

## 第15回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

---

日時：2016年2月20日（土） 15:00～19:00

会場：レソラ NTT 夢天神ホール 5F

福岡市中央区天神 2-5-55 レソラ天神 5F TEL 092-781-8888

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： 福岡大学筑紫病院 岩下明德

### テーマ：『 *H. pylori* 除菌後胃癌 』

15:00～17:10

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 八尾建史

話題提供

『Narrow Band Imaging 併用下拡大内視鏡を用いた子宮頸部病変の新たな診断法の試み  
～微細血管構造による評価法～』

西山典子1), 小原英幹1), 金西賢治2), 森 宏仁1), 綾木麻紀1), 松永多恵1), 石橋めぐみ2), 田中圭紀2), 羽場礼次3), 宮井由美3), 内多訓久4), 平野 浩紀5), 秦 利之2), 正木 勉1)

1) 香川大学医学部消化器・神経内科学

2) 香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学

3) 香川大学医学部病理診断科・病理部

4) 高知赤十字病院消化器内科

5) 高知赤十字病院婦人科

演題1 『陥凹型早期胃癌の診断において重要なirregular microvascular patternの特徴』

金坂 卓 1), 上堂 文也 1), 八尾 建史 2), 江副 康正 3), 土山 寿志 4), 小田 一郎 5), 金子 和弘 6), 河原 祥郎 7), 横井 千寿 8), 杉浦 寧 9), 石川 秀樹 10), 加藤 穰 1), 竹内 洋司 1), 武藤 学 3), 斎藤 豊 5)

- 1)大阪府立成人病センター 消化管内科
- 2)福岡大学筑紫病院 内視鏡部
- 3)京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学
- 4)石川県立中央病院 消化器内科
- 5)国立がん研究センター中央病院 内視鏡科
- 6)国立がん研究センター東病院 消化管内視鏡科
- 7)岡山大学 消化器・肝臓内科 光学医療診療部
- 8)国立国際医療研究センター 消化器内科
- 9)北野病院 消化器内科
- 10)京都府立医科大学 分子標的癌予防医学

ミニレクチャー

『 除菌後胃癌 』

大分赤十字病院 消化器内科 上尾 哲也

演題2 『除菌後胃癌の1例』

岡山医療センター消化器科

若槻俊之、須藤和樹、坂林雄飛、福本康史、古立真一、大藤嘉洋、松下公紀、山下晴弘

演題3 『経時的変化を追えた除菌後胃癌の1例』

赤澤陽一 1), 松本紘平 1), 上山浩也 1), 小森寛之 1), 竹田努 1), 松本健史 1), 八尾隆史 2), 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)順天堂大学 大学院医学研究科 人体病理病態学講座

休憩

17:10~17:20

17:20～19:00

座長 福岡大学筑紫病院 長浜孝

演題4 『ピロリ除菌後に発見され診断が困難であった早期胃癌の2例』

高知赤十字病院 消化器内科

岩崎 丈紘 内多 訓久 小島 康司

演題5 『NBI併用拡大観察の最大倍率で境界診断可能であったHP除菌後胃癌の1例』

富永桂 1), 太田亮介 1), 大村仁志 1), 柳瀬祐孝 1), 川崎梓 1), 竹田康人 1), 中西宏佳 1),  
辻国広 1), 吉田尚弘 1), 松永和大 1), 竹村健一 1), 山田真也 1), 車谷宏 2), 土山寿志 1)

1) 石川県立中央病院 消化器内科

2) 同 病理診断科

演題6 『腺腫として発見され、除菌後に経過観察ののち低異型度型分化型早期胃癌と診断した1例』

小島 俊樹 1), 長濱 孝 2), 八尾 建史 1), 今村 健太郎 1), 高橋 晴彦 2), 藤原 昌子 1),  
中馬 健太 3), 田邊 寛 3), 岩下 明德 3), 稲田 繁充 4)

