

欧米ではBarrett食道腺癌の頻度が増加し、食道癌の主組織型となって久しい。本邦でも*H. pylori*感染率の減少により通常型の胃癌の減少が著しく、Barrett食道腺癌を含む食道胃接合部癌は増加している。しかし、いまだ単施設における症例数は少ないためまとまった検討は少なく、食道胃接合部癌の診断、治療において種々の疑問点が残されている。2017年に本邦で多施設共同研究(EAST)が行われ、食道腺癌の転移リスクが明らかになった。その結果、粘膜下層500 μ mまでの浸潤かつ、病変径>30mm、脈管侵襲、深層粘膜筋板(DMM)以深の低分化腺癌成分のリスク因子を有さないものが内視鏡的切除の適応として妥当であると示された。また、食道胃接合部腺癌における再検討でも、同様の見解が得られている。本号は前述の結果を踏まえ、食道胃接合部癌の内視鏡的切除の条件に関わる深達度診断、腫瘍の範囲診断、組織型診断を検討することを目的とし、小山、小田、海崎で企画した。

まず、井上論文では食道胃接合部腺癌の疫学について執筆いただいた。臨床的に間違いなく食道胃接合部癌は増加している印象があるが、精密な疫学としては明らかな増加ではないようである。がん登録などで食道胃接合部の部位を特定するコードがないため、食道胃接合部癌を的確に分類できないことが問題点として挙げられている。

食道胃接合部は解剖学的な特徴から空間が狭く、バリウムを溜めたり空気量を調節したりすることが容易でないこと、呼吸や心拍動の影響を受けやすいことなどから、画像診断が難しい。筆者の論文では、解剖学的な診断困難要素を排除した切除標本で、肉眼的に深達度を判定し、その有効性を検討している。食道胃接合部ならではの腫瘍の組織学的特徴や、腫瘍の成り立ちについても考察している。

小田論文では食道胃接合部癌のX線による深達度診断を検討している。やはり解剖学的位置から通常のX線診断学は使用しづらいことがうかがわれるが、腫瘍の肉眼型と腫瘍のサイズから深達度を推定する新しいX線診断学を展開している。他のモダリティでの診断でも十分応用可能で非常に参考に

なる。

内視鏡による食道胃接合部癌の深達度診断は松枝論文で検討されている。接合部食道腺癌と接合部胃癌に分けて検討しており、解剖学的な診断の困難さを払拭できれば、色調や肉眼型により高率に粘膜下層浸潤を診断できているが、食道側、胃側でその所見はやや異なることが示されている。

腫瘍の範囲診断は田中論文で示されている。食道胃接合部癌では、腫瘍の特徴的な発育進展形式や逆流性食道炎の影響により白色光での範囲診断は非常に困難で、NBIや酢酸散布による診断が重要であること、接合部胃癌であっても食道扁平上皮進展形態をとりうるなどが範囲診断のうえで参考になる。

Barrett食道腺癌は分化型癌がほとんどであるが、食道胃接合部癌にまで範囲を広げて、内視鏡による組織型診断を検討したのが池之山論文である。結果は、NBI併用拡大観察のほうが生検診断よりも組織型診断率が有意に高かった。さらに、未分化型成分混在癌の診断により、SM浸潤まで診断できる可能性が示されている。今後にさらなる発展が期待される報告である。

最後に主題症例は、いつもとは趣向を変えて、食道胃接合部癌の深達度診断を具体的な症例を挙げて設問形式で検討している。ここまでの深達度診断のエッセンスが盛り込まれているが、詳細に検討しても深達度診断にたどり着けない症例も混じっている。これは、現時点での食道胃接合部癌の深達度診断の限界と考えられる。

振り返ると今回の論文で検討した症例数は、筆者の論文は食道胃接合部癌83例(うち食道腺癌21例、以下同)、小田論文74例、松枝論文240例(91例)、田中論文94例(28例)、池之山論文116例(59例)であった。それぞれの症例数は少ないが、食道胃接合部癌の種々の問題点に対して、解決の糸口を与える出来栄である。本号の知見を利用して、食道胃接合部癌の問題点に対するオールJapanでの共同研究が必要と考えられる。本号が食道胃接合部癌の診療の一助になることを切に願う。