

新潟県臨床細胞学会会報

第 33 号

目 次

平成29年度細胞診研修会

平成29年度細胞診研修会報告 1

第10回新潟県臨床細胞学会研修会報告 10

第35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 29

投 稿 規 定 31

事務局からのお知らせ 33

研 修 会 単 位 34

平成29年度細胞診研修会

平成29年度細胞診研修会報告 「呼吸器疾患」

新潟市民病院 病理診断科

橋立 英樹

細胞検査士

清野 俊秀 苅部 豊 戸田裕一郎 神田杏里紗 東條 春菜

平成29年度細胞診研修会が、新潟県、新潟県医師会、新潟県臨床細胞学会、新潟県細胞検査士会、新潟県臨床検査技師会、公益財団法人新潟県健康づくり財団の主催、新潟県検診機関協議会の後援で、平成29年8月25日（金）～8月26日（土）新潟県医師会館にて開催された。26日の症例検討会当日は、会開催時間少し前に小雨がぱらついたが、それがかえって多少の涼さと呼び、以降は概ね天候もよく、ほぼ予定通り滞りなく行われた。

今年のテーマは「呼吸器疾患」とした。最近、肺癌においては、分子標的薬や新規薬剤の台頭などにより治療法の劇的な変化がみられる。治療法の選択肢が増えることにより、細胞診は呼吸器疾患の良悪性診断のみにとどまらず、組織型決定、新規薬剤コンパニオン診断のための判断材料にも用いられ、ますます細胞診断の重要性が高まっている。呼吸器領域は、対象となる臓器や組織型なども幅広く、検体採取法を含めて、さまざまな問題を抱えているとも考えられる。患者への負担が少ないリキッドバイオプシーへの対応など、今後の課題も多い分野である。また、どの施設においても、呼吸器疾患は関わる可能性が高い。多くの参加者が興味を持てる研修会となるように、あえて疾患名や対象臓器の縛りなどをテーマに設けないことで、広く症例を募り、なるべく多くの症例や問題点をピックアップしようと試みた。幸い、疾患等の偏りもほとんどなく、多施設からパラエティーに富む症例提供があり、主催する者としては大変ありがたく、感謝に堪えない。

講師は、新潟県立中央病院病理診断科の酒井剛

先生、長岡赤十字病院病理診断部の薄田浩幸先生、新潟県立がんセンター新潟病院病理部の川崎隆先生に依頼した。講師の先生方からは示唆に富む多くのご意見をいただいた。

提供施設：下越総合健康開発センター、新発田病院、長岡赤十字病院、新潟県立がんセンター新潟病院、新潟市民病院、新潟大学（50音順）

事前鏡検施設：アルプ長岡、魚沼基幹病院、県立中央病院、厚生連長岡中央病院、江東微研（上越医師会）、済生会新潟第二病院、立川綜合病院、西新潟中央病院（50音順）

【症例1】70歳代男性、喫煙者（B.I. 600以上）

臨床所見：2015年10月喀痰集検にてE判定、扁平上皮癌（口腔/上気道由来）が疑われた。呼吸器内科にて肺癌は否定され、耳鼻咽喉科受診。右声帯不整病変を指摘された。喉頭癌の診断にて、2016年1月喉頭全摘術、右頸部郭清術が施行された。

組織診断：喉頭：Squamous cell carcinoma (mod), pT3, 右声門下部, 26×16×20mm, 浸潤型, tumor thickness (10mm), ly0, v2, pn0, n0.

標本・検体処理：2015年E判定となったがその前年度の標本、蓄痰法（フレムメルト）、パパニコロウ染色2枚

提供施設：下越総合健康開発センター

提供施設の判定：C判定

事前鏡検施設：江東微研（上越医師会）

事前鏡検施設の判定：D判定 高度異型扁平上皮

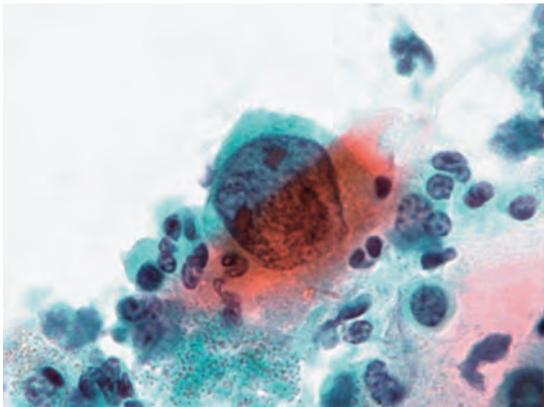
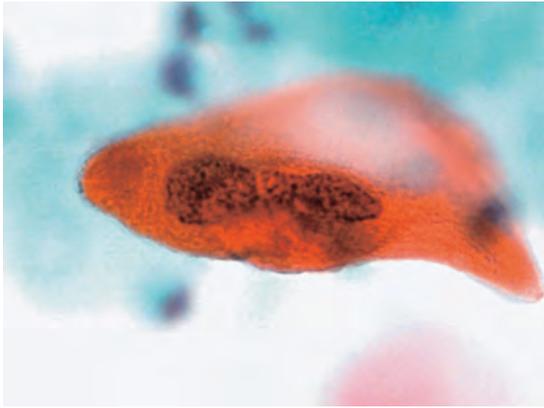


図 1-1

細胞（上気道由来の可能性を含む）。

背景は細菌・真菌を伴う炎症性背景。軽度から中等度異型扁平上皮細胞が散見される。標本全体の異型細胞に比べ、少数だが孤立散在性の小型異型細胞がみられる。

細胞は類円形，厚みと輝度の増したオレンジG好性の胞体で，核は不整形，クロマチン増量し，不均等分布がみられる（図1-1）。異型度が強い細胞は小型で上気道由来の可能性も考えられる。

コメント：喀痰集検にてE判定とされた前年度の検体。厚みと輝度の増したオレンジG好性の異型細胞が少数散見される。強拡大の撮影で，画像にコントラストを付けるとより悪性細胞由来らしくみえるが，実際の検鏡ではC判定かD判定か判断に迷う症例。講師の先生方もほぼ同様の意見であった。切除検体をみると，腫瘍はpT3で浸潤性増殖を示しているが，腫瘍表層では角化し分化した細胞が多くみられ，これらが細胞診標本に出現している細胞の主体と思われる（図1-2）。

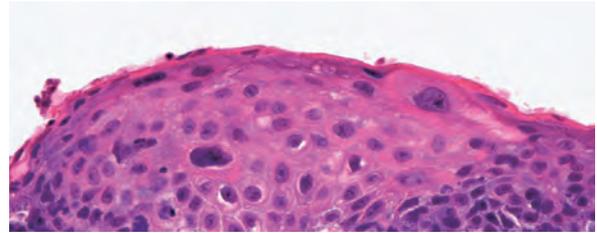


図 1-2

会場アンケート結果：（ ）内は人数

中等度異形成（5），中～高度異形成（口腔内病変？）（1），異形成～上皮内癌（1），高度異形成（2），扁平上皮癌（2），上気道由来扁平上皮癌（1），アスペルギルス（1）

【症例2】50歳代女性

臨床所見：検診の胸部異常陰影で紹介。胸部X線で右肺尖部に境界不明瞭な濃度上昇あり。胸部CTで右肺S1に斑状のconsolidationが多発。右肺腫瘍・肺結核の疑い。

標本・処理法：右B1bよりキュレット・直接塗抹
パパニコロウ染色1枚

提供施設：新潟市民病院

提供施設の判定：Class I，クリプトコッカス症

事前鏡検施設：アルプ長岡

事前鏡検施設の判定：Class II，クリプトコッカス症

気管支上皮に異型は認めない。標本上にライトグリーンに淡染する酵母様真菌と思われる菌体が多く認められ，マクロファージや異物型巨細胞による貪食像が多くみられる（図2-1，図2-2）。クリプトコッカス症を考える所見。肉芽腫性炎の像がみられるため，その他真菌感染の可能性やTbcについても検索をする必要があると思われる。

コメント：肺クリプトコッカス症は，ときに画像上肺癌との鑑別が難しく，臨床上肺癌疑いとして提出されることがあるため，注意が必要である。細胞診検体で，直接菌体を同定できれば，確定診断となる。多核組織球に貪食された形で見られることが多く，多核組織球が見られる際は，特殊染色などを併用して，確認が望まれる。提供施設か

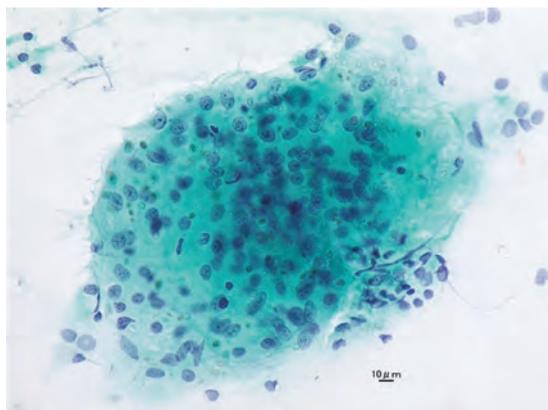


図 2-1

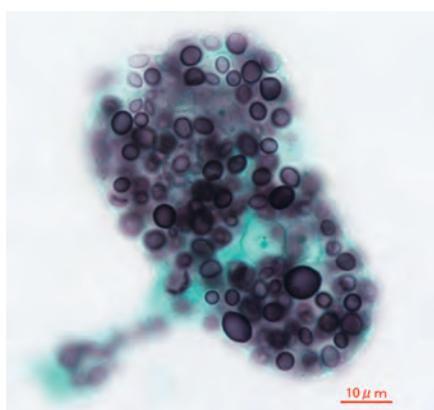
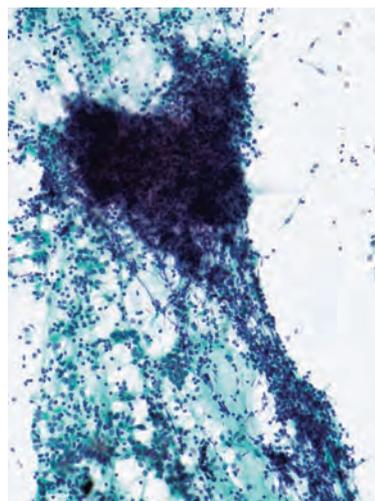


図 2-2

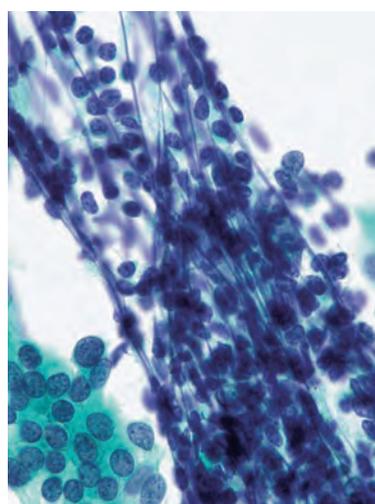


図 3-1

ら、ニューモシスチス症例の提示があったが、クリプトコッカス症とニューモシスチス肺炎との鑑別も重要と思われる。

会場アンケート結果：()内は人数

クリプトコッカス (2), 真菌 (クリプトコッカスまたはニューモシスチス (2), サルコイドーシス (2), 肉芽腫性病変 (1)

【症例 3】50歳代男性

臨床所見：検診異常で紹介。CTで右肺 S3 に、spiculaあり，すりガラス影を伴う27mm大の結節影あり。

材料・処理法：右B3bよりキュレット，直接塗抹パパニコロウ染色 1 枚

組織診断：肺MALTリンパ腫

提供施設：新潟市民病院

提供施設の判定：Class III，良悪鑑別困難

背景に多量のリンパ球と少数の多核組織球を見る (図 3-1)。壊死は見られず抗酸菌症を考える特異所見ではない。一部に核の腫大や核小体の明瞭化を示す腺系異型細胞集団あり。核形不整やクロマチン増量はなく，炎症に伴う反応性変化を疑うが，異型の乏しいAAHや高分化腺癌の可能性は否定しきれない。

