

## 〈症例 1〉

## 【現病歴】

2022/6 月乳がん検診を受診。MMG 上ひだり乳腺腫瘤を指摘され要精査となる。

## 【経過】

- 2022/7/14 当院初診。ひだり B 領域の腫瘤に対し CNB 施行。  
US : ひだり B 領域に境界粗造な低エコー腫瘤を認めた。腋窩リンパ節腫大なし。  
(13×9.5×6mm)  
CBE : 所見なし。
- 2022/8/8 CNB の結果、Malignant (invasive ductal carcinoma)  
患者へ結果説明し、手術の方針となった。
- 2022/8/19 CT 検査施行。ひだり乳房 B 領域に不整形の造影結節が認められる。  
皮膚や胸筋への浸潤を疑う所見なし。病的腫大リンパ節なし。
- 2022/8/22 MRI 検査施行。ひだり乳房 B 領域に不整形の造影病変が認められる。  
皮膚や胸筋への浸潤を疑う所見なし。
- 2022/9/7 手術目的に入院。
- 2022/9/8 ひだり乳房全摘術 + センチネルリンパ節生検施行。
- 2022/9/12 経過良好にて退院。

## 【病理報告】(手術標本)

Invasive ductal carcinoma, scirrhous type

最大浸潤径 17×7mm、いずれのセンチネルリンパ節に癌の転移は認めません。

原発部位《局在コード》	C50.3		
原発部位《テキスト》	ひだり乳房 B 領域		
側性	ひだり		
病理診断《形態コード》	8500/33		
病理診断《テキスト》	Invasive ductal carcinoma, scirrhous type		
UICC cT	T1c	UICC pT	T1c
UICC cN	N0	UICC pN	N0
UICC cM	M0	UICC pM	M0
UICC c ステージ	Stage I A	UICC p ステージ	Stage I A
c 進展度	限局	p 進展度	限局

CBE : 乳房の視触診

〈症例2〉

【現病歴】

2023/3/1 乳がん検診を受診。MMG 上ひだり乳腺石灰化の出現を指摘され要精査となる。

【経過】

- 2023/3/29 当院受診。ひだりD領域の低エコーに対してCNB施行。  
US：左乳房に境界明瞭な平滑な低エコー腫瘤、9.8×6.5×3mm。  
CBE：所見なし。
- 2023/4/7 CNBの結果、Ductal carcinoma in situ  
患者へ結果説明し、手術の方針となった。
- 2023/4/23 CT検査施行。ひだり乳房D領域に分葉状の造影結節が認められる。病的腫大リンパ節なし。  
肺転移、肝転移なし。
- 2023/4/28 MRI検査施行。ひだりD領域に区域性の分布を呈する造影病変。  
皮膚浸潤や胸筋浸潤を疑う所見なし。
- 2023/5/19 ひだり乳房全摘術＋センチネルリンパ節生検施行。

【病理報告】（手術標本）

Ductal carcinoma in situ

腫瘍径：15×7mm、N:0/1 悪性所見は認めない。

原発部位《局在コード》	C50.5		
原発部位《テキスト》	ひだり乳房D領域		
側性	ひだり		
病理診断《形態コード》	8500/29		
病理診断《テキスト》	Ductal carcinoma in situ		
UICC cT	Tis(DCIS)	UICC pT	Tis(DCIS)
UICC cN	N0	UICC pN	N0
UICC cM	M0	UICC pM	M0
UICC cステージ	Stage0	UICC pステージ	Stage0
c進展度	上皮内	p進展度	上皮内

〈症例3〉

【現病歴】

2020/10/9 乳がん検診で、MMGにてひだり集簇石灰化+FAD指摘され、当院受診。  
USにて両側多発嚢胞を認め、以降当院外来で経過観察中。

【経過】

- 2022/11/11 定期診察で受診。  
MMGで微細線状石灰化の集簇、悪性所見を認めた。
- 2022/12/8 CNB施行。Ductal carcinoma in situの診断。  
CBE：ひだり乳房に硬結を触知。  
US：ひだり内部に高輝度点状エコーを伴う不整な低エコー域、内部血流+。病変範囲の長径は30mm程度。
- 2022/12/26 患者さんへ結果説明。手術の方針となる。
- 2023/1/10 CT施行。ひだり乳房CD領域に不整形の造影結節が認められる。  
ひだり腋窩、その他の部位に病的腫大リンパ節は認めない。肺転移、肝転移は認めない。
- 2023/1/20 MRI施行。ひだり乳房CD領域に造影病変が認められる。長径35mm程です。  
皮膚や大胸筋への浸潤は認められない。
- 2023/2/10 乳頭乳輪温存乳房全切除術+センチネルリンパ節生検施行。

【病理報告】（手術標本）

Microinvasive carcinoma

腫瘍の大半は乳管内で異型細胞が主に増殖する非浸潤性乳管癌です。  
非浸潤癌はおよそ30×25mmの範囲にみられます。わずかに浸潤を判断される胞巣が観察され、浸潤距離は0.5mmほどです。SN 0/1

原発部位《局在コード》	C50.4		
原発部位《テキスト》	ひだり乳房 CD 領域		
側性	ひだり		
病理診断《形態コード》	8500/39		
病理診断《テキスト》	Microinvasive carcinoma		
UICC cT	Tis(DCIS)	UICC pT	T1mi
UICC cN	N0	UICC pN	N0
UICC cM	M0	UICC pM	M0
UICC cステージ	Stage0	UICC pステージ	Stage I A
c進展度	上皮内	p進展度	限局

## 〈症例4〉

## 【現病歴】

2021/6月頃より右乳房内上部に腫瘤自覚。

2021/7/15 検診受診。MMGで悪性所見疑われ、要精査となる。

2021/9/8 前医初診。USでみぎ乳房に3cmの低エコー域認め、その外側1.2cm不整形腫瘤様にみえる箇所に対してCNB施行。Invasive lobular carcinomaの診断。

