

第 3 2 回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2025年2月15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】

「胃腺窩上皮型低異型度高分化型腺癌との鑑別に苦慮した、

緩徐発育を呈した腺窩上皮過形成の1例」

大分赤十字病院 消化器内科 木本 喬博

#### 2. 【演題】

「多発する地図状発赤内に発生し病変の範囲診断に

拡大内視鏡観察が有用であった中分化型腺癌の1例」

高知赤十字病院 消化器内科 窪田 綾子

3. 【演題】

「非典型的な胃底腺粘膜型腺癌の一例」

順天堂大学医学部 消化器内科 山本 桃子

4. 【よろづ相談】

「胃底腺粘膜型胃癌の一例」

国立病院機構岡山医療センター 消化器内科 梅川 剛

5. 【ミニレクチャー】

「胃拡大内視鏡：読み方シリーズ（1）Demarcation line」

福岡大学筑紫病院 臨床医学研究センター 八尾 建史

6. 【演題】

「演題名：胃神経内分泌腫瘍の通常観察・NBI 拡大観察所見の特徴」

大阪国際がんセンター 消化管内科 森田 宗新

7. 【演題】

「H . pylori 未感染胃型腫瘍の一例」

鹿児島大学病院 消化器内科 桑原 萌絵未

8. 【演題】

「自己免疫性胃炎の胃過形成性ポリープから発生した早期胃癌の2症例」

福岡大学筑紫病院 消化器内科 樋渡 公佑

# 抄録

## ① 主題演題

### 「胃腺窩上皮型低異型度高分化型腺癌との鑑別に苦慮した、緩徐発育を呈した腺窩上皮過形成の1例」

大分赤十字病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 大分赤十字病院 肝胆膵内科<sup>2)</sup>, 大分赤十字病院 病理部<sup>3)</sup>, 福岡大学筑紫病院 病理部<sup>4)</sup>, 大分大学医学部附属病院 消化器内科学講座<sup>5)</sup>

木本喬博<sup>1)</sup>, 上尾哲也<sup>1)</sup>, 秋山英俊<sup>1)</sup>, 高橋晴彦<sup>1)</sup>, 平賀大輝<sup>1)</sup>, 東祥史<sup>1)</sup>, 郷田悠<sup>1)</sup>, 上原悠<sup>2)</sup>, 南部生妃<sup>2)</sup>, 本村充輝<sup>2)</sup>, 成田竜一<sup>2)</sup>, 山元範昭<sup>3)</sup>, 東保太郎<sup>3)</sup>, 田邊寛<sup>4)</sup>, 村上和成<sup>5)</sup>

【症例】78歳女性。X-15年に検診の上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃角部小弯前壁に約15mm程度の隆起性病変を認めた。生検でGroup1であり、フォローはされていなかった。X-4年の検診のEGDは同病変が約20mm程度に増大していたが、生検ではGroup1であった。また同検査で*Helicobacter. pylori*陽性を認めたため除菌治療を行い、除菌成功を確認した。その後1年毎にフォローEGDを施行したところ同病変は徐々に局面の明瞭化が見られた。X年に施行したEGDでは木村・竹本分類C-3の萎縮および地図上発赤を認め、背景粘膜は既感染粘膜と診断した。胃角部小弯前壁の既知の病変は、白色光通常観察で約30mm大の発赤調隆起性病変として認識でき、以前よりも増大傾向であった。PPIおよびPCABの内服歴はなかった。インジゴカルミン色素撒布像では周囲との境界はより明瞭になり、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については個々の血管は比較的整ったコイル状の開放性ループ状を呈し、形状はやや不均一で、配列はやや不規則的、分布はおおむね対称性であり、irregular MV patternと判定した。表面微細構造は個々のMCEは弧状の形態を呈しており、形状はやや不均一で、配列はやや不規則的、分布はおおむね規則的であり、irregular MS patternと判定した。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(+)とし、弧状のMCE内部にコイル状の開放性血管を認める上皮内血管パターンであり、内視鏡診断は胃腺窩上皮型低異型度高分化型癌と診断し内視鏡的胃粘膜下層切開剥離術(ESD)で一括切除した。最終病理学診断は、腫瘍径24x17mm、胃腺窩上皮型過形成、免疫染色はMUC5AC陽性、MUC6陰性、CD10陰性、MUC2陰性であった。

