

大腸鋸歯状病変の癌化を考える

藤井隆広*¹ 九嶋亮治*²

Takahiro FUJII Ryoji KUSHIMA

表1 アンケート協力13施設(敬称略)

山鹿中央病院	消化器科	三井貴博*
国立がん研究センター中央病院	消化管内視鏡科	曾 絵里子
広島市立安佐市民病院	内科	宮木英輔
恵佑会札幌病院	消化器内科	吉井新二
がん研有明病院	消化器内科	千野晶子
昭和大学	消化器内科	久保田祐太郎
松山赤十字病院	胃腸センター	川崎啓祐
久留米大学医学部内科学講座	消化器内科部門	河野弘志
岡山大学病院	光学医療診療部	浦岡俊夫**
東京慈恵会医科大学	消化器肝臓内科	中尾 裕
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部	消化器内科分野	井上 篤
秋田赤十字病院	消化器病センター	木村友昭
昭和大学横浜市北部病院	消化器センター	池原伸直***

現職；*葛西昌医会病院消化器内科，**慶應義塾大学病院腫瘍センター，

***神戸大学大学院医学系研究科消化器内科

2011年4月に青森にて開催予定であった第81回日本消化器内視鏡学会総会(青森県立中央病院, 吉田茂昭会長)は, 東日本大震災のため8月に名古屋で開催された。その学会でのワークショップ『大腸鋸歯状病変の癌化を考える』というテーマで, 味岡洋一(新潟大学病理学)がコメンテーター, 司会は九嶋亮治(国立がん研究センター病理科)と筆者が務めさせていただいた。各演者の先生方からは, 大変実のある内容の発表とともに, われわれが準備したアンケートに回答を頂いたことに, 深く感謝申し上げたい。今回, そのアンケート集計結果を報告する。

大腸鋸歯状病変(以下, SLとする)のなかでSSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) という新たな疾患概念が提唱され, SSA/Pと従来の過形成ポリープ(HP)との異同や, それぞれの診断基準・定義などいまだ確立されていないのが現状である。したがっ

てSSA/Pに対する診断基準などは, 施設間に多少の差があることは否定できない。そのため, 今回行った多施設アンケート集計結果については, 高い信頼性は得られないものの, SLの占居部位, 悪性頻度などについては参考データとして十分であると考えている。

アンケートに協力いただいたのは13施設(表1)で, 対象とした鋸歯状病変は2,954病変であり, すべて内視鏡または外科的に完全切除されたものである。それらSLをHP(10mm以上のHP, 以下LHP) 1,138病変, SSA/P 632病変, traditional serrated adenoma (TSA) 833病変, 混合型ポリープ(mixed polyp, 以下MIX) 351病変の4型に分類し, SLの臨床病理学的特徴について集計結果をまとめた。

