

編集後記

齊藤 裕輔 市立旭川病院消化器病センター

本特集号は近年増加の著しい潰瘍性大腸炎(UC)の長期経過例に伴うUC関連腫瘍(UC associated neoplasia ; UCAN)の内視鏡治療の可能性、適応とその是非について特集した。本号を読むにあたり、まずは本号企画の背景を田中信治先生の序説で理解した後、次は変則的ではあるが、世界におけるUCANの定義・取り扱いの現状について理解するために、主題関連研究の松本論文「潰瘍性大腸炎に対するサーベイランス—SCENIC international consensus statementの概要と問題点」を先に読み、その後に主題論文などへと読み進めることをお勧めしたい。多くの著者がSCENICのstatementを引用しながら論理を展開しているため、SCENICのstatementの内容を十分理解したうえで主題論文に入るほうが本号全体の内容が理解しやすくなると思われる。

さて、UCANの内視鏡治療に関する問題点として、①DALMではないflatなdysplasia、Tisの発見/診断が極めて困難であること(invisibleとされてきた)、②発見された病変が、内視鏡的切除してよい病変か?すなわち、sporadicな腫瘍とdysplasiaの鑑別が困難である、dysplasiaは多発する、限局した内視鏡的切除可能なdysplasiaと診断しても表層分化のために表面の異型は乏しいが既に深部浸潤癌である場合があり、(NBI)拡大内視鏡でもその診断が困難であること、③発見された主病巣周囲にdysplasiaが高頻度にみられるため、内視鏡的切除範囲診断が困難である、また線維化が強いために内視鏡治療手技自体(ESD)の難易度が高い(切除断端陽性になりやすく合併症を生じやすい)、などが挙げられる。これらの問題に関して、本邦のトップリーダーの先生方から珠玉の論文(データと考察)をいただいた。

以下、本特集号から前述した問題点解決の鍵となるキーワードを列記するので、言葉から詳細が浮かばない先生はぜひとも関係論文を再読いただきたい。すべて詳細に解説されている。

【UCANの診断】通常観察:病変範囲に存在、限局性の扁平隆起や発赤、色素撒布、狙撃生検。拡大観察:隆起型はvillousなIVv型、平坦型は発赤部に一致するIII_L型、III_S型、IV型のpit pattern、NBI拡大観察:不整高度なsurface pattern and/or vessel patternなど。

【UCANの治療】標準治療は全大腸切除術。内視鏡治療の適応:sporadicな腫瘍(UCANとの鑑別については多くの論文で詳述)、内視鏡下に指摘可能なlow-grade dysplasia、UCANでは、境界診断が十分、浸潤癌を示唆する所見がない、周囲にdysplasiaを認めない、高齢者、治療前のEUS。治療の注意点:熟練者、低い水平断端陰性率・R0切除率、高い再発率、高い術後狭窄、治療後4~6か月ごとの内視鏡検査、などである。

その他、UCANに対する外科治療の現状、UCAN内視鏡所見新分類の開発を目指してのNAVIGATOR Study 2研究の現況報告、本邦と欧米でのUC分類の比較対応と差異、などについても解説されており、盛りだくさんな内容となっている。

いまだ解決されていない点も多く残ってはいるものの、本号を熟読することで、本邦のUCANに対する内視鏡治療の考え方、問題点、注意点、今後の展開などが十分理解いただけるものと考えており、企画者の意図は十分達成されている一冊となったと確信している。ぜひとも繰り返し熟読し、チーム内におけるUCANの診断・治療の権威となっていきたい。