

The Bulletin of Ehime Clinical Cytology Society

2020, No28

愛媛県臨床細胞学会会報

第 28 号

目 次

| | |
|-----------------------|----|
| 巻頭言 | 1 |
| 第 29 回 愛媛県臨床細胞学会学術集会 | 2 |
| 令和元年度実施事業および支部活動 | 12 |
| 第 28 回愛媛県臨床細胞学会学術集会概要 | 14 |
| 第 28 回愛媛県臨床細胞学会役員会 | 37 |
| 令和元年度愛媛県臨床細胞学会総会 | 38 |
| 愛媛県臨床細胞学会 会則 | 39 |
| 令和元年度会計報告 | 40 |
| 愛媛県臨床細胞学会 会員名簿 | 41 |
| 編集後記 | 44 |

発行者 愛媛県臨床細胞学会
発行日 令和 3 年 1 月 15 日

愛媛県臨床細胞学会

会長 前田智治

愛媛県臨床細胞学会会報・第28号を発刊しました。

中国で発生した新型コロナウイルスの影響で世界は一変しました。世界各地でロックダウンが行われ、日本でも臨時休校、緊急事態宣言が出され、私たちの生活は大きく影響を受けました。小康状態でしたが11月に第3波が来て、収束の目途が全く立たず、さらなる感染拡大、医療崩壊が懸念される状況です。移動が制限され、日本臨床細胞学会総会春季大会はWeb開催、夏に開催予定の日本臨床細胞学会中国四国支部会は中止となり、日本臨床細胞学会総会秋期大会はハイブリッド開催となりました。今年も自然災害に見舞われ、九州の球磨川が氾濫し大きな水害が起きました。芸能界では将来が囑望される若い方々の自死がありました。数年前から、想定外の自然災害やさまざまな事故・事件を念頭に置かなければならないと痛感しています。

9月に菅総理が誕生し、11月にはアメリカ大統領選挙が行われ、バイデン新大統領誕生が予定されています。差別や分断がなく希望の持てる世の中になる事を願います。

第29回愛媛県臨床細胞学会学術集会は通常開催も考えましたが、感染拡大、今後の事も考え、オンライン発表も併用したハイブリッド学会とさせて頂きました。午前中は特別講演と一般演題、午後はシンポジウム、愛媛県臨床細胞学会学術奨励賞の発表とさせて頂きました。演題数は例年より少なく時間に余裕がありますが、オンライン発表が上手くいくかどうか不安です。

特別講演は山梨大学医学部 山梨県地域医療支援センター/大森真紀子先生に「分葉状頸管腺過形成に関する話題」をお願いしています。シンポジウムは「子宮頸部細胞診に関する事」で広く公募し演題は4題となりました。第4回愛媛県臨床細胞学会学術奨励賞は四国がんセンター・田中慎一先生の「HCCGの鑑別」です。シンポジウムと合わせて議論出来たらと思っています。

愛媛県臨床細胞学会は若い方々の活躍を期待します。本会の益々の発展のため、引き続き会員皆様のご協力をお願い申し上げます。

会員の皆様との連絡のため、今後もメール、ホームページを活用したいと思っています。

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

(令和2年12月14日)

第 29 回愛媛県臨床細胞学会学術集会

日時 令和 3 年 1 月 31 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 特別講演 (9 : 35 ~ 10 : 35)

座長 前田智治

分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の細胞診と臨床的管理

山梨大学医学部 山梨県地域医療支援センター 大森真紀子

III 一般演題 (10 : 40 ~ 11 : 45)

座長 坂本真吾, 窪田裕美

1) 経食道的超音波内視鏡下穿刺吸引術にて確定診断した肺腺癌の一例

市立宇和島病院 病理診断科¹, 臨床検査科²

菅恭弘¹, 薬師寺孝徳¹, 魚住重吏子¹, 薬師神由子¹, 中川健司¹, 中西護²,
松影昭一¹

2) 肺原発多形癌の 1 例

松山市民病院病理検査室¹, 同病理診断科²

湊憲武¹, 岡崎恭介¹, 松家由紀¹, 和泉元雅子¹, 飛田陽²

3) 乳腺管状癌の 1 例

愛媛県立中央病院検査部¹ 同病理診断部²

尾崎萌¹, 和田裕貴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

4) 乳腺穿刺吸引細胞診で判定に苦慮した invasive lobular carcinoma with extracellular mucin の 1 例

愛媛県立中央病院検査部¹, 同病理診断部²

和田裕貴¹, 尾崎萌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

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.

IV 昼休み (11 : 45 ~ 12 : 55)

V シンポジウム (13:00～14:30)

テーマ 子宮頸部細胞診に関する話題

コーディネーター 前田智治, 和田裕貴 (愛媛県立中央病院)

1) 当協会における子宮頸がん検診の推移 (2009～2018年) と課題について

愛媛県総合保健協会検査部¹, 同医局², 済生会西条病院病理診断科³

佐伯健二¹, 千羽祐帆¹, 風谷早紀¹, 浅海朋恵¹, 伊能公代¹, 山口美紀¹,
上田翔子¹, 藤田泰吏¹, 高橋若菜¹, 金子真由美¹, 水野和江¹, 深田千尋¹,
池谷東彦², 植田規史³

2) 当協会における子宮頸がん検診 (対策型検診) で発見された ASC の検討

愛媛県総合保健協会検査部¹, 同医局², 済生会西条病院病理診断科³

藤田泰吏¹, 千羽祐帆¹, 風谷早紀¹, 浅海朋恵¹, 伊能公代¹, 山口美紀¹,
上田翔子¹, 高橋若菜¹, 金子真由美¹, 水野和江¹, 深田千尋¹, 佐伯健二¹,
池谷東彦², 植田規史³

3) 子宮頸部腺癌の免疫染色を利用した診断アルゴリズムについて

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, 高畑浩之¹, 田中慎一², 山本珠美², 楠真奈美²

4) 当院における ASC-H 症例の検討 ～ASC-Hは減らせるか～

愛媛県立中央病院検査部¹, 同病理診断部²

前田智治², 尾崎萌¹, 和田裕貴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

VI 愛媛県臨床細胞学会学術奨励賞表彰式および発表 (14:30～14:50)

座長 前田智治

「HCCGの鑑別 (検鏡のコツ, 検体処理法による所見の違い)」

四国がんセンター 田中慎一

VII 令和3年愛媛県臨床細胞学会総会 (15:00～15:15)

一般演題1) 経食道的超音波内視鏡下穿刺吸引術にて確定診断した肺腺癌の1例

市立宇和島病院病理診断科¹, 臨床検査科²

菅恭弘¹, 薬師寺孝徳¹, 魚住重史子¹, 薬師神由子¹, 中川健司¹, 中西護², 松影昭一¹

【はじめに】縦隔リンパ節病変に対する経食道的超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) は、肺癌のリンパ節病期診断や原因不明のリンパ節腫大の鑑別診断、悪性腫瘍再発の確認に有用であると報告されている。今回我々は、腫大した縦隔リンパ節に対して行われた EUS-FNA にて肺腺癌と確定診断された症例を経験したので報告する。

【症例】50歳代男性。既往：2型糖尿病、5年前直腸癌 (Stage I) 術後。2020年4月労作時呼吸苦にて当院紹介受診。間質性肺炎と診断され精査加療中、CTで左鎖骨上及び縦隔リンパ節腫大が観察されたが、リンパ節がやや縮小したことから悪性は否定的と考えられ経過観察されていた。7月腫瘍マーカー CEA37.1ng/mL, CA19-9 231.4U/mL と上昇したため、8月11日 PET-CT が行われた。腫大した左鎖骨上や縦隔リンパ節、左肺門部リンパ節 (疑い) に FDG 集積 (SUVmax=6.5) がみられ、リンパ節炎の経過が疑われた。8月20日痛みを伴う左頸部腫瘤が出現、生検では壊死性組織のため確定困難であった。9月16日上部食道の 25 × 19mm 大の腫大リンパ節に対し、転移性腫瘍やリンパ腫の鑑別診断のため、EUS-FNA が行われた。

【細胞像】サイトクイック染色では、細胞境界は不明瞭で、核小体を持つ大小不同の異型細胞の重積性集塊が観察された。パパニコロウ染色では、細胞境界が不明瞭で、赤色調の核小体、細顆粒状核クロマチン、薄い核縁を持ち、細胞結合性のやや弱い大小不同の異型細胞集塊が観察され、低分化腺癌が疑われた。セルブロックの HE 標本でも、細胞境界不明瞭な大小不同のクロマチン濃性の核を持つ異型細胞が胞巣状、個在性にみられた。免疫染色で、これらの腫瘍細胞は、CK7+ CK20- CDX-2- TTF-1+ napsin A+ p40- で、肺腺癌として矛盾しない像であった。

【組織像】同様の異型上皮が胞巣状、個在性に増殖しており、免疫染色もセルブロックと同様の結果であった。

【まとめ】多発リンパ節腫脹の患者で、EUS-FNA にて確定診断した肺腺癌の一例を経験した。

一般演題2) 肺原発多形癌の1例

松山市民病院病理検査室¹, 同病理診断科²

湊憲武¹, 岡崎恭介¹, 松家由紀¹, 和泉元雅子¹, 飛田陽²

【はじめに】多形癌は原発性肺癌の約 0.5 ~ 2% と稀な組織型である。高齢男性に多く、喫煙との関係が強い。また、転移を起こしやすく予後不良である。今回、多形癌の1例を経験したので報告する。

【症例】76歳、男性。喫煙歴は40年以上。症状は無かったが、前医の胸部 CT で右肺下葉に結節影を認め、紹介受診した。当院 CT でも右肺 S9 に充実成分径 31mm 大の不整形結節を認め、気管支鏡検査を施行した。非小細胞癌と判定した後、右肺下葉切除手術が施行され、組織診にて多形癌と診断された。

【細胞所見】多量の炎症細胞・壊死物質を背景に、クロマチン増量を示す異型細胞を散在性~接着性不良の集塊で多数認めた。核の大小不同・核形不整が顕著で、非小細胞癌と判定した。

【組織所見】手術検体には境界明瞭な結節性病変があり、断面は白色調であった。異型の強い細胞が充実性に増殖しており、中心部に広い壊死が見られた。紡錘形細胞の密集する部分が目立ち、多数の核分裂像を認めた。辺縁には乳頭状~胞巣状の形態も見られた。免疫染色では全体が TTF-1, P40, chromograninA, synaptophysin のすべてに陰性、CK-AE1/3 は紡錘形の肉腫様成分も含めて陽性であった。多形癌と診断された。

【まとめ】多形癌とは紡錘細胞あるいは巨細胞を含む扁平上皮癌、腺癌、未分化非小細胞癌、あるいは紡錘細胞と巨細胞のみからなる癌であり、定義上、紡錘細胞、巨細胞が腫瘍全体の 10% 以上を占めるものとされる。組織分類を行うには全体像の把握が必要であり、細胞診材料のような部分像では診断困難である。異型が強い腫瘍細胞をみた時には、多形癌も念頭におく必要があると考える。

一般演題3) 乳腺管状癌の1例

愛媛県立中央病院検査部¹, 同病理診断部²

尾崎萌¹, 和田裕貴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】乳腺管状癌は全乳癌の1%前後と稀な腫瘍で、1cm以下の微小病変で見つかる症例が多い。穿刺吸引細胞診で鑑別困難として報告した乳腺管状癌を経験したので報告する。

【症例】51歳女性。主訴は特になし。2013年-健診のMMGにて右上部に局所的非対称性陰影(FAD)を指摘されていた。2018年、超音波検査(US)で右乳房外上部に5mmの低エコー領域が認められ、穿刺吸引細胞診で鑑別困難(生検が望ましい)として報告した。外科医の判断で経過観察となった。2020年、右乳房外上部の病変が8mmと増大傾向があり、再び細胞診が施行された。

【細胞像】1回目、2回目とも同様の細胞像で、比較的結合性の強いシート状集塊や管状構造を示す細胞集塊を認めた。核異型は目立たず、線維腺腫の細胞像に類似しているが、筋上皮の介在が不明瞭で、細胞診の免疫染色で、背景、細胞集塊ともp63陽性細胞はごく少数であった。以上より良性とはできず、1回目、2回目とも生検を勧めた。2回目の細胞診後、生検(Core Needle Biopsy)となった。

【組織像】生検、手術材料とも、腫瘍細胞は小型、均一・単調で低異型で、明瞭な管腔構造が認められ、管腔を形成する腺管は円形~楕円形あるいは涙滴状を呈していた。背景の間質は線維性ないしは線維弾性間質であった。腺管は一層に並ぶ小型立方形細胞で構成されており筋上皮は不明瞭であった。免疫染色でも筋上皮細胞は見られず管状癌と診断した。

【まとめ】乳腺管状癌の鑑別疾患としては、細胞異型が弱いため、主に良性病変があげられるが、線維腺腫、管状腺腫、硬化性腺腫等ではいずれも二相性が認められるため鑑別される。

一般演題4) 乳腺穿刺吸引細胞診で判定に苦慮した invasive lobular carcinoma with extracellular mucin の一例

愛媛県立中央病院検査部¹, 同病理診断部²

和田裕貴¹, 尾崎萌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】小葉癌は、わが国では低率で全乳癌の5%程度であったが、近年増加してきている。今回我々は細胞外粘液産生を示す稀な浸潤性小葉癌を経験したので報告する。

【症例】59歳女性、既往歴は特になく、左乳房上部に10mm大の辺縁やや粗造な低エコー腫瘤を指摘され細胞診を行った。

【細胞像】粘液を背景に、細胞量が豊富で、大小不同の見られる核と細胞質内粘液、粘液小球状様構造(mucous globular structure:MGS)が観察された。

【組織像】粘液結節を形成する粘液癌様の成分とともに、充実成分や孤在性増殖を認めた。粘液結節を形成する癌胞巣では、細胞診で見られたMGS様構造に類似した細胞質内粘液を持つ異型細胞が見られた。充実成分や孤在性増殖を示す部分では、古典型小葉癌が見られた。免疫染色では、ER、 β -catenin陽性、PgR、S-100、E-cadherin陰性であり、細胞質外粘液産生を伴う浸潤性小葉癌と診断した。

【まとめ】小葉癌は細胞内粘液産生と関与し、細胞質外粘液産生を示す小葉癌は非常に稀である。細胞診での診断は困難であり、組織標本や免疫染色によって確定診断が可能になると考えられた。

シンポジウム

テーマ 子宮頸部細胞診に関する話題

コーディネーター：前田智治，和田裕貴（愛媛県立中央病院）

まえがき

細胞診材料のなかで子宮頸部細胞診は最も多く，細胞所見の見方，解釈の仕方がおおむね確立されてきたと考える。しかしながら日常診断にあたり，NILMにするのかASC-USにするのか，ASC-HにするのかHSILにするのか迷うことは少なくない。今回，各施設における子宮頸部細胞診の現状，直面している課題，悩みなどを広く公募した。シンポジウムでは子宮頸部細胞診の現状，診断上の問題点などを議論したい。

シンポジウム1) 当協会における子宮頸がん検診の推移（2009～2018年）と課題について

愛媛県総合保健協会検査部¹，同医局²，済生会西条病院病理診断科³

佐伯健二¹，千羽祐帆¹，風谷早紀¹，浅海朋恵¹，伊能公代¹，山口美紀¹，上田翔子¹

藤田泰史¹，高橋若菜¹，金子真由美¹，水野和江¹，深田千尋¹，池谷東彦²，植田規史³

【はじめに】当協会は平成23年度からLBCを導入。平成25年度まで結果報告はクラス分類とベセスダシステム併記，平成26年度から県下すべての自治体においてベセスダシステムで報告されるようになった。2020年7月「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン更新版」において細胞診（従来法，液状法）およびHPV検査単独法が推奨グレードAとされた。我々は，平成27年に青木班の「子宮頸がん検診における細胞診とHPV検査併用の有用性に関する研究」に参加，平成30年には愛媛大学の松元らと「子宮頸がん検診におけるHPV検査の性能評価に関する研究」をおこないAptimaHPVとHC2を比較検討した。今回，LBCの導入とベセスダシステム運用時のデータ，HPV検査について検討した際のデータを提示する。

【対象と方法】平成21～30年度に行われた対策型子宮頸がん検診223,278件について，がん検診のプロセス指標について検証した¹。平成22年度に4,666例を従来法とTACAS法について検討した²。平成27年には青木班の研究事業に参加。県下の3自治体で頸がん検診受診者4,353名から同意を得られた対象者を併用検診実施群248名と単独検診群969名を，5年間追跡をおこなった³。また平成30年度に県下の子宮頸がん検診受診者のうち同意を得たASC-US以上の138名に，残検体を用いAptimaHPVとHC2を比較検討した⁴。

【結果】(1)がん検診のプロセス指標を検討すると，要精検率は，LBC導入前が0.4%，導入後は約0.8%であった。がん発見率は平均0.05%だった。平成27年度から上皮内癌がCIN3と分類され早期がんの発見数が減少した。陽性反応の中度は10年間の平均で6.5%，精検受診率は平均93.1%となった。(2)対象：平成22年8月～平成23年2月4,686件を実施，NILM一致率：96.5%（4503/4666），ASC-H以上の一致率は94.5%（152/163）となった。(3)単独検診群969名（陽性者19名のうちASC-US9名），併用検診群248名（陽性者6名）は現在も追跡中。(4)平成30年度，22,598名を対象に細胞診を実施，要精検者（ASC-US以上）182名を発見，うち同意を得た138名にHC2，AptimaHPVを実施，今回103名について結果をまとめた。HPV検査の結果の一致率は93.2%であった。不一致は7例でHC（+），AptimaHPV（-）となった。7例の内訳は，1例がCIN1，6例は非CIN病変であった。

【まとめ】普及啓発をとおしてHPV検査を効果的に実施していくことが不可欠と考える。今回，HPV検査の感度・特異度の検討を行った結果，AptimaHPVの特異度が優れていることが示唆された。今後，ThinPrepにスクリーニング補助装置を用いることによって精度管理の向上とスクリーニングの負担の軽減を図りつつ費用対効果の向上を目指したい。

シンポジウム2) 当協会における子宮頸がん検診（対策型検診）で発見されたASCの検討

愛媛県総合保健協会検査部¹, 同医局², 済生会西条病院病理診断科³

藤田泰史¹, 風谷早紀¹, 浅海朋恵¹, 伊能公代¹, 山口美紀¹, 上田翔子¹, 高橋若菜¹, 金子真由美¹, 水野和江¹, 深田千尋¹, 佐伯健二¹, 池谷東彦², 植田規史³

【はじめに】子宮頸部細胞診の報告様式は、ベセスダシステム（以下TBS）が一般的に用いられている。TBSでは、ASCの割合は全婦人科検体数の5%以下、ASC-Hは全ASCの10%以下であることが期待されている。当協会で判定したASC症例が、TBSの基準に従って判定できていたのか検討した。

