

早期胃癌研究会

2014年7月の例会から

松田 圭二¹⁾赤松 泰次²⁾

1) 帝京大学外科

2) 長野県立須坂病院内視鏡センター

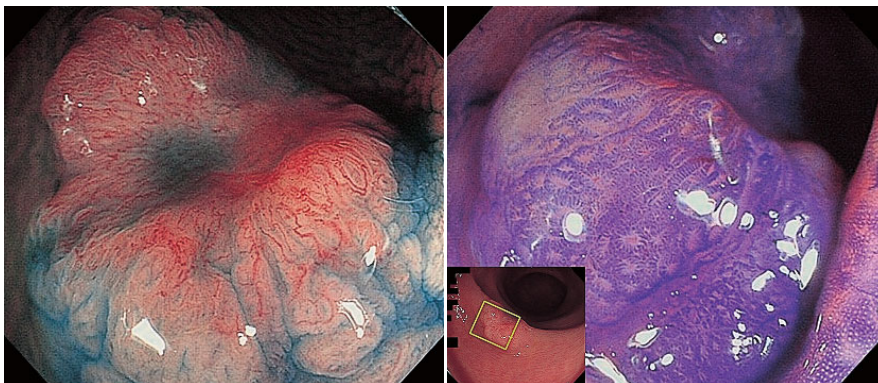
2014年7月の早期胃癌研究会は2014年7月25日(金)にグランドプリンスホテル新高輪国際館パミールで開催された。司会は松田圭二(帝京大学外科)と赤松泰次(長野県立須坂病院内視鏡センター)、病理は鬼島宏(弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座)が担当した。また、画像診断教育レクチャーは、山野泰穂(秋田赤十字病院消化器病センター)が「消化管疾患:診断と鑑別の進め方 大腸隆起性病変の診断と鑑別—2」と題して行った。

【第1例】 50歳代、女性。横行結腸進行癌(症例提供:大阪府立成人病センター消化管内科 伊藤貴史)。

読影は永田(信)(広島市立安佐市民病院内視鏡内科)と斎藤(彰)(東京慈恵会医科大学内視鏡部)が担当した。大腸内視鏡検査通常観察・インジゴカルミン撒布像にて、永田(信)は12mm大の隆起性病変で中央に発赤した不整な陥凹面があり、粘膜のひきつれ、pit配列が乱れて太くて異常な血管が蛇行していることから、T1癌(粘膜下層SM癌)で深達

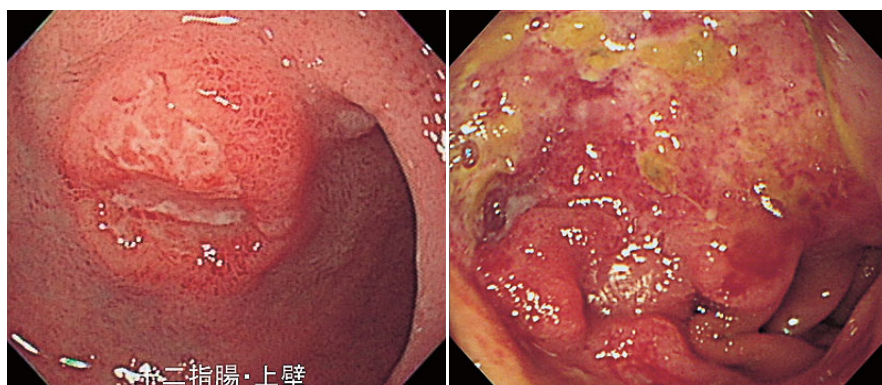
度はSM中層あたりとした(**Fig.1a**)。斎藤(彰)は緊満感があって陥凹の形が空気の量で変化しないことから深達度は漿膜下層まで浸潤しているとした。斎藤(裕)(市立旭川病院消化器センター)は空気の量で変化があり、軟らかい印象があり、深達度はSMの中層までとした。NBI (narrow band imaging) 像では永田(信)は中心部の大小不同がありSM中層までとした。斎藤(彰)はSSA/P (sessile serrated adenoma/polyp)の部分があり、太い血管がみられ、非常に深達度の深い病変であるとした(**Fig.1b**)。クリスタルバイオレット拡大像では永田(信)は中心がVN型pitで辺縁にIII型pitがあるとした。斎藤(彰)は中分化癌でSSA/Pから発生した癌であり、粘膜内病変は残っていないとした。山野(秋田赤十字病院消化器病センター)はSSA/Pが明らかにあるとコメントした。手術は横行結腸部分切除が行われた。

