

早期胃癌研究会

2018年9月の例会から

田中 信治¹⁾吉永 繁高²⁾1) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科
内視鏡医学

2) 国立がん研究センター中央病院内視鏡科

2018年9月の早期胃癌研究会は9月19日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会は田中(広島大学大学院医歯薬保健学研究科内視鏡医学)、吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科、病理は九嶋(滋賀医科大学臨床検査医学講座)が担当した。また、セッションの間に、2017年「胃と腸」賞の表彰式が執り行われた。

【第1例】 40歳代、男性。Peutz-Jeghers型ポリープと思われる胃隆起性病変(症例提供:大阪国際がんセンター消化管内科 岩上裕吉)。

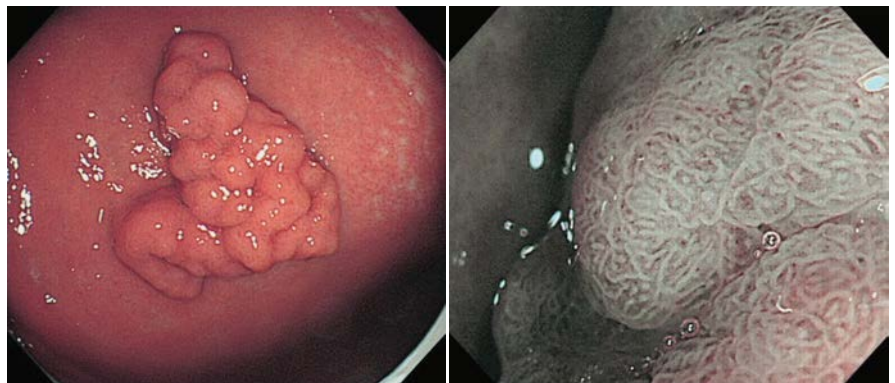
主訴はなし。読影は山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)が担当した。上部消化管内視鏡(esophagogastroduodenoscopy; EGD)像にて胃体下部前壁に2~3cmほどの粗大な隆起性病変を認め、表面は分葉状形態を呈し、立ち上がりは明瞭で癌と診断した(Fig. 1a)。深達度は一部SMかもしれないが早期胃癌と診断した。色素散布像にてくびれが明瞭になり、重力で垂れ下がるようになっているため軟らかい病変と診断

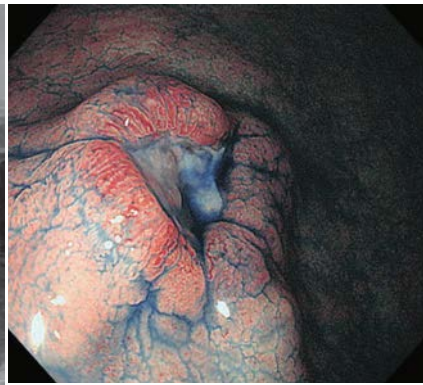
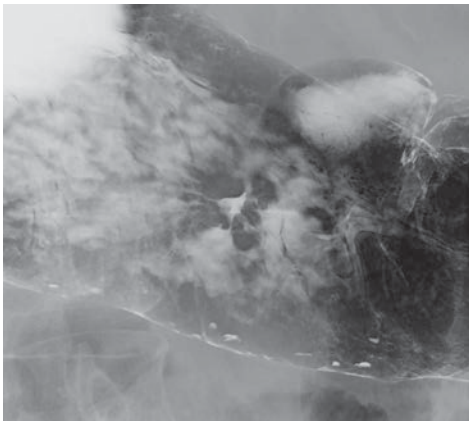
し、不整さに乏しいが通常観察と同様に胃癌であり、高分化型腺癌と診断した。鑑別診断として、粘液が豊富な胃型の腺腫を挙げた。

NBI (narrow band imaging) 拡大像にて、山崎は、背景粘膜と同様の不整のない粘膜模様を呈しており(Fig. 1b)、上皮性の腫瘍は考えにくく、Peutz-Jeghers型のポリープなどの過誤腫性の病変を診断に挙げた。平澤(仙台厚生病院消化器内科)は、表面に変化が乏しいことから筋板は保たれており、筋板の肥厚もしくは粘膜下層に存在する病変と診断し、リンパ増殖性疾患を第一に考えるとした。小澤(総合犬山中央病院消化器内科)は、上皮下腫瘍であるが粘膜下ではなく、上皮直下までは来っていないが軟らかい病変が結節状に存在すると診断した。4cm大の胃ポリープとしてESD (endoscopic submucosal dissection) が施行された。