事前鏡検施設：県立中央病院

事前鏡検施設の判定：鑑別困難

背景にはリンパ球が多くみられ，集簇したリンパ球も認められる。壊死は見られない。正常の線毛円柱上皮細胞や杯細胞が認められる。多核組織球が少数みられ，一部の多核組織球内にasteroid bodyと思われる構造がみられる。核腫大，明瞭な核小体を有する細胞が集塊で認められるが，ク

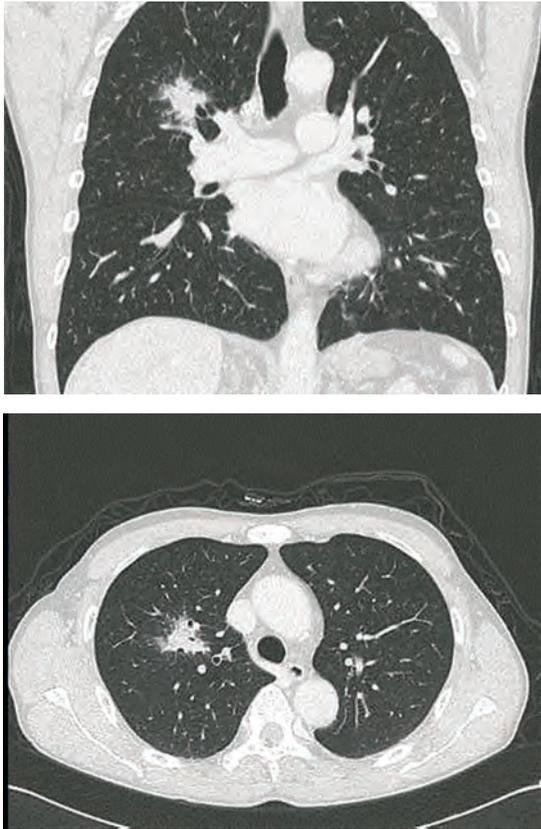


図3-2

ロマチン増量や核形不整は目立たない。比較的細胞質の広めな細胞の集塊や、核密度の高い重積性のある集塊がみられる。鑑別困難であり、鑑別診断としては、悪性リンパ腫、サルコイドーシス、反応性腺系異型細胞、腺癌が挙げられる。

コメント：本症例は画像上高分化腺癌が疑われ(図3-2)、臨床・病理共にMALTリンパ腫の可能性が考慮されなかった。振り返って見ると、画像・細胞像共に鑑別診断として考慮されるべきであった。細胞診で正診に至らなかった理由は、腺系異型細胞の診断に主眼が置かれていたこと、リンパ球に核小体の明瞭化や核異型および単一な細胞増殖所見に乏しかったことが挙げられる。背景に多量のリンパ球の出現を見た場合、他の特異所見や臨床所見を考慮した上でMALTリンパ腫を鑑別の1つとして考えたいが、本例はモノクローナルなリンパ球系細胞の増生所見にやや乏しく、細胞所見のみからリンパ腫を疑うのはかなり難しい症例かと思われた。

会場アンケート結果：()内は人数

小細胞癌 (2), 小細胞癌を含む神経内分泌腫瘍 (NET/NEC) (1), カルチノイド腫瘍 (1), MALTリンパ腫 (1), lymphoepithelial lesion (MALT?) (1), 肉芽腫性病変 (結核/サルコイドーシス) (1)

【症例4】70歳代男性

臨床所見：胸部CTにて右肺S3に42mm大の空洞を伴う腫瘤影あり。

材料・処理法：キュレット採取を直接塗抹 (95%アルコール固定)

組織診断：Combined small cell carcinoms and adenocarcinoma, G4 component : adenocarcinoma 90%, small cell carcinoma 10%, Pml, pl3 (中葉), V1, Ly1

提供施設：新潟県立がんセンター新潟病院

提供施設の判定：適正, Class V, Cancer cells

Small cell carcinomaを考える異型細胞とAdenocarcinomaを疑う異型細胞が出現しており、Combined small cell carcinomaの可能性がある。

事前鏡検施設：厚生連長岡中央病院

事前鏡検施設の判定：陽性, 推定組織 (adenocarcinoma + small cell carcinoma)

核小体明瞭で、核腫大、核の溝様の核形不整、大小不同などを示す軽度重積性のみられる集塊～ゆるい結合性を呈する集塊として出現。腺腔構造もみられる。胞体はLG淡染性で、一部に粘液様の所見あり。→腺癌が示唆される。一方、結合性は緩く、散在性～小集塊状に出現し、クロマチン細～粗顆粒状のN/C比が高く裸核状の細胞が認められる。核小体は目立たず、一部に木目込み細工様の小集塊がみられる核線様の所見あり。→小細胞癌が示唆される (図4-1)。

コメント：肺癌取り扱い規約第8版によると、Combined small cell carcinoma (CSCLC) は、腺癌、扁平上皮癌、大細胞癌、大細胞神経内分泌癌、肉腫様癌、肉腫などの非小細胞癌成分を含む小細胞癌と定義される。大細胞神経内分泌癌

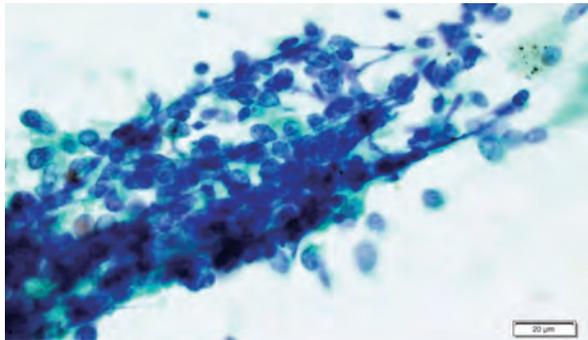
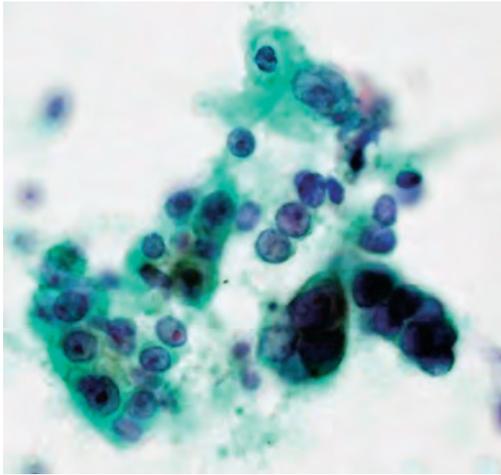


図 4-1

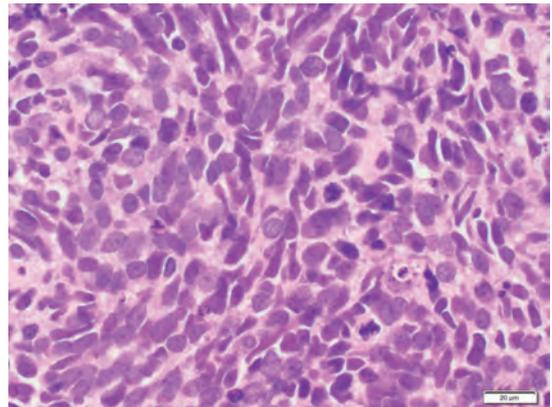
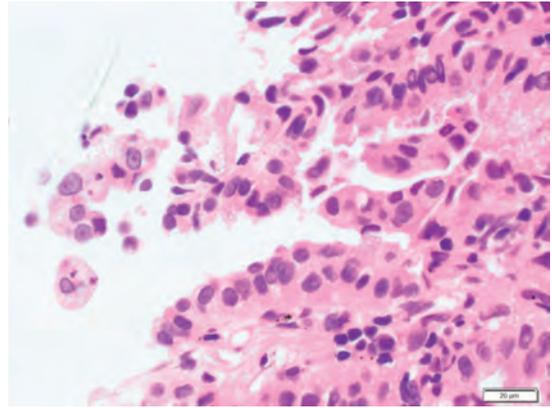


図 4-2

(LCNEC) の成分を含む場合は、その成分が10% 以上の場合に本組織型に含めることとし、それ以下の場合は、純型の小細胞癌とする。それ以外の非小細胞癌の成分との混在型の場合は、量に関する規程はなく、すぐに見出せる程度の量がある場合に本型とする。合併する組織型は、LCNEC、腺癌が多く、頻度は小細胞癌の13~28% (手術例、剖検例より検討) との報告がある。本例は組織診においても腺癌、小細胞癌成分両者が確認された (図 4-2)。

会場アンケート結果：() 内は人数
 小細胞癌 (3), 小細胞癌+腺癌 (3), 腺癌 (2), 扁平上皮癌 (1), 悪性黒色腫 (1), 非小細胞癌 (1), リンパ腫または腺癌 (1)

【症例 5】60歳代男性

臨床所見：検診にて異常を指摘。胸部CTにて右 S6 /10に 6 cm大の一部空洞を伴う腫瘤影あり。

材料・処理法：右B6 鉗子スタンプ、直接直接塗

抹、パパニコロウ染色

組織診断：Combined small cell carcinoma and squamous cell carcinoma

提供施設：新潟県立がんセンター新潟病院

提供施設の判定：適正, Class V, Squamous cell carcinoma

明らかな角化細胞はみられないが、オレンジG 好性の多角形・多稜形細胞や一部紡錘形細胞が、重積性を示す集塊を形成して出現しており、ときに渦巻き状配列を形成している。扁平上皮癌が示唆される。見直すと、わずかながら小細胞癌成分も認められると考えられる (図 5-1)。

事前鏡検施設：西新潟中央病院

事前鏡検施設の判定：疑陽性, 推定組織 髄膜腫, 鑑別診断 扁平上皮癌

類円形または紡錘形細胞が重積性のある集塊を形成。集塊の辺縁は不規則な重積を示し、流れ様や渦巻状配列がみられる。核縁は薄く、核クロマチンの増量は軽度で、一部に核小体が目立つ細胞

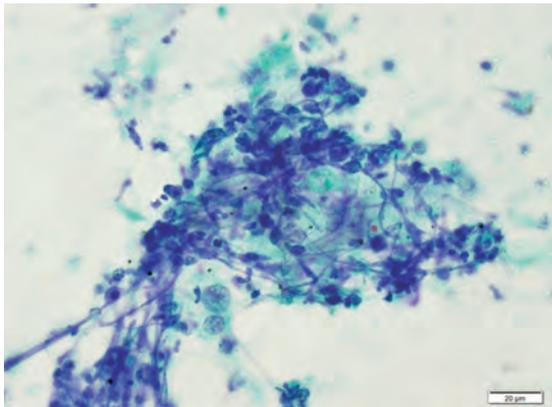
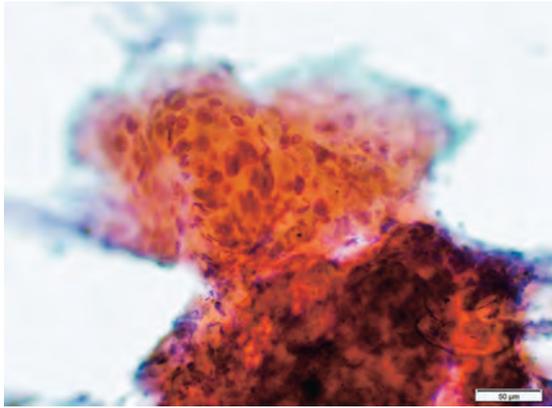


図 5-1

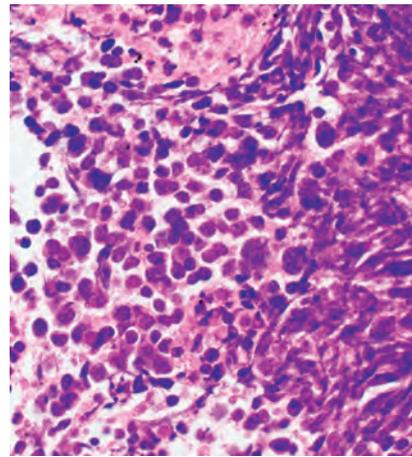
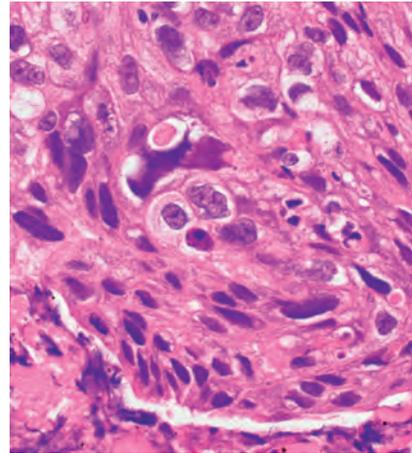


