

第28回日本がん登録協議会学術
集会 研修会 6月19日(水)

1. がん登録に役立つ病 理の基礎知識

【全国がん・院内がん共通】

がん概論と病理報告書

四国がんセンター病理科、
がん予防疫学研究部
寺本典弘



自己紹介

第26回学術集会長

日本がん登録協議会・教育研修委員

がん登録標準化委員

愛媛県がん診療連携協議会がん登録専門部会長

a 病理医

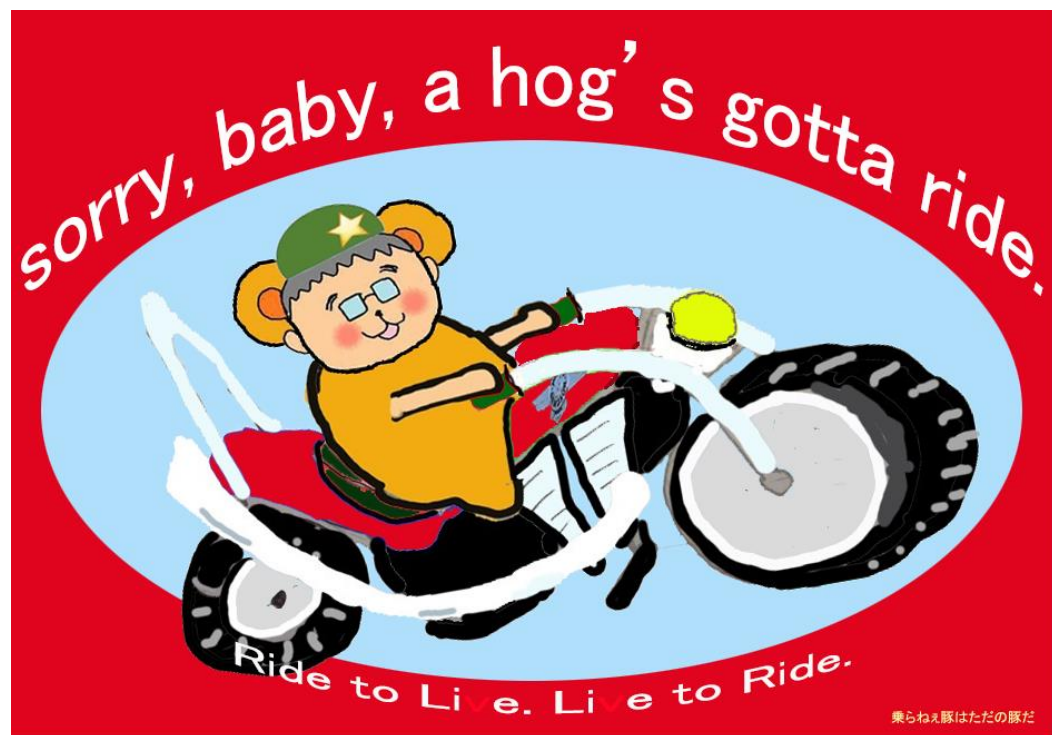
そして

バイカー&のりっくま

として自由にしゃべる

注：

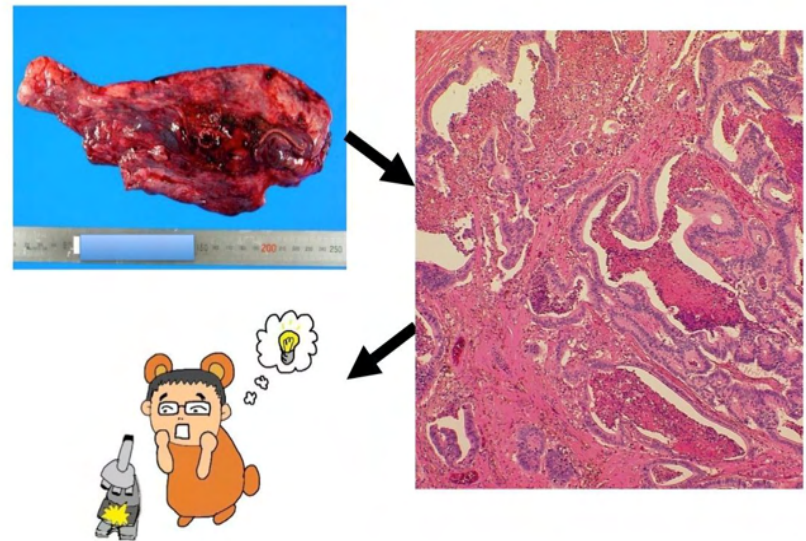
1. 資料と同じスライドが同じ順で出るとは限りません
2. 他で聞いたことがないような話が、メインです



Agenda

1. そもそも“病理”とは
2. 病理診断報告書とは
3. 神託の時代からIDの時代へ
4. がん概論

一目でわかる病理診断



そもそも病理学/Pathologyとは

Pathology=Pathos+Logy

- なになに+logy = なになに学
 - Epidemiology 疫学、Biology 生物学、Psychology 心理学
- Pathos/ペーソス/悲しみ・苦しみ・病気
- Pathos + logy = 「病気に関する学問」

病理学は医学の α にして Ω

病理学とは迷信と医学を分けるものです。



などが病気の原因と近代医学成立前は理解されていました

病理学とは呪術と医学を分けるものです

- ならばお払いやお供え、加持祈祷、供養、お遍路、お祭りなどで治る可能性がある



近代医学は病理解剖とともに成立

- 18世紀西洋 病理解剖 → 近代医学

臓器の変化

(変色・変形・壊死・腫瘍など) at解剖
= 病気の本態そのもの

- 病理学が医学であった



ま、今はそういうわけでもないが・・・

がん登録においても高い重要性

『病気を形の変化で見る』 = 『絶対的な基準』 『最終診断』

診断根拠・診断日（標準登録様式）

130 診断日1（他施設診断日）

140 診断日2（自施設診断日）

- 治療方針決定前に行われた全ての検査を並べて、より確かなる当該腫瘍の初回治療前の診断のため“がん”と診断する根拠となったものを以下のうち、他施設・自施設において最も番号の小さい検査を行った日

より確からしい検査診断

1. 組織診陽性(病理組織診によるがん)
2. 細胞診陽性(病理組織診ではがん)
3. 病理学的検査による確認
4. 病理学的検査以外の検体検査による
5. がん病巣直視下の肉眼所見による
6. 放射線画像診断(顕微鏡的診断なし)
7. 臨床診断のみ(4, 5, 6を伴わない場合)
8. 不明
9. もしくは、病理学的検査による

病理組織診断・細胞診断はもっと行われた日が診断日となる (not before)

UICC-TNM General Rule 1

All cases should be confirmed microscopically. Any cases not so proved must be reported separately.

- 『すべてののがんは病理学的にその存在が証明されるべし』 & 『病理診断ないものは、その旨を明記して分けて報告されるべし』



がん登録における
病理診断の重い意義

何のがんかわからない、TNMを使えるかどうかわからない、
そもそもがんかどうかわからない

病理診断書とは、

依頼紙と報告書が一つになっている
タイプの病理診断報告書

病理診断を書いてある書類

必ず書いてあるもの

1. 依頼情報
2. 患者情報
3. 臨床情報
4. 診断名
5. 所見
6. 診断者情報

ただしわかりやすく書いてあるとは限らない

病理組織報告書 受付No: 250040622001 標本No: F0400002-4 1/2

受付日 2004年06月25日 氏名 加藤 知 (株) 福山臨床検査センター 外来
採取日 加藤 男 才 提出医師

検体番号: A7×2
病歴、経過、治療に关する詳細を記入して下さい
原発不明 肝転移、
胃: Bcr3 生検 7+

検査目的

腫瘍及びその他(組織) (腫瘍人物)	(A)特殊染色 1)PAS, d-PAS 2)Azan 3)Papanicolaou 4)Grimelius 5)Fontana-Masson 6)その他	(B)免疫染色 1)その他
--------------------	---	------------------

検査結果: 1 腫瘍 2 炎症 3 腫瘍 4 腫瘍 5 腫瘍 6 腫瘍 7 腫瘍 8 腫瘍 9 腫瘍 10 腫瘍

材料固定法: 手洗・生検・固定・脱水
採取 月 日: 2004年 6月 25日
脱色: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

病理組織検査報告

Group V; Adenocarcinoma, gastric biopsy: ①②③
c/w H. Pyloric gastritis, Group I: ④~⑦

①②③: 中分化腺癌の浸潤増生を見る(写真1・2)。
④: 腸上皮化生、慢性炎症細胞浸潤を見る再生粘膜です。再生上皮に若干の異型を見る。
⑤: 表層にピラン、鬱血・浮腫と強い炎症細胞浸潤を見るfundic gland mucosaです。
⑥: 表層にH. Pyloriの増生、鬱血・浮腫と強い炎症細胞浸潤を見るfundic gland mucosaです(写真3)。
⑦: 表層に鬱血・浮腫と強い炎症細胞浸潤を見るfundic gland mucosaです。

