

早期胃癌研究会

第64回「胃と腸」大会から

丸山 保彦¹⁾松下 弘雄²⁾

1) 藤枝市立総合病院消化器内科

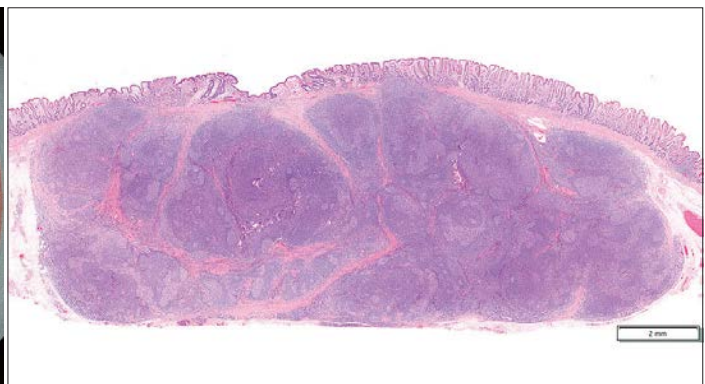
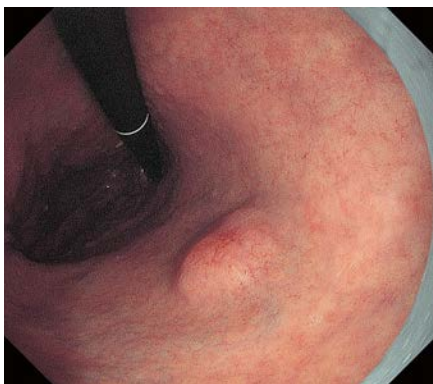
2) 秋田赤十字病院消化器病センター

第64回「胃と腸」大会は2025年5月8日(木)に第109回日本消化器内視鏡学会総会のサテライトシンポジウムとして札幌市教育文化会館大ホールとオンラインでのハイブリッド開催にて行われた。会に先立ち総会会長の山野(札幌医科大学医学部消化器内科学, 現 江別市立病院)より挨拶があった。司会は丸山(藤枝市立総合病院消化器内科)と松下(秋田赤十字病院消化器病センター), 病理は田中(岡山大学大学院医歯学総合研究科病理学(腫瘍病理))が担当した。“症例から学ぶ内視鏡診断・治療のポイント—忘れられない1例”は二村(福岡大学筑紫病院病理診断科)が担当した。

【第1例】 80歳代, 男性。胃 MALT リンパ腫。(症例提供: 大阪国際がんセンター消化器内科 北川大貴, 現 大阪公立大学)

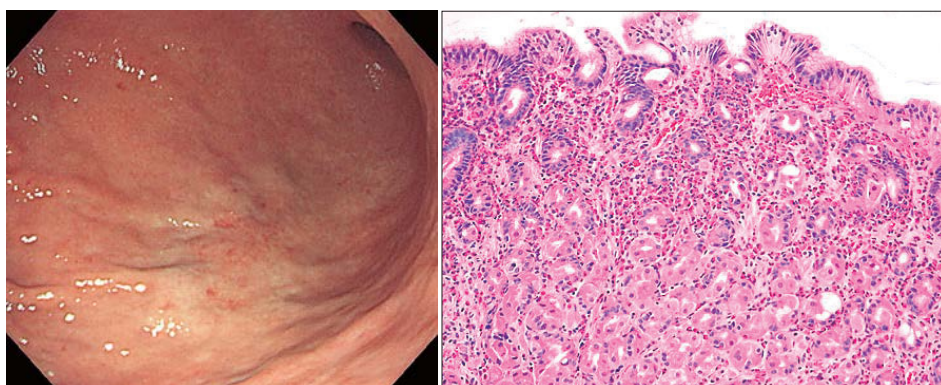
1年前のEGDにて胃体中部小彎に病変を指摘されたもののGroup 1にて経過観察となり, 1年後の再検で増大傾向を認めたため, 当科を紹介された。通常内視鏡観察では病変は胃

