

第20回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2018年8月4日（土） 15:00～19:00

会場：レソラNTT夢天神ホール

代表世話人
病理コメンテーター

福岡大学筑紫病院
福岡大学筑紫病院
順天堂大学

八尾建史
岩下明德
八尾隆史

ホームページ

<http://www.qzgconf.com/>

テーマ『 胃型の高分化腺癌 』

代表世話人挨拶		15:00～15:05
	福岡大学筑紫病院 八尾 建史	
代表世話人講演	「九州胃拡大内視鏡研究会10年の歩み」	15:05～15:25
	福岡大学筑紫病院 内視鏡部 八尾 建史	
ミニレクチャー	「胃型・高分化腺癌の病理学的所見」	15:25～15:55
	福岡大学筑紫病院 病理部 田邊 寛	
教育講演	「内視鏡医に役立つ生体光学の基礎」	15:55～16:25
	オリンパス(株) 後野 和弘	

症例検討

第一部

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

主題演題①

「 胃型腺腫の1例 」

赤澤陽一¹⁾、松本紘平²⁾、上山浩也¹⁾、八尾隆史³⁾、池田厚¹⁾、谷田貝昂、小森寛之、泉健太郎
竹田努⁴⁾、上田久美子¹⁾、松本健史、北條麻理子、永原章仁

- 1) 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科
- 2) 順天堂大学医学部附属 静岡病院 消化器内科
- 3) 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学
- 4) 順天堂大学医学部附属 江東高齢者医療センター 消化器内科

主題演題②

「 典型的な内視鏡像を呈した胃型超高分化腺癌の1例 」

小島俊樹¹⁾、金光高雄²⁾、池園 剛、宮岡正喜、山岡梨乃、中馬健太、大津健聖
八尾建史、田邊寛³⁾、岩下明德

- 1) 福岡大学筑紫病院 消化器内科
- 2) 福岡大学筑紫病院 内視鏡部
- 3) 福岡大学筑紫病院 病理部

主題演題③

「 胃底腺型胃癌の一例 」

中平 博子、金坂 卓、前川 聡、福田 弘武、嶋本 有策、河野 光泰、中川 健太郎、大森 正泰
岩坪 太郎、松野 健司、岩上 裕吉、井上 俊太郎、松浦 倫子、七條 智聖、山本 幸子、竹内 洋司
東野 晃治、上堂 文也、石原 立

大阪国際がんセンター 消化管内科

主題演題④

「 胃底腺型胃癌と分化型優位混在癌が併存した 1 例 」

長井 一樹¹⁾、中西 宏佳、吉田 尚弘、宮島 沙織、増永 哲平、平井 博和
出島 彰宏、中島 崇志、脇田 重徳、木藤 陽介、辻 国広、松永 和大、辻 重継
竹村 健一、車谷 宏²⁾、湊 宏、土山 寿志¹⁾

1) 石川県立中央病院 消化器内科

2) 石川県立中央病院 病理診断科

休憩

(15 分間)

症例検討

第二部

座長 石川県立中央病院 土山 寿志

主題演題⑤

「胃型形質を示した扁平白色隆起性病変状腺癌の検討」

岩崎 丈紘、内多 訓久

高知赤十字病院 消化器内科

よろず相談①

「白色点状病変(?)の一例」

万波智彦¹⁾、藤原延清、池田元洋、三島孝仁、大多和泰幸²⁾、都地友紘³⁾

1) 公立学校共済組合中国中央病院 内科

2) 公立学校共済組合中国中央病院 外科

3) 公立学校共済組合中国中央病院 臨床検査科

よろず相談②

「NBI併用胃拡大内視鏡観察にて癌と診断した1例」

草野央¹⁾、池原久朝、鈴木翔、江崎充、後藤田卓志

1) 日本大学医学部 消化器肝臓内科

一般演題

「異なる肉眼型を呈した分化型微小胃癌の1例」

相馬 寧

成田富里徳洲会病院 消化器内科

抄録

主題演題①

「胃型腺腫の1例」

赤澤陽一¹⁾、松本紘平²⁾、上山浩也¹⁾、八尾隆史³⁾、池田厚¹⁾、谷田貝昂、小森寛之、泉健太郎
竹田努⁴⁾、上田久美子¹⁾、松本健史、北條麻理子、永原章仁

- 1) 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科
- 2) 順天堂大学医学部附属 静岡病院 消化器内科
- 3) 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学
- 4) 順天堂大学医学部附属 江東高齢者医療センター 消化器内科

