第１１回　　九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：　2014 年 2 月 8 日（土）　15：00～19：00
会場：　西鉄イン福岡　　2F 大ホール
　　福岡市中央区天神 1-16-1　　TEL 092-712-5858
代 表 世 話 人：　　福岡大学筑紫病院　　八尾　建史
病理コメンテーター：　福岡大学筑紫病院　　岩下　明徳
　　順天堂大学　　八尾　隆史

テーマ：『 隆起性病変の診断　～良悪性問わず～ 』

15：00～17：20

代表世話人基調発言

福岡大学筑紫病院　八尾　建史

座長　　福岡大学筑紫病院　　内視鏡部　　八尾　建史

基調講演

『　隆起性病変に対する病理組織学的診断の基本　』

福岡大学筑紫病院　　岩下　明徳

演題 1『　NBI 併用拡大観察を行った扁平隆起性病変 3 病変の 1 例　』

町立芦屋中央病院　消化器科　小島　俊樹　別府　剛志　槇　信一朗　櫻井　俊弘
福岡大学筑紫病院　病理部　　今村　健太郎　田邊　寛　岩下明徳

演題 2『　拡大内視鏡所見の異なる隆起型早期胃癌 2 例　』

大阪府立成人病センター　消化管内科　金坂　卓

演題 3『　NBI 併用拡大内視鏡が質的診断に有用であった腺腫内癌の 1 例　』

福岡大学筑紫病院消化器内科 1) 同病理部 2) 同内視鏡部 3)
金光高雄 1), 今村健太郎 2), 長濱孝 1), 松嶋祐, 大津健聖, 藤原昌子 3),
小野陽一郎 1),八尾建史 3), 田邉寛 2), 岩下明徳

休　　憩　　17：20～17：35

17：35～19：00

座長　　福岡大学筑紫病院　消化器内科　　長浜　孝

胃拡大内視鏡よろず相談

①『　WLI にて Rindi 分類Ⅰ型カルチノイドと早期胃癌の混在が疑われた１例　』

福井県立中央病院　消化器内科　青柳　裕之

演題４　『　多彩な内視鏡像を呈した広範囲扁平隆起性病変の１例　』

中西宏佳 1)、津山　翔 2)、太田亮介 1)、竹田康人 1)、朝日向良朗 1)、辻国広 1)、冨永 桂 1)、稲垣聡子 1)、吉田尚弘 1)、辻　重継 1)、竹村健一 1)、山田真也 1)、片柳和義 2)、車谷　宏 2)、土山寿志 1)

1）石川県立中央病院　　消化器内科　2）同　病理診断科

演題５　『　拡大観察を行った隆起性病変の１例　』

高知赤十字病院　消化器内科　小島　康司　内多　訓久

演題６　『　ESD で完全切除可能であった隆起型乳頭腺癌の１例　』

順天堂医院　消化器内科

松本紘平 1、上山浩也 1、松本健史 1、中川裕太 1 、永原章仁 1、八尾隆史 2、渡辺純夫 1

演題７　『　NBI 観察が有用であった散発性胃底腺ポリープからの胃癌の１例　』

大分赤十字病院消化器内科 1)　大分赤十字病院病理診断科 2)

都甲　和美 1)，上尾　哲也 1)，米増　博俊 2)，福田　昌英 1)，柳井　優香 1)，占部　正喜 1)，垣迫　陽子 2)，永松　秀康 1)，成田　竜一 1)，石田　哲也 1)

