

第24回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2021年2月13日（土） 13:00～17:00

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.qzgconf.com/>

テーマ『 興味ある症例 』

~~~~~ プログラム ~~~~~

代表世話人挨拶

福岡大学筑紫病院 八尾 建史

症例検討

|    |          |       |
|----|----------|-------|
| 座長 | 福岡大学筑紫病院 | 八尾 建史 |
| 座長 | 福岡大学筑紫病院 | 宮岡 正喜 |

① 主題演題

「褪色调の 0-IIc 型分化型早期胃癌」

大阪国際がんセンター 消化管内科 福田 弘武

② 主題演題

「診断に迷った発赤調陥凹性病変の 1 例」

高知赤十字病院 消化器内科 岩崎 丈紘

③ 主題演題

「PPI 関連ポリープ様の形態変化を伴った胃型腺腫の一例」

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 宇都宮 尚典

【ミニレクチャー】

「拡大内視鏡による新しい早期胃癌の組織型診断アルゴリズム」

大阪国際がんセンター 消化管内科 金坂 卓

④ よろず相談

「胃隆起性病変の一例」

岡山医療センター 消化器内科 万波 智彦

⑤ よろず相談

「初回内視鏡+生検において、十二指腸癌疑いと診断されたが、最終的に十二指腸びらんであった病変について」

福岡大学筑紫病院 内視鏡部 池園 剛

⑥ 主題演題

「*H. pylori* 未感染胃粘膜に生じた腸型分化型胃癌の質的診断に LBC と WOS 陽性所見が有用であった 1 例」

大分赤十字病院 消化器内科 秋山 英俊

⑦ 主題演題

「幽門腺粘膜に発生した *H. pylori* 未感染早期胃癌：拡大内視鏡所見・病理組織学的所見の解析」

福岡大学筑紫病院 内視鏡部 宇野 駿太郎

# 抄録

## ① 主題演題

### 「褪色調の 0-IIc 型分化型早期胃癌」

福田 弘武、金坂 卓、上堂 文也、櫻井 裕久、谷 泰弘、庄司 絢香、三宅 宗彰  
松枝 克典、井上 貴裕、脇 幸太郎、七條 智聖、前川 聡、山本 幸子、竹内 洋司  
東野 晃治、道田 知樹、石原 立  
大阪国際がんセンター 消化管内科

現病歴：症例は 50 歳代男性。近医で検診目的の上部消化管内視鏡検査を受けたところ、胃角部後壁に陥凹性病変を指摘された。精査加療目的に当院外科を紹介され、受診した。

既往歴：1 年半前に直腸癌に対して腹腔鏡下低位前方切除術を受けた (pT1bN0M0 stage I)。

飲酒歴：ビール 1000ml/日

喫煙歴：15 本/日 (37 年間) 直腸癌手術時より禁煙している。

現症：特記すべきことなし。

経過：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角部後壁に 3 cm 大の褪色調の 0-IIc 病変を認めた。病変は萎縮腺境界に存在し、ひだ集中がみられた。病変部の NBI 併用拡大内視鏡所見は irregular MV pattern and irregular MS pattern with DL であり、早期胃癌として矛盾しない所見であった。胃癌の組織型に関しては、白色光通常内視鏡では褪色調の陥凹型であり、拡大内視鏡所見は開放型ループ状血管であることから未分化型と推測されたが、術前生検結果は、Group 5, tub2 であった。術前診断は 3 cm 大、cT1a、UL+ であり、当科を紹介され、ESD を行った。ESD 後切除標本の病理診断は、29×13mm, tub2, pT1b1 (SM450 μm), INFb, pUL1, Ly0, V0, pHM0, pVM0 であった。

## ②主題演題

### 「診断に迷った発赤調陥凹性病変の1例」

岩崎 丈紘<sup>1)</sup>、内多 訓久、小島 康司

頼田 顕辞<sup>2)</sup>

