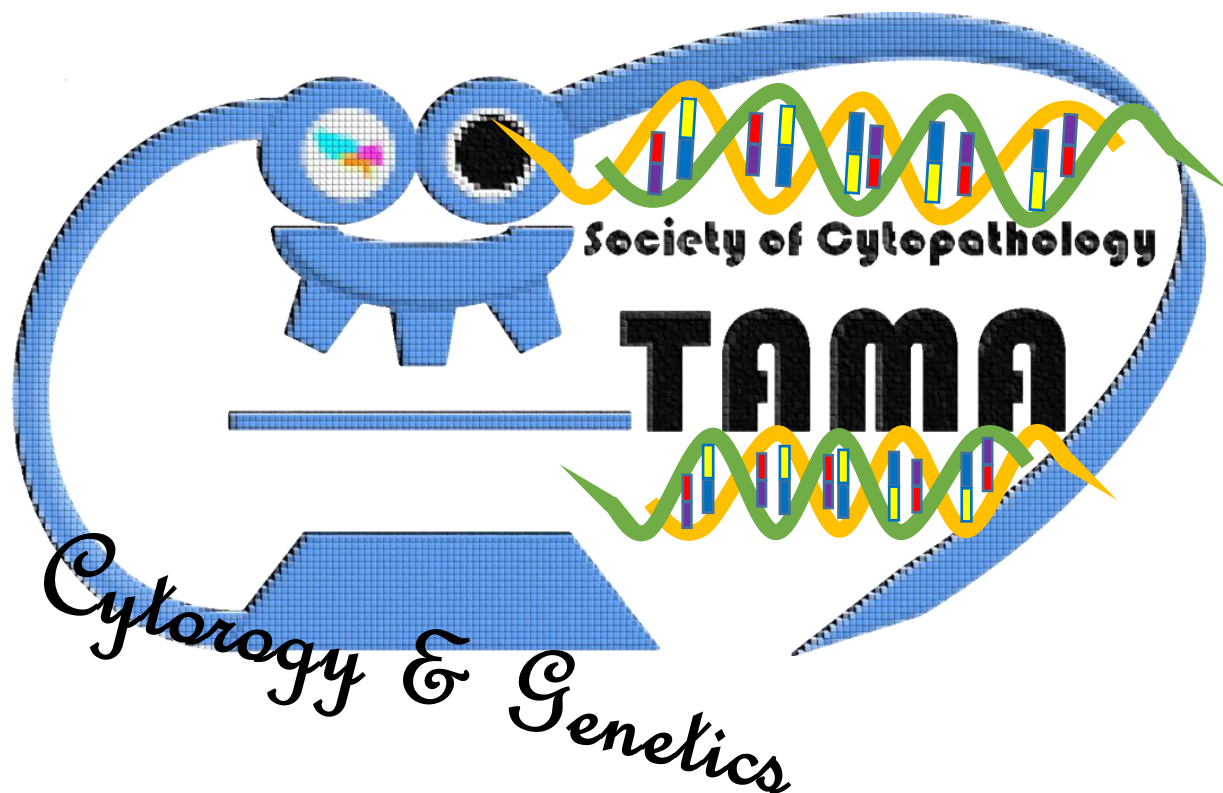


多摩細胞診研究会会報



目次

第54回 多摩細胞診研究会プログラム-----	1
講演 1 「甲状腺病理・細胞診のアップデート」-----	3
千葉 知宏 先生(がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部)	
スライドカンファレンス 1~4-----	5
大樂 奈津実/佐久間/悠輔/藤元 祐子/伊藤 佑里恵	
第55回 多摩細胞診研究会プログラム-----	13
スライドカンファレンス 1~4-----	15
朝倉 千尋・須田 真優・武田 優華・坂牧 久仁子	
寄稿-----	20
多摩細胞診研究会があるから私がいる	
～積厚流光～	
佐藤 之俊 先生	
幹事会議事録-----	24

第 54 回 多摩細胞診研究会

日時 : 2024年 3 月 23 日 (土曜日) 12 時 00 分~17 時 40 分

会場 : 帝京大学医学部附属溝口病院 管理棟 6 階 6-1・6-2・6-3講義室
(神奈川県川崎市高津区二子5-1-1)

プログラム

12 : 00~13 : 20 症例提示・鏡検 (受付開始)

13 : 20~13 : 25 開会挨拶

実施委員長 高橋 美紀子 (帝京大学医学部附属溝口病院)

13 : 25~14 : 20 講演 1 「甲状腺病理・細胞診のアップデート」

千葉 知宏 先生

(がん研有明病院臨床病理センター細胞診断部)

座長 : 高橋 美紀子 (帝京大学医学部附属溝口病院)

14 : 20~15 : 15 講演 2 「退色しない核・核小体染色と核小体の動態」

郡 秀一 先生

(杏林大学保健学部臨床検査技術学科細胞診断学)

座長 : 阿曾 達也 (帝京大学医学部附属溝口病院)

15 : 15~15 : 35 休憩・鏡検

15 : 35~15 : 50 総会 多摩細胞診研究会会長 布村 眞季 (立川相互病院)

15 : 50~17 : 30 スライドカンファレンス

司会 : 藤山 淳三 (がん研有明病院)

症例 1 子宮 膣 部 : 大樂 奈津実 (日本医科大学武蔵小杉病院)

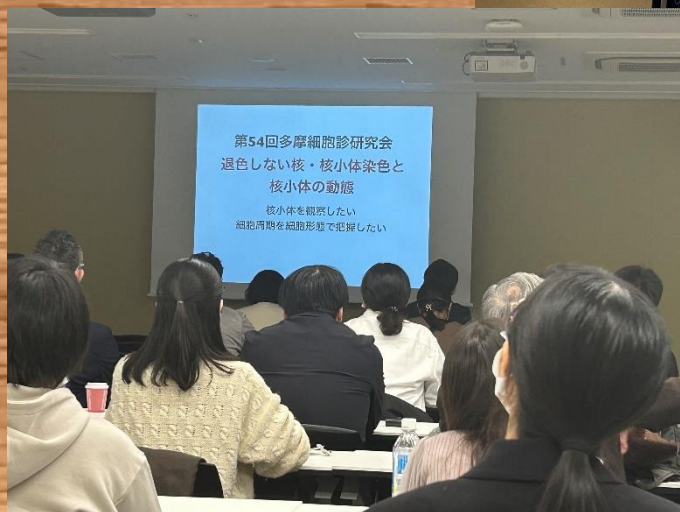
症例 2 子宮 体 部 : 佐久間 悠輔 (国立病院機構災害医療センター)

症例 3 甲 状 腺 : 藤元 祐子 (立川相互病院)

症例 4 脳 腫 瘍 : 伊藤 佑里恵 (東京医科大学八王子医療センター)

17 : 30~17 : 35 閉会の挨拶

帝京大学医学部附属溝口病院



教育講演 甲状腺病理・細胞診のアップデート

千葉 知宏 先生

(がん研有明病院臨床病理センター細胞診部)

はじめに

甲状腺は頸部、甲状軟骨の前下方にある腺組織であり、コロイドを濾胞細胞が囲む甲状腺濾胞が集簇した単純な臓器である。少数の傍濾胞細胞（C細胞）を含む。甲状腺の主な機能はヨウ素を取り込んで甲状腺ホルモンを合成・貯蔵し、必要に応じて放出することである。体内でヨウ素を貯蔵する臓器は甲状腺のみであり、1986年のチヨルノービリ原発事故の際に放出された放射性ヨウ素による被曝が小児甲状腺癌の増加につながった。甲状腺癌は最も頻度の高い内分泌臓器悪性腫瘍であるが、その予後は極めて良好で、10年生存率は90%を超える[1]。現在、遺伝子異常に基づいた組織分類が導入され、分子標的薬治療の開発が進んでいる。本稿では、大きく変貌した甲状腺病理・細胞診の現状を解説し、基礎から臨床まで重要な知識のアップデートを図る。

甲状腺腫瘍の病理診断の基礎

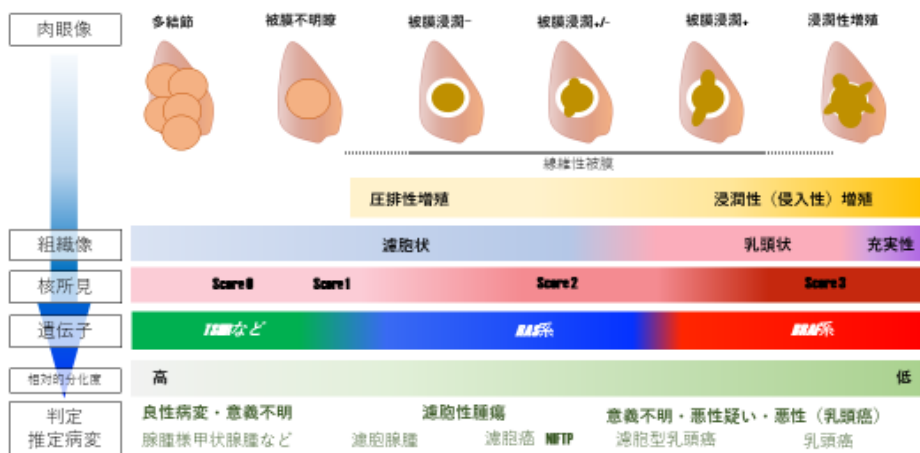
病理形態学的に癌を診断する際の基本は、細胞異型と構造異型であり、両者を認める際に癌とするのが原則である。甲状腺癌ではこの原則が必ずしも当てはまらない。濾胞性腫瘍は細胞異型の有無で良悪性（濾胞腺腫と濾胞癌）の判断が困難であり、周囲組織への浸潤をもって癌と診断する。一方、乳頭癌（papillary carcinoma: PTC）の場合は、すりガラス状核、核の溝や核内細胞質封入体などの特徴的な核異型に基づいて癌と診断する。

甲状腺腫瘍の組織型は少ない。以前の分類は、良性の濾胞腺腫（follicular thyroid adenoma: FTA）、悪性のPTC、濾胞癌（follicular thyroid carcinoma: FTC）、低分化癌（poorly differentiated thyroid carcinoma: PDTC）、未分化癌（anaplastic thyroid carcinoma: ATC）、髄様癌（medullary thyroid carcinoma: MTC）などが列記された単純なものであった。以下に述べる通り、現在は甲状腺腫瘍の遺伝子異常が明らかになり、系統的に整理された新しい分類（WHO分類第5版）に変更された[2, 3]。

甲状腺腫瘍におけるゲノム異常

分化型甲状腺癌は主にPTCとFTCに分かれるが、2000年代以降に遺伝子変異の解析が進み、*BRAF* p. V600Eや*RET*遺伝子再構成、*NRAS* p. Q61Rを代表とする*RAS*変異や*PAX8::PPARC*転座など、PTCとFTCに特徴的な腫瘍発生のドライバー遺伝子の存在が明らかにされた[4]。

