

# 新潟県臨床細胞学会会報

## 第 40 号

### 目 次

会 長 挨 拶	1
第15回新潟県臨床細胞学会研修会報告	2
令和6年度細胞診研修会報告	13
第42回新潟県臨床細胞学会学術集会プログラム、抄録	22
そ の 他	
会 則	29
投 稿 規 定	31
研 修 会 単 位	33
事務局からのお知らせ	34

会長挨拶



会長 大橋瑠子

この度、前会長であられる田沼順一先生（新潟大学大学院医歯学総合研究科口腔病理学分野教授）の後任として令和7年4月1日より新潟県臨床細胞学会の会長を拝命いたしました、新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野教授の大橋瑠子と申します。

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、児玉省二先生（元新潟県立がんセンター・婦人科部長）、榎本隆之先生（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）、そして田沼順一先生の歴代会長の先生方の熱意とご尽力によって発展してまいりました。このことは、ひとえに会員の皆様の細胞診に対する熱心な修練・研究によることは勿論のこと、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、県歯科医師会、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による賜物と深く感謝申し上げます。

新潟県臨床細胞学会は、会員数約210名の細胞検査士および医師・歯科医師により構成されております。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」を目的とし、細胞診という極めて高いスキルを必要とする診断や判定行為について、診断業務遂行上の問題点を話し合う場として機能し、学術的な知識のアップデート、技術を高め合う研鑽と交流の場としても役立つことを目指しております。皆様のご協力のもと、子宮頸がん検診を中心としたがん検診の推進、教育・研修の充実ならびに若手の育成などのこれまでの事業の継続とさらなる発展を図り、医療・福祉の発展と県内の皆様方の健康の維持・増進に貢献できるよう尽力して参ります。また、他団体との連携や、地域に根ざした情報発信にも努めて参りたいと考えております。

今後とも皆様方のご支援、ご指導を賜りますよう何卒よろしくお願ひ申し上げます。

2025年4月1日

新潟県臨床細胞学会 会長

大橋 瑠子

## 第15回新潟県臨床細胞学会研修会報告

済生会新潟病院 病理診断科

西倉 健

第15回新潟県臨床細胞学会研修会は、「体腔液細胞診 一消化器癌の典型例」をテーマとして開催された。以下、研修会の概要を記す。

期 日 令和6年3月1日（土）

9時30分～12時00分（鏡検）

13時10分～14時05分（講演）

14時15分～16時30分（セミナー）

会 場 新潟県医師会館 401・402会議室、3階  
大講堂

新潟市中央区医学町通り2-13

TEL 025-233-6381

主 催 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

担当ブロック：上越グループ

### プログラム

○鏡 検（9:30～12:00）

症 例 「体腔液細胞診

一消化器癌の典型例一」

○（昼 食）

○開会挨拶（13:00～13:05）

新潟県臨床細胞学会会長

○挨 拶（13:05～13:10）

新潟県医師会会長

公益財団法人新潟県健康づくり財団代表理事理  
事長

新潟県臨床衛生検査技師会会長

○講 演（13:10～14:10）

消化器癌における粘液形質の「いろは」

講 師

済生会新潟病院 病理診断科 西倉 健

○スライドセミナー（14時25分～17時00分）

症例検討 体腔液細胞診

一消化器癌の典型例一

座 長

済生会新潟病院 病理診断科 西倉 健

講 師

新潟市民病院 病理診断科

橋立 英樹 先生

県立がんセンター新潟病院 病理診断科

渡邊 玄 先生

新潟大学医学部臨床病理学分野

谷 優佑 先生

○閉会挨拶

新潟県細胞検査士会会長

なお、スライドセミナー（症例検討）における症例提供施設と事前検鏡施設はそれぞれ以下の通りである。

症例提供施設

症例1

長岡赤十字病院

症例2

魚沼基幹病院

症例3

新潟大学医歯学総合病院

症例4

済生会新潟病院

症例5

県立がんセンター新潟病院

症例6

新潟市民病院

事前鏡検施設

厚生連新潟医療センター

厚生連上越総合病院

南魚沼市民病院

厚生連長岡中央総合病院

済生会新潟県央基幹病院

新潟県立中央病院

**症例 1**

長岡赤十字病院 病理診断部

○山田 隆志

年 齢：60歳代

性 別：男性

臨床経過：胃癌にて腹腔鏡下幽門側切除。

その後、CTにて上行結腸バウヒン弁近傍に壁肥厚を指摘、生検にてGroup 5、右結腸切除術を施行し、術中腹水を提出（標本①）

化学療法中に腹水の増悪あり、腹水細胞診を施行（標本②）

採取方法：標本① 術中腹水、標本② 腹水穿刺

処理方法：標本① オートスメア法 パパニコロウ染色

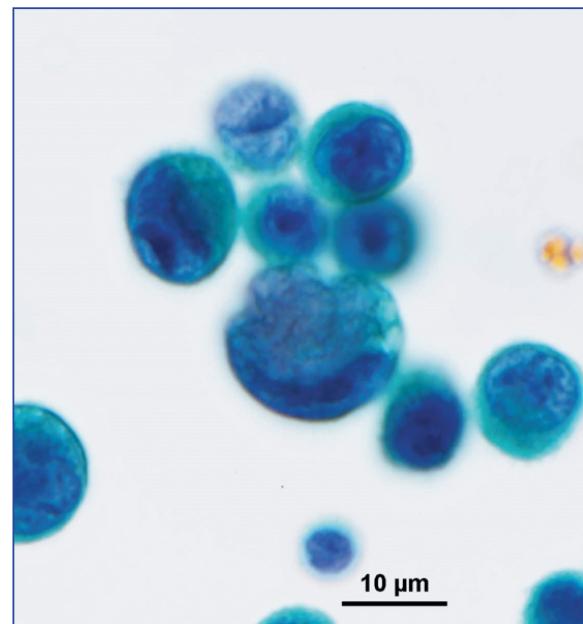
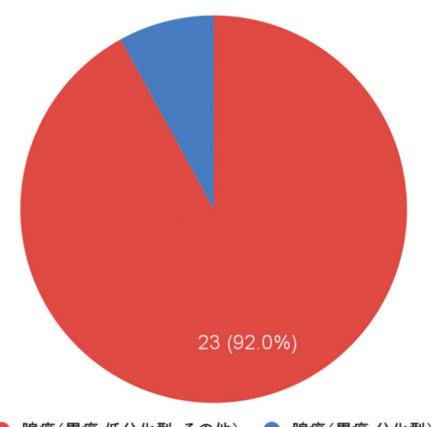
標本② オートスメア法 パパニコロウ染色

細胞診断：標本① 適正. Class V 推定組織像  
Adenocarcinoma

孤立散在性の異型細胞が主体だが、乳頭状小集塊も混在し、核は偏在性

標本② 適正. Class V 推定組織像  
adenocarcinoma

まとめ：腹水中に出現する腺癌細胞の典型例として、胃原発の低分化型腺癌の再発症例を提示した。

**アンケート結果**

標本②

**症例 2**

魚沼基幹病院 病理診断科

○渋谷 大輔

年 齢：80歳代

性 別：男性

臨床経過：胃体部癌で胃全摘出。

その後、全身倦怠感で入院、CTで腹水貯留あり、腹水穿刺を施行化学療法中に腹水の増悪あり、腹水細胞診を施行

採取方法：腹水穿刺

処理方法：オートスメア法 パパニコロウ染色

引きガラス法 ギムザ染色

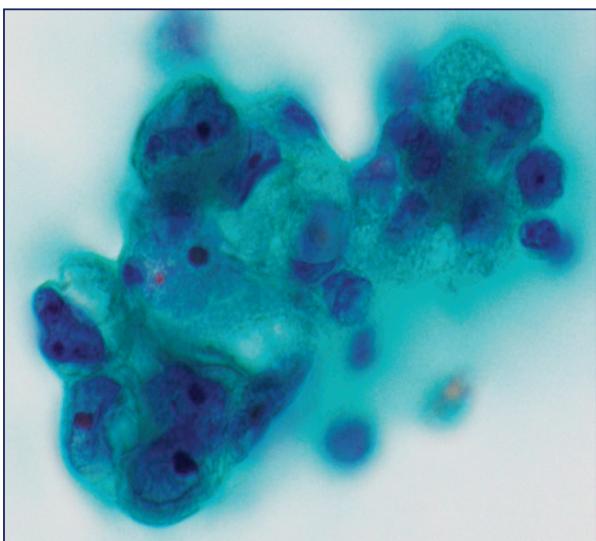
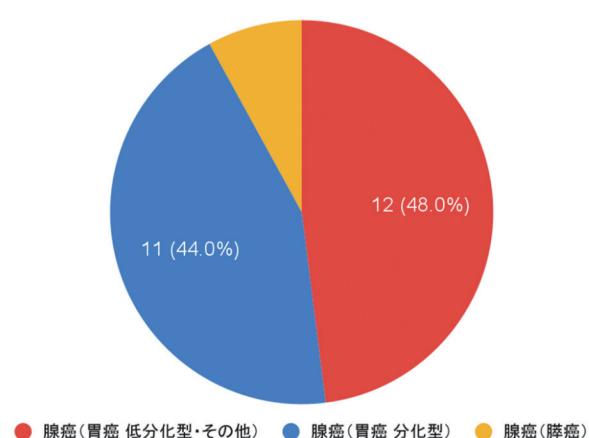
細胞診断：適正. Class V 推定組織像

Adenocarcinoma

一部に胞体内粘液様所見を有する中等度の異型細胞が腺腔状～乳頭状に出現する。

まとめ：既往の胃癌（tub 1-tub 2, pT 4 a）による腹水貯留と推定された。

アンケート結果



細胞診断：適正 Class V 推定組織像

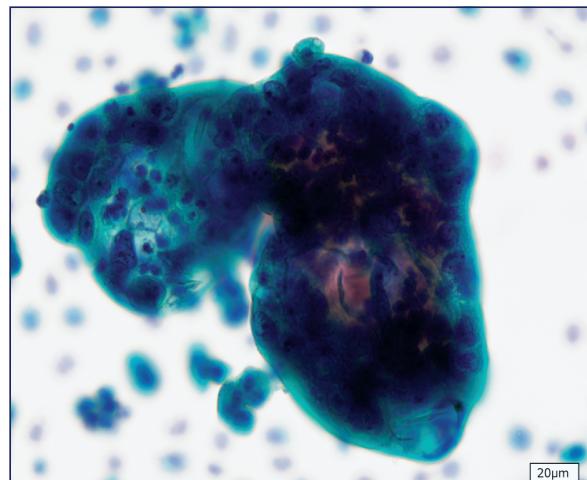
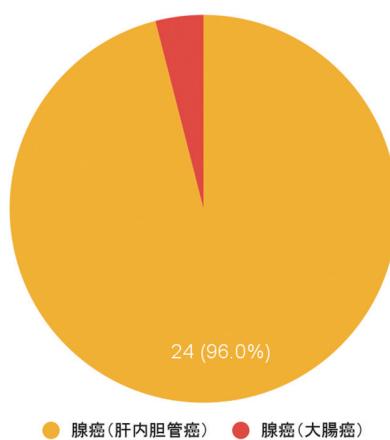
Adenocarcinoma (標本①②)