演題１

「NBI 併用拡大観察を行った扁平隆起性病変 3 病変の 1 例」

町立芦屋中央病院　消化器科　　小島　俊樹　別府　剛志　槇　信一朗　櫻井　俊弘
福岡大学筑紫病院　病理部　　今村　健太郎　田邊　寛　岩下明徳

症例は 80 歳代女性。病変はいずれも前庭部後壁に認めており、①同色調の径 7mm②発赤調の径 4mm③同色調の径 8mm の隆起性病変を認めた。3 病変とも比較的小さく通常内視鏡観察では質的診断は困難だったため、後日 NBI 併用拡大内視鏡(M-NBI)を施行した。M-NBI で病変①は、明瞭な Demarcation line：DL を認め、DL の内部の微小血管像（MVP）は、個々の血管の形態は開放性ループ～閉鎖性ループを認め、形状不均一、分布は非対称性、配列は不規則であり、Irregular MVP と判定した。粘膜表面微細構造（MSP）は、個々の腺窩辺縁上皮（MCE）は弧状から直線状を認め形状不均一、分布は非対称性、配列は不規則であり、Irregular MSP と判定し癌と診断した。病変②も同様に明瞭な DL を認め、DL の内部の MVP は、個々の血管の形態は開放性ループを認め、形状不均一、分布は非対称性、配列は不規則であり、Irregular MVP と判定した。MSP は、個々の MCE は直線状を認め形状不均一、分布は非対称性、配列は方向が不規則であり、Irregular MSP と判定し癌と診断した。病変③も同様に明瞭な DL を認め、DL の内部の MVP は、個々の血管の形態は開放性ループで形状は均一、分布は対称性、配列も規則的であり Regular MVP と判定した。MSP は個々の MCE の形態は弧状から直線状で、形状は均一、分布は対称性、配列は規則的であり、Regular MSP と判定し非癌と診断した。ESD 術後病理組織標本で病変①と病変②は高分化型腺癌であり、病変③は超高分化型腺癌だった

演題２
「拡大内視鏡所見の異なる隆起型早期胃癌２例」
大阪府立成人病センター　消化管内科　金坂　卓

【症例 1】70 歳代前半女性．白色光通常観察で，萎縮性胃炎を背景として前庭部大弯に 10mm 大の境界明瞭な褪色調扁平隆起性病変を認めた．NBI 併用拡大観察では，褪色域に一致して明瞭な Demarcation line を認め，内部には軽度の Irregularity を有する微細表面構造を認めた．病変内の大部分で WOS を認め，評価可能な血管像は視認困難であった．以上より早期胃癌と考えた．また，病変辺縁にはスリット状の Crypt opening を認め，組織学的に管状構造を呈する病変であることが疑われた．術前生検は Group 4 であった．cT1a，UL-に対して EMR で一括切除した．病理診断は，Type 0-IIa，8×5mm，tub1，pT1a(M)，ly0，v0，pHM0，pVM0 であった．
【症例 2】60 歳代後半女性．白色光通常観察で，萎縮性胃炎を背景として胃角部小弯に 10mm 大の急峻な立ち上がりを有する同色調の隆起性病変を認めた．NBI 併用拡大観察では，隆起の辺縁において表面構造の違いから Demarcation line を認めた．微小血管構築像は Regular と Irregular の所見が混在し，微細表面構造は軽度の Irregularity を認めた．以上より早期胃癌と考えた．また，VEC pattern 陽性であったため，乳頭様構造を呈する病変であることが疑われた．術前生検は Group 4 であった．cT1a，UL-に対して ESD で一括切除した．病理診断は，Type 0-I，10×8mm，pap-tub1，pT1a(M)，ly0，v0，pHM0，pVM0 であった．
【考察】今回検討した 2 症例においては，NBI 併用拡大観察により組織像の推測がある程度可能と考えられた．

演題３

「NBI 併用拡大内視鏡が質的診断に有用であった adenocarcinoma with adenoma の１例」

福岡大学筑紫病院消化器内科[1] 同病理部[2] 同内視鏡部[3]
金光高雄[1]，今村健太郎[2]，長濱孝[1]，松嶋祐，大津健聖，藤原昌子[3]，小野陽一郎[1]，
八尾建史[3]，田邉寛[2]，岩下明徳

