

【症例 2】

潰瘍性大腸炎を背景に発症した直腸 dysplasia 内 adenocarcinoma

〈症例呈示〉中村直（安曇野赤十字病院）

〈症例概要〉60歳女性。潰瘍性大腸炎にて28歳より治療中（57歳までステロイド、その後5-ASA単剤）。今回定期大腸内視鏡検査にて病変を指摘された。

〈読影内容〉読影は柴田（長野赤十字病院）、小島（長野中央病院）が担当した。WLI及びNBI観察, indigo carmine 散布までの画像で、柴田は隆起部分と周囲の平坦領域があり、隆起部はⅢ型 pit、周囲の平坦部分も含め全体を腺腫と診断。平坦部分の連続性については一部不明瞭とした。小島は結節部分と周囲の平坦領域で構成される病変であり、結節の血管は拡張・蛇行・口径不同を呈するが軽度であること、また表面構造も一部不整あるが軽度であることからJNET分類type2Aと読影。結節部及び平坦部と多彩ながらUCを背景としているため、全体を一つの病変ととらえDALM(dysplasia-associated lesion or mass)と診断した。crystal violet 染色の読影で柴田はⅢ型 pit の中に一部健常粘膜様のⅠ型 pit が介在するように見える部分があるため境界が分かりづらいところがあること、また構造異型として細かい不整があるため一部腺腫内癌を伴う可能性があるが範囲の指定は難しいとした。小島は基本はⅢ型 pit だが一部Ⅴ型軽度不整と読影できる構造異型があるため結節状隆起・平坦領域の一部小隆起・平坦領域内軽度陥凹面に癌が混在しており、深達度は粘膜内と診断した。徳竹（長野赤十字病院）は、全体に腺管辺縁の不整がありSSA/Pとは異なる鋸歯状変化があるため全体の不整な印象をおしあげているのではないかと、Vi様 pit と思しき構造もみられることから多彩な像を呈してはいるが腺腫内癌が考えられると発言した。またUCで荒廃した背景粘膜ではないところに発生してきているように見え、議論がつかないところではあるがUCを背景としたIBD cancerなのかsporadicなcancerなのか由来が興味深いと述べた。

三澤（昭和大学横浜市北部病院）は、様々な可能性があるが境界不明瞭でUC罹患歴が長いことを鑑みるとやはりUC関連腫瘍を念頭に読影すべきであるとした。隆起部はきれいなⅣ型 pit ではなくVi軽度不整、平坦部は染色不良部分もあり難しいがVi軽度不整部分含めirregularityが高いため、dysplasiaで一部にhigh grade 或いは

cancer が混在した病変とした。なお深達度については UC 関連腫瘍では診断は難しいため、明らかに深い所見がなければまず ESD を選択してよいが、周囲の一見正常 pit に見える部分についても生検を行い腫瘍の拡がりを確認をする必要があるとコメントした。

当該施設では、Ip 部分は JNET2B, 周囲の 0-II a・II b 領域は JNET での判断は困難であり pit pattern も type II, III, IV が混在して診断は難しいが、病変内に深部浸潤を示唆する所見はないこと及び平坦領域と周囲粘膜との境界は比較的明瞭であることから、ESD を選択した。

<病理解説>太田（信州大学）が担当した。背景粘膜は正常上皮で被覆されているが粘膜筋板が重層化しており、かつて慢性炎症が存在したことを示唆する所見であった。隆起部では核異型のめだつ細胞からなる腺管が複雑な管状～乳頭状構造を呈し核の重層化や極性の乱れがあり、腺癌 (tub1) と診断。平坦部は辺縁より大型化した陰窩が認められ、核の異型は弱い部分と異型が亢進した部分が混在しており、厚生労働省研究班分類に準じて dysplasia (high grade と low grade が混在) と診断した。

