

胃生検の問題点も約20年に及ぶ症例集積と経験とから、本号でその焦点が絞られたように思う。それは、臨床面においては各病変からの生検組織診断に有効となる採取部位の問題、病理面においては異型度の認識の問題である。

臨床面におけるその問題は、ともすれば内視鏡検査は病変存在の発見と生検組織採取のための手段となりがちな風潮のある中では重要な問題である。各病変についての肉眼・組織所見と生検組織とを対比しながら、生検組織診断に最適である組織片を採取することが必要である（早川ら、大井田ら、高木ら）。

病理面においては、適切な部位から採取された生検組織の診断、特に Group IIIまたは良性悪性境界領域についてである（喜納、高木ら、座談会）。この問題は良性悪性診断のための物差しである“異型度の認識”ということに尽きる。異型度の認識が経験的・主観的になされている以上、各人の異型度の物差しが異なることは必然であるからである。この物差しのバラツキの幅を狭めるためには、経験的・主観的な異型の物差しを客観的な物差しとすることの努力が必要である（菊池ら）。

一方、内視鏡は診断面のみならず治療面においても利用されつつある。胃の小病変の早期診断と内視鏡治療という一連の診断治療学とも言うべきものが確立され日常化するのも、そう遠い未来の夢ではなさそうである。

ファイバー内視鏡による生検が試みられたときから胃生検組織診断をしてきた1人として、日本における胃生検組織診断の歩みとも言うべきことを振り返ってみると、現在は相当に水準が高くなっていると言わざるを得ない。初期においては粘液細胞癌を癌としないようなことも行われていたからである。

<中村 恭一>

<編集> 早期胃癌研究会