

第 28 回愛媛県臨床細胞学会・第 51 回婦人科病理学会学術集会

日時 令和 2 年 1 月 26 日(日) 9:30～

会場 愛媛県立中央病院 講堂

－ プログラム －

I 開会の辞 (9:30 ～ 9:35)

II 婦人科病理学会演題 4)5) (9:35 ～ 10:00)

座長 渡邊麗子(国立がん研究センター東病院病理・臨床検査科)

4) 性索間質腫瘍に類似する卵巣腫瘍の 1 例

長野赤十字病院病理部¹, 国立がんセンター東病院臨床検査科², 湘南鎌倉総合病院病理診断部³,
飯塚病院病理科⁴

伊藤以知郎¹, 里見英俊¹, 佐藤良紀¹, 渡邊麗子², 手島伸一³, 大石善丈⁴

5) 多彩な組織像を示す平滑筋腫瘍の一例

社会医療法人愛仁会千船病院・病理診断科¹, 産婦人科², 兵庫医科大学病院・病理診断科³

渡邊隆弘^{1,3}, 山本貴子², 安田立子², 八十嶋仁¹, 岡田十三², 名方保夫¹

III 婦人科病理学会演題 6)7) (10:05 ～ 10:30)

座長 大森真紀子(山梨大学産婦人科)

6) 術前診断は子宮体癌であったが, 子宮摘出検体で絨毛癌の確定診断に至った 1 例

慶應義塾大学医学部産婦人科¹, 慶應義塾大学病院病理診断科²

吉村拓馬¹, 山上亘¹, 川井田みほ², 平野卓朗¹, 坂井健良¹, 真壁健¹, 千代田達幸¹, 小林佑介¹, 片岡史夫¹, 阪埜浩司¹, 亀山香織², 青木大輔¹

7) 子宮留膿症を伴う子宮内膜に限局した尖圭コンジローマの 1 例

東広島医療センター産婦人科¹, 病理診断科²

仙波恵樹¹, 万代光一², 加藤俊平¹, 甲斐一華¹, 花岡美生¹, 兒玉尚志¹

IV 共催特別講演 (10:30 ～ 11:30)

座長 寺本典弘

婦人科領域の細胞診－病理医はなぜ悩むのか？報告書の裏にある皆で共有したいお話－

滋賀医科大学附属病院病理部 森谷鈴子

V 第 51 回婦人科病理学会 閉会の辞 (11:30 ～ 11:35)

四国がんセンター病理科, がん予防・疫学研究部長 寺本典弘

VI 愛媛臨床細胞学会一般演題 (11:35 ~ 12:35)

座長 田中慎一

1) 胸水細胞診で悪性中皮腫を疑った1症例

済生会今治病院検査部¹,同病理診断科²,香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部³
矢野好人¹,三好里佳¹,成重明望¹,坂東健次²,羽場礼次³

2) 甲状腺髄様癌の1例

愛媛県立中央病院検査部¹,同病理診断部²
井上望世¹,安田理恵¹,芝田将¹,越智景子¹,加藤真紀子¹,高石裕子¹,森理恵¹,井上信行¹,木下幸正¹,木藤克己²,杉田敦郎²,前田智治²

3) 胸腹水細胞診における多量の異型細胞の出現と遠隔転移にもかかわらず,確定診断が困難であった endometrioid tumor の1例

四国がんセンター病理科¹,臨床検査科²
山元範昭¹,寺本典弘¹,岡本奈美²,田中慎一²,山本珠美²,高畑浩之¹

4) 肺原発と考えられた悪性黒色腫の1例

愛媛県立中央病院検査部¹,同病理診断部²
芝田将¹,井上望世¹,安田理恵¹,越智景子¹,加藤真紀子¹,高石裕子¹,森理恵¹,井上信行¹,木下幸正¹,木藤克己²,杉田敦郎²,前田智治²

5) 術中迅速細胞診において腺癌との鑑別に苦慮した悪性中皮腫の1例

松山赤十字病院病理診断科部¹,同検査部²,同病理診断科³
松本優衣¹,高島香菜子¹,若藤諒¹,坂本真吾¹,窪田裕美¹,門屋孝志¹,三好陽子¹,池田みか¹,高石治彦¹,西山政孝²,水野洋輔³,大城由美³

一般演題は発表8分,討論4分です.PC-プロジェクトを1台用意しております.

