

コラム第 14 回

病理診断医の仕事の魅力

私は大学所属の病理診断科の医師として 30 年余り働いてきた（当初の大学院の 4 年間も含む）。仕事内容は病理診断 5 割、研究 3 割、教育 2 割といったところか。最も時間をさいてきた病理診断について述べたい。病理診断医は我が国では充足していないが、その仕事の魅力をアピールする場があまりないことも原因だと思う。臨床医なら、仕事の場面を見学するだけでも、手術や手技で上手くいったシーンや患者・家族から感謝されたシーンなどあるが、病理の仕事を見学していても、そのメインの顕微鏡診断の醍醐味を知るには、ある程度の知識が必要となるから、ドラマのネタにもなりにくい。囲碁将棋の名手を見て、オオーッとなるが、それは知識があるから感動するわけで、一般の視聴者向けにはしょうがないから昼食の内容で盛り上げたりするようなものだ。でも、そうも言ってられないので、自分の持ちネタからいくつか紹介してみたい。本学の症例を出すのはまずいかもなので、外勤先で経験したもので、面白いと思って顕微鏡の接眼レンズにスマホをあてて撮った写メから。

病理診断では、臨床医がある程度は見込みをつけて、例えば癌らしい肉眼のところから生検して、病理が癌と確認して手術となるなどの場面が多い。が、しばしば、臨床医が予想もしなかった診断をこちらが見つけてあげることもある。図 1 は心筋生検で、臨床診断が心アミロイドーシスであった。が、顕微鏡下ではアミロイドなど認めない。その代わりに、心筋内の血管に、白く針状にヌケたコレステロール結晶が入っているのをみつけた（図の中央）。これで、アミロイドーシスではなくコレステロール塞栓症という診断となった。私は学位論文で動脈硬化の病理をよく見たこともあり、このようなコレステロール塞栓を全身のあちこちで見出したことがある。

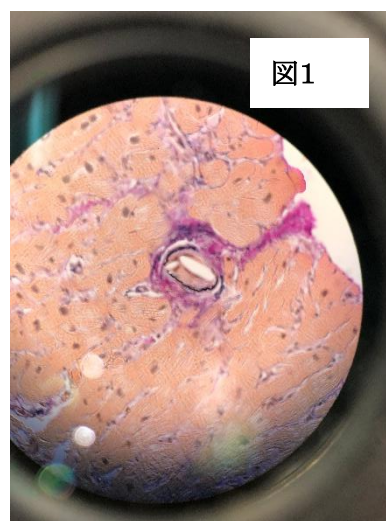


図1

逆に、臨床がアミロイドーシスを疑っていない症例で、アミロイドーシスを見つけてあげたこともある。図 2A は原因不明の大腸潰瘍で切除された手術検体の潰瘍底組織である。血管周囲の薄ピンクの領域が気になった。ココはアミロイドが沈着しているかと思い、Congo-Red 染色をオーダーした。

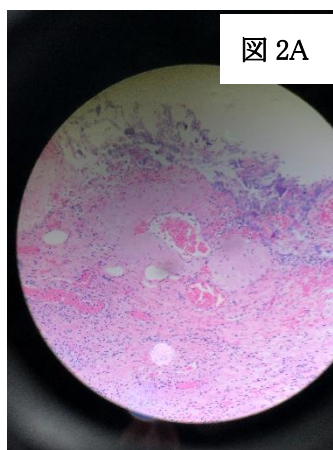


図 2A

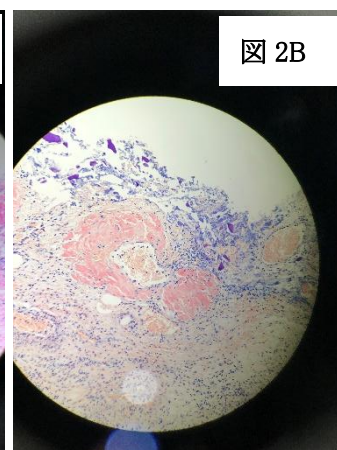


図 2B

翌週、行ってみたら、バッチリ橙色に陽性に染まっており、アミロイドと確定した(図2B)。今後はこの患者さんは全身性アミロイドーシスの治療をしていくことになるだろう。

大腸潰瘍といえば、2年に1回くらいはアメーバ原虫を見出してあげることがある。前述のコレステロール結晶やアミロイドーシスが中級編としたら、これは初級編で病理医なら誰もが判断できる。原因不明の大腸びらん・潰瘍として生検