#### 【結語】

胃腺窩上皮型低異型度高分化型腺癌との鑑別に苦慮した、緩徐発育を呈した腺窩上皮過形成の1例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

## ② 主題演題

「多発する地図状発赤内に発生し病変の範囲診断に拡大内視鏡観察が有用であった中分化型腺癌の1例」

高知赤十字病院

窪田綾子、重久友理子、内多訓久

症例は61歳、男性。約4年前に *Helicobacter pylori* 除菌を行い以後、定期的に内視鏡フォローを受けていた。胃体上部大弯後壁に褪色陥凹性病変を認め、生検で Group2 と診断され、診断・治療目的に当院へ紹介された。当院での上部消化管内視鏡検査では、背景は萎縮粘膜、体上部大弯後壁に約10mmの発赤陥凹の中にやや発赤の弱い褪色の領域を認めた。送気による進展は良好で、襞の集中は認めなかった。インジゴカルミン散布では、周囲の陥凹よりもインジゴカルミンが貯留をしていた。NBI 併用拡大内視鏡 (ME-NBI) 観察では、陥凹内部の microsurface pattern (MSP) は楕円形を呈する MCE が主体で、irregularity に乏しく regular MSP であり MSP による demarcation line (DL) は一部不明瞭であった。Microvascular pattern (MVP) に関して陥凹中央は形状、分布、配列に不整を認め irregular MVP と判断した。一方陥凹辺縁では MVP は均一に拡張しており、陥凹の中央よりも irregular MVP を認め、Demarcation line (DL) を形成していると考えられた。以上の所見から分化型腺癌、深達度 M と診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した。病理診断は、Early gastric cancer, tubular adenocarcinoma U, Gre-Post, type 0-IIc, size 8×5mm, tub2, pT1a (M), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0 であった。陥凹辺縁にあたる切片は病理組織でも非癌であった。

除菌後胃癌は質的診断や範囲診断が難しい病変が存在し、生検の病理診断で Group 2 と診断されることがある。そのような症例にはフルズームによる観察、特に微小血管構築像が重要となる。今回拡大内視鏡観察を行ったことで質的診断に至り、範囲診断に有用であった症例を経験したので報告する。

### ③ 主題演題

#### 「非典型的な胃底腺粘膜型腺癌の一例」

山本桃子<sup>1</sup>、赤澤陽一<sup>1</sup>、上山浩也<sup>1</sup>、中村駿佑<sup>1</sup>、岩野知世<sup>1</sup>、宇都宮尚典<sup>1</sup>、内田涼太<sup>1</sup>、阿部大樹<sup>1</sup>、上田久美子<sup>1</sup>、竹田努<sup>1</sup>、北條麻理子<sup>1</sup>、八尾隆史<sup>2</sup>、永原章仁<sup>1、3</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
- 3) 順天堂大学医学部 大学院医学研究科 消化管疾患病態研究・治療学講座

症例は70代男性。20XX年に他院で施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で穹窿部大弯前壁に15mm大の隆起性病変を認めた。同部位からの生検にてGroup 5, 胃底腺型腺癌の診断となり精査加療目的に当院へ紹介受診となった。H. pylori除菌後であり、当院での精査EGDでは、C-2の萎縮性胃炎を認め、白色光観察にて穹窿部大弯前壁に15mm大の上皮下腫瘍様隆起を伴う発赤調の隆起性病変を認めた。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、DLを認め、microvascular patternは形状・分布・配列は保たれておりregular、microsurface patternは上皮内血管パターンを示す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、胃底腺型腺癌として矛盾しない所見と考えられESDを施行した。

