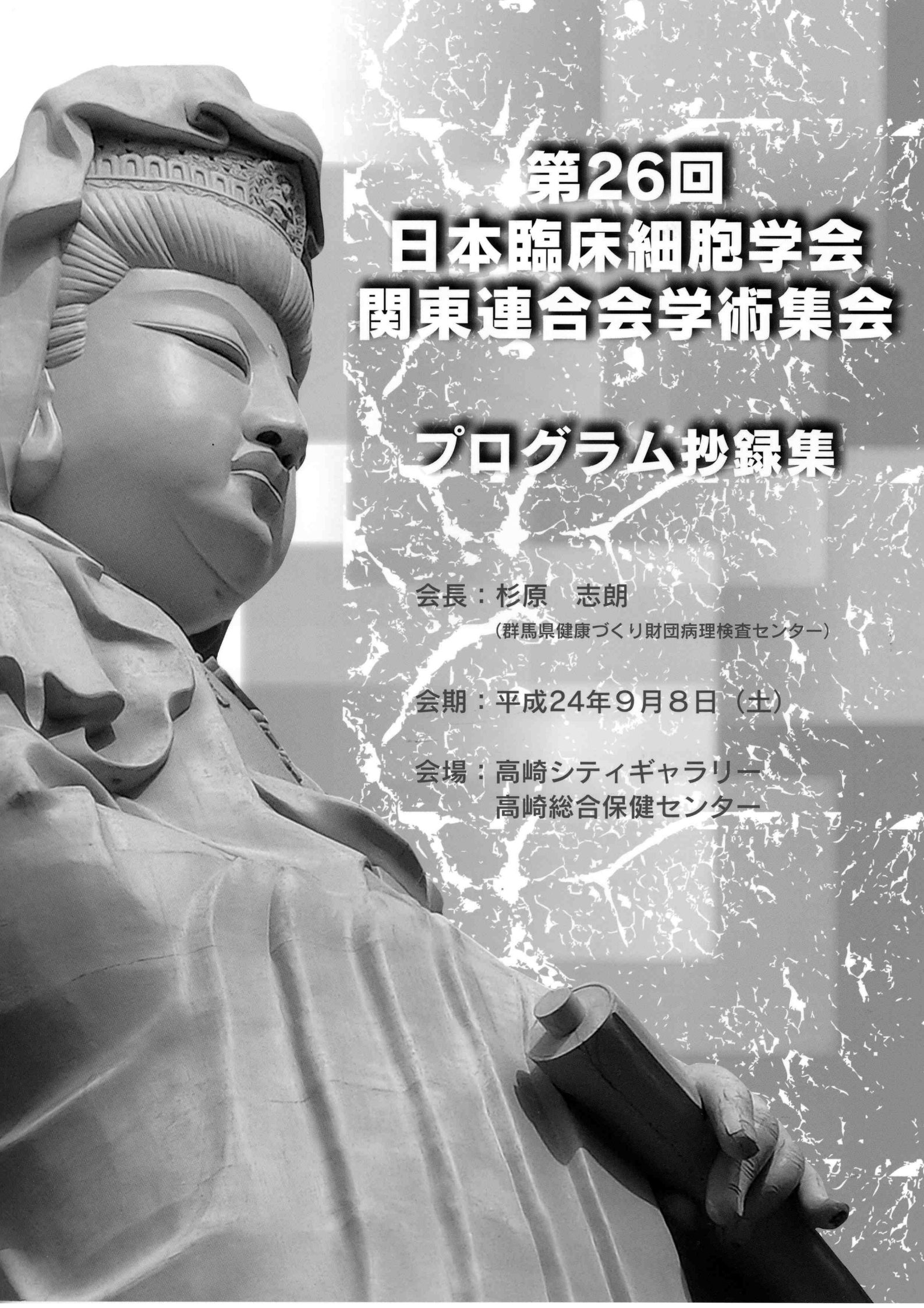




第26回 日本臨床細胞学会 関東連合会学術集会

プログラム抄録集

会長：杉原 志朗

(群馬県健康づくり財団病理検査センター)

会期：平成24年9月8日（土）

会場：高崎シティギャラリー
高崎総合保健センター

第 26 回

日本臨床細胞学会関東連合会学術集会 プログラム抄録集

会長：杉原 志朗

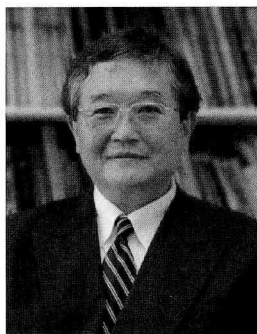
(群馬県健康づくり財団病理検査センター)

会期：平成 24 年 9 月 8 日 (土)

会場：高崎シティギャラリー・高崎総合保健センター

〒370-8501 群馬県高崎市高松町 35 番地 1

ご 挨 拶



日本臨床細胞学会関東連合会会長
財団法人群馬県健康づくり財団病理検査センター センター長
杉原 志朗

第26回日本臨床細胞学会関東連合会学術集会を主催するにあたり、会を代表して、皆様方に御挨拶申し上げます。

群馬県支部は細胞診専門医26名、医師11名、細胞検査士126名、検査技師1名、計164名の200名に満たない世帯からなっています。関東連合の11の支部の中でも世帯の小さい組織になりますが、支部会員全員の情熱を持って、他都県の学術集会に負けないような学会にしようと努力しております。

平成24年9月8日土曜日の一日の開催で、会場は高崎市シティギャラリーと群馬音楽センター他です。これらの会場はJR高崎駅から徒歩約10分の距離にあり、高崎市役所に接しております。この学会のテーマは「先端医療を支える細胞診断学」です。

学術集会は主としてシティギャラリーで行われます。特別講演としまして4演題用意しております。「子宮頸がん細胞診と精度管理」と題して、大阪がん循環器病予防センター 婦人科検診部の植田政嗣先生、「中皮腫の病理と細胞診」と題して山口県立総合医療センター病理診断科の亀井敏昭先生、「乳腺疾患の細胞診断に役立つ病理組織学的知識」と題して埼玉がんセンターの病理診断科の黒住昌史先生、「脳腫瘍病理診断の要点」と題して群馬大学医学部病態病理の中里洋一先生の講演が決定しております。シンポジウムでは「新しい細胞診断技術による診断精度の向上と臨床支援」というテーマで、先進的な手法で細胞診を行っている細胞診検査士の5名の講演が予定されています。一般講演にはポスター発表に可能な限り発表を行えるように、スペースを確保しております。ランチョンセミナーには3演題が決定しております。

一般市民の方々にほとんど知られていない細胞診断学を皆様に理解していただくために「細胞診断学ってなに？」というコンセプトで、市民講座も同時に企画しております。市民講座は隣の群馬音楽センターで並行して行われ、サブテーマとして、「ご存知ですか？子宮頸がん、中皮腫、乳癌—細胞診の現場から」として学術集会で特別講演を予定している植田政嗣先生は「子宮頸がん検診と予防ワクチン」の講演、亀井敏明先生は「アスベスト暴露と健康被害」の講演、黒住昌史先生は「乳がん治療は病理で決める」の講演をさせていただきます。いずれも一般の市民を対象に解りやすい講演を行って頂きます。医学系の専門家の他に「想定外を生き抜く力～大津波から生き抜いた釜石の子供たち～その主体的行動に学ぶ～」のテーマで、群馬大学工学部の片田敏孝先生に講演を行って頂きます。市民向けのシンポジウムでは「細胞診断学ってなに？」というテーマで、細胞診断学を市民の認知度を高めるべく、6名の経験豊かな細胞診検査士に講演して頂きます。高崎医師会や群馬県内の病院医師の協力で、無料がん相談コーナーも用意しております。

今回開催の高崎市は高崎観音や上毛三山と浅間山が望める風光明媚な地で、学会後の群馬散歩を予定されては如何でしょうか。大勢の皆様方の来訪をお待ち申し上げます。

ACCESS アクセス

会場

高崎シティギャラリー（学会メイン会場）

〒370 - 0829

群馬県高崎市高松町35 - 1

お問い合わせ ☎027 - 328 - 5050

URL <http://www.takasaki-bs.jp/gallery/>

QRコード



高崎総合保健センター（ランチョンセミナー会場）

〒370 - 0829

群馬県高崎市高松町5-28

お問い合わせ ☎027 - 381 - 6111

車をご利用の方

最寄りIC 関越自動車道高崎IC

- 東京方面から 関越自動車道 練馬IC→高崎IC[約1時間]
- 新潟方面から 北陸自動車道 新潟西IC→長岡JCT→関越自動車道高崎IC[約2時間30分]
- 長野方面から 上信越自動車道 長野IC→吉井IC[約1時間20分]

関越自動車道高崎ICを降り、市街地方面へ進み（高崎・駒形線）「芝塚町」交差点を直進後ガード下をくぐり、「住吉町」交差点を左折。高崎郵便局（本局）を通過し、「保健福祉事務所前」交差点の右側に見える建物が「高崎シティギャラリー」。

※高崎シティギャラリーには専用の駐車場はございません。城址地下駐車場、城址第二地下駐車場、高松地下駐車場をご利用ください。
※違法駐車や路上駐車は絶対にお止めください。

電車をご利用の方

最寄り駅 JR高崎駅 西口より徒歩約10分

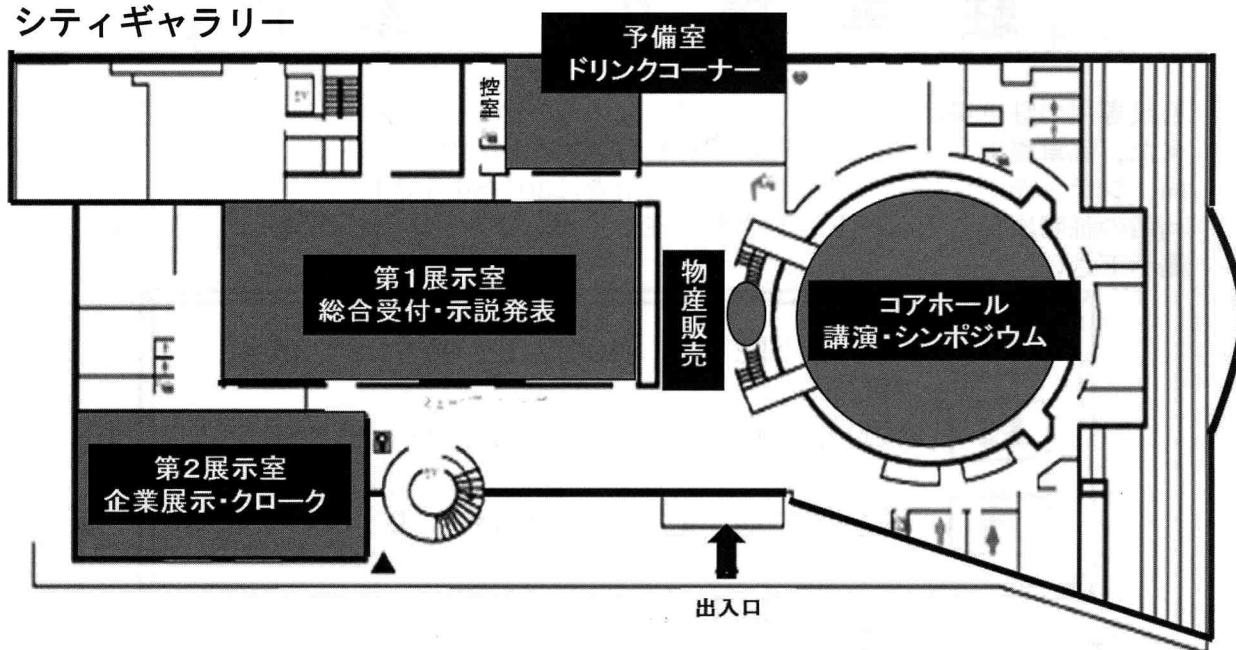
- 東京方面から 上越新幹線 東京駅→高崎駅[約1時間] 高崎線 上野駅→高崎駅[約2時間]
- 新潟方面から 上越新幹線 新潟駅→高崎駅[約1時間30分]
- 長野方面から 長野新幹線 長野駅→高崎駅[約50分]

アクセスマップ

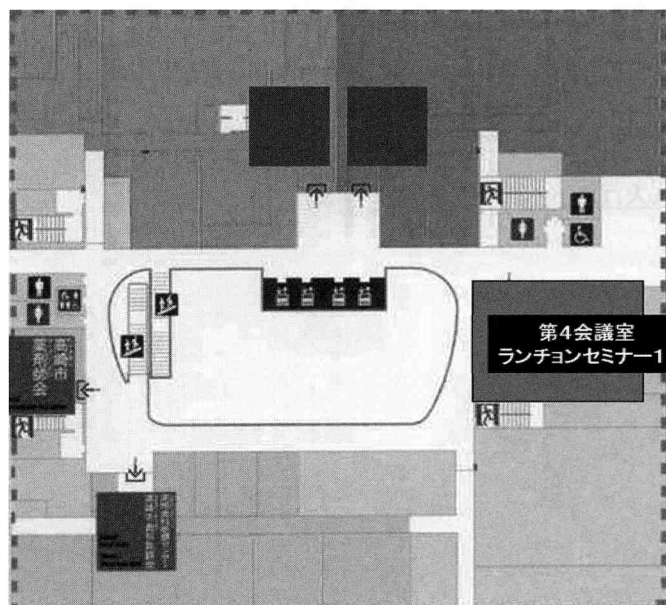
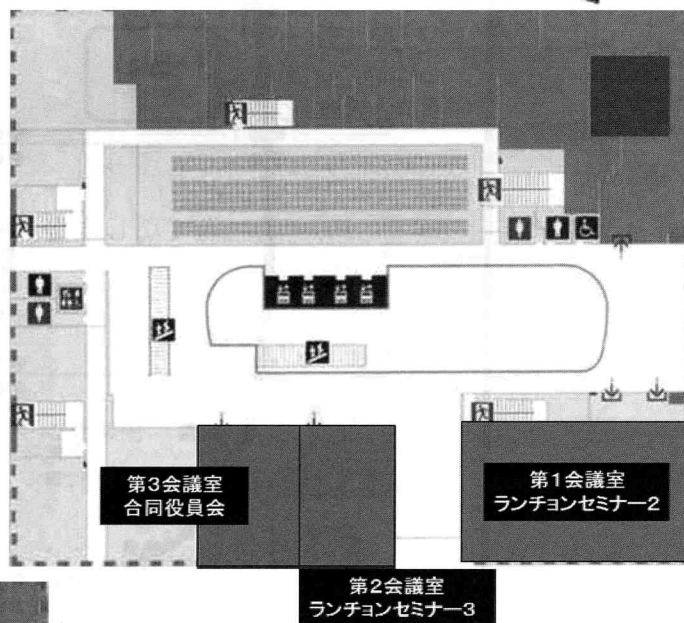


