

早期胃癌研究会

2017年1月の例会から

小山 恒男¹⁾小林 広幸²⁾

1) 佐久医療センター内視鏡内科

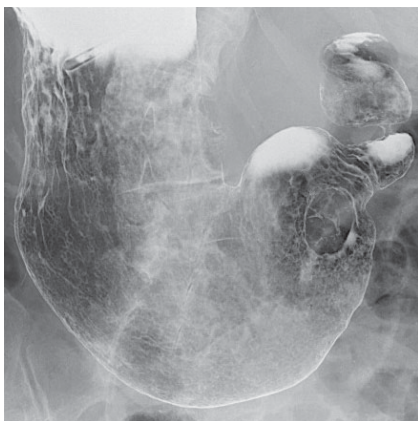
2) 山王病院消化器内科

2017年1月の早期胃癌研究会は2017年1月18日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会是小山(佐久医療センター内視鏡内科)と小林(福岡山王病院消化器内科)、病理は二村(福岡大学医学部病理学講座)が担当した。また、画像診断教育レクチャーは、和田(順天堂大学医学部附属静岡病院病理診断科)が「臨床医が知っておくべき病理その2【大腸】腺腫と高分化腺癌」と題して行った。

【第1例】70歳代、女性。inflammatory fibroid polyp (症例提供:広島大学病院内視鏡診療科 佐野村洋次)。

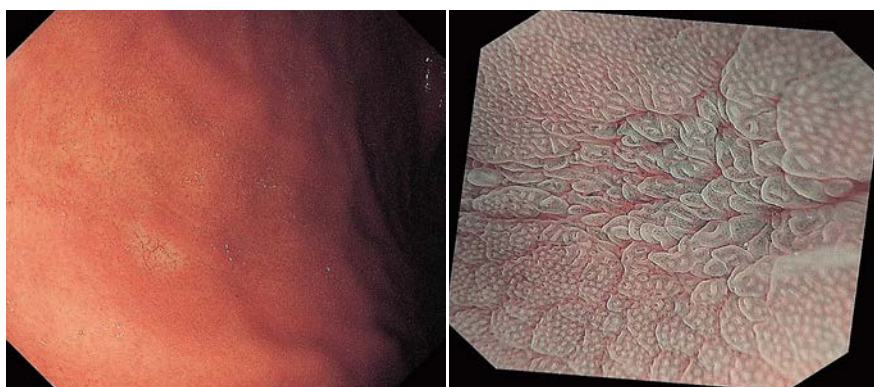
主訴は貧血で、上部消化管内視鏡検査で胃病変が発見された。読影は柴垣(鳥根大学医学部附属病院光学医療診療部)と田沼(手稲溪仁会病院消化器病センター)が担当した。X線造影画像にて、柴垣は、境界明瞭な隆起性病変で内部に不規則な構造があり、側面変形が軽度であることから、T1b (SM)の分化型癌と診断した(Fig.1a)。田沼は、頂部の構造

が整形であり、癌は否定的で、悪性リンパ腫を第一に考えるとした。長浜(千葉徳洲会病院消化器内科)は、辺縁部に非腫瘍性上皮を被ったSMT (submucosal tumor)様構造で、頂部に浅い陥凹があり、軟らかいことから、分化型癌と診断した。安保(小樽掖済会病院消化器病センター)も同様に分化型癌と診断した。通常内視鏡像にて、柴垣と田沼は、くびれのあるSMT様隆起で、頂部に不整形潰瘍を合併した病変であり、poor medullary adenocarcinoma (por med)と診断した(Fig.1b)。小澤(佐藤病院消化器内科)は、潰瘍辺縁に再生上皮があることから、腫瘍ではなく肉芽であり、IFP (inflammatory fibroid polyp)を考えると発言した。NBI (narrow band imaging)拡大内視鏡像では、柴垣、田沼共に、粘膜内には癌の所見はなく、por medに合致すると診断し、小澤は癌の所見がなくIFPに矛盾しないと診断した。EUS (endoscopic ultrasonography)では、柴垣、田沼共に、粘膜下層を主座とする低エコー腫瘍であり、



