

第43回
日本臨床細胞学会近畿連合会
学 術 集 会
プログラム・抄録集



学術集会 会長 高橋健太郎
滋賀医科大学医学部 総合周産期母子医療センター

会 期：平成 29 年 10 月 1 日（日）
会 場：ピアザ淡海（滋賀県立県民交流センター）
主 管：滋賀県臨床細胞学会

日本臨床細胞学会近畿連合会 <http://jscek.umin.jp>
大会ホームページ <http://jscshiga.umin.ne.jp/kinki43/index.html>



第43回日本臨床細胞学会近畿連合会学術集会 会長挨拶

この度、第43回日本臨床細胞学会近畿連合会学術集会は滋賀県臨床細胞学会が担当させて頂くことになりました。現在、この伝統ある学術集会を実りある会にしたいと少数精鋭の実行委員会が総力をあげて準備しております。

今回の指定演題のテーマは迅速細胞診（ROSE）に致しました。術中迅速診断は凍結組織診と迅速細胞診（ROSE）に大別できます。凍結組織診断はすでに確立されたものと思われませんが、この欠点を補完すべき役割を担うのが迅速細胞診（ROSE）であると思います。その対象はあらゆる臓器、体腔液に及んでおり、近年その有用性が報告され、診断成績の向上に寄与しています。しかし、より高い診断精度の確立が必要な事も事実であり、近畿六府県でのROSEに関する取り組みについて議論できればと考えて、指定演題のテーマとして選びました。奇しくも私の前任地である島根医科大学時代の1994年春に松江で開催された第35回日本臨床細胞学会総会において、術中迅速細胞診に関するシンポジウムが行われ、その有用性や問題点について活発な討論がなされたのが思い出されます。また、2010年の診療報酬点数表が改定から病理診断の項目に、手術の途中における胸水・腹水などの術中迅速細胞診が新たに加わり、1手術につき1回450点を算定することができるようになったことは我々細胞診断に携わる者にとってのインセンティブとなっています。

さらに、特別講演を1題（帝京大学病理診断科 笹島ゆう子先生の「卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約～上皮性腫瘍における改訂点～」）、教育講演を1題（相澤病院臨床検査センター病理診断科 樋口佳代子先生の「唾液腺細胞診の国際報告様式“ミラノシステム”の概要と運用について」、スライドカンファレンスを4題（婦人科、胆肝脾、呼吸器、泌尿器の各分野から1演題ずつ）、ランチョンセミナーを1題（山梨県厚生連健康管理センター 寺本勝寛先生の「子宮頸がん検診の精度管理—HPV併用検診と最近の知見—」）をプログラム致しました。今回の学術集会が皆様の明日からの細胞診断学にお役に立てば幸いです。

滋賀県といえば琵琶湖です。会期の10月1日は紅葉の時期にはまだ少し早いと思いますが、学会での活発な討論に参加する前に頭のリフレッシュで近くの延暦寺や三井寺、石山寺を散策するのもよいと思います。

近畿6府県の皆さまのたくさんのご来滋を心より歓迎いたします。

第43回日本臨床細胞学会近畿連合会学術集会 会長 高橋健太郎
（滋賀医科大学医学部 総合周産期母子医療センター 特任教授）

学会実行委員会

学会長	高橋健太郎	(滋賀医科大学)
実行委員長	小林忠男	(大阪大学大学院)
運営事務局	田口一也	(市立大津市民病院)
会計責任者	籠谷亜希子	(滋賀医科大学医学部附属病院)
委員	青木茂	(ビワコ病理研究所)
委員	今村真治	(大津赤十字病院)
委員	岩井宗男	(滋賀医科大学医学部附属病院)
委員	植田正己	(済生会滋賀県病院)
委員	馬野真次	(地域医療機能推進機構滋賀病院)
委員	岡本望	(滋賀医科大学医学部附属病院)
委員	郭翔志	(東近江総合医療センター)
委員	九嶋亮治	(滋賀医科大学)
委員	多林久治	(株式会社メディック)
委員	富田圭一	(京都大学医学部附属病院)
委員	中村美紀	(大津赤十字病院)
委員	新川由基	(市立長浜病院)
委員	西野万由美	(市立長浜病院)
委員	西村みゆき	(滋賀県立成人病センター)
委員	林裕司	(滋賀医科大学医学部附属病院)
委員	馬場正道	(済生会滋賀県病院)
委員	宮平良満	(滋賀医科大学医学部附属病院)
委員	宮元伸篤	(市立長浜病院)
委員	森谷鈴子	(滋賀医科大学医学部附属病院)
委員	山口大	(滋賀医科大学医学部附属病院)
委員	山本昌弘	(滋賀県健康づくり財団)
委員	吉田章子	(地域医療機能推進機構滋賀病院)
委員	吉田桂子	(長浜赤十字病院)

協 賛

滋賀県産科婦人科医会
湖翔会

会場へのアクセス

ピアザ淡海（ホテルピアザびわ湖）

〒520-0801 大津市におの浜 1-1-20

TEL 077-527-6333



- JR 大津駅から京阪・近江バス
なぎさ公園線 約8分「ピアザ淡海」下車
- JR 大津駅からタクシー約5分
- JR 膳所駅から徒歩約12分
- 京阪電車石場駅から徒歩約5分
- 名神大津インターから車で約7分

