

早期胃癌研究会

2017年7月の例会から

中島 寛隆¹⁾斎藤 彰一²⁾

1) 早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック

2) がん研有明病院下部消化管内科

2017年7月度の早期胃癌研究会は7月28日(金)にベルサール高田馬場で開催された。司会は中島寛隆(早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック)、斎藤彰一(がん研有明病院消化器センター)、病理は伴慎一(獨協医科大学越谷病院病理診断科)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」は八尾建史(福岡大学筑紫病院内視鏡部:代読は長浜孝)が「画像診断プレゼンテーションの基本手順(基礎編):胃」と題して行った。

【第1例】 60歳代、女性。表在型食道内分泌細胞癌の1例(症例提供:長岡赤十字病院消化器内科 竹内学)。

主訴は特になし。*H. pylori* (*Helicobacter pylori*) 除菌後の定期的な上部消化管内視鏡検査を契機に発見された1cm強の下部食道病変である。読影は北村(市立奈良病院消化器内科)と前田(仙台厚生病院消化器内科)が担当した。北村は、通常内視鏡像で、なだらかな辺縁隆起と頂部の浅い発赤調陥凹所見を指摘し、特殊な組織型の腫瘍が粘膜下層で増殖していると読影した。前田も同意し、鑑別疾患として内分泌細胞癌や腺様嚢胞癌を挙げた。

次に、NBI (narrow band imaging) 拡大内視鏡像で、北村は、隆起立ち上がり付近の血管像は非腫瘍性であるが病変中央ではB2血管に相当する所見へ移行すること、陥凹部に腫瘍の露出を疑うがType Rの血管所見はないと述べた(Fig. 1a)。前田は、NBI像で口側に扁平上皮が菲薄化した領域がみられることから、腫瘍の粘膜下進展範囲は白色光の所見より広いと診断し、さらに病変部の微細血管所見については、粘膜筋板直上の樹枝状血管が深部増殖した腫瘍の上部で水平方向に連なっていると述べた。小山(佐久医療センター内視鏡内科)は、NBI拡大像でみられる病変表面のnetwork状血管

は非腫瘍のsub-epithelial capillary networkが腫瘍の粘膜下層増殖によって顕在化したものであることと、NBI拡大像の白い塊は、腫瘍成分が食道腺のように分化し壊死物質が貯留した所見[胃のWGA (white globe appearance)に類似]を疑うと発言した。

