

第16回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2016年8月6日（土） 15:00～19:00

会場

福岡会場：レソラ NTT 夢天神ホール 5F (福岡市中央区天神 2-5-55 TEL:092-781-8888)

東京会場：順天堂大学第2教育棟 5階 講義室501

大阪会場：大阪府立成人病センター 本館6階 大講堂

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
順天堂大学 八尾隆史

テーマ：『 *H. pylori*未感染胃上皮性腫瘍(癌・腺腫) 』

15:00～15:05

代表世話人基調発言

福岡大学筑紫病院 八尾建史

第一部

15:05～17:15

座長 福岡大学筑紫病院 長濱 孝

ミニレクチャー

『*H. pylori*未感染胃癌の臨床病理』

福岡大学筑紫病院 病理部 田邊 寛

演題1

『NBI 観察が有用であった散発性胃底腺ポリープ癌化 (*H. pylori* 未感染胃癌) の2例』

本田秀穂¹⁾ 上尾哲也 都甲和美 米増博俊²⁾ 石田哲也¹⁾ 井上翔太郎 根布屋悟 和田蔵人
垣迫陽子²⁾ 本村充輝¹⁾ 成田竜一 田邊 寛³⁾ 岩下明德 村上 和成⁴⁾

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 3) 福岡大学筑紫病院病理部

4) 大分大学医学部消化器内科学講座

演題 2

『胃底腺型胃癌の1例』

松本紘平¹⁾ 上山浩也 松本健史 赤澤陽一 小森寛之 竹田努

浅岡大介 北條麻理子 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

演題 3

『*Helicobacter pylori* 未感染の胃型低異型度分化型胃癌の3例』

高橋晴彦¹⁾ 八尾建史²⁾ 長浜孝 今村健太郎 宮岡正喜

藤原昌子¹⁾ 小島俊樹 中馬健太³⁾ 田邊寛 岩下明德

1) 福岡大学筑紫病院消化器内科 2) 同内視鏡部 3) 同病理部

演題 4

『胃底腺型胃癌との鑑別が困難であった胃病変の1例』

阿部清一郎¹⁾ 吉永繁高 居軒和也 野中哲 鈴木晴久 小田一郎

吉田裕²⁾ 斎藤豊¹⁾

1) 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科

2) 同 病理科

演題 5

『NBI 併用拡大内視鏡の除菌後胃癌および未除菌胃癌に対する範囲診断能の検討』

小島康司 内多訓久 大家力矢 佐々木紫織 岩崎丈紘 川田 愛 岡崎三千代 岩村伸一

高知赤十字病院 消化器内科

休憩

17:15～17:25

第二部

17:25～19:00

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

演題 6

『Helicobacter pylori 除菌後早期胃癌の一例』

金坂卓 鈴木翔 竹内洋司 上堂文也

大阪府立成人病センター 消化管内科

演題 7

『除菌後の非萎縮粘膜より生じた低異型度胃型腺癌の1例』

五嶋 敦史¹⁾ 岡本 健志²⁾ 西川 潤³⁾ 坂井田 功¹⁾

1) 山口大学大学院 消化器内科学

2) 山口大学医学部附属病院 光学医療診療部

3) 山口大学大学院 生体情報検査学

よろず相談①

『SM1 浸潤部を複数ヶ所認めた H. pylori 陰性胃底腺型胃癌の1例』

城間翔 山本頼正 並河健 吉水祥一 山口和久 清水智樹 堀内裕介 平澤俊明 由雄敏之

石山晃世志 藤崎順子

がん研有明病院 上部消化管内科

よろず相談②

『診断に苦慮している陥凹性病変の1例』

草野央¹⁾²⁾ 鈴木翔 後藤田卓志¹⁾

1) 秋田厚生連 由利組合総合病院

2) 日本大学医学部 消化器肝臓内科

演題 8

『Narrow Band Imaging 併用下拡大内視鏡を用いた子宮頸部病変の診断についての追加報告』

