくない。今回我々は、眼球内に発症した悪性リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】65歳の男性。左眼の飛蚊症を主訴に近医眼科を受診し硝子体の混濁を指摘され精査加療を目的に松本歯科大学病院眼科を受診した。硝子体手術にて硝子体を採取し塗抹標本作製後にLBC法で標本作成を行った。さらに残液からCell Block (CB)を作成した。CBを通常に従いパラフィン標本とし免疫染色を行った。細胞所見は壊死物質を背景に白血球を主体とする細胞が観察された。採取細胞は大型の核形不正で核の切れ込みを有する異型細胞が確認された。異型細胞の核クロマチンは疎顆粒状で大小複数の核小体を有していた。CBの免疫染色はLCA(+), CD20(+), CD3(-), CD5(-), CD10(-), CD56(-), Cyclin D1(-)であった。採取細胞よりDNAを抽出し、遺伝子再構成をPCR法にて検索した。IgHに単クローン性の増殖を認めた。硝子体液中のIL-10/IL-6は2.2であった。

【考察】眼内リンパ腫はまれな疾患であるが、近年発生頻度も上昇傾向にある。しかし早期診断は困難なこともあり予後は不良であるとされている。診断には細胞検査でのCB作成やフローサイトメトリーおよびPCR法による遺伝子検索が有用であるとされている。しかし、採取細胞数や状態により判定困難となることも報告されている。本例はLBC法を用いて効率的に細胞回収ができ、CB作成による免疫組織学的検索は診断に有用であった。しかし、本例においても洗浄液に比較して原液中の細胞数が僅かであったためPCR法でのDNA検出が困難であった。眼球の硝子体検査は複数項目を検討するために採取検体を効率よく検索する必要があると考えられた。

P-2-114 関節リウマチ長期治療中に発生した体腔液リンパ腫の一例

三重大学医学部附属病院病理部¹⁾, 三重大学大学院医学系研究科腫瘍病理学²⁾

○河井誓里奈(CT)¹⁾, 今井 裕(MD)¹⁾, 林 昭伸(MD)¹⁾,
金山和樹(CT)²⁾, 白石泰三(MD)²⁾

【はじめに】関節リウマチ(以下RA)患者は、経過中にリンパ増殖性疾患(以下LPD)を発症するリスクが高く、RAやその治療に伴う免疫異常が発症の原因と推定されている。今回我々は、RA長期治療中に発症した体腔液リンパ腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。約30年前にRAを発症し、抗リウマチ薬(ブシラミン, ステロイド, タクロリムス)により外来加療されていた。数年前から右胸水貯留を認めていたが、約4ヶ月前から徐々に増加したため精査目的に入院。胸水細胞診が施行された。

【細胞所見】核小体明瞭で核形不整を伴う大型リンパ球様細胞を多数認めた。核周明庭を認め形質細胞分化が示唆された。一部の細胞は分葉状核を示した。

【組織所見】セルブロック標本では、核小体明瞭な大型核と核周明庭を有する大型腫瘍細胞を認めた。免疫染色ではCD3e(-), CD4(+), CD5(-), CD8(-), CD20(-), CD30(-), CD56(-), CD138(+), cyclin D1(-), MUM1(+), PAX5(-), cMYC(+))を示した。

【経過】全身画像検査で腫瘍性病変はなく、体腔液リンパ腫と診断された。胸水のウイルス検査でEBV陽性、HHV-8陰性であった。抗リウマチ薬が中止されたが胸水の減少はなく、化学療法が行われたが、約半年後に永眠された。

【まとめ】RA関連LPDの組織型としてはDiffuse large B-cell lymphomaやHodgkinリンパ腫の報告が多いとされ、体腔液リンパ腫の報告は非常にまれである。腫瘍細胞は形質細胞様の形態を示し、時に上皮細胞との鑑別を要する。治療方針決定に亜型分類が必要であり、セルブロック作製が有用であった。

P-2-115 生前診断し得た血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (アジア型) の一例

済生会松阪総合病院医療技術部検査課¹⁾, 済生会松阪総合病院臨床検査科²⁾

○山本雄一(CT)¹⁾, 丸井理恵子(CT)¹⁾, 竹内健二(CT)¹⁾, 中野 洋(MD)²⁾

【はじめに】血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (IVL) は、腫瘍細胞が小血管内で増殖することを特徴とし、腫瘍形成に乏しい。そのため生前診断が困難であり、予後不良な疾患である。2008 年 WHO 分類では西欧型とアジア型に病型分類されており、本邦においては血球貪食症候群 (HPS) を主徴とし、急激な経過をたどるアジア型が半数を占めている。今回、HPS を診断契機とし、IVL を診断し得た症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代男性。2 週間以上持続する発熱にて当院内科受診。腹部超音波にて巨大脾腫、血清 IL-2R 20955 U/mL と著増を認めたが、リンパ節に腫瘍は認めなかった。

【細胞所見】末梢血液標本にてマクロファージが散見されたが、明らかな貪食像は認めなかった。骨髓標本ではマクロファージの増生と非上皮性細胞の集簇を認め、塗沫標本にて血小板又は赤芽球の貪食像が散見された。悪性リンパ腫が強く疑われランダム皮膚生検が施行された。

【組織所見】皮膚組織の毛細血管内に異型細胞の密な増生を認め、腫瘍細胞は CD20 及び bcl-2 陽性であり、骨髓標本で確認された非上皮性細胞の集簇も同様の結果が得られた。IVL (アジア型) と診断され、直ちに R-ESHAP 療法が開始されたが、治療後 15 日目に呼吸不全を来し昇天された。

【まとめ】本症例は末梢血液像にてマクロファージを検出したことが、IVL の診断に結びついたと考えられた。また骨髓標本にてマクロファージの増生及び非上皮性細胞の集簇が認められた場合は IVL も念頭に置き免疫染色を行う必要があると考えられた。

P-2-116 診断に苦慮した分類不能 B 細胞性リンパ腫の 1 症例

飯山赤十字病院医療技術部病理技術課¹⁾, 長野県立須坂病院遺伝子検査科²⁾, 信州大学大学院医学系研究科分子病理学教室³⁾

○松浦博之(CT)¹⁾, 高橋正臣(CT)¹⁾, 豊田杏奈(CT)¹⁾, 浅野直子(MD)²⁾, 中山 淳(MD)³⁾

【はじめに】全身リンパ節腫脹に対し、確定診断を目的に施行されたリンパ節生検の材料において、分類不能 B 細胞性リンパ腫と診断された症例を経験したので、形態学的所見および免疫学的所見を中心に報告する。

【症例】66 歳男性。健診にて肝機能障害が指摘され、当院内科を受診。血液検査により悪性リンパ腫が疑われたため FDG-PET 検査が施行され、全身に異常集積を認めた。確定診断を目的に右鼠径リンパ節生検が施行された。

【細胞所見】提出された生検材料の捺印標本には、小型～中型のリンパ球と好中球や形質細胞、好酸球がみられる中、核小体が目立つ大型の細胞がみられた。この大型の免疫芽球様細胞には二核の細胞も認められた。また少数であるが形質細胞にも二核細胞がみられた。

【病理所見】腫大したリンパ節で、リンパ濾胞は比較的保たれているものの、濾胞間は拡大し、高内皮細静脈の増生に加えて、大型でホジキン細胞様の形態を示した免疫芽球の増殖と、その周囲に形質細胞や好酸球を含む多様な炎症細胞浸潤がみられた。免疫芽球は CD20(+), CD30(+), Bob1(+), Oct2(+/-), EBER ISH(-) であり、B 細胞と Hodgkin 細胞の両者の形質を併せ持っていたことから、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) と古典的ホジキンリンパ腫の中間型特徴を有する分類不能 B 細胞性リンパ腫と診断した。

【まとめ】本邦における本疾患の発生頻度は不明であるが、ホジキンリンパ腫類縁疾患症例の中で、該当したものは 0.3% ときわめてまれである。今回、形態学的にも免疫学的にもホジキンリンパ腫と DLBCL との鑑別が困難であった症例について報告する。

P-2-117 前縦隔原発大細胞型 B 細胞リンパ腫の特徴を有した肺原発悪性リンパ腫の 1 症例

市立旭川病院中央検査科¹⁾, 市立旭川病院病理診断科²⁾

○越高正広 (CT)¹⁾, 山田和明 (CT)¹⁾, 勝見友則 (CT)¹⁾,
二郷元彦 (CT)¹⁾, 武田晃典 (CT)¹⁾, 高田明生 (MD)²⁾

【はじめに】前縦隔原発大細胞型 B 細胞リンパ腫 Primary mediastinal large B-cell lymphoma (以下 PMBL) は全悪性リンパ腫の 0.25% を占める稀なリンパ腫である。比較的若い成人に発症し前縦隔に腫瘤を形成することが特徴的で、その特異的な臨床像や病理組織像から WHO 分類 (第 4 版) では独立した疾患単位として扱われている。一方、肺原発の悪性リンパ腫は 70~90% が MALT リンパ腫で、びまん性大細胞型リンパ腫は 5~20% とされている。今回我々は、前縦隔に明らかな腫瘤形成を認めず、PMBL 類似の特徴を示した肺原発のびまん性大細胞型リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】33 才男性。両肺に多発結節影を認めた。喀痰細胞診、気管支擦過細胞診では class3b, その時の生検では悪性リンパ腫疑いとなった。その後リンパ節生検、肺の VATS 生検が施行された。

【捺印細胞所見】リンパ腫細胞は大型で淡明~弱塩基性の豊富な細胞質を有し、核は分葉状などの著明な不整が特徴的であった。顆粒は認められなかった。

【組織所見および免疫染色所見】腫瘍はリンパ腫細胞集団を線維性間質が取り囲む特徴的な組織像を示した。異型細胞は豊富な細胞質とくびれた核を有する中~大型の細胞で、免疫染色では L-26 陽性、CD30 弱陽性、CD23 陽性を示し PMBL 類似の表面形質を呈していた。

【まとめ】本症例は明らかな前縦隔腫瘤形成のない肺原発びまん性大細胞型リンパ腫で、その形態や表面形質が PMBL と類似性を示した貴重な症例であると考えられた。

P-2-118 子宮体部に発生した悪性リンパ腫の 1 例

群馬県立がんセンター病理検査課¹⁾, 群馬県立がんセンター病理部²⁾, 群馬県立がんセンター婦人科³⁾, 獨協医科大学病理学⁴⁾

○神山晴美 (CT)¹⁾, 土田 秀 (CT)¹⁾, 中里宜正 (MD)⁴⁾,
布瀬川卓也 (CT)¹⁾, 山崎真美 (DDS)²⁾,
飯島美砂 (MD)²⁾, 鹿沼達哉 (MD)³⁾, 小島 勝 (MD)⁴⁾

【はじめに】子宮体部原発の悪性リンパ腫はきわめて稀な腫瘍である。今回、子宮体部悪性リンパ腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性。3 経妊 0 経産。不正出血を主訴に前医を受診したところ、子宮内に 40×40×30 mm の腫瘤を指摘された。その後増大傾向が見られたため、子宮肉腫が疑われ、精査を目的に当センター受診となった。内膜細胞診で小型類円形腫瘍が疑われ、子宮全摘術両側付属器摘出術が施行された。

【細胞所見】子宮体部標本では、出血性背景に小型類円形の異型細胞が認められた。異型細胞は裸核状で、クロマチンは微細から細顆粒状で、軽度に増量していた。小型類円形腫瘍を考える所見で、子宮間質肉腫や悪性リンパ腫が疑われたが、確定には至らなかった。

【組織所見】子宮は大小の充実性腫瘤により変形していた。充実性部分はクロマチンの増加と数個の中型核小体、大小不同を示し、中等度に腫大した卵円形から楕円形の裸核状の異型細胞が増殖していた。免疫組織化学的検索では、CD20, CD10, Bob-1, Oct-2 陽性、BCL-2 陰性で diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) と診断された。

【まとめ】本症例は、初診時に病変が子宮に限局しており、画像検索で子宮以外に病変の存在を示唆しないことから子宮体部原発と考えた。子宮体部悪性リンパ腫はきわめて稀な腫瘍であるが、細胞診で小型類円形細胞が出現したときは、本症例も念頭に置くことが必要と考えた。

P-2-119 cyclinD1 陽性 CD5 陰性の double-hit lymphoma の一例

岩手医科大学医学部病理学講座機能病態学分野¹⁾, 八戸赤十字病院病理診断科²⁾, 八戸赤十字病院血液内科³⁾

○阿保亜紀子(MD)¹⁾, 佐藤 孝(MD)¹⁾, 笹生俊一(MD)²⁾, 旭 真来(MD)³⁾, 藤澤佑香(MD)³⁾, 筑紫泰彦(MD)³⁾, 増田友之(MD)¹⁾

【背景】 double-hit lymphoma (DHL) は BCL2 を含む t(14; 18)(q32; q21.3) と MYC を含む t(8; 14)(q24; q32) を同時に有する悪性リンパ腫で予後は極めて不良とされる。今回我々は cyclinD1 陽性 CD5 陰性の DHL の一例を経験したので報告する。

【症例】 50 歳代男性。右頸部の違和感を自覚。次第に腫瘤増大傾向となり近医を受診。CT を施行後、悪性リンパ腫が疑われ、右頸部リンパ節生検が施行された。

【細胞所見】 Pap 染色では孤立散在性に N/C 比の高い大型の異型細胞を認めた。明瞭な核小体が複数個みられ、核の切れ込みなどの核形不整が目立った。また背景に lymphoglandular body が目立った。Giemsa 染色では分葉状核や花弁状核など核のくびれや切れ込みの著明な異型細胞が認められた。

【組織所見】 HE 染色ではリンパ節全体にわたり大型核の異型細胞のびまん性増殖を認めた。一部核片を貪食する細胞が散在し、Starry sky appearance 様を呈している。異型細胞は卵円形核や分葉状核など著明な核形不整を認め、免疫染色では CD20+, CD10(week)+, cyclinD1+, BCL6+, CD5-, BCL2-, Ki-67 index 90% を示した。FCM 解析でも CD19+, CD20+, CD5-であった。cyclinD1 陽性の diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) との鑑別を要した。染色体核型分析ですべての細胞に近 3 倍体の異常核型と add(1)(p13), add(7)(q22), t(8; 14)(q24.1; q32), t(14; 18)(q32; q21.3) が共通した核型で、最終的には DHL と考えられた。

【考察】 本症例は組織学的に atypical Burkitt lymphoma (atypical BL) 様の像であったが、免疫学的表現型は BL に類似していた。本症例は、DHL の中でも cyclinD1 陽性 CD5 陰性の B-cell lymphoma という側面をもつ興味深い症例と考えた。

P-2-120 体腔液検体における LBC 法の細胞学的検討

兵庫医科大学病院病院病理部

○中西昂弘(CT), 石田誠実(CT), 西上圭子(CT), 佐藤 元(CT), 榎本利香(CT), 織田みほ(CT), 糸山雅子(CT), 岡村義弘(CT), 鳥居良貴(CT), 松田育雄(MD), 羽尾裕之(MD), 塚本吉胤(MD), 廣田誠一(MD)

【はじめに】 近年、Liquid-Based Cytology (以下 LBC) 法は効率的な標本作製法として、非婦人科検体への応用も多く報告されている。今回、我々は体腔液検体において LBC 法と従来法の細胞学的比較検討を行った。

【方法】 LBC 標本の作製にはベクトンディッキンソン社の CytoRich Red (以下 CRed) 保存液を用い、同社製の トータリス™ スライドプレップを使用した。細胞像や免疫染色への影響などについて従来法と LBC 法の比較検討を行った。

【結果】 LBC 標本では溶血作用と蛋白凝集阻止作用を有する CRed を用いることで、従来法の標本に比べ明らかな背景が得られた。また、多くの細胞が立体的に塗抹され、乾燥等の細胞変性も少なかった。従来法で ClassIII と判定された検体のなかには LBC 法で ClassIV 以上の判定が可能な検体もあった。

【考察】 LBC 法では細胞形態や出現様式が従来法とは異なるため判定には習熟が必要であるが、多くの細胞が塗抹され腫瘍細胞の出現も多いことから判定は容易であった。また、沈渣を固定液に保存することで免疫染色や遺伝子検索への応用も可能であるが、免疫染色では従来法の標本とは賦活条件等が異なっていた。

【まとめ】 LBC 標本では、十分量の細胞が均一に塗抹され鏡検範囲も限定されていることから、判定が容易であった。現状では LBC 法による Giemsa 標本の作製は困難で、免疫染色における諸条件の検討も新たに必要となるが、LBC 法は従来法よりも標本作製が容易であり、体腔液検体にも有用と考えられた。必要に応じて従来法と併用することで診断精度が向上すると考えられた。

P-2-121 胃癌腹腔洗浄細胞診CY0でもCEA mRNAの発現がある場合は予後が悪い

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

○川崎 隆(MD), 神田真志(CT), 畔上公子(CT), 土田美紀(CT), 山川美沙紀(CT), 北澤 綾(CT), 弦巻順子(CT), 豊崎勝実(CT), 川口洋子(CT), 鏡十代栄(CT), 木下律子(CT), 桜井友子(CT), 本間慶一(MD)

【目的】第52回秋期大会では、RT-PCRによる腹腔洗浄液中の胃癌細胞由来のCEA mRNAの検出とCY判定の比較を行った。定性PCRは感度が高く偽陽性の問題があったが、PCR陽性は形態的に判定できない癌細胞を拾っている可能性もあった。今回CY0/PCR陽性の臨床的意義について長期再発予後の観点から検討した。

【方法】2010年5月～2013年3月に胃癌で胃切除が行われ、腹腔洗浄液が提出された236症例(男171例, 女65例, 平均67歳)を対象とした。観察期間は8-1550日(平均754日)であった。複数箇所または複数回検体提出症例は、1つの検体が陽性であればCY1またはPCR陽性とした。CY判定はClass判定に免疫染色を加えて行い、PCRは中西ら(Jpn J Cancer Res 1997)の方法に準じて、RT-PCR法でCEA mRNAの増幅を行った。

【結果】CY1群は26例, CY0/PCR陽性群23例, CY0/PCR陰性群187例で、51例に再発があった。腹膜再発は22例で、CY1群10例, CY0/PCR陽性群6例, CY0/PCR陰性群6例であった。3年腹膜非再発率は、CY1群が29.0%, CY0/PCR陽性群66.3%, CY0/PCR陰性群96.0%で、CY1群はCY0/PCR陰性群と有意差を認めたが($p=2.5E-15$), CY0/PCR陽性群とは有意差はなかった($p=0.23$)。また、CY0/PCR陽性群は、CY0/PCR陰性群と有意差があった($p=1.5E-6$)。

【まとめ】CEA mRNAの増幅があれば形態で癌細胞と判断できない場合でも腹膜再発の可能性が高く、PCR陽性は重要な予後因子と考えられた。なお、予後調査で協力いただいた当院外科の會澤雅樹先生に感謝します。

P-2-122 胸腹水検体におけるestrogen receptor染色の有用性についての検討

広島市医師会臨床検査センター¹⁾, 広島赤十字・原爆病院病理診断科²⁾

○矢口裕子(CT)¹⁾, 田中広美(CT)¹⁾, 渡辺昌三(CT)¹⁾, 山下 葵(CT)¹⁾, 金子 英(CT)¹⁾, 大野絵美(CT)¹⁾, 河野真由美(CT)¹⁾, 藤井 楨(CT)¹⁾, 田中 幸(CT)¹⁾, 橋本 健(CT)¹⁾, 藤原 恵(MD)²⁾

【目的】当検査センターでは、体腔液検体の細胞診断において、Pap標本の検鏡後に、必要に応じて免疫染色を行っている。今回、精度管理を兼ねて、estrogen receptor(以下ER)を染色した症例を見直し、その意義を検討した。

【材料と方法】2011年1月～15年5月に免疫組織化学的にERを染色したすべての体腔液検体を対象とし、ER(+)症例を中心に、細胞診報告後の組織診断や最終的な臨床診断の情報と比較した。またPap染色で非癌細胞と判定した細胞でのERの染色所見を検討した。ER抗体は、2014年2月までクローン1D5、3月からはクローンSP1を使用し、検体処理時にあらかじめ予備として作製しておいた二重固定標本または乾燥標本を染色した。腫瘍細胞の核に陽性の場合にER(+)と判定した。

【結果】ER染色を行った症例は、胸水12+例, 腹水27+例であった。その内、ER(+)は13例, ER(-)は26例であった。最終的な臨床診断の内訳は、乳癌6例, 卵巣癌4例, 子宮体部癌肉腫1例, 腹膜癌1例, 胃癌腹膜播種1例であった。ER実施により、細胞診の推定臓器と最終的な臨床診断が『一致』したのは10例, 『一部一致』が1例, 『不一致』が2例で、一致率は84.6%であった。またPap染色で中皮細胞, 組織球と判定した細胞は、すべてER(-)であった。

【結論】ER実施により、細胞診依頼時には原発巣が特定されていなかった5症例で推定に役立ち、腹水での乳癌細胞, 胸水での卵巣癌細胞など、Pap染色のみでは原発巣を断言し難い症例で有用と考えた。ER(+)であれば悪性細胞の有力な根拠になり得ると考えた。

**P-2-123 胸腔外原発悪性胸水の原発巣の推定診断：
Cell block による免疫細胞化学法の有用性**

順天堂大学浦安病院病理診断科¹⁾, 順天堂大学浦安病院産婦人科²⁾, 順天堂大学病理診断部³⁾

○泉 浩(MD)¹⁾, 橋爪 茜(MD)¹⁾, 富田茂樹(MD)¹⁾, 中村 博(CT)¹⁾, 喜納勝成(CT)¹⁾, 岡崎哲也(CT)¹⁾, 奥山直子(CT)¹⁾, 坪内優子(CT)¹⁾, 市川彩果(CT)¹⁾, 橋本 学(CT)¹⁾, 野島美知夫(MD)²⁾, 鈴木千賀子(MD)²⁾, 齋藤 啓(MD)¹⁾, 小柳 愛(MD)¹⁾, 佐伯春美(MD)³⁾

【はじめに】悪性胸水貯留で発見される胸腔外原発癌では、臨床的に原発巣が不確定のことがあり、全身検索の前に原発巣の推定が可能ならば、確定診断が容易となる。また経過が長期となる悪性腫瘍の再発の場合は、重複癌との鑑別が必要となる。今回胸水細胞所見と cell block の免疫細胞学的所見により原発巣を推定したと症例を報告し、診断法を検討した。

【症例・方法】2010年から2015年6月までに胸水細胞診所見および cell block にて悪性胸水と診断した129例中、臨床的・組織的に明らかな原発性肺癌を除いた症例で、原発未確定癌症例および胸腔外原発癌の再発例を対象とした。免疫染色はCK7, CK20, TTF-1をほぼ全例に使用し、必要に応じて追加し、原発巣の推定診断をした。

【結果】第一に原発性肺癌102例を診断し、その他の症例で cell block による免疫染色にて、胸腔外原発巣を推定できたのは、乳癌5例、胃癌4例、膀胱癌3例、胆管癌1例、子宮内膜2例、卵巣2例、計17例であった。この内再発例以外の症例は、原発巣の組織検査にて確定した。

【まとめ】原発巣の推定には、細胞診所見と胸水 cell block の免疫染色は、有用な手段と思われる。

P-2-124 悪性中皮腫における体腔液ヒアルロン酸値と細胞形態

埼玉医科大学総合医療センター病理部¹⁾, 公立昭和病院臨床検査科²⁾, 関東中央病院検査科・病理科³⁾

○日下卓万(CT)¹⁾, 青木智章(CT)¹⁾, 大野優子(CT)¹⁾, 大澤久美子(CT)¹⁾, 木内恭子(CT)¹⁾, 花見恭太(CT)¹⁾, 阿部倫子(CT)¹⁾, 扇田智彦(CT)¹⁾, 濱川真治(CT)²⁾, 阿部佳子(MD)¹⁾, 岡 輝明(MD)³⁾, 田丸淳一(MD)¹⁾

【はじめに】悪性中皮腫は体腔液貯留を契機に発見されることが多い腫瘍であり、体腔液のヒアルロン酸値がしばしば上昇することはよく知られている。われわれは、体腔液ヒアルロン酸値と中皮腫細胞形態とに関係があるか否かを検討した。

【方法】対象は埼玉医科大学総合医療センターにて2005～2014年の間に、細胞検査で悪性中皮腫と判定した症例のうち、体腔液中のヒアルロン酸が測定された16症例である。体腔液ヒアルロン酸値のカットオフ値100,000 ng/ml以上を示したのは10例(104,000 ng/ml～992,000 ng/ml, 平均418,700 ng/ml)で、6例はカットオフ値以下(47 ng/ml～55,000 ng/ml, 平均28,507 ng/ml)であった。各々の群で細胞の大きさ、微絨毛様構造の発達、多核化、hump 様細胞質突起を有する鑄型細胞などの細胞同士の接着性がみられる頻度、細胞集塊の形態について、パパニコロウ標本を用いて観察した。

【結果】ヒアルロン酸値がカットオフ値以上を示した10例では、細胞長径が30 μm を超える細胞が多く(平均およそ28 μm)、微絨毛様構造がみられた。多核細胞が多く、hump 様細胞質突起を有する鑄型細胞が多数みられた。N/C 比は低い細胞が多かった。一方、ヒアルロン酸がカットオフ値未満を示した6例は、細胞長径の平均は約20 μm で、細胞接着像は少なかった。その他の所見については、両者間で差は認められなかった。

【まとめ】体腔液ヒアルロン酸値が高い症例にみられる腫瘍細胞は、幅広い胞体と微絨毛様構造を持つ大型細胞が目立ち、細胞の接着性が高い傾向にある。悪性中皮腫細胞がヒアルロン酸合成に関与しているという報告もあり、ヒアルロン酸値は細胞所見と何らかの関係があるものと推察された。

P-2-125 悪性胸膜中皮腫の胸水細胞像と組織像との対比—(第4報:胸水中, 単個大細胞型)

兵庫県立尼崎総合医療センター病理診断科¹⁾, 兵庫県立尼崎総合医療センター検査放射線科病理検査室²⁾, 関西医科大学滝井病院病理部³⁾

○鷹巢晃昌(MD)^{1,3)}, 松木慎一郎(CT)²⁾, 南 智也(CT)²⁾, 西田光輝(CT)²⁾, 高垣和代(CT)²⁾, 駒井隆夫(CT)²⁾, 中島直樹(MD)¹⁾, 山本鉄郎(MD)¹⁾, 安水良知(MD)¹⁾

【はじめに】尼崎市地域は, アスベストの飛散や職業的暴露などにより悪性胸膜中皮腫(以下, MPM)の罹患率が高い。私達は, その胸水細胞像と組織像を対比して病態や細胞像の理解を図ってきた。組織像で表層進展や乳頭状増殖を示す型の胸水細胞像, 胸水で集塊形成を示す組織像の特徴, 更に胸水中のCollagenous stromaの由来を検討した。

【対象】胸水中, 主に個在性で核小体明瞭な大型細胞として出現するMPM例とその組織像の対比を試みた。2005年以降のMPM例中, 胸腔鏡下生検等を主とした27例を対象とした。

【結果】1) 男/女=16例/11例, 発症年齢51~86歳(平均73.7歳), 上皮型21例, 二相型6例となった。内, 1000日以上生存例は5例, 現在通院中の患者は3名認めた。2) 胸水で大型個在性異型細胞に対応する組織像は, 脱落膜様型と考慮された。また一部は胸膜表層に進展する柵状やシート状配列もその可能性があるかと判断した。3) 本亜型は組織像でも細胞乖離を来しやすいと観られた。4) 通院中や1000日以上生存例を除いた20例の平均生存日数は, 394日であった。

【考察】1) 当院のMPM全般と比較すると, 本検討では女性が優勢で, 平均年齢も5.3歳高く73.7歳となった。2) 生検検体であるため全体像の把握には限界はあるが, 長期生存例では表層進展部分を認め, 予後良好な配列とみられた。3) 細胞異型, 壊死巣を伴う組織像や発症年齢の高さを考慮すると, 本亜型を呈するMPMは多く進行期相当で, 平均生存日数も400日弱と総じて予後不良であった。細胞像では偽角化細胞を様々な程度に認めた。

【まとめ】MPMの胸水中, 個在性大型異型細胞を優勢に出現する症例の多くは, 脱落膜様型に相当し, 比較的短期生存例が多く観られた。

P-2-126 胸水中に出現した卵巣漿液性境界悪性腫瘍の1例

京都第一赤十字病院病理診断科

○樋野陽子(MD), 井上小百合(CT), 荻田 健(CT), 久保喜則(CT), 片岡恵美(CT), 間瀬八重(CT), 河崎瑞枝(CT), 田中哲郎(CT), 中尾龍太(MD)

