

第21回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2019年2月16日（土） 15:30～19:00

会場：福岡大学筑紫病院 3F ガーデンホール

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『 興味ある症例 』

～ いかに胃拡大内視鏡所見を読影するか ～

代表世話人挨拶

15:30～15:35

福岡大学筑紫病院 八尾 建史

第一部

15:35～17:15

座長 石川県立中央病院 土山 寿志

主題演題①

「 胃ポリープ状病変の1例 」

万波智彦、若槻俊之、須藤和樹、坂林雄飛、福本康史、古立真一

国立病院機構岡山医療センター 消化器科

山下晴弘

国立病院機構岡山医療センター 腫瘍内科

主題演題②

「 6mm大の胃 polypoid lesion 」

金坂 卓、岩上裕吉、上堂文也

大阪国際がんセンター 消化管内科

よろず相談①

「 背景に A 型胃炎を伴った幽門腺腺腫の 1 例 」

辻 直子¹⁾、正木 翔、松井繁長、岡元寿樹、山田光成、永井知之、米田頼晃、櫻井俊治、
渡邊智裕、樫田博史、工藤正俊、筑後孝章²⁾

1) 近畿大学医学部 消化器内科

2) 近畿大学医学部 病理

主題演題③

「 胃型（幽門腺型）腺腫の 1 例 」

小島康司、内多訓久、岩崎丈紘、窪田綾子、黒岩千比呂、高橋拓、大家力矢、川田愛、岡崎三千代、岩村伸一
高知赤十字病院 消化器内科

よろず相談②

「 多彩な M-NBI 像を示した EB ウイルス関連胃粘膜内癌の一例 」

宮島沙織¹⁾、中西宏佳、辻重継、長井一樹、平井博和、増永哲平、出島彰宏、中島崇志、
脇田重徳、木藤陽介、辻国広、吉田尚弘、松永和大、竹村健一、岡山友里恵²⁾、片柳和義、
車谷宏、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)

第二部

17:30~18:55

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

主題演題④

「 胃底腺への分化を示す低異型度上皮性腫瘍の一例 」

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

- 1) 順天堂大学医学部 消化器内科
- 2) 順天堂大学医学部・大学院医学研究科 人体病理病態学講座

主題演題⑤

「 *Helicobacter pylori* 未感染の胃底腺粘膜に発生した胃型純粹超高分化腺癌の1例 」

天野良祐¹⁾、池園 剛²⁾³⁾、金光高雄²⁾、小島俊樹¹⁾、石川智士、大津健聖、宮岡正喜²⁾、八尾建史、金城 健³⁾、太田敦子、田邊 寛、原岡誠司、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⑥

「 Epithelial neoplasm (very well differentiated adenocarcinoma) of new type が疑われた隆起性病変 」

小島俊樹¹⁾、金城 健、金光高雄、宮岡正喜²⁾、長谷川梨乃、中馬健太¹⁾、八坂達尚、大津健聖、植木敏晴、八尾建史²⁾、田邊 寛³⁾、原岡誠司、岩下昭徳

- 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⑦

「 PCAB 投与により NBI 拡大所見が変化した除菌後発見上皮性腫瘍の1例 」

勝田真琴¹⁾、上尾哲也、高橋晴彦、米増博俊³⁾、井上翔太郎¹⁾、都甲和美、垣迫陽子³⁾、石飛裕和⁴⁾、福田昌英²⁾、九嶋亮治、村上和成⁵⁾

- 1) 大分赤十字病院 消化器内科
- 2) 滋賀医科大学 病理診断科
- 3) 大分赤十字病院 病理診断科
- 4) 大分中村病院 消化器疾患・内視鏡センター
- 5) 大分大学医学部附属病院 消化器内科