VII 昼休み (12:35 ~ 13:35)

VIII 愛媛臨床細胞学会シンポジウム (13:35 ~ 15:30)

テーマ 愛媛県における子宮内膜病理検査の現状と各施設における取り組み

コーディネーター 松元隆, 片山英司(愛媛大学)

- 1) 愛媛県における子宮内膜病理診断の現状 ～何が問題なのか?～
愛媛大学医学部附属病院産婦人科¹, 同病理部², 四国がんセンター病理科³
松元隆¹, 宇佐美知香¹, 片山英司², 北澤理子², 寺本典弘³,
- 2) 内膜細胞診の現状と問題点 ～市立宇和島病院～
市立宇和島病院病理診断科¹, 臨床検査科²
松影昭一¹, 薬師寺孝徳¹, 魚住重吏子¹, 菅恭弘¹, 中川健司¹, 中西護²
- 3) 内膜細胞診とセルブロック ～愛媛県立中央病院～
愛媛県立中央病院病理診断部¹, 同検査部²
前田智治¹, 木藤克己¹, 杉田敦郎¹, 井上望世², 芝田将², 越智景子², 安田理恵², 加藤真紀子²,
高石裕子², 森理恵², 井上信行², 木下幸正²
- 4) 内膜細胞診と液状細胞診 ～松山赤十字病院～
松山赤十字病院病理診断科部¹, 同検査部², 同病理診断科³
坂本真吾¹, 窪田裕美¹, 門屋孝志¹, 三好陽子¹, 高島香菜子¹, 若藤諒¹, 松本優衣¹, 池田みか¹,
高石治彦¹, 西山政孝², 水野洋輔³, 大城由美³
- 5) 記述式内膜細胞診報告様式の運用と課題 ～四国がんセンター～
四国がんセンター婦人科¹, 同臨床検査科², 同病理科³
藤本悦子¹, 竹原和宏¹, 横山貴紀¹, 友野勝幸¹, 大亀真一¹, 岡本奈美², 田中慎一², 山本珠美²,
山元範昭³, 高畑浩之³, 寺本典弘³
- 6) 総 合 討 論

IX 令和2年(令和元年度)愛媛県臨床細胞学会総会 (15:30 ~ 15:45)

婦人科病理学会演題4) 性索間質腫瘍に類似する卵巣腫瘍の1例

長野赤十字病院病理部¹, 国立がんセンター東病院臨床検査科², 湘南鎌倉総合病院病理診断部³, 飯塚病院病理科⁴

伊藤以知郎¹, 里見英俊¹, 佐藤良紀¹, 渡邊麗子², 手島伸一³, 大石善丈⁴

【症例】57歳女性, 卵巣腫瘍

【現病歴】G0P0. 201X年, 検診時腹部触診で臍高に至る腫瘤が指摘された. 自覚症状なし. 可動性良好, 子宮は正常大. 画像では, 子宮背部に16.5x12.5cmの, 一部嚢胞化を伴う充実性腫瘤を認めた. 遠隔転移, リンパ節転移ともになし.

【臨床経過】開腹手術が施行された. 術中迅速診断は行われず, 術後病理学的検討を行った.

【肉眼所見】左卵巣腫瘍の大きさは690g, 14x13.5x5.5cm, 表面は滑沢で, 嚢胞部分の内面は平滑で隆起や粗造感はなく, 固定後の割面では, 非腫瘍性間質と腫瘍部の境界は不明で質度はほぼ均一, 壊死, 出血も見られなかった. 一部に粘液を貯留する1cm程度の半透明部分が数カ所見られた.

【組織所見】腺管形成を主体とする上皮性配列の部分と, 淡明な細胞質と小型の紡錘形核を有する細胞境界不明な細胞が連続的に胞巣を形成して増殖する, 性索間質腫瘍を思わせる所見であった.

【問題点】組織診断. 性索間質腫瘍か, 類内膜癌かの鑑別.

婦人科病理学会演題5) 多彩な組織像を示す平滑筋腫瘍の一例

社会医療法人愛仁会千船病院・病理診断科¹, 産婦人科², 兵庫医科大学病院・病理診断科³
渡邊隆弘^{1,3}, 山本貴子², 安田立子², 八十嶋仁¹, 岡田十三², 名方保夫¹

【症例】50歳 女性 【主訴】不正出血, 貧血 【臨床診断】子宮腺筋症, 子宮平滑筋腫

【月経歴】1年前に閉経 【妊娠出産歴】妊1産

【臨床経過】受診1ヶ月前から不正出血が出現し, 腹部膨満感も自覚するようになったが様子を見ていた. 受診2日前に発熱, ふらつきで近医総合病院へ救急搬送となった. 高度の貧血, 腹部CTで20×15cm大の子宮筋腫を認めたため, 精査加療目的で当院に紹介となった.

