



第41回  
熊本県臨床細胞学会学術集会・総会  
会期：令和8年2月14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

12 時 30 分～

### 2. 学会参加費ならびに年会費

- ・学会参加費：2,000 円
- ・年会費(細胞検査士)：5,000 円
- ・年会費(医師・臨床検査技師)：4,000 円

#### \* 受付時に年会費の徴収を行います。

詳細は熊本県臨床細胞学会ホームページ(<https://kuma-cytology.com/>)「2026年度年会費納入についてのお知らせ」をご参照ください。

#### \* 学会参加費と年会費は別々に徴収しますので、ご準備をお願いします。

### 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。
- \* 会場内でのマスクの着用は個人の判断に委ねますが、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、学会スタッフへ発表スライドの提出をお願いします。また発表15 分前には会場内で待機して下さい。
- 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 次演者席を設けますので、前の演者の発表が始まると同時に着席をお願いします。

### 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 41 回 熊本県臨床細胞学会学術集会プログラム

2026 年 2 月 14 日(土)

《開会式》13:00～13:10

熊本市立熊本市民病院 豊住 康夫

《一般演題》13:15～14:05

【座長：熊本大学病院 宮里 祐子】

### 1. 心嚢液中に出現した Fluid overload-associated large B-cell lymphoma の一例

熊本赤十字病院 病理検査課

○近藤 千瑛(CT) 井上 佳那子(CT) 山下 祐(CT) 川上 裕之(CT)

多比良 朋希(CT) 横尾 貴保(MD) 安里 嗣晴(MD)

### 2. 肺門部に発生した肺過誤腫の一例

熊本中央病院 病理診断科

○塚本 堯己(MT) 木下 裕也(CT) 福永 光志郎(CT)

紫垣 まどか(CT) 立山 敏広(CT) 本田 由美(MD)

### 3. 甲状腺膨大細胞癌の一例

熊本大学病院 病理部

○大黒 真琴(CT) 柿沼 廣邦(CT) 下村 麻里(MD) 三上 芳喜(MD)

### 4. 右下顎部の細胞診検体で推定しえた Ewing 肉腫の 1 例

熊本労災病院 中央検査部 呼吸器外科 病理診断科

○関本 香純(CT) 川野 陽子(CT) 井上 博幸(CT) 森谷 智輝(CT)

園田 鮎美(CT) 新納 瑞稀(CT) 田中 寛大(MT) 柴田 英克(MD)

栗脇一三(MD)

