

早期胃癌研究会

2017年4月の例会から

大宮 直木¹⁾赤松 泰次²⁾

1) 藤田保健衛生大学消化管内科

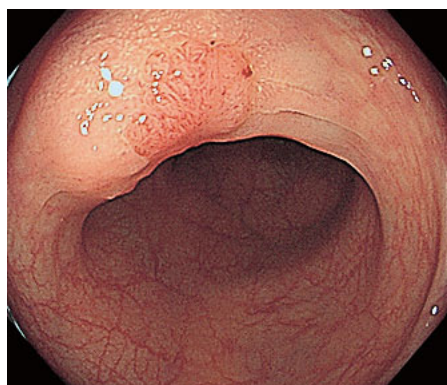
2) 長野県立信州医療センター内視鏡センター

2017年4月度の早期胃癌研究会は4月26日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会は大宮直木(藤田保健衛生大学消化管内科)、赤松泰次(長野県立須坂病院内視鏡センター)、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、九嶋亮治[滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座(病理診断科)]が「臨床医が知っておくべき病理 その2

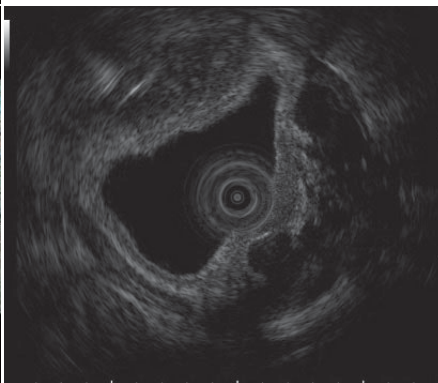
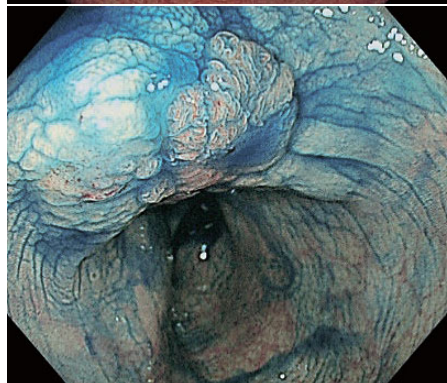
【胃】胃の未分化型癌」と題して行った。

【第1例】 70歳代、女性。S状結腸粘液癌(症例提供:仙台厚生病院消化器内科 田中一平)。

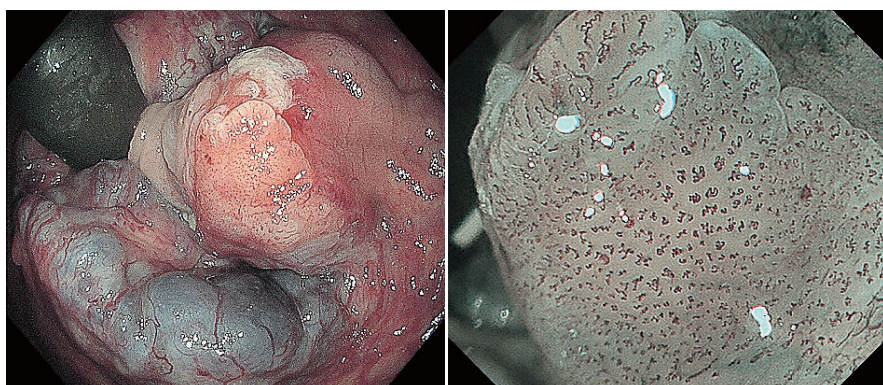
主訴や既往歴はなく、便潜血検査陽性にて大腸内視鏡が施行された。読影は、野村(さっぽろ大通り内視鏡クリニック)が担当した。大腸内視鏡像(白色光)で、S状結腸に約1cmの発赤した隆起とその周囲に3cmほどの粘膜下以深からの



