

早期胃癌研究会

2015年2月の例会から

岩男 泰¹⁾高木 靖寛²⁾

1) 慶應義塾大学医学部予防医療センター

2) 芦屋中央病院消化器科

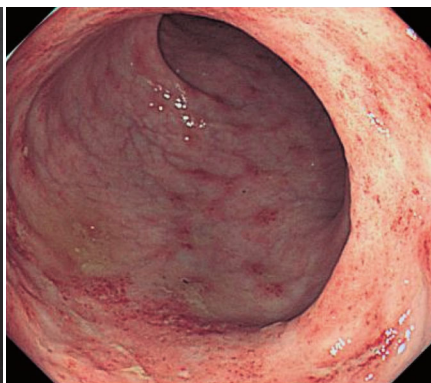
2015年2月の早期胃癌研究会は2015年2月18日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会は岩男泰(慶應義塾大学医学部予防医療センター)、高木靖寛(芦屋中央病院消化器科)、病理は新井富生(東京都健康長寿医療センター病理診断科)が担当した。また、画像診断教育レクチャーは、立石陽子(横浜市立大学医学部病態病理学)が「臨床医が知っておくべき病理 第2弾 食道:腫瘍性病変」と題して行った。

【第1例】 70歳代、男性。糞線虫症(症例提供:神戸市立医療センター西市民病院消化器内科 三上栄)。

主訴は下痢、体重減少。読影は蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)が担当した。注腸X線造影像では直腸は残渣のため粘膜面の所見が読み切れないが、S状結腸に小隆起が多発しており(Fig.1a)、辺縁像から浮腫性的変化が読み取れる。浮腫性変化は深部大腸を含め広範囲にみられ、上行

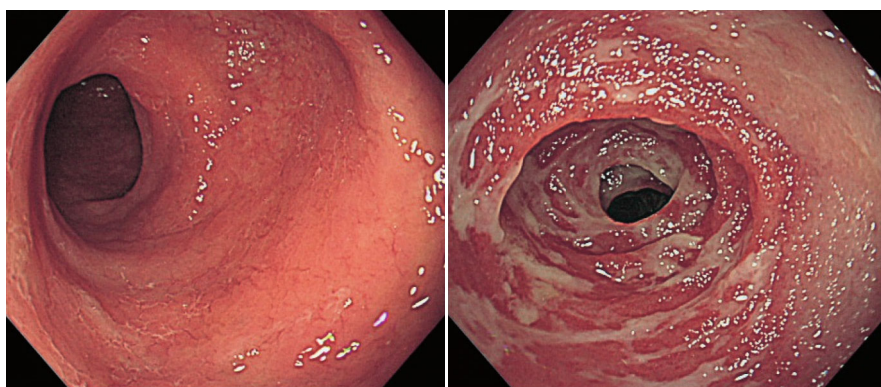
結腸から横行結腸にかけて、縦走潰瘍瘢痕の可能性があり、全大腸にわたり慢性炎症を繰り返している所見であるとした。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)はS状結腸から下行結腸を中心に多発するなだらかな透亮像があり、低蛋白血症なども勘案してcap polyposisを、趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は縦の変化を伴う浅い潰瘍ととれる所見がありCrohn病を鑑別に挙げておきたいとコメントした。

大腸内視鏡像(Fig.1b)では、蔵原は全大腸にわたりまだら状の発赤と浮腫像を認め、直腸には紅暈を伴うびらん性変化を認めるとした。2年前の内視鏡像と比較して少し所見が増強しているが基本的は同じであり、慢性の炎症性疾患、おそらく感染症、アメーバ性大腸炎を考えたいとした。斉藤は浮腫状の変化が主体であり、アメーバはもっと汚い潰瘍を呈するはずで、盲腸に所見がないことから否定的であり、何らかの物質の沈着を考えたいとコメントした。



1a 1b

2a 2b



上部消化管内視鏡像では、蔵原は十二指腸第2部にびまん性の白色絨毛を指摘し、大腸病変も含めて説明しうる疾患として感染症を考えるが、病原体で思いつくものがなく、ランブル鞭毛虫も一応鑑別に挙げておきたいとした。大宮(藤田保健衛生大学医学部消化管内科)は経年的に症状を繰り返していること、大腸に発赤やびらんが多発していることから、好酸球性腸炎を鑑別に挙げておきたいとコメントした。

