

第29回  
日本臨床細胞学会近畿連合会  
学術集会記録

日 時 : 平成 15 年 11 月 16 日 (日)

場 所 : ぱるるプラザ京都

学術集会会長 : 日本臨床細胞学会京都府支部長  
ルイ・パストゥール医学研究センター  
臨床病理研究部部長  
土橋 康成

## ご 挨拶

学術集会会長  
日本臨床細胞学会京都府支部長  
レイ・パストゥール医学研究センター  
臨床病理研究部部長

土橋 康成

この度、第29回日本臨床細胞学会近畿連合会学術集会を当京都府支部で担当させて頂きましたところ、ここ数カ月の準備期間に、多くの連合会会員諸兄のご協力があり、本日の開催に無事漕ぎつけることが出来ましたことに、深く感謝申し上げます。

世の中はここ数年、医療を含めたあらゆる分野で旧体制の変革が求められる激動期を迎えており、みなさんもその波が怒濤のごとく日本臨床細胞学会にも押し寄せて来ているのを感じておられることと思います。病院、大学、あるいは検査センターの各職場にあって、細胞診業務の将来については、具体的に、あるいはむしろ漠然と、不安に思われることが多々あることでしょう。そのような時代状況にあって、ベンチャー企業の先駆者として著名な京都の堺堀場製作所会長の堀場雅夫さまに「医療と技術革新、時代変化をどうとらえるか」と題する特別講演をお願いしましたところ、ご快諾戴くことが出来ました。ご講演を通じてわれわれが今後進むべき道標の一つが得られるものと思います。

さて学会は現在、その存在意義とあり方を問い直す改革の真只中にあり、種々模索の結果として今年特定非営利活動法人となったところです。その過程では細胞検査士会員と、指導医を中心とした医師会員との細胞診をめぐる共同連係作業のあり方、責任分担のあり方などが改めて問われました。学会法人化の内容と意味、さらには法人化を経ての学会の将来展望などは、各会員レベルで十分理解し、考えておくことが望まれる重要課題です。そこでこれらの諸問題にお詳しい長谷川壽彦先生と都竹正文先生に「法人化とこれからの展望」と題してお話戴くことに致しました。また細胞診における責任問題と関係して「医療訴訟

の諸問題」と題する講演を島田和俊弁護士にお願いしました。島田先生は京都府立医科大学で医療訴訟の弁護士としてお勤め戴いている方です。

一方学術教育面のプログラムとしては、大阪医大、植田政嗣先生に「婦人科癌における血管新生とその制御」と題する学術講演をお願いしました。また教育講演では細胞診の新しい取り組みを2題取り上げることにしました。また、本学会の電子化は、平成9年に京都で開催した第23回近畿連合会学術集会から始まり、今年で6支部を一巡し、あらたな一年を迎えるところです。一般演題の電子化は既に定着した形となっていますが、今年は電子的コミュニケーションに加えて、off-line face to face meeting の重要性にも着目し、すべての電子演題に、短時間乍ら口述発表討論の機会を設けることとしました。十分に討論を掘り下げて戴ければと思います。スライドカンファレンスは細胞診の基本を重視した内容となるよう担当会員にお願いしました。さて、医療の国際化が叫ばれている中、昨年よりJICAのカンボジア医療支援を行い、細胞診でご活躍の京都出身の細胞検査士桑畑雅子さんが一時帰国されておられますので、現況報告の機会が実現します。是非お聞き逃しなく。

以上、大変盛り沢山の内容を、いささか狭い会場で、一日発表討議する学会となりますが、激動期を経てあらたな新時代が拓かれようとする細胞診断学の営みにつながるものとなるならば幸いに思う次第です。

学会の前後には、錦秋の京都も是非お楽しみ戴けることを念願しつつ、多数の連合会会員の皆様のご入浴、ご出席をお待ちしております。

## 特別講演

# 医療と技術革新，時代変化をどうとらえるか

株式会社堀場製作所 会長

堀場 雅夫

- 20世紀の延長線上に21世紀はない
- 何が変わるのか 何が変わらないのか
- 何は変わるべきなのか 何は変えてはならないのか
- 21世紀のキーワード“個の時代”
- ベンチャー魂を阻む日本の環境
- 日本人は自分を過小評価する
- 人間の素晴らしさとはかなさ
- 時間をもっと大切に
- 私のモットー“おもしろ おかしく”
- 北京の蝶になれ
- アラン・ケイの未来指向“自今生涯”

## 学術講演

## 婦人科癌における血管新生とその制御

大阪医科大学産婦人科学教室

植田 政嗣

近年の集団検診の普及とともに、子宮頸癌や体癌は境界病変や初期癌が早期に発見されることから、その予後は著しく改善された。しかし依然として進行例は数多く存在し、最近増加しつつある卵巣癌も含めて、浸潤・転移例の予後は極めて不良である。今後、婦人科癌の治療成績をより向上させるためには、これら進行癌を如何にして制御するかが極めて重要と考えられる。

癌の発育・進展には腫瘍血管新生が不可欠で、癌組織が径1-2 mm を超えて増大するためには、周囲への血管新生の誘導とそれを介する酸素や栄養の補給が不可欠である。また、癌細胞の他臓器への転移や転移巣の再増殖には血管新生が必須であり、種々の血管新生因子の役割が注目されている。癌細胞や周囲の間質細胞から産生される vascular endothelial growth factor (VEGF) family, basic fibroblast growth factor (bFGF), thymidine phosphorylase (dThdPase) 等の血管新生因子は、種々の cytokine の影響下に血管内皮細胞の増殖や遊走を促進し、血管新生を惹起する。その結果、腫瘍内微小血管密度 (intratumoral microvessel density ; IMVD) は増加し、これが原発巣の発育や浸潤・転移に寄与する。また、癌細胞の浸潤形質規定因子としてプロテアーゼや増殖因子が重要である。一方、これら一連の分子

群の発現を制御できれば、癌の増殖・浸潤・転移の抑制が可能と考えられる。

我々は、婦人科癌における VEGF-C、dThdPase の遺伝子・蛋白発現や IMVD が癌の浸潤・転移や予後に密接に関与すること、EGF, TGF- $\alpha$  が頸癌、卵巣癌細胞の浸潤能や血管新生能を調節すること、術前動注化学療法が血管新生の抑制やアポトーシスの誘導により局所進行頸癌を制御し得ることなどを報告してきた。また、最近では Taxane 製剤の血管新生阻害作用に注目し、Taxol が血管内皮細胞の増殖・走化能や卵巣癌細胞の浸潤能を抑制することを見い出している。Taxol は卵巣癌化学療法における第一選択薬剤であるが、今後投与法を工夫すれば、血管新生抑制剤としても難治性卵巣癌の予後向上に資する可能性がある。現在欧米を中心に、血管新生因子や種々のプロテアーゼに対する様々な分子標的治療薬が模索されているが、これらは副作用が少なく癌に特異的であり、tumor dormancy therapy の観点から今後有望と考えられる。