会場案内図

シティギャラリー



高崎総合保健センター 2 F

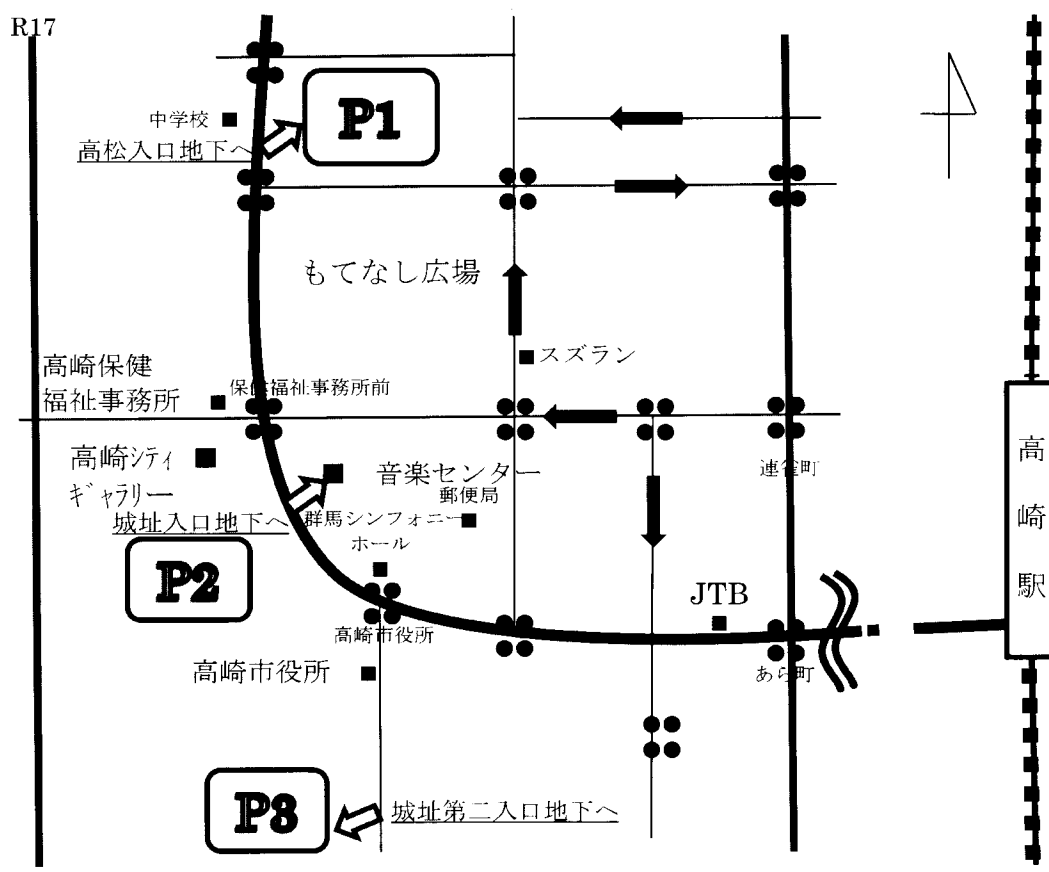


高崎総合保健センター 3 F

駐 車 場 の ご 案 内

施設専用の駐車場はございません。可能な限り、公共の交通機関を御利用下さい。
 また、駐車場御利用の際は、周辺の有料駐車場を御利用下さい。
 尚、シティギャラリー・音楽センター利用者は30分80円です。
 利用の証明になるチケット（学会参加証）、パンフレット（抄録集）等を料金所でご提示下さい。

- | | |
|-----------|----------------------------|
| P1 | 高松地下駐車場（40台） 9：00～22：30 |
| P2 | 城址地下駐車場（92台） 7：30～22：30 |
| P8 | 城址第二地下駐車場（301台） 9：00～22：30 |



日 程 表 9月8日 (土)

高崎シティーギャラリー			
	コアホール	第1展示室	第2展示室
8:30	受付開始	8:30～9:30 ポスター貼付開始	機器展示 コーナー
8:55	開会の辞		
9:00	9:00～9:50 特別講演1 「子宮頸癌細胞診と精度管理」 座長:佐々木 寛 演者:植田 政嗣		
10:00	10:00～10:50 特別講演2 「中皮腫の病理と細胞診」 座長:小島 勝 演者:亀井 敏昭	13:30～14:30 一般演題 (ポスタービューセッション)	
11:00	11:00～11:50 特別講演3 「乳腺疾患の細胞診断に役立つ 病理組織学的知識」 座長:小山 徹也 演者:黒住 昌史		
12:00			
13:00		15:00～ ポスター撤去	
14:00			
15:00	14:30～15:45 シンポジウム 「新しい細胞診技術による 診断精度の向上と臨床支援」 座長:清水 和彦、富澤 一与 演者:阿部 香織、伊藤 仁、 中西 陽子、西周 裕晃 片山 博徳	16:50～ 次期会長挨拶・閉会の辞	
16:00	16:00～16:50 特別講演4 「脳腫瘍病理診断の要点」 座長:杉原 志朗 演者:中里 洋一		
17:00			

高崎総合保健センター				
	第1会議室	第2会議室	第3会議室	第4会議室
8:30				
8:55				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00	12:10～13:10 ランチョンセミナー② 「LBC法の成果と応用」 座長: 福田 利夫 演者: 佐藤 香織 共催: オリンパス株式会社	12:10～13:10 ランチョンセミナー③ 「シュアパスによる内膜細胞 診の新しい報告様式」 座長: 畠山 重春 演者: 平井 康夫 共催: 日本ベクトン ディッキンソン株式会社	12:10～13:10 合同役員会	12:10～13:10 ランチョンセミナー① 「日常診療における乳癌 HER2診断」 座長: 城下 尚 演者: 堀井 理絵 共催: 中外製薬株式会社
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				

ご 案 内

学会参加者へ

1. 参加受付

- 場 所 : 高崎シティギャラリー 1F 第1展示室
受付時間 : 8:30~16:30
参加費 : 3,000 円
・ 初期研修医 無料
・ 医学生・大学院生 無料（※当日、学生証をご提示下さい。）

受付にて参加費をお支払いの上、ネームカード（参加証、領収書兼用）をお受け取り下さい。
ネームカードには氏名・所属をご記入の上、着用をお願いします。ネームカードのない方の入場はお断り致します。なお、当日はプログラム抄録集をご持参下さい。

2. クロークについて

- 1F 第2展示室のクロークをご利用下さい。
クローク時間 : 8:30~17:30

3. 細胞検査士の方は検査士カードをご持参下さい。

- 産婦人科医の方には下記の学術集会参加証明が交付されます。
日本産科婦人科学会専門医シール
日本産婦人科医会研修参加証

演者の方へ

筆頭演者自身の過去1年間における、発表内容に関する利益相反の有無を開示して頂きます。
詳細は、11ページの「演者の方へ重要なお知らせ」をご参照下さい。

口頭発表座長の皆様へ

1. 座長受付はございませんので、前のセッションの開始後、会場内の次座長席にてお待ち下さい。
2. 進行は座長に一任致しますが、時間厳守でお願い致します。

口頭発表演者の皆様へ

1. ご発表時間の 15 分前までに会場内の次演者席にてお待ち下さい。
2. 発表方式につきまして
 - (1) 発表形式は PC 発表です。スライドやビデオは使用できませんので、ご注意ください。
 - (2) 会場へは 1.USB メモリ、2.CD-R 以上 1 ないし 2 の形で発表データをお持ち込み下さい。
 - (3) パワーポイントの「発表者ツール」機能は使用できません。
 - (4) 学会場ではレイアウト修正のみとし、データ修正等は事前に済ませてから学会場へお越し下さい。

■ USB メモリ、または CD-R(RW 不可)をお持ち込みの方への注意事項

- (1) ソフトは、以下のものをご利用下さい。
Windows 版 PowerPoint 2003/2007/2010
※ Macintosh のご使用は、ご遠慮下さい。
※ PC の持ち込みは出来ません。
- (2) フォントは OS 標準のもののみご使用下さい。
- (3) 画面の解像度は、XGA (1024×768) をお願いします。
- (4) CD-R (RW 不可)への書き込みは、ISO9660 方式でお使い下さい。
※ パケット方式ですと、会場 PC で読み込めない恐れがあります。

ポスタービューセッション座長の皆様へ

1. 参加受付にて座長用リボンをお渡し致します。
2. セッション開始 10 分前までにご担当セッションパネルの前にお越し下さい。
3. 進行は座長に一任致しますが、時間厳守でお願い致します。

ポスタービューセッション演者の皆様へ

1. 演者受付はございませんので、演者用リボン及び画鋏は、パネル毎に用意しております。
2. 発表形式は、座長を交えての発表です。それぞれの領域毎に 13 : 30 より開始致します。
余裕をもって各パネルの前にお越し下さい。
発表 4 分、討議 3 分。
3. ポスターパネルサイズは、幅 90×高 210cm です。
演題番号 (左上方 20cm×20cm) は事務局でご用意致します。タイトル (演題名、発表者名、所属) は演題番号横のスペース (幅 70cm×高 20cm) に収まるように発表者にご用意下さい。
ポスターの貼付、撤去は以下の通りです。

貼付時間 8:30~9:30 撤去 15:00~

※ 時間内に撤去されないポスターは処分させていただきます。

なお、処分ご希望の方も必ずポスターをパネルから外し、付近の床にまとめて置いて下さい。

役員の皆様へ

代表役員会	9月7日(金)	16:00~	高崎ビューホテル	3F	あかぎ
会長招宴	9月7日(金)	18:30~	高崎ビューホテル	2F	MYOUGI
合同役員会	9月8日(土)	12:10~13:10	高崎総合保健センター	第3会議室	

演者の方々へ重要なお知らせ

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序子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://www.jscc.or.jp/2010/100621_guide_conflictinterest.pdf）をご参照ください。

例1) 利益相反「あり」の場合

第53回日本臨床細胞学会総会春期大会	
COI 開示	
筆頭演者名： _____	
今回の演題に関して開示すべき COI は以下の通りです。	
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53回日本臨床細胞学会総会春期大会
COI 開示
筆頭演者名： _____
今回の演題に関して開示すべき COI はありません。

*内容：役員・顧問、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。

学術集会プログラム

1. 開会

開会の辞

会場: コアホール

特別講演

2. 特別講演

会場: コアホール

- 座長: 佐々木 寛 (東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科)
「子宮頸癌細胞診と精度管理」 9:00~9:50
植田 政嗣 (大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部)
- 座長: 小島 勝 (獨協医科大学形態病理)
「中皮腫の病理と細胞診」 10:00~10:50
亀井 敏昭 (山口県立総合医療センター病理科兼中央検査部)
- 座長: 小山 徹也 (群馬大学医学部病理診断学)
「乳腺疾患の細胞診断に役立つ病理組織学的知識」 11:00~11:50
黒住 昌史 (埼玉県立がんセンター病理部)
- 座長: 杉原 志朗 (財団法人群馬県健康づくり財団病理検査センター)
「脳腫瘍病理診断の要点」 16:00~16:50
中里 洋一 (群馬大学大学院病態病理学)

シンポジウム

3. シンポジウム

会場: コアホール 14:30~15:45

座長: 清水 和彦 (足利赤十字病院臨床検査部)
富澤 一与 (前橋赤十字病院病理診断科)

「新しい細胞診技術による診断精度の向上と臨床支援」

- LBC を用いた分子病理診断の現状と可能性
伊藤 仁 (東海大学医学部付属病院病理検査技術科)
- 呼吸器領域における液状化細胞診の有用性とその応用へ向けて
阿部 香織 (茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理)
- 呼吸器細胞診検体の液状化処理と非小細胞肺癌の診断・治療のための遺伝子解析
中西 陽子 (日本大学医学部病態病理学系病理学分野)

4. 尿細胞診における LBC 標本について ～LBC PREP の検討～

西周 裕晃 (公立長生病院検査科)

5. 迅速免疫細胞染色

片山 博徳 (日本医科大学多摩永山病院病理部)

ランチョンセミナー

4. ランチョンセミナー1 共催:中外製薬株式会社 会場:第4会議室 12:10～13:10

座長:城下 尚 (東邦病院健康増進・予防医学センター)

「日常診療における乳癌 HER2 診断 -問題点とその対処法-」

堀井 理絵 (がん研究会研究所病理部)

ランチョンセミナー2 共催:オリンパス株式会社 会場:第1会議室 12:10～13:10

座長:福田 利夫 (群馬大学大学院保健学研究科)

「LBC 法の成果と応用 -群馬大学病理部での経験を踏まえて」

佐藤 香織 (群馬大学医学部附属病院病理部)

ランチョンセミナー3 共催:株式会社日本 BD 会場:第2会議室 12:10～13:10

座長:畠山 重春(サイパソリサーチセンター)

「シユアパスによる内膜細胞診の新しい報告様式(矢納班ベセスダシステムに準拠した子宮内膜細胞診報告様式)と内膜 LBC 用判定票(OSG Format)について」

平井 康夫 (東京女子医科大学婦人科)

一般演題

5. ポスタービューセッション

会場:第1展示室 13:30～14:30

婦人科:

座長:大和田倫孝(国際医療福祉大学病院産婦人科)

P-1 当院での AGC 判定症例における組織所見との対比

神奈川県立がんセンター婦人科¹⁾, 同 検査科²⁾, 同 病理診断科³⁾

飯田哲士¹⁾, 近内勝幸¹⁾, 松橋智彦¹⁾, 丸山康世¹⁾, 小野瀬亮¹⁾, 加藤久盛¹⁾, 中山裕樹¹⁾, 大金直樹²⁾, 関谷元幹²⁾, 横瀬智之³⁾

P-2 クリニチップによる HPV ジェノタイプング検査の有用性

土浦協同病院病理部¹⁾, 同 婦人科²⁾

池田 聡¹⁾, 鈴木恵子¹⁾, 島袋剛二²⁾

座長:児玉 省二(新潟県立がんセンター新潟病院産婦人科)

P-3 Class 分類を併用したベセスダシステム ASC-US 症例の再評価

社会保険群馬中央総合病院臨床検査部¹⁾, 同 病理診断科²⁾

小保方亜光¹⁾, 斉藤誠人¹⁾, 永瀬泰平¹⁾, 佐藤麻理¹⁾, 櫻井信司¹⁾²⁾

P-4 子宮頸部すりガラス細胞癌の3例

埼玉社会保険病院病理部¹⁾、同 産婦人科²⁾

古泉景子(CT)¹⁾、是松元子(CT)¹⁾、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⁾、清水健(MD)¹⁾、金田佳史(MD)²⁾

座長：中山 裕樹（神奈川県立がんセンター婦人科）

P-5 最近経験した胞状奇胎の内膜細胞診像

国際医療福祉大学病院産婦人科¹⁾、同 病理診断科²⁾

高橋佳容子¹⁾、森澤宏行¹⁾、神蔵慎一²⁾、黒田 一²⁾、大和田倫孝¹⁾

P-6 子宮体部癌肉腫の細胞病理学的検討

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター臨床検査部¹⁾、

群馬県立がんセンター検査課²⁾、群馬県健康づくり財団³⁾

関口友一¹⁾、竹渕友弥¹⁾、遠藤 隆¹⁾、大竹弘子¹⁾、佐藤俊行¹⁾、土田 秀²⁾、小川 晃¹⁾、
杉原志朗³⁾

乳腺・甲状腺： 座長：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）

P-7 乳腺神経内分泌癌の1例

足利赤十字病院臨床検査部

山田裕子、清水和彦、中村雅哉、廣瀬芳江、川村政人、遠藤みゆき、大島萌夏、
岩永あかり

P-8 画像診断と細胞診断により組織型推定し得た乳腺粘液癌の2例

社会保険山梨病院病理部¹⁾、山梨大学医学部人体病理診断学講座²⁾

磯野 満¹⁾、清水 幸¹⁾、中村暢樹¹⁾、小俣好作¹⁾、加藤良平²⁾

P-9 細胞診で推定しえた神経内分泌細胞への分化を伴った乳腺粘液癌の一例

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

川口洋子、池田友美、神田真志、林 真也、畔上公子、弦巻順子、豊崎勝実、木下律子、
小池 敦、川崎幸子、櫻井友子、宇佐見公一、西田浩彰、川崎 隆、本間慶一

座長：弓納持 勉（山梨大学医学部附属病院病理部）

P-10 乳腺線維腺腫・葉状腫瘍の背景に見られる裸核状細胞の検討

財団法人群馬県健康づくり財団病理検査センター病理検査課

宮岡孝、松村純一、高月寛、高野豊、杉原志朗

P-11 甲状腺好酸性細胞型濾胞癌の2症例

聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾、同病理診断科²⁾、同細胞診断科³⁾、立川総合病院病理科⁴⁾

赤澤康弘¹⁾、山田真人¹⁾、土戸景子¹⁾、大場加央里¹⁾、石原冬馬¹⁾、福田 淳¹⁾、

江河勇樹²⁾、大月寛郎²⁾、清水進一³⁾、小林 寛^{2,4)}

P-12 甲状腺乳頭癌の穿刺吸引細胞診における「鑑別困難」の検討

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

大野幸代, 渡部庸一, 永田かおり, 本田勝丈, 田代 広, 渡邊麗子, 伊藤以知郎

肺・縦隔:

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-13 胸腺腫と胸腺癌の細胞学的検討

船橋市立医療センター臨床検査科¹⁾, 我孫子聖仁会病院緩和ケア内科²⁾

加藤 拓¹⁾, 野本靖史²⁾

P-14 胸水セルブロック標本が有用であった ALK 陽性肺癌の 1 例

群馬県立がんセンター病理検査課¹⁾, 同 病理部²⁾, 獨協医科大学病理学³⁾,
群馬県健康づくり財団病理⁴⁾

土田 秀¹⁾, 中里宜正³⁾, 神山晴美¹⁾, 布瀬川卓也¹⁾, 吉田 勤²⁾, 飯島美砂²⁾,
小島 勝³⁾, 杉原志朗⁴⁾

P-15 術中迅速肺穿刺細胞診の検討

前橋赤十字病院病理診断科¹⁾, 同 呼吸器外科³⁾, 群馬大学医学部附属病院病理部²⁾

尾身麻理恵¹⁾, 萩原 勉¹⁾, 富澤一与¹⁾, 細井京子¹⁾, 星川里美²⁾, 坂元一葉¹⁾,
伊藤秀明¹⁾, 上吉原光宏³⁾

座長: 石亀 廣樹 (JA 長野厚生連佐久総合病院病理部)

