

〈症例 1〉

【現病歴】

2024/11/9 検診で胃体中部に隆起性病変を認め、生検施行し Group1。
早期胃癌など否定できず精査のため当院紹介。

【経過】

2025/1/9 当院初診。
2025/1/17 上部内視鏡検査で胃体中部病変あり（m相当）、生検施行。
生検結果：Adenocarcinoma, Group5
2025/2/7 CT：リンパ節転移、遠隔転移は指摘できない。
2025/3/10 内視鏡治療のため入院。
2025/3/11 ESD 施行。

【病理報告（ESD）】

胃体部 Signet ring cell carcinoma (sig>por)
印環細胞癌主体の低分化な腺癌です。
腫瘍は粘膜内に留まっています。脈管侵襲は明らかなものを確認できません。
切除断端は陰性です。

局在コード	C162
局在テキスト	胃体中部
形態コード	8490/33
形態テキスト	Signet ring cell carcinoma (sig>por)

cT 1a	cN 0	cM 0
cStage	I	
c 進展度	限局	
pT 1a	pN 0	pM 0
pStage	IA	
p 進展度	限局	

〈症例 2〉

【現病歴】

2024/12/27 2-3 ヶ月前から空腹時の胃痛症状を認め前医受診。
上部内視鏡検査施行し、胃噴門部に 1/4 周程度の 2 型腫瘍を認め、
生検にて Group5 の診断。

2025/1/21 造影 CT 検査で左肺野に 4mm 程度の小結節あったが、あきらかな遠隔転
移は認めず。当院へ紹介。

【経過】

2025/1/30 当院初診。
CT：噴門部に 3 cm 経程度の中心潰瘍を伴う腫瘍性病変（SM～MP 病変）。
病的腫大リンパ節、遠隔転移は認めず。

2025/2/13 本人、家族へ手術について説明。

2025/3/16 入院

2025/3/17 ロボット支援下胃切除術施行。

2025/3/26 経過良好のため退院。

2025/4/16 病理結果説明。

2025/5/16 術後化学療法施行。

局在コード	C160
局在テキスト	胃噴門部
形態コード	8211/32
形態テキスト	Tubular adenocarcinoma (tub2>>tub1)

cT 1 b	cN 0	cM 0
cStage	I	
c 進展度	限局	
pT 2	pN 1	pM 0
pStage	II A	
p 進展度	領域リンパ節転移	

【病理報告】

胃噴門部 Tubular adenocarcinoma (tub2>>tub1)

中分化型主体の腺癌です。腫瘍は固有筋層に浸潤しており、中等度の脈管侵襲を認めます。

近位、遠位断端は陰性です。

リンパ節に癌の転移を認めます。

[#1(0/5), #3(0/6), #4sb(0/1), #4d(0/8), #5(0/1), #6(0/12), #7+9(0/8), #8a(1/1), #11p(0/4), #12a(0/1)]

〈症例 3〉

【現病歴】

2025/1/21 10 日前から食後の腹部膨満感があり前医受診。
幽門部に重度の狭窄が認められ精査加療目的に当院紹介。

【経過】

2025/1/28 当院初診。
2025/2/3 EGD:幽門前庭部に厚みを伴った不正な隆起性病変を認める。生検施行。
生検結果：adenocarcinoma (tub2)
CT：膵頭部浸潤。幽門上部、幽門下部、肝十二指腸靱帯にリンパ節転移を認めるが、明らかな遠隔転移は認めず。
2025/2/19 本人、家族へ病状説明。化学療法後に手術の方針とした。
2025/2/26 化学療法施行。
2025/7/14 手術目的に入院。
2025/7/15 開腹幽門側胃切除術施行。

【病理報告】

胃幽門前庭部 Tubular adenocarcinoma (tub2+tub1+pap)
異型細胞が不整腺管状や乳頭状に増殖する中～高分化な腺癌です。
腫瘍は粘膜内に確認されるのみで、脈管侵襲は認められません。
近位、遠位断端は陰性です。リンパ節に癌の転移は認められません。

局在コード	C163
局在テキスト	胃幽門前庭部
形態コード	8211/32
形態テキスト	Tubular adenocarcinoma (tub2)

cT 4 b	cN 2	cM 0
cStage	IVA	
c 進展度	隣接臓器浸潤	
pT 術前治療後	pN 術前治療後	pM 術前治療後
pStage	術前治療後	
p 進展度	術前治療後	

〈症例 4〉

【現病歴】

2025/1/10 胃の不快感が続くため前医受診。
2025/1/12 上部内視鏡検査施行。
胃前庭部に II c 病変認め、深達度は m と考えられる。
生検結果 Adenocarcinoma(tub1)
2025/2/1 CT および MRI 検査施行。
リンパ節転移、遠隔転移は認めない。
本人と家族へ胃癌であることを説明し、ESD の方針となった。
2025/2/10 ESD 施行。
2025/2/21 病理結果説明。
追加切除を推奨し、当院へ紹介。

【経過】

2025/2/25 当院初診。追加治療として、手術することを説明。
2025/3/3 腹腔鏡下胃切除術施行。
2025/3/28 病理結果説明。今後は経過フォローとした。