【検査成績】血液検査:Hb2.2mg/dl

画像検査:子宮の高度腫大あり. MRI検査の拡散強調画像で高信号は認めない. 造影効果は一部で不均一.

【肉眼所見】20cmを超える著明な子宮の腫大を認める. 子宮体部右側には漿膜下に突出する結節性腫瘤を認める. 割面の性状は白色～ベージュ色調であり, 不均一な色調を示す. 右側の腫瘤は平滑筋腫様の結節を形成するが, これも不均一な色調を呈する.

【組織所見】背景に子宮腺筋症の像を認め子宮は著明な腫大と示す. 内膜組織間に浮腫状変性を伴う卵円形～紡錘形異型平滑筋細胞の束状増殖がみられ, Ki-67は高標識率を示す. 子宮右側の結節性腫瘤の大部分は平滑筋腫の像を示すが, 腫瘤内において粘液腫様の間質変性を伴い, multifocalに増殖する異型細胞を認める. また, 一部に大型奇異核を伴う細胞増殖を認める. 同部位では核分裂像がめだち, Ki-67の高標識率を認める. 明らかな凝固壊死は指摘できない.

【問題点】病理組織診断(平滑筋肉腫のcriteriaには満たず, STUMP: smooth muscle tumor of uncertain malignant potential と診断しましたが, この様に多彩な組織像を示す症例を経験された方がおられましたら御教授下さい.)

婦人科病理学会演題6) 術前診断は子宮体癌であったが、子宮摘出検体で絨毛癌の確定診断に至った1例

慶應義塾大学医学部産婦人科¹, 慶應義塾大学病院病理診断科²

吉村拓馬¹, 山上亘¹, 川井田みほ², 平野卓朗¹, 坂井健良¹, 眞壁健¹, 千代田達幸¹, 小林佑介¹, 片岡史夫¹, 阪埜浩司¹, 亀山香織², 青木大輔¹

【緒言】絨毛癌の症状や経過は定型的でなく、しばしば診断に難渋する。術前診断が子宮体癌で、手術検体よりはじめて絨毛癌と診断し得た1例を経験したため、細胞診・病理組織学的所見を中心に報告する。

【症例】36歳, 1妊1産(34歳時, 正期産), 不正性器出血を契機に前医で子宮鏡下ポリープ切除術を施行され, 病理組織学的診断が低分化癌であったため当院紹介となった。子宮内膜細胞診は陰性, 子宮内膜組織診は検体採取不可, 子宮鏡やMRI, CT検査でも明らかな病変は見られなかった。前医検体を鏡検するとはほとんどが良性の内膜ポリープであるが一部で腫大核を有する異型細胞が胞巣状に増殖し, 免疫組織化学染色ではp40が一部陽性を示した。上記検体からは低分化癌の診断にとどまり, 子宮体癌の診断で拡大子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 後腹膜リンパ節郭清, 大網部分切除術を施行した。摘出検体は肉眼的には子宮峡部に長径25mm大の隆起性病変を認め, 組織学的には内膜間質に脱落膜化を伴い, 高度の出血, 壊死を背景に濃染腫大核を有する異型細胞が充実性胞巣を形成していた。免疫組織化学染色ではβ HCGのほかCK7, CD10が陽性, p40が一部陽性, ER, PgRは陰性であった。病変は子宮に限局し, 画像診断上も転移病変は認められなかったため, 絨毛癌 I 期(FIGO scoring 8点)と診断しEMA-CO療法を8サイクル施行した。現在は再発なく経過している。

【結論】絨毛癌の診断は困難で, 病理組織検体より偶発的に診断される場合がある。子宮悪性腫瘍において非典型的な組織像を認めた場合, 鑑別診断として考えておく必要がある。

