

早期胃癌研究会

2014年11月の例会から

小山 恒男¹⁾永田 信二²⁾

1) 佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科

2) 広島市立安佐市民病院内視鏡内科

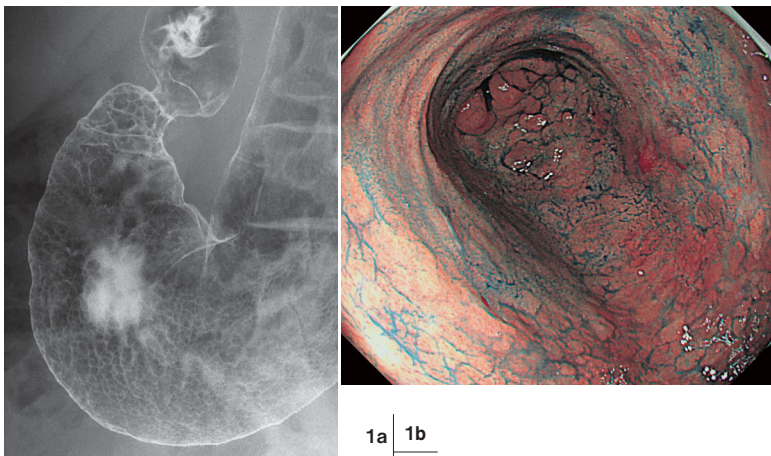
2014年11月の早期胃癌研究会は2014年11月19日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会は小山恒男(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)と永田信二(広島市立安佐市民病院内視鏡内科), 病理は江頭由太郎(大阪医科大学病理学教室)が担当した。また、画像診断教育レクチャーは、大川清孝(大阪市立十三市民病院消化器内科)が「消化管疾患: 診断と鑑別の進め方 大腸潰瘍性病変の診断と鑑別—2」と題して行った。

【第1例】 60歳代, 女性。広範な病変範囲と多彩な組織型を拡大内視鏡観察を含めて術前診断した早期胃癌(症例提供: 済生会福岡総合病院消化器内科 吉村大輔)。

田沼(手稲溪仁会病院消化器病センター)が読影を担当した。萎縮性胃炎を背景とし、前庭部後壁に不整型の陥凹があり、0-IIc型の高分化型腺癌で、T1b-SM程度の胃癌と診断

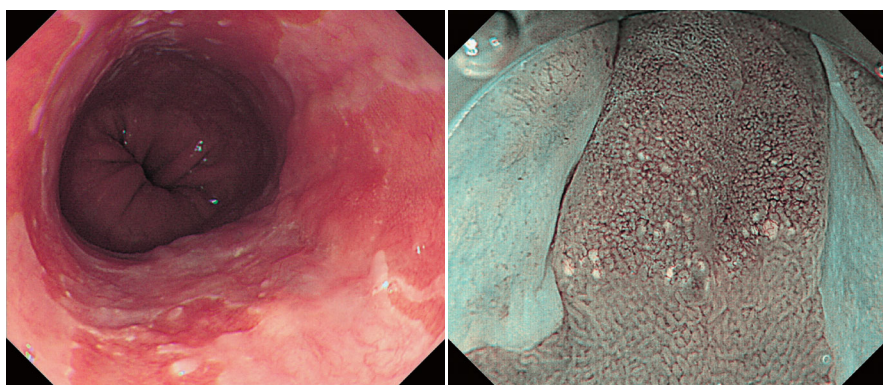
した(**Fig.1a**)。赤松(長野県立須坂病院内視鏡センター)は田沼が指摘した所見は単なるバリウムのたまりであり病変ではないとコメントし、前庭部大彎の結節性病変から連続して前庭部のアレアが消失しており、広範な病変だが、この時点で癌・非癌の判断は困難であるとした。斉藤(市立旭川病院消化器センター)は、肛門側は幽門輪に達している胃癌と診断した。

内視鏡像の読影は再び田沼が担当し、萎縮を背景とした病変で白色光での範囲診断は困難だが、インジゴカルミン散布(**Fig.1b**)にてある程度の範囲診断は可能であり、前庭部の亜全周性の分化型粘膜内癌と診断した。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は後壁側の伸展不良所見からT1b-SMと診断した。赤松、斉藤は境界があまりにも不明瞭であり、癌という診断は困難で、MALT (mucosa-associated lymphoid



1a 1b

2a 2b



tissue) リンパ腫や特殊な胃炎も考慮すべきとコメントした。

NBI (narrow band imaging) 拡大観察にて田沼は、構造の境界として進展範囲が明瞭に認識されることから、分化型腺癌と診断した。さらに後壁側、および十二指腸では表面構造が不明瞭化し、血管の走行不整が高度であることから、中分化型腺癌と診断した。赤松は拡大内視鏡所見からは癌という診断が可能であり、特に後壁と十二指腸は表面構造が明瞭化しており、低分化が混在した癌と診断した。

