

本書の構成

正常構造

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

疾患の項の紙面構成

左ページ

1

病変や症状の特徴をタイトルとして呈示。さらに**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とに、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2章 胃

難易度 ★☆☆

4 発赤調で分葉状を示す山田IV型ポリープ

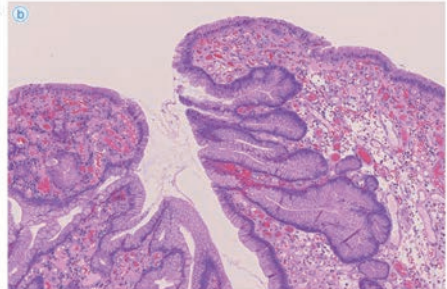
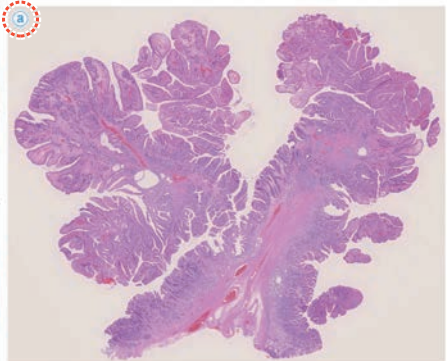
難易度

症例

70歳女性。C型肝硬変で定期受診中。MRIで偶発的に胃前庭部に腫瘍を指摘され、上部消化管内視鏡検査で30 mm大の発赤調の山田IV型ポリープが認められた。軽度の貧血があったことから、貧血の原因になるものと判断され内視鏡的に切除された。



I, II) 内視鏡像
a) HE染色 (ルーペ像)
b) HE染色 (中拡大)



臨床医のギモン

- ① 過形成性ポリープの病理学的特徴を教えてください。
- ② 過形成性ポリープから発生する癌の特徴は何でしょうか？

疾患

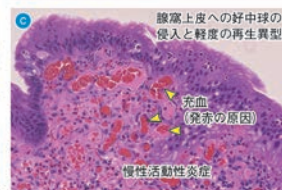
これだけは押さえておきたい**症例**をもとに、その病理写真から何が読み取れるのかを見開き2ページで解説

右ページ

病理医のアプローチ

■ 病理像はこう読む

- 不整な分葉状構造を示すポリープ状病変で、腺管と間質の両方が増生している (a)。増生する上皮は主に細胞質内粘液の豊富な腺窩上皮で、細胞異型は乏しく、表層分化は保たれている (b)。間質には血管増生や充血、浮腫、線維化、炎症細胞浸潤を伴い、肉芽組織を形成している。c 肉芽組織とは炎症に伴う創傷治癒過程で、①炎症細胞浸潤、②血管増生、③線維化の3要素からなる。特に好中球浸潤(活動性炎症)が目立つ部位では、腺窩上皮の再生異型が見られる (c)。



■ 病理診断

病理診断 腺窩上皮型過形成性ポリープ (hyperplastic polyp, foveolar type)

鑑別疾患

- 過誤腫性ポリープ (Peutz-Jeghers型ポリープ (第4章-11参照)、若くはポリープなど) : 特に胃では過形成性ポリープと鑑別が難しい。

「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

- 胃型腫瘍：幽門腺腫 (第3章-2) では表層に腺窩上皮成分を伴い、生検などの部分像では時に鑑別が難しい。ラズベリー腺窩上皮型腫瘍 (第2章-5) は、*H. pylori* 未感染時に生じ、均一感のある腺窩上皮様腫瘍細胞が増殖し、間質の炎症は乏しい。

■ +α知識

- 腺窩上皮型過形成性ポリープの多くは、本質的には*H. pylori* に対する慢性活動性炎症が持続することで生じる炎症性ポリープで、*H. pylori* 感染状態の指標となる。
- 炎症が本態であるため、腺管密度は低く、間質が間大する傾向があり、肉眼的に強い発赤調を呈する。炎症の程度や時期により多形な組織像を示し、*H. pylori* が確認されることもある。
- 稀に癌化例があり、高分化管状腺癌が多い (c)。免疫染色でp53の過剰発現の確認が役立つことが多いが、Ki-67は再生性変化でも増加するので、慎重に評価する必要がある。

キモ一言 胃の過形成性ポリープの多くは、本質的には*H. pylori*に関連した炎症性ポリープであり、反応性の腺窩上皮過形成を示す。

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