

2012 年 7 月の例会から

2012 年 7 月の早期胃癌研究会は 2012 年 7 月 27 日 (金) にグランドプリンスホテル新高輪・国際館バミール「北辰」で開催された。司会は梅垣英次 (大阪医科大学第二内科) と松本主之 (九州大学大学院病態機能内科学), 病理は二村聡 (福岡大学医学部病理学講座) が担当した。また、画像診断教育レクチャーは入口陽介 (東京都がん検診センター消化器内科) が「注腸造影の撮影法—腫瘍性疾患を中心に—」と題して行った。

【第 1 例】 60 歳代, 男性。明瞭な陥凹を呈した低異型度分化型胃癌 (症例提供: 佐賀大学消化器内科 鶴岡ななえ)。

健診の胃透視で異常を指摘された。読影は安保 (北海道対がん協会旭川がん検診センター) が担当した。上部消化管 X 線造影検査では, 胃体上部後壁に長径 15 mm 大の, 周囲に軽度隆起を伴った辺縁不整な陥凹性病変を認めた。造影剤の溜まりより明瞭な陥凹であり, 周囲粘膜との境界も比較的明瞭であるが, 陥凹内には微細顆粒状模様を伴い, 分化型胃癌 0-IIc, 深達度は中央が軽度隆起しているため SM2 と診断した (Fig. 1 a)。EGD (endogastroduodenoscopy) では, 発赤を伴った境界明瞭な陥凹を認め, 周囲粘膜の萎縮が軽度であることから, 胃型の分化型癌が考えられた。陥凹中央部分が軽度隆起を来しているため, SM 癌と診断した (Fig. 1 b)。同病変に対し

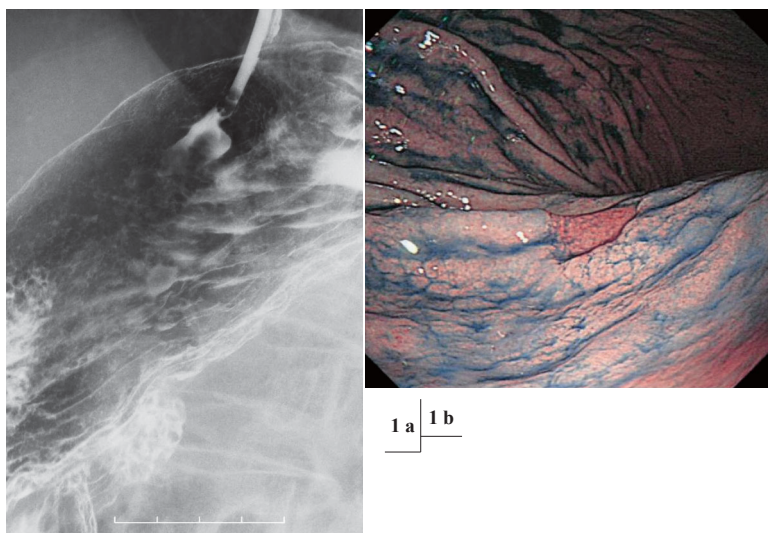
て ESD (endoscopic submucosal dissection) が施行された。

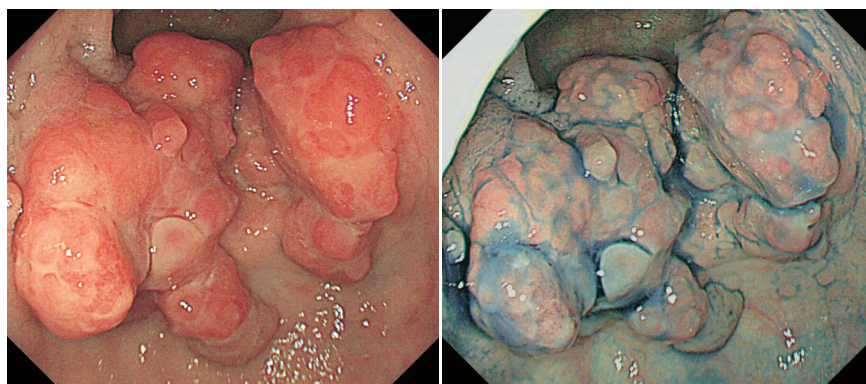
病理解説は二村 (福岡大学医学部病理学講座) が担当した。術前生検組織は細胞異型度の極めて低い超高分化腺癌と診断された。ESD 標本の病理組織診断は 0-IIc, 13 × 6 mm, tub1 > tub2 (complete intestinal type), pT1a (M), ly (-), v (-), UL (-), pHM0, pVM0 であった。本症例は *H. pylori* 陰性, 背景粘膜の萎縮性変化は軽度であり, 癌巣の大部分は小型の腫瘍腺管で構成され, 癌巣部粘膜の丈は低く, その結果, 腸型形質を有する分化型胃癌にもかかわらず境界鮮明な陥凹を形成した。また, 九嶋 (国立がん研究センター中央病院病理科) は, 胃底腺領域に発生する腸上皮化生は完全型であり, 本症例のごとく胃底腺領域に小型腸型形質を有する低異型度癌が発生することは決して珍しいことではないとコメントした。そのほか, 海崎 (福井県立病院臨床病理科) は背景粘膜には萎縮性変化があると指摘したが, 渡辺 (新潟大学名誉教授) は萎縮性変化に乏しいと意見した。