病理解説は北村(大阪国際がんセンター病理・細胞診断科)が担当した。隆起を構成している成分に異型はなく、明らかな

1a 1b





2a 2b

フロント形成も認めなかった。また、隆起部分と背景粘膜の固有腺と腺窩上皮の比率に違いはなかった。病変中央では表面が凹凸しており、肥厚した粘膜筋板と増生する筋線維を軸に両側に肥厚した粘膜が覆うという形態をしており、Peutz-Jeghers型の胃ポリープと診断したが、当初 mucosal prolapse polyp と考えていた。伴(獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科)は、Peutz-Jeghers型の hamartomatous polyp が一番近いと考えたとした。八尾隆史(順天堂大学医学部人体病理病態学)は限局性肥厚性胃炎も挙げられるとコメントし、菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座)、渡辺(PCL JAPAN 特別顧問)は Peutz-Jeghers 型とするには矛盾があるとコメントし、病理学的にも意見が分かれる症例であった。

【第2例】 70歳代、男性。MTX-LPD (methotrexate-associated lymphoproliferative disorder) (症例提供: 岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野 川崎啓祐)。

主訴はなし。読影は吉村(済生会福岡総合病院消化管内科)が担当した。上部消化管X線造影像にて胃体中部大彎に花弁状の透亮像と頂部に棘状の辺縁を持つ厚いバリウムのたまりを認め、口側のひだが集中し癒合しており(**Fig. 2a**)、陥凹を伴う潰瘍の中にも透亮像があり、凹凸不整で腫瘍性病変であることから癌と診断した。側面では弧状の変形を認め、深達度はMP以深と診断し、低分化型腺癌主体の0-IIc+III型類似の進行癌と診断した。上部消化管内視鏡(esophagogastroduodenoscopy; EGD)像にて胃体中部～胃体下部大彎に立ち上がりが非腫瘍上皮に覆われる隆起を認め、頂部の潰瘍辺縁に再生上皮の口側と肛門側で増生が違うため、癌に伴うものと診断した(**Fig. 2b**)。潰瘍の辺縁は透視に比べて不整さは乏しく、通常の上皮性悪性腫瘍とは異なるため、NET (neuroendocrine tumor) を鑑別に挙げた。

NBI (narrow band imaging) 拡大像にて陥凹の辺縁に一部無構造で歪な血管が不揃い、かつ粗に認め、上皮性の充実

性の腫瘍、低分化な癌と診断した。上堂(大阪国際がんセンター消化管内科)は、隆起表面の腺窩上皮が保たれており、唯一肛門側のほうの血管に怒張した部分を認め、上皮直下まで腫瘍が及んでいるとコメントした。

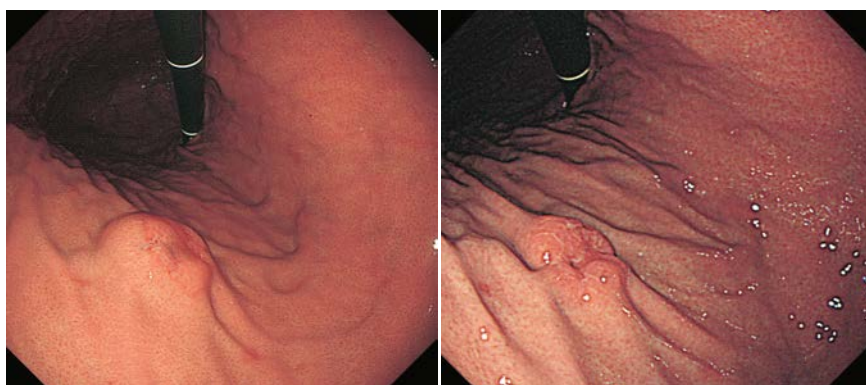
EUS (endoscopic ultrasonography) 像にて、吉村は、やや不均一な低エコー腫瘍を認め、充実性というより線維の増生があるようなスキルスのような発育をする低分化な癌と診断した。長南(仙台厚生病院消化器内科)は、充実性に発育する粘膜下層にとどまる腫瘍で、エコーレベルは均一で細胞成分が豊富な腫瘍であるとコメントした。

