

## 第14回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2015年8月22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 岩下明德

順天堂大学 八尾隆史

### テーマ：『 超高分化腺癌 』

15:00～17:00

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 八尾建史

ミニレクチャー

『 超高分化腺癌の病理組織診断 』

福岡大学筑紫病院・病理部 田邊 寛

要望演題

演題1 『初回生検では確定診断が困難であった胃癌術後の吻合部超高分化型胃癌の1例』

岡山医療センター消化器科

若槻俊之、須藤和樹、坂林雄飛、福本康史、古立真一、大藤嘉洋、松下公紀、山下晴弘

演題2 『異なる組織異型度を反映する NBI 所見を呈した低異型度高分化型胃癌の1例』

和田 蔵人 1), 上尾 哲也 1), 米増 博俊 1), 占部 正喜 1), 井上翔太郎 1), 本田 秀穂 1), 柳井 優香 1), 垣迫 陽子 2), 本村 充輝 1), 成田 竜一 1), 石田 哲也 1)

1) 大分赤十字病院 消化器内科

2) 大分赤十字病院 病理診断科

演題3 『胃底腺型胃癌・胃底腺粘膜型胃癌のNBI併用拡大内視鏡所見』

藤原昌子 1), 八尾建史 1), 今村健太郎 2), 長浜孝 2), 石原裕士 2), 八坂達尚 2), 田邊寛 3), 岩下明德 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

演題4 『*Helicobacter pylori*未感染・低異型度高分化型胃癌の1例』

小森寛之 1), 松本紘平 1), 上山浩也 1), 松本健史 1), 赤澤陽一 1), 竹田努 1)

浅岡大介 1), 北條麻理子 1), 八尾隆史 2), 渡辺純夫 1)

1) 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科

2) 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学

休憩

17:00~17:10

17:10~19:00

座長 福岡大学筑紫病院 長浜孝

胃拡大内視鏡よろず相談

『白色病変の2例』

高知赤十字病院 岩崎丈紘, 内多訓久

演題5 『NBI併用拡大内視鏡で診断できた胃過形成性ポリープ由来の早期胃癌の一例』

がん研有明病院 総合内科 山口 和久

演題6 『生検で完全摘除された胃型分化型癌の1例』

西川 潤 1), 佐々木翔 2), 永尾未怜 2), 小川 亮 2), 五嶋敦史 2), 岡本健志 2), 坂井田 功 2)

1) 山口大学大学院・基礎検査学

2) 山口大学大学院・消化器病態内科学

演題7 『超微細構造を呈したWOS陽性胃幽門前庭部癌の1例』

竹田康人 1), 中西宏佳 1), 片柳和義 2), 津山翔 2,3), 太田亮介 1), 大村仁志 1), 川崎梓

1), 柳瀬祐考 1), 辻国広 1), 富永桂 1), 吉田尚弘 1), 松永和大 1), 竹村健一 1), 山田真也 1), 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

3) 市立輪島病院 内科

演題 8 『陥凹型胃病変の 1 例』

大阪府立成人病センター 消化管内科 金坂 卓, 上堂 文也

初回生検では確定診断が困難であった胃癌術後の吻合部超高分化型胃癌の1例

岡山医療センター消化器科

若槻俊之、須藤和樹、坂林雄飛、福本康史、古立真一、大藤嘉洋、松下公紀、山下晴弘

(症例) 60歳台、男性。(既往歴) 21歳時に十二指腸潰瘍に対して幽門側胃切除術およびB-II再建術後。

(現病歴) 持続する黒色便を主訴に前医より紹介後、上部消化管内視鏡検査(EGD)が施行された。EGDでは残胃炎および吻合部にびらんを認め、その周囲には境界不明瞭な褪色粘膜を認めた。IC散布にて同部は背景粘膜と異なる不整な粘膜模様領域として認められ、吻合部胃癌と診断した。びらん辺縁より生検を1ヶ採取したが、生検病理結果はgroup2であり、確定診断に至らなかった。PPIを内服し、1ヶ月後にEGDを再検したところ、吻合部のびらは改善しており、同部は発赤調を呈していた。また周囲の褪色粘膜は前回と比べて境界明瞭であった。NBI併用拡大観察において、吻合部肛門側の発赤粘膜部(partA)において、MCEは類円形から楕円形を呈し、1つ1つの構造は小さく、不規則に配列していた。また微小血管は小型の閉鎖性ループで、走行不整と形状不均一を認めた。周囲の褪色粘膜部(小弯側)(partB)ではMCEは小さな弧状を呈し、不規則に配列しており、微小血管は閉鎖性から開放性ループを呈し、走行不整と形状不均一を認めた。また、褪色粘膜部(前壁側)(partC)ではMCEは小さな弧状で不規則に配列しており、WOS陽性で血管は視認出来なかった。発赤部の生検からgroup5を認めたが、褪色部の生検ではgroup3であった。その後、残胃全摘術が施行され、最終病理診断はtype5, muc>tub1>tub2>por2, T3(SS), ly0, v0, N0, pPM0, pDM0, pStage IIAであった。浸潤部ではmuc, porが主体であり、MUC5AC陽性、MUC6陽性でMUC2、CD10は陰性であった。粘膜表層部では広く超高分化型腺癌の粘膜内増殖を認め、MUC2陽性、CD10陽性、MUC5AC、MUC6は陰性であった。また、発赤調を呈したpartAの表層は胃型形質であり、褪色調を呈したpartB、Cの表層は腸型形質であった。

