大腸 sm 癌の臨床病理学的検討

—sm 癌内視鏡的ポリペクトミー後の手術適応に関して—

新潟大学第三内科教室（主任：市田文弘教授）
富 沢 峰 雄

A Clinicopathological Study of Early(sm) Carcinoma of Colorectum

Mineo TOMIZAWA

The Third Department of Internal Medicine Niigata University School of Medicine
(Director: Prof. Fumihiro ICHIDA)

Forty two cases with carcinoma infiltrating into submucosal layer (sm−carcinoma) of colorectum resected by endoscopic polypectomy and surgical operation were analyzed. Histological findings of the invasion of carcinoma into submucosal vessels (vessel invasion) and the infiltration to excised margin of polypectomized specimen (cut end infiltration) were compared with lymphnode metastasis and remnant carcinoma tissue of resected bowel wall. Gross configuration of sm−carcinoma was classified into three types. The first type is the shape with constricted base or pedunculated (Isp・Ip), the second sessile or hemisphered (Is・IIa), and the third flat elevated with depressed top (IIa+IIc). Metastatic lymphnodes were found in 10 cases (24%). High incidence (38%) of metastasis to lymphnode was detected in the cases with IIa+IIc shaped carcinomas. Endoscopic polypectomy were performed to 20 cases with polypoid shaped carcinomas, and metastatic lymph nodes were found in 3 cases (15%). The findings of vessel invasion were highly correlative with lymph node metastasis, and detected easily from the observation of ordinary pathological specimen in the cases with large Is・Ip−shaped or IIa+IIc−shaped carcinomas resected by surgical operation. In contrast, the detection of vessel invasion was so difficult in cases of Is・IIa−shaped carcinomas excised by endoscopic polypectomy that diagnosis was difficult by routine pathological examinations, and the careful obsevation of large number of additional serial histological sections was required. The findings of cut end infiltration were found in eight polypectomized specimens, and remnant carcinoma tissues were detected on resected bowel wall at polypectomized part in one case out of 3

Reprints request to: Mineo TOMIZAWA
The Third Department of Internal Medicine,
Niigata University School of Medicine
Niigata City, 951, JAPAN.

別刷請求先：〒951 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部第三内科学教室
富沢峰雄

cases with Is・IIa-shaped carcinomas and four cases out of 5 cases with Isp・Ip-shaped carcinomas, respectively.

Key words: sm carcinoma of colorectum, endoscopic polypectomy
大腸 sm 癌内視鏡的ポリペクトミー

緒　　言

内視鏡による大腸癌診断の進歩により，近年，陥凹型の微小早期癌の報告例が増加してきているが[1)2)]，大腸癌の大多数を占めているのは隆起成分を主体とするものである．一方，内視鏡的ポリペクトミーの臨床応用[3)-5)]は，既に15年経過し，大腸における隆起型早期癌の診断に関して，従来の生検診断だけでは得られなかった豊富な情報をポリペクトミーによって得ることができた[6)7)]．さらに，内視鏡的摘除という技術は，当然，治療としての役割を有するが[8)]，治療方法としての有用性についても慎重な検討がなされてきており，既に10年前の第18回消化器内視鏡学会のシンポジウムにおいて，ポリペクトミーの治療としての可能性と限界について討議されている．その後もポリペクトミー症例の飛躍的な増加に伴ない，粘膜下層まで癌浸潤を認める sm 癌例に対し，根治的外科手術追加の適応判定基準に関する論議が数多くおこなわれてきた．しかし，現在もなお，sm 癌ポリペクトミー後の症例については，外科的切除を追加することが一般的であり，逆に，少数の経過観察例の中から，断端再発やリンパ節転移の出現をみる例も認められてきている．このことは，ポリペクトミー材料による的確な手術適応の判定がなされていないことを意味しているが，日常診療の中で，ルーチンにおこなわれている内視鏡治療と病理検査の接点の中では，現実的にはこの判定はかなり困難な問題を有している．ここでは，内視鏡的ポリペクトミー後の外科切除適応について，より正確な判定基準を探ることを目的とし，大腸 sm 癌のポリペクトミー例，および手術例の摘除材料から，連続切片病理標本を作製し，粘膜下の脈管侵襲像，および切離断端の癌浸潤について検索し，その結果と，手術結果におけるリンパ節転移および腸管壁の癌遺残との対比検討を行うことにより，外科切除追加適応の判定因子の信頼性について検討した．

