

# 第30回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2024年3月9日（土） 14:00～18:00

会場：レソラ NTT 夢天神ホール 5F

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『 極めつけの綺麗な画像 』

~~~~~ 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】

「2つのコンポーネントを有した分化型胃癌の1例」

石川県立中央病院 消化器内科 竹村 直起

### 2. 【演題】

「VEC pattern が目立った除菌後発見胃癌の1例」

大分赤十字病院 消化器内科 秋山 英俊

### 3. 【演題】

「浸水最大倍率観察による微小血管構築像とフルズームマーキングが

範囲診断に非常に有用であった除菌後高分化腺癌の1例」

高知赤十字病院 消化器内科 内多 訓久

### 4. 【よろづ相談】

「NBI 併用拡大内視鏡検査で充実型低分化腺癌を疑った1例について教えてください」

福井県立病院 消化器内科 青柳 裕之

### 5. 【特別講演】

「九州胃拡大内視鏡研究会 第30回記念特別講演 胃拡大内視鏡診断学確立ストーリー」

福岡大学筑紫病院 内視鏡部 八尾 建史

### 6. 【演題】

「プロスタグランジン I2 製剤を投与中の肺動脈性肺高血圧症患者における

胃拡大内視鏡所見の検討」

国立病院機構岡山医療センター 消化器内科 梅川 剛

### 7. 【演題】

「H. pylori 未感染胃に発生した胃型上皮性腫瘍の1例」

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 赤澤 陽一

### 8. 【演題】

「NBI 併用拡大内視鏡を用いたスクリーニング検査で発見した

腸型低異型度高分化腺癌の一例」

福岡大学筑紫病院 消化器内科 中島 美知子

# 抄録

## ① 主題演題

### 内視鏡的に2つのコンポーネントを有した分化型胃癌の1例

竹村直起<sup>1)</sup>、吉田尚弘<sup>1)</sup>、松森光司<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>、中西宏佳<sup>1)</sup>、木藤陽介<sup>1)</sup>、辻国広<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70歳代男性。体重減少の精査加療目的に当院を紹介受診した。*H.pylori*の除菌歴はない。当院での上部消化管内視鏡検査では、木村・竹本分類 O-2 の萎縮性胃炎を背景として、体上部後壁に40mm大の境界明瞭な病変を認めた。病変は2つのコンポーネントからなり、①病変部の口側は褪色調の陥凹を、②その肛門側は発赤調の隆起を呈していた。①の NBI 併用拡大観察 (M-NBI) では、陥凹に一致して demarcation line (DL) を認めた。Microvascular (MV) pattern は white opaque substance (WOS) のため absent と判断した。Microsurface (MS) pattern については WOS の構造から、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。VS classification system (VSCS) では absent MV pattern plus irregular MS pattern with a DL で癌と診断した。②では隆起部に一致して DL を認め、①との境界も明瞭であった。MV pattern については形状不均一、分布も非対称、配列も不規則で irregular MV pattern と判断した。MS pattern については弧状で密な腺窩辺縁上皮を呈し形状は不均一、分布も非対称、配列も不規則であり irregular MS pattern と判断した。辺縁には white globe appearance (WGA) を認めた。VSCS では irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL で癌と診断した。EUS では病変は粘膜層を主座とした低エコー腫瘤として描出され、②の領域の粘膜下層には無エコー像を認めた。生検では高分化型腺癌の診断であり、明らかな粘膜下層深部浸潤を疑う所見も認めなかったことから ESD の適応と判断し、ESD で病変を一括切除した。

