

7

特集

早期胃癌診断 2022 一明日から役立つ実践ガイド一

早期胃癌の範囲診断 —わかりにくい範囲が見えてくる!—

北村陽子

市立奈良病院 消化器肝臓病センター消化器内科 医長

側方進展範囲診断が困難な要因には、背景粘膜と癌がある。胃炎、萎縮や腸上皮化生の背景粘膜は癌の不整さを相対的に目立たなくし、表面性状の変化が乏しい癌と周囲粘膜との高低差がないものが癌の診断が難しくなる。除菌後胃癌、低異型度高分化型腺癌、胃底腺型胃癌、tub2手つなぎ・横這い癌、非全層性未分化型腺癌、随伴Ⅱb癌は、診断が難しくなる。背景粘膜と癌の病理組織像をイメージすることで、内視鏡像は理解しやすくなる。誤診を防ぐには先入観を捨てて、外から内に向かって観察を進める。範囲診断困難な症例の観察は、水浸下で若干フードを長めにつけて拡大観察すると、ハレーションがなく詳細な観察を可能にする。NBI拡大観察で範囲診断はほぼ可能ではあるが、限界例も存在する。未分化型腺癌・tub2手つなぎ・横這い癌などの限界症例の場合は、必要に応じて陰性生検を行うことも重要である。側方進展範囲診断の誤りは、非治癒切除を意味し、患者の運命を左右するため、謙虚に、そして真摯に診断に臨む必要がある。

最も重要なポイントである側方進展範囲を診断するにあたっての注意点・工夫などについて述べる。

背景胃粘膜と胃癌の病理組織像をイメージする

範囲診断が困難な理由を、背景粘膜の所見に加え、癌を病理組織像からイメージすることは非常に重要であり、病理組織像から起こりうる内視鏡変化、起こりえない内視鏡的变化を考え、内視鏡像から起こっているであろう病理組織像をイメージすることでわかりにくい範囲が見えてくる。

通常、我々が癌の進展範囲診断を行う場合、表面性状

はじめに

内視鏡周辺機器の改良や、手技の工夫が広く浸透したことにより、内視鏡的粘膜下層剥離術（endoscopic submucosal dissection：ESD）が安全・確実にできるようになり、どんなに大きな病変であっても任意の範囲の切除が可能になった。しかし、任意の範囲を決定するには側方進展範囲を見極める必要があり、外科的切除においても、内視鏡切除においても、正確な範囲診断が必要不可欠である。ESDにおいて、粘膜水平断端陽性は、すなわち側方進展範囲の誤診であるといえる。

本稿では、早期胃癌の治療方針や内視鏡治療において、

7 早期胃癌の範囲診断 —わかりにくい範囲が見えてくる!—

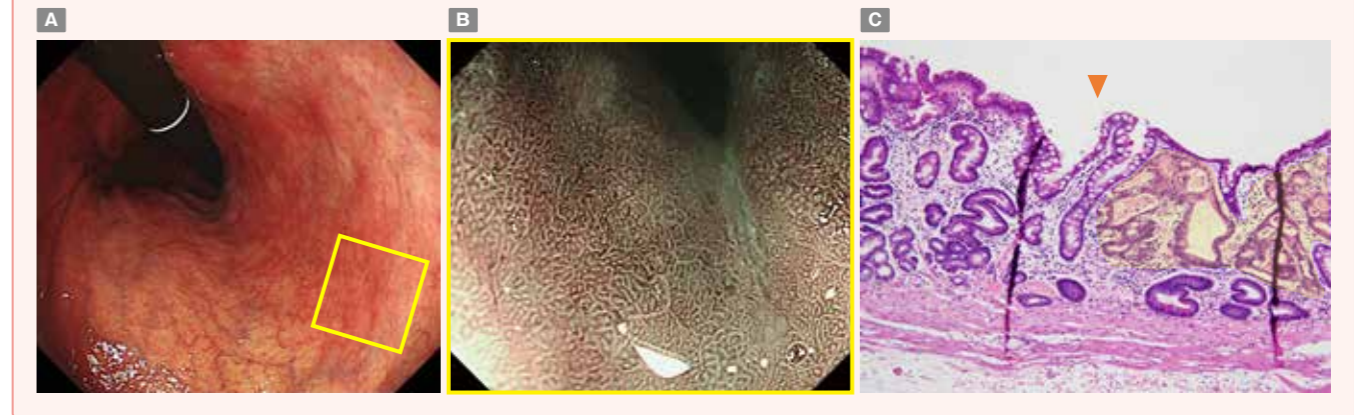


図1 除菌後胃癌
A. 除菌8年後の胃粘膜。体部小彎に大きな淡い発赤領域を認める。領域性はあるが境界は不明瞭である。
B. NBI弱拡大では、構造が非腫瘍から癌を疑う不整な表面構造になだらかに移行している。
C. 肛門側の病変境界の病理組織像である。表層は非腫瘍の腸上皮化生粘膜で粘膜中層に中分化型管状腺癌が伸展していた。