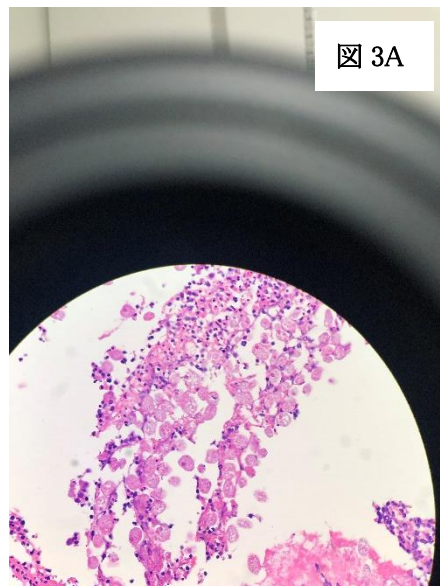


図 3A

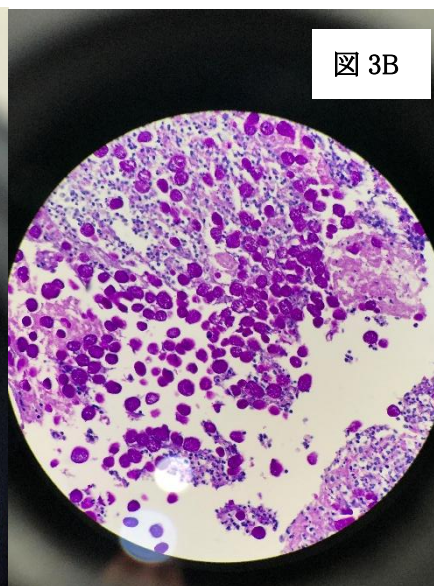


図 3B

されてきて、丸いツブツブした奴らが粘膜表面に多数いらっしやる(図3A)。この拡大だとわかりづらいが、核があり、赤血球の食食像もある。PAS染色をオーダーして、翌週、行ってみてバッチリ赤紫色に陽性になっており、アメーバ原虫と確定した(図3B)。この患者さんは同性愛者か、AIDSがあるか等の診察を受けることになるだろう。

上級編も紹介したい。これは大腸粘膜生検で、申込書に膵臓癌の患者だと記載がある。臨床医がもしかして膵臓癌の転移かなと疑って生検したわけだ。粘膜への転移はまれで、しかもこの人の膵臓癌組織は高分化腺癌であろう、正常の粘膜の腺管

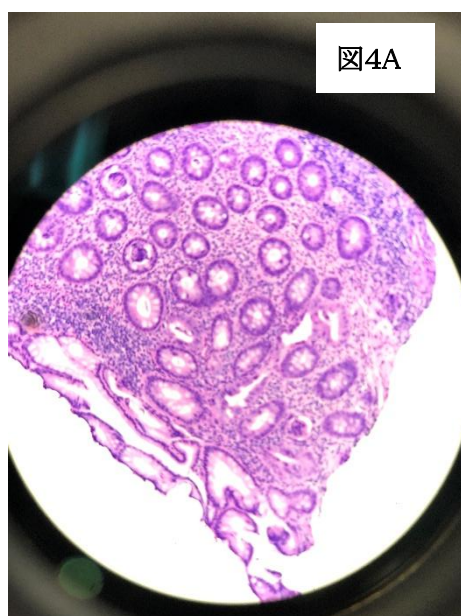


図4A

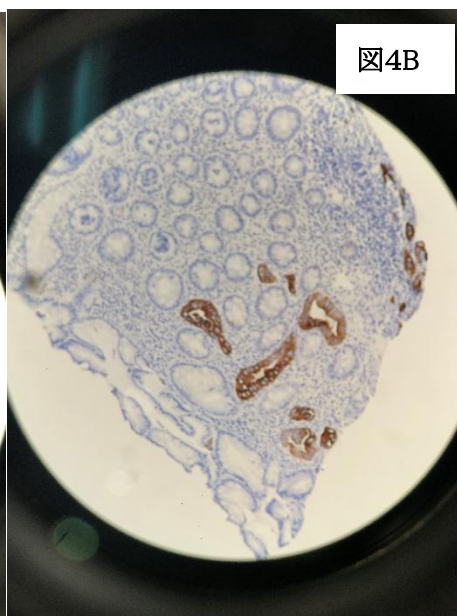


図4B

と似ている。森の中に木を隠したようだ。ここで、サイトケラチン7という免疫染色をオーダーして、翌週見たら、大腸の腺管は陰性、膵臓由来の腺管はバッチリ茶色く陽性となり、膵臓癌の転移と診断できた(図4A,B)。