図 5-2

がみられる。壊死背景や角化細胞はみられない。
コメント：扁平上皮癌細胞は一目瞭然と思われる。
ともにみられる核線を伴う挫滅した集塊を小細胞癌成分の混在と診断できるかが問題となる。細胞診標本を見直すと、N/C比大でクロマチン細顆粒状の細胞については、少なくとも小細胞癌を疑うことはできると思われる。文献的にCombined small cell carcinoma and squamous cell carcinomaの発生頻度は、手術検体でsmall cell carcinomaと診断された100例中3例（3%）にみられたとの報告あり。本例は組織診においても扁平上皮癌および小細胞癌成分両者が認められた（図5-2）。
会場アンケート結果：（ ）内は人数
扁平上皮癌（10），低分化腺癌（1），非小細胞肺癌（1），悪性組織型無記載（1）

【症例6】70歳代男性

臨床所見：検診にて異常を指摘され、胸部CTにて22mm大の結節影を指摘された。

材料・処理法：気管支洗浄液，液状検体（Sure Path法），パパニコロウ染色

組織診断：adenocarcinoma (fetal adenocarcinoma, high-grade) + SCC

提供施設：新潟大学

提供施設の判定：適正，Class V，Adenocarcinoma
最終組織診断はfetal adenocarcinoma (high grade)（図6-1）+ SCCであった。本例の細胞診標本内には見直し診断にても明らかな胎児性腺癌，および扁平上皮癌成分を思わせる細胞の出現に乏しく，上記組織型を推定することは困難であったと思われる。

事前鏡検施設：県立中央病院

事前鏡検施設の判定：陽性，推定組織 Adenocarcinoma鑑別診断LCNEC

一部で不規則な重積を示すN/C比大～裸核状で，核の大小不同が目立つ。核は楕円～円形で核

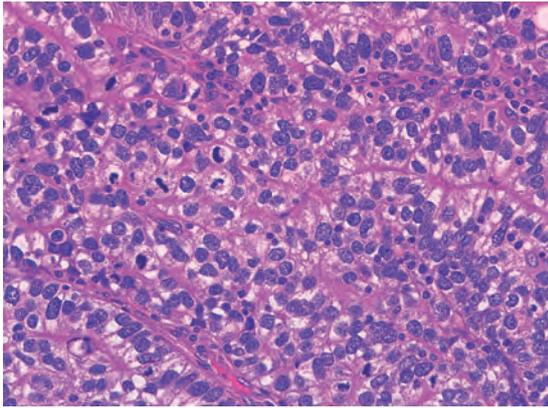


図 6-1

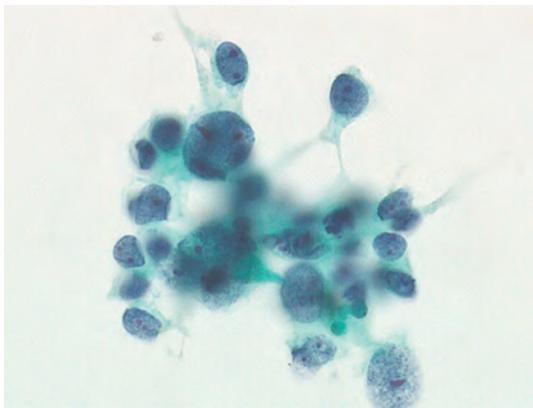
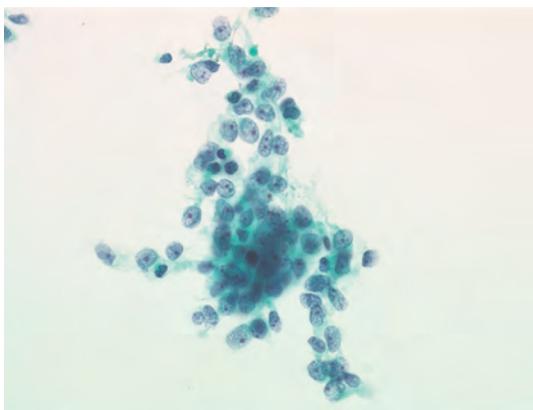


図 6-2

形不整は目立たない。核膜は薄い印象。核クロマチンは細顆粒状、明瞭な核小体が1～数個、ときに核内封入体あり(図6-2)。

コメント：胎児性癌はlow gradeとhigh gradeに分類され、好発年齢や予後が異なる。今回提供された細胞診標本においては核下空胞などの胎児性癌を疑わせる明らかな細胞はみられないように思われる。最終組織診断では扁平上皮癌成分もあっ

たとのことであるが、組織学的に扁平上皮癌部分は面積的にわずかであり、細胞診標本への出現はなかったものと思われる。

会場アンケート結果：()内は人数

腺癌(6)、粘液性腺癌(1)、非小細胞肺癌(腺癌 or LCNEC)(1)、Malignant cells(腺癌を疑う)(1)、小細胞癌(1)、LCNEC(1)、悪性組織型無記載(1)、鑑別困難(腺癌～カルチノイド、AAHも鑑別に挙がる)(1)

【症例7】30歳代女性

臨床所見：右下葉S10に2.1cm大の結節を指摘された。術前の生検は行われていない。

材料・処理法：迅速組織診施行後、腫瘍をスライドガラスに捺印塗抹し、アルコール固定にて標本作製、パパニコロウ染色

組織診断：Mucoepidermoid carcinoma, low grade

提供施設：長岡赤十字病院

提供施設の判定：術前の細胞診診断なし

事前鏡検施設：魚沼基幹病院

事前鏡検施設の判定：疑陽性、Class III, Atypical cells, 推定組織①粘表皮癌, ②硬化性血管腫, ③カルチノイド腫瘍

背景には少数の赤血球がみられるが、炎症細胞などは目立たない。粘液様物質、少数の紡錘形細胞が散見される。出現細胞は主にシート状集塊を形成し、類円形～多辺形、やや厚みのあるライトG好染性の胞体を有する。一部の細胞には淡赤性の粘液を認める。核は類円形でやや核肥大を認めるが、クロマチン増量は軽度で核小体は目立たない(図7-1)。

コメント：肺粘表皮癌(図7-2)の発生頻度は全肺癌のおよそ0.1%～0.2%とまれ。発症年齢は30～40歳代が多い。主気管支～区域気管支を主体とする中枢気道発生が知られ、気管支腔内にポリープ状に突出する病変を形成することが多い。提供施設より配布された臨床情報には、中枢発生・気管支内発生を示唆するような記載がないために、組織型推定がやや困難になった可能性が高

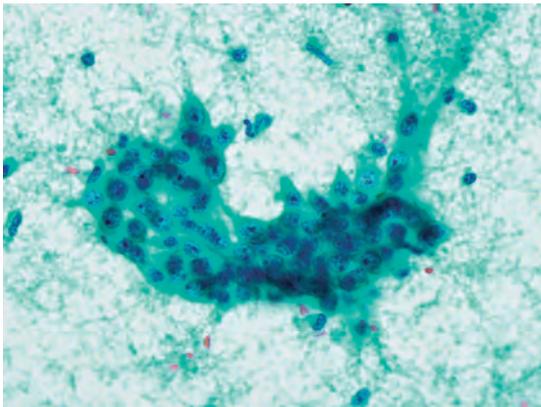
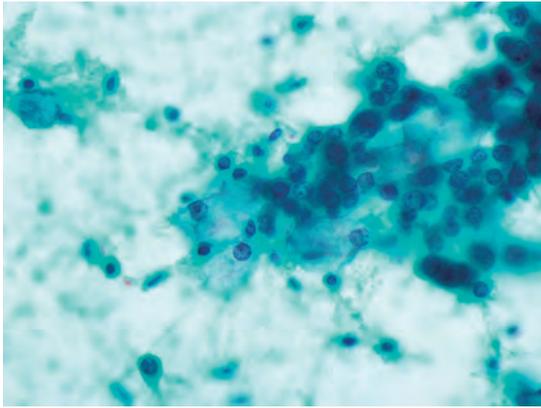


図7-1

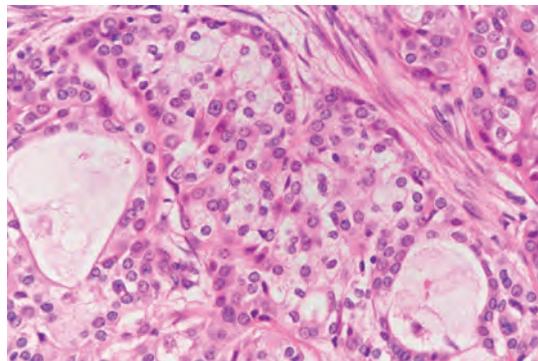


図7-2

いと思われる。今後このような重要な臨床情報については記載することが望まれる。

会場アンケート結果：()内は人数
粘表皮癌(5), 扁平上皮癌(基底細胞型?)(1),
腺癌(1), 鑑別困難(3)(過誤腫(1), カルチノイド(1), 反応性腺細胞(1)), 硬化性血管腫(1)

【症例8】60歳代男性

臨床所見：人間ドックの胸部Xpで右肺尖部異常影を指摘された。胸部CTで右中葉に1.5cm大の結節影あり。気管支鏡施行後、右中葉切除術施行された

材料・処理法：キュレット検体はABC液に浮遊させた状態で提出され、気管支洗浄液は生食浮遊で提出、いずれも1500rpm 5分で処理。パパニコロウ染色

組織診断：Atypical carcinoid tumor, 11×11×9mm, ly0, v0, pl0, Rt.S4a.

提供施設：新発田病院

提供施設の判定：適正, ClassIV, 推定組織型 Atypical carcinoid tumor, suspected

事前鏡検施設：済生会新潟第二病院

事前鏡検施設の判定：ClassIII, 良悪性判定困難
推定組織型 腺癌(微小乳頭状優位型)または硬化性血管腫(硬化性肺胞上皮腫)

背景には、好中球・ヘモジデリンを貪食した組織球がみられる。壊死なし。出現細胞は孤在性、小型～大型の軽度重積性を示す集塊状(流れるような配列なし)、腺腔様構造あり。細胞質はライトグリーン好性、泡沫状、ICL様所見あり。核は、中心性から偏在性、円形～類円形核、大小不同あり、一部に核形不整あり。核小体は概ね1個、2～3個の細胞もある。クロマチンは微細顆粒状または融解状。細胞異型が弱いため、硬化性血管腫も考えられたが、好発年齢などが合わない。数個から20個程度の小型集塊状に細胞が出現しているため、微小乳頭状優位型の腺癌等が考えられるが、良悪性の判定は困難(図8-1)。

コメント：気道内にポリープ状に突出した病変を形成している腫瘍。細胞診標本には血管を芯として細胞が放射状に配列する像があり(図8-2)、内分泌系腫瘍が疑われるが、実際は腺癌との鑑別は難しいと思われる。壊死を示唆する所見や高頻度の細胞分裂像はみられておらず、細胞診検体のみからatypical carcinoidまで疑うべきかどうかについては結論が出なかった。

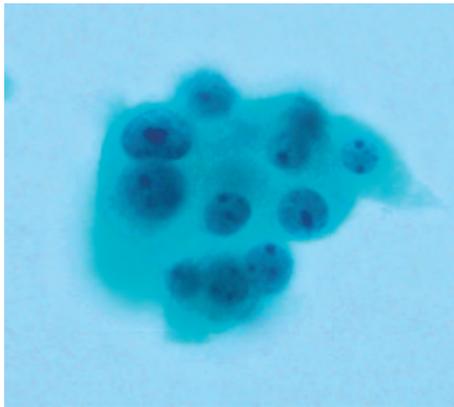
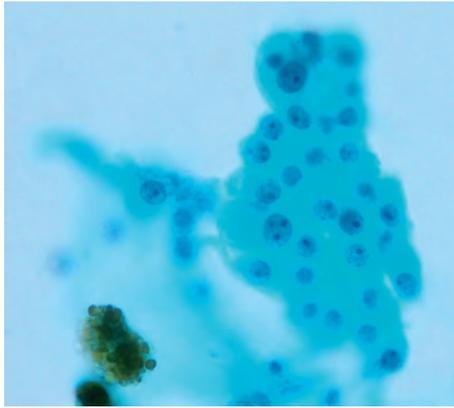