病理組織学的所見では、胃底腺および腺窩上皮類似の腫瘍の増生を認め、粘膜下層浅層への浸潤(260 $\mu$ m)を認めた。免疫染色では、MUC5AC(+), MUC6(+), MUC2(-), CD10(-), pepsinogen-I(+), H+/K+ATPase(+), であり、胃底腺粘膜型腺癌と考えられた。p53の過剰発現は認めず、Ki-67陽性細胞は増殖帯に一致せず不規則な分布を示していた。腫瘍表層は非腫瘍性上皮で被覆される領域と腫瘍が表出している領域があり、腫瘍表層が被覆されている領域では腺窩上皮型腺癌成分と胃底腺型腺癌成分の層構造が崩壊していた。また、腫瘍表出部における表層の癌成分の異型度は低かった。以上から、胃底腺粘膜型腺癌の亜分類(Ueyama-Yao分類)におけるtype 1とtype 3が併存する病変と考えられた。規約因子は0-IIa, 14x13mm, tub1>tub2+pap, pT1b1/SM1(260 $\mu$ m), INFa, Ly0, V0, UL0, pHM0, pVM0であり治癒切除と判断した。

本症例は、腫瘍が非腫瘍上皮に被覆される領域と表出する領域が併存する胃底腺粘膜型腺癌であり、腫瘍表出部では癌の異型度が低かったため、M-NBIでの癌の診断が困難と考えられた。胃底腺粘膜型腺癌のtype 3や、腫瘍が表出するタイプ(Type 1 or 2)で表層上皮の異型度が低い場合には、胃底腺型腺癌との内視鏡的鑑別が困難な場合がある点に注意する必要がある。

#### ④ よろづ相談

##### 「胃底腺粘膜型腺癌の一例」

梅川 剛 1、万波 智彦、小西 祥平、山西 友梨恵、栗原 淳、長江 桃夏、沼本 紘輝、光宗 真佑、永原 華子、佐柿 司、福本 康史、清水 慎一、磯田 哲也 2、神農 陽子、堀川 恭佑 3、田中 健大

1 国立病院機構岡山医療センター 消化器内科、2 国立病院機構岡山医療センター 臨床検査科、3 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科病理学（腫瘍病理）

症例は 70 歳代、男性。貧血の原因検索目的に実施した上部消化管内視鏡検査で胃隆起性病変を認め、生検で Group 2 の診断であったため精査内視鏡の方針とした。H. pylori 関連検査では、血清抗体は 3 未満、便中抗原は陰性、鏡検法も陰性であった。白色光観察では、体上部大彎前壁寄りに周囲と同色調からわずかに発赤調の 1cm 程度の隆起性病変を認めた。全体に軽度凸凹しており特に小彎側方向では多結節性であったが、大彎側方向では立ち上がりが見えなからかであるようにも見えた。背景胃粘膜は木村・竹本分類で C-2 の萎縮を伴っており、病変の周囲は非萎縮粘膜であった。NBI (narrow band imaging) 併用拡大観察を行うと、中拡大像では、小彎方向の結節性の部分を中心に表面構造が不明瞭化していた。最大倍率像では、結節性部分の頂部を中心に明瞭な demarcation line (DL) を有する領域を認めた。表面微細構造 (microsurface (MS) pattern) は消失ないしは不明瞭化しており、微小血管構築像 (microvascular (MV) pattern) については、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、配列は不規則であった。以上から、vessel plus classification system により、irregular MV pattern plus absent MS pattern with a DL と判定した。一方、大彎側のなだらかに立ち上がった隆起の部分では、MSP については腺窩辺縁上皮 (marginal crypt epithelium: MCE) の個々の形状は弧状・多角形・スリット状で、形状は均一、分布は対称、配列は規則的であり、MVP は個々の MCE 内にとどまって細かいコイル状の形態を呈しており、形状は均一、分布は対称、配列は規則的であり、ともに regular と判定した。以上から、高分化型腺癌の存在、特に胃底腺粘膜型腺癌を疑い、ESD により一括切除した。病理組織学的所見は、非萎縮性胃底腺粘膜を背景に、粘膜深部を主体として胃底腺に類似した好酸性、好塩基性の胞体を有する異型細胞が管状に増殖しており、わずかに粘膜下組織への浸潤を認めた。また、その領域から連続するように表層から深部にかけて高度の異型および極性の乱れを示す異型上皮が癒合腺管状に増殖しており、表層では腺窩上皮への分化がみられ、表層で腫瘍の露出を認めた。免疫染色では、前者の領域で MUC5AC (-)、MUC6 (-)、H+/K+-ATPase (-)、Pepsinogen I (+)、Ki67 index < 1%、後者の領域で MUC5AC (+)、MUC 6 (+)、H+/K+-ATPase (+)、Pepsinogen I (+)、Ki67 index 6.4% であり、胃底腺粘膜型腺癌 (Ueyama・Yao らの分類: GA-FGM, Type 2) と診断した。NBI 併用拡大観察像と対比すると、表層で腫瘍が露出している部分が、MCE の消失と MV pattern の不整を認めた範囲に対応しており、腫瘍が露出していない部分は DL 外に対応していた。

