

## 病理診断報告書の読み方

菊地 智樹      竹内 正喜      曲師 妃春      知野 麻依  
金丸 紘弓      長尾 一弥      小幡 雅彦

Key Word: 病理診断報告書

### I. 病理診断報告書とは

各臨床科から病理診断科へ病理診断の依頼があると、通常は病理診断報告書として、依頼医に伝えられる。術中迅速診断のような性質のものであっても、電話での口頭報告の後、速やかに報告書が発行される。当院の運用において、報告書は電子カルテ上で閲覧でき、紙媒体での報告、保存は行っていない。

臨床医は病理診断報告書の内容と、その他の臨床情報を統合し臨床決断を行い、今後の方針を立てる。そのため報告書は臨床決断において重要な役割を果たす一方、裏を返せば報告書を間違えて解釈してしまうことにより、臨床決定に致命的な誤りを犯してしまう可能性も起こりうるであろう。

病理医は、病理組織標本から得られた所見を解釈し、正確に伝わるように病理診断報告書を作成するよう日々心がけている。ただしローテートとして病理診断科に配属される臨床研修医諸君の話を伺うと、病理学的専門用語など、見慣れない語句が続く報告書はなかなか親しみづらいようで、何が重要なのか把握するが難しい場合もあるという。確かに、臨床医側からすれば、病理報告書の読み方、解釈について体系的に学ぶ機会は少なかつたかもしれず、実際医中誌webで“病理報告”で検索しても病理診断報告の読み方や解釈に関するものは5例に満たなかつた(2018年1月末現在)。たしかに病理診断報告書の形式や、内容については、マニュアル、ガイドラインのような統一基準は無いに等しく、施設の数だけ、病理医の数だけ、報告書の“お作法”があることは否めない。ただし“コンセンサス”といってもいい普遍的な柱のようなものがおぼろげながら存在していることも事実である。

本稿では、病理診断報告書に初めて触れるレベルの初期臨床研修医を念頭に置き、報告書の読み解く際に必要な最低限の知識を述べ、かつ正確な依頼書の記載や、臨床医と病理医との双方向のディスカッションが、より充実

した診療に重要であることを概説していきたい。

なお病理診断報告書については当院で運用されている様式を中心に解説するが、前述したように、病理医間、施設間で若干の違いが生じる場合もある為、毎年のように施設を異動する、若い臨床各科の先生にも対応できるように、なるべく普遍的に使用できる情報を提供することに努めたいと思う。

### II. 病理診断報告書の形式

病理診断報告書には大きく①患者および臨床情報と、②病理記載に分かれている。当院で運用されている電子カルテ上でのレイアウトを示す(図1)。①については、報告書の最上部欄に患者ID、患者氏名、性別、生年月日、年齢、受付番号、オーダー番号が記載される。その下欄に臨床医が記載する臨床情報、依頼内容がある。②は大きく2つに分かれ、上段に診断文、下段に所見文が記載される。最下段には、診断医名が記載される。手術材料では、肉眼(マクロ)写真が添付される場合があり、検体の断面(剖面)が写真で確認できたり、腫瘍の範囲が図示される場合もある(mapping, マッピング)。今では少なくなった手書きの診断書、および各施設の電子カルテ上で運用される報告書いずれであっても、ほぼ同様のレイアウトと思われる。

### III. 診断文について

診断文は病理記載欄の上段にあり、病理診断報告書の最重要項目である。英語で記載されることが多い。大きく2つのパターンに大別され、パターン①臓器名(採取部位)、採取方法、診断名の順で列記される場合、パターン②診断名、臓器名、採取方法の順で記載されるものが多い(表1)。なお診断名だけの場合もありうる。悪性腫瘍の手術材料の場合は、癌取扱い規約に準拠した病理の記載がされたり(表2)、診断の根拠となる免疫組織化学の結果(表3)が

記載される。ただしシステム上の診断文の文字数の制約などで、後述する診断文の最後に記載されることもある。

これら診断文の冒頭に記載がある場合は、本報告が通常の病理報告と異なることを示している(表4)。例えば“Frozen section diagnosis”と記載された場合、凍結標本による(術中)迅速診断報告書であるという事を意味する(最終確定でない場合もある)。また“Tentative report”とされた場合は、仮報告ないしは一次報告であるから、二次(追加、最終)報告が後日ありますという意味であるから、次報告を必ず確認してほしい。誤記載を修正する場合は“revised report”と記載される。

その他にも“他施設作成ブロック”、“他施設作成プレパラート標本”などの記載がある場合は、他施設で採取された検体の診断や、他施設で標本化されたプレパラートを診断したこと示している。他施設から貸出されたプレパラート標本であれば、返却されるため、当院では保管していないことも示している。