《スライドカンファレンス》 14 : 15～15 : 05

【座長：人吉医療センター 坂本 純輝】

《症例 1》 熊本総合病院                      宮崎 春香 技師

《症例 2》 熊本中央病院                      福永 光志朗 技師

《特別講演》 15 : 15～16 : 45

【座長：熊本大学病院 三上 芳喜】

## 病理組織診細胞診の AI

北里大学医学部病理学教授

北里大学北里研究所病院 病理診断科部長 前田 一郎 先生

《熊本県臨床細胞学会総会》 16 : 55～17 : 30

《閉会式》 17 : 30～17 : 40

熊本大学病院              三上 芳喜

## 【特別講演】

## 病理組織診細胞診の AI

北里大学北里研究所病院 病理診断科

前田 一郎

かつて医療 AI は“魔法のツール”として喧伝され、病理組織学および細胞診領域においても、診断・判定の自動化や精度向上が過度な期待とともに語られ、細胞検査士や病理医の不要論が提起された時期があった。WSI 画像を AI に読み込ませれば、あとはボタン一つで病理診断・細胞判定が完結する、そんな幻想が少なからず共有されていた。しかし、近年こうした「AI 神話」の魔法は静かに解けた。その背景には、いくつかの現実的な制約がある。第一に、AI は万能な存在ではなく、診断の各過程を総合的に判断することができる「細胞検査士・医師の双方の立場から卓越した診断能力を有する稀有な存在」とはなり得ない事実がある。現在の AI モデルは、それぞれが特定のタスク、たとえば腫瘍領域の検出、HER2IHC スコアリング、リンパ節転移の検出、婦人科頸部細胞診の異常細胞の判定など、に特化しており、それらが自動的に一つの最終診断に統合されるわけではない。AI の出力はむしろ“複数の部分的な結果”であり、それを解釈・統合する役割は依然として細胞検査士・病理医に委ねられている。第二に、WSI 画像の画質やスキャナーの性能、アノテーション基準の施設間差など実装上の障壁も明確になったが、日本の場合、なによりも病院への WSI スキャナーの普及率が非常に低く病理標本のデジタル化が進んでない。AI を遂行するためには病理標本のデジタル化が必要であり、さらに AI の汎用性には限界があり、「一つの AI でどこでも使える」状況には程遠い。これらの現実が、AI を魔法のように捉える時代を終わらせたのである。しかしこのことは、AI の価値が失われたことを意味しない。むしろ AI は、魔法から有用な道具へと進化している。たとえば乳腺の良悪性診断における AI 補助、HER2 評価の客観化、腫瘍領域の自動抽出、細胞診における異常細胞の検出など、AI は熟練細胞検査士、熟練病理医を置き換えるのではなく、判断を支える強力な補助装置として位置づけられている。今後の課題は、複数の AI 出力をどう統合し、細胞検査士、病理医がより効率的かつ正確に最終診断に至るかという「協働のデザイン」にある。AI は魔法ではなく、診断の質と均質性を高めるためのインフラへと再定義されつつある。かつて有名な放射線科医が「AI が放射線科医を置き換えることはないであろう。しかし AI を使わない放射線科医を AI を使う放射線科医が置き換えるであろう。」と語ったことは有名であるが、AI が有用な道具であることが判明した現在、この言葉が現実味を帯びてきた。病理分野でも同様であろう。本講演では、こうした潮流を踏まえ、世界の病理 AI の現状と展望について概説する。

## 心嚢液中に出現した

## Fluid overload-associated large B-cell lymphomaの一例

熊本赤十字病院 病理検査課

○近藤千瑛 (CT) 井上佳那子 (CT) 山下 祐 (CT) 川上裕之 (CT)

多比良朋希 (CT) 横尾貴保 (MD) 安里嗣晴 (MD)

## 【はじめに】

Fluid overload-associated large B-cell lymphoma (以下: FO-LBCL) は、体腔液中にのみ腫瘍細胞が出現する大細胞性B細胞リンパ腫である。FO-LBCLは、以前Primary effusion lymphoma (以下: PEL) 様リンパ腫と呼ばれていたが、WHO分類第5版 (2022年) から独立した疾患概念として提唱された。しかしながら、その報告例は少ない。今回我々は、心嚢液中に出現したFO-LBCL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: 息切れ

既往歴: 特記なし

現病歴: 軽い労作での息切れを自覚して近医受診。その際、右胸水および心嚢液貯留を認めため、精査加療目的に当院を紹介受診した。

## 【細胞所見】

好中球や組織球を背景に、小～中型の円形腫瘍細胞が孤立散在性に出現していた。腫瘍細胞は、一部で二核化し、著明な核形不整や顆粒状の核クロマチン、大型の核小体を1個から数個認めた。メイギムザ染色では細胞質内に空胞が観察された。出現様式が単一性でなく、反応性との鑑別に苦慮し、悪性リンパ腫疑いに留まった。

## 【組織 (セルブロック) 所見】

大型で多辺形核および好酸性細胞質を有する異型リンパ球が核塵や壊死物質に伴ってびまん性に増殖していた。免疫組織化学において腫瘍細胞はCD20が陽性、CD3およびEBERは陰性であった。また、HHV8の発現は認められなかった。

臨床情報も考慮しFO-LBCLと診断した。

## 【考察】

FO-LBCLは、体腔液貯留を契機に発見される。体腔液中に悪性リンパ腫細胞が出現した際は、全身を検索し、腫瘍形成の有無を検索する必要

がある。本症例は腫瘍形成が認められなかったため、体腔液原発のFO-LBCLとPELが考慮された。

FO-LBCLは、R-CHOP療法が著効することや、体腔液の排液により自然寛解した症例が報告されており、PELと比較して一般的に予後良好である。そのため、細胞学的にPELと鑑別することは臨床的に重要である。

