

病理検査

臨床検査科部長 佐野 仁勇

1. 病理というお仕事

何科ですか？という質問に「病理です」と答えると、今でも、少し何とも言えない沈黙の時間が流れて行きます。やはり、まだピンと来ないのでしょう。あるいは病理→解剖という怖い連想が働くのかも知れません。

さて、病理医は一日の大半を顕微鏡を見て過ごします。臨床の先生が取ってきたゴマ粒程もない小さな胃や大腸の組織を顕微鏡で良性か悪性かの最終診断をしているのです。癌の判定以外にも、腎炎や肝炎あるいは肺炎の種類、原因などを探り、治療方針の参考にしてもらいます。

手術の時には、診断の難しかった腫瘍の最終確認や、その腫瘍を取り去る範囲を決定するために術中迅速診断をする事もあります。緊張しますが、病理医の腕が問われる重要な仕事です。

そのほか、細胞診と呼ばれる仕事も頻繁に行われるようになって来ました。検査科病理にいる細胞検査技師（サイト・スクリーナー）の協力を得て行います。前述の組織検査に比べると、患者さんの負担も軽く、診断の精度も臓器によっては信頼できる検査になりつつあります。



2. 解剖検査について

家族や親戚にも内緒で、あまり書きたくはないのですが、怖い病理解剖検査（剖検）にも触れましょう。剖検は月に1, 2度ほど行います。長い治療の末に病気がどの様に進行してしまったのか、治療の効果はどうだったのか？あるいは十分な検査も出来ないまま、あれよあれよと亡くなってしまったが原因は何だったのか、といった症例でお願いすることになります。剖検で全てが分かるわけではありませんが、時には思いがけない原因、例えば消化管の破裂、脳出血、心筋梗塞、そして隠れた膠原病や癌などが確認されます。

剖検は体力的にも精神的にもタフな

仕事ですが、誰かがやらなくてはいけない検査でしょう。また、遺族、関係者の皆様にとっても複雑な心境になれる検査である事も重々承知しております。ゆえに、我々、臨床医や看護師達もですが、剖検を手伝ってくれる検査技師も出来るだけきれいにそっとお腹の中を視せて戴いて、きれいにお返しするように心掛けています。さらに、臨床病理カンファレンス（CPC）を開いて検討し、そうした貴重な症例を共有、記憶し、今後の診断・治療に役立たせていきたいと思っています。

3. 病理に誤診はあるか？

リスクは少ないけれどあります。先にも書いたように、米粒の何分の1かの組織で全体を判断するわけですから、時には全体像がうまく反映されていない事もあります。そして、ヒトのよい病理医ほど、白黒の決着を早くつけてあげたいという事で、少し無理な性急な判定を下す傾向もなきにしもです。

さて、腫瘍はある日突然大きな極悪の癌になるわけではありません。ボールペンの先ほど、1mm位の腫瘍ができたとして、それでも百万前後の腫瘍細胞から出来ているわけですが、それが手当ての必要な癌になるまでには相当の月日がかかると言われています。中には消滅してしまう癌の芽も少なくないと推定されています。そして、その中間の時期では良性ともまだ確かな悪性ともいえない境界領域病変といわれる中間的な腫瘍の時期があると考えられています。その様な時期に組織検査をすれば、やはり癌か否かの判定が

難しい事になります。

つまり、早期の小さな腫瘍、癌ほど病理診断も難しいのです。もっとも、患者さんにとってはそれほど慌てなくてもよい期間なので、臨床医と相談して自分に合った対処法を考えていけばよいでしょう。

もう一つ、日本では最終診断医たる病理医が極端に不足しています。昨今はだいぶ病理に対する政府、皆さんの理解も進んできたようですが、アメリカでは当院と同じ位の地域中核病院では5人以上の病理医が常勤しています。ところが、日本では一人の常勤病理医もいない基幹病院も少なくありません。

結局、日本の病理医はアメリカの病理医の何倍もの過重な仕事を抱えている事になります。こうした状況ではいつもいつも最善の診断を下すのは難しい事になります。幸い、当院では私が常勤の病理専門医として、さらに何人かの非常勤の病理医の応援もいただいて、最善の病理診断をするよう努めています。

最後に、病理は日本では診療科として認められていませんが、外来科の一つとして、「こうした病理診断を受けたが？」といった患者さんの相談を受ける病院もいくつか出て来ました。当院ではまだそうした窓口は設けていませんが、病理診断に関する不安や疑問があれば、何なりとご相談下さい。