

早期胃癌研究会

2018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) 福岡山王病院消化器内科

2018年1月度の早期胃癌研究会は1月17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)、小林(福岡山王病院消化器内科)、病理は八尾隆史(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)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」は二村(福岡大学医学部病理学講座)が「画像診断プレゼンテーションの基本手順(基礎編):病理標本の取り扱いとマクロ写真撮影」と題して行った。

【第1例】 60歳代、男性。粘液腺主体に分化を示す胃型粘液形質の低異型度のSM浸潤胃癌の1例(症例提供:伊東市民病院内科 小野田圭佑)。

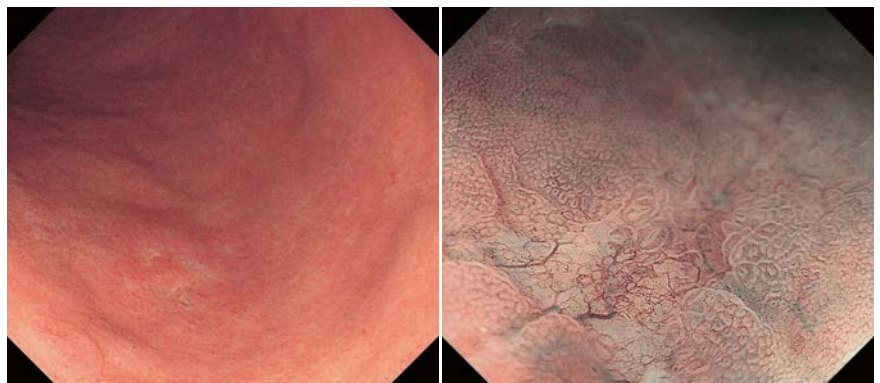
内視鏡像の読影は山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)が担当した。RAC (regular arrangement of collecting venules)陽性で萎縮はなく、*H. pylori* (*Helicobacter pylori*)未感染胃に合致する所見とした。胃体下部大彎に境界不明瞭の淡い発赤調病変を認め、一部に褪色陥凹を伴っていた(Fig.1a)。NBIME

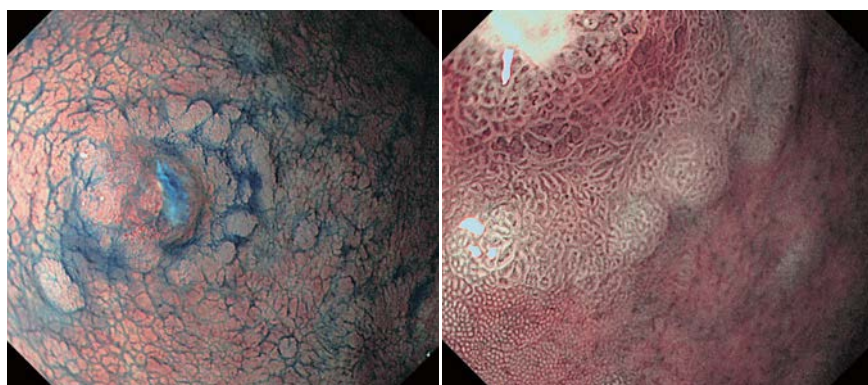
(narrow band imaging with magnifying endoscopy)像(Fig.1b)にて、窩間部は開大しているが、pit様構造が残っており、血管の異型が軽度であり、MALT (mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫や低分化型癌は否定的で、胃底腺型胃癌、深達度はT1a (M)と診断した。癌は褪色域より、やや広い範囲に存在するとして、長南(仙台厚生病院消化器センター)は、*H. pylori*陰性で胃体部大彎の褪色病変で内部に発赤隆起を伴っていることからsignet-ring cell carcinomaと診断した。吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)は表面に微細な凹凸があるので、むしろ胃型の超高分化型癌を疑うとした。

X線造影像の読影は、長浜(千葉徳洲会病院消化器内科)が担当した。周囲の構造とほとんど変わらず、若干のareaの乱れがある程度で、正常粘膜を被った病変とした。小澤(総合犬山中央病院消化器内科)は、陥凹底の凹凸、辺縁のギザギザから、胃底腺型胃癌ではなく、通常分化型癌とした。

