

第 3 1 回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2024年7月20日（土） 13:00～17:00

会場：WEB 配信

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】

「異型度の異なる領域を NBI 併用拡大観察で認識しえた早期胃癌の 1 例」

石川県立中央病院 消化器内科 山本 信

### 2. 【演題】

「非典型的な組織構築を呈した胃底腺型腺癌の 1 例」

順天堂大学医学部 消化器内科 阿部 大樹

3. 【よろづ相談】

「組織生検で Group 2 となる，診断が難しい症例についての対応についてご意見をお聞かせください。」

嶋田病院 消化器内科 矢山 貴之

4. 【演題】

「組織型の予測と深達度診断が困難であった組織混在型早期胃癌の 1 例」

高知赤十字病院 消化器内科 重久 友理子

5. 【演題】

「胃神経内分泌腫瘍の一例」

大阪国際がんセンター 消化管内科 森田 宗新

6. 【演題】

「PPI 関連胃症を伴う背景粘膜に発生し，多彩な NBI 併用拡大内視鏡所見を示した胃上皮性腫瘍の一例」

福岡大学筑紫病院 消化器内科 京山 一樹

# 抄録

## ① 主題演題

### 「異型度の異なる領域を NBI 併用拡大観察で認識しえた早期胃癌の 1 例」

山本信 1)、中西宏佳 1)、吉田尚弘 1)、藤田颯人 1)、川瀬祥太郎 1)、宮島沙織 1)、宇都宮まなみ 1)、川崎梓 1)、脇田重徳 1)、木藤陽介 1)、守護晴彦 1)、辻国広 1)、吉田尚弘 1)、津山翔 2)、片柳和義 2)、湊宏 2)、土山寿志 1)、辻重継 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 80 歳代男性。13 年前に早期胃癌に対する ESD と *Helicobacter. pylori* 感染症に対する除菌を行い、その後は定期サーベイランスを継続していた。20XX 年 10 月の EGD で、噴門部後壁側に 10 mm 大の発赤陥凹を認めた。病変の陥凹面の発赤は不均一で、口側辺縁には小さな白点を伴っており、台状挙上所見は認めなかった。背景胃粘膜には木村・竹本分類 0-2 の萎縮性変化を認めた。NBI 併用拡大観察(M-NBI)では陥凹面に一致して demarcation line(DL)を認めた。病変口側において、Microvascular (MV) pattern は形状不均一、分布非対称性で配列も不規則であり、irregular MV pattern と判断し、Microsurface (MS) pattern についても円形や楕円形、弧状の形態を呈する marginal crypt epithelium(MCE)が密に増生しており形状不均一、分布非対称、配列も不規則であり irregular MS pattern と判断した。口側辺縁部には white globe appearance (WGA)を複数認めた。一方で病変肛門側は absent MV pattern で、小型の円形や楕円形を呈する MCE は形状不均一であるが、分布、配列は概ね整っていた。病変全体として VS classification system では irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL であることから癌と診断した。またその所見からは、病変口側では肛門側に比べて癌の異型が強いことが類推された。生検組織診断では高分化腺癌の診断であった。cT1a(M)の分化型癌と診断し、ESD にて一括切除した。切除検体の病理組織学的所見では、腫瘍は高分化腺癌が主体であったが、口側では中分化腺癌成分が混在しており、intraglandular necrotic debris(IND)も多数認めた。一方、肛門側では一部紡錘形核を有する管状腺管の増殖を認め、口側に比べ細胞異型、構造異型とも軽度であった。免疫染色では口側、肛門側とも一様に CD10 陽性で、MUC 5 AC、MUC6、MUC 2 はいずれも陰性で腸型形質とみなされた。病変は粘膜層に留まっており水平断端・垂直断端とも陰性であった。最終診断は U, 0-IIc, 13×9 mm, tub1>tub2, pT1a(M), pUL0, Ly0, V0(EVG), pHM0(4mm), pVM0 とした。

