

## 第6回長野拡大内視鏡研究会 症例検討まとめ

司会：諏訪赤十字病院 太田裕志、佐久総合病院 篠原知明

病理コメンテーター：下田忠和、太田浩良、塩澤哲

症例1：

症例提示：新潟大学 竹内 学

読影：濱本英剛（仙台厚生病院）が担当した。

白色光：HP陰性。多発する胃底腺ポリープと委縮のない粘膜の中に白色調で中央がやや陥凹した扁平隆起。境界は明瞭。インジゴ：陥凹部はやや委縮粘膜様に見えるため異型度が高いとみられる。NBI：White zoneが明瞭なところが多いが、融合合体し厚みが増し、不明瞭化し、走行性が不均一である。FAPに合併した腫瘍で、腺腫よりは、悪性病変／分化型腺癌を考えたい。

川村(仙台市立病院)は、白色光観察では、上皮の構造が保たれている。腺腫または腺窩上皮の過形成と思われたが、NBIでWhite zoneの幅が厚く、幅や構造の不規則性が高いため、腺窩上皮型の腺癌／早期胃癌と考える。

岩屋(長野市民病院)は、Volume感がある。胃底腺腺窩の非常に分化した胃底腺型胃癌と考えたい。

八木(新潟県立吉田病院)は、構造異型が多彩で領域を持っているので腫瘍で、White zoneの幅の厚みから、細胞は非常に分化し異型は弱い、構造異型は高度と判断。胃底腺型胃癌では胃底腺を置換する形で癌化してゆき、表層の腺か上皮は非癌である。胃底腺型分化癌と考える。

山野(秋田赤十字病院)大腸でいう花卉状発育に見える。花卉と花卉の間に切れ込みが入っている。平坦な病変の一部が異型度を増して低くなったのではなく、中央から側方に伸びることで花卉を形成しているのでは。

病変はESDにて一括切除され、Adenocarcinoma (tub1, low grade, gastric-type) (M), ly (-), v (-), pHM0, pVM0, 0-IIa, 15x12 mm, U, Ant-Gre と診断された。

