

## 早期胃癌研究会

## 2024年3月の例会から

佐野村 誠<sup>1)</sup>山崎 健路<sup>2)</sup>

1) 北摂総合病院消化器内科

2) 岐阜県総合医療センター消化器内科

2024年3月の早期胃癌研究会は、2024年3月13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)と山崎(岐阜県総合医療センター消化器内科)、病理は下田(東京慈恵会医科大学病理学講座)が担当した。表彰式(2023年早期胃癌研究会年間最優秀症例賞)とレクチャーでは「胃体部の萎縮が目立たず、ポリポースとの鑑別が問題となった自己免疫性胃炎の1例」を水江(松山赤十字病院胃腸センター)が担当した。

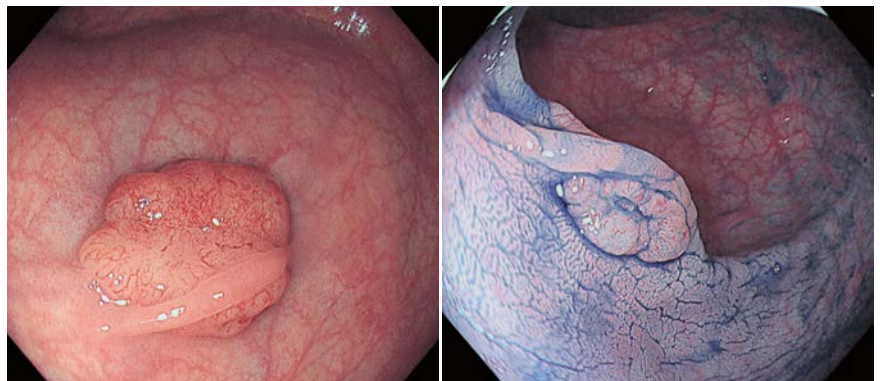
**【第1例】** 70歳代、男性。mucosal tagを伴った直腸SM深部浸潤癌の1例(症例提供:近畿大学医学部消化器内科永井知行)

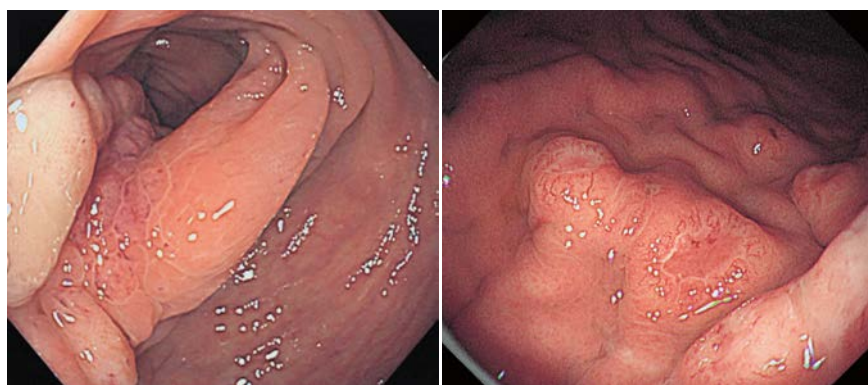
心窩部不快感にて大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸S状部(RS)に病変を認めたため、精査を行った。読影は吉井(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)が担当した。大腸内視鏡像(白色光像:Fig.1a, インジゴカルミン色素散布像:Fig.1b)では、表面に拡張した不整な血管が目立つ早期大

腸癌であり、正常粘膜の表面構造を示す mucosal tag (粘膜紐)を伴っていると読影した。背景粘膜には炎症がみられず、mucosal tagの成因については不明とした。川崎(九州大学大学院医学研究院病態機能内科学)は慢性炎症の寛解期に発生した mucosal tagの下に腫瘍が発生した可能性を指摘した。また上皮性腫瘍と非上皮性腫瘍の衝突の可能性についても言及した。NBI (narrow band imaging) 拡大像、クリスタルバイオレット染色拡大像では、吉井は粘膜筋板が保たれたSM軽度浸潤癌とし、mucosal tagの下に発生した腫瘍を考えた。川崎は慢性炎症を背景とした特殊な上皮性腫瘍であり、低分化腺癌などを伴っている可能性をコメントした。超音波内視鏡像(endoscopic ultrasonography; EUS)では、腫瘍により第3層が途絶して第4層の肥厚を認めており、SM深部浸潤癌から筋層浸潤の術前診断にて外科的切除が施行された。

病理解説は筑後(近畿大学病院病理診断科)が担当した。病理組織学的に背景粘膜に慢性炎症の所見はなく、粘膜下

1a 1b





層深部に浸潤した中分化型管状腺癌とした〔adenocarcinoma (tub2), pT1b (2mm), INFb, Ly0, V0, BD2, Pn0, PM0, DM0, pN0, R0〕。田中〔岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病理学腫瘍病理〕は、切片上はmucosal tagとは断定できず、衝突癌の可能性も否定できないとした。腫瘍発生と発育進展様式を含めて特異な形態を示した大腸癌であった。

