

早期胃癌研究会

2021年6月の例会から

佐野村 誠¹⁾中島 寛隆²⁾

1) 北摂総合病院消化器内科

2) 早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック

2021年6月の早期胃癌研究会は、6月30日(水)にオンラインにて行われた。司会は佐野村(北摂総合病院消化器内科)と中島(早期胃癌検診協会附属茅場町クリニック)、病理を藤原(国立病院機構九州医療センター病理診断科)が担当した。忘れられない1例シリーズのレクチャーでは「バレット食道腺癌」を平澤(仙台厚生病院消化器内科)が担当した。

【第1例】 60歳代、男性。直腸悪性リンパ腫(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫)の1例(症例提供: 藤田医科大学消化器内科 大森崇史)。

前立腺癌の定期CTで直腸の壁肥厚と周囲リンパ節腫大を認めたため、精査を行った。読影は吉田(京都府立医科大学消化器内科)が担当した。

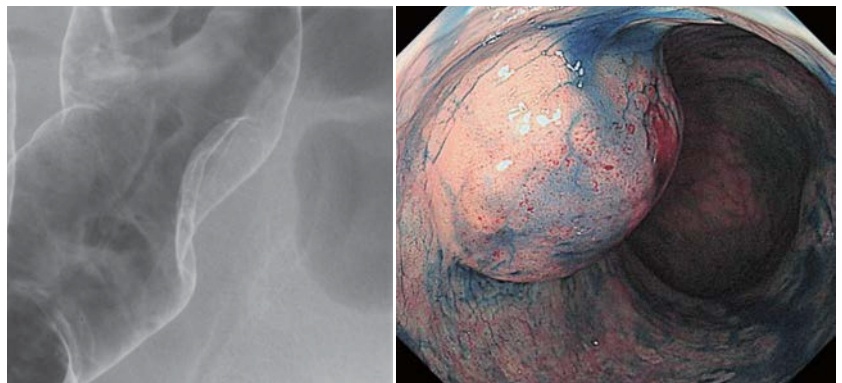
注腸X線造影像(**Fig.1a**)では、直腸S状部(RS)に2cm大の境界明瞭な粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様隆起を認め、表面は平滑であるが、頂部に浅い陥凹を伴っていると読影し、NET(neuroendocrine tumor)、リンパ腫、GIST(gas-

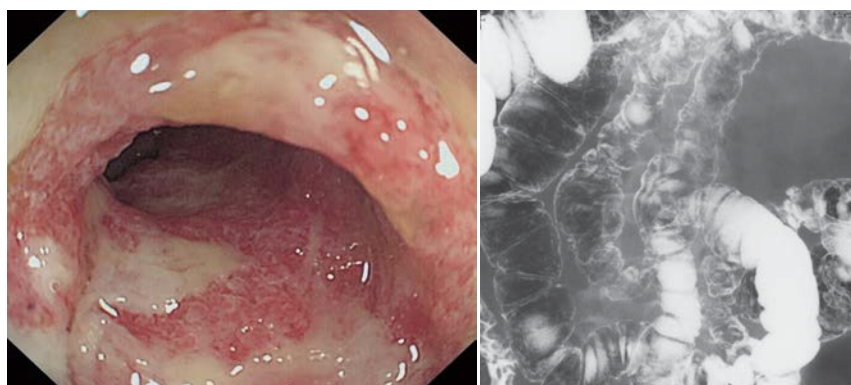
trointestinal stromal tumor)を鑑別診断として挙げた。

大腸内視鏡像[通常観察、インジゴカルミン色素撒布像(**Fig.1b**)]では、2cm大のSMT様隆起を認め、頂部はやや発赤調でほぼ正常粘膜に覆われているとした。また、蛇行した拡張血管が観察され、これは腫瘍血管ではなく二次的な血管拡張であるとした。硬さを有するSMTであることから、第一にGISTを考え、リンパ腫を鑑別として挙げた。病変の主座については、腺管開口部が保たれていることから、粘膜下層以深であるとした。

大腸内視鏡像(NBI拡大像、クリスタルバイオレット染色拡大像)では、正常腺管の間に腫瘍の浸潤所見が観察され、粘膜固有層にも腫瘍の存在が疑われるため、GISTは否定的で、第一にリンパ腫を考えると、潰瘍形成を伴っていないことから、MALT(mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫や濾胞性リンパ腫を考えた。斎藤(がん研究会有明病院下部消化器内科)は、軟らかな病変であり、悪性黒色腫(amelanotic