生検後の2回目の内視鏡像が提示され、小澤は大小不同

1a 1b





2a 2b

のある均一性のない病変であり、分化型癌が露出していると診断した。また、粘膜下層へ浸潤することから、境界不明瞭な隆起を呈したと読影した。八尾建史(福岡大学筑紫病院内視鏡部)は、未分化型癌と胃底腺型胃癌の鑑別が問題であり、一部にDL (demarcation line)があることが、胃底腺型胃癌に合わないが、粘膜固有層を腫瘍が進展していると読影した。

病理は仲程(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学)が解説した。最終診断は胃型形質の高分化管状腺癌、0-IIc, 18×17mm, T1b-SM1 (250μm), ly0, v0, pHM0, pVM0であった。生検にて胃底腺へ分化した癌と診断し、ESD (endoscopic submucosal dissection) 標本では一部にSM浸潤を伴っていた。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))は低異型度の超高分化型癌で、かつ腫瘍の多くはMUC6陽性であり、幽門腺へ分化した癌と解説した。

最後に内視鏡像と病理像の対比が提示された。インジゴカルミン撒布像でarea模様が不明瞭化していた範囲に一致して癌が存在し、表層は全面的に非腫瘍性上皮で覆われていた。このため、NBI拡大像による範囲診断が困難であったと解説した。

【第2例】 60歳代、男性。perineuriomaの1例(症例提供：佐久医療センター内視鏡内科 高橋亜紀子)。

内視鏡の読影は吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)が担当した。通常内視鏡像では、胃穹窿部に10mm強の褪色调の平坦隆起で、中央に発赤を伴っていたとした(Fig.2a)。NBI (narrow band imaging) 像(Fig.2b)では褪色调で中央にbrownish areaを伴っていたとした。境界明瞭であり、上皮性腫瘍性病変で分化型癌を疑うとした。隆起がなだらかなり、T1b (SM)の可能性も考えられるとした。平澤(仙台厚生病院消化器内科)も分化型癌で、中央部の発赤部は厚みがあることから中央部でT1b (SM)であると診断した。

吉永はNBIME (NBI with magnifying endoscopy)にて周囲

にsmall round pitがあり、背景は胃底腺とした。周囲からなだらかに移行する病変で、中央の発赤部には不整な絨毛様構造があり、褪色部は構造異型が軽度であり、異型度の弱い癌と診断した。平澤は、胃底腺領域に発生した腫瘍で、胃底腺型胃癌を考えた。また、辺縁の白色部分のwhite zoneが均一であり、表層は非腫瘍と診断した。八尾建史(福岡大学筑紫病院内視鏡部)は、通常内視鏡像にて背景の血管透見が褪色部で途切れており、上皮性腫瘍の特徴が現れているとした。light blue crestもWOS (white opaque substance)もなく、VEC (vessels within epithelial circle) pattern陽性であり、胃型の腺窩上皮に近い、超高分化型胃癌とした。

3か月後の2回目のEGD (esophagogastroduodenoscopy) が提示された。吉永が読影を担当し、大きな変化はないが全体的におとなしくなっていたとした。平澤は、指状の構造がはっきりなくなり、管状の不規則な形態となり、全面的に癌が露出しているとした。

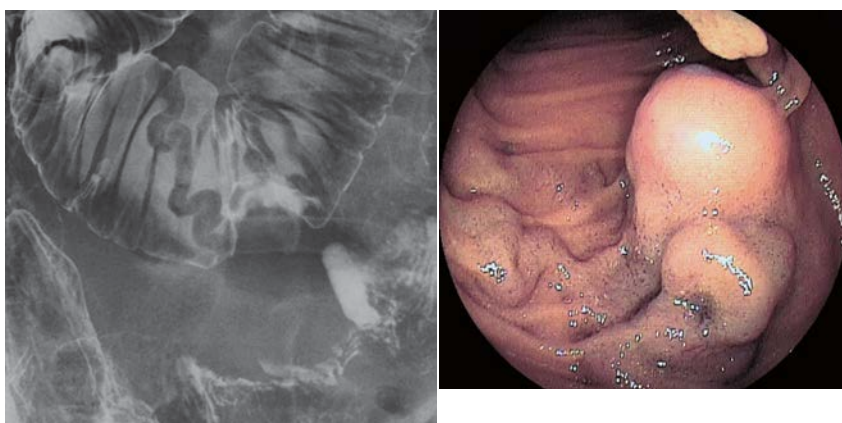
EUS (endoscopic ultrasonography) では粘膜層を主体とする低エコー腫瘍で、一部でSMに浸潤している分化型癌に矛盾しないとした。趙(洛和会丸太町病院消化器内科)は、第1層が均一に認められることから、最表層は非腫瘍であり、癌ではないとした。