**【第2例】** 10歳代，男児。遺伝性びまん性胃癌の大腸転移の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）

腹痛，便秘のため大腸内視鏡検査を施行したところ，横行結腸に病変を認めた。読影は竹内（群馬大学医学部附属病院光学医療診療部）が担当した。

前医の大腸内視鏡像（Fig.2a）では，炎症が繰り返されたことによる，引きつれを伴った粘膜下の腫瘍が考えられ，成人であれば表層への露出がわずかな粘膜下腫瘍（submucosal tumor；SMT）様の大腸癌が考慮されるとした。斉藤（くにもと病院消化器病センター）は形態からアクトノマイコース（放線菌症）が鑑別に挙げるとコメントした。初回検査から3週間後の大腸内視鏡像では，竹内は狭窄が進行しているが，表層の顆粒状の粘膜は保たれており，粘膜下に発育した大腸癌が考えられるとした。池上（松山赤十字病院胃腸センター）は脂肪織炎などの炎症性疾患の可能性を指摘した。蔵原（松山赤十字病院胃腸センター）は顆粒状粘膜の形態からリンパ腫を鑑別に挙げた。続いて，上部消化管内視鏡検査（esophagogastroduodenoscopy；EGD，Fig.2b）と上部消化管X線造影検査の画像が提示された。池上は胃に多発するびらん，ひだの腫大を認め，胃の炎症性疾患が考えられるとした。蔵原は胃の伸展不良所見などから進行胃癌の像であり，大腸への播種性転移であるとした。

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。大腸生検病理組織像では粘膜上皮に異型はなく，粘膜固有層に印環細胞を伴った異型細胞の増殖を認め，

胃型の粘液形質を有していた。胃生検病理組織像では印環細胞を伴う異型細胞の充実性増殖を認めた。以上より，原発性胃癌・大腸転移と診断された。河内（がん研究会有明病院病理部）も胃原発の腺癌であり，大腸病変は播種巣からの浸潤とした。本症例は2年前に *Helicobacter pylori* 除菌療法が施行されており，今回，遺伝性びまん性胃癌（*de novo* 発癌）と診断された。

（佐野村）

**【第3例】** 40歳代，男性。carcinoma in the Barrett's esophagus, mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm（症例提供：島根大学医学部附属病院消化器内科 岸本健一）

近医で逆流性食道炎の加療中に病変が指摘された。読影は北村（市立奈良病院消化器内科）が担当した。白色光像ではSCJ（squamo columnar junction）の口側に発赤陥凹病変，などらかな立ち上がり呈する隆起病変を指摘した（Fig.3）。扁平上皮下伸展を伴うBarrett腺癌もしくは食道胃接合部癌と診断した。NBI拡大像では発赤陥凹部は日本食道学会拡大内視鏡分類（JES-BE分類）で，血管パターンがnet/irregularで分化型腺癌と診断した。隆起部や肛門側の扁平上皮に覆われた領域には扁平上皮下伸展を示唆する小孔やWGA（white globe appearance）様の所見を指摘した。酢酸散布下でのNBI拡大像では，陥凹域の粘膜パターンが明瞭となりpit/irregularを呈し，小孔も明瞭となった（Fig.4）。隆起部の伸展は比較的保たれており，DMM（deep muscularis mucosae）までの深達度と診断した。高橋（佐久医療センター内視鏡内科）は隆起部がSMT様の形態を呈し，やや目立つためSM浸潤の可能性を指摘した。竹内（長岡赤十字病院消化器内科）は，深達度に関して，隆起部のサイズ・立ち上がりが比較的急峻であることから，DMMまでの深達度と診断した。また腫瘍が扁平上皮下伸展した際のSECN（subepithelial capillary network）様所見についても言及した。内視鏡的粘膜下層剝離術（endoscopic submucosal dissection；ESD）が施行された。

