

第 30 回

日本臨床細胞学会中国四国連合会学術集会

抄録集

会期：平成 27 年 8 月 1 日（土）
平成 27 年 8 月 2 日（日）

会場：愛媛県医師会館
1 日（土） 5/6 階ホール
2 日（日） 4 階会議室

〒790-8585
愛媛県松山市三番町四丁目 5 - 3

学術集会長

愛媛県臨床細胞学会会長

前田智治

会場案内図

会場： 愛媛県医師会館（1日 5/6階ホール、2日 4階会議室）
〒790-8585 愛媛県松山市三番町四丁目5-3

アクセス： 松山市駅より徒歩5分
松山自動車道 松山ICより車で20分



駐車場： お車でのお越しの方は、愛媛県医師会館駐車場もしくは周辺部有料駐車場をご利用ください

懇親会

日時 平成27年8月1日（土） 19:00～20:30（予定）

会場 全日空ホテル 南館4階 エメラルドルーム
（愛媛県医師会館から歩いて7,8分程度）

会費 3,000円 （受付時にお払いください。ふるってご参加ください）

参加者および発表者へのお知らせ

＜参加者の皆様へ＞

1. 受付

4階ロビーにて、8月1日は12時から、8月2日は8時30分から開始します。

2. 登録

受付にて参加費 3,000 円をお支払の上、ネームカード（兼参加証・領収書）をお受け取り下さい、ネームカードには各自でご記名の上、会期中は必ず着用して下さい。

3. 産婦人科認定シールと細胞検査士カードについて

受付で日本産科婦人科学会専門シール・日本産婦人科医会研修シールをお受け取り下さい。また、細胞検査士の方は、検査士カードを提示の上、クレジット単位シールをお受け取り下さい。

＜発表者の皆様へ＞

1. 各セッションの発表および討論時間は以下のとおりです。円滑な進行のため、時間は厳守して下さい。

1) 一般講演 : 発表 7 分、討論 3 分

2) シンポジウム 1 : 1セッション 30 分、発表 10 分、討論 10 分

3) シンポジウム 2 : 発表 12 分、討論 3 分、総合討論 15 分

2. 発表形式は、すべて PC によるプレゼンテーションのみとします。演者は発表予定時間の 60 分前までに PC 受付データの提出と動作確認（PC 持込みの方を含む）を行って下さい。ファイルは USB フラッシュメモリ、CD-R で受け付けます。

3. 1 つ前の発表が始まりましたら次演者席にご着席下さい。

4. PC 発表についての注意事項

・演題の発表用データ容量は 50MB までとします。

・文字化けを防ぐため、フォントは標準のものをご使用下さい。

標準フォント (MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝、Arial Black、Century、Century Gothic、Times New Roman)

・会場で準備する PC は Windows7 (PowerPoint2003～2010 に対応) です。

・Windows で発表の場合でも、動画・グラフ・静止画等をリンクまたは貼付されている場合は必ずご自身の PC を持参してください。Mac での発表をご希望の方は、必ずご自身の PC を持参して下さい。(付属の変換コネクタもご用意ください)

・持込みの場合でもバックアップ用データを USB メモリ、CD-R 等でご持参下さい。

プログラム

1 日目

8 月 1 日 (土)

支部長会議 (11 時 40 分～12 時 30 分)

開会挨拶 (12 時 55 分～13 時 00 分)

一般演題 (13 時 00 分～14 時 30 分)

第 1 群 [P22～23]

座長：鹿股直樹 (川崎医科大学病理学 2)

1. 腹水に出現した乳腺小葉癌 2 例の細胞学的検討

徳島大学病院病理部¹⁾、吉野川医療センター²⁾

坂東良美 (MD)¹⁾、米田亜樹子 (MD)¹⁾、森河由里子 (CT)¹⁾、松山友理子 (CT)¹⁾、
山川真由美 (CT)²⁾、近藤桂子 (CT)²⁾

2. 腹水細胞診が有用であった乳癌、骨盤内転移の一例

JA 広島総合病院産婦人科¹⁾、同病理検査科²⁾

上田明子 (MD)¹⁾、大下孝史 (MD)¹⁾、藤本悦子 (MD)¹⁾、佐々木美砂 (MD)¹⁾、中前里香子
(MD)¹⁾、中西慶喜 (MD)¹⁾、井町海太 (CT)²⁾、岡本淳子 (CT)²⁾、上國 愛 (CT)²⁾、永田
郁子 (CT)²⁾、臺丸 裕 (MD)²⁾

3. 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条件の検討

国立病院機構四国がんセンター臨床検査科¹⁾、同病理科²⁾

岡本奈美 (CT)¹⁾、西村理恵子 (MD)¹⁾、佐藤正和 (CT)¹⁾、小嶋健太 (CT)¹⁾、
田中慎一 (CT)¹⁾、佐伯由美 (CT)¹⁾、有江啓二 (CT)¹⁾、寺本典弘 (MD)²⁾、
高畑浩之 (MD)²⁾

第 2 群 [P23～24]

座長：大城由美 (松山赤十字病院病理診断科)

4. 乳腺 LBC (SurePath 法) における CK5/6 染色の有用性

松山赤十字病院病理診断科部

窪田裕美 (CT)、吉田彩乃 (CT)、坂本真吾 (CT)、本吉知里 (CT)、三好陽子 (CT)、門屋孝志 (MT)、古本好江 (CT)、高石治彦 (CT)、飛田 陽 (MD)、大城由美 (MD)

5. 尿中 WT-1 陽性細胞は腎疾患のバイオマーカーとなり得るか？

愛媛県立医療技術大学臨床検査学科¹⁾、香川大学医学部附属病院病理部²⁾、香川県立保健医療大学臨床検査学科³⁾、西条中央病院中央検査部⁴⁾、重井医学研究所附属病院臨床検査部⁵⁾

大崎博之 (CT)¹⁾、松永 徹 (CT)²⁾、串田吉生 (MD)²⁾、羽場礼次 (MD)²⁾、平川栄一郎 (MD)³⁾、佐伯勇輔 (CT)⁴⁾、重松由美恵 (CT)⁵⁾、則松良明 (CT)¹⁾

6. 膀胱全摘後・回腸代用膀胱尿に出現した上部尿路上皮癌細胞の診断のヒント

国立病院機構四国がんセンター臨床検査科¹⁾、同病理科²⁾

佐伯由美 (CT)¹⁾、佐藤正和 (CT)¹⁾、小嶋健太 (CT)¹⁾、岡本奈美 (CT)¹⁾、田中慎一 (CT)¹⁾、高畑浩之 (MD)²⁾、西村理恵子 (MD)¹⁾、寺本典弘 (MD)²⁾

第3群 [P25～26]

座長：弘井 誠 (高知大学医学部附属病院病理診断科)

7. 類上皮型血管肉腫(epithelioid angiosarcoma, EA)の1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⁾、同病理診断科²⁾、高知大学医学部附属病院病理診断科³⁾、高知医療センター病理診断科⁴⁾

北野 唯 (CT)¹⁾、尾崎綾乃 (CT)¹⁾、今本隼香 (CT)¹⁾、千頭祐一 (CT)¹⁾、橘 知佐 (CT)¹⁾、円山英昭 (MD)²⁾、戸井 慎 (MD)³⁾、岩田 純 (MD)⁴⁾

8. 臨床的に肺癌が疑われた肋骨骨巨細胞腫の一例

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)

9. すりガラス細胞癌 (glassy cell carcinoma) の一例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾、同病理診断科²⁾、香川大学医学部周産期学婦人科学³⁾

松永 徹 (CT)¹⁾、本山睦美 (CT)¹⁾、郷田 衛 (CT)¹⁾、宮本加菜 (CT)¹⁾、片倉和哉 (CT)¹⁾、大通清美 (CT)¹⁾、伊吹英美 (MD)²⁾、石川 亮 (MD)²⁾、香川聖子 (MD)²⁾、宮井由美 (MD)²⁾、佐々木真紀子 (MD)²⁾、香月奈穂美 (MD)²⁾、門田球一 (MD)^{1、2)}、串田吉生 (MD)^{1、2)}、羽場礼次 (MD)^{1、2)}、金西賢治 (MD)³⁾、秦 利之 (MD)³⁾

総会 (14時30分～14時50分)

コーヒーブレイク (14時50分～15時10分)

シンポジウム1 (15時10分～16時50分)

「Debate on practical cytology」

座長：寺本典弘（国立病院機構四国がんセンター病理診断科）

山本珠美（国立病院機構高知病院臨床検査科）

ベッドサイド細胞診－呼吸器領域におけるオンサイト細胞診の有用性：積極派の立場から

国立病院機構岡山医療センター臨床検査科¹⁾、国立病院機構福山医療センター臨床

検査科²⁾、国立病院機構四国がんセンター臨床検査科³⁾

山口大介(CT)¹⁾、有安早苗(CT)²⁾、佐藤正和(CT)³⁾、小早川奨(CT)¹⁾、平本直美(CT)¹⁾、
都地友紘(MD)¹⁾、神農陽子(MD)¹⁾、谷口香(MD)¹⁾

ベッドサイド細胞診－消極派 呼吸器のベッドサイド細胞診：消極派の立場から

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部

串田吉生 (MD)