【対象と方法】2015～2019年度に行われた子宮頸がん検診（対策型検診）103169件を対象としてASCの判定頻度を調べ、その後の精密検査結果なども検討した。また、標本作製法はLBC法（ThinPrep法）であった。

【結果】ASC-USは371件、ASC-Hは87件で、全婦人科検体数に対するASCの割合は0.44%、全ASCに対するASC-Hの割合は19.0%であった。ASC-USで組織診と対比できた342件の結果は、CIN1 138件（40.4%）、CIN2 20件（5.8%）、CIN3 20件（5.8%）、CIN疑い2件（0.6%）、異常なし（CIN病変なし）162件（47.4%）であった。また、ASC-Hで組織診と対比できた80件の結果は、CIN1 22件（27.5%）、CIN2 17件（21.3%）、CIN3 22件（27.5%）、がん5件（6.3%）、異常なし（CIN病変なし）14件（17.5%）であった。細胞像を見直したところ、ASC-H判定例では異型未熟化生細胞との鑑別が困難な症例、萎縮像であるため細胞分化の評価が困難な症例が多かった。しかし、核や細胞質の性状をよく観察すれば、HSILと診断できるような症例も存在し、その内訳は組織診でCIN3やがんの見つかった症例が多くを占めていた。

【まとめ】当協会では、TBSの推奨する割合と比較して全ASCに対するASC-Hの比率が高かった。一部のASC-H症例にはHSILと診断できる所見が観察されたため、TBSの判定基準を再確認し、今後の精度向上に繋げていきたい。

シンポジウム3) 子宮頸部腺癌の免疫染色を利用した診断アルゴリズムについて

四国がんセンター病理科¹, 同臨床検査科²

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

多彩な像をとる子宮頸部腺癌（ECA）を分類するアルゴリズムとして、International Endocervical Adenocarcinoma Criteria and Classification（IECC）を紹介する。IECCは子宮頸部腺癌に対して、HPV感染の有無などの形態的特徴および免疫染色による評価に基づいた分類を行うものである。従来の記述的な形態学的特徴から結び付けられる分類と比較して、客観的で再現性の高い診断を得られることが示唆されているが、現状では普及していない。IECCのアルゴリズムに用いられる抗体の大部分は一般の病理検査室で行えるものである。使用される主たる抗体はER、GATA3およびp16が挙げられる。当院におけるECAの症例でIECCのアルゴリズムが可能かどうか検討を行い、紹介を兼ねて報告する。

シンポジウム4) 当院における ASC-H 症例の検討 ～ ASC-H は減らせるか～

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, 尾崎萌², 和田裕貴², 越智景子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】子宮頸部細胞診において HSIL とするか ASC-H とするか判定に迷うことは少なくない。ASC-H の組織診は非腫瘍性変化から高度扁平上皮内病変以上を含むため、出来るだけ ASC-H の診断は避けたい。また、ASC-H の比率は全 ASC の 10% 以下であることが期待されている。今回は当院の ASC-H 症例を検討し、ASC-H の判定を減らす方法について検討してみた。

【対象と方法】当院で 2019 年 1 月～2020 年 12 月末に SurePath 法で作成された子宮頸部細胞診 8946 検体を対象とし、ASC-H の頻度、細胞所見、組織診結果について検討した。また、ASC-H と判定した症例に関して Hyperchromatic crowded cells group(HCCG)、セルブロックや免疫染色などについても検討してみた。

【結果】8946 検体中 ASC-US は 317 検体 (3.5%)、ASC-H は 107 検体 (1.20%) で、全 ASC における ASC-H の割合は 25.2% であった。ASC-H とした症例では核クロマチンが増加し、N/C 比の増大した細胞が 10 数個以上集まった立体的な細胞集団、いわゆる Hyperchromatic crowded cells group(HCCG) の出現が約 6 割でみられた。ASC-H の 107 症例中、組織診検査が判明したのは 59 検体で、内訳は HSIL(CIN2/3) が 24 検体 (40.1%)、LSIL(CIN1) が 30 検体 (50.8%)、非腫瘍性変化が 5 検体 (8.5%) であった。

【まとめ】ASC-H と判定した症例中、組織で非腫瘍性、LSIL、HSIL(CIN2/3) と判明した症例を再検討した。HCCG の細胞所見の違い、セルブロック所見、免疫染色所見などから ASC-H の判定を減らす方法を検討してみた。

分葉状頸管腺過形成 (LEGH) の細胞診と臨床的管理

山梨大学医学部 山梨県地域医療支援センター 大森真紀子

分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia, LEGH) は、胃幽門腺の形質を示す小型腺管が、拡張した腺管を取り囲んで分葉状に増殖する子宮頸管腺の過形成病変である。一部の症例から腺癌が発生することから、LEGH の診断と管理は重要である。胃型の粘液を有する頸部病変は、細胞診（従来法）で黄色調の粘液を有する頸管腺細胞として認められ、当院では atypical endocervical cells with gastric-type mucin (AEC-GAM) と呼んでいる。われわれは、LEGH の follow-up 中に上皮内腺癌 (AIS) が発生した症例と LEGH に AIS/胃型粘液性癌の併存が認められた症例の細胞所見から、AEC-GAM を high-grade と low-grade に分けることが LEGH の管理上、有用であることを示した (Omori M, et al. Am J Clin Pathol. 2018;150:259-66)。すなわち、不規則な立体的重積性、細胞内粘液の色調あるいは局在の変化、核の突出像、明瞭な核小体などの所見は high-grade AEC-GAM であり、癌化のリスクや AIS/腺癌の併存を強く示唆する所見である。

LEGH は子宮頸部の上方に発生するため、通常のスクリーニングでは細胞採取が困難である。併存する AIS/腺癌を検出するためにも適切なサンプリングが重要であり、われわれは経膈超音波断層法を利用した病変狙い細胞診 (lesion-targeted cytology, LTC) を行っている。

今回、LEGH の異型について検討し、当院で行っている LEGH の管理方法について紹介したいと考えている。

第4回愛媛県臨床細胞学会学術奨励賞

子宮頸部細胞診に出現する Hyperchromatic crowded cell groups

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

愛媛県立医療技術大学 臨床検査学科³

田中慎一(CT)¹, 山本珠美(CT)¹, 楠真奈美(MT)¹, 岡本奈美(CT)¹, 田中幸(CT)¹, 田母神佐智子(CT)¹, 山元範昭(MD)², 高畑浩之(MD)², 細川翔(CT)³, 徳原康哲(CT)³, 寺本典弘(MD)²

【緒言】

子宮頸部細胞診標本作製法は Liquid-based cytology(LBC) 法が主流となりつつある。膜フィルターによる転写を原理とする ThinPrep(TP, Hologic) 法, 比重による重力沈降を原理とする BD SurePath(SP, BectonDickinson) 法の2法は世界的にシェア率が高い。LBC法の普及に伴い, 子宮頸部細胞診標本上には, Hyperchromatic crowded cell groups (HCCG) が普遍的に出現し, HCCG 所見を適切に捉える必要性が高まってきた。しかしながら, LBC 作製法の違いによる HCCG 所見差および細胞診断への影響を検討した報告は無く, HCCG の良悪判定においても明確な指標は無い。HCCG の良悪判定は, 孤立散在性異型細胞やアポトーシス小体, 有糸分裂像などの他所見を参考にすることが推奨されている。我々は, 同一患者における TP および SP の HSIL-HCCG 所見差を解析し, 各 LBC 標本作製法に出現する HCCG 所見差を検討した『検討①』。その結果を基に, 各 LBC 標本作製法における HSIL-HCCG と良性-HCCG の鑑別を検討している『検討②』。

【検討①. 対象および方法】

2015年4月～2016年3月の間において, TP で HSIL と診断され, その後, 2ヵ月以上6ヵ月以内に SP にて HSIL と診断された同一患者 16 症例を対象とした。HCCG の出現数, 面積, 厚みおよび核所見を顕微鏡下および画像解析ソフト, バーチャルスライドを用いて解析した。

【検討②. 対象および方法】

2015年4月～2020年12月の間において, 細胞診断で2年以上NILMが持続している症例の p16 (-) HCCG (以下, 良性-HCCG) および組織学的に裏付けがある HSIL 症例の p16 (+) HCCG (以下, HSIL-HCCG) を対象とした。HCCG の深度および光透過性を顕微鏡下および画像解析ソフト, バーチャルスライドを用いて解析した。

【検討①. 結果】

SP は症例ごとの HCCG の平均出現数が有意に多く (TP:5.13 個, SP:18.13 個), 集塊が有意に厚い (TP:6 μ m, SP: 17 μ m)。

【検討②. 結果】

SP において HSIL-HCCG の深度は有意に深く (HSIL-HCCG:17 μ m, 良性-HCCG:9 μ m), 光透過性は有意に悪い (HSIL-HCCG:23, 良性-HCCG:40) (図1)。TP において HSIL-HCCG の深度

に有意差はないが (HSIL-HCCG:6 μ m, 良性-HCCG:4.5 μ m), 光透過性は有意に悪かった (HSIL-HCCG:40, 良性-HCCG:58) (図2).

【まとめ】

HCCG 所見の捉え方は, 教本となって報告されているが明確な指標ではない. 更に, 我々の検討結果では, 同一患者の HSIL-HCCG であっても TP と SP では所見が異なる. LBC 作製法にあった HCCG 所見の捉え方が必要であると考え. また, HCCG の良悪判定は, Z 軸を解析することで可能であった. この方法は, 背景所見に頼った客観的所見ではない. 更に, 免疫染色と異なりコストフリーである. Z 軸解析を応用した形態学的観察は, HCCG 鑑別の一助となり子宮頸部細胞診の診断精度向上が期待される.



図1. SP に出現した HCCG の深度解析と光透過性解析

深度解析および光透過性解析ともに, HSIL-HCCG と良性-HCCG の間に有意差を認めた.

* Mann-Whitney U test, $p < 0.05$

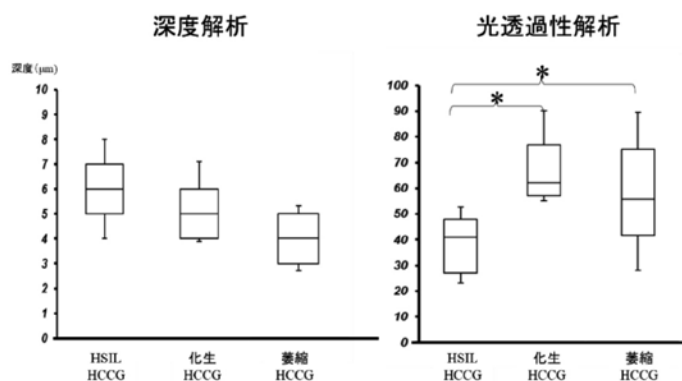


図2. TP に出現した HCCG の深度解析と光透過性解析

光透過性解析において, HSIL-HCCG と良性-HCCG の間に有意差を認めた.

* Mann-Whitney U test, $p < 0.05$

令和元年度実施事業及び支部会活動

1. 子宮の日 啓蒙活動 令和元年 4 月 9 日
いよてつ高島屋前 20 名参加
2. 第 60 回日本臨床細胞学会総会 春期大会 令和元年 6 月 7～9 日 東京
子宮内膜 LBC 標本を用いた免疫細胞化学的応用
則松良明（愛媛県立医療技術大学）
再発卵巣がんの診断における細胞診
宇佐美知香（愛媛大学大学院）
子宮体癌における腹水細胞の意義—G3 および特殊型症例では再発に関与する—
大亀真一（四国がんセンター）
対策型子宮頸がん検診における HPV 検査の性能評価に関する研究
松元隆（愛媛大学）
子宮体癌における腹水細胞診の意義—骨盤外の腹水細胞診は再発に関与する—
横山貴紀（四国がんセンター）
対策型子宮頸がん検診における HPV 検査の性能評価に関する研究
松元隆（愛媛大学）
子宮体癌治療における腹水細胞診の意義
藤本悦子（四国がんセンター）
3. 第 34 回日本臨床細胞学会中国四国連合会学術集会 令和元年 8 月 3・4 日 山口
子宮内膜細胞診判定の捉え方（ミニレクチャー）
則松良明（愛媛県立医療技術大学）
4. 第 58 回日本臨床細胞学会 秋期大会 令和元年 11 月 16・17 日 岡山
細胞診の現場でどんなインシデントがどれくらい起こっているか
～国立病院機構『病理インシデント研究班研究』から
寺本典弘（四国がんセンター）
日常診療に役立つ何らかの名称のつく細胞
岡本奈美（四国がんセンター）
HCCG の鑑別（検鏡のコツ，検体処理法による所見の違い）
田中慎一（四国がんセンター）
我々の考える子宮内膜細胞診の取り扱いについて
宇佐美知香（愛媛大学）
子宮体癌におけるメチル化 DNA 結合タンパク質を用いた，DNA メチル化解析
坂本真吾（松山赤十字病院）

5. 子宮がん検診従事者講習会

令和2年3月7日 愛媛県医師会

報告1 本県における子宮がん検診の現状 池谷東彦 (愛媛県総合保健協会)

報告2 平成30年度子宮頸がん検診におけるHPV検査の性能評価に関する研究について
松元隆 (愛媛大学産婦人科)

特別講演1 「婦人科診療で知っておくべき遺伝性疾患」

竹原和宏 (四国がんセンター)

平成30年度細胞診検査士合格者

| | |
|-------|------------|
| 河口 本子 | (住友別子病院) |
| 眞鍋 章子 | (住友別子病院) |
| 尾崎 萌 | (愛媛県立中央病院) |

第 28 回愛媛県臨床細胞学会学術集会概要

日時 令和 2 年 1 月 26 日 (日)

会場 愛媛県立中央病院 講堂

一般演題

- 1) 胸水細胞診で悪性中皮腫を疑った 1 症例
矢野好人 (済生会今治病院)
- 2) 甲状腺髄様癌の 1 例
井上望世 (愛媛県立中央病院)
- 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
山元範昭 (四国がんセンター)
- 4) 肺原発と考えられた悪性黒色腫の 1 例
芝田将 (愛媛県立中央病院)
- 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
松本優衣 (松山赤十字病院)

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)

- 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? -
松元隆 (愛媛大学医学部附属病院)
- 2) 内膜細胞診の現状と問題点 ~市立宇和島病院~
松影昭一 (市立宇和島病院)
- 3) 内膜細胞診とセルブロック ~愛媛県立中央病院~
前田智治 (愛媛県立中央病院)
- 4) 内膜細胞診と液状細胞診 ~松山赤十字病院~
坂本真吾 (松山赤十字病院)
- 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~
藤本悦子 (四国がんセンター)

特別講演

「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

【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? -

愛媛臨床細胞学会・シンポジウム

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
松元 隆, 宇佐美知香
愛媛大学医学部附属病院・病理部
片山英司, 北澤理子
四国がんセンター・病理科
寺本典弘

日本産婦人科医会・前向き観察研究

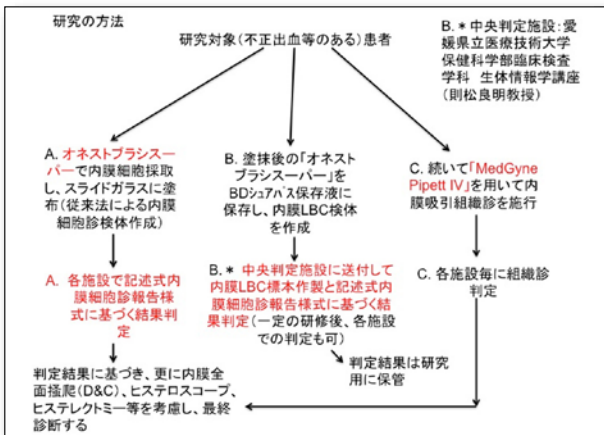
Cytopathology

ORIGINAL ARTICLE

Liquid-based endometrial cytology using SurePath™ is not inferior to suction endometrial tissue biopsy for detecting endometrial malignancies: Midterm report of a multicentre study advocated by Japan Association of Obstetricians and Gynecologists

Yasuo Hirai, Kimihiko Sakamoto, Hiroyuki Fujiwara, Masaharu Kamata, Takao Tamura, Kenji Yanoh, Yoshiaki Norimatsu, Tokuzo Kasai, Katsuhiko Teramoto, Tetsuji Kurokawa, Yoshifumi Takahashi, Osamu Iwanari, Mitsuaki Suzuki ... See fewer authors

First published: 19 November 2018
https://doi.org/10.1111/cyt.12657



Methods

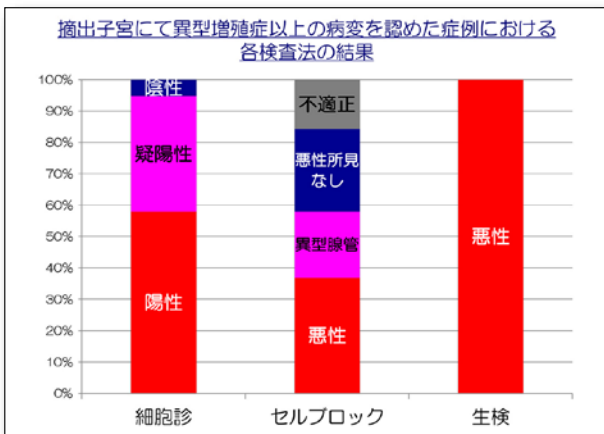
5 outpatient clinics
1,044 suction endometrial tissue biopsy specimens
1,116 liquid-based endometrial cytology specimens

Results

Sensitivity: Biopsies 85.2% vs Cytology 92.2%

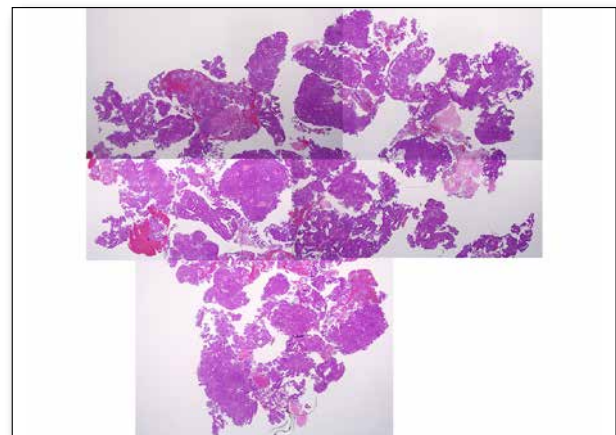
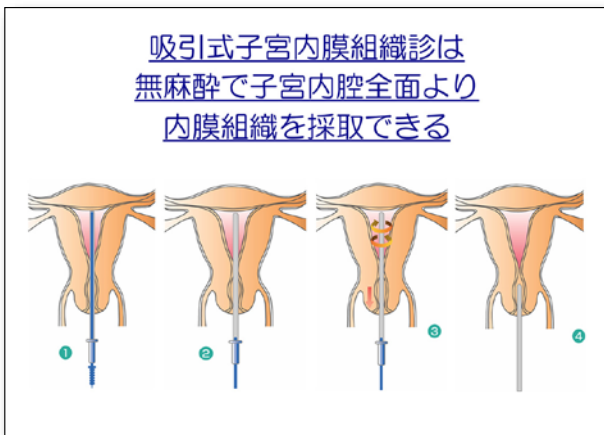
Specificity: Biopsies 98.9% vs Cytology 98.5%

