

第 42 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8年7月19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

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)

『乳腺病理診断のパラダイムシフト 2025-2026』

大迫 智 先生 (公益財団法人がん研究会 がん研究所 病理部)

----- 休憩 -----

3. 一般演題1 (13:25~14:10)
座長 寺本 祐記 先生 (京都大学医学部附属病院 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)
 - ① 口腔扁平上皮癌の形態的特徴
北 健二 (CT) (洛和会音羽病院 臨床検査部 病理検査室)
 - ② 術中胸水で診断に苦慮した中皮腫の1例
小川 絢音 (CT) (京都桂病院 検査科)
 - ③ 髄液細胞診検査におけるLBC法の有用性の検討
長栄 知明 (CT) (京都府立医科大学附属病院 病院病理部)
4. 一般演題2 (14:10~14:55)
座長 渡邊 仁 先生 (京都府立医科大学附属病院 病理診断科)
江口 光徳 先生 (宇治徳洲会病院 管理部)
 - ④ 左耳下腺に発生した多形腺腫由来癌の1例
高山 実那 (CT) (京都中部総合医療センター)
 - ⑤ SurePath™法における塗抹面積と異常細胞出現数の関連性に関する検討
中島 成彬 (MT) (京都橘大学大学院 健康科学研究科)
 - ⑥ ThinPrep®標本における子宮頸部の分葉状頸管腺過形成と胃型腺癌の細胞像の比較
泉 菜々子 (CT) (京都大学医学部附属病院 病理部)

----- 休憩 -----

5. 特別講演2 (15:10~16:20)
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)

『脳腫瘍の病理』

児玉 良典 先生 (地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター 病理・細胞診断科)

6. 閉会の辞 (16:20~16:25)
専門医会長 渋谷 信介 先生 (京都桂病院 病理診断科)

抄録集

◆ 特別講演1 (12:05～13:15)

『乳腺病理診断のパラダイムシフト 2025-2026

～ 組織型分類の再構築および HER2 超低発現診断のポイント ～』

公益財団法人がん研究会 がん研究所 病理部

公益財団法人がん研究会 有明病院 病理部

大迫 智

2025 年から 2026 年にかけて、乳腺病理診断の領域において、実地診断を変える重要な改訂やパラダイムシフトが相次いでいる。具体的には、2025 年 6 月の「乳癌取り扱い規約第 19 版」出版に始まり、同年 9 月のトラスツズマブ・デルクスステカン (T-DXd) の HER2 超低発現乳癌への保険適応拡大、10 月の「HER2 低発現・超低発現診断に関する国際専門家コンセンサス推奨」論文出版、そして 2026 年 4 月の「乳腺 WHO 分類 第 6 版ベータ版」オンライン公開などが挙げられる。

本講演では、これら一連の動向のなかから、特に日常の病理診断実務に直結する 2 つのテーマ、すなわち「1) 乳癌取り扱い規約における組織型分類の再構築」と「2) HER2 低発現・超低発現診断のポイント」について、病理組織写真を交えながら、その背景を含めて詳細に解説する。

1) 乳癌取り扱い規約における組織型分類の再構築

乳癌取り扱い規約第 19 版の改訂では、本邦独自の有用な概念を継承しつつ、WHO 分類第 5 版や ICCR などの国際基準との整合性を両立させることが重視された。組織学的分類では、上皮性腫瘍が「良性腫瘍」「前駆病変」「非浸潤性小葉腫瘍」「悪性腫瘍/癌腫」へと体系的に整理され、国際基準に準じた分類へと刷新された。

「非浸潤性小葉腫瘍」の枠組みには、異型小葉過形成 (ALH) と非浸潤性小葉癌 (LCIS) が含まれることとなった。さらに LCIS については、古典型に加え、高度な腺房・乳管拡張を伴う開花型、核異型が強くコメド壊死を伴いやすい多形型の 3 亜型に分類され、病理診断に亜型分類まで求められるようになった。

一方、悪性腫瘍のうち「非浸潤癌」は、LCIS が除外され、非浸潤性乳管癌 (DCIS)、非浸潤性充実乳頭癌 (SPC in situ)、被包型乳頭癌 (EPC) および Paget 病に再編成された。このうち Paget 病は、第 18 版までの乳腺内病変の随伴を許容するものから、「乳頭表皮内および周囲の表皮に限局したもの」と再定義された。乳腺内病変 (DCIS や浸潤癌) を伴う場合は、乳腺内病変を主診断とし、Paget 病の存在を付記する記載法へと改められた。

