

新潟県臨床細胞学会会報

第 31 号

目 次

会長挨拶.....	榎本 隆之.....	1
平成27年度細胞診研修会		
平成27年度細胞診研修会報告.....	本間 慶一.....	3
第8回新潟県臨床細胞学会研修会報告.....	加勢 宏明.....	8
平成27年度検診従事職員研修会		
第三分科会（細胞検査部門）報告.....	生田 直美.....	13
第33回新潟県臨床細胞学会学術集会プログラム，抄録.....		17
そ の 他		
会 則.....		31
研 修 会 単 位.....		33
事務局からのお知らせ.....		34
投 稿 規 定.....		35
編 集 後 記.....		37

〈会長挨拶〉



会長 榎本 隆之

この度、前会長であられる児玉省二先生より、平成28年4月1日付けで新潟県臨床細胞学会長の職を引き継ぐことになりました、新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学講座教授の榎本隆之と申します。日本臨床細胞学会新潟支部改め新潟県臨床細胞学会の歴史は、昭和59年1月21日に全国28番目の支部として発足して以来、故竹内正七先生（新潟大学医学部名誉教授産科婦人科学）、田中憲一先生（新潟大学大学院医歯学総合研究科名誉教授産科婦人科学）両支部長、そして前会長の児玉省二先生（元新潟県立がんセンター婦人科部長）のご尽力により発展してまいりました。このことは、ひとえに会員各位の細胞診断学に対する熱心な修練・研究によることは勿論ですが、新潟県福祉保健部を初めとする関連行政機関、成人病予防協会、県医師会、各医療機関のご支援により研修の機会をご提供頂きましたことも大きな要因と感謝しております。

私の任期中には、平成30年9月に関東臨床細胞学会が新潟で開催される予定であり、新潟での細胞診熱がますます高まることと期待しております。また、私が専門とする婦人科領域に関しましては、私ども新潟県において「子宮頸がんワクチンの有効性と安全性の評価のための大規模疫学研究」をAMED革新的がん医療実用化研究事業の研究費を獲得して行っており、子宮頸癌を根絶していく研究・活動等を行うための素地が整っているとも言えようかと思えます。

子宮頸癌をはじめとした各種領域での細胞診において、当該疾患に関するさらなる細胞診精度の上昇、各種検診の推進などを推し進めていく中で、本学会員のさらなる飛躍・レベルアップを通じ、ひいては県内の皆様方の健康維持に寄与できるよう努力して参る所存ですので、何卒宜しくお願い申し上げます。

平成28年4月1日
新潟県臨床細胞学会 会長
榎本隆之

平成27年度細胞診研修会

呼吸器細胞診（中皮腫を含む） —平成27年度細胞診研修会報告—

新潟県立がんセンター新潟病院 病理部・病理診断科

本間 慶一

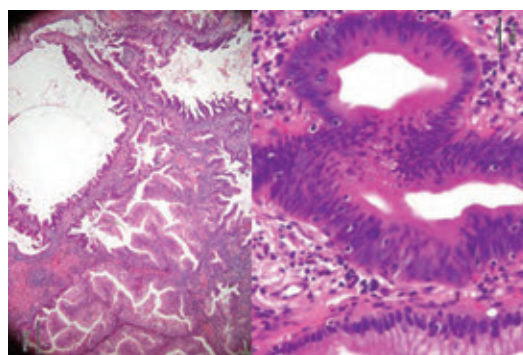
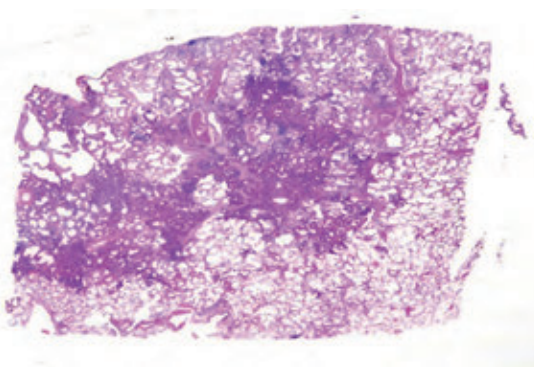
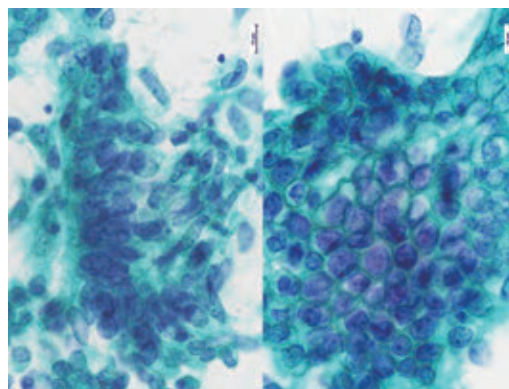
平成27年8月21日・22日に新潟県医師会館で平成27年度細胞診研修会が開催され、21日と22日午前の各自鏡検の後、22日午後にスライドセミナーを行うプログラムで呼吸器細胞診を研修した。スライドセミナーでは筆者が座長を務め、4名の細胞診専門医の意見も聴きながら症例検討を行ったので、その詳細を報告する。

症例 1 60歳代女性、気管支擦過直接塗沫

細胞所見：背景は比較的清。核腫大，核不整，核小体（+），胞体淡明の腫瘍細胞が重積性ある集塊を形成して多数認められる。核に偏在傾向があり，円柱状～杯細胞様の腫瘍細胞も認められる。腺癌の判断は容易。本例の問題は，原発性の肺癌なのか既往にある大腸癌の転移なのかということで，提供施設は1年前の大腸癌組織に類似性ありとして大腸癌の転移を疑ったとのことであるが，事前鏡検・専門医は原発性肺癌（粘液産生性）の判断であった。

病理：混合型肺腺（mucinous BAC, papillary, enteric）。WHO分類ではinvasive mucinous adenocarcinoma（一部に腸型腺癌を伴う）。

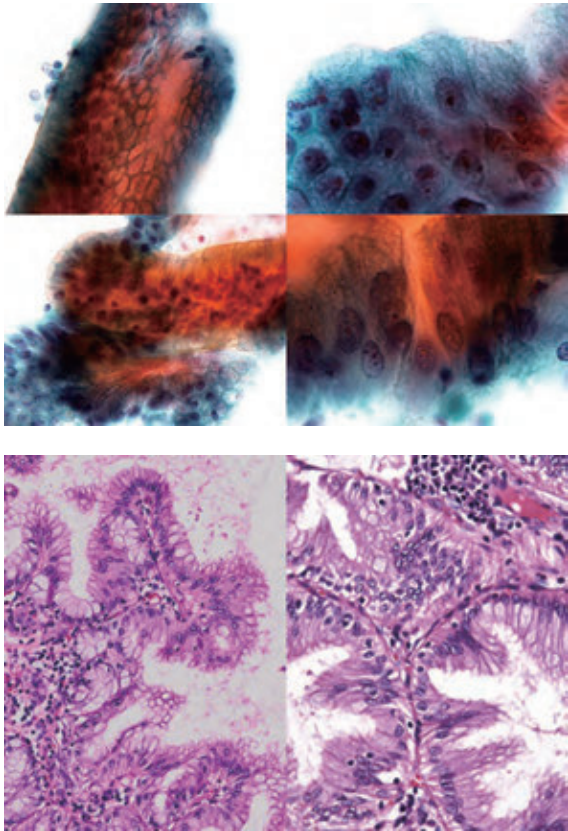
座長コメント：腸型肺腺癌は腸上皮分化を示すCDX2, CK20, MUC2などが陽性となる肺腺癌で，画像上・肉眼上は境界明瞭な腫瘍を形成し転移性腫瘍と区別し難い。約半数はCK7, TTF1も陽性となることから大腸癌の転移と区別される。本例はCK7（+）, CK20（+）（CK7 > CK20）, CDX2（-）, MUC5AC（+）, MUC6（+）, MUC2（-）, TTF1（-）で，invasive mucinous ca.でも矛盾がなく，画像・肉眼とも腸型腺癌のそれとは異なる。腸型ありとしてもごく一部であろう。既往歴や画像所見等の臨床情報を得ることが正確な細胞判定に繋がる。



症例 2 60歳代男性 気管支キュレット，サイトリッチ保存液

細胞所見：軽度炎症性背景に，核腫大・核偏在した円柱状腫瘍細胞が集塊状となって認められる。軽度不規則重積を認め，線毛細胞の介在のない粘液含有細胞集塊がmonotonousに出現していることから，細気管支肺胞上皮癌由来の腫瘍細胞を疑

う。事前鏡検も粘液産生性腺癌の判定であった。
病理：mucinous BAC。WHO分類invasive mucinous adenocarcinoma。

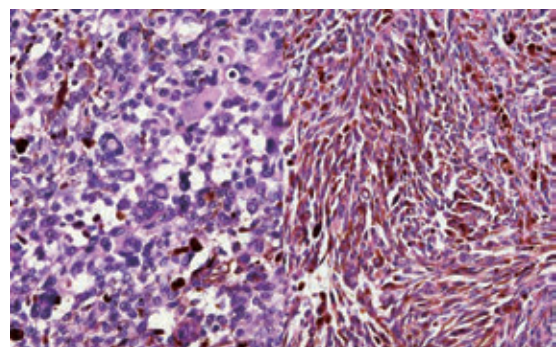
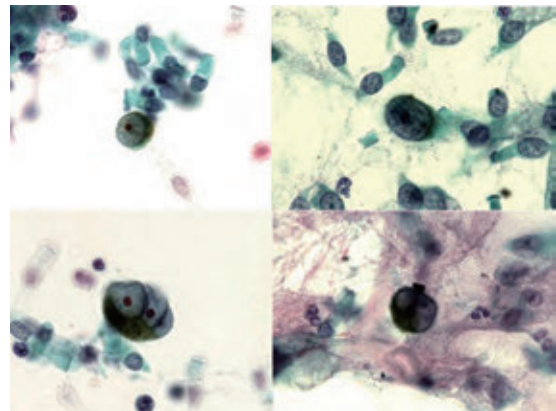


座長コメント：細胞像，組織像ともinvasive mucinous adenocarcinomaの典型例である。免疫染色ではCK 7 (+)，CK20 (+)，TTF 1 (-)，Napsin A (-)，HNF 4 a (+)となる。個々の細胞では異型性軽度のことや胞体頂部が線毛様に見えることもあって，過小評価に注意が必要。過形成であっても良性的の場合，粘液産生上皮は線毛円柱上皮・無線毛円柱上皮と混合して認められることが一般的なので，粘液産生細胞の均一な出現様式をみたら腫瘍性を疑い，集塊形状や核配列の異常に着目すれば，正診に至ることは可能である。

症例 3 70歳代男性 気管支擦過直接塗抹+LBC (Sure Path)

細胞所見：背景は清。多数の線毛円柱上皮と褐色顆粒を貪食した組織球とともに，円柱上皮より数

倍大きい軽度不整核と腫大した核小体を有する異形細胞が孤立散在性に認められる。まれに二核～三核化や核内封入体もみられる。胞体には微細な茶褐色顆粒がみられ，核の偏在する細胞も認められる。円柱上皮と隔絶された形態であること，ほぼ同大で光沢のない褐色顆粒はヘモジデリンではなくメラニンと考えられることから，悪性黒色腫を強く疑う。事前鏡検・専門医とも判定は同様であった。

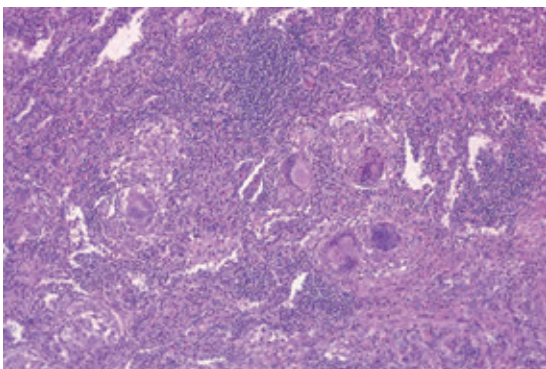
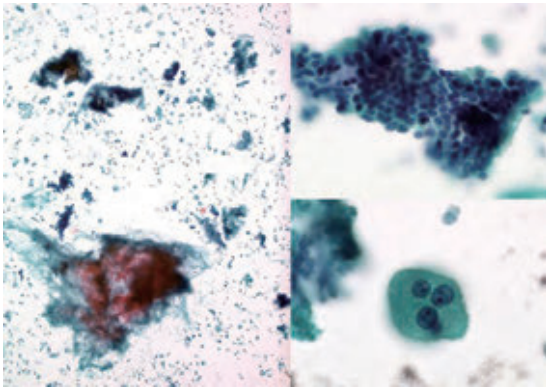


病理：気管支腔内にpolyp状に突出した悪性黒色腫でS100 (+)，Melan A (+)，HMB45 (+)。気管支上皮内病変も認めた。既往を含め肺以外に原発巣と判断される病巣はない。

座長コメント：肺原発悪性黒色腫はきわめて珍しいが，正常肺気管支細胞とは隔絶した形態と色素の存在に注視すれば細胞診で十分推定可能で，免疫染色で確診できる。パパニコロウ染色ではメラニンとヘモジデリンの鑑別は紛らわしいことがあるが，ギムザ染色ではメラニンが異染性（緑色）を示すので，両者の鑑別は容易となる。

症例 4 40歳代前半 女性 気管支洗浄LBC (TACAS)

細胞所見：背景には線毛円柱上皮のほか比較的
多量の壊死物質がみられる。炎症細胞集団，単
核・多核のmacrophageもみられるが，類上皮細
胞集団やラングハンス型の巨細胞は認められない。
悪性細胞はなく，Ziehl-Neelsen染色で抗酸菌を認
めたことから，抗酸菌症が推定された。事前鏡検
でも壊死物を認めるが悪性なしの判断であった。



病理：非結核性抗酸菌症。組織学的に多核巨細胞
を伴う類上皮肉芽腫を認め，Ziehl-Neelsen陽性。
PCRでM. aviumに特異的な塩基配列が証明され
た。

