

# 第19回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2018年2月17日（土） 15:00～19:00

会場：福岡大学筑紫病院 3F ガーデンホール

代表世話人  
病理コメンテーター

福岡大学筑紫病院  
福岡大学筑紫病院  
順天堂大学

八尾建史  
岩下明德  
八尾隆史

ホームページ

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

## テーマ『 興味ある症例 』

15:00～15:05

代表世話人挨拶

福岡大学筑紫病院 八尾 建史

## 第一部

15:05～16:55

座長 長浜クリニック 長浜 孝

### 主題演題①

「 褪色调表面平坦型(0-IIb)を呈した胃底腺型胃癌の1例 」

小島康司<sup>1)</sup>、内多訓久、高橋 拓、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②

「 胃底腺粘膜型胃癌の一例 」

松野 健司<sup>1)</sup>、金坂 卓、上堂 文也、北村 昌紀<sup>2)</sup>

1) 大阪国際がんセンター 消化管内科

2) 大阪国際がんセンター 病理・細胞診断科

### 主題演題③

「 発赤調・隆起型の胃底腺粘膜型胃癌の一例 」

池田厚<sup>1)</sup>、松本紘平、上山浩也、谷田貝昂、小森寛之、赤澤陽一、竹田努、泉健太郎、上田久美子、松本健史、北條麻理子、八尾隆史<sup>2)</sup>、永原章仁<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

### よろず相談

「 胃ランタン沈着症が NBI 併用拡大内視鏡検査で黄色腫と鑑別ができるのか? 」

青柳裕之<sup>1)</sup>、海崎泰治<sup>2)</sup>、宇都宮まなみ<sup>1)</sup>、有塚敦史、竹田康人、内藤慶英、田中章浩、藤永晴夫、波佐谷兼慶、砂子阪 肇、辰巳 靖

- 1) 福井県立病院 消化器内科
- 2) 福井県立病院 病理診断科

休憩

第二部

17:10～18:55

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

### 主題演題④

「 異なる腫瘍腺管の分布を反映する M-NBI 所見を呈した高分化型胃癌の1例 」

大村仁志<sup>1)</sup>、小村卓也、加賀谷尚史、太田肇、川島篤弘<sup>2)</sup>、津山翔<sup>3)</sup>、土山寿志<sup>4)</sup>

- 1) 金沢医療センター 消化器内科
- 2) 金沢医療センター 臨床検査科
- 3) 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学
- 4) 石川県立中央病院 消化器内科

### 主題演題⑤

「NBI 併用拡大内視鏡検査により、生検後の経時的な所見の変化を観察しえた微小な胃腺腫の 1 例」

池田元洋<sup>1)</sup>、万波智彦、藤原延清、大多和泰幸<sup>2)</sup>、都地友紘<sup>3)</sup>

- 1) 公立学校共済組合中国中央病院 内科
- 2) 公立学校共済組合中国中央病院 外科
- 3) 公立学校共済組合中国中央病院 臨床検査科

### 主題演題⑥

「PCAB 投与が腫瘍の質的診断に有用と考えた除菌後発見胃癌の 1 例」

木本喬博<sup>1)</sup>、和田蔵人、上尾哲也、米増博俊<sup>2)</sup>、安部雄治<sup>1)</sup>、井上翔太郎、根布屋悟、都甲和美  
垣迫陽子<sup>2)</sup>、本村充輝<sup>1)</sup>、成田竜一、村上和成<sup>3)</sup>