1a | 1b





2a 2b

melanoma)も鑑別に挙がるとした。江崎(佐賀大学医学部内科学講座消化器内科)は、X線造影像では結節状であることからMALTリンパ腫を考えたが、内視鏡像では丈が高くNETを第一に考えるとコメントした。

超音波内視鏡(endoscopic ultrasonography; EUS)像では、第4層まで達する均一な低エコー腫瘤であり、吉田、江崎ともリンパ腫よりはNETを考えた。全体を通して松本(岩手医科大学内科学講座消化器内科消化管分野)は、軟らかな腫瘤であり、リンパ増殖性疾患が最も考えられるとコメントした。

病理解説は塚本(藤田医科大学病理診断科)が担当した。生検病理組織像にて、核小体が明瞭な大型の核を有する異型細胞がびまん性に増殖し、腫瘍細胞はCD20(+), CD3(-), CD5(-), Bcl-2(-), Bcl-6(+), MUM1(+), Ki-67>90%であり、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma; DLBCL)と診断した。生検病理組織像ではMALTリンパ腫の所見は認めなかった。二村(福岡大学筑紫病院病理診断科)はDLBCLの活性化B細胞型であると追加コメントした。

【第2例】 70歳代、女性。サイトメガロウイルス小腸炎の1例(症例提供:国立病院機構南和歌山医療センター消化器科木下真樹子)。

1週間前から腹痛、下痢、嘔吐の症状が持続し、精査を行った。読影は川崎(九州大学大学院病態機能内科学)が担当した。

上部消化管内視鏡(esophagogastroduodenoscopy; EGD)像では、十二指腸球部から水平部にかけて粘膜萎縮、粗糙粘膜、発赤調の微細顆粒状粘膜と白色絨毛を示しており、T細胞性リンパ腫[単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫(monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma; MEITL)]を考えると、鑑別診断としてWhipple病やセリアック病、AA型アミロイドーシスを挙げた。

下部消化管内視鏡像(終末回腸)では(Fig.2a), 粘膜浮腫

と絨毛萎縮、びらん・潰瘍、腸管の狭小化を認め、MEITLの所見として矛盾しないとした。大川(大阪市立十三市民病院消化器内科)は、終末回腸の所見からはAA型アミロイドーシスを考えるとコメントした。山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)は、非結核性抗酸菌症を鑑別して挙げた。

十二指腸・小腸X線造影像(Fig.2b)で川崎は、全小腸にわたる微細顆粒状粘膜と絨毛萎縮、浮腫、伸展不良所見からMEITLを第一に考えた。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)は、Kerckring皺襞が消失し、浮腫と潰瘍による変形があり、セリアック病にMEITLを合併した病態を考えるとコメントした。

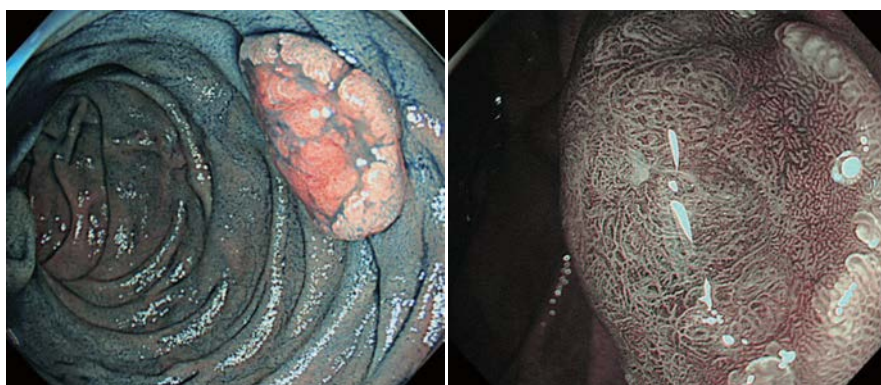
病理解説は藤原(九州医療センター病理診断科)が担当した。回腸粘膜生検5標本、十二指腸粘膜生検1標本にサイトメガロウイルス(cytomegalovirus; CMV)陽性細胞を認めた。海崎(福井県立病院病理診断科)は、回腸粘膜は肉芽組織を伴う急性期の像で、十二指腸粘膜は浮腫状で再生上皮が目立ち慢性期の像であると指摘した。八尾(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学講座)は、CMV感染はあるが原因とは言えず、二次的な感染の可能性についてコメントした。大川、蔵原ともに、臨床経過を踏まえると二次的な感染の可能性もあるがCMV腸炎として矛盾しないとした。(佐野村)

