

## ②病変の色調・形態別の 早期胃癌診断のコツ

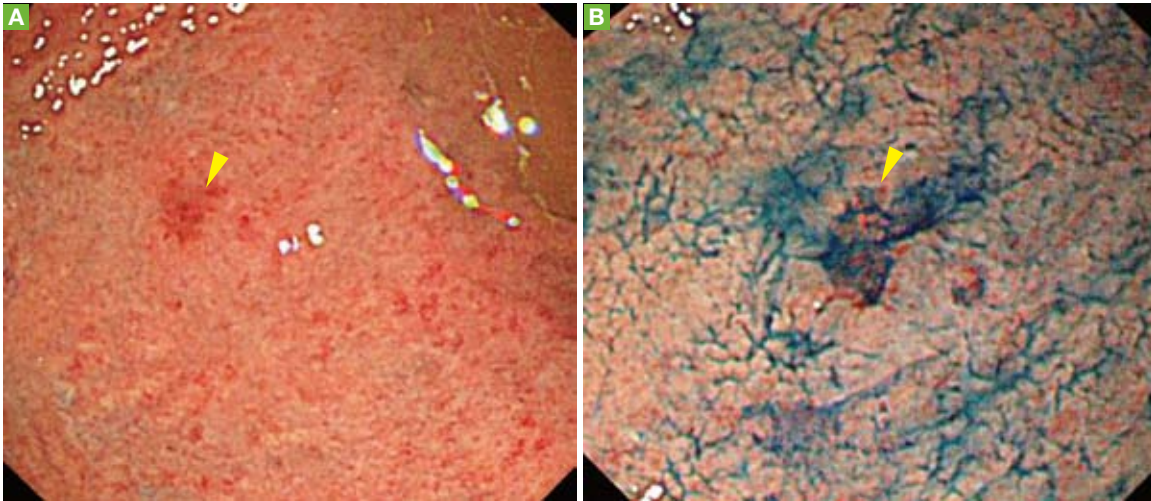
### A 発赤調の平坦・陥凹病変における早期胃癌診断

#### 発赤調の平坦・陥凹病変における早期胃癌診断のコツ

- 多発する発赤・陥凹では、他と区別できる不整な領域性病変に注目して早期胃癌を診断する

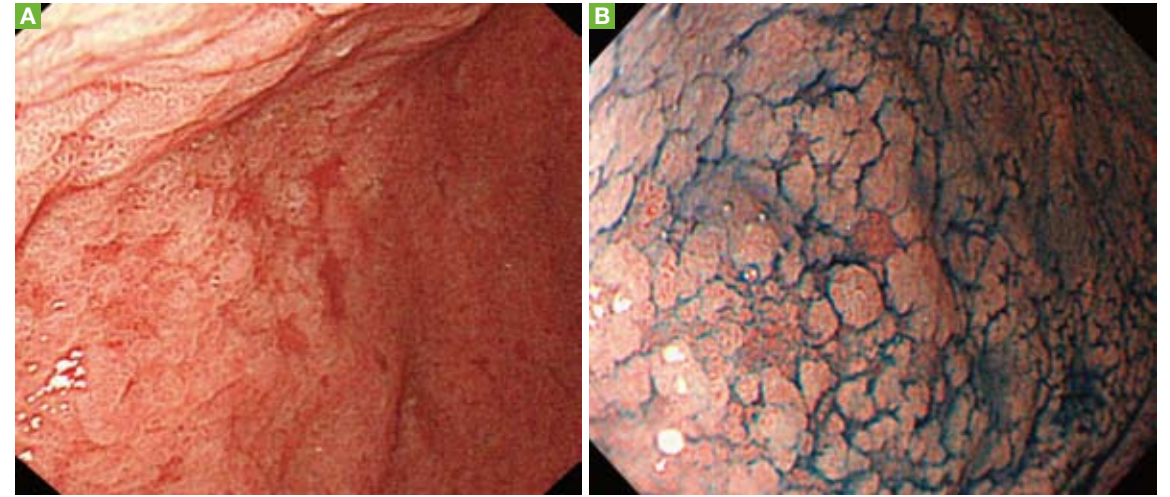
発赤した平坦・陥凹病変は、早期胃癌に最も多い肉眼形態である。単発の不整な発赤・陥凹は癌診断が比較的容易であるが、多発する発赤・陥凹の中から早期胃癌を診断するのはしばしば難渋する。多発する発赤・陥凹があった場合には、他と区別できる不整な領域性病変に注目して早期胃癌を診断する。