対 象 と 方 法

昭和51年 4 月より，同62年 4 月までに，新潟大学中央内視鏡部門および第三内科教室関連病院において，大腸内視鏡的にポリペクトミーされた sm 癌は20例であった．同期間に本学第一外科で手術的に切除された sm 癌20例および関連病院における手術的ポリペクトミー例の 2 例を加え，計42例の sm 癌症例について病理組織学的検索を行った．脈管侵襲像と癌浸潤の広がりを観察する目的で，ポリペクトミー材料の全例，および手術材料での脈管侵襲像不明例に関して，連続切片標本を作製した．ルーチンに作製された最初の標本（以下通常標本と呼ぶ）を切片番号 0 番とし，次いで作製した標本に順次連続番号を付した．各例数百枚の連続切片全体の観察は困難のため，標本番号 1 番，5 番，9 番，11番，15番，19番の如く，以下順次末尾番号 1，5，9 の切片標本にヘマトキシリン・エオジン染色を施行し観察した．また一部必要な症例に対しては，エラスティカ・ファンギーソン染色を追加した．42例中39例に開腹術が施行されており，この結果から，リンパ節転移の有無，および切除腸管壁の遺残癌組織の有無につき検索し，さきの病理標本における癌脈管侵襲像とポリープ切離断端癌浸潤の有無に関する観察結果とを比較検討した．肉眼形態の分類に関して，大腸ポリープの場合，有茎（Ip），亜有茎（Isp），無茎扁平（Is），の分類が一般的であるが[9)]，sm 癌症例に限定した場合，ポリペクトミーの適応性の観点から，基部に明らかなくびれや茎を有するもの（以下 Isp・Ip），くびれの明らかでない無茎，半球状のもの（以下 Is・IIa），および扁平で中心陥凹を有するもの（以下 IIa＋IIc）の 3 型に分類して検討した．

成　　績

1） 脈管侵襲像およびリンパ節転移

sm 癌42例についての粘膜下脈管侵襲像の有無，およびリンパ節転移の有無の検索結果を **Table 1** に示した．脈管侵襲像の有無については，連続切片標本の観察結果に基づくものであって，ポリペクトミー例では，通常標本観察のみによっては，脈管侵襲像の指摘は 1 例も得られなかった．リンパ節転移については，IIa＋IIc 群で38％の高頻度に転移例を認め，同群を除外しても34例中 7 例（20.6％）であった．内視鏡的ポリペクトミーを施行した例でも，20例中 3 例（15％）の高頻度でリンパ節転移を認めた．外科切除により，リンパ節郭清をし得た39例において，sm 癌切除標本観察における粘膜下脈管侵

Table 1　形態別にみた、脈管侵襲陽性およびリンパ節転移の例数

形　態	例　数 ( )ポリペクトミー	脈管侵襲陽性例	リンパ節転移例
Isp・Ip	20 (12)	4 (20%)	3 (15%)
Is・IIa	14 (8)	5 (36%)	4 (29%)
IIa+IIc	8 (0)	5 (63%)	3 (38%)
計	42 (20)	14 (33%)	10 (24%)