P-16 経気管支肺生検 (TBLB) で診断された Hodgkin リンパ腫の 1 例

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

渡邊麗子, 大野幸代, 本田勝丈, 渡部庸一, 永田かおり, 田代広, 川崎卓弥,
伊藤以知郎

P-17 肺癌検診喀痰細胞診で発見された頭頸部扁平上皮癌の検討

(公財)ちば県民保健予防財団検査部臨床病理科¹⁾, 君津中央病院呼吸器外科²⁾,
さいたま赤十字病院呼吸器外科³⁾, 松戸市立病院呼吸器外科⁴⁾,
千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁵⁾, 同呼吸器病態外科学⁶⁾

田口明美¹⁾, 柴 光年²⁾, 田島ひとみ¹⁾, 早田篤子¹⁾, 桑原竹一郎¹⁾, 星野英久³⁾,
渋谷 潔⁴⁾, 中谷行雄⁵⁾, 吉野一郎⁶⁾, 藤澤武彦¹⁾

その他:

座長: 上田 善彦 (獨協医科大学越谷病院病理部)

P-18 硝子血管型キャスルマン病の 1 例

獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学形態病理²⁾

町田浩美¹⁾, 永井多美子¹⁾, 佐々木英夫¹⁾, 佐藤豊彦¹⁾, 圓谷 勝¹⁾, 中里宜正²⁾,
小島 勝²⁾, 正和信英²⁾

- P-19 気管支鏡下キュレット標本に R-S 巨細胞を認めたホジキンリンパ腫の 1 例
 国立病院機構災害医療センター臨床検査科病理検査室¹⁾，同 血液内科²⁾，
 国立病院機構相模原病院病理診断科³⁾
 我妻美由紀¹⁾，大野 浩¹⁾，山田和昭¹⁾，齋藤生朗³⁾，関口直宏²⁾
- P-20 膵の EUS-FNA が有用であった神経内分泌腫瘍の 1 例
 群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾，同 大学院医学系研究科病理診断学²⁾，
 同 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-21 神経内分泌腫瘍との鑑別を要した膵腺房細胞癌の一例
 山梨大学医学部附属病院病理部¹⁾，同 人体病理学²⁾
 石井喜雄¹⁾，川崎朋範¹⁾，弓納持勉¹⁾，中澤久美子¹⁾，吉田広美¹⁾，坂本圭一郎¹⁾，
 近藤哲夫²⁾，加藤良平²⁾
- 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-22 尿膜管癌の 2 症例－免疫組織細胞化学的検討を中心に－
 せんぽ東京高輪病院中央検査室¹⁾，病理²⁾
 横野秀樹¹⁾，大木直子¹⁾，丸山美奈子¹⁾，伊原文恵²⁾
- P-23 絨毛癌と診断しえた脳腫瘍の 4 例
 獨協医科大学越谷病院病理部¹⁾，春日部市立病院病理部²⁾
 山崎泰樹¹⁾，國實久秋¹⁾，古谷津純一¹⁾，岡村卓哉¹⁾，形山幸子¹⁾，
 田中真美¹⁾，小野祐子¹⁾，今井康雄¹⁾，瀧本寿郎²⁾，村上俊一¹⁾，上田善彦¹⁾
- P-24 DNA 抽出法の比較・検討
 帝京大学ちば総合医療センター
 山本善也，小山芳徳，安達純世，牛木志保，渡邊孝子，豊永安洋，山崎一人，
 石田康生

6. 閉会

会場：コアホール 16:50～

次期会長挨拶 柴 光年先生（国保直営総合病院君津中央病院呼吸器外科）
 閉会の辞 杉原 志朗 （群馬県健康づくり財団病理検査センター）

特別講演 1

「子宮頸癌細胞診と精度管理」

大阪がん循環器病予防センター 婦人科検診部¹⁾, 同 検査科²⁾, 神戸常盤大学 保健科学部 医療検査学科³⁾, 松下記念病院産婦人科⁴⁾, 赤穂市民病院産婦人科⁵⁾, 兵庫県予防医学協会検診センター⁶⁾

植田政嗣¹⁾, 田路英作²⁾, 布引 治³⁾, 明石京子⁴⁾, 明瀬光里¹⁾, 佐藤直美¹⁾, 出馬晋二¹⁾, 鳥居貴代¹⁾, 東田太郎⁵⁾, 田中一朗⁶⁾, 岡本吉明¹⁾, 野田 定¹⁾

近年の初交年齢の低下や性行為の多様化により、human papilloma virus (HPV) 感染が蔓延化し、子宮頸部病変の若年化傾向がみられる。一方、集団検診や定期検診の普及にともなって進行子宮頸癌が減少した反面、頸部異形成や初期癌が増加し、その管理や子宮を温存する保存的治療の重要性が高まりつつある。これらの頸部病変を見逃さないためには検診が最も重要で、病巣部の的確な細胞診、組織診が不可欠であるが、検診対象年齢や間隔の変更、ベセスダシステムの導入にともなって、検診体制や受診率に変化が生じている。

ベセスダシステムでは、細胞診標本の適・不適を判定した上で、標本上に出現する全ての種類の細胞各々について記述的に評価する方式がとられ診断の客観性が図られている。わが国でも日本産婦人科医会が中心となってクラス分類からベセスダシステムへの脱却が推進され、2008 年より改定日母細胞診分類（ベセスダシステム 2001 準拠子宮頸部細胞診報告様式：通称「医会分類」）が導入され定着しつつある。ベセスダシステムでは、診断困難な異型細胞に対して ASC-US、ASC-H、AGC のクライテリアが設けられているが、これらの細胞群には化生細胞や様々な反応性変化に加えて腫瘍性病変も含まれており、核異型、N/C 比、クロマチン分布、細胞質の性状、細胞配列などを十分に観察して鑑別診断する必要がある。現時点でのベセスダシステム運用上の問題点としては、①行政検診への一層の普及・定着、②不適標本の取扱いと細胞採取法の改善、③ASC-US、ASC-H、AGC の細胞学的特徴の理解、④high-risk HPV 感染との関連性、⑤コルポ・組織所見との対応、⑥液状細胞診の導入などがあげられる。

細胞診は、採取が比較的容易、患者負担が少ないなどの利点から、がん検診や腫瘍診断等を目的に頻繁に行われるが、診療方針や患者の予後に重大な影響を及ぼすため、綿密な精度管理により臨床検査としての信頼性が常に担保されなければならない。

日本臨床細胞学会では平成 14 年度より一定の規模と要件を備えた細胞診実施施設を認定する制度（施設認定制度）を立ち上げ、現在までに約 850 施設が認定されている。学会認定施設では、「細胞診精度管理ガイドライン」に則って内部および外部精度管理を励行するよう求められている。内部精度管理では、細胞検査士・細胞診専門医の連携、1 日の検鏡枚数の上限設定（90 枚）、陽性例・疑陽性例の細胞診専門医によるチェックと署名、陰性例の 10%以上のダブルチェック、標本の保存（5 年間）、病理診断との対比、症例検討会の定期的開催などが要件となり、各認定施設は年報としてその業務実態を報告する義務がある。一方、外部精度管理では、本学会が行う外部精度管理調査および評価のためのプログラムへの参加が求められ、平成 18 年度よりバーチャルスライドを用いたコントロールサーベイが行われている。

一方、昨今のクラス分類からベセスダシステムへの移行、HPV 検査料・細胞診断料・術中迅速細胞診料の保険適用、液状細胞診の導入など、新たな潮流に対応して、検査技師と臨床医の業務分担や医行為を含めた責任範囲の明確化が改めて問われている。

本講演では、大阪府における行政検診の実態や当センターにおける臨床成績をふまえて、依然として不明な点の多い AGC の細胞診上の特徴や臨床的背景について報告するとともに、臨床現場でますます重視される細胞診の質的維持・向上を目指した今後の精度管理の方向性について論じたい。

【略 歴】

氏 名 植田 政嗣（うえだ まさつぐ）

生年月日 昭和 31 年 12 月 7 日生（55 歳）

現 職 大阪がん循環器病予防センター 婦人科検診部 部長

略 歴： 昭和 57 年 3 月 大阪医科大学卒業
同 年 5 月 大阪医科大学産婦人科学教室入局
同 年 4 月 大阪医科大学産婦人科学教室助手
平成 7 年 6 月 大阪医科大学産婦人科学教室講師
平成 13 年 7 月 大阪医科大学産婦人科学教室助教授
平成 16 年 11 月 大阪医科大学産婦人科学教室婦人科腫瘍科 科長
平成 18 年 7 月 大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部 部長
平成 20 年 4 月 大阪大学大学院保健学専攻分子病理学教室 招聘教授

専門分野： 婦人科癌の診断と治療，婦人科癌の分子病理学

学会（役職）

日本産科婦人科学会（幹事：平成 15-17 年）

日本臨床細胞学会（評議員：平成 3 年-現在 理事：平成 17 年-現在 施設認定制度委員長：平成 19-22 年 常務理事 細胞診専門医委員長：平成 23 年-現在）

日本細胞診断学推進協会（代議員：平成 13 年-現在 細胞診専門医会総務委員：平成 18 年-現在）

日本婦人科腫瘍学会（評議員：平成 8 年-現在 理事：平成 12 年-現在）

日本癌治療学会（評議員：平成 17-19 年）

日本ヒト細胞学会（評議員：平成 3 年-現在 理事：平成 17 年-現在）

日本婦人科がん検診学会（評議員・理事：平成 13 年-現在）

日本がん転移学会（評議員：平成 15 年-現在）

日本産婦人科乳癌学会（評議員：平成 18 年-現在）

International Academy of Cytology

International Gynecological Cancer Society 等

Editorial Board

Journal of Obstetrics and Gynecological Research

Human Cell

Reviewer

Clinical Cancer Research

Gynecologic Oncology

International Journal of Gynecological Cancer

Cancer Investigation

International Journal of Clinical Oncology

特別講演 2

「中皮腫の病理と細胞診」

山口県立総合医療センター病理診断科・中央検査部

亀井 敏昭

日本での社会問題としてアスベスト曝露による健康被害が注目され、今後 30 年間に悪性中皮腫による死亡者が現時点の 1,200 人から 5,000 人に増加すると推定されている。これまでは稀とされてきたが、急激に患者の増加をきたすと共に、その診断と治療の面では大きな問題を抱えている。殊に、診断が確定した際には、多くの症例にて進行した状態でみつかることが一般的であり、患者救命の立場からは、なかなか良好な予後を得ることは困難であることはいうまでもない。

中皮腫を早期に発見するためには漿膜肥厚が明らかでなく、体腔液貯留のみの時期に診断への道筋がつくことが望ましい。また、アスベスト新法での中皮腫患者救済の立場からも、認定症例の中の約 10%の症例にて、体腔液細胞診のみが診断の根拠である場合があり、その標本上の細胞診所見のみで中皮腫診断の可能性を論じざるを得ない。その意味において、体腔液細胞診での中皮腫診断の可能性をさらに深めていく必要性を感じている。

今回の講演では、体腔液細胞診から中皮腫を強く疑い、生検、手術その他の方法で中皮腫と確定診断された多数の症例（150 例以上）の細胞所見に共通した項目を診断因子として分類し、それぞれの因子の重要性を統計学的に処理して、その中で有意な所見を紹介する。

中皮腫症例では、約 80%において病初期から体腔液貯留を認めることが知られている。したがって、胸水や腹水細胞診に出現する中皮腫細胞の主な特徴を把握した上で中皮腫との推定診断を行い、様々な原発臓器からの腺癌や、胸膜炎などで出現する反応性中皮との鑑別の目的で、細胞マーカーの免疫染色を実施することがきわめて重要である。

また、体腔液細胞診上で、出現細胞の特徴に加えて分子生物学的手法により中皮腫の確定診断が可能なることを紹介する。

現在、登山でいえば 1 合目ないし 2 合目に相当するといわれる日本での中皮腫発生状況を考えると、早期診断や早期治療への正確な道筋をつけることが大切であり、またこの方向性が患者救命を可能とする早期治療に結びつく唯一な方法と理解している。

参加いただいた皆様には、本講演を通じて癌性漿膜症での癌細胞や胸膜炎などで出現する反応性中皮と、中皮腫細胞との細胞所見の差異についていくつかの鑑別ポイントを認識していただくことを希望する。

【略 歴】

氏 名 亀井 敏昭 (かめい としあき) (佐賀県出身)

生年月日 昭和 24 年 (1949 年) 9 月 13 日生、 62 歳

現 職 山口県立総合医療センター 病理科診療部長 兼 中央検査部・部長

学 歴 昭和 49 年 3 月 山口大学医学部医学科 卒業
昭和 49 年 4 月 山口大学大学院医学研究科・病理学専攻入学
昭和 53 年 3 月 同 単位取得修了
研究内容『腹腔肉芽腫内でのアミロイド沈着の電顕的研究』

職 歴 昭和 55 年 4 月 山口大学助手・医学部 (病理学第一講座)
昭和 55 年 10 月 山口大学講師・医学部 (病理学第一講座)
昭和 58 年 4 月 山口県立中央病院病理科部長
平成 12 年 11 月 山口大学医学部 臨床教授 (併任)
平成 17 年 4 月 山口県立総合医療センター病理科診療部長 (施設名変更に伴い)
平成 18 年 4 月 山口県立総合医療センター病理科診療部長 兼 中央検査部・部長
現在に至る

その他 環境省 石綿健康被害対策小委員会・専門委員 平成 18 年 4 月～
厚生労働省石綿確定診断委員会 病理診断委員 平成 21 年 4 月～

学会関連活動 日本臨床細胞学会 (理事, 施設認定制度委員会委員長, 細胞診専門医委員会担当理事, 山口県支部・支部長)
日本細胞診断学推進協会 理事 (細胞診専門医)
日本病理学会 学術評議員, 中国四国支部業務委員会・委員長)
日本肺癌学会 細胞診判定基準改訂委員会・委員
同 中皮腫細胞診評価ワーキンググループ長
日本石綿・中皮腫研究会 幹事 (2005 年～)
日本中皮腫細胞診研究会 代表幹事 (2008 年～)

専 攻 外科病理学 (興味ある領域; 中皮腫、漿膜関連疾患)
臨床細胞学 (体腔液細胞診)

著 書 「体腔液細胞診アトラス」(2002 年、篠原出版新社, 海老原善郎, 亀井敏昭監修)
「アスベストと中皮腫」(2007 年、篠原出版新社, 亀井敏昭他編著)
「新細胞診断学入門」(2007 年、名古屋大学出版会, 横井豊治、越川卓監修) の
“体腔液細胞診”の項目を執筆
「アトラス 細胞診と病理診断」(2010 年、医学書院、亀井敏昭、谷山清己編著)

受 賞 (平成 16 年度) 第 34 回山口大学医学部同窓会(霜仁会) 学術振興賞藤生賞
“悪性中皮腫の体腔液細胞診での基礎的研究と臨床応用”
平成 23 年 10 月 日本臨床細胞学会 学会貢献賞

