

第39回京都臨床細胞学会学術集会

「京都府生活習慣病予防検診細胞診従事者研修関連プログラム」

プログラム・抄録集

会期：令和5年7月23日（日） 12:00～16:25

形式：京都大学百周年時計台記念館国際交流ホール
（現地開催） + LIVE配信（Web開催）

参加費：1,000円

事前申し込み制

京都臨床細胞学会

会長 岸本 光夫

第 39 回京都臨床細胞学会学術集会の開催にあたって

京都臨床細胞学会学術委員会 委員長 森永 友紀子

新型コロナウイルス感染症の感染症法における扱いが 5 類に変更され、世間は少しずつコロナ禍前の生活を取り戻しつつあります。しかしながら今なお市中での感染拡大が収束したとは言い難く、医療機関には高齢の方や免疫力の低下した方が数多く来院されることもあり、厳重な感染対策を継続されている施設も多いことと存じます。これらの状況を勘案し、今回の学術集会は、前回と同様に京都大学百年時計台記念館国際交流ホールでの現地開催と Web によるライブ配信を組み合わせたハイブリッド方式で開催することといたしました。

本会のプログラムは特別講演 2 題、一般演題 6 題で構成され、明日からの診療・診断業務に活かせる内容となっております。特別講演 1 では、2022 年末に発刊された WHO Reporting System for Lung Cytopathology に基づき、肺の腺癌と扁平上皮癌を鑑別するうえで重要な構造所見についてご講演いただきます。また特別講演 2 では、膀胱癌において患者の生命予後に大きく関係する高異型度尿路上皮癌を中心に、みなさまも悩むことが多いであろう尿細胞診の勘所をお話しいただけると期待しております。一般演題としましては、ショートプレゼンテーションを含めた症例報告のほか、今後臨床活用が期待される免疫細胞化学染色の検討など、バラエティに富んだ内容となっております。

この度のパンデミックとそれに伴う社会の変容は私たちに多くの影響を与えました。厳粛な行動規制や医療逼迫に苦しめられた一方で、学会や講習会などの Web 開催が定着し、これまでご家庭の事情等で会場参加が難しかった方や遠方のため参加を断念されていた方が気軽に参加できるようにもなりました。本会におきましても、実際にお会いしてお話を聞き親交を結ぶ機会を得られる現地開催の良さを残しつつ、より多くの会員のみなさまにとってアクセスしやすい生涯学習の機会となりますよう開催に取り組んでまいります。

プログラム

1. 開会の辞 (12:00~12:05)

学術委員長 森永 友紀子先生 (京都府立医科大学附属病院 病理診断科)

2. 特別講演1 (12:05~13:05)

座長 森永 友紀子先生 (京都府立医科大学附属病院 病理診断科)

『呼吸器細胞診-WHO報告様式と腺癌/扁平上皮癌を鑑別するための構造異型-』

羽場 礼次先生 (香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部)

----- 休憩 -----

3. 一般演題1 (13:20~14:05)

座長 樋野 陽子先生 (京都第一赤十字病院 病理診断科)

真下 照子先生 (京都第二赤十字病院 検査部)

① 診断に苦慮した子宮内膜細胞診の1例

大村 萌恵 (CT) (宇治徳洲会病院 検査科)

② 肺原発粘表皮癌の1例

渡部 宇洋 (CT) (京都府立医科大学附属病院 病院病理部)

③ HeLa細胞におけるp16^{INK4a}免疫細胞化学染色の比較検討

野村 渉真 (CT) (京都橘大学大学院 健康科学研究科)

4. 一般演題2 (14:10~14:55)

座長 渋谷 信介先生 (京都桂病院 病理診断科)

大澤 幸希光先生 (京都橘大学 健康科学部臨床検査学科)

④ 頸部リンパ節穿刺として提出された毛母腫の1例

藺田 都 (CT) (京都第一赤十字病院 病理診断部)

⑤ 自然尿中に出現した小細胞癌の1例

溝口 佳惟 (CT) (京都大学医学部附属病院 病理部)

⑥ SMARCA4欠失腫瘍の4例

伊藤 寛朗 (MD) (京都大学医学部附属病院 病理診断科)

----- 休憩 -----

5. 特別講演2 (15:20~16:20)

