

大腸の側方発育型腫瘍 (laterally spreading tumor ; LST) は「大腸癌取扱い規約」の肉眼型にはないニックネーム的な呼称であるが、病変の肉眼型をイメージしたり、内視鏡治療の大きさの限界や切除法について論じたりする際には極めて理解しやすい用語であり、現在広く普及している。LST は形態学的特徴に基づき顆粒型 [LST-G (granular type)] と非顆粒型 [LST-NG (non granular type)] に分類されており、その発見頻度も上昇している。しかし、特に LST-NG においては深達度診断が困難とされ、その臨床・病理学的特徴は十分に解明されていないのが現状である。さらに、その治療法選択において、分割切除が許容されるか、一括切除が必要かの判断基準も明らかではない。本特集は、今後さらに普及するであろう LST に対する内視鏡治療を見据えたうえで、病理学的側面および診断・治療法選択の面から LST を分類することの意義について明らかにする目的で企画された。

序説からほとんど全ての論文で LST は肉眼型分類や深達度を反映した分類ではないものの、形態別に治療戦略を立てられるという点で意義があり、臨床的に重要であることが強調されていた。また、臨床病理学的特徴から、LST-G では (計画的) 分割切除が容認され、LST-NG では SM 浸潤率が高く、SM 浸潤部位も多中心性に SM に浸潤することから、内視鏡治療の際には一括切除が望ましいことも各論文でほぼ一致しており、LST の肉眼型分類の臨床的意義、重要性は明らかになったと思われる。

LST の深達度診断については、拡大内視鏡を用いても時に浸潤部位の特定が難しく、深達度診断困難例が存在することが、長谷川、樫田、小泉、斎藤論文でも述べられていたが、これらに対して深部減衰やリンパ濾胞浸潤の問題を考慮したうえで EUS (endoscopic ultrasonography) 検査の付加的意義があることが清水論文で強調され、今後の LST の治療法選択 (EMR か ESD か) にお

ける EUS の有用性が期待される。また、注腸 X 線の野村論文では注腸 X 線検査は LST の診断・治療においては深達度診断能上乗せ効果もなく補助的な役割に過ぎない、と結論づけているものの、内容は総論的で具体性に乏しく、提示された X 線写真もわずか 1 枚であり、どのような LST 症例に注腸を行うべきか、注腸を行う場合には撮影上どのような点に注意すべきか、また、LST の深達度診断における側面変形の読影ではどのような点に注意すべきか、などの論旨の展開と綺麗な具体例の提示を期待していただけに大変残念であった。

本特集では現状における LST 分類、取り扱いの問題点も明らかとなったと考えられる。従来から問題となっている点として、大きさ 10 mm 以上の病変を LST と呼称することの意義 (治療の側面からは 2 cm 以上を LST を呼称すべきとの意見もある)、LST-G の homogeneous type と nodular mixed type の肉眼亜分類の主観性の問題が挙げられる。特に斎藤論文で示された、nodular mixed type の分割切除後に浸潤癌再発が少ないながら見られていることから、今後、EMR、ESD の適応に関連して厳密な肉眼分類基準の確立が望まれる。また、菅井論文では LST-G と NG が分子病理学的にも異なる腫瘍であることが報告されたが、今回の検討では、LST-G と NG の形態形成の差異、両者の分布の違いなどの臨床病理学的差異を説明するまでには至っておらず、臨床にも即したこの分野の今後の発展が期待される。

座談会でも熱く激論されているように、今後は LST の肉眼分類基準が統一され、ESD 手技の標準化と平行して肉眼亜分類ごとの取り扱いの標準化、特に LST-G の homogeneous type と nodular mixed type に対する、計画的分割切除と周辺切開 EMR、ESD の適応が議論、保険収載も含めて解決され、今後ますます発見、内視鏡治療が増加すると考えられる LST 患者の QOL 向上に貢献できることを期待する。