

編集後記

小澤 俊文 総合犬山中央病院消化器内科

病理診断ならびに内視鏡診断の進歩により、従前には発見できなかった胃病変が認識されることになった。その中でも、低異型度胃癌は色調や表面構造の変化に乏しく、通常白色光観察はもちろんNBI (narrow band imaging) など、特殊光による拡大観察を行っても存在診断や境界診断に難渋する場合がある。また、病理組織学的にも異型が弱いため、生検診断を繰り返してもなお確定診断に至らず、結果として病変が進行し、臨床の辛酸を舐めさせられることがある疾患である。それゆえに、本誌でも繰り返し特集を組んで警鐘を鳴らしてきた。

本号では2010年(45巻7号)以来、7年ぶりになるが、腸型ではなく胃型形質を有する低異型度分化型腺癌に限り特集した。その企図は、本病変が生検診断において再生異型腺管や腺窩上皮過形成腺管など非腫瘍との鑑別が困難であるためである。対象病変はN/C比50%以下で核異型に乏しく、HE染色切片と免疫染色にて完全胃型または胃優位型の形質を発現した分化型腺癌とし、狭義の胃底腺型胃癌は除いた。

内視鏡所見の特徴は、平坦型あるいは浅い陥凹型を呈し、色調は同色調あるいは褪色調を呈することが多いことから、境界診断はもちろん、存在診断すら困難な場合もある。その色調変化と乏しさはどこに由来するのか、表面構造の違いに乏しいのはなぜか。生検病理診断にて、Group 1ないしGroup 2のまま嚴重な経過観察から脱落する可能性もある。その結果、周囲粘膜と類似した表面構造を呈したまま、すなわち低異型度のまま粘膜下層以深への浸潤を来したり、深部で低分化傾向を示したりする病変となることがある。本特集でもそのような教訓的症例報告がされているので必ず目を通されたい。

前回の特集号である2010年から7年余りを経た2018年現在、特殊光併用拡大内視鏡診断が本疾患における術前診断の進歩にどの程度寄与しているかについて期待した。NBI併用拡大内視鏡所見では、幅広いwhite zoneあるいはMCE (marginal crypt epithelium) が縁取られ、窩間部の開大した顆粒乳頭状の表面構造が特徴として挙げられている。特

にVEC (vessels within epithelial circle) patternは術前診断能向上に寄与した所見の一つだろう。組織学的には豊富な胞体を有する腺窩上皮に対応する。ただし、この構造内にみられる微細血管の“不整”には周囲の非腫瘍粘膜でみられる所見との違いが見出せないとの声もあり、絶対的所見とするにはさらなる美麗な症例の蓄積が欠かせない。むしろ、病変全体の軽度な表面構造の違いがポイントではなかろうか。

本号の論文中には、表面構造がregularで不整な微細血管のみで診断可能との症例があったが、実際の症例としての画像がなかったのは残念である。なお、本号には取り上げられていないが、発赤調を呈する腺窩上皮型の低異型度分化型腺癌と腺窩上皮型過形成性ポリープとの鑑別が個人的には最も難しいと考えている。存在診断は容易であるが、鑑別可能な絶対的所見が見出せるのか。2017年12月度の早期胃癌研究会にて、そのような症例が提示されたことはまさに適時であり、今後本誌上で会録などを一読されることを江湖に勧めたい。

生検組織診断であるが、純粋腸型低異型度胃癌に比べて、胃型形質混在では悪性度が増す可能性が指摘されていることから、可能な限り時間をかけずに早期診断をする必要がある。特に、腺窩上皮型の低異型度腺癌は表面の軽度な異型を捉えること、そして病変存在の認識のうえに深切り連続切片の作製や免疫染色を追加することで、積極的鑑別に努める態度が病理医のみならず消化管を専門とする臨床医に求められるのだ。

加えて、病院病理医が消化管病理を専門とすることは少なく、幅広い領域の検体処理に追われる現実を考えると、本疾患の診断すべてを病理医に一任するのは大変酷であろう。本疾患の診療は病変の指摘に始まり、それはとりもなおさず臨床医の責任である。その観点から語り尽くされてきた感も否めないが、臨床医と病理医との連携が早期診断には不可欠であり、臨床医から病理医への積極的な疾患啓蒙やかかわりが重要である。