座長 南口 早智子先生 (京都大学医学部附属病院 病理診断科)

『尿細胞診—膀胱癌患者の予後を改善するために』

都築 豊徳先生 (愛知医科大学医学部 病理診断学講座)

5. 閉会の辞 (16:20~16:25)

会長 岸本 光夫先生 (京都市立病院 病理診断科)

抄録集

◆ 特別講演1 (12:05~13:05)

『呼吸器細胞診-WHO 報告様式と腺癌/扁平上皮癌を鑑別するための構造異型-』

香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部

羽場 礼次

2022年末に IHC-IARC-WHO が共同で、呼吸器細胞診の新報告様式である『WHO Reporting System for Lung Cytopathology』を出版した。今回の講演ではこの内容を中心に解説するが、悪性判定では、腺癌と扁平上皮癌の鑑別を行うための構造所見の概要を述べる。

1) 呼吸器細胞診の診断カテゴリー

国内での肺癌細胞診報告様式は、2021年肺癌取扱い規約第8版（補訂版）に記載されている。実際の細胞診断では、まず検体の評価（不適正/適正）を行い、適正であれば3段階で報告（陰性、疑陽性、陽性）、陽性（悪性）の場合は推定組織型を記載する。しかし、今回の『WHO Reporting System』では、5段階のカテゴリーが提唱された。すなわち、『Insufficient/Inadequate/Non-diagnostic』、『Benign』、『Atypical』、『Suspicious for malignancy』、『Malignant』の5段階である。この5段階の各カテゴリー分類では、悪性危険度であるROM（Risk of malignancy）が示されており、『Malignant』のカテゴリーに近づくほど細胞診断が悪性である可能性が高い。

2) 診断カテゴリー : Insufficient/Inadequate/Non-diagnostic

『Insufficient』は不十分、『inadequate』は不適正、『non-diagnostic』は診断不能の日本語訳と考えられる。信頼できる細胞診断に必要な細胞量、または質が不足している。原因に関しては、細胞診材料の不足、広範囲な壊死、固定不良、染色不良、血液/炎症細胞/粘液などのため、適切な検体が採取されていない場合などが考えられる。報告書には1つの用語を一貫して使用することが推奨されている。報告書には、「臨床的および画像所見と合わせて総合的に検討することが必要」と記載し、必ず臨床所見や画像所見を再検討、総合的に判断し、再検や精密検査などの次の方針を計画することが強調されている。

3) 診断カテゴリー : 『Benign』

『Benign』（良性）の細胞診断時には、臨床所見や画像所見との対比が必要で、できるだけ具体的な診断

名を記載することが望まれる。この『Benign』と分類される病変には、炎症性病変と良性腫瘍の場合がある。具体的に炎症性病変では、好中球が優勢な急性炎症や化膿性炎症、組織球性/リンパ球性/好酸球性炎症、肉芽腫性炎症などに加えて、他に腺上皮細胞や扁平上皮の反応性増生、真菌、CMV、リポイド物質、異物なども含まれる。また、良性腫瘍には、肺過誤腫、硬化性肺胞上皮腫、乳頭腫、唾液腺型腫瘍、軟骨腫、傍神経節腫、PEComa、神経鞘腫、髄膜腫、顆粒細胞腫などが含まれる。

4) 診断カテゴリー：『Atypical』

『Atypical』（異型）と分類された標本内の細胞には、良性病変にみられる細胞学的特徴と悪性病変にみられるいくつかの細胞学的特徴が認められる。すなわち、良性あるいは悪性と診断するには、細胞の数や質のいずれかの特徴が不十分な場合である。『Atypical』には、①炎症性や感染性、放射線療法、化学療法などの状況下で、悪性腫瘍に類似した反応性、再生性の気管支上皮細胞や他の上皮細胞、②悪性腫瘍と鑑別が難しい扁平上皮化生や杯細胞の過形成、③上皮性悪性腫瘍やリンパ増殖性疾患でみられる細胞学的な特徴を有する少数の細胞、④壊死、角化物質の断片、濃縮粘液、アポトーシス細胞など腫瘍性の背景に出現するような物質や細胞、⑤追加検査結果待ちの紡錘形細胞からなる病変などが含まれる。『Atypical』と分類した場合は、臨床所見や画像所見を合わせた再検討が必要である。画像所見で悪性の可能性があれば、細胞病理学的な再検を行うか、より侵襲的な精密検査が必要である。

