

# 画像診断との対比で学ぶ 大腸疾患アトラス

## 有茎性頭部浸潤と茎浸潤/pT1癌の浸潤距離

部長 桑原洋紀<sup>1)</sup>，松田尚久<sup>1)2)</sup>， 医長 関根茂樹<sup>3)</sup>， 科長 齋藤 豊<sup>1)</sup>  
Hiroki KUWABARA Takahisa MATSUDA Shigeki SEKINE Yutaka SAITO

1) 国立がん研究センター中央病院内視鏡科

2) 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診部

3) 国立がん研究センター中央病院病理科

『大腸癌取り扱い規約 第8版(2013年7月)』，9ページの早期癌(0型；表在型)の亜分類として，I：隆起型(Ip：有茎性，Isp：亜有茎性，Is：無茎性)と，II：表面型(IIa：表面隆起型，IIb：表面平坦型，IIc：表面陥凹型)に分類し，表在型とは，Tis(粘膜内癌)，T1癌(粘膜下層浸潤癌)と推定される病変を指す。表在型の肉眼型の判定は，内視鏡所見を優先する。この版からLST(laterally spreading tumor)という径10mm以上の表層(側方)発育型腫瘍に関する用語が加えられた。今回の有茎性ポリープ癌はIpと内視鏡的に診断された症例が対象となる。頭部浸潤については，31ページの浸潤距離の測定法の項目で取り上げられている。注2：有茎性病変では粘膜筋板が錯綜し，浸潤実測の始点となる粘膜筋板が同定できない場合がある。この場合のSM浸潤距離は，頸部：Haggitt level 2<sup>2)</sup>(頭部と茎部の境)を基準として，頸部から浸潤最深部への浸潤距離を測定する。浸潤が頭部内に限定する場合は，有茎性粘膜筋板錯綜病変と称し，これを「head invasion」とする。これはpT1癌の取扱いであり，浸潤距離0のpT1癌(head invasion)と解釈することができる。これらのリンパ節転移に関する報告は，演者らの論文が詳しい<sup>1)</sup>。有茎性SM癌を多施設から384例を集計し，平均44ヵ月

の観察期間からリンパ節転移・再発率を検討した。リンパ節転移は3.5%に認められ，head invasionではリンパ節転移0，再発も0であった。Stalk invasionではリンパ節転移6.2%，再発率0.8%であった。このことから，head invasionに留まる大腸pT1癌はきわめてリンパ節転移・再発率が低く，内視鏡治療で根治しうる可能性が高いと結論している。Head invasionを診断する臨床的な意義である。その一方で，内視鏡的に有茎診断のミスだけでなく，Ispを十分な検討をしないでIpとするのはミスといえるが，Is+IIc病変が結果として茎を形成する時，Ipと診断することはミスといえるであろうか？このようなことも含めて有茎性pT1癌はリスクのない病変か，という課題には完全に答えられていない部分もある。本稿での症例3の取り扱いや脈管侵襲診断の精度管理，非連続的浸潤(3%未満)など，臨床側と病理側で十分に検討しなければならない項目も多い。pT1癌(Ip)は内視鏡治療で完治しうる病変であるが，内視鏡切除術や病理診断の精度管理が十分されていることが前提である。

1) Matsuda T, et al. Cancer Sci. 2011 Sep ; 102(9) : 1693-7.

2) Haggitt RC, et al. Gastroenterology. 1985 Aug ; 89(2) : 328-36.

(監修コメント＝社会医療法人神鋼記念会神鋼記念病院病理診断センター長／福島県立医科大学特任教授 藤盛孝博)