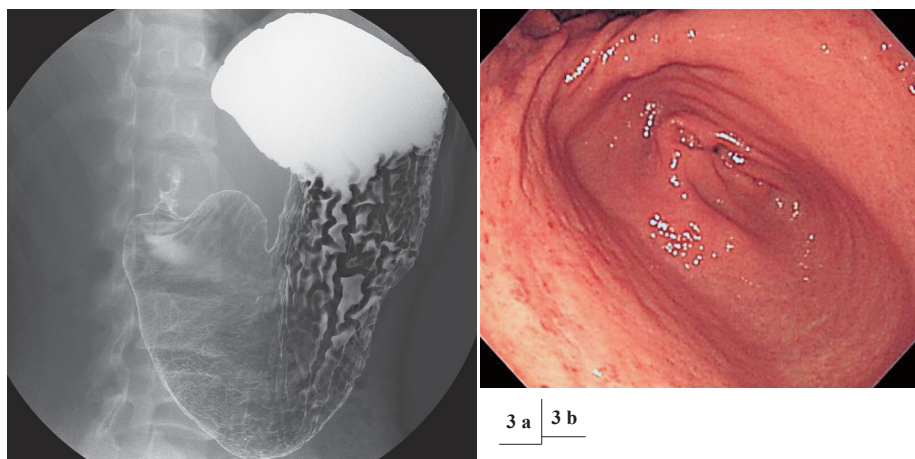




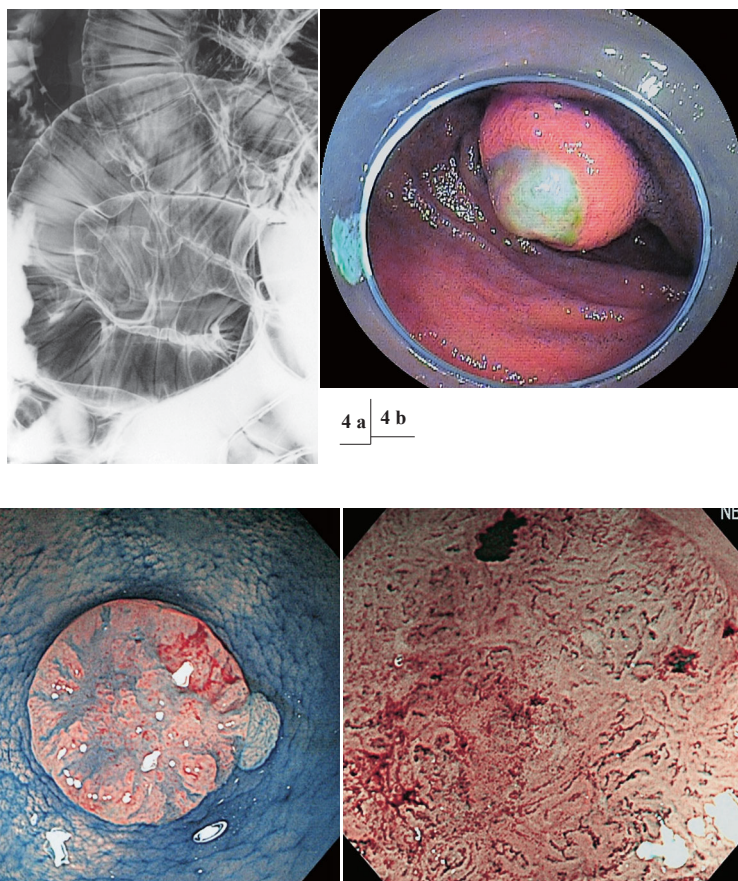
インを疑うが、幽門狭窄部は粘膜面の変化は少なく、壁外からの炎症による変化と読影し、異所性膵組織の炎症などを考慮すると述べた。