また、「浸潤癌」においては、本邦で長年定着していた浸潤性乳管癌 (IDC) の「3 型分類」(腺管形成型・充実型・硬性型、もしくは乳頭腺管癌・充実腺管癌・硬癌) が組織学的分類から削除されたことも大きな変更点である。これらは組織型ではなく形態パターンであるとの認識から「第 2 章 病理標本の取扱いと記載法」へと移行された。画像・病理対比や分化度評価のため、3 型分類

を構成していた因子を「肉眼型分類」「非浸潤癌巢の種類と量」「浸潤形態と間質量（充実・硬性パターンなど）」「組織学的グレードの腺管形成スコア」に分解して独立記載する方式へと改められた。さらに、特殊型において「浸潤性充実乳頭癌（Invasive SPC）」などが、独立した組織型として新たに加わった。

2) HER2 低発現・超低発現診断のポイント

抗 HER2 抗体薬物複合体の登場と適応拡大に伴い、HER2 診断は従来の「陽性か陰性か」という二分法から、治療に直接連結する連続的な発現状況の評価（陽性・低発現・超低発現・無発現）へとパラダイムシフトを遂げている。本邦では、乳癌への T-DXd の保険適応が、2023 年 5 月の HER2 低発現への適応拡大に続き、2025 年 9 月には HER2 超低発現にまで拡大された。これにより病理実務では、従来のスコア 0（陰性）のなかから、「膜染色がわずかでも認められる超低発現」を適切に抽出し、「全細胞で膜発現が完全に消失している無発現」と厳密に区別することが求められるようになった。

しかし、低発現および超低発現の判定においては、病理医間での診断一致率の低さが国際的な課題となっている。その主たる要因は、①ASCO/CAP ガイドラインに未定義の染色パターン、②染色強度、および③染色割合や存在/非存在についての判定のばらつきに集約される。これらの課題を克服し、診断の標準化と一致率向上を達成するため、本講演では以下の 3 つの実践的なアプローチを提示する。

要因①に対しては、2025 年 10 月に出版された「国際専門家コンセンサス推奨」論文で提示された判定システム案を参考にすることにより、判定の標準化が期待される。

要因②に対しては、対物レンズの倍率ルールを参考にすることで、判定の標準化が期待される。例えば、1+に相当する「かすかな・かろうじて認識できる染色」の判定には、対物 40 倍の強拡大を用いて膜染色を確認する。一方、対物 40 倍でも膜染色として確認できない場合は「染色なし」と判断する。

要因③に対しては、演者は「鳥の目 ⇄ 虫の目」アプローチを提唱している。具体的には、まず対物 4～10 倍の弱～中拡大（鳥の目）でスライド全体を俯瞰して淡く色が着いた領域を広く拾い上げ、次いで対物 20～40 倍の強拡大（虫の目）に切り替えて膜染色を確認したうえで、再び弱～中拡大に戻り全体像を評価する。この「鳥の目」と「虫の目」を有機的に行き来しながら、1+の有無や発現割合を正確に評価する。

◆ 特別講演2 (15:10～16:20)

『脳腫瘍の病理』

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 病理・細胞診断科
児玉 良典

脳腫瘍の病理診断は、2016年に発刊されたWHO脳腫瘍分類改訂第4版で、*IDH*遺伝子変異など分子遺伝学的情報が診断基準に組み入れられるようになりました。2021年のWHO脳腫瘍分類第5版(WHO2021)ではさらに多くの分子遺伝学的情報が取り入れられ、本格的に、遺伝子と組織形態との統合診断の時代を迎えました。WHO2021では、診断に必要な組織所見や遺伝子変化がdiagnostic criteriaとして”Essential”, “Desirable”として記載されており、診断基準が明確になっています。しかし一方で、実臨床の現場では診断に必要な分子診断がどこの施設でもできるわけではないという早急に解決すべき課題もあります。

脳腫瘍の診療において、分子情報は重要ではありますが、診断・治療の出発点は、腫瘍形態の的確な把握であり、病理診断は依然として不可欠です。脳腫瘍は種類が多く、いずれも希少疾患であり、専門としていない病理医にとってはなじみの薄い疾患です。また脳腫瘍は部位的に術前に生検されることがほとんどありません。そのため術中迅速診断に提出される頻度が高くなっています。術中迅速診断では、基本的には形態だけで診断するので、凍結標本だけではなく、細胞診標本を併用することで、正確な診断の一助となります。細胞診は術中迅速診断において有効なツールとなります。

