

第5回長野拡大内視鏡研究会 症例検討のまとめ

司会：飯田市立病院 中村喜行、佐久総合病院 友利彰寿

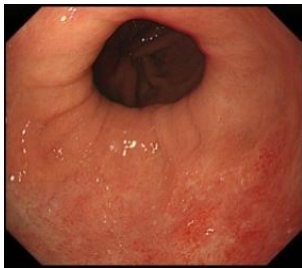
病理コメンテーター：新潟大学 渡辺玄

症例1：70歳代、男性、Barrett 食道腺癌

症例呈示：星ヶ丘厚生年金病院 新宅雅子

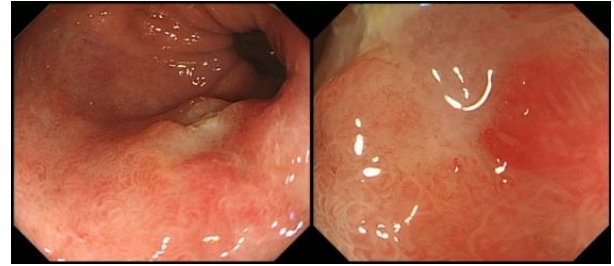
①生検時 ②精査時 ③治療時の3シリーズの内視鏡像が呈示された。読影は岩谷勇吾（信州大学医学部内科学第二講座）が担当した。

①前医生検時の通常観察において、LSBE 内の下部食道後壁に発赤領域を認め、内部には一部凹凸が目立つ陥凹面を伴っていたことから、IIc+IIb 型のバレット腺癌を考えると読影した。ただし境界が不明瞭であり、側方進展範囲はおおむね発赤の範囲としか言えないとした。



②前回陥凹面より生検が採取されたことから、精査時には陥凹内はびらんによる白苔と扁平上皮に被覆され、陥凹部および周囲の凹凸が目立つものの、病変の境界は不明瞭であるとした。

陥凹内は白苔のため診断困難であるが、辺縁部の拡大像で大小不同の絨毛状構造および不整血管を認めたことから、分化型腺癌と診断した。陥凹後壁側に発赤領域があり、癌の IIb 進展を疑ったが、同部は拡大観察されていなかった。しかし、酢酸散布像において陥凹後壁側および口側を含め whitening が早期に消失する発赤領域として認識され、同範囲が病変の進展範囲と診断した。



③治療時画像では、病変の凹凸は目立たず、境界不明瞭な発赤を呈し、陥凹面は扁平上皮に被覆されており、質的診断および進展範囲診断はより困難だが、酢酸散布後に淡い発赤を呈する領域が見られ、同範囲まで癌が進展していると読影した。



LSBE 内の分化型 IIc+IIb 癌の診断で、EAM にて一括切除された。最終診断は、バレット腺癌,0-IIc+IIb, pT1a-MM, ly0, v0, HM0, VM0, 9×6 mm とのことであった。

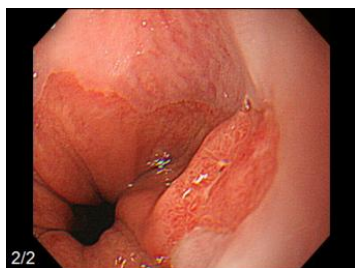
病変はその大部分を扁平上皮に被覆され、一部で露出していたのみとの呈示であったが、病理の渡辺先生から病変の進展範囲はマッピングより広く、口側および左壁側へも連続しており断端陽性の可能性があるとの指摘があった。

提示された拡大画像が全て強拡大で、オリエンテーションがつかず、詳細の対応は困難であった。酢酸散布像による whitening 消失領域がおおむね病変範囲であったと推察されたが、弱拡大で全体像を把握する事の大切さが痛感された。

症例 2 : 40 歳代、男性、Barrett 食道腺癌

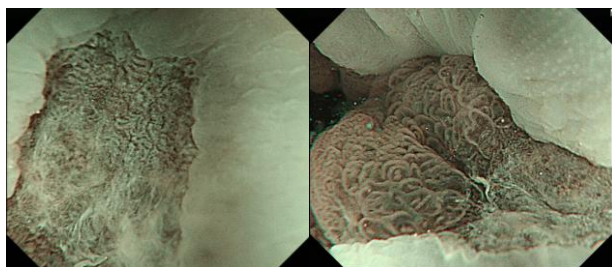
症例呈示 : 佐久総合病院 岸埜高明

①前医生検時 ②紹介時 ③治療時の 3 シリーズの内視鏡画像が呈示された。読影は竹内学 (新潟大学消化器内科学分野) が担当した。①前医生検時通常観察像では、SCJ 後壁に発赤調の境界明瞭な不整形陥凹性病変を指摘し、背景の円柱上皮粘膜に柵状血管網を認めたことから、0-IIc 型バレット食道腺癌を疑うとした。



