

## 第13回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2015年2月28日（土） 15：00～19：00

会場：スカラエスパシオ

福岡市中央区渡辺通4-8-28 F.TビルB2 TEL 092-712-8833

代表世話人： 福岡大学筑紫病院 八尾建史

### テーマ：『0-I型の診断～組織型・良悪性を問わず～』

15:00～17:05

代表世話人基調発言

福岡大学筑紫病院 八尾建史

座長 福岡大学筑紫病院 長浜孝

ミニレクチャー：「NBI併用胃拡大内視鏡の新知見：White globe appearance」

石川県立中央病院 消化器内科 土山寿志

演題1 『White globe appearance陽性であった胃良性隆起性病変の1例』

石川県立中央病院 消化器内科1)、同 病理診断科2)

富永桂1)、津山翔2)、太田亮介1)、大村仁志、竹田康人、中西宏佳、辻国広、吉田尚弘、辻重継、松永和大、竹村健一、山田真也、車谷宏2)、土山寿志1)

演題2 『VS classification systemで非癌が疑われる0-I型病巣に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した一例』

五嶋敦史1)、西川 潤2)、岡本健志2)、坂井田功2)

1)萩市民病院内科 2)山口大学大学院消化器病態内科学

演題3 『ESDにて切除した巨大な隆起性病変の1例』

岡山医療センター消化器科

古立真一、若槻俊之、福本康史、大藤嘉洋、松下公紀、山下晴弘

演題4 『過形成性成分が混在した胃癌の一例』

高知赤十字病院 消化器内科

小島康司, 内多訓久, 岩崎丈紘, 川田愛, 中山瑞, 岡崎三千代, 岩村伸一

休憩

17:05~17:20

17:20~19:00

座長 福岡大学筑紫病院 八尾建史

技術レクチャー: 「新型上部消化管拡大内視鏡 GIF-H290Z 開発の軌跡」

オリンパスメディカルシステムズ(株) 内視鏡開発1部

演題5 『NBI 観察をし得た胃幽門腺腫の1例』

大分赤十字病院 消化器科 1)、同 病理診断科 2)

都甲和美 1)、上尾哲也 1)、米増博俊 2)、福田昌英 1)、柳井優香 1)、

垣迫陽子 2)、石田哲也 1)

演題6 『*Helicobacter pylori* 陰性の胃に発生した隆起性病変の一例』

大阪府立成人病センター 消化管内科 金坂 卓

演題7 『非典型的な内視鏡所見を呈した胃底腺型胃癌の一例』

上山浩也 1)、八尾隆史 2)、松本健史 1)、田中一平 1)、中川裕太 1)、竹田努 1)、松本紘平 1)、永原章仁 1)、渡辺純夫 1)

1) 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科、2) 同 人体病理病態学講座

## White globe appearance 陽性であった胃良性隆起性病変の 1 例

石川県立中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>

富永桂<sup>1)</sup>、津山翔<sup>2)</sup>、太田亮介<sup>1)</sup>、大村仁志、竹田康人、中西宏佳、辻国広、吉田尚弘、辻重継、松永和大、竹村健一、山田真也、車谷宏<sup>2)</sup>、土山寿志<sup>1)</sup>

以前に我々は NBI 併用拡大観察 (M-NBI) にて同定できる (しやすい)、微小な (1mm 未満) の白色球状外観で、かつ可視可能な微小血管構築像の下方に存在するものを **White globe appearance (WGA)** と定義した。今回は WGA 陽性であった胃良性隆起性病変の 1 例を提示したいと思う。

症例は 60 歳台、男性。2014 年 6 月、定期検査目的に施行した上部消化管内視鏡検査にて胃体下部前壁に 10mm 大の隆起性病変を認めた。M-NBI では、粘液付着のために詳細な観察はできなかったが、DL present, V regular と判断し、S は regular な領域と indeterminate な領域を認めた。生検結果は良性であったが、白色光観察で領域のある発赤面を呈し、WGA を認め、臨床的には悪性を否定できないため、同意の上で total biopsy 目的に ESD を施行した。術前精査の内視鏡検査においても WGA 陽性であったが、ESD 当日には指摘できず経時的変化が見られた。病理所見では hyperplastic polyp の診断であり、Intraglandular necrotic debris (IND) も確認されなかった。

