

早期胃癌研究会

2016年11月の例会から

吉永 繁高¹⁾松本 主之²⁾

1) 国立がん研究センター中央病院内視鏡科

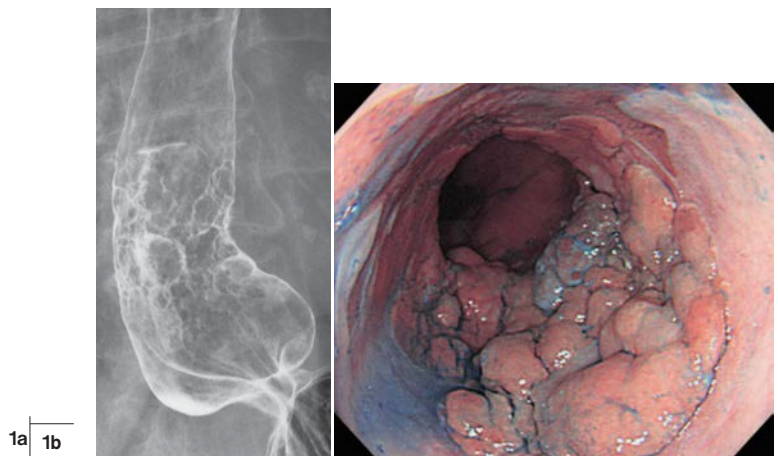
2) 岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野

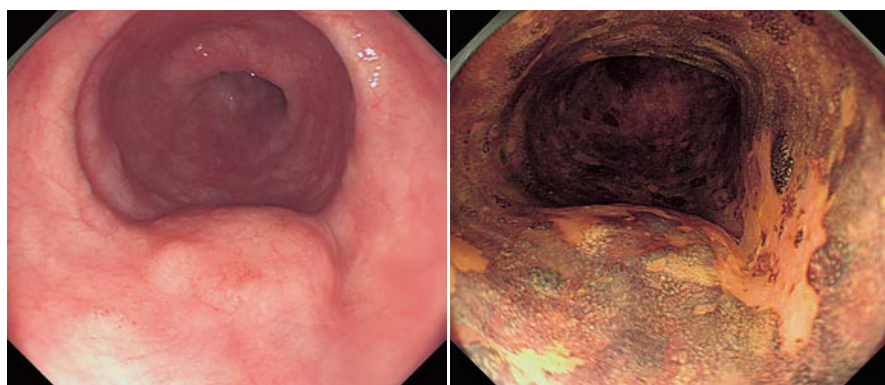
2016年11月の早期胃癌研究会は2016年11月16日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会は吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)と松本(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)、病理は大倉(PCL JAPAN 病理・細胞診センター川越ラボ)が担当した。画像診断教育レクチャーは、九嶋[滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座(附属病院病理診断科)]が「臨床医が知っておくべき病理 その2【胃】良性ポリープと腺腫」のテーマで行った。

【第1例】 80歳代、女性。SSBEに発生したBarrett食道癌(症例提供:東京都がん検診センター消化器内科 小田丈二)。

検診目的に施行された上部消化管内視鏡検査にて、食道胃接合部に病変を指摘された。

読影は吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)と平澤(仙台厚生病院消化器内視鏡センター)が担当した。食道X線造影像で吉村は、食道胃接合部に長軸4cm強、ほぼ全周性の粗大結節状の隆起性病変を認め、上皮性の腫瘍性病変と読影した(Fig.1a)。結節の大小不同を認めることから癌と診断し、発生部位はバリウムの付着の差より扁平上皮と円柱上皮の境界を同定、境界より肛門側にあると読影し、Barrett食道より発生した0-IIa+I型の腺癌と診断した。深達度は、空気量による伸展は良好であることから、DMMまでと診断した。平澤もほぼ同様の読影であった。上部消化管内視鏡像で吉村は、後壁側を中心に結節状の隆起性病変を認め、扁平上皮と円柱上皮の境界より肛門側に扁平上皮島を認めることからBarrett食道より発生した上皮性の腫瘍と読影し、X線造影所見では全周性と読影したが、半周強程度の拡がりだと診断し