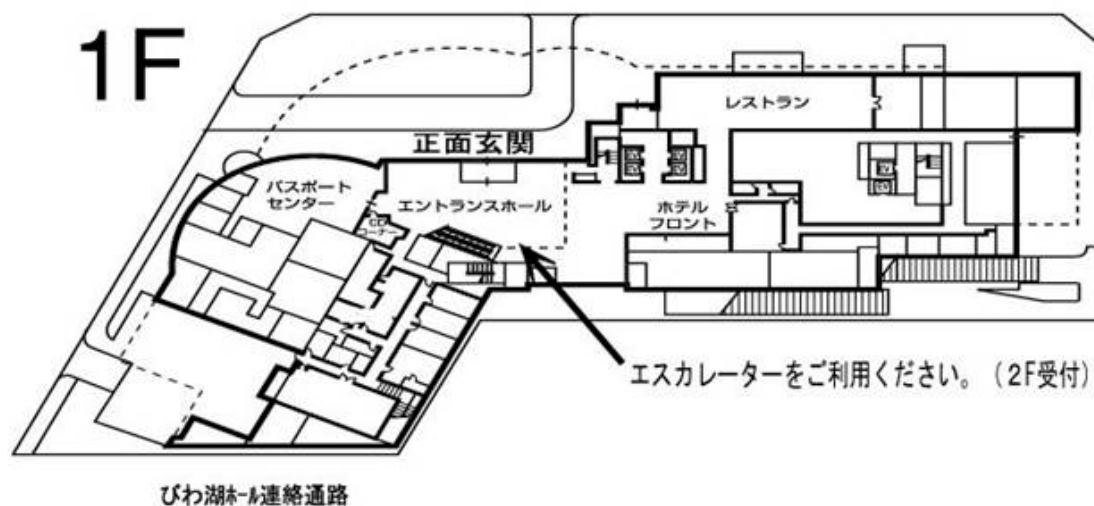
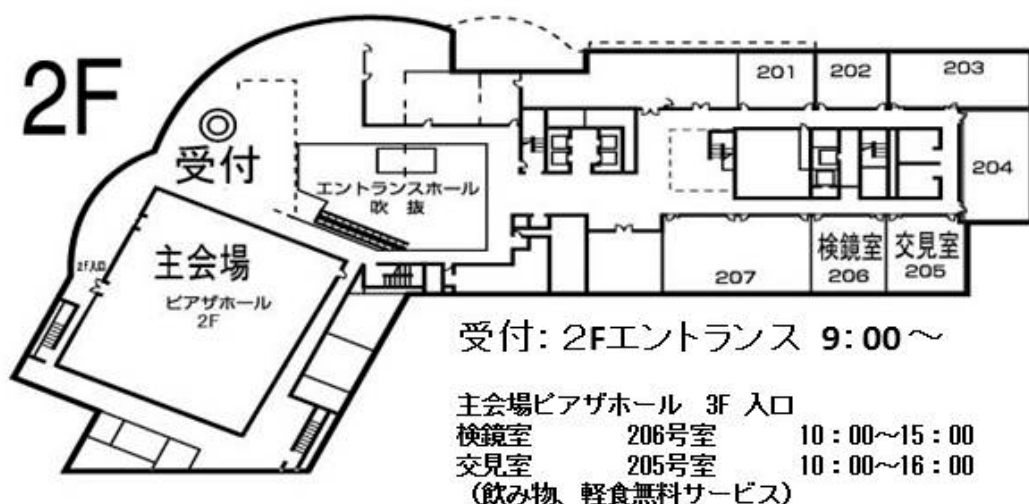
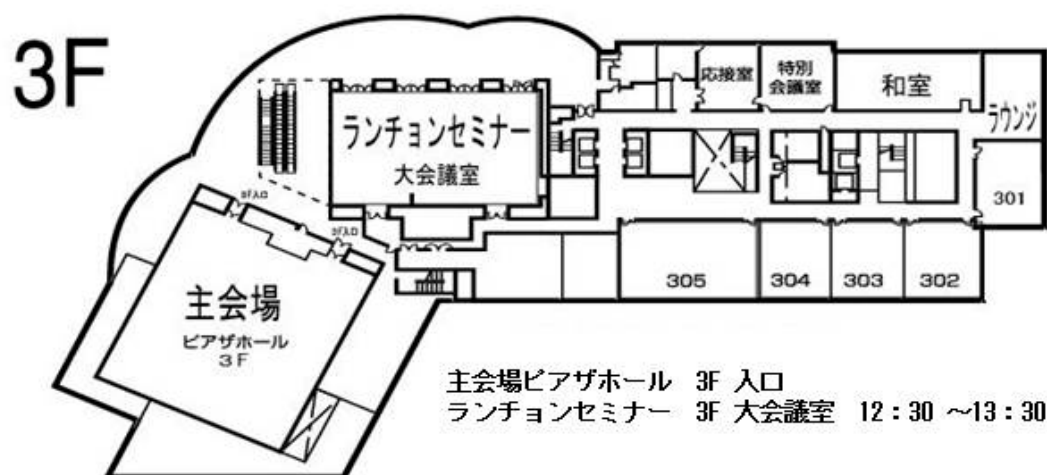
地下駐車場 77 台（有料）



注意！膳所駅には新快速電車は止まりません。普通電車をご利用ください。
新快速電車から普通電車への乗り換えは京都、山科、大津駅で可能です。

ピアザ淡海 会場図

会場：ピアザ淡海会場図



会員および演者へのお知らせ

受付開始 9 : 00 2 F エントランス

会員の皆様へ

1. 当日参加費として各地域連携組織会員は受付で 3000 円をお支払いください。引き換えに参加証兼領収書を発行いたします。
2. ランチョンセミナーは整理券制となっております。整理券は 9 : 00 より配布いたしますが、配布は 250 名様先着順とさせていただきますので、ご注意ください。
3. プログラムは各自必ずご持参ください。
4. 日本産科婦人科学会の出席単位および特別講演で産婦人科の領域講習単位が取得出来ますので、該当する方は e 医学会カードをご持参下さい。
5. 細胞検査士の方は登録カードをご持参ください。参加証兼領収書を確認の上クレジットを発行します。
CT (JSC) 15 点、(IAC) 7 点予定
6. スライドカンファレンス症例は学会当日 206 号室にて検鏡できます。

演者の皆様へ

1. ご発表はすべて PC によるプレゼンテーションで行っていただきます。
2. データは PowerPoint2013 までで作成してください。(Macintosh には対応しておりません)
3. 演者はご発表の 1 時間前までに受付でプレゼンテーションデータをご確認の後、ご提出いただきます。

スライドカンファレンス症例検鏡 (10 : 00~15 : 00) 206 号室

お飲み物、軽食 (パン) 無料サービス (10 : 00~16 : 00) 205 号室
※提供 : 松浪硝子工業(株)、武藤化学(株)、村角工業(株)、アイクレオ(株)

