

第18回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2017年8月5日（土） 15:00～19:00

会場：レソラN T T 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 |

ホームページ

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

テーマ『0-IIb、類似IIb、随伴IIb』

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

15:05～17:00

座長 福岡大学筑紫病院

長浜 孝

主題演題1

「Narrow band imaging (NBI) 併用拡大内視鏡観察が存在診断・質的診断・境界診断に有用であった表面平坦型 (0-IIb) 早期胃癌の1例」

小島俊樹¹⁾、宮岡正喜²⁾、中馬健太、高橋晴彦¹⁾、山岡梨乃²⁾、金光高雄¹⁾、藤原昌子²⁾、長浜孝²⁾、八尾建史、田邊寛³⁾、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

主題演題 2

「存在診断および範囲診断にNBIが有用であった0-IIb型早期胃癌の一例」

金坂卓¹⁾、中川健太郎、大森正泰、岩坪太郎、荒尾真道、松野健司、岩上裕吉、井上俊太郎、松浦倫子、中平博子、七條智聖、前川聡、山本幸子、竹内洋二、東野晃治、上堂文也、石原立

1) 大阪国際がんセンター 消化管内科

主題演題 3

「IIb領域を伴った早期胃癌の1例」

小島康司¹⁾、内多訓久、大家力矢、岩崎丈紘、川田 愛、岡崎三千代、岩村伸一

1) 高知赤十字病院 消化器内科

主題演題 4

「異なる深達度からなり、単純IIb型を呈した横這型胃癌の2例」

上尾哲也¹⁾、和田蔵人、本田秀穂、米増博俊²⁾、福田昌英³⁾、井上翔太郎¹⁾、安部雄治、都甲和美、九嶋亮治³⁾、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 病理部

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

ミニレクチャー

『 WOSとLBCを指標に用いたNBI併用拡大内視鏡による腸上皮化生診断の有用性と限界についての新知見 』

福岡大学筑紫病院 消化器内科 金光高雄

休憩

17:00～17:15

第二部

17:15～19:00

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

よろず相談 1

「A case discussion from the TTT course in China」

Jianwei Hu

上海中山医院（中国）

よろず相談 2

「NBI 併用拡大内視鏡検査にて高確診度で胃癌と診断した非癌病変の一例」

西谷雅樹¹⁾、吉田尚弘、片柳和義²⁾、車谷宏、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

一般演題 1

「遡及的検討が可能であった胃底腺型胃癌の 1 例」

山里哲郎¹⁾、入口陽介、小田丈二、水谷勝、高柳聡、富野泰弘、岸大輔、大村秀俊、山村彰彦²⁾、細井薫三¹⁾

- 1) 東京都がん検診センター 消化器内科
- 2) 同 検査科

一般演題 2

「*Helicobacter pylori* 陰性分化型早期胃癌の 1 例」

草野央¹⁾、池原久朝、後藤田卓志

- 1) 日本大学医学部 消化器肝臓内科

一般演題3

「*H. pylori* 未感染胃に発生した腸型管状腺腫を伴う胃型腺癌の1例」

小森寛之¹⁾、松本紘平、上山浩也、松本健史、赤澤陽一、竹田努、上田久美子、北條麻理子、八尾隆史²⁾

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

抄録

主題演題 1 『Narrow band imaging (NBI)併用拡大内視鏡観察が存在診断・質的診断・境界診断に有用であった表面平坦型 (0-IIb) 早期胃癌の1例』

