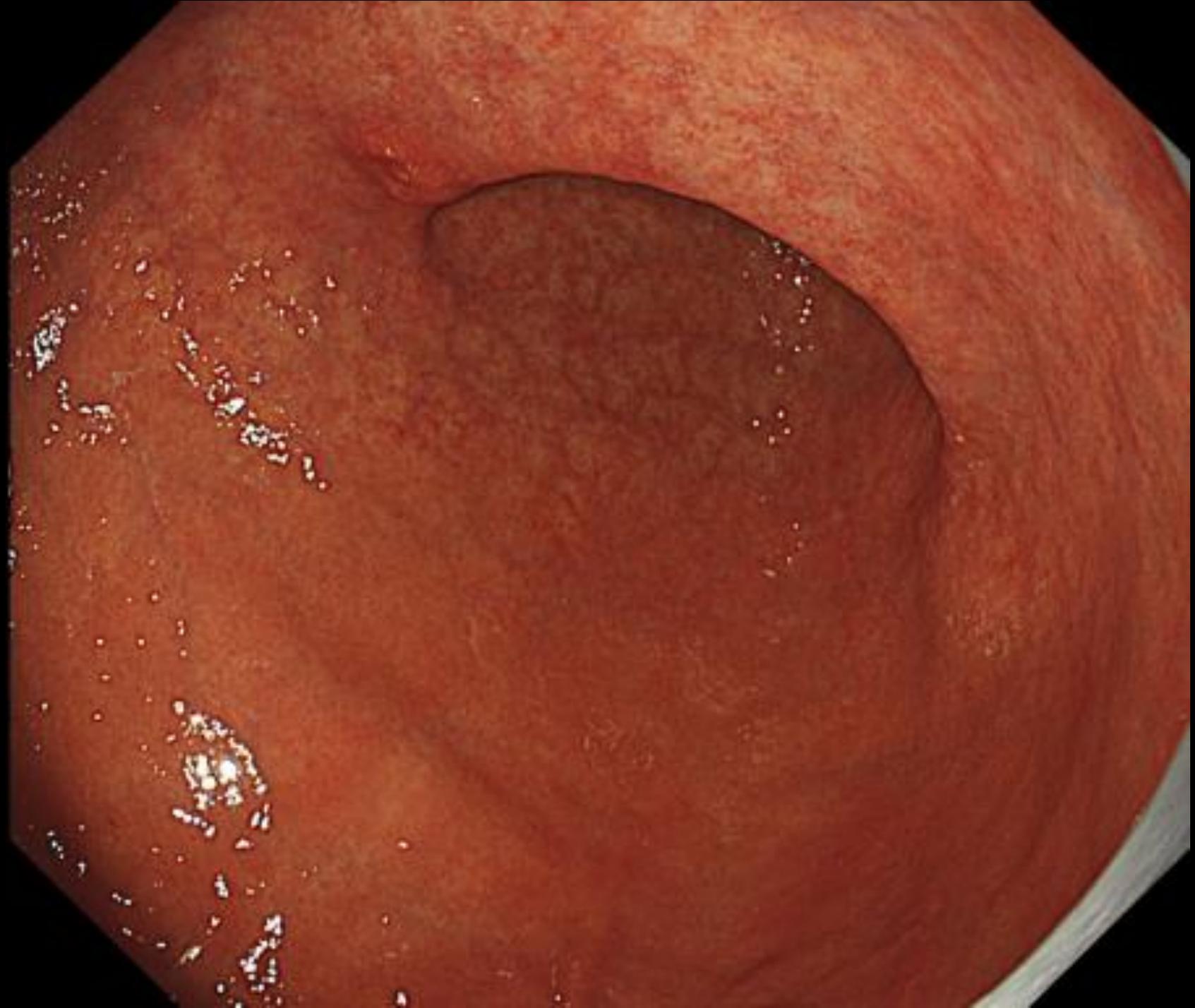


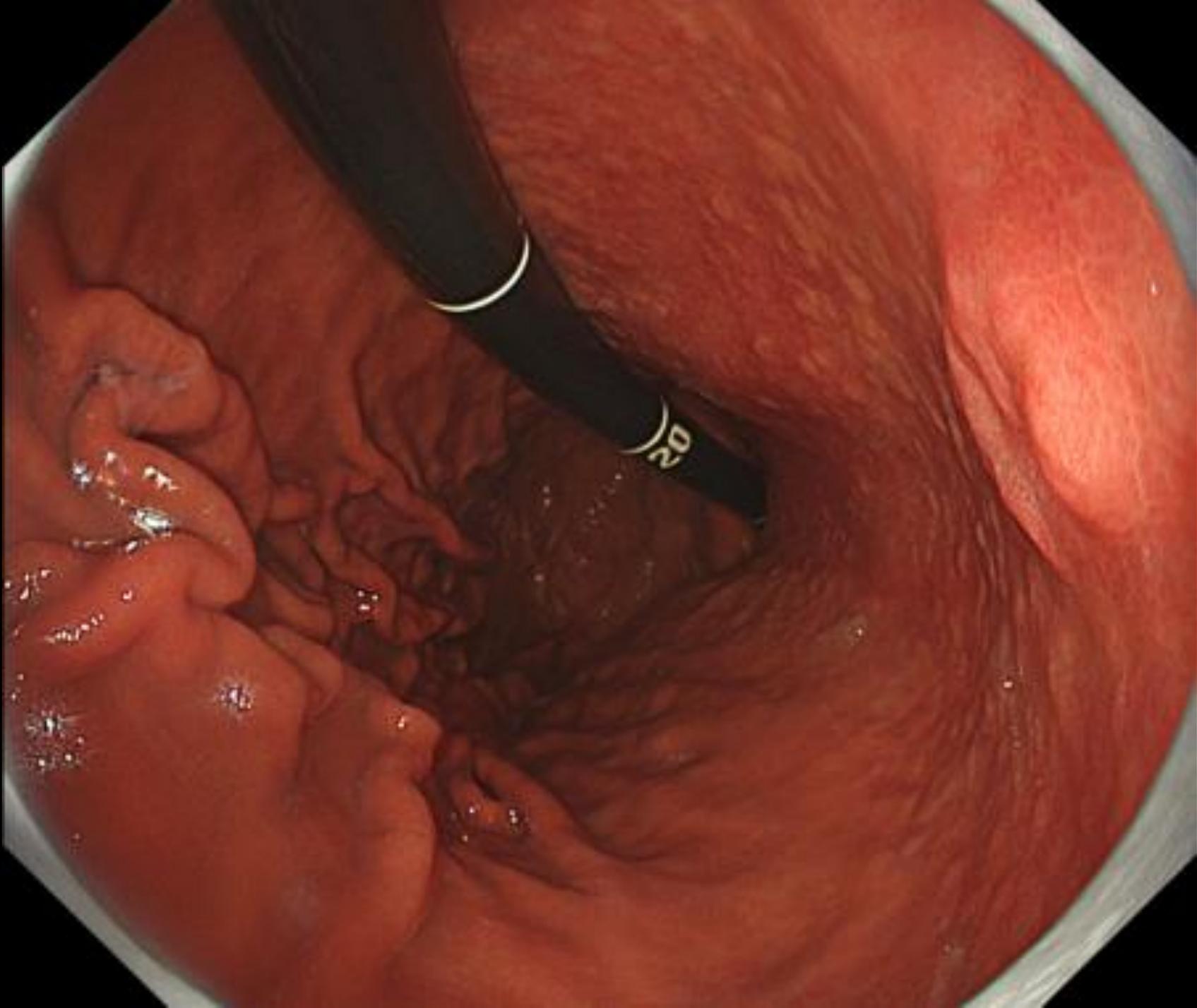
消化管mapping

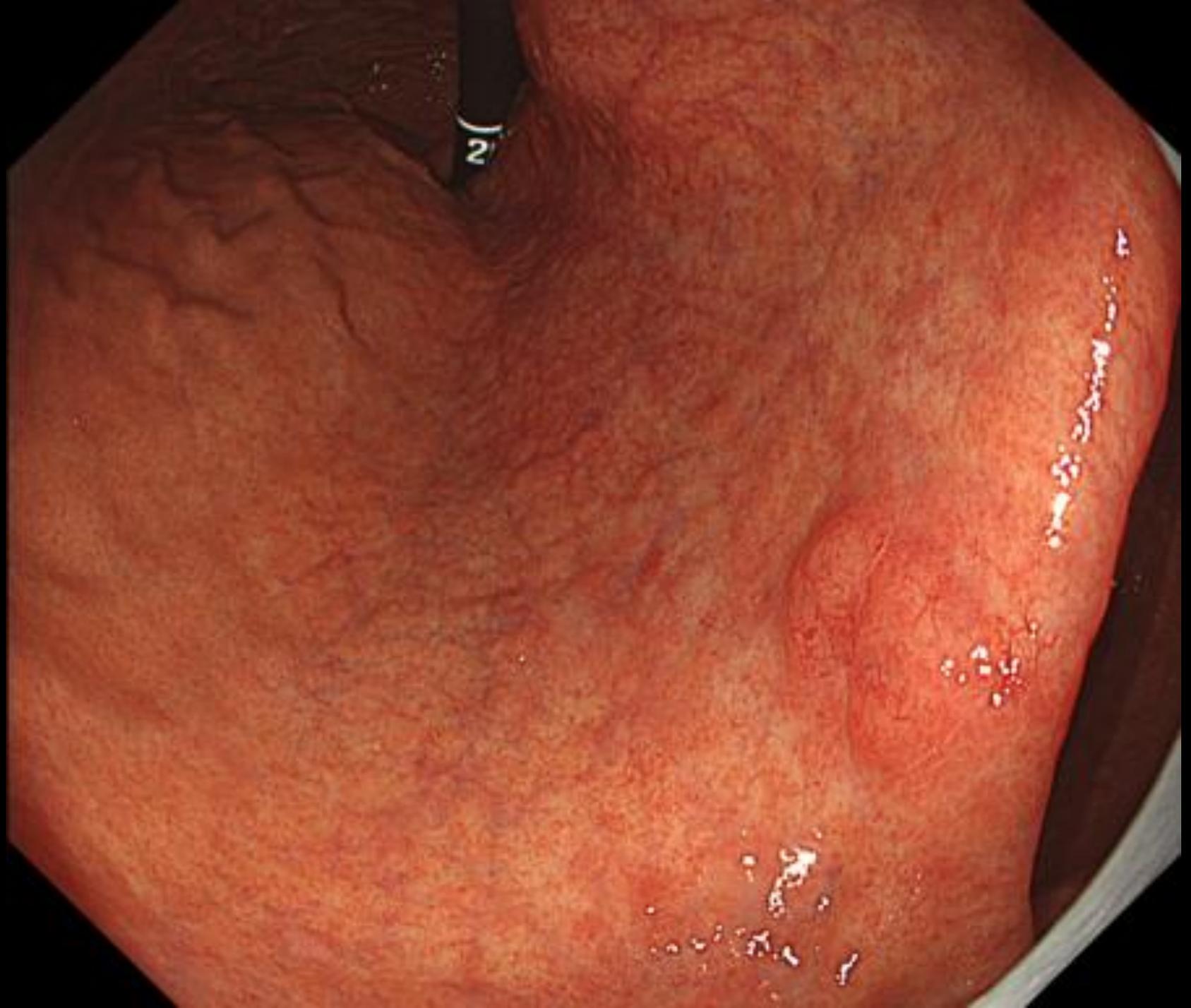
胃

担当：池谷桃子

通常觀察 4枚









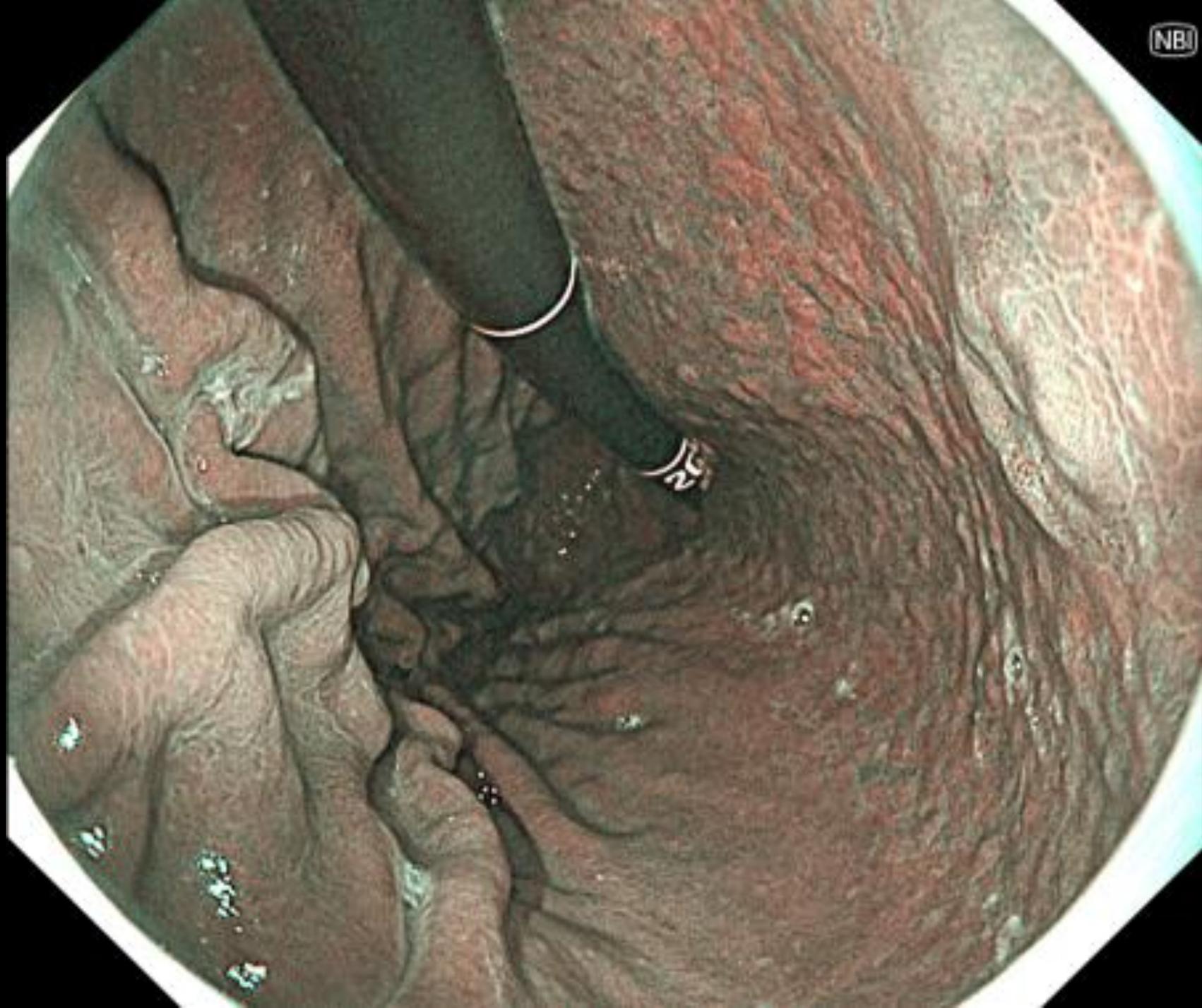
インジゴ散布観察 3枚





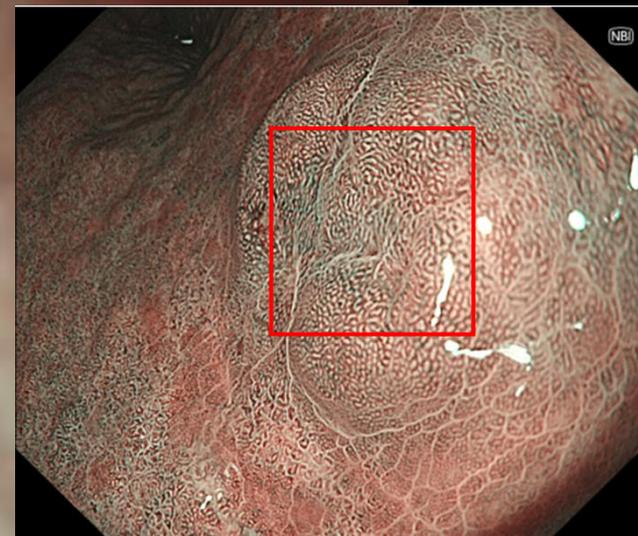


NBI観察(拡大含む)
5枚

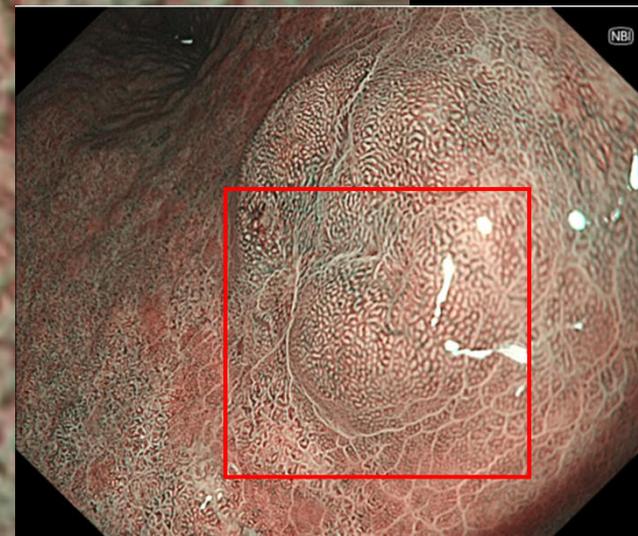
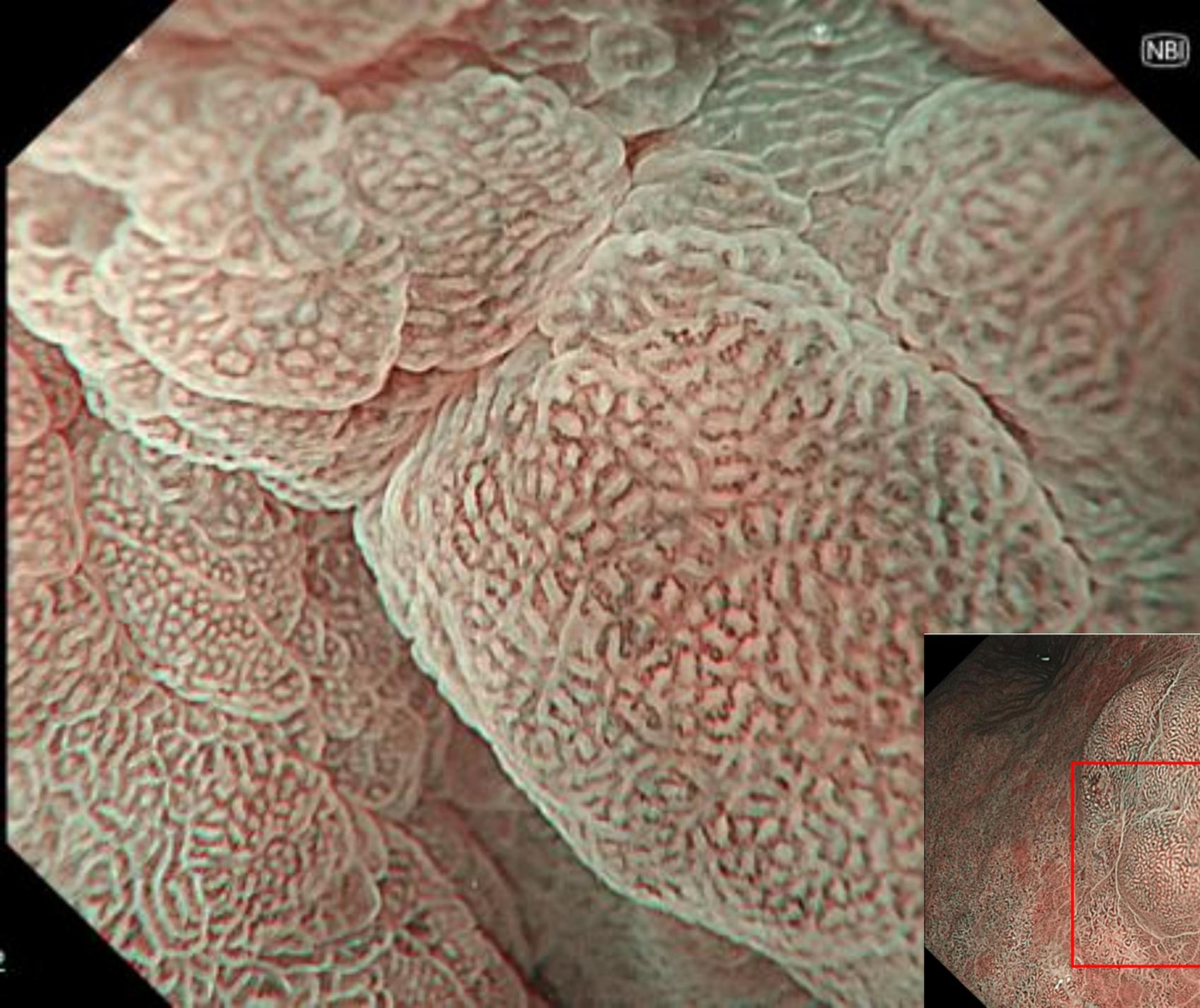