今回 M-NBI 所見から病変内の異型度の差異を類推し、病理組織学的にそれを確認できた早期胃癌の 1 例を経験した。

## ② 主題演題

### 「非典型的な組織構築を呈した胃底腺型腺癌の1例」

阿部大樹 1, 赤澤陽一 1, 上山浩也 1, 中村駿佑 1, 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, 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80歳代男性。20XX年6月に食思不振の精査目的に施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で、胃体中部小弯前壁に発赤調の隆起性病変を認め、生検結果にてGroup 5, Adenocarcinomaと診断され当院へ紹介受診となった。*H. pylori*除菌歴はなく、血清HP IgG抗体32.9 U/ml、背景粘膜は0-2萎縮で*H. pylori*既感染と考えられた。同年7月、当院でのEGDでは、胃体中部小弯前壁寄りに10mm大の発赤調の隆起性病変を認め、辺縁は上皮腫瘍様隆起を呈していた。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、明瞭なdemarcation lineを認め、microvascular patternは形状不均一を認めirregular、microsurface patternも類円形～弧状の不整な腺窩辺縁上皮を認めirregularと判断した。以上より*H. pylori*既感染胃に発生した胃底腺粘膜型腺癌と診断し、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、胃底腺に類似した不整な腫瘍腺管が増生し、腫瘍は粘膜深層から表層まで増生を認め、一部で粘膜下層深層への浸潤を認めた。免疫組織化学的所見では、MUC6/pepsinogen-I陽性、MUC5AC / H<sup>+</sup>K<sup>+</sup>ATPase / MUC2 / CD10は陰性であり、腺窩上皮への分化は認められなかった。Ki-67陽性細胞は粘膜表層まで不規則な分布を示し、p53過剰発現は認めなかった。以上から、腫瘍が表層に露出した胃底腺型腺癌と診断し、規約因子はM, Less, type0-IIa, 7mm, Adenocarcinoma of fundic gland type, pT1b2(SM2, 1000μm), INFa, Ly0, V0, pUL0, pHM0, pVM0であった。胃底腺型腺癌は、腫瘍が粘膜中層以深で増生し、典型例では腫瘍の表層は非腫瘍性上皮で覆われるためM-NBIでは非癌の診断となるが、本症例の表層は非腫瘍性上皮で覆われず、純粋な胃底腺型腺癌成分が表層へ広範囲に露出しており、非典型的な組織構築を呈していた。内視鏡診断においては、M-NBIにて癌の診断が可能であったが、表層に腺窩上皮型の腫瘍を伴うことが多い胃底腺粘膜型腺癌との鑑別は困難であった。非典型的な組織構築を呈した胃底腺型腺癌の1例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

### ③ よろづ相談

「組織生検で Group 2 となる、診断が難しい症例についての対応についてご意見をお聞かせください。」

嶋田病院消化器内科 矢山 貴之, 草場 裕之, 佐久間 努

#### 【背景】

早期胃癌は時に組織生検でも診断の確定が困難なことがあり、その場合の対応は消化器内科医にとって悩みの種である。当院でも 2022 年に組織生検を 7 回行われたのち Group 4 となり ESD を行った症例を経験したが、強い線維化によって剥離操作は極めて難しいものとなった。そのため、2023 年度以降は Group 2 であっても拡大内視鏡で癌の確信度が高い場合には十分な IC を行い、同意を得たうえで診断的 ESD を行うことがある。

当院では 2023 年度に 6737 例の上部消化管内視鏡検査 (EGD) を行い、その内 418 例で組織生検を行っており、25 例が Group 2 と診断されていた。25 例のうち 7 例は様々な理由でフォローができておらず、今回は残りの 18 例について検討した。18 例に再度 EGD を行った際の結果は Group 1 が 5 例、Group 2 が 2 例、Group 3 が 2 例、Group 4 が 1 例、Group 5 が 5 例となっており、拡大内視鏡で組織生検は不要と判断した症例を 2 例、4 mm 大と小さく組織生検での病変消失を危惧して診断的 ESD を行った症例を 1 例認めていた。更に、Group 1 の 1 例と Group 2 の 1 例でも拡大内視鏡で癌の高い確信度を得たため後に診断的 ESD を行ったが、診断的 ESD を行った 3 例全てで早期胃癌の診断であった。また、Group 3-5 の 8 例は全例で ESD が行われていた。最終的に 18 例のうち 11 例が早期胃癌の診断となっており、*Helicobacter pylori* については現感染が 2 例、既感染が 9 例であった。当院で ESD を行った 9 例の組織型は tub 1 が 8 例と tub 1>tub 2 が 1 例と分化型優位の組織型を示しており、既感染粘膜に分化型優位の胃癌が生じるとやはり組織生検での診断が容易ではないということが示唆された。

質問 1) Group 2 病変に対して再度 EGD をする場合のコツ (組織生検の数, 場所) は何かありますか?