【はじめに】卵巣境界悪性腫瘍でIV期に至る進行例に遭遇することは比較的稀である。今回, 私達は片側性胸水貯留で発症, 胸水細胞診で腺癌が指摘され, 原発巣の推定に胸水セルブロックが有用であった卵巣漿液性境界悪性腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】60代女性。1年前に人間ドックで右胸水を指摘され, 2回穿刺するも陰性であった。3回目の穿刺で腺癌を指摘, 胸水セルブロックでの免疫組織化学から女性生殖器由来漿液性腫瘍の転移を疑われた。画像上は病変が明らかでなく婦人科にて試験開腹が施行された。

【細胞診所見】小型類円形異型細胞が大小の乳頭状集団で多数出現しており, 一部に相互封入像を認めた。これらの細胞は, ライトグリーンに好染の細胞質と偏在傾向を示す腫大核を有し, クロマチン増加と小型核小体を伴っていた。胸水穿刺と同時に作成されたセルブロックにも同様の異型細胞を認め, 免疫組織化学的にMOC31(+), Ber-EP4(+), calretinin(+), WT1(+), PAX8(+), ER(+), PgR(+), p53(-)であり, 女性生殖器由来の腺癌転移を疑った。

【手術標本所見】婦人科にて試験開腹が施行され, 左卵巣表面に2.5cm大の腫瘍を認めた。組織学的には, 複雑な乳頭状分岐を示す漿液性上皮から成る腫瘍で一部にmicropapillary patternや微小浸潤を伴っていた。

【まとめ】画像上は病変が明らかでなかったことから, セルブロックでの免疫組織化学が施行されていなければ, 原発不明となった可能性がある。女性の胸水貯留で原発不明腺癌を指摘されたときは, 女性生殖器の由来の腫瘍も考慮する必要がある。免疫組織化学を追加検討できるセルブロックは原発巣推定に有用であり, ルーチン化を検討すべきである。

P-2-127 体腔液中に出現した卵巣成人型顆粒膜細胞腫の1例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理

○小井戸綾子(CT), 内田好明(CT), 阿部香織(CT),
新発田雅晴(CT), 古村祐紀(CT), 安田真大(CT),
斉藤仁昭(MD), 飯嶋達生(MD)

【はじめに】卵巣成人型顆粒膜細胞腫は、全卵巣腫瘍の約1%の発生頻度であり、稀な腫瘍である。今回、体腔液中に腫瘍細胞が出現し、腺癌と鑑別を要した1例を経験したので報告する。

【症例】52歳女性。呼吸困難、腹部膨満感を主訴に、当院を紹介受診。細胞診が施行され、子宮頸部でClassII, NILM, 子宮内膜でClassII, 腹水および胸水において、腺癌と診断された。その後、子宮全摘術が施行され、組織診にて卵巣成人型顆粒膜細胞腫と診断された。

【細胞学的所見】血性背景に、微細顆粒状に増量した核クロマチンを有し、核形不整を呈した異型細胞が、不規則に重積した集塊で認められ、腺癌と診断された。術後、再鏡検したところ、顆粒膜細胞腫に特徴的な、核の大小不同の乏しいロゼット様配列や、コーヒー豆様核溝を認めた。Call-Exner bodyは明らかではなかった。

【組織学的所見】N/C比の高い細胞で構成され、核の切れ込み、好酸性胞体を有する、異型細胞の充実性・シート状増殖を認めた。また、索状、小胞巣状に増殖する領域も認めた。免疫組織化学染色では、calretinin陽性、inhibin α , CD56弱陽性となり、卵巣成人型顆粒膜細胞腫と診断された。

【まとめ】卵巣成人型顆粒膜細胞腫は、境界悪性腫瘍であるが、20~30%の症例が再発すると報告されている。本症例のように、体腔液中に不規則な重積を呈する異型細胞が出現した場合、腺癌を第一に疑うが、ロゼット様配列やコーヒー豆様核溝などの形態学的特徴や、臨床的背景なども加味し、稀な疾患も鑑別に挙げておくことが重要である。

P-2-128 体腔液検体で尿路上皮癌を疑った2症例

群馬大学医学部附属病院病理部病理診断科¹, 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学², 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学³

○森田 淳(CT)¹, 星川里美(CT)¹, 栗原康哲(CT)¹,
佐藤香織(CT)¹, 竹淵友弥(CT)¹, 後藤優典(CT)¹,
山崎達弥(CT)², 佐野孝昭(MD)³, 平戸純子(MD)¹,
小山徹也(MD)^{1,3}

【はじめに】尿路上皮癌の体腔液中への出現は極めて稀である。尿路上皮癌では細胞学的特徴が乏しいため、細胞所見のみから組織型を推定することは困難である。今回、過去5年で尿路上皮癌を疑った2症例の細胞像について再検討した。

【症例】症例1:60代男性、膀胱全摘出の4ヵ月後に骨転移、リンパ節転移を認めた。癌性腹膜炎による腹水貯留を疑い、腹水穿刺施行。症例2:60代男性、前立腺癌、右腎盂癌多発転移、S状結腸癌術後、右胸水貯留を認めため、胸水穿刺施行。

【細胞像】2症例の細胞所見は類似しており、細胞量が多く、比較的N/C比の高い中型細胞が孤立散在性ないし疎な結合性を示し出現していた。核は単核~3核程度で中心性のものが多く、クロマチンは細顆粒状ないし粗顆粒状に増量しており、核形不整、複数の小型核小体を認めた。細胞質はライトグリーン好染で重厚感があり、一部に細胞辺縁が不明瞭な細胞がみられた。また、核周囲が泡沫状を呈した細胞や多数の細胞相接像を認めた。2症例ともに出現している細胞像から反応性中皮または悪性中皮腫との鑑別を要する所見であった。特殊染色ではPAS染色で濃染する細胞を多数認め、ALB染色は陰性であった。免疫染色の結果は症例1ではCalretinin, D2-40, CEAが陰性で、GATA3が陽性であった。症例2ではCalretinin, ADC (TTF-1/NapsinA), SqCC (p40/CK14), CEAが陰性で、GATA3が陽性であった。

【まとめ】細胞所見のみから尿路上皮癌を疑うことは困難な場合が多いが、今回の2症例では一部に尿路上皮癌を疑う所見を認めた。PAS染色やALB染色の染色態度は他の細胞との鑑別に有用であり、免疫染色と組み合わせることでさらに正確な診断が可能となることが示唆された。

P-2-129 上顎洞アスペルギルス症の1例

福井総合病院検査課¹⁾, 金沢大学医薬保健学域²⁾

○中屋佳子(CT)¹⁾, 河原 栄(MD)²⁾, 渡邊和則(CT)¹⁾,
高橋健太(CT)¹⁾

シュウ酸カルシウム結晶を伴った上顎洞アスペルギルス症を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性。左頬部腫脹。CTで左上顎洞に著明な粘膜肥厚が認められた。石灰化を伴い真菌感染が示唆された。上顎骨骨髓炎疑いで上顎洞根治術が施行された。

【初回細胞診所見】炎症性背景。不整形の菌塊周囲にフィラメント状桿菌が長軸方向に配列していた。Wooly Bodyの様相から放線菌と考えられた。また束状や縦長六角形の結晶が多数認められ、その形状からシュウ酸カルシウム結晶と考えられた。真菌は確認出来なかった。

【病理診所見】上顎洞の嚢胞内構造は、中心が糸状真菌の塊で石灰化を伴っていた。その周囲に真菌塊と連続してActinomycesの菌塊がみられ、好中球の塊からなる膿が付着していた。真菌は隔壁を有する等幅の菌糸で45°の分岐をなしアスペルギルスと考えられた。粘膜は炎症細胞の浸潤が強かった。

【細胞診標本に対するグロコット染色】組織中の球状病変に真菌を認めたため、捺印標本にグロコット染色を追加したところ菌糸の断片が確認出来た。

【考察】真菌症で認められるシュウ酸カルシウム結晶は、真菌が産生したシュウ酸と生体中のカルシウムが結合して形成される。よってシュウ酸カルシウム結晶は空洞内面や気管支内腔など菌糸が繁茂する近くに認められ、繁茂した菌糸が絡んでいたりする。今回捺印標本中にアスペルギルスの菌糸を認めることが出来なかったのは、真菌球の表面から作成したからであろう。しかし、グロコット染色を追加したところ菌糸の断片が確認できた。背景にシュウ酸カルシウム結晶を認めた場合にはアスペルギルスの存在を疑い、グロコット染色やPAS染色を追加することは必須である。

P-2-130 Olfactory neuroblastoma と考えられた小児鼻腔腫瘍の1例

杏林大学医学部付属病院病院病理部¹⁾, 杏林大学医学部病理学教室²⁾

○稲嶺圭祐(CT)¹⁾, 加藤 拓(CT)¹⁾, 坂本憲彦(CT)¹⁾,
水谷奈津子(CT)¹⁾, 市川美雄(CT)¹⁾, 鈴木 瞳(CT)¹⁾,
菅野大輝(CT)¹⁾, 住石 歩(CT)²⁾, 近藤凡子(CT)²⁾,
藤原正親(MD)²⁾, 大倉康男(MD)¹⁾

【はじめに】嗅神経芽細胞腫は鼻腔原発腫瘍の2~3%と稀な疾患である。鼻腔嗅部に好発する腫瘍で、好発年齢は20~40歳代である。今回、我々は小児に発生した嗅神経芽細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】患者は9歳、男児。顔面にサッカーボールが当たり、その後徐々に左眼球偏位を認めたため近医眼科を受診した。眼窩底骨折を疑われ当院を紹介された。CT上、上顎洞に腫瘍病変を認めたため生検を施行し、同時に採取した鼻腔内貯留液を細胞診材料とした。

【細胞診】出血性背景に比較的均一な異型細胞が集塊ないしは散在性に出現していた。集塊にはライトグリーンに淡染する微細泡沫状ないし無構造物質を中心としたロゼット様配列がみられ、木目込み細工状構造や対細胞、数珠状配列等も認められた。異型細胞は小型で淡明狭小な細胞質を有し、裸核状細胞もみられた。核は円形~類円形でやや大小不同性、核形不整を示し、細~粗顆粒状のクロマチンが増量していた。小型核小体を有するものもみられ、少数ながら核分裂像も認められた。

【組織診】血管の豊富な組織中に細胞質の乏しい細胞が増殖していたが高度の挫滅が加わっており組織構築は不明瞭であった。免疫染色を施行した結果、CD56(+), Synaptophysin(+), CD99(-), NSE(-), TdT(-), CD45(-), Desmin(-), CKAE1/AE3(-), であり、Olfactory neuroblastoma と考えた。

【まとめ】嗅神経芽細胞腫では小型細胞の出現を認めるため、小細胞癌、悪性リンパ腫、胎児型横紋筋肉腫やユーイング肉腫などと鑑別を要する。鼻腔に発生した腫瘍で小型細胞によるロゼット様配列の形成等の特異的な所見を示す場合、嗅神経芽細胞腫を細胞診検査においても推定することが可能である。

P-2-131 左鼻腔に発生した嗅神経芽細胞腫(olfactory neuroblastoma)の1例

川崎医科大学附属川崎病院病理部¹⁾, 川崎医科大学附属川崎病院病理科²⁾, 川崎医科大学病理学¹⁾³⁾

○成富真理(CT)¹⁾, 畠 榮(PhD)¹⁾, 物部泰昌(MD)^{2,3)}, 高須賀博久(CT)¹⁾, 日野寛子(CT)¹⁾

【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する悪性腫瘍で、鼻腔腫瘍の2~3%に発生するまれな腫瘍である。今回われわれは嗅神経芽細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】50代、男性。左鼻出血を繰り返し、当院紹介受診。CTおよびMRIにて左鼻腔に22mm大の充実性腫瘍を認めた。腫瘍は有茎性で上鼻甲介の鼻中隔側上方に認められ、周囲との癒着なく中鼻甲介を圧排していた。内視鏡的摘出術が施行され、術中迅速診断および捺印細胞診標本を作製し診断した。

【捺印細胞所見】赤血球とともに小型円形の腫瘍細胞が疎な結合から孤立性に多数出現していた。腫瘍細胞はN/C比大で細胞質は乏しく、ライト緑に淡染し、裸核状細胞も認められた。核は円形~楕円形、クロマチンは粗顆粒状で、核小体は認めなかった。また、一部にロゼット様構造がみられた。悪性リンパ腫や小細胞癌、カルチノイド等を考えた。

【組織所見】鼻腔粘膜下の結合組織内に類円形核を有するN/C大の小型円形細胞がびまん性あるいは胞巣状に浸潤増殖していた。核は均一、クロマチンはsalt and pepper状で、細胞質は乏しく、細胞境界不明瞭であった。腫瘍組織は血管結合組織に境され、一部でHomer Wright型のロゼット形成がみられた。核分裂像は目立たず、壊死巣はほとんど認めなかった。免疫組織化学的に腫瘍細胞は、S100、MIC-2、CD56、シナプトフィジンに陽性で、CD3、CD79a、CD5、NF、TTF-1は陰性であった。MIB-1 indexは11%程度であった。FISH法で22q12 fusion geneは陰性であった。以上から嗅神経芽細胞腫と診断した。

【まとめ】鼻腔に発生したまれな嗅神経芽細胞腫の1例を経験した。悪性リンパ腫や小細胞癌等との鑑別点について検討を加え報告する。

P-2-132 術中迅速診断に苦慮した頭蓋底孤立性線維性腫瘍(SFT)の一例

東京警察病院病理診断科¹⁾, 立正佼成会附属佼成病院病理科²⁾, 東京通信病院病理科³⁾, 日本医科大学病理学講座⁴⁾

○横山宗伯(MD)^{1,4)}, 二階堂孝(MD)²⁾, 小川真紀(MD)¹⁾, 横浜一樹(CT)¹⁾, 齋藤嘉奈子(CT)¹⁾, 渡邊 学(CT)¹⁾, 山崎京子(CT)¹⁾, 篠原令子(CT)¹⁾, 神山慶也(CT)¹⁾, 岸田由紀子(MD)^{3,4)}, 田村浩一(MD)^{3,4)}

【はじめに】当院の脳神経外科は、腫瘍については、ほぼシュワンノーマに特化した診療を行っているが、時にシュワンノーマ以外の腫瘍に遭遇する。ここに、術前診断は左側頭葉脳底部三叉神経鞘腫であったが、最終的に孤立性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor, 以下SFT)と診断した一例を報告する。

【症例】44歳男性。主訴は単語が出てこない、目が見づらいなど。他院で左側頭葉脳底部脳腫瘍と診断され当院脳外科受診。三叉神経鞘腫の診断で、塞栓術後腫瘍摘出術が行われた。

【術中捺印細胞診所見】密な短紡錘形細胞を認めた。特定の配列は指摘できない。核は短楕円形。異型性多形性は乏しい。他の成分を認めず。

【組織診所見】術中診断は富細胞性シュワンノーマ疑いとした。戻し凍結標本では、紡錘形細胞の他、壁の硝子化した血管成分を認めSFTが鑑別に上がり、手術材料の免疫染色も加えてSFTと診断した。

【考察】捺印細胞診では血管成分の認識は困難であるが、SFTと頭蓋内の他の紡錘形細胞腫瘍との鑑別には核所見がポイントと思われた。

P-2-133 転移を来した眼瞼脂腺癌3例の細胞像について

群馬大学医学部附属病院病理部・病理診断科¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学³⁾

○後藤優典(CT)¹⁾, 星川里美(CT)¹⁾, 山崎達弥(CT)³⁾, 栗原康哲(CT)¹⁾, 新井秀雄(MD)¹⁾, 平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)^{1,2)}

【はじめに】脂腺癌は脂腺細胞への分化を示す扁平上皮癌で、皮膚や眼瞼、乳輪部に発生する。今回、眼瞼に発生した脂腺癌が、耳下腺やリンパ節に転移を来した3例の穿刺吸引細胞診(FNA)による細胞像を得ることができたので、組織像と合わせて報告する。

【症例】いずれも眼瞼脂腺癌切除後の症例である。(症例1)67歳、男性。右耳下腺に腫瘍が出現。(症例2)95歳、女性。右耳前部リンパ節腫脹が出現。(症例3)80歳、女性。右耳下腺腫瘍を自覚。何れもエコー下においてFNA施行。

【細胞所見】何れの症例も、壊死性背景に多数の泡沫状組織球や、細胞質が泡沫状の脂腺類似細胞がみられた。(症例1)は、核異型や核小体の目立つ細胞が、重積性のシート状集塊でみられ、pearl formationや石灰化も少数みられた。(症例2)は、クロマチンの増量、核形不整のみみられる細胞が、石灰化を多数含むシート状の重積集塊でみられる。(症例3)は、N/C比が高く、核小体の目立つ類円形の腫瘍細胞が、孤在性または重積集塊でみられた。

【組織所見】何れの症例も、核腫大した核を有する腫瘍細胞が、シート状に配列し胞巣を形成しながら浸潤性に増殖していた。胞巣中心部で面胞壊死が散見される。腫瘍細胞の細胞質は淡明で空胞を有するなど脂腺への分化を示す。間質に泡沫状組織球の集簇がみられた。(症例1)は、扁平上皮への分化を伺わせる部分があり、部分的に基底細胞様の腫瘍細胞もみられた。(症例2)は脂肪染色で殆どの腫瘍細胞が陽性を示した。(症例3)も基底細胞様の腫瘍細胞を一部に認めた。

【まとめ】泡沫状組織球の出現、腫瘍細胞の細胞質の淡明化、空胞化に注意して所見を取っていく事や、N/C比の高い細胞や扁平上皮への分化を示す細胞が見られることも、診断していく上でのポイントと考えられた。

P-2-134 Non-sebaceous lymphadenoma の悪性型と診断した一例

島根大学医学部附属病院病理部¹⁾, 島根大学医学部器官病理学講座²⁾, 島根大学医学部病態病理学講座³⁾

○三浦聡美(CT)¹⁾, 荒木 剛(CT)¹⁾, 足立絵里加(CT)¹⁾, 上垣真由子(CT)¹⁾, 長崎雅幸(CT)¹⁾, 吉田さおり(CT)¹⁾, 小池美貴男(CT)¹⁾, 三島聡子(CT)³⁾, 天野知香(MD)³⁾, 石川典由(MD)²⁾, 荒木亜寿香(MD)²⁾, 原田祐治(MD)¹⁾, 丸山理留敬(MD)²⁾

【はじめに】耳下腺に好発する Non-sebaceous lymphadenoma の悪性型に相当すると考えられる Non-sebaceous lymphadenocarcinoma の一例を経験したので報告する。

【症例】70代男性。右耳前部腫瘍を自覚し、増大傾向を認めたため当院耳鼻科を受診。頸部造影CTにて右耳下腺浅葉前方に内部均一、境界明瞭な20×22mm大の腫瘍を認めた。経過観察中に腫瘍が25mm大に増大しCTにて境界不明瞭な部分もあり、診断確定のために手術施行となった。

【捺印細胞診所見】背景にリンパ球を多数認め、その中に集塊辺縁のほつれが目立つ上皮集塊が散見された。腫瘍と考えられる細胞はN/C比が高く、核の大小不同、クロマチン増量、核小体を伴っており、核は紡錘形ものが多く、悪性を考える像であった。

【組織所見】リンパ濾胞を形成するリンパ球浸潤巣内に不規則な充実性増生を示す異型上皮の増生が見られた。個々の腫瘍細胞は紡錘形の核を持つものが多く、核異型が目立ち、核分裂像も散見された。また周囲との境界が明瞭なところが多かった。免疫染色はAE1/AE3, CK19, CK5/6, 34βE12, p63, C-kit, Bcl2に陽性、CK20, CK14, EBERに陰性を示し、MIB-1 indexは比較的高かった。組織像のみでは本症例を Lymphoepithelial carcinoma ともできるがEBウイルス陰性で腫瘍胞巣に境界明瞭な部分が目立つため Non-sebaceous lymphadenoma の悪性型に相当すると考え、Non-sebaceous lymphadenocarcinoma と診断された。

【まとめ】リンパ腺腫瘍はほとんどが良性だが、詳細に上皮胞巣の細胞異型を評価し悪性を見逃さないことが必要になる。現時点では Non-sebaceous lymphadenocarcinoma の報告例はなく、診断分類にもない。今後報告が増えることで確立されていくことが見込まれ、捺印細胞診も診断の補助になりうると考える。

P-2-135 第4脳室に発生したロゼット形成性グリア神経細胞腫瘍の1例

宮崎大学医学部附属病院病理部¹⁾, 宮崎大学医学部附属病院病理診断科²⁾

○徳満貴子(CT)¹⁾, 野口裕史(CT)¹⁾, 大野招伸(CT)¹⁾, 峰松映子(CT)¹⁾, 黒木栄輝(CT)¹⁾, 盛口清香(MD)²⁾, 佐藤勇一郎(MD)^{1,2)}

【はじめに】ロゼット形成性グリア神経細胞腫瘍 (Rosette-forming glioneuronal tumor : RGNT) は, 神経細胞性要素と毛様細胞性星細胞腫瘍成分が混在する非常に稀な腫瘍である。若年成人発生例が多く, 大部分は第4脳室に発生する。今回, 10歳未満のRGNTを経験したので, 術中迅速時の圧搾・捺印標本の細胞像を中心に報告する。

【症例】8歳, 女児。持続する嘔吐のため前医受診。頭部MRIで, 第4脳室を中心とする腫瘍性病変および脳室拡大が認められた。当院脳神経外科を紹介受診し, 生検術が施行された。肉眼所見では, 第4脳室壁に存在する境界不明瞭な腫瘍で, 易出血性であった。

【細胞所見】細線維性基質を背景に, 類円～楕円形核を有する, 比較的均一な大きさの腫瘍細胞が, ロゼット様構造を呈して出現し, 一部は毛細血管周囲にもみられた。また, 反応性星細胞や砂粒小体も認めた。典型的ではなかったが, 上衣腫や中枢神経細胞腫などを鑑別に挙げた。

【組織所見】神経膠腫瘍成分と神経細胞腫瘍成分が混在し, 間質は細線維状基質と好酸性粘液基質を豊富に含んでいた。一部の腫瘍細胞は細線維基質を中心としたロゼット配列を呈していた。免疫組織化学で, 神経膠腫瘍成分はGFAP陽性, ロゼット中心部と血管周囲はSynaptophysin陽性で, MIB-1陽性率は1.7%であった。

【まとめ】細胞所見では, 組織標本で見られた神経膠腫瘍成分は判然としなかったが, ロゼット様構造より中枢神経細胞腫を示唆する細胞像は捉えられた。本症例は, 最終的にRGNTと診断されたが, 腫瘍の広がりなどは, これまでの報告と異なる点がある。本症例と, 第4脳室に発生する腫瘍の鑑別を, 細胞所見を中心に報告する。

P-2-136 Cytopathological features and differential diagnostic considerations of pilomyxoid astrocytoma of the pineal region

高松赤十字病院病理診断科¹⁾, 香川大学医学部病理診断科²⁾

○林 俊哲(MD)^{1,2)}, 羽場礼次(MD)²⁾, 串田吉生(MD)²⁾, 荻野哲朗(MD)¹⁾, 神野真理(MD)¹⁾, 松永 徹(CT)²⁾

Pilomyxoid astrocytoma (PMA) is a recently identified type of pilocytic astrocytoma (PA) with shorter progression-free and overall survival, higher rate of recurrence, and higher risk of leptomeningeal spread compared to pilocytic tumors. A case is presented here in which intraoperative imprint smears of a pineal region tumor in a 14-year-old girl revealed cytologic monomorphism, elongated cells with bland nuclei embedded in a myxoid background. The tumor cells possessed uniformly round nuclei with a smooth nuclear outline, fine granular chromatin, and small nucleoli. Slender cytoplasmic fibrillary processes and angiocentric arrangement were observed but Rosenthal fibers or eosinophilic granular bodies were absent. A cytologic diagnosis of PMA of the pineal region was suggested by intraoperative smear preparation. Histology and immunohistochemical results confirmed the final diagnosis. This report shows that smear preparation can be trustworthy for the intraoperative diagnosis of PMA, helping to determine the appropriate neurosurgical procedure and therapeutic implications.

P-2-137 大脳に発生した CIC 遺伝子再構成肉腫の一例

JA 愛知厚生連海南病院臨床検査技術科¹⁾, JA 愛知厚生連海南病院病理診断科²⁾

○荒川真由美(CT)¹⁾, 北島聖晃(CT)¹⁾, 成田 淳(CT)¹⁾, 石川 操(MD)²⁾, 中村隆昭(MD)²⁾, 後藤啓介(MD)²⁾

【はじめに】近年, 高悪性度小円形細胞肉腫群の中から CIC 遺伝子再構成肉腫の概念が確立してきた. この肉腫は組織学的に Ewing 肉腫に類似しているが, 特徴的な CIC 遺伝子転座が証明されることで区別される. さまざまな臓器に発生するが, 脳実質原発の既報告は一例のみである. 今回我々は脳に発生した CIC 遺伝子再構成肉腫の一例を経験したので, 細胞所見を中心に報告する.

【症例】64歳女性. 痙攣発作を発症し, 左側頭・頭頂葉に1cm大の出血性腫瘍を指摘された. 海綿状血管腫が疑われて開頭摘出された. 全身検索で他に原発巣はなかった.

【細胞診(術中捺印細胞診)所見】壊死性背景に, 若干の多形性を示す小～中型の類円形～紡錘形核を有する腫瘍細胞が小集塊状～孤立性に出現していた. 腫瘍細胞は裸核状あるいは淡明でやや広い胞体を有していた. 多くの腫瘍細胞では核小体が明瞭であった.

【組織診所見】組織学的には, 周辺にわずかに線維化反応を伴う, 境界明瞭な辺縁分葉状の腫瘍であった. 腫瘍内では軽度の大小不同を示す類円形腫瘍細胞がびまん性に密に増殖していた. 多くの腫瘍細胞では核小体が明瞭であった. 免疫組織化学的には, CD56:一部に陽性, CD99:一部に陽性, WT1:陽性, NKX2.2:陰性, Calretinin:多くに陽性, Ki-67陽性率:80%, であった. FISH法において, 80%の陽性細胞率で CIC 遺伝子の再構成が確認された.

【考察】細胞診における小円形細胞肉腫の診断はきわめて難しい. ただし, Ewing 肉腫との鑑別という観点からは, 明瞭な核小体の所見が CIC 遺伝子再構成肉腫を想起させるきっかけになるかもしれない.

P-2-138 迅速診断細胞診で胃癌転移との鑑別を要した肥細胞主体の膠芽腫の一例

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹⁾, 帝京大学ちば総合医療センター電子顕微鏡室²⁾

○山本善也(CT)¹⁾, 小山芳徳(CT)¹⁾, 安達純世(CT)¹⁾, 若原孝子(CT)¹⁾, 豊永安洋(CT)¹⁾, 師岡恭之(CT)¹⁾, 常世田岬(CT)¹⁾, 子安貴良(MT)²⁾, 山田正俊(MD)¹⁾, 山崎一人(MD)¹⁾, 石田康生(MD)¹⁾

【はじめに】膠芽腫(Glioblastoma, 以下, GB)はWHO脳腫瘍分類において grade IV に分類される予後不良の腫瘍である. GBの細胞構成は腫瘍間, あるいは同一腫瘍内でも部位によって多様であり, 豊かな胞体を有する肥細胞が主体となることもある.

【症例】80歳代, 男性. 1年前に胃癌手術歴あり. 自宅にて意識不明状態で発見され, CTにて左前頭葉～頭頂葉皮質下に3cm大の腫瘍性病変を認めた. GBが疑われ腫瘍摘出術が施行された.

【細胞所見】迅速細胞診では, 背景は比較的清明で, 少量の異型細胞が散在性に出現していた. 迅速時の染色では異型細胞の胞体は豊富で淡明～やや厚く, 核は偏在性で類円形, クロマチンは微細顆粒状, 核小体を認めた. GBと転移性腺癌の鑑別が問題となったが, 複数の細胞は胞体が顆粒状で, 細胞質は不規則に厚みを帯び, 一部には滴状の顆粒の集簇をみた. 術後提出組織片から作製した捺印・圧挫細胞診標本では, 1)好酸性で厚いすりガラス状/顆粒状の胞体, 2)cytoplasmic process, 3)薄く均一な核縁, 4)多核化した異型細胞などの肥細胞に特徴的と考えられる所見を確認した. GBの組織構築を示唆する血管間質集塊も認めた.

【組織所見】術中迅速組織診では, 細胞診と同様に肥細胞型の腫瘍細胞の増生を確認した. PAS反応は陰性で, GBが疑われた. 永久標本では, 肥細胞と小型でN/C比の高い腫瘍細胞が密に増生し, 血管増生, 多数の核分裂像を認め, GBと診断された. Ki-67抗原の標式率は約50%であった.