【病理報告（前医 ESD）】

胃前庭部 Tubular adenocarcinoma (tub1)
腫瘍は粘膜下層に浸潤しています。浸潤距離は 0.4 mm です。リンパ管侵襲を認めます。
静脈侵襲は明らかなものを確認できません。
水平断端は陰性ですが、垂直断端は一部で陽性になっています。

【病理報告（自施設手術）】

No residual carcinoma, status after ESD
胃およびリンパ節が提出されています。
ESD 後の変化として矛盾しない所見です。腫瘍の遺残は明らかなものを確認できません。
[#1(0/2), #3(0/1), #4sb(0/1), #4d(0/6), #5(0/2), #6(0/5), #7+9(0/5), #8a(0/5)]

局在コード	C163
局在テキスト	胃前庭部
形態コード	8211/31
形態テキスト	Tubular Adenocarcinoma (tub1)

cT 1a	cN 0	cM 0
cStage	I	
c 進展度	限局	
pT 1b	pN 0	pM 0
pStage	IA	
p 進展度	限局	

〈症例 5〉

【現病歴】

A 病院で貧血指摘され前医受診。前医 EGD にて胃体部に全周性の 3 型腫瘍、胃癌が疑われ
当院紹介。

【経過】

2025/3/26 当院初診。
2025/3/29 上部内視鏡検査施行。
所見：胃体中部に全周性の 3 型腫瘍あり。MP 以深。
生検結果 Adenocarcinoma(por2)
2025/3/30 CT 施行。
所見：胃体中部小弯後壁に 3 型腫瘍と思われる病変が広がっており、
一部で筋層を超えた浸潤を認める。
#2,3,4,7 の腫大あり転移と考えます。
2025/4/10 本人と家族に胃体部癌であることを説明。
手術の方針となった。
2025/4/25 腹腔鏡下胃切除術を開始したが、腹膜播種を認めたため手術終了とした。
上記内容を本人・家族に説明し、化学療法を提案したが、希望されず、定
期的にフォローとなった。

局在コード	C162
局在テキスト	胃体中部小弯後壁
形態コード	8140/33
形態テキスト	Adenocarcinoma(por2)

cT 3	cN 2	cM 1
cStage	IVB	
c 進展度	遠隔転移	
pT 手術なし	pN 手術なし	pM 手術なし
pStage	手術なし	
p 進展度	手術なし	

〈症例1〉

【経過】

- 2024/09/22 左下歯肉部に白色病変ありとのことで精査目的に当院紹介となる。
生検（組織診）施行。
組織診所見：『Hyperkeratosis with epithelial dysplasiaと診断します。臨床経過にご留意ください。』
生検の結果から、経過観察の方針とした。
- 2025/03/27 左下顎歯肉に表面顆粒状の腫瘍性病変あり。
上皮異形成症の悪性化が疑われ再度生検（組織診）施行。
組織診所見：『高分化扁平上皮癌です。YK-3相当です。』
患者へ癌であることを告知、ステージング後に手術の方針とした。
- 2025/04/08 MRI検査施行。
MRI所見：『左下抜歯窩に造影される12mm程度の構造があり歯肉癌が疑われます。冠状断では腫瘍の深さは10mm程度です。顎骨浸潤は明らかではありません。頸部リンパ節の病的腫大は認めません。その他、遠隔転移は認められません。』
- 2025/05/10 左下顎辺縁切除術及び左頬粘膜部分切除術施行。

【病理報告】組織採取日：2025年5月10日

Squamous cell carcinoma : mandible(gingiva), resection.
異型細胞が充実胞巣状に浸潤性に増殖しており、角化真珠の形成が目立ちます。
高分化型扁平上皮癌です。
病変の大きさは10×9mmです。DOI（深達度）は9mmです。顎骨浸潤は認められません。

局在コード	C03.1
局在テキスト	左下顎歯肉
側性	側性なし
形態コード	8070/31
形態テキスト	高分化型扁平上皮癌

cT 2	cN 0	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	II	
c進展度	限局	
pT 2	pN 0	pM 0
p付加因子	該当せず	
pStage	II	
p進展度	限局	

〈症例2〉

【経過】

2024/09/28 体動困難のため当院へ救急搬送され入院。CT検査にて両肺に結節影が認められ、なんらかのがんの転移と考えられた。

2024/10/03 左頬粘膜に腫瘍あり生検（組織診）施行。
組織診所見：『導管上皮様細胞の二相構造が確認されます。腺様嚢胞癌と診断します。』

2024/10/11 MRI検査施行。
MRI所見：『左頬部に36mmほどの腫瘍があり上顎洞への浸潤を伴っています。頸部・縦隔に有意な腫大リンパ節は認めません。』
患者へ、進行癌で肺に転移している状態と説明。
抗がん剤治療は勧められず、当院で疼痛コントロールなどを行っていく方針とした。

局在コード	C06.0
局在テキスト	左頬粘膜
側性	側性なし
形態コード	8200/39
形態テキスト	腺様嚢胞癌

cT 4a	cN 0	cM 1
c付加因子	該当せず	
cStage	IVC	
c進展度	遠隔転移	
pT手術なし	pN手術なし	pM手術なし
p付加因子	該当せず	
pStage	手術なし	
p進展度	手術なし	