川田愛¹⁾ 内多訓久 西山典子²⁾ 小原英幹³⁾ 高橋洋平 平野浩紀 頼田顕辞⁴⁾ 金西賢治⁵⁾ 秦利之
宮井由美⁶⁾ 羽場礼次

1) 高知赤十字病院消化器内科 2) 香川大学医学部消化器・神経内科学 3) 高知赤十字病院産婦人科

4) 高知赤十字病院病理診断科部 5) 香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学

6) 香川大学医学部病理診断科・病理部

抄録

演題 1

『NBI 観察が有用であった散発性胃底腺ポリープ癌化 (*H. pylori* 未感染胃癌) の 2 例』

本田秀穂¹⁾ 上尾哲也 都甲和美 米増博俊²⁾ 石田哲也¹⁾ 井上翔太郎 根木屋悟 和田蔵人
垣迫陽子²⁾ 本村充輝¹⁾ 成田竜一 田邊 寛³⁾ 岩下明德 村上 和成⁴⁾

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 3) 福岡大学筑紫病院病理部

4) 大分大学医学部消化器内科学講座

胃底腺ポリープは *H. pylori* 感染のない胃粘膜におこる代表的な良性ポリープ病変であり, 特に散発性胃底腺ポリープからの癌化は極めて稀である. 今回我々は, 散発性胃底腺ポリープの癌化を 2 例経験したので報告する. (症例 1) 68 歳男性. 検診の上部消化管内視鏡検査で, 胃体上部前壁に 5mm 大の連続する 2 つのポリープ様病変を認めた. 口側病変は正色調で蜂の巣状の上皮化毛細血管につながる集合細静脈を観察でき, やや楕円形の腺開口部を認める胃底腺ポリープに特徴的な所見であった (regular MV pattern plus regular MS pattern, epithelium within vessel pattern). 肛門側病変は発赤調で窩間部が開大した楕円形の不規則な腺窩辺縁上皮内部に不整な微小血管を認め (irregular MV pattern plus irregular MS pattern with demarcation, WOS 陰性, vessel within epithelium pattern), 腫瘍性病変の可能性を考え生検し, Group 2 と診断された. 診断的治療目的に 2 病変を ESD 一括切除した. 病理組織診断では, 口側の病変は異型のない胃底腺ポリープと診断された. 肛門側の病変は免疫染色結果を含め, 胃型 (腺窩上皮) への分化を示す低異型度分化型癌と診断された. 病変隆起内に胃底腺ポリープの組織像がみられ, 胃底腺ポリープに発生した癌と診断された. (症例 2) 63 歳女性. 前医で施行された上部消化管内視鏡検査で, 胃体上部前壁に 5mm 大の連続する 2 つのポリープ様病変を認めた. 発赤調の肛門側の病変に対して生検が施行され, Group 3 の診断で当科に紹介となった. 口側病変は正色調で胃底腺ポリープに特徴的な所見を認め. 肛門側病変は発赤調で窩間部が開大した楕円形の不規則な腺窩辺縁上皮内部に不整な微小血管を認め (irregular MV pattern plus irregular MS pattern with demarcation, WOS 陰性, vessel within epithelium pattern), fundic gland polyp with dysplasia を疑い, 診断的治療目的に 2 病変を ESD 一括切除した. 病理組織診断では, 口側の病変は異型のない胃底腺ポリープと診断された. 肛門側の病変は低異型度分化型癌の診断で, 病変隆起内に胃底腺ポリープの組織像がみられ, 胃底腺ポリープに発生した癌と診断された. 【結語】 NBI 併用観察が通常の胃底腺ポリープとの鑑別に有用であった, 稀な散発性胃底腺ポリープからの癌化例を 2 例経験した. 非常に稀ではあるが, *H. pylori* 未感染胃癌の一つとして, 日常診療において留意すべき疾患と考え, 報告する.