小島俊樹¹⁾、宮岡正喜²⁾、中馬健太、高橋晴彦¹⁾、山岡梨乃²⁾、金光高雄¹⁾、藤原昌子²⁾、長浜孝、八尾建史²⁾、田邊寛³⁾、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】60歳代，女性【現病歴】検診で異常を指摘され，201X年7月に前医にて上部消化管内視鏡検査を施行した．胃体中部小弯に褪色調領域を認め，同部位の生検にて腫瘍性病変が否定し得ない所見を得たため精査加療目的に当院紹介受診となった．【既往・生活歴】特記事項なし．【経過】当院での初回の上部消化管内視鏡検査では白色光観察，色素観察共に病変の認識が困難であったため，制酸剤内服2週間後に再検の方針となった．2回目の上部消化管内視鏡検査において白色光通常観察で体中部小弯に径6-7mm程度の血管透見が消失した一定の粘膜領域を認めた．連続して同部位のNBI併用拡大内視鏡観察を施行したところ，明瞭な demarcation line の内側に形状不均一で配列は不規則，分布も非対称的な微少血管構築像を認め irregular microvascular pattern と判定，表面微細構造も個々の腺窩辺縁上皮 (MCE) の形態は線状から弧状で，形状不均一，配列不規則，分布も非対称性であり irregular microsurface pattern と判定，微少血管と MCE の走行乖離 (VS discordance) も伴い，胃癌と診断した．拡大内視鏡で浸潤境界も同定し，内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した．病理組織学的所見は well differentiated adenocarcinoma, pT1a (M), ly0, v0, VM(-), LM(-) であった．【考察】IIb型早期胃癌の診断は通常内視鏡のみでは限界が存在する¹⁾³⁾．しかしながら我々は通常内視鏡・境界不明瞭病変に対し拡大内視鏡を併用することで73-76%の病変に全周性に境界診断が可能であることを報告した³⁾⁴⁾．本症例もNBI併用拡大観察を施行することにより，存在診断・質的診断・境界診断が可能であった．本症例が通常内視鏡診断困難となった成因としては，病理組織学的に腫瘍腺管の密度が疎になる部位が存在し，腫瘍表層には正常腺管と腫瘍腺管が混在する組織構築が認められたためと考えた³⁾．【結語】Narrow band imaging (NBI)併用拡大内視鏡検査が存在診断・質的診断・境界診断に有用であった表面平坦型 (0-IIb) 早期胃癌の1例を経験したので報告した．

【参考文献】

- 1)西沢護．胃のIIb病変の診断は進歩したか．胃と腸 16: 1275-1277, 1981
2)淵上忠彦．胃癌の時代的変遷—診断の立場から．胃と腸 40: 11-17, 2005
3)八尾建史,長浜孝,榎信一郎,他．0-IIb に対する進展範囲度診断—通常内視鏡・境界不明瞭病変に対する拡大内視鏡の有用性と限界：フルズーム派の立場から．胃と腸 45: 86-100, 2010
4) Nagahama T, Yao K, Maki S, et al. Usefulness of magnifying endoscopy with narrow-band imaging for determining the horizontal extent of early gastric cancer when there is an unclear margin by chromoendoscopy (with video). Gastrointest Endosc 2011;74:1259-67

主題演題2 『存在診断および範囲診断にNBIが有用であった0-IIb型早期胃癌の一例』

金坂卓¹⁾、中川健太郎、大森正泰、岩坪太郎、荒尾真道、松野健司、岩上裕吉、井上俊太郎、松浦倫子、中平博子、七條智聖、前川聡、山本幸子、竹内洋二、東野晃治、上堂文也、石原立
1) 大阪国際がんセンター 消化管内科

症例は60歳台後半、男性。近医で心窩部痛の精査目的で施行した内視鏡検査にて体中部大彎後壁に隆起性病変を指摘された。生検病理診断ではGroup 2であったため経過観察されていたが、最終的にGroup 4と診断されたため、内視鏡治療目的に当院を紹介され、受診した。3年前にHelicobacter pyloriの除菌歴あり。白色光通常観察では病変の認識が困難であったが、NBIでは茶色域を認識できた。NBI併用拡大観察では、背景粘膜との間にdemarcation lineを認め、microvascular patternおよびmicrosurface patternはともにirregularであり、癌と診断可能であった。範囲診断は全周にわたって可能であり、ESDにて一括切除した。切除標本の病理結果は、Type 0-IIb, 17×7mm, tub1>tub2, pT1a, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0であった。

