

2011年9月11日(日)

会場：ベルサール飯田橋

受付開始 8:30

開会の辞 9:30 - 9:40

一般演題(1) 9:40 - 10:15

座長：松田尚久 病理コメンテーター：渡辺英伸

1. 腫瘍径5mmのIc型早期大腸癌の1例
昭和大学横浜市北部病院 消化器センター 神山 勇太
2. 微小Ic型大腸病変の2例
国立がん研究センター東病院 消化管腫瘍科 柳下 淳
3. 半年の経過で陥凹が明瞭になったIc + IIaの一例
球磨郡公立多良木病院 消化器科 福重 寛
4. IIcの形態を呈した大腸腺腫の1例
国立国際医療研究センター病院 消化器科 近藤 崇
5. 上行結腸Ic型早期大腸癌の一例
がん研究会有明病院 内視鏡診療部 岡田 和久

一般演題(2) 10:15 - 10:50

座長：藤井隆広 病理コメンテーター：下田忠和

6. 12mm大のIc型早期大腸癌の1例
工藤胃腸内科クリニック 五十嵐健太
7. NBI拡大観察が診断に有用であった横行結腸LST-NGの一例
広島大学 内視鏡診療科 寺崎 元美
8. 拡大観察が有用であった10mm大のLST-NG型早期大腸癌の1例
札幌厚生病院 第1消化器科(胃腸科) 寺門 洋平
9. Vi高度不整の局面を有したLST-NG SM癌の一例
松田病院 内視鏡センター 浅野 道雄
10. ESDが詳細な病理組織診断に有用であった0-IIa型直腸SM癌の1例
広島大学 内視鏡診療科 金尾 浩幸

6) 12mm 大の IIc 型早期大腸癌の 1 例

工藤胃腸内科クリニック¹⁾, 昭和大学横浜市北部病院 消化器センター²⁾,
同 病理診断科³⁾

○五十嵐健太¹⁾, 工藤由比¹⁾, 工藤進英²⁾, 和田祥城²⁾, 濱谷茂治³⁾

症例は 79 歳男性。

スクリーニング目的に大腸内視鏡検査を施行した。通常観察では、横行結腸に周囲粘膜に比してわずかに発赤を呈する 12mm の病変が認識された。インジゴカルミン色素撒布像で、周囲粘膜と比して明瞭な段差を有する陥凹局面が認識され、IIc 病変と考えられた。NBI 拡大観察像では、血管の途絶を認めるものの血管の口径はほぼ均一で粘膜内病変を疑う所見であった。クリスタルバイオレット染色後の拡大観察像では、辺縁部は I 型 pit で陥凹部病変は IIIs 型 pit pattern と VI 型軽度不整 pit pattern, と判断した。

超拡大内視鏡像では、陥凹局面内の腺腔は若干不整形で核は濃染し、やや腫大しており我々が提唱する EC 分類の EC3a (癌相当) と考えた。以上より、IIc 型早期大腸癌、内視鏡的治療適応病変と判断し、内視鏡的粘膜切除術を施行した。

病理診断は Early colonic cancer, type0-IIa, 13×12mm, Adenocarcinoma (tub1, low grade), pM, ly0, v0, HM0, VM0 であった。

7) NBI 拡大観察が診断に有用であった横行結腸 LST-NG の一例

広島大学 内視鏡診療科¹⁾, 同 消化器・代謝内科²⁾, 同 病理診断科³⁾

○寺崎元美¹⁾, 金尾浩幸¹⁾, 中山奈那²⁾, 小澤俊一郎¹⁾, 中土井鋼一²⁾, 高田さやか²⁾, 岡 志郎¹⁾, 吉田成人¹⁾, 田中信治¹⁾, 茶山一彰²⁾, 有廣光司³⁾

症 例：86 歳男性

主 訴：下血

家族歴：特記事項なし

既往歴：慢性気管支炎 高血圧

現病歴：2011 年 2 月下血を認めたため、近医にて大腸内視鏡検査を施行。横行結腸に径 25mm 大の表面型腫瘍を認めたため当院紹介となった。当院にて施行した大腸内視鏡検査では、横行結腸になだらかな盆状陥凹を有する表面型腫瘍を認め陥凹内隆起を認めた。本病変は陥凹部に粘液付着が強い病変であり、インジゴカルミン撒布およびクリスタルバイオレット染色による拡大観察では、粘液による染色不良があり詳細な pit 診断は困難であった。一方、NBI 拡大観察では不整の強い surface pattern が観察可能であり、不整な微小血管を認め、広島大学分類 type C2 であった。

以上より、横行結腸の LST-NG, pseudo-depressed type と診断し、完全摘除生検としてスネア併用 ESD (ハイブリッド ESD) にて切除した。

病 理 診 断 は Adenocarcinoma (tub1>tub2>pap), pSM (400 μ m), budding grade 1, INFa, ly0, v0, HM0, VM0 であり、SM 浸潤部は陥凹内隆起を中心とした部位であった。

