

第25回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2021年7月3日（土） 15:00～19:00

代表世話人
病理コメンテーター

福岡大学筑紫病院	八尾 建史
福岡大学筑紫病院	岩下 明德
順天堂大学	八尾 隆史
福岡大学筑紫病院	田邊 寛

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 』

~~~~~ プログラム ~~~~~

代表世話人挨拶

福岡大学筑紫病院 八尾 建史

### 【特別講演】

「遠隔医療2.0：新たな時代の幕開け」

九州大学 副理事 清水 周次

## 症例検討

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

座長 石川県立中央病院 土山 寿志

### 1. 【演題】

「炭酸ランタン水和物内服歴のある患者に認めた早期胃癌 2 例」

石川県立中央病院 消化器内科 宇都宮 まなみ

### 2. 【演題】

「診断に難渋した発赤調陥凹性病変の 1 例」

順天堂大学医学部 消化器内科 内田 涼太

### 3. 【よろず相談】

「Demarcation Line を教えて頂きたい 1 例」

福井県立病院 消化器内科 青柳 裕之

### 【基調講演】

「Absent MS pattern を呈する病理組織学的構築について」

福岡大学筑紫病院 内視鏡部 八尾 建史

### 4. 【演題】

「発赤調陥凹型を呈した胃底腺粘膜型胃癌の 1 例」

高知赤十字病院 消化器内科 小島 康司

### 5. 【演題】

「NBI 併用拡大観察にて評価し得た pT1a、Epstein-Barr virus 関連リンパ球浸潤胃癌の 1 例」

大分赤十字病院 消化器・肝胆膵内科 池見 雅俊

### 6. 【演題】

「無数の多発した胃底腺型・胃底腺粘膜型胃癌を有する 1 例：新しい疾患概念か？」

福岡大学筑紫病院 内視鏡部 今村 健太郎

# 抄録

## ①主題演題

### 「炭酸ランタン水和物内服歴のある患者に認めた早期胃癌 2 例」

宇都宮まなみ<sup>1)</sup>、中西宏佳、北川浩太、桃井午左衛門、早川晃、宮島沙織、川崎梓  
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<sup>2)</sup>、車谷宏、湊宏  
土山寿志<sup>1)</sup>

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】70 歳代男性、末期腎不全に対し維持透析中であり、炭酸ランタン水和物内服歴があった。スクリーニング目的に施行された上部消化管内視鏡検査(EGD)で体下部小弯に病変を指摘され、生検で Group 5 (tub1)と診断されたため、精査 EGD を行った。背景胃粘膜は萎縮性胃炎 0-2, *H. pylori* 陰性、ランタン沈着を疑うびまん性の白色粘膜を呈していた。白色光通常観察(C-WLI)では、体下部小弯に 7 mm 大の発赤調の隆起性病変を認め、周囲に 12 mm 大の浅い陥凹面を伴っていた。NBI 併用拡大観察(M-NBI)では、浅い陥凹面に一致して demarcation line (DL)を認め、辺縁には white globe appearance (WGA)も認めた。Microvascular (MV) pattern は形状不均一な血管が密に増生し、配列も不規則であり、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、分布非対称、配列も不規則で、irregular と判定した。背景粘膜には微小血管の深部に白色沈着物を認めたが、病変内には認めなかった。VSCS は irregular MV pattern plus irregular MS pattern with DL (高確信度)と判定し、ESD を施行した。病理組織診断は 11×7mm, tub1, pT1a(M), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0 であった。また、主に背景粘膜にランタン沈着を認めた。

【症例 2】50 歳代男性、末期腎不全に対する透析導入の際に施行された EGD で胃角部小弯に病変を指摘され、生検で Group 4 と診断された。透析が安定した後に ESD を行う方針となっていたが、その間に炭酸ランタン水和物が開始されていた。ESD 前に精査 EGD を行った。背景胃粘膜は萎縮 0-1, *H. pylori* 陰性であった。C-WLI では、胃角部小弯に 12mm 大の発赤調の陥凹性病変を認め、病変の辺縁には白色調の微細顆粒粘膜を伴っていた。M-NBI では、陥凹面に一致して DL を認め、MV pattern は形状不均一な血管が密に増生し、配列も不規則であり、irregular と判定した。MS pattern については、MCE の形状, 分布, 配列も不規則で、irregular と判定した。病変辺縁部で、微小血管の深部に白色沈着物を認めた。VSCS は irregular MV pattern plus irregular MS pattern with DL (高確信度)と判定し、ESD を施行した。病理組織診断は 15×12mm, tub1, pT1a(M), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0 であった。また、主に病変内にランタン沈着を認めた。  