1) 福岡大学筑紫病院内視鏡部

2) 同消化器内科

3) 同病理部

4) いなだ医院

演題7 『NBIによる境界診断が有用であった除菌後胃癌0-IIbの1例』

和田蔵人 1), 上尾 哲也 1), 米増博俊 2), 本田秀穂 1), 井上翔太郎 1), 柳井 優香 1), 垣  
迫陽子 2), 本村充輝 1), 成田 竜一 1), 石田 哲也 1)

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

演題8『NBI 併用拡大内視鏡で範囲診断が可能であった *H.pylori* 除菌後早期胃癌の一例』

がん研有明病院 消化器内科

片岡星太、山本頼正、吉水祥一、大隅寛木、清水智樹、金明哲、堀内祐介、大前雅実、石山晃世志、平澤俊明、由雄敏之、土田知宏、藤崎順子、五十嵐正広

Narrow Band Imaging 併用下拡大内視鏡を用いた子宮頸部病変の新たな診断法の試み  
～微細血管構造による評価法～

西山典子<sup>1</sup>, 小原英幹<sup>1</sup>, 金西賢治<sup>2</sup>, 森 宏仁<sup>1</sup>, 綾木麻紀<sup>1</sup>, 松永多恵<sup>1</sup>, 石橋めぐみ<sup>2</sup>, 田中圭紀<sup>2</sup>, 羽場礼次<sup>3</sup>, 宮井由美<sup>3</sup>, 内多訓久<sup>4</sup>, 平野 浩紀<sup>5</sup>, 秦 利之<sup>2</sup>, 正木 勉<sup>1</sup>

- 1, 香川大学医学部消化器・神経内科学
- 2, 香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学
- 3, 香川大学医学部病理診断科・病理部
- 4, 高知赤十字病院消化器内科
- 5, 高知赤十字病院婦人科

**【目的】**

子宮頸癌診断においてコルポスコピーが標準法であるが、診断に難渋する症例もあり、更なる診断技術の発展が期待される。近年、消化器癌領域で画期的な光学技術として Narrow Band Imaging (NBI) が開発され診断能が向上している。最大 85 倍率の NBI 併用下拡大内視鏡 (NBI 拡大) は、腫瘍の微細血管構造評価に用いられ局在、浸潤度診断に有用とされる。そこで今回、我々は子宮頸部腫瘍診断への NBI 拡大の応用・有用性を検討した。

**【対象と方法】**

対象は当院倫理承認下に 2014 年 4 月から 2015 年 4 月までに当院を受診した頸部細胞診異常 9 例と正常 1 例の計 10 症例。まずクスコ補助下に NBI 拡大で腫瘍の微細血管評価、次いでコルポの順に施行した。NBI 拡大で扁平上皮領域の微細血管病変をドット状血管 (上皮内拡張血管) の 1) 出現 2) 配列不同 3) 高密度 4) 微細血管の口径不同 5) 新生血管の 5 段階に分類し、組織学的に異形成の程度と比較した。

**【結果】**

異常 9 例の内訳は CIN1 ; 2, CIN2 ; 2, CIN3 ; 1, CIS ; 2, 微小浸潤癌 1, 浸潤癌 1。CIN1 から CIS は進行に伴い正常に比し、ドット状血管の配列不同、密度上昇がみられた。微小浸潤癌では、ドット状血管異常に加えて微細血管の口径不同、浸潤癌では新生腫瘍血管がみられた。

**【結論】**

NBI 拡大により、子宮頸部腫瘍における異形成から浸潤癌に進展する段階の微細血管異型度を分類することで、診断精度が向上する可能性が示唆される。

## 陥凹型早期胃癌の診断において重要なirregular microvascular patternの特徴

金坂 卓<sup>1</sup>, 上堂 文也<sup>1</sup>, 八尾 建史<sup>2</sup>, 江副 康正<sup>3</sup>, 土山 寿志<sup>4</sup>, 小田 一郎<sup>5</sup>, 金子 和弘<sup>6</sup>, 河原 祥郎<sup>7</sup>, 横井 千寿<sup>8</sup>, 杉浦 寧<sup>9</sup>, 石川 秀樹<sup>10</sup>, 加藤 穰<sup>1</sup>, 竹内 洋司<sup>1</sup>, 武藤 学<sup>3</sup>, 斎藤 豊<sup>5</sup>