8) 拡大観察が有用であった 10mm 大の LST-NG 型早期大腸癌の 1 例

札幌厚生病院 第 1 消化器科 (胃腸科)¹⁾, 札幌厚生病院 臨床病理科²⁾
○寺門洋平¹⁾, 前田 聡, 宮川麻希, 奥 大樹, 道上 篤, 山下真幸,
鈴木 肇, 乙黒雄平, 田中浩紀, 西岡 均, 萩原 武, 小澤 広, 黒河 聖,
本谷 聡, 今村哲理, 市原 真²⁾, 村岡俊二, 後藤田裕子, 岩口佳史

【症 例】 80 歳代, 男性。

【現病歴】 健診にて便潜血を指摘され大腸内視鏡検査を施行したところ, 下部直腸に 10mm 大の陥凹性病変を認めたため, 精査・加療目的に入院となる。

【既往歴】 2 型糖尿病。

【内視鏡所見】 通常観察では, 10mm 大の LST-NG(pseudo-depressed type) 病変を認めた。NBI 拡大観察では, Surface pattern は不整な腺管構造が観察され, 微小血管は不整な網目構造の形成および口径・分布の不均一な部分を認め, 佐野分類では CP type IIIa, 広島分類では C1 ~ 2 相当と考えた。クリスタルバイオレット (CV) 染色による拡大観察では, 大小不同, 配列の乱れ, 異常分岐を伴う不整腺管が観察され, V1 軽度不整と考えられた。

【治療と結果】 M ~ SM slight 癌を考え内視鏡治療を施行し, 病理診断は Tubular adenocarcinoma (tub1 and tub2), 腫瘍径 9×8mm, pSM(450 μ m), ly0, v0, HM0, VM0, pStage 0 であった。

【考 察】 早期大腸癌の深達度診断に, 拡大観察の有用性が報告されているが, 今回 NBI および CV 染色による拡大内視鏡所見が有用であった 1 例を経験したので, 詳細な病理組織との対比と併せて報告する。

9) Vi 高度不整の局面を有した LST-nonG SM 癌の一例

松田病院 内視鏡センター

○浅野道雄, 田中荘一, 川上和彦, 中井勝彦, 野中雅彦, 木村浩三, 矢野義明,
矢野孝明, 尾田典隆, 石井正嗣, 松田保秀

症例は 70 歳男性。

S 状結腸癌 (StageII) で手術既往 (2010.3 CurA), 胃癌 (StageI) で ESD (2011.3 CurEA) の既往あり。結腸癌術後サーベイランス内視鏡検査で, Rb の LST-NG (FE type) が発見された。内視鏡では口側で PD 様, 肛門側では IIa+IIc 型を呈し, 拡大 NBI で一部 Spars pattern を呈した。拡大色素観察では, 中央にピオクタニンに濃染し Vi 高度不整を呈する局面を認め, その外周は Vi 軽度不整, さらにその外周は III L pit を呈した。

2011 年 7 月 ESD を行った。

病変は 22×12mm。Vi 高度不整を呈する部位に SM 浸潤を認め, p53 抗体染色はその部位のみ陽性を呈した。浸潤距離は表層から 1500 μ (仮想筋板から 500 μ), NO, ly0, v0, 簇出 Grade 1 であった。進行癌の手術既往や簇出 Grade, 本人の希望などを考慮し, 経過観察することとした。

10) ESD が詳細な病理組織診断に有用であった 0-IIa 型直腸 SM 癌の 1 例

広島大学 内視鏡診療科¹⁾, 同 消化器代謝内科²⁾, 同 病理診断科³⁾

○金尾浩幸¹⁾, 田中信治¹⁾, 中山奈那¹⁾, 小澤俊一郎¹⁾, 寺崎元美²⁾, 中土井鋼一²⁾, 高田さやか²⁾, 岡 志郎¹⁾, 吉田成人¹⁾, 茶山一彰²⁾, 有廣光司³⁾

【症 例】 65 歳, 男性。

【主 訴】 特になし。

【家族歴】 特になし。

【既往歴】 特になし。

【現病歴】 便潜血陽性のため施行した大腸内視鏡検査にて, 直腸 Rb に径 30mm 大のやや分葉した扁平隆起性病変を認めた。中心部は NBI 拡大観察で大部分間接的に不整な surface pattern が観察可能で, 血管は不整な網目模様を構成し太さ/分布が比較的均一であった (広島分類の type C1)。クリスタルバイオレット染色では Vi 型軽度不整 pit pattern であったが, 病変の辺縁に径 2 mm 程度の類円形のやや発赤した領域を認めた。同部位は NBI 拡大観察で, surface pattern は高度不整~不明瞭, 不整血管の太さ/分布は不均一で不整 (広島分類の type C3) で, クリスタルバイオレット染色では Vi 型高度不整 pit pattern であった。以上より, 直腸 (Rb) の 0-IIa 型病変で, 一部で SM 浸潤の可能性があると診断し, 完全摘除生検目的で ESD を施行した。

病理組織結果は, Well differentiated tubular adenocarcinoma (tub1) with tubular adenoma, low grade, pSM(100 μm), Budding grade 1, ly0, v0, HM0, VM0 であった。陥凹辺縁の 2 mm 大の発赤した類円形領域は, desmoplastic reaction を伴っていたが, 粘膜筋板は辛うじて保たれていた。SM 浸潤部は周囲よりやや丈の高い結節部位で, 拡大観察では表面構造は保たれており術前の予測は困難であった。

ESD による一括切除が詳細な病理学的検討に有用であった。