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。

## ②主題演題

### 「診断に難渋した発赤調陥凹性病変の1例」

内田涼太<sup>1)</sup>、谷田貝昂、赤澤陽一、上山浩也、岩野知世、宇都宮尚典、阿部大樹、沖翔太郎  
鈴木信之、池田厚、小森寛之、竹田努、松本紘平、八尾隆史<sup>2)</sup>、永原章仁<sup>1)</sup>

1) 順天堂大学医学部 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

症例は80歳代、女性、*H. pylori* (Hp) 既感染(除菌歴なし)。定期健診目的の上部消化管内視鏡検査(EGD)では、地図状発赤・斑状発赤を伴う0-1の萎縮性胃炎を背景に、胃体中部小弯に自然出血を伴う12mm大の発赤調陥凹性病変を認め、生検でGroup 5, adenocarcinomaと診断された。精査目的のEGDでは同部位に発赤調陥凹性病変を認め、NBI併用拡大内視鏡検査(M-NBI)では、demarcation line (DL)は比較的明瞭であり、microsurface (MS) patternはregular、microvascular (MV) patternは蛇行が目立つが、形状は均一・分布は対称・配列は規則的で明らかな不整を認めず、regularと判断した。以上よりMESDA-Gではregular MV pattern plus regular MS pattern with a DL、非癌の診断であったが、生検結果と合わせて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軽度に腫大した類円形核を有する腫瘍細胞が軽度の構造異型を伴って粘膜内に増生しており、低異型度高分化腺癌の所見であった。腫瘍の表層に非腫瘍上皮の被覆や混在は認めなかった。規約因子は:0-IIc, 11x6mm, M, Less, pT1a/M, pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0でeCura A、治癒切除と判断した。除菌後胃癌は範囲診断・質的診断が困難な病変が存在し、病理組織学的な理由として、非腫瘍上皮の被覆・混在、腫瘍の表層分化、ELA(epithelium with low-grade atypia)などが報告されている。本症例の場合、非腫瘍粘膜の被覆や混在は認められず範囲診断も可能であったが、腫瘍腺管の異型度及び密度が低かったため、質的診断が困難であったと考えられた。M-NBIでは癌を疑う不整さを認めず診断限界と考えられた。

### ③よろず相談

#### 「Demarcation Line を教えて頂きたい 1 例」

青柳裕之<sup>1)</sup>、田丸雄大、上野和音、平井博和、松尾俊紀、内藤慶英、波佐谷兼慶、砂子阪肇  
海崎泰治<sup>2)</sup>、小上暎也

1) 福井県立病院 消化器内科

2) 福井県立病院 病理診断科

症例は 70 歳代男性。腹部違和感を認め前医で上部消化管内視鏡検査(EGD)が施行された。この時に体上部大弯に 10mm の発赤調病変が認められた。同部位の生検より group 2 が認められ、半年後の評価でも同様の結果であったため精査目的に当科紹介となった。当院で施行された EGD では体上部大弯後壁側に 10mm 程度の発赤調の丈の低い 0-IIa 病変が認められた。白色光観察で辺縁に拡張した粘膜上皮毛細血管が点在して認められた。病変内は過形成ポリープ様の粘膜変化が認められた。また脱気にて病変の形態変化が認められた。インジゴカルミン散布像で病変中央部に軽度の凹凸部が認められるが、不整は目立たなかった。NBI 併用拡大内視鏡検査(M-NBI)では病変中央部では乳頭状増殖を疑う類円型の構造が多く認められた。この構造が癒合したような形態も認められ大小不同ではあるが Marginal crypt epithelium(MCE)の幅は均一で不整像は認められなかった。そのため Micro surface pattern(MSP)は regular と診断した。窩間部に認められる血管は dense であり Micro vascular pattern(MVP)は absent と診断した。Demarcation Line((DL)は乳頭状増殖を疑う部位と辺縁の MCE と窩間部が引き延ばされたような部位との間で DL はひけるが、拡張した上皮毛細血管が走行するやや腺開口部が開大した粘膜や MCE と窩間部が引き延ばされたような部位と背景の胃底腺粘膜との間にも境界が認められた。内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術にて胃底腺粘膜型胃癌と診断されたが胃底腺粘膜型胃癌の場合には表層に腺窩上皮型の低異型度癌が露出していることが多く N-MBI でがんと診断することが可能であるが、表層のがん成分の異型度が非常に低かったり、がん成分と非腫瘍成分が混在していたり、癌が露出していない部位の存在などから従来の診断基準ではがんと診断できない症例もある。そのため胃底腺型胃癌や胃底腺粘膜型胃癌を VS Classification で診断するべきなのか?この診断基準を用いる場合、DL は当初の乳頭状増殖部と MCE と窩間部が引き延ばされた部位でよいのか?どこに引くべきなのか御教授して頂きたい。

