

第29回 関東臨床細胞学会学術集会 次世代細胞診断学 From Tsukuba

プログラム・抄録集

会期 | 2015年 9月26日(土)

会場 | つくば国際会議場

会長 | 野口雅之 日本臨床細胞学会茨城県支部 支部長
筑波大学医学医療系診断病理 教授



第29回 関東臨床細胞学会学術集会

プログラム・抄録集

会期 | 2015年 9月 26日(土)

会場 | つくば国際会議場

〒305-0032 茨城県つくば市竹園 2-20-3
TEL : 029-861-0001 FAX : 029-861-1209
<http://www.epochal.or.jp>

会長 | 野口雅之 日本臨床細胞学会茨城県支部 支部長
筑波大学医学医療系診断病理 教授

<http://jscc-k29.umin.jp/>

INDEX

ご挨拶	1
会場へのアクセス	2
会場案内図	3
ご案内	5
日程表	9
プログラム	10
抄録	
特別講演 I	19
特別講演 II	20
シンポジウム	21
スライドカンファレンス	25
一般演題	27
実行委員名簿	44
協賛企業一覧	45

第29回関東臨床細胞学会学術集会

ご 挨拶



第29回関東臨床細胞学会学術集会

会 長 野口 雅之 筑波大学医学医療系 診断病理

2015年の第29回関東臨床細胞学会学術集会の会長を担当させていただくにあたり、一言申し上げます。茨城県で関東臨床細胞学会学術集会を開催いたしますのは、西田正人先生を会長とした第18回以来11年ぶりになります。

そもそも臨床細胞学は実学であり、最終的には臨床各科の診断ニーズに答えるために存在すると考えられます。ゲルギオス・パパニコロウが1943年に“Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear”を発表して以来、多くの細胞学者たちが細胞診断を有益な診断ツールにすべく努力を重ね、今日のような信頼度の高い診断法として認知されるに至りました。一方で新しい手法を用いた医学研究が進み、免疫染色や遺伝子解析などが病理最終診断に欠かせない手法となり、細胞診断学に課せられた任務もさらに広域で詳細な診断を求められる時代に突入しているとも考えられます。完成された感のある細胞診断学をさらに飛躍させ、細胞診断を最終診断や疾患のスクリーニングのためのさらなる有用な武器にすることが今、我々に最も求められていることではないでしょうか。

今回の学術集会では“次世代細胞診断学 From Tsukuba”というメインテーマを掲げて、細胞診の未来について考えていきたいと企画しています。勿論、従来から連続して企画されている特別講演には廣島健三教授（東京女子医科大学八千代医療センター病理）と平井康夫教授（東京女子医科大学産婦人科）をお招きして楽しみな講演を予定しています。またスライドカンファランスも興味をそそる症例を集める予定です。

各県支部会（各県の臨床細胞学会）や総会さらには研修会など臨床細胞学を学ぶ場は多く設けられていますが、その中でも第29回関東臨床細胞学会学術集会が会員の皆様にとって有益な集会になれるよう努力していくことをお約束するとともに、多くの会員の皆様の参加により本会を盛り上げていただくことを心よりお願いし、ご挨拶とさせていただきます。

会場へのアクセス

電車 + バス

■ 秋葉原駅から

- つくばエクスプレス (快速) で45分、つくば駅 (A3・A4出口) で下車し徒歩10分

■ 上野駅から

- 常磐線 (特急) 43分、土浦駅からバスに乗換え約25分つくばセンターで下車
- 常磐線 (普通) 60分、ひたち野うしく駅からバスに乗換え約25分、つくばセンターで下車

