

早期胃癌研究会

2018年11月の例会から

江崎 幹宏¹⁾中島 寛隆²⁾

1) 佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部

2) 早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック

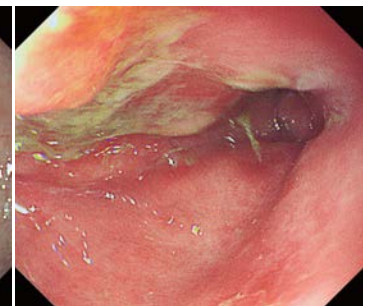
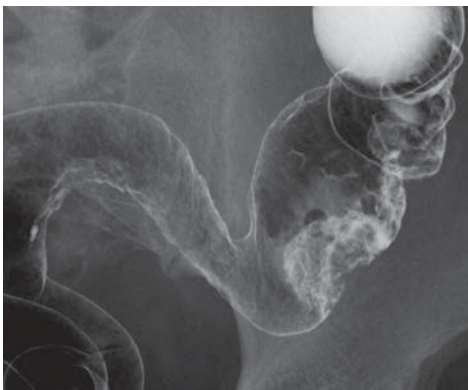
2018年11月の早期胃癌研究会は11月21日(水)に笹川記念会館2F国際会議場で開催された。司会の中島(早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック)、江崎(佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部)、病理は海崎(福井県立病院病理診断科)が担当した。「早期胃癌研究会方式による画像プレゼンテーションの基本と応用」は山野(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)が「画像所見と病理所見の対比法のコツ: 真の対比は切除標本の取扱いにある」と題して行った。

【第1例】 60歳代、女性。腺腫内癌と粘膜下層の脂肪組織増生を伴った神経節性神経腫症(症例提供:九州労災病院消化器内科 西嶋健一)。

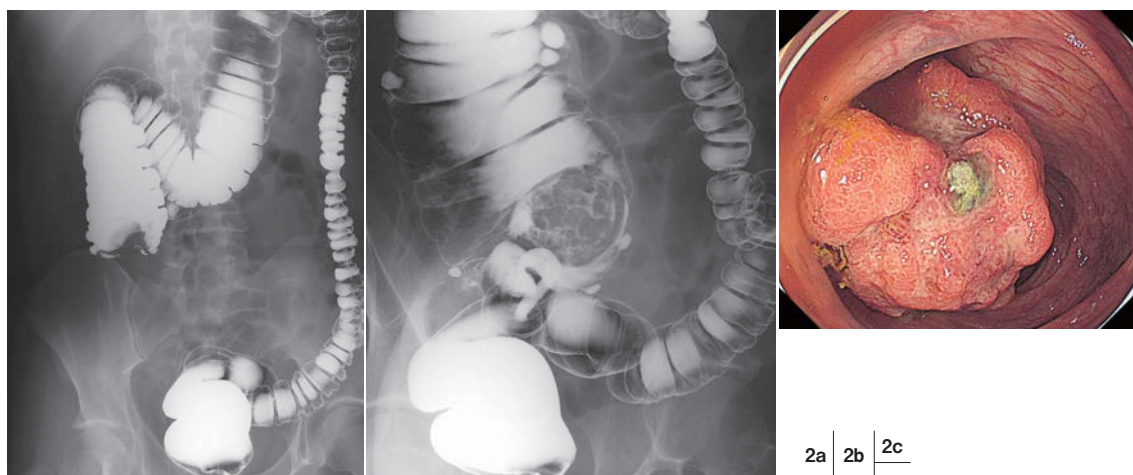
若年時に神経線維腫症1型と診断されており、便潜血陽性にて施行された大腸内視鏡検査で病変が発見された。読影は川崎(岩手医科大学医学部内科学講座消化器内科消化管分野)が担当した。注腸X線造影像では、S状結腸から下行結腸にかけて大小不同の多発隆起を形成する多彩な病変で