〈症例3〉

【経過】

- 2025/01/19 義歯作成のためA病院を受診した際に右下顎提に白板様のものを認め精査目的に当院紹介となる。
口腔底～下顎歯肉の白板症と考えられ生検（組織診）施行。
組織診所見：『中等度異形成を示す粘膜です。』
経過観察の方針とした。
- 2025/03/08 口腔底に径10mmの表面顆粒状の腫瘤が出現し、再度生検（組織診）施行。
組織診所見：『リンパ球を主体とする炎症細胞の浸潤が観察されます。高分化型扁平上皮癌です。YK1-2相当です。』
- 2025/03/12 MRI検査施行。
MRI所見：『舌下部の口腔底に周囲よりやや強く造影される領域があり、ご指摘の口腔癌を疑います。深さは3mm程度と計測されます。顎骨への浸潤を指摘できません。顎下・上内深頸リンパ節はやや大きく見られますが病的腫大とまではいえません。』
患者へ癌と告知、手術の方針とした。
- 2025/04/20 舌口腔底部分切除術及び下顎辺縁切除術。

【病理報告】組織採取日：2025年4月20日

Squamous cell carcinoma :oral cavity, resection.

リンパ球を主体とする密な炎症細胞浸潤が見られます。高分化扁平上皮癌です。

腫瘍の大きさは9mm、厚さは3mm、DOIは1mmです。浸潤様式はYK-2です。

局在コード	C04.9
局在テキスト	口腔底
側性	側性なし
形態コード	8070/31
形態テキスト	高分化型扁平上皮癌

cT 1	cN 0	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	I	
c進展度	限局	
pT 1	pN 0	pM 0
p付加因子	該当せず	
pStage	I	
p進展度	限局	

〈症例4〉

【経過】

2025/01/25 口角にできものがあるとのことで当院受診。
左唇交連に5mm程度の腫瘍を認めた。
生検（組織診）施行。
組織診所見：『角化を示す異型細胞が胞巣形成性に増生しています。
浸潤増殖がうかがわれます。高分化な扁平上皮癌です。』

2025/02/10 MRI検査施行。
MRI所見：『口腔左側が腫脹し不整形軟部構造が認められます。ご指摘の病変と考えられます。病的腫大リンパ節は認められません。』
患者に癌と告知。腫瘍のサイズは5mmほど、深達度は1mm程度と考えられ、転移も認められないことから手術を勧めた。

2025/02/25 手術に向けて心機能評価を行ったところ、低心機能の診断となったため手術は断念。放射線治療を行う方針としA病院に治療を依頼した。

局在コード	C00.6
局在テキスト	左唇交連
側性	側性なし
形態コード	8070/31
形態テキスト	高分化な扁平上皮癌

cT 1	cN 0	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	I	
c進展度	限局	
pT手術なし	pN手術なし	pM手術なし
p付加因子	該当せず	
pStage	手術なし	
p進展度	手術なし	

〈症例5〉

【現病歴】

2025/03/10 舌の左側に痛みありA病院受診。舌の一部に白く硬い部位があり舌癌が疑われたため、当院紹介となる。

【経過】

2025/03/18 当院初診。
左舌縁部に5cmほどの腫瘍を認める。
左顎下リンパ節は30mm程度に腫大しており固着性あり。周囲へ浸潤していると考えられるが、圧痛はなし。
舌縁部の生検（組織診）施行。
組織診所見：『異型細胞が不整な充実胞巣を形成しながら浸潤性に増殖しています。扁平上皮癌と診断します。』

2025/03/26 MRI検査施行。
MRI所見：『左舌縁部に長径43mmほどのDWI軽度高信号領域があり、指摘されている舌癌の病変を疑います。周囲構造への浸潤は指摘できません。浸潤の深さは図のように計測して12mmです。左顎下リンパ節腫大を認め転移を疑います。その他、転移を強く疑う所見は認められません。』
患者へ、舌癌およびリンパ節転移を来している状態と説明。高齢かつ併存疾患が多数あり治療は勧めなかった。
気道閉塞等のトラブルが起きた場合はかかりつけのA病院にご対応いただく方針となり、当院は終診とした。

局在コード	C02.1
局在テキスト	左舌縁部
側性	側性なし
形態コード	8070/39
形態テキスト	扁平上皮癌

cT 4a	cN 3b	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	IVB	
c進展度	隣接臓器浸潤	
pT手術なし	pN手術なし	pM手術なし
p付加因子	該当せず	
pStage	手術なし	
p進展度	手術なし	

〈症例 1〉

【現病歴】

当院泌尿器科で膀胱癌の術後フォロー中。

2025/5/16 エコー検査にて膵体部に 15mm 大の低エコー腫瘤、主膵管の拡張を認め
消化器内科を紹介受診。

【経過】

2025/5/18 造影 CT：脾動脈・総肝動脈・門脈に接している
リンパ節転移、遠隔転移は指摘できない
本人、家族へ膵体部癌の診断で化学療法後に手術を行う方針を説明。

2025/5/30 化学療法施行。

2025/8/7 手術目的に入院。

2025/8/8 膵頭十二指腸切除術施行。

【病理報告】

Adenocarcinoma(mod>wel)

