

「Transabdominal Fine-Needle Aspiration Biopsy」

by Liang-Che Tao

同愛記念病院・研究検査科医長

福 島 範 子

初めにお断わりしておくが、本法は非常に細い針を用いて腹壁を通して病巣から直接細胞を取る方法である。ごくありふれた総合病院で日常業務として病理診断、細胞診断に携わっている一人の病院病理医にとって、ここ 10 年ばかりの急激な方向転換はかつて経験のない激しい変化である。その原動力の一つは画像診断の進歩であり、もう 1 つは免疫組織学的、分子生物学的方法論の適用である。

一方、わが国は歴史上例をみない長寿社会に突入し、医療界もこれへの対応からより迅速により正確な診断を迫られている。積極的な手術適応範囲も広がっている一方では高齢化に伴い消極的、保存的治療が正しい選択となる症例も増加している。これらの選別は正しい診断のもとでこそ可能で、しかも患者への最小限の侵襲で確立する必要がある。

細胞診は細胞採取法の発展によって、適用範囲が格段に広がりつつあ

り、一部では試験切除による病理組織診断、手術中迅速診断の適応を代行しつつある。しかし、盲点は腹腔内や後腹膜臓器にあり、殊に本書に示されているような腹壁を通しての細胞採取は本邦ではいまだ積極的に行われていない。本書には非常に慎重な基礎的検討のもとに脾、肝、腎、副腎、後腹膜、腹腔内および骨盤腔内腫瘍など 3,803 例という驚異的に豊富な症例が示されている。これを可能にしたのは縫合糸よりも細い 20～23 ゲージ (外径 0.6～0.9 mm) の穿刺針であり、正確な画像による病巣の探知である。例えば脾頭部腫瘍の穿刺を胃や十二指腸を通して行うことを可能にし、13,000 の胸腹腔の穿刺経験で内容の漏出、穿孔、出血などをみなかったばかりでなく、局所再発、遠隔転移の増強なども認めなかったとしている。

画像診断の進歩は正確な病巣の位置を示しうようになり、本書でも最小の病変は 7 mm 径のものから取

られている。しかし、画像は病理学的性状を示すものではなく、幾つかの条件から間接的な推定は可能であるが、これにも重複する数多の背景がある。直接、病巣から細胞が取れるならば、影の病巣を一挙に確定診断に導きうる。著者はその信頼性は 1 回の穿刺で 72% 以上、3 回の穿刺では 95% の成功率に達するとしている。確定診断の可能性の範囲が格段に広がったと言える。

幸いに細胞学的所見の判読はわが国の関係者も相当に修練されてきている。著者は従来の細胞学的、病理学的 criteria では誤診すると警告しているが、正確に細胞が取りうるならば、臨床診断と細胞学的診断との乖離ははるかに縮まるであろう。臨床医も細胞診断をする医師も勇気を奮って積極的に試みるべき事例が必ずあるであろう。そのことによって、確定不能だった原発巣が決定されるならば、早期治療に寄与するばかりでなく、診断のための患者への不要な負担も軽減され、ひいては不要な入院や加療も制限しうるであろう。今やそのような時期が到来しており、誠に時を得たガイドブックである。

496 pp. with figs. 1990 ¥20,000
Igaku-Shoin Medical Publishers,
Inc., New York

医学書院 洋書部