第34回
熊本県臨床細胞学会学術集会・総会

会 期：平成30年2月25日（日）
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)

学会参加者へのお知らせ

【学会に参加される方へ】

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
   午前 8 時 30 分～
2. 徴収金額

学会参加費	1,000 円	
九州連合会費	2,000 円	
熊本県支部学会費	2,000 円	医師会員他　合計　5,000 円
熊本県細胞検査士会費	1,000 円	細胞検査士　合計　6,000 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. 昼食
   ＊　会場周辺の飲食店等をご利用下さい。
   ＊　会場での弁当販売はいたしません。
4. 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。
5. 懇親会
   平成 30 年 2 月 24 日（土曜）18 時より
   会費 5,000 円
   ＊詳細は添付資料をご覧下さい。
6. 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でお願いします。
   ＊　会場内で飲食される方は汚さない(食べこぼし等　特に汁物)様くれぐれもご注意下さい。汚れが酷い場合には弁償させられる恐れがあります。

【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。スライドの変更のある方は 8 時 45 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 6 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行って下さい。
   ④　次演者・次座長席を設けます。
   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。

※熊本県細胞検査士会役員会を研修室 2 にて 8:40 より行います

第 34 回
熊本県臨床細胞学会学術集会　総会

会　期：平成 30 年 2 月 25 日（日）

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
特別講演抄録
一般演題抄録
総会資料

第 34 回熊本県臨床細胞学会学術集会プログラム

開 会 式　9:00～ 9:10

一般演題　9:10～10:50

消化器・呼吸器（9:10～9:40）

【 座長　熊本大学医学部附属病院　病理部　中本　環 】

1. 膵管内管状乳頭腺癌（ITPN）の1例

熊本市医師会検査センター　病理診断科

○三浦 真嗣 (CT)　島田 寛子 (CT)　三浦 令子 (CT) 井上 あかね (CT) 布上 亜紀 (CT)
嶋村 千帆 (CT) 岩田 那月 (CT) 上川 真紀子 (MT)　堤 優里子 (MT) 蔵野 良一 (MD)

2. キノコの誤飲と肺真菌症の鑑別について

株式会社チューケン熊本支社細胞診[1)]、はるひ呼吸器病院病理診断科病理部[2)]

○渡邊 友宏（CT）[1)] 堤　　寛　（MD）[2)]

3. 肺蛋白症の一例

熊本中央病院病理診断科[1)]　検査科[2)]　熊本市民病院病理診断科[3)]

○福永 光志朗 CT）[1)] 立山　敏広（CT）[1)] 紫垣　まどか（CT）[1)] 岡本　真衣（CT）[1)]
志賀 有紗（CT）[3)] 逢坂 珠美（CT）[2)] 増永 純夫（CT）[2)]　北岡 光彦（MD）[1)]

唾液腺・甲状腺・乳腺（9:40～10:20）

【 座長　熊本大学医学部附属病院　病理診断科　佐野　直樹】

4. 耳下腺原発扁平上皮癌の 2 症例

国立病院機構　熊本医療センター　病理診断科[1)]、病理診断科[2)]

○鹿島 星林(CT)[1)],石原 幸治(CT)[1)],中島 一樹(CT)[1)],川上 裕之(CT)[1)]，
村山 寿彦(MD)[2)]

5. 唾液腺基底細胞腺腫の細胞像　- 多形腺腫との比較－

熊本赤十字病院　病理診断科

○境　一（CT）　坂本　康弘（CT）　大塚　幸二（CT）　吉満　千恵（CT）
山下　祐（CT）　井上　佳那子（CT）　長峯　理子（MD）　福田　精二（MD）

6. 甲状腺穿刺吸引細胞診とセルブロックにより推定しえた卵巣癌甲状腺転移の 1 例

熊本労災病院　中央検査部[1)]　病理診断科[2)]

○井上 博幸（CT）[1)]　川野 陽子（CT）[1)]　森谷 智輝（CT）[1)]
園田 鮎美（CT）[1)]　関本 香純（MT）[1)]　栗脇 一三（MD）[2)]

7. 乳腺 spindle cell carcinoma の一例

くまもと森都総合病院　病理診断科

○木下　裕也（MT）　内田　衣里子（CT）　溝上　美江（CT）
遠山　亮佐（CT）　有馬　信之（MD）

消化器・泌尿器・その他（10:20～10:50）

【 座長　熊本中央病院　病理研究科　紫垣　まどか】

8. 腺癌との鑑別が困難であった腹膜原発悪性中皮腫の 1 例

熊本大学医学部附属病院　病理診断科

○福田　美咲（MT）　中本　環（CT）　西山　尚子（CT）　大園　一隆（MD）
三上　芳喜（MD）

9. 破骨細胞型巨細胞を伴った膀胱癌の１例

済生会熊本病院　中央検査部病理
○田上　圭二（CT）　池田　奈穂（MT）　高山　佳澄（MT）　松本　直子（MT）
木下　史暁（CT）　近藤　妙子（CT）　中川　美弥（CT）　松岡　拓也（CT）
神尾　多喜浩（MD）

10. 急性骨髄性白血病完全寛解後に発症した右精巣骨髄性肉腫の一例

JCHO 熊本総合病院　病理診断科
○中村　春香（MT）　飯干　未来（MT）　寺園　広太（CT）　平岡　陽介（CT）
園田　美子（MT）　猪山　賢一（MD）

休憩　10 分

特別講演Ⅰ　11:00～12:30

【 座長　済生会熊本病院　中央検査部病理診断科　神尾　多喜浩 】

腎細胞癌の新組織分類 WHO2016 ～可能な限りの細胞像添え

東京女子医科大学　病理診断学講座　教授
長嶋　洋治　先生

昼　食　12:30～13:30　熊本県臨床細胞学会理事･監事会(研修室 2)

熊本県臨床細胞学会総会　13:30～14:00

特別講演ⅠⅠ　14:00～15:30

【座長　くまもと森都総合病院　病理診断科　有馬　信之 】

甲状腺細胞診の報告様式ならびに最近のトピックス

医療法人神甲会　隈病院　病理診断科
廣川　満良　先生

閉 会 式　15:30～

【特別講演Ⅰ】

腎細胞癌の新組織分類 WHO2016～可能な限りの細胞像添え

東京女子医科大学　病理診断科
長嶋　洋治

腎腫瘍は細胞診の対象となることが少ないが、本講演ではできる限り細胞像を加えて、2016 年に改訂された腎癌 WHO 分類の要点を提示する。主な変更点は以下である。　1）従来の多房嚢胞性腎細胞癌は再発転移がほとんどないため、multilocular cystic neoplasm of low grade malignancy と改称された。2）Xp11.2 転座型と 6p21 転座型腎細胞癌が一括され、MiT 転座型腎細胞癌とされた。3)クエン酸脱水素酵素欠損腎細胞癌、遺伝性平滑筋腫症・腎細胞癌症候群随伴腎細胞癌が新たに加えられた。4）透析関連症例に高頻度にみられる組織型として後天性嚢胞腎随伴腎細胞癌、淡明細胞乳頭状腎細胞癌が加えられた。（ただし後者は健常腎にも発生する。）5）粘液管状紡錘細胞癌が低悪性度との記載が削除された。6）神経芽腫随伴腎細胞癌が削除された。7）核小体の大きさによる核異型度分類が淡明細胞型腎細胞癌と乳頭状腎細胞癌に限って推奨されるようになった。新しく導入された組織型の診断には surrogate marker として免疫染色が利用可能であり、慎重な鑑別、症例の蓄積が求められる。