症例は 70 歳代，女性．前医での上部消化管内視鏡検査にて，胃角前壁に平坦な隆起性病変を認めた．生検の病理組織学的診断で Group 4 (tubular adenoma with moderate to severe atypia)と診断され，ESD 目的に当科紹介となった．通常観察では，胃角前壁に径 40mm の褪色と発赤の混在した多結節状隆起性病変を認めた．NBI 併用拡大内視鏡観察では，【拡大所見 1】病変小弯側境界部の褪色隆起部において，個々の微小血管は小型で正多角形を呈し，小型の類円形の MCE が規則的に配列していたため，regular MV pattern plus regular MS pattern と判定し，管状腺腫と診断した．【拡大所見 2】病変中心付近の陥凹部では，窩間部に微細な白色不透明物質（WOS）の存在を認め，微小血管はほとんど視認できず，Absent MV pattern と判定した．個々の MCE は弧状から線状の形態を呈し，形状不均一を認めた．WOS は斑状～網目状の多様な形態を呈し，非対称性に分布し、不規則に配列して観察された．以上より，Irregular MS pattern と判定し，分化型癌と診断した．[Absent MV pattern plus Irregular MS pattern, WOS(+)]．【拡大所見 3】大弯側隆起部においても，WOS のため微小血管は十分に視認できず，Absent MV pattern と判定した．MCE の形状不均一を認めたため，Irregular MS pattern と判定し，分化型癌と診断した．[Absent MV pattern plus Irregular MS pattern, WOS(+)] ESD 切除標本の病理診断は，【拡大部位 1】管状腺腫，【拡大部位 2・3】高分化腺癌と診断され，NBI 拡大内視鏡所見と矛盾しなかった．本例は同一病変内に異なる異型度の component を有しており，それぞれについて NBI 内視鏡観察による質的診断が可能であった．

よろず相談

「WLI にて Rindi 分類Ⅰ型カルチノイドと早期胃癌の混在が疑われた 1 例」

○青柳　裕之、伊部　直之、有塚　敦志、濱本　愛子、内藤　慶英、林　宣明
波佐谷　兼慶、辰巳　靖(1) 、海崎　泰治(2)、川崎　佑輝(3)
福井県立病院　消化器内科(1)、臨床病理科(2)
越前町国民健康保険織田病院 内科(3)

【背景】NBI 拡大内視鏡検査(M-NBI)の普及は癌と非癌の差異を識別することをそれまでのモダリティーと比べ容易にし、内視鏡治療に大きく貢献してきた。さらに特異な形態を示す病変に対する質的診断にもその一助となり得ている。今回は WLI にてⅠ型カルチノイドと早期胃癌の混在が疑われた 1 例を経験した。そこで M-NBI にて本来はどこまで組織型に迫れるのか、またこのような形態を呈した理由を御指導して頂きたい。

【症例】症例は 70 歳代の男性。201X 年に前医にて検診として上部消化管内視鏡検査(GIF)が施行された。同検査にて胃体中部前壁に 0-IIa+IIb 病変が認められた。同部位の生検より tub1 が認められたため内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)施行目的に当科紹介受診となった。当院にて施行された GIF の WLI にて同部位に拡張した血管が目立つ、なだらかな立ち上がりを呈した隆起性病変とその口側に発赤調粘膜が認められた。M-NBI にて発赤調粘膜は MSP absent, MVP irregular, DL(+)より分化型腺癌と診断した。隆起部は MSP absent の部位、不整の乏しい MCE 部位そして MCE の大小不同、癒合を伴っている部位が認められた。MVP は太い血管には径不同は認められないが SEC では分布、構造そして走行に irregular を伴っている部位があり DL(+)であることから癌が表出している部位とそうではない部位が混在する病変と診断された。隆起部からの生検にて癌組織は認められなかったため前医生検標本が再評価された。患者側の強い内視鏡治療希望、病理結果によっては追加治療の可能性を説明した上で診断的治療目的にて ESD が施行された。

【成績】病理検査所見は Early gastric cancer, well differentiated adenocarcinoma, gastric ESD [M, Ant. Type 0-IIa+IIc, 12×12mm, tub1>tub2, pT1b1 (SM1 240μm), UL(-), INFb, ly0, v0, pNX, HM0, VM 0)にて断端は陰性であった。数か所でわずかに粘膜下層に浸潤し適応拡大治癒切除と診断され定期的な画像経過観察となった。

