

**第 39 回**  
**日本臨床細胞学会東海連合会**  
**総会ならびに学術集会**

**プログラムおよび抄録集**

会期 2020 年 3 月 7 日(土) 13:00～17:20  
会場 愛知県がんセンター中央病院  
国際交流センター大ホール  
〒464-8681 愛知県名古屋市千種区鹿子殿1-1  
TEL: 052-762-6111

学術集会会長 浦野 誠  
(藤田医科大学 医学部 病理診断学講座)

## 学術集会会長ご挨拶

日本臨床細胞学会東海連合会会員の皆様へ



この度、第39回日本臨床細胞学会東海連合会総会ならびに学術集会を2020年3月7日（土）に、愛知県がんセンター中央病院国際交流センター大ホールにて開催いたします。

今回の学術集会は「頭頸部病変の細胞診」をテーマとさせていただきます。

特別講演は、口腔細胞診の現状と問題点の再認識、また唾液腺細胞診の基本とミラノシステムの運用の現状、さらに日々新たな展開をみせるがんゲノム医療と頭頸部疾患の関わりについて、1) 久山佳代先生(日本大学松戸歯学部)：口腔細胞診の基礎と応用、診断現場の現状と問題点、2) 樋口佳代子先生(沖縄協同病院)：唾液腺細胞診の診かた・考え方ー唾液腺細胞診ミラノシステムをふまえてー、3) 森 泰昌先生(国立がん研究センター中央病院)：頭頸部領域を主としたがんゲノム、分子病理学と細胞診への応用についてお話をいただきます。

細胞診が大きな役割を果たしている広い領域を包含し、さまざまな疾患が生じる頭頸部病変についての基礎知識、新しい知見の理解を深めていただければ幸いです。

また、一般演題につきましても興味深い研究、症例のご発表をお願いしております。多数の会員のご参加、活発なご討論をどうかよろしくお願いいたします。

なお、会終了後は同会場にて会員懇親会を予定しています。こちらにも多数のご参加をいただき、会員相互の交流、情報交換の場としていただければと思います。

最後になりましたが、本会の開催にあたり多大なご尽力とご指導をいただきました、東海連合会事務局、総会事務局、協賛企業各社ならびに関係各位の皆様にご心よりお礼申し上げます。

2020年2月吉日  
学術集会会長

藤田医科大学医学部病理診断学講座 浦野 誠

## 会員ならびに演者の方々へのお願い

### 1. 参加の方へ

- 日本臨床細胞学会会員証のバーコードで参加登録を行いますので、日本臨床細胞学会会員カードをご持参ください。  
参加費は1,000円で、当日受付を行います。領収書を発行いたします。  
受付は愛知県がんセンター中央病院国際交流センター大ホール前にて12:00から行います。
- 会場へのアクセスはできるだけ公共交通機関をご利用ください。  
お車でお越しの場合、駐車場の料金は自己負担となります。

### 2. 一般演題の演者の方へ

- 発表時間は7分、討論時間は3分です。時間厳守にご協力ください。
- 液晶プロジェクター、PCは会場のものに使用を限らせていただきます。
- OSはWindows 10、PowerPoint2010を使用いたします。
- 発表ファイルのデータは当日USBでお持ちください。

### 3. 質疑・討論について

- 質疑、討論に際しては座長の許可を得て、所属、氏名を述べてから行ってください。時間厳守のため、座長の指示に従って討論をお願いします。

### 4. CT (JSC) , CT(IAC)の方へ

- 研修会参加単位取得を希望される方は参加単位シールをお渡しします。  
受付処理は当日に限らせていただきます。

### 5. 新専門医、新細胞検査士の方へ

- 学会当日の総会において紹介させていただきますので、新専門医、新細胞検査士の方は総会へのご出席をお願いいたします。

### 6. 懇親会について

- 学会終了後、懇親会を行います。参加される方は当日受付にて3,000円をお支払いください。領収書を発行します。  
会場：愛知県がんセンター中央病院国際交流センター視聴覚室

