

第40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6年7月21日（日） 12:00～16:30

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 40 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

この度、第 40 回京都臨床細胞学会学術集会を 2024 年 7 月 21 日（日）に京都大学百周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させていただきます。

本学会は 1984 年の発足以来、医師と臨床検査技師が一丸となって細胞診断学の進歩と会の発展に尽力し、本年 2 月に 40 周年を迎えることができました。AI やゲノム医療の発展など目まぐるしく変化する医療のなかで、細胞診断学は今後より多様な進化を遂げていくことでしょう。今回の学術集会は 2 題の特別講演と 7 題の一般演題で構成されていますが、いずれも日常的なものから先進的知見まで多彩な内容となっています。ぜひ多くの会員の皆様にご参加いただき、議論を交わすとともに細胞診断学発展の一端を担う者同士の交流を深める機会としていただければ幸いです。

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 (12:05~13:15)

座長 渋谷 信介先生 (京都桂病院 病理診断科)

『増え続ける分子病理学的知見とどのように付き合っていくか』

関根 茂樹先生 (慶応義塾大学医学部病理学教室 組織病理学分野)

----- 休憩 -----

3. 一般演題1 (13:25~14:10)

座長 江口 光徳先生 (宇治徳洲会病院 検査科)

中川 有希子先生 (京都府立医科大学附属病院 病院病理部)

① 硬化性肺胞上皮腫のTBNAの1例

石垣 萌子 (CT) (京都第一赤十字病院 病理診断科部)

② BDシュアパス™法において比重が与える塗抹への影響

熊崎 彩 (CT) (京都橘大学大学院 健康科学研究科)

③ 臓側胸膜発生と考えられた孤立性線維性腫瘍 (SFT) の2例

松居 由香 (CT) (綾部市立病院 医療技術部臨床検査科)

4. 一般演題2 (14:10~15:00)

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)

④ 当院で経験した腹水中に出現した低異型度漿液性癌

溝口 佳惟 (CT) (京都大学医学部附属病院 病理部)

⑤ 前立腺癌患者の尿細胞診で異型細胞を見たらGrade Groupをチェックしよう

寺本 祐記 (MD) (京都大学医学部附属病院 病理診断科)

⑥ 卵巣の嚢胞内容液中に出現した胞巣状軟部肉腫の1例 (ショートプレゼンテーション)

小森 千裕 (CT) (京都府立医科大学附属病院 病院病理部)

⑦ 甲状腺髄外造血を推定した6症例の細胞像について (ショートプレゼンテーション)

宮城 華那子 (CT) (京都市立病院 臨床検査技術科)

----- 休憩 -----

5. 特別講演2 (15:15~16:25)

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)

『WHO第5版およびベセスダシステム第3版の主な変更点と本邦における対応』

廣川 満良先生 (医療法人神甲会隈病院 病理診断科)

5. 閉会の辞 (16:25~16:30)

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 (12:05~13:15)

『増え続ける分子病理学的知見とどのように付き合っていくか』

慶應義塾大学医学部 病理学教室

関根茂樹

近年、悪性腫瘍の治療選択において多くの分子病理学的検査が行われるようになってきました。約10年前には、次世代シーケンサーで解析を行えば網羅的な分子病理学的情報が得られ、すべての問題が解決するという楽観的な観測もあったように思います。しかし、分子病理学的検査の数は年々増加し、それぞれの検査の臨床的意義を把握することすら難しい状況になってきています。一方で、腫瘍の分子生物学的理解が日常の病理診断を实践する上で助けとなる局面も少なくありません。本講演では、免疫チェックポイント阻害剤の利用におけるMSI（マイクロサテライト不安定性）検査やミスマッチ修復蛋白に対する免疫染色を例に、これらの検査を利用する際に必要な一歩踏み込んだ分子生物学的理解がどのように役立つかについて考察します。

◆ 特別講演2 (15:15～16:25)

『甲状腺における WHO 分類第 5 版・ベセスダシステム第 3 版の主な変更点』

隈病院 病理診断科

廣川満良

2022 年に WHO Classification of Endocrine and Neuroendocrine tumors の第 5 版が、2023 年には甲状腺ベセスダシステムの第 3 版が刊行された。甲状腺癌取り扱い規約はそれらの内容にほぼ準拠した内容で、2023 年秋に改訂版（第 9 版）が出された。本講演では甲状腺に関する WHO 分類第 5 版とベセスダシステム第 3 版の主な変更点を解説するとともに、甲状腺癌取り扱い規約との相違点にも触れることにする。