## 異なる組織異型度を反映する NBI 所見を呈した低異型度高分化型胃癌の 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)

和田 蔵人<sup>1)</sup>, 上尾 哲也<sup>1)</sup>, 米増 博俊<sup>2)</sup>, 占部 正喜<sup>1)</sup>, 井上翔太郎<sup>1)</sup>, 本田 秀穂<sup>1)</sup>, 柳井 優香<sup>1)</sup>, 垣迫 陽子<sup>2)</sup>, 本村 充輝<sup>1)</sup>, 成田 竜一<sup>1)</sup>, 石田 哲也<sup>1)</sup>

内視鏡通常観察での低異型度高分化型胃癌の質的診断は一般的に困難であるが, NBI 併用拡大観察により詳細な質的評価が可能となる症例もある. 今回我々は異なる組織異型度を反映する NBI 所見を呈した低異型度高分化型胃癌の 1 例を経験したので報告する. 症例は 61 歳, 男性. 前医の上部内視鏡検査で, 前庭部に隆起性病変を認め, 生検で Group 3 であった. 経過観察されていたが, 6 ヶ月後の上部内視鏡検査で病変の増大傾向を認め, 当科に紹介となった. 抗 *H. pylori* 尿中抗体が陽性であった. 内視鏡通常観察像では胃前庭部小弯側にほぼ正色調の 1.5cm 大の隆起性病変を認めた. NBI 弱拡大観察像では腫瘍内で 2 つの表面構造の異なる領域を確認出来た. NBI 拡大観察にて腫瘍部に一致して境界を認めた. 腫瘍部肛門側は regular MS pattern plus regular MV pattern (上皮内血管パターン), WOS- であったが, 口側は MS がやや不明瞭化し irregular MS pattern plus irregular MV pattern, irregular WOS+ と判断した. 組織型の異なる分化型癌 (境界病変) の可能性を強く考えて ESD 加療を行った. 病理学的には Adenocarcinoma, pType 0-IIa, pT1a(M) であった. 病理との対比にて腫瘍部下半分は腺腫様の異型の弱い成分からなり, 上半分は癌として矛盾のないやや異型の強い成分からなる腫瘍であった. Ki67 は両部位ともに全層性の発現を示しており, 腫瘍全体を低異型度高分化型胃癌と診断した. 粘液形質は腺腫様領域で MUC5AC 陽性, MUC6 陰性, MUC2 陰性, CD10 陰性で腺窩上皮型の胃型形質からなり, やや異型の強い部分では MUC5AC 陽性, MUC6 陽性, MUC2 陽性, CD10 陰性で胃腸混合型であった. 【結語】異なる組織異型度を反映する NBI 所見を呈した低異型度高分化型胃癌の 1 例を経験した. NBI 拡大併用内視鏡観察により, 同一病変内での異型度の異なる組織像を詳細に捉えることができ, 質的診断の向上に寄与したと考える.

## 胃底腺型胃癌・胃底腺粘膜型胃癌のNBI併用拡大内視鏡所見

藤原昌子<sup>1)</sup> 八尾建史<sup>1)</sup> 今村健太郎<sup>2)</sup> 長浜孝<sup>2)</sup> 石原裕士<sup>2)</sup> 八坂達尚<sup>2)</sup> 田邊寛<sup>3)</sup> 岩下明德<sup>3)</sup> 松井敏幸<sup>2)</sup>

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

**【背景】**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<sup>1)</sup>。Ueyamaらは、本病変に特徴的な通常内視鏡所見を1. submucosal tumor shape, 2. whitish color, 3. dilated vessels with branching architecture, 4. background mucosa without atrophic changeと報告した<sup>2)</sup>。さらにNBI併用拡大内視鏡所見(M-NBI)の特徴について、1. 明瞭なDL(demarcation line)なし, 2. 腺開口部の開大, 3. 窩間部の開大, 4. 不整(irregularity)に乏しい微小血管と報告した。