5) 診断カテゴリー：『Suspicious for malignancy』

『Suspicious for malignancy』（悪性疑い）のカテゴリーは、細胞診断者が細胞診標本をみて悪性である可能性が非常に高いが、悪性と確定するためには少しでも疑問が残る場合に適用される。特に、悪性を示唆するいくつかの特徴があるが、質的あるいは量的に不十分な点がある場合に使用される。このカテゴリーの閾値は、細胞診断者の経験、標本の作製法、細胞異型の程度などによって左右される。そのため、細胞診断者間の不一致性が高いと言える。このカテゴリーに分類された場合は、集学的に臨床像や画像などを再検討することが必要で、精密検査として生検が推奨される。

6) 診断カテゴリー：『Malignant』

『Malignant』のカテゴリーに分類された細胞診標本には、悪性腫瘍としての細胞学的な特徴が認められる。悪性と診断した場合は、可能な限り推定組織型を記載することが望まれる。今回の『WHO Reporting System』には、推定組織型として腺癌、扁平上皮癌、非小細胞癌（NOS）、唾液腺型癌、腺扁平上皮癌、多形癌、肺芽腫、癌肉腫、NUT 癌、胸部 SMARCA4 欠損未分化腫瘍、神経内分泌腫瘍（カルチノイド）、小細胞癌、LCNEC、リンパ腫、肺ランゲルハンス細胞組織球症、紡錘細胞腫瘍、中皮腫、胸部胚細胞腫瘍、転移

性肺腫瘍、血管肉腫などの細胞学的特徴が詳細に記載されている。組織型の推定に悩んだ場合は、細胞転写、LBC、セルブロックなどの補助診断を用いることも考慮しなければならない。

7) 診断カテゴリー：『Malignant』と診断した場合の腺癌と扁平上皮癌の鑑別における構造所見の有用性

悪性と診断した場合に腺癌と扁平上皮癌の鑑別に悩む場合がある。通常はまず細胞異型を判断して鑑別を行っていると考えられる。しかし、擦過や穿刺などの新鮮な材料では、構造所見も同時に判断することにより、腺癌と扁平上皮癌の鑑別が可能な場合もある。2020年、腺癌と扁平上皮癌における細胞診断の標準化を推進するため、日本肺癌学会では細胞診判定基準改訂委員会内に構造異型を加味した細胞判定ワーキンググループが立ち上げられた。詳細に関しては省略するが、腺癌と扁平上皮癌を鑑別する上で重要な構造所見の標準化を図るため、実際の細胞像をアトラスとして提示し、解説を加えた（日本肺癌学会や日本臨床細胞学会のホームページ内に掲載）。このアトラス内には、腺癌と扁平上皮癌を鑑別する上で重要な構造所見である15項目の定義と概説、定型例や非定型例の写真と解説をあげている。1つの構造所見のみで腺癌と扁平上皮癌を鑑別することはできないが、日常業務の細胞診断では、細胞所見とともに、下記に列記した複数の構造所見を参考にし、鑑別していただきたいと考える。

以下：アトラス内に掲載した構造所見

- | | |
|------------------|---------------|
| 1.孤立性 | 2.シート状 |
| 3.不規則重積性 | 4.乳頭状 |
| 5.微小乳頭状 | 6.腺腔様 |
| 7.柵状配列 | 8.細胞集塊辺縁の核の突出 |
| 9.蜂巢状/亀甲状 | 10.流れ様配列 |
| 11.層状配列 | 12.細胞集塊辺縁の扁平化 |
| 13.細胞集塊辺縁の細胞質の突出 | 14.細胞相互封入 |
| 15.細胞間の空隙 | |

◆ 特別講演2 (15:20～16:20)

