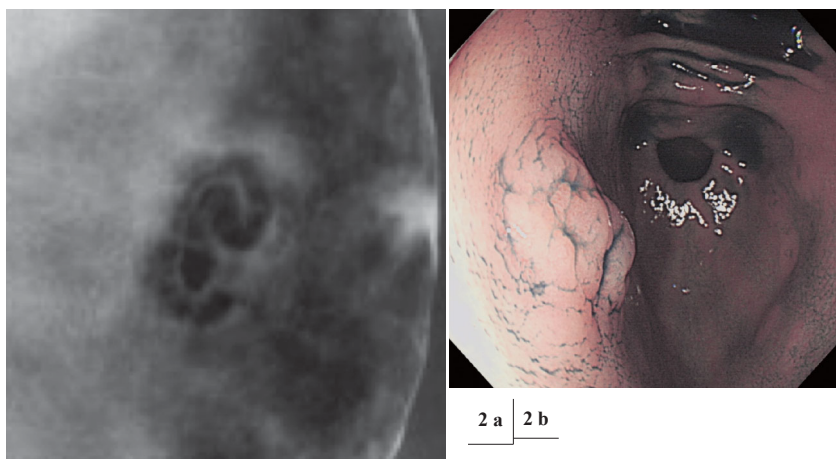


## 2026/10/02 08:51:35



軟らかく、粘膜下に異所性胃腺もしくは嚢胞性疾患があるとコメントした。EUS (endoscopic ultrasonography) で吉永は、第2層に多房性の無エコーの嚢胞性領域を認め、粘膜下異所性胃腺を伴うM癌と診断した。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は、嚢胞状部分は第3層に主座があることを指摘した。

粘膜下異所性胃腺を伴う低異型度癌の診断のもとESD (endoscopic submucosal dissection) が施行された。病理は根本(東邦大学医療センター大森病院)が解説した。異所性胃腺を伴った腫瘍で、異型は口側隆起のほうが強く、肛門側は弱かった。粘膜下層に嚢胞状に拡張した異所性胃腺を認め、同部に癌はない。その上に低異型度の癌がのっている。陥凹部分は高分化型腺癌、奥の隆起部分は腺腫に相当すると診断した。菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座分子診断病理学分野)は、異型の強い部位と弱い部位に境界がなく全体が癌であると診断した。

臨床的には手前の隆起の異型が弱く、奥の陥凹部分の異型が強いと読影したが、病理では口側隆起部の異型が強いという結果だった。この点に関して、小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)より、切除標本の構築が口側・肛門側逆に提示している可能性があるとの指摘があった。

【第2例】 30歳代、女性。若年女性の *Helicobacter pylori* (HP) 陰性非萎縮粘膜に発生した高分化管状腺癌の1例(症例提供：東京北医療センター消化器内科 鶴田史)。

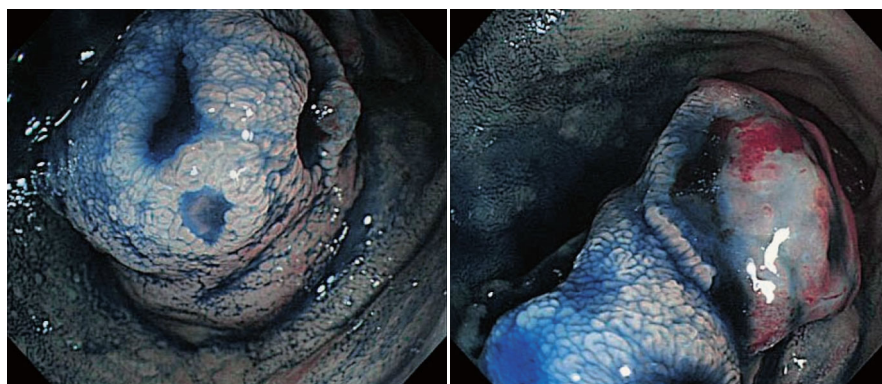
健診の上部内視鏡検査で異常を指摘され、紹介となった。読影は北村(市立奈良病院消化器内科)が担当した。X線造影像上、萎縮のほとんどない胃前庭部前壁に、丈