患者さんへ乳癌の診断で治療が必要なことを説明し、当院紹介となった。

## 【経過】

- 2021/9/30 当院紹介受診。
- 2021/10/5 CT検査施行。みぎ乳房A領域に不整形の造影腫瘤が認められ、横径36mm、上下径50mmほどです。内側で胸筋に接しており、浸潤の疑いあり。皮膚浸潤の所見はなし。みぎ腋窩に腫大リンパ節が複数認められ、転移の疑いあり。(固定あり)
- 2021/10/12 MRI検査施行。みぎ乳房A領域に不整形の造影領域が認められ、横径36mm、上下径50mm、前後径20mmほどです。胸筋浸潤の疑い。
- 2021/10/14 術前化学療法後、他院で手術する方針となった。
- 2021/10/18 術前化学療法開始。
- 2022/2/25 他院でみぎ乳房全摘術(SSM)+腋窩リンパ節郭清術施行。  
他院で引き続き、放射線、内分泌療法施行。

## 【病理報告】

Invasive lobular carcinoma

浸潤径27mm、浸潤径+乳管内進展 27×15mm、治療効果 Grade 1b

原発部位《局在コード》	C50.2		
原発部位《テキスト》	みぎ乳房A領域		
側性	みぎ		
病理診断《形態コード》	8520/39		
病理診断《テキスト》	Invasive lobular carcinoma		
UICC cT	T2	UICC pT	手術なし
UICC cN	N2a	UICC pN	手術なし
UICC cM	M0	UICC pM	手術なし
UICC cステージ	Stage IIIA	UICC pステージ	手術なし
c進展度	領域リンパ節転移	p進展度	手術なし

〈症例5〉

【現病歴】

2022/9月に市の検診を受診。USでみぎ乳房A領域に25.9×13.5×14mmの不整形腫瘤を指摘され、当院紹介となる。

【経過】

- 2022/11/25 当院受診。みぎA領域の腫瘤に対してCNB施行。  
CBE：みぎ乳房に硬結を触知。皮膚所見、胸壁固定なし。
- 2022/12/6 CNBの結果、Invasive ductal carcinomaであった。  
患者さんへ結果説明し、手術を前提に全身検索。
- 2023/1/5 MRI：みぎ乳房A領域に不整形の造影結節が認められる。径27mmほどです。
- 2023/1/6 CT：みぎ乳房A領域に不整形の造影結節を認める。病的腫大リンパ節なし。  
肺転移、肝転移、骨転移は認めない。
- 2023/1/16 みぎ乳房部分切除術+センチネルリンパ節生検→腋窩リンパ節郭清術施行。
- 2023/3/2 術後放射線治療開始。

【病理報告】（手術標本）

Invasive ductal carcinoma, scirrhous type

浸潤径 15×11mm, SN 1/2, Ax 1/8 切除断端はいずれの方向も陰性。

原発部位《局在コード》	C50.2		
原発部位《テキスト》	みぎ乳房A領域		
側性	みぎ		
病理診断《形態コード》	8500/33		
病理診断《テキスト》	Invasive ductal carcinoma, scirrhous type		
UICC cT	T2	UICC pT	T1c
UICC cN	N0	UICC pN	N1a
UICC cM	M0	UICC pM	M0
UICC cステージ	Stage II A	UICC pステージ	Stage II A
c進展度	限局	p進展度	領域リンパ節転移

〈症例6〉

【現病歴】

2022年6月頃よりみぎ乳房腫瘍を自覚。増大傾向あり当院救急外来受診した。

【経過】

- 2022/9/9 当院受診。みぎ乳房に手拳大超の腫瘍を認め、当院乳腺外科紹介。
- 2022/9/12 当院乳腺外科受診。  
CBE:みぎ乳頭直下を中心に9×8cmの腫瘍、皮膚には潰瘍を認める。  
US:一部厚い隔壁を伴う。腋窩 Level I-Ⅲに腫大したリンパ節を認める。  
CNB 施行。
- 2022/9/13 CT 検査施行。みぎ乳房 B 領域に腫瘍あり。90×80×67mm。嚢胞成分主体、隔壁あり。一部充実成分もあり。皮膚浸潤疑い。腋窩リンパ節腫大あり。小胸筋内側、LevelⅢまで腫大あり。両肺に小結節影あり、肺転移疑い。L3 に溶骨性病変あり、骨転移疑い。
- 2022/9/16 骨シンチ検査施行。左第7肋骨腹側部、第3腰椎椎体みぎ側部、脊椎ひだり側部などに集積亢進を認め、溶骨性変化が確認できます。骨転移と考えます。
- 2022/9/20 CNB の結果、Invasive ductal carcinoma の診断。  
本人・家族へ結果説明。姑息的手術の方針となる。
- 2022/9/28 みぎ乳房全摘術+腋窩リンパ節郭清術施行。

【病理報告】(手術標本)

Invasive ductal carcinoma,solid-tubular carcinoma

最大浸潤径 67mm

皮膚には潰瘍があり、浸潤を認めます。

リンパ節 (17/21) : level I (4/7) 、level II (12/13) 、level III (1/1)

原発部位《局在コード》	C50.3		
原発部位《テキスト》	みぎ乳房 B 領域		
側性	みぎ		
病理診断《形態コード》	8500/32		
病理診断《テキスト》	Invasive ductal carcinoma,solid-tubular carcinoma		
UICC cT	T4b	UICC pT	T4b
UICC cN	N3a	UICC pN	N3a
UICC cM	M1	UICC pM	M1
UICC c ステージ	StageIV	UICC p ステージ	StageIV
c 進展度	遠隔転移	p 進展度	遠隔転移

## 〈症例1〉

## 【現病歴】

2022/12/29 不正出血が続いたためクリニックを受診。  
子宮頸部細胞診施行されHSIL/CIN3と診断。  
子宮頸癌疑いとして当院紹介となる。

## 【経過】

2023/01/31 当院初診。各種画像検査施行。  
CT所見：『子宮頸部はやや大きく、周囲に不整な脂肪濃度上昇があります。頸癌と子宮傍組織浸潤が疑われます。左外腸骨リンパ節に腫大を認め転移が疑われます。肝、肺などへの転移は指摘できません。』  
MRI所見：『子宮頸部に32×55mmの腫瘍を認めます。辺縁不整であり、頸癌と子宮傍組織浸潤が疑われます。右卵巣に腫瘍があります。充実性成分と思われ、転移が疑われます。』

