

編集後記

小澤 俊文 総合犬山中央病院消化器内科

自己免疫性胃炎(AIG)が、*H. pylori*感染に伴う慢性炎症の内視鏡像と異なることは以前から知られているが、近年では(超)早期診断例の報告が散見されるようになった。本邦で少ないとされてきたAIGの頻度もおよそ200～250人に1人と決してまれな疾患ではなく、早期診断に有用な内視鏡所見を知っておくべき時代に至っている。炎症や萎縮性変化の経時的変化、すなわちステージ別の臨床病理学的特徴もほぼ明らかとなった。内視鏡的所見(粘膜変化)が病理組織学的にどう対応するか、面と点での診断対比が可能となったのである。

実は2019年54巻7号の本誌主題は「A型胃炎—最新の知見」であったが、わずか4年間での内視鏡を中心とした早期診断の進歩ゆえに本特集号の再登場となったわけである。表現についてもA型胃炎ではなく、成因による幅広い疾患を表現するAIGの名称がより好ましい。

本特集号ではこれらの背景にしてそれぞれのトップランナーに執筆いただいた。この編集後記においてダラダラと記述した小生の駄文を読むよりも、春間賢氏の序説を繰り返し読み込むことが極めて有意義である。胃炎の歴史そのものと言ってよい氏が、いまだに診断が難しい「胃炎」の奥深さに拘泥されて深めた知識、そして渉猟され尽くした論文を背景とする胃炎研究の歴史は是非、若い医師に読みたい。EMRが胃炎研究の一環として始まったことすら知らない世代も多いはずだ。またAIG研究の裏話も散りばめられており興味は尽きない。

AIG診断のきっかけは古田論文にある“泥沼除菌”や高ガストリン血症の存在、そして内視鏡所見である。後者はその軽微な粘膜変化への気づきが早期診断への鍵になる、と各執筆者は異口同音に述べている。寺尾秀一氏にお願いした病期分類とそれぞれに対応する臨床検査所見と内視鏡所見との整合性などは極めて重要で、内視鏡医が取り入れるべき項目が多いが、決して難しくはなく、むしろコンパクトで理解しやすい時間軸の表(寺尾論文のTable 1)で示されている。地道に集積した症例を

まとめた臨床病理学的検討は頭の下がる思いである。この病期別の病理組織学的変化は九嶋論文(Fig.3)内で臨床医にも理解しやすく述べられているので、内視鏡所見を理解するうえでも必読である。丸山保彦氏は残存胃底腺粘膜(ROM)の割合に注目した、活動期(中期)AIGにおける内視鏡的萎縮度別の臨床評価を提唱されている。多巣性かつ段階的に、時相の差をもって萎縮が進行していくその様から、内視鏡所見が病理学的な「病期」を反映していることが納得されるはずだ。もはや木村・竹本分類や胃炎の京都分類ではAIGの分類に対応できない事実があり、粘膜所見が多彩なROMの臨床的意義については今後多施設での前向き検討の結果が待たれる。日頃から臨床的疑問・課題を持ちながら診療に携わる日本の内視鏡医による業績の1つである。

最後になるが、AIGを早期診断する意義、そして臨床的ステージ分類の意義はさまざまある(各種貧血や神経疾患、自己免疫性甲状腺疾患などの診断、補充療法などが)、やはり合併する可能性のある胃癌やNETに対する内視鏡サーベイランスの間隔の決定であろう。もちろん将来的にAIGの治療法が開発、確立されたのであれば早期診断の意義はさらに大きなものとなる。AIG単独では発癌しないとする向きもあるが、佐野村論文や水江論文にもあるように(自験例にもあるが)*H. pylori*未感染のAIG単独での胃腫瘍発生例は存在する。また生検組織採取さえすれば早期診断が可能とするには、AIGの病理組織早期像に精通した臨床病理医を多数育成することも必須である。九嶋論文にあるTable 2「病理医から内視鏡医へのお願い」はAIGに限らず臨床医と病理医との連携の重要性を改めて喚起している。何よりも先にAIGを疑うのは内視鏡医の眼である。しかるに本号の読者各位には胃炎診断に際して知識の引き出しが増えることを期待したい。酢酸亜鉛やP-CABによる新たな薬剤性胃粘膜障害なども加わり、胃炎診断は奥深く、難しく、そして面白い。