が低く幅の狭い顆粒状隆起に囲まれた陥凹を認め、その中央が一段高く隆起している。このことから上皮性腫瘍性病変であろうと読影した(Fig. 2a)。長浜(千葉徳洲会病院内視鏡センター)は、周囲隆起の立ち上がり不明瞭なことから、粘膜下浸潤を呈する0-IIc + IIa型早期胃癌と読影した。斉藤裕輔(市立旭川病院消化器病センター)は、陥凹は2段隆起による相対的なもので、立ち上がりがなだらかであることから、リンパ腫など上皮下主体の病変と診断した。

内視鏡観察で北村は、RAC (regular arrangement of collecting venules) 陽性のHP陰性粘膜を背景に同部に辺縁顆粒状の隆起性病変を認め、境界は比較的明瞭、中央は発赤調でやや高く、辺縁隆起との間に溝状の陥凹を認める。このことから高分化型0-IIa、また丈が低く緊満感がないことから深達度Mと診断した(Fig. 2b)。長浜は内視鏡上、周囲隆起は立ち上がりから異型の弱い癌で、溝状陥凹部、中央隆起は発赤調で異型がやや強いとコメントした。

NBI拡大内視鏡観察で北村は、辺縁隆起の中ほどから小型化した不整形のvilliを認め、white zoneの幅が不均一で、内部血管の口径不同、走行不整も認めることから高分化型腺癌を考えた。小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)も同様に高分化型腺癌と読影した。

2回目の生検でGroup 4となり、ESDが施行された。病理は天野(東京北医療センター病理診断科)が担当した。陥凹部では腺窩上皮を置き換えて表層性に腫瘍を認め、腺管密度はやや高く細胞異型も認めるが、構造異型が比較的乏しいことから小腸型腺腫と診断した。辺縁お



よび中央の隆起部に腫瘍はなく、幽門腺および腺窩上皮の過形成より成り立っていた。八尾建史(福岡大学筑紫病院内視鏡部)は一部腺腫か癌か悩むところがあるが、核異型が強く構造異型もみられる部位があること、境界を明瞭に引けないことから全体を高分化型腺癌と診断した。発生に関しては腸液の逆流による刺激で発生した可能性を示した。江頭(大阪医科大学病理学教室)は癌が胃小区間溝に沿って発生発育したタイプであることを、九嶋(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)は中央部に癌がなく、過形成性発育を呈した理由として生検の影響が考えられることをコメントした。HP 陰性の胃に発生した高分化型癌の珍しい症例であった。

**【第3例】** 70歳代、男性。特異な形態を示した十二指腸 GIST の1例(症例提供：北摂総合病院消化器内科 佐野村 誠)。

主訴は持続する発熱。上部内視鏡検査で十二指腸に病変を認め、また CT 検査で肝臓にも異常陰影を認めた。読影は安保(旭川がん検診センター)が担当した。X 線造影検査で十二指腸球部から上十二指腸角にかけて大きな結節状の隆起性病変を認める。表面は平滑で大小の辺縁平滑な浅い潰瘍を認めるが、表面結節状であり、癌を考えると読影した。また、潰瘍が円形でいわゆる Bull's eye 様所見にみえることから転移性十二指腸癌を鑑別に挙げた。齊藤裕輔(市立旭川病院消化器病センター)は潰瘍部を除いて表面が平滑であること、大きな腫瘍にもかかわらず狭窄症状がないことからリンパ系腫瘍を第一に考えとした。また、感染を併発し、肝臓に波及して肝膿瘍を形成した可能性を指摘した。赤松(長野県立須坂病院内視鏡センター)は癌でもリンパ腫でも所見が合わず、炎症に絡んだ上皮下～粘膜下の腫瘍形成を考えたいとした。長浜(千葉徳洲会病院内視鏡センター)は、隆起