一方、最近、chief cell predominant typeのみではなく、表層の上皮も癌化した胃底腺粘膜型胃癌の症例も認め、胃底腺型との異同を明らかにする必要性が生じてきた。しかし、これらの胃底腺型胃癌と胃底腺粘膜型胃癌、それぞれについて拡大内視鏡像を含む内視鏡的特徴像は明らかではない。今回、胃底腺型胃癌と胃底腺粘膜型胃癌のそれぞれの内視鏡所見を詳細に検討したので報告する。

**【対象】**2007年9月から2015年3月までに福岡大学筑紫病院にてESD(endoscopic submucosal dissection)あるいは外科的切除を施行した早期胃癌全症例852病変のうち、病理組織学的に胃底腺型胃癌または胃底腺粘膜型胃癌と診断された病変を抽出し、検討対象とした。これらについて、Ueyamaらが既に報告している通常内視鏡およびM-NBI所見が見られるか否かを含め、詳細に検討した。

**【結果】**2007年9月から2015年3月までに内視鏡的・外科的に切除した早期胃癌852病変のうち、M-NBIを施行し、詳細な病理組織学的評価が可能であった病変は、6症例(男:女=2:4, 平均年齢69.3歳)6病変であった。組織学的診断は、胃底腺型胃癌は4病変(男:女=1:3)で胃底腺粘膜型胃癌は2病変(男:女=1:1)であった。通常内視鏡所見では、6病変中5病変にsubmucosal tumor shapeとdilated vessels with branching architectureを認めた。Whitish colorを呈したのは6病変中2病変であった。Background mucosa without atrophic changeは全6病変の背景粘膜にみられた。胃底腺粘膜型胃癌では、2病変ともwhitish colorがみられず、1病変ではdilated vessels with branching architectureを認めなかった。M-NBIについては、胃底腺型胃癌は、明瞭なDLなしの所見を呈した病変は4病変であった。腺開口部の開大を認めた病変は4病変で、窩間部の開大が存在した病変は2病変であった。4病変の微小血管は不整(irregularity)に乏し

かった。胃底腺粘膜型胃癌では、2病変とも、明瞭なDLなしの所見と、不整 (irregularity) に乏しい微小血管を認めなかった。また、2病変とも窩間部の開大を認めた。腺開口部の開大を認めた病変は1病変のみであった。さらに詳細に観察すると、胃底腺型胃癌の1病変と胃底腺粘膜型2病変で、上述したUeyama らの所見に加え、表面微細構造が不明瞭化した所見が、頂部あるいは偏在性にみられた。

【結語】胃底腺型胃癌と胃底腺粘膜型胃癌により異なる通常内視鏡像・M-NBI 拡大内視鏡像を報告した。特に、胃底腺粘膜型の内視鏡像は、従来の胃底腺型胃癌についての報告と異なっていた。さらに、VS classification system を用いた M-NBI 診断により、胃底腺粘膜型胃癌は癌と診断できる可能性が示された。

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, Katsumoto K, et al. Gastric adenocarcinoma of the fundic gland type (chief cell predominant type) Endoscopy 2014; 46: 153-157

## ***Helicobacter pylori* 未感染・低異型度高分化型胃癌の 1 例**

小森寛之<sup>1</sup>、松本紘平<sup>1</sup>、上山浩也<sup>1</sup>、松本健史<sup>1</sup>、赤澤陽一<sup>1</sup>、竹田努<sup>1</sup>  
浅岡大介<sup>1</sup>、北條麻理子<sup>1</sup>、八尾隆史<sup>2</sup>、渡辺純夫<sup>1</sup>