あり、基礎疾患を考慮すると神経原性腫瘍を鑑別に挙げるが、顆粒状粘膜を呈する部分もあり、一元的には説明できないと読影した(Fig.1a)。内視鏡像では、口側隆起は絨毛成分を伴った上皮性腫瘍に加え、背景粘膜に炎症性変化を伴うと読影した(Fig.1b)。しかし、肛門側病変については内視鏡所見を加味しても腫瘍性か炎症性か判定困難とした(Fig.1c)。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)、蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)も口側隆起は上皮性腫瘍と考えるが、肛門側の伸展不良部分についてはいずれも腫瘍性か炎症性か判定することは難しいとした。症例提供者から腹腔鏡下S状結腸切除術が施行されたことが報告された。

病理解説は横原(九州労災病院病理診断科)が担当した。下行結腸の粗大隆起のみが腫瘍性病変で腺腫内癌であったが、病変範囲全体にわたり粘膜筋板を挟むようにneurofibromatosisの伸展と粘膜下層に脂肪組織増生を認めたと説明した。江頭(大阪医科大学病理学教室)はこれらの所見に加



1a 1b 1c



えて、非腫瘍性粘膜に慢性炎症に伴う粘膜変化がみられることから、炎症性発癌の可能性も否定できないとコメントした。また、海崎(福井県立病院病理診断科)はneurofibromatosisと脂肪組織増生の範囲が一致していることから両者には関連があると推測されること、脂肪組織増生の目立つ部分が肛門側の壁の厚みあるいは粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様隆起の目立つ部分として画像に反映されたのではないかと追加コメントした。

【第2例】 40歳代、男性。回腸びまん性大細胞B細胞性リンパ腫(症例提供:千葉徳洲会病院消化器内科 宇賀治良平)

人間ドックで便潜血検査陽性と腹部超音波検査の異常を指摘され、下部消化管検査が施行された。読影は佐野村(北摂総合病院消化器内科)が担当した。注腸X線造影画像では、回腸末端に存在する分葉傾向を有する隆起性病変が重積を起こした所見(**Fig.2a,b**)で、病変形態からはIFP(inflammatory fibroid polyp)や悪性リンパ腫などを鑑別に挙げたいと読影した。内視鏡像では潰瘍形成を伴う多結節状隆起の形態(**Fig.2c**)であり、NBI(narrow band imaging)ならびにクリスタルバイオレット染色では上皮には腫瘍性変化は認められず、IFPや悪性リンパ腫よりも過誤腫性ポリープを鑑別に挙げたいと読影した。一方、赤松(長野県立信州医療センター内視鏡センター)は、表面構造は非腫瘍と考えるが、隆起形態の不整さから悪性リンパ腫やneuroendocrine carcinomaなどの悪性腫瘍を考えたいとした。

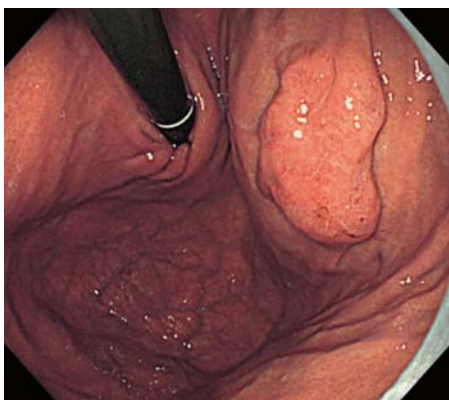
病理解説は二村(福岡大学医学部病理学講座)が担当した。病変は終末回腸の単発性でややくびれを有する潰瘍形成を伴った隆起性病変で、粘膜下層を主体に大型の異型リンパ球が密に増殖していた。これらの腫瘍細胞は前医では濾胞

性リンパ腫とされていたが、CD10(-)であること、MIB-1 labelling index>80%と増殖活性も高く、MUM-1(+)であることなどからもびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と考えるほうが妥当とした。なお、隆起部の潰瘍形成は腸重積の影響もあるが、粘膜固有層にリンパ腫細胞の浸潤が密に浸潤していることから腫瘍発育に伴う潰瘍形成の可能性も推測されるとした。なお、渡辺(PCL JAPAN)は潰瘍底には毛細血管の増生が目立つことから重積の影響を考えるとコメントした。