PTCを対象としたTCGAのゲノム解析結果では、全体の約96.5%の症例において相互排他的なドライバー遺伝子の変異が確認された[5]。ドライバー変異の種類は少なく、遺伝子異常のパターンから、典型的なPTCの形態を特徴とする*BRAF* p. V600E-like type（*BRAF*系腫瘍）と、濾胞型PTCの形態を示す*RAS*-like type（*RAS*系腫瘍）に大別されることが明らかとなった。さらに、FTCおよびFTAや境界病変の乳頭癌様核異型を伴う非浸潤性甲状腺濾胞型腫瘍（noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features: NIFTP）も*RAS*系腫瘍に含まれることが示された。これらの高分化な甲状腺腫瘍ではドライバー遺伝子変異と腫瘍の形態（核所見から組織構築、肉眼像を含む）との間に密接な相関があることが明らかとなった（図1）。



分化型甲状腺腫瘍の肉眼像、組織像、核所見、遺伝子、相対的分化度、推定病変の対応を図示した。左から、肉眼的に多結節ないし単結節で境界明瞭な腫瘍を示し、最も右には浸潤性に増殖するものを示した。核所見は乳頭癌様核所見の評価のための核スコア（Score 0～3）を示しており、Scoreが高いほど乳頭癌に典型的な核所見を意味する。

図1 分化型甲状腺腫瘍の形態と遺伝子異常

甲状腺腫瘍の分類 -WHO分類第5版

2022年、内分泌・神経内分泌腫瘍の新しいWHO分類第5版（WHO5版）のβ版[2, 3]が発表された（表1）。腫瘍固有の分子遺伝学的な情報が考慮された結果、分類体系が抜本的に見直され、腫瘍細胞の起源と悪性度に基づく系統的分類に変貌した。すなわち、濾胞上皮細胞由来腫瘍“Follicular cell-derived neoplasms”（FDN）と傍濾胞細胞（C細胞）由来腫瘍が主要なカテゴリーとなり、FDNはさらに良性、低リスクおよび悪性という3つのクラスに分けられた。その他の腫瘍に関しては、唾液腺型、胸腺腫瘍、胎児性腫瘍と起源不明に分類された。以下に主な変更点をまとめる。

甲状腺の良性病変として腺腫様甲状腺腫に相当する病変が甲状腺濾胞結節性病変（Thyroid follicular nodular disease: TFND）として加えられた。これは、TFNDの一部にclonalityが確認されるためである[6]。また、Hüthle細胞の名称は不適切とされ、oncocytic adenoma of the thyroid (OA、膨大細胞腺腫) の名前が採用された[7]。

良性・悪性の中間的な予後を示す腫瘍として低リスク腫瘍が定義された。NIFTP、悪性度不明な甲状腺腫瘍（thyroid tumors of uncertain malignant potential：TT-UMP）、硝子化索状腫瘍（hyalinizing trabecular tumor：HTT）を含む。

分化型甲状腺癌（FTC、PTC、OCA）の一部に予後不良な症例があることが知られていたが[8]、そうした高リスクの分化型甲状腺癌がPDTCと合わせて高異型度癌（High-grade follicular cell-derived non-anaplastic thyroid carcinoma）と定義された。病理学的には、分化型甲状腺癌で核分裂像の増加（ ≥ 5 個/2mm²）ないし壊死を認める場合には、高異型度癌とされ、PDTC以外のものは、分化型高異型度癌

（Differentiated high-grade thyroid carcinoma: DHGTC）と呼ばれる。MTCにも高異型度癌の考えが導入され、核分裂像の増加、壊死、MIB1標識率の増加（ $\geq 5\%$ ）のいずれかを満たす場合にhigh-grade MTCと診断される。

これまで扁平上皮癌（squamous cell carcinoma: SCC）は独立した組織型であったが、SCCにも*BRAF* p. V600E変異が認められること（87%）や、免疫組織学的にPAX8（91%）やTTF1（38%）が陽性になることから、SCCがATCの亜型として統合された。

その他の腫瘍に関しては、細胞起源から唾液腺型腫瘍、甲状腺内胸腺腫瘍、起源不明甲状腺腫瘍、胎児性甲状腺腫瘍の4つのカテゴリーに分類されたが、粘表皮癌の*CRTC1::MAML2*や分泌癌の*ETV6::NTRK3*、篩状-モルラ癌における*APC*、*CTNMB1*変異など遺伝子変異が組織診断に直結する組織型が散見される。胎児性甲状腺腫瘍として新たに甲状腺芽腫（Thyroblastoma）が採用されたが、これは悪性奇形腫や癌肉腫と診断されてきた腫瘍に相当し、*Dicer1*の体細胞変異が多いとされる。

甲状腺細胞診のアップデート

WHO分類の改訂に伴って、甲状腺細胞診のベセスダシステムも第3版に改訂された[9]。第2版から大きな変更はなく、6つのカテゴリー（判定不能、良性、意義不明、濾胞性腫瘍、悪性の疑い、悪性）に分けられる（表2）。ベセスダシステムの特徴は、各カテゴリーに悪性の危険度（risk of malignancy: ROM）が示され、精度管理が可能であること、各カテゴリーに対する臨床的対応が示されていることが挙げられる。ベセスダ第3版の変更点はあまりないが、名称が簡略化されたこと、ROMデータが更新されたことに加え、意義不明（AUS）にサブカテゴリーが設置された。AUSは、AUS-nuclear atypiaとAUS-otherに分けられ、乳頭癌との鑑別が問題となるような場合にAUS-nuclear atypiaを用いる。ROMはAUS-nuclear atypiaで高くなる。臨床的対応として、欧米では意義不明、濾胞性腫瘍、悪性の疑いの際の臨床的対応として遺伝子検査が記載されている。診断的な意味での遺伝学的検査であり、手術が必要かを判断するために実施される。

表2. 甲状腺ベセスダシステム第3版の要点

Bethesda, 3 rd (2023)		
カテゴリ	悪性の危険度 (ROM)	臨床的対応
I. Non-diagnostic 判定不能	10% (5-20%)	再検
II. Benign 良性	4% (2-7%)	経過観察（臨床的ないし超音波）
III. AUS 意義不明 AUS-nuclear atypia (NA) / AUS-other	22% (10-30%) 36-44% (NA) 5-23% (other)	再検、遺伝学的検査、診断的葉切除、経過観察（サーベイランス）
IV. Follicular neoplasm (FN) 濾胞性腫瘍	30% (23-34%)	遺伝学的検査、診断的葉切除
V. Suspicious for malignancy 悪性の疑い	74% (67-80%)	遺伝学的検査、診断的葉切除ないし全摘
VI. Malignant 悪性	97% (97-100%)	葉切除ないし全摘

表1. WHO分類第5版の概要 (2022)

濾胞細胞由来腫瘍
良性腫瘍 Thyroid follicular nodular disease 濾胞腺腫 乳頭状構造を伴う濾胞腺腫 膨大細胞腺腫
Low risk 腫瘍 NIFTP/UMP 硝子化索状腫瘍
悪性腫瘍 濾胞癌 浸潤性被包化濾胞型乳頭癌 乳頭癌 膨大細胞癌 High-grade 癌 未分化癌
C細胞由来腫瘍
髓様癌
その他の腫瘍

実際の細胞診上の注意点としては、乳頭癌様の核所見が見られた場合、即座に悪性とせず、NIFTPを鑑別することが重要である。NIFTPは、小濾胞構造を特徴とするRAS系腫瘍に含まれ、細胞診にて小濾胞構造よりなる細胞集塊が観察された際には濾胞性腫瘍の判定を考慮すべきである。悪性（推定病変：乳頭癌）と判定した場合に、これまではそれ以上の情報を要求されることがなかったが、今後は高異型度癌の可能性を考察すべきである。自施設での検討ではあるが、予後の悪い乳頭癌[10, 11]の細胞像としては、重積集塊、集塊辺縁の結合性の低下、高細胞や異型の目立つ細胞の出現、腫瘍性背景などが特徴的であった（図2）。



図2 高異型度分化癌（予後の悪い乳頭癌）に特徴的な細胞像。

甲状腺癌の個別化医療

従来の医療は「One-fits-all」戦略に基づき、臨床試験の結果をもとに全患者に同じ治療を行ってきたが、個別化医療（Precision medicine）は患者ごとに最適の治療を提供することを目的とする。個別化医療では、原因遺伝子の特定とその遺伝子に対する治療薬の存在が前提となる。近年、遺伝子検査法の発展と分子標的薬の開発により、徐々に個別化医療が普及している。2019年にがん遺伝子パネル検査（CGP）が保険適用となり、標準治療が終了した後や標準治療がない場合に実施され、得られたゲノム情報に基づいて薬物療法を選択している。甲状腺領域では、欧米を中心に細胞診検体を用いて、手術適応を判断する目的で遺伝子解析が推奨されている。ThyroSeq® genomic Classifier, v3 (ThyroSeq v3) [12]では、甲状腺腫瘍に特化した112遺伝子を解析する。陰性的中率が100%に近いとされ、手術不要の症例を選別することに長けている。

放射性ヨード治療抵抗性を示す局所進行癌、再発・転移性癌に対しては、分子標的薬が使用される。コンパニオン診断が不要なソラフェニブやレンバチニブなどのマルチキナーゼ阻害剤に加え、RET阻害剤（セルペルカチニブ）、BRAF阻害剤とMEK阻害剤の併用療法（ダブラフェニブ+トラメチニブなど）がコンパニオン診断とセットで承認されている。組織診検体や細胞診検体をコンパニオン診断に提出し、こうした治療を早期に開始する機会が増えると予想される。

おわりに

甲状腺病理・細胞診の最新的话题を概説した。NGSをはじめとする遺伝子解析技術の進歩により、甲状腺癌の分野は大きな変革の時代に突入している。組織分類から診断・治療に至るまで知識をアップデートすることで、日常診療の向上や個別化医療の実現を目指すことが期待されている。

参考文献

1. 院内がん登録 2011 年 10 年生存率集計 報告書. 国立がん研究センター, 2024.
2. Asa, SL, Baloch ZW, de Krijger, RR, et al.: WHO classification of Endocrine and Neuroendocrine Tumours (5th edition, beta version). IARC, 2022.
3. Chiba, T. Molecular Pathology of Thyroid Tumors: Essential Points to Comprehend Regarding the Latest WHO Classification. *Biomedicines* 2024; 12:712.
4. Kondo T, Ezzat S, Asa SL: Pathogenetic mechanisms in thyroid follicular-cell neoplasia. *Nat Rev Cancer* 6: 292-306, 2006.
5. The Cancer Genome Atlas Research Network: Integrated genomic characterization of papillary thyroid carcinoma. *Cell* 159: 676-690, 2014.
6. Ye L, Zhou X, Huan F, et al. The genetic landscape of benign thyroid nodules revealed by whole exome and transcriptome sequencing. *Nat Commun* 8: 15533, 2017.
7. Ganly I, Makarov V, Deraje S, et al. Integrated genomic analysis of Hürthle cell cancer reveals oncogenic drivers, recurrent mitochondrial mutations, and unique chromosomal landscapes. *Cancer Cell* 34: 256-270, 2018.
8. Ito Y, Hirokawa M, Fukushima M, et al. Prevalence and prognostic significance of poor differentiation and tall cell variant in papillary carcinoma in Japan. *World J Surg* 32: 1535-1543, 2008.
9. Ali, S.Z., VanderLaan, P.A. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. The 3rd edition. Springer; 2023.
10. Liu R, Bishop J, Zhu G et al.: Mortality Risk Stratification by Combining BRAF V600E and TERT Promoter Mutations in Papillary Thyroid Cancer: Genetic Duet of BRAF and TERT Promoter Mutations in Thyroid Cancer Mortality. *JAMA Oncol* 3: 202-208, 2017.
11. Ebina A, Togashi Y, Baba S et al.: TERT Promoter Mutation and Extent of Thyroidectomy in Patients with 1-4 cm Intrathyroidal Papillary Carcinoma. *Cancers* 12: 2115, 2020.
12. Steward DL, Carty SE, Sippel RS et al. Performance of a Multigene Genomic Classifier in Thyroid Nodules With Indeterminate Cytology: A Prospective Blinded Multicenter Study. *JAMA Oncol* 5: 204-212, 2019.