座長コメント：呼吸器材料で壊死物を背景に，リ
ンパ球や類上皮細胞，ラングハンス型巨細胞が認
められれば，抗酸菌症を念頭に入れるべきであ
る。しかし，肉芽腫様配列なく少量の類上皮細胞
のみが存在する場合，推定困難。この場合，通常
の気管支肺細胞と異なる上皮様細胞ということか
ら悪性と過剰診断してはならない。癌細胞とは異

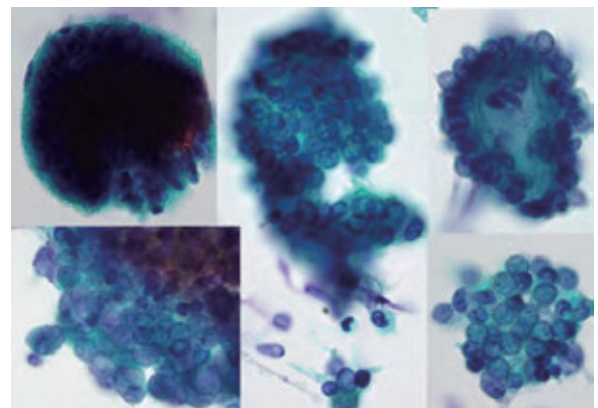
なる核所見の弱さをしっかりと認識すること。

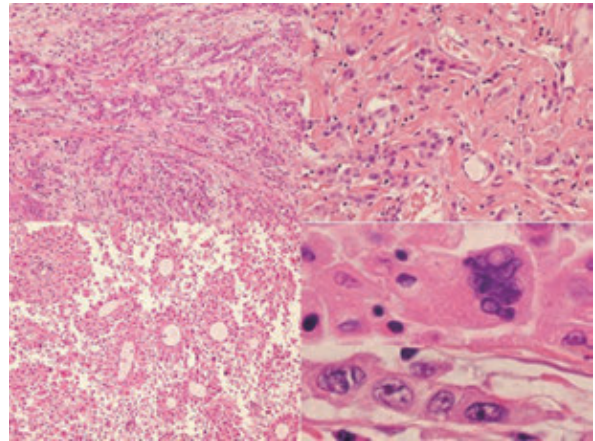
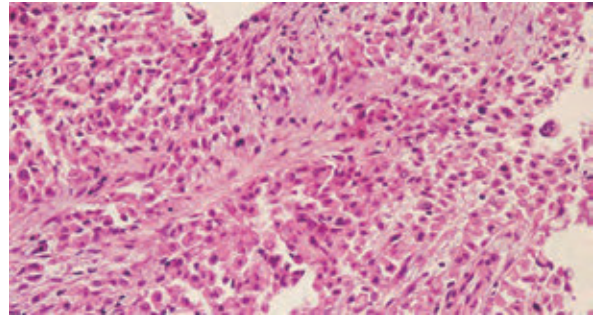
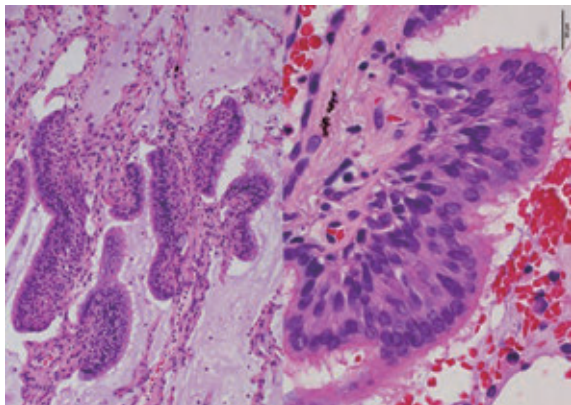
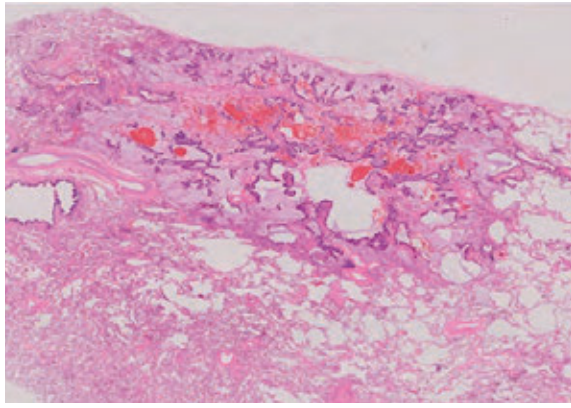
症例 5 70歳代 男性 術中肺腫瘍穿刺（東医 大針）

細胞所見：粘液と共に大小の細胞集塊を認める。
集塊は線毛細胞，粘液含有細胞より成り，細胞密
度が高く核は重積し，核の突出と配列異常を認め
る。個々の核では，核腫大と大小不同，核不整が
軽度に見られ，核クロマチンも軽度に増量があ
る。集塊形状や出現様式は正常とは異なり腫瘍性
病変を疑うが，線毛細胞集団であることもあって
疑陽性判定とした。事前鏡検でも疑陽性判定で
あった。

病理：線毛細胞，無線毛細胞，粘液細胞の混合に
よる細胞集団の乳頭状から肺胞置換型に増生によ
る比較的境界明瞭な病変で，背景には粘液を伴
い，ciliated muconodular papillary tumor
(CMPT) の診断であった。

座長コメント：CMPTはmucinous BACに類似す
るが線毛円柱上皮の介在もみられ，現時点では良
悪の確定されていない腫瘍性病変である。今回は
肺腫瘍を直接穿刺した検体で腫瘍性の認識は可能
であったが，気管支擦過など多くの正常細胞と混
在して出現した場合は反応性と過小判定される可
能性がある。mucinous BACと混同してはならな
いので，出現様式，集塊形状は反応性病変と異なる
ので，CMPTという腫瘍が存在することを理解し，
線毛の存在イコール陰性とせず，慎重な細胞
観察を心掛けて欲しい。



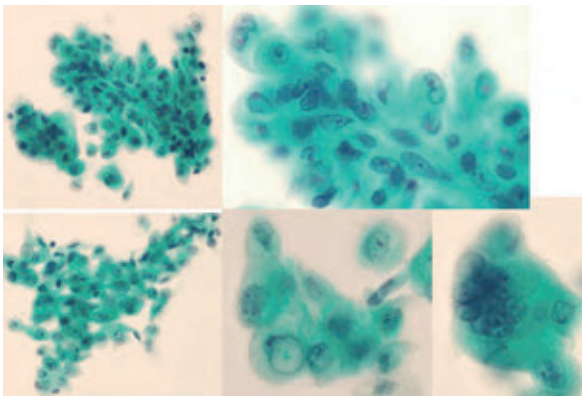


症例6 20歳代 男性 胸壁腫瘍穿刺吸引

細胞所見：核腫大，核不整ある上皮様細胞が孤立散在性からlooseな細胞集団として認められる。胞体はLG好性で辺縁不明瞭で厚みがなく，角化や粘液含有も認められない。核に大小不同や不整，核内封入体がみられ，多核細胞も存在する。背景は清で壊死はないが，monotonousな出現様式から腫瘍性は十分推定でき，核不整から悪性も疑われる。胸壁腫瘍ということから中皮腫（上皮型？）の疑いを持つ。

病理:EMA (+), AE1/AE3 (+), CAM5.2 (+), CK5/6 (+), CK7 (+), CK18 (+), calretinin (+), D2-40 (+), WT1 (+), CD146 (+), TM (+), TTF1 (-), CEA (-), p63 (-), p40 (-) の上皮型悪性中皮腫であった。

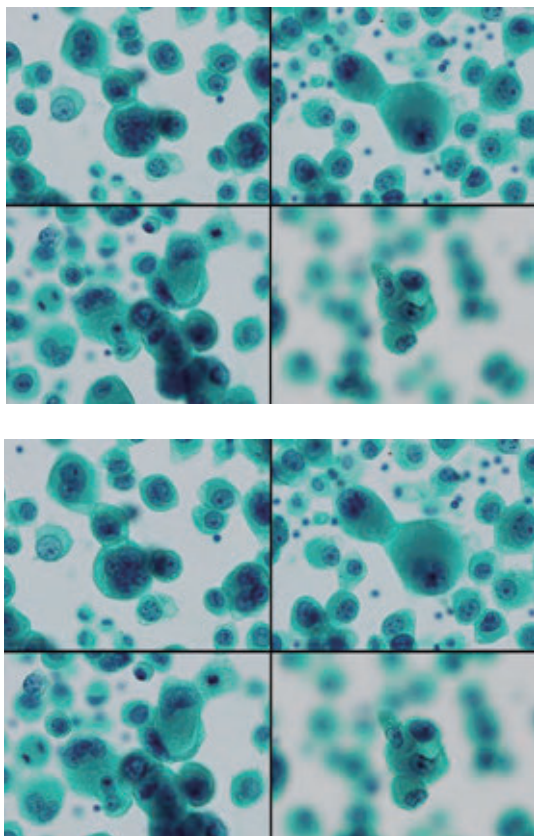
座長コメント：細胞診では胞体に厚みがなく類上皮様にもみえるが，類上皮にしては核所見が強い。加えて類上皮肉芽腫であればリンパ球の介在がもっとあっても良い。腫瘍性と判断できれば，腫瘍存在部位から当然中皮腫は鑑別の上位となり，免疫染色で診断は確定可能であろう。



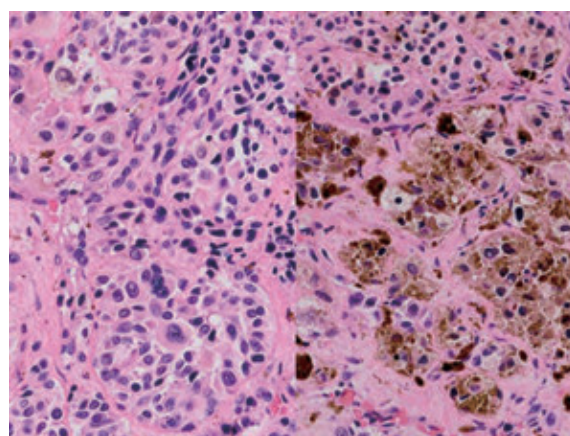
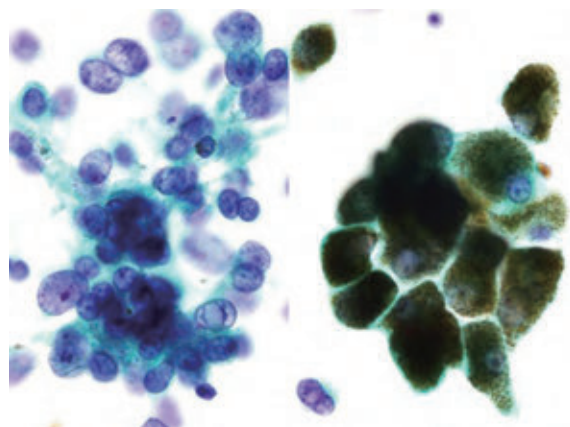
症例7 70歳代 男性 胸水

細胞所見：少数のリンパ球を背景に，LG好性の単核・多核の異型細胞を多数認める。多くは孤立性にみられ，核腫大，核不整，核小体 (+)，N/C比大～中等大で悪性細胞の判断は容易。相互封入像や開窓構造もみられる。悪性中皮腫も疑えるが，N/C比大で核異型高度の細胞も存在しており腺癌の可能性も否定できず，細胞像だけでは断定困難。

免疫染色ではTTF-1 (+), Napsin (+), Calretinin (-), D2-40 (-)であり, 肺腺癌と確定診断した。

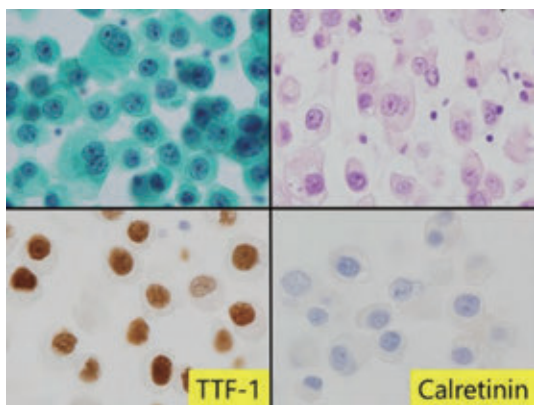


症例3 参考症例：肺悪性黒色腫, 東医大針



座長コメント：パパニコロウの段階で本例を腺癌と断定することは困難で, 中皮腫はどうしても鑑別に上げなければならない。実際, 研修会参加者の多くは中皮腫を先に考えたようである。中皮腫の確定診断には免疫染色が必須であることを示す良い例である。

(参考症例以外の細胞診・組織の画像は提供施設のものを借用した)



第8回新潟県臨床細胞学会研修会報告 「子宮頸部・体部の細胞診 一腺系病変の症例検討一」

厚生連長岡中央総合病院産婦人科

加勢 宏明

1. はじめに

新潟県臨床細胞学会の第8回研修会は、平成28年3月5日に新潟県医師会館を会場に行われた。今回は中越地区細胞検査士が事務担当となり、加勢が座長として指名された。講師としては、婦人科細胞診専門医から倉林工先生（新潟市民病院）、山田潔先生（山田医院）、菊池朗先生（県立がんセンター新潟病院）、野田誠子先生（厚生連三条総合病院）、西野幸治先生（新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学）が指導をおこなった。

当日のスライド供覧は標本提供施設と事前検鏡施設からしていただき、専門医の意見および全体討議をその後におこなった。今回は診断に迷うことの多い腺系異常について頸部と体部の症例をともに募集した。

2. 検討にむけて

頸部については、Bethesda Systemも新たにThe 2014 Bethesda Systemとして2015年にそのcriteriaが発刊されている。第3版となる。さらに日本語訳も発刊されている。その中でAISの判断基準は、「細胞は、シート状配列、重積配列、偽層状配列、ロゼッタ配列をとり、核の密集や重積をみるが、輪郭の明らかな蜂巢状の所見はみられない。異型細胞が単独で出現することはあるかもしれないが、一般的ではない。」と記載されており、偽層状配列の表記の追加、蜂巢状所見に「輪郭の明らかな」の追加がされており、より詳細な記載になっている。一方、異型細胞の単独出現に関しては、「あるかもしれないが、一般的ではない。」との表現に変更されている。さらにAISの液状検体での判断基準も別に示されてお

