

2013 年 3 月の例会から

2013 年 3 月の早期胃癌研究会は 2013 年 3 月 13 日 (水) に笹川記念会館国際会議場で開催された。司会は平澤大 (仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科) と田中 信治 (広島大学病院内視鏡診療科)、病理は和田了 (順天堂大学医学部附属静岡病院病理診断科) が担当した。また、「早期胃癌研究会 2012 年最優秀症例賞」の表彰式が行われ、受賞者の松山赤十字病院胃腸センター・河内修司氏による症例解説が行われた。

【第 1 例】 70 歳代、男性。発育過程を観察しえた inflammatory myofibroblastic tumor (症例提示：仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科 大平哲也)。

主訴は心窩部痛。読影は吉村 (福岡県済生会福岡総合病院消化器内科) が担当した。

病変発見時の内視鏡検査では、胃前庭部大彎に 20 mm 弱の白苔に覆われた、境界明瞭な扁平隆起性病変を認めた (Fig. 1 a)。心窩部痛があり、白苔が付着し、広範囲に厚みがあることから、炎症性の疾患を考え、異物などによる反応性炎症と診断した。

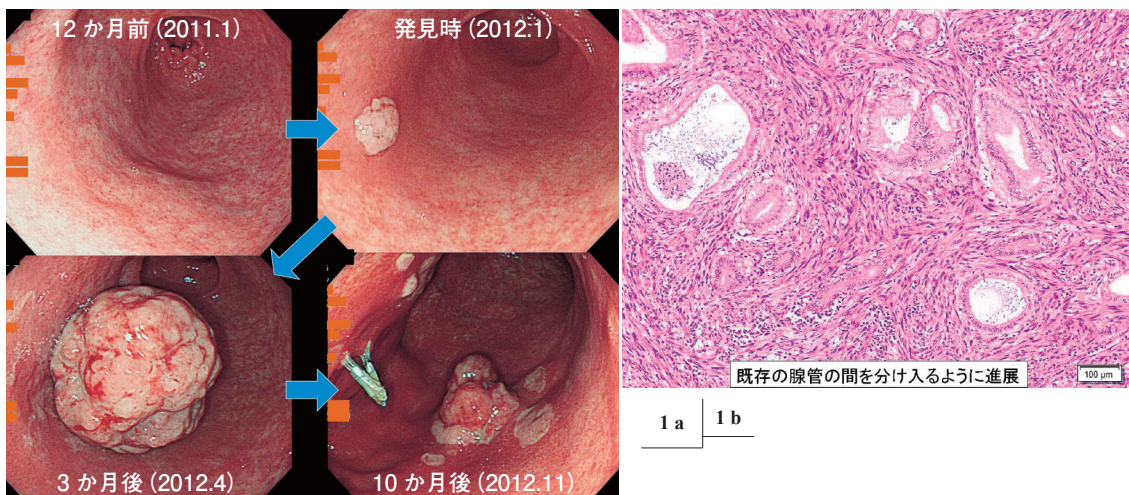
次に 3 か月後の胃 X 線造影画像が提示された。病変は 3~4 cm の隆起で、急速な増大、急峻な立ち上がりから腫瘍性変化と診断を変更し、伸展がよいことからリンパ系腫瘍と診断した。

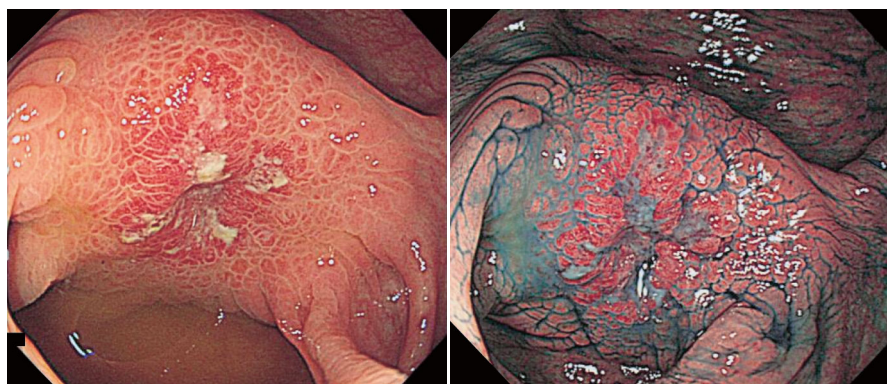
同時期の内視鏡像では、表面は白苔で覆われ、表面性状と隆起の形状から、腫瘍細胞は粘膜深部に増殖し隆起

