

第17回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2017年2月4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）

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『胃拡大内視鏡よろず相談、困った症例など』

代表世話人基調発言

15:00～15:05

福岡大学筑紫病院 八尾 建史

ミニレクチャー

15:05～15:35

『十二指腸上皮性腫瘍における

VS classificationの有用性とピットフォール』

石川県立中央病院 土山 寿志

第一部

15:35～17:05

座長 福岡大学筑紫病院 長浜 孝

演題 1

『 A型胃炎を背景にして生じる顆粒状微小隆起 』

尾石樹泰¹⁾、尾石弥生

1) 尾石内科消化器科医院

演題 2

『 褪色调を呈する Light blue crest (LBC) 陽性胃癌の一例 』

今村健太郎¹⁾、宗祐人、辛島嘉彦、大津健聖、森光洋介²⁾

1) 戸畑共立病院 消化器病センター

2) 同 病理診断科

演題 3

『 Light blue crest (LBC) が質的診断に有用と考えられた横這型胃癌の1例 』

浏野貴文¹⁾、本田秀穂、上尾哲也、米増博俊²⁾、福田昌英³⁾、安部雄治¹⁾、井上翔太郎、和田蔵人、九嶋亮治³⁾、村上和成⁴⁾

1) 大分赤十字病院 消化器内科

2) 同 病理診断科

3) 滋賀医科大学 病理診断科

4) 大分大学医学部附属病院 消化器内科学講座

演題 4

『 除菌後 5 年目に同一患者に認めた発赤調の 3 病変 』

高橋晴彦¹⁾、八尾建史²⁾、長浜孝、宮岡正喜、植木敏晴¹⁾

中馬健太³⁾、太田敦子、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

休憩

17:05～17:15

第二部

17:15～19:00

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

話題提供

『 胃上皮性腫瘍における Narrow-band imaging 併用拡大観察における

組織構築の成り立ち : absent microsurface pattern vs. present microsurface pattern 』

中馬健太¹⁾、八尾建史、山岡梨乃、今村健太郎、藤原昌子、宮岡正喜、長浜孝、高橋晴彦²⁾

田邊寛³⁾、岩下明德

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

演題 5

『 範囲診断を誤診した一例 』

岩崎丈紘¹⁾、内多訓久、大家力也、小島康司、川田愛、中山瑞
岡崎三千代、岩村伸一、頼田顕辞²⁾

- 1) 高知赤十字病院 消化器内科
- 2) 高知赤十字病院 病理診断科

演題 6

『 内視鏡診断に苦慮した WOS 陽性胃腫瘍の一例 』

川崎梓¹⁾、山田真也、片柳和義²⁾、津山翔³⁾、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
- 3) 順天堂大学 病理診断科

演題 7

『 組織混在型早期胃癌の一例 』

竹田努¹⁾、松本紘平、上山浩也、赤澤陽一、小森寛之、松本健史
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 8

『 胃型隆起性腫瘍の1例 』

辛島嘉彦¹⁾、宗祐人、今村健太郎、大津健聖、森光洋介²⁾

- 1) 戸畑共立病院 消化器病センター
- 2) 同 病理診断科²⁾

抄録

演題1 『 A型胃炎を背景にして生じる顆粒状微小隆起 』

尾石樹泰¹⁾、尾石弥生

1) 尾石内科消化器科医院

A型胃炎は日本ではまれであるといわれるが、近年胃癌検診にABC検診が導入されそのなかのD群は*Helicobacter pylori*抗体陰性、ペプシノーゲンI/IIの測定で胃粘膜の萎縮があると定義されている。その25%程度にA型胃炎が含まれているといわれ、今後上部消化管内視鏡検査を行う日常診療において潜在的に存在するA型胃炎に遭遇する機会も多くなると思われる。今回、当院で定期的に経過観察を行っているA型胃炎4症例のうちNBI併用拡大観察にて興味深い粘膜所見を認めた2例を供覧したい。