※: 本件に関する公表に際しては、必ず検査者の了解を得る様お願いいたします。

依頼書

依頼情報・患者情報

病理組織報告書

1 / 1

オーダー番号 | 00927329102

標本番号 | H1901234

患者ID	0034572	受付日	2019/01/23
患者氏名	四国花子	診療科	呼吸器内科
性別	女	病棟	
年齢	49才	医師	財前一郎
生年月日	1965/02/02		

病理医は患者
名を憶えない

病理組織診断依頼書

指示日 2014年 6月 5日



患者番号

医師 山本 将一郎(呼吸器内科)

氏名 四国花子 様 発行時刻: 15:25:18 ()
同姓同名あり
生年月日 昭和 年 月 日生 (女・才)

医事算定 一般組織診依頼紙 病理組織標本作製(1臓器) EGFR(免疫-化学) ALK(FISH法)	<臓器名> 右肺(上葉)	HBs抗原(-)、梅毒反応 RPR定性(-)、TPLA定性(-)、Hbc抗体(-) その他あり
--	-----------------	--

臨床情報

サマリー・登録票のヒントになる

臨床事項

臨床診断

なにを考えているかを病理医に伝えるための一言

上葉B1bからTBBを施工し、迅速診断で腺癌が疑われた。LC-SCRUM対象です

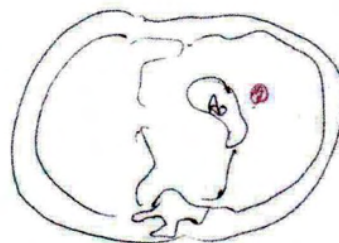
採取部位、採取手段、提出時点での疑い病名、治験プロトコルが記載されている

<臨床診断>
肺腫瘍

カルテの病名とは同じとは限らない

<臨床経過>

右上葉B1bからTBB施行し迅速診断で腺癌が疑われた。LC-SCRUM候補です。



CT画像の絵

どこから取ったか、臨床側がその病変をどう考えているかが、わかる

絵だと考えが現れる



枠外には記載しないようお願いします

病理診断書に書いてあるもの

病理組織報告書 (1/1)
標本番号: H140□□ - 2

患者 ID	00□□	受付日	2014/□□
患者氏名	□□□□	診療科	呼吸器内科
性別	女	病棟	
年齢	□才 生年月日 19□□□□	医師	山本 将一郎

病理診断と所見
Right lung cancer (upper lobe), adenocarcinoma
- supported by immunohistochemical findings

不整形の充実性胞巣を形成して浸潤性に増殖する癌を認めます。
特殊染色もあわせると、肺原発の腺癌に合致します。

【特殊染色結果】
免疫染色: TTF-1(+), NapsinA(+), SPA(PE10)(+), p40(-)
PAS/d-PAS染色: 細胞質内に粘液あり。

報告日	2014/□□	診断医	西村 寺本	署名	
-----	---------	-----	-------	----	--

四国がんセンター 病理

- ◆ 診断名
- ◆ 診断書のタイトル
- ◆ 所見
 - ◆ 詳しい情報
 - ◆ 診断理由
- ◆ 診断者・診断日
 - ◆ 問い合わせ/責任

診断情報

病理診断と所見

Right lung cancer (upper lobe), adenocarcinoma
- supported by immunohistochemical findings

不整形の充実性胞巣を形成して浸潤性に増殖する癌を認めます。
特殊染色もあわせると、肺原発の腺癌に合致します。

【特殊染色結果】

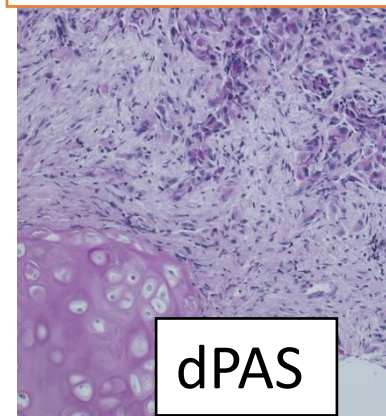
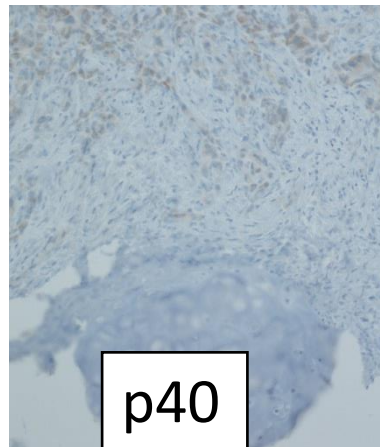
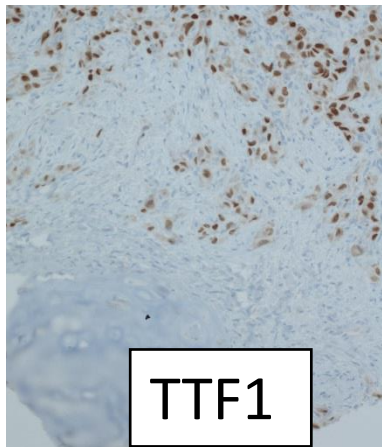
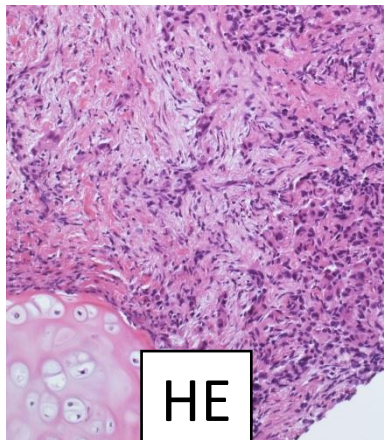
免疫染色：TTF-1(+), NapsinA(+), SPA(PE10)(+), p40(-)
PAS/d-PAS染色：細胞質内に粘液あり。