プログラム

開会の辞 9 : 4 0 ~ 9 : 4 5

＜テーマ指定演題＞ 9 : 4 5 ~ 1 1 : 1 5

「 ROSE (Rapid on-site evaluation) 」

座長： 黒澤 学（市立長浜病院 病理診断科）

小島 史好（和歌山県立医科大学 病理診断科）

1. 「当院の Rapid on-site evaluation (cytology) の運用について」

覚野 綾子（医療法人明和病院 病理診断科）

2. 「当院における ROSE の現状について」

田中 真理（独立行政法人労働者健康安全機構 和歌山労災病院 中央検査部）

3. 「当院における EUS-FNA 細胞診：検体適正評価を中心に」

荒木 孝一郎（高槻赤十字病院 病理診断科）

4. 「当院における ROSE への取り組み」

佐伯 仁志（国立病院機構東近江総合医療センター 研究検査科）

5. 「超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）におけるベッドサイド迅速評価について」

白波瀬 浩幸（京都大学医学部附属病院 病理部）

6. 「EUS-FNA (Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration) における

LBC (Liquid based cytology) を応用した検体処理方法とその有用性」

竹内 真央（奈良県立医科大学附属病院 病理部）

教育講演（１１：１５～１２：１５）

座長：九嶋 亮治（滋賀医科大学）

「唾液腺細胞診の国際報告様式 —ミラノシステム— の概要と運用について」

樋口 佳代子 先生（慈泉会相澤病院 病理診断科）

会場移動 ２Ｆピアザホール ⇒ ３Ｆ大会議室

ランチョンセミナー（１２：３０～１３：３０）

座長：高橋 健太郎（滋賀医科大学）

「子宮頸がん検診の精度管理 —ＨＰＶ併用検診と最近の知見—」

寺本 勝寛 先生（山梨県立厚生連健康管理センター）

共催 ホロジックジャパン株式会社

休 憩 １２：１５～１３：４５

会場移動 ３Ｆ大会議室 ⇒ ２Ｆピアザホール

総 会 １３：４５～１４：００

特別講演（１４：００～１５：００）

座長：高橋 健太郎（滋賀医科大学）

「卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約 ～上皮性腫瘍における改訂点～」

笹島 ゆう子 先生（帝京大学医学部 病院病理部）

休 憩 １５：００～１５：１０

＜スライドカンファレンス＞ 15：10～17：10

座長： 馬場 正道（済生会滋賀県病院 病理診断科）

林 裕司（滋賀医科大学医学部附属病院 病理部）

症例 1．婦人科

出題・解説 内藤 子来（特定医療法人誠仁会 大久保病院 婦人科）

回答 細胞検査士 森 真俊（近畿大学医学部奈良病院 臨床検査部）

回答 専門医 明石 京子（公立南丹病院 産婦人科）

症例 2．胆・膵

出題・解説 福島 裕子（大阪市立総合医療センター 病理診断科）

回答 細胞検査士 田村 佳枝（宇治徳洲会病院 検査科）

回答 専門医 塚本 吉胤（宝塚市立病院 病理診断科）

症例 3．呼吸器

出題・解説 中井 登紀子（奈良県立医科大学附属病院 病院病理部）

回答 細胞検査士 梶尾 健太（大阪はびきの医療センター 病理診断科）

回答 専門医 割栢 健史（和歌山県立医科大学 人体病理学教室）

症例 4．泌尿器

出題・解説 松崎 生笛（和歌山県立医科大学 人体病理学教室）

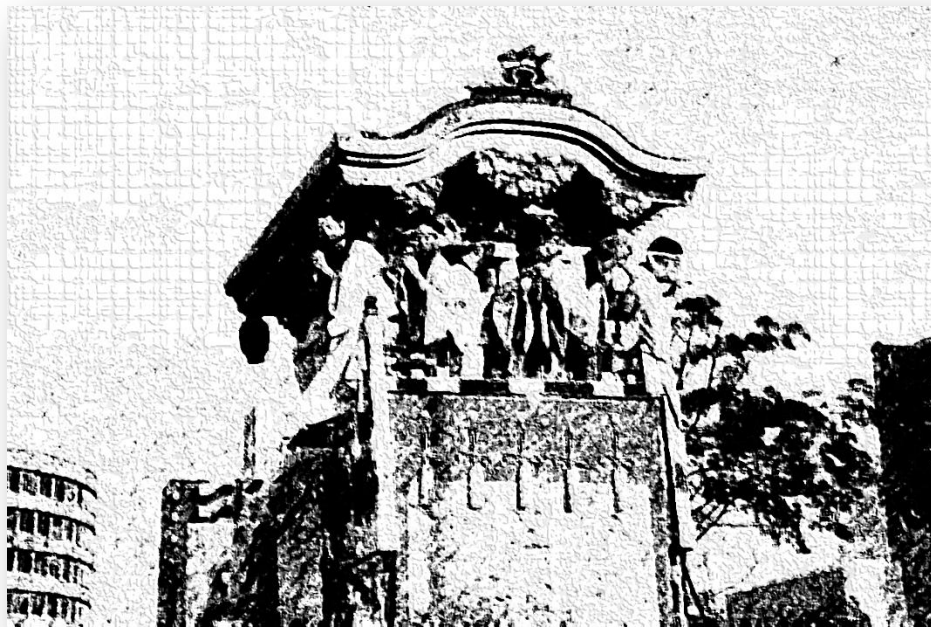
回答 細胞検査士 片山 裕司（JCHO 神戸中央病院 病理部）

回答 専門医 辻 洋美（大阪警察病院 病理診断科）

次期学術集会会長挨拶 17：10～17：15

閉会の挨拶 17：15～

抄 録



◎大津まつり 開催日時

2017年10月7日(土) 夕刻～21:00 宵宮

10月8日(日) 09:30～17:30 本祭

【特別講演】

「卵巢腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約」～上皮性腫瘍における改訂点～

帝京大学医学部附属病院 病理診断科 笹島 ゆう子

卵巢腫瘍取扱い規約は、WHO 分類 2014 年版に準拠する形で、2016 年 7 月「卵巢腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約 病理編（第 1 版）」として改訂・刊行された。今回は日常的に遭遇する頻度の高い上皮性腫瘍についての改訂ポイントを解説する。

上皮性腫瘍の枠組みとして、漿液性、粘液性、類内膜、明細胞、ブレンナー、漿液粘液性の 6 型が設定された。漿液性癌は組織発生の違いから高異型度、低異型度の 2 群に分けられた。粘液性腫瘍は胃腸型粘液性上皮を有するものに限定され、旧規約における内頸部様粘液性腫瘍は漿液粘液性腫瘍に包括された。類内膜腫瘍では、これまで腫瘍様病変として扱われてきた内膜症性嚢胞を良性類内膜腫瘍として扱うこととなった。明細胞腫瘍については大きな変更はない。旧規約の移行上皮腫瘍のうち良性・境界悪性・悪性の各ブレンナー腫瘍はブレンナー腫瘍として項目立てられ、移行上皮癌は高異型度漿液性癌に包括された。漿液粘液性腫瘍は、複数のミューラー管由来上皮からなる腫瘍として定義づけられた。良性および悪性漿液粘液性腫瘍は極めてまれで、ほとんどが境界悪性腫瘍である。旧規約における内頸部様粘液性境界悪性腫瘍およびミューラー管型混合上皮性境界悪性腫瘍がこの項目の境界悪性腫瘍にあたる。

旧規約では「微小浸潤」の概念は漿液性腫瘍のみで定義されていたが、新規約では他の組織型にも拡大され、上記 6 組織型の共通事項として記載された。

各組織型の解説に加え、複数の臓器に同じ組織型の癌が存在する場合の診断基準および組織学的異型度（Grade）についても触れる。

【教育講演】

唾液腺細胞診の国際報告様式—ミラノシステム—の概要と運用について

慈泉会相澤病院 病理診断科 樋口 佳代子

唾液腺FNAは主に耳下腺、顎下腺の腫瘍の評価のために広く実施されている。しかし唾液腺腫瘍は頭頸部腫瘍の約3-10%を占める比較的稀な腫瘍であるにもかかわらず、多くの組織型があり、FNAで容易に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、頻度の低い低悪性腫瘍が多種存在し、FNAによる組織型推定が困難な症例がある。

一方、臨床的には唾液腺の腫瘍性病変は原則として手術適応とされるため、FNAにおいては腫瘍性病変を的確に指摘することが重要であり、悪性腫瘍においては悪性度により術式が異なるため低悪性か高悪性かについても言及することが望ましい。

国内では唾液腺細胞診新報告様式が提案され、上記のような問題に対処してきたが、現在国際的な唾液腺細胞診報告様式としてミラノシステムが検討されている。概要は1. 6つのカテゴリー(①診断不能、②非腫瘍性、③意義不明な異型、④腫瘍性(良性および悪性度不明)、⑤悪性疑い、⑥悪性)より構成される、2. 各診断カテゴリーについてそれぞれ悪性のリスクや臨床的対応が記載されており臨床家にとって有用である、3. 腫瘍と非腫瘍が別のカテゴリーとして区別されている、4. 悪性腫瘍において低悪性と高悪性の振り分けを考慮している、5. 細胞診検体を用いた補助的診断法が解説されていることである。概要を表1にまとめた。従来我が国で提案されてきた唾液腺細胞診の報告様式と比較し、各カテゴリーについて具体例をあげて解説する。

表1. ミラノシステム(案)の概要

診断カテゴリー		悪性のリスク	治療方針
診断不能		10-25%	- 臨床像および画像所見を考慮 - USガイド下FNA再検
非腫瘍性		0-10%	- 経過観察・画像所見を考慮 - 症例により診断的切除
意義不明な異型		未定	- USガイド下FNA再検 - 診断的切除
腫瘍	良性腫瘍	0-7%	- 経過観察 - 保存的手術
	悪性度不明な腫瘍	20-40%	保存的手術
悪性疑い(低悪性 or 高悪性)		60-70%	- 手術 - 臨床像・画像所見を考慮
悪性(低悪性 or 高悪性)		85-95%	- 手術 - Gradeにより術式決定

