

会長講演

## これにがん登録を使いたい —ある病理医ががん登録とであう

寺本典弘

日本がん登録協議会第26回学術集会長  
四国がんセンター・地域がん登録室、がん予防・疫学研究部  
愛媛県がん診療連携協議会・がん登録専門部会

### 1. Introduction

日本がん登録協議会第26回学術集会長を光栄にも担当させていただきましたが、私はがん登録-ネイティブではありません。2010年に初めて参加したときに、確か大阪成人病センター（当時）の津熊先生から『がん登録サポーターとして頑張ってくれている』と評していただきました。疫学や統計学は専門外ではあるが、病理の知識でがん登録を支えようとしているという意味でしょう。これまで、30年近くにわたって私は病理医として『がん』に対峙してきました。病理医の仕事は病変を肉眼や顕微鏡で観察して、臨床像と併せて病態を考え、なるべく決定的な診断を下すことです。視触診、内視鏡、XP画像など、診療過程において取得される情報は多岐にわたりますが、純粹に情報の量を比較すると、病理標本の様々な色と形から私たちが読み取るものが最大です。私たちその中に言葉に尽くせない様々ながんのあり方を読み取りますが、ごく一部の情報のみを報告書内の言葉として臨床医に伝えます。一方、がん登録では病理診断を登録しますが、コード化するために剪定されたがん情報に過ぎず、そこには既に病理医の知るがんの面影はありません。

と言うわけで、選ばれた者として病変に直接向き合い、それと対話し、苦渋の取捨選択の上、対話の一部を民たる他科の医師に告げるシャーマンである病理医の立場で見れば、その一部をさらに刈り込み、単なる記号として処理するがん登録は不敬なものです。

とはいえ、私は一方でシャーマンとしての病理医にも不満を感じていました。しばしば、顕微鏡中のみ集中し、視野が狭く、大きな奢りを持ちます。自分の診断基準が正しい根拠として師匠と同じであることを挙げる病理医がいます。冗談としてではなく、実話です。シャーマンとしてなら当然の態度でしょう。国際的ではない、日本独自の疾患概念や分類には、そのような視野の狭さや奢りがしばしば出現します。

そこでいたづらを思いつきます。

いくつか対象があったのですが、もっとも問題が大きく、かつ指摘が容易なのが乳がん取り扱い規約の組織分類でした。乳がん取り扱い規約は日本独自の組織分類を有しています。国際的な WHO 分類にない特徴がいくつかありますが、最大のもは浸潤癌のほとんどを占める導管癌を、乳管内癌優位なものを含む乳頭腺管癌、充実腺管癌、硬癌に分けることです(図1)。また、乳がん取り扱い規約には pTNM が存在しないという特徴もあります。私はことある毎に当時の院内がん登録責任者の西本先生に、『乳頭腺管癌 850031 をやめよう』と提案したのですが、幸運なことに意見は通りませんでした。

私は当時 TNM 分類の病理医の知識に関する論文を書いていたので、腫瘍サイズ (T) は浸潤径のみを指すと正確に知っている病理医は 1/3 程度と分かっていました<sup>1)</sup>。また、乳頭腺管癌を『硬癌+乳管内癌』と診断する病理医が相当数いることも知っていました。

そこで、“乳頭腺管癌を『硬癌(850033)+乳管内癌』と間違っ<sup>て</sup>診断してしまう病理医のいる施設では、乳頭腺管癌(850031)の比率が、正しく診断している病理医がいる施設より低くなる。しかし、乳頭腺管癌を正しく理解している病理医の方が、乳管内癌を含めて腫瘍サイズを測り、T を過大評価する危険性が高いであろう”という仮説を立てました(図2)。