子宮内膜細胞診－子宮内膜細胞診の問題点と臨床的取り扱い：積極派の立場から

徳島市民病院産婦人科¹⁾、徳島赤十字病院産婦人科²⁾、徳島大学病院産科婦人科³⁾

古本博孝(MD)¹⁾、白河 綾(MD)¹⁾、山本哲史(MD)¹⁾、福井理仁(MD)¹⁾、祖川英至(MD)²⁾、

木内理世(MD)²⁾、牛越賢治郎(MD)²⁾、名護可容(MD)²⁾、別宮史朗(MD)²⁾、

阿部彰子(MD)³⁾、西村正人(MD)³⁾、苛原 稔(MD)³⁾

子宮内膜細胞診－子宮内膜細胞診はごく限定された状況においてのみ有用である

かもしれない：消極派の立場から

愛媛大学医学部・産婦人科

松元 隆 (MD)

乳腺穿刺細胞診－早期乳癌の診断において穿刺吸引細胞診は必要である。～使わないのは

宝の持ち腐れ？診断能の低下を招く！～：積極派の立場から

たけべ乳腺外科クリニック¹⁾、高松平和病院病理²⁾、香川県立中央病院検査³⁾

武部晃司¹⁾、新井貴士¹⁾、安毛直美¹⁾、兼近典子¹⁾、佐藤 明²⁾、宮西智恵²⁾、白井

智子²⁾、山本洋介³⁾

乳腺穿刺細胞診－乳腺病変の診断で針生検を支持する：消極派の立場から
国立病院機構四国がんセンター乳腺科
大住 省三

特別講演 (17時00分～18時00分)

「子宮頸部腺癌の最近の考え方－新 WHO 分類 (2014) を読み解く」
演者：三上芳喜 (熊本大学医学部附属病院病理部教授)
座長：前田智治 (愛媛県立中央病院病理診断部)

懇親会 (19時00分～)

会場 全日空 南館 4階 エメラルドルーム 会費 3,000円

2日目

8月2日(日)

一般演題 (9時00分～9時40分)

第4群 [P26～27]

座長：竹原和宏 (国立病院機構四国がんセンター婦人科)

10. 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大学院保健医療学研究科医療技術科学専攻¹⁾、愛媛県総合保健協会
検査部病理検査課²⁾、浦添総合病院病理部³⁾
安田理恵 (MT)¹⁾、林 彩香 (MT)²⁾、金城宙美 (MT)³⁾、大崎博之 (CT)¹⁾、
則松良明 (CT)¹⁾
11. 洗浄腹水細胞診が診断契機となった卵巣境界悪性腫瘍併発の原発性腹膜癌
国立病院機構四国がんセンター婦人科¹⁾、同病理科²⁾、同臨床検査科³⁾
小松正明 (MD)¹⁾、楠本真也 (MD)¹⁾、大亀真一 (MD)¹⁾、白山裕子 (MD)¹⁾、岡本奈美 (CT)³⁾、
小嶋健太 (CT)³⁾、門屋 幸 (CT)³⁾、田中慎一 (CT)³⁾、田母神佐智子 (CT)³⁾、佐藤正和
(CT)³⁾、有江啓二 (CT)³⁾、高畑浩之 (MD)²⁾、西村理恵子 (MD)³⁾、寺本典弘 (MD)²⁾、
竹原和宏 (MD)¹⁾

第5群 [P27～28]

座長：杉田敦郎（愛媛県立中央病院病理診断部）

12. 角化型扁平上皮癌細胞との鑑別に苦慮した角化型高度異形成細胞の一例

愛媛県立中央病院検査部¹⁾、同病理診断部²⁾

木下幸正 (CT)¹⁾、森田 渚 (MT)¹⁾、加藤真紀子 (CT)¹⁾、高石裕子 (CT)¹⁾、篠崎理恵 (CT)¹⁾、兵頭直樹 (CT)¹⁾、井上信行 (CT)¹⁾、高石 修 (CT)¹⁾、大杉増美 (CT)¹⁾、木藤克己 (MD)²⁾、杉田敦郎 (MD)²⁾、前田智治 (MD)²⁾

13. 膵液細胞診における膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の組織亜型・異型度の検討

鳥取大学大学院医学系研究科¹⁾、鳥取大学医学部附属病院病理部²⁾、鳥取大学医学部保健学科病態検査学³⁾

小柳由貴 (MT)¹⁾、上田直幸 (MT)¹⁾、紙田 晃 (MT)¹⁾、三宮直子 (MT)¹⁾、柳樂治希 (MT)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⁾、堀江 靖 (MD)²⁾、松下倫子 (CT)³⁾、広岡保明 (MD)³⁾

シンポジウム2 (9時40分～11時25分)

「LBCの細胞像 ～ 従来法との比較、処理法による比較」

座長：立山義朗（広島西医療センター臨床検査科）

則松良明（愛媛県立医療技術大学）

シンポジウム2-1 尿細胞診におけるBDサイトリッチTM法と従来法の比較検討

西条中央病院中央検査部¹⁾、愛媛県立医療技術大学大学院保健医療学研究科医療技術科学専攻²⁾

佐伯勇輔 (CT)^{1)、2)}、大崎博之 (CT)²⁾、則松良明 (CT)²⁾

シンポジウム2-2 膀胱洗浄液におけるLBC法と従来法の細胞像

・・・とくにThinPrepについて・・・

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)

シンポジウム2-3 呼吸器細胞診とLBC

岡山大学病院病理部

藤田 勝 (CT)、今井みどり (CT)、井上博文 (CT)、那須篤子 (CT)、瀧田香菜 (CT)、田中顕之 (MD)、田中健大 (MD)、柳井広之 (MD)

シンポジウム 2-4 ThinPrep (LBC) の細胞像～従来法との比較～

福山市医師会健康支援センター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⁾

小林孝子 (CT)¹⁾、藤井千登勢 (CT)¹⁾、岡田美恵子 (CT)¹⁾、佐藤恵子 (CT)¹⁾、栗田浩子 (CT)¹⁾、和田栄津子 (CT)¹⁾、吉藤彩子 (CT)¹⁾、澄川孝之 (CT)¹⁾、熊谷智代 (MD)¹⁾、元井 信 (MD)²⁾、谷山清己 (MD)³⁾

シンポジウム 2-5 内膜細胞診における従来法と液状法標本の比較

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⁾、同病理診断科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⁾、中村香織 (CT)¹⁾、和田裕貴 (CT)¹⁾、内野かおり (MD)²⁾、能登原憲司 (MD)²⁾、則松良明 (CT)³⁾

シンポジウム 2-6 乳腺穿刺吸引細胞診における従来法(合わせ法)と Liquid-based cytology 法との細胞像の比較

川崎医科大学附属川崎病院病理部¹⁾、同病理科²⁾、同附属病院病院病理部³⁾

畠 榮 (CT)¹⁾、成富真理 (CT)¹⁾、日野寛子 (CT)¹⁾、高須賀博久 (CT)¹⁾、物部泰昌也 (MD)²⁾、福屋美奈子 (CT)³⁾、鹿股直樹 (MD)³⁾、森谷卓也 (MD)³⁾

会長講演 (11 時 30 分～12 時 10 分)

「液状細胞診の使用経験と問題点」

演者：愛媛県立中央病院病理診断部 前田智治

座長：愛媛県立中央病院病理診断部 木藤克己

閉会の挨拶 (12 時 15 分)

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

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、膣、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、細胞診用語である扁平上皮内病変 squamous intraepithelial neoplasia (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、従来 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。

子宮頸部腺癌は粘液性腺癌、類内膜腺癌、明細胞腺癌、漿液性腺癌、中腎腺癌に分けられ、粘液性腺癌の中に内頸部型、腸型、印環細胞型、最小偏倚型 (いわゆる悪性腺腫)、絨毛腺管型が含まれていた。内頸部型粘液性腺癌がこれらの中で最も頻度が高く、頸部腺癌全体の 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 (usual type) 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亜型として加わり、最小偏倚腺癌が極めて分化度の高い胃型腺癌の特殊型として位置づけられた。そして、絨毛腺管癌は通常型腺癌、粘液性腺癌、漿液性腺癌などと並ぶ独立した亜型となった。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、明細胞腺癌、漿液性腺癌、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亜型であることを理解しておく必要がある。特に胃型腺癌は本邦で頻度が高いため、その取扱いが今後議論されていくことになる。

シンポジウム 1

「Debate on practical cytology」

細胞診にまつわる実務上の論点をdebate形式で議論します。俎上に上げるのは、『内膜細胞診』『ベッドサイド細胞診』『乳腺穿刺吸引細胞診』です。いずれも、細胞診の重要なジャンルですので、私達は大きな関心があり、その精度を増すために努力をしてきました。しかし、私達の関心や努力に見合うほどの臨床的意義があるのかどうかに関しては様々な意見があります。

今回、それぞれのテーマについて、2人の演者が真逆の方向から討論します。対決の形式を取りますが、目的は血の雨を降らすことではなく、細胞診の実務に関する多様な視点を浮き彫りにすることです。

シンポジウム 2

「LBCの細胞像 ～ 従来法との比較、処理法による比較」

液状化検体細胞診(Liquid-based cytology; LBC)は、採取した細胞を一度固定保存液中に浮遊させ、その後スライドガラスに薄く塗抹する方法の総称です。LBCは効率よく細胞を収集できる優れた方法であり、欧米を中心に婦人科領域に利用されています。最近、日本においてもLBCのメリットを生かし、婦人科領域のみならず、非婦人科領域でも使用されつつあります。LBCの普及に伴い、直接塗抹法と異なる判定方法や新たな技術についての検討発表や論文による報告が増えてきています。

