



第40回
熊本県臨床細胞学会学術集会・総会
会期：令和7年2月15日（土）
会場：国立病院機構熊本医療センター2F
（研修センターホール）

プログラム
一般演題抄録
総会資料

【学会参加者へのお知らせ】

1. 受付 国立病院機構熊本医療センター2 階 研修センターホール
12 時00 分～

2. 学会参加費ならびに年会費

- ・学会参加費：2,000 円
- ・年会費（細胞検査士）：5,000 円
- ・年会費（医師・臨床検査技師）：4,000 円

*1 受付時に年会費の徴収も行います。詳細は熊本県臨床細胞学会ホームページ (<https://kuma-cytology.com/>) 内「2025 年度年会費納入についてのお知らせ」をご参照ください。

*2 学会参加費と年会費は別々に徴収しますので、ご準備をお願いします。

3. 駐車場

* 熊本医療センター駐車場をご利用下さい。(会場にて駐車券の無料処理が行えます)

4. 注意

- * 会場内は禁煙です。また、講演会場への飲食物の持ち込みは禁止されています。
- * 携帯電話は電源を切るかマナーモードをお願いします。
- * 会場内でのマスクの着用は個人の判断に委ねますが、当日、発熱(37.5℃以上)や咳などの症状がある方は、学会への出席をご遠慮いただきますようお願い致します。

【発表者および座長の方へ】

1. 受付

- ① 一般演題発表者は、発表開始時刻の30 分前までに受付を済ませ、15 分前には会場内で待機して下さい。スライドの変更がある方は12 時30分までに済ませてください。
- ② 発表順序の変更は認められません。
ただし、発表時刻は進行状況によって多少前後する事があります。
- ③ 一般演題については、当日のpower point 試写および差し替えは原則行いません。

2. 発表・質疑討論

- ① 一般演題の発表時間は 7 分以内、質疑応答は 3 分以内とします。
- ② 発表・質疑討論の時間は厳守して下さい。
- ③ 質疑・討論は、所属・氏名をはっきり述べてから行って下さい。
- ④ 次演者を設けます。前の演者の発表が始まると同時に着席して下さい。

3. 液晶プロジェクターの操作について

PC 操作の画面送りは、発表者自身が行って下さい。

第 40 回 熊本県臨床細胞学会学術集会プログラム

2025 年 2 月 15 日(土)

《開会式》 12 : 30 ~ 12 : 40

熊本大学病院 三上 芳喜

《一般演題 1》 12 : 45 ~ 13 : 30

【座長：熊本大学 細胞病理学講座 山田 倫】

1. 若年者に発生した腺様嚢胞癌の一例

熊本市立熊本市民病院 病理診断科

○鹿田 将吾(MT) 山田 智子(CT) 志賀 有紗(CT) 島本 浩二(CT)
山下 美沙都(MT) 田中 莉佳(CT) 豊住 康夫(MD)

2. 隣原発と考えられた転移性甲状腺癌の一症例

熊本大学病院 病理診断科 (病理部)

○石原 光浩(CT) 柿沼 廣邦(CT) 塩田 拓也(MD) 三上 芳喜(MD)

3. 術前病理診断に難渋した乳腺線維腫症様化生癌の 1 例

くまもと乳腺外科病院 病理診断科

○山崎 芳満(CT) 有馬 信之(MD)

4. Epstein-Barr (EB) ウイルス関連胃癌の 1 例

済生会熊本病院 中央検査部病理

○田上 圭二(CT) 阿部 すず(CT) 丸塚 洋基(CT) 岩永 美紗樹(CT)
山口 郁奈(CT) 杉谷 拓海(CT) 木下 史暁(CT) 近藤 妙子(CT)
松岡 拓也(CT) 中川 美弥(CT) 神尾 多喜浩(MD)