FO-LBCLは、PELと比較して高齢者に好発し、他の悪性リンパ腫やPELに認められるB症状 (発熱、体重減少、倦怠感など) の発生頻度は低い。これらの臨床情報は、本症例も同様であり、本腫瘍を推定する重要な所見であったと思われる。

FO-LBCLの細胞形態学的特徴は、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫に類似しており、腫瘍細胞はN/C比が増大し弱塩基性の細胞質を有すると報告されている。さらに、核の切れ込みや二核細胞、明瞭な核小体が散見される。一方、PELは強塩基性の豊富な細胞質および円形核を有する大型の腫瘍細胞が単調に出現すると言われている。

本症例は、出現細胞が比較的小型で単調に出現している点以外はFO-LBCLの細胞所見と一致していた。

免疫細胞化学においてFO-LBCLは、成熟B細胞マーカーが陽性、形質細胞マーカーは陰性であり、本症例と一致していた。一方PELは汎B細胞マーカーが陰性、形質細胞マーカーが陽性となる。しかし、FO-LBCLの20%の症例においてCD20の発現が減弱することが報告されており、注意が必要であるため、必須項目であるHHV8を含めた複数のマーカーを用いて総合的に判断することが肝要と思われる。

## 【まとめ】

FO-LBCL の細胞診断では、ギムザ染色の染色性や二核細胞が多数出現するという特徴を念頭に置き、臨床情報や免疫細胞化学を含めて総合的に判断する必要がある。

## 肺門部に発生した肺過誤腫の一例

熊本中央病院 病理診断科

○塚本 堯己 (MT) 木下 裕也 (CT) 福永 光志郎 (CT)

紫垣 まどか (CT) 立山 敏広 (CT) 本田 由美 (MD)

### 【はじめに】

肺過誤腫は気管支上皮の陥入を伴う良性の間葉系腫瘍であり、少なくとも2つの間葉系成分から構成される。肺の良性腫瘍の中では最も頻度が高く、多くは末梢肺に発生するが、10%程度は中枢側の気管支腔内に発生する。細胞診検体では少量の間葉系成分の認識が難しく、腺癌やカルチノイド腫瘍/NETなどの上皮系腫瘍が疑われることがある。今回我々は右 B4 入口部気管支腔内に発生した肺過誤腫の1例を経験したので報告する。

### 【症例】

患者：50 才代 男性

主訴：右肺門部腫瘍

喫煙歴：20～50 歳まで 20 本/日

現病歴：肺気腫、慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の治療中。前医の胸部 X 線で右肺門部の腫瘍を疑われ当院に紹介された。自覚症状は特になかった。胸部 CT では右肺門部に 20mm 大の腫瘍があり、8 年前と比較すると増大傾向があることから肺癌が疑われた。気管支鏡では右 B4 入口部は狭窄し、粘膜下に腫瘍を認め、ガイドシース併用気管支内超音波断層法 (EBUS-GS) による穿刺吸引細胞診および生検が施行された。

### 【細胞所見】

穿刺吸引細胞診検体では、軟骨組織を含む線維粘液様の基質とシート状の気管支上皮細胞の集塊が出現しており、少数の紡錘形細胞も認めた。円柱上皮の一部は N/C 比の増加や微細なクロマチン、核の緊満感を認め、腺癌を疑った。

### 【組織所見】

生検検体では、硝子軟骨や紡錘形細胞を含む粘液腫様成分に加え、少量の脂肪細胞や気管支上皮を認めた。気管支上皮の一部に核の腫大を認めたが核異型に乏しく、肺過誤腫と診断した。

### 【考察及びまとめ】

肺過誤腫の発育は緩徐であり、ダブリングタイムは 23 カ月～15 年と報告されている。末梢型の大部分は無症状で、偶然発見されることが多い。気管支腔内に発症した過誤腫も初期は自覚症状に乏しいが、腫瘍の増大に従い咳嗽、血痰、呼吸困難、閉塞性肺炎などの症状を契機に発見されることが多い。

