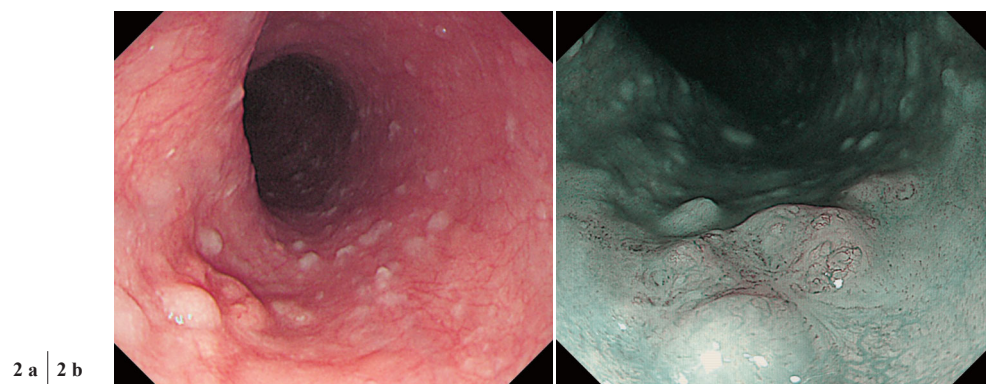
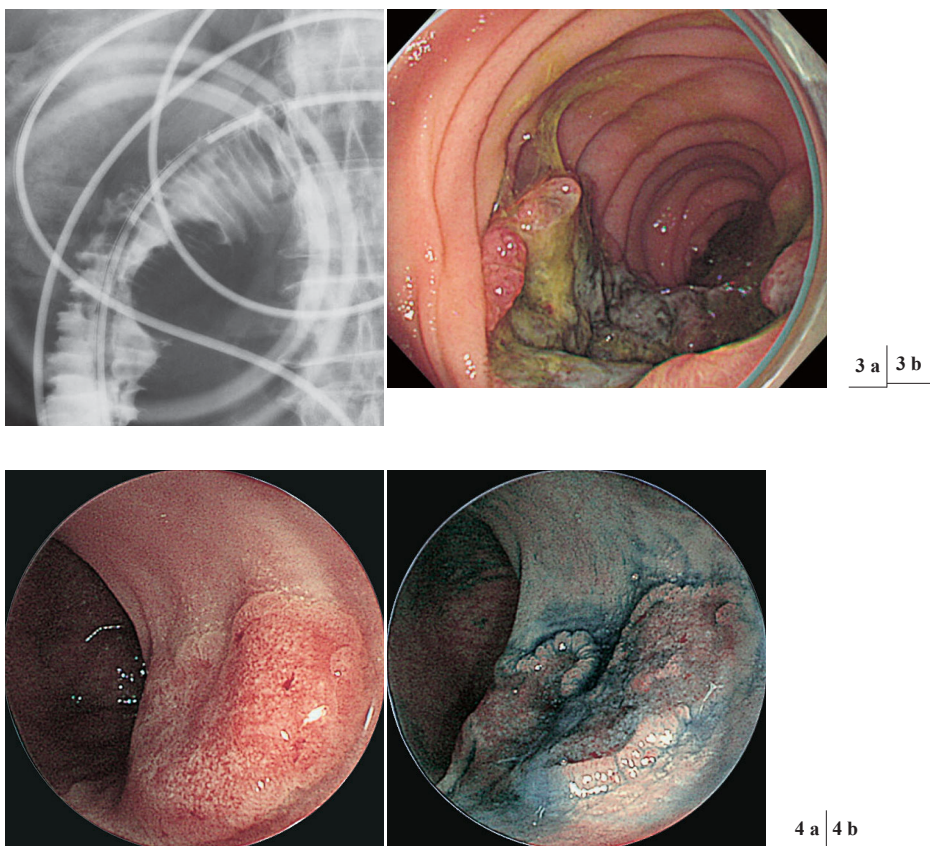




