

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、病理医からは新井、臨床医から竹内と筆者が企画を担当した。

従来、上部消化管内視鏡スクリーニング検査における咽頭部は、食道から胃内へ挿入する際のただの通過点でしかないという認識から、内視鏡機器の発達に伴い、より詳細に観察可能となり、この部位に対する検者の意識が変容したのも事実である。しかし、現状では対策型胃内視鏡検診の普及に伴い、通常の診療の場から検診の場内視鏡検査が導入され、胃癌や食道癌の拾い上げには大きな福音をもたらしたが、いわゆる消化管としての認識が低い咽頭部の観察がいまだ疎かになりがちであることも事実である。

さて本号であるが、咽頭癌を早期で発見することの重要性を再認識していただくために、咽頭表在癌に対する理解と、診断や治療に対する共通認識を深めることを目的として企画した。

序説として小山に、咽頭表在癌の発見・診断、治療の歴史について述べていただいた。その歴史はまだ浅いが、近年では症例数が増加しており、さらなる検討により詳細な解析が進むことと思われる。

藤井論文では、病理組織学的な側面から解説いただいた。特に、IPCL (intra-papillary capillary loop) と NBI (narrow band imaging) 拡大観察所見および病理組織像の関係、さらには WHO (World Health Organization) 分類と頭頸部癌取扱規約との相違とその相違が生じた経緯、そして浸潤とリンパ節転移のリスク、HPV (human papilloma virus) の関連など詳細に解説いただいた。臨床医にとっては複雑かつ難解な点もあるが、臨床医と病理医との相互理解が重要と述べられている。

井上論文では、経口内視鏡を用いた拾い上げ診断、Valsalva 法とその工夫、白色光と NBI の使い分けなど、観察の工夫について解説いただいた。部位別発生頻度にも触れられ、臨床医が今後注意すべき点についても論じていただいた。

南方論文では、咽頭癌の範囲診断、深達度診断について解説いただいた。NBI とヨード染色による範囲診断について、また深達度診断では肉眼型、特に隆起型で上皮下層浸潤癌が多く IPCL の血管形態は診断の際にとっても参考になるが、注意が必要な病変が存在することを述べている。

川田論文では、この領域の経口的治療のスペシャ

リストとして ESD (endoscopic submucosal dissection)・ELPS (endoscopic laryngopharyngeal surgery) のよい適応となる病変の選択と具体的手法について、切除困難な部位別のアプローチも含め解説いただいた。内視鏡医単独では当然困難な手技であり、外科、耳鼻咽喉科、頭頸部外科などとの連携した協力が必要となる。

飯塚論文では、内視鏡的切除後の治療成績を解説いただいた。切除後のフォローアップに関して、脈管侵襲陽性や腫瘍の厚みが $1,000\mu\text{m}$ を超える症例では半年ごとの CT、頸部超音波検査を行い、リンパ節転移を早めに発見し対応することで長期予後が期待できると述べている。

清水論文では、内視鏡的切除後の異時性多発の頻度が高く、特に背景粘膜の状態に関して初回治療時、全身麻酔下にヨード染色を行った際の不染帯が多いほど食道と同様に異時性多発の高リスクであることを述べている。異時性多発は長期経過中にも出現し、できるだけ早く見つけることが重要であり、そのための具体的な観察の手順や、放射線治療後では内視鏡観察時、喉頭浮腫に注意が必要であると述べている。

トピックスとしては、経口的ロボット支援手術 (transoral robotic surgery ; TORS) に関する藤原論文をご覧いただきたい。現状と実際について述べていただいた。

主題症例である菊池、卜部、前田、竹内の各論文は、いずれも興味深い症例であり、内視鏡医としてぜひ記憶にとどめておきたいものである。

低侵襲治療が可能となってきた咽頭表在癌治療は大きな恩恵をもたらすものの、そのためには診断学がやはり重要である。今回、残念ながら深達度診断のアップデートはみられなかったものの、今後の新展開に期待したい。また、発育進展を考慮する上で網羅的な観察、撮影による症例の蓄積が重要である。咽頭癌ハイリスクのみを対象とするのか、撮影手順や IEE (image enhanced endoscopy) 非搭載の内視鏡機器における撮影の注意点など、基準化が望まれるところである。

本号が、上部消化管内視鏡検査を行う読者の皆さまに対し、さらなる咽頭表在癌の早期発見につながることを期待したい。