Negative Predictive Value: Biopsies 98.1% vs Cytology 99.1%



液状子宮内膜細胞診の検討

| 症例 | 年齢 | 摘出子宮組織 | Conventional | | | LBC | | |
|----|----|--------|--------------|---|---|-----|---|---|
| | | | A | B | C | A | B | C |
| 1 | 61 | G2 | + | + | + | + | + | + |
| 2 | 40 | G1 | ± | ± | ± | - | - | - |
| 3 | 62 | G1 | + | + | + | - | - | - |
| 5 | 41 | AEH | - | ± | - | - | - | - |
| 6 | 63 | G1 | - | + | ± | ± | - | - |
| 7 | 49 | G1 | - | ± | + | ± | + | + |
| 8 | 55 | G3 | + | + | + | + | + | + |
| 9 | 75 | G1 | + | + | + | + | + | - |
| 15 | 54 | G1 | + | + | + | + | + | + |
| 16 | 53 | G1 | + | + | + | + | + | + |
| 18 | 57 | G1(生検) | + | + | + | + | - | + |



Gynecologic Cytopathology

ACTA CYTOLOGICA

Acta Cytologica 2012;56:233-241
DOI: 10.1159/000336258

Received: September 7, 2011
Accepted after revision: January 4, 2012
Published online: April 26, 2012

New Terminology for Intrauterine Endometrial Samples: A Group Study by the Japanese Society of Clinical Cytology

Kenji Yanoh^a Yasuo Hirai^b Atsuhiko Sakamoto^c Daisuke Aoki^d
Takuya Moriya^e Masamichi Hiura^f Takaharu Yamawaki^g Keiko Shimizu^h
Hiroki Nakayamaⁱ Hiroshi Sasaki^k Tsutomu Tabata^l Masatsugu Ueda^l
Yasuhiro Udagawa^m Yoshiaki Norimatsuⁿ

本報告様式における必須報告事項 (5つのカテゴリーと2つのサブカテゴリー)

- 陰性/悪性ではない
- 内膜異型細胞
 - 内膜異型細胞; 意義不明 (ATEC-US) → 経過観察
 - 内膜異型細胞; 異型増殖症以上を否定できない (ATEC-A) → 要生検
- 子宮内膜増殖症
- 子宮内膜異型増殖症
- 悪性腫瘍

Yokohama System

Received: 26 October 2017 | Revised: 9 January 2018 | Accepted: 1 February 2018
DOI: 10.1002/jc.23916

ORIGINAL ARTICLE WILEY

The Yokohama system for reporting directly sampled endometrial cytology: The quest to develop a standardized terminology

Franco Fulciniti^{1*} | Kenji Yanoh² | Petros Karakitsos^{3†} | Jun Watanabe⁴ | Alessia Di Lorio⁵ | Niki Margarit³ | Yoshinobu Maeda⁶ | Maki Kihara⁷ | Yoshiaki Norimatsu⁸ | Tadao K. Kobayashi⁹ | Yasuo Hirai PhD, MD, FIACI^{10*}

TABLE 3 Descriptive categories of The Yokohama System for reporting endometrial cytology

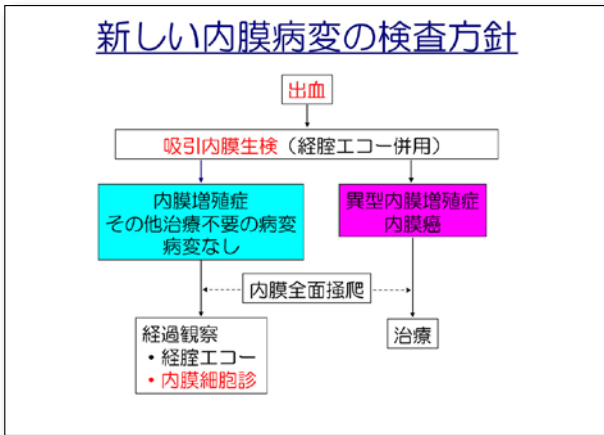
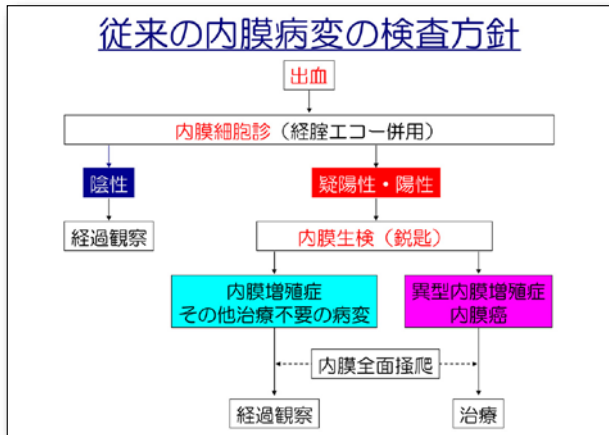
| | |
|---|-------|
| 1 Unsatisfactory for evaluation | TYS 0 |
| 2 Negative for Malignant Tumors and Precursors | TYS 1 |
| 3 Atypical endometrial cells, of undetermined significance (ATEC-US) | TYS 2 |
| 4 Endometrial hyperplasia without atypia | TYS 3 |
| 5 Atypical endometrial cells, cannot exclude AEH/EIN (ATEC-AE) | TYS 4 |
| 6 Atypical endometrial hyperplasia/Endometrioid intraepithelial neoplasia (AEH/EIN) | TYS 5 |
| 7 Malignant neoplasms | TYS 6 |

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針 子宮体部の細胞診の指導区分

健発第0331058号平成20年3月31日厚生労働省健康局長通知別添
(平成28年2月4日一部改正)

原則として、子宮体部の細胞診の判定結果が「疑陽性」および「陽性」の者は、「要精検」とし、「陰性」の者は、その他の臨床症状を勘案し、精密検査の受診の要否を決定するが、精密検査の受診の必要がない場合は、「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。

- ①「要精検」と区分された者
医療機関において精密検査を受診するよう指導する。
- ②「精検不要」と区分された者
日常生活において不正性器出血等に注意するよう指導する。



愛媛県・がん診療連携拠点病院における子宮内膜細胞診の実施状況

| | 愛大 | 宇和島 | 県中 | 日赤 | 四がん | 住友 |
|----------|-----------|---------|-----------|----------------|----------|---------|
| 採取法 | 直接塗抹 | 直接塗抹 | 液状化 | 直接塗抹 (液状化) | 液状化 | 直接塗抹 |
| 液状化検体作成法 | - | - | SurePath | SurePath | SurePath | - |
| 不採用理由 | 従来法にて問題なし | 一般的に未普及 | - | 病理部内で判定基準を確立中 | - | 一般的に未普及 |
| ① | - | - | - | - | - | コスト |
| ② | コスト | - | - | - | - | - |
| 報告様式 | クラス | 記述式 3段階 | 3段階 | クラス | 記述式 3段階 | 3段階* |
| 不採用理由 | 従来法にて問題なし | - | 従来法にて問題なし | 院内でのコンセンサスが未確立 | - | - |
| ① | - | - | - | - | - | - |
| ② | 一般的に未普及 | - | 一般的に未普及 | 一般的に未普及 | - | 一般的に未普及 |

【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～

内膜細胞診の現状と問題点

第28回日本臨床細胞学会愛媛県支部学術集会シンポジウム
(県立中央病院 2020年1月26日)

市立宇和島病院臨床検査科
松影昭一(MD)、薬師寺孝徳(MT)、魚住重史子(MT)、
管恭弘(CT)、中川健司(CT)、中西護(MD)

はじめに

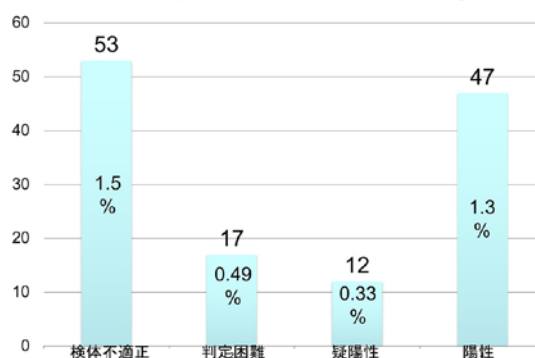
子宮内膜細胞診は細胞異型が軽度の場合があり、正確な診断が困難な症例がある。

- 1) 当院における内膜細胞診の現状と問題点
- 2) 内膜細胞診陰性症例と困難例について検討

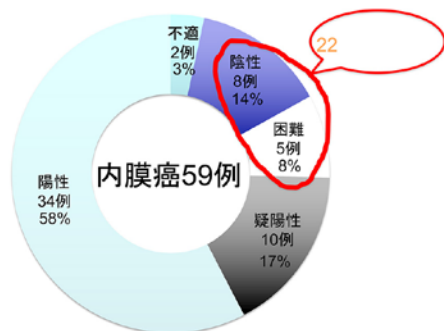
当院の内膜細胞診

採取方法：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
作成方法：直接塗抹法
報告様式：検体不適正、陰性、判定困難、疑陽性、陽性の5つに分類
+特記事項を記述
対象：2014年1月1日～2019年12月31日
6年間の内膜細胞診 3628例

内膜細胞診3628例の判定結果



内膜癌59例の細胞診結果



当院の内膜細胞診の現状と問題点

- 内膜細胞診の1.63%が陽性+疑陽性であった。
- 内膜癌59例中、細胞診で困難と陰性が13例(22%)を占めた。
- 細胞診陰性類内膜癌症例の大部分は細胞異型が軽度なG1であった。
- 子宮内膜以外の癌症例は細胞異型が強い組織型が多く、細胞診陽性例が多かった。

当院6年間の内膜細胞診

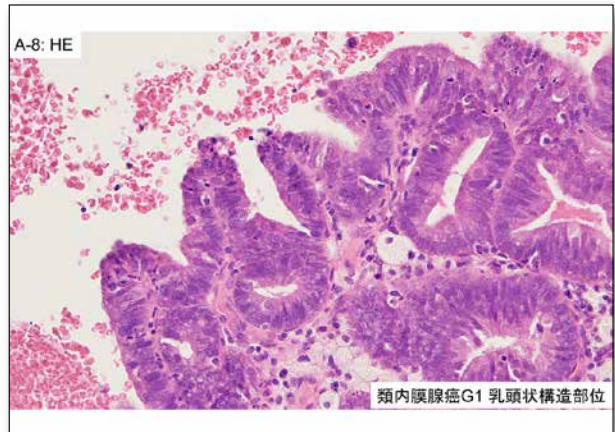
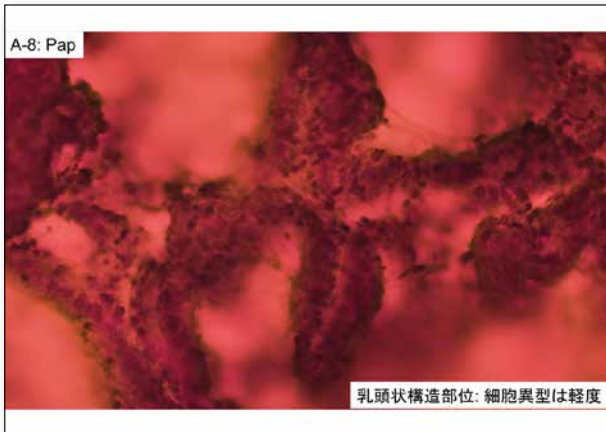
組織診内膜癌

| 細胞診 | 組織診内膜癌 | | |
|-----|--------|------|------|
| | 陽性 | 陰性 | |
| 陽性 | 43 | 1 | 0.98 |
| 陰性 | 8 | 86* | 0.91 |
| 困難 | 5 | 2 | |
| 不適 | 2 | 52 | |
| | 0.84 | 0.99 | |

*細胞診陰性で、子宮筋腫などで子宮全摘され内膜癌が否定されている症例

細胞診陰性内膜癌症例

| 症例 | 年齢 | 組織 | 内膜肥厚 | 拡張分枝 | 腺腔数の増加 | 乳頭状 | 間質細胞附着 | 専有率 >20% | 壊死性背景 | その他 |
|-----|----|----|--------|------|--------|-----|--------|----------|-------|-------|
| A-1 | 69 | G2 | 腫瘍+ | - | - | + | - | - | - | 細胞異型+ |
| 2 | 63 | G1 | 25mm | - | + | - | + | + | - | 扁平上皮+ |
| 3 | 65 | G1 | 21mm | - | - | - | + | - | - | 出血多い |
| 4 | 59 | G1 | 不明 | - | - | - | + | - | - | 筋腫+ |
| 5 | 73 | G1 | 腫瘍+ | - | - | - | +/- | - | + | |
| 6 | 52 | G1 | 19.7mm | + | - | - | + | - | + | |
| 7 | 55 | G1 | 11.8mm | - | - | - | + | - | - | |
| 8 | 70 | G1 | 腫瘍+ | - | + | + | - | - | - | 出血多い |
| 9 | 44 | G1 | 13.7mm | + | - | + | +/- | + | - | |

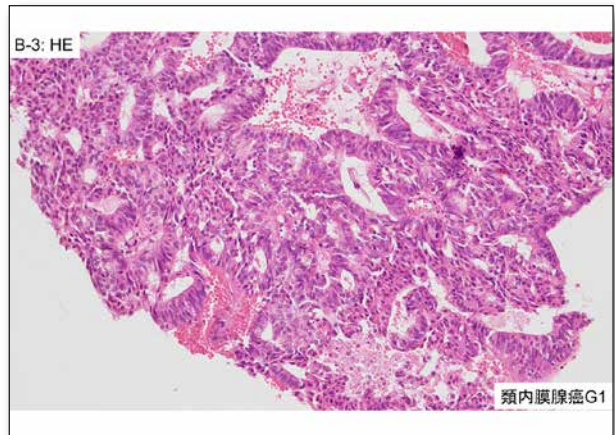
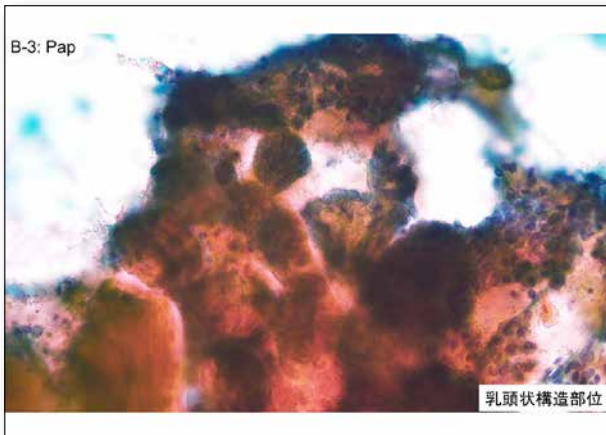


細胞診陰性内膜癌症例のまとめ

- 1例を除き細胞異型が軽度であった。
- 腺腔数増加や乳頭状構造などの異常細胞集塊数が少なく、専有率が低いものが多い。
- 内膜間質細胞の付着した集塊が多い。
- 厚みのある大型細胞集塊内に腺腔数増加や乳頭状構造が見られた。
- MRIなどの画像で内膜肥厚や腫瘤がみられ、(再)生検で癌と診断される症例が多かった。

診断困難例

| 症例 | 年齢 | 組織 | 内膜肥厚 | 拡張分枝 | 腺腔数の増加 | 乳頭状 | 間質細胞付着 | 専有率 >20% | 壊死性背景 | その他 |
|-----|----|-------|--------|------|--------|-----|--------|----------|-------|--------------------|
| B-1 | 55 | S.Ca | 腫瘤+ | - | - | - | -/+ | - | - | 大型異型細胞+ |
| 2 | 84 | G2 | 12.3mm | - | + | - | + | + | - | 扁平上皮+ 内膜増生+ |
| 3 | 64 | G1 | 8.2mm | + | + | + | -/+ | + | - | 扁平上皮+ G1否定できない |
| 4 | 53 | G1 | 17.6mm | + | + | - | + | + | - | 内膜増生+ |
| 5 | 75 | G3 | + | + | - | - | + | + | + | 扁平上皮+ G1否定できない |
| 6 | 55 | polyp | 10mm | - | - | - | + | - | - | 大型異型細胞+ タモキシフェン |
| 7 | 43 | 悪性なし | 14.5mm | + | - | + | -/+ | - | - | 血液多い 配列の乱れ |



診断困難例のまとめ

- 異常細胞集塊専有率が高い症例で、細胞異型に乏しく、内膜間質細胞が付着している場合は、増殖症と内膜癌の鑑別が難しい症例がある。
- 内膜癌症例では、腺腔数の増加、乳頭状構造、壊死性背景がみられた。
- 大型異型細胞が出現した症例では、異型細胞数が少なく、診断困難となった。

結 語

- 内膜細胞診では、正確な判定が難しい場合があるため、細胞診陰性であっても画像検査で内膜肥厚や腫瘤形成が確認できれば、生検を考慮する必要があると思われた。
- 細胞異型に乏しい場合でも、腺腔数の増加、間質細胞のない乳頭状構造、壊死性背景が出現した場合は悪性の可能性があるため、慎重な判断が必要と思われた。

【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～

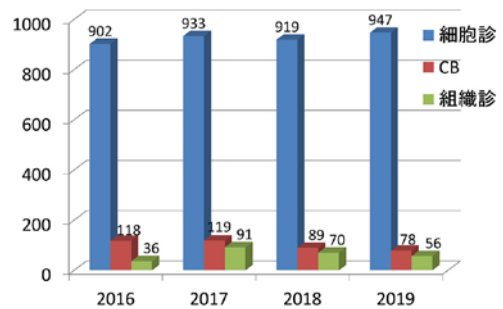
内膜細胞診とセルブロック

2009年からSurePath法1枚で診断（従来法併用なし）

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年間の細胞診，CB，生検数



CB作成数（過去4年間）

- ・内膜細胞診3,701例中CB作成数404件（細胞診の10.9%）
- ・404例中、細胞診とCBが再検鏡可能な症例は391件

| 細胞診判定 | 件数 | CB作成数(率) | 検計数 |
|-------|-------|------------|-----|
| 陰性 | 3,384 | 320 (9.5%) | 316 |
| 疑陽性 | 91 | 57 (62.6%) | 54 |
| 陽性 | 63 | 23 (36.5%) | 21 |
| 材料不適 | 163 | 4 (2.5%) | 0 |
| 合計 | 3,701 | 404 (100%) | 391 |

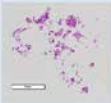
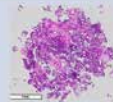

