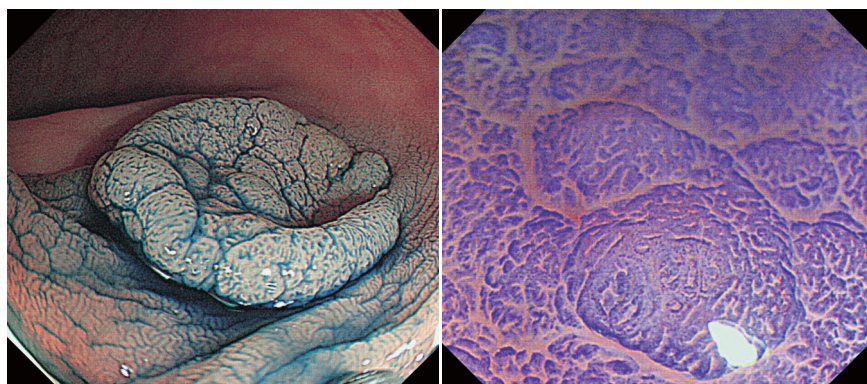




3 a	3 b
1. $2x^2 + 3x - 5$ 2. $x^2 - 4x + 7$ 3. $3x^2 - 2x + 1$ 4. $x^2 + 5x - 6$ 5. $4x^2 - 7x + 2$ 6. $x^2 - 9x + 14$ 7. $2x^2 + 7x - 4$ 8. $x^2 - 11x + 18$ 9. $3x^2 - 8x + 5$ 10. $x^2 + 6x - 8$	1. $x^2 - 3x + 2$ 2. $2x^2 + 5x - 3$ 3. $x^2 - 7x + 10$ 4. $3x^2 - 4x + 1$ 5. $x^2 - 2x + 1$ 6. $4x^2 - 9x + 5$ 7. $x^2 - 5x + 6$ 8. $2x^2 + 3x - 2$ 9. $x^2 - 6x + 8$ 10. $3x^2 - 7x + 4$

adenoma/polyp) よりは過形成ポリープ類似の組織主体であるが、中央部のごく一部に鋸歯状腺腫様の組織が疑われるとした (Fig. 3 a).

永田は通常観察で中心部が若干くぼんでいる点(深部浸潤癌併存の可能性)が気になるが、NBI までの観察では(臨床的には左半結腸で非典型的部位ではあるが)過形成ポリープよりは SSA/P 主体の鋸歯状病変ではないかと読影した。インジゴカルミン撒布の拡大観察では、永田は典型的な開 II 型ではないが全体に鋸 III_L pit からなり SSA/P に矛盾しない所見で、中心部のみ腺腫程度(V_I pit までの不整さはない)の異型度のある病変とした。

一方、斎藤はクリスタルバイオレット染色拡大観察まで含め、SSA/Pでは粘液産生が強いためこれほど鮮明に染色されることはまれであり、III_HからIV_H pit主体で鋸歯状病変ではあるがやはり過形成ポリープに近い組織像で、中心部のみ鋸歯状腺腫程度(癌ではない)の異型度のある病変とした(**Fig. 3 b**)。会場から鶴田(久留米大学医学部消化器内科)は、時には鋸歯状病変様 pit を呈する通常型腺腫もあるが、これほど全域に均質に同 pit は広がっている場合は通常の腺腫は考えにくいとコメントした。

病理は菅井(岩手医科大学分子診断病理学)が担当し、病変の粘膜表層部は全体に鋸歯状腺管構造を呈するが、中層以深は鋸歯状病変と言える組織学的特徴に乏しく、通常の管状腺腫とも異なる組織で免疫学的所見(MMR遺伝子異常陰性など)も含め、現状の病理診断では carcinoma in mixed adenoma of the colon と診断した。岩下(福岡大学筑紫病院病理部)は unusually adenoma と診断し、現在の腺腫分類に当てはまらない第5のタイプの腺腫とした。遺伝子発現も通常の SSA/P とは異なり *K-ras*

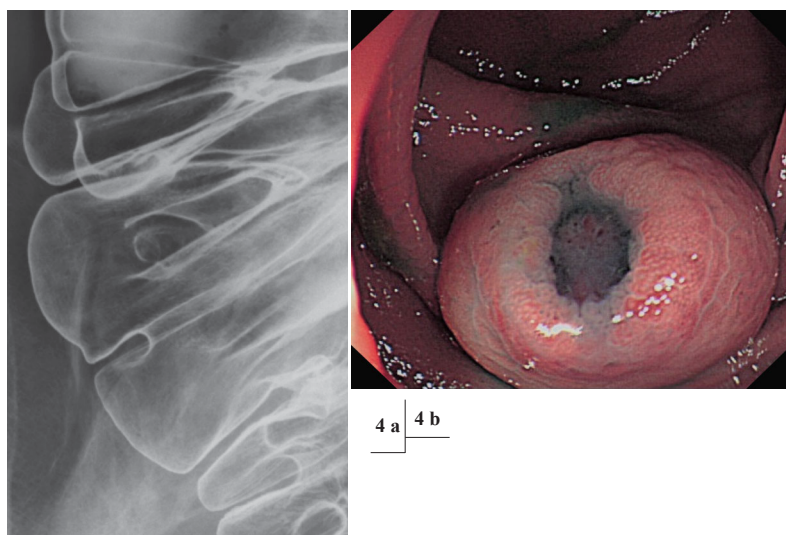
と *p53* 以外の CIMP, *BRAF* (－), MLH1 陰性], 臨床および病理組織学的にも示唆に富む貴重な症例であった。

【第4例】 60歳代，男性．inverted SSA/P (症例提供：手稲溪仁会病院消化器病センター 金子昌史)．

読影は川崎（松山赤十字病院胃腸センター）と松下（人吉総合病院外科）が担当した。注腸 X 線造影では上行結腸下部に 15 mm 程度の中央に浅い陥凹を有する丈の低い隆起病変を認めた（Fig. 4a）。川崎は上皮性の表面型腫瘍（IIa + IIc 型 SM 深部浸潤癌）も鑑別には挙がるが、立ち上がりが一部分だからで陥凹境界は類円形で不整がなく、側面像でも SM 深部浸潤を示唆する変形がないこと、さらに病変部位（好発部位）も考慮すると inverted な発育を呈する鋸歯状病変（SSA/P）が最も疑われると読影した。

内視鏡でも粘膜下腫瘍様に隆起し中央部に陥凹を伴う病変で、陥凹部からは多量の粘液があふれていた (Fig. 4b)。近接や拡大観察では陥凹辺縁部および陥凹内に開II型様の pit が認められ、松下、川崎ともに inverted な鋸歯状病変 (SSA/P) に矛盾しないとし、粘膜内癌併存は否定できないが、注腸 X 線造影の側面所見も加味して粘膜内に限局した病変であろうと診断した。EUS (endoscopic ultrasonography) では減衰のため陥凹深部は不明瞭であったが粘膜下層までの病変と診断され内視鏡切除 (endoscopic submucosal dissection : ESD) を施行した。

病理は菅井(岩手医科大学分子診断病理学)が解説し、組織学的特徴と遺伝子学的検索[*K-ras*(-), CIMP, B-Raf(+), MLH1(-)]からも inverted SSA/P と診断した。なお、岩下(福岡大学筑紫病院病理部)は inverted と断定できる病理学的根拠はなく、特異な形態形成に関



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)

胃と腸 第48巻 第7号 2013年6月

□ 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 □