高速バス

■ 東京駅から

- つくば号 (八重洲南口発) 約65分、つくばセンターで下車

■ 羽田空港から

- 直行バス約80分、つくばセンターで下車

■ 成田空港から

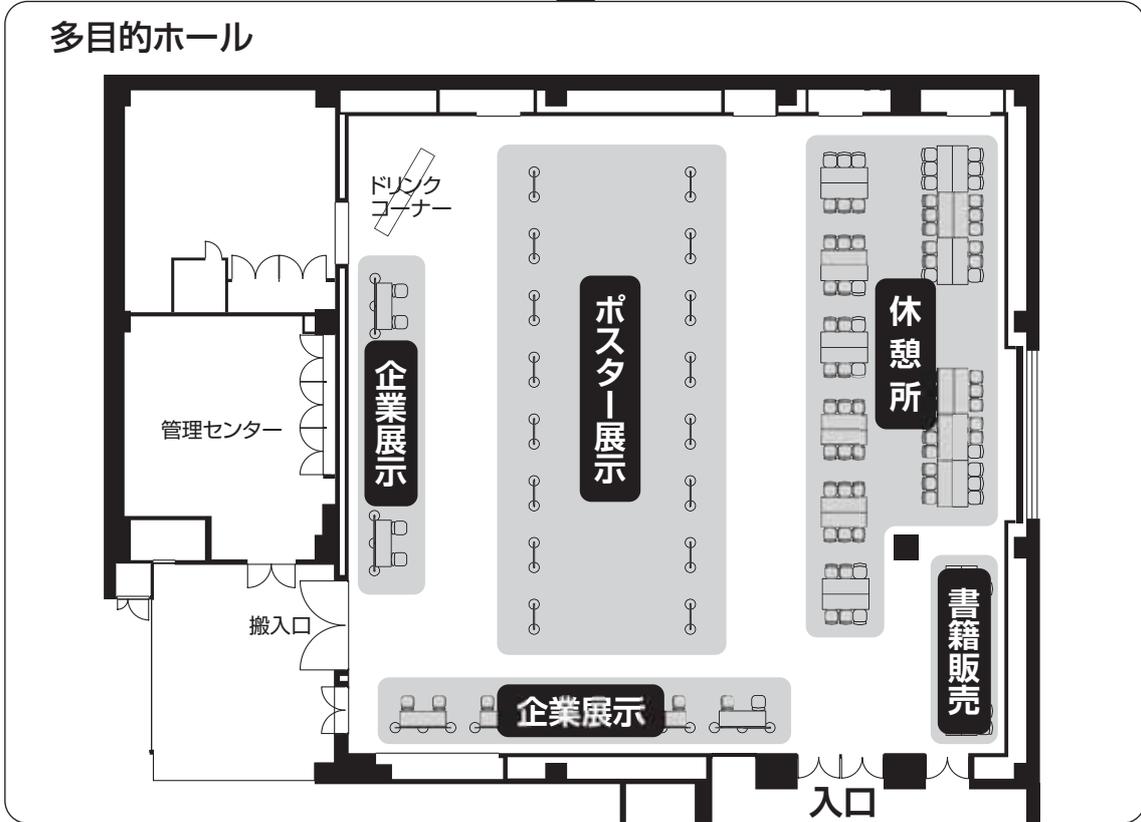
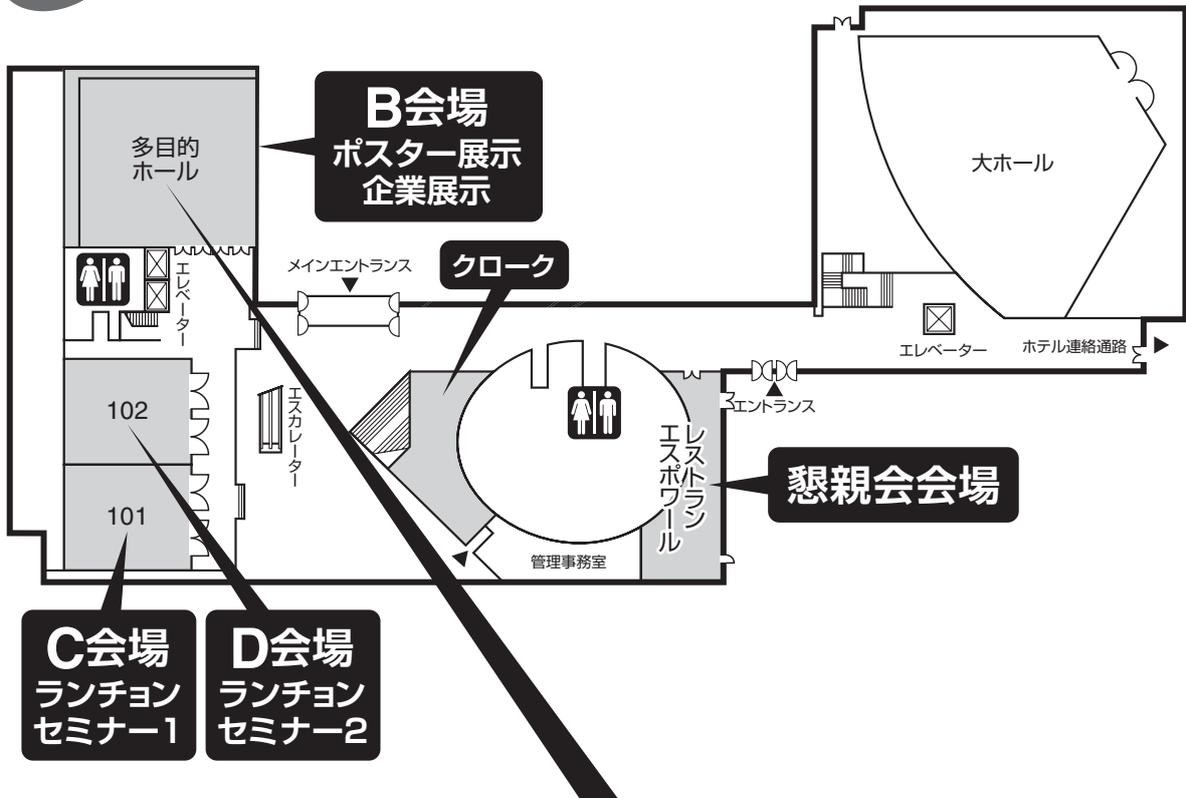
- エアポートライナー (NATT'S) 約100分、つくばセンターで下車

