

第7回徳洲会病理部会学術集会

抄 録 集

日時：2020年11月22日（日）10:00～17:40

2020年11月23日（月・祝）9:00～12:00

会場：湘南藤沢徳洲会病院 3階講堂

挨拶

本年の第7回徳洲会学術集会は新型コロナウイルス感染症のパンデミック状態のもとにもかかわらず、全国の徳洲会施設より約50名の参加を得て湘南藤沢徳洲会病院で開催する運びとなりました。東京本部のご支援と関係者の皆様のご協力の賜物と心より感謝しております。

本年の参加者は医師17名、病理技師27名となっており医師の参加数が年々増加傾向を示しています。

特別講演は森秀樹先生（大垣徳洲会病院顧問/元岐阜大学長）による“がんの発生と予防—腫瘍病理学の立場から—”と樋口佳代子先生（沖縄県臨床細胞学会会長）による“唾液腺細胞診—ミラノシステムの解説と実際の運用について”の二題です。

森先生は化学発癌研究のわが国を代表する研究者です。細胞診、組織診断の主な対象は腫瘍性疾患ですが、参加者にとり“癌の成り立ち”について知見を深める良い機会になるものと期待しています。

樋口先生は病理医として活動される中、細胞診分野でも活発な発信を続けていられています。明快に語られる内容は多くの方にとって、これまでの知見の整理に益すること大と確信しています。

又、樋口先生には徳洲会関係者が編集に参画している「細胞診鑑別アトラス」（医歯薬出版より2021年刊行予定）の編集の中心として指導をいただいています。

さて、既にお知らせしているように2020年8月22日に新たに山陰病理診断研究センター（出雲徳洲会病院）、と湘南病理診断研究センター（湘南藤沢徳洲会病院）の設置が幹部会により承認されました。これで、徳洲会病理部会は全国で5つの病理診断研究センターを運営することになりました。更に現在は東北病理診断研究センターを設置すべく、仙台徳洲会病院、東京本部、そして病理部会事務局の間の協議がスタートしています。病理部会員の皆様の協力のもと徳洲会病理部会の益々の充実、発展を目指して努力を重ねて参る所存です。

最後になりましたが、学術集会の会場の提供、開催の準備に協力いただいております宗像博美病院長はじめ病院関係者の皆様に深甚の謝意を表させていただきます。



2020年11月22日
徳洲会病理部門最高顧問
病理部会長 青笹 克之

【プログラム】

11月22日（日）

- 10：00～11：00 病理部会医師運営委員会 会議室
- 10：00～11：00 症例検討会
- 11：00～11：05 開会の挨拶 青笹 克之（徳洲会病理部門最高顧問）
- 11：05～12：05 **【一般演題】** 座長：丹野 正隆（東京西徳洲会病院）
1. 鈴木 雄太（札幌徳洲会病院）
「良質な腎生検標本作製に向けての試み」
 2. 鈴木 正章（千葉西総合病院）
「病理支援システムの改善要望事項のまとめ」
 3. 程島 就（湘南鎌倉総合病院）
「膜性腎症9例の後方視的標本検討～PAM染色を中心に～」
 4. 丹野 正隆（東京西徳洲会病院）
「心臓移植の1剖検例」
- 12：05～13：00 休憩
- 13：00～14：00 **【一般演題】** 座長：江口 光徳（宇治徳洲会病院）
1. 山崎 裕里（東京西徳洲会病院）
「乳腺センチネルリンパ節迅速診断 OSNA 法
(One-Step Nucleic Acid Amplification) と病理組織診断との比較」
 2. 室木 魁人（八尾徳洲会総合病院）
「CD10免疫染色による子宮内膜細胞診の制度向上」
 3. 松尾 優希（八尾徳洲会総合病院）
「当院で経験した節外性リンパ腫の2症例」
 4. 北川 詩織（野崎徳洲会病院）
「尿細胞診中に出現した食道原発腺扁平上皮癌の一例」

【プログラム】

11月22日（日）

- 14:00～15:00 【特別講演】 座長：青笹 克之（徳洲会病理部門最高顧問）
森 秀樹（大垣徳洲会病院顧問/元岐阜大学学長）
「がんの発生と予防-腫瘍病理学の立場から-」
- 15:00～15:10 休憩
- 15:10～16:10 【特別講演】 座長：石川 典由（湘南藤沢徳洲会病院）
樋口 佳代子（沖縄協同病院病理診断科部長）
「唾液腺細胞診-ミラノシステムの解説と実際の運用について-」
- 16:10～17:10 【シンポジウム】
司会：樋口 佳代子（沖縄県臨床細胞学会会長）
加藤 拓（成田富里徳洲会病院）
- 17:10～17:30 【特別企画】
コロナ対策について 江口 光徳（宇治徳洲会病院）
- 17:30～17:40 総会

【プログラム】

11月23日（月・祝）

- 9：00～9：30 受付開始
- 9：30～9：40 技師運営委員会より報告
- 9：40～10：40 **【特別企画】** 迅速細胞診と ROSE について
座長：岩崎由恵（八尾徳洲会総合病院）
- 10：40～10：45 休憩
- 10：45～11：15 **【一般演題】** 座長：栄 正浩（湘南厚木病院）
1. 伊藤 光洋（千葉徳洲会病院）
「左耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の一例」
 2. 町永 明香（宇治徳洲会病院）
「病理診断未読問題を含むインシデント対策についての取り組み」
- 11：15～11：30 **【閉会の挨拶】**
丹野 正隆（東京西徳洲会病院）

【MEMO】

【一般演題】

「良質な腎生検標本作製に向けての試み」

札幌徳洲会病院 病理診断科
○鈴木雄太、三宅ひかり、柳内充、藤岡学

腎生検は各種腎臓疾患の診断、治療評価に重要な組織検査である。一般的な組織検査と比較して、腎生検においては糸球体等の微細な組織構造を観察するために、適切な切片厚で多岐にわたる特染、蛍光抗体法を行う必要があり、作製する標本が良質であることが求められる。

当検査室においては、2020年4月より腎病理を専門とする病理医が常勤となり、今まで作製していなかった腎生検に関わる各種標本作製することとなった。今回我々は、良質な腎生検標本作製するにあたり、種々の工夫、改良を試み、良好な結果を得た。また、腎生検診断立ち上げの際にはシステム上、運用上種々の課題、工夫があったため、こうした立ち上げの経緯を含め、報告する。