今回、各種検査材料におけるLBC法と従来からの直接塗抹法を比較し、細胞像にどのような違いがあるのか、LBCは診断に有用なのかどうかについて議論したいと思います。

シンポジウム1 ベットサイド細胞診－積極派

呼吸器領域におけるオンサイト細胞診の有用性

国立病院機構岡山医療センター臨床検査科¹⁾、国立病院機構福山医療センター臨床検査科²⁾、国立病院機構四国がんセンター臨床検査科³⁾

山口大介 (CT)¹⁾、有安早苗 (CT)²⁾、佐藤正和 (CT)³⁾、小早川奨 (CT)¹⁾、平本直美 (CT)¹⁾、都地友紘 (MD)¹⁾、神農陽子 (MD)¹⁾、谷口 香 (MD)¹⁾

オンサイト細胞診とは細胞検査士が検体採取現場に出向き、細胞採取量、悪性の有無、組織型の推定を口頭で臨床医に暫定報告する検査である。呼吸器領域において気管支鏡下生検、超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EBUS-TBNA)、CTガイド下生検がその対象となる。

このような侵襲性の高い検査においてオンサイト細胞診は、検査時間の短縮や再検査率を低下させるために有用である。当院では特に気管支鏡下生検で高い成果を挙げており2002年に導入以来、それまで約5.4%あった再検率を1.9%に、CTガイド下生検による再検率も約20%から8%へ低下させた。また検査導入から現在に至るまで、特定の細胞検査士に依存することなく、検査実施者が変わっても正診率、感度、特異度ともに一定の精度を維持できている。

そして、肺癌におけるEGFR遺伝子変異解析、ALK 融合遺伝子解析が保険収載となり、治療方針決定に不可欠な検査となった現在、次に行うコンパニオン診断の選択には組織型の推定が欠かせない。これまでは小細胞癌、非小細胞癌の鑑別であったが、これに加え腺癌か、扁平上皮癌であるかの組織診断が必要となり、臨床現場ではコンパニオン診断実施まで見越した材料採取が行われるべきである。オンサイト細胞診で採取材料の良否を判断することが重要となる。

以上より、患者の身体的かつ経済的な負担を軽減し、的確な診断及び迅速な治療を提供するうえで、細胞採取量、悪性の有無、組織型の推定を暫定報告するオンサイト細胞診は実施すべきである。

シンポジウム1 ベットサイド細胞診－消極派

呼吸器のベットサイド細胞診

香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部

串田吉生 (MD)

呼吸器のベットサイド細胞診 (Rapid on-site cytologic evaluation、以下ROSE) は診断精度の向上や患者への負担軽減などにつながり、その有用性は我々の施設での検討を含め実証されている。しかし、医学の進歩により病理部門の業務量は増加の一途であり、マンパワー不足のためベットサイドまで出向くことは病理スタッフへの大きな負担である。特に術中迅速診断など緊急性を要する業務や病理解剖などが重なった場合、人手が足りない状態で多数の業務を同時に掛け持つため、インシデントやアクシデントが発生しやすい状況になり、安全管理上問題である。

また、ROSEは検体の適正、不適正を判断することが目的であるが、実際に臨床医は確定診断まで要求するため、細胞検査士が判断を行う場合、責任の所在や精神的負担も問題になる。一方、ROSEを優先させた場合、病理部門の他の重要な業務を犠牲にせざるを得ない部分もあり、ROSEによる保険点数の加算もない現状で他の業務との優先順位の問題もある。また、気管支鏡を行う臨床医に十分な知識や技術、経験がある場合は、ROSEなしでも高い診断精度が担保されている施設もある。

ROSEの有用性とデメリットを考えた上で病理部門での適切な運用が必要であると考えられるが、今回のシンポジウムでは病理スタッフへの負担やリスク、他の業務とのバランスを考え、消極派の立場でディベートする予定である。

Debates on practical cytology

第30回日本臨床細胞学会・中国四国連合会総会シンポジウム I
8月1日(土)松山市・愛媛県医師会館

オンサイト・サイトロジー

前時代の病理医の生き残りめ

山口大介 岡山医療センター

へ？ おまえんどこでオンサイト
やるって本気で言ってるの…

串田吉生 香川大・医



激突！！



第30回日本臨床細胞学会・中国四国連合会総会 8月1・2日、松山市・愛媛県医師会にて

<http://cyehime.webnode.jp/>

シンポジウム1 子宮内膜細胞診—積極派

子宮内膜細胞診の問題点と臨床的取り扱い

徳島市民病院産婦人科¹⁾、徳島赤十字病院産婦人科²⁾、徳島大学病院産科婦人科³⁾

古本博孝 (MD)¹⁾、白河 綾 (MD)¹⁾、山本哲史 (MD)¹⁾、福井理仁 (MD)¹⁾、祖川英至 (MD)²⁾、木内理世 (MD)²⁾、牛越賢治郎 (MD)²⁾、名護可容 (MD)²⁾、別宮史朗 (MD)²⁾、阿部彰子 (MD)³⁾、西村正人 (MD)³⁾、苛原 稔 (MD)³⁾

生活スタイルの欧米化によって子宮体癌の罹患率は増加しており、近年は子宮頸癌のそれを凌駕している。体癌の検査として内膜細胞診が行われるが、内膜細胞診の偽陰性率は15～30%と報告されており、かなりの高率で病変を見落とす可能性がある。また偽陰性を恐れて疑陽性の判定が増える傾向があり、内膜細胞診を施行した5830例中、329例(6%)で異常が認められたが、その内の197例(60%)が疑陽性であった。その疑陽性で6ヶ月以上の経過観察や子宮摘出により転帰の明らかな109例中85例(78%)が最終的に異常を認めなかった。つまり多くの症例が不必要な経過観察や内膜全面搔爬などの侵襲的な検査を受けていることになる。

しかし一方、1) 内膜細胞診で発見される体癌や異型増殖症が存在する。2) 内膜細胞診陽性で内膜生検が陰性の中に卵管癌が存在する。3) 内膜細胞診という検査があるのに行わないことを患者に納得させることは難しい。などの理由から内膜細胞診は行うべきで、問題はその用い方であると考え。私は閉経後の出血などの場合、子宮内に腫瘤があるなど体癌を強く疑う初見がなければ、内膜細胞診とUSG、適宜子宮鏡で4ヶ月毎に経過観察し1年程度異常が出なければ経過観察終了としている。内膜細胞診疑陽性の場合も内に腫瘤がなければ、内膜生検、子宮鏡を行い、異常がなければ経過観察し、内膜全面搔爬などの侵襲的な検査は行っていない。また、今回取り扱った体癌症例について内膜細胞診の有効性の観点から後方視的に検討し報告する。

シンポジウム1 子宮内膜細胞診—消極派

子宮内膜細胞診はごく限定された状況においてのみ有用であるかもしれない

愛媛大学医学部・産婦人科

松元 隆 (MD)

子宮内膜細胞診が実施される状況としては、症状がない婦人を対象とする「検診ベース」と、症状を有する患者に行われる「診療ベース」の二つに大別される。さらに、「検診ベース」は、①子宮体がん高危険群(50歳以上または閉経後または月経不規則な未経妊で、6ヶ月以内に不正出血を訴えた婦人)を対象としたいいわゆる“対策型検診”、②無症状者が対象のいわゆる“任意型検診”(健診・ドック)、および③無症状者に対して保険診療として実施されている医療機関での検診の三つがある。

「検診ベース」における子宮内膜細胞診：子宮内膜細胞診による子宮体がん検診の死亡率減少効果についての根拠となる報告は現在のところない。われわれ医療者は「科学的根拠に基づいた医療(EBM: Evidence-Based Medicine)」を実践する義務があり、「検診ベース」での子宮内膜細胞診の意義を検討するためには「大規模前向きコホート」を実施する必要がある。

「診療ベース」における子宮内膜細胞診：子宮内膜細胞診の結果にかかわらず、子宮体がんを疑う症例の治療方針を決定するためには、内膜組織診による確定診断が必須である。従来、外来での内膜組織の採取には金属製の鋭匙が使用されていたが、患者にとって疼痛を伴う検査にもかかわらず、診断に十分な組織量が採取できないこともあり、麻酔下での内膜全面搔爬が必要になる症例も多かった。このような状況下においては、疼痛も少なく子宮内腔全面の検査が可能である内膜細胞診は一定の存在価値を有していたと考えられる。しかしながら、欧米において従来より汎用されている子宮内膜吸引組織診の本邦での普及に伴い、状況は一変した。すなわち、内膜吸引組織診は内膜細胞診と同程度の疼痛で実施可能であり、子宮内膜全面より相当量の組織が採取可能である。したがって、現状では子宮内膜細胞診は、子宮内膜組織診では診断が困難な症例に限って、有用である可能性があると考えられる。

