

早期胃癌研究会

2016年4月の例会から

田中 信治¹⁾竹内 学²⁾1) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科内視鏡
医学

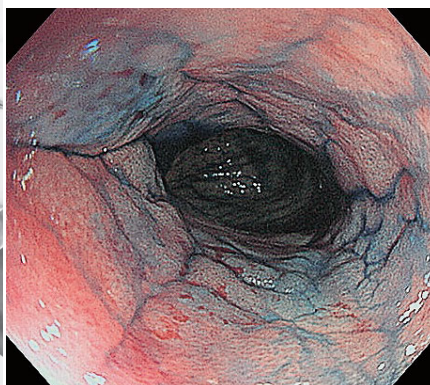
2) 長岡赤十字病院消化器内科

2016年4月の早期胃癌研究会は2016年4月27日(水)に笹川記念会館で開催された。司会は田中 信治(広島大学病院内視鏡診療科)、竹内 学(長岡赤十字病院消化器内科)、病理は伴 慎一(獨協医科大学越谷病院病理診断科)が担当した。また、画像診断教育レクチャーは、西倉 健(済生会新潟第二病院病理診断科)が「臨床医が知っておくべき病理その2【小腸・大腸】神経内分泌腫瘍:neuroendocrine neoplasms」と題して行った。

【第1例】 60歳代、女性。転移性大腸癌(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 赤坂理三郎)。

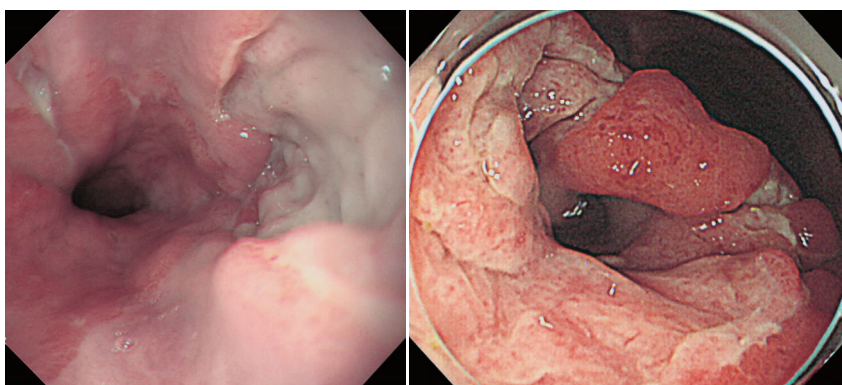
主訴は腹部膨満感、便秘、嘔吐。読影は佐野村(北摂総合病院消化器内科)が担当した。大腸X線造影所見(Fig.1a)に関して、盲腸から横行結腸にかけて短縮と狭小化、小さな透亮像を認め、潰瘍形成を認めるが硬さはないと読影し、癌

は考えにくく悪性リンパ腫を考えたいと述べた。江崎(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)は、非常に難しいがリンパ腫は考えにくく炎症性変化を考えるが、4型大腸癌や癌の腹膜播種の可能性も否定できないとコメントした。小林(福岡山王病院消化器センター)は、癌としては硬さが足りないとし、腸間膜側に沿った引きつれ像が存在することから、血管性病変の可能性も考慮したいと述べた。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は、縦走傾向潰瘍の存在を重視し、虚血性変化を考えたいと述べた。大腸内視鏡所見(Fig.1b)では、佐野村は、なだらかに狭窄しており明らかなびらん・潰瘍はなく粘膜下層以深の変化で、一部硬い狭窄を認めるも、明らかな腫瘍の露出などはなく、胃癌など他臓器癌の播種の可能性があるとして述べた。江崎も腫瘍性的変化であろうとし、多発していることから他臓器癌の播種の可能性を考えたいとコメントした。松井(福岡大学筑紫病院臨床医学研究センター)は、X



