

第23回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2020年2月15日（土） 15:00～19:00
会場：福岡大学筑紫病院

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

九州胃拡大内視鏡研究会ホームページ <http://www.qzgconf.com/>

テーマ『 興味ある症例 』

15:00～15:05
代表世話人挨拶 福岡大学筑紫病院 八尾建史

第一部

15:05～17:03
座長 福岡大学筑紫病院 八尾建史

症例検討

主題演題①

「 2日連続で経験した病理組織像の異なる胃前庭部隆起性病変の2例 」

杉山 絃¹⁾、中西宏佳、秋山晋一郎、増永哲平、宮島沙織、平井博和、脇田重徳、木藤陽介
辻 国広、吉田尚弘、松永和大、辻 重継、竹村健一、片柳和義²⁾、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

主題演題②

「 小腸型形質を呈した超高分化腺癌の1例 」

沖翔太朗¹⁾、松本紘平、上山浩也、阿部大樹、鈴木信之、池田 厚、谷田貝 昂、赤澤陽一、小森寛之、竹田 努、上田久美子、松本健史、北條麻理子、津山 翔²⁾、八尾隆史、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③

「 ボノプラザン投与により増大した胃底腺ポリープの1例 」

高橋晴彦¹⁾、上尾哲也、勝田真琴、秋山英俊、鹿子嶋洋明、米増博俊²⁾、福田昌英³⁾、村上和成

- 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
- 3) 大分大学医学部附属病院 消化器内科

よろず演題①

「 術前の拡大内視鏡により癌と診断したが、切除標本で Adenoma with severe atypia, MALT lymphoma と診断された1例 」

久礼里江¹⁾、新田裕樹、山本章子、山本果奈、中村真一、岸野真衣子²⁾、山本智子³⁾、長嶋洋治

- 1) 東京女子医科大学 消化器内科
- 2) 東京女子医科大学 内視鏡科
- 3) 東京女子医科大学 病理診断科

よろず演題②

「 NBI 併用拡大内視鏡検査の診断に迷った1例 」

田邊陽邦¹⁾、青柳裕之、川瀬翔太郎、宇都宮まなみ、清水吉晃、川崎 梓、内藤慶英、波佐谷兼慶、砂子阪 肇、辰巳 靖、海崎泰治²⁾

- 1) 福井県立病院 消化器内科
- 2) 福井県立病院 病理診断科

休憩

(15 分間)

