



NBIによる拡大内視鏡観察 ～本邦の統一分類をめぐって

岩館峰雄¹⁾, 小坂英和¹⁾, 佐野 互¹⁾, 服部三太¹⁾, 蓮池典明¹⁾
Mineo IWATATE Hidekazu KOSAKA Wataru SANO Santa HATTORI Noriaki HASUIKE

センター長 理事長・院長 センター長
生本太郎²⁾, 小高雅人²⁾, 佐野 寧¹⁾, 藤盛孝博³⁾
Taro IKUMOTO Masahito KOTAKA Yasushi SANO Takahiro FUJIMORI

1) 佐野病院消化器センター 2) 佐野病院消化器がんセンター 3) 神鋼病院病理診断センター

はじめに

2006年、病変表層の血管および表面構造を強調する narrow band imaging (NBI) の登場は、それまで大腸腫瘍診断の gold standard であった色素内視鏡観察 (pit pattern) の役割を大きく変化させることとなった。本稿では pit pattern 診断に対する拡大 NBI 診断の役割、および日本国内で乱立していた NBI 分類が統一されたので、統一分類についても言及したい。

拡大 NBI 観察と拡大色素内視鏡観察 (pit pattern)

2006年、われわれは血管の分類である capillary pattern (CP) 分類 (佐野分類) を世界に先駆けて報告し (図 1)¹⁾、分類の validation についても前向き研究を行い、その診断能も報告してきた (図 2)。

腫瘍・非腫瘍の質的診断に関して、CP 分類は、感度：96.4%，特異度：92.3%，正診率：95.3% と高い診断能が報告され、また 2009年、van den Broek らは、NBI は色素内視鏡と同等の効果があることを Meta analysis により報告しており、拡大 NBI 観察は色素内視鏡観察を置き換えたといえるだろう²⁾。

しかし早期大腸癌の深達度診断に関しては、拡大色素内

視鏡診断の深達度診断能は、感度：85.6%，特異度：99.4%，正診率：98.8% と高いのに対して、CP 分類では感度：84.8%，特異度：88.7%，正診率：87.7% と感度は同等であるが、特異度が低いために正診率が低下していることがわかる³⁾。特異度が低い程 oversurgery (M/SM1 癌を誤って SM2 癌と診断し手術と判断する) が増えることになるため、生体侵襲の大きさを考慮すると深達度診断では特異度の高い検査が優先されることになり、現状では拡大色素内視鏡観察が深達度診断の gold standard と考えられている。

NBI の役割は病変のふり分けであり、SM 浸潤癌が疑われる場合は、色素内視鏡観察による精査が必要となる。以上からわれわれは 3 step strategy を提唱している (図 3)。

大腸拡大 NBI 統一分類 (JNET 分類)

本邦における大腸 NBI 分類は、血管の分類である CP 分類 (佐野分類) が最初に提唱され、その後 CP 分類をさらに細かくした慈恵分類、血管に表面微細構造 (surface pattern) を加味した広島分類、血管所見で分類した昭和分類が提唱されて NBI 分類が混沌としていた。2011 年より優れた拡大 NBI 統一分類を作成するため、全国の大腸内視鏡専門医を中心に The Japan NBI Expert Team