抄録

主題演題①

「 胃ポリープ状病変の1例 」

万波智彦、若槻俊之、須藤和樹、坂林雄飛、福本康史、古立真一

国立病院機構岡山医療センター 消化器科

山下晴弘

国立病院機構岡山医療センター 腫瘍内科

(症例) 80歳台、女性。(既往歴) 狭心症、深部静脈血栓症

(現病歴) 整形外科で術前に施行された上部消化管内視鏡検査にて、胃体部に隆起性病変を指摘され、当科へ紹介となった。白色光観察では背景粘膜に萎縮を伴い、体中部小彎に発赤調の絨毛様・イソギンチャク用の隆起性病変を認めた。NBI 併用拡大観察において、背景粘膜の腺窩辺縁上皮(MCE)は楕円形を呈し、規則的に配列していた。病変隆起の裾では、微小血管は閉鎖性から一部開放性ループを呈し、不整は乏しかった。表面微細構造は絨毛様構造を呈しているが、規則的に配列し不整は乏しく、同部は regular MV pattern plus regular MS pattern, DL present と判断した。病変隆起の頂部大部分では、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た。MCEは類円形を呈し、1つ1つの構造は小さいが、比較的、規則的に配列していた。同部も regular MV pattern plus regular MS pattern, DL present と判断した。以上より、胃癌よりも腺腫と診断し、ESDの方針とした。

病理組織学的所見は、分葉状、結節状の粘膜の増生を認め、表層の上皮は腺窩上皮型の細胞と幽門腺型の細胞が領域をもって混在していた。間質内には幽門腺型の上皮細胞が大小の管腔を形成し密に増生していたが、核は基底側に配列しており、明らかな核異型は認められなかった。免疫染色では、表層の腺窩上皮型の細胞は MUC5AC が陽性、MUC6 は陰性であった。幽門腺型の細胞は MUC6 が強陽性、MUC5AC は部分的に陽性であり、Ki-67 は表層部に限局して陽性、p53 は病変全体にびまん性に陽性であった。間質には浮腫、血管拡張と炎症細胞浸潤が認められた。以上より、胃型腺腫(幽門腺腺腫)と診断した。

胃型腺腫の内視鏡的肉眼像は、①丈の高い絨毛状隆起、②表面平滑でくびれを持つ隆起、③内反性増殖、④結節集簇状に分類される。NBI 併用拡大内視鏡観察では、乳頭状・絨毛状構造が認められるが、MSP や MVP についてはまとまった数の検討の報告がないのが実情である。症例を供覧するとともに、NBI 併用拡大観察所見、特に MVP の読影につき会場のご意見を伺いたい。

主題演題②

「 6mm 大の胃 polypoid lesion 」

金坂 卓、岩上裕吉、上堂文也

大阪国際がんセンター 消化管内科

症例は 80 歳代女性。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、胃体下部大弯に山田IV型ポリープを指摘された。生検組織診断結果が Group 4 であったため内視鏡治療目的に当院を紹介され、受診した。Helicobacter pylori の除菌歴なし。飲酒歴、喫煙歴ともになし。現症も特記すべきことなし。当院で施行した上部消化管内視鏡検査では、白色光通常観察で背景粘膜には明らかな萎縮性胃炎を認めず、胃体下部大弯に6mm大の発赤調の隆起性病変を認めた。NBI 併用拡大観察(弱拡大での評価)は absent MV pattern and irregular MS pattern without DL であった。窩間部の開大を認めることから内視鏡的には胃癌よりもむしろ過形成性ポリープを疑い、当院での生検組織診断は Group 1 であった。組織学的診断目的にポリペクトミーを施行したところ、切除標本の病理診断は、Type 0-I, 6×5mm, tub1, pT1a, Uls(-), ly0, v0, cut end: negative であった。