【ランチョンセミナー】

子宮頸がん検診の精度管理—HPV 併用検診と最近の知見

山梨県厚生連健康管理センター 寺本 勝寛

子宮頸がんは、ハイリスクのヒト・パピローマウイルス（HPV）が主な原因で、日本では、性交年齢の若年化などにて、最近では 20 代、30 代の女性の罹患率、死亡率が増加し、上皮内がんを合わせると年間約 2 万人が罹患して、約 3、500 人が亡くなっている。精度の高い子宮頸がん検診が望まれるが、我が国の子宮頸がん検診は、受診率の上昇が子宮頸癌発生率及び死亡率の低下に寄与することは明らかであるにも拘らず、受診率は現在も低迷し、その他、検診の精度管理に改善すべき点が多々みられる。

現在、検診の精度管理に世界的にも注目されているのが細胞診と HPV 遺伝子を検出する「HPV-DNA 検査」併用検診と、液状化検体細胞診：Liquid based cytology、以下 LBC 細胞診（L B C）である。「HPV-DNA 検査」併用検診は、前がん病変である CIN2 の検出感度を上げ、さらに、細胞診と HPV いずれも陰性の場合には、癌進展率きわめて低く日本産婦人科医会のリコメンドでは、3 年間隔の癌検診を推奨している。L B C で、不適正標本が減り、前癌病変の診断精度が上がるとの報告も認められている。

このような背景で、平成 25 年度に厚生労働省によるがん検診推進事業として、一定の精度管理が行われている自治体において「HPV 検査検証事業」がスタートしている。

山梨県では「HPV-DNA 検査」の導入が、2012 年 5 月から甲府市で 26 歳、31 歳のクーポン対象者に HPV 検査を含めた検診費用の全額負担で開始された。現在は、HPV 検査併用検診県内 8 市町で実施されている。

一方、同年度から日本臨床細胞学会も独自に、L B C を用いた日本臨床細胞学会臨床試験 CITRUS study（山梨県、千葉県柏市）「一般住民子宮頸がん検診における液状化検体細胞診と HPV-DNA 検査との併用検診の有用性を評価する無作為化比較研究」30 歳～65 歳未満の検診受診者から無作為的に選択（2013 年 6 月 1 日～2015 年 3 月 31 日）検査法：Invader 法（ホロジック・ジャパン提供）で実施している。

○CITRUS study 概要

目的：子宮頸がん検診において、L B C に HPV DNA 検査を併用することの有用性について比較検討する。

- ・目標登録症例数：30,000 例（LBC 単独群：15,000 例、HPV 検査併用群：15,000 例）
- ・最終登録症例数：18,471 例（山梨 12,192 例、柏 6,279 例）
- ・主要評価項目：全観察期間における CIN3 以上の病変検出割合

今回は、「子宮頸がん検診の精度管理—HPV 併用検診と最近の知見」をテーマに HPV 併用子宮頸がん検診の立場から、がん検診の利益と不利益、さらに、CITRUS スタディやアプティマ HPV(mRNA をターゲットとして検出する第 3 世代のハイリスク HPV 検査)について考察を加えたい。

【テーマ指定演題】「 ROSE （Rapid on-site evaluation ） 」

1. 「当院の Rapid on-site evaluation (cytology) の運用について」

○覚野 綾子¹⁾、狭間 結衣^{1,2)}、澁谷 昌広^{1,2)}、渥美 亜希子^{1,2)}、松林 謙治^{1,2)}、
檜山 弘道^{1,2)}、渥美 鈴恵^{1,2)}、梶本 仙子¹⁾、岸 清彦^{2,3)}、松原 昇²⁾、小笠原 利忠^{1,4)}

(医)明和病院 病理診断科¹⁾、同臨床検査科²⁾、同内科³⁾、大久保病院婦人科⁴⁾

当院はベッド数 357 床の中規模病院で、臨床各科と病理(検査)の敷居が低くお互いが気軽にコンサルトし合うことのできるフットワークの良い病院である。

当院では 2003 年より乳腺穿刺吸引、2004 年より甲状腺穿刺吸引、2013 年より超音波内視鏡下穿刺吸引(EUS-FNA)、2015 年より気管支鏡下肺生検を施行してきた。検査中に細胞採取の有無が術者に報告されることにより、不適正標本ならびに再検査率の低下、合併症の低下、細胞診断精度の向上が得られてきた。当院では穿刺時に細胞検査士または病理専門医がベッドサイドで標本作製を行う。すり合わせ法を行い、1 枚はパパニコロウ染色、もう 1 枚はギムザ染色を行う。針洗浄標本の作製も行っている。目視での細胞の有無を術者に伝え、再施行が必要か否かを判断している。この際 EUS-FNA 以外は迅速染色を行っていないので質的診断は後日の報告となる。

近年呼吸器癌領域では個別化治療による治療薬選択のため、組織型の推定(特に腺癌)の鑑別が求められているが、細胞像のみでは組織型の推定が困難な場合もある。そのため当院では細胞診検体を用いて RT-PCR 法による EGFR や ALK 等の遺伝子検索、cell block 標本の作製による免疫組織化学的検索を行い、治療に貢献している。Rapid on-site evaluation (cytology)は病理部門(検査部門)が貢献できるチーム医療の一つであり、呼吸器癌患者の治療方針に関わる重要な業務である。今回我々は、当院で行われている Rapid on-site evaluation (cytology)の実際について有用症例や評価困難症例等を報告する。

2. 「当院における ROSE の現状について」

○田中 真理¹⁾、田端 知佳¹⁾、吉田 恵¹⁾、坪田 ゆかり²⁾

独立行政法人労働者健康安全機構 和歌山労災病院 中央検査部¹⁾、検査科²⁾

[はじめに]

当院では、臨床からの要望があればEUS-FNA、及び気管支鏡検査時にROSE (Rapid on-site evaluation) を実施している。今回、ROSEの件数は多くないが、ベッド数 303 床、病理専任技師（細胞検査士）3 名、病理医 1 名という中規模施設である当院の取り組みや、工夫点等を紹介する。

[当院における ROSE の流れ]

- ① 前日の夕方、もしくは当日の朝に出張細胞診の依頼を受ける。
- ② 患者がX線透視室に入室した時点で病理検査室に一度連絡が入る。③検体が採取される直前に再度病理検査室に連絡が入り、その時点ですぐにベッドサイドへ向う。④採取された検体に組織成分が含まれているかを内視鏡医に伝え、合わせ法にて標本を作製し、ドライヤーにて速乾する⑤再水和後、ショール染色を行い、95%アルコールの状態でカバーガラスをかけ鏡検する。⑥結果を口頭で内視鏡医に伝える。⑦病理検査室に持ち帰り、再染色・再鏡検後、最終報告をする。

[ROSEを実施するメリット]

検体不適正を減らすことにより患者負担が減り医療費削減につながる事、検体処理を技師が行うことにより医師・看護師が本来の業務に専念できる事、ROSEを通してチーム医療に参画できる事等が上げられる。

[ROSEを実施するデメリット]

現場に出向くため人手不足となる事、ある程度の経験を要する事、現場では精神的負荷がかかる事、ROSEの保険収載がない事等が上げられる。

[今後の ROSE について]