膵体部に 15 mm×12.5 mm×8.5 mm 大の浸潤型の腫瘍が認められ、膵頭部にも及んでいます。
腺癌で mod>wel です。

リンパ節に癌の転移は認められません。

胆管切除断端・膵周囲剥離面は陰性です。

局在コード	C251
局在テキスト	膵体部
側性	側性なし
形態コード	8000/39
形態テキスト	悪性腫瘍

cT 1c	cN 0	cM 0
c 付加因子	該当せず	
cStage	IA	
c 進展度	限局	
pT 術前治療後	pN 術前治療後	pM 術前治療後
p 付加因子	該当せず	
pStage	術前治療後	
p 進展度	術前治療後	

〈症例 2〉

【現病歴】

2025/5/29 黄疸症状あり前医を受診。
エコー：膵管、総胆管拡張が認められる
精査目的で当院紹介。

【経過】

2025/6/6 当院初診。
エコー：膵頭部に 17×15×11mm の輪郭不整な低エコー腫瘤
造影 CT：総胆管浸潤が疑われる

門脈や上腸間膜動脈とは距離を保っている

リンパ節転移、遠隔転移は指摘できない

2025/6/20 本人、家族へ膵頭部癌の診断で手術を行う方針を説明。

2025/7/19 手術目的に入院。

2025/7/20 膵頭十二指腸切除術施行。

【病理報告】

Adenocarcinoma (mod>por)

膵頭部に 25 mm×16 mm×14 mm 大の浸潤型の腫瘍が認められます。

腺癌で mod>por です。

リンパ節転移：total[2/19] No.8a[1/1],No.8p[1/1]

胆管切除断端・膵周囲剥離面は陰性です。

局在コード	C250
局在テキスト	膵頭部
側性	側性なし
形態コード	8500/32
形態テキスト	Adenocarcinoma(mod>por)

cT 1c	cN 0	cM 0
c 付加因子	該当せず	
cStage	IA	
c 進展度	限局	
pT 2	pN 1	pM 0
p 付加因子	該当せず	
pStage	IIB	
p 進展度	領域リンパ節転移	

〈症例 3〉

【現病歴】

胃潰瘍、多発肝腫瘍の精査目的に D クリニックより当院紹介。
上記については経過観察の方針となったが、血液検査で貧血の進行を認めたためスクリーニングで腹部造影 CT 検査を施行したところ、膵体部の腹側に径 1.6cm ほどの濃染結節を認めた。

【経過】

2024/02/08 当院初診
2024/10/25 EUS-FNA
病理所見：小型異型細胞は NSE(+), chromogranin(+), synaptophysin(+),
CD56(+),細胞分裂像は明らかでなく、Ki-67 の標識率は 3%未満です。
病変は神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor, NET)G1 の診断。
2024/11/26 膵体尾部切除術施行

【病理報告(手術標本)】

Neuroendocrine tumor (NETG1,TS1,nodular type,med,INFa,Iy0(D2-40),v0,DPMO,RO
19×15×15 mm 大の被膜を有する結節性病変です。生検同様，NET です。
核分裂像<2/10HPF，Ki-67 指数は≦2%であり，G1 です。
リンパ管侵襲・静脈侵襲は見られません。剥離断端は陰性と考えられます。
No.17a[0/1], No.8a[0/1], No.13a[0/1], total[0/3].

局在コード	C251
局在テキスト	膵体部
側性	なし
形態コード	8150/31
形態テキスト	Neuroendocrine tumor G1

cT 1	cN 0	cM 0
c 付加因子	該当せず	
cStage	I	
c 進展度	限局	
pT 1	pN 0	pM 0
p 付加因子	該当せず	
pStage	I	
p 進展度	限局	

〈症例 4〉

【現病歴】 2017 年より 8.7mm 大の膵頭部腫瘍を指摘され、2024/8/17 のドックで膵頭部に 21.5×8.4mm の腫瘍像疑いで 2024/9/12 当院消化器内科紹介受診した。精査結果、膵頭部 NET の診断で 2024/12/20 当科紹介。手術の方針となる。

【経過】

2024/12/20 消化器外科入院
2024/12/24 亜全胃温存膵頭十二指腸切除施行
2025/1/18 経過良好にて退院

【検査結果】

〈AUS〉 2024/9/12

【肝臓】 複数の嚢胞 最大は 37×29mm

【胆嚢】 複数のポリープ 最大は径 3 mm

【膵臓】 膵頭部の腫瘍は 21×9×10mm。充実部に微細な嚢胞部が複数見られます。膵管拡張（－）

〈CT〉 2024/9/18

膵頭部の腫瘍は径約 21mm。主膵管とは離れており、膵管拡張なし。SMV とも離れて存在。

肝嚢胞が散見。肝転移を疑わせるような SOL は指摘できない。

病的腫大 LN は指摘できない。腹水の貯留はみられない。

〈EUS-FNA〉 2024/10/18

Neuroendocrine tumor (NET): pancreas, EUS-FNA.

