

早期胃癌に対するESDの普及・適応拡大に伴い、以前にも増してULの有無が内視鏡治療の適応決定や根治度判定の重要な因子となっている。しかし、臨床でUL(+)と診断しても、病理学的にUL(-)と判定されたり、逆に臨床でUL(-)と診断したにも関わらず、病理学的にUL(+)であったりしてULと生検痕の鑑別に迷うなど、臨床と病理が乖離することも少なくない。そこで、本特集の企画小委員である小野、海崎、長南で検討し、UL(+)早期胃癌の臨床病理学的特徴、診断、内視鏡治療の実態を明らかにすることを目指した。

まずUL(+)早期胃癌の臨床病理学的特徴について、入口らは手術例も含めた検討で、潰瘍合併率が分化型30mm以下では18.4%、未分化型20mm以下では13.6%であったとしている。藤崎らもESD症例のうちUL(+)例は14.3%であったとしている。このようにESD適応拡大病変の潰瘍合併率は2割未満とみてよさそうである。また①UL(+)早期胃癌では大きな病変が多いこと(長井ら)、②未分化型が多いこと(長井ら)、③SM癌が多いこと(長井ら、藤崎ら)、④ULの深さはUL-IIが圧倒的に多いこと(海崎ら、三宅ら、藤崎ら)、⑤UL(+)M癌では分化型癌は未分化型に比べ、線維化径、線維化厚ともに大きいものが多いこと(海崎ら)、⑥UL(+)SM癌では、分化型癌はULの線維化巣外での癌の浸潤が主で、潰瘍中心部には癌浸潤を認めないものが多いこと(海崎ら)などの特徴が挙げられている。

次に癌巣内ULの有無の診断について、入口らはX線の立場から、小さな癌のULの存在診断は困難(11~20mmで54%、5~10mmで10%)で、特に萎縮型のU・M領域小彎に存在する20mm以下の分化型癌でULの拾い上げが困難であったとしている。また内視鏡の立場から、長井らはULの存在診断が89%と高率であったとする一方、藤崎らは58%に過ぎなかったとしている。長井らの検討が手術症例も含めたものであるのに対し、藤崎らの検討はESD症例、しかもほとんどがUL-II病変であったためであろうか。また、藤崎らは、逆にひだ集中を認め、内視鏡でUL(+)と診断し、病理でUL(-)のものはM領域後壁に多く、粘膜筋板が薄く生検によるわず

かな線維化が内視鏡所見に影響を与えている可能性がある点を指摘している。なお、臨床で問題となる生検痕と潰瘍瘢痕の病理学的鑑別について海崎らは、生検痕では線維化径は2.7mm以下で粘膜筋板を直径とする半円形を呈するのに対し、真のULでは線維化径が大部分で2.7mmを超えており、粘膜筋板から深部に向かって扇状に広がる形態を示したと述べている。下田も述べているように経時の変化とともに診断が困難になるとしても、両者の鑑別の可能性が示されている点、臨床家としてはうれしい限りである。とはいえ、臨床と病理が乖離しULの有無の診断が困難なときは、生検前の内視鏡写真も参考にして、十分に病理医とディスカッションのうえ、判定すべきである。

また深達度診断に関して、X線では分化型に比べ未分化型で深読みする傾向にあること(入口ら)、内視鏡ではUL(+)Icに比べIc+IIIの診断が困難であり、EUSを施行することで診断能が高くなったこと(三宅ら)が指摘されている。三宅らは術前EUSにより、癌の深達度のみならず、ULの深さを診断することが可能であり、治療難度を術前に想定し術者を選択するのに有用であると述べている点が興味深い。

さてUL(+)病変のESD治療について、高橋らは小彎および3.1cm以上の適応外病変でESDが困難であるとし、川田らは一括断端陰性切除率は低く、治療時間は長く、術中穿孔率が高かったことを指摘している。穿孔あるいは粘膜側への切り込みを避けるためには、高橋らも述べているようにはじめに病変周囲の瘢痕のない部分を切開剥離し、筋層上縁を確認してから瘢痕部の剥離を行うのがコツである。また、UL(+)症例のESDは治療難度が高く、長期エビデンスに乏しいため、その取り扱いには慎重にすべきである。内視鏡治療を行う際も、より熟練した術者が行い、内視鏡医の技量によっては熟練施設への紹介や最初から外科手術も考慮するべきである。一方で、藤崎らがUL(+)ESD症例で再発・胃癌死はなかったとしていることは福音である。

さらに座談会では診断からESD治療までのエッセンスがぎっしりと詰まっている。是非とも熟読していただきたいものである。