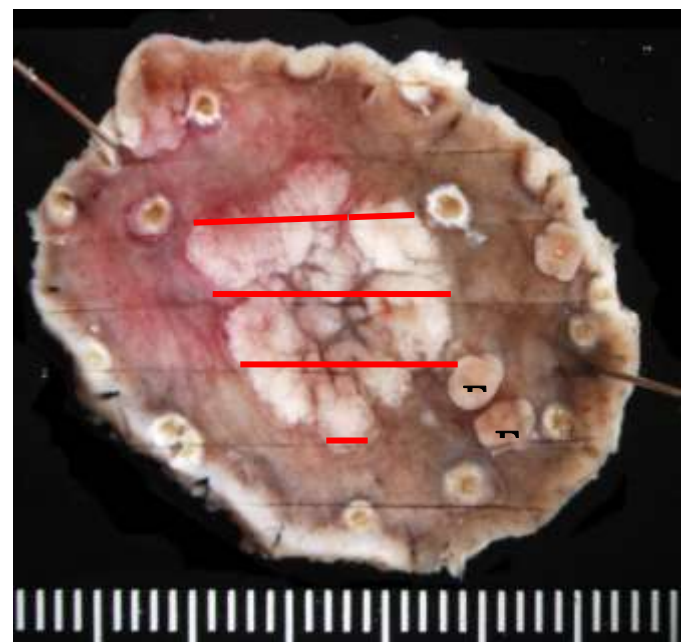
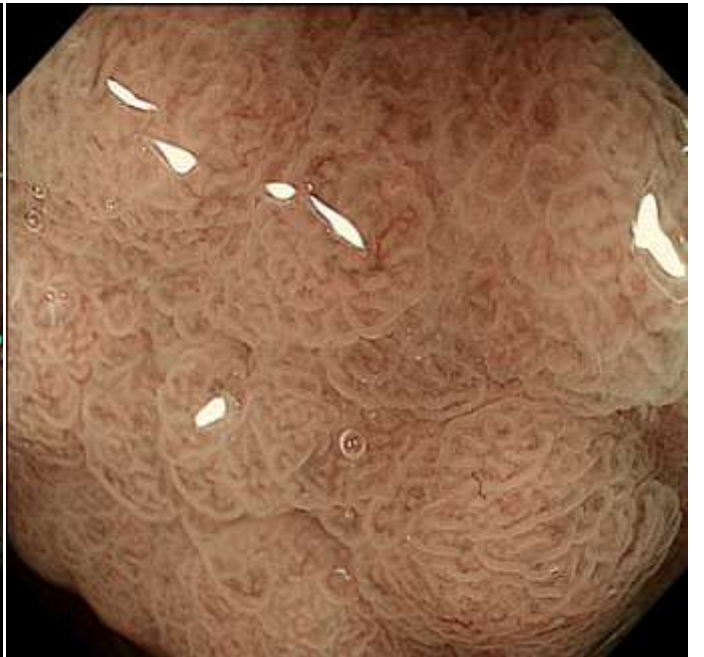
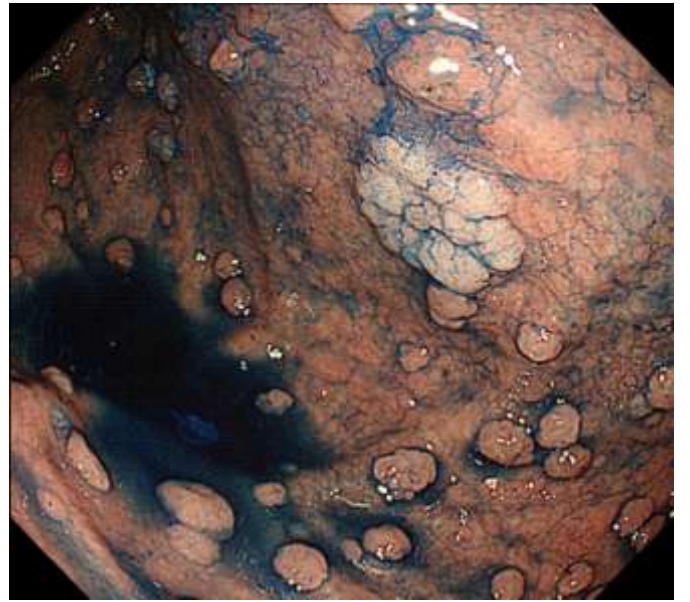
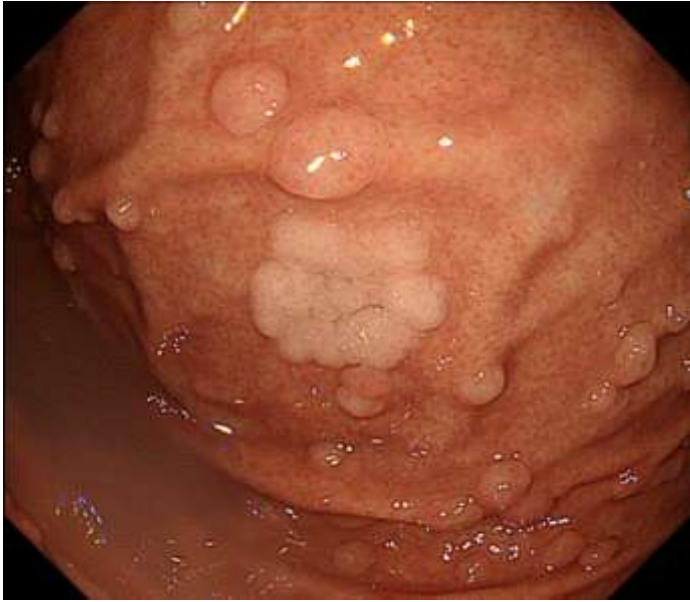
病理解説：下田忠和(国立がんセンター)

癌が一部にあるが、大部分は幽門腺型の腺腫／gastric-type adenomaでその一部に癌ができてきている。この症例では、胃底腺ポリープから癌や腫瘍が発生したとは、なかなか言いにくい。幽門腺型の腺腫／胃型の腺腫の一部が癌化したと考えられる。

(がんセンター経験5症例をもとにミニレクチャー)

