

早期胃癌研究会

2015年11月の例会から

上堂 文也¹⁾大川 清孝²⁾

1) 大阪府立成人病センター消化管内科

2) 大阪府立十三市民病院消化器内科

2015年11月の早期胃癌研究会は2015年11月18日(水)に笹川記念会館で開催された。司会は上堂文也(大阪府立成人病センター消化管内科)と大川清孝(大阪府立十三市民病院消化器内科)、病理は伴 慎一(埼玉医科大学)が担当した。

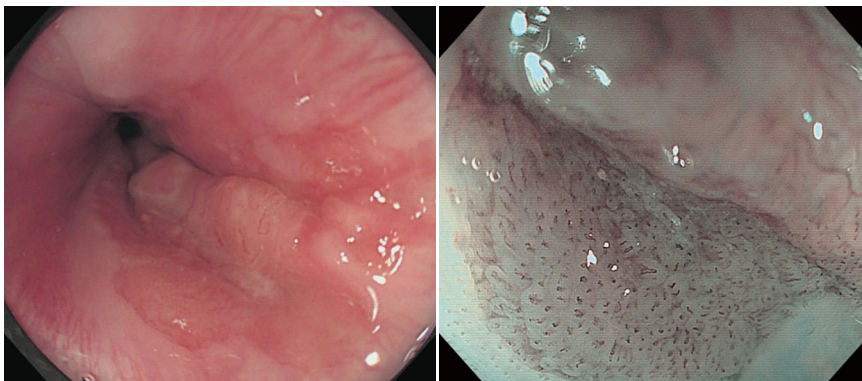
画像診断教育レクチャーは、西上隆之(製鉄記念広畑病院病理診断科)が「臨床医が知っておくべき病理 第2弾 潰瘍性大腸炎と癌—典型的な組織像(活動期, 寛解期, dysplasiaと癌)」と題して行った。

【第1例】 70歳代, 女性。食道胃接合部の扁平上皮癌(症例提供:静岡県立静岡がんセンター内視鏡科 岸田圭弘)。

主訴は食後の胸焼け。前医の上部消化管内視鏡検査で食道に病変を指摘, 当院を紹介され受診となった。読影は前田(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。すだれ状血管が確認される食道胃接合部(esophago-gastric junction; EGJ)の後壁半周の中心に結節を伴う発赤調の表面陥凹型病変で, pit様の構造を認めることから, 腺癌,

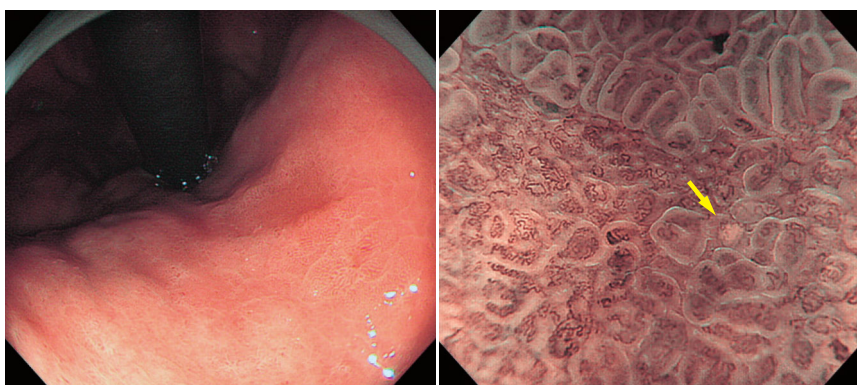
結節状の隆起でSM浸潤が疑われると診断した(**Fig.1a**)。赤松(長野県立須坂病院内視鏡センター)は, Barrett腺癌の可能性を示唆した。竹内(新潟大学大学院医歯学総合研究科消化器内科学分野)からは, 管腔が虚脱しているため腫瘍と周囲粘膜との対比が困難で, 接合部の観察には深吸気で同部を膨らませて観察すると, 解剖学的指標や病変の性状をよく観察できるとの指摘があった。NBI(narrow band imaging)拡大像(**Fig.1b**)では, 辺縁の表面陥凹部に均一な乳頭様の構造を認め, 中心の明らかな不整血管のある結節部と連続しており, 一連の病変としてEGJの腺癌と診断した。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, 乳頭様の構造は扁平上皮癌の上方発育でも生じうるため, 腺扁平上皮癌や扁平上皮癌と腺癌の衝突癌を考えると述べた。ヨード撒布像で病変は不染部となった。

