

早期胃癌研究会

2015年1月の例会から

齊藤 裕輔¹⁾

1) 市立旭川病院消化器病センター

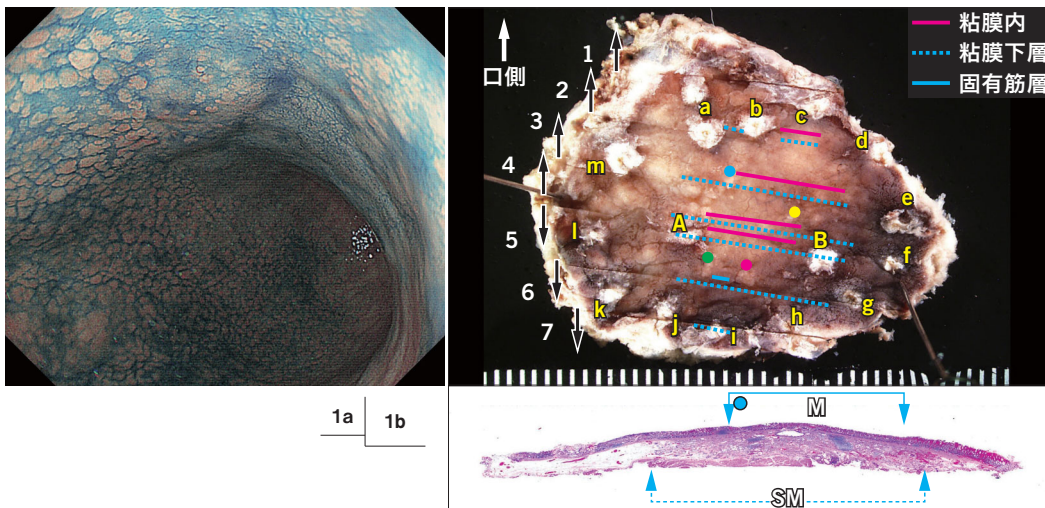
2015年1月度の早期胃癌研究会は1月21日(水)にニューピアホールで開催された。司会は齊藤裕輔(市立旭川病院消化器病センター)、病理を八尾隆史(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学講座)が担当した。

【第1例】 70歳代, 男性。深達度診断が困難であった0-IIc類似進行癌(T2)症例(症例提供:新潟大学医歯学総合病院光学医療診療部 橋本 哲)。

検診目的で施行された1年前の上部消化管内視鏡検査で異常を指摘され, 経過観察となった。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)と小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)が行った。平澤は胃内視鏡検査(白色光通常観察)で胃体中部前壁に軽度の萎縮粘膜を背景とした境界不明瞭な陥凹と周囲のなだらかな隆起性病変を認め, 高分化型のM癌と診断した。小山は, 背景

粘膜は強い萎縮性の粘膜で, 境界不明瞭なわずかな陥凹と周囲のなだらかな隆起を認め, 周囲の隆起は正常粘膜で覆われているようであるが厚みがあり, 正常の表層上皮で覆われた癌がこの部分にも上皮下に浸潤する可能性を指摘した。ただし, 深達度はせいぜいT1aまでと診断した(Fig.1a)。

NBI (narrow band imaging) では, 平澤, 小山ともに, わずかな陥凹部は腺管密度が高く, 高分化型の腺癌で, 周囲の隆起は観察されていないので, NBI像での診断は不能と診断した。EUS (endoscopic ultrasonography) 像では, 趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は層構造が保たれておりM癌であると診断した。出題者から, 生検は3回施行されており, Group 2,5,2の診断であった。術前診断はT1bと診断したが, 確定診断の意味で内視鏡的粘膜下層剥離術(endoscopic submucosal dissection: ESD)を施行したことが追加された。





2a 2b

病理は味岡(新潟大学医歯学総合研究科分子・診断病理学分野)が担当した。粘膜内は低異型度の高分化管状腺癌であるが、粘膜筋板が保たれたまま粘膜下層以下に中分化～低分化腺癌が粘膜露出部よりもかなり広い範囲でびまん性に浸潤しており、ほとんどの部分でT1b、最深部ではT2(MP)の0-IIc類似進行癌である。粘液形質は小腸型である、と診断した。陥凹の境界が不明瞭な理由として超高分化腺癌と腸上皮化生が接しているためである、とした(Fig.1b)。海崎(福井県立病院臨床病理科)から、病変部の伸展性が比較の保たれていた理由として、粘膜筋板がほぼ保たれていること、SMの浸潤部分でDR(desmoplastic reaction)が非常に弱いことが解説された。出題者から、追加外科手術が施行され、リンパ節転移陰性で、癌の遺残も認めなかったことが追加された。八尾(恒)(佐田病院)から、通常観察を空気量を変化させ、斜め方向からいろいろな角度で撮影することで、T1bの術前診断は十分可能であろう、とのコメントが追加された。病変の伸展性が保たれ、腸上皮化生性粘膜の粘膜下層にびまん性に浸潤する特異な癌であり、深達度診断が困難な非常にまれで貴重な症例であった。