### 7. 幹事会

- 幹事会は愛知県がんセンター中央病院国際交流センター視聴覚室で11:30から行います。昼食は学会で準備させていただきます。

## 愛知県がんセンター中央病院の案内図



〈公共交通機関のご利用について〉

名古屋市交通局地下鉄名城線「自由が丘」下車、2番出口を左折して徒歩7分。

〈お車でお越しの際〉

病院外来患者用駐車場をご利用ください。駐車料金は自己負担となります。

# 第 39 回日本臨床細胞学会東海連合会総会ならびに学術集会

## プログラムおよび抄録集

2020 年 3 月 7 日（土）13:00～17:20

愛知県がんセンター中央病院国際交流センター大ホール

### プログラム

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 開会挨拶   | 13 : 00～13 : 05 |
| 特別講演 1 | 13 : 05～13 : 55 |
| 休 憩    | 13 : 55～14 : 05 |
| 一般演題   | 14 : 05～14 : 55 |
| 総 会    | 14 : 55～15 : 25 |
| 休 憩    | 15 : 25～15 : 35 |
| 特別講演 2 | 15 : 35～16 : 25 |
| 特別講演 3 | 16 : 25～17 : 15 |
| 閉会挨拶   | 17 : 15～17 : 20 |
| 会員懇親会  | 17 : 30～19 : 30 |

会場：愛知県がんセンター中央病院  
国際交流センター視聴覚室

学術集会会長

浦野 誠 （藤田医科大学医学部病理診断学講座）

学会事務局

藤田医科大学病院病理部

藤原 真紀

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

TEL : 0562-93-2316 FAX : 0562-95-3761

Email : mfuji@fujita-hu.ac.jp

## プログラム

13 : 00～13 : 05 開会の挨拶 浦野 誠(藤田医科大学医学部病理診断学講座)

＜特別講演 1＞ 座長 落合 隆永先生(朝日大学歯学部口腔病理学)

13 : 05～13 : 55

「口腔細胞診の基礎と応用、診断現場の現状と問題点」

久山 佳代先生(日本大学松戸歯学部病理学講座)

休 憩 13 : 55～14 : 05

＜一般演題＞ 座長 山田 勢至先生(藤田医科大学医学部病理診断学講座)

14 : 05～14 : 15 1. 口腔扁平上皮癌の擦過細胞診

○山田知里(CT)、大池里枝(CT)、田中瑞穂(CT)、佐藤朋子(MD)、佐竹立成(MD)  
名古屋掖済会病院病理診断科

14 : 15～14 : 25 2. 穿刺吸引細胞診による神経鞘腫 4 例の細胞学的検討

○加納考城(CT)、岩田幸蔵(CT)、久野 臨(CT)、小川里美(CT)、小島伊織(MD)、堀部良宗(MD)

社会医療法人宏潤会大同病院病理診断部 病理診断科

14 : 25～14 : 35 3. 当院健診センターにおける子宮頸がん検診 ASC-US 判定の細胞所見と追跡調査について

○稲垣裕介(CT)<sup>1)</sup>、吉本尚子(CT)<sup>1)</sup>、角屋雅路(CT)<sup>1)</sup>、今井律子(CT)<sup>1)</sup>、服部 聡(CT)<sup>1)</sup>、田中伸幸(CT)<sup>1)</sup>、渡邊緑子(MD)<sup>2)</sup>、溝口良順(MD)<sup>2)</sup>

公立西知多総合病院 臨床検査科<sup>1)</sup> 病理診断科<sup>2)</sup>

14 : 35～14 : 45 4. 腔原発の悪性黒色腫の 1 例

○川原莉奈(MD)<sup>1)</sup>、市川亮子(MD)<sup>1)</sup>、水野雄介(MD)<sup>1)</sup>、金尾世里加(MD)<sup>1)</sup>、藤原真紀(CT)<sup>2)</sup>、伊藤里美(CT)<sup>2)</sup>、須藤健助(CT)<sup>2)</sup>、島 寛太(MD)<sup>3)</sup>、中川 満(MD)<sup>3)</sup>、酒井康弘(MD)<sup>3)</sup>、浦野 誠(MD)<sup>3)</sup>、野村弘行(MD)<sup>1)</sup>、藤井多久磨(MD)<sup>1)</sup>

藤田医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1)</sup> 藤田医科大学病院病理部<sup>2)</sup> 藤田医科大学医学部病理診断学講座<sup>3)</sup>