## ⑥ 主題演題

### 「胃神経内分泌腫瘍の通常観察・NBI 拡大観察所見の特徴」

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

第 31 回九州胃拡大内視鏡研究会にて、当院で手術・内視鏡切除した胃神経内分泌腫瘍 (NET) 29 病変の Rindi 分類別の通常観察・拡大 NBI 観察所見の特徴について、Rindi Type I は Reddish polypoid の肉眼形態を呈し、拡大 NBI 所見で Absent MS pattern plus irregular MV pattern を呈することが特徴であることを報告した。病理組織学的検討の追加で、それらの内視鏡所見は腫瘍が上皮表層に近接していることと関連していた。また前回、上記の irregular MV pattern が腫瘍性血管か非腫瘍性血管かが議論となった。本点について内視鏡画像と病理組織学的検討を追加した結果、NET 表面に見られる irregular MV pattern は、以下の理由から上皮下の腫瘍によって表層に押し上げられた非腫瘍性上皮下毛細血管網であると推測した。1) NET は主に索状胞巣や充実胞巣状の構造をとるが、irregular MV pattern はほとんどがネットワーク血管である。2) 拡大 NBI で腫瘍表面に見られる集合静脈と連続し、かつそれより表層にあると考えられる像がある。3) 同所見の見られる腫瘍のうち上皮表層までの距離が最長のものは  $288 \mu\text{m}$  であった。4) 血管染色で拡張血管は腫瘍の表層側にしか見られない。今回、上記を報告する。

## ⑦ 主題演題

### 「H . pylori 未感染胃型腫瘍の一例」

桑原萌絵未 1), 前田英仁 1), 上原翔平 1), 田崎貴嗣 2) , 佐々木文郷 1)

1) 鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学

2) 鹿児島大学大学院 病理学

症例は 46 歳女性。検診の EGD で体上部大弯に同色調の表面隆起性病変を指摘され、前医受診。同院の生検で Group2 であり、精査目的で当科紹介となった。当科の EGD では背景粘膜に萎縮は認めず、H . pylori IgG 抗体は 3 U/ml 未満であったことから背景粘膜は、H . pylori 未感染と判断した。主病変は、体上部～穹隆部大弯に 30mm 大乳頭状と絨毛状の 2 つのコンポーネントを有する同色調の Type 0-IIa 様病変として認識され、内部に黒点が散見された。NBI 併用拡大観察では、隆起に一致して demarcation line (DL) を認めた。表面微細構造は部分的に大小不同・形態不均一があり、同部位は irregular MS pattern と診断した。微小血管構築像は上皮血管内パターンを呈しており、口径不同に乏しく、regular MV pattern と診断した。胃型の低異形度悪性腫瘍や幽門腺腺腫を鑑別にあげ、ESD を施行した。

摘出標本の病理学的診断について、主体は MUC6 陽性の幽門腺に類似した細胞からなる腫瘍で、表層部は MUC5AC 陽性となり腺窩上皮への分化を認めた。MUC5AC は深部でも散在性に陽性であり、pepsinogen I、H/K-ATPase は部分的に陽性、Ki-67 陽性細胞は表層優位に局在し、深部では散在性に認められた。胃底腺粘膜型胃癌との鑑別に苦慮し、順天堂大学八尾隆史先生にコンサルテーションを行い、胃型腺腫と御高診頂いた。