提示者である吉村は後壁側がT1b-SMの広範な胃癌と術前診断し、幽門側胃切除術が施行された。

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、0-IIc+IIa型のT1bSM2で多くは粘膜内癌だが、後壁側にT1b-SM2を認めた。組織型は高分化型が主だが、後壁から肛門側には中分化から低分化型癌が混在しており、十二指腸では胃型の低分化型腺癌の露出も認められた。後壁側で粘液産生癌が粘膜下層に存在し、同部位は胃腸混合型の粘液形質を有していた、と述べた。境界が不明瞭であったため、通常光観察では診断が困難であったが、NBI拡大観察では多彩な組織型診断まで可能な症例であった。

【第2例】 60歳代、男性。NBI拡大内視鏡が側方進展範囲診断に有用であったBarrett食道腺癌(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)。

LSBE (long segment Barrett's esophagus) に対するランダム生検(37個)でatypical glandが指摘され、紹介された症例である。読影は郷田(東京慈恵会医科大学内視鏡部)が担当した。C2M6のSSBE (short segment Barrett's esophagus)で、全体的に表面が粗糙で、発赤調であり、広範な高分化型腺癌と診断した(**Fig.2a**)。深達度は、厚みのある部分でT1b-SMに浸潤しており、亜全周性病変と診断した。門馬(がん・感染症センター都立駒込病院内視鏡科)は後壁を中心とする発赤隆起があり、胃側へ広がっているが範囲診断は困難とした。ま

た、動画で軟らかさが描出されており、深達度はT1a-Mと診断した。

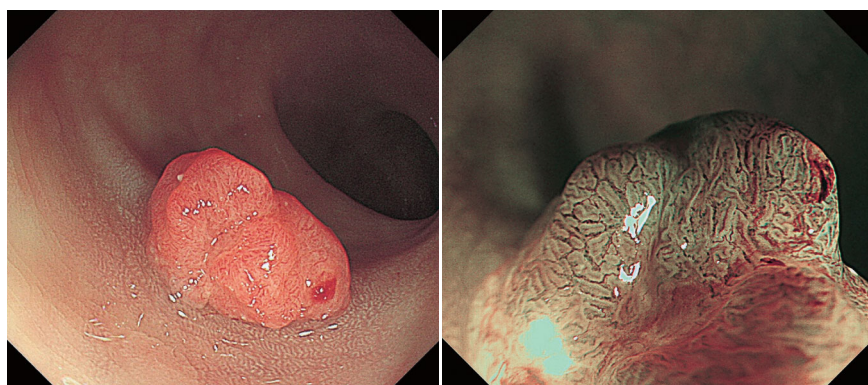
NBI (narrow band imaging) 拡大観察の動画と静止画が提示された(**Fig.2b**)。郷田は後壁側の口側は規則正しいround pitがあり非腫瘍だが、肛門側に高密度のpitが存在し、境界明瞭であることからtub1と診断した。左壁側の口側部には粗大なvillous patternを呈しているが、粘膜下層の血管透見がみられることから非腫瘍とした。11時方向にはround oral pitがあり非腫瘍だが、その肛門側には血管透見が不明瞭化した領域があり、微細なpit様構造が認められ、分化型癌と診断した。肛門側境界も、表面構造、血管構造から明瞭に認識され、高分化型腺癌と診断した。門馬は多数の扁平上皮島が存在し、その下にも進展していると診断した。郷田はT1b-SM、門馬はT1a-Mと診断したが、共に治療方針は全周性ESD (endoscopic submucosal dissection)とした。

病理解説は高橋が担当し、半周性のT1a-M、tub1と診断し、ESDにて一括切除を施行した。切除標本では境界不明瞭な平坦な発赤調病変で、全割標本が作製されていた。最終診断は0-IIa+IIb, T1a-DMM, ly0, v0, HM0, VM0, 37×36mmで、R0切除であった。

組織像とNBI拡大像の対比が行われ、癌の範囲はNBI拡大像にて不整な表面構造が認められた部位に一致していた。最後に術後経過が示され、ESD潰瘍は狭窄なく扁平上皮で再生された。異時多発癌を予防するために、前壁側に残ったBarrett食道を後日ESDにて切除したが、多発病変は認められなかった。結果的に2期に分けた全周切除が施行されたが、ステロイド局注を併用することで拡張術を施行せずに、狭窄を予防できており、Barrett食道に対する新たな治療方針を示す症例であった。(小山)

