

NO.	質問	回答
1	サイトケラチンを測定するに際しての保険診療上の留意点がありましたら教えてください	腫瘍マーカーであるシフラについてのことだと思いますが、シフラは肺癌や癌性胸膜炎のマーカーであり、胸膜中皮腫のマーカーではありません。したがって、保険診療でシフラの測定を行うのであれば、肺癌の疑いや癌性胸膜炎の疑いなどの病名をつける必要があります。（田村先生）
2	岡先生の講義でDesmin陰性なので中皮腫は否定的という説明がありましたが中皮腫ではDesmin陰性、反応性中皮細胞では陽性となるのではなかったでしょうか？	おっしゃるとおりです。その点は重要です。desmin陰性かつ膜型のEMA陽性の両者がそろえばほぼ中皮腫と言えるので、重要です。勘違いで言い間違えてしまったかもしれません。申し訳ありません。（岡先生）
3	CDKN2A, MTAP, BAP-1などは悪性中皮腫の遺伝子変異を捉えるマーカーと考えられていますが、その感度や特異度はどれくらいあるのでしょうか。ご存じでしたらご教授いただけますでしょうか。	中皮腫で認められる遺伝子変異FISH法によるCDKN2A (p16遺伝子)ホモ欠失、同じ領域タンパクを呈するMTAPの免疫染色でのMTAPlossが共通してみられることがあり、p16遺伝子ホモ欠失では感度70～80%であり、MTAP染色では感度60～70%であり、特異度は100%です。 また、BAP1遺伝子は3p21領域に存在するがん抑制遺伝子であり、中皮腫で変異の多いことは2011年に報告されている。一部の中皮腫例で核の発現を失う(BAP1loss) したがって、免疫組織化学を実施すると核染色性は失われ、細胞質は染色性が残ることがある。感度は50～80%であり、特異度は100である。 NF2もBAP1やCDKN2Aと同様にがん抑制遺伝子であり、22q12領域に存在する。FISH法では、40～50%で変異が認められる。最近、Merlinに対するモノクローナル抗体が開発され、NF2変異のない反応性中皮と異なり、細胞膜や細胞質でのMerlin発現が失われる(感度52%、特異度100%)。（亀井先生）
5	mesothelioma in situという概念があることを知りました。過去にシート状などで出現していた鑑別が難しい細胞像はそのような病変を見ていたことになるのでしょうか。	Mesothelioma in situは概念としては重要で、そのように判断できる事例もまれにありますが、細胞形態のみでin situと判断できるものではないと思います。In situであろうと思われる事例でも全体を子細に観察するとどこかで間質に進展(厳密には浸潤でない場合も含めて)していることがあってin situの判断は慎重であるべきです。これまでの少ない経験ではin situであろうと思われる事例でも、体腔液に腫瘍細胞が出現する場合は小型の細胞集団ないしばらばらの細胞で、単層のシートで出現する事例は経験がありません。中皮細胞が単層のシートとして出現し、核の大小不同がみられることもありますが多くは再生などの活動性状態を反映していることが多いように思います。事例の経験がすくなく、in situの細胞所見を語れるほどの蓄積がありません。（岡先生） MISの定義が提唱されてきていますし、反応性中皮との鑑別に難渋する症例の中にMISが含まれると思いますが、診断には慎重なアプローチが必要です。（亀井先生）
6	細胞診の脂肪染色は蒸気固定でしょうか？乾燥固定でしょうか？	ぼくの経験した事例は3例とも乾燥標本を用いました。（岡先生） 湿潤箱の下部に、ホルマリン液を容れ、いわゆる蒸気固定を行うことが推奨されます。（亀井先生）
7	臨床医です。一般的な質問で申し訳ありませんが、細胞診で十分な診断ができる胸水穿刺量はどの程度でしょうか。	体腔液中に出現している腫瘍細胞の量によって一概には言えませんが、ある程度の細胞が出現していればスピッツ管1本でも細胞診断は可能だと思います。ドレーンバックや排液のカメを受け取っても細胞量が少なく遠心回収細胞が少なく観察に困難なこともあります。お願いしたいことは、採取した体腔液は生化学検査などに使った残りは処分したりなさらずに全部病理にお出しください可能な限り細胞を回収するように努力しています。（岡先生） 細胞成分がある程度以上みられることが重要ですが、100～200ml程度は必要かと考えます。それ以上であれば、200ml毎に沈渣採取を行うなど、検体処理に気遣うことが必要です。（亀井先生）