『尿細胞診-膀胱癌患者の予後を改善するために』

愛知医科大学医学部病理診断学講座

都築 豊徳

新規薬剤の開発を含めた治療方法の進歩にも拘わらず、長い間尿路上皮癌治療成績は向上しておらず、特に進行性尿路上皮癌の予後成績の進歩は限定的な状況である。従って、早期の段階での尿路上皮癌診断及びその監視は患者の予後に極めて重要である。現在の尿路上皮癌診断は膀胱鏡並びにその際に行われる病理診断が標準であるが、これらの手技は侵襲性が高い難点がある。その補助的な役割として尿細胞診あり、その簡便性並びに非侵襲性から尿路上皮癌治療において重要な位置を占めている。尿細胞診の診断方法には様々な取り扱いが存在したが、近年では世界標準報告様式としてパリシステムが作製され、本邦の腎盂・尿管・膀胱癌取り扱い第2版でも正式報告様式として採用されている。

本講演ではパリシステムの概念に基づいて、尿細胞診を診断する上での基本的な事項を解説する。細胞診を行う上で重要な検体適正の概念について解説を行う。パリシステムでは高異型度尿路上皮癌が主たる検討対象とされている。本講演ではその意義についての解説を行う。高異型度尿路上皮癌の可能性除外もパリシステムを運営する上での重要なポイントとなる。主な鑑別対象であるデコイ細胞や正常尿路上皮集塊への対応方法を解説する。高異型度尿路上皮癌の基本的診断についての解説を行うとともに、パリシステムの運用でピットホールになる病態についても解説を行う。

カテーテル尿を用いた上部尿路の尿細胞診は侵襲性が高いとともに診断学的にも困難な症例が少なくない。その一方で、臨床側からの尿細胞診による上部尿路上皮癌診断への要求は高い。本講演では上部尿路における尿細胞診の診断アプローチ並びにその問題点に触れ、具体的な対応法の解説を行う。

◆ 一般演題 (13:20～14:55)

① 診断に苦慮した子宮内膜細胞診の 1 例

宇治徳洲会病院 検査科¹⁾, 病理診断科²⁾

○大村 萌恵¹⁾, 森 雅浩¹⁾, 遠山 祥子¹⁾, 岸井 美穂¹⁾, 江口 光徳¹⁾, 三林 聡子²⁾

【はじめに】子宮内膜細胞診は通常の塗抹標本や液状化検体細胞診(以下 LBC)を採用されている施設があると思う。今回当院で LBC による子宮内膜細胞診にて診断に苦慮した一例を経験したので報告する。

【症例】47 歳女性。既往歴なし。出血が 2 週間続いたため前医受診しデュファストンを処方され、当院受診 1 週間前に服用が終了していた。その後、ゼリー状の出血を多量に認めたため、当院受診された。子宮内膜が 28.5mm と肥厚していたため、掻爬・細胞診が施行された。

【細胞像】十数個から数十個ほどの集合で異型細胞を認めた。核腫大、クロマチンはやや粗で中等度増量、核形不整、大小不同、大型の核小体明瞭、核は中心性で細胞質はレース状からやや厚く、平面的集塊から乳頭状、一部重積性を示す細胞集塊が出現していた。以上より、核異型はあるが全体的にクロマチンパターンも揃っており Suspicious (Indeterminate)と判定した。

【組織像】子宮内容物として提出された検体は、血液とともに変性が加わった脱落膜、絨毛組織や内膜腺管を認めた。絨毛の一部に水腫状変化がみられ、mole とすべき像は明らかでなく、Product of conception. と診断された。

【まとめ】今回流産関連の標本を LBC で初めて観察した。組織で Product of conception. と診断された症例であったが、年齢が 47 歳というところで鑑別診断にあげられなかった。改めて見直したときに、通常の腺癌等に合致する所見はなく、BD 社の SurePath で沈降法を用いていることで、より立体的で丸くみえたと思われる。今回の症例では年齢と臨床情報により、診断に苦慮したが、今後は、閉経前の女性は、妊娠の可能性も頭におき、臨床所見だけでなく総合的に判断することが重要であると思われた。

② 肺原発粘表皮癌の 1 例

京都府立医科大学附属病院 病院病理部¹⁾, 洛和会京都病院 病理診断部²⁾, 松下記念病院 病理診断科³⁾
○渡部 宇洋(CT)¹⁾, 小倉 美紀子(CT)¹⁾, 山口 一美(CT)¹⁾, 由木 はる美(CT)¹⁾, 磯島 喜孝(CT)¹⁾,
中川 有希子(CT)¹⁾, 嶋田 恵里(MD)²⁾, 本田 行平(MD)³⁾, 渡邊 仁(MD)¹⁾, 森永 友紀子(MD)¹⁾,
長峯 理子(MD)¹⁾, 小西 英一(MD)¹⁾

