

## 第 13 回 長野拡大内視鏡研究会

症例 1 : 提示 : 佐久医療センター 篠原 智明 先生  
読影 : 県立須坂病院 倉石 先生  
相沢病院 横沢 先生  
病理 : 佐久医療センター 塩澤 哲 先生

【診断】 Rectal cancer : Rb, tub1>tub2, adenoma component (-), pT1b(表層 1450  $\mu$ m),  
ly0(D2-40), v0(VB), Budding G1, INFb, int、PM0, DM0, RM0

### 【読影検討】

#### WLI :

倉石 : 直腸に褪色调扁平隆起で内部に領域性示す陥凹とその内部に発赤調部位を認める。  
脱気像 ; 陥凹内発赤は厚みある。インジゴ、発赤調部は構造不明瞭。肉眼型 ; II a+ II c+ I s、  
腺腫内癌、Sm massive  
横沢 : 肉眼型は、II a+ II c Pit 読みにくいが III L+ IV で全体は癌が主体で一部腺腫で  
Cancer with adenoma 腺癌で Sm massive と考える。  
赤松(須坂) : 偽足様構造部は腺腫、発赤部は構造不整ありも無構造ではなく Sm massive  
ではなさそう。

#### NBI :

倉石 JNET 2b? 癌も深部浸潤示唆する血管はなさそう  
横沢 : 全体的に血管口径不同ありそう。腺管の丈は低く、癌の拡がりあり。Pit 構造不明瞭  
徳武(長野日赤) : 発赤調で腺管密度の高い部分が明らかに領域性をもって存在している。  
Pit 開口部分がギザギザ不整で悪性度が高く癌と示唆される。  
三枝(篠ノ井) : 全体は腺腫で発赤部分は癌。  
赤松(須坂) : 癌部の深達度は、乱れはあるものの構造が残っているので、浅目と思われるが、  
例外的に筋板を残しながら、浸潤していることもある。  
八木(新潟県吉田) : 周りは WZ パターンも血管パターンも一つ一つの腺管が独立しているので腺腫  
でもよいが、形が不整なので胃なら癌・Tub1 と判断。中心部は一つ一つの WZ も血管も  
ちぎれてしまっているので癌腺管が癒合していて Tub2。胃なら筋板に達しているか Sm に  
入っている可能性がある。大腸ではパターンから読み込むことは難しいものなのか?  
篠原(佐久) : なかなか難しいが、高異型度癌と腺腫は鑑別できるレベルにあると思われる。  
粗大結節のように、WZ の長さ大きさ配列がぐちゃぐちゃで、取り囲む血管は口径不同で  
一部ちぎれた様な走行不整が見られ、腺腫ではなく癌と思われる。

#### ピオクテン :

倉石 : Pit Vi 軽度不整。  
横沢 : Pit Vi 癌、Sm massive。  
菅(信大) : 中心部には構造が残っていて無構造のところはないと思われる。軽度不整な癌。  
表面からは深く読む所見はないが、陥凹面から硬い隆起が出ているため、表面構造を保ち

ながら Sm massive に入っていると考える。

**【病理コメント】**

下田(静岡がんセンター)：ガイドラインで決められているが、粘膜筋板のないところに仮想ラインを引くことは危険なことと思われる。Sm 浸潤距離は測らないで、治療方策を決めていけない。私は、浸潤距離は測らず、ガイドライン上は、どうかとするが、粘膜筋板が切れているため実際の距離は不明、ただし、Sm に入っているところで、リンパ管侵襲、静脈侵襲、Budding、低分化傾向はない、だから経過観察してください、と記載します。粘膜固有層の病変が残っているかどうかを判断できれば診断しやすい。

(文責：当番世話人 諏訪赤十字病院 消化器科 太田 裕志)

## 第 13 回 長野拡大内視鏡研究会

症例 2 : 提示 : 石川県立中央病院 辻 重継 先生

読影 : 佐久医療センター 古川 先生

長野赤十字病院 徳武 先生

病理 : 佐久医療センター 塩澤 哲 先生

【診断】 Early colon cancer, ESD, Rs, Type II a, 29x22, tub1, pTis (M), ly (-), V (-), pHM0, pVM0

### 【読影検討】

WLI :

古川 : 直腸隆起中央やや陥凹した病変で小結節と大きめの結節を伴う病変。上皮性腫瘍で形態的には癌を考え、0-II a、深達度は Sm。

徳武 : 2つ病変巣からなり、肉眼型は、II a+LST-NG。衝突かどうか? II a の辺縁から LST が発生していたのではないかと。LST の中心部分に向かって放射状に引き連れが見られるので高度異型があり Sm 浸潤がある可能性がある。

インジゴ :

古川 : 中央部の陥凹引き連れがはっきりしたが、WL と診断は変わりなし。

徳武 : 立ち上がりは急峻、肉眼型は、II a+LST-NG 中央部ではやや深く入っている。

宮林(国立松本) : 全体として LST と考えられ、陥凹部でやや深めも粘膜内病変と考える。

NBI :

古川 : WZ 均一で血管も不整なく均一で腺腫。表面構造不整も血管不整はあまり強くない。II b の癌。中央部はやや不明瞭化していて異型度高い。全体として腺腫内癌。

徳武 : 左側は、表面構造も血管も均一で異型なく腺腫、LST 部は表面構造不整で異型度高い腺腫または癌。中央部発赤部分にあたる部位が褐色調、構造不整あり Villi 様構造を残しつつ、密度がたく血管が密となり癌を示唆する。異型度高く Sm 浸潤ありそう。