体中部小彎に位置する15mm大の隆起性病変であり, 上皮下病変(subepithelial lesion; SEL)の形態を呈していた(**Fig. 1a**)。背景粘膜は前庭部・胃体部に偏りなく広範囲に萎縮を認め, *Helicobacter pylori* 抗体は陰性であった。山田(浜松医科大学医学部附属病院光学医療診療部)はSEL病変は立ち上がり急峻で粘膜に近い層から発生している印象で, 表面には樹脂状血管が複数認められ, 扁平で低い隆起の頂部は発赤を呈していることから, 神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor; NET), MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫, 胃底腺型腺癌を鑑別診断として列挙し, この中で背景粘膜の萎縮から胃底腺型腺癌は考えにくいと読影した。NBI拡大像では, 隆起辺縁から中心に向かって窩間部が開大, 表面構造が消失し, 拡張血管した血管を認め, 辺縁にはLBC (light blue crest) 様のグリーン色調が散在していた。山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)は背景粘膜の広範な萎縮に注目して自己免疫性胃炎



1a 1b

2a 2b



(autoimmune gastritis; AIG)に合併したNET (Type 1)を疑うと発言した。超音波内視鏡 (endoscopic ultrasonography; EUS) 像では第2～3層に主座を置く境界明瞭な低エコー領域として描出され、内部エコーは均一であった。これらの所見から山田と万波 (岡山医療センター消化器内科) はMALTリンパ腫の可能性を考えると述べた。竹内 (長岡赤十字病院消化器内科) は顆粒細胞腫 (granular cell tumor; GCT) を鑑別として追加したいと述べた。PET-CT (positron emission tomography with computed tomography) では同部位に異常集積を認めた。診断的治療としてESDが施行された。

病理解説は田中が行った。ESDにより切除された病変の肉眼所見は粘膜下腫瘍 (submucosal tumor; SMT) 様の隆起で、ルーベ像では境界明瞭なリンパ濾胞様構造が多数認められ、杯中心はいびつな形態を呈し、濾胞間領域の拡大が顕著であった (Fig. 1b)。免疫染色像では、CD20陽性のB細胞が優勢であり、CD3陽性T細胞は胚中心内に散在する程度であった。CD10は胚中心に局限して陽性を示し、BCL2は陰性で転座は認められず、濾胞性リンパ腫は否定的と考えられた。Ig遺伝子再構成が確認され、B細胞性リンパ腫と診断されると述べた。さらにCD21、BCL6、IRTA1、Ki-67の染色態度より、濾胞間の腫瘍性B細胞が胚中心に侵入し腫瘍を形成したMALTリンパ腫と診断した。生検材料では小型リンパ球のみが採取され、結節構造や胚中心との関連が評価困難で典型的なLEL所見も認められないため、診断は困難であると述べた。病理委員の海崎 (福井県立病院病理診断科) よりコメントがあり、CD10・BCL2の染色結果から、濾胞性リンパ腫ではなく、濾胞性変化を伴ったMALTリンパ腫でよいと評価した。粘膜内病変の欠如についても同様の見解が示された。

【第2例】 60歳代、女性。好酸球性胃炎。(症例提供: 札幌厚生病院消化器内科 萩原武)

