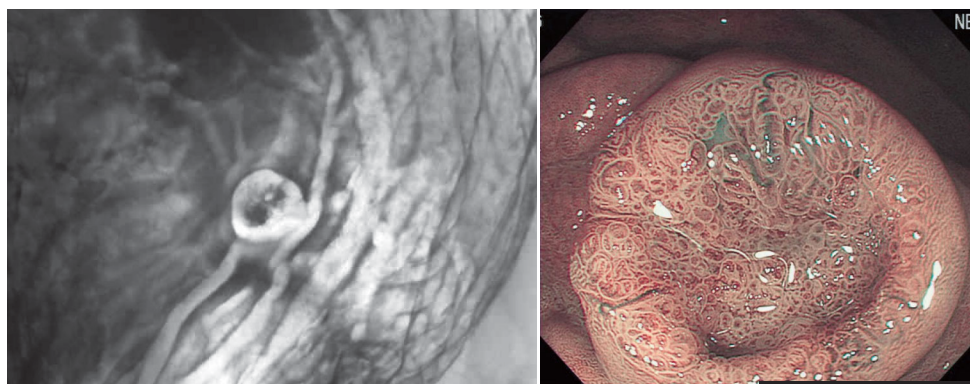


2026/09/18 13:30:41



2 a | 2 b

れ、精査加療目的で入院となった。読影は丸山（藤枝市立総合病院消化器科）が行った。

X線造影検査（Fig. 2 a）では、胃体上部後壁に大きさ10 mm 大の粘膜下腫瘍様の辺縁のスムーズな立ち上がりをもち、中央に陥凹を有する病変を指摘した。隆起の立ち上がりは明瞭だが、平滑な辺縁を呈するために粘膜下腫瘍様であり、陥凹部の所見は不整形のため上皮性腫瘍を疑う所見であった。陥凹部は上皮性腫瘍を考慮するが、隆起については粘膜下に首座がある腫瘍のため具体的にはカルチノイド、lymphoid stroma を伴った低分化型癌を考えると診断した。

長南（仙台厚生病院消化器内視鏡センター）は、X線所見については同様の意見であるが、陥凹部分の蚕食像がみられず上皮性腫瘍の所見に乏しいため、悪性リンパ腫を鑑別に挙げると述べた。細川（横浜栄共済病院）は、周囲の隆起部分にも粘膜下の要素はなく、上皮性の癌を考えると述べた。

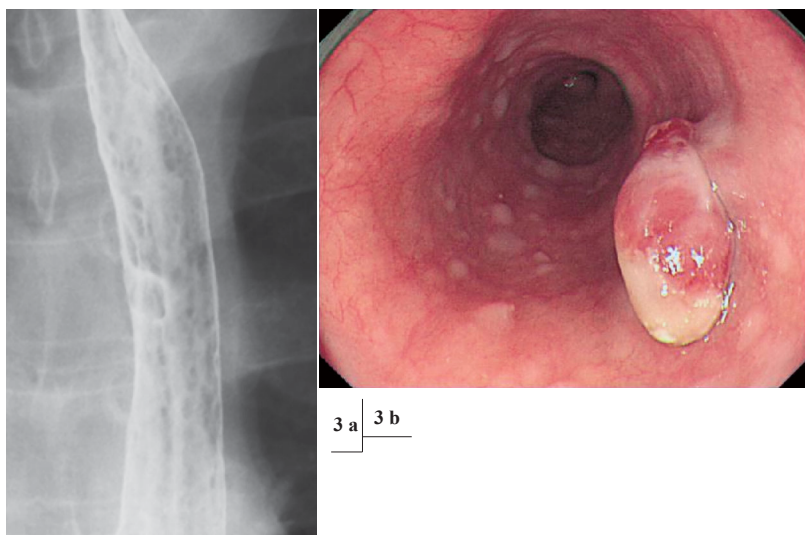
内視鏡所見では、ドーナツ状の隆起があり中央部に明瞭な陥凹を有する病変を指摘し、周囲の隆起は正常粘膜に被覆されており、中央の陥凹内には腺管構造と腺管開口部様の所見がみられるとした。拡大内視鏡像（Fig. 2 b）では、white zoneに取り囲まれた villi 様構造の大小不同と不整像を認めるため腫瘍性であり、内視鏡所見からは異所性胃腺より発生した分化型胃癌を考えると診断した。長南も同様に診断し、深達度については異所性胃腺は粘膜下層から粘膜層に発生するため粘膜下浸潤を疑うが、EUS 所見を参考にしたいと述べた。出題者よりEUS 所見について説明があり、陥凹部分に一致して腫瘍エコーが粘膜下層深部まで連続してみられ、一部筋層を圧排する所見が認められた。EUS 所見からはSM 浸潤を疑うと説明があり、治療は手術が行われた。