【特別講演 II】

甲状腺細胞診の報告様式ならびに最近のトピックス

医療法人神甲会　隈病院　病理診断科
廣川　満良

甲状腺結節の診断は主に超音波と穿刺吸引細胞診で行われており、その診断カテゴリーや報告様式は ATA ガイドライン、ベセスダシステム、甲状腺癌取扱い規約などで提案されている。ATA ガイドラインでは、細胞診の適応、各診断カテゴリーにおける悪性の危険度、臨床的対応にも言及しているが、必ずしも日本の現状に合っている訳ではない。例えば、ATA ガイドラインの超音波パターン“High suspicion”の場合 1 ㎝以上の結節が穿刺吸引細胞診の対象となるが、本邦では超音波で悪性を疑った場合の結節 5mm 以上が対象となる。ベセスダシステムでは、診断カテゴリー“濾胞性腫瘍”と報告された場合は治療・診断目的に葉切除が推奨されているが、本邦では超音波所見・血清サイログロブリン値・結節の大きさなどを参考に切除の有無が決定されるのが通常である。低リスク微小乳頭癌の経過観察 active surveillance は本邦では以前より行われてきたが、欧米ではようやくガイドラインに盛り込まれた段階である。講演の前半ではこのような甲状腺細胞診における欧米と本邦の現状を解説する。

後半では、甲状腺診断に関する最近のトピックスを述べる。昨年は WHO 4th Edition, The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology 2nd Edition が刊行されたので、この中で特に関心があると思われる変更点に焦点を当てて解説することにする。

なお、本講演のハンドアウトは下記のページからダウンロード可能です（講演終了後から半年間）。
https://suzuki012.wixsite.com/kobethyroid (kobe, thyroid にて検索)

演題 1

ITPN(膵管内管状乳頭腫瘍)の１例

熊本市医師会 熊本市医師会検査センター 病理 1)

熊本市医師会 熊本地域医療センター 外科 2)・病理診断科 3)

○三浦 真嗣（CT）1) 島田 寛子（CT）1) 布上 亜紀（CT）1) 嶋村 千帆（CT）1)

田嶋 ルミ子（MD）2) 蔵野 良一（MD）3)

【はじめに】

我々の施設では EUS(超音波内視鏡検査)に力を入れており、2017 年は約 550 件(EUS-FNA は 25 件)の検査が行われ、年々増加傾向にある。その中で発生頻度が膵外分泌腫瘍の 0.9%、膵管内腫瘍の３％と稀な腫瘍である膵管内管状乳頭腫瘍(以下 ITPN)の一例を経験したので報告する。

ITPN は膵管内管状乳頭腺癌のみであり、非浸潤性(ITPN,non invasive)と浸潤性(ITPN,invasive)に分類される。

【症例】

患者：80 歳代、女性
既往歴：急性膵炎、下肢深部静脈血栓症
現病歴：近医にて、高血圧症の加療中に、腹部 CT にて膵腫瘍を指摘された。膵頭部の MRCP、エコーで画像上悪性を否定できず、精査目的で当院を紹介受診され、
CT にて膵頭部に径 6cm 程の腫瘍性病変を認め、EUS-FNA を施行された。

【細胞所見】

小型で N/C 比が高く、クロマチンの増量や、核形不整、好酸性核小体の目立つ異型細胞を認めた。これらの細胞は丈の低い立方状であり、細胞質に粘液は見られず、管状乳頭状構造を示し、異型は高度であった。
以上の所見から、Adenocarcinoma を推定した。

【組織所見】

EUS-FNA：好酸性胞体を有し Paneth 細胞・杯細胞への分化を示すも粘液に乏しい円柱状上皮の管状乳頭状増殖を認めた。
核の腫大・卵円化、N/C 比増大、極性の乱れ、核の重層化を示しており、管内壊死を伴い、出血を交えていた。以上の所見から ITPN と診断された。

手術材料：拡張した膵頭部膵管・乳頭部共通管の内に鋳型状にはまり込むように増生する腫瘍で、肉眼的に粘液を認めなかった。
組織学的には複雑・不整な管状乳頭構造を呈する腫瘍性上皮の増生があり、管内壊死を伴っていた。腫瘍細胞の胞体は好酸性で粘液に乏しく、核腫大、N/C 比増大、極性の乱れ、核重層化を示していた。
また腫瘍細胞は MUC1、MUC2、MUC5AC、MUC6 陰性、CK20、CDX2 陰性、CK7、CK19 陽性であった。
以上の所見から、ITPN(Intadactal tubulopapollary carcinoma,non invasive)と診断された。

【考察・まとめ】

ITPN は膵管内腫瘍に分類され、特徴として以下の点が挙げられる。1)肉眼的に拡張膵管内に充満する充実性腫瘍である。2)粘液の産生を認めない。3)管状乳頭状に増殖する。4)一様に異型が強い。5)頻繁に壊死を伴う。6)導管上皮細胞への分化を認め CK7、CK19 が陽性である。7)腺房細胞への分化を認めずトリプシン陰性である。8)MUC2 や MUC5AC や fascin の発現がない。9)KRAS、BRAF 遺伝子変異を認めない。

その他の膵管内腫瘍との鑑別点としては、腫瘍細胞は膵管内乳頭粘液性腫瘍(以下 IPMN)が細胞内粘液の豊富な高円柱状であるのに対し、ITPN では丈が低い立方状であることが多く、細胞内外の粘液産生に乏しいこと、また IPMN では同一病変内において低異型度領域と高異型度領域の混在・移行が見られることが多いのに対し、ITPN では病変全体が一様に高度異型細胞のみから構成されていることなどが挙げられる。

演題 2

キノコの誤嚥と肺真菌症の鑑別点について

○渡邊 友宏（CT） 株式会社チューケン熊本支社細胞診

堤　　寛 （MD）はるひ呼吸器病院病理診断科病理部長

【はじめに】

第 32 回の本学会において「喀痰細胞診による誤嚥性肺炎の診断」を報告した。喀痰細胞診による誤嚥性肺炎の診断では、

①食物残渣への好中球反応
②線毛円柱上皮の剥離
③クルシュマンらせん体の増加
④食物残渣へのマクロファージ反応

が重要な判定項目である。また、課題としてキノコの誤嚥と肺真菌症の鑑別点が問題であると述べた。今回、両者の鑑別点を報告する。

【検討対象・方法】

2010/5～2017/12 の 7 年 7 ヶ月間の喀痰細胞診を対象とした。標本はパパニコロ染色 2 枚、ギムザ染色 1 枚を作製し、前者は通常の方法に従い、後者は感染症、とくに細菌および真菌の形態、炎症細胞との関連性を念頭に鏡検した。

【成 績】

喀痰細胞診 2066 件のうち検体不良が 518 件(25%)あり、判定実数は 1448 件である。この中で、真菌症を疑う好中球反応を伴うキノコ症例は 4 例であり、臨床的に肺真菌症と判定されたのは 5 症例である。

【細胞所見】

両者とも平均年齢は約 76 歳である。キノコの誤嚥性炎症であった 4 症例の細胞像は、菌糸塊が大きく、菌糸量が多く、菌糸の密度が高く、菌糸の幅が不揃いで、大小と湾曲が目立ち、好中球反応が強くみられた。

喀痰細胞診を契機にアスペルギルス属真菌症と診断された症例7は、精査により副鼻腔真菌症であった。これらの5症例の細胞像で共通する点を述べる。菌糸量は比較的少なく、隔壁が多く、菌糸幅が比較的そろっていた。炎症細胞は好中球が主体であるが、好中球反応は症例により差異がみられた。シュウ酸カルシウム結晶を伴っていたのは2症例であった。

【考 察】

主に医院から受託される喀痰細胞診は、咳嗽、喀痰、血痰などが主訴で、がん細胞の検出率は少なく、感染症診断が重要となる。喀痰細胞診全体での平均年齢は約70歳であり、誤嚥性肺炎の危険性が増加する年齢層である。

