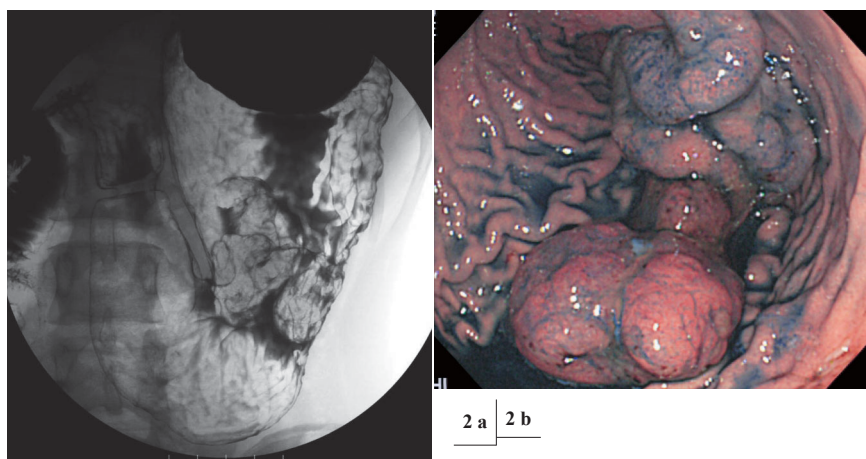


2026/09/23 15:27:01



れ食道原発の病変であると解説した。

吉田(早期胃癌検診協会)から A 病変の病型を 0-III 型にせず 0-IIa + IIc と診断した理由について質問があり、高木は陥凹内に上皮性成分と上方発育成分がみられ浸潤性発育ではないことから 0-IIa + IIc の病型にしたとコメントした。

【第2例】 10歳代，男性，大きな胃 Peutz-Jeghers type
ポリープ（症例提供：東京女子医科大学消化器病セン
ター 中村真一）。

主訴は黒色便で、近医を受診し上部消化管内視鏡検査で胃体部の隆起性病変を指摘、紹介され受診となった。

読影は安保(旭川がん検診センター)が担当した。

X線(Fig. 2a)では胃体下部小彎後壁を中心に表面が大小不同の結節が集合したような大きな隆起性病変を指摘し、二重造影像と圧迫像で形態が異なることから有茎性の病変で、表面の結節の形態が比較的整で病変にはびらん形成などがみられず一見粘膜下腫瘍様であり、胃悪性リンパ腫と診断した。長南(仙台厚生病院消化器内視鏡センター)も同じく診断は悪性リンパ腫であるが、X線における形態変化は深達度の浅い病変のために病変自体の重みで起こっているものと述べた。小澤(佐藤病院消化器内科)は多結節状の病変で上皮性の病変を考え、具体的には幽門線型の腺腫を考えると述べた。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は有茎性の病変で若年であることから、ハマルトーマなどの良性のポリポイド病変を考えると述べた。

内視鏡(Fig. 2 b)では肥厚した粘膜ひだがうねったような隆起性病変とその頭部に発赤した隆起を認めるもの

の表面は過形成性の変化のみで腫瘍性の変化はなく、若年性ポリープと診断した。小澤はNBI拡大所見にて、悪性所見は乏しいものの明瞭な境界がみられ構造異型の乏しい胃型の腫瘍性病変を考えると述べた。

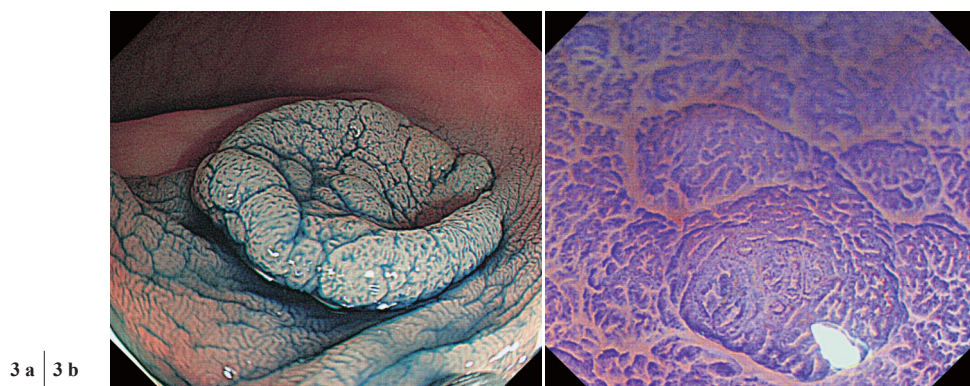
上皮性腫瘍が疑われ、生検を行い過形成性変化であったが過誤腫性ポリープも考えられるとのコメントから、確定診断のために一部が内視鏡切除された。

病理は八尾(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)が担当した。非腫瘍性の過形成性上皮の増殖からなる病変で、上皮の陥入により結果的に粘膜筋板が介在することで平滑筋の樹枝状の構造を示す Peutz-Jeghers type のポリープの特徴的な病理所見であると解説した。

