

## 2

# 病理診断に適した検体とは

二村 聡

福岡大学筑紫病院 病理部病理診断科 教授 / 診療部長

病理診断に適した検体の究極の理想は、病変（臨床医の関心領域）が確実に含まれた、挫滅や自家融解のほとんどないものといえる。外科的または内視鏡的切除検体の病理診断では、軽度の挫滅は許容されるが、病変内の一点にすぎない生検検体の病理診断には良質な組織が必須である。すなわち、生検病理診断には適切な部位から採取された、挫滅のほとんどない、十分量の組織が必須である。

## はじめに

病理診断科に提出される消化管検体には、通常の生検組織、内視鏡的切除検体、外科的切除検体のほか、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法による検体がある。いずれの検体も速やかに処理され、自家融解がほとんどない状態で病理診断に供されることがもっとも理想的である。しかし、検体の種類によっては採取量が僅少であったり、高周波通電の影響を強く受けたりして病理診断自体が危ぶまれることもある。また、検体をホルマリンではなく生理的食塩水や水道水に浸漬して提出される事例も経験される。こうしたインシデントを含む、理想的でない状況により不利益を被るのは常に患者である。そのことを臨床医は認識し、検体の取り扱いに精通すべきである。そのように考えている病理医の立場から、病理診断に適した検体について私見を述べる。なお、本特集号の主たる対象が内視鏡医であることを鑑み、本稿では外科的切除検体については言及しない。

## 生検検体の取り扱い

### 検体の大きさ

臓器や疾患の種類を問わず、なるべく大きな生検組織が病理診断には最適である。とくに粘膜内に明らかな異常がある場合は、粘膜筋板まで含む十分な組織を採取することが望ましい。また、食道上皮性腫瘍疑診例の生検診断では、上皮全層が観察できることが必須の条件である。日常診療では抗凝固剤服用中や内視鏡治療前といった諸事情から粘膜表層を擦る程度の小さな生検組織が提出されることがあるが、異型度の低い腫瘍や粘膜深部に深に病変が存在する症例では、確定診断に至らない。病理医の誰もが「挫滅のない、採取深度の深い、大きな生検組織」を希求している（図1）。