**症例** 多発する発赤陥凹にある 0-IIc 癌：pT1b1-SM1, por2-sig > tub2, 13 × 12 mm  
(観察設定：LUCERA ELITE, GIF-H260Z)



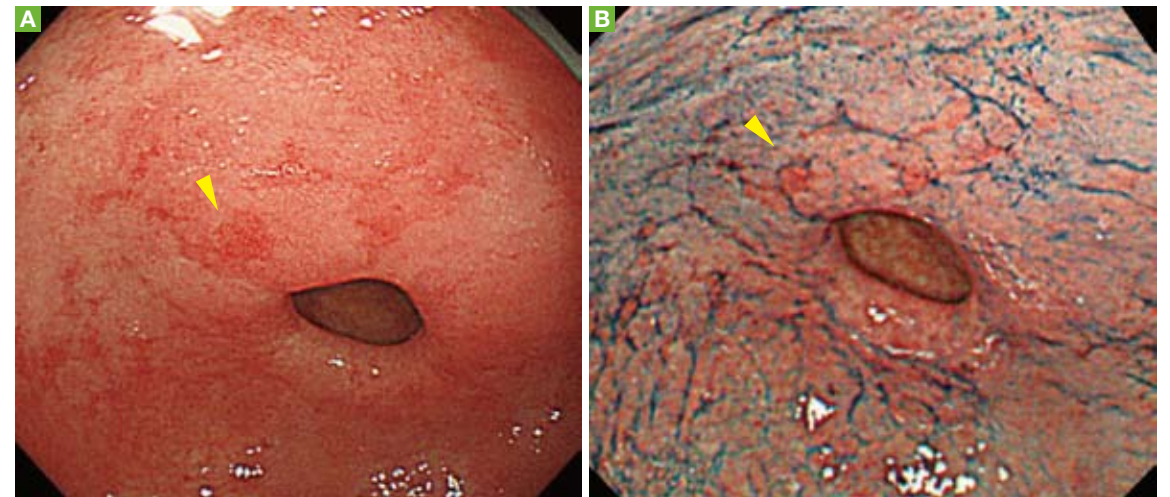
白色光観察 (A) では、体上部大弯に多発する発赤を認める。◀の病変は他の発赤に比して大きく、色調変化も目立つ領域性病変であり、早期胃癌を疑う病変として拾い上げることができる。インジゴカルミン色素内視鏡観察 (B) では、不整な境界を有し、粗造な陥凹粘膜をもつ領域性病変であり、早期胃癌を強く疑う病変と診断できる。生検で tub2 であり、ESDの結果、13×12 mm の 0-IIc, pT1b1 (SM1 250 μm), por2-sig > tub2 であった。

**症例** 多発する発赤した非癌陥凹①  
(観察設定：LUCERA ELITE, GIF-H260Z)



白色光観察 (A) では、体下部前壁に多発する発赤した陥凹を認める。一つ一つの病変は不整な境界をもつ陥凹であり、癌の可能性もありうるが、いずれも似た形態であるため他と区別できる病変は指摘できない。インジゴカルミン色素内視鏡観察 (B) でも、他と区別できる不整な領域性病変はみられず、多発する発赤した非癌陥凹である。

**症例** 多発する発赤した非癌陥凹②  
(観察設定：LUCERA ELITE, GIF-H260Z)



白色光観察 (A) では、幽門周囲に多発する発赤を認める。◀の部位は周囲の発赤に比べてやや大きく目立つため、癌の可能性も想定できる。しかし、インジゴカルミン色素内視鏡観察 (B) では、同病変は他と区別できる不整な領域性病変としては認識できない。多発する発赤した非癌陥凹である。