

早期胃癌研究会

2022年2月の例会から

吉村 大輔¹⁾永田 信二²⁾

1) 九州医療センター消化器内科

2) 広島市立北部医療センター安佐市民病院内視鏡内科

2022年2月の早期胃癌研究会は、2月16日(水)にオンラインにて行われた。司会は吉村(九州医療センター消化器内科)と永田(広島市立北部医療センター安佐市民病院内視鏡内科)、病理を下田(東京慈恵会医科大学病理学講座)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「胃限局型若年性ポリープ」を藤原(九州医療センター検査科病理・病理診断科)が担当した。

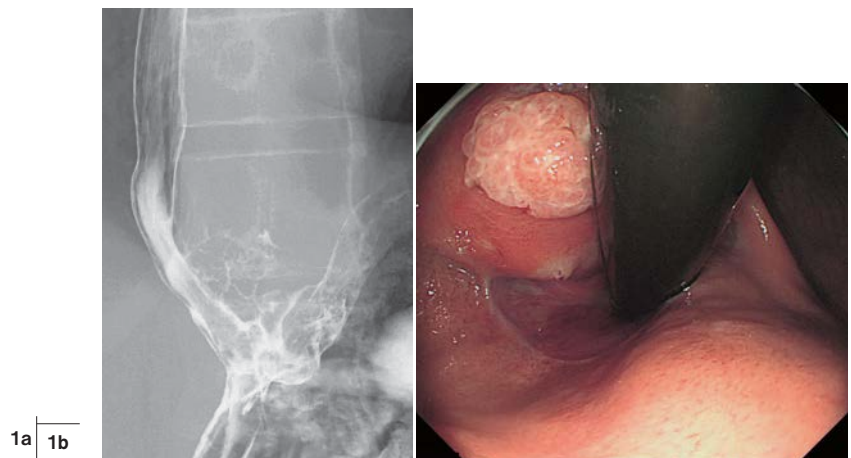
【第1例】 50歳代、女性。内反性発育により胃側に露出した食道扁平上皮癌(症例提供:福岡東医療センター消化器・肝臓内科 藤井宏行)。

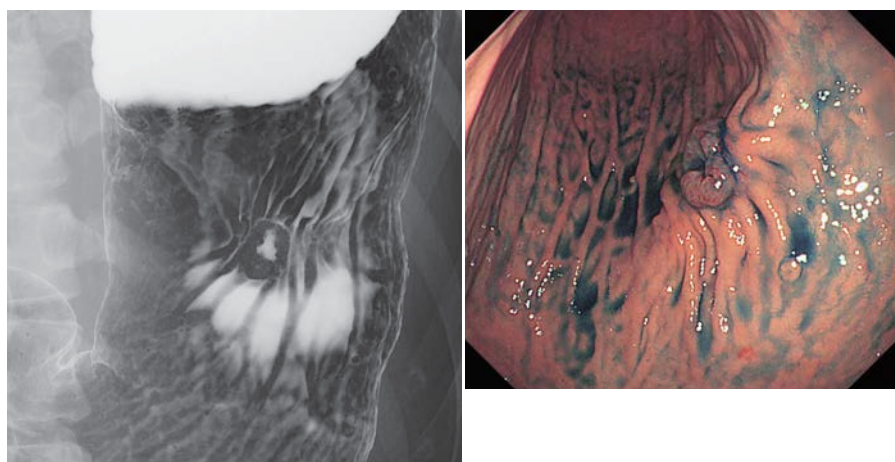
スクリーニング内視鏡検査で腹部食道と胃噴門部に異常所見を認めた。読影は前田(静岡がんセンター内視鏡科)と小田(東京都がん検診センター消化器内科)が担当した。

X線造影像では前田は腹部食道から食道胃接合部の伸

展不良を指摘した。小田は胃噴門部の粘膜下腫瘍様隆起と頂部の不整な凹凸、腹部食道に連続するバリウム斑を追加して指摘し、通過障害がないことから充実性腫瘍と診断し内分泌細胞癌と悪性リンパ腫を鑑別に挙げた(Fig.1a)。

内視鏡像では、前田は腹部食道から胃噴門部の粘膜下腫瘍様隆起および食道側表面の小陥凹と胃側表面の白色結節状隆起を指摘し、特殊型食道癌を挙げた。小田は胃病変の性状から内分泌細胞癌は否定的とした。竹内(長岡赤十字病院消化器内科)は、食道側陥凹内部に白色乳頭状構造とループ状血管を指摘し、低異型度の扁平上皮癌が胃に露出したと読影した(Fig.1b)。NBI(narrow band imaging)拡大像、ヨード染色像では前田、小田とも食道側陥凹内部の病変は扁平上皮癌で特殊型食道癌と読影した。竹内は、胃側の白色調隆起は扁平上皮癌の上方発育で、食道側の陥凹から発生し内





