

早期胃癌研究会

第56回「胃と腸」大会から

梅垣 英次¹⁾清水 誠治²⁾

1) 神戸大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分野

2) 大阪鉄道病院消化器内科

第56回「胃と腸」大会は2017年5月10日(水)にリーガロイヤルホテル大阪で開催された。司会は梅垣(神戸大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分野)と清水(大阪鉄道病院消化器内科)、病理は江頭(大阪医科大学病理学教室)が担当した。早期胃癌研究会方式による「画像プレゼンテーションの基本と応用」は、齊藤裕輔(市立旭川病院消化器病センター)が「序論:消化管病変診断の基本手順(消化管全般)」と題して行った。

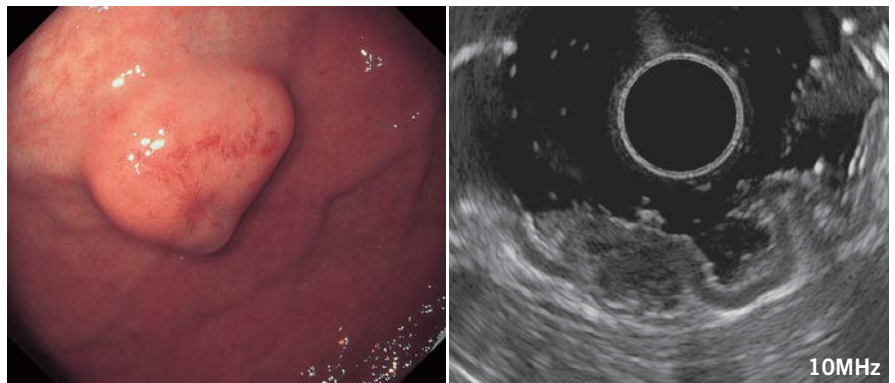
【第1例】 40歳代、男性。胃原発の悪性リンパ腫(濾胞性リンパ腫)(症例提供:神戸大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分野 阿部洋文)。

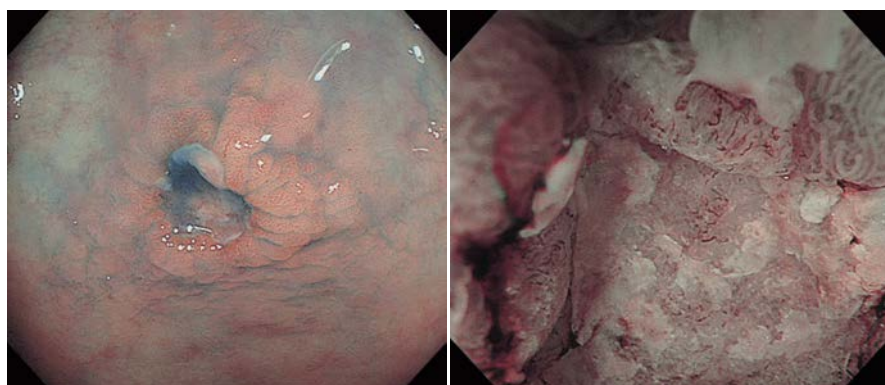
検診の胃X線造影検査で異常を指摘された。読影は吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)が担当した。胃X線造影画像では、胃穹窿部に径20mmの立ち上がり明瞭なSMT(submucosal tumor)を、胃体上部大彎には径10mmの境界明

瞭な隆起性病変を認め、陥凹を伴い辺縁が不整であるため上皮性腫瘍を考えた。赤松(長野県立信州医療センター内視鏡センター)は、bridging foldsを伴った立ち上がり明瞭で表面平滑なSMTを認め、両病変共に粘膜下を主体とした病変であり、カルチノイド、悪性リンパ腫などが考えられるとしたが、質的診断には言及できなかった。

内視鏡像で吉永は、2病変共に立ち上がり明瞭な粘膜下を主体とするSMTであり、中央が陥凹した病変であり(**Fig. 1a**)、さらに胃体上部大彎に小さなSMTを認め、比較的浅い層(粘膜下層)由来の腫瘍であり、GIST(gastrointestinal stromal tumor)は否定的であり、粘膜変化が乏しいことから悪性リンパ腫やカルチノイドは否定的であり、リンパ増殖性疾患をまず考えるとした。齋藤崇(新潟県立加茂病院内科)は、粘膜下異所性胃腺(hamartomatous inverted polyp)を鑑別として挙げた。長浜(千葉徳洲会病院消化器内科)は、粘膜の浅い層に主座を