著者：千葉 知宏

所属：がん研究会有明病院 細胞診断部

〒135-8550 東京都江東区有明 3 - 8 - 3 1

TEL: 03-3520-0111

E-mail: tomohiro.chiba@jfcr.or.jp



スライドカンファレンス 症例1 子宮膣部

大樂 奈津実 (日本医科大学武蔵小杉病院)

【症例】

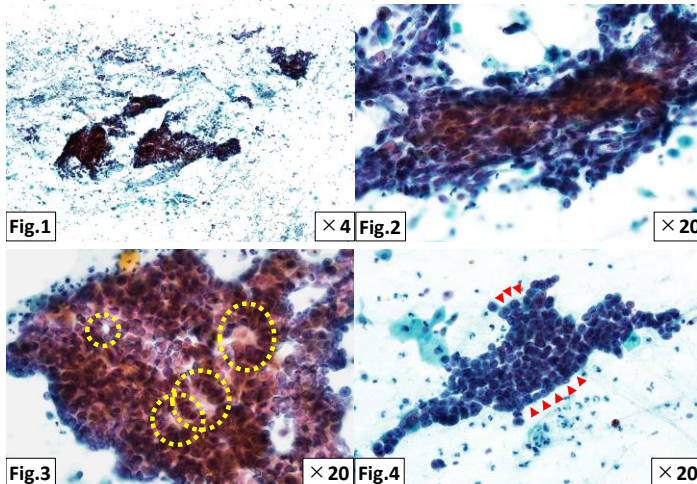
患者：80代女性

現病歴：高血圧で他院通院中。初診1ヶ月前から右下腿浮腫が出現し、近医にて精査。膀胱腫瘍と右水腎症が認められ、当院に紹介受診となった。CT・MRIにて骨盤内腫瘍あり。子宮か膀胱か原発巣の特定が画像診断では難しく、婦人科と泌尿器科にて細胞診及び組織診が施行された。

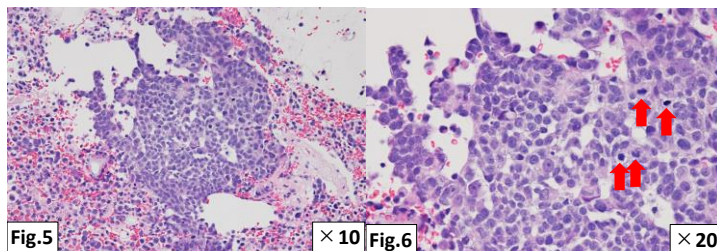
検体：サイトピック パパニコロウ染色

【細胞学的所見】

好中球を主体とした炎症性背景に、N/C比の高い小型～大型の異型細胞からなる集塊が多数出現していた (Fig.1)。流れるような配列を示す重積性集塊が見られた (Fig.2)。核腫大、核形不整、顆粒状のクロマチン、一部明瞭な核小体が認められた。流れるような配列から扁平上皮癌も考えたい細胞像であったが、典型的な扁平上皮癌で見られる粗顆粒状のクロマチンよりはやや繊細な印象であった。また、腺腔様の構造や一部細胞質に粘液様物質が認められる重積性集塊が見られた (Fig.3)。核腫大、核形不整、細顆粒状のクロマチン、明瞭な核小体が認められた。こちらは集塊の構造から腺癌を考えたい細胞像であったが、腺癌のFineなクロマチンよりやや粗いクロマチンを有する細胞も部分的に見られた。また、N/C比の高い異型細胞が、一部木目込み細工様配列を示す集塊で見られた (Fig.4)。小細胞神経内分泌癌も疑いたい細胞像であったが、クロマチンは細顆粒状～顆粒状で、通常の小細胞神経内分泌癌と比べると核縁も強固で核線なども見られなかった。やや明瞭な核小体が1～数個見られることから、通常の小細胞神経内分泌癌とは異なる点かと思われた。以上の細胞像から、組織型の推定は困難であったことから細胞診はOther Malignantとし、確定診断のため組織診が施行された。



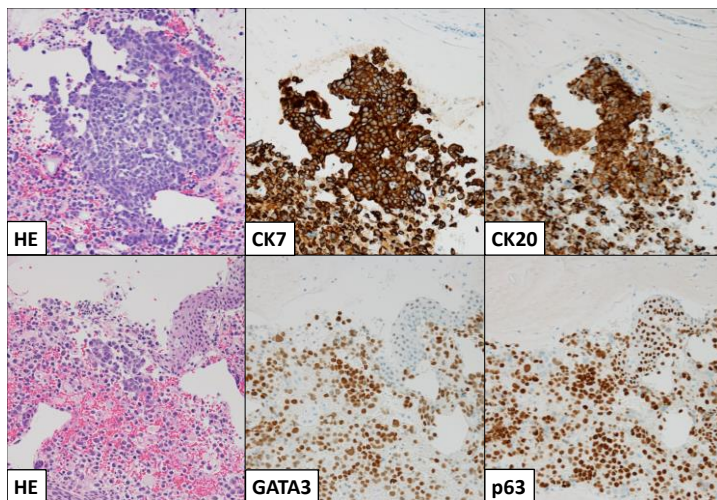
異型細胞は類円形で、大小不同を示し、細胞質は淡好酸性で、核腫大、核縁不整、クロマチン増加、明瞭な核小体が見られた。一部にmitosisを認めた (Fig.6)。



【免疫組織化学所見】

CK7, CK20, CAM5.2, p63, GATA3, Ki-67, p53が陽性、CDX2, ER, PgR, p16, TTF-1, PAX8, chromogranin A, synaptophysin, CD56は陰性を示した。

以上の結果から、尿路上皮癌と診断された。



【本症例の鑑別診断における免疫組織化学】

	CK7	CK20	CAM 5.2	ER	p16	p63	TTF-1	GATA3	PAX8	p53	CGA	SYP	CD56
本症例	+	+	+	-	-	+	-	+	-	++	-	-	-
扁平上皮癌	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-
腺癌 (HPV関連)	+	-	+	-	+	-	-	-	+/-	-	-	-	-
小細胞神経内分泌癌	+/-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	+	+	+
類内膜癌	+	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
漿液性癌	+	-	+	+/-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
中腎様腺癌	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-
尿路上皮癌	+	+	+	-	+/-	+	-	+	+/-	+	-	-	-

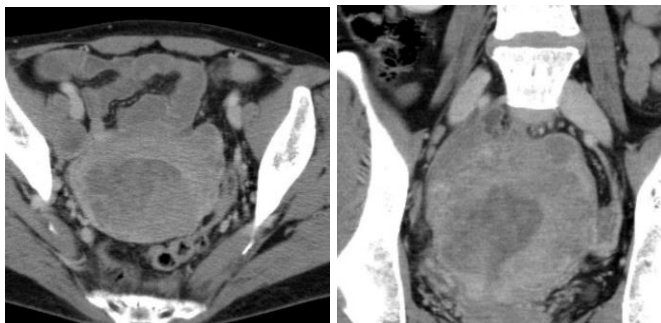
様々な分化を示唆する形態像は見られたが、免疫組織化学の結果から尿路上皮癌に合致する所見と考えられた。

【まとめ】

本症例は様々な分化が考えられる多彩な細胞像であったことから、当院でも意見が分かれた症例で、最終的には免疫組織化学により確定診断に至った。今回のように組織型の推定が難しい場合は、臨床所見も念頭に置き、慎重にスクリーニングを行いながら、より多くの細胞所見を加味し総合的に推定診断をすることが重要と考えられた。

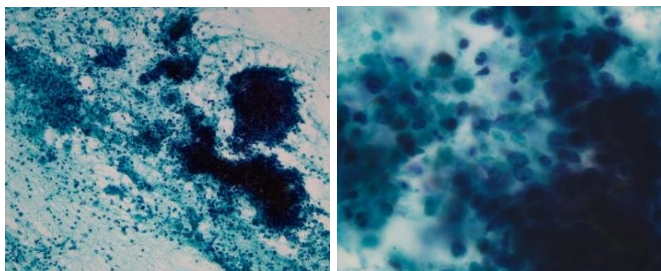
【症例】

50代女性. 多量出血と継続的な腹痛を主訴に前院受診. MRIで平滑筋肉腫が疑われ当院紹介受診となった. 来院時のCT検査で子宮体部に10 cm大の腫瘍が認められ, 精査目的で子宮体部擦過細胞診と組織診生検が施行された. また, CT検査で多発リンパ節転移を認めたため, 化学療法後に子宮全摘, 両側付属器切除術が施行された.



【細胞所見】

出血や壊死を伴い, 類円形核を有する腫瘍細胞が大小様々な不規則重積性集塊や散在性に出現していた. 集塊の核密度は高いが, 明らかなロゼット形成や柵状配列は確認できなかった. 細胞質は裸核~やや豊で顆粒状, 核クロマチンは細~粗顆粒状に増量し一部ごま塩状を呈していた. 以上より, 類内膜癌やNECが疑われた.

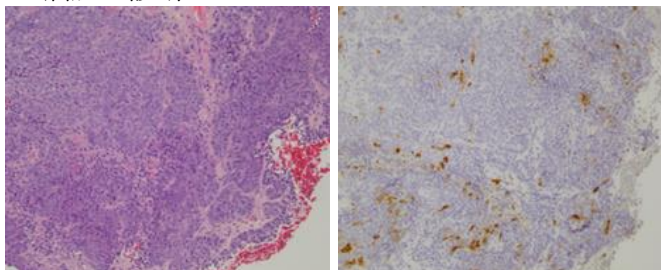


(Pap×10倍)

(Pap×40倍)

【生検材料の組織診断】

広範な壊死を伴い, 島状構造を形成する腫瘍細胞が密に増殖していた. 免疫組織化学でAE1/AE3が陽性, Synaptophysinが弱陽性であった. 生検材料であり, 全体像を把握できないことから, 低分化な癌腫と診断された.

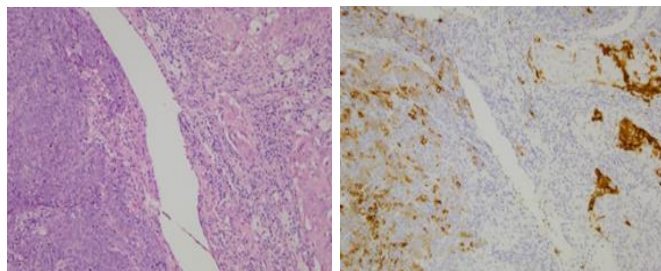


(HE×10倍)

(Synaptophysin ×10倍)

【手術材料の 組織診断】

地図状胞巣を形成する腫瘍細胞の増殖と広範な壊死を認めた. 腫瘍細胞は粗なクロマチンと明瞭な核小体を有し, 多数の核分裂像が散見された. 免疫組織化学では, SynaptophysinとCD56が10%以上の腫瘍細胞に陽性であった. 以上より, 大細胞神経内分泌癌 と診断された.