M-NBI で観察される WGA の存在は、癌と非癌の鑑別診断に有用な新しい内視鏡的マーカーとなり得ると思われるが、WGA 陽性の非癌も経験しており、非癌で観察される WGA は癌のそれよりサイズが大きい印象であった。

VS classification system で非癌が疑われる 0-I 型病巣に対して  
内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した一例

氏名：五嶋敦史 1), 西川 潤 2), 岡本健志 2), 坂井田功 2)

所属：1) 萩市民病院内科 2) 山口大学大学院消化器病態内科学

症例：60 歳代、男性。主訴：なし。現病歴：52 歳時に右腎上極の 20mm 大の腎細胞癌に対して右腎摘出術(T1a,N0,M0 stage I)を受けた。以後、定期的な経過観察を受けており、62 歳時には、腓頭部の腫瘤に対して幽門輪温存腓頭十二指腸切除術が施行された。病理学的に腎細胞癌の転移巣であった。2010 年 7 月の検診目的で施行した上部消化管内視鏡検査において、胃体上部後壁に径 6mm 大の発赤の強い隆起性病変を認めた。NBI 拡大観察では、VS classification で demarcation line: absent、microvascular pattern: absent、microsurface pattern: regular の非癌病巣が疑われたが、生検により、細胞質の淡明な異型細胞の増殖を認め、過去の病理所見との対比により腎細胞癌からの転移が考えられた。FDG-PET では、胃病変を含め、有意な FDG 異常集積像は認めなかったため、同病巣に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理学的に、腫瘍は粘膜層に局限し、明らかな脈管侵襲を伴わず、垂直、水平断端ともに腫瘍陰性であった。右腎細胞癌、腓頭部への転移巣と同様の組織像であり、腎細胞癌の胃転移と診断した。本症例について NBI 画像、病理組織学的所見を供覧する。

## ESD にて切除した巨大な隆起性病変の 1 例

岡山医療センター消化器科

古立真一、若槻俊之、福本康史、大藤嘉洋、松下公紀、山下晴弘

(症例) 60 歳台、男性。(既往歴) 高血圧、糖尿病、高脂血症。(現病歴) 前医で施行した上部消化管造影検査で、前庭部小弯側に隆起性病変を指摘され、精査加療目的に当科紹介となった。白色光観察では、大きさ 60mm 強で、病変中心部は発赤が目立つものの、全体としては周囲と同色調の丈の高い隆起性病変を認めた。また病変肛門側は十二指腸へ prolapse していた。

NBI 併用拡大観察：

病変口側中央部：MCE は弧状を呈し、1 つ 1 つの構造は小さく、不規則に配列し、微小血管は開放性ループで、走行不整や大小不同、形状不均一を呈していた。

病変中央部：構造が癒合し、窩間部の開大を認める領域では、窩間部の短径は一定ではなかった。また MCE が円形から弧状を呈する領域は、大小不同や形状不均一を認めた。

病変肛門側：多角形の閉鎖性ループを呈し、この微小血管に取り囲まれるように、類円型から卵円形の MCE が比較的規則的に配列していた。

以上より、胃癌と診断し、大きい病変で、襲のひきつれも伴っていたことから、sm 深部浸潤は否定できなかったが、NBI 併用拡大観察で表面微細構造は保たれ、くびれを有する病変であったことから、粘膜内病変の可能性も考慮され、ESD にて一括切除した。切除後の回収に 1 時間を要し、回収時に標本の断端が一部ちぎれてしまい、最終病理診断は Gastric adenocarcinoma, tub1, T1(M), tub1, ly0, v0, LM(+), VM(-), 0-I, 83×40 mm, L, Less, CurEC であったが、ESD から 2 年経った現在、無再発生存中である。