切除検体の病理組織学的所見は、①と②ともに病変の全層性に高分化型腺癌を認めた。②の一部の粘膜深部では非腫瘍腺管腺管や粘膜下異所性腺もみられた。粘膜筋板は保たれていたものの、①の陥凹面においては一部粘膜下層への浸潤(218 $\mu$ m)を呈していた。免疫組織化学的所見は、①と②においてともに MUC5AC、MUC6 は弱陽性で、MUC2 は陽性、p53 の過剰発現を認めた。一方で、①では CD10 と Adipophilin が陽性であったのに対し、②では CD10 も Adipophilin も陰性であり、①と②で異なる形質を有していた。最終診断は高分化型腺癌と診断し、規約因子は U, 0-II a+II c, 38 $\times$ 31 mm, tub1>>tub2, pT1b1(SM1)(218 $\mu$ m), pUL0, Ly0(D2-40), V0(EVG), pHM0, pVM0 とした。

通常観察と M-NBI にて2つのコンポーネントを呈する分化型胃癌を経験した。2つのコンポーネントは、ともに胃腸混合型の形質を有していたものの、CD10 と Adipophilin の発現に差を認めた。Adipophilin については M-NBI で視認された WOS の分布に一致しており、既報に矛盾しない結果であった。

## ② 主題演題

### VEC pattern が目立った除菌後発見胃癌の1例

大分赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 肝胆膵内科<sup>2)</sup>, 病理診断科<sup>3)</sup>, 大分大学医学部附属病院消化器内科学講座<sup>4)</sup>

秋山英俊<sup>1)</sup>, 上尾哲也<sup>1)</sup>, 安部真琴<sup>1)</sup>, 後藤尚希<sup>1)</sup>, 淀怜昶<sup>1)</sup>, 成安昶彦<sup>1)</sup>, 木本喬博<sup>1)</sup>, 南部生妃<sup>2)</sup>, 蒔田貴大<sup>2)</sup>, 山元範昭<sup>3)</sup>, 垣迫陽子<sup>3)</sup>, 村上和成<sup>4)</sup>

【はじめに】VEC pattern は組織学的乳頭状構造を反映した内視鏡所見として報告されており、乳頭腺癌では著明な VEC pattern を呈することが多い。しかし、近年増加する *H. pylori* 除菌後の胃酸回復環境下にみられる低異型度管状腺癌や腸上皮化生においても、VEC pattern 陽性を示す例があり、我々はその意味合いには注意が必要と考えている。今回、VEC pattern が目立った除菌後発見胃癌の1例を経験したので、考察を加えて報告する。

【症例】85歳女性。高血圧症で近医加療中であつた。心窩部痛を主訴にかかりつけ医を受診し上部消化管内視鏡検査を施行された。胃体下部小弯に丈の低い隆起性病変を認め、生検で Group 2 と診断されたため精査加療目的に当科紹介となつた。10年前に *H. pylori* 除菌歴があり、上部消化管内視鏡検査でも木村・竹本分類 C-Ⅲの萎縮および地図上発赤を認め、既感染粘膜と診断した。胃内酸環境は強酸環境を呈していた(空腹時胃液 pH1)。白色光通常観察で胃体下部小弯に 20 mm 大のやや発赤調の丈の低い隆起性病変を認めた。インジゴカルミン色素撒布像で表面は比較的均一な微細顆粒状を呈していた。NBI 併用拡大観察では、病変と背景粘膜で明瞭な DL を認め、DL 内部の微小血管構築像および表面微細構造は irregular と判断した。また、正円形の閉鎖型の MCE 内部に微小血管構築像を認め、VEC pattern 陽性と判断した。以上より、irregular microvascular pattern plus irregular microsurface pattern with a DL, VEC pattern 陽性と診断した。pap 成分を含んだ早期胃癌と考えたが、以前に強酸環境で VEC pattern を呈した除菌後発見胃癌に対して制酸剤を投与して胃酸環境を中性化することで VEC pattern が消失した低異型度管状腺癌の症例を経験しており、本症例も類似した症例である可能性を考えた。そのため十分な ICのもと、PCAB を 21 日投与し上部消化管内視鏡検査を再検したが、内視鏡所見に変化はなかつた。内視鏡的胃粘膜下層切開剥離術で一括切除し、最終病理学診断は、腫瘍径 24x19mm, pap>tub1>tub2, M, Ul(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 と pap 成分を主体とする分化型癌であつた。粘液形質発現は胃型(腺窩上皮型)であつた(MUC5AC 陽性, MUC6 陰性, CD10 陰性, MUC2 陰性)。

