

早期胃癌研究会

2016年9月の例会から

清水 誠治¹⁾中島 寛隆²⁾

1) 大阪鉄道病院消化器内科

2) 早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック

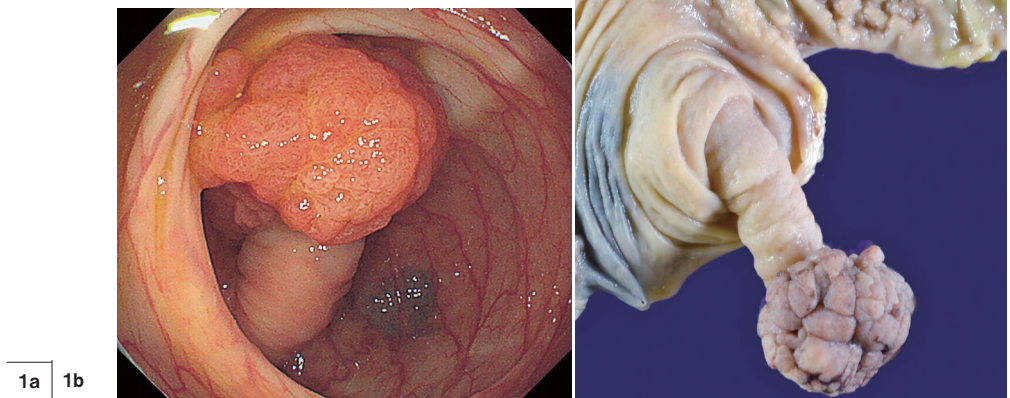
2016年9月の早期胃癌研究会は9月21日(水)に笹川記念会館2F国際会議場にて開催された。司会は清水(大阪鉄道病院消化器内科)と中島(早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック)、病理は九嶋(滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座(附属病院病理診断科))が担当した。また、セッションの間に、第22回白壁賞、および第41回村上記念「胃と腸」賞の授与式が執り行われた。

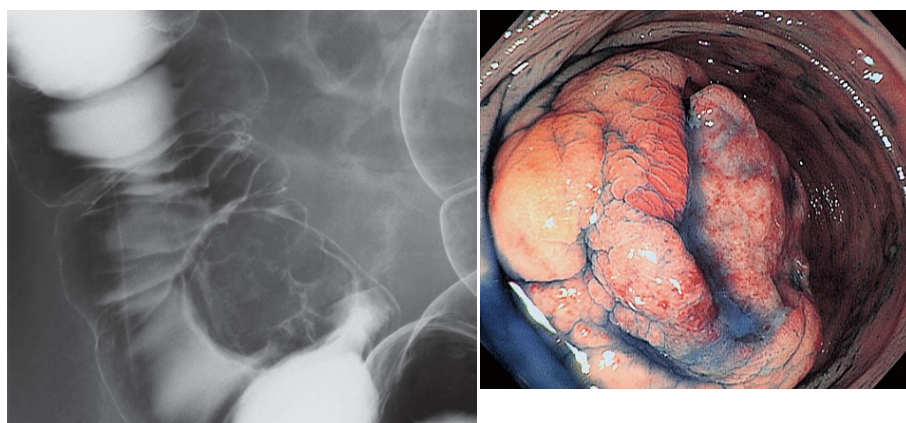
【第1例】 30歳代、女性。虫垂腺腫による虫垂重積症(症例提供:大阪医科大学第2内科 川上 研)。

胆石術前的大腸内視鏡検査で発見された病変である。まず注腸X線造影像が提示された。読影は三上(神戸市立医療センター西市民病院消化器内科)と入口(東京都がん検診センター消化器内科)が担当した。三上は盲腸虫垂開口部付近に発生した有茎性腫瘤で、頭部は結節状で径約2cm、茎部表面は正常粘膜で輪状の皺がみられると読影し、上皮性