り、細胞数はさまざまであるが、「非常に多くの異常細胞をみることがある。」「しばしばクロマチンが抜けたようにみえることがある。」の表記は削除され、特徴的な所見とされる「鳥の尾羽(bird-tail)」様の配列については、とくにSurePath法でみられる、と処理法が限局された。一口に液状検体といっても、SurePathやTACASといった遠心分離を基本とした方法で採取するものとThinPrepやCyto Prep21といったフィルター転写法に大別される。私見としては、ThinPrepが薄く塗沫された状態となり、SurePathではやや厚みをもって観察される。しかし、重なりで所見がとれないことはない。このため、それぞれの処理法による見え方の違いが問題となる。その中で、液状検体では塗沫検体に比べて羽毛状変化featheringが目立たなくなる、という特徴があるので、AISの判断時に是非注意したいことである。

Atypical Endocervical Cells, Favor Neoplasticの判断基準には、「核の増加や重積を伴う異型細胞がシート状または線状に配列している。偽層配列もみられうる。まれにロゼッタ形成(腺腔形成)や羽毛状変化をみることがある。核クロマチンは濃染。核は腫大し、しばしば長形。クロマチンは粗で、ばらつきがみられる。ときに細胞分裂像やアポトーシスの破片をみることがある。N/C比は増大する。細胞境界は不明瞭である。」と記載があるが、基準が多彩であり、診断は難しい。

内頸部腺癌(通常型腺癌)の判断基準では、「多数の異常細胞。典型例では円柱上皮様配列をしめす。単一細胞、平面状シート、立体的重積像、合胞体様集塊などが一般にみられる。腫大し、多形性を増した核はクロマチンの不均一分布、クロマ

チン周囲明化, クロマチン明化, 核膜不整を示す。大型核小体をみることもある。通常, 細胞質は細かい空胞状である。壊死組織による腫瘍背景を示すことが一般的。異型扁平上皮細胞が共存するときには, 扁平上皮病変を合併する場合や扁平上皮化生を伴う腺癌の場合がある。」とあり, とくに液状検体での基準では「細胞集塊は, より密集し, 円形となり, 立体的配列をとることが多い。集塊中心部の核は不明瞭となる。孤在性の腫瘍細胞が, しばしばみられる。クロマチンはより抜けやすく (空胞状), 不均一分布, クロマチン周囲明化をみる。核小体がより明瞭になる。腫瘍背景は, より不明瞭となり, 細胞破砕物が異常細胞周辺にまとわりついたり (clinging diathesis), 塊になってみえることがある。SurePathでは, 「Cotton candy」といわれる状態でみえる。」とあり, 従来よりも詳細な記載がある。是非覚えておきたい所見である。尚, これら所見の表現については日本語版ではなく, 原書より加勢が解釈した。

体部の細胞診診断法のトピックとしては, OSG式による診断であろう。日本臨床細胞学会発行の細胞診ガイドラインにも記載されている。詳細は他に譲るが, 3ステップにわけて判断することで, 容易に診断にたどり着くことが示されているが, とくにEGBDの鑑別を積極的に取り上げている。腎形核や紡錘形核をみとめる間質細胞凝集塊や細胞質が広く, 線毛上皮化生もみとめうる化生性不整形突出集塊の出現, さらにライトグリーン体の存在により積極的に診断し, 悪性との鑑別を積極的に求めているのが注目される。ただ, OSGでの検討は, 今のところSurePath法に限定したものであり, 他法での検証はされていない。運用には注意が必要と思われる。

3. 症例検討 (抜粋)

当日の8症例のうち, 以下に3症例について抜粋し, 提供施設および事前鏡検施設の所見, さらに指導医もしくは加勢のコメントを一部要約して

示す。また, 写真は提供施設もしくは事前鏡検施設の撮影したものを利用させていただいた。

症例2 50才代

臨床経過: 主訴の記載なし, 他院にてCIN既往あり, フォローにて当院受診, 子宮頸管LBC採取。組織の結果により, 腹腔鏡下子宮全摘出術及び両側付属器切除術が施行された。

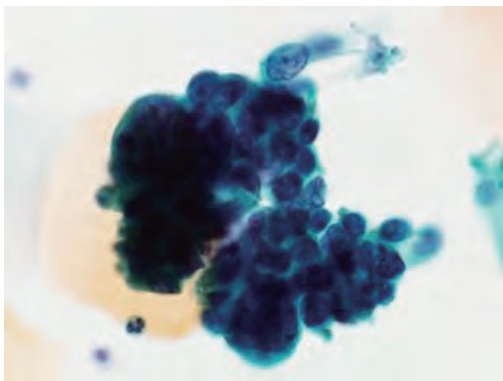
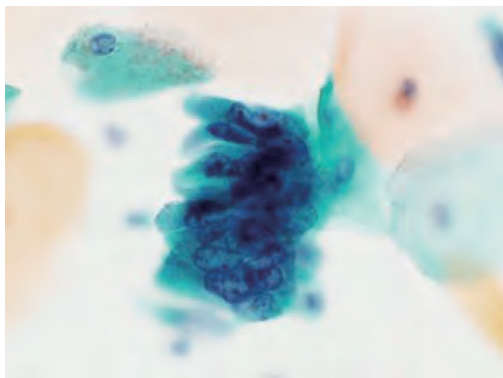
標本: 子宮頸部・LBC (SurePath法), PAP 2枚 (標本(2)は(1)の2年後)

「組織診断」 Microinvasive adenocarcinoma。わずかに浸潤腺癌と判断される所見を認める。浸潤の深さは2mm以内, 縦軸の広がり1mm以内。周囲にAISやGlandular dysplasiaを認める。Stage I a 1。

「細胞診所見: 提供施設」 標本(1) AGC-favor neoplastic。Glandular dysplasia 由来を考える異型腺細胞を認める。標本(2) AIS。Adenocarcinoma in situ 由来を考える異型腺細胞を認める。浸潤癌の可能性も否定できず生検等による精査を希望。

「細胞診所見: 事前鏡検施設」 標本(1) AGC-NOS。好中球を認める軽度炎症性背景に, 高円柱状細胞の柵状配列を示す細胞集塊や, 炎症細胞の取り込みを認める細胞集塊を認める。核は軽度腫大し, 核クロマチンは微細顆粒状に分布。小型~腫大した核小体1~複数個認め, 目立つ。標本(2) AGC-favor neoplastic。好中球を認める軽度炎症性背景に, 炎症細胞の取り込みを認める細胞集塊や, 重積性を認める小集塊, 配列の乱れを認める高円柱状細胞の柵状集塊が見られる。核は類円形~楕円形で一部核腫大し, 大小不同有り。一部に核形の立体不整や核縁の肥厚も認め, 核クロマチンは細顆粒状やや不均一に分布。小型~腫大した核小体が1~複数個みられ, 目立つ。

「コメント」 標本(2)ではとくに, AISを疑って欲しい。液状検体であり, 羽毛状所見, ロゼッタ形成, 線状配列などはとりにくいが, クロマチン濃染した核をもつ小型密集集塊が出現し, 偽層状配列もみられる。



症例4 20才代

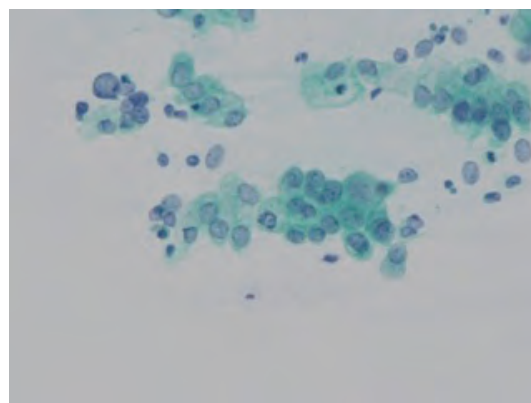
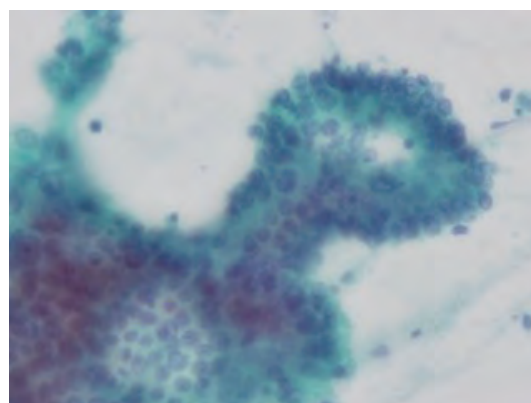
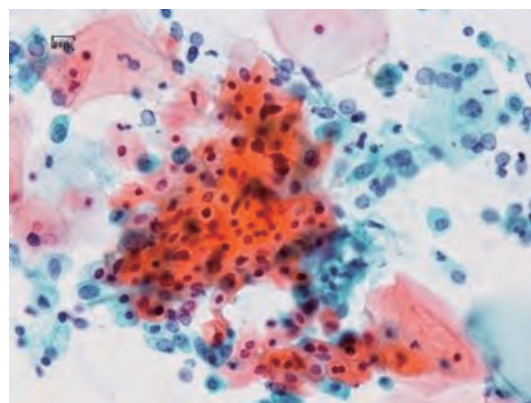
臨床経過：他院にてHSIL（高度異形成）にて、当院紹介受診。コルポNCF（正常）であったため、子宮頸部細胞診を施行。

標本：子宮頸部・ヘラ（直接塗抹），PAP1枚
「組織診断」CIN3（上皮内扁平上皮癌）+AIS（頸管内膜型，腸型）。CIN1・2部分もあり
「細胞診所見：提供施設」HSIL+AIS。上皮内扁平上皮癌および上皮内腺癌を疑う。背景には炎症性変化の細胞所見あり。深層型でN/C比が80%以上となって胞体が不明瞭，細顆粒状の核クロマチンが密に増量。核が円形化している異型細胞，HPV感染を疑わせる錯核化細胞，スマッジ核，コイロサイトーシスの細胞所見がみられる。さらにN/Cの増大，クロマチン増量，核のしわなど核形不整のある表層型から中層型の異型細胞，羽毛状を呈してほつれ傾向を伴って，N/C比大，顆粒状のクロマチンが増量して，紡錘形で均満感のある核を呈する頸部由来の腺系異型細胞が混在して出現している。

「細胞診所見：事前鏡検施設」AIS+ASC-H。上

皮内腺癌および高度扁平上皮内病変疑い。背景はきれい。細胞は重積性，線状配列，シート状配列で出現。細胞核は柵状に配列し，細胞集団の辺縁部には羽毛状変化がみられる。核は円形または長形で大小不同があり，多層化しているところがみられる（偽層状配列）。角化型の異型扁平上皮細胞と傍基底型の異型細胞もみられた。傍基底型の異型細胞についてはHSILも想定したが，未熟化生細胞との鑑別が困難であった。

「コメント」塗沫標本でのAIS+HSIL（CIS）。羽毛状所見，ロゼッタ形成などがみられる。



症例 6 50才代

臨床経過：不正出血にて近医受診。エコーにて子宮内膜肥厚著明のため、子宮内膜細胞診施行。3年前の乳癌手術後より抗エストロゲン剤服用中。

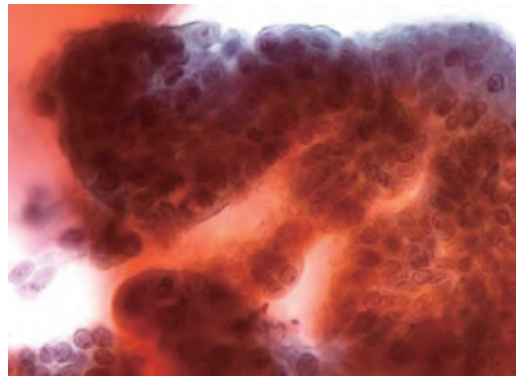
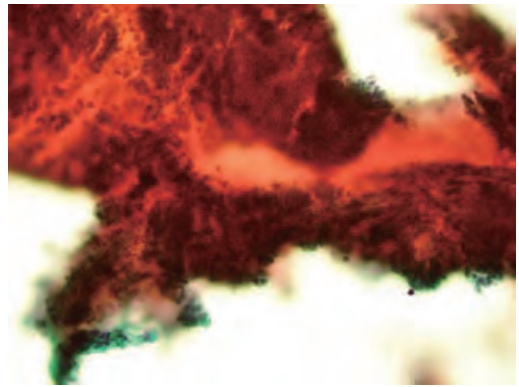
標本：子宮体部・ウテロブラシ採取によるLBC (Sure Path法), PAP 1枚

「組織診断」類内膜腺癌, 高分化型。ly 0, v 0, pT 2。

「細胞診所見：提供施設」陽性。Endometrioid Adenocarcinoma G 1を推定。

「細胞診所見：事前鏡検施設」陽性。Endometrioid Adenocarcinoma G 1を推定。標本中には、多数の体内膜上皮細胞が集塊状で見られる。集塊は、立体的な不整形集塊で、間質成分に比し、上皮細胞成分が多くみられ、間質を軸に、円柱状の細胞が単層ないし一部、重層様に基底膜に垂直に、密に配列している。

「コメント」液状検体で体部類内膜腺癌の典型例を提示した。OSG方式で読んで欲しい。第一ステップとして、不整形突出集塊かつ三層以上の重積が見られる。第二ステップでは核の異常所見は弱い、Back to backなどの構造異常が強くみられ、容易に癌の診断につながる。

**4. 文献**

1. Nayar R, Wilbur DC, Ed.: The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. Third Edition. Springer 2015.
2. 平井康夫監訳：ベセスダシステム2014アトラス. 丸善出版 2016.
3. 平井康夫総編集：記述式内膜細胞診報告様式に基づく子宮内膜細胞診アトラス. 医学書院 2015.