【まとめ】上記の肥細胞に特徴的な細胞所見は迅速時標本でも確認可能で, 転移性腺癌との鑑別に有用と考えた.

P-2-139 非典型的な細胞像を示した膠芽腫の一例

社会医療法人財団白十字会佐世保中央病院臨床検査技術
部

○本山高啓(CT), 浜田 有(CT), 片瀬 直(CT),
樋渡崇史(CT), 今里孝宏(CT), 丸田秀夫(CT),
米満伸久(MD)

【はじめに】膠芽腫は神経膠腫のなかで最も悪性度が高く、発生頻度の高い腫瘍であり中高年の男性に好発する。形態学的には細胞密度が高く単核あるいは多核細胞が出現し多形性に富む細胞像を示す。今回、非典型的な細胞像を示した症例を経験したので報告する。

【症例】患者は70歳代男性。自宅へ入浴中てんかん発作にて発見され、当院へ搬送された。画像検査にて、右前頭葉に腫瘍性病変を認め膠芽腫疑いで手術となった。

【画像】頭部CT：右前頭葉底面内側に iso density の腫瘍性病変を認めた。内部は低吸収域。周囲白質は高度に低吸収。側脳室は高度に圧排され。

【細胞所見】出血性背景に、N/C比の高い異型細胞が、結合性の緩い集塊あるいは孤在性に単一な出現パターンで認められた。核は類円形のもが多く核形不整や軽度の大小不同がみられ、核クロマチンは細顆粒状で増量していた。内皮細胞が腫大した血管がみられ、膠芽腫や primitive neuroectodermal tumour (PNET) が鑑別として考えられた。

【組織所見】多形性のある大小異なる核を有する異型細胞がびまん性に浸潤増殖し、多数の核分裂像が認められた。内皮細胞の腫大、glomeruloidな形態を含む血管の増生が見られた。出血、浮腫、一部に泡沫細胞浸潤を伴っていた。壊死巣は不明瞭で、pseudopalisading necrosis は認めなかった。膠芽腫に相当する所見であった。免疫染色ではGFAPが陽性で、一部の腫瘍細胞でSynaptophysinの染色性がみられた。

【まとめ】本症例は細胞診所見がPNETに類似している部分があり鑑別が必要であった。FISH法にてc-Mycの増幅は認められず、PNETは否定的で膠芽腫と診断された。本症例は多形性に乏しく細胞診、組織診ではPNETなど他の腫瘍の鑑別が必要であった。

P-2-140 Giant cell glioblastoma の1例

青森県立中央病院病理部¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科
病理診断学講座²⁾

○鈴木紗貴子(CT)¹⁾, 檜山美佐江(CT)¹⁾,
齋藤千世子(CT)¹⁾, 佐々木久(CT)¹⁾, 横山慶一(CT)¹⁾,
黒瀬 顕(MD)²⁾, 黒滝日出一(MD)¹⁾

【はじめに】Giant cell glioblastoma は Glioblastoma の亜型であり、中高年の大脳半球に多く発生し悪性度が高く、比較的稀な脳腫瘍である。今回、我々は Giant cell glioblastoma の1例を経験したので報告する。

【症例】症例は65歳、女性。歩行時、左へ傾く傾向があり前医受診。軽度左不全片麻痺はあるが頭痛、嘔吐はなく、画像所見から右前頭葉腫瘍疑いにて当院紹介受診。

MRIで右前頭葉皮質下に広範な浮腫を伴う長径35mmリング状造影を呈する腫瘍を認めた。臨床および画像所見から転移性脳腫瘍疑いにて開頭腫瘍摘出術施行。

【細胞所見】術中迅速圧搾標本では核小体明瞭、クロマチン粗顆粒状で、核の大小不同や多形性の顕著な異型細胞が密に多数出現していた。また広い細胞質を有する多核巨細胞が混在していた。背景には壊死や核分裂像、血管の増生が認められ、細胞の異型性が強かったため、転移性腫瘍より Glioblastoma を推測した。

【組織所見】術中迅速組織標本では多形性を示す大型細胞や多核細胞が混在する腫瘍が観察された。血管内皮細胞の腫大や増生も認められ、Giant cell glioblastoma が疑われた。摘出標本でも広範な壊死を伴い、多形、多核で広い好酸性胞体を有する bizarre な大型細胞や双極性細胞突起を有する紡錘形核の腫瘍細胞の密な増生が認められ、Giant cell glioblastoma と診断された。

【まとめ】Giant cell glioblastoma は境界明瞭な腫瘍であり、しばしば転移性脳腫瘍と鑑別を要するため、術中迅速診断が重要となる。今回は術中迅速標本の細胞所見、組織所見ともに壊死、核分裂像、微小血管増生を伴う多形性に富む bizarre な細胞や巨細胞など Giant cell glioblastoma の典型的な特徴をそなえた1症例を提示した。

P-2-141 右後頭葉に発生した Myxofibrosarcoma の一例

青森県立中央病院病理部¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座²⁾

○齋藤千世子(CT)¹⁾, 檜山美佐江(CT)¹⁾,
佐々木久(CT)¹⁾, 鈴木紗貴子(CT)¹⁾, 三上千尋(CT)¹⁾,
横山慶一(CT)¹⁾, 黒滝日出一(MD)¹⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾

【はじめに】Myxofibrosarcoma は四肢や体幹の軟部組織に発生することが多く頭蓋内発生の報告は稀である。今回右後頭葉に発生した Myxofibrosarcoma の細胞像を観察する機会を得たので報告する。

【症例】66 歳男性。2010 年濾胞性リンパ腫。2012 年喉頭癌 (SCC) のため放射線 60Gy 照射。2014 年 5 月より頭痛, 歩行障害, 意識障害が出現し当院脳外科紹介となる。頭部 MRI 検査で神経膠芽腫が疑われたが, 既往歴から転移性腫瘍との鑑別が必要とされ術中迅速診断が行われた。

【細胞所見】壊死性・炎症性背景の中に紡錘形細胞と類上皮様細胞の異型細胞が出現していた。類上皮様細胞の境界は不明瞭だが緩く結合性を示しているように見えた。細胞質は広く核は中心性から偏在性, クロマチンは細顆粒状に増量, 核縁不整, 核小体腫大, 核分裂像が観察された。低分化癌や肉腫が推定されたが喉頭癌の既往歴があったことから転移性腫瘍 (扁平上皮癌) を考えた。

【病理組織所見】地図状壊死の中に紡錘形の線維芽細胞様の腫瘍細胞が myxoid な間質を伴い増生する所見が主体で, storiform pattern が観察された。また好酸性の広い細胞質を有する類上皮様の腫瘍細胞も混在していた。免疫組織化学染色の結果 vimentin のみが強陽性を示したことから中枢神経発生の軟部腫瘍が最も考えられ Myxofibrosarcoma と診断された。

【まとめ】多重癌の既往歴がある場合, 細胞像のみからは転移性腫瘍との鑑別は困難を伴うが, 多形性顕著な細胞像に遭遇した場合には間葉系腫瘍の可能性も念頭において慎重な鑑別診断が必要である。

P-2-142 脊髄原発悪性黒色腫の 1 例

福岡大学病院病理部・病理診断科

○松本慎二(CT), 相知優子(CT), 小島勝己(CT),
大石朋子(CT), 原川政彦(CT), 西中村恵輔(CT),
鍋島一樹(MD)

【はじめに】中枢神経系原発の悪性黒色腫は, 全脳腫瘍の約 0.1%, 全悪性黒色腫の約 3% を占めるに過ぎない非常に稀な原発性脳腫瘍である。中でも脊髄原発の報告は文献上も数少なく, これまで僅か 40 数例が報告されているのみである。今回我々は, 術中診断時の捺印標本が推定診断に有用であった 1 例について報告する。

【症例】60 歳代, 男性。腰痛, 左下肢の脱力感を主訴に受診。脊椎 MRI にて第 12 胸椎～第 1 腰椎レベルを中心に T1 で軽度高信号, Gd で全体が中等度増強される腫瘍を認めた。脊髄との境界は比較的明瞭で, 髄外腫瘍と考えられ, 術前診断は神経鞘腫あるいは髄膜腫であった。

【肉眼・組織所見】手術時, 硬膜表面に黒色の色素沈着を認めた。腫瘍性病変は硬膜内であり, 赤色調の柔らかい腫瘍であった。凍結標本では, 類円形の腫瘍細胞が不規則な胞巣状, シート状に増殖し, 一部に偽乳頭状の構造も認めた。

【細胞所見】類円形の異型細胞がほぼ孤立散在性, 一部で血管周囲に配列するように集合性に出現していた。異型細胞は比較的豊富な空胞状の細胞質を有し, 核は偏在し, 明瞭な好酸性の核小体を単個有していた。印環細胞様の形態も目立ち, 核クロマチンも繊細であったため低分化型腺癌の転移を疑い AB-PAS 染色を施行したが, 細胞質内空胞は陰性であった。詳細な観察を行うと, 細胞質内に褐色調の微細な顆粒状物質を認め, Giemsa 染色でも緑色調の色素顆粒が確認され, この時点で悪性黒色腫を疑った。

【考察】術後組織標本での免疫染色にて悪性黒色腫の確定診断を得た。Giemsa 染色における緑色の色素顆粒はメラニン色素の可能性が高く, 悪性黒色腫の診断に有用である。

P-2-143 馬尾に発生した稀な腫瘍2例

川崎医科大学附属病院病理科¹⁾, 川崎医科大学病理学²⁾, 川崎医科大学病理学³⁾

○菅野豊子(CT)¹⁾, 福屋美奈子(CT)¹⁾, 米 亮祐(CT)¹⁾, 小林江利(CT)¹⁾, 小林博久(CT)¹⁾, 鐵原拓雄(CT)¹⁾, 西村広健(MD)²⁾, 伊禮 功(MD)²⁾, 鹿股直樹(MD)³⁾, 森谷卓也(MD)³⁾

【はじめに】馬尾に発生した稀な腫瘍を経験したので報告する。

【症例】症例1: 70歳代, 男性. 拡張型心筋症, 右聴神経鞘腫の既往あり. 2年前から左下肢の痛み, 両足のしびれ, 歩行障害が出現. 2ヶ月前に当院受診. 腰椎MRIにてL3/4レベル椎管内から神経根に沿って左椎間孔部へと腫瘍がみられ, 神経を右側に圧排, 腫瘍性病変が疑われ, 摘出術施行. 症例2: 50歳代, 女性. Von Recklinghausen病, 結核の既往あり. 1年前に右下肢のしびれ, 脱力が出現. 5ヵ月後, 右足のしびれや痙攣, 締め付け感が増強. 腰椎MRIにて右L3, L4神経が末梢で腫大し腫瘍性病変が疑われ, 摘出術施行.

【捺印細胞診所見】症例1: 細胞境界不明瞭な結合性のゆるい細胞が多数みられた. これらの細胞はライトグリーンに淡染する細胞質と類円形～紡錘形の核を有し顆粒状のクロマチンであった. 症例2: 好中球を背景に少数の細胞が散在性に出現していた. これらの細胞は, やや大型でライトグリーンに淡染する乏しい細胞質と不正な核を有し, 細顆粒状の核クロマチンを呈していた.

【組織所見】症例1: 線維性結合織と共に類円形から卵円形, 紡錘形の核を有するN/C比の高い細胞が充実胞巣状に認めた. 一部, ロゼット構造や索状を呈する部位もみられ傍神経節腫と診断した. 症例2: 神経内を置換するように異型細胞を認めた. 細胞は紡錘形で, 束状に配列するように増殖. 細胞密度が高い部位の細胞は, 紡錘形, 卵円形核など多彩な像を示した. 壊死はみられなかったが, 核分裂像が多く 悪性抹消神経鞘腫瘍と診断した.

【まとめ】馬尾に発生する腫瘍の報告例は少なく, 診断に苦慮することが多い. 今回, 馬尾で稀な腫瘍を経験したので報告した.

P-2-144 核核小体染色によって観察される核小体内空胞の形態学的研究

杏林大学保健学部臨床検査技術学科細胞診断学

○郡 秀一(CT), 簗ひろみ(CT), 飯島淳子(CT), 安井英明(MD)

【目的】核核小体染色は, 核および核小体のみを染色し, 退色のない染色方法として報告した. 染色された細胞を観察する中で, 核小体の中に染色されない部分が観察された(以下, 核小体内空胞とする). 核小体染色一つであるMann染色標本の核小体にも核小体内空胞が観察される. 本研究は, 核核小体染色における核小体内空胞の形態像を明らかにするために, Mann染色標本との比較を試みた.

【方法】研究材料はS期同調培養をした子宮頸部腺癌培養細胞株HeLa229を用いた. 同調開始後2時間ごとに作製した標本のうち, S-G2期に相当すると考えられる細胞を対象とした. 方法は95%エタノール湿固定標本にしたHeLa229細胞に対して, 1990年に考案した核核小体染色を施行した. 染色手順は95%エタノール湿固定→4N-塩酸水(室温5分)→流水水洗(20回出入)→0.1Mホウ砂(室温1分)→流水水洗(20回出入)→エオジン・エリスロシン染色液(2分)→オレンジG粉末加70%エタノール(20回出入)→100%エタノール(10分)→pH4標準緩衝液(10回出入)→チオニン染色液(1分)→95%エタノール→100%エタノール→脱水→透徹→封入である. また, Mann染色はBouine湿固定を行い, 染色された細胞の核小体を観察し, 核小体内空胞の有無を確認した. 核小体内空胞を保有する細胞の数, 割合, 核小体内における核小体内空胞の数を分析した.

【成績】核核小体染色標本およびMann染色標本ともに核小体内空胞が観察された. Mann染色では核小体が立体感のあるように観察され, 核小体内空胞の有無の把握は容易であった. しかし, 核小体内空胞の大きさや数は, Mann染色と核核小体染色の間に差がなかった.

【結論】核核小体染色における核小体内空胞の詳細な観察を臨床材料で検討する必要がある.

P-2-145 細胞診画像合成のための多段階露出撮影自動化への試み

川崎医科大学附属病院病院病理部¹⁾, 川崎医科大学病理学²⁾, 川崎医科大学病理学¹⁾

○小林博久(CT)¹⁾, 菅野豊子(CT)¹⁾, 米 亮祐(CT)¹⁾, 小林江利(CT)¹⁾, 鐵原拓雄(CT)¹⁾, 福屋美奈子(CT)¹⁾, 鹿股直樹(MD)²⁾, 濱崎周次(MD)³⁾, 森谷卓也(MD)²⁾

【目的】細胞診画像における画質改善策として、焦点合成や露出合成を示してきたが、条件の異なる多段階の画像が必要なため、撮影労力が問題となった。そこで今回、特に多段階露出条件の撮影について、構成の異なる多種の撮影装置を対象に、ハードウェアやソフトウェアを工夫し、自動化を試みたので報告する。

【対象機器および方法】顕微鏡用デジタル写真撮影装置には、構成別グループとして、1)コントロールボックス・スイッチ一体型：O社^{*1)}DP-12, 2)専用コントロールボックス+専用スイッチ：O社DP-21, 3)専用コントロールボックス+マウス：O社DP-27 (DP2-SAL), N社^{*2)}DS-5M, 4)汎用PC+マウス：O社DP-71, MP5MC/OL, N社DS-2Mv, S社^{*3)}Moticam Pro 252Aの4グループ3社8機種を用いた。自動化の方法には、A)サーボモータ（フタバ, GWSサーボPIC/STD/F）と制御基板（秋月電子通商, USB-FSIO), B)ハードウェア・キーボードエミュレーションボード（マイクロテクニカ, USBKBD-50 & 60R800), C)ハードウェア・キーボード・マウス共有・延長器（ μ comJOCKEY, ArmUZK), D)ソフトウェア・キーボード・マウスシミュレーター（SEP, kms Ver1.1）を用い、各添付ソフトの改変（VB 2010 Express）と自作プログラム（DB 桐 V8）にてシステムを開発し、10段階を目安に多段階露出撮影が自動で出来たものを成功として評価した。

【結果・考察】自動化が成功した構成別グループと方法の組合せは1)-A), 2)-A)B)C), 3)-C) (DS-5MはD)), 4)-D)で、いずれの撮影装置も自動化が可能であった。ただし、方法A)についてはサーボモータの固定に課題が残った。これらの結果により、多くの機器への自動化の可能性が示唆され、今後の細胞診画像合成に非常に有用と考えられた。

*1) OLYMPUS, *2) Nikon, *3) SHIMADZU

P-2-146 遺伝子検査(EGFR)館内導入後の評価

地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館検査部¹⁾, 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館病理部²⁾

○中村 朱(CT)¹⁾, 橋本教経(CT)¹⁾, 坂井真一(CT)¹⁾, 平野敬之(CT)¹⁾, 堤 陽子(CT)¹⁾, 築地秀典(CT)¹⁾, 瀧本桂子(CT)¹⁾, 明石道昭(MD)²⁾, 森 大輔(MD)¹⁾

【はじめに】分子標的治療薬の進歩により、EGFR測定的重要性が高まり、さらに、診断および治療方針の決定のために結果報告の迅速性を要求されるようになってきたため、館内でも昨年11月より遺伝子検査(EGFR)を導入した。導入から6月までの結果の評価を報告する。

【方法】検査材料として、生検又は手術標本(FFPE), TBLB時の気管支擦過(細胞診スライド)又は気管支洗浄液、体腔液を使用した。自動核酸精製装置：Maxwell16(プロメガ社)にて核酸抽出し、遺伝子解析装置i-densy(アークレイ社)にて測定した。項目は、L858R(exon21), exon19del, T790M(exon20)である。FFPE検体35件、気管支擦過標本7件、気管支洗浄液11件、胸水7件、その他3件、計63件を行った。

【結果】全体では、63検体中23件の変異を認め、37%の変異出現率であった。導入直前1年間の外部委託の結果では、22%(18/81)の変異出現率であった。検体別に、FFPEでは35検体中12検体、気管支擦過標本7検体中4件、気管支洗浄液11検体中3件、胸水7件中4件、その他3検体中0件の変異を認めた。男女別では、男性21%(7/34)、女性55%(16/29)であった。また、組織型別では、腺癌38%(22/58)、扁平上皮癌25%(1/4)、腺扁平上皮癌0%(0/1)であった。報告日数は外部委託時、平均1週間ほどであったが、2~5日と短縮した。

【まとめ】癌細胞をより多く含む検体を、選択できることにより遺伝子変異の陽性率が上昇した。館内導入したことで、報告日数の短縮が可能となり、治療も早期より行うことが可能となった。今後、新たな項目を増やすことで、さらに臨床または患者に貢献できると考えた。

P-2-147 核酸解析を目的とした LBC の効果的保存方法の検討と次世代シーケンサー(NGS)解析

北斗病院腫瘍医学研究所病理遺伝子診断科¹⁾, 北斗病院腫瘍医学研究所²⁾, 北海道大学医学部探索病理学講座³⁾, 北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野⁴⁾

○赤羽俊章(CT)¹⁾, 山口朋美(CT)¹⁾, 大貫なつみ(CT)¹⁾, 佐和弘基(MD)²⁾, 西原広史(MD)³⁾, 田中伸哉(MD)⁴⁾

【目的】細胞診検体を対象とした核酸解析の必要性は、悪性度判定や治療選択の上で重要となってきた。液状処理細胞診検体(LBC)は、比較的容易に分子生物学的なアプローチが可能である。しかし次世代型解析ツールを念頭においた保管法や固定液などの検討は十分おこなわれていない。そこで今回、PAXgene Tissue (QIAGEN)を用いて細胞診検体用に方法を改良し、細胞像の比較をおこなったので、その結果の一部を報告する。

【方法】胸腹水検体を2つに分け1つをcell blockにし半割、一方をPAXgene Tissueで、もう一方をホルマリン固定しそれぞれパラフィンブロックを作成した(PFPE, FFPE)。また、残余検体をLBC(LBC prep 武藤化学)にて固定した。それぞれの検体からDNAを抽出しquality checkおよびNGSを施行した。その結果を受け、PAXgene Tissueおよび液状処理検体用の固定液で固定した同一の細胞診検体を-30℃にて保管、一定期間保管後pap染色を試行し細胞形態の比較をおこなった。

【結果】4℃で保管していたLBCから抽出したDNAを用いたNGS解析では、PFPE由来のDNAでは見られない変異やCNVが認められた。PAXgene Tissueで固定し-30℃で保管したものの細胞形態は採取直後の標本と比較しても良好であり、核内構造も明瞭であった。

【総括】冷蔵保存ではLBC中の核酸は外的要因により影響を受ける。核酸解析を念頭に置く場合は、適切な固定液中に浮遊させた細胞を冷凍で保管することが重要と思われる。今回検討したPAXgene Tissueで固定した検体は、細胞構造も明瞭であり、診断をおこなううえでの問題は認められなかった。今後さらに長期の保管をおこない、継続し検討をおこないたい。

P-2-148 細胞診検体由来 DNA の断片化検討と次世代シーケンサー(NGS)解析の試み

山梨県立中央病院ゲノム解析センター¹⁾, 検査部病理診断科²⁾, 消化器内科³⁾, 呼吸器外科⁴⁾, 乳腺外科⁵⁾

○雨宮健司(CT)^{1,2)}, 弘津陽介(MD)¹⁾, 後藤太一郎(MD)⁴⁾, 中込博(MD)⁵⁾, 小山敏雄(MD)²⁾, 望月仁(MD)^{1,3)}, 小俣政男(MD)^{1,3)}

【目的】がん拠点病院の当院は、一昨年度よりゲノム解析センターを開設しNGS解析を行っている。細胞診検体で安定的に解析が可能となれば、今後のサンプル供給源として非常に有用である。抽出したDNAの量・質的検討を行い、NGS解析可能か調べた。

【方法】ヒトDNAに2コピー存在する遺伝子の87bp(Short)と256bp(Long)断片を増幅しTaqman法により定量を行った。LongとShortの比でDNA断片化を評価した。NGSは外科的切除された肺癌の細胞診捺印Pap標本、FFPE標本の9症例、計18検体で行った。肺癌に関わるとされる53遺伝子(64221アミノ酸)を解析するアッセイ系をin houseで作成し、解析を行い細胞診とFFPE検体での比較を行った。

【結果】固定時間の長さやPap染色(迅速法, 通常法), ギムザ染色(迅速法, 通常法)等の染色法による断片化の差はほぼ見られなかった。細胞転写法ではDNA断片化がみられ、キシレンの時間が長いと断片化が進んでいた。NGSは細胞診で平均カバレッジ641(range: 419-956), FFPEで717(range: 524-838)のデータを得た。細胞診検体ではUniformity, Mean Read LengthにFFPEと比較して若干低下傾向が見られたがリード数やQ20>total basesの値に差は見られなかった。Allele fraction 20%以上を有意な変異とすると、FFPEと細胞診9症例中6症例で変異数、変異部位が塩基レベルで完全に一致していた。

【まとめ】DNAの量・質的検討を行うことで、細胞診検体でもNGS解析が可能であった。今後もNGSに最適なサンプル調整法を検討していく。

P-2-149 Norris分類に基づいた178B-5 iPS細胞が形成する奇形腫の組織学的悪性度の検討

九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科¹⁾, 九州保健福祉大学がん細胞研究所²⁾, 九州保健福祉大学大学院保健科学研究科³⁾

○西森 誠(PhD)^{1,2)}, 大澤幸希光(CT)³⁾, 薬師寺宏匡^{1,2)}, 宮本朋幸(CT)^{1,2)}, 所司睦文(PhD)^{1,2)}, 西片一朗(PhD)^{1,2)}, 池脇信直(PhD)^{1,2,3)}, 大野節代^{1,2,3)}, 大野英治(PhD)^{1,2,3)}

【背景と目的】我々のこれまでの検討からマウス胚性幹(ES)細胞と20D17人工多能性幹(iPS)細胞(*Oct3/4*, *Sox2*, *Klf4*, *c-Myc*の4因子を用いて作製されたマウスiPS細胞)の形成する腫瘍を, Norris分類に従って組織学的悪性度を判定した結果, ES細胞に由来する腫瘍は未熟奇形腫 Grade 1, 20D17 iPS細胞に由来する腫瘍は未熟奇形腫 Grade 3ということが判明した. そこで今回 *c-Myc*を除く3因子を用いて作製された178B-5 iPS細胞が形成する腫瘍について細胞病理学的に解析した.

【方法】1匹のヌードマウスの皮下へ4箇所178B-5 iPS細胞を 1×10^6 個ずつ移植し, 形成された腫瘍から捺印標本と組織標本作製した.

【結果】肉眼所見: 178B-5 iPS細胞は1箇所に20.5×16.9 mm大の大型と, 3箇所に5.0×3.2 mm大, 5.1×2.2 mm大, 6.2×4.1 mm大の小型の充実性白色調腫瘍を形成した.

捺印細胞所見: いずれの腫瘍でも, 泡沫状細胞及び小型核の線維状細胞が見られた. さらに大型腫瘍には, 小型腫瘍には認められなかった小型で, N/C比が高く, 類円形核を有する細胞が多数見られた.

組織所見: 小型腫瘍は円柱上皮や神経組織が認められる成熟奇形腫であり, 大型腫瘍は3胚葉成分に加えて神経上皮成分が低倍率で4視野認められる未熟奇形腫 Grade 3であった.

【結語】*c-Myc*を除いた3因子で作製されたiPS細胞においても悪性腫瘍である未熟奇形腫 Grade 3を形成することが明らかとなった.

P-2-150 マウス iPS 細胞由来未分化細胞と分化細胞の形態学的差異についての検討

九州保健福祉大学大学院保健科学研究科¹⁾, 九州保健福祉大学生命医科学部生命医科学科²⁾, 九州保健福祉大学がん細胞研究所³⁾

○大澤幸希光(CT)¹⁾, 西森 誠(PhD)^{2,3)}, 宮本朋幸(CT)^{2,3)}, 薬師寺宏匡^{2,3)}, 所司睦文(PhD)^{2,3)}, 西片一朗(PhD)^{2,3)}, 池脇信直(PhD)^{1,2,3)}, 大野節代^{1,2,3)}, 大野英治(PhD)^{1,2,3)}

【目的】体細胞に初期化因子を導入することで作製される人工多能性幹(iPS)細胞は, 自己複製能と分化多能性を持ち, 再生医療の実現に重要な役割を果たすものと期待されている. 一方でiPS細胞には, 生体への移植後に腫瘍を形成し得る問題がある. このことは分化誘導後に残存する未分化細胞が原因であると示唆されている. 本検討では, 腫瘍化の原因とされる未分化細胞にどのような形態学的特徴があるのかを無染色位相差観察およびPapanicolaou染色による観察から探索し, 未分化細胞検出の新規指標の確立を図る.

【方法】マウスiPS細胞株iPS-MEF-Ng-20D-17(レトロウイルスベクターで*Oct3/4*, *Sox2*, *Klf4*, *c-Myc*の4因子を導入し作製)を用いた. 胚様体形成開始から10日後, 酵素により細胞を単離した. Nanog-GFPを指標に未分化細胞と分化細胞を識別し, 位相差顕微鏡およびPapanicolaou染色を用いて形態学的特徴を探索した.

【結果・考察】マウスiPS細胞株iPS-MEF-Ng-20D-17由来未分化細胞と分化細胞の間には細胞質面積において未分化細胞は平均 $103.8 \pm 31.6 \mu\text{m}^2$, 分化細胞は平均 $169.2 \pm 102.3 \mu\text{m}^2$ と形態学的に有意差が認められたことより, 未分化細胞検出・除去の可能性が示唆された.