《スライドカンファレンス》 13 : 45～14 : 45

【座長：国立病院機構 熊本医療センター 本川 拓誠】

《症例 1》 くまもと県北病院 北川 磨亜邦 技師

《症例 2》 熊本市立熊本市民病院 志賀 有紗 技師

《特別講演》 15 : 00～16 : 30

【座長：熊本大学病院 三上 芳喜】

子宮内膜細胞診の基礎から診断ポイント、免疫細胞化学の応用

愛媛県立医療技術大学 保健科学部 臨床検査学科

生体情報学講座 教授 則松良明 先生

《熊本県臨床細胞学会総会》 16 : 40～17 : 10

《閉会式》 17 : 10～17 : 20

熊本市立熊本市民病院 豊住 康夫

【特別講演】

子宮内膜細胞診の基礎から診断ポイント、免疫細胞化学の応用

愛媛県立医療技術大学 保健科学部 臨床検査学科 生体情報学講座

則松 良明

婦人科外来を訪れる患者の理由の多くは、不正子宮出血であり、直接塗抹法標本では塗抹時の細胞の乾燥や、出血が原因での子宮内膜細胞の採取不足、また、採取されたとしても、ガラスへの塗抹時の子宮内膜細胞への過剰の血液成分の被覆、子宮内膜細胞相互の重なりや塗抹細胞量(密度)の不均一性など、良悪の判定が妨げられるなどの問題点がある。

一方、LBC 法は Thin-layer(薄層)法とも呼ばれ、婦人科医が採取した子宮内膜細胞の付着した採取器具を専用の細胞保存液へ入れてすすぎ、細胞浮遊液を作製する。このことは婦人科医の採取手技の力量差による細胞量の差やガラスへの塗抹による細胞の乾燥が起こらないなど、標本の質に関する責任から解放される。その後、細胞保存液は標本作製装置を用いてガラスへの塗抹が行われるため、直接塗抹法と比べ乾燥がない、血液成分が適度に除去される、細胞相互の重なりが少なく、均一に細胞が塗抹されることで、品質の良い標本が作製される。さらに標本は限局した範囲内に塗抹されるため、判定する時間も短縮されるなどの利点がある。

子宮内膜病変の診断において、直接塗抹標本の場合、同じ病変であっても、採取器具の種類や塗抹状態(塗抹方法)によって細胞集塊の大きさ・量・種類に差があり一定でないため、それら細胞集塊での正常および異常細胞集塊の出現頻度の算出が必要であった。しかしその習得には時間がかかることもあり、子宮内膜細胞診の標準化を妨げる大きな要因の一つとなっていた。一方、LBC 標本を用いるようになってからは、背景所見が清明で非常に多くの細胞集塊が塗抹されている標本を得ることが可能になったため、出現頻度の算出は不要となった。

2016 年に横浜で行われた国際細胞学会での子宮内膜細胞診シンポジウムにおいて、ヨーロッパや日本の各研究グループの代表は世界標準となり得る新しい記述式子宮内膜細胞診報告様式を共同で策定することを申し合わせ、その後、協議を重ねた結果、世界標準となり得るベセスダスタイルの記述式新報告様式 "The Yokohama System for Reporting Directly Sampled Endometrial Cytology(TYS)" が合意され、さらに TYS に対応した細胞診判定法である "Algorithmic Interpretational Approach for TYS" も考案された。それは 3 つの判定ステップに従うことによって容易に判定できるようになっている(Diagnostic Cytopathology. 2018 ;46:400-412)。

本邦においても、2014 年より日本産婦人科医会が主導して行う全国規模の多施設共同研究として、上述の TYS と LBC 標本を用いて、子宮内膜異型増殖症を含む子宮内膜癌発見における性能を子宮内膜吸引組生検の性能と比較する「子宮内膜液状化検体細胞診(LBC)を用いた子宮体癌スクリーニング多施設共同試験」が開始された。その結果、細胞診での診断性能は世界で頻用されている吸引組織生検とほぼ同じであり、子宮内膜 LBC 細胞診が子宮内膜

癌疑いの患者へのファーストスクリーニング法として有用性が高いことが証明された (Cytopathology. 2019;30:223-228)。さらに臨床現場の管理方法を提案する論文も報告されている (Diagnostic Cytopathology. 2018; 46: 314-319)。

