

早期胃癌研究会

第54回「胃と腸」大会から

赤松 泰次¹⁾丸山 保彦²⁾1) 地方独立行政法人長野県立病院機構
長野県立須坂病院内視鏡センター

2) 藤枝市立総合病院消化器内科

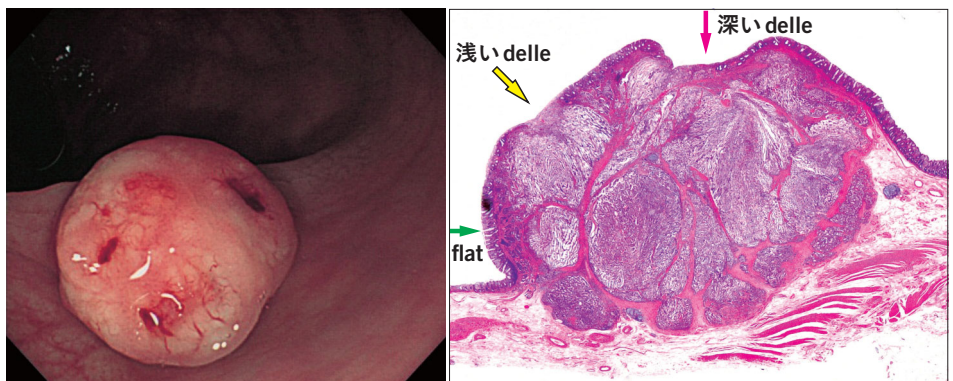
第54回「胃と腸」大会は2015年5月28日(木)に名古屋観光ホテル 3階「那古」で開催された。司会は赤松泰次(地方独立行政法人長野県立病院機構長野県立須坂病院内視鏡センター)と丸山保彦(藤枝市立総合病院消化器内科)、病理は海崎泰治(福井県立病院病理診断科)、和田了(順天堂大学医学部附属静岡病院病理診断科)が担当した。また、画像診断教育レクチャーは、二村聡(福岡大学医学部病理学講座)が「臨床医が知っておくべき病理 第2弾 全消化管:消化管に発生するリンパ腫(前編)―消化管リンパ組織の正常構造を中心に」と題して行った。

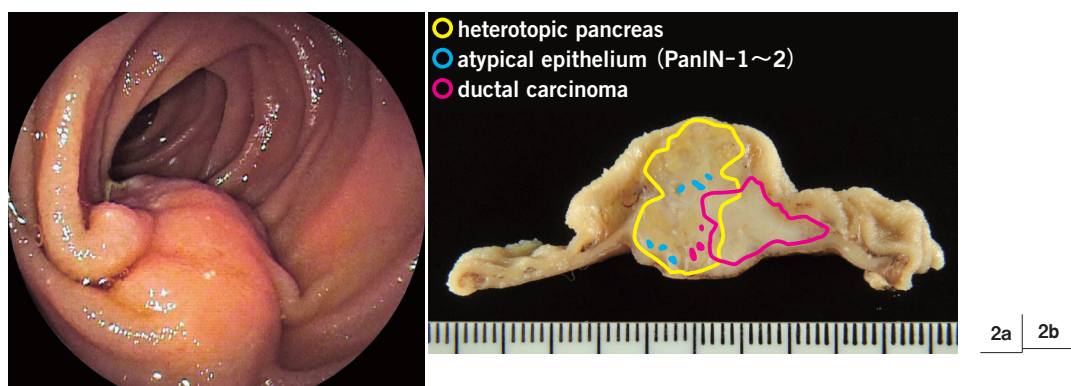
【第1例】 60歳代、男性。多発性陥凹を伴った直腸カルチノイド腫瘍(神経内分泌腫瘍)(症例提供:藤田保健衛生大学病院消化器内科 中野尚子)。

便潜血反応陽性のため、近医より紹介され当科へ受診となった。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線造影像では、下部直腸に2cm大の表面に淡い

