

早期胃癌研究会

第53回「胃と腸」大会から

八尾 建史¹⁾鶴田 修²⁾

1) 福岡大学筑紫病院内視鏡部

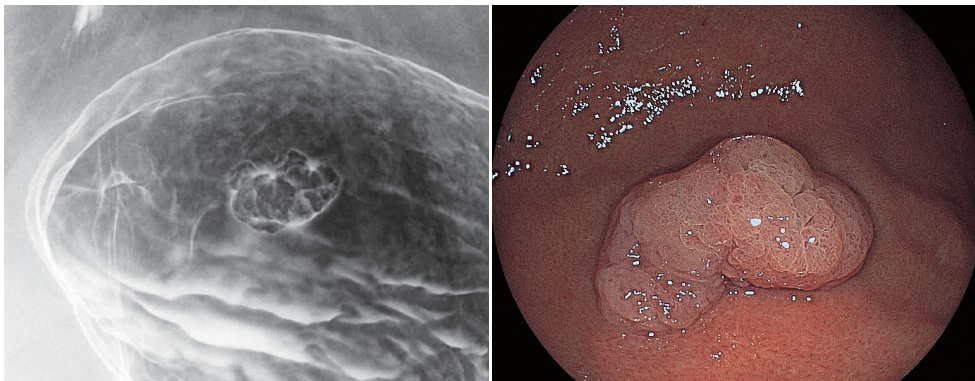
2) 久留米大学病院消化器病センター

第53回「胃と腸」大会は2014年5月14日(水)に福岡国際会議場で開催された。司会は八尾建史(福岡大学筑紫病院内視鏡部)と鶴田修(久留米大学病院消化器病センター)、病理は二村聡(福岡大学医学部病理学講座)が担当した。また、画像診断教育レクチャーは、江崎幹宏(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)が「消化管疾患:診断と鑑別の進め方 十二指腸・小腸潰瘍病変の診断と鑑別—2」と題して行った。

【第1例】 50歳代、男性。胃型腺腫(症例提供:原三信病院消化器科 松坂浩史)。

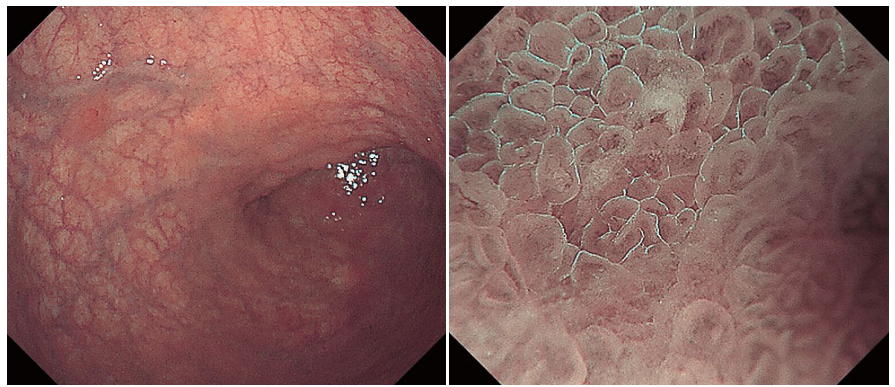
2010年4月、近医で胃底腺ポリープと診断され、経過観察となっていた。2012年9月に増大傾向を認めたため、当院を紹介され受診となった。血清抗*H. pylori* (*Helicobacter pylori*) IgG抗体は陰性であった。読影は竹村(石川県立中央病院消化器内科)が担当した。X線造影像(Fig.1a)では、胃穹窿部後壁に立ち上がりの急峻な約20mm大の隆起性病変を認

め、表面の凹凸不整から0-I型の早期胃癌(胃型)と診断する。側面変形がないので深達度はMと考えた。加えて、このような病変は、側面変形の有り無しにかかわらずSM浸潤を常に疑う必要があるとコメントした。小澤(佐藤病院消化器内科)は、表面はブドウの房状であり、それぞれの隆起表面にさらに微細顆粒状構造を同定できるので、*H. pylori*感染がないこと、そして胃穹窿部であることも考えて、幽門腺型腺腫を考える必要があるとコメントした。再び竹村が内視鏡像を読影した。通常内視鏡像(Fig.1b)については、*H. pylori*陰性の粘膜に発生した上皮性の腫瘍で、X線造影像と同様の所見である。BLI (blue laser imaging) 併用胃拡大内視鏡像は、病変の境界部に明瞭な demarcation line を認め、微小血管構築像は absent microvascular pattern で、腺窩辺縁上皮の形態に不整を認めるので irregular microsurface pattern であり、癌に合致する所見であると読影した。小澤は、腺開口部が視覚化され腺窩上皮が比較的整っている構造であるので、低異型