#### ④主題演題

##### 「発赤調陥凹型を呈した胃底腺粘膜型胃癌の1例」

小島康司、内多訓久、岩崎丈紘

高知赤十字病院 消化器内科

症例は68歳男性。定期検診目的の胃透視で胃角部に粘膜不整を指摘された。初めての上部消化管内視鏡検査で胃角部小弯に早期胃癌（高分化腺癌）を認め、胃ESDを施行された。術後、別病変である胃体部小弯の約4mm大の発赤調陥凹性病変に対して拡大内視鏡による精査予定となった。*H. pylori* IgG抗体は61U/mlと陽性で内視鏡所見でも萎縮性胃炎（0-2）を認めた。白色光観察では境界明瞭な発赤調の陥凹性病変でインジゴカルミン散布像では陥凹が明瞭になり、不整形であった。NBI併用拡大内視鏡観察では、demarcation lineを認め、Sに関しては境界付近では窩間部が開大しており、病変内部では細かな類円形を呈するMCEを認めるがirregularityに乏しかった。Vは、病変内部で一部は腺開口部を囲むような毛細血管網を認めるが、多くはループ形成のない細かい血管が比較的密に増生しており、形状は不均一、分布は非対称、配列は不規則でirregular MV patternと判定した。糜爛と鑑別を要する所見であったが境界付近ではループを形成しない血管が疎に分布しており分布は不均一であり高分化腺癌を疑った。胃ESDを施行し、病理組織学的所見では、類円形の腫大核と腫大核小体を有する立方状の異型細胞が類円形の管腔を形成し、密に増殖する像を認めた。全体的に構造異型は乏しかった。免疫染色では、MUC5ACは異型腺管の上2/3程度の領域に陽性、MUC6は腺管の深部で強陽性、CD10、CDX2、MUC2は陰性、pepsinogen Iは一部で陽性、H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPaseは極少数陽性で、胃型の粘液形質を示し、主細胞や壁細胞への分化を示す細胞が含まれていた。最終病理診断は、gastric adenocarcinoma of fundic gland mucosal type, Type 0-IIc (3x2mm), UL(-), pT1a(M), ly(-), v(-), HM0, VM0であった。本症例は、*H. pylori* 現感染の萎縮領域に発生した発赤調陥凹型の胃底腺粘膜型胃癌の1例であった。腫瘍は表層に露出しており、DLを認め、Vには不整を認めた。術前に胃底腺粘膜型胃癌を示唆する所見は乏しく質的診断の難しい症例であった。

## ⑤主題演題

### 「NBI 併用拡大観察にて評価し得た pT1a、Epsten-Barr virus 関連リンパ球浸潤胃癌の 1 例」

池見雅俊<sup>1)</sup>、上尾哲也<sup>2)</sup>、高橋晴彦、勝田真琴、秋山英俊、合田智則<sup>1)</sup>、下森雄太<sup>2)</sup>  
照山直樹、垣迫陽子<sup>3)</sup>、久保山雄介、米増博俊、村上和成<sup>4)</sup>

- 1) 大分赤十字病院 肝胆膵内科
- 2) 大分赤十字病院 消化器内科
- 3) 大分赤十字病院 検査科
- 4) 大分大学医学部付属病院 消化器内科学講座

【目的】リンパ球浸潤胃癌は著明なリンパ球浸潤を特徴とする低分化型腺癌で Epsten-Barr virus (EBV) の感染が高頻度に関連しており、胃癌取り扱い規約第 15 版では特殊型に相当する。本腫瘍の NBI 所見は未だ明らかでなく、特に極早期での報告は稀である。今回我々は、NBI 併用拡大観察にて評価し得た pT1a、Epsten-Barr virus 関連リンパ球浸潤胃癌の 1 例を経験したので報告する。【症例】67 歳、男性。20XX 年 9 月前医で施行した上部消化管内視鏡検査で、胃体上部後壁に発赤調の病変を認め、生検で Group5 の診断。また EBER-ISH 陽性で当科に精査・加療目的で紹介となった。当科での上部内視鏡検査では胃体上部後壁に発赤調の領域を認めるものの、白色光通常内視鏡および色素観察では腫瘍の質的診断、範囲診断は困難であった。NBI 併用拡大観察では病変部周囲の非腫瘍部と考える背景粘膜には light blue crest (LBC) がびまん性に陽性であったが、病変部で MS が absent となることで LBC が視認されず DL は追えた。MV は不整な開放型のループ状血管がやや深部のシアン調な樹枝状血管につらなる所見もあり、明らかな net-work 形成、WOS、WGA もないことから、典型的な分化型癌よりも、むしろ未分化型癌や、生検情報がなければ MALT リンパ腫に近い所見であった。