本講演では、婦人科癌の血管新生や浸潤・転移に関わる分子機構とその制御を目指した最近のストラテジーについて自験データを交えて述べ、さらに新規血管新生抑制因子を利用した遺伝子治療の可能性を紹介したい。

## 要望講演 I

# 医療訴訟の諸問題

大阪弁護士会 弁護士

島田 和俊

- 医療における倫理・医師の倫理と法的責任
- 医療過誤と医療事故
- 責任（処分）の諸態様
  - 社会的責任
  - 法的責任
    - 行政処分（行政責任）
    - 民事責任
    - 刑事責任
- 細胞検査士・病理医・臨床医の提携と責任分担
- 個人の責任と組織の責任
- 結果責任という考え方
- 業務における「平均」・「水準」が判断基準
- 素人である法律家が専門家責任を判定することの可否・当否と根拠
- 医療従事者が目指すべきもの
  - 安全な医療の実現
  - 医療水準の向上・発展
  - 患者の自己決定への配慮・尊重

## 要望講演Ⅱ

# 法人化とこれからの展望

財団法人癌研究会附属病院

都竹 正文

### 1. 日本臨床細胞学会の法人化について

平成14年3月29日「医療に関する広告規制の緩和の告示」が厚生労働省より公示された。この告示によると広告が可能となる「専門医資格」を認定する学会の要件に「医師会員が80%以上」「法人である」「5年間相当の活動実績があること」等が明示されている。そこで、当学会が認定する「細胞診指導医」を細胞診の「専門医資格」として今後ますます社会的に認知されたものにしていくためには、認定学会として「日本臨床細胞学会」の機構を変更して、告示に合致する方向を目指すかどうかの検討を最優先する必要性がありました。学会としては本告示への対応は、細胞診の専門医資格である「細胞診指導医(専門医)」の社会的な認知を促進する絶好の機会とも考えられました。細胞診業務は細胞検査士と細胞診指導医(専門医)が二人三脚で行ってきたという検査診断システムは、わが国の医療界における検査体制の中では独特なシステム(とくに細胞検査士の養成と研修システム)であり、他の検査診断システムの模範となっていることは周知のことと存じます。本学会の主翼を担う細胞検査士にとって「細胞診専門医」の社会的認知は細胞診業務および細胞検査士の職業の社会的認知にも繋がっていることと考え、検査士会としましては「学会の法人化」に向けて全面的に協力させていただきました。但し、学会が新しく法人格を得たとしても、学会の基本姿勢はこれまでとは何ら変わることなく継続されることになっています。とくに、検査診断システムは従来通り遂行されることと考えます。また、学会機構改革を含む定款細則等の変更は、新たに立ち上げられた学会機構検討協議会の中で引き続き検討されることになっています。

### 2. 細胞検査士からみた学会の法人化について

NPO 法人日本臨床細胞学会の定款細則の変更点(特に細胞検査士に関わる点について)を以下に列記すると、

- 1) 技師会員は申請すれば正会員となれる。(但し、全正会員の20%以内) 年会費：正会員 12,000円 技師会員 9,000円
- 2) 細胞検査士評議員数：全会員の3%が医師評議員、医師評議員の10%が検査士評議員(5%→10% 14名→29名へ増員)
- 3) 評議員の被選任条件 5年以上引き続き本法人会員であり、会費を完納していること。学会が公示した被選任のための業績目録を提出していること。
  - ①評議員は選出年の12月31日現在満65歳を超えない者とする。
  - ②検査士評議員は本法人および日本臨床検査医学会(旧日本臨床病理学会)認定の細胞検査士の資格のある者とする。
- 4) 評議員の任期：3年→2年に変更
- 5) 検査士出身理事の定数が3名(理事長推薦理事を含む)

### 3. 日本細胞診断学推進協会細胞検査士会としての将来展望

- 1) 体制の整備および強化：都道府県支部の確立と連絡網の強化
- 2) 細胞検査士に関わる業務の移管：資格更新審査業務など
- 3) 学会の精度管理事業への協力体制
- 4) 東南アジアを中心とする国際交流の推進および援助
- 5) 日本細胞診断学推進協会の法人化にむけての協力体制

## 要望講演II

# 法人化とこれからの展望

国立栃木病院

長谷川壽彦

### 1 日本臨床細胞学会の法人化

医療に関する規制緩和として専門医の広告を認めるとの告示が厚労省よりあった。学会の基本姿勢として、細胞診指導医は専門医であり、専門医を広告できるのは細胞診断学と学会の社会的認知を高めることを意味するので、専門医公示団体としての体制を整える必要があった。公示団体の条件として、法人格を有することがあり、専門医公示につき、他の学会に遅れないで、法人化を含め至急体制構築に取り組みなければならなかった。医療関係学術団体として、正会員として医師会員が80%以上であることと専門医養成のための研修制度を備えることが解決すべき問題点となった。医師会員80%以上に関しては、細胞検査士会と検討の結果、医師を正会員、技師を技師会員とすることとした。正および技師会員は法人社員として同一権利を有している。研修制度については、定款細則および細則内規に5年間の研修と細胞診研修内容を定めた。

法人としては、特定非営利活動法人(NPO)を選択した。法人受け皿は、学会としての活動実績、資格認定や更新実務の実施実績等から日本臨床細胞学会を選択した。

法人にあっては、理事は評議員の選挙で選出し、理事の互選で理事長を置く。理事長の任期は2年で2期までとし、理事も2年1期で再任を妨げない。理事は医師および細胞検査士とした。各種委員会委員長の任期も2年1期とし、3期を限度とした。春期大会および秋期大会会長を置き、学術集会を主催する。法人の運営につき、定款上は社員による総会

と理事会で行うが、学会のアクティブメンバーである評議員で構成する評議員会の位置付けが理事長の諮問機関となっているので、定款細則で諮問すべき事項を定めた。

### 2 学会の将来像

学会活動について、企画立案や実施を決定する各種委員会や理事会が、春と秋の学会期間中を中心に行われている。理事長制度の下、理事長主導で内外の諸問題にすばやく対応できる体制を構築する。副理事長を2名置き、それぞれ担当の委員会を掌握する体制とする。委員会も、可能な限り目的別に統合し、常務理事を置き、その下に実務担当の理事を配置する。理事長は、副理事長と常務理事による常務理事会を1～2月毎に1回は実施し、不足部分はメーリングリスト等のIT技術により補うようにする。事務局を整備し、常に理事長が活動し易い環境を整える。

学会が社会の期待に応えるためには、細胞診断の質を保証することである。細胞診指導医は共同して細胞診業務を行う細胞検査士の教育に責任を持ち、細胞検査士が陰性と判定した標本についても道義的責任を負わねばならない。細胞診の質を保証する手段として、自動判定装置や液状検体の採用等などの取り入れも考えなければならない。

細胞診の報告についても、主としてクラスあるいは陰性・疑陽性・陽性で行われていたが、推定診断で報告すべきである。ただし、細胞診の特性から診断にある程度の幅を持たせることも必要である。