本症例では平坦部では陰窩の深部に Ki67 陽性細胞が増生する bottom up 型の morphogenesis を呈しており、一方隆起部では上層に増殖帯が存在する top-down 型の morphogenesis を示していた。Ki67 陽性細胞は増生しているにも関わらず P53 蛋白は全く発現しておらず、その理由として① p53 の遺伝子変異が生じ変異蛋白が（免疫染色で使われている）D0-7 で認識されない、ないしは②変異のためストップコドンが入り蛋白への翻訳ができないといった機序が考えられた。

なお下田（静岡がんセンター）は low grade の部分も含め全体を cancer と判断したほうがよいのではないかとし、その根拠として Ki67 陽性細胞の存在部位が adenoma とは逆転していることを挙げた。対比の後、赤松（県立信州医療センター）から、今回 colitic cancer が認められており今後の治療方針についての確認として、全結腸切除術も視野に入れているかについて質問があった。中村（安曇野赤十字病院）は短期間での内視鏡 follow up を行わずかな発赤などの所見でも生検を施行しており、今後癌の発生を認めた場合には手術も選択肢として検討しているとした。

<最終診断>

R, 18mm×10mm, 0-Ip+II b adenocarcinoma arising in dysplasia
tub1, pTis(M), ly0, v0, pHM0, pVM0

【症例 4】

限局性萎縮との判別が困難であった胃印鑑細胞癌

〈症例呈示〉田中一平（仙台厚生病院）

〈症例概要〉57歳男性。胃角部小彎の潰瘍に対し治療後、H.Pylori除菌施行。経過観察中に胃体下部後壁に病変を指摘された。

〈読影内容〉読影は山崎（岐阜県総合医療センター）、依光（東京がん検診センター）が担当した。WLIの写真では、山崎は背景はC-Ⅲか0-Iの萎縮を背景とした除菌後の粘膜であり、病変は胃体下部後壁約10mm大の褪色調陥凹領域であり、限局性萎縮・未分化癌・MALTリンパ腫・胃底腺型腫瘍を考え、境界などの性状から未分化癌か胃底腺型腫瘍、深達度は粘膜内と読影した。依光も萎縮にしては血管がめだたずMALTとしては単発でびらんも伴わないことからsigと胃底腺胃癌が残り、境界に段差がめだたないため胃底腺型胃癌>sigとし、深達度は粘膜内と診断した。NBI観察で山崎は、背景はround pitが認められ胃底腺が残っている状態で、病変部の辺縁は窩間部がひきのばされ血管も口径不同・形状不均一を呈する部分があることから胃底腺型腫瘍を考え、中心もわずかにpitがひきのばされており非腫瘍にしては腺管密度が少し高いため非常に分化した腫瘍が表面に存在すると読影した。依光も辺縁はpitが伸長しているが血管の異型は乏しくpor,sigは考えづらく胃底腺型胃癌を支持するが、中央部pitは不整に乏しいため非腫瘍とし、なぜ辺縁のみに所見があるのか説明が難しいとした。横澤（相澤病院）は質的診断は同様だが、表面は非腫瘍で深部に腫瘍が存在し、一部で表面直下に及んでいるのではないかとコメントした。八木（魚沼基幹病院）はpor,MALTなどの場合浸潤すると胃底腺が破壊され消失するが本症例では残存していること、胃底腺腫瘍で置き換わった場合陥凹となるか疑問であることから、通常あまりみないパターン（非腫瘍も含め）が存在するのではないかとコメントした。小林（新潟県立がんセンター新潟病院）は環状の辺縁の外にも一部伸びだしているように見えるため、非腫瘍やgranular cell tumorなど特殊形の可能性もあるのではとコメントした。竹内（長岡赤十字病院）は境界不明瞭・褪色調の病変でsigが一番あてはまるのではないかと、一部萎縮を伴い表面の構造は腫瘍量によって異なってみえるのではないかとコメントした。

当該施設では陥凹中心部は円形～楕円形の round pit を示し周囲も萎縮のない背景粘膜であることから限局性萎縮を疑い生検を施行。生検病理組織で印鑑細胞癌疑いと診断されたが生検量に乏しく確定診断に至らなかったため、十分な IC のもと total biopsy 目的で ESD を施行した。