演題 2

『胃底腺型胃癌の1例』

松本紘平¹⁾ 上山浩也 松本健史 赤澤陽一 小森寛之 竹田努

浅岡大介 北條麻理子 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

【症例】77歳男性。血清抗 *H. pylori* 抗体：3未満。他院でのスクリーニング上部消化管内視鏡検査にて、胃体上部大弯に白色調の隆起性病変を認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。当院での白色光通常観察では、胃体上部大弯に15mm大、白色調の陥凹を伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。背景粘膜に萎縮や腸上皮化生は認めなかった。NBI併用拡大観察では、隆起の立ち上がり部分には明瞭な Demarcation line (DL) は認められず、陥凹辺縁に一致して比較的明瞭な DL を認めた。陥凹内部は一部で不整に乏しい microsurface (MS) pattern を認めたが、ほとんどの領域で不明瞭であった。Microvascular (MV) pattern は通常型の癌の irregularity ほどではないが典型的な胃底腺型胃癌よりは irregularity が強く、irregular MV pattern plus absent MS pattern with a DL と判断した。表層に腺窩上皮型へ分化した低異型度癌が露出していると予想し、胃底腺粘膜型胃癌の可能性を考え ESD を施行した。組織学的所見は、腫瘍表層には腺窩上皮型の癌成分は認めず非腫瘍性の腺窩上皮で被覆されていた。免疫染色では、Pepsinogen-I・H⁺/K⁺-ATPase・MUC6 陽性、CD10・MUC2・MUC5AC 陰性であり、胃底腺型胃癌と診断された。最終診断は U, gre, Gastric adenocarcinoma of fundic gland type, pT1b/SM(1100 μm), ly-, v-, UL-, pHM0, pVM0 であった。

【考察】典型的な胃底腺型胃癌にみられる MS /MV pattern は非腫瘍性の腺窩上皮で被覆されているため、VS classification system では regular と判断されるが、本症例は平坦化した表層の腺窩上皮の直下まで腫瘍が増生していたため、通常の胃底腺型胃癌が示す MV よりも irregularity が強く視認された可能性があり、腫瘍に修飾された所見であると考えられた。この微妙な MS /MV pattern の変化を低異型度の特殊型胃癌により修飾された MS /MV pattern と診断することで、本症例と同様な形態を示す胃底腺型胃癌の内視鏡診断につながる可能性が考えられた。

【結語】今後、これらの所見の用語の設定や regular/irregular の判断の統一化が課題であると考えられた。

演題 3

『*Helicobacter pylori* 未感染の胃型低異型度分化型胃癌の 3 例』

高橋晴彦¹⁾ 八尾建史²⁾ 長浜孝 今村健太郎 宮岡正喜

藤原昌子¹⁾ 小島俊樹 中馬健太³⁾ 田邊寛 岩下明德

1) 福岡大学筑紫病院消化器内科 2) 同内視鏡部 3) 同病理部

今回、*H. pylori* 陰性の胃型低異型度分化型胃癌である胃底腺型、胃底腺粘膜型、胃底腺・幽門腺粘膜混合型胃癌を生検前に NBI 併用拡大内視鏡 (M-NBI) にて観察し得た 3 症例について報告する。

3 症例ともに *H. pylori* 感染診断については鏡検法陰性、血清抗 *H. pylori* 抗体陰性 (< 3U/ml)、*H. pylori* 培養法陰性であった。

症例 1 は 80 歳代女性。胃底腺型胃癌。

白色光通常内視鏡で、萎縮のない穹隆部後壁に褪色調の表面に拡張した血管を伴う立ち上がりなだらかな丈の低い隆起を認めた。

M-NBI では背景粘膜と比較して、隆起部の微小血管構築像 (V)、表面微細構造 (S) とともに急峻な変化なく demarcation line (DL) は認めなかった。また、V および S に irregularity は認めず regular MV pattern plus regular MS pattern と判定した。