胃型腺腫（幽門腺腺腫）は、*H. pylori* 陽性胃粘膜に発生する事が多く、主に幽門腺や頸部粘液細胞（MUC6 陽性）への分化を示す腫瘍で、腸型管状腺腫に比して癌化率が高いとされている。今回、我々は *H. pylori* 未感染胃粘膜に発生した胃型腺腫の1例を経験したため報告する。症例は69歳、女性。健診の上部消化管造影検査にて胃ポリープを指摘され、上部消化管内視鏡検査を施行し、胃体中部前壁に白色調の扁平隆起性病変を認めた。生検で Group 3、腺腫の診断であったため精査加療目的に当院へ紹介となった。*H. pylori* 除菌歴は無く、HP IgG は陰性（3 U/ml）であった。当科での上部消化管内視鏡検査では、内視鏡的粘膜萎縮は認めず、体中部小彎前壁に約6mmの白色調の扁平隆起性病変を認めた。NBI 併用拡大観察にて微小血管構築像は absent であったが、ややいびつな円形・孤状の MCE を認め、absent MV pattern plus irregular MS pattern with a demarcation line と診断し、低異型度の高分化腺癌を疑ったが、当院での生検では adenoma of pyloric gland type、compatible の診断であった。ESD 後の病理組織学的診断は、腫瘍径 6×4 mm、Adenoma、pyloric gland type であり断端陰性であった。低異型度胃型腺癌と胃型腺腫は病理学的にも鑑別が問題となる場合があり、極めて異型度が低い病変の場合、M-NBI による癌・非癌の鑑別は困難であると考えられた。

主題演題②

「 典型的な内視鏡像を呈した胃型超高分化腺癌の 1 例 」

小島俊樹¹⁾、金光高雄²⁾、池園 剛、宮岡正喜、山岡梨乃、中馬健太、大津健聖
八尾建史、田邊寛³⁾、岩下明德

- 1) 福岡大学筑紫病院 消化器内科
- 2) 同内視鏡部
- 3) 同病理部

【症例】50 歳代、男性【現病歴】咽頭の異常のため当院耳鼻科に紹介され、201X 年 8 月に上部消化管内視鏡検査を施行した。咽頭に関しては炎症性変化であったが、胃体上部前壁に淡発赤調の隆起性病変を認めており、生検にて group IV (atypical epithelium) の所見を得たため、精査加療の方針となった。

【既往・生活歴】201X-2 年に HP 除菌。【経過】当院での初回の上部消化管内視鏡検査では、白色光観察にて胃体上部前壁に淡発赤調の丈の低い隆起性病変を認めていた。インジゴカルミン散布後観察では境界はやや不明瞭で、表面は微細顆粒状の粘膜模様が観察された。後日 NBI 併用拡大観察 (M-NBI) を施行すると、背景粘膜と病変の間に明瞭な DL (demarcation line) を認めた。DL 内部の微小血管構築像 (V) については、個々の血管は不整なループ状を呈し、形状不均一、配列は不規則、分布は非対称性であり、irregular MV pattern と判定した。表面微細構造 (S) について、個々の腺窩辺縁上皮 (marginal crypt epithelium; MCE) は背景粘膜と比較して幅が広く、類円形~弧状の形態を呈していた。MCE の形状不均一、配列不規則、分布は非対称的であり irregular MS pattern と判定した。また、VEC pattern 陽性であった。以上より、VS classification system により、irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL と判定し、癌の診断基準に合致していた。後日、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した。病理組織学的所見は very well differentiated adenocarcinoma gastric type、pT1a (M)、ly0、v0、VM0、HM0 であった。【考察】胃型分化型胃癌は内視鏡的に色調変化に乏しく、境界不明瞭になることが多く、存在診断・確定診断に苦慮すると報告されている¹⁾⁻²⁾。また、胃型超高分化腺癌の NBI 併用拡大内視鏡所見の特徴は①周囲の背景粘膜と比較して病変の MCE の幅が広い。②VEC pattern を呈する症例が多い。③irregular MV pattern を呈している。以上の 3 点が報告されている³⁾。本症例も既存の報告例と同様に、通常観察では、色調変化に乏しく、境界はやや不明瞭であった。NBI 併用拡大観察では MCE の幅は広く、VEC pattern も認めていた。病理組織学的には窩間部は開大し、一部には乳頭状構造も呈しており、拡大内視鏡所見と合致していた。【結語】典型的な内視鏡所見を呈した胃型超高分化腺癌の 1 例を経験したので報告した。【参考文献】1) 八尾建史、岩下明德、中原東、他。胃型の粘膜内高分化型腺癌の 1 例。胃と腸 34:555-561、1999。2) 小田一郎、後藤田卓志、蓮池典明、他。胃型分化型早期胃癌の内視鏡像。胃と腸 38:684-692、2003。3) 金光高雄、八尾建史、高橋晴彦、他。胃型形質の純粹超高分化腺癌の拡大内視鏡診断。胃と腸 53:43-59、2018