特別講演 3

「乳腺疾患の細胞診断に役立つ病理組織学的知識」

埼玉県立がんセンター病理診断科

黒住 昌史

近年、本邦においても欧米と同様に乳癌の罹患率は急速に増加しており、その原因としては乳癌の発生自体の増加と画像診断法の進歩などが考えられている。現在、乳癌の術前診断法としては画像診断法、穿刺吸引細胞診と針生検法が主に行われている。実際に手術を行う施設では針生検標本の組織診断が重要視されているが、一般のクリニックや病院では穿刺吸引細胞診が主に行われている。今後は細胞診と組織診のすみわけが明確化されると思われる。一方、組織型診断も少しずつ変遷しており、新しい概念や分類法が提唱されている。精度の高い細胞診断を行なうためには、従事者は乳腺疾患全般にわたる幅広い知識を持つ必要がある。今回の講演では、乳腺の発生する病変の組織像について解説したいと思う。一般的な悪性病変としては、非浸潤性乳管癌 *noninvasive ductal carcinoma* (*ductal carcinoma in situ*: DCIS), 非浸潤性小葉癌 *lobular carcinoma in situ* (LCIS), 浸潤性乳管癌 *invasive ductal carcinoma* である乳頭腺管癌 *papillotubular carcinoma*, 充実腺管癌 *solid-tubular carcinoma*, 硬癌 *scirrhous carcinoma*, 特殊型である粘液癌 *mucinous carcinoma*, 髄様癌 *medullary carcinoma*, 浸潤性小葉癌 *invasive lobular carcinoma*, 腺様嚢胞癌 *adenoid cystic carcinoma*, 扁平上皮癌 *squamous cell carcinoma*, 紡錘細胞癌 *spindle cell carcinoma*, アポクリン癌 *apocrine carcinoma*, 骨・軟骨形成 *carcinoma with cartilaginous and/or osseous metaplasia* を伴う癌, 管状癌 *tubular carcinoma*, 分泌癌 *secretory carcinoma*, 脂質分泌癌 *lipid-secreting carcinoma*, 悪性葉状腫瘍 *malignant phyllodes tumor*, 血管肉腫 *angiosarcoma*, 悪性リンパ腫 *malignant lymphoma* について解説する。また、一般的な良性病変としては、線維腺腫 *fibroadenoma*, 乳管内乳頭腫 *intraductal papilloma*, 良性葉状腫瘍 *benign phyllodes tumor*, 乳頭部腺腫 *adenoma of the nipple*, 管状腺腫 *tubular adenoma*, 腺筋上皮腫 *adenomyoepithelioma*, 過誤腫 *hamartoma*, 顆粒細胞腫 *granular cell tumor* について解説することとする。一方、新たな概念（組織型）としては、浸潤性微小乳頭癌 *invasive micropapillary carcinoma*, 基質産生癌 *matrix-producing carcinoma*, 多形性浸潤性小葉癌 *pleomorphic invasive lobular carcinoma*, 充実乳頭癌 *solid-papillary carcinoma*, 内分泌癌 *neuroendocrine carcinoma*, 乳管腺腫 *ductal adenoma*, 陳旧性線維腺腫 *ancient fibroadenoma*, 糖尿病性乳腺症 *diabetic mastopathy* などについて解説することとする。これらの基本的な知識が細胞診断に少しでも役立つことを期待したい。

【略 歴】

氏 名	黒住 昌史 （くろずみ まさふみ）
現 職	埼玉県立がんセンター病理科部長
略 歴	1978 年 3 月 新潟大学医学部卒業 1985 年 5 月 大阪大学医学部で医学博士号取得 1991 年 6 月 埼玉県立がんセンター臨床病理部 医長 2002 年 4 月 埼玉県立がんセンター病理診断科 科長兼副部長 2005 年 4 月 同 科長兼部長 現在に至る
役 職	2004 年 12 月 第 1 回日本乳癌学会関東地方会会長 2006 年 12 月 日本乳癌学会関東地方会代表世話人 2008 年 9 月 日本乳癌学会理事
資 格	日本病理学会専門医 日本臨床細胞学会細胞診専門医 日本検査医学会専門医
学 会	日本病理学会評議員 日本乳癌学会 （再選された場合：理事）、評議員 日本臨床細胞学会評議員
学会委員	日本乳癌学会 選挙委員会委員長 組織学的効果判定基準小委員会：委員長 新 TNM 分類小委員会乳癌学会代表 日本病理学会 Pathology International：査読委員 日本臨床細胞学会：専門医委員，編集委員

特別講演 4

「脳腫瘍病理診断の要点」

群馬大学大学院医学系研究科病態病理学

中里 洋一

「脳腫瘍」とは頭蓋腔内に発生する腫瘍全体をさしており、全身の腫瘍の中での頻度は高くはない。しかし、中枢神経機能を障害し、患者の生活の質を著しくさまたげるやっかいな腫瘍といえる。また、一概に脳腫瘍といっても種類が多く、WHO 脳腫瘍組織分類では 133 種類の組織型に分けられている。各腫瘍型がそれぞれ特徴的な生物学的、臨床的性質を持っているので、病理医は正確な診断を求められる。本講演では脳腫瘍の病理診断をする上での基本的事項を述べるとともに、診断上の要点と注意点に言及したい。

脳腫瘍の病理診断を進める上で、病理医はふだんから基本となる知識を整理しておく必要があり、さらに提出された標本をいかに適切に検索し、いかに有益な診断情報を引き出すかが、正確な診断の成否に大きく関わってくる。まず、神経画像所見を含む臨床情報が重要であるので、臨床医から必要十分な情報を得るよう努めることが大切である。組織標本の出来映えは診断を直接左右することがあるので、病理技師とともに品質管理に努め、良い標本を作らなければならない。検鏡にあたっては、低倍率により H.E. 標本の全面を良く見渡して、腫瘍の全体像、組織構造、組織パターンを把握することに努める。その上で、要所要所を高倍率で観察し、細胞所見、異型性の程度、核分裂像の数、間質の特徴などを判定する。迅速診断時には、凍結切片とともに細胞診標本を作製して観察する必要がある。細胞形態の詳細な観察には細胞診標本の方が格段に優れている。ここに至ってから、WHO 組織分類を念頭において、組織診断の大まかな方向性と鑑別すべき腫瘍型を決定し、診断の決め手となる組織学的所見を探すとともに、免疫染色や、細胞遺伝学的検索をオーダーすることになる。この段階では、WHO 組織分類の全体像、代表的腫瘍型の臨床病理学的特徴、選択すべき免疫染色の種類などが、基本的知識として必要になる。このようにして得られた情報を整理し、適正な診断アルゴリズムに基づいて、最終的に病理組織診断を決定することになる。

組織標本の弱拡大観察で得られる情報には、腫瘍細胞密度と腫瘍境界に関する情報がある。細胞密度は脳白質の密度を標準（中等度）として、それより低い、やや高い、高い、極めて高いの 5 段階に分けると実践的である。細胞密度の低い腫瘍には pilocytic astrocytoma や subependymoma があり、一方、極めて高い腫瘍には medulloblastoma や malignant lymphoma などが含まれる。細胞密度は腫瘍の大まかな分類に役立つ。腫瘍境界が不明瞭な腫瘍は diffuse astrocytoma などびまん性膠腫が多く、極端な例は gliomatosis cerebri である。境界の明瞭な腫瘍には ependymoma や astroblastoma などがある。組織標本を中拡大で観察すると様々な組織配列パターンを認識することができる。この中には meningioma の whorl formation や schwannoma の nuclear palisading などの様に組織診断に直結する重要な情報が含まれている。また、壊死巣や微小血管増殖像などは腫瘍の grading に反映される情報である。間質の石灰沈着、砂粒体、線維形成といった所見も中拡大で観察でき、診断情報として役立つ。強拡大の観察では腫瘍細胞の核および細胞質の所見を詳細に観察でき、異型度の判定、細胞由来の推定、細胞質封入体の有無などに関する情報が得られる。特に核分裂像の多寡は grading に有益な情報である。

免疫組織化学的検索は脳腫瘍の病理診断にも極めて重要である。細胞系譜マーカーによる腫瘍細胞の由来の推定、増殖マーカーによる増殖能の判定、腫瘍特異的な遺伝子産物の検出による診断確定、薬剤感受性の評価などに免疫染色が使われている。多数の抗体が市販されているが、少なくとも GFAP 等のよく使われるマーカーについて、その発現の意義と評価法を習熟しておくことが重要である。

【略 歴】

氏 名 中里 洋一 (なかざと よういち)

生年月日 昭和 22 年 5 月 9 日

本 籍 地 群馬県

略 歴 昭和 41 年 群馬県立高崎高等学校卒業
昭和 47 年 群馬大学医学部卒業
昭和 51 年 群馬大学大学院医学研究科修了
昭和 51 年 群馬大学助手医学部 (病理学第一講座)
昭和 53 年 群馬大学講師医学部 (病理学第一講座)
昭和 60 年～61 年 文部省在外研究員 (米国陸軍病理学研究所 AFIP へ留学)
平成 2 年 群馬大学教授医学部 (病理学第一講座主任)
平成 15 年 群馬大学教授大学院医学系研究科 (病態病理学分野主任),
現在に至る

専門領域 人体病理学, 神経病理学, 脳腫瘍の病理学

所属学会、委員等 日本病理学会 (学術評議員), 日本神経病理学会 (理事、用語委員長)
日本脳腫瘍病理学会 (理事、編集委員長), 日本間脳下垂体腫瘍学会 (理事),
国際神経病理学会, 米国神経病理学会, 国際病理アカデミー

Editorial Board Brain Tumor Pathology (Editor in chief)
Brain and Nerve (Advisory board)
Journal of Neuro-oncology
Neurologia medico-chirurgica (Associate editor)
Pathology International
Neuropathology

シンポジウム 1

「LBC を用いた分子病理診断の現状と可能性」

東海大学医学部附属病院病理検査技術科¹⁾，東海大学医学部基盤診療学系病理診断学²⁾

○伊藤 仁(CT)¹⁾，小山田裕行(CT)¹⁾，古田島繁美(CT)¹⁾，加戸伸明(CT)¹⁾，宮嶋葉子(CT)¹⁾，
芹澤昭彦(CT)¹⁾，井野元智恵(MD)²⁾，梶原博(MD)²⁾，中村直哉(MD)²⁾

がんの病態が分子レベルで明らかになる中，病理診断は，形態診断に加えて分子病理学的診断の導入により，疾患の原因となる蛋白質や DNA に関して，正確な診断が可能となってきた。病理診断は分子標的治療の基礎として臨床でますます重視されてきており，分子病理診断に基づく最適な治療を行うことが可能となってきた。分子標的治療は，癌細胞が増殖，分裂するような指令を出す特定の分子を選択的に狙い撃ちしてその機能を抑えることにより抗腫瘍効果を示す薬剤である。

分子病理診断，すなわち標的分子を検出，同定する技術としては，蛋白を定性的あるいは半定量的に判定する免疫組織化学 Immunohistochemistry (IHC) 法，主として遺伝子の増幅，転座を解析する Fluorescence in situ hybridization (FISH) 法，変異を検出する PCR 法などが用いられる。現在では FISH 法に代わり，double in situ hybridization (DISH) 法，Double staining chromogenic in situ hybridization (DuoCISH) 法といわれるような光顕レベルでシグナル判定が可能な色素を用いた二重染色法が開発されている。

アルコール固定の細胞診標本は，蛋白や DNA の解析に適しているが，デメリットも多い。Pap 染色済み標本は，蛋白を検出する免疫染色では比較的安定した結果が得られるが，DNA 解析には不適である。FISH 法や DISH 法などで標的の遺伝子がうまく検出される場合もあるが，再現性に乏しく不安定である。アルコール固定の未染色標本は解析に適しているが，標本内の目的細胞の有無，多寡がわからない。また，集塊を形成しているか，あるいは散在性なのか，細胞の状態も不明である。そのような不確定要素が多い材料に，時間も労力もコストもかかる FISH 法や DISH 法などの手法を用いるのは効率的ではない。

Liquid-based cytology (LBC) 法は，細胞を専用の液状固定保存液に浮遊させ，標本作製する方法であり，Pap 標本の他に，保存液中に残った細胞は後日必要に応じて様々な目的に利用できる。コンディションの良い均一な塗抹標本が複数作製でき，さらに PCR 法などへの応用も可能である。鏡検後に必要性が生じる分子病理学的技法を細胞診へ応用するには LBC 法は極めて適した方法といえる。PCR 法は，細胞塗抹 Pap 標本からも Laser Capture Microdissection (LCM) 法を用いて，目的の細胞を光学顕微鏡下で取り出し，PCR 解析が可能であるが，LBC 法においては，LCM 法を使わずに，そのままの材料を PCR 解析することが可能である。

LBC 法を用いた分子病理診断としては，子宮頸がんの HPV 検出があげられるが，今後，様々な領域での応用が考えられる。とくに肺腺癌の分子標的治療のための遺伝子解析が行われるようになってきているが，気管支擦過塗抹標本作製後のブラシの LBC あるいは気管支・肺泡洗浄液の LBC 法への応用による遺伝子の転座あるいは変異などへの応用が期待される。

本発表では，LBC 法を用いた分子病理診断の現状と可能性について，免疫染色，FISH 法，DISH 法など実際の症例を供覧し，また PCR 法への応用についても紹介したい。

シンポジウム 2

「呼吸器領域における液状化細胞診の有用性とその応用へ向けて」

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 病理¹⁾，同 呼吸器内科²⁾，同 呼吸器外科³⁾
富山大学大学院医学薬学研究部 病理診断学講座⁴⁾

○阿部香織¹⁾，内田好明¹⁾，新発田雅晴¹⁾，古村祐紀¹⁾，安田真大¹⁾，小井戸綾子¹⁾，鎗木孝之²⁾，
清嶋護之³⁾，朝戸裕二³⁾，斉藤仁昭¹⁾，飯嶋達生¹⁾，井村穰二⁴⁾

近年、呼吸器領域における細胞診の適応は拡大してきており、従来の存在診断のみならず、分子標的治療薬の導入など、患者層別化に向けての質的診断の機会も増えてきている。この様な背景のもとに、これまでの免疫細胞化学のみならず、様々な分子生物学的手法を積極的に取り入れていく必要性が高まりつつある。一方で、これまでの細胞診における検体処理に関しては、これらの手法を転用するには様々な障害もあり、現状ではあまり改善されていないことも問題となっている。それらを解決する一助として液状化細胞診(Liquid based cytology:LBC)はその有用性が期待されつつある。今後、LBC を用いることにより、細胞形態の保持だけでなく、免疫細胞化学や様々な分子生物学的手法への応用も図られ、ひいては、診断のみならず、治療面における貢献へと繋がる。

我々は、これまでに末梢肺野腫瘍性病変に対する CT ガイド下経皮的肺針生検時の穿刺針洗浄材料に対して LBC を用いて、診断精度向上の一助となることを明らかにしてきた。今回、さらに LBC を用いることで採取細胞数の少ない材料からの集細胞効果のみならず、免疫細胞化学的手法への応用、LBC 保存液中の検体を用いた分子生物学的検索への転用、そして標準化に向けて、肺穿刺針洗浄材料と気管支ブラシ洗浄材料を用い、その有用性と可能性を探りたい。

シンポジウム 3

「呼吸器細胞診検体の液状化処理と非小細胞肺癌の診断・治療のための遺伝子解析」

日本大学医学部病態病理学系病理学分野¹⁾，日本大学医学部附属板橋病院病理診断科²⁾

○中西陽子¹⁾，関 利美²⁾，根本則道^{1,2)}

呼吸器領域における細胞診、とくに肺癌が疑われる時は、良悪性の判定は勿論のこと、可能な限り組織型を推定することが求められる。近年、非小細胞肺癌に対する薬物治療が飛躍的に進歩したことにより、化学療法の治療効果が期待できる症例を的確に選別することが求められている。このことは、医療経済的にも理に適っているだけでなく、患者にとっての不要な副作用を避ける上でも大切なことである。そのためにも、限られた検体から腺癌と非腺癌の鑑別は治療方針に直結した医療情報となる。また、分子標的治療選択のための EGFR 遺伝子変異ならびに ALK 融合遺伝子の有無をより迅速に検出することが求められている。手術適応がなく、更にさまざまな理由で生検不能な進行非小細胞肺癌では、細胞診で得られた腫瘍細胞からの遺伝子情報の獲得とその解析の意義はきわめて大きい。我われの施設ではこれまでも非婦人科領域の細胞診検体の液状化処理とその評価、ならびに遺伝子解析を含めた検討を行ってきた。今回は、進行肺癌症例の胸水ならびに気管支洗浄液について液状化処理を行い、組織型鑑別を目的とした遺伝子発現解析と、QP(Quenching Probe)法を用いた迅速 EGFR 遺伝子変異検査法の有用性について報告する。