WHO 分類第 5 版

甲状腺腫瘍の細胞起源、組織学的特徴、遺伝子異常、生物学的態度をより明確に理解できるように、いくつかのカテゴリー（発生異常、濾胞細胞由来腫瘍、C細胞由来腫瘍、C細胞と濾胞細胞の混合腫瘍、唾液腺型腫瘍、組織発生不明腫瘍、胸腺由来腫瘍、胎児性腫瘍）に分類された。リンパ腫は甲状腺腫瘍とは別扱いとなった。主な変更点は下記に記す。

- 1) 甲状腺腫瘍の大部分を占める濾胞細胞由来腫瘍は良性腫瘍、低リスク腫瘍、悪性腫瘍に分類された。
- 2) 良性腫瘍には、濾胞腺腫に加えて、しばしば中毒症を引き起こす乳頭状増殖を伴う濾胞腺腫や膨大細胞腺腫が含まれた。さらに、今まで腺腫様甲状腺腫とされてきた結節も濾胞性結節性病変として良性腫瘍に分類されることになった。
- 3) 低リスク腫瘍には、乳頭癌様核所見を伴う非浸潤性濾胞型腫瘍、悪性度不明な腫瘍、硝子化索状腫瘍があり、悪性度不明な腫瘍はさらに悪性度不明な濾胞型腫瘍と悪性度不明な高分化腫瘍に亜分類された。
- 4) 濾胞細胞由来腫瘍は遺伝子異常プロファイルと悪性度により層別化され、多くの亜型を持つ乳頭癌は B R A F 系腫瘍で、浸潤性被包性濾胞型乳頭癌と濾胞癌は R A S 系腫瘍として区別された。
- 5) 1.0cm 以下の微小乳頭癌を乳頭癌の亜型とは考えず、それより大きい乳頭癌と同様に組織学的に層別化することとした。
- 6) 高細胞型乳頭癌は、高さが幅の 3 倍以上の腫瘍細胞（高細胞）が腫瘍の 30%以上を占めるもの

とした。

7) 篩状モルラ型乳頭癌は篩状モルラ癌として、好酸球増多を伴う硬化性粘表皮癌と共に、組織発生不明腫瘍に分類された。

9) 好酸性細胞型濾胞腺腫/癌は濾胞腺腫/癌の亜型ではなく、膨大細胞腺腫/癌となった。また、Hürthle cell という用語は誤用であるため使用されなくなった。

10) 低分化癌と高異型度分化癌（壊死あるいは核分裂 ≥ 5 個/ 2mm^2 ）を高異型度濾胞細胞由来腫瘍としてまとめた。

11) 扁平上皮癌は未分化癌に含まれることとなった。

12) 高異型度髄様癌の概念（壊死、核分裂 ≥ 5 個/ 2mm^2 、Ki-67 標識率 $\geq 5.0\%$ ）が設定された。

13) 甲状腺芽腫が新たに加わった。

14) 診断を助け、予後情報を提供するバイオマーカーの意義が強調された。

ベセスダシステム第3版

第2版が発刊された2017年以降、臨床的対応（遺伝子検査か、再検か、切除か）や悪性の危険度が常にアップデートし続けており、再改訂する時期が来たとしてボルチモアで開かれた2022年の国際細胞学会で発表された。主な変更点を下記に記す。

1) 診断カテゴリーが単一の名称で統合された。Nondiagnostic/Unsatisfactory は Nondiagnostic に、Atypia of Undetermined Significance/Follicular Lesion of Undetermined Significance (AUS/FLUS) は Atypia of Undetermined Significance (AUS) に、Follicular Neoplasm/Suspicious For a Follicular Neoplasm (FN/SFN) は Follicular Neoplasm (FN) に変更された。

2) 悪性の危険度を最新のデータに基づき更新した。

3) 小児における悪性の危険度と臨床的対応が成人とは別個に提案された。成人の follicular neoplasm の悪性の危険度 30%に対し、小児は 50%で、成人では臨床的対応のオプションとして遺伝子検査が推奨されているが、小児ではその記載はなかった。

4) AUS は悪性の危険度に基づき、二つに亜分類（AUS with nuclear atypia、AUS-Other）された。AUS with nuclear atypia と AUS-Other の悪性の危険度はそれぞれ 59%と 6.5%と記載した。