高異型度癌細胞から構成され、多形性に富む。

ま と め：肝内細胞癌は一般に予後不良とされる。

通常は高異型細胞で構成されるが、特徴的な細胞所見に乏しく、肺癌等の他臓器癌との鑑別が困難な場合が多い。

アンケート結果



標本②

症例 3

新潟大学医歯学総合病院 病理部

○横山 千明

年 齢：70歳代

性 別：女性

臨床経過：肝内胆管癌に対し、拡大肝左葉切除術  
+下大静脈切除術を施行。

その後、全身状態の悪化あり、CTにて腹水の増加を認め、腹水穿刺を施行

採取方法：腹水穿刺

処理方法：標本①：LBC法 1枚 パパニコロウ染色

標本②：LBC法 (①の翌日採取検体)  
パパニコロウ染色

症例 4

済生会新潟病院 病理診断科

○鬼海 凌司

年 齢：70歳代

性 別：女性

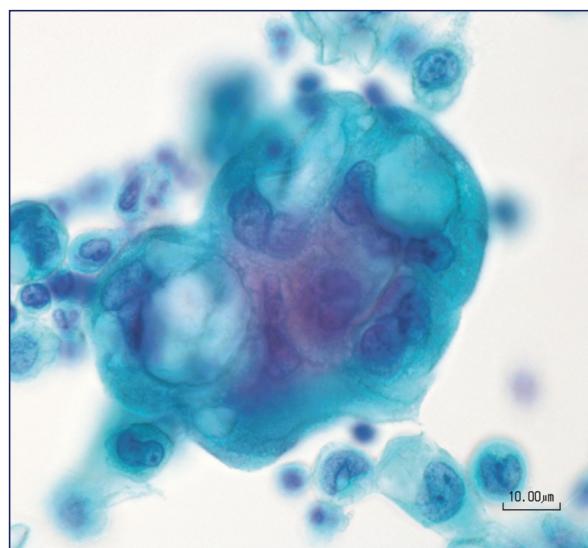
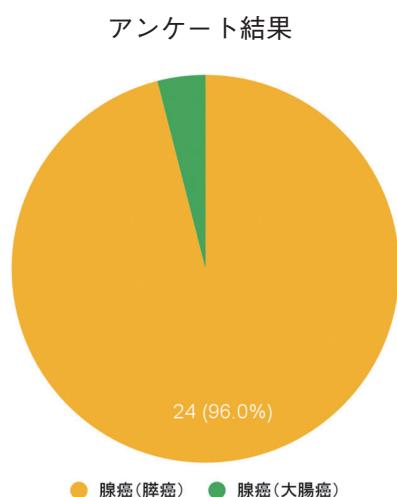
臨床経過：浸潤性膵管癌にてNAC後に膵頭部十二指腸切除術を施行。その後腹水貯留、胸水貯留あり、腹水穿刺に続き、胸腔穿刺を施行。

採取方法：胸腔穿刺（右）

処理方法：引きガラス法 パパニコロウ染色、PAS染色、Al-b染色、ギムザ染色

細胞診断：悪性。腺癌（浸潤性膵管癌の疑い）粘液様物質を含む低分化な腫瘍細胞が、重積性集塊として出現。

まとめ：腹水には悪性細胞が検出されず胸水にのみ陽性であったことから、横隔膜浸潤かあるいは脈管侵襲による胸膜播種と推定された。



### 症例 5

県立がんセンター新潟病院 病理診断科

○川口 洋子

年 齢：40歳代

性 別：女性

臨床経過：検診で便潜血と貧血を指摘されたが放置。

翌年の検診で便潜血と貧血の進行を指摘され、近医を受診。CFにて盲腸に2型腫瘍を指摘され当院紹介。

盲腸癌にて盲腸切除術を施行、術中に迅速腹腔洗浄細胞診を提出

採取方法：腹腔洗浄液 ダグラス窩、右側腹部

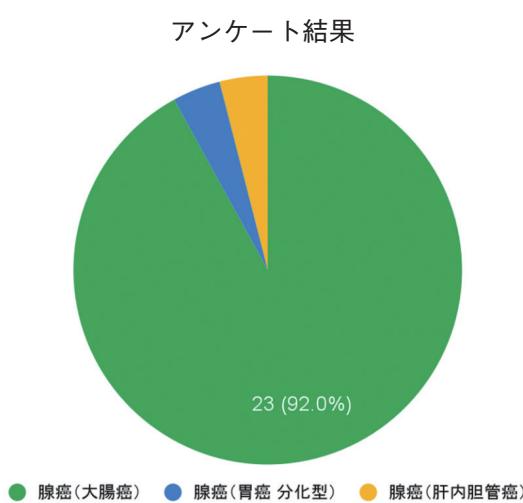
処理方法：オートスマーフ法 パパニコロウ染色

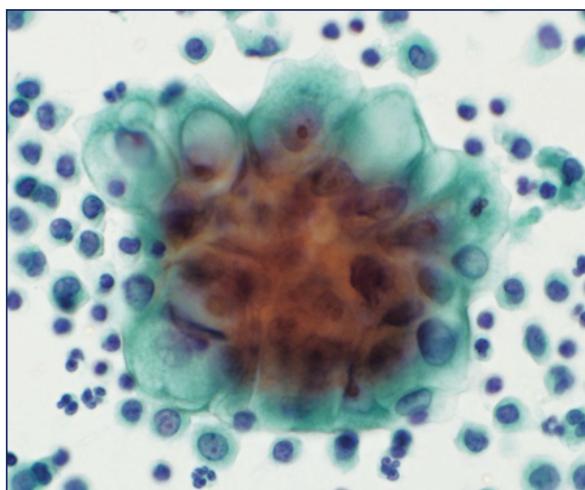
細胞診断：Class V Adenocarcinoma

粘液を含有する異型細胞が、腺腔構造や柵状配列を示し集簇する。

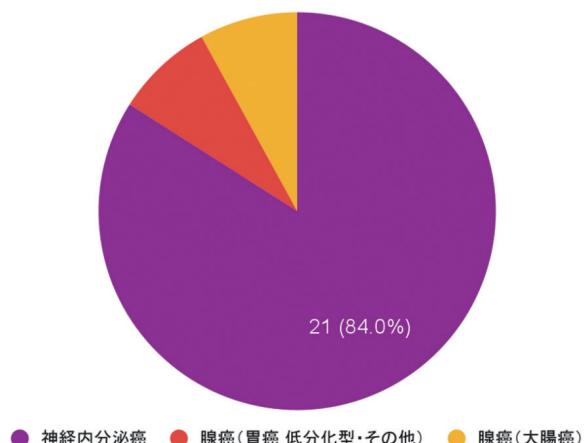
まとめ：切除例の組織像および細胞像とともに典型的な腺癌と考えられる。

なお本症例はKRAS遺伝子変異G13D (+) を認めた。





アンケート結果



### 症例 6

新潟市民病院 病理診断科

○神田 杏里沙

年 齢：70歳代

性 別：女性

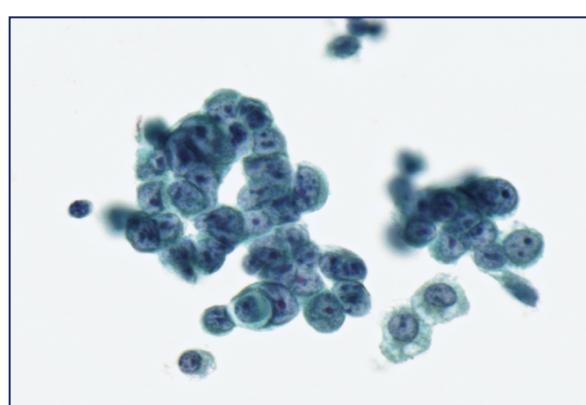
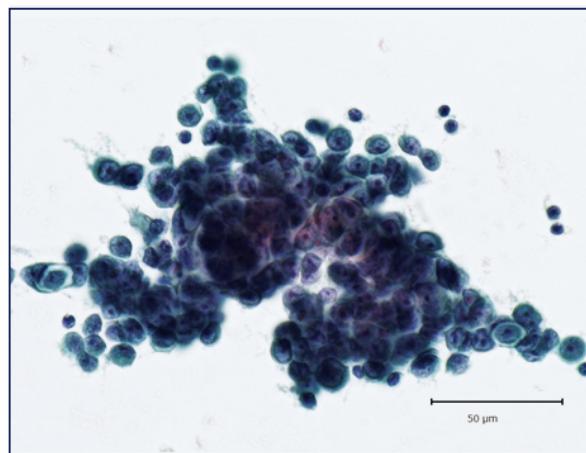
臨床経過：大腸内視鏡施行し進行癌が確認できた  
が生検未施行、手術目的に当院紹介。  
上結腸癌として右半結腸切除術が施行  
され、術中腹水を提出。

採取方法：術中腹水

処理方法：引きガラス法 パパニコロウ染色 ギ  
ムザ染色

細胞診断：適正 Class V Adenocarcinoma  
核小体明瞭な異型細胞が小集団や重積  
性集塊として認められる。腺腔様の配  
列が散見される。

ま と め：大腸癌の多くは腺癌で占められるが特  
殊型も念頭に置く必要がある。木目込  
み細工様配列やインディアンファイル  
様配列に注目することで、神経内分泌  
細胞癌も鑑別疾患として考慮すべきで  
ある。



## 講演

## 消化器癌における粘液形質の「いろは」

済生会新潟病院 病理診断科 西倉 健

体腔液細胞診においては、腫瘍の性状（良性・悪性、上皮性・非上皮性など）の鑑別を迫られる機会が多い。上皮性か否かの鑑別に有用とされる主な染色法について、注意点を含め図1に呈示した。Periodic acid-Schiff (PAS) やAlcian-blue (Alb) の各染色は簡便・安価で汎用されるが、脆弱な「糖鎖」を認識するため染色性が不安定と

なり易い。またAlbは全ての粘液に反応するわけでは無いことに留意されたい。

一方サイトケラチン (CK) は上皮細胞の細胞骨格を成す中間径フィラメントで、塩基性と酸性とに大別され、更に分子量の違いによって高分子および低分子とに分類される。CK発現パターンから腫瘍の由来等を推定可能である。特に図2のようにCK 7 /CK20発現の組み合わせが良く用いられる。一方で非典型例が存在することは稀ならず経験され、注意を要する。

上皮細胞由来	中皮細胞由来	注意点
Periodic acid-Schiff (PAS) 領域性～びまん性 Alcian-blue	Periodic acid-Schiff (PAS) 点状	<ul style="list-style-type: none"> <li>染色性が不安定</li> <li>Alcian-blueは酸性粘液のみ反応する 中皮の胞体外縁にも</li> </ul>
BerEP4 CEA CDX2 MUC series Napsin A TTF1	Calretinin CK5/6 D2-40 (=podoplanin) GLUT1 HBME-1 WT1	<ul style="list-style-type: none"> <li>BerEP4はほぼ全ての上皮をカバーするが扁平上皮は陰性 (P40等の併用)</li> <li>CEAは産生腫瘍に依存</li> <li>Napsin A/TTF1はほぼ肺腺癌に限られる</li> <li>GLUT1は中皮腫で強発現</li> <li>WT1は種々の腫瘍で陽性</li> </ul>

図1

CK7	CK20	代表的な腫瘍
+	+	尿路上皮癌, 膀胱癌, 膵癌, 胆道癌, 卵巣粘液腺癌, メルケル細胞癌
+	-	乳癌, 肺非小細胞癌, 卵巣漿液腺癌, 子宮内膜腺癌, 子宮頸部腺癌, 悪性中皮腫, 甲状腺癌
-	+	胃癌, 大腸癌
-	-	肝細胞癌, 膵小細胞癌, ラ氏島腫瘍, 腎癌, 前立腺癌, 扁平上皮癌, 肺小細胞癌, 悪性黒色腫, 未分化胚細胞腫

図2

ところで腺癌など多くの腫瘍で粘液が産生されることから、粘液形質の評価は腫瘍の性状を明らかにし、鑑別の点からも大変有用である。粘液の主成分「ムチン」は高分子糖タンパクから組成される。この中心タンパクに種々の糖鎖がヒゲのように付着し粘液が構成される。糖鎖は上述の様に

脆弱であり、剥がれたり喪失したりし易い。PASやAlbで粘液観察が往々にして困難になる要因でもある。一方、中心タンパクは粘液の骨格を成す物質であり、通常安定している（図3）。