主訴は心窩部痛。乳癌術後の経過観察中に胃病変を指摘された。既往歴として、42歳時に左乳癌で外科手術、46歳、

54歳時に除菌治療、57歳時に乳癌局所再発に対する再手術歴がある。

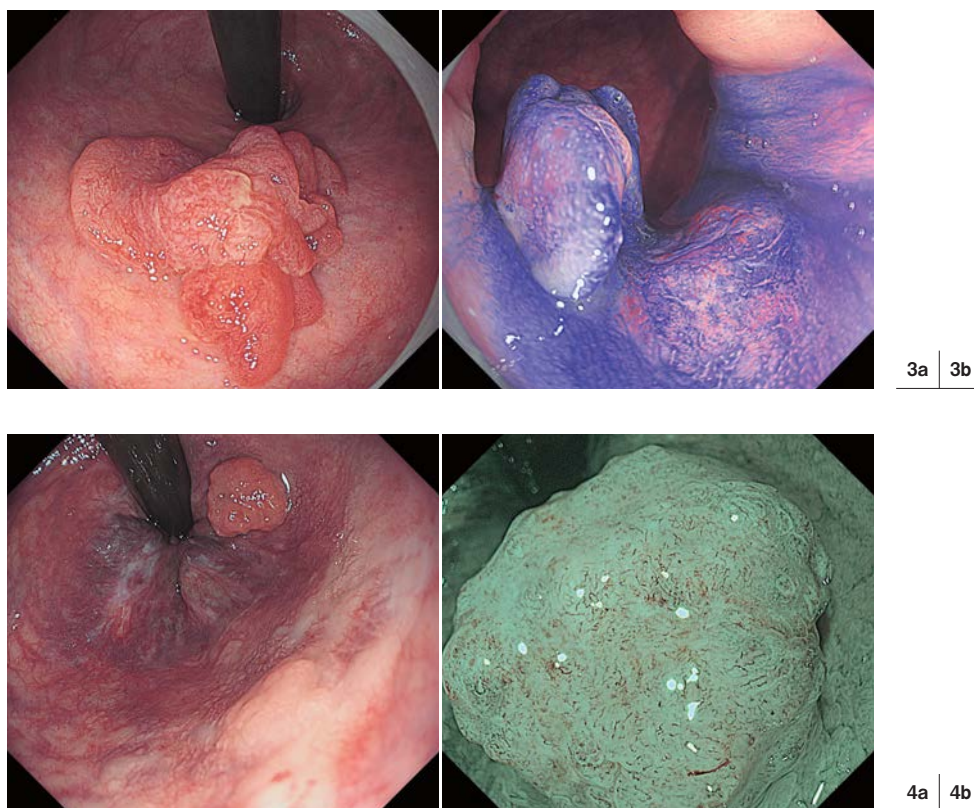
EGD像では、前庭部～胃体部にかけて複数の褪色平坦病変を認め、内部には微細な凹凸とびらんが観察された (Fig. 2a)。インジゴカルミン色素散布により境界明瞭な病変が確認された。読影を行った吉村 (九州医療センター消化器内科) および高橋 (佐久医療センター内視鏡内科) より、MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫、低分化腺癌、乳癌術後の転移性胃病変の他、非腫瘍性疾患としてアミロイド沈着、肉芽腫性病変が挙げられた。拡大内視鏡像では、背景粘膜にラウンドピットの均一な配列を認め、腫瘍性変化を示唆する破壊像や不整像は認められなかった。血管構造も特異性に乏しく、コークスクリュー状血管は確認されず、低分化腺癌の可能性は低いとされた。

病理診断は市原 (札幌厚生病院病理診断科、現 旭川医科大学病院病理部) が行った。生検組織にて粘膜固有層の表層付近に好酸球の帯状浸潤を認め、粘膜筋板直下にも中等度の好酸球浸潤があり、脱顆粒像も明瞭であった (Fig. 2b)。腺窩上皮は除菌後の再構築を示し、浮腫や血管構造の破綻は認められなかった。CD34染色では血管構築に異常はなく、好酸球数は100個以上/HPFを数え、好酸球性胃炎と診断された。病変部と非病変部の比較では、固有腺の密度や腺窩上皮の構造に大きな差はなく、唯一の違いは間質における好酸球の密度であった。この炎症細胞による白色調変化が内視鏡像での褪色調を呈した主因と考えられた。乳癌既往があり転移性病変も疑われたが、病理学的には非腫瘍性炎症性疾患であることが確認された。本症例の大腸病変に関しては精査されていないため、好酸球性胃炎にとどまるのか、胃腸炎であるのかは不明とのことであった。

(丸山)