【第3例】 80歳代、女性。SM浸潤を呈した十二指腸Brunner腺癌(症例提供:岐阜県総合医療センター消化器内科入谷壮一)

主訴は心窩部痛。スクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy; EGD)で十二指腸病変を指摘された。読影は平澤(がん研究会有明病院上部消化器内科)と吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)が担当した。

白色光像とインジゴカルミン色素撒布像で平澤は、病変の粘膜下腫瘍(submucosal tumor; SMT)様の立ち上がりと中央部の発赤した陥凹内隆起の所見から、Brunner腺由来の腫瘍

3a 3b



と診断した。吉永は内視鏡所見の捉え方に同意し、加えて鑑別疾患として異所性胃粘膜由来の腫瘍を挙げた (Fig.3a)。

続いて、NBI (narrow band imaging) 拡大像で平澤は、病変の立ち上がりの絨毛状上皮は粘膜固有層深層の腫瘍が表層上皮を押し上げた所見と述べ (Fig.3b)、酢酸撒布後NBI拡大像における中央隆起の微細表面に部分的な腺管構造の不明瞭な所見を認めることを併せて、この病変を Brunner 腺由来の胃型腺癌と予測した。

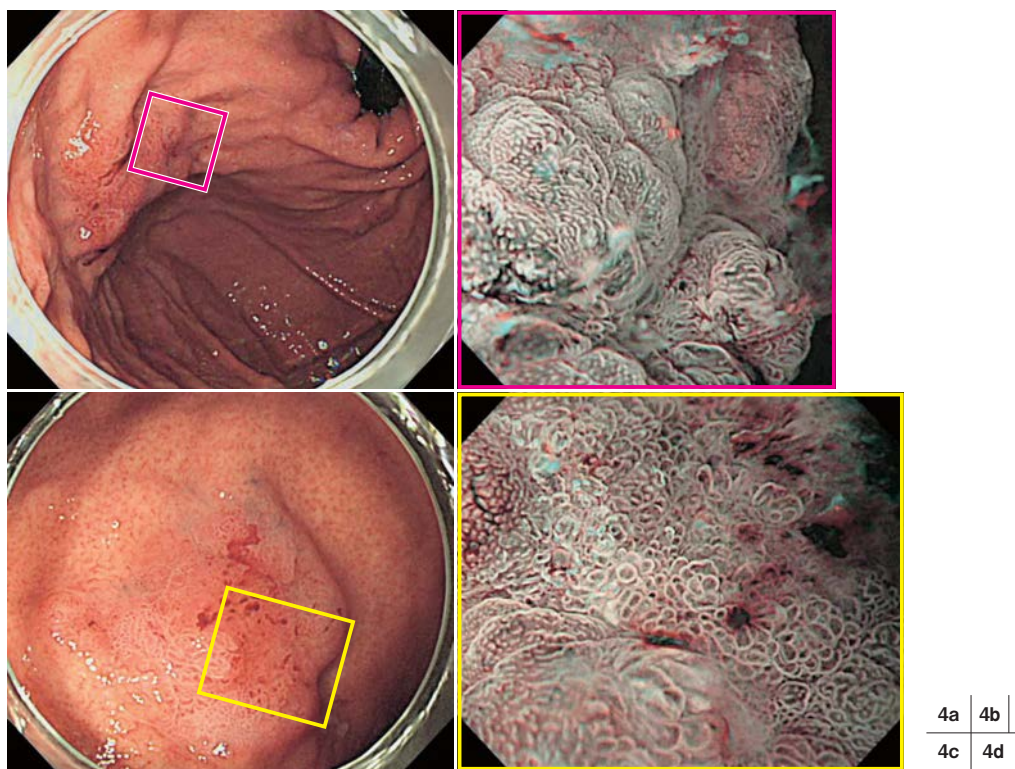
超音波内視鏡 (endoscopic ultrasonography ; EUS) 像で吉永は、腫瘍内部に粘液とみられる嚢胞状無エコー所見を有する Brunner 腺由来または異所性胃粘膜由来の腫瘍であると診断し、深達度に関しては腫瘍エコーによって粘膜下層が途切れる所見は見られないと述べた。

