

編集後記

小田 丈二 東京都がん検診センター消化器内科

本号は、松本編集委員長、病理から海崎先生と二村先生、そして臨床から小田の4人で企画し、編集委員会での討論を経て、このような構成になった。

消化管病変の診断学は、臨床画像と切除標本、病理組織学的所見との詳細な対比により発展してきた歴史がある。これまでもそうであったように、今後も形態診断学は欠くことのできない診断学であり、そのために必要なことは何か、診断に携わる皆さまが常日頃から十分に考える必要があると思う。

臨床医は前向きに診断を行う必要があり、内視鏡で生検することで診断をより確かなものにするわけであるが、時に診断に難渋する症例に遭遇する。診断に至る思考過程は経験に左右されることが多く、若手の臨床医ほど悩むと思う。その原因として、前向きな臨床診断が難しい症例、適切な生検部位の選択が困難な症例、生検結果が予想したものと異なる症例、などが挙げられる。近年では、内視鏡、特に拡大内視鏡による診断が主流になっているが、消化管病変を考える際、若手の内視鏡医は拡大内視鏡観察で表面構造にとらわれすぎないといった考え方も大切である。診断に必要なモダリティの上手な使い分け（拡大観察が有用な症例では拡大を駆使すること）が重要ではあるが、“木を見て森を見ず”的な思考にはならないよう注意することも必要である。

主題の二村論文では、病理医が臨床医に求めるものとして、具体的な方法論から考え方、病理医が必要とする情報、生検の際の注意点、臨床医と病理医との関係性など事細かにアドバイスされている。今後の日常診療にぜひ役立ててほしい。

主題アトラスでは、食道、胃、十二指腸における上

部消化管腫瘍の病理組織学的内容を中心に、それぞれエキスパートの病理医にご執筆いただいた。

日常診療で比較的良好に遭遇する腫瘍性病変から鑑別を要する疾患、臨床医に知っておいてほしい疾患に至るまで、その概念や腫瘍発生、肉眼的特徴、病理組織学的特徴、生検のコツなど、余すところなく述べていただいた。臨床医に役立つ病理の考え方を知ることができるのは、この「胃と腸」誌ならではの強みだと思う。病理の先生方の熱意を強く胸に刻んでいただければと切に願う。

そして臨床医は確定診断で満足するにとどまてはいけない。その病変の形態がどのようにして成り立っているのか、なぜそのような形態なのか、病理組織学的な構築を知ることにより、組織型や範囲診断・深達度診断などを検証し、間違いを反省し、修正することの繰り返しにより診断精度向上に努める必要がある。臨床画像と切除標本や病理組織との対比は後ろ向き診断になる。そのため、振り返って画像を見直した際に、十分に検討できるような画像作りや標本作製が必要であることは言うまでもない。貴重な症例だけそうすればいいという考え方ではなく、常日頃から一例一例を大切にすることを習慣にしなければ、肝心なときにうまくいくはずがない。

そして、より正確な診断から治療につなげるためにも臨床医と病理医が良好な信頼関係のもとにディスカッションできる環境はとても大切である。互いに信頼できる関係性は、互いの診断レベルの向上にもつながる。

最後になるが、本号が臨床医にとって、日常臨床における上部消化管腫瘍性病変を診断する際の、まさに“教科書”的な一冊となれば幸いである。