

第29回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2023年8月5日（土） 13:00～17:00

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	AII 病理画像研究所	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/>

<共催>九州胃拡大内視鏡研究会

オリンパスマーケティング株式会社

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

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】

「制酸剤投与により質的診断が可能となった H. pylori 未感染粘膜におけるたこいぼびらん様病変の 1 例」

大分赤十字病院 消化器内科 秋山 英俊

2. 【演題】

「残胃に発生した胃底腺粘膜型腺癌の 1 例」

石川県立中央病院 消化器内科 松森 広司

3. 【演題】

「胃 MALT リンパ腫として除菌後に短時間で増大したリンパ球浸潤癌の 1 例」

近畿大学病院 消化器内科 辻 直子

【ミニレクチャー】

「*Helicobacter pylori* 未感染胃癌」

芦屋中央病院 消化器内科 今村 健太郎

4. 【演題】

「H. pylori 未感染胃に発生した胃型腫瘍の 1 例」

順天堂大学医学部 消化器内科 上村 泰子

5. 【演題】

「分化型早期胃癌と鑑別を要した胃病変」

大阪国際がんセンター 消化管内科 藤本 裕大

6. 【演題】

「Cronkhite-Canada 症候群の胃癌発癌例」

山口大学医学部附属病院 消化器内科学 山本 一太

# 抄録

## ① 主題演題

### 制酸剤投与により質的診断が可能となった H. pylori 未感染粘膜におけるたこいぼびらん様病変の 1 例

秋山英俊<sup>1)</sup>、上尾哲也<sup>1)</sup>、後藤尚希<sup>1)</sup>、蒔田貴大<sup>1)</sup>、成安赴彦<sup>1)</sup>、下森雄太<sup>1)</sup>、木本喬博<sup>1)</sup>、安部真琴<sup>1)</sup>、久保山雄介<sup>2)</sup>、福田昌英<sup>3)</sup>、村上和成<sup>3)</sup>

- 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 消化器内科学講座

【はじめに】近年 Helicobacter pylori (H. pylori) 未感染胃粘膜に発生する腸型分化型胃癌が報告されている。その質的診断は難しく、たこいぼびらんと鑑別に難渋することしばしば経験する。今回、制酸剤投与により質的診断が可能となった H. pylori 未感染粘膜におけるたこいぼびらん様病変の 1 例を経験したので報告する。

【症例】71 歳男性。C 型慢性肝炎で近医通院中であった。食道静脈瘤の精査目的で上部消化管内視鏡検査を施行され、幽門前庭部に発赤調陥凹性病変を認め、生検で Group 5 と診断されたため精査加療目的に当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査で背景粘膜に萎縮はなく RAC 陽性で、血清 H. pylori 抗体および尿素呼気試験陰性、除菌歴もなく H. pylori 未感染と診断した。白色光通常観察で幽門前庭部小弯に発赤調の陥凹性病変を認め、たこいぼびらんと鑑別は困難であった。胃酸によるびらんを除外するために PCAB を投与し、再評価を行ったところ、病変は白色光通常観察で陥凹が平坦化し、褪色调に変化していた。NBI 併用拡大観察では、absent microvascular pattern plus regular microsurface pattern with a DL と判定でき内視鏡的に非癌と診断した。病変内部には regular WOS を認めており腸上皮化生粘膜が疑われた。前医師検で Group 5 が検出されており、患者の強い希望もあったため、十分な ICのもと、診断的加療目的に内視鏡的胃粘膜下層切開剥離術で一括切除した。病理診断は no malignant tissue であり、WOS 出現部に一致して腸上皮化生粘膜を認めた。また背景の 5 点生検より、組織学的にも H. pylori 未感染粘膜であることを確認した。

【結語】制酸剤投与により質的診断が可能となった H. pylori 未感染粘膜におけるたこいぼびらん様病変の 1 例を経験した。近年、H. pylori 未感染粘膜に発生する腸型分化型胃癌が報告されているが、その内視鏡所見はたこいぼびらんに類似しており質的診断は困難なことが多い。本症例において制酸剤を投与することで質的診断が可能となったが、その内視鏡所見の変化には胃内の酸環境の変化が強く影響した可能性がある。文献的考察を含め報告する。