LBC 法は複数枚の標本作製が可能であるため、同じ材料からの種々の検索ができる利点がある。EGBD(子宮内膜腺間質破綻)は日常の細胞診検査においてしばしば遭遇する子宮内膜の出血・脱落であり、子宮内膜間質(間質)細胞の変性凝集塊(間質細胞凝集塊)や化生細胞集塊(化生性不整形突出集塊)が出現するため、細胞形態のみでは子宮内膜癌との鑑別が容易でない場合がある。われわれは CD10/WT1/CAM 5.2 の 3 種類のマーカーを組み合わせた免疫細胞化学的検索を行い、前二者は間質細胞が陽性に、後者は癌細胞が陽性と細胞由来の認識が明確となり、正確な細胞診判定の一助となることが判明した (Diagnostic Cytopathology. 2009; 37:891-896)。加えて、CD10 は特に類内膜癌 G1 での癌細胞集塊では集塊外側から内側に貫通する CD10 陽性の小管状束が高率に認められ、それらは線維血管性間質を表していることが明らかになった。一方、EGBD での間質細胞凝集塊や間質細胞凝集塊を含む化生性不整形突出集塊は CD10 が塊状に陽性となるため、両者の鑑別は明瞭である (Cytopathology. 2022 ;33:362-373)

また、化生性不整形突出集塊は悪性度の高い漿液性癌の細胞に類似することもあり、われわれは IMP3(Insulin-like growth factor-II mRNA-binding protein 3)を用い、免疫細胞/組織化学的検索を行った結果、化生性不整形突出集塊や類内膜癌での癌細胞集塊は陰性に、漿液性癌細胞は陽性を示し、IMP3 が両者を区別するのに優れていることを発見した (Cytopathology. 2019 ;30:215-222)。

このように CD10/IMP 3 パネルでの免疫細胞化学的判定は EGBD と子宮内膜癌の鑑別および子宮内膜癌の層別化が容易となり、より精度の高い細胞診判定につながることで、その後の病理組織診断や治療方針などに寄与できるのではないかと考えられた。

若年者に発生した腺様嚢胞癌の一例

熊本市立熊本市民病院 病理診断科

○鹿田 将吾 (MT) 山田 智子(CT) 志賀 有紗(CT)

島本 浩二(CT) 山下 美沙都(MT) 田中 莉佳(CT) 豊住 康夫(MD)

【はじめに】

腺様嚢胞癌(以下 ACC)は、唾液腺に発生する腫瘍のなかでは 5-10%を占め、小唾液腺、顎下腺、耳下腺の順で多く発生する。症例の半数は 40-70 歳の中老年層に発生し、若年者においては非常にまれな腫瘍である。

今回我々は、顎下腺の穿刺吸引細胞診において、若年者に発生した ACC の一例を経験したので報告する。

【症例】

患者：若年男性

主訴：右顎下部のしこり

現病歴：2 年前より、右顎下部のしこりに気付いていたが、痛みは軽微だったため放置していた。今回、痛みが強くなってきたため前医を受診し、右顎下腺腫瘍疑いとして精査加療目的で当院耳鼻咽喉科へ紹介受診となった。今回施行された穿刺吸引細胞診に加えて、MRI、超音波検査といった諸精査により、右顎下腺腫瘍(ACC 疑い)と診断され、当院にて右顎下腺摘出術および右上顎部郭清術が施行された。

【細胞所見】

赤血球を主体とする背景に、小型で N/C 比の高い細胞をシート状あるいは篩状集塊で認めた。腫瘍細胞の核は類円形でクロマチンは均一であった。

また、May-Giemsa 染色では、集塊の周囲にメタクロマジーを示す基底膜様物質や小型の短紡錘形細胞に取り囲まれた粘液球を認めた。

以上の所見より、ACC の可能性があると報告した。

【組織所見】

マクロ像において腫瘍に被膜は存在せず、出血を伴う灰白色の充実性腫瘤からなっていた。

ミクロ像において腫瘍は篩状ないし、小管状の構造を有しており、唾液腺組織間への浸潤性増殖を認めた。免疫組織化学染色にて、p63 に

染色性を示す筋上皮細胞を認め、腫瘍は導管上皮細胞と腫瘍性筋上皮細胞との二相性を伴っていた。また、筋上皮細胞では α SMA(+), calponin(+)を認め、一部の細胞では S-100(+)を示した。

以上の所見より、本症例は ACC と診断された。明らかな脈管侵襲、神経侵襲およびリンパ節転移は認めず、切除断端および腫瘍剥離面は陰性であった。

【まとめ】

ACC はどの年齢にも発生しうるが、症例の半数は 40-70 歳の中老年層に発生する。

本症例は術前の穿刺吸引細胞診において典型的な ACC の細胞像を呈しており、ACC の可能性を提示することができた。

耳下腺・顎下腺・舌下腺・小唾液腺腫瘍の臨床統計を調べた文献においても、全年齢での ACC の発生 17 例中、若年者における発生は 20-29 歳代で 2 例のみとごく少数に留まった。