病理解説は下田(静岡県立静岡がんセンター病理診断科)が担当した。病変はESD(endoscopic submucosal dissection)



1a 1b

2a 2b



で切除された。病変はSCJ (squamo columnar junction) から食道側に存在し、乳頭状の構造の部位も含めて扁平上皮癌であった。結節状の隆起部分でMMに浸潤していた。明らかなBarrett粘膜は認めなかった。深達度診断について、小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)から再度深吸气での評価の重要性がコメントされた。

【第2例】 60歳代、女性。0-IIc型早期胃癌(症例提供：石川県立中央病院消化器内科 竹村健一)。

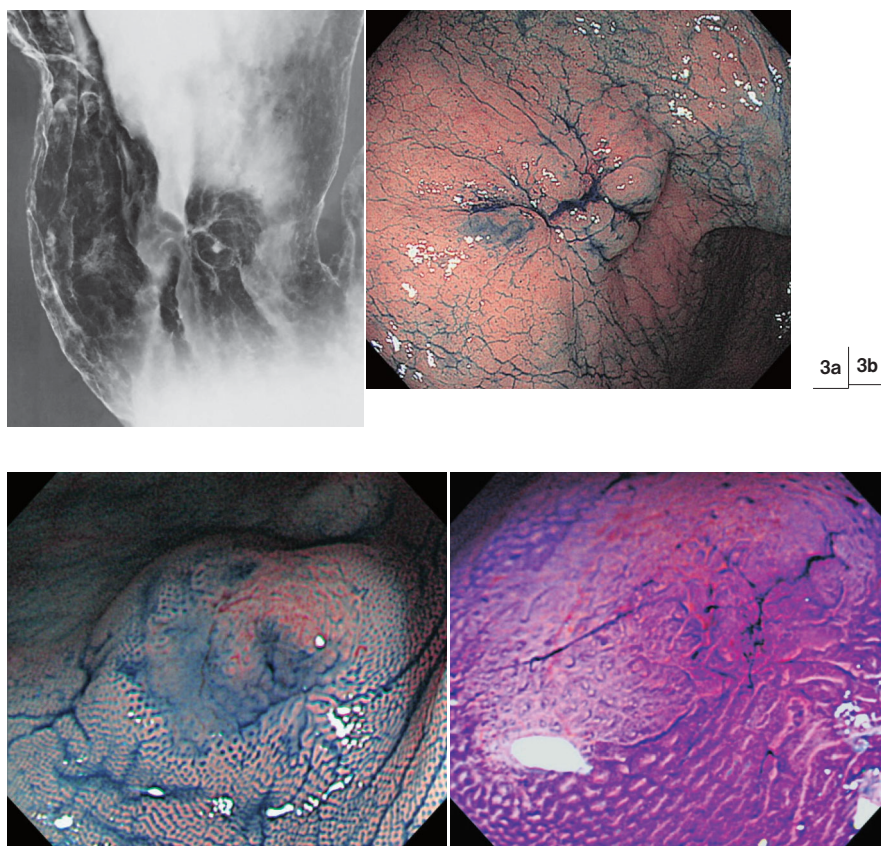
前庭部の早期胃癌のESD (endoscopic submucosal dissection) 施行時に、体中部小彎に10mmの発赤陥凹病変を発見された。読影は平川(福岡赤十字病院消化器内科)が担当した。単発の限局性病変のため癌の可能性はあるが、通常観察のみでは不整な辺縁など、癌に特徴的な所見は指摘できないと述べた(Fig.2a)。NBI (narrow band imaging) 拡大像(Fig.2b, 矢印)では、表面構造の不整は乏しいが、血管に不整所見があり、demarcation lineもあるため、分化型の粘膜癌と診断した。症例提供施設では初回発見時に癌を積極的に疑わず、生検をせずに1年2か月間経過観察を行った。経過観察時、通常内視鏡所見に大きな変化は認めなかった。濱本(手稲溪仁会病院消化器内視鏡センター)は、NBI拡大所見における陥凹型腸上皮化生との鑑別として、①一部で陥凹型腸上皮化生でみられるようなシャープな境界がなく、健常上皮が乗り上げたような所見があること、②不整血管がwhite zoneを乗り越えたような所見が一部にあることから、癌の可能性が高いと診断した。八木(新潟県立吉田病院内科)は、ドーム状のwhite zoneの中に腺窩開口部がspottyに透見されるパターンは除菌後胃癌でよくみられる所見であるとコメントした。また、小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)は、LBC (light blue crest) があまり明瞭にみられないことから癌の可能性が高いとコメントした。