※つくばセンターからは、徒歩10分。
エスカレーターでペDESTリアンデッキ
(歩行者専用道路) に昇り直進700m

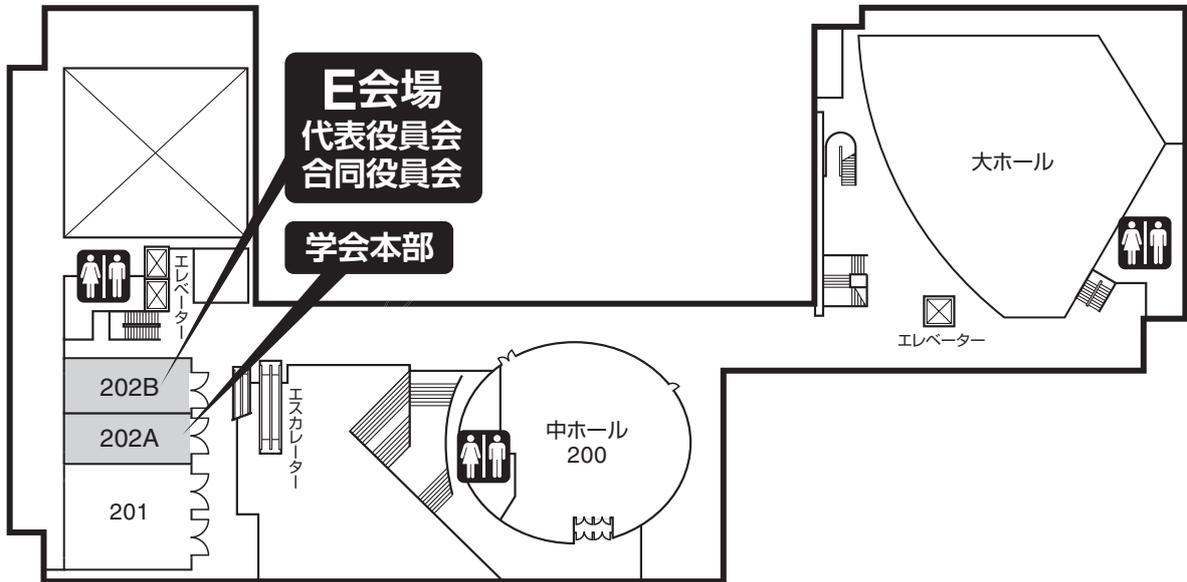


会場案内図

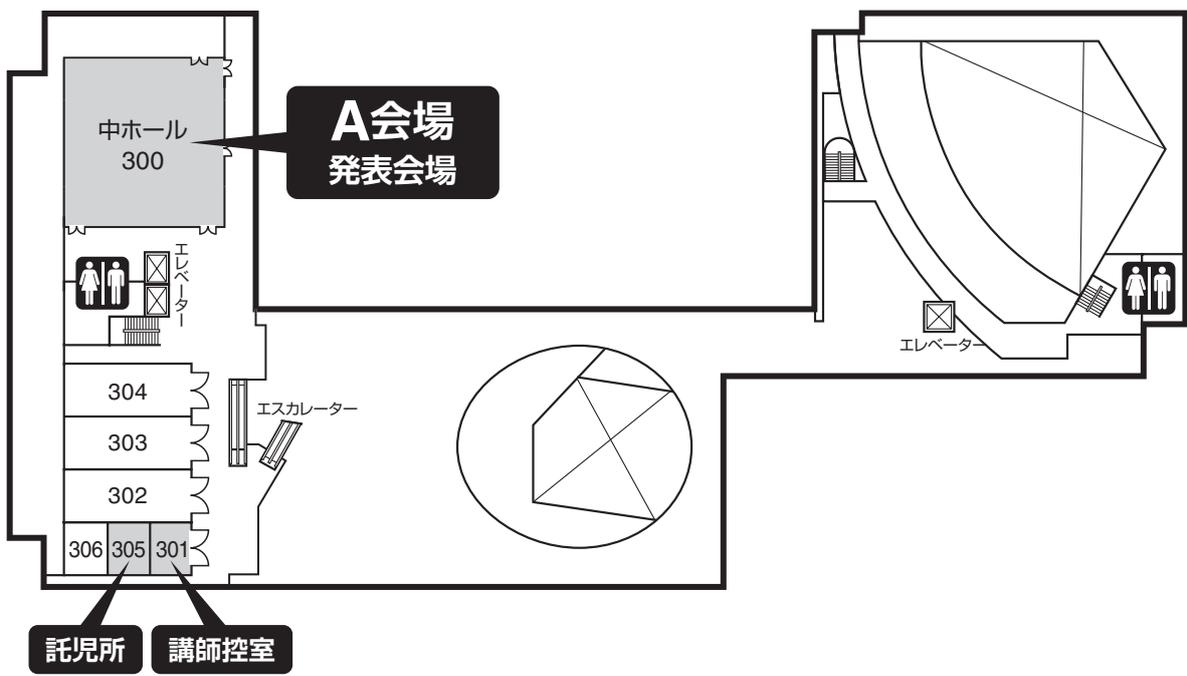
1F



2F



3F



日 程 表

	A 会場 3F 中ホール 300	B会場 1F 多目的ホール	C 会場 1F 大会議室101	D 会場 1F 大会議室102	E会場 2F 中会議室202B
8:30	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 8:55~9:00 開 会 式 9:00~9:45 特別講演 I 体腔液細胞診だけで 中皮腫と確定診断できるか? 廣島 健三 座長：飯嶋 達生 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> 9:50~10:35 特別講演 II 婦人科領域の細胞診のこれから -子宮頸部HPV検査併用と子宮内膜LBC検査のインパクト- 平井 康夫 座長：西田 正人 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 10:40~11:25 スライドカンファレンス 座長：高屋敷 典生 深澤 政勝 </div>	8:30 ↓ 17:00 ポスター展示・企業展示			
9:00			11:30~12:30 ランチョン セミナー 1 当センターにおける BD SurePath™ 法 導入によるLBCの 運用と応用	11:30~12:30 ランチョン セミナー 2 分子標的治療 の時代にお ける病理診断	11:45~12:30 代表役員会 合同役員会
10:00			小山 芳徳 座長：伊藤 仁 共催：日本ベクトン・ ディッキンソン 株式会社	関根 郁夫 座長：南 優子 共催：中外製薬 株式会社	
11:00		13:00 ↓ 14:52 示説発表			
12:00					
13:00					
14:00					
