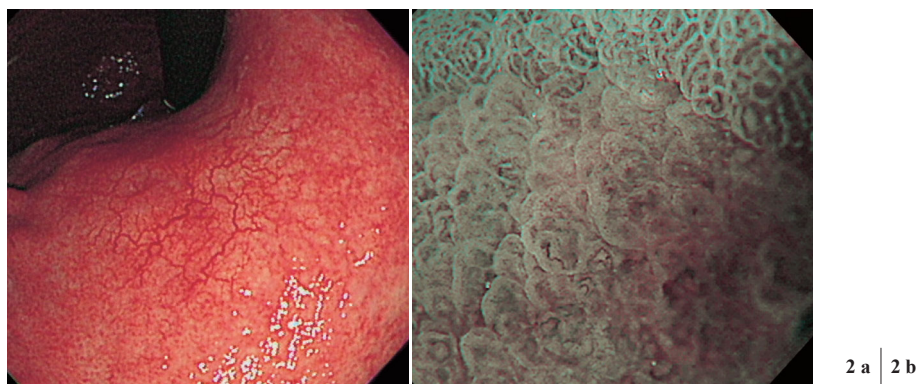


2026/09/18 12:18:51



張、口径不同を指摘し、癌を考えた (Fig. 2 a)。色素撒布像では発赤所見と粘膜の性状が異なる領域が広がっていることを指摘し、噴門部から胃体上部前壁主体の 0-IIb + IIc 型早期胃癌で、硬化像はなく、分化型、深達度 M と診断した。入口は中心部に血管増生が目立つ病変で、褪色域では腺管構造が低く、分化型の癌で、深達度 M と述べた。長南 (仙台厚生病院消化器内視鏡センター) は表層拡大型、tub2 主体で、0-IIc + IIb 型、深達度 M と述べ、深達度診断は十分に伸展した写真で判定すべきことをコメントした。NBI (narrow band imaging) 拡大観察では、安保は腺窩上皮型で、LBC (light blue crest) を認め、腸上皮化生を伴った粘膜であるとした。また、demarcation line があり、white zone が不明瞭ないしは消失し、血管のループが不明瞭となっていることから、分化型、tub2 が主体であると述べた。一部に低分化傾向を示す部分があり、多彩な組織型を示す可能性も指摘したうえで、陥凹傾向を示すものの、0-IIb 型早期胃癌と診断した (Fig. 2 b)。八木 (新潟県立吉田病院内科) は、腺境界部に存在する病変で、表面に非癌上皮を残しながら、管状腺癌の中に低分化の癌が胃底腺内に混在する可能性も考えられるとコメントした。長南は、EUS (endoscopic ultrasonography) で深達度を SM~MP と判定したことに関して、通常内視鏡所見との対応と細径プローブによる評価の注意点をコメントした。腹腔鏡下胃全摘術が施行された。

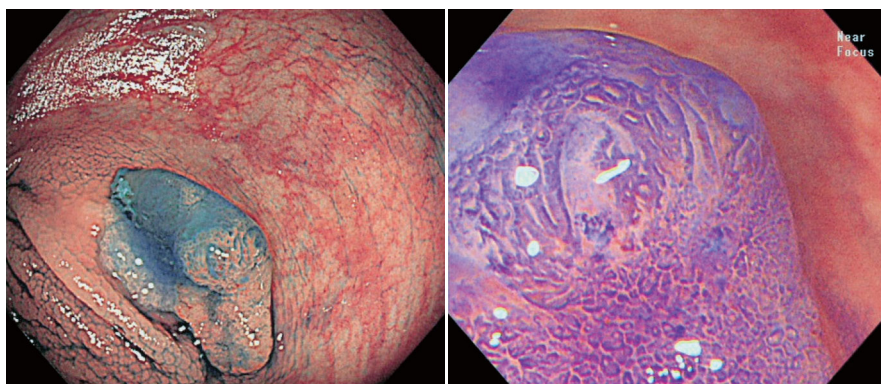
病理は米増 (大分赤十字病院病理検査科) が解説し、中分化型腺癌、深達度 SS、脈管侵襲ありと診断した。深達度 M の部分では粘膜深層に横ばい型の癌を認め、SS 浸潤部では表層は腺管構造が保たれた tub2 で、腺管構造を保ったまま浸潤していると解説した。粘液形質は腸型優位の混合型で、粘膜中層から発生した表面横ばい型