Debates on practical cytology

第30回日本臨床細胞学会・中国四国連合会総会シンポジウム I
8月1日(土)松山市・愛媛県医師会館

内膜細胞診

だって、信じてないもん

松元隆 愛媛大学医学部

単に診たくないだけでしょ？

古本博孝 徳島市民病院



第30回日本臨床細胞学会・中国四国連合会総会 8月1・2日、松山市・愛媛県医師会にて

<http://cyehime.webnode.jp/>

シンポジウム1 乳腺穿刺細胞診—積極派

早期乳癌の診断において穿刺吸引細胞診は必要である ～使わないのは宝の持ち腐れ？ 診断能の低下を招く！～

たけべ乳腺外科クリニック¹⁾、高松平和病院病理²⁾、香川県立中央病院検査³⁾
武部晃司¹⁾、新井貴士¹⁾、安毛直美¹⁾、兼近典子¹⁾、佐藤 明²⁾、宮西智恵²⁾、白井智子²⁾、山本洋介³⁾

<序文>現在多くのがん拠点病院は穿刺吸引細胞診(FNAC)を全く行っていない。皆様が思っている以上にFNACは劣勢である。一方、私は乳癌診断に関して25年、FNACをやめようと思ったことは一度もない。今回私の主張がFNACを使わない嘆かわしい現状に一石を投じられれば幸いである。

<現状>当院は年間約5000人の一次検診、200例の新規乳癌手術を行う。新規乳癌に占めるDCIS比は30%を超えており、FNACの活用がその要因である。年間900例のFNACと180例の針生検(CNB)と約30例のprobe lumpectomy(診断と治療を兼ねた局麻下のlumpectomy)が主な術前診断手技である。

<検診における細胞診>最近6年間の検診成績、総数24497名・要精査4.3%・無自覚癌発見0.6%である。無自覚癌は147例で53%がDCIS。精査は原則 FNAC。陽性反応的中度は14%と高率であり、我が国でもっとも良い成績である。それでも86%は良性病変を要精査に回していることになり、検診の2次精査をすべてCNBにするのは現実的ではない。CNBで精査を全部行おうとすれば、画像診断での振り分けが必要となるが、それは診断能の劣化につながりかねない。将来USが一次検診に導入されるがUSで検出された病変に対し、FNACを用いて良性病変を効率よく除外して行く必要がある。

<FNAC成績>最近7年間の成績は総数6396、検体不適9.8%、鑑別困難8.2%、悪性疑い3.2%、悪性15.3%。悪性884例偽陽性5例、鑑別困難472例中悪性37%、悪性疑い183例中悪性89%であった。悪性の偽陽性例はすべてlumpectomyのみ行い過剰治療はない。鑑別困難、悪性疑い例においても画像との整合性を考慮してCNBやprobe lumpectomyを組み合わせて診断しており特に不都合は生じない。

<何に有用か>嚢胞性病変、粘液産生病変、非触知石灰化病変、5mm以下の実質性病変、coreの小さい・ないdistortion病変の診断はCNB/MMTよりFNACがはるかに有用である。なかでも石灰化病変はFNACの最も良い適応である。悪性病変の96%に検鏡上砂粒体を確認できる。CNBよりも的確な部位から検体を採取できるという利点がある。当院は中四国でもっとも最初に腹臥位MMTを導入した施設であるが、FNACで浸潤癌やcomedo DCISは確実に診断できる。Low grade DCISも大部分はFNACで、一部CNBで診断している。高侵襲のマンモトームを最近全く用いることはなくなった。

<チーム医療>当院には2名のスクリーナーは画像診断、細胞診断、病理診断、薬物治療に精通した乳腺疾患に特化した検査技師である。多忙な臨床医と超多忙な病理医の間をとりもつ役目を担っている。乳がん診断・治療チームにおいて非常に有用な存在である。FNACを捨ててしまった施設ではこのような技師を育てることはできるだろうか？

<結語> 真の乳腺専門医は画像に精通し、FNAC、CNB、probe lumpectomyを自由自在に使い分けて早期病変、境界病変を的確に拾い上げ、確実に診断治療できる医師である。

シンポジウム1 乳腺穿刺細胞診－消極派

乳腺病変の診断で針生検を支持する

国立病院機構四国がんセンター乳腺科

大住 省三

乳腺の病変の最終診断は外科的摘出材料による病理診断であるが、検査を簡便にして患者の負担を減らし、またコスト削減のために穿刺吸引細胞診（FNA）ならびに針生検が通常行われている。しかし、診断精度の点ではいずれも完璧な方法ではない。

四国がんセンターでは、乳腺の病変に対して基本的にはFNAは現在行わず、ほぼすべて（特にエコーで明瞭に描出できる病変）において針生検を行っている。針生検で診断を確定できない場合（針生検でatypical hyperplasiaとされた場合がほとんど）のみ外科的生検を行っており、特に問題を感じていない。約10年前までは当院でもFNAが主流であったが、検体不良の率が高く、偽陽性を何度か経験したため、全面的に針生検に切り替えた。今回最も重要な診断精度の点を中心に文献的考察ならびに当院のデータを示して針生検の有用性を述べる。文献的には、針生検の方がFNAよりも診断精度が高いことは繰り返し述べられている。さらに以下の点で針生検の方が有利である。

癌と診断がついた場合、DCISか否かで腋窩への対処が変わってくる。最近センチネルリンパ節生検（SNB）を行うことが増えてきたが、DCISであればこの手術も省略できる（SNB後でも後遺症は起こる）。針生検でDCISと診断されても切除すると浸潤がんのことはあるが、FNAではDCISと診断されてもその信頼度はかなり低い。

昨今、乳癌に術前薬物療法を行うことが増えてきた。薬物療法開始前には、ホルモンレセプター、HER2の状況を知っておくことは不可欠である。この際針生検材料を用いて免染を行うのが世界の標準的手技である。以上より、演者は針生検を支持し、FNAは不要と考える。

Debates on practical cytology

第30回日本臨床細胞学会・中国四国連合会総会シンポジウム I
8月1日(土)松山市・愛媛県医師会館

乳腺穿刺吸引細胞診

診断に無用、治療に無効

大住省三 四国がんセンター

使いこなしてこそ真のプロ

武部晃司 たけべ乳腺クリニック



因縁！！



第30回日本臨床細胞学会・中国四国連合会総会 8月1・2日、松山市・愛媛県医師会にて

<http://cyehime.webnode.jp/>

シンポジウム2-1

尿細胞診におけるBDサイトリッチTM法と従来法の比較検討

西条中央病院中央検査部¹⁾、愛媛県立医療技術大学大学院保健医療学研究科医療技術科学専攻²⁾
佐伯勇輔(CT)^{1)、2)}、大崎博之(CT)²⁾、則松良明(CT)²⁾

【はじめに】今回我々は、尿検体における2回遠沈法（従来法）とBDサイトリッチTM法（BD CR法）の集細胞率の違いを明らかにすることを目的に比較検討を行った。

【対象・方法】対象は、一般検査室に提出された検査後の残余尿（自然尿）100例である。症例ごとに尿を2等分してBD CR法（用手法）と2回遠沈法で標本を作製した。2回遠沈法は、BD CR法と同じ面積になるように直径13mmの円内に塗抹した。上皮細胞数は無作為に抽出した5視野（対物20倍）を目視にて計数した。両者間に1.5倍以上の差がある場合、多い方を優勢とした。1.5倍未満の場合は同等とした。さらに、各検体の蛋白と潜血の定性検査結果をそれぞれの標本作製法の上皮細胞数と比較した。

【結果】上皮細胞数は、BD CR法優勢が56%、2回遠沈法優勢が12%、同等が32%であり、BD CR法で有意に上皮細胞数が多かった（ $p<0.001$ ）。蛋白尿と血尿においてもBD CR法で有意に上皮細胞数が多かった（ $p<0.001$ ）。細胞分布は、BD CR法では均等であったが、2回遠沈法では偏る傾向が見られた。

【結語】同一面積における上皮細胞数は、BD CR法が2回遠沈法よりも有意に多かった。BD CR法は、高額な機器を必要とせずにより用手法で実施できることから中小規模施設でも導入可能である。そのためBD CR法は尿細胞診の精度向上と標準化に有用と考える。

シンポジウム2-2

膀胱洗浄液におけるLBC法と従来法の細胞像・・・とくにThinPrepについて・・・

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)

【はじめに】尿細胞診においては低軽度尿路上皮癌の細胞診断が困難なことも多く、その全体の感度は40～60%程度とされている。さらに高異型度尿路上皮癌でも施設間較差も大きく本腫瘍の診断精度を高めることが求められている。液状化検体細胞診（LBC）は細胞捕捉と保存性に優れており、診断精度の向上と精度管理および標準化さらにはタンパク質発現やゲノム検索への応用も期待されている。今回、各種液状化細胞診固定剤とくにThinPrep固定剤における細胞像について検討した。

【材料と方法】診断目的に採取された膀胱洗浄液にて、SurePath（BD）、TACAS（MBL）、LBC Prep（武藤化学）とThinPrep（HOLOGIC）の4種類の固定液を用いた。これらの固定細胞をオートスミア（サクラ）装置を用いて細胞標本を作製し細胞像を観察した。さらにオートスミアによる直接塗抹法の細胞標本とThinPrepプロセスによるフィルター法での出現様式および細胞像を比較した。

【結果】細胞像は、細胞形態や核クロマチン、核小体の染色像に若干の違いはあるが、各固定液とも集塊内部の形態観察も可能であり良好な細胞形態を保持していた。溶血能はSurePathが優れていた。直接塗抹法に比較してフィルター法では、核クロマチンは繊細で微細、核小体は明瞭で好酸性となる傾向がみられた。