病理は小野寺(市立川西病院病理診断科)が解説した。十二指腸の生検で糞線虫の虫卵とラブリチス(R)型幼虫、胃からは感染型の成虫、大腸びらん部からはフィラリア(F)型の幼虫を認めた。2年前の大腸生検組織像の見直し診断でR型幼虫と虫卵を認めたとした。八尾隆史(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)は糞線虫症の診断で問題ないが、2年前の時点での診断は困難であろうとコメントした。

症例提供者から追加情報としてイベルメクチンで病変は治癒したこと、患者が佐賀県在住であったこと、HTLV-1(human T-cell leukemia virus type 1)陽性であったことが示された。糞線虫症の大腸病変は少なく、あったとしても深部大腸がほとんどとされ、本症例は直腸、S状結腸が病変の主体であった、まれな症例であった。

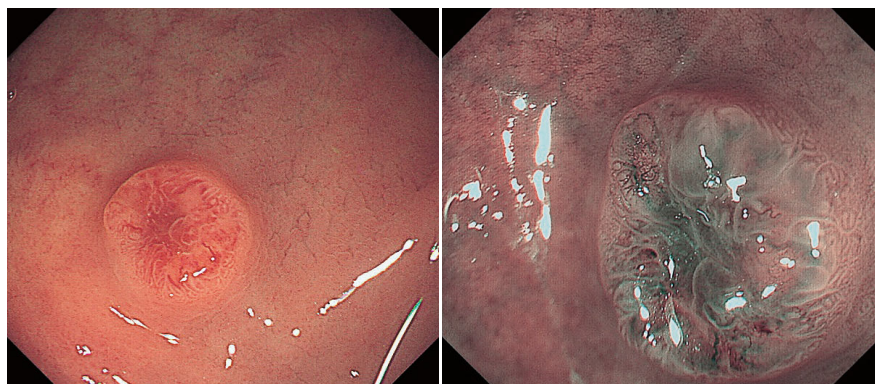
【第2例】 60歳代、男性。消化管AAアミロイドーシスに併発したサイトメガロウイルス小腸炎(症例提供:藤田保健衛生大学医学部消化管内科 大宮直木)。

主訴は下痢、浮腫、下肢の浮腫。既往歴として悪性リンパ腫(骨髄移植後)、後腹膜線維症、皮膚には慢性GVHD(graft-versus-host disease)の所見あり。読影は小林(福岡山王病院消化器内科)が担当した。小腸X線造影画像ではバリウムの付着が悪く、粘膜面の性状が読み切れないが、回腸に広範囲にびまん性の浮腫像があり、虚血性変化を考えたいとした。野村(さっぽろ大通り内視鏡クリニック)は所見が一様でなく、伸展のよいところと悪いところがあり、潰瘍の存在は否定できない。病態としては、やはり虚血性の変化であり、腫瘍性の変

化は否定的であるとコメントした。齊藤(市立旭川病院消化器病センター)は病変に硬さが読み取れ、偽憩室様の所見を認めることから、多発する潰瘍瘢痕が存在するはずである。サイトメガロウイルス(cytomegalovirus; CMV)腸炎も鑑別に挙げておきたいと述べた。清水(大阪鉄道病院消化器内科)はひだの腫大など浮腫が主体で静脈系の虚血を考えるが、CMV腸炎の合併も考えておきたいとした。大川(大阪市立十三市民病院消化器内科)は広範に潰瘍性病変が多発していることが読み取れるとし、GVHDを鑑別に挙げたいとした。

大腸内視鏡像では小林は、終末回腸からほぼ全大腸にわたってびまん性にびらん性の変化がみられ(**Fig.2a**)、虚血で説明することは困難であり、アミロイドーシスを考えたいが、小腸X線造影画像で上部空腸に変化がなかった点であてはまらないとした。大川は回腸末端の潰瘍(**Fig.2b**)は粘膜脱落と言うべき所見でGVHDを考えたい、大腸の粘膜変化もGVHDで説明できるとした。齊藤も大腸の所見に関してGVHDを支持するとした。経口ダブルバルーン小腸内視鏡像では、小林は上部空腸にびまん性の粘膜変化に加えて潰瘍が多発しており、広範囲に病変を来す疾患として、やはりアミロイドーシスを考えたい、ただ、CMVの関与も否定できないとした。大川は空腸の所見も粘膜脱落、剥離と読む所見でありGVHDを考えるとコメントした。