平成27年度検診従事職員研修会

期日 平成28年3月3日(木)

会場 ホテルラングウッド新潟

平成27年度検診従事職員研修会 第三分科会(細胞検査部門)報告

上越地域総合健康管理センター

生田 直美

シンポジウム

「肺がん検診(喀痰細胞診)の現状と課題」

助言 新潟県立がんセンター新潟病院副院長 本間 慶一

座長 上越地域総合健康管理センター 生田 直美

【はじめに】

新潟県の肺がん検診は、新潟県検診ガイドラインに準じて県内統一方式で実施しているが、行政や検診機関に一任されている部分もあることから、実施内容は必ずしも統一されていない。

今回、県内で喀痰細胞診を実施している検診機関8施設に対して、肺がん検診(喀痰細胞診)の実施状況を調査し、現状と問題点について検討したので報告する。

【調査結果】

平成22~26年度の5年間の成績をまとめた。検診機関8施設はア~クで示した。

喀痰細胞診は、胸部X線検査を行った受診者のう

ち高危険群^{*1}に対して実施するとなっているが、高危険群に限定していない市町村もあるため非高危険群を含む数値である。また、疫学調査^{*2}やその後の追跡調査の結果を把握している施設は、その報告となっている。参考として示した県の数値^{*3}は、高危険群のみを対象としていること、精検結果は検診年度の3月31日現在の数値であること、C判定からの発見がんは数値に含まれないことから、各施設から報告された数値と一致しない。

1. 受診者数の推移(図1)

受診者数は減少傾向にあり、特に平成26年度は大きく減少していた。胸部X線の受診率(県の数値)も同様に減少傾向があることから、胸部X線の受診率低下による影響が考えられた。

※1 高危険群

- ・50歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)600以上の者
- ・最近6ヵ月以内に血痰のあった者
- ・重クロム酸、石綿等を取り扱う業務や鉱業の従事職歴があり職業性肺がん発生の恐れのある者

※2 疫学調査

- ・精検結果が肺がん又は肺がん疑いと判定された者について、新潟県健康づくり財団が検診年度の翌年度に疫学調査を実施
- ・調査結果は、行政と検診機関にフィールドバックされる

※3 健康にいがた21のホームページ参照

- ・「健康にいがた21」→「がん検診等結果報告」→「肺がん検診結果の推移」

2. 要精検者数の推移 (図2)

平成24年度は増加しているが、年々減少していった。平成26年度は22年度の半数以下であった。受診率減少に伴い要精検率も減少傾向であった。

3. 要精検者数と精検受診率 (図3) および気管支鏡内視鏡の実施状況 (図4)

精検受診率は、70~80%を推移しているが、平成26年度は54.5%と低率であった。

また、精検で必須項目とされている気管支内視鏡の実施状況は、50%前後と低率であった。

4. 細胞診判定について

細胞診判定は、日本肺癌学会編 肺癌取り扱い規約「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」に準じて行っている。

H22~26年度の受診者総数40,965名について、各判定の割合を示した (表1)。

1) A判定

A判定は、組織球を認めない場合材料不適のため再検査とする区分で、1688件 (4.1%) であった。判定率 (不適正率) は0.8~7.4%と施設間差がみられ、不適の要素に細胞少数を考慮するか否かが施設により様々だったことが一因と思われた。

2) B判定

B判定は、異常を認めず次回定期検査を勧める区分で、39,044件 (95.3%) であった。

各施設の数値はほぼ同値であった。

3) C判定

C判定は、6ヵ月以内の追加検査と追跡となる

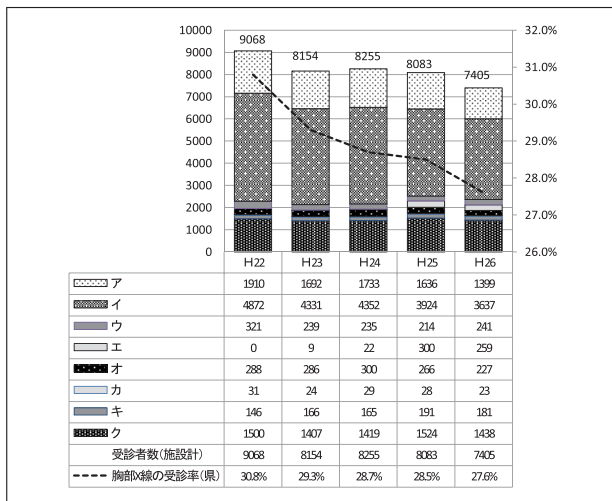


図1 受診者数の推移

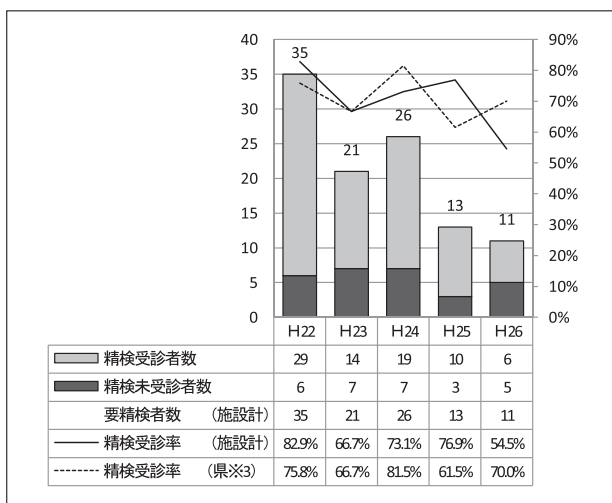


図3 要精検者数と精検受診率

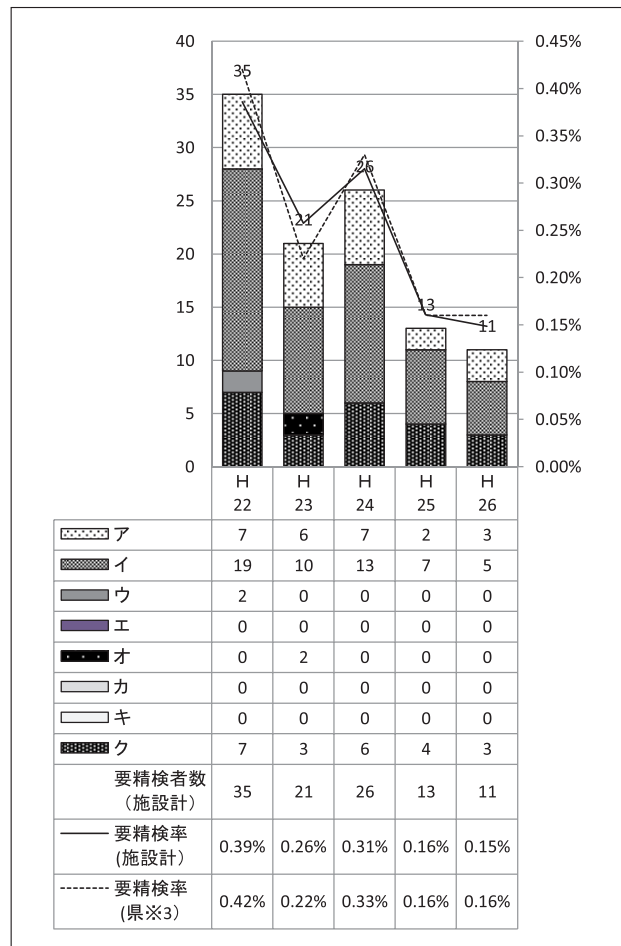


図2 要精検者数の推移

区分で、127件（0.31%）であった。

C判定の追加検査の実施状況（図5）は、実施率が42.5%と低かった。また、未把握率が44.1%と高かった。追加検査の実施先は検診機関と医療機関があり、医療機関で実施するケースが多いこと、医療機関の場合は未把握となるケースが多い

ことが原因であった。

追加検査が実施された54件の結果（図6）は、B判定27件（50.0%）で半数を占め、C判定15件（27.8%）と次いで多かった。再度C判定の場合の指示事項は、次年度の検診、再度追加検査、医療機関を勧めると対応は様々であった。要精検と

表1 細胞診判定数（率）

	ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	計
A判定数	327	1099	59	26	101	8	7	61	1688
// 率	3.9%	5.2%	4.7%	4.4%	7.4%	5.9%	0.8%	0.8%	4.1%
B判定数	7965	19941	1185	560	1260	122	839	7172	39044
// 率	95.2%	94.4%	94.8%	94.9%	92.2%	90.4%	98.8%	98.4%	95.3%
C判定数	53	22	4	4	4	5	3	32	127
// 率	0.63%	0.10%	0.32%	0.68%	0.29%	3.70%	0.35%	0.44%	0.31%
D判定数	9	22	1	0	1	0	0	13	46
// 率	0.11%	0.10%	0.08%	0.00%	0.07%	0.00%	0.00%	0.18%	0.11%
E判定数	16	32	1	0	1	0	0	10	60
// 率	0.19%	0.15%	0.08%	0.00%	0.07%	0.00%	0.00%	0.14%	0.15%
									40965

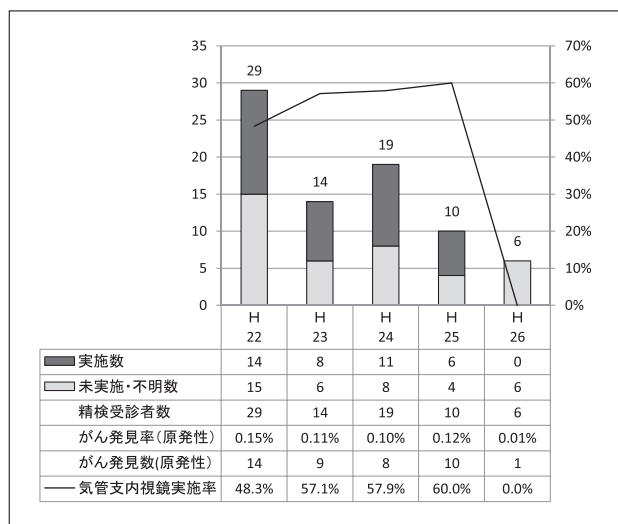


図4 気管支内視鏡実施状況（施設別）

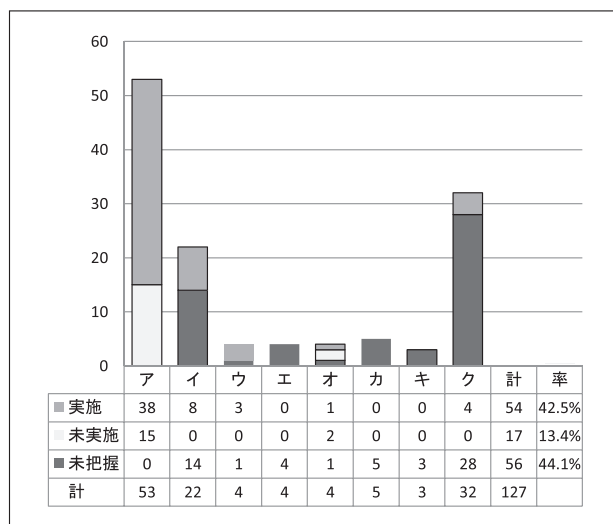


図5 C判定の追加検査の実施状況
5年間の総数・施設別

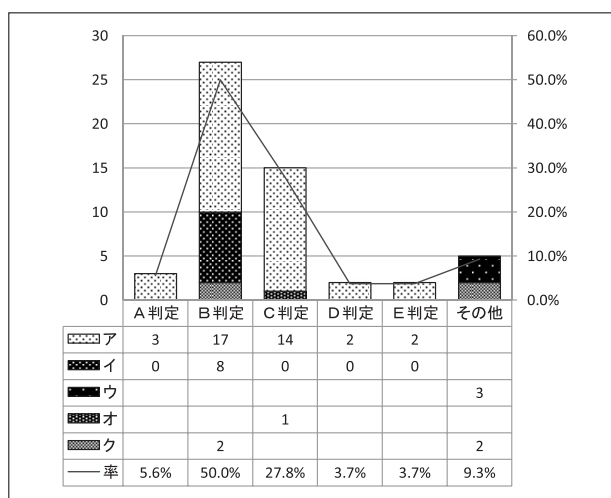


図6 C判定の追加検査結果
5年間の総数（54件）

なった件数は、D判定2件(3.7%)、E判定2件(3.7%)で、計4件(7.4%)であった。うち2件でがんが発見された。その他5件(9.3%)は、喀痰未実施でX線検査やCTを実施しているケースで、うち2件でがんが発見された。C判定からの発見がんは4件(7.4%)であった。

C判定の指示事項は、6ヵ月以内の追加検査となっているが、程度に応じて、追加検査の間隔を、直ちに、2~3ヵ月後などとする場合や腺系の異型細胞に対してCT検査を依頼する場合などがあり指示内容は多岐にわたっていた。

4) D, E判定

DとE判定は要精検で直ちに精密検査実施となる区分である。D判定46件(0.11%)、E判定60件(0.15%)、合わせて106件(0.26%)であった。5年間の精密検査結果を示した(図7)。

この数値には、C判定で精密検査を実施した6名が含まれているため、要精検106名に6名を加えた112名の内訳となっている。異常なしは11件(9.8%)であった。発見肺がんは、0期2名、I期17名、II期6名、III期5名、IV期5名、病期不明7名で、計42名(37.5%)で、発見がん率は0.10%であった。(県の数値は30名で発見がん率は0.08%)

その他の悪性新生物は、7件(6.3%)で、口腔上気道系のがんであった。

その他17件(15.2%)の内訳は、良性疾患7件、診断未確定10件で、診断未確定のうち7件に上気

道系を疑う所見が認められたということであった。精検結果未把握は26件(23.2%)であった。

【まとめ】

C判定は、指示事項や追加検査内容が要精検と同等の扱いになっている傾向がみられた。しかし、C判定は追跡体制がないことや発見がんにかウントされないことなど要精検と取扱いが大きく異なることから、位置づけおよび取扱いを見直す必要があると思われた。

がんの診断までに数年の期間を要した例や、口腔・上気道系のがん例があったことから、D, E判定の場合は、異常なしや診断未確定に対しても経年的管理を行うこと、適切な精密検査(気管支内視鏡)を行うことは、がん発見率向上のため重要と思われた。

