

質問者	質問	講師の回答
<b>猫のリンパ腫—細胞診および病理組織診断— 坪井 誠也先生</b>		
田川道人先生	鼻腔腫瘍の細胞診でリンパ腫と判断したものの組織で未分化癌と診断されることが稀にあるのですが、細胞診単独でリンパ腫と診断することは避けたいほうが良いのでしょうか。	ご指摘の通り、リンパ腫と未分化癌は細胞診・組織診ともに鑑別がしにくい腫瘍となります。細胞診でも接着性の乏しい上皮細胞はリンパ腫に類似した形態をとりますし、組織診の場合でも上皮の構造が分からずリンパ腫と悩むことが多いです。そのため確定診断には免疫染色（CD3、CD20、cytokeratin）まで実施するのが理想的かと思えます。もし細胞診しか出せない場合は、クローナリティ検査を併せて検討すると良いかと思えます。 坪井 誠也
Asako先生（獣医師）	眼窩にできるリンパ腫は、眼窩から発生するもののでしょうか？それとも鼻腔リンパ腫が浸潤したものと考えてよろしいのでしょうか？	眼窩の発生するリンパ腫は、実際には前頭洞や鼻腔などと連続していることが多い印象です。自験例では眼窩に発生するリンパ腫は鼻腔リンパ腫と同様にB細胞性で、細胞形態も鼻腔リンパ腫と類似していました（組織生検はできておりません）。また、今回時間の関係上お話できませんでしたが、上記とは別に眼球から発生するリンパ腫も存在します。過去の報告では猫の眼球腫瘍75例のうち15例（20%）がリンパ腫とのことです（うち7例はB細胞性、4例はT細胞性、残りは不明）。その多くは多中心型リンパ腫の浸潤病変と考えられています。 坪井 誠也
澤琴美先生	消化管の孤立性の大細胞性リンパ腫を切除した際の病理診断で、切除断端（見た目では正常な部位）の粘膜固有層に小細胞性リンパ腫の浸潤を認めるという結果が出たことがありました。実際に大細胞性と小細胞性を同時に発症するケースはよくあることなのでしょうか？	消化管リンパ腫に関しては、慢性腸炎～小細胞性リンパ腫～大細胞性リンパ腫の3つの病態がシームレスに連続して発生する場合があります。慢性腸炎の病巣からリンパ腫が発生し、それが悪性化して大細胞性リンパ腫に移行する、というイメージです。先生が経験されたような、主病変が大細胞性・断端部に小細胞性リンパ腫が共存するという現象も、実際の症例で経験にすることが多いです。 坪井 誠也
	坪井先生ありがとうございました。大変勉強になりました。腎臓のリンパ腫はFNAで採取しにくいので何度かトライしてみてくださいとのことでしたが、超音波ガイド下で被膜内の低エコー領域があればそこを狙うようにすると良いと聞いたことがあります。他に手技的なコツのようなものはありますか？	申し訳ありません。手技については、実際に自分が超音波ガイド下FNAを行っているわけではないため、的確なお答えができません。一般にリンパ腫のFNAでいえることとしては、無理に吸引をかけるのではなく、毛細管現象を利用してFNB（吸引をかけない方法）の方が、血液の混入が少なく、結果として状態の良い標本ができています。吸引をかけないと細胞量が十分回収できないように感じますが、リンパ腫であれば、しつこく何度も針を出し入れすることで自然と針内に細胞が入ってきます。以上、参考になりましたら幸いです。 坪井 誠也

質問者	質問	講師の回答
<b>猫のリンパ腫に対する化学療法 小林 哲也 先生</b>		
白倉萌々子先生	<p>貴重なご講演ありがとうございました。2つ質問があります。</p> <p>1) シクロホスファミドで副作用が出てしまった症例に代替としてクロラムブシルを使用したかったのですが手に入らず、メルファランを使用したと思うのですが、犬、猫のCHOPのシクロホスファミドの代替で使用するならどのくらいの用量で使用するべきでしょうか。</p> <p>2) 猫の大細胞性消化器型リンパ腫（腫瘍が形成されているような限局したものは化学療法単独よりも外科を組み合わせたいほうが成績が良かったと思いますが、それは大顆粒性リンパ腫にも言えることなのでしょうか？</p>	<p>1) シクロホスファミドに起因する出血性膀胱炎が犬で発生した際、クロラムブシル以外の薬剤を代替薬として使用することは通常ありません。</p> <p>その場合は、単純にシクロホスファミドをスキップして、ビンクリスチンとドキシソルビシンで治療を継続すればよいと思います。