「 過形成性成分が混在した胃癌の一例 」

高知赤十字病院 消化器内科

小島康司, 内多訓久, 岩崎丈紘, 川田愛, 中山瑞, 岡崎三千代, 岩村伸一

症例は 90 歳女性、近医で施行された上部内視鏡検査で胃前庭部に隆起性病変を指摘され、生検で group 3 の結果であり、精査加療目的に当院紹介となった。HP 抗体陽性で未除菌。当院にて拡大内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部後壁に約 2.5cm 大の 0-I+IIa 病変を認めた。白色光非拡大観察では腫瘍の頂部において発赤調と、白色調の粘膜が混在していた。また、基部には扁平に隆起する白色調の領域を認めた。NBI 併用拡大内視鏡観察を行うと、頂部の発赤調の部位は過形成様であり S は窩間部が開大しているものの regular で内部には異型の乏しい血管の増生を認め V も regular と診断した。また白色調領域では不均一な WOS と irregular microvascular (IMVP) を認め V、S ともに irregular と診断した。両者の間には明瞭な境界(demarcation line)を認めた。一方基部の扁平な隆起部では、V、S 共に irregular であり、高分化腺癌を疑う所見であった。ESD 施行、一括切除を行った。病理組織所見では、tubular adenocarcinoma (tub1) の結果であったが、隆起の頂部では腺窩上皮が過形成を示す部位があり、一部では鋸歯状の分岐や嚢胞状に拡張した腺管も認めた。腫瘍部で CDX2 がびまん性に陽性、一部で MUC6 が陽性であり、MUC5AC、MUC1、MUC2 は陰性であった。上記から腸型の粘液形質が示唆された。表層の一部に adipophilin 陽性であり、WOS の沈着に矛盾しない所見であった。本症例は肉眼的所見、組織学的所見から、Hyperplastic polyp が存在したところに胃癌が発生した可能性が示唆された症例と考えられた。

## NBI 観察をし得た胃幽門腺腫の 1 例

大分赤十字病院 消化器科 1)、同 病理診断科 2)  
都甲和美 1)、上尾哲也 1)、米増博俊 2)、福田昌英 1)、柳井優香 1)、  
垣迫陽子 2)、石田哲也 1)

背景) 胃型の粘液形質を有する幽門腺型腺腫は、高率に癌化を認めることから、取り扱いに注意が必要である。しかしながら、その稀な頻度からか、幽門腺型腺腫のNBI所見の報告は乏しい。今回、我々はNBI観察をし得た典型胃幽門腺型腺腫の 1 例を経験したので報告する。

(症例) 81歳、女性。検診目的の上部消化管X線検査で異常を指摘され、近医で上部消化管内視鏡検査を試行された。胃体上部後壁に隆起性病変を認め、精査加療目的に紹介となった。前医の生検ではGroup 3、腺腫の診断であった。*H. pylori*は便中抗原で陽性であった。上部消化管内視鏡検査では胃体上部後壁に15mm大の表面平滑で光沢のある同色調の隆起性病変(0-I)を認めた。腫瘍部はVS classificationにてdemarcation line present, Irregular MV pattern plus Irregular MS pattern (やや不整な融合した弧状の腺窩辺縁上皮内部に不整な閉鎖または開放性ループ状血管)と診断した。WOSは陰性であった。背景粘膜には萎縮性変化を認めた。EUSおよび消化管X線造影検査では明らかに浸潤を示唆する所見はなかった。前回経験した幽門線腺腫に類似している所見より、幽門線腺腫の術前診断でESDによる一括切除を行った。病理組織診断では、比較的典型的な胃幽門腺型腺腫(14x9mm)で、癌化の所見はなかった。胃型粘液形質で(MUC5AC+, MUC6+)、ごく一部に胃底腺への分化を示唆するpepsinogen-1陽性所見を認めた。切除断端は陰性で明らかな浸潤はなく、内視鏡的治癒切除であった。(結語) 比較的典型的な幽門腺型腺腫の1例を経験した。幽門腺型腺腫の病理学的特徴を反映したNBI所見は、通常目にする腸型腺腫とは全く異なるものであった。過去に経験した症例とあわせて報告する。