ムチン中心タンパク（MUC；マックと発音）には多くの種類が知られており、図4に示す如く

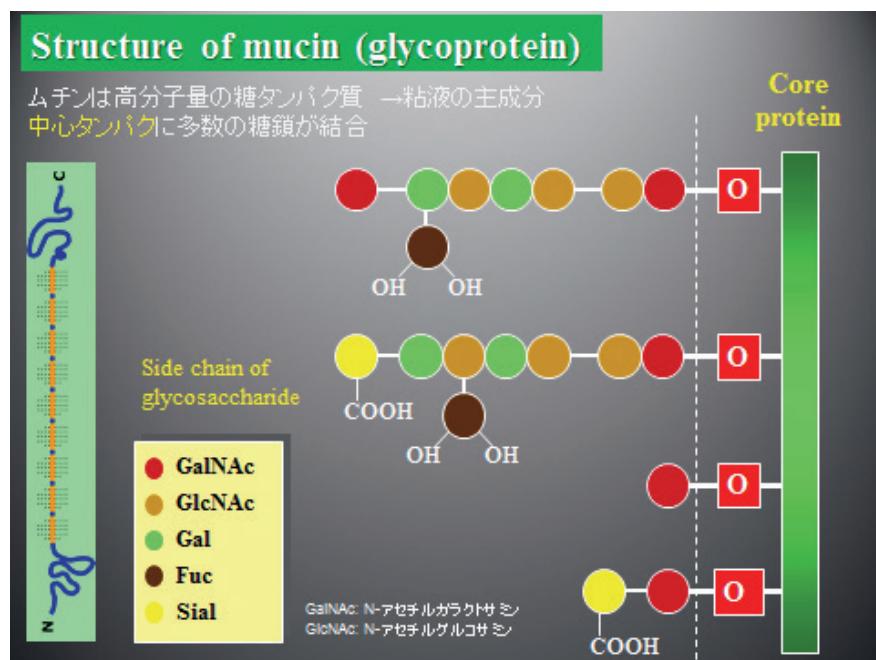


図3

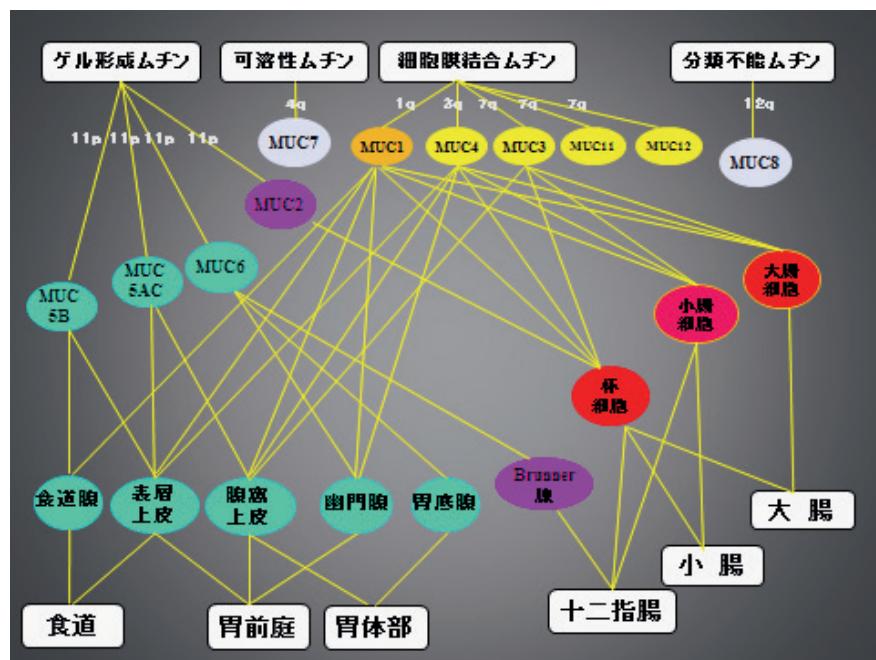


図4

発現する器官・部位もそれぞれ決まっている。

図5に、当施設で使用中の粘液形質マーカーをまとめた。MUCシリーズの他に、MUC 2発現を誘導する転写因子のCDX 2や、腸管などの刷子縁を同定するCD10も加えて用いている。

CDX 2はMUC 2よりも鋭敏であるが、中等度以上の染色性のみ陽性とすべきである。

これらを組み合わせることで、安定した染色状態で粘液形質を評価することが出来る。

当施設を含め、一般に10%以上の陽性率をカットオフ値とする施設が多い。域値を下げると、当然ながら純粋な胃型形質や腸型形質は頻度が低下し、胃・腸混合型形質が増加する。

なお消化管と膵胆道系とでは粘液形質の判定が

マーカー	MUC1	MUC5AC	MUC6	MUC2	CDX2	CD10
特性	Many kinds of epithelium	Foveolar epithelium	Pyloric gland, etc.	Goblet cell	Intestinal epithelium	Brush border
抗体名	Ma695 mouse-monoclonal	CLH2 mouse-monoclonal	MUC6/916 mouse-monoclonal	Ccp58 mouse-monoclonal	DAK-CDX2 mouse-monoclonal	56C6 mouse-monoclonal
希釈率	1:200	1:100	1:200	1:500	1:50	1:50
前処理	100°C, 20 min in Tris-EDTA buffer (pH9.0)					
製造元	Novocastra, UK (Leica, DEU)	DAKO, US	Abcam, UK	Novocastra, UK (Leica, DEU)	DAKO, US	Novocastra, UK (Leica, DEU)

図5

## 消化管腫瘍の粘液形質判定

形質 phenotype	MUC5AC	MUC6	MUC2 CDX2	CD10
胃型 Gastric-type	+	+/-	-	-
腸型 Intestinal-type	-	-	+	+/-
胃・腸混合型 GI-type	+	+/-	+	+/-
無形質型 Null-type	-	-	-	-

- ・通常、それぞれの形質マーカーが5%～10%以上発現した場合、陽性と判定
- 域値を下げるほど混合型が増える傾向
- ・腸型は、CD10陽性を小腸型、CD10陰性を大腸型と亜分類
- ・胃・腸混合型は、形質マーカーの過多により胃型優位と腸型優位に亜分類

図6

異なるため注意を要する（図6・7）。

粘液形質によって腫瘍の性状を評価出来る。胃癌を例にとると、分化型腺癌は従来ローレン分類

にて腸上皮化生に由来するintestinal-typeとされてきたが、実際は胃型～胃型優位形質の占める割合がかなり高いことがわかる（図8）。興味深い

## 膵胆道系腫瘍の粘液形質判定

形質 phenotype	MUC1	MUC2 CDX2	MUC5AC	MUC6
膵胆道型（固有型） Pancreatobiliary-type	+	-	+/-	-
胃型 Gastric-type	-	-	+	+/-
腸型 Intestinal-type	-	+	+/-	-
胃・腸混合型 GI-type	+	+	+	+/-
好酸性型 Oncocytic-type	+/-	+/-	+	-
無形質型 Null-type	-	-	-	-

- ・混合型が多い。分枝膵管型IPMNでは胃型が多いが、胆道系では低頻度
- ・MUC5ACは程度の差こそあれ、ほとんどの形質で観察される
- ・カットオフ値は未だ議論がつくされていない

図7

## 胃腺癌の粘液形質と特性

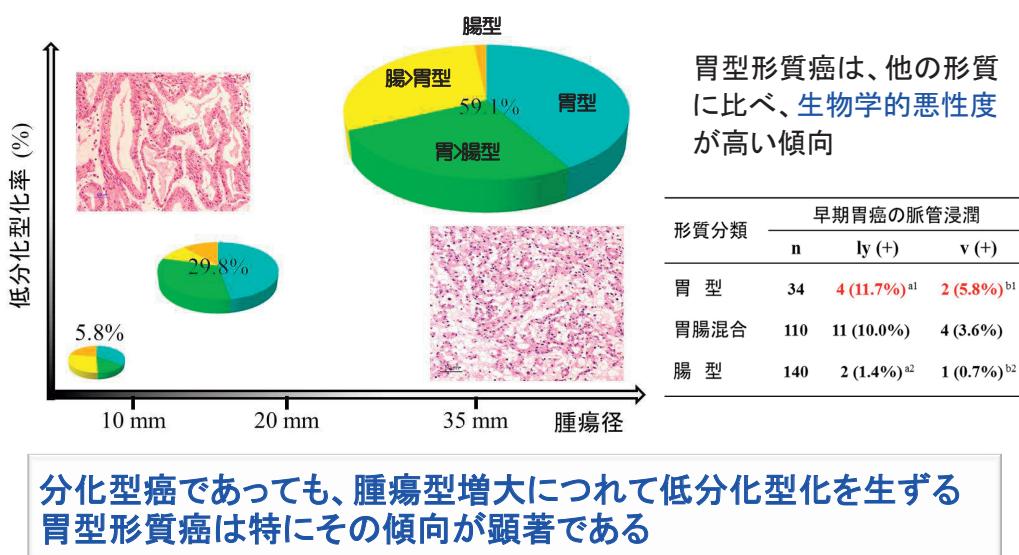


図8

事にこれらタイプの胃癌は他形質に比して生物学的悪性度が高い。また腫瘍型増大につれて低分化型化を来す傾向が目立つ。

また胃型形質癌は他形質癌に比して褐色調に乏しく、境界不鮮明な傾向にある症例が多い。粘液形質・組織型・肉眼型との間には密接な相互関連性が存在し、臨床的にも重要である（図9）。

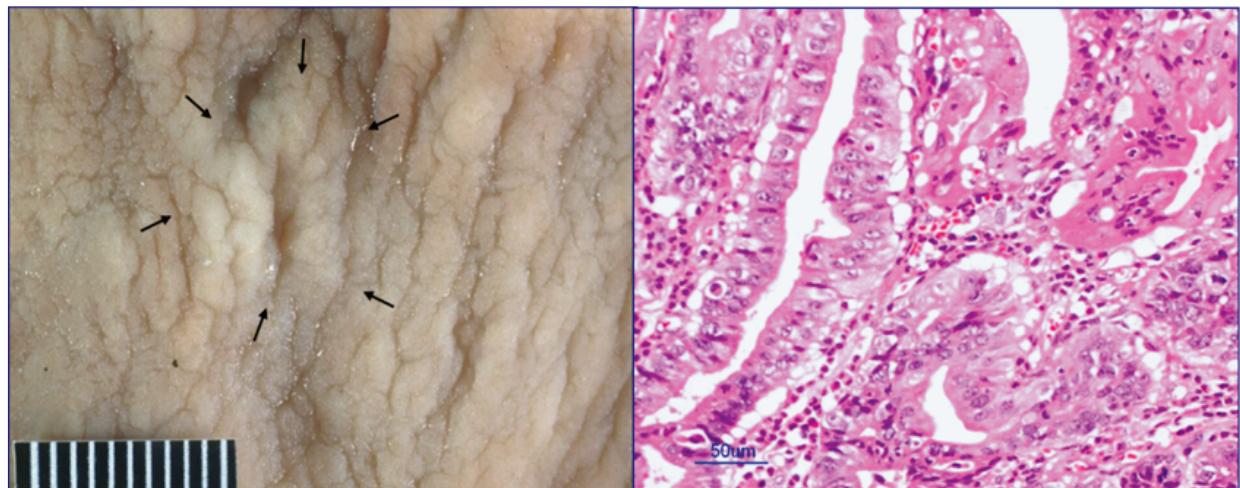
最後に、粘液形質マーカーの応用が細胞診断に極めて有用であった症例を当施設で経験したので、ここに紹介したい。症例は80歳男性。進行大腸癌術後3年、進行胃癌術後1年になるが、胸水貯留を認めたため、胸腔穿刺を行い胸水を採取し

た。血性胸水で散在性に癌細胞が観察された。治療薬の選択のため、原発巣として大腸癌と胃癌とを鑑別する必要があった。細胞形態のみでは困難であったため、免疫組織化学法を施行。その結果、MUC 5 AC+/MUC 6 +/MUC 2 -/CDX 2 -の胃型粘液形質癌であることが判明した（図10）。これらは既往胃癌とも合致する結果であり、胃癌の播種性胸水と結論するに至った。