婦人科病理学会演題7) 子宮留膿症を伴う子宮内膜に限局した尖圭コンジローマの1例

東広島医療センター産婦人科¹, 病理診断科²

仙波恵樹¹, 万代光一², 加藤俊平¹, 甲斐一華¹, 花岡美生¹, 児玉尚志¹

【緒言】子宮留膿症はしばしば悪性腫瘍を伴うため, 良悪性の鑑別を要する。今回, 子宮留膿症を伴う子宮内膜に発生した尖圭コンジローマの症例を経験したので報告する。

【症例】66歳, 4経妊2経産。混濁帯下が持続するために当科受診。子宮および付属器は萎縮, 経膈超音波検査で子宮内腔の液体貯留を認めた。子宮内膜組織診で悪性所見を認めず, 子宮留膿症として経過観察していた。その後, 改善がなかったため悪性腫瘍の除外目的で子宮内膜全面搔爬術を施行した。摘出物は乳頭状増生を示す重層扁平上皮にkoilocytosisを伴っておりHPV関連の腫瘍性病変を疑った。ハイリスクHPVは陰性であった。診断目的で腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。摘出子宮の内腔は30mm大の灰白色乳嘴状病変で覆われており頸部に病変は認めなかった。組織学的には重層扁平上皮の乳頭状増殖性病変を認め, koilocytosisとみられる細胞変化と錯角化を伴っていた。上皮下への浸潤はなく, 免疫染色でp16陰性, Ki-67は傍基底層に限局して陽性であったため悪性腫瘍は否定的であり, 尖圭コンジローマと診断した。

【考察】本症例は子宮留膿症を背景に子宮内膜が扁平上皮化生を呈し, これにHPVが感染し尖圭コンジローマを発症した病態を考えた。子宮内膜に限局して尖圭コンジローマを発症した報告は本邦では2例目であるが, 子宮内腔の扁平上皮化生を発生母地とした扁平上皮癌, コンジローマ様癌等のHPVの関連疾患の報告は少ないが散見される。子宮留膿症において内膜組織診等で扁平上皮化生が疑われる場合にはHPV感染を念頭に良悪性の鑑別を進める必要があると考えた。

特別講演

婦人科領域の細胞診

ー病理医はなぜ悩むのか？報告書の裏にある皆で共有したいお話ー

滋賀医科大学附属病院 病理部 森谷鈴子

病理医は、細胞診に先行して組織診を学ぶことが多く、組織診の知識・経験がある程度備わった段階で細胞診を学び始めた時、その独特の用語や所見の解釈の仕方に多少なりとも戸惑いを感じることもある。その戸惑いは、日常診断において細胞検査士、病理医、臨床医との間で生じる微妙な見解の違いにも反映されているかもしれない。本講演では、婦人科領域の細胞診において、日頃個人的に感じる様々な解釈への疑問をもとに「細胞検査士、婦人科医、病理医の意識の間に生じる隙間を埋めるために病理医の目線から発信できること」を取り上げて、細胞検査士、婦人科医、病理医で問題点を共有したい。病理医にとってはいささか当たり前に感じられる内容も多いと思われるが、却って公の場であまり意見交換されないトピックスでもあり、それぞれの先生方のご意見もうかがいたい。また、基本的かつ当たり前のことではあるが、臨床所見と細胞診結果が解離し、臨床医が多少なりとも疑問を感じる場合、細胞診の結果を鵜呑みにして治療を急ぐのではなく、組織診での検証または病理医との話し合いを持つことが重要であることを実例とともに示す。具体的に取り上げるトピックスは下記の通りである。

1. 異型細胞の意味するところ ー細胞検査士、臨床医と病理医での用語の解釈の違いー
2. 上皮内腫瘍 vs 浸潤癌
3. 腹水細胞診の疑陽性とは ー異型上皮が出現しうる良性疾患とは？ー
4. その他 ー最近の経験からー

一般演題1) 胸水細胞診で悪性中皮腫を疑った1症例

済生会今治病院検査部¹, 同病理診断科², 香川大学医学部附属病院病理診断科・病理部³

矢野好人¹, 三好里佳¹, 成重明望¹, 坂東健次², 羽場礼次³

【はじめに】 悪性中皮腫の多くはアスベスト曝露が原因とされ、曝露後25～50年を要して発生するため、本邦では今後増加し、2030年頃発生ピークを迎えるといわれている。今回、胸水細胞診で悪性中皮腫を疑った1症例を経験したので報告する。