## 教育講演

腎癌（腎実質上皮性腫瘍）の細胞診  
—捺印細胞診を中心に—

舞鶴共済病院臨床検査科病理

山口 直則

腎癌は全悪性腫瘍の約2%を占め、わずかながら増加傾向にあるが、日常の病理細胞診断業務において、それほど頻繁に遭遇する腫瘍ではない。腎癌の診断には超音波・CT・MRIなどの画像診断法が普及している。とくに最近の画像診断機器の発展進歩は目覚ましく、偶然に、しかも小さな腫瘍が容易に発見されるようになり、腎癌の95%は診断可能とされている。しかし、その限界も認識する必要がある。よって腎癌には画像診断を踏まえた上で細胞診断などを併用していくことが望まれ、各々の有用性・特色・限界などを理解し実施していく必要があると思われる。

一般的にFNAは、乳腺・甲状腺・リンパ節・軟部腫瘍・肝・肺などの多くの表在性・実質性臓器に広く普及し、臨床的に活用され、多くの癌取扱い規約に記載され利便されている。しかしながら腎臓（腎癌）に対してはあまり普及しておらず、現在欧米に比べ消極的である。その要因としては、まずは先に述べた画像診断技術の進歩があり、次に腎腫瘍の大部分が腎癌であるという臓器腫瘍特性も要因と思われる。加えて腎癌の多くが血管に富んでいることから、合併症（出血・感染・激痛等）を重要視し、腫瘍生検が禁忌となっていたことも要因であろう。一般的には術前の画像診断のみで外科的腎切除術が施行されているのが現状である。

最近、腎癌の臨床病理学的研究が進み、組織学的分類・異型度・進行期分類により生存率に明確な差異が判明し、予後推定が可能となった。外科的手術療法においても正常部分を残す腎保存手術が積極的に施行される傾向にある。このような状況の中で細胞診断による良悪性分類、細胞学的亜型分類、異型度分類等が今後重要性を増していくものと期待している。とくに欧米においては、腎癌の診断

にFNAが積極的に施行され、多くの文献として報告されているのが現状である。その正診率は90%以上とされ、腎癌細胞亜型分類精度は74%と報告されている。それにも関わらず本邦では、一般的に腎癌の細胞診標本に遭遇する機会は少なく、その特徴的かつ多彩な細胞像はあまり理解されていない。

当院では、腎嚢胞性病変における嚢胞液細胞診や、腎摘出時には腫瘍捺印細胞診やFNAを積極的に施行検討してきた。特に腎癌における組織細胞亜型分類は予後規定因子や術式決定因子となりえると思われ、正確な細胞診断が必要である。今回、腎腫瘍の大半を占める腎癌（腎実質上皮性腫瘍）の組織細胞亜型分類を試み、その特徴的細胞所見を抽出し、細胞学的鑑別診断について整理した。

検討対象は組織学的に腎癌（腎実質上皮性腫瘍）と診断され、核出術、腎部分切除ならびに腎摘除術のいずれかが施行された126例中、細胞学的検討が可能であった約50例を対象とした。細胞亜型ごとにその特徴的細胞所見を整理し、あわせて臨床病理学的事項、肉眼・画像所見、組織像についても比較検討し、遺伝子・染色体変化についても文献的に紹介する。1999年に改訂された腎癌取扱い規約第3版の組織分類は、腫瘍の組織発生と遺伝学的変化を基礎としており、また、これらが比較的明確に関連しているのが腎癌の特徴とされている。よってその組織分類の意味するところを十分に理解しなければならないと考える。

現在、化学療法・放射線療法・免疫療法などはあまり有効でなく、外科的切除が唯一の治療法である。その診断・治療に関して少しでも細胞診が役立つものになることを期待している。最後にあまり馴染みのない領域である腎癌の細胞診を再認識し、新しい領域への試みとして紹介したい。

## 教育講演

## 乳腺腫瘍における細胞診の現状と新しい試み

大阪医科大学附属病院病理部

森川 政夫

欧米諸国に比べ、わが国の乳癌の発生率は低いことが知られている。しかしながら乳癌の増加傾向は著しく、特に、閉経後の発生、死亡が増加しており欧米に類似してきたといえる。1998年には全国で3万3600人(推計)に達し、胃癌を抜いて女性の悪性腫瘍のトップを占め、日本人女性の約30人に1人が乳癌になるとされている。

乳癌の早期発見法として、自己検診(乳癌発見の82%)、次に非侵襲的な検査法として、専門医による触診、超音波検査、マンモグラフィが行われ、これらの方法で多くの場合は診断が可能であるが、さらに確定診断がつかないときには、穿刺吸引細胞診および生検診断が行われている。

そこで今回は特に、穿刺吸引細胞診および針生検を中心に現状と新しい試みについて報告する。

日本乳癌学会/編より、2003年5月に、“乳腺における細胞診および針生検の報告様式ガイドライン”が提言された。この報告様式は従来のパパニコロウ分類からの脱却と、さらに検体を適正・不適正に大別し、適正とされた検体は、「正常あるいは良性」「鑑別困難」「悪性の疑い」「悪性」の4つに細分類されたこと

である。次に、早期乳癌や社会的要求などにより乳房温存術が行われるようになり、さらにセンチネルリンパ節生検陰性例での腋窩リンパ節の非郭清という概念が導入され、質的診断とは別に術式の決定にも大きく関与するようになってきた。また、転移を示す予後不良な乳癌については、抗体治療薬の開発が進み、これらの治療を行うには、HER2蛋白およびDNA 遺伝子増幅の検索が重要となっている。

ヒト乳癌の15-25%でHER 2 遺伝子の増幅とHER 2 タンパクの過剰発現が認められ、現在、組織学的な検査法ではIHC法およびFISH法が用いられ一部保険点数の請求も可能となっている。

そこで我々はこれらの方法を、細胞診標本に応用することに着目し、IHC法、FISH法さらにCISH法(Chromogenic in situ hybridization)を用いて検索をおこなっている。組織標本の検査法では固定時間および染色までの時間が重要であるが、細胞診標本は細胞を薄切しないため全細胞中の遺伝子の検索が可能で、HER2蛋白およびDNA 遺伝子増幅の検索に際し、今後更なる検討を加えることにより有用な検査方法になるものと考えている。

## カンボジア医療の現況報告

### 細胞診を中心に報告

JICA Volunteer, JCR

桑畑 雅子

私は偶然のきっかけで JICA（国際協力機構）シニア海外ボランティア病理細胞診技術アドバイザーとして2002年10月末より2年間の予定でカンボジアに赴任致しております。京都生まれの京都育ち、京都以外で暮らしたこともない私が生来の楽天的性格も手伝い少しはお手伝いができるのならばと飛び込みました。秋風が吹いている日本から初めて首都プノンペンに降りたった時、余りの暑さと湿度に大変な所に来てしまったかとふと不安がよぎりました。しかし車窓からみるプノンベンは長年の混乱により傷みが目立つものの、かつて東洋のパリと謳われた面影を残す美しい街でした。