1a | 1b

2a 2b



度の腫瘍の下に何かあるか、胃型の腺腫が考えられるとコメントした。

病理の解説は瀧澤(九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)が担当した。内視鏡所見から腫瘍を疑い、ESD(endoscopic submucosal dissection)で一括切除された。その標本の組織学的所見により胃型の腺腫と診断した。ルーペ像では、立ち上がりが急峻な腫瘍であり、表面が分葉状から結節状で内部に拡張した腺管を認める。組織学的には小型円形の核を有する幽門腺に類似した腺組織から成り立っており、免疫染色では表層の上皮はMAC5AC陽性、深部はMAC6陽性、一部にpepsinogen I陽性であった。腸型のマーカー(MUC2, CD10, CDX2)はすべて陰性であった。増殖活性を示すKi-67は、表層の上皮に散在性に染色された。内視鏡画像と対比すると、胃底腺ポリープと異なり腫瘍の腺窩は浅く、窩間部の広い上皮から成り立っており、拡大内視鏡像で腺窩辺縁上皮が弧状に観察され、上皮内血管パターンを呈した理由と思われるとした。

【第2例】 60歳代、男性。早期胃癌(症例提供:福岡大学筑紫病院消化器内科 今村健太郎)。

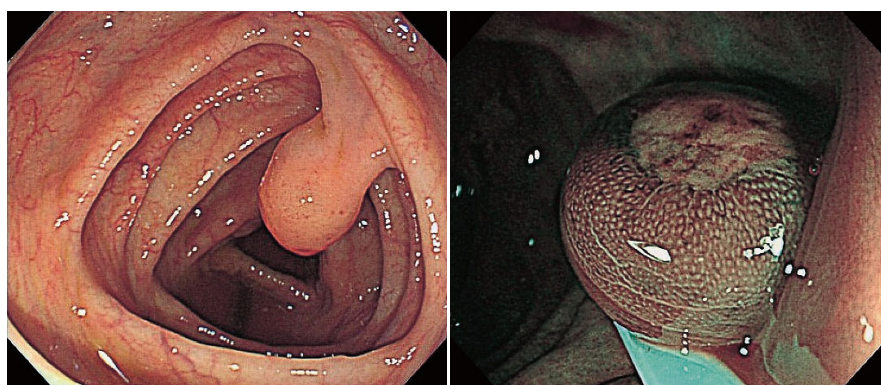
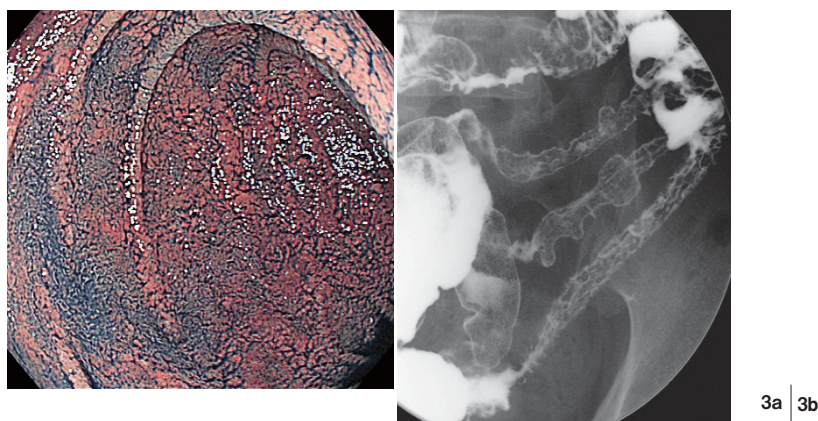
前医の胃内視鏡による生検でGroup 5と診断されたが、範囲診断が困難であったため、当院を紹介され受診となった。読影は竹内(新潟大学医学部総合病院消化器内科)が担当した。X線造影像では広範で範囲が不明瞭な病変であり、背臥位で不整な顆粒状粘膜が読影できるが、境界は不明瞭であったとした。長瀨(千葉徳洲会病院消化器内科内視鏡センター)にコメントを求めたところ、顆粒状であることが病変の特徴であり、大小不同に乏しく周囲の萎縮性胃炎との区別が難しい病変であり、X線造影像では範囲診断が大まかにしかできないとした。内視鏡像(**Fig.2a**)については、竹内が、背景粘膜は、萎縮粘膜であり、その血管透見像を指標とすれば、消失している部位が腫瘍の境界であり、色素撒布像も参考になると、胃体下部小彎から後壁、胃角部大彎、胃前庭部の

前壁まで進展した表層拡大型の早期胃癌と読影した。境界部の拡大内視鏡像(**Fig.2b**)については、demarcation lineの内側にlight blue crestを伴った大小不同の窩間部を認めることから、腸型形質を伴った高分化腺癌の所見であるとした。