バリウム斑を伴う粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様の立ち上がりを有する隆起性病変を認め、明らかな側面変形がみられることより、粘膜下層に浸潤した直腸カルチノイド腫瘍と診断し、鑑別としてNPG(non polypoid growth) typeのSM深部浸潤癌を挙げた。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は、鑑別にGIST(gastrointestinal stromal tumor)を挙げたいと述べた。通常内視鏡像で佐野村は、表面に多発の陥凹ないしびらんを伴う背丈の高いSMT病変で、やや黄色調で拡張した血管を認めることから、カルチノイド腫瘍ないしは内分泌細胞癌と診断した(Fig.1a)。趙は、病変が広範に露出している可能性があり、GISTは否定できるもののカルチノイド腫瘍を積極的に示唆する所見に乏しいと述べた。NBI(narrow band imaging)拡大内視鏡像で佐野村は、病変は正常ないし菲薄化した粘膜で大部分が覆われ、不整のない拡張した血管を認めることから、診断は同じであると述べた。斎藤(東京慈恵会医科大学内視鏡部)は、表面に白色顆粒状隆起が多

1a 1b





発性に認められることから、リンパ球系腫瘍も鑑別に挙げたいと発言した。超音波内視鏡像で佐野村は、内部エコーはモザイク状で一部に high density に見える部分があり、カルチノイド腫瘍やリンパ球系腫瘍には一致しない所見であると述べた。症例提供者より、本例は生検でカルチノイド腫瘍と診断され、大きさが10mmを超えること、SM深部浸潤していること、表面が凹凸不整であったことから、外科的に低位前方切除術を行ったとの説明があった。

病理は塚本(藤田保健衛生大学病院病理診断科)が担当し、診断は粘膜下層深部に及ぶ直腸カルチノイド腫瘍(大きさ12mm)、G2、ly(-)、v(+), リンパ節転移陽性と述べ、表面の深い陥凹は腫瘍の露出部、浅い陥凹は腫瘍の逆浸潤であると説明した(Fig.1b)。岸本(京都府立医科大学附属病院病理診断科)は、表面の白色顆粒状隆起はリンパ濾胞を反映し、超音波内視鏡像でモザイクに見えたのは腫瘍細胞が密な部分と線維の増生が目立つ部分があったためであろうと述べた。

【第2例】 60歳代、女性。空腸に認めた異所性膵由来の腺癌(症例提供:静岡県立静岡がんセンター内視鏡科 杉本真也)。

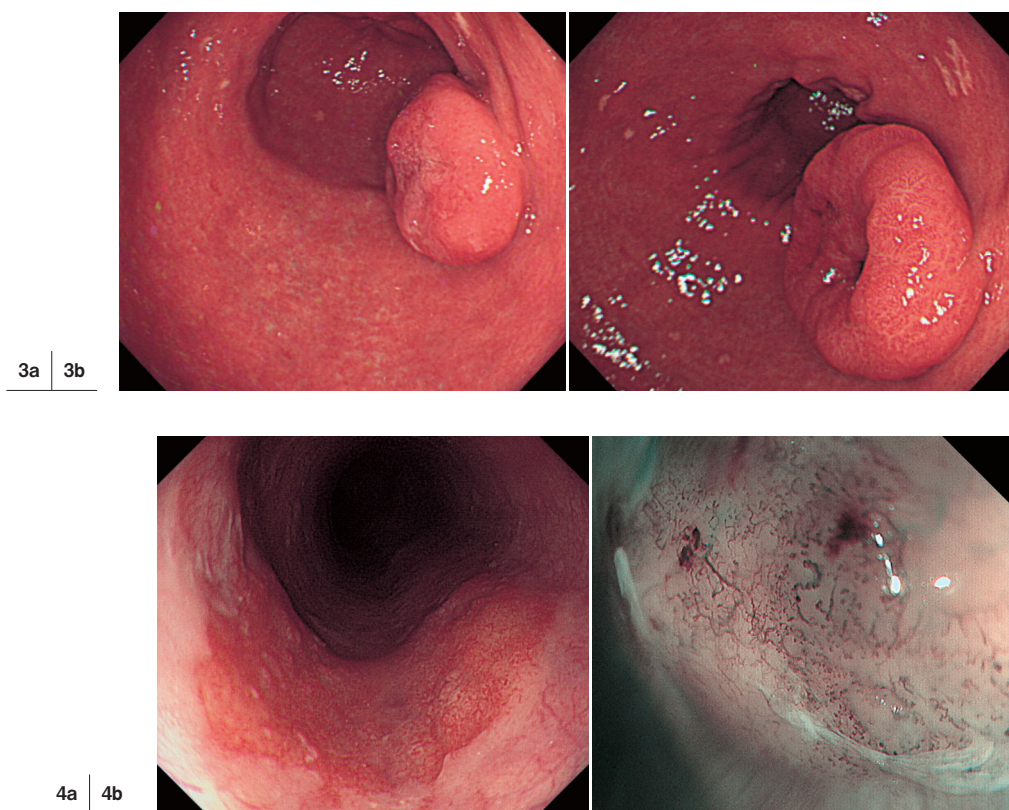
自覚症状はないが、大腸癌治療後の経過観察の目的で施行した腹部CT検査にて、小腸に腫瘤を指摘された。読影は川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)が担当した。小腸内視鏡検査の施行時に行ったガストログラフィンによる小腸X線造影像では、空腸に粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様の隆起性病変を認めると述べた。経口の小腸バルーン内視鏡像では(Fig.2a)、なだらかな立ち上がりをもつSMT様病変で、肛門側に一部に陥凹形成がみられ、病変に対してKerckring皺の走行が一部乱れていることから異所性膵を第一に考え、鑑別としてIFP(inflammatory fibroid polyp)を挙げた。また、立ち上がりが高いためであることから、GIST(gastrointestinal stromal tumor)な