どうしてもメルファランを使用したい場合は、D-MACで使用されている薬用量（20mg/m<sup>2</sup> PO）が参考になりますが、その効果やCHOPに組み込んだ際の安全性は不明です。なお、クロラムブシルはiRx Medicine (<a href="https://www.irxmedicine.jp/">https://www.irxmedicine.jp/</a>) で比較的容易に個人輸入できます。</p> <p>猫ではシクロホスファミドに起因する出血性膀胱炎はほとんどない（全くない？）ので、クロラムブシルに切り替える必要性はありません。</p> <p>2) LGLリンパ腫は治療前から穿孔を起こしていることも少なくなく、外科と化学療法の併用治療の意義は、むしろ、LGLリンパ腫の方が高いかも知れません。 小林哲也</p>
早部裕紀先生	<p>貴重なご講演ありがとうございました。</p> <p>高容量のシクロホスファミドの使用に関して伺わせていただきたいと思います。</p> <p>CHOPプロトコル中のシクロホスファミド投与後に再燃した症例に対しても高容量での投与に切り替えることで奏功する可能性はあるのでしょうか？</p> <p>また使用する場合には次回の投与時に投与量を増やすのか、一旦プロトコルからは外してビンクリスチン、ドキシソルビシンも効かなくなった時点で高容量での使用を考慮するのでしょうか？</p> <p>よろしくお願い致します。</p>	<p>CHOPに奏効しなくなった症例でも、高用量シクロホスファミドに奏効する猫は少なくありません。早部先生のおっしゃるとおり、シクロホスファミドが奏効しなくなった場合は一旦CHOPからシクロホスファミドを外し、ビンクリスチンとドキシソルビシンだけで治療を組んでいます。それらの効果も消失した場合、高用量シクロホスファミド単独で治療を開始します。CHOP後最初のレスキュープロトコルとして、高用量シクロホスファミドを使用するイメージです。小林哲也</p>
cottonroom先生 (獣医師)	<p>リンパ腫で使用頻度の高いCHOPで、特定の状況で代替薬となりうる薬剤として、シクロホスファミドに対してクロラムブシル、ドキシソルビシンに対してミトキサントロン、などがありますが、教科書などでもレスキューでそのような薬剤が候補に挙がらないのはなぜなのか、ずっと素朴に疑問でした。金先生のご講演で、最後に腹部照射していた症例は、化学療法でクロラムブシルを使われていて長期生存していましたので、質問させていただきました。</p>	<p>化学療法剤の代替薬とレスキュープロトコルは異なります。ちなみに、ミトキサントロンに関しては、昔はレスキュープロトコルとして考えられていた時代もありました。ミトキサントロンによるレスキュープロトコルは、そこそこ治療成績も良かったのですが、ドキシソルビシンに耐性を示していない犬で用いられていることもあり、最近ではミトキサントロンをCHOPのレスキュープロトコルと考えることは少なくなってきていると思います。</p> <p>小林哲也</p>
MS先生（獣医師）	<p>鼻腔内リンパ腫</p> <p>総合討論で詳しく言及していらっしゃいましたね、とても興味深くて面白かったです。ハイレベルな先生方が意見を交換しあう総合討論は毎回とても面白く刺激を受けるので、そういった講演を拝聴する機会が今後たくさんあると嬉しいなと思います。</p>	<p>コメントどうもありがとうございました。</p> <p>ひとつの病態に対し、臨床のおよび病学的に、多角的に突っ込んでゆくシンポジウムは楽しいですね。</p> <p>小林哲也</p>

質問者	質問	講師の回答
<b>猫のリンパ腫に対する化学療法 小林 哲也 先生</b>		
MS先生（獣医師）	治療に対する反応の違いから、鼻腔内リンパ腫が2つのタイプに分かれるとありましたが、そこにT細胞性とB細胞性は関係ないのでしょうか？ もともとT細胞性はほとんどないとのことなので関係なさそうには思いますが、そこで違いが出るなら予後が少し予想できるようになるのになと思いました。	猫の鼻腔内リンパ腫はほぼ全例、B細胞性大細胞性リンパ腫なのです。なので、形態やリンパ球のフェノタイプだけでは長期生存の因子を見つけることは難しそうです。 小林哲也
