

【症例3】

症例提示：南長野医療センター 篠ノ井総合病院 三枝 久能先生

読影：永山消化器・内視鏡内科 濱本 英剛先生

病理コメント：静岡県立静岡がんセンター 下田 忠和先生

症例：40歳台男性，便潜血陽性を契機とした TCS で，横行結腸に扁平隆起性病変を指摘された。

WLI：2cm 大の平坦陥凹病変で，肉眼型は LST-NG とする。強伸展した写真ではっきりとしたヒダ集中は無い。口側の結節隆起が目立ち，隆起の大きさは 3mm 程度で，陥凹領域内に隆起が形成されている。インジゴ散布：口側の結節隆起部分の表面は pit 構造が残っているので粘膜筋板は保たれており，pit はⅢL から V₁ 軽度相当である。肛門側の立ち上がりは，健常粘膜から非腫瘍腺管と腺腫腺管が混在していると思われる。陥凹領域は小さい円形の腺管構造があり腺腫か癌かについて CV 染色で確認したいが，ここまでの所見からは腺腫を背景として一部癌化した病変と考えた。陥凹の内部の結節隆起は深達度に関わる重要な要素だと指摘した。

菅（諏訪赤十字病院）は，拡大観察では腺腫成分は指摘できず，インジゴ散布像では V₁ 軽度不整程度の表面構造が全体的に広がっており，de novo 癌に近い成り立ちだと予想した。過伸展像で結節隆起部分に引っ張られ突っ張った所見があり，sm 浸潤を疑った。

和田（和田胃腸科医院）も，WLI 遠景像を重視し，結節隆起部分の突っ張った所見は非拡大観察でも sm 浸潤を疑う所見だと指摘した。小さな結節隆起を形成している理由について，por など低分化成分が存在する可能性を疑った。インジゴ散布像にて陥凹領域は大小不同の V₁ pit pattern があり，粘膜内癌を主体として複数箇所 sm に入っているとコメントした。

NBI：結節隆起の表在血管は血管間の距離が開大していない事から粘膜内成分が保たれていると考えた。表面構造は細かな pit で構成されていると指摘した。肛門側辺縁の立ち上がりは I 型 pit の間から血管拡張が始まる所見が，非瘍粘膜と腺腫成分が混在している事を示しており，腺腫成分が残ると考えた。陥凹領域内は網目状の様が見え，細かな腺開口部が残っているが，I 型 pit よりもさらに細かい pit なので，非腫瘍腺管の取り残しでは無く，ほとんどが癌で構成されていると予想した。

CV：口側の隆起と手前に spot 状に染色性が低下した箇所がある。陥凹内部は細かなⅢs pit で方向性の乱れや大小不同も目立つ。大型化した pit や，輪郭が不規則な構造を呈する箇所もある。大型化した pit は pit の辺縁を形成する輪郭が厚みの差があるためⅢL とは言えず，癌成分だと考えた。全体としては V₁ 軽度不整で，陥凹面の大部分が癌だと考えた。隆起の部分は腺管開口部の大小不同があり，pit の不明瞭化，癒合，輪郭の途切れなどがある。stromal area の染色性の低下，窩間部が開大している所見もあり，V₁ 高度に近い所見だと指摘した。2-3mm と小さな範囲なので invasive pattern とはしないが，筋板が保たれたまま，V₁ 高度不整を呈し，急峻な立ち上がりの隆起を形成している状況から推測して，粘液成

分や低分化成分が充実性で腫瘤状の構造を形成している可能性がある。結節隆起より手前の染色性低下部分については、周囲の領域は大小不同の腺開口部の密在している中で、部分的に窩間部が広がりつつ染色性が低下している奇異な所見である。以上から、LST-NG で結節隆起や染色不良の部分で sm 浸潤を来した、分化型の癌であると読影した。

菅（諏訪赤十字病院）は、結節の周囲に境界線があり、隆起は腺管と腺管の間が疎になっているので間質反応が生じている様に可能性を指摘し、隆起部分と周囲の陥凹含めて sm 浸潤だろうとコメントした。和田（和田胃腸科医院）も、結節隆起部分は sm 浸潤と考え診断は変わらず。NBI にて結節部分は明らかに拡張した口径不同な血管があるので、最も異型度が高い。ある程度血管の密度が保たれているので、m 癌成分を残し、sm 層の癌浸潤により押し上げられた像だと予想した。チャットにて隆起部分の J-NET 分類について質問があり、2B の high confidence で良いと回答した。陥凹領域と結節部分で J-NET はいずれも分類は 2B となるが、結節側で異型度が高いと指摘した。陥凹領域の NBI 所見は、きれいなネットワークでは無いので純粋な 2A とは言えず、2B 寄りの low confidence と判断した。染色不良の部分は染色ムラと考え、V_I 高度不整とは考えない。平坦部分の pit は輪郭が追える pit から構成されているので、自信を持って V_I 軽度不整であるとコメントした。

最終病理診断：Well differentiated tubular adenocarcinoma (tub1), pT1a (SM 700μm), INFb, BD1, Pn0, Ly0, HM0, VM0, 肉眼型 0-IIa

病理コメント

三枝（篠ノ井総合病院）：平坦部分に分化度が高く異型度が低い腺癌が広く伸展していた。結節部分ではわずかに粘膜下層への浸潤があった。平坦部分に最深部があり、リンパ濾胞の内部に腫瘍腺管が入り込んで 700μm の浸潤と診断した。その他 200μm の浅い浸潤部分もあった。

下田（静岡がんセンター）：結節部分は内視鏡所見は隆起を形成している深部は異型が低かった。隆起そのものは粘膜内に増殖して高まりを形成しているのであって、sm 浸潤分を反映しているわけではない。隆起は粘膜内成分そのものだった。全体像としては、隆起部分は腺管が小型で核も異型も少し高くなっているが、隆起以外では腺管密度は低く、わずかに粗密配列と軽度の大小不同があるが、概ね形態は揃っており低異型度の癌と診断した。辺縁と陥凹領域の真ん中を比較して核の形態は変わらず、腺腫成分は無く全体が癌だったと結論づけた。

病理-内視鏡所見対比：隆起と sm 浸潤部は一致した。最も深かった sm 浸潤部については大型の pit 開口部が一致する可能性があるが、拡大内視鏡や切除標本の実体顕微鏡との対応は難しかった。浅い sm 浸潤部分については濱本先生が指摘した CV 不染部分に近いものの一致しなかった。