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60代男性、近医にて *H. pylori* 除菌後フォロー目的の上部消化管内視鏡検査を施行された際、胃体下部小弯に発赤調の病変を認めた。精査加療目的で当院紹介となり、2020年4月にH260Zで内視鏡検査を施行した。その際、元々指摘された病変(早期胃癌)の前壁側に白色光非拡大観察では、わずかに発赤した陥凹性病変を認めた。色素内視鏡観察では陥凹は不整形であった。NBI併用最大倍率観察ではMCEの形状は不均一であり、irregular microsurface patternと判断した。MCEに囲まれた血管は口径不同を伴い形状が不均一、分布も不均一でirregular microvascular patternと判断した。DLは明瞭であったため早期胃癌と診断した。しかしながら別の内視鏡医はMCEのループに若干の大小不同を伴うも、各々の幅は均一であり明らかな癌とは言えず、またMVPに関しても粘膜の間の毛細血管網には形状の不整は見られず、regular MVPであり非癌と診断した。診断が割れたが、指摘された早期胃癌のすぐ前壁側であったことから、組織学的にも評価が必要と判断しESDで同時に切除した。

摘出標本の病理学的所見では、元々指摘された早期胃癌部分は高分化から中分化型の管状腺癌で、その近傍の陥凹性病変とは明らかな連続性はなかった。陥凹性病変は杯細胞とPaneth細胞を有する腸上皮化生を示す粘膜であったが、表層はくびれを伴って構築に乱れを認め、くびれの領域で手つなぎ状の構造異型が否定できず、atypical metaplastic glandsと診断された。ELA (epithelium with low-grade atypia) に関する質的診断は内視鏡診断においても難しく、対比にあたり正確な病理学的評価が必要と考えられたため提示する。

### ③主題演題

#### 「PPI 関連ポリープ様の形態変化を伴った胃型腺腫の一例」

宇都宮 尚典<sup>1)</sup>、赤澤 陽一、上山 浩也、内田 涼太、阿部 大樹、沖 翔太郎  
鈴木 信之、池田 厚、谷田貝 昂、小森 寛之、竹田 努、松本 紘平、松本 健史  
八尾 隆史<sup>2)</sup>、永原 章仁<sup>1)</sup>

1) 順天堂大学 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

症例は 77 歳 男性。 *H. pylori* 除菌歴なし、HP IgG 抗体は 3.0 U/mL と陰性、12 年以上の PPI (ラベプラゾール) 内服歴を有していた。定期健診目的の上部消化管内視鏡検査にて、胃体下部大彎に 12mm 大の白色調隆起性病変を認め、生検で Group 3, gastric adenoma と診断された。精査目的の上部消化管内視鏡検査では、基部は表面平滑で上皮が透見され PPI 関連ポリープ様の所見を呈していたが、頂部は弱発赤調で表面構造は微細顆粒状であり基部へなだらかに移行していた。NBI 併用拡大観察では、基部・頂部ともに MV は absent (WOS+)、MS は regular pattern であった。以上より、PPI 関連ポリープに発生した低異型度の上皮性腫瘍を疑い、同病変に対して EMR を施行した。病理所見では、表層の大部分を非腫瘍性粘膜が被覆し、部分的に低異型度の上皮性腫瘍成分が表層に介在していた。軽度の核異型と淡明な粘液を有する腫瘍腺管が上皮を中心に増生し、非腫瘍成分も混在していた。免疫染色にて MUC5AC (+)、MUC6 (+)、MUC2・CD10・villin (-)、pepsinogen- I (+)、H+/K+ ATPase は散在性に (+) で、粘液形質は胃型形質であった。表層と深部の非腫瘍領域は、拡張した胃底腺の混在と腺窩上皮過形成・壁細胞過形成・間質の浮腫を認め、PPI 関連ポリープに特徴的な組織像を示していた。また、Adipophilin は表層の非腫瘍性の腺窩上皮細胞基底膜側に陽性像が散見された。最終病理診断は胃型腺腫、断端陰性であった。PPI が胃型腺腫の腫瘍発生機序に関連したかは不明であるが、PPI 長期内服による PPI 関連ポリープ様の形態変化が影響したために非典型的な形態を示した可能性が示唆された。

#### ④よろず相談

##### 「胃隆起性病変の1例」

万波 智彦、梅川 剛、城本 真佑、佐柿 司、永原 華子、須藤 和樹、若槻 俊之  
福本 康史、古立 真一、清水 慎一  
国立病院機構岡山医療センター 消化器内科

【症例】55歳、女性 【主訴】前胸部違和感 【既往歴】肺塞栓症(ワーファリン服用中)

【*H. pylori* 検査】便中抗原陰性、血清 IgG 4U/mL

