

第22回 九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2019年8月3日（土） 15:00～19:00

会場：レソラNTT夢天神ホール

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

九州胃拡大内視鏡研究会ホームページ <http://www.qzgcconf.com/>

テーマ『 興味ある症例 』

代表世話人挨拶

15:00～15:05

福岡大学筑紫病院 八尾 建史

第一部

15:05～17:03

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

ミニレクチャー 「 十二指腸腺腫・癌の鑑別診断におけるVS classification systemの有用性 」

15:05～15:35

石川県立中央病院 辻 重継

症例検討

15:35～17:03

主題演題①

「 表在性非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍の一例 」

鈴木信之¹⁾、松本紘平、上山浩也、阿部大樹、沖翔太朗、池田厚、谷田貝昂、赤澤陽一、小森寛之、泉健太郎、竹田努、上田久美子、松本健史、北條麻理子、八尾隆史²⁾、永原章仁¹⁾

1) 順天堂大学医学部 消化器内科

2) 順天堂大学医学部 大学院医学研究科 人体病理病態学講座

主題演題②

「 A 型胃炎に多発カルチノイドを合併した 1 例 」

山里哲郎¹⁾、入口陽介、小田丈二、水谷勝、富野泰弘、依光展和、園田隆賀、大島奈々、岸大輔
橋本真紀子、山村彰彦²⁾、細井董三¹⁾

1) 東京都がん検診センター 消化器内科

2) 東京都がん検診センター 検査科

主題演題③

「 不整な微小血管構築像が範囲診断に有用であった除菌後胃癌の 1 例 」

福本康史、若槻俊之、古立真一、佐柿司、永原華子、須藤和樹、坂林雄飛、清水慎一、万波智彦
国立病院機構岡山医療センター 消化器内科

主題演題④

「 胃型形質の低異型度分化型胃癌の 1 例 」

井上雅貴¹⁾、山本桂子²⁾、松田可奈³⁾、霜田佳彦¹⁾、田中一光、木脇佐代子、石川麻倫²⁾、大野正芳¹⁾
小野尚子²⁾、清水勇一、坂本直哉¹⁾

1) 北海道大学大学院 医学研究院 内科学分野 消化器内科学教室

2) 北海道大学病院 光学医療診療部

3) 北見赤十字病院 消化器内科

休憩

(15 分間)

第二部

17:18～18:46

座長 石川県立中央病院 土山 寿志

主題演題⑤

「 制酸剤投与は *H. pylori* 除菌後発見胃上皮性腫瘍における WOS 発現に有用である 」

和田蔵人¹⁾、上尾哲也、米増博俊²⁾、八尾建史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 病理診断科
- 3) 福岡大学筑紫病院 内視鏡部
- 4) 大分大学医学部附属病院 消化器内科

主題演題⑥

「 特徴的な血管像を呈した例 」

岩崎丈紘¹⁾、内多訓久、小島康司、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

主題演題⑦

「 NBI 併用拡大内視鏡観察を行った collagenous gastritis の 1 例 」

増永哲平¹⁾、中西宏佳、秋山晋一郎、杉山紘、宮島沙織、平井博和、脇田重徳、木藤陽介、辻国広
吉田尚弘、松永和大、辻重継、竹村健一、片柳和義²⁾、車谷宏、湊宏、土山寿志¹⁾

- 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

主題演題⑧

「 黄色調の早期胃癌 」

福田弘武、上堂文也、金坂卓、庄司絢香、三宅宗彰、松枝克典、井上貴裕、脇幸太郎、河野光泰
嶋本有策、大森正泰、岩上裕吉、中平博子、松浦倫子、七條智聖、前川聡、山本幸子、竹内洋司
東野晃治、石原立

大阪国際がんセンター 消化管内科

抄録

主題演題①

「 表在性非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍の一例 」

鈴木信之¹⁾、松本紘平、上山浩也、阿部大樹、沖翔太朗、池田厚、谷田貝昂、赤澤陽一、小森寛之、泉健太郎、竹田努、上田久美子、松本健史、北條麻理子、八尾隆史²⁾、永原章仁¹⁾

