

#### 【症例 4】

症例提示：安曇野赤十字病院 中村直先生

読影：しのはら消化器内科クリニック 篠原知明先生、仙台厚生病院 松田知己先生

病理コメント：信州大学医学部附属病院 岩谷舞先生（以下敬称略）

症例：70歳台、男性。便潜血陽性のため施行した大腸内視鏡検査で Ra に 2 型病変指摘。同病変の肛門側 Rb に 10mm 弱の 0-II a 病変を認めた。

最終診断：Rb,adenocarcinoma(tub1-tub2),7mm×7mm,pT1b(at least SM), Lympho-vascular invasion(+),pHM0,pVM1

〈WLI 読影(インジゴカルミン含)〉 篠原：2 型病変から 5cm ほど肛門側 直腸 Rb に 1cm 弱の淡い発赤調を呈する平坦隆起性病変(Is を認め、周囲から伸展不良を伴う所見を認める。境界は明瞭で不整な表面構造の部分と周囲に 1 型 pit 様構造を伴う所見で、ひきつれがあることから粘膜下に線維化を生じている可能性を考える。原発か壁内転移のような形かは現時点で不明だが、単発のため別病変の可能性を考える。Clinical T1b と判断するため 2 型病変と併せての切除を検討したい。

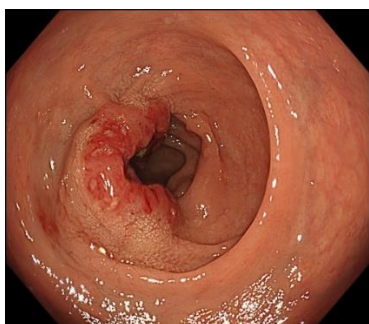
松田：追加として、2 型病変の辺縁でくぼみがあり正常粘膜の下に逆浸潤様所見が疑われる。このタイプの場合 Iy の浸潤傾向が強いことがあり平坦隆起病変と一元で考えるべきか注意が必要と考える。通常 Iy から逆浸潤の場合 SMT 様になりやすいが本症例では比較的平坦であり、鋸歯状変化も含め鑑別が必要。

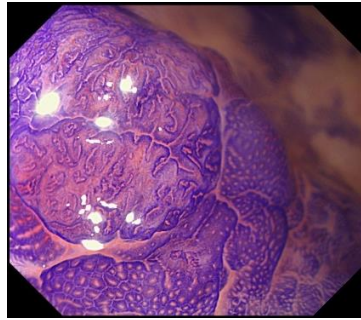
〈NBI 読影〉 篠原：腫瘍表面構造は残されており無構造領域がなく、微小血管も異型はあるが口径不同は程度が大きい。主病変の下には粘膜下に線維化を伴っている。組織型は分化型腺癌、sm 深部浸潤を疑う。

松田：通常観察の時より原発の癌の所見にみえる。Is+0-II c で筋板は破壊されているが固有層は残存していることが推測される。立ち上がりの一部に逆浸潤の可能性のある部位も認める。組織型と深達度は同じ。

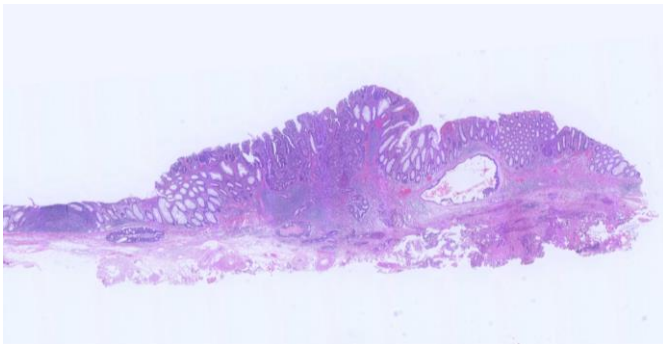
ピオクタン染色では異型が弱い管状 pit と強い不整 pit が混在しており染色性もよく、粘膜下層深部浸潤疑われるが光沢があり腺管密度が低いため表層パターンと深達度予測に乖離があり通常の原因癌とは違う状況が示唆された。

超音波内視鏡所見は、内視鏡での深達度予測と同じく粘膜下層深層浸潤が示唆された。





〈病理コメント〉 岩谷：手術標本で2型病変は高～中分化型腺癌、リンパ管浸潤、静脈浸潤が強い病変であった。ESD 瘢痕と思しき領域周囲にも脈管侵襲が多数認められた。ESD 標本では腺腫成分を伴わない粘膜固有層表層から中層を主座とする 高分化～中分化型腺癌 を認めた。脈管侵襲が多数あり、また通常の原因腫瘍では考えづらい、主病変と非連続性の3-4腺管分の癌に相当する腫瘍腺管も粘膜固有層内数カ所で確認された。当初は衝突癌の可能性をより考えたが、粘膜筋板内を含む著明なリンパ管侵襲を伴う病変で、主病変と非連続性の小病変を複数認めた点から、2型病変の脈管侵襲病変からの粘膜浸潤と判断した。Desmoplastic reaction に乏しい理由として経脈管的に粘膜固有層へ進展した可能性が考えられた。



〈まとめ〉 2型進行癌の肛門側に存在するIs+0-IIc病変で、病変の形態・ひだ所見と表面構造から推測される深達度に乖離がみられ、原発癌か進行癌関連の病変か、診断が非常に難しい症例であった。ESD及び手術標本病理組織の検討で2型進行癌が粘膜筋板内のリンパ管に強く侵襲・進展を示しており、進行癌が経脈管的に肛門側の粘膜固有層へ進展した可能性が示唆された。進行癌の進展形式には本症例のようなケースもあるため、特に直腸においては範囲診断および術式選択に注意が必要と考える。

(文責：沖山)