

尿沈渣中に異型扁平上皮細胞を多数認めた尿路上皮癌の1例

◎房野 仁美¹⁾、能宗 千帆¹⁾、清水 進弘¹⁾、小林 謙司¹⁾、畠中 泰子¹⁾、田原 麻衣¹⁾、朝比奈 怜王¹⁾、小畠 大造¹⁾
福山市民病院¹⁾

【はじめに】扁平上皮へ分化を示す尿路上皮癌は予後不良であり、通常の尿路上皮癌とは治療方針が異なる場合があるため、分化の有無を報告する意義は大きい。今回、尿沈渣中に異型扁平上皮を多数認めた尿路上皮癌の症例を経験したため報告する。

【症例】70代男性。左下腹部痛を主訴に前医を受診。エコーにて左腎下極に8cm×6cm大の腫瘤を指摘され、精査・加療目的で当院紹介となった。

【検査所見】初診時の尿定性検査では尿蛋白(4+)、潜血(3+)、尿沈渣では白血球>100/HPF、赤血球>100/HPF、扁平上皮0-1/HPF、細菌(-)であった。尿沈渣中にへび状やオタマジャクシ状の異型細胞や小型で細胞質に重厚感がありやや濃縮した核を持つ細胞が多数みられた。それらは細胞質が灰白色調で表面構造が均質であったため扁平上皮細胞由来であると考えられた。細胞の形態から扁平上皮癌細胞の可能性があると考え、尿細胞診標本を作製した。尿細胞診では、多数の好中球を背景にオレンジG好染の角化した扁平上皮細胞を多数認めた。明らかな尿路上皮癌を疑

う細胞は見られなかった。標本中の扁平上皮細胞は核異型の乏しい細胞や核を持たないゴーストセルが多く良悪性の判定は困難であったため、扁平上皮へ分化を示す異型細胞と判定した。後日左腎腫瘤の生検が行われ、類円形から紡錘形の大小不同を示す核を有する細胞が充実性に増殖しており、免疫染色ではGATA3(+)、Uroplakin(一部+)、p63(+)、PAX-8(-)であり、尿路上皮癌が最も考えられた。

【考察・結語】原発巣である左腎腫瘍は尿路上皮癌であり、尿中に角化した扁平上皮を多数認めたため、扁平上皮への分化を伴う尿路上皮癌である可能性が示唆された。今回の症例では尿沈渣中の扁平上皮細胞の形態から扁平上皮癌を疑ったため細胞診を行い、扁平上皮細胞への分化があることを臨床へ報告することができた。尿沈渣では尿路上皮系の異型細胞に意識が向きがちであるが、扁平上皮細胞に関しても注意深く観察する必要があると再認識した。

連絡先：0849-41-5151 内線：1262

尿沈渣中に濾胞性リンパ腫細胞を認めた一例

◎清水 進弘¹⁾、能宗 千帆¹⁾、小林 謙司¹⁾、畠中 泰子¹⁾、房野 仁美¹⁾、田原 麻衣¹⁾、朝比奈 怜王¹⁾、小畠 大造¹⁾
福山市民病院¹⁾

【はじめに】尿沈渣検査にて悪性を疑う細胞を認める場合、多くは尿路上皮癌細胞などの上皮性悪性腫瘍に由来する細胞であるが、悪性リンパ腫や白血病などの造血器腫瘍の異型細胞が出現することもある。今回、濾胞性リンパ腫

(Follicular lymphoma, FL) と診断されていた患者尿沈渣中に、造血器腫瘍由来と思われる異型細胞を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。4年前に腸管リンパ節原発のFL G1と診断され無治療経過観察としていたが、受診を自己中断。1週間ほど前から食事後の嘔気、腹部膨満感が出現し徐々に増悪してきたため他院にてCT施行。腹部リンパ節腫大、両側水腎症を認め当院紹介、緊急入院となった。