主題演題③

「 胃底腺型胃癌の一例 」

中平 博子、金坂 卓、前川 聡、福田 弘武、嶋本 有策、河野 光泰、中川 健太郎、大森 正泰
岩坪 太郎、松野 健司、岩上 裕吉、井上 俊太郎、松浦 倫子、七條 智聖、山本 幸子、竹内 洋司
東野 晃治、上堂 文也、石原 立
大阪国際がんセンター 消化管内科

症例は 50 歳台前半、女性。近医で心窩部痛の精査目的に上部消化管内視鏡検査を受けたところ、胃体上部大彎後壁に発赤を伴う隆起性病変を指摘された。生検病理診断では Group 2 であったが、精査加療目的に当院を紹介され、受診した。白色光通常観察では、萎縮性変化のない胃粘膜を背景として 5mm 大の発赤調の病変を認めた。形態はほぼ平坦だが、反転観察では肛門側にわずかに厚みを認めた。NBI 併用拡大観察では、病変部に微小血管は視認されなかったが、表面構造は、腺窩辺縁上皮の形態が不整で窩間部は開大していた。背景粘膜との間に明瞭な demarcation line を認めなかった。内視鏡所見は通常 of 早期胃癌としては非典型的であったが、胃底腺型胃癌の特徴の一部を満たすものであった(粘膜下腫瘍様病変、背景粘膜の萎縮性変化なし、明瞭な demarcation line なし、窩間部の開大)。当院での生検病理診断では Group 5 であり、ESD にて一括切除した。切除標本の病理結果は、4×3mm、tub1、pT1a、ly0、v0、pHM0、pVM0 (胃底腺型胃癌)であった。

主題演題④

「胃底腺型胃癌と分化型優位混在癌が併存した1例」

長井 一樹¹⁾、中西 宏佳、吉田 尚弘、宮島 沙織、増永 哲平、平井 博和
出島 彰宏、中島 崇志、脇田 重徳、木藤 陽介、辻 国広、松永 和夫、辻 重継
竹村 健一、車谷 宏²⁾、湊 宏、土山 寿志¹⁾

1) 石川県立中央病院 消化器内科

2) 石川県立中央病院 病理診断科

症例は80歳代男性。2011年に胃体下部前壁の腺腫に対しESDを施行、以降年1回のEGDを継続していた。2015年に施行したEGDにおいて胃体上部後壁に10mm大の0-IIc病変を認め、生検でtub2>porであった。後日精査目的に再EGDを行った。前回指摘された体上部後壁の癌(病変①)の他に、その近傍に5mm大の粘膜下腫瘍様隆起性病変(病変②)を認めた。病変①は、通常観察(WLI)では背景粘膜に比してわずかに褪色调の辺縁不整な陥凹性病変として認識できた。送気による伸展は良好で、陥凹内の粗大隆起や台状挙上、粘膜下腫瘍様の立ち上がり等のSM深部浸潤を疑う所見は認めなかった。NBI併用拡大内視鏡(M-NBI)では、陥凹に一致して明瞭なDLを認めた。MVPはirregularであり、非開放性ループが大部分を占め、開放性ループとネットワーク血管を一部に認めた。MSPは一部にirregularなMCEも認めるもののabsentの領域がほとんどであった。また、DLの近傍には径0.1mm程度のWGAを認めた。VSCSとしてはirregular MV pattern plus absent MS pattern with a DLと判定した。総合的にcM/SM1の分化型優位混在癌と診断した。病変②は、WLIでは樹枝状の拡張血管をもつやや黄色調の隆起性病変として認識できた。M-NBIでは明らかなDLを同定できず、わずかな腺開口部の開大を認めたがMVP/MSPはregularと判断し、VSCSとしてはregular MV pattern plus regular MS pattern without a DLと判定した。生検では診断に至らなかったが、胃底腺型胃癌の可能性を十分に考え、2病変に対し一括でESDを施行した。なお、背景粘膜には0-1の萎縮を認め、体部には地図状発赤が散在していた。H.pyloriについては自然除菌後(除菌歴なし、RUT陰性かつ血清IgG抗体陰性)と考えられた。切除標本による最終病理診断は、病変①がEarly gastric cancer、U、Post、type 0-IIc、16×15mm、tub2>por、pT1a(M)、UL0、Ly0、V0、pHM0、pVM0、病変②がEarly gastric cancer、U、Post、type 0-IIa、4×3mm、tub1(fundic gland type)、pT1b1(SM1)(45μm)、int、INFb、UL0、Ly0、V0、pHM0、pVM0であった。粘液形質については、病変①は分類不能(MUC5AC陰性、MUC6陰性、MUC2陰性、CD10陰性)、病変②は胃型(MUC5AC陰性、MUC6陽性、MUC2陰性、CD10陰性)であった。さらに病変②はpepsinogen-IおよびH+/K+-ATPaseが陽性で胃底腺型胃癌に矛盾しない所見であった。近年、疾患概念の普及に伴い胃底腺型胃癌の報告が増加しているが、分化型優位癌と併存した報告は稀であるため報告する。