1a 1b

2a 2b



por medに矛盾しないとした。長南(仙台厚生病院消化器内視鏡センター)は、por medにしてはエコーレベルが高いため、むしろIFPを考えるとコメントした。

生検にてIFPと診断され、ESD (endoscopic submucosal dissection)にて加療された。

病理解説は嶋本(広島修道大学健康科学部)が行い、浮腫状の炎症性変化と好酸球浸潤、毛細血管増生があり、粘膜下を主座としたIFPと診断した。

最後に、前医で撮像された内視鏡像が提示されたが、粘膜下腫瘍が大きく露出したIFP典型像であった。前医で採取された4か所の生検によって、大きく形態が変化した症例であった。

【第2例】 50歳代、女性。胃底腺型胃癌(症例提供:手稲溪仁会病院消化器病センター 小林陽介)。

読影は高橋(佐久医療センター内視鏡内科)と吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)が担当した。高橋は、WLI (white light imaging)にて、胃体中部前壁に褪色調の不整型小陥凹を認め(Fig. 2a)、インジゴカルミン撒布像にて蚕食像を呈していることから、低分化型胃癌T1a, 0-IIc型と診断した。吉永は、胃底腺を背景とした病変で、陥凹境界が不明瞭であることから胃底腺型胃癌と診断した。NBI (narrow band imaging)拡大観察像にて、高橋は、背景にsmall round pitがみられることから、萎縮のない胃底腺と診断した(Fig. 2b)。陥凹部には密度の低いvilli様構造があり、WZ (white zone)が均一であることから表層は非腫瘍性上皮で、血管異型も乏しいことから、低分化型癌やMALT (mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫は否定的と診断した。吉永は、villi様構造がやや不整であり、境界が不明瞭であることから、胃底腺型胃癌と診断した。

竹内(長岡赤十字病院消化器内科)は、陥凹の辺縁部が褪色調で、引き延ばされたpit様構造がみられることから、表層は非腫瘍だが、胃底腺が何らかの構造に置き換えられてい

ることが示唆されると発言し、表層非腫瘍の胃底腺型癌に合致すると診断した。土山(石川県立中央病院消化器内科)は、WLI像で陥凹面の周りに厚みがあるため、粘膜深部のみに胃底腺型胃癌が広範に拡がっていると診断した。吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)は、中央のvilli様部分は表面構造もやや不整で、内部に不整な血管がみられることから、全層性の胃底腺粘膜型癌と診断した。

生検にて胃底腺型胃癌と診断され、ESD (endoscopic submucosal dissection)が施行された。

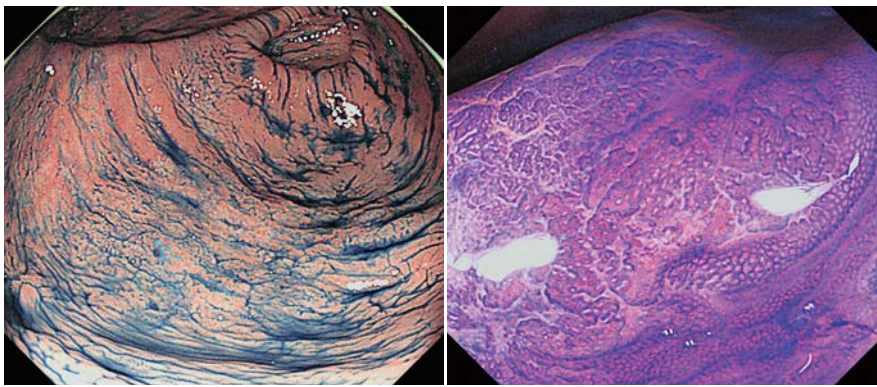
病理解説は大森(手稲溪仁会病院病理診断科)が行い、表層非腫瘍の胃底腺型胃癌、pT1b1 (SM1, 90 μ m), ly0, v0, HM0, VM0, 3.5 $\times$ 3mmと診断した。中央の陥凹部では粘膜深部に胃底腺型癌が存在し、表層は腺窩上皮で、腫瘍の辺縁部では粘膜深部の胃底腺型癌と腺窩上皮の間に胃底腺が残存していた。中央では胃底腺はほとんど残っておらず、粘膜深部は胃底腺型胃癌、表層は腺窩上皮で構成されていた。また、腺窩上皮の間質に拡張した血管を認めた。