【はじめに】粘表皮癌は扁平上皮様細胞、粘液細胞、中間細胞から構成される唾液腺型の悪性腫瘍である。呼吸器における発生頻度は全肺癌のおよそ 0.1~0.2%と稀であり、中枢側気管支の気道上皮下に局在する気管支腺に由来する。肉眼的には境界明瞭な柔らかい粘膜下腫瘍で、組織学的に低悪性度と高悪性度に分類される。今回、当院で診断された肺原発低悪性度粘表皮癌の一例を他の組織型との比較を交えて報告する。

【症例】60 代女性。喫煙歴なし。早期大腸癌（上皮内癌）で内視鏡治療歴あり。前医の胸部 X 線検査で左上肺野に無気肺を指摘され、胸部 CT 検査で左肺上葉気管支を閉塞する軟部陰影を認めたことから精査加療目的に当院紹介となった。当院の気管支鏡検査では左上区に白色隆起性病変を認め、同部位に対し擦過細胞診および生検を実施した。

【細胞診】左肺上葉気管支擦過材料。血性背景に、細胞境界明瞭な多辺形細胞より成る集塊を多数認めた。多辺形細胞の核は類円形でクロマチン増量は目立たず、軽度の核形不整や小型核小体が認められた。これらの細胞と細胞質内に粘液を有する細胞とが一塊となって出現している所見もわずかながら認められた。細胞異型は弱いが多数の細胞が出現していることから腫瘍性病変が疑われ、粘表皮癌、扁平上皮癌、腺癌などが鑑別に挙げられた。

【組織診（経気管支生検）】左肺上葉気管支生検材料。硝子様間質を伴い、diastase-PAS 反応陽性の粘液を含む粘液細胞、免疫組織化学的に p40 陽性で細胞間橋を有する扁平上皮様細胞、N/C 比の高い中間細胞が種々の割合で増殖していた。核分裂像は明らかでなく、MIB-1 陽性率は 1%未満であった。粘表皮癌の像で、生検検体の範囲では低悪性度と考えられた。

【まとめ】低悪性度粘表皮癌の場合、核異型が弱いことが多いが、扁平上皮様細胞、粘液細胞、中間細胞を見極めることが重要である。肺原発の粘表皮癌の頻度は高くはないが、上記のような細胞所見が見られた場合、粘表皮癌の可能性のあることを念頭に置き鑑別にあげることが大切であると考えられた。

③ HeLa 細胞における p16^{INK4a} 免疫細胞化学染色の比較検討

京都橘大学大学院 健康科学研究科¹⁾, 京都橘大学 健康科学部臨床検査学科²⁾, 京都橘大学 生命健康科学研究センター³⁾

○野村 渉真(CT)¹⁾, 大西 崇文(CT)^{2,3)}, 新美 大弥(CT)¹⁾, 岩下 玄基(CT)¹⁾, 寺尾 友伽(CT)¹⁾, 小田嶋 広和(CT)^{2,3)}, 大澤 幸希光(CT)^{2,3)}, 岡田 仁克(MD)^{1,2,3)}, 服部 学(CT)^{1,2,3)}

近年、子宮頸がんの患者数や死亡率は増加しており、若い女性にも増加している。子宮頸がんの主な原因としては *Human Papillomavirus* (HPV) 感染によるものであり、HPV の感染により p16^{INK4a} の過剰発現が起きると考えられている。子宮頸部病変では p16^{INK4a} の過剰発現により、免疫染色において病変部のみが特異的に染色される。そのため、今後も子宮頸部の病理組織診や細胞診での p16^{INK4a} 免疫染色の需要は高まると考えられる。本研究ではヒト子宮頸癌由来細胞株である HeLa を用い、細胞診標本における固定法や標本作製、抗原賦活化の方法の違いによる p16^{INK4a} 免疫細胞化学染色の比較検討を行った。