FAPに出てくる癌は、胃底腺ポリープとどう関係しているかが重要。

- ・胃底腺ポリープから発生した癌；背景に胃底腺粘膜が残っている。
- ・幽門腺型の腺腫／胃型の腺腫が発生し癌化。



## 症例 2 :

症例提示 : 信州大学 山田重徳

読影は、高橋亜紀子 (佐久総合病院) が担当した。

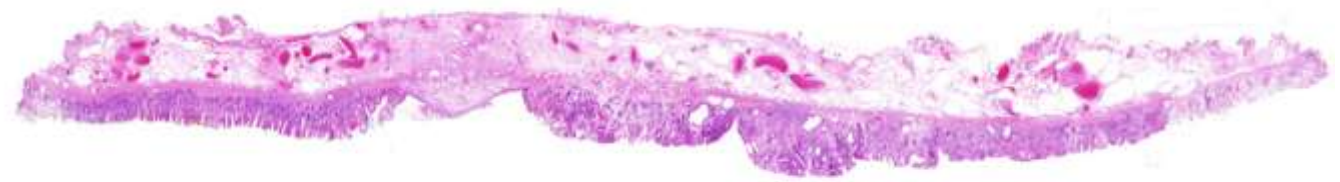
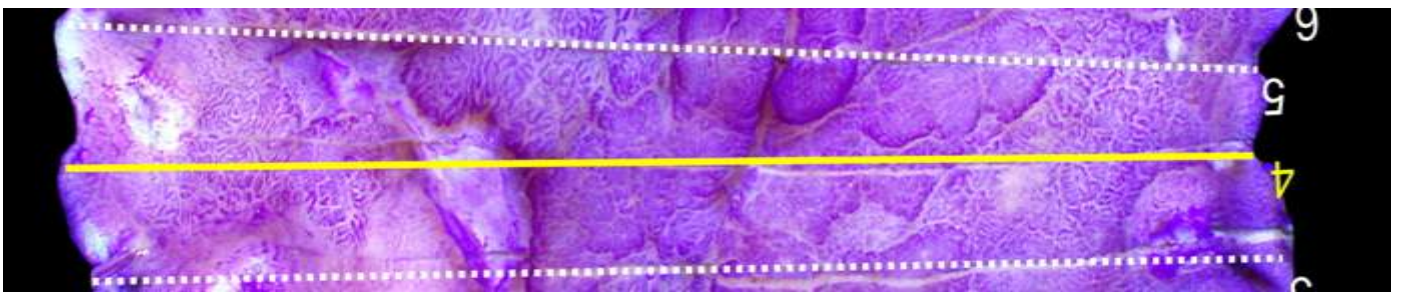
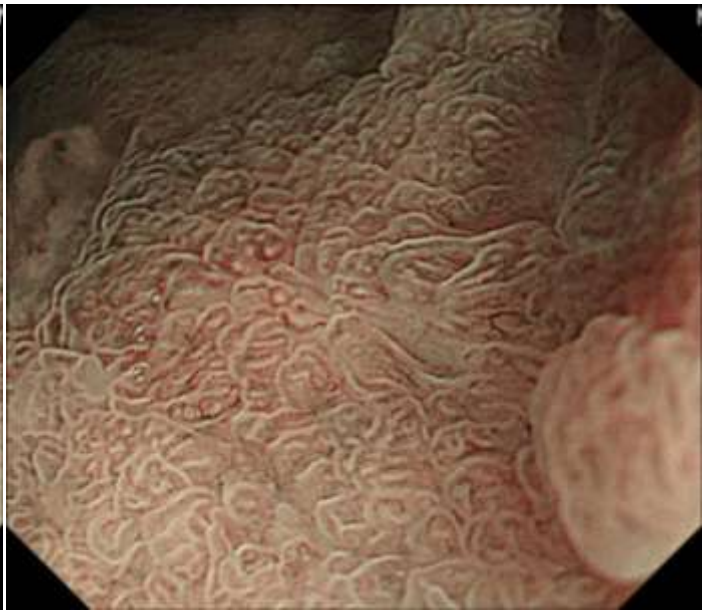
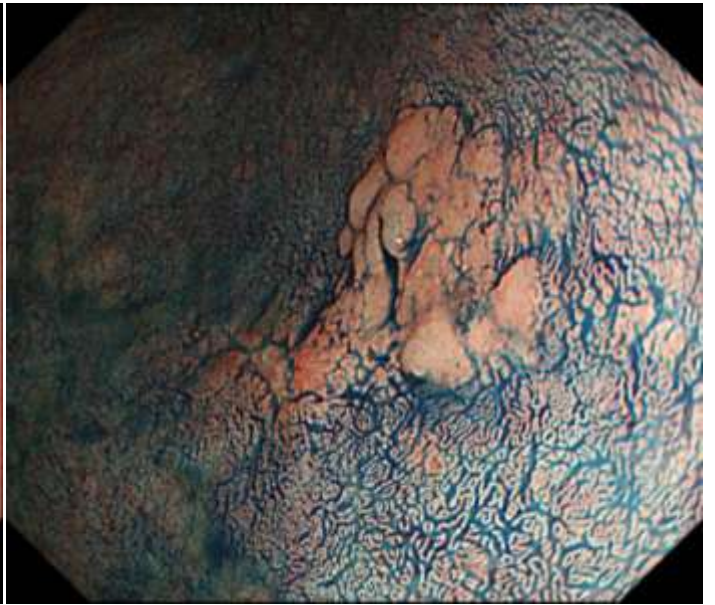
白色光観察で、大小不同の粗大顆粒が認められ、境界は不明瞭。中心部分に大小不同の陥入がみられる。インジゴ散布で粗大顆粒の周囲にインジゴをはじく部分があり、境界は比較的明瞭である。背景粘膜は委縮調で、病変の一部にビランを伴い発赤している。