検討対象・内容

- ・対象：2016年1月～2019年12月

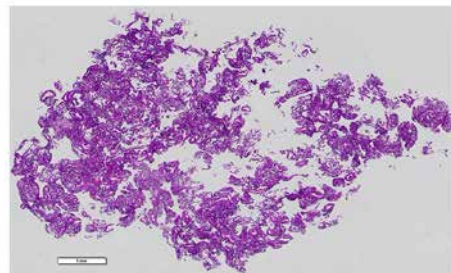
内膜細胞診CB作成症例で、細胞診とCBが再検鏡可能な391例
細胞診・陽性(21例)，疑陽性(54例)，陰性(316例)，材料不適(0)

- ・CBの評価
- ・症例提示（2例）

評価の判定

| | | |
|-----------------------|---|---|
| 無効例 79/391 (20%) |  | 細胞はみられるが少量の場合 |
| 有効例 265/391 (68%) |  | ある程度細胞がみられる |
| 組織相当例 47/391 (12%) |  | 面積が20mm ² 以上 または 癌、EINの診断が可能 |

組織相当

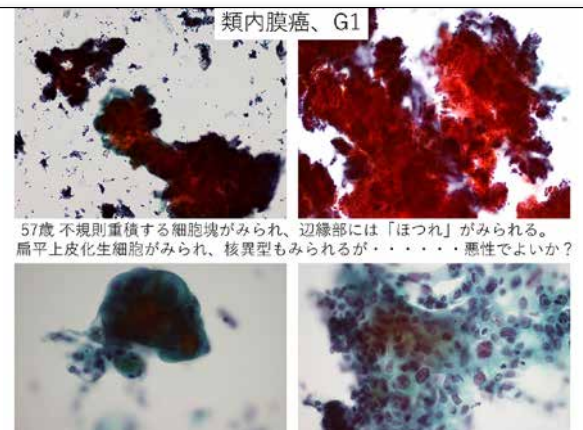


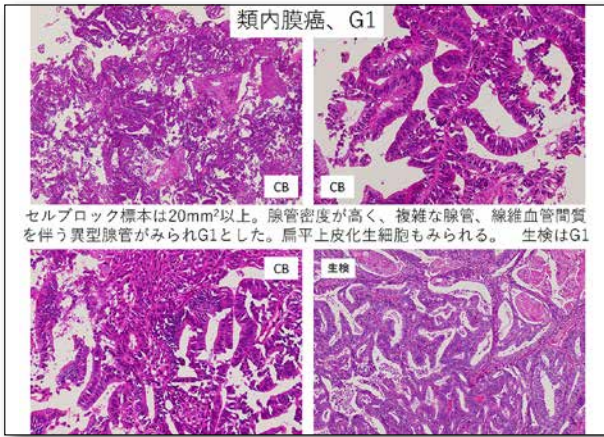
- ・面積が20mm²以上
- ・癌またはEIN（異型内膜増殖症）の診断が可能

細胞診判定ごとのCB評価

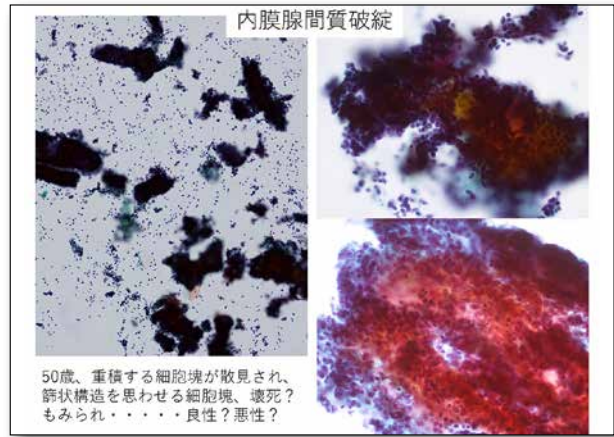
| 細胞診判定 | 無効例 | 有効例 | 組織相当 | 合計数 |
|-------|---------|----------|----------|-----|
| 陰性 | 69(22%) | 227(72%) | 20(6%) | 316 |
| 疑陽性 | 8(15%) | 33(60%) | 13(25%) | 54 |
| 陽性 | 2(9%) | 5(24%) | 14(67%)* | 21 |
| Total | 79(20%) | 265(68%) | 47(12%) | 391 |

* 陽性で組織相当の割合が高いのはEINまたは癌と診断できた症例がある為

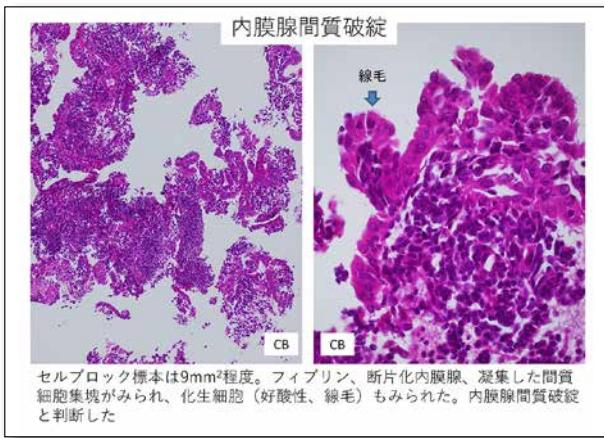




セルブロック標本は20mm²以上。腺管密度が高く、複雑な腺管、線維血管間質を伴う異型腺管がみられG1とした。扁平上皮化生細胞もみられる。生検はG1



50歳、重積する細胞塊が散見され、篩状構造を思わせる細胞塊、壊死？もみられ・・・良性？悪性？



セルブロック標本は9mm²程度。フィブリン、断片化内膜腺、凝集した間質細胞集塊がみられ、化生細胞（好酸性、線毛）もみられた。内膜腺間質破綻と判断した

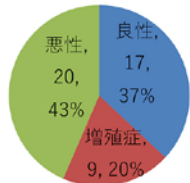
組織判明（391例中110例）

その後の生検および手術で組織が確認された症例

| 細胞診判定 | 良性 | 増殖症 | 悪性 |
|--------------|---------|--------|----------|
| 陰性 (50/316) | 47(94%) | 1(2%) | 2(4%) ※※ |
| 疑陽性 (46/54) | 17(37%) | 9(20%) | 20(43%) |
| 陽性 (14/21) * | 1(7%) ※ | 0(0%) | 13(93%) |

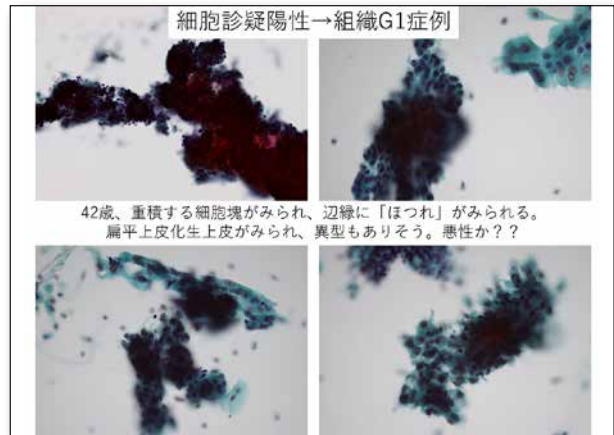
※ 7例は、他臓器由来癌や細胞診結果で他院に転院となった
 ※※ 化学療法後の手術で内膜癌認められず
 ※※※ 1例は3か月後に内膜癌見つかる → 細胞診は見落とし、CBは情報なし
 1例は2年9か月後に内膜癌見つかる → 再検討でも癌細胞なし

細胞診・疑陽性 54例中46例組織判明

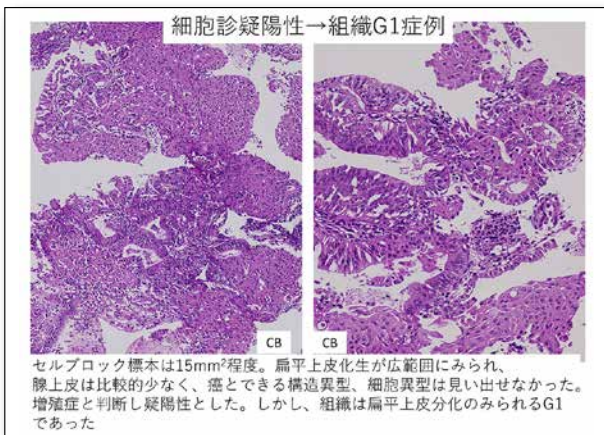


良性+悪性が8割を占め、CBを併用しても疑陽性の診断は全く当てにならない！！

↓
生検が望ましい



42歳、重積する細胞塊がみられ、辺縁に「ほつれ」がみられる。扁平上皮化生上皮がみられ、異型もありそう。悪性か？



セルブロック標本は15mm²程度。扁平上皮化生が広範囲にみられ、腺上皮は比較的少なく、癌とできる構造異型、細胞異型は見い出せなかった。増殖症と判断し疑陽性とした。しかし、組織は扁平上皮化生のみみられるG1であった

結語

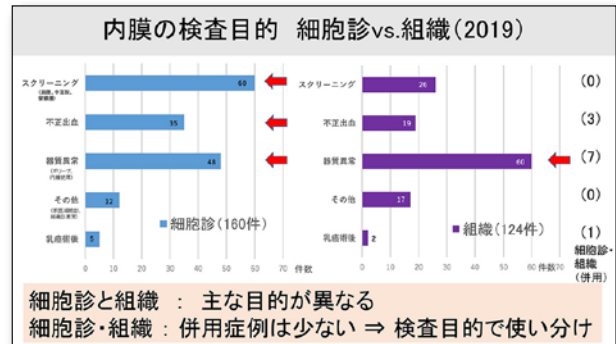
- ・セルブロックは重積性が強い場合に有効
- ・8割程度は所見が得られる
- ・比較的若い女性でも重積性があり、詳細不明な時は作成すべき、内膜腺間質破綻（EGBD）などは分かり易い
- ・疑陽性症例は良性・悪性のどちらでも有りうるので、生検が望ましい

【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～

内膜細胞診 と 液状細胞診 (Liquid-based cytology: LBC) ～ 松山赤十字病院 ～

松山赤十字病院
病理診断科¹⁾ 検査部²⁾ 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⁾
高島香葉子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⁾



小括1 当院の現状

| | 細胞診 | 組織 |
|-----------|-------|------------------|
| 件数 | 減少 ↓ | 増加 ↑ |
| 主な目的 | 悪性の除外 | 質的診断 より悪性疑う場合 |
| 検査目的で使い分け | | |

※ 細胞診報告書式・クラス判定
※ 標本種別
※ 直接塗抹法・LBC併用 (直接塗抹標本のみ報告に使用)

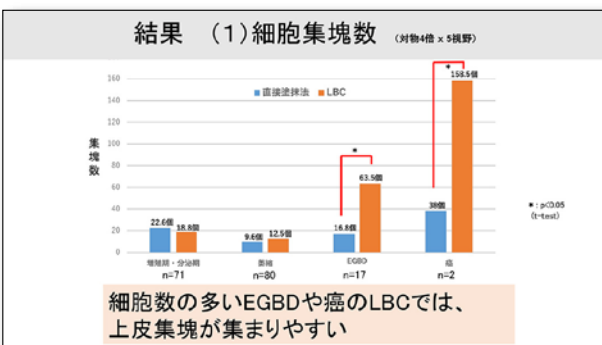
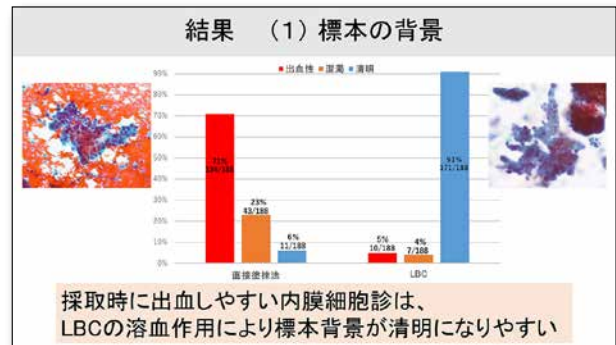
<当院内膜細胞診の特徴>
不適正・I・II (陰性例) が殆ど、IV・V年10件/年以下
不適正が10-20%と多い ← (当院の問題点)

検討の背景

- 2014. 7 子宮頸部細胞診
直接塗抹法 → LBC (BD: SurePath) 移行
(HPV検査併用、不適正減少などを目的。専用機器導入)
- 内膜細胞診も“LBC一本化”を目指し、
直接塗抹法 / LBC 併用開始
出血・乾燥: アーチファクト (一般的な問題点)
不適正標本が多い (当院の “ ”)

対象と方法

- 2014. 7 ~ 2015. 2 内膜細胞診188例
- 直接塗抹法 vs. LBC
- 検討(1) ・標本の背景 (血性・混濁・清明) → アーチファクトの軽減
・単位面積当たりの細胞集塊数 → 集細胞性を比較
対物4倍 × 任意の5視野
集塊: 50個以上の細胞で構成されたものをカウント
- 検討(2) ・判定
直接塗抹法(クラス分類) LBC(OSG式)



小括2 検討(1)

内膜細胞診におけるLBCは

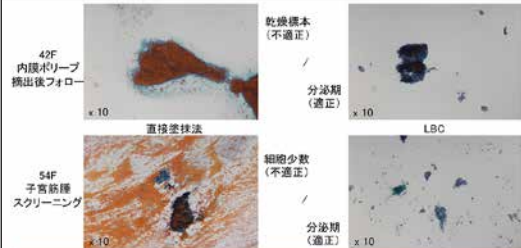
- 出血性背景の減少
- 集細胞性の向上 により

アーチファクトの軽減、不適正標本の減少を期待できる

結果 (2) 判定 (n=188)

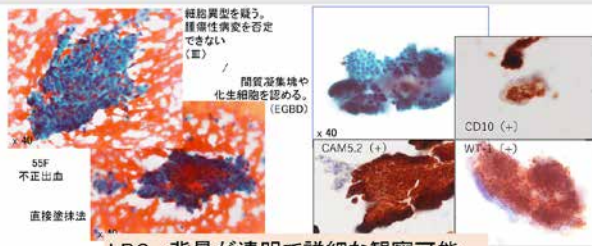
| | | LBC判定 (OSG式) | | | | |
|-----------------|-----------------|--------------|------------|------|---------|--------|
| | | 不適正 | 増殖期・分泌期・過期 | EGBD | ATEC-US | ATEC-A |
| 直接塗抹法判定 (クラス分け) | 不適正 | 14 | 4 | | | 1 |
| | I・II 増殖期・分泌期・過期 | | 147 | | | |
| | I・II EGBD | | | 15 | | |
| | III | | | 2 | | |
| | IV・V | | | | 1 | 4 |

判定乖離例 1, 2 (不適正 → 陰性)



LBC: 乾燥アーチファクトの改善や集細胞性の向上に寄与

判定乖離例 3 (III → EGBD)



LBC: 背景が清明で詳細な観察可能
免疫染色の応用で偽陽性を防げた

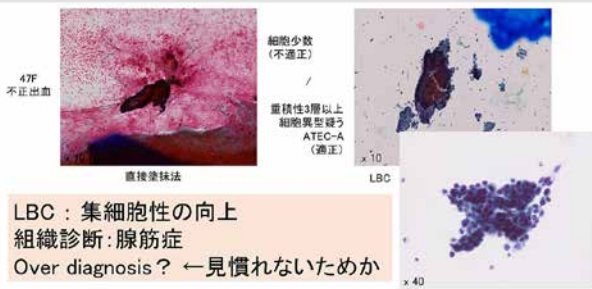
小括3 検討(2)-1

内膜細胞診におけるLBCは

- アーチファクト軽減、不適正標本の減少(集細胞性・細胞回収の向上)
- 免疫染色応用 により

診断精度向上が期待できる

判定乖離例 4 (不適正 → ATEC-A)



小括4 検討(2)-2

内膜細胞診におけるLBCは

- 直接塗抹法から判定方法の変更 (先行研究からも)
- 細胞像の習得 (IV・V: 陽性例の少ない当院では時間がかかる)

が必要

考察 : LBC(SurePath)を併用して

良い点

- 出血性背景や乾燥アーチファクトの減少
- 不適正検体の減少(集細胞性・細胞回収率)
- 免疫染色への応用

精度向上が可能

苦勞している点

- 判定方法(OSG式)を変える必要性
- OSG式でも困難な症例あり?
- 陽性症例、組織との併用例の少ない 当院では、細胞像の習得が難しい

“LBC一本化”
に至っていない

まとめ

内膜細胞診における

標本作製 / 判定方法(報告様式)

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

当院における記述式内膜細胞診報告様式の運用と課題

四国がんセンター婦人科¹⁾, 臨床検査科²⁾, 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⁾

はじめに

- 子宮頸部細胞診にベセスダシステムが導入されて以降、様々な領域で記述式の報告様式が導入されている。
- 子宮内膜細胞診でも2012年より記述式報告様式が導入されたが、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、現在も使用している。記述式子宮内膜細胞診報告様式の臨床での対応について報告する。

記述式内膜細胞診報告様式

- 1) 標本の種類
- 2) 標本の適否
- 3) 記述式細胞診結果報告

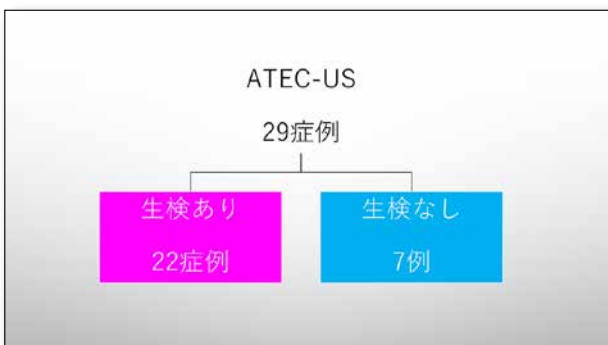
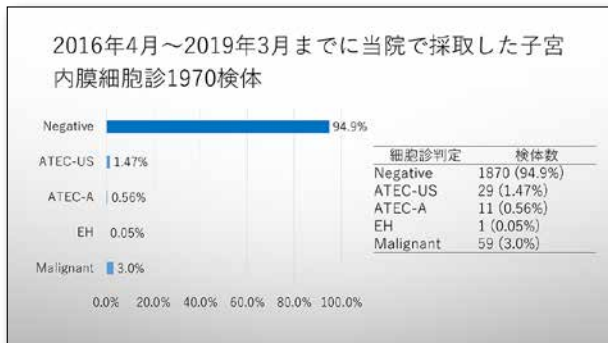
3) 記述式細胞診結果報告

- 陰性 Negative for malignancy
- 内膜異型細胞 Atypical endometrial cells(ATEC)
- 子宮内膜増殖症 Endometrial hyperplasia
- 子宮内膜異型増殖症 Atypical endometrial hyperplasia
- 悪性 Malignant tumor

内膜異型細胞 Atypical endometrial cells(ATEC)

- ATEC-US：意義不明な内膜異型細胞
 - ・ 標本適正なら内膜生検を必ずしも要しないもの。
 - ・ フォローアップ(細胞診再検)が薦められるものを含む。
 - ・ 全標本の5%以下であることが望ましい。
- ATEC-A：異型増殖症以上を除外できない内膜異型細胞
 - ・ 内膜生検を推奨する。
 - ・ 全標本の10%以下であることが望ましい。