進行非小細胞肺癌(10 症例)の胸水を ThinPrep 法で液状化処理し、ThinPrep 2000(オリンパス)を用いて塗抹後、パパニコロウ染色を行った。細胞像を観察した後、レーザーマイクロダイセクション法で標的細胞集塊を切削回収し、RT-PCR 法で組織型の鑑別を目的とした遺伝子発現解析を行った。QP 法を用いた EGFR 遺伝子変異検査は、胸水(25 例)ならびに気管支洗浄液(20 例)の液状化処理検体と、既製パパニコロウ標本(2 例)からの剥離細胞を対象として行った。QP 法は Quenching Probe を用いた PCR 反応産物を Tm 値解析するものであるが、自動解析装置 i-densy(アークレイ)を用いることで、腫瘍細胞が豊富な細胞診検体であれば、DNA 抽出は不要であり、約 90 分で結果を得ることが可能であり、その操作は簡便である。EGFR 遺伝子変異の結果に関しては、PNA-LNA PCR clamp 法と DNA ダイレクトシーケンス法による結果と比較した。

細胞診では検体に含まれる細胞量や変性の程度などの条件により診断困難な場合もある。遺伝子発現解析の手技は煩雑ではあるが、十分な形態学的評価が出来ない時や、免疫染色による解析が不可能な場合には、一度に複数の標的分子を解析する事が可能であり、きわめて有用な医療情報を得ることができる。一方、QP 法による EGFR 遺伝子変異解析は非常に簡便かつ迅速性に優れており、解析結果も信頼性が高い。本法は既製染色標本からの強制剥離細胞についても解析可能であり、検体量が乏しい場合に有用である。今日、分子標的治療の選択における EGFR 遺伝子変異解析は必須である。非小細胞肺癌に関しては、新たな分子標的の対象となる遺伝子変異が明らかにされていくと思われ、遺伝子解析は日常的検査として導入されることが予測される。今後、細胞診は形態学的評価に留まらず、治療に直結する医療情報を包含することを認識すると共に、質の高い医療情報を発信することが求められる。

シンポジウム 4

「尿細胞診における LBC 標本について ～LBC PREP の検討～」

公立長生病院 検査科¹⁾, 東京医科大学 分子病理学講座²⁾,
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³⁾, 東部地域病院 検査科⁴⁾, 千葉県済生会
習志野病院 泌尿器科⁵⁾

○西周裕晃¹⁾, 山田正俊²⁾, 齋藤博子^{3,4)}, 北風あゆみ¹⁾, 関田信之⁵⁾,

Liquid Based Cytology (以下 LBC) は、細胞の重積が少ない均一な標本が作製でき、鏡検範囲が限定されることが特徴と言われており、婦人科以外の分野においても有用性が報告され、普及しつつある。

我々は、第 52 回日本臨床細胞学会春期大会 (2011 年 5 月、福岡) において、尿細胞診における LBC PREP (武藤化学株式会社) の基礎的検討について報告した。対象として、自然尿とカテーテル尿を計 33 例用いた。検体処理方法は、1) すり合わせによる遠心法、2) YM 固定液による 2 回遠心法、3) フィルター法、4) LBC PREP の 4 法で行い、①標本作製、②尿の性状による細胞像の相違、③悪性検体における背景所見の保持と細胞像について比較した。その主な検討結果を下に挙げる。

①標本作製：LBC PREP は、検体保存容器と標本作製器具が一体化していることが最大の特徴である。標本作製方法は完全用手法で、遠心機以外の特別な機器は必要ないことから場所をとらず、工程数が少ないことで、標本の作製は、少ない人員でも十分対応可能と考えられる。

②細菌による尿路感染症検体：LBC PREP、遠心法、2 回遠心法の全例 (10 例) で細菌を認めた。また、好中球などの白血球種類は、各処理方法で鑑別が可能であった。

③悪性検体の背景所見：赤血球と壊死の有無は、ともにフィルター法以外では、背景所見が比較的保たれていた。

組織構築の有無：低異型度・高異型度ともに遠心法、2 回遠心法で single cell の割合が高く、フィルター法では、single cell が減少し、細胞集団の割合が高くなる傾向にあった。LBC PREP はこれらの間に位置する結果となった。

細胞像：LBC PREP で処理した悪性細胞に細胞の収縮は明らかでなく、顕著な細胞の変化は認められなかった。

検討結果から LBC PREP は、背景所見が失われず、組織構築も認められることから、悪性細胞の検出率の向上が期待された。

今回、上記の報告に加え、TURBT にて採取された膀胱腫瘍の組織片を生理食塩水に浮遊させ、この浮遊液を更に生理食塩水で希釈したものを、各々すり合わせによる遠心法と LBC PREP の 2 種類の方法で標本作製した。このことにより、悪性細胞の出現が少数の検体においても、LBC PREP が有用か否かを検討し、考察を加え報告する。

シンポジウム 5

「迅速免疫細胞染色」

日本医科大学多摩永山病院 病理部¹⁾，日本医科大学病理学教室²⁾

三菱化学メディエンス病理・細胞診センター³⁾

○片山博徳¹⁾，細根 勝¹⁾，丹野正隆²⁾，内藤善哉²⁾，前田昭太郎^{1,3)}

術中迅速診断は的確な病理診断が臨床から要求される病理部にとっての重要な日常業務となっている。この迅速診断により術式や切除範囲の変更などにつながり患者さんにとって重要な情報となる。

当院では術中迅速診断には必要に応じて細胞診と、迅速免疫染色を併用している。

術中に行う細胞診は迅速組織切片に見られるような凍結による **artifact** がなく細胞個々の観察に最適でありまた、手技も簡単で、短時間で染色もでき現在、術中迅速組織診の補助的診断法ではなく、相補的診断法として施行され、迅速細胞診断だけで術式が決定されることも少なくない。しかし術中迅速診断は制約された条件下で行われ、時にその診断に苦慮することもある。当院では **1996** 年より診断困難例に遭遇した場合に必要に応じて迅速免疫細胞染色を併用している。今回、迅速細胞診断に免疫細胞染色を併用するためにその技術的な事項を中心に現在までの経験に基づき報告する。

過去 4 年間で迅速診断を行った **546** 症例において、**19** 症例の細胞診検体に迅速免疫細胞染色が行われた。検体処理は固形材料であれば捺印法、圧挫法、擦過法を選択し固定が短時間で十分行われるように材料の塗抹が厚くならないよう、また塗抹する面積もスライドガラス全面ではなく **32mm** のカバーガラスで封入できる程度の範囲内に塗抹することにより判定時間を短縮でき効果的である。体腔液や穿刺吸引細胞診時の針内洗浄液はサイトスピンを用い検体の処理を行った。検体処理に用いるスライドガラスは細胞の剥離を防止する意味でも細胞接着剤を塗布したものを使用することが必要で、我々はシランコートのスライドガラスを用いている。免疫細胞染色を行う時、同時に陰性コントロール用のプレパラートも同時に作製する。なお固定液は **95%**エタノールを使用し約 **1** 分間固定し、抗体、検出試薬の洗浄は洗浄ビンに入れた **TTBS**(Tween-20 加 Tris buffer saline)を用いた。

1 次抗体を **3** 分（抗体濃度はパラフィン切片に用いる約 **5** 倍高濃度）、検出系はエンビジョン（**DAKO** 社）を使用し **3** 分反応させた。内因性のペルオキシダーゼ活性の阻止、蛋白ブロックは結果の判定に支障がないために現在、この操作は省いている。

発色はジアミノベンチジンで **1** 分とし、ヘマトキシリンで対比染色を用い直ちにカバーガラスをのせ判定しその後、脱水、透徹、封入を行う。当院での迅速診断は原則的に予約制としており、臨床との術前カンファレンスにおいて免疫細胞染色の必要性についてもディスカッションされるため抗体の準備等についても通常業務の妨げになることもない。迅速免疫細胞染色は固定終了後、約 **10** 分で判定でき術中迅速診断に十分に対応可能であった。術中迅速診断時に組織発生に基づく診断が必要な時は迅速細胞免疫染色を併用することは有用であると考えられた。

一般演題示説

P-1 当院での AGC 判定症例における組織所見との対比

神奈川県立がんセンター婦人科¹⁾,
同 検査科²⁾, 同 病理診断科³⁾

飯田哲士¹⁾, 近内勝幸¹⁾, 松橋智彦¹⁾, 丸山康世¹⁾,
小野瀬亮¹⁾, 加藤久盛¹⁾, 中山裕樹¹⁾, 大金直樹²⁾,
関谷元幹²⁾, 横瀬智之³⁾

【緒言】子宮頸部腺癌は本邦において増加傾向にあるが、その自然史には未解明の部分も多い。2001年に改訂されたベセスダシステムには、腺癌を疑うが断定に至らない場合の診断カテゴリーとして、異型腺細胞 *atypical glandular cells* (AGC) という用語が用いられている。高分化腺癌は一般に細胞異型が弱く、採取される異型細胞の量が少ないこともしばしばである。AGCは、良性病変から癌までの、広範囲の病変を含む判定区分である。と同時に、CINのような扁平上皮系病変が多く含まれる可能性も高い。

【方法】今回、2010年に当院で施行された子宮頸部細胞診において、AGCと判定された症例での、細胞所見と組織所見の対比について検討した。

【結果】当院での2010年の子宮頸部細胞診の総数は4655件だった。その中で、疑陽性を含めた陽性症例は750例(16.1%)存在したが、さらにその中で、AGCと判定されたものは9例であった(9/750, 1.2%)。しかし、そのうち3例は、既に子宮頸部腺癌の診断にて治療が行われた症例の再発例であり、初回検査でAGCと判定されたものは6例存在した。この6例の中の3例(3/6, 50%)は、AGCと扁平上皮系異型細胞の混合所見として判定された。これら3例の最終的な組織診断はそれぞれ、*mild dysplasia* 1例、*moderate dysplasia* 1例、*severe dysplasia* 1例であり、いずれも扁平上皮細胞の異型病変であった。そして、単独でAGCと判定された3例(3/6, 50%)の最終組織診断は、*mild dysplasia* 1例、子宮頸部腺癌1例、子宮体部類内膜腺癌1例だった。

【考察】スクリーニングの際に、AGCと判定される場合には、腺系病変のみならず、扁平上皮系病変、あるいは内膜病変や子宮外病変の存在も含めて、より高度な病変が存在する可能性を常に念頭におくべきである。

P-2 クリニチップによる HPV ジェノタイプング検査の有用性

土浦協同病院 病理部¹⁾, 同 婦人科²⁾

池田 聡¹⁾, 鈴木恵子¹⁾, 島袋剛二²⁾

【背景】HPVの感染が子宮頸がんの原因であることはすでに明らかであり16型など8つがハイリスク型とされており、これらは持続感染後子宮頸がんを発展する確率が有意に高いことが知られている。したがってこのタイプの感染者については他のタイプの感染者より層別化し、特に嚴重に経過観察していく必要がある。

【目的】これらの背景を踏まえ、当院では2011年暮れよりクリニチップを用いたHPVジェノタイプング検査を導入した。この検査は通常行われるハイブリッドキャプチャーIIと異なり、組織検査で前癌病変である異形成と判定された患者のフォローアップに対して行うと保険適応となる。異形成病変の多くはその後自然消失しその中の一部が子宮頸がんに移行するが、この異形成のフォローはいままで細胞診による他はなかった。異形成患者をさらに細分化することで層別化されたフォローが可能となる。

【方法と現状】クリニチップは患者DNAをLAMP法によって核酸増幅し、DNAチップを用いて型別にHPVを検出できるシステムである。抽出されたDNAより結果を得るまでには約2時間半でその間の手間もほとんどかからない。当院では細胞診結果にHPV検査結果を付記して翌日には臨床に報告している。現在57例について検査が行われ、癌へ進展するタイプは16, 52, 58型が多く、高齢者では52, 58型が多いなどの傾向が明らかになっている。また、フォロー中の異形成患者の細胞診検査で陰性だった例は大部分ハイリスクHPVも陰性化しており、今後のフォローアップ頻度を軽減できる可能性があり、患者の不安も医療費も軽減できる。

【結語】異形成のフォローには、型別に判定できるHPV検査の併用が有用であると思われる。

P-3 Class 分類を併用したベセスダシステム ASC-US 症例の再評価

社会保険群馬中央総合病院臨床検査部¹⁾,
同 病理診断科²⁾

小保方亜光¹⁾, 斉藤誠人¹⁾, 永瀬泰平¹⁾,
佐藤麻理¹⁾, 櫻井信司^{1,2)}

【はじめに】当院では、婦人科細胞診報告書にベセスダ分類と Class 分類を併記しており、ASC-US でも異形成を積極的には疑わない Class II と異形成を疑う Class III が存在している。これらについて、ASC-US 判定後の high-risk HPV-DNA テストと、生検結果を考慮し、ASC-US 症例の再評価を行った。

【対象】2010 年 9 月～2012 年 6 月に ASC-US と判定、HPV テストを実施した 122 症例(うち陽性 46 例)を対象とした。

【結果】細胞診検体数 8857 例中、ASC-US は 236 例(2.7%)であった。Class II・HPV テスト(-)は 51 例、Class II・HPV テスト(+)は 22 例、Class III・HPV テスト(-)は 25 例、Class III・HPV テスト(+)は 24 例であった。HPV テスト(+)症例に行った生検組織診断は、Class II ASC-US で CIN I 8 例、CIN II 5 例、CIN III 6 例で、3 例は実施していない。Class III ASC-US では、CIN I 9 例、CIN II 5 例、CIN III 1 例、コンジローマ 1 例、異常所見なしが 6 例で、2 例は生検を施行されていない。

【結論】従来の Class 分類では、Class II・HPV テスト(+)、異形成症例が見逃されていた可能性があり、ベセスダ分類導入によりこれらの症例を抽出することができた。Class III・HPV テスト(-)症例には、low-risk、intermediate-risk の HPV 感染を伴っている可能性、アーチファクトの可能性などが考えられる。

P-4 子宮頸部すりガラス細胞癌の 3 例

埼玉社会保険病院 病理部¹⁾, 同 産婦人科²⁾

古泉景子(CT)¹⁾, 是松元子(CT)¹⁾, 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⁾, 清水健(MD)¹⁾, 金田佳史(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部すりガラス細胞癌は、腺扁平上皮癌の低分化型で子宮頸癌の 1%を占めるまれな腫瘍である。今回我々は、子宮頸部すりガラス細胞癌の 3 例を経験したので報告する。

【症例】症例 1: 30 代, 3 妊 2 産。著明な炎症性背景に腫瘍細胞が軽度～中等度の重積性集塊として出現していた。炎症細胞の貪食像が目立ち、細胞質は多角形で境界明瞭、顆粒状で淡染性を示した。核は大型で類円形、大型の核小体がみられた。一部の核で核形不整がみられた。

症例 2: 40 代, 0 妊。炎症性背景にシート状～中等度の重積性を示す腫瘍細胞の集塊が認められた。細胞質は多角形で境界明瞭、厚く化生様であった。核は類円形で大小不同が目立ち、大型の核小体がみられた。

症例 3: 60 代, 2 妊 2 産。炎症性、壊死性背景の中に腫瘍細胞が散在性から軽度の重積性集塊で出現していた。細胞質は多角形で境界明瞭、淡染性を示し、一部ではやや厚みを有する顆粒状の細胞質もみられた。核は大小不同、核形不整が目立ち、大型の核小体がみられた。

【考察】3 症例に共通した所見は多角形で顆粒状の細胞質、明瞭な細胞境界である。角化異常細胞や細胞間橋、腺腔構造は認められなかった。これらは文献的にも特徴とされる所見である。しかし症例 2 では化生様の細胞が目立ち、低分化扁平上皮癌との鑑別が必要であった。症例 1,3 では核形不整がみられ文献的に特徴とされる細胞像と異なった。また 3 症例とも組織像で好酸球、形質細胞、リンパ球の浸潤が認められたものの細胞像では目立たず好中球の増加のみがみられた。予後の悪い症例であるため、細胞所見の特徴を認識することが重要である。

P-5 最近経験した胞状奇胎の内膜細胞診像

国際医療福祉大学病院 産婦人科¹⁾,
同 病理診断科²⁾

高橋佳容子¹⁾, 森澤宏行¹⁾, 神蔵慎一²⁾,
黒田 一²⁾, 大和田倫孝¹⁾

【はじめに】絨毛性疾患は減少傾向にあり、遭遇する機会が減っている。われわれは最近、胞状奇胎の症例を経験したので、その内膜細胞診像を含めて報告する。

【症例】患者は50歳の2経産婦で、1週間前より続く不正性器出血のため来院した。内診では子宮は手拳大で、両側付属器は触知しなかった。外子宮口より出血が確認された。経腔超音波断層法では子宮内腔に液体の貯留および multi-vesicular pattern が認められ、また血中 hCG 値が 28 万 mIU/ml と高値であったため胞状奇胎を疑い、子宮内容掻爬術を実施した（この時点では妊娠6週相当）。術後5日に凝血塊を伴う大量の性器出血が出現したため緊急でMRIを実施したところ、一部で子宮内膜の不整像が見られ、侵入奇胎が強く疑われた。再掻爬術による大量出血を懸念して同日子宮全摘出術を行った。その後 hCG 値は掻爬術後10日（子宮摘出後5日）で 2000 mIU/ml まで速やかに下降した。