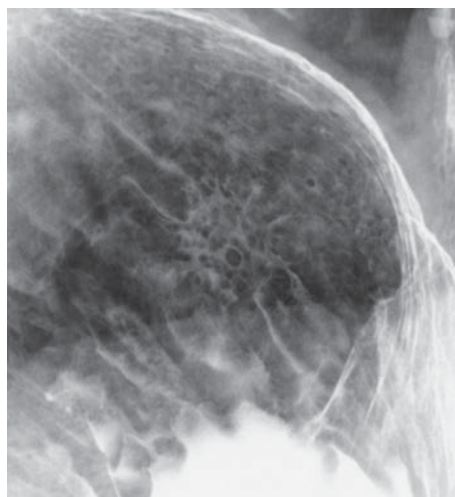
(江崎)

【第3例】 70歳代、男性。まれな形態をとった胃底腺型胃癌(症例提供:がん研有明病院消化器内科 土方一範)。

検診目的の胃X線造影検査を契機に発見された胃穹窿部の隆起性病変である。読影は吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)と長浜(千葉徳洲会病院消化器内科内視鏡センター)が担当した。吉永は胃X線造影像と白色光の内視鏡像(**Fig.3**)から、2~3cmの軟らかい粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様隆起性病変と読み、隆起型早期胃癌と診断した。長浜は腫瘍表面の粘膜像に変化が乏しいことと、背景粘膜が胃底腺領域であることから、胃底腺型胃癌の可能性を指摘した。NBI(narrow band imaging)併用拡大内視鏡像では、吉永がSMT様の増殖成分を有する胃底腺粘膜型胃癌と診断し、長浜は粘膜伸展の所見から、粘膜下異所性胃腺より発生した軟らかい性質の癌が考えられると述べた。これに関連して、入口(東京都がん検診センター消化器内科)は、軟らかいSMT様所見はリンパ球集簇の可能性があると発言した。超音波内視鏡所見は吉永が読影し、隆起性病変の粘膜下に嚢胞状に拡張した腺管の存在を指摘したが、この所見と腫瘍本体との連続性を判定することは難しいと述べた。



▲Fig.3



▲Fig.4

病理解説は河内(がん研有明病院病理部)が担当した。病理診断は胃底腺型腺癌, 0-IIa 型, pT1b2(SM2, 2,000 μ m)。表層部は中～高分化管状腺癌で、胃固有腺細胞に類似した細胞形態であった。一方で腫瘍深部の粘膜下層には嚢胞状の腺管構造がみられ、この部分は拡張した腫瘍腺管と診断した。免疫染色・特殊染色所見は、MUC6(+), HIK1083(-), pepsinogen I(+), MUC5AC(-)で、細胞形質発現所見は胃底腺型腺癌に相当した。臨床画像で読影された腫瘍の軟らかさについて、渡辺(PCL JAPAN)は病変が細胞成分に富む腫瘍であることが理由との意見を述べた。また、小山(佐久医療センター内視鏡内科)は、腫瘍部に相当する粘膜下層の浮腫状変化が臨床画像に反映したものと発言した。

【第4例】 70歳代、女性。H. pylori陰性胃 MALTリンパ腫(症例提供:札幌厚生病院消化器内科 萩原武)。

胃X線検診を契機に発見された病変である。H. pylori(*Helicobacter pylori*)血清抗体は陰性。胃X線造影像で山里(東京都がん検診センター消化器内科)は胃体上部大彎前壁、胃底腺粘膜領域のバリウム陰影斑を中心に読影した。粘膜ひだ中断を伴う約15mmの陥凹性病変で、陥凹内に不揃いな顆粒状の透亮像がみられることから、未分化型早期胃癌の粘膜内病変と診断した(Fig.4)。次に内視鏡像が提示され、症例提供者から関心病変が2病変であると述べた。白色光像で山里は、X線造影像を読影した第1病変について、陥凹境界が周囲粘膜からなだらかに移行していることと、陥凹表面に上皮性腫瘍を思わせる粘膜像やびらん形成がみられない点を指摘した。そして第2病変も第1病変に類似した所見であることを加味し、本症例が胃 MALT (mucosa-associated lymphoid tissue) リンパ腫であると診断した。赤松(長野県立信州医療センター