1a
1b 1c



2a 2b



硬さを伴う隆起があり、1型進行癌が疑われるが、典型的な形態ではなく、隆起の表面の性状は不整ではないことから粘液癌と診断した(Fig.1a)。NBI (narrow band imaging) 像では、vessel patternは腫瘍性であるが、全般的に口径不同や不整さはなく、JNET分類Type 2Aが主体で、一部Type 2Bの部分はあるが、surface patternもおとなしく腺腫相当と読影した。岡(広島大学病院消化器・代謝内科)は、vessel pattern, surface patternともJNET分類Type 2Bに分類され、充実性の癌が粘膜下腫瘍様の形態を呈した進行癌と診断した。田中(広島大学病院内視鏡診療科)は、充実性の腫瘍にしては表面構造が保たれており、深部は粘液癌と診断した。色素内視鏡像では、野村は空気量で形態が変化することから、粘膜下隆起は軟らかい成分で成り立っており(Fig.1b)、色素拡大観察ではVi型高度不整と読影し、粘膜下以深で分化度が下がって粘液癌または粘液栓を形成していると読影した。超音波内視鏡像では、表面隆起部分は低エコーで、その粘膜下層から漿膜下層まで無エコー領域があり、粘液湖を形成する漿膜下層まで浸潤する進行癌と野村は診断した(Fig.1c)。生検病理組織学所見はtub1の診断で腹腔鏡下S状結腸切除術がなされた。

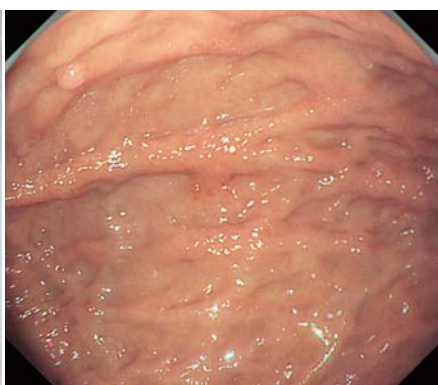
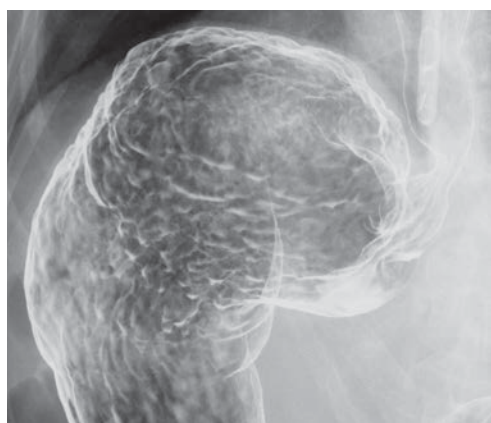
病理は遠藤(仙台厚生病院臨床検査センター病理診断・臨床検査科)が担当した。表層は高分化型管状腺癌で、一部絨毛状を呈しており、深部には粘液湖が複数に認められ、D2-40陽性のリンパ管が多く認められることから、表面の癌がリンパ管侵襲を介して粘液癌になったと推測した。深達度は漿膜下層までで、リンパ管侵襲、静脈侵襲陽性と診断した。菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座)は、D2-40陽性部分で内皮がはっきり認めず、リンパ管侵襲ではない通常の粘液癌と診断した。渡辺(PCL JAPAN病理・細胞診センター)は、大腸腫瘍上皮がMUC2を多量に産生し、排出が悪くなり、粘液癌が形成されたと診断した。

【第2例】 70歳代、男性。肛門管癌(症例提供:久留米大学医学部消化器病センター 永田務)。

主訴は便秘。既往歴は急性A型肝炎、便秘の精査で大腸内視鏡が施行された。読影は、平川(福岡赤十字病院消化器内科)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。平川は、肛門管内の内痔核近傍に扁平隆起性病変が認められ、乳頭腫、コンジローマ、扁平上皮癌を疑う病変であり(Fig.2a)、NBI (narrow band imaging) 拡大像(Fig.2b)やヨード染色像では、ループ血管が認められ、食道癌におけるB1血管相当であり、ヨード染色ではヨード無染であることから、粘膜内扁平上皮癌と診断した。森山も、歯状線近傍の境界明瞭な扁平隆起性病変で表面構造は消失しているが、びらんや潰瘍形成はなく、内痔核の影響でボリュームがあるように見えるが、明らかな深部浸潤を示唆する所見がなく、粘膜にとどまる扁平上皮癌と診断した。大きさは約10mm、肉眼型は0-IIa型、潰瘍合併なく、深達度はcarcinoma *in situ*と診断し、内視鏡的粘膜下層剝離術(endoscopic submucosal dissection; ESD)が施行された。

