

平成27年（2015年）当院における病理解剖の現状

岡本 清尚¹⁾ 中村 淳博²⁾ 舟橋 信司²⁾ 平塚 友香莉²⁾ 道下 博史²⁾ 棚橋 忍³⁾

1) 高山赤十字病院 病理診断科

2) 高山赤十字病院 検査部

3) 高山赤十字病院 内科

抄 録：平成27年1月より12月における、当院の総死亡者数は484名であり（CPA: Cardio-pulmonary arrest：心肺停止状態等による死体検案症例39名を含む、死産を除く）、そのうち病理解剖となった症例は9例であった。剖検率は死亡診断書症例で2.0%、死体検案症例に関しては0%であった。

各科別の全死亡数、死体検案数、剖検数、剖検率の内訳を（表1）に示す。月別剖検数を（表2）に示す。今年の症例は、内科で死亡診断書症例7例（死体検案書症例0例）、小児科で死亡診断書症例1例（死体検案書症例0例）、外科と内科の併科で死亡診断書症例1例（死体検案書症例0例）であった。

以下、平成27年の9剖検例の解剖結果について報告する（表3）。なお記載は、日本病理輯報の記載要項に準じた。

（表1）2015年（平成27年）各科別 死亡数、剖検数、剖検率

科	死亡診断書数（死体検案書数）（例）	剖検数（死体検案例数）（例）	総剖検率（死体検案例剖検率）（%）
内科	282(13)	7(0)	2.5(0)
循環器内科	37(5)	0(0)	0(0)
外科	40(15)	1(0) ※1	2.5(0) ※1
脳外科	57(5)	0(0)	0(0)
整形外科	7(1)	0(0)	0(0)
産婦人科	4(0)	0(0)	0(0)
小児科	3(0)	1(0)	33.3(0)
眼科	0(0)	0(0)	0(0)
耳鼻科	7(0)	0(0)	0(0)
泌尿器科	7(0)	0(0)	0(0)
口腔外科	0(0)	0(0)	0(0)
放射線科	0(0)	0(0)	0(0)
皮膚科	0(0)	0(0)	0(0)
心療内科	0(0)	0(0)	0(0)
合計	445(39)	9(0)	2.0(0)

当院、2015年（平成27年）、当院死亡診断書・死体検案書による。

※1：死亡診断書は外科であるので外科症例としてのみ算定したが、内科との併科である。

（表2）2015年（平成27年）月別 剖検数

月	剖検数(例)
1	0
2	1
3	0
4	1
5	1
6	1
7	2
8	0
9	1
10	2
11	0
12	0
計	9

当院、2015年（平成27年）、死亡診断書・死体検案書による。

(表3) 2015年(平成27年) 剖検結果

剖検番号	年齢・性	臨床診断 (出所、依頼科)	主剖検診断(太字)、 副病変 1.2.3....
1074 (時間外)	87才・♂	悪性リンパ腫、強皮症、間質性肺炎、前立腺肥大(内)	【二重癌】1、悪性リンパ腫(びまん性大細胞型B細胞性)、転:あり 2、前立腺癌、低分化腺癌(ラテント癌) 転:なし ○1、肺硝子膜症+肺線維症(強皮症) 2、心肥大+軽度冠動脈硬化症 3、胆汁鬱滞+肝うっ血 4、両側副腎過形成 他
1075	74才・♀	2型糖尿病、低血糖、急性腎不全、骨盤内腫瘍、全身リンパ節腫脹(内)	膀胱癌(扁平上皮癌>尿路上皮癌) 転:あり ○1、DIC+血球貪食 2、敗血症 3、腹膜炎+回腸部分壊死 4、壊死性胆嚢炎 5、脾梗塞 他
1076 (時間外)	0才3ヶ月・♂	急性胃腸炎、心房中隔欠損、十二指腸狭窄術後、21トリソミー(小児)	○1、無気肺+びまん性肺胞障害+うっ血 2、胃ビラン+全消化管出血+神経節細胞減少(ヒルシュスプルング病疑い) 3、腸間膜リンパ節腫大(循環障害) 4、心房中隔欠損症 5、貧血 他。
1077	70才・♀	劇症型A群溶連菌感染、毒素性ショック(内)	○1、回腸潰瘍出血+穿孔性腹膜炎 2、劇症型A群溶連菌感染性敗血症離脱 3、DIC+血球貪食 4、急性尿細管壊死 5、心筋障害 脳浮腫 他
1078	72才・♂	胃癌、癌性腹水、ネフローゼ、呼吸不全(内)	胃癌(印環細胞癌)、未治療、転:あり ○1、肺膿瘍+肺出血+肺うっ血+肺水腫 2、DIC 3、胸水+腹水 4、びまん性心筋障害+大動脈および僧帽弁疣贅 他
1079 (時間外)	93才・♂	ネフローゼ症候群、敗血症、大腸癌術後、原爆被爆者(内)	【異時性三重癌】1、横行結腸癌 詳細不明 2、下行結腸癌 転:なし 3、右耳前部皮膚(有棘細胞癌) 転:なし ○1、DIC 2、敗血症 3、低血糖 4、胸膜炎 5、無気肺 他
1080 (時間外)	85才・♀	うっ血心不全、急性腎盂腎炎、偽膜性大腸炎(内)	○1、糖尿病性腎硬化症+急性尿細管壊死+ネフローゼ症候群 2、DIC 3、心肥大+大動脈弁狭窄症 4、消化管ビラン+偽膜性大腸炎 5、胸水+腹水 他
1081 (時間外)	88才・♀	浮腫、慢性腎不全、ネフローゼ、慢性関節リウマチ、アミロイドーシス(内)	○1、急性尿細管壊死+糸球体硬化症+ネフローゼ症候群+透析状態 2、胸水+腹水 3、全身浮腫 4、貧血 5、心肥大 他
1082	71才・♂	サイトメガロウイルス性腸炎、十二指腸穿孔術後、ニューモシスチス肺炎(外・内)	○1、間質性肺炎+肺線維症+ニューモシスチス肺炎 2、うっ血性肝細胞壊死 3、十二指腸潰瘍穿孔術後回復状態 4、胸水+腹水 5、サイトメガロウイルス腸炎 他

