

第27回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2022年8月6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
	福岡大学筑紫病院	二村 聡
	福岡大学筑紫病院	田邊 寛

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 石川県立中央病院 土山 寿志

1. 【演題】

「腫瘍と近傍の斑状発赤 (mottled pathy erythema) の形態が胃酸環境によって変化したと考える除菌後発見早期胃癌の1例」

大分赤十字病院 消化器内科 下森 雄太

2. 【演題】

「胃底腺粘膜型腺癌の1例」

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 鈴木 信之

3. 【演題】

「内視鏡的に3つのコンポーネントを有した胃底腺粘膜型腺癌の1例」

石川県立中央病院 消化器内科 川崎 梓

4. 【よろず相談】

「A型胃炎にできる分化型胃癌はHP陽性胃癌に比べ粘膜表面微細構造(MSP)や微小血管構築像(MVP)の不整がとぼしいことはないでしょうか」

福井県立病院 消化器内科 青柳 裕之

5. 【話題提供】

「子宮内視鏡検査の現状報告と今後の展望」

高知赤十字病院 消化器内科 内多 訓久

6. 【よろず相談】

「範囲診断に苦慮した幽門側胃切除後の吻合部に発症した早期胃癌の1例」

鹿児島大学病院 消化器内科 矢野 弘樹

7. 【演題】

「胃内に散発する顆粒状褪色調領域の1例」

山口大学医学部附属病院 消化器内科 瀬戸 啓介

8. 【演題】

「ラズベリー様腺窩上皮型胃腫瘍との鑑別を必要とした胃カルチノイド腫瘍の1例」

福岡大学筑紫病院 内視鏡部 宮岡 正喜

# 抄録

## ① 主題演題

### 腫瘍と近傍の斑状発赤 (mottled patchy erythema) の形態が胃酸環境によって変化したと考える除菌後発見早期胃癌の1例

下森雄太<sup>1)</sup>、上尾哲也<sup>1)</sup>、照山直樹<sup>1)</sup>、坂東昌哉<sup>2)</sup>、山中昂紀<sup>1)</sup>、本田俊一郎<sup>1)</sup>、安部真琴<sup>1)</sup>、久保山雄介<sup>3)</sup>、垣迫陽子<sup>3)</sup>、村上和成<sup>4)</sup>

- 1) 大分赤十字病院 消化器内科
- 2) 大分赤十字病院 肝胆膵内科
- 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】我々は腫瘍および背景粘膜の内視鏡所見が胃酸環境の変化に影響を受け、形態変化を生じる場合があると報告してきた。今回、腫瘍と近傍のMPEの形態が胃酸環境によって変化したと考える除菌後発見早期胃癌の1例を経験したので報告する。【症例】65歳女性。20XX-13年に*H. pylori*の除菌治療に成功し、その後前医で定期的なフォローアップが実施されていた。20XX年11月に前医で施行した上部消化管内視鏡検査で前庭部小弯に発赤調陥凹病変が認められ、生検でGroup 5の診断となり、精査加療目的で当科に紹介。20XX年12月に上部消化管内視鏡検査を施行し、前庭部小弯前壁よりに発赤調陥凹性病変が3つ認められた。最も小弯側の病変は、NBI拡大併用観察でirregular microvascular pattern plus irregular microsurface pattern with a DLと判定。2つの病変は悪性所見を認めず、MPE(mottled patchy erythema)と判断。制酸薬の内服を行い、20XX+1年1月に内視鏡的胃粘膜下層剥離術を施行した。ESD前の精査で3つの病変はいずれも形態変化が認められた。MPEはいずれも消失し、LBCを伴う腸上皮化生粘膜として認められた。最も小弯側の病変は、NBI拡大併用観察でAbsent microvascular pattern plus irregular microsurface pattern with a DLと判定した。前回認められなかったirregular WOSがびまん性に出現し、周囲粘膜との境界が劇的に明瞭化した。腸型粘液形質を有する分化型胃癌を疑い、腫瘍径5mm大、早期胃癌0-IIc(cT1a)と診断して内視鏡的胃粘膜下層剥離術にて一括切除した。病理診断はL, Ant, Type 0-IIc, 3×2mm, tub1>tub2, pT1a(M), pUL(0), Ly(0), V(0), pHM0, pVM0であった。免疫組織学的染色にてCD10陽性、MUC2陽性、MUC5AC陰性、MUC6陰性であり、腸型粘液形質と診断された。本症例は、初回観察時に類似した3つの発赤調陥凹性病変の集簇として認められた。制酸薬投与によってMPEはLBCを伴う腸上皮化生粘膜に変化し、腫瘍はWOSの出現とともに正常粘膜との境界が明瞭化した。中性環境を保つことで、強酸によって修飾を受けた腸上皮化生粘膜や腸型粘液形質を有する腫瘍が修飾のない本来の性質を体現し、質的診断や範囲診断を容易にした可能性があると考えられる。【結語】腫瘍と近傍のMPEの形態が胃酸環境によって変化したと考える除菌後発見早期胃癌の1例を経験した。胃酸環境を調整することは腫瘍と非腫瘍の鑑別を行う上で、選択肢の一つとなり得る可能性があると考えられた。