提示施設より外科的全層性局所切除で治療を行ったと報告された後、九嶋〔滋賀医科大学医学部病理学講座 (附属病院病理診断科)〕が病理所見を解説した。最終病理診断は、tubular adenocarcinoma (tub1>pap) gastric-Brunner's gland type pT1b (SM), Ly0, V0, pHM0, pVM0 であり、Brunner 腺由来の腫瘍成分は MUC6 陽性粘液に富む所見であるが、表層は MUC5AC 陽性の粘液形質を示す腺窩上皮への分化を呈した。病変の中央部は、乳頭顆粒状の腫瘍表層部と粘膜下層に分布した Brunner 腺が腫瘍化し膨張性に下方進展した所見 (真の浸潤でない) を示す一方で、口側では管状構造を呈する表層粘膜と腫瘍が間質線維化反応や粘膜筋板の破壊を伴って粘膜下層浸潤する (真の浸潤) 所見が認められた。病理組織学的所見に対して渡辺 (PCL ジャパン病理・細胞診センター) より、腫瘍の抗 pepsinogen 抗体や抗壁細胞抗体の染色性に関する質問があり、九嶋は両者に加えて腸型腫瘍への分化を示す CDX 染色がすべて陰性であったと回答した。病理解説後は提示施設から、十二指腸球部における追加の内視鏡所見として Brunner 腺の過形成が散見されたことが示された。

【第4例】 40歳代、男性。複数病変を伴う低異型度高分化型腺癌の1例 (症例提供: 鹿児島市立病院消化器内科 坂江貴弘)

人間ドックでの上部消化管内視鏡検査 (esophagogastroduodenoscopy ; EGD) を契機に発見された多発の胃病変 (病変1, 2, 3) である。読影は依光 (東京都立がん検診センター消化器内科) と上山 (順天堂大学医学部消化器内科) が担当した。依光は白色光の内視鏡像で、病変1 (胃穹窿部後壁) が胃体上部後壁のなだらかな立ち上がりを呈する約2cmの発赤調隆起で表面に樹枝状に拡張した血管像を認めることと、NBI (narrow band imaging) 像で表面の構造不整がみられることから粘膜下層での増殖を疑う上皮性腫瘍であると述べ、胃底腺粘膜型腺癌と診断した (Fig.4a,b)。上山も依光の読影に同意したが、病変深部の胃底腺型腫瘍に頸部粘液腺や幽門腺など多様な成分が混在した場合には、胃底腺粘膜型腺癌の (病理) 診断に意見が分かれることがあると指摘した。病変2 (胃体上部大彎後壁) について上山は、白色光像にて胃体上部大彎のなだらかな隆起性病変で隆起辺縁に黒点がみられることや、NBI 像で病変の表面に腺窩辺縁上皮 (marginal crypt epithelium ; MCE) が多角形や角張った円形の乳頭状構造を示す所見の存在を指摘し、病変1と同様の胃底腺粘膜型腺癌を考えると読影した (Fig.4c,d)。胃穹窿部前壁の病変3も病変1,2に類似した内視鏡所見であることから、まれではあるが胃底腺 (粘膜) 型腺癌が3病変併存する症例と診断した。

内視鏡像の検討後、胃全摘手術標本の病理所見を九嶋〔滋賀医科大学医学部病理学講座 (附属病院病理診断科)〕が解説した。主病変 (病変1) は胃底腺粘膜を背景とした深達度SSの腺癌で、表層から浸潤深部まで異型の乏しい腺窩上皮類似の不規則な腫瘍増殖が認め、その粘液形質は MUC5AC に陽性を示した。病変2と3も低異型度の腺窩上皮型腺癌で、2病変ともに深達度はSMであった。これらの病理組織学的所見から病理診断は、3病変ともに腺窩上皮型の胃型腺癌



とされた。病理結果に関して八尾(順天堂大学大学院医学研究科人体病理病態学講座)は、病変が低異型度で術前生検で

の悪性診断が困難な場合は、経験値の高い病理機関へコンサルトすべきと述べた。
(中島)