*Helicobacter pylori* 陰性の胃に発生した隆起性病変の一例

大阪府立成人病センター 消化管内科 金坂 卓

症例は 70 歳代前半、女性。検診目的に近医で施行した上部消化管内視鏡検査にて胃体上部前壁に異常を指摘され、精査加療目的に当院を受診した。血液検査では異常値を認めず。血清 *Helicobacter pylori* IgG 抗体は陰性であった。上部消化管内視鏡検査では、白色光通常観察で RAC 陽性胃粘膜を背景とする体上部前壁に 30mm 大の表面隆起性病変を認めた。周囲との境界は明瞭で、褪色调を呈し、その口側の一部には小結節状隆起を認めた。NBI 併用拡大観察では、病変と背景粘膜の間に明瞭な demarcation line を認めた。Demarcation line の内側では、小結節部分を除いて、微小血管構築像に軽度の形状不均一を認め、irregular microvascular pattern と判断した。表面微細構造は認識可能かつ形状が不均一であり、irregular microsurface pattern と判断した。一方、小結節部分は、regular microvascular/microsurface pattern であり、背景粘膜と類似した拡大内視鏡像を呈した。以上より、分化型早期胃癌（一部、胃底腺ポリープ成分を含む）と考えた。SM 浸潤を示唆する所見を認めないことから、cT1a と判断し、ESD にて一括切除した。病理診断は、Type 0-IIa, 30×27mm, tub1, pT1a(M), ly0, v0, pHM0, pVM0 であった。*Helicobacter pylori* 陰性の胃に発生した分化型癌（非胃底腺型胃癌）という点で稀な症例と考えられた。



# 非典型的な内視鏡所見を呈した胃底腺型胃癌の一例

上山浩也<sup>1</sup>、八尾隆史<sup>2</sup>、松本健史<sup>1</sup>、田中一平<sup>1</sup>、中川裕太<sup>1</sup>、竹田努<sup>1</sup>、松本紘平<sup>1</sup>、永原章仁<sup>1</sup>、渡辺純夫<sup>1</sup>

<sup>1</sup>順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科、<sup>2</sup>同 人体病理病態学講座

我々は 2010 年に胃底腺への分化を示す腺癌を胃底腺型胃癌 (gastric adenocarcinoma of the fundic gland type, chief cell predominant type, GA-FG-CCP) という名称で新しい概念として提唱し、2014 年に通常観察での内視鏡的特徴を報告した (褪色调、粘膜下腫瘍様の隆起性病変、拡張した樹枝状の血管、背景粘膜は萎縮性変化のない胃底腺粘膜)。今回、非典型的な内視鏡所見を呈した胃底腺型胃癌を経験したため報告する。症例は 50 歳代、女性。検診で上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行したところ、胃穹窿部大弯に 15mm 大の発赤調の隆起性病変を認めた。生検にて Group5 (tub1+tub2) と診断され、精査加療目的に当院紹介受診となった。当院での EGD では発赤調の Y-III 型の病変で色调による境界は明瞭であったが、表面構造は保たれ明らかな腫瘍性変化は認めなかった。NBI 拡大内視鏡 (ME-NBI) ではほぼ全周性に Demarcation line (DL) を認め、腺開口部と窩間部の拡大は認めるが microvascular pattern、microsurface pattern は irregularity に乏しく、癌と診断することは困難であった。当院での生検病理診断の結果、胃底腺型胃癌と診断され、内視鏡的粘膜下層剥離術にて一括切除した。病理所見上、表層は非腫瘍性粘膜で覆われ、粘膜深部に胃底腺細胞に類似した軽度の核異型をもつ腫瘍細胞の増殖を認め、SM200 $\mu$ m まで浸潤していた。免疫染色では MUC2 (-)、MUC5AC (very focally +)、MUC6 (diffusely +)、CD10 (-) で、胃型形質と判定され、pepsinogen-I はびまん性に陽性、H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase は散在性に陽性で、胃底腺型胃癌と診断された。最終病理診断は U, Gre, 12 $\times$ 9mm, Type 0-I, GA-FG-CCP, pT1b1/SM(200 $\mu$ m), med, INFa, UL(-), ly(-), v(-), pHPM0, pVM0 であった。本症例は今までの胃底腺型胃癌 (隆起型) の典型的な内視鏡所見とは異なり、原因は不明であるが表層が発赤調の非腫瘍性粘膜で覆われていたため内視鏡所見からは胃底腺型胃癌とは診断できず、非典型的な症例と考えられた。胃底腺型胃癌は比較的まれな腫瘍であるが、H. pylori と関連のない胃癌と考えられ、今後徐々に増加する可能性がある。症例を蓄積し、平坦・陥凹型を含む非典型的な胃底腺型胃癌の内視鏡診断基準を確立していく必要がある。