【症例】 60歳代、男性。数週間続く咳嗽のため他院を受診したところ、胸部レントゲンで左下肺野の含気不良を指摘され当院紹介となる。CTで左胸腔内に大量の胸水を認めたため細胞診施行、悪性中皮腫が疑われた。その後、胸膜生検が行われ上皮型の悪性中皮腫と診断された。

【細胞所見】 中心性の核を有する細胞が集塊状または孤立性に多数みられた。また窓形成を示す細胞や細胞相接所見、相互封入像、hump様細胞質突起を有する鋳型細胞、2核以上の多核細胞、オレンジ好性細胞などもみられた。

【組織所見(胸膜生検)】 核の腫大や大小不同を示す細胞の増殖がみられ、管腔様、乳頭状増殖もみられた。免疫染色ではカルレチニン、D2-40、HEG1が陽性、CEA、TTF-1、Napsin Aが陰性で上皮型の悪性中皮腫と診断された。

【まとめ】

悪性中皮腫は今後増加することが予想されるが、病理に提出される材料として胸水しか得られないことがあるため、胸水にみられる悪性中皮腫の細胞像を把握しておくことが重要である。

一般演題2) 甲状腺髄様癌の1例

愛媛県立中央病院検査部¹, 同病理診断部²

井上望世¹, 安田理恵¹, 芝田将¹, 越智景子¹, 加藤真紀子¹, 高石裕子¹, 森理恵¹, 井上信行¹, 木下幸正¹,

木藤克己², 杉田敦郎², 前田智治²

【はじめに】 甲状腺髄様癌は発生頻度が低く、多くの亜型あるいは非定型型的所見を呈することから細胞診の判定を困難とさせている。今回、検診で高CEA血症を指摘され発見された症例を経験したので報告する。

【症例】 60歳代男性、職場の検診にて高CEA血症を指摘され当院を受診。消化管内視鏡検査では病変の指摘はなし。CTで甲状腺左葉に結節影、USにて、17×15×23mmの腫瘤が認められ、FNAにて甲状腺髄様癌と診断した。左甲状腺片葉切除術を行った。

【細胞像】 核クロマチンが粗顆粒状に増量し、N/C比の高い紡錘形の細胞や有尾状細胞質を示す細胞が認められた。また、背景にはライトグリーン好染で無構造なアミロイド様物質を認め、以上より、甲状腺髄様癌と判定した。

【組織像】 多稜形や短紡錘形の腫瘍細胞が濾胞状～胞巣状に増殖しており、一部嚢胞を形成していた。砂粒体も散見された。腫瘍内に結節状アミロイド沈着が認められDFS及びCongo-red陽性、偏光顕微鏡下で緑色複屈折を示した。腫瘍は被膜で被包されており、腺外進展は認めず断端陰性であった。免疫染色では、Calcitonin、Synaptophysin陽性であり、甲状腺髄様癌と診断した。

【まとめ】 今回我々は甲状腺髄様癌を経験した。本症例は、紡錘形細胞や背景にライトグリーン好染性の無構造のアミロイド様物質の出現など、本腫瘍に定型的な細胞像を示していた。また、細胞診提出時に高CEA血症の臨床情報の提供があり、診断の一助となった。甲状腺髄様癌の細胞学的特徴に注意するとともに、臨床情報の提供が甲状腺髄様癌の診断に重要であると考えられる。

一般演題3) 胸腹水細胞診における多量の異型細胞の出現と遠隔転移にもかかわらず、確定診断が困難であったendometrioid tumorの1例

四国がんセンター病理科¹, 臨床検査科²

山元範昭¹, 寺本典弘¹, 岡本奈美², 田中慎一², 山本珠美², 高畑浩之¹

【はじめに】 付属器のpolypoid endometriosis (PE)もその悪性化も稀な病態である。临床上は悪性の病態を呈していたが、細胞像・組織像においては良悪性の判断に苦慮した症例を報告する。

【症例】 全身倦怠感を主訴とする50歳代、女性。前医で卵巣腫瘍を指摘され当院を受診した。CTで胸腹水と左卵巣の腫瘍および多発リンパ節転移を疑う結節を指摘された。

【細胞所見】 腹水細胞診:好酸性の胞体と顆粒状クロマチンの中心性核を有する細胞が散在性や小集塊状に大量に認められた。比較的大きい核の異型細胞が少数混在していたが、大部分の細胞は多形性に欠けた。結合性の低さから悪性も否定できないが、同時に採取された生検標本がPEの枠内にとどまることも合わせ、境界悪性あるいは異型内膜病変由来の良悪判定困難な細胞とした。