## ② 主題演題

### 胃底腺粘膜型腺癌の1例

鈴木信之<sup>1)</sup>、赤澤陽一<sup>1)</sup>、上山浩也<sup>1)</sup>、岩野知世<sup>1)</sup>、宇都宮尚典<sup>1)</sup>、内田涼太<sup>1)</sup>  
阿部大樹<sup>1)</sup>、沖 翔太郎<sup>1)</sup>、池田 厚<sup>1)</sup>、竹田 努<sup>1)</sup>、上田久美子<sup>1)</sup>、北條麻理子<sup>1)</sup>  
八尾隆史<sup>2)</sup>、永原章仁<sup>1)</sup>

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

症例は59歳女性。前医で健診目的にEGDを施行し、胃穹隆部前壁に発赤調の隆起性病変を認め、生検で胃底腺型胃癌と診断され、当院へ紹介となった。

当院のEGDでは、背景粘膜には萎縮はなく、HP IgG抗体は陰性であり*H.pylori*未感染と考えられた。白色光観察で胃穹隆部前壁に8mm大の上皮下腫瘍様隆起を伴う発赤調の隆起性病変を認め、肛門側には樹枝状の拡張血管を認めた。M-NBIでは、隆起に一致して明瞭なDLを認め、病変肛門側の微小血管構築像は血管の蛇行・口径不同を認めたが形状不均一に乏しく、**regular MV pattern**と判断した。表面微細構造は比較的整っており、**regular MS pattern**であった。以上より、**regular MV pattern plus regular MS pattern with a DL**と判断し、非癌の診断ではあったが、表層は低異型度の上皮性腫瘍が考えられ、*H.pylori*未感染胃に発生した上皮下腫瘍様病変で樹枝状の拡張血管を伴うことより、胃底腺粘膜型腺癌(GA-FGM)が疑われた。

ESD検体の病理組織学的所見では、病変の深部では胃底腺型腺癌成分を認め、表層は腺窩上皮様に分化した腫瘍腺管が非腫瘍性の腺窩上皮と混在しながら増生していた。免疫染色では、深部の胃底腺型腺癌成分は、MUC5AC(-), MUC6(+), MUC2(-), CD10(-), pepsinogen-I(ごく一部+), H+/K+-ATPase(散在性に+)であり、胃底腺および頸部粘液腺への分化を示していた。表層の腫瘍腺管は、MUC5AC(+), MUC6(+), MUC2(-), CD10(-), pepsinogen-I(-), H+/K+-ATPase(-)であり、腺窩上皮への分化を示していた。以上から、最終病理診断は胃底腺粘膜型腺癌(Ueyama, Yaoらの分類: GA-FGM, Type 1)、MIB-1 Labeling Indexは約20%で、p53の過剰発現は認めなかった。規約因子はU, 0-I, 8x7mm, tub1, pT1b/SM1(300um), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0であった。

*H.pylori*未感染胃に発生する発赤調の隆起性病変は、raspberry型腺窩上皮型腺癌、胃底腺型腺癌、胃底腺粘膜型腺癌、過形成性ポリープなどの非腫瘍性病変との鑑別が問題となる。胃底腺型胃癌関連腫瘍は上皮下腫瘍・SMT様隆起、樹枝状の拡張血管を伴い、M-NBIで**irregular MV pattern plus/or irregular MS pattern with a DL**の場合は、胃底腺粘膜型腺癌と正診することが可能である。

### ③ 主題演題

#### 内視鏡的に3つのコンポーネントを有した胃底腺粘膜型腺癌の1例

川崎 梓<sup>1)</sup>, 吉田尚弘<sup>1)</sup>, 津山 翔<sup>2)</sup>, 片柳和義<sup>2)</sup>, 湊 宏<sup>2)</sup>, 八尾隆史<sup>3)</sup>, 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