P-2-151 診療情報管理系学生への臨床細胞学教育の試み

名桜大学国際学群経営情報教育研究学系診療情報管理専攻

○大城真理子(MD)

【はじめに】診療情報管理士(Health information manager, HIM)は日本病院会等の4団体が認定する民間資格であるが、近年のデータ重視の医療が展開される国内においてHIM資格保持者への期待が高まり、単純な診療情報の管理業務のみならず、がん登録やNCD登録などの疾病理解を求められる場が増している。今回、HIM教育に特化した臨床細胞学について発表する。

【目的】HIMを志望する大学生に臨床細胞学的概念の理解を促し、疾病理解の深化および構造化をはかる

【方法】正課カリキュラムの中に存在する臨床医学総論および臨床医学各論の講義において、臨床細胞学的な概念をまず取り入れた上で疾病理解を促した。具体的には予習・グループワークをLearning Through Discussion(LTD)法を用いて行い、講義の中ではウィルヒョウ以来の歴史的な病理総論的疾患概念を、細胞形態、細胞機能に基づく病態理解として明示した。顕微鏡実習は実施していない。

【成績】授業評価アンケートにて学生による高評価が得られた。

【結論】HIM教育に臨床細胞学の概念は有用である。

P-2-152 地域中規模病院での病理外来の取り組み

社会医療法人栗山会飯田病院外科¹⁾, 社会医療法人栗山会飯田病院病理診断科²⁾

○田中穂積(MD)¹⁾, 松澤こず恵(CT)²⁾, 土屋眞一(MD)²⁾

当院は一般病床約200床の地方の中規模病院であるが、平成25年7月の常勤病理医の着任を受け病理部門は検査科より独立し病理診断科となり、平成25年9月に病理外来を開設した。

中規模病院ゆえ診療科内の人員も限られており、外科においては手術を除いて診断・治療方針の決定・患者及び家族への病理診断結果の説明は、これまでは原則、主治医1人が全て対応してきたが、病理外来の開設に伴い病理医も直接介入することが可能になった。現在はまだ病理外来の認知度が低いため、主治医より患者サイドに提案し、希望者に主治医同席の元で病理医より細胞像及び組織像をモニターで提示しながら解説しているが、病理医が直接介入することで、患者サイドと病院の間により大きな信頼関係を構築出来るようになった。また、主治医においても病理外来に立ち会うことは、病理診断結果の説明のノウハウを学ぶことが出来る貴重な機会であると考えている。

当院での病理外来のシステムを実際の症例を提示しながら説明する。

P-2-153 当院の臨床検査技術部内での細胞検査士の取り組み

地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床検査技術部¹⁾, 地方独立行政法人神戸市民病院機構神戸市立医療センター中央市民病院臨床病理科²⁾

○森田明子(CT)¹⁾, 井本秀志(CT)¹⁾, 尾松雅仁(CT)¹⁾, 田代章人(CT)¹⁾, 上原慶一郎(MD)²⁾, 今井幸弘(MD)²⁾

【はじめに】近年, 医療現場では多職種の医療職者が互いの専門性を活かし連携することで, 患者中心の医療を担うチーム医療が様々な分野で行われている。しかし, 当院のような大規模病院においては臨床検査部門においてさえ各々部署が独立しており, しばしば同職種間での連携が困難である場合も少なくない。今回, 当院における病理検査室での細胞検査士の取り組みについて報告する。

【一般検査室との連携】一般検査担当技師が尿や体腔液にて異常細胞を見つけた際, 病理検査室に連絡があり細胞診の依頼がない場合も細胞診標本の作製を行い鏡検する。悪性が疑われる場合は主治医へ連絡する。後日, 一般検査担当技師と標本を共に鏡検し, カンファレンスを行う。

【血液・細胞遺伝子検査室との連携】骨髓像における癌の転移や悪性リンパ腫の確認など共に鏡検しカンファレンスを行う。悪性リンパ腫や白血病において細胞診材料でのみ腫瘍細胞が確認された場合は, 主治医と血液または細胞遺伝子担当技師と話し合い, セルブロックを作製し免疫組織染色を行っている。

【生理検査室との連携】乳腺・甲状腺領域において病理医・細胞検査士・内科医・生理検査担当技師でエコー像と細胞像のカンファレンスを行い, 知識の向上に努めている。

【まとめ】我々, 形態の専門家である細胞検査士は病理検査室に届いた材料の診断を行っている。しかし, しばしば一般検査室や血液検査室などとも同じ材料を共有することがある。患者により質の高い医療を提供するためには, 専門性を持った臨床検査技師がお互い情報を共有し協力して, よりの確で最善の結果を臨床に報告すべきだと考える。

P-2-154 共同研究を取り入れたモンゴル国における教育研究支援

群馬大学大学院保健学研究科

○佐藤 幸(MT), 吉田朋美(CT), 福田利夫(MD)

【はじめに】群馬大学は2012年から大学間協定に基づきモンゴル国立医科大学(MNUMS)での病理・細胞診検査を担う人材の育成, ニーズ対応し高精度の検査法の確立を目指した支援を行っている。今回は共同研究開始のための研究立案, 実施法の検討・データ分析について報告する。

【活動・成果】群馬大学では2015年6月より2ヶ月間, MNUMS 検査専攻から助教を招聘して検査専攻の病理・細胞診診断学分野の講義・実習に参加し, 教育手法を習得するとともに, 細胞検査士養成についての研修を行った。内容は講義, 鏡検実習, 染色実習に準備段階から参加し, その流れを習得するとともに, 現地で実習用に英語版の実習書を作成し, 附属病院・検査センター等の視察, 臨床細胞学会への参加を通して日本での細胞診の現状を研修した。研究支援として「両国での検査専攻学生を対象としたHPVワクチン・子宮頸癌検診に対する意識・動向の比較検討」のために日本語およびモンゴル語版のアンケート用紙を作成し, 両国で調査を行う。また調査の際に介入する健康教育では両国の背景を踏まえたワクチンの現状を調査するためのプレゼンテーションを二カ国語で作製し, 両国の若年層の意識調査と動向の変化から, 今後の若年層に対する効果的なアプローチ法を検討する。

【まとめ】2ヶ月間にわたる講義, 実習の研修, 細胞診実務の視察, 細胞学会への参加等を通して, 組織診・細胞診の教育, 研究の研修を行った。今後はその成果をモンゴル医科大学にて応用するための工夫を重ね, 組織・細胞診教育の充実を目指す。また, 共同研究での成果を分析, 比較検討を行い, 両国のニーズに合った若年層への啓発活動が行えるように議論を重ねていく。

P-2-155 Basic statistical data of Pap smear of University of Health Sciences in Lao P.D.R.

Department of Pathology, University of Health Sciences, Lao P.D.R.¹⁾, Department of Molecular Pathology, Graduate School of Health Care Sciences, Tokyo Medical and Dental University²⁾

○Xaysomphet Phaengvilay (MD)¹⁾, Hando Kiyomi (CT)²⁾, Soejima Yurie (PhD)²⁾, Sawabe Motoji (MD)²⁾

【Background】 Laos is one of the least developing countries in Southeast Asia on the way to rapid economic development : however the health care system lags so much. The average life expectancy at birth is 11 years shorter (66 years) and the maternal mortality ratio is 10 times higher (470 per million live birth) than a neighbouring country, Thailand. Laos is also one of the crisis countries in terms of health workforce. Only eight pathologists work in the whole country. Few workforce of pathologists results in the shortage of pathological examinations which are available only in Vientiane Capital, not in the rural areas. The Department of Pathology, UHS, the largest lab in Laos, performed 1,371 histological examinations and 1,201 cytological examinations in 2013. The reagents are always in shortage and only few special staining methods like PAS or Giemsa staining are performed for histological study. The purpose of this study is to obtain the basic data of Pap smear performed at UHS.

【Methods】 The materials were a total of 1,717 Pap smear performed at Department of Pathology, UHS during recent three years (2012-2014). The conventional Pap smears were stained by Hematoxylin Eosin stain, not by Papanicolaou stain. The cytological classification followed The 2001 Bethesda System.

【Results】 A total of 321 cases (19%) showed abnormal cytology. This included ASC-US (7.2%), ASC-H (1.5%), LSIL (6.3%), HSIL (3.2%), SCC (0.4%), and AGC (0.1%). The percentage of abnormal cytology increased from 15.3% in 2012, 19.9% in 2013 to 20.8% in 2014.

【Conclusions】 This is the first trial of statistical study of cytological examination at a pathological lab in Laos. A previous epidemiological study of HPV infection in Laos reported a similar prevalence to those of other Asian countries. The cultivation and education of pathologists and cytoscreeners are imminent issue in Laos.

P-2-156 腺癌成分が混在した子宮頸部小細胞癌の一例

越谷市立病院臨床検査科¹⁾, 越谷市立病院病理診断科²⁾, 越谷市立病院臨床工学科³⁾

○桜井義一 (CT)¹⁾, 下鳥 萌 (CT)¹⁾, 高橋玲子 (CT)¹⁾, 竹田桂子 (CT)¹⁾, 砂川 進 (CT)¹⁾, 吉原靖之 (CT)¹⁾, 藤川甲文 (CT)³⁾, 高瀬 優 (MD)^{1,2)}, 岡田 基 (MD)^{1,2)}

【はじめに】 昨春秋, 我々は子宮頸部の小細胞癌の一例を報告した. 今回, 腺癌成分が混在した小細胞癌の一例を新たに経験したので報告する.

【症例】 20歳代後半女性, 1経妊0経産. 家族歴, 既往歴に特記事項無し. 現病歴: 当院初診時の約2週間前, 検診で悪性リンパ腫疑いとされ, 近医を経て当院産婦人科受診となった. 内診, 画像所見にて子宮頸部に6時方向を中心とした径30mm大の腫瘤を認めた. 持参した検診時の標本と当院で採取された検体が同時に提出され, また翌々日, 内膜細胞診と頸部生検検体が提出された.

【細胞像】 検診時と当院の標本共に同様の所見を認めた. 散在性に小型の裸核様細胞が多数認められ, 一部は上皮様の結合性を示していた. また小細胞だが, この細胞と異なり細胞質が幅広く腺癌が疑われる細胞も認められた. 以上, 小細胞癌, 又は小型細胞からなる非角化型扁平上皮癌に加え腺癌成分も考慮し, Bethesda: other, Carcinoma, suspicious と判定した. 内膜細胞診でも同様の細胞が認められた.

【生検組織像】 腫瘍そのものが採取されており, 小型の細胞からなる非角化型扁平上皮癌, 又は神経内分泌癌, 小細胞癌が疑われる腫瘍と高分化管状腺癌の組織を認めた. 免疫組織学的に, 小型の細胞は chromogranin A, synaptophysin 共に陽性, CD3, CD79a 共に陰性であり, 神経内分泌癌, 小細胞癌と診断した. 腺癌成分には CEA が陽性であった. 以上, 腺癌成分が混在した小細胞癌と診断した.

【手術検体】 広範子宮全摘検体. 子宮頸部6時方向を中心に30x18x10mm大の隆起性病変を認めた. 組織学的には, 生検時と同様, 腺癌成分が混在した小細胞癌であった. Stage は FIGOIB1, pT1b1N0M0 であった.

【まとめ】 細胞像, 組織像の詳細に文献的考察を加えて供覧する.

P-2-157 子宮頸部に発生した小細胞癌の1例

いわき市立総合磐城共立病院中央検査室¹⁾, いわき市立総合磐城共立病院病理科²⁾, いわき市立総合磐城共立病院産婦人科³⁾, 宮城県立がんセンター婦人科⁴⁾

○小松香織(CT)¹⁾, 蛭田道子(CT)¹⁾, 森 菊夫(CT)¹⁾, 山崎一樹(CT)¹⁾, 小野早苗(CT)¹⁾, 池田 藍(CT)¹⁾, 松本朋子(CT)¹⁾, 近藤宏徳(CT)¹⁾, 浅野重之(MD)²⁾, 本多つよし(MD)³⁾, 山田秀和(MD)⁴⁾

【はじめに】小細胞癌は予後不良な悪性腫瘍で、早期診断・早期治療が重要である。今回私たちは子宮頸部に発生した小細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】40代女性, 2妊2産, 既往歴: 子宮筋腫, 貧血, 臨床経過: 過長月経及び過多月経を主訴に近医を受診し, 子宮腔部細胞診にて非上皮性悪性腫瘍を疑われ当院紹介となる。MRIにて子宮頸部に4cm以上の腫瘍を認め, CTにてリンパ節転移や肺に小結節影が見られた。当院生検にて小細胞癌と診断後, 転院先の病院で同時化学放射線治療後に拡大子宮全摘術及びリンパ節郭清を実施するも約3か月後に永眠された。

【細胞像】小型でN/C比の非常に高い細胞が散在性に出現し, 部分的に結合性の緩い細胞の集簇を認めた。

【生検組織像】粘膜下に小型でクロマチンに富むN/C比の非常に高い異型細胞を認めた。免疫染色ではkeratin, CD56, Chromogranin AおよびSynaptophysinが陽性を示し, 電子顕微鏡にて神経内分泌顆粒が確認されたことから小細胞癌と診断された。

【手術組織像】子宮頸部から体部にかけて全周性に腫瘍細胞が残存し, 複数の静脈やリンパ管, 右基帯帯への浸潤及びリンパ節転移を認めた。免疫染色は生検と同様の結果であった。

【結語】小細胞癌は全浸潤性子宮頸癌のうち約1%と稀な悪性腫瘍だが, 特殊型の中では最も発生頻度が高い。組織学的には肺小細胞癌と同様の形態を示し, 結合性の有無や細胞配列, クロマチンパターン等で他の疾患と鑑別が可能だが, 日頃から小型異型細胞を認めた場合には小細胞癌の可能性を念頭に置き, 早期診断を心掛ける必要がある。

P-2-158 子宮頸部細胞診で神経内分泌癌が疑われた一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科

○近藤息吹(MD), 平田幸広(MD), 北村直也(MD), 後藤ちひろ(MD), 山村菜実(MD), 大野田章代(MD), 津田明奈(MD), 舟木 哲(MD), 丸田剛徳(MD), 佐藤陽一(MD), 新美茂樹(MD), 落合和彦(MD), 岡本愛光(MD)

【はじめに】子宮頸部に発生する神経内分泌腫瘍は極めて稀な疾患である。今回我々は, 細胞診で神経内分泌癌が疑われた一例を経験したので報告する。

【症例】52歳, 2経妊1経産。数か月前より持続する不正性器出血を主訴に当院受診。婦人科診察で子宮頸部に径3cmの腫瘍性病変を認めた。子宮頸部細胞診はOther, neuroendocrine carcinoma, suspected, 組織診はSmall cell carcinomaであった。腫瘍マーカーはNSE14.7と上昇を認め, CEA, CA19-9, CA125, SCCは陰性であった。CT, MRI検査で子宮頸部に径3cmの腫瘍を認めた。子宮頸癌Ib1期の診断で広汎子宮全摘術, 両側付属器摘出術, 骨盤及び傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。術後の後療法として, EP療法(エトポシド, シスプラチン)を施行中であるが, 現時点で明らかな再発兆候を認めていない。

【細胞診所見】腫瘍部の擦過細胞診で, 血性壊死像を背景に, 一部核形不整で著明なクロマチン増加を伴う裸核状の小異型細胞を認めた。腫瘍細胞は散在性または集塊状(一部pair cell, molding carcinoma様の配列)に多数出現していた。

【組織所見】クロマチン粗造な楕円形を有する高N/C比細胞が密に増殖し, 大小の不整な充実胞巣を形成して浸潤性増殖を示していた。胞巣内には部分的に花冠状のロゼット構造を呈し, 多数のmitosis, apoptosis, 胞巣中心の面皸状壊死を伴っていた。また免疫染色では, chromogranin A 陰性, synaptophysin ごく一部陽性, CD56陽性, 34βE12陰性, p63陰性であった。大細胞性と小細胞性神経内分泌癌の両者の特徴を併せ持ち, High-grade neuroendocrine carcinoma (WHO classification, 2014)と診断した。

P-2-159 子宮頸部大細胞神経内分泌癌の一例PCL 福岡病理・細胞診センター¹⁾, 鈴峰今中医院²⁾○秋山譲滋(CT)¹⁾, 稲垣伸介(CT)¹⁾, 早川優佳(CT)¹⁾, 岩井幸子(CT)¹⁾, 亀井敏昭(MD)¹⁾, 河村慎吾(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部神経内分泌腫瘍は、カルチノイド、異型カルチノイド、小細胞癌、大細胞神経内分泌癌の4つに亜分類され、頻度としては小細胞癌が最も多い。大細胞神経内分泌癌は小細胞癌と同様に高悪性度の腫瘍で、小細胞癌の20%程度とされる。子宮頸部細胞診(LBC:ThinPrep法)において大細胞神経内分泌癌の症例を経験したので報告する。

【症例】48才女性。子宮頸癌疑いで性交時の出血を主訴に受診。直径3cmの腫瘍より細胞診、生検が施行された。

【細胞診結果】初回報告結果は癌腫、ベセスダ SCC or Adenocarcinoma。

【細胞像】核腫大、核偏在傾向、クロマチン増量、核小体の腫大した異型細胞がロゼット様集塊や大型不整形集塊で多数認められた。背景の壊死は不明瞭であった。形態学的に非角化型扁平上皮癌および腺癌との鑑別を要した。

【組織像】胞巣状に密な増生を示す腫瘍細胞が柵状配列やロゼット形成を示していた。

【免疫染色結果】細胞診および組織標本ともに同様の染色結果を示した。AE1/AE3(+), 34βE12(-), CK7(+), CK20(-), クロモグラニンA(+), シナプトフィジン(+), CEA(+)であった。最終報告結果は大細胞神経内分泌癌であった。

【考察】子宮頸部神経内分泌腫瘍は子宮頸部悪性腫瘍の約1~5%を占める。そのうち大細胞神経内分泌癌は0.087~0.6%と非常に稀で、悪性度の高い腫瘍である。形態学的に腺癌や扁平上皮癌との鑑別が困難で免疫組織化学染色、電子顕微鏡などによって神経内分泌方向への分化が確認されるものと規定される。今回、細胞質、核所見、細胞配列、免疫細胞化学の性状、LBC標本の特徴的所見を文献的考察も加え検討を行った。

P-2-160 子宮頸部原発大細胞神経内分泌癌(LCNEC)の一例

同愛記念病院研究検査科病理

○金井順侯(CT), 千野秀教(CT), 介川雅之(CT), 高平雅和(CT), 岸 宏久(MD)

【はじめに】子宮頸部神経内分泌腫瘍は頸部悪性腫瘍の5%以下と比較的稀であり、なかでも大細胞神経内分泌癌(LCNEC)の報告は未だ少ない。今回我々は子宮頸部に発生したLCNECを経験したので報告する。

【症例】30歳代、女性、2経産。不正性器出血を主訴に前医受診、細胞診異常を認めたため当院産婦人科を紹介受診した。当院での子宮頸部細胞診及び頸部生検にて低分化癌が疑われ、広汎子宮全摘術が施行された。免疫染色の結果LCNECと診断された。

【細胞所見】頸部擦過では壊死性背景に結合性のやや低下した腫瘍細胞の集塊が多数認められた。核は類円形でクロマチンは細~粗顆粒状、不整形で明瞭な核小体も1~複数個見られた。細胞質は比較的広い細胞やN/C比が高くほぼ裸核様の細胞まで認めた。集塊ではロゼット様の配列も見られ、神経内分泌癌も含めた低分化悪性腫瘍を疑った。

【組織所見】頸部後壁S-C junctionを中心に5×4.5×3cmの隆起性腫瘍を認めた。腫瘍細胞は大型立方形で充実胞巣状に増殖しており胞巣内に壊死も認めた。明らかな角化傾向や腺腔形成は見られず、低分化癌や神経内分泌癌を疑う像であった。免疫染色ではchromograninA, synaptophysin, CD56陽性を示し、子宮頸部原発LCNECと診断された。また頸部前壁のS-C junctionに接して上皮内腺癌も認められた。

【まとめ】子宮頸部LCNECは肺に比べ発生頻度が低く稀な腫瘍であり、術前細胞診での正診率は低いのが現状である。しかしその予後は小細胞癌に準じ不良とされ、早期発見早期治療が重要である。細胞像からLCNECを積極的に疑うことは困難であるが、本症例のような異型細胞を認める場合はLCNECを念頭に置いた注意深い観察が重要であり、免疫細胞化学などで神経内分泌顆粒の証明を試みることも必要と考える。

P-2-161 当院の子宮頸部神経内分泌腫瘍7症例の検討

医療法人財団順和会山王病院病理診断科¹⁾, 山王病院女性腫瘍センター²⁾, 国際医療福祉大学三田病院病理部³⁾, 国際医療福祉大学病理診断センター⁴⁾

○関根理恵子(CT)¹⁾, 佐野弘子(CT)^{1,3)}, 片瀬功芳(MD)²⁾, 石谷敬之(MD)²⁾, 村上文祥(MD)²⁾, 笠原健弘(CT)³⁾, 西井しのぶ(CT)³⁾, 阿部仁美(CT)³⁾, 相原乃理子(CT)³⁾, 松崎佳子(CT)³⁾, 鈴木 智(CT)³⁾, 玉井誠一(MD)³⁾, 相田信介(MD)³⁾, 森 一郎(MD)³⁾, 長村義之(MD)^{3,4)}

【はじめに】子宮頸部の神経内分泌腫瘍は頸癌の2~6%と稀な腫瘍である。我々は当院で経験した7症例を検討したので報告する。

【対象および方法】2010年2月~2015年3月までの当院で診断された子宮頸部神経内分泌腫瘍7症例「内訳：小細胞癌(以下SmCC)3例, 大細胞神経内分泌癌(以下LCNEC)4例」の1. 臨床所見, 2. 細胞所見, 3. 組織所見, 4. 免疫組織化学所見を検討した。

【所見】1. 臨床所見：不正性器出血を全例で認め, colposcopyでは, 外向性発育が多かった。また, 通常の頸癌が骨盤内やリンパ節に進展することが多いのに対し, 肺, 肝, 骨, 脳などに遠隔転移が見られたのが特徴であった。2. 細胞所見：SmCCは, 狭小な細胞質の小型腫瘍細胞で, 核クロマチンは粗顆粒状で核小体は不明瞭, 核線が確認出来た。LCNECは, 細胞質が豊富で顆粒状, 不整形の核小体を確認した。SmCCの診断は示唆できたが, LCNECは腺癌, 扁平上皮癌との合併で苦慮した。

3. 組織所見：SmCC, LCNECいずれも壊死や小血管の増生を伴い充実性, 胞巣状に浸潤増殖していた。一部にロゼット様配列を認めた。4. 免疫組織化学所見：シナプトフィジン, クロモグラニンA, NSE, CD56(NCAM)の神経内分泌系マーカーは全例で陽性であった。

【結語】子宮頸部神経内分泌腫瘍は早期から血行性転移を来し急速に進展することから迅速で正確な診断が求められる。他の組織型との合併が多く, 細胞診では組織型の推測に苦慮するが, 細胞像や臨床像の特徴的所見を把握することにより鑑別が可能であると考えた。学会では文献や遺伝子解析を加え報告したい。

P-2-162 子宮頸部原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例

独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター病理診断科¹⁾, 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター臨床研究部²⁾, 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター院長³⁾

○安村奈緒子(CT)¹⁾, 菅亜里紗(MT)¹⁾, 田中美帆(CT)¹⁾, 坂根潤一(CT)¹⁾, 西村俊直(CT)¹⁾, 戸田 環(CT)^{1,2)}, 谷山大樹(MD)¹⁾, 在津潤一(MD)¹⁾, 齋藤彰久(DDS)¹⁾, 倉岡和矢(MD)^{1,2)}, 谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】子宮頸部原発の悪性リンパ腫は子宮悪性腫瘍の0.05%と稀であり, 節外性非ホジキンリンパ腫の0.5~0.6%と報告されている。今回我々は, 液状化細胞診(ThinPrep)にて診断しえた子宮頸部原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(以下, DLBCL)の症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代, 女性。下腹部痛・発熱を主訴に前医受診。子宮頸部細胞診にて悪性リンパ腫疑いと診断され, 当院紹介となった。CTにて子宮頸部を中心に9×7cm大の腫瘍, 腹腔リンパ節腫大が認められた。易出血性で, 腫瘍が大きく手術困難と判断された。

【細胞所見】背景は壊死を伴った軽度出血性で, 表層~中層型扁平上皮細胞や頸管腺細胞に混在し, 小型成熟リンパ球や大型で核小体の目立つ異型リンパ球が孤在性に出現していた。また, 単調に出現する中~大型異型リンパ球のみからなる細胞集塊が1ヶ所見られ, 核形不整, 細顆粒状のクロマチン増量・不均等分布, 核分裂像もリンパ球42個中2個認めた。免疫細胞化学的検索にて, 中型~大型異型リンパ球はCD20/79a陽性, CD3/5/43陰性であり, 細胞形態と併せDLBCLと診断した。

【組織所見】子宮頸部生検標本では, 壊死を伴い, 大型核を有する裸核状の腫瘍細胞が密に増生する像を認めたが, 明らかな濾胞状構造は見られなかった。免疫組織化学的に, CD20/79a陽性B細胞が優勢で, CD3/5陽性T細胞が中等量混在していた。CyclinD1/CKwide陰性であり, DLBCLと診断した。

【結語】小型成熟リンパ球に大型異型リンパ球が混在して孤在性に見られる場合, 濾胞性頸管炎との鑑別が重要であるが, 本症例は異型リンパ球の集簇に注目し, 組織球や小型成熟リンパ球の混在が認められないことを確認したことがDLBCLの診断へと繋がった。

P-2-163 子宮体部原発の神経内分泌性小細胞癌の一例

岐阜市民病院病理診断科¹⁾, 岐阜大学医学部腫瘍病理学教室²⁾, 木澤記念病院病理診断科³⁾

○渡部直樹(MD)¹⁾, 松山昌史(CT)¹⁾, 大橋明香(CT)¹⁾, 南部今日子(CT)¹⁾, 榊間利政(CT)¹⁾, 餌取文昌(CT)¹⁾, 小林一博(MD)²⁾, 山田鉄也(MD)³⁾, 田中卓二(MD)¹⁾

子宮体部原発の神経内分泌性小細胞癌の一部検例を報告する。

【症例】80歳代, 女性. 不正性器出血を主訴に受診した. 超音波検査および腹部MRI検査では子宮後壁に50mm大の腫瘍がみられた. 子宮内膜細胞診で小細胞癌と診断され, 子宮全摘術および両側付属器切除が行われた. 術後2ヶ月で陰断端からの再発がみられ, 放射線加療を追加したが, 約5ヶ月後に死亡し病理解剖を行った.

【細胞所見】子宮内膜細胞診では, ロゼット様構造, 索状配列をとる裸核状の小円形腫瘍細胞を認めた.

【組織所見】子宮後方から突出するように, 130×95mmの黄色で一部出血を伴った境界明瞭な腫瘍性病変がみられた. 腫瘍はクロマチンの濃縮を伴う, 裸核状の異型細胞がびまん性に増殖し, 一部にロゼット様の構造を認めた. 免疫組織化学染色では, CD56陽性, Synaptophysin陽性, Chromogranin A陽性で, MIB1-indexは約50%であった. 以上より, 神経内分泌性小細胞癌と診断した.

【病理解剖所見】大網, 小腸間膜, S状結腸間膜に強く腫瘍は浸潤しており, 肺, 肝臓への多発性転移を認めた. リンパ節(傍大動脈, 総腸骨動脈, 気管分岐部, 縦隔)にも転移がみられた.

【まとめ】子宮体部原発の小細胞癌は非常に稀で, 子宮体部癌の0.8%とされている. 予後は極めて不良であり, 発見時すでに進行した症例が多く, Stage III-IVでは術後再発率は88%とされ, 全生存期間中央値は12ヶ月である. 予後の改善には早期の治療開始が必要であり, 迅速な診断を行うために細胞診での早期発見が重要と考えられた.

P-2-164 急速に状態が悪化した子宮体部神経内分泌腫瘍の1例

がん研究会有明病院

○長島 稔(MD), 的田真紀(MD), 高橋顕雅(MD), 松浦基樹(MD), 野村秀高(MD), 岡本三四郎(MD), 尾松公平(MD), 近藤英司(MD), 金尾祐之(MD), 杉山裕子(MD), 高澤 豊(MD), 竹島信宏(MD)

【はじめに】子宮体部原発神経内分泌腫瘍は比較的稀な腫瘍で, 診断時に子宮外病変を認める例が多く予後不良である. 今回我々は急速に状態が悪化した子宮体部神経内分泌癌の1例を経験した.

【症例】26歳. 不正性器出血及び下腹痛のため近医を受診. 子宮体癌の診断で当院紹介となった. 画像検査で子宮体癌, 漿膜浸潤, 右子宮傍組織浸潤, 右付属器浸潤, 骨盤~傍大動脈リンパ節転移, 右水腎症, 多発肝転移, 多発骨転移を認め, 子宮体癌4b期(cT3bN1M1)と診断した. 急速に状態が悪化し, 初診後2ヶ月で逝去された. 腎機能障害, 血小板低下を認め, 状態の悪化の原因は, TMA(thrombocytopenic microangiopathy)と考えた.

【細胞診所見】子宮腔部細胞診はNILM, 子宮頸管細胞診では内膜由来の悪性細胞を集塊状に認めた. 子宮内膜細胞診ではN/C比の極めて高い小~中型の裸核状の悪性細胞を集塊状に認めた.

【子宮内膜組織診】大小の充実性胞巣状または索状に増殖, 浸潤する分化度の低い癌腫で, 個々の腫瘍細胞は, 核小体が比較的明瞭なクロマチンの繊細な腫大核を有し, 胞体は両染性を示すN/C比の高い細胞であった. 免疫染色にて, 腫瘍はCD56, Synaptophysin, ChromograninAがびまん性に陽性であり, 神経内分泌癌と診断された.