病理解説は永塚(岩手医科大学医学部病理診断学講座)が担当した。生検病理標本像にて粘膜固有層に中～大型の異型リンパ球様細胞がびまん性に増殖しており、免疫染色像にてDLBCL (diffuse large B-cell lymphoma) と診断された。川崎より経過の説明があり、全身検索にて胃に限局する病変であり、また関節リウマチの治療としてMTX (methotrexate) を内服されており、MTX-LPD (MTX-associated lymphoproliferative disorder) を考え、MTXを中止した。2か月後に病変は消失、瘢痕化しており、生検でも異型リンパ球を認めず、MTX-LPDと診断された。二村(福岡大学医学部病理学講座)より、総合的に判断するとMTX-LPDという診断になると思われるが、病理だけではDLBCLと診断することが多い、とコメントがあった。経過も含め非常に示唆に富む症例であった。

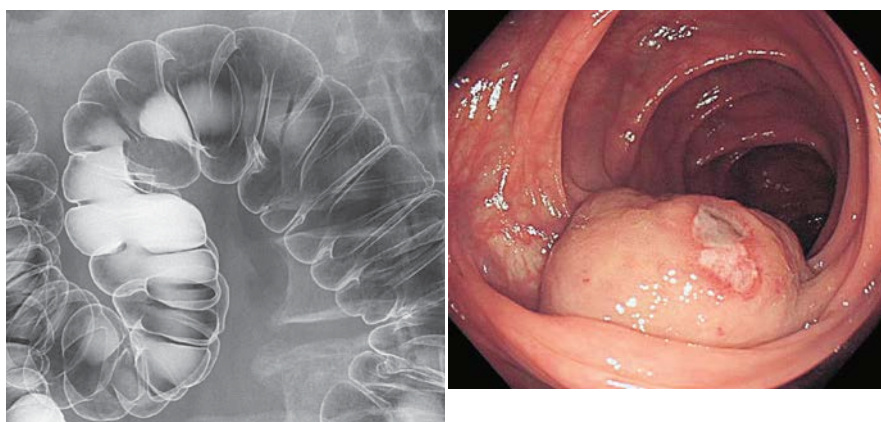
【第3例】 50歳代、男性。胃原発滑膜肉腫(症例提供: 国立がん研究センター中央病院内視鏡科 川島一公)。

主訴は食欲不振、胸焼け。読影は前田(仙台厚生病院消化器内科)が担当した。上部消化管内視鏡(esophagogastroduodenoscopy; EGD) 像にて胃体中部前壁に15mmほどの粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT) 様隆起性病変を認め(**Fig. 3a**)、立ち上がりはなだらかで、頂部には発赤調で浅い陥凹を認めると読影した。鉗子の圧迫で上皮と病変の間にずれがあるよ

3a 3b



4a 4b



うに見え、粘膜下層に主座を置くものと考え、NEC (neuroendocrine carcinoma), NET (neuroendocrine tumor) などが鑑別に挙げると診断した。上堂 (大阪国際がんセンター消化器内科) は、NETやSMT様胃癌にしては表面粘膜に光沢があり、粘膜下異所性胃腺を考えるとコメントした。5日後のEGD像にて、前田は、腫瘍の大きさはかなり小さくなっており、表面に生検痕を認めると読影した (Fig.3b)。生検後小さくなっていることより液体成分の貯留の可能性を考え、粘膜下異所性胃腺が考えられると読影した。6か月後のEGD像にて、前田は、NBI (narrow band imaging) 像では上皮性変化はないが、凹凸不整であることより腫瘍性変化を考え、粘膜模様の開大がみられることから上皮下に主座を置くNET、NECはありうると読影した。長南 (仙台厚生病院消化器内科) は、軟らかいSMTであり、脂肪腫や粘膜下異所性胃腺と考えるべきで、粘液が漏れて縮小したと考えたとコメントした。

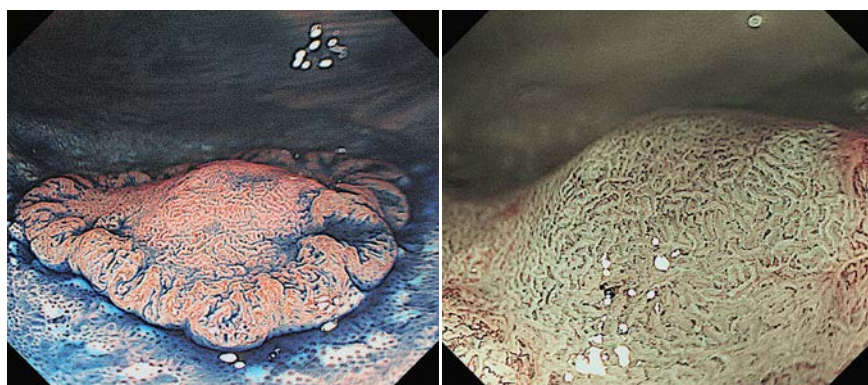
EUS (endoscopic ultrasonography) 像にて、前田は、第1層は保たれており、第2～3層に周囲より内部が不均一で低エコーな病変があり、上皮下から粘膜下層に主座を置く病変であるが診断は難しいと読影した。生検で紡錘形細胞を認め、腫瘍

