

編集後記

鶴田 修 久留米大学医学部消化器病センター

「狭窄を来す大腸疾患」には日常臨床においてよく遭遇するが、機器・診断学の進歩の著しい内視鏡検査でも狭窄部を通過しない場合は得られる情報が少なく、確定診断まで行きつくには注腸X線造影検査、腹部エコー、CT-scan、超音波内視鏡、MRI検査など内視鏡以外の検査が必要であることは多くの臨床医が理解するところである。しかし、昨年(2014年)ある研究会で「狭窄を来す大腸疾患」というテーマで症例検討を行ったところ、内視鏡も含めたさまざまな検査法による症例提示が役立ったと大変好評であったため、本誌でも同じテーマで研究会よりさらに内容を深めて診断プロセスにまで言及した1冊を作成しようということになり、本号が特集された。

序説では内視鏡検査の超専門家である山野が狭窄性病変の診断における内視鏡検査の弱点を素直に認め、本号特集の目的を解説し、内視鏡以外の検査による診断への期待を述べている。

主題では「狭窄を来す大腸疾患」の臨床診断について、斉藤、大津、清水が、病理診断については二村が解説している。疾患は大きく腫瘍性・非腫瘍性に分類され、腫瘍性には上皮性、非上皮性、転移などが、非腫瘍性には炎症、感染、全身疾患、循環障害、医原性などが存在し、臨床的な鑑別診断にはまず、臨床症状、病歴が大切であることでは3者共に一致していた。各種診断法を用いた診断のアルゴリズムは3者間でわずかな違いは存在するものの、その流れはよく似ており、特に肉眼的(内視鏡像、注腸X線造影像)に病変の形態を①点(孤立性病変)、②線(輪状または縦走性のある病変)、③面(領域性をもつ病変)に分類して診断を行うことが大切であることが強調されていた(斉藤、大津)。病理組織学的には狭窄の状態をタイプごとに切除マクロ像で供覧し、肥厚の壁在部位、線維化の存在に成因を求めて解説を行っている。

[症例1](別府)はX線造影所見からは4型大腸

癌と腸間膜脂肪織炎の鑑別が必要な病変で、CT-scanで腸管周囲の炎症所見がないことより4型大腸癌と診断できた症例である。[症例2](大津)は腸間膜静脈硬化症の診断が4年前についていた症例で、原因と考えられる漢方薬(クチナシの実)を診断後も継続して服用していたため病態が進行し、狭窄まで来していた。典型的な内視鏡像およびX線造影像が提示されている。[症例3](吉岡)は腸管子宮内膜症の典型的な注腸X線造影像(偏側性陰影欠損、鋸歯状変化)が提示されている。[症例4](高柳)は綺麗な注腸X線造影像でも上皮性の変化を捉えきれなかった進行癌であるが、内視鏡像では確実に上皮性変化を捉え、正診された症例である。[症例5](佐々木)は注腸X線造影像と内視鏡検査(狭窄部通過)により診断できた憩室炎に伴う大腸狭窄である。[症例6](佐野村)は[症例3]より狭窄の強い“へビの抜け殻”様の全周性狭窄を来した腸管子宮内膜症である。[症例7](石橋)は腹部鈍の外傷とショックを契機に発症した虚血性大腸狭窄で、臨床的には留意すべき疾患である。[症例8](杉山)は内視鏡、注腸X線、CT-scan、MRI、ガリウムシンチグラフィーの総合診断で後腹膜線維症を疑った症例である。

最後の「下腸間膜静脈閉塞による虚血性大腸炎の1例」(貫)は病状経過、内視鏡所見、注腸X線造影所見、血管造影所見などにより正診に至った症例である。診断には綺麗な画像が必要であることを再認識させられた素晴らしい論文である。今回提示された多くの症例から狭窄病変の診断には綺麗な注腸X線造影像が必須であることを再認識させられた。

目的通りの1冊になったと思っているが、その確認の意味も含めて、読者各々がぜひ主題4題の診断ストラテジーに沿って[症例1~8]を診断していただきたい。診断に近づく病変が多いことを期待している。