



第38回

熊本県臨床細胞学会学術集会・総会

会期：令和5年2月18日（土）

会場：国立病院機構熊本医療センター2F
(研修センターホール)

プログラム

一般演題抄録

総会資料

【学会参加者へのお知らせ】

1. 受付 国立病院機構熊本医療センター2 階 研修センターホール
13 時00 分～
2. 徴収金額
 - ・学会参加費 2,000 円
 - ・九州連合会費 2,000 円
 - ・熊本県支部学会費 2,000 円 *医師、細胞検査士以外の技師 合計 6,000 円
 - ・熊本県細胞検査士会費 1,000 円 *細胞検査士 合計 7,000 円
 - * 学会へ参加出来ない方は、上記金額を同僚の方へお預け下さい。
3. 駐車場
 - * 熊本医療センター駐車場をご利用下さい。(会場にて駐車券の無料処理が行えます)
4. 注意
 - * 会場内は禁煙です。また、講演会場への飲食物の持ち込みは禁止されています。
 - * 携帯電話は電源を切るかマナーモードをお願いします。
 - * **会場内ではマスクの着用をお願いします。**
 - * **学会当日、発熱(37.5℃以上)や咳などの症状がある方は、学会への出席をご遠慮いただきますようお願い致します。**

【発表者および座長の方へ】

1. 受付
 - ① 一般演題発表者は、発表開始時刻の30 分前までに受付を済ませ、15 分前には会場内で待機して下さい。スライドの変更がある方は13 時15 分までに済ませてください。
 - ② 発表順序の変更は認められません。
ただし、発表時刻は進行状況によって多少前後する事があります。
 - ③ 一般演題については、当日のpower point 試写および差し替えは原則行いません。
2. 発表・質疑討論
 - ① 一般演題の発表時間は 7 分以内、質疑応答は 3 分以内とします。
 - ② 発表・質疑討論の時間は厳守して下さい。
 - ③ 質疑・討論は、所属・氏名をはっきり述べてから行って下さい。
 - ④ 次演者を設けます。前の演者の発表が始まると同時に着席して下さい。
3. 液晶プロジェクターの操作について
PC 操作の画面送りは、発表者自身が行って下さい。

第 38 回 熊本県臨床細胞学会学術集会プログラム

2023 年 2 月 18 日 (土)

《開会式》 13:30～13:40

済生会熊本病院 神尾 多喜浩

《一般演題》 13:40～14:20

【座長：熊本大学病院 塩田 拓也】

1. 縦隔に発生した異所性甲状腺乳頭癌の 1 例

済生会熊本病院 中央検査部 病理

○近藤 妙子 (CT) 平江 健大朗 (MT) 山本 琴美 (MT) 阿部 すず (MT)

甲斐 美紗樹 (CT) 杉谷 拓海 (CT) 木下 史暁 (CT) 松岡 拓也 (CT)

田上 圭二 (CT) 神尾 多喜浩 (MD)

2. 診断に苦慮したホジキンリンパ腫の一例

熊本赤十字病院 病理診断科部

○境 一 (CT) 井上 佳那子 (CT) 尾方 真帆 (CT) 山下 祐 (CT)

多比良 朋希 (CT) 吉満 千恵 (CT) 大塚 幸二 (CT) 坂本 康弘 (CT)

岡崎 菜紗 (MD) 安里 嗣晴 (MD)

3. 子宮異型ポリープ状腺筋腫 (APAM) の一例

熊本大学病院 病理部

○田上 さやか (CT) 柿沼 廣邦 (CT) 中本 環 (CT) 大園 一隆 (MD)

三上 芳喜 (MD)

4. 子宮頸部浸潤性 SMILE (stratified mucin-producing intraepithelial lesion) の一例

JCHO 熊本総合病院 病理診断科

○西村 梨花 (MT) 飯干 未来 (CT) 小松 真悟 (MT) 唐田 秀司 (MT)

宮崎 春香 (CT) 國田 秀樹 (CT) 猪山 賢一 (MD)