澤琴美先生	小林先生貴重なご講演ありがとうございました。第一選択プロトコルを使い倒すというのは、例えばCOP療法でオンコピンに耐性ができた場合は、オンコピンはやめてプレドニゾロンとシクロfosファミドを使い倒すという意味でしょうか。その場合は、シクロfosファミドを単独で用いるのとほぼ同等と考えシクロfosファミドの薬用量を上げることを試みてはどうかという理解で正しいでしょうか。教えてください。	猫のリンパ腫治療において、COPでピンクリスチンに耐性が生じた場合、ドキソルビシンとシクロfosファミドでプロトコルを組んだ方がよいですね。第1選択薬にはドキソルビシンも含まれます。それらの全てに対し耐性が生じた場合、高用量シクロfosファミドをファーストレスキューとして開始するとよいと思います。 小林哲也
吉見奈津子先生	貴重なご講演ありがとうございました。化学療法剤の用量を計算する際にBCSは考慮しますか？それとも太っていても痩せていても4kgなら4kg、体表面積も4kgに基づいて計算しますか？よろしく願いいたします。	現時点では考慮していません。実体重に基づいて投薬量を計算しています。 小林哲也
	貴重なご講演ありがとうございました。クロラムブシルにはたくさんの使用方法がありますが、小林先生はどのような経緯で今の使用方法を選択されていますか？ご経験やお考えなどお聞かせいただけましたら幸いです。よろしく願いいたします。	日本では、小型～大型猫までいるので、一概にクロラムブシル1錠（2mg）ですと薬用量が多くなりすぎてしまう可能性を懸念します。なので、クロラムブシルの分割が必要になることもあります。体重にあわせた投薬を心がけています。また、小細胞型リンパ腫は、緩徐に増殖する腫瘍ですから、パルス療法的にクロラムブシルを用いるより、1日1回～隔日投与というメトロノーミック療法的な投与方法を選択しています。 小林哲也

質問者	質問	講師の回答
<b>手術と放射線の使いどころ 金尚昊先生</b>		
大山周平先生	<p>消化器型大細胞性リンパ腫を化学療法（CHOPベース）で治療後、あるいは治療中に再発した後に、外科治療を行った症例は今までありますか？あれば予後などを教えてください。</p> <p>また、再発した際はレスキュープロトコルと外科+レスキューのどちらが良いと思われますか？</p>	<p>大山先生、ご質問いただきありがとうございます。私自身現在までに化学療法中に手術に切り替えた症例というのは、飼い主様に提示はしたことがあっても実際に手術にまで至った経験はありません。ですが、CHOPをしっかり行っていた上での再発例となると予後としては厳しいことが想定されますので、大前提として緩和的な手術になると考えて提示をしております。再発の際のレスキューですが、こちらもどこにどのように再発したかによるかと思えます。長期的なCRが得られていた中で、単独の病変として再発をしたのであれば外科も考慮されますが、それ以外の場合には化学療法（あるいは講演中にもふれましたが、放射線療法も実施可能であれば選択肢に入ると思えます）が主体になると思えます。 金尚昊</p>
吉見奈津子先生	<p>貴重なご講演ありがとうございます。全腹部照射の症例について3点質問です。</p> <p>(1) CRになったのはどのタイミングでしょうか？</p> <p>(2) クロラムブシルを選択された経緯もお聞かせいただけましたら幸いです。（自分だったら、エンドキサン・CCNUが効かなかったら、同じ系統のクロラムブシルではなく、もっと”強そうな”抗がん剤が必要と考えてしまいそうなので。）</p> <p>(3) クロラムブシルはどのくらいの用量で使われましたか？ よろしくお願いたします。</p>	<p>吉見先生、ご質問ありがとうございます。</p> <p>(1) 古い症例のため、詳細な記録が残っておりませんが、RT終了後10日目の時点でCRとまではいかないものの、画像上（臨床兆候としても）大きな改善が得られておりました。</p> <p>(2) 放射線治療のみで腹部病変には十分な治療効果が得られておりました。その後の化学療法については明確なコンセンサスはございませんが、本症例についてはクロラムブシルは維持療法という意味合いで用いて、もし再燃するようであれば何かしらのMTD療法を再開する方向で考えておりました。CCNUまであまり長期的なコントロールができておりませんでしたので、RT以降はなるべくひとつひとつの治療を順次行うことで良好な期間を長く保つことを意識していた部分もあります。</p> <p>(3) 副作用をみながら、2-3日におきに2mg錠剤を1錠内服していただいていたいました。</p> <p>金尚昊</p>