【入院時検査所見】血液検査：WBC $9.81 \times 10^3 / \mu\text{L}$, RBC $3.81 \times 10^6 / \mu\text{L}$, Hb 11.9 g/dL, Plt $324 \times 10^3 / \mu\text{L}$, LD 600 U/L, sIL-2R 2942 U/mL. 尿検査：蛋白(±) 15 mg/dL, 潜血(3+) , 白血球 20-29 /HPF, 赤血球 >100 /HPF, 異型細胞 0-1 /HPF (N/C比大, 核形不整を認める白血球大の小型細胞を孤立散在性に認めた)。

【経過】尿沈渣で異型細胞と認識した細胞は、前述の特徴に加え、普段よく目にする上皮系由来の異型細胞とは異なり、大きさや形がどれも同じように見えたことから、造血器腫瘍の異型細胞を疑った。主治医へ報告し尿沈渣検体を細胞診へ提出したところ、同様の特徴を有する細胞が確認され、免疫染色ではCD20+, GATA3+と、尿中へのFL細胞の出現に矛盾はなかった。入院後すぐにプレドニン

(PSL)が先行投与され、その後R-CHOP療法が開始された。治療反応性ではあったものの、2コースを終えた時点で急速に再燃、Pola + R-CHP療法に治療が変更され現在に至っている。

【まとめ】尿検査は侵襲性の少ないスクリーニング検査として広く用いられているが、尿沈渣検査を通じて種々の異常な細胞に最初に気付くことができるのは私たち臨床検査技師である。本症例で改めてその役割を担う重要性や、尿沈渣に出現する細胞は多様であるということを再認識することができた。

連絡先：084-941-5151 (内線 1262)

形態から推測されたアデノウイルス及びヒトポリオーマウイルス感染細胞について

◎草谷 ひなの¹⁾、桂 由美¹⁾、清水 奈月¹⁾、東影 明人¹⁾
岡山大学病院¹⁾

【はじめに】

ウイルス性出血性膀胱炎は骨髄移植・腎移植後などの免疫抑制療法中に多く認められ、アデノウイルス (ADV) と BK ウイルス (BKV) が代表的である。一般的に肉眼的血尿、膀胱刺激症状などがみられ、重症例では致死的な経過をたどることもある。今回、尿沈渣検査において、ADV および BKV 感染を疑う特徴的な形態所見を持つ細胞が認められ、迅速な処置の一助となった症例について報告する。

【症例および現病歴】

60代女性。意識障害にて前医に救急搬送されたが、成人 T 細胞白血病と診断され、精査・加療目的で当院へ転院。入院加療中に肉眼的血尿が出現したため、尿検査が提出された。

【検査所見と経過】

尿検査所見は、尿 pH6.0, 尿蛋白 (1+) , 尿潜血 (3+) , 尿沈渣検査は赤血球 ≥ 100 /HPF (非糸球体型赤血球) , 白血球 1-4/HPF, 尿細管上皮細胞 1-4/HPF, 細胞質内封入体細胞を認め、その他の細胞として N/C 比大, すりガラス状の

核を持った BKV 感染を疑う細胞と、核縁不明瞭で核が泥状に染まった ADV 感染が疑われる細胞を同時に認めた。形態のみではウイルス感染細胞の同定が困難なことより、ADV 迅速検査キットによる検査を実施したところ陽性であった。この結果より ADV および BKV 感染を疑う細胞が出現していることを臨床へ報告した。報告によりウイルス性出血性膀胱炎として免疫抑制剤の減量等の治療が開始されたが、患者の希望で早期転院となったため PCR での確認試験は実施できなかった。

【考察】

ウイルス性出血性膀胱炎に関して PCR 等の確認試験は時間を要するため治療開始の遅れが懸念される。今回、尿沈渣検査で ADV や BKV 感染に認められる特徴的な形態の細胞を見逃さず、臨床へ迅速に報告したことは、ウイルス性出血性膀胱炎の早期診断、治療の一助となったと考える。今後も形態についてしっかり鑑別していきたい。

(連絡先: 086-235-7675)