【内膜擦過細胞診所見】出血性、炎症性背景の中に細胞性栄養膜細胞が確認された。栄養膜細胞の核では、軽度の大小不同やクロマチンの濃染などの異型が認められた。なお、合胞体栄養膜細胞は見られなかった。

【病理所見】子宮内容掻爬術により得られた組織では、ほとんどの絨毛が水腫状変化を示し、栄養膜細胞の増殖や槽の形成が見られた。摘出子宮でも同様の所見が得られたが、筋層浸潤は確認されず、最終的に胞状奇胎と診断した。なお、約5cm大の筋層内筋腫も確認された。

P-6 子宮体部癌肉腫の細胞病理学的検討

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター
臨床検査部¹⁾,
群馬県立がんセンター 検査課²⁾,
群馬県健康づくり財団³⁾

関口友一¹⁾, 竹渕友弥¹⁾, 遠藤 隆¹⁾, 大竹弘子¹⁾,
佐藤俊行¹⁾, 土田 秀²⁾, 小川 晃¹⁾, 杉原志朗³⁾

【はじめに】子宮体部癌肉腫は比較的稀な腫瘍で、子宮体部悪性腫瘍の3%を占め、予後不良である。今回我々は、当院で経験した子宮体部癌肉腫3症例の術前子宮内膜細胞診・組織診の診断結果と、手術摘出材料の組織診断結果を比較検討した。

【症例】術前子宮内膜細胞診では3症例全てが類内膜腺癌と判定された。術前組織診においても3症例全てが類内膜腺癌と診断され、術前に癌肉腫と診断された症例はなかった。手術摘出材料の最終診断は、同所性1例、異所性2例であったため、内膜細胞診標本を再鏡検した結果、3例とも紡錘形や裸核状の肉腫成分と思われる異型細胞が孤立散在性に確認された。

【細胞像】3症例とも、クロマチンの増量した腫大核と明瞭な核小体を有する異型細胞が乳頭状集塊で見られ、腺癌が主体の像であった。肉腫成分は紡錘状や棍棒状の核を持った細胞が孤立性に見られ、裸核の細胞も見られた。細胞質は淡く境界不明瞭で核縁は菲薄、クロマチンは均質分布し、不規則な切れ込みが見られた。また、大型核小体や多核化も見られた。扁平上皮化生を示す部分や、淡く広い細胞質を持ち明細胞腺癌が疑われる部分など多彩な像も見られた。

【まとめ】癌肉腫の術前診断は困難とされており、当院では3例の術前子宮内膜細胞診において全てが腺癌と判定されていたが、再鏡検で肉腫成分と思われる異型細胞を確認した。子宮内膜細胞診では癌肉腫の存在も念頭に置き、上皮細胞だけでなく背景の非上皮細胞の出現にも注意し、臨床診断と合わせて総合的に判定する必要があると考えられた。

P-7 乳腺神経内分泌癌の1例

足利赤十字病院臨床検査部

山田裕子(CT), 清水和彦(MD), 中村雅哉(CT),
廣瀬芳江(CT), 川村政人(CT), 遠藤みゆき(CT),
大島萌夏(CT), 岩永あかり(CT)

【はじめに】乳腺神経内分泌癌は比較的稀な腫瘍である。今回我々は、神経内分泌癌(DCIS)の細胞像の特徴について検討したので報告する。

【症例】48歳、女性。乳癌検診にて右乳房腫瘍を指摘され、超音波では小円形で低エコー病変の集簇した約2cm大の腫瘍であった。穿刺吸引細胞診にて悪性と判定され、右乳房切除術が施行された。

【細胞所見】“合わせ法”によるパパニコロウ染色の所見を示す。円形ないし卵円形の小型細胞が集塊状あるいは孤立散在性に多数出現していた。集塊の大きさは様々で、大きな集塊では強い重積がみられた。細胞の結合性は弱く集塊辺縁では孤立散在性細胞に移行していた。毛細血管様構造もみられた。細胞は単調性で核偏在傾向がみられ、筋上皮細胞は明らかではなかった。核は類円形、クロマチンは細顆粒状で、小さな核小体が1個みられた。細胞質はやや狭くライトグリーンにやや淡染した。壊死はみられなかった。

【組織所見】小型で核異型軽度の細胞が乳管内に充実性に増殖し、血管結合織性の狭い間質を有していた。中小の管腔形成も一部でみられた。細胞質は細顆粒状であった。間質浸潤は明らかでなく、腫瘍細胞はクロモグラニンA(+), シナプトフィジン(+), CD56(-)であり、神経内分泌癌(DCIS)と考えられた。腫瘍の広がり25×18×8mmであった。

【まとめ】神経内分泌癌(DCIS)の細胞像の特徴として以下のことが考えられた。①小型で類円形細胞が単調性に出現し結合性は弱い。②重積の強い大きな集塊から孤立散在性細胞までみられ出現パターンは多彩である。③核偏在傾向があり核異型は弱い。④毛細血管がみられる。これらの特徴像により神経内分泌癌(DCIS)の推定は可能と思われた。

P-8 画像診断と細胞診断により組織型推定し得た乳腺粘液癌の2例

社会保険山梨病院 病理部¹⁾,
山梨大学医学部人体病理診断学講座²⁾

磯野 満(CT)¹⁾, 清水 幸(CT)¹⁾, 中村暢樹(MD)¹⁾,
小俣好作(MD)¹⁾, 加藤良平(MD)²⁾

【はじめに】乳腺粘液癌は、粘液産生により癌巣周囲に多量の粘液が存在し、組織学的には純粋型と混合型に亜分類される比較的予後良好な腫瘍である。今回我々は、組織学的に異なる増殖形態を示し、画像診断と合わせ術前に組織型推定し得た乳腺粘液癌を経験したので報告する。

【症例1】45歳・女性。検診超音波検査にて左D領域に17mm大の形状不整、後方エコーの増強を示す腫瘍が指摘された。腫瘍内部は不均一で、部分的な囊胞形成像を呈しており、辺縁の一部には浸潤を示唆する断裂像が認められたことから浸潤性乳頭腺管癌が疑われた。

【症例2】57歳・女性、左A領域に腫瘍を自覚し当院乳腺外来を受診。マンモグラフィーでは散在する石灰沈着像を認めカテゴリー5。超音波検査で自覚部位に一致して16mm大の辺縁不明瞭、内部は充実部と囊胞形成を認める不均一像を呈しており粘液癌と診断された。いずれの症例も画像診断にて悪性が疑われたことから、穿刺吸引細胞診ならびに生検組織診が施行された。

【穿刺細胞像】症例1：背景には多量の粘液が認められ、その中に島状に浮遊した小型乳頭状集塊を多数認めた。核は突出像が見られず集塊中央寄りに位置しており、形状は類円形で異型は軽度であった。核クロマチンは細顆粒状に増量し、腫大した核小体が1個見られた。また、粘液外にも同様な細胞集塊が多数認められ、粘液癌+浸潤性微小乳頭癌を推定した。症例2：全体的には多くの白血球と泡沫細胞が見られる壊死背景で、比較的結合性が保たれており重積性並列を示し、核の大小不同、クロマチン増量、核小体の腫大を認めた。しかし、一部に濃厚な粘液成分が認められ、粘液内の細胞は少数であったが、乳頭状で核異型性を示し、クロマチン増量、核小体の腫大が認められた。以上の所見より粘液癌+comedo型乳頭腺管癌を推定した。

【病理組織所見】2症例ともに主腫瘍は粘液癌（純粋型）であった。症例1では浸潤部で浸潤性微小乳頭癌の所見を呈しており Mucinous carcinoma with invasive micro-papillary carcinoma と診断された。症例2では、癌腫中心部および周囲の拡張した乳管内に非浸潤性乳管癌（comedo型・非comedo型）の進展が見られ石灰化を伴っており、Mucinous carcinoma with non-invasive ductal carcinoma と診断された。

【まとめ】術前乳腺穿刺吸引細胞診による組織型推定は、腫瘍の生物学的知見から治療方針を決定する上で重要な役割を担っている。今回経験した粘液癌2症例の細胞診所見は類似していたが増殖形態は異なっていた。特に画像診断では通常の粘液癌とは異なっていた所見を呈していたことから、細胞診断とあわせて判断する事で粘液癌+αの組織型推定が可能であった。

P-9 細胞診で推定しえた神経内分泌細胞への分化を伴った乳腺粘液癌の1例

新潟県立がんセンター新潟病院病理部

川口洋子(CT), 池田友美(CT), 神田真志(CT), 林 真也(CT), 畔上公子(CT), 弦巻順子(CT), 豊崎勝実(CT), 木下律子(CT), 小池 敦(CT), 川崎幸子(CT), 櫻井友子(CT), 宇佐見公一(CT) 西田浩彰(MD), 川崎 隆(MD), 本間慶一(MD)

【はじめに】乳腺粘液癌は乳癌の特殊型に分類され、その発生頻度は1~4%とされている。今回我々は、細胞診で推定しえた神経内分泌細胞への分化を伴う乳腺粘液癌を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。左乳房痛を自覚し、近医受診後、当院外科を紹介受診。左A領域に11.5mm大腫瘤を認め、穿刺吸引細胞診が施行された。細胞診判定は悪性で、Ductal carcinomaを推定し、その後針生検が施行され、神経内分泌細胞への分化を伴う粘液癌と診断された。

【画像所見】マンモグラフィでは境界一部不明瞭な分葉状腫瘤を認め、カテゴリー3と診断された。超音波検査では境界明瞭で縦横比が低い腫瘤を認め、線維腺腫を第一に考える所見であった。

【細胞所見】比較的少量の粘液を背景に、胞体淡好酸性微細顆粒状、核腫大~N/C比大・クロマチン増量を示す異型細胞が孤在性~集塊状で多数認められた。集塊に二相性は認められず、結合性の低下もあり、悪性の判定は容易であった。出現細胞は全体に小型で異型が弱く、孤在性に多数出現し、形質細胞様細胞や核偏在傾向を有する細胞が見られ、神経内分泌性格を有する腫瘍の可能性が考えられた。

【組織所見】粘液を背景に、類円形核・好酸性で微細顆粒状の細胞質を持つ腫瘍細胞が小胞巣状に増殖し、ロゼット構造を思わせる箇所も見られた。腫瘍細胞はPgR(+), ER(+), HER2(-)であり、腫瘍細胞の大部分でシナプトフィジン(+), クロモグラニンA(+)であった。以上により神経内分泌細胞への分化を伴う粘液癌と診断された。

【まとめ】神経内分泌性格を有する粘液癌は時に経験するが、通常型粘液癌とは異なる組織・細胞形態を示すので、細胞診でも推定可能と考えられた。

P-10 乳腺線維腺腫・葉状腫瘍の背景に見られる裸核状細胞の検討

財団法人 群馬県健康づくり財団
病理検査センター病理検査課

宮岡 孝(CT), 松村純一(CT), 高月寛(CT), 高野 豊(CT), 杉原志朗(MD)

乳腺に発生する線維腺腫と葉状腫瘍は、結合組織性および上皮性混合腫瘍に分類されている。共に上皮細胞と間質結合組織細胞の両者からなる混合性病変であり、細胞診断上鑑別の難しい例も見られる。

線維腺腫は腫瘍の大きさや年齢等の条件により、必ずしも摘出の必要がなく経過観察となる事が多く、摘出術においてもQOLを考慮し周囲の正常乳腺組織を可能な限り残すように治療される。一方、葉状腫瘍では摘出術の適応となり、葉状腫瘍と診断されないまま不完全な切除が行なわれると再発する例があり、再発を繰り返すに従って悪性度が進行する症例も見られる。よって摘出に際しては周囲の正常組織も含め、腫瘍を完全切除する事が推奨される。さらに摘出術施行後も再発がないか十分なfollow upを必要とする腫瘍である。葉状腫瘍を線維腺腫と診断し経過観察としない為に、背景の裸核細胞に注目して検討を行なった。方法としては当施設において乳腺穿刺細胞診断を行い、組織診で確定診断された線維腺腫8例、葉状腫瘍4例(良性2例・悪性2例)の背景に見られる裸核状細胞について比較した。散在性に出現した裸核状細胞を形状から円形・楕円形・紡錘形・不整形に分類しそれぞれカウントした。線維腺腫では円形から楕円形の比率が高い傾向が見られたが、線維腺腫と良性の葉状腫瘍の間では形状の差が少なかった。悪性葉状腫瘍では核小体や核膜の切れ込み様の変化を示す不整な裸核状細胞の混在が目立った。乳腺穿刺細胞診において上皮細胞の背景に裸核状細胞が見られた時に、異型を伴う裸核状細胞の存在に注意し慎重に観察を行う事は、悪性の葉状腫瘍と診断する重要な指標になると思われた。

P-11 甲状腺好酸性細胞型濾胞癌の2症例

聖隷浜松病院臨床検査部¹⁾、同病理診断科²⁾
同細胞診断科³⁾、立川総合病院病理科⁴⁾

赤澤康弘(CT)¹⁾、山田真人(CT)¹⁾、土戸景子(CT)¹⁾、
大場加央里(CT)¹⁾、石原冬馬(CT)¹⁾、福田淳(CT)¹⁾、
江河勇樹(MD)²⁾、大月寛郎(MD)²⁾、
清水進一(DDS)³⁾、小林 寛(MD)^{2,4)}

【はじめに】甲状腺濾胞癌の亜型である好酸性細胞型濾胞癌は稀な腫瘍である。本腫瘍の2症例を経験したので細胞像、組織像を報告する。

【症例】症例1は40歳代、男性。検診で甲状腺癌を疑われ、画像的に甲状腺右葉に石灰化を伴う35mm大の腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診、甲状腺全摘、右頸部リンパ節廓清術を施行。症例2は70歳代、女性。左前頸部に腫瘍を指摘され、エコーで甲状腺左葉に15mm大の充実性腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診、甲状腺左葉切除術を施行。

【細胞所見】いずれも多量の細胞がほつれを示す集塊状、胞巣状、孤在性に出現し、一部に小濾胞構造もみられ、好酸性微細顆粒状で豊富な細胞質、単核～2核、明瞭な単個の核小体もみられた。

症例1では、比較的均一の類円形核を有し、乳頭状集塊と核溝はないが、ごく少数の核内偽封入体を認めたことから、鑑別困難（ベセスダ分類Ⅲ－Ⅳ）と判定した。組織型は、好酸性細胞型濾胞性腫瘍ないしは乳頭癌の可能性を考えた。症例2では核内封入体はないが、軽度の核の大小不同や不整を示し、核溝が目立つことから、鑑別困難（ベセスダ分類Ⅲ－Ⅳ）と判定した。組織型は、乳頭癌を含む好酸性細胞腫瘍の可能性を考えた。

【組織所見】いずれも好酸性細胞の胞巣状、濾胞状の増生からなる好酸性細胞腫瘍で、乳頭状構造や乳頭癌の核所見はなかった。明瞭な被膜を有すが、被膜侵襲や脈管侵襲が認められ、好酸性細胞型濾胞癌と診断した。

【考察】2症例は細胞診的に好酸性細胞型濾胞性腫瘍の可能性は指摘できたが、良悪性の判定にはやはり組織学的検討が必要と考える。

P-12 甲状腺乳頭癌の穿刺吸引細胞診における「鑑別困難」の検討

静岡県立静岡がんセンター 病理診断科

大野幸代、渡部庸一、永田かおり、本田勝丈、
田代 広、渡邊麗子、伊藤以知郎

【はじめに】甲状腺乳頭癌における穿刺吸引細胞診の信頼性は高い。今回我々は、乳頭癌の判定をより確実にすることを目的に、「鑑別困難」と判定した症例を検討した。

【対象と方法】当院の甲状腺穿刺吸引細胞診にて「鑑別困難」と判定し、当院で甲状腺を摘出され組織診断が乳頭癌であった症例、9例を対象とした。乳頭癌と確定できなかった細胞所見、標本の適否について再鏡検した。