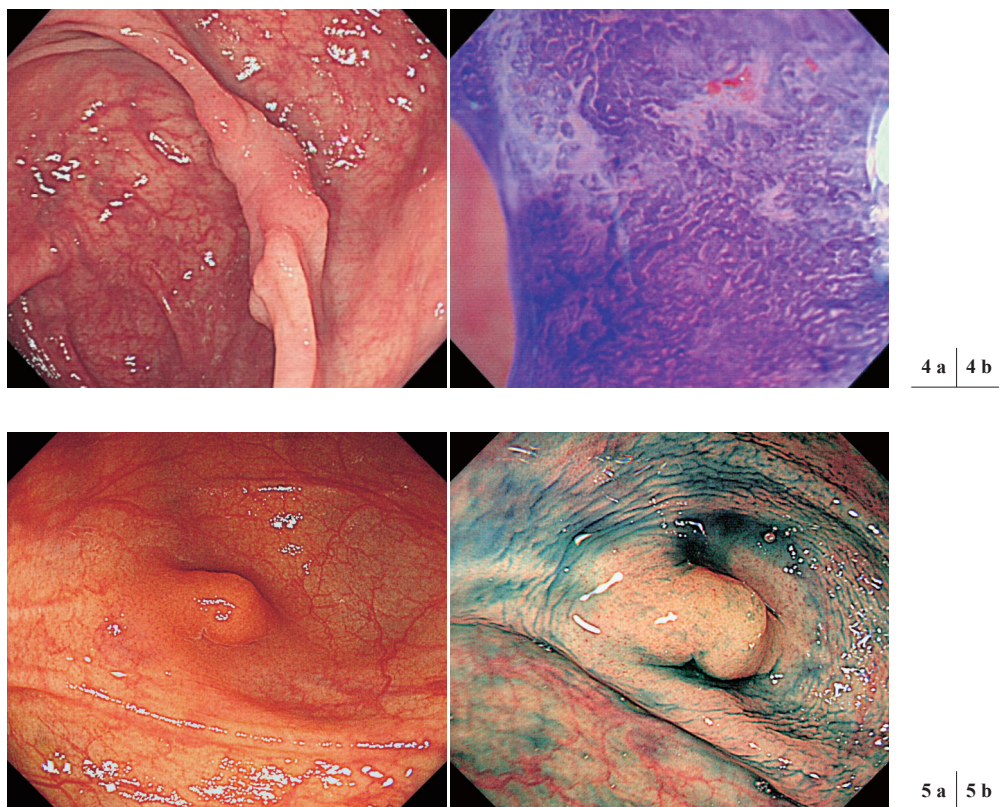
の癌がスキルス様に浸潤したのではないかと説明した。上尾は NBI 拡大所見と病理所見を対比し、樹枝状の血管は筋板に流入する血管と考えることを補足した。伴 (埼玉県済生会川口総合病院病理診断科) は基本的に広い範囲に粘膜内の要素を残しながら、五月雨式に粘膜下層に浸潤している癌とし、粘膜内は水平に広がった横ばい型で、細胞異型の弱い腸型の癌がスキルス様 (未分化様) に浸潤したものと述べた。渡辺 (新潟大学名誉教授) は、この癌は肝転移を起こしにくく、癌性腹膜炎を起こすタイプであるとし、v (2+) の診断を再確認するようコメントした。赤松 (長野県立須坂病院内視鏡センター) から胃 X 線検査の施行の有無と所見についての確認があった。最後に八尾恒良 (佐田病院)、渡辺から表面模様の議論のみではなく、きちんとした通常内視鏡所見の提示と読影を大切にしようコメントがあった。

(中村)

【第 3 例】 80 歳代、男性。SSA/P に合併した表面型 SM 微小浸潤癌 (症例提供：東京慈恵会医科大学消化器肝臓内科 井出大資)。

検診の便潜血検査にて発見された症例である。読影は松下 (秋田赤十字病院消化器病センター) と永田 (安佐市民病院内視鏡科) が担当した。通常・色素内視鏡像 (Fig. 3 a) で松下は、上行結腸に 1 cm 強の扁平隆起があり、粘液付着が多いため SSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) と読影した。一方、永田は色調の違いから 2 つのコンポーネントに分かれているが、中央部で一部盛り上がっており、この部分が SSA/P に合併した粘液癌の可能性があると読影した。拡大観察では、永田は手前のコンポーネントは NBI (narrow band imaging) 拡大観察で surface pattern が不整であることから癌であり、盛り上がっている部分は表面に出ていない SSA/P 由来の粘液





