

〔症例 1〕 60 歳代男性、深達度診断に苦慮した食道扁平上皮癌

症例提示：石川県立中央病院消化器内科 竹村健一先生

読影：佐久医療センター内視鏡内科 依光展和先生，仙台厚生病院消化器内科 前田有紀先生

病理解説：静岡がんセンター 下田忠和先生

胃癌に対して幽門側胃切除後、検診目的の内視鏡検査で病変が発見された。

**通常観察：**依光は、胸部中部食道前壁に発赤調で境界明瞭な隆起性病変を認め、1mm 以上の高さがあり 0-1 型の SCC と考える。右壁側には IIb 病変が進展している。空気量を変えても隆起の高さの変化は乏しく、隆起の中央部では浅い陥凹を認め、深達度は SM massive と読影した。前田は、隆起の表面には白色調の付着物がみられ、立ち上がりはやや緩やかであることも併せて、特殊型の可能性を挙げた。

**NBI 拡大観察：**依光は、腫瘍表面の微小血管にはループ構造が保たれており、B1 血管主体で、表層部には LPM 相当の浅い癌が残存していると読影した。前田も、B1 血管を残しており、上皮内癌が表層を覆うが、丈が非常に高いので、深達度には反映しないとした。竹内（長岡日赤）は、提示された血管はすべて B1 血管と判断され、たとえ 1~2 本 B2 に見える血管が見られても領域性を持たなければ深達度には反映しないとコメントした。小山は、血管が見えない部分が多いが、見える部分をのみ評価するべきであり、表面の白色調の物質は錯角化であろうとコメントした。高橋（佐久医療センター）は、自施設のデータから、B2 血管の領域性に関しては、1mm 以上を有意として M3, SM1 を考えるべきと追加した。

**病理：**竹村から治療方針と病理について説明があった。術前は、通常観察および EUS では粘膜下層深部浸潤と考えたが、NBI 拡大は B1 主体、一部 B2 で discrepancy があった。胃癌術後で胃管作成ができないため ESD を選択した。最終診断は Squamous cell carcinoma, pT1a(MM), INF b, ly0, v0, pHM0, pVM0, 42×25mm と報告した。下田より病理解説があり、ごく一部で MM だがほとんどは LPM であり、非常に downward growth が強い腫瘍で、このために腫瘍の丈が高くなっていたこと、また、粘膜筋板直上には炎症と線維化が目立ち、可動性を制限していた可能性があるとして説明があった。標本の最表層には、錯角化の所見は乏しく、極性の保たれた扁平上皮癌が存在するが、乳頭内血管は確認しづらかった。最後に、小山から、これだけの厚さのある病変は SM massive と診断する方が自然であろうとコメントがあった。

病変の丈が高い場合、NBI 拡大観察は深達度診断に寄与しないことがあり、通常観察や EUS の所見を重視して診断すべきことは、周知されてきている。通常観察や EUS の所見から SM massive であると、全会一致で意見がまとまったが、pT1a(MM)であり、表面の脱落も深部浸潤も来さず、0-I 型の形態を保っていた、貴重な症例の提示であった。

（新潟県立がんセンター新潟病院 小林）

〔症例 2〕 70 歳代女性、胃体上部大彎に発見された *H. pylori* 未感染 0-IIa 型病変  
症例提示：新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院 消化器内科 星隆洋先生  
読影：東京都がん検診センター 山里哲郎先生，新潟大学消化器内科 橋本哲先生  
病理解説：静岡がんセンター 下田忠和先生

穹窿部 30mm 大の GIST に対する腹腔鏡下胃局所切除（LECS）施行前の内視鏡検査で発見され、生検では Group 1 であった。*H. pylori* 血清抗体陰性（3 未満）、便中抗原陰性。

**通常観察：**山里は、背景粘膜には萎縮がなく、病変は 6~7mm 程度、立ち上がりは急峻で、表面には大小不同の腺管構造が見られることから、分化型腺癌と読影した。橋本も、表面に乳頭状の構造が見え、やはり癌でよいだろうと追加した。

**NBI 拡大観察：**山里は、背景粘膜は細かな pit 構造を示す胃底腺粘膜であり、病変の表面構造は乳頭状を示し、不均一で、大小不同があり、腺窩辺縁上皮の幅も一定しないことから分化型腺癌を疑うとした。橋本は、乳頭状構造の中に、所々開口部を認め、癌腺管の開口部が狭くなった組織像が想像されるとした。赤松（須坂病院）は、表面構造の不整には場所によって違いが見られ、陥凹部は癌と考えるが、隆起部には不整が乏しい部分もみられ、組織学的な違いがあるであろうとコメントした。竹内（長岡日赤）は、うろこ状の構造の中に、ネットワークを作る微小血管像がみられることより、深層には幽門腺腺腫が存在する可能性を挙げた。土山（石川県中）と八木（魚沼基幹）からも、幽門腺腺腫の典型像と考えられ、幽門腺腺腫の 30~40%は癌化しやすいとコメントがあった。