症例1は80歳女性、2006年より胃部症状にて定期的に上部消化管内視鏡検査を行っている。2013年10月定期的な採血評価にて初めてHb7.4と貧血を認め、MCV118と高値、VitaminB12は88と低値であり巨赤芽球性貧血と診断しVitB12補充治療を行った。2016年10月の上部消化管内視鏡検査で胃体部小弯に多発する黄色調顆粒状隆起に対してNBI併用拡大観察を施行した。顆粒状隆起は上皮毛細血管の下に存在しており、大きさは1mm程度で黄白色調を呈し、好中球の分葉核もしくはドーナツ状のような形状である。同部の上皮毛細血管は明らかに疎であった。同部の生検では萎縮した粘膜深層に内分泌細胞微小胞巣(endocrine cell micronest: ECM)と一部拡張した腺管を認めた。病理との対比については、ECMは小さいものであり、視覚化される根拠には乏しいものの直腸に認められるNET(カルチノイド)は黄色調を呈することが知られており、萎縮の高度な胃粘膜に同様なものが形成された場合同じ色調を呈するのではないかと推測される。NBI併用拡大内視鏡で視認された1mm程度のものは何が視覚化されたのか興味深い所見と思われた。

症例2は61歳女性、2012年健康診断のオプションで胃癌ABC検診を受けC群と判定され上部消化管内視鏡検査目的で当院を受診した。迅速ウレアーゼテストで*Helicobacter pylori*感染診断は陰性、高度胃粘膜萎縮を認めたため年一回の定期検査を指示した。2015年定期検査(細径内視鏡使用)で胃体部を中心とした顆粒状隆起を散見し、生検を施行した発赤調のものから微量のカルチノイド成分があるとの指摘を受けた。半年後に定期検査を予定してNBI併用拡大観察を行ったところ、前回カルチノイド成分を指摘された部位には同様の所見は消失しており、その他の部位に顆粒状もしくは平坦な微小色調変化を認め生検を施行した。生検標本にはカルチノイド様の神経内分泌腫瘍はみられず、リンパ濾胞・拡張した腺管などであったが、視認された拡大内視鏡所見との対比が困難であった。

演題2 『 褪色调を呈する Light blue crest (LBC) 陽性胃癌の一例 』

今村健太郎¹⁾、宗祐人、辛島嘉彦、大津健聖、森光洋介²⁾

1) 戸畑共立病院 消化器病センター

2) 同 病理診断科

【はじめに】2005年にUedoらは、慢性胃炎粘膜に対しNBI併用拡大観察を行うと、腺窩辺縁上皮(MCE)の辺縁に青白い線状の反射光が観察されると報告し、**Light blue crest (LBC)**と命名した。LBCは病理組織学的には刷子縁であると推察され、腸上皮化生粘膜の診断に有用である。一方、Yaoらは純粋超高分化腺癌のなかに、LBCに縁取られた鋸歯状の不整なMCEを有する病変(LBC陽性胃癌)があることを報告している。【症例】70歳代、女性。通常観察像では、胃角部前壁に30mm大の褪色调の領域を認めた。色素撤布像では、陥凹性病変として描出され、境界は胃小区模様の差異により比較的明瞭であった。陥凹面は比較的整った微細顆粒状粘膜模様を呈していた。NBI併用拡大観察では、陥凹部に一致して明瞭な demarcation line (DL) を認めた。病変内部を観察すると、微小血管構築像は、一部は視認できないが、視認可能な部位を観察すると個々の血管の形状は不均一であり、absent～irregular microvascular pattern(A～IMVP)と判定した。表面微細構造は、LBCを伴うMCEは不整な鋸歯状を呈し窩間部の形状は不均一でirregular microsurface pattern(IMSP)と判定した。また、一部にWOSを認めた。以上の所見から小腸型の粘液形質を有する分化型癌0-IIcと診断した。また、一部窩間部の微小血管の下に境界不明瞭な黄色調の粘膜領域を認めた。ESD後の病理組織診断は、低異型度高分化型腺癌～未分化型癌、表層の腫瘍腺管は完全腸上皮化生に類似した超高分化型腺癌で、粘膜中層に手つなぎ様の構造異型を伴う腫瘍腺管を認めた。免疫染色ではCD10陽性であった。褪色调を呈した理由等、幾つかの疑問点に関して御教授下さい。