2023/02/02 組織診施行。  
組織診報告：『胞巣形成性に浸潤増殖している成分を低分化な通常型内頸部腺癌と判断します。粘膜を被覆する異型重層扁平上皮が観察されます。通常型内頸部腺癌（HSIL/CIN3が混在）と考えられます。』

2023/02/08 直腸診施行。  
直腸診所見：『両側傍子宮組織の硬化および腫瘍の骨盤壁への進展を認める』  
子宮頸癌およびリンパ節転移と診断したことを患者に説明。  
化学放射線療法を行う方針となった。

2023/02/25 放射線治療開始。  
2023/02/28 化学療法開始。

局在コード	C53.9
局在テキスト	子宮頸部
側性	なし
形態コード	8140/33
形態テキスト	通常型内頸部腺癌 (HSIL/CIN3が混在)

UICC c TNM	T3bN1M0
c 付加因子	該当せず
c ステージ	III B
c 進展度	隣接臓器浸潤
UICC p TNM	手術なし
p 付加因子	該当せず
p ステージ	手術なし
p 進展度	手術なし
FIGO2018	III C1

## 〈症例2〉

## 【現病歴】

- 2021/02/10 不正出血がありクリニックを受診。  
子宮内膜細胞診施行されるも陰性で、以後経過観察。
- 2023/04/05 子宮内膜組織診施行。  
軽度の異型あり、悪性所見も否定できないため精査目的に当院紹介となる。

## 【経過】

- 2023/05/01 当院初診。  
クリニックでの組織診の標本を借用し、当院病理部にて再検討を行った。  
組織診報告：『クロマチンの増量を伴った紡錘形核を有する異型円柱状細胞が輪郭不整な腺管を形成しています。類内膜癌G1の可能性があると考えます。』
- 2023/05/12 MRI検査施行。  
MRI所見：『子宮には筋腫と思われる腫瘍が散見されます。内膜の病的肥厚を指摘できません。腹水、病的リンパ節を指摘できません。』
- 2023/05/19 画像上は癌が認められないが、子宮内膜の精査で癌細胞が確認されたため、初期の子宮体癌と考えられると患者および家族に説明。  
手術の方針となった。
- 2023/07/21 腹式子宮全摘+両付属器切除+大網部分切除術施行。
- 2023/08/04 患者に、手術の結果、子宮体癌ではなく子宮頸癌であったことを説明した。

## 【病理報告】組織採取日：2023年7月21日

Adenocarcinoma, HPV associated:uterine cervix, resection.

子宮内頸部に癌が認められます。子宮内頸部由来の病変でHPV関連腺癌と診断します。

腫瘍の最大径は10mmです。深達度は4mm、水平方向の広がり7mmです。

局在コード	C53.9
局在テキスト	子宮内頸部
側性	なし
形態コード	8140/39
形態テキスト	HPV関連腺癌

UICC c TNM	TXNXMX
c 付加因子	該当せず
c ステージ	不明
c 進展度	不明
UICC p TNM	T1a2N0M0
p 付加因子	該当せず
p ステージ	I A2
p 進展度	限局
FIGO2018	I A2

### 〈症例3〉

#### 【経過】

- 2021/08/25 子宮頸がん検診にてASC-USおよびHPV陽性と判定されたため、近医より当院紹介。生検施行しCIN1の診断となった。以後経過観察。
- 2023/03/22 細胞診施行。  
細胞診報告：『HSIL/CIN3を考える像です。』
- 2023/03/29 組織診施行。  
組織診報告：『Atypical cells：粘膜組織からは脱落した多数の錯角化細胞が集簇して認められ、これらの細胞には核形不整、核の大小不同がみられます。再検をご検討ください。』
- 2023/04/27 MRI検査施行。  
MRI所見：『子宮頸部に腫瘤構造は指摘できません。子宮内膜肥厚は認めません。病的リンパ節は指摘できません。』
- 2023/05/01 組織診では悪性の診断には至らなかったが、細胞診の結果からCIN3と判断。  
円錐切除を行うことを患者および家族に説明した。
- 2023/05/24 子宮頸部円錐切除術施行。
- 2023/06/07 手術の結果、子宮頸癌で上皮内癌だったが、顕微鏡で確認したところ腫瘍が残存していたため追加切除をお勧めする、と患者へ説明。
- 2023/06/14 患者より、自宅近くのA病院での手術の希望あり。紹介の方針となる。
- 2023/08/24 A病院にて子宮全摘術施行。
- 2023/09/01 A病院より報告あり、腫瘍の残存は認められなかった、とのこと。

【病理報告】組織採取日：2023年5月24日

HSIL/CIN3:uterine cervix,conization.

濃染性の腫大核を有し、核の大小不同を呈する異型細胞が上皮置換性に増殖しています。核分裂像が増加しています。

HSIL/CIN3相当の異型上皮です。

内頸部側断端陽性です。

局在コード	C53.9
局在テキスト	子宮頸部
側性	なし
形態コード	8077/29
形態テキスト	HSIL/CIN3

UICC c TNM	TisN0M0
c 付加因子	該当せず
c ステージ	0
c 進展度	上皮内
UICC p TNM	手術なし
p 付加因子	該当せず
p ステージ	手術なし
p 進展度	手術なし
FIGO2018	記入不要

## 〈症例4〉

## 【現病歴】

2023/07/04 明け方に突然多量の不正出血ありA病院へ救急搬送される。  
超音波検査にて子宮体部に10×7cmの腫瘍が認められた。  
悪性腫瘍が疑われたため当院紹介となる。

## 【経過】

2023/07/12 当院初診。  
MRI検査施行。  
MRI所見：『子宮体部筋層に11cmほどの腫瘍を認めます。内膜と腫瘍の境界に不整は見られず、内膜からの進展よりは筋層内を主座とする腫瘍と思われます。腫瘍の境界は明瞭です。明らかなリンパ節転移、他臓器転移は認められません。』  
組織診施行し、子宮平滑筋肉腫と診断。手術を行うことを患者および家族に説明した。

2023/07/24 腹式子宮全摘+両付属器摘出+大網部分切除術施行。

## 【病理報告】組織採取日：2023年7月24日

Leiomyosarcoma:uterine corpus, resection.