【まとめ】子宮体部原発の神経内分泌癌は病態の進行が速く, より早期に加療を開始することが望ましい. 内膜細胞診で神経内分泌癌を疑う所見を認める場合には, 免疫染色等を用いて, 早期かつ確実に診断をすることが重要である.

P-2-165 高悪性度子宮内膜間質肉腫の1例

プリモウイメンズクリニック¹⁾, ジェネティックラボ病理解析センター²⁾, 国立病院機構北海道がんセンター³⁾

○加藤高子(CT)¹⁾, 田中信一(MD)¹⁾, 高木芳武(MD)²⁾, 山崎博之(MD)³⁾, 鈴木宏明(MD)³⁾

【はじめに】子宮肉腫は子宮体部悪性腫瘍の8%を占め、そのうち46%が癌肉腫, 36%が平滑筋肉腫, 13%が子宮内膜間質肉腫と報告されている。今回我々は、高悪性度子宮内膜間質肉腫と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】49歳女性, 0経妊, 不正性器出血で当院受診。内膜細胞診で異常なし, 頸腔部スミアでAGC頸管腺増生をみたので, 半年後再検となった。再診, 内膜エコーで不整形, 大型で硬い腫瘤を認め, 内膜細胞診で陽性, 低分化腺癌～肉腫疑い, 組織診で子宮内膜間質肉腫などが疑われ, 紹介となった。

【細胞所見】出血性背景に, N/C比高く, 類円形のやや大型核に, 短紡錘形の細胞質を持つ, 均一な腫瘍細胞が散在性にみられ, 一部で相互封入など弱い結合をみる。核クロマチンは微細顆粒状に増量, 核小体は小さく, 間質細胞を大型化したような印象である。

【内膜(生検)組織診所見】上皮下にN/C比の高い異型細胞をびまん性, 胞巣状に認め, AE1/AE3(-), Vimentin(+), ki67>50%, CD10(-), α -SMA(-), myogenin(-)で, 高悪性度子宮内膜間質肉腫や未分化内膜肉腫, 異型のない上皮も腫瘍の成分と考えると腺肉腫など考えられる。

【手術標本所見】約9cm大の体部から内腔に隆起する壊死高度な腫瘍。比較的均一な短紡錘形の核の腫瘍細胞とややepithelioidな細胞の増生をみる。上記のほか, CAM5.2(-), cyclinD1(+diffuse), desmin(-), h-caldesmon(-), ER(-), PgR(-)で, 高悪性度子宮内膜間質肉腫として矛盾しないと考える。

【考察】肉腫は急激な増殖をするものが多く, 不正出血や貧血などの改善されない場合, 再検時期を待たずに早めの検診が必要と思われた。

P-2-166 子宮体部腫瘍経過観察中の子宮内膜細胞診にて子宮内膜間質肉腫の診断に至った一例

田川市立病院産婦人科¹⁾, 田川市立病院臨床検査科病理検査室²⁾, 福岡和白病院検査科・病理検査室³⁾

○江夏国宏(MD)¹⁾, 魚住友信(MD)¹⁾, 宮崎順秀(MD)¹⁾, 椎名隆次(MD)¹⁾, 大久保涼(CT)²⁾, 森田千穂(CT)²⁾, 中村洋亮(CT)²⁾, 藤川富士夫(CT)²⁾, 笹栗靖之(MD)³⁾, 藤田拓司(MD)¹⁾

症例は60歳, 1経妊1経産。13年前に不正性器出血を主訴に当科を初診した。子宮内膜は16mmと肥厚しており, 子宮内膜細胞診でclass3であった。子宮内膜全面搔把術を施行し, 単純型子宮内膜増殖症と診断した。その後は3~4ヶ月おきに子宮内膜細胞診または組織診にて経過観察したが, 悪性所見なく経過した。1年前の診察時に経腔超音波断層法で子宮内に12mmの辺縁不正な腫瘍性病変を認めたため, 子宮内膜細胞診および組織診を施行したが悪性所見を認めなかった。本年再検したところ, 腫瘍は33mmに増大していた。子宮内膜細胞診で脆弱な組織が採取され, 少量の異型内膜細胞を認め, 組織診で均一な紡錘形細胞の充実性増殖を認め肉腫を疑う所見であった。核分裂像に乏しく, 低悪性度子宮内膜間質肉腫と診断した。造影CT検査にてリンパ節転移や遠隔転移を示唆する所見は認めなかった。低悪性度子宮内膜間質肉腫の術前診断で, 準広汎子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 骨盤リンパ節郭清, 傍大動脈リンパ節郭清, 虫垂切除術を施行した。摘出標本の病理組織診断はEndometrial stromal sarcoma, Low gradeで, 病変は4cm大で子宮体部に限局しており, 手術進行期は1A期と診断した。術後補助療法は行わず, 現在経過観察中である。本年採取した疑陽性の内膜細胞診を再考し供覧する。

P-2-167 子宮肉腫が疑われた血管内大細胞 B 細胞性リンパ腫の 1 例

がん研有明病院婦人科¹⁾, がん研有明病院病理部²⁾

○松浦基樹(MD)¹⁾, 近藤英司(MD)¹⁾, 勝田隆博(MD)¹⁾, 長島 稔(MD)¹⁾, 的田真紀(MD)¹⁾, 岡本三四郎(MD)¹⁾, 尾松公平(MD)¹⁾, 金尾祐之(MD)¹⁾, 杉山裕子(MD)¹⁾, 高澤 豊(MD)²⁾, 竹島信宏(MD)¹⁾

【目的】子宮原発の悪性リンパ腫は、悪性リンパ腫全体の 0.14%、子宮悪性腫瘍の 0.05% と稀である。Diffuse large B cell lymphoma が多いが、今回我々は子宮肉腫が疑われ、子宮全摘の結果、血管内大細胞 B 細胞性リンパ腫と診断された 1 例を経験したので報告する。

【症例】72 歳、3 経妊 2 経産。人間ドッグの PET で子宮底部に SUVmax 6.2 の集積を認めた。MRI の Dynamic で軽度濃染を認めたが体癌としては非典型的な所見であった。精査目的に当科に紹介。子宮頸部細胞診では裸核様の異型細胞が少数見られた。内膜細胞診では N/C 比大ないし裸核様の腫瘍細胞が孤立散在性に多数出現。個々の細胞は核形不整が著明で、単核から多核の細胞で、核クロマチンは微細、多数の核分裂像を認め、悪性と考えられたが組織型の確定には至らなかった。細胞像より悪性の可能性が高いと考え、子宮全摘、両側付属器摘出を行った。肉眼的には子宮底部の壁肥厚が目立ったが、明らかな腫瘍形成は認めなかった。組織学的には、粗大顆粒状のクロマチンからなる円形核を持ち、胞体の乏しい大型の異型細胞が血管内を埋めるように増殖する腫瘍であった。子宮体部、頸部のほぼ全体かつ全層性に大小の血管内に増殖する腫瘍で、両側卵巣、卵管周囲の血管内にも腫瘍が見られた。腫瘍細胞は免疫染色にて CD20 陽性、CD3 陰性の B 細胞性であった。腹水洗浄細胞診では悪性細胞を認めなかった。現在血液内科で R-CHOP 療法を施行されている。

【結論】子宮腫瘍の形で発見される血管内大細胞 B 細胞性リンパ腫は非常に稀で、文献的には数例の報告のみである。本症例は細胞診での確定診断は困難であったが、今回のような細胞像が見られる時は Lymphoma の可能性も念頭に置くことが必要と考えられた。

P-2-168 子宮体癌との鑑別が困難であった胆嚢癌子宮転移の一例

横浜市立大学附属病院産婦人科¹⁾, 横浜市立大学附属病院病理診断科・病理部²⁾, 神奈川県立がんセンター婦人科³⁾, 藤沢市民病院産婦人科⁴⁾

○齊藤 真(MD)¹⁾, 松永竜也(MD)¹⁾, 日比谷孝志(MD)²⁾, 古屋充子(MD)²⁾, 古郡 恵(MD)¹⁾, 最上多恵(MD)¹⁾, ルイズ横田奈朋(MD)¹⁾, 佐藤美紀子(MD)¹⁾, 佐川弘美(CT)²⁾, 三田和博(CT)²⁾, 川野藍子(MD)³⁾, 佐治晴哉(MD)⁴⁾, 山中正二(MD)²⁾, 大橋健一(MD)²⁾, 宮城悦子(MD)¹⁾

【はじめに】消化器原発がんの子宮転移は少なく、特に胆道系腫瘍からの報告は極めて稀である。今回、子宮内膜細胞診及び組織診で形態学的に類内膜腺癌と類似しており診断に迷った胆嚢癌転移の一例を経験したので報告する。

【症例】55 歳、4 回経妊 3 回経産。胆嚢癌(中分化型管状腺癌)の既往あり。再発徴候なく経過していたが、初回治療終了 2 年後に不正性器出血を伴う下腹部痛が出現し当科を受診した。画像上子宮内膜肥厚は軽度。子宮内膜細胞診で陽性(腺癌)、子宮内膜組織診で胆嚢癌転移を疑い子宮摘出術を施行した。

【子宮内膜細胞診】細胞診は比較的きれいな背景に、一部重積性を伴うシート状の集塊を認めた。大小不同で N/C 比の高い異型細胞が認められクロマチンは粗造で核小体が目立つ。類内膜腺癌が鑑別にあがったが、胆嚢癌の既往からその転移の可能性も否定できなかった。

【子宮内膜組織診】組織生検では子宮筋層の一部を含む間質が少量採取され、腺腔を形成する腺癌が認められた。免疫染色を施行したところ CK7, CK20, p16INK4A, CDX2 陽性, ER, PgR, PAX8 陰性で、既存の胆嚢癌検体も同様所見を呈したため胆嚢癌転移を疑った。

【子宮摘出検体組織所見】大小不同で、N/C 比の高い腫瘍細胞が管腔構造を形成し、既存の萎縮内膜腺を置換しつつ子宮筋層に飛び地状に浸潤、増殖していた。HE 染色では類内膜腺癌と胆嚢癌転移の鑑別が困難な所見だったが、免疫染色は子宮内膜組織診と同様の所見であり最終的に胆嚢癌子宮転移と診断した。

【まとめ】今回、子宮内膜細胞診、組織診で類内膜腺癌と胆嚢癌転移の鑑別に苦慮した一例を経験した。摘出子宮から得られた組織像から細胞像を振り返り検討し、今後の診断の一助としたい。

P-2-169 子宮体部へ転移を示した乳癌の3症例

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター

○小嶋健太(CT), 佐藤正和(CT), 田中慎一(CT),
岡本奈美(CT), 門屋 幸(CT), 有江啓二(CT),
寺本典弘(MD), 西村理恵子(MD), 高畑浩之(MD)

【はじめに】転移性子宮体癌の性器外原発臓器としては乳癌, 胃癌が多い。今回, 内膜細胞診において, 細胞所見から原発巣として乳癌を考えた3症例を経験したので, 細胞所見を中心に報告する。

【症例】1)40代女性。乳癌(T3, N3a, M0, Stage3c)術後, 5年間TAM内服。経過観察中に不整性器出血を認め, 内膜細胞診を施行。2)40代女性。乳癌(T2, N2a, M0, Stage3a)術後, 6年間TAM内服。症状や画像所見で異常は認めなかったが, CA15-3が高値を示し, 乳癌再発の可能性を疑い, 内膜細胞診を施行。3)50代女性。乳癌(T1c, N0, M0, Stage1)術後, 6年間TAM内服。検診にて子宮にFDG集積を認め, 内膜細胞診を施行。

【内膜細胞診所見】3症例に共通して見られた細胞所見は, 良性内膜腺細胞集塊に混じり, N/C比が増大し核形不整を有した異型細胞が弧在性から小集塊状に認められ内膜間質細胞と鑑別が必要な所見であった。異型細胞は索状配列を示す所見や細胞質内小腺腔を有する所見を認めたことや乳癌の既往があったことより, 乳癌の子宮体部への転移と考えた。

【考察・まとめ】今回経験した症例で, 1例は性器症状があり検索されたが, 他の2例は症状はなくTAMの経過観察時に発見された。このことより経過観察細胞診の重要性が示唆される。また, 形態的には類内膜腺癌G3や未分化癌, 胃の低分化腺癌の転移が鑑別対象となるが, 細胞異型性の弱さや細胞質内小腺腔の存在が診断の手がかりとなる。細胞形態のみで鑑別することは困難であるが, 患者既往歴など臨床情報を加味することで推定が可能と思われる。

P-2-170 術中捺印細胞診にて診断困難であった褐色細胞腫多発肺転移

弘前大学医学部附属病院病理部¹⁾, 弘前大学大学院医学研究科病理診断学講座²⁾

○熊谷直哉(CT)¹⁾, 黒瀬 顕(MD)²⁾, 加藤哲子(MD)²⁾,
刀稱亀代志(CT)¹⁾, 小島啓子(CT)¹⁾, 星合桂太(CT)¹⁾

【はじめに】副腎褐色細胞腫の遠隔転移はときに非常に長い期間を経て出現する。そのような場合, 臨床医が転移の可能性を全く疑わずに手術をし, 術中迅速診断に供することがあるが, 褐色細胞腫の迅速標本を実際に見る機会は少なく診断に苦慮する。

【症例】60代女性

【現病歴】右肺上葉に腫瘤が見つかり, 生検で腺癌と診断された。一方, 胸部CTでこの腫瘍以外に両肺に5mm大までの小結節が多発しているのが見つかった。上葉腫瘍の肺内転移が疑われたが肉芽腫性病変の可能性も否定できなかったため, 右肺上葉切除術および中下葉小結節の部分切除が行われた。

【術中迅速診断】小結節の捺印細胞診では, 線毛円柱上皮細胞やリンパ球を背景に, 細胞質が広く泡沫状で境界不明瞭な細胞を孤立散在性ないし小集簇性に認めた。核は軽度の腫大と大小不同, 不整がみられたが, N/C比は低くクロマチン分布も均等であった。凍結組織標本では好酸性で泡沫状, 微細顆粒状の豊かな細胞質をもつ細胞が小集簇性に認められた。以上の所見より良性の組織球形病変の可能性を第一に考えた。

【術材病理診断】ホルマリン固定後に作製した永久標本では, 難染性, 好塩基性で微細顆粒状の細胞質をもつ多辺形細胞が胞巣状に増殖していた。免疫染色でクロモグラニンAが陽性であった。褐色細胞腫の転移を第一に考え臨床側に精査を依頼したところ, 34年前に副腎褐色細胞腫の手術歴があることが判明した。

【まとめ】褐色細胞腫の多発肺転移の一例を経験した。捺印細胞所見のみでは診断に難渋したが, その理由としてアルコール固定とホルマリン固定では細胞像に相違があり, カテコールアミンとホルマリンの反応が影響を与えている可能性が示唆される。

P-2-171 気管支肺胞洗浄液中にアスベスト小体を認めた い草染土塵肺の1例

社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理細胞診¹⁾, 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院病理診断科²⁾

○原武晃子(CT)¹⁾, 伊藤園江(CT)¹⁾, 塚本孝久(CT)¹⁾, 高橋光彦(CT)¹⁾, 榎田明美(CT)¹⁾, 長山大輔(CT)¹⁾, 坂本康輔(CT)¹⁾, 木村芳三(MD)²⁾, 西田直代(MD)²⁾, 檜垣浩一(MD)²⁾

【はじめに】い草染土塵肺は、畳の生産過程で使用される染土による粉塵を吸入することにより発生する塵肺である。今回我々は気管支肺胞洗浄液細胞診が診断に有用であった1例を経験したので報告する。

【症例】74歳・男性。数十年来い草を取扱う仕事をしてきた。7年前に前立腺癌に対して放射線治療歴あり。今回持続する咳嗽の精査目的のため当院呼吸器内科を受診。胸部レントゲンにて右上肺野に粒状影を認め、胸部CTにて両肺野に大小多数の結節性陰影を認めたため、経気管支肺生検と気管支肺胞洗浄液細胞診が施行された。

【BAL細胞所見】総細胞数： 1.0×10^5 で細胞分類は好中球1.0%、リンパ球0.5%、組織球98.5%であり、また少数ながら壺鈴状を呈するアスベスト小体と一部の組織球の細胞質内には棒状や針状の結晶質シリカを認め、それらは偏光レンズを使用した観察で偏光が確認された。

【病理組織所見】異型に乏しい気管支纖毛上皮の集塊と間質がやや線維性に肥厚した肺胞組織が見られ、間質には炭粉沈着と結晶質シリカの沈着を認め、肺結核等の炎症性変化や腫瘍性病変の所見は認めなかった。

【考察】本症例では気管支肺胞洗浄液中にアスベスト小体と組織球内の結晶物の両者を確認できたが、後者のみの出現では弱拡大の鏡検では見落とす可能性があった。画像検査では腫瘍の他に炎症性変化や肉芽腫性疾患も鑑別に挙がっており、本症の診断に際し職業歴や画像診断も考慮した注意深い観察が有用と思われた。

P-2-172 細胞診では術前診断が困難であった、23年前の皮膚 Adenoid cystic carcinoma 肺転移の1例

順天堂大学浦安病院病理診断科

○橋爪 茜(MD), 佐伯春美(MD), 泉 浩(MD), 橋本 学(CT), 坪内優子(CT), 奥山直子(CT), 中村 博(CT), 岡崎哲也(CT), 喜納勝成(CT), 鈴木不二彦(MD), 石 和久(MD), 冨田茂樹(MD)

【はじめに】肺 Adenoid cystic carcinoma は稀な疾患であり、大部分は中枢側に発生する。今回我々は、23年前の皮膚 Adenoid cystic carcinoma の肺末梢への転移症例を経験したので、報告する。

【症例】60歳代女性。既往歴：23年前、当院にて頭部皮膚の Adenoid cystic carcinoma 切除。今回健康診断で胸部異常陰影を指摘され、当院受診した。胸部CTにて両肺に多発する結節を認め、転移性腫瘍を疑った。気管支鏡細胞診・生検にて確定診断に至らず、VATS生検が施行された。

【細胞所見】気管支鏡洗浄液では、小型で核クロマチン増量を示す異型細胞の小集塊を少数認めたが、組織型の判定は困難であった。腫瘍捺印細胞診では、透明な粘液様物質を取り囲む篩状構造を認め、Adenoid cystic carcinoma を示唆する所見であった。

【病理所見】肉眼的に末梢肺内に腫瘍を認めた。組織学的に、異型細胞が胞巣状・篩状に増生し、内腔に粘液を容れていた。Adenoid cystic carcinoma と診断した。

【まとめ】皮膚原発 Adenoid cystic carcinoma は少なく、また肺 Adenoid cystic carcinoma に遭遇する機会も少ない。特に細胞診に出現した細胞が少数の場合では、腫瘍性病変の有無や、組織型推定は困難である。細胞診にて由来不明の腺系細胞を観察した際には、臨床情報と合わせ、Adenoid cystic carcinoma の可能性を考慮することが重要であると考えた。

P-2-173 悪性リンパ腫との鑑別が困難であった転移性肺腺癌の一例

東京歯科大学市川総合病院臨床検査科¹⁾, 東京歯科大学市川総合病院産婦人科²⁾

○小谷隆史(CT)¹⁾, 神原亜季(CT)¹⁾, 田口晴丈(CT)¹⁾, 宣保一夫(CT)¹⁾, 福田雅美(CT)¹⁾, 橋本和彦(DDS)¹⁾, 橋本志帆(MD)²⁾, 小川真理子(MD)²⁾, 高松 潔(MD)²⁾

【はじめに】今回我々は、悪性リンパ腫との鑑別に苦慮した転移性肺腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。咳が持続するため、当院受診。画像検査にて右肺野に腫瘤影と縦隔リンパ節腫大、右頸部リンパ節腫脹を認めた。血液検査にて腫瘍マーカーNSE(31.8 ng/ml), ProGRP(131.0 pg/ml), SIL-2R(3090 U/ml)の上昇が見られた。肺小細胞癌もしくは悪性リンパ腫を疑い、気管支鏡検査を施行。気管支鏡検査では、組織診・細胞診ともに悪性所見は見られなかった。後日、頸部リンパ節生検・穿刺吸引細胞診施行された。

【細胞診所見】異型細胞は結合性に乏しく、弧在性に多数出現していた。核は、中型から大型で、核形不整、クロマチンは粗網状で、核小体が目立つ。また、巨大核や核分裂像を伴う大型異型細胞も散見された。小細胞癌は否定的で、リンパ腫等の非上皮性腫瘍が考えられるが、組織型の断定は難しかった。

【組織所見】核小体の目立つ大型の類円形核と豊かな胞体を有する異型細胞が増殖している。細胞質には大小の硝子滴構造が目立ち、一部に壊死も認める。悪性リンパ腫が示唆される組織像である。

【免疫染色結果】大型異型細胞は、AE1/AE3, CK7, TTF-1陽性であったため、肺癌(低分化腺癌)の転移が示唆された。

【まとめ】低分化腺癌は、上皮結合や胞体内の粘液などの所見が乏しく、時に悪性リンパ腫との鑑別を有することがある。腫瘍細胞は異型が強く、明瞭な核小体を有し、N/C比が高いことが特徴的所見である。本症例はそれらの所見に他の組織型を示唆するような副所見があり診断に苦慮したと思われる。本症例を再度見直し、両者の鑑別点を検討し、報告する。

P-2-174 気管支洗浄液にて診断し得た骨髄性白血病細胞肺浸潤の1例

川口市立医療センター検査科病理¹⁾, 川口市立医療センター病理診断科²⁾

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

【はじめに】呼吸器検体において骨髄球系の腫瘍細胞が出現するのは稀である。今回我々は、急性骨髄性白血病最未分化型(M0)患者の気管支洗浄液にて白血病細胞を認めたので報告する。

【症例】30歳代男性。近医にて難治性の肺炎の診断を受け当院紹介受診となった。受診時画像所見は、びまん性陰影が見られ肺炎が疑われた。同日の採血結果より、末梢血中にblastが66%を占めている事から白血病と診断され、骨髄検査も施行された。しかし全身状態が悪く、白血病に対する治療が行えない為、肺炎の原因検索を目的とし気管支鏡検査が施行された。

【骨髄検査】高度な過形成を示し、標本中の95.4%をblastが占めていた。Blastは中型で、繊細で緻密なクロマチンと1~2個の核小体を伴った核、好塩基性の細胞質を有していた。特殊染色ではPOD(-), エステラーゼ(-)を示した。フローサイトメトリーの結果(CD34, 13, 33陽性)と合わせて急性骨髄性白血病最未分化型(M0)と診断された。

【気管支洗浄液細胞像】きれいな背景の中に、小型の異型細胞が散見された。異型細胞は類円形核や切れ込み様の異型を伴う核を示し、クロマチンは微細~顆粒状で核縁は薄く、核小体明瞭であった。Giemsa標本でも、核は微細顆粒状のクロマチンと明瞭な核小体を有し、細胞質は好塩基性でazur顆粒(-)であった。骨髄中に見られたblastと同様で、急性白血病細胞の肺内浸潤と考えた。

【まとめ】気管支洗浄液において骨髄性白血病細胞を確認し得た1例を経験した。乾燥標本の作製は今回の症例では極めて有効であり、状況に応じての標本作製が重要であると再認識した。

P-2-175 気管支鏡検体における肺 MALT リンパ腫の細胞像

宮崎県立宮崎病院臨床検査科¹⁾, 宮崎県立宮崎病院病理診断科²⁾

○福田早織(CT)¹⁾, 木田裕子(CT)¹⁾, 稲田千文(CT)¹⁾,
島尾義也(MD)²⁾, 丸塚浩助(MD)²⁾

【はじめに】MALT リンパ腫は、辺縁帯由来の低悪性度 B 細胞リンパ腫であり、消化管以外に唾液腺、肺、甲状腺など多くは節外性に発症する。その細胞像は多彩で異型に乏しく、診断困難と言われている。今回、気管支鏡検査により細胞診検体を得られた肺 MALT リンパ腫の 2 例を経験したので報告する。

【症例】症例 1：70 歳代、男性 20 年前に化学療法無効の肺 MALT リンパ腫として右肺中葉切除術を施行され、経過良好であったが、7 か月前より喀痰の増加、左舌区に腫瘤影及び周囲にスリガラス影を認め、気管支鏡下穿刺吸引及び擦過細胞診が施行された。診断の確定には至らなかったが、腫瘤は増大傾向にあり、胸腔鏡補助下左舌区切除が施行された。症例 2：70 歳代、男性検診にて右肺多発腫瘤影・浸潤影を指摘され、2 ヶ月間で増大傾向にあるため気管支鏡下擦過細胞診が施行された。また、胃生検組織にて MALT リンパ腫と診断された。

【細胞診所見】症例 1：線毛円柱上皮細胞とともに多数の小型リンパ球を主体に認めた。核形不整に乏しく、陰性とした。症例 2：上皮細胞成分の出現は乏しく、小型～中型リンパ球を主体に認めた。核形不整は軽度であるが、核小体を認めるものもあり、鑑別困難とした。

【考察】MALT リンパ腫では 1) 多彩な構成細胞の出現、2) 形質細胞への分化を示す細胞の出現、3) リンパ上皮性病変の出現等が特徴的な所見であるが、今回の症例を含め、肺 MALT リンパ腫ではこれらの特徴的所見が明確でなく、細胞診での確定診断は困難である。気管支擦過標本において多数のリンパ球の出現を見る場合、細胞表面形質や遺伝子検査等を併用して診断する必要があると思われた。

P-2-176 気管支擦過細胞診で推定し得た肺原発 MALT リンパ腫の 3 例

砂川市立病院検査科¹⁾, 砂川市立病院内科²⁾, 砂川市立病院病理診断科³⁾

○天間友理香(CT)¹⁾, 椎名真一(CT)¹⁾, 堀江孝子(CT)¹⁾,
渡部直己(MD)²⁾, 岩木宏之(MD)³⁾

【はじめに】肺原発 MALT リンパ腫は、気管支粘膜関連リンパ組織由来の低悪性度 B 細胞性リンパ腫と考えられている比較的稀な疾患である。本疾患は、気管支鏡検査検体による診断は難しいとされている。今回、我々は、気管支擦過細胞診にて肺原発 MALT リンパ腫を推定し得た 3 例を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】症例 1, 2, 3 は 70 歳代, 50 歳代, 40 歳代の男性。3 症例共に、臨床症状は乏しく、胸部 CT にて比較的ゆっくり増大する気管支透亮像を伴う浸潤様結節影がみられ、MALT リンパ腫や肺癌が考えられた。精査目的に、気管支鏡検査を施行した。

【細胞像】症例 1, 2, 3 は、気管支線毛円柱上皮細胞をみる背景に、小～中型リンパ球が多く認められた。その中に、細胞質ライトグリーンに好染し広く、核は円形、時に切れ込みを伴う核型不整があり、核クロマチンは細顆粒状、小型な核小体をみる単球様の異型リンパ球(以下: Monocytoid cell)を認めた。症例 2, 3 では、気管支線毛円柱上皮細胞の集塊内にリンパ球の浸潤をみる Lymphoepithelial lesion(以下: LEL)様の所見がみられた。以上の細胞所見より 3 例共に、MALT リンパ腫を推定した。その後、肺生検や胸腔鏡下肺切除検体での病理所見、IgH 遺伝子再構成にて、MALT リンパ腫と診断された。

【まとめ】気管支擦過細胞診標本にて、3 例中 2 例に LEL 様所見がみられ、3 例共に Monocytoid cell を認めた。MALT リンパ腫は、リンパ球の増生が顕著なため、気管支鏡検査検体では、気管支線毛円柱上皮細胞の出現頻度が低く、LEL 様所見が得られにくいと考える。したがって、背景にリンパ球が多数出現し、その中に Monocytoid cell を認めた場合には、MALT リンパ腫を積極的に疑う所見になると考えた。

P-2-177 肺原発悪性リンパ腫の 1 例

JA 福島厚生連白河厚生総合病院病理診断科

○松木浩子(CT), 森合博一(CT), 二木照美(CT),
小林英樹(CT), 野沢佳弘(MD)

【はじめに】肺原発の悪性リンパ腫(ML)は稀な疾患で、肺原発悪性腫瘍の 0.3~1%, 節外性リンパ腫の 3~4%, 全悪性リンパ腫の 0.5%以下である。今回我々は、リンパ腫様肉芽腫症(LyG)との鑑別を要した肺原発大細胞型悪性リンパ腫(DLBCL)を経験したので報告する。