演題3 『 Light blue crest (LBC) が質的診断に有用と考えられた横這型胃癌の1例 』

淵野貴文¹⁾、本田秀穂、上尾哲也、米増博俊²⁾、福田昌英³⁾、安部雄治¹⁾、井上翔太郎、和田蔵人、九嶋亮治³⁾、村上和成⁴⁾

- 1) 大分赤十字病院 消化器内科
- 2) 同 病理診断科
- 3) 滋賀医科大学 病理診断科
- 4) 大分大学医学部附属病院 消化器内科学講座

背景) 横這型胃癌は細胞異型が軽微な手つなぎ様腫瘍腺管が、腺頸部を中心に横方向に進展する癌で、狭義の横這型胃癌は小腸型の粘液形質を特徴とする。横這型胃癌は、低異型度癌であることから、その範囲腫瘍境界の判断が難しいとされるが、その特徴的な NBI 所見は明らかでない。今回、我々は小腸型の腫瘍形質の特徴を示す Light blue crest (LBC) が質的診断に有用と考えられた横這型胃癌の1例を経験したので報告する。症例は 54 歳、男性。健診の上部消化管内視鏡検査で胃下部後壁に発赤調病変を認め、生検で Group5 の診断を受け紹介となる。血清抗 *H. pylori* 抗体は陽性であった。胃体下部後壁に発赤調の 10mm 大の平坦病変を認め、腫瘍部は VS classification より Relatively regular MV pattern plus Relatively regular MS pattern であった。背景粘膜に LBC は目立たず、腫瘍部のみに LBC が陽性であることから Demarcation line present と判断した。不整に乏しい MS, MV が通常の分化型癌とは異なり、腫瘍部でのみ小腸型の刷子縁を示唆する LBC が目立つことから、粘膜中層を主座に腫瘍が広がり、腫瘍表層が小腸型に分化した狭義の横這型胃癌に相当する NBI 所見と考え ESD 加療を行った。病理学的に Moderately differentiated adenocarcinoma, tumor size 11x7mm, tub2, PT1a(M) の早期胃癌で、小腸型の粘液形質を有する狭義の横這型胃癌に合致する所見であった。(結語) 腫瘍部の LBC が質的診断に有用と考えられた横這型胃癌の1例を経験した。腫瘍部で小腸型の腫瘍形質を示唆する LBC の出現が、狭義の横這型胃癌の NBI 所見に特徴的と考え報告する。

演題 4 『 除菌後 5 年目に同一患者に認めた発赤調の 3 病変 』

高橋晴彦¹⁾、八尾建史²⁾、長浜孝、宮岡正喜、植木敏晴¹⁾

中馬健太³⁾、太田敦子、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

症例は 60 歳代女性。近医にて体上部後壁に 10mm 大の淡発赤調の 0-IIc (生検 : Group5) を認め ESD 目的に 201X 年 6 月に紹介となった。この病変の他にも、体上部後壁と体下部前壁に強発赤調の 2 病変を認めたが、angiodysplasia として生検はされていなかった。

当科で上部消化管内視鏡検査を行い、体上部の淡発赤調の 0-IIc については、NBI 併用拡大内視鏡 (M-NBI) では irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a demarcation line (DL) であり癌に典型的な所見を呈していた。同病変は ESD で切除し、切除標本の病理組織学的診断は、高分化腺癌であり、治癒切除であった。その近傍に認めた強発赤調の病変に関しては、M-NBI にて放射状に拡張した密な血管増生を認め、angiodysplasia と診断した。