1. 大阪府立成人病センター 消化管内科
2. 福岡大学筑紫病院 内視鏡部
3. 京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学
4. 石川県立中央病院 消化器内科
5. 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科
6. 国立がん研究センター東病院 消化管内視鏡科
7. 岡山大学 消化器・肝臓内科 光学医療診療部
8. 国立国際医療研究センター 消化器内科
9. 北野病院 消化器内科
10. 京都府立医科大学 分子標的癌予防医学

【背景】NBI 併用拡大観察による不整血管の診断は早期胃癌の診断基準のひとつであるが、主観的であり、内視鏡医間における診断基準のばらつきもある。一方、癌の微小血管の不整所見には拡張、蛇行、口径不同、形状不均一といった所見があることが報告されている。

【目的】NBI 併用拡大観察における微小血管のこれらの所見が早期胃癌の診断にどの程度寄与しているかを明らかにする。【対象】過去に施行された多施設共同前向き臨床試験において発見された 1cm 以下の胃小陥凹性病変 362 病変中、画像評価が可能であった 353 病変（早期胃癌 40 病変，非癌 313 病変）。【方法】撮影された拡大内視鏡画像を見直し、微小血管所見である拡張，蛇行，口径不同，形状不均一の有無を評価した。また，これらの微小血管所見の早期胃癌に対する診断能を評価した。【結果】拡張，蛇行，口径不同，形状不均一の感度，特異度，正診率は Table 1 に示した。多変量解析の結果，形状不均一のみ早期胃癌と独立して有意に関連していた（オッズ比 38.0,  $P < 0.001$ ）。【結論】NBI 併用拡大観察による微小血管の形状不均一が陥凹型早期胃癌の診断に最も寄与すると考えられた。

Table 1.

微小血管所見	感度(%)	特異度(%)	正診率(%)
拡張	25.0	90.4	82.8
蛇行	55.0	24.1	27.7
口径不同	12.5	99.3	89.2
形状不均一	70.0	95.4	92.4

## 除菌後胃癌の 1 例

岡山医療センター消化器科

若槻俊之、須藤和樹、坂林雄飛、福本康史、古立真一、大藤嘉洋、松下公紀、山下晴弘

(症例) 70 歳台、男性。(既往歴) 前年に早期胃癌 ESD 後、*H.pylori* の除菌に成功した。  
(現病歴) 胃 ESD 後のサーベイランスで病変を指摘された。EGD では背景粘膜に萎縮を伴い、体下部後壁に ESD 瘢痕を認めた。瘢痕口側の体中部後壁大弯寄りに境界不明瞭な発赤陥凹を認めた。NBI 併用拡大観察において、背景粘膜の MCE は楕円形を呈し、規則的に配列していた。病変部では MCE は類円形から楕円形を呈し、1 つ 1 つの構造は小さく、不規則に配列していた。しかし、病変内部にも背景粘膜と同様の MCE を伴う構造がまだらに散見された。病変部において、微小血管は閉鎖性から開放性ループを呈し、走行不整と形状不均一を認めた。以上より早期胃癌と診断し、ESD にて一括切除した。病理組織学的所見は、構造異型、核異型を伴う分化型癌の粘膜内増殖を認め、粘液形質は MUC5AC 陽性、MUC6 陽性で MUC2 弱陽性であり、胃型優位胃腸型であった。腫瘍辺縁部では正常の腺窩上皮に被覆された領域を認め、また病変の内部にも同様に正常腺管の混在を認めた。

除菌後胃癌の診断が困難な理由として、腫瘍が正常腺管に被覆されることが多く報告されている。しかし、本症例のように病変内部に正常腺管が混在してくることも、除菌後胃癌の診断を難しくする理由の 1 つと考えられた。