「病理支援システムの改善要望事項のまとめ」

千葉西総合病院 病理診断科
鈴木 正章

【はじめに】

病理支援システムの改善希望を個々の病院のシステム担当者で行なってきたが、個々の病院でできることは限界があることが分かった。次回のシステムバージョンアップに期待したい事項をまとめたので報告したい。

【改善希望事項】

1. システム制作会社の姿勢
ある徳洲会の病院の病理で実現したことを、千葉西病院の病理にも教えて欲しい。自分の病院でもお願いしたいと思うかもしれない。
システム制作会社からも、<A病院でこのようなカスタマイズができた>といった前向きな情報提供をして欲しい。
2. 電子カルテの病理申込用紙
臨床記載事項、目的、をシェーマと合体して、大きくしたい。
3. 報告書の既読管理、未読リストの作成、臨床への伝達システム
組織診、細胞診、剖検に必要
4. 内視鏡システムの診断名を、病理支援システムに自動転送して欲しい。
5. 院内メール
病理支援システムから、院内メールを主治医に送れるようにしたい
6. 立ち上げ画面
立上時の表示種別のデフォルトを組織診にする（現在は全表示）
7. 染色
染色セットの順番変更できるようにしたい。
染色名ごとの集計ができるようにしたい。
8. 検索
悪性が<->であるものの選択ができるようにしたい。
9. スペルチェック
修正必要な時のみ教えてくれればよい。
10. 元号を西暦に変えて欲しい

【一般演題】

生年月日

修正履歴一覧

11. 入力のシステムのデフォルトを全角日本語にして欲しい

組織診、細胞診のメモ、剖検診断、メモ

12. 印刷画面

縦/横の選択のマーク移動（右下へ移動して欲しい）剖検報告書の印刷を、解剖報告、肉眼、組織、別個に行う

13. 画像関連

画像の順番を変えられると良い

ファイル名の名称変更ができると良い

ファイル名を位置

右上に出す。

左下だと、横向き画像とファイル名が離れすぎる

【まとめ】

以上、病院単位では対応できない修正希望事項をまとめた。

【一般演題】

3. 膜性腎症10例の後方視的標本検討

湘南鎌倉総合病院 臨床検査部¹⁾

同病院 病理診断部²⁾ 同病院 腎臓内科³⁾

札幌徳洲会病院 病理診断科⁴⁾

○程島 就¹⁾、小保方 和彦¹⁾、岸本 賢二¹⁾、
柳内 充⁴⁾、日高 寿美³⁾、手島 伸一²⁾

【はじめに】

当院では年間約180件の腎生検を施行している。しかし、これまで標本の精度管理や検討が行われていなかった。そこで当院の標本の質の把握、向上あるいは維持するため後方視的検討をおこなった。

【方法】

2018年～現在までの膜性腎症9例のPAM染色をもちいた。腎病理を日常的にみている病理医が鏡検し①厚さ、②染色性について、薄い、適正、厚い（濃い）、3段階に分けて評価した。また、光顕と電顕所見を見て相関を確認後、A：良い、B：普通、C：悪いが診断に耐えうる、D：診断に不適な標本で総合評価を行った。

【結果】

9症例の内訳は、最終診断がChurg分類で、Stage I：1件、I～II：2件、II：3件、II～III：1件、III：1件、III～IV：1件であった。PAM染色では標本の厚さが、薄い0件、適正4件、厚い5件であった。染色性の濃さが、薄い：0件、適正：3件、濃い：6件であった。高評価の症例では、スパイクや点刻像などChurg分類にみあった所見がきれいに観察可能であったが、低評価のものではスパイク様に厚く見えるなど微細な評価が不可能であった。総合評価はA：3件、B：3件、C：1件、D：2件となった。

【まとめ】

今回の検討では、厚さ、染色性ともに厚く濃い傾向にあることが分かり、9例中2例は診断に適さない標本との評価であった。現在当院では一番薄く薄切できた1枚のみをPAM標本としているため、同じような厚さに見えても1枚だけ選んで作製しており真の薄い切片が拾えていない可能性がある。今後は、複数切片を拾い、診断に適する標本が提出できるようにしたい。

4. 心臓移植の1剖検例

東京西特洲会病院 病理

○丹野正隆、渡辺伸一、杉本淳一、長坂祥朗、山崎裕里、須田耕一

【はじめに】

心臓移植の1剖検例を経験したので、報告する。症例7才 外国にて出生。カルタゲナー症候群、大血管転位症を呈していた。生後、1年以内に心臓移植術を施行。数年間は著変がなかったが、移植後 T細胞増殖症を併発。免疫抑制剤を中止、化学療法に切り替えるが、拒絶反応が悪化した。年長時、帰国。歩行時、突然意識消失し、亡くなった。

【病理所見】

冠動脈脈は3枝とも、均一な動脈硬化様の壁の肥厚、狭窄を起こしていた。心筋はびまん性に壊死、線維化を示していた。

【まとめ】

動脈硬化症様の慢性拒絶反応を示した心臓剖検例を報告した。解剖を許可した遺族に感謝する。

【一般演題】

1. 乳腺センチネルリンパ節迅速診断OSNA法 (One-Step Nucleic Acid Amplification) と病理組織診断との比較

東京西徳洲会病院 臨床検査科病理¹⁾ 病理科²⁾
○山崎 裕里¹⁾、渡辺 伸一¹⁾、長坂 祥朗¹⁾、
杉本 淳一¹⁾、丹野 正隆²⁾、須田 耕一²⁾

【はじめに】

乳腺センチネルリンパ節迅速診断は通常凍結切片を用いて診断されるが、当院ではOSNA法を用いている。OSNA法はリンパ節を可溶化後、RNAを抽出することなくそのまま標的CK19mRNAを増幅し、リンパ節転移の有無を判定する。OSNA法で使用しない残りのリンパ節は病理組織診断用に提出され診断される。今回我々は、OSNA法と病理組織診断の結果を比較し報告する。

【方法】

対象は当院で実施した2017年から2019年の3年間の乳腺センチネルリンパ節407例でOSNA法(2+, 1+, 陰性)と残りのリンパ節の病理組織診断を比較した。