術中腫瘍破綻あり。

子宮体部筋層を主座として11×9×5.5cm大の灰白色の腫瘍を認めます。一部が卵管に浸潤しています。

形態および免疫組織化学の所見より平滑筋系腫瘍と判断され、地図状の腫瘍壊死、細胞異型および核分裂像数から、平滑筋肉腫と診断します。断端陰性です。

局在コード	C54.2
局在テキスト	子宮体部筋層
側性	なし
形態コード	8890/39
形態テキスト	平滑筋肉腫

UICC c TNM	T1bN0M0
c 付加因子	該当せず
c ステージ	I B
c 進展度	限局
UICC p TNM	T2aN0M0
p 付加因子	該当せず
p ステージ	II A
p 進展度	隣接臓器浸潤

## 〈症例5〉

## 【現病歴】

2022/12/21 不正出血が続いたためクリニックを受診。細胞診施行。

2022/12/27 細胞診の結果、子宮体癌が疑われA病院へ紹介。

2023/02/07 A病院にて子宮体癌と診断、単純子宮全摘+両付属器摘出術施行。

手術病理所見：『Endometrioid carcinoma G3：腫瘍は子宮体部を主座とし、筋層に浸潤しています。浸潤は1/2以内にとどまります。体部外進展は明らかではなく、切除断端は陰性です。』

2023/06/24 患者が転居するとのこと。

転居先自宅近くの当院への通院を希望され紹介となる。

## 【経過】

2023/08/06 当院初診。

内診では肉眼的所見なし。

類内膜癌のG3ではあるが、筋層浸潤は1/2以内であり追加の治療は必要なく、経過観察でよいことを患者に説明。

何かあれば今後は当院を受診するようにお話しした。

局在コード	C54.1
局在テキスト	子宮体部
側性	なし
形態コード	8380/33
形態テキスト	Endometrioid carcinoma G3

UICC c TNM	T不明N不明M不明
c 付加因子	該当せず
c ステージ	不明
c 進展度	不明
UICC p TNM	手術なし
p 付加因子	該当せず
p ステージ	手術なし
p 進展度	手術なし

## 〈症例6〉

## 【現病歴】

- 2019/02/15 子宮内膜肥厚ありA病院にて子宮内膜全面搔爬施行、結果は子宮内膜ポリープだった。以降、定期的に細胞診を行いながら経過観察。
- 2022/09/01 細胞診にてclassⅢの診断。MRIにて子宮内腫瘍を認める。
- 2022/12/02 腫瘍切除術施行。同時に肉眼的には正常とみられる内膜/筋層を生検。結果、腫瘍に悪性所見はなし。生検検体には異型腺管を認めるも少数のため判定困難。
- 2023/03/10 細胞診にてclassⅢの診断。  
経過から悪性腫瘍の可能性が疑われたため、12月の生検結果について当院病理部へコンサルトあり。病理部にて検討したところ、漿液性子宮内膜上皮内癌の診断となり治療目的に当院紹介となる。

## 【経過】

- 2023/05/15 当院初診。  
MRI検査施行。  
MRI所見：『子宮内膜の肥厚を認めません。明らかな腫瘍性変化を指摘できません。病的腫大リンパ節、腹水を認めません。』  
患者および家族に、上皮内癌の診断ではあるが、卵管を介して子宮外へ播種する可能性もあるため治療を勧めると説明。手術の方針となる。
- 2023/06/23 腹式子宮全摘+両付属器切除+大網部分切除術施行。

## 【病理報告】組織採取日：2023年6月23日

**Serous endometrial intraepithelial carcinoma:uterine body, resection.**

標本上、子宮底部の狭い範囲において病変が観察されます。

濃染性の腫大核を有する異型細胞からなる異型腺管が観察されます。腺管内腔に異型細胞が乳頭状に突出しています。病変の浸潤は明らかではありません。漿液性子宮内膜上皮内癌（SEIC）と診断します。

両側付属器および大網に病変は認められません。

局在コード	C54.3
局在テキスト	子宮底部
側性	なし
形態コード	8441/29
形態テキスト	漿液性子宮内膜上皮内癌（SEIC）

UICC c TNM	T1aN0M0
c 付加因子	該当せず
c ステージ	I A
c 進展度	上皮内
UICC p TNM	T1aN0M0
p 付加因子	該当せず
p ステージ	I A
p 進展度	上皮内

〈症例1〉

【経過】

- 2023/02/24 スクリーニング目的のEGDにて、中部食道切歯32cmにルゴール淡染帯を認め、生検された。
- 2023/03/17 【病理報告】 Squamous intraepithelial neoplasia, high grade  
CT施行。  
【画像所見】 食道に明瞭な腫瘍は指摘できない。  
頸部に小リンパ節を複数認めるも病的といえる大きさではない。  
その他の所見を認めない。
- 2023/03/27 異型上皮の診断で半年後の内視鏡経過観察でも問題ないと思われること、治療希望なら全身麻酔下での食道ESDとなることを患者へ説明。  
本人の希望で食道ESDの方針となった。
- 2023/05/10 食道ESD施行。  
【病理報告】  
切除術: ESD 25x20mm, 6分割, 占拠部位: Mt, 腫瘍径: 11mm  
組織分類: Squamous cell carcinoma  
深達度: T1a-EP  
水平断端: HM0, 垂直断端: VM0, 癌遺残度: R0
- 2023/05/17 病理結果に関して患者へ説明。  
以後、経過観察。

局在コード	C 15.1
局在テキスト	中部食道 (Mt)
側性	側性なし
形態コード	8070/29
形態テキスト	Squamous cell carcinoma in situ

UICC cTNM	TisN0M0
UICC c ステージ	0
c 進展度	上皮内
UICC pTNM	TisN0M0
UICC p ステージ	0
p 進展度	上皮内

〈症例2〉

【現病歴】

2023/05/24 食道のつかえ感あり、前医で上部消化管内視鏡検査実施。  
門歯列より40cmから食道胃接合部にかけて隆起性病変を指摘され、  
精査目的に当院紹介となる。