本講演では脳腫瘍の病理診断の基礎について、術中迅速診断も含めて、特に日常診療で遭遇する頻度の高い成人型びまん性膠腫と髄膜腫を中心に概説します。また症例を提示しながら最近の知見や、WHO2021の問題点、今後の展望も含めて、脳腫瘍の病理診断について解説します。

◆ 一般演題 (13:25~14:55)

① 口腔扁平上皮癌の形態的特徴

洛和会音羽病院 臨床検査部¹⁾ 同 病理診断科²⁾

北 健二¹⁾ 吉岡 沙織¹⁾ 林 恵嘉¹⁾ 岩下 玄基¹⁾ 山脇 悠加²⁾ 嶋田 恵里²⁾ 安井 寛²⁾

【はじめに】口腔領域の擦過細胞診は普及し、2015年細胞診ガイドラインにおいて、深層型扁平上皮異型細胞が扁平上皮癌の判定に重要な所見であると位置づけられた。しかし現実的には深層型の細胞を採取することは困難で、その判定基準も明確にはされていない。

そこで今回、深層型扁平上皮異型細胞に着目せず、表層分化を示す異型細胞につき検討した。

【材料と方法】ブラシ・綿棒による擦過細胞診で、病理診断の裏付けがある扁平上皮癌10例、良性病変12例とした。検討対象は、擦過後直接塗抹した標本（以下、従来法）と塗抹後のブラシを固定液へ入れて作成した標本（以下、LBC）をPapanicolaou染色した。解析した細胞は、ライト緑およびオレンジGに染色された、表層分化を示す異型細胞とした。

解析内容は、核・核小体・細胞質とし、①色調、②面積、NC比、NN比の算出、③核形不整とした。なお、色調はipad miniによるアプリケーションソフトウェア色彩ヘルパーを使用した。統計学的有意差検定はMann-Whitney U testを実施し、有意水準は5%とした。また、有意差を示した所見に対して、ROC曲線を作成し、算出されたAUCによって両疾患の細胞所見の差を比較した。

【結果】以下に、有意差がみられた扁平上皮癌細胞の特徴を記載する。

色調は従来法・LBCともに、ライト緑にて核は“はなだ色”、核小体は“かきつばた色”、細胞質は“しんばし色”が優位にみられ、オレンジGはLBCにて“おうに”が優位にみられた。核は腫大し、それに伴いNC比大で、核小体面積はLBCで有意差がみられた（各 $p<0.05$ ）。核形不整はLBCで有意差がみられた（ $p<0.05$ ）。また、有意差を示す所見に対してAUCを算出したところ、0.84-0.97と高い値が得られた。

【考察】口腔扁平上皮癌の正診率は他臓器より低くしばしば問題になっているが、利点とのバランスや確定診断に伴う侵襲性などを考慮すると、正診率を上げることは大きな意義があると考えている。

今回、表層分化を示す扁平上皮癌細胞の特徴的所見として、細胞の色調、核の面積およびNC比、LBCにおける大型核小体と核形不整に相違を見出すことができた。

従来法に加えてLBCを併用し、形態異常を総合的に判断することによって、より確実な診断が可能と考えられた。

② 術中胸水で診断に苦慮した中皮腫の一例

京都桂病院 検査科¹⁾ 同 病理診断科²⁾

小川 絢音¹⁾ 二宮 慶太¹⁾ 織田 里紗¹⁾ 林田 大毅¹⁾ 渋谷 信介²⁾

【はじめに】中皮腫の診断において体腔液細胞診は低侵襲であり日常的に実施されることが多い。だが、その診断感度は32-76%と低く、診断が難しい疾患の一つとされている。中皮腫は細胞学的に反応性中皮細胞や腺癌との鑑別を要することが多く、出現細胞の数や形態によってはしばしば診断困難となることがある。今回、左肺尖部腫瘍に対する腫瘍摘出手術の際に採取された胸水において、診断に苦慮した中皮腫の1例を経験したので報告する。

【症例】症例は60代男性、解体工事に約40年従事されており、石綿の曝露歴あり。石綿健診にて左肺尖部に29mm大の腫瘍を指摘され、前医にて気管支鏡検査を施行されるも悪性所見は認められなかった。外科手術目的に当院へ紹介となり、術中に採取された胸水が検査室に提出された。