今回、代表的な除菌後胃癌の 1 例を提示するとともに、当院にて 2011 年 11 月から 2015 年 10 月までに ESD を施行された除菌後胃癌 19 例の内視鏡所見、病理組織学的所見の特徴まとめて報告する。



## 経時的变化を追えた除菌後胃癌の1例

赤澤陽一<sup>1</sup>、松本紘平<sup>1</sup>、上山浩也<sup>1</sup>、小森寛之<sup>1</sup>、竹田努<sup>1</sup>、松本健史<sup>1</sup>、八尾隆史<sup>2</sup>、渡辺純夫<sup>1</sup>

1 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科

2 順天堂大学 大学院医学研究科 人体病理病態学講座

経時的变化を追えた除菌後胃癌の1例を経験したため報告する。

70歳代女性。健診の上部消化管造影検査にて慢性胃炎を指摘され、上部消化管内視鏡検査(EGD)目的に当院受診。2012年9月、当院初回EGDにて萎縮性胃炎(O-2)と十二指腸潰瘍瘢痕を認めた。*H. pylori*陽性(HP IgG: 49 U/ml)であったため2013年7月に一次除菌を施行、同年10月に尿素呼気試験にて除菌成功を確認した。2014年12月、体下部大弯後壁に20mm大の発赤調陥凹性病変を認め、NBI併用拡大観察ではDL:(+)、MV・MS: regular、生検ではGroup2であった。2015年3月、6月に再検したところ、経時的に病変が不明瞭化していた。生検はいずれも再度Group2であったため、診断的治療目的にESDの方針とした。同年8月、ESD当日の精査では、病変はさらに不明瞭化し通常観察での範囲診断は困難であり、NBI併用拡大観察ではDL:(+)、MV・MS: regularであった。病理組織学的所見では、低異型度の分化型腺癌が粘膜内で増殖しており、最終病理診断は0-IIc, 35×20mm, tub1>>tub2, M, U1(-), ly(-), v(-), HM0, VM0であった。免疫組織学的染色では、粘液形質は胃腸混合型、p53の過剰発現は認めず、Ki-67は腺頸部を中心に陽性細胞を認め、部分的に表層にも散在性に陽性細胞を認めた。

除菌後胃癌の内視鏡的診断については、背景粘膜の炎症が消退するため診断が容易になるとの報告や、非腫瘍粘膜や低異型度腫瘍に覆われるため診断が困難になるとの報告もあり、統一した見解は得られていない。本症例は除菌により背景・病変粘膜の炎症が消退し、病変認識に有用な発赤所見が減弱したため、経時的に通常白色光観察での診断が困難になったと考えられたが、NBI併用拡大観察では境界診断は可能であった。低異型度の高分化型腺癌の場合、除菌により内視鏡診断が更に困難となる可能性があり、NBI併用拡大観察を含めた詳細な内視鏡診断が必要である。

## ピロリ除菌後に発見され診断が困難であった早期胃癌の 2 例

高知赤十字病院 消化器内科

岩崎 丈紘 内多 訓久 小島 康司

ピロリ除菌後の胃癌は主に平坦や陥凹型が多く、除菌に伴い非癌上皮の被覆や異形度の低下により質的診断や範囲診断が難しいとされている。当院でピロリ除菌後に発見された胃癌のうち、拡大内視鏡を用いても質的診断あるいは範囲診断が不可能であった病変は 2 症例存在しこれらを提示する。

