編集後記

横浜栄共済病院　細川　治

本号「特殊型胃癌の病理像と臨床的特徴」の企画を浜田勉，九嶋亮治とともに担当した．その後，浜田は離島医療に従事するために編集委員を辞した．消化管画像診断にとっては掛け替えのない指導者を失った感を覚える．

企画の端緒は「胃癌取扱い規約」の改訂にある．14版（2010年）では組織型分類が変更となった．同版の改訂点の説明に“特殊型に内分泌細胞癌，リンパ球浸潤癌と肝様腺癌を加えた”とある．改訂全体を俯瞰すると，国際派と国内派のせめぎ合いが，さらに一方に傾いたと感じられた．「胃癌取扱い規約」がわが国で出版されたのは1962年であり，国際的なUICCのTNM分類やWHO腫瘍分類に先行していたが，わが国の独自色が次第に薄まってきた．

組織型分類で特殊型と言った場合，何が一般型と異なるのであろうか．発生か，形態か，生物学的態度か．九嶋は特殊型の出自をWHO腫瘍分類のRare histological variantに置いたかのように序説に書いた．すなわち胃癌のうち，希少な組織型を意味している．しかし，宮永らの規約14版組織分類では一般型の粘液癌20例に比較して，特殊型のリンパ球浸潤癌21例のほうが多かった．希少だけでは定義できないことは九嶋も了承している．特殊型胃癌では内分泌細胞癌や肝様腺癌などのように一般型胃癌と比較して極めて予後の悪いものが含まれる一方，リンパ球浸潤癌は5年生存率95％が得られ，カルチノイドに関しては死亡が希有とされる．確かに，一括りにできないのである．

二村らの記述は明快である．特殊型に含まれる高悪性度癌の特徴を知ることが診療の場で重要とした．清明なマクロ，ミクロ画像が小気味よい．しかし二村が仔細に論じたかったのは予後のよいリンパ球浸潤癌のようで，学問的興味の尽きない胃癌と記してある．そのリンパ球浸潤胃癌を病理学的に記述したのは海崎らである．内視鏡生検段階で組織診断する術を提起していることが興味深く，治療に活用できるのでないかと考える．EB（Epstein-Barr）ウイルス陽性率は海崎らが73％，神崎らが67％と記しており，規約で述べられた“90％以上”に比較して少ない．判定基準により差異が生ずるならば，これを詰める必要がある．二村の指摘したリンパ球浸潤の免疫学的意義，EBウイルスの病因論的役割に関しても，課題の多い組織型である．

胃カルチノイドに関して，柳下らは15例中4例にリンパ節転移が認められたことから，内視鏡的治療には慎重であるべきとした．わが国のESD（endoscopic submucosal dissection）のパイオニア在籍施設からの発表であることが衝撃的である．しかし，転移陽性例に関しては大きさだけの検討にとどまり，悪性度診断なども含めればさらに論考が深まったと思われることが残念である．

岸本，鈴木ら，牛久らはAFP（α-fetoprotein）産生胃癌と呼称されていた群の胃癌と肝様腺癌の異同を論じている．これらの鑑別にはglypican 3などの新たな胎児癌蛋白を用いての検索が有用であることが共通している．岸本が示したFig. 1の意図がすぐにはわからなかったが，漿膜面からみた静脈内腫瘍栓であり，肝様腺癌の特徴であることも3論文で共通していた．前田らは腺扁平上皮癌を記述し，規約の定義に扁平上皮癌成分が1/4以上あることが挙げられているが，優勢な組織像で診断する一般型組織診断との整合性が解決していないことを指摘している．主題症例は4例が掲載されている．特殊型胃癌できれいな臨床画像，病理画像という企画委員の要望に答えてくれた金光らの提示は素晴らしく，特にFig. 1 bのX線画像は代えがたい魅力がある．

九嶋が序説で述べたように，これまで本誌で特殊型胃癌を集中的に検討したことはなく，本号が里程標となる．種々の問題があることが判明したところで，安易にグローバリゼーションの波に呑み込まれるのではなく，50年以上にわたって世界の胃癌診療をリードしてきたわが国研究者の矜持が期待される．

© IGAKU-SHOIN Ltd, 2010

2026/09/25 05:11:50