(HE×10倍)

(Synaptophysin ×10倍)

【まとめ】

女性生殖器に発生する神経内分泌腫瘍は肺に準じて分類される. なかでも子宮体部に発生するものは1%未満で, LCNEC はさらに稀であるとされる. 閉経後に発生する傾向にあり, 小細胞癌と同様に予後不良である. 細胞診所見としては肺の LCNEC と類似するとされているが, 典型的な特徴を有さない症例も多く, 細胞診断のみで LCNEC を疑うことは難しいとされる. また, LCNEC はその頻度の少なさや他組織型の混在, 壊死や出血により典型的な組織像をとらえにくいことなどの理由で組織診断においても術前に LCNEC と診断することが困難な場合も多いとされている. 今回の症例では, 免疫組織化学染色にて, SynaptophysinとCD56が10%以上の腫瘍細胞に陽性を示し, 他臓器に大細胞神経内分泌癌の所見を認めないことから子宮体部原発のLCNEC であると推定された. 低分化な細胞所見をみた場合, 核所見の観察をしっかり行い, LCNEC をはじめとした特殊型などを念頭において免疫染色を活用することが大切であり, 細胞診においても積極的に行うことを考慮するべきであると思われた.

【臨床経過】

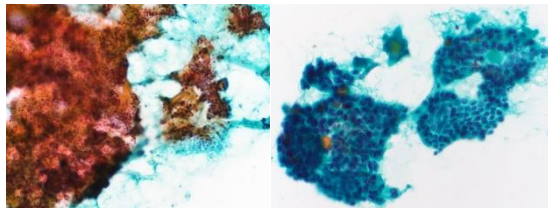
- 70代 男性
- ・近隣内分泌クリニックに通院
 - ・14年前 甲状腺右葉結節（細胞診 濾胞性腫瘍疑い）
 - ・9年前 右葉結節の増大（細胞診 腺腫様甲状腺腫）
 - ・4年前 右葉結節の増大（細胞診なし）HTG：60.19 自己判断で通院を 中断
- 右葉結節さらに増大し受診。US：やや不均一な充実性内部（濾胞性腫瘍疑い）HTG：129.4
 穿刺吸引細胞診 施行

【細胞判定】（スライド1-4写真）

判定：悪性疑い・濾胞型乳頭癌疑い（濾胞性腫瘍との鑑別が難しい）

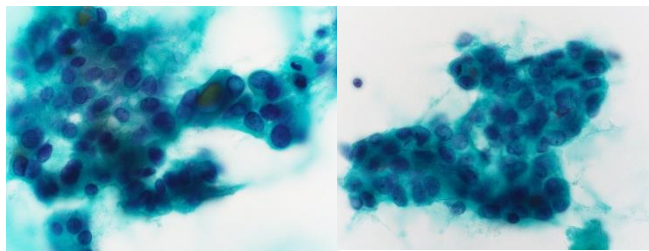
すりガラス状の核所見を呈する異型濾胞細胞集塊が出現し、乳頭状の発育と随所に濾胞構造を示す。濾胞構造の密集がみられ、濾胞性腫瘍との鑑別が難しい部分がある。

背景には腺腫様甲状腺腫とする細胞集塊をみとめる。

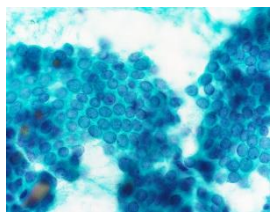


スライド1 ×20

スライド2×40



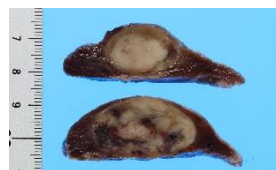
スライド3 ×100



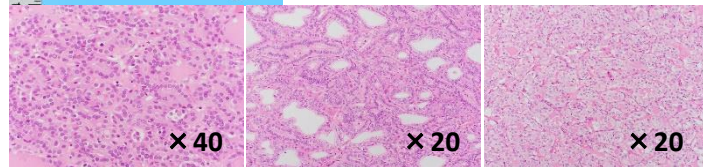
スライド4 ×100

【組織診断】（スライド5写真）

- 甲状腺右葉切除D1施行
- ・腫瘍径：30×19×33mm 境界明瞭な腫瘍で内部が不均一で白色～淡褐色で出血を伴う
 - ・密な濾胞で構成される腫瘍
 - ・すりガラス状の核クロマチン・核の大小不同
 - ・類円形核や紡錘状核、切れ込み様の核異型を呈する
 - ・脈管侵襲・被膜浸潤はみとめない
- 乳頭癌に類似した核異型を呈する上皮が濾胞状の増殖する（診断：NIFTP）



スライド5



NIFTP（乳頭癌様核所見を伴う非浸潤性濾胞型腫瘍） （低リスク腫瘍 Low-risk neoplasms）

悪性度が極めて低いと定義される被包化ないし境界明瞭な濾胞細胞由来腫瘍の一群

- ・非浸潤性の濾胞型腫瘍で核所見が乳頭癌に類似する
- ・線維性被膜を有する、もしくは境界明瞭な充実性腫瘍（断面は淡褐色から褐色）
- ・濾胞状構造からなり、乳頭状構造はない、もしくは極めて少ない範囲（1%未満）にとどまる
- ・被膜浸潤・血管浸潤はみられない

※従来の被包化濾胞型乳頭癌の一部、濾胞腺腫の中で核スコア2となる腫瘍の一部がNIFTPに相当する甲状腺癌取り扱い規約第9版（2023年）

【NIFTPにおける腫瘍細胞の核所見】

- ・乳頭癌に特徴的な核所見を呈する
 - 1) 核形：腫大・伸長・重畳
 - 2) 角膜：不整・核の溝・核内細胞質封入体
 - 3) クロマチン：淡明化・すりガラス状
- 上記3項目のうち2項目以上を満たし乳頭癌の核スコアが2-3になる必要がある

※遺伝子検査・免疫染色により *BRAFpV6000E* 変異が認められる場合には被包化濾胞型乳頭癌とする

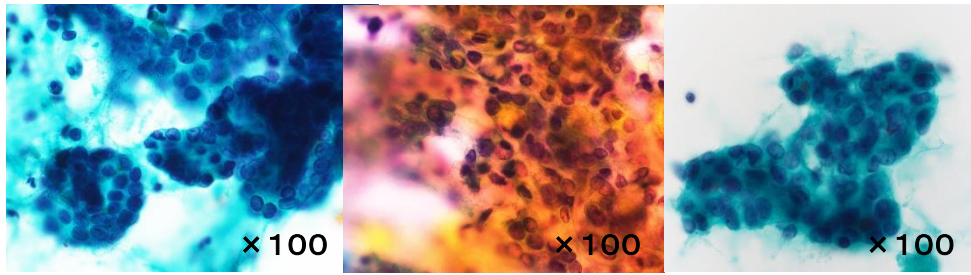
【NIFTP細胞像の特徴（考察）】（スライド6写真）

提示症例に加えて当院で経験したNIFTP 4例について細胞像を考察した。

- ・腺腫様甲状腺腫・濾胞性腫瘍・乳頭癌を疑う所見が混在している
- ・核の大小不同・類円形核（バセドウ病や橋本病の反応性核腫大・大小不同に比し比較的小型）
- ・濾胞状構造の密集と大小の濾胞状集塊の混在（濾胞性腫瘍に比して均一性が乏しい）
- ・好酸性細胞質変化は目立たない
- ・出血・炎症細胞・多量のコロイド成分が背景に出現、もしくは集塊内にみとめる
- ・腫瘍の特徴から穿刺部位により主体となる成分が変わる

乳頭癌の核異型を呈する集塊に加えて複数成分の混在が判定の一助になりうるが、その特徴から穿刺部位により乳頭癌（悪性）から腺腫様甲状腺腫（良性）と判定への影響が大きい。

本症例のように初回の穿刺、再検、症例（再々検）で異なる判定に至った要因と考える。そのため可能であれば複数回（別アプローチ）の穿刺にて十分な細胞量を採取することが望ましいと考える。



A 濾胞型乳頭癌

B 濾胞性腫瘍（濾胞癌） NIFTP

【総括】

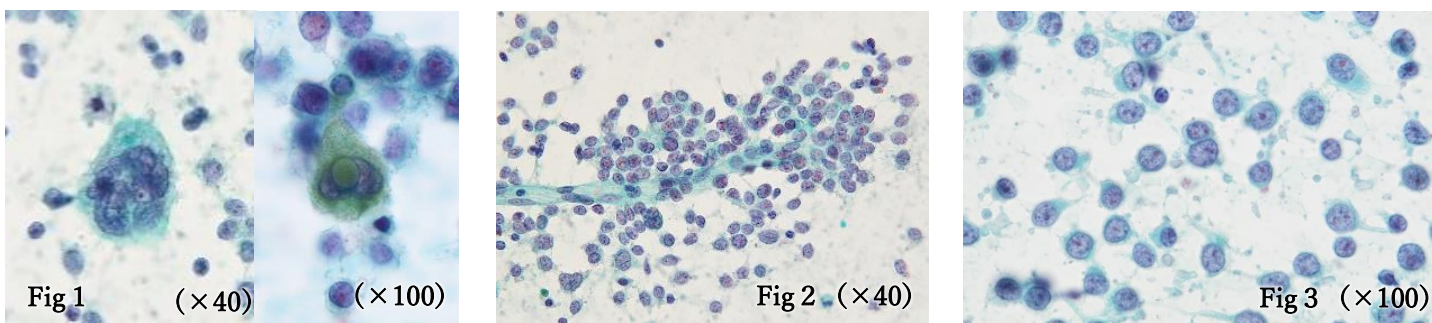
日常的に鑑別の難しい乳頭癌（濾胞型）と濾胞性腫瘍、NIFTPの細胞像を比較すると核所見と濾胞構造に捉われるとこれらの鑑別は非常に難しい。

背景のコロイド成分の割合やコロイドを内包する濾胞構造の有無、腺腫様甲状腺腫（良性）と考えられるような集塊の混在が重要と考える。

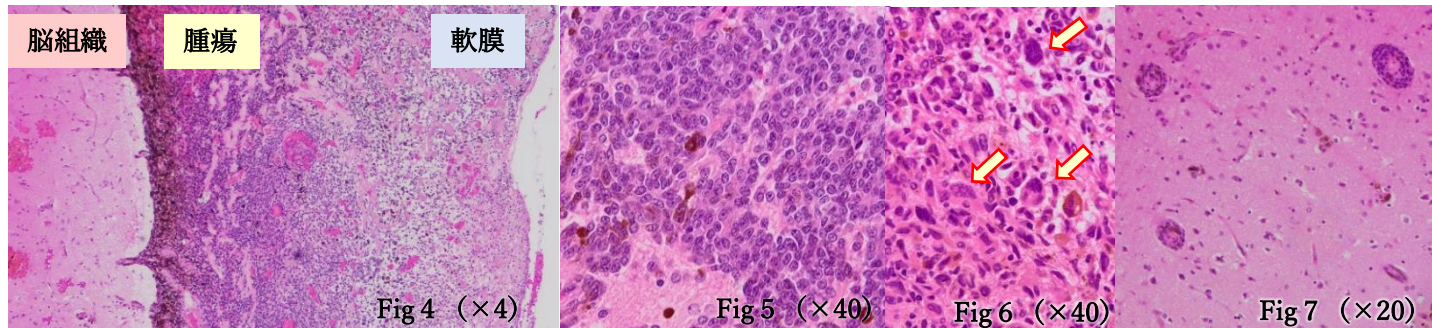
NIFTPの判定は難しく、当院の細胞判定でNIFTPとしたものは濾胞腺腫と組織診断とされ未だ成果は得られない。しかし甲状腺腫瘍において出現する複数の細胞成分を多角的に考察する面白さがある。