今回のよろず相談症例は、体下部前壁の強発赤病変であり、白色光色素内視鏡では、わずかに陥凹した境界明瞭な病変として認識された。NBI 非拡大では、強発赤部に一致して brownish に描出され、辺縁はいびつな形態を呈しており、癌を否定できない所見であった。M-NBI 強拡大で、病変の辺縁部において、一部に irregular MV pattern を認めた。表面微細構造に関しては、配列は規則的で分布も対称的な腺開口部が観察され regular MS pattern と判定した。病変中央では、微小血管構築像については視認できず、表面微細構造に関しては light blue crest (LBC) を認め、窩間部の形状に若干の irregularity があると判断し、absent MVP + irregular MSP と判定した。さらに病変辺縁に white globe appearance (WGA) を 3 カ所認めた。以上の所見より、腸型形質を有する超高分化腺癌と診断し、患者から十分な informed consent を得たのちに、術前に生検を行わずに total biopsy 目的に ESD を行った。病理組織学的には、腫瘍性変化はなく、発赤部に一致した幼弱な腸上皮化生の診断であった。この病変の内視鏡所見の解釈と病理学的な意義や病態についてみなさんのご意見をお伺いしたい。

話題提供

『 胃上皮性腫瘍における Narrow-band imaging 併用拡大観察における組織構築の成り立ち : absent microsurface pattern vs. present microsurface pattern 』

中馬健太¹⁾、八尾建史、山岡梨乃、今村健太郎、藤原昌子、宮岡正喜、長浜孝、高橋晴彦²⁾
田邊寛³⁾、岩下明德

- 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

背景と目的：従来まで、NBI 併用拡大内視鏡所見と組織学的所見の関連が報告され、absent microsurface pattern (MSP) が未分化型癌の指標になる可能性が報告されている。しかし、どのような組織学的構築像が absent MSP を呈するかは明らかではない。そこで、absent MSP を呈する病理組織学的構築像を明らかにすることを目的に本研究を行った。

対象と方法：2015年8月から2016年12月の期間に福岡大学筑紫病院で治療された早期胃癌209病変の内、内視鏡を用いて切除された163病変から拡大内視鏡所見と組織学的所見の一対一の対比が可能であった胃上皮性腫瘍性病変を対象に組み入れた。これらの病変をNBI 併用拡大内視鏡所見より Absent MSP 群と Present MSP 群に分類した。それぞれの病変のNBI 併用拡大内視鏡所見に一致する病理組織学的所見のうち腺窩開口部密度、腺窩長、腺窩開口部径、腺窩角度を計測し、それぞれの群における計測値を比較検討した。

結果：解析対象は30病変であった。Absent MSP を呈した病変は11例(36.7%)、present MSP を呈した病変は19例(63.3%)だった。Absent MSP vs. present MSP における組織学的計測値は、それぞれ腺開口部密度の中央値は1.6個/mm [range, 0.0-3.0個/mm] vs. 4.8個/mm [range 1.88-9.33個/mm]; P<.001. 腺窩長の中央値は93.3 μ m [range, 0.0-140.0 μ m] vs. 160 μ m [range, 55.7-415.3 μ m]; P=.001, 窩間部幅の中央値は402.5 μ m [range, 190.0-300.0 μ m] vs. 166.7 μ m [range, 90.0-428.3 μ m]; P<.001, 腺窩角度の中央値は21度 [range, 16.6-90.0度] vs. 15.5度 [range, 7.3-28.7度]; P=.002 と有意差を認めた。腺開口部径の中央値[range]は、それぞれ43.3 μ m [0.0-94.4 μ m] vs. 44.2 μ m [22.5-100.0 μ m] (P=0.420)と有意差を認めなかった。

結論：Absent MSP を呈する病変は組織学的に腺開口部密度が低く、腺窩長は短く、窩間部幅は広く、腺窩角度が大きいという結果が得られた。このような組織構築像を推測することで、拡大内視鏡による正確な組織学的診断に有用であると考えられる。