【経過】

2023/05/25 当院初診。  
2023/06/02 EGD施行。切歯40cm程度から発赤を伴う隆起性病変。胃から連続した病変  
であり腺管上皮で構成。バレット腺癌も鑑別にあがると考えられ、生検施行。  
【病理報告】 Adenocarcinoma  
わずかに扁平上皮が含まれており、食道の組織として合致します。  
食道発生とすればバレット腺癌としても矛盾しません。  
2023/06/27 CT施行。  
【画像所見】 下部食道内にΦ1.6cmの隆起病変を認める。  
固有筋層を超えて外膜に浸潤していると思われるが、壁外浸潤は明らか  
でない。  
近傍のリンパ節腫大なし。  
肝、肺含め遠隔転移は明らかでない。  
2023/07/13 病変の広がりや場所から内視鏡的処置は困難で手術の方針となった。  
2023/07/27 手術前の解剖の確認にCT施行。  
【画像所見】 食道癌は同程度の大きさだが、両側肺野に複数の小結節を認め、  
増大傾向であり転移が疑われる。  
2022/07/28 遠隔転移の診断となり、手術ではすべてを取りきることができないこと、  
現在、食事がとれていることから、手術ではなく化学療法が最良の治療と  
考えられることを患者へ説明し同意を得た。  
2022/08/08 化学療法開始。

局在コード	C15.2
局在テキスト	食道胃接合部（バレット食道）
側性	側性なし
形態コード	8140/39
形態テキスト	Adenocarcinoma

UICC cTNM	T3N0M1
UICC c ステージ	IVB
c 進展度	遠隔転移
UICC pTNM	手術なし
UICC p ステージ	手術なし
p 進展度	手術なし

〈症例3〉

【経過】

2023/04/21 泌尿器科のフォローCTで食道癌の可能性を指摘された。

2023/05/09 EGD施行。切歯26cm～35cmまで不染、27cm辺りの隆起病変とEGJ手前の隆起病変から生検施行。  
 【病理報告】 Squamous cell carcinoma

2023/05/23 CT施行。  
 【画像所見】 胸部中部～下部食道に壁肥厚を伴う腫瘤形成あり。  
 外膜への明らかな進展は指摘できない。  
 左胃動脈近傍に2個の腫大リンパ節あり。(1, 7)  
 肝、肺野に転移巣は指摘できない。

2023/06/01 胸部食道癌の診断。  
 腎機能障害あるため術前化学療法は行わずに手術の方針となった。

2023/06/08 胸腔鏡下食道亜全摘出術施行。  
 【病理報告】  
 組織学的には扁平上皮癌の像であり、角化を伴う高分化な領域と低分化な領域が混在している。  
 腫瘍は固有筋層をわずか数μmほど超えた深さまで達し、脈管侵襲が広く観察される。  
 占拠部位: Mt-Lt, 腫瘍径: 75.0X50.0mm  
 組織分類: Squamous cell carcinoma  
 近位断端: PM0, 遠位断端: DM0, 癌遺残度: R0  
 リンパ節転移:  
 N1; 106recL(0/2), 105+106recR(0/1), 108(0/0), 1(1/1), 2(0/1), 3a(1/4)  
 N2; 101L(0/0), 101R(0/2), 104L(0/5), 104R(0/6), 107(0/1), 109L(0/1), 109R(0/1), 110(0/3), 112aoA(1/2), 7(1/1)

局在コード	C 15.1
局在テキスト	胸部中部～下部食道 (Mt-Lt)
側性	側性なし
形態コード	8071/33
形態テキスト	角化型扁平上皮癌 (高分化+低分化)

UICC cTNM	T2N1M0
UICC c ステージ	II
c 進展度	領域リンパ節転移
UICC pTNM	T3N2M0
UICC p ステージ	III B
p 進展度	隣接臓器浸潤

〈症例4〉

【現病歴】

2021/06/02 当院にて食道表在癌ESD治癒切除。 (→ 2021年症例として登録済)

【病理報告】 Squamous cell carcinoma, Mt, pT1a-EP, HM0, VM0, R0  
以後は定期的なEGD経過観察の方針。

2022/01/28 EGD施行。再発所見認めず。

【経過】

2022/07/29 EGD施行。中部食道、ESD後の癒痕口側にルゴール淡染あり。  
経過観察（次回以後生検検討）で。

2023/01/27 EGD施行。切歯28cmのESD後癒痕部口側のルゴール不染から1個生検。

【病理報告】 Squamous cell carcinoma in situ

2023/02/02 CT施行。

【画像所見】 明らかな転移などは指摘できない。

2023/02/13 本人へ生検結果を説明。  
治療について、癒痕近傍でもありESDよりはAPC焼灼がよいことを  
お伝えして（局所遺残の可能性も含めて）同意を得た。

2023/03/08 APC焼灼施行。

多重がんルール	M10
判定結果	多重

※多重がん判定結果が「単発」の場合は、以下局在コードのみ回答

局在コード	C15.1
局在テキスト	中部食道
側性	側性なし
形態コード	8070/29
形態テキスト	Squamous cell carcinoma in situ

UICC cTNM	TisN0M0
UICC c ステージ	0
c 進展度	上皮内
UICC pTNM	手術なし
UICC p ステージ	手術なし
p 進展度	手術なし

〈症例5〉

【現病歴】

2022/06/02 前医にて健診目的に上部消化管内視鏡検査を受け、下部食道に隆起性病変を認め、生検で扁平上皮癌の診断。  
 2022/07/05 治療目的に当院紹介受診。  
 2022/08/10 食道表在癌ESD施行。 (→ 2022年症例として登録済)  
 【病理報告】 Squamous cell carcinoma, Lt, pT1a-LPM, HM0, VM0, R0  
 治癒切除。以後、経過観察。

【経過】

2023/05/24 フォローアップEGD施行。切歯38cmの前回ESD部の口側に病変を認め生検。  
 【病理報告】 Squamous intraepithelial neoplasia (異型度不明)  
 2023/06/07 病理結果は異型上皮であったが悪性の可能性も否定できず、  
 診断的治療目的に食道ESDを行うことを患者へ説明。  
 2023/06/27 食道ESD施行。  
 【病理報告】  
 切除術: ESD 20x19mm, 占拠部位: Lt, 腫瘍径: 10.0x5.0mm  
 組織分類: Squamous cell carcinoma  
 深達度: T1a-EP  
 水平断端: HM0, 垂直断端: VM0, 癌遺残度: R0  
 2023/07/12 病理結果に関して患者へ説明。