ACC は若年者にも非常にまれではあるが発生する腫瘍であるため、臨床所見を考慮したうえで細胞像をよく観察し、鑑別に挙げていく必要があると思われる。

腓原発と考えられた転移性甲状腺癌の一症例

熊本大学病院 病理診断科 (病理部)

○石原 光浩 (CT) 柿沼 廣邦 (CT) 塩田 拓也 (MD) 三上 芳喜 (MD)

【はじめに】

転移性甲状腺癌は、本邦において 0.05 % と非常に稀である。ときに濾胞腺腫や結節性甲状腺腫内に転移することが知られている (nodule in nodule)。原発巣としては、腎細胞癌が最も多く、肺癌、乳癌、悪性リンパ腫がこれに次ぐが、極めて稀に腓癌が甲状腺に転移する。今回我々は、甲状腺穿刺吸引細胞診において腓原発の転移性甲状腺癌であると考えられた症例を経験したのでその細胞像を紹介する。

【症例】

患者：70 代 男性

主訴：嗄声

既往歴：10 年前、腓体部癌手術歴あり

現病歴：嗄声を認め、当院紹介受診。ファイバーにて左反回神経麻痺を認め、甲状腺エコーにて、甲状腺左葉に径 22mm の境界不明瞭な不整な腫瘍を認め、気管に広く接し、一部浸潤が疑われた。甲状腺穿刺吸引細胞診が施行された。また、PET-CT にて、舌根部、両側頸部リンパ節、縦隔、肺門部に異常集積を認めた。その他、腓癌術後の部位とみられる部位と横行結腸周囲で軟部影がみられ、再発が疑われていた。

【細胞所見】

背景は、清明でコロイドは認めず、腫瘍細胞は、比較的結合性が強い重積性細胞集塊として出現していた。腫瘍細胞を形成する細胞は、大小不同核、核腫大、核形不整を示し、核クロマチンは増量しており、細顆粒状であった。また、小型の好酸性核小体が認められた。一部の核では核内細胞質封入体を認めたため、甲状腺乳頭癌または低分化癌が推定された。

【組織所見】

入院時に採取された左甲状腺、舌根部生検組織では、いずれの標本においても、核腫大、核形不整、核小体の明瞭化を示す異型細胞が索状ないし小胞巣状に増殖し、小型管腔形成を伴っていた。一部の細胞では PAS 反応陽性、Alcian blue 染色陽性の細胞質内粘液が認められた。

同時に採取された縦隔生検でも同様の所見が認められた。

免疫組織化学染色では異型細胞はサイトケラチン 7、EZH2、Claudin 4、Maspin が強陽性で、サイトケラチン 20、Claudin18、CDX2、TTF1、サイログロブリンは陰性であった。

以上の所見から腓原発腺癌の診断が確定した。

【考察】

転移性腺癌は、基本的に核腫大、核形不整、核小体の明瞭化、核クロマチン増量を示す細胞が重積性集塊として出現することが多く、細胞異型が比較的目立つため、甲状腺乳頭癌あるいは濾胞癌との鑑別は比較的容易である。

これに対して、甲状腺低分化癌や未分化癌との鑑別は容易ではないが、背景に壊死や分裂像を認めず、個々の細胞異型が目立ち、集塊の結合性は良好である、集塊内には小腺腔形成や柵状配列がみられる、細胞質内粘液がみられる、などの点で腓原発腺癌と区別されると考えられた。

【まとめ】

甲状腺領域において細胞診は病変の質的診断の精度が針生検組織診と同等とされており、転移性甲状腺癌が細胞診によって診断される例が増えると見込まれる。当然のことながら、癌の既往歴は非常に重要な情報で、その形態と比較、考慮することによって転移性甲状腺癌の診断は可能であると考えられる。その一方で、既往歴に関する情報がない場合や原発巣の診断時に甲状腺穿刺が実施された場合は、悪性の判定は可能であっても、転移性かどうかの判断が困難となることが予想される。しかし、甲状腺癌としては非典型例を示す細胞像を示す症例では、常に転移性甲状腺癌の可能性を念頭において鏡検するべきである。