1a 1b

2a | 2b



線造影所見からは静脈硬化症を考えたいとしたが、内視鏡像の色調が典型的ではないと述べた。小林も厚みと硬さなどの内視鏡所見を考慮すると腫瘍を考えたいとし、硬さから乳癌の転移を第一に挙げた。趙は片側性の変化が強くなく、腫瘍ではあるが原発性の癌を考えたいと述べた。

病理解説に先立ち、CT所見として腹水と胃壁の肥厚、胃X線、上部消化管内視鏡検査で硬化と狭小化を、超音波内視鏡検査で壁肥厚があること、小腸X線造影検査で多発する狭窄があることを画像とともに提示された。また、乳腺や卵巣には異常がないことが確認されたことが述べられた。

病理は永塚(岩手医科大学医学部病理診断学講座)が担当した。最終診断は胃癌からの転移性大腸癌で、横行結腸からの生検病理組織所見から低分化腺癌の所見が得られたことを解説した。大腸他部位からの生検でも同様に低分化腺癌であったとした。胃の生検組織からも印環細胞癌、低分化腺癌のびまん性の増殖を認めるとした。サイトケラチンや粘液形質の発現パターンも胃と大腸病変で共通性がみられたことを示した。江頭(大阪医科大学病理学教室)は、生検組織の組織構築が深部からの浸潤癌の像を呈しており、大腸生検組織所見のみでも転移性大腸癌の診断が可能であると追加した。最後に、八尾(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)から粘液形質の解釈について追加コメントがあった。

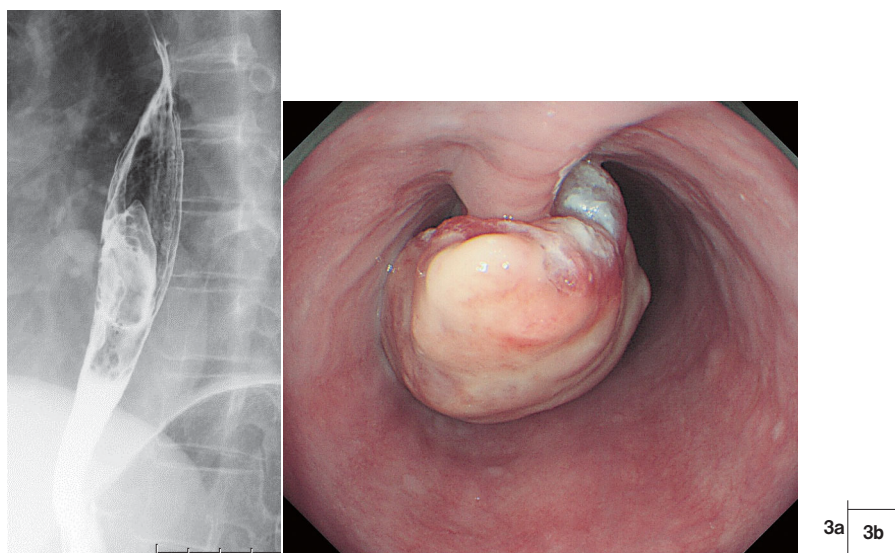
【第2例】 60歳代、男性。サイトメガロウイルス感染を伴ったadult T-cell lymphomaの消化管潰瘍(症例提供:宇治徳州会病院内科 関岡敏夫)。