質問者	質問	講師の回答
<b>総合討論 こんな症例どうする？各施設での対応 坪井 誠也 先生、小林 哲也 先生、金 尚昊 先生、藤原 亜紀 先生</b>		
澤琴美先生	楽しく拝聴いたしました。ありがとうございました。 瀬戸口先生がご質問くださったホジキン様リンパ腫についてももう少し教えていただきたいです。 外科のいちごっこという感じという小林先生のご意見でしたが、基本的には孤立性で外科切除後は化学療法はせずに経過観察なのでしょうか？リンパ腫という診断の時点でCOPやL-CHOPを行いながら再燃の兆候を観察すべきでしょうか？	いちごっこといっても、再発・転移までに数カ月後半～1年以上時間があくときもあるのですが、それほど悪くはないです。 ちなみに、猫のホジキン様リンパ腫に有効性を示す化学療法プロトコールはよく知られていません。 小林哲也
石井 聡先生	猫の鼻腔内リンパ腫に対するサイクロフォスファミド 藤原先生が総合討論でご意見されていたように、症例数は少ないですが、サイクロフォスファミド単独投与で著効した猫の鼻腔内リンパ腫を、数例経験いたしました。 一次診療病院の性格上、化学療法を行う上で、費用の問題が高いハードルとなる事が多く、そのような場合に、サイクロフォスファミド単独の3週間に1回の経口投与を提案する事があり、猫のリンパ腫に対して使用した中で、著効して1~2年以上寛解状態が維持できたのは、鼻腔内リンパ腫のみでした。	コメントのため回答はございませんが、講師に報告いたします。
田川道人先生	猫の鼻腔リンパ腫stage1では基本的に放射線と抗がん剤を併用したほうが良いというお考えでしょうか。	ステージ1でも約20-30%の猫は全身播種するので、積極的治療オプションとして、放射線治療+化学療法という治療法をご提示しています。実際は放射線治療開始までに時間を要することが多く、放射線治療前に化学療法を開始しています。小林哲也  金銭面などの飼い主様ファクターがクリアできるのであれば、併用療法を提示しております。鼻だけにとどまって長期生存してくれる症例というのが個人的にはあまり多く経験していないので、積極的に化学療法も推奨している方だと思います。 金尚昊  施設や金銭的制約がないのであれば、放射線療法を第一選択にします。プロトコール終了後の化学療法実施については猫の年齢や体力、ご家族の状況で相談しますが、若くて体力があるのであれば特にお勧めしています。10歳を超えている場合は正直迷います。経験上、長期生存群になる子は放射線療法単独でも転移しないですし、放射線照射後に化学療法を行ったとしても短期生存になる子もいます。 藤原

質問者	質問	講師の回答
<b>総合討論 こんな症例どうする？各施設での対応 坪井 誠也 先生、小林 哲也 先生、金 尚昊 先生、藤原 亜紀 先生</b>		
藤井亜希奈先生	<p>鼻腔内リンパ腫と診断がついて、RTを行うかもしれない症例をご紹介したものの、紹介診察までに1ヶ月近くある時に抗がん剤治療を始めていいものなのか、やめておいた方がいいのか、ステロイドは使用していいのかなど、迷うタイミングがあります。</p> <p>先生方で、こういうふうにしてほしい、あるいはしないでほしいなどがありましたら教えてください。</p> <p>また、鼻腔内腺癌でしたら、トセラニブを先にしようするなどはしても良いのでしょうか？</p> <p>稚拙な質問でしたら申し訳ありませんが、どうぞよろしくお願いいたします。</p>	<p>診断がついているのであれば、積極的に治療を開始していただいて良いと考えております。猫の鼻腔腫瘍でご紹介いただく症例の多くで、鼻のつまりによる息苦しさをからなのか、食欲が落ちて状態がかなり悪い状況で来院されます。そういった場合には麻酔リスクも高く、治療が困難になってしまうケースも珍しくありません。抗がん剤が使い慣れていないのであればステロイドだけでも構いませんし、まずは症例の体調が向上するように心がけていただければと思います。</p> <p>鼻腔腺癌に対するトセラニブは、個人的には副作用のせいで体調を崩す可能性もあると考えられるので、あまりおすすめはしません。</p> <p>ただ、前述したように予約日がかなり先で腫瘍の進行によって動物の体調が悪化しているのであれば、選択肢の一つにはなるかと思えます。</p> <p>あとは、実際に治療を行う場合にはトセラニブによる増感効果や血管新生抑制効果により放射線の副作用が通常よりも重度に出る可能性もあるので、それについては獣医師側が認識しておく必要があるかと思えます。</p> <p>金尚昊</p>
