

早期胃癌研究会

2014年9月の例会から

丸山 保彦¹⁾田中 信治²⁾

1) 藤枝市立総合病院消化器内科

2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科内視鏡医学

2014年9月の早期胃癌研究会は2014年9月17日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会は丸山保彦(藤枝市立総合病院消化器内科)、田中信治(広島大学大学院医歯薬保健学研究科内視鏡医学)、海崎泰治(福井県立病院臨床病理科)が担当した。また、セッションの間に、第20回白壁賞、および第39回村上記念「胃と腸」賞の授与式が執り行われた。

【第1例】 40歳代、男性。低異型度分化型胃癌(症例提供:佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科 高橋亜紀子)。

近医の内視鏡検査で胃体中部前壁の陥凹性病変を指摘された。生検でGroup 1であったが、悪性が疑われ、当院に紹介された。提供施設での内視鏡検査は計3回行われた。1回目の生検でGroup 1であったため、2回目の検査ではボーリング生検を行ったが、Group 2の診断にとどまり、別施設の病理医にコンサルトの結果、低異型度分化型腺癌と診断され、ESD(endoscopic submucosal dissection)が行われた症例である。

読影は平澤(仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科)が担当した。近医での内視鏡検査で胃体下部前壁に周辺隆起を伴う発赤調の領域性のある陥凹性病変が認められたことから、早期胃癌と診断した。初回および2回目の精査内視鏡では周囲の隆起の丈が過形成によりやや高くなり、インジゴカルミン撒布像では陥凹の境界が明瞭になったと読影した。NBI(narrow band imaging)では、陥凹内には小さいWZ(white zone)を伴う絨毛構造とネットワークを伴う微小なpit様構造を呈した腺管密度が高くなった分化型の腺癌を疑うと読影した。辺縁のDL(demarcation line)が不明瞭で血

管が目立つ領域に上皮下進展がある可能性を指摘し、深達度は厚みはあるが粘膜の病変構造が明瞭であり筋板が保たれているためMと診断した。入口(東京都がん検診センター消化器内科)は、X線造影検査で描出された陥凹周囲にバリウムがはみ出す所見を指摘し、深達度はMと診断した。平澤はEUS(endoscopic ultrasonography)で低エコー層がSMにみられ、MMも断裂しているためSM浸潤癌と読影した。長南(仙台厚生病院消化器内視鏡センター)はSMの低エコーはcysticな構造物の存在を示していると追加したが、MMが断裂している割に表面構造が保たれている点は不可解であると述べた。ボーリング生検後の3回目検査時(Fig.1a)の拡大内視鏡像(Fig.1b)では、陥凹中央部に現れた腫大した絨毛構造を呈する小隆起は再生上皮であると読影した。また、陥凹の辺縁は再生上皮に覆われ、陥凹内には小型絨毛構造を呈する高分化型腺癌と一部は幼若な再生上皮が混在していると述べた。八尾(福岡大学筑紫病院内視鏡部)は辺縁隆起の血管構造は多様性に富み上皮下浸潤を示唆する所見であり、陥凹部にlight blue crestsが観察されることより、生検で診断が困難な小腸型の超高分化型腺癌ではないかと述べ、これだけではirregularとは断定できないと追加した。

病理解説は下田(国立がん研究センターがん対策情報センター)が行った。萎縮のない胃底腺粘膜の中の陥凹性病変の一部は低異型度の高分化型腺癌であると診断した。ごく一部でSM浸潤を伴っているが、再生性変化の下には粘膜下の非腫瘍性の拡張腺管が存在している。腫瘍は不規則に分岐し小腸型の形質を持っている。このような小腸型の形質を持つ超高分化型腺癌の場合は診断が大変困難な場合があると解説した。また前医の生検をretrospectiveに見直すと初



回から癌腺管の存在が指摘できると述べた。八尾(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)は腫瘍の辺縁に胃底腺への分化を示す部分があるのではないかと述べたが、この点に関しては病理運営委員の意見は一致しなかった。