本症例において、内視鏡診断及び病理診断についてご指導いただきたく存じます。

## ⑧ 主題演題

### 「自己免疫性胃炎の胃過形成性ポリープから発生した早期胃癌の2症例」

福岡大学筑紫病院内視鏡部<sup>1)</sup>，同消化器内科<sup>2)</sup>，同病理部病理診断科<sup>3)</sup>，福岡大学西新病院消化器内科<sup>4)</sup>

○樋渡公佑<sup>1)</sup>，金光高雄<sup>2)</sup>，中島美知子<sup>1)3)</sup>，今村健太郎<sup>1)</sup>，児嶋宏晃<sup>2)</sup>，安川重義<sup>4)</sup>，宮岡正喜<sup>1)</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>1)</sup>

【はじめに】自己免疫性胃炎に発生した過形成性ポリープは *H. pylori* 感染胃炎に発生した過形成性ポリープと比較し，高率に癌化するとの報告がある．2013年1月から2024年11月の期間に当科で内視鏡切除が施行された自己免疫性胃炎の胃過形成性ポリープ内に発生した胃癌は3症例5病変であった．そのうち，NBI併用拡大内視鏡観察所見と組織病理所見の対比が可能であった2症例2病変について報告する．

【症例1】70歳台，女性．潰瘍性大腸炎の診断で当科外来加療中であった．スクリーニング検査目的に施行された上部消化管内視鏡検査で，胃体部優位に高度な萎縮を認めた．胃体部小弯の萎縮粘膜のNBI併用拡大観察で，腺窩型の micromucosal pattern を呈し，LBC，WOSなどの腸上皮化生を疑う所見は認められなかった．血液検査では抗壁細胞抗体が陽性であったことから，自己免疫性胃炎と診断された．体上部前壁に約25mmの山田分類IV型の隆起性病変を認めた．病変の全体は概ね強発赤調であったが，基部の一部は黄色みを帯びた発赤調を呈し，同部位の表面は凹凸不整であった．NBI併用拡大内視鏡観察では，強発赤調の部位は，absent microvascular pattern (MV) plus regular microsurface (MS) pattern と判定し，非癌と診断した．隆起基部は，irregular MV plus irregular MS pattern と判定し，癌と診断した．以上の内視鏡所見から胃過形成性ポリープ内に発生した早期胃癌と診断し，内視鏡的粘膜下層剥離術が施行された．切除検体の検索の結果，腺窩上皮型の過形成性ポリープ内に高分化管状腺癌を認め，adenocarcinoma occurring in hyperplastic polyp と診断された．

【症例2】80歳台，女性．早期胃癌の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は，胃体部から胃底部優位の高度萎縮を認め，胃内には多数の発赤隆起性病変が認められた．胃体部小弯の萎縮粘膜のNBI併用拡大内視鏡観察では，腺窩型の micromucosal pattern を呈し，LBC，WOSなどの腸上皮化生を疑う所見は認められなかった．また，抗壁細胞抗体・抗内因子抗体ともに陽性で，自己免疫性胃炎と診断された．体上部大弯前壁寄りに17mm程度の山田分類IV型の隆起性病変を認めた．病変は発赤と褪色が混在した色調を呈し，表面は凹凸不整であった．NBI併用拡大内視鏡観察では，強発赤調の部位は，regular MV plus regular MS pattern と判定し，非癌と診断した．褪色調の部位は，irregular MV plus irregular MS pattern と判定し，癌と診断した．以上の内視鏡所見から胃過形成性ポリープ内に発生した早期胃癌と診断し，内視鏡的粘膜切除術が施行された．切除検体の検索の結果，腺窩上皮型の過形成性ポリープ内に高分化から中分化管状腺癌を認め，adenocarcinoma occurring in hyperplastic polyp と診断された．

【結語】当科で経験した自己免疫性胃炎の過形成性ポリープ内に発生した早期胃癌は，通常内視鏡観察で褪色調を呈し，NBI併用拡大観察で，irregular MV pattern，MS pattern を呈していた．

## 九州胃拡大内視鏡研究会

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