主題演題3 『Ⅱb領域を伴った早期胃癌の1例』

小島康司¹⁾、内多訓久、大家力矢、岩崎丈紘、川田 愛、岡崎三千代、岩村伸一

1) 高知赤十字病院 消化器内科

症例は 61 歳男性. 近医で検診目的に施行された上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃前庭部大弯に粘膜不整を認め, 生検は group3 の結果であった. 約 1 か月後に再度 EGD を施行され生検で group4 の診断で精査加療目的に紹介となった. ピロリ菌は除菌後. 当院にて拡大内視鏡検査を施行したところ, 通常白色光観察では胃前庭部前壁大弯側に発赤した粘膜の不整を認めた. 詳細に観察すると病変内部でも色調は異なり病変の肛門側では発赤が強く, 口側では淡く発赤していた. インジゴカルミン散布後では病変部は軽度の凹凸不整を認め, 胃小区は消失していた. 肛門側では境界が明瞭であったが, 口側の淡く発赤した部位では境界は不明瞭であった. NBI 併用拡大観察では, 肛門側の発赤調領域では MCE は小型の円形で密であり一部に不整な WOS を認めた. V は拡張・蛇行する微小血管が密に増生しており irregular microvascular pattern と診断した. 口側の淡い発赤領域は S に不整は乏しく regular microsurface pattern であった. V は毛細血管網を詳細に観察すると口径不同を有する微小血管を認め分布も非対称であった. 全周にマーキングを施行して ESD を施行した. 病理組織学的所見では, 病変肛門側では小型の癌腺管が表面に露出しており, 中分化腺癌と診断された. 病変口側では構造異型は軽度で高分化腺癌と考えられ, 同一病変内に異なる組織像が混在していた. 拡大内視鏡所見はこれらの組織を明瞭に反映していたと思われた.

主題演題4 『異なる深達度からなり、単純Ⅱb型を呈した横這型胃癌の2例』

上尾哲也¹⁾、和田蔵人、本田秀穂、米増博俊²⁾、福田昌英³⁾、井上翔太郎¹⁾、安部雄治、都甲和美、九嶋亮治³⁾、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 病理部

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、しばしば肉眼型にⅡb成分を有する. 近年、横這型胃癌は pre-diffuse type と捉えるべきとの報告もある. 今回我々は異なる深達度からなる単純Ⅱb型を呈する横這型胃癌の2例を経験したので報告する. (症例1) 54歳, 男性, 健診の上部消化管内視鏡検査で胃体下部後壁に発赤調病変を認め, sei生検で Group5 の診断を受け紹介となる. 血清抗体 *H. pylori* 抗体は陽性. 胃体下部後壁に発赤調の10mm 大平坦病変を認め, 腫瘍部は VS classification より demarcation line present, relatively regular MV pattern plus relatively Regular MS pattern であった. 背景粘膜に比べ腫瘍部のみに LBC が陽性であった. 腫瘍部での LBC が目立ち、不整に乏しい MS、MV が通常の分化型癌とは異なり、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, 狭義の横這型胃癌に合致する所見であった. (症例2) 58歳, 男性. 近医で健診目的に上部内視鏡検査を施行され, 胃体部小彎の粘膜不整より生検で Group5 の診断を受け, 紹介となる. 血清抗 *H. pylori* 抗体は陽性. 体上部小彎を中心に, 境界診断が不可能な血管が目立つ, やや退色調領域を認め, 腫瘍部は VS classification より demarcation line present, Irregular MV pattern plus relatively regular MS pattern であった. 一部 LBC 陽性. 粘膜中層を主座にひろがる癌, 分化型癌でありながら, 組織発生学的に胃固有粘膜より発生する tub2 に相当する NBI 所見と考えた. 腫瘍径が 5cm 超かつ EUS より SM 深部浸潤を疑い, ESD 適応外病変と考え, 外科的胃全摘術を選択した. 病理学的に Moderately differentiated adenocarcinoma, tumor size 46x58mm, tub2>por2>tub1, PSS, int, INFb, Ly1, v2, pN0 の stage II A の進行胃癌であった. 粘膜中層を横方向に広がる手つなぎ腺管癌を認め, 浸潤部では脱分化 tub2>por2 からなる癌腺管が SS まで浸潤していた. いわゆる広義の横這型胃癌に合致する所見であった. (結語) 単純Ⅱb型ながら異なる深達度を呈した狭義および広義の横這型胃癌2例を経験した. 通常の分化型癌とは異なる特徴的な NBI 所見も踏まえ, 文献的考察とともに報告する.