病理は日下部（会津中央病院病理部）が解説した。切除標本マクロ像では、胃体上部大彎後壁に、中央に陥凹を有する15 mm 大の明瞭な立ち上がりをもつ隆起性病変が認められた。病理組織学的所見で腫瘍は、境界明瞭な膨脹性に発育する病変で、間質に強い炎症所見や線維増生などは認められず、細い線維性の間質を軸として旺盛な乳頭状発育を示す乳頭腺癌（papillary adenocarcinoma ; pap）の像であった。深達度については、腫瘍辺縁部で粘膜筋板の走行が明瞭に確認できる一方で、腫瘍最深部では走行が不明瞭となり連続性の確認が困難であるため、腫瘍の主座は粘膜下層でSM2と診断した。また、異所性胃腺は通常、固有胃腺型の粘液形質をもつといわれているが、粘液形質はMUC6、MUC5AC のどちらも陽性であり、またMIB-1、p53を用いた免疫染色では非腫瘍性の組織は確認できず、異所性胃腺からの発生を裏付ける所見は得られなかったと解説した。

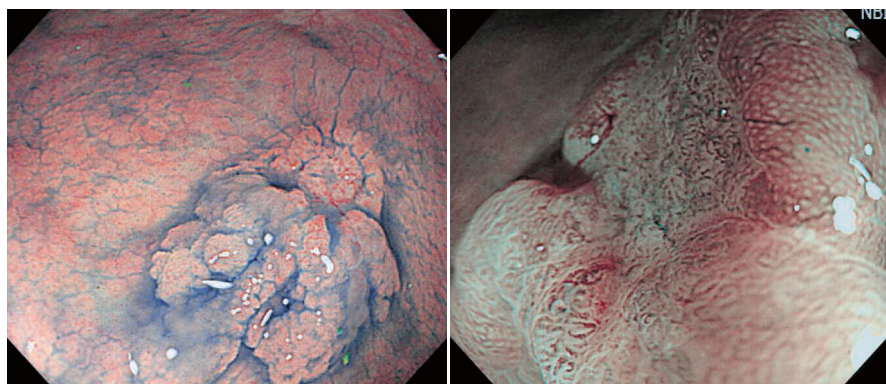
二村（福岡大学医学部病理学講座）は、深達度についてHE 染色でも腫瘍最深部に粘膜筋板に認識できる組織が縁取っており、粘膜内癌であると述べた。組織発生については病理組織上で確認できず、粘膜内の癌が粘膜下層方向に彎入した成り立ちではないかと述べた。岩下（福岡大学筑紫病院病理部）も、胃の不完全型の憩室に発生した高分化型癌ではないかと述べた。

深達度について出題者から質問があり、渡辺（新潟大学名誉教授）は一部筋板が破壊されているためSM、岩下、二村は筋板がない部位でも圧排性に形を保っているため粘膜内癌と述べた。

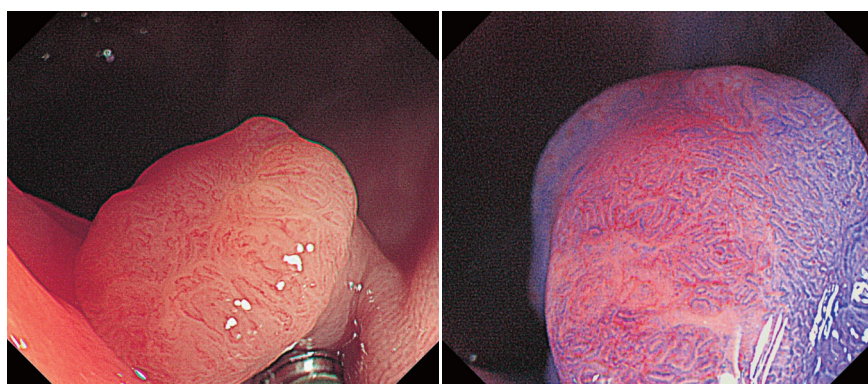
最後に八尾（福岡大学筑紫病院内視鏡部）が拡大内視鏡所見の解説を行い、円形の上皮の中に血管がみられる点が乳頭腺癌の特徴的な所見であり、血管のheterogene が悪性の所見であると解説した。胃型の分化型癌で発育