2a 2b

反性に発育し胃側に露出したと読影した。小山(佐久医療センター内視鏡内科)は、食道側の陥凹辺縁と胃側の白色調隆起内部に深い間隙を指摘し、X線造影像での食道胃接合部の陰影欠損像とニッシュは同部からバリウムが入り込んだ像であり進行癌と診断した。生検で扁平上皮癌の所見が得られ、胸部下部食道切除および胃全摘術が施行された。

病理は伴(獨協医科大学埼玉医療センター病理診断科)が解説した。角化が強く乳頭状かつ内反性に増殖をした高分化型扁平上皮癌が食道下部の小陥凹部の上皮から内反性に深部壁内へ浸潤増殖し65×55mm大の粘膜下腫瘍を形成し、口側食道および胃噴門部に穿破したものと診断した(深達度SS+AD, INFa, Ly0, V0, pN0)。まれな形態であったが、X線造影所見と内視鏡所見を総合して組織型と発育形態が診断可能であった。

【第2例】 20歳代、女性。頂部に周堤様隆起を伴った胃Glomus腫瘍(症例提供: 鈴鹿中央総合病院消化器内科 鶴賀聡美)

甲状腺術後のCTで偶発的に胃病変を指摘された。読影は依光(東京都がん検診センター消化器内科)と名和田(仙台厚生病院消化器内科)が担当した。X線造影像では依光、名和田とも、胃体中部後壁の2cm大の潰瘍性病変と周堤様隆起および周囲のひだ集中、側面変形を指摘し、2型進行癌と読影した。斉藤(市立旭川病院消化器病センター)は、背景胃粘膜は*Helicobacter pylori*未感染で胃癌リスクはごく低く、周囲のひだが周堤様隆起の大彎側の顆粒状凹凸にも収束していることから瘢痕を伴うカルチノイドと診断した(Fig.2a)。

内視鏡像では名和田は、X線造影像と同じく進行癌としたが、表面が発赤調で境界明瞭な周堤様隆起が通常と異なるとした。依光は、周堤様隆起の表面構造は過形成とし、周囲に連続する粘膜下腫瘍様の隆起を指摘し、転移性胃癌を鑑別

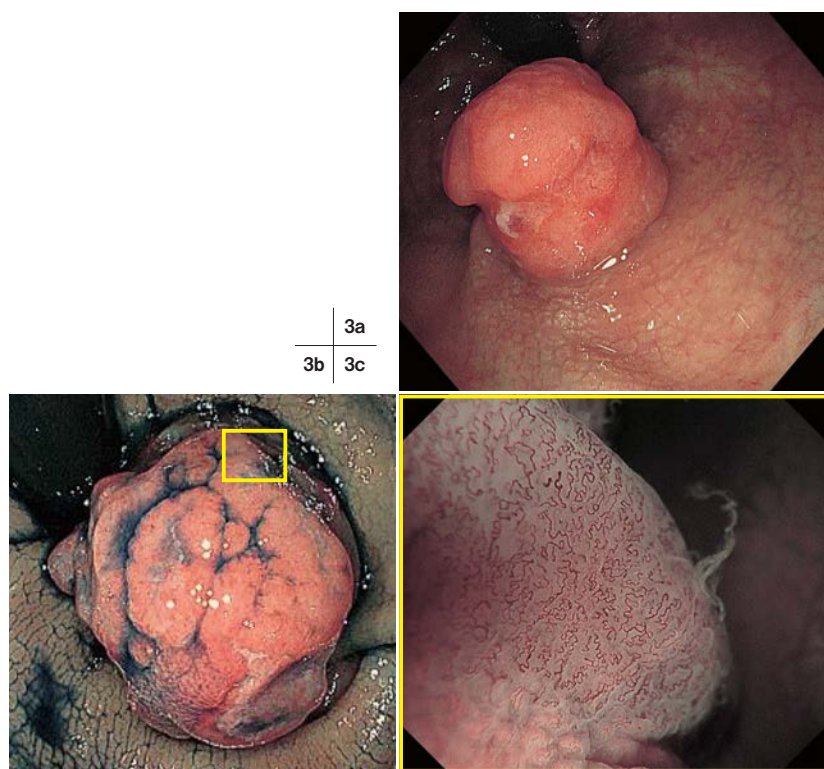
に挙げた(Fig.2b)。斉藤は、粘膜下腫瘍様隆起の立ち上がりはなだらかでカルチノイドは可能性が低いとした。NBI(narrow band imaging)拡大像では周堤様隆起の表面性状について、依光、名和田ともに周囲の胃底腺粘膜との境界が明瞭なvilli様構造から胃型の腺癌とし、周囲の粘膜下腫瘍様隆起と合わせて全体を胃底腺粘膜型胃癌とした。