Table 2　粘膜下脈管侵襲像の有無とリンパ節転移の有無との相関

	リンパ節転移	
	(+)	(−)
脈管侵襲 (+)	9	5
脈管侵襲 (−)	1	24

襲像の有無と，リンパ節転移の有無とを対比した結果を **Table 2** に示した．両者の一致率は85％であるが，この成績も，通常標本の観察結果のみでは一致率は74％に低下する．次に，リンパ節転移の認められた10例について，形態と病巣の大きさ，さらに脈管侵襲像判定の難易度を検討した結果が **Table 3** である．すなわち病巣の大きさは 0.8cm から 4.5cm にわたり，病巣の大きさからリンパ節転移の有無を推定することは困難であった．形態別の検討では，内視鏡的ポリペクトミー例の Isp・Ip 群には，リンパ節転移は認められなかった．つぎに，脈管侵襲像を診断するために必要とした連続切片標本の観察枚数と診断した標本の連続切片番号については，結果的にこの数字が大きいほど診断が困難であったことを意味する．IIa＋IIc 群や，手術例における大型の Isp・Ip 群では通常標本のみで脈管侵襲が診断できているのに対し，Is・IIa 群ではいずれも多数の標本観察を必要とし，症例7は厳密には明らかな脈管侵襲像は得られておらず，標本100枚の観察によっても判定困難であった症例である．

2)　切離断端の癌浸潤

ポリペクトミー材料の切離断端の癌浸潤像いわゆる断端陽性像については，腸管切除例における断端陽性のような明確な距離の定義[10]はないが，切離線に達する癌浸潤と解釈される．(**Fig. 7, Fig. 8**)．この判定は前述した脈管侵襲像の診断ほど困難ではないが，不適切な標本作製，すなわち切り出し面の軸偏位例では，連続切片標本の追加観察を必要とした．また，2例の piecemeal polypectomy による分割切除例では，切除材料と腸管壁との立体的位置関係の判断が困難なため，断端陽性像の診断には，多数の標本観察を必要とした．切除ポリープの断端陽性像と手術結果による腸管上の癌残存の関係を形態別に **Table 4** に示した．Isp・Ip 群では12例中5例 (41.7％)，Is・IIa 群では8例中3例 (37.5％) に断端陽性像を認めた．この点について，くびれを有する例が確実にポリペクトミーされやすいとの判断は成立せず，腸管壁の癌残存例も Is・IIa 群では，Isp・Ip 群に比し低頻度であった．

Table 3　リンパ節転移陽性Sm癌の形態と大きさ、および粘膜下脈管侵襲像の判定に要した観察標本の枚数

形　態	症　例	大きさ (cm)	標本枚数	連続切片番号
Isp・Ip	1	3.0 × 3.0	1	0
	2	4.0 × 4.5	1	0
	3	2.0 × 3.0	4	9
Is・IIa	4	1.4 × 1.5	1	0
	5(p)	0.8 × 0.8	13	39
	6(p)	1.3 × 1.5	15	45
	7(p)	0.8 × 1.0	100	329
IIa+IIc	8	1.3 × 1.4	1	0
	9	2.0 × 2.3	1	0
	10	1.5 × 2.0	4	9

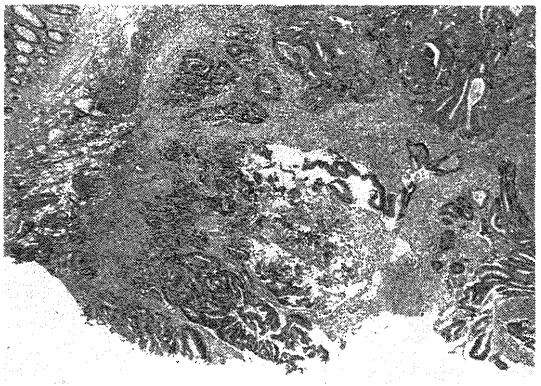


Fig. 7 Cut end infiltration.
Carcinoma infiltrating into submucosal layer extends to excised margin of polypectomy.



Fig. 8 Negative cut end infiltration.
Carcinoma spreads deeply in submucosal layer, but excised margin is still free from infiltration.