全体の症例数が少なく確定的なことは述べられないが、キノコの誤嚥性炎症であった4症例は、主訴は、咳嗽、血痰がみられ、特記すべき基礎疾患はみられなかった。キノコ(食用担子菌類)は一つの細胞に2個の核を同時に有し生長し、分裂時の核移動に使用されるバイパス道の痕跡がクランプコネクション(かすがい連結)として残り、キノコ菌糸の特徴とされる。しかし、密な菌糸集塊の隔壁にあるかすがい連結を、グロコット染色では容易とされるが、Pap.染色で発見するのは時間を要し、日常のスクリーニングでの活用は困難と思われる。次善の策として、細胞所見で述べた事項に加え、出現様式が両者の鑑別に有効と考える。

キノコの誤嚥性炎症では束状の菌糸集塊や、集塊状にからまった菌糸体としてみられ、背景に食物残渣がみられることもあり、好中球反応が強くみられる。一方、真菌症は、菌糸塊もみられるが、菌糸の密度が低く、菌糸幅が一定で直線的であり、隔壁が多くみられる。出現様式の特徴は、菌糸の発育先端部が、手の平に力を入れて開いた形状を示し、指の関節が、隔壁に当たるイメージでと捉えられる。

シュウ酸カルシウム結晶の出現は、アスペルギルス属真菌の生体内での発育を意味し、そのことを念頭に、注意深い鏡検が重要である。

真菌症とされた症例では、食道癌術後、前立腺癌骨転移などの免疫低下や全身状態の悪化が示唆される症例や、空洞形成や COPD など基礎疾患がみられた。

【まとめ】

高齢者肺炎の多くは誤嚥性肺炎であり，早期発見には喀痰細胞診が有効と考えるが、真菌症との鑑別が必要となることを述べた。

最近、美味しい日本酒が話題となり、にごり酒や甘酒などを飲み、塩麹などを食材とする機会が増えている。これらには *Aspergillus oryzae* が麹菌として存在し、その誤嚥性炎症がみられる場合は、真菌症との鑑別は非常に困難であると危惧される。喀痰細胞診としては、標本中に、植物を中心とした食物残渣の喀出を確認することが重要である。細胞診判定に際しては、病理医と共に、主治医に細胞診所見を十分に説明し、真菌感染症の有無は、総合的な臨床診断に委ねるべきであると考えている。

以下のサイトを参照されたい。

http://pathos223.com/kakutansaibousin_haien_hantei.pdf

演題 3

肺胞蛋白症の一例

熊本中央病院病理診断科 1) 検査科 2) 熊本市民病院病理診断科 3)

○福永 光志朗（MT）1) 立山 敏広（CT）1) 紫垣 まどか（CT）1)

岡本 真衣（CT）1) 志賀 有紗（CT）3) 逢坂 珠美（CT）2)

増永 純夫（CT）2) 北岡 光彦（MD）1)

【はじめに】

肺胞蛋白症は肺胞腔内に PAS 陽性のリン脂質を含んだ糖蛋白が充満する稀な疾患で、肺サーファクタントの代謝異常と考えられている。診断には気管支肺胞洗浄（BAL）液の細胞診が有用であり、今回われわれは BAL 液の細胞診において肺胞蛋白症が疑われた一例を経験したのでその細胞診所見について報告する。

【症例】

患者：50 歳代 女性

主訴：労作時呼吸困難、喘鳴、発熱

現病歴：3 ヶ月前より喘鳴、呼吸困難が頻発したため治療を行い 2 ヶ月前に呼吸症状は改善した。しかし 1 ヶ月前に症状が再燃し、レントゲンでびまん性の陰影を認めたため精査加療目的にて当院紹介となった。当院での胸部 X 線では両側びまん性のスリガラス影・浸潤影を認め、画像所見と現病歴からランゲルハンス細胞組織球症もしくは慢性過敏性肺臓炎が考えられた。精査目的にて BAL が施行され軽度の白濁を認める BAL 液が回収された。

【細胞所見】

BAL 液のパパニコロウ染色標本では、ライトグリーン好染の微細顆粒状物質を背景に、泡沫状のマクロファージと、エオジンあるいはライトグリーンに好染する類円形の無構造物質が多数認められた。この無構造物質は PAS 染色にて赤紫色を呈し PAS 陽性を示した。鑑別に挙がる Pneumocystis jiroveci は細胞診では認められず、肺胞蛋白症が考えられた。

【組織所見】

確定診断のために行われた右葉 S2 と右葉 S6 からの VATS 下肺生検の組織標本では、拡張した細気管支腔から肺胞腔内の散在性出血、滲出液貯留を認め、好酸性顆粒状物質の充満像や小斑状好酸性無構造物の沈着像などが見られた。また免疫染色では S-100 陽性細胞などはほとんど見られず、グロコットおよび PAS, 抗酸菌染色などでも真菌などの明らかな病原微生物は不明瞭であった。以上より肺胞蛋白症と診断された。

【電顕所見】

電子顕微鏡学的には密な構造をなすミエリン様の形態を示す物質が多数認められた。この物質は明暗の 2 種類の層板からなり、これらは II 型肺胞上皮にみられる Lamellar body と一致する構造であった。

【まとめ】

肺胞蛋白症の診断には BAL 液の外観と細胞診所見が重要である。パパニコロウ染色標本上での細胞診所見は、ライトグリーンに染まる微細顆粒状物質を背景に、ライトグリーンまたはエオジンに好染する類円形の無構造物質を認める。今回の症例における細胞診所見はこれまでに報告されている肺胞蛋白症の所見と一致した。これらの細胞診所見は Pneumocystis jiroveci の感染や壊死などとの鑑別を要するが、無構造物質の形態的な違いや背景の所見などから鑑別することは可能であった。BAL 液の外観は白濁するのが特徴的であり、BAL 液において白濁を認めた際は本疾患も念頭に置く必要がある。また臨床的に血清中の抗 GM-CSF 抗体の有無や、続発性の肺胞蛋白症の背景となる基礎疾患の有無なども考慮し総合的に診断につなげるのが良いと思われる。

演題 4

耳下腺原発扁平上皮癌の 2 症例

国立病院機構 熊本医療センター 臨床検査科[1)]、病理診断科[2)]
○鹿島 星林(CT)[1)]，石原 幸治(CT)[1)]，中島 一樹(CT)[1)]，
川上 裕之(CT)[1)]，村山 寿彦(MD)[2)]

【はじめに】

唾液腺癌の組織型は多彩で，悪性度により低・中・高悪性度に分けられる。なかでも唾液腺に発生する扁平上皮癌は全唾液腺腫瘍の1%以下と稀で、高齢男性の耳下腺に好発する。病理組織学的悪性度は臨床的悪性度に直結するため、治療前の組織型推定が重要である。今回、耳下腺原発扁平上皮癌の2例を経験したので報告する。

【症例 1】

患者：75 歳、男性
主訴：右頚部腫脹
現病歴：3 ヵ月前より上記症状を自覚。
緩徐な増大傾向認め、当院受診。
身体所見：右耳下部 45×25㎜ の弾性硬・
可動性良好の無痛性腫瘤、顔面麻痺 (-)

【症例 2】

患者：65 歳、男性
主訴：左耳下部腫脹
現病歴：1 週間前より上記症状を自覚。
急速な増大傾向を認め、紹介元を受診。
歯科治療中だったため、抗菌薬投与
するも改善なく、当院受診となった。
身体所見：左耳下部 60×60㎜ の弾性硬・
可動制限のある無痛性腫瘤、
顔面麻痺 (-)

【細胞診所見】

（症例 1）好中球、リンパ球、壊死物質を背景に、孤在性に出現する類円形細胞と紡錘形細胞で構成される結合性の強い細胞集塊を認めた。孤在性の細胞は核偏在傾向で核小体が比較的明瞭、N/C 比は低く、クロマチンの増量は認めなかった。集塊部分の細胞は幾分 N/C 比が高いものの、核小体が明瞭なこと、クロマチン変化に乏しいことなど、両者の共通点も認めた。ただ、一部の集塊辺縁には大型の細胞も混在しており、これらの細胞には異型がみられた。由来も含めて判定は困難であるが、悪性も否定できず偽陽性と判定した。

