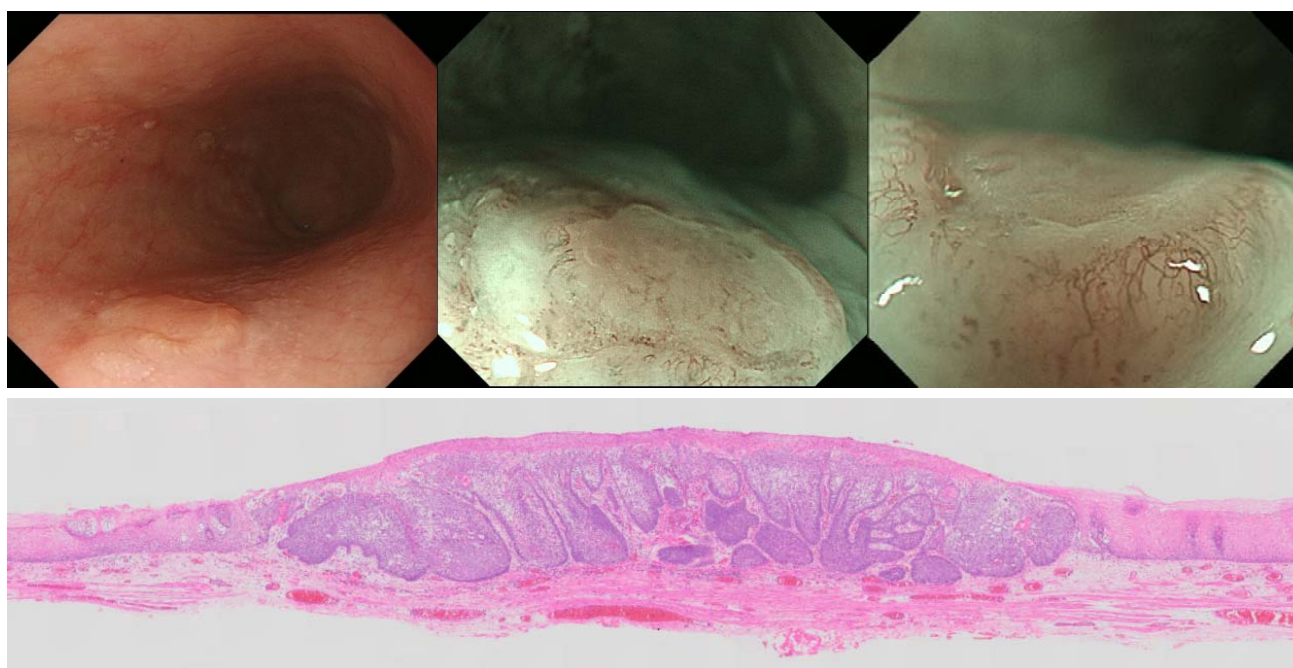


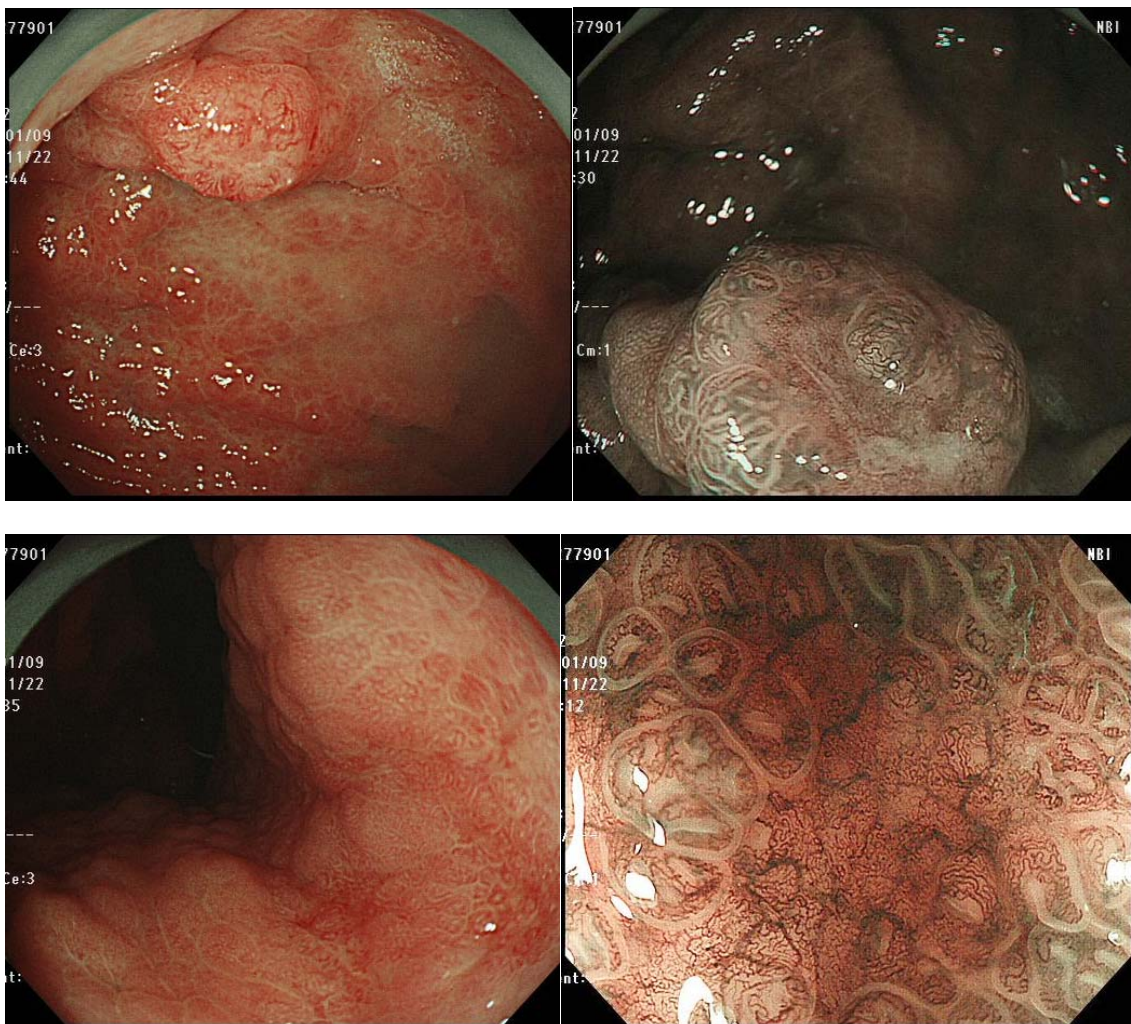
症例1 70歳代, 男性 食道 症例提供: 佐久医療センター 高橋亜紀子

読影は三枝(県立須坂病院)が担当した。胸部下部食道後壁に10mm大のIIa+IIc病変を認め、陥凹部の空気変形が乏しく、周囲の隆起も認めることからSM深部浸潤を伴う食道扁平上皮癌と診断した。NBIでは陥凹面は3mm以上あるB2血管に囲まれたAVA-largeと読影し、やはりSM深部浸潤を伴う癌と診断した。竹内(新潟大学)は辺縁に見られる血管はB2血管ではなく、上皮下にある血管が伸展されたものであると読影したが、AVAは必ずしも全周でB2血管に覆われている必要はなく、やはりAVA-largeでよいとコメントした。また陥凹内部はうっすら白濁しており、非腫瘍粘膜に覆われていると読影した。山田(飯山赤十字)は特殊な形態から類基底扁平上皮癌や腺癌、転移性腫瘍などの特殊な腫瘍を疑うとコメントした。