II a + II b / Tub1 / M癌と考えられる。NBI 酢酸散布で、隆起部では、一部 Pit 構造が認められる。Villi 不明瞭化あり。ビラン部では、腫大した Villi 構造は、再生粘膜と考える。Pit が明瞭な部分は Tub1、Pit が不明瞭な部分は Tub2 と考えられる。

八木 (新潟県立吉田病院) 極めて委縮の強い背景粘膜で、White zone がきちんと見えて crypt 形成している。粘膜中層分化型癌など表層が極めて分化した状態の癌と考えられる。

病変は ESD にて一括切除され、診断 : L, Gre, 33x27mm, 0-II a, 19x12mm, tub1, M UL(-), ly(-), v(-), HM0, VM0 であった。

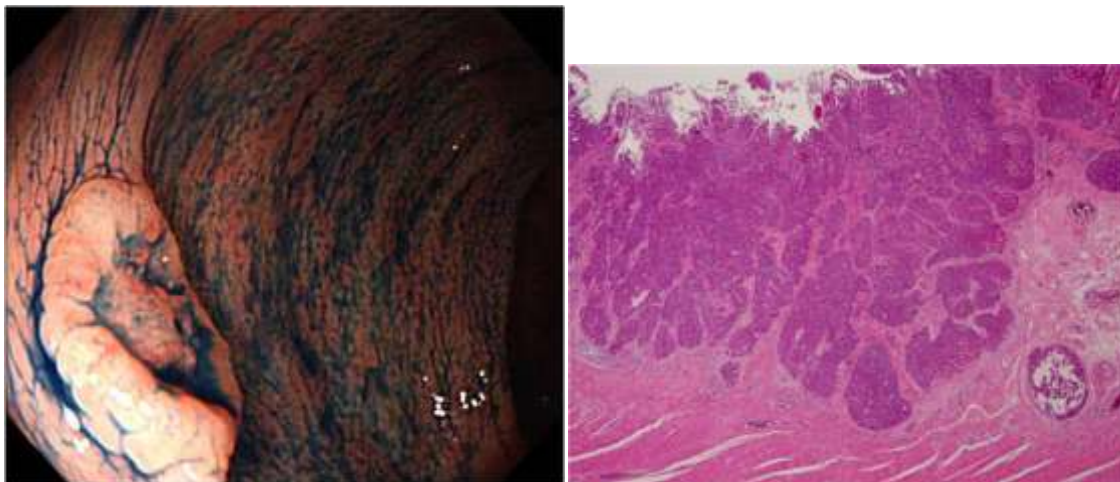
病変解析において、陥凹部に対する NBI 拡大内視鏡像および病変と組織との一対一対応が不十分との指摘がなされ、宿題報告となった。