内視鏡的には早期胃癌が強く疑われたが、生検診断が困難な症例であり、このような症例では病理のコンサルテーションが重要であることを痛感させられた症例であった。

【第2例】 60歳代、男性。十二指腸異所性胃粘膜から発生した高分化型腺癌(症例提供: 榎村胃腸外科 榎村弘隆)。

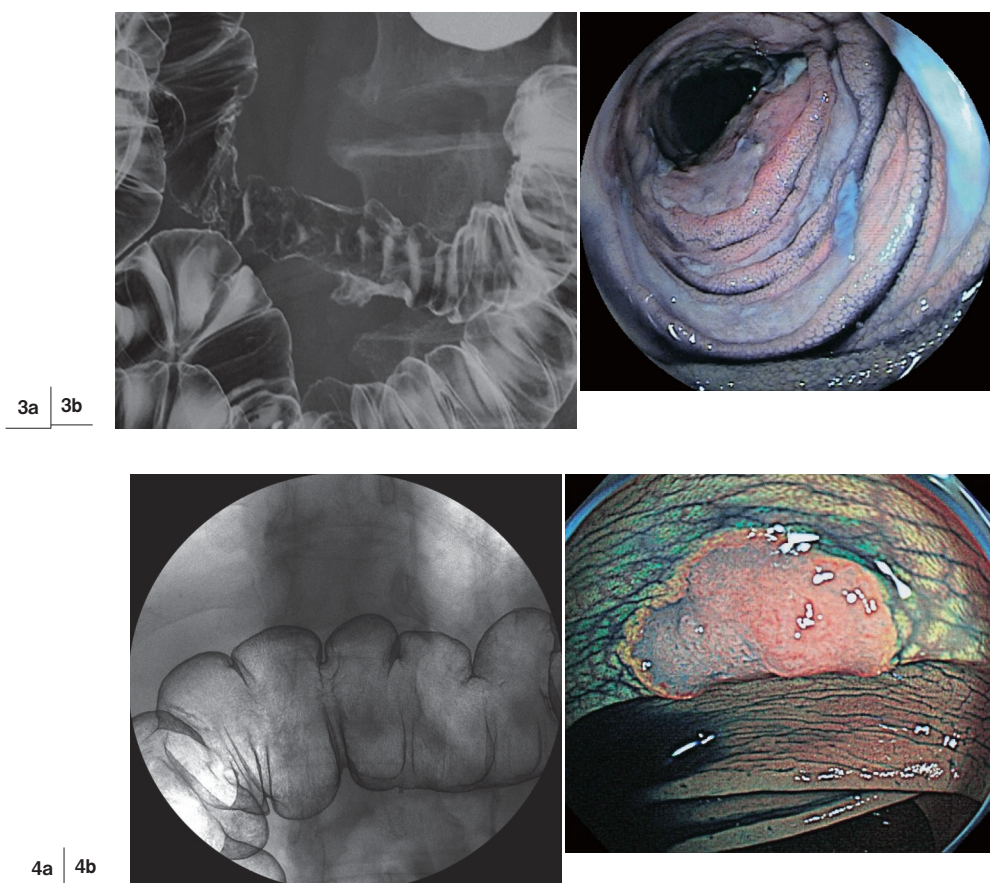
読影は芳澤(聖隷浜松病院消化器内科)が担当した。通常観察の内視鏡検査(Fig.2a)で、十二指腸球部前壁を中心とした大小不同の発赤調の顆粒集簇様の隆起と後壁の小隆起を指摘し、異所性胃粘膜と診断した。NBI拡大観察(Fig.2b)で前壁の結節状隆起部分は絨毛状の構造であり、WZ (white zone)を伴う大小不同の表面構造で血管構造は軽度の異常にとどまると読影し、構造異型を優位にとり高分化型腺癌と診断した。これとは離れた背景の小隆起の拡大観察ではpit構造がみられ胃底腺粘膜の構造を呈し異型のない異所性胃粘膜であると述べた。小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)はWZの幅の不均一、形の不整さ、

大小不同、および血管の異常分岐を指摘し、高分化型腺癌と読影した。静岡がんセンターにて幽門側胃切除が施行された。

病理解説は下田(国立がん研究センターがん対策情報センター)が行った。胃の固有胃腺を伴う異所性胃腺と胃型の高分化型腺癌が混在して存在し、腫瘍の大部分の深達度はMであるが、ごく一部にSM浸潤を認めると述べた。小隆起は胃底腺を伴う異所性胃粘膜であり、高分化型腺癌の口側にも異所性に胃底腺が存在していると江頭(大阪医科大学病理学教室)が追加した。提示者より十二指腸の異所性胃粘膜と胃上皮化生の違いの説明があり、本例のような異所性胃粘膜由来の腫瘍の報告は少ないとの説明があった。(丸山)