表面は平滑で、陥凹辺縁もシャープかつ深いので GIST を考えたいとコメントした。

内視鏡上、安保は十二指腸球部後壁に大きな結節状の隆起性病変を認め、大部分は十二指腸粘膜で覆われており、粘膜下腫瘍の形態を示す。頂部に多発する辺縁不整な潰瘍を認め、肛門側では崩れてズル剥け状態となっていることから癌と診断した(Fig. 3)。齊藤と長浜は隆起表面の潰瘍辺縁に不整はみられないことから癌を否定し、齊藤は内分泌腫瘍を、長浜は GIST もしくは NET (neuroendocrine cell tumor) を考えたいとした。EUS (endoscopic ultrasonography) では低エコー腫瘍が第2層以深にみられた。PET-CT (positron emission tomography with computed tomography) では十二指腸および肝臓に FDG (fluorodeoxyglucose) の強い集積を認め、腹部造影 CT 検査では十二指腸に 77 × 55 mm の内部壊死を伴う腫瘍を、また肝臓には多発性の肝転移および肝臓への直接浸潤を認めた。

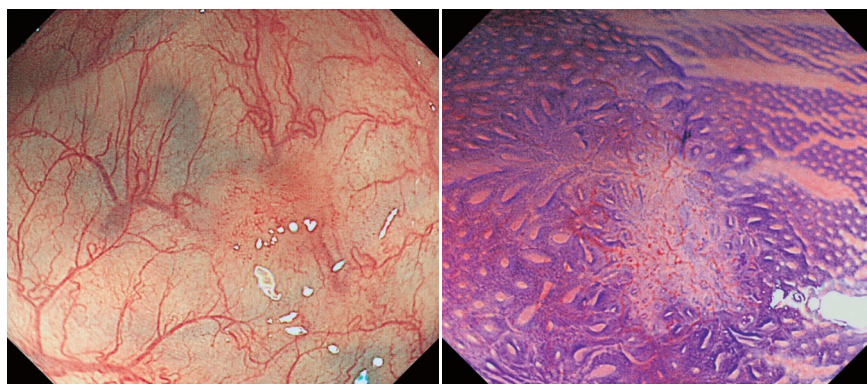
生検で GIST の診断であった。炎症反応高値に関しては腫瘍壊死の影響と考えられた。遺伝子検索で *exon11* に変異を認め、イマチニブによる治療を10か月継続し、原発巣および転移巣ともに1/2程度まで縮小している。

大きく複雑な腫瘍の形態を X 線、内視鏡検査でよく表していた。(長南)

**【第4例】** 50歳代、男性。横行結腸 MALT リンパ腫(疑い)(症例提供：人吉医療センター消化器内科 高野理恵子)。

便潜血陽性にて大腸内視鏡検査を施行したところ、横行結腸に病変を認めた。読影は上田(大阪市立十三市民病院消化器内科)と岡(広島大学病院内視鏡診療科)が担当した。

上田は、通常内視鏡観察で血管透見が消失する1cm



4 a 4 b

大の領域を病変とした (Fig. 4 a). NBI (narrow band imaging) 拡大観察・色素内視鏡観察で陥凹部には腺管構造がみられず、癌の所見であると読影し、粘膜内癌を考えるとした (Fig. 4 b). 岡は、陥凹部は高度異型腺腫から粘膜内癌の所見であり、周囲には粘膜上皮下にリンパ濾胞などを伴った過形成性粘膜を認めるとした。また、赤松 (長野県立須坂病院内視鏡センター) は、血管の増生からリンパ球系腫瘍を考えると読影した。田中 (広島大学病院内視鏡診療科) は、上皮性腫瘍の所見はなく、神経節細胞腫 (ganglioneuroma) などを疑うとコメントした。9 か月後の内視鏡像では、上田は前回と比べて高さが目立つようになり、上皮下を主体とした ganglioneuroma を疑うとし、岡は NET (neuroendocrine cell tumor) も鑑別に挙がるとした。鶴田 (久留米大学医学部消化器病センター内視鏡診療部門) は、病変は粘膜固有層主体で、表面の腺管密度が低下した部位と陥凹部のびらんから再生した粘膜がみられるとコメントした。本病変に対し、診断目的に EMR (endoscopic mucosal resection) が施行された。

病理は菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座分子診断病理学分野)が担当した。粘膜下層から一部粘膜固有層にかけてリンパ球様細胞が増生し、圧倒的にB細胞優位であり、MALT(mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫と診断した。また、上皮の腺管は疎になっているとした。二村(福岡大学医学部病理学講座)は反応性のリンパ球増殖症と考えられ、MALTリンパ腫が鑑別に挙がるとした。八尾隆史(順天堂大学大学院医学研究院人体病理病態学)はリンパ腫との診断は困難であるとした。