5) WHO 分類第5版に使われている用語に可能な限り統一し、組織分類も反映させた。NIFTP や高異型度濾胞細胞由来腫瘍を記載した。

6) 写真をアップデートした。掲載写真数は第1版 240 枚、第2版 361 枚に対し、第3版は 404

枚で、LBC の写真が 18%を占めた。

7) 画像検査・分子検査を新たな章（13 章：Clinical perspectives and imaging studies, 14 章：Molecular and other ancillary tests）として追加した。

甲状腺癌取扱い規約との異同

- 1) WHO 分類の NIFTP 核スコア 3 は、取扱い規約では被包性濾胞型乳頭癌とされている。
- 2) WHO 分類の高異型度分化癌は、取扱い規約では独立した疾患名になっていない。
- 3) WHO 分類では否定された腺腫様甲状腺腫の診断名を、取扱い規約では用いている。
- 4) ベセスダシステムでは cyst fluid only は検体不適正に含まれているが、取扱い規約では適正のなかの一つのカテゴリーとして扱われている。
- 5) ベセスダシステムでは悪性の危険度や臨床的対応が明記されているが、取扱い規約では明記されていない。

◆ 一般演題 (13:20~14:55)

① 硬化性肺胞上皮腫の TBNA の一例

京都第一赤十字病院 病理診断科部

石垣萌子(CT) 片岡恵美(CT) 古本玲奈(CT) 稲森理(MD) 浦田洋二(MD)

【はじめに】

硬化性肺胞上皮腫は、40~50代の女性に多く認められる良性腫瘍であるが、通常、細胞診検体では細胞数が少なく、判定が困難な場合が多い。私たちは、本症例の肺 TBNA 細胞診を経験し、肺癌との鑑別に苦慮したので報告する。

【症例】

40代女性。特記すべき既往歴はなく、検診で左下葉に境界明瞭な腫瘤を認めたため当院呼吸器内科を受診され、カルチノイド腫瘍疑いとして TBNA 検体が提出された。

【細胞診】

血性背景に、核配列が乱れ、血管を軸とした乳頭状構造を持つ大きな集塊が多数出現していた。これらの乳頭状構造の辺縁には集塊を縁取るような配列を示す部分がみられた。核は小型円形~長円形で、核クロマチンの増量は目立たず、豊富な細胞質を有していた。数か所にて核内細胞質封入体が見られた。これらより、悪性疾患としては肺腺癌や転移性甲状腺乳頭癌、良性疾患としては硬化性肺胞上皮腫や腺腫を鑑別として挙げた。

【組織診】

生検検体が細胞診検体と同時に提出され、HE染色標本にて乳頭状や充実性の細胞増生がみられた。特に乳頭状部分においては表層細胞と円形細胞の2相性が認められた。免疫組織化学染色においては、表層細胞がCK AE1/AE3で一部陽性、TTF-1およびEMAでは表層細胞、円形細胞どちらも陽性となり、硬化性肺胞上皮腫と診断した。その後手術が行われ、2cm×3cm径で境界明瞭な腫瘍が摘出された。腫瘍断面は黄白色充実性で、一部に出血がみられた。HE染色標本、免疫組織化学染色ともに生検検体と同様の結果であった。

【まとめ】

若年女性で腺系の異型細胞が多数出現している場合は、腺癌と決めつけず、硬化性肺胞上皮腫等の鑑別を挙げ、詳細な検鏡が必要である。また、大型細胞集塊では乳頭状構造部分の辺縁に着目し、辺縁を縁取るような細胞配列がある場合には2相性の可能性を考え、硬化性肺胞上皮腫を推定するなど注意が必要である。

② BD シュアパス™ 法において比重が与える塗抹への影響

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⁾

熊崎彩 (CT)¹⁾、大澤幸希光 (PhD)^{1,2,3)}、正木優翔 (MT)¹⁾、新美大弥 (CT)¹⁾、野村涉真 (CT)¹⁾、小田嶋広和 (PhD)^{2,3)}、大西崇文 (PhD)^{2,3)}、服部学 (PhD)^{1,2,3)}

液状化検体細胞診は標本作製の標準化に有用であり国際的に広く普及し、今後もさらに普及していくものと考えられる。

BD シュアパス™ 法は分離用試薬を用い、密度勾配法により細胞を沈殿させ、陰性荷電の細胞を陽性に荷電した専用のスライドを使用することで細胞をスライドガラスに接着させる方法である。このとき、細胞比重の高い細胞が優先的に塗抹されるとされているがその詳細な検証はなされていない。