膵癌診療ガイドラインの改訂に加え、和歌山県では「きのくにプロジェクト」と題した膵癌の早期発見に向けた取り組みが始まったことにより、今後EUS-FNAの件数は増加すると思われる。また、肺癌治療においても、EGFR、ALK、PD-L1に加え、ROS1 融合遺伝子検査も始まるため、1回の採取で免疫染色を含む組織診断、および複数の遺伝子検査に対応できるよう、ROSEを実施し検体の適・不適を含めた報告を現場で行うことは有用であると思われる。

3. 「当院における EUS-FNA 細胞診：検体適正評価を中心に」

○荒木 孝一郎¹⁾ 神田 直樹²⁾ 山田 桂実¹⁾ 山本 翔¹⁾ 廣田 智美¹⁾
千葉 渉¹⁾ 渡邊 千尋¹⁾

高槻赤十字病院 病理診断科¹⁾ 同 消化器科²⁾

【はじめに】

超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）は、主に膵病変や消化管粘膜下腫瘍の診断、腫大リンパ節の転移の有無などに行われるが、十分量の検体を得られない場合は診断率が低くなる場合があり、採取された検体の適正を判断する ROSE : rapid on - site evaluation の導入が診断率を向上させ、穿刺回数を減らすことが知られている。当院でも、EUS-FNA 導入開始時から臨床検査技師による採取現場での検体適正評価を行っている。

【方法】

EUS-FNA の際に行われる ROSE の多くは Diff - Quick 染色など、迅速に染色された標本を鏡見することにより評価されるが、当院では染色は行わず、無染色による検体適正評価を行っている。EUS-FNA の検体採取時に病理検査室に連絡が入ると、臨床検査技師 1 名がカートに顕微鏡や器具を載せて採取現場に向かい検体適正評価を行う。顕微鏡の他に持参する器具は、95%アルコール固定液、シランコーティングスライドガラス、カバーガラス、10%中性緩衝ホルマリン、滅菌シャーレ、滅菌スピッツ、ピンセットである。採取された生検針内の検体をシャーレ内のスライドガラス上に押し出して、組織片の一部をピンセットで摘んで別のスライドガラスに載せて擦り合わせた標本を直ちにアルコールに浸す。5 秒ほどアルコールに浸したスライドガラスを引き上げ、カバーガラスを載せて顕微鏡の開口絞りを絞って無染で鏡見し、検体適正評価を臨床医に報告する。現場での検体適正評価に要する時間は標本作製を含めて 1 分程度であり、迅速な評価が行われている。残りの検体はホルマリンに入れて病理検査室に持ち帰りブロック標本作製、無染で評価したガラス標本はそのままパパニコロウ染色を行い最終報告している。

【結果と考察】

当院では、平成 25 年から EUS-FNA を月に 1~2 回のペースで行ってきた。結果として癌を強く疑う膵病変に関しては、ROSE により検体不適正が無くなり穿刺回数を減らすことができた。しかしながら、EUS-FNA 検体は胃粘膜上皮が混在することもあり、自己免疫性膵炎や異所性膵などの病変の場合、検体適正の判断が難しく逆に穿刺回数が増加したり、GIST などの粘膜下腫瘍は、ボーリング生検と比較して検体採取量が少なく検体適正の判断が困難になる場合もあった。

【まとめ】

ROSE が EUS-FNA の診断率向上に寄与することは間違いないと考えられる。しかしながら、常に病理医や細胞検査士が同席し十分な時間をかけて ROSE を行える環境に無い施設も少なくない現状があり、ROSE の方法も施設の現状にあった工夫が必要と考えられる。当院で行っている EUS-FNA において、ROSE が効果的であった症例と苦慮した症例を紹介する。

4. 「当院における ROSE への取り組み」

○佐伯 仁志 (CT)¹⁾, 村中 絵理 (CT)¹⁾, 齊藤 由美 (CT)¹⁾, 森谷 鈴子 (MD)²⁾,
九嶋 亮治 (MD)²⁾

国立病院機構 東近江総合医療センター 研究検査科¹⁾
滋賀医科大学附属病院 病理診断科²⁾

【はじめに】

当院においては消化器内科から超音波内視鏡下穿刺吸引法 (Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration:以下 EUS-FNA) の現場で迅速細胞診検査 (Rapid on-site evaluation: 以下 ROSE) をしてほしいという要請は以前からあったが、人員不足ゆえに採取された材料を現場で処理するだけに留まり、鏡検による細胞採取の確認は行っていなかった。しかし件数の増加に伴い、当科でも現場にて採取細胞の可否を判定することを目標として人員を育成し、平成 29 年 5 月 25 日実施分から開始することとなった。

【現場での検体処理】

超音波内視鏡的に病変部位を確認しながら穿刺吸引したのちに穿刺針を当方が用意したシャーレに出してもらい、シリンジで空気を押し出して穿刺針の内部にある検体を吹き出して直ちにビューア上で確認し、白色部分や塊の見られる部分を数か所サンプリングする。貼り合わせ法で 2 枚標本作製しドライヤーで乾燥させる。1 枚は現場で細胞採取を評価するために Diff-Quik 染色 (シスメックス社製) を行い、もう 1 枚は検査室に戻って再水和後に Papanicolaou 染色を実施する。残検体は検体の乾燥防止と溶血の意味でサイトリッチ RED (ベクトン・ディッキンソン社製) を適量分注している。この操作を穿刺回数分実施している。

【現場での細胞採取判定】

現場では目的とする細胞成分が採取されているかの判定のみを行い、質的判定 (良悪性を含めた推定組織病変) は行わない。その理由として、当院は常勤病理医が不在であることから診断的要素を含んだ判定の報告が常時できないことが挙げられる。

【検査室での検体処理】

現場でサイトリッチ RED に入れた検体は、スピッツに入れて 30 分放置後に再度混和した後、サブリングして液状細胞診 (liquid based cytology: LBC) 標本作製し、残った検体は遠心分離後、沈渣物に対してアルギン酸ナトリウム法によるセルブロックを作製している。

【最終報告について】

報告内容は、通常 of 細胞所見及び推定組織病変に加え臨床医からの要望で何回目の穿刺が多く採れていたかの順位を記載している。これは臨床医が手技を振り返るときに役に立っている。

【まとめ】

細胞検査士が EUS-FNA の現場で検体が採取できているかを判定することで患者への穿刺回数の軽減につながるとともに良質の標本作製することができ、臨床への貢献度も高いと考える。

5. 「超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）におけるベットサイド迅速評価について」

○白波瀬 浩幸

京都大学医学部附属病院 病理部

【はじめに】超音波内視鏡下穿刺吸引法（以下、EUS-FNA）は、消化器疾患、消化管近傍病変の良悪の鑑別や組織型などの質的診断が可能であり、治療法決定に有用な方法である。京都大学病院では、EUS-FNA 施行時に細胞検査士がベットサイドへ出向して評価を行っている。今回、ベットサイドでの検体処理方法や膵腫瘍に対する診断結果について報告する。

【検体処理方法】腫瘍穿刺が行われた吸引生検針から吸引物をシャーレに押し出し、血液成分に混在する白色調の微小组織片の一部を歯科用撮子で採取する。採取した組織片をスライドガラスに載せ 2 枚のスライドガラスで圧挫標本を作製し、1 枚は迅速ギムザ染色を実施して鏡検を行い細胞採取の適否を評価する。残りの 1 枚はパパニコロウ染色用標本とする。細胞診用検体を採取した後すぐにサイトリッチレッドをシャーレに加え、糸ミミズ様となった検体を 10%中性緩衝ホルマリンに採りセルブロック標本、シャーレに残ったサイトリッチレッドを回収して LBC 標本の作製を行う。

