

編集後記

大倉 康男 PCL JAPAN 病理・細胞診センター

本誌47巻11号で、「*Helicobacter pylori*除菌後の胃癌」というタイトルで特集が組まれている。*Helicobacter pylori*除菌後の胃癌の特徴が捉えられはじめた時期の企画である。その後、除菌後発見胃癌の臨床病理学的特徴が検討され、発見が難しい胃癌が少なくないことが明らかにされてきている。本特集ではそのような除菌後発見胃癌の内視鏡的特徴をテーマとして企画している。八木の序説にあるように、除菌後発見胃癌の形態学的特徴を内視鏡的ならびに病理組織学的に明らかにすることを目的にしている。

除菌後発見胃癌の臨床的特徴は、鎌田らが春間らの研究を推し進め、除菌後10年未満と10年以上を比較して示している。本特集の他の研究者も同様の結果を述べているが、“20mm以下、体中部から下部、陥凹型、分化型癌”がキーワードである。多数の症例が例示されており、診断の参考になるものである。除菌後発見胃癌発生の危険因子として、八田らは喫煙が総量依存的に関係していると報告している。また、DNAメチル化異常の点から、除菌後発見胃癌のリスク層別化を図ろうとする中島らの論文は興味深いものである。さまざまな観点から除菌後発見胃癌のリスク因子が検討されていることを知ることができ、勉強になった。

除菌後発見胃癌の内視鏡的特徴は、診断が難しい症例が少なくないという言葉に尽きるようである。その理由としては腫瘍の平坦化、不明瞭化が挙げられている。腫瘍の境界が不明瞭なために、NBI拡大内視鏡を用いたとしても範囲誤診例が少なくないことが藤崎らによって示されている。腫瘍の平坦化の原因は不明のようであるが、不明瞭化については、腫瘍表層に非腫瘍性上皮あるいは伊藤らが提唱する軽度の異型を示す上皮(epithelium with low-grade atypia ; ELA)の出現が原因とされ

ている。そのような病変のNBI拡大内視鏡所見を小林らは胃炎類似所見と提唱しているが、名和田ら、藤崎らも同様の所見であることを示している。被覆する非腫瘍性上皮の特徴については、二村らが病理学的に詳細な検討をしている。しかし、八木が問題のひとつに挙げているELAについての解答は十分に示されてはいない。この点についてはより多くの病理医を交えた検討が必要と思われる。

以上のように、本号は除菌後発見胃癌を理解する上で有用な特集号になったと言える。とはいっても、テーマに挙げた内視鏡的特徴よりは病理組織学的特徴に言及する論文が多く、病理医としてはいくつかの疑問が生じた。被覆する非腫瘍性上皮の分布は病変中央部と辺縁部で違いはないのだろうか。被覆した非腫瘍性上皮は癌の存在により反応性の腫大を示さず、癌の背景粘膜の表層上皮と全く同じなのだろうか。非腫瘍性上皮の被覆による病変の不明瞭化という言葉で片づけるわけにはいかないように思われる。また、境界が不明瞭なのであれば、境界部についての臨床病理学的な検討が行われてもいいと思うが、そのような検討もなく残念であった。

内視鏡的にどのように病変を捉えたらよいのかは名和田らの論文にしか示されていない。小林らは本誌50巻3号で既に述べているので、割愛したのかもしれない。その論文を併せて読んでいただきたい。非腫瘍性上皮の成り立ちも大事なことではあるが、本特集のテーマである除菌後発見胃癌の内視鏡的特徴にもっと言及していただきたかった。その点は企画の意図を十分に伝えることができなかった小委員にも責任があるが、この辺りが内視鏡診断の現状なのかもしれない。今後より精度の高い診断学が明らかにされることを期待している。