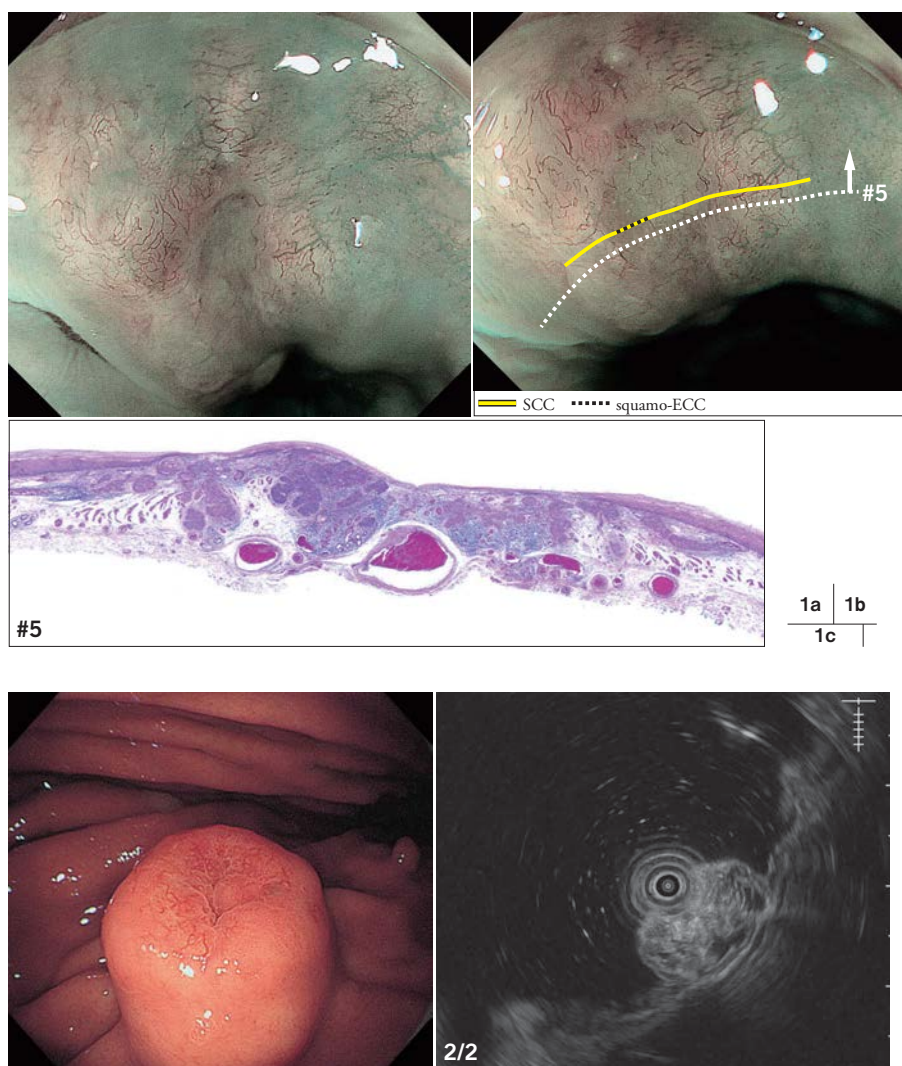
超音波内視鏡(endoscopic ultrasonography; EUS)像で、超(洛和会丸太町病院消化器内科)は、粘膜筋板に明らかな断裂所見がないと指摘し、腫瘍増殖が粘膜下層ではなく粘膜筋板の直上でとどまっていると診断した。

症例提示施設から、術前は特殊型の食道SM癌と診断し、十分なインフォームドコンセントを得た後に、ESD (endoscopic submucosal dissection) とCRT (chemoradiotherapy) で治療したことが報告された。

病理解説は渡辺(PCL JAPAN)が担当した。病理診断は、squamo-endocrine cell carcinoma, 0-Is+IIc type, pT1b-SM (0.50mm)であった。渡辺は、この病変が表面露出のない基底型表在性SCC (squamous cell carcinoma) とSCC+ECC (large cell type+small cell type) の上皮下塊状増殖とで構成されると説明し、大細胞型と小細胞型のECCはいずれもSCCが母地であるとの見解を述べた(Fig. 1b,c)。海崎(福井県立病院病理診断科)は、NBI拡大像の白い塊の所見は、腫瘍成分が上皮下で腫瘍を形成した結果であると補足した。

【第2例】 50歳代、女性。胃hamartomatous inverted polypの1例(症例提供:がん研有明病院消化器内科 山本安則)。

主訴はなく、検診目的の上部消化管内視鏡で発見された胃体中部後壁の病変で、*H. pylori* (*Helicobacter pylori*) IgG抗体は陰性であった。読影は吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)と安保(小樽掖済会病院消化器内科)が担当した。