（症例 2）好中球を背景に、シート状で流れるような配列の細胞集塊を認めた。核形不整が強く、クロマチンは粗顆粒状に増量、核小体腫大しており、OG 好性で奇怪な形をした細胞も認めた。粘液産生細胞は認めず、扁平上皮癌を疑った。

【組織診断】

（症例 1）扁平上皮癌（低分化）
（症例 2） 同 上 （高分化）
症例 1 では異型細胞が大小の胞巣状増殖形態を示しながら浸潤しており、角化成分は認めなかった。症例 2 では異型細胞が不規則な形のシート状に増殖し、角化や細胞間橋を示し、重層扁平上皮への分化を示していた。2 例ともに腫瘍組織を全割して検索したが、粘液産生細胞は認めなかった。
さらに他臓器に明らかな病変を認めず、原発性の扁平上皮癌と考えた。

【考察/まとめ】

唾液腺腫瘍の病理組織型は実に多彩である。悪性腫瘍では、粘表皮癌、腺房細胞癌、腺様嚢胞癌、多形腺腫由来癌の頻度が高い。唾液腺に扁平上皮癌を認めた場合、多くは転移性であるが、原発性も念頭に置かなければならない。穿刺吸引細胞診で扁平上皮癌を推定することは可能であるが、分化度により判定に苦慮する場合がある。本症例 1 でもよく観察すると、一部に扁平上皮癌の特徴を有する細胞を認め、鑑別診断にはあげられたと考えられる。耳下腺原発扁平上皮癌は高悪性度で予後が悪く、高頻度にリンパ節転移や遠隔臓器への転移をきたす。したがって、早期の組織型推定と治療方針の決定が重要である。唾液腺腫瘍では粘表皮癌など異なる組織型にも 共通の所見がみられることがあり、判定に苦慮する場合も多いが、臨床的背景、組織学的特徴も含めて詳細な観察を行い、組織型推定を行うことが重要である。

演題 5

唾液腺基底細胞腺腫の細胞像 - 多形腺腫との比較 -

熊本赤十字病院　病理診断科

○境　一（CT）井上　佳那子（CT）山下　祐（CT）吉満　千恵（CT）

大塚　幸二（CT）坂本　康弘（CT）福田　精二（MD）長峯　理子（MD）

【はじめに】

唾液腺の基底細胞腺腫は全唾液腺腫瘍の 1.8～7.5%を占め、多形腺腫とワルチン腫瘍に次ぐ頻度であるが、その割合は低い。基底細胞腺腫は細胞診において、多形腺腫との鑑別がしばしば困難なことが多い。今回我々は、2016 年から 2017 年にかけて 4 症例を経験したので、その細胞像を多形腺腫と比較した。

【対象】

対象は 2016 年 1 月から 2017 年 12 月までの 2 年間で、手術検体による組織診断で基底細胞腺腫と診断された 5 症例のうち、術前の唾液腺穿刺吸引細胞診において十分な細胞量が採取されており、検体適正とされた 4 症例（腫瘍径：平均 23㎜）を用いた。細胞像の比較対照として、同じく、手術検体の組織診断で多形腺腫とされた 4 症例（腫瘍径：平均 24㎜）を用いた。

【検討項目】

それぞれの症例に対して、背景の異染性物質量、細胞集塊の大きさ、集塊数、重積性、腺管構造の有無、孤在細胞の有無、円形細胞量、紡錘形細胞量、形質細胞様細胞の有無、細胞境界、クロマチンパターン、核小体の有無の 12 項目を比較した。

【結果】

背景の異染性物質は基底細胞腺腫において 4 症例とも細胞集塊周囲に少量しかみられなかったのに対し、多形腺腫では 1 症例を除く 3 症例で比較的豊富に観察された。採取されている集塊数は基底細胞腺腫が平均 8.5 集塊で集塊径の平均が 337.45μｍであったのに対し、多形腺腫では集塊数が 24.3 集塊、集塊径が 265.6μｍであった。集塊での細胞重積性は基底細胞腺腫の方がやや高いようである。腺管構造は基底細胞腺腫で 2 症例に少数、多形腺腫で 2 症例にみられた。孤在性細胞は基底細胞腺腫ではほとんどみられないのに対し、多形腺腫では少数観察された。腫瘍を構成する円形細胞量は基底細胞腺腫でその割合が多く、紡錘形細胞は多形腺腫でその割合が多かった。また、多形腺腫では円形細胞の細胞境界が比較的明瞭であるのに対し、基底細胞腺腫では不明瞭であった。形質細胞様細胞は基底細胞腺腫ではみられないが、多形腺腫では 4 症例ともみられた。クロマチンパターンは細～微細顆粒状のものが多く、差異はなかった。核小体は多形腺腫の円形細胞によくみられたが、基底細胞腺腫では不明瞭であった。

【考察】

成書によると、基底細胞腺腫と多形腺腫の鑑別は、基底細胞腺腫は細胞結合性に富み重積性の強い集塊を形成するとされている。また、多形腺腫では筋上皮細胞が類円形上皮様、紡錘形、形質細胞様、および星芒状の形態をとるとされており、特に形質細胞様細胞は多形腺腫と筋上皮腫に特有なものとされている。Giemsa 染色で異染性を示す物質も多形腺腫では間質粘液であり、粘液中に多彩な筋上皮細胞を観察することもある。一方、基底細胞腺腫の基底膜様物質は集塊辺縁、或は細胞間に層状に“付着”してみられるとされている。今回の検討でも、基底細胞腺腫では集塊が大きく、重積性も強くみられ、細胞の結合性が強いことが推測された。多形腺腫では筋上皮細胞である孤在性細胞や形質細胞様細胞が観察された。Giemsa 染色での異染性物質は多形腺腫で多量に観察され、基底細胞腺腫では細胞集塊周囲に少量観察された。これらの結果は成書の記述に矛盾しなかった。加えて、多形腺腫において筋上皮細胞は細胞質境界が明瞭であるのが特徴的であることが新たに分かった。

【まとめ】

基底細胞腺腫と多形腺腫は時に鑑別に苦慮するが、細胞の結合性や構成細胞の量、異染性物質の量の観察で鑑別可能である。

演題 6

甲状腺穿刺吸引細胞診とセルブロックにより推定しえた卵巣癌甲状腺転移の 1 例

熊本労災病院　中央検査部[1)]　病理診断科[2)]

○井上 博幸（CT）[1)]　川野 陽子（CT）[1)]　森谷 智輝（CT）[1)]

園田 鮎美（CT）[1)]　関本 香純（MT）[1)]　栗脇 一三（MD）[2)]

【はじめに】

日常診療において転移性甲状腺腫瘍を経験することは少なく，原発巣としては腎や肺と乳腺の頻度が高いとされるが，卵巣癌の甲状腺転移の報告は非常に稀である．また，細胞診セルブロックによる検索は，細胞診断の向上や治療方針決定の一助となる場合も少なくない．今回，卵巣癌の術後化学療法経過中に，甲状腺のびまん性腫大を来たし，穿刺吸引細胞診とそのセルブロックによる検索で，卵巣癌の転移を推定しえた 1 例を経験したので報告する．