2a 2b

た。深達度は丈が高い隆起もあるが、伸展性がよくDMMまでの病変と読影した。平澤も同様の読影で、ほとんどDMMまでの病変と診断した。竹内(長岡赤十字病院消化器内科)は、平坦な病変が広がっている可能性があり、ほぼ全周性の病変とコメントした。インジゴカルミン撒布後の内視鏡像にて吉村は、亜全周性に広がる病変であると読影した(**Fig.1b**)。小山(佐久医療センター内視鏡内科)は、読影者にSSBE(short segment Barrett's esophagus)かLSBE(long segment Barrett's esophagus)かを質問し、吉村は全周性には3cm弱であり、SSBEと判断した。NBI(narrow band imaging)拡大観察で吉村は、一部不明瞭な部分があるものの、大部分は明瞭な腺窩辺縁上皮、密な管状構造を認めることから分化のよい腺癌と読影した。患者と治療方針を話し合った結果、外科手術を希望したため胸腔鏡下食道切除術が施行された。

病理解説は山村(東京都がん検診センター検査科)が行った。病変は長さ2.5cmのSSBEに発生した亜全周性の0-IIa+“I”型の高分化型腺癌で、深達度は大部分でSMM~LPMであったが、隆起が目立つ部分で局所的に数箇所DMMまで達していた。静脈、リンパ管侵襲を認めリンパ節転移も伴っていた。

【第2例】 80歳代、男性。食道類基底細胞癌(症例提供：島根大学医学部附属病院第2内科 泉大輔)。

内視鏡による胃がん検診目的に施行された上部消化管内視鏡検査にて、下部食道に病変を指摘された。

読影は藤原(都立駒込病院内視鏡科)と竹内(長岡赤十字病院消化器内科)が担当した。上部消化管内視鏡像で藤原は、左壁の1/4周程度の正常粘膜を被覆した隆起性病変で、通常の平滑筋腫などの粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)としては平らで歪な形態であり(**Fig.2a**)、特殊型や低分化な食道癌と読影し、脱気してもひだが入らないことから粘膜下層に病変が及んでいると診断した。竹内も同様の読影であり、やや緊満している印象で、充実成分やリンパ球浸潤を伴った低分化扁平上皮癌を考えると読影した。NBI(narrow band

imaging)観察では、右壁側にbrownishに見える部分はあるが変化に乏しく、上皮性腫瘍が露出しているとは判断できないと診断した。隆起部分において上皮が菲薄化し上皮下の血管が圧排、強調されて日本食道学会拡大内視鏡分類Type B2~B3相当の血管を認めると読影した。竹内は、右壁側のbrownishに見える部分において一部血管の大小不同や配列の乱れがあり、上皮内癌があると読影した。ヨード染色後の所見にて藤原は、NBI像でbrownishに見えたところはヨード不染を呈し、上皮内伸展の所見と読影した。また、隆起頂部にも同様の所見があり、こちらも上皮内伸展ありと読影し、全体を通じ低分化扁平上皮癌や類基底細胞癌と診断した(**Fig.2b**)。超音波内視鏡像で藤原は、低エコー腫瘍が粘膜下層深層に及んでおり、表層は上皮が被覆していると読影した。患者が外科切除ではなく放射線化学療法を希望されたため、内視鏡切除後放射線化学療法を行う方針となった。

病理解説は大倉(PCL JAPAN 病理・細胞診センター川越ラボ)が行った。主に上皮内に伸展する扁平上皮癌を伴う類基底細胞癌で、SMに深く浸潤していた。病変の左壁側辺縁の扁平上皮癌が浸潤している部位において、類基底細胞癌への移行像を認めた。

【第3例】 60歳代、男性。胃底腺分化を示した分化型癌(症例提供：国立がん研究センター中央病院内視鏡科 高丸博之)。

食道病変を指摘され、精査の上部消化管内視鏡検査にて胃に病変を指摘された。

読影は山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)と丸山(藤枝市立総合病院消化器内科)が担当した。上部消化管内視鏡像では、胃穹窿部大彎に10mm程度の立ち上がりが見え不明瞭で、頂部に発赤調で不整な陥凹を伴う隆起性病変を認め(**Fig.3a**)、粘膜の下にも潜り込んでいるような上皮性腫瘍で、鑑別として周囲粘膜より胃底腺型胃癌を挙げられるが、粘液付着が強いことから粘膜下異所性胃腺由来の癌を第一に考えると読影した。深達度はSMまでと診断した。丸山は、