Table 4 ポリペクトミー標本の断端陽性および切除腸管上の癌残存例数

形　態	例　数	ポリペクトミー断端陽性例	切除腸管癌残存例
Isp・Ip	12	5	4
Is ・IIa	8	3	1

考　　察

大腸 sm 癌の粘膜下脈管侵襲率やリンパ節転移率については多数例の集計は乏しいが，一般にはリンパ節転移は10%以下と考えられている[11]．本研究の対象症例では，それに比してリンパ節転移はかなり高い頻度を示している．対象例の特殊性をあげれば，大型の Isp・Ip 例を含んでいること，合併疾患のため手術不能で，本来ポリペクトミーの適応となりがたい大型広基性の例が存在すること，さらに多発ポリープ内の多発癌例で，高度の脈管侵襲を呈した症例が存在すること等があげられる．昭和51年の消化器内視鏡学会における，大腸 sm 癌ポリペクトミー後の取り扱いに関する討議[12]に始まり，Morson らの研究[13)-15)]を踏まえて，武藤ら[16]はポリペクトミーによる癌の取り残しや転移の危険性を，摘除材料から判定する因子として，①粘膜下脈管侵襲陽性．②低分化腺癌．③断端近傍に至る massive invasion に集約した．さらに武藤は昭和58年に sm 癌症例の大規模な集計[17]を行ったが，上記の判定因子に加えるべき明らかな因子は指摘できなかったとしている．これらの判定因子の有用性については，②の低分化腺癌に関して，対象症例でも1例に分化度の低い粘液癌を認め，断端陽性，リンパ節転移陽性であったが，大多数の症例は分化型の管状腺癌である点で，全体としては余り重要な意味をもたない．また，③の粘膜下における massive invasion という因子も，massive というのはどの程度の癌の量を目安にするべきかの客観的判断は確立され難い．この点に関し工藤ら[18]は，粘膜下における癌浸潤の形態を詳細に分類し，水平方向への広がりの要素も加味して，この判定因子の厳密化を計っているが，粘膜下浸潤が少量でも，リンパ節転移例が認められる（**Fig. 9**）．このため，結局，粘膜下脈管侵襲の有無と，切除断端の癌浸潤の確実な判定が，手術適応を決定する最も重要な判定因子になるものと考えた．形態分類に関しては，腺腫や m 癌等を含めた全体の大腸ポリープを対象とすると，有茎，亜有茎，無茎扁平の3型分類が一般的であるが，対象を



Fig. 9 A small amount of carcinoma infiltrated under muscularis mucosae.
In this case, metastasis to lymphnode was detected.

sm 癌に限定し，ポリペクトミーの技術的問題を加味すると，前述の3型分類が適切と考える．もちろん，丸山[19]が指摘するように，Isp と Is の境界，すなわち，ポリペクトミー施行にあたって難易度の判断基準となる．くびれを有するか否かの形態認識は極めて主観が入りやすく，内視鏡観察の方向や腸管の伸展度，さらには便渣の付着等の条件で，形態は微妙に変化して見える．また，基部を絞約して焼灼するポリペクトミーの方法により得られた摘除標本からは，もとのポリープの生理的形態を再現するのは困難で，Isp か Ip かの厳密な実証は難しいため，両者の分類は，注意深い観察を行った上での内視鏡的肉眼分類として位置づけられる．

1）粘膜下脈管侵襲とリンパ節転移

前述のように高頻度のリンパ節転移率を呈しており，ポリペクトミーの適応となる形態の Isp・Ip 群および Is・IIa 群のみに限っても，34例中7例（20.6%）の頻度であった．ポリペクトミー施行例20例のうち3例にリンパ節転移を認めたことは臨床的に極めて重要な事実であり，ポリペクトミーにより sm 癌が確認された場合には原則としてはリンパ節郭清を含めた外科的切除を追加することが必要と考えた．人工肛門の造設を必要とする直腸病変や，poor risk 症例においては、より慎重な手術適応の判断が求められるため，転移の可能性を示唆する脈管侵襲像の詳細な検索が要求される．脈管侵襲像とリンパ節転移との相関は，**Table 2** に示したように85%とかなり高い．大型の Isp・Ip 例や手術例における IIa＋IIc 例では脈管侵襲像の判定は，**Table 3** に示すように比較的容易であるが，それでも脈管侵襲像は観察標本の違いにより微妙に出現，消失する（**Fig. 10**）．一方，ポリペクトミーの対象となった 2cm 以下の Is・IIa 群では判定は困難で，全ての例で多数の標本観察を必要としており，ルーチンに作製された通常標本のみの観察による診断は極めて困難であると考えた．IIa＋IIc 群では最も高頻度に脈管侵襲を認めており，Is＋IIa，Isp・Ip と内腔へ突出する形態が主となるに従って脈管侵襲像の頻度の低下する傾向がみられた．下田ら[21]は腺腫関連腺癌[22)-24)]と de novo 癌[25)-26)]との大腸癌における位置づけの相違につき述べているが，今回の検索症例でも内視鏡的ポリペクトミーの対象となった Isp・Ip 群，すなわち比較的多量の腺腫を併存する例[27)]ではリンパ節転移を認めなかった点は興味深く，後述する断端陽性の因子がなければ良好な予後を示唆する形態[28)]と考える．