【結語】VEC pattern が目立った除菌後発見胃癌の1例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

### ③ 主題演題

#### 浸水最大倍率観察による微小血管構築像とフルズームマーキングが範囲診断に非常に有用であった除菌後高分化腺癌の1例

高知赤十字病院

内多 訓久 重久 友理子 横川 彩子 前田 充毅 窪田 綾子 岩崎 丈紘

ピロリ除菌後胃癌は拡大内視鏡を用いても胃癌の質的診断、範囲診断が難しいという報告が散見されるが、それらの多くは表面微細構造のみをターゲットとしたものや、倍率が低く微小血管構築像が描出できていない場合が多い。我々は拡大観察内視鏡導入時より微小血管構築像に重きを置き拡大内視鏡診断を行ってきており、ピロリ除菌時代になり更に微小血管構築像を観察する重要性を実感している。また内視鏡スコープも広角になり最大倍率下での ESD マーキング(フルズームマーキング)が簡単にできるようになり、非常に有用である。今回、微小血管構築像が範囲診断に非常に有用であった症例を動画で提示する。症例は 77 歳女性ピロリ除菌 2 年後である。NSAID 潰瘍による吐血後のフォロアップにて胃体上部小弯に粘膜不整を認め生検にて group5 手つなぎ腺癌と診断され、精査後 ESD 予定となった。表面微細構造は背景胃粘膜と類似しており通常色素内視鏡、NBI 併用弱拡大観察では境界診断が不能であった。最大倍率観察を行うと病変部では形状不均一は乏しいが、血管の分布異常を認め境界診断が可能でありそのままフルズームマーキングを行った。また主病変と別に前壁側にも 20mm 大の同様の病変を認めこちらもフルズームマーキングを行った。2 病変とも過不足無く ESD で一括切除された。切除標本による病理診断は 2 病変とも tub2/very well-differentiated gastric carcinoma であり、表層は非癌上皮が混在しており、粘膜中深層で手つなぎ様に横走る腫瘍であった。今回 30 回の記念大会で改めて血管診断の必要性とそのためには綺麗な最大倍率観察を行うことが必要十分条件であることを強調したい。

#### ④ よろづ相談

「NBI 併用拡大内視鏡検査で充実型低分化腺癌を疑った 1 例について教えてください」

青柳裕之 岸 理美 幸明克典 中川貴史 安田康平 平井博和 内藤慶英

波佐谷兼慶 砂子阪肇(1) 海崎泰治 樋口翔平(2)

福井県立病院 消化器内科(1) 福井県立病院 病理診断科(2)

症例は 80 歳代の女性. 脂質異常症, 高血圧症で近医にて内服加療されていた. 20XY 年 10 月の胃集団検診で胃角部大弯に隆起性病変を指摘された. 11 月に施行された上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃角部大弯に Type2 型の腫瘍性病変が認められた. 白色光観察で病変の辺縁は後壁側で同色調, 前壁側で一部白色調の粘膜が認められた. 隆起の途中から赤色調の粘膜が目立ち口側、肛門側で発赤調の不整な辺縁が認められた. 肛門側には主病変と離れた発赤を伴う白色調のなだらかな隆起が認められた. 病変は易出血性でもあり, 未分化を主体とした胃癌を疑った. NBI 併用拡大内視鏡検査では不整な辺縁で粘膜表面微細構造(MSP)は腺窩辺縁上皮(MCE)の分布, 形状, 構造が不均一であった. 微小血管構築像(MVP)は口径不同が乏しいが, 形状、分布構造不均一であった. 隆起の立ち上がりに Demarcation Line(DL)は認めることから MSP, MVP は不整と診断し, 辺縁に分化型腺癌が含まれているものと診断した. また陥凹部は MSP が absent で MVP は分布と形態が不均一であることから不整と診断し充実型低分化型腺癌主体の病変で肛門側の隆起は壁内転移と診断した.

外科手術予定となったが, 病理診断で Burkitt lymphoma (BL)と診断された. 1 週間後の IgH/*MYC* 遺伝子検査施行時には, 症例の全身状態は良好であり, EGD 上病変の増大は認めなかった. BL のように増加速度が速い病変は早期の場合, NBI 併用拡大内視鏡検査で分化型腺癌に類似する所見を認めることがある. 以前経験した BL と比し全身状態は良好で, 腫瘍の増大は認めなかった.

質問(1) NBI 併用拡大内視鏡検査でエキスパートの先生方は今回のような診断とはならないでしょうか? 質問(2)BL は遺伝子検査で否定されましたが, やはり増殖速度が他の胃悪性リンパ腫と比べ早いために NBI 併用拡大内視鏡検査で胃癌を疑わせるような所見を呈したのでしょうか? 質問(3)このような形態で, 辺縁に NBI 併用拡大内視鏡検査で胃癌を疑わせる所見があることから, 神経内分泌細胞癌(NEC)も鑑別疾患となりますでしょうか? 御教授お願いします.