14 : 45～14 : 55 5. 腔部スメアの採取器具と標本作成法の県内での動向及び組み合わせによる細胞像の相違

○伊藤富士子(MD)<sup>1)2)</sup>、青山房子(CT)<sup>1)</sup>、奥村 修(CT)<sup>1)</sup>、井上英昭(CT)<sup>1)</sup>、小笠原英明(CT)<sup>1)</sup>、田中 豊(CT)<sup>1)</sup>、齋藤みち子(MD)<sup>1)</sup>、水野美香(MD)<sup>2)</sup>

愛知婦人科細胞研究所<sup>1)</sup> 愛知県産婦人科医会悪性腫瘍委員会<sup>2)</sup>

〈東海連合会総会〉 14：55～15：25

総会ならびに新細胞診専門医と新細胞検査士の紹介

休 憩

15：25～15：35

〈特別講演 2〉

座長 黒川 景先生（愛知県立大学看護学部病理学）

15：35～16：25

「唾液腺細胞診の診かた・考え方ー唾液腺細胞診ミラノシステムをふまえてー」

樋口佳代子先生（沖縄協同病院病理診断科）

〈特別講演 3〉 中外製薬株式会社共催セミナー

座長：浦野 誠（藤田医科大学医学部病理診断学講座）

16：25～17：15

「頭頸部領域を主としたがんゲノム、分子病理学と細胞診への応用」

森 泰昌先生（国立がん研究センター中央病院 病理診断科）

17：15～17：20 閉会の挨拶 浦野 誠（藤田医科大学医学部病理診断学講座）

17：30～19：30 会員懇親会

## 特別講演 1

### 「口腔細胞診の基礎と応用、診断現場の現状と問題点」

日本大学松戸歯学部病理学講座

久山 佳代

昨今の口腔がん罹患数および死亡率の増加に対応して、口腔擦過細胞診が急速に普及してきた。“婦人科細胞診から約 40 年遅れている”と表現されているが、その時間を取り返すかの如くである。しかし物事の発展期に順序性を保ちながら進むことは難しく、口腔細胞診はまさに諸問題が交錯し、揉まれている状態である。言い換えれば、口腔細胞診に関わる仲間が増えているのである。そこで今回、第一部として口腔細胞診の基盤となる基礎編（組織学、疾患分類と対応する細胞採取法、2015 年ガイドラインに基づく判定区分など）について解説する。

口腔粘膜疾患細胞診の判定区分は検体適正・不適正の評価の後、NILM, OLSIL（低異型度上皮内腫瘍性病変あるいは上皮性異形成相当）、OHSIL（高度異型度上皮内腫瘍性病変あるいは上皮性異形成相当）、SCC（扁平上皮癌）、IFN（鑑別困難）に分類される。Class IIに代わり OLSIL を設け、腫瘍性変化を的確に判定することを目的とした。さらに OHSIL は、角化型表層細胞の腫瘍性変化をとらえ、口腔特有の表層分化型上皮内癌を拾い上げるために設けられた。従って、この判定には口腔上皮内腫瘍性病変および口腔細胞診の特徴を知り尽くしたうえで、細胞診が果たす役割に対する魂が込められている。一方でこの判定区分は、日常的に口腔細胞診に従事している場合にはこの「魂」と向き合いながら使用できる。ところがそうでない場合には、婦人科のベセスダ分類と名称が似ているために余計に混乱をきたすともいわれている。私が所属する病理診断科では、本学付属病院が開設されて 48 年間口腔細胞診に従事し、その症例数は年間 3,100 件に及ぶ。そこで、本報告では OLSIL, OHSIL の細胞所見と組織所見を比較し、判定区分の目的である角化型表層細胞の腫瘍性変化について多くの症例写真と「角化型表層細胞の腫瘍性変化イラスト集」を提示したい。

さらに第二部として応用編（細胞採取法と標本作製法）について解説する。殊に近年普及している液状化検体細胞診（LBC）と従来型塗抹法の違いに関する基礎研究結果を報告し、同一症例に対する LBC と従来型塗抹法の細胞写真を比較供覧する。

最後に診断現場で向き合っている問題点を整理する。口腔細胞診では、細胞採取される現場は歯学部付属病院、一般病院口腔外科、歯科医院の 3 種類であり、多彩な器具により採取された細胞が、液状ないし塗抹検体として処理されている。さらに細胞判定するのは歯学部付属病院ないし一般病院の病理診断科あるいは検査センターである。この複雑な現状は決して歯科特有とは申し上げないが、それぞれの現場での苦悩と工夫を紹介する。

