

症例 1

症例呈示：新潟県立吉田病院 内科 名和田義高先生

読影：佐久医療センター 内視鏡内科 依光展和先生

病理解説：静岡がんセンター 病理診断科 下田忠和先生

症例検討 1 例目は新潟県立吉田病院名和田より呈示され、読影は佐久医療センター依光が行った。

WLI 通常観察：食道胃接合部の胃側に存在する病変で、発赤調でやや高い隆起と、その胃側に隣接する正色調扁平隆起部、そして SCJ に接する浅い発赤陥凹の 3 つの部分からなる病変で、上皮性腫瘍を疑うと読影した。SSBE に由来する病変とは断定できないとし、食道胃接合部癌 0-IIa+IIc、深達度 m と診断した。相澤病院横澤は扁平隆起部分も腫瘍と指摘したが、信州大学岩谷はこの部分については NBI 観察で腫瘍・非腫瘍の判定が必要とコメントした。

NBI 拡大観察・酢酸散布：依光は背景粘膜は均一な Villi 構造で、扁平隆起部分は Villi の腺管密度が上昇しているが、表面構造は整っていると読影した。発赤部分は Pit と Villi が混在した不整な表面構造であり、悪性と診断した。大部分は高分化型腺癌と考えられるが、口側の発赤した浅い陥凹部は酢酸散布像も加味し、中分化型腺癌の可能性もあると読影した。

依光は扁平上皮下進展は明らかでないとしたが、これに対し佐久医療センター高橋が、一部扁平上皮下進展を疑うと発言した。また安曇野赤十字病院中村は、発赤部分は腫瘍性変化に加え、過形成性変化を伴っているのではないかと発言した。

佐久医療センター小山より、病変からやや離れてみられる陥凹は萎縮上皮であり、腫瘍性病変と混同しないように注意があった。

病理：名和田らは SSBE 由来の Barrett 腺癌と診断し、ESD により治療を行った。病変口側の浅い陥凹部分は中分化型腺癌であり、主として隆起の辺縁部分は高分化型腺癌、中央の隆起の高い部分に乳頭状腺癌を認めた。深達度 SMM、扁平上皮下浸潤は 700 μm で、標本内に固有食道腺を認めなかった。粘液染色からは胃型腫瘍と考えられた。

名和田からは柵状血管透見が可能と報告されたが、小山および岩谷より疑念が呈された。

病理解説は静岡がんセンター下田により行われ、粘膜筋板の二重化はないとし、SSBE 由来のがんではなく、胃噴門部癌食道進展と考えるとした。また隆起部分の発赤は毛細血管の増生が関与していると考えられた。

演者のマッピングでは隆起の周囲にも病変があると考えられたが、内視鏡写真の呈示部位と対応せず、可能であれば再度病変と内視鏡写真を対比の上、次回に宿題報告が必要とされ討議を終了した。(文中敬称略)

(篠ノ井総合病院 三枝)

症例 2

症例呈示：新潟大学 消化器内科 竹内学先生

読影：信州大学消化器内科 岩谷勇吾先生、仙台オープン病院 前田有紀先生

病理解説：静岡がんセンター 病理診断科 下田忠和先生

新潟大学消化器内科竹内より 2 題の症例呈示が行われ、まず信州大学岩谷が読影した。

WLI 通常観察：岩谷は食道胃接合部 4 時方向に存在する不整な発赤調の陥凹性病変で、粘膜内癌を疑う病変と読影した。Barrett 食道癌か否かについて、扁平上皮下進展の有無については拡大観察所見で検討するとした。

仙台オープン病院前田は、岩谷の読影に加え、扁平上皮下進展がありえると追加した。

NBI 拡大観察：胃側は反応性隆起と診断し、扁平上皮下に石川県立中央病院土山の提唱する WGA (white globe appearance) を指摘し、扁平上皮部分に認める小孔から、扁平上皮下進展の範囲を推測した。ただし上皮の白濁化については原因不明とした。病変の高さは浸潤ではなく、リンパ濾胞または噴門腺により形成されていると考えとし、上皮下進展を伴う高分化～中分化型腺癌、0-IIc、m と診断した。前田は岩谷の読影に加え、扁平隆起と色調変化から扁平上皮下進展の範囲がより広いと指摘した。また隆起と粘膜の白濁は癌の粘液産生による所見と推測し、バレット腺癌、IIc の粘膜内病変と診断した。