**病理：**星が自施設での病理診断について説明した。表層は腺窩上皮型の癌であり、深部は MUC6 陽性で頸部粘液細胞型の癌がみられ、一部 SM への浸潤を認めたことから、最終診断は、Adenocarcinoma (tub1), pT1b (SM1, 400µm), ly0, v0, pHM0, pVM0, 0-IIa, 15mm とした。下田より病理解説があり、自分の診断は gastric type の adenoma で、いわゆる pyloric gland adenoma の典型的な組織像を呈しており、一部で異型がやや高いとした。但し、病理医によっては、これを癌とする場合もあるであろうと追加があった。粘膜下層の腺管は周囲に desmoplastic reaction に乏しいことから、浸潤ではなく、異所性腺管と判断し、免疫染色では MUC6 に加えて pepsinogen-1 も陽性であることから、mucous-neck cell and chief cell type の adenoma とした。小山から、最表層に微絨毛様の所見を認める場合は癌である可能性が高いとコメントがあったが、この病変では、最表層のみやや異型はあるが、明らかな癌化とは言えないと説明があった。

近年、胃底腺型癌や胃底腺粘膜型癌などが注目され、発見される病変が急増しているが、これに伴って、低異型度高分化型を示す胃型腫瘍性病変の病理診断基準が再検討されている。このような症例を集積し、腺腫と癌の区別や、浸潤と異所性腺管の区別について、明らかにする必要があると思われた。

（新潟県立がんセンター新潟病院 小林）

〔症例 3〕 40 歳代男性、前庭部に発見された *H. pylori* 未感染 0-IIa 型早期胃癌

症例提示：新潟県立吉田病院 内科 名和田義高先生

読影：篠ノ井総合病院 消化器内科 児玉亮先生，三枝久能先生

病理解説：信州大学 生体情報検査学 太田浩良先生

近医のスクリーニング内視鏡で発見され、複数個の生検施行後に紹介。既往歴や家族歴はなく、*H. pylori* 血清抗体陰性、UBT 陰性、便中抗原陰性。

**通常観察：**児玉は、背景粘膜は萎縮なく、RAC 陽性、NBI 拡大でも small round pit を認めるため、背景は *H. pylori* 未感染粘膜であるが、病変は 4mm 程度と小さく。境界不明瞭で上皮性腫瘍の所見は乏しいと読影した。三枝も、腫瘍の所見は乏しいが、単発の疣状胃炎 (verrucosa) は生検するべきと先輩から指導されたと追加した。

**NBI 拡大観察：**児玉は、背景粘膜は Villi 構造を示す幽門腺粘膜であり、病変との境界は指摘できないとしながらも、white zone の幅に乱れがあることから、分化型腺癌 0-IIb を疑うとした。三枝は、隆起の立ち上がり的一致して、Villi 構造が腫大しており、境界を迫るので 0-IIa と診断した。赤松 (須坂病院) も、Villi 構造に癒合があり、*H. pylori* 未感染例の前庭部に認められる分化型癌の典型像であるとコメントした。土山 (石川県中) は、生検痕の影響はあるが、血管や構造に irregularity はなく、Demarcation line もはっきりしないので、表層部は非癌の可能性があると指摘した。吉村 (済生会福岡) は、超高分化型腺癌で粘膜内深層での充実性増殖が主体だが、構造が irregular な部分では、一部腫瘍が露出している可能性があったとした。

**病理：**名和田から経過、病理の説明があり、前医の生検標本では最表層に tub1 がみられた。術前は、隆起中央に white zone が不明瞭で大小不同もあるため癌が露出していると診断して ESD が行われた。組織学的には、tub1 の腺管は表層部には存在せず、表層は非腫瘍性腺管で覆われていた。最終診断は、Adenocarcinoma (tub1, low grade, gastric type), pT1a (M), ly0, v0, pHM0, pVM0, 0-IIa, 2mm で、癌腺管には MUC5AC と MUC6 の double staining がみられ、同部に一致して Ki-67 陽性率が上昇していた。過去に症例報告された *H. pylori* 未感染の前庭部分化型腺癌 (4 例) はいずれも腸型粘液形質を認めていたのに対して、この症例は純粋な胃型形質を示す病変であった。太田より病理解説があり、背景粘膜は炎症のない幽門腺粘膜のみが認められ、病変の立ち上がり部分には反応性または生検に伴った腺管の過形成がみられた。病変の表層部には広範囲で非腫瘍性腺管が存在し、腫瘍腺管とフロントを形成していた。腫瘍腺管は病変中央に存在し。最表層への露出はごくわずかであったが、初回の生検標本では 3 個中 2 個で、癌腺管が表層部にあることを確認できた。このように非腫瘍性腺管が表層部に存在していることについては、生検による修飾や癌の異型度が低いこと、*H. pylori* 陰性状態などの関与を推測したいと述べた。小山から、Light blue crest に類似していても白く光って見える場合は、刷子縁を反映する所見ではないので注意が必要とコメントがあった。

(新潟県立がんセンター新潟病院 小林)