ATEC-USについて定まった方針はない



| 生検あり 22症例 | | 生検なし 7例 | |
|---------------|-----|---------------|-----|
| 生検理由 | 症例数 | 生検しなかった理由 | 症例数 |
| TAM内服 | 5 | ATEC-USフォロー | 2 |
| 悪性または疑い精査 | 4 | TAM内服中 | 2 |
| 妊娠性温存治療後 | 3 | ポリープフォロー | 1 |
| ATEC-USフォロー | 2 | 偽陽性フォロー | 1 |
| 良性疾患等 術前内膜評価 | 2 | 良性疾患等 術前内膜評価 | 1 |
| AGC精査 | 2 | | |
| 画像所見 | 2 | 共通項目を有する | |
| 内膜肥厚/ポリープフォロー | 1 | →生検する/しないの根拠? | |
| 検診 | 1 | | |

生検を施行する根拠

①臨床所見

臨床経過(不正出血など)

検査所見

(超音波、MRI、CT、PET-CT、腫瘍マーカーなど)

②病理報告書(記述式)

③その他

臨床所見を参考に生検した症例

62歳 不正出血

現病歴 不正出血を認め、近医を受診。
内膜肥厚を認め、精査目的で当科紹介。

内診所見 外子宮口は狭窄、帯下の排出あり外子宮口を同定

超音波検査
子宮内に17×32mmの高輝度腫瘍



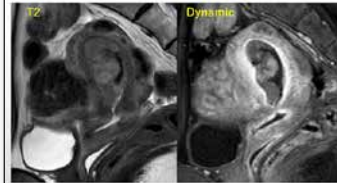
頸部細胞診 NILM

内膜細胞診 ATEC-US

軽度の重積性を示し集塊辺縁が不整形な異型細胞集塊が認められ、核異型を伴った小型異型細胞集塊も少数見られます。
腫瘍性を疑いたい所見ですが、化生等の良性を否定出来ない所見です、follow upをしてください。

内膜組織診 Insufficient material

採取されたものは、血液、少量の間質、さらに少量の断片化した上皮などです。内膜の状態を反映していない可能性が高い標本です。



子宮内腔に長径46mmの腫瘍を認める
信号強度より子宮体癌を疑う

| 腫瘍マーカー | 基準値 |
|--------|---------------|
| CEA | 1 (~5.0) |
| CA19-9 | 219 (~37.0) |
| CA125 | 100.3 (~35.0) |

●悪性の可能性が高い
●診断も兼ねて、手術施行
子宮体癌IA期
(pT1aN0M0, EmG2)

病理報告書を参考に生検を施行した症例 ～ATEC-USフォロー～

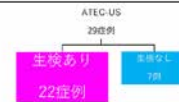
生検あり

異型腺細胞は、孤立散在性や小集塊で出現しており、結合性の低下があり、一部で軽度ながら極性の乱れを認めます。個々の腺細胞は、軽度の核形不整を認めるものの、異型は弱く、単一な細胞像を示しており、悪性を疑う様な多形な像ではありません。子宮内膜間質細胞に対し、腺細胞の数が極めて多く、極性の乱れを認めるため子宮内膜増殖症あるいはそれ以上の病変が疑われます。生検を含め臨床像を検討してください。

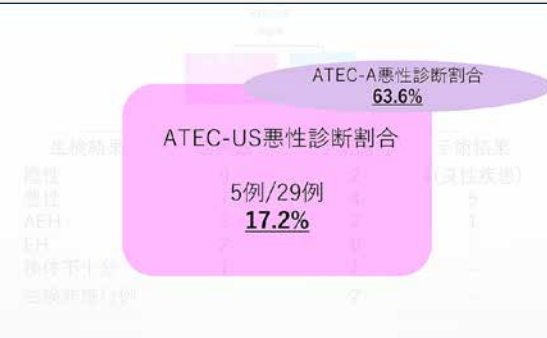
診断：子宮体癌 IIIA期
(pT3aN0M0, EmG2)

生検なし

出現細胞量が多く、細胞密度が高いため注意が必要です。数年の経過で細胞形態に変化あまり見られないため、良性の可能性が高いと思われませんが、引き続きfollow upを検討してください。



| 生検結果 | 症例数 | 手術施行 | 手術結果 |
|--------|-----|------|---------|
| 陰性 | 9 | 2 | 4(良性疾患) |
| 悪性 | 7 | 3 | 5 |
| AEH | 3 | 2 | 1 |
| EH | 2 | 0 | - |
| 検体不十分 | 1 | 1 | - |
| 生検非施行例 | - | 2 | - |



まとめ

- ATEC-USには良性～悪性が含まれる可能性があるため、定まった方針を決定することは困難である。
- 記述式報告様式は従来のクラス分類に比して臨床へのメッセージ性が強く有用であると考えられる。
- 今後の方針を細胞診のみで判断することは困難であるため、臨床症状などを加味して検討することが重要である。

【特別講演】 「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 -」



本日お話する内容

1. 異型細胞の意味するところ
2. 異型細胞が出現する良性・非腫瘍性疾患とその鑑別診断
3. 浸潤癌 vs 上皮内腫瘍
4. 腹水細胞診の疑陽性とは
5. 最近の症例から



細胞検査士や臨床医のつぶやき

「こんなに異型の強い細胞が出ているのに、病理医が癌と言ってくれないんですよ～」

病理医に時々向けられる言葉

「わからない」「疑陽性」では診断にならないでしょう! もっと研鑽を積みなさい!

そもそも異型の捉え方が、それぞれの立場で微妙にちがうのではないか・・・?

- 細胞診の所見文の例 -

“核クロマチンの増量、N/C比の増大を示す細胞が認められ、**異型細胞が疑われます。**”

“大型の核を持つ扁平上皮がみられます。反応性変化も考えられますが、**異型細胞も否定できません。**ご精査下さい。”

- 書籍の文章の例 -

“**萎縮性変化か、異型細胞か、鑑別の困難な症例**である。”

細胞異型とは?

正常細胞の形からの隔たり

核が大きい N/C 比が高い

正常細胞 クロマチン増量 核縁不整

クロマチン粗造
核小体が大きい

異型細胞とは何か?

- ・ 正常細胞と比べて**核に異常所見**のある細胞
- ・ **異型細胞 = 悪性ではない**
 良性細胞でも異型を呈することがある
 炎症による**反応性異型**
 修復による**再生異型**

異型 (-) ← 軽度異型 高度異型 →

正常 炎症 再生 良性腫瘍 悪性腫瘍 →

「異型細胞=腫瘍」との誤解が生じる原因は?

① 一般的な教科書の中で「異型」についての説明は「**腫瘍総論**」に記載されている。異型は腫瘍の特徴の一つとして記載されている。異型が非腫瘍性疾患でも見られることは意外と記載されていない。

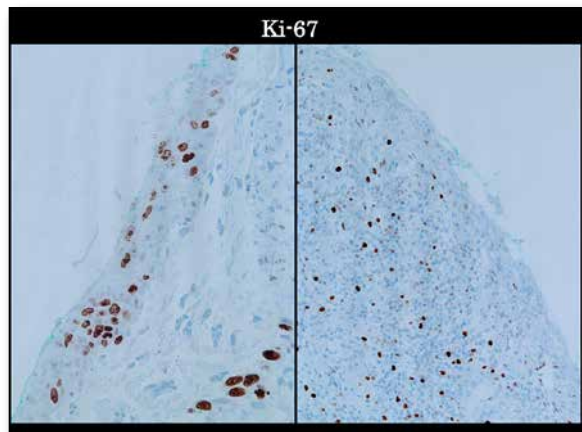
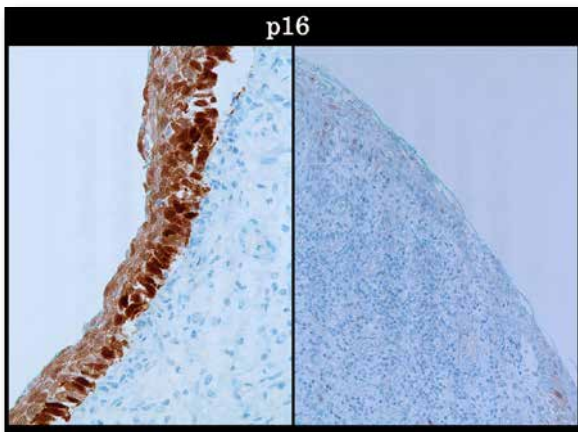
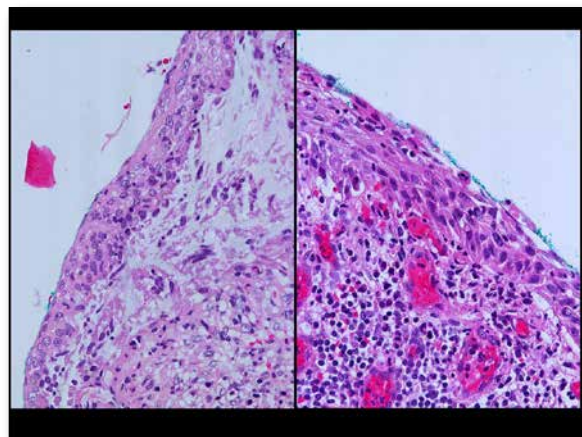
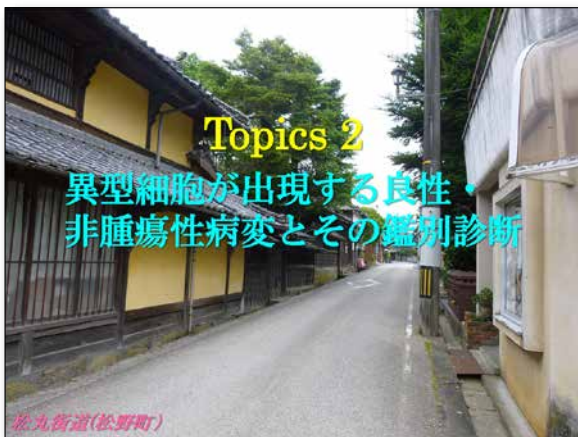
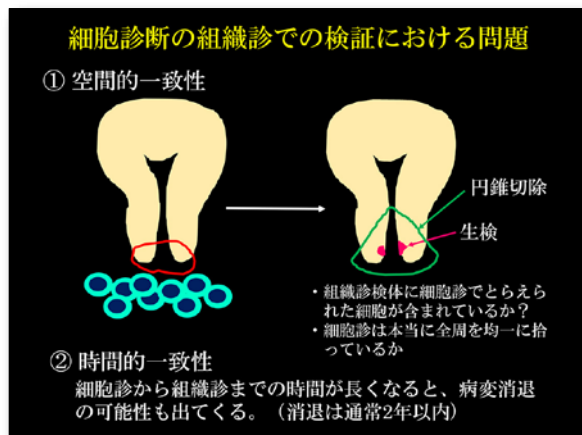
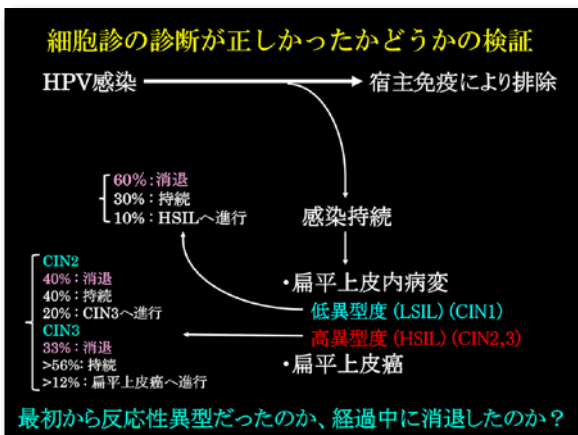
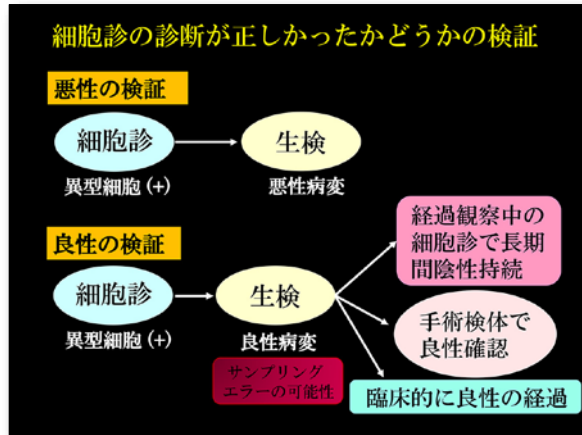
腫瘍実質を構成する細胞群は多様な配列様式を示す。正常の構造に近似しているものから、かけ離れの甚だしいものまで、そのばらつきは程度はさまざまである。正常構造からのかけ離れを組織異型ないし構造異型 structural atypia とよび、細胞レベルでの異型 (細胞異型 cellular atypia) としばしば対比して用いられる。
医学書院「細胞診を学ぶ人のために」より抜粋

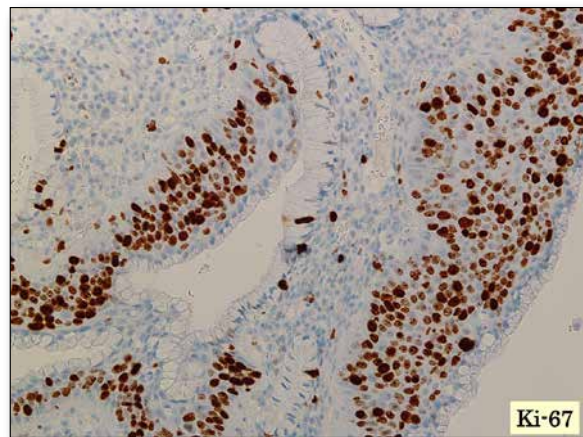
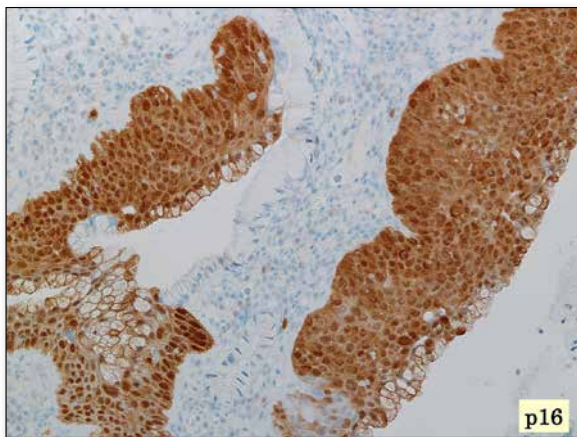
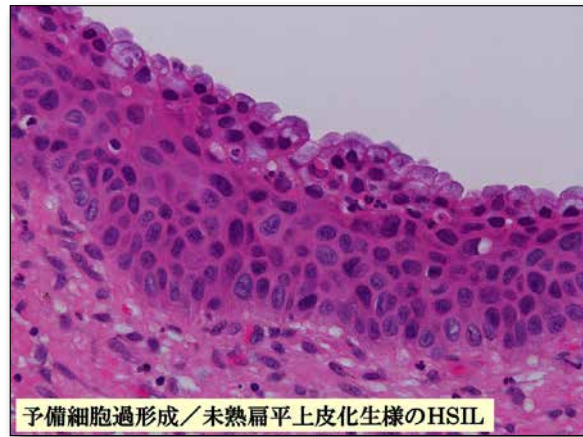
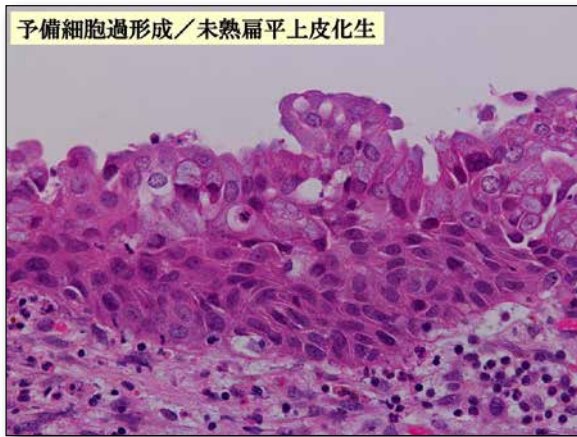
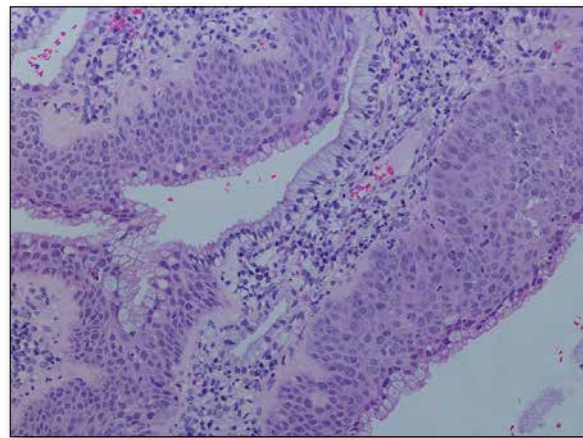
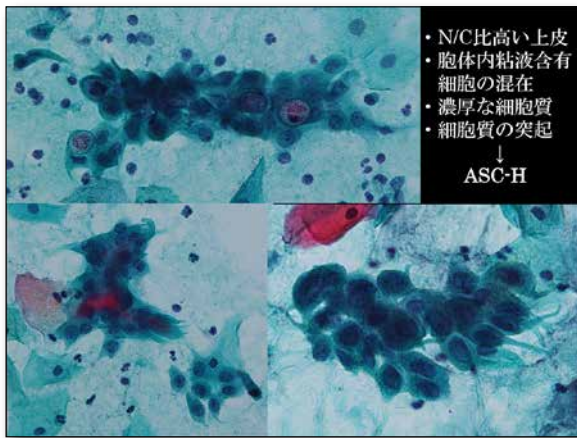
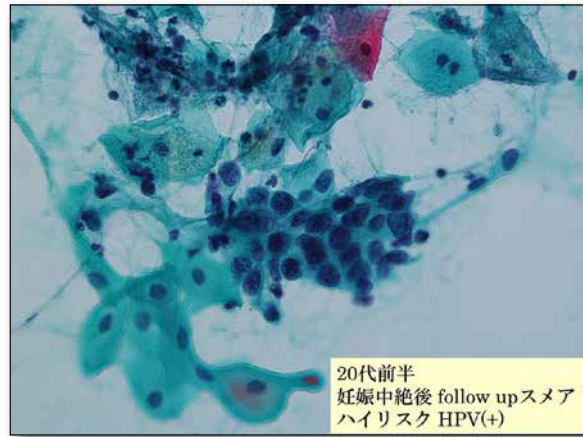
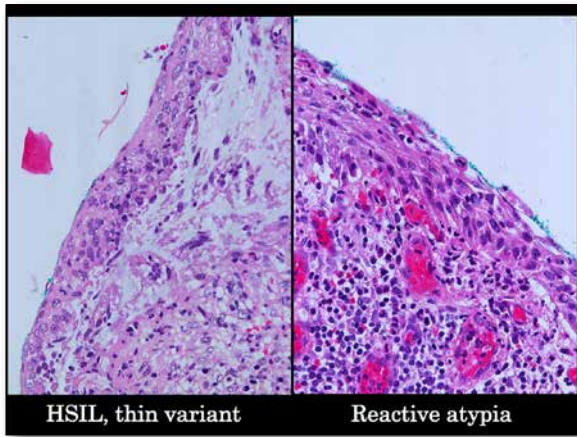
Koss' Diagnostic Cytology Section I: General Cytology 6. Morphologic response of Cells to injury
 核腫大、核小体明瞭化
 多核形成が **reactive nuclear changes** として生じることが明確に記載されている。