術前病理診断に難渋した乳腺線維腫症様化生癌の 1 例

くまもと乳腺外科病院 病理診断科

○山崎 芳満 (CT) 有馬 信之 (MD)

【はじめに】

乳腺化生癌は浸潤性乳癌の約 0.2~1%を占める悪性度の高い腫瘍として知られているが、線維腫症様化生癌 Fibromatosis-like metaplastic carcinoma (以下 FLMC) は比較的予後が良い稀な化生癌である。

今回我々は、術前病理診断に難渋した FLMC の 1 例を経験したので、その臨床ならびに病理像について報告する。

【症例】

患者：60 歳代、女性。

現病歴：5 年前に右乳房のしこりを自覚。乳管内乳頭腫の診断で経過観察されていたが、腫瘍の増大とともに、痛みと乳頭分泌物が出現したため、当院を受診。針生検では悪性の疑いであったが、臨床的に悪性病変が強く疑われたため、右乳房全切除術＋センチネルリンパ節生検が施行された。

【画像所見】

超音波にて右乳房 AB 区域に halo を伴う不整形の混合性腫瘍を、MRI にて最大径 54mm の悪性の造影パターンを示す嚢胞を伴う充実状腫瘍を認めた。

【針生検組織所見】

強い結合組織の増生と軽度のリンパ球浸潤を伴い、線維芽細胞様の紡錘形細胞の錯綜配列がみられた。紡錘形細胞に異型は目立たないが、細胞密度の増加と軽度の核腫大を認め、サイトケラチン (AE1/AE3、CK5/6) が陽性であった。FLMC や紡錘細胞癌が疑われ、悪性の疑いと診断した。

【摘出材料穿刺吸引細胞所見】

リンパ球を背景に、核腫大と核形不整を示す紡錘形、多稜形、類円形異型細胞が集塊状あるいは孤立散在性に比較的多数出現していた。異型細胞には、肥厚感のある豊富な細胞質を有するものや少数の角化を示すものがみられた。以上の所見より、扁平上皮へ

の分化を示す carcinoma を疑った。

【摘出材料組織所見】

嚢胞部と白色調の硬い充実部が混在した腫瘍で、嚢胞壁は扁平上皮化生を伴う異型のない上皮細胞で覆われていたが、一部に乳管内乳頭腫を認めた。充実部では、高度の硝子化を伴う膠原線維束の増生とともに、線維芽細胞類似の紡錘形細胞が束状あるいは花むしろ状配列を示し増生し、周囲の脂肪組織へ浸潤性に発育していた。紡錘形細胞には核腫大がみられるものの、全体としては軽度の異型を示す細胞の増生であった。一部に小型胞巣を形成する扁平上皮化生細胞を島状に認めた。これらの所見より、FLMC と最終診断した。

【まとめ】

FLMC は線維芽細胞様の紡錘形細胞が増生する低異型度で比較的予後良好な化生癌である。組織学的に線維腫症に類似しているが、紡錘形腫瘍細胞は軽度ながら異型を有する。紡錘形細胞が出現する乳腺病変の鑑別疾患として本症を認識しておくこと、腫瘍細胞の上皮への分化を証明することが診断上重要である。さらに、高悪性度である紡錘細胞癌と診断しないことは、過度な術後薬物療法を回避するためにも临床上重要である。本症例の如く、乳管内乳頭腫を併存する症例報告がみられ、乳頭腫との因果関係について興味を持たれる。

Epstein-Barr (EB) ウイルス関連胃癌の1例

済生会熊本病院 中央検査部病理

○田上 圭二 (CT) 阿部 すず (CT) 丸塚 洋基 (CT) 岩永 美紗樹 (CT)

山口 郁奈 (CT), 杉谷 拓海 (CT) 木下 史暁 (CT), 近藤 妙子 (CT)

松岡 拓也 (CT), 中川 美弥 (CT), 神尾 多喜浩 (MD)

【はじめに】

Epstein-Barr(EB)ウイルス関連胃癌はEBVに感染した胃上皮細胞がモノクローナルに増殖した腫瘍である。典型例ではリンパ球浸潤胃癌 (gastric carcinoma with lymphoid stroma) の組織像を示す。胃癌のおよそ10%を占めており、臨床病理学的、組織学的にも特徴的な一群である。