【結論】WLI の所見より非上皮性腫瘍と上皮性腫瘍の混在あるいは衝突を疑った症例であったが M-NBI を素直に評価できれば全体を癌病変と診断すべきであった症例であった。当院での生検にて癌が認められなかったことからも非上皮性腫瘍の存在を疑ってしまった反省すべき症例であった。

演題４

「多彩な内視鏡像を呈した広範囲扁平隆起性病変の１例」

中西宏佳[1)]、津山　翔[2)]、太田亮介[1)]、竹田康人[1)]、朝日向良朗[1)]、辻 国広[1)]、冨永 桂[1)]、稲垣聡子[1)]、吉田尚弘[1)]、辻　重継[1)]、竹村健一[1)]、山田真也[1)]、片柳和義[2)]、車谷　宏[2)]、土山寿志[1)]

1）石川県立中央病院　消化器内科

2）　　同　　病理診断科

症例は 84 歳、女性。検診の内視鏡で胃前庭部に広範囲な扁平隆起性病変が指摘され、生検にて腫瘍性病変を認めたため紹介となった。当院での精査内視鏡では、胃前庭部大彎に 40mm 大の扁平な隆起性病変を認めた。白色光観察では、中心部は不整な淡い発赤調を呈し、辺縁部は褪色調で所々に結節状隆起を伴うなど多彩な形態であった。病変口側の一部にも不整な発赤陥凹を伴っていた。NBI 併用拡大観察では病変全周で明瞭な Demarcation line を認めた。病変口側の不整な発赤陥凹には開放性ループあるいはコイル状を呈する血管が増生し、互いの形状は不均一、配列も不規則で IMVP と判定した。個々の MCE は多角形や弧状、線状を呈し、互いに形状不均一、分布も非対称性、配列不規則で IMSP と判定した。NBI 併用拡大観察からはこの部分のみ癌の所見と考えた。しかしその他の領域では、辺縁・中心部問わず WOS の存在のため血管は視認できなかったが、MCE や WOS の形状、分布、配列から regular MS pattern と判定した。WOS は病変辺縁の褪色調部分で顕著に認めたが、中心の発赤部では少なかった。ESD にて一括切除し、病理学的には癌と腺腫と迷うも、細胞異型、構造異型の強い部分が存在し、全体を癌と診断した。内視鏡診断と病理診断に乖離がみられた。WOS の発現分布を検討するため adipophilin 免疫染色も行った。

演題５
「拡大観察を行った隆起性病変の１例」
高知赤十字病院　消化器内科　小島　康司　内多　訓久

症例は 77 歳女性、食道のつまり感を主訴に近医にて上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部に白色調の扁平隆起性病変を認めたため治療目的で当院紹介となった。当院にて胃内視鏡検査を施行したところ､胃前庭部後壁に大きさ約 2cm 大の隆起性病変を認め、中央部ではやや陥凹を認めた。色素観察にて境界は明瞭で不整はなく、癌か腺腫か鑑別を要す病変と考えられた。NBI 併用拡大内視鏡観察では WOS は比較的均一に認め、microvascular pattern は WOS のため視認できず absent であった。また microsurface pattern は WOS により明瞭に視覚化されており､隆起部では小型の腺窩上皮が密に増生しており形態は不均一であった。病変中央部の陥凹した部位では小型の腺窩上皮と一部に間質量に乏しい閉鎖性ループの MCE を認め、乳頭成分の混在も疑った。以上より MV pattern absent、MS pattern irregular、regular WOS、demarcation line (+) であり早期胃癌と診断した。病理では内視鏡診断と同様に tubular adenocarcinoma で一部 papillary adenocarcinoma と診断された。拡大内視鏡観察で MS pattern より胃癌と診断したが、均一な WOS や乳頭成分の混在も疑われ示唆に富む症例であり供覧したい。

演題６

「ESD で完全切除可能であった隆起型乳頭腺癌の１例」

松本紘平[1]、上山浩也[1]、松本健史[1]、中川裕太[1]、永原章仁[1]、八尾隆史[2]、渡辺純夫[1]

