

大腸鋸歯状病変が注目を浴びてきたのは、ここ十数年のことである。中でも、SSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) は MSI (microsatellite instability) 陽性大腸癌の前駆病変として臨床的にはその存在診断、質的診断から治療の是非までが論議され、病理・遺伝子学的には遺伝子解析結果をもとにした組織診断基準に収束する傾向も認められているものの、まだまだ完全に一般化しているとは言い難い。また、本邦の大腸腫瘍の取り扱いの指針である「大腸癌取り扱い規約」(第9版, 2018年発刊)では、SSA/Pは現在も“腫瘍”には分類されておらず、“腫瘍様病変”の項目に置かれていることは早急に訂正すべきである。

ところで、SSA/Pの起源が過形成性ポリープと示唆されている背景や、SSA/Pと過形成性ポリープの鑑別が困難になってきたことを理由に、2019年にWHOより大腸鋸歯状病変に対する病理診断基準が新たに提唱され、SSA/Pの名称がSSL (sessile serrated lesion)に変更された。さらに、過形成性ポリープのうち拡張腺管が1つでもあればSSLとすると定義が変更された。一方、本邦では、大腸癌研究会プロジェクト研究においてSSA/Pの病理診断基準が検討され、2011年以降、本邦独自の病理診断基準が大腸癌取り扱い規約に記載されている。本基準は、①陰窩の拡張、②陰窩の不規則分岐、③陰窩底部の水平方向への変形(逆T字、L字型腺管の出現)の3項目のうち2項目以上を病変の10%以上の領域に認めるものをSSA/Pと診断するというものである。本邦の多くの病理医は、大腸癌取り扱い規約に従って病理診断していると推察される。最近SSLという用語を使用している内視鏡医も多いが、自施設の症例がどのような基準で病理診断されたのかを理解しているのだろうか? ぜひ、一度確認していただきたい。

SSA/Pは、adenoma-carcinoma sequence, *de novo* 発癌に続く、第3の発癌ルート“serrated pathway”における重要な病変であることは明白で、前述のごとく遺伝子異常も解明されている。欧米では、大腸癌のメインルートの一つであるとも言われている。しかし、SSA/Pは、これまで治療適応の遡上にはなく経過してきた歴史的背景があり、ごくまれに経験するいわゆるinterval cancerとして指摘されるぐらいであったことを考えると、本当に悪性度の高い病変なのかという疑問が残る。SM浸潤すると病理組織学的分化度が低下し急速に悪性度が増すとも言われるが、多数症例の集積による検証が必要である。

本号に掲載されている論文や座談会を熟読しておわかりいただいたように、SSA/Pの内視鏡診断基準や病理診断基準が各施設間で統一されていないという大きな問題が明らかになった。SSA/Pの症例検討を内視鏡医と病理医がしっかりと積み重ねて、診断基準を統一してからデータを持ち寄らないといろいろな議論がかみ合わない。治療(内視鏡的切除)の適応に関しても、すべてのSSA/Pを切除する施設もあれば、切除の適応を径10mm以上の病変としている施設などさまざまであり、本邦のガイドラインにも絶対的な指針は記載されていない。なお、本号では、主題研究として、近年報告されたSuSA (superficially serrated adenoma)、TSAの亜型としての粘液豊富な杯細胞を特徴とするMR-TSA (mucin-rich TSA)、SPS (serrated polyposis syndrome)などの最新情報も掲載されており、参考になったことと思う。

いずれにしても、本号を熟読したうえで、SSA/Pを中心とした大腸鋸歯状病変の問題点と解決すべき課題を理解していただき、今後の臨床的・病理学的大腸鋸歯状病変の取り扱い指針を収束させていくきっかけになることを期待したい。