スライドカンファレンス 症例4 脳腫瘍

伊藤 佑里恵 (東京医科大学八王子医療センター)



脳組織 腫瘍 軟膜



【症例】

患者：60歳代，女性。
主訴：左前頭葉腫瘍，高次機能障害，右片麻痺，易怒性。
既往歴：背部巨大先天性母斑。
家族歴：特になし。
現病歴：前医にて開頭腫瘍摘出を行い，腫瘍の局所再発のため当院において再手術。
材料：脳腫瘍，手術時捺印細胞診。

【細胞所見】

N/C比の高い小型円形の異型細胞が孤立散在性で出現し，核形不整の著しい大型の多核細胞 (Fig 1, 左) が認められる。極少数ではあるが，核内細胞質封入体 (アピッツ小体) も認められる (Fig 1, 右)。また，血管周囲にN/C比の高い異型細胞が増殖する像が認められる (Fig 2)。クロマチンは微細顆粒状で明瞭な核小体を認める。一部の異型細胞には細胞質があり，核偏在性を示している (Fig 3)。

【組織所見】

軟膜を主体にメラニン顆粒を有する腫瘍細胞が増殖している (Fig 4)。クロマチン増量し腫大する核を持つ類上皮型異型細胞が充実性に増殖しており，メラニン様沈着を一部に伴う (Fig 5)。核形不整の著しい大型細胞 (矢印) も認められる (Fig 6)。また，血管周囲浸潤像が認められる (Fig7)。免疫組織化学では，Melan-A, HMB-45, S-100, PRAME, MITF, SOX-10が陽性，GFAPとCKAE1/3が陰性，Ki-67標識率は20-30%を示した。また，背部巨大色素斑から4カ所，殿部色素斑から1カ所，大腿・下腿色素斑から5カ所の計10カ所よりパンチ生検を施行した結果，異型に乏しい母斑細胞の増生を認め，免疫組織化学では，Melan Aが陽性，HMB-45とPRAMEが陰性，Ki-67標識率が1%未満を示し，色素性母斑と診断された。

以上より，皮膚原発悪性黒色腫の髄膜転移は否定的であり，蓋内原発悪性黒色腫と診断された。

【鑑別診断】

鑑別診断として，悪性リンパ腫，小細胞癌の転移，膠芽腫が挙げられる。本症例は細胞質内メラニン顆粒や核内細胞質封入体の所見に乏しかったため，悪性リンパ腫との鑑別に最も苦慮した。本症例では，悪性リンパ腫でみられる核のくびれや核線が認められないことが鑑別の一助になりうるが，細胞像のみでは鑑別が困難である。小細胞癌はN/C比の高い腫瘍細胞を認める点では本症例と同様だが，細胞の上皮性結合を認める点で鑑別が可能である。また，本症例では細胞質突起などの神経系細胞由来を示唆する所見や著明な壊死像を認めないことから膠芽腫は否定できると考えられる。

【考察・まとめ】

本症例は背部巨大先天性母斑を伴う中枢神経系原発の悪性黒色腫であり，NRAS遺伝子変異 (Q61K) が検出されたことから，神経皮膚黒色 (neurocutaneous melanosis:以下NCM) の病態と考えられた。NCMは，皮膚では大型や多発性の母斑，神経系では，軟膜メラニン細胞の異常増殖を示す稀な先天性疾患であり，発症もしくは悪性化にNRAS遺伝子の変異が関与する。神経症状の発症は2歳までが多いが，本症例は，60歳代で発症し，成人発症のNCMに関連した中枢神経系原発の悪性黒色腫と考えられた。中枢神経系原発の悪性黒色腫は全脳腫瘍の約0.1%と非常にまれで，主に脳軟膜から生じる。細胞学的特徴は，小型でN/C比が高く，明瞭な核小体を有することが多く，皮膚原発悪性黒色腫特有の細胞所見に乏しいとされ，本症例でも同様の細胞所見であった。このため，脳腫瘍の一つとして，悪性黒色腫も念頭に置き，メラニン顆粒や核内細胞質封入体を注意深く観察することが重要である。

ストライク・カンファレンス



症例提示の皆様お疲れさまでした。

第 55 回 多摩細胞診研究会

日時 : 2024 年 10 月 5 日 (土) 12 時 00 分~17 時 10 分

会場 : 東海大学医学部附属八王子病院 (八王子市石川町 1838) TOKAI ホール

プログラム

12:00~13:00 受付開始 スライドカンファレンス症例の鏡検および症例写真掲示

13:00~13:05 開会挨拶 実施委員長 町田 知久 (東海大学医学部附属八王子病院)

13:05~13:55 講演 1

「細胞診 : 組織型推定の醍醐味 —比較的稀な症例を中心に—」

伊藤 仁 先生 (東海大学医学部附属病院 病理検査技術科科长)

座長 我妻 美由紀 (国立病院機構 災害医療センター)

13:55~14:05 休憩

14:05~14:55 講演 2

「知っておきたい肺癌マルチ遺伝子検査について
~東海大学医学部附属病院での検査導入の経験から~」

畑中 一仁 先生

(関東労災病院 病理診断科部長 / 東海大学医学部附属病院 病理診断科)

座長 布村 眞季 (立川相互病院)

1

4:55~15:10 休憩

15:10~15:25 総会 多摩細胞診研究会会長 布村 眞季 (立川相互病院)

15:25~17:05 スライドカンファレンス

座長 藤山 淳三 (東京医科大学八王子医療センター)

症例 1 呼吸器 多摩南部地域病院 國本 由里子

症例 2 耳下腺 共済立川病院 岡元 佑佳

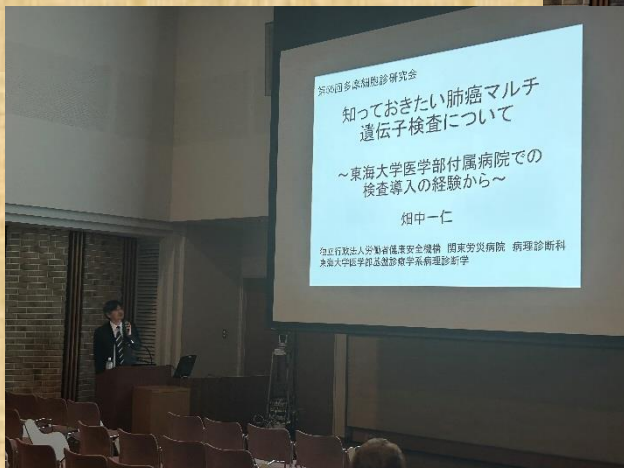
症例 3 甲状腺 慈恵医大第三病院 三春 慶輔

症例 4 体腔液 武蔵野赤十字病院 浅見 力也

17:05~17:10 閉会の挨拶

多摩細胞診研究会幹事 平野 和彦 (国立病院機構 災害医療センター)

東海大学医学部付属八王子病院



スライドカンファレンス 症例1 呼吸器

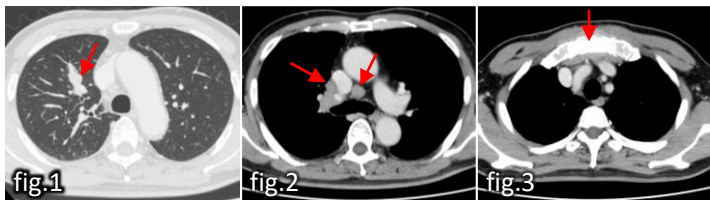
國本 由里子 (多摩南部地域病院)

【症例】

70代、男性。前医より、両胸鎖関節部の腫脹、肺病変疑い、骨腫瘍疑いのため、精査加療目的として当院呼吸器内科を紹介受診。当院血液検査所見ではPSA199ng/ml、CEA15ng/ml、ProGRP117pg/mlと高値であった。画像検査より、肺の病変に対しては気管支鏡生検(TBLB)、気管支擦過、洗浄細胞診が前立腺の病変に対しては、前立腺生検が施行された。

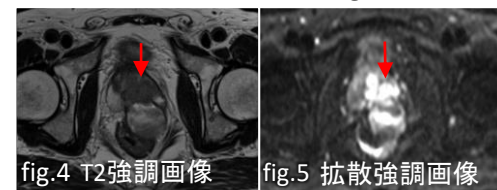
【造影CT検査所見】

右肺の気管支壁が不均一に肥厚し、矢印の部位に腫瘤影を認めた (fig. 1)。気管前リンパ節や右肺門リンパ節の腫大 (fig. 2) と骨硬化像 (fig. 3) がみられた。



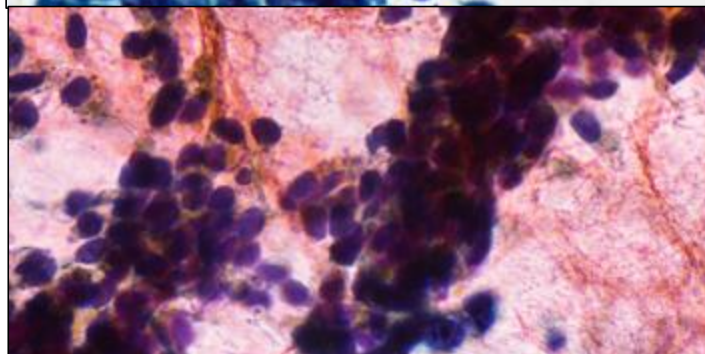
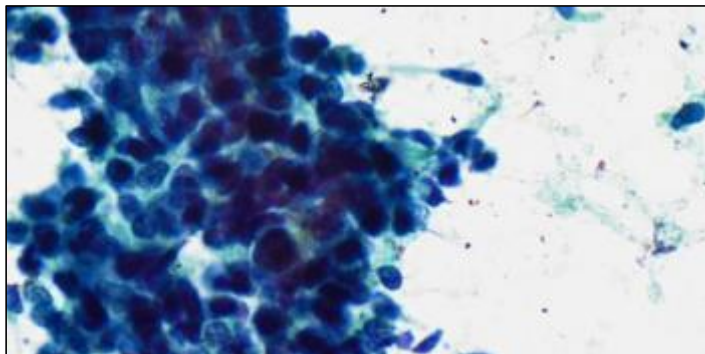
【単純MRI検査所見】