よろず相談1 『A case discussion from the TTT course in China』

Jianwei Hu

上海中山医院

Abstract なし.

よろず相談2 『NBI 併用拡大内視鏡検査にて高確診度で胃癌と診断した非癌病変の一例』

西谷雅樹¹⁾、吉田尚弘、片柳和義²⁾、車谷宏、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

症例は 60 歳台男性。前医で胃体上部大弯に発赤陥凹性病変を指摘され、生検で Group5 : adenocarcinoma (tub1-2) と診断され当院紹介となった。背景胃粘膜は萎縮性胃炎 C-2 (RUT 陽性) であり、NBI 併用拡大内視鏡検査 (M-NBI) では同病変の陥凹面に一致して明瞭な demarcation line (DL) を認めた。Microvascular (MV) pattern は、個々の血管の形状は不均一であり分布は比較的対称的であるが配列は不規則であることから、irregular MV pattern と判定した。Microsurface (MS) pattern は、個々の腺窩辺縁上皮の形状は不均一であり分布は非対称で配列も不規則であることから、irregular MS pattern と判定した。Irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL であることから高確診度で胃癌と診断し、術前は周囲生検のみ行い ESD による一括切除を行った。ESD 標本の病理学的所見では、陥凹部は萎縮粘膜で異型はなく、周囲にはわずかに腺管増殖を認めたが異型に乏しく腫瘍の存在は明らかではなかった。免疫染色 (MIB-1 および p53) でも腫瘍の存在は明らかではなく、最終病理診断は「no tumor cells」であった。なお前医師検標本を当院で再評価したところ背景の炎症が強く良悪性の判断が困難であり Group2 と診断した。当院の M-NBI では高確診度で胃癌と診断したものの誤診した病変であり、本病変の M-NBI 所見において非癌と診断できるポイントについて皆様のご意見を伺いたい。

一般演題 1 『遡及的検討が可能であった胃底腺型胃癌の 1 例』

山里哲郎¹⁾、入口陽介、小田丈二、水谷勝、高柳聡、富野泰弘、岸大輔、大村秀俊、山村彰彦²⁾、細井薫三¹⁾

1) 東京都がん検診センター 消化器内科

2) 同 検査科

症例は 70 歳台女性。病変発見 1 年前に Hp 除菌療法を施行し、除菌成功を確認している。経過観察目的の内視鏡検査にて、胃体下部前壁に境界明瞭な 5mm 大の白色平坦病変を認めた。背景粘膜の萎縮は木村竹本分類の C-II であった。生検組織診断にて胃底腺型胃癌と診断された。NBI 併用拡大内視鏡検査では DL ははっきりせず、病変部はループを形成する微小血管を認め形状不均一であり Irregular MV pattern と診断した。MCE は形状不均一、分布の非対称性に乏しく Regular MS pattern と診断した。胃 X 線検査では、胃体下部小弯前壁にヒダ中断を伴う淡い陰影斑を認めたが、非常に微細な所見であった。以上より胃底腺型胃癌と診断し ESD で切除した。組織学的所見にて、表層上皮は非腫瘍性で粘膜深部側に中小腺管状から分岐を呈して増殖する異形度の低い高分化型管状腺癌を認めた。病理診断は Well differentiated tubular adenocarcinoma, low grade, of fundic gland type, of the stomach, ESD: M, Ant, pType 0-IIc, pT1a(M), 4mm, (tub1), fundic gland type, UL-II s(biopsy scar), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 であった。形質は HGM(-), MUC5AC(-), MUC6(+++), CD10(-), MUC2(-), Pepsinogen I (+++) であった。

病変発見 1 年前の内視鏡検査と比べて、形態変化はほとんど認めなかった。

胃底腺粘膜領域の褪色病変について胃底腺型胃癌以外にも鑑別を要する病変があることから画像上どのように診断したら良いか、相談症例を提示してご意見を伺いたく存じます。

一般演題2 『Helicobacter pylori 陰性分化型早期胃癌の1例』

草野央¹⁾、池原久朝、後藤田卓志

1) 日本大学医学部 消化器肝臓内科

(症例) 4X 歳男性。H. pylori 除菌治療歴はなし。MDL 異常にて前医で上部消化管内視鏡検査を施行、病変を認めたため精査加療目的に当院紹介受診となった。血清 H. pylori 抗体は陰性 (<3.0U/mg) であった。