診断名その1
一言で言うとなんであるか

診断名その2
補助的な言明、所見に書かれることもある

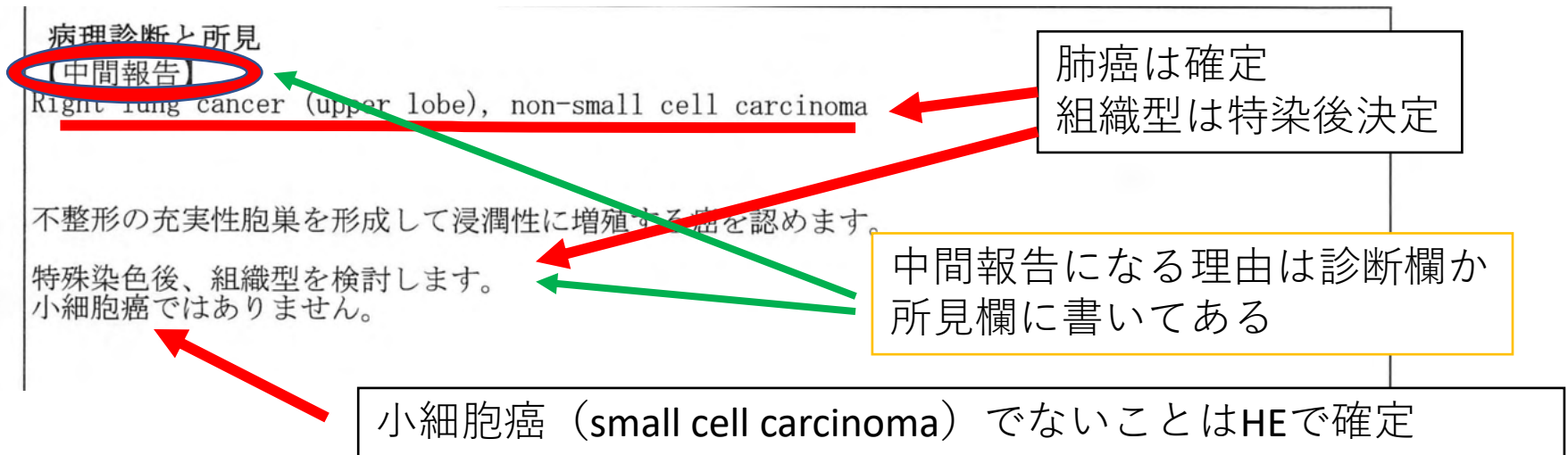
所見その1
診断した理由

所見その2
詳しい情報



中間報告って？

前の報告書（最終診断）の前の途中経過



なぜ、中間報告？
診断が確定できないため
良性 vs 悪性
組織型亜分類・脈管侵襲
原発巣



- 追加切り出し
- 追加染色
- コンサルテーション
 - 外部の先生に聞く
 - 番長くかかる

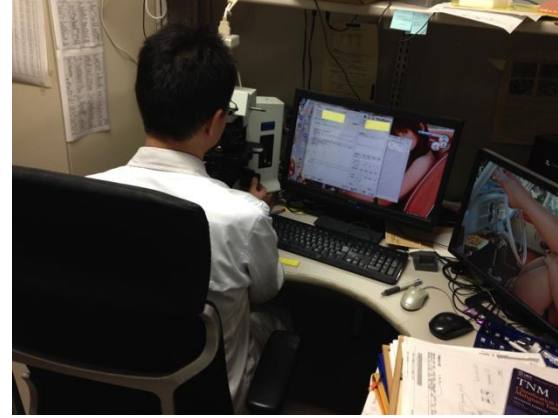
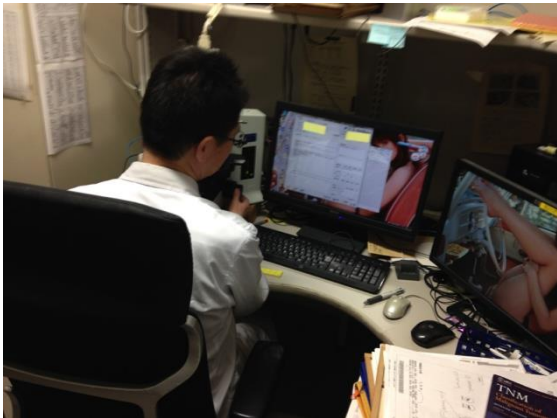
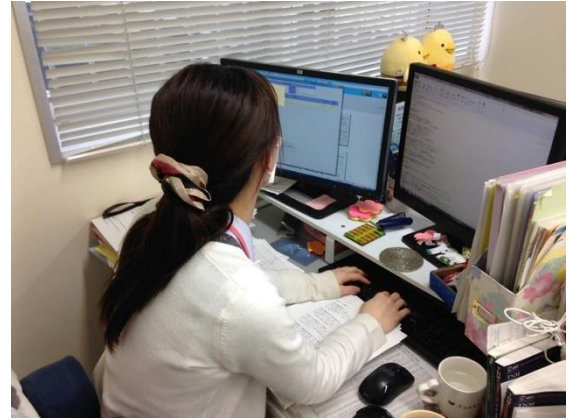
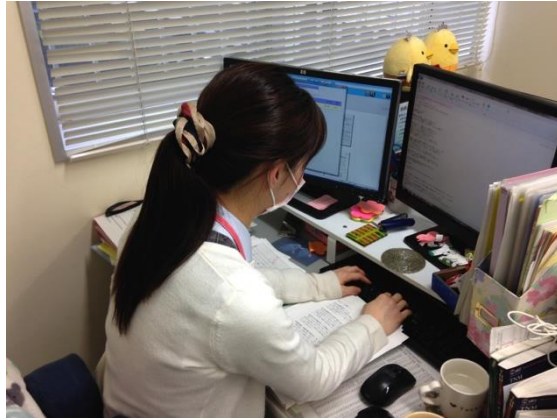
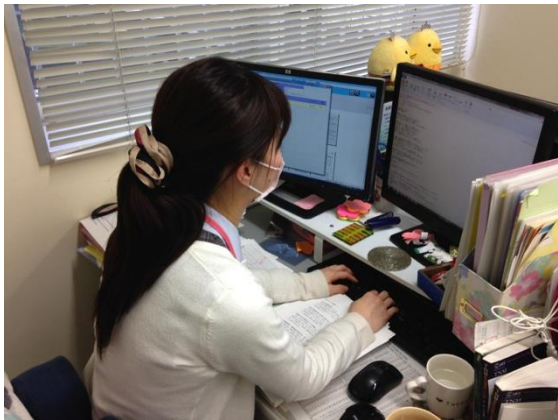
中間報告を見て登録しない



3:病理診断の実際

細胞診	細胞をスライド上で染色して診断
組織診	採取した組織を薄く切って染色して診断
	• 迅速組織診：手術中に行う 15～30分
	• パラフィン標本／永久標本
セルブロック	細胞診・組織診の中間

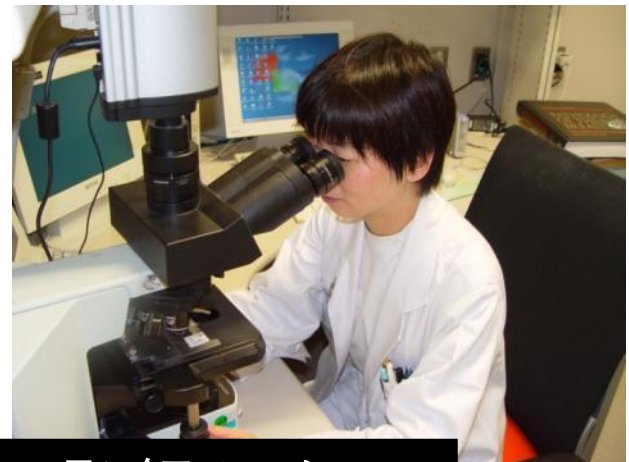
病理医の仕事の実際



ま、さておき

迅速組織診の実際

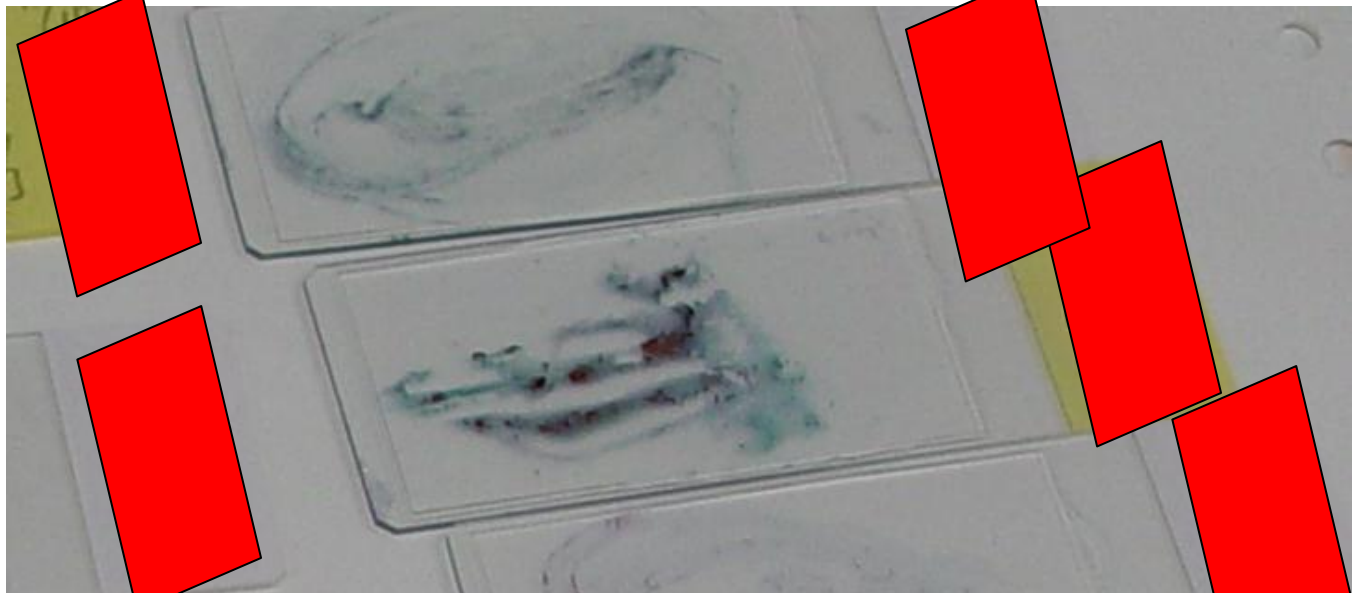
凍らせた組織を薄切して染色し、手術方針を術中に決めるため診断する



迅速診断報告を見て登録しない

細胞診スライド

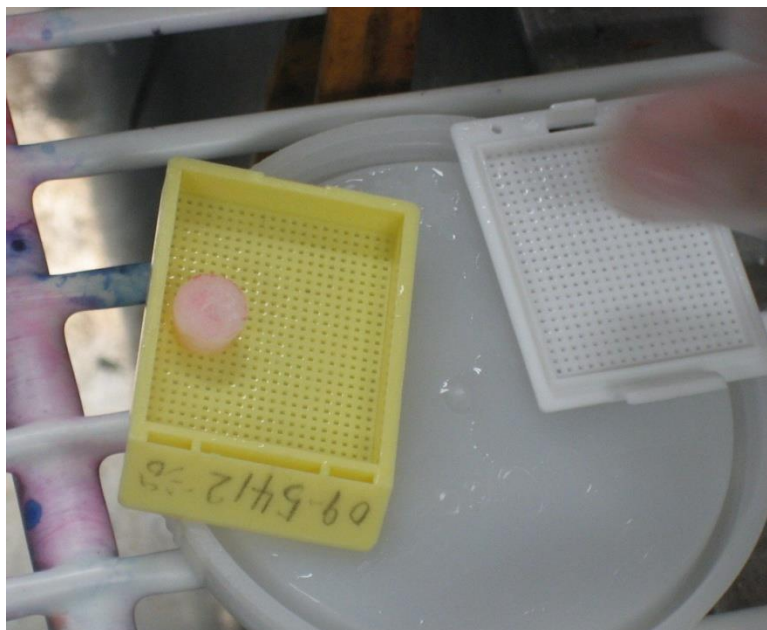
- 細胞診
 - 簡単・安価・侵襲が軽い
 - ⇒特に検診に重用される
 - 組織診よりは信頼度は低い



