

聖隷キョウサーレター



■がん治療に関わる診療科

健診センター

消化器内科

外科

呼吸器外科

乳腺外科

泌尿器科

耳鼻咽喉科

緩和医療科

放射線治療科

病理科

ご紹介について

地域医療連携室にてお話を承ります。

総勢6名体制で各医療機関の皆様とのパイプ役として「顔の見える連携」を目指し、前方支援業務を中心に対応しております。

ご紹介以外でも何かございましたら下記連絡先にお気軽にお問合せ下さい。

●地域医療連携室

【直通TEL】043-486-5511

【直通FAX】043-486-1807

(日曜、祝祭日のぞく 平日 8:30～17:00 土 8:30～12:00)

■交通

【最寄駅から】

- ・京成本線臼井駅 ちばグリーンバス(乗車時間 約10分)
- ・京成本線佐倉駅 ちばグリーンバス(乗車時間 約15分)
- ・JR佐倉駅 タクシー(乗車時間 約15分)

【お車をご利用の場合】

- ・東関東自動車道「四街道I.C」より約20分
- ・東関東自動車道「佐倉I.C」より約20分



社会福祉法人 聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院

〒285-8765 千葉県佐倉市江原台2-36-2
TEL : 043-486-5511 (地域医療連携室)
043-486-1155 (患者さま用予約センター)
FAX : 043-486-1807 (地域医療連携室)

巻頭言

キョウサーレターVol.2 発行に際して

暑かった夏も終わりこのレターが届くころには少し過ごしやすくなっていることと思います。今回は消化器内科・矢挽医師と病理科・笹井医師が担当されました。消化器内科の報告を読むと内視鏡担当医のレベルの高さと導入されたLCIの優れた効果がよく分かります。また個人的には病理の先生がどのような内容を投稿いただけるのか楽しみだったのですが、やはり興味深い内容でした。簡便に他科の最新情報が得られるこのレターを私も楽しんでおります。

がん医療支援センター長
眞崎 義隆

第2号担当医紹介



矢挽 眞士

消化器内科主任医長

主な専門領域：消化器内視鏡、化学療法

- ・日本内科学会認定内科医・日本内科学会総合内科専門医・日本消化器内視鏡学会専門医
- ・日本消化器病学会専門医・日本肝臓学会肝臓専門医・臨床研修 指導医



笹井 大督

病理科副部長

主な専門領域：外科病理一般

- ・日本病理学会病理専門医・臨床研修 指導医



消化器内科

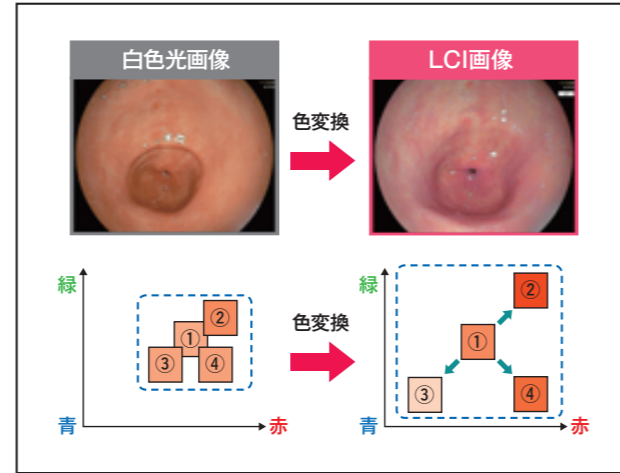
上部消化管内視鏡検査における腫瘍性病変の拾い上げの向上を目指した取り組みについてご紹介いたします。

2021年9月に内視鏡システムをオリンパスから富士フイルムへ変更しました。それに伴い画像強調内視鏡の一つであるLCI(Linked Color Imaging)による観察が可能となりました。

右図のようにLCIはわずかな色の差を強調し、観察をサポートします。

例えば胃粘膜の萎縮は白色光では肌色の濃淡しか分かりませんがLCIでは色の違いが強調され一目瞭然となります。

萎縮や腸上皮化生など胃癌リスクの患者さんに対し積極的にLCIを活用し腫瘍性病変の拾い上げを向上させていきたいと考えています。



症例

LCI導入前後で経過を追跡し得たびらん性病変について提示します。

- 2021年 1月 (図1) 人間ドックにて前庭部小弯にびらん性病変を指摘されました。生検はGroup2でした。
- 2021年 3月 (図2) このとき病変部は不明瞭となっており生検は施行しませんでした。
- 2021年 6月 (図3) 生検の瘢痕と思われる所見を認めました。生検はGroup2でした。
- 2021年 9月 LCIを導入しました。
- 2021年12月 (図4) 病変部は紅～橙色として強調され周囲の萎縮粘膜との違いが明瞭となっていました。生検は Group1 でした。このとき他部位に早期癌を認めその治療を優先しました。
- 2023年 2月 (図5) 病変部の発赤が強調されていました。生検はGroup5でした。後日、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行し治癒切除となりました。