1a 1b





2a 2b

有するSMTであり、カルチノイド、hamartomatous inverted polyp、IFP (inflammatory fibroid polyp)を鑑別に挙げた。NBI (narrow band imaging) 拡大観察像では、腫瘍表面上皮性変化を認めなかった。EUS (endoscopic ultrasonography) 像で吉永は、病変は第2～3層に主座を置くheterogeneous tumorであり、EUS上はまずhamartomatous inverted polypを挙げ、粘膜内の低エコーな領域を認めることから、リンパ球浸潤癌も鑑別に挙げた(Fig.1b)。趙(洛和会丸太町病院内視鏡センター)は、粘膜下異所性胃腺をまず考えるが、粘膜内の低エコーな領域を認めることから、他疾患の鑑別も必要であるとした。齋藤崇からは、粘液癌も鑑別に挙げた。3病変共に生検で濾胞性リンパ腫と診断され、胃穹隆部病変のみにPET-CT (positron emission tomography with computed tomography) でFDG (fluorodeoxyglucose)の集積を認めたため、ESD (endoscopic submucosal dissection) が施行された。

病理は横崎(神戸大学医学部附属病院病理学分野)が担当した。萎縮が軽度な胃底腺粘膜に、粘膜固有層から粘膜下層に境界明瞭な濾胞様構造の集簇を認めた。濾胞の小型リンパ球はCD20(+), CD10(+), bcl2(+)であり、濾胞性リンパ腫に矛盾しない像であった。海崎(福井県立病院病理診断科)から、間質の線維化を伴った濾胞様構造は、EUS所見を反映しているとのコメントがあった。

【第2例】 80歳代、男性。胃内分泌細胞癌(症例提供：大阪国際がんセンター消化器内科 中平博子)。

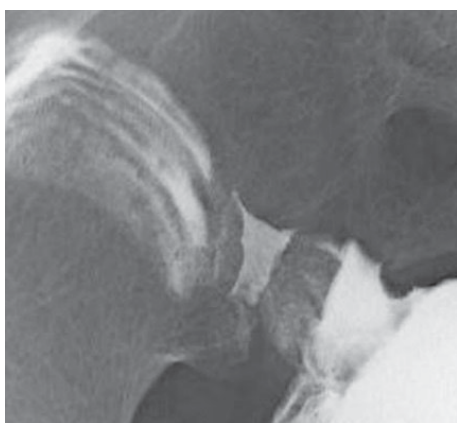
人間ドックで施行した上部消化管内視鏡検査で異常を指摘された。読影は北村陽子(市立奈良病院消化器内科)が担当した。内視鏡像では、胃前庭部前壁の萎縮を伴った領域に、径6mmの非腫瘍性粘膜に囲まれた浅いびらんを認め、周囲粘膜は軽度隆起している。陥凹周囲には明らかなIIC型面は認められないが、陥凹内には粘膜構造が残存しており、深達度Mの分化型腺癌と診断した(Fig.2a)。小澤(総合犬山中央病院消化器内科)は、陥凹周囲の粘膜の隆起が非対称性であ

り、反応性隆起ではなく分化型胃癌が粘膜下層に浸潤して、同部ではendocrine様の腫瘍があると診断した。NBI (narrow band imaging) 拡大像では、背景粘膜はlight blue crestを伴った萎縮胃粘膜であり、陥凹部では一部粘液の付着を認め、微細構造は不明瞭であり、口径不同と走行不整を伴った疎な異常血管を認めるとし、低分化型腺癌にしては血管密度が疎であることから、内分泌細胞癌を考えた(Fig.2b)。齋藤崇(新潟県立加茂病院内科)は、粘液癌の成分を伴った腫瘍を挙げた。小澤は、NBI拡大像から、陥凹内の一部分にM成分(tub2)が存在し、他の陥凹部は血管密度が疎となり、無構造の中に断裂した口径不同の血管を認めるため、内分泌細胞癌を挙げた。生検では、adenocarcinoma with neuroendocrine differentiationと診断され、術前SM浸潤癌が疑われたが、高齢のためESD (endoscopic submucosal dissection) が施行された。