### 3 例目 大腸

出題者 鳥取市立病院 柴垣広太郎

読影者 長野赤十字病院 宮島正行



病変は上行結腸にある大きさ 10mm 弱の IIa+IIc 病変であった。読影者は相対陥凹が不整形であることから癌であり、陥凹内隆起所見から深達度 SM massive と読影した。拡大観察で辺縁は密度が低下した I 型 pit、陥凹部は表面構造の不明瞭化と拡張血管を認めることから通常観察による深達度診断を支持する所見であると診断した。山野は陥凹中心部の隆起は血管構造を圧排した nest 様構造がみられ、一部粘膜内癌を残しながら SM 癌が表層に露呈しているが、星芒状を呈する陥凹辺縁部は高分化型粘膜内癌が残存していると診断した。SM 深部浸潤癌と診断され手術が施行された。最終病理診断は A, IIa+IIc, 8X7mm, por with neuroendocrine differentiation, pSM, ly3, v1, pN1 とであった。病理解説は塩澤が行った。充実胞巣状増殖と synaptophysin 強陽性、chromogranin A 弱陽性所見から内分泌細胞癌成分を伴った mixed neuroendocrine carcinoma と診断した。陥凹部は粘膜筋板が消失し SM 癌が露呈していたが、辺縁隆起の粘膜内に高分化腺癌の残存を認めた。山野は貴重な大腸低分化腺癌症例であったが、ピオクタニン染色観察および手術標本の適切な処理による対比が行われなかった点が残念であったとコメントした。赤松は髄様癌で線維化が限局していたために周囲にひだ集中を生じなかったのではないかとコメントした。

