

早期胃癌研究会

2022年7月の例会から

佐野村 誠¹⁾上山 浩也²⁾

1) 北摂総合病院消化器内科

2) 順天堂大学医学部消化器内科

2022年7月の早期胃癌研究会は、7月20日(水)にオンラインにて開催された。司会は佐野村(北摂総合病院消化器内科)、上山(順天堂大学医学部消化器内科)、病理は田中(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腫瘍病理)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「心に残る悪性黒色腫の1例」を斎藤(がん研究会有明病院下部消化管内科)が担当した。

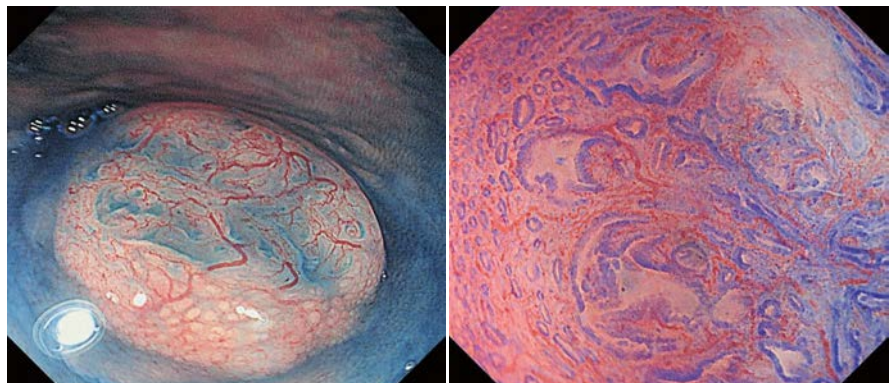
【第1例】70歳代、男性。直腸dome-type carcinomaの1例(症例提供:札幌医科大学医学部消化器内科学講座 吉井新二)。

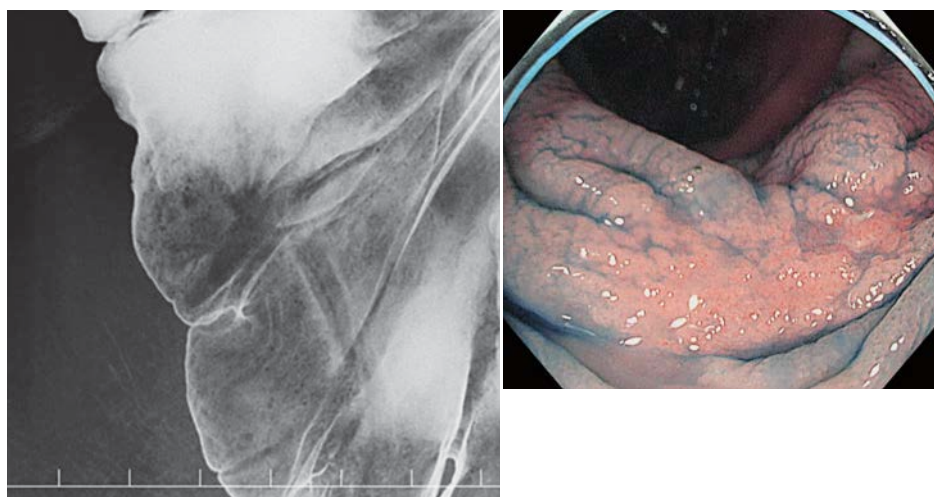
S状結腸癌術後の大腸内視鏡検査にて下部直腸(Rb)に病変を認めたため、精査を行った。読影は山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)が担当した。

大腸内視鏡像(通常観察)では、山崎は、Rbに5mm大の隆起性病変を認め、表層には拡張血管が観察されたとした。また、NBI(narrow band imaging)拡大像にて、立ち上がりは正常粘膜で、中央部はsurface patternが消失し、拡張血管・不整血管