《スライドカンファレンス》 14:30~15:30

【座長：日赤健康管理センター 榎本 泰志】

《症例 1》 熊本赤十字病院 山下 祐 技師

《症例 2》 くまもと森都総合病院 遠山 亮佐 技師

《特別講演》 15:30~17:00 【座長：済生会熊本病院 神尾 多喜浩】

呼吸器細胞診の展望～国際化とがんゲノム診療時代～

北里大学医学部呼吸器外科学 北里大学メディカルセンター 佐藤 之俊 先生

《熊本県臨床細胞学会総会》 17:00~17:30

《閉会式》 17:30~17:40

くまもと乳腺・胃腸外科病院 有馬 信之

【特別講演】

呼吸器細胞診の展望～国際化とがんゲノム診療時代～

北里大学医学部呼吸器外科学
北里大学メディカルセンター
佐藤 之俊

呼吸器分野,とくに,肺癌診療における細胞診の意義は喀痰による検診の時代から肺癌の診断に寄与する時代を経て,がんゲノム情報に基づく個別化治療に直結した分子的診断の時代へと大きく変化している.細胞診は低侵襲性,簡便性,迅速性に優れた検査とされるが,その反面,組織診断と比べて決定力に乏しいという問題があった.しかし近年,超音波気管支鏡ガイド下生検(EBUS-TBNA),胸水セルブロック法などの新たな技術が出現し,細胞診の診断力は大きく向上したため肺癌診療における細胞診の新たな意義,すなわちがんゲノム診療時代を迎えた肺癌診療への応用が期待されるようになった.

その一方で,呼吸器細胞診では他の分野のような国際的判定基準の整備が遅れていたが,この度WHO/IARC(国際がん研究機関)/IAC主導による国際的な呼吸器細胞診判定基準策定が行われ,本邦のデータもその基礎となった.

判定基準については,本邦の呼吸器細胞診判定は肺癌取扱い規約に沿って行う.この判定は1978年から示されており,検体の適不適を評価した後に,陰性,疑陽性,陽性の3つに分類し,さらに推定組織型やコメントを記載するものである.近年,呼吸器細胞診の扱う細胞診検体は変化し,さらに,細胞診の結果が治療などの選択根拠として重要視されるようになった.そこで,2018年に日本肺癌学会と日本臨床細胞学会が「肺癌細胞診の診断判定基準の見直しに関する合同WG」を設立し新たな判定基準を提唱した.これは検体が診断に適切か評価した後に,陰性,異型細胞,悪性疑い,悪性の4つに分類するものである.

この動きと並行して,国際的な呼吸器細胞診判定基準策定プロジェクトが2019年に開始した.この国際的判定基準の要点は,診断カテゴリーの統一とカテゴリーごとのRisk of malignancy(ROM)や臨床的推奨を示すというものであり,その成果がWHO Reporting System for Lung Cytopathologyとして上梓された.判定は,Insufficient/Inadequate/non-diagnostic, Benign, Atypical, Suspicious for malignancy, Malignantの5段階で,それぞれのROM(%)と推奨が記載されている.例えばEBUSなどを含むFNABのROMはInsufficient/Inadequate/NondiagnosticからMalignantまで,それぞれ43-53%, 19-64%, 46-55%, 75-88%, 87-100%である.

本講演ではこの国際的判定基準の概説を中心に,肺癌診断と細胞診,WHO組織分類改訂と細胞診,さらにはがんゲノム診療における細胞診について解説し,今後の展望についても触れたい.