最終診断はperineuriomaであった。病理解説は太田(信州大学医学部保健学科検査技術科学)が担当し、まず神経内膜、神経周膜、神経上膜の解剖が解説された。本例は生検にて胞体が不明瞭な紡錘型細胞が間質に存在し、Glut1陽性、CD34陽性、EMA陰性でperineuriomaと診断された。

ESD (endoscopic submucosal dissection) 標本では表面は非腫瘍性上皮だが、間質から粘膜下層へ100μmまで浸潤していた。以上より、perineurioma, T1b-SM1 100μm, ly0, v0, HM0, M0, 14×12mmであった。

最後に内視鏡像と病理像の対比が示された。中央部は粘

3a 3b



膜固有層から最表層近傍にまで perineurioma が存在し、表層は1層の腺窩上皮で覆われていた。周囲の褪色部では腫瘍は粘膜深部を中心に存在し、表層は萎縮のない腺窩上皮で覆われていた。また、腫瘍は辺縁部にいくにしたがって徐々に減少し、背景の軽度萎縮胃底腺に移行していた。このため、褪色領域の境界が不明瞭にみられたと解説した。胃の perineurioma は過去に4例しか報告がなく、貴重な症例であった。

(小山)

【第3例】 60歳代、女性。還流障害による静脈拡張を伴った小腸 GIST の1例(症例提供:戸畑共立病院消化器病センター 武田輝之)。

黒色便、貧血を認め、近医の上下部消化管内視鏡検査では異常なく、小腸精査のため当院に紹介された。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)が読影を担当し、小腸X線造影画像(Fig.3a)では、骨盤内小腸に表面は平滑ながら凹凸結節状を呈する隆起性病変を認め、圧迫像では軽度変形を認め粘膜下に主座を有する病変とした。さらに、周囲から病変部に向かって蛇行した血管様のひだがり認められることから第一に血管性病変(arteriovenous malformation; AVM)を考え、腫瘍とすれば inflammatory fibroid polyp や pyogenic granuloma などと考えたいと読影した。野村(さっぽろ大通り内視鏡クリニック)は、蛇行するひだり様所見を血管とは断定できないため非典型的だが、悪性リンパ腫が疑われるとした。会場から斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は、二重造影像で蛇行するドレーナージベインの性状が見事に描出されているが、大きな結節状隆起を形成した血管性病変であり、AVM(非腫瘍)よりは血管腫(腫瘍)と考えたいとコメントした。一方、蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)は充盈像のX線造影画像は GIST (gastrointestinal stromal tumor) に典型的なV字変形所見で、近接する小腸に圧排様所見(blank space)も認められること、GISTでも周囲血管の拡張所見を伴うことがあり、管外