組織診と食い違いがあれば組織診優先

細胞診検体セルブロック標本とは

細胞診検体をパラフィンブロック標本にしたもの



パラフィン切片なので

- 多数の連続切片が作れる。
- 保存が容易

細胞診では行えなかった、行いにくかった特殊染色が同一の集塊に行える

がん登録では細胞診扱いになった

病理診断書の不可思議な言葉達



病理医話法との闘い
『可能性』、『疑い』、
『矛盾しない』

『可能性』の問題

- 国語の問題としてではなく、病理レポートに『可能性』という言葉を使うことの問題

検体1～6で異型扁平上皮が増生しています。そのうち、2でのみ小範囲で浸潤を疑う部分があるので、高度異形成ではなく、扁平上皮癌の**可能性があります**

検体1～3に肺組織が採取されていますが、依頼情報にある肺病変に相当する病変が見られません。病変にヒットしていない**可能性があります**。

リンパ節内に、腺癌が見られます。免疫染色にて、CDX-2が陽性であったので大腸癌の転移を疑いますが、類内膜癌もCDX-2陽性になることがあるので、既往子宮体癌の転移の**可能性もあります**。

- 『可能性』と言っても確度はかなり違う
- 『気をつけましょう』という言葉しかない

疑うな！ s/o, suspicious of

Adenocarcinoma, lung biopsy

経気管支生検。核腫大した腺管が増生しています。
腺癌を疑います。

s/o Adenocarcinoma, lung biopsy

経気管支生検。核腫大した腺管が増生しています。
腺癌を疑いますが、量と異型性が不十分で、
確診できません。

s/o Adenocarcinoma, lung biopsy

経気管支生検。核腫大した細胞が増生しています。
腺癌を疑いますが、量と異型性が不十分で、
亜型を確診できません。

随分意味が違う。どちらも記載がおかしい
これに至っては、丁寧語として『疑う』と
書いているだけ

病理医話法の翻訳（病理医によって違う）

診断欄

- 『suspicious of』 ⇒ 80~99% そう思う
 - 100%に近いほど出来が悪い病理医
- 『compatible/consistent with』 ⇒ 臨床医がそう言うなら反対しない。

所見欄（多くの場合）

- 『・・・が疑われる』 ⇒ です
- 『の所見です』 ⇒ です
- 『可能性がある』 ⇒ ・・・だろうと思う。
 - 稀に、あまりありそうにないが一応あげておく
- 『に矛盾しない』 ⇒ ・・・だと思う。
- 『否定できない』 ⇒ ・・・ではないだろうけど、保険として言っておきたい
- 『・・・が疑われる可能性のある所見です』 ⇒ 破り捨てる

神託としての病理診断 おみくじ から 報告書へ



病理組織報告書 受付No: 250040622001 標本No: F0400002-4 1/2

受付日 2004年06月25日 氏名 7777 777 (株) 福山臨床検査センター 外来
採取日 加付No 男 才 提出医師

検査項目: A7 x 2
病歴、検査: 胃鏡検査(胃体小弯部)より採取した生検組織。
胃体小弯部 胃粘膜 胃小弯部
胃小弯部 胃粘膜 胃小弯部
胃小弯部 胃粘膜 胃小弯部

検査項目: A. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
B. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
C. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
D. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
E. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
F. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
G. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
H. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
I. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
J. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
K. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
L. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
M. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
N. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
O. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
P. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
Q. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
R. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
S. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
T. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
U. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
V. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
W. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
X. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
Y. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)
Z. 胃粘膜組織 (PAS, G-PAS, Ziehl-Neelsen, Giemsa-Wright, Masson, H&E, Papanicolaou, etc.)

2 5 0 0 0 0 6 2 2 0 0 1

病理組織検査報告

Group V: Adenocarcinoma, gastric biopsy: ①②③
c/w H. Pyloric gastritis, Group I: ④~⑦

①②③: 中分化腺癌の浸潤増生を見る(写真1・2)。
④: 腸上皮化生、慢性炎症細胞浸潤を見る再生粘膜です。再生上皮に若干の異型を見る。
⑤: 表層にピラン、鬱血・浮腫と強い炎症細胞浸潤を見るfundic gland mucosaです。
⑥: 表層にH. Pyloriの増生、鬱血・浮腫と強い炎症細胞浸潤を見るfundic gland mucosaです(写真3)。
⑦: 表層に鬱血・浮腫と強い炎症細胞浸潤を見るfundic gland mucosaです。

※: 本報告に添付した組織像は必ず検査者の署名と捺印を要します。

診断日 2004年06月29日 検査名 胃本・西村

国立病院機構 四国がんセンター TEL:(089) 932-1111 (7421)
福山臨床検査センター TEL:(089) 974-1314



まとめ

1. そもそも“病理”とは
2. 病理診断報告書とは
3. 神託の時代からIDの時代へ

- 病理診断は神のお告げの代わり
- 病理診断に何が書いてあって、何が読み取りにくくしているかを理解する
- 病理医には難しい人もいるが、そんなにえらくはないので変なことかいてあったら詰問する