【現病歴、経過】肺塞栓症後の抗血栓療法継続のため当院の循環器内科に通院中、前胸部違和感を来し上部消化管内視鏡を受けたところ、胃病変を指摘された。病変は体中部小彎前壁寄りに存在する、立ち上がりがなだらかな隆起性病変で、半球状の隆起というよりは比較的扁平な隆起である。扁平な頂部に一致して軽度の発赤を呈しており、更に中心部でその発赤が強くなっているが、その強い発赤領域の境界は不明瞭である。NBI 拡大観察(中拡大)では、中心部の発赤が強い領域は、弧状、類円形状の MCE に囲まれた dense な微細血管像を示している像に相当すると考えられ、regular MV pattern plus regular MS pattern without DL と判断した。診断としては、粘膜固有層の深部ないしは粘膜下層の浅層に充実成分があり、それが粘膜固有層の表層を上方へ圧排している病態が想定されたため、間葉系由来のいわゆる SMT よりも、胃型の粘液形質を呈する腺癌や、リンパ腫が鑑別に挙げたが、それらの典型像とも言い難いと考えた。診断的治療として ESD による摘除が行われた。切除時の NBI 併用拡大観察(強拡大)では、表面微細構造について、個々の MCE の幅は周囲と比べて広く、形態は弧状、多角形状、ないしは一部で楕円形と多様ではあるが、配列や分布の不整はないと考えた。微小血管構築像については、微小血管は窩間部に収まって dense な構築を示しており、配列や分布の不整はないと考えた。以上から、regular MV pattern plus regular MS pattern without DL と判断した。病理組織学的には、隆起に一致して腺窩上皮、固有胃腺が周囲よりも厚みを増した像を呈していたが、腫瘍性の変化は認めなかった。また、隆起部に相当する粘膜下層に vascular malformation を部分的に伴っていたものの、隆起への寄与は乏しいと考えた。

## ⑤よろず相談

「初回内視鏡＋生検において、十二指腸癌疑いと診断されたが、最終的に十二指腸びらんであった病変について」

池園 剛<sup>1)</sup>、今村 健太郎<sup>2)</sup>、金光 高雄<sup>1)</sup>、宮岡 正喜、小野 陽一郎<sup>2)</sup>、大津 健聖  
長谷川 梨乃<sup>1)</sup>、天野 良祐<sup>2)</sup>、久部 高司、植木 敏晴、八尾 建史<sup>1)</sup>、田邊 寛<sup>3)</sup>  
二村 聡、岩下 明德<sup>3)4)</sup>、長浜 孝<sup>5)</sup>

- 1) 福岡大学筑紫病院 内視鏡部
- 2) 福岡大学筑紫病院 消化器内科
- 3) 福岡大学筑紫病院 病理部・病理診断科
- 4) AII 病理画像研究所
- 5) 長浜クリニック

症例は60歳代女性。心窩部痛を主訴に前医で上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球後部に約6mmの褪色調の陥凹性病変を認めた。腫瘍を疑い同部位から生検し、病理組織診断はAtypical cells（癌も否定できない）であった。当院へ精査加療目的で紹介受診となった。当院で施行した上部消化管内視鏡検査では、十二指腸球後部に約5mmの陥凹性病変として確認された。NBI（narrow band imaging）併用拡大観察では病変部と周囲粘膜の境界部において、微小血管構築像と表面微細構造の急峻な変化が存在し、明瞭な demarcation line（DL）を認めた。微小血管構築像（microvascular（MV）pattern；V）は、WOS（white opaque substance）により透見できず、absent MV patternと判定した。WOSの形態については、密度は高く、大きさは粗大で、局在は窩間部であった。WOSの形状は均一、分布は対象性、配列は規則的な迷路状の形態を呈し、regular microsurface（MS）pattern（regular WOS）と判定した。以上より拡大内視鏡所見をVS（vessel pulse surface）classification systemによりabsent MV pattern plus regular MS pattern with a DLと判定し、通常観察の所見も加味し腺腫と診断した。前医の生検プレパラートを取り寄せ当院の病理へコンサルテーションを行った結果、erosive duodenitisと診断された。内視鏡診断と生検による病理組織診断に乖離がみられた。患者と十分なインフォームド・コンセントを行い、プロトンポンプ阻害剤を投与し経過観察の方針となった。当院での初回内視鏡検査から3ヶ月後に上部消化管内視鏡検査を施行した。それによると、前回観察を行った部位に陥凹性病変の存在を指摘できなかった。同部位のNBI併用拡大観察ではDLは認めず、過形成した十二指腸絨毛が存在した。初回内視鏡検査と病理組織生検診断で十二指腸癌疑いと診断されたが、当院の病理組織学的所見により十二指腸びらんであった病変について経験した。病理組織学的にびらんを診断された所見について解説をお願いし、内視鏡画像を再検討したいと考えよろず相談に応募しました。よろしくお願ひします。