〈病理解説〉下田（静岡がんセンター）が担当した。

腫瘍の分布については非腫瘍粘膜を囲むように sig が存在し、たまにこのような形をとることはあるとのことであった。中心の非腫瘍部分の限局性萎縮の成因については、印鑑細胞癌はしばしばびらんを生じることから真ん中でびらんを生じ周囲だけ腫瘍が残った可能性は考えられるとのことであった。また胃底腺領域に限局性萎縮が存在することはたまにあるため、併存の可能性も示唆された。なお呈示されたマッピングと異なる部位にも sig が確認されるとの指摘があった。

対比の後、土山（石川県立中央病院）から下田に馬蹄状を呈する未分化型癌で中心に全く変化がない病変はあるのか質問があった。これに対し、最近はいさい病変が多いためほとんど見なくなったが、以前は溝状の 0-II c 未分化型癌症例はあったと下田より返答があった。また菅（信州大学附属病院）からぼつぼつとしか胃底腺が残っていない状態で腺窩上皮が残存する状態がおこりうるのか質問があり、八木（魚沼基幹病院）は同様の症例は報告があるため、起こりうるのは確かだが細かい検討をしていく必要があるとコメントした。

〈最終診断〉

M, post, 9mm×8mm, 0-II c, sig (M), ly0, v0, pHM0, pVM0

【症例 5】

前医で SCC と診断された食道 SECN (subepithelial capillary network)

〈症例呈示〉 小山恒男（佐久医療センター）

〈症例概要〉70 歳男性。スクリーニング検査にて食道病変を指摘され、拡大・ヨード染色を含めた観察の結果 ESCC と診断。ESD の方針となり佐久医療センターでの治療を希望されたため紹介となった。

〈読影内容〉読影は北村（市立奈良病院）が担当した。①前医スクリーニング写真で中部食道右壁に 5mm 大発赤陥凹があり、NBI 非拡大で境界比較的明瞭な brownish area として認識されること②NBI 拡大で

明らかな B1 血管は認めず深部の血管が存在し、ヨード染色では境界明瞭な淡染領域を呈し、IPCL は密度が疎で形状も比較的均一であるため、佐久医療センターでの WLI, NBI 非拡大写真とあわせて、1) 限局性に上皮が菲薄化⇒萎縮 2) 非腫瘍上皮の粘膜固有層内に圧排するような何かがあるために上皮下血管網が強調されている可能性（内分泌細胞癌等）があるとし、血管の異型に乏しいことから 1) と診断した。平澤（仙台厚生病院）は IPCL が残っており深部の樹枝状血管がみえることから上皮が菲薄化している変化と読影し、WLI 拡大で深部の血管がしっかり透見されていることから粘膜固有層に癌胞巣などはないと診断した。

<経過>前医写真を見て SECN と判断。内視鏡再検にて拡大観察及び生検施行の方針となった。

<病理解説>太田より生検病理組織では上皮の萎縮像が認められるとコメントがあった。

小山より、SECN は食道基底膜直下に存在する IPCL よりかなり細い血管であり食道上皮に酸素の供給に重要な役割を果たしていること、通常は見えづらいがスコープを押し当てると確認されること、また萎縮が存在すると扁平上皮が菲薄化して透見されやすいことが mini lecture で説明された。

太田（諏訪赤十字病院）からヨード染色で pink color sign にみえることの解釈について質問があり、小山より上皮が菲薄化しているため血管が透けて見え pink color sign は陽性になりうることが説明された。また中村（安曇野赤十字病院）から萎縮の理由についての質問があり、小山はこの症例でも多発しているが原因は不明であり、最近非拡大 NBI で BA として認識され紹介される症例が増えているがきちんと拡大（WLI, NBI）観察を行うことで鑑別が可能であると返答した。

<最終診断>

食道 SECN