【症例】症例は 80 歳代, 男性。主訴は息切れ, 胸部 CT で左 S8 に約 5 cm の充実性腫瘍を認めた。さらに PET-CT で高度集積を示し, 胸椎や両側大腿骨などに多発性骨転移を認め, 肺癌が疑われたため CT ガイド下針生検を施行した。

【細胞所見】血性背景に N/C 比の高い円~類円形の異型細胞が孤在性に出現していた。核形不整と腫大した核小体を認め, クロマチンは顆粒状に増量していた。ML を考えたが, 背景に小型リンパ球も多数みられたことから LyG も否定できなかった。

【病理組織所見】多数の小型リンパ球に混在してやや大型で核小体の目立つ異型細胞がびまん性に増殖し, 一部血管内に浸潤していた。免疫染色は背景の小型リンパ球は CD3(+), 異型細胞は CD20(+), CD5(+), CD10(-), Bcl-6(+), MUM-1(+), cyclin D1(-)で, EBER-ISH(-)より非胚中心 B 細胞様由来の DLBCL と診断された。

【考察】肺原発悪性リンパ腫は稀な疾患であり, 確定診断も容易ではない。本症例は, 病変の主座が肺であったことや背景に多数の反応性 T リンパ球が認められたことから ML の診断は困難であった。細胞診断をする上では, 臨床所見も加味して個々の細胞異型を詳細に観察することが肝要であると思われた。

P-2-178 低悪性度小唾液腺粘表皮癌の一例

大阪医科大学医学部病理学教室

○里見英俊(MD), 栗栖義賢(PhD), 辻 求(PhD),
廣瀬善信(PhD), 中山裕子(CT), 出口千尋(CT),
浦上真由美(CT), 武田玲郁(CT), 明石静香(CT),
棚田 諭(CT), 石崎幸恵(CT)

唾液腺粘表皮癌は悪性唾液腺腫瘍の約 30%を占め, 40 歳台に最も多い。約半数は大唾液腺に発生する。組織像は低・中・高悪性度に分類され, 予後が異なる(5 年生存率は高悪性度で 30%, 低悪性度で 30%)。細胞像は高悪性では扁平上皮癌との区別が必要で, 低悪性度は他の粘液産生腫瘍との鑑別が必要となる。今回, 左頬部副耳下腺由来の低悪性度粘表皮癌の一例を経験したので細胞像を供覧する。

【症例】41 歳, 男性。3, 4 年前から左頬部に 1.5 cm 大の粘膜下腫瘍を認めていたが, 最近, 増大してきたので当院を受診した。

【吸引細胞像】Papanicolaou 染色では, リンパ球, 血性背景に粘液がみられ, 細胞質の豊富な上皮細胞の小集塊, N/C 比の低い小型類円形細胞の集塊が認められた。Giemsa 染色では, 分葉状あるいは隔壁を有する粘液集塊がみられ, 隔壁には紡錘型核をした細胞がみられた。周囲にはやや小型類円形細胞の集塊が出現していた。mucous cell 様の細胞もみられたが, マクロファージとの鑑別が困難であった。

【組織】粘液貯留の嚢胞の形成がみられ, 辺縁は細胞質に粘液を貯留する上皮で裏打ちされていた。中間型細胞の集塊も散見した。壊死・神経侵襲は見られなかった。

【考察】低悪性度粘表皮癌は粘液が多く, 粘液産生性の低悪性癌や良性腫瘍との鑑別を有する。低悪性度粘表皮癌の粘液塊は, 分葉状あるいは隔壁を有する構造が特徴と考えられた。粘液塊の周囲には中間型細胞の集塊がみられた。mucous cell はマクロファージとの鑑別が必要であった。これらの細胞像は Papanicolaou 染色よりも Giemsa 染色でより明確であった。

P-2-179 Tumor-associated lymphoid proliferation を伴った低異型度粘表皮癌の1例

高知赤十字病院病理診断科部

○頼田顕辞(MD), 和田有加里(CT), 安岡 香(CT),
小原昌彦(CT), 水野圭子(CT), 黒田直人(MD)

【はじめに】背景に豊富なリンパ球浸潤を伴う耳下腺腫瘍は、ワルチン腫瘍の他に、リンパ腺腫、悪性リンパ腫、転移性腫瘍、さらには反応性の腫瘍関連リンパ球増殖(Tumor-associated lymphoid proliferation; TALP)を伴う腫瘍も知られており、細胞診判定が難しくなる可能性がある。今回、耳下腺に発生した TALP を伴う粘表皮癌の1例を経験し、その穿刺吸引細胞診像を検討したので報告する。

【症例】症例は70歳代の男性。左耳下腺部領域の腫瘍に気づき、近医にて13mm大の境界明瞭な結節性病変を指摘された。高齢、喫煙者であり、画像検査にて炎症性変化が示唆され、ワルチン腫瘍が疑われた。＜穿刺吸引細胞診所見＞豊富なリンパ球を背景に大小の上皮細胞集塊がみられ、集塊には杯細胞様細胞と扁平上皮様細胞が混在していた。上皮細胞の異型は軽度で核分裂像はなかった。オンコサイトからなる2層性上皮、脂腺細胞、異常リンパ球の増殖や lymphoglandular body はみられず、顆粒状の細胞質は目立たなかった。粘表皮癌が最も考えられ、扁平上皮化生や杯細胞を伴うワルチン腫瘍を鑑別に挙げた。＜肉眼・組織所見＞白色充実性結節には、軽度の異型を示す扁平上皮様細胞と杯細胞様細胞からなる胞巣の増殖がみられ、一部に中間細胞を確認でき、低異型度な粘表皮癌と診断した。背景に豊富なリンパ球浸潤を伴い、局所的にリンパ節様の外観がみられ、TALP を合併しているものと考えられた。

【まとめ】TALP を合併する耳下腺腫瘍には腺房細胞癌やリンパ上皮癌なども知られ、豊富なリンパ球がみられた際にはこれらも鑑別に挙げる必要がある。本症例ではワルチン腫瘍との鑑別を要し、オンコサイトからなる2層性上皮の有無が鑑別に有用と思われた。

P-2-180 口蓋部小唾液腺から発生した多形腺腫由来癌の一例

姫路赤十字病院検査技術部¹⁾, 姫路赤十字病院病理診断科²⁾

○井上 瞳(CT)¹⁾, 廣尾嘉樹(CT)¹⁾, 永谷たみ(CT)¹⁾,
春名勝也(CT)¹⁾, 山本繁秀(CT)¹⁾, 牛丸牧子(CT)²⁾,
堀田真智子(MD)²⁾, 伏見聡一郎(MD)²⁾,
和仁洋治(MD)²⁾

【はじめに】多形腺腫(PA)は耳下腺に最も多く、悪性化の頻度は数%である。また小唾液腺発生PAの発生頻度は耳下腺の20分の1程度と考えられている。今回我々は口蓋部小唾液腺から発生したPA由来癌 Salivary duct carcinoma (SDC) in situ を経験したので報告する。

【症例】40代女性、入所施設で右側口蓋部の腫脹を指摘され、精査目的にて当院紹介受診。腫瘍は弾性硬で圧痛なし。穿刺吸引細胞診施行。

【細胞像】上皮あるいは筋上皮様の細胞が散在性、一部集塊として観察された。錯角化細胞集塊も混在しておりPAの存在を疑った。また濃染核をもつ腺様集塊も確認された。

【組織像】粘膜下に24×18×16mmの境界明瞭な硬い腫瘤を認めた。断面は淡黄白色調で比較的均一。組織学的には角化細胞、筋上皮細胞の増殖、間質の硝子様変性、粘液腫様変性があり石灰化が目立つなどの多彩な像からはPAと考えられた。一部には細胞質が豊富で核腫大・大小不同が目立つ細胞の増殖した部分が複雑に混在しており、免疫染色にて androgen receptor, Her2, p53 に陽性となり、更に p63 陽性の筋上皮が周囲に保たれていることも確認でき、SDC in situ と診断した。

【考察】PAを診断するにあたり、多彩な像が得られない時や異型を有する細胞が混在した場合などは、診断に苦慮することが多い。本例では散在する裸核状細胞や高密度の上皮様集塊、扁平上皮分化を示唆する細胞集塊の混在によりPAの存在を念頭においた。また異型を伴った腺集塊の存在によりPA由来癌の可能性を指摘できた。異型腺集塊の周囲には筋上皮が認められ SDC in situ を反映しているものと考えられた。

【まとめ】小唾液腺から発生したPA由来癌、早期のSDCを経験した。

P-2-181 耳下腺に発生した乳腺類似分泌癌の1例

公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院

○仲野 友(CT), 松下能文(MD), 富永知恵(CT)

【はじめに】耳下腺腫瘍は組織像・細胞像が多彩な上、数多くの組織型が存在する。典型例では診断は比較的容易であるが、稀な症例では経験する機会も少なく診断に影響する。今回良悪性の鑑別に苦慮した症例が乳腺類似分泌癌であった1症例を報告する。

【症例】79歳女性。右耳下腺下極に18×15mm大の境界明瞭な結節。

画像所見では出血や粘稠な貯留液も含まれるため悪性を否定することはできないが、境界明瞭な点や増強効果などから多形腺腫を疑われた。FNA施行後、右耳下腺腫瘍摘出術が施行された。

【穿刺吸引細胞診所見】茶褐色の穿刺液であり、血液成分、組織球を背景に核小体の目立つ腺房細胞由来の腫瘍細胞が散見された。N/C比はやや高く、核縁肥厚、集塊は平面的なものから立体的なものまでさまざまであった。suspiciousと判断したが組織型の判定は困難であった。

【組織所見】検体は18mm×15mm大の境界明瞭な結節で乳頭嚢胞状、papillaryパターンを示した。形態的には腺房細胞癌や乳頭癌が疑われたが、念のため行った遺伝子検査でMASCの診断に至った。

【結論】唾液腺悪性腫瘍に代表される腺房細胞癌の約30%は新しい概念である乳腺類似分泌癌(MASC)という報告を頭に置き、MASCと腺房細胞癌その他腫瘍との違いを理解しておかなければならないと感じた。

P-2-182 顎下腺に発生した基底細胞腺癌の1例公立丹南病院臨床検査室¹⁾, 福井県立病院検査室²⁾, 福井県立病院病理診断科³⁾○館田 寛(CT)¹⁾, 吉岡美紗代(MT)¹⁾, 岡山はるみ(CT)¹⁾, 水野幸恵(CT)²⁾, 海崎泰治(MD)³⁾

【はじめに】唾液腺原発の基底細胞腺癌は高齢者の耳下腺や顎下腺に好発し、悪性唾液腺腫瘍の3%以下の稀な低悪性度腫瘍である。今回我々は顎下腺に発生した基底細胞腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】72歳女性。首のしこりに気づき当院受診。CTで右顎下腺に約40mmの腫瘤を認め、穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見】粘液様物質を背景に紡錘形の間質細胞や筋上皮細胞、異型の弱い上皮細胞を二相性に認め、ギムザ染色にて粘液様物質は異染性を呈し、多形腺腫や基底細胞腺腫を推定した。組織診後の見直しでは壊死様物質を背景に基底膜様物質、扁平上皮成分を認め、腫瘍細胞は核小体明瞭、柵状配列や基底膜様物質に分離され孤立散在性に認め、組織を反映する様な像であったが核分裂像は判然としなかった。

【組織所見】大部分が線維性被膜に覆われ、一部は被膜外浸潤を認め、異型の弱い基底細胞様細胞の多結節増殖、多量の基底膜様物質の形成、結節内部に壊死や出血、扁平上皮化生を認めた。腫瘍細胞は基底膜様物質に境されて孤立散在性に認め核分裂像も見られた。免疫染色でp53(+), Ki-67 index 30%, AE1/AE3(+), bcl-2(+)であり、基底細胞腺癌と診断された。

【まとめ】基底細胞腺癌の最も重要な鑑別疾患は基底細胞腺腫で、両者はN/C比の高い裸核細胞が大小、固着性の集塊を形成しほぼ同様な細胞所見を示す。鑑別点で最も重要なのは壊死性背景であり、他に核分裂像、核腫大、核小体明瞭化がある。今回の症例は異型の弱い細胞の出現や核分裂像が判然としなかったことから悪性推定に至らなかったが、個々の細胞所見の詳細観察は然る事ながら、背景の所見にも着目する事で悪性と推定できる可能性がある。

P-2-183 唾液腺導管癌の2例

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院病理診断科²⁾

○矢野彩子(CT)¹⁾, 石澤 伸(MD)²⁾, 清水雅彦(CT)¹⁾,
酒井哲也(CT)¹⁾, 宮本藤之(CT)¹⁾, 中西ゆう子(MD)²⁾,
内山明央(MD)²⁾

【はじめに】唾液腺導管癌は、浸潤性乳管癌に類似した特徴的な組織型を呈し、50歳以上の男性に多い予後不良な悪性唾液腺腫瘍である。今回我々は、唾液腺導管癌の2例を経験したので報告する。

【症例1】82歳女性、両側耳鳴増大が続き近医受診。頸部触診にて右耳下部にしこりを認め、耳下腺腫瘍が疑われ精査加療目的に当院紹介となった。当院にて右耳下部に約2cm大の硬い腫瘍が触知され、同部より穿刺吸引細胞診が施行された。腫瘍細胞は壊死背景に重積性またはシート状配列を呈する細胞集塊で観察され、細胞質が比較的豊富でライトグリーン好性で顆粒状ないし泡沫状、核は偏在性で核形不整、核の大小不同、クロマチンの増量を示し、一部では核小体の腫大が認められた。細胞所見より唾液腺導管癌、腺癌NOSなどが推定された。右耳下腺摘出及び領域リンパ節切除術が施行され、唾液腺導管癌であった。

【症例2】79歳男性、右下顎付近に硬い腫瘍を自覚し近医受診。精査加療目的に当院紹介となった。右下顎に接するように約2cm大の可動性不良で硬な腫瘍を触知し、同部より穿刺吸引細胞診が施行された。腫瘍細胞は、円形核を有する細胞集塊で認められ、細胞は類円形で細胞質が広く、核の類円形で腫大、大小不同が認められたが、クロマチンが顆粒状で増量は軽度であった。細胞所見より判定は鑑別困難とし、悪性腫瘍を否定できないが、上皮成分主体に採取された多形腺腫、筋上皮腫などが鑑別診断にあがった。右顎下腺摘出及び領域リンパ節切除術が施行され、唾液腺導管癌であった。

【まとめ】唾液腺細胞診では、背景や腫瘍細胞の細胞質の形態に注意し、唾液腺導管癌も念頭において診断する必要があると考えられた。

P-2-184 耳下腺原発扁平上皮癌の一例

国立研究開発法人国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科

○説田愛弓(CT), 春原 悟(CT), 岩崎聖二(CT),
吉川英一(CT), 藤井誠志(MD), 落合淳志(MD)

【はじめに】唾液腺原発の扁平上皮癌は唾液腺腫瘍全体の約1%と稀な腫瘍である。今回、当院にて経験した耳下腺原発扁平上皮癌の1例を報告する。

【症例】64歳男性。7年前より左耳下部腫脹を自覚していたが放置していた。数か月前より、急速増大し前医を受診した。前医にて悪性を疑われ、当院紹介受診となった。画像検査により5×6cm大の腫瘍が認められ、穿刺吸引細胞診によって悪性腫瘍と診断された。その後、耳下腺腫瘍摘出、頸部リンパ節郭清が施行された。

【細胞所見】少数の壊死性物質を背景に腫瘍細胞は、結合性の低下した平面的な集塊を形成し、配列は不規則であった。N/C比は高く、細胞質はライトグリーンに好染し、核の大小不同、核形不整を認めた。クロマチンは細顆粒状で増量を示し、核小体は明瞭であった。

【組織所見】壊死を伴い、大型充実性胞巣を形成して増殖する腫瘍組織を認めた。腫瘍細胞は淡明な細胞質を有する細胞が混在し、角化巣を散見した。また、免疫組織化学ではMib-1, p63, p40が陽性、AR, c-kit, c-erbB2は陰性であった。腫瘍組織が耳下腺内に存在し、他に原発巣となる病変が指摘されていないことより、耳下腺原発の扁平上皮癌と診断された。

【考察】耳下腺原発扁平上皮癌は稀な腫瘍であるが、高悪性度であるため穿刺吸引細胞診での診断意義は高い。耳下腺細胞診において既往に扁平上皮癌の存在しない場合は、原発性扁平上皮癌の可能性を念頭に置いて診断する必要がある。

P-2-185 耳下腺原発横紋筋肉腫様の細胞診・組織所見を示した分類不能肉腫の一例

佐野厚生農業協同組合連合会佐野厚生総合病院¹⁾, 獨協医科大学病院病理部²⁾, 獨協医科大学形態病理³⁾

○飯塚 渉(CT)¹⁾, 桜井貞広(CT)¹⁾, 角張 純(CT)¹⁾,
圓谷 勝(CT)²⁾, 小島 勝(MD)³⁾

【はじめに】横紋筋肉腫は、頭頸部に多いとされる腫瘍で、耳下腺原発は極めて稀である。今回、横紋筋肉腫様の細胞診・組織所見を示したが分類不能肉腫に至った一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。当院呼吸器内科にて異常陰影で経過観察されていた。2014年6月耳下腺腫瘍を自覚。精査目的に当院耳鼻科受診。腫瘍の急速な増大が見られ穿刺吸引細胞診施行となった。細胞像では悪性を強く示唆される事から耳下腺全摘術が施行された。

【細胞所見】壊死性背景に結合性は緩く、類円形から紡錘形の異型細胞を散在性に認めた。個々の細胞は裸核状、核形不整、クロマチン粗顆粒状、明瞭な核小体を認めた。異型は強い印象で、多彩性に富む事から多形性横紋筋肉腫や未分化癌、低分化癌を疑った。

【組織所見】唾液腺内に局在した腫瘍あった。広い細胞質を持つN/C比の高い腫瘍で広汎な壊死を認めた。また腫瘍細胞には多核巨細胞も見られた。ケラチン、S-100蛋白、 α -SMAは陰性で、desmin弱陽性。ミオゲニン弱陽性、HHF-35とミオグロビン陰性であった。電子顕微鏡では腫瘍細胞に横紋筋を見出せなかったことから、分類不能肉腫と診断された。

【まとめ】結合性が緩く、多形性に富む異型細胞が散在性に出現する際には、肉腫や低分化癌など考慮に入れ鏡検する必要があるが、本症例の様に細胞診、組織診、電子顕微鏡でも所見に乏しい症例であったので報告した。

P-2-186 擦過・胆汁細胞診で推定し得た胆管未分化癌の1例

山形県立中央病院中央検査部¹⁾, 山形県立中央病院病理診断科²⁾

○郷右近秀平(CT)¹⁾, 植松美由紀(CT)¹⁾,
刑部光正(MD)²⁾, 柳川直樹(MD)²⁾, 渡邊清子(CT)¹⁾,
渡邊いづみ(CT)¹⁾, 緒形真也(MD)²⁾

【はじめに】胆道の未分化癌は「いわゆる癌肉腫」、「肉腫様癌」と同義語の比較的可能な腫瘍である。今回我々は、擦過・胆汁細胞診で推定が可能であった、下部胆管未分化癌の1例を経験したので報告する。

【症例】75歳、男性。尿濃染の自覚と黄疸を指摘された。CTで下部胆管に腫瘍性病変があり、胆管癌が疑われた。ERCPが施行され、擦過・胆汁細胞診検体が提出された。

【細胞所見】ブラシ擦過と洗浄標本で多くの細胞成分が採取された。核クロマチン増量、著明な核形不整、核小体の目立つ紡錘形の異型細胞が集塊状および散在性に見られた。強い多形性も示しており、肉腫様変化を伴った低分化腺癌を推定した。

【組織所見】細胞診が術前確定診断となり、外科切除術が施行された。肉眼的に結節膨張型、大きさ65×55×10mm、胆管壁を貫き膵頭部に浸潤していた。細胞診と同様の紡錘形細胞が密に増殖し、周囲に上皮内腫瘍も見られた。免疫組織化学的に、Desminはびまん性陽性、CytokeratinとVimentinは部分的に陽性、 α SMA、CD34、KIT、CD68は陰性、Ki67陽性率は95%以上であった。以上より、下部胆管の未分化癌と診断した。

【考察】術中に門脈内腫瘍塞栓、術後CTでは多発肝転移がみられ、高悪性の腫瘍であることが判明した。細胞診で肉腫様変化を伴っている場合には、報告書に明記し臨床側に伝えることが重要と考える。

P-2-187 EUS-FNAにて診断に苦慮した傍大動脈周囲の傍神経節腫の一例

淀川キリスト教病院病理課¹⁾, 淀川キリスト教病院病理診断科²⁾

○三好真由美(CT)¹⁾, 小竹千代(MT)¹⁾, 小田井学(CT)¹⁾,
田中 幸(CT)¹⁾, 播谷規子(CT)¹⁾, 上田佳世(MD)²⁾,
寺村一裕(MD)²⁾

【はじめに】傍神経節腫とは副腎髄質外に発生する褐色細胞腫をいい後腹膜大動脈周囲, 後縦隔, 膀胱などに発生する。今回傍大動脈周囲の腫瘤に対し EUS-FNA を行い組織型の推定が困難であった傍神経節腫の一例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。右下腹部痛が出現したため近医婦人科を受診し CT を施行したところ左傍大動脈周囲に 3 cm 弱の腫瘤陰影を指摘されたため当院を紹介受診。悪性リンパ腫を疑い EUS ガイド下に胃壁より腫瘤を穿刺し組織と細胞を採取した。

【細胞像】集塊状に細胞を認め一部には血管の周囲に多数の細胞を認めた。細胞質はライトグリーン好性で細胞境界は不明瞭, N/C 比は大きく核は類円形から長楕円形で大小不同を認め微細顆粒状のクロマチン増量, 核小体を単個認めた。結合性がみられ核異型が乏しいことから高分化の上皮性腫瘍を考えたが特徴的な構造はなく組織型を推定できなかった。

【組織像】束状や胞巣状, リボン状の細胞集塊を認め間質は乏しくスリット状の血管からなっていた。細胞質は淡明～好酸性で核の異型や多形性は目立たないが密度はやや高く分裂像は全視野で 1 個みられた。免疫染色では Cytokeratin (-), Chromogranin A (+) を示した。発生部位, 組織像, 免疫染色の結果から傍神経節腫と診断した。

【まとめ】EUS-FNA は低侵襲の検査法として普及し深部臓器の検体採取が可能となった。本症例を経験したことにより今後は穿刺部位の解剖学的な位置を把握し臨床情報なども考慮して鏡検することが重要と思われた。

P-2-188 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診が有用であった傍神経節腫の 1 例

富山県立中央病院臨床検査部検査科¹⁾, 富山県立中央病院病理診断科²⁾

○宮本藤之(CT)¹⁾, 石澤 伸(MD)²⁾, 矢野彩子(CT)¹⁾,
清水雅彦(CT)¹⁾, 酒井哲也(CT)¹⁾, 中西ゆう子(MD)²⁾,
内山明央(MD)²⁾

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(以下 EUS-FNA)は, 胃や十二指腸等の消化管から超音波内視鏡で胸部や骨盤内の腫瘤を観察し, 消化管内から針を刺して細胞を採取する方法である。今回, 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診において, 傍神経節腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】20歳代, 女性, 両大血管右室起始症及び僧帽弁狭窄症術後, 左乳癌術後に経過観察中, 左胸部痛と腹部痛を訴え受診。CT 検査では, 左胸部痛と腹部痛の原因及び乳癌の再発は認められなかった。しかし, 左肺下葉に転移の可能性のある結節及び腹部傍大動脈領域にリンパ節転移を疑う腫瘤を認めた。EUS-FNA では, 腹部傍大動脈領域に 29.5 mm 大の低エコー腫瘤を認め, 穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】腫瘍細胞は, 軽度の重積性のある細胞集塊で出現し, 細胞は多稜形から類円形, 細胞質は泡沫状ないし好塩基性を呈し, 細胞質内には不明瞭ながら微細顆粒状様物質が認められた。核は類円形で腫大, 大小不同, 核形の不整, クロマチンの増量, 核小体が認められた。細胞所見より傍神経節腫が疑われた。

【組織所見】摘出された腹部傍大動脈腫瘤は 40×25×25 mm 大で境界明瞭な黄色調の弾性軟の腫瘤で, 腫瘍細胞は淡好酸性の顆粒状の細胞質を有する多角形細胞で細胞境界は不明瞭。核は類円形から卵円形, 大小不同がみられ, 明瞭な核小体も認められる。また, 多核や bizarre な核を有する細胞も認められる。免疫組織化学では chromogranin A が陽性, S-100 陽性の sustentacular cells が胞巣を取り巻くように分布している。傍神経節腫と診断された。

【まとめ】腹部傍大動脈腫瘤においても EUS-FNA は有用な診断方法であると考えられた。

P-2-189 Urothelial carcinoma, micropapillary variant の1例

地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター臨床検査技術科¹⁾, 地方独立行政法人堺市立病院機構堺市立総合医療センター病理診断科²⁾

○佐々木伸也(CT)¹⁾, 高瀬未穂(CT)¹⁾, 鈴木雄策(CT)¹⁾, 岡竹里紗(CT)¹⁾, 澤かおり(MT)¹⁾, 岩本督徳(MD)²⁾, 棟方 哲(MD)²⁾

【はじめに】Urothelial carcinoma, micropapillary variant は膀胱悪性腫瘍の0.6~1.5%を占める稀な腫瘍である。高度の浸潤癌で、細胞像では極性の反転がみられるのが特徴である。今回、尿路上皮癌の一部に urothelial carcinoma, micropapillary component がみられた症例を経験したので報告する。

【症例】80代女性。高血圧症、心臓性浮腫、腎機能低下にて近医受診中、検尿から尿潜血陽性のため、尿細胞診が施行された。診断結果はclass5、異型細胞が多数みられたため、当院紹介となった。当院初診時にも尿細胞診が施行され、結果も前医同様、class5、高異型度の尿路上皮癌と診断し、当院にてTUR-BTが施行された。

【細胞像】壊死を伴った炎症性背景に、大型で核形不整が強い異型細胞が集塊状、或いは散在性に出現していた。辺縁が細胞質で覆われている集塊も一部にみられ、極性の反転を示唆する所見もみられた。

【組織像(TUR-BT)】膀胱粘膜の組織であり、乳頭状に増生し、間質に浸潤する urothelial carcinoma (G2>G3)の像を認めた。一部に腫瘍胞巣と周囲に空隙を有し乳頭状に増生する像を認め、免疫染色にて、EMA, MUC-1で胞巣の外周が染色された。

【組織診断】Invasive urothelial carcinoma (G2>G3), associated with invasive micropapillary urothelial carcinoma component. pT1.