【症例】

患　者：40 歳代　女性
主　訴：喉頭部の違和感
家族歴：特記事項なし
既往歴：1 年 3 か月前に，卵巣癌にて腹式子宮単純全摘術と両側卵管卵巣摘出術ならびに大網部分切除術が施行された．腹腔内播種病変を認め，淡黄色漿液性の多量の腹水が貯留し術中腹水細胞診で腺癌細胞を認めた．摘出腫瘍の病理組織診断は卵巣明細胞癌であった．
現病歴：卵巣癌術後の化学療法経過中に喉頭部の違和感を感じ当院内科受診．甲状腺のびまん性腫大を認め，超音波検査と穿刺吸引細胞診(FNAC)を施行した．

【既往卵巣明細胞癌の病理組織学的所見】

左卵巣腫瘍は，12x7x4 ㎝で後腹膜に癒着していた．組織学的に淡明な胞体を有する腫瘍細胞が，不規則な乳頭状や一部充実性に浸潤増殖して認められた．小嚢胞状を呈し hobnail 構造や間質に硝子様物質が認められ卵巣明細胞癌の診断であった．非腫瘍部の卵巣に僅かながら子宮内膜症が確認された．右卵巣腫瘍は鶏卵大で左同様に明細胞癌細胞が認められ，子宮体部のリンパ管内に癌細胞の浸潤を認めた．

【甲状腺超音波検査所見】

明らかな腫瘤は認めないものの，びまん性に腫大し楔状や樹枝状呈する嚢胞状の低吸収域と内部に微細石灰化を認めた．頚部リンパ節には明らかな悪性を疑う所見は見られなかった．甲状腺の両葉より超音波ガイド下にて FNAC を施行した．

【甲状腺穿刺吸引細胞診】

左葉と右葉それぞれの超音波低吸収域より FNAC を行い，細胞診標本作製後の針洗浄にてセルブロック標本を作製した．細胞学的には，パパニコロウ染色で多くの成熟リンパ球や組織球を背景に，不規則な乳頭状や球状細胞集塊が石灰化小体を伴って出現していた．甲状腺乳頭癌様の出現パターンであったが，腫瘍細胞は核溝や核内細胞質封入体などの核所見は認めず，明瞭な核小体と淡明な細胞質を有していた．メイギムザ染色にて乳頭状集塊の間質部や球状集塊内部に異染性を示す物質が認められた．細胞像と既往歴から転移の可能性を疑い，FNAC のセルブロック標本にて免疫染色を実施した．腫瘍細胞は，サイログロブリン(-)　TTF-1(-)　CD10(-)　PAX-8(+)　HNF-1β(+)となり，細胞診所見と合わせて卵巣明細胞癌の甲状腺転移を支持する結果であった．

【考察・まとめ】

転移性甲状腺癌は，解剖例の５％程度に見つかるが，臨床的に発見されるものは甲状腺全悪性腫瘍の１％未満と稀で，その原発巣は腎と乳腺，肺が多く，卵巣癌による甲状腺転移の報告は極めて少ない．原発巣として頻度の高い肺癌や乳癌では，乳頭状増殖パターンの点において甲状腺乳頭癌との鑑別が問題になると思われる．本症例においても，乳頭状増殖や石灰化小体の出現から甲状腺乳頭癌との鑑別を要したが，細胞学的に核異常所見の不在と明瞭な核小体や好酸性硝子化物質と考えられる異染性物質により卵巣癌の転移を疑った．更にセルブロックによる免疫染色の結果もふまえ，稀な卵巣明細胞癌の甲状腺転移を推定できた．
甲状腺をはじめ腫瘤性病変等の細胞診断には FNAC が繋用されるが，一般的に採取される細胞成分は少なく，追加検索のための標本は限られる．穿刺針の洗浄などでセルブロックを作製し併用することで細胞診断の向上に繋がると考えられた．

演題 7

乳腺 spindle cell carcinoma の一例

くまもと森都総合病院　病理診断科

木下　裕也（MT）　内田　衣里子（CT）　溝上　美江（CT）

遠山　亮佐（CT）　有馬　信之（MD）

【はじめに】

乳腺 spindle cell carcinoma は紡垂形細胞肉腫との鑑別を要する上皮性腫瘍で，発生頻度は全乳癌の 0.08～0.72%と極めて稀である．今回我々は，腫瘍全体が紡錘形細胞で構成された乳腺 spindle cell carcinoma の１例を経験したので報告する．

【症例】

患者：70 歳代　女性.

主訴：左乳房のしこり.

現病歴：1ヶ月前より左乳房にしこりを自覚．超音波検査にて左Ｃ領域に約 30×20㎜ 大の後方エコー増強を示す境界明瞭粗造の低エコー腫瘤を認めた．穿刺吸引細胞診で悪性と確定診断できず，針生検による組織診にて悪性と診断し，左乳房切除術が施行された．

【MRI 所見】

左乳房Ｃ領域に T2 強調像にて 33×27㎜ 大の境界明瞭な類円形腫瘤を認めた．辺縁に拡散制限があり，dynamic では辺縁部に早期増強を認めた．境界明瞭で圧排性発育を示しており，充実腺管癌あるいは粘液癌が疑われた．

【細胞所見】

細胞量は多く，紡錐形または多稜形異型細胞が孤立散在性に，もしくは束状あるいは不規則集塊を形成し出現していた．異型細胞の核は紡錘形～類円形で，大小不同と核形不整を示し，細顆粒状のクロマチンの増加と１～数個の明瞭な核小体を認めた．細胞質はライトグリーンに好染し，辺縁は明瞭であった．また周囲に数個から 20 個の核を有する多核巨細胞を多数認めた．以上の所見より，悪性を疑ったが，細胞の由来が明らかでないため，悪性の疑いと判定した．

【摘出腫瘍肉眼所見】

最大径 31mm の灰白色充実状腫瘍で，周囲との境界は明瞭であった．

【組織所見】

腫瘍は類円形～細長い核を有する紡錘形異型細胞の密な束状配列からなり，錯綜配列や herringbone pattern がみられた．異型細胞の核は腫大と大小不同，核形不整を示し，１～数個の核小体を有し，核分裂像が高頻度であった．腫瘍間質にはリンパ球，形質細胞，多核巨細胞浸潤と膠原線維の増生があり，腫瘍内に既存の乳管を散見した．腫瘍は主に周囲へ膨張性発育を示していたが，浸潤性発育を示す部も認めた．免疫染色では腫瘍細胞は CAM5.2，p63，vimentin に陽性を示し，spindle cell carcinoma と診断した．なお，ER，PgR，HER-2 は全て陰性であった．

【考察ならびにまとめ】

乳腺 spindle cell carcinoma は乳癌取扱い規約第 17 版では浸潤癌の特殊型に分類され，紡錘形細胞からなり，肉腫様にみえるが，一部に上皮性性格の明らかな癌細胞巣や扁平上皮化生を示す部分がみられることが多いと記載されている．一方，WHO 分類では metaplastic carcinoma の亜型に分類されている．metaplastic carcinoma の多くは triple negative cancer で，リンパ節転移の頻度は低いが，脳や肺などへの遠隔転移を来たすことが知られている．しばしば紡錘形細胞肉腫との鑑別を要すが，診断には腫瘍細胞の上皮細胞への分化を証明することと，腫瘍の一部に DCIS の成分をみつけることが肝要と言われている．本症例では DCIS の成分をみつけることは出来なかったが，種々の cytokeratin 抗体を用いた免疫染色による上皮細胞の幅広い screening により陽性所見が得られ，診断におけるその重要性が示唆された．

演題 8

腺癌との鑑別が困難であった腹膜原発悪性中皮腫の１例

熊本大学医学部附属病院　　病理診断科

○福田　美咲（MT）　中本　環（CT）　西山　尚子（CT）

大園　一隆（MD）　三上　芳喜（MD）

【はじめに】

悪性中皮腫は体腔内面を覆う中皮細胞より発生する稀な腫瘍で、その多くはアスベスト曝露に起因している。発生部位は胸膜が圧倒的に多く（70～90%）、次いで腹膜（10%前後）の他、心嚢膜や精巣鞘膜で発生することが知られている。腹膜悪性中皮腫はアスベスト暴露に関連して男性に発生する例がある一方で、女性の場合はアスベストとは無関係に発生する例が少なくない。そのため、女性の腹膜悪性中皮腫は卵巣癌や腹膜癌との鑑別がしばしば問題となる。今回我々は腹水細胞診で腺癌との鑑別が困難であった腹膜悪性中皮腫を経験したので報告する。