病理解説は津山(石川県立中央病院病理診断科)が担当した。生検Group 2であったが、診断的治療としてESDが行

われた。病理所見では、腺管構造の明瞭な高分化型腺癌と中分化型の手つなぎ腺管の部分が移行しながら存在し、一部で低分化型腺癌となっていた。CD10とMUC2陽性、小腸型の27×8mm、深達度T1a (M) の中分化型管状腺癌であった。小野(静岡県立静岡がんセンター内視鏡科)から、腸上皮化生と鑑別に迷うほどのよく分化した内視鏡像にもかかわらず、病理組織学的に異型の強い部分が認められたことに対する質問があった。河内(がん研有明病院病理部)は、陥凹辺縁部では腸上皮化生腺管と腫瘍腺管が混在している所見がみられたことを説明したが、病理組織像と内視鏡像との詳細な対比は困難であった。最後に出題者の竹村は、初回検査時のNBI拡大像で腫瘍辺縁部にWGA (white globe appearance) がみられ、診断の一助となると説明した。

【第3例】 50歳代、女性。胃内分泌細胞癌(症例提供：岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野 小坂崇)。

心窩部不快感があり、上部消化管内視鏡検査で発見された。読影は菅(信州大学医学部消化器内科)が担当した。上部消化管X線造影像(Fig.3a)では、慢性胃炎を伴う胃粘膜の体中部前壁に2cmの粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様の隆起性病変を認めた。辺縁が不整で集中するひだの中心に小さなIIc様変化があることから、SM以深のSMT様胃癌と診断した。安保(小樽掖済会病院消化器内科)は、びまん性の未分化型胃癌がSMT様隆起部で深部浸潤しているのではないかと診断した。内視鏡像(Fig.3b)では、ひだ集中を伴い中心に不整形の陥凹を伴うSMT様隆起性病変であった。SMT様胃癌で、大半が非腫瘍粘膜に覆われているため未分化型ではないかと診断した。NBI拡大像では、陥凹部にやや不揃いな乳頭様構造を認めるが不整さは少なく、全体に非腫瘍性粘膜に覆われていると診断した。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)からはスキルス型胃癌、フロアからは悪性リンパ腫の鑑別が挙げられた。EUS (endoscopic ultra-



sonography) 像では、第3層(粘膜下層)が保たれながら、第2層(粘膜)と第4層(固有筋層)が肥厚した限局性腫瘤を認めた。渡辺(PCLジャパン病理・細胞診センター)から浸潤性病変か、膨張性病変かを読影する必要があるとの指摘があり、斉藤は内視鏡像での周囲粘膜のなだらかな盛り上がりから浸潤性発育を、菅はX線造影像でひだの太まりや側面変形が目立たないことから限局した病変を推測するとコメントした。

