

菅井有，九嶋亮治とともに今回の企画を担当した。期待以上に読み応えのある内容になったと感じている。

胃生検 Group 分類が改訂されてからほぼ2年が経過した。改訂の理由は国際的分類 (Vienna 分類) との整合性や異型度分類から質的分類への転換などとされている。本音のところでは，胃生検材料に向き合った病理医は腫瘍か非腫瘍かの鑑別を最初に行い，腫瘍であれば良性か悪性かの判定を行うという思考過程を辿り，新分類がそのプロセスに沿うこともわかった。臨床側からの要望に応える姿勢が大いに見て取れるものの，新分類には Vienna 分類の核心的要素である浸潤の有無が組み込まれておらず，生検分類の国際的共有化を進めるといっても，根本の診断基準の共有化が進んでいないのではないかという批判も十分に理解できる。

確かに，旧分類では胃生検病理報告を手にした場合に戸惑うことがあった。治療に踏み切るのか，それとも放置するのかという判断には有用であったが，直ちに再検査が必要である病変が旧 Group II, III, IV の中に埋もれ込んでいた。この点に関して，旧分類時代から工夫を凝らしていた施設もあった。海崎らの施設では腫瘍性(腺腫または癌)か非腫瘍性か判断の困難な病変を Group II + α とし，藤崎らの施設では分類そのものを使用せず，新 Group 2 に当たるような病変は AE (atypical epithelium) と臨床側に伝えられ，再検査でおのおの 28%，27% が胃癌であったことから，特別な取り扱いの必要性は明らかである。新 Group 2 という生検診断は再検査が病理側から喚起されたものであり，放置で済んだ旧 Group II 病変とは様変わりしたことを臨床側は積極的に受け止めなければならない。実際，鼻岡らの報告では新 Group 2 病変では 55% が再検査後に胃癌と診断された。

改訂に伴い，旧分類から新分類への Group 別

割合の変化がどの程度あったかも興味深い。小野寺らは新 Group 2 が 0.6% と激減し，Group 別の最小数派となったことを報告している。海崎らの Group II + α 0.6%，藤崎らの AE 0.4% に近似した値なので，腫瘍性(腺腫または癌)か非腫瘍性か判断の困難な病変に関する病理医間での一致率は高いものかと想像していたが，そうではないことも知った。複数の病理医が鏡検する小野寺らの施設で，一次報告された新 Group 2 の 1/4 が常勤病理医 double check で他の Group から変化したものであること，新 Group 2 症例に対して免疫染色と深切り標本作製などを追加した結果 25% だけが新 Group 2 にとどまり，残りは別の Group に変化したことは驚きであった。現状での病理医間の隔たりを確認するために，恒例の症例検討も実施した。過去にも騒然とした話題を呼んだ「胃と腸」誌ならではある企画である。新 Group 2, 3 あるいは 4 と診断されそうな症例に対する 12 名のわが国を代表する消化管病理医の生検 Group 診断は見事にばらついている。臨床側からも大いに情報を病理側に feed back する必要性が実感された。

旧 Group III から新 Group 4 への移行が，「胃癌取扱い規約第 14 版」の新旧分類対比表で抜け落ちていることを複数の病理医が指摘しており，Group 4 が Group 5 の補完的立場から，低異型度癌を包括する概念として独立する可能性があることを初めて知った。となると，Group 5 は高・中異型度癌，Group 4 は低異型度癌，Group 3 は腺腫と質的診断が強化されることになるのか，その折に腺腫，低グレード癌は同一のカテゴリーに属する腫瘍群であるとした菅井らの示唆がどのような意味をもつであろう。胃生検 Group 分類が 4 段階分類に移行する雲行き，あるいは 5 段階目に浸潤癌が入る可能性さえも想像させる。さらには，Group 3 病変の治療の必要性を内視鏡所見から判断する必要もなくなるのであろうか。