## ⑥ 主題演題

### プロスタグランジン I<sub>2</sub> 製剤を投与中の肺動脈性肺高血圧症患者における胃拡大内視鏡所見の検討

梅川 剛<sup>1</sup>, 万波 智彦, 小西 祥平, 山西 友梨恵, 栗原 淳, 長江 桃夏, 光宗 真佑, 永原 華子, 佐柿 司, 若槻 俊之, 福本 康史, 清水 慎一, 磯田 哲也<sup>2</sup>, 神農 陽子

<sup>1</sup>国立病院機構岡山医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>国立病院機構岡山医療センター 臨床検査科

我々は、プロスタグランジン I<sub>2</sub> 製剤 (PGI<sub>2</sub>) を投与中の、肺動脈性肺高血圧症 (PAH) 患者に発生した、腺窩上皮型胃腫瘍の 1 例についての詳細を、2023 年の本会 (第 28 回) で報告した。その後、その症例を契機に検索を進めた結果、更に 3 例の同様な胃腫瘍の症例が存在することが明らかになった。計 4 症例 14 病変の共通の特徴としては、PAH 患者の中でも長期の PGI<sub>2</sub> 持続静注療法下の患者のみに若年のうちに発生し、胃の遠位 2/3 に、同時性・異時性に複数の隆起型腫瘍を認め、組織学的には腺窩上皮型腫瘍でほとんどが胃型または胃型優位の粘液形質であった (JDDW2023 で報告)。

一方、これら 4 症例は、背景胃粘膜についても共通の特徴を有していた。内視鏡的には全体にびまん性に発赤調、浮腫調で、網目状ないしは顆粒状の粘膜模様であった。胃の皺襞は太く、前庭部まで走行し、十分な送気によっても平低化せず、巨大皺襞症に合致する所見と考えられた。NBI 併用拡大内視鏡では、全体に腺窩辺縁上皮の幅が太く、広範囲で上皮内血管パターンを示していた。微小血管構築像と表面微細構造の関係を更に詳しく観察すると、①弧状または多角形の腺窩辺縁上皮 (MCE) に取り囲まれた窩間部に、更に小円形ないしは管状の腺開口部および MCE が散在する領域、②類円形の MCE がコイル状血管を取り囲んでいる領域の、2 つの類型が認められた。後者は、金坂らが提唱した VEC pattern (円形上皮内血管) に非常によく類似した所見であり、4 例のうち 3 例で認められ、いずれも胃の遠位寄りに存在した。病理組織学的にはいずれも腺窩上皮過形成の像であり、著明な過形成を呈した腺窩上皮の表層の組織構築が、NBI 併用拡大内視鏡像に反映していると考えられた。

## ⑦ 主題演題

### *H.pylori*未感染胃に発生した胃型上皮性腫瘍の1例

赤澤陽一 1, 上山浩也 1, 中村駿佑, 上村泰子 1, 山本桃子 1, 岩野知世 1, 内田涼太 1, 宇都宮尚典 1, 阿部大樹 1, 沖翔太郎 1, 鈴木信之 1, 池田厚 1, 竹田努 1, 上田久美子 1, 北條麻理子 1, 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

症例は60歳代女性。20XX年12月に健診で施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で、胃体中部大彎に白色調の隆起性病変を2病変認め、非腫瘍の診断にて経過観察となっていた。20XX+3年8月の健診で施行したEGDでは、胃体中部大彎に既知の隆起性病変を2病変認め、それぞれ増大傾向であった。各病変からの生検結果にてそれぞれGroup 1、Group 3と診断され、近医へ紹介受診となった。同年9月に近医にてEGDが施行され、生検結果にて各病変ともにGroup 2と診断され、精査加療目的に当院紹介受診となった。*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。過去に胃酸分泌抑制薬の内服歴は無かった。同年11月、当院におけるEGDでは、胃体中部大彎前壁寄り及び胃体中部大彎後壁寄りにそれぞれ、10mm大、15mm大の白色調から弱赤調の隆起性病変を認め、いずれも黒点及び灰色透見像が観察された。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、両病変とも明瞭な demarcation line を認め、microvascular pattern では軽度の不整を認めるが形状・分布・配列は保たれており regular、microsurface pattern は不整に乏しい類円形～弧状の腺窩辺縁上皮を認め regular と判断した。また、各病変とも窩間部の開大を伴う上皮内血管パターンを呈していたことから胃型腫瘍が予想された。以上より、*H.pylori*未感染胃に発生した低異型度の胃型腫瘍と診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。