病理解説は上杉(岩手医科大学医学部病理診断学講座)が担当した。生検で神経内分泌細胞癌と診断され、手術が施行された。病理標本像では、粘膜・粘膜下にクロマチンが濃染した小型の腫瘍細胞が胞巣状あるいはびまん性に増生し、クロモグラニン陽性、シナプトフィジン陽性、Ki-67 index 80%以上で内分泌細胞癌と診断された。病変は固有筋層・漿膜下層にも異型の強い大細胞型の腫瘍細胞から成る結節状腫瘤を形成しており、脈管侵襲とリンパ節転移を認めた。隆起頂部の溝状の陥凹で腫瘍を粘膜固有層に認めたが、表面には非腫瘍性の腺管と腺窩上皮が残存していた。成因は不明であるが、腫瘍周囲の粘膜下層に線維化を認め、ひだ集中所見に関連すると思われるとした。海崎(福井県立病院病理診断科)は、①これまで報告はないが、周囲に腺癌成分

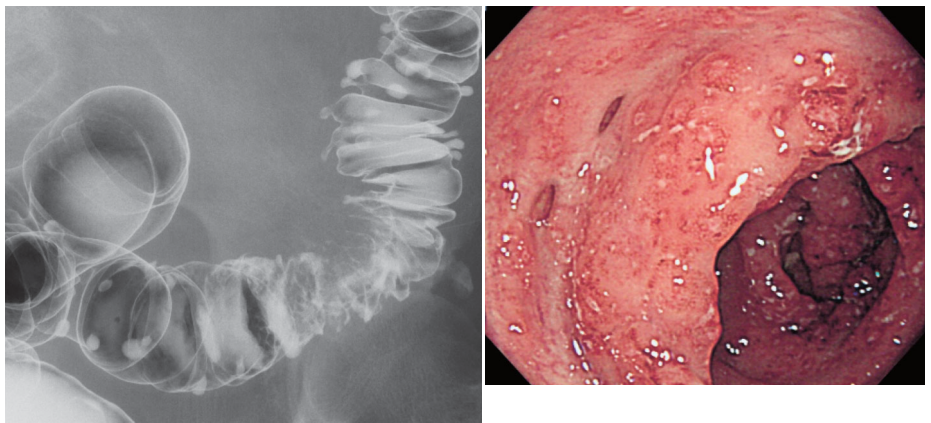
がなく、粘膜内成分を伴うG1・G2の内分泌細胞腫瘍を伴うため、内分泌細胞腫瘍が癌化した可能性があること、②固有筋層の腫瘍は壁内転移の可能性があること、③背景粘膜に萎縮がなく、RindiのType 3と考えられることをコメントした。

(上堂)

【第4例】 70歳代、男性。印環細胞を伴った早期大腸粘液癌(症例提供: 仙台厚生病院消化器内科 中條恵一郎)。

検診の便潜血検査にて発見された症例である。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。通常内視鏡像・色素内視鏡像(Fig.4a)では、横行結腸に1cm大の隆起性病変がみられる。粘膜下層を主体とした非上皮性腫瘍であるが、質的診断は困難であるとした。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は、空気による変形があり、軟らかい腫瘍であると読影した。松下は、注腸X線造影では立ち上がりがなだらかで弧状変形があると読影した。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は、側面変形の程度は弱いが、内視鏡所見からSM主体の病変と読めるため、線維化があまりない腫瘍の可能性が高いと述べた。NBI (narrow band imaging) 拡大像・クリスタルバイオレット染色拡大像(Fig.4b)において、松下は頂部にI型ピットがみられるため正常粘膜が伸展して

5a 5b



いる像と診断した。また、SMの何らかの腫瘍がSM層から粘膜筋板を破って粘膜固有層に伸びてきている像であり、悪性度の低い粘膜下腫瘍であるとした。鶴田(久留米大学消化器病センター内視鏡診療部門)は、上皮性腫瘍で、頂部には小さい腺管があり、枝分かれもしているため腺腫か癌と診断した。一方で正常腺管も残存しており、正常粘膜の間をかき分けて腫瘍が浸潤している像とも読めるため、一元的に考え、SM癌であると診断した。山野(秋田赤十字病院消化器病センター)は、頂部にみえる境界がはっきりとした部位にはI型の腺管が認められ、この腺管がすべて萎縮した正常腺管であれば、このようなはっきりとした段差がつかないはずであり、説明ができない。もともとは分化型の癌が発生し、SM層でporやsigに変わり、それが主体となって粘膜固有層に浸潤してきたとすると説明がつくとコメントした。