## ② 主題演題

### 残胃に発生した胃底腺粘膜型腺癌の1例

松森光司<sup>1)</sup>、中西宏佳<sup>1)</sup>、竹村直起<sup>1)</sup>、宮島沙織<sup>1)</sup>、宇都宮まなみ<sup>1)</sup>、脇田重徳<sup>1)</sup>、川崎梓<sup>1)</sup>、木藤陽介<sup>1)</sup>、辻国広<sup>1)</sup>、吉田尚弘<sup>1)</sup>、守護晴彦<sup>1)</sup>、辻重継<sup>1)</sup>、竹村健一<sup>1)</sup>、津山翔<sup>2)</sup>、片柳和義<sup>2)</sup>、湊宏<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) 石川県立中央病院 病理診断科

症例は80歳代男性。表在型食道癌の精査加療目的に紹介となった。約50年前に胃十二指腸潰瘍のため幽門側切除術(B-II 再建)の既往がある。

当院の上部消化管内視鏡検査では、胸部下部食道にJES分類Type B1血管で構成される食道癌を認め、ESDの方針とした。胃の通常内視鏡観察では、体上部小彎に7mm大の立ち上がりかなだらかな半球状の発赤隆起性病変を認めた。隆起の辺縁には樹枝状の拡張血管を認めた。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、発赤に一致してdemarcation line (DL)を認めた。Microvascular (MV) patternについては開放性ループ状が主体で、互いの形状は不均一、配列も不規則でirregular MV patternと判断した。Microsurface (MS) patternについては、円形や楕円形、孤状の形態を呈する腺窩辺縁上皮構造が密に増生しており形状は不均一、分布も非対称、配列も不規則でirregular MS patternと判断した。一部にVEC patternも認めた。VSCSはirregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL(低確信度)で癌を疑い生検を行った。生検の病理組織学的所見は、腫瘍か非腫瘍かの鑑別困難であった。再生検を行い、HE染色で粘膜深層に壁細胞様で核腫大を有する異型細胞の増殖を認め、胃底腺型腺癌を疑う所見であった。

ESDにて病変を一括切除した。切除検体の病理組織学的所見では、深層は胃底腺型腺癌様の不規則な分枝を伴った異型腺管を認め、わずかに粘膜下層への浸潤を認めた。表層は管状構造、一部乳頭状構造を呈し腺窩上皮への分化?がみられた。細胞異型から癌と診断できる部分があったが、大部分は細胞異型が軽度で腫瘍、非腫瘍の鑑別が困難であった。免疫染色では、深部ではMUC5AC陽性細胞が散在し、MUC6はびまん性に陽性、pepsinogen-I (+)、H+/K+-ATPase (+)であり胃底腺および腺窩上皮への分化を示していた。表層はMUC5AC (+)、MUC6 (-)、pepsinogen-I (-)、H+/K+-ATPase (-)であった。以上から、胃底腺粘膜型腺癌 (Ueyama, Yao 分類 : GA—FGM, Type 2) と診断した。最終診断はU, 0-IIa, 8x5mm, adenocarcinoma of foveolar and fundic-gland type (tub1>tub2), pT1b1 (SM1)(96um), Ly0 (D2-40), V0 (EVG), pHM0, pVM0とした。

### ③ 主題演題

#### 胃 MALT リンパ腫として除菌後に短期間で増大したリンパ球浸潤癌の 1 例

辻直子<sup>1)</sup>、高田隆太郎<sup>1)</sup>、吉田早希<sup>1)</sup>、本庶元<sup>1)</sup>、米田頼晃<sup>1)</sup>、松井繁長<sup>1)</sup>、筑後孝章<sup>2)</sup>

