

2017年12月長野拡大内視鏡研究会

相澤病院 消化器病センター 横澤 秀一

「症例1」74歳男性。範囲診断が困難な胃底腺型胃癌症例(症例提供：相澤病院 稲場 淳)。

心窩部痛精査目的で施行されたEGDにて胃体中部小彎に褪色調の陥凹性病変を認め、精査が施行された。読影は山崎(岐阜県総合医療センター)ならびに辻(石川県立中央病院)が担当した。

山崎は通常観察にて萎縮の少ない体部胃底腺領域にみられる褪色調の陥凹性病変(Fig. 1)であり、低分化型腺癌、MALTリンパ腫を鑑別に挙げ、非拡大NBI観察(Fig. 2)では陥凹内部の血管がやや増生していることから、分化型腺癌も考えたいとした。辻も同様の疾患を考えたいが、体上部近くの病変であり、胃底腺型胃癌も鑑別に挙げたいとした。

NBI(narrow band imaging)併用拡大観察(Fig. 3)では、山崎は範囲が明瞭に認識され、陥凹内部はwhite zoneで囲まれた領域内の大小不同があることから、乳頭顆粒状の形態を呈する分化型腺癌を考えたいとした。病変肛門側では境界不明瞭な立ち上がりを呈しており、粘膜深部にも病変が進展している可能性も否定できないが、胃型の形質を有する腺窩上皮型の高分化型腺癌、粘膜内病変と診断し、NBI拡大所見では低分化型腺癌、MALTリンパ腫のような血管パターンは見られないとした。辻も表面構造が残っており、分化型腺癌を考えたいとした。赤松(須坂病院)は粘膜下に胃底腺型の病変が存在して、表面は非癌が覆っている可能性を指摘し、周辺の隆起は粘膜下層に腫瘍が入っているのではなく、粘膜の深部に変化があつて、盛り上がっているのではないかと述べた。竹内(長岡赤十字病院)は陥凹の境界が不明瞭であり、周囲は萎縮胃底腺で、陥凹内の構造は大小不同があることから、表層下に腺管があるのを反映している可能性を指摘したが、除菌後胃癌も考慮し、表層には腫瘍、非腫瘍が混在しているとした。小沢(総合犬山中央病院)は病変の境界がはっきりせず、表面の構造も腫瘍なのか、あるいは深部で胃底腺が消えたための腺窩上皮の変化なのか、議論したいとした。上皮性の変化とすると、置換性に進展していくため、本例の画像に合致せず、基本的には腺頸部から胃底腺を何かが置換して、現れた上皮の変化と考えたいとした。山崎は表層に癌が露出していると考え、胃底腺粘膜型胃癌を考えたいとしたが、小沢は上皮性の腫瘍性変化と腺窩上皮の過形成の違いが明確でなく、胃底腺粘膜型胃癌の根拠に乏しいとした。

本例は病変部の生検組織像にて粘膜筋板を割くような形で主細胞に類似した形態を有する異型腺管が粘膜下層に浸潤、増生するような形態をとっており、特殊染色ではPG1陽性、MUC6陽性であることから胃底腺への分化能を有する腫

瘍と判断し、術前診断は胃底腺型胃癌とし、ESD を実施した。

病理解説は太田(信州大学)が担当した。本例は粘膜深層で主細胞に類似した形態を有する胃底腺への分化を示す腫瘍が広がっており、形態的にみると tub1 優位で、一部に tub2 の混在がみられた。最終病理診断は胃底腺型胃癌とし、粘膜下層浸潤距離 205 μ m、深部断端陰性、脈管侵襲陰性であった。側方断端は一部の切片で端まで進展しているが、熱変性のため、評価は困難とした。また、腺窩上皮に分化した腫瘍細胞は確認できず、病変部の表層は非腫瘍であるが、胃底腺が破壊されているため、表面に絨毛状、乳頭状の変化が起こっていると。腫瘍は主細胞に近いほど腺管構造が整い、糖鎖が失われ、PAS の染色性がなくなるが、副細胞寄りの幼弱な細胞になると、腺管構造が乱れ、顆粒に糖鎖が乗っているため、AB-PAS 陽性となるとし、癌部と非癌部を AB-PAS 染色で比較すると、病変部の境界が追いやすくなると述べた。