15:00	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 15:10~16:50 シンポジウム 次世代細胞診断学を考える 座長：野口 雅之 相馬 雅行 金敷 真紀 高橋 宏和 村谷 匡史 谷田部 恭 </div>				
16:00					
17:00	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 16:50~17:00 閉 会 式 </div>				
17:10~ 懇 親 会 会場：1F レストラン エスポワール					

プログラム

9月26日(土)

A 会場(中ホール300)

開会式 8:55～9:00

開会の辞 野口 雅之(筑波大学医学医療系 診断病理)

特別講演Ⅰ 9:00～9:45

座長: 飯嶋 達生(茨城県立中央病院 病理診断科)

体腔液細胞診だけで中皮腫と確定診断できるか?

廣島 健三(東京女子医科大学 八千代医療センター 病理診断科)

特別講演Ⅱ 9:50～10:35

座長: 西田 正人(国立病院機構霞ヶ浦医療センター 婦人科)

婦人科領域の細胞診のこれから
—子宮頸部 HPV 検査併用と子宮内膜 LBC 検査のインパクト—

平井 康夫(東京女子医科大学 産婦人科)

スライドカンファレンス 10:40～11:25

座長: 高屋敷 典生(筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 病理科)
深澤 政勝(筑波学園病院 臨床検査部)

症例1 気管支擦過標本

出題者 石黒 和也(公益財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院 臨床検査科)

回答者 坂口 忍(北里大学病院 病院病理部)

症例2 気管支擦過標本

出題者 村田 佳彦(筑波大学附属病院 病理部)

回答者 森田 淳(群馬大学医学部附属病院 病理部)

症例3 気管支洗浄液 液状化細胞診(TACAS)標本

出題者 神保 直江(神戸大学医学部附属病院 病理診断科)

回答者 大塚 清花(東京医科大学病院 病理診断科)

座長：野口 雅之（筑波大学医学医療系 診断病理）
相馬 雅行（新潟県保健衛生センター 検査課）

[次世代細胞診断学を考える]