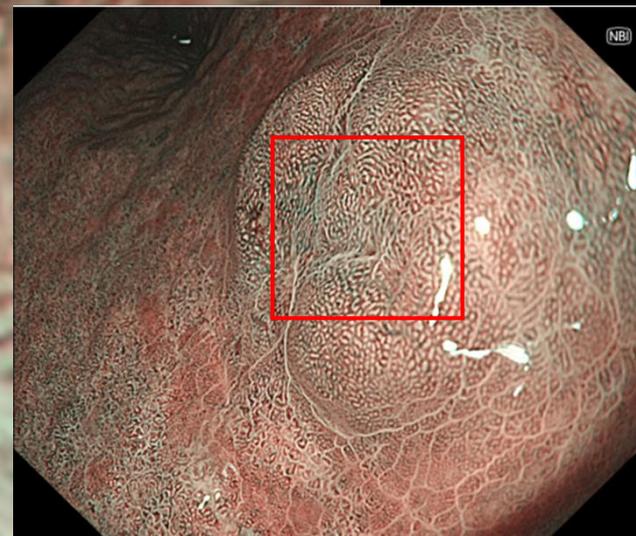
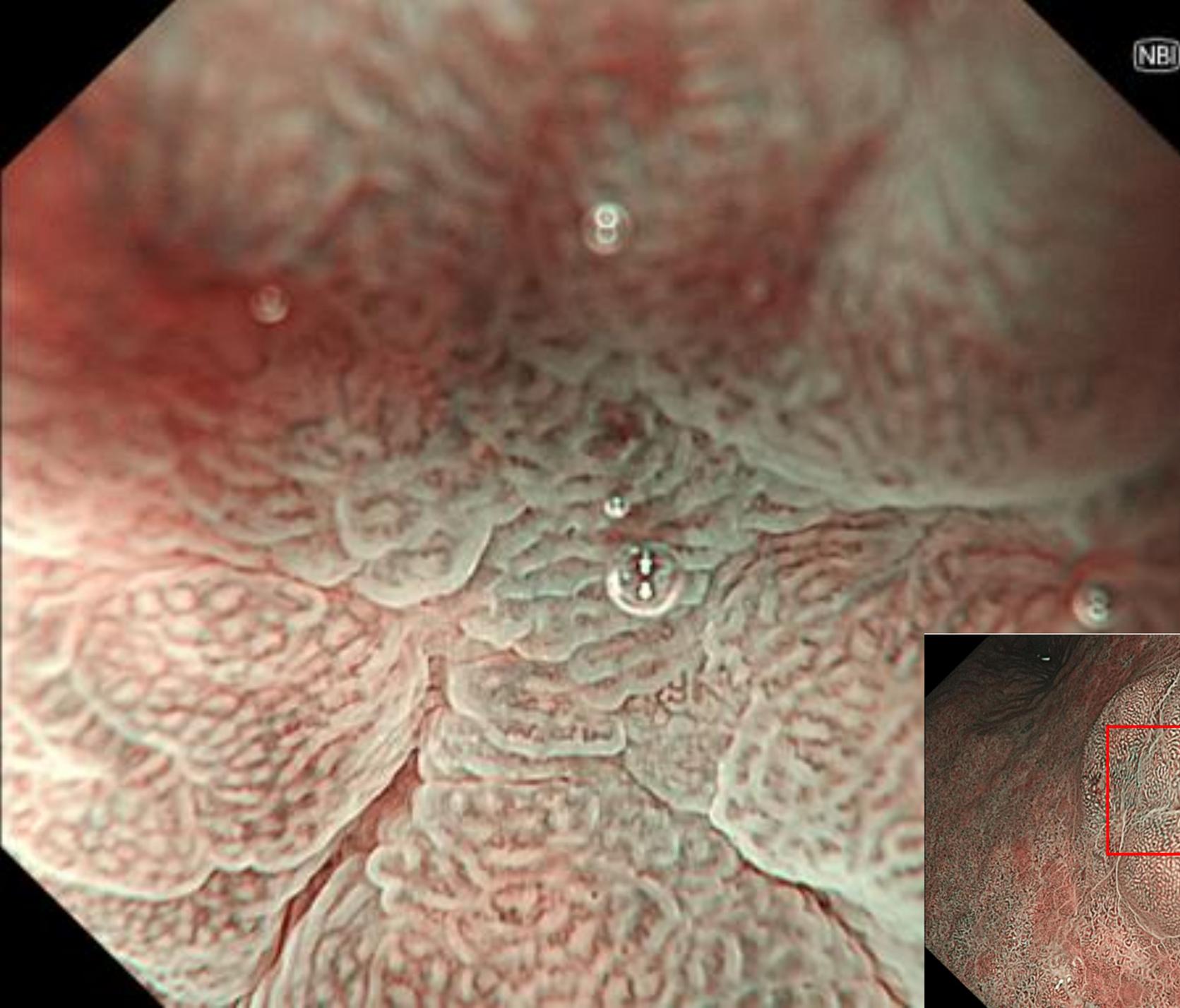


NBI

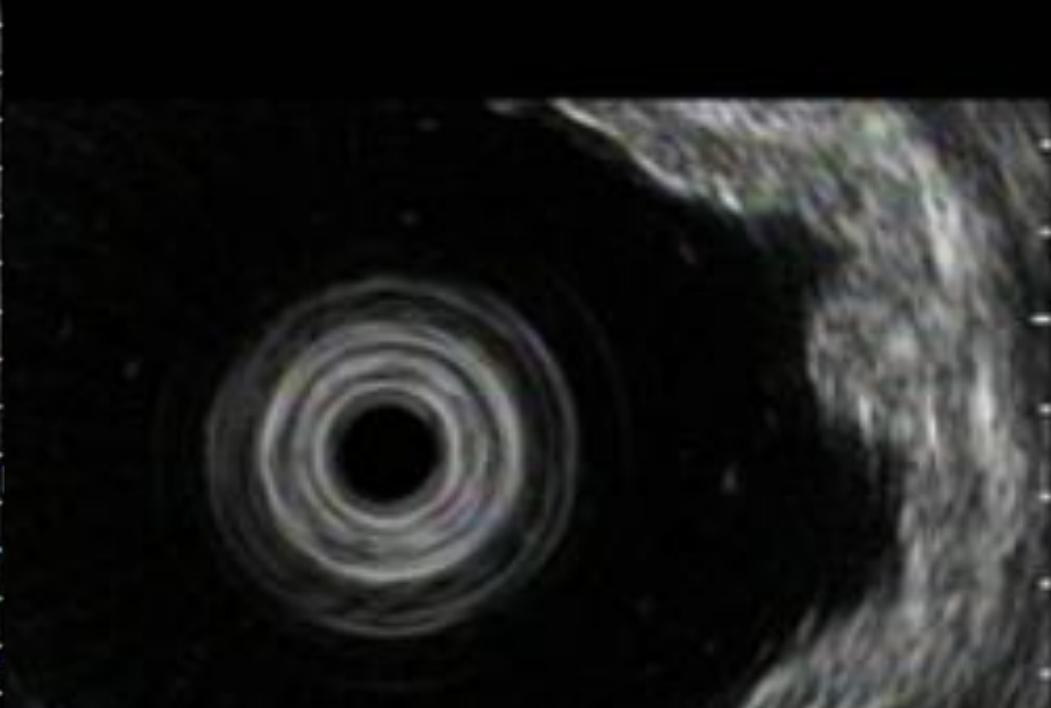
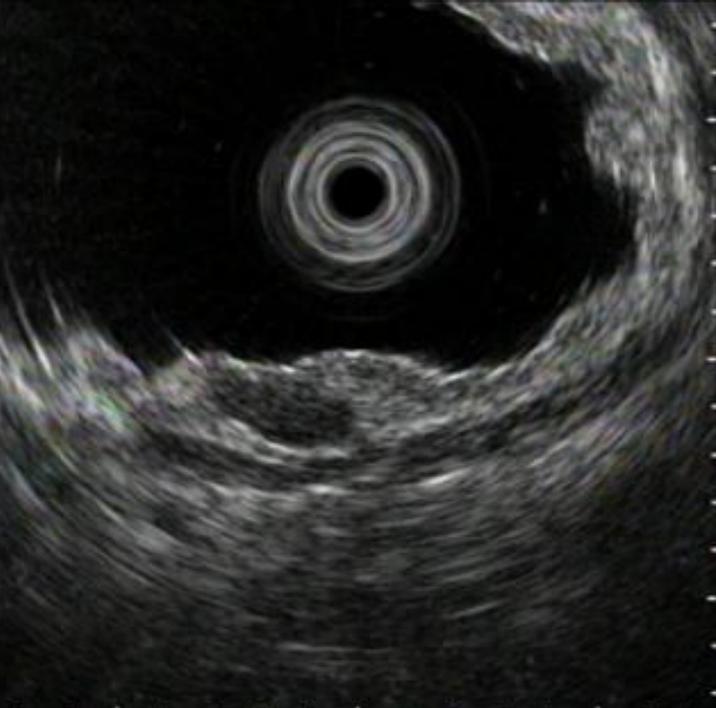


NBI





EUS



MEDIA 

T/B: NONE

23/ 64

+ : mm

x : mm

o : 6.5mm

Δ : mm

CNCT: R



DF : 99

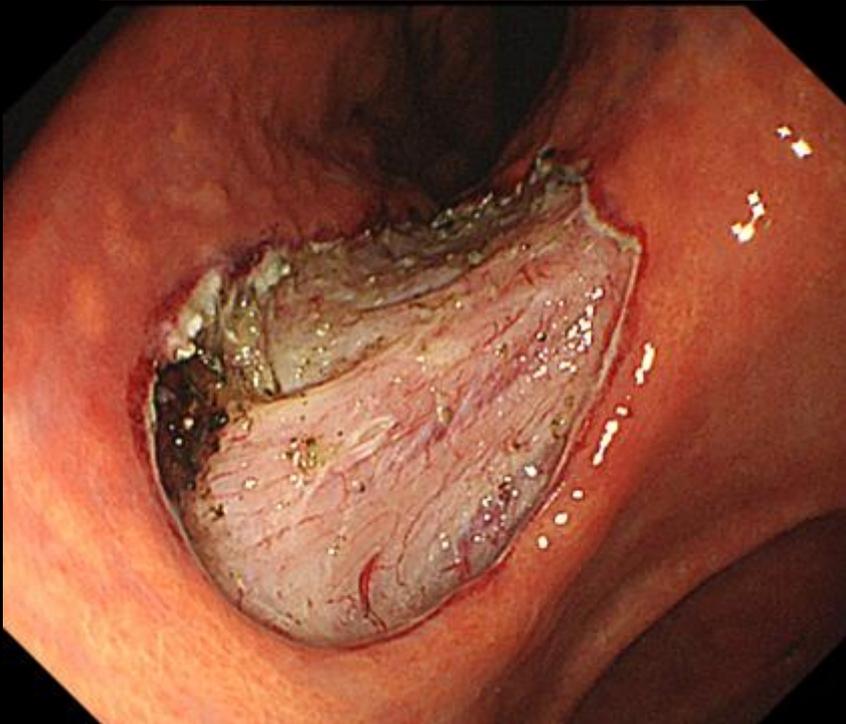
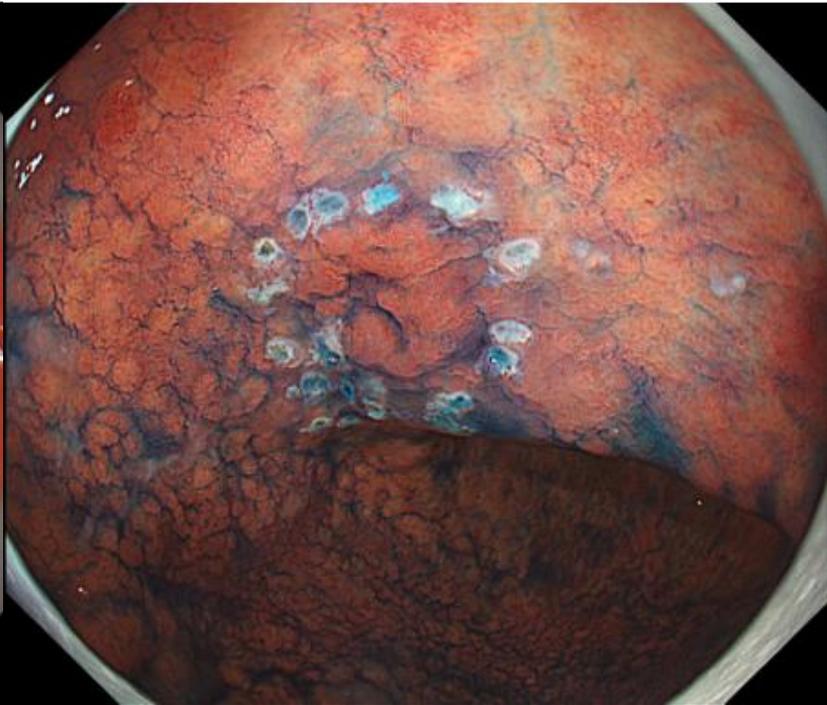
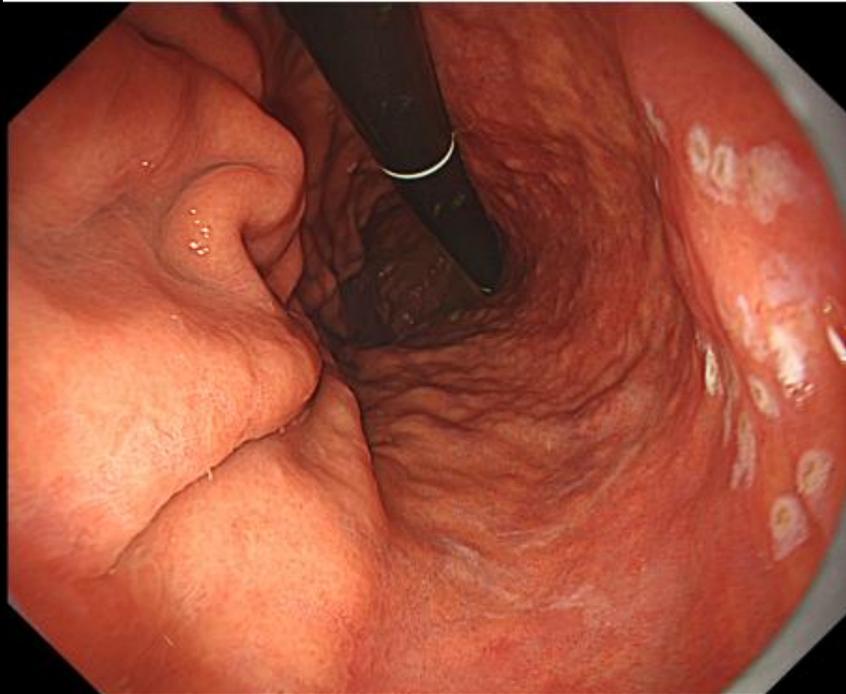
EV : 99

US

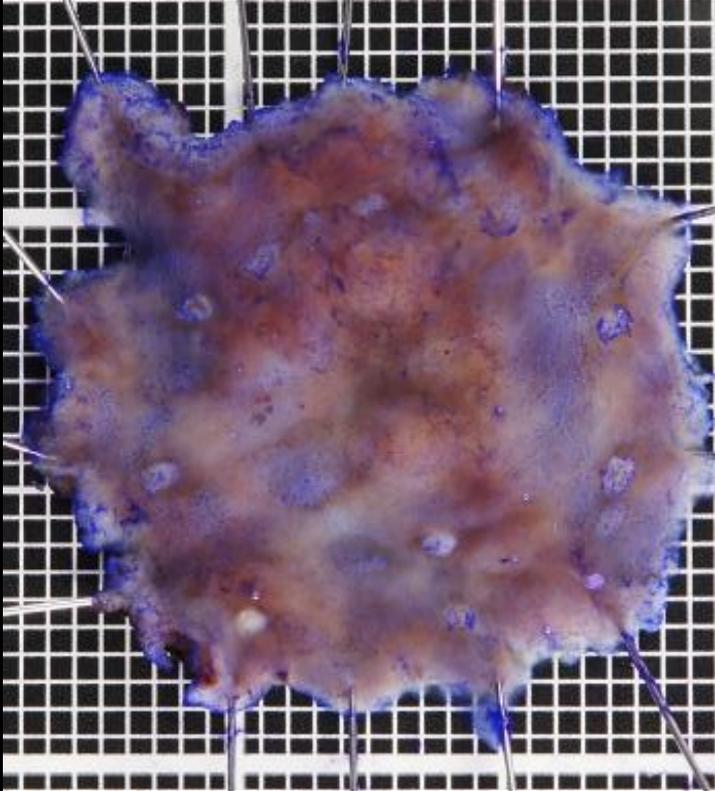
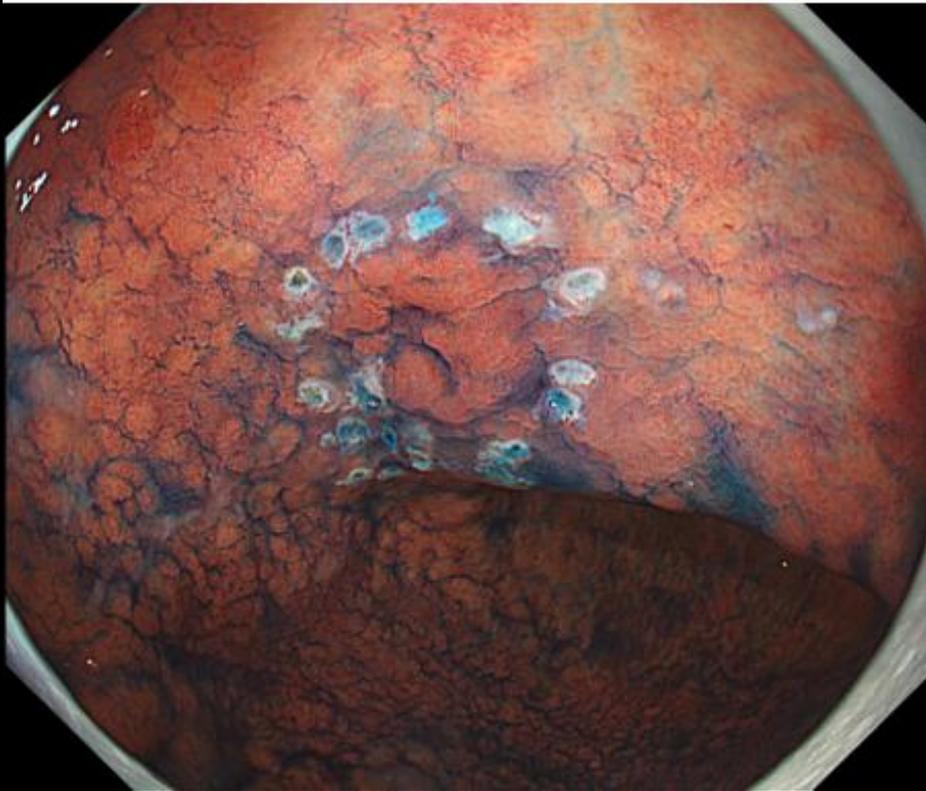
DIR : NOR

