

第 73 回 3S 会 症例提示

福山知香

佐久医療センター 内視鏡内科

【症例】80 歳台男性

【主訴】なし

【現病歴】

2 年前に前庭部小弯の早期胃癌(0-IIc, tub1, T1aM, ly0, v0, HM0, VM0, 15x12mm.)に対し ESD を施行した。今回、ESD 後のサーベイランス EGD で胃病変を指摘された。

【既往歴】糖尿病、高血圧症、脳梗塞、上行結腸癌術後

【生活歴】飲酒なし 40 本*52 年間(12 年前に禁煙)

【検査所見】

便中 *H. pylori* 抗原：陰性 (除菌歴無し)

EGD :

体下部前壁に境界不明瞭な発赤調陥凹性病変を認め(fig.1)、NBI では BA を呈した(fig.2)。NBIME にて irregular villous + pit pattern が認められ(fig.3)境界は一部明瞭となり、除菌後胃癌と診断した。中央部から 1 ヶ生検が採取され、Group 5 (tub2) と診断された。

【術前診断】

Gastric adenocarcinoma, tub1-tub2, T1a-M, UL-, 0-IIc type, 20mm, M, Ant.

【経過】

ESD を施行した。

病理組織学的には、発赤陥凹性病変は手つなぎ型 tub2 主体の粘膜内癌(①, fig.4)で、術前診断の範囲と一致していた。その少し口側に 0-IIb 型の 3mm 大の同時多発癌 tub2(②, fig.5)を認めた。②は術前に発見できなかったが、見直すと不整な villous pattern を認めた。

また、①の肛門側前壁に、胃底腺深部の粘膜筋板直上に進展した未分化型癌(③, fig.6)を認めた。①と一部重なっており、肛門側前壁側で切除辺縁まで及び側方断端陽性になった。癌は粘膜深部のみに存在し、表層の腺管構造は背景粘膜と変わらないため、内視鏡的には癌の存在診断は困難であった。①と③は一部重なっているものの、範囲が分かれていることから 3 つの同時多発癌と診断した(fig.7)。

【最終診断】

① Adenocarcinoma, tub2> tub1, T1a-M, ly0, v0, HM0, VM0, 0-IIb+IIc type, 23x16mm, M, Ant.

② Adenocarcinoma, tub2, T1a-M, ly0, v0, HM0, VM0, 0-IIc type, 3x2mm, M, Ant.

③ Adenocarcinoma, por/sig, T1a-M, ly0, v0, HM1, VM0, 0-IIb type, 23x11mm, M, Ant.

【術後経過】

側方断端陽性であったがご高齢であることから内視鏡での経過観察の方針となった。7 ヶ月後の EGD では再発所見を認めていない。

【まとめ】

本例は手つなぎ型 tub2 と 表層を非腫瘍上皮で覆われた未分化型癌の衝突癌と考えた。未分化型癌が粘膜深層のみに存在し、表層の腺管構造の変化がなく背景粘膜と変わらないため、診断が困難であったと考える。