臨床経過と病理学的所見を今村が提示した。境界が不明瞭であったため、拡大内視鏡境界診断を行い、全周性にマーキングした。ESDで一括切除し、病理組織学的検索を行った結果、早期胃癌、0-IIa+IIc+IIb型、超高分化～低分化腺癌で粘液変性を伴っていた。断端は陰性であった。病変の組織像は多彩であり、境界が不明瞭な部位は、腫瘍が表層に置換性発育し、非腫瘍組織と混在していたと説明した。腫瘍の水平方向の進展範囲は、口側と胃角部大彎側において通常内視鏡所見で読影した範囲より広いという結果であった。小山(佐久医療センター内視鏡内科)より、未分化型癌の範囲を提示することが必要だという指摘があった。二村(福岡大学医学部病理学講座)が病理の立場から、本症例に関しては、異なった組織型がまだらに混在しているので、未分化型癌のみ抽出しマッピングすることはできない病変であったと説明があった。

【第3例】 60歳代、男性。セリアック病(症例提供:南風病院消化器内科 松田彰郎)。

腹痛、嘔吐、下痢を主症状とする患者で、他院の治療で軽快しないため、南風病院へ入院となった。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)が読影した。まず、上部消化管内視鏡像(十二指腸下行脚, **Fig.3a**)について、Kerckring皺襞が不明瞭化し表面が微細顆粒状である。NBI(narrow band imaging)併用拡大内視鏡所見は、セリアック病にしては絨毛の萎縮が著明ではない。他にアミロイドーシスやWhipple病が鑑別診断に挙がるが、白色絨毛がない点からWhipple病は考えにくいとした。確定診断は難しいが慢性炎症性疾患であり、アミロイドーシス、セリアック病、Whipple病、糞線虫症、ランブル鞭毛虫症などを鑑別診断として挙げた。小腸X線造影



像(回腸, **Fig.3b**)においては、空腸の Kerckring 皺襞がやや浮腫状で走行が乱れており、粘膜表面が顆粒状であり、回腸には著明な浮腫像があり、びらん潰瘍を伴っている。終末回腸では、軽度の浮腫を認めるのみであるとした。齊藤(市立旭川病院消化器病センター)は、ATLA 抗体が陽性であることから、ATL (adult T-cell leukemia) の小腸病変を考えるとコメントした。また、趙(洛和会丸太町病院内科)が、ループス腸炎、好酸球性腸炎も鑑別診断に挙げるべきであるとコメントした。次に、ダブルバルーン小腸内視鏡像(経口的アプローチ)について蔵原が読影し、空腸には顆粒状の変化が残っているが、Kerckring 皺襞は比較的保たれている。発赤が少ないので、炎症所見にも乏しく、リンパ腫の可能性も考えるとコメントした。内視鏡像(経肛門のアプローチ)についても、小腸 X 線造影検査を撮影したときから時間も経過しており、発赤・浮腫像を認めず、顆粒状の粘膜変化が空腸から連続して存在するため、enteropathy-associated T cell lymphoma、そしてセリアック病、Whipple 病を鑑別診断として考えたいとした。

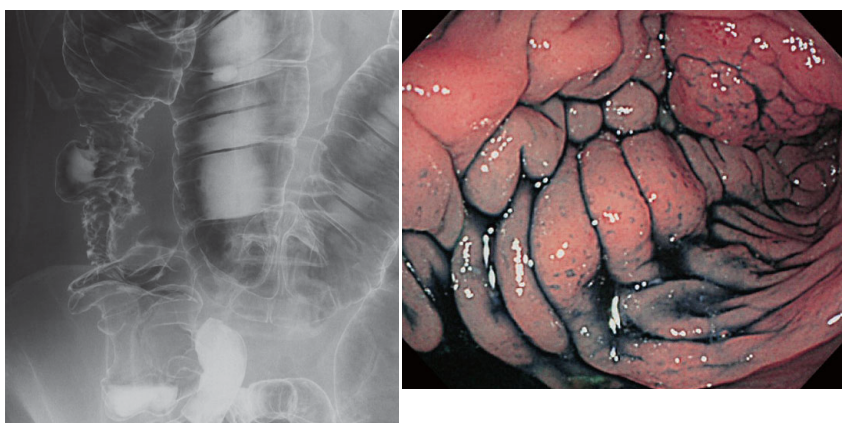
生検標本の病理組織学的所見について池田(福岡大学筑紫病院病理部)が解説した。診断はセリアック病で、十二指腸、絨毛の萎縮、腺窩の過形成、軽度から中等度の慢性炎