【まとめ】LBCの利点として、良好な細胞形態の保持と標本作製の標準化に加え、保存液中での細胞の長期保存も可能である。また、必要に応じて免疫細胞化学的染色や遺伝子解析も可能でありLBCへの需要は増すものと予測される。

シンポジウム2-3

呼吸器細胞診とLBC

岡山大学病院病理部

藤田 勝 (CT)、今井みどり (CT)、井上博文 (CT)、那須篤子 (CT)、濱田香菜 (CT)、田中顕之 (MD)、田中健大 (MD)、柳井広之 (MD)

画像診断の進歩に伴い、呼吸器細胞診にもより高い精度が求められる時代となった。病巣への直接的アプローチによって得られた細胞の評価には確実性が要求される。我々は、これに応える手法の一つとして、LBCを導入してきた。本演題では、LBCにおける呼吸器病変の細胞像を提示し、所見のとらえ方を中心に、問題点および有用性について解説する。

検討対象として気管支洗浄液およびCTガイド下肺生検の生検針洗浄検体を用い、CytoRich Red™による処理にてLBC標本を作製した。気管支洗浄検体では、通常の方法とCytoRich Red™を使用したもので、悪性細胞の細胞像につき比較検討した。CytoRich Red™によるCTガイド下肺生検の生検針洗浄液では、肺癌の組織型ごとにLBCとしての細胞像をまとめ、細胞診判定と組織診断に不一致のみられた症例を抽出して、その原因を考察した。

気管支洗浄検体では、LBC標本において悪性細胞に細胞質の染色性の変化とクロマチン凝集および核小体の顕在傾向を認める症例がみられた。CTガイド下肺生検の生検針洗浄液では、細胞診判定と組織診断の一致した症例が多かったものの、細胞診と組織診断で組織型が異なった症例（9%）、細胞診で組織型を確定できなかった症例（11%）が存在した。

LBCによる肺癌の細胞像は、従来法との固定条件の違い、保存液中での細胞浮遊による物理的要因などで変化する。組織型の推定は、その後の治療とも密接に関連することから、それぞれの組織型についてそのクルーとなる所見を理解しておくことが重要である。

シンポジウム2-4

ThinPrep (LBC) の細胞像～従来法との比較～

福山市医師会健康支援センター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⁾

小林孝子(CT)¹⁾、藤井千登勢(CT)¹⁾、岡田美恵子(CT)¹⁾、佐藤恵子(CT)¹⁾、栗田浩子(CT)¹⁾、和田栄津子(CT)¹⁾、吉藤彩子(CT)¹⁾、澄川孝之(CT)¹⁾、熊谷智代(MD)¹⁾、元井 信(MD)²⁾、谷山清己(MD)³⁾

【はじめに】当施設では、直接塗抹法（以下、従来法）は細胞採取手技の違いにより標本内容に差が認められ、不適正例が多く、その取扱に苦慮し、LBC導入を検討した。その結果、ThinPrep®5000プロセッサ（Hologic Inc.;USA）を採用し、2010年4月より子宮頸がん検診にThinPrep®（以下、TP法）を導入した。今回我々は自験例をもとにサーベックスブラシを用いたTP法と従来法の両者を比較し、その成績を細胞像を中心に報告する。

【結果】作製標本：従来法はスライド全面に塗抹され、細胞は重なり、分布は不均等になる傾向があった。TP法は乾燥や変性はなく、平面的で均等な密度で細胞がみられるため鏡検し易く、鏡検時間は短縮された。

染色性：両法とも差がほとんどなく、同様の細胞像が得られた。TP法では細胞集塊はやや縮小し、細胞の小型化がみられ、細胞質・核の染色性は淡明であった。

成績：LSIL判定は、従来法とTP法はほぼ同等の検出率を示した。小型の異型細胞が多いとされるHSIL判定においては、TP法で従来法に比し有意に検出率の上昇が認められた。

【まとめ】TP法は従来法の問題点を改善し、精度向上を計り、今後の検体の増加にも充分対応できる有効な手法であると考えられる。しかし、TP法は標本作製法が異なり、細胞が小型化・淡明化するため、小型異型細胞の鑑別が従来法より難しく、TP法の細胞の見方についてはさらに研鑽が必要であると考えられた。

シンポジウム2-5

内膜細胞診における従来法と液状法標本の比較

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⁾、同病理診断科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⁾、中村香織(CT)¹⁾、和田裕貴(CT)¹⁾、内野かおり(MD)²⁾、能登原憲司(MD)²⁾、則松良明(CT)³⁾

近年、様々な検体において液状法が普及しつつあるのが現状である。当院でも内膜細胞診の標本作製に、従来法の直接塗抹標本と液状法の両方を用いており、併用して診断を行っている。今回、従来法と液状法の細胞像を中心に、標本作製法による評価判定の違いを述べる。

当院では、従来法と液状法(BDシュアパス)との併用を2011年6月から行っている。作製法の違いによる標本の状態についての比較では、背景所見を清明、混濁、血性に分類し、乾燥所見を乾燥なし、あり、一部乾燥ありに分類した。細胞集塊と出現形態についての比較では、正常症例においては大型集塊、土管状集塊、シート状集塊を比較、EGBD症例では特徴的所見である間質細胞凝集塊を比較、癌症例では異常集塊である乳頭管状集塊、不整形突出集塊の比較を行った。細胞像の比較では、従来法と液状法の標本について比較を行った。

従来法と液状法を比較した結果、液状法では細胞が収縮し、核が濃染する傾向にあった。また、液状法では丸みを帯びた集塊形状を示すことより、従来法の構造異型をそのまま用いることは難しいように思われた。従来法と液状法での集塊の形態が異なることから、従来法では判定票を基準に、液状法ではOSG式判定様式を用いた。

従来法と液状法の標本には、それぞれメリット、デメリットがあるが、液状法標本は観察がしやすく魅力的であり、従来法と液状法の違いを認識して判断することで、診断精度の向上と標準化が図れると期待できる。

シンポジウム2-6

乳腺穿刺吸引細胞診における従来法(合わせ法)とLiquid-based cytology法との細胞像の比較

川崎医科大学附属川崎病院病理部¹⁾、同病理科²⁾、同附属病院病院病理部³⁾

畠 榮(CT)¹⁾、成富真理(CT)¹⁾、日野寛子(CT)¹⁾、高須賀博久(CT)¹⁾、物部泰昌也(MD)²⁾、福屋美奈子(CT)³⁾、鹿股直樹(MD)³⁾、森谷卓也(MD)³⁾

乳腺疾患は、視触診、マンモグラフィ、超音波検査、細胞診などを組み合わせて総合的に診断されている。中でも細胞診は画像診断で悪性とされた症例の確認や、良性病変の経過観察に重要な役割を果たしている。しかし、乳腺疾患では良悪性の診断に苦慮する症例も多く、正確な診断を行うためには、適正標本の作製が重要である。一般的に従来法(合わせ法)は細胞が十分に採取されていても、注射器などの採取器具に細胞が残存し、診断に重要な細胞が破棄されている。これに対してLiquid-based cytology法(LBC法)(SurePath法)では採取器具である注射器を固定液で洗うことで、細胞の回収率が高まる。LBC法専用のプレコートスライドはスライド表面がプラスに荷電されているため乳腺細胞診断に必要な大型細胞集塊や血管結合織、石灰化小体などの保持に優れている。

今回は従来法とLBC法を用いた標本作製の違いによる背景所見や出現細胞の相違点について文献的考察を加え報告する。一般的にLBC法では細胞の回収率が増加し、乾燥や細胞の挫滅は少なく、採取した細胞を圧挫しないため三次元構造が保たれて組織構築を反映している。しかし、背景の壊死物質や粘液の減少傾向ならびに個々の細胞形態では核の濃染傾向や細胞質の重厚感が認められるなどの報告がある。この様なLBC法による細胞像の特徴を理解した上で用いれば施設間差のない適切な標本作製することが出来、精度向上に有用と考えられる。

一般演題 1) 腹水に出現した乳腺小葉癌2例の細胞学的検討

徳島大学病院病理部¹⁾、吉野川医療センター²⁾

坂東良美 (MD)¹⁾、米田亜樹子 (MD)¹⁾、森河由里子 (CT)¹⁾、松山友理子 (CT)¹⁾、山川真由美 (CT)²⁾、近藤桂子 (CT)²⁾

腹水細胞診において乳腺小葉癌細胞を確認した2例について細胞病理学的に検討した。

症例1：40歳代前半、女性。両側乳癌術後（浸潤性小葉癌、左20歳中頃、右30歳後半）。嘔気、嘔吐があり近医を受診し、結腸の閉塞性イレウスを認め緊急手術が行われた。腹水細胞診においてN/C比が高く明瞭な核小体を有する異型細胞が孤在性あるいは不規則に配列する集塊状に多数出現していた。

症例2：70歳代後半、女性。72歳で左乳房切除術（浸潤性小葉癌）。腹水が貯留し細胞診が施行された。血性背景の中に明瞭な核小体を示し細胞質に粘液を有する異型細胞が孤在性に多数見られ、印環細胞癌が示唆された。数珠状配列やICL様の構造が少数見られた。いずれの症例にも手術材料では腸管や腹膜、大網に播種結節がみられ、核偏在傾向を示す異型細胞を認めた。

