

“食道の炎症性疾患”。この大きなテーマに、門馬久美子、鬼島宏とともに挑んだ。食道炎の原因は酸逆流のみならず、アレルギー、感染症、全身疾患など多岐にわたる。その診断が難しいことはわかっていた。しかし、難しいからと避けるわけにもいかぬ。現時点での病理学的、X線の、内視鏡的診断の現状を把握したいと思った。

まずは病理診断である。逆流性食道炎、接合部病変、感染症に大別し、3氏に執筆を依頼した。それぞれ、外科切除例や生検、剖検例を駆使して、その病理学的特徴を証明しようとした。ただ、やはり症例数が少ない。食道炎の患者から生検を採取することはまれだし、まして外科治療例は少ない。それでも、各執筆者は病理学的な特徴を懸命にとらえようとした。

食道炎のX線診断を小田に託した。X線で食道炎が診断できるのか。かなり心配したが、できあがったX線画像は見事であった。達人はX線で食道炎をここまで描出することができるのである。では、内視鏡はどうだろうか。逆流性食道炎の代表的分類はロサンゼルス分類である。日本ではこれにminimal changeを加えたmodified LA分類が一般的に用いられている。渡は、内視鏡医間の一致率が低いことを解説し、IEE (image enhanced endoscopy) による成績向上の可能性を論じた。小山は癌との鑑別を要する、食道胃接合部独特の隆起性病変、陥凹性病変の鑑別に関して、

拡大内視鏡を駆使して解説した。藤原は多くの経験をもとに、特にヘルペスウイルスとサイトメガロウイルスによる食道病変を詳細に解説した。単独感染と混合感染の内視鏡的差異に関しても貴重な解説を行っている。その頻度は0.01~0.04%と低く、年間2,500例の内視鏡を行う中核病院でも1~4年に1例程度である。木下は最近本邦でも報告例が増加しつつある好酸球性食道炎の特徴に関して、欧米との比較論を展開した。内視鏡的に所見のない好酸球性食道炎が多い反面、一目で診断可能な特徴的な所見もある。友松が執筆した1例報告は好酸球性食道炎の典型像であり、記憶にとどめていただきたい。最後に全身疾患に伴う食道炎、および*H. pylori*感染と逆流性食道との関連に関して執筆していただいた。

本号を企画しながら、難しい号になるであろうと予測していた。炎症は所見が多岐にわたるため、その診断は腫瘍より難しい。まして食道は胃や大腸に比し、酸逆流、感染症の頻度が高く、Barrettという腺上皮化生も発生する。この結果、所見が多岐にわたり、病態も極めて複雑である。本号にて食道炎の難しさを再認識し、残された多くの課題に読者自身が取り組んでいただければ幸いである。明快な回答を導けなかったことを反省すると同時に、さらなる精進を誓い編集後記を終える。