第１２回　　九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2014 年 8 月 2 日（土）　15：00～19：00
会場：レソラ NTT 夢天神ホール　　5F
福岡市中央区天神 2-5-55　レソラ天神 5F　TEL 092-781-8888
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：『 組織型の診断　ー良悪性問わずー』

15：00～16：45

代表世話人基調発言

福岡大学筑紫病院　八尾建史

座長　石川県立中央病院　消化器内科　土山寿志

基調講演

『　胃拡大内視鏡診断の基本　』

福岡大学筑紫病院・内視鏡部　八尾建史

演題１『　ピロリ除菌後に発見され範囲診断に苦慮した胃癌の一例　』
高知赤十字病院
小島康司, 内多訓久, 岩﨑丈紘, 川田愛, 中山瑞, 岡崎三千代, 岩村伸一

演題 2『　超高分化型腺癌の 2 例　』
福田 昌英 1), 上尾哲也 1), 米増博俊 2), 都甲和美 1), 柳井優香 1), 永松秀康 1), 成田竜一 1), 垣迫陽子 2), 石田哲也 1)
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)

演題 3『　詳細な拡大観察を行った胃底腺型早期胃癌の 1 例　』
藤原昌子 1), 八尾建史 1), 長浜孝 2), 金光高雄 2), 石原裕士 2), 大津健 2)
辛島嘉彦 2), 今村健太郎 3), 田邉寛 3), 岩下明徳 3), 松井敏幸 2)
1) 福岡大学筑紫病院内視鏡部
2) 同消化器内科
3) 同病理部

九州と世界中を繋ぐ遠隔教育・遠隔医療システムについての紹介
九州大学アジア遠隔医療開発センター　センター長　清水周次

休　　憩　　16：45〜17：00

17：00〜19：00
座長　　福岡大学筑紫病院・内視鏡部　　八尾建史

胃拡大内視鏡よろず相談
『診断に苦慮している胃陥凹性病変の一例』
福岡大学病院　消化器内科　渡邉隆,青柳邦彦

演題４　『未分化型早期胃癌の診断における absent microsurface pattern の有用性』
金坂卓1)2),関川昭1),津村剛彦1),圓尾隆典1)
1) 大阪赤十字病院　消化器内科
2) 大阪府立成人病センター　消化管内科

演題５　『　多彩な拡大観察所見を呈した未分化混在早期胃癌の一例　』
済生会福岡総合病院　消化器内科　吉村大輔
九州大学形態機能病理学　髙橋俊介

演題６　『低分化型腺癌と診断された Epstein-Barr virus(EBV)関連早期胃癌の１例』
田中一平 1),松本紘平 1),上山浩也 1),赤澤陽一 1),中川裕太 1),竹田努 1),松本健史 1)
永原章仁 1),八尾隆史 2),渡辺純夫 1)
1)順天堂大学　消化器内科
2)同　人体病理学講座