### まとめ

1. 細胞診において、Periodic acid-Schiff (PAS) 染色は上皮（粘液）と中皮（グリコーゲン）と

## 胃型形質癌



## 腸型形質癌

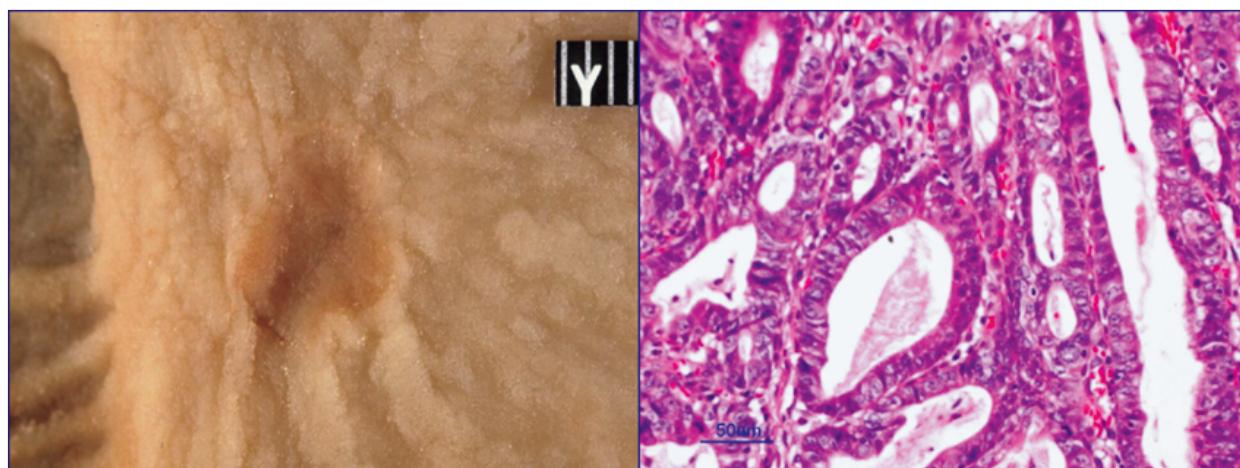


図9

を簡便に識別可能でAlcian-blue染色同様、日常診断業務に推奨される。ただしこれら古典的手法は染色が不安定性になり易く、誤判定に陥る可能性に注意が必要である。

2. 免疫組織化学法を用いることによって、粘液の主成分たるムチン中心タンパクを容易に同定

することが出来る。従来の糖鎖の判定に比して、より安定した結果が期待出来る。

3. 複数のMUCシリーズ抗体を組み合わせることで粘液形質を詳細に評価し、以て腫瘍特性の解析や、原発巣の特定などに応用可能である。

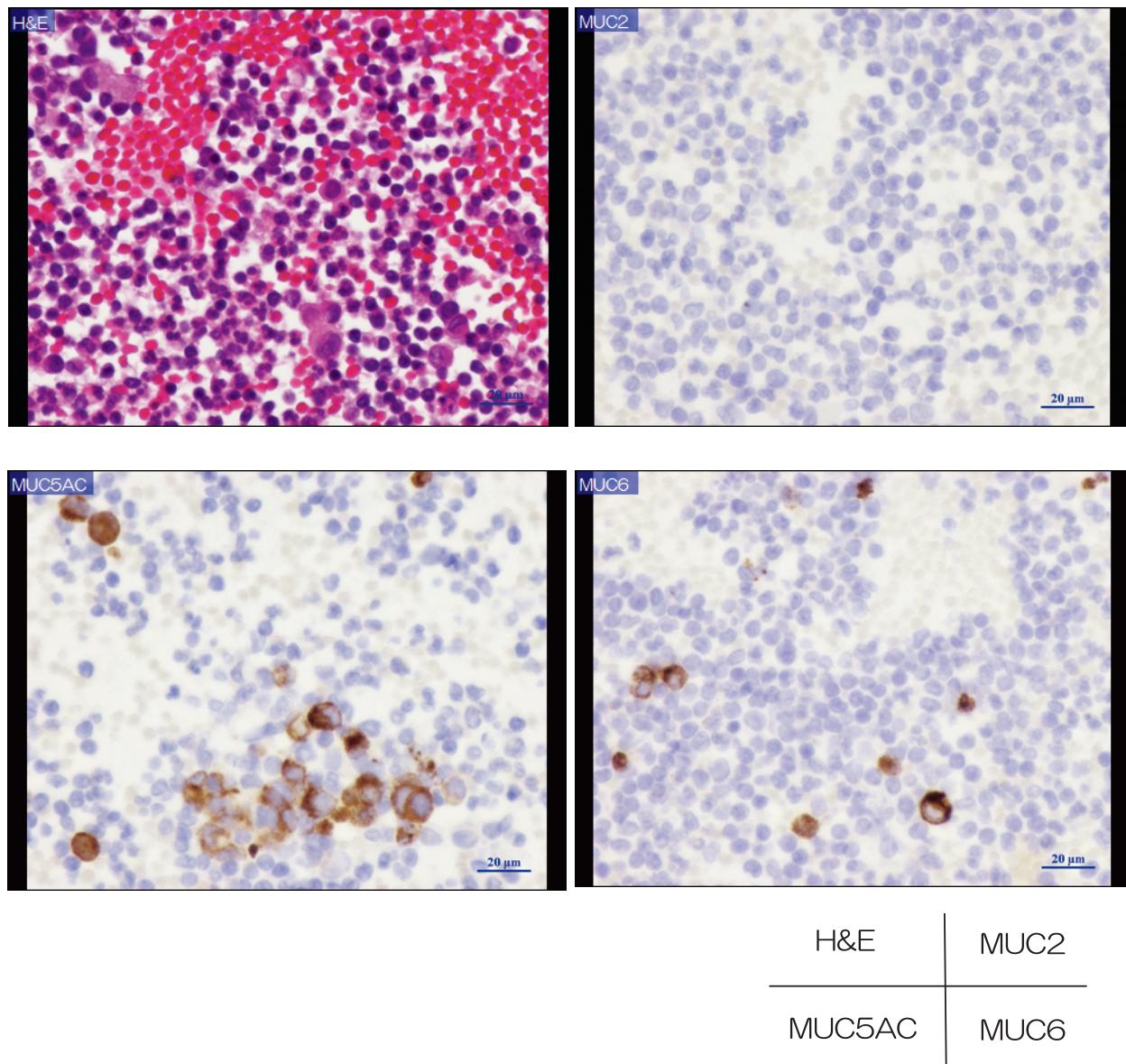


図10

## 令和6年度細胞診研修会報告 「子宮頸部・体部の細胞診－腺系病変の症例検討－」

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

菊池 朗

### はじめに

令和6年8月31日（日）に令和6年度細胞診研修会が新潟県医師会館で開催された。テーマは『子宮頸部・体部の細胞診－腺系病変の症例検討－』で、長岡中央総合病院、がんセンター新潟病院、長岡赤十字病院、および済生会新潟病院から6例の提供があった。事前鏡検施設は新潟市民病院、小千谷総合病院、県立新発田病院、新潟医療センター、上越総合病院、および立川総合病院が担当した。指導医は、山田医院の山田潔先生、新潟大学婦人科の西野幸治先生、安達聰介先生、新潟県立がんセンター新潟病院婦人科の田村亮先生にお願いした。婦人科の指導医の世代交代が進んだ感があり、これから的新潟県の婦人科領域の細胞診をリードするメンバーであると思う。

対面での婦人科領域の研修会は久しぶりにも関わらず多くの参加者があり、活発なディスカッションが行われた。ただし座長の私は、会の進行のしきたりを忘れており不手際が多数あったことをこの場を借りてお詫び申し上げます。

### 症例1. 70歳代

#### 1. 臨床経過

子宮がん検診でAGCにて受診。子宮頸部細胞診AGC-FN、組織診（子宮頸管キュレット）でatypical cervical glands。2ヵ月後MRI施行、病変不明。子宮頸部細胞診が再検された（鏡検標本）。経過中、出血等の自覚症状はなし。

標本作製法：サーベックスブラシ／LBC（BDシュアパス）

#### 2. 事前鏡検施設 新潟市民病院

【診断】AGC-FN

【細胞所見】腺細胞を多量に認め、その多くが黄

色調粘液を有する（図1）。核型不整、核小体明瞭化、クロマチン増加、核の偽重層や配列の乱れ、核分裂像を認める。胃型腺癌等の悪性由来を疑うが、異型LEGH等の可能性も否定できない。

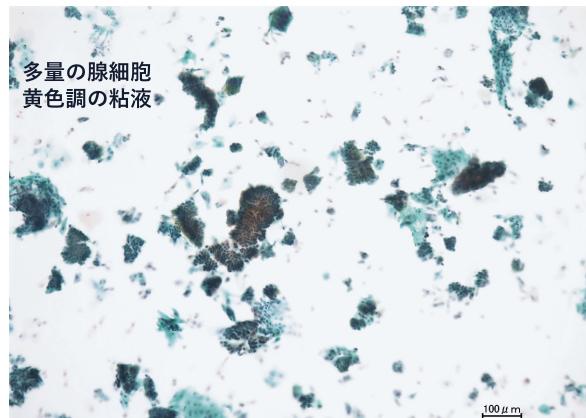


図1

#### 3. 細胞診専門医 産科婦人科山田医院 山田潔先生

【診断】Adenocarcinoma

【細胞所見】きれいな背景に粘液を有した高円柱状細胞が不規則に重層性した集塊として出現、核の不正や核小体が目立つ。核分裂像も認める。細胞診診断はAdenocarcinoma、推定病変は胃型粘液性癌とした（胃型HPV非依存性腺癌）。臨床症状がないこと、MRIで病変が不明であり、過剰診断の可能性があり、これを臨床医へ伝達することが重要である。

#### 4. 事前投票

Adenocarcinoma 43.0%, AIS 18%, AGC-FN 40.0%, AGC-NOS 8.0%

#### 5. 提供施設 長岡中央総合病院

【診断】AGC-FN

【細胞所見】背景は清明、胞体に黄色調粘液を有する腺上皮細胞が多く見られる。核の重なり、核位置の不規則性を呈する細胞集塊が散見される。核の偏在性が著明で、核形不整・核の大小不同が軽度あり。核小体は単個～数個見られしばしば目立つ(図2)。核分裂像も少数認める。

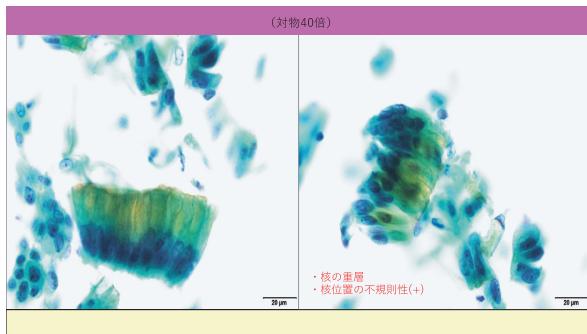


図2

## 6. 結果

子宮全摘、両側付属器摘出施行。摘出物病理(図3)：cervix：endocervical adenocarcinoma in situ (gastric type)。免疫染色：MUC 5 AC(+)、MUC 6(+)、MUC 2(-)、CDX 2(-)、P16(-)、P53(-)。

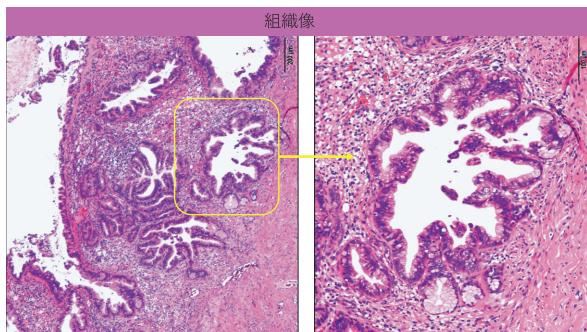


図3

## 7. 座長コメント

細胞診AGC-FNとAISは、生検でAIS以下の場合には診断的円錐切除が原則である。ただし高齢者の場合円錐切除が難しいケースも多く、その場合は子宮全摘が考慮される。臨床上AGC-FNと

AISの鑑別は重要ではないが、AGC-NOSでは経過観察となることが多いことは留意すべきである。

## 症例2. 40歳、1妊1産

### 1. 臨床経過

子宮がん検診でHISLにて受診。生検が施行され経過観察の方針。5ヶ月後子宮頸部細胞診が施行された。

標本作製法：頸管ブラシ／直接塗抹

### 2. 事前鏡検施設 新潟市民病院

#### 【診断】 AIS+HSIL

【細胞所見】壊死性背景は見られない。傍基底型核異型細胞と核重積性のある円柱上皮集塊が出現。傍基底型細胞は敷石状、及び集塊として出現。核クロマチン増量、核不整、核密度上昇、核分裂像、核腫大を認めるが、緊満感は見られない。円柱状細胞は核腫大、核重積性や核の突出が認められ、不規則配列した重積性集塊や毛羽立ちも観察される(図4)。上皮内腺癌および高度異形成を推定する。