SCL : 2mm

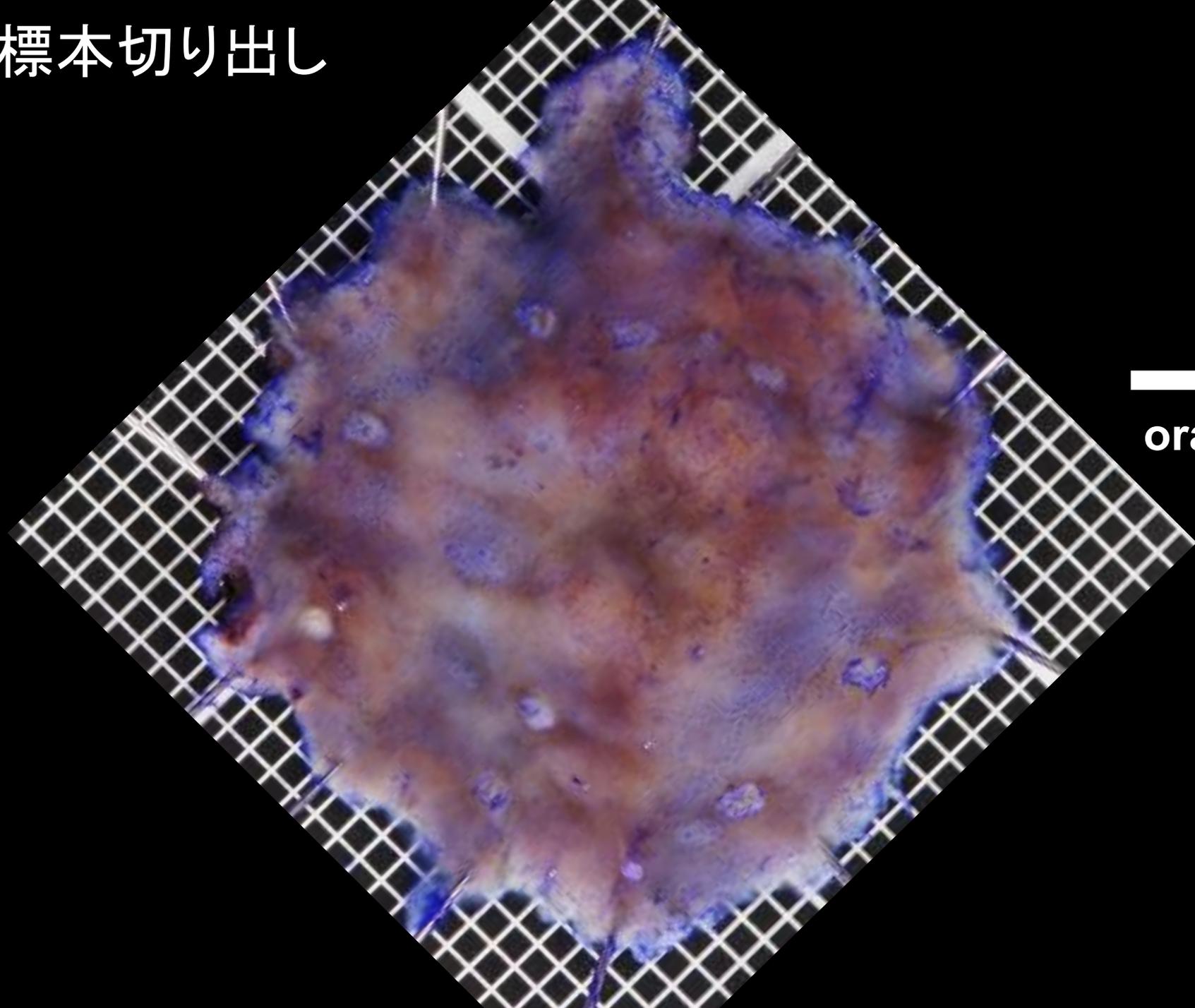
ESD当日



↑
oral



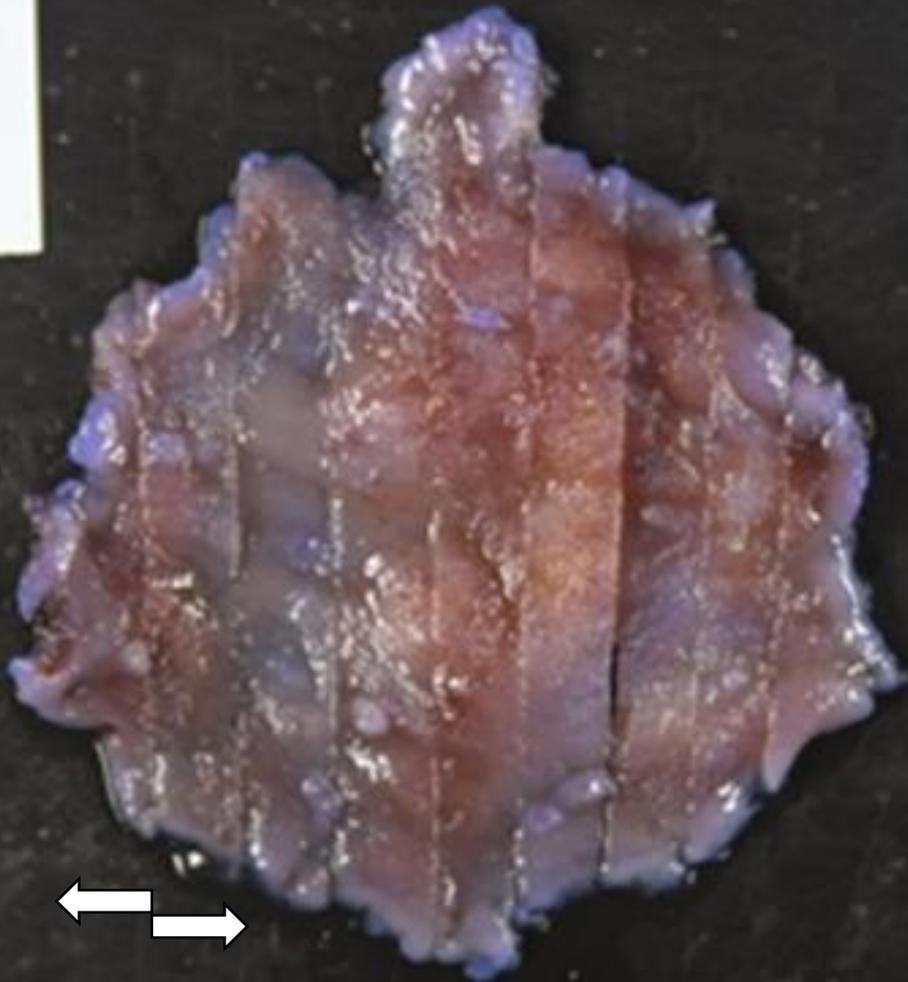
標本切り出し



oral

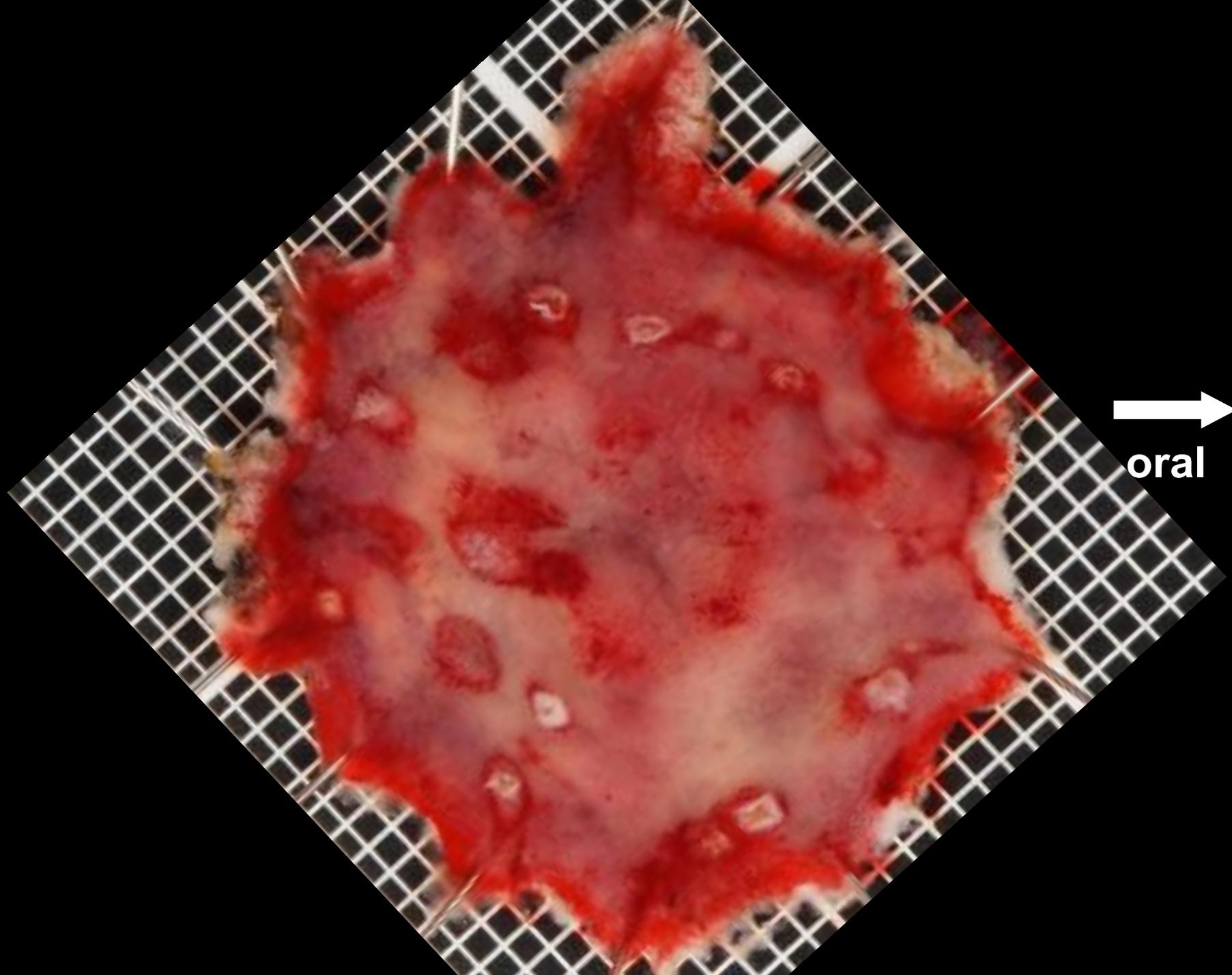
9

1

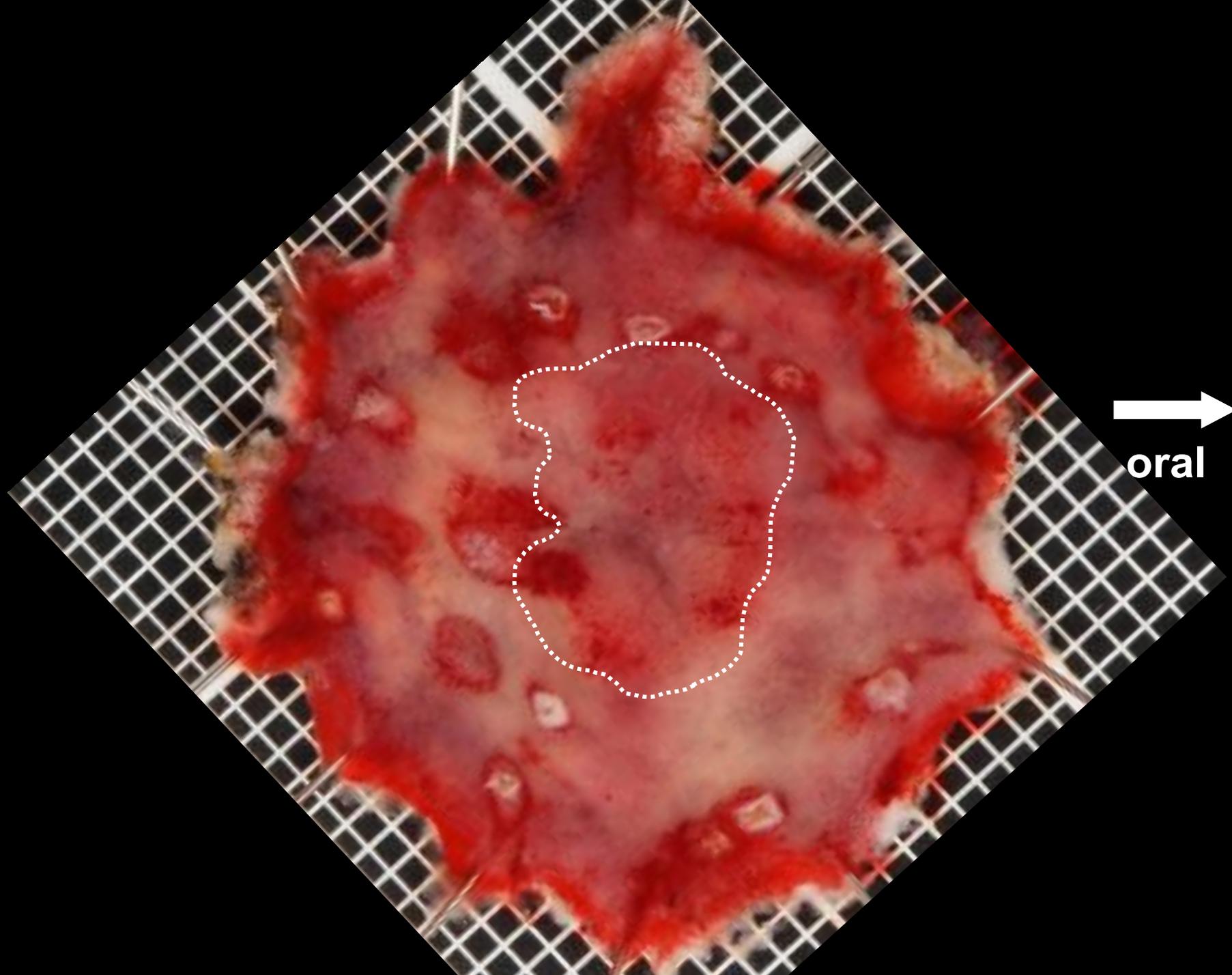


oral

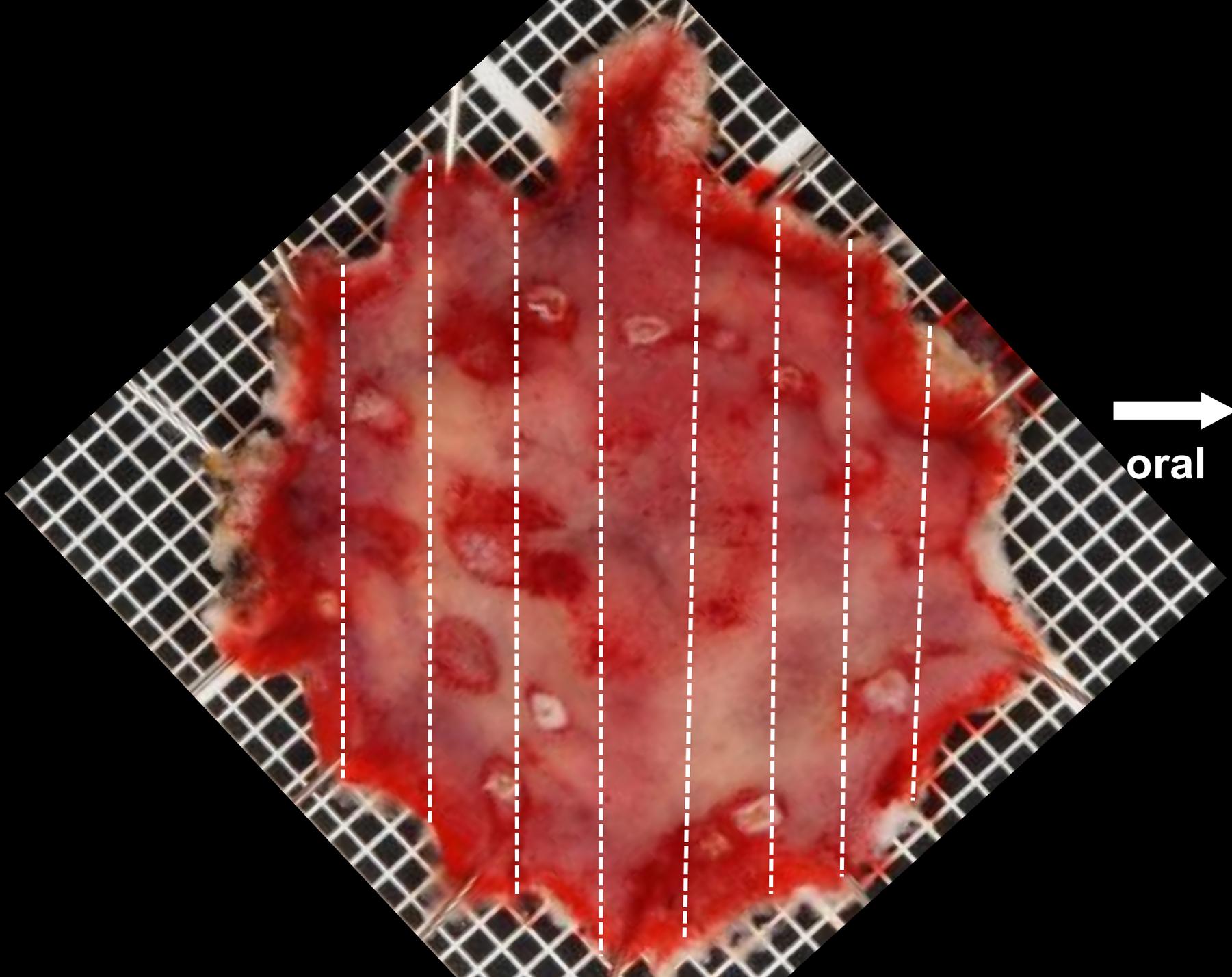




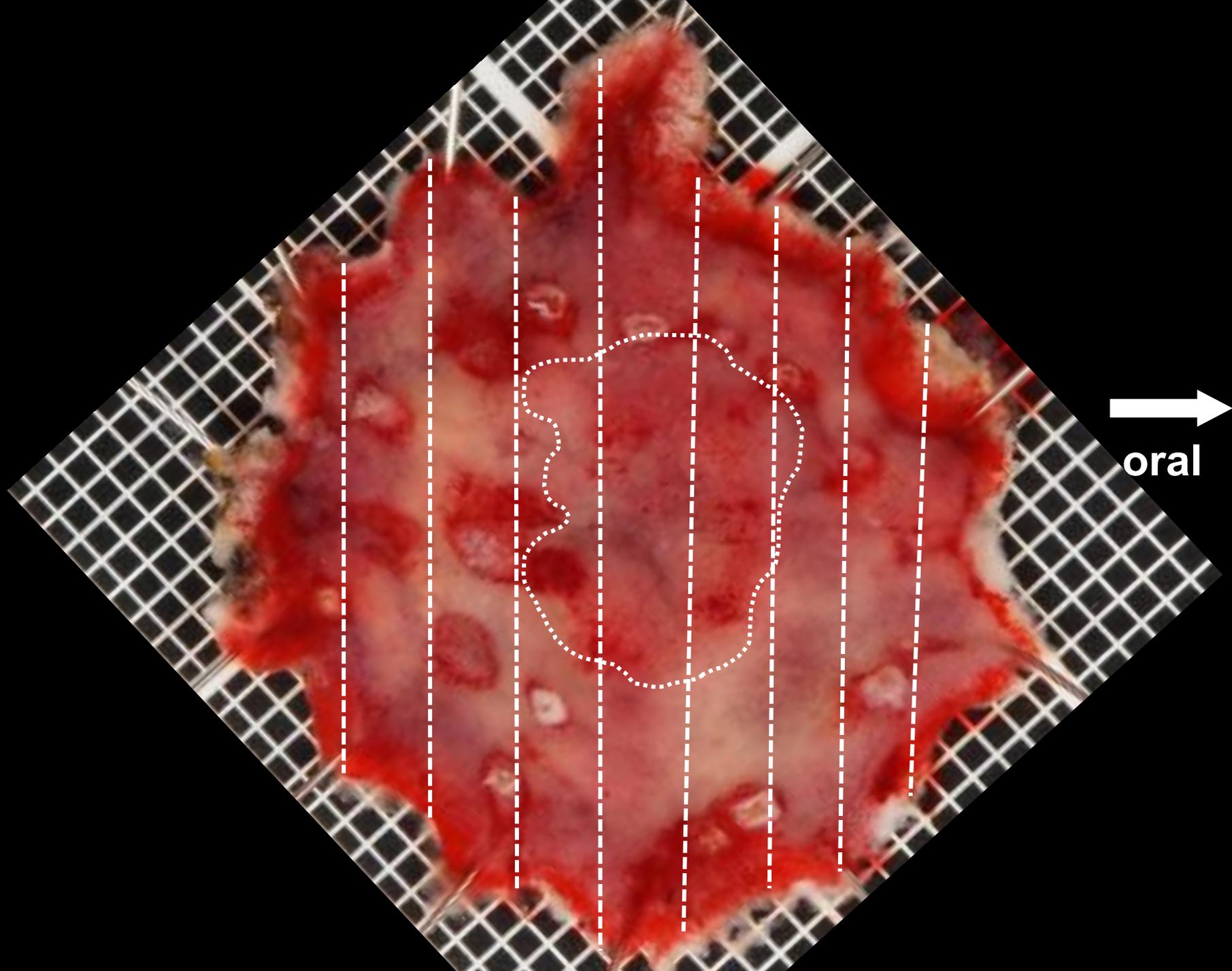
oral



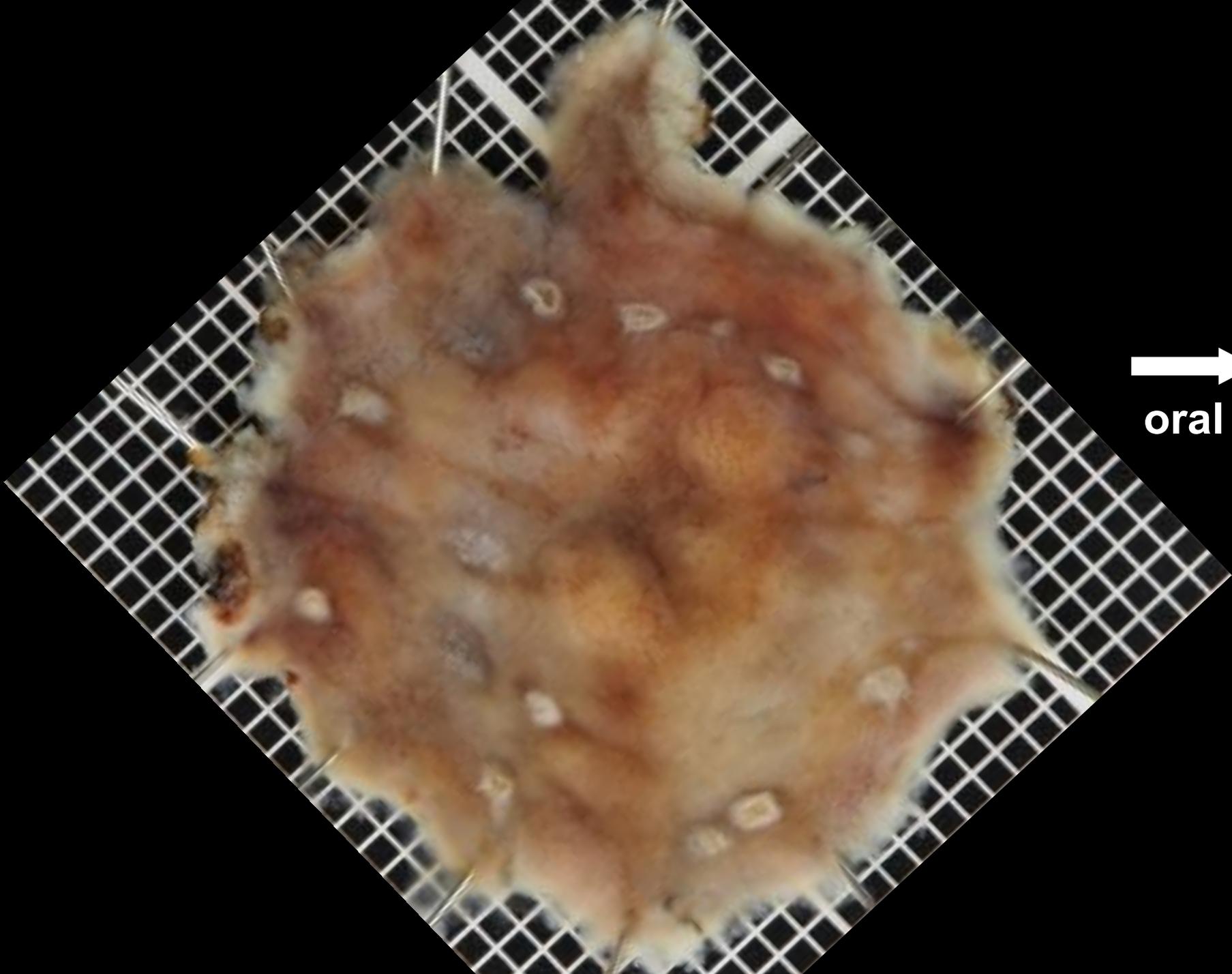