酢酸散布：岩谷は扁平上皮内に開口部様の所見を指摘し、拡大観察よりも広い範囲に扁平上皮下進展を伴っているとした。前田は陥凹部の所見より、中分化型腺癌を混在していると診断した。

病理：治療は ESD により行われた。陥凹部には高分化型腺癌が露出し、異型の強い部分と弱い部分があった。扁平上皮下に進展する分化型腺癌を認め、最深部では sm2 と診断された。内視鏡所見との対比では、褐色調の部分に扁平上皮下進展を認めた。

病理解説は静岡がんセンター下田により行われ、腺管内に壊死物質がない場合には WGA にならないと説明された。癌の主体は食道側に認められるとし、Barrett 粘膜の所見はないとした。病変内の隆起は腫瘍腺管の厚みにより形成されていると考えられるが、表面が白色調に変化した原因は病理学的には不明とのことだった。(文中敬称略)

(篠ノ井総合病院 三枝)

症例 3

症例呈示：新潟大学 消化器内科 竹内学先生

読影：仙台オープン病院 前田有紀先生、信州大学消化器内科 岩谷勇吾先生

病理解説：静岡がんセンター 病理診断科 下田忠和先生

3 例目の呈示が引き続き竹内より行われ、読影も前田、岩谷の 2 名により行われた。

WLI 通常観察：前田は **SCJ** に接するやや褪色调の扁平隆起性病変を指摘した。腺管密度が上昇しており、境界を認めることから、**0-IIa** 様の上皮性腫瘍性病変と診断したが、癌と断定できるだけの所見はないとした。岩谷は **WLI** のみでは腫瘍性病変かどうかの判定は困難とした。小山は扁平上皮下の血管透見消失より、扁平上皮下に中心を持つ病変の可能性を指摘し、肉眼型を **0-IIc** とした。

NBI 拡大観察：前田が読影し、**SCJ** 胃側の **0-IIa** 様所見は反応性過形成と診断し、扁平上皮下に異常血管が透見される領域に病変の主座があるとした。異常血管は拡張蛇行し口径不同でネットワークを形成せず、扁平上皮下に腺構造も明らかでないため、低分化型腺癌と診断した。岩谷もまた低分化型腺癌としたが、非腫瘍性病変の可能性もあるとした。新潟県立吉田病院八木は **IPCL** の消失は食道上皮乳頭が破壊されていることを意味しており、扁平上皮下に中分化から低分化型腺癌が存在しているのではないかと指摘した。

酢酸散布：前田は **SCJ** の胃側の陥凹内に高密度で不整な小型の腺構造を指摘し、腺癌の扁平上皮下進展と診断した。岩谷は酢酸散布像から分化型腺癌と診断した。行田総合病院芹澤は、扁平上皮下に見られる血管像は低分化型扁平上皮癌の際にみられる **TypeR** 血管に類似しており、特殊型食道癌も考える必要があると指摘した。佐久医療センター小山から、血管像は **TypeR** として矛盾しないが、最表層は非腫瘍であり、肛門側の腺癌成分の存在も考慮すると、内分泌細胞癌への分化傾向を有する癌細胞がバラバラに扁平上皮下に浸潤している可能性を指摘した。

病理：治療は **ESD** により行われ、粘膜下層浸潤を伴う低分化型腺癌であった。粘膜筋板は錯綜していたが、浸潤距離は **200 μm** とされた。食道側では非腫瘍の扁平上皮が腫瘍を被覆しており、胃側では低分化型腺癌が非腫瘍の円柱上皮に被覆された部分 (**PartA**) と、癌が露出した部分 (**PartB**) があつた。

