

## [課程-2]

### 審査の結果の要旨

氏名 平山 慈子

本研究では、早期胃癌の内視鏡治療時に必須となる内視鏡的な腫瘍の範囲診断に着目した。範囲診断誤診に寄与する早期胃癌の臨床病理学的特徴を明らかにし、日常臨床で使われている NBI 拡大観察と色素内視鏡観察の範囲診断能を比較し、かつ各観察法での誤診寄与因子を明らかにする事で各観察法での診断に適した病変の特徴を解明する事を目的に解析を試みたものであり、下記の結果を得ている。

1.当院にて内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD：Endoscopic submucosal dissection）を施行した分化型早期胃癌 431 病変を対象とし、内視鏡的な範囲診断誤診に寄与する因子を遡及的に解析した。通常 ESD 施行時には腫瘍境界の約 5mm 外側にマーキングを置き、その外側に切開ラインを設定するため、病変周囲のマーキングと組織学的な腫瘍範囲の位置関係を元に範囲診断の正誤を判定した。その結果、誤診率は 7.2%で、平坦成分を伴う病変（随伴 0-II b 型）、大型病変、中分化型腺癌が誤診寄与因子であることが明らかとなった。誤診例の内視鏡所見、組織標本を見直すと、15.6%で術前に腫瘍辺縁の平坦成分を見落としていた。また 87.5%では腫瘍境界は平坦で、37.5%では誤診部位の表層が正常上皮で被覆され腫瘍細胞は粘膜層の中層から深層を進展していた。43.8%では誤診部の腫瘍境界は中分化型腺癌で構成されていた。（検討 1）

2.当院にて ESD 施行予定の早期胃癌またはその疑い症例を対象とし、NBI 拡大観察とインジゴカルミン散布による色素内視鏡観察の範囲診断能を前向きに比較した。ESD 術前に口側 NBI 群または口側色素群に割付し、割付に従い各観察法で口側または肛門側の腫瘍境界を観察し、境界と思われた部位にマーキングを置き、術後に境界マーキングと組織学的な腫瘍範囲の位置関係から範囲診断の正誤を判定した。その結果、NBI 拡大観察の正診率 89.2%、色素内視鏡の正診率 73.0%と前者で有意に正診率が高かった。（検討 2）

3.NBI 拡大観察の誤診率は 10.8%で、誤診寄与因子を解析すると、大型病変、プレパレート所見で腫瘍境界が平坦な病変で有意に誤診率が高かった。色素内視鏡観察の誤診率は 27.0%と高めではあったが、有意な誤診寄与因子は認めなかった。（検討 2）

4.境界マーキングのうち 1 つでも誤診だったものを「誤診病変」と定義して、誤診病変寄与因子を解析すると、大型病変のみが有意な因子となった。（検討 2）

以上、本論文では早期胃癌の範囲診断においては NBI 拡大観察が色素内視鏡観

察よりも有意に診断能が高いことを、組織学的な裏づけをもって明らかにした。また大型病変や腫瘍境界が平坦な病変では、NBI 拡大観察をもってしても誤診率が高く、複数の modality の併用等、さらなる工夫が必要な事が示唆された。

本研究結果は、早期胃癌の範囲診断の精度をさらに高める事で、範囲診断誤診による非治癒切除を減らし、さらに切除範囲を必要最低限に抑える事で ESD 関連偶発症を減らす事に貢献できると考えられ、学位の授与に値するものと考えられる。