【結果】

407例中OSNA法陽性49例(12.0%)、陰性358例(88.0%)で、OSNA法陽性と病理診断との一致は37例(75.5%)、不一致が12例(24.5%)であった。また、OSNA法陰性・病理組織診断陽性が1例に見られた。

【まとめ】

OSNA法が病理組織診断より陽性が多い結果となった。リンパ節をすべて用いるOSNA法とリンパ節の一部を見ている病理組織診断の違いがあると思われる。また、CK19低発現の乳癌があり、病理組織診断が必要と考える。

2. CD10免疫染色による子宮内膜細胞診の精度向上 八尾徳洲会病院 検査科¹⁾ 病理診断科²⁾

○室木 魁人¹⁾ 松尾 優希¹⁾ 岡崎 健¹⁾
岩崎 由恵¹⁾ 久保 勇記²⁾

【はじめに】

子宮内膜癌は、近年増加傾向にある。早期の子宮内膜癌は、比較的予後良好である為、早期発見が重要である。そのために子宮内膜細胞診が頻用されているが、判定は容易ではない。判定を困難にしている要因の一つに上皮細胞と間質細胞の鑑別である。当院では、LBC (ThinPrep 法) 標本でのみ判定する機会が増え更に判定に苦慮している。そこで我々は、LBC 標本にCD10免疫染色を行うことにより、上皮細胞と間質細胞の鑑別が容易になり、上皮細胞のみの性状は、従来の腺癌の判定基準で判定出来るのではないかと考え、正常子宮内膜、子宮内膜増殖症、類内膜癌・漿液性癌症例を用いて検討した。

【検討方法】

ThinPrep5100で塗抹標本を作製しCD10免疫染色後、ヘマトキシリン後染色を施し、CD10に染色されなかった集塊について従来の腺癌の良悪判定に用いられる判定基準の不規則重積性、配列不整、核の大小不同、集塊辺縁の性状の凹凸、核の腫大、核形不整、核小体の有無、核縁肥厚、クロマチン異常分布などを検討した。また、壊死性背景の有無、及び集塊の大きさについても検討した。

【結果】

悪性症例では、不規則重積性、配列不整、集塊辺縁の凹凸、核形不整など認め、大型集塊より小型-中型集塊を多数認めた。正常内膜、子宮内膜増殖症では、これら所見を認めず、比較的大型集塊を多数認めた。

【まとめ】

CD10免疫染色を行うことにより、上皮細胞と間質細胞の鑑別が容易になり、上皮細胞の良悪を従来の腺癌の判定基準で判定することが可能であった。今後、検討を重ね、結果の詳細を供に供覧したい。

【一般演題】

3. 当院で経験した節外性リンパ腫の2症例
八尾徳洲会総合病院 臨床検査科¹⁾ 病理診断科²⁾
○松尾 優希¹⁾ 室木 魁人¹⁾ 岡崎 健¹⁾
岩崎 由恵¹⁾ 久保 勇記²⁾

【はじめに】

節外性リンパ腫は全身のあらゆる臓器から発生し、画像診断での事前診断が難しい。今回、細胞診が節外性リンパ腫診断において一助となった2症例を報告する。

【症例1】

70代女性。心窩部痛訴えCTにて、腓頭部腫瘍、腓管拡張、腎腫瘍を認めた。腓頭部癌を疑い腓液細胞診検査が施行された。弧在性異型細胞を少数認め、N/C比大で結合性を認めず非ホジキンリンパ腫を疑った。EUS-FNAを行ったが出現細胞少数のため確定診断には至らなかった。両側の腎腫瘍部より生検が施行された。大型の均一な細胞が密に集簇。免疫染色を行いCD20(+)、CD79a(+)、CD3(-)、CD10(+)、よりDLBCLと診断した。

【症例2】

70代女性。不明熱、下痢を訴え当院受診。CTで子宮肥大、内診・経膈エコーより子宮頸部に不正な腫瘍を認め細胞診・組織検査が施行された。細胞診では萎縮像の中に弧在と数十個の集塊で異型細胞を認め、形態より腺癌を疑った。同時採取したLBC検体で免疫染色を行った。CAM5.2(-)、p16(-)、p53(+;80%以上)、ki-67index:90%以上より悪性腫瘍だが上皮性腫瘍は否定的。Synaptophysin(-)、Chromogranin A(-)、CD56(-)より神経内分泌腫瘍は否定的。Vimentin(+)
よりリンパ系マーカーを追加検査した結果、LCA(+)、CD20(+)、CD79a(+)、CD3(-)よりB細胞リンパ腫と診断した。後日行った組織の免疫染色も同様の結果でDLBCLと診断された。

【まとめ】

細胞診が節外性リンパ腫診断において一助となった2症例を経験した。リンパ腫細胞はどの検体にも出現する可能性があるため念頭に置いて鏡検する必要がある。LBC検体は十分な検体量が採取されていれば、いくつもの免疫染色を行うことが可能で、早期診断に有用である。

4. 尿細胞診中に出現した食道原発腺扁平上皮癌の一例
野崎徳洲会病院 検査科
北川詩織 (CT)

【はじめに】腺扁平上皮癌は腺癌と扁平上皮癌の両成分よりなる癌で、食道癌の約1%以下と比較的まれな組織型である。食道癌の転移の多くはリンパ節、肺、肝臓、骨で発見される。今回、食道原発の腺扁平上皮癌が膀胱に遠隔転移し、尿細胞診中に出現した一例を経験したので報告する。

【症例】74歳、男性。3週間前からの食欲不振を主訴に当院の内科外来受診。胸腹部CTで膀胱と食道に腫瘍を認め、頸部リンパ節に転移を疑う腫瘍が見られた。

【細胞所見】悪性(class V)。中心性の核と厚い細胞質をもつ細胞と核偏在性で淡明な細胞質をもつ細胞が孤在性あるいは小集塊として出現。扁平上皮癌成分と腺癌成分の混在が疑われたが、腺扁平上皮癌と断定はできず、可能性を述べるにとどまった。

