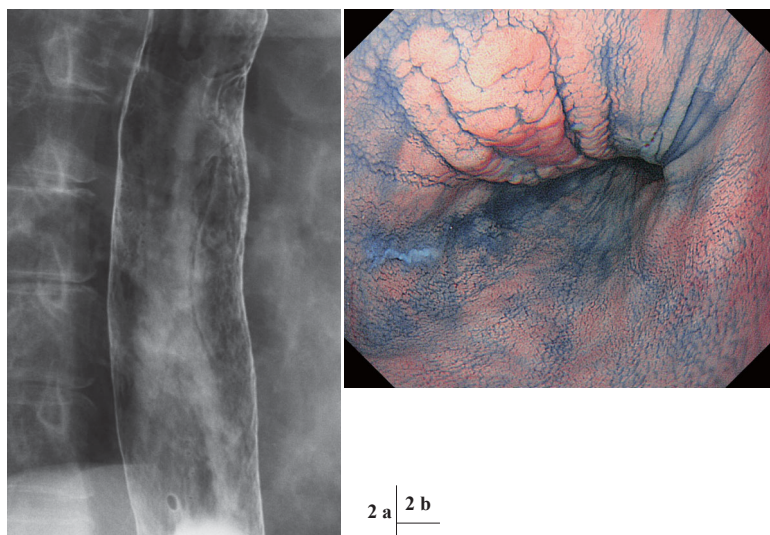




るが、陥凹辺縁が癌とは異なる形態をしている。typicalではないが、全体を通してカルチノイドとして矛盾しない。特殊型の癌は鑑別に挙がると結論した。河野は、陥凹辺縁に癌の粘膜部分と思われる所見はないが、陥凹内はV₁高度不整に相当するpitであり、どちらかという癌を考えたいと結論した。超音波内視鏡像(20 MHz, 細径プローブ)では、病変は第2, 3層を主座とする比較的境界明瞭な低エコー腫瘍として描出され、SM最外層は保たれていた。腹腔鏡下超低位前方切除術が施行された。

病理は江頭(大阪医科大学病理学教室)が解説した。診断は15 mm大の深い陥凹を有するカルチノイドであった。深達度はSMで、潰瘍形成により腫瘍が表面に露出していた。核分裂像はなく、Ki-67 indexは1%未満であり、WHO分類のNET G1に相当した。ly1, v1, N1, Stage IIIaであった。浅い陥凹部分は、カルチノイドの粘膜固有層浸潤により腺管が粗となり粘膜固有層の丈が低くなっていた。(野村)

【第2例】60歳代、女性。主訴は胸やけ。LSBE(long segment Barrett's epithelium)内に発生した食道腺癌(症例提供：福岡大学筑紫病院消化器内科 石川智士)。

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。X線像(Fig. 2 a)では全体にやや拡張した食道で、段差がはっきりした陥凹性病変を認め、原因ははっきりしないが感染や膠原病といった炎症性疾患を考えたいと述べた。小山(佐久総合病院胃腸科)

は、明瞭な陥凹を認めることから、長径約5 cmで周在性が半周程度のSCC(squamous cell carcinoma)と考えられ、陥凹表面に顆粒状を認めることから深達度はT1a-MMからSM1と診断した。背景粘膜については、両者とも扁平上皮であると述べた。内視鏡像(Fig. 2 b)では、平澤はLSBE内に発生した0-IIc型の食道腺癌で、深達度はT1a-MMと診断した。病変範囲は陥凹部に局限しており、辺縁の隆起は非癌粘膜であると述べた。一方、小山は病変範囲については陥凹部だけでなく、辺縁の隆起した部位も癌の範囲に含まれるとコメントした。拡大内視鏡像では、両者とも癌の範囲は辺縁の隆起を含めた広い病変であると述べたが、病変部位の高倍率の内視鏡像だけではわかりにくいので、周囲の非癌粘膜より徐々に倍率を上げた内視鏡像を提示してほしいとの希望があった。超音波内視鏡像では、村田(村田クリニック)は深達度をT1a-MMないしSM1と診断した。出題者より、治療は術前診断で明らかなSM浸潤や転移を認めないことからESD(endoscopic submucosal dissection)を行ったと説明があった。

病理は池田(福岡大学筑紫病院病理部)が担当し、陥凹部の発赤の強い部分では中～低分化腺癌で、辺縁は腺管密度が疎な高分化腺癌を認め、深達度は中心の発赤の強い部分でリンパ管侵襲によってT1a-MMに達していると述べた[adenocarcinoma in Barrett's esophagus, 0-IIa + IIc, well to poorly differentiated adenocarcinoma (moderately > well > poorly), DM(-), VM(-), pT1a-DMM, ly1, v0, INFa]。下田(国立がん研究センター



病変は第3層を主座とするやや低エコーの腫瘤として描出され、第4層は保たれていた。

9年5か月間の内視鏡経過が示された。病変はゆっくりと増大し、表面の凹凸不整が徐々に目立つようになっていた。噴門側胃切除術が施行された。

病理は辻(市立札幌病院病理診断科)が解説した。病変は $3 \times 2 \times 1.5$ cm大、I型の低異型度高分化型管状腺癌であった。粘膜病変が完全に残り、癌は粘膜筋板を破壊しながらSMに連続性に浸潤してSMT様の形態をとっていた。粘液形質は、胃型優位の胃腸混合型であった。

Ki-67免疫染色では、表層付近に陽性細胞が多く分布し、低異型度癌に特徴的な像であった。粘膜深部からSMにかけては陽性細胞が少なく、びらん・潰瘍を形成しなかった要因の1つと考えられた。下田(国立がん研究センターがん対策情報センター)は過去の生検を振り返り、6年前の時点で低異型度癌と診断できたとコメントした。(野村)

(長野県立須坂病院内視鏡センター 赤松 泰次)
(手稲溪仁会病院消化器病センター 野村 昌史)