

本書の構成

正常構造

各章のはじめに **0** として「正常構造」と「病変の見かた」の基本を写真やシエマとともに解説

疾患

これだけは押さえておきたい**症例**をもとに、その病理写真から何が読み取れるのかを見開き**2ページ**で解説

疾患の項の紙面構成

左ページ

右ページ

1 病変や症状の特徴をタイトルとして提示。さらに**項テーマ**と**難易度**も示しました

2 症例のイメージがつかみやすいよう、病理像とともに**臨床情報**（内視鏡・CT・MRI・血液検査データ等）を掲載しました

3 実際の臨床医の声をもち、病理像や病理学的知識に関する疑問を取り上げています

第4章 大腸

難易度 ★★☆☆

1 下痢や腹痛、粘血便などの症状が悪化した大腸炎症例

難易度

潰瘍性大腸炎

項テーマ

症例 26歳女性。潰瘍性大腸炎の診断で治療継続されている。下痢、腹痛、粘血便などあり、下部消化管内視鏡が施行された。

1, II) 内視鏡像
a) HE染色 (弱拡大)
b) HE染色 (中拡大)

臨床医のギモン

- 潰瘍性大腸炎の生検診断でのポイントを教えてください。
- Matts分類について教えてください。

76 臨床医が知りたい消化器病理の見かたのコツ

病理医のアプローチ

■ 病理像はこう読む

- 粘膜筋板 (a) がわずかに確認される生検標本で、全体は粘膜固有層の間質は、リンパ球、形質細胞および好中球などの強い浸潤 (b) のため青っぽくざらついて見える。
- 好中球が腺管上皮内に侵入したり (陰窩炎: cryptitis, c →), 腺管腔内に壊死物と混じった炎症細胞の集塊を見たりする (陰窩膿瘍: crypt abscess, b, c)。これらの所見は、活動性炎症の指標となる。
- 腺管上皮は再生性で粘液細胞が減少している (c →)。
- 類上皮細胞肉芽腫は認められない。
- 潰瘍性大腸炎の外科切除標本 (c) では、表面びらん状で、陰窩は短縮して粘膜筋板に達しておらず、不整な分岐や拡張がより明らかである。生検でもこれらを想定しながら観察する。炎症細胞浸潤は強く、陰窩炎 (c →) や陰窩膿瘍 (c →) も随所に認められる。

■ 病理診断

病理診断 潰瘍性大腸炎 (活動期) が示唆される大腸炎 (ulcerative colitis)

鑑別疾患 クローン病 (4章-3)、非特異性大腸炎、腸結核 (4章-4)、サイトメガロウイルス腸炎 (4章-2)

+α知識

表 Mattsの生検組織分類

Gr	正常	多核白血球の浸潤
		存在

6 「病理診断」と「鑑別疾患」ほか「+α知識」として役立つ情報も充実しています

77

4 病理医はどう読むのか、病理像の見かたのポイントを写真と対応させながら解説しています

*1 左ページ3の各ギモンに対する回答部分には下線を引いています

5 写真の注目すべき部分を矢印・囲みなどを使ってわかりやすく図示しました

*2 左ページと同じ写真は、アルファベットが対応しています

*3 同じ疾患の別症例からの写真は「参考症例」と示しています

7 締めの一言として、病理像の見かたのコツを簡潔に記しました

キモの一言 炎症細胞浸潤の程度と陰窩の変化が潰瘍性大腸炎診断のポイントである。