世界的遺跡アンコールワット等のクメール伝統文化と長大な歴史を有する素晴らしい国カンボジアは1970年代から30年に及ぶ内戦、特にポルポト政権下で医療従事者を含む高等教育を受けた多くの人材が失われ、その後の近代国家成長への大きな問題となり現在においても強く影響を残しています。

医療では臨床検査を使わず診療を進めてきた経過があり、いまだ多くの臨床医に科学的な根拠を持った診療の知識、認識が不十分な側面があります。現在、首都プノンベンと他

の地域との格差はあるものの国立病院や国際機関、外国援助の病院を中心に臨床検査が医療現場に徐々に浸透しつつあります。

カンボジア人病理医は全国で2人しかおらず、その中の1人が私の従事している大学の病理学教室の教授です。2000年から検査料を払うことができる極一部の患者のみに頸部細胞診が始められておりその他の領域は極めて少数です。妊産婦や新生児検診などは都市部の住民を中心に徐々に行われてきていますが癌検診システムは皆無です。又、日本の援助で設立された国立母子保健センターでも将来、癌センターとしてこの国の高度医療を担う施設足るべく今春より細胞診検査の導入を目指し準備を行っています。

全世界の人口の80%が開発途上国に住んでいます。カンボジアはポルポト時代の悲惨な歴史を持ちますが状況は多くの開発途上国と変わらないと考えます。

この国にきて知りえた医療の現状、動き出した細胞診検査の実態を紹介させていただき皆様のカンボジアに対するご理解の一助、並びにご支援への機会作りとなることを願っております。

## スライドカンファレンス

## — 診断に至る細胞の読み方、考え方 —

司 会 大阪警察病院病理科 辻本 正彦  
彦根市立病院中央検査科 片岡 秀夫

## 〔症例1〕婦人科

出題者 新宮市立医療センター 石田 茂巳

患 者：60歳代前半，女性  
主 訴：不正性器出血  
家 族 歴：姉 乳癌，妹 大腸癌  
既 往 歴：50年前 甲状腺機能亢進症，22年前 腎不全（現在透析療法中），  
2年前 手根管症候群，副甲状腺摘出術  
現 病 歴：本年2月に不正性器出血あり，当医療センターで子宮腔部，頸部，内膜内視鏡検査  
をおこない明らかな腫瘍病変は確認されなかったが，腔部細胞診で Class V と診断さ  
れ，頸部，内膜スミアでは異型細胞が認められた．再度3月に頸部，内膜の細胞診を  
おこなったが，この時は Class III と診断され，子宮頸部生検組織診では悪性所見は認  
められなかった．精査のために他院紹介され，4月に腔部，頸部細胞診を施行，両部  
位で Class IV と診断された．

入院時現症：特記すべきことなし．

入院時検査所見（異常値のみ）：

血 液 RBC  $308 \times 10^4 / \text{ul}$ ，Hb 9.1g/dl，Ht 29.4%，PLT  $8.8 \times 10^4 / \text{ul}$

生 化 学 TP 5.9g/dl，Cr. 12.0mg/dl，UA 9.6mg/dl，UN 73mg/dl，K 5.4mEq/l，Cl  
108mEq/l

血 清 CEA 10.2ng/ml

材 料：子宮腔部，子宮頸部，体部内膜スミア

回答者検査士 大津市民病院 田口 一也

回答者指導医 大津市民病院 岸本 光夫

## 〔症例2〕泌尿器科

出題者 奈良市総合医療検査センター 安達 博成

患者：男性 初診時72歳

臨床診断：B T

病歴：1997年5月、血尿にて精査、膀胱腫瘍にてTUR

以後嚴重なる経過観察

2000年10月、再発にてTUR 施行

その後P Tの都合にて経過観察中断

2003年6月、肉眼的血尿にて精査、血中 PSA の上昇あり

材料：A 2000年9月、膀胱洗浄尿検体、Pap 標本

B 2003年6月、自然尿検体、Pap 標本

回答者検査士 大阪医科大学附属病院中央検査室 棚田 諭

回答者指導医 市立堺病院病理部 棟方 哲

## 〔症例3〕呼吸器科

出題者 京都桂病院検査科 豊山 浩祥

患者：62歳、女性

臨床情報：左下肺野に8年間で徐々に大きくなった20mm大の coin lesion あり。

腫瘍マーカーを含めた血液検査に異常はなく、気管支鏡にても診断にいたらず。

肺癌疑いのもと手術実施、確定診断目的で術中肺穿刺細胞診をおこなう。

材料：術中肺穿刺 (pap. 染色)、弱拡大物10倍、強拡大物40倍

回答者検査士 関西労災病院検査科 杉生 憲二

回答者指導医 国立姫路病院呼吸器科 中原 保治

## 一般演題 (電子演題)

### 1. 頸部および内膜細胞診が有効であった原発性卵管癌の3例

和歌山労災病院検査科<sup>1)</sup>、同産婦人科<sup>2)</sup>  
 吉田 恵 (CT)<sup>1)</sup>、田中 真理 (CT)<sup>1)</sup>、  
 市川 和昭 (CT)<sup>1)</sup>、坪田 ゆかり (MD)<sup>1)</sup>、  
 尾谷 功 (MD)<sup>2)</sup>、今井 秀彰 (MD)<sup>2)</sup>、  
 谷本 敏 (MD)<sup>2)</sup>、細道 太郎 (MD)<sup>2)</sup>、  
 馬淵 義也 (MD)<sup>2)</sup>、横田 栄夫 (MD)<sup>2)</sup>

(はじめに) 原発性卵管癌は極めて稀で術前診断は難しい。今回子宮頸部および内膜細胞診陽性であった原発性卵管癌の3例を経験したので報告する。

(症例1) 50歳代女性、近医にて膠原病治療中 CEA 高値となり精査。外科にて異常なく婦人科紹介。理学的所見、細胞診所見等より卵巣癌を疑い手術施行。(細胞診所見) 初診時頸部スメアは陰性で内膜スメアにて異型細胞を認めた。Serous adenocarcinoma を疑ったが再検内膜スメアは陰性であった。(組織所見) 内膜搔把組織には特記所見はなく手術標本にて左卵管壁に乳頭状および充実性増殖を示す腫瘍細胞を認めた。

(症例2) 80歳代女性、不正性器出血で婦人科紹介。理学的所見、画像所見、細胞診所見等により卵管癌を疑い手術施行。(細胞診所見) 初診時頸部スメアにて異型細胞を多数認めたが内膜スメアでは少数であった。(組織所見) 内膜搔把組織には特記所見はなく手術標本にて右卵管粘膜に乳頭状、充実性増殖を示す腫瘍を認めた。

(症例3) 50歳代女性、約3週間続く漿液性帯下のため検診受診。頸部・体部内膜細胞診陽性となり精査を行ったが頸部、体部には異常はなく理学的所見、画像所見等から卵管癌を疑い手術施行。(細胞診所見) 検診時頸部および内膜スメアにて Serous adenocarcinoma を疑う異型細胞を認めた。(組織所見) 卵管壁に乳頭状増殖を示す腫瘍細胞と砂粒小体を認めた。