病理は富田(大阪府立成人病センター病理・細胞診断科)が担当し、desmoplastic reactionを伴わない癌が漿膜下層ま



1a 1b

2a 2b



で広がっており、SSA/Pから発生した中分化腺癌とし、免疫染色結果を含めて解説した。最後に伊藤が検査画像と病理結果の対比を述べた。斎藤(彰)の正確な読影が印象的であった。

【第2例】 60歳代、女性。十二指腸リンパ球性病変と空腸悪性リンパ腫の合併(症例提供:長野県立須坂病院内科 張 淑美)。

読影は佐野村(北摂総合病院消化器内科)と江崎(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)が担当した。十二指腸の内視鏡像(通常とインジゴカルミン散布)について、佐野村は十二指腸球部の粘膜の下から盛り上がっている粘膜下腫瘍様の隆起性病変で虫食い状の潰瘍があり、悪性リンパ腫が考えられるとした(**Fig.2a**)。江崎も立ち上がりからすぐに盛り上がっていることから消化性潰瘍は考えにくく、悪性リンパ腫を考えた。小腸X線造影検査では、佐野村は空腸に全周性の狭窄があるものの癌のような硬さはなく、立ち上がりの周堤も癌は考えにくく、悪性リンパ腫で、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma; DLBCL)とした。小腸内視鏡検査では佐野村は潰瘍性病変が広いのに管腔が開いており、なだらかに正常粘膜へ移行していることから、癌は否定できるとした(**Fig.2b**)。江崎も同意見であった。

張が経過を述べた。十二指腸病変生検組織には小型リンパ球が多くみられるが異形細胞はなく、その後十二指腸病変は自然に軽快した。生検組織を調べたところCD20(-)、CD3(+)で、遺伝子再構成を行ったところ、oligoclonalと考えられた。一方、空腸の病変はB細胞性悪性リンパ腫と考えられ手術となった。

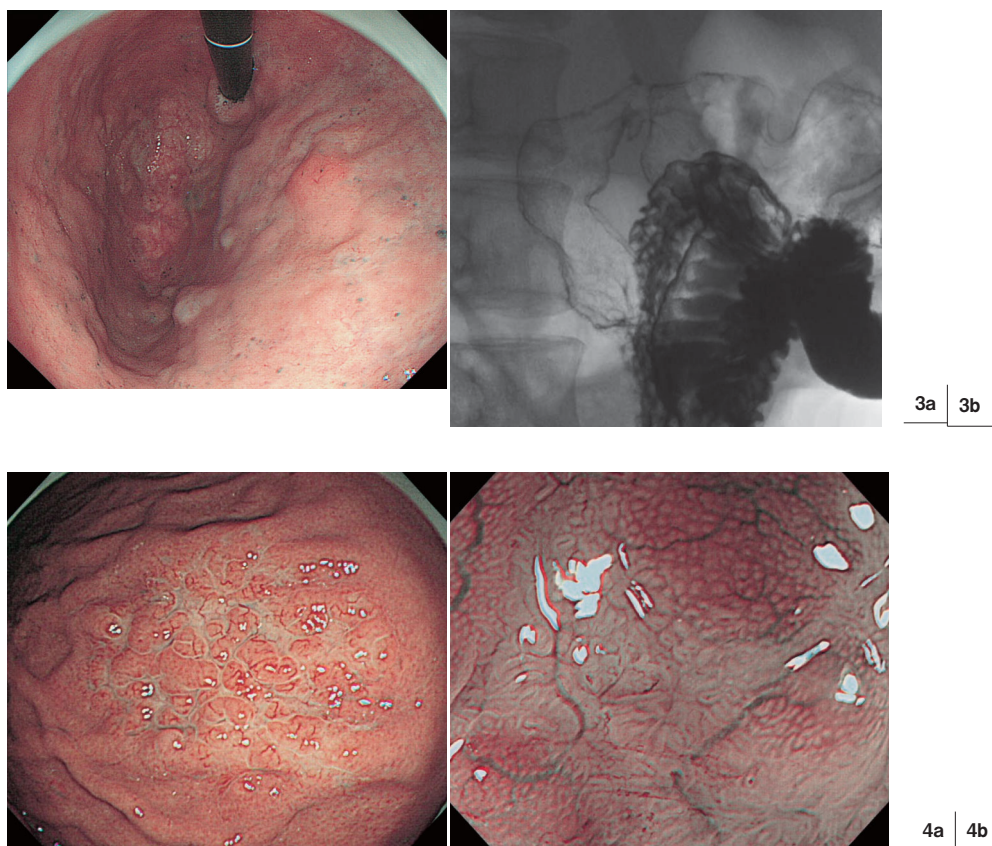
病理説明は市川(長野県立須坂病院病理・臨床検査科)が担当した。空腸病変はBCL2(+), CD20(+), CD10(-), BCL6(+)で、follicular lymphomaがDLBCLに進展したものとし、十二指腸病変はlymphocyte infiltrationとした。二村(福