「異型細胞=腫瘍」との誤解が生じる原因は？

② 異型の目立つ良性病変、非腫瘍性病変については学会やスライドセミナーで話題になる頻度が少ない。

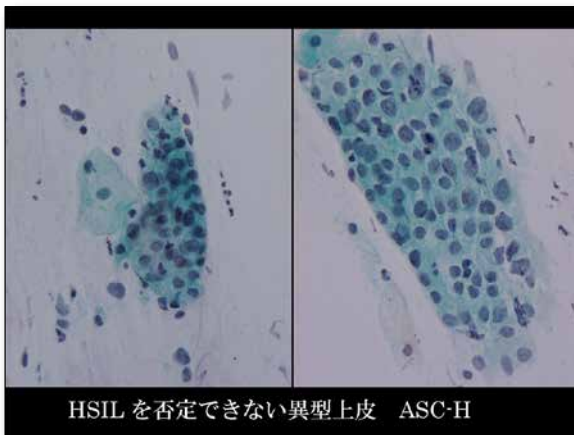
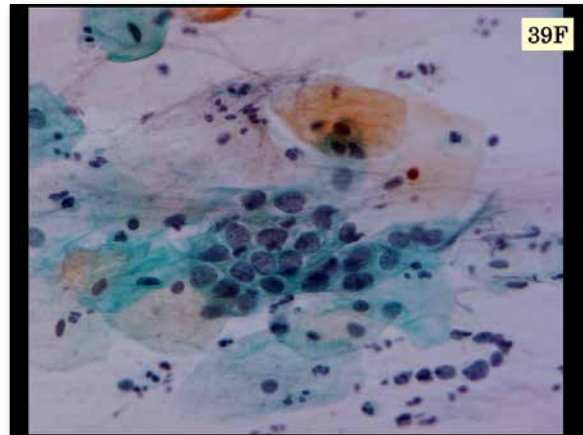
- ・ 診断者の個人的立場から
 辛い経験であることが多い
- ・ 科学的立場から
 「悪性ではない」ことの検証が意外と難しい
- ・ 教育的立場から
 あまり強調しすぎると、スクリーニングに悪影響



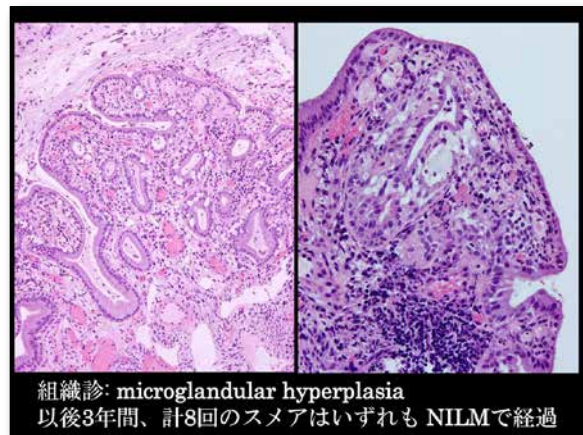


私の個人的意見

- ・未熟扁平上皮化生や再生/反応性異型と HSIL との鑑別は、組織診でも困難なことが稀ではなく、免疫染色を要する場合がある。
- ・細胞診で迷った時、無理にどちらかに入れるより ASC-US または ASC-H として follow up や組織診にもって行くことが重要。
- ・HSIL: p16 (+++), Ki-67: 表層に陽性細胞ありは鑑別に有用である。

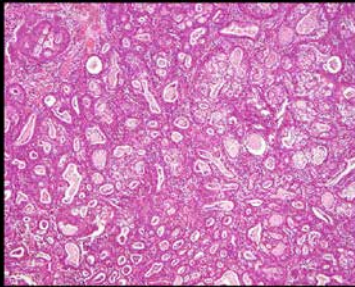


HSIL を否定できない異型上皮 ASC-H



組織診: microglandular hyperplasia
以後3年間、計8回のスメアはいずれも NILM で経過

Microglandular hyperplasia の組織像



多彩な細胞構成 ± 核異型
 予備細胞 → (+異型) → ASCUS, ASC-H, AGC, SIL
 扁平上皮化生細胞 → (+異型) → ASCUS, ASC-H, SIL
 粘液細胞、円柱上皮 (核下・核上空胞) → (+異型) → AGC

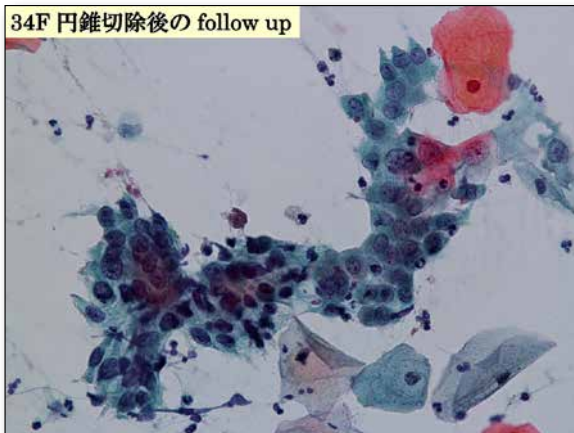
Microglandular hyperplasia の際には

- (1) 細胞質内空胞を有する腺癌を疑う異型上皮が出現しうる

(文献)
 Yahr LJ, et al. Cytologic findings in microglandular hyperplasia of the cervix.
Diagn Cytopathol 7: 248-251, 1991.

- (2) “CIN3” 類似の異型上皮が出現しうる

(文献)
 Philip T, et al. Cytologic atypia associated with microglandular hyperplasia.
Diagn Cytopathol 10: 326-31, 1994.



34F 円錐切除後の follow up



AIS のようなフロント形成も見られる。分裂像はほとんどない

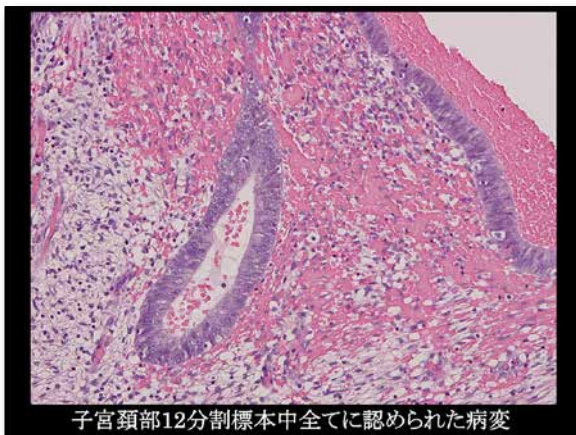
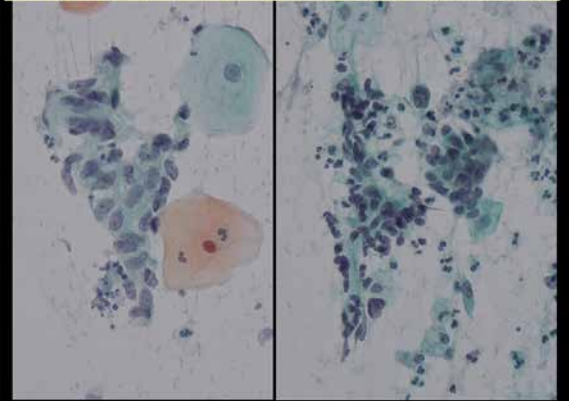
Tubal metaplasia の細胞診所見

- 核の腫大
 - 正常頸管腺より **hyperchromatic**
 - 核の偽重層化
 - ロゼット形成**
 - 集塊からの核の突出 (**feathering**)
- } AIS の所見に類似!

AIS との違い

- 線毛の存在
 - クロマチンパターン
- “washed-out”, “finely granular”, “smooth”
 ←→ AISでは“coarsely granular”

30代女性、6ヶ月前 CIS にてレーザー焼灼術、経過観察smear



子宮頸部12分割標本中全てに認められた病変

子宮頸部表層型子宮内膜症 Superficial endometriosis of the cervix

- 頻度: colposcopy 施行例の2.4%
- Trauma (円錐切除、帝切等)の既往(+)の事が多い
- 頸部上皮直下 or 粘膜表面
- 頸部以外に内膜症 (-) ⇔ deep endometriosis
- 細胞診でしばしば AGC or AGC, favor AIS
- 核偽重層化 (+), 分裂像 (+), MIB-1陽性率様々

(AIS との鑑別のポイント)

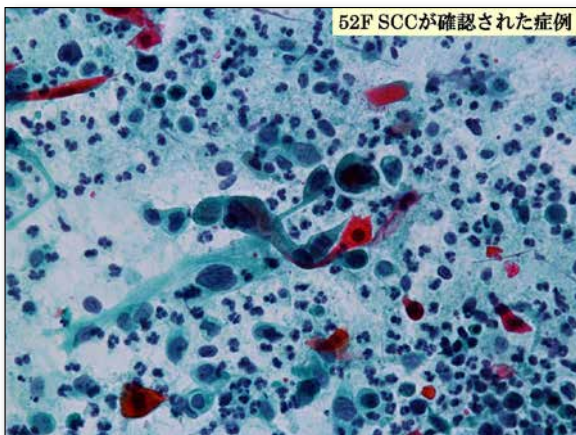
- 内膜間質成分の存在
→ CD10, トリクローム染色(赤), 鍍銀(個々の間質細胞を取り囲む) ⇔ 頸部固有間質では細網線維乏しい
- p16陽性率細胞はmosaic状 ⇔ AIS では(diffuse +)

Superficial endometriosis の細胞診

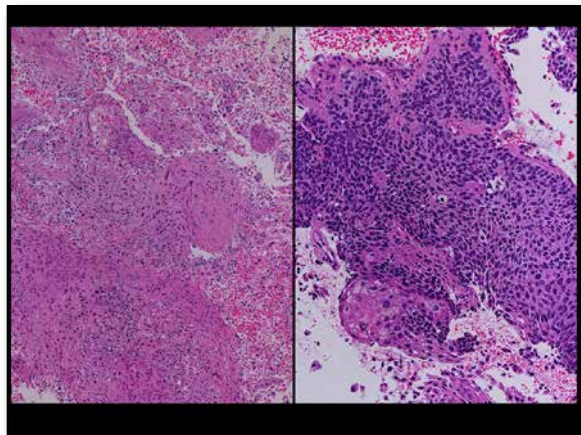
- 2種類の上皮成分
 - 頸部腺上皮: 軽度~中等度の核異型とクロマチン増量
 - 内膜型上皮: 結合性のある密な上皮集塊
 - 腺の overlapping
 - 核極性の乱れ
 - 集塊辺縁からの核の突出・羽毛状 (50%)
 - ロゼット形成 (33%)
 - 背景: 血液、炎症細胞
 - 上皮に連続して内膜間質
 - AGUS (Atypical glandular cells of unknown significance)
 - or AGUS favor AIS と診断されることが多い
- Wanda M. et al. Superficial endometriosis of the cervix: A source of abnormal glandular cells on cervicovaginal smears. *Diagnostic Cytopathology* 30: 88-91, 2004

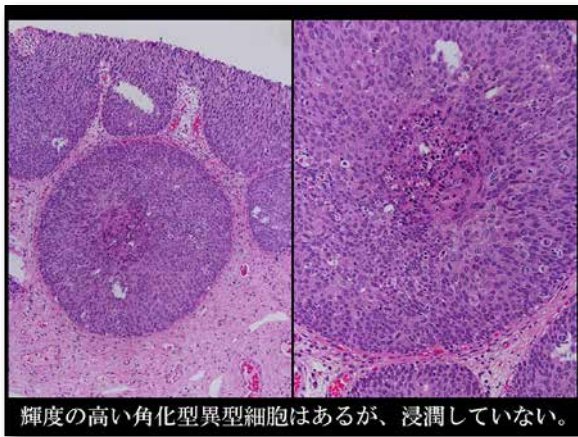
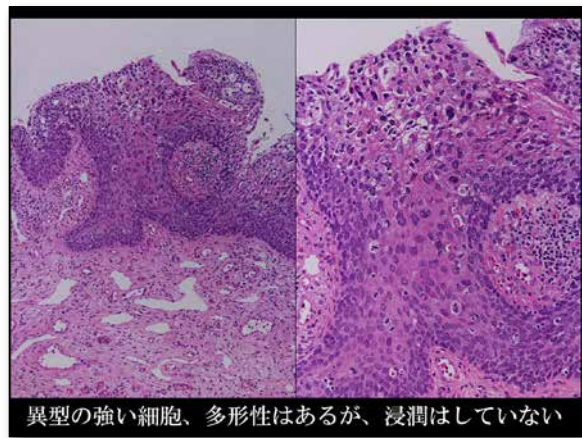
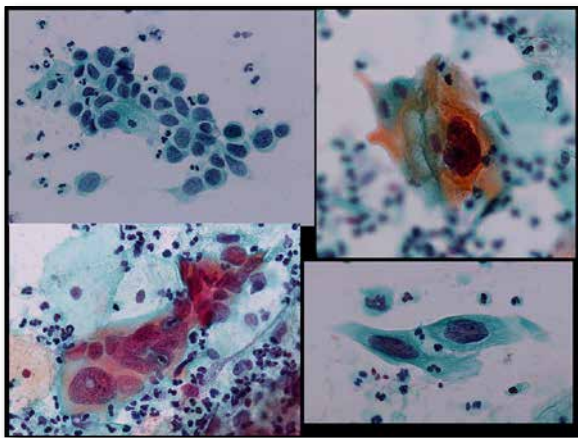
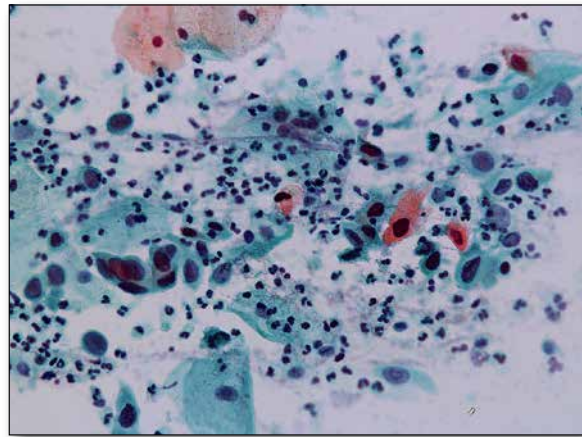
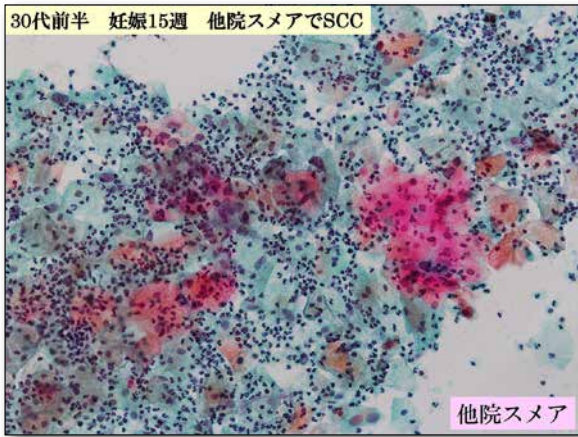


滋賀余呉湖畔羽衣伝説の木



52F SCCが確認された症例





本例の今後の臨床的対応に関する discussion

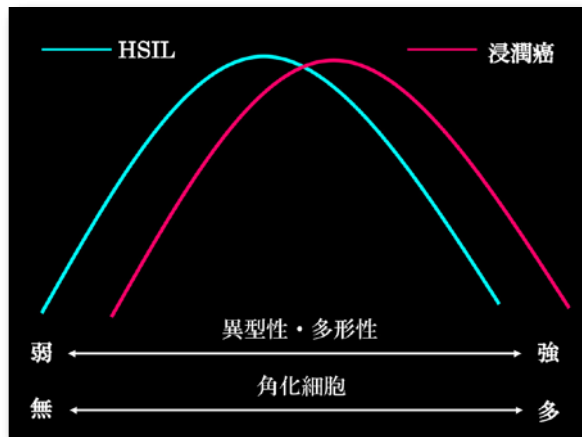
婦人科サイドより：
細胞診、組織診、コルポ所見のどれかで微小浸潤を疑う所見があれば円錐切除を行う。

コルポ所見：white plaque (浸潤疑う所見なし)
組織診：2点生検はいずれも HSIL (CIS)
細胞診：他院で SCC

他院細胞診標本の検討：
・強い異型、多形性、角化細胞あり
・壊死背景なし
「浸潤癌を疑う所見」といわれる所見の幾つかはあることはあるが・・・

- ・角化細胞
- ・異型の強い細胞
- ・高度のクロマチン増量
- ・核の大小不同

浸潤そのものを直接反映する所見ではない



Cytology (keratinizing HSIL)

- the presence of **keratin-forming cancer cells of variety of shapes** with abundant orange or yellow opaque, thick cytoplasm, accounting for the term "pleomorphic dysplasia."
- **Tadpole (caudate) cells, spindly squamous cancer cells** and squamous "pearls"
- The nuclei of such cells, although enlarged and of irregular shape, are often pyknotic and not amenable to a detailed microscopic analysis (**India ink nuclei**).

Clinical significance (keratinizing HSIL)

"Because of the possibility that an invasive cancer may be present, an adequate colposcopic evaluation and biopsies of cervix are particularly important for this group of lesions and must include the adjacent vagina."