乳頭腺癌は、胃癌取扱い規約に記載されている一般型の一つであり、管状腺癌と共に分化型癌に分類される。幅の狭い繊維血管性間質を伴って、円柱状の腫瘍細胞が丈の高い乳頭状増殖を示している腺癌である。胃癌全体の 4-11%といわれるが、混在型が多く、混在成分のない単独の乳頭腺癌は 1-2%と稀である。今回、我々は非常に稀である乳頭腺癌成分単独の隆起型腫瘍で、かつ大きく増大した病変を経験したため報告する。

【症例】72 歳、男性。他院で施行された上部消化管内視鏡検査にて、前庭部小弯に約 45mm 大の 0-Ⅰ型早期胃癌を指摘され、精査加療目的に当院紹介受診となった。当科での内視鏡検査では、前庭部小彎に病変中央にくびれのある φ45 ㎜大の 0-Ⅰ型腫瘍を認めた。NBI 併用拡大観察では、円形・鋸歯状の不整な MCE と窩間部の拡大、窩間部上皮下の不整血管を認め、同部を癌と診断した。また、斑状・点状などの不均一で多様な WOS を認めた。ESD を施行され、病理組織学的診断は Adenocarcinoma, 0-I, 48x25x23mm, pap, M, Ul-, ly-, v-, HM0, VM0 であり完全切除と判断した。

【結果】八尾らの提唱する VEC pattern (vessels within epithelial circle pattern) は、腫瘍表層の乳頭状増殖を示唆する所見といわれている。本例は、隆起型という形態からか純粋な乳頭腺癌であったが、典型的な VEC pattern としてよりも拡張した間質と鋸歯状の MCE からなる表面構造を主体として観察された。また、乳頭腺癌は胃型粘液形質が多いといわれているが、腸型形質を示すものも存在する。今回 WOS 陽性であることから、腸型形質の存在を疑い、免疫染色を行うことで胃腸混合型と診断することができた。

演題７

「NBI 観察が有用であった散発性胃底腺ポリープからの胃癌の１例」

大分赤十字病院消化器内科[1)]　大分赤十字病院病理診断科[2)]

都甲　和美[1)]，上尾　哲也[1)]，米増　博俊[2)]，福田　昌英[1)]，柳井　優香[1)]，占部　正喜[1)]，垣迫　陽子[2)]，永松　秀康[1)]，成田　竜一[1)]，石田　哲也[1)]

胃底腺ポリープは *H.pylori* 感染のない胃粘膜におこる代表的な良性ポリープ病変であり、特に散発性胃底腺ポリープからの癌化は極めて稀とされる。今回我々は、散発性胃底腺ポリープの癌化例を経験したので報告する。症例は 68 歳男性。血清抗 *H.pylori* 抗体、尿素呼気試験は共に陰性で、下部消化管内視鏡検査では異常を認めなかった。検診の上部消化管内視鏡検査で、胃体上部前壁に 5mm 大の連続する２つの隆起性病変を認めた。口側病変は正色調の隆起性病変で蜂の巣状の上皮化毛細血管につながる集合細静脈を観察でき、やや楕円形の腺開口部を認める胃底腺ポリープに特徴的な所見であった(regular MV pattern plus regular MS pattern, epithelium within vessel pattern)。肛門側病変は発赤調で窩間部が開大した弧状から楕円形の不規則な腺窩辺縁上皮内部に不整な微小血管を認め(irregular MV pattern plus irregular MS pattern with demarcation, vessel within epithelium pattern)、腫瘍性病変の可能性を考え生検し、Group 2 と診断された。診断的治療目的にて 2 病変を ESD 一括切除した。病理組織診断では、口側の病変は異型のない胃底腺ポリープと診断された。肛門側の病変は免疫染色結果を含め、胃型（腺窩上皮）への分化を示す低異型度分化型癌と診断された。病変隆起内に胃底腺ポリープの組織像がみられ、胃底腺ポリープに発生した癌と推測された。【結語】NBI 併用観察が通常の胃底腺ポリープとの鑑別に有用であった、稀な散発性胃底腺ポリープからの癌化例を経験した。非常に稀ではあるが、*H.pylori* 陰性胃癌の一つとして、日常診療において留意すべき疾患と考え、報告する。