oral



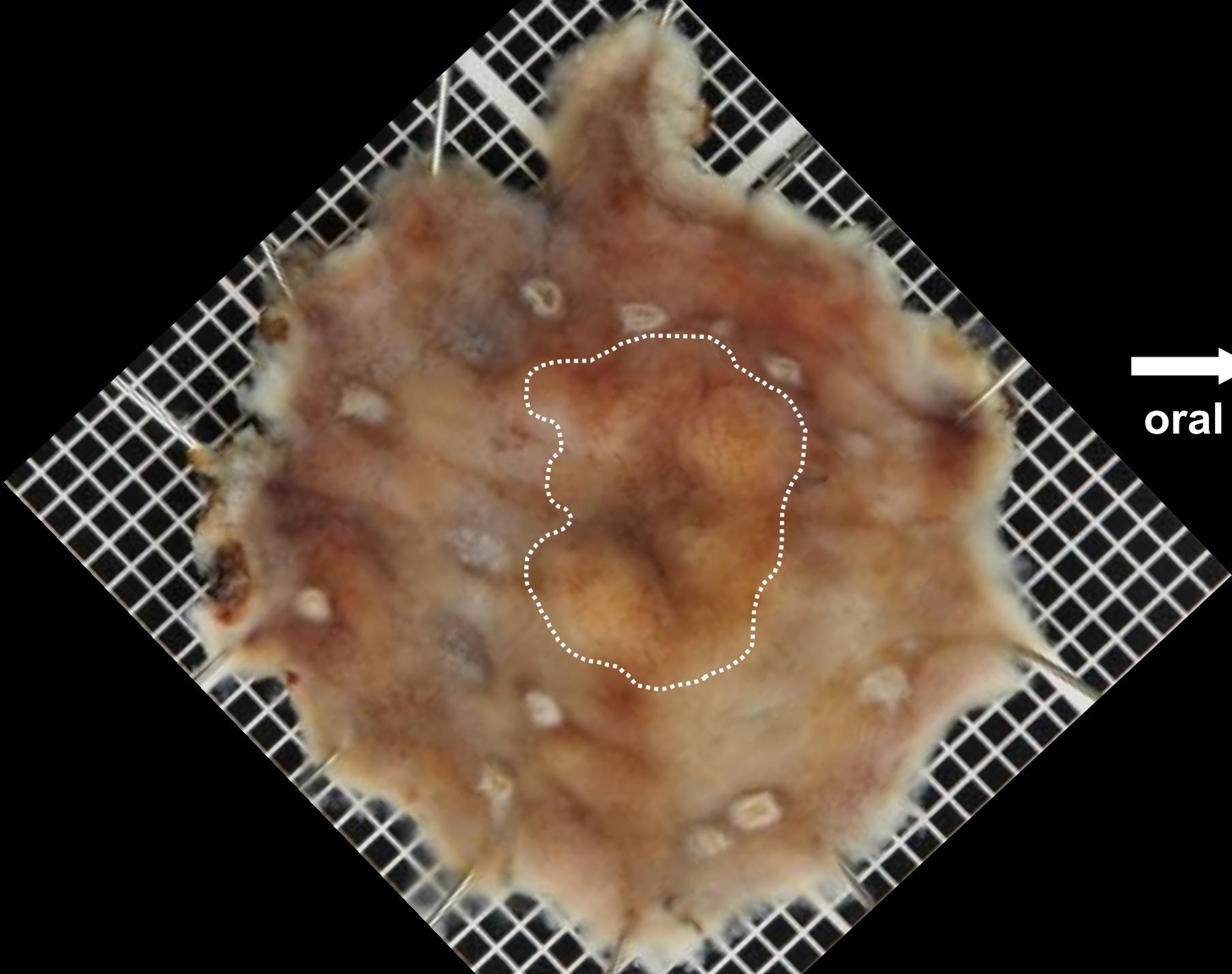
oral



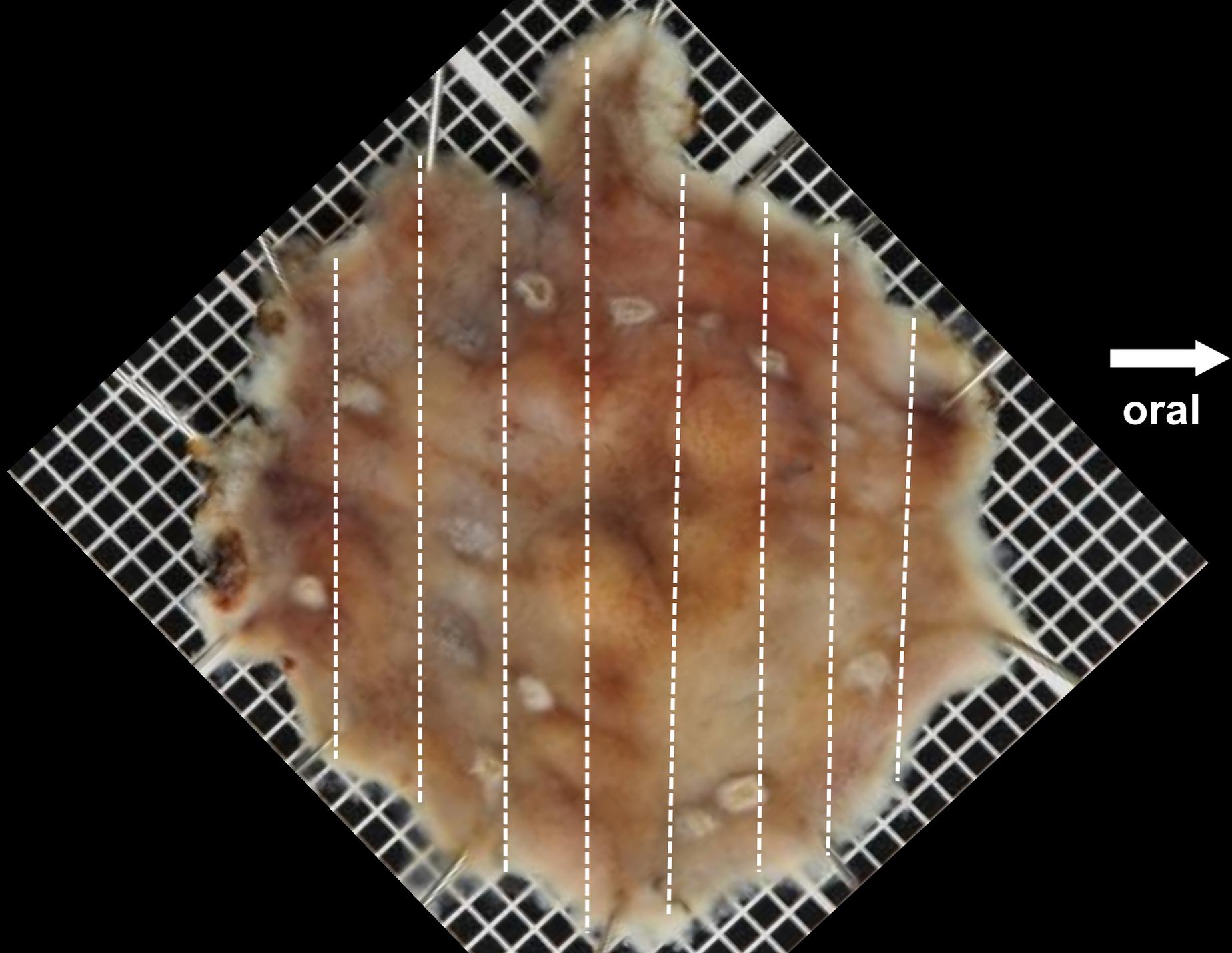
oral



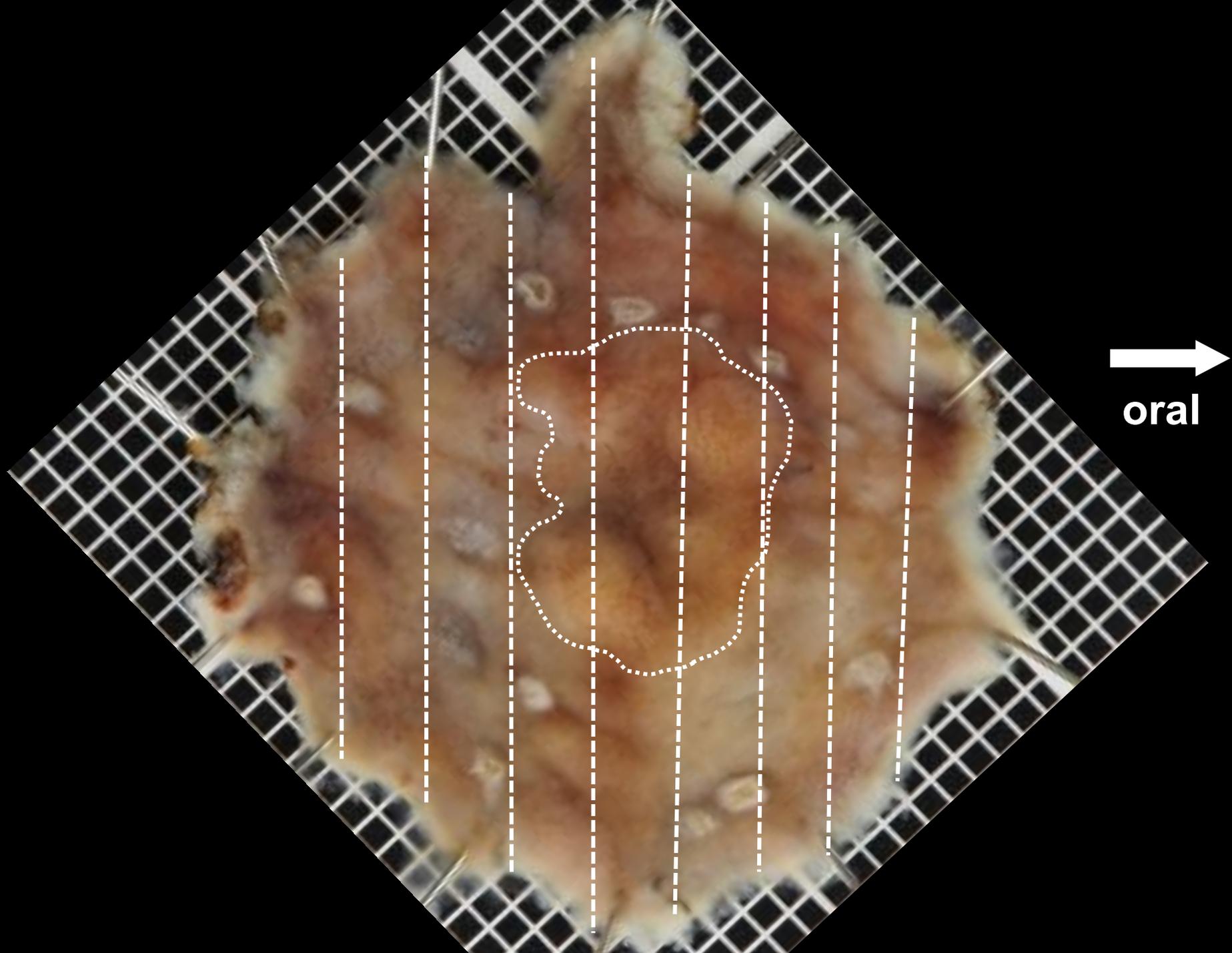

oral



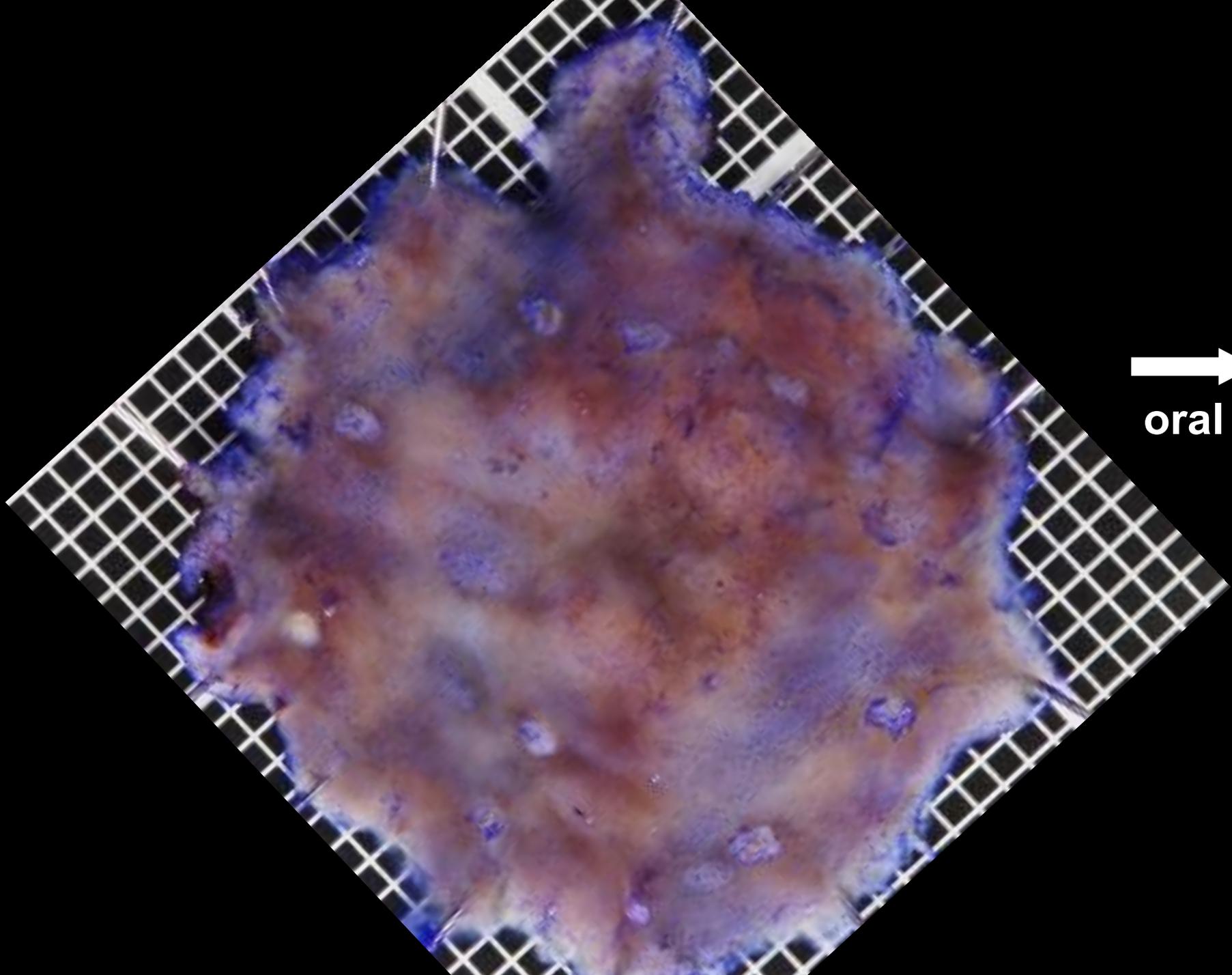

oral



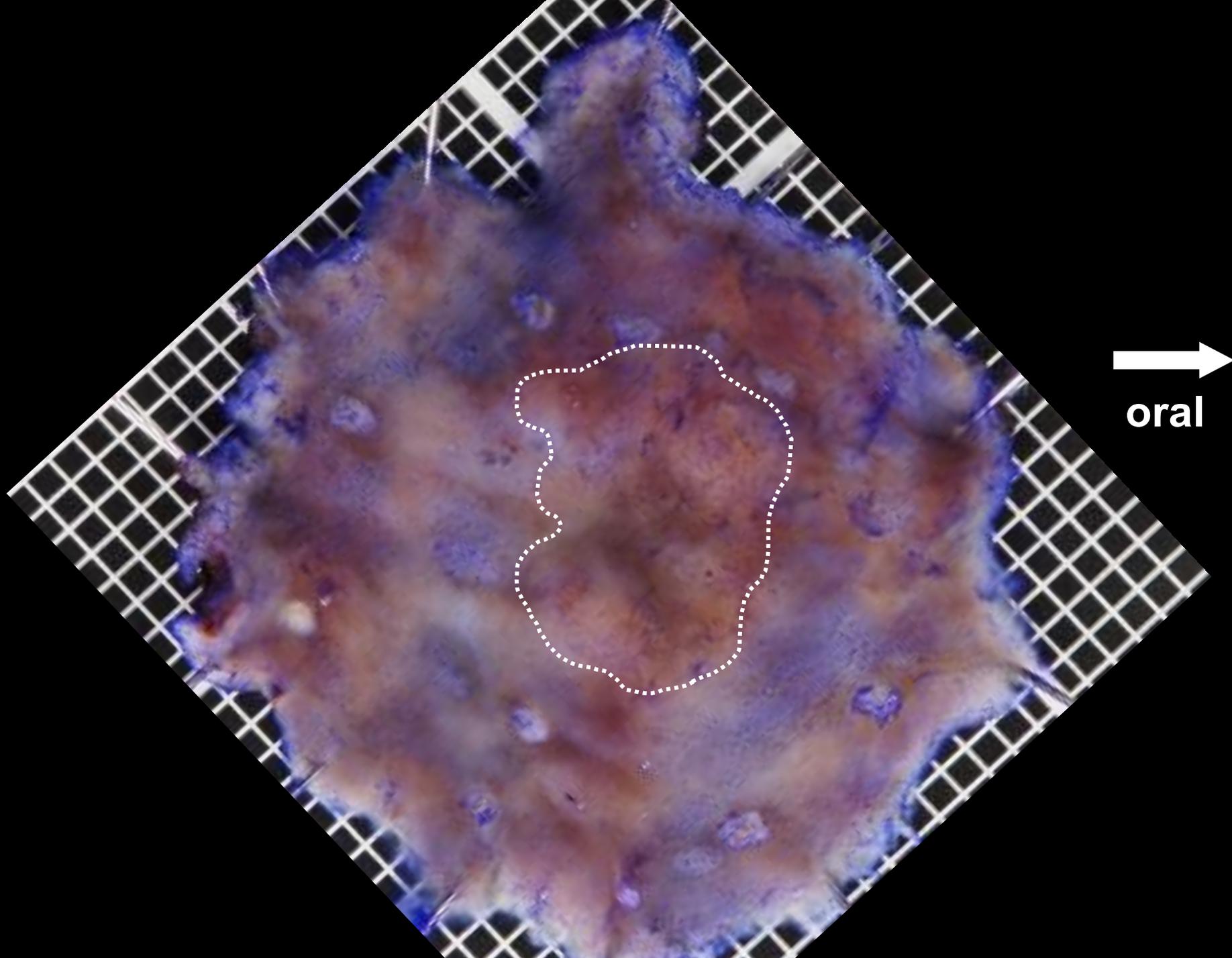
oral →

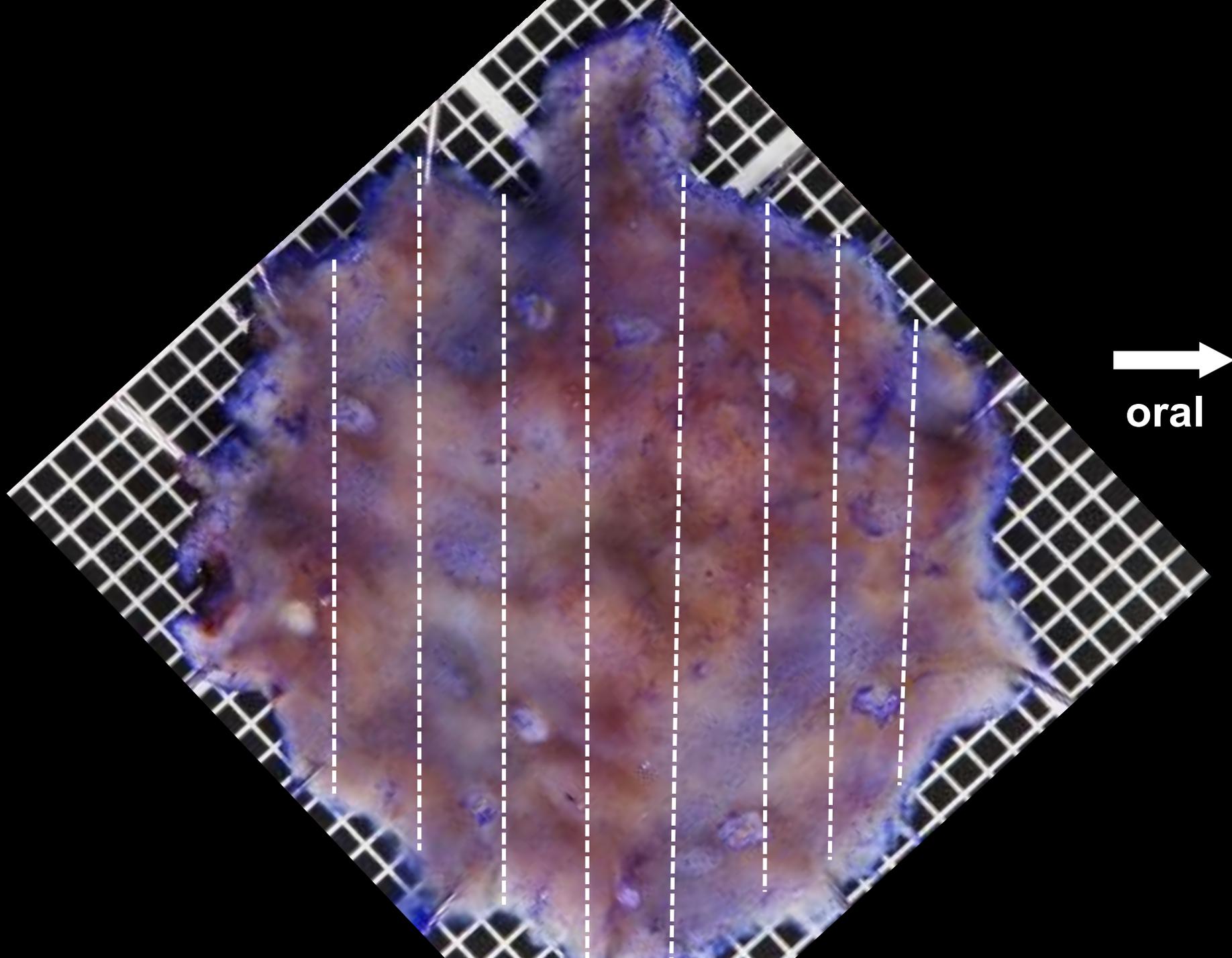


oral

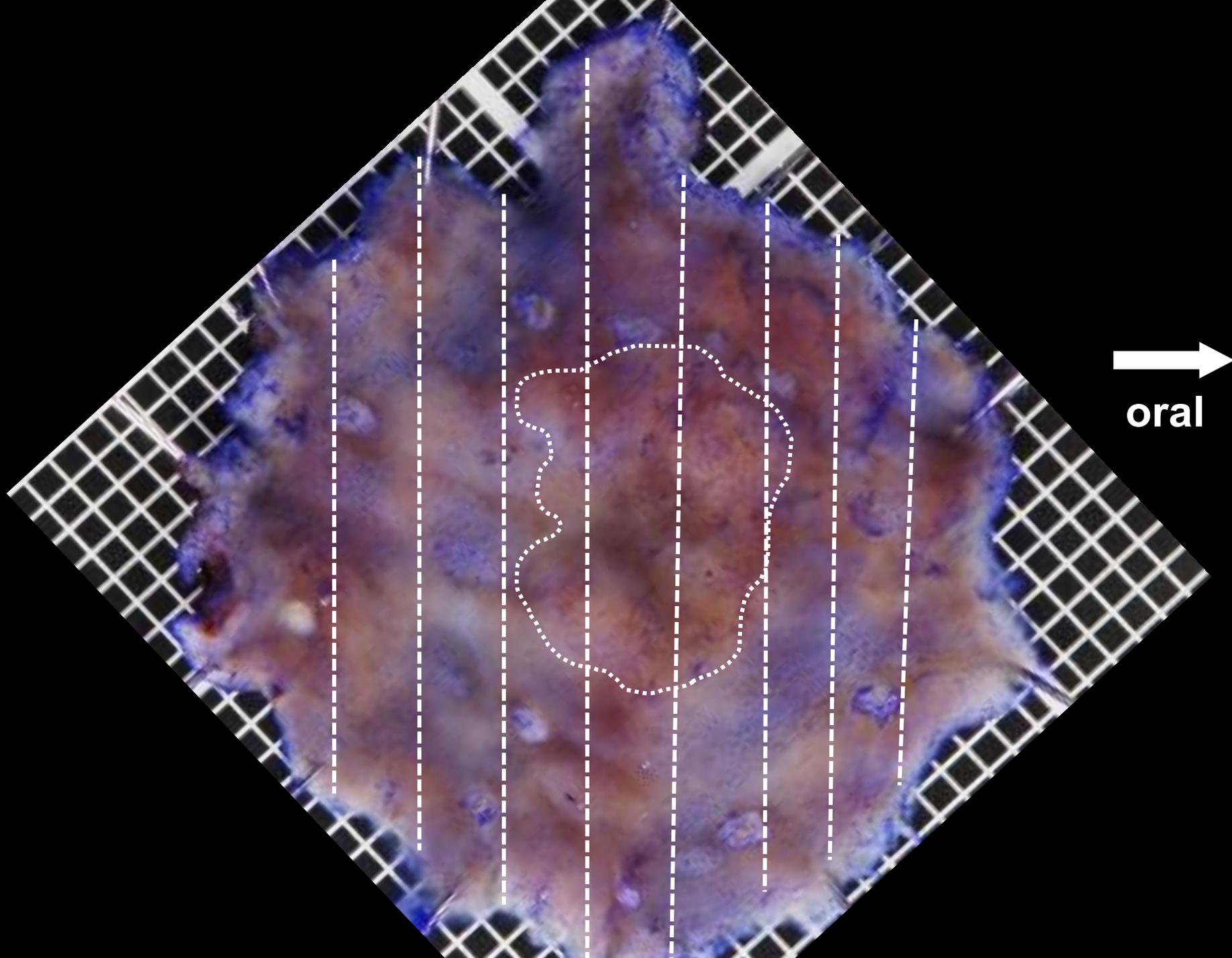