#### IV. 所見文について

所見文は診断文に続いて記載されるものである。日本語で記載されることが多いが、英語で記載されることもある。診断に至る根拠を説明したり、病理医から臨床医に伝えたいことが記載される。具体的には、検体数、肉眼所見、顕微鏡所見などを総合した診断根拠、確定診断が出来ない場合の理由、再生検の依頼、臨床事項の再確認の依頼がある。重要事項が記載されることも多く、診断文とともに必ず確認してほしい。なお消化管生検などで、腺腫や胃炎など非常に頻度の高い診断名においては、あえて所見文の記載が省略される場合もある。

#### V. 特殊な診断文

診断文は良悪性を決定したり、病原体の有無、炎症の程度などを簡潔に表したものであるが、時に診断文が特殊な場合があり注意が必要である。

##### 1. “Insufficient material”

検体不適性などと訳される。①さまざまな理由で検体の標本化が困難だった場合、②微小検体や挫滅が強く診断不能の場合、③目的の対象臓器が採取されていない場合などがある。所見文に理由が記載されているので確認すべきである。

##### 2. “See comment”, “See description”

これはわずかに数語で構成される診断文では、言い表す事が難しいので、所見文を読んでほしいという意味である。非腫瘍性、炎症性疾患の病理診断報告書でよくみられる。

##### 3. 副詞が付いている場合は注意!

診断文に副詞が付けられている場合がある。例えば“adenocarcinoma, suspected”という場合である。これら

は副詞が無い場合(単に“adenocarcinoma”)とどのように異なるであろう? 日本語に直訳すると“腺癌を疑う”である。この文には大きく分けて、3つの異なる解釈が得られるであろう(表5)。解釈①: 良性か悪性かでいえば、より腺癌を疑う(でも良性異型を否定できない)、解釈②: 腺癌らしき細胞は認めるが、確定するにはあまりに細胞量が少なく確定できない、ないしは挫滅が高度であり確定できない。解釈③: 悪性(ないしは癌)であること確かだが、詳細な組織型はより腺癌を疑う(腺癌を疑うが、扁平上皮癌の可能性も否定できない)。この3つの解釈の内悪性が確定できたのは解釈③のみである。以上のように解釈に幅ができてしまうので、所見文で内容の確認が必要である。

“compatible” “consistent with”などの記載は、皮膚生検や肝生検、肺生検などの非腫瘍性疾患や、炎症性疾患などの診断文においてしばしば認められる。直訳では“矛盾しない”である。疾患特異的な病理学的所見がないため、“矛盾しない”とまでしかいえないという意味である。臨床が考えている疾患に対して否定的な所見はないとも解釈でき、現状での病理診断の限界を示しているともいえる。所見文の確認し、臨床情報との統合が必要であろう。

“likely”, “possible”, “probable”などの副詞が付く場合もある。可能性の程度を示すのであるが、各診断医による主観が強く、実際それらが何%の“確からしさ”なのか、絶対的な定量基準は存在しないと思われる。実際臨床現場でも、医師間および医師患者間でこれらの副詞が与える印象が異なるという報告もある<sup>2)</sup>。所見文でのニュアンスの確認が必要と思われる。

#### V. 報告書内容の均てん化を目指して

なんだか病理診断文の曖昧さだけが強調されているように見えるが、病理医サイドからも、報告書をわかりやすくするための定性化および定量化を動きがあることも強調しておきたい。

例えば、胃や大腸においては、生検組織診断分類(Group分類)が定義され、Group 1(正常ないし是非腫瘍性)～Group 5(癌)に分類され、定性化が図られている(表6)。また、癌取扱い規約における化学療法の治療効果判定基準(Grade 0-3)や悪性腫瘍の分化度(Grade 1～3 or 4)などもいわゆる定量、定性化の流れを汲んでいると思われる。

どんなに定性、定量化を目指しても、現段階では“人間”が診断するため、どうしても主観的な要素が入り込んでしまい完璧ではないのだが、今後記載内容のパラメーター化は、大規模データベースの構築や解析などの観点からも避けられないと思われる。

#### VI. 最後に: よりよい臨床決断に向けてなにができるか?

近年Clinical-Radiological-Pathological (CRP) triangle (collaboration)という言葉が盛んに使われている。医学のめざましい進歩、モダリティの開発により“臨床情報”と“画像情報”、そして“病理診断”を総合して、疾患の確定診

断に至ることが出来るという概念である。これにより以前は診断に難渋していた疾患群が、情報を統合することによって確定診断が出来るようになった。これはびまん性肺疾患領域から生まれた用語であるものの、全ての領域に通じる概念であろう。このアプローチからは病理診断も診断アルゴリズムの一部でしかない事を意味するわけでもあるが、他方で病理診断が重要な役割を果たしていることも確認できる。