内視鏡像との対比では病変は陥凹より前壁側の粘膜下まで進展し、範囲診断が困難なため、再度病理像を確認したが、進展部での粘膜表層は腺窩上皮が脱落しており、組織像からは内視鏡像を証明するだけの証拠が得られなかった。

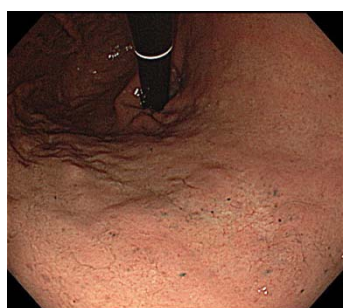


Fig. 1

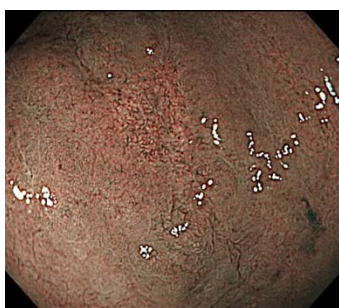


Fig. 2

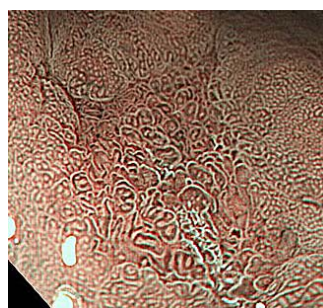


Fig. 3

「症例 2」50 歳代男性。B2-B3 血管様の所見を呈した深達度 MM の食道癌(症例提供：新潟大学 橋本 哲)。

食道病変精査目的に EGD が施行され、切歯から 38cm の下部食道右壁に病変を認めた。読影は依光(佐久医療センター)ならびに三枝(篠ノ井総合病院)が担当した。

依光は 10mm 大の発赤調の陥凹性病変(Fig. 1)であり、わずかではあるが、辺縁隆起を伴っており、発赤の境界は明瞭であることから、上皮性腫瘍で扁平上皮癌を考えたいとした。肉眼形は 0-IIc で、辺縁隆起を伴い、やや厚みも見られることから、MM、SM1 までの浸潤はありそうだが、進展は比較的良好であることから、SM 深部までの浸潤は考えにくいとの意見であった。三枝も同様に上皮性腫瘍、扁平上皮癌と考え、脱気すると陥凹面に硬さがみられることから、深

達度は MM、SM1 と診断した。ヨード染色では境界明瞭な不整形の不染帯として認識され、依光は病変中央部では横皺が入りにくい部分があり、同部で粘膜下層へ浸潤している可能性を指摘し、三枝も同様の意見であった。

NBI (narrow band imaging) 観察では、依光は病変が brownish area として認識され、扁平上皮癌に矛盾しないとし、拡大観察 (Fig. 2) にて病変内部の血管はループ形成がみられず、口径不同もあり、B2 血管と読影した。B1 血管は辺縁にわずかにみられるものの、B2 血管の範囲が広範であり、SM 深部浸潤も完全に否定はできないが、白色光の所見も加味し、基本的には深達度は MM、SM1 とした。三枝は一部 B3 に見える血管や AVA small ととれる部分を指摘し、膨張性に腫瘍が発育している可能性を述べたが、B3 ととれる血管は一部であり、深達度は依光と同様に MM、SM1 にしたいとした。竹内 (長岡赤十字病院) は 通常の B2 血管は完全に乳頭が破壊されているので、連続性ははっきりしないが、本例は太い深部の樹枝状血管から表層の血管への連続性が見られ、かつループ様になっており、浸潤様式、組織型を反映しているのか分からないが、通常みられる B 血管とは異なる印象であると述べた。郷田 (昭和大学江東豊洲病院) は通常光観察にて辺縁隆起があり、脱気にて病変に厚みが見られることから、SM 浸潤の可能性を指摘した。NBI 拡大観察で認識される拡張、蛇行した血管は新生血管であり、粘膜下層の深い血管を見ている可能性もあるが、もつとも径の太い血管は B3 血管と判断し、SM 深部浸潤と読みたいとした