3) 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学講座

症例は50歳代女性。前医にて胃体上部後壁に隆起性病変を指摘、生検で胃底腺型腺癌が疑われ当院紹介。白色光観察では、非萎縮領域に周囲になだらかな立ち上がりを伴う6mm大の発赤調隆起性病変を認めた。NBI併用拡大観察で病変は以下の3つのコンポーネントを形成していた。①隆起口側部分に、Demarcation line(DL)はabsent, microvascular(MV) patternはregular, microsurface (MS) patternは腺窩辺縁上皮がやや不明瞭であるもののregularと判定できる領域(VSCS: regular MV pattern plus regular MS pattern without a DL)。②隆起肛門側部分に、DLはpresent, MV patternはregular, MS patternは腺窩辺縁上皮が明瞭でその形状は弧状から円形と多彩であるが分布は対称性で配列は規則的であることからregularと判定できる領域(VSCS: regular MV pattern plus regular MS pattern with a DL)。③隆起周囲に、DLはabsent, MV patternはabsent, MS patternは非腫瘍部の胃底腺粘膜に比べて腺開口部が開大しているもののregularと判定される領域(VSCS: absent MV pattern plus regular MS pattern without a DL)。ESD切除標本による最終病理はearly gastric cancer, Type 0-IIa, 7x6 mm, adenocarcinoma of fundic-gland mucosa type, pT1b1(SM1)(234 μm), Ly0, V0, pHM0, pVM0であり、内視鏡所見に対応する病理所見は以下の通りであった。①表層は平坦な腺窩上皮様で、直下には胃底腺型腺癌を考える不規則な分枝を伴う未熟な主細胞および壁細胞からなる異型腺管がみられ、一部粘膜筋板内へ浸潤があった。免疫染色上、深部は胃底腺型腺癌として合致し、表層部ではMUC5AC陽性細胞のみならず、一部MUC6やH<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase陽性細胞がみられ、表層部も腫瘍成分と考え、①を胃底腺粘膜型腺癌と診断した。②では、乳頭状に増殖する腺窩上皮様細胞が表層部～粘膜中層から深部に存在し、細胞異型に乏しいものの、免疫染色上、Ki-67染色で増殖帯の欠如あるいは陽性細胞の対称性が欠如しており、表層部全体を腫瘍と判定した。深部では①とは異なり、比較的粘液が豊富で、pepsinogen-IとMUC6陽性でMUC5ACは一部陽性を示す。やや拡張を伴う異型管状腺管が増殖浸潤し、粘膜下層浅層まで浸潤していた。③の深部では①とほぼ同様であったが、表層部では腺管構造明瞭な免疫染色上、MUC5AC陽性の正常腺窩上皮様細胞で被覆されていた。同表層上皮はKi-67染色で増殖帯が消失しており、腫瘍成分と考え、胃底腺粘膜型腺癌と診断した。①-③の全体では、胃底腺粘膜型腺癌の上山八尾分類Type 1+2と考えた。内視鏡的に3つのコンポーネントを有した胃底腺粘膜型腺癌の1例を経験した為、文献的考察も含めて報告する。

#### ④ よろず相談

「A 型胃炎にできる分化型胃癌は HP 陽性胃癌に比べ粘膜表面微細構造 (MSP) や微小血管構築像 (MVP) の不整がとぼしいことはないでしょうか」

青柳裕之、幸明克典、釜田誠也、北川浩太、平井博和、宇賀治良平、内藤慶英、波佐谷兼慶、砂子阪肇、辰巳 靖<sup>1)</sup>、海崎泰治、小上暎也<sup>2)</sup>

- 1) 福井県立病院 消化器内科
- 2) 福井県立病院 病理診断科

症例は 80 歳代男性。NET G1、早期胃体部癌の内視鏡治療後の経過観察が当科にて施行されていた。20XX 年 12 月に施行された上部消化管内視鏡検査 (EGD) で体中部小弯に 6mm の発赤隆起性病変が認められた。同病変は白色光観察で発赤調の丈の低い 0-IIa 病変であるが、辺縁不整な像は認められなかった。NBI 併用拡大内視鏡検査では粘膜表面微細構造 (MSP) では腺窩辺縁上皮 (MCE) の形状不均一は認めるものの、不整像に乏しかった。また微小血管構築像 (MVP) は口径不同、形状不均一は少ないが、分布が不均一な印象があった。Demarcation Line (DL) は認めることから MSP は整、MVP は不整と診断した。同部位の生検より tub1 と診断され内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) が施行された。病理結果は 0-IIa, 5×4mm, tub1, m であった。病理学的には通常の高分化型管状腺癌であるとのことであり、分化度が極めて高いこともなかった。免疫組織学的には MUC2(-), CD10(+), MUC5AC(+), MUC6(+) と胃腸混合型であった。