が観察され、上皮腫瘍を示す特殊な低分化腺癌や転移性腫瘍を考えた。川崎(九州大学大学院病態機能内科学)は上皮下に発育する腫瘍として、NET(neuroendocrine tumor)、NEC(neuroendocrine carcinoma)、MALT(mucosa-associated lymphoid tissue)リンパ腫、悪性黒色腫(amelanotic melanoma)、低分化腺癌を鑑別に挙げた。インジゴカルミン色素撒布像(Fig.1a)では、山崎は、中央部に拡張血管とともに腺管構造が観察されたとし、クリスタルバイオレット染色拡大像(Fig.1b)では大小不同の拡張した不整なpitを認めることから、NECの初期像などが考えられるとした。川崎もNECに矛盾しないとし、窩間部は開大しているとコメントした。Endocopy像では、斎藤(がん研究会有明病院下部消化管内科)は異型がそれほど強くない管状腺癌が表層に観察され、窩間部に何らかの細胞浸潤が疑われるとした。超音波内視鏡(endoscopic ultrasonography; EUS)像では、第2,3層を主座とする低エコー腫瘍として描出され、一部高エコー影を伴っていた。

1a | 1b





2a 2b

病理解説は市原(札幌厚生病院病理診断科)が担当した。病変は内視鏡治療が施行され、病理組織学的には高分化型管状腺癌が粘膜下層に浸潤した像〔well differentiated adenocarcinoma, pT1b (SM 2,062 μ m), Ly0, V0, BD1, pHM0, pVM0, ER0〕であるが、間質に著明なリンパ球浸潤を伴っており、いわゆる dome-type carcinoma と呼ばれる特殊型の大腸癌と診断した (EBER-ISH 陰性)。腫瘍腺管は著明に拡張し、内部に好酸性物質が貯留していた。

【第2例】 70歳代、男性。上行結腸 LST-NG の1例 (症例提供: 佐賀大学医学部内科学講座消化器内科 行元崇浩)。

便潜血陽性にて大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に病変を認めたため、精査を行った。読影は竹内(大阪国際がんセンター消化器内科)が担当した。

注腸X線造影像 (Fig.2a) では、上行結腸にひだ集中を伴う 20mm 大の表面隆起型病変 [LST-NG (laterally spreading tumor non-granular type)] を認め、側面像において壁硬化像はなく、粘膜内病変と読影した。斎藤(がん研究会有明病院下部消化器内科)は病変の中央に陥凹を伴っている可能性を指摘した。

大腸内視鏡像 (Fig.2b) では、竹内は、ひだ集中を伴う正色～やや発赤調の丈の低い平坦な病変で深達度は M から一部 SM の可能性があるとした。永田(広島市立北部医療センター安佐市民病院消化器内科)も深達度は M 主体であるとコメントした。クリスタルバイオレット染色拡大像では、竹内は IIIs 型 pit を示しており浸潤癌は否定的で、ひだ集中については LST-NG でしばしば観察される線維化に伴う所見と読影した。永田は腺管の大小不同があるため V_i 型軽度不整と読影した。小澤(総合犬山中央病院消化器内科)は窩間部の開大所見が特徴的であり、上皮下に神経原性腫瘍などが存在する可能性についてコメントした。斎藤はリンパ濾胞によって窩

間部が開大している可能性を指摘した。

症例提示者より、早期大腸癌、0-IIa+IIc (LST-NG, pseudo-depressed type), cT1a として内視鏡的粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection; ESD) を施行したと説明された。

病理解説は芥川(佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部)が担当した。切除病理組織にて、粘膜内の炎症細胞浸潤が目立つ tubular adenoma, high grade と診断した。藤原(九州医療センター病理診断科)は病変中央部の粘膜筋板直下にリンパ濾胞が発達しており、また粘膜下層深部に線維化が存在した可能性を指摘した。(佐野村)

【第3例】 70歳代、女性。乳癌の胃転移 (症例提供: JA 北海道厚生連札幌厚生病院胃腸内科 萩原武)。

貧血精査目的の上部消化管内視鏡検査 (esophagogastroduodenoscopy; EGD) にて、胃病変を指摘された。既往として乳癌術後 (計2回) がある。読影は吉永(国立がん研究センター中央病院内視鏡科)が担当した。胃X線造影像 (Fig.3a) では、胃体中部小彎に約 20mm 大の周囲に隆起を伴う陥凹性病変であり、上皮性腫瘍の中でも胃癌を考えると読影した。深達度は 0-IIa+IIc 型病変と考えれば、SM 癌もありうると述べた。