1) 順天堂大学医学部 消化器内科

2) 順天堂大学医学部 大学院医学研究科 人体病理病態学講座

80歳代男性。近医で上部消化管内視鏡検査を施行したところ十二指腸球部に病変を認め、当院紹介受診となった。通常白色光観察では、十二指腸球部に15mm大の正色調亜有茎性隆起性病変を認めた。表面は顆粒状・分葉状の構造を呈し、頂部にはWOSの沈着を認めた。NBI併用拡大観察では病変基部の隆起立ち上がり部分に一致して明瞭なDLを認め、窩間部は開大し不整な弧状の絨毛辺縁上皮(MVE: marginal villus epithelium)と、蛇行を伴う網目状・分枝状のMVを認めた。病変頂部のWOS沈着部ではMVは視認されず、WOSはMVE周囲に沈着し、形状不均一、分布対称、配列不規則であった。また、病変口側の一部にVEC様の所見を認めた。VSCSではirregular(一部absent)MV pattern plus irregular MS pattern with a DLと判断し、球部発生の顆粒状・分葉状の隆起型腫瘍であり、VEC、WOSも認めることから胃腸混合型形質の早期十二指腸癌と診断しEMRを施行した。病理組織学的所見では、表層の腺窩上皮には構造異型を認め、N/C比は50%以下だが核の円形化と配列の乱れを認め、癌と診断された。免疫染色ではCDX2(-)、MUC5AC(+)、MUC6(+)、MUC2(-)、CD10(-)、pepsinogen-I(-)、H+/K+-ATPase(+)と判定され、最終病理診断はAdenocarcinoma with gastric mucosal typeであったが、CDX2、MUC2、pepsinogen-Iがごく一部(全体の10%未満)で陽性であり、主体としては胃底腺粘膜への分化を示し、一部で腸型化を示す腫瘍と考えられた。

当院における、表在性非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍(superficial non-ampullary duodenal epithelial tumor; SNADET)の粘液形質別の内視鏡的・臨床病理学的特徴の検討では、胃型形質は、球部発生、隆起型、分葉・顆粒状、VEC、Dense pattern、窩間部開大を認め、癌の頻度が高く、腸型形質は、下降脚発生、平坦隆起・陥凹型、WOS、LBCを認め、腺腫の頻度が高かった。本症例では、発生部位、形状、M-NBI所見により胃腸混合型形質を予測することが可能であった。粘液形質別の内視鏡的・臨床病理学的特徴とVSCSを基に、術前に胃腸混合型形質の早期十二指腸癌と診断することが可能であったSNADETの一例を経験したため報告する。

主題演題②

「 A 型胃炎に多発カルチノイドを合併した 1 例 」

山里哲郎¹⁾、入口陽介、小田丈二、水谷勝、富野泰弘、依光展和、園田隆賀、大島奈々、岸大輔
橋本真紀子、山村彰彦²⁾、細井董三¹⁾

1) 東京都がん検診センター 消化器内科

2) 東京都がん検診センター 検査科

症例は 40 歳台女性。胃部不快感を認め近医で受けた内視鏡検査で胃カルチノイドを認め当センターに紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、胃体部優位な高度萎縮粘膜を認め、前庭部は萎縮のない粘膜であり逆萎縮所見を呈していた。胃体下部大弯に萎縮粘膜を背景とした発赤調の隆起性病変を長軸方向に 3 個認めた。肛門側から大きさは 5mm 大、2mm 大、2mm 大であり、それぞれ病変 1、病変 2、病変 3 とした。IC 撒布ではそれぞれ立ち上がりのなだらかな隆起を呈した。NBI 拡大にて、病変 1 は隆起の頂部にわずかな陥凹を認めたが、DL(-)であった。NBI 強拡大では IMSP を認めず、窩間部に口径不同のある血管を認め IMVP と考えられた。病変 2 も病変 1 と同様に DL(-)であり、隆起の頂部に浅い陥凹を認め、同部位で IMVP を認めた。病変 3 は隆起を呈してはいるものの頂部に陥凹を認めず DL(-)で、所々拡張した血管を認めるのみであった。3 病変に対して ESD で一括切除した。病理診断は Double Carcinoid tumor of the stomach, ESD: 1. M, Gre, pType0-II a, pT1b(SM1, 140 μ m), 5×3×2mm, Medullary type, INFb, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0. 2. M, Gre, pType0-II a, pT1a(M), 2mm, UL(-), ly(-), v(-), pHM0, pVM0. であった。病変 1 は 5mm 大のカルチノイド、病変 2 は 2mm 大のカルチノイド、病変 3 は ECM を認めるのみであった。同病変以外に、胃体上部小弯前壁、胃体中部小弯前壁、胃体上部大弯、体上部大弯後壁、胃体下部後壁の発赤隆起部からの生検でそれぞれ 5 個のカルチノイドを認めた。

