

本号はUC関連腫瘍、いわゆる colitic cancer の初期病変に焦点を当てた特集である。前回は6年前の2008年に、奇しくもその6年前の2002年にも特集が組まれている。タイトルの変遷をみると、37巻7号(2002年)は「炎症性腸疾患と腫瘍」と題し本邦における colitic cancer の実態・サーベイランスの実情をまとめ、43巻9号(2008年)では「colitic cancer/dysplasia の早期診断—病理組織診断の問題点も含めて」として早期診断の可能性を探ったものであった。colitic cancer も、いよいよ初期病変・粘膜内腫瘍の診断を議論する時代になった。初期病変を検討することで初めて組織発生、発育進展の解析が可能になり、より早期の診断につながる所見を見いだすことができる。本号の企画意図はそこにある。

序説において斉藤は、colitic cancer の実態とその特徴、診断に当たっての課題を整理した。病理側から、伴は外科手術標本を詳細に検討し、colitic cancer の発生母地として低異型度不規則腺管上皮および平坦な萎縮粘膜内に進展した高異型度腺管領域が重要であることを示した。罹患範囲内に発生した通常の腺腫様病変には、こういった所見を伴わないことも示している。

臨床側から、江崎がUC関連腫瘍と散発性腫瘍の注腸X線造影検査所見を比較検討し、UC関連腫瘍では病変境界が不明瞭なこと、隆起の大小不同が顕著であることを示した。注腸X線造影検査は主たるサーベイランス法たりえなくても、範囲診断などにおいては補完的役割を果たす可能性を述べている。通常内視鏡観察の立場から、樋田はUC関連腫瘍の内視鏡所見の特徴、注意すべき所見、dysplasia と診断された病変の取り扱い方について解説している。佐田はUC関連腫瘍の臨床病理学的検討、サーベイランスにおける注意すべき内視鏡所見を述べ、dysplasia の経過観察で形態変化を認める病変は組織学的にも進展する傾向があることを示した。

渡辺は拡大内視鏡の立場から、サーベイランスにおける拡大内視鏡の意義、内視鏡観察の実際に

おけるポイントを解説している。また、筆者は内視鏡的に認識しえた粘膜内腫瘍の40%近くが平坦病変であること、pit pattern はIVv型の頻度が高いが平坦型に限ると不整管状pitが約70%を占めること、病変境界部を認識することでIEE・拡大観察による腫瘍・非腫瘍の鑑別が可能なことを示した。

主題研究として、岸川はサーベイランス法の変遷とその問題点を解説し、欧米のガイドラインもランダム生検から狙撃生検へ移行しつつあることを示した。藤井はcolitic cancer の形態学的診断の課題、高危険群拾い上げに有用な可能性を持つ分子生物学的マーカーについて論じている。

主題症例は遡及例の提示であり、垂石は短期間に進展したと考えられるPSCに合併した進行大腸癌症例の注腸X線造影検査も含めた画像を遡及して提示している。小林は5年間にわたり内視鏡画像を遡及しえたHGD症例を提示し、平坦な発赤領域として認識できる初期病変が存在する可能性を示した。いずれの症例もUCの癌発生と発育進展を考えるうえで興味深い症例である。

最後に松井は、本号の副題「遡及例の検討を含めて」の実践として、遡及例の全国アンケート調査を行った。約3年前の検査において40%に初期病変を認識できたこと、一方、遡及的検討によって認識できなかった60%が炎症粘膜と判定されていたことを示した。内視鏡的寛解時のサーベイランスが推奨されているが、現時点で診断される病変のほとんどが活動期に発見されており、今後のサーベイランス方法や間隔設定を考慮するうえで非常に有用な資料となった。

最後に、本号がcolitic cancer 診療に寄与することを願っているが、通読して早期診断の難しさを改めて痛感している。しかし、早期癌さらに粘膜内病変の診断となれば、日本の内視鏡医にしかできない仕事であろう。活動性評価や治療方針決定目的の内視鏡検査時においても、colitic cancer 発生を念頭に置き、1例1例を大切に再現実性のある検査が望まれる。