縦隔に発生した異所性甲状腺乳頭癌の 1 例

済生会熊本病院 中央検査部 病理

○近藤 妙子 (CT) 平江 健大朗 (MT) 山本 琴美 (MT) 阿部 すす (MT)
 甲斐 美紗樹 (CT) 杉谷 拓海 (CT) 木下 史暁 (CT) 松岡 拓也 (CT)
 田上 圭二 (CT) 神尾 多喜浩 (MD)

【はじめに】

縦隔内甲状腺癌は非常にまれな腫瘍であり、甲状腺癌の浸潤や転移、異所性甲状腺癌との鑑別が重要である。

今回われわれは、縦隔内に発生した異所性甲状腺乳頭癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】

患者：60 代，男性。

現病歴：呼吸困難を主訴に一時心肺停止となり、当院救急外来を受診された。CT では上～中縦隔に 7 cm 大の腫瘍を認め、気管が圧排されていた。病理診断目的で超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) が施行され、その後、腫瘍摘出術が行われた。

【細胞所見】

コロイドなどを背景に、核/細胞質比の高い細胞がシート状または乳頭状の集塊を形成しながら出現していた。核はすりガラス様で、一部に核の溝や核内細胞質封入体を認めた。細胞所見から甲状腺乳頭癌が考えられた。

【組織所見】

EUS-FNA で採取された針生検組織では、炎症細胞浸潤を伴った出血塊に混じり、クロマチンの増量と核の大小不同、核形不整を有する腫瘍細胞が腺管状あるいは乳頭状に増殖していた。一部ではコロイド濾胞や核の溝、核内細胞質封入体を認めた。免疫染色では腫瘍細胞がサイログロブリン陽性であり、甲状腺組織由

来の乳頭癌と診断された。摘出した腫瘍組織でも同様の所見を認め、一部に出血や硝子様変性を伴っていた。非腫瘍性の異所性甲状腺組織は確認できなかったが、腫瘍と既存の甲状腺の間に連続性がなく、画像上、甲状腺に明らかな腫瘍性病変がみられず縦隔転移も否定的であることから、異所性甲状腺由来の乳頭癌が考えられた。

【まとめ】

前縦隔に発生する異所性甲状腺腫瘍の発生頻度は 3.8% 程度であり、大部分が腺腫などの良性であるが、まれに悪性例が認められる。自験例では甲状腺乳頭癌の所見を認め、形態学的な特徴から診断は比較的容易であった。縦隔内に甲状腺癌を認めた場合、甲状腺癌が縦隔内に下降した胸骨下甲状腺癌や甲状腺癌の縦隔転移、異所性甲状腺由来の癌との鑑別が重要である。鑑別点としては、腫瘍と既存の甲状腺との連続性の有無や正常の異所性甲状腺組織の有無などが挙げられる。病理組織所見および画像所見から、これらを慎重に診断する必要がある。

診断に苦慮した縦隔ホジキンリンパ腫の一例

熊本赤十字病院 病理診断科部

○境 一 (CT) 井上 佳那子 (CT) 尾方 真帆 (CT) 山下 祐 (CT) 多比良 朋希 (CT)
吉満 千恵 (CT) 大塚 幸二 (CT) 坂本 康弘 (CT) 岡崎 菜紗 (MD) 安里 嗣晴 (MD)

【はじめに】

Hodgkin リンパ腫は 1832 年に提示された病変で頸部リンパ節に好発するといわれている。今回我々は、縦隔リンパ節の EBUS-FNA 検体で多数の異型細胞を認め、細胞診断で苦慮した古典型ホジキンリンパ腫を経験したので報告する。

【症例】

患者：60 歳代 女性

臨床診断：悪性リンパ腫疑い

現病歴：体重減少精査目的で当院紹介。縦隔・腹腔内多発リンパ節腫脹あり sIL2R 値 16,000U/mL と高値を示し、悪性リンパ腫が疑われたため、経食道的に 22G 針で EBUS-FNA を施行された。

【細胞所見】

多数の小型リンパ球を背景に、孤在性から緩やかな結合性を示す大型異型細胞を認めた。これらの異型細胞は腫大した円形核で N/C 比が増大し核形不整、微細顆粒状のクロマチン増量、複数の明瞭な核小体を認めた。リンパ球を背景に出現する上皮性の腫瘍細胞と考え、判定は鑑別困難/異型細胞、Type B1 に相当する胸腺腫を疑った。