S-1 細胞診断によるがん検診

金敷 真紀 公財）茨城県総合健診協会

S-2 日本のがん対策 ―がん検診のあり方について―

高橋 宏和 厚生労働省健康局 がん対策・健康増進課

S-3 ChIP-sequencing 法を用いた臨床検体のゲノム・エピゲノム統合解析

村谷 匡史 筑波大学医学医療系 ゲノム生物学

S-4 次世代細胞診断学を考える

谷田部 恭 愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部

次期会長挨拶 加藤 良平（山梨大学大学院総合研究部医学域 人体病理学講座）

閉会の辞 野口 雅之（筑波大学医学医療系 診断病理）

一般演題 I 13:00～13:28

座長：岩崎 秀昭 (千葉市立青葉病院 産婦人科)

P-01 子宮体部細胞診にて発見された進行胃癌の1例

神山 晴美 他 群馬県立がんセンター 病理検査課

P-02 手術検体からの捺印細胞診が術後早期の組織型推定に有用であった子宮体部癌肉腫の一例

渡辺 麻紀子 他 筑波大学 産科婦人科学

P-03 膣頸部細胞診にて見出された糞線虫の1例

増田 友紀江 他 株式会社 千葉細胞病理診断センター

P-04 診断に苦慮した子宮頸部乳頭状扁平上皮癌の1例

上田 香織 他 栃木県立がんセンター 臨床検査部

一般演題 II 13:28～13:49

座長：加藤 法男 (長岡赤十字病院 病理診断部)

P-05 子宮頸がん検診における液状検体法の導入と有効性について

加藤 伸江 他 公益財団法人 茨城県総合健診協会

P-06 HER2 過剰発現乳癌における細胞診所見の検討 (組織との対応を中心に)

伊原 文恵 他 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京高輪病院

P-07 Thin Prep5000 における塗抹不良標本についての検討

新発田 雅晴 他 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター病理部

一般演題 IX 14:03～14:24

座長：五十嵐 誠治（栃木県立がんセンター 臨床検査部 病理診断科）

P-26 光線力学的治療法と胸腔鏡下手術で治療した
喀痰細胞診 D1 判定異時性多発早期肺癌の治療経験

雨宮 亮介 他 東京医科大学茨城医療センター 呼吸器外科

P-27 破骨細胞様細胞を伴った肺多形癌の1例

沼上 秀博 他 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 検査技術部

P-28 気管支擦過細胞診が発見の契機となった肺放線菌症の1例

阿部 香織 他 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 医療技術部臨床検査科

一般演題 X 14:24～14:45

座長：清水 禎彦（埼玉県立循環器・呼吸器病センター 病理診断科）

P-29 当院における肺癌 EGFR 遺伝子解析の運用実績

草苺 宏有 他 聖マリアンナ医科大学病院 病理診断科

P-30 硬化性血管腫の1例

大島 萌夏 他 足利赤十字病院 臨床検査部

P-31 NUT midline carcinoma の一例

仲田 梨恵 他 信州大学医学部附属病院

C 会場 (大会議室 101)

ランチョンセミナー1 11:30~12:30

(日本ベクトン・ディッキンソン株式会社共催)

座長：伊藤 仁(東海大学医学部附属病院病理検査技術科)

当センターにおける BD SurePath™ 法導入による LBC の運用と応用

小山 芳徳(帝京大学ちば総合医療センター 病理部)

D 会場 (大会議室 102)

ランチョンセミナー2 11:30~12:30

(中外製薬株式会社共催)

座長：南 優子(国立病院機構茨城東病院 病理診断科)

分子標的治療薬の時代における病理診断

関根 郁夫(筑波大学医学医療系 臨床腫瘍学)

E 会場 (中会議室 202B)

代表役員会・合同役員会 11:45~12:30

レストラン エスポワール

懇親会 17:10~

抄 録

体腔液細胞診だけで中皮腫と確定診断できるか？

○廣島 健三(MD)¹⁾、呉 迪(その他)²⁾、長谷川 瑞江(MD)³⁾、黄 英哲(MD)⁴⁾、
関根 康雄(MD)⁴⁾、尾崎 大介(MD)⁵⁾、由佐 俊和(MD)⁶⁾

- 1) 東京女子医科大学 八千代医療センター 病理診断科、2) 東京女子医科大学 総合医学研究所、
3) 東京女子医科大学 八千代医療センター 呼吸器内科、
4) 東京女子医科大学 八千代医療センター 呼吸器外科、5) 千葉労災病院 病理科、
6) 千葉労災病院 胸部外科

中皮腫症例は体腔液が貯留することが多く、細胞診断を目的として体腔液が提出される。体腔液細胞診は手技的に単純で、安全で、時間がかからない。しかし、中皮腫細胞と反応性中皮は形態学的に類似しており、中皮腫の確定診断は難しい。IMIG の中皮腫の病理診断のガイドラインには、細胞診で中皮腫の確定診断ができるかどうかは疑問であると記載されている。体腔液の細胞診が有用でないとする根拠は、感度が低いこと、肉腫型中皮腫では異型細胞を認めないこと、中皮腫の組織診断に重要な浸潤所見が評価できないことなどである。