演題７　『　非乳頭部十二指腸腫瘍に対する NBI 併用拡大内視鏡の有用性　』
石川県立中央病院　消化器内科　辻重継,辻国広,土山寿志

ピロリ除菌後に発見され範囲診断に苦慮した胃癌の一例

高知赤十字病院

小島　康司　内多　訓久　岩﨑　丈紘　川田　愛　中山　瑞　岡崎　三千代　岩村　伸一

症例は 56 歳男性、2012 年 12 月近医で早期胃癌（体上部後壁、角部前壁の 2 病変）を指摘され、当院にて ESD 施行した。近医で経過観察中に H.ピロリの除菌を行った。2013 年 9 月に近医で施行した内視鏡検査にて胃体下部小弯に 15mm 大の不整な粘膜変化を認め生検を施行したところ group 5 であり、治療目的で当院紹介となった。当院にて術前に拡大内視鏡検査を施行したところ、白色光通常観察では発赤調でやや不整な陥凹を認めるが境界は不明瞭、色素観察で陥凹の周囲はやや隆起しているように観察されるが境界は不明瞭であった。NBI 併用拡大内視鏡観察では、病変中央部付近での microvasucular patter (MVP)は分布、形状、配列共に不均一であり、microsurface pattern (MSP)は病変中央の一部で大小不同､不均一を認めることから胃癌と診断可能であった｡しかし境界部ではMVP、MSP ともに明らかな不整が乏しく、背景粘膜との構造の違いにより demarcation line を確認し ESD を施行した。病理組織所見では tubular adenocarcinoma (tub1)であったが、境界部付近では非癌上皮下の進展や、一部で乳頭様の構造等様々な組織構造を認めた。本症例はピロリ菌除菌後に発見されたの胃癌であり、診断に苦慮した一例であり報告する。

超高分化型腺癌の2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)

福田 昌英[1)], 上尾哲也[1)], 米増博俊[2)], 都甲和美[1)], 柳井優香[1)], 永松秀康[1)], 成田竜一[1)], 垣迫陽子[2)], 石田哲也[1)]

超高分化型腺癌はその組織学的異型度の乏しさから,腺腫との鑑別が困難なことがある.今回,超高分化型腺癌の２例を経験したので報告する.症例１は79歳女性.近医で上部内視鏡検査を受けた際,幽門前庭部に5mm大隆起性病変を認め,生検でGroup3の診断を受け,紹介となった. NBI観察にてRegular MS plus Regular MV pattern with demarcation lineであったが,主に上皮内血管パターンを示した.明らかなLBC,WOSを認めないものの,PPI投与後にびまん性にWOSの出現を認めた.WOS陽性より腸型粘液形質を有する腫瘍と考えた.上皮内血管パターンが目立つ点で通常の腸型管状腺腫とは異なり,低異型度腺癌を疑った.ESDで切除し病理学的に胃腸混合型の超高分化型腺癌と診断された.症例２は77歳男性.3年前より前医の上部消化管内視鏡検査で, 幽門前庭部に腺腫疑い病変を指摘されていた.増大傾向を認め紹介となった.幽門前庭部にやや褪色調の1cm弱の隆起性病変を認め,NBI観察にてRegular MS plus Regular MV pattern with demarcation lineであった.上皮内血管パターンが目立つ病変であった.明らかなLBC,WOSを認めないものの,PPI投与後にびまん性にWOSの出現を認めた.上皮内血管パターンが目立つ点で通常の腸型管状腺腫とは異なり,低異型度腺癌を疑った.ESDで切除し,病理学的に胃腸混合型の超高分化型腺癌と診断された.２症例ともに部位,肉眼型,NBI所見ともに非常に類似した病変であった.またNBI上,Regular MS plus Regular MV patternと腺腫に矛盾しない所見であったが,上皮内血管パターンが目立ち,LBCが出現していない点（Coffee bean like appearance陰性）が通常の腸型管状腺腫とは異なっていた.また初診時になかったWOSがPPI投与後に出現することで,腫瘍の質的診断に更に迫ることができた.【結語】腺腫との鑑別がNBI併用観察でも困難な,超高分化型腺癌の２例を経験した.WOSの描出の工夫およびCoffee bean like appearanceの有無が,腫瘍の質的診断に有用であった.

詳細な拡大観察を行った胃底腺型早期胃癌の１例

藤原昌子[1)]　八尾建史[1)]　長浜孝[2)]　金光高雄[2)]　石原裕士[2)]　大津健[2)]
辛島嘉彦[2)]　今村健太郎[3)]　田邉寛[3)]　岩下明徳[3)]　松井敏幸[2)]