【細胞所見】背景は出血性、リンパ球主体の炎症細胞が少数出現していた。やや核腫大した異型細胞が厚みのある三次元的集塊として出現していた。孤在性の異型細胞はほとんど認めなかった。核は類円形、中心性で核形不整や核クロマチンの増量を認めるものの、核の大きさは比較的揃っていた。核小体はやや腫大傾向、集塊の辺縁には微絨毛と思われる細胞質辺縁の不明瞭化を認めた。

【組織所見】摘出検体では、胸膜が楔状に肥厚し、上皮様腫瘍細胞が小胞巣状や索状に増殖している部分と結節状の円形無気肺が隣接していた。免疫組織化学で腫瘍細胞は中皮マーカーであるGalretininやD2-40が陽性となり、BAP1蛋白の消失が確認された。一方で腺癌マーカーであるCEAやTTF-1は陰性であった。

【考察】CTやレントゲンにて指摘されていた29mm大の腫瘍は肺癌ではなく、円形無気肺であった。肺野の腫瘍があったこと、提出された検体は少量であり、細胞の出現形態が非典型的であったことより中皮腫の診断に至らなかった。本症例のように出現数が少ない症例でも石綿曝露歴のある症例では、中皮腫の可能性を考慮すべき症例であった。

③ 髄液細胞診検査における LBC 法の有用性の検討

京都府立医科大学附属病院 病院病理部¹⁾ 同 病理診断科²⁾

長栄 知明¹⁾ 中川 有希子¹⁾ 磯島 喜孝¹⁾ 由木 はる美¹⁾ 中井 瞳¹⁾ 小森 千裕¹⁾ 平田 嗣実

¹⁾ 小倉 美紀子¹⁾ 小嶋 基寛^{1,2)} 森永 友紀子^{1,2)} 武田 奈央子^{1,2)} 尾松 憩^{1,2)} 渡邊 仁^{1,2)}

【はじめに】当院では髄液細胞診検体は従来法による標本作製後、残余検体を一定期間保管した後
に廃棄しているが、残余量が多い症例も少なくない。そこで今回、これら廃棄される残余検体を用
いて LBC 標本 (ThinPrep®) を追加で作製し、従来法の場合と比較して診断的有用性があるか
どうか検討した。

【方法】2023 年 6 月から 2026 年 3 月までに提出された髄液検体を対象とした。従来法である遠心
濾紙沈殿法で標本作製した後、残余検体がある場合は再度遠心し、沈査を ThinPrep®固定バイア
ルに入れて LBC 標本作製した。残余量は検体によって異なり、LBC 標本用に使用した検体量は一
定ではない。標本作製のバイアルおよびフィルターは非婦人科用を使用した。

【結果】対象期間中に提出された髄液検体は 711 件あり、うち 117 件について LBC 標本作製する
ことができた。細胞診判定は、クラスⅡ：101 件、ⅡR：2 件、Ⅲ：8 件、Ⅳ：0 件、Ⅴ：6 件と大
半は陰性判定だった。クラスⅢ以上と判定した症例で、LBC 標本のみに異型細胞が出現していた症
例はなかったが、従来法だけに異型細胞が出現していた症例は 4 件あった。LBC 標本では出血が強
い検体では有核細胞が少ない傾向にあった。リンパ腫や白血病などの造血器腫瘍を疑う症例では、
従来法で作製したギムザ標本が、核の不整や好塩基性細胞質所見などの異型細胞の特徴を最もとら
えやすかった。一方、転移性腺癌症例では、LBC 標本に小集塊や結合性を示す異型細胞が出現し、
孤立性異型細胞のみであった従来法標本との差異が認められた。

【考察】今回の検討では、髄液検体における LBC 標本作製は診断の感度を向上させるほどの有用性
はないと思われた。標本作製にかかる煩雑性やコストも考慮すると、すべての症例で LBC 標本を追
加作製する必要はないと考える。一方で、転移性腺癌症例の LBC 標本では診断上有用性のある細胞
所見を得ることができた。臨床的に転移性上皮性腫瘍を疑われ、かつ残余検体のある症例に限って
は、補助的な LBC 標本作製が診断精度の向上に寄与する可能性が示唆された。