質問 2) 複数回 Group 2 がでる症例や、小病変で組織生検を繰り返すと病変消失となる可能性が有る病変についてのエキスパートの先生方の対応をお聞きしたいです。

#### ④ 主題演題

##### 「組織型の予測と深達度診断が困難であった組織混在型早期胃癌の1例」

高知赤十字病院

重久 友理子 内多 訓久

症例は70歳代、男性。健診の胃透視で異常を指摘され、近医で上部消化管内視鏡検査を施行。胃体下部前壁に陥凹性病変を認め、生検でGroup5と診断され、治療のため当院を紹介受診となった。当院の上部消化管内視鏡検査では、背景は萎縮粘膜、体下部前壁に10mmの発赤と褪色が混在した不整な0-IIc病変を認めた。通常内視鏡観察では境界は陥凹に一致していると考えられた。進展は良好、粘膜の集中もなく深達度はMと考えられた。NBI併用拡大内視鏡検査(ME-NBI)では、microsurface pattern(MSP)は楕円形～円形で、幅は均一で分布、配列は不整に乏しいが一部で形状不均一を認めirregular、病変の小弯側はabsentと判断した。MSPによるdemarcation lineは不明瞭で、大弯側は非癌上皮に被覆されていると考えられた。Microvascular pattern(MVP)は、形状は不整に乏しいが、分布、配列は不整でありirregularと判断し、MVPによるdemarcation lineを認めた。以上から高分化～中分化腺癌、深達度Mと診断し、ESDを施行した。病理組織学的所見は、粘膜固有層深部で手つなぎ状に増殖する腺管を認め、粘膜深部、粘膜筋板の直上を側方に進展し、一部マーキングの直下まで達する部分もあった。数か所で粘膜筋板は保ったまま粘膜下層へ浸潤する小胞巢の分布も見られた。以上から、最終病理診断はEarly gastric cancer, tubular adenocarcinoma M, Ant, type 0-IIc, size 14 × 9mm, tub2>>tub1>por2, pT1b1(sml, 436 μm), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0であった。

本症例において、術前の内視鏡診断では除菌後胃癌、tubular adenocarcinoma、深達度Mと診断した。しかし実際には組織混在型であり、粘膜深層で手つなぎ様に伸展し、粘膜筋板を保ったまま、粘膜下層に低分化腺癌の浸潤も認めた。このような組織型を呈する場合は内視鏡上VEC patternを有し、組織学的にも乳頭状構造を示す場合が多いと報告されているが本症例では認めなかった。さらに本症例の様に粘膜深層で手つなぎ状に伸展する場合は範囲診断においても困難であると考えられた。今回術前の組織診断および深達度・範囲診断が困難であった症例を経験したので報告する

## ⑤ 主題演題

### 「胃神経内分泌腫瘍の一例」

大阪国際がんセンター 消化管内科

森田 宗新、上堂 文也、北村 昌紀、伊藤 典明、佃 頌敏、松山 和輝、藤本 裕大、安藤 徳晃、田邊 元太郎、上田 智也、谷 泰弘、加藤 穰、吉井 俊輔、七條 智聖、金坂 卓、山本 幸子、東野 晃治、道田 知樹、石原 立

症例は、80歳代女性。高血圧症、脂質異常症で近医通院中。20XX年Y月に歯科治療時に抗菌薬内服し、アレルギー症状出現。別の近医受診したところ、血液検査にて貧血の初回指摘あり。問診にて黒色便も認めるとのことで、精査目的に地域中核病院紹介受診。上部消化管内視鏡検査(EGD)施行したところ、胃ポリープ指摘され、生検にて胃神経内分泌腫瘍(NET)の診断となり、20XX年Y+1月に精査加療目的に当科紹介初診となる。