性病変も否定できず、LECS (laparoscopy and endoscopy cooperative surgery) が行われた。

病理解説は続けて川島が担当した。HE染色像では粘膜下層から粘膜固有層にかけて単相の紡錘形細胞の増殖を認めたと説明した。免疫染色像にてEMA陽性、INI-1の軽度減弱を認めたことから遺伝子異常が疑われ、FISH (fluorescence *in situ* hybridization) 法にてSYT遺伝子再構成を認め滑膜肉腫と診断された。他の臓器に病変を認めず最終的に胃原発の滑膜肉腫と診断された。九嶋 (滋賀医科大学臨床検査医学講座) は、腫瘍の下に拡張した粘膜下異所性胃腺を認めるとコメントした。最後に症例のまとめの際に、川島は、滑膜肉腫は血腫形成や嚢胞性変化を伴うことがあり、生検で嚢胞成分が潰れ形態変化を来したと考察した。 (吉永)

【第4例】 80歳代、男性。大腸PEComa (症例提供：北摂総合病院消化器内科 佐野村誠)。

主訴は便潜血陽性。読影は佐野村洋次 (県立広島病院内視鏡内科) と江崎 (佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部) が担当した。注腸X線造影像 (Fig.4a) にて、横行結腸肝彎曲寄りに約2cmの粘膜下腫瘍 (submucosal tumor; SMT) を認



め、表面にびらん形成を認めると読影し、非上皮性腫瘍であり、悪性リンパ腫を考えたいとした。江崎も同様の読影で、硬さから GIST (gastrointestinal stromal tumor) を考えたいとした。斉藤 (市立旭川病院消化器病センター) は、占居部位から脂肪腫を考えたいとした。

通常内視鏡像 (Fig. 4b) にて、佐野村は、注腸所見に一致してやはり SMT であり、頂上にびらんを認めるとした。症例提供者から、硬さは弾性硬であると情報提供があった。佐野村は、びらの辺縁に上皮性腫瘍の所見はなく、やはり悪性リンパ腫を第一に考えたいとした。江崎は、凹凸と NBI (narrow band imaging) 所見から GIST らしくなく、むしろリンパ増殖性疾患を考えたいと述べた。斉藤は、通常内視鏡像から癌を考えたいとコメントした。山野 (札幌医科大学医学部消化器内科学講座) は、癌ではなく特殊な SMT ではないかと述べた。小林 (福岡山王病院消化器内科) は、通常内視鏡像から青っぽくも見え、血管腫も鑑別に挙げたいと述べた。蔵原 (松山赤十字病院胃腸センター) も血管性病変を考えたいと追加した。赤松 (長野県立信州医療センター内視鏡センター) は、びらの辺縁性状から悪性リンパ腫は考えにくいと発言した。斉藤は、やはり癌であると主張した。

EUS (endoscopic ultrasonography) 像にて、佐野村は、第2～3層に主座を置く低エコー充実性腫瘍で、やはり悪性リンパ腫を考えたいと読影した。江崎は、エコーレベルから悪性リンパ腫は考えにくく、第4層との連続性も含めて GIST であろうと述べた。長南 (仙台厚生病院消化器内科) も、GIST であり癌は否定的であるとコメントした。斉藤は、細径プローブでエコーが減衰しており、第4層との連続性は読めないと意見を述べた。

症例提供者が CT 像を提示し石灰化を指摘した。また、生検では組織診断に至らず、外科手術を施行したことを説明した。

病理解説は九嶋 (滋賀医科大学臨床検査医学講座) が司会し、江頭 (大阪医科大学病理学教室) が担当した。病変は非上

皮性間葉系腫瘍で、PEComa (perivascular epithelioid cell tumor) であると説明した。多分化能を有する間葉系細胞である血管周囲類上皮性細胞由来で、メラノサイトや間葉系腫瘍への分化能を有し、免疫染色でメラノーマのマーカーが陽性になることが特徴であると解説した。また、良性・悪性両方の経過をたどる場合があると述べ、引き続き、病理組織学的所見の詳細を解説した。