- 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) 大分大学医学附属病院 消化器内科

### 主題演題⑦

「多発する斑状発赤の中に存在した *H. pylori* 除菌後胃癌の一例」

中島崇志<sup>1)</sup>、辻重継、湊宏<sup>2)</sup>、車谷宏、土山寿志<sup>1)</sup>

- 1) 石川県立中央病院 消化器内科
- 2) 石川県立中央病院 病理診断科

# 抄録

## 主題演題①

「 褪色調表面平坦型 (0-IIb) を呈した胃底腺型胃癌の 1 例 」

小島康司<sup>1)</sup>、内多訓久、高橋 拓、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 68 歳男性. 2017 年 7 月に胃前庭部の早期胃癌に対して ESD を施行され, ピロリ除菌を行った後, 以後経過観察を行っていた. 約 1 年半後の EGD で胃体上部大弯に約 5mm 大の褪色調で境界明瞭な平坦型病変を認めた. 背景は胃底腺粘膜, 拡大観察を行ったところ Microsurface pattern や Microvascular pattern には不整を認めず Demarcation line も不明瞭であった. しかしながら非拡大観察で境界明瞭な褪色領域であり拡大内視鏡診断の limitation 病変と判断し生検を行うと group5 であった. 後日に GIF-H260Z を使用して精査を行った. 白色光非拡大観察では生検部位の周囲が発赤していたが病変部は褪色調で境界明瞭であった. NBI 拡大観察では, 背景から病変部にむかって窩間部が徐々に開大しており明らかな DL は認めなかった. MCE は円弧状および楕円形で大小不同は目立たず regular MS pattern であった. V は一部にわずかな血管拡張を認めたが形態は均一で regular MV pattern であった. 生検部位には WGA 様の白色球体所見を認め, 壊死物質および粘液貯留などが示唆された. 上記より, 白色光では境界明瞭な褪色調病変ながら NBI 拡大観察では DL が不明瞭かつ窩幹部が徐々に開大していたことから胃底腺型胃癌が最も疑われた. ESD 施行し一括切除した. 病理組織学的所見は, 粘膜深層を中心に異型腺管が増殖しており一部は粘膜下層に進展していたが粘膜表層への露出はなかった. 粘液産生が比較的目立ち cyst 状に粘液貯留を認めた. 腫瘍細胞は MUC6 (+), pepsinogen I (+), CD56 (+), H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>ATPase (+/-), MUC5AC (-), MUC2 (-), CDX2 (-), CD10 (-)の結果で主細胞および副細胞への分化傾向が示唆された. 病理診断は adenocarcinoma of fundic gland type, Type 0 - IIb (6x5mm), Depth: pT1b(SM, 100 μ m), ly(-), v(-), HM0, VM0 であった. 本症例は褪色調 0-IIb 型病変で SMT 様隆起を呈さない胃底腺型胃癌の 1 例であった. 表層は非腫瘍上皮に覆われており DL を認めなかったが, 窩間部が徐々に開大する所見を認め, これまでの胃底腺型胃癌の報告例と一致していた. 生検後に WGA 様の所見を認めた原因として粘液産生が比較的多い腫瘍であった影響が考えられた.

## 主題演題②

「 胃底腺粘膜型胃癌の一例 」

松野 健司<sup>1)</sup>、金坂 卓、上堂 文也、北村 昌紀<sup>2)</sup>

1) 大阪国際がんセンター 消化管内科

2) 大阪国際がんセンター 病理・細胞診断科

症例は 60 歳代後半，男性．8 年前に直腸癌に対して手術歴あり．スクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査にて，胃体上部後壁に隆起性病変を認めた．生検病理診断は group 1 であったが，内視鏡像から胃癌を疑い，内視鏡治療目的に当科入院とした．*Helicobacter pylori* 除菌歴はなく，便中ピロリ抗原陰性で，内視鏡上は背景胃粘膜に萎縮性変化はなく，*Helicobacter pylori* 未感染状態と考えた．白色光通常観察では，同色～発赤調の境界明瞭な 12mm 大の 0-IIa 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，microvascular pattern は absent，microsurface pattern は irregular であり，早期胃癌と考えた．UL-かつ cT1a と判断し，ESD にて一括切除した．切除標本の病理診断は，Type 0-IIa，13×11mm，tub1，pT1b1(SM300 μm)，UL(-)，ly(-)，v(-)，pHM0，pVM0 であった．腫瘍は，MUC6 および pepsinogen 陽性の胃底腺細胞様の分化に加え，MUC5AC 陽性の腺窩上皮に類似した分化も示しており，胃底腺粘膜型胃癌と考えられた．

### 主題演題③

「 発赤調・隆起型の胃底腺粘膜型胃癌の一例 」

池田厚<sup>1)</sup>、松本紘平、上山浩也、谷田貝昂、小森寛之、赤澤陽一、竹田努、泉健太郎、上田久美子、松本健史、北條麻理子、八尾隆史<sup>2)</sup>、永原章仁<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