【組織所見】食道：中部に5×3cmの隆起性腫瘍を認めた。p40(+)の細胞接着に富み、一部角化を伴う扁平上皮癌成分とCEA(+)の胞巣を形成しつつ増殖する低分化な腺癌成分が認められた。これらはvimentin(-)、NSE(-)、synaptophysin(-)、chromogranin(-)を呈し、腺扁平上皮癌が疑われた。pT2, INFb, ly3, v3, IM1, pN3, M1

膀胱：膀胱粘膜下の広範囲に腫瘍を認めたが、一部で粘膜からの露出はみられるものの、3/4の粘膜は保たれており、組織像は食道の腫瘍細胞と同様であった。免疫染色でも食道の腫瘍細胞と同様の染色結果を示し、CK7(+)、CK20(-)であったことから、食道原発の腺扁平上皮癌の膀胱転移が疑われた。

【考察】細胞診で認めた腫瘍細胞は食道に発生した腺扁平上皮癌がリンパ行性、血行性に膀胱粘膜下へ遠隔転移し、浸潤により膀胱粘膜から露出。これに伴い尿中に出現したものと考える。

【まとめ】食道癌が遠隔転移し、尿細胞診に出現した一例を経験した。膀胱へ直接浸潤した腫瘍細胞を尿中に認める機会は比較的多いが、遠隔転移はまれである。今後は他臓器からの遠隔転移の可能性も考慮し、診断を行う必要がある。

【特別講演】

がんの発生と予防-腫瘍病理学の立場から-

大垣徳洲会病院顧問

元岐阜大学学長

森 秀樹

<第7回徳洲会病理部会学術集会講演抄録>

私は1979~1981年に米国健康財団(Naylor Dana 研究所, N.Y)の客員研究員を務めていた。この時期、同研究所のDr. Williams とがん原物質の短期検索法として肝細胞初代培養/DNA 修復試験を共同開発した。初代培養肝細胞は化学物質の代謝に関わる酵素をどの細胞よりも有する利点がある。この試験はDNA 傷害物質に暴露する際に出現する不定期DNA 合成(DNA の除去修復)を計測(tritium thymidine の取り込み)することによりDNA 傷害性(genotoxic)の発がん物質を検出するものであり、試験は後に世界中で広く使用されるに至った。この試験により、発がん物質をgenotoxic と nongenotoxic に分類できるメリットもある。本試験で陽性を示した hydroxyanthraquinone である 1,8-dihydroxyanthraquinone (chrysazin) と 1-hydroxyanthraquinone が発がん試験により大腸腫瘍を誘発することを見出した。1,8-Dihydroxyanthraquinone は緩下剤(ダンスロン)として長い間使用されて来ている。Hydroxyanthraquinone の発がん様式はユニークで、潰瘍性大腸炎様の経過を経て大腸腫瘍を誘発する。この場合、各種の炎症性サイトカインが惹起する細胞増殖亢進が重要であることが分かった。

癌の発生に先行して出現する病変は前がん病変、前がん疾患とされており、人では大腸腺腫(大腸がん)、扁平上皮化生(肺がん)、異型扁平上皮(子宮頸がん)、異型結節性過形成(肝がん)、日光性角化症(皮膚がん)などが前がん病変として知られている。ラットやマウスにおける前がん病変として、酵素変異増殖巣がある。この様な早期出現病変の内、toluidine blue 染色陽性の超塩基性増殖巣がより直接的な前がん病変である可能性をDNA の定量(MMSP 使用))によって証明した。興味深いことにラットの肝の前癌病変はDNA 傷害性の発がん物質への暴露に対するDNA 修復性が低い。

ラットなどにおける大腸発がんではBird (1989)が提唱した aberrant crypt foci (ACF)が前がん病変として知られていた。ACF の検索は容易であることから早期病変の指標として広く用いられて来た。私のグループは β -catenin 遺伝子の変異(特に β -catenin 蛋白の分解に関わる領域)に基づき、同蛋白が異常蓄積する β -catenin-accumulated crypts (BCAC)を見出し、細胞増殖性の点からもACFの多くが過形成病変に過ぎず、BCAC がより直接的な前がん病変であることを数々のデータによって証明した。

私共は発がんモデルを使用して天然物質や人工的な化学物質によって癌の発生を予防する(化学予防)研究を病理学の立場から進めて来た草分け的存在であった。主として用いた発がんモデル(ラットやマウス)は azoxymethane による大腸発がん、diethylnitrosamine による肝発がん、4-nitroquinoline 1-oxide による舌発がん、N-butyl-N-(4-hydroxybutyl)nitrosamine による膀胱発がんなどである。この癌の化学予防による研究により、ポリフェノール、フラボノイド、カロテノイド、含硫化合物など30以上の天然性物質、magnesium hydroxide, KYN-54, NS-398 などの合成化学物質の発がん予防作用を検出し、それらの機序として、発がん物質の代謝活性化の阻害、解毒の亢進、発がん物質によるDNA adduct の阻害、前がん病変の発生と進展の阻害を指摘した。中でも、殆どの発がん予防物質の作用として共通することが発がん標的部位の細胞増殖の阻害であることを明らかにした。最近の発がん予防物質の成果として発酵させた玄米及び米糠(FBRA)があり、FBRAが大腸、肝、胃、食道、膀胱、膵、肺、前立腺における発がんを抑制することを示した(Mori, H. Fermented brown rice and rice bran with *Aspergillus oryzae* as a new promising agent for cancer prevention. Am. J. Biomed. Sci. Res., 2019)。

【MEMO】

唾液腺細胞診-ミラノシステムの解説と実際の運用について-

沖縄協同病院 病理診断科部長

樋口 佳代子

唾液腺の穿刺吸引細胞診 (Fine needle aspiration—以下 FNA) は主に大唾液腺の腫瘍性病変の質的評価のため広く実施されており、頻度の高い良性腫瘍 (多形腺腫、ワルチン腫瘍) の診断や、病変が炎症性か腫瘍か、悪性リンパ腫か上皮性腫瘍かなどの鑑別に有用で、臨床・画像情報との照合により治療方針決定に役立つ。しかし唾液腺腫瘍には多くの組織型があり、FNA で確定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、頻度が低い細胞学的知見の蓄積が乏しく、FNA では組織型推定が困難な腫瘍もある。加えて筋上皮・基底細胞関連腫瘍では良悪性にわたって形態的に類似性を示す腫瘍が多く存在し、FNA による良悪性の判定や組織型推定が困難な場合がある。しかし臨床的には唾液腺腫瘍は多くの場合良悪性にかかわらず摘出されることが多い。

