

アンケート

施設名：

1) Calretinin と Podoplanin(D2-40)免疫染色条件について

中皮の陽性マーカーであるCalretininとPodoplanin(D2-40)の免疫染色について以下のアンケートにお答えください。病理医単独での回答が難しい項目につきましては、施設内でご協力の上、ご回答頂けますようお願いいたします。それぞれの項目について該当する項目をお選び下さい。染色方法については、今回ご提出いただいた標本を染色した際の試薬・条件についてご回答下さい。

【質問1】本サーベイの calretininの染色に使用した試薬および機器を教えてください。

1) 一次抗体を教えてください。（該当箇所の□にチェックを入れ、抗体情報をご記入下さい）

製造メーカー	製品名*1	クローン名*2	品番 (code、cat.番号)	Lot.番号	RTU/ 精製抗体 ×(希釈倍数)
<input type="checkbox"/> アジレント	FLEX Monoclonal Mouse Anti-Human Calretinin	DAK-Calret 1	IR62761-2 / IS62730-2		RTU
<input type="checkbox"/> アジレント	Monoclonal Mouse Anti-Human Calretinin	DAK-Calret 1	M724501-2 / M724529-2		精製抗体 ×()
<input type="checkbox"/> ニチレイ	抗カルレチニンウサギモノ クローナル抗体 (SP13)	SP13	413561		RTU
<input type="checkbox"/> ニチレイ	ヒストステイナー用/ ヒストファイブ	SP13	713561		RTU
<input type="checkbox"/> ロシュ	カルレチニン (SP65)	SP65	518109615/79 0-4467		RTU
<input type="checkbox"/> ライカ	Calretinin	CAL6	NCL-L-CALR ET-566		精製抗体 ×()
<input type="checkbox"/> ライカ	Calretinin	CAL6	PA0346		RTU
<input type="checkbox"/> その他 ()					<input type="checkbox"/> RTU <input type="checkbox"/> 精製抗体 ×()

*1: 一次抗体を含む染色キットを使用した場合は「染色キット名」をご記入下さい。

*2: ポリクローナル抗体の場合は「ポリクロ」とご記入下さい。

2) 検出系を教えてください。（該当箇所の□にチェックを入れ、試薬情報をご記入下さい）

分類	検出系製品名*4	製造メーカー	品番 (code、cat.番号)	Lot.番号
<input type="checkbox"/> 1 step ポリマー法				
<input type="checkbox"/> 2 step ポリマー法				
<input type="checkbox"/> LSAB法				
<input type="checkbox"/> その他*5 ()				

*4: 検出系を含む染色キットを使用した場合は「染色キット名」をご記入下さい。

*5: その他：ABC法、iAEP法、タイラマイド法、PAP法など

3) 染色方法を教えてください。（該当箇所の□にチェックを入れ、機器情報をご記入下さい）

用手法	自動染色法 製造メーカー	自動染色装置名および型番
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> アジレント/ダコ	
	<input type="checkbox"/> ニチレイ	
	<input type="checkbox"/> ロシュ/ベンタナ	
	<input type="checkbox"/> ライカ	
	<input type="checkbox"/> その他メーカー ()	

4) 染色プロトコールを教えてください。

<input type="checkbox"/>	メーカーが推奨するプロトコール（試薬や機器）を使用
<input type="checkbox"/>	メーカーが推奨するプロトコール（試薬や機器）を一部改変して使用*6
<input type="checkbox"/>	自施設で独自に確立した染色プロトコールを使用*7
<input type="checkbox"/>	その他（具体的にご記載下さい）

*6,7: “一部改変”あるいは“独自に確立”を選択した場合、具体的な内容を「その他」欄にご記入下さい。

5) 抗原賦活処理法を教えてください。

<input type="checkbox"/>	自動免疫染色装置 で抗原賦活処理を実施（加熱あるいは酵素）
<input type="checkbox"/>	熱処理用の抗原賦活処理 専用装置 を使用して実施
<input type="checkbox"/>	専用装置以外 で抗原賦活処理を実施（加熱あるいは酵素） （具体的にご記載下さい）

6) 賦活化条件を教えてください。(該当箇所の□にチェックを入れ、反応条件をご記入下さい)

分類	賦活液製品名*8	製造メーカー	品番 (code、cat.番号)	Lot.番号	処理条件	
					温度	時間
<input type="checkbox"/> 加熱					°C	分
<input type="checkbox"/> 酵素	名称： 濃度： pH：				°C	分
<input type="checkbox"/> 無処理	-	-	-	-	-	-
<input type="checkbox"/> その他	*9				°C	分

*8: 賦活液を含む染色キットを使用した場合は「**染色キット名**」のみご記入下さい。

*9: 使用した賦活液の組成、既製品であれば製品名を具体的にご記入下さい。

【質問2】本サーベいの podoplanin(D2-40)の染色に使用した試薬および機器を教えてください。

1) 一次抗体を教えてください。(該当箇所の□にチェックを入れ、抗体情報をご記入下さい)

製造メーカー	製品名*1	クローン名	品番 (code、cat.番号)	Lot.番号	RTU / 精製抗体 × (希釈倍数)
<input type="checkbox"/> アジレント	マウスモノクローナル抗体	D2-40	M361929-2/ M361901-2		RTU
<input type="checkbox"/> アジレント	マウスモノクローナル抗体	D2-40	IS07230-2/ IR07261-2		精製抗体 × ()
<input type="checkbox"/> ニチレイ	D2-40モノクローナル抗体	D2-40	413451		RTU
<input type="checkbox"/> ニチレイ	D2-40モノクローナル抗体 (ヒストステイナー用)	D2-40	713451		RTU
<input type="checkbox"/> ロシュ	ポドプラニン (D2-40)	D2-40	518108731		RTU
<input type="checkbox"/> その他 ()					<input type="checkbox"/> RTU <input type="checkbox"/> 精製抗体 × ()