よろず相談①

「 背景に A 型胃炎を伴った幽門腺腺腫の 1 例 」

辻 直子¹⁾、正木 翔、松井繁長、岡元寿樹、山田光成、永井知之、米田頼晃、櫻井俊治、
渡邊智裕、樫田博史、工藤正俊、筑後孝章²⁾

1) 近畿大学医学部 消化器内科

2) 近畿大学医学部 病理

【症例】70 歳代、女性【現病歴】PET 検診で S 状結腸に FDG の集積と貧血を指摘され当科を受診した。【血液検査所見】T.bil=3.1mg/dl, LDH=862U/L, Hb=7.4g/dl, MCV=129.6fl, VitB12<50pg/ml, ガストリン=9300pg/ml, 抗胃壁細胞抗体=40 倍 (10 未満), 抗内因子抗体 (+)【上部消化管内視鏡検査】胃体中部大弯に山田 III 型、約 10mm 大の表面平滑で一部分葉様の光沢のあるポリープを認めた。M-NBI では MVP は大小不規則なネットワークを形成する血管を認め、口径不同は乏しく、MSP は不明瞭であった。背景胃粘膜は幽門腺粘膜様で、*H. pylori* 培養は陰性だった。生検で胃型腺腫疑いのため ESD を施行した。病理では円柱上皮が大小の腺管を作って密に増生し、一部のう胞状拡張を認め、核異型は見られず Adenoma, gastric type と診断された。腫瘍部は MUC6(+), MUC5AC(+), MUC2(-), pepsinogen(一部+), proton pump(-)で、周囲胃粘膜は著明な萎縮・菲薄化し、pepsinogen(散在性に+), proton pump(-), MUC2(-), MUC5AC (粘膜表層で+), MUC6 (粘膜底部で+), chromogranin A (粘膜底部で+) また一部で chromogranin A+の小胞巣を認めた。【考察】幽門腺腺腫は高齢、女性に多く、胃では体部胃底腺領域に発生することが多い。背景は A 型胃炎やピロリ胃炎、また家族性大腸腺腫症での発生が報告され、high grade dysplasia や adenocarcinoma の合併率も高い。本例は文献的には比較的典型例と考えられた。

M-NBI での腫瘍部や背景粘膜の読影についてご教示よろしく願いいたします。

主題演題③

「胃型（幽門腺型）腺腫の1例」

小島康司、内多訓久、岩崎丈紘、窪田綾子、黒岩千比呂、高橋拓、大家力矢、川田愛、岡崎三千代、岩村伸一
高知赤十字病院 消化器内科

症例は82歳男性。4年前に近医でピロリ除菌され、その後は定期的に経過観察されていた。約2年ぶりに施行された上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃体中部前壁に褪色調隆起性病変を認めた。生検では過形成性変化、group1の診断であったが、拡大内視鏡による精査目的に紹介となった。当院にてEGDを施行したところ、白色光観察では、胃体中部前壁に15mm大の褪色調隆起性病変を認めた。隆起はやや光沢、透明感があり、色素観察では表面構造のわずかな凹凸を認めたが、全体的に不整に乏しかった。NBI併用拡大観察では、頂部は円弧状および類円形のMCEで大小不同は目立たず、形態は均一であり、regular MS patternであった。Vは上皮内血管パターンでやや拡張した血管を認めるが口径不同はなく形態は均一、VS discordanceを認めず、regular MV patternと判定した。境界については隆起にほぼ一致して表面構造の違いを認め、DLは明瞭であった。EUSを行うと病変内部に嚢胞様の低エコー域が多発しており、内視鏡所見とあわせて胃型（幽門腺型）腺腫と診断した。上記病変の肛門側近傍に4mm大の発赤調隆起（副病変）を認めた。白色光観察および色素観察では表面平滑で不整なく、NBI拡大観察では、背景に比べて窩間部の開大を認めたが明瞭なDLを認めず、V,Sともに明らかな不整を認めなかった。非癌の所見であったが胃底腺型胃癌の可能性は否定できず、前述の主病変とともに外周にマーキングをしてESDを施行、一括切除した。病理学的所見では、主病変の隆起部には腺管が密に配列しており嚢胞様に拡張した腺管が混在していた。腺管は幽門腺に類似しており構造異型には乏しかった。免疫染色では、MUC6は表層上皮以外に陽性、MUC5ACは瀰漫性に陽性、Pepsinogen Iは多くの細胞で陽性、H⁺/K⁺-ATPaseは一部で陽性、CD10, MUC2, CDX2は陰性であった。p53陽性細胞はほとんど認めず、Ki-67は散在性に一部で陽性であった。上記から主病変はpyloric gland adenoma (PGA)と診断したが、胃底腺型胃癌に類似した形質を示した。副病変については、gastric cystica profunda (GCP)の診断で異型腺管を認めず、粘膜下層の拡張した腺管により粘膜表層が下から圧排され、胃底腺型胃癌に類似した内視鏡所見を呈したと考えられた。