病理は北村昌紀(大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)が担当した。腫瘍の大部分は充実細胞巣状に増殖し、大型の核と多数の核分裂像を認めた。また、陥凹の一部辺縁の粘膜内に腺癌成分を認めた。腫瘍の免疫染色では、大部分がCD56に染色され、同部は部分的にsynaptophysin陽性で、chromogranin Aはほとんど染色されなかった。HE染色像と併せてType 0-IIc, 8×6mm, pT1b (SM 1,000μm), ULs (-), ly (+), v (-), pHM0, pVM0, NECと診断された。渡辺(PCL JAPAN)は、粘膜内の腺癌と考えられる部分はsynaptophysin, chromogranin Aが陰性であるが、MUC6, MUC5AC, MUC2すべてが陰性であり、腺癌の診断が困難であるとした。今後、胃内分泌細胞癌に対する拡大内視鏡所見の読み方に関しては、症例の蓄積が重要であると思われる。(梅垣)

【第3例】 70歳代、男性。コレステロール塞栓症による回腸多発潰瘍(症例提供：京都第二赤十字病院消化器内科 碓山直邦)。

高血圧症、狭心症の治療中に易疲労感と下腿浮腫を来し、蛋白漏出性腸症が疑われた。経口小腸X線造影像とバルー



3a



3b

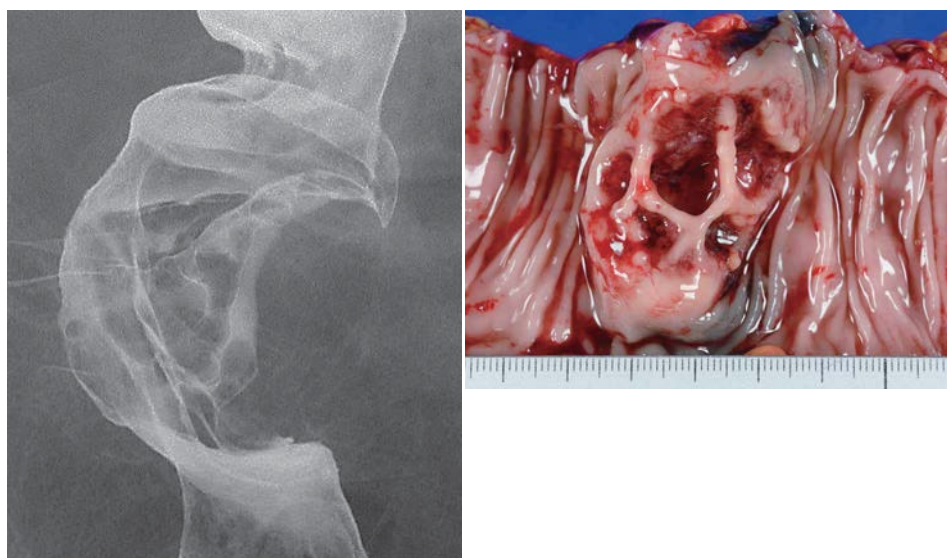
ン小腸内視鏡像の読影を川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)が担当した。X線造影像では、回腸に多発狭窄がみられ、境界明瞭な輪状潰瘍(**Fig.3a**)、対称性の短い管状狭窄、縦走潰瘍(腸間膜との関係は不明)、偽憩室様変形など所見が多彩であり、内視鏡像では、回盲弁から80cm口側の狭窄部に小白苔、再生上皮と顆粒状粘膜がみられる。腫瘍は考え難く、慢性経過の炎症性疾患で、腸結核を鑑別の第一とし、ほかにCrohn病、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(eosinophilic granulomatosis with polyangiitis; EGPA)の可能性を挙げた。斉藤裕輔(市立旭川病院消化器病センター)は、結核とは考え難く、基礎疾患とさまざまな潰瘍形態の混在から、慢性経過の虚血性小腸炎と考えた。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)も、結核は否定的で、NSAIDs(non-steroidal anti-inflammatory drugs)潰瘍、特発性虚血性小腸炎にも合致しないと述べた。むしろ血管炎症候群による慢性の虚血性変化で、特に結節性多発動脈炎を考えるが、EGPAや巨細胞性動脈炎も鑑別に挙げ、さらに非特異性多発性小腸潰瘍症(chronic enteropathy associated with *SLCO2A1* gene; CEAS)の可能性にも言及した。木下(南和歌山医療センター消化器科)は、サイトメガロウイルスによる小腸炎を鑑別に挙げた。症例提供者から虚血性小腸炎、Crohn病、CEASなどの可能性も考えたが、生検を含めても診断がつかず、初診から4年目に死亡し、病理解剖が行われたと説明された。