この2症例の腹水細胞診に出現した異型細胞は結合性に乏しく印環細胞癌様の細胞も見られたため胃癌の腹膜播種が最も疑われたが、免疫染色でE-cadherin陰性、GCDPF-15一部陽性、CDX2陰性であり、胃癌よりも乳癌の播種が考えられた。ER、PgR、HER2はすべて陰性であった。粘液を有しない異型細胞は反応性中皮細胞との鑑別が難しいものも多かった。

乳腺浸潤性小葉癌の細胞像の特徴として細胞が数珠状配列を示すことが知られているが、腹水中では孤立散在性に出現することが多い。細胞質に粘液を有する印環細胞癌様の異型細胞を認めた場合、乳腺浸潤性小葉癌の腹膜播種も念頭に置く必要があると思われた。

一般演題 2) 腹水細胞診が有用であった乳癌、骨盤内転移の一例

JA広島総合病院 産婦人科¹⁾、病理検査科²⁾

上田明子 (MD)¹⁾、大下孝史 (MD)¹⁾、藤本悦子 (MD)¹⁾、佐々木美砂 (MD)¹⁾、中前里香子 (MD)¹⁾、中西慶喜 (MD)¹⁾、井町海太 (CT)²⁾、岡本淳子 (CT)²⁾、上國愛 (CT)²⁾、永田郁子 (CT)²⁾、臺丸裕 (MD)²⁾

【はじめに】癌性腹膜炎の原発巣を推定することは治療方針を決定する上で極めて重要である。今回、腹水細胞診が有用であった乳癌の一例を経験した。

【症例】60歳代後半、女性。腹部膨満感、呼吸困難感を主訴に当院消化器内科に紹介受診となった。造影CT検査で腹膜播種、腹水貯留を認めた。腹水細胞診はclass V、腺癌が疑われたが上部・下部消化管内視鏡検査は異常なく原発巣が不明であった。PET-CT検査で子宮にSUVmax3.4、腹膜肥厚部位にSUVmax1.7の集積を認めたため、腹膜癌疑いにて当院産婦人科に紹介となった。内診で子宮腔部、腔壁が全体的に硬く骨盤底へのびまん性の浸潤が考えられた。子宮腔部の生検を提出したところ低分化型腺癌の診断であったが、子宮、卵巣等婦人科原発は否定的であった。腹水細胞診では比較的小型で均一な細胞を認め、N/C比は低く孤立散在性に認められた。また、細胞質内小腺腔が多数認められ、乳腺由来である可能性が示唆された。この時点ではじめて乳腺の精査を行い、右乳腺に腫瘤を触知し針生検で浸潤性小葉癌と診断された。右乳癌IV期 (T2NOM1) の診断にて、現在wPTXによる化学療法を施行中である。

【まとめ】原発不明の癌性腹膜炎の症例ではPET-CTのみでなく腹水細胞診が原発巣発見の契機となることもある。

一般演題3) 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条件の検討

国立病院機構四国がんセンター臨床検査科¹⁾、同病理科²⁾

岡本奈美 (CT)¹⁾、西村理恵子 (MD)¹⁾、佐藤正和 (CT)¹⁾、小嶋健太 (CT)¹⁾、田中慎一 (CT)¹⁾、佐伯由美 (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) で固定した組織検体を用いることが推奨されている。当院では、細胞診検体でもホルマリン固定した乳癌細胞検体のセルブロックを用いて、日常業務として受容体検査を行っている。今後、細胞診の残余検体を用いた受容体検査が必要となることを考えて、各種細胞診固定液を用いたセルブロック標本による乳癌受容体検査が可能であるかを比較検討した。

【方法】乳癌切除検体5例に対して腫瘍部を穿刺して細胞を採取し、ホルマリン、BDサイトリッチレッド保存液 (BDレッド) (BDシュアパス)、PreserveCyt液 (PC液) (ThinPrep法)、95%エタノール (エタノール) の4種類の固定液で24時間固定後、セルブロック標本を作製した。エストロゲン受容体 (ER)、プロゲステロン受容体 (PgR)、HER2蛋白免疫染色、HER2-dual in situ hybridization (DISH) 法を行い、ホルマリン固定セルブロック標本を対照に染色性を比較した。

【結果】BDレッド固定標本は、乳癌受容体検査標本すべての染色でホルマリン固定標本と同等の染色性が得られた。PC液、エタノール固定標本については、ER、PgRは染色性が悪く、HER2は免疫染色・DISHいずれも判定不可能であった。

【考察】各細胞診固定液のホルムアルデヒド含量は、ホルマリン：3.5~3.8%、BDレッド：0.4%、PC液およびエタノール：0%であるため、ホルムアルデヒドの有無が染色性に影響していると考えられた。

【まとめ】BDレッド固定後のセルブロックはホルマリンと同等の受容体検査結果が得られた。

一般演題4) 乳腺LBC (SurePath法) におけるCK5/6染色の有用性

松山赤十字病院病理診断科部

窪田裕美 (CT)、吉田彩乃 (CT)、坂本真吾 (CT)、本吉知里 (CT)、三好陽子 (CT)、門屋孝志 (MT)、古本好江 (CT)、高石治彦 (CT)、飛田陽 (MD)、大城由美 (MD)

【はじめに】当院では乳腺穿刺吸引細胞診 (FNAC) の診断精度向上のため、LBCで免疫染色を行っている。CK5/6は悪性病変が陰性・良性病変が陽性となり、良悪の鑑別に有用であることを報告してきた。今回は特に印象的であった3例を中心に、その実用性と注意点を考察する。

【対象】過去2年半に当院で施行された乳腺FNAC 76例のうち、細胞量が十分でCK5/6染色を追加可能で、かつ組織診と対応しえた18例について検討した。

【結果】FNAC判定は良性5例、鑑別困難3例、悪性疑い1例、悪性9例であった。良性5例・悪性9例は組織診と一致し、良性5例中4例がCK5/6陽性、悪性9例は全てCK5/6陰性であった。鑑別困難1例はCK5/6陰性でsolid-papillary carcinomaであった。残りの鑑別困難2例・悪性疑い1例はいずれもCK5/6陰性の悪性パターンだったが、アポクリン化生・線維腺腫・良性葉状腫瘍であった。症例1: 二相性のある集塊とない集塊が混在し、また脂肪浸潤を疑う所見より鑑別に苦慮したが、CK5/6陽性をもって良性と判定した。組織は硬化性腺症であった。症例2: 細胞異型に乏しく、不揃い配列から良性を考えたが、CK5/6陰性より単一な細胞増殖を疑って鑑別困難とした。組織はsolid-papillary carcinomaであった。症例3: 背景に双極裸核細胞が見られず、核重積の強い均一なシート状集塊であり、CK5/6陰性よりDCISを疑った。組織は良性葉状腫瘍であった。

【まとめ】乳腺FNACのCK5/6染色は良悪の鑑別に有用である。ただし例外もあるため、Pap染色での詳細な観察はもちろん、臨床所見などを考慮したうえで慎重に判定する必要がある。

一般演題 5) 尿中WT-1陽性細胞は腎疾患のバイオマーカーとなり得るか？

愛媛県立医療技術大学臨床検査学科¹⁾、香川大学医学部附属病院病理部²⁾、香川県立保健医療大学臨床検査学科³⁾、西条中央病院中央検査部⁴⁾、重井医学研究所附属病院臨床検査部⁵⁾

大崎博之 (CT)¹⁾、松永 徹 (CT)²⁾、串田吉生 (MD)²⁾、羽場礼次 (MD)²⁾、平川栄一郎 (MD)³⁾、佐伯勇輔 (CT)⁴⁾、重松由美恵 (CT)⁵⁾、則松良明 (CT)¹⁾

【目的】各種腎疾患では、尿中にポドサイト (Pod) が出現するとされている。そこで今回我々は、BD CytoRich (CR) 法とPodのマーカーであるWT-1抗体を用いた尿中Podの検出法を考案し、尿中Podと各種腎疾患の関連について検討を行った。

【方法】対象は香川大学附属病院で腎生検を行った腎疾患患者66症例と、泌尿器疾患のない患者30症例、良性の下部尿路疾患患者45症例である。上記症例の自然尿10mLからCR法で標本を作製し、WT-1抗体を用いた酵素抗体法を実施した。その後、WT-1陽性細胞を計数し、腎疾患患者においては腎生検の病理組織診断や半月体形成、各種検査値と比較検討した。

【結果】腎疾患患者の標本中にWT-1陽性細胞が1個以上出現していたのは33症例 (50%、33/66) であった。一方、泌尿器疾患のない30症例と下部尿路疾患45症例の標本にはWT-1陽性細胞の出現を認めなかった。細胞性半月体形成との関連では、WT-1陽性細胞数のカットオフ値を4個以上とした場合、感度68.8%、特異度72.0%、AUC 0.712であった。また、尿蛋白、尿潜血、血清クレアチニン、年齢の検査値と尿中WT-1陽性細胞数には相関を認めなかった。

【結語】我々の考案した方法は、自然尿を用いて腎疾患のスクリーニングや活動性のモニタリングができる可能性を示した。我々の方法を用いることにより侵襲の強い腎生検の頻度を減少させることも可能と考える。

一般演題 6) 膀胱全摘後・回腸代用膀胱尿に出現した上部尿路上皮癌細胞の診断のヒント

国立病院機構四国がんセンター臨床検査科¹⁾、同病理科²⁾

佐伯由美 (CT)¹⁾、佐藤正和 (CT)¹⁾、小嶋健太 (CT)¹⁾、岡本奈美 (CT)¹⁾、田中慎一 (CT)¹⁾、高畑浩之 (MD)²⁾、西村理恵子 (MD)¹⁾、寺本典弘 (MD)²⁾

