

「大腸低分化腺癌の初期像とその進展」と題して斉藤裕輔先生、八尾隆史先生と小生とで編集小委員として本号を企画させていただいた。本誌内でも指摘しているように、全大腸癌に占める大腸低分化腺癌の頻度は諸家の報告も合わせると高くても7.7%以下と非常に低く、ましてや初期病変すなわち早期癌相当の病変となるとさらに希少症例であることが容易に推測でき、0.4~2.7%と報告されている。このような希少症例は、経験した施設であったとしても数例の保有のみであろうし、臨床・病理学的検討を行える状況にないと考えられ、編集委員会でも企画の遂行を疑問視された。

しかし、実際には主題症例として11症例の提示が得られ、また鑑別を要するであろう転移性大腸病変の提示も加わった内容となった。さらに、主題として菅井論文では病理の側面から腫瘍発生と分子異常について述べられたこと、また坂本論文では内視鏡的特徴として8症例が提示されたことで、今回のテーマを紐解く思慮を読者に示すことができた気がする。

特に、臨床の立場として大腸低分化腺癌の初期像を認識するための一助として、これらの病変の発生経路から内視鏡所見の特徴を把握するヒントが含まれていると考える。すなわち、脱分化経路と初めから低分化腺癌として発生する経路の2系統に大別でき、さらに前者は分化型腺癌由来とserrated pathwayに単純化できると考えられた(斉藤は3経路としている)。したがって、形態的には脱分化経路を辿るものは、起源となる組織で多くは隆起成分を伴い低分化腺癌部分で陥凹所見や褪色を呈し、一方、初めから低分化腺癌として発生する経路ではIIc(IIb)主体の形態を呈するとまとめることが可能であると考えられた。後者に相当するのは、主題症例11例中、吉川論文の〔症例1〕が唯一の実例であった。

また、元来、分化型癌や腺腫などを基盤とした従来の分類には当てはまらないが、拡大内視鏡所見としてとらえている微細構造所見がもつ病理組織学的意味合いを理解できている内視鏡医には、低分化腺癌の発生経路を加味することで、その拡大内視鏡所見をイメージできるものと考えられた。

鑑別を要する転移性大腸病変では、清水論文、二宮論文から既往歴、多発性といった情報を把握することと、血行性、リンパ行性、直接浸潤のいずれかを想定することが重要であることが理解できたが、厳密には、初めから低分化腺癌として発生した病変と単発転移性病変との鑑別は困難であることが予測された。

一方、大腸低分化腺癌は臨床病理学的には右側結腸に多く、脈管侵襲率が高く、リンパ節転移率も高く悪性度が高いとする共通の報告がなされていた。実際提示された症例の多くで、小さいながらSM深部浸潤かつ脈管侵襲陽性であった。しかし、組織像として充実型と非充実型に分ける現行分類の問題点を、菅井論文、新井論文ともに分子生物学的検証をもとに指摘して、現状で大腸低分化腺癌としている病変の中には悪性度の低い病変も含まれていると論じていた。これが事実とすれば、もちろんそれを根拠として分類や名称を変更する必要があるし、治療方針にもかかわる問題でもあるため、さらなる検討が早急になされることが望まれる。

最後に、主題症例として提示された11例を含め各論文の詳細も読んでいただきたいが、そのエッセンスは斉藤と八尾が担当した「主題症例・主題関連症例のまとめ」で整理されている。臨床医としてはこの2つの項は必読であり、これらの知見をもとに普段の内視鏡検査に臨んでいただきたい。そして大腸低分化腺癌の積極的発見、報告に繋がれば幸いである。