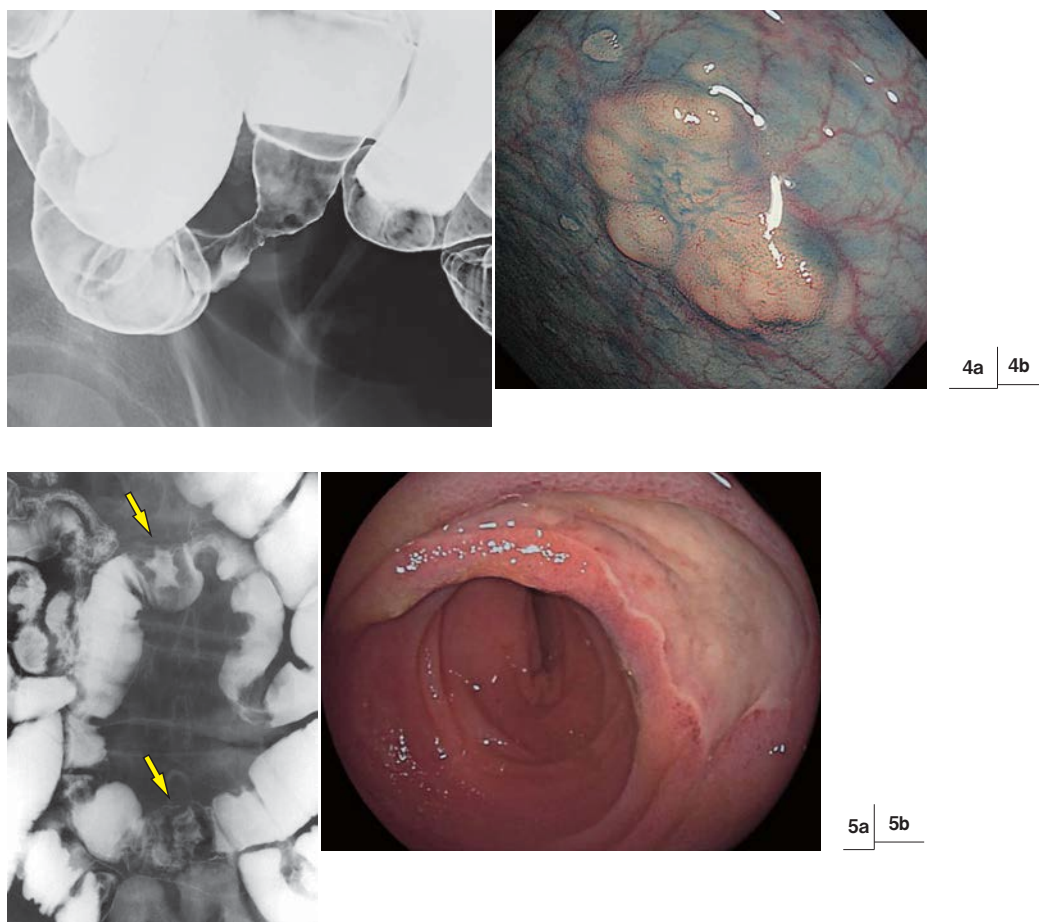
発育優位な GIST と読影した。経口的ダブルバルーン小腸内視鏡像(Fig.3b)では、野村は周囲に青色調の静脈拡張を伴った結節状の粘膜下腫瘍で GIST と診断したが、川崎は鉗子圧迫で硬い印象がないことから GIST は否定的で、X線読影同様に血管性病変(AVM)と読影した。会場から小澤(総合犬山中央病院消化器内科)と趙(洛和会丸太町病院消化器内科)もやはり鉗子圧迫所見から血管性病変としたが、蔵原は GIST でも周囲血管の拡張所見を伴うことがあり、GIST を含む間葉系腫瘍や悪性リンパ腫を考えたいとした。

切除組織の病理解説は森光(戸畑共立病院病理診断科)が担当した。管外発育主体の GIST で、周囲の血管は腫瘍の圧排による還流障害により拡張した静脈であった。

【第4例】 70歳代、男性。小腸に主病巣(濾胞性リンパ腫)を認めた消化管 discordant lymphoma の1例(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)。

腹痛、嘔吐を主訴に受診し、精査のため入院した。佐野村(北摂総合病院消化器内科)が読影を担当し、小腸X線像(Fig.4a)で病変は骨盤内小腸に存在する狭窄病変で、内部にはびらんや一部潰瘍を認めるが癌とするような硬さはなく、病変部に周堤様隆起もないことから悪性リンパ腫を疑うとした。会場から斉藤(市立旭川病院消化器病センター)も、悪性リンパ腫と読影するが、主病変の周辺小腸に濾胞様の微小隆起が描出されていないので、濾胞性リンパ腫は否定的と発言した。これに対し、清水(大阪鉄道病院消化器内科)は、よくみると病変口側辺縁に小隆起があることから濾胞性リンパ腫が疑われると発言した。

