第65回日本内科学会講演会（1968年）

シンポジウム 早期胃癌の内視鏡*

司会者のことば

鹿児島大学教授 佐藤 八郎

SYMPOSIUM ON ENDOSCOPIC FINDINGS OF THE EARLY GASTRIC CANCER

Moderator Hachiro SATO

Professor of Kagoshima University

胃疾患診断法の目覚ましい進歩によつて、最近では長径1 cm以下と云うような小さい胃癌まで発見できるようになつてきている。胃の微細病変の診断が進むにつれて、われわれが実際に切除された胃の標本を見ても、その良・悪性の鑑別に迷うような症例が、手術前に施行された直視下胃生検法等の検査によつて、既に病理診断までつけられて手術が行なわれるというような発展を遂げてきているのである。

しかしこのような小さい胃癌の発見が増加する反面、一方ではあまりにも微細な変化を問題にするがため、良性病変を誤つて手術するといった誤診症例が増加しているのもまた事実であろう。

過去4年間の教室の成績を見ても、術前胃癌ないし胃癌の疑い濃厚として手術した194症例中、良性潰瘍13例、Hamartom 3例、良性ビラン11例、癌以外の悪性疾患3例、polyp 1例の経験があり、われわれに反省の資料を提供してくれている。教室の症例では、幸いに癌を癌でないとするいわゆるfalse negative症例は非常に少なく、162例中2例であつたが、非癌を癌と誤診するfalse positiveの症例が非常に多く、読みすぎによる誤診すなわちover-diagnosisの多いことが問題となつてきた。胃癌でなくても十分に手術適応のある

潰瘍病変等は、一応その責を免れるものだとしても、癌類似病変である良性ビランとの鑑別が、小さい胃癌の診断の文字通り“癌”としてclose upされて来た。

したがつて微小胃癌を対象にすればするほど、その診断には、レ線検査にしろ、内視鏡検査にしろ、おのずから、限界のあることを再認識させられるのである。

ここで一口に診断可能といつても、二通りの意味があると考えている。すなわちこの病変は内視鏡分類Ⅱcの癌であると、質的診断までつけ得る場合と、ただ単に胃体上部後壁に何か病変がありそうだという存在診断のみ可能な場合とがあるということである。

わたくしは内視鏡検査の診断の限界を、この存在診断がどこまで可能かということにおきたいと考えている。何故ならば、存在診断さえ可能となりさえすれば、かかる病変に対しては、われわれはさらに積極的な手段として、胃病変を直視し得る内視鏡の特性を十分に利用した直視下胃生検（教室の成績では、早期胃癌20例中17例陽性、陽性率80.6%）とか、直視下洗浄細胞診（早期胃癌35例中34例陽性、陽性率97.2%）等の助けをかりれば、内視鏡でcheckされた病変はほとんど100%に近く、質的診断まで下すことが可能だと思われるからである。

* 本シンポジウムは1968年4月1日東京都新宿区東京厚生年金会館にて行なわれた。

今回“早期胃癌の内視鏡”というsymposiumの企画された目的の一つは、内視鏡検査でこのような質的診断あるいは、存在診断が果してどの位まで小さい胃癌に対して可能なのか、さらに限界と考えられる線からまた一歩診断技術を前進させるためには、如何なる方法がとられ、その期待はどこまで拡がりうるのかということについての現況を教えて頂くと同時に、小さい胃癌の発見が増加してくるにつれて、従来まで多くのendoscopistによつて研究されて来た早期胃癌の内視鏡診断基準を再検討して見る必要があると考えたからである。

しかし、内視鏡像のcriteriaの確立と簡単にいつでも、切除標本とは異なり、内視鏡像には、病変の器質的变化の上に、胃の機能的変化や、炎症性変化等の要因が加わるため非常に複雑な所見を呈し、また内視鏡の側にも病変の再現性、記録性に問題を残し、これが早期胃癌の内視鏡像だと一口にいえる所見を提供することは仲々困難かも知れない。

教室の成績でも、早期胃癌のみに限って検討すると、1回の内視鏡検査で、確定診断をつけ得た症例は83%であり、残りの17%は長期間の経過観察、あるいは前述した細胞診等の補助診断の助けが必要であつた。この存在診断しかつかなかつた早期胃癌の中には、病巣の長径が4 cm以上の拡がりを出すようなかなり広範囲に浸潤した症例もあり、あながち小さいという因子のみが、診断の困難さを決める唯一の条件ではなく、病巣の種類は勿論、病変の存在部位によつても、いろいろと難易を生じてくる。

良性ビラン、潰瘍瘢痕、小さい粘膜の凹凸Ⅰ、Ⅱa、Ⅲを伴わないⅡc、Ⅱb等の病変のcheckから診断までには、結局、豊富な内視鏡経験と医師の側にも確実な診断をつけようとする積極的な意欲が要求されてくる。

内視鏡像の読みに客観性を持たせるために、その所見をcomputerにかけて判決するといった試み

もないではないが、最終的には、疑わしい病変の一つ一つの小さい所見の読みは勿論であるが、その像全体を一つの悪性像patternとして診断できるようになることであり、各演者が供覧されるような貴重な症例のカメラ像をできるかぎり数多く見て頂いて、微細病変の読みに馴れて頂くのがいちばんの近道かも知れない。

内視鏡のもう一つの功績として、手軽に行なえるようになった内視鏡検査が、疑わしい病変の経時的観察を容易にし、その上記録性に富むカメラの特性が逆行的資料の追跡を可能としたため、最近早期胃癌にかんする新しい知見が次々と発見されてきている。特にその中で注目したいのは、悪性潰瘍のcycleにかんする研究で、癌性潰瘍でもその経過中に見せかけ上の治癒を営むことが決してまれでなく、潰瘍の縮小傾向をもつて良、悪性の鑑別の指標とした従来の判定基準は根本的に訂正されなければならないという事実の発見である。

したがって潰瘍の治癒判定についても、白苔の消失、発赤の消失等をもつて今まで簡単に判定していたものが曖昧になつてしまい、潰瘍瘢痕の性状の十分な観察によつても、治癒と判定できなくなつてしまい、何時どの時点で、経過追求を止めていいのか、またここに潰瘍治癒のカメラ像の読影という新しい命題が提供されてくる。

その外biopsyにおいて、異型上皮の取扱い、cytologyでは、class Ⅳの取扱い等、多くの問題を残しており、これらの問題についての見解も教えて頂きたいが、今回は主として早期胃癌（内視鏡学会分類の妥当性も含めて）の内視鏡という問題だけにしぼつて、常岡教授には内視鏡検査の現況と将来の夢、芦沢教授には、Va型カメラを中心に噴門下病変の診断、種子田講師には、存在診断の可能性の限界、増田助教授には、癌類似病変の内視鏡、川井講師には早期胃癌の経過、内海博士には、今後の内視鏡の開発の可能性といったテーマで講演を依頼した。活発な討議を期待したい。