

胸壁に転移した小腸原発血管肉腫の一例

◎関口 久男¹⁾、鈴木 光江¹⁾、宮内 優太¹⁾、村田 知香代¹⁾、猪浦 一人¹⁾
埼玉県済生会 栗橋病院¹⁾

【はじめに】血管肉腫は血管内皮細胞由来の稀な悪性腫瘍で予後不良である。各年齢の多彩な部位に発生するが、消化管の発症例は極めて稀である。今回我々は小腸原発血管肉腫の肺転移、胸壁転移症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、男性。2012年3月に腹痛で他院受診。小腸イレウス疑われ当院紹介受診。小腸部分切除術が施行され血管肉腫と診断された。有効な治療法がなく、11月に小腸、胃、脾門部切除術が試行され、いずれも血管肉腫の再発・転移であった。2013年1月には肺と胸壁に転移し胸腔鏡下にて切除術が施行された。7月にCTで肋骨破壊像認め、胸壁腫瘍切除術・肺部分切除術を施行。この際に胸壁腫瘍の穿刺吸引細胞診を行った。2016年6月現在、白内障で通院中である。

【細胞所見】出血性背景にライトグリーン好染の多稜形や紡錘形の細胞が孤在性～集塊で出現し、一部に大型の腫瘍細胞も認められた。核クロマチンは顆粒状を呈し、核小体が1～数个観察された。また細胞質内にはオレンジG好染の小体を含有する空胞も認められた。

【組織所見】小腸：出血壊死を伴い、腸管のSMからMPを中心にSSに達する悪性腫瘍で、大型で異型性の強い腫瘍細胞がびまん性に増殖し、一部管腔様、一部紡錘形、一部に大型の腫瘍細胞を認め、核小体明瞭、核分裂像が著しかった。免疫染色で、CD31、FactorVIII、CK AE1/AE3に一部陽性でありepithelioidパターンを示す血管肉腫と診断された。胸壁：大型で異型性の極めて強い腫瘍細胞が、小腺腔状、索状構造で増殖し、核分裂像も観察された。免疫染色は、原発である小腸とほぼ同様であるが、EMA、CK AE1/AE3が強陽性で上皮性の性格が強くなっていた。またMIB-1 indexは50%で、増殖の強い腫瘍であった。

【考察】血管肉腫は遭遇する機会が少なく、細胞像から診断するのは困難と思われる。肉腫でありながら上皮性の性格もあり腺癌との鑑別が必要だが、血管肉腫の場合は細胞形態が多彩な印象を受けた。また、細胞質内にオレンジG好染の小体を含有する空胞が血管肉腫において特異的な所見となるのか、症例を集めて検討したい。

連絡先 0480-52-3611 (内線 1807)

赤痢アメーバの1症例

◎中村 隆道¹⁾、大谷 里美¹⁾、丑山 茂¹⁾
JA 長野県厚生連 長野松代総合病院¹⁾

【はじめに】赤痢アメーバ症とは、*Entamoeba histolytica* の経口感染によって大腸に潰瘍を主体とする病変を形成し、その後肝臓を始めとする諸臓器に潰瘍を形成する疾患である。その診断には運動性のある栄養型アメーバを検出するか、超音波検査などの画像診断や血清学的検査、遺伝子検査が行われる。今回、肝膿瘍に対しドレナージが施行され赤痢アメーバが検出された症例を経験したので報告する。

【症例】40代男性。倦怠感、食欲不振を主訴に来院。WBC13900/ μ L, AST49IU/L, ALT58IU/L, γ -GT102IU/L, ALP481IU/L, T-Bil0.5mg/dL, CRP17.91mg/dL。腹部超音波検査、CTにて肝膿瘍が疑われ入院となった。

【経過】第1病日、肝膿瘍ドレナージが施行された。悪性細胞やアメーバ原虫は認められず、培養も陰性であった。抗生剤が投与され経過観察となったが、膿瘍腔は縮小傾向があるものの残存していた。第25病日に提出された肝膿瘍液から、鏡検にてアメーバ原虫が確認され、アメーバ性肝膿瘍と診断された。

【考察】肝膿瘍はアメーバ性と化膿性、真菌性に大別され

る。予後や治療方針が異なるため、迅速かつ正確に鑑別を行う必要があるといわれている。アメーバ性肝膿瘍は50歳未満の男性に多く、化膿性肝膿瘍は50歳以上の男女に多い。血液生化学検査所見で有意な差はみられないが、白血球・CRP・肝胆道系酵素は化膿性肝膿瘍で高い傾向にあると報告されている。しかしその鑑別は困難とされている。そのため肝膿瘍からアメーバ原虫が検出できれば、アメーバ性肝膿瘍の診断に有用となる。アメーバ原虫は低温になると運動性が低下し観察が困難となるため、検体を37℃前後で保温し、速やかに直接塗抹標本を作製し鏡検する必要がある。また、細胞診用に湿固定された標本を用い、PAS染色を行うことで、アメーバ原虫が赤紫色に染色され、低倍率でも十分に観察可能となる。肝膿瘍が疑われ、膿瘍液が提出された際には、PAS染色も併用することで、アメーバ原虫の検出率を上げることができると考える。