低異型度の神経内分泌腫瘍(NET)を考えます。

【病理報告】

Neuroendocrine tumor(NET G2)

切除された膵頭部に長径 21mm の腫瘍が認められます。膵実質内に限局した腫瘍です。膵切除断端、膵周囲剥離面は陰性です。腫瘍は神経内分泌腫瘍 NET G2 です。静脈侵襲像が多く観察されます。リンパ管侵襲、神経侵襲は明らかではありません。

局在コード	C250	
局在テキスト	膵頭部	
側性	側性なし	
形態コード	8150/32	
形態テキスト	Neuroendocrine tumor(NET G2)	
cT 2	cN 0	cM 0
c 付加因子	該当せず	
cStage	II	
c 進展度	限局	
pT 2	pN 0	pM 0
p 付加因子	該当せず	
pStage	II	
p 進展度	限局	

〈症例 1〉

【現病歴】

2025/01/21 他疾患で入院中、採血で貧血を認めたため施行した便潜血検査で陽性。
2025/01/28 下部消化管内視鏡検査：『盲腸を主座とした腫瘍性病変を認める。肉眼的に MP への浸潤を疑う所見であり生検施行。』
2025/02/04 生検の結果、tub1 の診断となり加療目的で当院紹介。

【経過】

2025/02/09 当院受診。
CT：『盲腸に腫瘤が認められ、ご指摘の盲腸癌と思われます。明らかな病的腫大リンパ節や遠隔転移は認めません。』
盲腸癌の診断で手術の方針となることを本人・家族に説明。
2025/03/01 手術目的に入院。
2025/03/02 手術施行。

【病理報告】

肉眼的に、45x31mm 大の 1 型病変を認めます。組織学的に、高分化管状腺癌を認めます。
癌は漿膜下層に及んでいます。両切離端、外科剥離面はいずれも陰性です。
郭清リンパ節に癌の転移を認めます。
[#201 1/14, #202 0/5, #203 0/9]

局在コード	C18.0
局在テキスト	盲腸
形態コード	8211/31
形態テキスト	高分化管状腺癌

c T 2	cN 0	cM 0
c Stage	I	
c 進展度	限局	
p T 3	pN 1a	pM 0
p Stage	IIIB	
p 進展度	領域リンパ節転移	

〈症例 2〉

【現病歴】

2025/11/02 大腸がん検診で便潜血陽性となり前医受診。
2025/11/10 下部消化管内視鏡検査を施行し、上行結腸など複数個のポリープを認めたため、
治療目的に当院紹介。

【経過】

2025/11/14 当院受診。
前医指摘の大腸ポリープについて切除することを本人に説明。
2025/12/09 内視鏡的切除術施行

【病理報告】

①横行結腸弯曲、②盲腸、③上行結腸、④横行結腸、⑤下行結腸、⑥直腸 Rb
合計 6 病変が提出されています。
・ ①②③⑥Tubular adenoma です。いずれも断端陰性です。
・ ④Hyperplastic polyp です。悪性の所見は認められません。
・ ⑤中分化管状腺癌を認めます。癌は 3mm 程です。癌の増殖は粘膜内(M)に留まります。脈管侵襲は
見られません。切除断端は水平方向、垂直方向ともに陰性です。

局在コード	C18.6
局在テキスト	下行結腸
形態コード	8140/22
形態テキスト	中分化管状腺癌

c T X	cN X	cM X
c Stage	不明	
c 進展度	不明	
p T is	pN 0	pM 0
p Stage	0	
p 進展度	上皮内	

〈症例3〉

【現病歴】

2025/04/15 心窩部痛、嘔吐などがあり前医受診。
採血で高度貧血、直腸診で血塊付着を認めたため、消化管出血疑いとして当院へ救急搬送。

【経過】

2025/04/15 当院救急搬送。
CT：『上行結腸に不正壁肥厚あり、内腔が狭小化しています。上行結腸癌を疑います。同部の結腸辺縁境界は不整で、漿膜外浸潤と考えます。腸閉塞が示唆されます。肝転移、肺転移を認めます。病的腫大リンパ節は指摘できません。』
2025/04/16 下部消化管内視鏡検査：『上行結腸に全周性の狭窄を伴う腫瘍を認める。』
上行結腸癌による腸閉塞の診断で腸閉塞の解消・大腸癌切除を目的に手術を行うことを本人に説明し、緊急手術施行。

【病理報告】

肉眼的に、3x2cm 大の2型病変を認めます。組織学的に中分化管状腺癌を認めます。
癌は漿膜を超えています。両切離端はいずれも陰性です。
郭清リンパ節に癌の転移を認めます。

[#201 0/4, #202 2/4, #203 0/1, #211 0/5, #212 0/2, #213 0/1, #221 0/1, #222 0/1]

局在コード	C18.2
局在テキスト	上行結腸
形態コード	8211/32
形態テキスト	中分化管状腺癌

c T 4a	cN 0	cM 1b
c Stage	IVB	
c 進展度	遠隔転移	
p T 4a	pN 1b	pM 1b
p Stage	IVB	
p 進展度	遠隔転移	

〈症例 4〉

【現病歴】

2025/07/05 健診で便潜血陽性を指摘され前医受診。
2025/07/09 下部消化管内視鏡検査にて直腸 Rb に早期癌とみられる病変を認め、治療目的で
当院紹介。