病理は秋葉(久留米大学病院病理部)が担当した。肛門管の扁平上皮癌 carcinoma *in situ*で、直腸の腺管上皮を覆うように病変が存在するが、深部の腺管に異型は認めなかった。扁平上皮癌は深部に延長するが上皮内にとどまり、間質には拡張した血管が表層付近まで存在していた。ヒトパピローマウイルス(human papillomavirus; HPV)感染については、HPV免疫染色で積極的に陽性を呈する所見は認めなかったが、サロゲートマーカーであるp16免疫染色では細胞質がびまん性に陽性となり、一部核にも陽性であった。Ki-67は腫瘍全体が陽性、p53は陰性であり、HPV感染は否定できないと診断した。(大宮)

【第3例】 60歳代、女性。4型胃癌様の所見を呈した乳癌の胃転移症例(症例提供:福岡赤十字病院消化器内科)



3a 3b

工藤哲司)。

貧血精査の目的で近医より紹介された。読影は安保(小樽掖済会病院消化器内科)が担当した。X線造影像では、胃体上部から胃穹窿部の大彎や前後壁を中心に伸展不良と皺襞の錯綜がみられ、一部に小陥凹性病変を認めることから、4型胃癌と診断した(Fig.3a)。長浜(千葉徳洲会病院消化器内科内視鏡センター)も同様に、比較的早期の4型胃癌(latent linitis plastica)と発言した。通常内視鏡像で、安保は背景胃粘膜には萎縮がなく、胃上部を中心に比較的軽度の伸展不良がみられると述べ、さらに原発巣と考えられる小陥凹性病変を指摘して、X線造影像と同様に4型胃癌と診断した(Fig.3b)。また、散在性に認める発赤は、癌組織の逆浸潤の可能性があると述べた。長浜は、4型胃癌に特徴的なベルギー・ワッフル様所見が一部にみられて診断は同じであるが、安保が指摘した原発巣は通常の4型胃癌の原発巣に比べて浅いとコメントした。原発巣の部位について長南(仙台厚生病院消化器内視鏡センター)、斉藤(市立旭川病院消化器病センター)、長浜が議論したが、3人の意見は一致しなかった。

NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡像で、安保は提示された画像は癌組織の逆浸潤の所見であると述べた。

病理の解説は西山(福岡赤十字病院検査部)が行い、胃生検組織標本では被蓋上皮の下に印環細胞癌様の低分化腺癌を認めるとコメントした。症例提供者より本例の経過についての説明があり、貧血精査の目的で最初に骨髓生検を施行して低分化腺癌が認められ、原発巣の検索のために消化管検査を行い、提示した胃病変がみられたと述べた。さらに、当初4型胃癌の骨髄転移を疑ったが、伸展不良が多中心性に認められたことや明らかな原発巣がみられないことから、転移性胃癌の可能性を考えてさらに全身検索を行ったところ、本人が自覚していなかった進行性小葉型乳癌が発見されたと発言した。西山は、それぞれの癌細胞は形態が類似し、免疫

