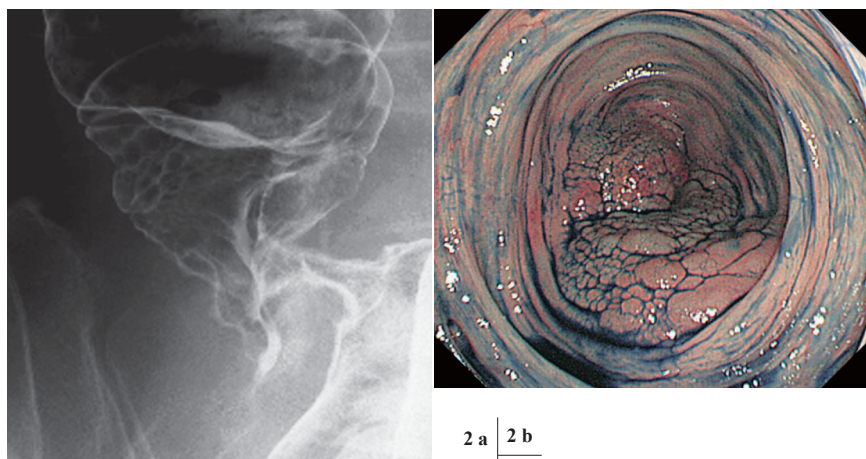


2026/10/02 09:17:27



主訴は下腹部痛。3年前に胃 MALT リンパ腫に対して、除菌療法を施行し、完全寛解を得ている。読影は斎藤（東京慈恵会医科大学内視鏡科）と和田（東京医科歯科大学消化器内科）が行った。小腸 X 線造影検査では、斎藤、和田ともに、回腸終末部から上行結腸（回盲弁のすぐ肛門側）までの隆起を主体とした病変で、粘膜下層以深を主体として増殖しているが、その伸展性の悪さから、悪性病変、特に上皮性病変（癌）を考えると述べた（Fig. 2 a）。赤松（長野県立病院機構須坂病院内視鏡センター）は、回腸終末部の狭窄部の伸展性が比較的保たれていることから、上皮性の癌腫よりもリンパ腫を含めた非上皮性の肉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、盲腸が描出されておらず、盲腸原発の癌腫が腸管外に伸展した状態と読影した。清水（大阪鉄道病院消化器内科）は、虫垂原発の goblet cell carcinoid が粘膜下層以深を浸潤した状態であろうとコメントした。

次に、内視鏡像が提示され、回盲弁の狭窄のため回腸の観察はできていないが、斎藤は、大腸病変に上皮性の所見は認められず、非上皮性の悪性腫瘍もしくは虫垂の上皮性腫瘍が大腸の粘膜下層以深に浸潤、増殖した状態を考えると述べた（Fig. 2 b）。和田は、上皮性腫瘍の所見が認められないことから、非上皮性の悪性腫瘍と診断した。山野（秋田赤十字病院消化器病センター）は、顆粒状の表面構造は粘膜下層だけの病変では形成されないことから、顆粒状部には粘膜内を浸潤する病変も存在するはずであるとコメントした。

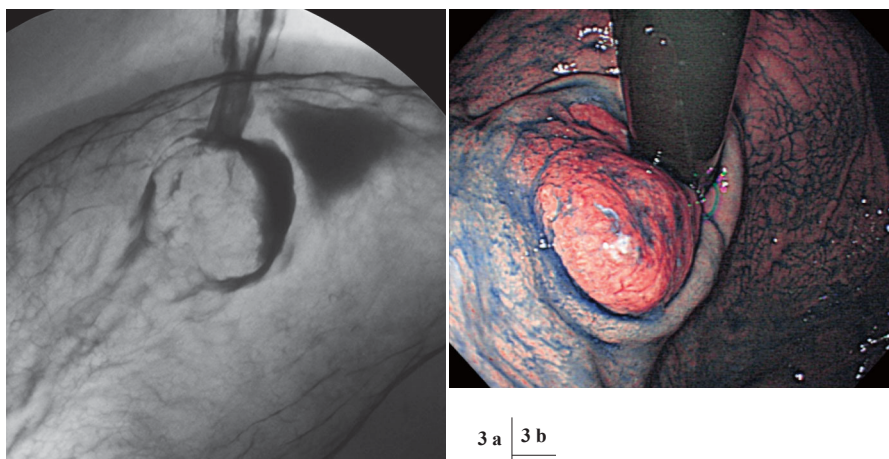
病理は秋山（川崎医科大学病理学 I）が説明した。回盲部の固有筋層から漿膜下まで浸潤した MALT リンパ腫