本例はNBI拡大観察にて、①陥凹部には密度が低く、WZが整ったvillous pattern、②背景粘膜にはsmall round pit、③陥凹辺縁部に引き延ばされた整形pitが観察された。病理組織学的には、①は表層非腫瘍の胃底腺型胃癌、②は胃底腺、③は腺窩上皮と胃底腺型胃癌の間に胃底腺が介在していた。NBI拡大観察が組織像の推察に有用な1例であった。

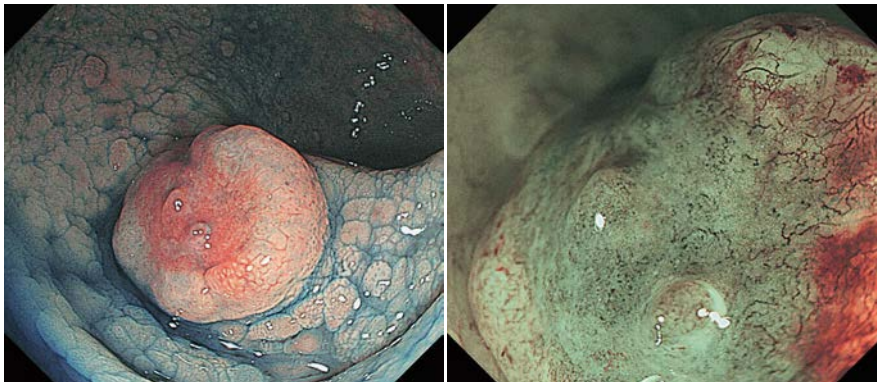
(小山)

【第3例】 60歳代、男性。UC関連腫瘍(疑い)(症例提供:亀田総合病院消化器内科 森主達夫)。

潰瘍性大腸炎(ulcerative colitis; UC)の経過観察目的(無症状)の大腸内視鏡検査にて、盲腸に病変を指摘された。注腸X線造影影像是川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)が読影し、大腸粘膜はほぼ正常でUCであれば緩解期で、指摘された盲腸部にのみ粗雑な粘膜所見が認められるが、質的診断は困難とした。内視鏡像は松下



3a 3b



4a 4b

(秋田赤十字病院消化器病センター)が読影し、通常内視鏡像と色素撒布像(**Fig.3a**)では、盲腸部に粗大な粘膜領域を認め、同部に平坦な上皮性腫瘍(laterally spreading tumor-non-granular type; LST-NG)が疑われ、基礎疾患からUC関連腫瘍も否定できないとした。一方、川崎は、境界不明瞭で表面に正常なI型pitも散見されるため、非上皮性腫瘍のMALT(mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫が疑われると読影した。これに対し、田中(広島大学病院内視鏡診療科)は、表面には鋸歯状も含む不整pitが散在していることから、非上皮性病変ではなくUC関連腫瘍と診断すべきとコメントした。

NBI(narrow band imaging)拡大観察像とクリスタルバイオレット染色像(**Fig.3b**)では、川崎は上皮性腫瘍pitとI型pitが混在していることから、非上皮性腫瘍は否定的で、UC関連腫瘍で粘膜内癌が疑われるとし、松下も通常のLSTのNBIパターンと異なりUC関連腫瘍を否定できないが、癌とは言い切れないとした。一方、田中はNBI拡大観察像からもUC関連腫瘍、pitの不整さから癌と読影し、岩男(慶應義塾大学病院予防医療センター)も、このようなpitを呈するのはUC関連腫瘍として典型的な病変であるとコメントした。EUS(endoscopic ultrasonography)で粘膜内病変と判断され、症例提

示施設でESD(endoscopic submucosal dissection)が施行された。

病理解説は二村(福岡大学医学部病理学講座)が担当し、最終的に粘膜内に局限した腫瘍性病変ではあるが、残念ながらESD時の変性のため切除標本の上皮最表層はほとんど剥落してしまっており、UC関連腫瘍なのか、また癌であるかどうかは診断困難とした。なお、八尾隆史(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)は、UC関連腫瘍であっても低異型度のため、追加手術(大腸全摘)は不要と追加コメントした。