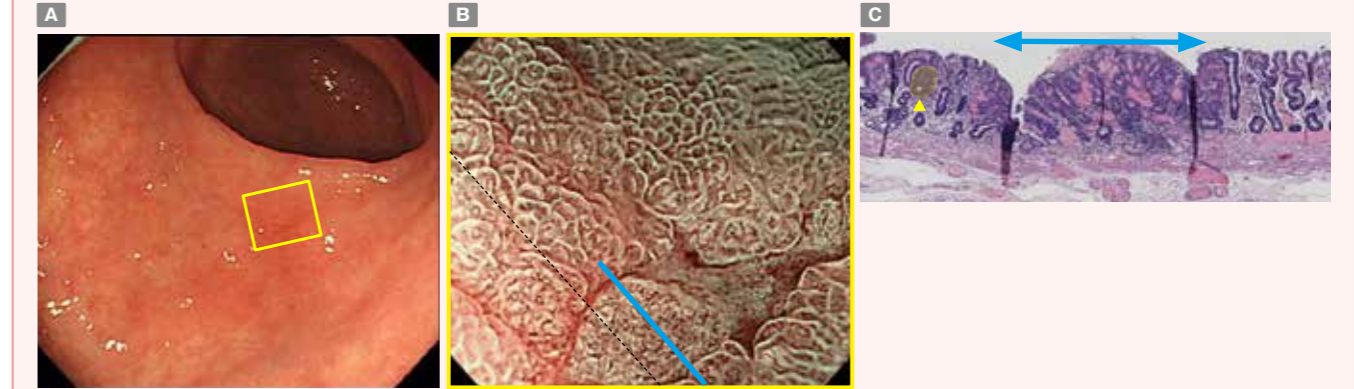


図2 tub2 横這い型胃癌
A. 背景粘膜は萎縮を認め、前庭部大彎に小黄色陥凹を認める。
B. 背景粘膜はLBCを伴い腸上皮化生と判断する。陥凹部分は構造やや不明瞭でありtub1-2の粘膜内癌と診断した。
C. 病理組織像である。粘膜内にtub1-2の癌腺管を認める。黄色矢頭部分の癌腺管は表面からは診断ができないと思われる。

(粘膜模様・色調)、背景粘膜と病変との高低差で行うことになる。つまり、範囲診断が困難な胃癌は、背景胃粘膜の要因に加え、表面性状の変化が乏しい癌と周囲粘膜との高低差がない癌といえる。

表面性状の変化が乏しい癌には、癌の表層を異型の弱い腺管や非腫瘍腺管が被覆したり癌の中に非癌腺管が混在するような除菌後胃癌（図1）、低異型度高分化型腺癌、胃底腺型胃癌、tub2手つなぎ・横這い型胃癌（図2）、非全層性未分化型腺癌（図3）などがある。表面性状変化が乏しい理由として、癌の要因のみでなく、背景粘膜の影響も考慮する必要がある。炎症細胞浸潤・腸上皮化生粘膜・腺窩上皮過形成変化は、表面性状が不整になり、

また除菌後の多発する発赤地図状陥凹なども相対的に癌の不整が目立たなくなる。

高低差がない癌には、低異型度高分化型腺癌、tub2手つなぎ・横這い癌、非全層性未分化型腺癌、随伴Ⅱb癌が挙げられる。随伴Ⅱb癌・Ⅱb副病変が、ESD切除による水平断端陽性となる主な要因になる。図4に、当院で経験した水平断端誤診例を提示する。前庭部後壁の不整形褪色隆起性病変を治療予定で観察を行っている。そのため、背景粘膜の観察が不十分であり、隆起の周囲にのみマーキングを行いESDが施行された。病理診断は水平断端がすべて陽性という結果になったため、患者に十分なICを行ったのち、再ESDの方針とした。前壁側は高低差