(まとめ) 今回の卵管癌3例は、細胞診にて異型細胞を認めたが組織診では陰性であったことと画像所見等から卵管癌を疑いえた。きれいな背景などの異型細胞出現、不自然に浮いたような所見、これらは頸部・体部以外を十分に考慮でき卵管癌の可能性も考えるべきと思われる。

### 2. Decidual polyp 由来の脱落膜様細胞が多数出現した症例の検討

奈良市総合医療検査センター病理検査室<sup>1)</sup>、奈良病理センター<sup>2)</sup>  
 小林 洋子 (CT)<sup>1)</sup>、安達 博成 (CT)<sup>1)</sup>、  
 倉内 佳菜 (CT)<sup>1)</sup>、吉田 和弘 (CT)<sup>1)</sup>、  
 西川 義雄 (MD)<sup>1)</sup>、市島 國雄 (MD)<sup>1)</sup>、  
 榎木 登 (MD)<sup>2)</sup>

<はじめに> 成人女性の2~5%に見られる頸管 polyp は、中年以降に多いといわれる。しかし、妊婦においても遭遇することは稀ではない。妊娠中の子宮頸部細胞診では、脱落膜様細胞の出現をしばしば経験する。今回、細胞診で多数の脱落膜様細胞が出現した、Decidual polyp と考えられる症例を経験したので報告する。

<症例> 20歳代。平成14年8月最終月経。平成15年5月出産。

<細胞診所見> 核小体が多発し、核網はやや繊細である。核増大、クロマチンの軽度増量を認めた。核形は楕円、一部不正形で、2核細胞も見られる。細胞質はライトグリーン好染性で、レース状。シート状配列の集団で出現し、細胞境界は明瞭である。一部の孤立した細胞では、辺縁不鮮明な細胞質を持つ。背景には、大小不同の裸核細胞を散見した。

<まとめ> 妊娠中は細胞採取が不十分となりやすい為、非妊時と比べ、細胞診異常の低評価が報告されて久しい。一方で、妊娠中のクラスⅢaの消失や、脱落膜様細胞と異形成上皮由来の核異型細胞との鑑別困難が報告されている。本症例においても、初回・妊娠11週目の細胞診で、核増大した異型細胞を散在性に少数認め、軽度異形成を疑うクラスⅢaの判定となった。組織診では、妊婦に多いとされている間質性 polyp に、明らかな脱落膜様変化が見られた。分娩後初めての細胞診において、上記細胞を認めなかった。

妊娠時の細胞診をスクリーニングするに当たっては、脱落膜様細胞を考慮に入れ、慎重に細胞診断を行うべきである。また、最終月経など、臨床情報の正確な記載も切に望まれる。

### 3. 内膜細胞診における簡易セルブロック法の有用性

宇治徳洲会病院<sup>1)</sup>、近江草津病院<sup>2)</sup>、  
京都大学医学部附属病院<sup>3)</sup>  
江口 光徳<sup>1)</sup>、森 雅浩<sup>2)</sup>、桜井 孝規<sup>3)</sup>、  
山邊 博彦<sup>1)</sup>

**【はじめに】** 細胞診にて行われているセルブロック法には、マウントクイック法、コロジオンパック法、その他の方法等様々な方法が行われている。当院では子宮内膜細胞診材料において特別な道具を用いず、簡易に行えるセルブロック法(キムワイブ法)を行っている。

**【操作】** 内膜細胞診材料は婦人科にて採取されスライドグラスに塗抹後、95%エタノールにつけて検査室に提出される。その中で特に塗抹が厚く、染色後の封入が困難であると判断したものに関して、染色前にピンセットにて厚い部分をはがし、キムワイブに包み組織用カセットに入れる。その後ホルマリン固定を行い通常の組織材料と同様の処理をして、鏡検を行う。

**【有効症例】** 症例1、50歳代女性、臨床診断は内膜増殖症として内膜細胞診を行った。細胞診にてクラスⅢを疑ったがセルブロック法にて癌を強く疑い、コメントを付け足した。後日に行われた体部内膜組織診にて、体部類内膜腺癌と診断された。

症例2、50歳代女性、スクリーニング目的にて内膜細胞診を行った。細胞診にてクラスⅡ、フォローアップにするか、クラスⅢにするか迷っていたが、セルブロック法にて増殖症以上を考えコメントを付け足した。後日に行われた体部内膜組織診にて複雑型増殖症と診断された。

症例3、40歳代女性、スクリーニング目的にて内膜細胞診を行った。細胞診でクラスⅢを考えながらセルブロック法では陰性と考え、細胞診報告もクラスⅡとした。

**【まとめ】** 体部内膜細胞診にて厚く、封入困難な標本は、たとえ強引に封入し鏡検しても細胞異型、構造異型共に観察困難である。このような標本にセルブロック法は有効な手段であると考えられている。さらに当院で行っているキムワイブを用いた簡易セルブロック法であれば、材料も安価で特別な技術もいらず、病理を行っている施設であればどこでも行える手技と考えられる。更に必要な場合は免疫染色法にも活用可能で、有効な手段の一つと考えられた。

### 4. 卵巢甲状腺腫から発生した乳頭癌の1例

大阪府済生会野江病院検査科病理<sup>1)</sup>、  
京都大学医学部附属病院病理部<sup>2)</sup>、  
日本病理学研究所<sup>3)</sup>  
小椋 聖子(CT)<sup>1)</sup>、清水 恵子(CT)<sup>1)</sup>、  
江木 さつき(CT)<sup>1)</sup>、桜井 孝規(MD)<sup>2)</sup>、  
岩佐 葉子(MD)<sup>2)</sup>、桜井 幹己(MD)<sup>3)</sup>

**【はじめに】** 卵巢甲状腺腫は卵巢から発生する奇形腫の1種で腫瘍組織の大部分を甲状腺組織が占めるものをいい、まれにその甲状腺組織が悪性像を呈することがある。今回われわれは、卵巢甲状腺腫から発生した乳頭癌を経験したので、その細胞像を中心に報告する。

**【症例】** 30歳代。平成15年5月、下腹部腫脹を主訴に、当院産婦人科受診。画像検査にて新生児頭大の充実性腫瘍を指摘され、卵巢腫瘍が疑われた。同年6月、左卵巢摘出術及び術中細胞診が施行された。

**【肉眼像】** 摘出された左卵巢は14×12×10cmの充実性腫瘍で表面平滑、弾性軟、断面は赤褐色～黄褐色を呈していた。一部に毛髪や皮脂を含む嚢胞部が観察された。

**【細胞像】** 充実部より作製した標本には重積性のある腺細胞の大型集塊が多数観察され、集塊には大小様々な濾胞構造とともに乳頭状構造が認められた。集塊の細胞密度は高く、核の重なりが著明で核クロマチンは微細で増量していた。明らかな核溝や核内封入体は観察できなかったが以上の細胞所見より、乳頭癌の成分を含む卵巢甲状腺腫を疑った。