演題5 『 範囲診断を誤診した一例 』

岩崎丈紘¹⁾、内多訓久、大家力也、小島康司、川田愛、中山瑞
岡崎三千代、岩村伸一、頼田顕辞²⁾

1) 高知赤十字病院 消化器内科

2) 同 病理診断科

症例は72歳男性2012年8月に胃前庭部前壁の胃癌に対しESD施行、ESD後にピロリ除菌が行われた。以後は健診目的で毎年胃内視鏡検査を施行されていた。2016年1月胃内視鏡検査を施行したところ、胃体上部小弯後壁に発赤した陥凹性病変を認め生検を施行したところ、group 5 と診断され、術前検査のためH260Zで拡大内視鏡検査を施行した。拡大内視鏡検査では陥凹部では表面微細構造は視認しにくく absent microsurface pattern であり、微小血管構築像は明らかな不正を認め irregular microvascular pattern であり、胃癌という診断は容易であった。しかしながら陥凹部の後壁側境界で微小血管構築像の irregularity は低下しているものの、周辺胃粘膜との血管構築像が類似しており明らかな demarcation line を同定する事が不可能であった。そのまま病変外側に観察を進めたところ、明らかに微小血管構築像が異なる部位を認め、その部位を持って病変境界と診断した。一度同定した demarcation line にそって最大倍率で観察を続けたところ、口側にも病変の広がり疑われ、噴門部全周になり ESD は困難と診断し、外科にて腹腔鏡下胃全摘術を施行した。

摘出標本の病理学的所見では陥凹部は明らかな高分化腺癌であり、周辺胃粘膜に関しては軽度構造異型を認めるものの、さらにその周囲の明らかな非腫瘍性腸上皮化生との境界は無く幼若な腸上皮化生と診断された。結果を踏まえてもう一度内視鏡検査を振り返っても幼若な腸上皮化生と腫瘍の境界を同定する事はリアルタイムの検査では困難であると思われた。今回の症例に関しては周囲生検で確認した上で範囲診断を行っておればESDで完治できたと思われる反省症例であり供覧する。

演題6 『 内視鏡診断に苦慮した WOS 陽性胃腫瘍の一例 』

川崎梓¹⁾、山田真也、片柳和義²⁾、津山翔³⁾、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

3) 順天堂大学 病理診断科

症例は 60 歳代男性。前医にて胃体中部小弯に平坦な隆起性病変を指摘され当院紹介となった。当院での NBI 併用拡大観察 (M-NBI) では、隆起の立ち上がりに一致して明瞭な demarcation line (DL) を認めた。White opaque substance (WOS) の存在のため microvascular (MV) pattern は透見出来ず、absent MV pattern と判定した。Microsurface (MS) pattern は WOS の沈着が著明であり、WOS にて判定した。病変のほとんどでの WOS の形態は網目状から帯状で、その辺縁も平滑であり、形状均一、分布対称性、配列規則的の regular MS pattern と判定した。VSCS : absent MV pattern plus regular MS pattern with a DL の腺腫と診断した。しかしながら、病変後壁側のわずかな領域にのみ、辺縁不整な帯状から線状の WOS を密に認め、形状不均一、分布非対称、配列不規則の irregular MS pattern と判定した。この領域の VSCS は absent MV pattern plus irregular MS pattern with a DL であり、癌の存在を考えた。ただし、癌と考えた領域と腺腫と考えた領域の境界は明瞭でなかった。ESD 切除標本による最終病理は early gastric cancer、type 0-IIa, 17×8mm, tub1、T1(M)、UL (-)、ly (-)、v (-)、pHM0、pVM0 でであった。関心領域の内外で腺管密度の違いはあるものの、ともに癌と診断された。両部位の M-NBI 所見と病理組織診断について相談ならび討論したい。