2015年に中皮腫の細胞診断に関するガイドラインが発表された。体腔液に細胞学的に明らかな悪性腫瘍細胞が出現し、中皮由来であることが疑われ、臨床的にも中皮腫が疑われる場合は、免疫染色で中皮由来であることを確認することにより中皮腫の診断が可能である。しかし、体腔液に出現する中皮細胞の異型性が軽度である場合は、悪性とは診断できない。免疫染色で良性、悪性を推測する抗体が報告されているが、これらはいずれも感度、特異度が100%ではない。一方、fluorescence in situ hybridization (FISH)により p16 遺伝子の欠失を認める場合は、悪性と診断できる。われわれの検討では、胸膜中皮腫症例の約8割は胸水細胞診が提出され、その約8割は胸水中に異型細胞が出現する。胸水中に異型細胞を認める場合は、免疫染色と p16 遺伝子の欠失を検討することにより、約75%の症例が中皮腫と確定診断できる。

胸水細胞診による診断は一部の症例では比較的容易であるが、一部の症例では異型細胞が少数であるか、あるいは出現しないため、診断がつかない。体腔液の細胞診断には限界があるため、中皮腫が疑われても細胞診が陰性である場合は、他の診断方法を試みるべきである。また、細胞診で診断が可能な組織型は、上皮型中皮腫と二相型中皮腫であるが、細胞診ではこれらを区別することはできない。肉腫型中皮腫は異型細胞が出現することはまれで、細胞診では診断できない。これらの診断を行うためには、全身麻酔下の胸腔鏡による大きな生検標本の採取が必要である。

婦人科領域の細胞診のこれから

—子宮頸部 HPV 検査併用と子宮内膜 LBC 検査のインパクト—

平井 康夫

東京女子医科大学 産婦人科

子宮頸部の発癌は、HPV 感染という原因が明確に解明された。そのため子宮頸部細胞診を唯一の大黒柱とした子宮頸がん検診の方法そのものが、近年みなおされ飛躍的な革新の途上にある。発癌した細胞を細胞診という有効な検査法によって早期に発見する方法に加えて、発癌の原因である HPV 感染を検出して将来の発癌リスクを予見することも可能となった。子宮頸癌検診への HPV 検査の適用法としては、以下の方法が検討されてきた。まず、検診対象者全員に遍く頸部細胞診を実施した後、ASC-US 等のグレーゾーンの細胞診結果のものを対象にハイリスク HPV 検査を実施して CIN の管理をするトリアージ法がある。このトリアージ法の有効性は種々のエビデンスから明かとなっている。米国にはじまり、ベセスダシステムを取り入れた本邦をはじめ多くの国々でこのトリアージ法による子宮頸癌検診が実施されている。第2の方法は、頸部細胞診と HPV 検査を同時に子宮頸癌検診対象者全員に実施する併用検診である。この併用検診も米国で盛んに実施され実績を上げている。本邦でも一部地域で探索的に実施され、積極的な評価を得ている。第3の方法は、最初に頸癌検診対象者全員にハイリスク HPV 検査を実施する方法である。この場合、HPV 検査陽性者だけを対象に頸部細胞診が実施され、異常のあったものだけがコルポスコピー診の対象となる。この方法は、主にヨーロッパ諸国特にオランダや英国で慎重に論議された後、採用され実施されている。最近米国からの論文で、この第3の方法ではむしろ浸潤癌が見逃される危険性があり、安全性に問題があるとの指摘がなされた。本邦における子宮頸癌検診への HPV 検査導入の現況、ベセスダシステムの意義、頸部細胞診への LBC 導入の意義についても論議したい。

一方子宮体癌は、50-60才代の中高年婦人に多く発生し、本邦では一年間に約5,000人が診断され約1,000人が死亡する重要な癌である。子宮内膜細胞診による体癌の検診は頸癌検診のように対象年齢の女性の全てに遍く実施するのではなく、ガイドラインに示された高リスク群に属する女性だけを対象に実施される。この内膜細胞診は、内膜組織生検による精密検査の必要性を判断するうえで最も重要視されており、その診断精度と精度管理は重要な課題である。最近、日本臨床細胞学会編による細胞診ガイドラインが出版され「記述式子宮内膜細胞診報告様式」が標準的報告様式として採用された。この報告様式ではあらたに標本の適正基準が明確に設定された。組織診断に即した判定区分による報告も可能となった。さらに、これらの判定区分ごとに推奨される臨床対応が、暫定的に設定されたので、診断側と報告を受け取る臨床医の対応が明確になった。最近、従来の擦過法による子宮内膜細胞診に替わって、液状化検体細胞診(LBC)による子宮内膜細胞診(内膜LBC法)の研究がすすんできた。内膜LBC法は従来法にはない多くの利点(精度が高い、不適性が少ない、臨床医の負担が少ない等)が期待される。最近、産婦人科医会主導で臨床試験「子宮内膜液状化検体細胞診を用いた子宮体癌スクリーニング多施設共同試験」がスタートした。本邦における子宮体癌検診への子宮内膜細胞診適用の現況、「記述式子宮内膜細胞診報告様式」の意義、内膜細胞診へのLBC導入の意義について論議する。