**【組織像】** 腫瘍の大部分を占める充実部は甲状腺組織からなり、濾胞上皮には乳頭癌の所見が認められた。また嚢胞壁を被覆する部位には角化扁平上皮、脂腺、毛髪、呼吸上皮が認められ、卵巢甲状腺腫から発生した乳頭癌と診断された。

**【まとめ】** 稀な卵巢甲状腺腫から発生した乳頭癌の1例を報告した。本症例の術中迅速細胞診標本においては高頻度に見られる核所見の観察は困難であったが、捺印-圧挫併用法を用いることで乳頭癌の特徴的な構造をとらえることが可能であった。

## 5. リスクマネージメントに配慮したバーコード一貫管理細胞診検査システム

大阪警察病院病理科<sup>1)</sup>、  
株式会社コネクテッド<sup>2)</sup>、  
株式会社第一器業<sup>3)</sup>  
黒川 和男<sup>1)</sup>、辻本 正彦<sup>1)</sup>、築山 あゆみ<sup>1)</sup>、  
浦岡 孝子<sup>1)</sup>、郡司 有理子<sup>1)</sup>、沖野 毅<sup>1)</sup>、  
滝 一郎<sup>1)</sup>、森吉 弘<sup>2)</sup>、片桐 祐司<sup>3)</sup>

バーコードシステムは、現在では血液生化学などの検体検査では一般的に導入されており、検体の取り違い防止、入力ミスの防止などのリスクマネージメント対策と業務の省力化、検体検査の品質管理に非常に役立っている。一方、細胞診などの形態学的検査は品質管理が困難な検査であると考えられてきた。今回我々は、株式会社コネクテッドと共同で、病理細胞診業務診断支援システム「クロノスター PAL」を開発した。このシステムの特徴は、あらかじめレーザー光でバーコードが印字されたスライドガラス（クリスタルワン：第一器業社製）をシステムに応用可能にしたことにある。クリスタルワンの使用によりスライドガラスのバーコード管理が可能になり、染色液によって印字が不鮮明になるといったことが無くなる。本システムでは、1) 検体採取の場ですでにバーコードが印字されたスライドガラスを使用するため、採取時の確認が確実であれば、以降の過程ではシステムにより完全な検体管理が可能になること。2) 現在行われている細胞診業務の流れをほとんど変える必要がないこと。3) オーダリング施行・未施行のいずれの施設、また多くの開業医を対象とし、検体の確認と管理業務が大変な検査センターなど、どのような施設でも十分に対応すること。4) 第一器業がクリスタルワンを各施設にデリバリーサービスすることが可能であり、高価な機器の購入が不要になり、廉価でシステムの導入が可能になること。5) インシデント報告とその分析、標本作製、診断などの精度管理にシステム的に対応していること。などにより、初期投資を最大限に抑え、細胞診検査のリスクマネージメント対策、業務の省力化、精度管理などを達成できると考えられる。

## 6. 日常業務に組み込んだ測定者較差補整システム

J・C・R<sup>1)</sup>、安田医院<sup>2)</sup>  
幸田 志保 (CT)<sup>1)</sup>、西山 哲穂 (CT)<sup>1)</sup>、  
岩崎 由恵 (CT)<sup>1)</sup>、能勢 勉 (CT)<sup>1)</sup>、  
桑畑 雅子 (CT)<sup>1)</sup>、中山 啓三 (CT)<sup>1)</sup>、  
安田 迪之 (MD)<sup>2)</sup>

「検査における精度管理関係法規」には手技の画一化を図り測定者間の格差をなくすこと、内部ブラインド調査を行うこと、既知標本を用いて技術者の技能評価を行うこと等が謳われている。形態学検査である細胞診において標本等を用いて技能評価を実施する為に専用紙を作成し、標本を回覧する形式では人の意見に影響されることや手間が掛かること等の問題点があった。

そこで当施設では社内ネットワークを利用して各自が日常業務に当たる上で判断に苦慮する症例等を利用して内部精度管理を行っている。今回はそのシステムの概要と現状について報告する。

このシステムは誰もが自由に提示した症例を各自鏡検、所見や判定を入力し、全員が入力終了後結果を各自の端末に開示する。開示されるまでは他の人の所見や判定は全く見ることが出来ない。開示後は他の人の意見を参考に再鏡検や必要に応じてディスカッション顕微鏡を用いて意見交換を行っている。

各自の得手不得手がある為、判断に苦慮する症例については多くの意見を聞くことも必要であり、施設に応じた精度管理が必要と考えられる。

各施設が組織的に精度管理の実施体制を整備し、内部精度管理を行うことは重要なことである。しかし漫然とシステムを使用するだけでなく、積極的に利用し研鑽する個人の意識が最も大切であると考えられる。若干のデータやその解析も合わせて報告する。

## 7. デジカメ付き携帯電話の細胞診への応用

NTT 西日本大阪病院臨床検査科細胞診  
阿倉 薫

**【はじめに】** 近年デジタルカメラの進歩はめざましく、小型化・高画素化が急速にすすみ、携帯電話にも100万画素をこえるデジカメが付属するようになってきた。今回はこの携帯電話に付属するデジカメ(携帯デジカメ)を用いて顕微鏡写真を撮影し、検討を行ったので報告する。

**【方法】** 6機種の携帯デジカメを用いて顕微鏡の接眼レンズから顕微鏡写真を撮影した。携帯電話から細胞画像をインターネットを用いてコンピュータに転送した。

**【結果と考察】** 検討を行った携帯デジカメ全機種で、接眼レンズに撮影レンズを密着しての撮影は不可能であった。接眼レンズと撮影レンズを14~18ミリ離すことによって、4隅にケラレがあるものの撮影は可能であった。10万画素の機種では288X352(101376)画素で撮影できたが細部は不鮮明であった。30万画素の機種では640X480(307200・VGA)画素で撮影できかなり細部まで見分けることが出来た。線毛までは見ることが出来なかった。130万画素の機種では1280X960(1228800)画素で撮影できた。色の再現性はやや劣るものの、クロマチンの状態や線毛まで確認できた。携帯電話から直接インターネットを経由してコンピュータに転送するのは、最新機種(3G)でも、上限が100KBに制限されているため、640X480画素の画像が上限であった。転送速度は15秒前後であった。

**【結語】** 顕微鏡の接眼レンズからの撮影はやや難しく4隅にケラレが生じた。130万画素携帯デジカメの性能は想像以上にすぐれていた。しかし、130万画素の写真はファイルが大きすぎ、直接画像を転送する場合は640X480画素が上限であった。現段階では細胞診への応用は難しい。

## 8. 耳下腺上皮筋上皮癌の1例

財団法人田附興風会医学研究所北野病院<sup>1)</sup>、  
大阪府済生会吹田病院<sup>2)</sup>、  
大阪歯科大学口腔病理学講座<sup>3)</sup>  
仲村 佳世子<sup>1)</sup>、平野 耕一<sup>1)</sup>、向野 晶<sup>1)</sup>、  
橋本 和明<sup>2)</sup>、和唐 雅博<sup>3)</sup>、香月 奈穂美<sup>1)</sup>、  
奥野 知子<sup>1)</sup>、鷹巣 晃昌<sup>1)</sup>