4 : がん概論



がんの病理学的側面
がん登録的側面

宣伝！

- たまたま、良い本があります。



発がん

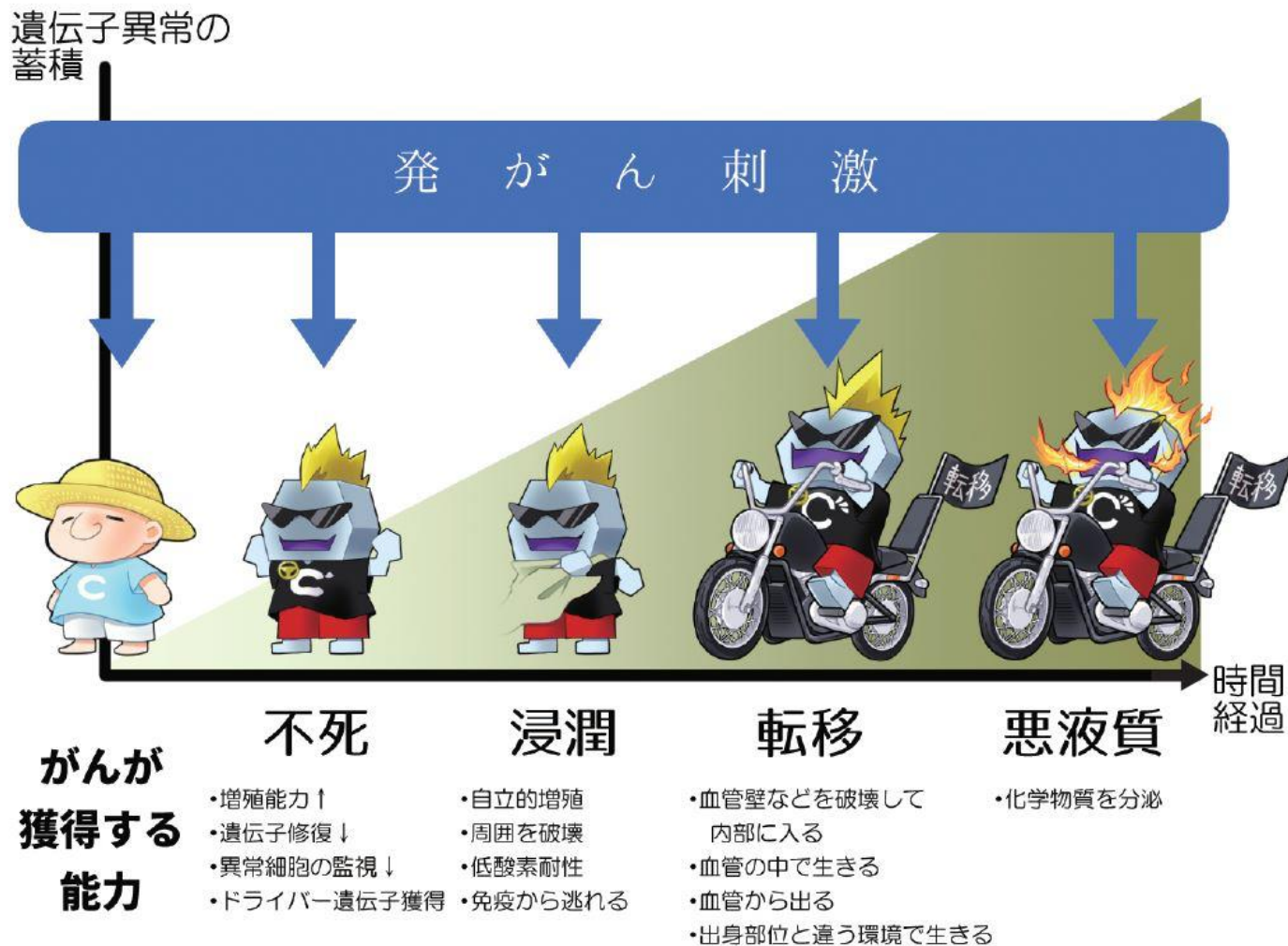


図2 がん化チャート

がんの拡がり

がんは
極めて簡単に言うと どんなふうに
進行していくのか

がんは局所で発生し

大きくなり

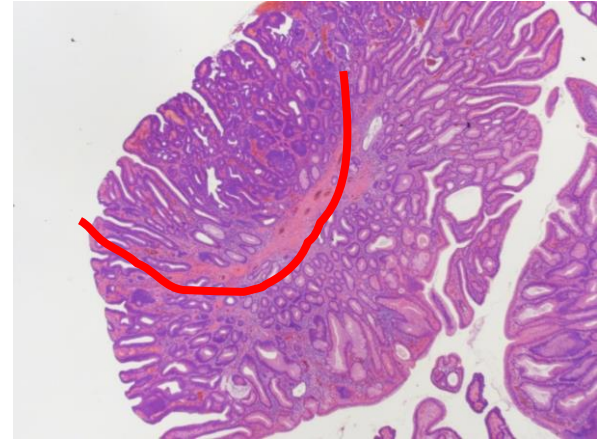
周囲へ浸潤して and/or 転移して

生体機能/生命に致命的な影響を与える

- 通過障害（消化管や気道）
- 臓器の機能不全（脳・肝・肺転移など）
- 出血（臓器の破壊）
- 悪液質 等

Carcinoma in situ/Tis

- 発生した局所にとどまる癌
- 局所切除で治癒が可能
- 転移リスクがない



多くの場合、**上皮内癌**がこれに当たる

大腸粘膜内癌・乳腺乳管内癌など、転移リスクがないことが証明されている場合は浸潤があっても“in situ”/Tisとされる。

in situ：在所で、その本来の場所で

例外の例

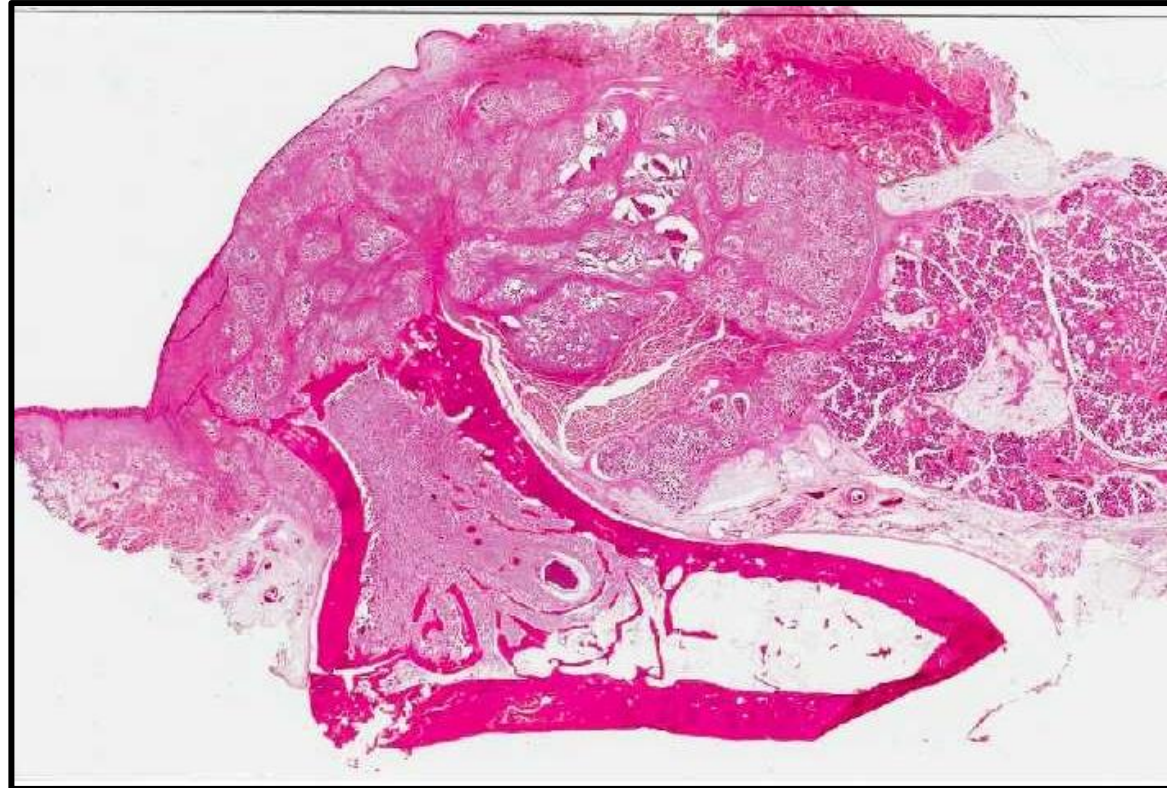
Serous Endometrial Intraepithelial Carcinoma (SEIC)

Serous Tubal Intraepithelial Carcinoma (STIC)

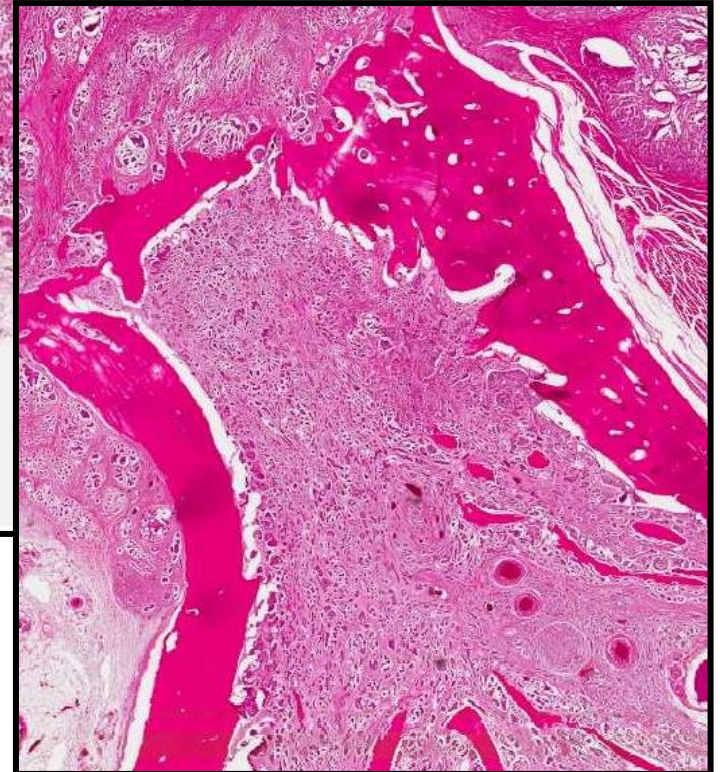
上皮内癌であるが、播種リスクがあるのでT1aとして扱う。

Carcinoma in situではない。

浸潤とは 組織を破壊して、腫瘍が広がる



顎下腺癌が下顎骨を破壊して広がっている



“境界悪性”とは

- 境界悪性/borderline malignancy
- 中間悪性/intermediate malignancy
- 低悪性度/low malignant potential
 - 腫瘍の種類、使用する個人によって定義が違う。
 - 腫瘍の組織像から経過の予想が出来ない
 - 局所では浸潤・再発するが致命的ではない
 - 緩徐な経過を取る（が、死に至ることがある）