田川道人先生	<p>猫のクローナリティ検査は犬と比較し信頼性が低いことが報告されているかと思いますが、先生方はクローナリティ検査は実施されていますでしょうか。</p> <p>実施する症例、しない症例、その理由がありましたらお教えいただけませんかでしょうか。</p>	<p>可能な限り多くの組織を病理検査に回したいので、基本的には病理検査と一緒に免疫組織化学を実施することで由来を特定しています。生検時のスタンプ細胞診で典型的なリンパ腫ではない、壊死が強いなどの可能性があるときはクローナリティ検査に提出することもあります。 藤原</p> <p>基本的には実施しております。鼻腔のリンパ腫に限定すると、診断というよりはデータの蓄積という観点から積極的に行っています。</p> <p>金尚昊</p> <p>実施した方がよいと考えていますが、犬ほどルーチンで実施していません。ただし、今後の解析のためにデータを蓄積することは二次診療施設として重要ですので、なるべく検査するよう努めています。</p> <p>小林哲也</p> <p>東大でも、基本的には組織生検と同時にクローナリティ検査を実施しています。ただし、本院の場合は研究の意味合いを含めて実施している側面が強い印象です。診断の有効性や金銭面のメリットのみを考えると、藤原先生が示された方針の方が現実的かもしれません。以上、参考になりましたら幸いです。</p> <p>坪井 誠也</p>

質問者	質問	講師の回答
<b>総合討論 こんな症例どうする？各施設での対応 坪井 誠也 先生、小林 哲也 先生、金 尚昊 先生、藤原 亜紀 先生</b>		
<p>にやっぴ 先生 (獣医師)</p>	<p>鼻腔リンパ腫の治療についてとても貴重なご講演ありがとうございました。鼻腔リンパ腫について、講演内のお話で出てきた、治療に反応する子と、しない子の判断はどの時点で出来そうでしょうか。私が勤めている病院は1次診療の為中々放射線までやられる患者さんが少ないです。ただ、今回の講義を見ると、治療に反応する子であれば強く放射線と化学療法の併用を薦めても良いのかなと感じました。そうした場合最初から放射線に行くというのは中々難しいので、ある程度化学療法で効くと分かった子には放射線の併用を薦めるといえる型になると思います。その場合どの程度化学療法をやった段階での効果の有無で長期生存出来そうなタイプなのかだいたいの判断がつきそうでしょうか？とりあえずL-CHOPを1クールして凄く反応する子なら行けそうなのか、半年ぐらい見てみないと分からないのか、L-アスパラギナーゼ単発で反応みても良いのか、その参考基準のようなものがあれば感覚的なもので良いので教えていただくと助かります。</p>	<p>正確にはよく分かりません。現存の論文を統合すると、半年以上CRが継続することは、そのまま長期生存できる可能性が高いように見えます。少なくとも、最初の数回の化学療法で判断することはできなさそうです。 小林哲也</p>
<p>東之菌 宏規先生</p>	<p>基本的な事ですいません。鼻のストロー生検後の組織はどのように保存して、どのように郵送すればよいのでしょうか？ また、消化管型リンパ腫の外科切除後の抗がん剤のタイミングはみなさんどうされていますでしょうか？よろしくお願ひ致します。講演大変勉強になりました。ありがとうございます。</p>	<p>鼻腔内ストロー生検の材料は、通常の10%緩衝ホルマリンに入れ、普通に宅急便で送っています。消化器型リンパ腫の外科切除後の化学療法開始のタイミングは、どれだけ化学療法を急ぐかに依存します。特別急がないのであれば、抜糸と同時期です。一方、切除縁に腫瘍細胞が存在し、癒合が危ういときは緊急的に化学療法を開始することもあります。その場合、癒合不全や免疫力低下のリスクを最小限にするため、プレドニゾロンは使用せず、化学療法剤のみで治療を開始しています。 小林哲也</p>