【第2例】 70歳代、男性。Whipple病症例(症例提供:福岡大学筑紫病院消化器内科 平野昭和)。

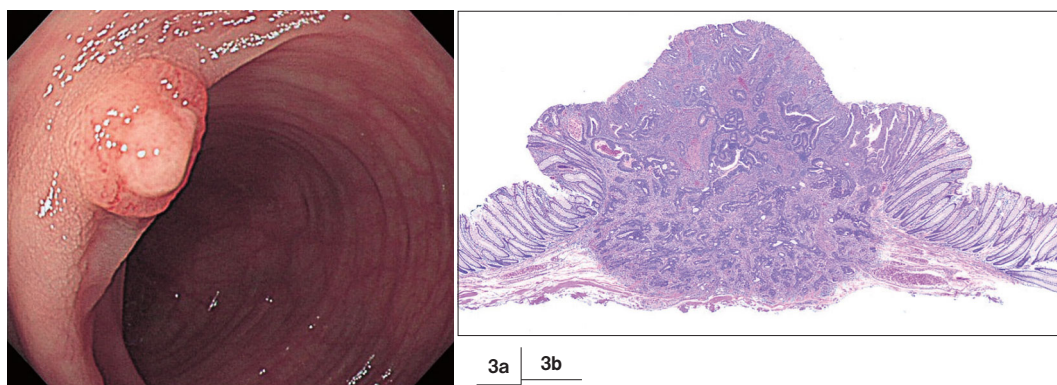
貧血と黒色便で消化管出血が疑われ消化管検査が施行された。読影は江崎(九州大学大学院病態機能内科学)と蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)が担当した。小腸X線造影像で江崎は、中部空腸にびまん性の微細顆粒状の変化を認め、AA(amyloid A)型アミロイドーシス、Whipple病、腸管症関連T細胞リンパ腫(enteropathy-associated T-cell lymphoma: EATL)、immunoproliferative small intestinal diseaseなどが鑑別に挙がる、とした。蔵原も同様の診断であった。上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy: EGD)、バルーン小腸内視鏡像で江崎は、白色絨毛を認め、その絨毛の腫大が目立つことから、EATLが第一に考えられ、鑑別と

してWhipple病、セリアック病を挙げ、AA(amyloid A)型アミロイドーシスは否定的である、と診断した。蔵原は、内視鏡像で白色絨毛が目立ち、絨毛所見からAA型アミロイドーシスやリンパ腫は否定的でWhipple病である、と診断した(Fig.2a)。大宮(藤田保健衛生大学病院消化器内科)は、鑑別としてリンパ管拡張症を挙げるべき、とコメントした。

病理解説は池田(福岡大学筑紫病院病理部)が担当した。十二指腸、空腸からの生検で、やや腫大した絨毛部分では固有層内のfoam cell(マクロファージ)の集簇と脂肪滴による抜けの所見が目立つ、介在部では絨毛の萎縮と粘膜中層から深層にかけてのfoam cellの増加した所見である(Fig.2b)。電子顕微鏡像ではfoam cellにはマクロファージに貪食された*Tropheryma whipplei*がびまん性に観察された、内視鏡像で白色調に観察されたのはマクロファージであり、リンパ管の拡張所見は認めない、と診断した。出題者から、抗菌薬の投与により、十二指腸、小腸とも所見は著明に改善した、との経過の画像所見が解説された。極めてまれなWhipple病の治療前後の詳細な画像所見が提示され、白色絨毛の鑑別診断とともに大変勉強になる貴重な症例であった。

【第3例】 70歳代、男性。S状結腸の大きさ7mmのIs+IIC型T1b癌症例(症例提供:東京慈恵会医科大学内視鏡科 沼田友希)。

腎不全透析中の便潜血反応陽性にて施行された大腸内視鏡検査でS状結腸に異常を指摘された。読影は山野(秋田赤十字病院消化器病センター)が担当した。通常観察では、S状結腸に大きさ6～7mmの隆起性病変を認め、病変の中央には白色調のさらなる隆起を認める。周辺の隆起部分の表面構造は正常粘膜が伸展され、血流障害を来した所見を呈しており、この所見は、上皮下以深に何かが浸潤している所見である。中央の高い隆起部分表面は、おそらく壊死物質である。その周囲には溝状、星芒状の陥凹局面を認めることから、表面型癌の深部浸潤によるIs+IIC型のT1b癌である、と診断



した(**Fig.3a**). NBI拡大, 色素拡大所見を加えることにより, 診断は確定診断となった, とした. 鶴田(久留米大学医学部消化器病センター)も通常観察ではIFP (inflammatory fibroid polyp)なども鑑別として考えられたが, NBI, 色素拡大観察では陥凹面には明らかに癌の所見を認め, 山野の診断と同様でIs+IIC型のT1b癌である, とした.

病理は廣岡(東京慈恵会医科大学附属病院病理部)が担当した. 大きさ7mmのIs+IIC型のT1b癌で, 浸潤距離は3,200 μ m, ly1, v0, budding Grade 2で中央の隆起の表面

はfibrinが析出しており読影通りである, と解説した(**Fig.3b**). 大倉(杏林大学医学部病理学教室)から, 陥凹局面に粘膜内の平坦な癌が認められることが提示され, 本例は, 平坦な病変から発生した深部浸潤癌であり, 隆起型T1b癌の頭部が脱落した病変ではない, とのコメントが追加された. 山野, 鶴田, 両先生の読影の手順は, 通常観察からNBI, 拡大観察における読影法の手本となるようなすばらしいものであった.

(斉藤)