どの間葉系腫瘍は否定的と述べた。清水(大阪鉄道病院消化器内科)は診断は難しいが、MALT(mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫を鑑別に挙げたいと発言した。小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)は、既往にある大腸癌の小腸転移の可能性を挙げた。渡辺(PCL ジャパン病理・細胞診センター)は、病変の主座が比較的浅い粘膜下層にあるのか、もっと深部に存在するのかを臨床像より検討してほしいと発言した。これに対して川崎と清水は、粘膜下層主体であると述べた。一方、山野(秋田赤十字病院消化器病センター)は、粘膜下層に主座があれば粘膜がもっと引き伸ばされた所見になるはずであり、この所見からは深部に病変の主体が存在する可能性が高いと発言した。症例提供者より経過の説明があり、当初大腸癌の転移と考えていたが、生検で異所性膵(陥凹部から生検ができなかったため、病変の口側よりボーリング生検を施行)と診断された。術前にPET(positron emission tomography)検査を施行したところ、同部位に明らかな集積を認めたため異所性膵の癌化を疑い、腹腔鏡下小腸部分切除を施行した。

病理は佐々木(静岡県立静岡がんセンター病理診断科)が説明した。腫瘤の大きさは30×20mmで、病理組織学的には壁全層にわたって異所性膵と浸潤癌が同一片上に存在し、最深部では漿膜に達していた(Fig.2b)。一部粘膜浸潤を認めた。以前の大腸癌とは組織の形態や免疫組織染色所見が異なることから、異所性膵から発生した腺癌(浸潤性膵管癌)と診断した。(赤松)

【第3例】 60歳代、男性。粘膜下異所性胃腺様変化を伴う炎症性線維状ポリープ(症例提供:藤枝市立総合病院消化器内科 金子雅直)。

検診精査のEGD(esophagogastroduodenoscopy)で胃前庭部後壁に隆起性病変が発見された。読影は岡(広島大学病院内視鏡診療科)と入口(東京都がん検診センター消化器内科)が担当した。