病理は、平橋(九州大学大学院形態機能病理学)が担当した。生検診断では、好酸球の増加を認めるが、膠原線維の増生や腺窩上皮への浸潤像は認めず、炎症細胞浸潤も明らかではなかった。また、類上皮細胞肉芽腫は認めなかった。以上から、好酸球が増加する疾患の鑑別が必要であるが、好酸球性胃腸症と診断できる所見はなく、また、鑑別として挙がっているCDも否定はできないとした。根本(東邦大学医療センター大森病院病理診断科)は、好酸球増加が認められるだけでは、好酸球性胃腸症とは診断できず、好酸球が炎症性変化を起こしている所見を認めない。また、積極的にCDと生検診断できる所見は認めなかったとコメントした。平田(藤田保健衛生大学消化内科)は、典型的所見ではないが、CDに随伴する上部消化管所見として矛盾はないとコメントした。斉藤は、好酸球性胃腸炎とすると、アレルギー歴や白血球分画で好酸球増加もないことから、まずCDを考え、小腸を検索すべきであるとコメントした。九嶋(国立がん研究センター中央病院病理科)は、十二指腸の生検より、不連続な炎症像を認め、CDと診断でき、好酸球性胃腸炎は否定できるとコメントした。本例は、臨床画像や生検診断の検討から、CDであると診断された。(入口)

【第4例】 20歳代、女性。粘膜下腫瘍様を呈した小腸 Dieulafoy-like lesion の1例(症例提供：原三信病院消化器科 府川恭子)。

2回にわたる顕性下血により、出血性ショック状態で救急搬送入院となった症例である。入院時のHbは

4.6 g/dlであった。上下部消化管およびカプセル小腸内視鏡検査の結果、小腸出血と診断され、保存的に経過観察し、自然止血した後に、ゾンデ法小腸X線造影検査が施行された。読影は野村(手稲溪仁会病院消化器病センター)、渡辺(大阪市立大学大学院医学研究科消化器内科学)が担当した。小腸X線造影像(Fig. 4 a)から、野村は中部小腸に径約10 mm大の隆起性病変を指摘し、立ち上がりになだらかで、病変の大部分は表面平滑にみえるが、頂部に二重輪郭所見を認めることから、頂部に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍と読影し、質的診断は難しいが、GIST(gastrointestinal stromal tumor)を考えたいとした。渡辺は、やや軟らかい印象があり、血管性病変も考えたいと述べた。大宮(藤田保健衛生大学消化内科)は、比較的小さな隆起性病変から大量出血を来したことから、血管性病変の中でも、AVM(arteriovenous malformation)を強く疑うとコメントした。小澤(佐藤病院消化器内科)は、血管性病変として pyogenic granuloma、上皮下主体の病変として IFP(inflammatory fibroid polyp)を鑑別疾患に追加した。バルーン小腸内視鏡像(Fig. 4 b)では、病変は正常粘膜に覆われた粘膜下腫瘍像を呈し、頂部に白苔を伴う境界明瞭な潰瘍を認め、潰瘍底は半球状に隆起していた。提示施設より、病変は拍動を伴っていないことが追加説明された。渡辺は、血管性病変であれば、表面が発赤調や青紫色調を呈することが多い。本例は、立ち上がり部から周囲粘膜と同色調の健常粘膜に覆われており、拍動を伴っていないことと併せて、血管性病変は否定的でGISTなどを考えるとした。野村も病変表面の色調から血管性病変は否定的としたが、潰瘍底の隆起は腫瘍実質が露出している可能性が高



いとして、IFP などの実質性腫瘍を疑うと述べた。大宮は、血管性病変は周囲粘膜と同色調の健常粘膜に覆われていることもあり、本例は血管性病変として矛盾しないとし、X 線造影像の読影と同様に AVM と診断するとコメントした。提示施設では、術前に IFP などの腫瘍を疑っていたが、再出血の危険性を考慮して、生検を施行することなく、腹腔鏡補助下に小腸楔状切除術を施行した。

病理は二村(福岡大学医学部病理学講座)が説明した。病変の主体は粘膜下層内の局所的にこぶ状に拡張した血管で、血管壁が全層性に断裂し、血管内部の器質性血栓が潰瘍底に露呈していた。血栓内部には再疎通化像を認めた。拡張した血管の辺縁に AVM を示唆する所見は認めなかった。また、拡張した血管が動脈か静脈かは明らかでなかったため、Dieulafoy-like lesion と診断したと説明した。本例は、粘膜下腫瘍様を呈した血管性病変であり、後日の追加検討で動脈と判明した。内視鏡診断が難しい症例であったが、斉藤(市立旭川病院消化器病セ