腫瘍または炎症性腫瘤を考えるとした。入口は発生部位と太い茎の所見から虫垂病変が重積した可能性を指摘し、頭部は凹凸不整でびらんを伴い炎症性を第一に考えるが、腫瘍性を否定できないと述べた。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)も虫垂が反転した病変で、上皮性腫瘍または腸管子宮内膜症の可能性に言及した。続いて内視鏡像(Fig.1a)が提示された。三上は有茎性で発赤した多結節分葉状で、III型、IV型、II型のpit patternが混在し、炎症性を考えるが腺腫の可能性もあると述べた。入口はびらんがないことから腫瘍性を、斉藤は鋸歯状病変からの癌化を考えると述べた。山野(秋田赤十字病院消化器病センター)も炎症性変化を伴った過形成様の腺管とともに腫瘍性にみえる領域もあり、鋸歯状病変の可能性があると発言した。

症例提供施設では虫垂の腺腫ないし早期癌が重積した病変と診断し、手術が施行された。CTで茎の中に非常に太い





2a | 2b

動脈が描出されていた。

病理は江頭(大阪医科大学病理学教室)が解説し、虫垂腫瘍を先進部とした完全型の虫垂重積症であった。有茎性腫瘍は虫垂開口部に位置し、起始部にはちまきひだがみられた(Fig.1b)。漿膜側からの観察では結腸間膜と虫垂間膜が交差する部位で脂肪組織がひき込まれていた。茎の表面はリンパ濾胞が発達した虫垂粘膜で、内部には漿膜下層、虫垂間膜の脂肪組織が存在する重積の所見であった。結節状で発赤調した頭部には粘膜内で管状腺管が増殖し、低異型度管状腺腫が主体で、一部に高異型度腺腫もみられた。間質には浮腫、血管拡張、うっ血がみられた。菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座)は重積による修飾のために pit pattern 診断が難しい病変であったとコメントした。

【第2例】 60歳代、男性。IgG4関連疾患(症例提供:九州大学大学院医学研究院病態機能内科学 貫陽一郎)。

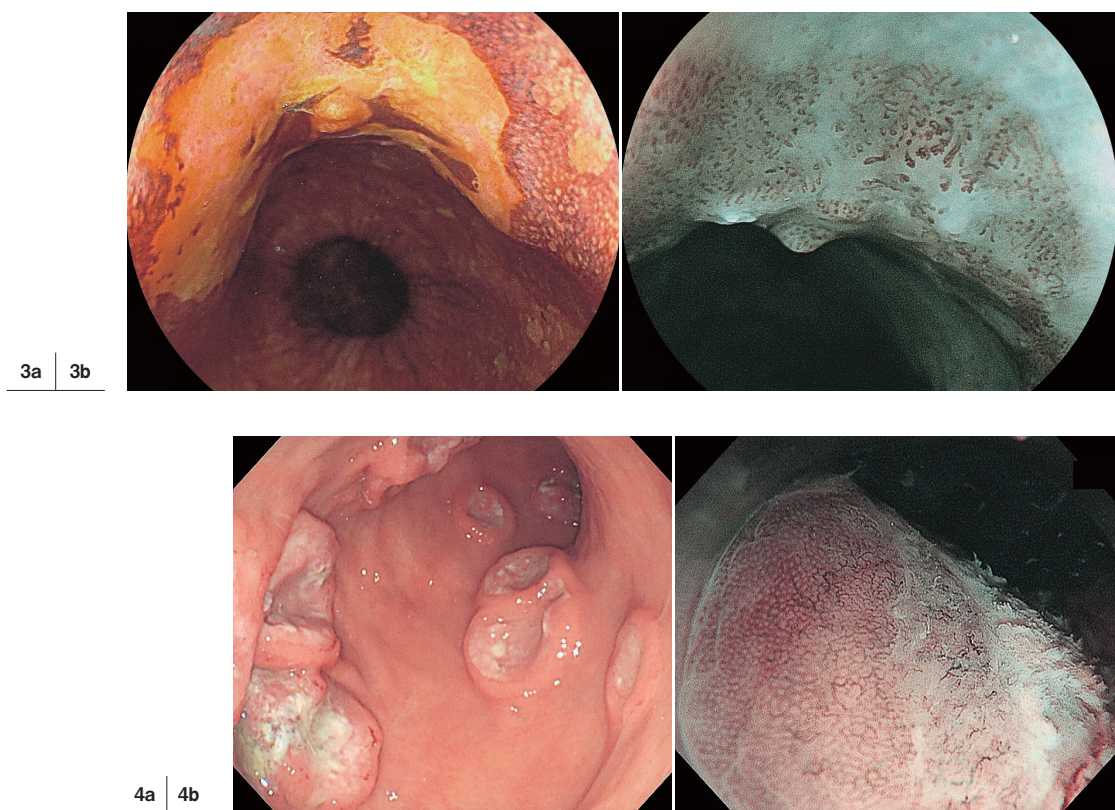
全身倦怠感、息切れを主訴に、CT検査で両肺の多発結節、肺門・縦隔・胃周囲リンパ節腫大、大腸内視鏡検査で病変を指摘された。X線造影像と大腸内視鏡像が続けて提示され、山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)が読影した。回腸終末部は小腸X線造影像で回盲弁近傍のなだらかな伸展不良のみであった。回盲弁の部位に径約3cmの腫瘍がみられ、X線造影像では隆起表面は多結節状で比較的平滑な領域とバリウム斑がみられる領域が混在し、圧迫による変形は乏しく比較的硬い腫瘍と考えられた(Fig.2a)。内視鏡像では隆起中心部で粘膜脱落を来していたが、辺縁部には大小の表面平滑な顆粒がみられ、I型 pit が観察された(Fig.2b)。上皮性腫瘍の所見はなく粘膜下に主座を有する病変であり、濾胞性リンパ腫などのリンパ増殖性疾患を考えた。野村(さっぽろ大通り内視鏡クリニック)は隆起中心部が肉芽増生の可能性を述べ、同様に診断した。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)はリンパ腫以外にIMT (inflamma-