17 : 03～17:18

第二部

17:18～18:54

座長 石川県立中央病院 土山寿志

主題演題④

「 自己免疫性胃炎初期像と考えた 1 例 」

岸野真衣子¹⁾、久礼里江²⁾、新田裕樹、山本章子、山本果奈、中村真一、徳重克年

1) 東京女子医科大学 消化器内視鏡科

2) 東京女子医科大学 消化器内科

主題演題⑤

「 胃底腺粘膜型胃癌の 1 例 」

佐柿 司、福本康史、永原華子、須藤和樹、坂林雄飛、若槻俊之、古立真一、清水慎一
万波智彦

国立病院機構岡山医療センター 消化器内科

主題演題⑥

「診断に難渋した低異型度胃型腫瘍（幽門腺腺腫疑い）の1例」

村石純一¹⁾、今村健太郎²⁾、植木敏晴、金光高雄¹⁾、宮岡正喜、八尾建史、金城 健³⁾
田邊 寛、原岡誠司、岩下明德

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

主題演題⑦

「胃隆起性病変の1例」

小島康司、内多訓久、岩崎丈紘、前田充毅、重久友理子、窪田綾子、黒岩千比呂、宮田好裕
佐々木紫織、大家力矢、岡崎三千代、岩村伸一
高知赤十字病院 消化器内科

抄録

主題演題①

「 2日連続で経験した病理組織像の異なる胃前庭部隆起性病変の2例 」

杉山 絃¹⁾、中西宏佳、秋山晋一郎、増永哲平、宮島沙織、平井博和、脇田重徳、木藤陽介
辻 国広、吉田尚弘、松永和大、辻 重継、竹村健一、片柳和義²⁾、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1】50歳代女性、検診の上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃前庭部後壁に隆起性病変を認め、生検でGroup 5 (tub1)と診断され当科紹介、精査EGDを行った。通常内視鏡(C-WLI)では、胃前庭部後壁の隆起性病変は10mm大で、頂部には生検痕とともに発赤調の浅い陥凹面を認めた。背景胃粘膜は萎縮性胃炎0-1、*H. pylori*陽性であった。NBI併用拡大内視鏡(M-NBI)では、頂部の陥凹面の一部のみにDemarcation line(DL)を認識した。Microvascular(MV) patternについては、形状不均一な血管が密に増生し、配列も不規則でirregularと判定した。microsurface(MS) patternについては、腺窩辺縁上皮(MCE)の形状不均一、分布は非対称性、配列も不規則でirregularと判定した。VSCSはirregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL(低確信度)と判定し、ESDを施行した。切除標本の病理組織学的所見は、表層上皮は過形成性変化、粘膜内から粘膜下層には線維性結合織の増加と、好酸球を含む炎症細胞浸潤を認め、inflammatory fibroid polypと診断した。

【症例2】30歳代男性、検診のEGDで胃前底部後壁に隆起性病変を認め、生検でGroup 4, tub1との鑑別が困難な病変と診断され当科紹介、精査EGDを行った。C-WLIでは、胃前庭部後壁の隆起性病変は10mm大で、頂部には生検痕とともに発赤調の浅い陥凹面を認めた。背景胃粘膜には萎縮性変化を認めず、*H. pylori*陰性であった。M-NBIでは、頂部の陥凹面に一致してDLを認識した。MV patternについてはabsentの領域がほとんどであった。MS patternについては、MCEの形状不均一、分布非対称性、配列も不規則でirregularと判定した。VSCSはabsent MV pattern plus irregular MS pattern with a DL(高確信度)と判定し、ESDを施行した。切除標本の病理組織学的所見は、陥凹部に一致して異型腺管の増殖を認め、N/C比が高く表層分化も一部消失しており、7mm大の粘膜内に留まるtub1と診断した。それぞれの内視鏡画像、病理組織学的所見について供覧する。

主題演題②

「 小腸型形質を呈した超高分化腺癌の 1 例 」

沖翔太郎¹⁾、松本紘平、上山浩也、阿部大樹、鈴木信之、池田 厚、谷田貝 昂、赤澤陽一、小森寛之、竹田 努、上田久美子、松本健史、北條麻理子、津山 翔²⁾、八尾隆史、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

50 歳代男性。他院で検診目的の上部消化管内視鏡検査を施行し、胃体下部大弯に病変を指摘され、精査加療目的に当院へ紹介となった。当院受診 1 ヶ月前に *H. pylori* 除菌が施行されていた。当院での通常白色光観察では、胃体下部大弯前壁に 15mm 大の周辺に SMT 様隆起を伴う陥凹性病変を認めた。陥凹辺縁は主に赤色調を呈し、陥凹中心部は白色調で、辺縁部に比較し一段深い陥凹面を有していた。M-NBI では、陥凹辺縁に一致して明瞭な DL を認め、①陥凹辺縁部と②陥凹中心部で異なる所見を呈していた。①陥凹辺縁部では、上皮内血管パターンを呈し、形状不均一な弧状・多角形の MS と、MCE に囲まれた窩間部内に形状不均一を伴う MV を認め、低異型度の高分化腺癌を疑う所見であった。中心部では、上皮内血管パターンを呈し、類円形・多角形の MS と窩間部内に樹枝状・蛇行を伴う MV を認め、形状・分布・配列は整っており、regular と判断した。また、陥凹面全体に LBC を認めた。腸型の低異型度高分化腺癌を疑い 2 回生検を行ったがいずれも group2 の結果であった。診断的治療として ESD を施行した。病理組織学的所見では、小腸型分化を伴う細胞異型に乏しい腫瘍細胞が腺管の変形・癒合を伴い増殖し、一部で粘膜下層浸潤を認めた。一部には腺管構造を持たない低分化腺癌成分も認めた。免疫染色にて、MUC2・CD10 陽性、MUC5AC 陰性、MUC6 ごく一部に陽性であり、粘液形質は腸型と判断された。最終診断は、Adenocarcinoma, M, Ant, 0-IIc, 16x12mm, tub1>>por2, pT1b/SM2 (800µm), INFb, pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0 であった。本症例は、通常白色光観察からは典型的な上皮性腫瘍を疑う所見は乏しかったが、詳細な M-NBI 観察により明瞭な LBC と不整な MS・MV pattern を認識することで、術前に低異型度の腸型腺癌を疑うことが可能であった。