続いて内視鏡像 (Fig.3b) は、背景粘膜は *H. pylori* (*Helicobacter pylori*) 未感染の胃粘膜と考え、胃体中部小彎後壁に 20mm 大の中心に陥凹を伴う粘膜下腫瘍 (submucosal tumor; SMT) 様病変を認めると述べた。周囲の立ち上がり部分の表層は非腫瘍性上皮であり SMT 様病変と考え、中心の陥凹部には上皮性腫瘍性変化は乏しく、形態から通常の delle を伴う SMT ではなく特殊な胃腫瘍を考え、乳癌の既往もあるため、乳癌の胃転移を考えると読影した。また、鑑別として SMT 様の胃癌を挙げると述べた。渡辺 (PCL ジャパン病理・細胞診センター) より病変の局在 (深達度) についての質問があり、吉永は、



3a 3b 3c

周囲の隆起部分はSM以深、中心の陥凹部は粘膜固有層の表層～深層と返答した。

NBI (narrow band imaging) 拡大像 (Fig.3c) では、周囲の隆起部分には腺管開口部の開大、陥凹部には窩間部の開大を認め、ともに非腫瘍と考えるが、陥凹部の一部にはabsent MS patternとirregular MV patternの領域を認め、血管の形態から未分化型胃癌様の血管構造であると読影した。さらに、鑑別としては胃NET (neuroendocrine tumor) も挙げられると述べた。山崎 (岐阜県総合医療センター消化器内科) も乳癌の中でも小葉癌の胃転移の場合、未分化型胃癌のような血管を示すことがあり、乳癌の胃転移に矛盾しないと述べた。

症例提示者より臨床経過の追加説明があり、超音波内視鏡検査 (endoscopic ultrasonography ; EUS) では粘膜層から粘膜下層にかけて低エコー腫瘍を認め、前医の生検で胃底腺型胃癌と診断された経緯もあり、術前診断は胃底腺型胃癌が疑われたため、診断的治療目的に内視鏡的粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection ; ESD) を施行したと説明された。

病理解説は市原 (札幌厚生病院病理診断科) が担当した。病理診断は乳癌の胃転移 (浸潤性乳管癌) であった。深達度は粘膜固有層中層～粘膜下層深部 (固有筋層近傍) まで浸潤しており、大部分の表層は非腫瘍性上皮で覆われており、陥凹部の一部は表層上皮直下に腫瘍が存在していた。免疫組織化学染色では、ER, PgR, GATA3, E-cadherinが陽性で、乳癌、浸潤性乳管癌と診断された。市原は、ESDより1年10か月前に治療された乳癌の病理組織は、今回の病変と同じ浸潤性乳管癌であり、免疫組織化学染色の結果も同様であったことから、このときの乳癌の胃転移である可能性が高いと述べた。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)) より生検検体にて、未分化型胃癌、胃底腺型腺癌、胃NET、乳癌の胃転移の鑑別は困難なことがあるため、臨床

情報の共有が正確な診断には重要であると述べた。

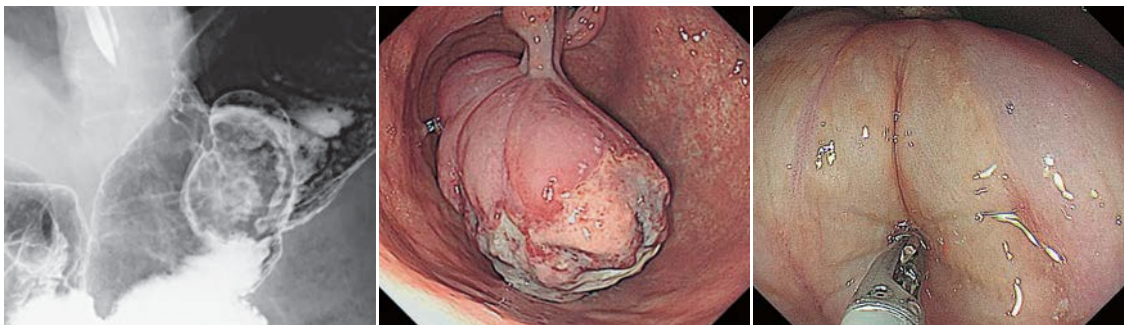
【第4例】 70歳代、男性。高分化型脂肪肉腫 (症例提供：広島大学病院内視鏡診療科 小刀崇弘)。

