

切除断端における Crohn 病 病変の Crohn 病の経過に及 ぼす影響

The influence of disease at the margin of resection on the outcome of Crohn's disease: *R Heuman, B Boeryd, T Bolin, et al* (Br J Surg 70: 519-521, 1983)

Crohn 病患者は経過中に 1 度や 2 度ならず手術を受ける。術後再発が高率であることが知られ、最近の報告では、5 年で 30%、10 年で 50% の再発率であった。再発を減少させる目的で、肉眼的正常部分を広範囲に切除することが推奨されてきた。術中に凍結切片を作製し、顕微鏡的病変も切除範囲に入れる外科医もいるが、顕微鏡的病変をも残さないことが、Crohn 病再発を減少させるかどうかは今なお不明である。著者らはこの点について検討した。

1972 年から 1978 年の間に Linköping 大学病院外科で手術された 67 人（女性 28 人、男性 39 人）、81 回の手術例を対象とした。手術は肉眼的病変部と口側および肛門側 10 cm にわたる正常粘膜を含めて切除する方針で施行された。切除断端部から 2 cm 長の標本作製、同部の組織学的検索の結果、3 つのグループに分類され、再発との関連について検討された。グループ I：組織学的変化がないか、あっても軽度の細胞浸潤。グループ II：クリプト膿瘍および細胞浸潤、加えて粘膜下組織の線維化を伴ったリンパ管炎。グループ III：裂溝様の潰瘍と肉芽腫あるいはいずれかの存在。グループ I は 52 例（64%）で、このうち再発は 19 例、再発率は 36% である。一方、グループ II は 12 例（15%）、再発は 4 例、再発率は 33%。グループ III は 17 例（21%）、再発は 7 例、再発率は 41%

であった。Crohn 病の顕微鏡的病変の存在する群、すなわちグループ II + III の再発率は 38% となり、変化のないグループ I の再発率 36% と差はみられない。グループ I とグループ II + III の経過観察期間の平均は 5.2 年と 5.3 年で差はない。以上より、切除断端部における顕微鏡的病変の有無と再発率は無関係であった。

切除範囲を決めるために凍結切片を作製し、顕微鏡的病変をも切除範囲に含める方法は再発を減少させることなく、単に切除範囲を広げるだけである。したがって、著者らは Crohn 病の手術では肉眼的病変部に限ってできるだけ狭く切除し、肉眼的正常粘膜の部分で吻合することを勧めている。

（愛知県がんセンター第 1 内科

松浦 昭 抄）

胃ポリペクトミーの意義：組織 学的考察

Significance of gastric polypectomy (histological aspect): *Elster K, Carson W, Eidt H, Tlismasko A* (Endoscopy 15: 148-149, 1983)

これは日本でも名が知られているパイロイト市立病院の病理学者 Dr. Elster の論文で、2 年半の間に行われた 706 個の胃のポリペクトミーを組織学的に検討し、胃ポリペクトミーの意義について述べている。

まず胃のポリープの用語に関して、その混乱を指摘している。特に胃に最も多い、いわゆる“hyperplastic polyp”（過形成性ポリープ）について、炎症性とか、過誤腫性とか、再生性とか、化生成性とかいうような用語がある。最もしばしば用いられる Ming の“hyperplastic”

は、陰窩上皮の過形成に加えて腺様構造の過形成もあり、この語では純粹の局所性の陰窩上皮過形成との区別が明確でない。そこで著者らは、このポリープに“hyperplasiogenic”という名が適当であると述べている。このポリープは、過形成と blastoma（芽細胞腫）の中間にあり、癌の合併は極めてまれだが、悪性変化の可能性を含んでいる。

さて著者らの 492 例の早期胃癌例で、同時に“hyperplasiogenic polyp”を持っていたものは 10 例、わずか 2% であったことから、この種のポリープでは、癌化または癌の合併はまれであり、あまり頻回の follow-up は必要でないと述べている。

臨床側から病理へ、ポリープの生検による follow-up の必要性和か、多発性の小ポリープの取り扱い、あるいは、これらを片っ端からポリペ

クトミーすべきかなどの質問が寄せられる。胃のポリープ性病変は、常に表層粘膜に特徴的所見を持っているので腺腫、境界領域病変、癌との鑑別は、最初の生検で十分に可能である。hyperplasiogenic とわかれれば、いちいちポリペクトミーをする必要はない。前癌病変と言われる腺腫、境界領域病変では生検組織の異型度のいかにかわらず切除すべきである。それで治療が根治的か、姑息的かは切除標本の検索でわかるので、ポリポイド癌でも、外科的なリスク患者では可能なら一度ポリペクトミーを試みるのがよからう。

ちなみに著者らのポリープの内訳は、hyperplasiogenic 90%、adenoma 0.5%、borderline lesion 7% などである。

（愛知県がんセンター第 1 内科

小林世美 抄）