所属　1)福岡大学筑紫病院内視鏡部　2) 同消化器内科　3) 同病理部

2010 年に Ueyama らは, 病理学的検討により胃底腺への分化を示す低異型度癌を胃底腺型胃癌という名称で新しい疾患概念として提唱した[1)]．さらに，Ueyama らは，本病変に特徴的な通常内視鏡所見についてもすでに報告している[2)]．しかし，拡大内視鏡観察は生検が確定してから行われることが多く，病変が小さいことも相まって，生検の影響のため本病変に特徴的な拡大内視鏡画像が捉えられることはまれである．今回、生検を採取する前に拡大観察を施行した胃底腺型早期胃癌の一例を経験し詳細な拡大内視鏡画像と組織学的所見の対比を行ったので報告する．

症例は 60 歳代女性。201X 年 5 月に施行された上部消化管内視鏡検査にて穹窿部後壁に隆起性病変を指摘され当院紹介となった．通常内視鏡白色光観察では，病変はわずかに褪色した表面に拡張した血管を伴う扁平な隆起性病変であった．色素内視鏡観察では，隆起の立ち上がりは背景粘膜から連続する表面構造を呈していたが，頂部にはわずかに顆粒状を呈する領域を認めた．NBI 併用拡大内視鏡検査では、病変の背景粘膜については，V, regular honeycomb-like subepithelial capillary network (SECN) pattern with collecting venule (CV); S, regular oval crypt-opening (CO) with round marginal crypt epithelium (MCE) pattern が観察され，萎縮のない胃底腺粘膜と診断した．病変部の立ち上がりは背景粘膜と同様の拡大内視鏡所見を呈していたが，隆起の頂部を詳細に観察すると，顆粒状の粘膜変化に一致して明瞭な demarcation line (DL)を認めた．DL の内側には，わずかに形状不均一な直線状から弧状の腺窩辺縁上皮(MCE)を認め，配列はやや不規則，分布は対称性であった．また，同部の個々の血管の形態は弧状から不整多角形であり，軽度の形状不均一と配列は不規則・分布は対称性であった．以上より，VS classification: Irregular microvascular pattern plus irregular microsurface pattern with a DL と判定し，癌に合致する所見であった．通常内視鏡所見と合わせて，総合的に胃底腺型早期胃癌と診断した．

拡大観察後に採取した生検の病理組織学的診断は Very well differentiated adenocarcinoma with differentiation towards the gastric proper glands であった．ESD を施行した．ESD 切除標本の病理組織所見は, very well differenteiated with differentiated toward the gastric proper glands, pT1b1 (sm80μm), ly0, v0, pHM0, pVM0 であった．腫瘍部では、固有腺に類似した腫瘍腺管を粘膜中層から深層を主座に密に認めた。腫瘍の表

層の被蓋上皮の一部は，低異型度ながら腫瘍性の上皮から成り立っていた．この部位に相当する NBI 併用拡大内視鏡観察では、DL の内部に、わずかに形状不均一な直線状から弧状の腺窩辺縁上皮(MCE)を認め，配列はやや不規則であった．

通常，胃底腺型胃癌は低異型度の腫瘍腺管が粘膜深層を主座に密に増殖し，非癌上皮で覆われている場合は，NBI 併用拡大内視鏡診断の限界である．本症例では，腫瘍の表層の被蓋上皮は，非腫瘍性の腺窩上皮に加え，一部が低異型度ながら腫瘍性の上皮から成り立っていたため，NBI 併用拡大内視鏡所見でも癌に合致する所見を呈したと考えた．このような微細な所見を生検前に捉えることができた点で意義があると考え報告する．

1)Ueyama H, Yao T, et al. Gastric adenocarcinoma of fundic gland type(chief cell predominant type)：proposal for a new entity of gastric adenocarcinoma. Am J Surg Pathol 34：609-619, 2010

2)Ueyama H, Matsumoto K et al. Gastric adenocarcinoma of the fundic gland type (chief cell predominant type): Endoscopy. 2014 Feb; 46(2):153-7