演題7 『 組織混在型早期胃癌の一例 』

竹田努¹⁾、松本紘平、上山浩也、赤澤陽一、小森寛之、松本健史

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】72歳男性。他院で検診目的の上部消化管内視鏡検査にて、胃体中部小弯後壁に発赤調陥凹性病変を認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。当院での白色通常光観察では、胃体中部小弯に15mm大の平坦陥凹性病変を認め、後壁側は発赤調、前壁側は褪色調を呈していた。NBI併用拡大観察では、Demarcation line(DL)はpresent、病変後壁側の発赤調陥凹部はMVの形態は蛇行・分枝状を呈し、形状不均一、分布非対称、配列不規則であり、irregularと判断した。MSは全体的に不整な弧状・多角形状で、irregularと判断し、分化型癌を疑った。病変前壁側の褪色調陥凹部ではMSは消失し、MVはやや引き伸ばされた口径異なる蛇行・分枝状血管を認め、未分化型癌を疑う所見であった。これらの境界は、比較的明瞭に認識することができた。組織混在型癌を疑い、ESDを施行した。組織学的所見は、病変後壁側に中分化型腺癌を認め、病変前壁側に低分化型腺癌を認めた。いずれも領域性を持って存在し表層に癌が露出していた。最終診断はGastric Adenocarcinoma, 17x11mm, Type 0-IIc, tub2 > tub1 + por2, pT1a/M, ly(-), v(-), UL(-), pHM0, pVM0であった。

【考察】本症例は、NBI併用拡大観察によって未分化型癌および分化型癌の特徴的内視鏡像を認識し、術前に組織混在型癌を疑うことが可能であった。病理所見では、混在する分化型癌と未分化型癌が比較的明瞭な境界を有しつつ水平方向に領域性を持って存在していたため、内視鏡的に組織型診断が可能であったと考えられた。組織混在型癌には、各々の組織型が領域性なく入り混じるものや、領域性があっても粘膜深部で組織型が変化するものなど、組織構造が複雑なものが稀ではないといわれている。これらの混在型癌の場合、拡大観察で正確な組織診断を行うことは困難であり、更なる拡大内視鏡像と病理組織像による対比の集積・検討が必要と考えられた。

【結語】NBI併用拡大観察によって、術前に組織混在型癌を疑うことが可能であった一症例を経験したため報告する。

演題 8 『 胃型隆起性腫瘍の 1 例 』

辛島嘉彦¹⁾、宗祐人、今村健太郎、大津健聖、森光洋介²⁾

1) 戸畑共立病院 消化器病センター

2) 同 病理診断科

症例は 80 歳代、女性。近医にて定期的検査目的に上部消化管内視鏡検査を行ったところ、体上部前壁に隆起性病変を指摘された。生検にて Group 2（腫瘍性変化が否定できない）と診断され精査加療目的に当院を紹介受診となった。HP 除菌歴があり、血液検査では特記すべき異常は認めなかった。白色光通常観察では背景粘膜は萎縮性変化がみられ、胃体上部前壁に 7mm 大の隆起性病変を認めた。色調は、前壁側は発赤調、大弯側～肛門側では褪色調を呈していた。色素観察では表面構造は不均一な微細顆粒状を呈していた。NBI 併用拡大観察では、病変と周囲粘膜の間に明瞭な demarcation line を認めた。褪色調を呈する部分では、微小血管構築像(V)は、微小血管は殆ど視認できず absent MV pattern と判定した。表面微細構造(S)は、MCE の形態は弧状から類円型、形状は不均一で、分布は非対称性、配列は不規則であり irregular MS pattern と判定した (AMVP+IMSP)。一方発赤調の部分では V は、拡張した微小血管の個々の形状は不均一、分布は非対称性、配列も不規則で irregular MV と判定した。S は、窩間部は広く、形態は不均一で irregular MS pattern とした (IMVP+IMSP)。台状挙上所見は認めず、粘膜内病変と診断し、ESD にて一括切除を行った。ESD 後の病理診断は、高分化型腺癌、0-IIa、pT1a (MM)であった。組織所見は、好酸性の細胞質を有する腺窩上皮様の分化を呈する部位と、細胞質が豊富な幽門腺細胞様への分化を示す部位が混在している組織構築所見を呈していた。免疫染色は、MUC2 陰性、MUC5AC・MUC6 陽性であり胃型の高分化型腺癌であった。拡大内視鏡像と病理組織像の対比を供覧する。拡大内視鏡診断および病理学的組織分類につき御教授ください。

九州胃拡大内視鏡研究会
<http://qzgconference.com>