このような唾液腺腫瘍の特性に対応すべく考案されたのが国際的な細胞診報告様式-「唾液腺細胞診ミラノシステム」 (以下ミラノシステム) である。多くの臓器における細胞診報告様式は悪性腫瘍を検出することを目的としているが、ミラノシステムにおいては腫瘍・非腫瘍の鑑別に重点がおかれ、同時に各診断カテゴリーにおける悪性のリスクや臨床的対応が記載されていることが特徴である。以下に各診断カテゴリーの定義について簡単に解説する。

I. 不適正：量的・質的に不十分で有用な情報が得られない検体。通常不良検体に加えて、非粘液性嚢胞液は腫瘍内の嚢胞変性を考慮して非腫瘍性とは判定せず、本カテゴリーに分類する。

II. 非腫瘍性：感染症やその他の良性非腫瘍性病変。臨床・画像情報と照合して判断する。

III. 意義不明な異型 (atypia of undetermined significance -AUS)：非腫瘍性か腫瘍性かを確定できない検体。反応性異型や腫瘍細胞が少量のみ採取された場合などが多くをしめる。粘液を含んだ嚢胞液は低悪性粘表皮癌を否定できないためこのカテゴリーに分類する。

IV. A. 腫瘍、良性：あきらかな良性腫瘍。多形腺腫、ワルチン腫瘍が大半を占める。

IV. B. 腫瘍、良悪性不明な唾液腺腫瘍 (salivary gland neoplasm of uncertain malignant potential-SUMP)：腫瘍性であることはあきらかであるが良悪性の判定が困難な検体。低悪性腫瘍が本区分の多くを占める。

V. 悪性の疑い：悪性所見がすべて揃っていないが全体として悪性が示唆される検体。高悪性腫瘍が少量採取され場合、特徴的な細胞所見が質的、量的に不十分な低悪性腫瘍、悪性所見と良性所見が混在している場合などがある。

VI. 悪性：細胞所見のみあるいは補助診断をあわせて悪性と確定できる検体。高悪性、低悪性の区別、亜型の確定が望ましい。ミラノシステムの6つの診断カテゴリーと悪性のリスクおよび臨床的対応を表1に、ミラノシステムの各診断カテゴリーと従来の報告様式との対応を図2に示した。ミラノシステムの導入とともに、細胞検体を用いた免疫染色やFISHなどの補助診断の併用により唾液腺細胞診の有用性は今後一層高まると予想される。本講演では唾液腺細胞診ミラノシステムの解説と実際の運用における留意点について解説する。

表1 唾液腺細胞診ミラノシステム

	診断カテゴリー		悪性のリスク	臨床的対応
I.	不適正		25%	<ul style="list-style-type: none"> 臨床像および画像所見と対比 FNA 再検
II.	非腫瘍性		10%	<ul style="list-style-type: none"> 経過観察・画像所見と対比
III.	意義不明な異型 (AUS)		20%	<ul style="list-style-type: none"> FNA 再検 診断的切除
IV. A.	腫瘍	良性腫瘍	< 5%	<ul style="list-style-type: none"> 手術 症例により経過観察
IV. B.		良悪性不明な唾液腺腫瘍 (SUMP)	35%	<ul style="list-style-type: none"> 手術
V	悪性疑い		60%	<ul style="list-style-type: none"> 手術
VI.	悪性 (低悪性 or 高悪性)		90%	<ul style="list-style-type: none"> 手術 悪性度により術式決定

表2 従来の報告様式とミラノシステムの対応表

従来の報告様式	ミラノシステム
不適正	不適正
良性	非腫瘍性
良悪性鑑別困難	意義不明な異型
	良性腫瘍
	良悪性不明な腫瘍
悪性の疑い	悪性の疑い
悪性	悪性

【MEMO】

【シンポジウム】

シンポジウム

成田富里徳洲会病院

加藤 拓

最初に徳洲会病理部会で頭頸部の細胞診についてのアンケートを行いましたので、その現状とまとめを報告致します。

唾液腺細胞診ミラノシステムについて樋口佳代子先生が講演されるので、唾液腺の穿刺吸引細胞診を行った興味ある症例を提示したいと思います。個々の症例では会場からの意見、質問も受け、樋口先生からどのように考えたらよいかアドバイスも頂きたいと考えています。

【特別企画】

「コロナ対策について」

宇治徳洲会病院

江口 光徳

世界的に新型コロナウイルスの広がりが認められ、日本国内でも都市部を中心に全国的に多くの広がりを見せている。その中で国や各種団体がその対応など、種々の対策を出している。

徳洲会グループでも適時通知を出して、職員に対し情報提供を行ったり、職員の行動等についての指示が出されている。

病理部会では徳洲会グループ内でアンケート調査を行い、病院内及び、病理・細胞診部門での対策や対応について調査した。

詳細は当日示すが、院内でのコロナ関連検査内容はそれぞれ規模等により少し違うが、いずれかの検査は行えるようである。その他解剖の対応や検体処理などについて、コロナ感染を「疑わない」「疑う」「陽性者」について対応を回答いただいた。

今後もしばらくはコロナ感染対策と向き合う期間が続くと思われるが、この機会に情報交換を行い「うつらない」「うつさない」を考えながらも、よい標本作成や診断業務が行えるように取り組んでいきたい。

迅速細胞診と ROSE について

八尾徳洲会総合病院

岩崎 由恵

迅速細胞診は手術、気管支鏡検査（超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施に限る。）又は内視鏡検査（膵癌又は胃粘膜下腫瘍が疑われる患者に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る）の途中において腹水及び胸水等の体腔液またはリンパ節穿刺等を検体として標本作製及び鏡検した場合のみ1手術または1検査につき1回450点が算定できる。

手術中の迅速細胞診は病理検査室で検体を受取り病理検査室で標本作製や鏡検ができるが、気管支鏡検査や内視鏡検査では現場に赴き ROSE (Rapid on-site evaluation) を実施することとなる。先日行ったアンケートによれば ROSE を行っている施設は僅かであるが、臨床から要望は高まると考えられる。