病理解説は桂(京都第二赤十字病院病理診断科)が担当した。回盲弁から80cmの部位から約2mの範囲に輪状潰瘍瘢痕が多発し、一部腸間膜付着側に縦走潰瘍もみられた(**Fig.3b**)。潰瘍多発部では、コレステロール塞栓が粘膜下層に多数、固有筋層、漿膜下層にも少数観察された。偽幽門腺化生の存在から、潰瘍形成と再生が繰り返していたと考えら

れた。大動脈には内腔側に突出する脆い粥腫が多発し、長期間シャワーエンボリズムを来していたと推測された。潰瘍と塞栓の分布を比較すると、塞栓の少ない領域に潰瘍がなく、コレステロール塞栓が潰瘍形成の主因と考えられた。症例提供者も、バイアスピリン服用が病変を修飾した可能性を否定できないが、主要因とは考え難いとコメントした。二村(福岡大学医学部病理学講座)は、血管炎の所見はなく、潰瘍部はUI-IIの瘢痕で、厚い線維性肥厚が狭窄の原因であり、慢性的な虚血性の病変で細動脈硬化症が関与していた可能性に言及した。海崎(福井県立病院病理診断科)も、通常の虚血とは全く異なり、広範な動脈塞栓による病変と考えた。渡辺(PCL JAPAN)は、輪状潰瘍が形成された理由は不明であるが、動脈硬化と塞栓が複合的に粘膜下層を中心とした中小動脈に、慢性的な虚血を来して形成された病変であろうと述べた。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、欧米の成書で慢性に経過したコレステロール塞栓症によると考えられる小腸の多発狭窄が記載されているとコメントした。

【第4例】 60歳代、女性。複雑な粘膜橋を形成したS状結腸粘液癌(症例提供:京都第一赤十字病院消化器内科 奥山祐右)。

血便が主訴の症例で、最初に注腸X線造影像が提示され、山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)が読影した。S状結腸に急峻な立ち上がりで約半周性の隆起があり、表面には大小不同の結節状を伴い、側面変形が高度なことから進行癌を考えた(**Fig.4a**)。しかし、表面は平滑で、粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様に発育し、癌が表面に露出していない可能性にも言及した。斎藤彰一(がん研有明病院消化器センター下部消化管内科)は、表面平滑で上皮性の所見はなく伸展良好であり、大腸癌であれば特殊な発育様式である



4a 4b

が、リンパ腫など非上皮性腫瘍の可能性が高いと述べた。続いて、内視鏡像で山崎は、潰瘍を伴うSMT様の隆起であるが、潰瘍辺縁には不整がなく、網目状の粘膜橋を伴っており、その表面は平滑で健常粘膜と読影した。悪性リンパ腫の可能性が高く、粘液癌も否定はできないと述べた。小澤(総合犬山中央病院消化器内科)は、大きなSMTが自壊し再生する過程で粘膜橋が形成されたと考え、腫瘍の所見が捉えられないことから、アミロイドーシスの可能性を挙げた。また、吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)は、GIST (gastrointestinal stromal tumor) が自壊した病変ではないかと述べた。EUS (endoscopic ultrasonography) 像は症例提供者が解説し、腫瘍は不均一な等～低エコーで描出され、固有筋層が一部で断裂して漿膜下層に及んでいた。潰瘍辺縁の生検で粘液癌が証明され、腹腔鏡補助下手術が行われた。

病理解説は岸本(京都府立医科大学大学院医学研究科人体病理学)が担当した。病変は管腔の約半周を占める最大径45mmで、漿膜下層に及ぶ3型粘液癌であった(Fig.4b)。腫瘍細胞はdesmoplasiaを伴わず粘液湖を形成して髄様に発育し、分化型腺癌の成分はみられず、脈管侵襲やリンパ節転移もみられなかった。表面に形成された網目状の粘膜架橋に腫瘍組織はみられなかった。菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座)は、粘液癌の浸潤過程で逆浸潤し、粘膜が自壊し残存した部分が粘膜橋となった可能性を考察した。また、分化型腺癌の成分がない粘液癌は極めてまれであると追加した。渡辺(PCL JAPAN)は、粘液癌が固有筋層に入った後で病変を押し上げている点特徴的であると指摘した。