岡大学医学部病理学講座)も空腸病変は同意見で、十二指腸病変は反応性とした。渡辺(新潟大学名誉教授)は、十二指腸病変は反応性ではなく異常であると発言し、鬼島(弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座)も同意見であった。十二指腸病変はリンパ腫か反応性かの最終判断は困難であった。

最後に、斎藤(裕)(市立旭川病院消化器センター)から、EUS(endoscopic ultrasonography)を検討すべきとの発言があり、張から低悪性度のリンパ増殖性疾患の文献が紹介された。(松田)

【第3例】 20歳代、女性。特徴的な上部消化管所見を呈した里吉病(症例提供:鹿児島厚生連病院消化器内科 福田芳生)。

主訴は食思不振と腹痛であった。前医で上部消化管内視鏡検査を受け、十二指腸球部の瘢痕狭窄を指摘された。読影は渡辺(大阪市立総合医療センター消化器内科)が担当した。通常内視鏡像では、尿素呼気試験で*H. pylori* (*Helicobacter pylori*)感染が陰性であるにもかかわらず、胃体部を中心に胃粘膜の萎縮と小隆起が散在性に認められ、さらに十二指腸下行部のKerckring皺襞の消失と絨毛の萎縮がみられることを指摘し、診断は難しいがCrohn病やセリアック病などを挙げたいと述べた。平井(福岡大学筑紫病院消化器内科)は、内視鏡像で①多発性小隆起を伴う萎縮性変化に加えて色素沈着を散在性に認める(**Fig.3a**)、②胃前庭部の偽幽門輪と十二指腸球部の狭小化、③十二指腸下行部の粗糙な粘膜所などより、里吉病の上部消化管病変と考えたいと発言した。拡大内視鏡像では、渡辺は胃の隆起性病変と十二指腸球部の一部に腺管開口部のような陥凹所見を認めると述べた。小腸造影X線像では、渡辺は十二指腸球部から下行部にかけての変形と一部狭小化を認め(**Fig.3b**)、水平部から空腸にかけてKerckring皺襞は残存しているものの粘膜表面に顆粒状変化がみられると述べた。平井は、部位によって



所見の強弱があり、これも里吉病でよく認められる所見のひとつであると発言した。

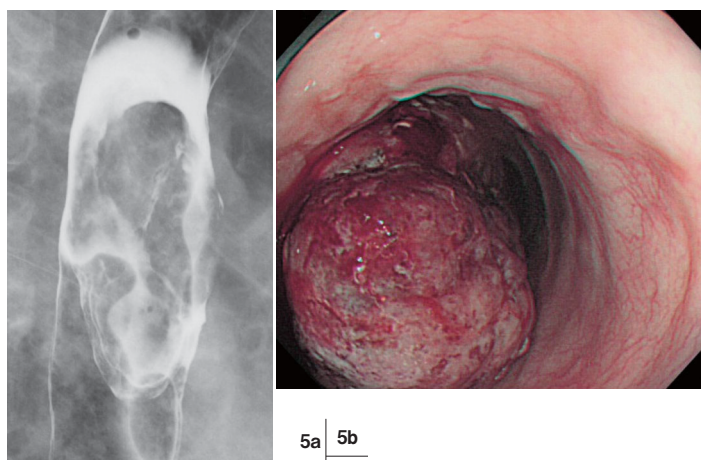
胃体部から採取された生検組織所見では、岩下(福岡大学筑紫病院病理部)は固有胃腺の萎縮、被覆上皮の過形成、間質の浮腫、gastritis cystica profundaなど里吉病に一致する組織学的所見で、粘膜内に内視鏡所見で認めた色素沈着に相当する黒褐色の異物を認めると述べた。八尾(恒)(佐田病院)は、里吉病ではX線検査を行うと胃壁内にバリウムが長期にわたって残存することがあり、胃粘膜の脆弱な部位(腺管開口部のようにみえる陥凹部)に胃内腔からバリウムや胆汁などの異物が粘膜内に入り込み、それが色素沈着として認められるのではないかとコメントした。本例は、こむらがえり、脱毛、下痢などの里吉病に特有な臨床症状が出現した時期があったと出題者より説明があった。

【第4例】 50歳、男性。長期間にわたって経過観察された *H. pylori* 陰性胃 MALT リンパ腫(症例提供: 仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科 平澤 大)。