内視鏡センター)も山里の診断を支持し、H. pylori陰性の胃 MALTリンパ腫が考えられると発言した。小澤(総合犬山中央病院消化器内科)からは、陥凹病変内部に多中心性の粘膜集中像がみられることから胃サルコイドーシスも鑑別に挙がるとの意見が出された。NBI (narrow band imaging) 併用拡大内視鏡像で山里は、微細表面構造は胃底腺の所見が残存していること、微細血管所見に未分化型胃癌の所見がみられないことから MALTリンパ腫に矛盾しない所見と診断した。赤松も微細血管所見に樹枝状血管像がみられることから、MALTリンパ腫の診断を支持した。症例提供者から内視鏡下生検結果が胃 MALTリンパ腫であったと報告された。

病理解説は市原(札幌厚生病院病理診断科)が担当した。生検標本では腫瘍性リンパ球が粘膜固有層に増殖した所見がみられ、免疫染色所見はCD20(+), CD79a(+), Bcl-2(+), CD10(-)を示し、MALTリンパ腫に矛盾のない結果であったと説明した。さらに市原は確定診断の目的で実施した FISH (fluorescence in situ hybridization) で API2 (MALT1) がキメラを検出したことから、本病変の最終診断は H. pylori陰性胃に発生した MALTリンパ腫であるとした。

【第5例】 80歳代、男性。興味深い形態を呈した胃底腺型胃癌(症例提供:徳島県立中央病院消化器内科 高橋幸志)。

心窩部痛精査目的の上部消化管内視鏡検査を契機に発見された約15mmの病変である。長屋(信州大学医学部附属病院消化器内科)は、白色光の内視鏡所見より胃体部の隆起型腫瘍において立ち上がりの性状が急峻な点と頂部に浅い陥凹がみられることから、粘膜下腫瘍様の増殖を示す上皮性腫瘍が考えられると述べた(Fig.5)。吉村(済生会福岡総合病院消化器内科)は、腫瘍頂部の陥凹面と周囲の隆起との間に生



▲ Fig.5

じる高低差に注目し、腫瘍の増殖様式がinverted growth と考えられると発言した。丸山(藤枝市立総合病院消化器内科)は頂部の陥凹表面に腫瘍成分の露出がないことを指摘し、加えて陥凹表面の粘膜所見が不均一にみえるのは被蓋上皮と直下の腫瘍成分の距離が一定でないことが影響していると推測した。続いてNBI (narrow band imaging) 併用拡大内視鏡

像で長屋は、頂部の腫大したvilli 様所見は明らかな上皮性腫瘍を示唆する所見に乏しく、粘膜下の腫瘍成分が被蓋上皮の形態に影響を与えていると読影した。超音波内視鏡像では腫瘍直下に嚢胞状の構造がみられ、inverted growth の増殖様式が考えられた。症例提供者から内視鏡下生検で病変の頂部が欠損したことから、ESD (endoscopic submucosal dissection) で内視鏡治療されたことが報告された。

病理解説は工藤(徳島県立中央病院病理診断科)が担当した。最終病理診断は胃底腺型腺癌, 0-IIa+III 型, pT1b2(SM2, 3,000 μ m)で、免疫組織染色はMUC6(+), MUC5AC(-), pepsinogen I (+)であった。藤田(岩手医科大学医学部病理診断学講座)は、ESD 標本では腫瘍成分が粘膜表面に露出した状態で粘膜下へ浸潤していたが、生検の影響で病変粘膜表層と深部の嚢胞状成分が欠損しており、腫瘍増殖様式の正確な評価は困難と述べた。最後に岩下(福岡大学筑紫病院病理部)と上山(順天堂大学医学部附属順天堂医院消化器内科)が、本症例で胃底腺型胃癌と胃底腺粘膜型胃癌を鑑別するには、初回生検標本を用いて腫瘍表層部をMUC5ACで免疫染色することが有効とコメントした。(中島)