④ 左耳下腺に発生した多形腺腫由来癌の一例

京都中部総合医療センター 臨床検査科¹⁾ 同 病理診断科²⁾

高山 実那¹⁾ 石田 さくら¹⁾ 黒山 賢児¹⁾ 島本 未来¹⁾ 森 美幸¹⁾ 伊東 恭子²⁾ 伏木 信次²⁾

【目的】唾液腺腫瘍の穿刺吸引細胞診は術前診断の有用な検査法の一つとして広く普及している。

しかし唾液腺腫瘍は組織型により多彩な特徴を有する。そのため今回、細胞診断の精度向上を目的として、当院で細胞診診断で良悪および組織型の鑑別が困難であった症例での組織診断との比較検討を行ったので報告する。

【方法】症例は 77 歳男性。左頸部腫脹を認め、MRI、CT で耳下腺浅葉の内部壊死を伴う腫瘍と表層にも内部壊死を伴う腫瘍がみられた。また PET-CT で左耳下腺内の 2 か所の腫瘍と左レベル 2 腫瘍に FDG 高集積が見られた。細胞診診断では、耳下腺（上極と下極）とリンパ節において穿刺吸引法によって採取された検体を、合わせ法と LBC 法を用いて、パapanicolaou 染色、ギムザ染色の 2 種類で標本作製し診断に用いた。組織診断では、左耳下腺腫瘍の切除検体で HE 染色・EVG 染色・免疫染色を実施し、組織型、被膜浸潤、血管侵襲などに関して検索した。

【結果】細胞診診断では、耳下腺上極の標本で N/C 比の増加、クロマチンの増量、核の大小不同を示す異型細胞を認めた。耳下腺下極の標本では、出血・粘液性背景に類円形核の筋上皮様細胞集塊を認め、ギムザ染色標本においてメタクロマジーが見られ、多形腺腫が疑われた。リンパ節穿刺標本では、出血性背景に小型のリンパ球を認め、その中に結合性の高い裸核状核で密な上皮細胞集塊がみられた。組織診断では、耳下腺上極で充実性腫瘍を認め、腫瘍細胞は筋上皮細胞様で、篩状構造・管腔形成に乏しく、中心部にコメド壊死を伴い、筋上皮癌と診断した。また耳下腺下極では多房結節状に多形腺腫を認め、多形腺腫から移行する腺癌成分が見られた。この腺癌は HER2(+), AR(+) であり、唾液腺導管癌と考えられた。

【結論】術前にリンパ節と思われていた部位は、手術時の超音波検査で耳下腺腫瘍と連続しており、細胞診で穿刺したリンパ節は腫瘍が外向性増殖したものと思われた。細胞診標本において免疫染色を実施したところ、リンパ節穿刺標本での異型細胞は CK34 β E12(+), S100 蛋白(+), HER2(-)、耳下腺上極の腫瘍部穿刺標本の異型細胞は CK34 β E12(+), S100 蛋白(-) であり、双方とも筋上皮癌の細胞と考えた。一方、リンパ節穿刺の細胞像では裸核状の細胞、耳下腺上極の細胞像では広い細胞質を有する異型細胞で、形態的に異なる細胞像であった。組織診断標本では筋上皮癌成分の細胞像は、腫瘍頭側では裸核状の異型細胞、尾側では広い細胞質を有する異型細胞を示した。このことからリンパ節穿刺標本は筋上皮癌腫瘍の頭側から、耳下腺上極の穿刺標本は尾側から採取されたものと考えた。筋上皮癌は症例により、多彩な細胞像を呈すると言われている。今回の症例では、一つの腫瘍内で穿刺部位によって異なる細胞像を呈しており、細胞診での組織型の鑑別が困難であった。耳下腺上極の穿刺標本では、class III としていたが、見直したところ、LBC 標本では核腫大や核形不整、核小体が腫大かつ明瞭であり悪性を疑う所見であった。このことから LBC 標本では、核所見が塗抹標本と比較して明瞭であり、良悪の診断に有用であると思われた。

⑤ SurePath™ 法における塗抹面積と異常細胞出現数の関連性に関する検討

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⁾

中島 成彬¹⁾ 大澤 幸希光^{1, 2, 3)} 横江 舞香¹⁾ 今中 小夏¹⁾ 大本 有喜¹⁾ 寺尾 文希¹⁾ 寺田 優子¹⁾ 小田嶋 広和^{2, 3)} 大西 崇文^{2, 3)} 服部 学^{2, 3)}