【対象および方法】2015 年 4 月から 2017 年 3 月までの 2 年間で実施された EUS-FNA は 297 件で、採取部位の内訳は、膵臓 246 件、リンパ節 28 件、胆管 5 件、十二指腸 5 件、食道 3 件、胃 3 件、その他 7 件であった。膵腫瘍のうち経過観察期間が短いなど経過の詳細不明 30 件を除く 216 件を対象として細胞診成績について検討した。

【結果】正常あるいは良性 34 件、鑑別困難 6 件、悪性または悪性疑い 176 件であった。感度、特異度、正診率はそれぞれ 91.2%、100%、92.1%であった。さらにセルブロック併用での感度は 92.7%となった。

【まとめ】膵腫瘍に対する EUS-FNA の偶発症は 2%以下といわれているが、膵炎や出血、感染などがあり、可能な限り少ない穿刺回数で偶発症を少なくしたうえで正確な診断が求められることから、ベットサイド迅速評価は患者や臨床医にとって大変有益である。一方でベットサイドへの出向に係わる細胞検査士の拘束時間が、本来業務を圧迫している現状もある。臨床医との話し合いで、検体提出までの待機時間を減らすことやルーチン検体に積極的に液状化細胞診導入を行いスクリーニング時間を短縮させるなど、効率的な業務運営が課題となる。今後はベットサイド迅速評価に対する保険収載についても、要求していくべきではないかと考える。

6. 「EUS-FNA(Endoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration)における LBC(Liquid based cytology)を応用した検体処理方法とその有用性」

○竹内 真央(CT)¹⁾, 西川 武(CT)¹⁾, 龍見 重信(CT)¹⁾, 鈴木 久恵(CT)¹⁾, 田中 京子(CT)¹⁾,
武田 麻衣子(MD)²⁾, 畠山 金太(MD)²⁾, 大林 千穂(MD)²⁾

奈良県立医科大学附属病院病理部 ¹⁾,奈良県立医科大学病理診断学講座 ²⁾

【はじめに】内視鏡技術の進歩に伴い、多様な深部臓器からの検体採取が可能となっている。しかし検査の性質上、検体不適による再検査を行うことは適当でないため、ROSE(Rapid on-site evaluation)による検体採取の確認は必要不可欠である。しかし、ROSEを行うためには、人的あるいは時間的な拘束が必要であり、現実には実施が困難な場合が多い。我々の施設では、ROSE法を省略し、LBCによる検体採取および標本作製を行っている。今回、LBCを用いた診断成績を提示し、文献的なROSEとの比較検討を行ったので報告する。

【対象】2011年から2017年3月の間に膵腫瘍を疑いEUS-FNAを施行、手術および臨床経過より診断を確定した306症例。

【方法】EUS-FNAにより採取された検体をCytoRich Red固定液(CR)を充満させたシャーレ内に排出し、針内の血液成分を溶血させながら組織片の有無を確認する。固形検体は組織診断に供し、シャーレ内に残った微細検体ないしは保存液を全て細胞診検体として回収する。病理検査室へ持ち帰った後、通常検体と同様にLBC法を用いて標本作製し、診断報告を行う。対象検体について、診断能(感度、特異度、正診率)を検討した。

【結果】LBCを用いた標本作製法における診断能は感度93.2%、特異度97.7%、正診率93.9%、平均穿刺回数は2.4回であった。また、LBC標本における細胞像についても提示する。

【考察】EUS-FNAから得られる検体は微小な組織片であるが、LBC法は高い集細胞性能を有するため、少ない穿刺回数でも高い診断能を有しており、その診断成績は、文献的にROSE法に匹敵していた。本法は迅速細胞診に比して必要人員は少なく、検査時間の短縮と検体処理手技の標準化、また、残検体により容易に免疫組織学的な確認ができる点など、診断精度の向上に寄与すると考えられた。

【スライドカンファレンス】

1. 婦人科

症例：40 歳代、女性 2 回経妊、2 回経産

検体：子宮頸部

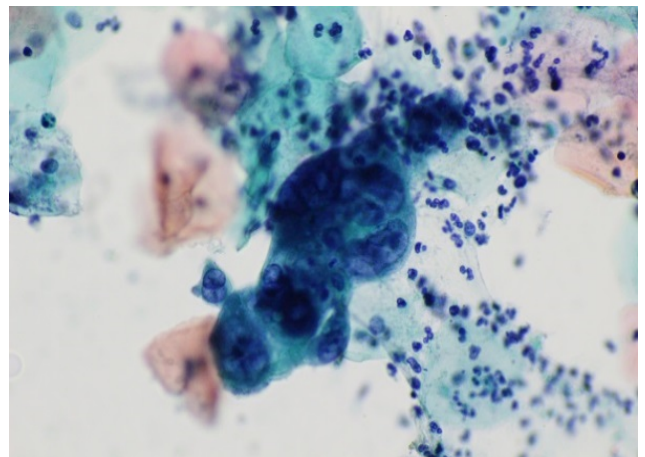
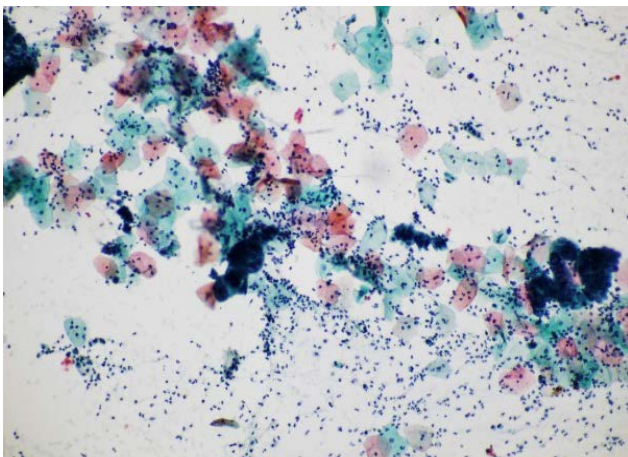
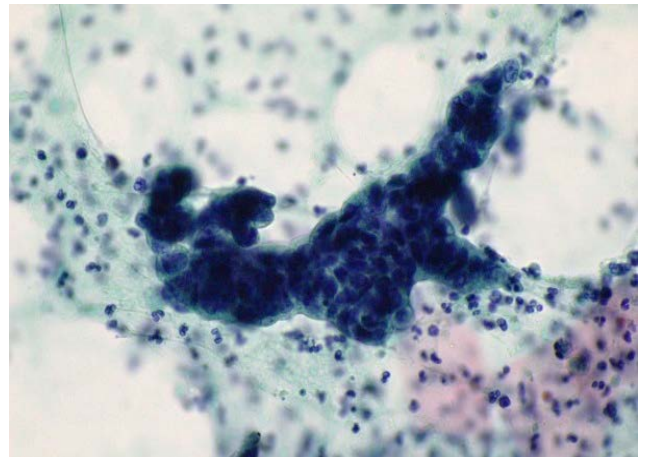
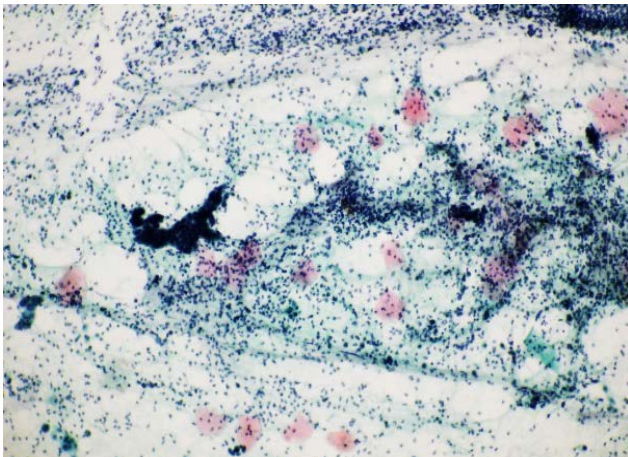
採取法：ブラシ（ブルーム型）