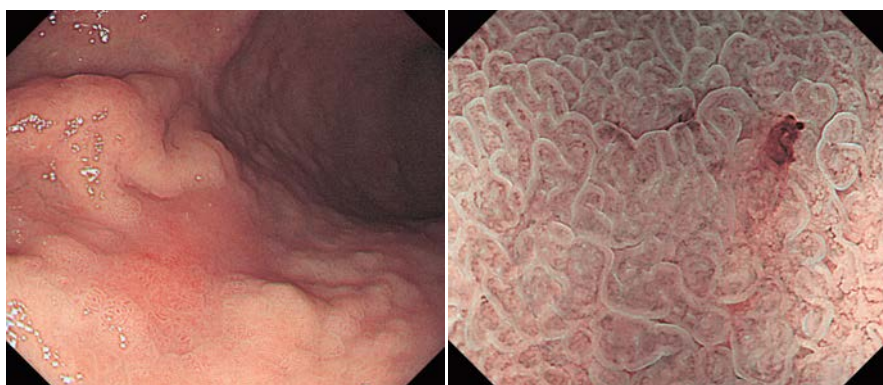
組織化学染色の結果から、乳癌の胃転移と骨髄転移と診断したと述べた。最後に長浜は、4型胃癌の原発巣は本例のような浅い陥凹ではなく、通常深い0-IIc型様の陥凹性病変であり、その点を指摘できなかったのが読影の反省点であるとコメントした。

【第4例】 60歳代、男性。低異型度完全腸型胃分化型腺癌症例(症例提供:京都桂病院消化器内科 荒木理)。

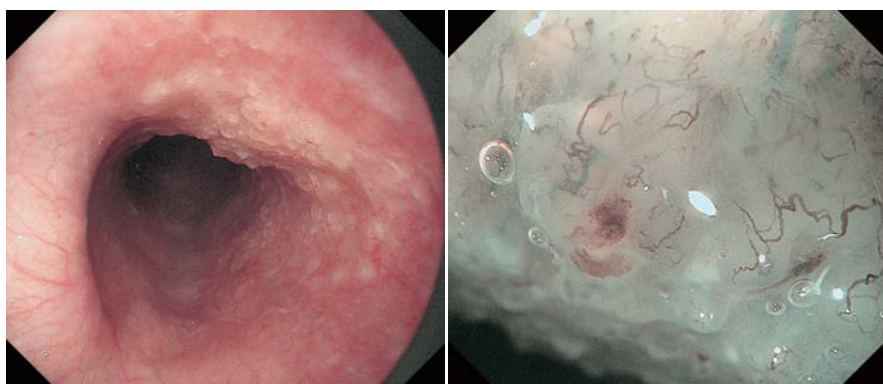
4年前に早期胃癌に対するESD (endoscopic submucosal dissection) を受け、経過観察の目的で行った上部消化管内視鏡検査で異常を指摘され、精査の目的で紹介された。Helicobacter pylori (H. pylori) 除菌歴がある。読影は丸山(藤枝市立総合病院消化器内科)が担当した。通常内視鏡像では、胃体下部大彎に領域性のあるやや陥凹した発赤病変を認め、除菌治療後に発生した異時性多発胃癌(0-IIc型)の可能性が高いが、いわゆる“地図状発赤”との鑑別が難しいと述べた(Fig.4a)。

NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡像で、丸山は腺窩辺縁上皮の大小不同と血管の走行異常を指摘し、分化型管状腺癌と診断した(Fig.4b)。また、病変の辺縁は境界の一部がやや不明瞭で、腺癌と非腫瘍性上皮が入り混じったような所見がみられ、除菌後胃癌に特徴的な所見と述べた。八尾(福岡大学筑紫病院内視鏡部)は、腺窩辺縁上皮が形状不均一であるものの明瞭に認められ、分化のよい小腸型の腺癌の特徴であると発言し、粘膜深部に手つなぎ型腺癌が存在する可能性を示唆した。さらに、癌の根拠として、血管の明らかな走行異常がみられる点がポイントであるとコメントした。酢酸散布像で、丸山は大小不同の腺管構造の輪郭が明瞭化しているが、辺縁の一部はやはり境界が不明瞭であると述べ、画像全体を通して深部浸潤している所見はなく、粘膜内にとどまる小腸型の分化型腺癌であると診断した。本例はESDが施行された。

