

本号の企画「経鼻内視鏡によるスクリーニング」を細川（横浜栄共済病院）、入口（東京都がん検診センター）、長浜（早期胃癌検診協会）の3名で企画した。

「胃と腸」誌では様々な疾患や質的診断における主題が組まれることが多く、スクリーニングの主題が企画されたのは43巻8号「胃癌に対する内視鏡スクリーニングの現状と将来」以来である。今号では、昨今検診機関や実地医家を中心に急速に普及している経鼻内視鏡を、初めて主題として取り上げた。

スクリーニングや検診では、精度に加え、逐年あるいは隔年で継続的に経過観察を行うことが重要で、既知の病変の精密な質的診断とは異なり、患者受容性も十分に配慮する必要がある。その点、経鼻内視鏡は患者の反射が少なく楽に検査でき受容性が高い。しかし、画質、操作性が悪くその診断精度に問題があるということが一般的な内視鏡医の認識だと思われるが、まずその診断精度はいかなるものなのか本号を振り返ってみたい。

宮脇論文、川田論文、乾論文でそれぞれ外来診療、人間ドック、住民検診の立場から検討が行われ、いずれも経口内視鏡との比較において胃癌発見率に差はみられず、また吉村論文の胃癌偽陰性癌による検討でも、その見逃し率にほぼ差はなかった。唯一、吉川論文が粘膜内癌率に差がみられ粘膜内癌の診断能に問題がある、との見解を述べているが、発見率を精度のパラメータにすると経口内視鏡と経鼻内視鏡に差はないとの結論である。しかしながら、経鼻内視鏡の画像は高精細の経口内視鏡と比較すると画像解像度が落ちるのは明らかで、序説で細川が述べているように研究会などで提示される経鼻内視鏡画像は、一部のエキスパートを除いてはレベルの低い画像しか得られておらず、今後フィールドを拡げてその実態を検証する必要がある。

個人的には、内視鏡の画像精度については食道の血管透見が明瞭に確認できること、胃内においてはRAC (regular arrangement of collecting venules) や血管透見像がきちんと認識できることが最低条件であり、画質的にはようやく最新の第5世代の経鼻内視鏡において容認できるものと考えている。実際に今回の著者らは第4世代までの経鼻内視鏡において、解像度の悪さ、光量不足のため、近接観察や色素散布などの様々な工夫を行い検査精度の向上を図る努力をしたものの、画像精度の向上が発見率の向上に比例するわけではなく、術者の技量や熱意が最優先される結果となっている。一方、操作性の問題においては、専用の生検鉗子の発売でほぼ生検困難部位がなくなり、吸引の弱さや水切れの悪さについても前処置における工夫でストレスなく検査ができる環境が整いつつある。これから拡がりを見せていくであろう経鼻内視鏡の精度管理のために、前処置や観察方法を含めたマニュアルの作成や教育研修体制の確立が必要であると思われた。

川田論文では、経口内視鏡での死角の存在と咽頭反射のために十分な観察ができない下咽頭から食道入口部領域の観察において、反射の少ない経鼻内視鏡を用い Valsalva 法を併用することにより広範囲の観察が可能になることが述べられている。また、今や消化器内科の守備範囲となった咽頭・食道入口領域の観察においては、受容性の高い経鼻内視鏡が有用であり、今後中心的な役割を担うとされている。経鼻内視鏡による観察法が広く一般に浸透することで症例が集積され、この分野での診断学の確立が期待される。

今後、画像解像度や操作性向上のためのさらなる機器改良が進み、スクリーニングのみならず精密検査や治療内視鏡など経鼻内視鏡の特性を生かし、様々な分野での使用が広がっていくものと期待している。