【組織所見】 左卵巣を巻き込む内膜腺の外方乳頭状増生による腫瘍を認めた。嚢胞形成はなく、組織学的には浸潤像のないPEにとどまった。hobnail化生を呈する領域がみられ、これらが胸腹水の異型上皮の由来と思われた。それとは離れて骨盤腹膜2カ所に組織学的に偶然発見されたinvasive implantがあった。同部は異型が強く、粘液染色の結果と合わせ、PE に続発した明細胞癌と診断した。

【まとめ】 腫瘍は乳頭状の旺盛な増殖像を呈していたが、組織学的な検索においても、悪性と判定できる部分は播種巣に限られていた。細胞診においては悪性の断定は難しいものの、混在する異型の増した細胞はprogressionしているcomponentの存在を示唆するものであろうと思われた。

一般演題4) 肺原発と考えられる悪性黒色腫の1例

愛媛県立中央病院検査部¹, 同病理診断部²

芝田将¹, 井上望世¹, 安田理恵¹, 越智景子¹, 加藤真紀子¹, 高石裕子¹, 森理恵¹, 井上信行¹, 木下幸正¹, 木藤克己², 杉田敦郎², 前田智治²

【はじめに】 悪性黒色腫は90%以上が皮膚より発生し、他の臓器が原発となることは少なく、肺原発は0.4%~0.5%であり、肺腫瘍全体の約0.01%と極めて稀である。今回我々は、肺原発と思われた悪性黒色腫を経験したので報告する。

【症例】 84歳女性。咳嗽と血痰を主訴に近医を受診し、胸部CTで左上葉に6.5cmの腫瘍を指摘され、当院紹介受診した。気管支鏡検査にて同部位より擦過洗浄細胞診及び組織生検を施行した。

【細胞像】 組織球を背景に、核腫大や明瞭な核小体、多核細胞を認めた。また細胞質にはライトグリーンに淡染する細顆粒を認めた。またLBC標本では上皮結合があるように見えた。

【組織像】 炎症細胞浸潤や線維化を伴う肺組織に、多数の腫瘍細胞の浸潤を認めた。これらは類円形~類上皮様でやや偏在性の核をもち、多核巨細胞も認められた。免疫染色では、S-100, Melan-A, SOX10, MITF陽性であり、悪性黒色腫と診断した。

【まとめ】 メラニン色素を認める場合、悪性黒色腫の判定は比較的容易であるが、無色素性悪性黒色腫は細胞像のみからの診断は困難であり、免疫染色などにて確定診断をしなければならない。

一般演題5) 術中迅速細胞診において腺癌との鑑別に苦慮した悪性中皮腫の1例

松山赤十字病院病理診断科部¹, 同検査部², 同病理診断科³

松本優衣¹, 高島香菜子¹, 若藤諒¹, 坂本真吾¹, 窪田裕美¹, 門屋孝志¹, 三好陽子¹, 池田みか¹, 高石治彦¹, 西山政孝², 水野洋輔³, 大城由美³

【はじめに】 悪性中皮腫は出現パターンが多様であり, 形態のみでは診断に苦慮することが多い. 今回我々は, 術中迅速細胞診において腺癌との鑑別に苦慮した悪性中皮腫の1例を経験したので報告する.

【症例】 70歳代男性, CTで多発性右胸腔内結節を指摘され, 悪性胸膜中皮腫もしくは肺癌の胸膜播種が疑われた. 胸腔鏡補助下右胸膜結節生検を施行した際, 胸水が存在しており術中迅速細胞診が行われた.

【細胞所見】 異型細胞集塊が乳頭状や球状, 八つ頭状構造にて出現していた. クロマチンは微細顆粒状で, 核緊満感がみられた. 迅速時は腺癌を疑ったが, 上皮型悪性中皮腫との鑑別は困難であった. 通常標本による詳細な観察では, 細胞相互封入像やhump様細胞質突起, OG好性細胞, 辺縁部の微絨毛など悪性中皮腫に特徴的な所見を認めた.

【組織所見】 胸膜生検では不整形に肥厚した胸膜が提出され, 異型細胞が管状, 乳頭状の胞巣を形成して浸潤性に増殖していた. 免疫染色ではCalretinin, D2-40, WT-1が陽性, CEA, TTF-1/NapsinAが陰性であり, 上皮型悪性中皮腫と診断した. また迅速時残検体のセルブロック標本もほぼ同様の細胞所見であった.