今回、われわれはEBウイルス関連胃癌の1例を経験したので、細胞像を中心に報告する。

【症例】

患者：60代、女性。

主訴：なし。

既往歴：10年前に胃癌のため内視鏡的に治療された。検診の上部内視鏡検査で胃体中部後壁に粘膜下腫瘍様病変を指摘され、経年的に増大傾向がみられたので精査目的で当院に紹介された。当院で超音波内視鏡検査が施行され、組織検査で低分化型腺癌や内分泌細胞癌などが鑑別に挙げられた。

【上部内視鏡所見】

胃体下部小彎後壁に立ち上がり比較的急峻な20～30mm大の粘膜下腫瘍様病変を認めた。明らかな上皮性変化はみられず、頂部に潰瘍を伴っていた。

【超音波内視鏡所見】

超音波内視鏡では直径19mm大の低エコー腫瘍として描出され、境界明瞭、内部は均一であった。第4層との間に高エコーを介しており、第2層に連続していた。

【細胞所見】

多数のリンパ球と組織球を背景に、核クロマチンが細顆粒状に軽度増量し好酸性核小体を有する細胞が散在性、軽度重積性または平面的集塊状に出現していた。細胞は中型で円形から類円形、一部紡錘形を示した。淡明あるいは好酸性細胞質を有し上皮様結合を示していた。明らかな核分裂像はみられなかった。組織型の推定は困難で、類上皮型GISTなどが鑑別に挙が

った。

【組織所見】

癌の主座は粘膜下層にあった。癌巣では腫大した核小体と核の大小不同、核縁不整を有する腫瘍細胞が胞巣状または索状に増殖しており、一部では腺管構造を窺わせた。粘膜面に明らかな癌成分はみられなかったが、粘膜表層の一部がびらん化していた。間質には高度のリンパ球浸潤がみられ、しばしば胚中心を有するリンパ濾胞を認めた。癌は固有筋層直上まで浸潤していたが、固有筋層への明らかな浸潤を認めなかった。脈管侵襲像はみられず、提出されたリンパ節に転移を認めなかった。Epstein-Barr virus-encoded RNA in situ hybridization(EBER-ISH)が腫瘍細胞に陽性であった。以上の結果から、EBV関連胃癌と診断された。

【考察】

EBVはヘルペスウイルスの一種で、伝染性単核球症や悪性リンパ腫、鼻咽頭腫瘍(リンパ上皮腫)などの原因ウイルスとして知られている。EBV関連胃癌の組織像はlace patternと呼ばれる組織構築がみられ著明なリンパ球浸潤を伴い、免疫染色ですべての癌細胞の核にEBER陽性であることが特徴である。自験例の穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)では多数のリンパ球を背景に、上皮様結合を示す異型細胞を認めたが、散在性に紡錘形細胞もみられ、EBV関連胃癌の推定は困難であった。しかし、その発生頻度は10%と決してまれではないので、鑑別診断の一つとして知っておく必要があると考えた。

胃粘膜下腫瘍に対するEUS-FNAはその有用性から、近年増加傾向にある。GISTに代表される胃粘膜下腫瘍だけでなく、自験例のように粘膜下腫瘍様発育を示す他の腫瘍性病変についても細胞診の果たす役割は重要と考えられる。

【スライドカンファレンス】

《症例 1》 くまもと県北病院 北川 磨亜邦 技師

- ・ 患 者：70 歳代、男性
- ・ 現病歴：当院にて右上葉肺腺癌術後フォロー中、心エコーより全周性に心嚢液貯留がみつき、心タンポナーゼが指摘された。
CT 上では明らかな腫瘍形成、リンパ節腫大の指摘はなかった。
心嚢ドレナージ施行後、細胞診検査となった。
- ・ 検 体：心嚢ドレナージ(心嚢液)

《症例 2》 熊本市立熊本市民病院 志賀 有紗 技師

- ・ 患 者：70 歳代、女性
- ・ 既往歴：子宮筋腫、左慢性中耳炎
- ・ 現病歴：左鼓膜形成術後であり経過観察を行っていたところ、数週間前より右頸部の腫脹を自覚、頸部超音波検査にて右上内頸部に長径 3 cm 程度のリンパ節の腫脹がみられた。そのまま経過をみていたが、リンパ節の縮小はみられなかったため、穿刺吸引細胞診が施行された。
- ・ 検 体：リンパ節穿刺吸引

【メモ欄】