oral

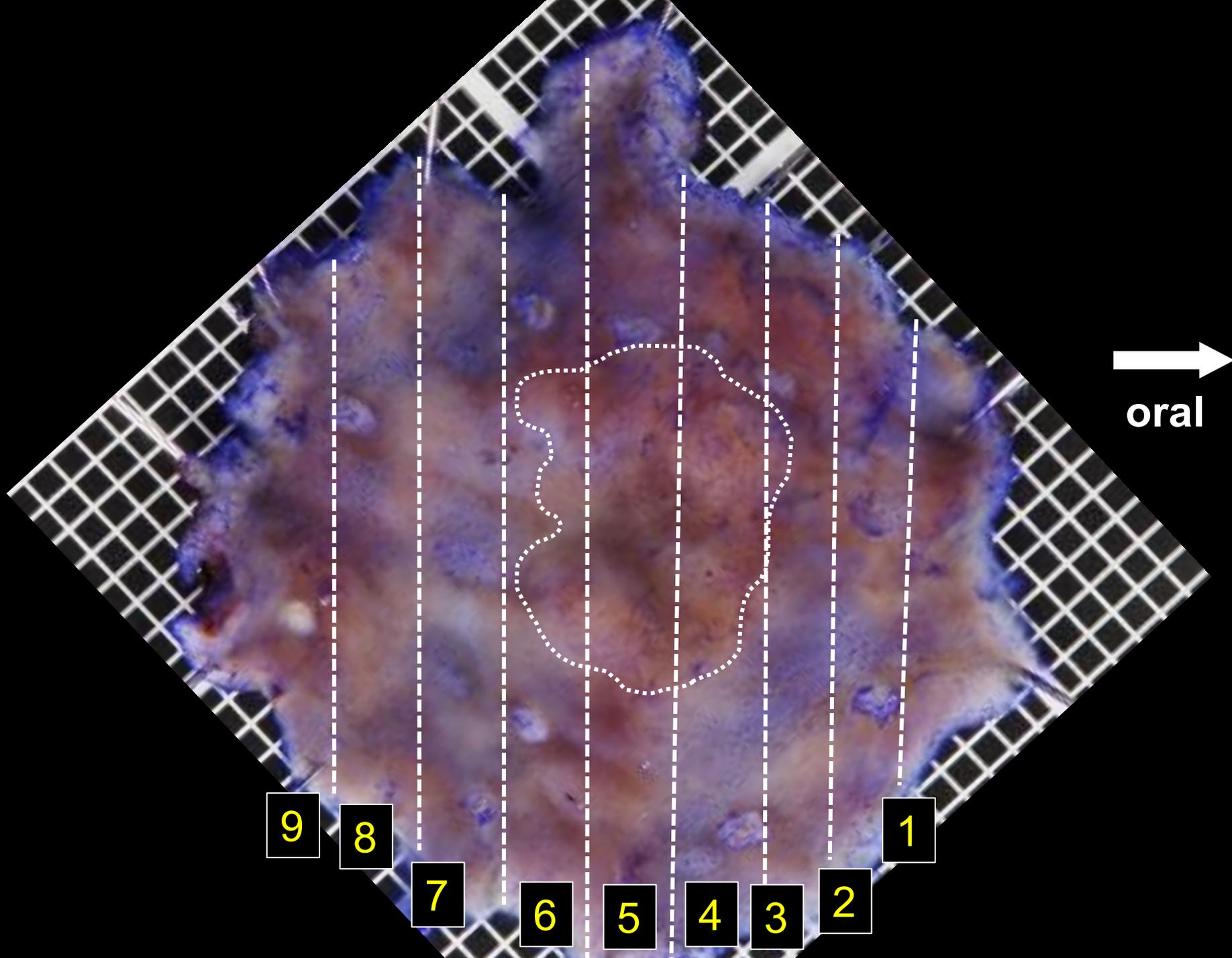





oral



oral →



oral

9

8

7

6

5

4

3

2

1

● 腫瘍

oral →

9

8

7

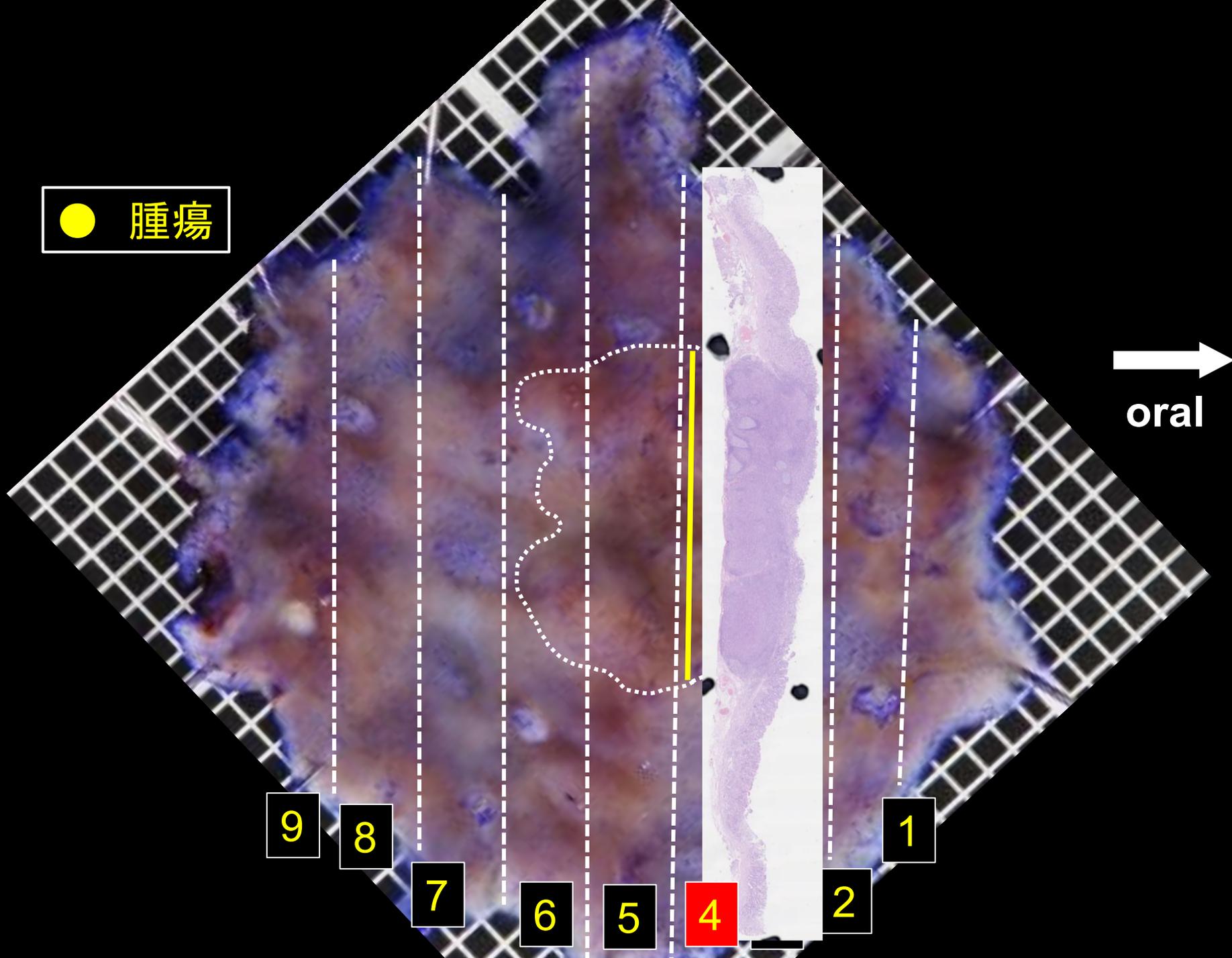
6

5

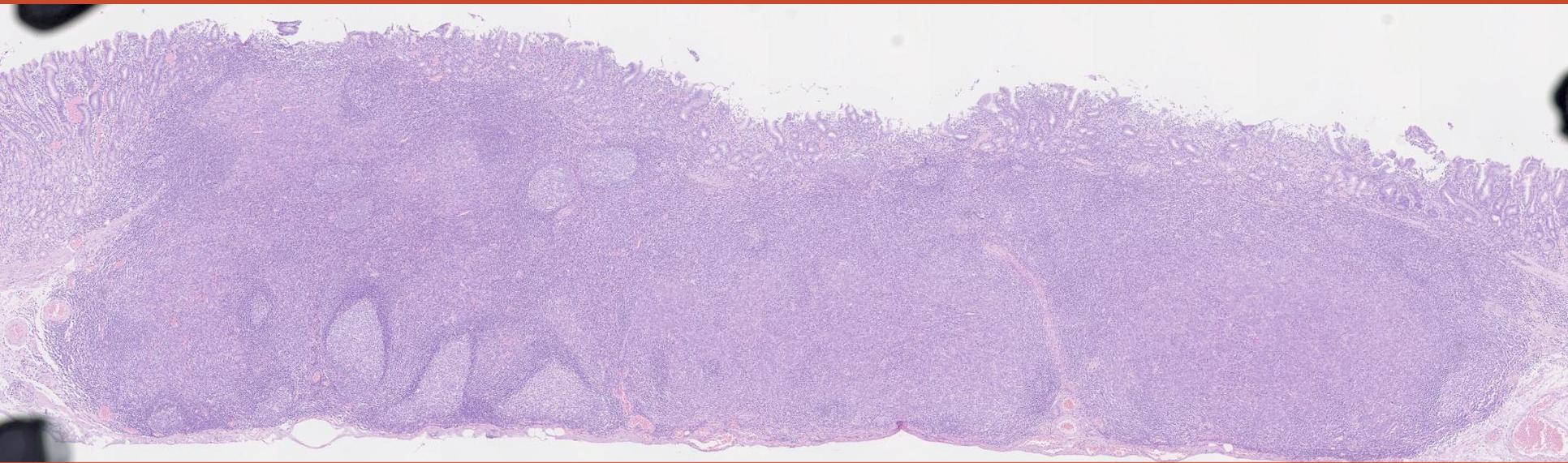
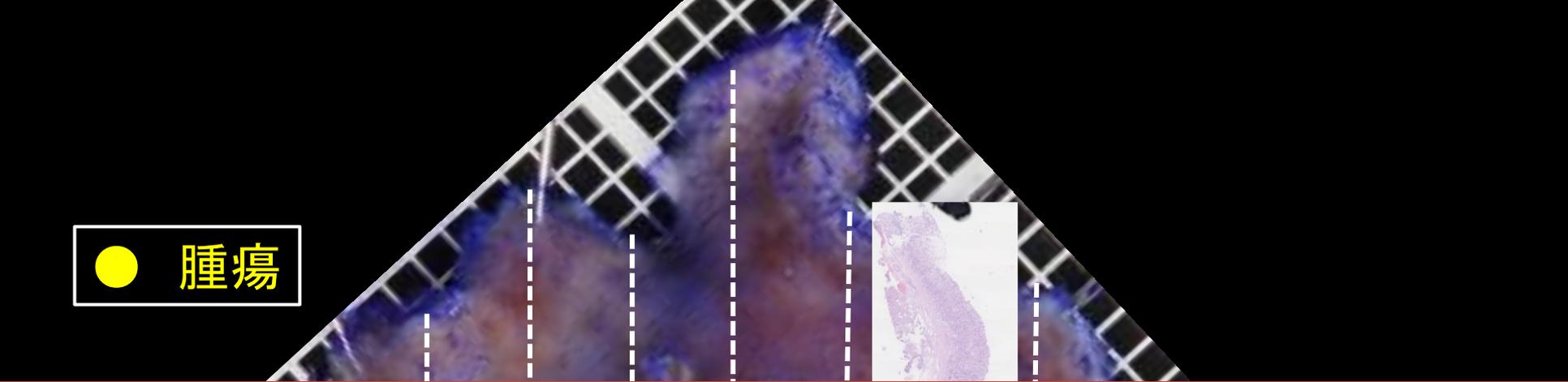
4

2

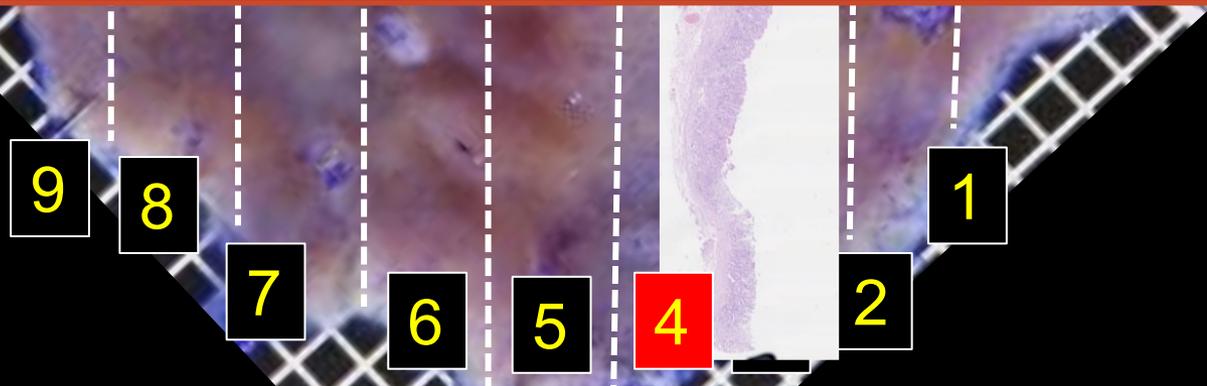
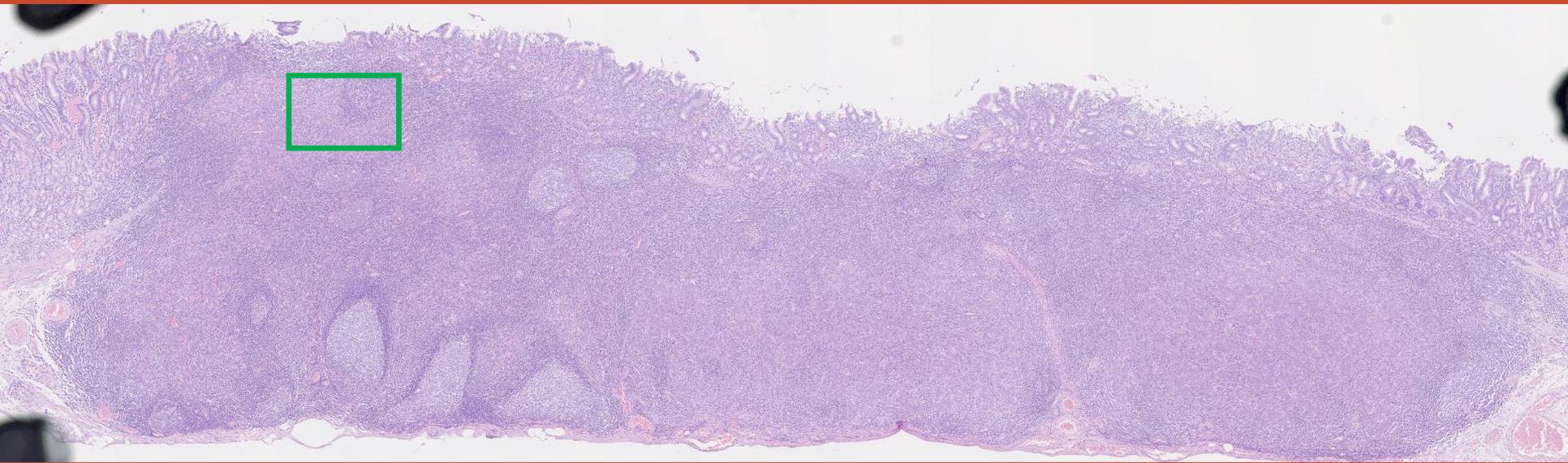
1