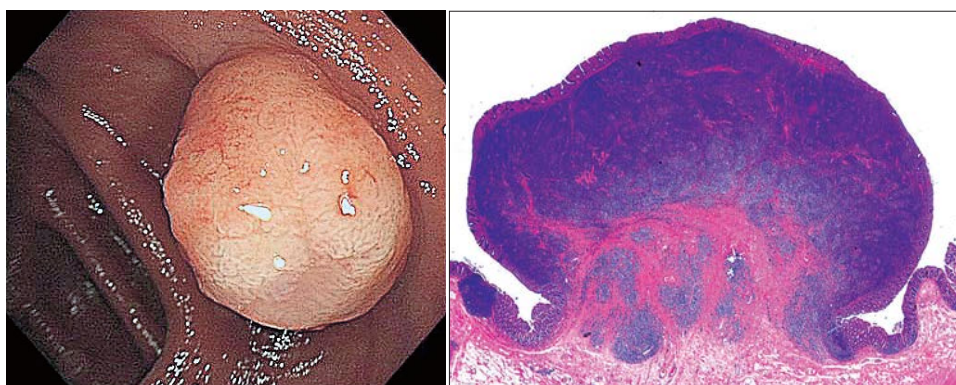
【第5例】 70歳代、女性。上行結腸のリンパ増殖性疾患

(症例提供：北摂総合病院消化器内科 佐野村誠)。

便潜血陽性を契機に検査が行われた症例。最初に注腸X線造影像が提示され、岡(広島大学病院消化器・代謝内科)が読影した。上行結腸回盲弁対側に急峻な立ち上がりを示す1cm程度の隆起で、表面平滑で非上皮性を疑うが、わずかな凹凸を伴うと読影した。続いて内視鏡像では、半球状で表面に軽度の凹凸を伴い、非腫瘍粘膜で被覆されたSMTとして、リンパ腫の可能性があるが、GIST (gastrointestinal stromal tumor) やカルチノイドは考え難いと述べた(Fig.5a)。斎藤彰一(がん研有明病院消化器センター下部消化管内科)は、SSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) 由来の癌が粘膜下層に浸潤した可能性を挙げ、鶴田(久留米大学医学部消化器病センター)も、鋸歯状病変由来で粘膜下に粘液性の腫瘤を形成した病変を考えた。岡は、NBI (narrow band imaging) ピオクタニン染色拡大像でも腫瘍性とは考え難いが、一部に鋸歯状の所見がみられ、SSA/P由来の病変を否定しきれないと述べた。山野(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)は、SSA/Pは否定的で、正常粘膜が被覆しており、白色調で多少凹凸を伴うことから、神経内分泌腫瘍、顆粒細胞腫など粘膜の深層から発生する病変を考えるべきであると述べた。EUS (endoscopic ultrasonography) 像は症例提供者が解説したが、第2～3層を主座とする低エコー腫瘍であった。FDG-PET (fluorodeoxyglucose-positron emission tomography) 像で病変部に集積がみられ、生検で診断に至らないまま腹腔鏡補助下手術が行われた。

病理解説は江頭(大阪医科大学病理学教室)が担当した。生検では、粘膜のみが採取されており、固有層に好酸球、好中球を含む慢性炎症細胞浸潤がびまん性にみられた。切除

5a | 5b



標本では、径2cm弱の腫瘍で、粘膜下層浅層を中心に異型の弱いリンパ球が充実に増殖していた(**Fig.5b**)。一部に濾胞様の構造がみられるが、marginal zoneを中心とした発育ではなく反応性の病変と考えた。被覆する粘膜にはリンパ球浸潤はなく、慢性炎症細胞浸潤と腺配列の乱れがみられた。一方、海崎(福井県立病院病理診断科)は、amyloid-like deposition,

腺管の萎縮、一部にみられるLEL (lymphoepithelial lesion) 様所見からMALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫の可能性が高く、IgH鎖遺伝子再構成を検討すべきであると述べ、二村(福岡大学医学部病理学講座)、渡辺(PCL JAPAN)、菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座)もMALTリンパ腫の診断を支持した。(清水)