細胞診の精度管理には、精密検査や経過の把握が不可欠であるが、把握が困難な状況が見受けられたため、体制の見直しと行政や精密検査実施医療機関への周知が必要と思われた。

肺がん検診(喀痰細胞診)は受診率が低下傾向にあり、何らかの対策が必要である。今回の研修会の問題提起が検診の有用性向上に繋がり、受診率向上の一助となることを期待したい。

この度の研修会および研修会報告にあたり、ご指導をいただきました助言講師の本間慶一先生、ご協力をいただいた各検診機関の皆様には深謝申し上げます。

【新潟県成人病検診機関協議会】

- ・下越総合健康開発センター
- ・新潟県保健衛生センター
- ・柏崎市刈羽郡医師会柏崎メジカルセンター
- ・厚生連長岡中央総合病院
- ・南魚沼市立ゆきぐに大和病院
- ・厚生連糸魚川総合病院
- ・新潟県労働衛生医学協会
- ・上越地域総合健康管理センター

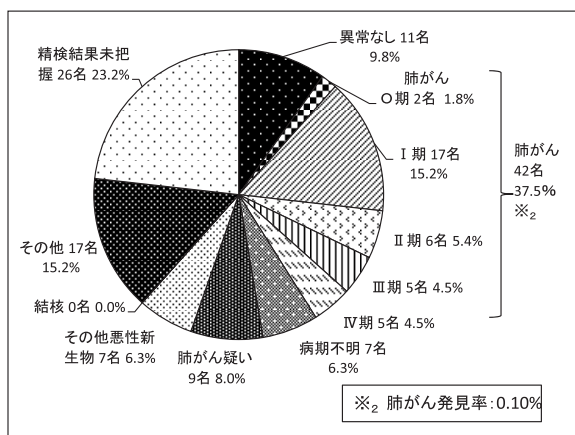


図7 精密検査結果 (5年間の総数112名^{※1})

※1 C判定で精密検査を実施した人(6名)を含む

第 33 回
新潟県臨床細胞学会
学術集会プログラム，抄録

第33回新潟県臨床細胞学会 学術集会プログラム

日時 平成28年7月16日(土)
午後2時00分より
会場 新潟医療人育成センター
(新潟大学旭町キャンパス内)
新潟市中央区旭町通1番町757
TEL 025-227-2035

主催 新潟県臨床細胞学会
後援 新潟産科婦人科学会
新潟県産婦人科医会
新潟県細胞検査士会

会長挨拶 14:00~14:05

一般演題 I 14:05~14:45 座長:新潟大学医学部 産科婦人科学教室 西野 幸治

1) 「当センターにおける子宮頸部細胞診ASC-H判定の検討」

一般財団法人下越総合健康開発センター¹⁾, 新潟大学医歯学総合病院 病理部²⁾,
新潟県立がんセンター新潟病院 病理部³⁾

○板垣由香里¹⁾, 姫路由香里¹⁾, 本間真由美¹⁾, 峰本 佳織¹⁾, 渡邊真由美¹⁾, 大橋 瑠子²⁾,
本間 慶一³⁾

2) 「子宮内膜肥厚の精査, 二次検診の取り扱いについて」

新潟南病院 産婦人科¹⁾, 新潟大学医学部 産科婦人科学教室²⁾

○児玉 省二¹⁾, 寺島 隆夫¹⁾, 西野 幸治²⁾

3) 「鼠蹊部腫瘍で受診し, 子宮頸部細胞診で推定し得た卵巣明細胞腺癌症例」

新潟県立中央病院 産婦人科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

○大野 正文¹⁾, 井上 清香¹⁾, 有波 良成¹⁾, 丸橋 敏宏¹⁾, 林 真也²⁾, 池田 友美²⁾,
橋詰 香織²⁾, 八木 美菜²⁾, 上原 桂月²⁾, 酒井 剛²⁾

4) 「インターネット調査による子宮頸癌検診に対する意識調査と有効な勧奨手法」

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

○安達 聡介, 山口真奈子, 工藤 梨沙, 関根 正幸, 榎本 隆之

一般演題Ⅱ 14:45~15:15

座長：西新潟中央病院臨床検査室 川上 喜久

5) 「泌尿器細胞診新報告様式に則った異型細胞判定の再考」

新潟大学医学部 保健学科検査技術科学専攻¹⁾, 新潟大学医歯学総合病院 病理部²⁾

○須貝 美佳¹⁾, 高橋加奈絵²⁾, 池亀 央嗣²⁾, 横山 千明²⁾, 川口裕貴恵²⁾, 大橋 瑠子²⁾,
岩淵 三哉¹⁾, 梅津 哉²⁾

6) 「気管支擦過細胞診で腫瘍細胞の出現をみたIVLの1例」

新潟市民病院 病理検査科

○東條 春菜, 荻部 豊, 清野 俊秀, 戸田裕一郎, 花野友梨香, 神田杏里紗,
橋立 英樹, 渋谷 宏行

7) 「尿細胞診中にMichaelis-Gutmann小体を認めたマラコプラキアの1例」

立川総合病院 病理科

○高橋 正和, 鈴木 利光, 佐藤 信, 川野 剛, 畠山 大作, 星 憲幸,
小林 寛, 岡崎 悦夫

休憩5分 15:15~15:20

一般演題Ⅲ 15:20~15:50

座長：県立中央病院 病理診断科 酒井 剛

8) 「恥骨上部に発生した類上皮肉腫の一例」

済生会第二病院 病理診断科

○花野 佑輔, 石原 法子, 西倉 健, 遠藤 浩之, 樋浦賢太郎, 三木 弘美,
竹下奈津子

9) 「胸腔原発HHV 8-EBV-plasmablastic lymphomaの1症例」

長岡赤十字病院 病理診断部

○高頭 秀吉, 江村 巖, 薄田 浩幸, 池津 満, 加藤 法男, 田村 正史,
山田 隆志, 山田 佑輔

10) 「膺EUS-FNACにおける神経内分泌腫瘍と腺房細胞癌の比較」

新潟県立がんセンター新潟病院 病理部

○神田 真志, 柳原 優香, 土田 美紀, 山川美沙紀, 畔上 公子, 北澤 綾,
弦巻 順子, 豊崎 勝実, 川口 洋子, 鏡 十代栄, 桜井 友子, 木下 律子,
川崎 隆, 本間 慶一

研修報告 15:50~16:00

平成27年度検診従事職員研修会 第三分科会(細胞検査部門) 報告

「肺がん検診(喀痰細胞診)の現状と課題」

上越地域総合健康管理センター

○生田 直美

新潟県立がんセンター新潟病院 副院長 本間 慶一

休憩10分 16:00~16:10

総会 16：10～16：55

休憩5分 16：55～17：00

特別講演 17：00～18：00

座長：新潟大学医学部 産科婦人科学教室 榎本 隆之

「新しいWHO肺癌分類の利点と欠点」

筑波大学医学医療系病理診断学 教授 野口 雅之 先生

当センターにおける子宮頸部細胞診ASC-H判定の検討

一般財団法人下越総合健康開発センター¹⁾, 新潟大学医歯学総合病院 病理部²⁾, 県立がんセンター新潟病院 病理部³⁾

○板垣由香里¹⁾, 姫路由香里¹⁾, 本間真由美¹⁾
峰本 佳織¹⁾, 大橋 瑠子²⁾, 本間 慶一³⁾

【はじめに】

ベセスダ2001でASC-Hは「H-SILを除外できない異型扁平上皮細胞」とされており, その細胞判定基準は良性から異型病変, 扁平上皮癌まで含まれる可能性がある。そこで我々は, 当施設でASC-H判定とした症例を対象に判定の妥当性を評価し, 精度向上を目指すことを目的に細胞所見の検討を行なった。

【対象・方法】

2011年から2015年12月末までの子宮頸がん一般住民検診延べ44,419件のうち要精検1,399例について以下の項目, 1: 判定内訳及びASC判定状況, 2: ASC-Hの精検状況, 3: 年代別の組織診断状況, 4: 組織診断の確定したASC-H・22例の細胞所見①3層重積性有, ②裸核様細胞有, ③粗顆粒状クロマチン所見有, ④細胞集塊の大きさ(大型(最大が200個以上)・中型(100~200個未満)・小型(100個未満)), 及び, 細胞出現様式として, 扁平上皮化生細胞(以下, 化生細胞)の有無, HPV感染を疑う所見の有無を観察した。

【結果】

1: NILM: 43,020件, ASC: 790件(ASC-US・757件, ASC-H・33件), L-SIL: 338件, H-SIL: 238件, SCC: 7件, AGC: 17件, AIS: 1件, 腺癌: 8件。ASC判定率は1.8%, そのうちASC-H判定率は4.2%だった。

2: ASC-H 33例中組織診施行22例(66.7%)で, 検体不適正(内頸腺のみ)・1例(4.5%), CIN1・7例(31.8%), CIN2・9例(40.9%), CIN3・4例(sever dysplasia 3例, CIS 1例)

(18.2%), 腺扁平上皮癌・1例(4.5%)だった。

3: 組織診施行22例の年代は50歳未満13例(59.1%), 50歳以上9例(40.9%)だった。50歳未満は腺扁平上皮癌1例, CIN3・3例, CIN2・7例, CIN1・2例。50歳以上はCIN3・1例, CIN2・2例, CIN1・5例, 検体不適正・1例だった。

4-1: 組織診施行した22例の細胞所見は①3層重積有: 6例(27.3%), ②裸核様細胞有: 7例(31.8%), ③粗顆粒状クロマチン有: 7例(31.8%), ④小型集塊9例(40.9%), 中型集塊12例(54.5%), 大集塊1例(4.5%)だった。また, 細胞出現様式として化生細胞有: 13例(59.1%), HPV感染を疑う所見有: 4例(18.2%), だった。

4-2: 組織診断が腺扁平上皮癌(1例)は①, ②, ③, ④大型集塊, CIN3(4例)は①3例, ②3例, ③3例, ④全例で中型集塊だった。CIN2(9例)は①2例, ②2例, ③3例, ④中型集塊4例, 小型集塊5例, CIN1(7例)は②1例, ④中型集塊3例, 小型集塊4例, 検体不適正(1例)は④中型集塊1例のみだった。

4-3: 50歳未満(13例)の組織診断別は腺扁平上皮癌(1例), CIN3(3例)は①3例, ②2例, ③2例, ④3例全て中型集塊, CIN2(7例)は①2例, ②2例, ③3例, ④中型集塊3例, 小型集塊4例, CIN1(2例)は④小型集塊のみだった。また, 化生細胞は12例(92.3%), HPV感染所見は2例(15.4%)に認められた。

50歳以上(9例)はCIN3(1例)②, ③, ④

中型集塊で、CIN 2（2例）は④中型集塊1例、小型集塊1例のみ、CIN 1（5例）は②1例、④中型集塊3例、小型集塊2例のみ、検体不適正（1例）は④中型集塊1例のみだった。また、化生細胞は1例（11.1%）のみで、HPV感染所見は2例（22.2%）に認められた。

【考察】

当施設判定のASCは5年間平均で約1.8%、ASC-Hは約4.2%と基準内だった。

ASC-H組織診施行22例中、検体不適正を除いた21例全てに異型病変の発見があり、特に50歳未満では、CIN 2以上の発見が約85%だった。また、50歳以上では異型病変が発見された約63%がCIN 1だった。

今回の細胞所見の検討では50歳未満で3層重積と粗クロマチン所見があった症例はCIN 2以上の割合が46%とポイントが高く、CIN 3以上に絞ると3層重積は100%の割合で見られた。

年齢問わず3層重積とクロマチン粗顆粒状が認められない場合はCIN 1の割合が高かった。

【結語】

今回の検討ではASC-Hの判定は妥当なレベルであったが、特に若い世代で扁平上皮化生細胞が混在している場合にASC-Hとする傾向があり、いわゆる異型未熟化生細胞とSILとの鑑別困難な場合が多い事から、より一層L-SIL、H-SIL所見のクライテリアを明確にする努力を続けることで、判定精度の更なる向上を図りたい。

子宮内膜肥厚 of 精査, 二次検診の取り扱いについて

新潟南病院 産婦人科¹⁾, 新潟大学医学部産科婦人科学教室²⁾

○児玉 省二¹⁾, 寺島 隆夫¹⁾, 西野 幸治²⁾

【目的】

当科における無症状子宮体癌の発見状況と子宮内膜肥厚に対する子宮鏡での観察と経過を明らかにすること。

【方法】

1.子宮体癌患者の診断経緯, 2.子宮鏡検査適応例, 3.細胞診(オネストスーパーブラシ), 4.組織診(メドイン・ピペットⅣ), 5.観察期間(2014年4月~2016年3月)とした。

【成績】

1.子宮がん検診を受けた無症状で内膜肥厚の2例に体癌を発見した。その診断は, 1例が細胞診・組織診, 1例は内膜ポリープ切除病理標本で

あった。2.内膜肥厚58例に子宮鏡検査し, 有所見52例のうち50例に子宮鏡下手術を施行した。

3.子宮鏡検査例で, 内膜細胞診は22例(疑陽性2例), 組織診は5例で1例が単純性増殖症であった。4.子宮鏡下手術50例の内容は, 内膜ポリープ39例, 筋腫8例, 内膜癌1例, 他2例であった。

【結論】

子宮がん検診を受けた無症状者の内膜肥厚例は, 体癌好発年齢では先ず細胞診・組織診を行い, 細胞診や組織診で診断困難例には子宮鏡検査し, 有所見例では子宮鏡下手術で組織学的に確認する。

鼠蹊部腫瘍で受診し，子宮腔部細胞診で推定し得た卵巣明細胞腺癌症例

新潟県立中央病院産婦人科

大野 正文，井上 清香，有波 良成，丸橋 敏宏

同病理診断科

林 真也，池田 友美，橋詰 香織，八木 美菜，上原 桂月，酒井 剛

【症例】

48歳，2回妊娠2回出産。最終婦人科検診から10年経過。

左右鼠蹊部のしこりを主訴に近医内科を受診，下腹部に嚢胞性腫瘍および腹水が認められたため，当科へ紹介。

初診時の所見：白色帯下，腔部に軽度のびらん，子宮は前方に圧排され，卵巣由来と推定される下腹部腫瘍を触知，左右鼠蹊部に2 - 3 cmの腫瘍，経腔エコーで大きな混合性腫瘍を認め，明らかな腹水は認めなかった。