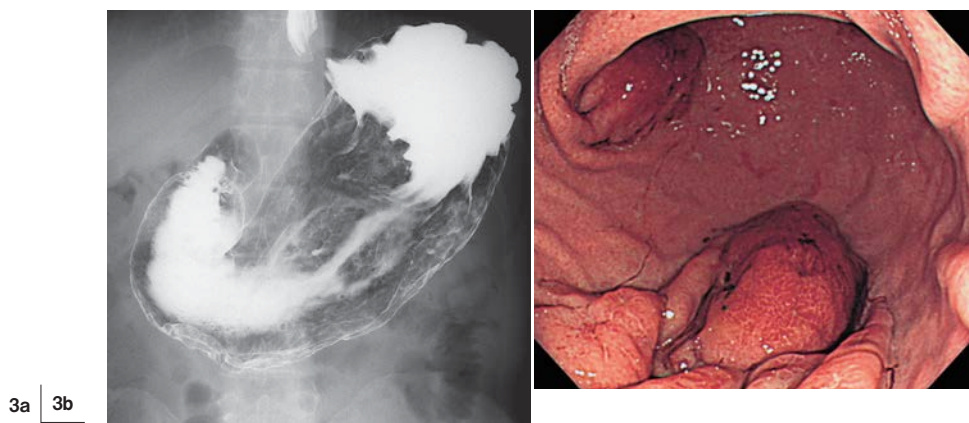


胃X線造影検査で、吉永は、基部にくびれを有する約1cmの隆起性病変で頂部にバリウム斑があることから、胃癌と診断した。安保は、表面の不規則な顆粒状粘膜変化が腫瘍の浸潤成分が露出した所見であると述べ、深部浸潤を伴う胃癌を第一に挙げたうえで、鑑別として内分泌細胞腫瘍も疑われるとした。赤松（長野県立信州医療センター内視鏡センター）は、腫瘍基部のX線造影所見はbridging foldであると読影し、鑑別疾患にlymphoid stromaを伴う胃癌を追加した。

内視鏡像では、吉永と安保は共に、白色光像で粘膜下腫瘍(submucosal tumor ; SMT)様の立ち上がりと腫瘍表面粘膜の凹凸不整がみられること(Fig.2a), NBI (narrow band imaging) 拡大像で頂部に異型の弱い乳頭状の腫瘍性表面構造を認めることから、胃底腺粘膜型癌あるいは粘膜下異所性胃腺の腫瘍化の可能性が高いと診断した。超音波内視鏡(endo-

scopic ultrasonography ; EUS) 像について、吉永は、第2層に存在する内部エコーが不均一で無エコー領域を伴う腫瘍性病変と読影し、内反性増殖を示す粘膜下異所性胃腺の腫瘍と診断した(Fig.2b)。これに対し、菅（信州大学医学部内科学第二）は、NBI拡大所見から、腫瘍表面の拡張した樹枝状の血管像は腫瘍成分の上皮内浸潤所見であると述べ、hamartomatous inverted polypの癌化病変を考えると発言した。

病理解説は河内（がん研有明病院病理部）が担当した。ESD (endoscopic submucosal dissection) 切除標本の最終病理診断は、長径15mmのhamartomatous inverted polypであった。病理組織学的特徴として、胃底腺粘膜の非腫瘍成分が粘膜下層側へ内反性に増生した所見であったこと、中心部に開口部がみられたこと、腫瘍深部では粘膜筋板に相当する平滑筋線維が認められたこと、そして腫瘍頂部の陥凹境界付近では



嚢胞状に拡張する腺組織と間質浮腫があり、この部位で間質の開大や腺窩上皮の過形成変化が認められたことが説明され、結論として悪性所見はないとされた。最後に、九嶋〔滋賀医科大学臨床検査医学講座(附属病院病理診断科)〕が、腫瘍頂部の陥凹境界付近におけるNBI拡大像を悪性所見と読影したことは適切なのか検証が必要と述べ、加えて本病変は過誤腫の原著(Albrecht, 1904)と完全に合致するものではないが文献的にはいわゆる、hamartomatous inverted polypとして診断されていることをコメントした。

【第3例】 30歳代、男性。high grade成分を伴った*H. pylori*陰性Stage II胃MALTリンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma)の1例(症例提供：長野県立信州医療センター内視鏡センター 深井晴成)。

主訴は上腹部不快感。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、胃角部大彎、胃体部および胃体上部後壁に比較的伸展のよい粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様の隆起が多発し粘膜ひだも腫大していることから、悪性リンパ腫と読影した(Fig.3a)。続けて、内視鏡像では、白色光像で多発するSMT様の隆起が発赤調を呈していると読影し、粘膜びらん部には表層へ浸潤した腫瘍成分が多いと推測した(Fig.3b)。