【組織所見】

同時に採取された EBUS-FNA 針生検検体で組織検査が施行された。組織像はリンパ節とみられるリンパ組織や線維性間質の増生を背景に、大型で核小体が目立つ不整型な核を有する大型異型細胞が散見された。背景の小型リンパ球は CD3 陽性 T 細胞がやや優位であるが、大型異型細胞は CD30, CD15 が陽性、CD20, CD5, CD10, PAX5, EBBR はいずれも陰性であった。EBBR 陰性のホジキンリンパ腫と考えられ、組織型は線維性間質の増生を伴っていることから Nodular

sclerosing type (結節硬化型) を考えた。

診断：Classical Hodgkin's lymphoma

【まとめ】

縦隔は左右の肺と胸骨、胸椎に囲まれた領域で、心臓をはじめ胸腺、大動脈、食道、気管などが存在する。縦隔腫瘍では胸腺腫 (38%)、先天性嚢胞 (16%)、リンパ性腫瘍 (16%)、胸腺癌 (9%) の順に発生する。

ホジキンリンパ腫は悪性リンパ腫の 5~10% の頻度で見られ、好発年齢は 15~35 歳と 50 歳以上の 2 峰性である。頸部リンパ節に好発するが、結節硬化型では縦隔病変が多くみられるとされる。古典型と結節性リンパ球優位型に分けられ、古典型では単核のホジキン細胞と二核以上のリード・ステルンベルグ細胞 (HRS 細胞) がみられる。HRS 細胞は大きな核小体を有する丸みを帯びた大型核からなり、核小体周囲には明庭を有する。2 核細胞では大型核が向かい合う鏡面像 (mirror image) を呈することが特徴である。背景の小リンパ球は反応性に増生した T リンパ球である。

一方、胸腺腫は腫瘍性の上皮細胞とリンパ球が種々の割合で混在する腫瘍で、その割合から Type A, AB, B1, B2, B3 に細分類される。Type B1 は豊富なリンパ球の中に卵円形で比較的明るいクロマチンを示し、小さな核小体を有する細胞異型に乏しい腫瘍細胞が混在する。

本症例は sIL2R が高値で悪性リンパ腫が疑われていたが、多数の大型異型細胞に結合性があるように見えたことで胸腺腫を疑った。胸腺腫の腫瘍細胞には多核細胞は稀であり、核小体は一般的に小型であることを考慮すればホジキンリンパ腫を鑑別疾患に挙げることは可能であったと考える。

子宮異型ポリープ状腺筋腫 (APAM) の一例

熊本大学病院 病理部

○田上 さやか (CT) 柿沼 廣邦 (CT) 中本 環 (CT) 大園 一隆 (MD) 三上 芳喜 (MD)

【はじめに】

子宮体部に発生する異型ポリープ状腺筋腫 (Atypical polypoid adenomyoma、以下 APAM) は、類内膜型の腺管と筋性あるいは線維筋性間質の増生で構成されるポリープ状腫瘤で、性成熟期の女性の子宮体下部に好発する。生検あるいは細胞診では類内膜癌との鑑別が困難であることがある。今回、APAM の 1 例を経験したのでその細胞像を供覧する。

【症例】

患者：20 代、未経産

主訴：月経不順

現病歴：以前より月経不順を認めており、婦人科を受診したところ子宮内膜ポリープを指摘されていたが、経過観察されていた。不妊治療のため別の婦人科を受診した際に経膈超音波検査で子宮内膜の肥厚が指摘され、子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術および子宮内膜搔爬術が施行された。組織学的に子宮内膜癌である可能性が疑われたため、精査・加療目的で紹介された。

初診時に実施された MRI 検査では、子宮体部内膜において拡散強調像で淡い異常信号が散見されたが、筋層浸潤を伴う病変は確認されなかった。血液検査では、PRL が軽度高値を示すのみで、腫瘍マーカーは基準範囲内であったことから、MPA 療法の適応が考慮された。