●大腸鋸歯状病変の大きさと占居部位

図1は, その大きさとその頻度を示している。HPは1,138病変のうち5mm以下が45.7%と約半数を占めており, 10mm以上, いわゆるLHPは9.5%

*¹ 藤井隆広クリニック

〔〒104-0061 東京都中央区銀座4-13-11 銀座M&Sビル〕

*² 国立がん研究センター中央病院病理科

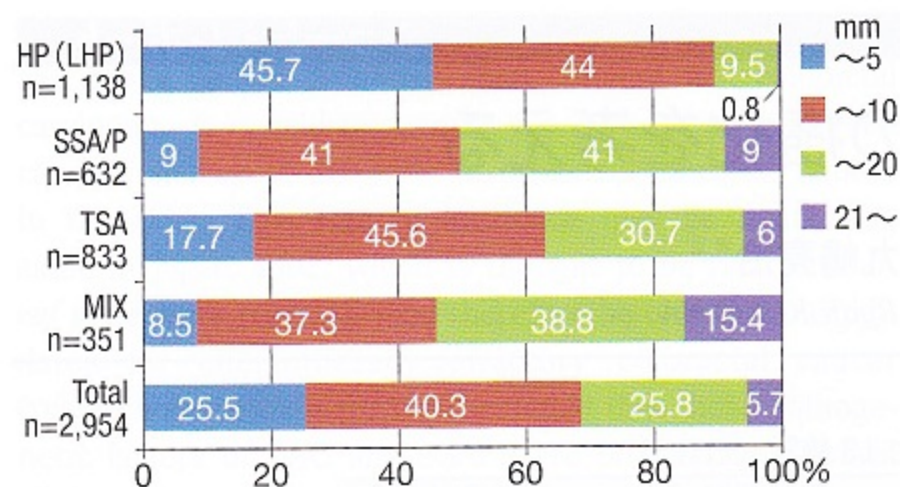


図1 大腸鋸歯状病変の大きさと頻度
— 13施設における集計結果

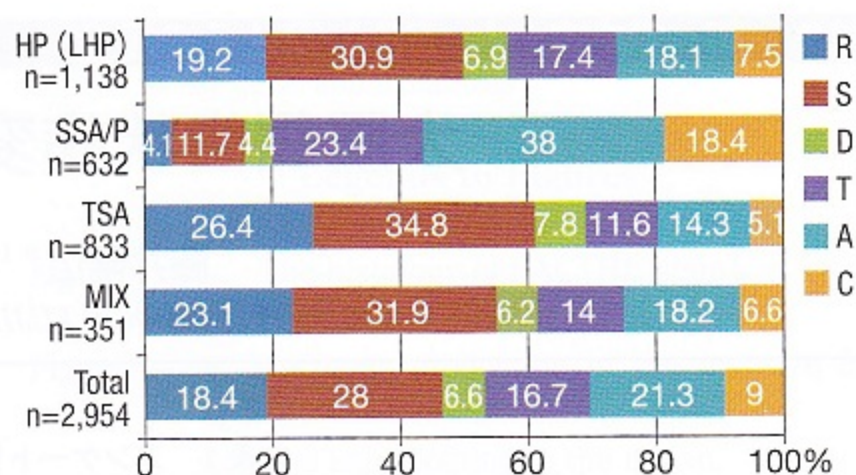


図2 大腸鋸歯状病変の占居部位
— 13施設における集計結果

表2 大腸鋸歯状病変の大きさと悪性頻度— 13施設における集計結果

	~ 5 mm	6 ~ 10 mm	11 ~ 20 mm	21 mm以上	Total
HP (LHP)	0%(0/520)	0.2%(1/501)	0%(0/108)	22.2%(2/9)	0.3% (3/1,138)
SSA/P	0%(0/56)	7.7%(20/259)	7.3%(19/261)	21.4%(12/56)	8.1% (51/632)
TSA	1.3%(2/147)	6.1%(23/380)	16.0%(41/256)	28.0%(14/50)	9.6% (80/833)
MIX	13.3%(4/30)	18.3%(24/131)	21.3%(29/136)	37.0%(20/54)	21.9% (77/351)
Total	0.8%(6/753)	5.4%(68/1,271)	11.7%(89/761)	28.4%(48/169)	7.1% (211/2,954)

表3 大腸鋸歯状病変の占居部位と悪性頻度— 13施設における集計結果

	R	S	D	T	A	C	Total
HP (LHP)	0%(0/218)	0.3%(1/352)	0%(0/79)	0.5%(1/198)	0.5%(1/206)	0%(0/85)	0.3% (3/1,138)
SSA/P	0%(0/26)	6.8%(5/74)	7.1%(2/28)	7.4%(11/148)	8.8%(21/240)	10.3%(12/116)	8.1% (51/632)
TSA	13.2%(29/220)	9.0%(26/290)	1.5%(1/65)	13.4%(13/97)	5.0%(6/119)	11.9%(5/42)	9.6% (80/833)
MIX	28.4%(23/81)	17.9%(20/112)	27.3%(6/22)	20.4%(10/49)	20.3%(13/64)	21.7%(5/23)	21.9% (77/351)
Total	9.5%(52/545)	6.3%(52/828)	4.6%(9/194)	7.1%(35/492)	6.5%(41/629)	8.3%(22/266)	7.1% (211/2,954)

R: 直腸, S: S状結腸, D: F行結腸, T: 横行結腸, A: 上行結腸, C: 盲腸

にみられた。直腸～S状結腸の5mm以下HPについては、内視鏡治療の対象としない考え方が一般的であり、5mm以下のHPを含めた本データは、検者による大きなselection biasが関わっており、本来のHPの大きさ別頻度を示すデータとしては、不十分といわざるを得ない。同様の考えから、図2に示すHPの占居部位別頻度において直腸とS状結腸が約50%を占めている。

ここでYanoら¹⁾の報告を紹介する。大腸内視鏡検査時に盲腸から直腸の全大腸にインジゴカルミン色素散布を行い、全症例は拡大内視鏡を用いて拡大観察にてHP、腺腫、癌病変を診断し、各病変の個数を算出した。その結果は、263症例中85.9% (226/263例) にHPを認め、5mm以下HPは201症

例に認められた。HPの全発見個数は3,060病変であり、そのうち5mm以下HPは98.7% (3,020/3,060) に認め、直腸のみで61.8% (1,867/3,020) に存在するとしている。

今回の集計結果にある直腸のHP頻度が19.2%の結果と比較すると、大幅に異なる結果である。したがって、今回のデータのなかでHPについては、10mm以上のLHPに注視していただきたい。

図1では5mm以下のSSA/Pは9%と少なく、ほとんどは6mm以上の病変であったのに対し、TSAは5mm以下が17.7%と多く認められた。MIXは、SSA/Pと同様に5mm以下が少ないのに対し、21mm以上の病変が15.4%と多く認められた。