図 8-1

会場アンケート結果：()内は人数
硬化性血管腫 (3), 腺癌または硬化性血管腫
(2), 悪性だが組織型無記載 (2), 腺系異型細胞
(1), アスベスト関連癌 (腺癌) (1), 組織
型推定困難 (1)

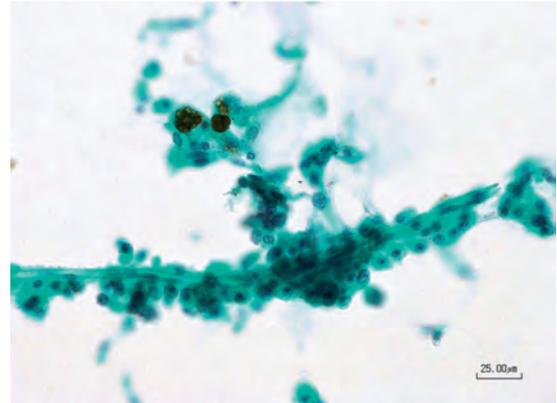


図 8-2

おわりに

呼吸器関連疾患の典型症例・教育的な症例・稀少例を含む8例を経験し、検討できたことは大変有意義であった。主催の新潟県、新潟県医師会、新潟県臨床細胞学会、新潟県細胞検査士会、新潟県臨床検査技師会、公益財団法人新潟県健康づくり財団、および、後援いただいた新潟県検診機関協議会の方々、コメンテーターの先生方、当日参加されたすべての方、献身的に準備や当日の運営に奔走していた当院のスタッフに改めて感謝申し上げます。なお、時間の制約や症例の重複等の関係上、せっかく提供していただいたにもかかわらず、どうしても今回の検討症例から省かざるを得なかった症例があったことをお詫びして、最後の言葉としたい。

第10回新潟県臨床細胞学会研修会報告
「子宮頸部細胞診におけるAGCのアウトカム
～生検あるいは摘出物の組織検査から振り返れたAGC評価症例の見直し～」
新潟県立中央病院産婦人科

大野 正文

第10回新潟県臨床細胞学会研修会が、新潟県臨床細胞学会、新潟県臨床衛生検査技師会、新潟県細胞検査士会の主催で、平成30年2月3日新潟県医師会館で開催された。

今回のテーマは「子宮頸部細胞診におけるAGCのアウトカム～生検あるいは摘出物の組織検査から振り返れたAGC評価症例の見直し～」とし、5症例の子宮頸部細胞診によるスライドセミナーを、また、症例検討に関連して「AGCの背景となりうる病変」と題して、本山 悌一先生（山形大学名誉教授）にお願いして講演を企画した。

スライドセミナーのセミナーの講師は加勢 宏明先生（厚生連長岡中央総合病院産婦人科）、菊池 朗先生（新潟県立がんセンター新潟病院婦人科）、内山 三枝子先生に依頼した。

【症例1】30歳代

月経周期：最終月経不明

主訴・及び臨床経過：他院にてLSILにより当院紹介受診，生検CIN 1 診断後follow up中

採取器具：ヘラ

処理方法：直接塗抹法（95%アルコール固定）

事前検鏡施設 細胞診判定：AGC（特定不能な異型内頸部細胞）

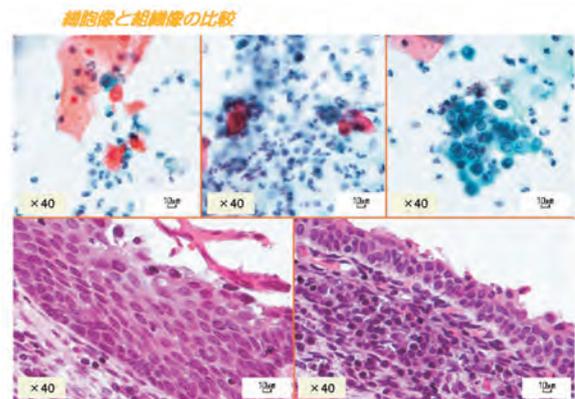
細胞診所見：出現細胞量から適正標本，背景は軽度炎症像，出現様式は①扁平上皮化生細胞あるいは中～傍基底型由来細胞が散在，②頸管腺由来異型細胞が10～20個位の集塊で出現。

細胞形態：①N/C上昇，軽度核形不整，クロマチン顆粒状，②配列の乱れ，粘液，核大小不同，核形不整，クロマチン軽度増量，核小体もみられる。大型集塊，N/C比上昇，核形不整，核大

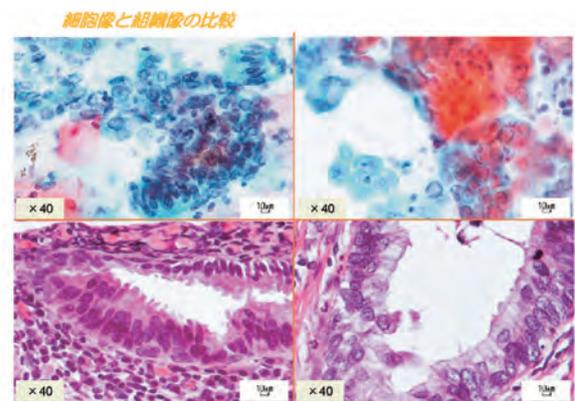
小不同，クロマチン軽度増量。出現量から頸管腺由来の病変を疑うが，背景に少数扁平上皮系の異型細胞も出現していることより，腺侵襲を伴うHSILも鑑別に挙げられると考える。

提供施設 細胞診判定：ASC-H+AGC-NOS（高度異形成疑い+異型腺細胞）

細胞診所見：頸管円柱上皮細胞がみられ，細胞採取量も中等量の標本であった。標本中には、



症例1-1



症例1-2

エオジン，ライトグリーンに染まる傍基底型様の扁平上皮系と思われる異型細胞が少数出現していた。また，頸管円柱上皮細胞の集塊中に大型核の混在やクロマチン増量は乏しいが核形不整のある腺系の異型細胞も出現していた。これら異型扁平上皮系の異型細胞は，核異型やクロマチン増量が軽度であったためASC-Hにとどめた。一方，腺系の異型細胞集塊には柵状あるいは羽毛状を呈する細胞集塊や核の切れ込みなどの明らかな核形不整のある細胞がみられなかったため，炎症異型を疑ってAGC-NOSと判定した。

子宮頸部生検：CIN 3（高度異形成）+ AIS疑い
 円錐切除術標本：CIN 3（高度異形成）+ AIS

【症例2】60歳代

月経周期：閉経14年前

主訴及び臨床経過：集団検診

採取器具：サーベックスブラシ

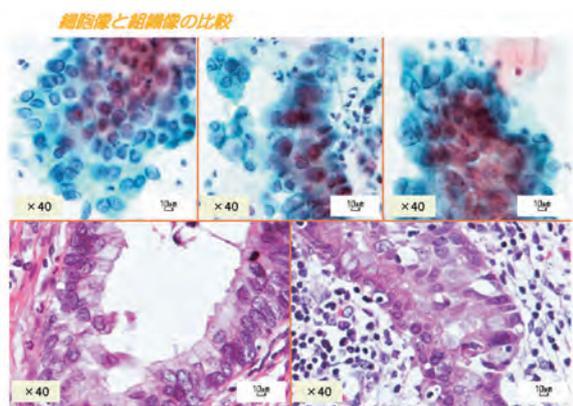
処理方法：LBC法（Sure Path法）

事前検鏡施設 細胞診判定：AIS

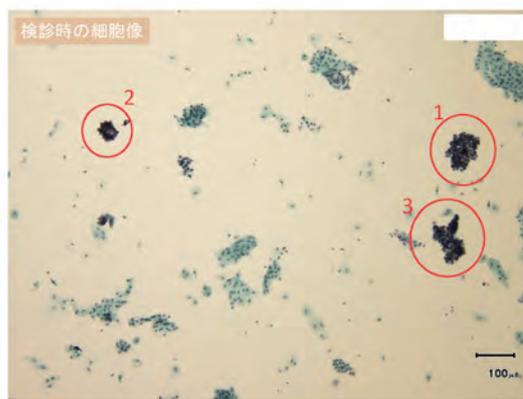
細胞診所見：背景は清浄，核所見はN/C比大，類円形～楕円形核，大小不同，一部に核形不整，核クロマチンは微細顆粒状で増量，小型の核小体を認める。集塊はシート状～重層性，索状・放射状に配列，核分裂様所見もみられる。

提供施設 細胞診判定：AGC-FN

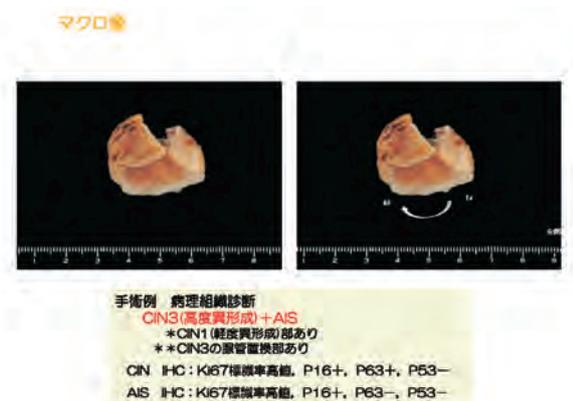
細胞診所見：炎症細胞の少ない清浄な背景に，扁平上皮細胞を平面的な集塊状に認める。扁平



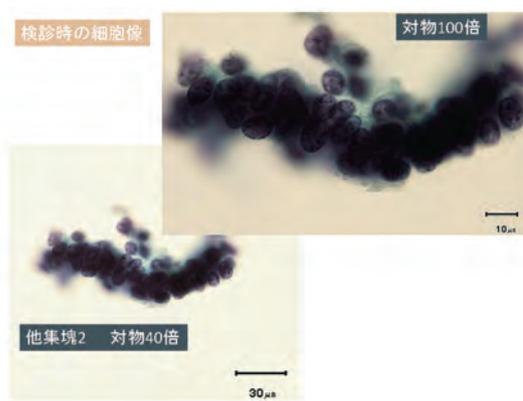
症例 1 - 3



症例 2 - 1



症例 1 - 4



症例 2 - 2

上皮細胞に分化傾向はみられず、全体は萎縮性の細胞像を呈している。それらの扁平上皮細胞とは異なる小型細胞を小集塊状に認める。集塊の細胞密度はやや高く、柵状から一部不規則な配列を認める。核の偏在傾向、核肥大、軽度核形不整、細顆粒状クロマチンの増量傾向を認め、頸部由来の異型腺細胞と考える。萎縮性変化を示す中に上記のような異型腺細胞が多数みられることは異常であるが、AISや浸潤性腺癌と断定するには核の異型は弱く、重責性も軽度であることより、AGC-FNと判定した。

子宮頸部生検：子宮頸部腺癌

円錐切除術標本・摘出子宮標本：AIS

【症例3】30歳代

月経周期：最終月経より12日目

主訴・及び臨床経過：検診AGCにより当院紹介受診

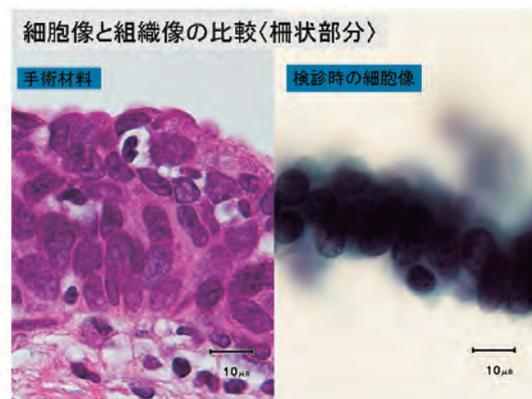
採取器具：ブラシ

処理方法：直接塗抹法（95%アルコール固定）

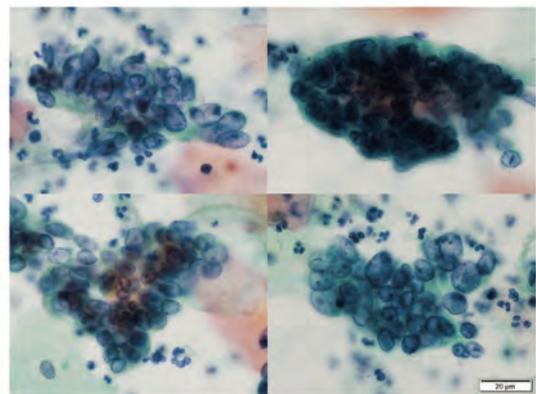
事前検鏡施設 細胞診判定：AIS

細胞診所見：きれいな背景に柵状、放射状、羽毛状集塊がみられ、核の重責性や配列の乱れ、核密度の増加、核間距離の不均等や核の突出像、核は円形から楕円形で、核形不整、核の大小不同、核クロマチンは微細顆粒状で軽度増量、核小体は不鮮明。

