

編集後記

斉藤 裕輔 市立旭川病院消化器病センター

pT1 (SM) 癌に対する内視鏡治療後の追加腸切除の考慮基準は大腸癌治療ガイドラインに示されており、その妥当性は評価されているが、pT1 癌に対する内視鏡治療後の経過に関連して幾つかの解決されていない問題点がある。具体的には、序説で田中も述べているように、①粘膜局所再発率、②異時性の再発率、③粘膜局所以外（リンパ節、遠隔転移など）の再発率、④再発例における生命予後、⑤再発を適切かつ効率良く発見するための follow up 内視鏡の間隔、などが挙げられる。これらが明らかにされることを期待して本特集、「早期大腸癌内視鏡治療後の中・長期経過」が企画された。

まず、①の内視鏡治療の根治性に関して、上杉らは大腸癌研究会のプロジェクト研究結果から、組織学的根治基準に関して、側方断端陽性例からの再発率は6.2%、深部断端陽性例の再発率は0.6%であり、深部断端から500 μ m以上が安全な断端距離であることを示した。石垣らはLSTに対する内視鏡治療法に関して、ESDではEMR/EMPRに比較して再発率が有意に低いことを報告した。

②の異時性の再発率に関して、住江らは異時性の多発病変は5年累積で56.7%と高く、右側結腸の小さな病変が多いことを報告した。異時性の多発病変、粘膜遺残再発病変については共に(再)内視鏡治療での対応が十分に可能であるが、大きな病変についてはESDで内視鏡治療を行い、局所再発を可及的に予防し、深部断端についても正確に評価することが重要と考えられる。

③に関して、松田(尚)らは過去の論文のレビューから再発率はおよそ3.4%であり、そのほとんどの病変がリンパ節転移リスクを有することを報告した。また岡らは、内視鏡摘除を行い、経過観察を行ったT1b癌例の解析から、再発率は8.7%で、T1b癌に対する内視鏡治療はその後の患者の経過に不利益を与えないことを報告している。池松ら、松田(尚)らは、内視鏡摘除を行った直腸(Ra, Rb)のT1癌は、結腸病変に比較して再発率は有意に高く、直

腸T1癌に対する内視鏡治療後の追加外科切除の決定、経過観察は慎重に行うべきであることを報告している。松田(圭)らはT1癌に対する外科手術例における良好な予後を報告するとともに、同様にRb例における再発率が高く、慎重な術後の経過観察が必要であることを報告している。T1b癌の再発率は3~9%前後で、内視鏡治療、外科手術例共に直腸病変で再発例が多く、注意が必要であることが明らかとなった。

④のT1癌再発例の予後に関して、内視鏡治療単独後再発例について、松田(尚)らは文献報告から41% (25~75%)、岡らは50%が原病死していることを示した。また、筆者らは、アンケート調査の結果から内視鏡治療単独、内視鏡治療後追加外科手術後の再発例の60%が原病死していることを報告している。T1癌においても再発例は極めて生命予後が悪く、再発を予防することの重要性が示され、oversurgeryにはなるものの、追加外科手術考慮基準の重要性が示されたものと考ええる。

⑤の内視鏡摘除後の適切な検査間隔などについては、松田(尚)らはJapan polyp studyの結果から、2回連続のクリーンコロンが再発防止に必要であり、クリーンコロン後のサーベイランス間隔は3年が妥当であるが、(見逃されていることを考慮して)平坦病変の発見に注意を払うことが重要であることを報告している。

本号は前述した企画の目的を十分に達成したと思われるが、今回示されたdataにはretrospectiveなものも多く含まれることが大きな問題点である。膨大な労力と時間がかかるが、特にT1癌内視鏡治療後の再発率、予後、追加外科切除による生命予後の改善の可否に関して、石川秀樹先生、田中信治先生を中心とした前向きの研究が開始されようとしている。その結果が出ることで、T1癌の内視鏡治療後の長期経過に関するほとんどの問題点が解決されることを期待したい。