2）ポリペクトミー切除断端癌浸潤と癌の腸管遺残

断端陽性の判定については，粘膜面での癌の断端までの連続性，および癌の最深達部と断端の位置的関係を調べることであり，経験的に，隆起成分の中央付近と癌の

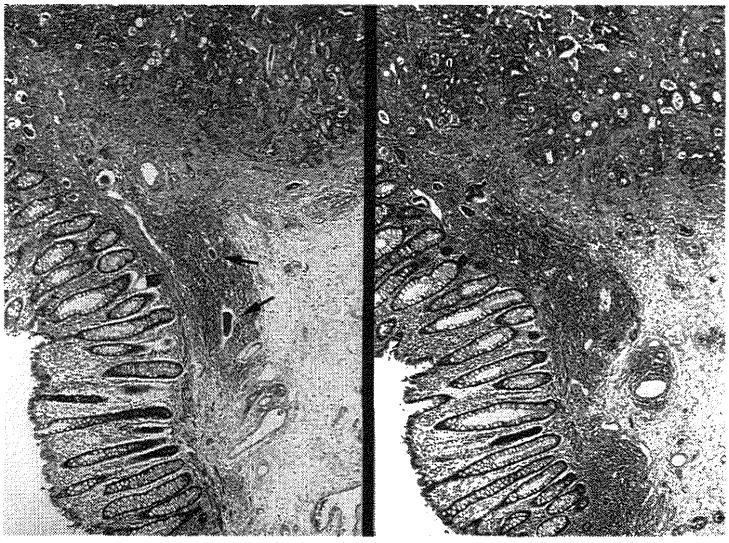


Fig. 10　left: Invasions of carcinoma into submucosal lymphvessels are found (arrow).
right: Different section of serial histological specimen from left. Findings of lymphvessel invasion are disappeared.

最深達部分はほぼ一致すると考えられるため，標本がポリペクトミー材料の中央部で切離面に垂直に作製されていれば判定は容易である．ポリープ癌の診断には，標本作製時の切り出し面の決定は極めて重要な作業となる[29]が，日常診療においては，ポリペクトミー施行者と病理標本作製者とが異なることが多く，このため時として診断上意図した標本が得られないこともある．今回の検索例でも標本上に切離断端が示現されていない例がみられ，かかる例では，多数の標本観察による断端検索が必要であった．大型の sm 癌に対し，piecemeal polypectomy を頻用する考え方もあるが，分割切除された材料から，腸管壁とポリープ癌との立体的位置関係を再現するのは困難であり，断端陽性の判定の観点からは問題のある方法である．断端陽性像と切除腸管上の癌遺残との関係については，くびれを有し，切離が容易であると思われる Isp・Ip 群で Is・IIa 群と同様に数例の断端陽性例が認められ，切除腸管の癌残存例は Isp・Ip 群が Is・IIa 群を上回っている（**Table 4**）．この理由として，管腔内に大きく突出した形態では，腸管壁方向にも多量の癌浸潤を生じている可能性がある．また粘膜下層の癌深達部でなく，粘膜面での断端陽性例も認められ，ポリペクトミーの技術的問題として，くびれの位置より，わずかにポリープ先端寄りで切離された可能性や，くびれの位置を越えて，癌組織の側方進展の存在も否定できないが，後者については，基部付近の詳細な内視鏡観察により，ポリペクトミー施行前に診断可能であろう．ポリペクトミー材料の断端陽性像と腸管壁の癌残存との関係で，Isp・Ip 群では一致率が高いのに対し，Is・IIa 群では，断端陽性の3例中1例に癌残存を認めたのみであるが，ポリープの大きさに比し基部が広いため，相対的な通電焼灼時間が長く，腸管壁側の癌組織が壊死脱落した可能性も考えられる．Isp・Ip 群のうち2例は，ポリペクトミー後8か月および1年2か月後の手術例であり，この2例は共に，ポリペクトミー後の初回の内視鏡的経過観察による該当部生検では癌の残存を指摘できず，局面が拡大した後に発赤として断端再発を診断した．断端陽性例は，絶対的な外科切除適応例と考えられるが，やむを得ず経過観察を行う例では，初回生検が陰性でも，観察間隔を短かくして，発赤を中心として慎重な観察を続ける必要がある．