提供施設 細胞診判定：AGC-FN



症例 2-3



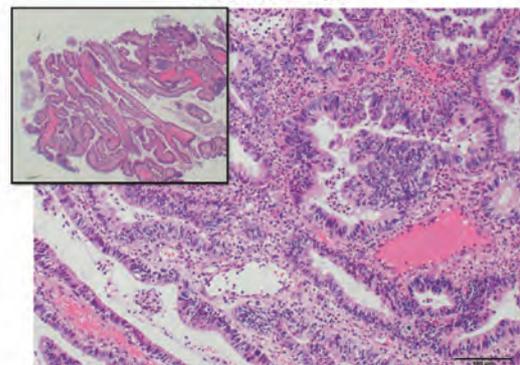
症例 3-1

AISと症例2の所見の比較

AIS	合致の程度	症例2
背景はきれい	○	背景はきれいで萎縮性
柵状配列や羽毛状集塊を形成する	△	柵状配列は認めるが明らかな羽毛状集塊は見られない
重積異常、細胞配列の乱れ、核間距離の不均等	△	軽度の重積異常、細胞配列の乱れ、核間距離の不均等
核形は卵円形～長形	△	核形は円形～楕円形
核の肥大、大小不同、多層化を認める	△	軽度の核肥大、大小不同、多層化
核縁は概ね平坦で肥厚は軽度	○	核縁は平坦、軽度肥厚
クロマチンは細～粗顆粒状に増加	△	細顆粒状クロマチン
核小体は小型～不鮮明	△	核小体は目立たない
核分裂像やアポトーシス体が見られる	○	核分裂像を少数認める

症例 2-4

子宮頸部生検

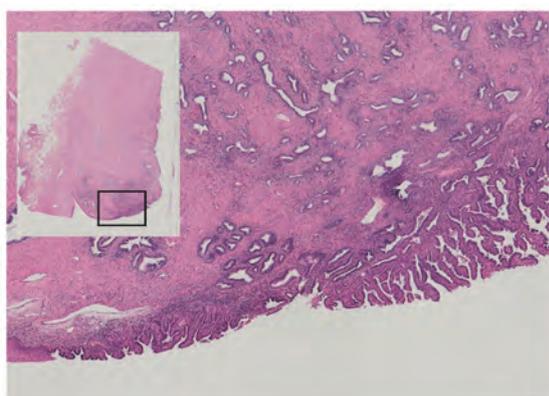


症例 3-2

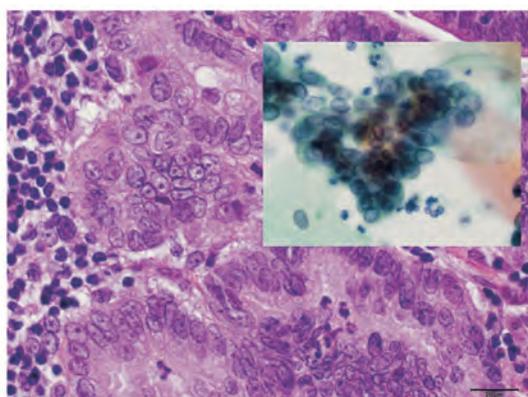
細胞診所見：背景に壊死を認めない。異型腺細胞が主に集塊状にみられる。集塊の核密度は高く、配列の乱れを認める。集塊からの核の飛び出しや、羽毛状変化のような集塊もみられる。柵状配列や、少数だが乳頭状様の集塊もみられる。個々の細胞は核腫大や核形不整、クロマチン増加がみられ、一部で明瞭な核小体も認める。全体として細胞異型は軽度な印象だが、一部で異型性明瞭な細胞もみられる。異型腺細胞は頸部由来を考え、AISや浸潤性腺癌等の腫瘍性を疑う。

子宮頸部生検：腺癌

摘出子宮標本：通常型内頸部腺癌



症例 3-3



症例 3-4

【症例 4】 30歳代

月経周期：①最終月経から8日目、②最終月経から21日目

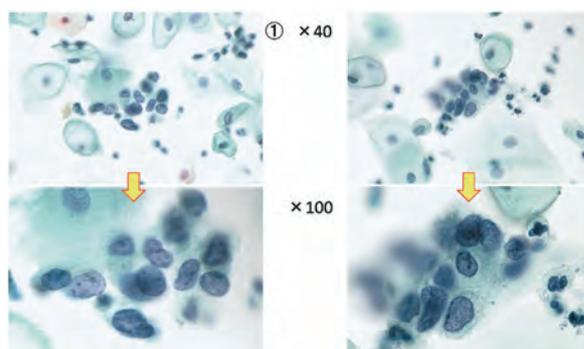
主訴・及び臨床経過：20代後半にCIN 3と診断され円錐切除術施行。その後細胞診でfollow up

採取器具：サーベックスブラシ

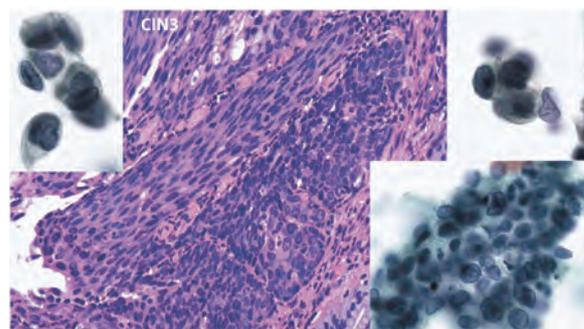
処理方法：LBC法（Sure Path法）

事前検鏡施設 細胞診判定：腺癌

細胞診所見：標本①、類円形核、核腫大、核クロマチン増量、核小体腫大、核大小不同、不規則重責、一部腺腔形成、柵状配列、高円柱状細胞集塊に極性の乱れ、核分裂像、核破砕物あり。標本②、標本①よりも強い細胞異型、異型細胞量も多い、粘液あり、オレンジG好性細胞ある



症例 4-1



症例 4-2

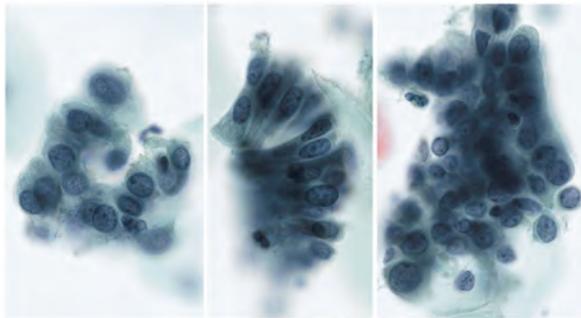
が強い異型なし。

提供施設 細胞診判定：HSIL（高度異形成からCIS）

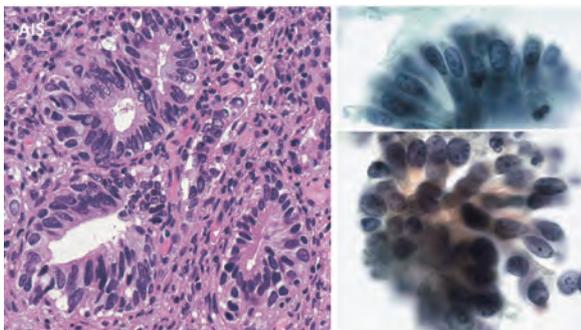
細胞診所見：N/C比増大，クロマチン増量を示す傍基底型の核異常細胞の小集団を認める。CISまでの病変由来を疑う。

子宮頸部生検：CIN 3（高度異形成）

円錐切除標本：AIS（5/12）+CIN 3（高度異形成，2/12）



症例 4-3



症例 4-4

【症例 5】 50歳代

月経周期：閉経

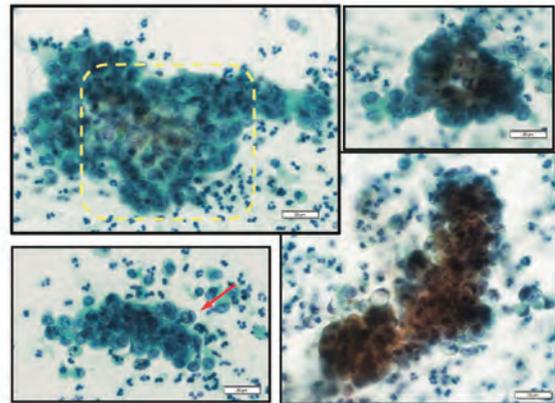
主訴・及び臨床経過：外陰痛（外陰蜂窩織炎），不正出血で当院紹介受診

採取器具：ヘラ

処理方法：直接塗抹法（95%アルコール固定）

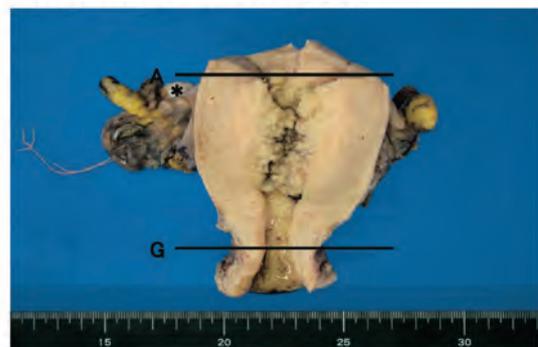
事前検鏡施設 細胞診判定：AGC-NOS

細胞診所見：背景は炎症性で，軽度の重責性を示す集塊や配列不整な集塊が出現，クロマチンは細顆粒状で軽度増量，核はほぼ類円形で溝状やしわ等の核形不整がみられるが核腫大は比較的軽度，がみられる。積極的に悪性と考えるほどの所見はなく，羽毛状変化などの所見はみられない。好中球の侵入像がみられる集塊あり。



症例 5-1

【切除検体：肉眼所見】



症例 5-2

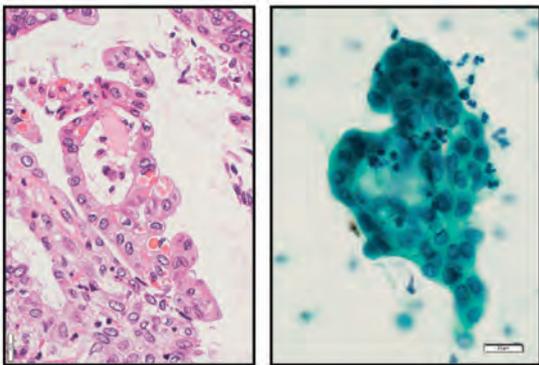
提供施設 細胞診判定：AGC

細胞診所見：好中球，組織球を背景に扁平上皮細胞，頸管腺細胞，及び扁平上皮化生細胞が認められ，その中に，孤在性～小集塊状の小型細胞を認める．細胞は円形で，核は円形～類円形，クロマチン増量は乏しいが核形不整や小型核小体を認める．また，核密度の高い腺細胞集塊も認める．全体的に細胞は小型で，異型は軽度であり，細胞の良悪性の鑑別が困難なためAGCと判定．また，これらの細胞は体部標本の細胞と類似しており，細胞形態や出現様式から体部由来の可能性も否定できないと考える．