【症例】40歳男性、血中HP IgG抗体陰性(< 3.0U/ml)、便中HP抗原陰性、ペプシノゲン I : 129ng/ml、ペプシノゲン I/II 比 : 6.0 で陰性。検診の上部消化管内視鏡検査にて、胃体上部大弯に約5mm大の発赤調の隆起病変を認めた。生検の結果、Group 2, Atypical epithelium (suspicious neoplasia)、腺窩上皮型の高分化腺癌の疑いと診断され、精査加療目的に当院紹介受診となった。通常白色光観察では、背景粘膜には萎縮、腸上皮化生などのHP感染を疑う内視鏡所見は認めず、体上部大弯後壁に5mm大の発赤調の隆起病変を認めた。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、隆起辺縁に一致して明瞭なDemarcation line (DL)を認めた。微小血管構築像(MV)は、closed-looped/open-looped/tortuousなどの大小不同、口径不同、形状不均一を伴う微小血管を認め、表面微細構造(MS)は、若干いびつな弧状・類円形の腺窩辺縁上皮を認め、Irregular MV pattern plus regular MS pattern with a DLと判断した。HP未感染胃に発生した発赤調の隆起性病変でM-NBIで癌と判断したことから、低異型度の腺窩上皮型の高分化腺癌と診断し、EMRを施行した。病理組織学的所見では、表層は腺窩上皮に類似した腫瘍細胞の増殖を認め、中央部には胃底腺や頸部粘液細胞に類似した不整な腺管構造を示す腫瘍細胞が一部で粘膜筋板へ浸潤していた。免疫染色では、MUC5AC (表層部に+)、MUC6 (深部に+)、MUC2 (-)、CD10 (-)、pepsinogen-I (深部に+)、H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase (深部の一部で+)であり、p53過剰発現は認めなかった。Ki-67陽性細胞は腫瘍表層に多数認め、粘膜深部でも少数ながら不規則に分布していた。以上より、低異型度の胃型腺癌の所見であり、腺窩上皮を主体として深部に胃底腺や頸部粘液細胞への分化を示す腫瘍であることから胃底腺粘膜型胃癌と診断された。最終診断はU, 5mm, 0-I, Gastric adenocarcinoma of fundic gland mucosal type, pT1a/M, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0であった。【結語】HP未感染胃に発生した発赤調・隆起型の胃底腺粘膜型胃癌の一例を経験したため、発赤調・隆起型の胃底腺型胃癌関連病変との比較を含めて報告する。

## よろず相談

「 胃ランタン沈着症が NBI 併用拡大内視鏡検査で黄色腫と鑑別ができるのか? 」

青柳裕之<sup>1)</sup>、海崎泰治<sup>2)</sup>、宇都宮まなみ<sup>1)</sup>、有塚敦史、竹田康人、内藤慶英、田中章浩、藤永晴夫  
波佐谷兼慶、砂子阪 肇、辰巳 靖

1) 福井県立病院 消化器内科

2) 福井県立病院 病理診断科

**【背景と目的】**高リン血症治療薬である炭酸ランタンと燐との結合物が胃粘膜内に沈着し、それを貪食した組織球や異物巨細胞の存在によりその結合物の沈着が証明できるようになった。一般的に胃ランタン沈着症は胃体部から前庭部にかけて塑像な白色微細顆粒状粘膜がびまん性に認められるが、斑状に分布する症例も存在し黄色腫との鑑別が困難である。今回、胃ランタン沈着症が NBI 併用拡大内視鏡検査で黄色腫と鑑別ができるのか相談することを発表の目的とした。

**【対象と方法】**2013年10月1日から2017年7月30日までの間に炭酸ランタンの沈着が生検にて証明され NBI 併用拡大内視鏡検査が施行された5症例の画像と、黄色腫に対して NBI 併用拡大内視鏡検査と生検が施行された5症例の画像を評価する。採点は0点~3点までの加点法で確信正診率は確信し正答が得られた割合とした。仮説ではあるが鑑別すべき所見を伝え再度、同様のシートで再評価する。同検査は院内倫理委員会に承認された。また黄色腫の生検は検査前説明で同意を得られた症例に施行された。

**【成績】**当院全体の平均点は1回目20.3点、2回目23.5点であった。内視鏡専門医では1回目21.3点、2回目23.6点であった。全体での1回目確信正診率35%、2回目50%であった。内視鏡専門医では1回目40%で2回目58%であり有意差はなかった。

**【結論】**当院の場合、症例数、回答人員が少数であったことから有意差は認められなかったが、2回目の平均点、確信正診率がともに上昇していることから着目した所見は鑑別の根拠になりうる可能性が示唆された。NBI 併用拡大内視鏡検査のエキスパートの先生方に御解答して頂き鑑別が可能か否か、鑑別の根拠が適正か否か御教授頂きたい。

## 主題演題④

「異なる腫瘍腺管の分布を反映する M-NBI 所見を呈した高分化型胃癌の 1 例」

大村仁志<sup>1)</sup>、小村卓也、加賀谷尚史、太田肇、川島篤弘<sup>2)</sup>、津山翔<sup>3)</sup>、土山寿志<sup>4)</sup>