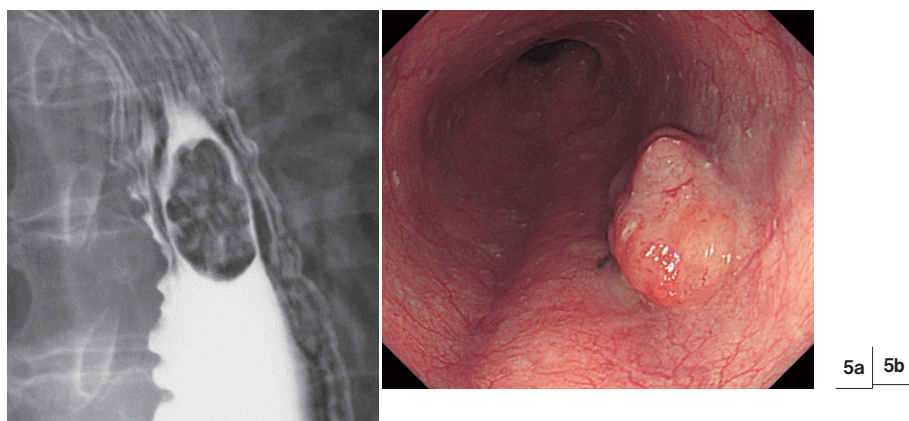
岡は透視像にて病変表面には微小なびらんがあるが、立ち上がりに上皮性変化は認めず GIST (gastrointestinal stromal tumor) などの非上皮性腫瘍と読影した。入口は IFP (inflammatory fibroid polyp) を鑑別に加え、初回 EGD 像 (Fig.3a) で立ち上がりは非上皮性であるが頂部の変化より上皮性腫瘍も否定はできないとした。EUS (endoscopic ultrasonography) で岡は病変の主座は粘膜下層であると読影し、趙 (洛和会丸太町病院消化器内科) は内部に液状の部分が存在すると追加した。その後症例提供者より胃潰瘍が別部位に生じたため除菌治療を行ったと臨床経過の説明があり、続いて除菌後病変中央部に深い陥凹を生じた EGD 像が提示された (Fig.3b)。岡は中心に上皮性腫瘍の所見はなく、比較的短期間に形態が変化している点から悪性リンパ腫を、粘液が出ている所見から異所性腺を鑑別に加えたいと述べた。入口は炎症性病変の可能性があると追加した。齋藤 (新潟厚生連豊栄病院内科) は異所性胃粘膜から発生した癌を挙げ、北村 (徳島大学病院消化器内科) は IFP で除菌後に同様の形態変化を来した症例を経験したと述べた。八尾建史 (福岡大学筑紫病院内視鏡部) は陥凹内の NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡像で絨毛状の構造を呈しているのは異所性胃粘膜由来の癌の特徴ではないかと追加した。悪性が否定できず幽門

側胃切除術が行われた。

九嶋 (滋賀医科大学臨床検査医学講座) が病理解説を行った。粘膜が粘膜下層に陥入し拡張した胃腸混合型の非腫瘍性上皮が表面を覆い、引き込まれた腺管は粘膜筋板とセットで存在する。その周囲には小さな紡錘形細胞が密に取り巻き、多数の好酸球浸潤を伴い、血管周囲には onion skin lesion がある。紡錘形細胞は CD34 に染色される。以上より粘膜下異所性胃腺様変化を伴う炎症性線維状ポリープと診断し、病変の成り立ちを粘膜筋板～粘膜下層レベルで発生した IFP が発育進展する過程で粘膜を陥入させたと考察した。症例提供者より IFP に粘膜下異所性胃腺を伴い、除菌の過程で表面が崩れ露呈したと考えられると説明がなされた。

【第4例】 60歳代、女性。食道癌 (症例提供: 岐阜赤十字病院消化器内科 高橋裕司)。

検診の EGD (esophagogastroduodenoscopy) で食道に異常を指摘された。読影は大野 (静岡県立総合病院消化器内科) が行った。X線像で胸部食道に辺縁に透亮像を伴う浅い陥凹があり、辺縁の変形を伴っていることから 0-IIc 型、MM～SM1 と読影した。通常内視鏡像 (Fig.4a) で最深部は陥凹内の後壁側が下から挙上されたように厚い部分で MM～SM1、その他の部分は LPM (lamina propria mucosae)



であるとした。濱本(手稲溪仁会病院消化器内科)は背側の変化は椎体の圧排の影響であり、左奥の縁に陥凹辺縁を伴っている点からは広い範囲でMM主体ではないかと述べた。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)はX線像で側面変形がはっきりし、内視鏡像では厚みがありMMより深いのではないかと述べた。NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡像(**Fig.4b**)では大野はB2血管が主体でAVA (avascular area)はsmallで、陥凹内隆起はreticularではないかとし、この部位が血管密度も高く一部太い血管も伴っていることから最深部で低分化な成分が混入している可能性を指摘した。濱本はB2血管がある領域をもって拡がり、病変中央の広い範囲でMM以上であるが、通常観察で縦ひだが入るのでSM massiveではないとした。平澤(仙台市医療センター仙台オープン病院消化器内科)は、陥凹内背側の隆起はNBI拡大内視鏡像である程度の広さをもってB2血管がみられるので、MM、白い部分はsmall AVAで癌蜂巣が固まってM2までINF- α , bulky growthな癌があることを示しているとした。また手前にreticularな血管があり、この部分は低分化で太い血管を伴っていることより、SM massiveと読影した。小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)は、以前の読影者がB2と読んだ一部はB1であることを指摘した。SM1との術前診断でESD (endoscopic submucosal dissection)が行われた。