もうひとつ、上級編を。小腸癌として出された手術検体。でも、どこにも癌はない。潰瘍のみだ。「この潰瘍を癌と診断しているようじゃ、ココの外科医もまだまだだなあ」と思い、単純潰瘍という病理診断をしようと思ったとき、潰瘍部から下に続く隙間を見出した。これ、その時の写真を撮っていないのだけど、ココは回腸末端から数十センチ手前とのことで、アレかなと思い、深切りをオーダーした。翌週行ったら深切り標本で隙間が広がり、隙間を裏打ちする上皮がバッチリ現れて、メッケル憩室と診断した（図5）。頭の中に「メッケル憩室をめつけることが出来た」というセリフが躍った。

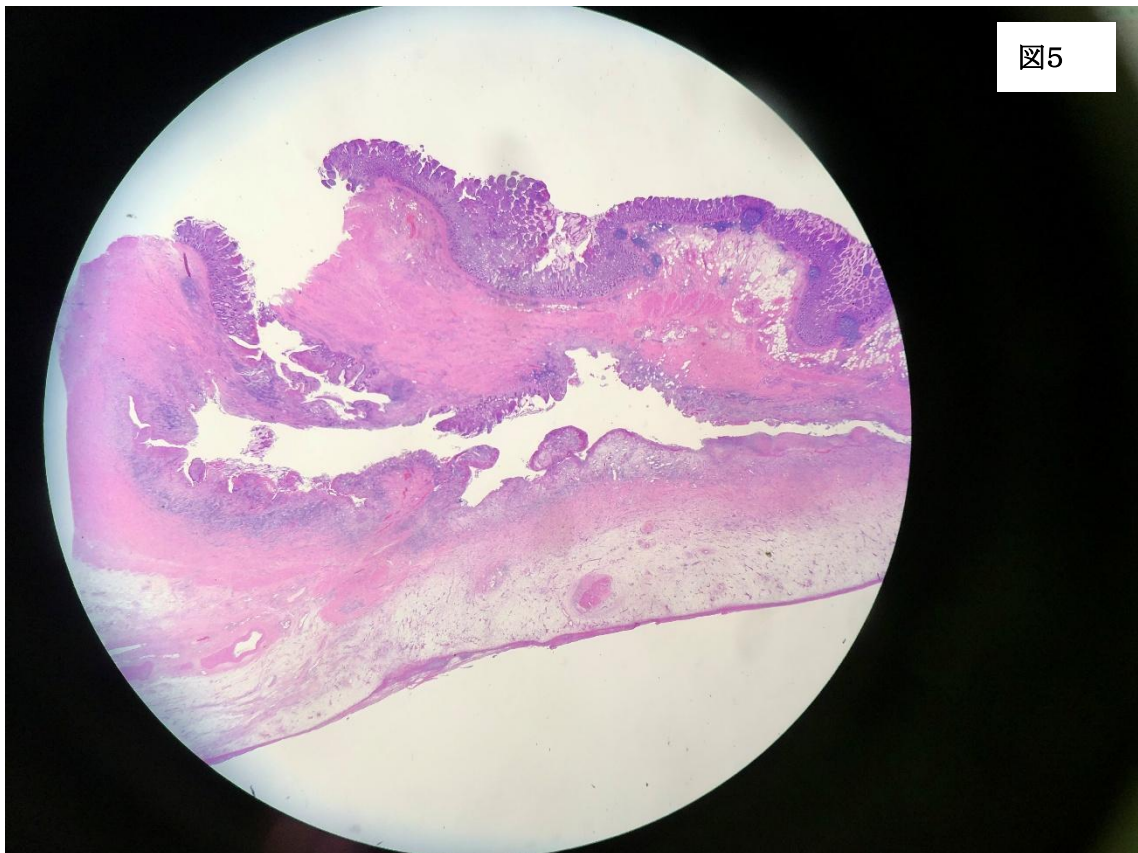


図5

このように、病理診断というのは、リンパ節に癌の転移があるかどうかなどのゼロイチで設定できるものとは限らず、扱うのも腫瘍に限らず、炎症・代謝疾患・循環障害など多くのカテゴリーがある。臓器ごとに若干のチューンナップをする必要もある（子宮内膜腺を診る時は大腸陰窩を診るよりもアンダーで診断しないと全て異型に見えてしまう等）。臨床側の要望を把握する必要もあるし、かといって臨床診断を全て信用してもいけない。ココで深切りをオーダーするか、特殊染色や免疫染色をオーダーするか、するならどの染色かなど、考えることが多い。Google だったかが、AI による病理診断をしようとしたが撤退したというのもむべなるかな。まだまだ何十年も（何百年も？）、病理医による病理診断は必要とされるだろう。