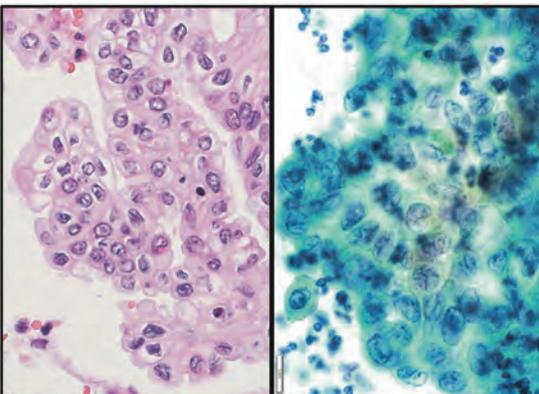
内膜生検：類内膜癌

摘出子宮標本：子宮内膜癌

【細胞診を振り返ってみると・・・】



症例 5 - 3



症例 5 - 4

【総括】

以前，子宮頸部扁平上皮系細胞診異常の中でASC-Hをテーマに取り上げたので，今回は，子宮頸部腺系細胞診異常の中でAGCをテーマとして企画させていただいた．5症例について症例が提示され，細胞検査士ならびに細胞診専門医により活発な議論が展開された．

子宮頸部病変の症例が4例，子宮体部病変の症例が1例提示された．

症例1は子宮頸部扁平上皮系病変（高度異形成）と子宮頸部腺系病変（AIS）の共存症例である．一方の異常細胞の存在のみにとらわれず混在症例も見落とさないことが重要である．

症例2はAISのみの症例である．

症例3は通常型内頸部腺癌の症例である．

症例4はCIN治療後のフォロー中に出現した扁平上皮系病変（高度異形成）および腺系病変（AIS）の共存症例である．

症例5は子宮体部からの混入による子宮頸部腺系細胞診異常症例である．日常的に子宮頸部以外にも責任病変の存在があることを念頭に置いて，異型腺細胞の由来について，鑑別にあげることも重要である．

研修会の締めくくりに，特別に本山 悌一先生のご厚意で，子宮頸部腺系病変を系統的にレビューしていただき，「AGCの背景となりうる病変」について，病理学的にまとめていただいたことは，参加者にとって大いに寄与できたことと，愚行している．

提供施設：済生会新潟第二病院，新潟県保健衛生センター，新潟県立がんセンター新潟病院，新潟市民病院，新潟県立中央病院（五十音順）

事前検鏡施設：魚沼基幹病院，厚生連長岡中央総合病院，済生会新潟第二病院，立川総合病院，新潟県立新発田病院（五十音順）

第 35 回
新潟県臨床細胞学会
学術集会プログラム，抄録

第35回新潟県臨床細胞学会 学術集会プログラム

日時 平成30年7月8日(日)
午後2時より
会場 新潟大学医学部有壬記念館
新潟市中央区旭町通1-757
TEL 025-227-2037

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

新潟県臨床細胞学会会長挨拶
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:長岡中央総合病院 産婦人科 加勢 宏明

1) 「妊娠初期に診断されたCIN 3症例の臨床病理学的検討」

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科¹⁾, 厚生連村上総合病院 産婦人科²⁾

○高橋宏太郎^{1, 2)}, 加勢 宏明¹⁾, 安田 麻友¹⁾, 松本 賢典¹⁾, 横田 有紀¹⁾, 古俣 大¹⁾

2) 「子宮頸部癌と関連病変におけるHepatocyte nuclear factor 4 α (HNF 4 α) の発現」

新潟大学医学部保健学科・大学院保健学研究科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⁾

○須貝 美佳¹⁾, 岩渕 三哉¹⁾, 高橋加奈絵²⁾, 池亀 央嗣²⁾, 横山 千明²⁾, 川口裕貴恵²⁾,
梅津 哉²⁾, 本山 悌一³⁾

3) 「子宮頸部異形成を対象としたKi67・P16二重免疫染色の有用性の検討」

新潟市民病院 病理検査科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

○神田杏里紗¹⁾, 荻部 豊¹⁾, 清野 俊秀¹⁾, 戸田裕一郎¹⁾, 花野友梨香¹⁾, 東條 春菜¹⁾,
渋谷 宏行²⁾, 橋立 英樹²⁾, 吉田 絃子²⁾

4) 「ASC-H判定の細胞像の一考察」

一般財団法人下越総合健康開発センター¹⁾, 新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科²⁾

○姫路由香里¹⁾, 本間真由美¹⁾, 板垣由香里¹⁾, 峰本 佳織¹⁾, 渡辺 玄²⁾, 本間 慶一²⁾

休憩 5分 14:45~14:50

一般演題Ⅱ 14:50~15:10 座長：新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科 林 真也

5) 「泌尿器尿細胞診報告様式2015」についてのアンケートの結果

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

○川崎 隆

6) 「乳腺穿刺吸引細胞診におけるLBC (Liquid-based cytology) 標本を用いた免疫染色の有用性についての検討」

済生会新潟第二病院 病理診断科

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

一般演題Ⅲ 15:10~15:30 座長：新潟大学医歯学総合病院 病理部 梅津 哉

7) 「OSNA法による乳癌センチネルリンパ節転移検索に併用する捺印細胞診の有用性」

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

○本間 慶一, 神田 真志, 林 真也, 畔上 公子, 弦巻 順子, 北澤 綾, 豊崎 勝実,
泉田佳緒里, 川口 洋子, 小林由美子, 渡邊 玄, 川崎 隆

8) 「甲状腺篩型乳頭癌の1例」

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

○林 真也, 神田 真志, 畔上 公子, 弦巻 順子, 北澤 綾, 豊崎 勝実, 泉田佳緒里,
川口 洋子, 小林由美子, 渡邊 玄, 川崎 隆, 本間 慶一

休憩 5分 15:30~15:35

総 会 15:35~16:05

休憩 10分 16:05~16:15

特別講演 16:15~17:15 座長：新潟県臨床細胞学会 会長 榎本 隆之

「婦人科腫瘍の一面：組織像からみた姿と細胞像からみた姿」

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科・教授 安田 政実 先生

妊娠初期に診断されたCIN 3 症例の臨床病理学的検討

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科¹⁾, 厚生連村上総合病院 産婦人科²⁾

高橋宏太郎^{1, 2)}, 加勢 宏明¹⁾, 安田 麻友¹⁾, 松本 賢典¹⁾, 横田 有紀¹⁾, 古俣 大¹⁾

【はじめに】

妊娠中のCIN 3は進展する可能性が低く、浸潤癌を疑う所見がない場合には保存的管理が望ましいとされている。また分娩後に病変が自然退縮する場合もある。妊娠中にCIN 3と診断された症例について検討した。

【方法】

2010年1月から2016年12月の7年間に長岡中央総合病院でみられた分娩7,408件のうち、妊娠中にCIN 3の診断に至った23例(0.31%)を対象とした。妊娠初期の細胞診の結果、分娩後の病変の転帰について検討した。また分娩後も継続してCIN 3が確認された群(持続群)と分娩後に病変が退縮した群(退縮群)に分け、各因子について検討した。

【結果】

妊娠初期のCIN 3に対する細胞診の感度は43.5%であった。AISも認めた1例と中期中絶を行った1例は検討から除外した。21例中、分娩後に浸潤癌に進展している症例は認めず、持続群が

8例(38.1%)、退縮群が13例(61.9%)であった。持続群と退縮群に関して、年齢、BMI、妊娠歴、分娩歴、組織診施行週数といった背景に差は認めなかった。病変の持続、退縮に寄与する因子として、妊娠前の頸部細胞診異常の既往、妊娠初期のコルポスコピーの病変の広がり、妊娠初期の組織診の生検数、出生児の体重、分娩所要時間については2群間で有意差は認めなかった。しかし妊娠中に再検査された細胞診の最終検査結果がHSIL(CIN 3疑い)であった例は、持続群は6例中4例(66.7%)、退縮群は12例中1例(8.3%)で、持続群では有意に頻度が高かった($p=0.02$)。また退縮群13例のうち、24ヶ月以上フォローアップされた11例中4例(36.4%)が再度CIN 3の診断に至った。

【まとめ】

今回の検討では妊娠経過中にCIN 3が退縮する可能性が示唆された。また分娩後にCIN 3が退縮した症例でも、継続的なフォローが必要と考えられた。

子宮頸部癌と関連病変における Hepatocyte nuclear factor 4 α (HNF4 α) の発現

新潟大学医学部保健学科・大学院保健学研究科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⁾

須貝 美佳¹⁾, 岩淵 三哉¹⁾, 高橋加奈絵²⁾, 池亀 央嗣²⁾, 横山 千明²⁾,
川口裕貴恵²⁾, 梅津 哉²⁾, 本山 悌一³⁾

【はじめに】

女性悪性腫瘍の多くを占める子宮頸癌は、その発症にHPV感染が大きく関わる。そのため頸部擦過細胞診に加え、p16免疫染色やハイリスクHPV検出の併用は子宮頸癌の早期発見に有効で、子宮頸癌による死亡数の減少効果が期待される。しかし、その効果に歯止めがかかっている。その一因として、近年の頸部腺癌増加が挙げられる。腺系病変は化生性変化、反応性変化により判定が困難であることに加え、HPV非関連腺癌の存在も早期発見の機会を逸するものと考えられる。そこで、HPVに左右されない腺系病変系移行マーカーの特定が望まれる。頸部腺癌は概ね粘液性腺癌である。そこで、粘液マーカーであるHepatocyte nuclear factor 4 α (HNF4 α) に着目した。HNF4 α は内胚葉臓器の分化に関与する転写因子で、その発現は臓器特異性が高く、腫瘍化においても維持される。一方、正常では発現を認めない卵巣、肺でも粘液性腺癌にのみ発現を認める(Sugai M. et al. Pathology International; 2008, Sugano M. et al. Am J Surg Pathol; 2013)。そこで、正常・良性の子宮組織と子宮頸癌および頸部腺癌組織重型における差異を見出すことを目的に、HNF4 α の発現を検討した。

【対象】

新潟大学関連病院において婦人科悪性腫瘍として切除された症例 89症例・94病変、非腫瘍性病変として切除された子宮40症例。

【方法】

抗HNF4 α 抗体を主体とした免疫染色を行い、子宮頸癌におけるHNF4 α の発現と従来の子宮頸癌マーカーとの相関を比較検討した。また、頸部腺癌の術前に施行された細胞診、および無作為に抽出したNILMと判定された子宮頸部細胞診標本に対して抗HNF4 α 抗体を用いた免疫染色を行った。

【結果】

HNF4 α は正常および良性の頸管腺細胞、CISを含めた扁平上皮癌のすべてで発現を認めなかった。一方、頸部腺癌の93.4%でび慢性強陽性に発現した。頸部腺系病変のうち、胃型腺癌およびLEGHにおける発現頻度も100%であった。細胞診では、腺癌術前標本には陽性細胞を認めたが、NILM標本に陽性細胞は確認されなかった。

【総括】

HNF4 α は子宮頸部腺癌を高感度かつ特異的に検出できる可能性があると考えられる。

子宮頸部異形成を対象としたKi67・P16二重免疫染色の有用性の検討

新潟市民病院 病理検査科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

神田杏里紗¹⁾, 苅部 豊¹⁾, 清野 俊秀¹⁾, 戸田裕一郎¹⁾, 花野友梨香¹⁾,
東條 春菜¹⁾, 渋谷 宏行²⁾, 橋立 英樹²⁾, 吉田 紘子²⁾

【はじめに】

子宮頸癌の発生はHPV感染が原因として知られ、LSILが主に一過性のHPV感染であるのに対し、HSILは前癌病変としてより注意深い対応が必要とされる。HPVに感染してもその多くは自己免疫機能によりウイルスを排除することができる一方、LSILからHSILへ進展する割合は約1割程度とされる。LSILからHSILへ進展する患者を早期に検出する目的で、近年注目されているバイオマーカーであるKi67・P16二重免疫染色の有用性を検討した。

【対象】

2010年～2015年に細胞診でLSILと判定され、その後follow upされた症例のうち、LBCバイアルの残余検体で二重免疫染色が可能であった50例を対象とした。平均観察期間は38.5ヶ月である。

【方法】

LSILと判定されたLBCバイアルの残余検体を標本化し、Pap.染色を施行し、異型細胞に印をつけた。カバーガラス剥離後、Ki67・P16二重免疫染色を行い、異型細胞の染色性を確認した。判定は、核と細胞質共に明らかな陽性細胞が1個以上認められた場合を陽性とした。

