

## (2) 「食道の上皮内癌の病理組織診断基準」

杏林大学医学部 病理学講座 大倉康男

食道早期癌の病理組織診断は、内視鏡を中心とした臨床診断あるいは治療法の進歩とともに大きく変わってきている。食道癌取扱い規約の初版(1969年)では「癌浸潤が粘膜下層までに止まる癌で、リンパ節転移の有無には拘わらない」であった早期癌の定義が、第3版(1973年)で「癌浸潤が粘膜下層までに止まる癌で、リンパ節転移のないもの」に変更され、第9版(1999年)で「壁深達度が粘膜内にとどまる癌で、リンパ節転移のないもの」に大きく変わり、さらに第10版(2007年)で「壁深達度が粘膜内にとどまる癌で、リンパ節転移の有無を問わないもの」になった変遷が示すとおりである。そのような中で上皮内癌の病理組織診断基準も変わり、最近では上皮内腫瘍の中に含まれると定義されている。

食道早期癌の病理組織診断基準は、恩師中村恭一先生が1985年に、癌診断のための必要十分条件としては、核の大小不同、核・細胞質比の増加、および *oblique line* or *lateral invasion* であるとし、付加条件としては、細胞形態の多様化、基底細胞列の乱れ、上皮の乳頭状突出、上皮内角化が認められると述べている。それに基づき、筆者は140例の表在癌切除検体とそれらの生検標本205個を用いて検討し、浸潤像がみられれば癌との診断に問題はないが、核の大小不同、核・細胞質比の増加、基底細胞を中心とした核配列の乱れ、異型上皮の乳頭状下方進展の組織所見が重要であり、さらにフロント (*oblique line*) は認められれば有用な所見であることを1991年に発表している。ただし、核異型の程度は進行癌とは比べものにならないほど軽微なものである。また、微小癌の検討から上皮内癌には異型細胞が上皮全層にみられないものが少なくなく、子宮頸部の上皮内癌の診断学とは異なる異型所見の捉え方をしなければならぬことも明らかにしている。それ以降数多くの早期癌症例を経験しているが、癌組織診断基準に大きな変更はみられない。同時に *dysplasia* の存在はほとんどないとする立場をとり続けてきている。

*Dysplasia* を容認していた渡辺英伸先生は、1991年に食道異型扁平上皮は反応性幼若上皮、低異型度癌、高異型度癌に分類でき、用語“*dysplasia*”を不用になったことを表明している。その影響は多大であるが、食道早期癌の組織診断基準が大きく変わった要因としては、ヨード染色で発見される上皮内異型病巣を組織診断する機会が増えたこと、早期癌の切除例が増えたこと、内視鏡切除術という身体への侵襲が少ない治療法が普及し、癌との診断が比較的行いやすくなったことなどがあげられる。しかし、消化管を専門とする病理医の間においても癌組織診断基準はいまなお微妙な違いがあり、*dysplasia* あるいは上皮内腫瘍の取扱いは用語を含めて共通化していないのが実情である。

本講習会では、現時点での上皮内癌の組織診断基準を具体的な症例を用いて解説したい。また、新たに加えられた“上皮内腫瘍”との関係についても述べてみたい。