規約上、小さい病変でも癌(悪性腫瘍)が、主剖検診断となります。○は直接死因と考えられる病変。転:腫瘍の転移の有無。

【まとめ】

平成27年1月より12月における、当院の総死亡者数は484名であり（CPA: Cardio-pulmonary arrest：心肺停止状態等による死体検案症例39名を含む、死産を除く）、そのうち病理解剖となった症例は9剖検であった。今回、死体検案症例の解剖は含まれていない。剖検率は死亡診断書症例で2.0%であった。

【病理解剖について思うこと】

2001年に、分子標的薬であるCD20陽性リンパ腫に対するリツキシマブ（リツキサン®）と、乳癌（後に胃癌も追加）に対するHER2トラスツマブ（ハーセプチン®）が国内で承認されて以来、分子標的薬が次々と登場し¹⁾、様々な腫瘍あるいは炎症等において、その著しい効果が予後を飛躍的に改善している。

その効果の有無と経済的な観点から、分子標的薬を使用するにあたり、ガイドラインに従って適応の可否を事前に検討する検査が行われており、病理も日常的にそれに関わっている。

肺癌を例にとると、標的となるEGFR, ALK, ROS-1, PD-L1の4項目に関して提出された微小・微量な病理検体を用いて免疫染色（IHC）あるいはRT-PCRなどの遺伝子解析がなされる²⁾。現在のところ、一項目に対して一検査がなされ、それらは特定のキットと機器で行うことが定められており、一般市中病院の件数では独自で検査を行うことはマンパワーやコスト面で成り立たないため大手のラボに外注している状況である。

今後、同様の薬剤が増えるにしたがって、そのすべてを現在のような方法で判定することは検体量やコスト面から困難となることが予想され、将来的には次世代シーケンサーなどによる網羅的な遺伝子解析法が主流となるであろう。そしてそれは、全国の拠点施設に集約実施されることになるが、初期の検体処理は市中病院が適切に行わなければならないことには変わりない。

日本病理学会においては、信頼に足る検査を実施するための標準化ガイドラインとして「ゲノム研究用病理組織検体取扱い規程」³⁾が発行された。また厚生労働省等の検体取扱い講習会なども開催されるようになった。当院においても、臨床検査技師が研修に参加し対応に備えているところである。

【最後に】

剖検に御遺体を提供されました御霊と御遺族に畏敬の念を表し、御冥福をお祈りいたします。

【参考文献】

- 1) 松下一之、野村文男：コンパニオン診断の基礎知識－概念、関連するガイドライン、最近の情報など 臨床検査 58：889-901、2014
- 2) 大林千穂、畑中豊：肺癌における遺伝子変異検査のガイドライン 病理と臨床 34：249-255、2016
- 3) 一般社団法人 日本病理学会編：ゲノム研究用病理組織検体取扱い規程 一般社団法人 日本病理学会、東京、2016