【症例】

患者は 70 代の女性。腹部 CT 検査では骨盤内において Douglas 窩を取り囲むように存在する腫瘤のほか、右腹壁直下に腫瘤が存在していることが明らかとなった他、多数の播種病巣が認められた。血中 CA125 値が高値であったため（152 U/ml）、卵巣癌、卵管癌ないし腹膜癌が疑われ、開腹術が施行された。術中迅速組織診・細胞診が行われ、両側卵巣・卵管、子宮、骨盤腹膜、大網の切除と骨盤リンパ郭清が行われた。

【細胞所見】

術中腹腔洗浄液ではリンパ球、好中球を背景に、N/C 比が高く、核小体が明瞭で、クロマチンが増量して顆粒状となっている不整形の核を有する異型細胞の集塊が認められた。集塊の多くが乳頭状であることから、漿液性癌などの卵巣癌の可能性が考えられたため、「陽性（腺癌の播種）」と報告したが、永久標本において細胞質に厚みがあり、PAS 反応では顆粒状の陽性所見がみられたことから、「陽性（腺癌、悪性中皮腫などの可能性があるが、鑑別は困難である）」と報告した。

【肉眼および組織所見】

卵巣自体はほぼ正常大であったが、右卵巣の表面で被膜に覆われた 7.2×3.0×1.3 cm 大の白色調腫瘤が認められた。大網や剥離された腹膜では多数の腫瘤がみられたが、腹膜のびまん性肥厚は認められなかった。組織学的には乳頭状、あるいは管腔を形成しながら増殖する上皮様異型細胞からなる成分と、紡錘形細胞からなる肉腫様成分が混在する二相性の腫瘍であった。上皮様細胞は核が中心性で、細胞質が淡好酸性であった。組織像より、漿液性癌成分を含む癌肉腫である可能性が考えられたが、免疫組織化学的に腫瘍細胞は calretinin、D2-40、CD146、CK5/6 が陽性で、Ber-EP4、PAX8、ER が陰性であることから、腹膜悪性中皮腫の診断が確定した。

子宮体部漿膜側、骨盤腹膜、大網、大腸漿膜面などに点在する播種結節はいずれも悪性中皮腫であることが確認された。

【考察とまとめ】

腹膜悪性中皮腫の臨床症状は腹痛、腹部膨満感で、画像検査では腹膜、大網、腸間膜の不規則なびまん性肥厚、多発性結節などがみられる。また、約 8 割の症例で腹水貯留をきたす。そのため、高異型度漿液性癌に代表される卵巣癌ないし腹膜癌と臨床像が酷似する。従って、組織診断に先立って行われる腹水細胞診の果たす役割は大きい。

本症例では特徴的な多核細胞や微絨毛の発達を示唆する細胞質辺縁の不明瞭化（fluffy end）、Hump 様細胞突起などがみられず、細胞診では腺癌との鑑別が困難であった。

腹膜悪性中皮腫と高異型度漿液性癌は、前者が calretinin、D2-40 陽性であるのに対して、後者は Ber-EP4、 PAX8、ER など陽性であるため、免疫組織化学的に鑑別が比較的容易だが、悪性中皮腫で高率に陽性となる WT-1 は高異型度漿液性癌でも陽性となるため注意を要する。そのため、細胞検査士、病理医はこの悪性中皮腫の細胞学的、組織学的特徴と免疫組織化学的表現型、臨床像を理解しておく必要がある。

演題 9

破骨細胞型巨細胞を伴った膀胱癌の１例

済生会熊本病院　中央検査部病理

○田上　圭二（CT）　池田　奈穂（MT）　高山　佳澄（MT）　松本　直子（MT）
木下　史暁（CT）　近藤　妙子（CT）　中川　美弥（CT）　松岡　拓也（CT）
神尾　多喜浩（MD）

【はじめに】

破骨細胞型巨細胞（osteoclast-like giant cells：ＯＧＣ）を伴う尿路上皮癌は極めてまれな腫瘍であり，これまで世界での報告は 30 例に満たない．

今回我々は，破骨細胞型巨細胞を伴う膀胱癌の１例を経験したので細胞像を中心に報告する．

【症例】

患者：70 代，男性．
主訴：肉眼的血尿．
現病歴：10 年以上前から肉眼的血尿があるも放置していた．倦怠感と体重減少が著しいので，当院腎・泌尿器科を受診した．画像検査では，膀胱を占拠する 10 ㎝を超える巨大な腫瘍がみられ，腹腔鏡下膀胱全摘術が施行された．

【細胞所見】

術前の尿細胞診では，炎症を背景に核の腫大した細胞が混在し，核小体や核形不整を認めた．しかし，出現数が少なく，核クロマチンの増量が軽度であることから，atypical cells と診断した．明らかなＯＧＣはみられなかった．

摘出臓器の捺印細胞診では，リンパ球を背景に中型から大型の腫瘍細胞が散在性または小集塊状に出現していた．細胞は多稜形あるいは紡錘形で，核は腫大し，核の大小不同や核形不整，核クロマチンの増量を認めた．ときにＯＧＣが散見された．

【組織所見】

高度の出血・壊死を伴い，腫大した核小体と核の大小不同、核縁不整を有する多角形の腫瘍細胞が充実胞巣状に増殖しており、部分的には胞巣内に異常角化や細胞間橋がみられ，扁平上皮への分化を示していた．しばしば腫瘍細胞は紡錘形化し，不規則に交錯しながら増殖しており，また破骨細胞様の多核巨細胞が多数出現していた．免疫染色では癌胞巣の大部分が p40 陽性であり，ＧＡＴＡ3 はわずかに陽性を示す程度であった．尿路上皮癌の成分は少なく，９割以上は扁平上皮癌と判断された．癌胞巣および紡錘形細胞，多核巨細胞はビメンチン陽性で，癌胞巣と紡錘形細胞はＣＡM5.2 に一部陽性，多核巨細胞はＣＤ68 陽性であった，以上の所見から，carcinoma with osteoclast-like giant cells と診断された．

【まとめ】

ＯＧＣを伴う尿路上皮癌は 1983 年に Kimura が報告したものが最初とされており，浸潤性尿路上皮癌の特殊型と考えられている極めてまれな腫瘍である．

腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約第１版の浸潤性尿路上皮癌特殊型⑩巨細胞型の項の中で言及されているが，“「大型の上皮性腫瘍性巨細胞の出現する巨細胞型」とは区別されるべき腫瘍”との解説があるのみで，現在のところ独立した組織型としては分類されていない．

病理学的には，破骨細胞に類似した多核巨細胞とともにやや大型の単核細胞が２層性を示しつつシート状に増殖する．ＯＧＣは比較的均一に分布し，免疫染色ではＣＤ68 に陽性を示す．

今回，術前の尿細胞診でＯＧＣを確認することが出来ず診断に至らなかった．破骨細胞型巨細胞を伴う尿路上皮癌は極めてまれではあるが，細胞診標本で紡錘形細胞の出現やＯＧＣを認めた場合には，本腫瘍も含めて検討する必要があると思われた．