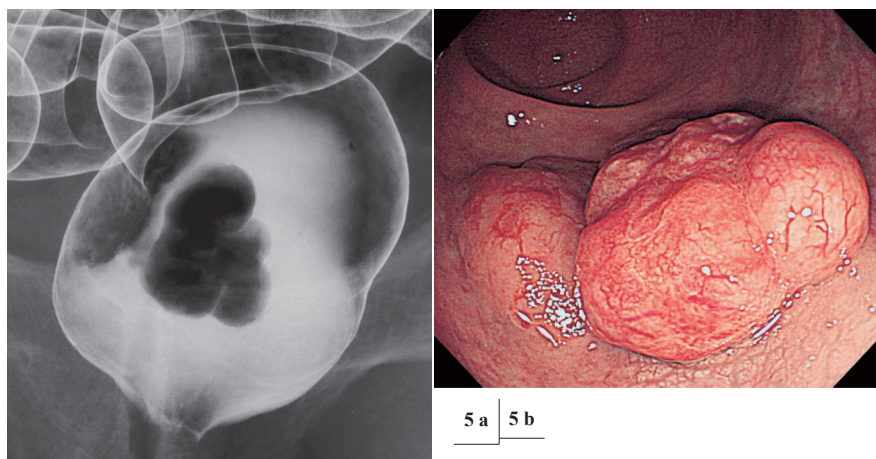
【第5例】 60歳代，男性．直腸 MALT リンパ腫（症例提供：広島市立安佐市民病院内視鏡内科 頼田尚樹）．

胃癌術後の経過観察目的で下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸に病変を認めた。読影は松下（秋田赤十字病院消化器病センター）と斎藤彰一（東京慈恵会医科大学内視鏡科）が担当した。

注腸 X 線造影像 (Fig. 5 a) では、松下は下部直腸に存在する立ち上がりが明瞭で分葉傾向のある表面平滑な上皮性腫瘍で、粘膜内癌を考えた。斎藤彰一は上皮性腫瘍で粘膜下層浅層までの癌と読影した。趙 (洛和会丸太町病院消化器内科) は側面変形を認めており、粘膜下層深部まで浸潤している病変を疑うとした。赤松 (長野県立須坂病院内視鏡センター) は粘膜下腫瘍様の悪性腫瘍であり、malignant melanoma を鑑別に挙げた。内視鏡像 (Fig. 5 b) では、松下は正常粘膜に覆われた病変で、陥凹部は粘膜下の腫瘍が露出している所見であり、粘膜下層を主座とする粘膜下腫瘍と診断した。斎藤彰一は非上皮性腫瘍で、胃癌の転移、リンパ球系腫瘍、GIST、カルチノイドを鑑別に挙げた。斎藤裕輔 (市立旭川病院消化器病センター) は胃癌の転移で表面が一部決壊しているとし、赤松は上皮性と非上皮性の両方の性格を持っており malignant melanoma を疑うとした。趙は、ある程度軟らかな粘膜下腫瘍であり、悪性リンパ腫と読影した。超音波内視鏡像で趙は、腫瘍は第3層を主座とする低エコー域として描出されており、悪性リンパ腫の典型的な超音波内視鏡像であればより低エコーを示すとした。

本例は虫垂開口部にも粘膜下腫瘍を認め、周囲切開後経肛門的切除術と回盲部切除術が施行された。

病理は金子(広島市立安佐市民病院病理部)が担当した。直腸の病変は粘膜下層に主座があり、固有筋層まで達する異型リンパ球の増殖を認め、MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫と診断し、盲腸病変



も MALT リンパ腫と解説した。二村(福岡大学医学部病理学講座)は直腸病変については、MALT lymphoma with large cell component の状態であると指摘し、海崎(福井県立病院臨床病理科)は同部位について diffuse

large cell 化しているとコメントした。(佐野村)

( 仙台厚生病院消化器内視鏡センター 長南 明道 )  
( 北摂総合病院消化器内科 佐野村 誠 )