【考察】今回、Urothelial carcinoma, micropapillary variant を経験し、高異型度の尿路上皮癌との鑑別として、細胞集塊の辺縁の所見が重要と考えられた。高異型度の尿路上皮癌では集塊辺縁からの核の飛び出しや、細胞の解れがみられるが、micropapillary variant では集塊辺縁が細胞質で覆われていて、核の飛び出しや、細胞の解れがみられない。また、MUC1やEMA等の免疫染色の染色態度が鑑別として非常に有用であった。

P-2-190 膀胱移行上皮癌 micropapillary variant の一例

秋田県厚生連平鹿総合病院臨床検査科¹⁾, 秋田県厚生連平鹿総合病院病理診断科²⁾

○佐々木久幸(CT)¹⁾, 齊藤昌宏(MD)²⁾, 高橋さつき(MD)²⁾, 高橋雅之(CT)¹⁾, 後藤利明(CT)¹⁾, 高橋真帆(CT)¹⁾

【はじめに】今回我々は、膀胱右壁に広基性乳頭状病変として認められた膀胱移行上皮癌 micropapillary variant の一例を経験したので、その細胞像を中心に報告する。

【症例】83才、男性。平成16年に前立腺癌に対し全摘術施行。平成27年5月に排尿障害を主訴に来院。膀胱鏡にて、膀胱右壁に広範囲の乳頭状病変を認め、三角部から後壁にかけては発赤が認められた。尿細胞診および生検組織診が施行され、後日TUR-Btが施行された。

【細胞像】血液成分を背景に、小型から中型でN/C比が大きく、顆粒状の核クロマチンが高度に増量した異型移行上皮細胞が、不規則な重積性を示して認められた。核はやや偏在性で、小型核小体は1ないし2個認められ、軽度に核形不整が認められた。核密度の高い小乳頭状もしくは腺腔様配列を示す集塊が主体であったが、孤立散在性に比較的大型核の異型細胞も少数認められた。

【組織像】腫瘍細胞はN/C比が大きく、核クロマチンに富み、大小不規則な胞巣状もしくは乳頭状に増殖、一部には癒合した腺腔構造も認められた。脈管侵襲著明が著明で、腫瘍底部にはリンパ管侵襲を認めた。

【まとめ】膀胱移行上皮癌 micropapillary variant は小乳頭状の増殖様式と胞巣周囲の裂隙形成が特徴的な稀な悪性腫瘍である。予後不良な浸潤性尿路上皮癌の特殊型で、早期の発見・治療が求められるため、迅速性の高い細胞診検査における臨床的意義は大きい。細胞形態は腺癌に類似するため、膀胱腺癌や転移性腺癌等との鑑別が重要となる。自験例の細胞学的所見を中心に文献的な考察を加え報告する。

P-2-191 膀胱洗浄液細胞診で推定し得た膀胱 G-CSF 陽性未分化癌の 1 例

松本市立病院医療技術部検査科¹⁾, 信州大学医学部附属病院臨床検査部²⁾, 松本市立病院泌尿器科³⁾, 信州大学医学部保健学科生体情報検査学⁴⁾

○小堺智文(CT)¹⁾, 立石文子(MD)²⁾, 神宮邦彦(MD)²⁾, 飯塚啓二(MD)³⁾, 西澤和世(CT)¹⁾, 石田章子(MT)¹⁾, 太田浩良(MD)⁴⁾

【緒言】 G-CSF 産生腫瘍は、肺、甲状腺、肝、膀胱、胃など様々な臓器における癌の報告がみられる。G-CSF 産生膀胱癌の報告は少なく、予後不良と報告されている。今回、免疫組織化学的に G-CSF 陽性を示した膀胱未分化癌の 1 例を提示する。

【症例】 80 歳代女性。血尿を主訴に当院を受診。血液検査では WBC 38.7×10³/ul (好中球 92%) と著明高値を示した。膀胱鏡では非乳頭状腫瘍を認め、膀胱洗浄液(BW)細胞診で陽性と診断された。他院にて TUR-Bt が施行され、G-CSF 陽性未分化癌と診断された。膀胱摘出材料の組織診では、未分化癌(pT1, 断端陰性, N0)と診断された。術後 1 カ月より WBC 5.1×10³/ul と低下し、16ヶ月後現在、無病生存中である。

【BW 細胞像】 出血、壊死、高度の好中球浸潤を認める背景に、1) 結合性を示し、核異型の亢進した異型細胞集塊、2) 明瞭な核小体を示す大型異型核を持ち、好酸性胞体に富み、細胞質には好中球の emperipolesis を認める類円形～紡錘形の異型細胞が観察された。前者の成分は高異型度尿路上皮癌(UC, high grade)、後者は未分化な悪性腫瘍と判定され、検査所見を加味し G-CSF 産生腫瘍を推定した。

【TUR-Bt 組織像】 好酸性胞体と大型核を有する異型細胞が浸潤性増生を示し、腫瘍細胞周囲には高度の好中球浸潤を認めた。また乳頭状構造を示す UC, high grade を一部に認めた。前者の腫瘍細胞は G-CSF, CK, Vimentin が陽性を示し、G-CSF 陽性未分化癌と診断した。

【総括】 膀胱の G-CSF 産生腫瘍では、UC, high grade, 未分化癌や扁平上皮癌の割合が高い。細胞診での G-CSF 産生腫瘍の推定は容易ではないが、著明な WBC の上昇を認める場合は、高度の好中球浸潤と腫瘍細胞胞体への好中球の emperipolesis に注目し、G-CSF 産生腫瘍を鑑別に挙げるのが肝要である。

P-2-192 腎盂に発生した urothelial carcinoma, microcystic variant の 1 例

公立長生病院検査科¹⁾, 千葉県済生会習志野病院泌尿器科²⁾, 千葉県済生会習志野病院病理³⁾, 放射線医学総合研究所重粒子医科学センター病院治療課⁴⁾

○西川裕晃(CT)¹⁾, 関田信之(MD)²⁾, 下境博文(CT)³⁾, 齋藤博子(CT)⁴⁾, 北風あゆみ(CT)¹⁾, 菅野 勇(MD)³⁾

【はじめに】 Urothelial carcinoma, microcystic variant は、尿路上皮癌の亜型として 2004 年に WHO 分類に加えられ、腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い規約にも浸潤性尿路上皮癌の特殊型に微小嚢胞型として分類されている。発生頻度は極めて稀で、通常の尿路上皮癌と比べて予後不良と言われている。今回、病理組織学的に本疾患と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】 70 歳代、男性。2ヵ月前から肉眼的血尿を自覚、尿閉のため救急搬送された。造影 CT 検査で左腎盂に腫瘍病変を認め、尿細胞診の結果と合わせ左腎盂癌の診断となった。左腎尿管全摘術が施行され、病理組織学的に urothelial carcinoma, microcystic variant と診断された。術後約 8ヵ月経過し、胸水貯留を認めた。胸水細胞診および胸腔鏡による胸膜切除術が行われ、病理組織学的に本腫瘍の胸膜転移とされ、化学療法を施行。診断後約 10ヵ月で永眠された。

【細胞所見】 (自然尿) 腫瘍細胞が中小の細胞集塊で出現していた。個々の細胞は小型であるも核形不整や核の濃染を呈しており、尿路上皮癌を疑った。(胸水) 自然尿に出現した腫瘍細胞と同様の細胞が散見された。

【組織所見】 (腎盂腫瘍) 小腺腔を伴う中小の巣状に増殖する尿路上皮癌で腎実質へスキルス状に浸潤していた。内腔の分泌物は PAS 反応、Alcian Blue 染色共に陽性を示した。(胸膜腫瘍) 腫瘍細胞が充実性、索状、巣状に増殖、浸潤していた。腺構造は見られず尿路上皮癌の転移とされた。

【まとめ】 本症例は細胞学的に核の濃染があり、低異型度の尿路上皮癌とは合致しなかった。また、画像所見で浸潤像を呈しており、細胞判定との乖離があった。このような場合は、本腫瘍も鑑別疾患のひとつとして考慮する必要があると考える。

P-2-193 乳管上皮増殖性病変の細胞集塊におけるCK14陽性細胞と筋上皮細胞の検討

九州大学大学院保健学部¹⁾,九州大学病院病理診断科・病理部²⁾,九州大学大学院形態機能病理学³⁾,九州大学大学院臨床腫瘍・外科学⁴⁾,九州大学大学院九州連携臨床腫瘍学⁵⁾

○寺戸信芳(CT)^{1,2)},平橋美奈子(MD)^{1,3)},
渡邊寿美子(CT)¹⁾,大久保文彦(CT)²⁾,
山元英崇(MD)^{2,3)},久保真(MD)⁴⁾,山下奈真(MD)⁵⁾,
小田義直(MD)^{2,3)},杉島節夫(CT)¹⁾

【はじめに】乳管上皮増殖性病変で鑑別困難になりやすい病変には良性で線維腺腫,乳管内乳頭腫,乳管上皮過形成,悪性で非浸潤性乳管癌や乳頭腺管癌などが挙げられ,これらの病変に対してCK14/p63カクテル抗体の免疫染色が良悪性の鑑別に有用であると言われている.今回我々は,CK14/p63カクテル抗体を用いた免疫染色の有用性について検討した.

【方法】当院で病理組織診断された良性病変15例(乳管上皮過形成4例,線維腺腫4例,良性葉状腫瘍3例,乳管内乳頭腫4例)と悪性病変18例(非浸潤性乳管癌9例,乳頭腺管癌9例)の穿刺吸引標本と捺印標本の計33例を用いてCK14/p63の免疫染色を行い,細胞集塊中のCK14陽性細胞と筋上皮細胞の染色性及び分布について比較検討した.

【結果】良性病変でCK14陽性細胞のモザイク状集塊を認めた症例は15例中7例(乳管内乳頭腫4例,乳管上皮過形成2例,良性葉状腫瘍1例)であった.p63陽性筋上皮細胞を多数認めた症例は15例中9例(線維腺腫4例,良性葉状腫瘍2例,乳管上皮過形成2例,乳管内乳頭腫1例)であった.良性の診断は15例中13例が可能であった.悪性病変では18例全例でCK14陽性細胞は少数認めるに留まった.p63陽性筋上皮細胞はDCIS例で少数認めたが,乳頭腺管癌では認めなかった.悪性病変は全例診断可能であった.

【考察】CK14/p63カクテル抗体を用いた免疫染色は良悪性の鑑別に有用と考えるが,良性病変の中にCK14陽性細胞,p63筋上皮細胞ともに陰性になる例や,悪性病変でもCK14陽性細胞のモザイク状集塊を少数認める例もあり,細胞像も併せた総合的判断が重要と考えた.

P-2-194 乳腺穿刺吸引細胞診におけるp63/CK7/18/CK5/14免疫多重染色の有用性の検討

淀川キリスト教病院病理課¹⁾,淀川キリスト教病院病理診断科²⁾,川崎医科大学病理学^{2,3)},神戸大学大学院医学研究科病理病態学分野⁴⁾,神戸大学大学院医学研究科感染病理学分野⁵⁾

○田中幸(CT)^{1,5)},小竹千代(MT)¹⁾,三好真由美(CT)¹⁾,
小田井学(CT)¹⁾,播谷規子(CT)¹⁾,上田佳世(MD)²⁾,
寺村一裕(MD)²⁾,鹿股直樹(MD)³⁾,林祥剛(MD)^{4,5)}

【はじめに】p63/cytokeratin(CK)7/18/CK5/14(Breast Marker Cocktail)は5種類の抗体が含まれるカクテル一次抗体である.Breast Marker Cocktail免疫多重染色が乳管内増殖性病変の組織学的診断に有用であることは既に発表されているが穿刺吸引細胞診(FNA)での報告は未だない.今回われわれは乳腺FNAにおいてBreast Marker Cocktail免疫多重染色の有用性を検討したので報告する.

【対象と方法】2012年1月から2014年3月に当院と茶屋町プレストクリニックでFNAを行い当院で摘出手術を行った107例を対象とした.一次抗体としてp63/CK7/18/CK5/14(Biocare Medical)を用い,二次抗体としてMACH2 Double Stain 2(Biocare Medical)を用いて免疫多重染色を行った.細胞集塊の評価としてCK5/14発現細胞が集塊中25%以上あるものを'mosaic cluster'とし25%以下のものを'monotonous cluster'とし,さらに筋上皮細胞の付着がある集塊は'cluster with p63'とし無いものは'cluster without p63'とした.背景の筋上皮細胞については,最も密度が高く出現する部分の高倍率1視野あたりの数について計測し,統計学的な有意差を検討した.(χ^2 test, Fisher's test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, $P < 0.05$)

【結果】'monotonous cluster without p63'が2集塊以上出現するものを,今回のカクテル免疫多重染色の「悪性」の指標とすると,感度97.8%(89/91),特異度91.7%(11/12)であった.'monotonous cluster with p63'は良性,非浸潤癌,浸潤癌の3グループ間に有意差を認めた($P < 0.001$).背景の筋上皮細胞の数は,線維腺腫/葉状腫瘍でその他の病変より有意に高かった($P < 0.001$).

【まとめ】Breast Marker Cocktail免疫多重染色はほとんどの症例で良好な結果を示したが,いくつかの例外症例もあった.結果の考察と細胞像を提示して発表する.

P-2-195 組織型推定に苦慮した乳腺 Non-invasive glycogen-rich clear cell carcinoma の 1 例

水戸赤十字病院病理診断科¹⁾, 水戸赤十字病院臨床検査部²⁾, 水戸赤十字病院外科部³⁾

○土肥香緒里(CT)¹⁾, 野口沙希(CT)¹⁾, 三村貴裕(CT)²⁾, 木村勝隆(CT)¹⁾, 佐藤宏喜(MD)³⁾, 堀真佐男(MD)^{1,2)}

【はじめに】乳腺 Glycogen-rich clear cell carcinoma (以下 GRCC) は, 稀な組織型であるが, その非浸潤型はさらに極めて稀である。今回我々はその非浸潤型 GRCC を経験したので報告する。

【症例】54 歳女性で, 左乳房 C 領域に 2 cm 径の硬結を触知し画像検査が行われた。マンモグラフィーで多形性石灰化集簇を, 超音波では境界明瞭粗造な楕円形低エコー腫瘍と内部石灰化が認められた。いずれもカテゴリー 4 で乳癌が疑われたため, 穿刺吸引細胞診が施行された。

【細胞所見】大型で核形不整のある乳管上皮由来の異型細胞集塊が多数認められた。推定組織型は Papillotubular carcinoma であったが核細胞質比が低く泡沫状の細胞質が目立つ部位が多かった。さらに一部粘液小球状様物質と思われる構造物が認められ特殊型の可能性も考えられた。鑑別診断に Secretory carcinoma, Lipid-rich cell carcinoma 等があげられた。

【組織所見】非浸潤性癌で, 90% 以上の細胞質は淡明であり PAS 染色陽性 (ジアスターゼ消化陽性) の顆粒が細胞質内に多数認められ, 電子顕微鏡検索においてグリコーゲンと確認された。一部には通常非浸潤性乳管癌成分や腺腔内エオジン好染分泌物も認められたが無視できる程度の量であった。ER score 3b, PgR score 3a, HER2 score 0 であった。

【まとめ】本症例は穿刺吸引細胞診において悪性と診断できたが組織型の特定には至らなかった。回顧的にみると比較的典型的な GRCC の細胞像に一致する細胞所見も多く, 鑑別診断にあげる必要があったと考えられる。

P-2-196 穿刺吸引細胞診にて elastosis を伴った浸潤性乳癌の 1 例

久留米大学医療センター病理診断科

○横山俊朗(CT), 森田 道(MD), 山口 倫(MD)

穿刺吸引細胞診にて背景物質の観察は細胞形態と共に重要である。注意すべき背景は粘液, 壊死, 石灰化, 間質性粘液, 基底膜様物質など様々な成分が出現する。これらは病変を反映して観察され診断の手がかりとなることも少なくない。今回われわれは弾性線維の増生を認めた浸潤性乳癌の 1 例を経験したので文献的考察と共に報告する。

【症例】70 歳代女性, 右乳房腫瘍に気づき当乳腺外科を受診, 超音波検査にて右 C 領域に 5×7 mm の腫瘍を指摘され, 精査目的に穿刺吸引細胞診を施行した。

【細胞所見】比較的均一な細胞で構成された篩状細胞集塊がみられ, それら集塊に隣接してライトグリーン淡染性の弾性線維が認められた。弾性線維は束状となり腫瘍細胞集塊内の細胞間に複雑に絡んだ状態で観察された。綿毛状の弾性線維束としても背景に認められ, 弾性線維の幅および長さは様々認められた。

【組織像】腫瘍細胞は篩状, 乳頭管状, 管状に elastosis を伴いながら周囲脂肪組織に浸潤していた。WHO 分類では cribriform/tubular carcinoma に相当していた。

【考察】著明な elastosis は悪性の 30% 程度, 良性病変では軽度な elastosis はみられても著明な増生症例は少ないことが知られている。elastosis は悪性の特異的な所見ではないが, 軽度の elastosis を含めて浸潤性乳癌の 60-80% 程認められ, 浸潤性病変に多い傾向があることが報告されている。穿刺吸引標本でも弾性線維が観察され, 浸潤性病変を示唆する古典的所見と思われる。

【結語】腫瘍細胞と弾性線維束の形態学的関連性は穿刺吸引細胞診にて浸潤性を示唆する所見の一つとして重要と思われた。

P-2-197 乳腺 Carcinoma with osteoclast-like stromal giant cells と確認できた4症例

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

○高木伸治(CT)¹⁾, 坂田かな枝(CT)¹⁾, 戸井紳二(CT)¹⁾, 藤本静枝(CT)¹⁾, 喜田真理子(CT)¹⁾, 守都敏晃(MD)²⁾, 市村浩一(MD)²⁾, 山鳥一郎(MD)²⁾

【はじめに】乳腺の穿刺吸引細胞診(ABC)で Osteoclast-like stromal giant cells (OGCs)が認められ, その後の生検や摘出組織標本で, WHO分類(2012)の Carcinoma with OGCs と確認できた4症例を経験したので報告する。

【症例】症例1から4, 年齢中央値46(45-46)歳, 他院にて乳房腫瘍を指摘され, 当院乳腺外科に紹介され受診した。いずれの症例もABC施行後, 生検や切除術が行われた。

【細胞所見】全症例で大きさの揃った小型乳管上皮細胞を重積性集塊として認めた。4例中2例で, 結合性のやや低下した集塊が観察され, 悪性と判定した。残りの2症例では, 強い結合性を示す集塊として見られたため, 良悪性鑑別困難と判定した。背景は3症例で出血性であった。全ての症例でOGCsが認められ, ヘモジデリン貪食組織球またはヘモジデリン顆粒を伴っていた。

【組織所見】4症例とも脂肪織浸潤を伴う浸潤性乳管癌であり, phenotypeはLuminal Aであった。腫瘍部分の間質や腫瘍腺管内にOGCsが見られ, WHO分類(2012)の Invasive carcinoma of no special type with OGCs に相当すると考えられた。

【まとめ】本腫瘍は全乳癌の1%前後と比較的稀な腫瘍である。乳癌取扱い規約には本腫瘍に相当する記載がないが, OGCsの出現を特徴とする浸潤性乳管癌である。間質は血管が豊富で出血が起こりやすい。全ての自験例の細胞診標本において, OGCsとともにヘモジデリン貪食組織球またはヘモジデリン顆粒が認められた。これらの存在を確認することが本腫瘍を推定するための指標となり得ると考えられた。

P-2-198 乳腺 pleomorphic adenoma の1例

がん・感染症センター都立駒込病院病理科

○小池昇(CT), 小岩井英三(CT), 浅見英一(CT), 宮田清美(CT), 小川真澄(CT), 堀口慎一郎(MD), 元井亨(MD), 比島恒和(MD)

乳腺の pleomorphic adenoma は稀な, 通常は良性の腫瘍で, 識者によっては adenomyoepithelioma の一亜型ともされる。組織学的には唾液腺に発生するものと同様であり, 腺管上皮や筋上皮の増生, および軟骨あるいは粘液腫様成分などからなる。そのため細胞診上, 化生癌や粘液癌との鑑別が問題となる。今回我々は切除材料の組織学的検索により確認されたこの1例を経験し, 若干の知見を得たのでここに報告する。

【症例】症例は80歳, 女性。左乳頭部近傍にしこりを触知し受診。臨床的には左ED領域に約1cmの腫瘍, MMGでは粗大石灰化, USでは内部不均一な腫瘍であり, 悪性を否定できず穿刺細胞診が施行された。

【細胞像】細胞成分は豊富で, 大小の集団や孤立性に多彩な細胞がみられる。乳管上皮細胞は大型集団をなすが異型に乏しく, 一部アポクリン化生を伴っている。また粘液産生を伴う上皮細胞もみられる。間葉系と思われる紡錘形細胞は比較的小型均一で, 孤立性や不規則な集団としてみられ, 時に上皮細胞と区別が困難である。視野によっては軟骨基質や軟骨細胞を認め, 混合性腫瘍を考えたが, 良悪性も含め確診には至らなかった。

【組織像】切除生検材料では, 多彩性のある乳管の密な増生があり, 腺管の間には紡錘形～星芒状の細胞が chondromyxoid な基質産生を伴いながら増生している。間質では明瞭な軟骨あるいは骨への移行がみられる。紡錘形細胞は免疫染色により SM actin 陽性を示す。以上より pleomorphic adenoma に相当する所見と判断された。

【結語】細胞材料が限られていた場合, 悪性と誤診される可能性は充分あり, 乳腺にこの種の腫瘍が発生することを認識しておく必要がある。

P-2-199 乳腺筋上皮癌の1例

独立行政法人三重県立総合医療センター検査室¹, JA 三重松阪中央総合病院病理検査室²

○小倉昌弘(CT)¹, 柴田 瞳(CT)¹, 河合美穂(CT)²,
水谷伊津子(CT)², 石原明德(MD)²

【はじめに】乳腺の筋上皮癌は WHO で Metaplastic carcinoma に分類される極めて希な腫瘍である。今回、我々は筋上皮細胞で構成される筋上皮癌を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。左乳腺嚢胞にて経過観察していたが、腫瘤が認められたため精査となった。穿刺吸引細胞診が施行され、細胞形態から鑑別困難と診断した。MRI 所見では拡散強調画像で高信号が認められ乳癌が強く疑われた。以上から部分切除術が施行された。

【細胞診所見】比較的きれいな背景に、結合性の強い境界明瞭な大小の集塊として認められた。集塊は紡錘形から短紡錘形あるいは楕円形の核を有する小型細胞で構成され、流れるような配列と重積を呈していた。細胞質はライトグリーンに淡染していた。核クロマチンは細顆粒状で増量はなく、核小体は不明瞭であった。また、核内封入体は認められなかった。

【組織所見】1 cm 大の結合織性被膜で囲まれた境界明瞭な充実性腫瘍で、軽度の核形不整を伴う紡錘形～短紡錘形核を有する細胞で構成され、高密度で索状～錯状増殖を示していた。核分裂像は<5/10HPW であった。免疫組織学的所見では p63, 34βE12, CK14, CK5/6, AE1/AE3 が陽性を示し、Vimentin と CK7 は一部のみ陽性であった。一方、CD10, α-SMA, S-100 は陰性であった。また ER, PgR および HER2 はそれぞれ陰性を示し、EGFR の発現はなかった。なお、MIB-1 index は約 11% であった。

【まとめ】本例は免疫組織学および組織学的所見より低悪性度筋上皮癌と診断した。

P-2-200 甲状腺の胸腺様分化を示す癌(CASTLE)の1例

岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍病理学講座¹, 岐阜大学医学部附属病院病理部², 岐阜大学医学部附属病院検査部³

○久松憲治(MD)¹, 酒々井夏子(MD)², 水野加織(CT)²,
安藤咲恵(CT)², 北野素子(CT)², 岩田明子(CT)²,
片桐恭雄(CT)², 中川 篤(CT)³, 小林一博(MD)^{1,2},
波多野裕一郎(MD)¹, 宮崎龍彦(MD)²,
原 明(MD)¹

【はじめに】胸腺様分化を示す癌(CASTLE)は、甲状腺や頸部に発生する稀な悪性腫瘍である。今回我々は穿刺吸引細胞診では診断に至らなかった CASTLE の 1 例を経験したので報告する。

【症例】50歳代、男性、10年前から嗄声、4年前に気管支の偏位を指摘されていたが経過観察されていた。今年になり、咳嗽と反回神経麻痺が出現し、US で左葉下極から胸頸部、気管壁にかけて存在する甲状腺腫瘍を指摘された。腫瘍穿刺吸引細胞診では悪性を否定できず、開放生検を施行。CASTLE が疑われ、甲状腺全摘術が施行された。

【細胞所見】赤血球を背景に、単調で N/C 比が高く、核クロマチンの細顆粒状の増量を示す異型細胞の出現を認めた。異型細胞は結合性に乏しく、乳頭状集塊や濾胞形成は殆どみられなかった。髄様癌の可能性を否定できない所見であった。

【組織所見】甲状腺左葉下極を中心に分葉状・浸潤性に発育する腫瘍であり、組織学的には、N/C 比の高い異型細胞の胞巣状増殖と、周囲のリンパ球集簇、胞巣内の壊死を認めた。核は類円形で、核小体の目立つ細胞や、扁平上皮への分化を示す細胞もみられた。免疫染色ではサイトケラチン AE1/AE3, p63, CD5, bcl-2, c-kit が陽性、TTF-1, サイログロブリン, カルシトニン, PTH が陰性を示し、CASTLE と診断された。

【まとめ】CASTLE は時に低分化癌などとの鑑別が問題となるが、生物学的態度や予後が大きく異なり、その診断は重要である。緩徐な経過と特徴的な腫瘍進展形式を示す甲状腺腫瘍では、典型的な甲状腺腫瘍の細胞所見がみられない場合、本腫瘍の可能性も念頭に置く必要がある。

P-2-201 甲状腺穿刺細胞診標本中に転移性腫瘍が認められた2症例

公立西知多総合病院病理診断科¹⁾, 名古屋掖済会病院病理診断科²⁾

○吉本尚子(CT)¹⁾, 今井律子(CT)¹⁾, 溝口良順(MD)¹⁾, 大池里枝(CT)²⁾, 田中瑞穂(CT)²⁾, 夏目園子(CT)²⁾, 横井豊治(MD)²⁾, 佐竹立成(MD)²⁾

【はじめに】甲状腺の転移性腫瘍は剖検時に発見されることが多いといわれているが, 今回, 甲状腺穿刺細胞診標本中に直腸癌及び喉頭癌からの転移性腫瘍細胞が認められた2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1: 70歳代女性. H20年他院にて直腸癌の切除術施行. H23年当院にて甲状腺左葉に腫瘤を認め, 腫瘍穿刺細胞診施行. 症例2: 70歳代男性. 嗄声にて耳鼻科受診. 声帯の内視鏡検査施行. 糖尿病内分泌内科でエコー, CT検査を受け, 甲状腺穿刺細胞診施行.

【細胞所見】症例1: 高円柱状で管状配列を示す異型細胞が認められた. 核の大小不同, 核クロマチンの濃染, 核小体肥大が認められ, 腺癌と診断され, 直腸癌の甲状腺転移が推定された. 症例2: 炎症細胞を背景に角化型異型細胞が認められた. 異型細胞は多形性を示し, 癌真珠の所見が認められ, 扁平上皮癌と診断された.

【組織診断】症例1: 摘出された甲状腺に高円柱状で腺管を形成する中分化腺癌が認められた. 直腸癌の組織に類似し, 免疫染色でCK20(+), CK7(-), TTF1(-)を示し直腸癌の転移と診断された. 症例2: 声帯には肉眼的に腫瘍が見られ, その生検組織は扁平上皮癌と診断された. 画像所見を参考にし, 喉頭癌の甲状腺浸潤転移と診断された.

【まとめ】症例1は細胞所見から転移性腫瘍細胞の診断は容易であった. 症例2は甲状腺原発の扁平上皮癌との鑑別が必要であったが, 細胞所見からは困難で, 臨床所見と合わせて喉頭癌の甲状腺浸潤転移として矛盾はないと考えられた. 甲状腺の穿刺細胞診標本を観察する際には転移性腫瘍細胞を認める可能性があることを念頭におく必要があると考えられた.

P-2-202 甲状腺未分化癌と鑑別を要した転移性甲状腺腫瘍の1例

安城更生病院臨床検査技術科¹⁾, 安城更生病院病理診断科²⁾

○深井美樹(CT)¹⁾, 杉山宗平(CT)¹⁾, 黒木雅子(CT)¹⁾, 杉浦記弘(CT)¹⁾, 山田貴子(CT)¹⁾, 石川一博(CT)¹⁾, 酒井 優(MD)²⁾

【はじめに】転移性甲状腺癌は稀で, 甲状腺悪性腫瘍の0.05%とされている. 今回, 我々は甲状腺穿刺吸引細胞診にて診断が困難であった転移性甲状腺癌の1例を経験したので報告する。

【症例】71歳, 女性. 1年前に肺癌既往があり, 他院にて肺癌の陽子線治療の経過観察中, CTにて甲状腺腫瘤の急速な増大が認められたため, 当院にて甲状腺穿刺吸引細胞診が施行された. 細胞診では肺癌の甲状腺転移と甲状腺未分化癌との鑑別が困難であったため, 甲状腺右葉摘出術及び側頸郭清術が施行された.

【細胞所見】壊死様物質を背景に, N/C比が高く, 核の大小不同, 核型不整, 核クロマチン増量, 核小体の腫大した異型細胞が小集塊状, 孤在性に多数認められた. 一部に, 大型の奇怪な核を有する異型細胞も認められた.

【組織所見】核小体を有する腫大した異型核と好酸性胞体からなる紡錘状ないし細胞境界不明瞭な腫瘍細胞の増殖からなり, リンパ球浸潤, 地図状の壊死を伴っていた. 核分裂像も目立っていた. 肺腫瘍生検とも類似した組織像を示し, 免疫組織化学的には, CK7, CK5/6, p40, TTF-1が陰性, CK OSCARに陽性を示し, 肺腫瘍生検と同様の結果であった.

【経過】臨床経過と診断結果より肺癌の甲状腺転移と考えられ, 化学療法が開始された.