篠原(佐久) : 粘膜集中部分は、WL で発赤、NBI で表面構造が不明瞭、細かい刊刊した血管が見られたため肉芽では。左上は腺腫、人手用の部分は低異型度癌、Sm に入りそうな強い領域はないのでは。

ピオクテン :

古川 : NBI に付加する所見はなく、Vi、拡大で左腺腫中心部は癌。発赤部分で軽度 Sm 浸潤と判断。

徳武 : 左側は腺腫を示唆する IVb、染まりの悪いのはフィブリンが乗っているため DR ではない。

IV 型 Pit。大小不同で Vi、拡大で左腺腫中心部は癌。発赤部分で軽度 Sm 浸潤と判断。

篠原(佐久) : 陥凹部分ピオクテンが濃く Pit が判りにくくなっている。NBI 以上の情報は得られない

菅(信大) : 肉芽と思われる部位には Pit があるように見え、銃毛様構造も周りに比べ腺管密度の高い小型の異型腺管があるように見える。

### 【病理コメント】

塩澤 : 線維化が強い。浸潤より潰瘍性瘢痕と思われる。

下田(静岡がんセンター) : 線維化がある。筋板の乱れ、炎症性細胞浸潤が粘膜全層にみられ、腺管内 crypt abscess と腺管が壊れた所見がある。表面からの感染が及んで起こる。LST でみられる線維化で Sm 癌

でも進行癌でも見られる。強い繊維化のためひきつれを生じている。胃消化性潰瘍の繊維化とは違い、線維芽細胞の増生はなく細胞成分がない。

(文責：当番世話人 諏訪赤十字病院 消化器科 太田 裕志)

## 第 13 回 長野拡大内視鏡研究会

症例 4 : 提示 : 信州大学 伊東 哲宏 先生  
読影 : 新潟県立吉田病院 名和田 先生  
丸子中央病院 沖山 先生  
病理 : 信州大学 太田 浩良 先生

【診断】 Mucosae-associated lymphoid tissue lymphoma (MALT lymphoma)

### 【読影検討】

#### WLI:

名和田: 背景胃粘膜は、びまん性発赤を伴う慢性活動性胃炎で、病変は、胃角大彎後壁の褪色陥凹性病変、褪色病変内部に発赤調隆起、進展性良好。15mm 大、0-IIc、未分化癌、深達度は M

沖山: 萎縮強い、発赤部ではなく褪色強い病変。0-IIb+IIc、はっきりとした蚕食像は認められないが、褪色強いため、低分化～未分化、M から Sm 軽度。

小林(魚沼基幹病院): WL: 褪色調の病変で、インゾゴで褪色部境界は明瞭、表面構造は保たれ、中間層を横に拡がって発育していると思われる。

野中(埼玉医大国際医療センター): 基本的に褪色陥凹性病変で背景粘膜は萎縮性、未分化型を考えるが、境界不明瞭でやや光沢があるように見え、内部に発赤調隆起があり、鑑別として MALT リンパ腫を挙げて精査進めたい。

三枝(篠ノ井): インゾゴ溜まりがあり M より深いかな?

#### NBI:

WZ は内部で認識できないが、外に向かって少しずつ認識できるようになり、未分化癌が中層に這っている。範囲判断は難しい。

沖山: 血管は蛇行し口径不同、縮じれて一部コクスクリュー状、分枝強く腫瘍性もリンパ腫よりは未分化癌を考えたい。

野中(埼玉国際医療センター): 腺構造の消失が見られ、丈が低い。血管がビジーでいっぱいあるので、刊刊血管の鑑別で未分化であれば疎、一本一本がバラバラで口径不同強い。本例は一本一本の口径不同がなく刊刊しているので、MALT で押したい。

小林(魚沼基幹): 白色モロが見られ、プラズマサイトーマも鑑別に。

八木(新潟県吉田): 背景がわからないので、血管だけで読むと、病変は丈は低い。単純には未分化癌も血管がうるさすぎる。一層かぶっている下に Sig パラパラ入っていてもよさそうであるが、癌の可能性は低いと思う。背景とフロント情報少なくわからない。

土山(石川県立中央病院): 周囲粘膜との変化が判らず NBI の限界?と思われる。プラズマサイトーマは、WL で境界不明瞭になりそう。

### 【病理コメント】

太田: 表面は広範囲に一層上皮に覆われている。白色調部に一致して非常に密な細胞浸潤が粘膜固有層～粘膜下に、びまん性に単核細胞浸潤がみられる。粘膜固有層には、形質細胞に分化した細胞が密に増生していて、CD79a 陽性 B 細胞が浸潤した LEL が認められる。MALT リンパ腫と診断される。

竹内(長岡赤十字)：上皮下の白色粒粒は細胞が塊状になっていると思うが、MALT 浸潤なのかりンパ球浸潤なのか？病理では？

太田：形質細胞より分化した細胞がシート状に集簇している。免疫・クローナル染色からも反応性が腫瘍性かは判断できない。

八木(新潟県吉田)：慢性胃炎部にもシート状集簇が見られるか？

太田：見られている。

赤松(県立須坂)：本例は、一見Ⅱc様、Group2の病変で診断的治療目的でESD施行されているが、大きく生検採取し術前診断し除菌療法することが本筋か？Stagingも必須。

小山(佐久)：本例は、表層一層腫瘍でかなり近いところまで腫瘍細胞がきているが、Confocal Laserで観察するとPorなのかMALTなのか鑑別できますか？

野中(埼玉国際医療センター)：鑑別できます。表層60マイクの病変なのできちんと充てることができ、また、一個一個の細胞を計測できるため、Sigなら20 $\mu$ 位。粘液は黒白濃淡でわかる。

(文責：当番世話人 諏訪赤十字病院 消化器科 太田 裕志)