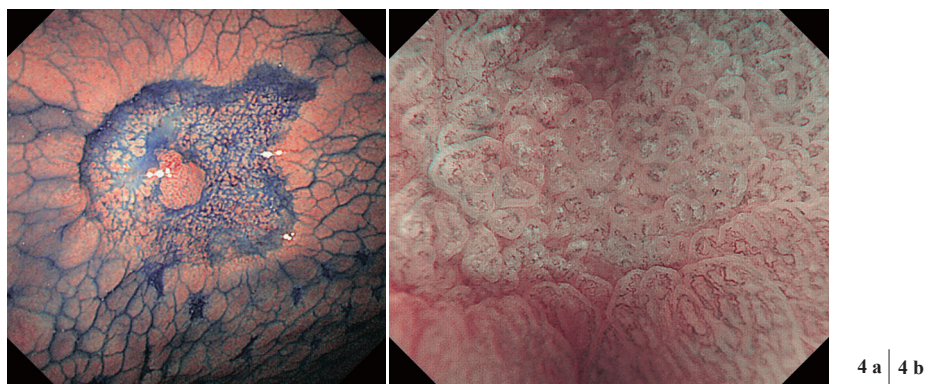
で、それ以外にリンパ腫辺縁に全層性のリンパ球を主体とした類上皮細胞肉芽腫を伴う炎症細胞浸潤を認め、Crohn 病（Crohn's disease ; CD）も考えられるが、臨床の画像から考えると、CD よりも腫瘍に対する反応性の類上皮細胞肉芽腫と診断したと述べた。二村（福岡大学医学部病理学講座）は、MALT リンパ腫部分では粘膜固有層にも腫瘍細胞に浸潤を認め、内視鏡的の顆粒状はこのように腫瘍細胞の粘膜固有層に起因するものであろうとし、さらに周囲の非乾酪性類上皮細胞肉芽腫は粘膜下層～固有筋層内、周辺リンパ節内にも多数存在し、組織学的には CD としても矛盾しないが、臨床像と併せて診断すべきであるとコメントした。最後に、提供施設より、術後上部消化管内視鏡所見および上部消化管生検組織からは CD を疑わせる所見は得られていないとの追加説明があった。

大変貴重な症例であるが、切除標本マクロ像と病理組織像の対応が不十分であり、内視鏡像、X 線造影像と病理所見の対応ができなかった点が残念である。（鶴田）

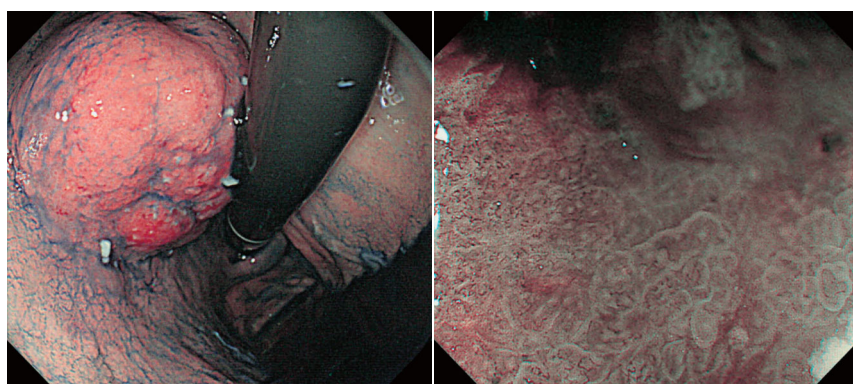
【第 3 例】 70 歳代、男性。0-I 型食道胃接合部癌の 1 例（症例提供：東京都がん検診センター消化器内科 富野泰弘）。

読影は吉村（済生会福岡総合病院内科）と岡（広島大学病院内視鏡診療科）が担当した。上部消化管 X 線造影検査では、吉村は、食道胃接合部の胃側にある 20 mm 大の丈の高い隆起性病変で、表面の結節性変化から上皮性腫瘍で進行癌と診断した（Fig. 3 a）。岡は、同様に上皮性腫瘍で早期癌と診断した。長浜（早期胃癌検診協会）は、立ち上がりが滑らかな粘膜下腫瘍様であり、上皮性変化を認めるものの粘膜面の変化が少ないことから、低異型