提示施設より提示された超音波内視鏡像では第4層に連続する紡錘形で内部エコー不均一の腫瘍がみられ、造影CT像では腫瘍は胃壁外に突出し造影早期層から遅延相まで強い造影効果がみられた。超音波内視鏡下穿刺吸引法でGlomus腫瘍と診断され腹腔鏡下胃局所切除術が施行された。

病理は馬場(鈴鹿中央総合病院病理診断科)が解説した。2.6×1.8×1.8cm大のGlomus腫瘍が粘膜下層に深に多彩な間質の増生、線維化と炎症細胞浸潤を伴って胞巣状に発育し、潰瘍部で粘膜面に浸潤し表層に露出していた。潰瘍周囲の周堤様隆起の粘膜は腺窩上皮の過形成であった。渡辺(PCLジャパン病理・細胞診センター)はGlomus腫瘍の進行した病理像であるとコメントした。特徴的な周堤様隆起について提示施設より類似の既報が紹介された。(吉村)

【第3例】 70歳代、女性。直腸無色素性悪性黒色腫(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 赤坂理三郎)。

血便のため前医にてTCS(total colonoscopy)が施行され、直腸病変を指摘された。読影は吉田(京都府立医科大学消化器内科学)が担当した。注腸X線造影像で下部直腸(Rb)に大きさ20mm大の境界明瞭な隆起性病変を認めた。この病変は側面像では立ち上がり急峻な病変として抽出され、表面には凹凸不整を認め、吉田は上皮性腫瘍と診断した。組織型は通常腺癌以外に部位を考慮して扁平上皮癌の可能性も指摘し



た。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)は、病変の立ち上がり
が粘膜下腫瘍(submucosal tumor ; SMT)様で表面にはバリウ
ムの付着むらがあり、頂部には正常粘膜を認めず、また側面像
では大きさの割に軟らかく病変の伸展性は良好であるとした。
鑑別診断として扁平上皮癌、無色素性悪性黒色腫、NEC
(neuroendocrine carcinoma)を挙げ、大きさの割に伸展性がよ
く、軟らかいため通常の直腸癌は否定的で、立ち上がりSMT
様の二段隆起を呈しておりNECを考えるとした。加えて、転
移性腫瘍など特殊な腫瘍の可能性も指摘した。斎藤(市立旭
川病院消化器病センター)は、腫瘍肛門側からひだを認めてお
り、二段隆起のため無色素性悪性黒色腫を考えるとし、鑑別
診断として直腸前壁のためMPS (mucosal prolapse syndrome)
を挙げた。

下部消化管内視鏡像(Fig.3a)で吉田は、Rbに発赤調の
隆起性病変を指摘した。表面は凹凸不整で血管の拡張が目
立つ部分があり、二段隆起を呈しており正常粘膜を認める部
分と腫瘍が露出している部分があると述べた。また、通常の
腺癌のpitは認められないとした。インジゴカルミン色素撒布
像(Fig.3b)では表面凹凸不整が明瞭となり、表面に拡張し
た均一な血管が目立つことを指摘した。腺癌の血管ではないた
め悪性腫瘍を考え、扁平上皮癌、無色素性悪性黒色腫を鑑
別診断に挙げた。一方で、NECは平滑なイメージがあるので

本症例とは異なると指摘し、内視鏡像も注腸X線造影像と同
様に硬い病変とした。蔵原は、注腸X線造影像と同様に硬さ
がない病変で無色素性悪性黒色腫、NECを考え、特殊型の
直腸癌ではないとした。

NBI拡大像(Fig.3c)で吉田は、腫瘍が露出している部分
では血管が密に集簇しており、IPCL (intra-epithelial papillary
capillary loop)様の血管のようにも見え、扁平上皮癌の可能性
もあるとし、通常の腺癌の拡張した血管ではないとした。クリ
スタルバイオレット染色像では、伸展した腺管で腫瘍性の腺
管ではないとした。また、血管パターンから通常の癌ではなく
無色素性悪性黒色腫の可能性もあるとした。蔵原は、IPCL
様のようにも見え、扁平上皮癌、無色素性悪性黒色腫、リン
パ腫も鑑別に挙げると発言した。佐野村(北摂総合病院消化
器内科)は典型的な無色素性悪性黒色腫であると診断した。
surface patternは消失し、血管は一見ループ状に見えるが口
径不同、血管不整は認めず表層に薄皮一枚保った軟らかい
腫瘍であると指摘した。