#### 4 例目 大腸

出題者 中濃厚生病院 山崎健路

読影者 相澤病院 横澤秀一

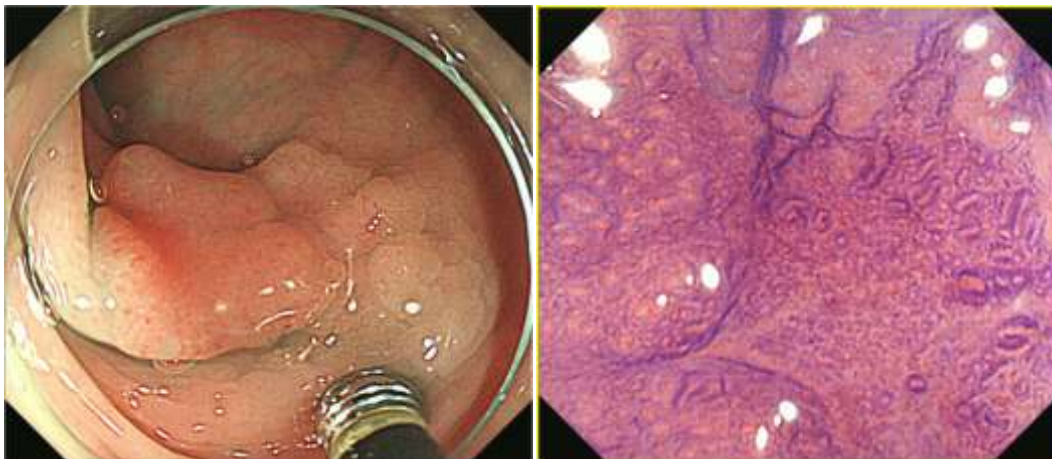


読影者は通常観察で頂部不整形陥凹を有する境界明瞭な発赤調平坦隆起性病変から IIa+IIc 型癌と診断した。病変全体が癌であり緊満感と陥凹から SM 浸潤癌と診断した。陥凹部で一段異型の強い VI 型 pit で SM 深部浸潤癌と診断した。徳竹は構造異型の差による陥凹の可能性を指摘し通常観察で IIa+dep 型粘膜内癌、拡大観察でも VN-pit を認めないことから粘膜内癌と診断した。宮島は陥凹部でピオクタニンが濃染しており、核偽重層化を反映し異型が強くなった可能性を指摘した。山野は①発赤調辺縁部、②褪色粘膜および③中央の陥凹部の 3 要素からなる病変であり通常観察のみでは深達度診断は難しいとコメントした。拡大観察において①は 1 型と不整形管状 pit が混在からなる正常腺管と癌腺管の混在した組織、②は 1 型 pit が介在せず不整形管状 pit だけからなる、いわゆる VI 型不整 pit で全層性粘膜内癌を反映していると読影した。また③の陥凹部では明瞭な段差と一段異型の強い VI 型 pit を認めることから、粘膜筋板の断裂を伴った SM 浸潤癌を反映した拡大所見であると読影した。治療は EMR が行われた。病理は辺縁部が深部に非腫瘍腺管癌が残存した低異型度癌、中央の凹んだ部分が全層性高異型度癌であった。最終病理診断は Colon cancer, A, Is, 13X10mm, tub1 with adenoma, pM, ly0, v0, HM0, VM0 であった。病理コメントは下田が担当した。内視鏡的に陥凹と診断した部分は粘膜全層性に発育した高異型度癌により筋板が押し下げられて形成された相対的な凹みであり、病理学的には純粋な陥凹ではないとコメントした。

## 5 例目 大腸

出題者 県立須坂病院 徳竹康二郎

読影者 長野市民病院 岩谷勇吾



病変は S 状結腸の大きさ 15mm 大の発赤平坦隆起(画面左)と陥凹(画面右)からなる病変であった。読影者は IIa+IIc 型大腸癌で、陥凹で癌が疑われ、SM 浸潤の可能性ありと診断した。山野は LST の辺縁に 2 カ所の陥凹を伴った腫瘍性病変で、IIa は III L と I 型 pit の混在した腺腫と正常腺管が混在した組織であるのに対し、陥凹部は密度の上昇した細かい III s 様 pit からなる深達度 M-SM1 の癌と診断した。治療は EMR が行われた。病理学的に IIa は高異型度腺腫～低異型度癌、陥凹部は高異型度高分化管状腺癌と診断され、口側陥凹内に 250  $\mu$  m の SM 浸潤を認めた。最終病理診断は colon cancer, S, IIa+IIc, 15X13mm, tub1, pSM(250  $\mu$  m), ly0, vo, HM0, VM0 であった。病理から垂直断端および水平断端陰性を証明するために深切りの必要性が指摘された。小山は切除標本マクロ像も陥凹は 2 カ所あり、多中心性に癌化した可能性を指摘した。振り返ってみると IIa と IIc の pit の違いが組織に良く対応した貴重な症例であった。欲を言えば IIc と正常粘膜との境界が明瞭になるような通常・インジゴ撒布の伸展観察像が欲しかった。また側方断端ギリギリの切除となり、標本にスネアによる挫滅が加わったため、内視鏡とマクロの対比が判りにくかった。

作成 佐久総合病院 胃腸科 篠原知明

症例 6 : 50 歳代、男性、アミロイドーシス

症例提示：佐久総合病院 篠原知明

読影は、関垂矢子(長野市民病院)が担当した。

病変は、黄色調で、一部退色と発赤を伴い境界は色調の変化で捉えることができる。軽度脱気した状態では、病変は陥凹している。全体的に腺管密度が低い。NBIで血管は、枯枝状で、口径不同はない。

赤松(県立須坂病院)は、Pitは認められ被蓋上皮は残っている。病変の主体が粘膜固有層に存在することが示唆される。腫瘍とすれ、MALTリンパ腫、好酸球性腫瘍など、非腫瘍とすれば、アミロイドーシス、日本住血吸虫症など。黄色部が本体で、発赤部は粘膜内病変部の出血と考えられる。

山野(秋田赤十字病院)は、病変の範囲ははっきりしているが、段差がない。上皮性の腫瘍であれば何らかの変化があるはず。Pitは変形し、枯枝状の血管像である。リンパ腫を考えたい。

病変に対し生検組織診断がなされた。Congo - Red：陽性、AA蛋白：陰性、 $\lambda$ ：弱陽性、 $\kappa$ ：陰性より、 $\lambda$ 型ALアミロイドーシスと診断された。また、アミロイドーシス全身検索の結果、消化管限局性 $\lambda$ 型ALアミロイドーシスと最終診断された。