斎藤らの報告では、固定により細胞比重は変化することが報告されている (斎藤泰紀、1981)。そこで本研究では固定時間による比重変化を利用し、比重が標本作製に与える影響を解析した。

試料には肺腺癌細胞株 A549 を用いた。標本作製は BD シュアパス™ 標本作製法に準じて行った。染色は Papanicolaou 染色を行った。統計解析には Mann-Whitney *U* 検定を用いて $p < .05$ を有意差ありとした。

比重測定は Percoll™ (Cytiva、日本) 上に細胞浮遊液を重層し 20℃、800 G、10 分遠心後に形成された細胞層を計測した。これを 3 度施行した。

その結果、固定時間により A549 の比重は 1.010–1.035 (固定時間 30 分)、1.010–1.025 (同 1 時間)、1.035–1.050 (同 6 時間)、1.050–1.060 (同 12 時間)、1.025–1.050 (同 24 時間) と変化することが明らかとなった。1 時間固定で最も比重が低く、12 時間固定で最も比重が高かった。そこで 1 時間固定検体を低比重検体、12 時間固定検体を高比重検体とした。

低比重検体と高比重検体を用いて標本作製し、BD™ セトリングチャンバー内へ細胞浮遊液を 200 μ L 分注後 2.5 分、5 分、7.5 分、10 分の静置時間における塗抹細胞数を計測した。計測は塗抹面の 1/3 の領域を計測し、3 倍にして求めた。これを 3 度施行した。

その結果、塗抹細胞数 (平均 \pm 標準偏差) は低比重検体のときそれぞれ 1366.3 \pm 68.9、3285.3 \pm 164.9、5630.3 \pm 196.0、6494.7 \pm 200.0 となり、高比重検体のときそれぞれ 1246.3 \pm 155.0、3146.0 \pm 102.2、4949.3 \pm 160.0、5688.3 \pm 128.1 となった。

分注細胞数の誤差を補正するために、10 分の静置時間のときに塗抹されていた標本の細胞数を基準としてそれぞれの細胞数を補正すると低比重検体のときそれぞれ 1407.6 \pm 34.5、3384.7 \pm 93.3、5802.1 \pm 71.2、6693.0 \pm 0.0 となり、高比重検体のときそれぞれ 1536.7 \pm 204.5、3701.1 \pm 41.4、5822.6 \pm 57.8、6693.0 \pm 0.0 となった。

分注後 5 分において、高比重検体のほうが低比重検体よりも有意 ($p = .0495$) に多く塗抹されていた。その他の静置条件では有意差は認められなかった。

以上のことから、分注後 2.5 分から 5 分の間において高比重細胞は優先的に塗抹されることが示

唆された。

加えて、固定時間の変動により細胞の比重も変動することから固定時間が塗抹細胞数に影響を与える可能性が示唆された。

③ 臓側胸膜発生と考えられた孤立性線維性腫瘍 (SFT) の 2 例

綾部市立病院 医療技術部臨床検査科¹⁾、大阪府済生会千里病院 病理診断科²⁾、京都府立医科大学附属病院 病院病理部³⁾、京都市立病院 病理診断科⁴⁾
松居由香¹⁾、山口直則¹⁾、由谷親夫²⁾、田中顕之³⁾、岸本光夫⁴⁾

【はじめに】孤立性線維性腫瘍 (solitary fibrous tumor : 以下 SFT) は、原則として全てが *NAB2-STAT6* 融合遺伝子を有する線維芽細胞性腫瘍であり、胸部発生例では臓側胸膜が最も多く、肺実質内や心膜、縦隔などにも発生する。今回、臓側胸膜発生と考えられた 2 例を経験したので報告する。

【症例】症例 1 は、20 代、男性。検診にて異常陰影を指摘され、他院の CT 検査で心膜嚢胞が疑われた。病変の増大傾向を認められ当院紹介となった。右肺中葉の臓側胸膜からポリープ状に突出した腫瘍がみられ、SFT が疑われ右肺中葉部分切除術が施行された。