【まとめ】 悪性中皮腫の確定診断には免疫染色による追加検討が必要であるため迅速での診断は難しいが, 患者にはアスベスト吸入歴があり, 臨床情報や経歴を考慮し, 特徴的所見が得られれば悪性中皮腫の可能性を示唆できると考える.

シンポジウム

テーマ 愛媛県における子宮内膜病理検査の現状と各施設における取り組み

コーディネーター:松元隆,片山英司(愛媛大学)

シンポジウム1) 愛媛県における子宮内膜病理診断の現状 ～何が問題なのか?～

愛媛大学医学部附属病院産婦人科¹,同病理部²,四国がんセンター病理科³

松元隆¹,宇佐美知香¹,片山英司²,北澤理子²,寺本典弘³

先日,岡山で開催された秋の臨床細胞学会総会において,子宮内膜細胞診のワークショップを担当させていただいた.その中で,二つの質問を会場に投げかけてみた.

質問①:子宮内膜細胞診に「液状化検体」を導入しているか?

質問②:子宮内膜細胞診に「記述式報告様式」を導入しているか?

その結果,「液状化検体」および「記述式報告様式」を導入している施設はほとんどないことが明らかとなった.

2014年に県内の医療機関を対象として,記述式子宮内膜細胞診報告様式に関するアンケート調査を実施させていただいた.5年が経過した今回は,子宮内膜生検を含めた子宮内膜病理検査全般に関するアンケート調査を実施させていただいた.愛媛県内における子宮内膜病理診断の現状を明らかにすることで,何が「液状化検体」および「記述式報告様式」導入の障害となっているのかを報明らかとした.

シンポジウム2) 内膜細胞診の現状と問題点 ～市立宇和島病院～

市立宇和島病院病理診断科¹,同臨床検査科²

松影昭一¹,薬師寺孝徳¹,魚住重吏子¹,菅恭弘¹,中川健司¹,中西護²

当院の内膜細胞診では,ソフトサイトやオネストスーパーブラッシュを用いて採取された検体から,直接塗抹法で標本を作成しており,その結果を検体不適,陰性,判定困難,偽陽性,陽性の5つに分類して報告している.2014年1月から2019年11月までの当院の細胞診検体31,826件の内,子宮内膜から採取された検体は3647件であり,その結果は検体不適が51件,判定困難16件,偽陽性11例,陽性45例,その他陰性であった.細胞診後に組織で確定診断がされている上皮性悪性腫瘍は70例あり,そのうち子宮内膜癌は56例(80%)であった.その56症例の細胞診の診断カテゴリーは,不適2件,陰性8例,判定困難5例,偽陽性9例,陽性32例であった.組織診断で確定診断されている子宮内膜病変で,細胞診が偽陽性及び陽性であった42例中,内膜癌症例数は41例であった.子宮内膜以外の上皮性悪性腫瘍と確定診断された症例は14例(悪性症例全体の20%)で,診断カテゴリーは判定困難1例,陽性13例で陽性例が多かった.14例の内訳は頸部扁平上皮癌6例,頸部腺癌2例,卵管癌1例,卵巣癌3例,腹膜癌2例であった.組織診で内膜癌と診断された症例の内,細胞診陰性と困難例を合計すると13例(23%)と,約4分の1を占めていた.これらの症例の細胞診標本を再検討したので報告する.

シンポジウム3) 内膜細胞診とセルブロック ～愛媛県立中央病院～

愛媛県立中央病院病理診断部¹, 同検査部²

前田智治¹, 木藤克己¹, 杉田敦郎¹, 井上望世², 芝田将², 越智景子², 安田理恵², 加藤真紀子², 高石裕子², 森理恵², 井上信行², 木下幸正²

【はじめに】 2009年6月より頸部細胞診を従来法からSurePath法に変更を機に, 内膜細胞診もSurePath法に変更した. 今回は2016年以降の内膜細胞診セルブロック(以下CB)症例を検討した.

【方法および結果】 2016年～2019年の内膜細胞診総数は3,701件であった(同時期の内膜生検組織数は253件). 内膜細胞診CB作成数は404件(内膜細胞診の10.9%)で, 検討可能な391件について再検討した. 391例中79例(20.2%)はほとんど有意な所見が得られず, 312例(79.8%)は有意な所見が得られ, 特に52例(13.3%)は組織標本に相当の所見が得られた.