## ⑥主題演題

「*H. pylori* 未感染胃粘膜に生じた腸型分化型胃癌の質的診断に LBC と WOS 陽性所見が有用であった 1 例」

秋山 英俊<sup>1)</sup>、上尾 哲也、高橋 晴彦、綿田 雅秀<sup>2)</sup>、米増 博俊<sup>3)</sup>、村上 和成<sup>4)</sup>

- 1) 大分赤十字病院 消化器内科
- 2) 臼杵医師会立コスモス病院 消化器内科
- 3) 大分赤十字病院 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

【はじめに】*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 未感染胃粘膜に発生する胃癌の中には、極めてまれに腸型分化型胃癌が存在する。しかし、その質的診断が可能であった報告はない。今回、*H. pylori* 未感染胃粘膜に生じた腸型分化型胃癌の質的診断に LBC と WOS 陽性所見が有用であった 1 例を経験したので報告する。【症例】34 歳男性。20XX 年 10 月に検診の胃 X 線造影検査異常の精査目的で上部消化管内視鏡検査を施行され、幽門前庭部の粘膜不整病変より生検で Group 3 と診断され当科へ紹介となる。上部消化管内視鏡検査で背景粘膜は、萎縮なく RAC 陽性で、血清 *H. pylori* 抗体および便中 *H. pylori* 抗原が陰性、除菌歴もなく *H. pylori* 未感染と診断した。白色光通常観察にて前庭部後壁に発赤調の中心部にびらん様の陥凹伴う 10mm 程度の隆起性病変を認めるも、癌か非癌の質的診断が困難であった。びらんの改善目的に PCAB 投与し、再評価を行ったところ、病変は隆起がやや平坦化し、褪色调に変化していた。NBI 拡大併用観察では irregular microvascular pattern plus irregular microsurface pattern with a DL と判定できた。腫瘍の一部に LBC および WOS が出現しており、小腸型の分化型胃癌を強く疑った。診断的加療目的に内視鏡的胃粘膜下層切開剥離術にて一括切除した。病理診断は L, Ant, Type 0-IIa+IIc, 9 x 9mm, tub1, pT1a (M), pUL (0), Ly (0), V(0), pHM0, pVM0 であった。免疫組織学的染色にて MUC2, CD10 陽性, MUC5AC, MUC6 陰性であり、完全腸型形質と診断された。LBC 陽性を示唆する CD10 の発現および WOS 陽性を示唆する adipophilin の発現は、腫瘍部にのみみられ、NBI 所見と矛盾しない結果であった。また背景の 5 点生検より、組織学的にも *H. pylori* 未感染粘膜に発生した癌と診断した。

【結語】非常に稀な *H. pylori* 未感染粘膜からの完全腸型粘液形質を有する分化型胃癌の 1 例を経験した。本症例において、LBC および WOS 陽性所見が腫瘍の粘液形質診断に極めて有用であったが、その内視鏡所見の変化には胃内の酸環境の変化が強く影響した可能性がある。文献的考察を含め報告する。

## ⑦主題演題

### 「幽門腺粘膜に発生した *H. pylori* 未感染早期胃癌：拡大内視鏡所見・病理組織学的所見の解析」

宇野 駿太郎<sup>1)</sup>、今村 健太郎、八尾 建史、田邊 寛<sup>2)</sup>、二村 聡、金光 高雄<sup>1)</sup>、  
小野 陽一郎、宮岡 正喜、植木 敏晴<sup>3)</sup>、原岡 誠司<sup>2)</sup>、岩下 明德<sup>2)4)</sup>

- 1) 福岡大学筑紫病院 内視鏡部
- 2) 福岡大学筑紫病院 病理部・病理診断科
- 3) 福岡大学筑紫病院 消化器内科
- 4) AII 病理画像研究所

**背景：**本邦における *H. pylori* (*Helicobacter pylori*) 感染率は低下している<sup>1)</sup>。それに伴い *H. pylori* 関連胃癌は減少し、今後は相対的に *H. pylori* 未感染胃癌が増加することが予測される。そのため、*H. pylori* 未感染胃粘膜を発生母地とする胃癌の内視鏡所見の特徴や臨床病理学的特徴を明らかにすることは重要である。*H. pylori* 未感染胃癌は、その局在と腺領域ごとに腫瘍の形態・組織型に特徴があることが報告されている<sup>2)</sup>。*H. pylori* 未感染胃を背景に前庭部、幽門腺粘膜に発生した早期胃癌の報告が散見されるが<sup>3)</sup>、連続した症例を対象に用い内視鏡所見を系統的に検討した報告はない。