1 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科

2 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学

【症例】35 歳男性。検診の上部消化管造影検査で異常を指摘され、近医の上部消化管内視鏡検査で、前庭部に単発の隆起型びらんを認めた。生検の結果 Group 4 と診断され、精査目的に当院を紹介受診。通常白色光観察では、前庭部大弯に辺縁に丈の低い隆起を伴う 10 mm 大の軽度発赤調の陥凹性病変を認めた。NBI 併用拡大観察で、陥凹部に一致して明瞭な Demarcation line (DL) を認めた。表面微細構造は、不整な弧状、一部に多角形の腺窩辺縁上皮を認め、微小血管構築像は、不整な開放性ループ状血管や一部に不規則に分枝した樹枝状血管を認めた。Irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL で癌と診断し、ESD を施行した。病理組織学的所見では、細胞・構造異型度が低く高度異型腺腫と低異型度高分化型腺癌との鑑別を要したが、免疫染色では MUC2 (一部+)、MUC5AC (+)、MUC6 (+)、CD10 (+) で、粘液形質は胃腸混合型と判定され、総合的に判断して低異型度高分化型腺癌と診断した (Type 0-IIc+IIa, 10×5 mm, tub1, pT1a/M, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0)。内視鏡的・病理学的に萎縮はほとんど認めず、血中 *HPIgG* 抗体陰性(< 3.0U/ml)・尿素呼気試験陰性(0.5‰)・便中 *HP* 抗原陰性であることから、総合的に *HP* 未感染胃癌と判断した。【まとめ】病理組織学的には低位異型度高分化型癌と高異型度腺腫の鑑別が困難であったが、NBI 併用拡大観察では MV・MS は irregular と判断し癌と診断することが可能であった。若年者、非萎縮性胃粘膜であっても、癌の存在を念頭に置き NBI 併用拡大観察などの詳細な観察を行うことで、*H.pylori* 未感染胃癌の正確な内視鏡診断が可能と考えられた。【結語】若年男性に発症した *HP* 未感染低異型度高分化型胃癌の 1 例を経験したため報告する。

## NBI併用拡大内視鏡で診断できた胃過形成性ポリープ由来の早期胃癌の一例

がん研有明病院 総合内科 山口 和久

症例は 77 歳、男性。1997 年に他院で胃癌にて幽門側胃切除術を受けている。2011 年、他院にて上部内視鏡検査を受け、残胃の吻合部大弯に発赤調で 20mm 大の山田IV型病変を認め、生検で高分化型腺癌のため当院紹介となった。当院での上部内視鏡所見では、白色光およびインジゴカルミン散布像で病変の大部分は軽度の発赤を伴う微細顆粒状の粘膜で、肛門側の一部で一部は発赤した規則的な絨毛様構造の粘膜であった。NBI 併用拡大観察(以下 M-NBI)では、大部分を占める表面微細構造は不均一な乳頭状の形態を呈しており **irregular MS pattern**、微小血管構造は口径不同や形状不均一の **irregular MV pattern** であった。微小血管は窩間部の上皮下に一致して走行しており **VS discordance** 陰性であった。以上より病変の大部分は **VS classification** で胃癌と診断した。一方で、肛門側の一部に認めた規則的な絨毛構造の部分は、表面微細構造は白色の弧状の形態で窩間部の幅は均一、また微小血管構築像においても、血管拡張はあるが形状は均一で規則性であり **regular MV pattern plus regular MS pattern** を示す非癌部で、過形成性ポリープの所見であった。また M-NBI 所見で、非癌部の絨毛構造から、構造が破壊され微細顆粒状を示す癌部への移行部も認識できたため、過形成性ポリープからの癌化病変が推測された。内視鏡的粘膜切除術での切除を行い、組織所見では高分化腺癌を主体に腺窩上皮過形成が一部混在していた。脈管侵襲は認められなかった。免疫染色では MUC5AC 陽性、MUC6 陽性、MUC2 陰性、CD10 陰性、CDX2 陰性であり、胃型の粘液形質を示した。本症例は過形成性ポリープから発生した高分化腺癌で、M-NBI にて術前診断が可能となった症例であった。

## 生検で完全摘除された胃型分化型癌の1例

西川 潤<sup>1</sup>、佐々木翔<sup>2</sup>、永尾未怜<sup>2</sup>、小川 亮<sup>2</sup>、五嶋敦史<sup>2</sup>、岡本健志<sup>2</sup>、坂井田功<sup>2</sup>