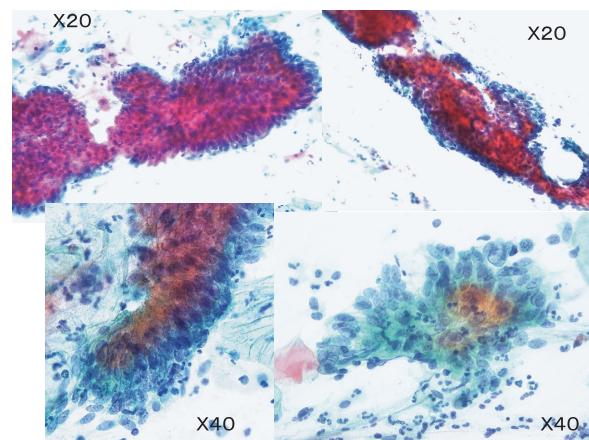


図4

### 3. 細胞診専門医 新潟大学 西野幸治先生

#### 【診断】 AIS+HSIL

【細胞所見】オレンジGに濃染する角化傾向のある異型細胞を認め、ghost cellも見られる。核異型等からはSCCとまでは診断できない。それ以外

にも、中層程度由来の、核の大小不同、核溝、多核、核縁肥厚、クロマチン濃染等が見られる扁平上皮系の異型細胞を見るが、核の緊満感はなく、CISまでは取れず、高度異形成を推定した。一方、周辺に冊子縁を伴い、紡錘形の細胞がほつれて突出する異型腺細胞の集塊も認める。細胞密度も高く異型もあり、黄色粘液が豊富である。AGC-FNとAISとを迷ったが、異型腺細胞集塊は量も多く、核小体が目立つ等異型が強いと思われる細胞も相当量あり、AISと判断した。

#### 4. 事前投票

AIS+HSIL 58.0%, AGC-FN+HSIL 34.0%, other malig 4%, AGC-FN 2.0%

#### 5. 提供施設 新潟県立がんセンター新潟病院

【診断】 AGC-FN+HSIL

【細胞所見】 中層～傍基底型の異型扁平上皮細胞を認める（図5）。大型の細胞集塊を多く認め、扁平上皮系と腺系の両方の成分を認める。腺細胞の集塊は、高円柱状、黄色調粘液を持つものも見られ、柵状配列、重層異常を認め、羽毛状様の所見も見られる。核の飛び出しが顕著ではなく、核形不整やクロマチン増量は軽度で、AISといえるまでの所見ではない。

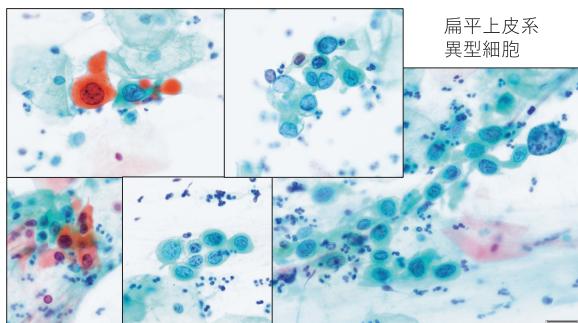


図5

#### 6. 結果

初診時組織診CIN 2 /HSIL。5ヶ月後細胞診AGC-FN+HSIL（鏡検標本）、組織診Inadequate material。9ヶ月後細胞診HSIL+AGC-FN、組織診Adenocarcinoma in situ and CIN 1 /LSIL。

円錐切除術施行。摘出物病理Adenocarcinoma in situ+CIN 1（図6）、子宮全摘+両側付属器摘出術追加されたが、病変残存なし。

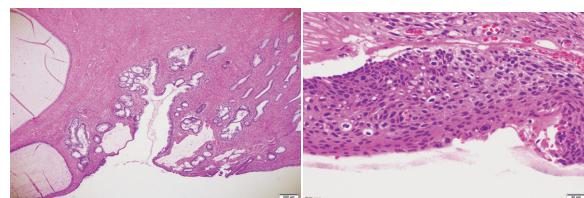


図6

#### 7. 座長コメント

症例1で記載したように、AGC-FNとAISは原則診断的円錐切除である。5ヶ月後細胞診AGC-FN+HSIL、組織診Inadequate materialの時点での円錐切除を施行すべきであった。座長の在籍する施設の症例であり、深く反省している。臨床医にAGC-FNとAGC-NOSの差の啓蒙が必要と感じた。

#### 症例3 70歳代 0妊0産

##### 1. 臨床経過

子宮体癌疑いにて子宮腔部細胞診が施行された。

標本作製法 サーベックスブラシ/LBC法（Sure Path法）

##### 2. 事前鏡検施設 新潟県立新発田病院

【診断】 AGC-FN

【細胞所見】 柵状配列、乳頭状、腺管状などの腺系を思わせる異型細胞集塊が見られる（図7）。細胞異型は軽度だが腫瘍性を考える。異型細胞の出現量は少なくなく、大型の集塊なども見られる。一部に扁平上皮化生様の異型細胞や、好中球を取り込んだ細胞集塊などが見られる。異型細胞の由来が内頸部か体部かの鑑別は困難である。

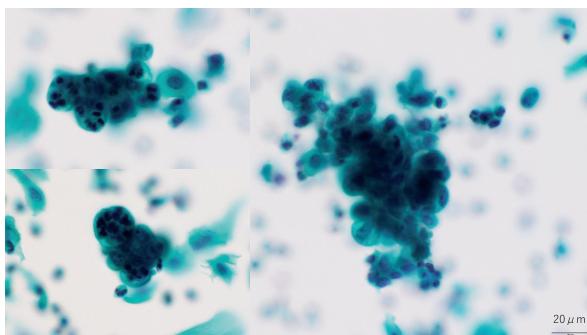


図 7

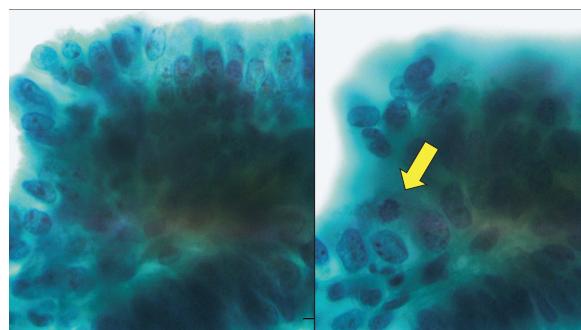


図 8

### 3. 細胞診専門医 新潟県立がんセンター新潟病院 田村亮先生

【診断】 Adenocarcinoma

【細胞所見】 少量の壊死物質を含む背景に大小の不規則重積性集塊が散見される。辺縁で細胞は高円柱状、柵状配列を認め、腺系の異常が考えられる。集塊の辺縁はやや不整で、細胞のほつれを認める。核の腫大と大小不同、核小体の明瞭化、微細クロマチンの増量、血管軸を有する乳頭状構造の集塊、及び好中球の取り込み像を認め、adenocarcinomaと判断する。臨床的に子宮体癌が疑われていることを考慮し子宮体癌（類内膜癌）を疑う。

### 4. 事前投票

Adenocarcinoma 66.0%, AIS 8.0%, AGC-FN 18.0%, AGC-NO S 8.0%.

### 5. 提供施設 長岡中央総合病院

【診断】 AGC-FN

【細胞所見】 炎症背景に壊死や粘液成分は見られない。高円柱状細胞からなる大型集塊が散見され配列不整や重積を認める。核は類円形から橢円形で、大小不同があり、核小体が認められるが、クロマチンは粗顆粒状で、核縁の肥厚は認めない。核分裂像や核縁の不整（切れ込み）も見られる（図8）。血管間質や炎症細胞の取り込みも認める。腺系の異型細胞であるが、adenocarcinomaとまでは取れないことからAGC-FNと診断した。臨床所見から体部由来の細胞の可能性も否定できないと考えた。

### 6. 結果

画像検査で宮体癌疑い。内膜吸引生検組織施行され、類内膜癌Grade 1。子宮全摘+両側付属器摘出術施行。子宮体癌、類内膜癌Grade 1, Ly 0, v 0, pT 1b (図9)。

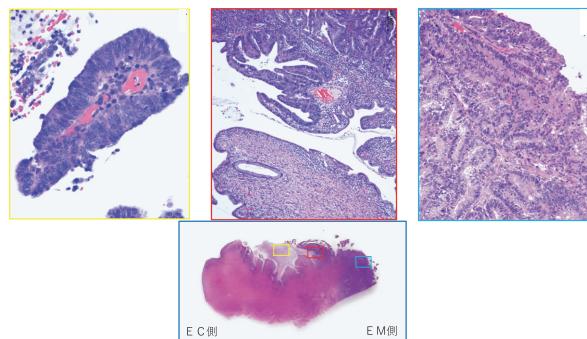


図 9

### 7. 座長コメント

AGC-FNの鑑別として子宮体癌は重要である。年齢や症状などリスクのある場合子宮体癌の検索をすべきとされているが、私はほぼ全例で内膜細胞診/組織診を施行している。病理側もAGCの推定される細胞の由来が内膜、頸管腺、子宮外、不明など記載が望ましい。

### 症例 4 80歳代

#### 1. 臨床経過

血便のため消化器内科を受診。直腸に巨大な腫瘍を認め、組織生検で腺癌の診断。婦人科系の腫瘍も疑われたため、婦人科を紹介受診。腔鏡診に

て後腫円蓋に潰瘍が認められたため、細胞診検体を採取した。

標本作成法：LBC法（Sure Path法）

## 2. 事前鏡検施設 新潟医療センター

【診断】Other malignancy

【細胞所見】血性背景で壊死は目立たない。扁平上皮細胞に異型を認めない。小型～大型の立体的な集塊を多数認める。不規則重積・乳頭状構造。細胞の突出像も認める。好中球取り込み像あり。核偏在性、クロマチンは顆粒状。核腫大・大小不同高度で核形不整が目立つ。核小体明瞭。細胞質は広く、泡沫状で空胞をしばしば認める（図10）。高円柱状細胞・柵状配列などが見られず、婦人科系（子宮体癌または卵巣癌）由来の腺癌をより考える（漿液性癌？明細胞癌？）。

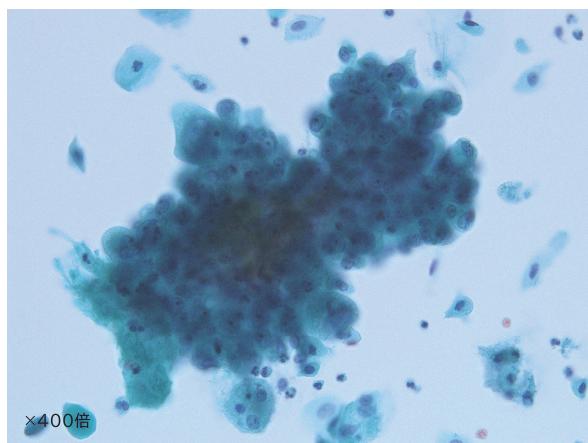


図10

## 3. 細胞診専門医 新潟大学 安達聰介先生

【診断】Adenocarcinoma

【細胞所見】不規則重積性配列、乳頭状配列を呈する集塊を認める。N/C比は高く、核の大小不同あり、核小体が目立つ。細胞集塊辺縁の核の突出像を認め、腺癌を考える。高円柱型柵状配列を認めず、直腸癌より卵巣癌・子宮頸部腺癌・子宮内膜癌の可能性を考えた。

## 4. 事前投票

Adenocarcinoma 92.0%, AGC-NOS 6.0%, AGC-FN 2.0%.