症例 2 は、80 代、女性。他院で胸部異常陰影を指摘され、CT 検査で右肺上下葉間に増大傾向を示す 2.5cm 大の境界明瞭な腫瘍が認められ当院紹介となった。PET 検査にて集積が認められた。術中迅速病理診断で悪性が疑われ右肺上葉切除術ならびに下葉区域切除術が施行された。

【病理所見】肉眼的に症例 1 は大きさ 9.5×5.7×4.5 cm のポリープ状に突出した腫瘍で、肺との境界は明瞭であった。断面は淡褐色調で辺縁に出血が認められた。症例 2 は大きさ 3.2×2.8×2.2 cm の充実性腫瘍で、断面は境界明瞭な白色調であった。組織学的にはともに、紡錘形細胞が束状に錯綜し、膠原線維の増生を伴っていた。核の大小不同は軽度であり、核分裂像や炎症細胞浸潤は目立たなかった。症例 1 は毛細血管の増生を伴い、症例 2 は既存の肺構築を取り込みながら増殖する領域も認められた。免疫組織化学ではともに、STAT6(+), Bcl-2(+), CD34 (+) であり、SFT と診断された。

【捺印細胞所見】ともに紡錘形の異型細胞が平面的や束状に配列し、あるいは緩やかな集塊を形成して出現していた。クロマチンは微細顆粒状を呈し、核の大小不同は軽度で、核縁不整や核分裂像はみられなかった。背景にはライトグリーンに好染する膠原線維様物が認められた。ともに STAT6(+)であった。

【考察】胸部発生例の SFT は、画像診断では肺癌などとの鑑別が難しいケースがしばしば認められるため、細胞学的診断の果たす役割は大きい。今回の症例を契機に、SFT の可能性があるケースでは CT ガイド下生検・細胞診が当院では積極的に考慮されることになったため、遭遇する機会が増える可能性が示唆される。SFT は一般的に、淡褐色調の境界明瞭な充実性腫瘍であり、胸膜発生例は 50 代にピークがみられる。本例はともに好発年齢には合致しなかったが、ライトグリーンに好染する膠原線維様物を伴いながら、紡錘形細胞が平面的や束状の配列で出現していた。これらの細胞所見は重要な診断クルーであるが、*NAB2-STAT6* 融合遺伝子を反映し STAT6 の核陽性がほぼ全てに認められることから、STAT6 の免疫細胞化学を実施することで細胞学的な確定診断が可能になると思われた。

【結語】積極的な STAT6 の免疫細胞化学の実施が SFT の確定診断には必須であると思われた。

④当院で経験した腹水中に出現した低異型度漿液性癌

京都大学医学部附属病院 病理部・病理診断科

溝口 佳惟 (CT)、寺本 祐記 (MD)、平田勝啓 (CT)、羽賀 博典 (MD)

【はじめに】低異型度漿液性癌は卵管上皮への分化を示す低異型度の腫瘍細胞で構成される腺癌である。漿液性癌全体の数%程度と稀であり、広い年齢に発生するが、好発年齢は高異型度漿液性癌より10歳ほど若い(中央値43歳)。漿液性境界悪性腫瘍の既往を有することがある。緩徐に進行し、予後は比較的良好であるものの、化学療法への反応性は不良である。今回我々は腹水中に出現した低異型度漿液性癌を7例経験したので報告する。

【症例】年齢は25歳～76歳(中央値54)で性別はすべて女性であった。臨床診断はいずれも卵巣腫瘍であり、そのうち1例は低異型度漿液性癌であった。また、7例の内、1例のみで漿液性境界悪性腫瘍の既往歴があった。検体はいずれも腹水であり、細胞診断で腺癌と診断されたものは6例、腺癌疑いと診断されたものが1例であった。標本は合わせ法にて標本作成し、Papanicolaou染色、Giemsa染色を行った。

【細胞所見】腫瘍細胞は集塊または弧在性に出現していた。出現していた集塊は血管間質を伴う乳頭状構造や「メズサの頭」と称される八つ頭状の微小乳頭状構造を呈しており、集塊の辺縁には高円柱状細胞の柵状配列を認め、腺癌の特徴として矛盾しない細胞所見を認めるものもあった。個々の細胞に関しては高異型度漿液性癌とは明らかに細胞像が異なり、著明な核の大小不同や核形不整、核分裂像は目立たなかった。核小体に関しては明瞭に観察される症例と不明瞭な症例があった。核小体が不明瞭な症例では背景に出現している中皮細胞との鑑別には難渋するほどの軽度な核異型を呈しているものもあった。また、psammoma bodyは高異型度漿液性癌より低異型度漿液性癌で多く見られる所見であるが、標本内に多数のpsammoma bodyを認めた症例は1例のみであった。

