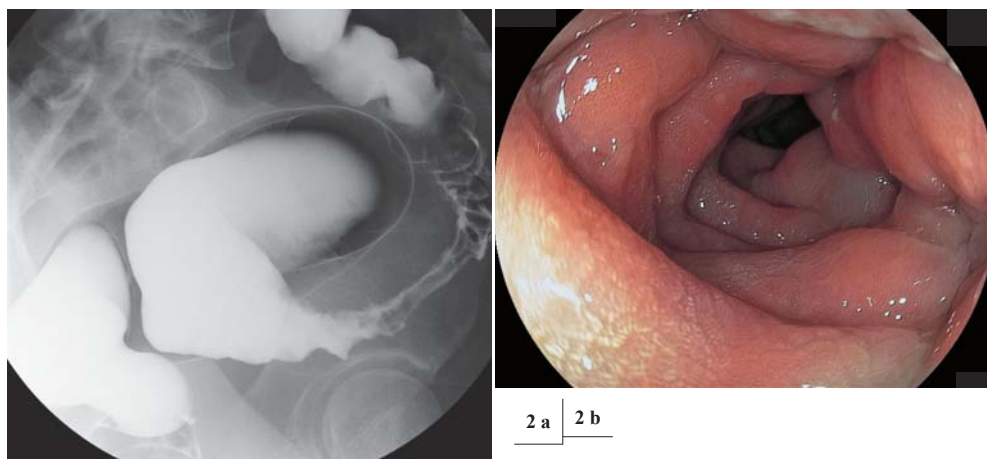


2026/09/23 11:23:01



【第2例】 30歳代，女性．びまん浸潤発育を呈する進行大腸癌（症例提供：原三信病院消化器科 仁保宏二郎）．

下腹部痛，下痢，粘血便が主訴の症例である．読影は入口（東京都がん検診センター消化器内科）が担当した．ガストログラフィンによる注腸X線（Fig. 2 a）ではS状結腸に長い狭窄がみられ，中心部は潰瘍性変化があり，周辺は伸展不良がみられる．炎症性的変化で，放線菌症，腸間膜脂肪織炎が考えられるとした．斉藤（市立旭川病院消化器病センター）は中心部に全周性潰瘍があり，辺縁部は伸展不良所見がみられ粘膜面に変化はみられない．腸管子宮内膜症が最も考えられる．4型癌の可能性もあるが，潰瘍が広すぎることが合わないとした．清水（大阪鉄道病院消化器内科）は狭窄部が長い，非対称性の部分がある，中心部にアクセントがあることからびまん浸潤型大腸癌が最も考えられる．転移性大腸癌も考えられるが狭窄が長すぎる点が合わないとした．

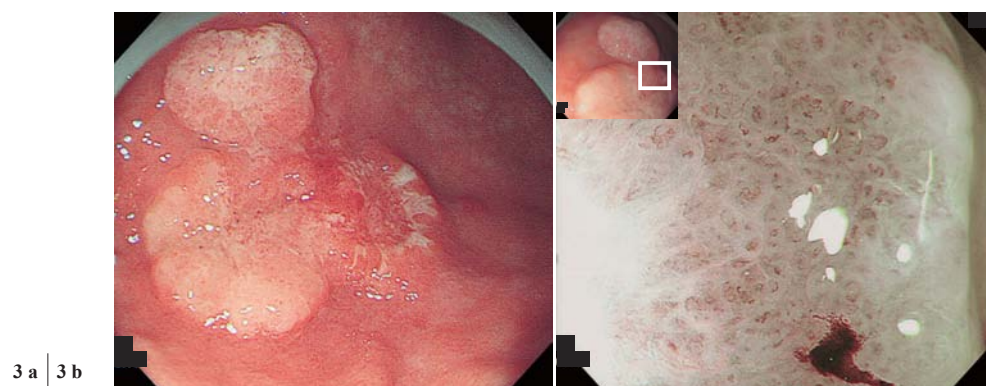
内視鏡では狭窄の強い中心部は広い潰瘍で，硬化所見がみられるが癌の所見はみられない．周辺は発赤を伴う浮腫状隆起がみられ（Fig. 2 b），周囲からの炎症が及んで粘膜面に変化が起きている可能性が高く，腸管子宮内膜症が最も考えられるとした．斉藤は中心の狭窄部には半周以上の潰瘍があるが癌とははっきり読めない．中心部に最も強い所見があり両側周辺にほぼ均等に所見がみられ，その所見が徐々に弱くなっていることから中心部が癌である可能性が高いとコメントした．