1) 近畿大学病院 消化器内科

2) 近畿大学病院 病理診断科

症例は 70 歳代男性。軽度の貧血精査目的で紹介受診し、上部消化管内視鏡検査で胃体上部前壁に 20mm 大ほどの褪色调扁平隆起を認め、その上にさらに 3-4mm 大の軽度発赤調小隆起を認めた。M-NBI では褪色调扁平隆起部は口径不同の乏しい枝分かれする異常血管 (tree-like appearance) を認め、absent MVP, absent MSP を示し、頂部の発赤小隆起部は周辺粘膜よりやや腫大した腺管構造を認めるが regular MSP と考え、ごく一部で MVP は irregular で、DL は認めなかった。生検病理は MALT リンパ腫疑いで、発赤小隆起部の上皮成分については Group 2 であった。背景胃には萎縮を認め、H. pylori 培養陽性であった。内視鏡像と病理を合わせ胃 MALT リンパ腫と診断し、ピロリ除菌を行い UBT で陰性化を確認した。

3 ヶ月後の内視鏡検査では同部のサイズは軽度縮小し、色調は前回よりやや発赤調で生検病理はやはり MALT リンパ腫疑いで経過観察となった。

その 1 年 4 ヶ月後の内視鏡検査で同部は 40mm 大ほどの 2 型腫瘤を呈し、生検病理はリンパ球浸潤癌で EBER 陽性であった。

本例は振り返ると、初回からリンパ球浸潤癌であったと考えられるが、初回の内視鏡像の読影や、MALT リンパ腫としての矛盾点。また短期間で増大しているが、リンパ球浸潤癌の自然経過なのか除菌の影響もあるのかなどにつきご教示よろしくお願いたします。

#### ④ 主題演題

##### H. pylori 未感染胃に発生した胃型腫瘍の1例

上村泰子<sup>1)</sup>、赤澤陽一<sup>1)</sup>、上山浩也<sup>1)</sup>、山本桃子<sup>1)</sup>、岩野知世<sup>1)</sup>、内田涼太<sup>1)</sup>、  
宇都宮尚典<sup>1)</sup>、阿部大樹<sup>1)</sup>、沖翔太朗<sup>1)</sup>、鈴木信之<sup>1)</sup>、池田厚<sup>1)</sup>、竹田努<sup>1)</sup>、上田久美子<sup>1)</sup>、  
北條麻理子<sup>1)</sup>、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) 順天堂大学医学部大学院医学研究科 人体病理病態学講座

症例は60歳代女性。人間ドックで施行した上部消化管内視鏡検査で穹窿部に白色調の平坦隆起性病変を認め、生検で Group 4 と診断され精査加療目的に当科紹介となった。H. pylori 除菌歴はなく、血清 HP IgG 抗体 3.0 U/ml 未満、便中 H. pylori 抗原陰性、背景粘膜に萎縮はなく H. pylori 未感染と考えられた。精査時の上部消化管内視鏡検査では、白色光観察にて穹窿部大弯後壁寄りに 35mm 大、白色調の平坦隆起性病変を認め、病変内部は①白色調で構造不整に乏しい領域、②黄色調でやや凹凸が目立つ領域、③発赤調で小結節を伴う領域の3領域に分かれていた。M-NBI では明瞭な DL を認め、①白色調成分では、MV は absent、MS は不整に乏しい類円形～弧状の MCE を認め regular と判断した。②黄色調領域および③発赤調領域では、MV・MS とともに形状不均一・分布非対称・配列不規則を認め irregular と判断し、MS は窩間部の開大を伴っていた。以上より、①白色調領域では胃型腺腫（幽門腺腺腫）、②黄色調および③発赤調領域では胃型形質を示す低異型度高分化腺癌と診断し、ESD を施行した。病理組織学的所見では、表層では腺窩上皮に類似し、粘膜深部では幽門腺及び頸部粘液細胞に類似した腫瘍腺管の増生を認めた。腫瘍の大部分は低異型度腺腫相当の異型度であったが、③発赤調領域の一部では核異型が強く、高異型度腺腫から腺癌の所見であり、小結節部では粘膜全層性に高分化腺癌の所見を認め、拡大内視鏡診断と同様の評価であった。免疫組織化学的所見は、小結節部以外では表層は MUC5AC(+)/MUC6(-)、粘膜深部では MUC5AC(-)/MUC6(+) であり、Ki-67 陽性細胞は表層優位に分布していた。小結節部では、MUC5AC 一部陽性/MUC6(+) で、Ki-67 陽性細胞は全体に分布し、p53 過剰発現を認めた。MUC2/CD10/pepsinogen-I/H+K+ATPase はいずれの部位においても陰性であった。以上から、最終病理診断は adenocarcinoma arising from pyloric gland adenoma、規約因子は U, Gre, 0-IIa, 36x35mm, tub1, pT1a/M, Ly0, V0, UL0, pHM0, pVM0 で治癒切除が得られた。