病理解説は片岡（島根大学医学部器官病理学）が担当した。

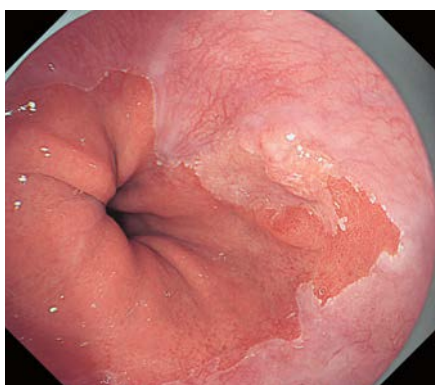


Fig.3



Fig.4

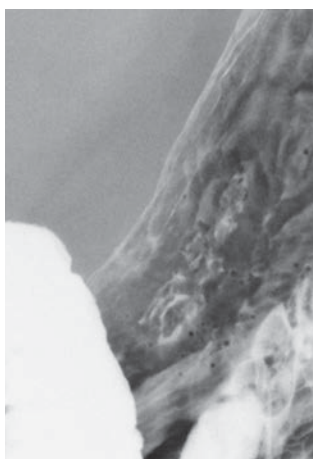


Fig.5

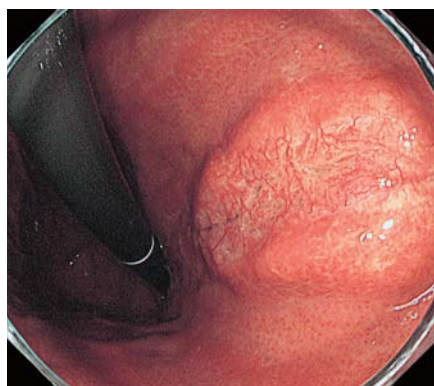


Fig.6

SSBE (short segment Barrett's esophagus)を背景に分化型腺癌の領域と神経内分泌細胞癌が併存したMiNENs (mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasms)と診断した。腺癌とNEC (neuroendocrine carcinoma)が“衝突癌”か、関連している病変なのかは判断が難しいとコメントした。深達度はSM1であったが、隆起部ではDMMにとどまっていた。扁平上皮下伸展する領域において小孔所見を反映した腺癌の表層への露出が認められ、WGA様所見の部位に一致して拡張した腫瘍腺管が認められた。NECが分布する領域の扁平上皮下にSECNを反映するような血管所見の有無について竹内がコメントしたが、病理組織学的には血管の対比を示すことは困難であった。平澤(松園第二病院消化器内科)は内視鏡所見でNECの分布領域には小孔の分布が周囲に比して極端少なかったことを言及し、振り返ると腺癌とは異なる病変の存在を想定できたのではないかとコメントした。最後に症例提示者から内視鏡像と病理組織像の詳細な対比がなされ、ESD後CRT (chemoradiotherapy)が追加されたことが報告された。

【第4例】 50歳代、女性。異所性腺(症例提供:佐賀県医療センター好生館消化器内科 富永直之)

スクリーニング目的でEGDが施行された。読影は鳥谷(岩手医科大学消化器内科)が担当した。透視では胃体部小彎後壁寄りに4cmほどの陥凹を有する隆起病変を指摘した(Fig.5)。隆起の立ち上がりは比較的明瞭で、病変中央には不整なバリウム斑が拡がり上皮性腫瘍を疑った。側面像では引きつれ所見を認めなかった。EGD (白色光)像では上皮下腫瘍様の立ち上がりを呈する陥凹を有する隆起病変で、陥凹部にはひび割れ状・溝状・円形の開口部様所見が認められた(Fig.6)。開口部周囲には絨毛状の粘膜模様が認められるとし、胃型形質を呈する上皮性腫瘍と診断した。透視の所見もあわせて軟らかい病変ではないかとコメントした。吉永(東京都がん検診センター消化器内科)は異所性胃腺由来の病変・胃底腺型腫瘍を鑑別として挙げた。NBI拡大像では鳥谷は上皮内に血管が分布する大小不同の粘膜模様を指摘し、胃型形質を呈する腫瘍として矛盾しない所見と読影した。吉村(九州医療センター消

化器内科)は深い溝状陥凹の周囲に丈の高い腺窩上皮構造が分布すると読影し、病変全体のボリュームを認めることから、胃底腺粘膜型腺癌が考えられるとした。提示施設からEUS所見の解説がされ、第3、4層の肥厚所見・内部には高輝度のエコー所見が点在していた。第3層と第4層の境界は不明瞭であった。陥凹部での生検で膵腺房組織・導管様組織を疑う所見が認められ、異所性膵が疑われた。診断的治療としてESDが施行された。

病理解説は森(佐賀県医療センター好生館病理診断科)が担当した。内視鏡所見と病理組織学的所見の対比が困難な症例であったが、切除検体では肥厚した筋組織が粘膜下層を中心に認められた。溝状部分・円形開口部様所見の表層は

MUC5AC陽性の腺窩上皮に被覆され、深部には腺房組織・導管様所見が認められた。腺房組織は粘膜内にまで及んでいる領域も認めた。粘膜深部には細胞質粘液が豊富なMUC6陽性の幽門腺・Brunner腺様の組織が分布していた。腺房細胞はBcl-10に陽性かつMUC6にも陽性となり非典型的な染色態度を呈した。HE染色像では明らかなLangerhans島細胞は認められなかったが、クロモグラニンA染色で陽性となる所見がわずかに観察された。発生学的には前腸組織から胃と膵が分離する。提示施設から本症例の異所性膵が非典型的な染色態度を呈する原因の一つとして、未熟な膵組織を反映している可能性が考えられるとのコメントがあった。(山崎)