【第3例】 80歳代、男性。主訴: 特記事項なし。小腸原発T細胞性リンパ腫(症例提供: 松山赤十字病院胃腸センター 八坂弘樹)。

読影は江崎(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)が担当した。小腸X線造影検査所見(Fig.3a)に関して、空腸に長径5cmにわたり全周性の浮腫、びらん、潰瘍の所見を認め、B細胞型の悪性リンパ腫を考えたいとした。赤松(長野県立須坂病院内視鏡センター)も悪性リンパ腫を考えると追加した。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)も悪性リ



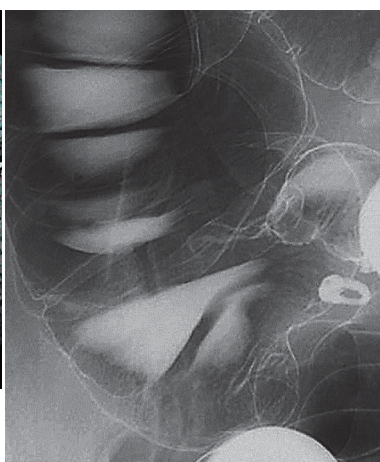
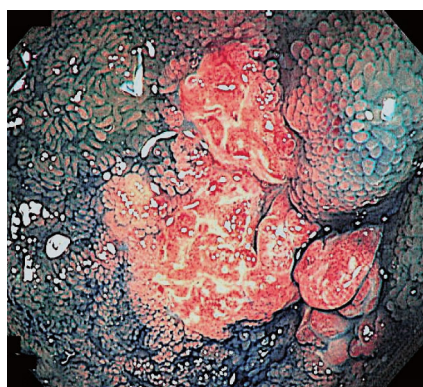
リンパ腫を考えるが、潰瘍ではなく隆起の谷間の可能性を指摘した。小腸内視鏡像(**Fig.3b**)では、江崎は、潰瘍の辺縁はクリアで周囲に正常粘膜も残存しており、やや浮腫状であり、内視鏡的にはリンパ腫は考えにくく、虚血性小腸炎を考えたいと述べた。斉藤は、X線造影像を重視し、T細胞性リンパ腫の可能性も含めやはり悪性リンパ腫を考えたとして。赤松は、臨床経過からも腫瘍性でリンパ腫を考えたいと述べた。清水(大阪鉄道病院消化器内科)も、虚血性病変は考えにくいと述べた。渡辺(新潟大学名誉教授)は、粘膜・絨毛内に病変はあるのかと質問した。斉藤は腫瘍の浸潤と浮腫の鑑別はできないと述べた。松本(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)は、江崎と同様に腫瘍を示唆する所見はなく腫瘍性病変ではないであろうと述べた。吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)は腸結核も鑑別に挙げたいと述べた。

病理は海崎(福岡県立病院臨床病理科)が司会した。大城(松山赤十字病院病理診断科)が所見の解説を行い、小腸原発T細胞性リンパ腫でATLL(adult T cell leukemia/lymphoma)に矛盾しないと説明した。八坂は検討した部位以

外の消化管には病変はなかったことを追加し、ATLLに関する文献的考察を加えた。平橋(九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)は、生検標本像では粘膜固有層内にも密に増生する腫瘍の細胞の浸潤がみられると追加した。二村(福岡大学医学部病理学講座)は、生検施行部位についてのポイントを追加発言した。平田(藤田保健衛生大学消化管内科学講座)は自験例についてコメントした。最後に、八坂は非病変部もステップバイオブシーをしており、異常はなかったことを追加した。

【第4例】 70歳代、女性。主訴:下腹部痛。大腸T1癌(症例提供:国立病院機構長崎医療センター消化器内科 村田朋哉)。

読影は佐野村(北摂総合病院消化器内科)が担当した。注腸X線造影検査(**Fig.4a**)では横行結腸肝彎曲寄りに約1cm弱の立ち上がりが見られSMT(submucosal tumor)様の陥凹を伴う隆起性病変を認め、0-Is+IIc[NPG(non polypoid growth)]で、側面変形からSM深部浸潤と診断した。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は0-IIa+IIc病変と同様にSM深部浸潤であると読影した。小林(福岡山王病院消化器