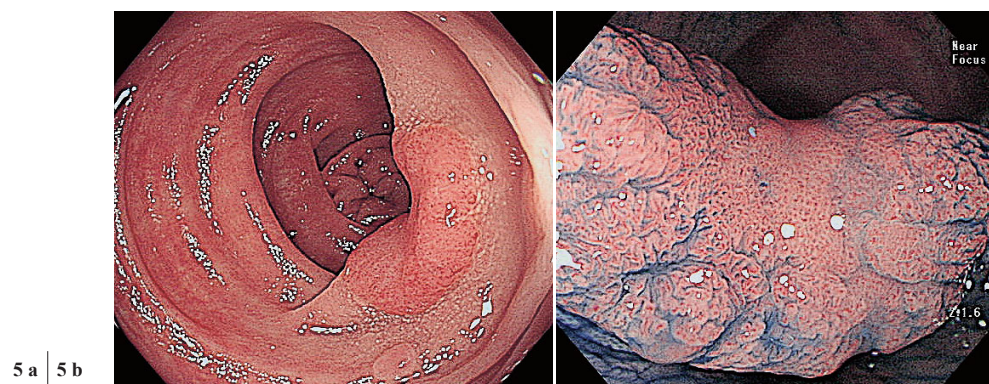


【第4例】 50歳代，女性，cap polyposis (症例提供：宇治徳州会病院内科 関岡敏夫)。

数年前から軟便傾向が出現し，粘血便を伴うようになったため来院した。遠位大腸の内視鏡検査所見を永田（広島市立安佐市民病院内視鏡内科）が読影した。Ra～Rbに発赤調の扁平隆起が多発し（Fig. 4a），顕著な粘液付着を伴っていた。Rbには血管透見が消失した発赤粘膜を伴っていた。色素散布で隆起の立ち上がりは明瞭となり，発赤部は相対的に陥凹していた（Fig. 4b）。永田は，隆起が粘膜下腫瘍様の立ち上がりを示すこと，多発病変であることから悪性リンパ腫が疑われると述べ，アミロイドーシス，アメーバ性大腸炎などを鑑別疾患として挙げた。鶴田（久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門）は隆起周囲の白斑にも着目し，cap polyposisが考えられると述べた。斎藤（東京慈恵会医科大学消化器・肝臓内科）は同様の所見を呈する疾患として collagenous colitisを挙げた。小林（福岡山王病院消化器内科）も隆起の性状，不規則な白斑，粘液付着から cap polyposis と

診断した。

EMR (endoscopic mucosal resection) を施行された隆起1病変と経過中の生検組織の病理を八尾（順天堂大学医学部人体病理病態学）が解説した。EMR 標本では，捻れのない過形成性腺管の表層に局限する活動性炎症と肉芽組織の増生がみられた。また，生検組織では同一組織内に限局性炎症細胞浸潤（炎症の斑）がみられ，いずれも cap polyposis に合致すると述べた。菅井（岩手医科大学医学部病理学講座分子診断病理学分野）は，本症のように表層の活動性炎症や肉芽組織が軽微な症例が存在するので，診断には注意が必要であるとコメントした。渡辺（新潟大学名誉教授）は，本症に直腸脱が関与し粘液分泌細胞が顕著となることを追加し，八尾は，直腸脱はむしろ二次的な変化と述べた。本症は約3年半の経過中5-ASA (aminosalicylic acid) 投与や除菌療法が施行されており，内視鏡検査所見の推移が提示者より示された。最後に，八尾が本症の診断に EMR は不要であると述べた。



5 a | 5 b

【第5例】 60歳代，男性．早期大腸癌（M 癌）症例（症例提供：広島大学内視鏡診療科 林那奈）．

便潜血陽性のため前医で大腸内視鏡検査を受け，S 状結腸の病変を指摘された．読影は佐野村（北摂総合病院消化器内科）が担当した．通常光観察（Fig. 5 a）では15 mm 大の IIa + IIc 様病変であり，明瞭な陥凹面を有し，伸展不良を伴うことから PG (polypoid growth) 型 SM 深部浸潤癌と診断した．NBI 拡大観察（near focus）では陥凹部の表面構造は保たれ，血管の口径不同も軽度であることから，深達度 SM 浅層と診断した．斎藤（東京慈恵会医科大学消化器・肝臓内科）は通常観察，NBI 拡大観察いずれも粘膜内病変と診断した．次にインジゴカルミン散布後の通常・拡大観察が提示され（Fig. 5 b），佐野村，斎藤はいずれも腺構造が保たれており，SM 浅層の病変と診断した．鶴田（久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門）は陥凹内のわずかな隆起所見を指摘し，同部で SM 浸潤が疑われるとした．最後にクリスタルバイオレット染色後の拡大内視鏡検査を検討した．佐野村と斎

藤は，隆起部が III_L，陥凹面が V_I 軽度不整であり，SM 浅層浸潤の癌と診断した．鶴田は，粘膜内病変は保たれているが陥凹内の隆起部で SM 浅層浸潤，ないしリンパ濾胞が存在する可能性を指摘した．山野（秋田赤十字病院消化器病センター）は，陥凹内に腺構造が疎な領域を指摘し，同部に SM 層の変化が存在する可能性を述べた．

病理は伴（済生会川口総合病院病理診断科）が解説した．全体的には tub1 の低異型度癌であり，わずかに構造異型と核異型が強い部でリンパ濾胞を伴う SM 浸潤があると診断した．岩下（福岡大学筑紫病院病理部）は，癌巣直下の粘膜筋板が保たれていることから粘膜内癌と診断した．内視鏡検査所見と病理組織学的所見の対比が示されなかったため，鶴田が指摘した隆起と山野が指摘した疎な腺構造部のいずれかがリンパ濾胞に合致したのかが不明であったが，詳細な内視鏡観察の重要性を示唆する症例と考えられた．

（松本）

（がん・感染症センター都立駒込病院内視鏡科 門馬久美子）
（岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野 松本 主之）