【まとめ】転移性甲状腺癌は稀で, 原発巣としては腎臓, 肺, 乳腺などが報告されている. 今回, 甲状腺未分化癌と鑑別を要する細胞像であったが, 臨床情報も加味すると肺癌の甲状腺転移を示唆できた症例であった. 細胞診診断時には, 甲状腺原発癌を疑うとともに他臓器癌の甲状腺転移も鑑別に挙げ, 詳細な細胞観察が必要と思われる。

P-2-203 孤立性に甲状腺転移をきたし、DPPIV 染色陽性であった腎細胞癌の1例

国家公務員共済組合連合会呉共済病院病理診断科

○小林 剛(CT), 柴田 淳(CT), 信広亮輔(CT),
佐々木なおみ(MD)

【はじめに】 転移性甲状腺腫瘍の頻度は全甲状腺腫瘍の0.1%と非常に低率であり、原発巣としては腎細胞癌が最も多く、約1/3を占めている。今回、我々は甲状腺右葉に孤立性転移をきたし、DPPIV 染色陽性であった腎細胞癌の1例を経験したので報告する。

【症例】 50歳代、女性。2009年11月に右腎癌にて右腎摘出術が施行された。右腎上極から中極に、10×7.5×6.5 cm 大の腫瘍がみられ、淡明細胞型腎細胞癌の像であった。術後は当院泌尿器科にて経過観察していた。2014年9月、甲状腺右葉下極に直径2 cm 程度の孤立性結節が指摘され、穿刺吸引細胞診が施行された。甲状腺原発低分化癌が推定され、甲状腺右葉切除術が施行された。

【細胞所見】 異型細胞が孤立性から集塊性に出現していた。これらの細胞の核は腫大していたが、N/C比は比較的小さく、不規則な配列を呈していた。核は大小不同を示し、核クロマチンは増量し、明瞭な核小体が認められた。細胞質は比較的豊富であり、ライトグリーン好性で、顆粒状であった。核溝や核内細胞質封入体は認められなかった。DPPIV 染色は一部陽性であった。

【病理所見】 摘出された甲状腺右葉は14.4 g、5.0×3.0×1.6 cm 大であり、下極に1.8×1.5×1.4 cm 大の黄褐色調、充実性の腫瘍が認められた。腫瘍細胞は胞巣を形成して増生しており、淡明で豊富な細胞質を有し、核は小型類円形であった。淡明細胞型腎細胞癌の転移像であった。

【考察】 甲状腺腫瘍では、原発性腫瘍と転移性腫瘍の鑑別が困難な症例がしばしばみられる。DPPIV 染色は分化型甲状腺癌で発現率が高く、良悪性の鑑別に有用とされている。しかし、転移性腎細胞癌においてもDPPIV 染色は陽性であり、注意が必要である。

P-2-204 甲状腺に病変を形成したランゲルハンス細胞組織球症の一例

群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病理診断学²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科病態病理学³⁾

○竹渕友弥(CT)¹⁾, 佐野孝昭(MD)²⁾, 後藤優典(CT)¹⁾,
星川里美(CT)¹⁾, 栗原康哲(CT)¹⁾, 伊古田勇人(MD)³⁾,
平戸純子(MD)¹⁾, 小山徹也(MD)²⁾

【はじめに】 ランゲルハンス細胞組織球症 (Langerhans cell histiocytosis : LCH) は、ランゲルハンス細胞の増殖を主体とする原因不明の疾患で、様々な部位や臓器に多彩な症状を引き起こす。今回我々は17年の経過で症状が悪化し、右頸部から背側胸部の軟部組織や甲状腺、肺、腋窩皮膚、大腿部深部、肛門に多発性病変を形成したLCHを経験したので報告する。

【症例】 42歳男性。喫煙歴あり。25歳の時に気胸で他院に入院し、肺好酸球性肉芽腫症と診断されたが、経過観察は行われなかった。最近になり両側腋窩のしこりと右肩から背部にかけての皮膚の腫れに気づき、当院に紹介受診となり、皮膚部分切除が行われた。さらに画像診断で甲状腺に病変をみとめ、甲状腺穿刺吸引細胞診が行われた。

【細胞所見：甲状腺 FNA】 淡く広い細胞質と類円形から楕円形核を持った細胞が孤立性に見られた。核クロマチンは細顆粒状、1~数個の核小体が見られ、「しわ」や「くびれ」などの核の切れ込みが目立った。免疫染色ではCD1a, Langerin が陽性、TTF-1 が陰性であり、LCHを疑う所見であった。

【組織所見：腋窩皮膚】 皮膚真皮から皮下脂肪にかけて、炎症細胞を背景に、楕円形から類円形の核と乏しい好酸性の胞体を持つ腫瘍細胞が、びまん性に浸潤増殖していた。腫瘍細胞の核にはくびれや切れ込みを持つものが見られ、結合性は緩く、部分的に硝子様物質が腫瘍間に沈着していた。免疫染色では、S-100, CD1a, Langerin が陽性であった。以上の所見より、LCHと診断された。

【まとめ】 甲状腺におけるLCHの症例報告は殆どされていないが、細胞像の特徴を把握することで、甲状腺においても細胞学的にLCHを推定することが可能であると思われる。

P-2-205 悪性褐色細胞腫剖検例の捺印細胞像の検討

藤田保健衛生大学医学部病理診断科¹⁾, 藤田保健衛生大学病院病理部²⁾

○桐山論和(MD)¹⁾, 浦野 誠(MD)¹⁾, 塚本徹哉(MD)¹⁾, 川島佳晃(CT)²⁾, 藤原真紀(CT)²⁾, 伊藤里美(CT)²⁾, 須藤健助(CT)²⁾, 平澤 浩(CT)²⁾, 黒田 誠(MD)¹⁾

【症例】50代女性。20代で高血圧を指摘され、その後も高血圧が続いていたが積極的な検査や治療はされていなかった。今回、著明な体重減少、CTにて巨大後腹膜腫瘍および多発肝腫瘍を指摘され、採血結果やMIBGシンチにより褐色細胞腫およびその肝転移と確定診断された。緩和医療に努めたが約半年で死亡され病理解剖となった。

【剖検時肉眼所見】腹部膨満が著明で、17x17x12 cm大、1750 gの左副腎腫瘍と多発転移をみる約10 kgの巨大な肝臓、黄色透明の腹水を2000 ml認めた。

【腫瘍組織像】血管拡張やうっ血を伴い、比較的小型だが大小不同を呈する類円形核と淡好酸性顆粒状細胞質を有する腫瘍細胞がいわゆるZellballen構造を取り胞巣状に増生していた。予後予測を試みたPASS(Pheochromocytoma of the Adrenal Gland Scoring Scale) score(Thompson, 2002年)では11/20点、MIB-1陽性率はhot spotで6.7%であった。

【腫瘍捺印細胞像】結合性の緩い細胞集塊が散在性からシート状に多数見られ、ごく少数ながらZellballen状配列が確認された。細胞質は比較的豊富でクロマチンは微細顆粒状、ときに明瞭な核小体を伴っていた。

【まとめ】今回、生前に多発転移を認め、臨床的に悪性褐色細胞腫と診断されていた剖検例を経験し、腫瘍捺印細胞検体を得た。褐色細胞腫は組織学的に悪性度を判断することが難しい腫瘍の一つとされている。褐色細胞腫の細胞学的所見について文献的考察を加え報告する。

P-2-206 胸水細胞診において非典型的な細胞像を呈した高悪性度神経内分泌癌の一例

(株) 戸田中央臨床検査研究所病理検査科¹⁾, (株) 戸田中央臨床検査研究所病理診断部²⁾, 戸田中央総合病院病理診断部³⁾, 東京医科大学人体病理学分野⁴⁾

○松本健宏(CT)¹⁾, 川嶋活彦(CT)¹⁾, 曾根田由樹(CT)¹⁾, 吉野裕子(CT)¹⁾, 中原啓太(CT)¹⁾, 草間 博(MD)²⁾, 工藤玄恵(MD)³⁾, 松林 純(MD)^{3,4)}, 長尾俊孝(MD)^{3,4)}

【はじめに】胸腺に発生する神経内分泌腫瘍は極めてまれである。今回、胸水中に非典型的な細胞像を呈した腫瘍細胞が出現し、診断に苦慮した縦隔原発が疑われた神経内分泌癌の1例を経験したので報告する。

【症例】70歳代男性。呼吸困難を主訴に来院。両側胸水・心嚢液の貯留を認めた。画像検査にて縦隔腫瘍が疑われ、多発性リンパ節転移も認められた。

【細胞所見】胸水細胞診にて、小型～中型の単一性腫瘍細胞が孤在性～小集塊状に出現していた。核は類円形で偏在性を示し、微細顆粒状クロマチンと小型の核小体を有していた。また、核分裂像が散見された。腫瘍細胞のN/C比は高かったが、その細胞質は淡染性でGiemsa標本にて小空胞が目立ち、偽線毛もみられた。小空胞は脂肪染色で陽性であった。アルシアン青染色で細胞質辺縁や偽線毛に陽性を呈したが、PAS反応は陰性であった。少数の多核細胞や小細胞癌様集団もみられた。

【組織所見】右鎖骨上リンパ節針生検検体では、N/C比の高い中～一部大型異型細胞が密に増殖し、木目込み細工状配列や壊死を伴っていた。一部に核小体が目立つ細胞も認められた。核分裂像は全体に目立っていた。免疫染色にて異型細胞は、pan-cytokeratin(AE1/AE3), chromogranin A, synaptophysin, およびCD56に陽性で、TTF-1とCD5は陰性であった。Ki-67陽性率は70%であった。以上より高悪性度神経内分泌癌と診断された。胸水より作製したセルブロックでも同様の染色性が得られた。

【まとめ】体腔液中の腫瘍細胞は液中での形態変化や経時的変化も加わることを考慮する必要がある。体腔液には悪性中皮腫や原発不明の悪性細胞が出現する機会も少なくなく、セルブロックを用いた免疫染色が正確な診断には有用と考える。

P-2-207 胸水細胞診で左肺多形癌が疑われた1症例

国立病院機構熊本医療センター臨床検査科¹⁾, 国立病院機構熊本医療センター病理診断科²⁾

○川上裕之(CT)¹⁾, 永田栄二(CT)¹⁾, 石原幸治(CT)¹⁾, 中島一樹(CT)¹⁾, 鹿島星林(CT)¹⁾, 村山寿彦(MD)²⁾

【はじめに】肺肉腫様癌は、肉腫あるいは肉腫様分化を示す低分化の非小細胞癌で、全肺腫瘍の0.1~1.3%と稀である。今回われわれは胸水細胞診で肺肉腫様癌の一亜型である肺多形癌と推定した症例を経験したので報告する。

【症例】80歳代男性。喫煙歴あり。約1ヶ月前から咳、痰が続ぎ、呼吸苦があるとのことで前医受診。胸部レントゲンにて左胸水を認め、精査加療目的にて当院紹介受診となった。胸部CTにて左肺上葉舌区肺門部に孤立性腫瘤(3.5×3 cm)と、左胸水貯留を認めた。CEAの上昇から癌性胸膜炎が疑われ、胸腔穿刺が施行された。

【細胞像】胸水中に多形性・大小不同を示す多数の単核・多核の腫瘍性巨細胞(長径約25~65 μm)が主に孤在性に出現していた。さらに偏在核を持つ比較的小型(同約15 μm)の細胞が不規則重積を示す集塊を形成しており、腺癌成分と考えた。これら腫瘍細胞は、核腫大、核型不整、クロマチン増量、明瞭な核小体、核分裂像を示し、胞体は淡く、部分的に粘液空胞が見られた。このように腺癌成分と10%以上を占める巨細胞がみられたことから多形癌を考えた。免疫染色では、腫瘍細胞はAE1/AE3, Vimentin, CEA, TTF-1, CD68 陽性で、α-SMA, Desmin は陰性であり、肺多形癌に矛盾しない結果であった。

【まとめ】本症例では胸水細胞診の後、対症療法による経過観察の方針となり、現在まで左肺原発巣からの細胞・組織学的な診断の確定はなされていない。肺多形癌は切除検体で診断されることが多く、術前診断は困難とされている。肺多形癌に対する細胞診での診断の可能性を示唆する症例と思われる。

P-2-208 診断に苦慮した胸腔内腫瘍の1例

独立行政法人国立病院機構旭川医療センター¹⁾, 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター²⁾

○玉川 進(MD)¹⁾, 東 学(CT)²⁾, 小野みゆき(CT)¹⁾

診断に苦慮した胸腔内腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】61歳男性。アスベスト曝露の既往歴はない。

【現病歴】2ヶ月前より発熱、咳嗽、体動時呼吸困難が出現したため近医を受診したところ胸部異常陰影を指摘されたため当院呼吸器内科に紹介された。当院でのCT検査では左胸壁から肺に向かってドーム状に突出する腫瘍と胸水を認めた。診断のため経皮的胸壁生検が行われた。

【細胞診】採取された細胞の核は粗造なクロマチンの増量した核小体を含み、緩い結合性を持った単一な細胞であり、明らかな分化傾向は示していなかった。その細胞配列から上皮性の腫瘍であると推察されたが、それ以上の判断はできなかった。

【組織診】組織診でも同様の、円形核を持った単一の細胞が何ら構造を作らずシート状に広がっていた。原発性肺腺癌とも上皮型悪性中皮腫とも取れる組織型であったため免疫染色を行った。その結果原発性肺癌でどれかは陽性となるべき汎ケラチン・TTF1・p40 すべて陰性であり、さらに中皮腫でどれかは陽性となるべきカルレチニン・D2-40・メソテリンも全て陰性であった。さらに他院に委託し悪性中皮腫と原発性肺癌の鑑別に有用な免疫染色および遺伝子検査も行ったが原発巣の断定はできなかった。

【経過】ここまで3ヶ月を要し腫瘍径が2倍となったため肺腺癌に用いられる化学療法を行ったところ腫瘍は発見時の大きさにまで縮小し、胸水も減少した。

【問題点】細胞形態・組織所見・免疫学的結果から最も考えられる診断は何か。

P-2-209 悪性胸膜中皮腫との鑑別を要した乳頭状腎細胞癌の一例

高槻赤十字病院病理診断部

○荒木孝一郎(CT), 村上浩子(CT), 廣田智美(CT),
千葉 渉(MD), 渡邊千尋(MD)

【はじめに】乳頭状腎細胞癌は全腎細胞癌のおよそ10%を占め、転移を伴う症例では淡明細胞癌と比較して予後不良とされている。今回我々は、臨床所見、胸水細胞診で悪性中皮腫を疑い、剖検にて乳頭状腎細胞癌の多臓器転移であった症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。貨物列車の整備士をしており粉塵暴露歴あり。他院で慢性腎不全にて入院の際に左胸水指摘され呼吸困難を認めたため精査加療目的で当院転院。画像上、右腎臓に腫瘤あり、左胸水及び胸膜の肥厚、胸水細胞診で悪性中皮腫疑い。左肩、心窩部に多発皮下腫瘤もみられ緩和治療となり死亡した。

【胸水細胞所見】リンパ球を背景に、淡くやや重厚感のある広い細胞質を有する異型細胞が孤立性から十数個の集団で平面配列に出現。核は中心性から偏在性、多核細胞が多く出現しクロマチンは細顆粒状で増量は軽度、相互封入像を認め悪性中皮腫を疑ったが、免疫染色でcalretinin, D2-40が陰性だったため確定はできなかった。

【剖検組織所見】剖検所見では右腎臓に8.5cmの腫瘤、胸膜には左下肺中心にびまん性の肥厚と多発する小結節を認めた。椎骨や肝臓、副腎、皮下、リンパ節にも転移あり。腎癌と悪性中皮腫の合併を考えたが、組織所見では乳頭状腎細胞癌とその多発転移であった。転移巣では未分化癌類似の大型で異型の強い細胞が主体を占めていた。

【まとめ】本症例は臨床所見や胸水中に出現した異型細胞が中皮腫の細胞学的特徴を有していたため判定に苦慮してしまった。中皮腫の診断には細胞所見とともに免疫染色、臨床像も加え総合的に判定することが重要であると考えられた。

P-2-210 骨盤内腹膜に発生した Benign multicystic mesothelioma の一例

徳島県立中央病院病理診断科

○佐竹宣法(MD), 繁木麻里(CT), 山田順子(CT),
工藤英治(MD)

【背景】Benign multicystic mesothelioma(以下BMM)は、骨盤内、腹腔内等に発生する中皮細胞由来の多房性嚢胞性病変である。現在まで130を超える症例が報告されているが、細胞所見、細胞学的特徴に関する報告は少ない。今回骨盤内腹膜に発生したBMMを経験したので報告する。

【症例】30代前半女性。左下腹部痛があり近医を受診後、当院産婦人科に紹介された。経膈超音波検査、胸腹部CT、骨盤MRI検査にて骨盤部に限局する多房性嚢胞性病変を指摘され、腹腔鏡下生検が施行された。

【細胞所見】嚢胞内容液穿刺吸引細胞診ではシート状の中皮細胞集塊と共に、球状、乳頭状中皮細胞集塊が多数出現していた。

【病理組織所見】膠原線維や線維芽細胞から成る線維性の薄い壁と、扁平～立方状あるいはhobnail状の一層の被覆細胞からなる嚢胞性病変で、一部で多層もしくは乳頭状に増生する腫瘍細胞もみられた。腫瘍細胞は異型性に乏しく、浸潤性病変は認められなかった。免疫組織化学的には、腫瘍細胞はCK(AE1/AE3), calretinin 陽性。一部でD2-40, CK5/6 陽性。EMAは腫瘍細胞の細胞質に強陽性。desmin, GLUT-1は一部の腫瘍細胞に陽性だった。HMB-45やERは陰性だった。術中迅速捺印細胞診、嚢胞内容液穿刺吸引細胞診とも併せて、BMMと診断された。

【まとめ】BMMの病理組織診断に捺印細胞診、嚢胞内容液穿刺吸引細胞診が有用であった。

P-2-211 細胞質に著明な脂肪滴を認めた悪性中皮腫の一例

国立病院機構九州がんセンター統括診療部臨床検査科¹⁾, 国立病院機構九州がんセンター統括診療部病理診断科²⁾

○小田澤由貴(CT)¹⁾, 桑田理左(MT)¹⁾, 藤本翔大(MT)¹⁾, 今村彰吾(CT)¹⁾, 宮久 禎(CT)¹⁾, 染矢賢俊(CT)¹⁾, 北里謙二(CT)¹⁾, 藤田 綾(MD)²⁾, 伏見文良(MD)²⁾, 田口健一(MD)²⁾

【はじめに】がん細胞では脂質の新規合成が盛んであり、脂質代謝酵素は、がんの発生や悪性化を促進することが知られている。今回我々は、体腔液中に多量の脂肪を認めた悪性中皮腫を経験したので報告する。

【症例】40代、女性。幼少期にアスベスト工場の近隣に居住。他院でのアスベスト検診にて、左胸水貯留と左胸膜の不整な肥厚を指摘され、胸水細胞診で中皮腫疑いとなり当院受診。胸水ヒアルロン酸値は1740000 ng/mlであった。

【細胞所見】胸水細胞診で、多数の乳頭状・球状集塊を認めた。多核細胞やオレンジG好性細胞も散見され、悪性中皮腫を考えたが、細胞質内に多数の空胞を認めていた。この空胞はOil-RedO染色強陽性であった。

【胸膜生検組織所見】上皮様異型細胞が乳頭状に増殖して認められた。生検と胸水セルブロックによる免疫染色で、Calretinin, D2-40, WT-1, EMA陽性。TTF-1, CEA陰性となり、上皮型悪性中皮腫と診断された。

【考察】今回の症例は、細胞質の厚い典型的な中皮腫の細胞像と異なり、細胞質内に多量の脂肪空胞を有していた。脂肪の由来について、外来性と自己産生性の2つの可能性が考えられたため更に検討を加え、他の中皮腫症例と比較して報告する。

P-2-212 胸膜中皮腫の転移巣における吸引細胞診の1例

大阪医科大学病理部/病理診断科

○出口千尋(CT), 辻 求(MD), 栗栖義賢(MD), 里見英俊(MD), 廣瀬善信(MD), 石崎幸恵(CT), 棚田 諭(CT), 武田玲郁(CT), 浦上真由美(CT), 中山裕子(CT), 明石静香(CT)

胸膜中皮腫の胸水中の細胞像については多くの報告がある。しかし、転移先での吸引細胞診像についてはほとんど記載されていない。我々は、胸膜中皮腫で、胸部大動脈周囲リンパ節に転移をきたした症例の吸引細胞診を経験したので報告する。

【症例】81歳、女性。2~3年前から続く左胸痛を主訴に受診。胸部X線やCTでは左肺下葉に7.5x5.5 cm大の腫瘤を認め、胸壁に播腫、左副腎、左肺門、胸部傍大動脈リンパ節、左第2肋骨に転移していた。胸水は少量であった。胸壁と胸部傍大動脈リンパ節の腫瘤の針生検と吸引細胞診が実施された。

【吸引細胞診】核小体を有する大型の類円形核をした腫瘍細胞が、緩やかな結合性を呈して出現していた。中等量の細胞質がみられ、腫瘍細胞は比較的均一であった。2~3核細胞もみられた。windowやblebは明らかではなかった。

【組織診】胸壁とリンパ節の針生検の組織像は同様で、結合織内に索状ないしは充実性に、比較的豊富な細胞質をもつ類円形核をした腫瘍細胞が増殖していた。また、リンパ球の浸潤を伴っていた。免疫染色では、腫瘍細胞はAE1/AE3, mesothelia, D2-40, calretinin, WT1などが陽性で、TTF-1, CEAは陰性で、上皮型中皮腫と診断された。

【考察】胸水中の細胞像との類似点はあるが、bleb, windowはみられないなど、相違点もみられた。腺癌との鑑別が必要であった。しかし、(1)結合性が緩やかであったこと、(2)核の異型の割に細胞質が豊富であったこと、(3)腫瘍細胞が比較的均一であったこと、(4)明らかな腺腔形成がなかったこと、(5)細胞質の染色性が輪状に不均一であったこと、(6)粘液がみられなかったこと、などの点から鑑別が可能であったと思われる。

P-2-213 脳脊髄液中に出現した鞍上部原発 Germinoma の一例

帝京大学ちば総合医療センター病院病理部¹⁾, 同電子顕微鏡室²⁾

○師岡恭之(CT)¹⁾, 小山芳徳(CT)¹⁾, 安達純世(CT)¹⁾, 若原孝子(CT)¹⁾, 豊永安洋(CT)¹⁾, 山本善也(CT)¹⁾, 常世田岬(CT)¹⁾, 子安貴良(MT)²⁾, 山田正俊(MD)¹⁾, 山崎一人(MD)¹⁾, 石田康生(MD)^{1,2)}

【はじめに】 Germinoma は中枢神経発生の胚細胞腫瘍のうち最も頻度の高い腫瘍細胞で, 原始胚細胞に似た円形腫瘍細胞のびまん性増殖からなる。今回我々は脳脊髄液中に腫瘍細胞を認めた Germinoma を経験したので報告する。

【症例】 31歳, 男性。倦怠感, 口渇, 多飲多尿を主訴に当院受診。MRIにて鞍上部に16×19mm大の腫瘍性病変がみられ, 血清, 髄液中のHCG-βは高値でGerminomaが疑われた。内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術が行われたが, その後のMRIで髄内播種が疑われ, 脳脊髄液細胞診で腫瘍細胞を確認した。

【組織像】 線維性結合織内に豊富な胞体と明瞭な核小体を含む腫瘍細胞の充実分葉状の増生を認めた。細胞質はPAS反応に滴状に陽性, D-PAS陰性であった。免疫組織染色ではPALP, OCT3/4, SALL4, c-kitに陽性, AFP陰性, HCGはごく一部に弱陽性を示し, Germinomaと診断された。電子顕微鏡像では細胞質にグリコーゲン顆粒を認め, 発達した細胞接着装置はみられなかった。

【細胞像】 髄液細胞診: リンパ球性背景にN/C比の高い大型異型細胞を散見した。結合性は弱く, 細胞質は泡沫状で, May-Giemsa染色では辺縁に小空胞を認めた。核は類円形, クロマチンは繊細～顆粒状, 大型の核小体を1~2個認めた。

【遺伝子学的検索】 Sanger法にて, c-kit遺伝子のexon 11領域に点突然変異, Y553C(TAT>TGT)を認めた。

【結語】 髄液細胞診にて腫瘍細胞を認めた Germinoma の症例を経験した。治療方針に影響する髄内播種を細胞診で同定し得たことは有用であったと考える。

P-2-214 細胞診材料における術中迅速細胞免疫染色が有用であった Germinoma の一例

日本医科大学多摩永山病院病理診断科¹⁾, 日本医科大学病理学統御機構・腫瘍学²⁾, LSIメディエンス³⁾

○柳田裕美(CT)¹⁾, 細根 勝(MD)¹⁾, 片山博徳(CT)¹⁾, 磯部宏昭(CT)¹⁾, 川野記代子(CT)¹⁾, 岩瀬裕美(CT)¹⁾, 日吾美栄子(CT)¹⁾, 新井 悟(MD)¹⁾, 前田昭太郎(MD)^{1,3)}, 内藤善哉(MD)²⁾

【はじめに】 頭蓋内 germinoma は放射線感受性が高いため, 生検での確定診断がきわめて重要である。今回我々は術中迅速診断にて細胞診材料での免疫染色の併用が有用であった一例を経験したので報告する。

【症例】 18歳男性。頭痛, 食欲不振を主訴に他院を受診し, CTにて脳腫瘍, 閉塞性水頭症を指摘され当院紹介となった。松果体部に約4cm大の腫瘍を認め, 水頭症治療のため脳室にドレナージを留置し, 精査・診断目的で手術を行った。

【迅速組織・細胞所見】 迅速HE標本では大型の核小体を有する異型細胞が充実に増殖し, リンパ球とのtwo-cell patternも認められた。迅速免疫染色にてLCA(-), PALP(±)であった。迅速細胞診では, 多数の成熟リンパ球を背景に, 大型の腫瘍細胞が認められた。腫瘍細胞は類円形～多稜型で大型核小体が見られた。迅速細胞免疫染色にて, LCA(-), PALP(+)であった。迅速診断ではGerminomaと報告した。

【術後組織所見】 周辺に肉芽腫形成を伴いながら, 腫瘍本体は小型成熟リンパ球を背景に, 核小体のやや目立つ大型多稜型細胞の増生が認められ, 各種免疫染色を施行しGerminomaと診断した。

【まとめ】 脳腫瘍に対する術中迅速細胞診は, 微小検体でも標本作製可能で, 凍結によるアーチファクトがなく, 細胞個々の観察が可能である。これに加え, 当院では術前に臨床とカンファレンスを行っており, 臨床診断を鑑みた標本作製を加えることや, 迅速免疫染色の必要性についても話し合われる。細胞診標本を用いた迅速免疫染色は組織に比べ感度が高く, 診断の補助としての価値が高い。必要に応じた組織標本・細胞診標本を併用した免疫染色を施行することは, 精度の高い診断につながるものと考えられる。

P-2-215 髄液細胞診標本の転写ブロック法が診断に有用であった節外性 B 細胞リンパ腫の一例

みやぎ県南中核病院病理診断科

○熊谷勝政(CT), 千崎久美子(CT), 橋本律子(CT),
大藤高志(MD)

【はじめに】細胞診塗抹標本による細胞転写法では、枚数が制限され十分免疫染色できない場合がある。我々は、封入剤に転写した細胞を溶剤中に浮遊させたのち集細胞し、セルブロックを作製して免疫染色する転写ブロック法を考案し、B細胞性リンパ腫の髄液でその有用性を確認し、第28回本学会宮城県支部学術集会で発表した。今回その症例が剖検され、我々の方法の有用性を剖検例で再確認したので報告する。

【症例】69才男性。顔面神経麻痺、嚥下障害、坐骨神経痛等で整形外科次いで神経内科に入院しギラン・バレー症候群疑いで髄液検査された。細胞診で中枢神経系原発B細胞性非ホジキンリンパ腫が疑われ、髄注による化学療法が開始された。髄注が著効し髄液中のリンパ腫細胞ゼロの時期もあったが、汎血球減少症による化学療法中止以後、症状は増悪し入院3ヶ月後に亡くなった。

【髄液細胞診】パパニコロウ標本での軽度の核形不整と核小体肥大を伴う孤在性多数の異型リンパ球から悪性リンパ腫を疑い、2度の我々の転写ブロック法による連続切片作製と免疫染色でB細胞性非ホジキンリンパ腫と診断した。

【剖検】リンパ腫は節外性びまん性大細胞性B細胞リンパ腫で多臓器転移を伴い、原発巣は不明であった。中枢神経のテント上およびテント下に髄膜リンパ腫症として散在性少量、両側副腎、肝、精巣、胸膜、心外膜にかなりのリンパ腫細胞を認めた。

【まとめ】我々の転写ブロック法では少量の検体から多数の標本の作製が可能で、多数の抗体を用いた検討が不可欠な今回のような例では、正確に病理細胞診断する上で極めて有用な方法と考えられた。

平成二十七年十月十九日発行

編集兼
発行人

公益社団法人
日本臨床細胞学会
代表者 竹 島 信 宏

〒100-1062 東京都千代田区神田駿河台二丁目二番一
号
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