【第4例】 70歳代、男性。直腸の悪性リンパ腫(症例提供:広島市立安佐市民病院消化器内科 永田信二)。

便潜血陽性精査の大腸内視鏡にて、直腸に病変を指摘された。内視鏡像は吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)と森山(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)が読影した。通常内視鏡と色素撒布像(**Fig.4a**)で、吉村は、比較的立ち上がり明瞭な隆起性病変(Is+Iic様)で表面発赤調の陥凹を呈しているが、陥凹の境界は不明瞭であり、上皮直下を主座とする腫瘍、病変部位からはカルチノイドが疑われ、鑑別としてリンパ系腫瘍も考慮すると読影した。森山も、Iic面(上皮性腫瘍)と言える明瞭な陥凹はなく、カルチノイドが最も



考えやすいと読影した。

NBI (narrow band imaging) 拡大像 (**Fig.4b**) とクリスタルバイオレット染色像でも、陥凹部は上皮性腫瘍としても矛盾しない pit (JNET 分類 Type 2B 様) であるが、陥凹周囲の血管や pit の移行が不明瞭なことから、癌ではなくカルチノイドを考えると読影した。なお、吉村は、NBI での鑑別疾患として amelanotic melanoma を追加した。クリスタルバイオレット染色像では発赤部は通常の VN 型 pit とは異なる無構造を呈しており、吉村、森山ともカルチノイドで矛盾しないとした。

病理解説は金子 (広島市立安佐市民病院病理診断科) が行い、生検にて悪性リンパ腫 (diffuse large B cell lymphoma ; DLBCL) と診断した。その後は化学療法にて病変の退縮が確認された。

【第5例】 60歳代、男性。回盲部に限局した腸結核 (症例提供：済生会福岡総合病院消化器内科 永松諒介)。

下腹部痛と発熱にて受診し、腹部CTにて回盲部に病変を指摘された。読影は佐野村 (北摂総合病院消化器内科) と野村 (さっぽろ大通り内視鏡クリニック) が担当した。注腸X線造影像 (**Fig.5a**) では、佐野村は、回盲部 (回盲弁直上・盲腸から終末回腸) に存在する比較的境界明瞭なびまん性の全周性の潰瘍性病変を認めるが、比較的軟らかな病変のため非上皮性の悪性リンパ腫は鑑別には挙がるが、癌 (上皮性腫瘍) ではなく、何らかの虚血を主体とした病変が最も疑われる (具体的な疾患名までは浮かばない) とした。野村は、炎症としては周囲との境界が比較的明瞭で、口側腸管の拡張などの硬

さもないことから、炎症性疾患よりはリンパ系腫瘍を疑うと読影した。齊藤 (市立旭川病院消化器病センター) も、血液所見 (sIL-2R 高値) やCT所見 (回盲部に著明な壁肥厚) も合わせ、リンパ腫に矛盾しない注腸X線造影所見であるとコメントした。蔵原 (松山赤十字病院胃腸センター) は、炎症とすれば限局性であり、血管炎症候群や家族性地中海熱などの疾患も考慮すべきとコメントした。

次に、内視鏡像と色素散布像 (**Fig.5b**) では、佐野村と野村は、Bauhin 弁が破壊され終末回腸には全周性の潰瘍を認めるが、病変辺縁部は炎症性の発赤を伴う正常 pit で覆われ上皮性の癌の所見はなく、上皮直下を主体に発育した腫瘍、悪性リンパ腫が疑われるとした。一方、蔵原は、周囲の再生粘膜様所見から、長期にわたる慢性炎症と再生を繰り返す疾患 (血管炎症候群や家族性地中海熱など) は否定できないとコメントした。

病理解説は症例提供者が行った。生検にて多数の類上皮肉芽腫と無数の結核菌が証明され、後日の全身精査にて活動性肺結核による続発性腸結核と肝結核合併と診断された。その後、抗結核療法施行中に回盲部病変の瘢痕治癒によるイレウスが発症し、回盲部切除が行われた。

本例のような急性期の限局性の腸結核画像は極めてまれで、腸結核の経験豊富な大川 (大阪市立十三市民病院消化器内科) と八尾恒良 (佐田病院) も見たことがないとコメントしており、脳裏にしっかりと焼き付けておきたい貴重な症例であった。 (小林)