

「胃腫瘍の拡大内視鏡診断」という企画を静岡がんセンターの小野，国立がん研究センターの九嶋，佐久総合病院の小山の3名で企画した。近年，NBI (narrow band imaging)，FICE (flexible spectral imaging color enhancement) に代表される IEE (image enhanced endoscopy) が開発普及し，胃腫瘍に対する拡大内視鏡診断が普及しつつある。しかし，拡大内視鏡から得られる情報はあまりに複雑かつ膨大であり，拡大内視鏡を初めてみた初学者は一体何が見えているのか，理解することができない。どの所見が何を意味しているのか。つまり，“何を見ているのか”がわからないからである。

本号の序説「拡大内視鏡で何を見ているのか」で榊は“内視鏡画像として得られた所見が何を示しているのか，最初に本質を見極めた診断体系を作る必要がある”と述べている。30年以上前に，拡大内視鏡による胃粘膜観察および拡大内視鏡による診断体系確立へひとり立ち向かった先達から厳しく，しかし明確な指針をいただいた。

本号ではまず「非腫瘍性胃粘膜の拡大内視鏡診断」をおさえ，次に「隆起型上皮性腫瘍」，「陥凹型上皮性腫瘍」，「MALT リンパ腫の拡大内視鏡診断」を検討した後に，「拡大内視鏡診断の限界」にも言及していただいた。さらには，NBI と FICE 併用拡大内視鏡診断による側方進展範囲診断を検討し，最後に組織型診断に迫るという企画にした。執筆はこのジャンルを代表する高名な内視鏡医達である。

八木は非腫瘍性粘膜の拡大内視鏡所見(7パターン)を極めて明確に解説した。では腫瘍はどうか。西倉は Kobayashi 分類に基づき，A type は胃型，B type は腸型，C type は胃腸混在型が多いことを解説した。豊泉は粘膜微細模様を small round, round or oval, tubular, irregular の4パ

ターンに，微小血管像を unclear capillary, normal capillary, abnormal capillary の3パターンに分けて解析した。藤崎は構造を密在，大小不同，血管構造を網目状，螺旋状，渦巻き状，などと表記している。角嶋は表面構造を正常，小型，大型，大小不同型，狭小・延長型，破壊型，消失型に分類し，血管構造を fine network 型，corkscrew 型，密在型，口径不同型，ちりちり型，視認できない型に分類した。小野は無構造領域，腺管膨化，異常血管という観点で解析した。八尾はかねてからの irregular microvascular pattern, microsurface pattern という観点で，最大倍率で観察した所見をもとに解析した。平澤，三浦は表面微細構造，微小血管の異常と表記し，具体的な所見分類には言及せず，竹内は血管構造を closed loop, open loop, coil shaped, tortuous, branched, bizarre の6分類，表面構造を circular, linear, oval, curved, polygonal の5分類し検討した。そして，友利の代筆を余儀なくされた小山は，以前から主張しているように，得られた所見を表面構造と血管構造に分け，表面構造を pit, villi, 不明瞭の3分類，血管像では network の有無で検討した。11筆者と榊を合わせると実に約70パターンである。勘弁してくれという読者の声が聞こえてくる。

ご承知の方も多いと思うが，食道癌の領域では，あの有名な井上分類，有馬分類を統一した日本食道学会分類が完成しつつある。胃ではどうか。榊は序説で次のように述べている“小異を捨てて病変の表現を統一して，その中の何を基準にするのか定めて，標準的な診断体系を作っていたきたい”。本号では現時点での胃上皮性病変に対する拡大内視鏡診断の最先端を各研究者の定義で提示した。1編集委員の力ではどうしてもないが，胃の拡大内視鏡分類が統一されることを切に願う。