病理解説は遠藤(仙台厚生病院病理診断・臨床検査科)が担当した。EUS (endoscopic ultrasonography) では、2~3層に存在する粘液癌が疑われ、生検で印環細胞が検出されていたため、手術が施行された。術後診断は大腸粘液癌、adenocarcinoma (muc>sig, tub1), pSM (pT1), INFb, ly2, v1, N0であった。表層に正常の陰窩が若干残っているが、粘液を有した腺管が癒合しているような通常型に近い中分化~高分化の癌と印環細胞癌がみられる。浸潤部には粘液がみられ、最も面積的には多いと述べた。岸本(京都府立医科大学附属病院病理部)は、遠藤とは意見が異なり、正常の陰窩はなく、すべて癌であると述べた。また、陥凹部は陰窩が疎になっており、その間に印環細胞癌とリンパ球がみられ、拡大像に対応しているとコメントした。出題者から本例の組織発生に関して、粘膜層内の高分化腺癌から印環細胞癌が発生したと考えられる、との考察があった。I型pit様にみられたものが実は癌腺管であり、拡大像の読影が非常に難しく、むしろ通常内視鏡の所見で粘液癌を疑うことが可能な症例で

あった。

【第5例】 70歳代、女性。経過を終えた憩室性大腸炎(症例提供: 東京都がん検診センター消化器内科 高柳聡)。

検診の便潜血検査にて発見された症例である。読影は江崎(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)と上田(大阪市立十三市民病院内視鏡センター)が担当した。江崎は、注腸X線造影像(Fig.5a)で、S状結腸に多発憩室があり、中央部腸間膜側に3cm大の多結節性の隆起がみられ、粘膜には小さなびらんが多発もみられる。上皮性腫瘍も考えられるが、腫瘍にしては結節が整っており、憩室に伴う何らかの炎症性変化が考えられるとした。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は、圧迫像では腫瘍はなく、憩室炎に伴った炎症性ポリポシスが考えられると述べた。上田は、通常内視鏡像(Fig.5b)では、S状結腸には狭小化がみられ、憩室間には浮腫とアフタが散在しており、直腸には異常を認めないと述べ、病名は不明であるが、憩室に伴う炎症性疾患であるとした。江崎は、内視鏡像から憩室性大腸炎と診断した。憩室性大腸炎と診断した後、5-ASAの注腸投与を開始し、半年後に軽快した経過が出題者から説明され、4年にわたる経過中の内視鏡像が提示された。江崎は、S状結腸の内視鏡所見は1年後からよくなり、4年後にはほぼ改善しており、下行結腸には最初はなかった憩室内と周囲の炎症が経過中に出現してきていると読影した。斉藤は、下行結腸の憩室周囲と憩室内に潰瘍性大腸炎でみられる小黄色斑に似た所見がみられるが、このような憩室内の変化はこれまでに経験がないとコメントした。

病理所見は山村(東京都がん検診センター検査科)が、S状結腸と直腸の生検所見について経過を追って説明した。S状結腸の生検では、炎症が限局し潰瘍性大腸炎に似た陰窩炎や陰窩膿瘍がみられ、軽いところでは非特異的な炎症像がみられる。直腸では最初炎症がみられなかったが、1年後には潰瘍性大腸炎に類似する所見がみられた。しかし、4年

後には非特異的な軽い炎症のみとなった。以上を総合して憩室性大腸炎と診断した。二村(福岡大学医学部病理学講座)は非特異的な炎症としか言えないと述べた。その後、出題者より、経過の注腸X線造影像と内視鏡像の対比と説明があった。清水(大阪鉄道病院消化器内科)は、憩室性大腸炎の概

念はもともとあいまいなものであり、IBD (inflammatory bowel disease)とは分けて考えるという意味で提唱された概念である。本例は経過中に直腸病変や憩室内と憩室周囲に炎症を示す下行結腸病変がみられたまれな症例であるとコメントした。

(大川)