【背景】膀胱全摘後のフォローアップのための回腸代用膀胱尿細胞診は、通常の尿細胞診に出現する細胞像に加え、腸管上皮やその変性細胞が加わるので、癌細胞との鑑別を難しくしている。今回は、膀胱全摘後に上部尿路上皮癌の再発を認めた症例の回腸尿細胞像について報告する。

【症例】50歳代、男性。TUR-BTにて上皮内癌を伴った浸潤性高異型度尿路上皮癌を認め、膀胱及び右尿管下部を摘出された。術後代用膀胱の尿細胞診では陰性が持続していたが、膀胱摘出から3年後の尿細胞診で疑陽性が続くため精査され、カテテル尿細胞診で陽性となり、画像診断とあわせ再発と診断された。右腎及び尿管摘出術が施行され、尿管全体、腎盂から腎実質にかけて上皮内癌を伴う浸潤性尿路上皮癌が認められた。

【細胞所見】疑陽性とした尿細胞診 (LBC法) では、変性した回腸上皮を背景に、尿路上皮と思われる異型細胞を集塊形成性や弧在性に認めた。異型細胞は核の濃染は認めるが核形不整は軽度であった。弧在性の異型細胞は変性が少なく数も多かった。大型の細胞集塊 (100 μ m \times 100 μ m以上) を認めた。比較対照として、再発のない別症例群 (N=4) の回腸尿では、100 μ mを超える集塊は見られなかった。

【考察】膀胱全摘後の回腸代用膀胱尿の細胞診では、細胞像の複雑さから再発時に陽性と判断することが難しい。本症例の経験から、細胞集塊の大きさと弧在細胞の所見に着目することが再発癌の判定の一助となると思われる。

一般演題7) 類上皮型血管肉腫(epithelioid angiosarcoma, EA)の1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⁾、同病理診断科²⁾、高知大学医学部附属病院病理診断科³⁾、高知医療センター病理診断科⁴⁾

北野 唯 (CT)¹⁾、尾崎綾乃 (CT)¹⁾、今本隼香 (CT)¹⁾、千頭祐一 (CT)¹⁾、橘 知佐 (CT)¹⁾、円山英昭 (MD)²⁾、戸井 慎 (MD)³⁾、岩田 純 (MD)⁴⁾

【はじめに】EAは他の組織型の血管肉腫よりも稀であるが悪性度が高い。今回、臀部に発生したEAの細胞診を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。生来健康。右下肢痛を認め右大腿動脈瘤と診断され、当院に紹介入院。超音波検査では、右遺残坐骨動脈周囲の軟部組織に41×25mm径の腫瘍が認められた。

【針生検組織所見】好酸性細胞質の大型異型細胞が浸潤増殖。核は腫大し、核質は微細空胞状で核小体明瞭。赤血球を内腔に容れた小型の空胞が散見され、血管内皮への分化がうかがわれた。

【部分切除組織】腫瘍断面は灰白色。境界不明瞭。小鬱血巣が散在。

【細胞診所見】針生検の洗浄細胞診および切除組織の捺印細胞診とも、大型で核形不整、核クロマチンが増量し、核小体が腫大した異型の強い腫瘍細胞が散在。核分裂像や二核細胞も散見され、Class V 非上皮性悪性腫瘍とした。

【免疫組織化学的所見】腫瘍細胞は細胞診、組織診ともAE1/AE3(+)、CK7(+)、CK20(-)、vimentin(+)、chromograninA(-)、CD31(+)、CD34(-)、desmin(-)、D2-40(-)、 α -SMA(+)、FactorVIII(+)、MIB-1 index 30-40%

【まとめ】細胞診ではClass V 非上皮性悪性腫瘍と診断し、その免疫染色および組織所見と合わせEAと確診した。EAは低分化腺癌、未分化癌に類似するため免疫染色の検索が必要である。

一般演題8) 臨床的に肺癌が疑われた肋骨骨巨細胞腫の一例

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】骨巨細胞腫(以下GCT)は20~40代の長管骨骨端部に好発する骨腫瘍で、肋骨発生は稀である。臨床的に肺癌が疑われた肋骨GCTの一例を経験したので報告する。

【症例】患者は50歳代、男性。検診で胸部異常陰影を指摘されCT検査を施行。左胸腔内に肋骨・胸椎に浸潤する腫瘍が発見された。PET検査で高集積を認め肺癌を疑い、CTガイド下穿刺吸引細胞診および生検組織診が施行された。

【細胞所見】楕円形~紡錘形の腫大した核と核クロマチンの軽度増量、小型核小体が目立つ腫瘍細胞で、核分裂像は認められず、泡沫状の豊富な細胞質を有する非上皮性の腫瘍細胞が集塊状で多数認められた。破骨細胞様の多核巨細胞の出現が目立ち、集団内にはライト緑に染まる硝子様物質が認められ、類骨様成分も認められた。GCTを疑ったが、低異型度の骨肉腫の可能性も除外できず鑑別困難と診断した。

【組織所見】生検組織は類円形~短紡錘形の単核細胞が充実性密に増殖し、破骨細胞型多核巨細胞が少数認められた。核異型はほとんどないが類骨様構造が見られ、診断困難であった。切開生検では多核巨細胞が多数含まれ、間質には出血やヘモジリン沈着、反応性の骨形成が見られ、GCTと診断した。

【まとめ】GCTは単核細胞と破骨細胞様の多核巨細胞が出現するが、多核巨細胞は他の疾患でも見られる。また、類骨成分が認められる場合は骨肉腫などと慎重に鑑別する必要がある。細胞像のみでの鑑別は困難で、臨床所見を考慮した総合的な診断が重要と思われた。

一般演題9) すりガラス細胞癌 (glassy cell carcinoma) の一例

香川大学医学部附属病院病理部¹⁾、同病理診断科²⁾、香川大学医学部周産期学婦人科学³⁾
松永 徹(CT)¹⁾、本山睦美(CT)¹⁾、郷田 衛(CT)¹⁾、宮本加菜(CT)¹⁾、片倉和哉(CT)¹⁾、大通
清美(CT)¹⁾、伊吹英美(MD)²⁾、石川 亮(MD)²⁾、香川聖子(MD)²⁾、宮井由美(MD)²⁾、佐々木真
紀子(MD)²⁾、香月奈穂美(MD)²⁾、門田球一(MD)^{1)、2)}、串田 吉生(MD)^{1)、2)}、羽場礼次(MD)<sup>1)、
2)</sup>、金西賢治(MD)³⁾、秦 利之(MD)³⁾

【はじめに】すりガラス細胞癌 (glassy cell carcinoma) は極めて低分化な腺扁平上皮癌 (adenosquamous carcinoma) として位置付けられており、発生頻度は全子宮頸癌の1~2%と比較的稀な腫瘍である。また、放射線療法に抵抗性であり予後不良とされている。今回、我々はglassy cell carcinomaの一例を経験したので報告する。

【症例】80歳代、女性。既往歴：心筋梗塞、膀胱癌。不正性器出血を主訴に近医を受診。子宮頸癌が疑われたため、当院婦人科に紹介受診となった。内診所見では、膣壁下1/3まで腫瘍が認められた。

【細胞像】炎症性、壊死性背景に、腫瘍細胞が、軽度重積性集塊~シート状、散在性に出現していた。細胞質は比較的豊富で、ライトグリーンに淡染あるいは好染して認められた。また、ほとんどの腫瘍細胞は核中心性で、核は類円形を呈し、クロマチンは細~粗顆粒状に増量し、明瞭な核小体が見られた。

【組織像】生検組織では、淡明あるいは弱好酸性の豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が、充実性や胞巣状に浸潤増殖していた。大型類円形核を呈しており、明瞭な核小体が認められた。また、間質には高度の炎症細胞浸潤が認められた。腫瘍細胞は、d-PAS陽性を示す粘液産生が一部に認められ、免疫組織化学的に、CK5/6、p16INK4a、p40、CK7に陽性、CK17、CEAに陰性を示した。以上より、低分化な腺扁平上皮癌 (adenosquamous carcinoma) の亜分類であるすりガラス細胞癌 (glassy cell carcinoma) と診断された。

【結語】稀な腫瘍であるglassy cell carcinomaの一例を経験した。細胞診では組織型の推定に苦慮した症例であったため、細胞像の再検討を行い、文献的考察を加え報告する。

一般演題10) 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大学院保健医療学研究科医療技術科学専攻¹⁾、愛媛県総合保健協会検査部 病理検査課²⁾、浦添総合病院病理部³⁾
安田理恵 (MT)¹⁾、林 彩香 (MT)²⁾、金城宙美 (MT)³⁾、大崎博之 (CT)¹⁾、則松良明 (CT)¹⁾

【はじめに】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】対象は、病理組織診断が確定したEGBDの化生37例、対照として、増殖期内膜29例、類内膜腺癌G1を20例用いた。それらにKi-67、Cyclin-A、MCM-7を使用した免疫細胞化学を実施し、各標本について300個の細胞について、核染色強度と核陽性率のスコアを算出し、両スコアの和を総合評価とした。