連絡先 026-278-2031

子宮頸部カンジダ症の細胞診断における「串刺し様集塊」所見の有用性

◎佐藤 恵¹⁾、池澤 剛¹⁾
セントラル医学検査研究所 検査部 細胞診断部門¹⁾

【はじめに】

弊社では2013年から婦人科細胞診標本の作製方法を直接塗抹法からLBC法に変更し、顧客院所の先生方の協力もあり、現在ではその件数が増えつつある。婦人科細胞診標本で *Candida albicans* (以下カンジダ) を鏡検する機会は少なくないが、子宮頸部細胞診のLBC標本において、カンジダ症例では、扁平上皮細胞にカンジダの菌糸が突き刺さって焼き鳥の串のような像(以下「串刺し様集塊」)がしばしば観察される。そこで今回LBC標本において、この出現様式がカンジダに特徴的な所見なのか検討するため、カンジダ陽性標本と陰性標本の間でこの所見につき比較した。

【方法】

Surepath法(BD社)を用いて作製した子宮頸部のLBC標本の中からカンジダ陽性のNILM標本50例とカンジダ陰性のNILM標本50例をランダムに選んだ。100倍視野で容易に「串刺し様集塊」と

認識できる大きさの長径600 μ m以上の集塊を「串刺し様集塊」と規定し、出現している集塊の数を数えた。

【結果】

カンジダ陽性50例の年齢中央値は34歳(18-64歳)、カンジダ陰性50例は41歳(21-67歳)であった。串刺し様集塊の1例あたりの出現数はカンジダ陽性群で2.97、カンジダ陰性群で0.05であった。「串刺し様集塊」はカンジダ陽性例において有意に高頻度に認められた($p<0.05$)。

【まとめ】

「串刺し様集塊」は子宮頸部のLBC標本に出現するカンジダ症例に特徴的であることが明らかになった。この集塊を見たらカンジダを念頭に置いて鏡検することが重要と考えられる。

アルコール固定溶液中の剥離細胞を回収する試み

◎花井 佑樹¹⁾、中澤 久美子¹⁾、佐藤 詩織¹⁾、笠井 一希¹⁾、望月 直子¹⁾、石井 喜雄¹⁾
山梨大学医学部附属病院 病理部¹⁾

【はじめに】細胞診標本作製過程における固定操作において、アルコール固定では塗抹したスライドガラスから細胞や組織の剥離をしばしば経験する。その為、剥離防止用のスライドガラスを使用し細胞の剥離防止に努めているが、細胞の剥離を完全に防止することは困難である。今回、我々は固定液の中に剥離した細胞の回収・再生について検討したので報告する。

【対象・方法】対象は、日常業務において型どおり細胞診固定標本が提出あるいは作製された各種細胞診検体で、特に固定液中に剥離の目立つ症例を用いた。方法は、廃棄されるアルコール固定容器から、以下の手順で回収、標本作製を実施した。①アルコール固定後のドーズの中から、剥離した細胞や組織をスポイトでアルコールと共にスピッツに回収。②3000回転3分で遠心分離し、沈査にLBC容液（BD社:サイトリッチレッド保存液）を約2ml加え混和し、30分以上固定。③BD社サイトリッチTM標本作製手順に従って、スライドガラスに塗抹し、95%アルコールにて固定。④通常どおりパパニコロウ染色施行。評価は、回収した

LBC標本を鏡検し、回収標本における細胞の有無と、従来法と回収標本との細胞像の比較検討を行った。

【結果】本法を用いた剥離細胞の回収は可能で、細胞成分や血球塊などが回収された。細胞像は、LBC処理により従来法による塗抹標本とは若干の形態や染色性の差異はみられたが、大部分の検体において通常のLBC処理と同程度の形態が保持されており、細胞の観察は可能であった。

【考察および結語】ルーチン業務において、特に水様性検体や血液成分の多い検体等では、アルコール固定時にスライドガラスから細胞や組織が剥離することが稀ではなく、また臨床側による不慣れな検体処理によっても診断に必要な細胞や組織を無駄にしてしまうことが少なくない。そこで本法を用いることで、本来なら破棄される剥離細胞を回収可能で、さらに細胞形態の保持の点でも優れており、LBC法の新しい運用方法として剥離細胞の回収・再生法を考案した。本検討では、その回収実績や回収率に着目し、ルーチン業務における本法の有用性を検討し報告する。

【連絡先：055-273-1111 内線:4575】