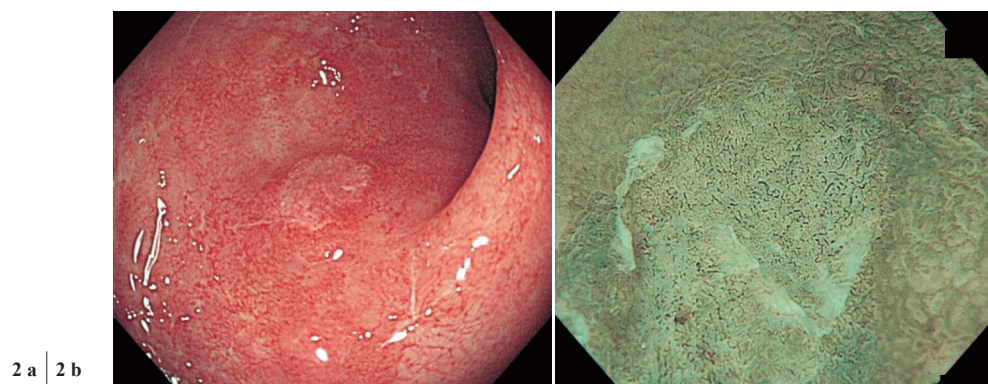




病理は八尾(隆)(順天堂大学医学部人体病理病態学)が解説した。陥凹部に一致して粘膜内に限局した中分化～低分化の癌がみられる。低分化の成分が大部分であるが、腺管様の構造が所々残っており、一部には明瞭な腺管形成のみられる部位もある。高分化型の癌として発生し、急速に脱分化して粘膜内で浸潤増殖したものと考えられる。粘液産生が著明なことは内視鏡で白色調の所見を呈した理由と考える。辺縁粘膜は過形成を伴った再

吉永は食道 X 線造影像 (Fig. 3 a) で、頸部食道～胸部中部食道まで粗糙な粘膜および複数の小バリウム斑を認め、特に頸部から上部食道では壁の硬化像も認め、食道偽憩室症に強い炎症を合併した所見と読影した。高木は、特徴的なカフスボタン様の所見より偽憩室症があり、同部の粘膜は粗糙であり、一部食道壁の伸展不良、管腔の軽度狭小化を伴っていることより表層拡大型の癌の合併も考えると読影した。内視鏡像 (Fig. 3 b) では、吉永は、偽憩室およびほぼ食道全体に認める血管透見を欠く粗糙な粘膜、発赤や白濁所見より炎症をベースとしており、さらに中部食道の約半周性の乳頭状隆起は扁平上皮癌であると診断した。高木は、炎症を背景とした粘膜で診断困難であるが、憩室の認められない下部食道から上方へと表層拡大型の癌の存在を指摘した。ヨード染

☆☆

た。

病理解説は大城(松山赤十字病院病理診断科)が担当した。術前の生検では、両病変から tub1 が証明された。切除胃標本では、胃角部小彎の主病巣は Type 2 [13 × 13 mm, pT2 (MP), por1 > tub2 > tub1, int, INFb, ly2, v0, pPM0, pDM0, pN0] であった。一方、胃角部前壁の病変はその大部分が粘膜下層に連続する境界明瞭な増殖をする腫瘍 [14 × 9 mm, pT1b (SM2), por1 >

tub2] であり、両病変ともにリンパ球浸潤の強い癌であった。主病巣でのリンパ管浸潤は著明であり、前壁側の病変はリンパ行性の転移巣であると解説した。

渡辺(新潟大学名誉教授)は、両病変の間には潰瘍瘢痕があり、連続した病巣が潰瘍により分断されて、2 病巣に分かれた可能性のあることをコメントした。(梅垣)

(慶應義塾大学病院予防医療センター 岩男 泰)
大阪医科大学第二内科 梅垣 英次)