【第3例】 80歳代、女性。大腸T1b (SM) 癌(症例提供:広島市立安佐市民病院内視鏡内科 妹尾慧)。

便潜血陽性のため施行された下部消化管内視鏡検査で



3a 3b

病変を指摘された。読影は松下(秋田赤十字病院消化器病センター)が担当した。注腸X線造影像ではS状結腸に10mm大の境界明瞭な隆起性病変を認めた。分葉傾向があり立ち上がり急峻で、表面にはバリウムのたまりを認め、上皮性腫瘍が考えられるとした。通常観察(**Fig. 3a**)では周囲に白斑を伴った発赤調の隆起性病変であり、インジゴカルミン撒布像では表面は凹凸不整であった。以上より、12mm大のIs型病変でSM深部浸潤癌と診断した。山野(秋田赤十字病院消化器病センター)は、隆起部分は3つのコンポーネントから成り、pitとpitの距離が開いており、全体がSM癌と追加した。松下はNBI拡大観察(**Fig. 3b**)では、隆起の一部陥凹した部分では血管は不整と読影した。鶴田(久留米大学医学部消化器病センター)はインジゴカルミン撒布像で陥凹した部分で異型が高く粘膜内病変は残存しており、NBI拡大観察でも同様の所見であり、SM癌と追加した。松下は、クリスタルバイオレット染色像で陥凹部分で染色不良があり、その他の部位でもpitの不整があると読影した。深達度は陥凹部分でSM浸潤、その他はM癌と診断した。鶴田は隆起全体でSM浸潤しており、線維化のない病変とした。治療は完全摘除目的でESD(endoscopic submucosal dissection)が施行された。

病理は嶋本(県立広島大学健康科学科)が担当した。高分化管状腺癌で一部に腺腫を認めた。デスミン染色像で粘膜筋板は完全に断裂しており、表層から測定してT1b(SM, 1,965 μ m)癌と診断した。二村(福岡大学医学部病理学講座)はほとんどが粘膜内病変で、深くても粘膜筋板までの浸潤とした。海崎(福井県立病院臨床病理科)は、デスミン染色像で一部粘膜筋板が残存しているが測定上仮想線は引けず、SM癌と診断しつつも、粘膜内病変は残存しているとした。渡辺(新潟大学名誉教授)は、粘膜内病変が残存しているのか、粘膜下層の癌が露出しているのが重要であると述べた。最後に、山野は標本の切り出し方向が悪いと指摘した。渡辺も臨床と病理が一緒になって標本の切り出し方向を考えるべき

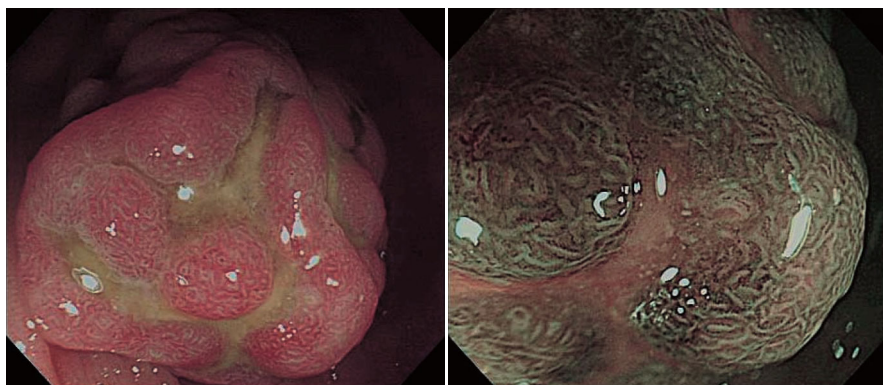
とコメントした。

【第4例】 80歳代、女性。早期大腸T1a(SM)癌(症例提供:静岡県立静岡がんセンター内視鏡科 吉田将雄)。

便潜血陽性のため施行された下部消化管内視鏡検査で病変を指摘された。読影は岡(広島大学病院内視鏡診療科)が担当した。通常観察では直腸Rsに白斑を伴った20mm大の境界明瞭な扁平隆起性病変を認め、インジゴカルミン撒布像では表面に陥凹を伴った病変がみられたことから、いわゆるLST-NG(PD)[lateral spreading tumor non-glanular type(pseudo dressed type)]とした。病変には硬さがなく、深達度はM主体で一部にSM浸潤の可能性があったとした。NBI(narrow band imaging)拡大観察では、隆起部分ではsurface patternは整で、vascular patternは口径不同であるとした。陥凹部分ではsurface pattern, vascular patternいずれも不整が強く、SM深部浸潤とした。田中(広島大学病院内視鏡診療科)はsurface patternの消失しかかっている領域が狭いことから、SM深部浸潤ではなくSMにわずかに浸潤した癌とした。岡はpit pattern診断は盛り上がっている部分を含めて陥凹全体でV₁軽度不整とした。鶴田(久留米大学医学部消化器病センター)はインジゴカルミン撒布像で陥凹部分の中で一部盛り上がっている部分があり、そこでSM浸潤の可能性が高いとした。田中は、クリスタルバイオレット染色像では陥凹部分で一部に粘液の付着があるが、pitの内腔不整、辺縁不明瞭などがあることからV₁高度不整とし、深達度はM主体で一部にSM浅層までの浸潤の可能性があったとした。山野(秋田赤十字病院消化器病センター)もV₁高度不整とした。治療に関して、岡は完全摘除目的でESD(endoscopic submucosal dissection)の適応とした。症例提示病院ではSM深部浸潤癌と診断し、さらに術前のCT検査でリンパ節転移が疑われたため外科手術が施行された。