【結果と考察】鑑別困難の理由は、濾胞性腫瘍との鑑別困難1例、腺腫様甲状腺腫との鑑別困難1例、慢性甲状腺炎の合併1例、乳頭癌の核所見不明瞭、集塊形態が非典型、細胞少数であった。採取された細胞が多くても、出現パターンが典型でない場合、核所見が不鮮明な場合は判定を下げていた。「核溝、核内封入体を伴うシート状集塊」という典型所見だけでなく、重畳集塊、cap様集塊、扁平上皮様の細胞質、結合組織を軸とした濾胞様の乳頭構造などの特徴も認識することで、より確定診断に近づくことができると思われた。また、細胞が少なくても、わずかな核溝、核腫大の所見で鑑別困難としていた。エコー下穿刺により腫瘍病変が確実に穿刺されていると考えると、細胞少数でもわずかな所見を拾い上げることが重要であると思われた。

標本は全て適正であったが、血液のマスキング顕著3例、やや乾燥2例、針洗浄液にのみ細胞あり1例があった。血液、乾燥、細胞の剥離は鑑別困難の大きな要因になる。標本作製手技の検討、採取現場と協力の必要性を感じた。

P-13 胸腺腫と胸腺癌の細胞学的検討

船橋市立医療センター臨床検査科¹⁾,
我孫子聖仁会病院緩和ケア内科²⁾

加藤 拓¹⁾, 野本靖史²⁾

【はじめに】縦隔腫瘍の組織分類は 1999 年に WHO より新たに提唱された。それに沿うように本邦の縦隔腫瘍取扱い規約(日本胸部研究会編)が 2009 年に第 1 版が発行された。これにより細胞診の出現細胞形態もこの分類に沿う判定が可能であるかを確認する必要がある。特に胸腺腫と胸腺癌において検討を行った。

【対象と方法】当院において組織学的に胸腺腫(A, AB, B1, B2, B3)と診断された 30 例と胸腺癌(扁平上皮癌)5 例の術中捺印細胞診標本を用い、パパンニコウ染色とメイギムザ染色にて出現細胞形態を検討した。

【結果】Type A: 成熟リンパ球が少数または全くみられず、殆どは上皮細胞で錯綜配列を示す集塊で異型の乏しい紡錘形または卵円形核を示した。細胞質は淡く、境界不明瞭であった。Type AB: A と B の混在型。Type B1: 成熟から未熟リンパ球を多数認め、上皮細胞は散在性に少数みられた。核は腫大し時に核小体を認めた。Type B2: B1 と B3 の中間型。Type B3: 未熟リンパ球を少数または全く認めず、上皮細胞は異型を示す類円形から紡錘形核で多数認められた。B1 細胞と比較して核がやや大きく、更に核密度と N/C 比が高い傾向にあった。時にクロマチン増量と著明な核小体が見られた。胸腺癌: 背景にリンパ球を認めるものもあるがいずれも成熟リンパ球であった。また壊死物質がみられた。核は重積し、密度が高く流れるような配列を示し、時に核分裂像がみられた。角化細胞の出現は症例によって多少があった。

【考察】細胞診標本からもある程度 WHO 分類に沿った判定は可能であり、術中の正診率を高めるためには組織診とともに細胞診も行うべきであると考え。基本的に本腫瘍はリンパ球と上皮細胞の頻度と形態変化に注目することであり、特にリンパ球の成熟度や上皮細胞の存在はメイギムザ染色で、核異型や核内構造の変化はパパンニコウ染色が有用であった。

P-14 胸水セルブロック標本が有用であった ALK 陽性肺癌の 1 例

群馬県立がんセンター病理検査課¹⁾, 同病理部²⁾,
獨協医科大学病理学³⁾,
群馬県健康づくり財団病理⁴⁾

土田 秀¹⁾, 中里宜正³⁾, 神山晴美¹⁾, 布瀬川卓也¹⁾,
吉田 勤²⁾, 飯島美砂²⁾, 小島 勝³⁾, 杉原志朗⁴⁾

【はじめに】EML4-ALK 融合遺伝子陽性の肺癌に対する ALK 阻害剤の有効性が注目されている。今回、胸水セルブロック標本の免疫組織化学的検索で ALK 陽性を示し、FISH 法でも陽性が確認された 1 例を経験したので報告する。

【症例】56 歳の女性。肺腺癌の診断で化学療法開始から約 1 年後に副腎転移、脳転移と胸水貯留が認められ、胸水で細胞診標本とセルブロック標本を作成した。

【細胞所見】血性背景に重積性を伴う異型細胞の集塊が多数認められた。異型細胞は泡沫状の細胞質と偏在性の核を有し、核クロマチンは細顆粒状に増量し大型の核小体、核の大小不同や核形不整も認められ腺癌を推測した。

【組織所見】胸水セルブロック標本は細胞成分に富んでいた。異型細胞は卵円形や不整形で偏在性の核と多角形から立方状の狭い細胞質を有し、まわりも状や房状の集塊を形成していた。異型細胞は免疫組織化学的検索で CK7, TTF-1, p53 が陽性を示し、ALK は一部の細胞で陽性であった。また、FISH 法による ALK 融合遺伝子の検出でも陽性であった。

【まとめ】胸水セルブロック標本で ALK 陽性を確認することができた肺癌の 1 例を経験した。組織の採取が困難な症例などで体腔液が貯留した場合、セルブロック標本は ALK 遺伝子検査にも有効と思われた。

P-15 術中迅速肺穿刺細胞診の検討

前橋赤十字病院病理診断科¹⁾, 同 呼吸器外科³⁾,
群馬大学医学部附属病院 病理部²⁾

尾身麻理恵¹⁾, 萩原 勉¹⁾, 富澤 一与¹⁾,
細井京子¹⁾, 星川里美²⁾, 坂元一葉¹⁾,
伊藤秀明¹⁾, 上古原光宏³⁾

【目的】当院では、術前診断が確定していない肺腫瘍性病変に対して、胸腔鏡下肺部分切除（以下 VATS）による術中迅速診断を行っているが、部分切除が難しい場合には病変部の穿刺吸引細胞診（以下 FNA）にて迅速診断を行っている。FNA では病理医と細胞検査士が術中穿刺に立会い、採取量等を確認している。今回、FNA による迅速診断の有用性と問題点について検討した。

【対象、方法】2007 年 1 月から 2012 年 4 月までに肺腫瘍切除術が行われた 551 症例のうち、迅速診断を行った FNA91 例と VATS100 例を対象とし、術中診断と最終組織診断を比較検討した。

【成績】術中診断結果は、FNA では悪性 78 例、悪性疑い 1 例、鑑別困難 1 例、良性 10 例で、感度 98.7%、特異度 81.8%、正診率 96.7%であった。検体不適正は 1 例であった。VATS では悪性 67 例、悪性疑い 1 例、鑑別困難 1 例、良性 31 例で、感度 98.5%、特異度 93.8%、正診率 97.0%であった。検体不適正はなかった。偽陽性診断は FNA1 例（悪性疑い）、VATS1 例（悪性疑い）、偽陰性は FNA1 例、VATS1 例であった。悪性腫瘍の組織型一致率は、FNA は 87.3%で、VATS の 88.2%よりやや低い程度であった。最終組織診断で悪性とした症例は、FNA では検体不適性例を除き、全例悪性と判定していた。悪性例の診断精度は FNA、VATS で差はなかったが、良性病変は FNA の方がやや低かった。

【結果】FNA による術中迅速診断は、悪性腫瘍については診断精度や組織型推定などは VATS による診断と大きな差はなく、有用な判定方法と考えられる。

P-16 経気管支肺生検(TBLB)で診断された Hodgkin リンパ腫の 1 例

静岡県立静岡がんセンター病理診断科

渡邊麗子, 大野幸代, 本田勝丈, 渡部庸一,
永田かおり, 田代 広, 川崎卓弥, 伊藤以知郎

【はじめに】経気管支肺生検(TBLB)で診断された Hodgkin リンパ腫を経験したので報告する。

【症例】83 歳女性

【経過】食欲不振、体重減少、血痰、肺炎症状を認め、近医で抗生剤治療が行われた。CRP9.1mg/dL(<0.3), WBC14550/ μ L。胸部レントゲン写真で肺癌疑いとされ、当院へ紹介された。

【画像所見】右肺上葉に気管支閉塞を来す長径 43mm 大の不整形腫瘍、ほか肺野に転移を疑う腫瘍あり。加えて左胸水貯留、両側肺門部リンパ節腫脹、左鎖骨上リンパ節腫脹を認めた。

【細胞像】TBLB と並行して行われた鉗子叩き細胞診では、大型、核偏在傾向を示す核小体明瞭な異型細胞が孤立性に出現、背景には組織球、リンパ球、好中球などの炎症細胞が多数観察された。

【組織所見】一見肉芽様の組織の中に、大型、核小体明瞭、核偏在を示す異型細胞が散在性に観察され、免疫染色にて CD15 陽性、CD30 陽性で、Hodgkin リンパ腫と診断された。CD20 陰性だが Oct-2 は陽性で、B 細胞由来と考えられた。多剤併用化学療法が施行されたが左鎖骨上窩リンパ節の腫大が引かず、約半年後、リンパ節生検が施行されたが、こちらも Hodgkin リンパ腫と診断された。

【考察】肺癌疑いとして提出された生検および細胞診検体にて、特に細胞診で異型ありと認識した細胞は腺癌との鑑別を要したが、細胞相互の接着性が非常に弱い点は、腺癌ではあまりみられない所見と思われた。また巨大細胞を含む大小不同の強い細胞が出現している割には壊死性背景に乏しく、細胞像も多形癌を疑うまでの多形性は乏しいと考えられた。

【結語】偏在核と明瞭な核小体を示す異型細胞の鑑別疾患として、Hodgkin リンパ腫も検討すべきであろう。

P-17 肺癌検診喀痰細胞診で発見された頭頸部扁平上皮癌の検討

(公財)ちば県民保健予防財団検査部臨床病理科¹⁾, 君津中央病院呼吸器外科²⁾, さいたま赤十字病院呼吸器外科³⁾, 松戸市立病院呼吸器外科⁴⁾, 千葉大学大学院医学研究院診断病理学⁵⁾, 同呼吸器病態外科学⁶⁾

田口明美¹⁾, 柴 光年²⁾, 田島ひとみ¹⁾, 早田篤子¹⁾, 桑原竹一郎¹⁾, 星野英久³⁾, 渋谷 潔⁴⁾, 中谷行雄⁵⁾, 吉野一郎⁶⁾, 藤澤武彦¹⁾

【はじめに】肺癌検診喀痰細胞診は早期肺癌の発見を目的に実施されているが、喉頭・咽頭・口腔内の上気道癌の他、食道癌も発見されている。そこで喀痰集検より発見された頭頸部扁平上皮癌について解析し、肺扁平上皮癌との比較検討を行った。

【対象と方法】平成7～20年度の集検受診者のうち、喀痰細胞診が契機で発見された頭頸部扁平上皮癌を対象とし、肺扁平上皮癌と比較検討した。細胞像は、集細胞法による蓄痰標本に出現した、異型扁平上皮細胞および癌細胞について検討した。

【結果】喀痰集検の成績は10万対190、発見癌の17.7%は肺以外の癌で、その内訳は喉頭癌40.0%、咽頭食道癌42.5%、口腔内癌7.5%であり、また喉頭癌の病期I期比率は56.3%であった。喫煙指数1000以上の重喫煙者が喉頭癌・咽頭癌で64.3%、1日に日本酒1合以上の飲酒常習者が咽頭癌・食道癌・喉頭癌で高率であった。細胞像は、高度変性異型細胞が肺癌で優位に出現し、また核小体を有するライトグリーン好性円形異型細胞は、頭頸部癌で認められる症例が多かった。

【まとめ】肺癌集検喀痰細胞診では発見癌の17.2%が頭頸部癌で、その40%は喉頭癌であった。頭頸部癌の多くは、飲酒を常習する重喫煙者であった。喉頭声門部I期癌の比率は88.9%で、喀痰細胞診の有効性が示唆された。高度変性異型細胞は肺癌で優位に出現し、頭頸部との有意差が明らかだった。喉頭声門部癌はオレンジG好性多稜形異型細胞が優位で、肺癌中枢型に類似していたが、下咽頭癌および喉頭声門上部癌では、ライトグリーン好性円形異型細胞が他の部位より優位に出現し、肺癌との鑑別の一助になると考えられた。

P-18 硝子血管型キャッスルマン病の1例

獨協医科大学病院病理部¹⁾, 獨協医科大学病院形態病理²⁾

町田浩美¹⁾, 永井多美子¹⁾, 佐々木英夫¹⁾, 佐藤豊彦¹⁾, 圓谷 勝¹⁾, 中里宜正²⁾, 小島 勝²⁾, 正和信英²⁾

【はじめに】キャッスルマン病(Castleman's disease ;CD)はまれなリンパ増殖性疾患である。胸腺などの節外臓器やリンパ節腫脹をきたし、病理組織学的には硝子血管(Hyalin-vascular ; HV)型と形質細胞型に分類される。今回私達は、頸部穿刺吸引細胞診において大型の異型細胞を伴う類上皮様細胞集塊が認められ、サルコイドーシス、ホジキン病などを疑ったが、組織標本でHV型のCDと診断された1例を報告する。

【症例】20歳男性。検診にて左頸部腫脹を指摘され、腫瘍が見つかり、神経原性の腫瘍が考えられた。

【細胞所見】小型リンパ球を主体に、中～大型のリンパ球が見られ、類上皮様細胞集塊が数か所に認められ、サルコイドーシス、ホジキン病を否定できず生検を依頼、診断後標本を再検した。標本には硝子化した細血管を伴う萎縮した胚中心、間質の線維性物質、壁の硝子化した細血管などが認められた。類上皮様細胞集塊は、核腫大した類上皮細胞様に見える濾胞樹状細胞とリンパ球からなる胚中心(epiterioid germinal center)と考えられた。

【組織所見】リンパ濾胞の増生があり、胚中心は小型で核腫大した濾胞樹状細胞と少数のリンパ球からなり、同心円状に配列するマントル層の小リンパ球に囲まれ、濾胞間には線維化と血管増生が見られた。

【考察】HV型は萎縮した胚中心、濾胞樹状細胞の核腫大、胚中心内への硝子血管の侵入像、マントル層の過形成を病理組織学的特徴とする。穿刺吸引細胞診においても、細血管の侵入した小さな胚中心、濾胞樹状細胞の核腫大など組織像を反映していれば診断の推定は可能であると考えられる。ただ、核腫大した濾胞樹状細胞は細胞標本ではReed-Sternberg細胞との鑑別を要するとされており注意が必要である。

P-19 気管支鏡下キュレット標本に R-S 巨細胞を認めたホジキンリンパ腫の 1 例

国立病院機構災害医療センター 臨床検査科 病理検査室¹⁾、同 血液内科²⁾、
国立病院機構相模原病院病理診断科³⁾

我妻美由紀¹⁾、大野 浩¹⁾、山田和昭¹⁾、
齋藤生朗³⁾、関口直宏²⁾

【緒言】本邦においてホジキンリンパ腫は比較的稀な疾患であり、多くが節性に発生する。今回我々は気管支鏡下キュレット標本に腫瘍細胞を認め診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】24 歳 男性 3 ヶ月前より 39 度台の発熱が 2 週間持続。乾性咳嗽が持続した為、近医において X 線検査を施行。左肺門部に 40×30mm 大の腫瘍とリンパ節の腫大を認め、精査目的で当院呼吸器内科を受診。肺癌疑いで気管支鏡検査を施行した。

【細胞所見】キュレットで採取された標本は線毛円柱上皮が主体であったが、ごく少数に大型の単核、もしくは 2 核の強い異型を有する細胞を散在性に認めた。核クロマチンの増量は軽微で、核縁は薄く、細胞質は非常に淡かった。以上の所見より非上皮性の悪性腫瘍を疑った。

【病理組織所見】CT ガイド下生検を施行したところ、リンパ腫の反応性病変を疑ったため、縦隔、および肺の開胸生検を行った。組織にはリンパ球、形質細胞、好酸球に混じって大型異型細胞が散在性に認められた。異型細胞の大部分は好酸性の胞体と 1～数個の不整形の核を有し、大型で明瞭な核小体も一部に認めた。また、CD30, CD15, PAX-5 陽性、EBER-1 *in situ* hybridization, Oct.2, Bob.1 陰性であり、病巣は線維化により小結節状に分隔されていたので結節硬化型のホジキンリンパ腫と診断した。