超音波内視鏡像で吉田は、low echoicで均一な腫瘍で第
3層は途絶、筋層に浸潤しており、無色素性悪性黒色腫、扁
平上皮癌が考えられるとした。

病理は杉本(岩手医科大学医学部病理診断学講座)が解説し
た。腫瘍細胞は上皮性マーカー陰性、melan A, S100, HMB45



陽性、N/C比大、色素は認めず無色素性悪性黒色腫であり、深達度MPに浸潤しリンパ節転移を認めないと診断した。肛門縁から1cm離れたところに隆起性病変があり、腫瘍は辺縁を圧排するように陰窩を残しながら増殖し、メラニン顆粒は認めなかった。河内(がん研究会有明病院病理部)は、腫瘍が露出していると読影された部分は表層から30~50 μ mにかけて毛細血管が豊富な肉芽に覆われており、腫瘍は表面に完全に露出していないと解説した。佐野村が指摘した薄皮一枚とはこの肉芽部分であるとした。山野(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)が通常の血管が残されているのかどうかと質問し、河内は粘膜固有層の反応性に増殖した毛細血管であるとコメントした。

【第4例】 80歳代、男性。S状結腸大腸T1b癌(症例提供：広島市立北部医療センター安佐市民病院内視鏡内科 鳴田賢次郎)。

便潜血陽性にて精査目的の下部消化管内視鏡検査で病変を指摘された。読影は竹内(大阪国際がんセンター消化管内科)が担当した。通常内視鏡像(**Fig.4a**)では大きさ12mm大の表面隆起型病変を認め、中心に発赤の強い厚みのある隆起があり、辺縁に太い血管が目立つとした。境界は明瞭で不整血管を認め、上皮性腫瘍で隆起中央に厚みを伴うためcT1癌と診断した。斎藤(がん研究会有明病院下部消化管内科)は、口

側に過形成性の腫瘍を伴っている可能性があると指摘した。

NBI (narrow band imaging) 拡大像(**Fig.4b,c**)で竹内は、隆起に近い部分ではsurface patternが残存している部分と、隆起の中央では太い血管と走行の乱れを認め、JNET (the Japan NBI Expert Team) 分類Type 3、隆起中央以外はJNET分類Type 2と診断した。

インジゴカルミン色素散布像では、境界は明瞭となり隆起中央以外の部分はpitの残存を、中央部では癌の露出を認め、露出部分はSM癌の露出と指摘した。クリスタルバイオレット染色像では、pitは残存しており粘膜内病変は残存、中央部ではV_N型pit patternを呈し癌の露出を認めるとした。斎藤は、染まりむらがありリンパ濾胞の露出が疑われると指摘した。

超音波内視鏡像で、竹内は第4層は保たれており、第2、3層にかけてlow echoic lesionを認めSM深部浸潤と診断した。蔵原(松山赤十字病院胃腸センター)はリンパ濾胞を形成している腫瘍を考えると指摘した。宮地(昭和大学横浜市北部病院消化器センター)は、I型pitが残存しており、表層の構造が残存していると指摘した。田中(広島大学大学院医系科学研究科内視鏡医学)は、少し粘液が付着しているが、この部分(**Fig.4c**)はpitが残存、開口しているのではなく、血管は断片化しておりJNET分類Type 3と診断した。斎藤は腺管が開口しているとした。鶴田(聖マリア病院消化器内科)は、WOS (white

opaque substance)と説明した。

提示施設の最終診断は読影では指摘されていないが、腫瘍肛門側で粘膜下に透明感を認める部分があり、超音波内視鏡所見を含めて総合的に判断して粘液癌成分を伴ったcT1b癌と診断し、腹腔鏡下外科手術を施行した。

病理は金子(広島市立北部医療センター安佐市民病院病理診断科)が担当した。乳頭状腺癌を主体とする粘膜下層で粘液癌成分を伴ったpT1b癌, Ly1a, V1b, Budding Grade 2と説

明した。粘膜下層の粘液湖内には腫瘍細胞は少なく、ほとんど粘液成分と説明した。表層のびらんを呈した部分では腫瘍細胞は認めず肉芽組織を形成していた。desmin染色では粘膜筋板は断裂しており腫瘍表層から粘液湖最深部まで測定し3,280 μ mであった。藤原(九州医療センター検査科病理・病理診断科)は、粘液湖が粘膜下に圧排性に発育しており、粘液湖周囲は膠原線維で覆われていたため血管構造ではなく浸潤層と診断した。(永田)