多重がんルール	M18
判定結果	単発

※多重がん判定結果が「単発」の場合は、以下局在コードのみ回答

局在コード	C15.1
局在テキスト	
側性	
形態コード	
形態テキスト	

UICC cTNM	
UICC c ステージ	
c 進展度	
UICC pTNM	
UICC p ステージ	
p 進展度	

令和5年度第4回がんプロ\_第2部演習問題（肝がん）解答

症例1

局在コード	C22.0	
局在テキスト	肝S4	
形態コード	8170/39	
形態テキスト	Hepatocellular carcinoma	
	UICC	取扱規約
cT	1a	1
cN	0	0
cM	0	0
cステージ	IA	I
c進展度	限局	-
pT	2	3
pN	0	0
pM	0	0
pステージ	II	III
p進展度	限局	-

症例2

局在コード	C22.0	
局在テキスト	肝S4、S5、S6	
形態コード	8170/39	
形態テキスト	肝細胞癌	
	UICC	取扱規約
cT	3	4
cN	0	0
cM	0	0
cステージ	III A	IV A
c進展度	限局	-
pT	手術なし	手術なし
pN	手術なし	手術なし
pM	手術なし	手術なし
pステージ	手術なし	手術なし
p進展度	手術なし	-

## 症例3

局在コード	C22.0	
局在テキスト	肝右葉後区域	
形態コード	8170/39	
形態テキスト	肝細胞癌	
	UICC	取扱規約
cT	2	3
cN	1	1
cM	0	0
cステージ	IVA	IVA
c進展度	領域リンパ節転移	-
pT	4	4
pN	1	1
pM	0	0
pステージ	IVA	IVA
p進展度	隣接臓器浸潤	-

## 症例4

局在コード	C22.0	
局在テキスト	肝S4、S7、S8	
形態コード	8170/39	
形態テキスト	HCC	
	UICC	取扱規約
cT	2	4
cN	0	0
cM	0	0
cステージ	II	IVA
c進展度	限局	-
pT	手術なし	手術なし
pN	手術なし	手術なし
pM	手術なし	手術なし
pステージ	手術なし	手術なし
p進展度	手術なし	-

## 症例5

局在コード	C22.1	
局在テキスト	肝内胆管S5、S8	
形態コード	8160/39	
形態テキスト	Intrahepatic cholangiocarcinoma (腫瘍形成型)	
	UICC	取扱規約
cT	2	3
cN	0	0
cM	0	0
cステージ	II	III
c進展度	限局	-
pT	2	3
pN	0	0
pM	0	0
pステージ	II	III
p進展度	限局	-

## 症例6

局在コード	C22.1	
局在テキスト	肝内胆管	
形態コード	8160/31	
形態テキスト	高分化型胆管細胞癌 (胆管浸潤型)	
	UICC	取扱規約
cT	1a	病期分類適応外
cN	0	病期分類適応外
cM	0	病期分類適応外
cステージ	IA	該当せず
c進展度	限局	-
pT	2	病期分類適応外
pN	0	病期分類適応外
pM	0	病期分類適応外
pステージ	II	病期分類適応外
p進展度	限局	-

## 問1

### 【病歴】

排尿障害を主訴に A 病院を受診。画像検査で前立腺肥大を認め、手術目的に B 病院へ紹介。

### 【経過】

2023 年 5 月 22 日

TURP を施行。

2023 年 5 月 29 日

病理診断で腺癌を認める。

PSA 軽度高値。

CT 施行し、リンパ節転移、遠隔転移なし。

2023 年 6 月 5 日

低リスクの前立腺癌と判断し、LDR-BT を施行。

2023 年 6 月 28 日

退院後初回フォロー、PSA の低下を認める。

### 【手術病理】

切除病変から腺房腺癌を認めます。病変は標本全体に対して 10%程度を占めています。右葉を浸潤していますが、前立腺内に限局しています。GleasonScore は 3+3 です。垂直断端は陰性ですが、水平断端は焼灼の影響で評価困難です。

### <回答>

部位コード	C619	cTNM	T1b	N0	M0
部位テキスト	前立腺	臨床的病期	I 期		
組織型コード	8140/39	臨床的進展度	限局		
組織型テキスト	腺房腺癌	付加因子	G1		
	pTNM	手術なし			
	病理学的病期	手術なし			
	病理学的進展度	手術なし			
	付加因子	手術なし			
	観血的治療の範囲	手術なし			

### ★ポイント

- ・組織型コードの 6 桁目に GleasonScore は反映させない (部位別テキスト P6 注釈)
- ・前立腺肥大症に対する TURP でがんが見つかった場合、TURP は検査扱い (部位別テキスト P7)
- ・LDR-BT=永久挿入密封小線源療法 → 放射線治療 (部位別テキスト P8)

## 問2

### 【病歴】

A 病院で定期的に前立腺癌検査を受けている。

### 【経過】

2023年3月14日

定期 PSA 検査で異常高値。触診で腫瘍認める。

2023年3月17日

CT 施行。前立腺に腫瘍認められず。リンパ節転移、遠隔転移なし。

2023年3月24日

前立腺生検提示するも患者希望せず。

PSA 値から臨床的に初期の低リスク前立腺癌と診断。

内分泌治療と AS を提示し、AS を希望。

2023年6月22日

フォロー検査。PSA 高値も変動なし。CT 上で前立腺に腫瘍認めず。

### 用語

AS=active surveillance の略

### <回答>

部位コード	C619	cTNM	T2a N0 M0
部位テキスト	前立腺	臨床的病期	I 期
組織型コード	8000/39	臨床的進展度	限局
組織型テキスト	新生物、悪性	付加因子	G X
		pTNM	手術なし
		病理学的病期	手術なし
		病理学的進展度	手術なし
		付加因子	手術なし
		観血的治療の範囲	手術なし

### ★ポイント

- ・ AS【監視療法、部位別テキストでは WW (watchful waiting)】：無治療経過観察し病状進行時に治療開始する方法。
- ・ 8000/3 を使用する場合、癌腫と同等と扱うため、病期分類は該当なしとせず前立腺の分類で登録する。(がん登録 SNS Q505)
- ・ がんが存在すると医師が臨床的に判断しているため、cT2 以上。検査結果から進展範囲の情報が得られないため、最も低い cT2a を選択。