自覚症状はなく、定期検診の目的で上部消化管内視鏡検査を受けた。読影は竹内(新潟大学大学院医歯学総合研究科消化器内科学分野)が担当した。通常内視鏡像(Fig.4a)

では、胃体上部前壁に30~40mm大の境界不明瞭な褪色調の陥凹性病変を認め、病変内に周辺粘膜と同色調の多発性隆起性病変がみられることから上皮性病変よりも非上皮性病変と考えられ、診断は難しいがリンパ増殖性疾患を挙げたいと述べた。濱本(仙台厚生病院消化器内科)は、病変の境界が不明瞭かつ病変の表面に既存の敷石状構造を残しており、血管の拡張が目立つことから、リンパ球系腫瘍以外にもAAアミロイドーシスの可能性を考えたいと発言した。拡大内視鏡像(Fig.4b)では、竹内は、隆起部にはround pitが観察されることから固有胃腺が保たれおり、一方陥凹部はround pitが不明瞭となっていることから、固有胃腺が破壊されて何かに置き換わった状態と推測されると述べた。また濱本は、隆起部と陥凹部の違いは粘膜固有層に浸潤または沈着する病変の量的な差によって生じると発言した。超音波内視鏡では第2層に肥厚した低エコー像を認めた。

病理は藤島(東北大学病院病理部)が担当した。初回の鉗子生検では前医で印環細胞癌と診断されたが、印環細胞様にみえたのは脱落した上皮細胞の誤りであった。2回目の鉗子生検でリンパ球の単一な著しい浸潤とlymphoepithelial lesionを認め、MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リン



パ腫が強く疑われた。

確定診断の目的で内視鏡的粘膜下層剥離術を行い、切除標本を用いて病理組織診断と flow cytometry, 遺伝子診断, 染色体分析を行った。その結果, *MALT1* 遺伝子の転座を伴う MALT リンパ腫と診断したと説明した。本例は 2006 年に初めて病変を指摘され, 8 年間毎年経過観察が行われてきた。retrospective にみると病変の側方への増大傾向が明らかで, 病変の陥凹部から生検標本を採取していれば, もっと早い段階で診断が可能であった症例と考えられる。

〔第 5 例〕 70 歳代, 男性。神経内分泌細胞癌 (小細胞癌) 成分を併存した隆起型食道扁平上皮癌 (症例提供: 北九州市立医療センター消化器内科 江崎 充)。

主訴は嚥下時のつかえ感であった。上部消化管内視鏡検査で食道に異常を指摘された。読影は北村 (市立奈良病院消化器内科) が担当した。食道 X 線造影像 (Fig. 5a) では, 食道中部の左側壁に基部を有する長径 7cm 大の隆起性病変を認め, 表面が比較的平滑で一部にバリウム斑を伴うことより, 通常の扁平上皮癌ではなく特殊型食道癌や悪性リンパ腫を考えたいと述べた。小田 (東京都がん検診センター消化器内科) は, 隆起性病変の表面にバリウム斑のようにみえる陰影は病変の一部が対側壁に付着したために生じたものであり, 陥凹を示す所見ではないと発言し, 表面平滑な亜有茎性隆起性病変であることから, 癌肉腫や悪性黒色腫を鑑別

診断に挙げた。通常内視鏡像 (Fig. 5b) では, 北村は表面にびらんを伴いほぼ管腔全体を占める隆起性病変で, その周辺粘膜にも一部発赤と凹凸を認めると述べた。小田は病変の一部が黒色にみえるため, 色素成分の少ない悪性黒色腫を考えたいと発言した。ヨード染色像では, 北村は病変がヨードに染色されることより上皮下を主体とした病変で, 鉗子による圧迫によって容易に変形することから悪性黒色腫と診断し, 周囲粘膜の一部にヨード不染を認めることより表在型扁平上皮癌の合併を示唆した。小山 (佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科) は, 表面の色調と軟らかい病変であることより血管系腫瘍が考えられると述べた。

病理解説は高橋 (九州大学大学院医学研究院形態機能病理学) が担当した。生検では, 扁平上皮癌と神経内分泌細胞癌の 2 つの成分を認めた。切除標本の病理組織学的所見では, 病変の立ち上がりの部分は扁平上皮に覆われているが, 表面は壊死物質が主体で, その内部に扁平上皮癌と神経内分泌細胞癌が混在していた。また, 周辺粘膜に一部扁平上皮癌の表層進展がみられた。永田 (耕) (埼玉医科大学国際医療センター病理診断科) は 2 つの成分が混在した理由として, 神経内分泌細胞癌の成分は扁平上皮癌より発生したと推測されると発言した。また, このような組織型を示す本例が潰瘍型ではなく, 隆起型の形態を示した理由について議論があった。(赤松)