症例 1 は 63 歳女性、近医で胃内視鏡検査を施行したところ胃体部に粘膜の不整あり、生検にて **group 4** と診断され精査加療目的で紹介となる。当院にて拡大内視鏡検査を施行したところ、通常観察では胃体部小弯後壁に前医で施行された生検瘢痕と粘膜の不整を認めた。インジゴカルミン散布後にも粘膜の不整は認めるが病変の境界の診断は不可能であった。拡大観察を行ったところ腫瘍内部で微小血管構築像は **irregular microvascular (MV) pattern** であり癌と診断は容易だった。範囲診断に関しては腫瘍辺縁部では腫瘍の **irregularity** が弱いものの背景胃粘膜との違いにより大部分で診断可能であった。しかし口側境界では微小血管構築像、表面微細構造共に背景胃粘膜と非常に類似しており拡大内視鏡にて範囲診断は困難であった。詳細に観察し **demarcation line** と思われる部位の外側にマーキングを行い **ESD** にて切除した。病理組織学的所見では腫瘍は主に粘膜中層で癌腺管が互いに融合するいわゆる手つなぎ腺癌であり、一部に印環細胞がんも伴っていた。表層は非癌上皮から非常に分化の高い腫瘍であり表層からの診断が困難であったと思われる。症例 2 は 72 歳男性、**H21** 年にピロリ除菌施行。近医で胃内視鏡検査を施行前庭部に疣状胃炎を認め、隆起がやや目立つ部位より生検を施行したところ **group 5** と診断され治療目的で紹介となる。当院での内視鏡検査では通常観察で前庭部に疣状の隆起を多数認めた。胃角部に前医での生検瘢痕を伴う病変を認めたため拡大観察を行ったが表面構造、微小血管構築像共に **regular** であり、質的診断は困難であった。当院でも生検を施行したが **group 1** であり悪性所見は認めなかった。前医の診断は有名病理医が行っており、**IC** を十分に行った後 **ESD** にて切除した。病理組織学的所見は **tubular adenocarcinoma (tub1)** で大きさは **5 × 2mm** であり表層の露出は一部のみであり診断が困難であると思われた。

## NBI 併用拡大観察の最大倍率で境界診断可能であった HP 除菌後胃癌の 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>、太田亮介、大村仁志、柳瀬祐孝、川崎梓、竹田康人、中西宏佳、辻国広、吉田尚弘、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>

症例は 70 歳台，男性．201X 年 X 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大彎に糜爛を認め，生検病理で Group 3 と診断され，精査加療目的に当科紹介となった．201X 年 1 月，同病変に対して ESD を施行，切除病理は type 0-IIa, 25×20mm, tub1, pT1a (M), UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 であった．*H. pylori* (HP) 陽性であったため，同年 3 月に 1 次除菌を行い，2 ヶ月後に尿路呼気試験にて陰性を確認した．同年 5 月の上部消化管内視鏡検査にて，ESD 後潰瘍瘢痕の小彎側に術前には指摘できなかった約 30mm 大，褪色调の平坦隆起を認めた．NBI 併用拡大観察では，DL present, V irregular, S irregular であり，一部に VEC pattern を認めたが，同部位の生検病理は Group1 であった．同年 7 月の内視鏡検査では，より境界診断が明瞭となり，NBI 所見は前回と同様であり，確信度 grade 5 で癌を疑った．生検病理は Group3 であったが，患者と相談の上で ESD を施行した．切除病理結果は type 0-IIa, 25×20mm, tub1, pT1a (M), UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 であった．術前に十分比較できる写真がなく HP 除菌の関与は究明し得ないが，NBI 併用拡大観察の最大倍率にて境界診断可能であった HP 除菌後胃癌の症例を報告する．

腺腫として発見され、除菌後に経過観察ののち低異型度型分化型早期胃癌と診断した 1 例

小島 俊樹<sup>1)</sup>, 長濱 孝<sup>2)</sup>, 八尾 建史<sup>1)</sup>, 今村 健太郎<sup>1)</sup>, 高橋 晴彦<sup>2)</sup>, 藤原 昌子<sup>1)</sup>, 中馬 健太<sup>3)</sup>, 田邊 寛<sup>3)</sup>, 岩下 明德<sup>3)</sup>, 稲田 繁充<sup>4)</sup>

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<sup>3)</sup>, いなだ医院<sup>4)</sup>