よろず相談②

「 多彩な M-NBI 像を示した EB ウイルス関連胃粘膜内癌の一例 」

宮島沙織¹⁾、中西宏佳、辻重継、長井一樹、平井博和、増永哲平、出島彰宏、中島崇志、脇田重徳、木藤陽介、辻国広、吉田尚弘、松永和大、竹村健一、岡山友里恵²⁾、片柳和義、車谷宏、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 60 歳代女性。2015 年に胃体上部後壁の早期胃癌に対し ESD 施行、以降半年に 1 回の内視鏡検査を継続していた。ESD 後に *H. pylori* 除菌療法を行い、尿素呼気試験で陰性を確認している。2018 年 7 月の定期検査にて、胃体中部大弯に 15mm 大の隆起性病変を認め、生検で tub2, por, sig であった。後日精査目的に再検査を行った。

背景胃粘膜は萎縮性胃炎 0-1 であり、胃体中部大弯に指摘されている発赤調の隆起を認め、その周囲にやや褪色調の平坦領域が広がっていた。NBI 併用拡大内視鏡検査 (M-NBI) では褪色調領域に一致して demarcation line (DL) を認めた。Microvascular (MV) pattern は、個々の血管の形状は不均一で、分布も非対称的、配列も不規則であることから、irregular MV pattern と判定した。開放性のループを示している箇所もあり、未分化型成分の混在も示唆された。Microsurface (MS) pattern は、個々の腺窩辺縁上皮の形状は不均一、分布は非対称、配列も不規則であり、irregular MS pattern と判定した。なお、隆起部を中心に窩間部の開大が著明で、さらに MV は認識できず、absent MV pattern plus irregular MS pattern を呈していた。Absent MV pattern の原因としては上皮ならびに上皮直下に何らかが沈着していると考えたが、WOS や泡沫細胞とも異なり、形質細胞の沈着に似ている像であった。大きさ 4cm, cM/SM1, 分化型優位の癌と考え、ESD による一括切除を行った。

ESD 標本の病理学的所見では、境界不明瞭な表面隆起および陥凹病変を認めた。リンパ球浸潤癌が優勢であったが、高分化管状腺癌の領域も認め、多彩な M-NBI 像を反映していると考えた。またいずれの部位でも EBER 陽性であった。最終病理学的診断は Early gastric cancer, 0-II c+II a, carcinoma with lymphoid stroma>tub1, pT1a (M), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0 であった。

既存の報告では、EB ウイルス関連胃癌は体上部に多く、発赤調で陥凹病変が多いとされている。本病変は体下部に位置し、一部褪色調の範囲もあり、また隆起も伴っており既存の報告とは異なっている点が多い。そこで内視鏡的所見や病理診断について、本症例が EB ウイルス関連癌としての特徴があるかどうかのご意見を伺いたい。