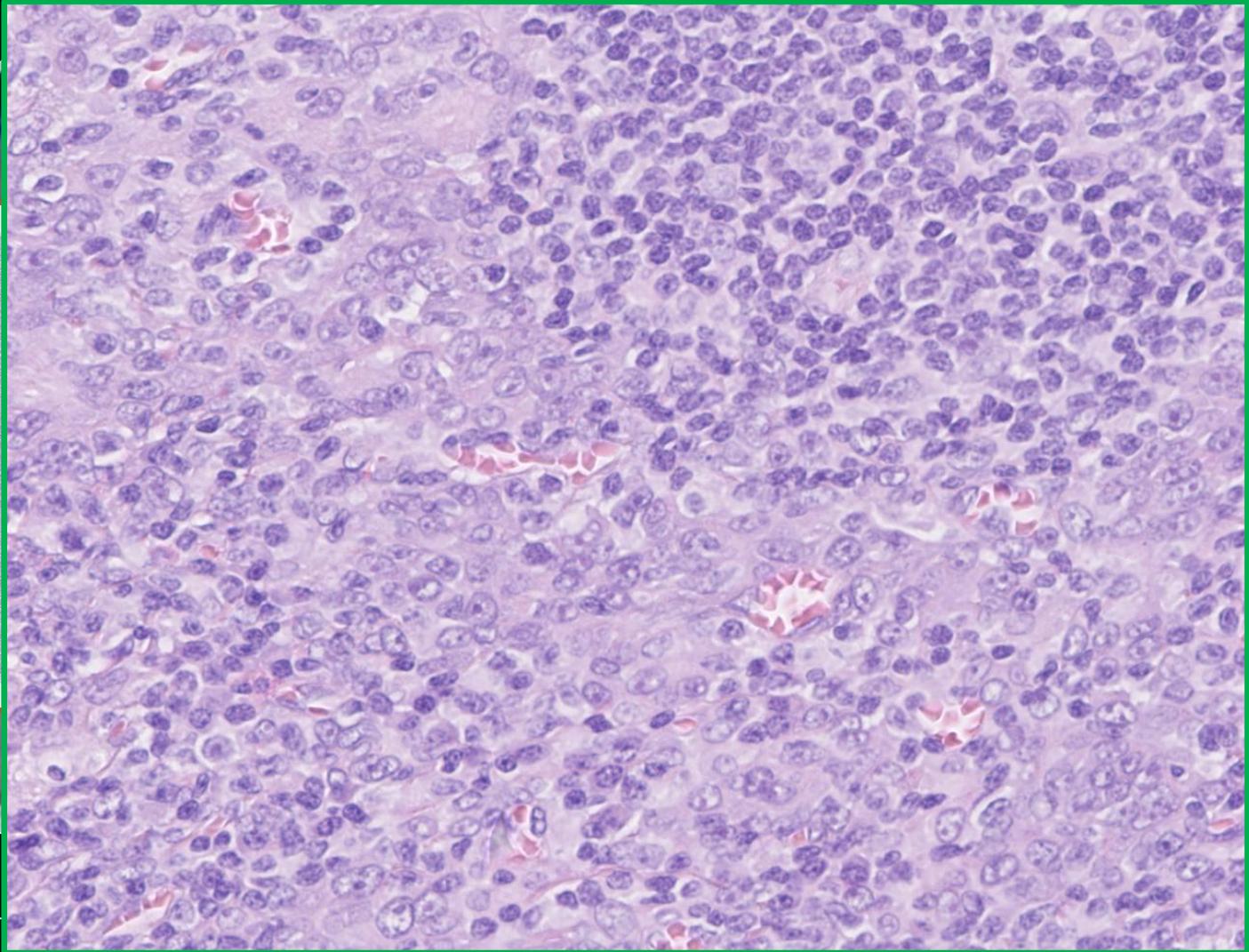
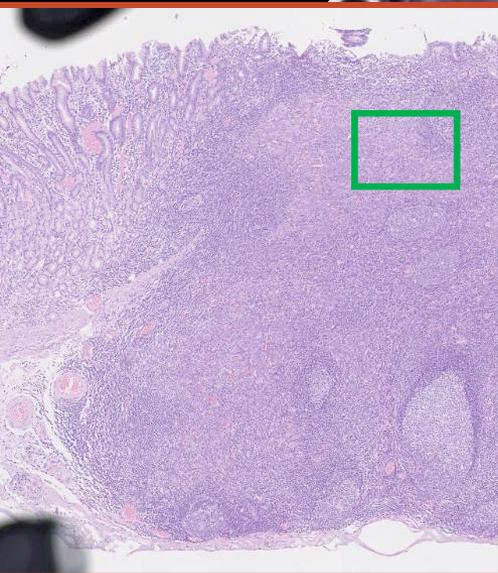
● 腫瘍



● 腫瘍



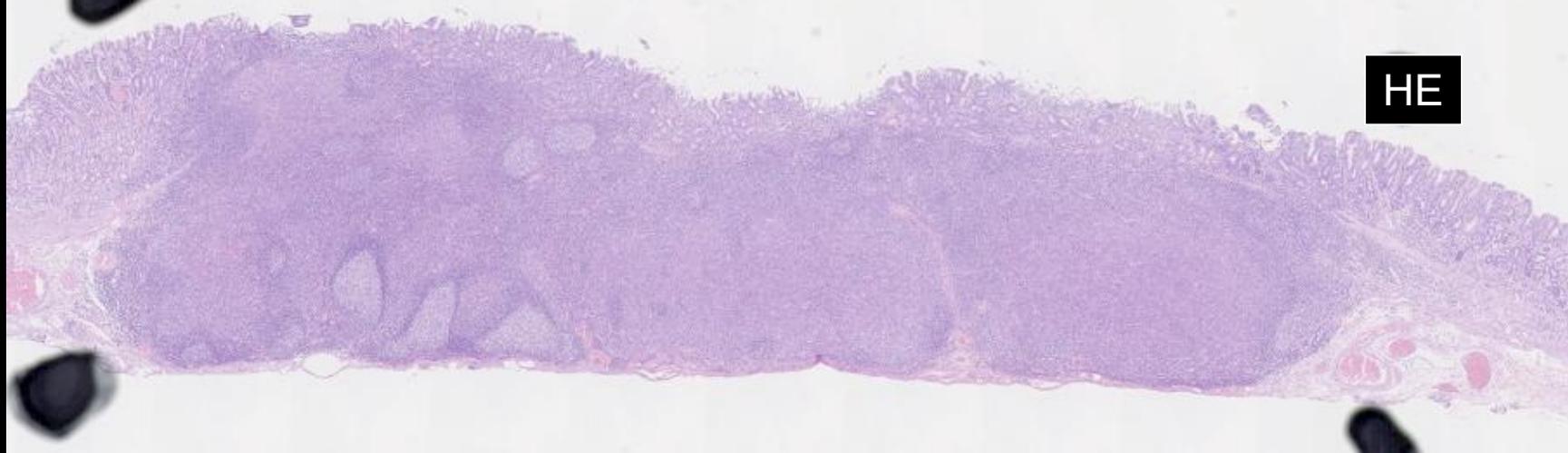
● 腫瘍



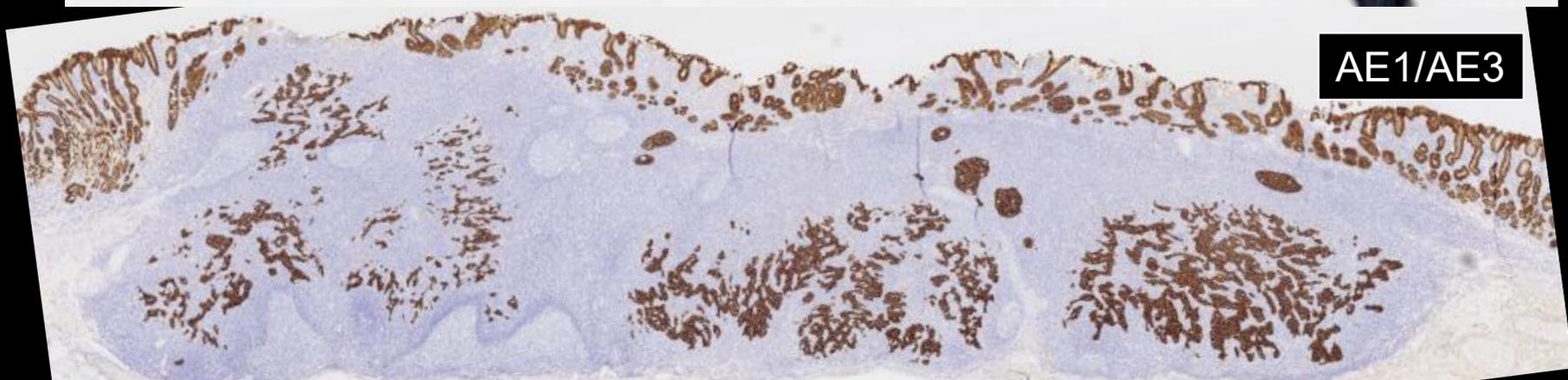
9

7 6 5 4 2

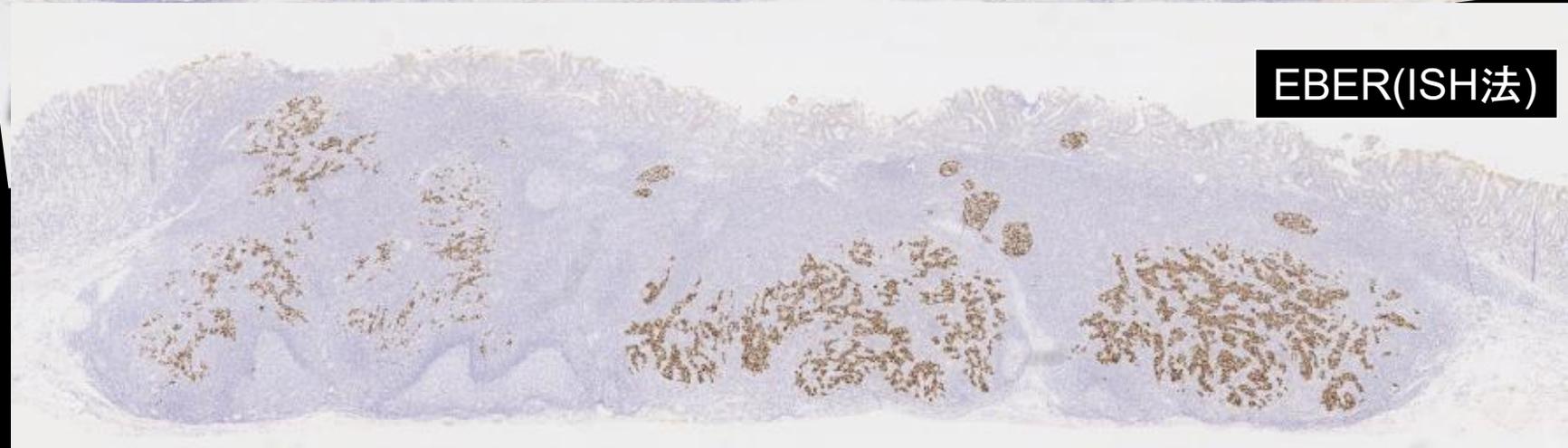
4



HE



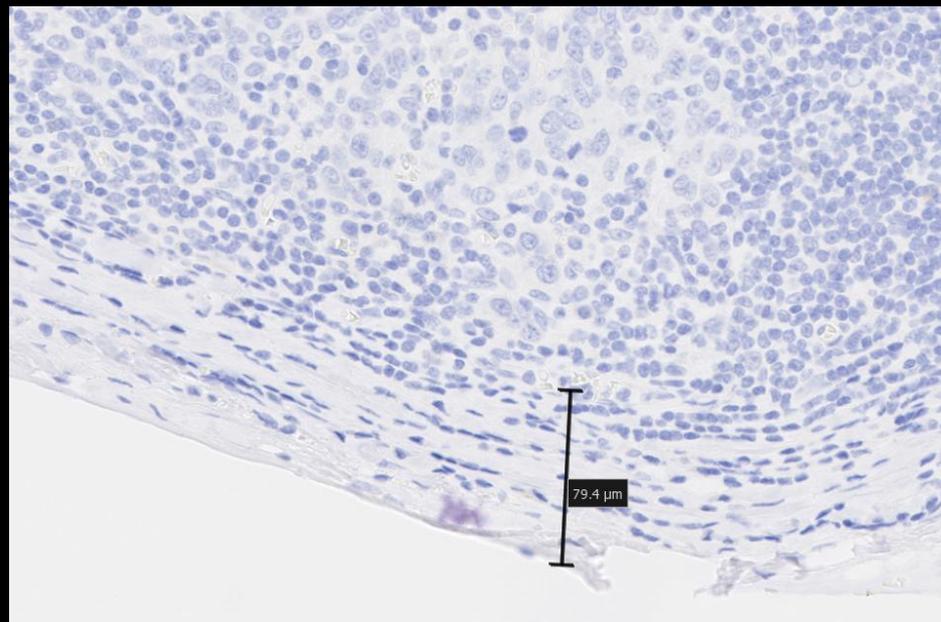
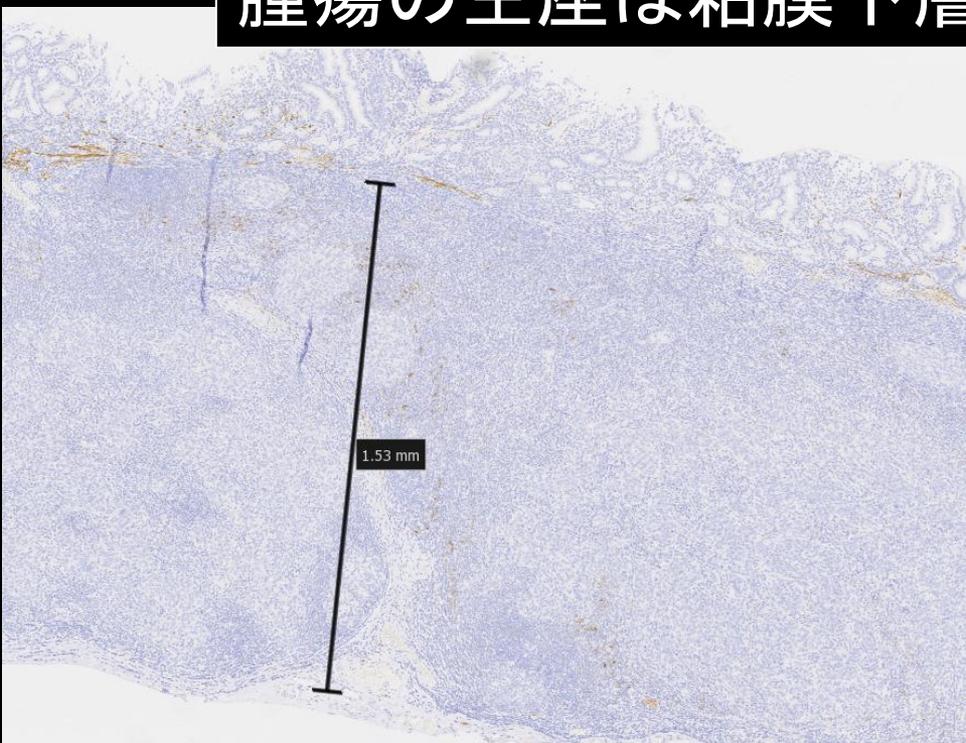
AE1/AE3



EBER(ISH法)



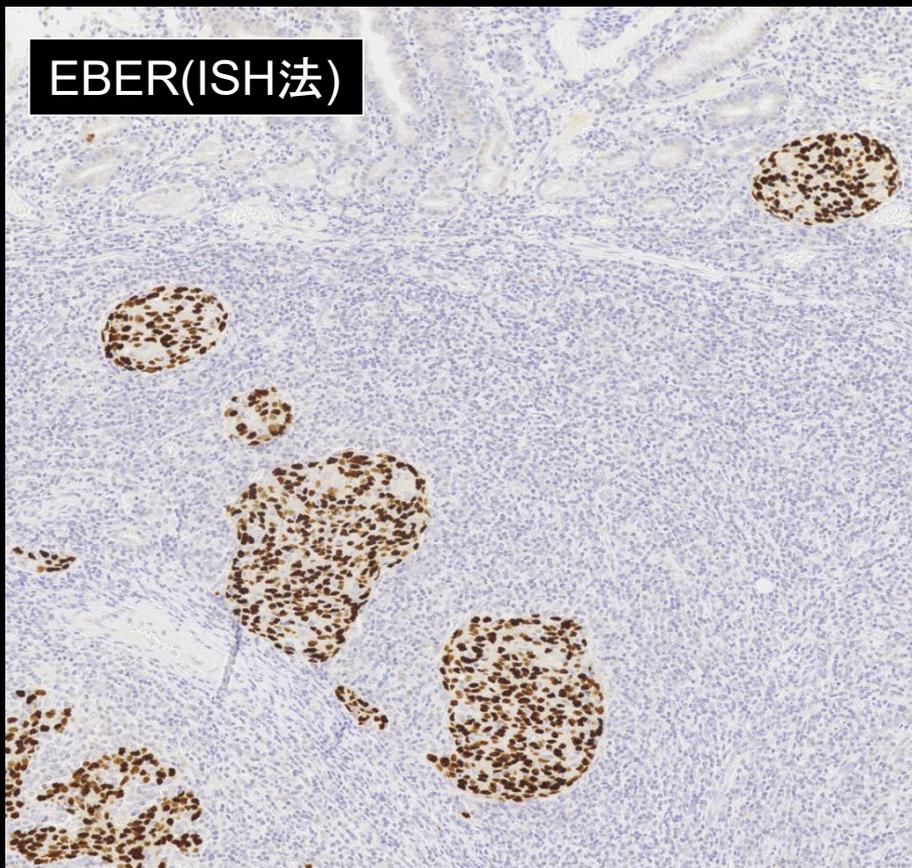
腫瘍の主座は粘膜下層。粘膜筋板は部分的に消失。



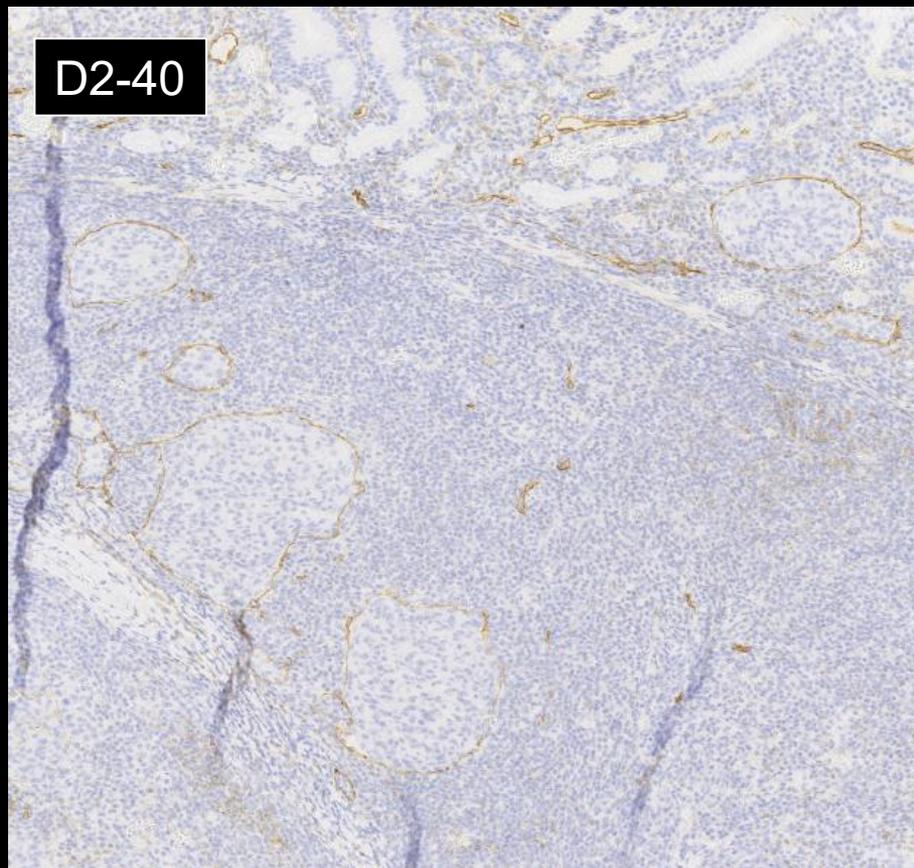
粘膜筋板下端から浸潤最深部まで
: 約1500 μ m → **SM2**

深部断端陰性
(HM0: 0.08mm)

EBER(ISH法)