病理は瀧澤（九州大学形態機能病理学）が担当した．3型の中分化～低分化の腺癌，深達度SSであり，リンパ管侵襲著明，リンパ節転移陽性であった．マクロ像では

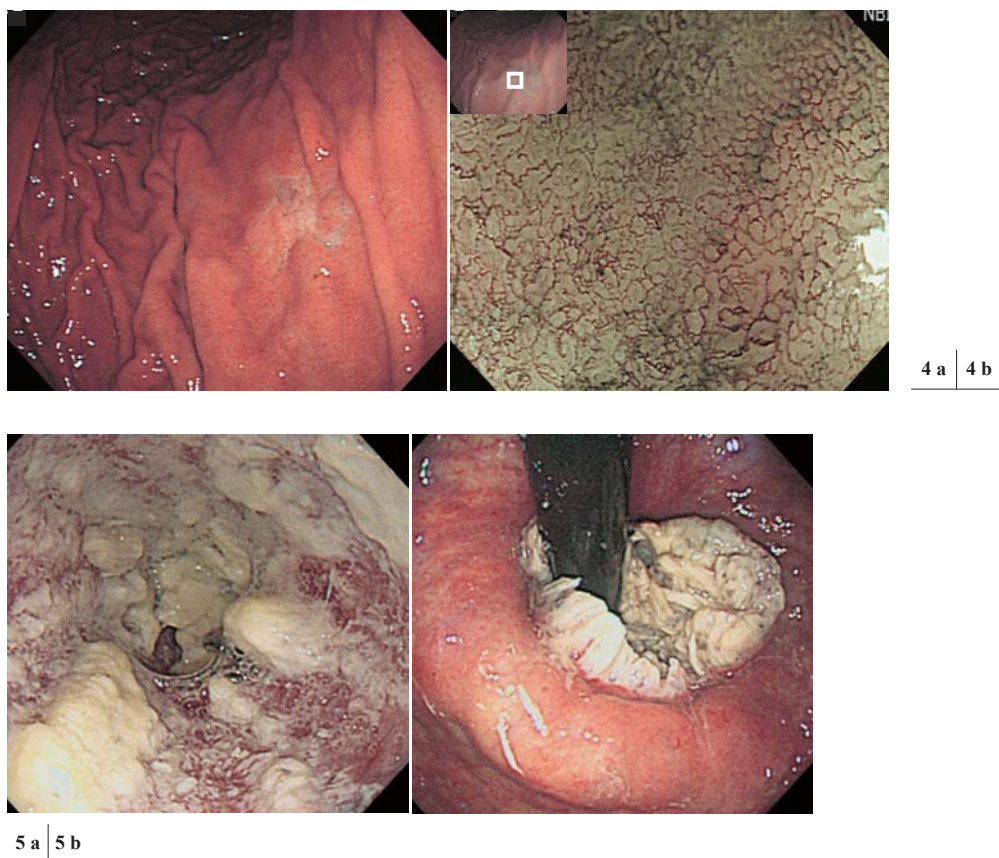
病変の中心部に潰瘍があり，その周辺に褪色调の境界不明瞭な顆粒状粘膜がみられ，さらに外側に敷石状～結節状の粘膜を認める．ミクロ像では病変の中央部では粘膜内病変が露出し中央は潰瘍がみられ，比較的層構造を保ったまま腫瘍が分け入るように漿膜下層まで浸潤している．周辺は，表層を正常粘膜が覆っており，層構造を保ったままリンパ管侵襲を主体に癌が粘膜下層以深にびまん性に浸潤していると説明した．味岡（新潟大学分子・診断病理学）は癌がリンパ管侵襲を主体に浸潤しているため，線維化があまりなく粘膜のちぢみがみられない．それに加えて，大きな癌のmassを作らなかったため癌と診断することが難しかった可能性があるとして述べた．二村（福岡大学医学部病理学）は癌性リンパ管症型で浸潤しており，びまん浸潤型，4型大腸癌と考える．周辺粘膜は脳回状になっているが，浮腫のみでなく線維筋症の変化も加わっているとコメントした．渡辺（新潟大学名誉教授）はマクロ像で周辺粘膜に結節があり3つの可能性を考える必要があるとして述べた．浮腫状でひきつれがないためスキルスでは合わない，発赤が弱いので膿瘍が粘膜内に噴出するタイプでは合わない．したがって，リンパ管侵襲の強いタイプが最も合致するとした．（大川）