主題演題④

「胃底腺への分化を示す低異型度上皮性腫瘍の一例」

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

1) 順天堂大学医学部 消化器内科

2) 順天堂大学医学部 大学院医学研究科 人体病理病態学講座

89歳男性。心窩部痛を主訴に当科を受診し、上部消化管内視鏡検査で体上部大弯後壁に18mm大の白色調扁平隆起性病変を認めた。生検でGroup 5、胃底腺型胃癌（胃底腺粘膜型胃癌）疑いと診断され、内視鏡治療目的に入院となった。*H. pylori*除菌歴は不明、HP IgGは陰性(4 U/ml)、便中HP抗原も陰性であった。当院での通常白色光観察では体上部大弯後壁に18mm大の白色調～弱発赤調の扁平隆起性病変を認めた。背景粘膜には軽度の萎縮を認めた。NBI併用拡大観察ではDemarcation Line (DL)は比較的明瞭で、Microvascular pattern (MV)は不明瞭、Microsurface pattern (MS)は類円形～多角形の不均一なMCEと一部にVEC様の構造を認めた。以上よりVS classification system (MESDA-G)ではabsent MV pattern plus irregular MS pattern with a DLと判断した。irregularityは低く低異型度の高分化腺癌と考えESDを施行した。病理組織学的所見では隆起部に一致して核小体が比較的明瞭な類円形核と淡明～空胞状の細胞質を有する腫瘍細胞の管状増生を認めた。また、表層部では紡錘形核を主体とした異型を伴う腺窩上皮様の分化を示す腫瘍細胞の増生を認めた。免疫染色ではMUC5AC (+)、MUC6 (+)、pepsinogen-I (+)、H⁺/K⁺-ATPase (+)、MUC2 (focally +)、CD10 (-)で、胃型形質と判定され、頸部粘液腺～主細胞が主体で一部に腺窩上皮や壁細胞への分化を示していた。p53過剰発現は認めず、MIB-1陽性細胞は少数であるが散在性に存在し、胃底腺粘膜構築は保持されていることから明らかな癌とまでは診断できない病変と考えられた。最終病理診断はEpithelial neoplasm with predominant fundic gland differentiationであった。既知の胃型腺腫(幽門腺型腺腫)や胃底腺型胃癌、胃底腺粘膜型胃癌とは異なり、腺窩上皮や胃底腺に分化した低異型度の胃型腫瘍であり、今までの分類にあてはまらない稀な腫瘍と考えられた。

主題演題⑤

「 *Helicobacter pylori* 未感染の胃底腺粘膜に発生した胃型純粋超高分化腺癌の 1 例 」

天野良祐¹⁾、池園 剛²⁾³⁾、金光高雄²⁾、小島俊樹¹⁾、石川智士、大津健聖、宮岡正喜²⁾、
八尾建史、金城 健³⁾、太田敦子、田邊 寛、原岡誠司、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

【症例】66歳、男性。

【主訴】なし

【家族歴】特記事項なし。

【既往歴】40歳台 右肺癌、40歳台 脳腫瘍

【現病歴】200X年5月検診の上部消化管内視鏡検査で胃体中部大彎に5 mm大の発赤調の隆起性病変を指摘された。生検の病理組織学的所見において Group 4と診断され、精査加療目的に当科を紹介となった。

【検査所見】血清*Helicobacter pylori*-IgG抗体<3U/ml、鏡検法 *Helicobacter pylori*陰性。

【経過】200X年8月当科にて上部消化管内視鏡検査を施行された。白色光観察において背景胃粘膜はRAC (regular arrangement of collecting venules)陽性であり、胃底腺ポリープが散見され、*H. pylori* 未感染の胃粘膜像を呈していた。胃体中部大彎前壁より径 5 mm大の境界明瞭な隆起性病変を認めた。色調は強発赤調、亜有茎性のraspberry様の外観を呈していた。インジゴカルミン散布後観察では、比較的均一な微細顆粒状の粘膜模様が観察された。NBI 併用拡大内視鏡観察では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については、個々の血管は不整なループ状を呈し、形状は不均一、分布は非対称性、配列は不規則であり、irregular MV pattern と判定した。表面微細構造については、個々のMCE (marginal crypt epithelium) の形態は弧状を呈し、形状は均一、分布は対称性、配列は規則的であり、regular MS pattern と判定した。以上より、VS classification systemにおいて irregular MV pattern plus regular MS pattern with a DL と判定し、癌と診断した。後日当科でESDを施行、病変は一括切除された。切除標本の病理組織学的所見はvery well differentiated adenocarcinoma, pT1a (M), Ly0, V0, HMO, VMOであり、治癒切除であった。免疫組織化学染色において、MUC5AC陽性、gastric mucin陽性、MUC2陰性、MUC6陰性、CD10陰性であり、以上より胃型純粋超高分化腺癌(腺窩上皮型)と診断された。*Helicobacter pylori* 未感染の胃底腺粘膜に発生した、特徴的な内視鏡所見を呈する胃型純粋超高分化腺癌の1例を経験したので報告した。