【結果】

50例中、陽性は5例であった。細胞診のfollow upの結果、陽性例5例中4例(80%)は、follow

up中にHSILと診断された。(うち2例は組織診が施行され、どちらも初回の生検はCIN1であったがfollow up中にCIN3と診断された。)一方、陰性例45例は、NILMへ陰性化またはLSIL持続が39例(86.7%)、HSILと診断された症例は6例(13.3%)であった。(陰性例45例中、組織診は23例で行なわれ、初回の生検はCIN1:21例、CIN2:2例であったが、follow up期間中の最終診断はCIN1:15例、CIN2:5例、CIN3:3例であった。)以上の結果、Ki67・P16二重免疫染色陽性例は陰性例と比較してfollow up中に細胞診でHSILと判定される割合が有意に高かった。(カイ二乗検定:P=0.0004)

【考察】

LSILを対象としたKi67・P16二重免疫染色で、共陽性細胞を認めた症例はfollow up中にHSILと診断される割合が有意に高かった。Ki67・P16共陽性細胞は、HPVの一過性の感染を越えて、増殖能を有する腫瘍化した細胞と考えられている。今回の検討で、陽性細胞を見返してみるとHSILを疑う余地のある細胞も存在したが、特別異型が強いわけではなく、形態のみでHSILと断定できるような所見ではなかった。このように量的・質的にHSILと診断されない症例でも、病変部を広く採取できる細胞診検体を用いてKi67・P16二重免疫染色を行う事で、HSILの性格を有する細胞の存在をより早期に検出できる可能性が示唆された。

ASC-H判定の細胞像の一考察

一般財団法人下越総合健康開発センター¹⁾, 新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科²⁾

姫路由香里¹⁾, 本間真由美¹⁾, 板垣由香里¹⁾, 峰本 佳織¹⁾, 渡辺 玄²⁾, 本間 慶一²⁾

【目的】

当センターにおけるLiquid-based cytology (以下LBC) による子宮頸部細胞診においてASC-H判定の細胞像の特徴を考察する。

【方法】

当センターで2012年～2017年の6年間に実施した子宮頸部細胞診103,436件のうちASC-H判定だった139件の再鏡検後, 細胞集塊(×10倍で立体的集塊として確認可能)が認められ組織診と照合出来た60症例について, 年代別の割合と病態別の核分裂像の有無を検討した。標本全体で, 核分裂像が認められない場合は「無し」, 1個のみ「1個」, 2個以上を「複数個」と集計した。細胞の採取はサーベックスブラシを使用し, 検体はSurePath法で行った。

【結果】

1) 103,436件中, ASCは2,631件(2.5%)で, ASC-USは2,492件(2.4%), ASC-Hは139件で, ASCに占めるASC-Hの割合は5.3%だった。ASC-H例で組織診が施行されたものは103例(74.1%)で, 異常なし14例(13.6%), CIN 1 29例(28.1%), CIN 2 38例(36.9%), CIN 3 20例(19.4%), がん2例(1.9%)だった。

2) 細胞集塊が認められ組織診と照合出来た60例の診断は, 異常なし3例(5%), CIN 1 16例(26.7%), CIN 2 22例(36.7%), CIN 3 17例(28.3%), がん2例(3.3%)だった。年代別の50代以下44例(73.3%)の内訳は, 異常なし3例

(6.8%), CIN 1 12例(27.3%), CIN 2 15例(34.1%), CIN 3 12例(27.3%), がん2例(4.5%)で, 60代以上16例(26.7%)は, CIN 1 4例(25%), CIN 2 7例(43.8%), CIN 3 5例(31.3%)だった。

3) 60症例の核分裂像は, 「無し」10例, 「1個」14例, 「複数個」36例で, 「無し」の組織診断は, 異常なし1例, CIN 1 8例, CIN 3 1例, 「1個」は, 異常なし1例, CIN 1 5例, CIN 2 7例, CIN 3 1例, 「複数個」では, 異常なし1例, CIN 1 3例, CIN 2 15例, CIN 3 15例, がん2例だった。核分裂像別の病態比較では, 「無し」と「1個」では有意差は見られなかったが, 「1個」と「複数個」で有意差が認められた(P=0.0198)。

4) 病態別の核分裂像比較では, 異常なしとCIN 1では有意差は認められず, CIN 1とCIN 2で有意差が認められた(P=0.0016)。また, CIN 2とCIN 3(がんを含む)では有意差は見られなかった。

5) 50代以下の核分裂像は, 「無し」7例, 「1個」10例, 「複数個」27例で, 60代以上「無し」3例, 「1個」4例, 「複数個」9例だった。核分裂像別病態及び病態別核分裂像の年代別比較において, いずれも有意差は見られなかった。

【まとめ】

ASC-H判定の細胞像を検討した結果, 標本全体で細胞集塊中に核分裂像が複数個見られる場合はHSILと判定できる可能性が高いと示唆された。

「泌尿器尿細胞診報告様式2015」についてのアンケート結果

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

川崎 隆

【目的】

「泌尿器尿細胞診報告様式2015」（以下新報告様式）が制定されてから3年になる。新報告様式の新潟県内各施設での運用状況や問題点についてアンケートを行った。

【方法】

細胞検査士が所属する46施設を対象とし、郵送によるアンケート（FAXによる回答）を行った。調査項目は、1. 回答者の立場、2. 所属施設、3. 泌尿器科の有無、4. これまでの報告様式、5. 新報告様式の使用について、6. 新報告様式を使用していない場合はその理由、7. 使用している場合は利点と問題点とした。調査は2018年2月13日～3月31日に実施した。

【結果】

34施設から回答があった。1施設は宛先不明であった（回答率75.6%）。回答者は、細胞診専門医が1名、細胞検査士が33名であった。所属施設は、病院：28（泌尿器科あり26、なし2）、検査センター：4、検診センター：2で、検診センターの1施設では尿細胞診を扱っていなかった。これまでの報告様式は、クラス分類：22、4段階分類：1、3段階分類：4、記述式：4、外注：2（詳細不明）であった。新報告様式の使用では、使用している：7、使用していない：23、2018年3～4月に使用開始予定3であった。

使用予定のない施設の理由は、システムが対応できないが最も多く、次いで職場の理解がないであった。その他、不都合がない、様子見、内科や婦人科の理解が必要、準備不足などであった。使用している場合①利点は、適正・不適正があること、Class I、IIがなくなりすっきりした、診断

カテゴリーの定義と診断基準が明確で安易に“異型細胞”に振り分けなくなった、HGUC（高異型度尿路上皮癌）のリスクが数値で示されており精度管理がしやすいなどであった。②問題点は、実際の診断過程でHGUCに重要な細胞の5所見の使い方（の手順）が分からない、LGUC（低異型度尿路上皮癌）の扱いが分からない、LGUCを意識し過ぎて“異型細胞”に振り分けることが多い、婦人科領域から細胞の評価をどうするのか、“異型細胞”のHGUCのリスクはもう少し高くてもいいのではないかなどであった。

その他として、“異型細胞”は一般検査で悪性細胞を示唆する言葉であり、“鑑別困難”が診断カテゴリーとして適切ではないかという意見があった。

【考察】

新報告様式は、①泌尿器科からの検体だけでなく内科などからの検体にも利用できる、②異型度判定が困難な場合やUC以外の腫瘍にも対応できる、③5段階のカテゴリー分類（不適正、陰性、異型細胞、悪性疑い、悪性）に推定組織型を記載し、コメントを述べる報告様式である、の3点を考慮して作成された。新報告様式を使用している施設で問題としてあげられた点は、以下のように解説書に記載されている。HGUCの判定に重要な細胞5所見については、各所見の質的・量的程度および組み合わせを総合的に判定する。LGUCのカテゴリー分類には、厳密な基準はなく“悪性”、“悪性疑い”の判定は主観的評価になりやすく、一般的には“異型細胞”に診断されることが多い。“異型細胞”は、診断医や細胞検査士の技量や異型細胞の質や量の影響を最も受けやすいカテゴリーであるが、屑箱的カテゴリーにすべきではない。

各診断カテゴリーにおけるHGUCのリスクは確率（％）に関しては、これはあくまで目安として設定された数値で、今後の検証が必要としている。特に“異型細胞”におけるHGUCのリスクは、施設間により異なる可能性がある。

【まとめ】

今回のアンケートで新報告様式は、県内の20％程度の施設で使用されており、今後使用予定の施設もあった。挙げられた問題を改善し、必要に応じて検証を加えることでより利用しやすい報告様式になると考えられた。

乳腺穿刺吸引細胞診におけるLBC (Liquid-based cytology) 標本を用いた免疫染色の有用性についての検討

済生会新潟第二病院 病理診断科

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

【はじめに】

乳腺穿刺吸引細胞診は直接吹付け法、合わせ方、針の洗浄液塗抹法と併に、液状検体法 (Liquid-based cytology : LBC) も盛んにおこなわれるようになってきている。今回、LBC標本を用いた穿刺吸引細胞診の判定補助を目的に、免疫染色の有用性を検討した。

【対象と方法】

未固定の生検・手術材料から穿刺吸引を施行し、LBC標本を作製した乳腺疾患30症例を対象とした。内訳として、良性病変は線維腺腫2例、乳管内乳頭腫2例、悪性病変は浸潤性乳管癌の腺管形成型4例、充実型7例、硬性型13例と篩状癌2例を用いた。検討項目として、LBC標本にて免疫染色を施行した。1) CK14/P63 : 筋上皮細胞の確認と上皮増生病変における良悪性鑑別、2) エストロゲンレセプター (以下 : ER)、プロゲステロンレセプター (PgR) : ホルモン受容体発現の有無、3) HER2 : HER2 蛋白発現の有無を組織診の免疫染色結果と比較検討した。

【結果】

1) 筋上皮細胞の確認では、線維腺腫において細胞集塊から突起状に飛び出した小型細胞が陽性、乳管内乳頭腫の血管間質を茎とする集塊中の大型細胞が陽性となり、筋上皮細胞が確認できた。また、悪性病変の細胞集塊内は陰性であり、

筋上皮細胞は認められなかった。なお、22/30例で非特異的反応はみられず、8/30例は軽度の非特異的反応を認めたが誤判定するほどの過染はみられず、筋上皮細胞の確認は容易であった。上皮増生病変における良悪性鑑別では、乳管内乳頭腫のアポクリン化生細胞は陰性であったが、ほつれ傾向を示す細胞集塊や血管間質を伴う集塊ではモザイク状の陽性像を示していた。そして、悪性病変のほつれ傾向を示す軽度重積した小型集塊は陰性であり、良悪性鑑別に有用であった。2) ホルモン受容体発現の有無において組織診断との一致例はER : 24/26例 (92.3%)、PgR : 22/26例 (84.6%) であった。組織診断との不一致例はER : 2/26例、PgR : 4/26例で偽陰性を呈していたが、組織標本におけるER、PgRの陽性率は10%以下の症例であった。3) HER2 蛋白発現の有無では、組織診断との一致例はscore 0 : 13/17例 (76.5%)、score 1+ : 2/2例 (100%)、score 2+ : 3/3例 (100%)、score 3+ : 4/4例 (100%) であった。組織診断との不一致例はscore 0 : 4/17例でscore 1+の偽陽性となっていた。

【まとめ】

LBC標本における免疫染色では、CK14/P63による筋上皮細胞の確認や良悪性判定の補助に有用であった。また、ER・PgR、HER2では、術前の予後や治療効果の予測など細胞診断より一歩踏み込んだ情報の提供が期待できると思われた。

OSNA法による乳癌センチネルリンパ節転移検索に併用する 捺印細胞診の有用性

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

本間 慶一, 神田 真志, 林 真也, 畔上 公子, 弦巻 順子, 北澤 綾,
豊崎 勝実, 泉田佳緒里, 川口 洋子, 小林由美子, 渡邊 玄, 川崎 隆

【緒言】

当院ではOSNA (one step nuclei acid amplification) 法を用いて乳癌センチネルリンパ節 (SN) の転移判定を行っている。OSNA法はリンパ節を専用の可溶化液と専用の遺伝子増幅検出装置を用いてRT-LAMP (reverse-transcription loop-mediated isothermal amplification method) 法にて標的のCK19mRNAを増幅し、その際に析出する副産物のピロリン酸マグネシウムによる検体の濁度変化を測定してコピー数に換算して転移判定する方法である。リンパ節全体を検索するOSNA法は凍結組織切片による病理学的検索より精度高い転移判定が可能であるが、判定時間が病理学的検索より長くなるのが難点である。