主訴は腹痛、発熱、軟便、体重減少。読影は渡辺憲治(大阪市立総合医療センター)が担当した。上部消化管内視鏡所見(**Fig.2a**)では、食道下部から十二指腸にかけて、発赤・浮腫・びらん・潰瘍の多発を認めるがサイトメガロウイルス(cytomegalovirus; CMV)感染は考えにくいとし、Behçet病にも特異的でなく、薬剤性病変も鑑別に挙がるが、何らかの感染性上部消化管病変を考えたいと述べた。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)は、深掘れ潰瘍でその形状から、Behçet病やCMV感染に矛盾しないとし、十二指腸の発赤浮腫像も含めると感染症以外に血管炎の可能性も考えたいと述べ、血管炎とすると、IgA血管炎を鑑別に挙げたいとした。大腸内視鏡所見(**Fig.2b**)では、渡辺憲治は、回盲部に全周性の深い潰瘍を認め、回腸末端にびらんが散在し、Behçet病を診断に挙げたいとし、逆に感染症は考えにくいのではと述べた。川崎は、Behçet病も鑑別に挙がるが、全体を通して潰瘍・びらん周囲の紅暈が目立ち、血管炎を第一に考えたいとコメントした。高木(芦屋中央病院消化器科)は、食道の潰瘍性病変からはBehçet病またはCMV感染であると、CMV感染でも紅暈もみられることもあり、また回盲部の潰瘍の性状からもCMV感染が最も可能性が高いと追加した。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)は、Behçet病またはCMV感染のどちらかを考えたい。また、胃病変がBehçet病としては合わず、CMV感染を第一に考えると述べた。追加して、IgA血管炎として発赤面の面積など少し所見が合わないコメントし、他の血管炎とも少し違うのではないかと結論した。松本(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)は、回盲部の潰瘍は急性期のものであり、この所見からいきなりBehçet病を考えるべきではないと述べ、上部消化管病変からは、CMV感染が最も考えられるとコメントした。小澤(佐藤病院消化器内科)も、多彩性からもCMV感染を示唆すると追加した。

関岡から経過説明がなされた。CMV感染の存在は認められ、また、血液所見その他の検査からadult T-cell lymphomaの診断が得られ、adult T-cell lymphomaに合併したCMV感染症と診断したと解説した。

病理は岸本(京都府立医科大学大学院医学研究科人体病理学)が解説し、上部消化管・下部消化管の生検組織所見からもadult T-cell lymphomaに合併したCMV感染症と診断すると述べた。二村(福岡大学医学部病理学講座)が、生



検組織のみでの診断の難しさについて追加コメントした。渡辺 (PCL ジャパン病理・細胞診センター) と江頭 (大阪医科大学病理学教室) が, adult T-cell lymphoma および CMV 感染と形態像との関連やその関与の多寡について追加コメントした。

(田中)

【第3例】 60歳代, 女性, 有茎性の食道 pyogenic granuloma (症例提供: 公立学校共済組合中国中央病院内科 大亀正義)。

主訴は嚥下時つかえ感。読影は北村 (市立奈良病院消化器内科) が担当した。食道 X 線造影所見 (Fig. 3a) では, 胸部中部食道に約 4cm 大の境界明瞭で, 表面は浅い陥凹有する比較的平滑な丈の高い隆起性病変を認め, 病変の形態変化があることより硬さはなく, 粘膜下腫瘍 (submucosal tumor; SMT) 様の病変を考えるが, 診断は困難であると述べた。赤松 (長野県立須坂病院内視鏡センター) は, 病変は有茎性病変で, これにより病変が可動し形態が変化していると述べ, また表面はゴツゴツしており, carcinosarcoma を第一に考えると述べた。高木 (芦屋中央病院消化器科) は, 表面は分葉状を呈しており, 悪性黒色腫や血管系の SMT も鑑別に挙がるとコメントした。

内視鏡所見 (Fig. 3b) で北村は, 有茎性の隆起性病変で, 表面は上皮が欠損したびらんであると述べ, 周囲の上皮内進展像ははっきりしないが, carcinosarcoma や無色素性悪性黒色腫を考えると述べた。赤松は同様の意見だが, 表面が白苔で覆われており, 一部発赤が混在していることより大きな pyogenic granuloma も鑑別に挙がるとコメントした。長南 (仙台厚生病院消化器センター) も, 隆起表面全体に白苔を認め, 一