前立腺左葉に、T2強調画像で低信号 (fig. 4)、拡散強調画像で異常高信号 (fig. 5) を認めた。



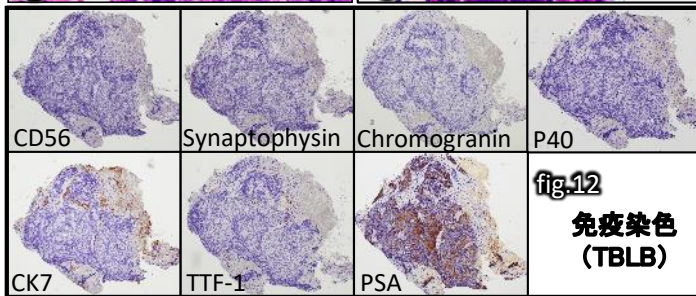
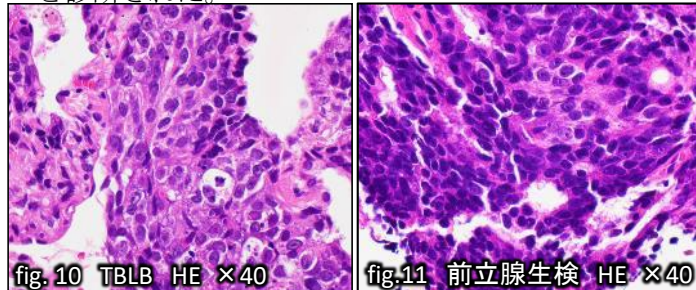
【細胞所見】

- ◆ 小型でN/C比大、クロマチン増量した異型細胞が重複性集塊でみられた (fig. 6)。一部にロゼット様または腺腔様配列を認めた (fig. 7)。
- ◆ 結合性が疎な裸核様の小型細胞の集塊を認めた。核は楕円形でクロマチン濃染し、核内構造は不明瞭であった (fig. 8)。少数だが、細胞質を有し核小体の目立つ細胞の混在を認めた (fig. 9)。



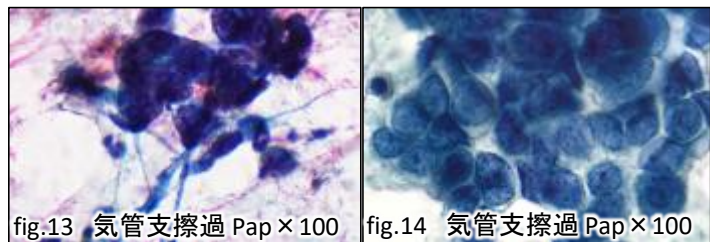
【組織所見】

- ◆ TBLBでは管腔形成性を示唆する所見がみられた。核クロマチン濃染し核内構造不明瞭な細胞と、核偏在し明瞭な核小体を有する細胞を認めた (fig. 10)。
- ◆ 前立腺生検では部分的に管腔形成を認め、中ないし低分化腺癌の間質浸潤が広範囲にみられた (fig. 11)。
- ◆ 免疫染色では、TBLBと前立腺生検ともに、CD56、Synaptophysin、Chromogranin、P40、CK7いずれも陰性で、PSAは陽性であった。TBLBではTTF-1陰性であった。TBLBの免疫染色態度のみ提示するfig. 12)。
- ◆ 前立腺生検は前立腺癌、TBLBでは前立腺癌の肺転移と診断された。



【細胞診における小細胞癌との鑑別点】

- ◆ 本症例 (fig. 6, 7, 8, 9) は小細胞癌との鑑別に難渋した症例であったため、当院の過去の小細胞癌症例 (fig. 13, 14) と比較した。
- ◆ 本症例と小細胞癌ともに、N/C比が高い小型異型細胞が見られたが、本症例は小細胞癌に比べ、背景が核線に乏しく、著明な核小体を有する異型細胞の混在が特徴的であった。



【考察・まとめ】

- ◆ 小細胞癌との鑑別に難渋した前立腺癌の肺転移症例を経験した。
- ◆ 気管支擦過における前立腺癌の転移例は、細胞の多形性に乏しく、類円形で著明な核小体が特徴的との報告がある。本症例でも、著明な核小体を有する異型細胞が混在していた。
- ◆ 核濃染した小型裸核細胞の存在が、細胞診において小細胞癌との鑑別に難渋したが、背景が核線に乏しく、著明な核小体を有する異型細胞が混在している場合は、臨床情報や画像所見と合わせ、本症例の存在を考慮する必要があると考えられた。

スライドカンファレンス 症例2 耳下腺

岡元 佑佳 (共済立川病院)

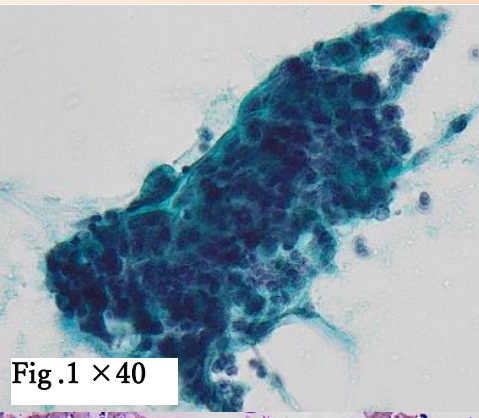


Fig.1 ×40

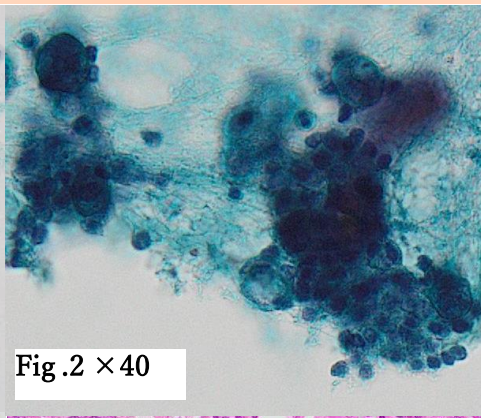


Fig.2 ×40

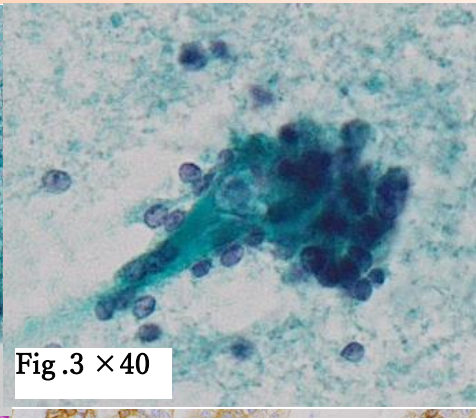


Fig.3 ×40

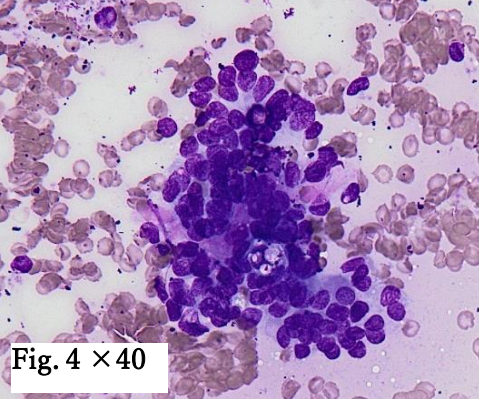


Fig.4 ×40

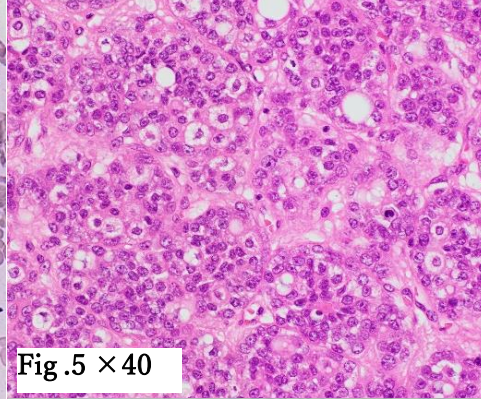


Fig.5 ×40

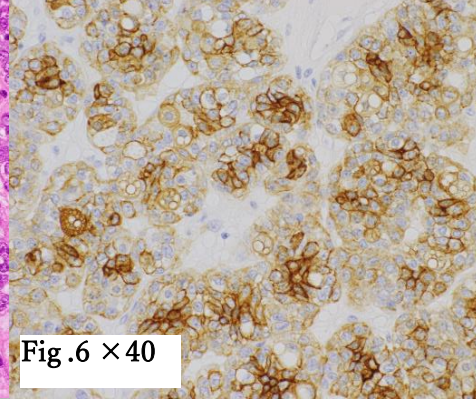


Fig.6 ×40

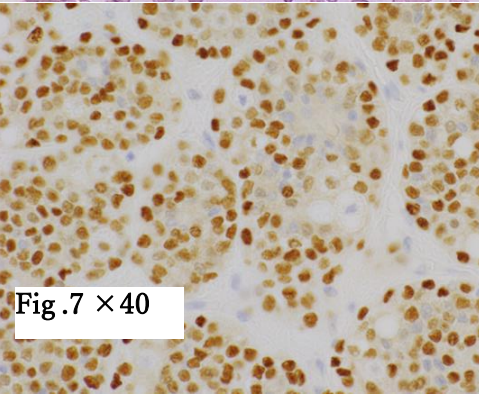


Fig.7 ×40

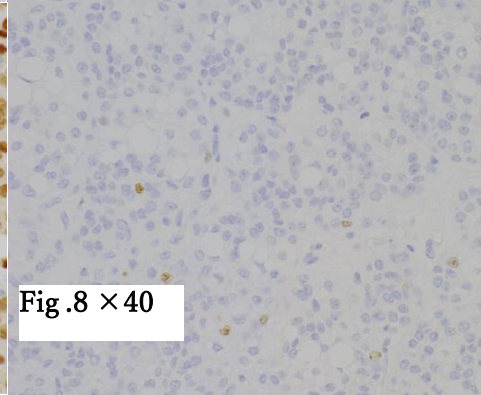


Fig.8 ×40

【症例】70代、男性。右耳下部に腫瘍を自覚、エコーにて耳下腺腫瘍疑い

【検体】右耳下腺、穿刺吸引法。

【細胞所見】結合が強く、小型、N/C比が高い類円形核をもつ類基底細胞が軽度重積集塊で出現。核クロマチンは細顆粒状、核小体は目立たない。細胞集塊の辺縁にはライト緑好性の基底膜様物質や柵状配列もみられる。(Fig1,2,3) Giemsa染色でも同様の小型細胞集塊がみられ、メタクロマジーを若干みとめた。(Fig4)

【組織所見】腫瘍は辺縁に線維性の被膜を形成し、周囲組織と境界は明瞭。紡錘形細胞を伴い、管状を形成、充実胞巣状、好酸性胞体を持ち、類円形核は異型性に乏しい (Fig5)。胞巣辺縁には柵状配列、基底細胞様を呈する筋上皮細胞をみとめた。免疫染色はCK AE1/AE3は管腔側の細胞に陽性 (Fig6)、p-63は基底膜側に陽性 (Fig7)、Ki-67標識率は1~5% (Fig8)。基底細胞腺腫と診断した。

【まとめ】基底細胞腺腫は耳下腺良性腫瘍で、多形腺腫、ワルチン腫瘍について多く、5~10%の頻度である。耳下腺の穿刺吸引細胞診で、小型細胞が見られたときは、本症例の他に多形腺腫、基底細胞腺癌、腺様嚢胞癌などの可能性も考慮する必要がある。耳下腺の穿刺吸引細胞診では、標本作製の影響も考慮し、出現している細胞、細胞量、特徴などをふまえて鏡検、鑑別、診断する必要がある