【細胞診所見】

初診時に採取した腔部擦過細胞診：核腫大，軽度のクロマチン増量，一部に核形不整，核小体を認める異型細胞が集塊で多数出現，個々の細胞に

は核の偏在傾向，LG淡染性の細胞質を有し，集塊には不規則な重積性がみられ，球状～乳頭状を呈している。腺癌（明細胞腺癌の可能性）を推定。術中採取した腹水細胞診：リンパ球・好中球を主体とする炎症性背景に，核腫大，核形不整，軽度クロマチン増量，核小体明瞭な異型細胞が多数出現，多くはミラーボール状の球状集塊で出現。腺癌（明細胞腺癌）推定。

【病理組織所見】

左卵巣から発生した明細胞腺癌，大網にはびまん性に転移，左右鼠蹊部リンパ節転移

【まとめ】

鼠蹊部腫瘍で受診し，子宮腔部細胞診で推定し得た卵巣明細胞腺癌の症例を報告した。

インターネット調査による子宮頸癌検診に対する意識調査と有効な勧奨手法

新潟大学 産科婦人科

安達 聡介, 山口真奈子, 工藤 梨沙, 関根 正幸, 榎本 隆之

【目的】

若年女性における子宮頸癌検診の受診状況が、どのような背景因子（性活動性や社会経済状況など）に影響を受けているかを解析することで、有効な勧奨手法の開発を行うこと。

【方法】

2015年2月20日～25日の期間にインターネット調査を実施し、20歳～39歳の女性1,181名から回答を得た。20代・30代の子宮頸癌検診の定期・不定期受診者（一度だけの受診は除く）442人と未受診者447人を対象として比較検討を行った。なお調査はインフォームドコンセントを得て施行した。

【成績】

20代では、定期・不定期受診者は23.3%、未受診者は54.5%であったが、30代では逆転し、それぞれ50.5%、22.5%であった。初回受診のきっかけは20代・30代共に、妊娠・出産のタイミングが最

も高かった（20代:27.3%、30代:25.2%）。さらに、定期・不定期受診者と未受診者の背景因子を比較すると、既婚率は20代で68.2% vs 15.5% ($p<0.05$)、30代で81.9% vs 43.5% ($p<0.05$)、妊娠経験を有する割合は20代で60.5% vs 27.9% ($p<0.05$)、30代で74.7% vs 50.5% ($p<0.05$)であった。また家族の子宮頸癌受診の有無は20代で51.5% vs 27.3% ($p<0.05$)、30代で57.1% vs 27.6% ($p<0.05$)であった。検診受診状況と疾患への心配度との関連を問う設問では、「子宮頸癌になることに対する心配度」が影響の強い因子として考えられた。

【結論】

未既婚という婚姻状況、妊娠経験、家族の検診受診状況が、若年女性の検診受診状況に影響を与えていると考えられた。未受診者に対しては、子宮頸癌への不安に訴えかけるメッセージが有効な勧奨手法となる可能性が示唆された。

泌尿器細胞診新報告様式に則った異型細胞判定の再考

新潟大学医学部保健学科検査技術科学専攻¹⁾ 新潟大学医歯学総合病院病理部²⁾

須貝 美佳¹⁾, 高橋加奈絵²⁾, 池亀 央嗣, 横山 千明
川口裕貴恵, 大橋 瑠子, 岩渕 三哉¹⁾, 梅津 哉²⁾

「泌尿器細胞診新報告様式2015」は全国統一された様式で、臨床的に有用な報告内容であり、国際的に整合性のとれる報告様式として2015年3月発刊の「泌尿器細胞診ガイドライン」に掲記された。新報告様式では判定を陰性 (negative), 異形細胞 (atypical cells), 悪性疑い (suspicious for malignancy), 悪性 (malignant) の4段階に分類し、なおかつ診断根拠とその後の臨床的取扱いについてのコメントを記載することが重要とされる。当院では従来、Papanicolaou 分類5段階 (Pap Class I,II,III,IV,V) で報告してきたが、従来の細胞判定が新報告様式判定分類にどの程度充当するかが不明である。そこで今回、新報告様式に則った細胞判定と従来の分類とを比較・再検討し、これまでの細胞判定分類と新報告様式判定分類との整合性を検証した。

【対象および方法】

2014年1月から12月に提出され、Papanicolaou 分類で判定された尿細胞診 1087件を対象に新報告様式に則った再度細胞判定を行った。

Papanicolaou分類および新報告様式分類における癌出現率を対応する組織診断結果あるいは臨床診断に基づいてそれぞれ算出し、その細胞像の特

徴とともに比較・再検討を行った。

【結果】

有癌症例はPapanicolaou分類 Class I,IIで3.1%, Class IIIで10.8%, Class IVで63.3%, Class Vで83.3%であった。一方、新報告様式では「陰性」で1.6%, 「異型細胞」で27%, 「悪性疑い」で94.7%, 「悪性」で92.6% であった。

【考察】

Papanicolaou分類と新報告様式分類との対応は Class I,IIを「陰性」、Class IIIを「異型細胞」、Class IVを「悪性疑い」、Class Vを「悪性」とすることで読み替えがほぼ可能と考えた。一方、新報告様式における妥当性の評価はHGUCの存在が「陰性」は5%以下、「異型細胞」で15%程度、「悪性疑い」で70~95%、「悪性」で95%以上とされている。概ね妥当な成績であったが、小型で変性の強い異型細胞が少数出現する標本や、形態変化の大きい尿管管が出現する標本において「異型細胞」への分類が多くなる傾向がみられた。今回の検討で見出された問題点についてさらなる検討を加え、新報告様式の定着とさらなる精度向上を図りたい。

気管支鏡擦過細胞診で腫瘍細胞の出現を見たIVLの1例

新潟市民病院 病理検査科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

演者：東條 春菜¹⁾

共同演者：苅部 豊¹⁾, 清野 俊秀¹⁾, 戸田裕一郎¹⁾, 花野友梨香¹⁾

神田杏里紗¹⁾, 橋立 英樹²⁾, 渋谷 宏行²⁾

【はじめに】

血管内悪性リンパ腫 (IVL) は、全身の小中血管内で腫瘍細胞が増殖する非常に稀な節外性悪性リンパ腫である。全身臓器の小血管内に浸透し、多発性の小梗塞を引き起こす。臓器虚血による多彩な臨床症状を呈し、血球貪食症候群、骨髓浸潤、肝脾腫を主徴とする Asian Variant of IVL (AIVL) と中枢神経症状、皮膚浸潤を主徴とする Western form (classical IVL) の2つに分類される。B細胞系、とくに大型のB細胞性リンパ腫 (IVLBCL) が多く、稀にT細胞系やNK細胞系の症例も存在する。今回我々は、気管支鏡擦過細胞診で腫瘍細胞の出現を見たIVLの1例を経験したので、その特徴を報告する。

【症例】

65歳の男性。会陰部・肛門部の感覚障害、排泄障害を自覚し、当院を紹介受診・入院となった。血清sIL-2 Rおよび、LDH高値、髄液蛋白増加。下部脊椎造影MRIで馬尾に造影効果あり。体幹部CTで右肺S2にすりガラス病変あり、有意なリンパ節腫大なし。短期間で急速な下肢の感覚障害の進行あり。以上の検査結果より、悪性リンパ腫、髄膜癌腫症、中枢神経サルコイドーシス、脊髄炎などが疑われ、ほぼ同時期に、骨髓生検、皮膚ランダム生検 (左右下腹部、左右大腿より4ヶ所)、気管支鏡生検および肺擦過細胞診が行われた。

【細胞学的所見】

擦過標本1枚および洗浄標本 (LBC: Sure Path) 1枚

清明な背景に、N/C比が非常に高く、核縁の切れ込みや核の立体不整が目立つ、やや大型の異型リンパ球が少数認められた。擦過標本、洗浄標本共に孤立散在性の細胞が主体であったが、前者では結合性に乏しい数個の集簇像が一部に見られた。以上の所見より、Class III, 悪性リンパ腫を疑った。

【組織学的所見】

皮膚生検で、皮下脂肪織内の小血管内に、核小体明瞭な大型のlymphoid cellが認められた。免疫組織化学的にCD20, CD79a, MUM-1 陽性, CD10, bcl-2 一部弱陽性, CD3, CD30, CD5, EBER-IHC陰性を示したことから、Intravascular large B-cell lymphomaと診断された。気管支鏡生検でも同様な所見が見られ、IVLと診断された。なお、骨髓生検では異常所見は見られなかった。

【結果】

一般的に悪性リンパ腫は、擦過標本や洗浄標本等、標本の種類に関わらず、腫瘍細胞がびまん性に出現するのが特徴である。本症例は、擦過標本で少数の腫瘍細胞が「狭い範囲に孤立性」および「結合性に乏しい数個の集簇像」として認められた。文献的にIVLは捺印標本では、数個からなる腫瘍細胞の集簇像が認められると報告されており、今回擦過標本でも同様の所見が得られることがわかった。またLBC標本では、細胞が小型化し、分散するため、気管支鏡擦過標本におけるIVLの診断には、直接塗抹が適していると考えられる。

【結語】

気管支鏡擦過細胞診で腫瘍細胞の出現を見たIVLを経験した。本症例は、臨床的にIVLが鑑別に挙げられ、組織生検により確定診断を得ることができ、早急な治療の開始につながった。細胞診のみでは、悪性リンパ腫を疑うあるいは診断することは可能であるが、IVLと診断することは困難である。しかし、血管内を増殖の場とするIVLの特徴を示した「腫瘍細胞の数個の集簇像」という細胞所見が看られた場合、臨床所見も加味した上でIVLの可能性を示唆することができるのではないかと考えた。

尿細胞診中にMichaelis-Gutmann小体を認めたマラコプラキアの1例

立川総合病院病理科

○高橋 正和, 鈴木 利光, 佐藤 信, 川野 剛
畠山 大作, 星 憲幸, 小林 寛, 岡崎 悦夫

【はじめに】

マラコプラキアは大腸菌などの持続感染によりマクロファージ内で細菌が増殖するために起こる慢性炎症性病変である。

今回、尿細胞診でMichaelis-Gutmann小体を有するマクロファージを認めたマラコプラキアの1例を経験したので報告する。

【症例】

67歳女性。

2011年膀胱がん疑われTUR-BT施行したが悪性なし（Acute cystitis, マラコプラキアの所見なし）。

2014年follow中に尿細胞診疑陽性で再度膀胱がん疑われ、TUR-BT施行。この際、尿細胞診でマラコプラキアの存在には気付かれなかった。TUR-BTでは尿路上皮癌の所見とともにマラコプラキアの所見がみられた。

尿細胞診を見返すと、少数ではあるがマラコプラキアの所見がみられた。

【組織所見】

尿路上皮癌の所見とともに、好酸性顆粒状胞体を有するマクロファージ（von Hansemann cell）

が集簇、マクロファージ内には同心円状のMichaelis-Gutmann小体がみられた。Michaelis-Gutmann小体はコッサ反応、ベルリン青染色、PAS反応陽性であった。また、グラム染色でマクロファージ内にグラム陰性菌がみられた。

一部粘膜は剥がれ、組織球が膀胱内腔側に露出していた。

【細胞所見】

多数の桿菌、好中球を背景に、異型細胞とともにTUR-BTでみられたようなMichaelis-Gutmann小体を有するマクロファージを少数認めた。

また、尿細胞診と同時期に尿中細菌培養が行われており、Escherichia coliが同定された。

【まとめ】

マラコプラキアは、Michaelis-Gutmann小体を確認できれば細胞診でも推定可能な病変と考える。

細菌尿（特に桿菌）をスクリーニングする際に、稀な疾患ではあるがマラコプラキアの存在も念頭におきマクロファージ様の細胞に注目することが重要と考える。

恥骨上部に発生した類上皮肉腫の一例

済生会新潟第二病院 病理診断科

○花野 佑輔 (CT), 石原 法子 (MD), 西倉 健 (MD), 遠藤 浩之 (CT),
樋浦賢太郎 (CT), 三木 弘美 (CT), 竹下奈津子 (CT)

【はじめに】

類上皮肉腫は、若年成人の四肢遠位に好発する軟部腫瘍であるが、稀に高齢者の体幹に発生する。今回我々は恥骨上部に発生した近位型類上皮肉腫を経験したので、捺印細胞診標本での細胞像を交えて報告する。

【症例】

81歳男性。4ヶ月前より恥骨上部に皮下腫瘤を自覚。リンパ腫疑いにて近医より紹介された。CTにて恥骨結合左前方に1.5cm大の腫瘤を認め、IL-2 R, 1029U/mlと軽度の上昇があった。しかし、触診での圧痛、発生部位などリンパ腫と異なる点もあり、炎症を除外するため抗生物質を投与するも改善せず。本人の希望もあり、皮下腫瘍摘出術が行われた。既往歴として2年前に脳梗塞、現在は閉塞性動脈硬化症にて加療中である。

【肉眼および組織学的所見】

肉眼的には最大径約20mmの灰白色から黄白色調の充実性腫瘍で、境界は比較的明瞭であった。

組織学的には脂肪織へ浸潤性発育を示す腫瘍で、中心壊死がみられた。腫瘍はシート状に発育する細胞質の豊富な類上皮様細胞成分と線維性間質を伴う紡錘型細胞成分からなり、両者には移行像がみられた。いずれの形態の細胞も細胞質は淡明から一部好酸性で、大型類円形核と明瞭な核小体を有していた。鍍銀染色では類上皮細胞の細胞間に細網繊維は入らず、胞巣状を呈し、紡錘型細胞部でも同様であった。PAS染色、diastase-PAS染色、Alcian-blue染色では、一部の細胞に糖原を認めたが、粘液は認めなかった。