提示された ESD 標本は 2 mm 幅で入割されており, 病変部全体の検討および把握には不適切であった。

【第 2 例】 80 歳代, 女性。非上皮性腫瘍と鑑別を要した進行胃癌 (症例提供: 健康保険人吉総合病院消化器科 大谷響)。

主訴は貧血, EGD により異常を指摘された。読影は平澤 (仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科) が担当した。EGD の通常観察では, 胃体部には著変を認めず, 胃角部から前庭部の大彎に大小不同の結節で構成された広範囲の隆起性病変が認められた。病変の粘膜





2 a | 2 b

表面は周囲粘膜と比較して平滑であり光沢感も消失せず、粘膜下層以深の変化により隆起が生じ、非上皮性腫瘍が考えられた。また、病変の表面には機械的刺激などにより発赤やびらん・潰瘍が形成され、悪性リンパ腫を診断に挙げた (Fig. 2)。樫田 (近畿大学医学部消化器内科) は、隆起の丈が高く凹凸も強く、粘膜下の浅い部分から深い部分までのびまん性の変化が考えられるためアミロイドーシスを、小澤 (佐藤病院消化器内科) はインジゴカルミン色素内視鏡では個々の隆起が集簇した病巣であり、リンパ増殖性疾患の中でも濾胞性リンパ腫を、長浜 (早期胃癌検診協会) は隆起の立ち上がり明瞭であり、粘膜下層よりも粘膜固有層の変化による濾胞性リンパ腫を鑑別に挙げたいとコメントした。NBI (narrow band imaging) 拡大観察では、最大倍率の拡大画像がなく、正常と病変との境界を描出した画像もないため、十分な検討ができなかったが、粘膜下層以深の変化により上皮内血管が引き伸ばされたり、炎症による反応性の血管変化を認めるのみで腫瘍血管は認められず、悪性リンパ腫に矛盾しない像であると読影した。八木 (新潟県立吉田病院内科) も悪性リンパ腫を第一に挙げ、上皮が菲薄化して、一部粘膜表面に腫瘍が露呈した部分も認められるとコメントした。術前の生検で結節部分より tub1, 発赤の強い隆起部分より por, sig が証明され、外科的切除術が施行された。

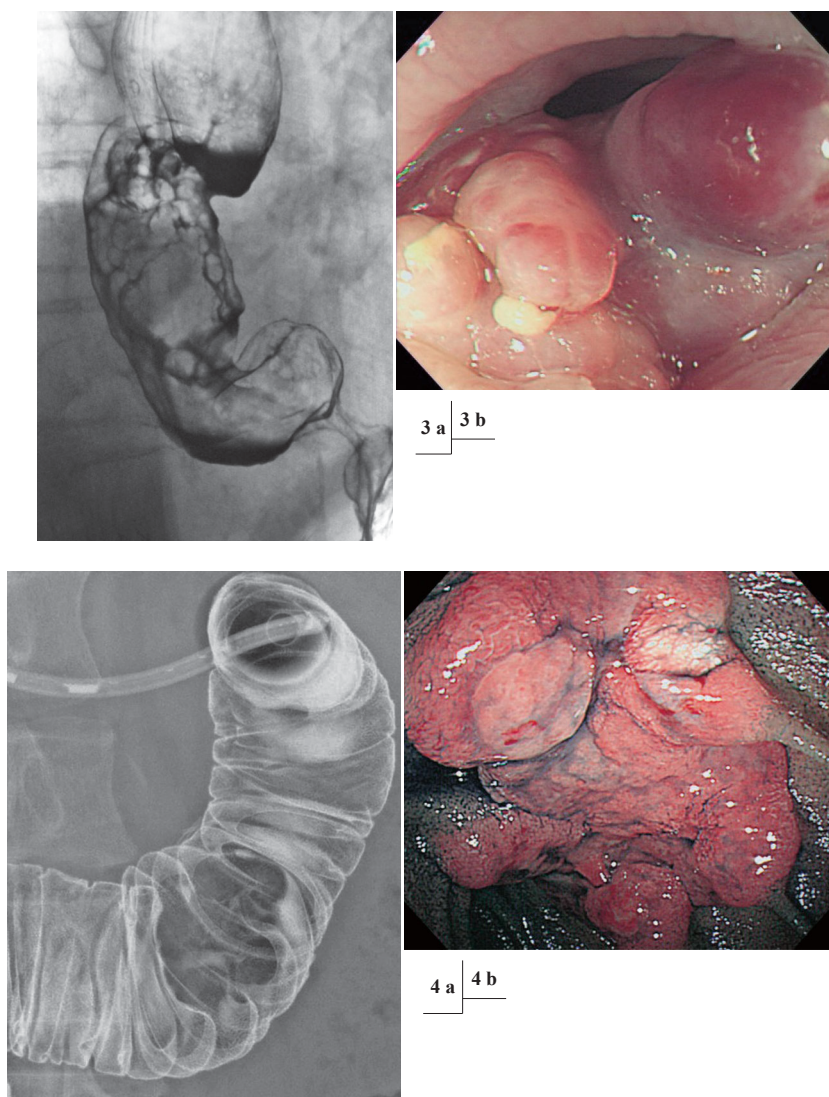
病理解説は菅井 (岩手医科大学医学部病理学講座) が担当した。分化型腺癌 (tub1, pap) から成る粘膜内癌巣が広い範囲で残存し、深部浸潤部は主に低分化腺癌 (por1, sig) から成り、びらん形成部で低分化型腺癌が表面に露出していた。最終病理診断は 5 型, $80 \times 57 \times 16$ mm, adenocarcinoma (por1 > sig > muc > tub1 > pap), pT2 (MP), med > > sci, INFa > > b, ly2,