結　　語

1）20例の内視鏡的ポリペクトミー例を含む42例の大腸 sm 癌につき検討し，リンパ節転移を10例（24%）の高率に認めた．ポリペクトミーを施行した例におけるリンパ節転移例は3例（15%）であった．

2）リンパ節転移率の高い形態は IIa+IIc 型であり，内視鏡的ポリペクトミーの対象となった例のリンパ節転移は全て，基部にくびれを有しない Is・IIa 型にみられ，くびれを有する Isp・Ip 型には認めなかった．

3）リンパ節転移の危険性を示唆する粘膜下脈管侵襲の有無と，リンパ節転移の有無との一致率は85%であった．リンパ節転移例における原病巣部脈管侵襲像の判定は，IIa+IIc 例や，大型の Isp・Ip 例では容易であったが，ポリペクトミーの対象となった Is・IIa 例では，判定には多数の連続切片病理標本の観察を必要とした．

4）ポリペクトミー断端の癌浸潤陽性例8例のうち，5例に腸管壁側での癌残存を認めたが，Is・IIa 型より Isp・Ip 型に残存例が多かった．

5）内視鏡的ポリペクトミーで sm 癌が確認された場合には，原則的には根治手術の追加が望ましいが，より慎重な手術適応の判定を要する症例では，通常標本に加え，連続切片標本を追加作製し，Isp・Ip 例では主として切除断端の癌浸潤を，Is・IIa 例では主として粘膜下脈管侵襲像について詳細な観察が必要である．

稿を終えるにあたり，御指導，御校閲を賜った新潟大学第三内科市田文弘教授に深甚な感謝を致します．また，切除材料の使用をお許し頂いた新潟大学第一外科武藤輝一教授，および，病理標本の観察に関し御示唆頂いた新潟大学第一病理渡辺英伸教授に深謝すると共に，多数の病理標本の作製に御尽力頂いた新潟大学第三内科本多紀元技官に心から感謝致します．

参　考　文　献

1）**渡辺英伸**：陥凹型早期大腸癌．胃と腸，**22**：964，1987.
2）**味岡洋一，渡辺英伸，他**：10mm 未満の大腸癌―その内視鏡的な特徴と深達度判定法．胃と腸，**22**：421，1987.
3）**Wolf, W.I., et al.**：A new approach to the management of colonic polyps., Advances in Surgery, **7**：45, 1973.
4）**丸山雅一，佐々木喬敏，他**：ファイバースコープによる大腸ポリペクトミー．臨床成人病，**5**：557，1975.
5）**田島　強**：内視鏡的ポリペクトミー．治療，**58**：

1163, 1976.

6) **丸山雅一, 中村恭一, 他**: 大腸癌および有茎性ポリープの生検標本と全標本の組織学的対応について. 胃と腸, **9**: 187, 1974.

7) **富沢峰雄, 野本 実**: 内視鏡的ポリペクトミーによる生検診断. 日本臨床, **39**: 2091, 1981.

8) **Coutsoftides, T.**: Colonoscopy and the management of polyps containing invasive carcinoma. Ann. Surg., **188**: 638, 1978.

9) **武藤徹一郎, 松丸 清**: 大腸ポリープとその取り扱い方. 内科, **36**: 431, 1975.

