

編集後記

江崎 幹宏 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科

早期大腸癌に対する根治を目的とした内視鏡治療の適応は、内視鏡的粘膜下層剝離術(ESD)の普及により大きく広がった。なかでも、局所切除のみで根治可能なTis癌の中には、腫瘍径や形態から腸切除を余儀なくされた症例も存在したため、これらの症例ではESDの恩恵を享受することが可能となった。一方、浸潤癌であるT1癌の治療原則は従来リンパ節郭清を伴う腸切除とされていた。そのため、内視鏡治療による完全摘除が可能であった症例でも追加腸切除が勧められたが、T1癌におけるリンパ節転移率は約10%であることから、リンパ節郭清を伴う腸切除が追加されても多くの症例では癌の遺残を認めない事実があった。そのような臨床経験を背景に症例集積研究が積み重ねられ、T1癌における所属リンパ節転移リスク因子としてSM浸潤距離、脈管侵襲陽性、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌などの組織型、浸潤先進部の簇出などが抽出された。これらのリスク因子は2014年版の「大腸癌治療ガイドライン」において内視鏡的摘除されたpT1癌の追加治療の適応基準として採用され、SM浸潤距離に関しては $1,000\mu\text{m}$ が基準ラインとされた。2019年版の「大腸癌治療ガイドライン」においても追加治療の適応基準に関する変更はなされていない。しかし、大腸癌研究会のプロジェクト研究ではSM浸潤距離 $1,000\mu\text{m}$ 以上のT1癌リンパ節転移率は12.5%程度であったこと、超高齢社会という本邦の社会的状況とも相まって低侵襲治療の重要性が強調されているなどの背景因子を考慮すると、内視鏡治療技術の進歩に伴い早期大腸癌においても治療適応拡大の妥当性が論じられることは当然の流れであろう。

本特集号はT1b癌に対する内視鏡治療適応拡大の可能性を見据えて、①適応判断に必要な術前画像診断、②完全一括摘除を完遂するためのESD技術、③リンパ節転移リスクの正確な層別化のために必須となる切除標本の正しい取り扱い方と病理

組織診断、の3つの重要な要素を設定し、各部門のエキスパートの先生に執筆いただいた。いずれも本特集のテーマに見合った力作であり、T1癌に対する新たな治療ストラテジーの妥当性をさらに検証していくうえで示唆に富む内容となっている。

これまで早期大腸癌のX線・内視鏡診断学は、治療法が大きく異なるTisないしT1a癌とT1b癌の鑑別を主眼に検討が重ねられ、多くの有用な所見が導き出されてきた。一方、ESD手技の向上や機器の改良に伴い、SM深部浸潤癌であっても筋層に接していなければ技術的には内視鏡的完全一括摘除が可能となってきた。そのような状況が浸透してくると治療前に十分な画像評価を行わずに“とりあえず切っただけから考えよう”的な発想をする輩が増え、画像診断学の軽視あるいは診断学進歩の鈍化につながりはしないかと危惧してきた。しかしながら、本特集号ではNBI拡大所見におけるJNET Type 2B細分類化のT1b癌診断における有用性や、注腸X線造影検査における側面変形の数値化とSM浸潤距離や他リンパ節転移リスク因子との関連といった新たな知見が報告されている。また、SM浸潤距離予測におけるEUSの有用性も検討されている。すなわち、着眼点を変えることにより画像診断に関する新たな知見が見いだされ、X線・内視鏡診断学のさらなる進歩につながっていく可能性も十分ありうるし、集学的な画像診断アプローチの重要性がこれまで以上に再認識されるのかもしれない。

早期大腸癌の内視鏡治療適応拡大の是非を議論するうえでは、適切に取り扱われた臨床材料をもとにした的確かつ詳細な病理学的評価のさらなる蓄積が必須であるし、適応病変を的確に抽出しうるだけのX線・内視鏡診断学と治療技術のさらなる進歩が欠かせない。本特集号が早期大腸癌の内視鏡治療適応拡大に向けたさらなるエビデンス構築のための道標となることを期待する。