症細胞の浸潤があり、絨毛が萎縮している部位を高倍率で観察すると上皮内へのリンパ球(T-cell)の浸潤も認めた。浸潤したリンパ球には異型を認めなかった。空腸の生検についても同様であった。回腸の変化は軽微であった。セリアック病の中でも軽度の変化であり、グルテン除去食後の生検の組織学的所見に改善が認めた。症例提供者より、グルテン除去食により症状や画像所見も改善したと解説があった。最後に座長の八尾(福岡大学筑紫病院内視鏡部)が、初診時セリアック病に加えて虚血などの急性の変化を伴ったため、最初の臨床像を呈したと考えられるとコメントした。(八尾)

【第4例】 30歳代、男性。SMT 様外観を呈した上行結腸 0-Ip 型 SM massive 低分化型粘液癌(症例提供:久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 前山泰彦)。

主訴は便潜血反応陽性であった。読影は川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化管内科学分野)が担当した。通常内視鏡観察(**Fig.4a**)では、頂部にびらんを有する有茎性病変で、びらん部以外はすべて正常粘膜で覆われているため非上皮性病変であり、炎症性より腫瘍性病変を考えた。NBI (**Fig.4b**)およびクリスタルバイオレット染色拡大観察像でもびらん周辺に上皮性の変化はないが、びらん周辺の

5a | 5b



正常粘膜に覆われている部位に血管拡張が目立つため上皮性腫瘍であり、粘膜下層に massive に浸潤した粘液癌の可能性が高いと読影した。清水（大阪鉄道病院消化器内科）は、頂部の潰瘍部に周辺との段差があまり認められないので粘膜下の腫瘍が表面に露出している病変と考えられ、神経原性の腫瘍を疑うと述べた。

超音波内視鏡像で川崎は、第2～3層を主体とした病変で高エコーと低エコーの混在したモザイク状を呈しており、粘液癌は考えにくいと読影した。一方、趙（洛和会丸太町病院内科）は粘液癌でも矛盾しない所見であると解説した。

病理は秋葉（久留米大学医学部病理学講座）が担当した。陥凹部周辺の粘膜内には粘膜下層から逆浸潤したと考えられる印環細胞を中心とした低分化型腺癌が存在し、陥凹部の粘膜筋板は消失して潰瘍形成状態となっている。同部に粘膜下層の癌が露出して、その表面には炎症性滲出物を認め、粘膜下層では多量の印環細胞粘液内に浮遊した状態で存在していると解説し、さらに粘膜内に腺管を形成する癌が存在する。このことから、分化型癌から低分化型癌に進展した大腸原発の癌であるとした。

【第5例】 60歳代、女性。盲腸悪性リンパ腫＋上行結腸脂肪織炎（症例提供：製鉄記念八幡病院消化器内科 中村滋郎）。

主訴は右下腹部痛と下血で、右下腹部に圧痛を伴う鶏卵大の腫瘤を触知された。読影は野村（手稲溪仁会病院消化器病センター）と清水（大阪鉄道病院消化器内科）が担当した。注腸X線造影像（Fig.5a）で野村は、盲腸から上行結腸

にかけての病変で、盲腸では粘膜下層以深を主体として腫瘤を形成し、上行結腸は腸管外からの圧排を主体とした病変であり、盲腸と上行結腸の変化は同一病変でも別病変でも起こりえるもので、別病変の場合、上行結腸の病変は腸間膜脂肪織炎が疑われるとした。

インジゴカルミン撒布像（Fig.5b）で清水は、盲腸病変は粘膜下層以深を中心とした腫瘤で表面は正常粘膜に覆われており、上行結腸の病変は壁外を中心とした病変が腸壁を圧排した所見であるとして、いずれも他部位の癌の転移所見であると読影した。野村と平川（福岡赤十字病院消化器内科）は、盲腸病変は盲腸原発の癌で、上行結腸はその癌がリンパ行性に進展した像であるとした。佐野村（北摂総合病院消化器内科）は、粘膜下層を中心として発育する大腸原発の invasive micropapillary carcinoma と診断した。

右半結腸切除術の施行された標本の病理説明は、一瀬（九州大学大学院医学研究院形態機能病理学）が担当した。盲腸を主体とした病変は粘膜下層を中心として全層性に増殖した low grade B-cell type のびまん性悪性リンパ腫、上行結腸の病変は粘膜下層の浮腫を伴う腸間膜脂肪織炎であり、同部に悪性リンパ腫の浸潤は認めないので盲腸と上行結腸は別病変であると説明した。上行結腸の病変について、八尾（順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学）は類上皮細胞肉芽腫が存在するので、他の所見と合わせると Crohn 病が鑑別に挙げられ、岩下（福岡大学筑紫病院病理部）は結核が疑われるとコメントした。（鶴田）