ミニチュアプローブによる EUS (20MHz) 所見では、症例提示者の橋本は明らかな sm 深部までの腫瘍浸潤はないと判断したが、郷田、竹内、三枝の 3 名は低エコー腫瘍が筋層近くまでみられ、SM 深部浸潤の可能性を指摘した。

本例は B2、B3 血管の判断が難しいが、通常光観察などの所見を加味し、SM 深部浸潤の可能性は低いと判断し、ESD が施行された。病理解説は橋本が担当し、病変径は 12mm で、最終診断は扁平上皮癌、深達度 MM、脈管侵襲陰性、側方深部断端陰性であった。深達度 MM の部位は病変中心部で、SM 深部浸潤の所見は見られなかったとした。病巣は比較的薄く、筋板が表層部に近いところにあつて、MM までの浸潤を認めており、表層部では乳頭構造の破壊がみられた。辺縁の隆起部分ではリンパ濾胞が形成されていて、癌の部分が非腫瘍の扁平上皮を押し上げている所見を認めた。塩澤 (佐久医療センター) は病変部では上皮が菲薄化しており、粘膜下層では 60-70 μ m 位の非腫瘍の太い血管があつて、そこから枝分かれするような形で、太い血管が上方に伸びており、これらの血管が B2 もしくは B3 血管のように見えていた可能性を指摘した。また、非癌である背景の粘膜固有層内にも径 50 μ m 近い血管を認めており、NBI 診断を困難にした理由の一つと推測した。また、辺縁隆起部では非常に細かい低分化な蜂巢を作っており、浸潤性傾向の強い印象があるとした。

病理解説後のディスカッションにおいて、竹内は乳頭は破壊されているが、血管が連続性にループ様に見えていたため、浸潤性のある B 血管に見えず、癌が深くまで浸潤している病変をイメージできなかつたと発言したが、病理学的にも明確な理由付けまでは至らなかつた。最後に症例提示者の橋本は、粘膜下層の非腫瘍の血管の径が太いことや、癌自体が薄くて非腫瘍の血管が見えてしまったため、B 血管による深達度診断を困難にしたのではないかとコメントした。

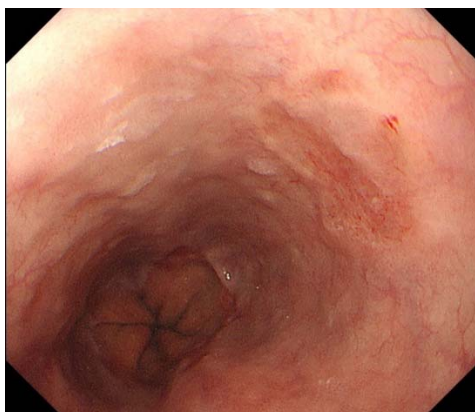


Fig. 1

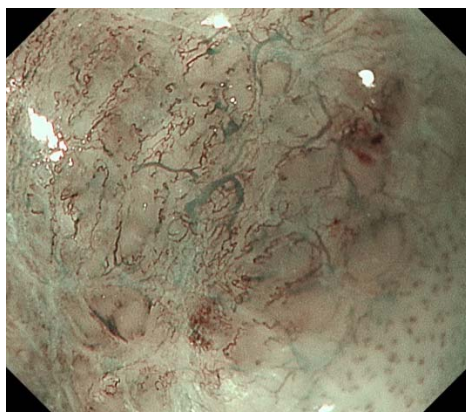


Fig. 2