## 特別講演 2

「唾液腺細胞診の診かた・考え方ー唾液腺細胞診ミラノシステムをふまえてー」

沖縄協同病院病理診断科

樋口佳代子

### 【唾液腺細胞診総論】

唾液腺の穿刺吸引細胞診 (Fine needle aspiration biopsy—以下 FNA) は大唾液腺（主に耳下腺、顎下腺、副耳下腺）の腫瘍性病変の質的評価のために広く実施されており、頻度の高い良性腫瘍（多形腺腫、ワルチン腫瘍）を高率に診断できる。また病変が炎症性か腫瘍か、悪性リンパ腫か上皮性腫瘍か、原発性腫瘍なのか転移か等を鑑別するのに有用で、臨床・画像情報を照合して判定することで治療方針決定に役立つ。新 WHO 分類では術前診断法としての FNA の有用性に鑑み、悪性腫瘍を中心に多くの腫瘍で細胞所見が記載されている。しかし唾液腺腫瘍には多くの組織型があり、FNA で診断可能な多形腺腫、ワルチン腫瘍などが大半を占める一方で、頻度が低いため細胞学的知見の蓄積が乏しく、FNA では組織型推定が困難な腫瘍もある。加えて、筋上皮・基底細胞関連腫瘍では、良悪性にわたって形態的に類似性を示す腫瘍が多く存在し、FNA による良悪性の判定や組織型推定が困難な場合があり、施設間で唾液腺 FNA の精度にばらつきがあるなどの問題点がある。

### 【唾液腺細胞診の留意点】

唾液腺腫瘍には多形腺腫を代表とする筋上皮・基底細胞関連腫瘍が多くみられる。これらの腫瘍内で腫瘍成分として増生する筋上皮細胞は多様な形態をとり、また Giemsa 染色で鮮紅色の異染性を示す基底膜物質や間質粘液を産生し、腫瘍の形態を複雑にすると同時に筋上皮・基底細胞関連腫瘍間の形態的類似性を生み出している。最も頻度の高い多形腺腫においても、典型例の細胞像では異染性の粘液を含む fibromyxomatous な腫瘍成分が出現し診断は容易であるが、時に腺様嚢胞癌など他の腫瘍との鑑別が必要となるような形態的な多様性を有することを念頭に置くべきである。たとえば腺様嚢胞癌の細胞像に出現することで知られている硝子球あるいは粘液球と呼ばれる構造は、その出現頻度や形態に若干の差異があるものの、他の腫瘍—多形腺腫、基底細胞腺腫・腺癌、筋上皮腫、上皮筋上皮癌や多型腺癌などでもみられることがあり良悪性の区別を含めた鑑別診断が重要である。講演では代表的な唾液腺疾患の典型像と variation を提示し、ミラノシステムの有用性について解説する。

### 【唾液腺細胞診ミラノシステム】

| 診断カテゴリー        |                 | 悪性のリスク | 治療方針                                                                               |
|----------------|-----------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 不適正            |                 | 25%    | <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床像および画像所見を考慮</li> <li>FNA 再検</li> </ul>    |
| 非腫瘍性           |                 | 10%    | <ul style="list-style-type: none"> <li>経過観察・画像所見を考慮</li> <li>症例により診断的切除</li> </ul> |
| 意義不明な異型 (AUS)  |                 | 20%    | <ul style="list-style-type: none"> <li>FNA 再検</li> <li>診断的切除</li> </ul>            |
| 腫瘍             | 良性腫瘍            | <5%    | <ul style="list-style-type: none"> <li>経過観察</li> <li>手術</li> </ul>                 |
|                | 良悪性不明な腫瘍 (SUMP) | 35%    | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術</li> </ul>                               |
| 悪性疑い           |                 | 60%    | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術</li> <li>臨床像・画像所見を考慮</li> </ul>          |
| 悪性（低悪性 or 高悪性） |                 | 90%    | <ul style="list-style-type: none"> <li>手術</li> <li>悪性度により術式決定</li> </ul>           |

### 特別講演 3

#### 「頭頸部領域を主としたがんゲノム、分子病理学と細胞診への応用」

国立がん研究センター 中央病院 病理診断科

森 泰昌

頭頸部腫瘍の診断は、解剖学的に多数の器官が含まれ、時に上皮性腫瘍のみならず軟部組織腫瘍が含まれ困難となることも多い。細い針によるそれらの新生物の細胞診断は挑戦的であり、診断の落とし穴があります。正確な診断には、構造、間質の特徴、血管パターン、優位に認められる細胞等の特徴的な組織の認識が求められます。

