

早期胃癌研究会

2017年9月の例会から

小山 恒男¹⁾松田 圭二²⁾

1) 佐久医療センター内視鏡内科

2) 帝京大学外科

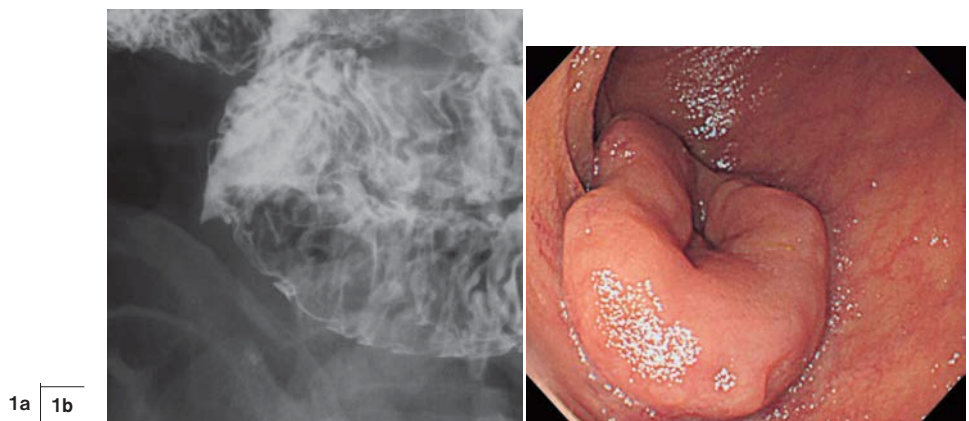
2017年9月度の早期胃癌研究会は9月20日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会は、体調不良のために欠席された吉永繁高(国立がん研究センター内視鏡科)に代わり、小山恒男(佐久医療センター内視鏡内科)、松田圭二(帝京大学外科)、病理は海崎泰治(福井県立病院病理診断科)が担当した。また、セッションの間に、第23回白壁賞、および第42回村上記念「胃と腸」賞の表彰式が執り行われた。

【第1例】 40歳代、男性。小腸GIST(症例提供:帝京大学内科 三木淳史)。

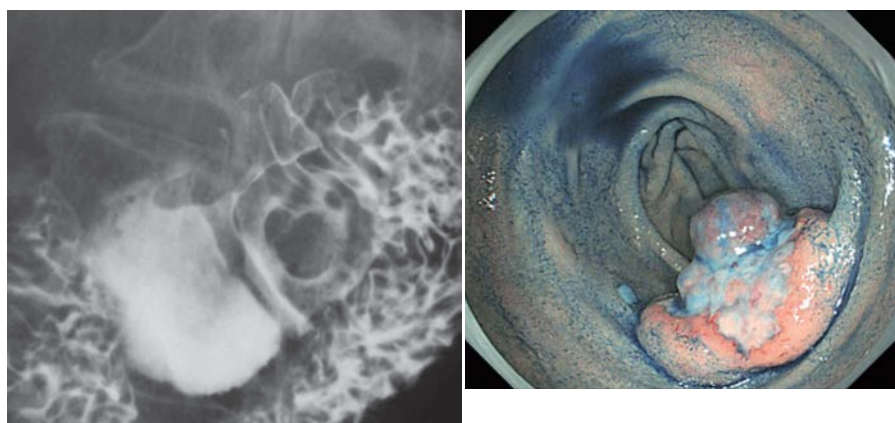
主訴は黒色便、上部消化管X線造影検査と小腸内視鏡検査が実施された。読影は川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)と三上(神戸市立医療センター西市民病院消化器内科)が担当した。まず上部消化管X線造影像(Fig. 1a)で川崎は、空腸に3.5cmの透亮像を認める隆起性病変があり、辺縁整で重積様を呈し、表面にびらんを伴っ

た粘膜下腫瘍様の病変であることから、炎症性類線維ポリープ(inflammatory fibroid polyp; IFP)や異所性腺、悪性黒色腫を考えた。三上は、同様の所見であるが、GIST(gastrointestinal stromal tumor)、脂肪腫を鑑別に挙げた。次に、小腸内視鏡像(Fig. 1b)で川崎は、中心に深い陥凹があること、ひだかが中心に収束しており、立ち上がり血管拡張もあること、また、辺縁には上皮性の変化がないことから、総合的には異所性腺と診断した。三上は、辺縁に血管拡張が目立ち、中央部で血管がうねっていることから、血管腫とした。赤松(長野県立信州医療センター内視鏡センター)は、血管拡張は二次的な変化で、腸重積を起こすような粘膜下腫瘍であるとした。