前医生検が EBER-ISH 陽性であったことから EBV 関連胃癌と診断した。通常観察と EUS 検査にて明らかな SM 浸潤所見を認めず、粘膜内に限局した EBV 関連胃癌を疑い ESD にて一括切除した。組織診断は adenocarcinoma, por2>tub2, tumorsize21x29mm, M, U1(-), ly(-), v(-), pHM0, pV であった。粘膜内に限局して腫瘍細胞の胞巣状の増殖とその周囲にはリンパ球及び形質細胞浸潤が目立つ所見で、腫瘍腺管は EBER-ISH 陽性より EBV 関連の adenocarcinoma with lymphoid stroma と診断した。

【結語】NBI 併用拡大観察にて評価し得た pT1a、Epsten-Barr virus 関連リンパ球浸潤胃癌の 1 例を経験した。文献的考察を交えて報告する。

## ⑥主題演題

「無数の多発した胃底腺型・胃底腺粘膜型胃癌を有する 1 例：新しい疾患概念か？」

今村健太郎<sup>1)</sup>、八尾建史、金光高雄、宮岡正喜、宇野駿太郎<sup>2)</sup>、小野陽一郎、大津健聖  
植木敏晴、田邊寛<sup>3)</sup>、小野貴大、二村聡、岩下明德<sup>3)4)</sup>

- 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・病理診断科
- 4) AII 病理画像研究所

症例：60 歳代男性。既往歴：Autobrewery syndrome。

患者は、シンガポール在住のインド人で、多数の海外の医療機関を受診したが、診断が確定しないため、当院を精査加療のために受診した。具体的には、201X 年 8 月に同国で施行した上部消化管内視鏡検査で胃体部に隆起性病変を認め、生検病理組織診断で癌を疑ったが確定診断がつかなかった。同年 12 月に同院で診断的治療目的に内視鏡的切除を試みたが、切除ができなかった。精査加療目的に 201X+1 年 4 月に当科を紹介受診した。当科で施行した上部消化管内視鏡検査で、体上部大弯に約 30mm の隆起性病変を認め（主病変）、隆起性病変の基部には内視鏡治療後の癒痕を認めた。主病変に加えて、穹窿部から体部にかけて、血管拡張を伴う褪色調の粘膜領域と発赤調の上皮下腫瘍様の小隆起が多発していた（多発副病変）。副病変から複数箇所生検を施行した結果、すべての病変の病理組織診断結果は、胃底腺型胃癌もしくは胃底腺粘膜型胃癌であった。主病変の通常白色光観察では、発赤調隆起性病変であり、表面は微細顆粒状を呈していた。胃壁強伸展像では台状挙上所見は陰性であった。NBI（narrow band imaging）併用拡大観察では、基部からやや病変部内側に明瞭な demarcation line（DL）を認めた。DL 内部の病変部に対して最大倍率で NBI 併用拡大観察を行った。微小血管構築像（microvascular（MV）pattern, V）は、一部は視認困難であったが、視認可能な部位で判定すると、個々の微小血管の形態は主に開放性ループ状の形態で、形状は不均一、分布は非対称、配列は不規則であった。表面微細構造（microsurface（MS）pattern, S）については、腺窩辺縁上皮（marginal crypt epithelium: MCE）の個々の形態は弧状～類円形で、形状は不均一、分布は非対称、配列は不規則であった。VS classification system により、irregular MV plus irregular MS pattern with a DL と判定し、癌と診断し、主病変は胃底腺粘膜型胃癌が疑われた。以上の内視鏡所見、生検病理組織診断結果から、多発胃底腺型胃癌・胃底腺粘膜型胃癌と診断した。主病変の境界部より外側にも多発した副病変を伴っていたが、まず、主病変に対して、内視鏡治療（ESD: endoscopic submucosal dissection）を施行した。また、主病変周囲の血管拡張を伴う褪色粘膜も同時に切除した。切除検体の病理組織診断は、主病変は胃底腺粘膜型胃癌、深達度は粘膜下層（sm 400  $\mu$ m）、脈管侵襲は陰性であった。その他、切除検体内には、2 病変の胃底

腺粘膜型胃癌と多数（30 病変以上）の胃底腺型胃癌を認めた。それらの壁深達度は、粘膜内もしくは粘膜下層浅層（SM1）、リンパ管浸潤は認めなかった。以上の病理組織診断結果から、患者と十分なインフォームド・コンセントを行い、半年毎の上部消化管内視鏡検査と CT での経過観察の方針とした。治療後 3 年半が経過しているが、内視鏡検査で明らかな腫瘍の増大、CT でリンパ節・他臓器転移の所見は認めていない。

結語：本例のように無数に胃底腺型・胃底腺粘膜型胃癌を発症した例は、我々の知りうるかぎり報告がなく、世界で最初の例と考えた。詳細な内視鏡所見を含め、世界に先駆けて報告する。

九州胃拡大内視鏡研究会

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