通常観察では、胃体上部大彎後壁寄りに 10mm 大の境界明瞭で発赤を呈する隆起性病変を認めた。色素散布すると隆起表面には顆粒状変化を認めた。背景粘膜に萎縮や腸上皮化生は認めなかった。NBI 併用胃拡大内視鏡観察では、隆起の立ち上がり部分に Demarcation line (DL) を認識できた。DL 内部の Microvascular (MV) pattern は不整な開放性ループであり irregular、Microsurface pattern (MS) も大小不同で形状不均一であり irregular と判定した。irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL で癌と判断した。0-IIa, 10mm, cT1a-M の診断のもと ESD を施行した。切除検体の病理結果は、tub1, 0-IIa, 13mm, pT1b-SM2 (2000 μm), ly0, v0, pHM0, pVM0 であった。免疫染色では、Pepsinogen-I, H+/K+-ATPase, MUC6, MUC5AC が陽性であった。胃底腺への分化だけでなく表層でも腺か上皮様への分化を伴っており、胃底腺粘膜型胃癌と診断した。SM 深部浸潤による非治癒切除であり、根治術目的に幽門側胃切除を施行したがリンパ節転移は認めなかった。

(考察) 今回我々が経験した胃底腺粘膜型胃癌では表層の腺か上皮まで腫瘍が増生しており、MS/MV pattern は通常型胃癌と同じ所見を示していた。これは藤原らの既報¹⁾と同じ結果であったが、さらなる症例蓄積が求められる。

¹⁾ 藤原昌子, 八尾建史ら. 胃と腸, 50 巻 12 号, 1548-1558, 2015.

一般演題3 『H. pylori未感染胃に発生した腸型管状腺腫を伴う胃型腺癌の1例』

小森寛之¹⁾、松本紘平、上山浩也、松本健史、赤澤陽一、竹田努、上田久美子、北條麻理子、八尾隆史²⁾

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】78歳男性、血中HP IgG抗体：陰性(< 3.0U/ml)。検診の上部消化管内視鏡検査にて、胃体中部大弯に約15mm大の白色調扁平隆起性病変を認めた。生検ではGroup4, Epithelial neoplasiaと診断され、ESD目的に入院となった。通常白色光観察では、体中部大弯に15mm大の白色調扁平隆起性病変を認め、肛門側には円形の小结節様隆起を認めた。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、扁平隆起に一致して明瞭なDemarcation line(DL)を認めた。結節部の表面微細構造(MS)はabsentと判断したが、一部にLBCを認めた。結節部の微小血管構築像(MV)は、口径不同、不規則な分岐・蛇行、discordanceを認め、irregular MV pattern plus absent MS pattern with a DLと判断した。非結節部は、MVのirregularityは低く、MSは弧状・多角形の腺窩辺縁上皮(MCE)を認め、regular MV pattern plus regular MS pattern with a DLと判断したが、一部のMCEはやや角張っており、低異型度高分化腺癌を疑う所見であった。病理組織学的所見では管状腺腫を伴う低異型度の高分化腺癌で、免疫染色では、癌部はMUC5AC(+), MUC6(+), MUC2(-), CD10(-)で、粘液形質は胃型が主体で、pepsinogen-Iは一部で弱陽性、H+/K+-ATPase陽性細胞もごく少数認めた。MIB-I標識率は約5%で不規則に分布しており、p53の過剰発現は認めなかった。結節部は非結節部に比較して異型度が若干高い印象であった。腺腫部はMUC5AC(-), MUC6(-), MUC2(-), CD10(+)であり、低異型度の腸型管状腺腫であった。最終病理診断はAdenocarcinoma with adenoma (Type 0-IIa, 13×12mm, tub1, pT1a/M, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0)と診断された。【結語】今回、H. pylori未感染胃に発生した腸型管状腺腫を伴う胃型腺癌の1例を経験したため報告する。

九州胃拡大内視鏡研究会

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