4 a | 4 b



5 a | 5 b

ている組織像を想像するコメントした。

内視鏡的粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection ; ESD) が施行された。病理は今村 (福岡大学筑紫病院消化器内科) が解説した。粘膜表層は超高分化型腺癌で、中層から深層には手つなぎ様の中分化型腺癌を認めた。辺縁にわずかな印環細胞癌を認めた。背景粘膜には胃底腺がしっかりあり、中分化型腺癌が腺頸部を破壊し胃底腺が消失したため、断崖状の陥凹を呈したことを説明した。平橋 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理学) も、断崖状の所見について、同様のコメントを行った。渡辺 (新潟大学名誉教授) は、印環細胞癌が胃型、小腸型由来かの鑑別に CD-X2 染色が有用であることを追加した。

【第5例】 60歳代、男性。胃粘膜下腫瘍様の形態を呈した低異型度分化型癌の1例 (症例提供：倉敷中央病院消化器内科 小原佳子)。

読影は中村 (丸の内病院消化器内科)、梅垣 (大阪医科大学第二内科) が担当した。上部消化管内視鏡検査では、中村は胃体上部から中部小彎に、一見、正常上皮で

覆われた粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。見上げ像では口側に結節性隆起があり、肛門側は滑らかであった。一部に白苔を伴う陥凹面があり、潰瘍を形成していた。後壁側の陥凹は少し発赤調の粘膜であり、上皮性変化を疑うと読影した。粘膜下腫瘍様病変の鑑別で、硬い印象もあり、GIST (gastrointestinal stromal tumor)、平滑筋肉種を鑑別に挙げた (Fig. 5 a)。梅垣は、大きな粘膜下腫瘍様隆起で、辺縁に陥凹があることが特徴的であることを指摘した。インジゴカルミン撒布色素内視鏡観察像では周囲は正常粘膜にみえること、中村と同様に、GISTでは辺縁のびらん、潰瘍は少ないことを述べ、リンパ腫やアミロイドーシスも考えられるとした。赤松 (長野県立病院機構須坂病院内視鏡センター) は、潰瘍の位置から GIST の可能性は低いとし、陥凹の形状が不整であり、lymphoid stroma や heterotopia が存在する粘膜下腫瘍様の癌を考えるとコメントした。長浜 (早期胃癌検診協会) は、結節の性状、発赤所見は上皮性腫瘍で癌と診断し、粘膜下にリンパ球浸潤や粘液などを認めるのではないかとコメントした。



NBI 拡大観察では、中村は陥凹部の血管や white zone の過伸展やふぞろい所見を指摘し、粘膜下からの圧排伸展を考えた。発赤調の部位は血管の大小不同は少ないが、粘膜パターンはやや乳頭状で上皮性変化があり、腫瘍の露出を考えた (Fig. 5 b)。梅垣は、発赤部にはやや太い血管がみられ、同様に腫瘍の露出ではないかと述べた。八尾建史 (福岡大学筑紫病院内視鏡部) は、腺窩辺縁上皮の際に LBC (light blue crest) が観察でき、不対象、配列不規則の所見を認め、表面微細構造は irregular で、多様な開放性ループ状血管もあり、微小血管構築像も irregular と判定できる。高分化型癌、小腸型の癌と診断できるとコメントした。

外科手術が行われた。病理は能登原 (倉敷中央病院病理検査科) が説明し、粘膜下腫瘍様に発育した病変で、高分化型腺癌であるとした。漿膜下層まで及ぶ腫瘍で、深部に膿瘍を形成し、強い炎症を認めた。細胞異型は弱い、浸潤性に発育する腺癌である。粘膜が下に陥凹して浸潤した所見があり、heterotopic gland の存在 (から

の発生) が考えられるとした。粘膜表面には萎縮性変化を認め、薄い粘膜と粘膜筋板を残すように浸潤した腸型の高分化型腺癌で、所々で表面に癌が露出する所見を認めた。八尾隆史 (順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学) は、生検では明らかな癌と診断しにくい病変であり、認識しておくことが重要であると述べた。CD10 陽性の小腸型で、分化傾向が乏しい癌が表面に露出している。このタイプの癌は、表面はくずれずに浸潤し、異型も弱い、正常との境界もわかりづらいとコメントした。八尾建史は、病変が広く、境界が不明瞭であるが、周囲から観察し異常 (不整) を見つけることが大切であると追加した。

最後に、後半の 3 例目から 5 例目は、いずれも低異型度分化型胃癌の症例であり、その内視鏡的診断と病理学的特徴をまとめて勉強できるよい機会となったとコメントがなされた。

(中村)

(久留米大学医学部消化器病センター内視鏡診療部門 鶴田 修)
(東京女子医科大学消化器内視鏡科 中村真一)