主題演題③

「 ボノプラザン投与により増大した胃底腺ポリープの 1 例 」

高橋晴彦¹⁾、上尾哲也、勝田真琴、秋山英俊、鹿子嶋洋明、米増博俊²⁾、福田昌英³⁾
村上和成

- 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
- 3) 大分大学医学部附属病院 消化器内科

【症例】70歳代、女性【現病歴】関節リウマチと強皮症にて当院リウマチ科にかかりつけ。貧血の進行あり 201X年 X-1月に当科紹介となった。当科にて施行した上部消化管内視鏡検査にて胃に多発するポリープを認めた。貧血の原因と考えられEMR目的に201X年 X月に当科入院となった。

【家族歴】FAPの家族歴なし【内服歴】ボノプラザン【初診時検査所見】Hb: 8.9g/dL, 血清 *H. pylori* IgG 抗体 (-), 尿中 *H. pylori* 抗体 (-) ガストリン 1625pg/ml【上部消化管内視鏡所見】萎縮のない背景粘膜の体部大彎を中心に大小不同のポリープが多発していた。ポリープは光沢があり、水腫様で同色調のポリープや発赤調のポリープなど様々であった。大きなポリープは馬鈴薯状で亜有茎性の形態であり、発赤調のポリープの一部では観察時に軽度の出血を伴っていた。NBI 併用拡大観察 (M-NBI) では同色調のポリープについては表面にシアン調の拡張した集合細静脈と思われる血管がみられた。微小血管構築像 (V) に関しては最大倍率の観察はできず判定不能であったが、表面微細構造 (S) に関して、形状は均一で配列は規則的、分布は対称的であり regular と判定した。また、発赤調のポリープについては表面がうっ血しており V は視認できずに absent, S は視認可能であった腺開口部の配列や分布より regular と判定した。いずれのポリープも癌を示唆する所見は認めなかったが、発赤調のポリープや大きなポリープについては貧血の原因と考えられたためEMRにて切除した。【病理組織学的所見】組織学的にはポリープは異型のない胃底腺の増生と浮腫状の炎症性間質を主体とし、大小の嚢胞状拡張腺管から構成されていた。部分的に腺窩上皮の過形成が目立ち、壁細胞過形成 (parietal cell hyperplasia) もみられた。これらの所見はボノプラザンに関連し胃底腺ポリープが増大したポリープとしても矛盾しない所見であった。【考察】PPI の長期内服により発生および増大した胃底腺ポリープの報告例が散見され、dysplasia を伴っていたという報告もある。しかし、dysplasia を伴う症例であってもM-NBIでその所見を捉えるのは困難であると思われる。

よろず演題①

「 術前の拡大内視鏡により癌と診断したが、切除標本で Adenoma with severe atypia, MALT lymphoma と診断された 1 例 」

久礼里江¹⁾、新田裕樹、山本章子、山本果奈、中村真一、岸野真衣子²⁾、山本智子³⁾
長嶋洋治

1) 東京女子医科大学 消化器内科

2) 東京女子医科大学 内視鏡科

3) 東京女子医科大学 病理診断科

症例は 72 歳の女性。既往歴に高血圧、脂質異常症、マクログロブリン血症、頸動脈狭窄症がある。現病歴は 2019 年 4 月にスクリーニング目的に上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃体下部小弯にわずかに発赤した中心に陥凹を伴う隆起性病変を認めた。同部位から生検を行ったところ、adenoma (Group3) の範疇との結果であった。なお、背景粘膜は除菌後の胃粘膜であった。11 月に上部消化管内視鏡検査を再検し、NBI 併用拡大内視鏡観察を行った。NBI 併用拡大内視鏡観察では、demarcation line を伴っており、微小血管構築像は主に閉鎖性ループを呈し、個々の血管の形状は不均一で、分布は非対称性、配列も不規則であった。表面微細構造は、個々の腺窩辺縁上皮の形態は主に弧状を呈し、形状は不均一、分布は非対称性、配列も不規則で、一部視認しづらい領域も認めた。以上から、irregular MV pattern plus irregular/absent MS pattern with demarcation line と判断した。VEC を認めるが WOS や LBC はなく、胃型腺癌を疑い、2020 年 1 月に ESD を行った。病理組織学的所見は、Adenoma with severe atypia の診断であった。また、粘膜固有層内には巣状のリンパ球浸潤を認めた。リンパ球は大部分が CD20,CD79a 陽性の B-cells で、CD3 陽性の T-cells は少数、B-cells には CD43 も発現しており、MALT lymphoma と考えられた。拡大内視鏡と組織学的所見の対比に関して検討させていただきたい。