主題演題③

「 不整な微小血管構築像が範囲診断に有用であった除菌後胃癌の 1 例 」

福本康史、若槻俊之、古立真一、佐柿司、永原華子、須藤和樹、坂林雄飛、清水慎一、万波智彦
国立病院機構岡山医療センター 消化器内科

【症例】60 歳代、男性 【既往歴】58 歳時：早期胃癌（ESD 後）【主訴】なし

【現病歴・経過】*H. pylori* 除菌成功後 10 年、胃 ESD 後サーベイランス目的の上部消化管内視鏡検査にて、胃体上部大弯後壁より同色調の微小陥凹病変を 10mm 強の間隔をおいて 2 カ所(A, B)認めた。背景粘膜は褪色调、血管透見の亢進を認め、萎縮を伴っていた。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 A の微小血管構築像について、個々の血管は不整な開放性及び閉鎖性ループを呈し、形状は不均一、分布は非対称性、配列は不規則であった。表面微細構造について、個々の MCE の形態は大小不同の類円形～楕円形を呈しており、MCE の幅は不均一であった。病変 B の微小血管構築像についても、個々の血管は不整な開放性、閉鎖性ループを呈し、形状は不均一、分布は非対称性、配列は不規則であり、口径不同も認めた。表面微細構造については、個々の MCE の形態は不均一な形状の弧状～楕円形を呈しており、配列は不規則であった。A, B いずれの病変も irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a demarcation line と判定した。以上より癌と診断し、後日 ESD を施行、病変は一括切除された。病理組織学的所見は、A, B いずれも軽度の細胞異形と構造異形を示す高分化型管状腺癌の粘膜内増殖を認め、部分的に表層が非腫瘍上皮で被覆された領域や非腫瘍腺管の混在を認めた。免疫染色において、p53 は表層で一部陽性、Ki-67 は病変全体にびまん性に陽性であった。また MUC5AC 陰性、MUC6 陰性、MUC2 陰性、CD10 陽性という染色態度をとり、粘液形質は腸型と診断した。【考案】除菌後胃癌の診断が困難な理由の一つとして、腫瘍が非腫瘍上皮に被覆されることがあるためとの報告が多くされている。本症例病変 A, B いずれも腫瘍が一部非腫瘍上皮で被覆されていたが、不整な微小血管構築像の認識が正確な範囲診断に寄与したと考えられた。

主題演題④

「胃型形質の低異型度分化型胃癌の1例」

井上雅貴¹⁾、山本桂子²⁾、松田可奈³⁾、霜田佳彦¹⁾、田中一光、木脇佐代子、石川麻倫²⁾、大野正芳¹⁾
小野尚子²⁾、清水勇一、坂本直哉¹⁾

1) 北海道大学大学院 医学研究院 内科学分野 消化器内科学教室

2) 北海道大学病院 光学医療診療部

3) 北見赤十字病院 消化器内科

【症例】40歳代、女性。【主訴】なし。【既往歴、家族歴、生活歴】特記事項なく、胃癌を含む家族歴はなかった。常用している内服薬はなかった。【現病歴】職場の健診にて上部消化管造影検査を受け、異常陰影を指摘されたため、当院を紹介され受診となった。【入院時現症】身長148.3cm、体重38.3kg。腹部は平坦、軟で圧痛を認めなかった。【初診時検査所見】血算、生化学、凝固検査に特記所見は認めなかった。尿素呼気試験は0.8%、抗Helicobacter pylori抗体は<0.3IU/mlであった。【上部消化管内視鏡所見】背景粘膜には萎縮はなく、Helicobacter pylori未感染の胃粘膜と考えられた。体下部大彎に25mm大の平坦な隆起性病変を認め、周囲粘膜と同色調の領域と発赤調の領域が混在していた。インジゴカルミン色素散布によって隆起部の境界が明瞭となった。NBI併用拡大内視鏡的所見では背景粘膜と病変の間に demarcation line (DL) を認めた。微小血管構造については口径不同や蛇行といった不整を認め、irregular MV pattern と判断した。表面微細構造については病変部で腺窩辺縁上皮の形状不均一を認め、irregular MS pattern と判断した。VS classification system より irregular MV pattern plus irregular MS pattern with DL と判断し、胃癌と診断した。内視鏡所見、超音波内視鏡検査所見で深部浸潤を疑う所見はなく、ESDを施行する方針とした。【病理組織学的所見】腺管構造に不整を認め、核はクロマチン濃染性で腫大、延長を認めた。癌は粘膜内に留まっていた。腫瘍はMUC5AC陽性、一部でMUC6が陽性、MUC2とCD10は陰性であった。以上より、低異型度胃型腺癌、腺窩上皮型と診断した。

