胃癌X線診断はどこまで可能なのか—胃内視鏡検査の立場から—

防府胃腸病院・研究所　防府消化器病センター　内科　顧問　
岡崎　幸紀

1966年5月のことである。医師国家試験の合格通知を受け取り、その足で当時の山口県立医科大学（後の山口大学医学部になる）第一内科の門を叩いた。見学した研究室のひと隅で、先輩が6cm四方の白黒フィルムを拡大鏡で覗いていた。後で教えられたが、胃癌検査にフィルムとの出会いである。1年間、島根県立中央病院第一内科に出向き、胃X線検査と胃カメラの手ほどきを受けた。当時は胃X線では二重造影法の全盛期であり、二重造影で描出されたⅡcやⅡc＋Ⅲの病巣は今でも鮮やかに脳腫に刻まられている。一方で、わずか4mm幅のフィルムであるが、色彩に溢れた胃カメラの画像にも魅了された。

翌年大学に帰り、以来大学院で肝臓の研究をしながら、消化管のX線と内視鏡を修了した。1976年、竹本忠良教授の着任とともに胃の内視鏡診断学に専念し、今も続けている。

長い間、X線は二重造影一辺倒であったが、内視鏡はファイバースコープが登場し、胃生検が行われるようになった。内視鏡の診断能力は向上し、さらには内視鏡治療も可能となった。電子スコープになり、さらに内視鏡の診断と治療能力は進展し、色素内視鏡、拡大内視鏡などのバリエーションも実用化し、内視鏡の診断と治療の技術修得も格段に容易になった。この間、胃X線検査には技術面の変化は無く、医師の撮影技術と診断能力の低下が指摘されてきた。1998年、当時編集委員であった雑誌「胃と腸」33巻4号で「胃癌の診断にX線検査は必要か」という特集が組まれた。しかし、この数年、高濃度低粘性バリウムが開発され、これを用いた二重造影中心の撮影法が開発された。DRも現れた。胃X線診断に一筋の光明を見出した感がある。

さて、現状で胃癌診断における胃X線診断の問題点とは具体的には何であるか。胃癌診断には、拾い上げ診断（存在診断）と性状診断（質的診断）がある。拾い上げ診断は癌の発見であり、性状診断は肉眼型、範囲、深達度の診断である。しかしながら、拾い上げ診断がなければ性状診断は無いのである。胃癌診断の究極は、拾い上げ診断である。胃癌の拾い上げ診断の観点からは、胃X線検査の習熟には時間がかかる。微細変化や凹凸の変化の拡大が困難、拡大困難な部位がある。内視鏡に比べて偽陽性が多い、X線診断の進歩が少なく内視鏡に比較して魅力が無い。胃X線検査の後退の要因であった。最近の胃X線検査が、これらの問題をどの程度改善し、癌の拾い上げ診断をどの程度向上させているのか、その報告は少ないし、内視鏡に勝る報告は無い。

胃癌治療の最先端である内視鏡治療の面から、小胃癌・微小胃癌の診断が焦れる問題である。これまで、小胃癌・微小胃癌の診断は、内視鏡検査が圧倒的に有効とされてきた。高濃度低粘性バリウムによる二重造影が小胃癌・微小胃癌の診断に何処まで追ることができるのが、内視鏡検査に追いつき追い越せるのか。この可能性の有無は近い将来の胃X線検査の存続にかかわるのではないか。

内視鏡にも問題点が無いわけではない。しかし、小さな癌の診断として色調の変化など有利な点があることは確かである。胃X線検査に胃癌の診断が何処までできるのか、内視鏡医はその結果においては、今後の集学を始めとする拾い上げ診断について、次の手段を考えなければならないであろう。欧米ではすでに内視鏡専門看護師によるS状結腸内視鏡検査が始まれている。