症例 2 は 60 歳代女性。胃底腺粘膜型胃癌。

白色光通常内視鏡で、萎縮のない穹隆部後壁に背景と同色調の表面に拡張した血管を伴うなだらかな立ち上がり有する丈の低い隆起を認めた。M-NBI では病変部で S の急峻な変化を認め DL present と判定した。DL 内側の個々の V は不整な開放性ループであり irregular, S は不整なさざ波状の形態であり irregular と判定し、irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL であり癌と診断可能であった。

症例 3 は 40 歳代女性。胃底腺・幽門腺粘膜混合型胃癌。

白色光通常内視鏡所見は、萎縮のない穹隆部大弯に立ち上がり明瞭な光沢のある発赤調の結節状の隆起性病変を認め、基部に褪色調の扁平隆起部を伴っていた。M-NBI では、結節隆起部の V については視認できず、S は密に存在する大小不同で配列が不規則な小型の円型から類円型の MCE から成り、一部に VEC pattern を伴っていた。結節隆起部については absent MV pattern plus irregular MS pattern と判定したが、扁平隆起部の一部は、V・S とともに regular であった。

胃型低異型度分化型胃癌のうち、表層が正常腺窩上皮に覆われた胃底腺型胃癌については、拡大内視鏡のみで癌と診断することは不可能であるが、表面に腫瘍上皮を伴う胃底腺粘膜型、胃底腺・幽門腺粘膜混合型胃癌については拡大内視鏡も癌と診断することができる可能性が示唆された。

演題 4

『胃底腺型胃癌との鑑別が困難であった胃病変の1例』

阿部清一郎¹⁾ 吉永繁高 居軒和也 野中哲 鈴木晴久 小田一郎

吉田裕²⁾ 斎藤豊¹⁾

1) 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科

2) 同 病理科

【症例】40歳代女性。背部痛の精査目的に施行された上部消化管内視鏡検査にて胃病変を指摘され、当院に紹介受診した。非定型抗酸菌症に対するクラリスロマイシンの内服歴があった。尿素呼気試験、HP-IgG抗体はいずれも陰性であった。

通常観察では、胃穹窿部大弯に10mm大、正色調の陥凹を伴う粘膜下腫瘍様の立ち上がりを呈する隆起性病変を認めた。背景粘膜に萎縮は認めなかった。NBI併用拡大観察では、明瞭なDemarcation line(DL)は認められず、陥凹内部には不整に乏しいmicrosurface(MS) patternを認めた。また、陥凹内部のMicrovascular(MV) patternは口径不同のある蛇行血管を認めるが、通常の癌で認めるようなIrregularityはなく、regularと考え、regular MV pattern plus regular MS pattern without a DLと判断した。胃底腺型胃癌を疑ったが、生検病理診断はGroup 5, tub2-porであった。深達度cSM2と診断し、噴門側胃切除術を施行した。組織学的には、腫瘍は粘膜深部から粘膜下層に存在しており、表層はほぼ全体が非腫瘍粘膜に覆われていた。組織型は中～低分化腺癌で、粘膜層内は低分化成分を主体としていたが、深部は中分化腺癌の混在が認められた。粘液形質はMUC2、MUC5AC、MUC6、CDX2いずれも陰性、CD10はtub2の部分でのみ陽性であり、分類不能型と診断した。背景の胃粘膜は主に萎縮のない胃底腺粘膜であったが、一部で粘膜内のリンパ球浸潤と胃底腺の消失域を認めた。最終診断はU, Gre, tub2>por2>sig, 7x7mm, Type 0-IIa+IIc, T1b(SM2) (900 μm), ly0, v0, pN0, pPM (-), pDM (-)であった。

【考察】本病変はNBI拡大観察のみでは癌と診断できなかった。本病変は*H. pylori*未感染胃癌が疑われたが、粘膜内のリンパ球浸潤と胃底腺の消失があったこと、既往歴より*H. pylori*既感染の可能性が否定できなかった。