を形成していると推測し、リンパ系の腫瘍と診断した。長南 (仙台厚生病院消化器内視鏡センター) は、表面の白苔は上皮性腫瘍を否定する根拠にはならない。急速な発育、境界明瞭、急峻な隆起、腫瘍の首座が粘膜深層と推測し、未分化型腺癌と診断した。伸展不良がない点が矛盾するため、未分化型ではあるが線維化の少ない癌と解釈した。

続いて、5 か月後の内視鏡像が提示された。隆起はさらに増大し、近傍に白苔に覆われた小隆起を認めた。超音波内視鏡 (endoscopic ultrasonography ; EUS) で無エコー領域が散見され、長南は、癌に膿瘍や粘液癌成分が併存し、それが粘膜下から噴出していると推測した。

病理解説は藤島 (東北大学病院病理部) が行った。3 か月目と 5 か月目の生検で、各種免疫染色を行い、肉芽組織の診断であった。臨床経過から外科切除を勧めたが、一貫して手術を拒否していた。7 か月目には壁内転移と思われる小病変が胃内に多発し、診断目的の内視鏡的粘膜切除術 (endoscopic mucosal resection ; EMR) を行った。病理組織像は、表面は炎症性の肉芽組織に覆われ、粘膜固有層に紡錘形の腫瘍細胞が増殖し、腫瘍細胞は粘膜内に限局していた (Fig. 1 b)。形質細胞を含む炎症性細胞浸潤を伴った筋線維芽細胞から成る増殖性の病変で、IMT (inflammatory myofibroblastic tumor) と診断した。その後も患者は手術を拒否し、胃内の多発病変は増加かつ増大し、11 か月目に大腿骨、腰椎、肝臓に転移し、翌月に死亡した。成人の胃原発の IMT は非常にまれで、外科切除で治癒するため、経過観察例、死亡例の報告は皆無であった。





4 a | 4 b

病変表面に粗な腺管構造があると読影し、この病変はリンパ腫や間質系の腫瘍も否定できず診断を絞り込めないと述べたが、山野は、潰瘍・びらん辺縁所見から、あくまで上皮性腫瘍を考えると反論した。

クリスタルバイオレット染色による拡大観察では、和田は、VN型 pit pattern を呈する癌の所見と読影し、永田も同様であるとした。山野と鶴田は、VN型 pit pattern 様の部分は間質に腫瘍細胞が密在し、その中に正常腺管が遺残している所見であろうと述べた。鶴田は、びらん辺縁境界が不明瞭な部位を指摘し、上皮性腫瘍は考えられないと追加した。平田(藤田保健衛生大学消化管内科学)は、表面構造から腺管を形成するような癌ではなくて、低分化腺癌、カルチノイド、虫垂由来の goblet cell carcinoid など、特殊な組織像を呈する病変の可能性を示唆した。

病理の司会は和田が担当した。味岡(新潟大学大学院医歯学総合研究科分子・診断病理学分野)が所見の解説を行い、回盲部病変は粘膜の縮みやひきつれを認め、肉眼的には線維を誘発するような低分化腺癌の可能性が考えられるとした。組織学的には、印環細胞癌を主体とした低分化腺癌で、ごく一部に分化型腺癌を混じているとし、深達度はSS~SEであり、辺縁はスキラスな発育をしていると説明した。表層の組織構築は、低分化腺癌が露出しており、内視鏡の読影に一致して、粘膜筋板が遺残していると解説し、内視鏡所見と組織学所見の対応を詳細に説明した。また、ごく一部に分化型腺癌も露出していると述べた。なお、併存する鋸歯状腺管はないとし、粘液形質およびミスマッチ修復遺伝子の発現に関する解説も行った。

八尾(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)は、本例も含めて多くの大腸低分化腺癌は分化型癌を混