主題演題⑤

「胃型形質を示した扁平白色隆起性病変状腺癌の検討」

岩崎 丈紘、内多 訓久

高知赤十字病院 消化器内科

典型的な腸型 adenoma の白色光非拡大内視鏡像は表面平滑な白色扁平隆起であり、拡大内視鏡所見は WOS の均一な沈着や、スリット状の開口部が特徴とされている。しかし同じような白色扁平隆起の中でも粘液形質で胃型形質をもつものがあり、それらは超高分化腺癌とされている。当院で 2010 年 10 月から 2017 年 10 月まで白色扁平隆起性病変で純粋胃型形質を示す 14 症例と純粋腸型形質を示す 28 例の拡大内視鏡像を検討した。それぞれの粘液形質に関しては病変中央部の切片を免疫染色し、胃型は MUC5AC、MUC6 陽性で、MUC2 は 5%未満、CD10 は陰性とし腸型は MAC5AC、MCU6 陰性、MUC2、CD10 陽性とした。

【結果】詳細は table 1 に示す。表面微細構造は胃型では Groove type が多く典型的な VEC pattern を示したのは 1 例 (3.7%) のみであった、一方で腸型では Foveolar type が多かった。また WOS は胃型にも認め腸型よりも多く認める結果であった。

【結論】白色扁平隆起性病変を認めた場合表面微細構造で胃型の類推は可能と思われるが、WOS に関しては一対一の対応がないため、検討が必要と思われた。また、胃型の代表症例 3 例の拡大内視鏡的所見を提示する。

Table 1

拡大内視鏡所見	胃型	腸型
MS pattern		
Foveolar type	7.1%	66.7%
Groove type	78.6% (VEC: 3.7%)	7.4%
Mixed type	14.3%	25.9%
MV pattern		
Regular	50.0%	96.3
Irregular	42.9%	3.7%
Absent	7.1%	0%
WOS	54.5%	44.4%
Crypt opening	21.4%	77.8%

よろず相談①

「 白色点状病変(?) の一例 」

万波智彦¹⁾、藤原延清、池田元洋、三島孝仁、大多和泰幸²⁾、都地友紘³⁾

1) 公立学校共済組合中国中央病院 内科

2) 公立学校共済組合中国中央病院 外科

3) 公立学校共済組合中国中央病院 臨床検査科

症例は80歳女性。既往歴は、高血圧症、気管支喘息、逆流性食道炎、脂質異常症、両側頸動脈プラーク、不眠症、骨粗鬆症。飲酒・喫煙歴はなく、アレルギーもなし。当科で14ヶ月前に早期胃癌に対し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行され、adenocarcinoma of the fundic gland type と診断された。今回、胃癌の surveillance 目的で上部消化管内視鏡検査(EGD)が行われた。

背景胃粘膜は萎縮性胃炎(C-1)であった(血清 H. pylori-IgG、便中抗原はいずれも陰性)。体上部大彎前壁寄りに ESD 後の癒痕を認めたが、再発を疑わせる所見は見られなかった。体下部から前庭部にかけて、白色調の点状の病変が、間隔をあけながら、所々に散在している像を認めた。それぞれの直径は1mm程度で、病変の部分だけ僅かに隆起しているものもあれば平坦なものもあり、周囲に発赤・紅暈などは伴っていなかった。NBI 併用拡大内視鏡検査(M-NBI)では、白色点状病変の表層に、やや拡張して蛇行した microvessel が鮮明に描出されたが、周囲も含め分布は対称的で配列は規則的であり、regular microvascular (MV) pattern と判定した。周囲粘膜の、個々の腺窩辺縁上皮の形状は均一であり、分布は対称的で配列も規則的であることから regular microsurface (MS) pattern と判定した。また、demarcation line (DL)は absent と判断した。以上、regular MV pattern plus regular MS pattern without a DL であることから、非腫瘍性粘膜の直下に白色調の物質が貯留した病変と考えた。生検で病変の同定が難しかったこともあり、本人の informed consent を得たうえで、total biopsy 目的の ESD が行われた。病理組織学的には、粘膜固有層の最表層に、周囲の腺窩上皮を圧排するような格好で、粘液貯留を伴う直径約 630 μm の嚢胞様に拡大した腺上皮を認めたが、貯留物同定に至るそれ以上の情報は得られなかった。