貧血精査目的の上部消化管内視鏡検査 (esophagogastroduodenoscopy ; EGD) にて、胃内に径10cm大の病変を指摘された。読影は北村 (市立奈良病院消化器肝臓病センター消化器内科)、平澤 (仙台厚生病院消化器内科) が担当した。胃X線造影像 (Fig.4a) では、北村は胃上部に可動性のある約10cm大の隆起性病変があり、表面には凹凸があることからびらんを伴い、SCJ (squamo columnar junction) から茎を伴いながら発生しているように見えると読影した。また、通常の胃癌食道癌ではなく、癌肉腫などの特殊型腫瘍を考えると述べた。平澤は鑑別として、癌肉腫、メラノーマ、神経内分泌癌、IFP (inflammatory fibroid polyp)、pyogenic granulomaなども挙げられると述べた。小澤 (総合犬山中央病院消化器内科) は噴門部より発生したHIP (hamartomatous inverted polyp) も鑑別に挙げられると述べた。

内視鏡像 (Fig.4b,c) では、北村は有茎性の巨大な病変で、頂部は広範な潰瘍形成あり、基部を含む大部分は扁平上皮で覆われており食道を発生母地とする病変であると読影した。さらに、頂部の潰瘍辺縁は扁平上皮であり、軟らかい腫瘍であるが、癌肉腫、メラノーマが鑑別として挙げられると述べた。平澤は頂部の潰瘍は血流障害によるものと考えられ、病変内に上皮性腫瘍成分を認めないため癌肉腫は考えにくく、形態からfibrovascular polypを考えたいが発生部位が合わないとして述べた。

インジゴカルミン色素撒布像、ヨード染色像、NBI (narrow band imaging) 像においても同様の所見であり、新たな所見は認めなかった。小澤はNBI像において基部と腫瘍部の色調の違いが、腫瘍の鑑別をするうえで重要な所見であると述べた。

症例提示者より臨床経過の追加説明があり、超音波内



4a | 4b | 4c

視鏡検査 (endoscopic ultrasonography ; EUS) では内部は低エコー～無エコーの腫瘤であり, CTではリンパ節転移や他臓器転移は認めず, 生検では SCC (squamous cell carcinoma) と診断された。また, 食道表在癌 (特殊型), SM 深部浸潤と判断されたが, PS は 3 と全身状態が不良であったことから, 姑息的手術目的に内視鏡的粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection ; ESD) を施行し, 検体回収に LECS (laparoscopy and endoscopy cooperative surgery) の手法を用いたと説明された。

病理解説は田中 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腫瘍病理) が担当した。病理診断は高分化型脂肪肉腫 (以前は, fibrovascular polyp と呼称されていた) であった。表層は重層扁

平上皮がある部位と上皮成分のないびらんの領域があり, 深部の腫瘍部には上皮性腫瘍成分は認めず, 間葉系性格を有した紡錘形ないしは多形性腫瘍細胞の増殖を認め, 免疫組織化学染色では, MDM2 陽性, p53 過剰発現あり, 高分化型脂肪肉腫と診断された。河内 (がん研究会有明病院病理部) は, 2000 年代に fibrovascular polyp のほとんどが脂肪肉腫である可能性が報告されており, 現在では免疫組織化学染色 (CDK4, MDM2) + FISH (fluorescence *in situ* hybridization) 法 (MDM2 遺伝子増幅) で脂肪肉腫の確定診断を行う必要があると述べた。 (上山)