【細胞所見】

出血性背景に、扁平上皮化生を伴う内膜腺細胞のシート状集塊が多数認められ、扁平上皮化生細胞が渦巻様の構造を示す桑実胚様細胞集塊 (morula) も散見された。また、重積を示す集塊がみられ、軽度な構造異型を認めたが、それらを構成する細胞は核腫大や小型核小体はみられるものの、核形不整は認められなかった。背景には多数の間質細胞とともにライトグリーンに濃染する細胞質を有する平滑筋細胞あるいは線維芽細胞類似の紡錘形細胞も認められた。以上の細胞所見より、APAM が推定された。

【組織所見】

平滑筋細胞あるいは筋線維芽細胞様の紡錘形細胞の束状増生と高円柱細胞で構成される腺管の密集・集簇が認められ、かつ (1) 随所で桑実胚様細胞巣がみられる、(2) 篩状あるいは乳頭状構造が認められない、(3) 破壊性間質浸潤を示唆する像がみられない、などの理由から低悪性度の異型ポリープ状腺筋腫 (APAM-LMP) の診断が確定した。

【まとめ】

APAM は上皮性・間葉性混合腫瘍に分類され、子宮内膜異型増殖症・類内膜上皮内腫瘍 (EIN) あるいは子宮内膜癌が併存していることがある。また、内膜ポリープと異なり、搔爬やポリペクトミーを実施後 6 ヶ月～1 年以内に再発をきたすことが少なくない。従って、基本的には子宮全摘出術が望ましいが、生殖年齢に好発するため、妊孕性温存を希望する場合は搔爬とポリペクトミーで経過観察を行うことが多い。

APAM の細胞所見として、morula や異型に乏しい平滑筋細胞あるいは筋線維芽細胞様細胞の集塊の出現が特徴的であるとされ、本症例でもその所見が得られた。APAM-LMP である場合には EIN や類内膜癌が併存していることがあるため、鑑別が問題となるが、APAM では構造異型がみられず、集塊からのほつれも認めないことや細胞異型も軽度で、明瞭な核小体や核形不整などの所見がないことがあげられる。また、類内膜癌では異型上皮細胞の出現が主体で、間質細胞はあまりみられないが、APAM では多数の間質細胞に加え、平滑筋細胞あるいは筋線維芽細胞様細胞の集塊が出現することで鑑別可能と考えた。さらに APAM の診断には、画像所見や患者背景などの臨床情報が重要で、これらも内膜癌との鑑別の一助となる。

APAM の特徴的細胞像を念頭に置き、子宮内膜の増殖性病変に遭遇した場合は鑑別診断の一つとして考慮し、上記所見に着目する事で、適切な細胞診判定が可能であると考えた。

子宮頸部浸潤性 SMILE

(stratified mucin-producing intraepithelial lesion) の一例

JCHO 熊本総合病院 病理診断科

○西村 理花 (MT) 飯干 未来 (CT) 小松 真悟 (MT) 唐田 秀司 (MT)
宮崎 春香 (CT) 國田 秀樹 (CT) 猪山 賢一 (MD)

【はじめに】

SMILE (重層性粘液産生上皮内病変) は子宮頸部移行帯を腫瘍発生の主座とし、細胞質内粘液空胞を有する腺系腫瘍細胞が重層性に増殖する病変で、以前は上皮内粘表皮癌などと呼ばれていた病変に相当し、WHO 第 5 版では HPV 関連子宮頸部上皮内腺癌の一亜型として分類されている。HSIL/CIN3、通常型上皮内腺癌、腺扁平上皮癌や浸潤性腺癌と併存している事もあると記載されている。