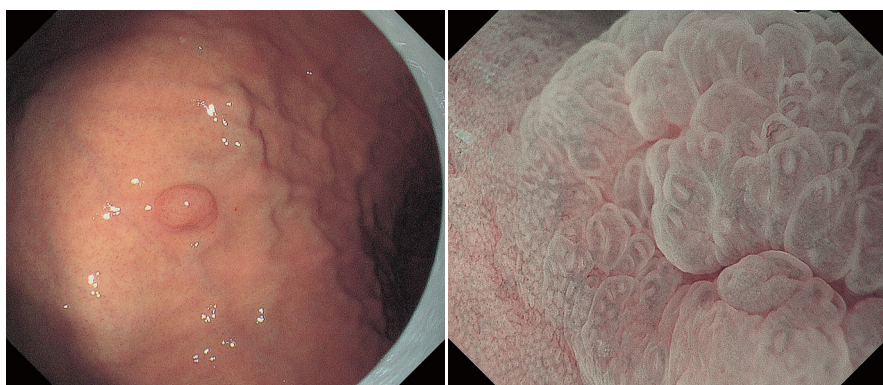
部に発赤調を呈する所見より pyogenic granuloma を第一に考えるとした。EMR (endoscopic mucosal resection) が施行された。

病理解説は園部 (公立学校共済組合中国中央病院臨床検査科) が担当した。一部扁平上皮に被覆された隆起はデスマンで染色される平滑筋線維と CD34 陽性の毛細血管から構成されることより, pyogenic granuloma と診断した。しかし, 基部は毛細血管が増生し pyogenic granuloma と診断可能であるが, 隆起中ほどでは毛細血管や炎症細胞浸潤が疎である領域, さらに隆起先端では線維筋増生や浮腫が主体の領域を認め, pyogenic granuloma に機械的刺激が加わったことにより異なる組織像を呈した可能性があるとして述べた。新井 (東京都健康長寿医療センター病理診断科) から, 内皮細胞が腫大した毛細血管の数が少なく, lobulation も明瞭ではないことより pyogenic granuloma よりも fibrovascular polyp と診断したほうがよいとのコメントであった。内視鏡的には比較的典型的な pyogenic granuloma として診断してよいが, 病理組織学的には毛細血管の増生が乏しく, 平滑筋線維の増生が顕著な病変であり, 疾患名としては確定困難なまれな症例であった。

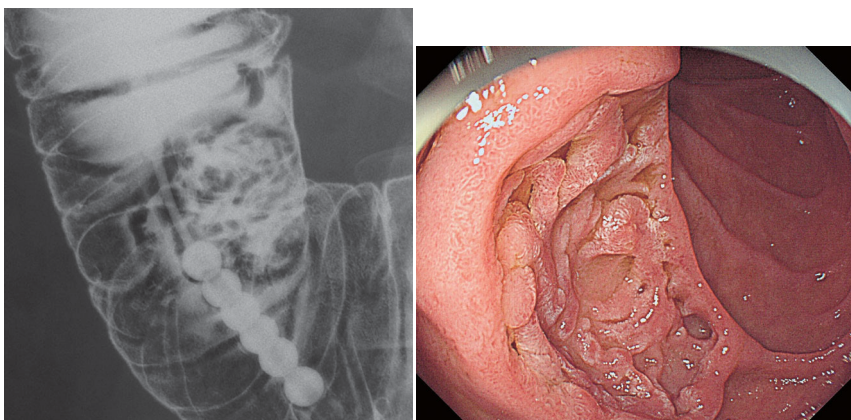
【第4例】 60歳代, 女性。胃底腺・幽門腺粘膜混合型超高分化型早期胃癌 (症例提供: 福岡大学筑紫病院消化器内科 今村健太郎)。

読影は濱本 (手稲溪仁会病院消化器病センター) が担当した。通常内視鏡所見 (Fig. 4a) では, 背景胃粘膜は RAC (regular arrangement of collecting venules) 陽性の *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 未感染である。胃体上部大彎に 1cm 弱の境

4a 4b



5a 5b



界明瞭な軽度発赤調の半球状隆起を認め、表面は微細顆粒状構造を呈しており、胃底腺ポリープとしては表面が分葉状であることより鑑別可能で、背景粘膜を考慮し胃型粘液形質の腺腫ないし高分化型腺癌と診断した。小野(静岡県立静岡がんセンター内視鏡科)は胃底腺型胃癌も鑑別に挙がるとコメントした。

NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡所見(**Fig.4b**)で濱本は、demarcation lineを伴い、white zoneで認識される絨毛状・顆粒状表面構造は大小不同で癒合も認めることより、腺窩上皮型の癌を第一に考えるとした。構造の不均一性(絨毛状構造とpit構造が入り交じる)の所見を胃型腺腫よりも癌を強く疑う根拠とし、立ち上がり急峻で、腫瘍径も小さく、表面構造も保たれていることより深達度はMとした。平澤(仙台厚生病院消化器内科)も同様の意見であるが、胃底腺粘膜型癌も鑑別に挙がると述べた。小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)は、表面の絨毛状構造の大小不同が明瞭であり胃型の癌を考えると、隆起の要因として胃底腺へ分化する腫瘍が深部に存在し、しばしば粘膜下層へ浸潤することがあるため、深部断端を十分確保したESD (endoscopic submucosal dissection)が必要とコメントした。また隆

起立ち上がりのpit構造の部分、表層は非腫瘍で、粘膜の中層から深層にかけて腫瘍が存在することを反映していると読影した。ESDが施行された。

病理解説は中馬(福岡大学筑紫病院病理部)が担当した。診断は腺窩上皮・幽門腺・頸部粘液腺・主細胞・壁細胞の多方向への分化を示す超高分化型腺癌で、深達度はごく一部で粘膜下層に浸潤する浸潤距離400 μ mのSM1であった。表層は腺窩上皮型の癌で、粘膜の中層から深部は胃底腺や幽門腺などへ分化を示す癌から構成されており、内視鏡像と非常によく対応していた症例であった。八尾(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)は、診断は同様であるが、lysozyme陽性のみで幽門腺と頸部粘液腺の区別は難しいのではないかとコメントした。

【第5例】 50歳代、男性。十二指腸過誤腫を背景とした早期十二指腸癌(症例提供:岐阜県総合医療センター消化器内科 山崎健路)。

主訴は黒色便。読影は吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)が担当した。低緊張性十二指腸X線造影所見(**Fig.5a**)では、主乳頭肛門側の下降脚に径15mm大の表面帯状の凹凸を伴う透亮像を認め、境界が明瞭であるため上皮性腫瘍

を第一に考えるとした。小澤(佐藤病院消化器内科)は、陥凹主体の病変で、陥凹内に隆起を認め、辺縁が不整であることより同様に腫瘍性病変と診断した。明らかな収束像や病変の硬さがないことから癌よりもリンパ腫を考えると述べた。

内視鏡所見(Fig.5b)で吉村は、辺縁隆起を伴う境界明瞭な陥凹性病変で、内部には白色・発赤が混在する隆起が散見され、表面性状は周囲と同様な絨毛状を呈していることより、腺腫や癌は考えにくく、病変全体に厚みを有していることも考慮し、MALT(mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫と診断した。小澤は、隆起部は乳びのうっ滞による白色絨毛の腫大と陥凹部では絨毛の萎縮を認め、診断は難しいがリンパ腫を念頭に置くコメントし、癌は否定できるとした。さらに吉村は陥凹内の白色顆粒状隆起所見より、MALTリンパ腫よりも濾胞性リンパ腫の可能性があると変更した。生検でad-

enocarcinomaと診断されたため、LECS(laparoscopy and endoscopy cooperative surgery)が施行された。

病理解説は伴(獨協医科大学越谷病院病理診断科)が担当した。ごく一部に高分化型粘膜内癌を認めるが、内視鏡所見で指摘された領域はほぼすべて非腫瘍性変化であるとし、過誤腫性の病変と診断した。切除標本固定像では表面は脳回状を呈し、病理組織像では粘膜のinvertやpolypoidの変化を認め、腫瘍性変化がない十二指腸粘膜であった。しかし複雑に分岐する鋸歯状構造を呈しており、組織構築が非常に乱れている点、粘膜筋板がうねっている点よりPeutz-Jeghers typeの過誤腫性病変が最も考えられるとした。非腫瘍性病変であるが病理組織学的診断に苦慮する興味深い症例であった。(竹内)