【経過】

2025/07/12 当院受診。
CT：『明らかなリンパ節転移や遠隔転移は指摘できません』
早期直腸癌(SM)の診断で内視鏡的切除すること、外科的追加切除の可能性について
でも本人に説明。
2025/07/22 入院。EMR 施行。
2025/08/20 病理結果より、SM 深部浸潤の診断で非治癒切除判定となったため、追加の外科
的切除について説明、本人も希望あり追加切除の方針へ。
2025/09/29 入院。
2025/09/30 外科的手術施行。

【病理報告(7/22 EMR)】

粘液癌の像です。病変の最深部では粘膜筋板が不明瞭化しており、
粘膜下層に浸潤しています [表層から 3.5mm]。明らかな脈管侵襲は同定できません。

【病理報告(9/30 外科的手術)】

EMR 非治癒切除後検体です。組織学的に、標本の一部で肛門側断端から 1cm ほどの所に治療後の変化
と判断しうる線維化が見られますが、周囲の脈管内も含めて腫瘍の遺残は認められません。
郭清リンパ節に癌の転移は認められません。[#251(0/0), #252+253(0/0)]

局在コード	C20.9
局在テキスト	直腸 Rb
形態コード	8480/39
形態テキスト	粘液癌

c T 1	cN 0	cM 0
c Stage	I	
c 進展度	限局	
p T 1	pN 0	pM 0
p Stage	I	
p 進展度	限局	

〈症例 5〉

【経過】

2025/05/08 下血があり当院受診。
CT：『リンパ節転移、他臓器への転移なし。』
2025/05/10 下部消化管内視鏡検査：『上行結腸に潰瘍病変を認め、生検施行。深達度 SM 疑
2025/05/17 い。』
2025/05/31 生検結果は中分化腺癌であり、上行結腸癌の診断で手術の方針となった。
手術施行。

【病理報告】

限局した潰瘍性病変に一致して、中分化腺癌の浸潤増殖を認めます。
潰瘍底部では腫瘍先進部が固有筋層に達しています。
リンパ節転移を認めます。
[#201(3/5),#202(1/1),#203(1/3),#211(1/4),#212(1/2),#213(0/2)]

局在コード	C18.2
局在テキスト	上行結腸
形態コード	8140/32
形態テキスト	中分化腺癌

c T 1	cN 0	cM 0
c Stage	I	
c 進展度	限局	
p T 2	pN 2b	pM 0
p Stage	IIIB	
p 進展度	領域リンパ節転移	

〈症例1〉

【現病歴】

2025/08/28 1年ほど前に鼻背部の虫にさされたところが黒くなり治らないと前医受診。
基底細胞癌の疑いで当院へ紹介。

【経過】

2025/09/04 当院初診。
身体所見：鼻背部正中8×6mm大、境界明瞭な黒褐色斑。
周囲に毛細血管拡張+。

皮膚生検施行。
生検結果：Basal cell carcinoma.

2025/09/17 患者へ病理結果説明。
局麻下に腫瘍切除の方針とした。

2025/10/09 皮膚悪性腫瘍切除術、及び皮弁作成術施行。

【病理報告】

Skin, resection: Basal cell carcinoma.
鼻背部皮膚切除検体です。肉眼的に8x6mm大の灰白色～黒色、境界不明瞭な病変が
観察されます。基底細胞癌の像です。組織亜型については結節型と診断します。
腫瘍はごくわずかに皮下組織まで浸潤しています。
腫瘍径 7mm
リンパ管侵襲 ly0, 静脈侵襲 v0, 神経周囲侵襲 pn0
Clark level V 水平断端 (-) 垂直断端 (-)

局在コード	C44.3
局在テキスト	鼻背部正中の皮膚
側性	不明
形態コード	8097/39
形態テキスト	基底細胞癌, 結節型

cT 1	cN 0	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	I	
c進展度	限局	
pT 1	pN 0	pM 0
p付加因子	該当せず	
pStage	I	
p進展度	限局	

〈症例2〉

【現病歴】

2025/06/05 2023年頃、右顔面に出現したイボが今年になって急な増大傾向にあり、時々出血することがあると前医受診。
ケラトアカントーマを疑い当院へ紹介。

【経過】

2025/06/09 当院初診。
身体所見：右耳前部、手拳大腫瘤。頸部リンパ節は触知せず。
SCCを疑い生検施行。
生検結果：有棘細胞癌, 高分化型

2025/06/12 PET-CT検査：右耳前部皮膚に58mm程の腫瘤を認める。皮膚癌として矛盾なし。右耳介前リンパ節への転移複数あり。遠隔転移を疑う集積なし。

2025/06/19 造影MRI検査：右側頭部の皮膚及び皮下を主体とする長径7cm程度の腫瘤。耳下腺、骨に接する深さまで腫瘍が及んでいるが明らかな浸潤像なし。

2025/06/23 患者に検査結果を説明したところ手術を希望された。
当院での手術施行は困難なため他施設へ紹介状を作成し、手術適応についてご相談いただくこととした。
後日、紹介先の病院から放射線治療の方針となった旨、ご報告いただいた。