有馬(埼玉県立がんセンター)は陥凹内部が全くの無構造であり、癌で見られるような血管も観察されないため、無構造領域はAVAの範疇ではないと読影し、扁平上皮癌を示唆する所見もないが、総合的には癌と考えたいとコメントした。ヨード染色では陥凹内部は淡染となり、三枝は非腫瘍上皮に覆われてはいる扁平上皮癌と診断した。EUS像も三枝はSM深部浸潤と読影した。治療はESDが行われた。病理では大部分がMM浸潤を伴う扁平上皮癌であり、陥凹部の表層粘膜は非腫瘍上皮ではなく分化した腫瘍上皮であった。最終病理診断はSCC, T1a-MM, ly0, v0, HM0, VM0, 0-IIc, 6×6mm in 25×25mm, Mt, Post. 無構造領域をAVAと読むか、表層上皮は腫瘍か非腫瘍かという点が読影のポイントになった症例であったが、下田(国立がん研究センター)は圧排性にdownward growthした癌であり、基底層の厚みによって血管が見えにくくなったのではないかとコメントし、表層分化の非常に良い高分化な扁平上皮癌であると付け加えた。小山(佐久医療センター)はわずかに透見される血管から判断するに分化した表層腫瘍上皮がなければ、AVA-middleの集簇のように見えるはずとコメントした。



