

われわれ病理医は、非腫瘍と腫瘍の鑑別をする際、病理組織学的に異型性を示すところが“領域性”を示すかどうかを観察している。その“領域性”の辺縁を“フロント”と呼んでいる。同様に内視鏡医も、通常内視鏡検査において、色調を含む粘膜の表面構造の異常が“領域性”を示すかどうかを観察されているはずである。拡大観察では病理組織学的要素が加味され、粘膜表層部の血管像と上皮の構築の異常をみることで病変の領域性とdemarcation lineを認識されていると思う。拡大観察をもってしても範囲診断を見誤るということは、領域性とフロントが認識し難いということであり、拡大観察は病理学的検索に近づいているので、そのような症例は病理診断も難しいはずである。藤田論文では、内視鏡画像と病理組織像を腺管レベルで一対一対応させる画期的で実用的な方法を紹介している。

胃腫瘍の範囲診断には腫瘍の病理組織学的特徴、進展様式と背景粘膜との対比に加えて、二次的な修飾も考慮しなければならない。内多論文は、連続的多数例の早期胃癌を対象として、内視鏡のmodality別の範囲診断能を*H. pylori*感染の有無、胃癌組織型別に検討した大論文であり、これで全体像がわかる。潰瘍併存症例の範囲診断の難しさについては齋藤論文で、少数例であるが詳しく検討されている。

分化型癌の範囲診断が困難になるのは、腫瘍性上皮が“置換性に増殖”(既存の非腫瘍性上皮を置き換えるように進展)し、腫瘍性上皮が周囲粘膜の上皮に酷似する場合であろう。すなわち、癌組織と周囲粘膜の関係が、“腺窩上皮型癌vs. 腺窩上皮”、“胃底腺(粘膜)型腺癌vs. 胃底腺粘膜”、“腸型腺癌vs. 腸上皮化生”などの状況が考えられる。分化型癌の範囲診断については、*H. pylori* statusとの関連を若槻論文が、胃型腺癌を亜型別に上山論文が、それぞれ詳しく記載している。

一方、比較的初期の未分化型癌、特に印環細胞癌の場合、腫瘍細胞は腺頸部レベルを側方に進展するので、範囲診断が困難であることは容易に想像できるが、腺頸部の増殖帯が傷害されるので粘膜の丈は徐々に低くなり、腫瘍が全層を置換す

る頃には明瞭な陥凹を来す。未分化型癌の範囲診断について、印環細胞癌に絞って*H. pylori* statusとの関連を堀内論文が、組織混合型腺癌を含む未分化型癌を高田論文が、それぞれ論じている。

また、いわゆる手つなぎ・横這型癌は、分化型癌と未分化型癌両者の性質を併せ持った粘膜内拡大様式を示す。分化型癌的な性質として既存の腺管を置換性に増殖する一方で、未分化癌的な性質として、粘膜固有層をすり抜けるように、あるいは既存の腺管を破壊するように粘膜内を進展する。この範囲診断の難しさと対処法について、中沢論文が多数例を用いて論じている。さらに、実際に範囲診断が困難で側方断端陽性となってしまった主題症例(名和田論文、福山論文)はいずれも期せずして手つなぎ型癌といえる領域を含んだ腫瘍を扱っている。この手つなぎ型癌は都市伝説的な胃癌であったが、ゲノム異常も含めて詳細な本邦発の病理学的研究がなされている。六反・牛久によるトピックスをご一読いただきたい。

最近、筆者が担当している地方のある病院でも、内視鏡的に範囲診断が容易な胃癌については術前生検なしにESDされた検体が提出されるようになってきた。本号では範囲診断困難例に対する術前生検の重要性を再認識している論文も多い。本号で論じられているような病変の病理学的特性を念頭に置き、各自の診断能力を踏まえて、術前生検が不要な症例と必須な症例に振り分けてほしい。

本誌で以前、胃癌の範囲診断に関する特集が組まれたとき(50巻3号、2015年)も、編集後記を担当した。近い将来、内視鏡と病理の双方にAI診断が寄与することが期待されている。次回、本誌で胃癌の範囲診断が再び特集される頃には、金坂論文のような画像が普通に並んでいるのかもしれない。

胃拡大観察をリードしてきた八尾の熱いメッセージが込められた序説から、主題論文そして主題症例まで、読み応えのある論文が揃っており、病理の画像も美しいものが多い。熱心な内視鏡医とのお付き合いに苦慮されている病理医にも価値のある一冊と思われる。多くの力作に感謝したい。