*1: 一次抗体を含む染色キットを使用した場合は「**染色キット名**」をご記入下さい。

2) 検出系を教えてください。（該当箇所の□にチェックを入れ、試薬情報をご記入下さい）

分類	検出系製品名*3	製造メーカー	品番 (code、cat.番号)	Lot.番号
<input type="checkbox"/> 1 step ポリマー法				
<input type="checkbox"/> 2 step ポリマー法				
<input type="checkbox"/> LSAB法				
<input type="checkbox"/> その他*4 ()				

*3: 検出系を含む染色キットを使用した場合は「染色キット名」をご記入下さい。

*4: その他：ABC法、iAEP法、タイラマイド法、PAP法など

3) 染色方法を教えてください。（該当箇所の□にチェックを入れ、機器情報をご記入下さい）

用手法	自動染色法 製造メーカー	自動染色装置名および型番
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> アジレント/ダコ	
	<input type="checkbox"/> ニチレイ	
	<input type="checkbox"/> ロシュ/ベンタナ	
	<input type="checkbox"/> ライカ	
	<input type="checkbox"/> その他メーカー ()	

4) 染色プロトコルを教えてください。

<input type="checkbox"/>	メーカーが推奨するプロトコル（試薬や機器）を使用
<input type="checkbox"/>	メーカーが推奨するプロトコル（試薬や機器）を一部改変して使用*5
<input type="checkbox"/>	自施設で独自に確立した染色プロトコルを使用*6
<input type="checkbox"/>	その他（具体的にご記載下さい）

*5,6: “一部改変”あるいは“独自に確立”を選択した場合、具体的な内容を「その他」欄にご記入下さい。

5) 抗原賦活処理法を教えてください。

<input type="checkbox"/>	自動免疫染色装置 で抗原賦活処理を実施（加熱あるいは酵素）
<input type="checkbox"/>	熱処理用の抗原賦活処理 専用装置 を使用して実施
<input type="checkbox"/>	専用装置以外 で抗原賦活処理を実施（加熱あるいは酵素） (具体的にご記載下さい)

6) 賦活化条件を教えてください。(該当箇所の□にチェックを入れ、反応条件をご記入下さい)

分類		賦活液製品名*7	製造 メーカー	品番 (code、cat. 番号)	Lot.番号	処理条件	
						温度	時間
<input type="checkbox"/>	加熱					°C	分
<input type="checkbox"/>	酵素	名称： 濃度： pH：				°C	分
<input type="checkbox"/>	無処理	-	-	-	-	-	-
<input type="checkbox"/>	その他	*8				°C	分

*7: 賦活液を含む染色キットを使用した場合は「**染色キット名**」のみご記入下さい。

*8: 使用した賦活液の組成、既製品であれば製品名を具体的にご記入下さい。

次ページへ

2) 体腔液のセルブロック作製について

(該当箇所の□にチェックを入れ、それに関してコメントがある場合は記載してください)

【質問1】 日常診療において体腔液のセルブロックを作製していますか。

- 必ず作製している
- 悪性を疑う時に作製している
- 中皮腫を疑う時に作製している
- ほとんど作製していない
- 作製していない

コメント

【質問2】 体腔液のセルブロックを作製しているご施設はその方法についてご回答ください。

1) 体腔液検体提出量を教えてください。

- 10ml程度
- 10-50ml程度
- 50-100ml程度
- 100ml以上
- 採取された全量

コメント

2) 検体提出からセルブロック作製までの時間を教えてください。(複数選択可)

- 塗沫標本作製と同時にセルブロック作製
- 塗沫標本評価後にセルブロック作製 (冷蔵保存 時間, 室温保存 時間)
- その他 ()

コメント

3) 固定方法を教えてください。

LBC

Surepath (Cytorich red, Cytorich blue)

Thinprep (PreservCyt, CytoLyt の後 PreservCyt)

Cellprep バイアル

その他 ()

10%中性緩衝ホルマリン固定

その他 ()

コメント

4) 集細胞及び固化の方法について教えてください。

① 集細胞方法

遠心管 (各種試験管やサンプルチップ、サンプル保存容器などを含む)

スポイト

コロジオンバック

クロロホルム重層

ナイロンメッシュ (栄研サンプルパック)

その他 ()

② 固化方法 ※使用液の組成をコメント欄にご記入下さい。

アルギン酸ナトリウム・塩化カルシウム

グルコマンナン

寒天

ゼラチン

フィブリノーゲン

その他 ()

コメント

5) 固定・固化の手順を教えてください。

固定した後に固化する

固化した後に固定する

固定と同時に固化する

その他 ()

コメント

3) 中皮腫診断のための免疫染色について

【質問】 日常診療において 上皮型中皮腫の診断のために使用されている抗体を全て教えてください。
(実際に診断に使用される抗体のみを選択し、所有していても現在使用していない抗体は除外してください)

1) 中皮の陽性抗体

- Calretinin
- Podoplanin(D2-40)
- WT1
- Cytokeratin5/6
- HEG1
- その他 ()

2) 中皮の陰性抗体 (胸水、腹水を含む)

- CEA
- TTF-1
- Napsin A
- SP-A(PE10)
- MOC31
- CD326(BerEP4)
- Claudin4
- その他 ()

3) 良悪判定 (反応性中皮細胞との鑑別) のための抗体

- EMA
- Desmin
- Glut-1
- CD146
- IMP3
- BAP1
- MTAP
- その他 ()

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。