対象はヒト子宮頸癌由来細胞株 HeLa とし、陰性コントロールにはヒト気管支由来細胞株 CCD-14Br を用いた。標本作製法は、オートスミア標本のアルコール固定、オートスミア標本のホルマリン固定、ThinPrep[®] 標本、SurePath[™] 標本、クライオバイアル法により作製したセルブロック標本、アルギン酸ナトリウム法により作製したセルブロック標本の 6 種類で行い、各標本において固定時間の長さによる染色性への影響を検討した。さらに賦活化法の差を検討するために、pH 9.0 の抗原賦活化液、pH 6.0 の抗原賦活化液、トリプシン、プロテアーゼ、賦活化後の急速冷却、賦活化なしの 6 種類の方法を各標本作製法にて実施した。標本作製法と賦活化方法が異なる標本を対象に p16^{INK4a} の染色を行い、染色性の比較検討を行ったので報告する。

④ 頸部リンパ節穿刺として提出された毛母腫の 1 例

京都第一赤十字病院 病理診断科部¹⁾，東海大学医学部付属東京病院 診療協力部診療技術科²⁾，
明石市立市民病院 病理診断科³⁾

○藺田 都(CT)¹⁾，片岡 恵美(CT)¹⁾，島田 静香(CT)²⁾，山野 剛(MD)³⁾，樋野 陽子(MD)¹⁾

【はじめに】頸部リンパ節の穿刺吸引細胞診として提出され、診断に苦慮したものの、鑑別に挙げることができた毛母腫の 1 例を経験し報告する。

【症例】10 代前半男性。右頸部腫瘤を主訴に、近医耳鼻科から当院耳鼻科に紹介受診された。腫瘤は可動性良好で疼痛はなく、浅頸リンパ節の腫脹を疑って穿刺吸引細胞診を行い、その後切除術が施行された。

【細胞診】細胞量は豊富。好中球や単核組織球、多核巨細胞や壊死細胞を伴う汚い背景に、N/C 比の高い小型細胞の小集塊を認めた。小型細胞は狭いライトグリーンの細胞質とおおむね均一なサイズの類円形核を有し、核形不整は目立たず、核クロマチンの細顆粒状増量と好酸性核小体を伴う細胞と核の濃縮変性を示す細胞が混じっていた。一部に核分裂像を認めた。オレンジ G 好染の角化扁平上皮細胞、ライトグリーン好染の非角化扁平上皮細胞、核が抜けた壊死細胞も、集塊を形成、あるいは個別散在性に出現していた。この腫瘤がリンパ節であれば癌の転移の可能性があるが、年齢や採取部位を考慮すると毛母腫を含む皮膚腫瘍や表皮嚢胞などの嚢胞性病変も鑑別にあがった。これらの鑑別となる疾患を挙げたうえで、細胞診では鑑別困難カテゴリーとし、皮膚科への対診を助言した。

【組織診】エコーが実施され、右頸部の 10mm の皮下腫瘍であった。毛母腫を疑って腫瘍切除が行われた。結節状の腫瘍で、核の抜けた好酸性細胞(陰影細胞)のシートが多く、一部で陰影細胞に接して N/C 比の高い小型細胞(好塩基細胞)の集塊を認めた。好塩基細胞から陰影細胞への移行があり、周囲には多核巨細胞や好中球を含む炎症細胞浸潤を伴っていた。

【まとめ】毛母腫は、毛球内の毛母基や毛幹への分化を示す皮膚の良性腫瘍で、若年者の頭頸部や四肢に好発する。穿刺吸引細胞診が施行されることはまれであるが、本例のように耳鼻科からリンパ節穿刺材料として検体が提出される場合や、唾液腺腫瘍や乳腺腫瘍を疑って耳鼻科や乳腺外科から腫瘍穿刺材料が提出される場合もある。毛母腫の穿刺吸引細胞診では、壊死性背景に N/C 比の高い小型細胞集団や角化扁平上皮細胞、核分裂像などの悪性腫瘍を想起させるような所見を示すので、扁平上皮癌や小細胞癌と診断すると過剰治療につながる危険性がある。悪性腫瘍との厳密な鑑別が困難ではあるが、年齢や臨床情報を合わせて、毛母腫も考慮するなど注意が必要である。