その後は定期的な EGD を行っているが、病変の当初の指摘後 25 ヶ月経過した現在も、症状の出現や、病変の増悪・軽快は見られていない。

一見、white globe appearance (WGA)を思わせるような病変であるが、色調や大きさ、その貯留物は異なっていると考えられる。診断、病因、病的意義等につきご意見を伺えればと思う。

よろず相談②

「 NBI 併用胃拡大内視鏡観察にて癌と診断した 1 例 」

草野央¹⁾、池原久朝、鈴木翔、江崎充、後藤田卓志

日本大学医学部 消化器肝臓内科

[症例]80 歳台、女性。[既往歴]特になし。[現病歴]慢性胃炎のフォロー目的に施行した上部内視鏡検査にて、胃体下部大彎に褪色調の陥凹性病変を認めたため、精査加療目的に当院紹介となった。(前医で施行した病変内からの生検は group1 であった。)

[通常観察]: 体下部大彎・前壁寄りに約 20mm の境界明瞭な褪色調の陥凹性病変を認める。陥凹内には正常粘膜の取り残しも認めた。

[NBI 併用拡大内視鏡観察]: 陥凹性病変と背景粘膜との間に、全周にわたって demarcation line (DL) を認識できた。DL 内部では、表面微細構造に関してはほとんど認識できず absent microsurface pattern と判定した。微小血管構築像は、形状不均一な閉鎖性・開放性ループを認め irregular microvascular pattern と判定、microsurface pattern plus irregular microvascular pattern with a DL であることから、高確信度で胃癌と診断した。

[経過]当院でも病変内(口側、肛門側)より生検を採取したが、病理結果は全て group1 であった。その後、2ヶ月ごとに2回の内視鏡観察を行ったが内視鏡像に変化は認めなかった。その際に行った生検結果もすべて group1 であった。しかし、上皮性腫瘍の可能性を否定できなかったためご本人、ご家族とも相談の上、診断目的に ESD を施行した。

[切除標本の病理結果]: 萎縮粘膜と粘膜下層のわずかな繊維化を認めるのみで癌は認められなかった。NBI 併用拡大内視鏡観察にて癌と診断し ESD にて切除したが、切除標本では癌を認めなかった症例である。この症例の拡大内視鏡所見をどのように判断すべきであったか、会場にてご意見賜りたく呈示させていただきたい。

一般演題

「異なる肉眼型を呈した分化型微小胃癌の1例」

相馬 寧

成田富里徳洲会病院消化器内科

症例は50歳代、男性

検診目的201X年5月当院にて上部消化管内視鏡を施行した。胃体上部前壁にやや発赤色調を呈したY-2型ポリープ様微小胃癌を認め、同年8月にESD切除を施行し、治癒切除を得た。

同年9月に除菌治療を行い、11月にフォローの上部消化管内視鏡にて胃体下部大弯前壁寄りに活動期(A2)胃潰瘍を認めた。生検病理診断はadenoma。

除菌治療1ヶ月後の再検上部消化管内視鏡では潰瘍が癒痕治癒した。

癒痕よりやや前壁寄りの肛門側に10mm程度の褪色~黄色調を呈した2病変目病変を認めた。白色光下強送気で認識困難であったが、やや脱気の状態および酢酸+インジゴ染色で視認性を向上でき、NBI拡大内視鏡DL(+)、irregular MS patternおよびirregular MV pattern、WOS陽性。

ESD後病理診断：Adenocarcinoma、0-IIb、6×6mm、低異型度管状腺癌(low grade)、

不規則に分岐・蛇行した腺管を形成しながら増殖している高円柱状の異型腺上皮が表層~中層に分布し、粘膜深層に非腫瘍性腺管を認め、増殖帯は病変の表層部を主体に分布している所見を認める。

考察：同一患者から5mm前後の2病変を認めた。いずれも顕著な萎縮を示す背景粘膜にあったが、肉眼形態および色調が異なっていた。2病変目が褪色~黄色調を呈したのはWOSの存在のほか、病変の粘膜深層に非腫瘍性腺管を認めるなどの病理所見から該当病変が極早期にあり、腫瘍血管の増生が乏しいためなどが原因として考えられる。

九州胃拡大内視鏡研究会

<http://www.qzgconf.com/>