H. pylori 未感染粘膜に発生する白色調扁平隆起性病変は、非腫瘍性病変や胃型腺腫、胃型形質を示す低異型度高分化腺癌など内視鏡的に多彩な病変が鑑別に挙がり、腫瘍の異型度については拡大内視鏡での診断が困難な場合があるが、本症例では異型度の評価に拡大内視鏡診断が有用であった。

## ⑤ 主題演題

### 分化型早期胃癌と鑑別を要した胃病変

藤本裕大<sup>1)</sup>、金坂卓<sup>1)</sup>、上堂文也<sup>1)</sup>

1) 大阪国際がんセンター 消化管内科

症例は 70 歳代男性。早期胃癌に対する内視鏡治療後のサーベイランス目的の上部消化管内視鏡検査にて胃体部小弯に異常を指摘された。H. pylori の除菌歴はない (H. pylori 抗体は <3 U/ml)。白色光通常観察で、木村・竹本分類 O-1 の萎縮性胃炎を背景として、胃体中部小弯に 10 mm 大の同色調の隆起型胃病変を認めた。NBI 併用拡大観察では、病変内に形状・配列が比較的整った多角形状の微小血管構築像とスリット状の腺開口部が視認された。Demarcation line は比較的明瞭であった。生検病理診断は Group 1 であり、胃底腺ポリープと考えられた。



## ⑥ 主題演題

### Cronkhite-Canada 症候群の胃癌発癌例

山本一太<sup>1)</sup>、五嶋敦史<sup>1)</sup>、大木美穂<sup>1)</sup>、児玉愛実<sup>1)</sup>、山本美音<sup>1)</sup>、吉松祐希<sup>1)</sup>、  
畠中駿<sup>1)</sup>、中村克彦<sup>1)</sup>、青山将司<sup>1)</sup>、伊藤駿介<sup>1)</sup>、浜辺功一<sup>1)</sup>、  
橋本真一<sup>2)</sup>、西川潤<sup>3)</sup>、高見太郎<sup>1)</sup>

1) 山口大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

2) 山口大学医学部附属病院 光学医療診療部

3) 山口大学大学院 医学系研究科 基礎検査学

症例は 60 歳代男性。X-11 年より胃内に多発するポリープが指摘されていた。X-9 年に精査目的に当院紹介となり、Cronkhite-Canada 症候群 (CCS) の疑診となり、X-6 年には爪甲異常や低アルブミン血症、過誤腫性のポリープを認めることより CCS の確診となった。

1 年毎の EGD において、発赤・浮腫を伴う大小不揃いの無茎性ポリープが多数認められていたが、経時的に増大傾向にあり、腺管構造の開大を伴う過形成性様のポリープや浮腫状の腫大、褪色调で境界明瞭な腺腫様に観察されるポリープ等多彩な内視鏡像を示していた。

X-2 年、周囲の非腫瘍性ポリープとは明瞭に区別される microsurface pattern 及び microvascular pattern 不整な隆起変化を複数認めた。生検で Group4 が検出され、外科手術の方針となり、X-1 年 4 月に腹腔鏡下幽門側切除術+D1 郭清を施行した。最終病理診断は Signet-ring cell carcinoma (sig>por1>tub1>tub2), pT3 (SS), INFb, Ly1c, V1b, pPM0, pDM0 であり、術前には指摘できなかった多数のリンパ節転移が認められた。CCS は、消化管ポリポーシスに下痢、低栄養、外胚葉系の異常を伴うまれな疾患である。ポリープは組織学的には非腫瘍性のポリープであるが、癌の合併も報告される。本例は 10 年以上の定期的な観察の中で多彩な内視鏡像を呈し進行胃癌へ至った症例であり、その内視鏡所見を報告する。

九州胃拡大内視鏡研究会

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