経肛門の小腸内視鏡像(狭窄のため病変口側への通過不可)では佐野村は、病変肛門側周囲には濾胞性リンパ腫を示唆する隆起はなく、病変部の潰瘍形成が比較的強いことからT細胞性のリンパ腫と診断した。斉藤と清水は内視鏡像は肛門側病変直近の画像しかなく、X線造影所見からの診断と変



わらないとした。これ以降の提示画像は出題者の川崎が説明したが、主病変以外の肛門側回腸に濾胞様の小隆起が散在し、大腸内視鏡像(色素撒布像, **Fig.4b**)ではS状結腸に10mm大の扁平な粘膜下腫瘍様隆起病変が認められ、さらにPET-CT (positron emission tomography with computed tomography)では全身リンパ節、骨髄への異常集積が確認された。

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。切除された小腸の狭窄病変と回腸の小隆起の生検組織は濾胞性リンパ腫であったが、S状結腸病変はMALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫であった。このように異なる臓器に異なった組織型のリンパ腫が同時多発的に発生するものはdiscordant lymphomaと呼称されるが、極めてまれであり、本例は貴重な1例であった。

【第5例】 70歳代、男性。薬剤(ミコフェノール酸モフェチル:セルセプト®)起因性小腸大腸潰瘍の1例(症例提供:藤田保健衛生大学消化管内科 大森崇史)。

腎移植後の患者で免疫抑制剤などを服用中、血便精査の

ため紹介された。森山(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)が読影を担当し、小腸X線造影像(**Fig.5a**, 矢印)では、回腸に多発する周囲粘膜の隆起を伴う潰瘍性病変を認め、回盲弁部にも狭窄病変が疑われるが、個々の病変は軟らかくリンパ系の腫瘍が疑われるとした。会場から赤松(長野県立信州医療センター内視鏡センター)は免疫抑制剤も服用していることから、悪性度の高い〔濾胞性やMALT (mucosa-associated lymphoid tissue)ではない〕リンパ腫が強く疑われると補足した。一方、蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)はリンパ腫も否定できないが、形態からは悪性黒色腫を第一に考え、さらに転移性腫瘍も鑑別に挙げるべきとした。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は腫瘍以外の炎症性疾患としてアミロイドーシスを鑑別に挙げた。

経肛門のダブルバルーン小腸内視鏡像(**Fig.5b**)で森山は、回盲弁部および回腸に多発する境界明瞭な潰瘍を認めるが、X線造影像でみられた辺縁の浮腫様隆起はなく、潰瘍底は平坦で打ち抜き様であることからリンパ腫のような腫瘍

性病変は否定的で、免疫抑制状態も考慮し、サイトメガロウイルス腸炎と読影した。赤松も内視鏡像からはリンパ腫よりもサイトメガロウイルス腸炎が考えやすいが、T細胞性リンパ腫の可能性も考慮するとし、蔵原は内視鏡像からも悪性黒色腫は否定できず、炎症性疾患としては血管炎関連疾患（結節性動脈周囲炎、腸管 Behçet 病など）も鑑別に挙がるとした。さらに、会場から大川（大阪市立十三市民病院消化器内科）は免疫抑制状態では腸結核でもこのような多発性の打ち抜き様潰瘍を呈することがあると追加コメントした。

病理解説は塚本（藤田保健衛生大学医学部病理診断科）が担当し、各部位の生検組織像について解説した。回腸ではアポトーシスと変性した crypt が認められ、上行結腸病変からも多数のアポトーシス、さらに内視鏡像では正常に見えた結腸の生検組織にも変性した crypt が認められた。最近の海外文献報告の臨床病理学的特徴から薬剤（ミコフェノール酸モフェチル：セルセプト[®]）性消化管障害と診断され、薬剤変更3か月後の内視鏡検査で潰瘍治癒が確認された。本邦ではいまだまれな貴重な症例であった。（小林）