頭頸部領域の代表的な細胞診としては、甲状腺、唾液腺に加え近年では口腔粘膜も増加傾向にあります。甲状腺に関しては、嚢胞部からの採取による評価可能な細胞数の問題、Goiter と嚢胞状乳頭癌との鑑別、小型濾胞の良悪性の判定は常に問題となります。唾液腺腫瘍も、時に Carcinoma ex pleomorphic adenoma/ mixed tumor など、良性から悪性への転化症例も見られます。また口腔粘膜は角化の亢進した高分化な腫瘍細胞では判定が困難となります。

近年、腫瘍の病因となる分子変化の発見に続いて、頭頸部腫瘍のための診断ツールが拡大され、免疫組織化学と次世代シーケンサーによるゲノム解析の細胞診への適用がなされてきています。本講演では頭頸部の、特に口腔粘膜や甲状腺細胞診とシームレスに行うゲノム解析の実例を用いて当院での取り組みについて解説します。

## 一般演題抄録

### 1. 口腔扁平上皮癌の擦過細胞診

○山田知里 (CT)、大池里枝 (CT)、田中瑞穂 (CT)、佐藤朋子 (MD)、佐竹立成 (MD)  
名古屋掖済会病院 病理診断科

【緒言】口腔に発生する扁平上皮癌には細胞異型の強い扁平上皮癌細胞が表面に認められない症例が見られ、この場合は擦過細胞診で悪性の判定が困難な場合がある。このような症例の頻度や細胞診判定、細胞像について調査した。

【対象と方法】2001年から2019年までに当院で経験した口腔の扁平上皮癌全摘術例で口腔擦過細胞診が行われた86例を対象とした。明らかな癌細胞が一部でも表面に露出している76例83検体と、露出していない10例14検体について、1. 細胞診判定結果と2. 細胞像を比較検討した。

【結果】1. 癌細胞が表面に露出している症例の検体について、細胞診判定は陽性が45/83(54%)、疑陽性が33/83(40%)、陰性が5/83(6%)であった。表面に露出していない症例の検体について、細胞診判定は陽性が0/14(0%)、疑陽性が11/14(79%)、陰性が3/14(21%)であった。2. 細胞像は以下のとおりであった。①軽度の核腫大と核クロマチン濃染。②軽度の核形不整、核の大小不同。紡錘形核。③細胞質のOG濃染、無核細胞の存在。④異型扁平上皮細胞は少数。

【考察】1. 明らかな癌細胞が表面に露出している場合、細胞診断は比較的容易だが、露出していない場合は陽性判定が困難である。2. 陰性判定された細胞診標本には軽度の細胞異型を示す扁平上皮細胞が認められたが少数であった。これらの異型細胞が認められた場合は生検を行うことが必要と考えられた。

### 2. 穿刺吸引細胞診による神経鞘腫4例の細胞学的検討

○加納考城(CT)、岩田幸蔵(CT)、久野 臨(CT)、小川里美(CT)、小島伊織(MD)、堀部良宗(MD)  
社会医療法人宏潤会大同病院 病理診断部 病理診断科

【はじめに】神経鞘腫は末梢神経の Schwann 細胞に由来する良性腫瘍で、軟部良性腫瘍では脂肪種に次ぐ発生頻度である。今回、神経鞘腫4例の超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)を経験したので報告する。

【症例】症例1.)80代女性。胃粘膜下腫瘍の精査のため受診、胃体下部大彎にEUSで40×40mmの低エコー腫瘍を認めた。症例2.)40代女性。左上腹部痛のため来院し、CTで胃背側に180mmの腫瘍を認めた。症例3.)50代男性。健診異常にて来院し、EUSで胸部上部食道レベルに17mm×34mmの低エコー腫瘍を認めた。症例4.)60代女性。貧血精査のため受診。CTで胃体部に60mmの腫瘍を認めた。

【細胞所見】症例1,2,3,4)背景はきれいで、束状や流れのある線維性の細胞集塊中にリンパ球が散見された。核は楕円形から紡錘形で大小不同を認め、核間距離は不均等で、クロマチンは細顆粒状で増量が見られた。核の分裂像は見られず、核小体は目立たなかった。細胞質はライトグリーンに淡染性で細胞境界は不明瞭であった。