②精査時 NBI 拡大像では、発赤陥凹部に不整で細かい絨毛状構造が見られることから、分化型腺癌と読影した。肛門側の腫大した絨毛状構造の領域は、大小不同が見られるものの腺管密度がさほど高くなく癌の進展とは言いがたいとした。

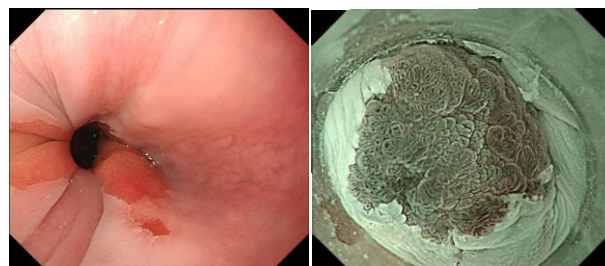
森田 (京都大学) から読影者が示した領域の外側と構造の差がわかりにくい、との指摘があり、進展範囲診断が困難であった。



③治療時には陥凹内の一部が扁平上皮に被覆されており、その口側および肛門側に発赤領域が連続していたが、肛門側の境界は不明瞭とした。酢酸散布 NBI 画像では、口側陥凹部の表面構造に不整を認め、同部は腺癌と診断した。肛門側では境界の指摘は困難ながら大小不同が目立つことから、比較的広い範囲で癌の進展がある可能性

を指摘した。また、扁平上皮に被覆されている部位に、不整な小開口を認めたことから、扁平上皮下進展の存在を指摘した。

フロアより肛門側の粘膜構造が、②精査時では大きな絨毛状構造であったのに対し今回はかなり細くなっており、この変化をどう捉えるか、との意見がでた。②の時点では PPI の服用なく、その後 PPI が開始されたことから、PPI による炎症抑制との関連も指摘された。また、天野先生より原因は説明しがたいが、今回の方が明らかに腺管密度自体が高くなっているとの指摘をいただいた。



0-IIc 型バレット食道腺癌の診断で ESD にて一括切除が施行された。

口側の陥凹および肛門側および扁平上皮下に分化型腺癌を認め、一部 SM 浸潤を伴っていた。病変の肛門側に固有食道腺を認めたことから、バレット食道腺癌、IIc、pT1b(SM1(250 μ m)), ly0, v0, HM0, VM0, 8x7mm との診断であった。

病理の渡辺からは、非常に異型が弱く診断に苦慮するが、肛門側にもう少し癌の進展があるとのコメントがあった。

以上を振り返ると、NBI 拡大観察でみられた肛門側の凹凸不整部は癌の進展があったと推察された。

症例 3 : 70 歳代、男性、0-IIa+IIc 型胃癌

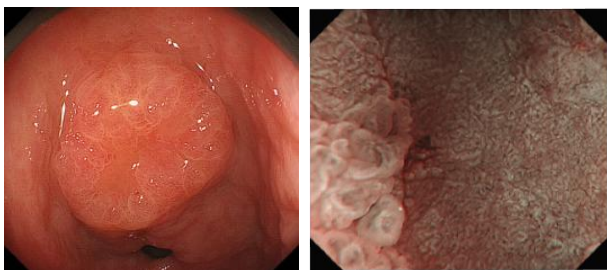
症例呈示 : 大阪赤十字病院 金坂卓

読影は柴垣広太郎（鳥取市民病院内科）が担当した。

前庭部小弯、幽門輪近傍に辺縁隆起を伴った発赤調の陥凹性病変を認めた。発赤調陥凹部の境界は明瞭であり、蚕食像を伴った不整形陥凹であることから、分化型腺癌 0-IIa+IIc と診断した。

NBI 拡大観察で、陥凹内に一致して大小不同で不整の目立つ絨毛状構造が密に増生していることから、分化型腺癌に矛盾しないと読影した。

また、やや厚みは見られるものの、陥凹内は平坦であることから、深達度は M とした。



ESD にて一括切除され、陥凹内に一致して高分化型腺癌を認め、最終診断は 0-IIa+IIc, tub1, pT1a(M), ly0, v0, HM-, VM-, 10x7mm の診断であった。

呈示者より陥凹内の構造は比較的不整に乏しいのではないかとこの質疑がなされたが、小山（佐久総合病院）から不整ありとすべきであること、酢酸散布を併用するとなお表面構造が観察しやすくなるとのコメントがなされた。