【症 例】60 歳代, 男性

【現病歴】2007 年 1 月に胃透視検診異常のため、当院を受診された。初回内視鏡検査では病変の認識は困難であった。3 回目の検査で 胃前庭部小彎に同色調の扁平隆起を認め、生検で Group III であった。2010 年に除菌治療を行い、2011 年より近医で経過観察となっていた。2013 年に近医の内視鏡検査の生検で Group III と診断されるも、存在診断も困難なため精査目的に当院紹介となった。その際の内視鏡検査にて腺腫と診断され、経過観察となっていた。

2015 年 9 月に再度精査を行ったところ生検で、Epithelial neoplasm であったため、精査加療目的で入院となった。

【内視鏡所見】背景粘膜は木村竹本分類で C-2 であり、除菌前と比べて萎縮は改善していた。病変は白色光観察では前庭部小彎の発赤～同色調の微小な陥凹性病変として認識され、除菌前と比較し形態変化を来していた。色素散布後観察では病変の存在診断が困難であった。NBI 併用拡大観察を行うと、明瞭な demarcation line を認め、その内部の微小血管構築像は白色不透明物質により認識できず absent microvascular pattern であった。表面微細構造は個々の腺窩辺縁上皮は類円形～弧状を呈しており、一つとして同じのものはなく形状不均一。配列は不規則、分布は非対称であり、irregular microsurface pattern であった。以上より癌と診断可能であり、ESD を施行した。しかしながら、ESD 時の正確な境界診断は、困難であった。最大倍率で浸水法を併用するとかろうじて demarcation line (DL) を同定でき、それを指標にし、癌・非癌の拡大内視鏡所見の違いが明らかになった。ESD 切除標本の病理組織所見は、Very well to well differentiated adenocarcinoma with adenomatous pattern, restricted mucosa, pT1a(m), ly0, v0, 低異型度分化型癌であった。

【考案】除菌後胃癌は、腫瘍表層が非腫瘍上皮に被覆されることにより範囲診断が困難になることや低異型度であるため周囲粘膜との境界が不明瞭となり質的診断が困難になることが報告されている<sup>1,2)</sup>。本症例は癌と診断がつく以前より病変を認識はしていたものの、存在診断すら困難な病変であった。原因として病変が低異型度であったことが一因と考えられた。さらに除菌を行うことにより 2007 年時の内視鏡検査と比較して形態変化も認めて

おり，報告例と一致していた 3).

- 1) Kobayashi M, et al: 除菌後に発見された胃癌における NBI 拡大内視鏡所見の特徴：胃と腸, 2015 ; 50 : 289-299
- 2) Kobayashi M, et al: H.pylori 除菌後に発見された早期胃癌の内視鏡像：消化器内科, 2013 ; 56, 4 : 396-401
- 3) Ito M, et al: Morphological changes in human gastric tumours after eradication therapy of Helicobacter pylori in a short-term follow-up.: Aliment Pharmacol Ther, 2005; 21: 559-566

NBIによる境界診断が有用であった除菌後胃癌 0-IIb の1例

大分赤十字病院 消化器内科(1), 大分赤十字病院 病理診断科(2)

和田蔵人<sup>1)</sup>, 上尾 哲也<sup>1)</sup>, 米増博俊<sup>2)</sup>, 本田秀穂<sup>1)</sup>, 井上翔太郎<sup>1)</sup>, 柳井 優香<sup>1)</sup>, 垣迫陽子<sup>2)</sup>, 本村充輝<sup>1)</sup>, 成田 竜一<sup>1)</sup>, 石田 哲也<sup>1)</sup>

除菌後胃癌はその病理学的特徴から時に境界診断が困難となる場合がある。

今回我々は NBI による境界診断が有用であった除菌後胃癌 0-IIb の1例を経験したので報告する。

症例は73歳, 男性. 2012年4月前医で *H. pylori* 除菌施行. 2014年6月(除菌後26ヶ月)の上部消化管内視鏡検査で, 胃体上部後壁に発赤調病変を認め, 生検で Group4 の診断を受けたため, 当科に精査・加療目的で紹介となった。