徳洲会グループの現状を報告するとともに、ROSE 経験施設の千葉徳洲会病院の伊藤光洋氏、宇治徳洲会病院の江口光徳氏、八尾徳洲会総合病院の岩崎が ROSE の現状と留意点や問題点などを報告する。

【一般演題】

1. 左耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の一例
千葉徳洲会病院
○伊藤光洋 (CT) 宍倉有里 (MD)

【はじめに】

上皮筋上皮癌は全唾液腺腫瘍において約1%と稀な腫瘍である。

今回、我々は穿刺吸引細胞診 (FNAC) にて左耳下腺に発生した上皮筋上皮癌の症例を経験したので報告する。

【症例】

患者は70歳代、女性。本年4月に左耳下腺部の圧痛を機に近医を受診し、精査のため当院に紹介となった。MRI画像にて左耳下腺深葉に腫瘍が確認されたが、出血が懸念され、FNACは行わずに経過観察となった。6月の再診時に腫瘍が増大したためFNACが行われ、後日、左耳下腺全摘出術が施行された。

【細胞所見】

出血壊死を背景に、N/C比の高い小型類円形核で、境界不明瞭な細胞集塊を認めた。核クロマチンは微細、大型で明瞭な核小体を有し、淡明な細胞質を呈していた。集塊の一部には透明色の粘液球様物質が確認された。また、これとは別に、円形や類円形の裸核様の小型細胞や、紡錘形核で核クロマチン濃染した泡沫様細胞が散在性に出現していた。Giemsa染色標本には有効な細胞が確認されなかった。これらの所見から、細胞診判定はClass Vで、組織型推定は上皮筋上皮癌や筋上皮癌を含む悪性腫瘍とした。

【組織所見】

腫瘍は2層性配列を示す導管様構造を主に、狭い線維性間質を有する乳頭状、索状、篩状構造や充実性細胞巣状の増生を示した。内腔側は好酸性細胞質を有する立方～低円柱状細胞から成り、外周を取り囲む細胞はやや大型の多角形で淡明な細胞質を呈していた。間質には基底膜様の好酸性硝子様基質がみられた。免疫組織化学染色で内腔側の腫瘍細胞はCK34βE12が陽性。外周の細胞はp63、S-100、α-SMAなどが陽性で、上皮筋上皮癌と診断された。

【まとめ】

耳下腺から発生する上皮筋上皮癌は稀ではあるが、2層性や細胞構造を念頭に置き、所見を観察することが、組織型推定に重要であると考えられた。

2. 病理診断未読問題を含むインシデント対策についての取り組み
宇治徳洲会病院検査科
○町永明香 稲田友衣奈 江口光徳

【はじめに】

病理検体を採取してから病理報告書が作成されるまでには複数の過程があり、すべての過程においてヒューマンエラーによる検体の取り違えが生じるリスクがある。また、近年、病理診断報告書が臨床側に提出されたにもかかわらず、臨床側の確認忘れにより患者に伝えられず、患者に不利益が生じるという事例があり、日本病理学会より「病理診断報告書患者伝達確認のためのマニュアル」が示された。今回は当院で行っている、検体の取り違えと病理診断報告書の確認忘れのインシデント対策について報告する。

【対策】

検体の取り違えについては、まず検体受け取り時に提出者と受け取り者のダブルチェックで検体と依頼書を確認している。検体処理を行う際は常に依頼書と照らし合わせ、患者IDと名前、材料を確認する。また、切り出し時には一人の患者の検体の取り扱いを完結させてから次の患者の作業に移る。依頼書には作業ごとに作業担当者印を押す欄を作成し、捺印している。

病理診断報告書の確認忘れについては、病理診断報告書が作成されたら、報告書の診断結果を確認し、臨床側へ報告が必要なものについて報告する。方法は1週間の診断分で報告が必要な患者をリスト化し、臨床側へ提出する。また、病理システムで診断結果を閲覧した履歴が確認できるため、臨床が確認されていないものについては院内メールで報告する。

【まとめ】

病理検査では病理診断報告書が作成されるまでの過程で、検体の取り違えが生じるリスクがあるため、一つ一つの過程を確実にを行い、他患者の検体が混在しない工夫が必要である。また、作成された報告書が未読のままにならないよう、また患者に正確な病理診断が伝えられるように病理側からの対策を引き続き努めようと思う。

徳洲会グループ 病理部会規約

(名称)

第1条

当部会の名称を『徳洲会グループ病理部会』と称する。

第2条

部会は徳洲会病理部門に働く職員をもって構成される。事務局を部会代表者(部会長)が所属する施設に置く。

1. 部会事務局の事務担当者は部会長が所属する施設に於いて選任する。
2. 部会事務担当者は第3条(目的および活動)に関わる全ての部会運営事務管理業務全般を行う。

(目的および活動)

第3条

当部会の目的は、徳洲会グループの病理診断部門の質の向上を図るとともに、当グループに所属する病理医(専攻医、専門医取得後医師)および技師の研修と育成を円滑に行うこと及びグループ内病理医、技師の連携を深めることにある。また、T-KOP(徳洲会九州沖縄病理診断研究センター)、TOP(大阪病理診断研究センター)、TEP(東日本病理診断研究センター)をはじめとする徳洲会病理部門の一層の体制整備のために円滑かつ透明性のある運営体制を確立する。

具体的には病理部会の連携及び活性化を図ることを目的として次の活動を行う。

1. 病理医師に係わる件

- (1) 病理専攻医、専門医の募集活動に係わること
- (2) 学会の定める専門医取得研修の円滑な運営に係わること
- (3) 学会の定める指針及び徳洲会グループの方針に則った専門研修プログラムの構築・運営の監督と指導
- (4) 病理医、および病理診断科後期研修医の勉強会
- (5) 病理専攻医研修修了後のスタッフ採用への移行に係わる事
- (6) 病理医の指導に当たる指導医養成に関する事

【病理部会規約】

- (7) 病理専攻医研修の実施に関する本部（幹部会等）への提言。
- (8) 病理部会メーリングリストや、病理部会の集まりなどを通したグループ内の病理医の情報および人的交流
- (9) 徳洲会グループ病理診断研究センターを主要な推進エンジンと位置付け、その指導にあたる
- (10) その他