今回われわれは、組織学的に耳下腺上皮筋上皮癌と診断された症例を経験したので術前の穿刺吸引細胞診の細胞像をretrospectiveに検討した。症例は60歳代、女性。以前より右耳下腺腫脹に気付くも放置、最近増大傾向のため近医を受診したが診断つかず当院を受診し、穿刺吸引細胞診にてClassIV Adenoid cystic carcinomaと診断され手術的加療目的にて入院となる。術前の穿刺吸引細胞診では、硝子様物質を背景に結合性の強い細胞集塊を認めた。比較的小型で密な細胞が腺腔を形成しており、細胞質に乏しく核は類円形でクロマチンは顆粒状、核小体は目立たなかった。腺腔を形成している細胞の周りにそれよりもやや大型で比較的豊富な細胞質を有し、核は腺腔を形成している細胞よりもやや大型でクロマチンは細顆粒状で密に増量し、核小体の著明な細胞を認めた。組織学的には、導管上皮とその周りに細胞質が豊富な明細胞よりなる2相性を示す腫瘍細胞がみられた。免疫組織学的検索では、前者の細胞でサイトケラチン陽性、後者の細胞でSmooth Muscle Actin・S-100蛋白陽性であった。

術前の穿刺吸引細胞診では、大小2種類の細胞を同一のものと考え判定に苦慮したが、細胞診上の特徴的像を知れば、術前の穿刺吸引細胞診である程度の診断は可能であると思われた。

## 9. 膵 Malignant endocrine tumor の一例

京都府立医科大学計量診断病理学教室病院病理部<sup>1)</sup>、

レイ・パストゥール医学研究センター<sup>2)</sup>

岸川 敏治 (CT)<sup>1)</sup>、中川 有希子 (CT)<sup>1)</sup>、

磯島 喜孝 (CT)<sup>1)</sup>、由木 はる美 (CT)<sup>1)</sup>、

吉村 亮 (CT)<sup>1)</sup>、山口 一美 (CT)<sup>1)</sup>、

安川 覚 (MD)<sup>1)</sup>、浦崎 晃司 (MD)<sup>1)</sup>、

真崎 武 (MD)<sup>1)</sup>、浜田 新七 (MD)<sup>1)</sup>、

柳澤 昭夫 (MD)<sup>1)</sup>、土橋 康成 (MD)<sup>2)</sup>

膵内分泌腫瘍は、WHO 分類では高分化内分泌腫瘍、高分化内分泌癌、低分化内分泌癌に分類されている。今回、膵管ブラシの細胞診で低分化内分泌癌の細胞像を経験したのでその細胞像の特徴と組織像を比較検討したので報告する。

**【症例】** 50才代 男性 黄疸出現、GIFにて乳頭部腫瘍と診断、ERCP、細胞診、生検で poorly differentiated adenocarcinoma と診断。膵頭、十二指腸切除術施行。組織で低分化内分泌癌と診断。

**【細胞診】** 検体標本作製上の問題から細胞は変性著明で、N/C 比増大、クロマチン増量の細胞が出現、細胞集団は比較的平面的で構造に特徴は無く、細胞質は菲薄で比較的広いもの、厚くて好塩基性のものが見られた。核は円形、類円形で大小不同著明、クロマチンは微細顆粒状で均等分布、核小体は小さく1～数个みとめた。巨細胞も認めた。スクリーニング時の判定は低分化腺癌とした

**【組織診】** 充実性に増殖し、細胞は毛細血管に沿って配列、広い細胞質を持つ比較的異型の弱い細胞、N/C 比の大きな異型の強い細胞、分裂像、壊死像、血管侵襲、周囲組織への浸潤。免疫染色などにより低分化内分泌癌と診断した。

### 【まとめ】

1. 細胞集団は比較的平面的である。
2. 核クロマチン所見は腺癌の所見とは違い、むしろ肺癌の小細胞癌に見られる所見に近い。
3. 膵の細胞診の検体はその取扱いに注意し細胞変性を防ぐ。
4. 外分泌腫瘍と同時に内分泌腫瘍も念頭に置く。

## 10. 当院における悪性中皮腫の経験

神戸市立西市民病院臨床検査技術部<sup>1)</sup>、

同 臨床病理科<sup>2)</sup>

山下 展弘 (CT)<sup>1)</sup>、加地 澄子 (CT)<sup>1)</sup>、

勝山 栄治 (MD)<sup>2)</sup>

悪性中皮腫は比較的稀な腫瘍であるが、近年、増加傾向にある。また、神戸は震災の影響もあり今後も注目される腫瘍である。しかし、体腔液細胞診において悪性中皮腫の判定は困難な場合が少なくない。

今回、我々は西市民病院開院時より経験した悪性中皮腫について体腔液細胞像と病理組織像とを対比して報告する。

2000年から2002年の3年間に5例の悪性中皮腫(胸膜悪性中皮腫4例(うち1例は腹膜病変も認めた)、腹膜悪性中皮腫1例)を経験した。年齢は56歳から84歳までで、すべて男性であった。主訴は胸膜悪性中皮腫4例が呼吸困難や胸、背部痛で、腹膜悪性中皮腫は発熱、貧血、体重減少であった。胸膜原発の4症例はアスベスト曝露歴があった。細胞診断はclass II 3例、class IV 2例、class V 1例であった。class II 3例のうち2例は肉腫型悪性中皮腫であった。

肉腫型悪性中皮腫では、細胞診偽陰性率が高い点に注意する必要があると考えられた。

## 11. 細胞診で診断に苦慮した歯肉部 verrucous carcinoma の 1 例

大阪厚生年金病院病理科<sup>1)</sup>、同 耳鼻科<sup>2)</sup>  
 豊岡 昭宏<sup>1)</sup>、小林 晏<sup>1)</sup>、坂井 邦彦<sup>1)</sup>、  
 馬場 哲郎<sup>1)</sup>、高田 直樹<sup>1)</sup>、中氏 美嘉<sup>1)</sup>、  
 吉田 康之<sup>1)</sup>、劉 安根<sup>1)</sup>、成 字帆<sup>1)</sup>、  
 仙波 治<sup>2)</sup>、倉増 俊宏<sup>2)</sup>

**【はじめに】** Verrucous carcinoma (疣贅状癌) は、口腔・婦人科領域に発生する稀な腫瘍であり、細胞学的に異型が弱く診断が困難なことが多い。今回、術中迅速細胞診で診断に苦慮した歯肉部 verrucous carcinoma を経験したので報告する。

**【症例】** 60歳代、女性。近医歯科で不快感の続く左下インプラント部の歯肉を搔爬後、治癒が悪く、耳鼻科に紹介受診となった。CTにて歯肉腫瘍を疑い、術中迅速検査にて verrucous carcinoma の可能性が示唆されたため、腫瘍摘出・左頸部郭清術を施行した。