⑤ 自然尿中に出現した小細胞癌の一例

京都大学医学部附属病院 病理部¹⁾, 病理診断科²⁾

○溝口 佳惟(CT)¹⁾, 南口 早智子(MD)²⁾, 平田 勝則(CT)¹⁾, 羽賀 博典(MD)²⁾

【はじめに】肺外の小細胞癌は稀で、膀胱を含め多くの臓器に発生するが、全膀胱癌に占める割合は 1%未満である。肺小細胞癌と同様に喫煙との関係が深く、形態および予後においても大きな違いはない。半数以上の症例で尿路上皮癌の合併がみられるとされている。今回われわれは自然尿中に出現した小細胞癌を経験したので報告する。

【症例】年齢は 75 歳で男性であった。大腸癌の既往があり、喫煙歴はなかった。現病歴は腎機能の悪化を認め、原因評価の CT にて膀胱腫瘍と右水腎症を指摘されていた。検体は自然尿であり、LBC 法にて標本作製した。

【細胞所見】壊死性の背景に、核密度の高い細胞集塊が出現していた。核が一行に並んだ、いわゆるリボン状配列を認めた。腫瘍細胞の N/C 比は高く、小型類円形の核を有していた。腫瘍細胞の核クロマチンは泥状で均一な濃染性であり、核小体は認めなかった。

【まとめ】自然尿中に出現した小細胞癌を経験した。LBC 標本では、従来法とは異なる細胞像になることに注意する必要がある。尿中に出現する小細胞癌は変性が加わるため、他臓器の小細胞癌と所見が異なることがあることに注意する。尿細胞診では小型であるということが悪性を否定する所見にはならないため、このことを常に念頭に置いて観察する必要がある。

⑥ SMARCA4 欠失腫瘍の 4 例

京都大学医学部附属病院 病理部¹⁾, 病理診断科²⁾

○伊藤 寛朗(MD)²⁾, 南口 早智子(MD)²⁾, 田原 義孝(CT)¹⁾, 古畑 彩子(CT)¹⁾, 佐伯 美穂(CT)¹⁾, 平伴 英美(CT)¹⁾, 田川 千幸(CT)¹⁾, 溝口 佳惟(CT)¹⁾, 陣内 慶大(CT)¹⁾, 平田 勝啓(CT)¹⁾, 寺本 祐記(MD)²⁾, 竹内 康英(MD)²⁾, 山田 洋介(MD)²⁾, 藤本 正数(MD)²⁾, 吉澤 明彦(MD)²⁾, 羽賀 博典(MD)²⁾

クロマチンリモデリング因子の SMARCA4/BRG1 が欠失する悪性腫瘍が様々な臓器で報告されている。2019～2023 年に当院で経験した 4 例の細胞所見について報告する。

【症例 1】52 歳女性、左肺尖腫瘍に対する CT ガイド下生検捺印細胞診。N/C 比が高く、大小不同の異型核、腫大し明瞭な核小体を有する異型細胞を認めた。一部で核の偏在傾向がみられた。

【症例 2】64 歳女性、肝腫瘍（胆嚢癌疑い）に対する腹水細胞診。核線を伴って孤立散在性異型細胞が多数出現しており、相互封入像や核分裂像を認めた。腫大した核小体が散見され、核の偏在傾向を認めた。

【症例 3】50 歳女性、左肺上葉腫瘍に対するエコーガイド下左肺上葉生検洗浄細胞診。核偏在性、ラブドイド様に見える大型異型細胞がごく少数であるが出現していた。

【症例 4】28 歳女性、子宮体部腫瘍（子宮肉腫疑い）に対する子宮頸腔部スミア細胞診(LBC)。壊死性背景に N/C 比の高い異型細胞が孤立散在性に多数出現しており、一部は不規則な集塊でみられた。核は類円形でクロマチンは細顆粒状、腫大した核小体がみられた。一部で核の偏在傾向がみられた。

いずれも腺癌が鑑別に挙がる低分化腫瘍の細胞像で、生検ないし外科的手術材料の組織診では免疫染色にて SMARCA4/BRG1 の欠失が確認された。典型的には壊死性ないし炎症性背景に核線を伴ってラブドイド様または多形性を示す異型細胞が孤立散在性あるいは結合性の緩い集塊状に出現するとされている。腺癌が鑑別に挙がる像であると考えられるが、孤立散在性に多数の異型細胞がみられる場合には本腫瘍を疑うことが可能と考えられる。診断確定には免疫組織化学による SMARCA4/BRG1 の欠失が有用である。