Keratinizing HSIL では浸潤癌と overlap する所見を呈する細胞が出現することが明記され、組織診断、臨床所見を総合して判断することが必要であると述べている。

CIN3 → occult invasive cancer
5-25年

CIN → 無症状/微小浸潤癌
約10年

Subclinical carcinoma → 症状を呈する癌
約4-5年

Herrington CS, et al. Cervical squamous intraepithelial lesions. In: Mutter GL et al. ed Pathology of the Female Reproductive Tract. 3rd ed. 2014, Churchill Livingstone Elsevier, p.200

妊娠中の人だと普通より早く進行するという話を聞いたのですが・・・

Mailath-Pokorny M, et al.
BMC Pregnancy Childbirth 16: 74, 2016
妊娠中のCINは非妊娠中よりも消退する率が高い

Origoni M, et al.
Eur Rev Med Pharmacol Sci 18: 851-60, 2014
妊娠中のCINが非妊娠中と比べて病変が進展するリスクが高いということはない

Serati M, et al.
Acta Obstet Gynecol Scand 87: 1296-300, 2008
妊娠中のCIN2-3: 出産後持続52.7%, 消退 42.3%
浸潤癌に進展した症例はなし

先程の症例の discussion (続き)

- 細胞診の所見は、HSILでもあり得る範囲内
 - 浸潤の可能性は完全には否定しきれないが、現時点で浸潤といえる証拠は不十分
 - 出産までの間 (25週) にリンパ節転移をきたす浸潤癌に移行する可能性は低そう
- ↓
- **本人への十分な説明**
 - 現時点ですぐ円錐切除はせず、3か月ごとに細胞診、コルポスコピー±生検で厳重に follow up していく

その後の経過

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 妊娠 28週 | 細胞診 HSIL, 組織診 CIN3 |
| 妊娠 38週 | 無事出産 |
| 出産後1ヶ月 | 細胞診 HSIL, 組織診 CIN3 |
| 出産後2ヶ月 | LEEP 施行 HSIL (CIN3) 断端陽性 |
| 出産後1年 | 細胞診 HSIL 円錐切除 HSIL (CIN3) 断端陰性 |

私の個人的意見

- **試験対策・スライドセミナー**
1個の答えを誘導し、それに見合う一見合理的で明快な解説がなされる傾向
→ 初学者に有効
- **実務**
類似した細胞所見であっても複数の病変の可能性があり、患者さん個人の置かれている状況によっても異なる解釈や臨床とのやりとりがありえる。

Topics 4

腹水細胞診の疑陽性とは
- 異型上皮が出現しうる良性疾患とは? -



東近江の田園風景

婦人科腫瘍の病期分類と腹水(腹腔洗浄)細胞診

子宮頸癌 規定なし

子宮体癌
注2: 腹腔洗浄細胞診陽性の予後因子としての重要性については一貫した報告が無いので IIIA期から細胞診は除外されたが、将来再び進行期決定に際し必要な推奨検査として含まれる可能性があり、全ての症例でその結果は登録の際に記載すること。

卵巣癌
IC3期: 腹水または腹腔洗浄細胞診に悪性細胞が認められるもの

腹水中に出現した high-grade serous carcinoma

腹水中に出現した clear cell carcinoma

**48F 内膜全面搔爬で類内膜癌 (G2)+APAMと診断
子宮全摘+両側付属器切除時の洗浄腹水**

背景に多数の組織球 一部はヘモジデリンを含有

組織学的に癌は搔爬で取り切れており、APAMがわずかに残存

左卵巣: 1cm大の内膜症性嚢胞

洗浄腹水細胞所見

- ・ 異型の乏しい上皮の集塊
- ・ 結合性良好
- ・ 背景に多数の組織球
- ・ ヘモジデリン含有組織球

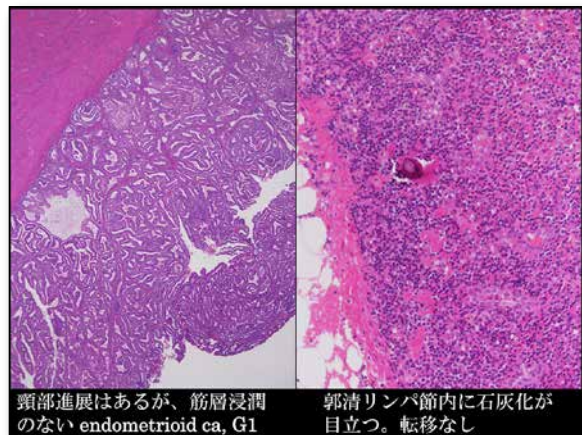
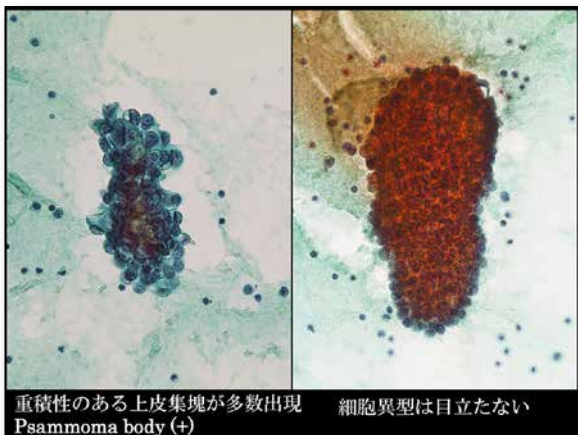
手術検体所見

- ・ 癌の残存なし
- ・ APAMの一部のみ残存
- ・ 左卵巣子宮内膜症

内膜に限局し、搔爬で取りきれりような low-grade endometrioid carcinoma が腹水に出ることは稀

腹水中の上皮は良性で、おそらく内膜症由来

腹水中に出現しうる良性の細胞
 血液系細胞 (組織球、リンパ球, etc)
 中皮細胞
良性上皮細胞
 ・ 腹腔鏡, 子宮内操作による逆行性上皮播種
 ・ 良性嚢胞性病変の rupture
 ・ 剥離した卵管上皮
 ・ **endometriosis**
 ・ **endosalpingiosis**



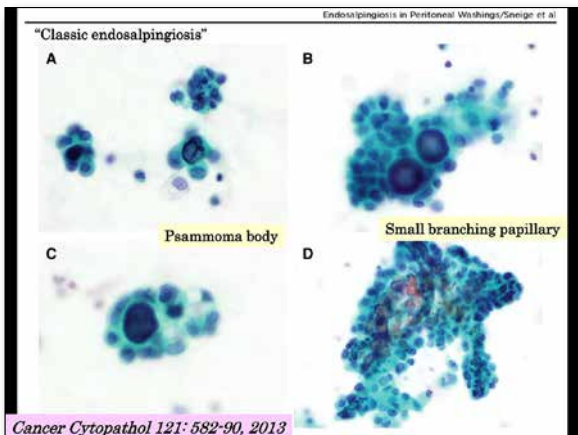
腹水細胞所見
 ・ 重積した上皮集塊が多数出現
 ・ 細胞異型は乏しい
 ・ 結合性良好
 ・ 上皮集塊内に psammoma bodies

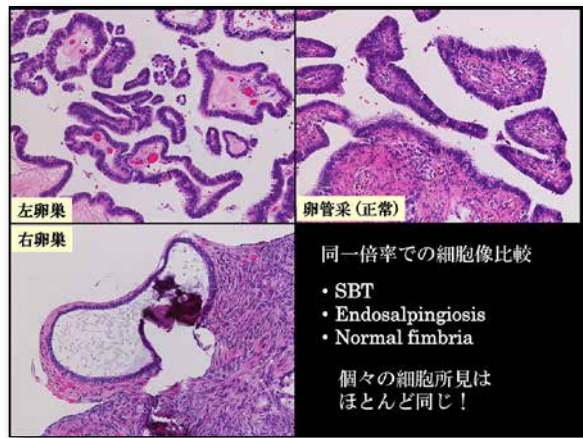
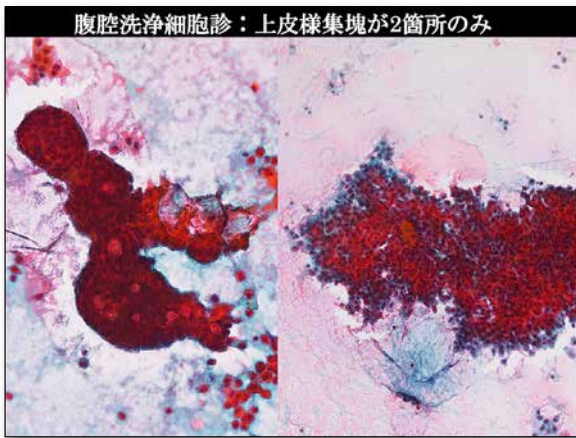
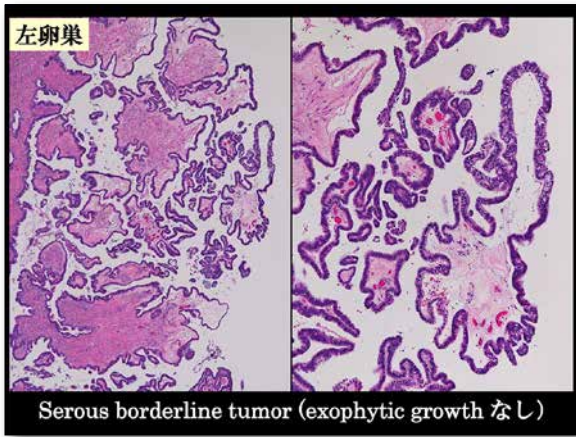
手術検体所見
 ・ 頸部浸潤あり、筋層浸潤なし
 ・ 高分化 (G1) 類内膜癌
 ・ リンパ節転移なし リンパ節内石灰化目立つ

細胞診報告
 高分化類内膜癌との鑑別は難しいが、おそらく良性の上皮 **endosalpingiosis?**

Endosalpingiosis

- ・ ほぼ常に “incidental” lesion
- ・ 稀に肉眼で認識できる異常
- ・ 好発部位
 卵巣表面、卵管表面、子宮漿膜、大腸その他の骨盤腹膜、骨盤リンパ節
- ・ 卵管と同様の上皮に裏打ちされる嚢胞構造
- ・ Psammoma body
- ・ 内膜間質や出血 (-) ⇔ endometriosis
- ・ SBT との鑑別
 乳頭状構造、房状突出, 上皮剥離 → SBT





本例の細胞所見

- 上皮集塊はごく少数である
- 異型は目立たない
- Psammoma bodyを取り囲んでいる
- 1個は乳頭状にみえなくもない

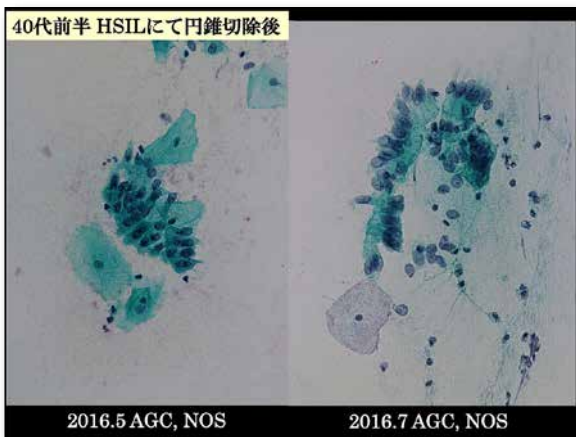
本例の手術所見

- 外向性発育はない
- implantは確認されていない
- 対側卵巢に endosalpingiosis がある

本例の細胞診報告

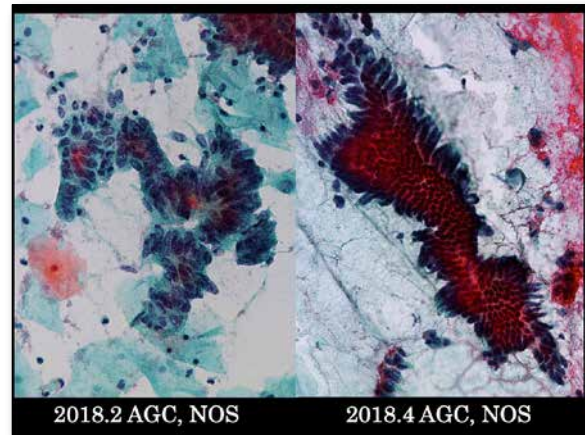
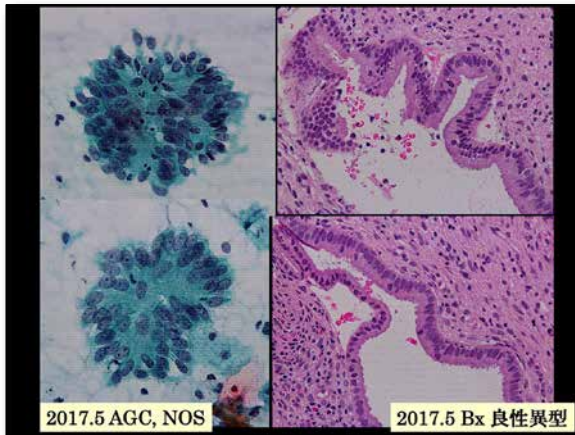
腫瘍なのか非腫瘍性上皮なのか鑑別困難

皆さんならどうされますか？



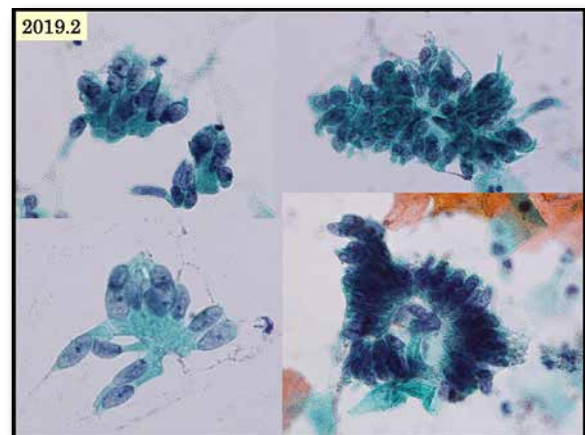
2016.7: 生検異型細胞なし (AGC原因不明)

2016.10: NILM

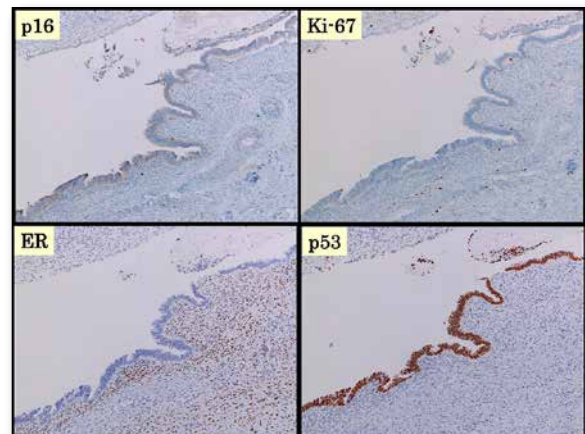


40代前半 円錐切除後、繰り返す AGC

2014.: CIN3にて円錐切除 断端 (-)
 2016.5: AGC, NOS
 2016.7: AGC, NOS
 2016.7: 生検 異型細胞なし
 2016.10: NILM
 2017.5: AGC, NOS
 2017.5: 生検 炎症性異型+koilocytosis
 2017.10: NILM
 2018.2: AGC, NOS
 2018.4: AGC, NOS
 2018.4: 生検 扁平上皮領域のみ採取 LSIL

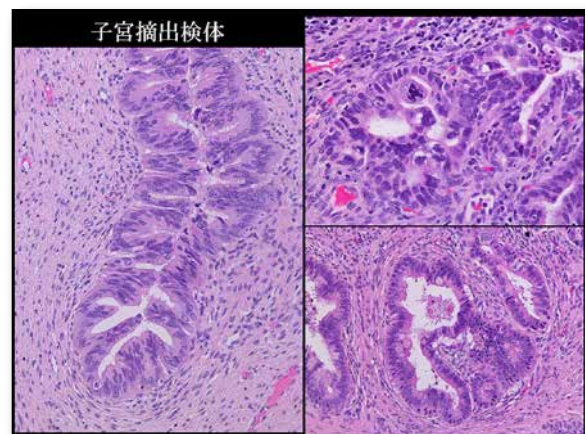


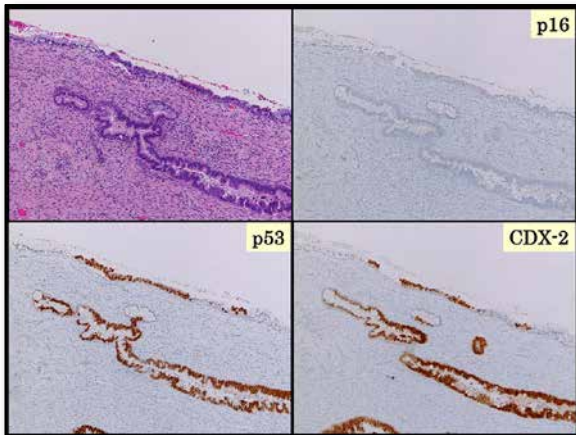
2018.7 AGC, NOS
 2018.9 AGC, NOS
 2018.9 生検 頸部・内膜共に異型 (-)
 2019.2 AGC, NOS
 2019.5 円錐切除
 1/12 に異型高円柱上皮あり 線毛?



今後の対応についての個人的意見

- p53がびまん性強陽性であることから、腫瘍性 (AIS) が否定できない。
- 結果的に良性病変である可能性もあることを患者さんに説明し、納得を得た場合には診断的治療としての子宮全摘出も選択肢





摘出検体の所見

- ・ 形態的に卵管上皮化生に類似する異型上皮
- ・ 異型円柱上皮が領域性をもって、正常上皮と明瞭なフロントを形成して増殖
- ・ p53が異型上皮に一致してびまん性強陽性
- ・ 通常のAIS と異なり、p16陰性
- ・ 胃型の特徴や粘液形質は認められず
- ・ CDX-2陽性、杯細胞
- ・ 内膜、卵管、卵巣に異常所見なし

Intestinal-type の AISでは、p16(-), low Ki-67 index のことがある。Howitt BE, et al. *AJSP* 2013; 37:625-633

最終的にAISと診断

- ・ 全経過3年で最終的に摘出検体で AIS と診断
- ・ 組織標本でも診断が難しく、免疫染色や病変の分布を考慮して最終診断した
- ・ 同じ細胞像に再び遭遇しても、すぐにAISとするべきか否か？
- ・ 患者さんの年齢、妊孕性温存希望の有無、個人的な事情など多くの因子を考慮した方針決定
- ・ 病理サイドと臨床サイドで、情報の共有、意思疎通がしっかりなされるべき

私が考える理想論

細胞検査士

良悪に関わらず、気になった異型細胞はできるだけ広く拾い上げ、癌の可能性のある病変を見落とさないようにする。

細胞診専門医（病理専門医）

異型細胞がどのような病変を反映しているのかを考え、グレーゾーンであっても可能性のある疾患をできるだけ鑑別に挙げ、臨床医が次に何をするのがよいか、その方向性を可能な範囲で伝える。

臨床医

臨床像と細胞診の診断が解離しないか総合的に検討し、診断に少しでも疑問があれば診断者に問いあわせ、discussionする。



第 28 回愛媛県臨床細胞学会役員会

日時 令和 2 年 1 月 26 日 12 : 35 ~ 13 : 15

会場 愛媛県立中央病院 管理棟 4 階会議室

役員（令和元年度）

会長 前田智治

幹事 岩崎統, 和泉元雅子, 大城由美, 岡田正則, 木藤克己, 北澤理子, 佐伯勇輔, 佐伯健二,
竹原和宏, 寺本典弘, 則松良明（欠席）, 松影昭一, 松元隆, 山上啓太郎, 山本珠美

庶務係 原正樹（欠席）, 会計係 兵頭直樹

議題

- 1) 来年度の支部総会, 学術講演会, 特別講演について

2021 年 1 月 31 日（日）, 会場は愛媛県立中央病院講堂,
特別講演講師は山梨大学医学部産婦人科 大森真紀子先生
講師費用 5 万円, 交通費, 宿泊費は負担します.