2026/09/18 13:30:41



4 a | 4 b



5 a | 5 b

【第4例】 70歳代，男性．SM massive 癌を伴った大腸鋸歯状病変（症例提供：小樽掖済会病院消化器病センター 下立雄一）．

スクリーニング目的の大腸内視鏡検査で盲腸に病変を認めた症例．読影は岡（広島大学内視鏡診療科）と小林（福岡山王病院消化器内科）が担当した．岡は虫垂開口部近傍に陥凹面を伴うやや褪色調の平板状隆起を指摘した（Fig. 4 a）．また，拡大観察で隆起部分に鋸歯状構造を，陥凹内部にNBI（narrow band imaging）でType C2（広島分類，Fig. 4 b），クリスタルバイオレット染色でVi高度不整を指摘し，隆起部分はSSA/P（sessile serrated adenoma/polyp）主体で陥凹部分はSM massive 癌と診断した．小林も同様に読影したが，さらに注腸造影の読影を担当して病変部に一致した盲腸底部の変形を指摘し，深達度SM massive としての内視鏡診断に合致する所見とコメントした．

病理解説は藤田（恵佑会札幌病院臨床病理学研究所）が担当した．病変は患者の希望でESD（endoscopic submucosal dissection）が施行されていた．well and focal

moderately differentiated adenocarcinoma with SSA/P の診断で，隆起部はSSA/P，陥凹部はM～SM 癌（1,900 μ m）とした．

病変の成り立ちを鋸歯状病変の担癌例と考えるか衝突癌と考えるのかの議論がなされた．山野（秋田赤十字病院消化器病センター）は，内視鏡所見で隆起側に陥凹面が乗りあがってきているようにみえる部分があることから衝突癌の可能性を指摘し，渡辺（新潟大学名誉教授）も病理組織学的に両成分の境界が明瞭であることからその可能性を支持したが，病理医間で意見の一致をみなかった．

【第5例】 50歳代，女性．著明な脈管侵襲を認めた有茎性の早期大腸癌（症例提供：秋田赤十字病院消化器病センター 吉川健二郎）．

便潜血陽性のため大腸内視鏡検査を施行し，下行結腸に病変を認めた症例．読影は河野（久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門）が担当した．病変は頭部が径6 mm 大の垂有茎性病変で（Fig. 5 a），頭部の肛門側は管状の表面構造を認め腺腫であるが，口側には発赤した陥



凹を伴っており、拡大するとクリスタルバイオレット染色で Vi 軽度から高度不整を呈している (Fig. 5 b) ことから、一部で SM への浸潤を伴う癌であろうと診断した。田中 (広島大学内視鏡診療科) は、頭部の肛門側は polypoid growth, 口側は non-polypoid growth であると指摘し、茎はやや腫れぼったくみえるとコメントした。両名とも、病変の口側で SM に浸潤している可能性は高いが、治療としては摘除生検目的で内視鏡的に切除するとコメントした。提示施設も同様の考えで内視鏡的切除術が施行されていた。

病理は上杉 (岩手医科大学医学部病理学講座分子診断

病理学分野) が担当した。診断は well differentiated adenocarcinoma with adenoma, SM2, ly0, v2 で、肛門側に中等度異型の管状腺腫を伴っていた。病変の口側が高分化型腺癌で粘膜下層内の静脈侵襲が著明であり、表層から計測すると浸潤距離は $4,500\mu\text{m}$ とした。渡辺 (新潟大学名誉教授) は、本例の高分化型腺癌は CD10 陽性、p53 陽性で脈管侵襲が著明であるのに Ki-67 のインデックスが非常に低い点で極めてまれな症例とコメントした。

(蔵原)

(早期胃癌検診協会 長浜 隆司)
(松山赤十字病院胃腸センター 蔵原 晃一)