【はじめに】SurePath™は、専用コーティングスライドに重力および荷電によって細胞を吸着させるLiquid-Based Cytology (LBC) 標本作製法である。SurePath™の塗抹面積直径は13 mmであるが、ThinPrep®やCellPrep®では20 mmが採用されており、13 mm径設定の妥当性についての検討は少ない。そのため、本研究では自家製チャンバーを作製し、塗抹面積と細胞出現数の関係について検討した。

【方法】正常細胞は豚食道扁平上皮をサイトピックα（松浪硝子）で擦過採取した。異常細胞は子宮頸がん細胞株 HeLa を用いた。ビルケルチュルク計算盤（サンリード硝子）および Countess3 自動セルカウンター（ThermoFisherScientific）を用いて、正常細胞 50 万個、HeLa 細胞 5000 個（比率 100 : 1）を調整し、コレクションバイアルへ投入・固定した。3D プリンターH2D（Bambu Lab）を用いて、熱可塑性ポリウレタン樹脂製の直径 8 mm、10mm、13 mm、16 mm、18 mmの自家製チャンバーを作製した。標本作製は BD シュアパス™ 標本作製手順／婦人科材料用手法に準拠し、Papanicolaou 染色を行った。正常細胞は標本全体の 2%を計測し補正值から算出した。HeLa 細胞は顕微鏡下で全数を実測し、各条件 5 回施行した。

【結果】正常細胞、HeLa 細胞ともに、径の増加に伴い単位面積当たりの細胞密度は低下した。HeLa 細胞数は直径 8 mm、10mm、13 mm、16 mm、18 mmにおいて、それぞれ 84.8 ± 6.6 個、 127.2 ± 11.1 個、 183.0 ± 6.8 個、 197.0 ± 5.8 個、 188.8 ± 15.3 個であった。HeLa 細胞数は 13 mmまでは増加を認め、13 mm以上では増加は限定的であった。正常細胞数も同様に、 $13,013 \pm 580$ 個、 $18,210 \pm 1,137$ 個、 $26,561 \pm 1,867$ 個、 $25,587 \pm 507$ 個、 $30,020 \pm 461$ 個であり、13 mm以上では増加は乏しかった。

【考察】直径 13 mmを基準とした予測値と比較すると、13 mm未満では予測値を上回り、13 mm超過では下回る結果となった。小径群では塗抹面積縮小に伴い単位面積あたりの細胞密度上昇を認め、細胞総数は減少しており、高密度化は塗抹面積減少の影響が強く反映された結果と考えられた。一方、大径群では塗抹面積増加に伴い細胞密度低下を認めたが、細胞数増加は限定的であり、13 mm超過では予測値を下回る結果となった。このことから、塗抹面積を拡大しても細胞吸着効率は比例的に増加せず、LBC 標本形成には塗抹効率の上限が存在する可能性が示唆された。以上より、SurePath™における 13 mm径設定は、細胞密度と細胞回収効率のバランスを考慮した設計であると評価された。

⑥ ThinPrep®標本における子宮頸部の分葉状頸管腺過形成と胃型腺癌の細胞像の比較

京都大学医学部附属病院 病理部¹⁾ 同 病理診断科²⁾

泉 菜々子¹⁾ 寺本 祐記²⁾ 陣内 慶大¹⁾ 平田 勝啓¹⁾ 羽賀 博典²⁾

【背景】分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH) は胃型粘液を産生する良性の腺増殖性病変で、その一部は子宮頸部胃型腺癌の前駆病変となりうると考えられている。子宮頸部胃型腺癌はHPV非依存性で侵襲性が高く予後不良であるが、細胞異型に乏しいことがあり、LEGHとの鑑別が問題となる。両者の細胞像、とりわけLBC標本における鑑別所見を比較した報告は限られている。本研究では、ThinPrep®標本におけるLEGHと胃型腺癌の鑑別に有用な細胞所見を検討した。

【方法】2010年から2024年までに当院で病理組織学的に診断されたLEGH 11例と胃型腺癌5例を対象として、術前の子宮頸部細胞診標本を後方視的に検討した。粘液性背景、細胞質内粘液、細胞集塊の構築、細胞形態、核所見について比較検討した。