病理組織学的所見では両病変ともに同様の所見であり、腺窩上皮に類似した異型上皮が粘膜表層主体に増生し、一部では類円形核を有するが、極性の乱れに乏しく癌とは確定されなかった。粘膜浅層から中層では非腫瘍性の拡張した胃底腺と腺窩上皮過形成を認めた。免疫組織化学的所見は、腫瘍部ではMUC5ACのみ陽性、MUC6/MUC2/CD10/pepsinogen-I/H<sup>+</sup>K<sup>+</sup>ATPase はいずれも陰性であり、Ki-67陽性細胞は腫瘍部では不規則な分布を示し、p53過剰発現は認められなかった。両病変共に腺腫相当の異型を示す腫瘍であるが特殊な組織像を示していることから、Epithelial neoplasia with foveolar differentiation という病理診断とした。腫瘍径はそれぞれ12mm、13mm、断端は陰性であり治癒切除と判断された。

*H.pylori*未感染粘膜に発生する胃型形質を示す上皮性腫瘍は、発生部位や内視鏡的特徴、病理組織学的構築などから様々なタイプに分類されるが、本症例は、既報の分類からは分類困難な新たな組織学的構築を示す腫瘍と考えられた。

## ⑧ 主題演題

### 「NBI 併用拡大内視鏡を用いたスクリーニング内視鏡検査で診断した 0-IIb 型早期胃癌の1例」

福岡大学筑紫病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 内視鏡部<sup>2)</sup>, 病理部・病理診断科<sup>3)</sup>

○中島美知子<sup>1)</sup>, 金光高雄<sup>1)</sup>, 宮岡正喜<sup>2)</sup>, 麻生頌<sup>2)</sup>, 松田恵伍<sup>1)</sup>, 久部高司<sup>1)</sup>, 植木敏晴<sup>1)</sup>, 平瀬崇之<sup>3)</sup>, 市岡正敏<sup>3)</sup>, 田邊寛<sup>3)</sup>, 二村聡<sup>3)</sup>, 八尾建史<sup>2)</sup>

症例:80 歳台男性. 202X 年 4 月に心窩部不快感を主訴に前医を受診し, 上部消化管内視鏡検査を施行された. 体上部小弯に出血を伴った平坦な粘膜を認めた. NBI 併用拡大(M-NBI)観察すると, 明瞭な demarcation line の内側に, irregular microvascular (MV) pattern, irregular microsurface (MS) pattern を呈する領域を同定された. 癌を疑い生検を施行された. 生検標本の病理組織診断は atypical glands suggestive of very well to moderately differentiated adenocarcinoma of intestinal type であったため, 精査加療目的に同年 6 月に当科を紹介受診となった. 当科の上部消化管内視鏡検査で, 体上部小弯に約 15 mm の淡い褪色调の平坦な病変を認めた. インジゴカルミン撒布後の内視鏡観察を行っても, 病変は比較的均一な顆粒状を呈し, 周囲との境界は不明瞭であった. M-NBI 観察では, 病変と周囲粘膜との間に DL を認めた. 病変内部の V については, 個々の微小血管は形状不均一, 配列不規則, 分布は非対称であり, irregular MV pattern と判定した. S については, 個々の marginal crypt epithelium (MCE) は light blue crest (LBC) を伴い, 弧状から線状の形態を呈し, 形状不均一であったため, irregular MS pattern と判定した. VS classification system より, irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL で癌と診断した. 病変の大部分に LBC を伴った MCE を認めることから, 腸型形質を有する低異度管状腺癌を疑った. また, 胃壁強伸展像で台状挙上所見は認めず, 深達度は粘膜内と判定した. 潰瘍は伴っていなかった. 以上より ESD の絶対適応病変と判定し, ESD を施行, 病変を一括切除した. 切除標本の病理組織診断は, well to moderately differentiated adenocarcinoma (moderately > well) であり, CDX2, MUC2 および CD10 陽性, わずかに MUC5AC, MUC6 陽性であった. 刷子縁を伴った腫瘍腺管が粘膜中層で手繋ぎ様の構造異型を呈しており, 腸型優位の低異度管状腺癌と診断した. スクリーニング内視鏡検査において, 通常内視鏡だけでは質的診断困難な早期胃癌であっても, M-NBI を併用することで癌を的確に質的診断しえる可能性が示された貴重な一例を経験したため, 若干の文献的考察を含め報告する.

## 九州胃拡大内視鏡研究会

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