問3

【病歴】

2022年12月20日にA病院でのPSA検査で高値。精査加療目的にB病院へ紹介

【経過】

2022年12月28日

初診。直腸診で腫瘍触知する。

2023年1月6日

前立腺生検施行。腺癌の診断（GleasonScore4+3）。

2023年1月13日

MRI施行。腫瘍は片葉1/2内で被膜内に留まる。リンパ節腫大なし。遠隔転移なし、骨シンチ施行。骨転移なし。

2023年2月8日

ロボット支援下前立腺全摘除術施行。

2022年2月9日

術後経過良好。退院後に補助療法としてリュープリンとビカルタミドによる治療を予定。

【手術病理】

組織型：acinar adenocarcinoma（Gleason Score4+3）

病巣数：1 癌の大きさ：15mm 内腸骨リンパ節：1/4 外腸骨リンパ節：0/4 R0

神経周囲浸潤を認めますが、前立腺被膜外への浸潤は認めません。

腫瘍は片葉を超えて浸潤しています。切除リンパ節1個に0.1cm大の転移を認めます（pN1mi）。

<回答>

部位コード	C619	cTNM	T2a	N0	M0
部位テキスト	前立腺	臨床的病期	I期		
組織型コード	8140/39	臨床的進展度	限局		
組織型テキスト	acinar adenocarcinoma	付加因子	G3		
		pTNM	T2	N1	M0
		病理学的病期	IV期		
		病理学的進展度	領域リンパ節転移		
		付加因子	G3		
		観血的治療の範囲	遺残なし		

★ポイント

- ・組織型コードの6桁目にGleasonScoreは反映させない（部位別テキストP6注釈）
- ・2023年症例からpT2の症例については亜分類不要（院内がん登録支援 お知らせ2023.3.23）
- ・院内がん登録では前立腺癌のpN1(mi)は採用しない（部位別テキストP3注釈）

#### 問4

以下について、前立腺癌の登録として適切であれば【○】を、違っていれば【×】を記載してください。

【 × 】

- ・前立腺生検で神経内分泌癌と診断された。腺癌ではないため、病期分類は該当なしで登録した

★前立腺で神経内分泌癌は腺癌の亜型/変異型になっているため病期分類の対象  
(部位別テキスト P2 注釈)

【 ○ 】

- ・ GleasonScore が  $4+3=7$  と  $3+4=7$  と診断されたため、 $4+3=7$  を採用し、付加因子は G3 で登録した。

★最も高いスコアを採用し登録 (がん登録 SNS より)

【 × 】

- ・ A さんは高グレード前立腺上皮内腫瘍の診断、B さんは前立腺上皮内腫瘍Ⅲ度の診断となった。両者とも組織型コード 8148/2 で登録した。

★前立腺上皮内腫瘍Ⅲ度は登録対象外 (国際疾病分類腫瘍学 第 3.2 版 8148/2 の項)

【 × 】

- ・前立腺上皮内腺癌と診断されたため、8140/2 TisN0M0 進展度上皮内 で登録した。

★前立腺癌の病期分類に Tis なし。登録は「8140/2 該当なし 上皮内」  
(がん登録 SNS Q437)

【 × 】

- ・前立腺癌精査のため、画像検査したところ領域外リンパ節転移と骨転移が認められた。骨転移を採用し、M1b で登録した。

★多発転移の場合、最進行分類を採用 (UICC 第 8 版 P192 注釈、がん登録 SNS Q1219)

【 × 】

- ・前立腺組織診で移行上皮癌の診断のため、前立腺の病期分類で登録した。

★前立腺で組織型が移行上皮癌の場合、尿道の病期分類で登録 (UICC 第 8 版 P191、P208)

## 症例 1

【現病歴】 2023/6/10 強直発作を起こし、A病院に救急搬送。MRI で右側頭葉に脳腫瘍を疑い当院紹介。

### 【経過】

2023/6/15 精査目的に当院受診。

2023/6/20 MRI 検査施行。

所見: 右側頭葉底部に腫瘍が認められ Ganglioglioma や DNT が鑑別に挙げられます。

また、非典型的な転移も否定できません。

2023/6/29 MRI 結果を患者および家族に説明

右側頭葉底部に腫瘍あり、悪性度が比較的低い腫瘍かもしれないが、増大を示すようであれば手術をする選択肢もあると説明。患者より手術の希望あり

2023/7/5 頭蓋内腫瘍摘出術施行。

2023/7/26 放射線治療開始

### 【病理診断】

cerebrum, biopsy: diffuse glioma

円形核を有するグリア細胞の増殖を認めます。壊死や異常血管増生などは見られませんが、一部で cellularity の増加を示しています。

(用語)

神経節膠腫 ganglioglioma

DNT dysembryoplastic neuroepithelial tumor 胚芽異形成性神経上皮腫瘍

びまん性グリオーマ diffuse glioma

局在コード	局在テキスト	形態コード	形態テキスト
C71.2	右側頭葉底部	9380/39	diffuse glioma

c進展度	410 限局	p進展度	410 限局
------	--------	------	--------

## 症例 2

【現病歴】 通院していた A 病院神経内科で頭蓋内病変は指摘されていた。理解力低下や夢と現実が区別できなくなる症状が出現したため、2023/5/19-2023/5/29 A 病院神経内科にて入院精査。

2023/5/20 MRI で右側頭葉内側が 2020 年から経時的に腫大していることが判明。転移性脳腫瘍を疑われ、

2023/5/24 軀幹部 CT が施行され甲状腺腫と子宮の腫瘍疑われたが、いずれの生検でも悪性所見なかった（腺腫様甲状腺腫と子宮内膜下筋腫）。

2023/5/28 髄液検査で異型細胞は認められなかった。

### 【経過】

2023/6/21 当院受診。前医の画像から神経膠腫疑い。

2023/6/24 生検目的に入院した。

2023/6/29 定位脳腫瘍生検術

2023/7/1~2023/8/24 局所照射 50Gy ほぼ全脳を施行。特に有害事象なく経過。

体幹部の湿疹のみあり。

2023/9/24 自宅退院。

### 【病理診断】

cerebrum, biopsy: glioma

cellularity の増加を呈する腫瘍性 astrocyte の増殖を認めます。背景に ganglion cell が散見されます。

壊死や微小血管増生は見られません。GFAP(+), P53(-), IDH1(-), ATRX(+), Mib-1(10%)