原則としてがん登録の対象ではない

ただし、“low grade”は対象

例：

Serous carcinoma, low grade

Urothelial carcinoma, low grade

胃のGIST

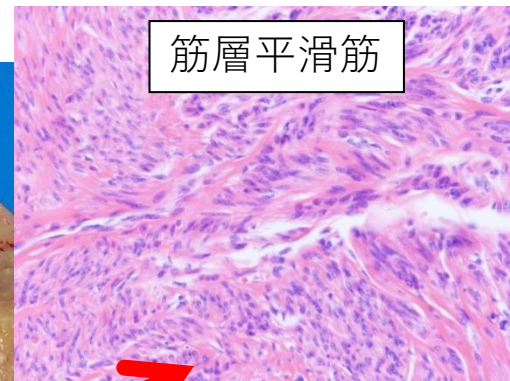
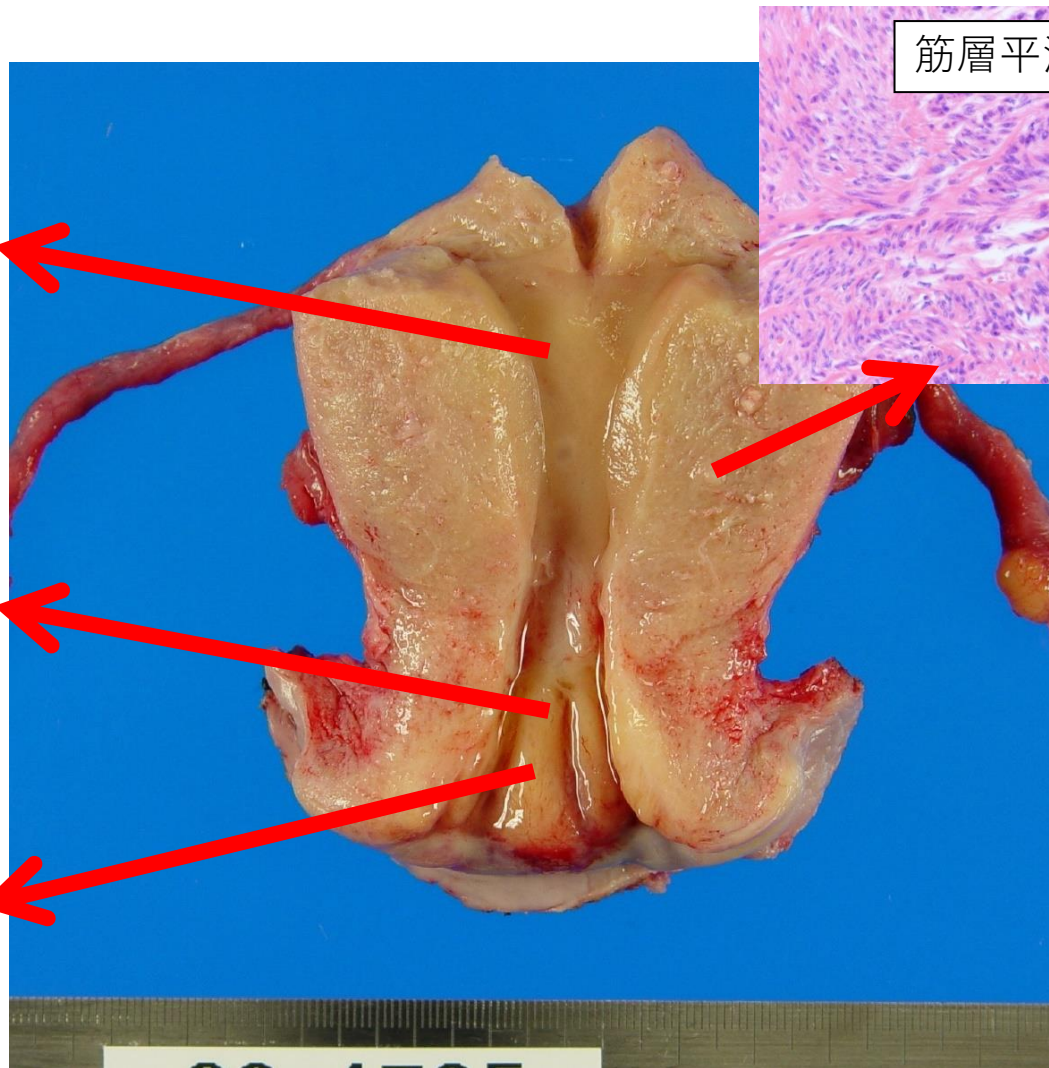
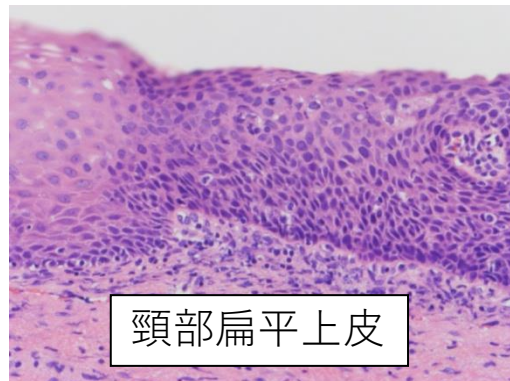
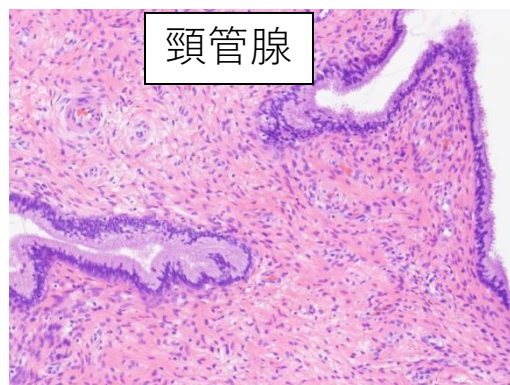
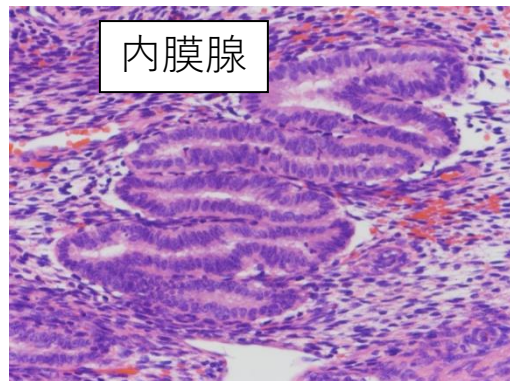


組織型とは何か

Glossary

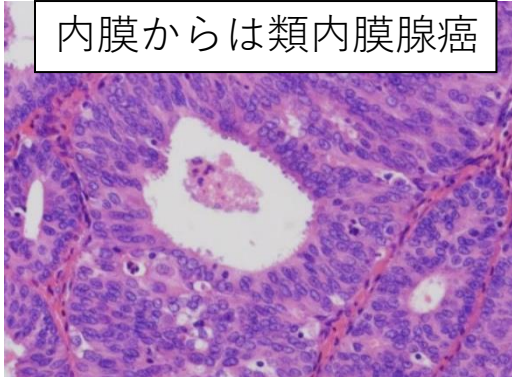
- 『腫瘍の組織が正常組織の何に似ているか』で行う腫瘍の分類
 - 概して発生母地に似る
 - 対応する組織のないがんもある：(例)小細胞癌
- 臓器によって組織型の頻度に差がある
 - 腺で覆われた臓器(胃・大腸など)では腺癌
 - 扁平上皮に覆われた臓器(皮膚など)では扁平上皮癌
- 同じ臓器でも組織型によって自然史・治療法が違ふことがある
 - 肺：小細胞癌・扁平上皮癌・腺癌
 - 自然史、適応のある抗がん剤、予後が異なる