以上、正確な病理診断へのプロセスは、①正しい検体提出法、依頼書の記入に始まって(臨床サイド)、②診断に適した病理標本の作製、③正しい病理診断(ここまで病理サイド)、④臨床医への病理報告書の解釈(臨床サイド)とさまざまなステップがあり、どれ一つ欠けても、不完全なものになってしまう。そのため臨床科と病理診断科との密な連携が、よりよい総合診断に繋がるという事を念頭に置きながら、病理報告書を確認して頂きたいと願うし、われわれもよりよい病理診断報告書を作成すべく日々精進したいと思っている。

本内容は、2017年度第1回がんボードで講演した内容をまとめたものである。

COI開示: 申告すべきCOI 状態はない。

文 献

- 1) 日本胃癌学会編: 胃癌取扱い規約. 金原出版, 東京, 2017.
- 2) O' brien, B. J. : Words or numbers? The evaluation of probability expressions in general practice. J R Coll Gen Pract, 39. 98-100, 1989.

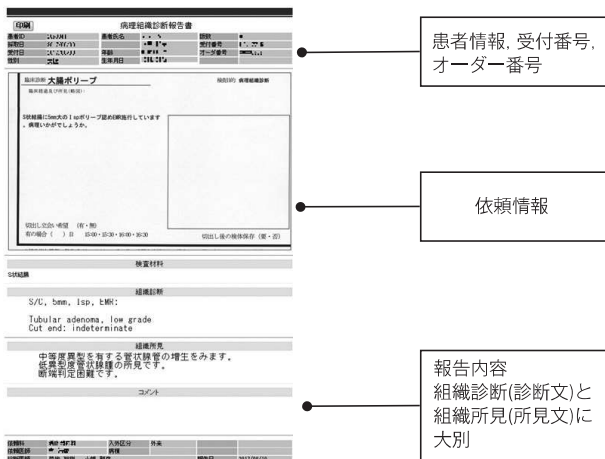


図1. 当院で運用されている病理報告書のレイアウト

表1. 診断文例 代表的な2パターンを示す

<p>食道生検で扁平上皮癌と診断される場合。</p> <p>パターン① 臓器名(採取部位), 採取方法, 診断名 Esophagus, biopsy Squamous cell carcinoma</p> <p>パターン② 診断名、臓器名、採取方法 Squamous cell carcinoma, esophagus, biopsy</p>
---

表2. 胃癌取扱い規約第15版に記載されている手術症例における記載例<sup>1)</sup>

これらの記載は病理医と臨床医の共通言語である

L, Less, Type 2, 50x20 mm, tub1>tub2, pT2(MP), INFb, Ly1a, V1c, pPM0(40 mm), pDM0(12 mm), pN1(2/13)
---

表3. 免疫組織化学の記載例

Gastrointestinal stromal tumorの免疫組織化学を例にした。必須では無いが、免疫組織化学の知識があるとより報告書の解釈がしやすくなるであろう。造血管腫瘍や間葉系腫瘍などでは多数の免疫組織化学の結果が記載される。

CD34(+), c-kit(+), desmin(-), α-SMA(-), S-100 protein(-)
--

表4. 報告書が通常診断と異なる手続きであることを示す記載例

[Frozen section diagnosis] →凍結標本による(術中)迅速診断を示す。
[Tentative report] →仮報告、一次報告である事を示す。次の報告があることも示す。
[Revised report] →誤記載などが修正された報告。こちらが本報告とされる。
[他施設作成プレパラート] →他施設で作成したプレパラートの診断

表5. "疑い" といった場合の解釈

数通りのパターンが想定する為、注意が必要である。

<p>診断名 "Adenocarcinoma, suspected"</p> <p>解釈①: 腺癌を"疑う"が、良性異型も否定できない。 解釈②: 腺癌らしき細胞は認めるが、確定するにはあまりに細胞量が少なく確定できない、ないしは挫滅が高度であり確定できない。 解釈③: 悪性(ないしは癌)であること確かだが、詳細な組織型はより腺癌を疑う(腺癌を疑うが、その他の組織型である可能性も否定できない)。</p>
---

表6. 胃生検組織診断分類(Group 分類)<sup>1)</sup>

Group X: 生検組織診断ができない不適材料
Group 1: 正常組織および非腫瘍性病変
Group 2: 腫瘍性(腺腫または癌)か非腫瘍性か判断の困難な病変
Group 3: 腺腫
Group 4: 腺腫と判定される病変のうち、癌が疑われる病変
Group 5: 癌