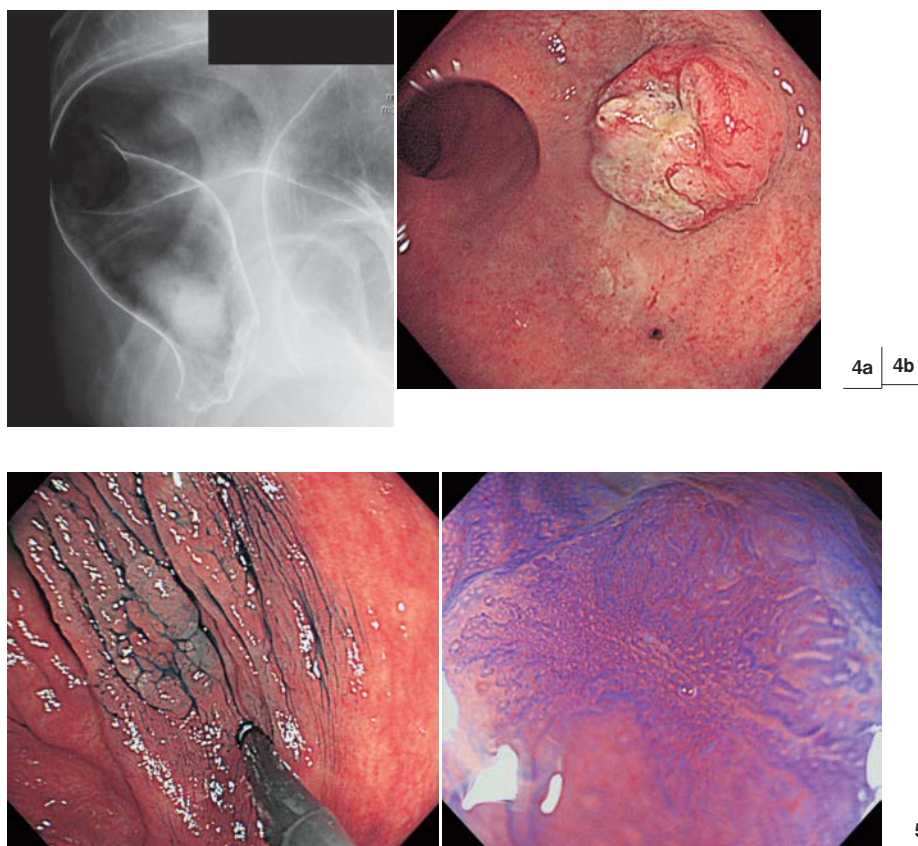
NBI (narrow band imaging) 近接像では、SMT様隆起の表面にdemarcation lineがみられないこと、MCE (marginal crypt epithelium)が引き延ばされた所見、さらには窩間部の開大とうっ血様所見がみられることを指摘し、これらが腺窩上皮の直下でリンパ系腫瘍細胞の増殖を示唆する所見であると述べた。山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)は、多発する発赤した粘膜隆起所見から血管系腫瘍のカポジ肉腫も鑑別に挙がると発言した。超音波内視鏡(endoscopic ultrasonography; EUS)像は、均一だがリンパ腫としてはやや高めのエコーレベルを示した。

病理解説は浅野(長野県立信州医療センター遺伝子検査科)が担当した。生検の組織標本で上皮下にlymphoepithelial lesionやDutcher bodyを伴うB細胞由来で大型のリンパ腫細胞増殖を認め、免疫染色でFCRL4 (marginal zoneのマーカー)に陽性所見を示すことを根拠に、MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫由来のDLBCL (diffuse large B-cell lymphoma) であると説明した。これに対し二村(福岡大学医学部病理学講座)は、生検標本所見について、DLBCLとするまでの大型細胞の増殖は目立たず、大部分はMALTリンパ腫の病理組織学的所見であると述べた。(中島)