症例 4 : 50 歳代、男性、腺窩上皮型胃癌

症例呈示 : 長野市民病院 長屋匡信

読影は山里哲郎（東京都がん検診センター内科）が担当した。

体中部後壁の褪色调陥凹性病変を指摘した。背景粘膜には RAC がみられ、襞の消失がみられないことから、非萎縮胃粘膜と診断した。病変は色調および構造で境界が明瞭であり、絨毛状構造を呈していることから、分化型腺癌と読影した。

赤松（県立須坂病院）からは、褪色调の平坦陥凹病変であることから、低分化型腺癌や MALT リンパ腫も鑑別に拡大観察を行うべきとの指摘があった。



NBI 拡大観察では、背景粘膜に整った round pit を認めるのに対し、病変部では絨毛状構造を認めた。White zone は比較的整っているものの、大小不同が見られることから、分化型腺癌と診断した。また、酢酸散布により大小不同はより明瞭であり、分化型腺癌に矛盾しないとした。

中村（丸の内病院）は、非萎縮領域を背景としており、褪色ではあるが胃型形質を有する癌の可能性を指摘した。

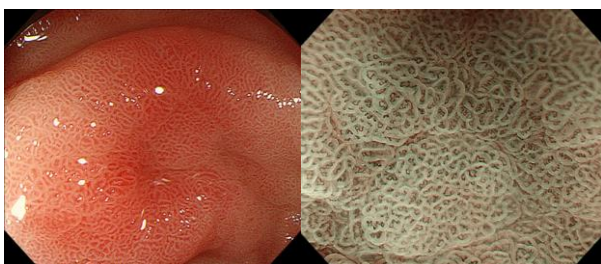


病変は ESD にて一括切除され、0-IIc, tub1+tub2, SM1 (400 μm), Uls+(biopsy), ly1, v0, 17mm との診断であった。

症例5：50歳代、男性、0-IIc型胃癌
症例呈示：佐藤病院 小澤俊文

前庭部小弯の発赤陥凹より生検され、group5との診断で紹介された症例。読影は芹澤昌史（協立松本病院消化器内科）が担当した。

全体にやや隆起し、頂部に発赤調の陥凹を認める病変であるが、その境界は不明瞭であり、癌か非癌かの判断が困難であるとした。NBI拡大観察でも、整った絨毛状構造であり、White zoneにも不整がなく、積極的に癌と言える所見に乏しいと読影した。



内視鏡的診断は困難なケースと考えられ、病理結果をレビュー後に再検討を行うこととなった。病変はESDで一括切除され、最終診断はpap > tub1, 36×17mm, pM, ly0(D2-40), v0(CD34), gastric phenotypeであった。

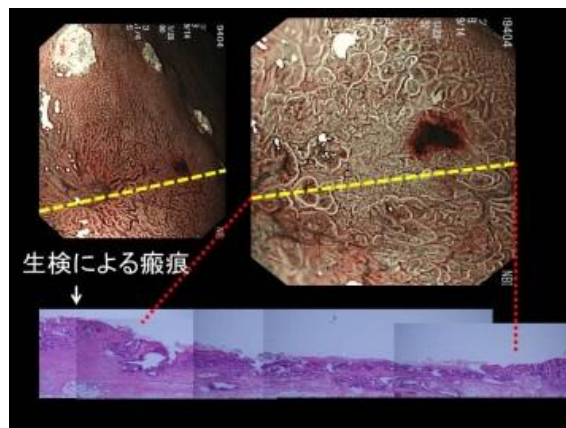
組織学的には、表層の異型が乏しく広い窩間部を有する乳頭状腺癌の領域と、わずかな陥凹内にやや腺管密度の高い管状腺癌を認めた。

内視鏡に振り返って画像を再検討し、陥凹内で一部大小のある絨毛状構造が見られた部位が癌であったと思われたが、その診断は非常に困難であったと思われた。異型の弱い高分化型癌の診断に関する拡大内視鏡診断の限界を示唆する症例であった。

第4回長野拡大研究会症例の追加報告
中濃厚生病院 山崎健路

第4回の本研究会で症例検討を行った際、病変と組織との一対一対応が不十分との指摘がなされた。その後再度画像と切り出しとの対比を突き詰めた結果、生検瘢痕をメルクマールにせざるを得ないと判断し深切りを行ったとのことであった。

その結果、内視鏡画像および深切り標本の生検瘢痕を対比することにより、癌部の拡大内視鏡像を正確に確認することができた。



以上
作成：佐久総合病院胃腸科
友利彰寿