病理解説は静岡がんセンター下田により行われた。扁平上皮が菲薄化し上皮乳頭が消失している部分と、残存している部分で内視鏡像が異なるのではと指摘した。八木は本症例の内分泌細胞癌の可能性を質問したが、下田は細胞形態より本症例は低分化型腺癌であると解説した。安曇野赤十字病院中村と小山、八木、土山らにより胃側の境界について議論されたが、一部対比が不十分と考えられ、結論は保留された。腫瘍の発生部位について岩谷が質問し、下田は胃癌の食道側進展と解説した。(文中敬称略)

(篠ノ井総合病院 三枝)

症例 4

診断 *Hp* 除菌後胃癌(胃炎類似型)

読影は丸子中央病院の沖山が担当した。

白色光およびインジゴカルミンの内視鏡所見では、背景は *Hp* 除菌後とのことだが萎縮の強い胃粘膜で、病変は胃前庭部小弯やや後壁より不整形な陥凹から平坦な領域として認められる。高分化型の粘膜内癌を考えるが、範囲については一部不明瞭であり、NBI 拡大を用いて決定したいと述べた。NBI 所見では、病変の陥凹部には、異型を伴った密度の高い小型の腺管が認められ、その部分は癌と診断できる。陥凹内部に認められる絨毛様の構造については、背景粘膜と同様な所見であるため癌内部に取り残された正常粘膜と考えたいが、通常分化型癌ではそのような所見は呈しないため、どう理解したらよいか分からない。微細血管の所見では明らかな不整像は指摘しえないため、これによる診断は困難と考えた。赤松は、陥凹を取り囲むわずかに高い隆起や陥凹内部の絨毛様の構造も、わずかな不整を認めるため低異型度の癌と読むべきと述べた。また、陥凹内部のごく一部に微小血管構造の乱れを認め、その部分は低分化型の癌も混入している可能性を指摘した。山田は、陥凹部のみの異型の弱い癌としたが、その根拠として前庭部であるにもかかわらず **pit** 様構造を呈していること、構造自体は整っているように見えるが、開口部がつぶれていることを挙げた。岩谷は、病変の辺縁に **WGA** の存在を指摘し、癌の傍証となることを指摘した。石川県立中央病院の土山先生は、病変中央の絨毛様構造は **VEC** であり、さらに、**VEC** を呈している部分の範囲は不明瞭ながらも、陥凹部周囲の隆起の一部にも広がっている可能性を指摘した。

病理では、 $10 \times 5\text{mm}$ の陥凹部のみの小さな低異型癌であった。周辺隆起への広がりはないと推測されたものの、内視鏡と病理像との対比が不十分であったこと、議論となった陥凹内部の絨毛上構造が切り出されておらず、真相が分からなかったことが課題とされた。