2.病理技師に関わる件

病理診断精度を高め、施設内の病理科の信頼性を向上させる上で、病理技術の基盤を担う病理技師の質の確保は必須である。良質な病理技師の確保と研修体制の確立を目指して次の活動を行う。

- (1) 病理技師の教育、研修に係わること
- (2) 病理技師の採用に係わること
- (3) グループ内の病理技師の情報および人的交流
- (4) その他

(部会総会、委員会および委員の構成)

第4条

当部会は徳洲会病理業務の円滑な遂行を目的として、各種委員会を設置する。部会長の指示のもと病理部会総会および臨時総会、各種委員会を開催する。また、必要に応じて年度限りの常設の委員会を持つことができる。

第5条

病理部会総会は、原則として『日本臨床細胞学会学術集会』時に集会開催地に近い徳洲会施設あるいは一般の会場を使用して開催し、その年度の活動方針を討議し決定する。病理部門の非常勤医師または他科医師、及び施設関係者、研修事務担当者はオブザーバーとして参加できる。緊急の決議を要する場合、各種委員会で解決できない事項が生じた場合、病理部会長は病理部会臨時総会を招集できるものとする。

第6条

【病理部会規約】

部会内に学術委員会、研修委員会をおく。又、必要に応じて委員会を適宜設置できるものとする。

第7条

委員会は、部会長より推薦された若干名の委員からなり、病理部会総会の決定事項に従って、運営にあたる。

第8条

病理部会長の選任は、徳洲会理事長または幹部会等からの推薦や指名による。任期は2年とし、再選は妨げない。

第9条

病理部会長は、病理部会総会を代表し、第3条に掲げる目的及び活動を、第4条に掲げる会議の決定に従って執行する。

第10条

各種委員会委員は、病理部会総会の決定に従い各施設において第3条に掲げる目的および活動を促進する。委員会委員は、病理部会委員の中から選認され、任期は2年とし、病理部会総会で承認される。再選は妨げない。

(招集)

第11条

病理部会長は、必要に応じて、第4条から第6条に定める委員会を招集し、その議事を運営する議長を指名する。

第12条

第4条から第6条に定められた委員以外でも、議長が必要と認めたときは、関係者を委員会に出席させ、意見を聞くことができる。

(議事)

第13条

【病理部会規約】

病理部会総会および臨時総会は、委任状も含み、構成委員の過半数の出席のもと、会議を開き議決することができる。

第14条

病理部会総会および臨時総会の議事は、出席者の過半数をもって決するものとする。なお、可否同数のときは、議長の決するところとする。

第15条

本規約の各条は総会出席者の過半数の賛成によりこれを改廃できるものとする。

尚、本部会活動を円滑ならしめるために、別に内規を設ける。

附則：

この規約は、平成28年10月24日より施行する。

この規約は、令和1年10月1日より施行する。

徳洲会病理部会内規

徳洲会病理部門に働く者は病理業務内容の向上、学術活動の活性化を不断に追及して、わが国の医療に貢献しなければならない。このためには、グループ病院の病理部門は連携して活動する必要がある。全国の徳洲会グループ病理部門の業務の円滑な運営と改善を図ることを目的として病理部会内に病理運営委員会を設置することとし、ここに内規を定める。

1. 運営委員会は徳洲会病理部門に働く常勤職員をもって構成される
2. 運営委員会内に病理医会と病理技師会を置き、両会は部会長の指示のもとに会の運営にあたるものとする
以下の委員を置く
委員長（部会長が務める）
委員（若干名）
3. 委員の人選は委員長がこれを運営委員会に諮り、総会出席者の過半数の賛成により承認される
委員の任期は2年とし、重任は妨げない
4. 委員会は原則として年一回開催する
5. 委員会は委員長が招集する
6. 委員会において討議、議決した案件は学術集会時に参加者に報告するものとする
7. 運営委員会のもとに学術委員会を置く、会則は別に定める
8. 内規は委員の過半数の賛成によりこれを改廃できる

附則：

この内規は平成28年10月24日より施行する

病理運営委員会（任期2年）

委員長：青笹 克之

病理医会：丸山 理留敬（出雲）

中島 明彦（福岡）

石川 典由（湘南藤沢）

丹野 正隆（東京西）

柳内 充（札幌）

病理技師会：立津 千絵（主任 南部）

江口 光徳（副主任 宇治）

※福田 有志（札幌東）

※鈴木 雄太（札幌）

※は学術委員を兼ねる

【将来構想委員会】

将来構想委員会

目的 徳洲会病理体制の刷新、充実についての方策を探り、病理部会、本部へ提言する。委員会の意見、提案は部会長を通じて病理部会、理事会へ通知する。

任命 委員の任命は部会長あるいは病理部門最高顧問からの推薦とする

委員 青笹克之
張ヶ谷健一
森秀樹
中島明彦
野口雅之

任期 任務の重要性に鑑み3年とし、重任可とする。

徳洲会病理部会学術委員会会則

1. 病理部会のもとに学術委員会（以下、本委員会）を設置する。
2. 本委員会は、以下に述べる事項を遂行する。
 - 1) 病理グループ学術集会
 - 2) その他学術に係る事項
3. 学術委員長の選任は病理部会長の指名による。
4. 本委員会は、学術委員長と以下の委員で構成する。
 - 1) 学術委員長
 - 2) 病理部会委員医師 4 名
 - 3) 病理部会委員技師 4 名
 - 4) 該当年度の学術集会会長
5. 委員の任期は 2 年とし、再任は可とする。
6. 委員会の業務遂行を円滑にする為に幹事を置くことが出来る。幹事は、本委員会委員のなかから委員長が指名する。
7. 会則の変更は、病理部会運営委員会の議決による。

附則

この会則は、平成 27 年 11 月 22 日制定施行する。

学術委員会（任期2年）

委員長 丹野 正隆（東京西）

委員 医師 石川 典由（湘南藤沢）

小川 真紀（中部）

技師 福田 有志（札幌東）

下山 夏季（吹田）

北川 詩織（野崎）

鈴木 雄太（札幌）

徳洲会病理部会細胞診委員会

顧問	金城 満（製鉄記念八幡病院）
委員長	加藤 拓（成田富里）
副委員長	下山 夏季（吹田）
委員	程島 就（湘南鎌倉）
	北川 詩織（野崎）
	知花 宗仙（中部）
	渡辺 伸一（東京西）