v0, M0, pDM0, pN1, pStage IIA であった。渡辺 (新潟大学名誉教授) は、切除標本の肉眼像からは癌と容易に診断できるが、内視鏡では病変部のみを拾い上げ、正常と病変部との境界など全体像を十分に把握できなかったために癌という診断に至らなかったとコメントした。

【第 3 例】 80 歳代、女性。食道未分化癌 (症例提供：会津中央病院消化器内科 平嶋勇人)。

主訴は dysphagia。読影は小田 (東京都がん検診センター消化器内科) が担当した。食道造影では下部食道に最大径 4 cm、亜有茎の立ち上がり有する粗大結節様の隆起性病変を認め、0-Ip (SM massive) あるいは 1 型食道癌、carcinosarcoma を鑑別に挙げた (Fig. 3 a)。小山 (佐久総合病院胃腸科) は、局在が下部食道にあり、Barrett 腺癌も鑑別に挙げる必要があるとコメントした。EGD では食道炎を伴わない扁平上皮に亜有茎の粘膜下腫瘍様の立ち上がり有する隆起を認め、粘膜表面には光沢感があり、分葉状・結節状の隆起を形成するが、提示された画像からは明らかな上皮性の変化を指摘しえなかった (Fig. 3 b)。ルゴール染色では明らかな不染部位が認められず、以上の所見より 0-Ip の形態をとる amelanotic melanoma、特殊型の食道癌、低分化癌を鑑別に挙げ、壁深達度は SM massive あるいは MP と診断した。NBI 拡大観察では、口側隆起部分は粘膜固有層の正常血管が透見されるのみであり、腫瘍が粘膜表面に露出した所見は認められなかった。田中 (広島大学病院内視鏡診療科) は、腫瘍の色調などから血管性腫瘍も鑑別に挙げる必要があるとコメントした。生検で未分化癌と診断され外科的切除術が施行された。

病理解説は日下部 (会津中央病院病理部) が担当した。1 型腫瘍の表層を覆う扁平上皮の大部分が非腫瘍性であり、腫瘍性増殖領域の主座は粘膜固有層から固有筋層に



あった。ごく一部に上皮内病変(中分化型扁平上皮癌)がみられ、粘膜固有層以深の浸潤病巣(未分化腫瘍細胞の充実性増殖巣)と連続した所見が確認された。また、浸潤病巣の一部には、内分泌細胞癌と類基底細胞癌の成分も認められた。

根本(東邦大学医療センター大森病院病理診断科)も同様の見解であると述べ、本症例のような未分化癌は扁平上皮癌の初期像を上皮内に残しつつ、上皮下以深に広範囲に髄様に増殖し、特徴的な肉眼像を呈するとコメントした。また、海崎(福井県立病院臨床病理科)は、癌肉腫が深部浸潤に伴って未分化癌に転化していった可能性がある」と追加した。このように腫瘍の組織発生に対する解

釈が病理医によって若干異なっていたが、最終病理診断は1型、 $61 \times 26 \times 11$ mm、未分化癌>>内分泌細胞癌+類基底細胞癌、pT3(AD)、INFb、ly1、v1、pM0、pDM0、pRM0、pN0、pStage IIAであった。(梅垣)

【第4例】 50歳代、男性。十二指腸憩外性形質細胞腫(症例提供：九州大学先端医療イノベーションセンター 中村昌太郎)。

無症状で発見された十二指腸病変を検討した。低緊張性十二指腸造影(Fig. 4a)を蔵原(松山赤十字病院胃腸センター消化器内科)が読影した。約半周性の陥凹を伴う平盤状隆起で、平滑かつbridging foldを伴うこと、耳介様の様相がみられることからリンパ増殖性疾患を考え