当院における肺癌 EGFR 遺伝子解析の運用実績

○草薙 宏有 (CT)¹⁾、大川 千絵 (CT)¹⁾、
千川 晶弘 (MD)²⁾、土居 正知 (MD)²⁾、
高木 正之 (MD)²⁾

1) 聖マリアンナ医科大学病院 病理診断科、
2) 聖マリアンナ医科大学 病理学

当院では2015年4月より肺癌 EGFR 遺伝子解析を外注から院内検査へ移行した。検査は遺伝子検査専任が1名、細胞診断業務兼任1名の2名で対応している。使用機器はコバス Z480 (ロシユ・ダイアグノスティックス社) を使用している。

移行から3ヶ月現在、74件の検査を行った。対象検体の内訳は、手術材料34件 (45.9%)、気管支生検・肺門部リンパ節・セルブロック・その他生検21件 (28.4%)、細胞診材料19件 (25.7%) であった。また細胞診材料の内訳は、細胞診のみの検査が5例、同時に採取された組織検体有りは14例であった。

検査対象は肺腺癌および腺癌成分を含む肺癌で、手術材料は術後2ヶ月経過した症例を月ごとにピックアップし検査している。気管支生検・肺門部リンパ節・セルブロックは病理診断が腺癌であった場合、臨床医からのオーダーを省略し遺伝子検査をしている。また同時に採取された細胞診材料があれば一緒に遺伝子検査をしている。上記以外の材料や至急検査依頼等は個別に対応している。

遺伝子解析の結果は、全体の変異陽性率は39.7% (29例) であった。内訳は手術材料32.4% (11例)、気管支生検・肺門部リンパ節・セルブロック・その他生検33.3% (7例)、細胞診材料61.1% (11例) であった。また細胞診材料については、細胞診のみの検査が100% (5例)、組織検体有りは46.2% (6例) であった。同時に採取された組織検体有りの細胞診材料について、遺伝子変異があった6例と遺伝子変異のなかった7例については、同時に採取された組織検体においても同様の結果で一致した。しかしながら1例のみ、気管支生検は遺伝子変異無し、細胞診材料は検査不能であったため、一致率は92.9% であった。

院内検査に移行し遺伝子検査の依頼を省略したことで書類の行き来がなくなり、早期の報告が可能となった。また検査結果を一元管理でき精度管理も可能となった。さらに細胞診材料を併用検査することで精度の高い結果が報告できていると言える。今後さらにデータを蓄積し、組織診断の結果を待たずに、細胞診材料の診断結果で遺伝子検査を行い更なる早期報告を検討していきたい。

硬化性血管腫の1例

○大島 萌夏 (CT)¹⁾、清水 和彦 (MD)¹⁾、
中村 雅哉 (CT)¹⁾、廣瀬 芳江 (CT)¹⁾、
川村 政人 (CT)¹⁾、山田 裕子 (CT)¹⁾、
遠藤 みゆき (CT)¹⁾、岩永 あかり (CT)¹⁾、
隅田 能雄 (MD)²⁾、有馬 宏和 (MD)²⁾

1) 足利赤十字病院 臨床検査部、2) 同 産婦人科

【はじめに】肺の硬化性血管腫は中年女性に多い比較的稀な良性腫瘍であるが、腺癌との鑑別が難しい例もあり注意を要する。今回我々は硬化性血管腫の捺印細胞像について検討したので報告する。

【臨床経過】40代、女性。検診にて右肺下葉に円形の結節影を指摘され、精査目的にて当院を受診した。血清腫瘍マーカーの上昇は見られず、胸部CTでは右肺下葉に直径28mmの境界明瞭な類円形腫瘍が認められた。気管支鏡検査による生検組織、気管支擦過細胞診で病変は採取されず、CTガイド下針生検が施行され、硬化性血管腫が疑われた。診断確定のため胸腔鏡下右肺下葉S8・9区域切除術が施行された。