【結果と考察】LEGHは背景及び細胞質に多量の粘液を認めた。大型の細胞集塊が単層シート状配列ないし蜂巣状配列を呈し、高円柱状細胞が集塊辺縁で柵状に並び、一部の細胞では、ごく軽度の核腫大や核形不整を認めた。一方、胃型腺癌は、LEGHより粘液の量が少ない傾向があり、小型の集塊が目立ち、不規則な重積、核間距離の不均一性、集塊辺縁のほつれ、核の極性の乱れが顕著であった。核腫大・核形不整および明瞭な核小体が目立ち、核異型が強く頻度が高かった。

黄金色粘液が胃型粘液の特徴とされるが、LBC標本では、検体処理過程において粘液量の減少や色の変化が見られる可能性があるものの、ある程度の粘液量は保たれると考えられる。

【まとめ】ThinPrep®標本で、LEGHと胃型腺癌の鑑別を行う際には、豊富な粘液の背景に、同様の粘液を有する細胞集塊の中で、不規則な重積、核間距離の不均一性、集塊辺縁のほつれ、極性の乱れ、核形不整、明瞭な核小体に注目することが重要である。これらの所見は、LEGHとの鑑別及び胃型腺癌の早期推定において重要な手掛かりとなると考えられる。

-メモ-

● 参加される皆様へ

- (1) 本学術集会への参加により、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：JSC 10単位、IAC 4単位
- (2) プログラム・抄録集冊子（印刷物）の配布はありません。京都臨床細胞学会ホームページ（<https://jscc-kyoto.jp/>）に掲載された抄録集を各自でご準備ください。

● Web参加される方へ

- (1) 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週間前および前日を予定）
- (2) 各自の端末に、事前にZoomアプリをインストールしてください。
- (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) Zoomログイン時は参加ログ確認のため以下の項目を正しく入力してください。
氏（漢字）、名（漢字）、日本臨床細胞学会の会員番号（8桁）※、専門医番号・細胞検査士番号※、IAC番号
※非専門医、非細胞検査士の場合は9999を入力してください。
- (5) 3時間以上の参加をログで確認できた場合に学術集会参加と認定します。
参加を認定した方には、後日クレジットを送信します。

● 現地参加される方へ

- (1) 受付開始は11：20を予定しています。
- (2) ランチョンセミナーはありません。昼食は各自お済ませのうえご参加ください。会場内は飲食可能ですが、ごみは各自での持ち帰りをお願いします。
- (3) クールビズスタイルを推奨しています。ご協力ください。
- (4) 以下の事項にひとつでも該当する場合は現地参加をご遠慮ください。
 - ◇ 2日前～現在までに37.5℃以上の発熱がある
 - ◇ 息苦しさ、強いだるさ、喉の痛み、咳・鼻水などの症状がある
 - ◇ 味覚や嗅覚に異常がある
 - ◇ 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触がある
- (5) 会場内でのマスク着用については各自の判断に委ねますが、咳エチケットや手洗い、手指消毒にご配慮ください。

- 一般演題演者の方へ

- (1) 一般演題は、発表10分、質疑応答5分の計15分です。
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分です。
- (2) 発表データはマイクロソフトパワーポイントで作成し、Windows端末で表示できることを必ず事前ご確認ください。
- (3) 現地会場で発表される方は、発表データを11：20～11：50の間に発表者用PCに提出し、試写をお済ませください。
- (4) Webによる発表を希望される場合は、事前テストが必要となりますので早めに以下までご連絡ください。

連絡先：E-mail：yun-yun@koto.kpu-m.ac.jp

TEL 072-251-5658 京都府立医科大学附属病院 病院病理部 中川 有希子

第42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	(康生会武田病院 病理診断科)
専門医会長	渋谷 信介	(京都桂病院 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)

[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/病院病理部)
学術副委員長	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	伊藤 寛朗	(京都大学医学部附属病院 病理診断科)
学術委員	小嶋 基寛	(京都府立医科大学附属病院 病理診断科/病院病理部)
学術委員	渡邊 仁	(京都府立医科大学附属病院 病理診断科/病院病理部)
学術委員	江口 光徳	(宇治徳洲会病院 管理部)
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	黒山 賢児	(京都中部総合医療センター 臨床検査科)
学術委員	小森 千裕	(京都府立医科大学附属病院 病院病理部)
学術委員	佐伯 仁志	(国立病院機構舞鶴医療センター 臨床検査科)
学術委員	陣内 慶大	(京都大学医学部附属病院 病理部)
学術委員	真下 照子	(京都第二赤十字病院 検査部)
学術委員	宮井 優	(京都保健衛生専門学校)