3a 3b



胃底腺型胃癌というよりは粘液癌のほうを鑑別に挙げるとした。長南(仙台厚生病院消化器センター)は、陥凹が発赤調で辺縁が不整であり、異所性胃腺由来というよりも上皮から出た分化型癌を考えるべきで、深部は粘液癌成分があるとコメントした。小澤(佐藤病院消化器内科)は、脱気するとボリュウムがあり、基本的には筋板が保たれたまま腺管が粘膜下に入り粘液を産生しているとコメントした。NBI (narrow band imaging) 観察で山崎は、陥凹は乳頭顆粒状を呈し腺管密度の上昇、構造の不整を認め(Fig.3b)、異所性胃腺由来ではなく、表層は分化型腺癌に覆われている粘液癌と読影した。丸山は、異所性胃腺由来ならば中をのぞき込むような裂隙があるはずだが見当たらず、やはり異所性胃腺由来は否定的と読影した。超音波内視鏡像で山崎は、粘膜下層に主座を置く病変で、内部により低エコーな領域が散見されることから粘液液が豊富な腫瘍に矛盾しないと読影した。小澤は粘膜下層部分のエコー輝度の違いがあることから粘液癌というよりも内反した非腫瘍腺管と診断したが、長南は同部分も腫瘍の浸潤と診断した。生検で高～低分化型腺癌であり、SM浸潤も疑われたため噴門側胃切除術が行われた。

病理解説は関根(国立がん研究センター中央病院病理科)が行った。病変は粘膜筋板を伴って内反性に発育する病変であり、表層の0-IIc型部分には胃底腺分化を示す低異型度高分化型癌。深部に内反している部分は胃底腺に分化する腺管を認め、増殖細胞の分布が異常であり、異型は低く異所性胃腺との鑑別は困難であるが胃底腺分化を示す腫瘍性病変と解説し、一部腺管が筋板を越えていることから深達度SMと診断した。江頭(大阪医科大学病理学教室)は、異所性胃腺も存在しており、癌が異所性胃腺に拡がったものとコメントした。岩下(福岡大学筑紫病院病理部)は、不完全憩室と周辺に発生した胃底腺粘膜型胃癌と診断するとコメントし、病理学的にも議論になった症例であった。(吉永)

【第4例】 60歳代、女性。腸症関連T細胞性リンパ腫(症例提供: 大阪市立総合医療センター消化器内科 佐野弘

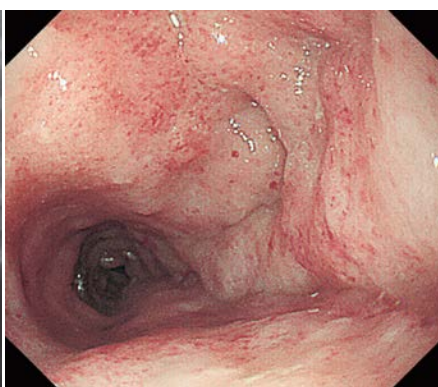
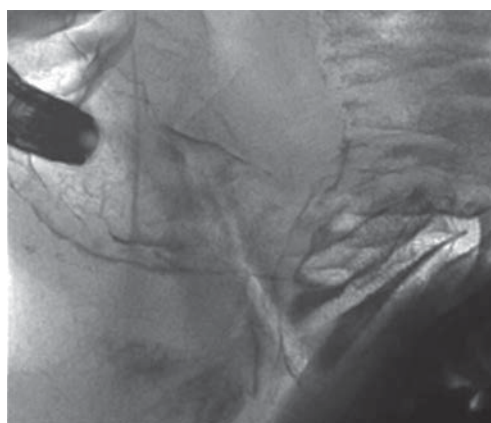
治)。