【第3例】 60歳代、女性。潰瘍性大腸炎関連腫瘍 (症例提供: 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科 貞島健人)

35年前に潰瘍性大腸炎と診断されたが、無治療で放置し



ていた。今回、便潜血陽性にて大腸内視鏡検査を施行し、直腸に病変を指摘された。読影は三澤(昭和医科大学横浜北部病院消化器センター)と川崎(九州大学大学院医学研究病院病態機能内科)が担当した。三澤は注腸X線造影像では直腸の上皮性病変であり浅い癌の可能性があったが、内視鏡像では一部に陥凹している領域があり、同部で粘膜下層浸潤をしている癌とした(**Fig.3a**)。また病変肛門側には正常粘膜とほぼ段差のない平坦な dysplasia の存在を思わせる腫瘍性の腺管を認める領域(**Fig.3b**)もあり、潰瘍性大腸炎関連腫瘍(ulcerative colitis associated neoplasia; UCAN)の可能性が高いとした。川崎は注腸X線造影像では鋸歯状病変の可能性もあったが、内視鏡像ではそのような所見は認めないと述べた。また通常内視鏡像では一部に深部浸潤の所見を認めるが、同部の拡大像では表面の腺管構造が比較的保たれているとし、この乖離した所見がUCANに合致する、とコメントした。

病理解説は芥川(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科)が担当した。背景粘膜は潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であり、病変の隆起部は腺腫様から高分化管状腺癌、または中分化管状腺癌相当の dysplasia を認め、陥凹部は粘膜下層深部浸潤の中分化管状腺癌を認めるとした。また肛門側には平坦な dysplasia 領域が存在し、総合すると深達度T1bのUCANと診

断した。下田(東京慈恵会医科大学医学部病理学講座)はp53染色では平坦部は表層分化の傾向を示し、隆起部では混在する腺腫様病変部にて過剰発現の所見も認め、UCANと考えて妥当である、とコメントした。

【第4例】 70歳代、女性。2病変ともにamelanotic melanoma(症例提供:がん研究会有明病院下部消化管内科 栗原渉)

腸管 MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫の経過観察中に大腸内視鏡検査で直腸に隆起型と表面隆起型の2つの病変を認めた。読影は加藤(トヨタ記念病院第一診療室検診センター)と吉田(京都府立医科大学大学院医学研究科消化器病態制御学)が担当した。加藤は通常内視鏡像およびNBI拡大像から、隆起型病変は腺癌の可能性、表面隆起型病変は診断困難である(**Fig.4a**)とした。吉田は通常内視鏡像およびNBI拡大像で腺管構造が目立たないということに着目し、腺癌でなく扁平上皮癌、amelanotic melanoma、あるいはリンパ腫などの可能性があるのではと述べた。会場から佐野村(北摂総合病院消化器内科)は、NBI拡大像で血管像は一見不整な構造のようであるが、詳細に観察すると比較的均一なループ状の構造が主体であり、腫瘍性の血管ではなく上皮下に存在する血管が腫瘍により二次的に引き伸ばされている所見(**Fig.4b**)と判断し、2病変ともにamelanotic melanomaと診断したい、とコメン

トした。その後の色素拡大観察では加藤, 吉田ともに2病変ともにamelanotic melanomaを考えたいとした。

病理解説は河内(がん研究会有明病院病理部)が担当した。2病変ともにamelanotic melanomaと診断した。表面隆起型病変はMALTリンパ腫の表層にamelanotic melanomaの組織が存在していたが、両病変の因果関係はないように思われるとのことであった。また隆起型病変の辺縁には腫瘍の上皮内進展の

所見を認め、一方表面隆起型病変にはそのような所見は認めず、おそらく隆起型病変からたまたまMALTリンパ腫の表層に粘膜内転移を来して表面隆起型病変となったのではないかと推測した。

amelanotic melanomaの内視鏡像として、特にNBI拡大像は特徴的であり、非常に勉強になる症例であった。(松下)