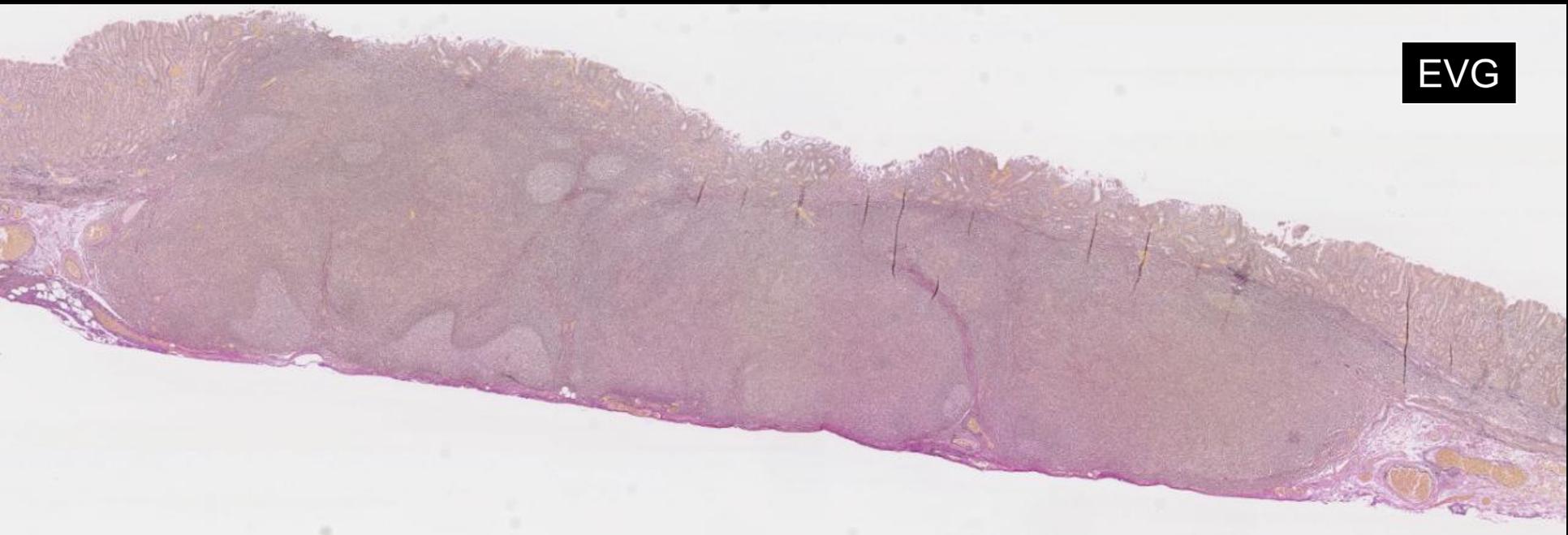


D2-40



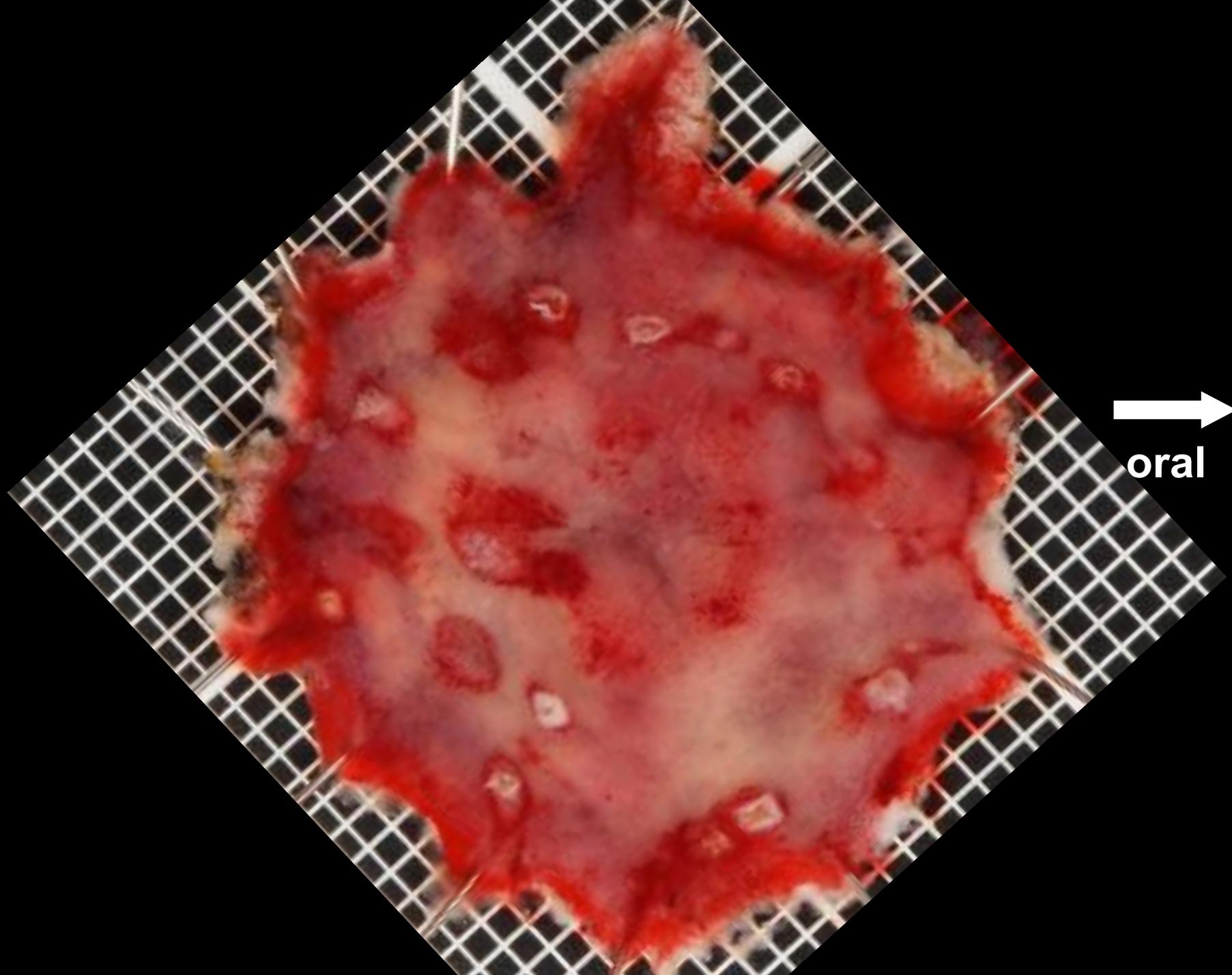
リンパ管侵襲:陽性(Ly1)

4



EVG

脈管侵襲：陰性 (V0)