A 型胃炎は胃癌の発生母地のひとつと考えられており、A 型胃炎における胃癌の発生率は 1～3%とされている。ニトロソアミンなどの発癌窒素化合物や、高ガストリン血症による胃底腺への trophic action などが胃癌発症機序と考えられているが、不明な点が多い。当症例は 3 年前にも早期胃体部癌の治療が施行されていたが NBI 併用拡大内視鏡検査では腺腫に癌が合併したのではないかと疑われた部位が存在した。この時にも病理学的には通常の高分化型腺癌であった。先生方が遭遇する A 型胃炎にできる分化型胃癌は HP 陽性胃癌に比べ MSP や MVP の不整がとぼしいことはないでしょうか?背景粘膜が萎縮で白色調であり、その中に発赤隆起性病変が多いため早期に見つかってしまうからでしょうか? 御教授お願いします。

## ⑤ よろず相談

### 範囲診断に苦慮した幽門側胃切除後の吻合部に発症した早期胃癌の 1 例

矢野弘樹<sup>1)</sup>、佐々木文郷<sup>1)</sup>、上原翔平<sup>1)</sup>、前田英仁<sup>1)</sup>、田崎貴嗣<sup>2)</sup>、東美智代<sup>2)</sup>、井戸章雄<sup>1)</sup>

1) 鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学

2) 鹿児島大学大学院 病理学

症例は 49 歳男性。34 歳時に早期胃癌（未分化型）に対して手術（腹腔鏡下幽門側切除+Billroth-I 法再建）され、前医で経過観察されていた。44 歳時に *H.pylori* 除菌治療を受けた。経過観察中に前医で施行された EGD で、胃十二指腸吻合部付近に隆起性病変を認め、生検で **Regenerating mucosa with focal atypia, Group 2** であった。更なる精査・加療目的に当科紹介となった。当科 EGD にて、白色光非拡大観察で胃吻合部小弯前壁寄りに 15mm 大の隆起性病変を認め、隆起内に褪色調の平坦病変およびその近傍にわずかな陥凹領域を伴っていた。NBI 併用拡大観察では、隆起内の平坦部分は、DL+、一部で **irregular MVP** であったが、MCE を視認できない部分があり **absent MSP** と判断した。また、陥凹領域は、MCE を視認でき **regular MSP**、不整血管も認めず分布は均一で配列は規則的であり **regular MVP** で非癌と判断した。内視鏡上は、隆起内の平坦領域について分化型腺癌の可能性が高いと診断した。内視鏡治療の方針とし、周囲の隆起部分を含めて **EMR** を施行した。

摘出標本の病理学的診断について、内視鏡の平坦領域に相当する領域では、表層に管状腺癌が露出していたが、平坦領域近傍の陥凹領域を含む粘膜層の深部にも管状腺癌を認め、術前の範囲診断と異なる結果であり、**Tubular adenocarcinoma (tub1)**、16x11mm、**pT1a-M**、**Ly0**、**V0**、**pHM1**、**pVM0** と診断された。免疫染色では、腫瘍の大部分で **MUC5AC** が陽性、粘膜固有層深部主体に **MUC6** が陽性であった。**Pepsinogen I**、**H+/K+-ATPase**、**MUC2** は陰性であり部分的に **CD10** 陽性の刷子縁を認め、胃腸混合型形質に相当する腺癌と考えられた。

範囲診断に苦慮した幽門側胃切除後の吻合部に発症した早期胃癌の 1 例を経験した。本症例において、内視鏡診断及び病理診断についてご指導いただきたく存じます。

## ⑥ 主題演題

### 胃内に散発する顆粒状褪色調領域の1例

瀬戸啓介<sup>1)</sup>、五嶋敦史<sup>1)</sup>、畠中 駿<sup>1)</sup>、吉松祐希<sup>1)</sup>、山本一太<sup>1)</sup>、中村克彦<sup>1)</sup>、合馬若那<sup>1)</sup>、青山将司<sup>1)</sup>、山岡祐子<sup>1)</sup>、小川 亮<sup>1)</sup>、浜辺功一<sup>1)</sup>、橋本真一<sup>2)</sup>、西川 潤<sup>3)</sup>、高見太郎<sup>1)</sup>

