

2017年12月長野拡大内視鏡研究会

石川県立中央病院消化器内科 土山寿志

「症例3」80歳代、男性、血管拡張が目立つWGA陽性微小胃癌。(症例提供：石川県立中央病院 出島彰宏)。

スクリーニング目的で施行されたEGDにて胃体上部小彎に病変が発見された。血清*H. pylori*抗体陰性。読影は吉田(山梨大学)ならびに菅(信州大学)が担当した。通常観察では、吉田は*H. pylori*既感染の萎縮の強い背景粘膜に5mm弱の強い発赤陥凹面を認め、領域性のあることより上皮性腫瘍と診断した。菅は同様の所見で、発赤調であることより分化型腺癌と診断した。NBI(narrow band imaging)併用拡大観察では、吉田はmicrosurface(MS) patternはabsentでdemarcation line(DL)はpresentであり、microvascular(MV) patternが大事だが、やや太い血管と細かな血管の混在を認めるもののirregularityが乏しいために、癌か非癌か迷うが、white globe appearance(WGA)がDL近傍に存在し、その存在から総合的には分化型腺癌を考えると述べた。菅はDL近くの細かなMVにはirregularityがあり、大部分はネットワークを形成しており、かつDL近傍のWGAの存在から分化型腺癌であると診断した。上皮下進展を疑う所見もあり、通常観察での発赤の強さから中分化成分の混在を疑い、また深達度は太い血管が気になるが通常観察の所見も加味して粘膜内と述べた。小澤(総合犬山中央病院)は陥凹面辺縁の腺窩辺縁上皮の不明瞭化は良性びらんでは生じず、癌巢が上皮下進展している所見であり、また太い血管は病変の厚さが薄いために粘膜深部の血管が透見されたかあるいは血管拡張症が偶然に存在したかを考えるが、病変の赤さは腺管密度の高さに伴う微小血管の増生によるとコメントした。症例提供施設では分化型腺癌を疑うも生検病理診断はgroup 1であり、1年後に再検査が施行された。1年後の通常観察(Fig1)では吉田、菅はともに大きさならびに形態に変化なしと読影した。NBI併用拡大観察(Fig2)では吉田はDL、WGAは不変だが、1年前よりnetworkを形成するMVが少なくなり辺縁でirregularityがはっきりしてきており、分化型腺癌と診断した。また、太い血管の存在ならびに通常観察での発赤の強さから粘膜下層深部浸潤の可能性を考えるとした。菅は1年前とほぼ不変であり診断は変わらないが、ゆっくり進行する分化度の高い癌であろうとコメントした。深達度については陥凹面の均一さなどからはやり粘膜内とした。山崎(岐阜県総合医療センター)は細顆粒状の白色不透明物

質（WOS）の沈着の可能性を述べたが、土山（石川県立中央病院）はWOSではなく粘液を考えるとコメントした。宮崎（松本医療センター）は何本かの太い血管が病変中心に集まるように走行し、さらに病変辺縁ではcorkscrew様の血管があり、中心部での粘膜下層深部浸潤もしくは粘液癌成分の混在を考えるとコメントした。赤松（長野県立病院機構須坂病院）は上皮下進展の所見が明瞭になってきており、WGAの存在も併せて癌と確信できるとコメントした。最終診断は4x3mm, 0-IIc, tub1. pT1a(M2), UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0であった。病理解説は太田（信州大学）が担当した。1年前の生検標本では、標本の端に異形が弱いものの癌と診断できる部位が存在した。ESD術前の生検標本では癌の診断は容易であり、WGAに相当する拡張腺管を幾つか認め、それらの内部では壊死ではなくアポトーシスが起きているとコメントした。土山は apoptotic-necrotic phenomena という胃癌の辺縁部でのアポトーシスから壊死への連続変化を電子顕微鏡で確認したという文献があり、WGAの成り立ちとして考えているとコメントした。ESD標本では腺管密度が高い高分化型腺癌で、上皮下進展ならびにWGAに相当する拡張腺管の多発を認めるとした。また、粘膜下層になんらかの動静脈の走行異常が癌と関係なく起こっており、癌の厚みが薄いためにそれらの太い血管が透見されたとした。小澤ならびに赤松から臨床と病理の診断の乖離時の対話の重要性についてコメントがあった。