病理は下田(静岡県立静岡がんセンター病理診断科)が担当し、中分化管状腺癌で粘膜筋板までの浸潤とした。リン

4a | 4b



パ節転移を認めたため深切り切片を追加したところ、一部にSM 560 μ mまでの浸潤を認め、リンパ節転移危険因子のない症例にもかかわらずリンパ節転移した症例と解説した。渡辺(新潟大学名誉教授)は、生検が施行されているのであればリンパ管侵襲の検索のために組織の確認が必要と述べた。江頭(大阪医科大学病理学教室)は、SM浸潤距離が短いにもかかわらず浸潤幅が広いとした。田中は切り出しの幅が不十分で、さらに陥凹内で一部盛り上がった部分の評価ができていないと指摘した。榎田(近畿大学医学部消化器内科)は、もしESDを施行していたら経過観察になった症例であり、貴重な症例とコメントした。山野は内視鏡像における切り出しの方向と病理の対比が重要とした。

【第5例】 60歳代、女性。虫垂開口部に発生したPeutz-Jeghers型ポリープ(症例提供:北摂総合病院消化器内科 佐野村誠)。

便潜血陽性のため施行された下部消化管内視鏡検査で病変を指摘された。読影は川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)が担当した。注腸X線造影像では盲腸に透亮像があり、20mm大の顆粒状、分葉状を呈する広基性の隆起性病変とし、側面像では変形はないと読影した。上皮性腫瘍、早期大腸癌の粘膜内癌と診断し、鑑別診断にはMALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫を挙げた。江崎(九州大学大学院病態機能内科学)は虫垂開口部が同定できないとし、SM浸潤の可能性もあると指摘した。川崎は通常観察(**Fig.4a**)では発赤調で表面には溝があり、虫垂開口部から発生した茎を伴った病変、または虫垂が翻転した病変とし、表面は腫瘍性か非腫瘍性か判断が難しいが、虫垂由来の腫瘍とした。また、内視鏡像では癌の所見はないとコメントした。江崎は粘液産生があり、類円形のpitで一部に管状pit様の構造がみられたことから、mucinous

cyst adenomaの翻転とした。榎田(近畿大学医学部消化器内科)は軟らかい病変で粘液の付着と分葉状を呈していることから、Peutz-Jeghers型ポリープを考えたいとした。鑑別として特殊なSSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) を挙げた。川崎はNBI (narrow band imaging) 拡大観察(**Fig.4b**)ではsurface pattern, vascular patternは整で、管状腺腫様の構造であり、クリスタルバイオレット染色でも管状構造を呈してpitが開大しており、粘液の産生もあることから、mucinous cyst adenomaと診断した。江崎はNBI拡大観察で一部にvascular patternの軽度不整があるが、癌の所見はないと述べた。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)は全体的に非腫瘍であるが一部管状で枝分かれしており、腫瘍部分があるとした。治療に関して、右下腹部痛があり虫垂炎症状を繰り返していたため、腹腔鏡下外科手術が施行された。

病理は江頭(大阪医科大学病理学教室)が担当した。ルーペ像では頭部が分葉した有茎性病変で、虫垂開口部から発生したPeutz-Jeghers型の過誤腫性ポリープとした。また、粘膜筋板は枝分かれし、分葉構造が左右対称性で陰窩の延長、拡張した腺管で形成されているとし、虫垂は軽い炎症を呈していたが、虫垂炎の所見はないと述べた。下田(静岡県立静岡がんセンター病理診断科)は八つ頭状で腺管が拡張しており、粘液産生を認めるとした。渡辺(新潟大学名誉教授)は杯細胞が多いため粘液産生が多いのが特徴であるとコメントした。岩下(福岡大学筑紫病院病理部)は細胞の表層にintestinal spirochetosisを認めると述べた。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は内視鏡像で不整に見えた部分の病理組織像に関して質問し、渡辺は残存した正常pitとPeutz-Jeghers型ポリープのpitが混在していると説明した。大変興味深い貴重な症例であった。(永田)