症例2 80歳代, 女性 胃 症例提供: 岐阜県総合医療センター 山崎健路

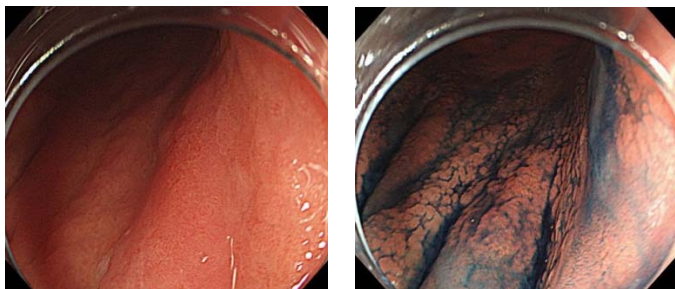
読影は沖山(丸子中央病院)が担当した。病変は2病変(①体中部隆起病変, ②体上部陥凹病変)存在した。背景粘膜は萎縮化生を伴う発赤粘膜であり, ①病変はIIa+IIcの上皮性腫瘍であり, 腫瘍のボリュームがあることからSM浸潤を伴う癌と読影した。赤松(県立須坂病院)は蚕食像が明らかでなく, カルチノイドと読影した。菅(信州大学)は同様に悪性リンパ腫も鑑別に挙げた。NBIでは沖山は陥凹面の血管は密度が高く, 下から引き伸ばされたものとは考えにくいいため, やはり上皮性腫瘍を疑うと読影した。八木(県立吉田病院)は隆起の側面では正常の胃底腺パターンが変化し引き伸ばされた像が観察されることから, 病変の主体は粘膜固有層であり, 同部で増殖するような腫瘍を鑑別に挙げるべきとコメントした。②病変に関して沖山は境界は追いきが, 色調の変化から上皮性腫瘍・癌と読影し, 深達度はMと診断した。三枝(県立須坂病院)は境界が追えず, 胃炎類似型のMALTリンパ腫と読影した。NBIでは沖山は陥凹内部の血管は不整さに欠けるため, 診断をMALTリンパ腫に変更した。八木は血管の異型はあると読影し, 上皮下に異型血管が入り込んでいるため, tub2~porの癌と診断した。病変に対し生検組織診断がなされ, 診断は2病変とも胃MALTリンパ腫であり, 形質細胞の分化を伴っていた。いずれの病変も正常上皮構造の遺残の有無により, 表面構造の差異が生じていた。通常光観察に加え, 血管の読影により癌やMALTリンパ腫の鑑別が可能となるかがポイントとなったが, 小山(佐久医療センター)は, 血管の拡大所見からMALTリンパ腫・限局性萎縮・collagenous gastritis・未分化型胃癌を鑑別することは現実的には難しいとコメントした。