**目的：**幽門腺粘膜に発生した *H. pylori* 未感染早期胃癌の内視鏡所見と臨床病理学的特徴を明らかにする。

**方法：**2007年9月から2019年12月までの期間に福岡大学筑紫病院で内視鏡的切除および外科的切除を施行された胃癌全症例のうち、*H. pylori* 未感染胃と診断され、前庭部に占居する病変を対象とした。*H. pylori* 未感染胃の定義は、(1)内視鏡所見で *H. pylori* 未感染胃の特徴を認め<sup>4)5)</sup>、(2)*H. pylori* 除菌歴がなく、(3)*H. pylori* 感染診断検査で2項目が陰性(*H. pylori* IgG 抗体、尿素呼気試験、便中抗原検査、迅速ウレアーゼ試験、生検による培養法、検鏡法)、のすべての条件を満たすものを *H. pylori* 未感染胃と判定した。

**結果：**2007年9月から2019年12月までの期間に当院で内視鏡的切除または外科的切除を施行された胃癌全病変 1891 病変のうち、*H. pylori* 未感染胃と診断され、前庭部に占居する病変は 4 病変であった (0.2%)。平均年齢は 62.2 歳、全ての症例が男性であった。平均腫瘍径は 5.3 mm、肉眼型は隆起型が 3 病変、平坦・陥凹型が 1 病変であった。全病変に対して endoscopic submucosal dissection (ESD) により切除された。切除検体の病理組織学的診断は、全て低異型度分化型胃癌で、全て粘膜内癌であり、脈管侵襲は陰性であった。また、免疫組織化学的検索では、全て胃腸混合型であった。ESD 切除検体の非腫瘍粘膜(周囲粘膜)を詳細に検索すると、3 病変に腸上皮化生の所見を認めた (75%, 3/4)。白色光通常観察では、全ての病変が淡発赤調を呈し、2 病変では質的診断が困難であった (50%, 2/4)。NBI (narrow band imaging) 併用拡大観察では、全ての病変で VS (vessel pulse surface)

classification system を用いた癌の診断基準を満たしていた (100%, 4/4)。また、腫瘍の周囲粘膜には1病変にLBC (light blue crest)を認め (25%, 1/4)、WOS (white opaque substance)は全ての病変で確認されなかった (0%, 0/4)。

**結語:** 幽門腺粘膜に発生した *H. pylori* 未感染早期胃癌は、NBI 併用拡大観察により癌と診断できる可能性が高いことが示唆された。詳細な対比を提示し、報告する。

## 文献

1. Kamada T, Haruma K, Ito M, et al. Time trends in *Helicobacter pylori* infection and atrophic gastritis over 40 years in Japan. *Helicobacter* 20:192-198, 2015
2. Yoshimura D, Yoshimura R, Mizutani T, et al. Clinical and pathological characteristics of gastric cancer without *Helicobacter pylori* infection and its background gastric mucosa. *Gastroenterology* 152:S260-261, 2017
3. 名和田義高, 市原真, 平澤大, 他. *H. pylori*未感染胃の前庭部に発生した胃型分化型早期胃癌の2例. *胃と腸* 55:1090-1097, 2020
4. Kimura K, Takemoto T: An endoscopic recognition of the atrophic border and its significance in chronic gastritis. *Endoscopy*. 1969; 1: 87-97
5. Sakaki N, Momma K, Egawa N, et al. The influence of *Helicobacter pylori* infection on the progression of gastric mucosal atrophy and occurrence of gastric cancer. *Eur J Gastroenterol Hepatol (Suppl 1)*: S59-62, 1995

九州胃拡大内視鏡研究会

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