このため当院では捺印細胞診を併用して、OSNA法の結果前に細胞診判定を暫定報告しているが、今回OSNA法に細胞診を併用することの有用性について検討したので報告する。

【対象と方法】

2012年1月から2016年3月までの当院SN生検検索例のうち、SNをOSNA法検索に供した729症例を対象とした。提出されたリンパ節は細切して捺印細胞診材料を採取した後すべてをOSNA法に供し、細胞診材料はパパニコロウ染色を行って鏡検し細胞診判定した。OSNA法の判定区分(-), (-) L, (+), (++) , (+) Iごとに結果を集計し、捺印細胞診の判定結果と照合し、

OSNA法と細胞診の一致率を求めた。

【結果】

ミクロ転移相当のOSNA (+) 45例中5例 (11.1%)、マクロ転移相当のOSNA (++) 81例中50例 (61.7%) で捺印細胞診陽性であった。転移陰性判定のOSNA (-) 571例と、阻害物質混入あるも転移陽性と判定されるOSNA (+) Iでは捺印細胞診陽性はなかった。ITC相当のOSNA (-) Lの13例中1例では捺印細胞診陽性であった。この症例は腋窩郭清が施行され、いわゆるfour nodeに転移がみられたが、腫瘍のCK19免疫染色陽性率は10%程度であった。

【考察】

当院の細胞診判定では100%間違いのない症例のみ転移陽性と報告していることもあり、OSNA (++) であっても一致率は61.7%と高いとは言えない結果であったが、捺印細胞診材料の質にも問題があると思われる。しかし、乳癌のCK19陽性率は99%前後であるので、CK19陰性例や低発現例がOSNA法で検索された場合のバックアップとして、また、OSNA法にくらべて迅速に第一報できる点で、捺印細胞診は併用する意味がある。但し、最新の乳癌診療ではセンチネルリンパ節転移陽性であっても腋窩郭清省略を目指す方向にあるので、将来的にOSNA法は残るとしても細胞診を併用する理由はなくなるかも知れない。

甲状腺篩型乳頭癌の1例

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

林 真也, 神田 真志, 畔上 公子, 弦巻 順子, 北澤 綾, 豊崎 勝実,
泉田佳緒里, 川口 洋子, 小林由美子, 渡邊 玄, 川崎 隆, 本間 慶一

【はじめに】

甲状腺篩型乳頭癌は甲状腺癌の0.3%と稀であるが、若年女性に発生しやすい乳頭癌の亜型である。今回、甲状腺篩型乳頭癌の1例を経験したので報告する。

【症例】

20歳代、女性。6年前に右甲状腺腫瘍を指摘され、内服治療を受けていた（詳細は不明）。甲状腺腫瘍の増大傾向があり、当院へ紹介受診。USにて甲状腺右葉中下部に32.6×23.6×25.7mm、辺縁明瞭でやや不整、内部に石灰化を伴う不均一な腫瘍性病変を認めた。腫瘍性病変より穿刺吸引細胞診が施行され、悪性、推定病変：乳頭癌と判定した。その後、甲状腺右葉切除術およびD1郭清術が施行された。

【細胞所見】

背景は血性で、少数の泡沫細胞を認めたが、コロイドは認めなかった。腫瘍細胞は短紡錘形～類円形で、一部では円柱状を示し、核は軽度に腫大、核クロマチンは軽度に増量し、核形不整および核溝、核内細胞質封入体を認めた。腫瘍細胞は大型～小型の集塊で出現し、一部に乳頭状構造を認める他、多くは不規則な重積性を示し、集塊内には腺腔様、濾胞様、篩様構造を示唆する空隙がみら

れた。

【組織所見】

右葉中下部の腫瘍は腫瘍径27×20×29mmで、被包化されていた。組織学的にはコロイドを欠き、乳頭状、濾胞状、篩状の構造を示し、一部にmorulaの形成を認めた。免疫組織化学染色では、 β -cateninが核および細胞質に陽性、estrogen receptor 陽性、progesterone receptor 陽性、Thyroglobulinは一部のみ陽性を示した。甲状腺内に腫瘍の散布はなかったが、リンパ管侵襲、脈管侵襲を認めた。リンパ節転移はなかった。

【まとめ】

甲状腺篩型乳頭癌は被膜に囲まれ、リンパ節転移や遠隔転移はみられないことが多く、予後は極めて良好とされている。超音波所見では腺腫様甲状腺腫や濾胞腺腫に類似するため、細胞診が診断の唯一の手段となる。また、家族性大腸腺腫症（Familial adenomatous polyposis；FAP）の一部分症として認められ、細胞診がFAP発見のきっかけになることも稀ではない。FAPを伴う場合は多発性のため甲状腺全摘が、FAPを伴わない場合は単発性のため葉切除が推奨されており、篩型乳頭癌の特徴的な細胞所見を把握し、細胞診で推測することは重要である。

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大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学 病理室内におく。

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労のあった会員で、満65歳に達した会員を名誉会員、功労会員に推薦することができる。名誉会員、功労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・功労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、役員会にはかつて会長が定める。

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29年7月1日

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，控え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」とする。
住所：〒951-8510 新潟県新潟市中央区旭町通1-757
新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学 病理室内
URL：jscc@med.niigata-u.ac.jp

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29年7月1日

《事務局からのお知らせ》

●年会費について

第35回新潟県臨床細胞学会学術集会時総会にて納入方法が変更されましたのでお伝えいたします。

現金での支払が廃止され、振込のみとなりました。

年会費：3000円

納入方法：①ゆうちょ銀行振込（今年度専用振込用紙を会報送付時同封）

②第四銀行振込（第四銀行 白山支店 普通口座 1698056 新潟県臨床細胞学会）

今年度年会費を7月総会時に納入された方には、振込用紙は同封されておりません。

振込用紙が同封されていた方は平成30年12月末日までに、お振込をお願いいたします。

お振込の際、必ず氏名を記入していただけますようよろしくお願いいたします。

また、振込手数料につきましては各自負担となります。ご理解いただけますようよろしくお願いいたします。

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。所属していない場合は、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。

また、会則より、「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）とあります。会費納入にご協力をお願いいたします。

●投稿規定について

査読制となり単位が取得できます。 **筆頭者20単位・連名5単位**

●異動・退会・改姓・新入会等の連絡について

異動、退会・改姓・新入会等がございましたら、お早めに事務局までお知らせください。

お手数ですが、日本臨床細胞学会と新潟県臨床細胞学会の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について <http://admedic.jp/jscnngt/>

2017年にリニューアルいたしました。会員のページには研修会画像がアップしてあります。

画像をご覧になるためには各自任意のパスワード設定が必要です。

未設定の会員の方は、パスワード設定用のURLをお伝えいたしますので、事務局までご連絡ください。

●メーリングリストへの参加募集について

細胞学会関連の連絡方法の一助としてメーリングリストへの参加を募集しております。

参加ご希望の方は事務局までご連絡ください。

●国際細胞学会細胞検査士C.T. (IAC) について

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までご連絡ください。

●第32回関東臨床細胞学会学術集会 新潟開催 御礼

平成30年9月22日（土）ホテルイタリヤ軒にて、テーマ『precision medicine 時代の臨床細胞学』289名のご参加をいただきまして、おかげさまで無事盛会裡に終了することができました。

これもひとえに皆様のご協力とご支援の賜物と心より御礼申し上げます。誠にありがとうございました。

《2017年度・2018年度 研修会単位》

研修会名	開催日	JSC単位	IAC単位 ^{*1}
LOVE49 子宮を愛する キャンペーン	2017/4/9	5	3
第34回新潟県 臨床細胞学会学術集会	2017/7/1	10	4
平成29年度 細胞診研修会	2017/8/25・26 (鏡検のみ)	0	0
	2017/8/25・26 (鏡検・スライドセミナー)	5	5
新潟医療福祉大学伍桃 祭実行委員共催 子宮 がん検診啓発活動	2017/10/8・9	10	6
第10回新潟県 臨床細胞学会研修会	2018/2/3	5	5
LOVE49 子宮を愛する キャンペーン	2018/4/8	5	3
第35回新潟県 臨床細胞学会学術集会	2018/7/8	10	4
平成30年度 細胞診研修会	2018/8/17・18 (鏡検のみ)	0	0
	2018/8/17・18 (鏡検・スライドセミナー)	5	5
第32回関東 臨床細胞学会学術集会	2018/9/22	15	7

※1 IACの更新時はカテゴリー2で申請してください。

●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。

【事務局】

〒951-8510

新潟県新潟市中央区旭町通1-757

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学 病理室内

新潟県臨床細胞学会 事務局 (担当: 渡邊夕香)

TEL: 025-227-2322

FAX: 025-368-9317

E-mail: jsc@med.niigata-u.ac.jp



経口末梢性 μ オピオイド受容体拮抗薬

薬価基準収載



スインプロイク[®]錠

Symproic[®]

ナルデメジントシル酸塩錠

0.2 mg

処方箋医薬品^{注)}

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、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

® : スインプロイクは登録商標です。
® : Symproic is a Registered Trademark.



製造販売元 [資料請求先]

シオノギ製薬

大阪市中央区道修町 3-1-8
医薬情報センター ☎0120-956-734

2018年3月作成
SYP-KO-0002 (V04) 審088165

JMedical co.,Ltd.



安全で人にやさしい、
安心できる医療のお手伝いを
かわらぬ思いで
ずっと続けてまいります。

JM ジェイメディカル株式会社

〒950-8701 新潟市東区紫竹卸新町1808-22

TEL. 025-272-3311 (代) FAX. 025-272-3321 (代)

ホームページ <http://www.jeimedical.com/> e-mail info@jeimedical.com

事業所: 新潟・佐渡・長岡・上越・鶴岡・山形・高崎・熊谷・さいたま・佐倉・虎ノ門



Better Health, Brighter Future

タケダから、世界中の人々へ。 より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに
過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の
創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに
歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から
治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。
その一つひとつに答えていくことが、私たちの新たな使命。
よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早く
お届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の
未来を切り拓いていきます。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp

病理診断業務支援システム

エフジェイウィング

fj wing



病理診断業務支援システム

病理部門のあらゆる業務をトータルサポート

病理部門のあらゆる業務をトータルサポートし、効率化・省力化を実現。

診断やマイクロ画像・マクロ画像などあらゆる情報を一元管理。検索・統計・データの二次活用に役立てます。

安全性・セキュリティに配慮し、医療事故を抑制します。

医療機関向けソフトウェア開発・販売
fjts 株式会社富士テクノサプライ
 0120-181-258

〒359-1141
埼玉県所沢市小手指町5-16-6 ドルチェ小手指101
TEL : 04-2968-5231
FAX : 04-2968-5232
ホームページ : www.fjts.co.jp

*システムの仕様、外観は予告無く変更する場合があります。



人と医療の未来を見つめて

あした

私たち源川医科器械は、医療機器の販売を通し、
かけがえのない生命、健康を守ります。
笑顔があふれる未来のために。

医療の現場をトータルサポート

源川医科器械株式会社

医療機器販売及びアフターサービス・医療用特殊設備工事施工・福祉機器並びに介護用品の販売

本 社

〒951-8061 新潟市中央区西堀通三番町258-41

☎ (025)229-7766 FAX (025)229-7770

長岡営業所・上越営業所・佐渡出張所・秋田支店・大館営業所・
横手営業所・山形支店・酒田営業所・鶴岡営業所

WEBサイト：<http://www.minagawa-ika.com/>

源川医科器械

検索

編集兼発行人
新潟県臨床細胞学会
会長 榎本隆之

発行所
新潟市中央区旭町通一―七五七
新潟大学大学院医歯学総合研究科
産科婦人科学病理室内
新潟県臨床細胞学会
電話(〇二五)二二七―二三三二
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―三三三二