スライドカンファレンス 症例3 甲状腺

三春 慶輔 (慈恵医大第三病院)

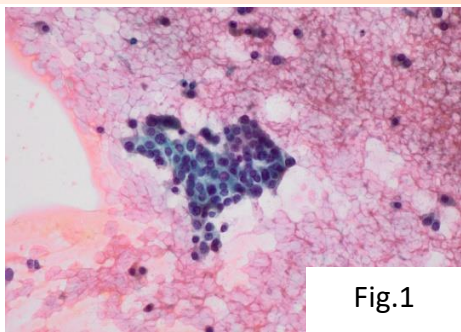


Fig.1

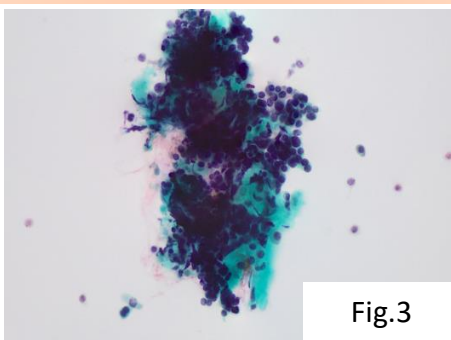


Fig.3

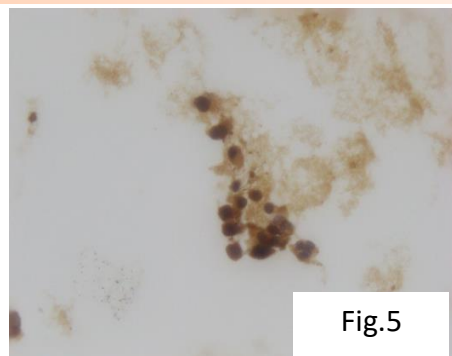


Fig.5

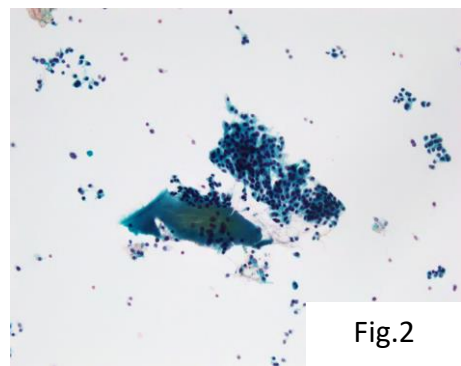


Fig.2

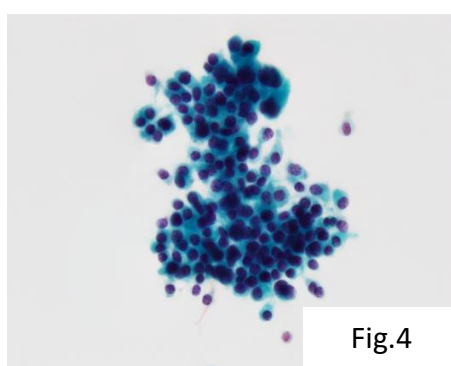


Fig.4

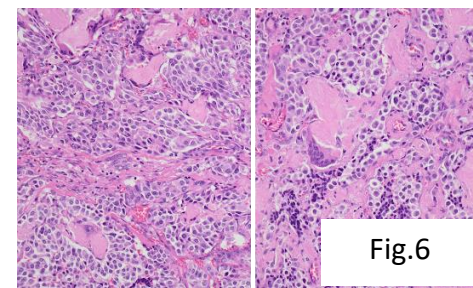


Fig.6

【症例】

年齢：50歳代

性別：女性

検体：甲状腺穿刺吸引 直接塗抹法
(SurePath法併用)

近医よりCEA11.3ng/mL(当院 基準値：5.8ng/mL以下)
であり、当院紹介受診
過敏性腸症候群の治療中

【経過】

家族歴を聴取したところ、家系に副腎がんや甲状腺がん、褐色細胞腫の既往がみられ、兄弟には*RET*遺伝子変異があることがわかった。その後、遺伝子カウンセリングを実施し、*RET*遺伝子検査が実施され、Cys634Tyr変異が見つかり、MEN2A型であると判明し、細胞診を行い髄様癌と診断され、甲状腺全摘出・リンパ節郭清を行った。

【細胞所見】

直接塗抹標本が4枚提出され、血性背景に、シート状の異型細胞集塊を認める。(Fig.1)しかし、直接塗抹標本ではこの一箇所しか観察可能な細胞はみられず、LBC検体より標本を作製した。小型類円形の核で、クロマチンの増量、核偏在傾向のある異型細胞を集塊で多数認めた。一部ではライト緑好染色性の無構造物質を含む集塊がみられ、アミロイドと考えられた。

(Fig.2-4)

以上より、髄様癌が推定された。

LBC検体の残検体より、カルシトニンの免疫細胞化学染色をしたところ、異型細胞が陽性となった。

(Fig.5)

【結語】

家族歴から家族性の髄様癌が疑われ、細胞診を実施し、直接塗抹標本では観察困難であり、LBC法による標本作製をし、また、LBC法で免疫細胞化学染色を行い、LBC法の併用が有用となった症例だった。

細胞像と組織像 (Fig.6) を対比すると、小型類円形核で核偏在傾向のある異型細胞を無構造物質とともにみられ、細胞像と組織像で類似していた。がんゲノム医療が促進されている中で家族性腫瘍 (2次的所見) が偶発的に見つかることが増えてくると考えられる。国内では*RET*遺伝子検査を保険診療で行うにはハードルが高く、遺伝子変異による臨床像は変わるため、検査する必要性を感じた。

スライドカンファレンス 症例4 体腔液

浅見 力也 (武蔵野赤十字病院)

【症例】

10代女性. 腹部膨隆感, 食欲低下, 不正性器出血で前医を受診. 左付属器に15cm大の腫瘤が指摘され当院紹介受診し, 左付属器摘出術が施行された. 術中に腹水細胞診が提出された.

【細胞所見】

炎症細胞を背景に, 異型細胞が孤立散在性および結合性のある小集塊として散見された. 集塊は多くが平面的で細胞重積はほとんどみられなかった. 異型細胞の核は腫大し, クロマチンは微細で, 好酸性の腫大した核小体を有し, 核縁薄く, N/Cの上昇がみられた.

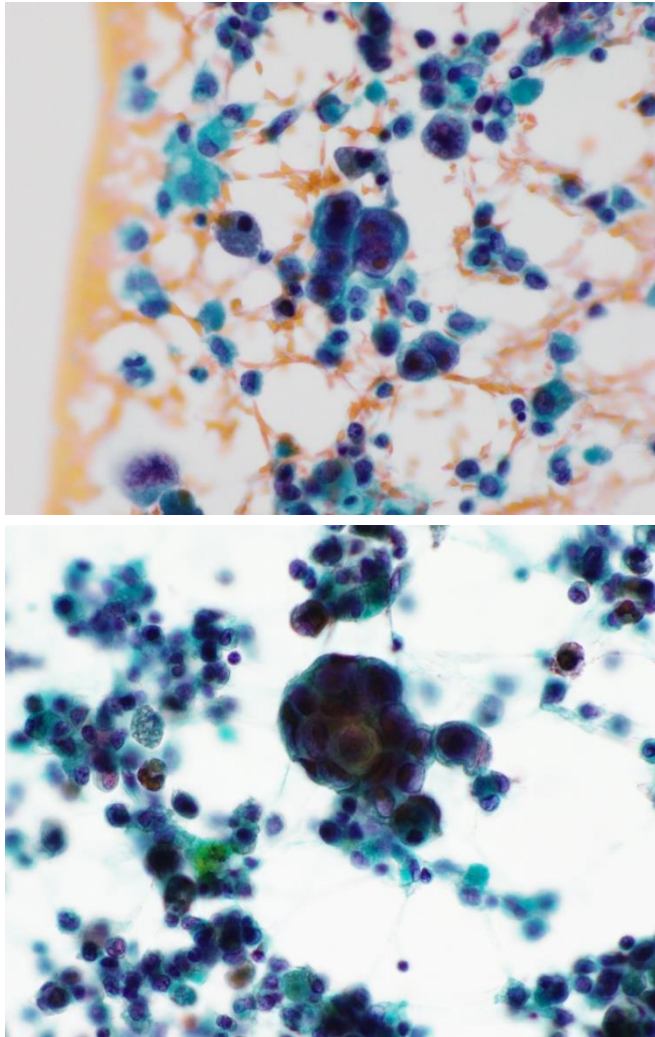


Fig.1 Cytological findings of intraoperative abdominal lavage cytology test smear. (Pap. staining, ×40)

【組織所見】

肉眼的には左卵巢に15.5cm大の充実性腫瘍が認められ, 被膜破綻がみられた. 断面は暗赤色調～灰白色調で非常にもろかった. 組織学的には類円形水疱状核を有する腫瘍細胞が小型リンパ球を伴い髄様に密に増殖し核分裂像も認められた. 免疫組織化学染色を施行し, SALL4(+), KIT(+), D2-40(+), CD30(-), Glypican3(-), EMA(-)の結果となった. 以上より, 未分化胚細胞腫と診断された.

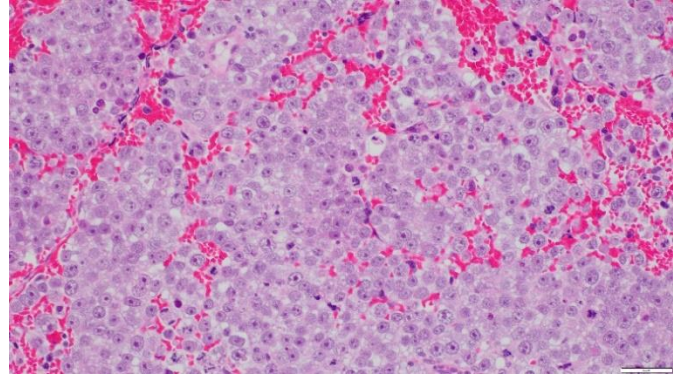


Fig. 2 Histological findings. HE staining, ×20.

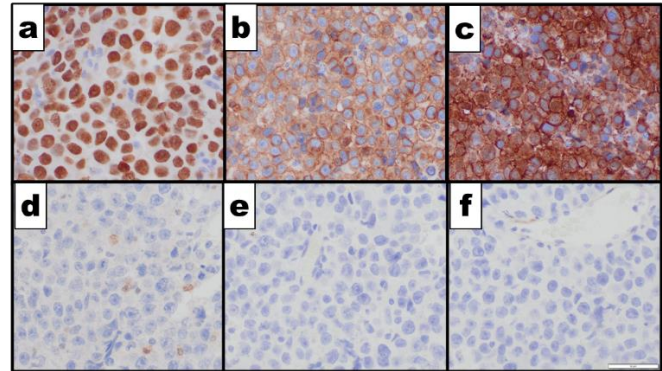


fig. 3 Immunohistochemical findings for SALL4 (a), KIT(b), D2-40 (c), CD30 (d), Glypican3 (e), EMA (f). (×20 for all)

【まとめ】

未分化胚細胞腫を推定するためとらえるべき細胞像として, 出現様式は緩い結合性で平面的な集塊, 核の性状はN/C上昇, 大型明瞭な核小体, 核中心性, 細胞質の性状はグリコゲンを含む淡明な細胞質が特徴的である.