【考察】近年、*H. pylori* 感染率の低下に伴い、*H. pylori* 未感染胃癌の発見が増加している。その頻度は本邦における胃癌の1%以下と報告されており、その多くは印鑑細胞癌であるとされていた。今回、*Helicobacter pylori* 未感染の胃底腺粘膜に発生した胃型純粋超高分化腺癌の1例を経験した。同様の腫瘍を報告している福山らによると2016年2月から2017年11月までに14例20病変の症例を経験しており、その頻度は同時期における全胃癌の6.6%(14/212)を占めていた。既報における頻度と比較すると明らかに高い結果であり、これまで見落とされてきた腫瘍であると考察している¹⁾。その特徴は*H. pylori* 未感染胃に発生する強発赤調の亜有茎性のraspberry様の外観を呈し、NBI 併用拡大観察では形態不均一な絨毛様構造を呈し、腺窩上皮型過形成性ポリープと比べると腺窩辺縁上皮は菲薄化しており、窩間部の異常血管が高密度に視認されるとしている。Isonoらは同様の腫瘍を見た際には生検を行うこと、または注意深くfollow upする事が重要と考察している²⁾。我々が呈示した病変を拡大観察するとVS classification systemによりirregular MV pattern plus regular MS pattern with a DLと判定し、癌と診断し得た。

【結語】胃拡大内視鏡観察により癌と診断しえた*Helicobacter pylori* 未感染の胃底腺粘膜に発生した胃型純粋超高分化腺癌の1例を報告した。

【参考文献】

1) 福山智香、九嶋亮治、木下芳一、他。Helicobacter pylori 未感染者の胃底腺粘膜に多発した低異型度胃型腺癌(腺窩上皮型)と腺窩上皮型過形成性ポリープの1例。胃と腸 54:265-272, 2019.

2) Yoshiaki Isono, Youichirou Baba, Katsumi Mukai, et al. Gastric adenocarcinoma coexisting with a reddish semipedunculated polyp arising from Helicobacter pylori-negative normal gastric mucosa: a report of two cases. Clin J Gastroenterol. 11:481-486, 2018.

主題演題⑥

「 Epithelial neoplasm (very well differentiated adenocarcinoma) of new type が疑われた隆起性病変 」

小島俊樹¹⁾、金城 健、金光高雄、宮岡正喜²⁾、長谷川梨乃、中馬健太¹⁾、八坂達尚、大津健聖、植木敏晴、八尾建史²⁾、田邊 寛³⁾、原岡誠司、岩下昭徳

- 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

【症例】 80 歳代、男性

【現病歴】 201X-6 年に当院で早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術（以下 ESD）による治療を受けた。同時に胃体上部後壁に隆起性病変を認めていたが、生検で、病理組織学的所見が hyperplastic polyp であったため経過観察されていた。その後も当院で定期的に内視鏡検査を受けていた。201X 年に異時性多発早期胃癌を指摘され、ESD 目的に当科に入院した。