【第5例】 60歳代、男性。大腸T1(SM)癌 (症例提供: 広島市立安佐市民病院内視鏡内科 嶋田賢次郎)。

主訴は便潜血陽性。読影は高丸 (国立がん研究センター中央病院内視鏡科) と岡 (広島大学病院消化器・代謝内科) が担当した。注腸 X 線造影像では、高丸は、直腸 Ra に大きさ約 10mm 前後の扁平隆起型の上皮性腫瘍を認めると読影した。岡は、病変辺縁が不整であることから上皮性腫瘍で、表面中央に陥凹面と陥凹内隆起を指摘し、肉眼型は 0-IIa+IIc 型とした。側面像では SM 浸潤を示唆する所見はないとコメントした。側面像に関して、斉藤 (市立旭川病院消化器病センター) は、少し変形を認めるが深部浸潤癌の所見ではないと読影した。

通常内視鏡像 (Fig. 5a) にて、高丸は、発赤調の 0-IIa+IIc 病変で陥凹内隆起に硬さがあると思うと述べた。陥凹内隆起の部分は III_L 型様 pit pattern であるが、硬さがあり SM1 癌であろうとした。岡は、肉眼型は 0-IIa+IIc 型で、LST (laterally spreading tumor)-NG (non-granular type), pseudo-depressed type 様の形態であると述べ、空気量の変化で病変の形が少し変形するので、SM 層に粘液成分の存在を考えたいとした。辺縁隆起は非腫瘍、陥凹辺縁は棘状で、陥凹内は III_L～IV 型 pit pattern で一部 V 型 pit pattern であることを指摘した。さらに、粘膜内腫瘍成分が保たれた状態で SM 浸潤しているのではないかと述べ、0-IIa+IIc 型の SM 深部浸潤癌であるとした。指名された松下 (秋田赤十字病院消化器病センター) も同様の意見を述べた。山野 (札幌医科大学医学部消化器内科学講座) は、陥凹内はすべて V_I 型軽度不整 pit pattern であるが、

病変は硬く、粘膜成分の保たれたSM深部浸潤癌でSM層に粘液成分の存在は考えにくいとコメントした。

NBI (narrow band imaging) 拡大像 (**Fig.5b**) では、JNET (the Japan NBI Expert Team) 分類 Type 2B で、vesselの不整を指摘した。岡、松下も同様であると述べた。クリスタルバイオレット染色拡大像では、高丸は、陥凹面はIII_L~IV型 pit patternで、一部Vi型軽度不整 pit patternであると読影した。岡は、陥凹内全体がVi型軽度不整 pit patternであると述べた。山野は、一部はVi型高度不整 pit patternであると読影した。

EUS (endoscopic ultrasonography) 像では、高丸は、第3層が比較的保たれており、SM深部浸潤癌ではないと読影した。岡は、粘液成分は指摘できないが、M/SM境界が不整でSM軽度浸潤であるとコメントした。齊藤は、SM中等度浸潤(深部浸潤)であると読影した。長南(仙台厚生病院消化器内科)も齊藤と同じ意見であると述べた。

病変は、患者と相談のうえ、完全摘除生検としてESD (endoscopic submucosal dissection) が施行された。

病理解説は九嶋(滋賀医科大学臨床検査医学講座) が司会し、金子(広島市立安佐市民病院病理診断科) が担当した。一

部中分化成分を含むが高分化腺癌が主体のSM浸潤癌で、深達度は病変表層から実測し1,521 μ m、陥凹内隆起部分が浸潤部で完全一括切除であると説明した。簇出は軽度で、Ly0、一部にEVG (Elastica-van Gieson) 染色像でV型を疑わせる所見を指摘した。浸潤距離の実測に関しては、粘膜内癌は残っているが、デスミン染色による粘膜筋板の断裂破壊、変形とその部での強い間質反応の存在から表層から実測したと説明を加えた。九嶋は、EVG 染色像でV型を疑わせる所見はないとした。海崎(福井県立病院病理診断科) は、HE 染色で別の場所にV型の所見を指摘し提示した。浸潤度診断に関して、海崎、九嶋、渡辺(PCL JAPAN特別顧問) は筋板の仮想線から実測すると述べたが、八尾隆史(順天堂大学医学部人体病理病態学)、菅井(岩手医科大学医学部病理診断学講座) は大腸癌取扱い規約、大腸癌治療ガイドラインに従い表層から実測すべきである述べた。それに対して、九嶋、渡辺は、表層からと筋板からとの実測値の両方を記載して臨床に返しているとコメントした。最後に、金子から、本例は追加手術がなされたがリンパ節転移は求めなかったとコメントがあった。

(田中)