主訴は3か月間持続した下痢であった。

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)と森山(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)が担当した。パルーン内視鏡下小腸X線造影像で三上は、回腸の皺襞消失と浮腫、および終末回腸(Fig.4a)の偏側性硬化、同部の顆粒状粘膜を指摘し、粘膜下の細胞浸潤ないし沈着を伴う疾患であり、アミロイドーシスが考えられるとした。森山は、終末回腸の粘膜欠損および絨毛の平低化、回腸の粗糙粘膜を指摘し、AA型アミロイドや慢性感染症の可能性を指摘した。内視鏡像で三上は、回腸の絨毛の大小不同と平低化と終末回腸の粘膜下腫瘍様隆起(Fig.4b)を指摘し、後者をリンパ系腫瘍、前者をその粘膜内浸潤と考え、T細胞性リンパ腫が考えられるとした。森山も同様に読影したが、腫瘍性変化は読み取りにくく、アミロイドーシスを第一に考えるとした。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)は、終末回腸は粘膜下を中心とした腫瘍性疾患であり、全体として腸症関連T細胞性リンパ腫(enteropathy-associated T-cell lymphoma; ETL)が最も考えられるとした。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)も同様に読影し、アミロイドーシスは考えにくいと述べた。十二指腸内視鏡所見を追加検討したところ、蔵原はセリアック病、斉藤は濾胞性リンパ腫の可能性を追加した。本例は空腸穿孔を来したため、生検組織と切除標本の組織像の検討が可能であった。

病理解説は江頭(大阪医科大学病理学教室)が解説した。生検、切除標本のいずれにおいても絨毛は萎縮し、上皮内と粘膜固有層を含む全層に小型～中型のリンパ球が増殖していた。免疫組織学的にCD3およびCD8陽性であったことから、ETLと診断した。本例はセリアック病関連抗体が陰性であったことから、2型ETLに合致する症例と考えられた。穿孔を来した主病変のX線造影所見・内視鏡所見が検討できなかったのは残念であった。

【第5例】 70歳代、男性。直腸神経内分泌腫瘍(症例提



4a 4b



5a 5b

供：信州大学医学部内科学第二講座 大野和幸）。

CTで肝腫瘍を指摘され、原発巣検索目的に大腸の精査を受けた。

読影は上田（大阪市立十三市民病院消化器内科）と川崎（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。注腸X線造影像では（Fig.5a），上田は直腸左側壁RbからRaのわずかな表面凹凸を伴うなだらかな隆起性病変を指摘し、神経内分泌腫瘍ないしMALT（mucosa-associated lymphoid tissue）リンパ腫が考えられるとした。川崎は、陰影欠損の形状変化からリンパ腫を第一に挙げたが、前立腺腫瘍などの管外性圧排の可能性も指摘した。内視鏡像では、上田はRbの発赤調隆起、および基部と口側の広範囲に及ぶ粘膜下腫瘍様隆起を指摘した（Fig.5b）。Rbの主病変部には正常粘膜に被覆された部分とびらんを伴う部分が混在し、神経内分泌細胞よりもMALTリンパ腫や黒色腫が考えられるとした。ただし、口側に広がる粘膜下腫瘍様隆起の性状は判定不能と述べた。川崎も、明らかな隆起部分の表面性

状は多彩でありMALTリンパ腫よりも黒色腫を考えるとし、広い粘膜下腫瘍様隆起の存在からGIST（gastrointestinal stromal tumor）の粘膜内発育の可能性も指摘した。吉田（京都府立医科大学附属病院消化器内科）は、粘膜下浸潤を伴う扁平上皮癌や粘液癌も考えられるとコメントした。直腸切除術と拡大肝右葉切除術・S4切除術が施行された。

病理解説は太田（信州大学医学部保健学科生体情報検査学領域）が担当した。切除直腸には黄白色調と黒色を混じた隆起がみられ、粘膜の圧排性発育や粘膜内露出を伴いながら腫瘍細胞が索状に浸潤増殖していた。弱酸性の細胞質、類円形の核と小型の核小体を有し、chromogranin Aとsynaptophysin陽性、Ki-67 LI 5.5%であった。以上より、神経内分泌腫瘍（G2）と診断した。主病変の口側には静脈内腫瘍塞栓が多数みられ、これが粘膜下腫瘍様隆起に合致すると考えられた。最後にX線造影所見・内視鏡所見と病理像の対比が提示されたが、口側隆起の解釈に関して、症例提示側と司会者・病理担当間で乖離がみられた。（松本）