検体の種類：従来法

現病歴： 数か月前より少量の不正性器出血が持続するため来院

推定診断：

- ① HSIL (CIS 疑い)
- ② AGC
- ③ AIS
- ④ Adenocarcinoma (子宮頸癌)
- ⑤ Adenocarcinoma (大腸癌転移)



2. 胆・膵

症例：80 歳代、男性

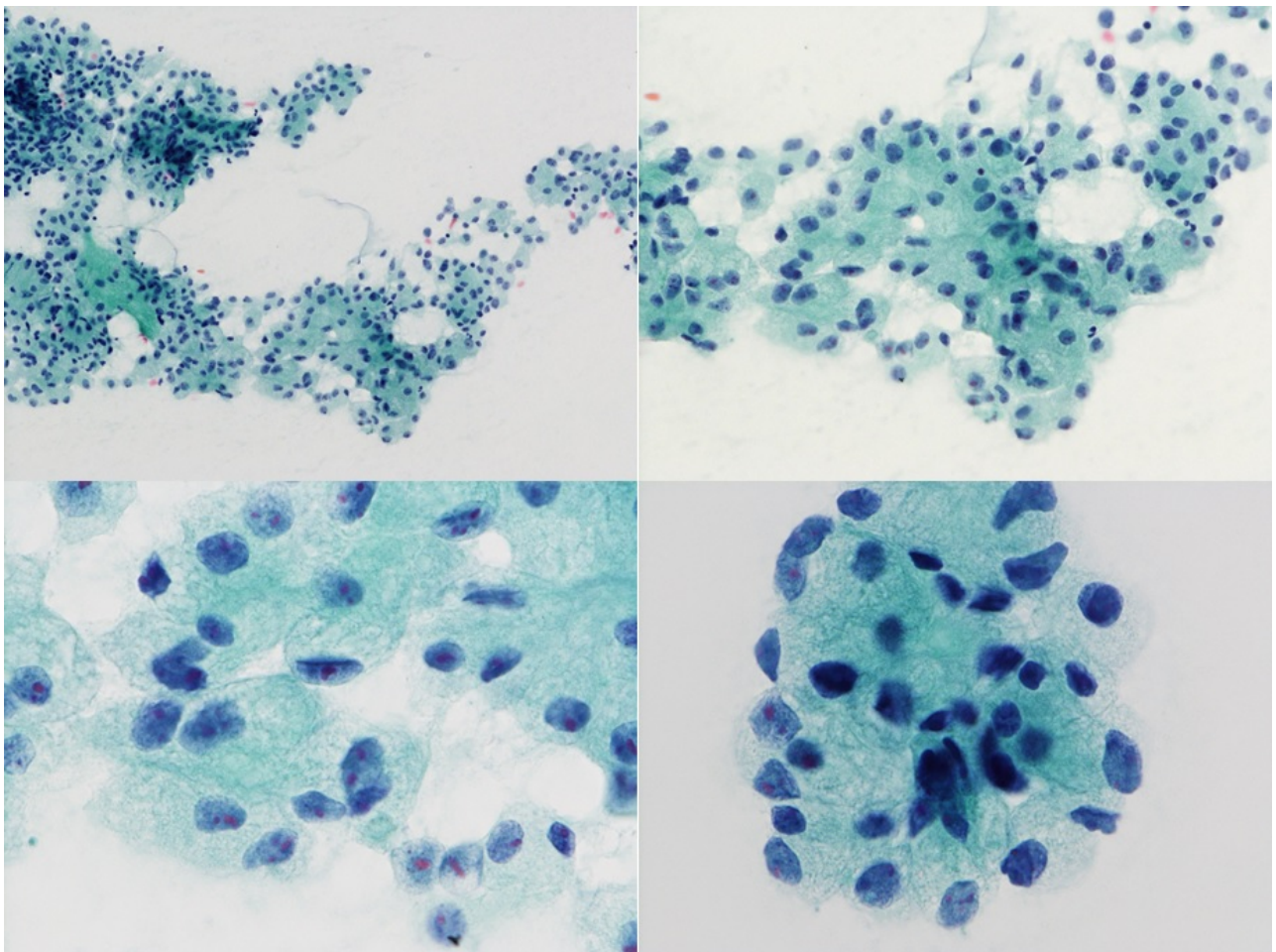
検体：膵臓

採取法：EUS-FNA

現病歴：前立腺癌の精査目的の画像検査にて膵体部腫瘤を指摘された。さらなる精査（超音波内視鏡）にて膵体尾部に主膵管の拡張（径 4.5mm）と膵体部に 10.2x8.0mm の低エコー腫瘤が指摘された。膵体部の腫瘤性病変に対して EUS-FNA が施行された。

推定診断：

- ① 浸潤性膵管癌
- ② 神経内分泌腫瘍
- ③ 腺房細胞癌
- ④ Solid-pseudopapillary neoplasm
- ⑤ 膵管内乳頭粘液性腫瘍