このような点に着目して考えることはつまり, 細胞検査士の諸先輩方から教わってきた「スクリーニング方法の基本」に忠実に従うということであり, その重要性を本症例を通じて改めて気づくことができた.

正確性の高い診断を行っていくことは, 発展が望まれている胚細胞腫瘍ひいては小児がんの治療・研究に寄与していくことが期待されるため, 今回の経験を今後の業務に生かしていきたい.

長らくお世話になった多摩細胞診研究会の皆様にご感謝申し上げます。思い出を掘り起こしながらお礼の気持ちをお伝えしたいと思います。

私が縁あって複十字病院に着任したのは1994年8月でした(図1)。まもなく東京病院細胞診勉強会を知り、それをきっかけに多摩細胞診研究会に参加するようになりました。さらに、1996年9月には複十字病院で第6回の研究会を開催しました。その際のご案内状が図2です。ご覧のとおり懐かしい名前が並んでいます。今では開催が56回を迎え、次世代への円滑な継承が続いていると感じております。余談ですが、当時の複十字病院呼吸器外科には北里大学胸部外科の若い先生たちがローテーションで回っていました。その頃にまさか自分が北里大学にお世話になるとは思っていませんでした。複十字病院には5年間お世話になりましたが、細胞診の勉強会、研究会、そして飲み会を通じて、小松先生、大村先生、蛇沢先生、田中さん、上野さんをはじめとした沢山の仲間が増えました。今はそれがとても大きな財産です。



図1 複十字病院での外来診療

第6回多摩地区細胞診研究会のお知らせ

謹啓 初秋の候、皆様には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。さて、第6回多摩地区細胞診研究会を下記のとおり開催致しますので、皆様の多数のご参加をお待ち致します。 敬具

記

日時：平成8年9月28日(土) 14:00～

会場：結核予防会複十字病院 2階講堂

演題：1. 講演

【肺に転移しやすい骨軟部腫瘍の細胞診】

癌研究会附属病院 細胞診断部

古田 則行

2. 講演

【細胞診に役立つ電顕所見】

三井記念病院 中央検査部

山崎 家春

3. 症例検討

世話人：小松彦太郎、大村 剛、藤井雅彦、蛇沢 晶、佐藤之俊

問い合わせ先：藤山淳三、上野真由美

複十字病院臨床検査科病理

☎0424-91-4111(線)(205)

FAX0424-92-4765

☞細胞診の単位取得ができますので、カードを御持参ください。

図2 第6回多摩細胞診研究会

研究会終了後に懇親会を予定しております。予約の関係上、懇親会に参加を希望される方はこの案内が届きたい電話でご連絡ください。会費五千円

2025年4月からは長野県上田市の丸子中央病院で働きます。故郷の実家に近いところにある病院です。

私の生まれ故郷は長野県小県郡(ちいさがたぐん)旧武石村(たけしむら)です (図3)

旧武石村は長野県の中程に位置する美ヶ原高原の東側麓にある村で、山や川など自然の豊かな場所です。

現在は2006年の合併により上田市の一地域です。そして丸子中央病院は合併前に隣町だった旧丸子町に位置しており、以前よりお誘いを受けておりましたが、生まれ育った地域の医療に何らかのお役に立てばと思い、定年より1年早く故郷へ帰る決心をいたしました。何と、小松先生が施設長を務めていらっしゃる施設と同じ法人の病院です。これも何かの縁かもしれません。丸子に行っても細胞診はしっかりと続けたいと思いますし、多摩細胞診研究会や日本臨床細胞学会総会にも参加したいと思っています。ところで、病院の周囲には多くの高原や山があり、当然坂道が沢山あります。趣味のロードバイクによるヒルクライムの練習三昧を期待しています(図4)。実は丸子への移動を前に、新しいロードバイクを買ってしまいました。

図3 幼少期を過ごした古い実家。カイクを飼っていました。



図4 相模原から道志道を山中湖まで走る (東京オリンピックのロードレースコース)

振り返ってみますと、私にとって多摩細胞診研究会と複十字病院での経験が、日本臨床細胞学会での活動や細胞診のエビデンス発信に大きく影響したと思います。例えば、複十字病院で上野さんや藤山さんと書いた肺多発髄膜腫の症例報告は、WHO分類における肺髄膜腫のサイズ基準となっています。この方は20年間にわたって経過を見ることができました。また、大腸癌に類似した肺腺癌症例を経験しましたが、それはのちに腸型肺癌という肺腺癌の一亜型確立に貢献しました。そして、こうした活動の延長線上に、日本臨床細胞学会の理事長を拝命したり、第61回日本臨床細胞学会総会春期大会の大会長を務めたり、WHO呼吸器細胞診のパープルブック出版事業に加えてもらったり、日韓細胞診の事務局を務め、さらには国際細胞学会(IAC)の理事委嘱につながりました。



図5

第61回日本臨床細胞学会総会春期大会の数名だけの閉会式（都内の会議室）

最も印象深かったのは、第61回日本臨床細胞学会総会春期大会です。もう過去のことになってしまいましたが、ご存じのように新型コロナウイルス感染のために完全WEB開催でした。多摩細胞診研究会の皆様にもとても熱心にご協力頂き準備してきましたので、プログラム内容には全く不安がありませんでしたが、WEBには一体どのくらいの会員が参加するのか見えず、さらにWEB化の費用が想定をはるかに超えたものでした。幸い7000人を超える登録がありましたのでほっとしましたが、何よりも残念だったのは全員懇親会を行えなかったことです。信州上田の酒をふんだんに準備し、「信州上田おもてなし武将隊 真田幸村と十勇士」のショーを準備していましたが、すべて幻となってしまいました。今度は是非、現地の上田にお越しいただき、うまい酒、食材、そして真田氏の出身地を大いに楽しんで頂きたいと思います。末筆ながら、今までお世話になった多摩細胞診研究会の皆様から心から感謝申し上げ、次世代への継承と研究会の更なる発展を期待いたします。本当にありがとうございました。



幹事会議事録

2023年3月11日

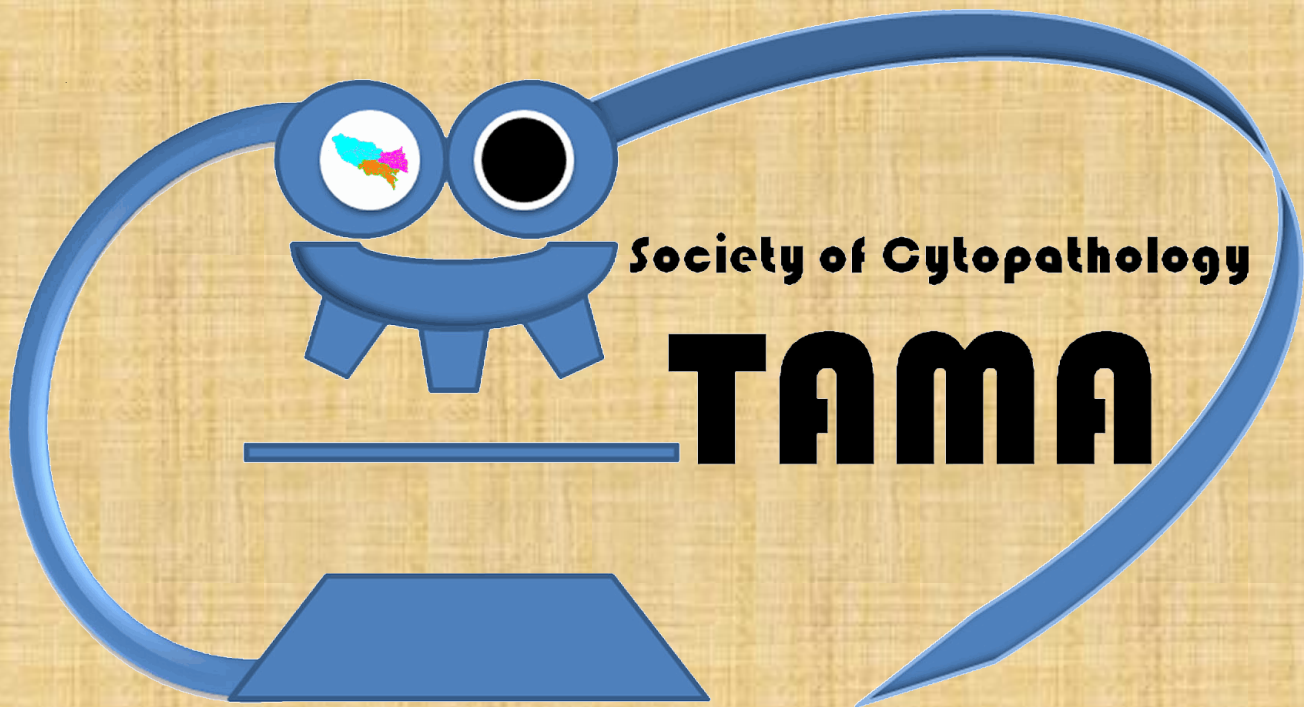
第54回多摩細胞診研究会 幹事会議事録

1. 会則の改訂について
前回の幹事会で承認された内容にてホームページにも改訂版を掲載した。
 2. 次回、次々回開催場所
9月は東海大学医学部附属八王子病院
次々回は杏林大学にて卒業式を避けた日程であれば可能。
-

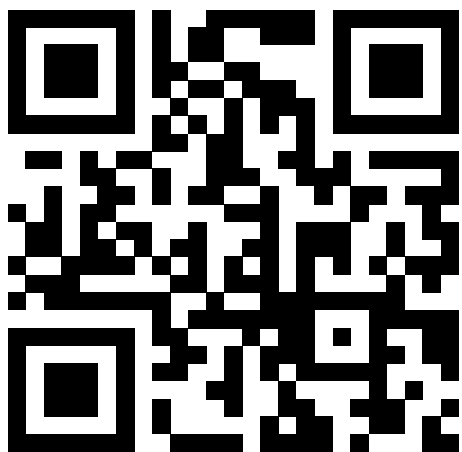
2024年10月5日

第55回多摩細胞診研究会 幹事会議事録

1. 役員の変更
幹事として新たに
東大和病院 山田 悠騎さん
東海大学医学部附属八王子病院 野村 希さん
を迎える。
2. 次回開催場所
第56回は2025年3月8日 杏林大学 井の頭キャンパスにて開催。
3. その他
講演、症例検討を行う際、標本持ち出しが難しい施設もあるため、依頼時に持ち出し可能か確認の必要がある。



多摩細胞診ホームページ



スライドカンファレンスの画像
過去の会報はこちらから

編集後記

第54回と第55回は共に遺伝子にまつわる講演をしていただきました。昨今、病理と遺伝子検査の距離感は非常に近く、病理の技師は遺伝子学についてもより深く理解が必要なことを改めて認識させていただきました。という事で今回の会報は遺伝子をテーマに作成させて頂きましたが、またしても美術センスの壁に阻まれ、何やらイメージしていたものと別物になってしまった気がします…

皆様の広いお心で受け止めていただければ幸いです。

多摩細胞診研究会事務局
国立病院機構

災害医療センター 臨床検査科

住所：

〒190-0014

東京都立川市緑町3256

☎042-526-5511 内線3073

編集責任者：松本 純

(公立福生病院)

発行責任者：布村 眞季

(立川相互病院)