よろず演題②

「 NBI 併用拡大内視鏡検査の診断に迷った 1 例 」

田邊陽邦¹⁾、青柳裕之、川瀬翔太郎、宇都宮まなみ、清水吉晃、川崎 梓、内藤慶英
波佐谷兼慶、砂子阪 肇、辰巳 靖、海崎泰治²⁾

1) 福井県立病院 消化器内科

2) 福井県立病院 病理診断科

【症例】72 歳男性。2016 年 9 月に *H. pylori* 一次除菌療法が施行され、同年 11 月に尿素呼吸試験にて除菌を確認した。2019 年 11 月下旬に心窩部違和感を認めたため上部消化管内視鏡検査を施行したところ、体中部大弯に 12mm 大の発赤塑像粘膜を呈する陥凹性病変を認めた。同部位の NBI 併用拡大内視鏡所見では陥凹に一致して demarcation line (DL) を認めた。Microvascular pattern (MVP) は一部不整が否定できなかったが全体的には regular MVP であった。Microsurface pattern (MSP) は regular であった。同部位を生検したところ tub1 が認められた。襲の太まりも認められたため EUS を施行したが、粘膜下に嚢胞性変化が認められるのみであったため 2020 年 1 月下旬に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。その際の NBI 併用拡大内視鏡では MSP 及び MVP はともに irregular であり、DL も認められ分化型胃癌に矛盾しない所見であった。最終病理診断は Early gastric cancer, well differentiated tubular adenocarcinoma, gastric ESD[M, Gre, Type 0-IIc, 14×12mm, tub1, pT1a(M), pUL0, Ly0, V0, pNX, HM0, VM0 であった。

H. pylori 除菌後の胃癌は、癌、非癌の鑑別が困難な場合があると報告されている。今回、我々は経時的に内視鏡所見の変化した除菌後胃癌を経験した。NBI 併用拡大内視鏡では胃の炎症性変化に類似した所見であると思われた。除菌後胃癌が診断困難となる要因として (1) 非腫瘍性上皮の被覆、(2) 低異型度上皮、(3) 表層分化が原因として考えられている。今回の症例は生検時に腫瘍表面は非腫瘍上皮に被われていたため、癌の認識が困難であったものと考えられる。その後、生検による上皮の剥離とそれに関連した事象と腫瘍の増生により腫瘍の一部が表面に露出したため癌と認識できたものとする。

除菌後胃癌において、非腫瘍性上皮の被覆がある場合には、上皮下或いは露出した腫瘍の状態により MSP、MVP はともに整、不整の場合が存在しかつ DL に関しても明瞭に認識できる場合とそうでない場合が想定される。初回の NBI 併用拡大内視鏡検査において MSP, MVP regular, DL(+) と読むべきか御教示頂きたい。