症例 5

診断 胃底腺型胃癌(副細胞優位型) SM 浸潤部多発

読影は神戸市民中央病院の森田が行った。

RAC が散在する萎縮の弱い粘膜を背景にして、胃体部に周辺がやや褪色调で中心に発赤が目立つ病変があり、遠景では日の丸紅斑に類似している。近接観察では、病変の表面構造は保たれている。血管の拡張所見を指摘することはできるが、屈曲拡張などの所見は認められない。NBI 拡大観察では腺管開口部がやや拡張しているものの、強い異型は認めない。一部では無構造となっている溝状の領域もある。微細血管構造についても、明らかな腫瘍を思わせる不整像はみられず、全体としては、上皮性腫瘍ではなく炎症性病変の可能性を考えたいとした。山田は、病変の表面構造の窩間部が拡張している所見を指摘し、それは表層粘膜直下に何らかの病変が存在し、正常粘膜を押し広げていることを意味していると解釈したうえで、胃底腺型の腫瘍の存在の可能性を挙げた。表層粘膜が保たれており、腫瘍が露出していないため、その腫瘍が癌であるのか否かについては診断できないとした。岩谷は山田の意見を支持しつつさらに付け加えるべき所見として、本病変は発赤が主体の病変ではなく、褪色调の病変に血管の拡張を伴っていると考えらるべきこと、さらに pit 様構造を主体にした背景に絨毛様構造が出現していることを述べ、これらは胃底腺型腫瘍を示唆するものと主張した。竹内は、病変内の pit 様構造と絨毛様構造の違いは、胃底腺領域を置換する腫瘍の量による違いを推察した。ESD 時の NBI 拡大観察所見では、一部に癌の露出が疑われる領域も議論されたが、多くの部では正常粘膜で覆われているため腫瘍そのものを観察することは不可能であるため、胃底腺型腫瘍のさらなる分類については不明とされた。八木は、表面構造の特徴から胃底腺型胃癌がもっとも疑わしいとしたが、胃底腺部分に浸潤する MALT リンパ腫で同様な増殖をするものもあるため、それとの鑑別は困難であるとした。病理では表層は正常粘膜に覆われた、副細胞優位の胃底腺型胃癌であった。ところどころに SM250 μ m までのわずかな浸潤がみられた。太田の解説では、本症例は副細胞から主細胞に分化する過程の中間型細胞が主体を占める病変との診断であった。また腫瘍の一部は、被覆上皮への分化も認め、腫瘍はそれなりの範囲で表面に露出しているとした。ただし、その範囲、内視鏡所見との関係についての十分な検討は時間の関係でできなかった。下田先生からのまとめとして、胃底腺型腫瘍の問題点として、癌と腺腫の鑑別、胃底腺粘膜癌と胃底腺型癌の露出の区別などの課題がいまだに混乱している旨を報告していただいた。

症例 6

診断 0-II a+ II c 型胃癌（表層下浸潤）

読影は相沢病院の横澤が行った。病変は胃前庭部大弯やや前壁寄りに、約 10mm 大の中央が陥凹し周辺が隆起した病変として認識できる。白色光およびインジゴカルミン散布像の所見としては、周辺隆起の立ち上がりはなだらかであるが、その隆起はやや発赤し、表面は pit 模様がやや開大した様子がみられる。中央の陥凹部分は不整形を呈しているが、表面構造は不明である。診断としては、陥凹部が 0-II c 型の早期がんで、周辺は反応性の過形成性変化による腫大と考えた。NBI 拡大観察では、陥凹部の表面構造の不整が強くこれは tub2 から低分化を思わせる異型と判断した。周辺隆起の一部にも同様の所見が見て取れるため、腫瘍は周辺粘膜の表層は残しながら深部に浸潤増殖しており、その一部では表層に露出しているものと考えた。総合診断としては、0-II a+ II c、深達度 M、tub2 からやや低分化な腫瘍とした。高橋は、隆起部分の表面構造の観察において、pit の回りの間質に不整な微細血管の増生を認めるため、表面には正常上皮を残しながらもすぐ直下まで por のような低分化腺癌が増殖していると付け加えた。中村は、表面構造を丹念に追うと、隆起の陥凹寄りの狭い範囲では腫瘍は露出しているが、その隆起本体には腫瘍が露出している所見は認めないこと、隆起部の一部では太めの異常血管を認めることより、粘膜のやや深層にまで腫瘍は存在している可能性を指摘した。前壁側の隆起については、高橋は、基本的には後壁側と同じ所見と考えるが、異常血管の密度が低い点については、腫瘍量による違いと推察した。病理所見では、陥凹部分は tub2 主体の M 癌、隆起部分では、大部分の表層は正常上皮で覆われていたが深部に tub2 から por 腫瘍の増殖を認め、深達度は MM であった。陥凹に近い部分では一部の表層に癌の露出を認めていた。

その後の議論として中村より、内視鏡所見では陥凹部分はほぼ無構造の所見であったにも関わらず、病理標本では不整な絨毛様構造がみられることの解釈が問題となったが、出題者より、表面にフィブリンなどの析出がみられた可能性、観察時に腫瘍を十分に伸展することができなかったことによる影響などが指摘された。