病理は塚本(藤田保健衛生大学医学部病理診断科)が解説した。生検組織には虚血およびGVHDを示唆する所見は認めなかった。上部消化管を含め広範囲に間質および血管周囲にアミロイド沈着がみられ、免疫組織化学染色像でアミロイドA(amyloid A; AA)が陽性であった。回腸にCMV免疫染色陽性の細胞を認め、消化管AAアミロイドーシスにCMV腸炎を合併した病態とした。症例提供者よりCMVの治療後に小腸の潰瘍は治癒したが、大腸の所見には変化がなく、AAアミロイドーシスは慢性GVHDもしくは後腹膜線維症に続発するものと考えているとの追加報告があった。(岩男)



【第3例】 50歳代、女性。胃神経周膜腫(症例提供: 近畿大学医学部消化器内科 松井繁長)。

提示されたのは内視鏡像のみで、読影は高橋(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)が担当した。初回および精密検査の通常内視鏡像では、穹窿部にみられる5mm程度の辺縁隆起を伴う陥凹性病変で、辺縁の立ち上がりは正常粘膜で覆われ、頂部の陥凹は発赤調であった。インジゴカルミン染色像では陥凹辺縁には蚕食像所見があり、まず0-IIa+IIc型の分化型腺癌で、正常粘膜を伴って立ち上がった形態で厚みがあることから、深達度SM2程度を考えた(Fig.3a)。鑑別診断として転移性腫瘍を挙げた。濱本(仙台厚生病院消化器内視鏡センター)は、陥凹の形態は明瞭で発赤が目立つ粘膜下腫瘍様の病変で、悪性腫瘍であればカルチノイドとした。一方、表面の構造がやや整った印象もあり非腫瘍も否定できず、その場合は粘膜固有層ヘルニアも鑑別に挙げると述べた。NBI (narrow band imaging) 併用拡大内視鏡像で、高橋は表面陥凹部に腫大したvilli様構造や拡張した血管はみられるが構造や血管に不整が乏しく、通常内視鏡像とは所見に乖離があり、原発性の上皮性腫瘍は否定的であることから、まず転移性腫瘍を考えた(Fig.3b)。濱本は陥凹部の一部に粘膜固有層の腫瘍が露出したような血管所見がみられることから、散発性のカルチノイドとした。EUS (endoscopic ultrasonography) で高橋は、粘膜固有層を主座とした低エコー腫瘍と読影した。生検では診断がつかず、確定のためにESD (endoscopic submucosal dissection) が行われた。

病理は筑後(近畿大学医学部病理学教室)が担当した。病変は明るい細胞質を伴う紡錘形細胞の増殖から成る腫瘍性病変で、免疫組織化学的にS-100陰性、Claudin-1陽性、Glut-1弱陽性であることから、胃神経周膜腫と診断した。共同で診断に携わった九嶋[滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座(附属病院病理診断科)]は、本腫瘍は粘膜深層からの発生が示唆され粘膜固有層を主体に増殖し、読影された

内視鏡診断に合致することが特徴的であると追加解説した。

【第4例】 60歳代、男性。胃髄外性形質細胞腫(症例提供: 仙台厚生病院消化器内視鏡センター 濱本英剛)。

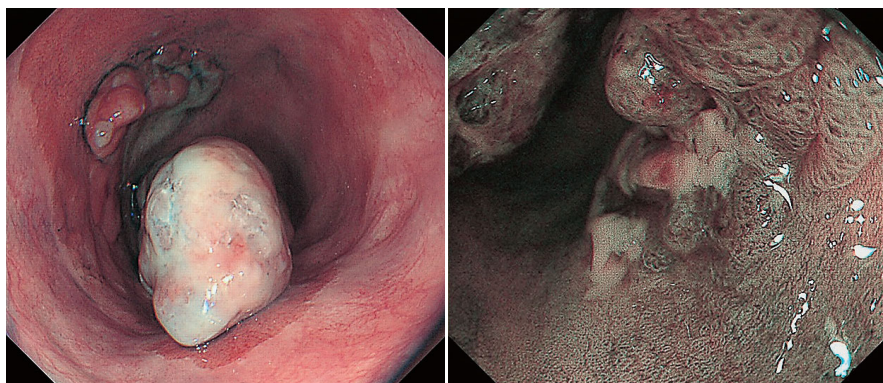
読影は時岡(第一東和会病院消化器内科)が担当した。胃X線造影像では、萎縮が強い粘膜が認められるが、明らかな病変は指摘できないとした。通常白色光像では胃体下部小彎に約10mmの褪色調でわずかに隆起した病変がみられ(Fig.4a)、インジゴカルミン染色像では、病変はさらに明瞭となり表面は微細顆粒状と読影し、背景が萎縮粘膜であることから深達度Mの分化型腺癌とした。赤松(長野県立病院機構長野県立須坂病院内視鏡センター)は、表面に1枚上皮が被ったような病変で褪色調であり、粘膜中層に発育する未分化型癌かMALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫を考えた。さらに、長浜(千葉徳洲会病院消化器内科内視鏡センター)は分化型癌であれば超高分化型腺癌、また癌以外で粘膜固有層に何かが増殖または沈着したような病変とし、小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)は長浜と同様の発育形式をした病変で形質細胞腫などを疑うとコメントした。NBI 併用拡大内視鏡像について、時岡は周囲と性状は異なるが表面構造はregularで、微細血管構築もわずかに拡張などはみられるが比較的整っており、超高分化型腺癌を考えると述べた(Fig.4b)。赤松はリンパ腫を疑うが、血管構築が一樣であることからMALT リンパ腫よりも形質細胞腫を考えた。長浜は表面構造の腫大から粘膜固有層に何らかの細胞浸潤が起こった病変、小山は最表層は非腫瘍で粘膜固有層に細胞増殖がみられる病変であるが、MALT リンパ腫ほど表層上皮に影響を及ぼしておらず形質細胞腫か組織球などの増殖を疑うと診断した。EUS (endoscopic ultrasonography) について、時岡は粘膜固有層に局限する病変とした。生検診断は顆粒細胞腫であったが、本症例は粘膜に局限する病変で病態に乖離があり、診断的にESDで切除された。