tory myofibroblastic tumor)を鑑別に挙げたが、野村はIMTとは考えにくいと述べた。吉田(京都府立医科大学附属病院消化器内科)は低分化腺癌を鑑別に追加した。

病理解説の樋田(九州大学大学院医学研究院形態機能病理学)は、最終診断はIgG4関連疾患であるが、悪性リンパ腫の術前診断で手術されたと説明した。術前の生検では粘膜全層に小型から中型リンパ球の増生がみられていた。切除標本の回盲弁上に粘膜下腫瘍様隆起があり、中心部は粘膜が脱落、辺縁部は正常粘膜で被覆されていた。病変は粘膜から漿膜下層に分布し、終末回腸側では漿膜下層のみにみられた。組織学的に拡大した胚中心を伴う濾胞と濾胞間の炎症細胞浸潤、間質の膠原線維増生がみられた。濾胞間の炎症細胞浸潤はCD79a陽性B細胞とCD3陽性T細胞が混在し、拡大した胚中心はCD10陽性、bcl-2陰性のリンパ濾胞過形成のパターンであり、悪性リンパ腫は否定的であった。IgG、IgG4の免疫組織化学染色で、IgG4陽性細胞が1視野10個以上、IgG4/IgG比が50%以上でIgG4関連疾患に矛盾しないと述べた。海崎(福井県立病院病理診断科)も診断はIgG4関連硬化性疾患で問題なく、膠原線維増生がある点がリンパ腫との鑑別点になると追加した。中村(岩手医科大学内科学講座消化器内科消化管分野)は緊満感と硬さを感じる点、回盲弁をまたいで存在する点がリンパ腫と画像的に異なる可能性があると述べた。最後に症例提供者が術後無治療で大腸以外の病変の縮小がみられた経過を説明したが、赤松(長野県立須坂病院内視鏡センター)はステロイド療法を考慮すべきであったのではないかと述べた。(清水)