演題　10

急性骨髄性白血病完全寛解後に発症した右精巣骨髄性肉腫の一例

JCHO 熊本総合病院・病理診断科

○中村　春香（MT）　飯干　未来（MT）　寺園　広太（CT）

平岡　陽介（CT）　園田　美子（MT）　猪山　賢一（MD）

【はじめに】

骨髄性肉腫は、髄外に骨髄系の芽球からなる腫瘤を形成するまれな腫瘍で、組織破壊を伴わない白血病細胞の浸潤は含まれない。近年では、顆粒球以外の骨髄系細胞の増殖が主体の腫瘍性病変もみられるため、髄外骨髄細胞腫瘤、髄外白血病などの名称が提唱されている。今回、急性骨髄性白血病（FAB 分類：M5）寛解後に右精巣に発生した骨髄性肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】

患者：70 歳代、男性

主訴：右精巣腫脹

既往歴：逆流性食道炎、胆摘、HBV キャリア

現病歴：急性単球性白血病にて化学療法後、骨髄寛解しフォロー中。追加化学療法目的で再入院時、右精巣が鶏卵大（径：4.0cm）に腫脹しているのを自覚。原発性精巣腫瘍または白血病細胞による腫瘤形成が疑われ、CT・MRI 検査後、高位精巣切除術が施行され、同時に摘出検体の捺印細胞診標本を作製した。

【捺印標本細胞所見】

パパニコロウ染色では N/C 比の高い中~大型細胞を孤立散在性に多数認めた。核の大小不同や核形不整、核小体が目立ち、核分裂像も散在された。背景には少数の成熟リンパ球が混在した。壊死巣は認めなかった。ギムザ染色では、大型異型細胞で細胞質は広く、核は繊細なクロマチンを呈し、単球に特徴的な核の陥凹がみられた。これは AML 初発時の骨髄塗抹や末梢血標本のギムザ染色でみられたものと同様の細胞像であった。尚、エステラーゼ染色は陽性であった。

【組織所見】

HE 像では、既存の精細管の破壊を伴って芽球様細胞のびまん性浸潤を認めた。拡大像では、核のくびれをもつ大型異型核で単球様の芽球様細胞が浸潤増殖していた。免疫染色では腫瘍細胞は単球系のマーカーである CD68 が陽性であった。p53 は腫瘍細胞の核陽性率が 50%以上で、CD34、c-kit、MPO はいずれも陰性であった。以上より、精巣原発の悪性腫瘍は否定的で、以前より急性単球性白血病でフォロー中の患者であることより、本腫瘍は単球性白血病細胞の精巣浸潤と診断した。

【まとめ】

骨髄性肉腫は皮膚、リンパ節、精巣、消化管など全身のほぼすべての部分に発症し、単芽球系の特徴をもつ症例の半数は皮膚に発症する。AML や MDS と同時に発症する症例や、それらの既往があり発症する症例がある。また、AML の再発時に骨髄や末梢血液中に腫瘍細胞を認めない場合でも腫瘍を形成する症例もある。今回の症例は後者の一例であった。患者は単球系白血病であり、もともと髄外再発をきたしやすい腫瘍細胞の特徴があると考えられる。実際には細胞診や組織像のみでの確定診断は困難なため、原発性精巣腫瘍の鑑別も含めて、血球系マーカーや胚細胞性の腫瘍マーカーによる免疫組織化学的検索が不可欠であった。血清 AFP や hCG 値、免疫染色における c-kit はいずれも陰性であり原発性精巣腫瘍は除外でき、急性単球性白血病の治療歴を考慮し、精巣における骨髄性肉腫の診断に至った稀な

平成 30 年 2 月 25 日

第 34 回熊本県臨床細胞学会学術集会　総会

＜式次第＞

１．会長挨拶　　熊本県臨床細胞学会 会長　　神尾 多喜浩　先生

２．平成 29 年度事業報告　　副会長　大塚　幸二　　技師

３．平成 30 年度事業計画　　副会長　大塚　幸二　　技師

４．会計報告（暫定）　　会　計　田上　さやか 技師

５．検討事項・その他連絡事項

＊熊本県臨床細胞学会理事（２名）新規任用について

平成 29 年度　熊本県臨床細胞学会事業報告

１）第 34 回熊本県臨床細胞学会学術集会　（　　担当：境　一　技師他）
　平成 30 年 2 月 25 日（日）　国立病院機構　熊本医療センター
２）第 14 回熊本細胞診セミナー（共催）　（担当：田上圭二、井上博之　技師他）
　平成 29 年 9 月 30 日（土）　熊本大学医学部教育図書棟
４）第 17 回えびのカンファレンス（共催）　（担当：石原光浩　技師）
　平成 30 年１月 27・28 日　　宮崎県えびの市（宮崎県臨床細胞学会主催）
５）講演会　２回開催　（担当：田上圭二、遠山亮佐　技師他）
　平成 29 年 9 月 28 日（木）
「県南基幹病院・病理診断科標榜４年目の経過報告と細胞診領域も含めた遠隔病理診断支援の試み」
　熊本総合病院　病理診断科　猪山賢一先生
　平成 30 年 1 月 25 日（木）　「形態研究閑話」
　熊本保健科学大学　医学検査学科　南部雅美先生
６）症例検討会　4 回開催　（担当：竹下博士　技師他）
　平成 29 年 5 月 25 日，6 月 22 日,10 月 26 日,11 月 30 日
７）病理・細胞診技術講習会　　１回開催　（担当：石原光浩　技師他）
　平成 29 年 4 月 27 日（木）　①「PD-L1 22C3 診断薬について」
　アジレント・テクノロジー株式会社　中村　健治先生
②「PD-L1 陽性の非小細胞がんに対するキイトルーダの有用性について」
　MSD 株式会社　片淵康隆先生
８）サーベイ　（担当：田上圭二　技師他）
　平成 30 年 2 月 22 日（木）　　「サーベイ解析」
　熊本県精度管理調査　病理細胞部門サーベイ報告・解説
９）細胞検査士認定一次試験問題解答集作成　（担当：神尾多喜浩先生　他MD専３名，技師１名）
１０）熊本県細胞診講習会（細胞検査士資格認定試験対策）　（担当：井上博幸　技師他）
　講義・ワークショップを６月から７月まで６回開催　　受講者 25 名
１１）細胞検査士認定試験二次試験対策　（担当：井上博幸　技師他）
　平成 29 年 11 月 26 日　熊本県総合保健センターで開催　　受講者 13 名
１２）子宮の日「子宮頸がん検診啓発活動」　（熊本県細胞検査士会と共催）
　平成 29 年４月 9 日　ゆめタウン光の森店内で開催　　参加者 16 名
１３）スライド集ＣＤ作成　8 症例　（担当：中川美弥　技師他）

No. 158	ランゲルハンス細胞組織球症	リンパ節捺印	熊本赤十字病院　山下　祐
No. 159	卵巣癌の甲状腺転移	甲状腺穿刺吸引	熊本労災病院　井上博幸
No. 160	明細胞癌	子宮内膜エンドサイト	熊本大学医学部附属病院　森　真琴
No. 161	多形腺腫	耳下腺穿刺吸引	熊本赤十字病院　坂本康弘
No. 162	腺房細胞癌	耳下腺穿刺吸引	熊本医療センター　川上裕之
No. 163	浸潤性微小乳頭癌	乳房穿刺吸引	くまもと森都総合病院　遠山亮佐
No. 164	充実腺管癌	乳房穿刺吸引	熊本総合病院　寺園広太
No. 165	膵管内管状乳頭腺癌(ITPN)	超音波内視鏡下穿刺吸引	医師会検査センター　嶋村千帆