5a 5b

内科)は、側面変形についてこの画像1枚では確定診断できないとコメントした。斉藤も側面変形は評価できないが、総合的にSM深部浸潤とした。入口(東京都がん検診センター消化器内科)は、陥凹のびらん化と深さを読めるが側面変形は読めないと述べた。大腸内視鏡所見(**Fig.4b**)では、佐野村は、通常観察では陥凹は指摘できず、明らかな表面不整はみられないとした。山野(秋田赤十字病院消化器病センター)は、表面模様が明らかにおかしいと述べた。インジゴカルミン撒布像では、陥凹面が明らかで、空気量の変化で一部硬さ、厚み(陥凹内隆起)があり、この部位でSM浸潤を認めるのではと述べた。山野は、SM浸潤があるか否かは拡大観察所見で評価したいと述べた。NBI拡大内視鏡所見について、佐野村は、不整なsurface patternで、血管像も不整であるが、粘膜構造が残っている可能性を述べた。そして、陥凹内隆起部でSM浸潤があるのではと述べた。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、NBIで白いところはWOS (white opaque substance)ではないかと述べた。山野は、画像にノイズが多く詳細を読みにくいとコメントした。八尾(福岡大学筑紫病院内視鏡部)は、自分たちが報告しているWOSであり大腸でも報告していると補足した。色素拡大内視鏡所見では、陥凹部はV_i型軽度不整、隆起部はV_i型高度不整であると診断し、隆起部でSM高度浸潤であると述べた。治療方針について、SM浸潤は筋層に接するほどではない(いわゆるSM2)ので摘除生検として内視鏡治療を行うとした。鶴田は、明らかにSM深部に浸潤しているとは言えず、自分も内視鏡的摘除を行うと述べた。EUSは、佐野村はSM2と診断し、内視鏡治療を行うと述べた。鶴田、山野は手術を、斉藤は内視鏡治療を行うと述べ、治療方針は分かれた。

村田は、肉眼型は0-IIcとし、EMR (endoscopic mucosal resection)を試みたがnon-lifting sign陽性だったのでESDに

切り変えたことを説明した。

病理は海崎(福井県立病院臨床病理科)が司会し、伊藤(国立病院機構長崎医療センター病理診断科)が所見の解説を行い、腺腫成分はなく、中分化成分を混じた高分化腺癌で脈管侵襲は認めないと述べた。深達度について議論があり、伊藤と二村(福岡大学医学部病理学講座)、岩下(福岡大学筑紫病院病理部)は粘膜内病変であると診断したが、九嶋(滋賀医科大学臨床検査医学講座(附属病院病理診断科))は、大腸癌取り扱い規約、大腸癌治療ガイドラインに従うと病変表層から実測しSM深部浸潤と診断すべきであると説明した。

【第5例】 30歳代、女性。主訴：便秘。回腸結核(症例提供：九州中央病院消化器内科 守永 普)。

読影は蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)が担当した。大腸内視鏡検査(**Fig.5a**)では、回腸末端にびらんを伴う発赤調粘膜を認めるが背景粘膜には異常はないと述べ、腫瘍性病変を疑うとした。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は、上皮性腫瘍は否定的で、絨毛構造とPeyer板との関係から悪性リンパ腫と診断した。松本(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)もリンパ増殖性疾患とし、形質細胞腫を考えたいと述べた。注腸X線造影検査所見(**Fig.5b**)に関して、蔵原は同部に狭窄所見を指摘し、SMT (submucosal tumor) 様部分もみられ、リンパ腫、なかでもMALT (mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫を考えた。斉藤は、注腸X線造影検査所見で内視鏡所見に追加することはないとコメントした。松本は、注腸所見は狭窄ではないと述べた。清水(大阪鉄道病院消化器内科)はリンパ腫を示唆する所見はないとし、異所性子宮内膜症の可能性を挙げた。

病理は海崎(福井県立病院臨床病理科)が司会した。一

瀬(九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)が所見の解説を行い、炎症細胞浸潤を伴う類上皮性細胞肉芽腫を認め、サルコイドーシスも疑ったが、Ziehl-Neelsen染色で結核菌を認め腸結核と最終診断した。培養でも結核菌が検出され、抗結核剤投与によって完全に治癒瘢痕化した。渡辺(新潟大学名誉教授)は、腸結核の初期病変であるとコメントした。斉藤、松本、蔵原、清水は、臨床診断は難しいと述べた。最後に、出題者から盲腸には異常所見がなかったことの説明があった。(田中)