

胃と腸第45巻第9号「食道表在癌の深達度診断」の企画を門馬久美子、九嶋亮治とともに担当した。近年、診断用機器の改良はめざましく、内視鏡領域では通常内視鏡の解像度が向上したのみならず、NBI (narrow band imaging)、FICE (flexible spectral-imaging color enhancement) に代表される image-enhanced endoscopy の開発や拡大内視鏡の普及により、さらに詳細な観察が可能となった。さらには、超・拡大内視鏡が開発され、内視鏡診断は細胞レベルに迫りつつある。一方、食道 X 線造影領域でもフラットパネルや DR (digital radiography) の登場によって精度も向上した。従来の食道癌深達度診断は通常内視鏡、超音波内視鏡、食道 X 線造影にて施行されてきたが、これらの画像診断技術の向上にて、食道癌の深達度診断能は向上したのであろうか。特に、臨床的に重要な意味をもつ深達度 T1a-EP/LPM と T1a-MM/T1b-SM1 を鑑別することができるのか。これを明らかにすることが本号の目的であった。

基本は病理である。二村は 183 例の切除標本を深達度別にマッピングし、肉眼像と深達度の相関を検討した。美しい切除標本の画像と組織像が見事に対比された結果、高い確率で癌が粘膜下層に大量に浸潤していると推定される肉眼所見は「立ち上がりかなだらかなドーム状の隆起」、「明瞭なびらん・潰瘍を伴う陥凹」であった。診断の基本である肉眼所見を詳細に検討していただいたが、T1a-EP/LPM と T1a-MM/T1b-SM1 の鑑別にもう一步踏み込んでいただきたかった。

食道 X 線造影による深達度診断は小田が解説した。B2 型変形は病変の大きさが 30 mm 未満であれば MM から SM1 と言えるが、30 mm 以上では LPM から SM2 まで幅広く分布しており、鑑別は困難という結果であった。一方、C 型変形

は病変の大きさが 20 mm 未満であれば SM1 か SM2 で、10 mm 未満なら SM2 であった。しかし、LPM と MM の鑑別ポイントは明確にされなかった。

内視鏡は島田、藤原が通常内視鏡、南、高橋が NBI 拡大内視鏡、有馬が FICE 拡大内視鏡、川田が超音波内視鏡による深達度診断を解説した。藤原は通常内視鏡による深達度診断の精度を検討した結果、MM、SM1 癌の正診率は 66 % (23/35) であった。また、誤診例の大半は 0-IIc 型癌であり、最も頻度の高い 0-IIc 型癌の正診率向上が課題であることを明確に記載した。島田は同様に通常内視鏡のみを用いたにもかかわらず、MM、SM1 の正診率は 74 % (31/42) とさらに高かった。詳細は本文を精読していただきたい。

高橋は NBI 拡大内視鏡にて深達度を誤診した症例を詳細に検討し、誤診の最大原因は浸潤癌の表層を浅い癌が覆っていることであることを解説した。この場合、拡大内視鏡では正診困難だが通常内視鏡所見や EUS (endoscopic ultrasonography) の併用で正診しうることも解説された。南は NBI 拡大内視鏡による血管分類に触れ、いわゆる井上分類の有用性を解説した。有馬は同様に有馬分類の有用性を解説した。いずれも、大変美しい内視鏡画像をもとに、高い正診率を得ていた。しかし、日常臨床で 2 大分類を使い分けることは難しく、両者の長所を生かした新たな共通分類ができることが望まれる。

本号の目的は深達度 T1a-EP/LPM と T1a-MM/T1b-SM1 を鑑別するポイントを明らかにすることであった。残念ながら一部不完全燃焼であったが、各モダリティの特徴を明らかにすることができた。各方法の長所と限界を知り、症例に合わせて複数の検査を施行し総合的に判断することが重要である。