い場合は SM 癌の可能性が高いと述べた。

病理は下田（慶應義塾大学医学部病理学教室）が担当した。ESD (endoscopic submucosal dissection) がなされ、 30×28 mm 大の病変であった。粘膜病変は高分化型腺癌であり、数か所で SM 浸潤がみられた。SM 浸潤部は粘液癌が多くを占め、SM 浸潤距離は $1,000 \mu\text{m}$ を超えていた。追加手術を行ったがリンパ節転移や腫瘍の残存は認めなかった。江頭（大阪医科大学病理学教室）は癌の発育は全層性で、辺縁隆起部の異型度は低い中央に向かうに従って異型度が増し、分化度が低くなっていく病変であるとコメントした。

本例は内視鏡像と病理の対比が不十分であった。

【第5例】 50 歳代、男性。盲腸に発生した神経節細胞腫 (ganglioneuroma) (症例提供：NTT 東日本札幌病院消化器内科 吉井新二)。

検診の便潜血検査にて発見された症例である。読影は上田（大阪市立十三市民病院消化器内科）と佐野村（北摂総合病院消化器内科）が担当した。

通常 (Fig. 5 a)・色素内視鏡観察 (Fig. 5 b) では、上田

は小さい粘膜下腫瘍で、一方の辺縁の立ち上がりはなだらかであり、もう一方の辺縁は急峻であると読影した。佐野村は、半球状のきれいな隆起ではない粘膜下腫瘍であり、顆粒細胞腫が最も考えられると読影した。小澤（佐藤病院消化器内科）はくりっとしていないため被膜のない粘膜下腫瘍が考えられ、顆粒細胞腫が最も考えられるとコメントした。鶴田（久留米大学消化器病センター内視鏡診療部門）は、粘膜内で増殖している神経節細胞腫の可能性もあると述べた。渡辺（新潟大学名誉教授）は、隆起の周辺に色素撒布像で無名溝が消失している平坦な部分が広くあることを指摘し、この所見は顆粒細胞腫に合わないコメントした。

拡大観察では、佐野村は NBI (narrow band imaging) で surface pattern と vascular pattern は正常で、クリスタルバイオレット染色像で pit も正常であり、覆っている粘膜も正常であることから粘膜下腫瘍で合うと読影した。上田はカルチノイドも鑑別に挙げられると述べた。鶴田はクリスタルバイオレット染色像で腺管の間が開いている部分と開いていない部分とで腺管の形が変わらな



いことから、腺管の間が開いているのは下から持ち上げられているのではなく、粘膜固有層内にも病変があるためと述べた。

病理は藤田 (PCL 札幌) が担当した。hybrid ESD (endoscopic submucosal dissection) を行い、15 mm 大の病変であった。中央の隆起部分はほとんどが粘膜固有層内に腫瘍が増生している病変であり、わずかに粘膜下層に病変がみられた。腫瘍は紡錘形細胞が増生し神経節細胞が混入しており、神経節細胞腫と診断した。周囲の平坦な部分の粘膜固有層内にも腫瘍が進展していた。腫瘍は腺管構造の間に入って表層直下まで達しており、表層はびらんを呈していた。渡辺はカルチノイドでは粘膜側に拡がらず、すぐに粘膜下に mass を作るため進展様式が

異なる。顆粒細胞腫では mass があり、その上に少し粘膜内に拡がることはあっても、この症例のように粘膜内に広く進展することはない。mass があり、その周辺粘膜内へ進展する様式からは神経節細胞腫しか考えられないとコメントした。

吉井から、上皮主体に発育したポリポイドタイプの神経節細胞腫であり、本邦では 19 例目で、まれな症例であるとの解説があった。

本例は通常・色素内視鏡観察で周囲の平坦な部分も病変と読影できれば、上皮腫瘍と診断可能であった示唆に富む症例であった。

(大川)

(東京女子医科大学消化器内視鏡科 中村真一)
(大阪市立十三市民病院消化器内科 大川清孝)