## 5. 提供施設 長岡赤十字病院

【診断】Adenocarcinoma

【細胞所見】萎縮性の背景にシート状～不規則重積を示す乳頭状集塊が出現。強い大小不同や核形不整を示す核に、明瞭な核小体が1～複数個認められる。好酸性～一部淡明で豊富な細胞質を有し（図11）、Adenocarcinoma由来を考える。

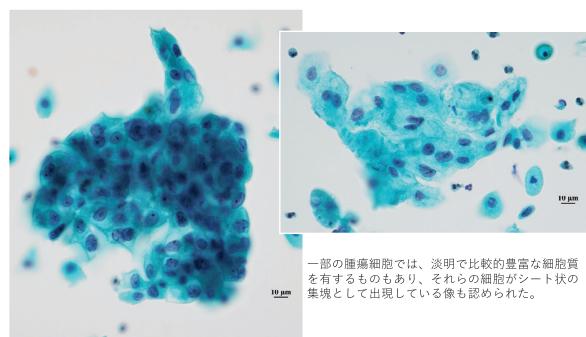


図11

## 6. 結果

MRIにて子宮、後腫円蓋及び直腸に浸潤する腫瘍あり。子宮内膜、及び後腫円蓋から生検が実施された。内膜と後腫蓋検体の組織学的所見は類似、淡明な細胞質を有する腺癌を認め（図12）、免疫染色では HNF-1  $\beta$  (+), Napsin A (+), ER (-), PgR (-), p53 (一部 +), p16 (一部 +), CDX 2 (-) を示し、明細胞癌と診断した。後腫円蓋の潰瘍は、子宮体部明細胞癌の浸潤によるものと考えられた。

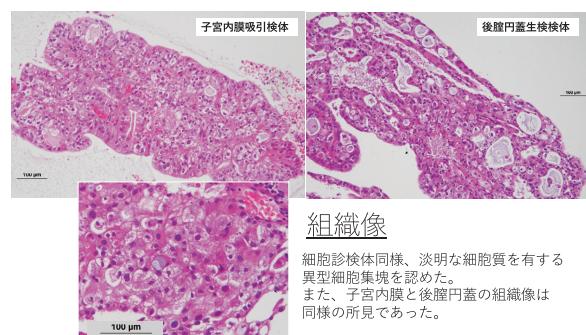


図12

## 7. 座長コメント

転移性子宮腫瘍との鑑別で問題となった症例である。転移性子宮腫瘍は稀であり、かつ臨床的に原発性子宮腫瘍と鑑別が困難であり、原発性子宮腫瘍と誤診断されるケースもおこりえる。私も子宮頸癌を疑って生検したら、腺癌（組織型特定困難）の診断であった。乳癌（小葉癌）の子宮頸部転移であり、乳癌に子宮頸癌の治療をするところであった。病理依頼に乳癌既往を記載していなかった。していれば容易に正しい診断にたどり着いたと考える。以後正しい病理診断には臨床情報が必要であることを繰り返し臨床医に伝えている。

## 症例5 50歳代 1妊1産 閉経11年前

### 1. 臨床経過

11年前乳癌手術。術後10年間タモキシフェン内服。6ヶ月ごとに内膜細胞診が施行された。

標本作成法：LBC法（Sure Path法）

### 2. 事前鏡検施設 JA新潟厚生連上越総合病院

【診断】Adenocarcinoma

【細胞所見】萎縮した内膜腺上皮集塊を背景に、核／細胞質比の高い大型異型細胞が孤在性～集塊状で見られる（図13）。泡沫状の細胞質で、核小体、核形不整、核クロマチン増量、核偏在性を認める。

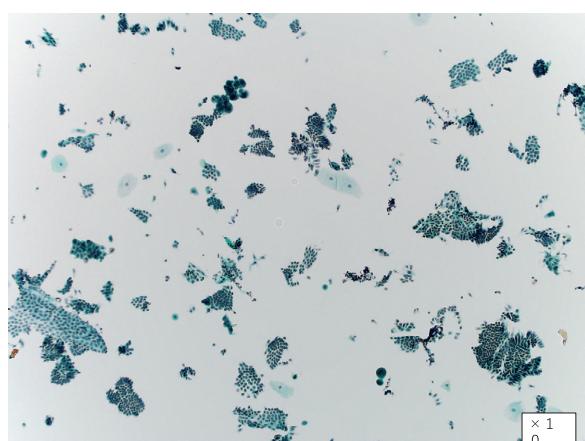


図13

## 3. 細胞診専門医 新潟大学 安達聰介先生

【診断】Adenocarcinoma

【細胞所見】背景は清。萎縮内膜と考えられるシート状集塊の中に不規則重積性配列、乳頭状配列を認める集塊を認める。N/C比は高く、核は大小不同あり、核小体が目立つ。集塊辺縁の核の突出像を認める。以上より腺癌を考える。背景が清、核の圧排を認める細胞があり、類内膜癌や漿液性癌などの原発性子宮体癌よりも乳癌の転移の可能性が高いと考えた。

### 4. 事前投票

乳癌転移 48%，漿液性癌 34.0%，好酸性化生 80%，類内膜癌 10.0%

### 5. 提供施設 新潟県立がんセンター新潟病院

【診断】Class IV adenocarcinoma疑い

【細胞所見】細胞質は泡沫状～やや厚みあり、核は偏在傾向、核小体は明瞭で核異型は強い。Adenocarcinomaと考えられたが（図14）、出現数が少ないのでClass IV、adenocarcinoma疑いとした。

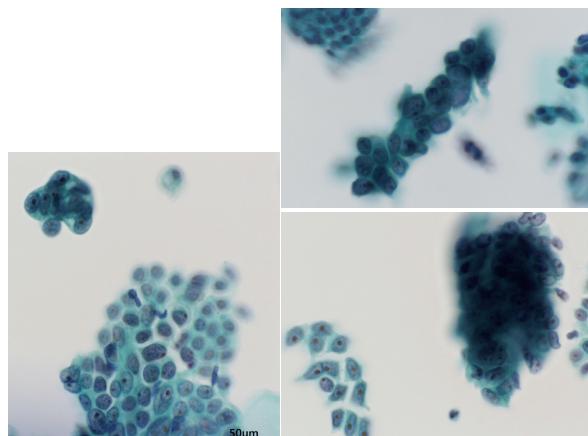


図14

## 6. 結果

画像検査で子宮内膜ポリープ・多発子宮筋腫を認めるが、明らかな体癌や乳癌を疑う所見なし。またリンパ節転移や遠隔転移疑う所見もなし。内膜生検Atypical cells、子宮頸部細胞診NILM。内膜生検されたが悪性を疑う所見なし。診断・治療

目的に開腹、播種は認めなかった。単純子宮全摘、両側付属器摘出術施行。漿液性子宮内膜上皮内癌 (Serous endometrial intraepithelial carcinoma: SEIC)。脈管侵襲 Ly(-) V(-)、転移・浸潤臓器なし、腹腔洗浄細胞診陰性 (図15)。

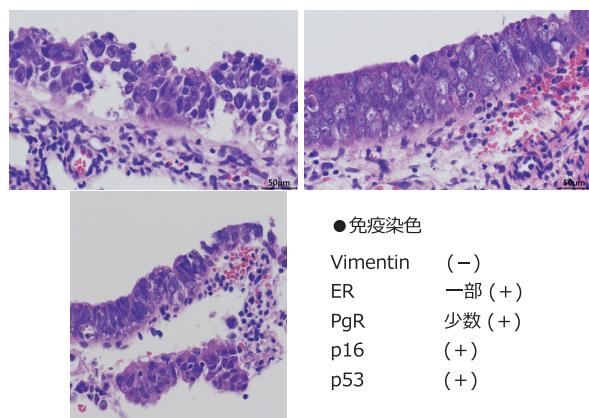


図15

## 7. 座長コメント

SEICは漿液性癌の前駆あるいは初期病変とされるが、病変が小さいことが多く、画像所見や子宮内膜生検による術前診断が困難である。上皮内癌であっても子宮外転移をきたすリスクが高く、漿液性癌に準じた対応が必要である。細胞診で腺系異型細胞を認めるが、内膜診で該当する所見がない時に、卵管癌など子宮外悪性腫瘍とともに、忘れてはいけない鑑別疾患である。

## 症例6 50歳代

### 1. 臨床経過

以前より月経不順、1年前からの不正出血を主訴に前医受診。貧血 (Hb6.3)、軽度子宮腫大 (70X70mm大)、内膜肥厚 (30mm)。鉄剤とエストロゲン+プロゲステロン製剤が投与された。少量の出血が持続するため、当院紹介受診。当院初診時 (標本1)、及び3か月後 (標本2) に子宮体内膜細胞診が施行された。初診時に採取された子宮腔部細胞診はNILMと報告した。

・標本作製法：直接塗抹法

### 2. 事前鏡検施設 立川総合病院

#### ①標本1

##### 【診断】検定不適正

【細胞所見】多数の好中球、壊死様物質を伴う炎症性背景、ファイバー状、オタマジヤクシ状、ゴースト状の角化扁平上皮細胞が多数出現 (図16)。核異型は目立たない。軽度の異型は認めるが、悪性とされる細胞はない。扁平上皮化生細胞集塊も少数みられる。軽度核腫大した内膜細胞がやや重積を伴った集塊で出現、明らかに悪性や増殖症を疑う所見はない。内膜細胞はごく少数であり、細胞集塊は標本上に内膜上皮細胞に10個未満である。

#### 症例6-①

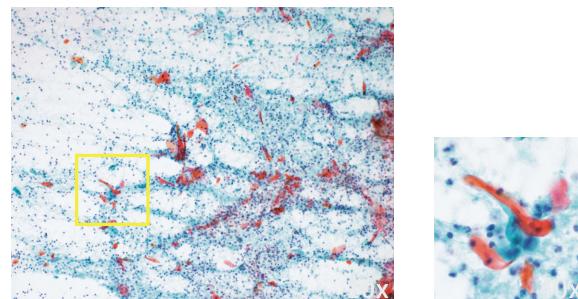


図16

#### ②標本2

##### 【診断】ATEC-A

【細胞所見】多数の好中球を伴う炎症性背景、軽度の異型を伴う角化扁平上皮細胞、内膜異型細胞集塊が少数みられる。腺腔様構造や柵状配列がみられ、構造異型 (不規則重積、集塊辺縁のほつれや核の突出) を伴う (図17)。扁平上皮への分化を伴う類内膜癌を疑うが、内膜異型細胞集塊が少なく、炎症や集塊の重積が強い部分の詳細な観察が困難である。標本が退色していて観察が困難な部分があり、悪性と断定できない。

症例 6 -②

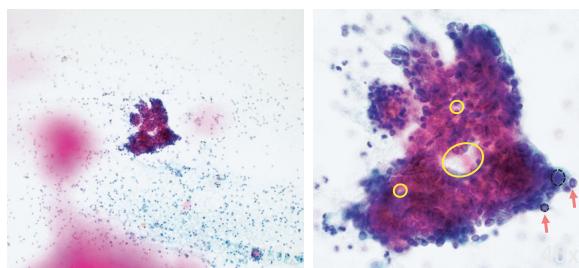


図17

3. 細胞診専門医 新潟県立がんセンター新潟病院 田村亮先生

①標本 1

【診断】陰性

【細胞所見】背景に多量の好中球を認め、子宮内膜由来の細胞はほとんど認めない。オレンジG好性の角化型細胞が多数見られる。類円形からオタマジャクシ細胞、纖維状細胞の形態を示すものがある。核異型は弱く、脱核しているものもあり、即座に悪性とは考えない。

②標本 2

【診断】Adenocarcinoma

【細胞所見】背景に好中球、角化細胞を認め、さらに不規則重積性集塊が散見される。集塊の辺縁はやや不整で、細胞のほつれを認め、内部に腺腔構造が複数確認される。また、核の腫大と大小不同、核小体の明瞭化、微細クロマチンの増量をそれぞれ認める。臨床的に子宮体癌が疑われることを加味し、子宮体癌（類内膜癌）を疑い、初診時にも認めていた角化型細胞は扁平上皮化生細胞と考える。

4. 事前投票 済生会新潟病院

類内膜癌 60.0%, ATEC-A 16.0%, 扁平上皮癌 14.0%, 陰性 2.0%, ATEC-US 8.0%.

5. 提供施設

①標本 1.