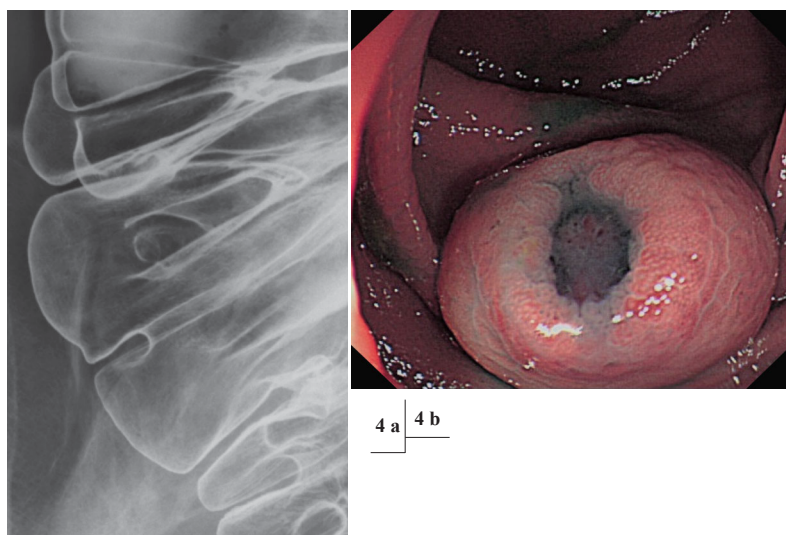
渡辺 (新潟大学名誉教授) より生検の所見からどう診断するかとの質問があり、八尾は腺窩上皮の過形成はあるものの活動性の炎症がなく、単純に過形成ポリープと診断しない方がよい組織像であるが、樹枝血管や腺管の下方への落ち込み像がみられないため過形成ポリープと診断しがちな組織像であるとコメントした。(長浜)

【第3例】 70歳代，男性．直腸病変の精査加療（症例提供：秋田赤十字病院消化器病センター 高木 亮），

便潜血陽性のため施行された大腸内視鏡検査で直腸 S 状部に大きさ 20 mm 程度の扁平な IIa 病変を指摘された。内視鏡は斎藤（東京慈恵会医科大学内視鏡科）と永田（広島市立安佐市民病院内視鏡科）が読影した。斎藤は通常観察で空気変形があり比較的軟らかな上皮性腫瘍で、NBI (narrow band imaging) 観察では中央のごく一部にわずかな血管拡張所見を認めるのみで、いわゆる鋸歯状病変と診断した。全体としては SSA/P (sessile serrated



2026/09/23 15:27:01



しては粘膜ヘルニアまたは憩室内に生じた SSA/P の可能性も考慮すべきとコメントした。

【第 5 例】 70 歳代，女性．腸管膜原発濾胞性リンパ腫の空腸浸潤例（症例提供：長野県立須坂病院内科 張淑美）

右側腹部に手拳大の可動性のある腫瘤を触知した．ゾンデ法小腸 X 線造影検査では，入口（東京都がん検診センター消化器内科）は充影像にて腸管膜側から上部空腸を圧排するような腫瘤様所見と，同部の Kerckring ひだに浮腫像と圧排の中央付近から肛門側の腸管膜側に偏側に結節状の陰影欠損を認め，二重造影像では隆起の立ち上がりは比較的明瞭で表面に凹凸不整があり腫瘍性病

変と診断した（Fig. 5 a）．上皮性腫瘍（癌）あるいは非上皮性のリンパ腫のいずれも考えられるが，大きさと伸展性が良好なことからリンパ腫と読影した．会場から斉藤（市立旭川病院消化器病センター）は大きさと壁外に主座を有することから GIST (gastrointestinal stromal tumor) を，小澤（佐藤病院消化器内科）は GIST としては粘膜面の凹凸不整が強すぎるのでやはりリンパ腫を第一に考えるとした．

小腸内視鏡では，入口は主病変部の潰瘍は境界明瞭で上皮性腫瘍（癌）所見は乏しくリンパ腫に矛盾しないとした（Fig. 5 b）．また，口側の Kerckring 腫大と白斑様所見は浮腫に加えリンパ腫細胞の粘膜内浸潤が疑われると診

断した。一方、齊藤は内視鏡の潰瘍形態からは GIST は否定的であるが、白斑は腸管膜対側に存在するため浸潤ではなくリンパのうっ滞によるものと診断した。腹部 CT と PET-CT はリンパ腫に矛盾しない所見で、生検でリンパ腫 (diffuse large B-cell lymphoma ; DLBCL) と診断し手術が施行された。

し、腸管膜原発の濾胞性リンパ腫が空腸に直接浸潤し同部で異型度を増しDLBCLとなっていた。また、口側の白斑はリンパうつ滞が主体であったが、一部粘膜固有層内のリンパ管にリンパ腫細胞の微小塞栓像も散見されたとした。

(小林)

(小林)

(早期胃癌検診協会 長浜 隆司)
(福岡山王病院消化器内科 小林 広幸)

□ 訂正とお詫び □

本誌 48 巻 7 号 (2013 年 6 月号) 1080-1081 頁掲載の早期胃癌研究会「2012 年 12 月の例会から 第 5 例」に誤りがございました。以下のとおり訂正してお詫びいたします。

■ 1080 頁左段 上から 3, 8, 10 行目, 1081 頁左段 上から 2 行目, 右段 上から 1 行目
誤) …腸管膜
正) …腸間膜

□ 「胃と腸」編集室 □