局在コード	C44.3
局在テキスト	右耳前部の皮膚
側性	右側
形態コード	8070/31
形態テキスト	有棘細胞癌, 高分化型

cT 3	cN 2b	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	IV A	
c進展度	隣接臓器浸潤	
pT 手術なし	pN 手術なし	pM 手術なし
p付加因子	該当せず	
pStage	手術なし	
p進展度	手術なし	

〈症例3〉

【経過】

2025/01/31 幼少期に足に熱傷を負い、少なくとも1年前からは浸出を伴う腫瘍性病変となったが医療機関受診せず。
3か月ほど前から移動や摂食に障害が出るようになり、周囲の説得で当院へ救急搬送となった。
身体所見：右中足骨が露出した肉芽腫性腫瘍性病変。
造影CT検査：右足底部に潰瘍形成、骨破壊が認められる。
右下肢以外に明らかな異常所見なし。右鼠径部に腫大リンパ節を認める。
右足部皮膚生検施行。
生検結果：Squamous cell carcinoma.

2025/02/05 本人へ生検の結果が皮膚癌、有棘細胞癌であったこと、既に足の骨まで腫瘍に侵されており脚の切断が必要なことを説明。

2025/02/06 右鼠径部リンパ節生検施行。
生検結果：Squamous cell carcinoma.

2025/02/26 右足有棘細胞癌、右鼠径リンパ節転移で、右下肢切断とリンパ節郭清の手術を行う旨、患者本人とご家族へ説明。

2025/03/05 右足切断術、及び右鼠径リンパ節郭清術施行

【病理報告（検体：皮膚）】

Skin, resection: Squamous cell carcinoma.
右足腫瘍部：組織学的に既存の表皮は不明瞭で不整形腫大核を有する異型細胞が皮下脂肪まで浸潤性に増生しています。低分化な有棘細胞癌の像です。
右下腿切断部：有棘細胞癌の浸潤は認められません。切除断端陰性と考えます。

【病理報告（検体：その他）】

Lymph nodes, resection: No evidence of malignancy.
Soft tissue, resection: Metastatic squamous cell carcinoma.
検体中に明瞭な構造を確認できるリンパ節は7個含まれ、いずれにも有棘細胞癌の転移は認められません。節外脂肪組織において、不整形腫大核を有する異型細胞が浸潤性に増生しています。既往の有棘細胞癌の転移として一致する所見と考えます。
(病理医に確認したところ、リンパ節転移の一部と扱ってよく、大きさは生検時の検体を含めて3cm以内との回答を得た)

局在コード	C44.7
局在テキスト	右足底部の皮膚
側性	右側
形態コード	8070/33
形態テキスト	低分化有棘細胞癌

cT 4a	cN 1	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	IV A	
c進展度	隣接臓器浸潤	
pT 4a	pN 1	pM 0
p付加因子	該当せず	
pStage	IV A	
p進展度	隣接臓器浸潤	

〈症例4〉

【現病歴】

2023/2月 左頭頂部の皮膚腫瘍を主訴に前医を受診。生検でHidradenoma papilliferumで悪性所見はなく、手術予定となったが統合失調症のため中止。

2025/03/14 増大傾向のため再度受診。頭頂部に4cm大の隆起性皮膚腫瘍を認め、同日腫瘍を帽状腱膜上で切除し、人工真皮を貼付。病理でmalignant hidradenomaの診断となり、断端陽性のため追加切除目的に当院へ紹介。

【経過】

2025/04/08 当院初診。
身体所見：頭頂部直径2cm程度の紅色潰瘍、周囲に硬結を触れない。

2025/04/14 前医よりプレパレートが届き、当院病理診断科に組織診断を依頼。

2025/04/15 造影MRI検査：頭蓋骨への浸潤（－）

2025/04/18 PET-CT検査：明らかな肝転移、骨転移等は指摘できない。

2025/04/22 造影CT検査：右顎下リンパ節はやや腫大しているが、病的所見はなし。

2025/05/12 患者へ手術説明を行い同意を得た。

2025/05/23 皮膚悪性腫瘍切除、及び分層植皮術施行

【病理報告（採取日 3/14、前医採取組織再診断）】

約38x28mmの切除検体、断面での腫瘍径は34x20mmです。ly(+)、v(-)、pn(-)、surgical marginは陰性を考えますが近接しています。標本上は骨への浸潤や神経周囲侵襲を疑う像は明らかではありません。汗腺癌として矛盾しない所見と考えます。

【病理報告（採取日 5/23）】

Skin of scalp, resection: No residual of neoplasm

検体は肉眼的に74x68x4mm大の皮膚切除検体で中央部に引きつれと7x4mm大の小隆起よりなる既往の腫瘍摘出術後の状態が認められます。瘢痕組織で皮膚付属器腫瘍由来と考えられるような異型細胞の残存は認められません。深部断端も術中迅速診断で腫瘍浸潤や残存が無いことが確認されています。いずれにも腫瘍の残存を含め明らかな悪性所見は認められません。

局在コード	C44.4
局在テキスト	頭頂部の皮膚
側性	側性なし
形態コード	8402/39
形態テキスト	汗腺癌

cT X	cN X	cM X
c付加因子	該当せず	
cStage	不明	
c進展度	不明	
pT 2	pN 0	pM 0
p付加因子	該当せず	
pStage	II	
p進展度	限局	