主題演題④

「 自己免疫性胃炎初期像と考えた 1 例 」

岸野真衣子¹⁾、久礼里江²⁾、新田裕樹、山本章子、山本果奈、中村真一、徳重克年

1) 東京女子医科大学 消化器内視鏡科

2) 東京女子医科大学 消化器内科

症例は 50 歳の女性。 *H. pylori* 除菌歴、抗潰瘍薬や消化酵素剤、NSAIDs などの内服歴はない。健康診断での内視鏡検査にて胃体部に異常所見を指摘されたため当院を受診した。当院での内視鏡検査では、胃体部領域はびまん性に発赤、近接すると、軽度隆起した胃小区構造から成り立っていた。相対的に胃小区間溝が明瞭に観察された。NBI 併用拡大内視鏡観察では胃小区構造は保たれており、胃体部線粘膜の微小血管構築像と表面微細構造は完全に保たれていた。しかし中心部の軽度隆起と上皮下の微小血管が中心部に向かって徐々に拡張した所見を認めた。一方、胃幽門腺粘膜は、白色光通常観察では異常を認めず、NBI 併用拡大観察においても Regular coil-shaped SECN pattern と regular curved MCE pattern を呈し正常胃幽門腺粘膜の像であった。病理検査では、体中部大弯からの生検で萎縮、腸上皮化性、壁細胞の減少は認めなかったが、粘膜の深部に強いリンパ球浸潤を局所的に認めた。これらの所見から疾患を確定することはできなかったが、①胃体部のみのびまん性の変化、②病理上の粘膜深部の局所的炎症細胞浸潤、③橋本病の既往、から自己免疫性胃炎 (autoimmune gastritis : AIG) との関連を疑った。追加検査で抗壁細胞抗体 320 倍、血清ガストリン値軽度上昇を認めた。以上から本症例の内視鏡像は AIG に関連した所見と考えた。典型的な AIG と異なり萎縮性胃炎の所見がなく、病理組織における炎症所見が散在性であり、鉄欠乏、ビタミン B12 低下などの臨床所見もないことから、AIG の初期段階を捉えたものと判断した。

主題演題⑤

「 胃底腺粘膜型胃癌の 1 例 」

佐柿 司、福本康史、永原華子、須藤和樹、坂林雄飛、若槻俊之、古立真一、清水慎一
万波智彦

国立病院機構岡山医療センター 消化器内科

【症例】60 歳代、男性 【既往歴】特発性血小板減少性紫斑病、前立腺肥大症、高血圧症
【主訴】なし 【現病歴・経過】胃癌サーベイランス目的の上部消化管内視鏡検査で、胃体上部前壁に軽度発赤した 2cm 程度の隆起性病変を認めた。隆起の辺縁は SMT 様のなだらかな立ち上がりを呈していた。背景胃粘膜は木村・竹本分類で 0-1 の萎縮を伴っていたが、隆起の周囲は非萎縮粘膜であった。NBI 併用拡大観察では、表面微細構造について、個々の MCE の幅は背景と比べて広く、形態は大小不同のある類円形、楕円形を呈し、配列は不規則であった。微小血管構築像については、個々の微小血管は窩間部におさまるループ状を呈し、形状は不均一であった。DL は明瞭であったが、隆起の立ち上がりよりもやや内側に位置していた。また VEC pattern が陽性であり、WOS は陰性であった。以上より irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL (VEC pattern+, WOS-) と判定した。癌の診断基準に合致し、胃型もしくは胃型優位の粘液形質を発現していると考えた。深達度は粘膜下層浸潤を来していると思われた。病変は ESD により切除された。病理組織学的所見は、粘膜層および粘膜下層に細胞異型を示す癌の浸潤増殖を認め、一部では静脈侵襲も認めた。隆起辺縁のなだらかな立ち上がり部分では、粘膜固有層深層から粘膜下層にかけて腫瘍細胞が分布していたが、表層は非癌粘膜であった。免疫染色では、MUC5AC 陽性、MUC6 陽性、MUC2 陰性、CD10 陰性、Pepsinogen-1 陽性、H/K-ATPase 陽性であり、胃底腺のみならず腺窩上皮への分化も伴った癌と考え、胃底腺粘膜型胃癌と診断した。