ンター)から、ショックになるような出血を認めたことから、IVR (interventional radiology) の適応ではなかったか、施行されていれば、血管 X 線造影所見が質的診断にも寄与したのではないかと意見がなされた。

【第 5 例】 60 歳代、男性。径 8 mm 大の 0-IIa + IIc 型大腸 SM 癌(浸潤距離 1,380 μ m)の 1 例(症例提供：久留米大学医学部消化器内科 野田哲裕)。

便潜血反応陽性を主訴に近医を受診し、下部消化管内視鏡検査にて直腸上部に大きさ 10 mm 大の病変を指摘された。同病変の精査目的で紹介され、受診となった。

大腸内視鏡像 (Fig. 5 a) の読影を岡(広島大学内視鏡診療科)が担当した。通常観察で、直腸 Ra に径 1 cm 程度の発赤調の扁平隆起を認める。頂部に浅い陥凹を認め、陥凹面の辺縁は棘状を呈し、陥凹内部はやや盛り上がって見える。0-IIa + IIc 型大腸癌と診断する。皺襞集中などの伸展不良所見は明らかでなく、SM 深部浸潤を疑う所見はない。深達度は SM 軽度浸潤までにとどまるとし



た。NBI (narrow band imaging) 拡大観察 (Fig. 5b) では、病変の陥凹に一致した brownish area を認め、NPG (non polypoid growth) の特徴を呈している。中心部で surface pattern は消失し、vascular pattern は血管の断片化、口径不同や一部で avascular area を認める。crystal violet 染色による拡大観察でも、中央部の pit pattern は荒廃してみえ、V_I 型高度不整～V_N 型と診断する。拡大観察では、SM 深部浸潤と診断するとした。山野 (秋田赤十字病院消化器病センター) は、陥凹内部に周囲と色調の異なる領域が読み取れ、同部を NBI 拡大観察すると、vascular pattern が周囲と異なる領域、血流量の異なる領域として認識できる。病変は基本的には M 癌だが、同領域で SM 深部浸潤と考えるとした。田中 (広島大学内視鏡診療科) も、同領域の surface pattern の不明瞭化を指摘し、同部で SM 深部浸潤と考えるとした。EUS (endoscopic ultrasonography) では、岡と斉藤 (市立旭川病院消化器病センター) とも、第 III 層深部は保たれており、明らかな SM 深部浸潤の所見はないとした。また、注腸 X 線造影像では、斉藤は、病変の側面像はわずかな変形を認めるが、弧状変形と言えるほどの所見ではないとした。趙 (洛和会音羽病院消化器病センター)

は、注腸 X 線造影の側面像はわずかな変形があり、EUS 所見は低エコー性の腫瘍塊が第 III 層内に達しているように見える。SM 深部浸潤とまでは言えないが、SM にある程度浸潤した癌で、浸潤距離は病変の表層からであれば、1,000 μ m を超えている可能性が高いと発言した。病変は EMR (endoscopic mucosal resection) が施行された。

病理は秋葉 (久留米大学医学部病理学講座) が解説した。病変は 8 × 7 mm 大の 0-IIa + IIc 型の高分化型腺癌で、深部に低分化成分を認めた。病変は粘膜病変が残っており、中央部で粘膜筋板が断裂し、SM 浸潤を認めた。浸潤距離は病変表面から 1,380 μ m で、残存している筋板から測定すると、370 μ m であった。最終診断は 0-IIa + IIc, adenocarcinoma (tub1 > por1), 8 × 7 mm, pSM massive (1,380 μ m), ly0, v0, budding/sprouting: (+), pHM0, pVM0 とした。大倉 (杏林大学医学部病理学教室) は、病変表面の腫瘍腺管の構造が比較的保たれ、間質の線維化が強くなかったことが病変の厚みが出なかった原因と指摘した。 (蔵原)

(東京都がん検診センター消化器内科 入口 陽介)
(松山赤十字病院胃腸センター 蔵原 晃一)