【第3例】 60歳代、男性。早期食道癌(症例提供:小樽掖済会病院消化器病センター 安保文恵)。

主訴は特になく、定期的な上部消化管内視鏡検査を契機に発見された病変である。読影は小田(東京都がん検診センター消化器内科)が担当した。食道X線造影像では、病変が



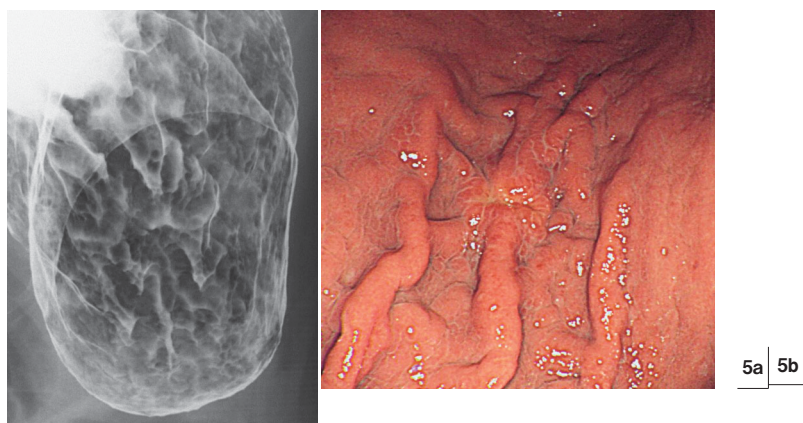
胸部中部食道に顆粒状粘膜変化を伴う1.5cm程度のパリウム陰影斑として描出され、側面像に目立つ変形がないことから、0-IIc型の食道表在癌と診断した。内視鏡検査像では、発赤調の浅い陥凹と中央部における小結節状の粘膜隆起で構成されることを踏まえ、深達度が最も深い部位は中央部の隆起であると述べた(**Fig.3a**, ヨード染色像)。さらにBLI (blue light imaging) 拡大内視鏡像では、隆起の表面はIPCL (intra-epithelial papillary capillary loop) のloopが保たれたB1血管であることを根拠に、深達度はLPM相当と診断した(**Fig.3b**)。この後、平澤(仙台厚生病院消化器内科)は同隆起についてIPCLのloopが伸長していることを指摘し、食道扁平上皮の厚みを増していることを示唆する所見だと述べた。小山(佐久総合病院佐久医療センター内視鏡内科)は、内視鏡診断において癌の肉眼型は多めの送気で食道粘膜を十分に伸展させた白色光像で診断することと、ヨード染色像での“畳の目模様”が途絶する所見は粘膜下層で増殖した癌がmassを形成していることを示しSM浸潤診断に有用な所見であることを知ってほしいと発言した。

ESD (endoscopic submucosal dissection) 切除標本の病理は藤田(PCL札幌病理・細胞診センター)が解説した。病理診断は中分化型扁平上皮癌、0-IIc型、2.0×1.5mmで、病変

中央の隆起部分でpT1a-LPMまでの癌浸潤が認められた。大倉(PCLジャパン病理・細胞診センター)からLPMに浸潤部である粘膜隆起の表層において、乳頭状に増生した癌の所見がみられることが追加説明された。最後に同部位のBLI拡大内視鏡での血管所見と病理所見との対比が示された。

【第4例】 80歳代、男性。胃悪性リンパ腫(症例提供:第一東和会病院消化器内科 時岡 聡)。

主訴は黒色便と貧血。6年前に大腸癌の診断で右半結腸切除術を受けた既往がある患者で、消化管出血精査目的で来院した。読影は上堂(大阪府立成人病センター消化器内科)が担当した。胃X線造影検査の充盈像で胃体部伸展不良を示し、背臥位二重造影像では胃体部の広い範囲に多発する潰瘍形成を伴いゴツゴツした隆起がみられると述べ、これらの所見からmalignant lymphomaと診断した。赤松(長野県立須坂病院内視鏡センター)はX線造影像での隆起表面が平滑に見えることと、癌による同じ程度の腫瘍病変と比較すると本例は胃壁の伸展が保たれていることを追加し、malignant lymphomaの診断を支持した。内視鏡白色光像の所見について上堂は、周堤を伴う潰瘍が広い範囲に認められることと、個々の潰瘍病変の間には平滑で正常色調の粘膜が介在すること、そして粘液分泌が多いことを指摘した(**Fig.4a**)。