会則

1. 徳洲会系の医療機関の細胞診業務の充実を目的として、徳洲会病理部会内に細胞診委員会をおく。
2. 本委員会は徳洲会病理部門に所属する者により構成される。
以下の委員をおく
委員長
副委員長
委員 若干名
3. 委員の人選は運営委員、細胞診委員の推薦により、部会長が総会に諮り総会出席者の過半数の賛成をもって承認する。委員の任期は2年とし、重任は妨げない。
4. 委員会に顧問をおくことが出来る。部会長による任命とする。
5. 細胞診業務の性格上、委員会は委員長の指示によって適宜開催できるものとする。
6. 委員会において討議、議決した案件は総会に報告する。
7. この会則の改廃は部会長により総会に諮るものとする。

附則

この会則は平成29年7月1日より施行する。

この会則は平成31年4月1日より施行する。

発表原稿の準備

口頭発表

- ・発表時間の厳守
- ・略語は最初の使用時に説明する
- ・図は明瞭なもの
- ・表の文字は大きく

論文発表

雑誌毎に所定のフォーマットがあるため、これに準拠して作成する

要約 (Abstract) : 文字制限数厳守

はじめに (Introduction) : ①これまでに明らかになっていることを整理

②これまでに用いられてきた方法、症例の説明

③この研究発表において用いる方法あるいは症例等の新しさ

症例と方法 (Patients and Methods) : 症例の出所、選択の基準

検討方法を示す (読者が再現できるように)

結果 (Results) : 要点のみを明確に述べる

図、表は必要最小限に、特に図は厳選、同じ内容の図の繰り返す使用は厳禁 (主張したい内容を示すものに限定)

考察 (Discussion) : 結果についての考察を加える。結果に示していないものについて言及することは厳禁

①得られた結果を要約する

②得られた結果の意義を従来知見と比較する中で述べる

③本研究の意義と将来的な展望 (課題) を示す

全般的な注意事項

- ・発表は節 (paragraph) よりなる。
各節では一つのことを取り上げる
- ・雑誌は一般的には各種の学会 (例: 日本病理学会、アメリカ病理学会、日本癌学会、米国癌学会等) の依頼により出版社より発行される。この際の雑誌発行費用は学会の負担になるが、その額は膨大なものであり、学会財政に重くのしかかる。このため学会 (雑誌社) は発表内容を簡潔にまとめることを強く要求してくる。Compact and concise
- ・雑誌に投稿された論文は担当の編集員を通じて通常 2 名の審査員 (referee, reviewer) による査読に付される。

Reviewer のコメントに基づき、担当の編集員が採否を決定する

受理 (accept)

小修正の上、再投稿 (minor revision) accept を前提

大修正の上、再投稿 (major revision) accept を前提とせず再査読の結果否決 (reject) の可能性がある

否決 (reject)

【学術発表の指針】

発表内容要約（症例研究）

担当者

施設名

連絡先：メール

電話

タイトル

研究の概要（全体で 400 字以内）

目的 （何を明らかにしようとするかを従来の知見と比べて述べる）

対象

方法

結果

考察

結論 （得られた新しい知見とその意義）

コメント（助言者）

発表内容要約（症例報告）（例 1）

担当者

施設名

連絡先：メール

電話

タイトル

Catheterized urine cytology of mucinous carcinoma arising in the renal pelvis : A case report (Acta Cytologica 44:442-444, 2000)

研究の概要（全体で 400 字以内）

年齢,性：81 才,女性

臓器：膀胱

臨床所見：6 カ月間持続する無症候性血尿で受診

逆行性腎盂造影、CT で腎盂、腎杯に腫瘍

自然尿の細胞診では悪性細胞なし、カテーテル尿で腺癌疑い

病理所見：腎摘標本で mucinous adenocarcinoma の診断

尿細胞像：球状の細胞集塊 好塩基性胞体内に空胞を見る

発表のポイント

興味のある（強調したい）点（50 字以内）

腎盂の mucinous carcinoma はまれで細胞診断基準はない。一例の mucinous carcinoma の細胞像を詳細に検討した。

新しい知見（具体的に）（50 字以内）

カテーテル尿を用いた細胞診所見と臨床所見を総合して mucinous carcinoma の術前診断が可能であることを示した。

コメント（助言者）

湘南藤沢徳洲会病院アクセス

病院までのアクセス



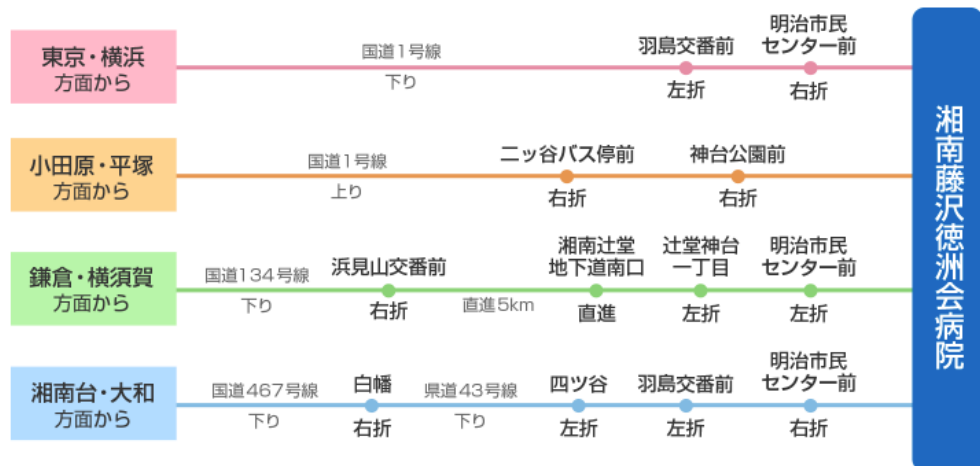
湘南藤沢徳洲会病院
〒251-0041 神奈川県藤沢市辻堂神台1-5-1
JR辻堂駅から徒歩約8分

[▶ GoogleMAPで見る](#)

最寄駅までのアクセス



お車でアクセス



※ お車での来院は大変混雑が予想されますので、公共交通機関のご利用をお奨めしております。

