

現在の高画素内視鏡が日常診療に用いられるようになってから久しく、拡大内視鏡をスクリーニング検査に使用する施設も多くなっている。それにより消化管腫瘍においては生検や切除前の時点で、病理組織学的所見に迫れる内視鏡診断が可能となってきた。通常観察では病変の存在診断や質的診断を行うが、拡大・画像強調などIEE (image enhanced endoscopy) による詳細な表面観察を加味することにより、病理組織像や病態を含む病理組織学的構築を想定することが検査医に求められる時代になりつつある。病変の表面構造からルーペ像を推測する、すなわち“考える内視鏡診断”を習慣づけることが現代の消化器医には必須とも言える。診断名が何かは不明であるが、取りあえず生検しておこうとの姿勢ではいくら症例の経験を経ても診断能向上は望むべくもない。もちろん、経験値を否定する意図は毛頭ない。ところが、“考える内視鏡診断”を推奨し、その思考過程を詳細かつ統一的に記したテキストは決して多くはないのが実状である。

学会や研究会を通じて多数の症例を経験することは将来遭遇する症例に対峙する際の重要な疑似体験となるが、その診断過程に内視鏡所見から組織構築や病態を説明できるだけの“根拠”が示されなければ応用が利かない。すなわち、未知(未経験)の症例に遭遇した際に疾患名や病態に迫れる術を持ち合わせていないため0か100かの対応にとどまってしまう。診断名が正しいか違っているかは確かに重要ではあるものの、研究会など他者の読影プロセスで最も勉強になり納得がいくのは、“鑑別診断をいくつか挙げつつ根拠をもってそれぞれを除外していく姿勢”ではないかと思考する。

今回の増刊号ではこの点に力点を置き、各著者に執筆を依頼した。消化管腫瘍の内視鏡所見を羅

列するだけではなく、診断に至る思考過程を十分に盛り込んだ企画にすべくお願いしたが、いずれも劣らずの力作であり、各人の実臨床での強い思いが込められた論文が渉猟されたと思う。Key Wordsに引き続き“「考える内視鏡診断」のポイント”の中には、診断する際の重要なエッセンスが的確に記述されている。忙しい読者や小生の様な無精者は美しい内視鏡所見やチャート、そしてこの“ポイント”だけ通読しても血肉になるであろう。

一方、これら人間が思考する診断過程をパターン化させたものが内視鏡領域におけるAI診断である。近年、その進歩は目覚ましく、特に大腸領域においては臨床応用され、本号でも時代の流れから取り上げた経緯がある。診療医全員がエキスパート足ることは不可能であり、その診断能の全体的向上にAI診断が必要であることは否定できない事実でもある。遠隔診療の必要性も叫ばれる現在、今後の発展に期待したいが、一方で課題もある。本診断法は単なるパターン認識にすぎず、AI診断の時代においても“考える内視鏡診断”の診断過程、重要性は変わらないであろう。

希少症例のみならず、非典型的ではあるが日頃よく経験する疾患/症例にこそ本増刊号の価値が発揮されることを期待したい。質的診断の“思考過程”に重きを置いてご執筆いただいた本号を熟読したし、その過程を身につければ、病理診断が自らの診断と違った場合に根拠をもって病理医と討論ができるだろうし、病理診断を盲信することも少なくなるはずである。市井の診断正書とは一線を画する増刊号となったと自負しているが、読者の批判も遠慮なくお寄せいただき、消化器診療に携わる全員の診断能向上につながれば幸甚である。