未分化型早期胃癌の診断における absent microsurface pattern の有用性

金坂　卓[1,2]，関川　昭[1]，津村　剛彦[1]，圓尾　隆典[1]
1. 大阪赤十字病院　消化器内科
2. 大阪府立成人病センター　消化管内科

【背景と目的】NBI併用拡大内視鏡を用いた早期胃癌の診断体系である“VS classification system”では，腺窩辺縁上皮（MCE）及び白色不透明物質（WOS）がmicrosurface patternとして評価され，それらの所見が認められない場合はabsent microsurface pattern (AMSP)と判定される．今回，AMVPが未分化型早期胃癌と分化型早期胃癌の鑑別診断に有用かを検討した．【方法】対象は，2010年1月から2011年9月までの期間に，当院でNBI併用拡大内視鏡検査後にESDまたは外科手術により切除され，組織学的評価が行われた早期胃癌88症例93病変（未分化型癌14病変，分化型癌79病変）．AMSPが病変内で占める割合をretrospectiveに評価した．まず，各病変内に占めるAMSPの割合を10%区切りで判定した．さらに，ROC曲線から未分化型癌に対するカットオフ値を設定し，AMSPの未分化型癌に対する感度，特異度，正診率を計算した．【成績】AMSPは未分化型癌の100% (14/14)，分化型癌の46.8% (37/79)で観察された．また，未分化型癌の病変内に占めるAMSPの割合は分化型癌と比較して有意に高値であった（P ＜0.001, 79.3 ± 19.8% *vs.* 20.1 ± 29.8%）．さらに，AMSPのカットオフ値を50%としたところ，AMSP ≥50%の未分化型癌に対する感度，特異度，正診率は，それぞれ92.9%，79.7%，81.7%であった（P ＜ 0.001）．【結論】NBI併用拡大内視鏡によるAMSPの評価が未分化型癌と分化型癌の鑑別診断に有用である可能性が示唆された．

多彩な拡大観察所見を呈した未分化混在早期胃癌の一例

済生会福岡総合病院　消化器内科
吉村大輔
九州大学形態機能病理学
髙橋俊介

症例は 70 歳代女性，心窩部違和感を契機に前医で上部消化管内視鏡検査を施行され，異常を指摘され紹介頂いた．病変は胃角部小彎から十二指腸球部まで全周におよぶ広範な粘膜不整として認められた．範囲診断のため NBI 併用拡大観察を施行し，本症例を特徴づける 3 部位について検討した．
（1）明瞭な demarcation line（DL）を伴う前庭部前壁側を代表に，病変の大部分には明瞭でやや幅広の腺窩辺縁上皮（MCE）による絨毛状の微小構造がみられ，形状は不均一であった．窩間部をコイル状の微小血管が走行し，個々の形状は不均一であった．正面視可能であった一部の微小構造は類円形の MCE を呈し，内部の微小血管と併せ VEC pattern と考えた．（2）前庭部後壁は厚みがみられ表面に粘液を認めた．MCE が部分的に不明瞭となり，著しく形状が不均一な微小血管が密に走行していた．（3）十二指腸球部小彎は，MCE が完全に消失し，配列と形状が不均一な微小血管が密在し，肛門側との DL は明瞭であった．口側・肛門側の生検で範囲診断が正確であることを確認し腹腔鏡補助下幽門側胃切除術を施行した．
病理学的には（1）は管状ないし乳頭腺癌の所見で，腺頚部には中分化型腺癌が混在していた．（2）は最表層は（1）に類似した高分化型管状腺癌であったが，腺頚部から深部を粘液癌及び低分化型腺癌が占め，粘膜下層深部まで及んでいた．（3）は腺窩が消失した中分化～低分化型腺癌の所見であった．リンパ節転移は認めなかった（pT1bN0M0 stage IA）．本症例は生検部位によっては高分化型腺癌と診断された可能性があるが，乳頭腺癌を疑う症例には未分化混在の可能性を念頭に通常・拡大観察を要すると考え報告する．