組織別の癌の発生 子宮を例に

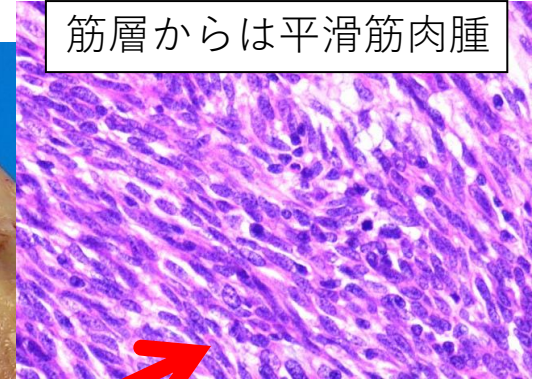


組織別の癌の発生

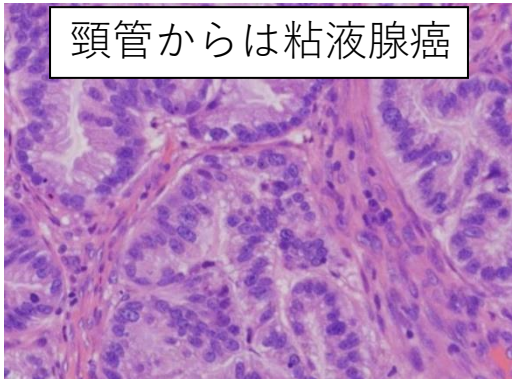
内膜からは類内膜腺癌



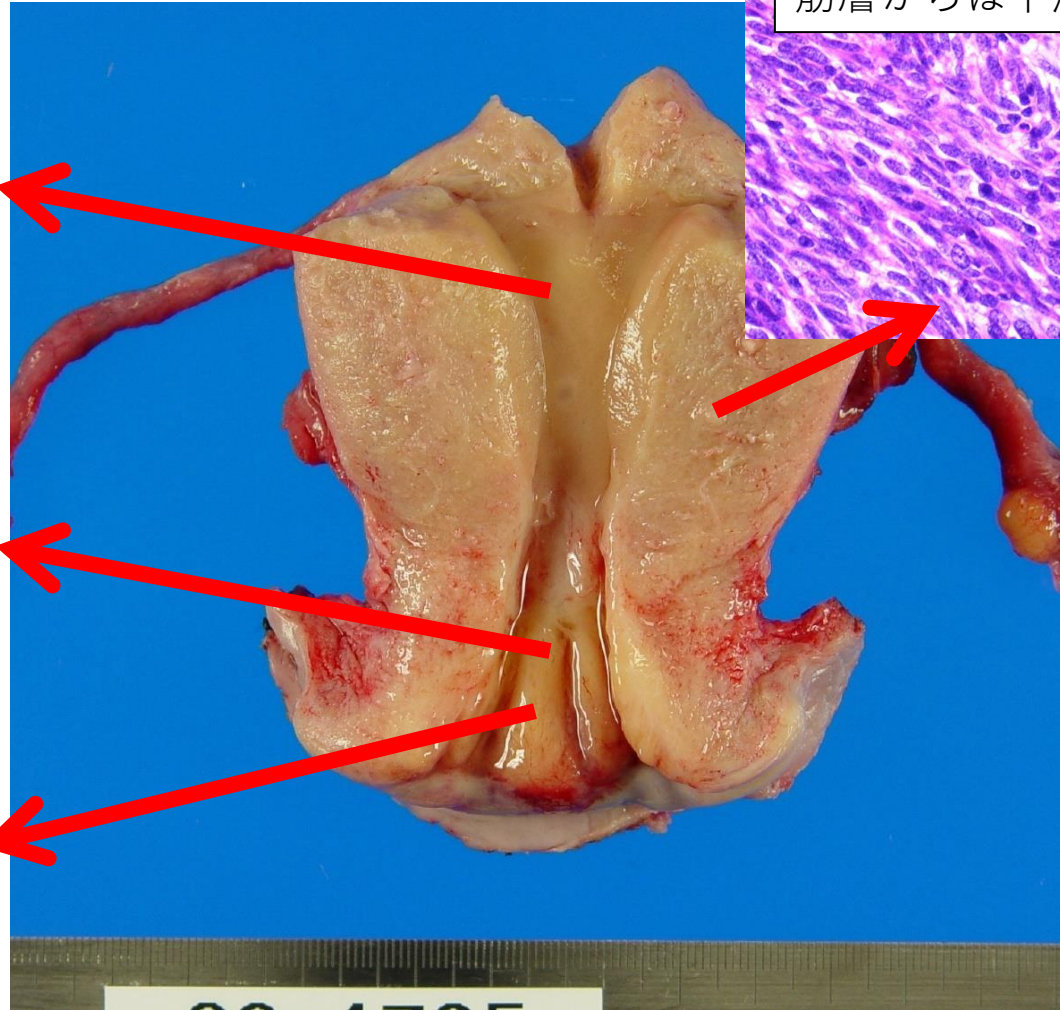
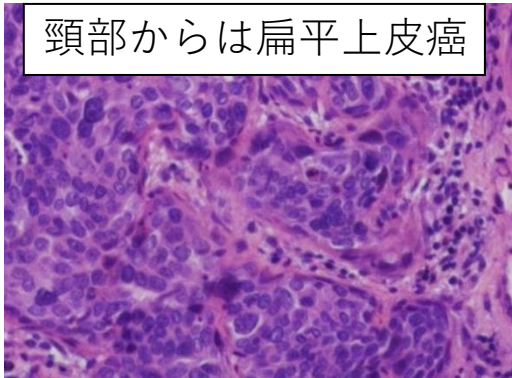
筋層からは平滑筋肉腫



頸管からは粘液腺癌



頸部からは扁平上皮癌



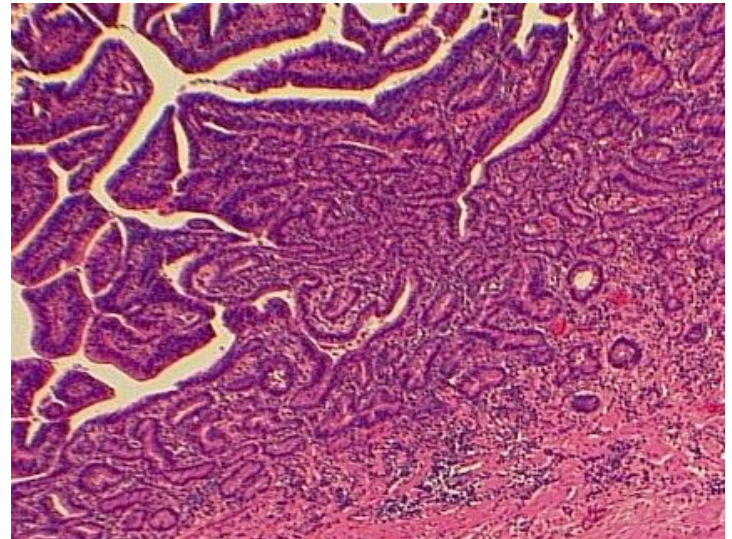
組織型の名前が違っていても違う がんとは限らない

病理医の好みで表現が
変わることがある

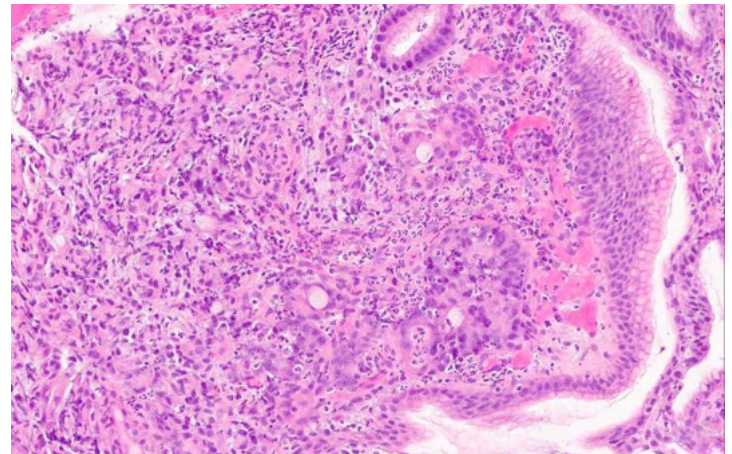
例

- 胃癌

1. 高分化腺癌、高分化管状腺癌、乳頭線癌、中分化腺癌、中分化管状腺癌腺癌、
2. 低分化腺癌、硬癌、印環細胞癌



1



2

組織コードと組織型は違う

Codingを愛しすぎてもむなしい例

子宮頸部腺癌のICD-O-3 code

- WHO tumors of Breast and Female genital tract 2003
 - Adenocarcinoma/腺癌 **81403**
 - Mucinous/粘液型 **84803**
 - Endocervical/頸管型 **84823**
 - Minimal deviation/最小偏倚型 **84803**
- WHO tumors of Femal reproductive organs 2014
 - Adenocarcinoma **81403**
 - Endocervical adenoca, usual type/通常型 **81403**
 - Mucinous adenoca, NOS/粘液型 **84803**
 - Gastric type/胃型 **84823**

『 . . . , NOS』 とはなにか

- Adenocarcinoma, NOS **N**ot **O**therwise **S**pecified
 - 材料の問題（少なすぎるなど） Carcinoma, NOS etc
 - 診断が難しすぎる Sarcoma, NOS etc
 - もともと, NOSという診断名である PTCL, NOS
 - 特に分ける理由がない

- 生検でつけられることが多い
- 胃生検 Group 5, adenocarcinoma, stomach biopsy
- 前立腺生検 Prostatic adenocarcinoma, needle biopsy