【診断】陰性、推定組織像：子宮魚鱗癌の疑い

【細胞所見】好中球主体の炎症性背景。オレンジG好染でファイバー状～オタマジャクシ状の脱核した角化扁平上皮細胞が孤在性に出現。扁平上

皮化生細胞が小集塊で出現。

②標本 2

【診断】陰性、推定組織像：子宮魚鱗癌の疑い

【細胞所見】標本 1 と同様に角化扁平上皮細胞と扁平上皮化生細胞が出現。N/C比高い核異型の乏しい類円形～橢円形核の小型細胞が腺腔様、柵状配列で出現（図18）、間質と判断した。

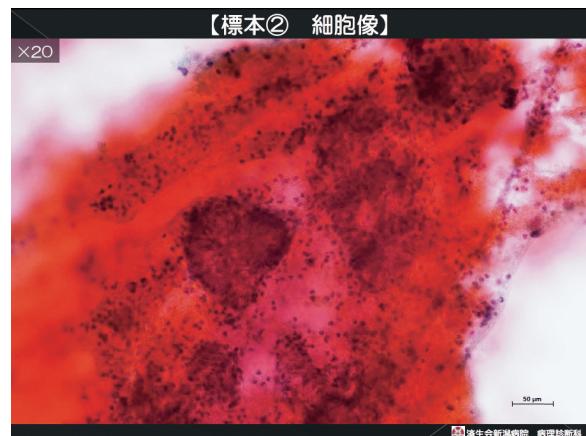


図18

6. 結果・内膜生検

内膜生検はCarcinoma, most likely endometrioid adenocarcinoma G 1 > G 2 であり、単純子宮全摘術 + 両側付属器切除施行。術後病理でEndometrioid adenocarcinoma with squamous differentiation（図19）。術後に抗がん化学療法 3 コース施行。5年間再発なく経過した。

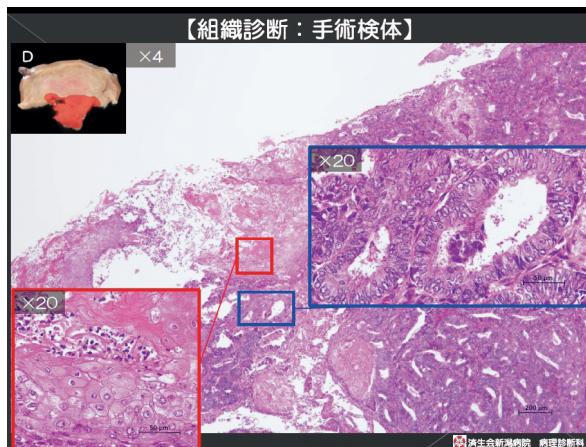


図19

## 7. 座長コメント

本症例は扁平上皮への分化を伴う類内膜癌であった。当科では4例の子宮体部扁平上皮癌の経験がある。異型が軽度である症例が多い。初回の細胞診、及び組織診で浸潤癌が疑われたのは1例のみであり、3例では異型の乏しい扁平上皮が出

現、細胞診や生検で扁平上皮癌の確定困難、もしくは複数回の検査が必要であった。その経験、及び子宮魚鱗鱗も癌発生母地と考えられていることより、子宮内膜細胞診で多量の扁平上皮を認めた時、異型が乏しくても悪性腫瘍の存在を疑うべきであると考えている。

## 第42回新潟県臨床細胞学会 学術集会プログラム

開催日時 2025年7月5日（土）14時00分より  
会 場 新潟大学医学部 有壬記念館 2階  
(現地開催・オンデマンド配信)  
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 14:00~14:05

一般演題 I 14:05~14:35

座長：島 英里

新潟大学医歯学総合病院

総合周産期母子医療センター

1. 子宮頸部に発生した紡錘形細胞腫瘍の1例

川口 洋子<sup>1</sup>, 原 大樹<sup>1</sup>, 柳原 優香<sup>1</sup>, 土田 美紀<sup>1</sup>, 斎藤美沙紀<sup>1</sup>, 弦巻 順子<sup>1</sup>,  
豊崎 勝実<sup>1</sup>, 佐藤 由美<sup>1</sup>, 木下 律子<sup>1</sup>, 横田 一樹<sup>3</sup>, 西野 幸治<sup>3</sup>, 櫛屋 直寿<sup>3</sup>,  
西川 伸道<sup>3</sup>, 菊池 朗<sup>3</sup>, 三尾 圭司<sup>2</sup>, 西田 浩彰<sup>2</sup>, 渡邊 玄<sup>2</sup>, 川崎 隆<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>新潟県立がんセンター新潟病院病理部

<sup>2</sup>同病理診断科

<sup>3</sup>同婦人科

2. 子宮頸部円錐切除後の管理法～細胞診とHPV検査の併用～

西野 幸治, 横田 一樹, 櫛谷 直寿, 西川 伸道, 菊池 朗  
新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

3. 子宮頸部細胞診：AGCの確定診断と経過

児玉 省二<sup>1</sup>, 寺島 隆夫<sup>1</sup>, 関谷ゆかり<sup>2</sup>, 高柳 量至<sup>2</sup>, 長澤 優子<sup>2</sup>, 田中 佳代<sup>2</sup>,  
佐藤 文子<sup>2</sup>, 片岡希江子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>新潟南病院 婦人科

<sup>2</sup>江東微生物研究所新潟支所

休 憩 14:35~14:50

一般演題Ⅱ 14:50~15:10

座長：近藤 修平

新潟大学医歯学総合病院 病理部

4. 腎癌肺転移と肺癌を合併した1例

池亀 央嗣<sup>1</sup>, 高橋加奈絵<sup>1</sup>, 横山 千明<sup>1</sup>, 川口裕貴恵<sup>1</sup>, 須貝 美佳<sup>2</sup>, 近藤 修平<sup>1</sup>,  
梅津 哉<sup>1</sup>, 大橋 瑠子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>新潟大学医歯学総合病院 病理部

<sup>2</sup>新潟大学医学部保健学科

5. 当院における男性乳癌の細胞学的検討

遠藤 浩之, 西倉 健, 竹下奈津子, 花野 佑輔, 鬼海 凌司, 馬場 健太

済生会新潟病院 病理診断科

休憩 15:10~15:20

総会 15:20~15:50

休憩 15:50~16:00

特別講演 16:00~17:00

座長：大橋 瑠子

新潟県臨床細胞学会 会長

『細胞診とがんゲノム 病理検査室でできること・やりたいこと』

岐阜大学医学部附属病院病理部 教授 宮崎 龍彦 先生

閉会の挨拶

## 子宮頸部に発生した紡錘形細胞腫瘍の1例

川口 洋子<sup>1</sup>, 原 大樹<sup>1</sup>, 柳原 優香<sup>1</sup>, 土田 美紀<sup>1</sup>, 斎藤美沙紀<sup>1</sup>, 弦巻 順子<sup>1</sup>,  
豊崎 勝実<sup>1</sup>, 佐藤 由美<sup>1</sup>, 木下 律子<sup>1</sup>, 横田 一樹<sup>3</sup>, 西野 幸治<sup>3</sup>, 櫛屋 直寿<sup>3</sup>,  
西川 伸道<sup>3</sup>, 菊池 朗<sup>3</sup>, 三尾 圭司<sup>2</sup>, 西田 浩彰<sup>2</sup>, 渡邊 玄<sup>2</sup>, 川崎 隆<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>新潟県立がんセンター新潟病院病理部

<sup>2</sup>同病理診断科

<sup>3</sup>同婦人科

### 【はじめに】

子宮頸部原発の非上皮性腫瘍は稀である。今回子宮頸部原発のNTRK遺伝子再構成紡錘形細胞腫瘍を経験したので報告する。

### 【症例】

50歳代女性。不正出血持続のため近医を受診。子宮頸癌を疑われ、当院を紹介受診した。頸管内に3cm大の腫瘍を認め、子宮頸部細胞診及び生検が施行された。

### 【細胞所見】

血性背景の中に、小型、短紡錘形～橢円形で、核腫大、N/C比大、クロマチン増量を示す異型細胞が孤在性～集塊状で多数出現していた。核分裂像は目立たなかった。また、血管成分も多く見られた。非上皮性腫瘍を考えたが、組織型の推定は困難であり、Malignant cellsと報告した。

### 【組織所見】

比較的異型の軽い紡錘形細胞が充実性に増殖する腫瘍であった。免疫染色はCD10(弱+), ER(少數+), PgR(少數+)であり、低異型度子宮内膜

間質肉腫(LGESS)の可能性を考えると報告した。その後広汎子宮全摘術、両側付属器切除術が施行され、頸部に限局する27×20×15mmの腫瘍を認めた。腫瘍細胞は束状に配列し、間質浸潤も見られた。核分裂像は1～2/10HPFで、壊死はなかった。LGESSに特徴的である腫瘍細胞が血管周囲を取り囲む像は不明瞭だった。免疫染色はS-100(+), CD34(+), pan-Trk(+), CD10(一部+), ER(少數+), PgR(少數+)であり、NTRK遺伝子再構成紡錘形細胞腫瘍との病理診断となった。

### 【まとめ】

NTRK遺伝子再構成紡錘形細胞腫瘍は、NTRK遺伝子の再構成を有する紡錘形細胞腫瘍の一群であり、軟部腫瘍のWHO分類第5版で初めて採用された新しい疾患概念である。Lipofibromatosis-like neural tumorに相当する組織像を示すことが多いとされているが、他の組織型に類似する例も報告されており、形態的な多様性が示唆されている。多くはLow-gradeだが、進行例や再発例は分子標的療法が考慮されるため、診断の確定が重要である。

## 子宮頸部円錐切除後の管理法～細胞診とHPV検査の併用～

西野 幸治, 横田 一樹, 櫛谷 直寿, 西川 伸道, 菊池 朗

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

本邦における「子宮頸がん検診」は、今まさに細胞診からHPV単独検診へ移行する変革期を迎えている。では、円錐切除すなわち「異形成／初期癌切除後の残存子宮頸部の検診」には何が最適だろうか？

HPV検査は、一般的に細胞診よりも感度が高いとされるが、特異度は低く偽陽性が増加する。ただし、一般住民すなわちスクリーニング対象者ではなく、CIN治療後＝ハイリスク集団を対象とした場合には、特異度については差が出にくくなるというメリットがあるため、CIN治療後に相応しい検査と考えられる。一方、我々が慣れ親しんでいる細胞診にはこれまでの長く深い歴史と綿密な精度管理による信頼があり、今後も変わらず有効な検査ツールであることは間違いない。ASCCP（米国コルポスコピー子宮頸部病理学会）は、

CIN 2 / 3 の治療後の経過観察としての「細胞診 + HPV併用検査」を、治療 6 ヶ月後、その後は 1 年毎に、3 回連続陰性が確認されるまでを行うことを 2019 年のガイドラインにおいて推奨している。

本邦では、ハイリスク HPV 検査の適応症の 1 つに「CIN 2 / 3 に対する円錐切除後」が設定され、病変の残存や再発の早期発見のために HPV 検査を用いることができるようになった。当院では、2023 年後半から、円錐切除後の管理として、細胞診と HPV 検査を併用するアルゴリズムを用いている。preliminary なデータではあるが、2024 年に円錐切除を行なった 34 例に関するその後の細胞診・HPV 併用検査の状況について報告するとともに、今後の最適な管理法を考察する。

## 子宮頸部細胞診：AGCの確定診断と経過

児玉 省二<sup>1</sup>, 寺島 隆夫<sup>1</sup>, 関谷 ゆかり<sup>2</sup>, 高柳 量至<sup>2</sup>, 長澤 優子<sup>2</sup>, 田中 佳代<sup>2</sup>,  
佐藤 文子<sup>2</sup>, 片岡希江子<sup>2</sup>

<sup>1</sup>新潟南病院 婦人科

<sup>2</sup>江東微生物研究所新潟支所

### 【目的】

子宮頸部細胞診でAGC (Atypical Glandular Cells) 診断例について、コルポ診による確定診断と経過観察から細胞診断精度を調査し、今後のアルゴリズムの留意点を考察すること。

### 【対象と方法】

1. 子宮頸部細胞診でAGCと診断された33症例、  
2. コルポ下の組織診断結果、3. 観察期間：当科で2014年4月から2025年5月までのfollow-up.