低分化型腺癌と診断されたEpstein-Barr virus(EBV)関連早期胃癌の１例

[1]順天堂大学消化器内科
[2]同　人体病理学講座
○田中一平[1)]、松本紘平[1)]、上山浩也[1)]、赤澤陽一[1)]、中川裕太[1)]、竹田努[1)]、松本健史[1)]、永原章仁[1)]、八尾隆史[2)]、渡辺純夫[1)]

生検病理診断と拡大内視鏡検査で低分化型腺癌と診断されESDを施行したが、最終病理診断でEBV関連胃癌と診断された症例を経験したため報告する。

症例は60代男性。当院で施行されたスクリーニングの上部内視鏡検査で、体中部小弯後壁に約8mm大の発赤調陥凹性病変を認めた。生検の結果では低分化型腺癌と診断され、術前に再検されたNBI併用拡大観察所見ではDL: present、irregular MV pattern (tortuous, open loop)、MS: absent、一部regular MS pattern (polygonal, curved)であり生検結果と同様に低分化型癌と診断し、周囲生検を施行した後に適応拡大病変としてESDを施行した。病理組織学的診断では、0-Ⅱc,7x4mm,carcinoma with lymphoid stroma,SM100μm,
Ul(-),ly(-),v(-),HM0,VM0であった。また、腫瘍組織内外にリンパ球浸潤を多く伴っていたため、EBER-ISH法(EBV-encoded mRNA *in situ* hybridization)の追加染色を行った結果、EBV関連のcarcinoma with lymphoid stromaと確定診断された。

本症例は生検と拡大内視鏡所見で低分化型癌と診断したが、生検病理所見の段階でlace patternを認めた場合、EBV関連胃癌を疑いEBER-ISH法を施行する事で診断が可能であるという報告がある。またEBV関連胃癌は特殊型胃癌であり低分化型癌、未分化型癌と発育進展様式が異なるが、組織型及び治療が低分化型癌と同一に取り扱われている可能性があり、両者の診断を適切に評価、鑑

別していくことが今後の課題と考えられる。

非乳頭部十二指腸腫瘍に対するNBI併用拡大内視鏡の有用性

石川県立中央病院　消化器内科
辻　重継，辻　国広，土山　寿志

【目的】非乳頭部十二指腸腫瘍に対するNBI併用拡大内視鏡(M-NBI)の診断学的意義は明らかではなく,その有用性について検討する.

【方法】2008年12月から2014年5月までに内視鏡的切除を行い,病理学的検索が可能であり,かつ詳細なM-NBIを行った非乳頭部十二指腸腫瘍49例を対象とした.VSCSを用いて質的診断を行い,微小血管構築像(V)と表面微細構造(S)の観察所見をretrospectiveに列挙し,術後病理により腺腫と粘膜内癌の2群に分けて比較検討した.

【成績】49例中(腺腫17,癌32),癌は下行脚に多く(球部/下行脚:7/10vs5/27,p=0.048),平均腫瘍径が大きく(9.2vs14.2mm,p=0.03),肉眼型に有意差はなかった. VSCSの正診率は69%で,感度88%,特異度35%であった.45例(腺腫16,癌29)がWOS陽性であり,24例(腺腫8,癌16)においてVが視認困難であった.V視認可能な25例(腺腫9,癌16)において,Vの所見に有意差はなかった(regular/irregular:3/6vs4/12).S の所見においては有意差を認め(regular/irregular:8/9vs4/28,p=0.007),S が認識困難な領域 (24%vs59%,p=0.02) が癌に多くみられた.また,WOS陽性例において,WOSの沈着が不均一(56%vs93%, p=0.003),WOSが腫瘍辺縁に沈着(31%vs62%, p=0.047)が癌に多くみられた.

【結論】腺腫および粘膜内癌のM-NBIによる鑑別において,腺腫でもVの所見に不整像が観察される傾向にあり,S の所見に着目すべきと考えられた.さらに,WOS 陽性例が大部分を占め,WOS の沈着の程度や部位に着目することも診断の一助になる可能性がある.本研究会では,誤診例を中心に症例の提示も行う.