病理解説は山田(木沢記念病院病理診断科)が行った。ESD検体では、SM2にbulkyに浸潤するSCC (squamous cell carcinoma)で高度のリンパ浸潤を伴っていたため追加切除が行われた。SM2の部分は陥凹に隆起した背側部分だけではなく陥凹内の左側にも認められた。reticularと読影した部分には細かい癌蜂巣はなかった。

本例では血管所見がB1～2でMM～SM1としたが実際はSM2であり、血管所見より厚みが深達度を反映していた

症例であった。会場では述べられなかったが、最深部が血管所見に反映されなかった理由はMMを保ったまま浸潤したからであったと、後からの病理組織学的検討で判明したことを追記しておく。

【第5例】 70歳代、女性。食道amelanotic malignant melanoma。(症例提供:愛知県がんセンター中央病院内視鏡部田中努)。

70歳代、女性。2年前から食道中部の隆起性病変を指摘されていたが、今回検診を契機に精査となった。読影は杉本(浜松医科大学附属病院消化器内科)と高橋(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)が担当した。杉本は食道X線造影像(**Fig.5a**)で胸部中部食道に辺縁平滑な隆起性病変があり、一見非上皮性腫瘍様であるが、立ち上がりは急峻で頂部に微小びらんを伴っていることからSMに浸潤した上皮性腫瘍と診断した。高橋は病変の肛門側に筋状にひきつれがある点を指摘し、悪性リンパ腫やGIST (gastrointestinal stromal tumor)などの非上皮性腫瘍ではないかと述べた。小田(東京都がん検診センター消化器内科)は、立ち上がりは粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様で大きさの割に変形が少ないことより線維化の少ない軟らかい腫瘍で、表面の凹凸を有意にとり上皮性腫瘍の可能性が高いとした。さらに腫瘤は多結節状で通常の0-Is型の扁平上皮癌とは異なる特殊組織型の悪性腫瘍で深達度はSMを考えたいと述べた。杉本は白色光の内視鏡像(**Fig.5b**)で白色結節状の部分がある非上皮性腫瘍で、高橋と同様、悪性リンパ腫に変更したいと述べた。小田は背景に存在する小さな黒色領域を指摘し、amelanotic melanomaを鑑別に挙げた。杉本は、NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡像では部分的に扁平上皮の厚さに差はあるが微小血管と太い血管が混在しリンパ腫に矛盾しないと述べた。高橋は血管の走行不整は圧排されて引き延ばされただけではなく、SCC (squamous cell carcinoma)

ma)とも異なると述べたが、診断は困難とした。杉本、高橋は、EUS (endoscopic ultrasonography) は腫瘍は低エコーであるが悪性リンパ腫ほど低エコーではないと述べた。生検で悪性黒色腫と診断され、cT1b, N0, M0, Stage Iの術前診断にて胸腔鏡下食道切除術が行われた。

病理解説は佐々木(愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部)が行った。生検検体で重層扁平上皮の下に細胞密度の高い腫瘍細胞の増勢があり、免疫染色像でc-kitは陽性であるが、CD34は陰性であり、S-100, HMB-45, MITFは陽性、アクチン、サイトケラチン陰性で、悪性黒色腫と診断されると述べた。手術材料では断面は黄白色調で表面は扁平上皮に覆われ粘膜下層の最深部までにとどまっている、強拡大像では異型紡錘形の細胞が束状配列で増殖しており、

辺縁では腫瘍は粘膜筋版に親和性を示す増殖がある点が通常と異なり興味深いと述べた。鬼島(弘前大学大学院医学研究科病理生命科学講座)は、通常の悪性黒色腫は異型が強く浸潤性増殖をするが、本例では細胞結合性が強く異型が弱い点が特徴的であると述べた。またKi-67も4~5%と低く悪性度は通常より低いのではないかと述べた。症例提供者より経過、前医の生検組織、ヨード染色、メラニン沈着、組織でのCD34染色の対比が示された。

2年前の生検ではc-kit陽性でGISTと診断されていたが、内視鏡所見よりmelanomaの可能性を考え病理医に追加免疫染色を依頼することが大切であることを学んだ教訓的な症例であった。(丸山)