病理は東海林(帝京大学医学部附属病院病理診断科)が担当した。腫瘍陥凹部からの生検でc-kit陽性の紡錘形細胞であり、GISTと診断した。腹腔鏡補助下小腸切除術の切除標本では、腫瘍の主座は固有筋層にあり、粘膜下層にも結節状



1a 1b



2a 2b

に増殖，また，粘膜下層が押し上げられており，紡錘形細胞が錯綜して束状増殖を呈し，核分裂像は1/50HPFsであった。免疫染色は，c-kit陽性，DOG1陽性，CD34やS100，desmin， α SMAは陰性でKi-67 indexは2%であり，リスク分類はlow risk (Fletcher分類)，UICCでStage Iであった。

その後，清水（大阪鉄道病院消化器内科）から腸重積ではないと指摘され，提示施設の三木も検査時に腸重積はなかったと説明した。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）からは，腸重積にみえたのは管外に発育した腫瘍が腸間膜にはまりこんで捻れたために，バリウムがとどまっているようにみえたからであると説明された。X線造影像は撮影した順番に提示するように指示すべきであったと，司会として反省した。

【第2例】 十二指腸NET (G2) (症例提供：九州医療センター消化器内科 和田将史)。

十二指腸X線造影像 (Fig.2a) と上部消化管内視鏡像 (Fig.2b) が提示された。読影は佐野村 (北摂総合病院消化器内科) と入口 (東京都がん検診センター消化器内科) が担当した。十二指腸X線造影像では，佐野村は，十二指腸球部後壁の2cm大の隆起性病変で，多彩な形態を呈すことから管外からの圧排も考えられ，GIST (gastrointestinal stromal tumor) を最も考えるとした。入口は，表面は非腫瘍性であり，管腔内の隆起性病変で，GISTやBrunner腺腫瘍を考えるとした。斉藤 (市立旭川病院消化器病センター) は，粘膜下腫瘍様病変の陥凹部の真ん中に飛び出している部分があり，NET (neuroendocrine tumor) が考えられ，他の疾患は形態が合わないとした。内視鏡像でも，佐野村はGISTを疑うとし，入口はNBI (narrow band imaging) 所見の血管像からNETとした。斉藤は，X線造影通りの内視鏡所見であり，NETを考えるとし，さらに盛り上がっている部分は肉芽ではなく腫瘍が露出していると読影した。丸山 (藤枝市立総合病院消化器内科) は，IFP (in-

flammatory fibroid polyp) を鑑別に挙げると発言した。

生検でNET G2と診断された。術前検査でリンパ節転移と肝転移がみられ，手術は十二指腸部分切除，リンパ節郭清，マイクロ波凝固療法が行われた。

病理は桃崎 (九州医療センター臨床検査部) が担当した。手術標本では，十二指腸漿膜下層に達する病変で，薄い炎症性肉芽組織の下に腫瘍が存在し，類円形細胞で，シート状配列を呈しており，クロモグラニンA，シナプトフィジン，CD56いずれも陽性で，MIB-1 indexは10%，核分裂数は15/10HPFsでNET G2であった。藤原 (九州大学大学院医学研究科保健学部門検査技術科学分野) はコブ状の隆起はほぼ腫瘍から成っていると述べ，八尾 (順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学講座) は，隆起には肉芽組織も混ざっていると述べた。