当院でのEGDでは、木村・竹本分類0-3 typeの萎縮性胃炎を背景として、胃体下部大弯後壁寄りにφ7mmの発赤調で中心陥凹をもつ表面隆起型病変を認めた。陥凹部のNBI拡大観察について、demarcation line(DL)はabsent、陥凹内部のMicrovascular(MV) patternは形状不均一・分布非対称・配列不規則な拡張血管を認めたためirregular MV pattern present、Microsurface(MS) patternはabsent MS patternと診断した。超音波内視鏡検査(EUS)で病変は粘膜下層表層までであり、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)施行した。切除検体の病理組織学的所見は、Neuroendocrine tumor, G1; Stomach, ESD: 0-IIa, 7×4mm, pT1(UICC TNM 8th), Ly0, V0, pUL0, pHM0, pVM0.であった。

当院で手術・内視鏡切除したNET 29病変の通常観察・NBI拡大観察所見の特徴と、Rindi分類別の内視鏡所見のちがいについて呈示する。

## ⑥ 主題演題

「PPI 関連胃症を伴う背景粘膜に発生し、多彩な NBI 併用拡大内視鏡所見を示した胃上皮性腫瘍の一例」

京山一樹 1) 宮岡正喜 2) 金光高雄 1) 今村健太郎 2) 小野陽一郎 1) 市岡正敏 3) 田邊 寛 3) 二村 聡 3) 八尾建史 4)

- 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・病理診断科
- 4) 福岡大学筑紫病院 臨床医学研究センター

【症例】50歳台男性。【現病歴】202X年10月に検診目的に上部消化管内視鏡検査を施行され胃体中部小彎に径20mm程度の褪色調隆起性病変を認め、生検にて異型上皮と診断されたため202X+1年4月に当院紹介受診となった。【既往歴】逆流性食道炎の診断で10年前からRabeprazoleを内服中であった。その他、2型糖尿病、高血圧症、高脂血症、緑内障、舌がん術後の既往あり。【生活歴】飲酒：ビール500ml/day、過去喫煙【家族歴】父：胃癌 【*H. pylori* 関連検査】抗*H. pylori*抗体：3未満、*H. pylori*便中抗原：陰性、*H. pylori*鏡検法：陰性【上部消化管内視鏡検査】胃内粘膜はRAC陽性で萎縮は認めないものの噴門部から体部の小彎を中心にPPI内服の影響と思われる敷石状粘膜を伴っていた。今回の病変は白色光通常観察で体中部小彎に存在する約20mmの褪色調隆起性病変として認識された。病変は背景粘膜と明瞭な色調の変化を有し、隆起部は水腫様で黒点を伴っていた。インジゴカルミン撒布では病変の立ち上がりは急峻で、隆起表面は顆粒状変化を呈していた。NBI併用拡大内視鏡観察では病変と周囲粘膜との間に明瞭なdemarcation line (DL)を認めた。そのDL内部のmicrovascular (MV) patternは、個々の微小血管は主に閉鎖性のループで、形状は不均一と判定し、一部MV patternが視認出来ない部位も認め、irregular/absent MV patternと判定した。Microsurface (MS) patternは、腫瘍の大部分のmarginal crypt epithelium (MCE)は弧状から類円形の形態を呈し、周囲背景粘膜と比較すると明らかに幅が広く、形状不均一で、vessels within epithelial circle (VEC) patternを伴う領域も認めた。また、病変肛門側の一部にVEC patternよりさらに小さく、中心に上皮下の微小血管像を伴わない、ごく微小な円形の窩間部(微小円形窩間部; micro-circular intervening part)<sup>1)</sup>の存在を認め、その形状も不均一であった。以上よりVS classification systemにてirregular/absent MV pattern plus irregular MS pattern with a DLと判定し、癌と診断した。ESDの絶対適応病変と判断し、ESDにて病変を一括切除した。切除標本の病理組織学的診断は、epithelial neoplasm (suggestive of epithelial neoplasm of borderline malignancy and /or very well differentiated adenocarcinoma)であり、腫瘍細胞は免疫組織化学染色でMAC5ACとMUC6が陽性、わずかにCDX-2とCD10が陽性であった。腫瘍の背景粘膜にはPPI関連胃症が認められた。背景粘膜にPPI関連胃症を伴い、多彩なNBI併用拡大内視鏡所見を示した胃上皮性腫瘍の一例を経験したため文献的考察を含め報告する。

参考文献： 1) 金光高雄ら 胃型形質の純粋超高分化腺癌の拡大内視鏡診断 胃と腸 53: 43-59, 2018

## 九州胃拡大内視鏡研究会

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