図2では、既報のごとくSSA/Pが右半結腸に約80

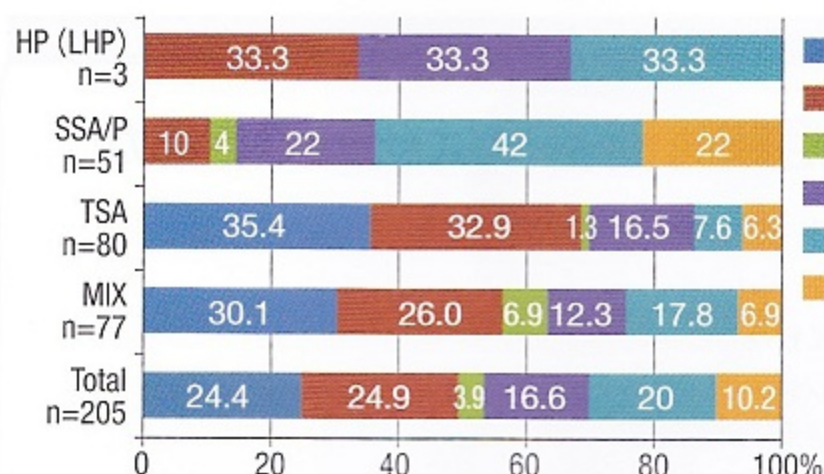


図3 大腸鋸歯状病変のM～SM癌占居部位
— 13施設における集計結果

%と多く占めるのに対し、TSAは直腸～S状結腸に約60%に認められた。MIXは、TSAに似た部位別頻度であった。

●大腸鋸歯状病変、早期癌の占居部位と悪性頻度 (表2, 表3, 図3, 図4)

HPの癌化は3病変で全体の0.3% (3/1,138) にすぎない。その3病変は、21mm以上が2病変、6～10mmが1病変であり、21mm以上のHPでは22.2% (2/9) に癌化を認めた。また、部位別にはS状結腸、横行結腸、上行結腸に各1病変を認めた。

また、SSA/Pの癌化率は8.1% (51/632) であり、それら癌化例は51病変のうち15病変がSM癌であった。SM癌15病変の占居部位別頻度は、すべて右半結腸に存在し、盲腸に40%を占めていた。M癌を含めたSSA/Pの早期癌51病変では、直腸には認めず右半結腸に86%を占めていた。大きさ別にみるSSA/Pの癌化率は、21mm以上で21.4% (12/56) であり、HPとほぼ同頻度であった。SSA/Pに対する病理診断基準が確立されていない現状を考慮すれば、21mm以上のLHPは、SSA/Pに位置づけた対応が妥当であると解釈できる。

TSAについては、TSAの癌化率は9.6% (80/833) であった。TSAの癌化病変は80病変であり、SM癌はそのうち9病変に認めた。その早期癌80病変の占居部位別頻度では、直腸～S状結腸に68.3%、大きさ別では、11～20mmでは16.0% (41/256)、21mm

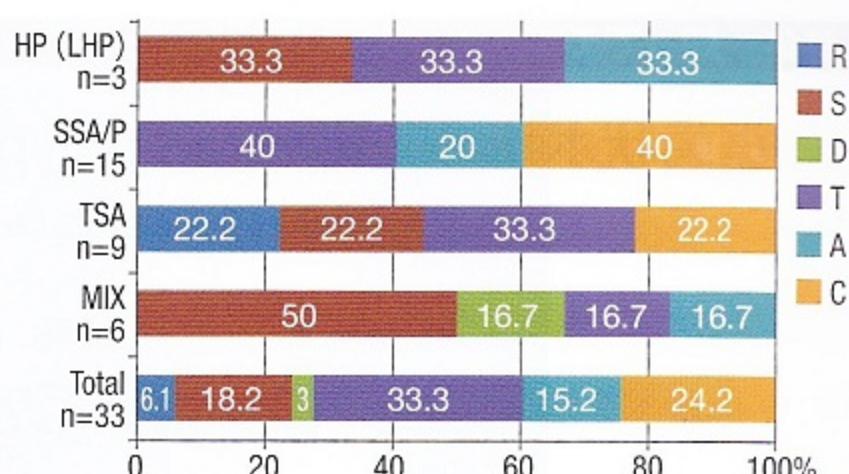


図4 大腸鋸歯状病変のSM癌占居部位
— 13施設における集計結果

以上では28% (14/50) であった。

MIXの癌化率は21.9% (77/351) であり、SM癌はそのうち8% (6/77) であった。M～SM癌の占居部位別頻度は直腸～S状結腸に56.1%を占めており、TSAに類似する結果であった。

大きさ別にみると11mm以上で21.3% (29/136) と、21mm以上では37.0% (20/54) と高率であった。

まとめ

1) 21mm以上の大腸鋸歯状病変は、癌化率を20%以上に認めており、HP、SSA/Pの診断基準に関わらず、積極的内視鏡治療が望まれる。

2) 直腸では、HP (LHP)、SSA/Pの癌化例は認めなかったのに対し、TSA、MIXにおいて癌化例を多く認めた。

3) 早期癌の好発部位は、SSA/Pが右半結腸(64%)、TSA、MIXでは直腸～S状結腸に56%以上を占めた。

4) 内視鏡治療の適応病変は、大きさに関わらず直腸～S状結腸のTSAとMIX、右半結腸の10mm以上SSA/Pと考えられる。

文献

1. Yano T, Sano Y, Iwasaki J et al: Distribution and prevalence of colorectal hyperplastic polyps using magnifying pan-mucosal chromoendoscopy and its relationship with synchronous colorectal cancer; prospective study. J Gastroenterol Hepatol 20: 1572-1577, 2005