- 1) 山口大学大学院医学系研究科 消化器内科学
- 2) 山口大学医学部附属病院 光学医療診療部
- 3) 山口大学医学部保健学科 基礎検査学分野

症例は60歳代女性。H. pylori 抗体は陰性、未感染である。自己免疫性肝炎に関して近医にかかりつけであった。検診目的に行った胃透視検査で胃体部のひだの腫大を指摘され、上部消化管内視鏡検査（EGD）を行った。胃体部に複数の褪色調領域を認め、精査目的に当科紹介となった。

当科で行ったEGDでは、胃体上部前壁、胃体中部大弯、胃角部大弯にそれぞれ10-20mm大、表面顆粒状の褪色調領域を認めた。背景粘膜に萎縮を認めない。NBI併用拡大内視鏡検査では、周囲粘膜と色調の差異は認めるものの、demarcation

lineは不明瞭であった。microsurface pattern 及びmicrovascular patternはいずれもregularと判断したが、腺開口部を取り巻くようにして窩間部に沈着する白色構造を認めた。EUSでは周囲粘膜と比して層構造の異常は認めなかった。3病巣からの生検組織診断は、いずれも上皮下粘膜固有層内に好酸性細胞質を有する組織球を多数認めた。背景間質には、形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤が目立つが、悪性所見、リンパ腫、アミロイドーシスを示唆する所見は認めなかった。上記所見から crystal-storing histiocytosis (CSH) と診断した。

CSHは、臓器内に細胞質内結晶物を伴う組織球が集簇する病態であり、病変背景には高頻度でリンパ増殖性疾患を認めることが報告されている。本症例では、血液内科において全身検索を行ったが、リンパ腫、多発性骨髄腫、アミロイドーシスは診断されず、CSHについては未治療経過観察の方針とした。特徴的な内視鏡像を呈する疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

## ⑦ 主題演題

### ラズベリー様腺窩上皮型胃腫瘍との鑑別を必要とした胃カルチノイド腫瘍の1例

宮岡正喜<sup>1)</sup>、金光高雄<sup>1)</sup>、今村健太郎<sup>2)</sup>、小野陽一郎<sup>2)</sup>、大津健聖<sup>2)</sup>、小野貴大<sup>2)</sup>、  
大田敦子<sup>3)</sup>、田邊 寛<sup>4)</sup>、原岡誠司<sup>4)</sup>、二村 聡<sup>4)</sup>、八尾建史<sup>1)</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 臨床検査部
- 4) 福岡大学筑紫病院 病理部・病理診断科

【症例】60歳代、女性【既往歴】50歳代；*H. pylori*除菌成功（20XX-10年）、特発性血小板減少性紫斑病、左房粘液腫【現病歴と臨床経過】20XX年、前医にて胃がん検診を目的に上部消化管内視鏡検査を施行。胃体上部大弯に病変を認め、同病変の生検にてカルチノイド腫瘍と診断され当院紹介受診となった。当院での上部消化管内視鏡通常観察では萎縮のない胃底腺粘膜を背景とし胃体上部大弯に径6mm大の表面平滑な発赤調亜有茎性隆起を認め、ラズベリー様腺窩上皮型胃腫瘍に類似した所見であった。同病変に対しVS classification systemを用い判定を行うと病変の背景粘膜から病変への移行部は微小血管構築像もしくは表面微細構造に急峻な変化を認めず demarcation lineはabsentと判定、発赤調隆起部における視認可能な微小血管構築像は個々の微小血管に明らかな形状不均一を認めず regular、表面微細構造も腺窩辺縁上皮に形状不均一を認めず regular であり、regular microvascular pattern plus regular microsurface pattern without a demarcation lineと判定し病変の表層は非腫瘍と診断した。以上より Rindi 分類における Type III (sporadic type)胃カルチノイドと術前診断し、十分な ICのもとESDにて一括切除を施行した。術後病理組織学的診断はカルチノイド腫瘍の診断で、核分裂像は1/5HPF、Ki-67 labeling indexは約2%で、腫瘍表層は非腫瘍性の過形成上皮に覆われていた。

今回我々は白色光通常観察においてラズベリー様腺窩上皮型胃腫瘍との鑑別が困難であった胃カルチノイド腫瘍を経験した。本症例を報告するとともにラズベリー様腺窩上皮型胃腫瘍と比較し、鑑別も含めて若干の文献的考察とともに報告する。

九州胃拡大内視鏡研究会

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