(用語) グリオーマ glioma

局在コード	局在テキスト	形態コード	形態テキスト
C71.2	右側頭葉内側	9400/39	Astrocytic glioma,

c進展度	410 限局	p進展度	410 限局
------	--------	------	--------

### 症例 3

【現病歴】 2023/10/27 2週間ほど前からの左半身のしびれあり。左手がやや動きづらい。A病院受診。

【経過】 2023/10/28 A病院より当院へ紹介となる。右前頭頂葉の神経膠腫が疑われた。

2023/11/5 MRI 実施

MRI 所見: 右前頭頂葉に約 5.5cm の大きな腫瘍性病変を認めます。内部の大部分は嚢胞様 T1WI 低信号・T2WI 高信号を呈し、辺縁に一部やや不整な enhancement を認めます。単発病変のようです。転移性か、High grade glioma としては境界が明瞭すぎるような印象があります。貴科的にご検討下さい。S/O large brain tumor

2023/11/11 当院入院

2023/11/24 頭蓋内腫瘍摘出術

2023/12/1 歩行は麻痺を感じさせないが、階段昇降は一段ずつ。自覚的に左麻痺は9割程戻っている。自宅退院。

【病理診断】

cerebrum, resection: pilocytic astrocytoma

bipolar cell が vascular rosette を形成したり、一部 oligodendroglioma をまじえたり、pilocytic astrocytoma が最も考えられる像です。特染を施行します。

D.D.) high grade astrocytoma with piloid feature, ependymoma

特染の結果は ATRX(+), Olig2(+), P53(-), IDH1(-), p16INK4A(+), Mib-1(+), EMA(-)

MIB1 は血管内皮に陽性ですが腫瘍細胞には<5%程度の陽性像で pilocytic astrocytoma と考えられました

用語) 毛様細胞性星細胞腫 pilocytic astrocytoma

局在コード	局在テキスト	形態コード	形態テキスト
C71.3	右前頭 頭頂葉	9421/19	pilocytic astrocytoma

c進展度	410 限局	p進展度	410 限局
------	--------	------	--------

## 症例 4

### 【現病歴】

2023/9/1 車を運転中、左折する際に縁石に乗り上げてタイヤをパンクさせたことがあった。2023/9/8 風呂掃除中に転倒、2023/9/9 畑で転倒し動けなくなっているところを発見され、左脱力が明らかになった。2023/9/10 A病院受診。MRI で右前頭葉腫瘍を指摘。

### 【経過】

2023/9/12

当院受診前、A病院に紹介状を受け取りに行く予定だったため、家族が患者に電話をかけたが応答なく、自宅を訪れると座椅子に座ったまま倒れて動けなくなっていた。その後家族に連れられ車椅子で当院受診。同日造影 MRI 実施。

### MRI 所見

右前頭葉皮質下に腫瘍性病変を認めます。内部は T2WI で高信号、FLAIR で高信号を呈し、前部では不均一な信号を呈する充実成分を認め、充実成分には内部に小さな嚢胞様構造を伴っているようです。充実成分は拡散制限を呈し、不整な増強効果を示しています。周囲には T2WI/FLAIR 高信号域が拡がり、脳梁膝部にも及んでいます。正中線を超えた侵襲がみられ、右側脳室は圧排されている。→膠芽腫などの high grade glioma を疑います。

2023/9/13 当院入院

2023/9/20 頭蓋内腫瘍摘出術

2023/9/30～2023/10/25 放射線治療実施、2023/9/30～2023/10/14 テモゾロミド内服

2023/10/25 B病院へ転院

【病理診断】 cerebrum, resection: glioblastoma

著明な血管増生や壊死を示す、夥しい数の小型細胞の増殖を確認します。かなり未分化の方に属する glioblastoma の像です。

用語) 膠芽腫 Glioblastoma

局在コード	局在テキスト	形態コード	形態テキスト
C71.1	右前頭葉皮質下	9440/34	Glioblastoma、未分化

c進展度	430 隣接臓器浸潤	p進展度	430 隣接臓器浸潤
------	------------	------	------------

## 症例 5

### 【現病歴】

2023/1/15 キャッシュコーナーで暗証番号がわからなくなり、その後言葉出づらくなった。2023/1/20 起き上がることが難しくなり、その後様子を見ていたが症状改善せず。

2023/1/27 糖尿病・高血圧で通院していたA病院を受診し、脳の病気を疑われた。

2023/1/28 B病院脳神経外科を受診。MRI でグリオーマ疑い。同日当院受診。造影 MRI 実施。

### MRI 所見

左前頭葉～脳梁に内部不均一な T2WI 高信号を呈する不整形腫瘍を認めます。造影にて不整なリング状増強効果を呈し、左側脳室前角辺縁に沿った増強効果も見られます。膠芽腫が疑われます。腫瘍周囲の腫脹性高信号域は右前頭葉内側にも及び、右前頭葉にも複数のリング状増強効果を散見します。脳幹周囲や両側内耳道にも増強効果が見られ、播種と思われれます。膠芽腫の疑い。播種を伴っています

### 【経過】

2023/1/31 加療目的に入院。

2023/2/1 定位脳腫瘍生検術施行。

2023/2/7～テモゾロミド、放射線治療 脊髄播種あるも骨髄抑制が懸念され全脳のみ照射。

終了時点の MRI では造影領域縮小。

2023/3/25 自宅退院。

### 【病理診断】

cerebrum, biopsy: glioblastoma

多形を示す異型細胞が血管増生を伴いながら増殖しています。

GFAP(+), P53(+), IDH1(-), ATRX(+,弱), Mib-1(約 50%)

用語) 膠芽腫 Glioblastoma

局在コード	局在テキスト	形態コード	形態テキスト
C71.1	左前頭葉～脳梁	9440/39	glioblastoma

c進展度	440 遠隔転移	p進展度	440 遠隔転移
------	----------	------	----------