【結語】細胞診だけでは積極的にホジキンリンパ腫を疑うことが出来なかった。しかしホジキンリンパ腫の肺浸潤を念頭に置き、散在性に単～多核の大型異型細胞が出現した場合にはホジキンリンパ腫を鑑別に挙げる必要があると考える。

P-20 膵の EUS-FNA が有用であった神経内分泌腫瘍の 1 例

群馬大学医学部附属病院病理部¹⁾、
同 大学院医学系研究科病理診断学²⁾、
同 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⁾

【はじめに】近年、膵病変に対する超音波内視鏡ガイド下針穿刺吸引(EUS-FNA)が積極的に行われるようになり、術前に細胞・組織学的根拠を得てからの手術が可能となった。今回我々は、膵 EUS-FNA の出張細胞診が有用であった神経内分泌腫瘍の 1 例を経験したので報告する。

【症例】65 歳、男性。

腹部不快感と鈍痛、食欲不振のため他院を受診し、腹部 CT・MRI にて膵頭鉤部に造影効果の低い約 3cm の腫瘍性病変が指摘され、膵頭部癌疑いにて当院に紹介受診。術前の精査目的に EUS-FNA が施行され、細胞・組織診で神経内分泌腫瘍疑いの病理結果の基に腫瘍摘出術が施行された。

【細胞所見】出血性背景に、小型で比較的均一な核偏在性の円形核を有する細胞が、ロゼット様配列および孤立散在性に多数出現。針洗浄液標本に免疫染色を施行し、synaptophysin が一部陽性、chromogranin, CD56 が陰性であった。

【組織所見】膵頭部に 3.5×2.2×2.1cm 大の一部出血を伴う、やや境界不明瞭な白色充実性病変を形成。組織学的に、腫瘍細胞は胞巣状、索状に増殖し、腫瘍内には小血管が豊富であった。核分裂像は 2 個/10HPF で、免疫染色では、synaptophysin が陽性、chromogranin, CD56 が一部陽性、各種ホルモンは陰性、MIB-1 labeling index は 8.3% であった。

【まとめ】本症例は、細胞所見は典型的な神経内分泌腫瘍であったが、同時採取の組織診検体では検体少量で異型も乏しく確定困難であった。膵 EUS-FNA の出張細胞診が、検体採取の適否と組織型推定に有用な症例であった。

P-21 神経内分泌腫瘍との鑑別を要した膵腺房細胞癌の1例

山梨大学医学部附属病院病理部¹⁾,
同 人体病理学²⁾

石井喜雄(CT)¹⁾, 川崎朋範(MD)¹⁾, 弓納持勉(CT)¹⁾,
中澤久美子(CT)¹⁾, 吉田広美(CT)¹⁾, 坂本圭一郎
(MT)¹⁾, 近藤哲夫(MD)²⁾, 加藤良平(MD)²⁾

【はじめに】術前に神経内分泌腫瘍(NET)が疑われた膵腺房細胞癌(ACC)を経験したので報告する。

【症例】62歳, 男性. 膵に4cm大, 肝S8に12cm, S7/8に1.5cm太の腫瘍を指摘され, EUS-FNAにてNETを疑い, 膵体尾部・肝前区域切除術が施行された。

【細胞所見】顆粒状物を背景に腫瘍細胞は血管間質を伴って桑実様の細胞密度の高い集団, 小管状集団や, 裸核状の散在性細胞で出現していた。胞体は狭小で一部顆粒状, 核は比較的小型で均一, クロマチンは顆粒状で, 核小体は目立たなかった。以上より, 組織型としてACCないしNETが推定された。

【NETとの鑑別点】ACCで腫瘍細胞は結合性がより強く, 重積性が目立つ。また, 発達した血管間質構造がACCでは比較的平面的であり, NETではより立体性をもってみられる。

【組織所見】肉眼的に, 腫瘍は膵, 肝ともに灰白色調・充実性であり, 中心部に壊死を伴っていた。組織学的に, 腫瘍細胞は充実性/索状/腺房状構造を示し, 中等度の核異型がみられた。免疫組織学的には, trypsin, $\alpha 1$ -antitrypsin, が陽性, synaptophysinが一部陽性, chromogranin A陰性, MIB-1標識率は90%を示した。以上より, ACCと診断した。

【まとめ】両組織型は類似した細胞像を示すが, ACCでは強い細胞結合性を示し, NETとは異なる腫瘍血管構造がみられる。

P-22 尿膜管癌の2症例

—免疫組織細胞化学的検討を中心に—

せんば東京高輪病院 中央検査室¹⁾, 病理²⁾

横野秀樹¹⁾, 大木直子¹⁾, 丸山美奈子¹⁾,
伊原文恵²⁾

【はじめに】最近我々は, 自然排泄尿細胞診所見と病理組織所見との対比が可能であった尿膜管癌の2症例を経験した。その細胞所見および免疫組織細胞化学的所見を中心に報告する。

【症例】症例1は40歳代, 女性。症例2は60歳代, 女性。

【細胞診所見】症例1は, 小型異型細胞を孤立性あるいは小型集塊で少数認めた。細胞質は淡明, 泡沫状で豊富。核は淡染性で偏在傾向を認めた。腺系異型細胞も疑ったが, 出現数が少なく細胞異型も乏しく鑑別が困難であったため異型尿路上皮細胞と判定した。

症例2は, 変性所見を伴うN/C比の高い小型異型細胞を孤立性に少数認めた。核は偏在傾向を示し, 大小不同, 核小体腫大, クロマチン増量を認めたため尿路上皮癌と判定した。

【病理組織学的所見】症例1, 2共に腫瘍は膀胱頂部に存在した。症例1は高分化管状～乳頭状腺癌の所見, 症例2は尿路上皮癌と粘液癌が共存した所見がみられ, 2症例ともに尿膜管癌と診断された。

【免疫組織細胞化学的所見】腺癌細胞は, CK7(-), CK20(+), CK17(-), CEA(+). 尿路上皮癌細胞は, CK7(+), CK20(-), CK17(+), CEA(-). 遺残尿膜管上皮細胞は, CK7(+), CK20(-), CK17(+), CEA(-)で尿路上皮細胞と同様の結果であった。

【まとめ】細胞異型に乏しい腺系細胞が出現した場合, 尿膜管癌を鑑別において, 臨床情報を確認し, 粘液の有無や免疫細胞化学的所見を考慮した上で, 細胞判定することが重要であると思われた。

P-23 絨毛癌と診断しえた脳腫瘍の 4 例

獨協医科大学越谷病院 病理部¹⁾

春日部市立病院 病理部²⁾

山崎泰樹(CT)¹⁾, 國實久秋(CT)¹⁾, 古谷津純一(CT)¹⁾,
岡村卓哉(CT)¹⁾, 形山幸子(CT)¹⁾, 田中真美(CT)¹⁾,
小野祐子(MD)¹⁾, 今井康雄(MD)¹⁾, 瀧本寿郎(MD)²⁾,
村上俊一(MD)¹⁾, 上田善彦(MD)¹⁾

【はじめに】脳腫瘍として遭遇する絨毛癌は非常に稀であり、今回我々は、絨毛癌を経験したので報告する。

【症例】症例 1. 29 歳，女性．突然の頭痛を主訴に当院脳神経外科を受診．CT 上左頭頂葉に出血を認めた． β -hCG が高値を示したため絨毛癌が疑われ，摘出術が施行された．症例 2. 14 歳，女性．頭痛のため CT を施行．松果体，鞍上，側脳室に腫瘍を認めたため，摘出術が施行された．症例 3. 40 歳，男性．左側腹部に痙攣が出現し，近医にて脳腫瘍が指摘され，当院脳神経外科を紹介受診され，摘出術が施行された．症例 4. 30 歳，女性．1 年前，他院婦人科にて絨毛癌と診断され，化学療法中．CT にて転移性小脳腫瘍が疑われ摘出術を施行．

【細胞所見】摘出材料の一部を圧挫した．腫瘍細胞は，散在性もしくは小集塊状に出現していた．大小不同が著しく，一部に多核を示す像も認められた．クロマチンは粗顆粒状で，大型の核小体が明瞭であった．胞体は淡く，不均質であった．以上の所見より上皮性の腫瘍が考えられた．症例によっては核分裂像や多核巨細胞が認められ，絨毛癌も疑われた．

【組織所見】核の大小不同，核小体明瞭な異型細胞が充実性に増殖していた．一部には多核巨細胞や核分裂像が認められ，免疫染色にて HCG が陽性を呈したため，絨毛癌と診断された．

【まとめ】脳腫瘍における 4 例の絨毛癌を経験した．症例 1, 2, 3 は多臓器に絨毛癌は認められず，原発である可能性が高いと考えられた．症例 4 は既往歴から転移であることが示唆された．細胞所見を理解し，多核巨細胞が認められれば細胞診で絨毛癌を疑うことも可能であると考えられた．

P-24 DNA 抽出法の比較・検討

帝京大学ちば総合医療センター

山本善也，小山芳徳，安達純世，牛木志保，
渡邊孝子，豊永安洋，山崎一人，石田康生

【目的】セルブロック標本からの抽出においては，簡便かつ良質で回収量の高い手技が望まれる．今回われわれは異なる 5 種類の抽出法による DNA の回収効率，及び，多様な PCR への適応について検討を行った．

【方法】

①5 種類の抽出法；A) Proteinase・K-SDS 法(従来法)，B) マイクロウェーブ照射 (MW) 法，C) MW 法+フェノール・クロロホルム処理，D) DEXPAT (TaKaRa)，E) PS-Rapid Reagent (WAKO) を用いセルブロック標本から DNA を抽出し，収量と純度を分光光度計で測定した．②抽出 DNA の塩基長の分布を電気泳動にて確認した．③ β -グロビン遺伝子の 110,268,536bp 塩基を PCR 法にて増幅し，抽出法による増幅効率を比較した．

【結果】①回収量は MW 法が最も多く，従来法の約 3 倍の収量を得られた．フェノール・クロロホルム処理を行わない抽出法では純度が低い傾向にあった．②抽出 DNA の電気泳動では，MW 法は 1-4kbp にピークが見られ，他の抽出法よりも長塩基の DNA が回収できると考えられた．③PCR による β -グロビン遺伝子において，MW 法+フェノール・クロロホルム処理検体は他の抽出法と比較して長塩基の増幅が可能であった．

【考察】MW 法は手技が簡素で，抽出 DNA の量・質の面から見ても他の手技と比較して良好，もしくは遜色ない方法と考える．

第 26 回日本臨床細胞学会関東連合会学術集会運営委員

会 長 杉原 志朗

実行委員長 伊藤 秀明

副実行委員長 小川 晃 蒲 貞行

事務局長 高野 豊

顧 問 乾 純和 城下 尚 吉田 カツ江

実行委員

今泉 智博 伊古田 勇人 大野 順弘 小澤 美奈津

小保方 亜光 柏原 賢治 栗原 康哲 斉藤 誠人

櫻井 信司 清水 和彦 須藤 健治 高草木 俊範

竹渕 友弥 立澤 春樹 千明 政彦 松井 通代

土田 秀 鶴田 誠司 中里 宜正 中山 雅彦

永瀬 泰平 野本 豊 萩原 勉 樋口 由美子

深町 勲 松本 裕美子 山岸 徹 吉田 孝友

米山 こずえ 渡辺 敦子

(50 音順、敬称省略)

学会事務局

財団法人 群馬県健康づくり財団

〒371-0005 群馬県前橋市堀之下町 16-1

TEL: 027-269-7815 FAX: 027-269-7805

E-mail: byouri@gunma-hf.jp

<http://www.jsccgun.jp/26kanto/>

第26回 日本臨床細胞学会 関東連合会学術集会

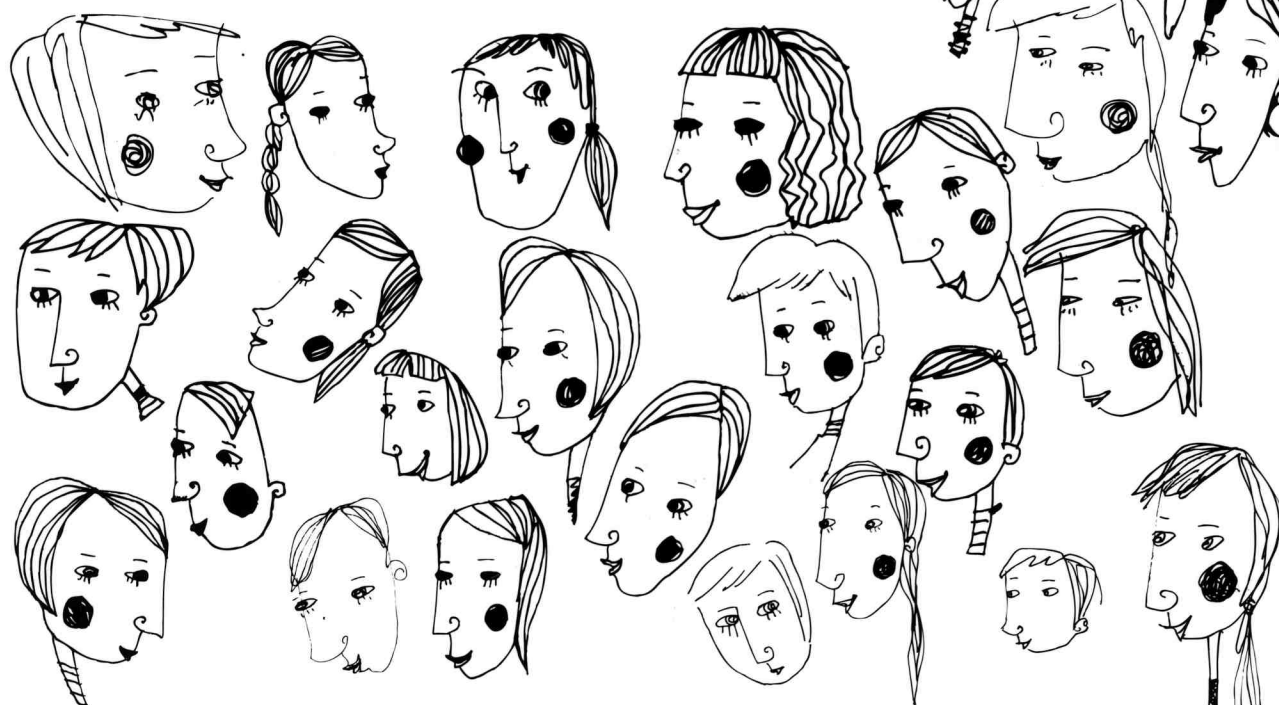
無料 市民フォーラムのご案内

「細胞診断学ってなに？」

～ご存知ですか？ 子宮頸がん・中皮腫・乳がん～

日時＊2012年9月8日(土) 10:00～17:00

会場＊群馬音楽センター・もてなし広場



専門のお医者さんによる最新のがん治療・がん検診のお話を聞いて、早期発見・早期治療に臨みましょう。
解らないこと不安なことは直接、先生に相談できます。

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 10:10～10:50 「子宮頸がん検診と予防ワクチン」 | ・専門医による無料医療相談 |
| 11:10～11:50 「アスベスト曝露と健康被害」 | ・東日本大震災での災害救援活動パネル展示 |
| 12:45～13:30 「乳がん治療は病理で決める」 | ・「細胞診って何？」パネル展示 |
| 13:45～15:15 シンポジウム「細胞診ってなに？」 | ・移動献血車（群馬県赤十字血液センター） |
| ～がんの診断は何で決まるの？～ | ・野外手術システム紹介（陸上自衛隊新町駐屯地） |
| 震災後特別講演 | ・ラフターヨガ講座 |
| 15:30～16:50 「想定外を生き抜く力」 | ・AED 救命講習 ほか |
| ～大津波から生き抜いた釜石の子供たち その主体的行動に学ぶ～ | |



後援：群馬県・高崎市・日本赤十字社群馬県支部・陸上自衛隊新町駐屯地・上毛新聞社・群馬テレビ
エフエム群馬・ラジオ高崎・群馬県医師会・高崎市医師会・前橋市医師会・高崎商工会議所

お問い合わせは

学会事務局 財団法人群馬県健康づくり財団 病理検査センター

〒371-0005 群馬県前橋市堀之下町 16-1 E-mail: shiminforum@kenbunroku-takasaki.com