「症例4」60歳代、男性、SSBEに発生した隆起型未分化型腺癌
(症例提供：長岡赤十字病院 高綱将史)。

近医 EGD にて食道に病変を指摘され、精査加療目的に紹介された。読影は稲葉（相澤病院）と中村（安曇野赤十字病院）が担当した。通常観察（Fig1）では、稲葉は SSBE 内にある 8mm 程度の発赤調隆起性病変で、構造が不明瞭となっている表面に浅い陥凹面を有しており、立ち上がりが明瞭であることよりバレット腺癌を考えた。なお深達度丈が少し高く陥凹面を有していることから DMM までと考えた。中村は表面構造の不明瞭さと病変周囲の円柱上皮の存在から同様にバレット腺癌と診断した。橋本（新潟大学）は病変には白い色調が混在しており、扁平上皮が一層被っている腺癌を考えるとコメントした。八木（魚沼基幹病院）は表面が無構造の可能性もあるが、腺管がかなり詰まって小さい乳頭状となっている腺癌の方を考えたいとコメントした。NBI（narrow band imaging）併用拡大観察（Fig2）では稲葉は microsurface（MS）は不明瞭で、

microvascular (MV)はかなり細かかつ走行異常を呈しており、中～低分化の腺癌で、その深達度はDMMと診断した。中村は扁平上皮が覆っているためにほとんどMS patternが認識できないが、一部では細かな腺管が見て取れるとし、またMVはかなり細かく走行も異常であり、低分化の腺癌と診断した。また深達度は病変の厚みから粘膜下層深部浸潤も考えるべきとした。三枝（篠ノ井総合病院）は腺管形成を認めないことから神経内分泌系の悪性腫瘍への分化を考えたいとし、腫瘍は表面へ露出しているとコメントした。郷田（昭和大学 江東豊洲病院）は細かな腺管が密となっている腺癌で酔いが、肉芽の関与を考えたいとコメントした。八木はMVの周りに薄く腺窩辺縁上皮を認めるため、非常に密に腺管が存在する癌であり、中分化腺癌あるいは神経内分泌系腫瘍を考えるとコメントした。免疫染色ではp53はびまん性に陽性、Ki67はびまん性に陽性、CK7はびまん性に陽性、CK20は陰性、MUC5ACと6は陰性、MUC2は一部陽性であり、最終診断は**Adenocarcinoma (por1) in SSBE, pT1a-SMM, ly(-), v(-), pHM0, pVM0, 0-IIa, 8mm×5mm**であった。病理解説は塩澤（佐久医療センター）が担当した。全体的には無構造のpor1であり、病変深部では巣状や柵状の腺管構造を認めるが、分化型成分は認めないとした。また粘膜筋板の二重化もありバレット腺癌に矛盾しないとの事であった。八木からある程度かたまりを作るpor1の存在の有無について質問があったが、ないとの病理側からの回答であった。土山（石川県立中央病院）から胃ではほとんど経験しない隆起型かつ未分化型はバレット腺癌ではどの程度あるのか、また未分化型バレット腺癌の色調について質問があり、郷田から隆起を呈する純粋な未分化型の経験はないとコメントがあった。また郷田から神経内分泌系腫瘍との鑑別のためのクロモグラニンAならびにシナプトフィジンの免疫染色について質問があり、病理側からともに陽性細胞が散在していたが塊を呈しておらず、神経内分泌系腫瘍への分化はあるものの全体的にはpor1で矛盾しないと回答があった。山崎（岐阜県総合医療センター）からリンパ球浸潤癌の要素の有無について質問があったが、リンパ球浸潤は目立たずEBウイルスの関与もないとの回答であった。