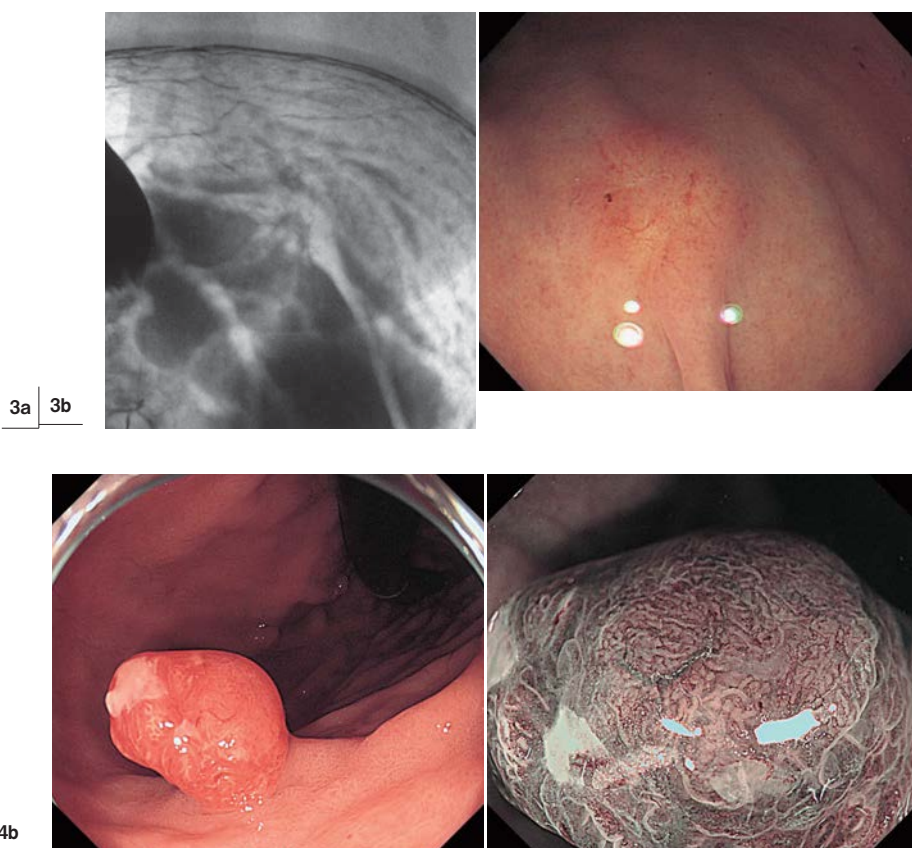
斉藤の読影が圧巻であった。約10年前の早期胃癌研究会で馬場先生 (当時，早期胃癌検診協会) が“きれいな造影像は，内視鏡像よりも多くのことを教えてくれる”と述べていたが，その言葉を思い出させる提示施設の十二指腸X線造影像と斉藤の読影であった。

(松田)

【第3例】 60歳代，女性，サルコイドーシスの胃病変 (症例提供：東京都がん検診センター消化器内科 山里哲郎)。

X線造影像の読影は丸山 (藤枝市立総合病院消化器内科) が担当した。胃体部と胃穹窿部に境界明瞭な陥凹性病変があり，同時多発分化型胃癌で，胃体部病変はT1aだが，胃穹窿部病変はT1bと診断した (Fig.3a)。長浜 (千葉徳洲会病院消化器内科) は，両病変とも胃底腺領域であり分化型は発生しないと，胃型または胃底腺型胃癌で胃体部病変はT1aだが，胃穹窿部病変はT2以深でプレスキルスと診断した。

内視鏡像の読影は竹村健一 (石川県立中央病院消化器内科) が担当した。胃体部および胃穹窿部に粘膜集中を伴う陥凹性病変を認めるが，境界不明瞭と指摘した (Fig.3b)。NBI拡大 (magnification endoscopy with narrow band imaging; NBIME)



像でも、表面構造、血管構造に異型はないとし、表面に癌の所見もないことから、粘膜深部に胃底腺型胃癌が存在していると読影した。吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)は、癌の所見はなく、肉芽腫性胃炎、アミロイドーシスを考えるとコメントした。再度、丸山は、白色光像で、黄白色境界不明瞭な隆起があり、表面に怒張血管所見を認めることから、サルコイドーシスの典型例とした。小澤(総合犬山中央病院消化器内科)は、NBIMEでsmall round pitが残っており、胃底腺型胃癌は否定的とし、粘膜下層を主座とする病変であり、サルコイドーシスを第一に考えると読影した。