10) 切除断端の取り扱い, 大腸癌取り扱い規約. 3版: 12, 金原出版, 1983.

11) **土屋周二, 松川好雄, 他**: 早期大腸癌の診断と治療. 手術, **31**: 1051, 1977.

12) **武藤徹一郎, 丸山雅一**: 司会総括「大腸の invasive carcinoma とポリペクトミー」Gastroenterological Endoscopy, **20**: 1184, 1978.

13) **Morson, B.C.**: Factors influencing the prognosis of cancer. Proc. Roy. Soc. Med., **59**: 607, 1966.

14) **Morson, B.C., et al.**: Policy of local excision for early carcinoma of the colorectum. Gut., **18**: 1045, 1977.

15) **Muto, T., Kamiya, J., et al.**: Colonoscopic polypectomy in diagnosis and treatment of early carcinoma of the large intestine. Dis. Colon. Rectum., **23**: 68, 1980.

16) **武藤徹一郎, 上谷潤二郎, 他**: 内視鏡ポリペクトミーの成績, とくに摘除生検ならびに治療としての有用性について. 日消会誌, **76**: 2158, 1979.

17) **武藤徹一郎**: sm 癌アンケート集計報告とその考察. 胃と腸, **18**: 851, 1983.

18) **工藤進英, 曽我 淳, 他**: 大腸 sm 癌の sm 浸潤の分析と治療方針—sm 浸潤度分類について. 胃と腸, **19**: 1349, 1984.

19) **丸山雅一**: 大腸早期癌の形態認識. 胃と腸, **18**: 858, 1983.

20) **加藤知行, 森木剛史, 他**: 大腸早期癌の検討—とくに治療方針について—. 日消外会誌, **16**: 1968. 1983.

21) **下田忠和, 池上雅博, 他**: 早期大腸癌の病理学的検討. 胃と腸, **22**: 967, 1987.

22) **Muto, T., Kamiya, J., et al.**: Morphogenesis of Human Colonic Cancer. Dis. Colon Rectum., **26**: 257, 1983.

23) **武藤徹一郎**: 大腸癌発生の臨床病理. 代謝, **19**: 1201, 1982.

24) **松谷富美夫**: 内視鏡的大腸ポリペクトミーによる早期大腸癌の検討. Gastroenterological Endoscopy, **26**: 370, 1984.

25) **喜納 勇, 中村恭一**: 大腸早期癌の病理学的特徴—とくに組織発生的観点から—. 胃と腸, **15**: 357, 1980.

26) **中村恭一, 西村 護, 他**: 大腸癌の組織発生とその早期における発育過程. 胃と腸, **20**: 877, 1985.

27) **工藤進英, 武藤輝一, 他**: 大腸の腺腫と早期の形態推移. 胃と腸, **20**: 903, 1985.

28) **高見元敞, 藤本高義**: 多発大腸癌よりみた大腸癌の自然史と切除材料による大腸癌発育過程の推定. Gastroenterological Endoscopy, **26**: 978, 1984.

29) **富沢峰雄, 野本 実**: 内視鏡ポリペクトミーによる大腸早期癌の診断. 新潟医学会雑誌, **98**: 142, 1984.

〔特別掲載〕(昭和63年1月16日受付)

富 沢 論 文 付 図

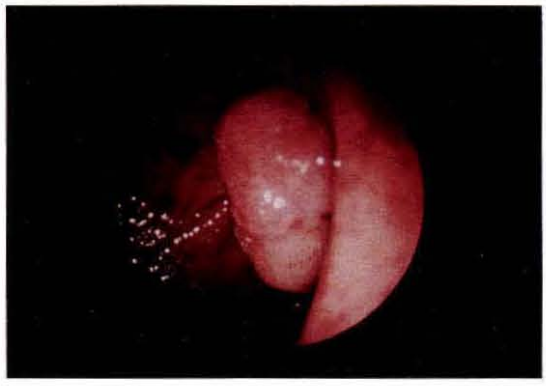


Fig. 1 lsp shaped carcinoma
A large polypoid lesion protrudes on constricted base (2.5×3.0cm).