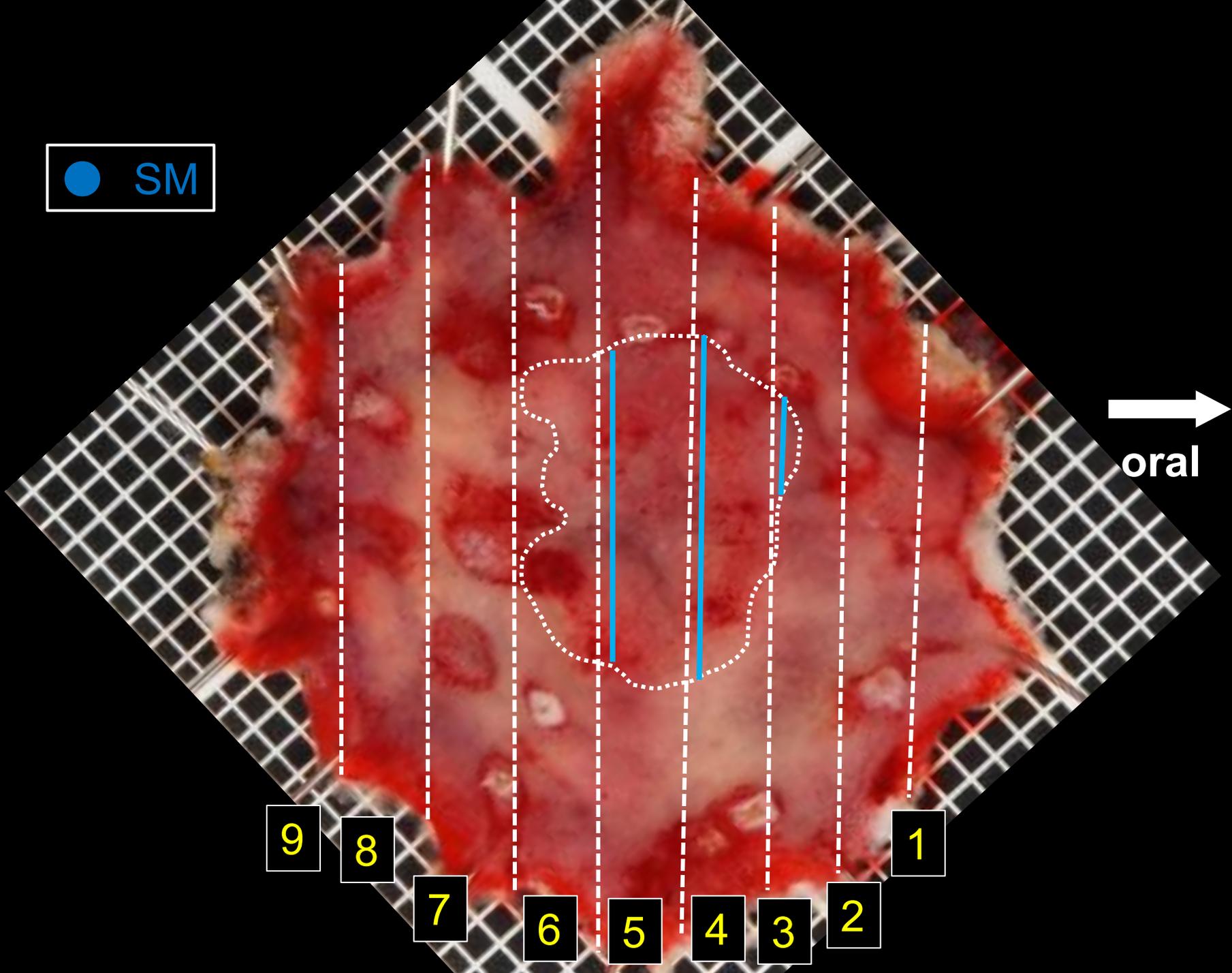


oral

● SM

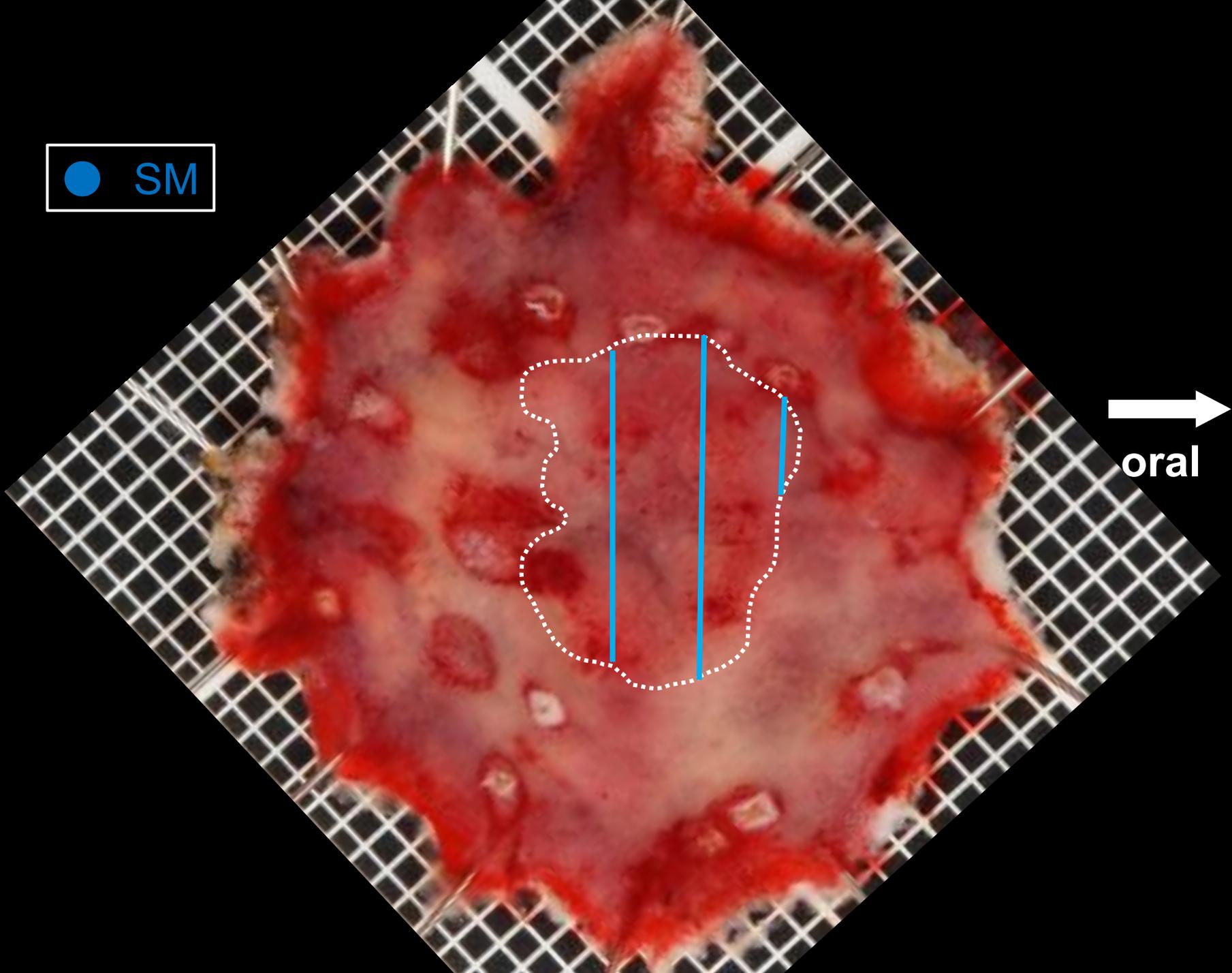
oral →

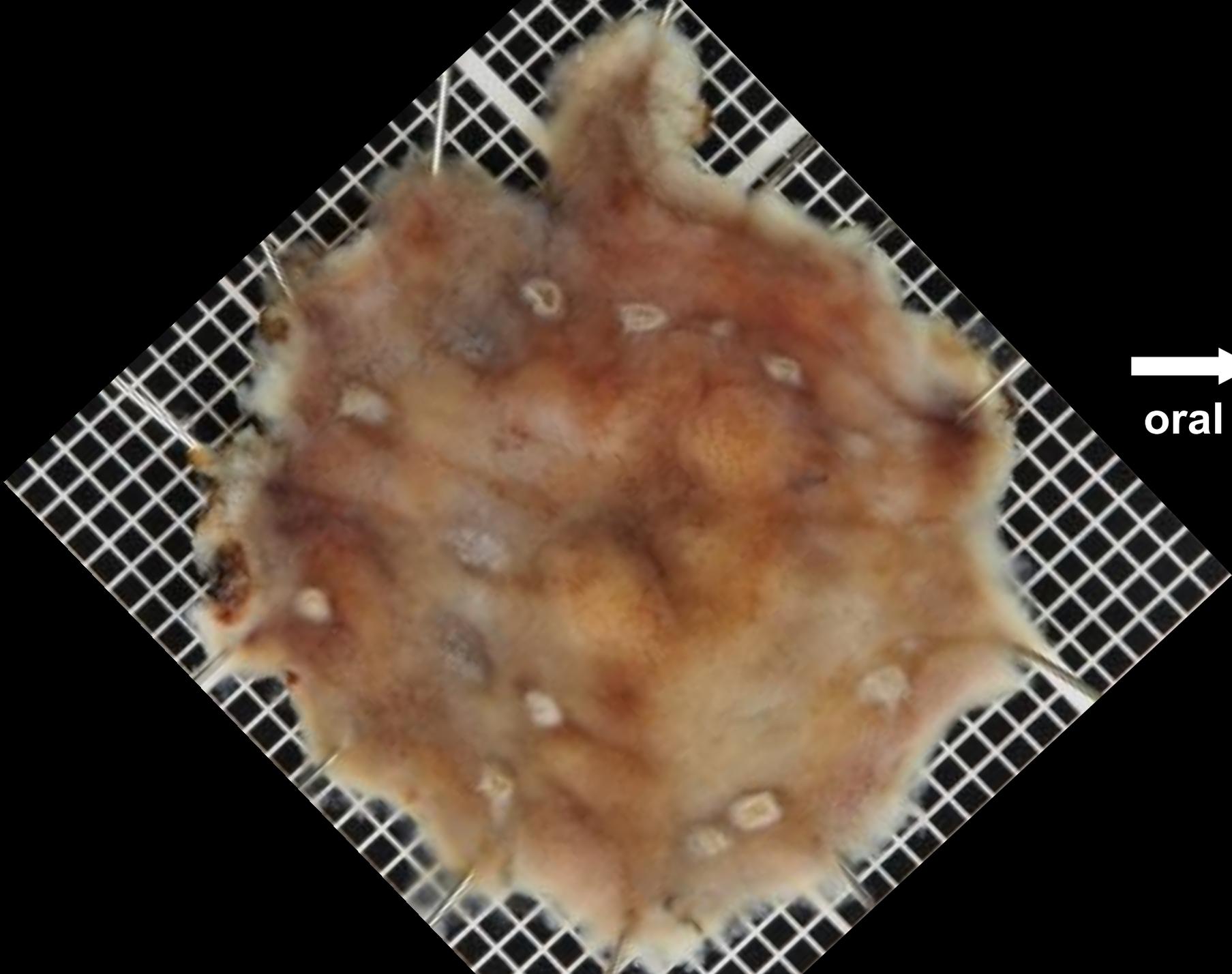
9 8 7 6 5 4 3 2 1



● SM

oral →



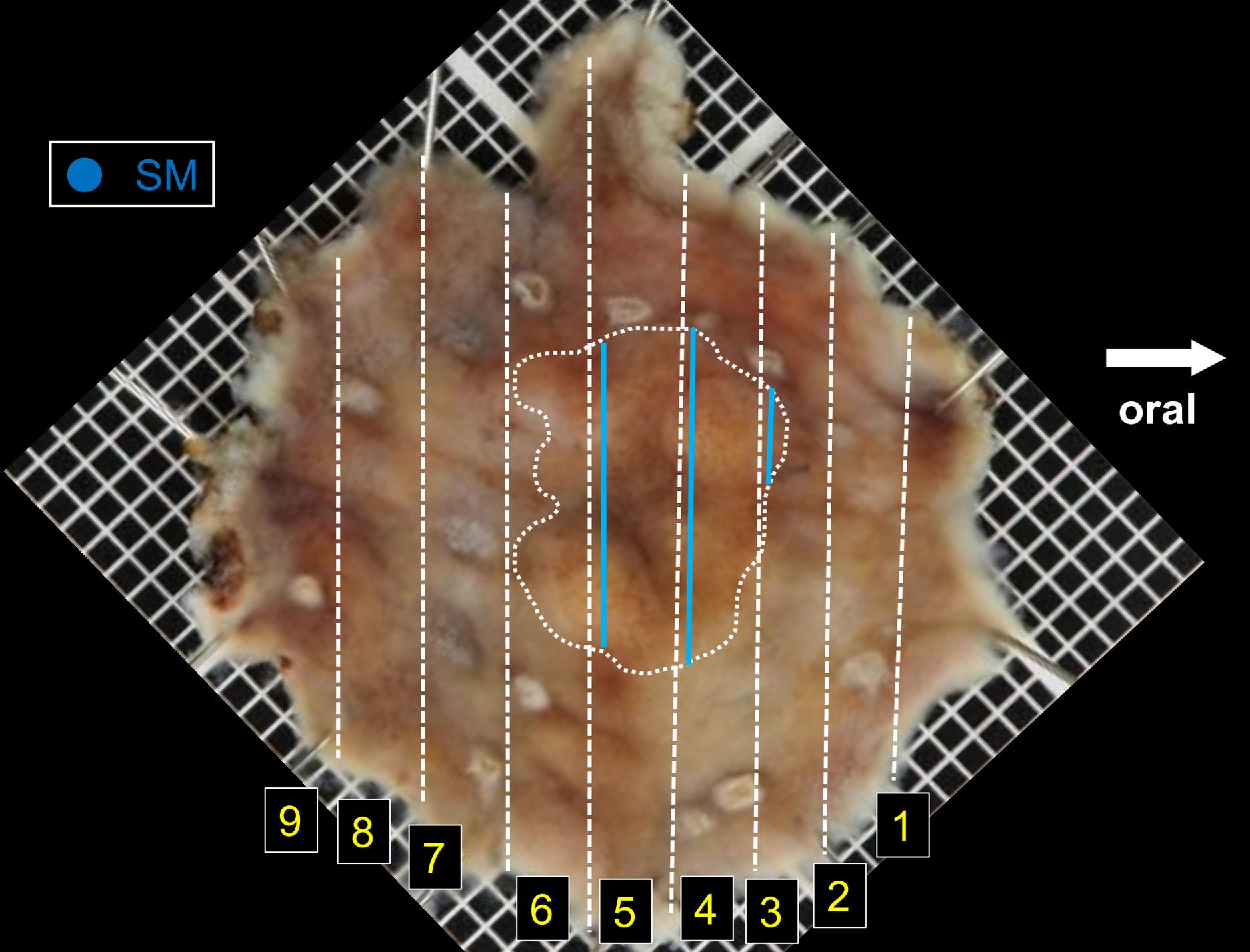



oral

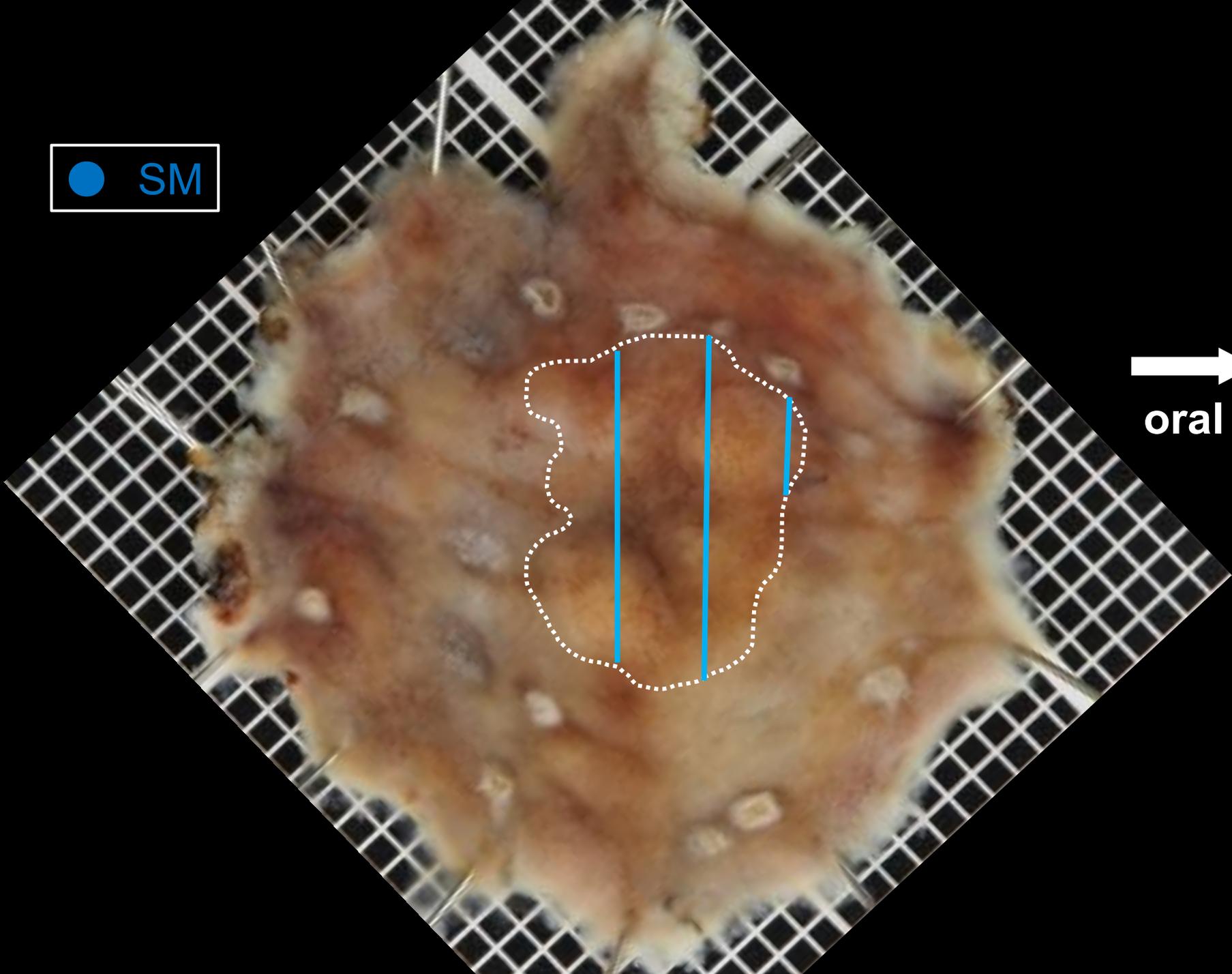
● SM

oral →

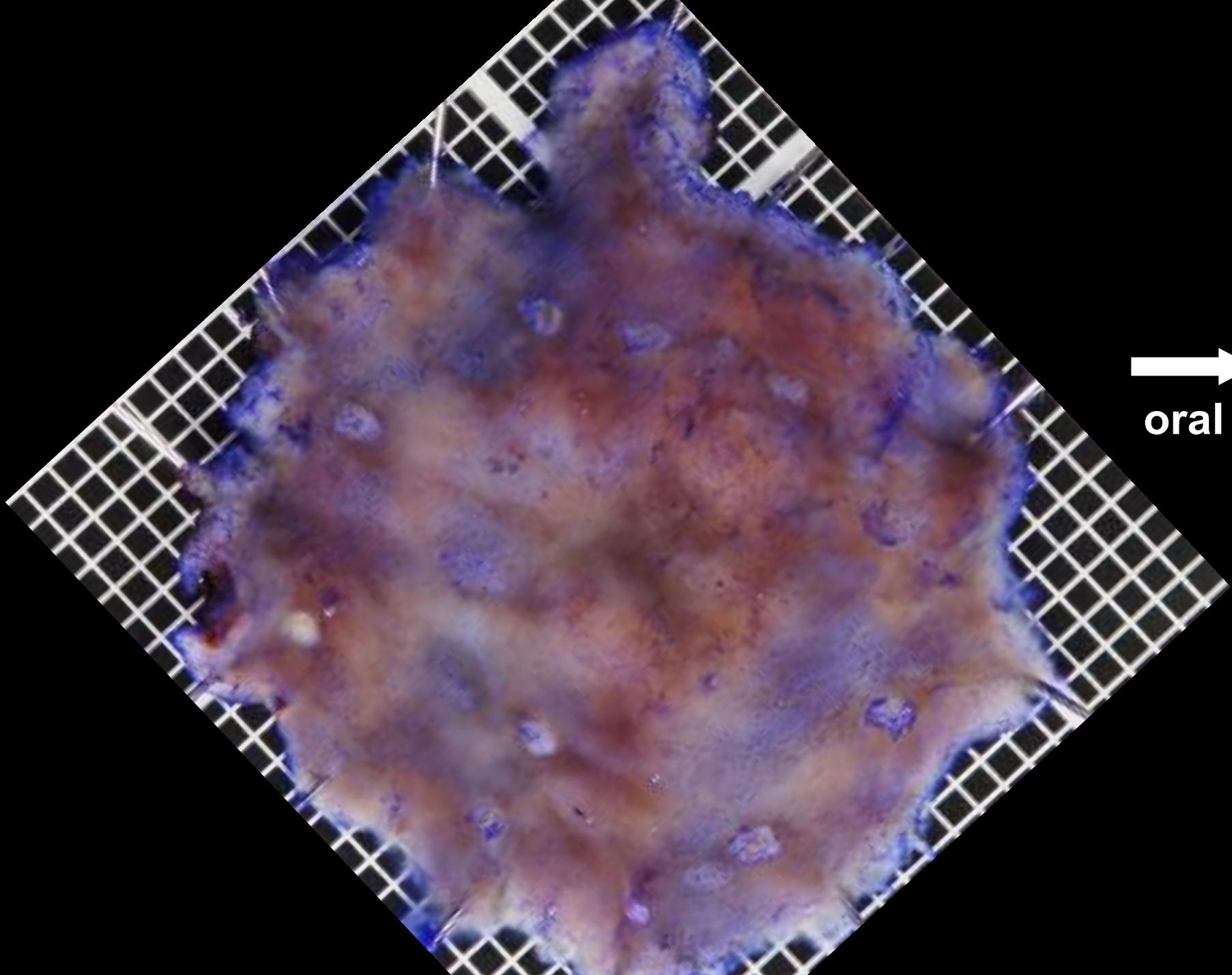
9 8 7 6 5 4 3 2 1



● SM

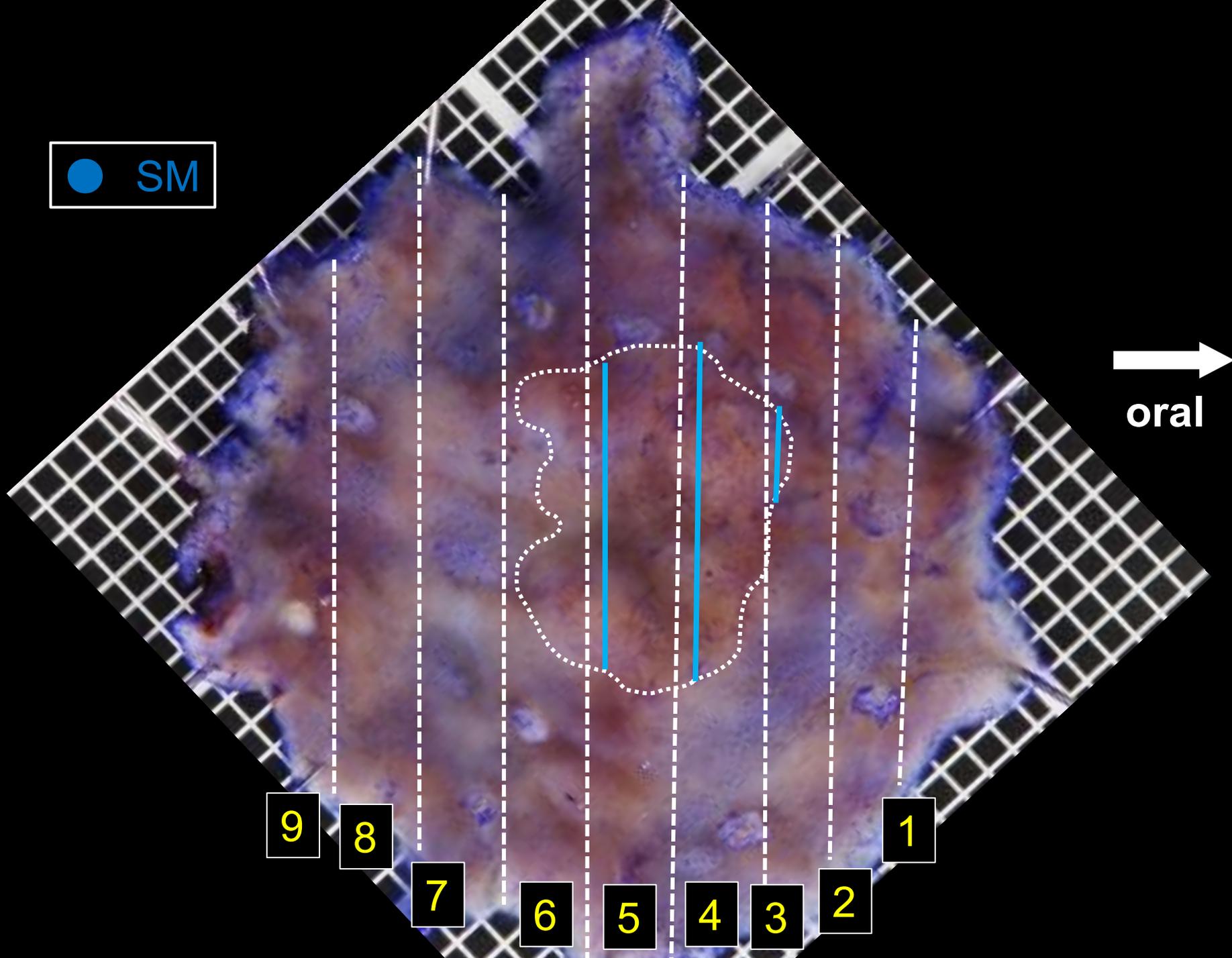


oral



oral

● SM



oral

9

8

7

6

5

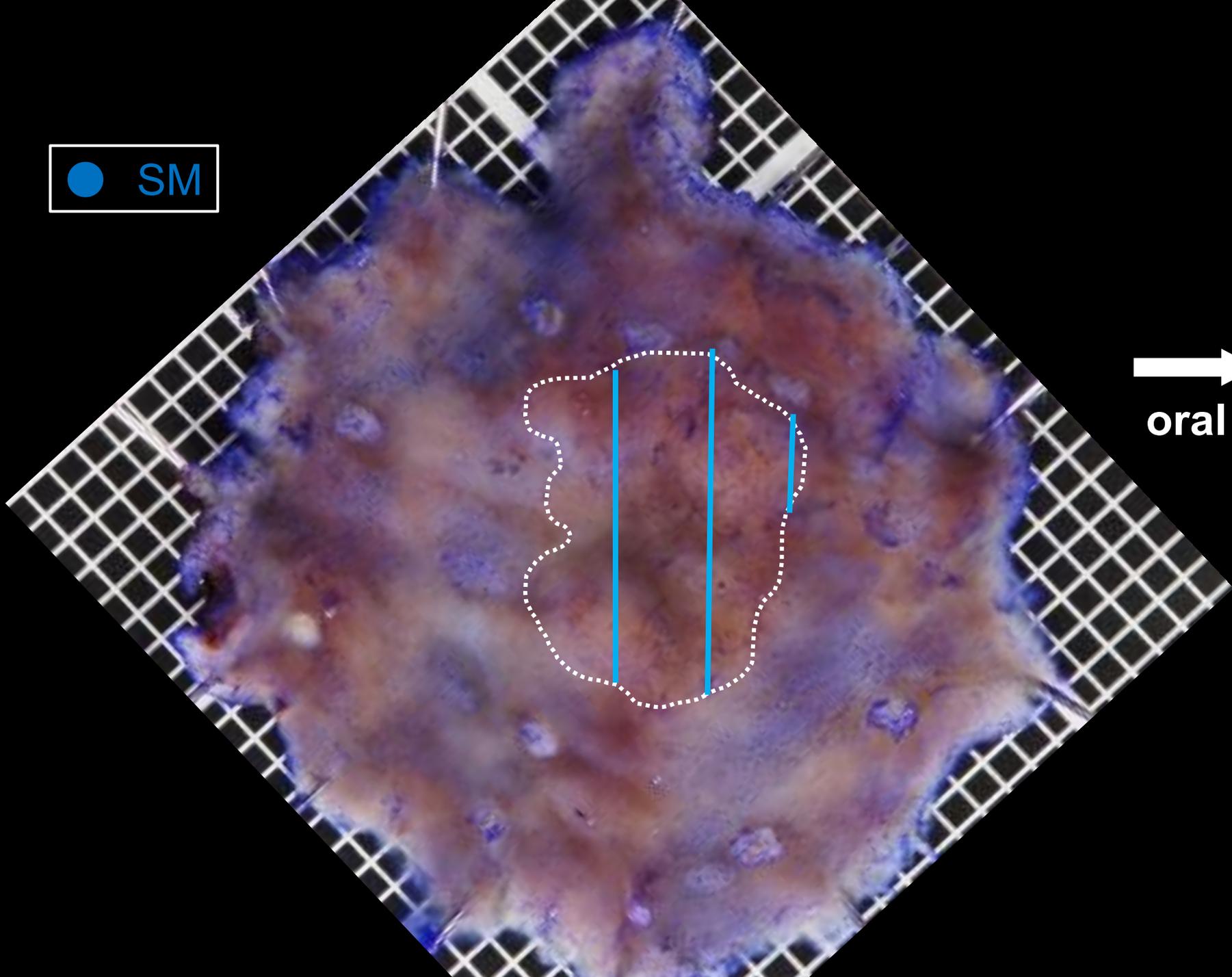
4

3

2

1

● SM



→
oral

病理組織診断

Stomach, ESD: 9 × 8mm(25 × 23mm)

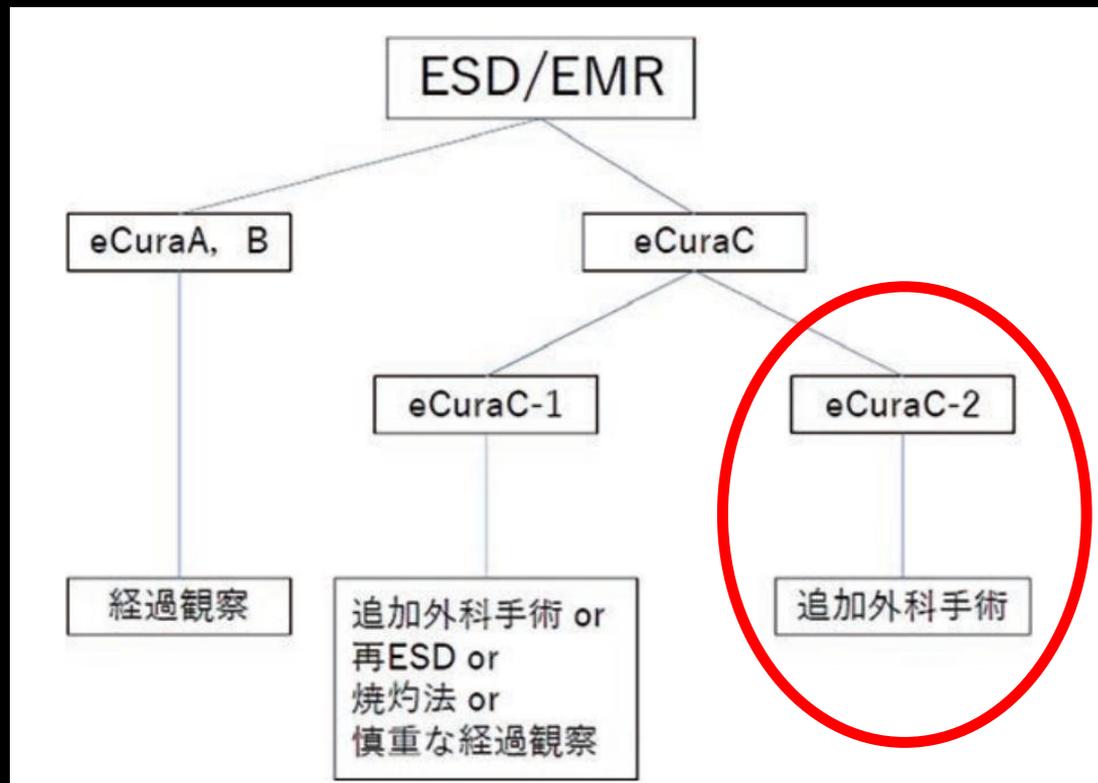
Gastric carcinoma with lymphoid stroma,

pT1b(SM2, 1500 μ m), INFb, Ly1, V0, pUL0,
pHM0, pVM0.

→ 断端は陰性であったが、pT1b(SM2), Ly1の診断

eCuraC-2

治療方針



胃癌に対するESD/EMRガイドライン第2版(2020)

- 追加で幽門側胃切除術+リンパ節郭清を施行した。
→ESD後瘢痕周囲に明らかな遺残なし。
明らかなリンパ節転移なし。

リンパ球浸潤癌 (GCLS)

Gastric carcinoma with lymphoid stroma

- 胃癌取扱い規約第14版より特殊型の胃癌に分類され、胃癌全体の約0.9～4%を占める。
- GCLSの80～90%にEBV感染を認める。
Clin Gastroenterol H. 2015;13:1738-U241.
- EBV関連胃癌のうち、GCLSの割合は約29%
Gastroenterol Endosc 2021;63 : 255-63
- リンパ節転移率・肝転移率が通常の胃癌と比較して低く、予後良好とされている。
J Clin Oncol 2004; 22: 664-70

EBV関連胃癌のLN転移率

※GCLSも通常型胃癌も含む

- Parkらは、756例のSM癌全体のリンパ節転移率は19.3%であるのに対し、64例のEBV陽性SM癌のリンパ節転移は3例(2.1%)であったと報告している。

Gastric Cancer 2016; 19: 1041-51

- Osumiらは、脈管侵襲陰性のSM癌を多施設で検討し、96例のEBV陽性例のうち、リンパ節転移は1例(1.0%)のみであったと報告している。

Gastric Cancer 2019; 22: 1076-82

SM癌であっても、リンパ節転移率は非常に低い！

ESDで治療したGCLS: 追加切除の判断基準

- pT1bのEBV関連胃癌の検討では、リンパ管侵襲と粘膜下層浸潤 $\geq 4000\mu\text{m}$ がリンパ節転移の有意な危険因子と示されている。
- リンパ管侵襲がなく、粘膜下層浸潤 $< 2000\mu\text{m}$ の症例ではリンパ節転移率0%であった。

Digestive Endosco 2020; 33: 592-597

- ESDで完全切除可能であったSM2 (1000 μm)・Ly0の早期GCLSで、5年以上無再発の報告もある。

T Yoshikawa et al. Clin J Gastroenterol 2021

本症例について

- 一般的にGCLSは粘膜面に癌が露出しており、生検診断は可能なことが多い。
- 本症例の肉眼所見はSMT様で、表面の粘膜構造異型はなく、病理検体も粘膜面への癌細胞の露出は認めなかった。
- 前医でも2回生検されgroup1であったが、3か月の期間でやや増大傾向であったため紹介。
→EUSで粘膜下層に限局していると判断し、
診断的治療目的にESDを施行。Ly1であり、追加切除を選択。



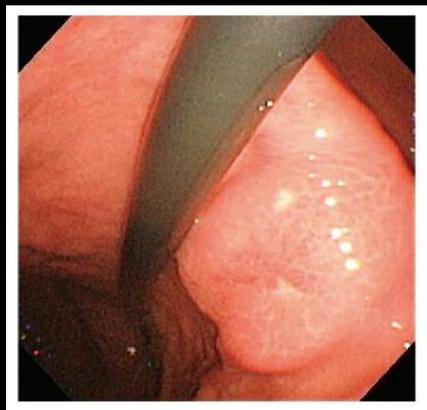
類似症例

- 同様に粘膜下腫瘍の形態を取り、診断・治療まで7年を要した症例も報告されている。

M Muto et al. Gastroenterol Endosc 2018;60: 2499-504



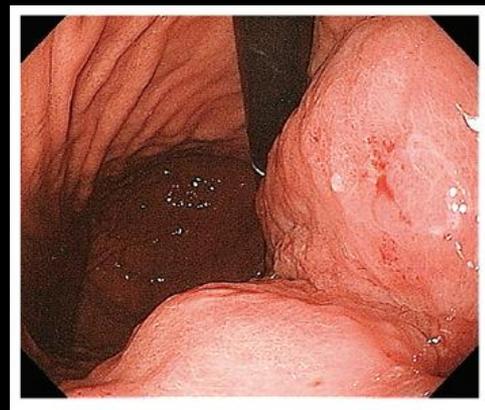
2009年: 2cm



2011年: 2cm



2015年: 3cm
生検: group1



2016年: 巨大腫瘍に
生検: group1

- 最終的に粘膜切開生検をしてGCLSの診断。漿膜下層まで浸潤しており胃全摘術を施行。

→pT3(SS), Ly1, V0, pPM0, pDM0 pStage II A で、リンパ節転移なし。

Take Home Message

- 2cm以下のSMTであっても、形がいびつなものや経過中に増大傾向となるものには注意が必要。
- 生検で診断困難な場合はEUS+粘膜切開生検も選択肢となる。
- GCLSではSM1/SM2であってもリンパ節転移率が低く、ESDで深達度以外が治癒切除基準を満たす（かつ深達度 $<2000\mu\text{m}$ ）場合には、経過観察も可能かもしれない。