在しており、その起源は分化型腺癌であることが多いと追加コメントした。

【第5例】 50歳代、女性。潰瘍性大腸炎に発生した多発大腸癌(症例提供：慶應義塾大学医学部消化器内科(現 北里研究所病院内科)小林拓)。

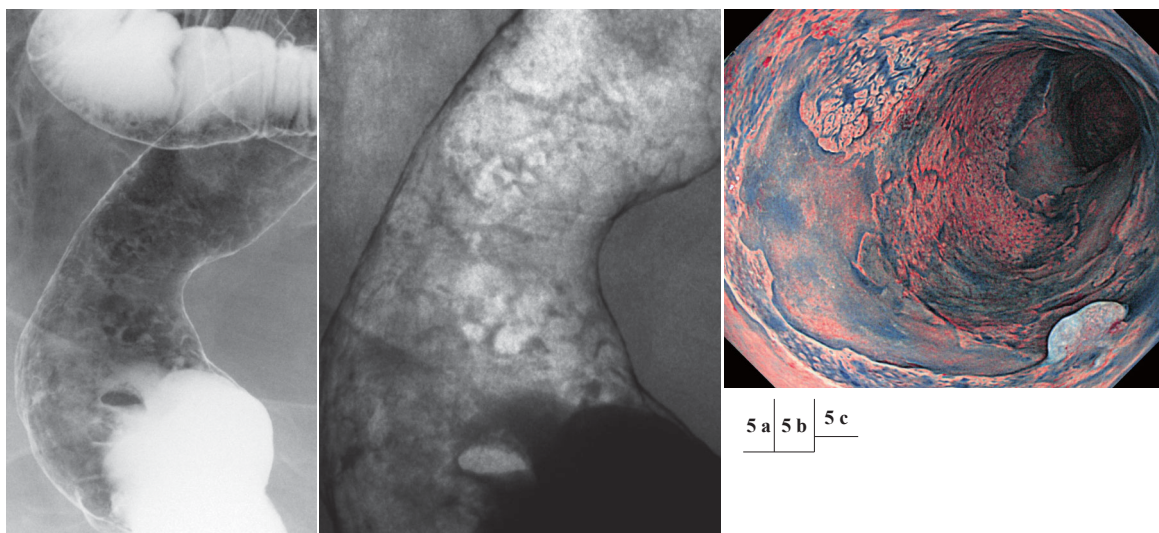
主訴は定期大腸内視鏡検査。読影は佐野村(北摂総合病院消化器内科)が担当した。

注腸X線造影検査(Fig. 5 a, b)では、鉛管状を呈する背景の粗な直腸~S状結腸粘膜に微小隆起・扁平隆起や領域性のある不整面を認め、潰瘍性大腸炎に合併した大腸癌で、S状結腸には進展不良部位があり、少しひだ集中を認め、同部位で癌の浸潤の可能性があると読影した。また、病変は多発しているのではないかと述べた。

蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)は、所見はほぼ同様であるが、高低差のある非常に広範な平坦隆起を認めるとコメントし、S状結腸の進展不良部位はSM massiveで、かなり深達度が深い可能性があると述べた。赤松(長野県立須坂病院内視鏡センター)は直腸でも癌の浸潤を疑う変形があると述べたが、蔵原は炎症性変化による進展不良との判別はなかなか難しいとコメントした。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は病変の範囲について追加コメントし、本例は直腸もS状結腸も浸潤癌で、後者は進行癌の可能性もあると述べた。

通常内視鏡所見では、佐野村は、注腸X線造影所見よりも平坦で粗な表面構造を呈する平坦腫瘍性病変の範囲は広いと述べ、その範囲を示し、直腸とS状結腸の病変は近接しているとした。また、内視鏡的に進行癌であるとは断定できないと述べた。蔵原は、直腸病変はMで、S状結腸はSM massiveでよいのではないかと述べた。

インジゴカルミン撒布像(Fig. 5 c)では、蔵原は、広範な隆起と陥凹の入り乱れた平坦な病変であることを説明



した。斉藤は、内視鏡的には直腸病変は比較的小となし
いが、注腸所見と併せてやはり浸潤癌であると述べ、直
腸もS状結腸も粘膜欠損がみられ、浸潤癌の所見で矛盾
しないとコメントした。赤松は、陥凹部分のみが腫瘍で
はないかと述べたが、蔵原と佐野村は、隆起部分も腫瘍
であると反論した。NBI拡大観察像も提示され、佐野村
と鶴田(久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門)が
読影し、腫瘍の所見と残存上皮を指摘した。

病理は和田が司会を担当し、味岡(新潟大学大学院医
歯学総合研究科分子・診断病理学分野)が所見の解説を
行い、肉眼的には浸潤癌としての所見はとれないとし
た。マッピングをもとに組織所見を解説し、低分化腺癌
と印環細胞癌の混在した癌が多発しており、一部に高分

化腺癌(欧米で言う dysplasia)も認め、S状結腸の低分
化腺癌がSM深部に浸潤している所見を説明した。また、
dysplasiaも多発していることを解説し、さらに、
直腸には浸潤癌の部位はないと説明した。

出題者から注腸X線造影所見と内視鏡所見の対比が
解説されたが、病変が多発し、また非常に広範囲であ
り、個々の所見の1対1の対比が非常に難しい症例で
あったと述べられた。最後に、平田(藤田保健衛生大学
消化管内科学)から手術標本の取り扱いと固定に関する
コメントがあった。(田中)

(仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科 平澤 大)
(広島大学病院内視鏡診療科 田中信治)