【捺印細胞像】炎症細胞や多数の泡沫細胞を背景に、淡いレース状の細胞質と小円形核から成る細胞が結合性の緩い集塊や孤立性に出現していた。核の大きさは小リンパ球の2倍程度で大小不同に乏しく、核クロマチンは顆粒状で、核小体は目立たなかった。核溝や核内封入体を伴う細胞も見られ、また大型核を有する細胞も少数認められた。集塊は乳頭状、シート状、様々な形の重積性小集塊といった多彩な出現パターンで、ライトグリーンに好染するPAS陽性の硝子様間質を伴う集塊が多かった。泡沫細胞にはベルリン青染色、Gimsa染色、PAS染色で陽性の顆粒状物質が見られ、ヘモジデリン貪食組織球や肥満細胞が示唆された。

【組織像】立方状の腺上皮細胞の増生から成る病変で、主体は乳頭状であった。他に充実性、硬化性、出血性が小範囲に見られた。乳頭状部分では中心部が硝子様間質から成る構造が多数認められた。

【考察】肺の硬化性血管腫は組織学的に乳頭状、充実性、硬化性、出血性の4つのパターンがあり、様々な割合で混在するため、症例ごとに出現パターンが多彩である。また細胞像も同様に多種類の細胞の出現が特徴的であると言われており、本症例では①結合性が弱く小型で核異型に乏しい ②硝子様間質が目立つ ③背景に多数の泡沫細胞 ④ヘモジデリン貪食組織球や肥満細胞の出現、という以上の4点が肺の硬化性血管腫と腺癌との鑑別に重要と思われた。

NUT midline carcinoma の一例

○仲田 梨恵(CT)、小林 幸弘(CT)、浅香 志穂(MD)、
下條 康代(CT)、堀川 美栄子(CT)、百瀬 正信(CT)、
中嶋 智之(CT)、内山 篤(CT)、上原 剛(MD)、
佐野 健司(MD)

信州大学医学部附属病院

【はじめに】NUT midline carcinoma (NMC) は染色体 15q14 に存在する NUT (nuclear protein in testis) 遺伝子の転座を伴う腫瘍である。おもに正中線上の臓器に発症し、胸腺を含む胸腔内原発が最も多い。今回我々は本腫瘍の一例を経験したので、その気管支鏡生検材料の捺印細胞診像を報告する。

【症例】30歳代男性。半月前から夜間38℃の発熱あり。近医受診するも感冒の診断で抗菌薬を投与されたが改善せず。一週間前に前医で人間ドックを受診され、胸部異常陰影を指摘。左肺下葉の大きな腫瘍、夜間発熱、LDH 高値などから悪性リンパ腫が疑われ、当院に精査加療目的で受診、気管支鏡検査が施行された。

【細胞像】壊死を背景に、核腫大しくロマチン増量した異型細胞が散在性から小集塊状に認められ、集塊はシート状や不規則重積性を示し、一部には流れ様配列に見える部分も認められた。細胞質は淡明なものや厚くライト緑好染のものがあり、核は類円形で明瞭な核小体を認めた。腺癌様や扁平上皮癌様に見える部分をそれぞれ認め、一部には胞体が不明瞭で裸核状を呈する異型細胞も散見され、全体として組織型の判定は困難であった。

【組織像】生検材料では壊死と好中球を混ざる炎症細胞浸潤を伴った腫瘍組織であり、腫瘍細胞は高度の核異型を伴い、索状あるいはシート状に浸潤増殖していた。細胞質に乏しいものの、上皮性の結合を有し、胞体に粘液様物質を持つものも散見された。免疫組織化学染色ではCK7(focal+)、CK20(-)、TTF-1(focal+)、NapsinA(-)、p40(-)、CK5/6(focal+)、Synaptophysin(+)、ChromograninA(-)、ALK(-)を示し、EGFR 遺伝子変異も認められなかったが、NUT タンパクが核内斑点状の陽性を示しており、NUT midline carcinoma が考えられ、FISH 検査とあわせて診断確定に至った。

【まとめ】左肺下葉に発生した NUT midline carcinoma を経験した。本腫瘍は非常に予後不良の腫瘍であり、現時点では乳幼児を含むあらゆる年代に発症し、治療法はいまだ確立されていない。縦隔に発生する進行の早い腫瘍は NUT midline carcinoma も念頭に置き、積極的に免疫組織化学染色や FISH 検査を行う必要があると考えられた。

第29回関東臨床細胞学会学術集会
プログラム・抄録集

会 長：野口 雅之

実行委員長：森下 由紀雄

事 務 局：東京医科大学 茨城医療センター 病理診断科
〒300-0395 茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1
TEL：029-887-1161 FAX：029-888-9693
E-mail：ibap@tokyo-med.ac.jp

出 版： 株式会社セカンド
<http://www.secand.jp/>
〒862-0950 熊本市中央区水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025



第29回 関東臨床細胞学会学術集会事務局

東京医科大学茨城医療センター 病理診断科

〒300-0395 茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1

TEL: 029-887-1161

FAX: 029-888-9693

E-mail: ibap@tokyo-med.ac.jp