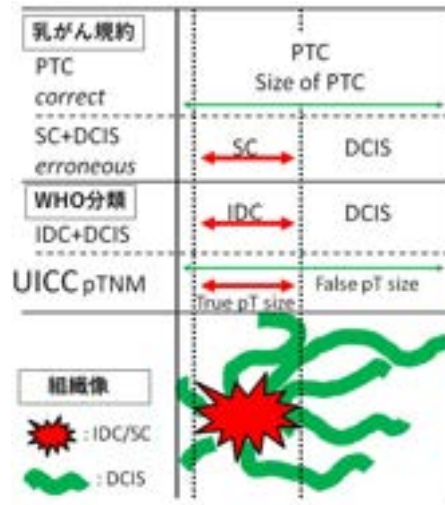


図1

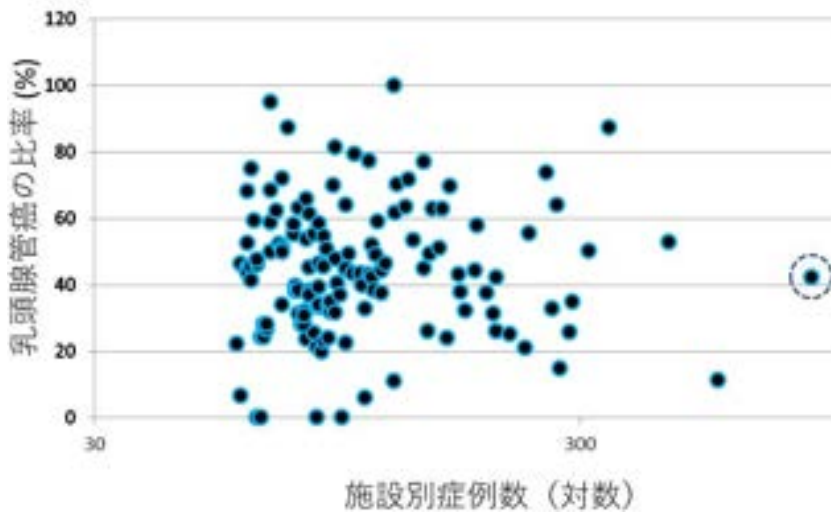


図2

## 2. Material, method and result

2009年に初の集計をされた院内がん登録全国集計2007のデータをもらい受けました。まず乳頭腺管癌の比率(850031/850031+850033)を病理標本が31以上の施設について算定しました(図3)。乳頭腺管癌の比率として

最も正しいという確実な根拠があり件数的に指標として申し分ない件数がある、某施設を中心値として設定し、乳頭腺管癌の比率±5%で、H（高い）、M（丁度良い）、L（低い）の3群に分けました。その群毎に pT2-3 症例のリンパ節転移の有無を調べると、M 群は群としての総計でも、所属施設毎の陽性率の平均でもリンパ節転移が L 群に比べ有意に低いという結果になりました（表1）。一方、M 群は pTis-1 の割合が有意に低いという結果になりました。詳しくは論文を参照してください<sup>2)</sup>。

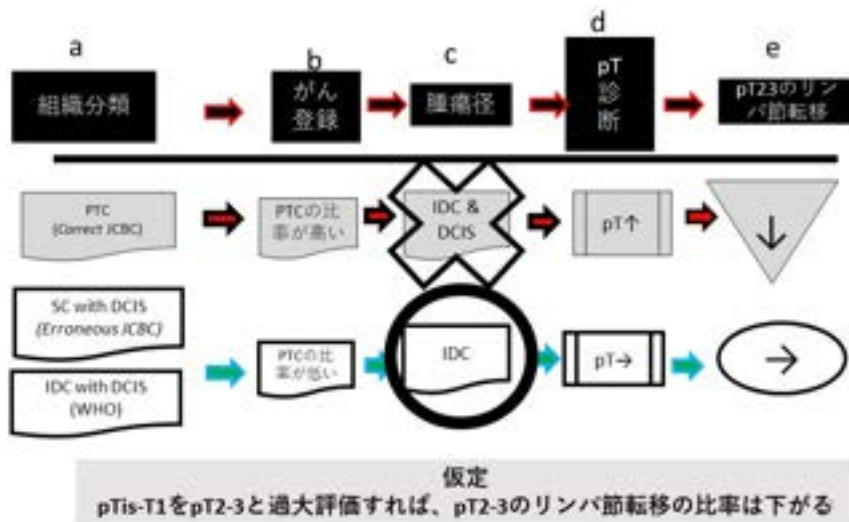


図3

### 3. Discussion

この結果は日本の院内がん登録全国集計の最初の研究利用例として論文になりました<sup>2)</sup>。解析結果は診断基準のばらつきや診断そのものの弊害の大きさの根拠として次期乳癌取り扱い規約組織分類の改定論議のなか再注目されています。これは、癌に関係する問題解決の手段として、当初想定されていないような形でがん登録のデータが使える好例だと思います。今後もがん登録の情報が、これまでがん登録とは関係のなかった多

くの人目に触れることで、彼らの新しい需要により次々と新しい利用がなされることになっていくでしょう

#### References

- 1) Teramoto N, Tanimizu M, Nishimura R. "Present situation of pTNM classification in Japan: questionnaire survey of the pathologists of Gan-shinryo-renkei-kyoten Byoin (local core cancer hospitals) on pTNM classification." *Pathol Int.* 2009 Mar;59(3):167-74
- 2) Teramoto N, Tanimizu M. "Validation analysis of Japanese histological classification of breast cancer using the National Summary of Hospital Cancer Registry 2007, Japan." *Cancer Science* 2011 ;102: 8