免疫組織化学的には、類上皮型と紡錘型のい

れの腫瘍細胞にも、EMA, AE1/AE3, vimentinが陽性を示し、INI1, HMB45, CD31, P63は陰性であったため、近位型類上皮肉腫と診断された。

【細胞学的所見】

細胞診標本はホルマリン固定前の検体から捺印し作製した。

背景には少量の壊死物質と、少数の紡錘形細胞からなる束状小集塊がみられた。腫瘍細胞は大型の上皮様細胞が主体で、孤立性から結合の疎な平面的集塊として出現していた。細胞質は類円形から多稜形で、ライトグリーンに淡染。核は偏在傾向を示し、核腫大、切れ込みなどの核形不整、核分裂像がみられた。クロマチンは細顆粒状で、大型の核小体を1から数個認めた。一部の紡錘形細胞にも、上皮様腫瘍細胞と類似の核異型を認めた。また、小型類円形で好酸性細胞質を有し、N/C比の高いラブドイド細胞様の腫瘍細胞も少数出現していた。

PAS染色では一部の腫瘍細胞に糖原と思われる顆粒状の陽性物質を認めた。またAlcian-blue染色で弱陽性、ギムザ染色で異染性を示す粘液様物質もみられた。

以上の所見から細胞診標本でも、リンパ腫や上皮性悪性腫瘍ではなく、類上皮肉腫や胞巣状軟部肉腫などの類上皮パターンを示す肉腫が鑑別に挙げられると考えた。

【まとめ】

類上皮肉腫は転移や再発を起こしやすく、転移先としては肺やリンパ節が多いため、細胞診でも経験することがあると思われる。細胞診材料が提出された際に鑑別に挙げる必要があると考える。

胸腔原発HHV8-EBV-plasmablastic lymphomaの1症例

長岡赤十字病院病理診断部

高頭 秀吉, 江村 巖, 薄田 浩幸, 池津 満
加藤 法男, 田村 正史, 山田 隆志, 山田 佑輔

Plasmablastic lymphoma (PBL) は主に節外性臓器に発生する稀な腫瘍で、大型の免疫芽球様細胞 (IB) ~ 形質芽球様細胞 (PB) がびまん性に増殖し、表現型も形質細胞関連分子が陽性となる。胸腔を増殖首座とするリンパ腫には、HHV8 関連原発性滲出液性リンパ腫 (PEL) や HHV8 陰性 PEL-like lymphoma (PEL-LL) があり、いずれも PBL と類似形態や類似表現型の大型腫瘍細胞からなることが知られている。今回我々は、胸水細胞診にて胸腔原発 HHV8⁻EBV⁻PBL の稀少例を経験した。

【症例】

80才代女性。50才代より RA にて NSAID, PSL (5 mg/日) 内服。8年前に赤芽球癆発症したため Cyclosporin (150mg/日) 投与されたが、16ヶ月目に全身リンパ節 (LN) 腫脹出現し、生検にて EBV 関連 B リンパ増殖症 (EBV⁺ BLPD) と診断された。化学療法にて現在は寛解状態。3年前に胃癌 (T3,N0,M0,StageIIA), 上行結腸癌 (T1,N0,M0,StageI) を発症し同時手術が施行された。術後の定期 CT 検査にて右胸水を指摘され、持続性発熱もあり入院された。検査値は、LDH 151 IU/L, ALB 3.2 g/dL, β 2MG 7.69 mg/L, sIL2R 1,510 U/mL, IgG 2,251 mg/dL, IgA 461 mg/dL, IgM 85 mg/dL, κ 鎖 FLC 132.0 mg/L, λ 鎖 FLC 93.9 mg/L, κ/λ 比 1.406, 血清 M 蛋白 (-) (IEP法), EBVCAI_{gG} 320, EBVCAI_{gM} < 10, EBNA < 10, 血中 EBV < 1×10^2 copy/mL, HBsAg (-), HBsAb (-), HCVAb (-), HIV 1/2 Ab (-) であった。骨髄像では異常細胞は認めず、CT 検索にて胸水貯留の他には胸腔内を含めて全身に腫瘍形成なく、有意な LN 腫大や骨病変も検出されなかった。胸水細胞診、セルブロック

組織診断により、HHV8⁻EBV⁻PBL と診断された。

【胸水細胞診】

胸水は多量の腫瘍細胞で占められおり、中皮細胞やマクロファージは極めて少数であった。腫瘍細胞は、小型リンパ球の2倍大から一部3倍大を超える大型類円形で、核は大型で N/C 比が高く、類円形から核縁の切れ込みや分葉傾向、多核化など核型不整が顕著で、中心からやや偏在していた。数個のクロマチン凝集と1~数個の明瞭な腫大核小体、好塩基性に富む細胞質が特徴的であり、IB~PB 形態を呈していた。核分裂像、Apoptosis を高頻度に認めたが、Dutcher body や Russel body は認められなかった。

免疫組織化学では、CD138⁺, CD38⁺, CD45⁺, MUM1⁺, EMA⁺, CD56⁺focal, CD30⁺focal, CD20⁻, CD19⁻, CD79a⁻, PAX5⁻, CD2⁻, CD3⁻, CD7⁻, CD5⁻, CD10⁻, Cyclin D1⁻, HHV8-LANA⁻, EBER-ISH⁻, Ki-67 index 61% であった。遺伝子 Clonality 検索では Incomplete IgH (D/J) 再構成遺伝子の Monoclonality が検出され、セルブロック組織 FISH 法により c-MYC 関連転座が証明された。一方、Realtime PCR 法により HHV8 ゲノムは陰性であった。

【考察】

免疫不全患者で医原性関連 EBV⁺ BLPD 治療歴のある、胸腔原発 HHV8⁻EBV⁻PBL の稀少例を報告した。PEL は HHV8⁺ であり、PEL-LL は B 細胞性表現型の所見から鑑別可能と考えた。Plasmablastic plasma cell myeloma とは形態や表現型のみでは鑑別困難であり、M 蛋白、L 鎖 FLC 値、 κ/λ 比、骨髄像などから総合的判断が必要である。

膵EUS-FNACにおける神経内分泌腫瘍と腺房細胞癌の比較

新潟県立がんセンター新潟病院 病理部

神田 真志, 柳原 優香, 土田 美紀, 山川美沙紀, 畔上 公子,
北澤 綾, 弦巻 順子, 豊崎 勝実, 川口 洋子, 鏡 十代栄,
桜井 友子, 木下 律子, 川崎 隆, 本間 慶一

【目的】

近年、膵腫瘍に対する診断や治療方針決定にあたり、超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）による組織診や細胞診が重要な役割を担っているが、発生する腫瘍は多様であり、診断に苦慮する場合も少なくない。特に神経内分泌腫瘍と腺房細胞癌の細胞像は類似する所見が多く、鑑別が難しいとされている。今回、当院で経験した神経内分泌腫瘍と腺房細胞癌の細胞像を比較したので報告する。

【方法】

対象は2014年から2015年の期間に膵EUS-FNAが施行され、組織診にて診断が確定した神経内分泌腫瘍（NET）4例、および腺房細胞癌（ACC）2例とした。EUS-FNA組織材料の一部より圧座法にて作製されたPapanicolaou染色標本を用いて出現様式、細胞集塊、細胞質・核所見等を比較検討した。

【結果】

出現様式は、NETは散在性や平面的集塊での

出現が見られ、ACCは平面的集塊や重積集塊での出現が見られた。ACCの1例で腺房様集塊が見られた。NETの2例で大型細胞の混在が見られたが、ACCでは見られなかった。細胞質は、NETは淡明や細顆粒状であったが、ACCの1例は泡沫状であった。核所見は、NETの3例で粗顆粒状クロマチンが見られたが、ACCでは見られなかった。NETは4例ともに核形不整は目立たなかったが、ACCの1例は核の切れ込み等が見られた。NETは4例ともに小型の核小体が見られたが、ACCの1例は大型の核小体が見られた。核偏在傾向は6例全てで見られた。

【まとめ】

NETとACCの細胞像の比較において、NETは、散在性での出現、粗顆粒状クロマチン、大型細胞の混在が、ACCは、腺房様集塊、泡沫状細胞質、核形不整、大型核小体が特徴的であった。NETとACCの形態での鑑別は難しいが、特徴的所見が見られる場合には推定が可能と考えられた。

そ の 他

新潟県臨床細胞学会会則

第1章 名称と事務局

第1条 本会は、新潟県臨床細胞学会と称する。

第2条 本会の事務局は新潟県立がんセンター新潟病院病理部内におく。

第2章 目的と事業

第3条 本会は新潟県における臨床細胞学の発展と普及を図ること。

第4条 本会は前条の目的を達するため次の事業を行う。

1. 総会および学術集会の開催
2. その他本会の目的達成のため必要な事業

第3章 会員

第5条 新潟県に在住または在籍する公益社団法人日本臨床細胞学会会員および参加希望者をもって本会の会員とする。

第6条 会員は、本会が開催する集会に関する通知をうけ、集会に出席して業績を発表し、発言することができる。ただし、学術集会の筆頭発表者は会員に限る。

第7条 本会発展のため偉大な功勞のあった会員で、満65歳に達した会員を名誉会員、功勞会員に推薦することができる。名誉会員、功勞会員は役員会に出席し意見を述べるができるが、議決権を有しない。

第8条 本会の事業に賛同し、寄付その他の援助を与える団体または個人を賛助会員とすることができる。

第9条 会員が退会、転居または職場を異動したときは速やかに事務局に通知しなければならない。

第10条 会費について

1. 会員は毎年3月末日までに会費を納入しなければならない。
2. 名誉会員・功勞会員は会費を納めることを要しない。
3. 継続して2年以上会費を滞納し、督促に応じない場合は退会とみなす。

第4章 役員

第11条 本会に下記の役員をおく。

1. 会 長 1名
2. 幹 事 15名以内
3. 会計監事 2名

第12条 会長は、公益社団法人日本臨床細胞学会理事、評議員および細胞診専門医のうちより互選し、幹事と会計監事は会長が委嘱する。会長は、選出年の3月31日現在満65歳を超えないものとする。

第13条 会長は本会を代表し、会務を主宰する。

第14条 会長は必要に応じて役員会を招集できる。

第15条 役員任期は3年とする。ただし再任を妨げない。

第5章 会議

第16条 本会は原則として毎年1回、新潟県臨床細胞学会総会ならびに学術集会を開催する。

第17条 学術集会は、新潟県臨床細胞学会学術集会と称する。

第18条 会長は活動状況を年1回文書で、公益社団法人日本臨床細胞学会に報告しなければならない。

第19条 会長は、新潟県臨床細胞学会学術集会以外に随時研修会などを開催することができる。

第6章 会計

第20条 本会の会計は、会費、寄付金等をもって充当する。

第21条 会費の額および納入方法は、役員会にはかって会長が定める。

第22条 本会の会計は、担当幹事が管理する。

第23条 本会の会計は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。本会の決算は、毎会計年度終了後会計監査をへて、総会の承認を得る。

第7章 会則の変更

第24条 この会則の変更は、役員会の決定によって行われ、総会の承認を得る。

細則

- 本会則は、昭和59年1月21日から実施する。
- 会費は平成27年度より、年3000円とする。

改訂

平成9年3月14日

平成17年4月24日

平成25年7月13日

平成26年5月24日

〈平成27年度・28年度研修会単位〉

研修会名	開催日	JSC単位	IAC単位 ^{※1}
第32回新潟県臨床細胞学会学術集会	2015/7/12	10	4
平成27年度細胞診研修会	2015/8/21 (スライドセミナーのみ)	0	0
	2015/8/21・22 (鏡検・スライドセミナー)	5	5
平成27年度第8回新潟県臨床細胞学会研修会	2016/3/5	5	4
第33回新潟県臨床細胞学会学術集会	2016/7/16	10	4
平成28年度細胞診研修会	2016/7/22 (スライドセミナーのみ)	0	0
	2016/7/22・23 (鏡検・スライドセミナー)	5	5

※1 IACの更新時はカテゴリー2で申請して下さい。

【お知らせ】研修会単位は、新潟県臨床細胞学会ホームページ上でもご覧いただけます。
よろしくお願い致します。

〈事務局からのお知らせ〉

○年会費について

年会費につきましては、平成25年度の会則変更により、「継続して2年以上会費を滞納し、督促に応じない場合は退会とみなす」(第10条)となりました。

都道府県の地域連携組織(従来の都道府県支部)に所属することにより、所定の単位(1年間25単位)を取得できますので、会費納入にご協力をお願いいたします。また、地域連携組織に所属していませんと地域連携組織主催の学術集会の出席単位も認められませんのでご注意ください。

詳しくは公益社団法人日本臨床細胞学会ホームページ<http://www.jbcc.or.jp/> または平成26年第5号学会雑誌イエローページをご参照ください。

○投稿規定が改訂されました。今年度より査読制となり単位が付きますので(筆頭者20単位、連名5単位)よろしくお願い致します。

○異動、退会等の連絡について

異動、退会等がございましたら、お早めに下記事務局までお知らせください。お手数ですが、公益社団法人日本臨床細胞学会、新潟県臨床細胞学会、細胞検査士の方は新潟県細胞検査士会(事務局 新潟大学医学部保健学科 検査技術科学専攻 須貝美佳)それぞれにご連絡をお願いいたします。なお、関東臨床細胞学会への連絡は不要です。

○新潟県臨床細胞学会ホームページ <http://jscnigt.umin.jp/>

会員のページには研修会画像をアップしてあります。パスワードがご不明な方は事務局までお問い合わせください。

また、メーリングリスト参加ご希望の方を募集しております。細胞学会関連の連絡方法の一助として活用できればと思いますので、よろしく願いいたします。参加ご希望の方は事務局までお知らせください。

○ホームページも含めて、会報にご意見、ご要望などございましたら事務局までお知らせください。

○国際細胞学会細胞検査士C.T. (IAC) 資格を取得の方で、名簿に記載漏れのある方、また新規に取得の方は事務局あてにご連絡ください。

〒951-8566 新潟市中央区川岸町 2-15-3

新潟県立がんセンター新潟病院 病理部内

新潟県臨床細胞学会 事務局(担当:北澤 綾, 弦巻順子)