EUS (endoscopic ultrasonography) 像の読影は平澤(仙台厚生病院消化器内科)が担当し、LPM (lamina propria mucosae) を主体とする、胃底腺型胃癌と読影した。長南(仙台厚生病院消化器内科)は、EUS像上で、主座は粘膜下層と読影した。最後に指名された八木(新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院消化器内科)はNBIMEにてround pitが全体にあり、粘膜内に病変はなく、SMを主体とする病変と読影した。全部で8名の読影をまとめると、最終的にはサルコイドーシスという臨床診断に至った。

病理解説は山村(東京都がん検診センター検査科)が担当

した。合計5か所のSMT (submucosal tumor)隆起を伴う陥凹性病変があり、それぞれの中央部から生検が採取され、全生検標本からサルコイドーシスの所見が得られたと解説した。

【第4例】 50歳代、女性。過形成性ポリープから発生した高分化腺癌(症例提供:藤田保健衛生大学消化器内科 田原智満)。

X線造影像の読影は山里(東京都がん検診センター消化器内科)が担当した。萎縮のない胃底腺領域に発生した、軽度不整のある隆起であり、胃底腺型胃癌と診断した。

内視鏡像の読影は高橋(佐久医療センター内視鏡内科)が担当した。一見、過形成性ポリープ内癌にみえるが(FIG.4a)、NBI (narrow band imaging) で背景にround pitがみられることから(FIG.4b)、胃底腺を背景とした胃底腺型胃癌を考えると読影した。野中(埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)は、胃底腺型胃癌だが、全体的に表面構造が整で、表層は非腫瘍と診断した。春間(川崎医科大学総合医療センター)は、NET (neuroendocrine tumor) で一部のみが表層近くまで現れていると読影した。また、平澤(仙台厚生病院消化器内科)は、胃底腺型胃癌で、一部は表層まで癌が露出していると読影した。最後に指名された八尾建史(福岡大学筑紫病院内視鏡部)



は、大部分は腺窩上皮の過形成であるとし、一部に認められた窩間部の狭い領域も表面構造が整なので表層は非腫瘍であり、NETが最も考えられると読影した。

引き続き、共焦点レーザー内視鏡像が提示され、読影を担当した野中は背景粘膜が非腫瘍であることはわかるが、頂部が癌か否かはこの画像から評価できないとした。

病理解説は塚本(藤田保健衛生大学病理部)が担当した。過形成ポリープの表層部に分化型癌を認める。隆起の多くは密度の低い絨毛様構造だが、頂部にのみ密度の高い部位を認め、同部に一致して分化型癌が認められると解説した。

【第5例】 40歳代、男性。胃梅毒(症例提供:東京女子医科大学消化器内科 久礼里江)。

内視鏡像の読影は柴垣(鳥根大学医学部附属病院光学医療診療部)が担当した。胃前庭部から胃角部に不整形のびらんや浅い潰瘍が多発し、汚い粘液が付着していることから感染症を疑うとした(**Fig.5**)。病変が胃穹隆部にまで拡がっていることがやや合わないが、梅毒を第一に考えると診断した。田沼(手稲溪仁会病院消化器病センター)は、同様の所見から感染症を疑うが、不整形潰瘍が多発していることからサイトメガロ

ウイルス感染と診断した。小林(福岡山王病院消化器内科)は、範囲がやや広すぎるが梅毒に矛盾しないと読影した。

X線造影像の読影は長南(仙台厚生病院消化器内科)が担当した。幽門狭窄がないことから梅毒は否定的とした。再び小林が、狭窄のない梅毒もあるとコメントした。赤松(長野県立信州医療センター内視鏡センター)は、範囲がやや広いが総合的に梅毒と診断した。

病理解説は八尾隆史(順天堂大学医学部人体病理病態学)が担当した。生検にてスピロヘーターが検出され、梅毒と診断した。最後に経過が示され、抗菌薬の投与にて多発潰瘍が瘢痕化した内視鏡像が提示された。岩下(福岡大学筑紫病院病理部)は、第2期梅毒も、早期と晩期で肉眼像、病理組織像が異なるとコメントした。

従来の報告例では、胃梅毒は胃前庭部を主体とする多発びらんで、X線造影像で幽門狭窄を来することが多かったが、本例ではびらん潰瘍が胃穹隆部にまで拡がっていたものの、幽門狭窄を来さなかった。第2期梅毒でも検査のタイミングにより、多彩な所見が得られることが示された。(小山)