1) 金沢医療センター 消化器内科

2) 金沢医療センター 臨床検査科

3) 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学

4) 石川県立中央病院 消化器内科

80 歳代女性。5 年前に胃体下部前壁の早期胃癌の ESD を施行。その際、*H. pylori* 除菌療法を行い、除菌成功を確認。本年の上部消化管内視鏡検査にて、胃体中部小彎に 7mm の境界明瞭な白色調の表面隆起性病変を認めた。背景胃粘膜には高度の萎縮を認めた。NBI 併用拡大内視鏡 (M-NBI) では、隆起部に一致して明瞭な DL を認めたが、腫瘍の小彎側の領域 (Part A) と後壁側の領域 (Part B) で明らかに異なる M-NBI 所見を認めた。Part A では、V は WOS のため視認できず absent と判定した。S は斑状・点状の WOS で視覚化されており、irregular と判定した。VSCS : absent MV pattern plus irregular MS pattern with a DL にて癌と診断し、WOS 陽性より腸型形質の分化型腺癌と考えた。Part B では、V は WOS が存在しないが視認性に乏しく absent と判定した。S は形状不均一や分布非対称から irregular と判定したものの、程度はごくわずかで、Part A と比較して明らかに irregularity が軽度だった。VSCS : absent MV pattern plus irregular MS pattern with a DL にて Part B も癌と診断したが、Part A とは表層の構造異型の程度が異なると考えた。ESD 標本の病理診断は、Type 0-II a, 7×4mm, tub1, pT1a, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 であった。HE 染色では、Part A は粘膜表層から粘膜固有層にかけて癌腺管が分布していたが、Part B は粘膜表層のみに構造異型の弱い癌腺管を認め、粘膜固有層には非腫瘍胃底腺が残存していた。粘液形質は、Part A は胃腸混合型 (MUC5AC 陽性、MUC6 陽性かつ CD10 陽性、Villin 陽性)、Part B は胃型 (MUC5AC のみ陽性) であった。

## 主題演題⑤

「NBI 併用拡大内視鏡検査により、生検後の経時的な所見の変化を観察しえた微小な胃腺腫の 1 例」

池田元洋<sup>1)</sup>、万波智彦、藤原延清、大多和泰幸<sup>2)</sup>、都地友紘<sup>3)</sup>

1) 公立学校共済組合中国中央病院 内科

2) 公立学校共済組合中国中央病院 外科

3) 公立学校共済組合中国中央病院 臨床検査科

症例は、86 歳 男性。健診目的の上部消化管内視鏡検査(EGD)で、胃前庭部の径 3mm 程度の僅かな隆起から生検を行ったところ、Group 4 (well differentiated adenocarcinoma 疑い)との結果であったため、内視鏡治療目的で紹介となった。

生検から約 2 週間後に当院で行った EGD において、白色光観察、色素観察ともに生検痕が指摘できるのみで病変の認識は困難であった。そのため 3 ヶ月後に再検を行う方針とした。2 回目の EGD において、白色光通常観察で前庭部前壁小彎寄りに、径 2mm 程度の、血管透見が消失した周囲と同色調の類円形の領域を認めた。連続して同部位の narrow-band imaging (NBI) 併用拡大内視鏡検査を施行したところ、その部位で microsurface (MS) pattern は消失しており、微小血管構築は形状不均一で配列は不規則であった。以上より、demarcation line (DL) (+)、irregular microvascular (MV) pattern、absent MS pattern と判定し、腺癌疑いと診断した。更にその 2 ヶ月後に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行したが、その際の NBI 併用拡大観察では、微細血管構築の不整さが乏しくなっており、DL (+)、regular MV pattern、absent MV pattern と判定し、腺腫と診断した。病理組織診断は管状腺腫で病変径は 2mm であった。切除標本と内視鏡像の対比を踏まえ、生検直後の NBI 併用拡大内視鏡所見を遡及的に検討したところ、部分的に腫瘍成分の存在を示唆する所見が認められた。

## 主題演題⑥

「 PCAB 投与が腫瘍の質的診断に有用と考えた除菌後発見胃癌の 1 例 」

木本喬博<sup>1)</sup>、和田蔵人、上尾哲也、米増博俊<sup>2)</sup>、安部雄治<sup>1)</sup>、井上翔太郎、根布屋悟、都甲和美垣迫陽子<sup>2)</sup>、本村充輝<sup>1)</sup>、成田竜一、村上和成<sup>3)</sup>

