

「胃癌範囲診断における拡大観察のピットフォール」という内視鏡診断が主体となる本号で、病理医である九嶋が編集後記を急遽担当することになったので、多少の誤認識はご容赦いただきたい。私たち病理医は病理組織学的に異型性を示すところが“領域性”を示すかどうかを観察し、“領域”の辺縁(つまり非腫瘍部との境界部)に“フロント”を認識しつつ腫瘍の診断をしている。拡大内視鏡観察では病理組織学的要素が加味され、粘膜表層部の血管像と上皮の構築異常をみることで demarcation line (DL) を認識されていると思う。拡大観察は通常観察よりも病理組織学的検索に近づいているわけで、範囲診断(DLの認識)が困難な症例の腫瘍・非腫瘍の境界部の組織像を理解することは、今日的に極めて重要である。

本号では、序説で小山が拡大内視鏡観察に関連する胃癌の基本的な構造について簡潔にまとめている。初学者はここを読んでから各論文に進まれるとわかりやすいと思う。江頭論文では、境界不明瞭な胃癌の病理組織学的特徴が詳細に述べられている。「早期胃癌のIIIb進展範囲診断」(本誌45巻1号)の江頭論文を併せ読んでいただくと、肉眼像と病理像の対比を重視する江頭病理の神髄に触れることができる。

編集後記としては異例かもしれないが、内視鏡医の先生が筆頭著者の論文で提示されている病理写真のうち、“拡大観察でも境界不明瞭であった”とされるものを組上に載せてみる。

長浜論文(超高分化腺癌):Fig.4 [症例2], 胃底腺型胃癌で表層を非腫瘍性腺窩上皮が被覆している(但し、通常観察では色調が境界明瞭)。Fig.5 [症例3], 手つなぎ型の腸型腺癌。

藤崎論文(中分化～未分化型癌):Fig.4 [症例1], 増殖帯にわずかにみられる印環細胞癌。Fig.6 [症例3], 手つなぎ型の腸型腺癌。前者のような症例については窩間部開大をみることの重要性が述べられている。手つなぎ型はやはり手強い。

小林論文(除菌後胃癌):Fig.1,2 [症例1, 2], 表層を非腫瘍性上皮が被覆している。Fig.3 [症例3], 表層分化を示す低異型度癌で周囲の不完全型腸

上皮化生粘膜と酷似している。今後増加が予想される除菌後胃癌の範囲診断に関する今後の展開が期待される。

内多論文(観察倍率):Fig.2 [症例1], 低異型度癌(tub1)が置換性増殖し、腫瘍腺管と非腫瘍腺管が混在している。この論文では表面微細構造と微小血管構築像の観察に加え、拡大倍率を考慮することで範囲診断の精度が高まることを報告している。

川村論文(背景粘膜):Fig.3 [症例3], 低異型度癌(tub1)が置換性増殖し、背景粘膜と構築が酷似している。Fig.4 [症例4], 手つなぎ型癌で断端陽性となった。この論文では背景粘膜の組織学的構築を知ることの重要性が述べられている。

松坂論文(BLI, FICE):5症例提示されているが、いずれもFICEまたはBLI併用拡大でDLが捉えられている。なお、この論文では、ESD断端陽性例はFICE併用拡大観察において2病変(2.5%)あり、BLI併用拡大観察においては認められなかったという。断端陽性例の病理所見を見せて欲しかった。

橋本論文(断端陽性分化型癌):Fig.4, 分化型優位癌(組織混在型癌)で、低異型度(超高分化)癌、中分化腺癌(手つなぎ型)から低分化腺癌成分までみられる。

梅垣論文(断端陽性未分化型癌):Fig.11, 粘膜中層から深層を走る手強い未分化型癌である。主題症例である橋本論文と梅垣論文に対しては、八尾(建史)が明快な傾向と対策を述べられているし、私も病理学的観点から拙文を書いているので参照されたい。

以上、拡大観察をもってしても範囲診断が困難であった病理組織像の提示写真からは、低異型度(超高分化腺)癌、被覆上皮、手つなぎ型癌、置換性増殖、腺頸部、背景粘膜、除菌後胃癌といったキーワードがあがってくる。本号は一見内視鏡医向けの特集であるが、胃癌の病理組織学的特性をもう少し深く知りたい病理医や、優秀な内視鏡医とのお付き合いに苦慮されている病理医にも価値のある一冊と思われる。多くの力作に感謝したい。