【まとめ】腹水中に出現した低異型度漿液性癌を7例経験した。低異型度漿液性癌は核異型が弱いものの、明瞭な核小体や核の偏在傾向、psammoma bodyを認め、細胞診断においても診断可能な症例もあるが、中皮細胞や組織球と鑑別することが困難である症例もあった。しかし、そのような症例においても集塊を注意深く観察し、血管軸や集塊辺縁の柵状配列等の中皮細胞集塊では認められず、腺癌として矛盾しない所見を見逃さないことが重要であると考え。また、そのような細胞集塊が出現している際には、患者情報を確認し、既往歴に卵巣境界悪性腫瘍がないか把握することが診断の手掛かりになると考える。

⑤ 前立腺癌患者の尿細胞診で異型細胞を見たら Grade Group をチェックしよう

京都大学医学部附属病院 病理診断科
寺本祐記

前立腺癌患者に血尿や排尿障害が出現するとしばしば尿細胞診が施行される。これらの症状は前立腺癌の膀胱頸部/前立腺部尿道への浸潤が原因のこともあるが、新たな尿路系腫瘍の発生や放射線治療に伴う膀胱炎など多彩であり、尿細胞診による病態の正確な推定は診療上非常に重要である。細胞学的には、前立腺癌細胞は腺様配列を示し、尿路上皮癌と比較してクロマチンが繊細で明瞭な核小体が見られることが特徴であるが、時に鑑別に苦慮することがある。

今回我々は2010~2023年の期間において前立腺癌の診断後に尿細胞診が施行された520例(1381検体)について検討し、細胞診の判定と生検・画像所見・臨床経過から明らかになった最終的な病態との比較検討を行った。1381検体の判定内訳は陰性1259、異型細胞53、高異型度尿路上皮癌(high-grade urothelial carcinoma; HGUC)の疑い21, HGUC 32, 腺癌(前立腺癌)16であった。疑陽性以上の症例70例(122検体)のうち、最終的に良性であったのが16例、尿路上皮癌は28例、前立腺癌の尿道浸潤は26例であった。尿路上皮癌を推定した53例のうち実際に尿路上皮癌であったのは47例で、6例は前立腺癌の尿道浸潤であった。一方で前立腺癌を推定した16例のうち13例が前立腺癌、2例が尿路上皮癌、1例は膀胱炎であった。前立腺癌のグレードとの相関について検討すると、Grade Group 1-3の症例では疑陽性以上の判定とした29例のうち14例が良性、15例がHGUCであり、前立腺癌の尿道浸潤の症例はなかった。尿細胞診で前立腺癌を推定した症例も2例あったが、1例はHGUC、1例は膀胱炎であった。一方Grade Group 4, 5のhigh grade症例では疑陽性以上41例のうち良性2、HGUC 13、前立腺癌26であった。また前立腺癌の尿道浸潤26例における細胞診断時の血清PSA値について検討すると、4.0 ng/ml以上は18例であったが、4.0 ng/ml未満の症例も8例あった。

本発表では病態との齟齬が見られた症例について細胞像を供覧するとともに、臨床情報のうちGrade Groupを参照することの意義について述べる。

(ショートプレゼンテーション)

⑥ 卵巣の嚢胞内容液中に出現した胞巣状軟部肉腫の一例

京都府立医科大学附属病院 病院病理部¹⁾、京都第二赤十字病院 病理診断科²⁾、市立大津市民病院 病理診断科³⁾、洛和会音羽病院 病理診断科⁴⁾

○小森 千裕(CT)¹⁾、小倉 美紀子(CT)¹⁾、由木 はる美(CT)¹⁾、磯島 喜孝(CT)¹⁾、中川 有希子(CT)¹⁾、西村 綾子(MD)²⁾、安川 寛(MD)²⁾、益澤 尚子(MD)³⁾、嶋田 恵里(MD)⁴⁾、武田 奈央子(MD)¹⁾、森永 友紀子(MD)¹⁾、小西 英一(MD)¹⁾