【症例3】 70歳代，女性．胃内分泌細胞癌〔症例提供：坪井病院消化器科 小澤俊文（現：佐藤病院消化器内科）〕．

体下部大彎の深達度SMの内分泌細胞癌である．多彩な組織像を呈し，癌の深達度診断と組織型診断が主に議論された．読影は田沼（手稲溪仁会病院消化器内科）が行った．X線では体下部大彎に境界明瞭な3cm大の陥凹を伴う結節集簇様病変が認められ，高分化型腺癌，深達度SMと診断した．通常内視鏡所見（Fig. 3 a）は，褪



2026/09/23 11:23:01



生検で癌が認められたこと、EUS (endoscopic ultrasonography) で第3層に癌浸潤があると判断したこと、出題者らは腹腔鏡補助下の幽門側胃切除を行った。病理解説は大成 (松山赤十字病院病理部) が担当した。切除標本の体中部後壁に20 mm大の陥凹を認めた。陥凹部の表面 (被蓋上皮) は非腫瘍性の腺窩上皮に覆われ、粘膜中層から深部の腺頸部には分化型腺癌が横這い型に拡がっていた。癌は粘膜下に cystic な構造を形成し、深達度はSMであった。腫瘍部分の免疫染色では、 H^{+}/K^{+} -ATPase が部分的に陽性、ペプシノゲンI がびまん性に陽性で主細胞への分化があり、胃底腺型胃癌と診断した。*H. pylori* 陰性で萎縮性胃炎もほとんどなく、これも胃底腺型胃癌の特徴と考えられた。岩下 (福岡大学筑紫病院病理部) は、被蓋上皮にも鋸歯状変化や粘液分泌の亢進がみられるため、粘膜全層性の超分化型腺癌と考えるべきとコメントした。

【症例5】 70歳代、女性。食道原発疣贅癌 (症例提供：一宮西病院消化器内科 大橋憲嗣)

主訴はつかえ感と食欲不振。症状精査目的の内視鏡検査で発見された食道原発疣贅癌の症例であった。非常に特徴的かつ珍奇な内視鏡像で、一度見たら忘れられない、衝撃的な症例であった。内視鏡とX線の読影は川田 (東京医科歯科大学食道・胃外科) が行った。内視鏡では、頸部食道に粒状の白苔が付着し、白苔は肛門側に行くに従い増大 (Fig. 5a)、下部食道で全周を占居していると読影した。白苔は食道胃接合部まで認められ (Fig. 5b)、ヨード染色は不染であった。白苔の存在から炎症性の疾患が考えられ、原因としてカンジダ食道炎などの可能性があると発言した。村田 (ムラタクリニック) は、カンジダの白色構造物は平坦となるが、本例は乳頭状に上皮から伸びた格好で、カンジダとは異なる。何らかの慢性炎症を基礎に、上皮が乳頭腫のように過形成を来した所見と読影した。小澤 (佐藤病院消化器内科) は、白色の構造物は鶏冠状で、白苔やカンジダではなく腫瘍性の変化と読影し、verrucus carcinoma を鑑別に挙げた。吉田 (早期胃癌検診協会) は、verrucus carcinoma の典型



的な症例で、その特徴として、食道全体に病的変化があること、下部食道に行くに従い角化の丈が高くなっていることを挙げた。また、本例のような広範かつ進行した病変は、本邦では非常に珍しい症例であることも付け加えた。

生検で悪性所見は得られなかったが、通過障害による低栄養の進行を認め、症状緩和目的で外科切除となった。CTでは下部食道に造影効果のない構造物が認められ、LN腫大などはなく、低心機能であったため、術式は非開胸食道抜去術が選択された。

病理解説は大倉（杏林大学医学部病理学）が担当した。切除標本では、白色調の構造物が口側では結節状を呈し、肛門側に行くに従って丈が高くなり、毛羽立った乳

頭状の構造が全周に認められ、食道胃接合部まで連続していた。病理組織は細胞の異型性は弱いものの、核の腫大が全体にみられた。表層は角化の強い上皮で、基底層側の上皮は不規則な分岐を示し、下部食道では一部で外膜にまで達していた。非常に角化傾向が強く、かつ非常に分化傾向のある扁平上皮癌で、特徴的な形態から verrucous carcinoma と診断した。岩下（福岡大学筑紫病院病理部）は、発育先進部が象の足のように膨張し、verrucous carcinoma に特徴的な病理組織を有していると解説した。（平澤）

（大阪市立十三市民病院消化器内科 大川清孝）
（仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科 平澤 大）