穿刺吸引細胞診検体では、肺過誤腫の 22% がカルチノイド腫瘍や腺癌、小細胞癌と診断されているとの報告がある。細胞診では上皮細胞の細胞所見に目が向きやすく、背景に存在する少量の軟骨あるいは線維粘液様の基質や脂肪細胞、紡錘形細胞などの間葉系成分を見落とすことが多いと思われる。今回の症例でも画像所見では肺癌が疑われており、上皮細胞の集塊が比較的多くみられ、一部に腺癌を疑う細胞所見を認めたことから腺癌を疑ったが、背景に存在する間葉系成分の評価が不十分であった。

肺過誤腫の細胞診検体に出現する上皮細胞と腺癌との鑑別点としては、肺過誤腫の上皮細胞でも N/C 比の増加やクロマチンの増量などがみられるがその程度はいずれも軽度であること、細胞は平面的に配列し重積性がないこと、核縁の肥厚や大型の核小体はみられないこと、ときに線毛を有する円柱状の細胞がみられることなどが挙げられる。

細胞診においては個々の細胞の細胞像のみならず、背景所見を含めた総合的な観察が重要であると再認識した。

## 甲状腺膨大細胞癌の一例

熊本大学病院 病理部

○大黒 真琴 (CT) 柿沼 廣邦 (CT) 下村 麻里 (MD) 三上 芳喜 (MD)

### 【はじめに】

甲状腺膨大細胞癌は腫瘍の 75%以上が好酸性顆粒状の細胞質を有する細胞より構成される癌腫で、以前の分類では濾胞癌の亜型とされており、好酸性細胞型濾胞癌とよばれていたが、2023 年に出版された甲状腺癌取り扱い規約第 9 版では、膨大細胞癌に名称が変更され、独立した疾患単位として扱われるようになった。今回我々は膨大細胞癌の一例を経験したので、報告する。

### 【症例】

患者：70 代 女性

主訴：咽頭部違和感

現病歴：約 4 か月前より咽頭部の違和感を訴え、前医受診した。2 ヶ月後当院にて、上部消化管内視鏡を施行したが、咽喉頭～食道に明らかな異常所見なしであった。その 2 ヶ月後に CT 撮影を実施したところ、甲状腺右葉に 35mm 大の乏血性腫瘍を認め、気管への浸潤と気道狭窄が確認された。その後、甲状腺右葉より 3 回 FNA が行われ、悪性腫瘍が示唆されたため、甲状腺、喉頭、縦隔気管口切除術が行われた。

### 【細胞所見】

甲状腺穿刺吸引細胞診では、出血を背景に、細胞質に豊富な好酸性顆粒状物質を有する濾胞細胞が散在性から小集塊状あるいは、小濾胞状構造を示す集塊でみられた。一部には裸核状細胞も出現していた。核は円形から類円形を示し、核偏在性で核腫大を伴い、核の大小不同や細顆粒状クロマチン増量、明瞭な核小体腫大がみられた。また一部では、核溝などの核形不整はみられないが、核内細胞質封入体や細胞質内小腺腔を認めた。背景にアミロイドはみられなかったが、以上の細胞所見から髓様癌を推定した。

### 【組織所見】

切除標本では、豊富な顆粒状好酸性物質を有する腫瘍細胞が大小の濾胞状構造あるいは充実性胞巣を形成しながら密に増殖していた。抗ミトコンドリア抗体を用いた免疫組織化学染色ではこれらの腫瘍細胞の細胞質が顆粒状に陽性であった。以上の所見に加えて、多数の静脈侵襲を伴って甲状腺外の周囲脂肪組織および気管壁に浸潤していることから、広汎浸潤性膨大細胞癌と診断した。

### 【考察】

膨大細胞腺腫および膨大細胞癌として独立した腫瘍として取り扱われるようになった背景として、甲状腺腫瘍の診断において形態のみならず腫瘍の遺伝子異常を重視する考え方が強く、その診断により治療の方向性が異なる。従来は手術切除と放射性ヨウ素内服療法が治療の中心であったが、分子標的薬の選択肢が広がり、個別化医療が現実のものとなりつつある。膨大細胞腫瘍は概念的に濾胞性腫瘍などの RAS 系腫瘍とは異なり、好酸性細胞を主とした腫瘍としてミトコンドリアゲノムの異常が認められる。しかしながら、甲状腺において、好酸性細胞は様々な疾患において出現するため、それらと鑑別する必要がある。特に本症例では当初髓様癌を推定したことから、あらためて細胞像を見直して検討した。その結果、髓様癌に比べ膨大細胞癌は細胞質が顆粒状で濃染し、細胞境界が明瞭、核は偏在性だが細胞質内に収まっており、大型核小体の存在が異なると考えられた。