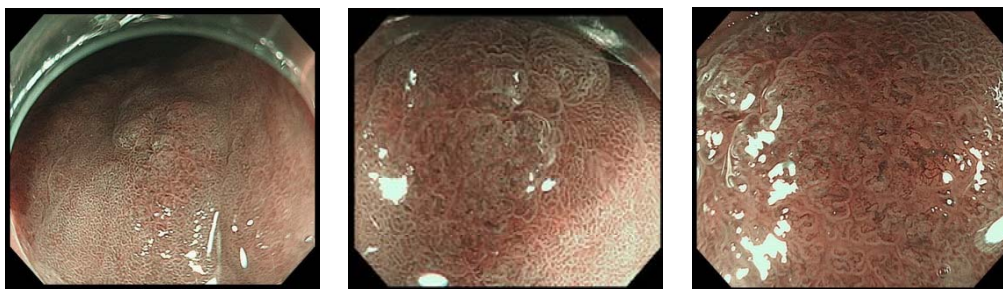
症例 3： 60 歳代男性 高分化型腺癌

症例提示：岸和田徳洲会病院 永田充

治療時の内視鏡像が呈示され、読影は菅智明(信州大学医学部内科学第二講座)が担当した。通常内視鏡像では体中部大弯後壁に発赤調の顆粒状変化を伴う II b 病変を認め、インジゴカルミン散布では病変部は周囲と比較するとやや不揃いな顆粒状の形態を呈しており、上皮性の腫瘍性病変、粘膜内に留まる分化型腺癌を考えたいとした。



NBI 拡大像では表面構造は不明瞭化しており、病変内の血管も口径不同や配列の不整が目立つことから、菅は分化型腺癌と診断し、病変肛門側では癒合したような villi 様構造を認めることから、tub2 が混在している組織像が推測されるとコメントした。また、八木(新潟県立吉田病院)は背景粘膜に light blue crest(LBC)があり、境界が不明瞭であることから、粘膜の中層を這うような sig の存在の可能性についても言及し、菅は tub2 の場合、側方への浸潤も粘膜内にみられることから、不明瞭な辺縁の上皮内に癌が浸潤している病態を考えたいとした。小山(佐久医療センター)も病変内に表面構造の不明瞭化、non-network 血管の出現が見られ、境界が不明瞭なことから、病変辺縁では中分化型腺癌が非腫瘍の表層下を側方に這っている可能性を指摘した。



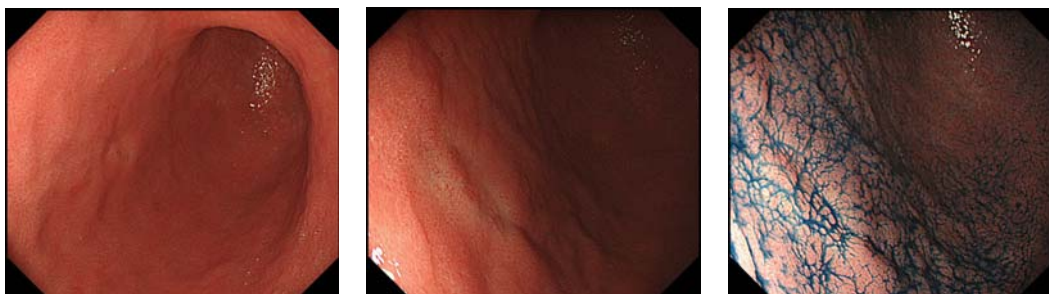
治療は ESD が行われ、最終診断は 9×6mm、tub1、pT1a(m)、UL(-)、ly(-)、v(-)、pHM0、pVM0 であった。病理解説は下田(国立がん研究センター)が担当した。病変の境界部では高低差はないが、腺管の密度、大きさ、分布に違いがあり、腫瘍であることは間違いないとし、病変の範囲は演者が対比で提示した範囲よりは広範であるのではないかとコメントした。しかしながら、標本の条件が厳しく、核の所見が判断できないことから、これ以上の診断は難しいとした。本例は深切りを行い、次回再検討する方針となった。

作成 相澤病院 消化器病センター 横澤秀一

症例 4 : 70 歳代男性 印環細胞癌

症例提示 : 信州大学医学部内科学第二講座 野沢祐一

治療時の内視鏡像が呈示され、読影は山崎健路(岐阜県総合医療センター)が担当した。通常内視鏡像では体下部前壁に境界不鮮明であるが、退色調のわずかに陥凹した 10mm ほどの領域を指摘し、陥凹内には周囲と同様な上皮が残っており、リンパ増殖性疾患を第一に考えたいとした。赤松(長野県立須坂病院)より胃底腺領域に退色調の病変が境界をもって存在するので、腫瘍性の病変であることは間違いなく、第一に印環細胞癌を考え、蚕食像がはっきりしないが、肛門側は比較的境界が追えるとし、内部に粘膜模様が残っており、上皮を広がる病変を考えたいとした。