今回、我々は子宮頸部浸潤性 SMILE の一例を経験したので細胞診所見と生検組織診断に関して報告する。

【症例】

患者：60 代 女性

主訴：右側腹部痛

現病歴：右側腹部痛で当院泌尿器科を受診。約半年前、前縦隔胸腺嚢胞摘出術の既往歴あるも術後経過は良好であった。再度右側腹部痛をきたし、精査・加療にて当院泌尿器科を受診し、CT と婦人科でのコルポスコピー所見で子宮頸癌による膀胱、尿管浸潤が疑われた。

子宮腔部擦過細胞診と腫瘍部生検が施行された。

【細胞所見】

出血と炎症を背景に角化細胞への分化に乏しい細胞質の厚い異型扁平上皮様細胞が見られた。N/C 比が高く核クロマチンは細顆粒状～顆粒状で一部核小体が目立ち、核の大小不同、核形不整を伴う乳頭状集塊がみられ、一部重層性のある小型～大型の細胞集塊も混在していた。しかし、明瞭な粘液空胞をもつ腺癌細胞は同定出来なかった事より、悪性を強く示唆するものの、細胞診では組織亜型も含めて確定診断には至れなかった。

【組織所見】

生検検体では出血壊死巣を背景に子宮頸部移行帯と連続した腫瘍性病変が含まれ、異形成を欠く扁平上皮層から重層性の背丈の高い上皮層～一部乳頭状に分離増殖した腫瘍組織が含まれていた。表層被覆上皮を押し上げるように基底部異型的細胞の増殖を認め、腫瘍細胞の一部核腫大と核分裂像が目立っており、悪性腫瘍と判断した。上記細胞診所見で扁平上皮系腫瘍を念頭に鏡検し、乳頭状扁平上皮癌を鑑別に上げて免疫染色を行った。その結果、p40(-)、CK5/6(-)、p63(-)、p16(+)、MIB-1 Index:50%以上であった。扁平上皮マーカーが陰性であった為、HPV 関連腺癌相当と診断した。臨床的に初診時に既に膀胱や尿管浸潤が疑われており、浸潤性 SMILE 病変の可能性が示唆された。腫瘍細胞の粘液空胞がそれ程目立たないものの、Alcian blue 染色とジアスターゼ消化 PAS 染色で粘液空胞を少数確認出来た。粘液空胞の免疫染色では HIK1083, MUC2, MUC6 はいずれも陰性であり、H&E 所見も含め通常型の頸部粘液性腺癌や腸型腺癌は否定的であった。

【まとめ】

HPV 関連頸部腺系上皮内腫瘍病変の中でも粘液産生の乏しい SMILE 病変は細胞診では HSIL/CIN3 や上皮内腺癌との鑑別は困難と思われる、生検検体においては本症例の如く乳頭状扁平上皮癌との鑑別も粘液染色や各種抗体を用いた免疫染色での鑑別が必須と思われた。HPV 関連腺系浸潤癌の中でも SMILE を含めた粘液腺癌は他の非粘液性タイプの HPV 関連腺癌に比して優位に予後不良との記載があり、特に本症例においては臨床的に初診時に骨盤臓器への直接浸潤が示唆されており、浸潤性 SMILE 病変の診断には画像所見や臨床情報の確認が不可欠である事が反省点であった。

【スライドカンファレンス】

《症例 1》 熊本赤十字病院 山下 祐 技師

- ・症 例：60 代, 女性
- ・既往歴：慢性腎不全
- ・臨床経過：慢性腎不全に対して腎移植を施行した。

2 週経過し、尿管ステント抜去時に、一部腫瘤形成のように見えたため、
細胞診を提出した。

- ・検 体：自然尿
- ・処理法：2 回遠心法（細胞保存液添加法）

《症例 2》 くまもと森都総合病院 遠山 亮佐 技師

- ・患 者：60 代 女性
- ・主 訴：左乳房のしこり
- ・既往歴：特記事項なし
- ・現病歴：2021 年 7 月に左乳房腫瘤を自覚し、近医受診。

細胞診で悪性と診断され、精査加療目的に当院紹介受診。

- ・検 体：乳腺穿刺吸引細胞診（左乳腺 AC 区域）

【メモ欄】