図1

図2

図3

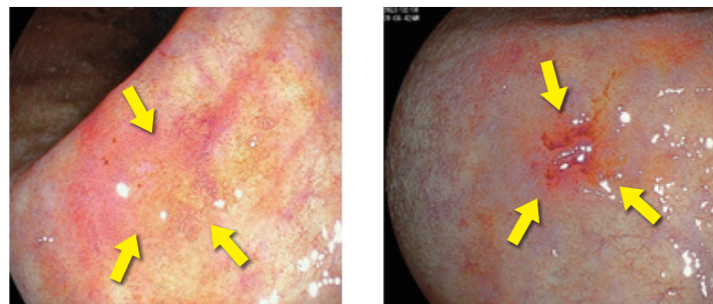


図4

図5



聖隷佐倉市民病院 消化器内科 矢挽 眞士

病理科

●はじめに

原発不明がんは詳細な検索を行ったにもかかわらず、解剖学的発生部位が明らかにならない転移性腫瘍で、非上皮性のもも含めて様々な組織型を含む不均一なグループです。腫瘍マーカーや画像所見から全く原発巣を予測できない、鑑別は挙がりつつも明らかでない症例が時にみられ、当院で最近認められた2例を紹介します。

症例 1

50代、男性。既往に10cm大の脾腫瘍あり、他院follow up中(組織型不明)です。左股関節痛を主訴に来院し、大腿骨頭壊死および頸部骨折の診断で、股関節置換術が施行されました。

切除された大腿骨頭は70×55×45mm大(図1-A)。検体の骨幹間寄りを主座に核小体明瞭な大型核を有する上皮様～短紡錘形細胞が無秩序に増殖(図1-B)、臨床的に鑑別に挙げられていた血管肉腫や悪性リンパ腫とは様相が異なります。免疫染色ではHMB45が一部陽性(図1-C)。AE1/AE3、CD45、および神経内分泌系マーカーは全て陰性。臨床的に皮膚に多数の黒子があり、原発部位は明らかにならなかったものの、悪性黒色腫の転移と考えられました。

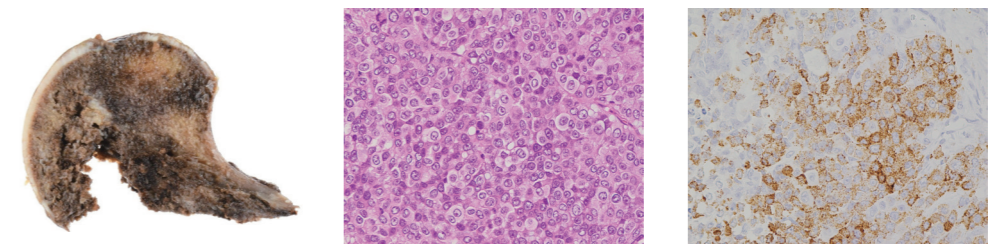


図1-A: 大腿骨頭の剖面。骨幹間寄りは脆く、崩れている。

図1-B: HE染色、対物x40。核小体明瞭な大型核を有する上皮様異型細胞の充実性増殖。色素産生は明らかでない。

図1-C: HMB45免疫染色、対物x40。疎らな染色態度ではあるが、陽性細胞を含む。

症例 2

70代、女性。8年前に乳癌にて左乳房部分切除。CT所見では左水腎症と尿管狭窄が認められますが、尿管外からの圧迫にはみえず尿管癌を第一に考え、腹腔鏡下腎尿管全摘術が施行されました。

提出検体では腎盂の著明な拡張、下部尿管の壁肥厚・内腔狭窄がみられます(図2-A)。組織学的に、核小体明瞭な大型核を有する異型上皮細胞が微小胞巣状や僅かな管腔形成を呈しつつ(図2-B)、尿管筋層以深を置き換えるように増殖。表層は非腫瘍性の尿路上皮で被覆され、CISの領域はありません。免疫染色ではCK7が陽性、CK20・p63陰性の染色態度です(図2-C)。既往乳癌がトリプルネガティブ乳癌であり、免疫染色での断定はできませんでしたが、尿路上皮癌としては不自然で、乳癌転移が強く疑われました。

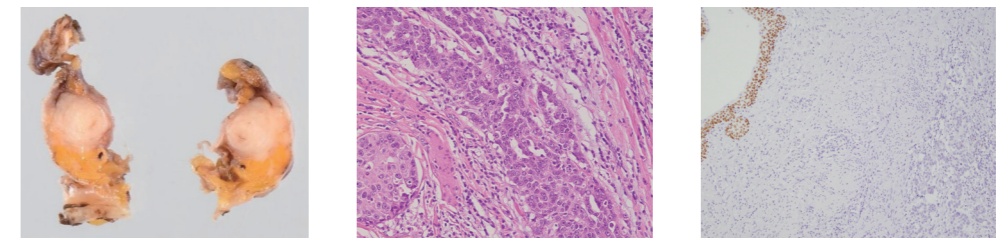


図2-A: 切除された下部尿管狭窄部の剖面。内腔はほぼ消失している。

図2-B: HE染色、対物x20。核小体明瞭な大型核を有する異型上皮の増殖。僅かに管腔形成傾向が窺える。

図2-C: p63免疫染色、対物x10。写真左側の陽性細胞は非腫瘍性の尿路上皮。

まとめ

臨床的に疑われる腫瘍と最終病理診断が異なることは時に経験されます。現実的には、診断に難渋する原発不明がんや一部希少がんでは、全身状態などの都合上で検体採取が難しい、時間をかけて原発巣検索を行うよりも治療が優先される症例、診断されても治療困難で予後不良であったり、あるいは剖検でも原発巣が明らかにならない症例も散見されます。しかしながら治療可能、予後良好な患者さんを拾い上げる意義は大きく、早急な組織学的検索が望まれます。



聖隷佐倉市民病院 病理科 笹井 大督