さらにNBI (narrow band imaging) near focus像で周堤様隆起と潰瘍成分の境界では非萎縮性上皮と潰瘍表面の壊死物質が接しており、上皮性腫瘍を示唆するIIcの局面はみられないとし、malignant lymphomaとsolidな増殖を示す転移性癌が鑑別疾患に挙げられるとした(Fig.4b)。赤松は、潰瘍辺縁の血管網が開大していることからmalignant lymphomaの成分が粘膜内にも増殖しているとし、全身性malignant lymphomaの胃浸潤の可能性を指摘した。このほか、竹内(長岡赤十字病院消化器内科)から内視鏡白色光像で潰瘍の周堤に耳介様所見はmalignant lymphomaを示唆するものであることや、吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)からは既往の大腸癌が転移した可能性があることが発言された。症例提供者より消化管以外にもリンパ節腫大がみられることと、治療経過中に小腸が穿孔し緊急手術が行われたことが追加報告された後、江頭(大阪医科大学病理学教室)が内視鏡検査時の胃生検と切除小腸について病理所見の解説を行い、小腸手術標本と胃生検標本の病理所見からdiffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)と診断した。小腸手術標本は中央部に穿孔がみられ、腫瘍性リンパ球は全層性に増殖し、最深部はT4a (SE)に達していた。さらに小腸の手術標本と胃生検標本の腫瘍性リンパ球は、免疫組織化学染色で同様の陽性所見を呈していた。胃と小腸の病理所見が同一であることと消化管以外にもリンパ性腫瘍がみられたことから、全身性のlymphomaが胃や小腸といった消化管へ浸潤した病変であったと推測された。

【第5例】 50歳代、男性。4型胃癌(症例提供：早期胃癌検診協会 渡海 義隆)。

主訴は特になく、*Helicobacter pylori*除菌治療後の経過観察として上部内視鏡検査を受けた際に病変を指摘された。

読影は丸山(藤枝市立総合病院消化器内科)が担当した。胃X線造影像では、胃体部大彎に粘膜ひだの集中を伴う表面陥凹型病変がみられることから0-IIc型早期癌と診断し、陥凹面の肛門側にみられる粘膜ひだの腫大から、同部位で癌が粘膜下で進展し浸潤していると読影した(Fig.5a)。これに対し安保智典(小樽掖済会病院消化器病センター)は大彎粘膜ひだ間のバリウム所見から、また小澤(佐藤病院消化器内科)は粘膜表面の横じわや短軸方向へのひだがみられる所見から、それぞれスキルス性の未分化型進行癌であると述べた。内視鏡所見で丸山は、胃体部大彎粘膜ひだの走行異常、0-IIc型陥凹の肛門側ひだの腫大および粘膜ひだ表面の細かい横じわの所見から、局所的なスキルス胃癌と診断したが(Fig.5b)、原発巣である0-IIc型陥凹表面の拡大像が低倍率であることから組織型の診断は困難と述べた。安保は背景粘膜のひだが豊富で萎縮が少ないこと、癌の肉眼型が陥凹型を示すことから、未分化型スキルス胃癌であると診断した。入口(東京都がん検診センター消化器内科)は、除菌後に発見される胃癌の表層は再生性(非腫瘍性)の被蓋上皮がみられることと、X線造影像や内視鏡像で粘膜ひだに現れる直線化・太まり・ひだ間の狭小化が、癌の粘膜下進展範囲の推測に有効な所見であると追加した。

病理解説は河内(がん研有明病院病理部)が担当した。手術標本の病理診断はpoorly differentiated adenocarcinoma (por2), Type 4, 66×42mm (primary lesion: 約10mm)で、深達度の最深部はT3 (SS)であった。最後に症例提供者が臨床画像と組織所見の対比で、病理学的な癌の粘膜下進展範囲が画像所見で読影できる範囲より広がったと報告し、本症例がいわゆるlinitis plastica型胃癌であると述べた。(中島)