主題演題⑤

「 制酸剤投与は *H. pylori* 除菌後発見胃上皮性腫瘍における WOS 発現に有用である 」

和田蔵人¹⁾、上尾哲也、米増博俊²⁾、八尾建史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 病理診断科
- 3) 福岡大学筑紫病院 内視鏡部
- 4) 大分大学医学部附属病院 消化器内科

【背景・目的】胃上皮性腫瘍における WOS は腫瘍の質的診断に有用である。我々は腫瘍における WOS の発現は腸上皮化生における WOS の発現と同様に *H. pylori* (HP) 除菌後の酸分泌の改善に強く影響を受けると考えた。本研究の目的は制酸剤の投与が HP 除菌後発見胃上皮性腫瘍における WOS の発現を増加させるかどうかである。

【対象と方法】HP 除菌後発見胃上皮性腫瘍 38 例（腺腫 12 例, 癌 26 例）を対象として、後ろ向きの検討を行った。WOS 発現の評価は制酸剤投与の前後で NBI 併用拡大内視鏡を用いて行った。また空腹時胃液 pH の測定を行った。本研究のエンドポイントは（1）制酸剤投与前後の腫瘍及び組織別（癌, 腺腫）における WOS の発現頻度と、（2）WOS の発現頻度と空腹時胃液 pH の関連性である。

【結果】（1）WOS の発現頻度は制酸剤投与後に 0% (0/38 例) から 44.8% (17/38 例) に増加した。腺腫における WOS の発現頻度は癌と比較して有意に増加した (83.3% VS 26.9%, P=0.0077)。（2）胃上皮性腫瘍における WOS は空腹時胃液 pH が強酸下では認めず、中性の時にのみ発現した。

【結論】制酸剤投与は酸分泌の改善を認めた HP 除菌後発見胃上皮性腫瘍（特に腺腫において）における WOS の発現に有用である。

主題演題⑥

「 特徴的な血管像を呈した例 」

岩崎丈紘¹⁾、内多訓久、小島康司、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

症例は 70 代男性、近医にてスクリーニング目的で上部消化管内視鏡検査を施行された際、胃角部前壁に微小な潰瘍性病変を認めた。同部位から生検を施行したところ atypical epithelium(group2)であった。精査加療目的で当院紹介となり、2016 年 12 月に H260Z で内視鏡検査を施行した。白色光非拡大観察では背景粘膜は萎縮しており、びまん性発赤や白濁した粘液は認めず *H. pylori* 既感染と考えられた。胃角部前壁側に 5mm 大で発赤調の辺縁がやや隆起し中央部に陥凹を呈する病変を認めた。陥凹は不整形であったが、通常・色素内視鏡観察による色調や粘膜構造による病変境界は明らかでなかった。NBI 併用弱拡大観察では陥凹部には窩間部の開大と内部にやや拡張した血管を認めたが irregularity はなく regular microsurface pattern & regular microvascular pattern と診断した。NBI 併用最大倍率観察では陥凹部肛門側の粘膜に割って入ると、多角形の閉鎖性ループを呈し分布は対象、配列も整で一見 regular な微小血管を認めたが、全体的に口径不同を伴って不均一に拡張しており、形状不均一と考え irregular microvascular pattern と判断した。また陥凹部口側の血管が不均一に拡張しており、背景粘膜と demarcation line を形成していた。胃癌と診断し ESD を施行した。

摘出標本の病理学的所見では高分化腺癌であり、病変肛門側の多角形のループを呈した血管を認めた部位は、腫瘍腺管が比較的ストレートであった。また病変口側の血管が不均一に拡張した部位は、非癌上皮が腫瘍を被覆していた。