【結語】胃底腺型胃癌との鑑別が困難であった早期胃癌の一例を経験したので報告した。

演題 5

『NBI 併用拡大内視鏡の除菌後胃癌および未除菌胃癌に対する範囲診断能の検討』

小島康司 内多訓久 大家力矢 佐々木紫織 岩崎丈紘 川田 愛 岡崎三千代 岩村伸一
高知赤十字病院 消化器内科

【背景】*Helicobacter pylori* (以下, HP)の除菌後に発見される HP 除菌後胃癌の特徴として非腫瘍性上皮の被覆・混在により範囲診断が困難であると報告されているが, 観察倍率などの観察条件は一定ではなく, 範囲診断能を検討するためには観察条件を一定にした上で比較検討する必要がある。【目的】NBI 併用拡大内視鏡の除菌後胃癌および未除菌胃癌に対する範囲診断の正診率を倍率別に検討する。【対象と方法】2013年8月から2015年12月に当院でESDを施行された連続した早期胃癌125病変のうちHP感染の有無が不明な2病変および未分化型腺癌2病変を除いた121病変を対象とし, A群(除菌後胃癌群, 42病変), B群(未除菌胃癌群, 79病変)に群別しそれぞれに対しretrospectiveに拡大内視鏡の範囲診断の正診率を倍率別に求めた。弱拡大倍率は焦点距離約4mmと定義し, 内視鏡検査は通常内視鏡, NBI弱拡大観察, NBI最大倍率観察の順で施行し, 病変の境界から約3-5mm外側にマーキングを行った。内視鏡的に病変全周に境界が同定可能かつ病理学的に矛盾しない場合を範囲診断正診と定義した。【結果】患者背景(A群 vs B群)は平均年齢:71.4 vs 74.1, 腫瘍径(mm):17.3 vs 18.2, 組織型(tub1/tub2):32/10 vs 72/7であった。範囲診断の正診率は, A群は95.2%(40/42), B群は98.7%(78/79)であり有意差はなかった。倍率別に検討すると弱拡大観察のみの正診率はA群で59.5%(25/42), B群では83.5%(66/79)でありA群で有意に正診率が低かった($p=0.0038$)。除菌後胃癌の範囲診断困難例を組織学的に検討すると境界近くで非癌上皮が混在するものが多かった。【結論】除菌後胃癌において弱拡大観察では範囲診断が困難な病変が多いが, 最大倍率観察を行えば未除菌胃癌と同等に範囲診断が可能である。

演題 6

『*Helicobacter pylori* 除菌後早期胃癌の一例』

金坂卓 鈴木翔 竹内洋司 上堂文也

大阪府立成人病センター 消化管内科

症例は 70 歳台後半、男性。早期胃癌内視鏡治療後のサーベイランス目的の上部消化管内視鏡検査にて胃体下部大弯に陥凹性病変を指摘された。生検で Group 5 と診断され、精査加療目的に当院を受診した。1 年前に *Helicobacter pylori* 除菌歴あり。尿素呼気試験, *Helicobacter pylori* IgG 抗体はともに陰性であった。上部消化管内視鏡検査では、白色光通常観察で胃体下部大弯に 10mm 大の発赤調の陥凹型病変を認めた。NBI 併用拡大観察では、背景粘膜との間に demarcation line を認め、その内部には LBC 陽性のスリット状の腺開口部が目立つ領域 (regular MV pattern, irregular MS pattern)、多角形の irregular MV pattern を認める領域、微小血管構築像・表面構造ともに不明瞭な領域を認めた。術前診断は 10mm 大、0-IIc、tub1、cT1a、UL-であり、ESD にて一括切除した。最終病理診断は、Type 0-IIc、9×7mm、tub1、pT1a、ULs(-)、ly(-)、v(-)、pHM0、pVM であった。

