

編集後記

長浜 隆司 新東京病院消化器内科

本号の主題「転移性消化管腫瘍」を小林(福岡山王病院消化器内科)、八尾(順天堂大学大学院人体病理病態学)、長浜(新東京病院消化器内科)の3名で企画した。腫瘍の消化管への転移は、転移経路として血行性転移、リンパ行性転移、直接浸潤、播種性浸潤などがある。また、原発臓器や転移臓器により多彩な形態を呈することや、原発巣に先立ち転移病巣が発見されることもあり診断に苦慮することが多い。

転移性消化管腫瘍は、剖検例では比較的多くの報告はあるものの臨床的にはまれで、散発的な症例報告はあるが、まとまった報告はほとんどない。さらに、病変の多彩さからその臨床病理学的特徴ならびに臨床診断は明確にはされてはおらず、鑑別診断を行いながら確定診断に迫っていくというような診断学の現状がある。

しかしながら、序説で小林が述べているように原発部位、転移様式によりある程度特徴的な所見がみられることもある。加えて、原発臓器により転移を生じやすい消化管やその好発部位があり、そのような特徴を熟知しておくことで、ある程度原発巣を推定することが可能である。そのような中、本号では、主題にて消化管臓器別に転移様式からみた原発巣を類推するために有用な臨床病理学的特徴を明らかにし、主題症例では、さまざまな転移性腫瘍をアトラス的に提示することで転移性腫瘍の臨床診断に迫った。

転移性腫瘍は一般的に非上皮性の粘膜下腫瘍様の形態をとることが特徴とされるが、実際には早期癌様、進行癌様や4型進行癌様のびまん型など、さまざまな形態を呈することが多く、原発巣の有無にかかわらず臨床診断に難渋するケースが多く、確定診断は生検に委ねられることがほとんどであるが、HE染色標本のみでは診断が困難であり、種々の免疫組織化学染色を行うことが重要であると伴は述べている。しかしながら、コストの面からすべての染色を行うことは現実的ではなく、臨床側からの詳細な臨床情報の提供が不可欠である。また通常の生検では腫瘍組織を採取できないことも経験するた

め、ボーリング生検やEUS-FNAによる組織採取も有用と考えられる。

臨床診断は転移部位別に胃、十二指腸、大腸をそれぞれ荒尾、山田、田中が執筆した。

荒尾は文献的な考察から転移性胃腫瘍の内視鏡的特徴を明らかにし、乳癌の胃転移についてのシステマチックレビューを行った。他の転移性腫瘍がU・M領域に多く、粘膜下腫瘍様形態を呈することが多いのに比して乳癌の胃転移は、4型進行癌様の肉眼形態を呈し、U・M・L領域のどの部位にもみられ内視鏡的、病理組織学的にも原発性胃癌と類似する病変が多く、他の癌腫と異なる特徴を持つことを報告した。

山田は転移性小腸腫瘍を診断するのに有用な臨床的特徴とX線・内視鏡的特徴を病態、検査、浸潤形式別に概説し、鑑別すべき原発性腫瘍との鑑別を詳細に報告した。

田中は転移性大腸腫瘍の臨床的特徴と内視鏡所見の検討を行い、転移性大腸癌は内視鏡的に多彩な形態を呈するものの転移経路別に内視鏡所見の特徴が異なるため、病変の局在と内視鏡所見から転移経路を考えることが原発巣を類推するうえで有用であることを報告した。

転移性消化管腫瘍においては、いずれの臓器も内視鏡所見は一部に特徴的な所見を呈するものもあるが、多くは粘膜下腫瘍、上皮性腫瘍との鑑別を要する非特異的な所見を呈することが多く、内視鏡だけで診断できないときは桑鶴が報告しているようにCT、PETなどを有効に活用し、その鑑別診断においては内視鏡所見をもとに病態を予測し、既往歴や併存疾患を含めた患者背景を見落とさないようにし、採血データ、CTやPETなどの検査所見から総合的に診断していく必要があると思われる。

本号では、非常に症例数が少ない転移性消化管腫瘍について、小林の序説に始まり主題症例の4症例まで力作で読み応えのある報告をされた執筆者に感謝すると同時に転移性消化管腫瘍の理解と的確な診断のため多くの臨床医、病理医にご一読いただき今後の臨床のお役に立てれば幸甚である。