微小血管の不均一な拡張を認めた場合、非癌上皮の下に腫瘍が存在する可能性があること、また一見配列が regular な血管であっても、口径不同を伴う場合は腫瘍であることが示された症例であり、供覧する。

主題演題⑦

「 NBI 併用拡大内視鏡観察を行った collagenous gastritis の 1 例 」

増永哲平¹⁾、中西宏佳、秋山晋一郎、杉山絃、宮島沙織、平井博和、脇田重徳、木藤陽介、辻国広
吉田尚弘、松永和大、辻重継、竹村健一、片柳和義²⁾、車谷宏、湊宏、土山寿志¹⁾

- 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 20 歳代女性。特記すべき既往歴・アレルギー歴・常用薬はない。上腹部痛の精査加療目的に当科を受診した。血液検査及び腹部造影 CT 検査では異常は認めなかった。上部消化管内視鏡検査では、胃体中部から胃体下部にかけて、褪色调の浅い陥凹面が全周性に広がっていた。陥凹面の内部には同色调の類円形の隆起を多数認めた。送気すると胃壁の伸展性は良好で、類円形の多発隆起は平坦化した。胃体上部と、胃角から前庭部は RAC (regular arrangement of collecting venules)陽性で、*H. pylori* 未感染の胃粘膜像を呈していた。NBI 併用拡大内視鏡観察では、褪色调陥凹部分に一致して demarcation line を認めた。陥凹内部の微小血管構築像については、主に閉鎖性ループを呈しているが honeycomb-like subepithelial capillary network (SECN) pattern は消失していた。個々の血管の形状は均一で、分布は対称性、配列も規則的で regular MV pattern と判定した。表面微細構造については、個々の腺窩辺縁上皮 (MCE) の形態は主に弧状を呈し、形状は均一、分布は対称性、配列も規則的で regular MS pattern と判定した。部分的に視認しづらい領域も点在した。陥凹内に多発する隆起部分は、regular honeycomb-like SECN pattern や、regular oval crypt-opening pattern を認めた。以上より、広範囲の褪色调陥凹部分は萎縮性胃炎の内視鏡像、内部の多発隆起部分は正常胃体部粘膜の内視鏡像と判定した。限局した褪色调陥凹面であり未分化型癌あるいは悪性リンパ腫の除外目的に複数個の生検を行った。褪色调陥凹部分の生検病理では、粘膜固有層内に慢性炎症細胞浸潤を認め、AZAN 染色では上皮下に 30-50 μm の collagen band を認め、collagenous gastritis と診断した。隆起部分の生検では正常の胃底腺構造を認めた。尚、*H. pylori* 感染に関しては、迅速ウレアーゼ試験及び血清抗体が陰性で未感染と判定した。

主題演題⑧

「 黄色調の早期胃癌 」

福田弘武、上堂文也、金坂卓、庄司絢香、三宅宗彰、松枝克典、井上貴裕、脇幸太郎、河野光泰
嶋本有策、大森正泰、岩上裕吉、中平博子、松浦倫子、七條智聖、前川聡、山本幸子、竹内洋司
東野晃治、石原立
大阪国際がんセンター 消化管内科

現病歴：症例は60歳代男性。近医で十二指腸潰瘍治療後の経過観察目的に上部消化管内視鏡検査を受けたところ、胃噴門直下に小さな黄色調の平坦病変を指摘された。生検病理診断結果がGroup 4であったため内視鏡治療目的に当院を紹介され、受診した。

既往歴：2年前に十二指腸潰瘍出血あり、この時にHelicobacter pyloriの除菌治療を受けた。

飲酒歴：ビール1000ml、ウイスキー200ml /日。

喫煙歴：40本/日（20～50歳）。

現症：特記すべきことなし。

当院で施行した上部消化管内視鏡検査では、白色光通常観察で胃噴門直下に8 mm大の黄色調の平坦な領域を認めた。背景粘膜にはclosed typeの萎縮性胃炎を認めた。病変部のNBI併用拡大観察ではregular MV pattern and irregular MS pattern without DLであった。通常内視鏡所見は黄色腫と類似しているものの、拡大内視鏡所見は黄色腫の典型像とは異なっていた。ESD切除標本の病理診断は、12×8mm, tub1, pT1b1 (<500 μm), INFb, Ly0, V0, pHM0, pVM

九州胃拡大内視鏡研究会

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