主題演題⑥

「診断に難渋した低異型度胃型腫瘍（幽門腺腫疑い）の1例」

村石純一¹⁾、今村健太郎²⁾、植木敏晴、金光高雄¹⁾、宮岡正喜、八尾建史、金城 健³⁾
田邊 寛、原岡誠司、岩下明德

1) 福岡大学筑紫病院 内視鏡部

2) 福岡大学筑紫病院 消化器内科²⁾

3) 福岡大学筑紫病院 病理部³⁾

症例は70歳代女性。前医での上部消化管内視鏡検査で胃体上部大彎に7mm大の褪色調隆起性病変を認め、精査加療目的に当院紹介となった。*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 除菌歴はなく、血清抗*H. pylori* IgG抗体陰性、尿素呼気試験陰性であった。また、当院での白色光通常観察において背景胃粘膜はRAC(regular arrangement of collecting venules)陽性であったが、C-3程度の萎縮粘膜を認め、*H. pylori*既感染（自然除菌後）と診断した。当院で施行した上部消化管内視鏡検査の通常観察では、胃体上部大彎に約7mmのやや丈の高い褪色と発赤の混在した隆起性病変を認め、肛門側に平坦隆起を伴っていた。色素散布像では、境界は比較的明瞭であり、表面性状は大小不同を伴う発赤顆粒状であった。NBI併用拡大観察では大部分は隆起の基部にDemarcation Line(DL)を認めたが、平坦隆起肛門側の一部では基部の内側にDLが見られた。微小血管構築像については、個々の血管は閉鎖性～開放性ループ状を呈し、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)は比較的幅が拡く、形態は弧状から円形を呈し、形状は軽度不均一でirregular MS patternと判断し、irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL、VEC+と診断した。以上の内視鏡所見から胃型の低異型度癌、胃底腺粘膜型癌と診断（低確信度）した。後日当科でESDを施行し、病変は一括切除された。切除標本の病理組織学的所見では丈の高い隆起に一致して粘膜固有層に類円形の核を有する幽門腺に類似した腫瘍腺管が増生し、表層部では腺窩上皮の腫瘍腺管で覆われていた。免疫染色では、MUC6、MUC5ACは陽性、MUC2、CD10、CDX2は陰性であった。以上より、Adenoma of pyloric gland type, likelyと診断された。術前の内視鏡診断では胃型の低異型度癌、胃底腺粘膜型癌が疑われたが、病理組織診断では幽門腺腫と診断された。内視鏡画像と病理標本の対比を詳細に行い検討したため報告する。

主題演題⑦

「胃隆起性病変の1例」

小島康司、内多訓久、岩崎丈紘、前田充毅、重久友理子、窪田綾子、黒岩千比呂、宮田好裕
佐々木紫織、大家力矢、岡崎三千代、岩村伸一
高知赤十字病院 消化器内科

症例は44歳男性。2019年6月に当院健診センターで初めての上部消化管内視鏡検査(EGD)を受け、胃体部に白色調隆起性病変を指摘された。健診では生検検査の希望がなく、後日に精査予定となった。血清抗ヘリコバクターピロリ IgG 抗体は3未満(U/ml)であった。精査時のEGDでは、背景は萎縮のない胃底腺粘膜で、胃体上部大弯に7mm大の白色調扁平隆起性病変を認めた。インジゴカルミン散布後では、境界は隆起に一致して明瞭で、表面構造は平滑でわずかに凹凸を認めるが全体的に不整に乏しかった。NBI併用拡大観察では、MCEは類円形から円弧状で背景粘膜と比べると明らかに構造は異なっていた。しかしながら、大小不同は目立たず全体的に形態は均一であり、regular MS patternであった。Vについては病変全体で視認できず、absent MV patternであった。生検結果ではgroup2の診断であった。内視鏡所見と合わせて、胃型の低異型度腫瘍を疑い、ESDを施行し、一括切除した。病理組織学的所見では、腺窩上皮が異型を示し、表層では低乳頭様に増殖しており、核は重層化傾向を示していた。全体として構造異型は目立たなかった。免疫染色では、MUC5ACは腫瘍全体に陽性、MUC6は腫瘍の表層以外に陽性、Pepsinogen Iは一部に陽性、H/K-ATPaseは散在性に陽性、MUC2、CDX2、CD10は陰性で、胃型形質を示した。Ki-67は散在性に陽性、p53は有意な陽性はなかった。上記所見から、病理診断は、gastric adenocarcinoma of fundic glandmucosal type, Type 0-IIa (7x5mm), UL(-), Depth: pT1a(M), ly(-), v(-), HM0, VM0であった。通常胃底腺粘膜型胃癌は表層には腫瘍が露出しており拡大内視鏡で癌と診断可能とされているが、本症例はNBI拡大観察では構造不整に乏しく、血管は視認できなかったため癌の診断は困難であった。当院では胃底腺粘膜型胃癌と診断したが、腫瘍の発育形態が粘膜浅層から深層に向かって下に凸となるフロント形成をしており、免疫染色でPepsinogen IやH/K-ATPaseの陽性が一部のみで典型例とは異なる所見を認めた。

九州胃拡大内視鏡研究会

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