病理は遠藤(仙台厚生病院病理診断・臨床検査科)が解

4a 4b



5a 5b



説した。粘膜に局限するリンパ増殖性疾患であるが、LEL (lymphoepithelial lesion) はみられず、髄外性形質細胞腫と診断した。二村 (福岡大学医学部病理学講座) は形質細胞への分化の著しいMALTリンパ腫が否定できないと追加発言した。最後に症例提供者の濱本より内視鏡像と病理組織像の対比による詳細な解説と本疾患のまとめが提示された。

【第5例】 70歳代、女性。LSBEに発生した内分泌細胞への分化を伴う食道腺癌 (症例提供: 早期胃癌検診協会 渡海義隆)。

読影は平川 (福岡赤十字病院消化器内科) が担当した。X線造影像では胸部下部食道に大きさ4cm程度の粗大な多結節状の隆起性病変がみられ癌肉腫などの特殊な癌を考え、鑑別として隆起型の扁平上皮癌を挙げるとした。基部はくびれて伸展不良には乏しいことから、深達度はSMとした。斉藤 (市立旭川病院消化器病センター) は、隆起の辺縁にも平坦な病変が疑われ、Barrett食道の存在も疑われるとした。通常白色光像について、平川は病変は下部食道の円柱上皮内に病変は発生しており、粗大な表面に白苔を伴う隆起性病変とその対側に発赤調の隆起性病変がみられ、インジゴカルミン染色像も加味してみると、2つの隆起の介在部にも顆粒状の扁平隆起があり、1連の腫瘍性病変であるとした (Fig. 5a)。

X線造影所見と同様に、円柱上皮内に発生した癌肉腫などの特殊な腫瘍と診断した。NBI併用拡大内視鏡像については、円柱上皮内に扁平上皮癌がありBarrett食道内に発生した腺癌も考えるが、所見ははっきりしないとした (Fig. 5b)。小山 (佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科) は、EGJ (esophagogastric junction) とSCJ (squamo columnar junction) の乖離が内視鏡像で明らかでありBarrett食道に発生した腺癌で、隆起は粗大であるが基部にくびれがあり、深達度SMにとどまる病変と読影した。治療は食道噴門部切除術がなされた。

病理解説は大倉 (杏林大学医学部病理学教室) が担当した。全周性3cm以上のLSBE (Long segment Barrett esophagus) に発生した粘膜内にとどまる腺癌で、病変の大半は深達度浅層粘膜筋板まで、2つの隆起の一部のみで深層粘膜筋板まで浸潤する病変であった。病変の組織構築は粗大な隆起の白苔を伴う部分がsynaptophysin陽性の充実性内分泌細胞癌であった。また、この部分以外は管状腺癌であったが、synaptophysinとchromogranin Aが共に陽性であり、内分泌細胞への分化を有していた。本症例はLSBEに発生した内分泌細胞癌成分を伴う腺癌で、WHO分類ではMANEC (mixed adenoneuroendocrine carcinoma) に相当する大変貴重な症例であった。 (高木)