【第4例】 70歳代、女性。直腸悪性黒色腫の1例(症例提供：がん研有明病院下部消化器内科 井出大資)。

下血を主訴に近医を受診し、下部消化管内視鏡検査が施行され、直腸下部に病変を認めたため、当科に紹介となった。読影は川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化器分野)と佐野村(北摂総合病院消化器内科)が担当した。川崎は、注腸X線造影像で直腸下部にみられるSMT様病変で軟らかさを認めると読影し、リンパ増殖性腫瘍または悪性黒色腫を疑うとした(Fig.4a)。一方、佐野村は、腫瘍の発生部位から内分泌系腫瘍も否定できなから、両者とも上皮性悪性腫瘍は否定的とした。通常白色光像では、両読影者とも陥凹面を伴い、硬さを伴う病変からリンパ系腫瘍、悪性黒色腫は否定的で、内分泌細胞癌を第一選択に考えるべきと読影した(Fig.4b)。GIST (gastrointestinal stromal tumor)、筋原性腫瘍といった間葉系腫瘍も否定的とした。榎田(近畿大学医学部消化器内科)は、上皮性腫瘍であれば、浸潤部において粘液結節を伴うような特殊型病変も鑑別に挙がるとした。

病理解説は高松(がん研有明病院病理部)が担当した。病変は術前の生検組織診断で悪性黒色腫と診断された。腹腔鏡下腹会陰式直腸切除術が施行され、腫瘍細胞は固有筋層上層まで浸潤し、術中迅速診断で1か所のリンパ節転移を



認めた。最終病理診断は、amelanotic melanoma, pT2 (MP), ly1, v3, pN1であった。八尾(順天堂大学医学部人体病理病態学講座)は、周囲粘膜の melan A 染色でメラノサイトが散在して確認され、これらが発生母地と考えられると付け加えた。また、岩下(福岡大学筑紫病院病理部)からは、病変が歯状線から離れた直腸悪性黒色腫は本邦では比較的頻度が高いと付け加えられた。

【第5例】 50歳代、男性。早期大腸癌の1例(症例提供:東京慈恵会医科大学内視鏡科 宮崎亮佑)。

定期検診で便潜血陽性を指摘され近医を受診し、下部消化管内視鏡検査で、上行結腸に病変を認め精査加療目的で当科に紹介となった。

読影は松下(秋田赤十字病院消化器病センター)と岡(広島大学病院消化器・代謝内科)が担当した。松下は、通常内視鏡像で、SSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) に腫瘍性変化が併存した病変と診断した(Fig.5a)。診断の根拠として周囲隆起部で病変表面に粘液付着を認め白色調を呈し、腺管開口部が散在性に拡張している(開II型 pit) ことを挙げ、病変内部の陥凹部と性状が異なるとした。岡は、陥凹周囲の隆起部におい

て、散在して血管が短絡的に拡張する VMV (varicose microvascular vessel) がみられると読影した。一方、色素撒布拡大像で、松下は、陥凹部では IIIs 型 pit が主体で辺縁隆起部に一部、管状 pit もみられるとした(Fig.5b)。粘膜内に限局する cytological dysplasia を疑うが、その由来については不明とした。岡は、陥凹境界が明瞭で SM 浸潤を来す病変を疑った。山野(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)は、腫瘍性に変化した陥凹部すべてが SSA/P 腺管で取り囲まれている病変ではなく、陥凹部辺縁には I 型 pit が観察され、各々が独立して併存した病変を疑った。

病理解説は廣岡(東京慈恵会医科大学病院病理部)が担当した。病変は陥凹部に一致して小型腺管が密に増生する高分化型管状腺癌成分を伴った SSA/P と解説した。菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座)から、周囲の鋸歯状病変成分との関連を明確にするためには MLH1 の免疫染色が必要と付け加えられた。最後に、山野から、切り出し方向に問題があり、内視鏡所見と対比可能な切り出しを行うべきと発言があった。

(斎藤)