演題 7

『除菌後の非萎縮粘膜より生じた低異型度胃型腺癌の1例』

五嶋 敦史¹⁾ 岡本 健志²⁾ 西川 潤³⁾ 坂井田 功¹⁾

- 1) 山口大学大学院 消化器内科学
- 2) 山口大学医学部附属病院 光学医療診療部
- 3) 山口大学大学院 生体情報検査学

症例は70歳代男性。平成14年に胃潰瘍の既往があり、その際に近医で *Helicobacter Pylori* 除菌を試みるも失敗し、平成21年に2次除菌を行って除菌成功した。以後同院で年1回の上部消化管内視鏡検査を続けていた。平成28年4月の上部消化管内視鏡検査で、胃体下部小弯に10mm大の不整な隆起病巣を認め、生検で Chief cell adenoma 疑いとの結果で、精査加療目的に当科紹介となった。当科の上部消化管内視鏡検査では、萎縮の見られない胃体下部小弯に、中心に陥凹を伴った結節状隆起を認めた。NBI 拡大観察では、一部粗大な表面構造や、拡張した血管を認めるものの、表面構造や血管の不整には乏しく、demarcation line もはっきり認識できなかった。同病巣に対して、診断治療目的に内視鏡的粘膜下層剥離術を行い、一括切除した。病理診断は、8x7mm, tub1, pT1b1, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 で、わずかに粘膜筋板を越える浸潤を認めた。免疫染色では、CD10 陰性、MUC-2 及び MUC-5AC 弱陽性、MUC-6 強陽性、p53 陰性で、MIB-1 index は周囲正常腺管と比較して著変無く、低異型度胃型腺癌と診断した。内視鏡所見、病理組織学的所見を供覧して、症例を検討する。

よろず相談①

『SM1 浸潤部を複数ヶ所認めた *H. pylori* 陰性胃底腺型胃癌の 1 例』

城間翔 山本頼正 並河健 吉水祥一 山口和久 清水智樹 堀内裕介 平澤俊明 由雄敏之
石山晃世志 藤崎順子

がん研有明病院 上部消化管内科

症例は 71 歳女性で、検診での上部内視鏡検査で、胃体中部前壁に 10mm の扁平な隆起性病変を指摘され、生検で高分化型腺癌(胃底腺型胃癌の疑い)の診断で当院に紹介となった。

既往歴として、59 歳時に子宮体癌手術があり、*H. pylori* 除菌歴はなかった。家族歴、生活歴に特記すべき事はなかった。検査所見では、血清 *H. pylori* 抗体陰性、尿素呼気テスト陰性、血清ペプシノーゲン 1/2 比陰性であった。当院での上部内視鏡検査では、萎縮性変化を認めず、前庭部から胃角部で RAC 陽性であった。病変は白色光にて 10mm 大の境界不明瞭な低い隆起を示し、中央に前医の生検痕を認めた。浸水法による ME-NBI 観察では、周囲の胃底腺と比較して窩間部が開大し、MCE の不整を認める領域として demarcation line が認識でき、また表面微小血管の不整は認めないが、一部に粘膜深層に存在するやや太めの血管を認め、胃底腺型胃癌を示唆する所見と思われた。EUS では第 2-3 層の不整は認めず、cT1a と診断し、ESD を行った。ESD は偶発症なく終了し、第 5 病日に退院となった。病理結果は M, Aw, 切除径 33×28mm, 病変径 11×10mm, 0-II a, tub1-2, cT1b(5-50 μm), UL(-), ly(-), v(-), VM(-), HM(-)であった。免疫染色では、腫瘍は MUC6(+), MUC2(-), MUC5AC(-), Pepsin A(+)であり、胃底腺型胃癌の診断となった。SM 浸潤部はすべて 50 μm 以下であったが、切り出された病変部 6 切片中の 5 切片に SM 浸潤部を認めた。