### 検体の個数

生検個数は多ければ、多いほど、得られる情報量は増

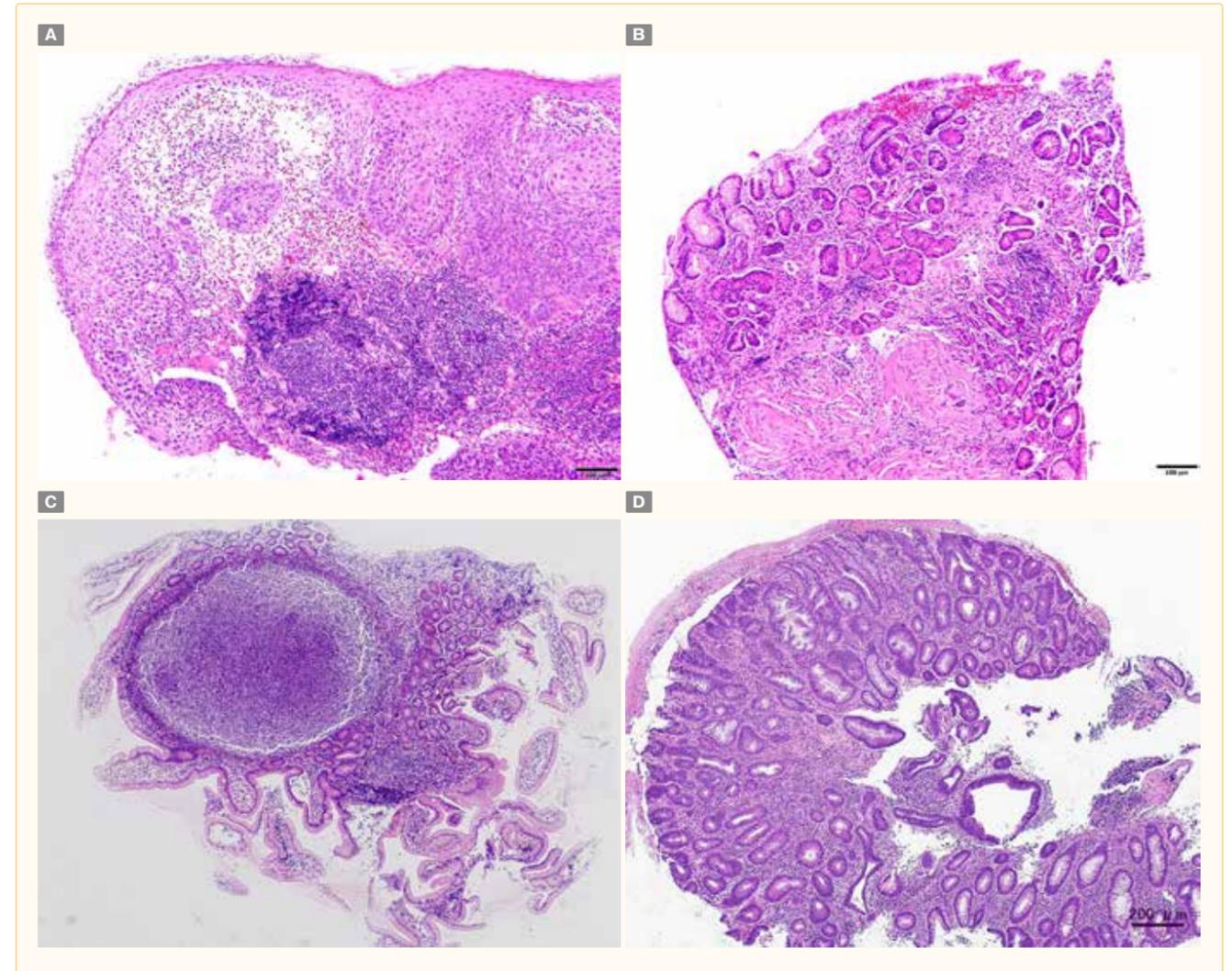


図1 診断に適した理想的な生検検体

食道 (A)、胃 (B)、十二指腸 (C)、結腸 (D) の生検検体である。いずれも生検鉗子による圧挫がほとんどなく、採取深度も十分である。また、粘膜層に対して垂直に薄切されている。

えるので理想的ではあるが、明らかな進行癌症例では、十分量の腫瘍組織が生検されていれば1個でもよい。なお、外科切除不能な胃癌例におけるHER2タンパク発現解析を目的とする場合やリンパ腫疑診例では、生検個数は多いほどよい（5個程度が理想的）<sup>1)</sup>。腫瘍の組織型の確定を目的とした生検では、壊死部や炎症性滲出物をなるべく避けて組織を採取することが肝要である（各疾患に適した生検部位については他項参照）。

一方、炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎とCrohn病）、好酸球性炎症症候群、A型胃炎、サルコイド症、アミロイド症などの特殊な疾患・病態では、各部位から系統的に生検することがきわめて重要である。とくに炎症性腸疾患

疑診例では病変の有無にかかわらず、一見正常の腸粘膜であっても、終末回腸、盲腸、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸、直腸から生検することがより確からしい病理診断に寄与する。また、A型胃炎疑診例では体部粘膜と前庭部粘膜からの定点生検は必須である。

### 検体のオリエンテーション

生検組織のオリエンテーションは、病理診断に重要である。とくに食道の上皮内癌や胃・腸管の粘膜内腫瘍は、粘膜層に対して垂直に薄切された組織切片が病理診断には理想的である（図2）。しかし、日常の生検病理診断では、粘膜層に対して斜めまたは水平方向に薄切され、