平成 30 年度　熊本県臨床細胞学会事業計画（案）

１）第 35 回熊本県臨床細胞学会学術集会　（担当：平岡陽介　技師他）
　平成 31 年２月　　日（日）国立病院機構　熊本医療センター

２）第 15 回熊本細胞診セミナー（共催）　（担当：遠山亮佐、石原幸治　技師他）
　日程　未定　　熊本大学医学部教育図書棟

３）第 18 回えびのカンファレンス（共催）　（担当：石原光浩　技師）
　日程　未定　　宮崎県えびの市（宮崎県臨床細胞学会主催）

４）講演会　２回開催　（担当：遠山亮佐、石原光浩　技師他）

５）症例検討会　３回開催　（担当：山下　祐　技師他）

６）病理・細胞診技術講習会　１回開催　（担当：石原光浩　技師他）

７）サーベイ　２回開催　（担当：遠山亮佐　技師他）

８）細胞検査士認定一次試験問題解答集作成　（担当：神尾多喜浩先生　他ＭＤ専３名，技師１名）

９）熊本県細胞診講習会（細胞検査士資格認定試験対策）　（担当：石原幸治　技師他）
　講義・ワークショップを５月から７月まで

１０）細胞検査士認定試験二次試験対策　（担当：石原幸治　技師他）
　平成 30 年 11 月下旬　熊本県総合保健センターで開催予定

１１）子宮の日「子宮頸がん検診啓発活動」　（熊本県細胞検査士会と共催）
　平成 30 年４月中　県内商業施設内で開催予定

１２）スライド集ＣＤ作成　６症例　（担当：中川美弥　技師他）

平成 29 年度連絡事項

1）平成 29 年度熊本県細胞検査士資格認定試験合格者：５名

内田聡司　（熊本県総合保健センター）
三浦真嗣　（熊本市医師会検査センター）
正木優樹　（人吉総合医療センター）
矢野浩夢　（熊本大学大学院生命科学研究部）
吉本多佳奈（高野病院）

一次試験受験者	16 名	合格者 10 名	62.5%
二次試験受験者	13 名	合格者 5 名	38.4%
認定試験受験者	19 名	合格者 5 名	26.3%

2）熊本県臨床細胞学会会員数（平成 30 年１月 31 日現在）：198 名

ＭＴ（20 名），ＣＴ（146 名），ＭＤ（10 名），ＭＤ専（22 名）

3）全国関連学会

１．日本臨床細胞学会春期大会

第 59 回	平成 30 年６月 1～３日	札幌市　（ニトリ文化ホール）
第 60 回	平成 31 年６月 7～９日	東京都
第 61 回	平成 32 年６月 5～７日	神奈川県

２．日本臨床細胞学会秋期大会

第 57 回	平成 30 年 11 月 17 ～18 日	神奈川県
第 58 回	平成 31 年 11 月 16 ～17 日	岡山県

4）九州地区関連

１．日本臨床細胞学会九州連合会学会

第 34 回	平成 30 年	長崎県
第 35 回	平成 31 年	宮崎県
第 36 回	平成 32 年	佐賀県
第 37 回	平成 33 年	大分県
第 38 回	平成 34 年	熊本県

２．九州細胞診研修会（合宿）

第 46 回	平成 30 年	福岡県
第 47 回	平成 31 年	鹿児島県
第 48 回	平成 32 年	熊本県
第 49 回	平成 33 年	宮崎県

平成 30 年度～平成 31 年度

熊本県臨床検査技師会病理細胞部門および細胞学会技師役員

＜技師会病理・細胞診研究班＞

部門長	遠山　亮佐	くまもと森都総合病院
副	石原　光浩	熊本大学病院病理部
会　計	布上　亜紀	熊本市医師会検査センター
部門員	立山　敏広	熊本中央病院
	作本　省悟	公立玉名中央病院
	平岡　陽介	熊本総合病院
	田上　圭二	済生会熊本病院
	樫本　泰志	日赤健康管理センター
	民本　重一	天草中央総合病院
	浦川　将一	人吉総合病院
	石原　幸治	国立病院機構熊本医療センター
	山下　祐	熊本赤十字病院
	鮫島　彩香	阿蘇医療センター
	志賀　有紗	熊本市民病院
	井上　博幸	熊本労災病院

＜症例検討会担当＞

主	山下　祐	熊本赤十字病院
副	樫本　泰志	日赤健康管理センター

＜学術集会担当＞

主	平岡　陽介	熊本総合病院
副	竹下　博士	熊本大学病院病理部

＜細胞診研修会担当＞

主	石原　幸治	国立病院機構熊本医療センター
副	境　　一	熊本赤十字病院

＜スライド集担当＞

主	中川　美弥	済生会熊本病院
副	近藤　妙子	済生会熊本病院

＜細胞検査士会熊本県子宮頸がん検診委員＞

主	嶋村　千帆	熊本市医師会検査センター
副		

平成 30 年度　熊本県細胞検査士役員名簿(案)

		氏　名	所　　属
1	会長	山住　浩介	公立玉名中央病院　中央検査部病理
2	副会長	立山　　敏広	熊本中央病院 病理研究科
3	理事(会計)	嶋村　千帆	熊本市医師会検査センター
4	理事	田上　圭二	済生会熊本病院 中央検査部 病理
5	理事	石原　光浩	熊本大学医学部附属病院 病理診断科
6	理事	井上　博幸	熊本労災病院　中央検査部
7	理事	遠山　壱佐	くまもと森都総合病院　病理診断科
8	理事	廣瀬　里子	公立玉名中央病院　中央検査部病理
9	理事	石原　幸治	国立病院機構熊本医療センター 臨床検査科病理
10	理事	島本　浩二	熊本市立熊本市民病院 病理診断科
11	理事	林田　隆弘	熊本県総合保健センター 細胞診検査センター
12	理事	安田　由記	荒尾市民病院　検査科
13	理事	民本　重一	地域医療機能推進機構天草中央総合病院　検査部
14	理事	杉谷　由幾	日赤健康管理センター
15	理事	亀山　広喜	熊本保健科学大学
16	監事	大塚　幸二	熊本赤十字病院 病理診断科
17	監事	島田　寛子	熊本市医師会検査センター

平成 30 年度熊本県臨床細胞学会役員名簿(案)

		氏　名		所　　属
1	会長	神尾　多喜浩	MD専門医	済生会熊本病院 病理診断科
2	副会長	有馬　信之	MD専門医	くまもと森都総合病院　病理診断科
3	副会長	大塚　幸二	CT	熊本赤十字病院 病理診断科
4	理事	三森　寛幸	MD専門医	国立病院機構熊本医療センター産婦人科
5	理事	福間　啓造	MD専門医	福間レディースクリニック
6	理事	三上　芳喜	MD専門医	熊本大学医学部附属病院 病理診断科
7	理事	本田　由美	MD専門医	熊本大学医学部附属病院 病理診断科
8	理事	大西　紘二	MD専門医	熊本大学大学院生命科学研究部細胞病理分野
9	理事	豊住　康夫	MD専門医	熊本市立熊本市民病院 病理診断科
10	理事	長峯　理子	MD専門医	熊本赤十字病院 病理診断科
11	理事	立山　敏広	CT	熊本中央病院 病理研究科
12	理事	田上　圭二	CT	済生会熊本病院 中央検査部 病理
13	理事(会計)	田上　さやか	CT	熊本大学医学部附属病院 病理診断科
14	理事	布上　亜紀	CT	熊本市医師会検査センター
15	理事	井上　博幸	CT	熊本労災病院　中央検査部
16	理事	遠山　壱佐	CT	くまもと森都総合病院　病理診断科
17	理事	廣瀬　里子	CT	公立玉名中央病院　中央検査部病理
18	理事	石原　幸治	CT	国立病院機構熊本医療センター 臨床検査科病理
19	理事	島本　浩二	CT	熊本市立熊本市民病院 病理診断科
20	理事	林田　隆弘	CT	熊本県総合保健センター 細胞診検査センター
21	理事	安田　由記	CT	荒尾市民病院　検査科
22	理事	民本　重一	CT	地域医療機能推進機構天草中央総合病院　検査部
23	監事	亀山　広喜	CT	熊本保健科学大学
24	監事	猪山　賢一	MD専門医	熊本総合病院 病理診断科