

図6
横行結腸5mm O-II a
 A. 横行結腸に認められた、正色調のO-II a病変。
 B. NBI拡大観察。樹枝状の整な血管が観察されJNET type1。
 C. EC-NBI画像。血管は淡く認識しにくい、EC-V1の所見。
 D. インジゴカルミン散布像。II型pit patternである。
 E. メチレンブルー染色後のEC像。鋸歯状の腺腔と顆粒状の細胞質を認め、EC1bの所見である。
 F. 異形のない鋸歯状腺管が主体であり、過形成ポリープと診断された。

が拡張に乏しくJNET type1と診断した。EC-NBIでは、NBI拡大で見られた樹枝状血管は全体的に不明瞭化しておりEC-V1と診断した。我々の検討では、上皮表層から血管までの距離(すなわち上皮層の厚さ)と血管視認性が強く関係していた¹⁰⁾。過形成ポリープなど上皮層が厚い病変では、EC-NBIで観察した際に血管がECの焦

点深度よりやや深いところを走行するため、血管が不明瞭化すると考えられる。インジゴカルミン散布ではII型pit patternであり、メチレンブルー染色後のEC像は鋸歯状腺腔と顆粒状の細胞質を認めEC1bと診断した。病理組織学的に過形成ポリープと診断された(図6)。

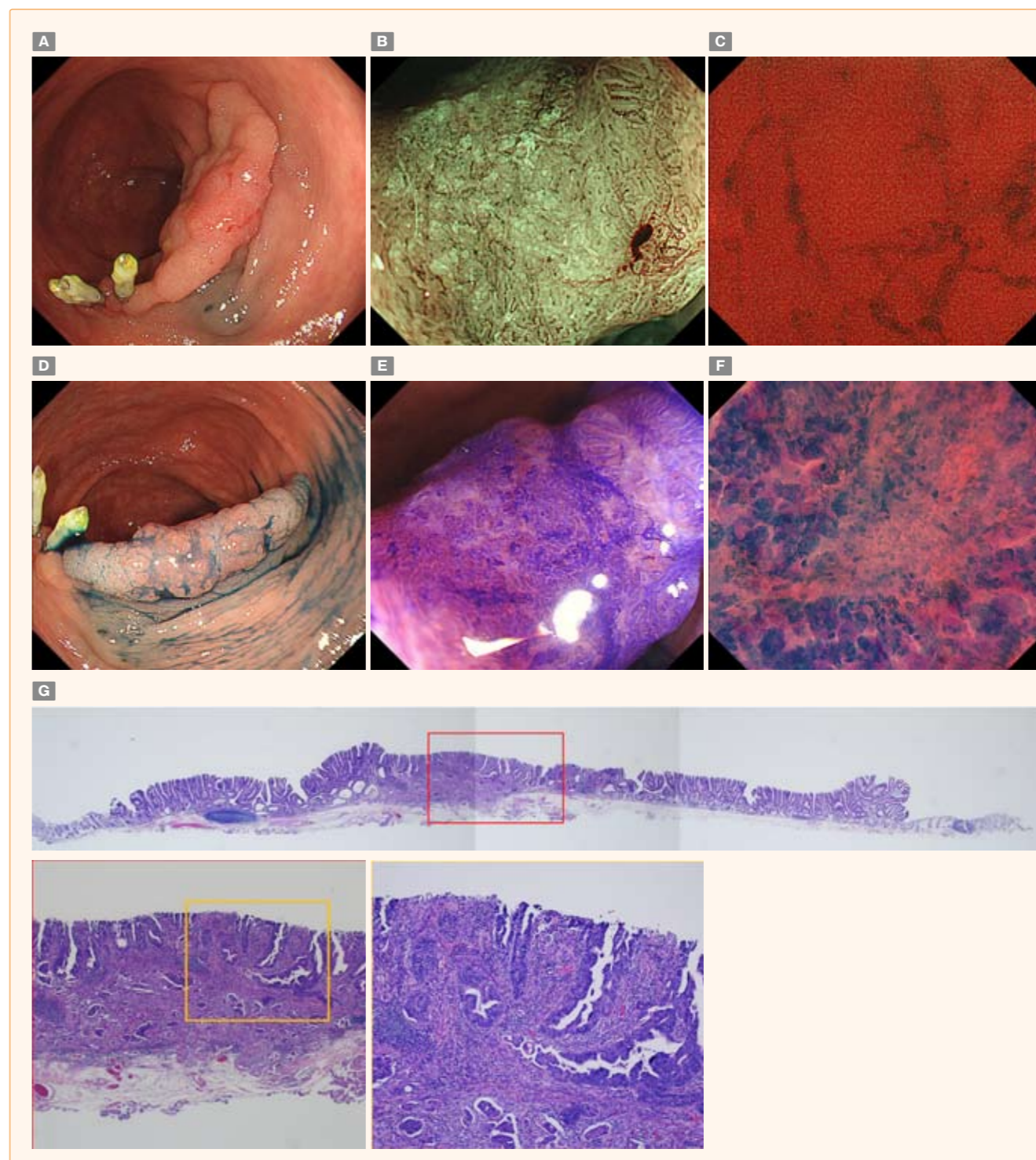


図7
RS 30mm LST-NG
 A. 白色光観察。横行結腸に約30mmの凹凸不整を伴う病変を認めた。
 B. NBI拡大観察では拡張した不整な血管が疎に存在しており、JNET type3とした。
 C. EC-NBI画像では、腺腫で見られる血管より明らかに拡張した血管に口径不同を伴っており、EC-V3と診断した。
 D. インジゴカルミン散布像では発赤部に一致して浅い陥凹を認めた。
 E. 病変中央のクリスタルバイオレット染色後の拡大観察ではV1高度不整~VN型pit patternを認めた。
 F. メチレンブルー染色後のEC像では腺腔は不明瞭で、癌細胞と思われる濃染される腫大した核を認めEC3bと診断した。
 G. 病理組織学的には高分化~中分化の異型の強い腺管が粘膜下層に浸潤しており、T1bであった。病理診断はAdenocarcinoma (tub1>tub2), pT1b (SM 1,800 μm), int, INFb, Ly1b, V1a, BD2であった。

点深度よりやや深いところを走行するため、血管が不明瞭化すると考えられる。インジゴカルミン散布ではII型pit patternであり、メチレンブルー染色後のEC像は鋸歯状腺腔と顆粒状の細胞質を認めEC1bと診断した。病理組織学的に過形成ポリープと診断された(図6)。