病理診断はSEERのルールで多重かどうかの判断で重視される

何故再発かどうか病理医が判断できるのか

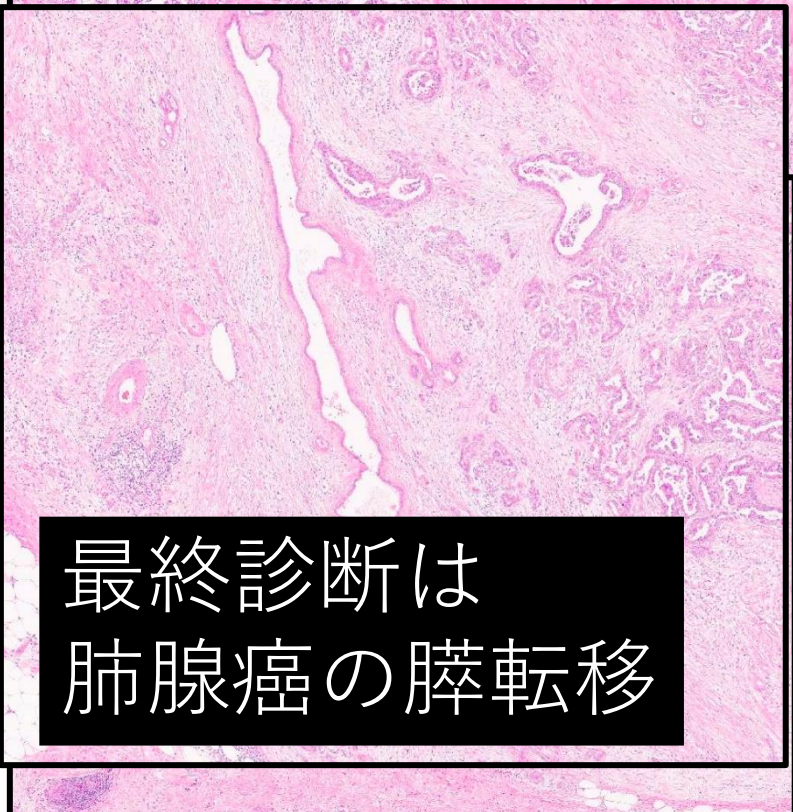
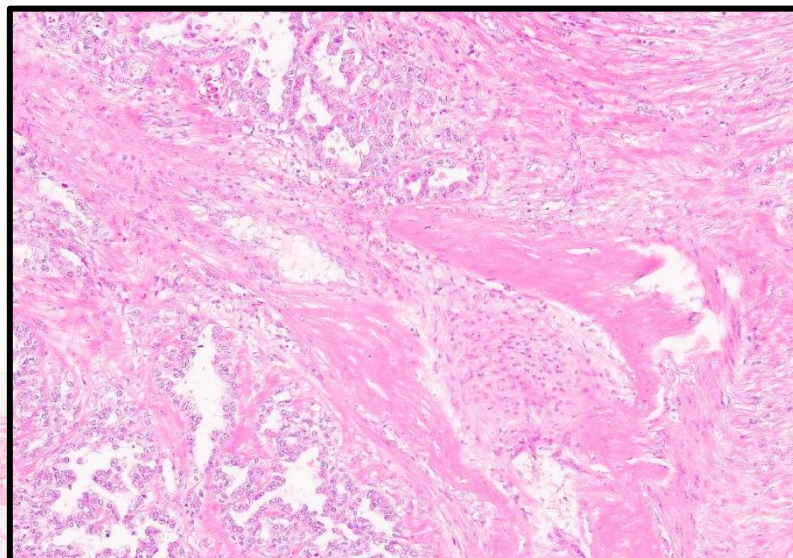
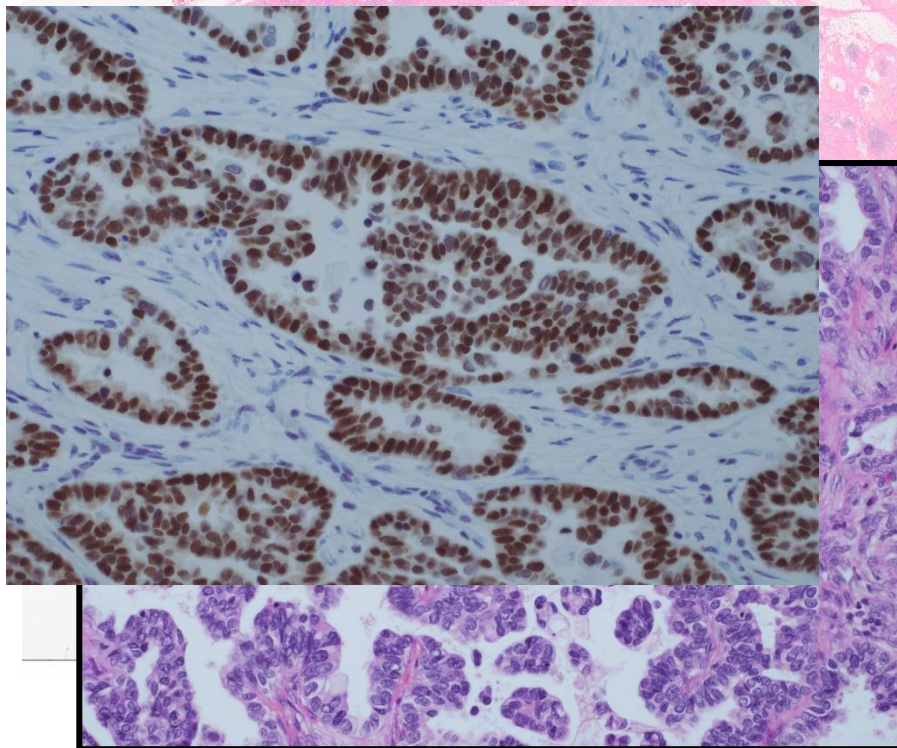
1. 組織型が違えば再発とは考えにくい
 - ただし、コードではなく、病理医の判断する組織型
 - コードや組織型が違ってても再発の場合はある
2. 原発と考えられる組織像、転移らしい組織像
と言うものを病理診断で読み取れる

以下数枚は海崎先生にしか分からない内容なので理解しようとせず、『ふ～ん』と言って眺めてください



膵癌の手術

- TTF1
肺胞上皮のマーカー



最終診断は
肺腺癌の膵転移

再発かどうか病理医は判断できる

- ただしはっきり書かない病理医がたくさんいる
- 病院に帰ったら、『おまえもっとはっきりかけ！』と言おう
- 行政の人は、地元に戻ったら病理医を集めて『おまえもっとはっきりかけ！』と指導しよう

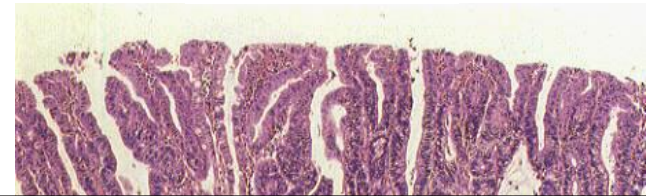
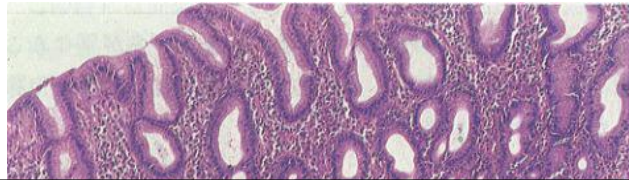


分化度・異型度

胃癌

非腫瘍

G1/高分化



分化度：正常組織へ類似の程度

→近いほど、『分化が高い』

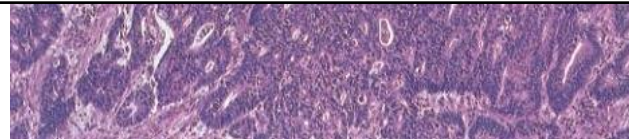
高分化・中分化・低分化・未分化

脱分化：分化した腫瘍の一部が分化を失うこと

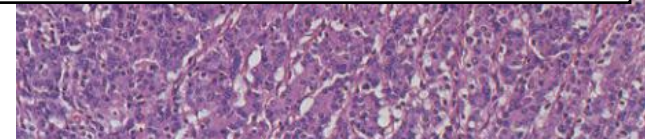
異型度：正常組織や細胞の像からの逸脱の程度

→逸脱しているほど、『異型度が強い』

弱い-G1・G2・G3・G4-強い



G2/中分化



G3/低分化

悪性度/Tumor Grade

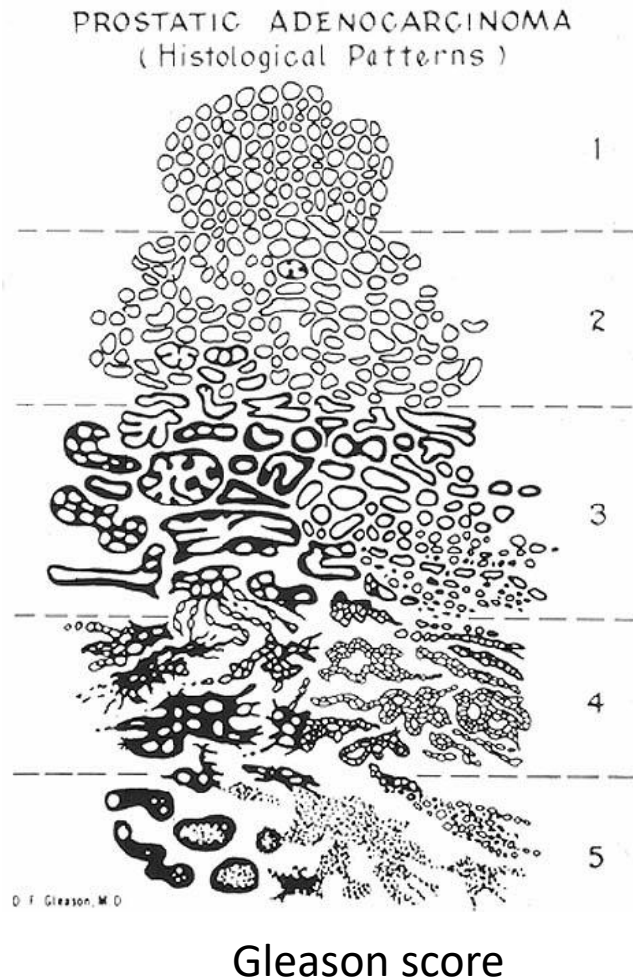
特定の腫瘍の予後予測を目的とした悪性度の分類法

例：前立腺癌、軟部腫瘍、神経膠腫、乳癌など

- 前立腺癌は低倍顕微鏡像のパターン
- 軟部肉腫は組織型・分裂能・壊死のスコア化

がん登録では組織コード6桁目として、採用されることも、されないこともある。

- 採用：骨軟部・前立腺
- 不採用：乳腺・神経膠腫



分化度と異型性と悪性度と ICD-O-3Mコード 6桁目

- 基本的には分化度
- ただし、病理の偉い先生でも違いが分かってないことがある
- 最初の4桁で分化度が規定されている場合には6桁目は9
- 超私見・メモを取らないで！
- 6桁目はどうでも良い



がん概論まとめ

- がんは遺伝子の病気
- 放置すると進行する
- 3大特徴は、不死、浸潤、転移
- 組織型 わかりにくい場合は病理医に聞く
 - 都道府県がん登録室・・・こまったら病理医の常備
- **Precision medicine (ゲノム医療)**やそれに関連した遺伝子診断、コンパニオン診断は、がん登録の項目を変えることになるかもしれない・・・
がそれはまた先の話

今日のところはこの辺で