【結果】Ki-67において化生 (1.3 ± 0.8) は、増殖期 (2.4 ± 0.4) とG1 (2.7 ± 0.5) 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。

【結語】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。

一般演題11) 洗浄腹水細胞診が診断契機となった卵巣境界悪性腫瘍併発の原発性腹膜癌

国立病院機構四国がんセンター婦人科¹⁾、同病理科²⁾、同臨床検査科³⁾

小松正明(MD)¹⁾、楠本真也(MD)¹⁾、大亀真一(MD)¹⁾、白山裕子(MD)¹⁾、岡本奈美(CT)³⁾、小嶋健太(CT)³⁾、門屋 幸(CT)³⁾、田中慎一(CT)³⁾、田母神佐智子(CT)³⁾、佐藤正和(CT)³⁾、有江啓二(CT)³⁾、高畑浩之(MD)²⁾、西村理恵子(MD)³⁾、寺本典弘(MD)²⁾、竹原和宏(MD)¹⁾

【はじめに】卵巣境界悪性腫瘍Seromucinous borderline tumorの組織像は多彩で漿液性腺癌との類似性もあるため、他癌腫合併の鑑別は困難である。

【症例】60歳代、女性。特記症状なし。経過観察中の卵巣腫瘍8cm大に増大し、CA125高値を呈した。画像診断にて境界悪性腫瘍を疑い、腹膜播種や遠隔転移は認めなかった。本人希望で両側付属器摘出術のみ施行したところ、卵巣腫瘍は表面平滑で播種病変なく、内部に小乳頭状増生を伴うも、異型度は中等度で浸潤像なく、子宮内膜症を背景とするSeromucinous borderline tumorと診断された。しかし、同時に施行した洗浄腹水細胞診はclass Vと病理所見と大きく異なる細胞像を認めたため嚴重に管理していたところ、術後1か月には腹膜播種、胸水が出現した。試験開腹術にて腸管表面、右横隔膜下に米粒～粟粒大の播種病変を認め、下記病理組織診から腹膜癌IV期と診断した。

【洗浄腹水細胞診】核は大小不同で類円形を呈し、核小体明瞭でクロマチンは細顆粒状な腫瘍細胞を多量に認め、小乳頭様集塊を形成し、漿液性腺癌細胞が疑われた。

【腹膜播種病理像】小乳頭状あるいは管腔状の腫瘍細胞が浸潤性に増殖するHigh-grade serous carcinomaであった。

【まとめ】卵巣境界悪性腫瘍摘出術での術中細胞診が陽性の場合、その由来が卵巣腫瘍ではなく、併発した他癌腫の可能性もあるため慎重な管理が必要である。

一般演題12) 角化型扁平上皮癌細胞との鑑別に苦慮した角化型高度異形成細胞の一例

愛媛県立中央病院検査部¹⁾、同病理診断部²⁾

木下幸正(CT)¹⁾、森田 渚(MT)¹⁾、加藤真紀子(CT)¹⁾、高石裕子(CT)¹⁾、篠崎理恵(CT)¹⁾、兵頭直樹(CT)¹⁾、井上信行(CT)¹⁾、高石 修(CT)¹⁾、大杉増美(CT)¹⁾、木藤克己(MD)²⁾、杉田敦郎(MD)²⁾、前田智治(MD)²⁾

【はじめに】子宮頸部細胞診で、高度異形成に出現した角化異型細胞と角化型扁平上皮癌細胞の鑑別に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代、女性。2015年2月、他施設婦人科検診で扁平上皮癌と判定され、当院婦人科を受診した。当院の子宮頸部細胞診は高度異形成、生検は高度異形成を伴う上皮内癌と診断した。その後、本人の希望により子宮全摘出術を行った。

【細胞像】深層～中層型の異型細胞とともに、角化型異型細胞が散見された。これらの細胞質は重厚なオレンジGを呈し、核クロマチンの増加、奇怪な核を持つ大型異型細胞、核クロマチンの濃縮した小型異型細胞、紡錘形ないしはファイバー状の多彩な異型細胞が認められた。非角化型異型細胞は、核形不整、核クロマチンの増加を認めるが、細胞質に重厚感は見られず、N/C比も癌細胞とするほど高くなかった。壊死背景はなく、高度異形成と判定した。しかし、一部の角化型異型細胞は扁平上皮癌細胞との鑑別が困難であることを所見として付記した。

【組織像】コイロサイトとともに、N/C比の高い異型細胞の全層性増殖が見られたが、間質浸潤はなかった。頸管腺侵襲が強く部分的に角化細胞を認め、これらの角化細胞が細胞診で扁平上皮癌細胞との鑑別を困難にしたものと考えられた。

【考察】中等度～高度異形成に見られる角化型異型細胞と角化型扁平上皮癌細胞との鑑別に苦慮する症例がある。今回の症例も細胞診では、角化型扁平上皮癌を完全には否定できない細胞像であったが、背景所見や混在する非角化型の異型細胞を詳細に観察することにより判定可能と思われた。

一般演題13) 膵液細胞診における膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の組織亜型・異型度の検討

鳥取大学大学院医学系研究科¹⁾、鳥取大学医学部附属病院病理部²⁾、鳥取大学医学部保健学科病態検査学³⁾

小柳由貴 (MT)¹⁾、上田直幸 (MT)¹⁾、紙田 晃 (MT)¹⁾、三宮直子 (MT)¹⁾、柳樂治希 (MT)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⁾、堀江 靖 (MD)²⁾、松下倫子 (CT)³⁾、広岡保明 (MD)³⁾

【はじめに】膵管内乳頭粘液性腫瘍 (以下、IPMN) は、組織学的・免疫組織化学的形態より胃型、腸型、膵胆道型、好酸性細胞型の4つのsubtypeに分けられ、様々な異型度を示す。今回、胃型、腸型、膵胆道型における特徴的な細胞像を検討した。

【対象】H21～26年に当院病理部にて組織学的にIPMNと診断された16例。

【方法】切除標本のMUC1、MUC2、MUC5ACを用いた免疫組織学的検討によりsubtypeを判定し、subtype別に膵液細胞診標本における細胞所見 (細胞集塊、核形、背景など) を評価・検討した。尚、異型度はWHO分類に従い判定した。

【結果】組織学的に腺腫9例 (中等度異型5例、高度異型4例)、腺癌7例であり、免疫組織化学的に胃型3例、腸型6例、膵胆道型7例であった。膵液細胞診標本にて、腺腫と判定された胃型は全例中等度異型であり、平面的な細胞集塊が多く、多くの細胞が粘液をもち、核は円～類円であった。中等度異型の腸型では細胞集塊辺縁に柵状配列を認め、細胞先端に粘液を多く含んでおり、核は細長く、重積を多く認めた。腸型の高度異型では細胞内の粘液量が低下し、細胞集塊が小型であった。中等度異型の膵胆道型では細胞集塊中の粘液を含む細胞数は他の組織亜型と比べて少なく、N/C比も高かった。膵胆道型の高度異型では集塊が小型になり、孤在性の細胞が多く見られた。また、核腫大が認められた。

【結語】細胞集塊の形態、核形、粘液を含む細胞の出現率、背景所見が組織亜型・異型度の推定に有益な所見であると考えられた。

液状細胞診の使用経験と問題点

愛媛県立中央病院病理診断部 前田智治

液状細胞診（LBC）は子宮頸部領域を中心に発展し一定の評価を得ています。子宮頸部のみならずその他の領域でも今後の普及が期待されます。

当院では2007年頃からLBC(SurePath用手法)に取り組み、適応を徐々に増やしてきました。現時点で、リンパ腫を疑う細胞診を除きLBC単独ないしは従来法との併用で行っています。LBCの使用経験からその利点と問題点について話を進めます。

LBCに注目したきっかけはHIV患者の気管支洗浄液検体で、従来法と比較して容易にPneumocystis jiroveciiが同定できた事でした。当時、甲状腺細胞診の標本枚数の多さに辟易していましたので、LBCに移行できないか検討に移りました。まず、手術材料で従来法とLBCの細胞像の比較を行い、大差ない事を確認後、穿刺材料をスプリットサンプル法で従来法と併用後、LBC単独に移行しました。その後、尿、体腔液、子宮頸部、子宮体部など適応を増やしました。LBCの一番のメリットは標本枚数を減らせ、検鏡面積が限られ、細胞の良悪判定に集中できることだと考えています。また、標本の乾燥を防げ、集細胞能が高く、不適材料を減少でき、保存液中に残存する検体で、免疫染色などが容易にでき、セルブロックを作製することにより組織標本と同様に取扱える事がメリットです。

問題点は、日本ではSurePath法、ThinPrep法、TACAS法などがありますが、検体を液状の固定液に保存することは同じでも、その後の標本作製原理に違いがあることです。本来LBCにより標本の均てん化が期待されましたが、標本作製法の違いにより細胞像や集細胞能に隔たりがあり、LBCと一括りに論じることはできない問題があります。これら方法の違いによる標本特性、細胞像の差異が十分議論されていないのが現状です。

SurePath法に限って述べますと、標本作製手順が若干増える事や、従来法と比較して核がやや小さくなることや、壊死、粘液背景が減少するなどの細胞像が異なることはありますが、それらは大きな問題ではありません。従来法と併用期間を経ることによりLBCに容易に移行できます。検鏡業務を軽減し、免疫染色やセルブロック作製により細胞診精度の向上に貢献できるLBCがますます普及することを望みます。