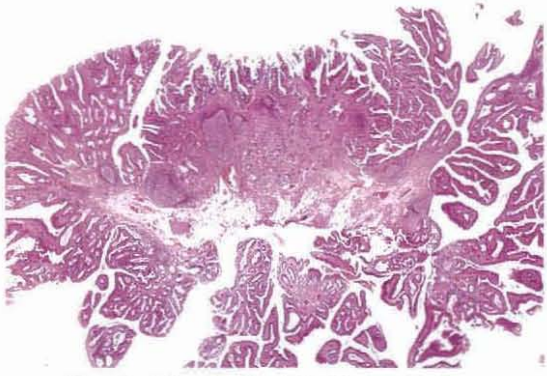


Fig. 2 Histological finding of polypectomized specimen of Fig. 1.
Carcinoma tissue surrounded by adenoma.

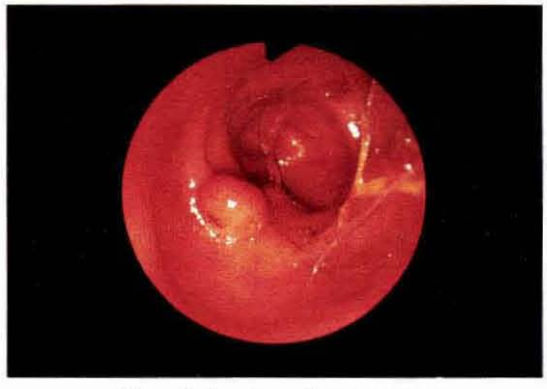


Fig. 3 ls shaped carcinoma
A small sessile polypoid lesion (0.8×1.0cm).

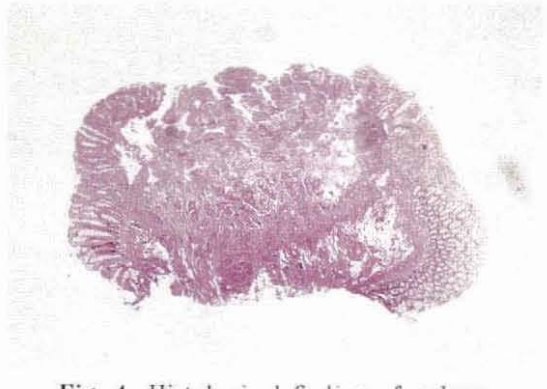


Fig. 4 Histological finding of polypectomized specimen of Fig. 3.
Carcinoma spreads widely into submucosal layer. In this case, metastatic lymphnode was detected.

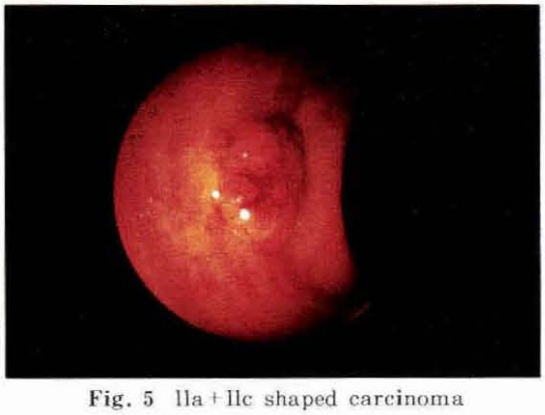


Fig. 5 IIa+IIc shaped carcinoma
Flat elevated and depressed part on the top.

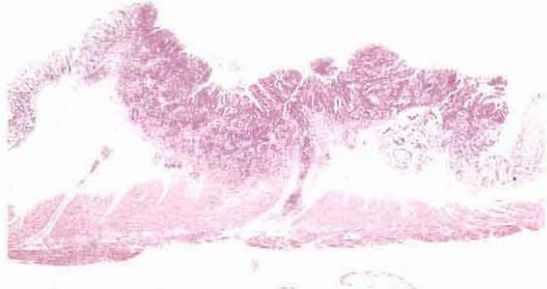


Fig. 6 Histological finding of surgically resected lesion of Fig. 5.
Carcinoma infiltrates deeply into submucosal layer, and lymphvessels were invaded.