<p>呉竹涼平先生</p>	<p>貴重なご講演ありがとうございました。鼻腔内リンパ腫でのシクロホスファミドの投与方法についての質問です。静脈内投与、経口投与での効果の違いや1回に200-300mg/m<sup>2</sup>と200-300mg/m<sup>2</sup>を2-3日に分割して投与方法での効果の違いがあれば経験的なことでもよいので教えてください。先生方は鼻腔内リンパ腫で多剤併用を実施する場合シクロホスファミドの投与経路と投与量はどのようにしていますでしょうか。 よろしくお願ひします。</p>	<p>シクロフォスファミドは、静脈内投与、経口投与、腹腔内投与で薬物動態パラメータは類似していると報告されています(下記論文参照)。ただし、経口投与では投薬量が不正確になる可能性が高いこと、かつ薬剤分割や投薬に関する暴露のリスクから、私は通常静脈投与しています。なお、化学療法剤の分割投与では治療効果が異なることもあり、「分割投与でも一括投与と同等の治療効果が得られる」という十分なエビデンスがない限り、分割投与はお勧めしていません。  Pharmacokinetics of cyclophosphamide and 4-hydroxycyclophosphamide in cats after oral, intravenous, and intraperitoneal administration of cyclophosphamide K. A. Stroda, J. D. Murphy, R. J. Hansen, L. Brownlee, E. A. Atencio, D. L. Gustafson, et al. Am J Vet Res 2017 Vol. 78 Issue 7 Pages 862-866  小林哲也</p>

質問者	質問	講師の回答
<b>総合討論 こんな症例どうする？各施設での対応 坪井 誠也 先生、小林 哲也 先生、金 尚昊 先生、藤原 亜紀 先生</b>		
杉山 大樹先生	リンパ腫の治療中において再発、再燃、これらの言葉はどう使い分ければいいのですか？	臨床症状が再び現れることを「再燃」、切除した部位に腫瘍がまた発生することを「再発」と認識しています。 坪井
高橋朋子先生	鼻腔内リンパ腫に対する抗がん剤の使用について、皆さんのご意見を伺いたいです。 初診時から頸部リンパ節や腎臓へ転移があることは少ないのですが、診断前にプレドニゾロンを使用することで、転移が一旦退縮してしまっている可能性があるのではないかと考えています。 鼻腔に対する放射線治療を終了するころ（初診から1ヶ月程度経過時点）に、再度ステージングを行うと、頸部リンパ節や腎臓の異常が生じている症例がありますが、診断前にプレドニゾロンを使用していた症例で、よく遭遇すると感じています。 金先生のように、放射線治療を1週間程度で終えて、抗がん剤治療に移行すれば、転移を防げる可能性が高まるかもしれません。 今まで、鼻腔の放射線治療のみで治癒する症例も、多数経験しています。 プレドニゾロン使用による予後への影響、抗がん剤治療の開始タイミングについて、各施設の経験や方針を、教えていただけると幸いです。	高橋先生、ご質問ありがとうございます。 私自身はリンパ腫であれば鼻腔でも抗癌剤治療の必要性は高いと感じており、飼い主様のファクターがなければ全例で推奨しております。そのため、RTは早めに切り上げてなるべく早く化学療法を始めるようにしております。そのため、プレドニゾロンにより鼻腔以外の病変がマスクされていても、あまり治療方針自体には影響は出ていないと思っています。プレドニゾロンの予後への影響については使った場合と使わなかった場合とでの比較はわからないのですが、もしRT前にプレが使われていてそのせいで鼻腔以外の病変が見つけられず化学療法がされなかったとなれば、当たり前の話にはなってしまうのですが治療成績は悪くなるのではないかと思います。 金尚昊

\*学会のご質問はご氏名を記入いただきたいのですが、一部VETSCOPEシステムのニックネーム可を利用して質問投稿がされておりました。今後は、日本獣医がん学会では本名を記載の上、ご質問をいただくように統一させていただきますことをご了承ください。