〈症例5〉

【現病歴】

2025/09/29 頭部の円形脱毛症にて近医皮膚科通院中、後頭部の色素斑に家族が気づいて相談。
精査目的に当院へ紹介。

【経過】

2025/10/17 当院初診。
身体所見：後頭部中央付近に2cm大の脱毛斑。その左側に10x9mm大、境界明瞭な黒褐色斑。色調は均一、左右対称、びらん、隆起なし。
皮膚生検施行。
生検結果：悪性黒色腫の可能性を強く疑う。
2025/11/04 患者へ病理結果説明。
局麻下に腫瘍切除の方針とした。
2025/11/18 皮膚悪性腫瘍切除術施行。

【病理報告】

Skin, resection: Malignant melanoma in situ

後頭部皮膚切除検体です。肉眼的に10x8mm大の黒色病変が観察されます。腫瘍は表皮～付属器基底層に沿って真皮間質に接していますが、間質浸潤は明らかではありません。切除断端は垂直・水平ともに陰性です。

腫瘍径 6mm Clark level I

リンパ管侵襲 ly0, 静脈侵襲 v0, 神経周囲侵襲 pn0

局在コード	C44.4
局在テキスト	後頭部の皮膚
側性	側性なし
形態コード	8720/29
形態テキスト	Malignant melanoma in situ

cT is	cN 0	cM 0
c付加因子	該当せず	
cStage	0	
c進展度	上皮内	
pT is	pN 0	pM 0
p付加因子	該当せず	
pStage	0	
p進展度	上皮内	

2025 年度 がんプロ演習問題【多重がん】

※全ての症例は多重がんルール適用対象判定表でルール適用となっている前提で回答をお願いします。

問1 以下の症例について、多重ルール表の該当する使用部位とルール番号を記入してください

例) 使用部位 (その他) ルール番号 (M5)

① 上行結腸と横行結腸に独立した病変がある

【組織型】 上行結腸：Micropapillary carcinoma

横行結腸：Tubular adenocarcinoma

使用部位 (大腸) ルール番号 (M5)

② 左腹部と腹部正中それぞれに皮膚がんを認める

【組織型】 左腹部：Nodular melanoma

腹部正中：malignant melanoma

使用部位 (皮膚黒色腫) ルール番号 (M4)

③ 右乳房に浸潤癌を認める。その後、左乳房に多発性上皮内癌を認めた。

使用部位 (乳房) ルール番号 (M6)

④ 左腎（A腫瘍）に浸潤癌を認め、手術を実施。腫瘍の遺残は認めない。4年経過後のフォローCTで左腎（B腫瘍）に新たな癌を認める。

【組織型】 左腎（A腫瘍）：Clear cell renal cell carcinoma

左腎（B腫瘍）：生検せず臨床診断

使用部位 (腎) ルール番号 (M11)

⑤ 骨髄生検で本態性血小板血症を認め、治療を開始。半年後病状が急速に進んだため、再生検をしたところ急性骨髄性白血病を認めた。

使用部位 (造血器腫瘍) ルール番号 (M10)

2025 年度 がんプロ演習問題【多重がん】

※全ての症例は多重がんルール適用対象判定表でルール適用となっている前提で回答をお願いします。

問2 以下の多重がん判定で誤っているものを全て選択してください

A：右乳癌に対し手術を実施し、断端陰性であった。6年後、右乳房に新規病変を認めた。医師カルテには異所再発と記載されていたが、病理報告書には再発ではないと記載があったため、多重として登録した。

B：HCCに対してTACEを施行し、腫瘍は消失した。1年半後、肝臓に新たな腫瘍を認めたため、多重として登録した。

C：左右の腎盂と左腎に癌があるため、「腎盂・尿管・膀胱・その他の尿路系」のルールM3を適用しなかった。

D：右肺上葉と左肺上葉に腫瘍を認める。左肺上葉は生検で乳頭型腺癌、右肺上葉は擦過細胞診で腺癌の診断となる。「肺」の同義語と定義の表において同一枠に属しているためルールM7を適用した。

E：S状結腸内に多数のポリープを認め、内視鏡的に切除した。切除病変にpTisを認めた。翌月に残存病変を切除したところpT1を認めた。浸潤癌の情報を優先しつつも上皮内癌の情報も組合せて単発として登録した。

F：鼻腔にそれぞれ独立したA腫瘍とB腫瘍を認める。B腫瘍の組織型が同義語と定義の表に含まれていなかったため、主治医に原発部位について問い合わせた。他の部位が原発であったため、多重がん判定をやり直した。

G：膀胱に複数の浸潤性尿路上皮癌を認め、手術を実施した。腫瘍は取り切れている。術後フォローの尿細胞診で悪性判定となり、TURBTを実施した。病理でpT2以上の尿路上皮癌の診断となる。最初の膀胱癌の診断日から3年を超えていたため、多重として登録した。

H：CT検査で胃および腹腔動脈周囲のリンパ節に腫大病変を認める。胃内病変から生検したところ、DLBCLと古典的ホジキンリンパ腫の診断となる。組織型コード9596/3で単発として登録した。

<回答欄>

(B C D G)