

編集後記

今回の増刊号では「早期消化管癌の深達度診断2015」とのテーマで企画され、全消化管にわたって執筆された。

深達度診断としては14年前にも36巻3号(2001年)「消化管癌の深達度診断」で企画され、X線造影検査、内視鏡検査、EUS検査に関して当時の先端を走っていた諸先生方が寄稿していた。またその後も42巻5号(2007年)「消化管の拡大内視鏡観察2007」、44巻4号(2009年)「早期胃癌2009」、45巻5号(2010年)「早期大腸癌2010」、46巻5号(2011年)「食道表在癌2011」などの各増刊号や通常号でも深達度診断に関して触れられてきた経緯があるが、本号はあらためて現時点での集大成ともいえる内容となっており、特に咽頭表在癌、Barrett食道癌、早期十二指腸癌にも言及していること、IEE拡大観察に関する知見が各臓器でも触れられていることが特筆される。

さて、そもそもなぜ“深達度診断なのか”という疑問に答える必要がある。この点に関しては36巻3号(2001年)「消化管癌の深達度診断」でも多田先生が深達度とリンパ節転移の関連より“治療のための深達度診断”として言及しており、その想いは現在も息づいている。一方、当時と異なる点は序説・八尾論文が指摘するように、内視鏡治療としてESDが進歩したことで、何のための深達度診断なのか、すなわち内視鏡治療の適応と深達度診断は同一ではないことを今一度考える時期に来ていることが挙げられる。

総論では斉藤論文で深達度診断読影の基本、各種modalityとそれらの併用による診断の効率化が述べられ、また大倉論文では深達度診断の病理側の問題点として浸潤距離の測定法、TNM分類との整合性、深達度における脈管侵襲の取り扱いが論じられた。

さて、各論では咽頭・食道、胃・十二指腸、大腸の3領域について、それぞれ病理、X線造影検査、通常内視鏡検査、拡大内視鏡検査、NBI、EUS検査の立場から論じられた。全ての論文に言及することは避け、印象に残った点を挙げたい。

はじめに各部位における病理組織学的構造の違い、特に咽頭領域の粘膜筋板の有無や乖離(根

山野 泰穂 秋田赤十字病院 消化器病センター

本論文、門馬論文)、下部食道Barrettにおける2層の粘膜筋板の存在(前田論文)などは把握しておかなければならず、必読の内容であった。次に、深達度を推し量るうえでの各種所見が癌浸潤に直接因果関係のある所見なのか、浸潤に呼応して生じる関連した所見なのかを大別して考えること(中島論文)の重要性についてわかりやすく記述されていた。さらに、これらの所見の出現の仕方がX線造影検査、内視鏡検査ともに肉眼形態、組織像、発生部位、浸潤量、線維化、血管所見、潰瘍形成などにより異なることが多くの論文を通じて理解できた。さらに、①NBI観察で捉えられた血管所見を病理組織学的に再現することが困難であり、血管所見の成因に関してはさらなる臨床と病理の詳細な検討が必要であること(門馬論文、竹内論文)、②他の領域とは異なり胃における深達度診断でNBI診断に関して有効なデータで得られていないこと(八尾論文)、③EUS診断では3領域とも深部浸潤癌で有効性を発揮できるが、解像度、描出技術や部位的制限の影響が否めないこと(有馬論文、三宅論文、野村論文)など、全ての論文を精読することで深達度診断の現状と問題点がよく整理できた。

さて主題研究として提示された工藤論文では、超拡大内視鏡を用いたNBIによる血管所見の解析で、脈管侵襲のリスク因子の診断予測の可能性が指摘されている。このことは、序説・八尾論文への解答にもつながる新たな診断への扉を開きつつあると感じられた。

以前の同様な企画では、各種modalityがお互いに対立軸として論じられることが多かったが、今回の各論文に共通していることは各自のmodalityの利点、欠点を論じたうえで、他のmodalityと相補的關係にあることが強調されていた点である。拡大機能やそれに準じた機能を搭載したスコープの一般化、画像プロセッサの進歩、NBIやEUSもすぐに使用できる環境が一般病院でも整いつつある。固執しない柔軟な対応や思考こそが将来の診断学を切り開く新たな武器となるであろうと考え、今後10年の発展をさらに期待したい。