【組織所見】症例1,2,3,4)腫瘍細胞は、紡錘形細胞が束状～不規則に増殖し、核は類円形から紡錘形で、核分裂像は乏しく、好酸性線維状の細胞質を有していた。免疫染色にてS100(+)、c-kit(-)、CD34(-)、SMA(-)、Ki67index:1%程度であった。

【まとめ】本症例(症例3を除く)と、当院で組織学的にGIST(Low grade)と診断された細胞診16例の細胞像について比較検討をした。

### 3. 当院健診センターにおける子宮頸がん検診 ASC-US 判定の細胞所見と追跡調査について

○稲垣裕介(CT)<sup>1)</sup>、吉本尚子(CT)<sup>1)</sup>、角屋雅路(CT)<sup>1)</sup>、今井律子(CT)<sup>1)</sup>、服部 聡(CT)<sup>1)</sup> 田中伸幸(CT)<sup>1)</sup>、渡邊緑子(MD)<sup>2)</sup>、溝口良順(MD)<sup>2)</sup>

公立西知多総合病院 臨床検査科<sup>1)</sup> 病理診断科<sup>2)</sup>

【はじめに】意義不明な異型扁平上皮細胞（以下 ASC-US）は LSIL や中間的異型度を示す SIL が疑われるが、質的・量的に LSIL の定義を完全に満たさない細胞変化と定義されている。当院では 2018 年 9 月に液状化細胞診（ロシュ・ダイアグノスティックス社製 Cell prep 以下 LBC 法）を導入し LBC 法における ASC-US と判定した細胞について追跡調査を行ったので報告する。

【対象】2018 年 10 月～2019 年 9 月、1 年間の子宮頸がん検診 5,461 件で ASC-US と判定された 76 例を用いた。

【方法】LBC 法で作製した Pap. 染色標本を用いて ASC-US と判定された細胞について以下の 4 項目について調査した。①細胞数（少数 10 個未満、中数 10-49 個、多数 50 個以上）②細胞形態を表層～中層型と傍基底型（傍基底型細胞を含む）に分類、HPV 感染所見の有無 ③HPV ハイリスク検査との対比 ④組織診断との対比

【結果】①ASC-US と判定した細胞は、少数 27 例(35%)、中数 40 例(53%)、多数 9 例(12%)であった。②細胞型は、表層～中層型 60/76 例(79%)、傍基底型 16/76 例(21%)であった。③HPV ハイリスク検査は 76 例の内、39 例に実施。HPV ハイリスク群陽性者 14 例(36%)は表層～中層型が 10 例、傍基底型が 4 例であった。また、HPV ハイリスク群陰性者 25 例(64%)は表層～中層型が 22 例、傍基底型が 3 例であった。HPV ハイリスク検査陽性と陰性においても細胞形態は同様の所見を示していた。④HPV ハイリスク群陽性者 14 名の組織診断は、所見なし 1 例、CIN-1 8 例、CIN-2 2 例、CIN-3 3 例であった。CIN-3 の症例は細胞が少数で良悪性の鑑別は困難であった。

【まとめ】LBC 法において ASC-US と判定された細胞は、少数が 35%で、65%には十分な細胞数が出現していた。ASC-US と判定された傍基底型には CIN-3 の病変が含まれる場合があるので、見落とさないことが大切である。

### 4. 腔原発の悪性黒色腫の 1 例

○川原莉奈(MD)<sup>1)</sup>、市川亮子(MD)<sup>1)</sup>、水野雄介(MD)<sup>1)</sup>、金尾世里加(MD)<sup>1)</sup>、藤原真紀(CT)<sup>2)</sup>、伊藤里美(CT)<sup>2)</sup>、須藤健助(CT)<sup>2)</sup>、島 寛太(MD)<sup>3)</sup>、中川 満(MD)<sup>3)</sup>、酒井康弘(MD)<sup>3)</sup>、浦野 誠(MD)<sup>3)</sup>、野村弘行(MD)<sup>1)</sup>、藤井多久磨(MD)<sup>1)</sup>