**【肉眼像】** 左下歯肉部に31×12mmの灰白色で、不規則隆起性病変を認めた。

**【術中迅速細胞診】** 強い炎症性背景に多数の黄～オレンジ好性の角化扁平上皮細胞と少数の中層・傍基底細胞が出現していた。核は表層細胞では大部分が無核で、中層および傍基底細胞で腫大し、不整形を示した。

**【組織診】** 高度の角化を伴った扁平上皮の著しい増殖を認めた。異型性は軽度で、先進部は細胞胞巣を形成し、膨張性に下方進展を示した。間質には高度の炎症細胞浸潤を伴っていた。肉眼的特徴や画像所見を考慮し、verrucous carcinoma を含む高分化扁平上皮癌を疑った。

**【まとめ】** 異常角化細胞や異型の乏しい扁平上皮細胞を認めた場合は、本疾患を念頭において肉眼的特徴や画像所見を検討し、総合的に判定することが大切である。

## 12. 乳腺アポクリン癌の検討

和歌山県立医科大学第二病理学教室  
 前川 観世子、谷口 恵美子、布引 治、  
 中村 靖司、森 一郎、覚道 健一

**【はじめに】** 乳腺アポクリン癌の発生は比較的まれであったが、近年増加傾向にあると言われている。

1996年から2003年8月までの間に組織学的にアポクリン癌と診断された3例の穿刺細胞像について検討し報告する。

**【症例】** 1) 71歳女性、乳腺症にて経過観察中に腫瘍が発見された。 2) 61歳女性、3.5cmの腫瘍。 3) 72歳女性、1.5cmの腫瘍。

**【細胞所見】** 症例1)の細胞は平面的な集塊で出現した。集塊辺縁の細胞の核に著明な核小体が見られ、核間距離の不均衡が見られたが、核形の不整などの異型は軽度であった。アポクリン化生細胞との判別が難しく、疑陽性とした症例である。アポクリン癌の可能性も否定できないとして、生検希望とした。 症例2)は核小体著明な核を持つ細胞が平面的な集塊、又は散在性に多数見られた。核クロマチンの増量も著明であった。 症例3)は大小の集塊で出現し、大きい集塊では重積も見られる。核小体も著明で大型の細胞であった。この2例については細胞診断で悪性と診断したが、アポクリン癌と組織型を推定出来ず、導管癌とした。3例とも豊富な細胞質を有していた。

**【まとめ】** アポクリン癌の穿刺細胞は結合性のある集塊での出現と単離性の出現が見られる。今回集塊を形成する細胞では比較的核異型が弱く、単離性に見られる細胞では異型が強い傾向にあった。

集塊での核間距離の不均衡と著明な核小体は悪性を考える指標となる、又それらの細胞質が豊富で顆粒状である時は、アポクリン癌の推定も可能であると考えられる。

### 13. 男性乳癌の一例

社会保険紀南総合病院中央臨床検査部<sup>1)</sup>、  
同 外科<sup>2)</sup>

峰 高義<sup>1)</sup>、石水 弘子<sup>1)</sup>、角田 耕造<sup>1)</sup>、  
柴田 耕三<sup>1)</sup>、榎本 純爾<sup>1)</sup>、片井 敦雄<sup>1)</sup>、  
宮本 一雄<sup>1)</sup>、角村 純一<sup>2)</sup>、鎌田 創吉<sup>2)</sup>

**【はじめに】** 男性乳癌は全乳癌の約1%と稀な疾患である。今回我々は穿刺吸引細胞診の一例を経験したので報告する。

**【症例】** 70歳代男性。1年前に右乳輪のしこりに気付くも放置。最近同部に増大傾向が見られた為、平成15年7月当院乳腺外科を受診した。

**【超音波所見】** 腫瘍は右乳頭、乳輪下にあり、形状不整、境界明瞭粗雑、内部エコー不整で低エコーレベルであった。悪性を疑い、穿刺吸引細胞診が行われた。

**【細胞所見】** 上皮細胞の集団が多数認められ、一部の細胞集団には核内封入体を有する巨大核や、巨大多核細胞も認められた。細胞異型の強い乳頭状集団が見られたため、乳頭腺管癌を疑い手術が行われた。

**【病理組織所見】** 摘出腫瘍は3×3×1cm大で白色、弾性硬な充実性であった。組織学的には腫瘍細胞が中小の胞巣を形成し、浸潤・増殖していた。組織型は乳頭腺管癌で、一部に線維化を伴った管状、索状配列の像もあった。エストロゲンレセプター、プロゲステロンレセプターは、共に陽性であった。

**【考察】** 本症例の細胞像では、核の大小不同などの強い異型所見があり、悪性の診断は比較的容易であった。しかし、細胞異型の弱い場合は、女性化乳房との鑑別が問題となるので注意を要する。

### 14. 乳腺穿刺吸引細胞診におけるHER2遺伝子検出の確立

大阪医科大学病理学教室<sup>1)</sup>、  
大阪医科大学附属病院中央検査部<sup>2)</sup>

明石 静香<sup>1)</sup>、住吉 一浩<sup>1)</sup>、伊泊 裕子<sup>1)</sup>、  
栗栖 義賢<sup>1)</sup>、安田 恵美<sup>1)</sup>、江頭 由太郎<sup>1)</sup>、  
芝山 雄老<sup>1)</sup>、森川 政夫<sup>2)</sup>、中塚 裕之<sup>2)</sup>

**【目的】** HER2 蛋白過剰発現を示す乳癌症例の80~90%において、その原因はHER2遺伝子増幅であり、遺伝子増幅の認められる症例は抗体治療薬 Herceptin の奏効率が高いと報告されている。そこで、細胞診材料を用いてHER2遺伝子増幅の有無を判定できれば、術前に腫瘍細胞の特性をより正確に把握できると考え、chromogenic in situ hybridization (CISH) 法を用いて検討を行ってきた。今回、その染色法に若干の改良を試みたところ良好な結果が得られたので報告する。

**【対象と方法】** 病理組織診断で浸潤性乳管癌と診断された症例を対象とした。乳腺穿刺吸引細胞診材料は95%エタノールで、手術材料は4% paraformaldehyde で固定した。その後、それぞれ HercepTest (DakoCytomation Co. Ltd.) を用いてHER2蛋白の過剰発現の有無を判定し、SPOT-Light (tm) CISH (tm) Detection Kit (Zymed Laboratories, Inc.) を用いてHER2遺伝子増幅を検討した。細胞診材料については、酵素処理、再固定、ターゲット遺伝子の1本鎖への変性およびハイブリダイゼーション後の洗浄の条件について検討し、手術材料の組織標本の結果と比較した。遺伝子増幅の判定はTannerらの方法 (Cancer Research 61: 5345-5348, 2001) に従った。

**【結果と考察】** 細胞診材料では、酵素処理は pepsin 37℃ 5分間、再固定は4% paraformaldehyde 室温 15分間、ターゲット遺伝子の1本鎖への変性は90℃ 3分間、ハイブリダイゼーション後の洗浄は0.1倍標準食塩-クエン酸緩衝液 50~55℃ 5分間という条件で良好な結果が得られた。また、細胞診材料のHER2遺伝子増幅の結果は、手術材料の組織標本と良く相関していた。