【既往・生活歴】 *Helicobacter pylori* に対して除菌歴なし。（抗 HpIgG 抗体 4U/ml）

【臨床経過】 201X 年の ESD 時の上部消化管内視鏡検査で、白色光観察で胃体上部後壁に約 10mm 程度の同色調の隆起性病変を認める。表面の性状は全体的に乳頭状構造であった。インジゴカルミン色素散布後観察でも白色光観察と同様に表面全体に乳頭状構造を認めていた。NBI 併用拡大観察を施行すると、隆起の立ち上がりに一致して demarcation line（以下 DL）の同定は可能であった。DL の内側は形状均一で配列は規則的、分布も対称的な微小血管構築像を認め regular microvascular（以下 MV） pattern と判定、表面微細構造も個々の腺窩辺縁上皮（MCE）の形態は正円形の形状で、形状均一で配列は規則的、分布も対称性であり regular microsurface（以下 MS）と判定し、いわゆる vessels within epithelial circle（以下 VEC） pattern を呈していた。非癌と診断したが、通常の過形成性ポリープとは色調、肉眼形態、拡大内視鏡所見とも異なっていたことと患者の希望もあったため、内視鏡的粘膜切除術にて一括切除を行った。病理組織学的所見は epithelial proliferative lesion : Epithelial neoplasm (very well differentiated adenocarcinoma) of new type can not be completely denied. であった。病理学的にも新しいタイプの癌の可能性もあり報告する。

【結語】 Epithelial neoplasm (very well differentiated adenocarcinoma) of new type が疑われた興味ある症例である。

主題演題⑦

「 PCAB 投与により NBI 拡大所見が変化した除菌後発見上皮性腫瘍の 1 例 」

勝田真琴¹⁾、上尾哲也、高橋晴彦、米増博俊³⁾、井上翔太郎¹⁾、都甲和美、垣迫陽子³⁾、石飛裕和⁴⁾、
福田昌英²⁾、九嶋亮治、村上和成⁵⁾

- 1) 大分赤十字病院 消化器内科
- 2) 滋賀医科大学 病理診断科
- 3) 大分赤十字病院 病理診断科
- 4) 大分中村病院 消化器疾患・内視鏡センター
- 5) 大分大学医学部附属病院 消化器内科

Helicobacter pylori (*H. pylori*) 除菌後に発見される胃上皮性腫瘍は、ときにその質的診断が難しくなることがある。我々はその原因として除菌による胃酸環境の変化が関与していると報告してきた。今回我々は PCAB 投与により NBI 拡大所見が変化し、その質的診断に迷った除菌後発見胃上皮性腫瘍の 1 例を経験したので報告する。症例は 62 歳、男性。2013 年に *H. pylori* 除菌治療に成功。2017 年 1 月に健診目的の EGD で胃前庭部小弯にびらんを認め、生検で Group2 の診断であった。その後半年ごとにフォロー EGD を 2 回施行し、いずれも Group3 であった。範囲診断が困難であったため当科紹介受診した。初診時の白色光観察で胃前庭部小弯に発赤調の一部ヘマチンの付着を認める病変を認め、色素観察併用下でも病変の境界は不明瞭であった。NBI 併用拡大観察では病変に明瞭な Demarcation line を認め、病変内部では不整な円形から楕円形の腺窩辺縁上皮で囲まれた窩間部に不整な微小血管構築像を認める上皮内血管パターンを認め、irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL と判断した。VEC 陽性、WOS 陰性で胃型の分化型癌を疑った。このときの空腹時胃液 pH は 1 であった。除菌後の胃酸回復が病変に影響していると考え、ESD に合わせて PCAB を 21 日間投与し再度観察を行った。同病変は白色光観察で褪色調に変化し、初回にみられたヘマチン付着は消失していた。NBI 併用拡大観察では、病変の境界は WOS のびまん性な出現により明瞭化していた。WOS の出現により微小血管は視認できなかったが、比較的整った迷路状の WOS の中にスリット状の腺開口部を認め、absent MV pattern plus regular MS pattern with a DL, VEC 陰性, regular WOS と判断し、管状腺腫（腸型）との鑑別が難しい腫瘍と考えた。PCAB 投与により空腹時胃液 pH は 7 と上昇がみられた。ESD による一括切除を行った。最終病理学診断は、腫瘍径 30x18mm の低異型度分化型胃癌, M, U1(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 で、粘液形質発現は胃腸混合型であった。組織学的にも腺腫との鑑別がやや難しい病変であった。

【結語】PCAB 投与前後で内視鏡像が劇的に変化した除菌後発見上皮性腫瘍の 1 例を経験した。除菌後の胃酸環境の変化が内視鏡所見にも大きく関与した症例と考える。

九州胃拡大内視鏡研究会

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