藤田医科大学医学部産婦人科学講座<sup>1)</sup> 同・病院病理部<sup>2)</sup> 同・医学部病理診断学講座<sup>3)</sup>

【症例】50 歳女性、不正性器出血を主訴に来院した。右腔壁より黒色調で外向性発育を呈する約 2.5cm 大の病変を認めた。同部位より生検を施行し、悪性黒色腫の診断であったため、腔壁腫瘍摘出術を施行した。摘出腫瘍より捺印細胞診を採取した。

【腫瘍捺印細胞診所見】大小不同を伴う紡錘形の異型細胞が孤立散在性に出現していた。核は類円形または楕円形に腫大し大小不同を伴い、核縁の肥厚、明瞭な腫大した核小体を認めた。細胞質はライトグリーンに好染し、細胞質内に Aritz 小体を含む細胞やメラニンと思われる茶褐色な顆粒を含む細胞も散見された。

【組織所見】異型を伴わない重層扁平上皮とその粘膜下に、結節ないし胞巣状の異型細胞の高度な増殖を認めた。N/C 比の高い過染性の類円形異型細胞が小集塊状あるいは個々に増生しており、一部茶褐色の顆粒を含む細胞を認めた。免疫組織化学では、S100 は陰性であったが、HMB45 陽性、SOX10 陽性、Melan-A 陽性であり悪性黒色腫の特徴を示していた。

【考察】まれな腔原発の悪性黒色腫の 1 例を経験した。悪性黒色腫は特有の細胞像を呈していることから、その特徴を把握することで細胞診により組織型を推定することが可能である。

## 5. 膣部スメアの採取器具と標本作成法の県内での動向及び組み合わせによる細胞像の相違

○伊藤富士子(MD)<sup>1)2)</sup>、青山房子(CT)<sup>1)</sup>、奥村 修(CT)<sup>1)</sup>、井上英昭(CT)<sup>1)</sup>、小笠原英明(CT)<sup>1)</sup>、田中 豊(CT)<sup>1)</sup>、齋藤みち子(MD)<sup>1)</sup>、水野美香(MD)<sup>2)</sup>  
愛知婦人科細胞研究所<sup>1)</sup> 愛知県産婦人科医会悪性腫瘍委員会<sup>2)</sup>

【緒言】産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2017 で「妊娠女性以外では、綿棒ではなく、ヘラ、ブラシでの細胞採取を行う」の推奨が「C」から「B」へ引き上げられた。また愛知県産婦人科医会悪性腫瘍委員会は検診及び日常診療での子宮頸部細胞診検査の実態について2回アンケート調査を行った。この結果と、この度経験した SCC の1例における3組の標本の差異から良好な組み合わせを考察した。

【方法】2回の産婦人科医会アンケート調査の結果比較と分析および当院における SCC 1症例の「ブラシ+直接塗抹」「ブラシ+液状検体」「綿棒+直接塗抹」の3組の細胞像の比較検討を行った。

【結果】アンケートは2017年と2019年の2回行われた。採取器具ではブラシは検診で43%→68%、診療で48%→77%と大幅増加、綿棒は検診で49%→23%、診療で43%→15%と激減した。液状検体の採用ありが28%→39%と増加した。ブラシ採取が約7割、液状検体が4割なのでブラシ液状検体：ブラシ直接塗抹＝4：3と推定された。また、SCC 症例のブラシ直接塗抹は SCC とするに困難であった。

【考察】採取器具のブラシ採用は著しく増えたが、液状検体の普及は不十分である。ブラシでは綿棒より採取細胞数が多く、直接塗抹した場合に上皮細胞の著しい重なりや血球成分過多により良い細胞像が得られない場合がある。欧米の頸がん検診は HPV 併用検診(ブラシ+液状検体)で高い精度を得た。

【結語】正確な細胞診断には良い標本が必須であり、細胞診断への信頼度を増すためにも細胞診断に携わる者からの働きかけが重要である。ブラシ採取推進に伴った液状検体普及を要望したい。

第 39 回 日本臨床細胞学会東海連合会総会学術集会  
協賛会社一覧

(五十音順 敬称略)

MSD 株式会社

株式会社 常光

白井松器械株式会社

正晃テック株式会社

大鵬薬品工業株式会社

中外製薬株式会社

日本化薬株式会社

フェザー安全剃刀株式会社

富士ゼロックス愛知東株式会社

ライカ マイクロシステムズ株式会社

ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社