

The「骨髄検査」

血液検査室“スメア” vs 病理検査室“クロット/バイオプシー”

○村上 純子

(埼玉協同病院 臨床検査部)

未曾有の超高齢化社会がやってきた。日本人の死因の第1位は1980年頃から「悪性新生物」であるが、その疾患構成比は高齢化の進捗に影響されて変容してきた。血液・造血器腫瘍においても、高齢化とともに悪性リンパ腫、骨髄異形成症候群、多発性骨髄腫が増加している。

骨髄検査の標本には、薄層塗抹標本（ウェッジ標本、通称スメア）、圧挫伸展標本、組織切片標本（クロット）、生検組織標本（バイオプシー）、生検捺印標本（スタンプ/タッチプレップ）等が目的に応じて使い分けられる。

汎用されている薄層塗抹標本（スメア）は、比較的手技が容易な骨髄穿刺で検体を得ることができ、個々の細胞の詳細な形態学的観察が可能であるが、骨髄の組織構造を反映していない。

一方、骨髄生検による病理組織標本（バイオプシー）では、骨髄の組織構造が観察可能だが、個々の細胞の観察には適さない。また、生検の手技にはある程度の熟練が必要である。

臨床的な意義の点で、このスメアとバイオプシーの間に位置するのが組織切片標本（クロット）である。

「目的に応じて使い分けられる」と前述したが、実情はどうだろうか？

末梢血がたっぷり混入した“なんちゃって骨髄検体”で作成された薄層塗抹標本で、「悪性リンパ腫の骨髄浸潤と判定される異常細胞は見られません。」とか、「ガンの骨髄転移に相当する異常細胞は見られません。」と報告する時は、なんとなく居心地が悪い。後日、必ずしも十分に骨髄検査の意義を理解しているとはいえない臨床医が報告を受け取り、「悪性リンパ腫の骨髄浸潤は無い。」あるいは「ガンの骨髄転移は否定。」などとコメントしているのを目にしてしまうと、前胸部がキューッと痛む気がする。

時には、「血液（検査室）では見落とされていたが、

病理（検査室）からガン転移有りとの報告」といった記載を見て、頭の血管がキレそうになる。

骨髄検査は、「適材適所」になっていないのではないだろうか。

本セミナーでは、症例の血液検査データから疾患・病態を考え、その患者の骨髄が、検査の種類によってどのように見えるのか、それがどのように臨床現場で活用されるのかを、ケース・スタディ形式で提示したい。