4a 4b



5a 5b



病理解説は岸本(京都府立医科大学附属病院病院病理部)が行った。病変の中心部で粘膜表層が腸上皮化生に類似した低異型度腺癌を認め、粘膜深部には手つなぎ型腺癌がみられるが、病変の辺縁は腫瘍と非腫瘍の区別が形態的に難しいと述べ、粘膜内にとどまる小腸型の管状腺癌(肉眼型は0-IIc型)と診断した。九嶋(滋賀医科大学医学部臨床検査医学講座(病理診断科))は、病変の辺縁に癌と非腫瘍性上皮が混在している所見を提示し、丸山の読影所見を支持した。本例は当初、内視鏡所見と生検所見では癌の診断がつかず、8か月後の再検時に生検で腺癌と診断された。本疾患は、除菌後に発見される低異型度胃癌の一つの典型像であり、拡大観察が診断に有用であることが改めて認識された。

【第5例】 60歳代、男性。病変内に隆起成分を伴い、拡大観察でB2血管を認めた表在型食道扁平上皮癌症例(症例提供:石川県立中央病院消化器内科 竹村健一)。

自覚症状はなく、検診目的の内視鏡検査で食道に異常を指摘された。読影は高橋(佐久医療センター内視鏡内科)が担当した。X線造影像では、上部食道に長径約2cmで周在性が1/4程度の境界明瞭な不整形陥凹性病変を認め、側面変形が軽度であることから、深達度MM程度の0-IIc型扁平上皮癌と診断した。門馬(がん・感染症センター都立駒込病

院内視鏡科)は、読影所見は高橋とほぼ同じであるが、肛門側にやや病変の拡がり存在する可能性を示唆した。

通常内視鏡像では、高橋は前壁から右側壁にわたる半周性の病変で、前壁には表面顆粒状の厚みのある隆起を認めると述べた(Fig.5a)。さらに、厚みのある部位が最も深く浸潤していると考えられるが、SM浸潤を示唆するような硬さに乏しく、深達度はMM程度の0-IIc+IIa型扁平上皮癌と診断した。門馬は、通常光で深達度診断を行うためには、厚みのある部分の伸展性の評価が重要で、送気量を変えた観察が必要であるとコメントした。小山(佐久医療センター内視鏡内科)は、隆起型食道癌では一般論として、発赤調の場合は深達度を深めに判断し、褪色調の場合には分化度が高い扁平上皮癌の可能性を考えて浅めに判断するが、本例は褪色調を示していることから、深達度はMM程度と考えると発言した。

NBI(narrow band imaging)拡大内視鏡像で、高橋は食道学会分類で陥凹部はB1血管、隆起部はB2血管を認め、B3血管を認めないことから深達度はMM~SM1と診断した(Fig.5b)。門馬も同意見であったが、提示された拡大観察像が病変の口側に限られており、肛門側の提示も必要であると指摘した。平澤(仙台厚生病院消化器内科)は、隆起部の上皮下に小さな白色所見が散在性に認めることから、角化(癌

真珠)を伴う高分化型扁平上皮癌を考えたいとコメントした。治療方針について高橋と門馬は、さらにEUS (endoscopic ultrasonography) や病変全体の拡大観察が必要であるが、提示された画像だけから判断すると、深達度はMM～SM1と考えられることから、まずESDを行うと述べた。症例提供者は、拡大観察ではB1～B2血管のみでB3血管を認めなかったが、X線造影所見や通常内視鏡所見からSM深部浸潤が否定できないと考え、胸腔鏡補助下食道亜全摘術を行ったと述べた。病理解説は津山(順天堂大学医学部人体病理病態学講

座)が行った。角化を伴う高分化型扁平上皮癌で、深達度はMMであるが、厚みのある浸潤を認めたと述べた。大倉(PCL JAPAN病理・細胞診センター川越ラボ)は、深切切片では一部にSM浸潤(SM1～SM2)を認めると発言した。小山は、食道学会分類による深達度診断は陥凹型病変では正診率が高いが、隆起型病変では表面の血管しか評価できないため、陥凹型病変に比べて正診率が低い傾向があるとコメントした。(赤松)