

旭川医科大学病院病理部・病理診断科

市原 真

本邦における上部消化管の画像診断のレベルは極めて高く、早期病変の適切な拾い上げや手術前精査による病変評価の正確さは世界においても類を見ない。この誇るべき消化管診断学を今日まで支えてきたのは、撮像技術に対する飽くなき研鑽である。診断を担保する最良の写真を撮影するにはどうしたらよいかという大命題に向かって、手技の工夫や機器・薬剤の改良が繰り返された。美しい写真によって病変性状がより詳細に描出されるに連れ、消化管診断学は「発見できればよし」の時代から、「発見し、性状を予測する」時代へと急速に突入していった。

消化管診断学の進歩をもう一方で支えたのは、それまで独立気味に存在していた病理診断を臨床画像と対比し、双方に新たな意味を見出そうとした「臨床画像・病理対比診断学」である。1960 年代より白壁らを初めとする多くの先達によって構築された胃 X 線診断学は、組織切片上に見られる所見がいかに胃内腔側に示現されているかという詳細な対比検討によってもたらされた。消化管内腔面に平面情報＋厚みで描出される臨床画像に対し、平面に鉛直に割を入れて割面を評価する組織所見は“観察する軸が異なる”。このため、組織情報をそのまま臨床診断学に組み込むには理論とコツが必要である。現在では X 線診断学のみならず内視鏡診断学や超音波診断学等においても病理組織対比が必須であるが、NBI 拡大内視鏡等ごく近年になって開発された新しいモダリティの評価を除けば、対比診断学の概論は 50 年を経た現在もほぼ変わっていない。難解な解析を 50 年以上前に達成し、時代を超えて通用する対比診断学を世に問いかけた先達に敬意を表する。

このように完成度の高い臨床診断学が存在するためであろうか、しばしば我々は、臨床診断理論のみを頼みとし、診断学的一方を支えたはずの病理診断を、診断名と簡単な規約事項（例：0-IIc 型，高分化型管状腺癌(tub1>tub2)，深達度 SM2）のみで評価してしまいがちである。しかし、画像診断の一翼を担うのは紛れもなく病理組織切片の評価と臨床画像との対比である。本講演では、「消化性潰瘍の合併による胃壁の変化」と、「癌の粘膜下層以深への浸潤に伴う胃壁の変化」とを、豊富な X 線画像と病理画像を元に比較検討する。日常の検査における鑑別のための「目」を涵養する一助になれば幸いである。