3. 呼吸器

症例：50 歳代、女性

検体：気管支擦過材料

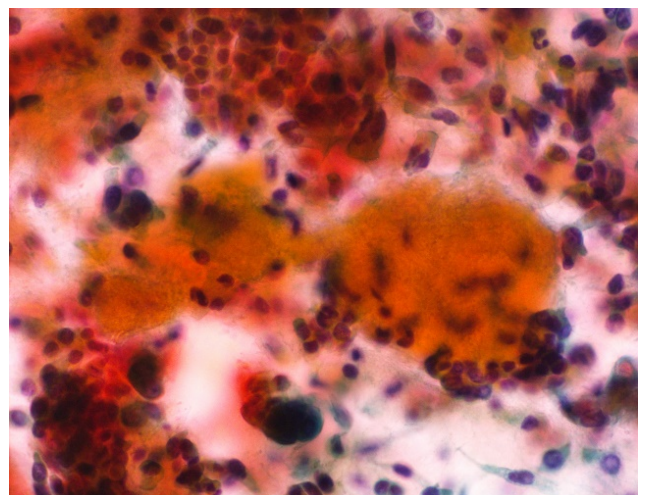
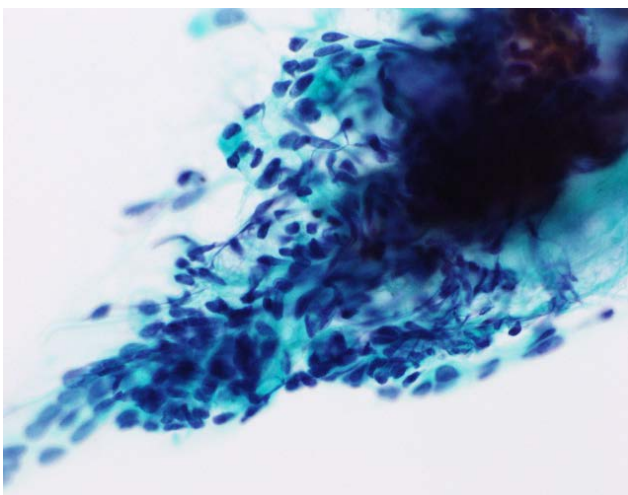
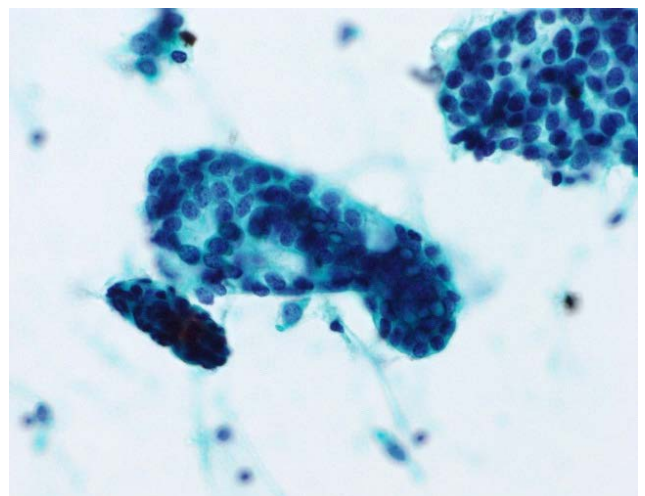
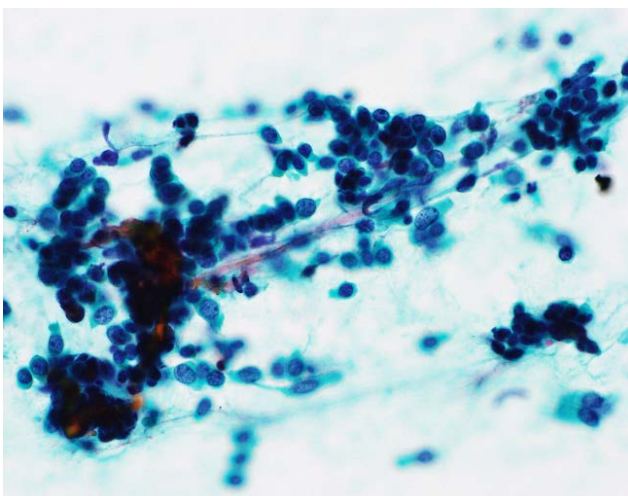
採取法：気管支ブラシ

現病歴：左肩の疼痛を主訴に近医受診。X P にて左肺野透過性低下、C T にて気管分岐部背側に最大径 53mm 大の腫瘤を認め、気管支鏡検査を実施。その際のブラシ擦過細胞診標本。

喫煙歴：なし

推定診断：

- ① 小細胞癌
- ② 類基底細胞型扁平上皮癌
- ③ 腺癌
- ④ 悪性リンパ腫
- ⑤ 腺様嚢胞癌



4. 泌尿器

症例：50 歳代、男性

検体：右腎盂洗浄液

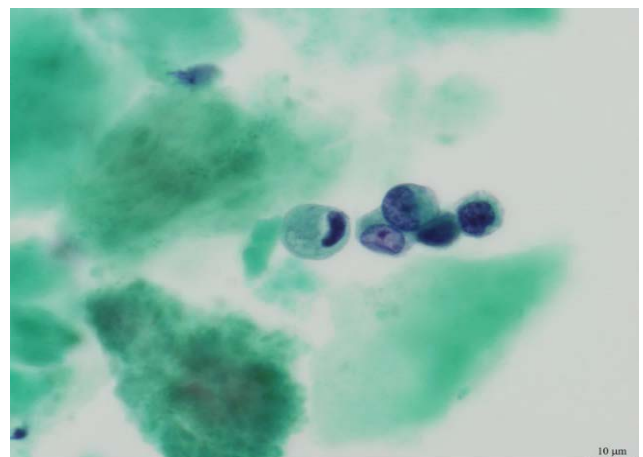
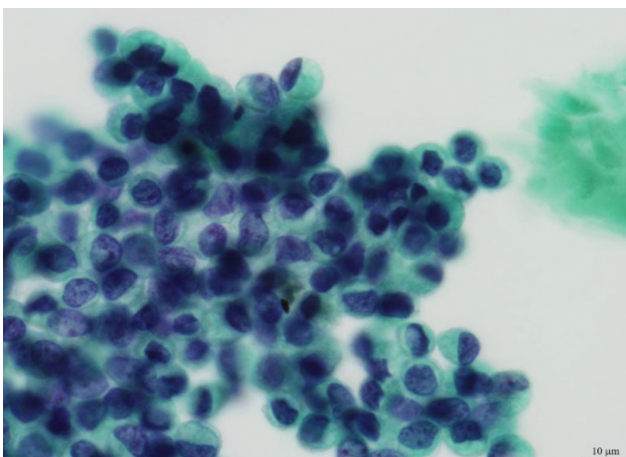
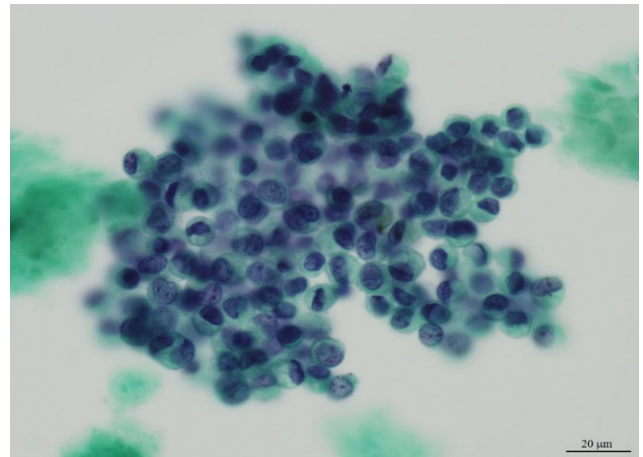
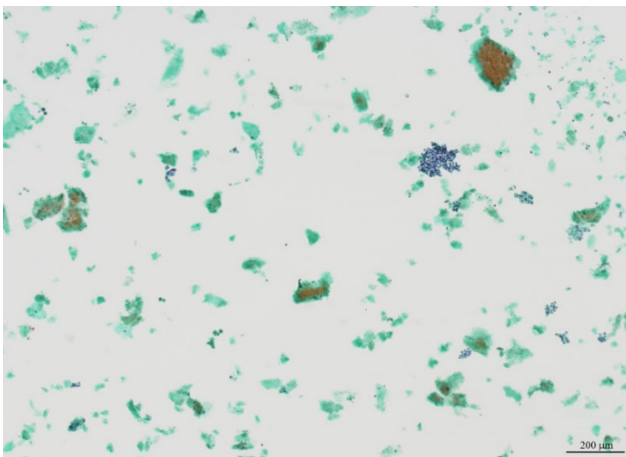
採取法：洗浄

標本作製法：LBC 標本（Thinprep®）

現病歴：原因不明の慢性腎不全でフォロー中、右水腎症が出現した。

推定診断：

- ① 腎乳頭壊死
- ② 腎結石
- ③ 低異型度尿路上皮癌
- ④ 高異型度尿路上皮癌
- ⑤ 腎細胞癌



第 43 回日本臨床細胞学会近畿連合会学術集会
運営事務局

市立大津市民病院 臨床検査部 病理検査室内
電話 : 077-522-4607 FAX : 077-526-8493
E-mail : shiga.saibou@gmail.com