391例中細胞診判定・悪性は21例で19例はCBで有意な所見が得られ, 12例は組織標本相当の所見があり, 11例はCBで悪性の診断が可能であった. 細胞診判定・疑陽性は54例で8例は有意な所見が得られず, 46例は有意な所見が得られ, 特に18例は組織標本相当の所見が得られた. 細胞診判定・疑陽性54例中, 組織が判明した症例は46例で, 悪性20例, 増殖症9例, 良性17例であった.

【考察】 当院の子宮内膜検査数は内膜生検件数の約15倍で, 細胞診が重要であることが分かった. 細胞診は細胞重積などで良悪性の判定に苦慮することがしばしばあり, 当院ではできるだけCBを作成している. CB作成症例の8割は有意な所見が得られ, 1割強は生検組織標本相当の所見が得られた. 学会ではCB有効症例についても発表する.

シンポジウム4) 内膜細胞診と液状細胞診 ～松山赤十字病院～

松山赤十字病院病理診断科部¹, 同検査部², 同病理診断科³

坂本真吾¹, 窪田裕美¹, 門屋孝志¹, 三好陽子¹, 高島香菜子¹, 若藤諒¹, 松本優衣¹, 池田みか¹, 高石治彦¹, 西山政孝², 水野洋輔³, 大城由美³

【背景】 当院では子宮頸部細胞診をLBC(BD社SurePath)に移行した2014年7月に, 内膜細胞診もLBCへの移行を目指し, 従来法と併用を開始した. 併用開始時に従来法とLBCを比較検討したが, 現在でも内膜細胞診の報告は従来法(クラス分類)のみで行っている. 比較検討の結果と当院の現状に至った経緯を報告する.

【対象と方法】 対象症例は当院で2014年7月～2015年2月に実施された内膜細胞診188例で, 従来法とLBCの間で(1)標本の背景, 面積当たりの集塊数について比較した. (2)従来法判定後にLBCで判定(OSG式)を行い, 判定に乖離があるか検討した.

【結果】 (1)従来法では出血性背景が, LBCでは清明な背景が多かった. 集塊数は, 萎縮内膜, EGBDで従来法よりLBCが有意に多かった($p < 0.05$). (2)従来法とLBC判定の乖離した症例は7例であった. 従来法で不適正とした5例のうち4例はLBCで陰性, 1例はATEC-Aであった. 従来法でクラスIIIとした2例はLBCでいずれもEGBDで, うち1例はLBCの免疫染色を根拠に判定した.

【まとめ】 内膜細胞診におけるLBCは, 出血性背景の減少と高い集細胞性により, 不適正標本を減少させ, 免疫染色にも応用できることから精度向上が期待できる. しかし従来法から判定方法の変更が必要で, 陽性例の少ない当院では細胞像の習得が難しく, LBCのみでの判定には至っていない. 今後の標準化を期待したい.

シンポジウム5) 記述式内膜細胞診報告様式の運用と課題 ～四国がんセンター～

四国がんセンター婦人科¹,同臨床検査科²,同病理科³

藤本悦子¹,竹原和宏¹,横山貴紀¹,友野勝幸¹,大亀真一¹,岡本奈美²,田中慎一²,山本珠美²,山元範昭³,高畑浩之³,寺本典弘³

子宮頸部細胞診にベセスダシステムが導入されて以降,様々な領域で病態をより正確に報告するべく記述式の報告様式が導入されつつある.従来より子宮内膜細胞診では3段階分類(陽性,疑陽性,陰性)が使用されており,2012年より記述式報告様式が導入されたものの導入している施設は少なく,普及に難渋しているのが現状である.当院では2012年以前の試験導入期より記述式報告様式を導入し,現在まで使用している.記述式報告様式の中でもATEC-US(atypical endometrium cells, of undetermined significance)やATEC-A(atypical endometrium cells, cannot exclude atypical endometrium hyperplasia or more)は,従来の3段階分類では表現が困難であった悪性の程度が明記されるため,臨床家にとっては経過観察,再検査,組織診を実施する,といった方針を決定する上で有用である.今回は2016年4月～2019年3月に当院でATEC-USとATEC-Aと診断された子宮内膜細胞診症例の臨床での対応と今後の課題について検討を行い,婦人科医の立場から報告する.