

# 画像診断との対比で学ぶ 大腸疾患アトラス

## 内視鏡切除後の再発： 水平方向断端陽性, 垂直方向断端陽性

講師 教授  
上杉憲幸, 菅井 有  
Noriyuki UESUGI Tamotsu SUGAI  
岩手医科大学医学部病理診断学講座

切除断端における癌浸潤, 癌遺残, 根治度の判定は、『大腸癌取扱い規約 第9版(2018年7月)』のp25に記載されている。内視鏡摘除標本における切除断端の評価は, 水平断端(粘膜断端: HM)がHMX: 水平断端の癌浸潤の有無が不明, HM0: 水平断端に癌浸潤を認めない, HM1: 水平断端に癌浸潤を認める, 垂直断端(粘膜下層断端: VM)もHMと同様に, VMX, VM0, VM1に分けられている。注釈には, 「癌と腺腫成分が共存する病変で腺腫が切除端にある場合, 癌と分けて腺腫成分陽性と記載する」とある。HM0 (adenoma (+))は, 癌の水平断端陰性であるが, 腺腫の水平断端は陽性という意味である。

一方, 垂直断端は, 「垂直断端までの距離が500 $\mu$ m以内の例で局所再発が報告されている」との注釈がある。したがって, VM0の場合, 断端から癌までの距離を記載することが望ましい(必ずしも記載する必要はない)。

また, 内視鏡摘除後の癌遺残(ER)については, ERX: HMXまたはVMX, ERO: HM0かつVM0, ER1 (ER1a [HM1, VM0], ER1b [HM0, VM1またはHM1, VM1])とER2 (明らかな癌遺残)に分けることになっている(病理診断で評価する場合は, pHMの如くpathologyのpを所見記号の前に付して表すことになっているが, 字数の関係で本稿では省略した)。

著者らのグループは, これらの内視鏡摘除後の癌遺残もしくは再発についての研究を大腸癌研究会のプロジェクト研究で行っている。それらで集められた症例の一部を症例1~4で提示している。実際の症例で上

記記載から癌遺残が考慮されたとしても追加切除した結果, 遺残再発のなかった症例も多くみられ, その一方でリンパ節転移や遠隔転移がみられた症例もあった。早期大腸癌の内視鏡摘除後の治療方針の決定は今後ますます重要であるが, その為には摘除標本の緻密な組織学的検索が必須であることに留意する必要がある。

深達度, HM, VM以外にも簇出(budding: BD1~3), V (Victoria Blue/Elastica van Gieson 染色, VX, V0, V1a, V1b, V1c, V2), Ly (D2-40などの免疫染色), の診断精度管理も重要である。

さらに, 私見として疑問に思うことがある。種々の内視鏡摘除後の追加治療の基準について, 追加外科治療された標本の病理診断で癌遺残やリンパ節転移がない場合, “over-surgery” と評価される場合があるが, “over-surgery” とは何か。

仮に, 早期大腸癌や早期胃癌で外科治療された結果, リンパ節転移がない場合に, リンパ郭清は“over-surgery” と評価されるのであろうか。

また, これらの基準の一つである病理診断の均霑化といっても限界がある。未来展望としてさらに優秀な目と分析能力をもった機器が開発されることを祈念するが, 現状としては所詮, 顕微鏡下で行われる, 人間の目と経験(教育と感性=頭脳)で判定される病理診断である。

現状では, できるだけリスクの少ない治療基準での, 完治を目標にした臨床医と病理医の協力が大事であると思う。現状の対応と未来に向けての試みでの基準づくりを, 今は混同してはいけない。

(監修コメント=社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院病理診断センター 藤盛孝博, 市川一仁)