内視鏡通常観察像では胃体上部後壁大彎より発赤調の 0-IIb 病変を認めた. NBI 併用拡大観察(非浸水法)では腫瘍部は Demarcation line unclear, relatively regular MS pattern plus Indeterminate MV pattern. 病変内は WOS 陰性であった. 浸水下での NBI 併用拡大観察では Demarcation line present, relatively regular MS pattern plus indeterminate MV pattern (上皮内血管パターン), LBC が極一部にだけ陽性, WOS 陰性であった. 腫瘍部の MS pattern は比較的整っているように見えたが, 上皮内血管パターンをとり, 腫瘍周囲の背景粘膜は血管内上皮様パターンを呈し, その差が浸水法での NBI 観察にて明瞭であった事より, 分化型癌と診断した。

同腫瘍に対して ESD 一括切除施行し, 病理学的には adenocarcinoma, tub1>tub2, tumor size 30x23mm, SM1, int, INFa, U1(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 であった. 病理組織学的に, 腫瘍部は表層部の異型が深部腺管に比較してやや弱い, 高分化型腺癌の所見であった. Ki-67 陽性の増殖細胞は粘膜深層優位に局在をもち, 表層での発現はまばらで, 除菌後胃癌の特徴の一つである腫瘍表層でより分化が保たれていることが示唆された. 粘液形質は MUC5AC 陽性, MUC6 陰性, MUC2 陽性, CD10 陰性で胃腸混合型であった。

【結語】NBIによる境界診断が有用であった除菌後胃癌 0-IIb の1例を経験した. 除菌後胃癌は腫瘍表層でより分化が保たれ境界診断が難しいが, 自験例は浸水下での NBI 観察がより有用であった。

## NBI 併用拡大内視鏡で範囲診断が可能であった *H.pylori* 除菌後早期胃癌の一例

がん研有明病院 消化器内科

片岡星太、山本頼正、吉水祥一、大隅寛木、清水智樹、金明哲、堀内祐介、大前雅実、石山晃世志、平澤俊明、由雄敏之、土田知宏、藤崎順子、五十嵐正広

症例：59 歳、男性

現病歴：2012 年に前医で *H.pylori* を除菌された。2015 年 2 月に施行した上部消化管内視鏡検査で早期胃癌を指摘され当院に紹介となった。

既往歴：B 型急性肝炎

家族歴：祖父 胃癌

嗜好歴：喫煙 20 本/日(18 歳-35 歳)、飲酒は機会飲酒程度。

現症：特記すべき異常所見は認めず。

血液検査所見：血清 *H.pylori* 抗体 1.6U/ml

上部内視鏡検査(ELITE system+H290Z)：白色光で胃体下部後壁に発赤調で周囲よりわずかに陥凹する病変を認めた。インジゴカルミン散布にて発赤は明瞭になるが、病変境界は一部不明瞭であった。NBI 非拡大観察では病変部は Brownish な粘膜局面として認識でき、さらに拡大観察では、前壁側、肛門側境界は、背景粘膜の構造パターンとは異なる、小型で円形の MCE からなる構造パターンを demarcation line と認識でき、また後壁、口側には、背景粘膜から徐々に窩間部が開大した構造パターンとなり、さらに不規則な微小血管パターンを示す陥凹部への移行を認め、窩間部が開大した部位を demarcation line と認識した。

臨床経過：NBI 拡大内視鏡所見から demarcation line と診断した部位から 5mm 離して 4 点の生検を採取した。生検はすべて癌陰性であった。本病変に対し ESD を施行し、病理所見は 22×20mm、sig, T1a,UL(-)の癌であり、大きさから非治癒切除であった。腹腔鏡下胃切除術が行われたが、癌の遺残は認めなかった。

考察：*H.pylori* 除菌後に発見される胃癌は分化型癌が多いことが報告されているが、19% は未分化型癌であることが報告されている。未分化型癌に対する NBI 併用拡大内視鏡を用いても範囲診断が不明瞭な症例も多いが、背景粘膜との表面構造パターンの違いを認識することで demarcation line を認識できることもある。しかし、範囲診断を確実に行うためには、周囲生検の併用は必須と考える。