TEL 025-266-5111 (内線2248)

FAX 025-266-9385

E-mail jbcc@niigata-cc.jp

新潟県臨床細胞学会 投稿規定

1. 投稿資格

本学会員の原著，総説および症例などの発表をすることを目的とする。

原則として投稿者は共著者も含め本学会に所属する学会員に限るが，当学会から依頼した場合はこの限りではない。

2. 掲載論文

- 1) 論文の種類は総説，原著，症例報告などとする。
- 2) 投稿論文は臨床細胞学の進歩に寄与しうるもので，他誌に発表されていないものに限る。
- 3) 論文作成に際しては，プライバシー保護の観点も含め，ヘルシンキ宣言（ヒトにおけるbiomedical研究に携わる医師のための勧告）ならびに臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）が遵守されていること。
- 4) 論文の著作権は本学会に帰属する。
- 5) 論文投稿に際し，論文の末尾（文献の前）に利益相反の有無を明記すること。

3. 投稿形式

- 1) 原則として電子投稿とするが，控として印刷したものを事務局へ送付すること。
- 2) 電子投稿の際，送り先は「新潟県臨床細胞学会 事務局（新潟大学医学部産科婦人科学教室内）」とする。住所は〒951-8510 新潟県新潟市中央区旭町通一番町757

4. 執筆要項

1) 文章と文体

- ① 用語は原則和文とする。
- ② 平仮名，常用漢字，現代仮名づかいを用いる。ただし，固有名称や一般に用いられている学術用語はその限りではない。
- ③ 度量衡単位はcm, mm, μm , ml, l, g, mgなどCGS単位を用いる。
- ④ 句読点は，カンマ「,」及びピリオド「.」（全角）を用いる。
- ⑤ 基本的に文中の数字（暦の表記や数値のデータ等）は半角とし，文章の一部にあたる数字は全角とする。例えば，2010年の数字は半角，第1，第2などは全角とする。
- ⑥ 外国人名，適当な和名のない薬品名，器具および機械名，または疾患名，学術的表現，化学用語については原語を用いる。大文字は固有名称およびドイツ語の名詞の頭文字に限る。
- ⑦ 医学用語は日本臨床細胞学会の「細胞診用語解説集」に準拠すること。また，その略語を用いても良いが，はじめに完全な用語を書き，以下に略語を用いることを明らかにする。

2) 原稿の書き方

原稿はワープロを用い，A4判縦に横書きし，1行25字で20行1枚におさめる。文字は12ポイント相当以上を用いるのが望ましい。

3) 電子ファイル

以下の電子ファイル形式を推奨する。

Word, JPEG, Excel, PowerPoint。なお、印刷に必要な写真の解像度は、雑誌掲載サイズで300dpi以上が目安である。

4) 総説, 原著, 症例報告の様式

① 構成

原稿には通し頁番号をふる。タイトルページ(1枚目)には、論文の種別、和文の表題、著者名、所属を明記する。

② 著者

著者名は直接研究に携わった者のみの限定する。

③ 本文および枚数制限

a. 原著・総説

本文、文献は原則15枚以内とする。

図・表(写真を含まず)は5枚以内とする。

b. 症例報告

本文、文献は原則10枚以内とする。

図・表(写真を含まず)は5枚以内とする。

c. 文献

a. 主要なものに限る。

原著は30編以内、症例報告は15編以内とする。総説については特に制限を設けない。

b. 文献表記の詳細については、日本臨床細胞学会投稿規定に準ずる。

④ 図・表・写真

図・表・写真には番号をつけ、本文中に挿入すべき位置を明示する。

顕微鏡写真には倍率を付する。写真へのスケールの挿入が望ましい。

写真は原則カラーとする。ただし、採否は編集会議で決定する。

5. 別刷

別刷は実費印刷とする。校正時に部数を明記して申し込む。

6. 論文の審査

投稿論文は編集会議等の審査により採否を決定し、その結果を筆頭著者に通知する。審査にあたっては査読制をとる。

7. その他

発行後の原稿は、スライドを除き原則返却しない。

改訂

平成27年7月12日

編集後記

ついに本会報もWEB化となりましたがいかがでしたでしょうか？カラーA4版で見やすくなり、掲載された論文には点数がつくようにもなりましたので、皆様には、ぜひ論文の投稿をご検討くださいますようお願いいたします。

また、30年9月15日には、関東細胞学会の新潟開催が控えております。皆様には色々ご協力をいただきますが、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

平成28年8月 北澤 綾

医療を支える方々の「漢方に関する情報」としてお役立てください。

- 臨床医の漢方Q&A
- 漢方服薬指導
- 患者様啓発用ツール 他

日常診療
サポート

漢方を
学ぶ

- 入門漢方医学
- 領域・疾患別解説
- 処方解説
- 症例解説 他

漢方を
楽しむ

- この人に聞く
- ゲームDE学ぼう
- 漢方川柳
- 生薬写真館 他

インターネット医療関係者向け 漢方スクエア

<http://www.kampo-s.jp/>

ご利用には会員登録(無料)が必要です。
会員登録は医療関係者のみとさせていただきます。

会員登録をすると

- 会員ページを含む、全ての漢方スクエアの内容をご覧頂けます。
- 希望者にはwebマガジン「Kampo Square」(月2回発行)をお送りします。
- 電子書籍・本棚「漢方Library」で漢方関連書籍がダウンロードできます。



情報誌
書籍

- データベース、検索
- (電子書籍) 漢方ライブラリー
- 漢方関連記事
- 漢方特集/書籍 他

学会等
イベント

- 学会インフォメーション(動画、記事)
- 専門医が語る 他

ツムラは、漢方医学の普及・啓発活動の一環として医療関係者専用サイト「漢方スクエア®」(株式会社臨床情報センター運営)に協賛しています。



自然と健康を科学する

漢方のツムラ

<http://www.tsumura.co.jp/>

● 資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。Tel.0120-329-970



目指せ！医療技術のエキスパート！

臨床検査技師科 3年制 男女40名
視能訓練士科 3年制 男女40名
救急救命士科 3年制 男女40名

優秀な講師陣と豊かな設備で資格取得を徹底サポート。
資格取得者は100%就職。



学校法人 新潟科学技術学園 / 新潟薬科大学・新潟工業短期大学併設

新潟医療技術専門学校

〒950-2076 新潟市西区上新栄町5丁目13番3号 フリーダイヤル 0120-763-678

URL <http://www.niigata-coll-mt.ac.jp> 学校案内・入学願書無料送付





薬価基準収載

G-CSF製剤 処方箋医薬品*

フィルグラスチム BS注 75 μ g・150 μ g・300 μ g シリンジ「NK」

フィルグラスチム(遺伝子組換え)[フィルグラスチム後続2]製剤


Filgrastim BS Inj. 75 μ g・150 μ g・300 μ g Syringe 「NK」

NK

Speciality, Biosimilar & Generic
plus IVR

日本化薬医薬品情報センター
0120-505-282 (フリーダイヤル)
日本化薬医薬品情報
<http://mink.nipponkayaku.co.jp/>

資料請求先

 **日本化薬株式会社**
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

*注意-医師等の処方箋により使用すること

'14.9作成

※禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意などは、製品添付文書をご参照ください。

抗悪性腫瘍剤 毒薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

オキサリプラチン点滴静注液 200mg/40mL 「ホスピーラ」

(オキサリプラチン・注射液)

製造販売元(輸入元):ホスピーラ・ジャパン株式会社

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 劇薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

ゲムシタビン点滴静注液 200mg/5.3mL
1g/26.3mL 「ホスピーラ」

(ゲムシタビン塩酸塩・注射液)

製造販売元(輸入元):ホスピーラ・ジャパン株式会社

抗悪性腫瘍剤 毒薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

オキサリプラチン点滴静注液 50mg/10mL
100mg/20mL 「ホスピーラ」

(オキサリプラチン・注射液)

製造販売元(輸入元):ホスピーラ・ジャパン株式会社

抗悪性腫瘍剤 毒薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

パクリタキセル点滴静注液 30mg/5mL
100mg/16.7mL 「ホスピーラ」

(パクリタキセル・注射液)

製造販売元(輸入元):ホスピーラ・ジャパン株式会社

タキソイド系抗悪性腫瘍剤 毒薬、処方箋医薬品[※]

日本薬局方 ドセタキセル注射液

薬価基準収載

ドセタキセル点滴静注液 20mg/2mL
80mg/8mL
120mg/12mL 「ホスピーラ」

製造販売元(輸入元):ホスピーラ・ジャパン株式会社

抗悪性腫瘍剤 劇薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

イリノテカン塩酸塩点滴静注液 40mg
100mg 「ホスピーラ」

(イリノテカン塩酸塩水和物・注射液)

製造販売元(輸入元):ホスピーラ・ジャパン株式会社

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 劇薬、処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

ゲムシタビン点滴静注用 200mg
1g 「ホスピーラ」

(ゲムシタビン塩酸塩・凍結乾燥注射剤)

製造販売元(輸入元):ホスピーラ・ジャパン株式会社

G-CSF製剤 処方箋医薬品[※]

薬価基準収載

フィルグラスチムBS注 75 μ g
150 μ g
300 μ g シリンジ「モチダ」

(フィルグラスチム(遺伝子組換え)[フィルグラスチム後続1]・注射液)

製造販売元:持田製薬販売株式会社

注)注意-医師等の処方箋により使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照ください。

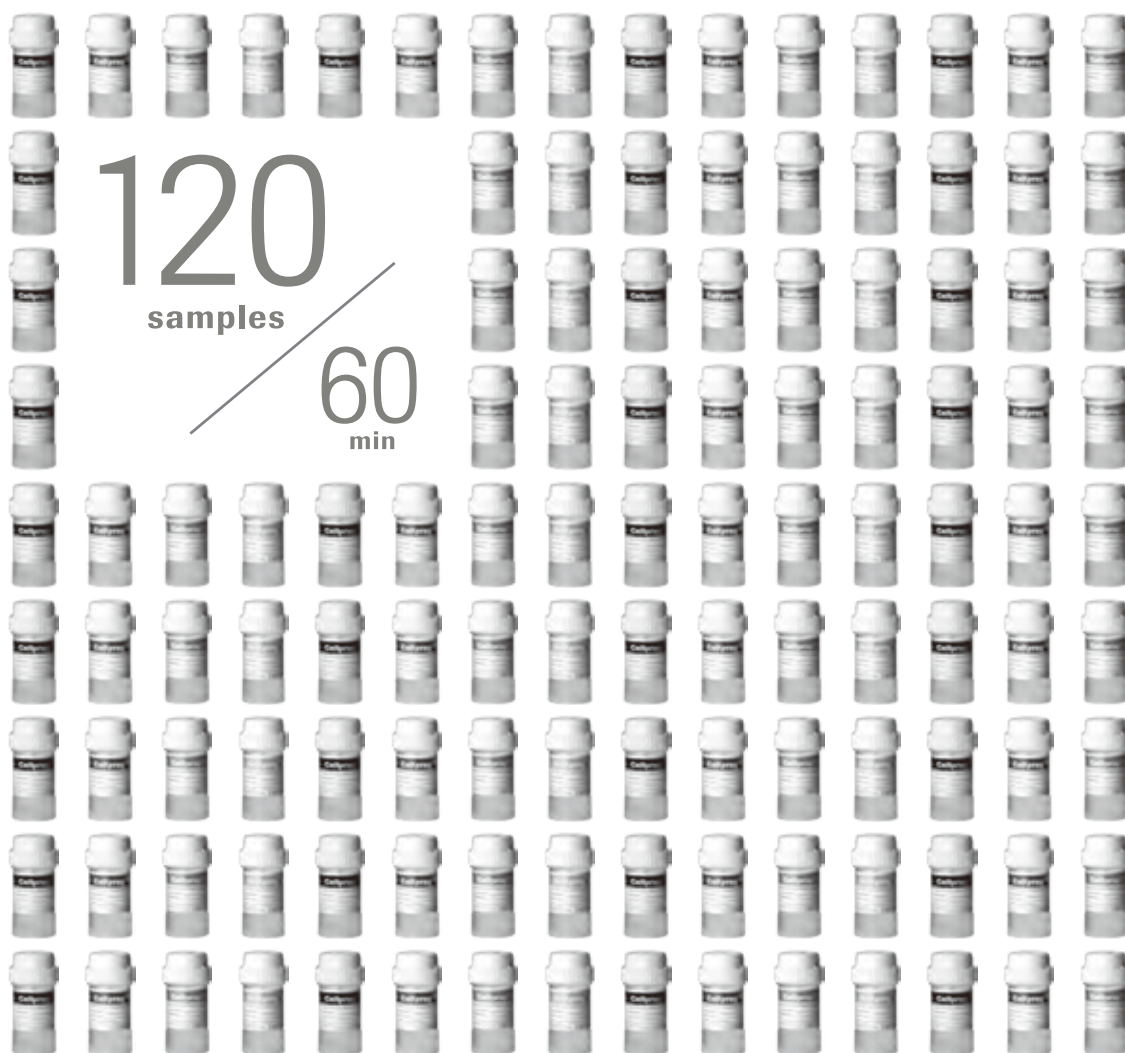


販売・資料請求先>

持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地
☎ 0120-189-522 (くすり相談窓口)

2016年7月作成

LBCに新たな風を、ロシュから。



1検体約30秒処理が、ロシュのLBC。

“風圧”を利用したCellprep法。その高い精度と迅速な処理スピード、優れた汎用性が、細胞診を変える。

Cellprep PLUS[®]

Liquid Based Cytology 次世代液状化検体細胞診システム



お問い合わせ **ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社** 〒105-0014 東京都港区芝2-6-1
カスタマーサポートセンター ☎ **0120-868-555** <http://www.roche-diagnostics.jp>

編集兼発行人
新潟県臨床細胞学会
会長 榎本隆之

発行所
新潟市中央区川岸町二一十五一三
新潟県立がんセンター 新潟病院病理部内
新潟県臨床細胞学会
電話(〇二五)二六六一五一二一

印刷所
新潟市中央区南出来島二一―二五
株式会社ウイザップ
電話(〇二五)二八五一三三二一