シンポジウム世話施設は県中で, 以降 四国がん→市立宇和島→愛媛大学→県中→四国
がん→松山赤十字病院→愛媛大学の順でお願いします

- 2) 役員幹事の交代について

市民病院 飛田陽先生を追加しました

- 3) 愛媛県臨床細胞学会奨励賞について

第 4 回受賞者はいませんでした. 来年も第 4 回愛媛県臨床細胞学会奨励賞を 7 月頃から
募集します. 賞金 2 万円（予定）

- 4) 名誉会員, 功労会員について

日本臨床細胞学会会員で, 70 歳を越えた愛媛県臨床細胞学会会員は名誉会員または功労
会員になって頂きます.

2020 年, 野河孝充先生は名誉会員, 日野典文先生が功労会員になります.

- 5) 第 61 回日本臨床細胞学会総会春期大会 地域推薦演題について

松山赤十字病院 坂本真吾先生にお願いしました

令和元年度愛媛県臨床細胞学会総会

日時 令和2年1月26日 15:30～15:45

会場 愛媛県立中央病院 講堂

出席者 約80名

議題

- 1) 本学会の研修単位 CT(JSC) 10点, CT(IAC) 5点
- 2) 会計報告(平成30年度)は承認されました(会誌 42P)
- 3) 会運営
 - A 現在の会員数106名
 - B 役員幹事について
松山市民病院 飛田陽先生 追加しました
 - C 来年度の予定
令和3年1月31日(日), 愛媛県立中央病院講堂
特別講演講師 大森真紀子先生(山梨大学)
2020年のシンポジウムの担当施設は愛媛県立中央病院で, 以降 四国がん→市立宇和島→愛媛大学→県中→四国がん→松山赤十字病院→愛媛大学の順となります
2021年のテーマは「未定」について
 - D 会費
支部会費1,000円, 連合会費1,000円を支部学術集会開催の時支払って頂き, 未納者には銀行振込をお願いします。(細胞検査士会費は原先生が管理)
 - E 愛媛県臨床細胞学会奨励賞について
引き続き継続する。表彰状と賞金2万円をお送りします。
 - F 名誉会員, 功労会員について
日本臨床細胞学会会員で, 70歳を越えた愛媛県臨床細胞学会会員は名誉会員または功労会員になり, 支部会費は免除する事としました。

愛媛県臨床細胞学会会則

第1章 名称と事務局

第1条 本会は愛媛県臨床細胞学会と称する。

第2条 本会の事務局は愛媛県立中央病院病理診断部内におく。

第2章 目的と事業

第3条 本会は愛媛県における臨床細胞学の発展と普及を図ることを目的とする。

第4条 本会は前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

1. 学術集会の開催。
2. その他本会の目的達成のため必要事業。

第3章 会員

第5条 日本臨床細胞学会会員で愛媛県内に就職または在住するものを会員とする。ただし、本会会員以外の日本臨床細胞学会会員および非会員でも、本会の学術集会のみに出席するものを当日会員とする。

第6条 会員は本会が開催する総会または集会に出席して発言して、業績を発表することができる。

第7条 本会の趣旨に賛同し本会を賛助する目的で特別会費を納入する個人または法人を賛助会員とする。満70歳を越えた会員は、名誉会員または功労会員として中国四国連合会に推薦する。

第4章 役員

第8条 本会に下記の役員をおく。

会長 1名 幹事 若干名

第9条 会長は愛媛県内に就職する日本臨床細胞学会理事、評議員および指導医のうちより選出する。

第10条 幹事は会長より委嘱する。

第11条 会長は随時幹事会を召集することができる。

第12条 会長は本会の活動状況について日本臨床細胞学会会長に年1回文書で報告しなければならない。

第13条 役員任期は3年とする。ただし再任は妨げない。

第5章 会議と集会

第14条 本会は年1回、本会総会を開催する。

第15条 学術集会は愛媛県臨床細胞学会学術集会と呼称し、年1回以上開催する。学術集会の集会長ならびに開催場所は幹事会において協議決定する。

第6章 会計

第16条 本会の経費は、会費および寄付金をもって当てる。

第17条 会費の額および納入方法は、幹事会にはかつて会長が定める。名誉会員、功労会員は会費の納入を免除する。

第18条 本会の会計は担当幹事が管理する。

第19条 本会の会計年度は毎年4月1日にはじまり、翌年3月31日に終わる。

第7章 会則の変更

第20条 会則の変更は幹事会で討論し、総会の承認を得て行う。

付則 本会則は昭和60年5月31日から実施する。

本会則は平成28年1月31日に変更した。

本会則は平成31年1月31日に変更した。

令和元年度会計報告 (H31.4.1 ~ R2.3.31)

1. 収入の部

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| 前年度繰越金 | 814,029 |
| 細胞診センター運営指導費(医師会から R1.5.8) | 200,000 |
| 子宮の日補助(R1.8.9) | 50,000 |
| 利子(R1.9.15, R2.3.15) | 8 |
| 令和元年度会費(医師26名, 細胞検査士64名, 検査技師11名) | 202,000 |
| 令和元年度細胞検査士会費(64名) | 128,000 |
| 小計 | 580,008 |
| 合計 | 1,394,037 |

2. 支出の部

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 日本臨床細胞学会中国四国連合会(106人分, 振込費込R1.5.7) | 106,648 |
| 唾液腺ベセスダシステム勉強会講師料(樋口先生, R1.7.25) | 30,000 |
| 子宮の日補助検査士会送金(振込費込 R1.8.11) | 50,648 |
| 平成30年度愛媛県臨床細胞学会(R2.1.26日開催) | |
| 講師謝礼, 旅費, 宿泊費(森谷鈴子先生) | 94,000 |
| 弁当補助 | 5,000 |
| 学会誌印刷費(振込費込 H31.1.29) | 138,930 |
| 愛媛県細胞検査士会振込(66人分振込費込 H31. 2.1) | 132,660 |
| 小計 | 557,886 |
| 次年度繰越金 | 836,151 |
| 合計 | 1,394,037 |

注) 愛媛県細胞検査士会66人分振込後, 2名脱会判明

会計監査 2020年12月1日

不 藤 克 己 

年会費: 医師 2,000円, 細胞検査士 4,000円, 臨床検査技師 2,000円

振り込み口座 愛媛銀行 県立中央病院出張所 店番 60 普通口座 3235002
 名義 愛媛県臨床細胞学会(エヒメケンリンショウサイボウガッカイ)

愛媛県臨床細胞学会会員名簿

(2020年12月31日現在)

名誉会員 (1名)

| 氏名 | 所 属 | 〒番号 | 住 所 | TEL |
|-------|-----|----------|---------------|---------------|
| 森脇 昭介 | | 791-8017 | 松山市西長戸町279-23 | (089)925-8481 |

功労会員 (4名)

| 氏名 | 所 属 | 〒番号 | 住 所 | TEL |
|-------|---------------|----------|----------------|---------------|
| 渡辺 克一 | いよ産婦人科医院 | 799-3111 | 伊予市下吾川1442-3 | (089)983-0678 |
| 岩崎 統 | 愛媛県総合保健協会 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 植田 規史 | 済生会西条病院 病理診断科 | 793-0027 | 西条市朔日市269-1 | (0897)55-5100 |
| 大西 博三 | 愛媛労災病院 病理 | 792-0863 | 新居浜市南小松原町13-27 | (0897)33-6191 |

細胞診指導医(22名)

| 氏名 | 所 属 | 〒番号 | 住 所 | TEL |
|-------|-------------------|----------|-----------------|---------------|
| 野河 孝充 | | 879-1507 | 大分県速見郡日出町豊岡3213 | |
| 竹原 和宏 | 四国がんセンター 婦人科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 大亀 真一 | 四国がんセンター 婦人科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 横山 貴紀 | 四国がんセンター 婦人科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 藤本 悦子 | 四国がんセンター 婦人科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 寺本 典弘 | 四国がんセンター 病理科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 高畑 浩之 | 四国がんセンター 病理科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 北澤 莊平 | 愛媛大学医学部 分子病理 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5376 |
| 北澤 理子 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 増本 純也 | 愛媛大学医学部 解析病理 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5269 |
| 倉田 美恵 | 愛媛大学医学部 解析病理 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5269 |
| 松元 隆 | 愛媛大学医学部 産婦人科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5379 |
| 宇佐美知香 | 愛媛大学医学部 産婦人科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5379 |
| 山上啓太郎 | 新居浜協立病院 | 792-0017 | 新居浜市若水町1-7-45 | (0897)37-2000 |
| 松影 昭一 | 市立宇和島病院 病理診断科 | 798-8510 | 宇和島市御殿町1-1 | (0895)25-1111 |
| 飛田 陽 | 松山市民病院 病理 | 790-0067 | 松山市大手町2-6-5 | (089)943-1151 |
| 大城 由美 | 松山赤十字病院 病理診断科 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 水野 洋輔 | 松山赤十字病院 病理診断科 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 杉田 敦郎 | 愛媛県立中央病院 病理 | 790-0024 | 松山市春日町84 | (089)947-1111 |
| 木藤 克己 | 愛媛県立中央病院 病理 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 前田 智治 | 愛媛県立中央病院 病理 | 790-0024 | 松山市春日町84 | (089)947-1111 |
| 久野 美子 | 久野内科 | 790-0863 | 松山市此花町8-24 | (089)932-5567 |

医師 (6名)

| 氏名 | 所 属 | 〒番号 | 住 所 | TEL |
|-------|-------------------|----------|-------------|---------------|
| 中西 護 | 市立宇和島病院 病理診断科 | 798-8510 | 宇和島市御殿町1-1 | (0895)25-1111 |
| 山元 範昭 | 四国がんセンター | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 谷口 緑 | 松山赤十字病院病理診断科 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 上田 康雄 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 谷脇 真潮 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 森川紳之祐 | 愛媛大学医学部 解析病理 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5269 |

細胞検査士 (68名)

| 氏名 | 所 属 | 〒番号 | 住 所 | TEL |
|--------|-------------------|----------|---------------|---------------|
| 伊能 公代 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 金子真由美 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 佐伯 健二 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 高橋 若菜 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 深田 千尋 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 水野 和江 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 山口 美紀 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 藤田 泰吏 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 上田 翔子 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 浅海 朋恵 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 風谷 早紀 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 窪田 裕美 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 坂本 真吾 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 高石 治彦 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 三好 陽子 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 高島香菜子 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 松本 優衣 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 榎 美奈 | 松山赤十字病院 検査部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 山本 珠美 | 四国がんセンター 臨床検査科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 田母神佐智子 | 四国がんセンター 臨床検査科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 田中 慎一 | 四国がんセンター 臨床検査科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 田中 幸 | 四国がんセンター 臨床検査科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 岡本 奈美 | 四国がんセンター 臨床検査科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 井上 信行 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 加藤真紀子 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 木下 幸正 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 森 理恵 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 高石 裕子 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 尾崎 萌 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 越智 景子 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 和田 裕貴 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 高石 修 | 愛媛県立中央病院 検査部 | 790-0024 | 松山市春日町83 | (089)947-1111 |
| 兵頭 直樹 | 愛媛県立新居浜病院 検査部 | 792-0042 | 新居浜市本郷3丁目1番1号 | (0897)43-6161 |
| 松家 由紀 | 松山市民病院 病理 | 790-0067 | 松山市大手町2-6-5 | (089)943-1151 |
| 和泉元雅子 | 松山市民病院 病理 | 790-0067 | 松山市大手町2-6-5 | (089)943-1151 |
| 湊 憲武 | 松山市民病院 病理 | 790-0067 | 松山市大手町2-6-5 | (089)943-1151 |
| 則松 良明 | 愛媛県立医療技術大学 | 791-2101 | 伊予郡砥部町高尾田543 | (089)958-2111 |
| 徳原 康哲 | 愛媛県立医療技術大学 | 791-2101 | 伊予郡砥部町高尾田543 | (089)958-2111 |
| 細川 翔 | 愛媛県立医療技術大学 | 791-2101 | 伊予郡砥部町高尾田543 | (089)958-2111 |
| 今井 美奈 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 片山 英司 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 明賀さつき | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 橋本真理子 | 愛媛大学医学部 分子病理 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 野間 勝之 | 済生会今治病院 検査科 | 799-1592 | 今治市喜田村7-1-6 | (0898)47-2500 |
| 三好 里佳 | 済生会今治病院 検査科 | 799-1592 | 今治市喜田村7-1-6 | (0898)47-2500 |
| 矢野 好人 | 済生会今治病院 検査科 | 799-1592 | 今治市喜田村7-1-6 | (0898)47-2500 |
| 中川 健司 | 市立宇和島病院 病理診断科 | 798-8510 | 宇和島市御殿町1-1 | (0895)25-1111 |

| | | | | |
|-------|--------------------|----------|------------------------|----------------|
| 菅 恭弘 | 市立宇和島病院 病理診断科 | 798-8510 | 宇和島市御殿町1-1 | (0895)25-1111 |
| 岡田 正則 | 住友別子病院 病理診断科 | 792-8543 | 新居浜市王子町3-1 | (0897)37-7111 |
| 小野 和恵 | 住友別子病院 病理診断科 | 792-8543 | 新居浜市王子町3-1 | (0897)37-7111 |
| 河口 本子 | 住友別子病院 病理診断科 | 792-8543 | 新居浜市王子町3-1 | (0897)37-7111 |
| 眞鍋 章子 | 住友別子病院 病理診断科 | 792-8543 | 新居浜市王子町3-1 | (0897)37-7111 |
| 佐々木恵美 | 積善会附属十全総合病院 | 792-0004 | 新居浜市北新町1-5 | (0897)33-1818 |
| 堀内啓太郎 | 済生会西条病院 | 793-0027 | 西条市朔日市269-1 | (0897)55-5100 |
| 此上 武典 | 市立八幡浜総合病院 | 796-0003 | 八幡浜市大平1-638 | (0894)22-3211 |
| 菊池 有紗 | 愛媛医療センター | 791-0281 | 愛媛県東温市横河原366 | (089)964-2411 |
| 一色 順子 | NTT西日本 松山病院 | 790-0802 | 松山市喜与町1-7-1 | (089)936-2471 |
| 井上由紀江 | 愛媛労災病院 検査科 | 792-8550 | 新居浜市南小松原町13-27 | (0897)33-6191 |
| 佐伯 勇輔 | 西条中央病院 中央検査部 | 793-0027 | 西条市朔日市804 | (0897)56-0300 |
| 馬木 和則 | 今治市医師会診療所 | 794-0026 | 今治市別宮町7-1-40 | (0898)23-0748 |
| 原 正樹 | JCHO宇和島病院 | 798-0053 | 宇和島市賀古町2-1-37 | (0895)22-5616 |
| 佐伯 逸子 | つばきウイメンズクリニック | 790-0925 | 松山市鷹子町989-7 | (089)976-7054 |
| 石田 茂己 | 愛媛メディカルラボラトリー八幡浜ラボ | 796-8002 | 八幡浜市広瀬1丁目7-17八幡浜医師会内2F | (050)3617-4354 |
| 日野 典文 | 自宅 | | | |
| 古本 好江 | 自宅 | | | |
| 清水美由紀 | 自宅 | | | |
| 水野 彩乃 | 自宅 | | | |
| 牧本 眞里 | 自宅 | | | |

臨床検査技師(14名)

| 氏名 | 所 属 | 〒番号 | 住 所 | TEL |
|-------|-------------------|----------|--------------|---------------|
| 武井 彩 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 千羽 祐帆 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 竹田 雄基 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 相本 菜月 | 愛媛県総合保健協会 病理 | 790-0814 | 松山市味酒町1-10-5 | (089)987-8207 |
| 門屋 孝志 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 池田 みか | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 若藤 諒 | 松山赤十字病院 病理診断科部 | 790-8524 | 松山市文京町1 | (089)924-1111 |
| 薬師寺孝徳 | 市立宇和島病院 病理診断科 | 798-8510 | 宇和島市御殿町1-1 | (0895)25-1111 |
| 楠 真奈美 | 四国がんセンター 臨床検査科 | 791-0280 | 松山市南梅本町甲160 | (089)999-1111 |
| 近藤 拓弥 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 影山 由美 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 吉田 拓海 | 愛媛大学医学部附属病院 病理診断科 | 791-0295 | 東温市志津川454 | (089)960-5622 |
| 山村 展央 | 市立八幡浜総合病院 | 796-0003 | 八幡浜市大平1-638 | (0894)22-3211 |
| 西城 朗 | 市立八幡浜総合病院 | 796-0003 | 八幡浜市大平1-638 | (0894)22-3211 |

編 集 後 記

事務局が愛媛県立中央病院病理診断部内に移り約7年が経過しました。私がこの会報誌を編集するのは7回目となり、今回で最後になります。定年退職まで約2年ありますが、私が会長を務めるのは2021年3月31日迄、4月1日からは新しい会長にお願いすることになりました。会員の皆様に支えられ、第30回日本臨床細胞学会中国四国連合会やこれまでの愛媛県臨床細胞学会を何とか終えることができました。本当にありがとうございました。今後も新会長を盛り上げ、愛媛県の細胞診断を発展させて頂きたいと思えます。私も微力ながらお手伝いしたいと思っています。

コロナの収束がみえない中、各種学会はオンラインで開催されています。第29回愛媛県臨床細胞学会もオンラインを併用したハイブリッド学会を予定しています。特別講演は山梨大学医学部 山梨県地域医療支援センター / 大森真紀子に「LGEHに関する話題」をオンラインでお願いしています。予行を何度か実施しますが、上手くいくかどうか不安です。予行が不調であれば、特別講演ができない可能性もあります。

今後コロナ禍がどのようなようになるのか想像が付きませんが、私たちの生活はコロナ前には戻らないと考えています。旅行、集会や宴会などが制限され、返って自由になる時間が増えるのではないのでしょうか。この機会に腰を据えた勉強、論文投稿、新しい資格取得を考えては如何でしょうか。特に若い方々の活躍を望みます。

(前田智治 記)

愛媛臨床細胞学会会報 第28号

令和3年1月15日 印刷

令和3年1月15日 発行

編集兼 愛媛県臨床細胞学会

発行人 会長 前田 智治

発行所 愛媛県臨床細胞学会事務局

〒790-0024 松山市春日83

愛媛県立中央病院 病理診断部

TEL : 089-947-1111 FAX : 089-933-5543

E-mail : maedatmj@hotmail.com

印刷 株式会社 明朗社

編集兼発行人
愛媛県臨床細胞学会

会長 前田 智治

発行所

〒七九〇―〇〇二四
松山市春日八三
愛媛県立中央病院 病理診断部
電話(〇八九)九四七―一一一一