

悪性リンパ腫（疑い）診断目的でリンパ節等生検を施行される場合

悪性リンパ腫の詳細な診断には、悪性リンパ腫に精通した病理医による病理診断に加え、染色体検査と表面抗原解析が必須です。これらの検査が、個々の患者様の治療法の決定、予後因子の解析に重要となります。そのため、生検したリンパ節をホルマリン固定する前にリンパ節を分割して、一部の生検体から細胞浮遊液を作成し、染色体・フローサイトメトリー検査を施行する必要があります。また確定診断のために、病理診断後に追加して遺伝子解析等が必要になる場合もあり、一部生検組織を凍結保存する事も必要です。

よって、リンパ節等の生検検体のフローサイトメトリー検査、染色体検査提出、凍結保存の作業を九州大学病院・遺伝子・細胞療法部で一括して行うことと致しました。また悪性リンパ腫の病理診断を久留米大学病理学教室でセントラル・レビューをして頂きます。

悪性リンパ腫等を疑い、リンパ節生検を行う場合は、別紙の手順で検体を遺伝子・細胞療法部に提出して下さい。

なお、患者様および御家族からリンパ節生検術の承諾書を得るときに、併せて『リンパ節等組織の保存の同意』を得て、カルテに保管して下さい。

* ご不明な点がありましたら、遺伝子・細胞療法部（内線 5950）にご連絡下さい。

九州大学病院 遺伝子・細胞療法部

九州大学病院 悪性リンパ腫カンファレンス

遺伝子・細胞療法部への検体提出

1. 生検の前日までに、HIS 端末から病理（組織 細胞診）、G-Band（検体検査→検査部→血液疾患染色体→G-Band ML リンパ節）ならびにフローサイトメトリー検査Ⅱ（検体検査→遺伝子・細胞療法部→フローサイトメトリー検査Ⅱ→リンパ節）をオーダーするとともに、遺伝子・細胞療法部に電話連絡をしてください（内線 5950）。術中迅速診断がある場合は、病理部にも御連絡ください。
フローサイトメトリー検査Ⅱ申し込みの際には、できるだけ詳しく患者データを記入してください。また、病理ならびに細胞診の申込用紙、病理、細胞診、G-Band、フローサイトメトリー検査Ⅱのラベルは、検体提出時に必要ですので、手術室にお持ちください。
2. 当日組織が取れましたら、滅菌した生食ガーゼで包み、滅菌シャーレに入れて、遺伝子・細胞療法部に御連絡ください（内線 5950）。
3. 当部の技師が、検体および申込用紙、ラベルを手術部受付まで受け取りに行きます。この時、組織あるいは細胞診の術中迅速診断がある場合は、その旨を技師に伝えてください。
4. 特にご希望がなければ、こちらで分割して各部署に検体を搬送します。分割して提出される場合は、原則として4分割してください。検体が小さい場合は、検査の優先順位をお伝えください。
①九大病理 ②久留米大病理 ③G-Band 検査 ④フローサイトメトリー検査Ⅱ

注)

1. フローサイトメトリー検査が中止となった場合は主治医に連絡の上、遺伝子・細胞療法部でオーダー中止の処理をします。病棟で削除はしないで下さい。
2. G-Band 検査が中止の場合は、主治医に御連絡を致しますので、病棟でオーダー削除を行って下さい。
3. 検体は 16 時まで提出してください。遅くなる場合は、提出予定時間を早めに御連絡ください。
4. 検体提出が木曜日の 16 時以降または金曜日の場合、久留米大学への発送は翌週月曜日以降となります。
5. 検体提出が金曜日の 16 時以降に検体を提出された場合、G-Band 検査はできませんのでご了承ください。
6. 外来、病棟等、手術部以外で生検等をされる場合は、申込みの電話連絡の時にお申し出ください。

問合せ先 内線 5950 3527 - 3529

リンパ節等の生検組織の凍結保存へのご協力の御願い

悪性リンパ腫は、その発症、進展に様々な遺伝子が関与しています。その遺伝子の検査は、日常の医療現場において、診断、予後判定、治療効果判定に大きな力を発揮しています。

現在私どもは悪性リンパ腫に関与する遺伝子研究に従事しており、診断、治療への応用を目標としています。つきましては、趣旨をご理解のうえ、このたび生検されるリンパ節等の組織検体の一部を、遺伝子診断などの研究目的にて凍結保存させて頂くことへの御協力をお願いしたく存じます。

なお予定しています研究においては、

- ・全遺伝子情報の一部のものに限るもので、遺伝子の個人差を調べるのみです。
- ・検体は目的外に使用されることはありません。
- ・個人情報が持ち出される事はなく、プライバシーは完全に保護されます。
- ・この依頼に協力されなくても、何らの不利益はありません。

同意書

私は、上記の事を理解した上で、検体を凍結保存することに同意します。

西暦_____年____月____日

本人氏名_____印

代諾者氏名_____印

私は本治療について上記の項目を説明し、同意が得られたことを認めます。

九州大学病院

同意取得医師_____科_____印