### 【まとめ】

今回、膨大細胞癌の一例を経験したことにより、細胞像のみからは安易な診断は避け、上記の特徴的細胞像を捉えることで、膨大細胞腫瘍と推定することは可能であり、臨床所見を加味して診断することが重要と思われた。



## 右下顎部の細胞診検体で推定しえた Ewing 肉腫の 1 例

熊本労災病院 中央検査部 <sup>1)</sup> 呼吸器外科 <sup>2)</sup>

病理診断科 <sup>3)</sup>

○関本香純 (CT) <sup>1)</sup> 川野陽子 (CT) <sup>1)</sup> 井上博幸 (CT) <sup>1)</sup> 森谷智輝 (CT) <sup>1)</sup>

園田鮎美 (CT) <sup>1)</sup> 新納瑞稀 (CT) <sup>1)</sup> 田中寛大 (MT) <sup>1)</sup> 柴田英克 (MD) <sup>2)</sup>

栗脇一三 (MD) <sup>3)</sup>

### 【はじめに】

Ewing 肉腫は、10 から 30 歳の小児や若年成人に好発する小円形細胞腫瘍である。小円形細胞腫瘍は、小型円形細胞を主体とする腫瘍の総称であり、形態をふまえた免疫組織化学染色や遺伝子検索が必要とされる。今回我々は、右下顎部の細胞診検体で推定しえた Ewing 肉腫の 1 例を経験したので報告する。

### 【症例】

10 歳代、男性。1 週間前から右顎の腫れがあり、当院耳鼻咽喉科を紹介受診された。右下顎角に可動性不良の弾性硬の腫瘤を認めた。超音波検査では、32×14×29mm の低エコー腫瘤を認め、内部は不均質で流動性があり、血流豊富で骨破壊を疑う骨表面不整像を認めた。肉腫などの可能性も否定できない所見で、穿刺吸引細胞診が施行された。頭頸部造影 MRI 画像で、同様の腫瘤を認め、肉腫などの悪性が示唆される所見を認めた。

### 【穿刺吸引細胞診所見】

血液成分や間質結合織とともに、均一な小型異型細胞を孤在性や集塊状に多数認めた。小型異型細胞は、狭小な細胞質を有し、核は類円形で微細な核クロマチンの増量や小型の核小体、ごく少数の核分裂像を認めた。一部で、ロゼット様配列を認めた。悪性を考える所見で、肉腫を含む小円形細胞腫瘍が鑑別に上がり、穿刺後の針洗浄液を用いてセルブロックを作製した。

### 【セルブロック所見】

小血管を介在し、細胞境界不明瞭な腫瘍細胞がシート状に増生していた。腫瘍細胞は、微細な核クロマチンを示す小型類円形核で、狭小な淡好酸性の細胞質を有していた。核分裂像は 1-2/HPF であった。Homer-Wright 型ロゼット形成は認めなかった。

免疫組織化学染色では、vimentin、CD99、NKX2.2、CD56(<10%)が陽性、AE1/AE3、CAM5.2、S-100、desmin、 $\alpha$ -SMA、CD34、chromograninA、synaptophysin、SS16-SSX は陰性だった。Undifferentiated small round cell sarcoma で、Ewing 肉腫や間葉性軟骨肉腫など疑われた。RT-PCR 法で EWSR1/FLI1 融合遺伝子を検出し、Ewing 肉腫と診断された。

### 【考察まとめ】

本症例の穿刺吸引細胞診所見は、均一な小型異型細胞が出現し、一部にロゼット様配列を認めた。患者が小児であることも考慮すると、小円形細胞腫瘍のひとつである Ewing 肉腫を鑑別にあげることは可能だったと考える。小円形細胞腫瘍は細胞形態のみでの診断は困難である。そのため、穿刺後の針洗浄液等から、セルブロックを作製し、免疫組織化学染色や遺伝子検索に活用することは、診断の一助になると考えられた。