●会員の方に

<Web配信に関して、皆さまにお願いしたいこと>

- 1) 各自のPCやスマートフォンに、事前にZoomアプリをインストールしてください。
- 2) 申し込まれた方にWeb参加用URLをメールで送信します（開催1週間前と前日を予定）。
- 3) 参加ログ確認の都合上、必ず個人名で参加してください。施設名、ニックネーム等は不可です。
- 4) Web参加者については、3時間以上の参加をログで確認した方を研修会参加と認定します。
参加認定を確認した方には、後日クレジットを送信いたします。
- 5) 詳細は、京都臨床細胞学会ホームページ (<https://jscckyoto.jp/>) をご確認ください。
- 6) プログラム・抄録集冊子（印刷物）は配付いたしませんので、ホームページに掲載された抄録集を各自でご準備ください。
- 7) ランチョンセミナーはありませんので、昼食は各自でお済ませのうえご来場ください。

●新型コロナウイルス感染拡大防止についてのお願い（現地参加される方へのお願いです）

- 1) 以下の事項を開催当日の会場入場までに確認して頂き、厳守頂きますよう重ねてお願い致します。
ひとつでも該当する場合は現地参加をご遠慮下さい。
 - ◇ 37.5℃以上の発熱がある。
 - ◇ 息苦しさ、強いだるさ、2日前までの発熱、喉の痛み、咳・鼻水などの症状がある。
 - ◇ 味覚や臭覚に異常がある。
 - ◇ 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触がある。
 - ◇ マスクの着用がない。
- 2) 会場内では以下の感染拡大防止対策の徹底をお願いします。
 - ◇ 受付時、検温を含めた健康チェックを行う場合がありますので、ご承知おき下さい。
 - ◇ 時計台記念館入口にて検温チェックと手指消毒を行って下さい。
 - ◇ マスクを着用し、咳エチケット、手洗い、手指消毒を徹底して下さい。
 - ◇ 大声での会話や対面での飲食など感染リスクの高い行為は行わないでください。
 - ◇ 休憩時間での交流等はできるだけ控えてください。
- 3) 受付開始は11：20～を予定しております。
- 4) クールビズスタイルを推奨しています。ご協力下さい。

●一般演題演者の方に

- 1) 一般演題は、発表10分、質疑応答は5分の計15分です。
- 2) MSパワーポイント（2007以降のバージョン）で作成し、時間内に終わるようにご用意下さい。
- 3) 現地にて発表される方は、発表データを11：20～11：50の間に発表者用PCに提出し、試写をお済ませ下さい。

●以下のクレジットが付与されます。

- 1) 細胞診専門医：2単位
- 2) 細胞検査士：JSC10単位、IAC5単位

第39回京都臨床細胞学会学術集会役員

[学会役員]

会長	岸本 光夫 (京都市立病院 病理診断科)
専門医会長	南口 早智子 (京都大学医学部附属病院 病理部・病理診断科)
検査士会長	竹腰 友博 (京都市立病院 病理検査科)
事務局長	平田 勝啓 (京都大学医学部附属病院 病理部)
会計担当	平伴 英美 (京都大学医学部附属病院 病理部)
事務局	古畑 彩子 (京都大学医学部附属病院 病理部)
	白波瀬 浩幸 (株式会社KBBM バイオリソース管理部門)

[学術委員]

学術委員長	森永 友紀子 (京都府立医科大学附属病院 病理診断科)
副学術委員長	中川 有希子 (京都府立医科大学附属病院 病院病理部)
学術委員	渋谷 信介 (京都桂病院 病理診断科)
学術委員	樋野 陽子 (京都第一赤十字病院 病理診断科)
学術委員	江口 光徳 (宇治徳洲会病院 検査室)
学術委員	大澤 幸希光 (京都橘大学大学院 健康科学部臨床検査学科)
学術委員	後藤 渉子 (明治国際医療大学附属病院 病理検査)
学術委員	真下 照子 (京都第二赤十字病院 検査部)
学術委員	山口 直則 (綾部市立病院 臨床検査科)