H. pylori 未感染胃に発生した 11mm の胃底腺型胃癌で、複数の SM1 浸潤部を伴う症例であり、その内視鏡所見、病理所見に関して御意見をお伺いしたい。

よろず相談②

『診断に苦慮している陥凹性病変の1例』

草野央¹⁾²⁾ 鈴木翔 後藤田卓志¹⁾

1) 秋田厚生連 由利組合総合病院

2) 日本大学医学部 消化器肝臓内科

(症例) 60歳台、男性。(既往歴) 特になし。(現病歴) 健診で受けたMDL異常にて当院受診、精査目的にEGDを施行した。初回EGDにて体中部後壁に境界明瞭な陥凹性病変を認めた。同部位からの生検ではgroup2であったが、癌の可能性を否定できず、4ヶ月ごとにフォローを行った。初回検査時よりPPI(ラベプラゾール10mg)内服を開始するも、フォロー中には陥凹内にびらんや潰瘍を認めた。しかし、同部位からの生検はすべてgroup2(構造異型は目立つものの、核異型は明らかに癌と診断できるほど強くなく、再生異型と腫瘍性異型の鑑別が困難)であった。フォロー開始1年後の上部内視鏡検査(通常観察ならびにNBI併用拡大内視鏡観察)を呈示する

(通常観察): 体中部後壁に境界明瞭で発赤を呈する陥凹性病変を認める。陥凹内には潰瘍瘢痕も伴っていた。

(NBI併用拡大内視鏡観察): 発赤粘膜と背景粘膜との間に、全周にわたってdemarcation line(DL)を認識できた。口側DL内部のSは認識できずabsent MSと判断、Vは不整な閉鎖性・開放性ループ状血管を認めirregular MVと判断した。大弯側DL内部ではMSがregularに保たれている部分も認めたが、Vはirregular MVと判断した。

このとき採取した生検(陥凹/口側・大弯側)の結果も今まで同様の結果であった。通常観察、NBI併用内視鏡観察ともに癌を疑う所見であるが、病理学的に確診を得ることができず治療方針に迷っている症例である。当日、会場にてご意見賜りたく呈示させていただきたい。

演題 8

『Narrow Band Imaging 併用下拡大内視鏡を用いた子宮頸部病変の診断についての追加報告』

川田愛¹⁾ 内多訓久 西山典子²⁾ 小原英幹³⁾ 高橋洋平 平野浩紀 頼田顕辞⁴⁾ 金西賢治⁵⁾ 秦利之
宮井由美⁶⁾ 羽場礼次

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

子宮頸癌診断に対する診断はコルポスコピーが標準とされているが、最大倍率は 23.7 倍であり、酢酸加工や狙い生検によって診断を補助しているのが現状である。また、子宮頸癌検診では通常、肉眼的観察と擦過細胞診のみ行われている。消化管領域に用いられている Narrow Band Imaging 併用下拡大内視鏡 (NBI-ME) は 85 倍と強拡大が可能で血管評価もコルポスコピーに比べてより鮮明に可能であるため、子宮頸部病変においても微細血管構造による評価が有用な可能性があるということは既報の通りである。

しかし、症例によっては血管構築像が不鮮明なために異型度の診断に悩む症例や、血管構築像での評価と病理診断に乖離が生じることがあった。

そこで、今までの頸部上皮内腫瘍や上皮内癌、微小浸潤癌、浸潤癌症例の NBI-ME の画像を見直すと、病変部に一致して様々な程度の白色上皮の所見があることに着目した。コルポスコピー診断において酢酸加工後の白色上皮は異形成や癌の診断に重要な所見とされ、その成因は上皮の厚さが増加する場合と、仮に同じ厚さでも細胞密度の上昇がある場合、N/C 比の高いクロマチンの増加した細胞からなる上皮で構成される場合が考えられている。NBI-ME で観察された白色上皮も同様の所見を反映していると考えられ、微小血管構造に加えて白色上皮の有無およびその程度が診断に有用と思われる。

現在、当院と香川大学では子宮円錐切除対象患者の手術直前に NBI-ME を施行し、後に切除標本の病理学的所見と内視鏡所見を対比すること、子宮頸癌検診で同意が得られた症例で擦過細胞診前に NBI-ME 観察を行うことを中心として取り組んでいる。

今後、症例を蓄積しさらなる検討を進めていく予定である。