



長岡赤十字病院消化器内科
竹内学

食道扁平上皮癌の内視鏡診断を行うにあたり大切なポイントとして、治療方針決定に重要な深達度診断が挙げられる。従来、食道癌深達度診断は、食道X線造影所見による壁硬化像、通常内視鏡所見による緊満感や硬さ、ヨード染色による畳目模様や縦皺の変化、さらには超音波内視鏡(EUS)所見などにより成されてきたが、井上・有馬による拡大内視鏡を用いた血管形態の変化による深達度分類が提唱され、汎用されるに至った。

また、NBI (narrow band imaging) に代表される画像強調内視鏡の開発に伴い、拡大内視鏡が飛躍的に普及した状況において、食道癌に対する拡大内視鏡診断学の簡略化を目的とし、2011年の第65回日本食道学会学術集会で「日本食道学会拡大内視鏡分類」が報告された。日本食道学会を基盤とし、小山恒男氏を委員長とした拡大内視鏡による食道表在癌深達度診断基準検討委員会にて数々の熱い議論を交わし、この委員会には小生も参加させていただき非常に思い入れがある。そのような背景の下、私の心に残る「胃と腸」誌の一冊は、49巻2号である。この日本食道学会拡大内視鏡分類が「胃と腸」誌のテーマに選ばれたのは、この号が初めてである。

この分類では、拡大観察にて確認できる血管をType AとBに2分類し、Type Aは炎症や異型の弱い腫瘍を反映し、Type Bは扁平上皮癌に対応し、深達度別にType BをB1、B2、B3に亜分類している。さらにType B血管で囲まれ

た無血管や血管が粗な領域をAVA (avascular area) とし、その大きさ別に深達度診断を行うことや、低分化型やINFc浸潤あるいは特殊組織型の食道癌を反映するType R (reticular) も組み入れられている。このように分類が統一されると、同じ用語・分類を用い議論することが可能となる。本号においては、B1血管の感度・特異度共に非常に高く有用であるが、B3血管ではその出現率が低く、特異度は非常に高いものの感度は低いこと、B2血管では正診率が低いことが課題とされた。また、AVAの診断精度は高いものの、その出現頻度が低いことも本号において報告された。

その後、この号をもとに、特に検討されたのがB2血管であり、ループ形成に乏しいと定義されるB2血管の解釈が術者間で異なることやT1b-SM2癌の約半分がB2血管を呈することに対し、径が細く密度が高く炎症を示唆するB2i血管の提唱や、B2血管領域の占める大きさによる深達度診断が提唱されつつあり、本号が日本食道学会分類のさらなる発展の起点となったことは確実である。さらに本号では、食道分野におけるスペシャリストによる症例ごとの読影座談会も掲載されており、一読すべきである。

最後に、本号は拡大内視鏡分類のテーマに特化しているため、拡大内視鏡診断のすばらしさを実感できるとともに、一方で拡大内視鏡の限界も併せて知ることができ、通常観察を中心とした従来の診断学の大切さを再認識できる一冊にもなることを強調したい。