### 【結果】

確定診断結果は、所見なし3例 (9.1%), 異常なし17例 (51.5%), CIN 1 3例 (9.1%), CIN 2 0例, CIN 3 2例 (6.1%), AIS 3例 (9.1%), 頸部腺癌3例 (9.1%), 子宮体癌2例 (6.1%) であった。経過は、所見なし3例は2年間のfollow-up

で異常なく終了した。異常なし17例は、未受診3例 (1例6年後進行癌で発見)、未期間2例、終了9例、子宮筋腫で子宮摘出1例、病変持続2例 (1例は、出産を介して6年経過の上皮内腺癌手術 (p16陽性) であった。AIS 3例、浸潤腺癌3例、子宮体癌2例は手術となった。進行浸潤腺癌は、過去10年間に5回の検診歴を有し、直近の細胞診ASC-US、HPV陽性で組織診断、IIB期進行癌で治療された。

### 【結論】

細胞診診断のAGCの組織背景は必ずしも明確でなく、コルポ診断も所見が乏しいと経過観察となりやすい。しかし、腺癌の背景が否定されたわけではなく、今後は初回HPV検診が導入され追跡検査の対象となれば、その後のトリアージ検査となり細胞診断に役立つことが期待される。

## 腎癌膵転移と膵癌を合併した1例

池亀 央嗣<sup>1</sup>, 高橋加奈絵<sup>1</sup>, 横山 千明<sup>1</sup>, 川口裕貴恵<sup>1</sup>, 須貝 美佳<sup>2</sup>, 近藤 修平<sup>1</sup>,  
梅津 哉<sup>1</sup>, 大橋 瑠子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>新潟大学医歯学総合病院 病理部

<sup>2</sup>新潟大学医学部保健学科

### 【はじめに】

腎細胞癌は血行性に肺, 肝, 骨に転移することがあるが, 膵臓への転移は稀である。また, 腎細胞癌の膵転移に原発性膵癌が合併した症例は極めて稀である。今回我々は, 腎細胞癌膵転移の経過中に膵癌を合併した1例を経験したので報告する。

### 【症例】

70歳代, 男性。17年前に右腎癌（淡明細胞型腎細胞癌）の手術歴あり。

### 【経過】

2年前, MRIで膵尾部に10mm大の腫瘍を2か所指摘された。腎癌の転移を疑いEUS-FNAが施行され, 細胞診及び組織診で腎細胞癌と診断された。化学療法にて病変は縮小したが, 今回, MRIで膵頭部に10mm大の新規病変を指摘された。腎癌転移を疑いEUS-FNAを施行したが, 細胞診で膵癌と診断された。膵頭十二指腸切除術が施行され, 病理組織診断で膵癌の他に3か所の腎癌転移巣が確認された。

### 【病理所見】

#### (1) 17年前の右腎癌

腎細胞癌（淡明細胞型腎細胞癌）, 60×30×30mm大, G1>G2, 切除断端（-）, 尿管断端（-）, リンパ節転移（-）

#### (2) 2年前のEUS-FNA

細胞診では, 核腫大と核小体がみられ, 広い細胞質を有する異型細胞を結合性の緩い細胞集団で認めた。細胞異型は軽度で, 細胞質はやや好酸性を示し, 細胞境界は不明瞭であった。腎細胞癌（淡明細胞型）の転移で矛盾しない所見であり, 悪性と判定した。

組織診でも淡明細胞型と思われる腫瘍細胞を認め, 腎細胞癌の転移と診断した。

#### (3) EUS-FNA

細胞診では, N/C比の増大, クロマチン増量, 核型不整を示し, 細胞質に粘液を有する異型細胞をシート状～重積性集塊で認めた。異型は高度で, 悪性と判定した。推定組織型は腺癌で, 腎癌の転移より原発性膵癌が疑われる旨を報告したが, 組織診では検体中に腫瘍細胞は認められなかった。

#### (4) 膵頭十二指腸切除

25×20×12mm大の浸潤性膵管癌（高分化）を認めた他, 右腎癌と同様の組織像を呈する病変（最大径5×2×2mm）が3か所認められ, いずれも腎癌の転移と診断した。

### 【まとめ】

腎細胞癌膵転移の経過中に膵癌を合併した1例を報告した。腎癌転移巣と膵原発癌をEUS-FNAから細胞診で判定することができた。

## 当院における男性乳癌の細胞学的検討

遠藤 浩之, 西倉 健, 竹下奈津子, 花野 佑輔, 鬼海 凌司, 馬場 健太

済生会新潟病院 病理診断科

### 【はじめに】

男性乳癌は全乳癌の1%未満を占めるまれな上皮性悪性腫瘍であり、女性乳癌と同様の組織型を示すとされている。今回、当院における男性乳癌の細胞学的特徴について検討した。

### 【対象と方法】

過去33年間（1992年～2024年）に手術された乳癌症例2013例中、病理診断学的に男性乳癌と診断され、穿刺吸引細胞診と対比が可能であった11例（0.55%）を対象とした。組織学的内訳は非浸潤性乳管癌・乳頭型3例、浸潤性乳管癌・腺管形成型4例、浸潤性乳管癌・充実型4例であった。これらに対して、組織所見（組織型、核グレード分類、Ki67標識率、乳癌サブタイプ、リンパ節転移の有無）と細胞所見（細胞形態、平均核長径、核クロマチン、核小体）とを比較検討した。

### 【結果】

1) 非浸潤性乳管癌・乳頭型3例は、全例核グレード分類Grade 1、サブタイプ分類Luminal Aに相当する症例であった。細胞学的特徴は、類円形や高円柱状で均一な細胞形態を呈し、緊満感のある小型類円形核（平均核長径6.5 $\mu$ m～7.5 $\mu$ m）、細顆粒状のクロマチンが均等分布していた。

2) 浸潤性乳管癌・腺管形成型4例は、核グレード分類Grade 2～3、サブタイプ分類Luminal Bの症例が3例と多く、リンパ節転移を3例に認めた。細胞学的特徴は、均一な細胞形態で、緊満感のある小型類円形核（平均核長径5.4 $\mu$ m～9.3 $\mu$ m）を主体として、細顆粒状のクロマチンが均等分布していた。

3) 浸潤性乳管癌・充実型4例は、核グレード分類Grade 1でサブタイプ分類Luminal Aの症例は2例、核グレード分類Grade 2～3でサブタイプ分類Luminal Bの症例が2例で、リンパ節転移は後者の2例に認められた。細胞学的特徴は、大小不同的細胞形態を呈し、緊満感のある小型から中型類円形核（平均核長径：5.3 $\mu$ m～9.9 $\mu$ m）、細顆粒状から濃染状のクロマチンが均等分布していた。

### 【まとめ】

男性乳癌に関しては、穿刺吸引細胞診では組織像を反映する細胞所見を呈し、女性乳癌と同様の細胞形態を示していた。症例数が少ないため断定困難であるが、女性乳癌と比較してリンパ節転移率の高い傾向が示唆された。また、HER 2陽性サブタイプやトリプルネガティブサブタイプが少ない傾向にあることが推定された。

## 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 本会を次の所在地におき、本所在地を事務局とする。

〒951-8510 新潟市中央区旭町通1番町757番地

新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野

### 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ことができるが、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. 繼続して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 役員の任期は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隨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。
- 会費は令和5年度より、年5000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

令和4年7月2日

令和7年7月5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) 電子投稿の送り先は、新潟県臨床細胞学会事務局のアドレスとする。

### 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、 $\mu$ m、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。大文字は固有名詞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300 dpi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 令和4年8月2日

## 《令和7年 研修会単位》

研修会名	開催日	細胞診専門医単位	JSC単位	IAC単位*
第15回 新潟県臨床細胞学会研修会	令和7年3月1日	1	5	4
第42回 新潟県臨床細胞学会学術集会	令和7年7月5日 (現地開催+オンデマンド視聴)	2	10	3
令和7年度細胞診研修会	令和7年8月30日	1	5	4

\* 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ウェブサイトでもご覧いただけます。

## 《事務局からのお知らせ》

### ●年会費について

年会費は5,000円です。学術集会参加費は不要となっております。

新潟県臨床細胞学会に所属することにより所定の単位（細胞診専門医3単位；細胞検査士〈常勤〉25単位）を取得できます。本会会員でない場合、学術集会・研修会の出席単位は認められませんのでご注意ください。

会則 第10条に「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」とあります。  
会費未納がある方は、早目に納入をお願いいたします。

### ●メーリングリスト参加のお願い

本会の事務連絡は、基本的にメーリングリストにて行います。是非メーリングリストへのご参加をお願いいたします。まだご登録いただいている方は、事務局までご連絡ください。

### ●新潟県臨床細胞学会ウェブサイトについて

新潟県臨床細胞学会ウェブサイトURL <https://jsccngt.org>

会員ページには研修会画像が掲載しております。

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。  
なお、会員ページ登録はメーリングリストとは連動しておりません。

### ●会報 投稿規定について

査読制となり単位（細胞診専門医 筆頭著者2単位・共著者1単位 細胞検査士 筆頭著者20単位・連名5単位）が取得できます。

詳細は投稿規定のページをご覧ください。

### ●会員情報の変更・入会・退会について

所属変更・改姓・入会・退会等がございましたら、早めに①本会、②公益社団法人日本臨床細胞学会、③新潟県細胞検査士会の各事務局にご連絡をお願いいたします。

### ●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・新規に取得・退会の方は事務局までご連絡ください。

### 新潟県臨床細胞学会事務局

〒951-8510 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

分子・診断病理学分野内 担当：谷 優佑

Email : [jscc-ngt@med.niigata-u.ac.jp](mailto:jscc-ngt@med.niigata-u.ac.jp)

TEL : 025-227-2098

FAX : 025-227-0760



Connections Create New Worlds.

取扱製品

- ・理化学機器
- ・研究用試薬
- ・一般流通品
- ・光学機器
- ・理化学消耗品
- ・工業用資材

## 人と人をつなぐ

点と点を線に、線が絆に。つながりが未来を変える…

出会いと言う点が線に。

線は、やがて絆になって広がっていく。

その広がりが、まだ見ぬ未来を描き世界が動き出す。

その始まりを今ここから…

株式会社 奈月

新潟県新潟市西区新通南1-5-5

**CROSSWILL MEDICAL**



## クロスウィルメディカル株式会社

本社：〒950-8701 新潟市東区紫竹卸新町 1808-22

事業所：秋田・大館・横手・山形・酒田・鶴岡・高崎・さいたま・熊谷・佐倉・虎ノ門

新潟・長岡・上越・佐渡

URL: <https://www.crosswill.co.jp/>

Life and Technologies...

私たちアズサイエンスは、  
科学機器・産業機器・医療機器・医薬品・試薬販売を通して、  
地域社会の健康増進と産業の発展に寄与することを目的としています。

## 主要営業品目

- 医薬品 ○医療材料 ○医療機器 ○病院設備 ○臨床検査薬 ○検査システム
- 画像関連機器 ○ネットビジネス ○フィールドサービス
  
- ライフサイエンス関連試薬・機器 ○環境計測機器・分析装置
- 自動化・省エネ関連機器 ○理化学機器・消耗品 ○試験研究用試薬
- 工業薬品・資材 ○工業計測器 ○真空装置
- 光学機器 ○設備全般 ○試験器 ○測定器

**Az** アズサイエンス株式会社  
SCIENCE AZ Science Co., Ltd.



JQA-QMA16827  
松本・東京本社 / 松本・東京営業所  
医薬・科学関連商品の販売



JQA-EM0963  
松本本社 / 松本・甲府営業所  
医薬・科学関連商品の販売

松本本社：長野県松本市村井町西 2-3-35 TEL：0263-58-0021 FAX：0263-58-8786

東京本社：東京都江東区石島 2-14 ImasRiverside 2F  
TEL：03-5843-8155 FAX：03-5843-8153

東京・西東京・横浜・小田原・埼玉・千葉・宇都宮・高崎・つくば・水戸  
仙台・山形・秋田・郡山・新潟・長野・松本・甲府  
大阪・和歌山・名古屋・金沢・静岡・御殿場



HP はこちら



## 「見たい」に寄り添う、顕微鏡とメンテナンス

研究現場の「見える」を支えるパートナーとして、  
迅速で確かな対応をお約束します。

計測機の  株式会社 よしだ

顕微鏡販売・修理・メンテナンス・消耗品・関連機器 等



〒950-0962

新潟市中央区出来島2丁目12番12号

TEL:025-284-2431 FAX:025-284-2015

編集兼発行人  
新潟県臨床細胞学会

会長 大橋

瑠子

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

分子・診断病理学分野

新潟県臨床細胞学会

印刷所

新潟市中央区南出来島二-一一二五  
(株)ザイズ

電話(025)337-2098

電話(025)285-1331