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) 大分大学医学附属病院 消化器内科

除菌後発見胃癌はその病理学的特徴から時に質的診断が困難となる場合がある。今回我々は PCAB 投与が腫瘍の質的診断に有用と考えた除菌後発見胃癌の 1 例を経験したので報告する。

症例は 70 歳, 男性. 2007 年前医で H. pylori 除菌施行. 2017 年 2 月 (除菌後 10 年) の上部消化管内視鏡検査で, 胃体下部小彎に発赤調病変を認め, 生検で Group5 の診断, 精査・加療目的で当科紹介となった。

内視鏡通常観察像では胃体下部小彎に発赤調の陥凹病変を 2 カ所認めた。本症例では PCAB 投与前後の観察を行った。PCAB 投与前の NBI 併用拡大観察では口側の病変は Demarcation line absent, 一部 Irregular MV pattern. 肛門側の病変は出血しており詳細な観察は出来なかった。PCAB 投与後の NBI 併用拡大観察では口側の病変は Demarcation line present, Irregular MS pattern plus Irregular MV pattern, WGA 陽性, WOS 陰性で除菌後発見の分化型癌を疑った。肛門側の病変は Demarcation line present, Regular MS pattern with LBC Regular MV pattern で腸上皮化生の可能性を考えたが, 辺縁に Irregular MV, WGA 陽性の様に見える箇所を認め、癌の可能性も完全には否定出来なかった。

2 カ所の病変に対して ESD 一括切除施行し, 病理学的には adenocarcinoma, tub1, tumor size 7x8mm, SM1, int, INFa, U1(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0 であった。口側の病変は高分化腺癌の所見で WGA を反映して腫瘍辺縁には necrotic debris の所見を認めた。粘液形質は MUC5AC 陽性, MUC6, MUC2, CD10 陰性で胃型であった。肛門側の病変は周囲の背景粘膜同様 MUC2 陽性の腸上皮化生粘膜であり, 辺縁に認めた WGA 様の白色隆起は膨化した腺管の変性をみていたものと判断した。

【結語】 PCAB 投与が腫瘍の質的診断に有用と考えた除菌後発見胃癌の 1 例を経験した。

## 主題演題⑦

「 多発する斑状発赤の中に存在した *H. pylori* 除菌後胃癌の一例 」

中島崇志<sup>1)</sup>、辻重継、湊宏<sup>2)</sup>、車谷宏、土山寿志<sup>1)</sup>

1) 石川県立中央病院 消化器内科

2) 石川県立中央病院 病理診断科

症例は 80 歳代，男性．2011 年に前庭部小弯，2016 年には体下部小弯の早期胃癌に対して ESD を施行し，以後当院に定期通院中であつた．2011 年には *H. pylori* 除菌療法を行い，尿素呼気試験で陰性を確認している．2017 年の上部消化管内視鏡検査で，前庭部を中心に多発する斑状発赤を認めた．白色光観察（WLI）において，前庭部前壁とその大弯側に近接する約 10mm 大の 2 つ発赤陥凹は，周囲の多発する発赤と比較し，辺縁が不整で色調のムラを認めており，癌の可能性を考えた．NBI 併用拡大観察（M-NBI）では，いずれも陥凹に一致して demarcation line を認めた．病変部の個々の血管の形状は比較的均一で，一部規則的な網目状の network を形成しており regular microvascular pattern と判定した．腺窩辺縁上皮は類円形から弧状を呈しており，一部形状不均一であるが，大部分は均一で配列は規則的であり microsurface pattern の判定は困難であつた．総合的には癌の可能性を考慮し，それぞれ生検を施行し，病理結果はいずれも高分化腺癌の診断であつた．両病変に対して ESD で一括切除し，切除標本による最終病理診断は early gastric cancer, type 0-IIc, 6.5×3.5mm and 4×3mm, tub1, pT1a(M), UL (-), ly (-), v (-), pHM0, pVM0 で治癒切除であつた．病理学的には，部分的に表層まで癌がみられるが，大部分で表層は非腫瘍上皮に覆われ，その下に癌腺管を認めており，M-NBI 診断が困難であつた要因であると考えられた．*H. pylori* 除菌後胃癌は，腫瘍表層が非腫瘍上皮に被覆され，また低異型度であるため質的診断や範囲診断が困難であることが報告されている．*H. pylori* 除菌後胃癌に対しては，その特徴を十分に理解したうえで，WLI 所見も含め総合的に判断する重要性を認識させられた症例であり報告する．



九州胃拡大内視鏡研究会

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