

多発胃癌をとりまく状況は、良性潰瘍による胃切除の減少、IEE (image-enhanced endoscopy) の進歩、ESD (endoscopic submucosal dissection) の急速な広まりなどにより、従前と様相を異にしている。長南は序説で、① 切除胃の検討における多発胃癌の特徴、② 同時・異時性多発胃癌をめぐる問題、③ 内視鏡治療と多発胃癌の問題、④ サーベイランスの問題、⑤ 胃癌術後の残胃多発胃癌の問題、⑥ *H. pylori* (*Helicobacter pylori*) 除菌で内視鏡治療後多発のリスクは減るのか、という6点に整理し、問題提起した。

熊谷論文では、胃癌術後の残胃に発生する癌についてレビューを行っている。胃癌術後の残胃は *H. pylori* の持続感染後の発癌準備状態と言える状況にあり、良性潰瘍術後と比べ、発癌期間までの期間が短く、残胃の非吻合部に好発している。今後の課題として、近年早期胃癌の頻度が増加し、噴門側胃切除や幽門保存胃切除などの術式が増えていることから、従来と比べ多発癌の頻度や好発部位が変化する可能性が挙げられており、多数例の長期経過観察例のデータ集積が重要である。

多発胃癌の発生について病理の立場から江頭論文、横崎論文が1つの見解を出している。江頭らは多発胃癌の臨床病理学的な検討を行い、腸型粘液形質、高度萎縮などの危険因子の同定を行い、横崎らはマイクロサテライト不安定性 (MSI) の解析により高頻度 MSI が危険因子になりうることを述べている。後ろ向き研究の精密な検討と、前向き研究による検証をさらに突き進めていくことで、将来は、危険度別の胃癌治療後のサーベイランスを行うことができるようになると大いに期待される。

多発胃癌の X 線診断について入口らが、IEE も含めた内視鏡診断を三島ら、鼻岡らがそれぞれの立場から論じている。結論から言うと、IEE は

胃癌の拾い上げ診断にはあまり有力ではなく、多発胃癌を念頭に置いた、入念なルーチン検査の重要性が再認識された。とかく新しいモダリティが出ると、白色光や色素観察がおろそかになる傾向にあるが、基本に忠実に検査を行ってから、NBI (narrow band imaging) や AFI (autofluorescence imaging) を使用して欲しい。

ESD 後の胃は外科切除と比べ残存粘膜が広い。ため、多発胃癌の発生頻度が必然的に高くなる。中島らは内視鏡治療後の異時性胃癌の発生率がほぼ一定であることを示した。年に1度の内視鏡検査にて、異時性多発癌のほとんどが再度 ESD にて治療切除が得られることから、年に1度のサーベイランス方法は妥当と思われる。

胃癌 ESD 後のサーベイランスを考えるときに *H. pylori* の除菌は避けて通れない問題である。加藤らが示したように、本邦で行われた無作為化比較試験の結果、*H. pylori* 除菌が異時性多発癌を抑制すると結論づけられた。一方、伊藤らは除菌による腫瘍の形態変化により診断しづらくなる例が多いことを報告し、除菌により微小な胃癌が診断できない状態なのか、腫瘍の増殖抑制が起こっているのかは長期経過観察が必要であると述べている。欧米では *H. pylori* の存在が食道腺癌のリスクを下げるという報告も多い。私見であるが、胃癌と *H. pylori* が関係していることは確かであろうが、ESD 後の患者をすべて除菌すべきかどうかはさらに検討すべきと考えている。

本号は多発胃癌の問題をとおして、胃癌そのものの発生や、診断、サーベイランスなどについて考えさせられる点が多く、今後の診療および研究の一助となることは間違いないので、是非熟読していただきたい。