【はじめに】胞巣状軟部肉腫 (alveolar soft part of sarcoma : 以下 ASPS) は若年女性に多くみられ、全軟部肉腫の0.5~1%を占める稀な腫瘍である。好発部位は成人では四肢、小児では頭頸部で、ゆっくりと増大し無痛性である。経過中に肺や脳に転移をきたしやすく、最終的な予後は不良とされている。今回、卵巣内容液中に出現した ASPS の一例を経験したので報告する。

【症例】10代後半女性。12年前初発、他院にて白色下痢、嘔吐、食欲低下を契機に、後腹膜腫瘤と多発肺結節を指摘され、当院へ紹介された。開腹下生検で後腹膜原発 ASPS および多発肺転移と診断した。化学療法加療中に今回、左卵巣に巨大な嚢胞性腫瘍を認め、転移の疑いで左卵巣摘出術を施行した。手術時に採取した嚢胞内容液が細胞診に提出された。

【組織診】肉眼的には左卵巣をほぼ置換する腫瘤性病変であり、中心部は広範に壊死・出血を伴うため、辺縁部を中心にサンプリングが行われた。病変は血管性間質で区分された胞巣状の配列を示し、胞巣内では好酸性顆粒状の胞体と類円形核を有する異型細胞の増殖を認めた。核は空胞状、明瞭な核小体を有し、しばしば多形性を示した。これらは既往の後腹膜原発 ASPS に類似した像を呈し、既往の ASPS の左卵巣転移と判断した。

【細胞診】肉眼的には淡黄色、採取量は5mL。血性背景に核小体の明瞭な類円形大型核と顆粒状の豊富な細胞質を有する異型細胞を孤在性あるいは集簇して少数認めた。これらは既往の後腹膜原発 ASPS の像に類似しており、ASPS の転移として矛盾しないと判断した。

【まとめ】軟部腫瘍は細胞診でみられる機会が少なく、その中でも ASPS は発生頻度が低い腫瘍であるが、今回当院では卵巣の嚢胞内容液が提出され、細胞像を観察しえる貴重な経験をした。

(ショートプレゼンテーション)

⑦ 甲状腺髄外造血を推定した 6 症例の細胞像について

地方独立行政法人京都市立病院機構 京都市立病院 臨床検査技術科¹⁾、病理診断科²⁾
宮城華那子¹⁾、景山愛¹⁾、竹腰友博¹⁾、野田みゆき¹⁾、香月奈穂美²⁾、岸本光夫²⁾

【はじめに】

髄外造血は骨髄増殖性疾患の症例に多く、肝臓、脾臓でよくみられる。文献的には、甲状腺髄外造血は非常に稀であるとされており、血液疾患を伴わない症例も報告されている。今回我々は、2018年～2023年の間に行われた2054例の甲状腺穿刺吸引細胞診において甲状腺髄外造血を推定した6例の細胞像について報告する。

【症例】

6例全て女性であり、50代～70代(中央値67歳)であった。いずれの症例も術前スクリーニングなどの画像検査にて偶発的に甲状腺結節が指摘され、精査のため穿刺吸引細胞診が施行された。また、甲状腺エコーで石灰化を伴う結節が認められたのは6例中3例で、全ての症例で血液疾患は認められなかった。

【細胞像】

Papanicolaou 染色標本で、異型の乏しいシート状の甲状腺濾胞上皮細胞集塊とともに、孤立散在性の大型細胞が散見された。これら大型細胞は、ライトグリーンに好染する豊富な細胞質と濃縮したクロマチンをもつ大型分葉状核を有しており、核小体は不明瞭であった。May-Giemsa 染色標本では、大型細胞とともに赤芽球や幼若な顆粒球を認めた、また、大型細胞は細胞質周囲に血小板がみられたため、巨核球であると考えた。以上の所見から、「甲状腺髄外造血を推定する良性病変」と判定し、経過観察となった。

【考察】

巨核球は大型の細胞で分葉状核を呈しているため、特に Papanicolaou 染色標本では未分化癌や髄様癌などの悪性腫瘍と誤認することがある。しかし、我々は背景の巨核球以外の造血細胞や血小板の存在に気付くことで「甲状腺髄外造血を推定する良性病変」と判定することが出来た。甲状腺穿刺吸引細胞診で大型細胞が観察された際は、稀ではあるものの甲状腺髄外造血も念頭に置く必要がある。

●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://jssc-kyoto.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。ただし、ショートプレゼンテーションは発表7分、質疑応答3分の計10分とします。
- 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40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	(京都大学医学部附属病院)

[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 涉子	(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)