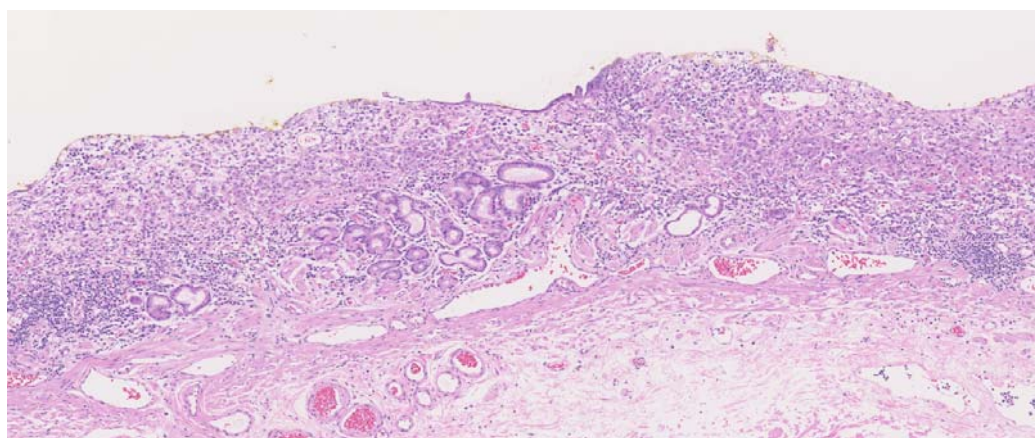
NBI 拡大像では、境界をはっきりと認識することはできないが、乳頭状の構造が陥凹内部で大小不同を呈しているのが認められ、肛門側の構造が認識できない部分には、口径不同のある血管が network を形成せず蛇行していることから、山崎は印環細胞癌を含めた未分化型癌と診断したいとした。また、一部表層には非腫瘍の上皮が残っており、送気にて病変が進展されることから、深達度は m と読影した。赤松(長野県立須坂病院)は上皮下に特徴のある血管が透けて見えており、血管の不整があれば上皮内の腺頸部を中心に這っている印環細胞癌、なければ MALT と考えたいとした。八木(新潟県立吉田病院)は周囲と病変内の white zone を比較すると、病変部では窩間部が広いとため、表層は非癌で粘膜中層以深に腫瘍がある印環細胞癌を考えたいとした。MALT リンパ腫の場合はリンパ球浸潤が表層まで浸潤し、white zone を破壊することから、印環細胞癌を支持したいとした。



治療は ESD が行われ、最終診断は印環細胞癌、9×6mm、m、UL(-)、ly(-)、v(-)、HM0、VM0 であった。病理解説は太田(信州大学医学部)が担当し、病変はそれぞれ腺窩上皮、増殖能の高い部分、幽門腺へ分化した 3 層構造を示す印鑑細胞癌であると診断した。癌細胞は腺頸部を進展しており、上皮内では小窩が消失し、窩間部の距離が開いていることから、内視鏡像との関連が示唆された。また、病変は非腫瘍性の上皮に被覆されていた。

赤松(長野県立須坂病院)より蚕食像がはっきりしない理由と、蚕食像は何を見ているのか、について質問がなされ、小山(佐久医療センター)は背景に萎縮があって、隙間がある場合には癌細胞はバラバラと入っていくから蚕食像は出にくい、腺管密度が高くて、上層まで腺管が詰まっている場合は低分化でも充実性に浸潤するので、蚕食像ができるとし、背景粘膜による違いを指摘した。下田(国立がん研究センター)は印環細胞癌や低分化型腺癌は分化型の腺癌と違って、不規則に周辺に構造異型が進展するので、蚕食像が出現すると回答した。

最後に赤松は印環細胞癌が層構造を示す場合、未分化型癌には分類されるが、浸潤はそれほど早くなく、びらん、潰瘍などにより層構造が乱れてくると、浸潤を示してくるのではないかとコメントした。また、小山より血管異型が弱い印環細胞癌のときは層構造が残っていて、血管異型強い病変は層構造が崩れたものではないか、との質問が出たが、赤松は血管と層構造までの関係まではコメントできないとした。



作成 相澤病院 消化器病センター 横澤秀一