1. 山口大学大学院・基礎検査学
2. 山口大学大学院・消化器病態内科学

【患者】 30歳代 男性【主訴】心窩部痛、胸焼け【既往歴】なし【家族歴】祖父：心疾患、祖母：糖尿病【生活歴】飲酒：ビール 350ml/日、喫煙：20本/日×16年間【現病歴】平成X年12月末頃より、心窩部痛、胸焼けを自覚するようになり、翌年1月に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査で、胃体上部大彎に5mm大のポリープを認め、精査加療目的に当院を紹介受診した。【現症】身長 174cm、体重 57.6kg、BMI 19.0 血圧 105/65 mmHg、脈拍 74/min、体温 36.6℃、その他、現症に特記すべき事項なし。血液生化学検査所見に著変なし、抗 H. pylori IgG 抗体 3 U/ml 未満陰性であった。前医の内視鏡像では、胃体上部大彎のはぼストレートなひだの間に 5mm 程度の山田 II 型立ち上がりの軽度発赤した隆起性病変を認めた。近接観察では、隆起表面の軽度発赤した色調の変化とやや塑像な表面構造の変化から背景の非萎縮粘膜とは明瞭な境界を有するため腫瘍と診断し、生検が施行された。生検結果は Group4 (tub1 の疑い) であり、当科を紹介受診した。当科の内視鏡所見では、病巣の全体像は前医と同様であったが、表面粘膜の微細構造は背景粘膜から中心に向うにつれ、段階的にやや腫大し、発赤が強くなっており、非腫瘍で過形成性ポリープを最も考えた。NBI 拡大観察では異型血管は認めず、表面粘膜の微細構造はやや腫大し、大小は認めるが、配列の乱れも乏しく、腺か辺縁上皮は明瞭であり、非癌と考えられた。組織診断の目的で EMR を施行した。EMR の標本には癌は認めず、隆起部の組織像は腺か上皮の過形成の像であった。一方、生検標本の病理では、Ki67 がびまん性に陽性で P53 も散在性に陽性であった。表層は MUC5AC、深部が MUC6 陽性で胃型粘液形質の低悪性の分化型癌と診断された。生検で完全摘除されたと考えられた胃型の分化型癌を経験した。

## 超微細構造を呈した WOS 陽性胃幽門前庭部癌の 1 例

竹田康人<sup>1)</sup>, 中西宏佳, 片柳和義<sup>2)</sup>, 津山翔<sup>2,3)</sup>, 太田亮介<sup>1)</sup>, 大村仁志, 川崎梓, 柳瀬祐考, 辻国広, 富永桂, 吉田尚弘, 松永和大, 竹村健一, 山田真也, 車谷宏<sup>2)</sup>, 土山寿志<sup>1)</sup>

- 1) 石川県立中央病院 消化器内科
- 2) 同 病理診断科
- 3) 市立輪島病院 内科

症例は 67 歳男性。2015 年 6 月にドックにて上部消化管内視鏡検査が施行された。幽門前庭部前壁の平坦な隆起性病変を認め、中心部に浅い陥凹を認めた。NBI 併用拡大観察では、隆起の立ち上がり的一致して明瞭な demarcation line を認めた。病変の辺縁では microvascular (MV) は個々の形状は不均一、分布非対称、配列も不規則で irregular MV pattern と判定した。Microsurface (MS) は MCE の幅、形状ともに不均一で irregular MS pattern と判定した。病変中央部では white opaque substance (WOS) の存在のため MV は透見できなかったが、WOS の形態はかなり微細な点状から斑状であり、形状・分布・配列の判定は困難であった。分化型腺癌、cM の術前診断にて ESD を施行した。最終病理は Early gastric cancer、tub1、T1(M)、UL (-)、ly (-)、v (-)、pHM0、pVM0 と診断された。内視鏡にて超微細構造に見えた部位の病理組織像は内視鏡と同様に密な構造をとっていた。

2011 年 1 月から 2015 年 6 月までに当院で ESD が施行された 959 病変のうち、本症例のごとく超微細構造を呈した病変は 8 病変 (0.8%) であり、うち 75% が幽門前庭部に存在していた。当日はこの超微細構造の評価を中心に討論したい。

## 陥凹型胃病変の 1 例

大阪府立成人病センター 消化管内科 金坂 卓, 上堂 文也

症例は 50 歳代、女性。検診の UGI にて異常を指摘され、近医で上部消化管内視鏡検査を施行されたところ、胃前庭部大弯に陥凹性病変を指摘された。生検で Group 2 (印環細胞癌と鑑別を要する)と診断され、精査加療目的に当院を受診した。血液検査では異常値を認めず、便中 *Helicobacter pylori* 抗原は陽性であった。上部消化管内視鏡検査では、白色光通常観察で胃前庭部大弯に 20mm 大の褪色调の陥凹型病変を認めた。NBI 併用拡大観察では、口側背景粘膜には閉鎖性ループで形成されたネットワーク状の血管を認め、萎縮性変化のない胃底腺粘膜と推測された。陥凹部と周囲との demarcation line は不明瞭であった。陥凹部の大半は regular MV/MS pattern を呈していたが、辺縁の一部で irregular MV pattern を認めた。通常観察での内視鏡像は未分化型早期胃癌を疑うものの、拡大内視鏡像は未分化型早期胃癌を積極的に疑う所見ではなかった。前医の生検標本を当院で見直したところ、Group 4 (signet ring cell, suspected)と診断された。診断的治療として ESD にて一括切除した。最終病理診断は、MALT リンパ腫であった。拡大内視鏡像と病理組織像の詳細な対比を供覧する。