

第28回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2023年2月11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	AII 病理画像研究所	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】

「腫瘍長径 6mm ながら SM2, 静脈侵襲陽性を認めた胃底腺粘膜型腺癌の 1 例」

大分赤十字病院 消化器内科 照山 直樹

2. 【演題】

「胃底腺ポリープから発生した低異型度分化型腺癌の 1 例」

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 宇都宮 尚典

3. 【演題】

「リンパ球浸潤癌の 1 例」

大阪国際がんセンター 消化管内科 北川 大貴

4. 【よろず相談】

「早期胃癌において「異型度」の診断には NBI 併用拡大内視鏡所見は有用なのでしょうか」

福井県立病院 消化器内科 宇賀治 良平

5. 【話題提供】

「胃拡大内視鏡の新知見：WOS は不完全型腸上皮化生のマーカーとなる」

福岡大学筑紫病院 内視鏡部 金光 高雄

6. 【よろず相談】

「肺高血圧症患者に発症した、腺窩上皮型形質を有する胃腫瘍」

国立病院機構岡山医療センター 消化器内科 万波 智彦

7. 【よろず相談】

「診断に苦慮した高分化管状腺癌の 1 例」

石川県立中央病院 消化器内科 里村 康輔

8. 【演題】

「多発性白色扁平隆起性病変を伴った胃腺窩上皮型の高分化管状腺癌の 1 例」

福岡大学筑紫病院 消化器内科 天野 良祐

# 抄録

## ① 主題演題

### 腫瘍長径 6mmながら SM2, 静脈侵襲陽性を認めた胃底腺粘膜型腺癌の1例

照山直樹<sup>1)</sup>、上尾哲也<sup>1)</sup>、下森雄太<sup>1)</sup>、本田俊一郎<sup>1)</sup>、九嶋亮治<sup>2)</sup>、山中昂紀<sup>1)</sup>、坂東昌哉<sup>3)</sup>、久保山雄介<sup>4)</sup>、秦一敏<sup>5)</sup>、村上和成<sup>6)</sup>

- 1) 大分赤十字病院 消化器内科
- 2) 滋賀医科大学附属病院 病理診断科
- 3) 大分赤十字病院 肝胆膵内科
- 4) 大分赤十字病院 病理診断科
- 5) 秦医院
- 6) 大分大学医学部附属病院 消化器内科学講座

症例は60歳代男性。前医で健診目的にEGDを施行し、胃穹隆部に発赤調の隆起性病変を認め、生検でGroup5と診断され、当院へ紹介となった。

当院のEGDでは、背景粘膜は木村・竹本分類C-3の萎縮性胃炎を認めた。H. pylori (以下HP) 除菌歴は明らかでなく、HP IgG抗体は陰性(3.0 U/ml未満)であり、HP既感染パターンと考えた。白色光観察では胃穹隆部に1cm弱の発赤調の隆起性病変を認め、近接像で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を認めた。微小血管構築像は閉鎖から開放性のループ状血管が主体で、形状不均一、分布非対称性、配列不規則であり、irregular MV patternと判断した。表面微細構造は病変周囲粘膜と比較し、MCEの幅が広く、楕円形から類円形の形態を呈しており、形状不均一、分布非対称性、配列不規則でirregular MS patternと判断した。また病変部は窩間部の開大と上皮内血管パターンを認めた。以上より、irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DLと判定した。内視鏡所見から、胃底腺粘膜型腺癌(GA-FGM)が疑われ、ESDでの一括切除を行った。

ESD検体の病理組織学的所見では、病変の表層部は腺窩上皮への分化を疑う腫瘍腺管が増生しており、深部では主細胞への分化を伴う胃底腺型腫瘍を認めた。免疫染色では、MUC5AC(+), MUC6(+), MUC2(-), CD10(-), pepsinogen-I(+), H+/K+-ATPase(+)で、表層の腺窩上皮への分化と深部の胃底腺への分化の層構造が保たれており、胃底腺粘膜型腺癌(Ueyama, Yaoらの分類: GA-FGM, Type1)と最終診断された。規約因子はU, 0-IIa, 6x5mm, tub1, pT1b2(SM2: 752 $\mu$ m), pUL0, Ly0, V1(SM), pHM0, pVM0であった。eCuraシステムでC-2 Intermediate risk(2点)、内視鏡非治癒切除に相当し、患者と相談の上、腹腔鏡下胃全摘術+D1郭清を追加施行し、残存腫瘍及びリンパ節転移は認めなかった。6mm大の小さな病変ながら、SM2(752 $\mu$ m), V1(SM)を伴う胃底腺粘膜型腺癌(Ueyama, Yaoらの分類: GA-FGM, Type1)症例を経験した為、文献的考察も含めて報告する。

## ② 主題演題

### 胃底腺ポリープから発生した低異型度分化型腺癌の1例

宇都宮尚典<sup>1)</sup>、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>、山本桃子<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30歳代、女性。健診目的のEGDにおいて胃穹窿部に隆起性病変を認め、生検では胃底腺粘膜型腺癌(GA-FGM: gastric adenocarcinoma of fundic-gland mucosa type)と診断され、精査加療目的に当院へ紹介となった。

当院のEGDでは、背景粘膜には萎縮・腸上皮化生はなく、血中HP IgG抗体は陰性でありH.pylori未感染と考えられた。WLIでは、胃穹窿部大彎前壁に5mm大、樹枝状の拡張血管を伴う境界明瞭な隆起性病変を認め、胃底腺ポリープに類似した所見であった。M-NBIでは、DLは明瞭で、MV・MSはともに形状は均一、分布は対称性、配列は規則的であったが、MCEは弧状で細かい波状を呈していた。以上より、VSCS (MESDA-G)では、regular MV pattern plus regular MS pattern with a DL、非癌の診断となったが、胃底腺ポリープとしては非典型的なM-NBI所見であり、低異型度の上皮性腫瘍の可能性が考えられた。前医の生検病理所見でGA-FGMの診断であり、ESDの方針とした。

ESD検体の病理組織学的所見では、表層は腺窩上皮に類似し、深部では頸部粘液腺や胃底腺に類似した腫瘍腺管の増生を認め、非腫瘍部は胃底腺ポリープ様の形態を示していた。免疫染色では、表層の腫瘍はMUC5AC(+), MUC6(focally+), MUC2(-), CD10(-), pepsinogen-I(-), H+/K+-ATPase(-)であり、腺窩上皮への分化を示しており、深部ではMUC5AC(-), MUC6(+), MUC2(-), CD10(-), pepsinogen-I(+), H+/K+-ATPase(+)であり頸部粘液腺や胃底腺への分化を示した低異型度分化型腺癌と判断した。MIB-1 labeling indexは、表層の腺窩上皮様の腫瘍成分は約50%、深部の頸部粘液腺・胃底腺様の腫瘍成分は約3%で、p53の過剰発現は認めなかった。以上から、最終病理診断は胃底腺ポリープを背景に胃底腺粘膜への分化を伴う低異型度の分化型腺癌と診断した。規約因子はU, 0-I, 4x3mm, tub1, pT1a/M, pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0であった。

本症例は表層の腫瘍成分の異型度が低く内視鏡所見による癌診断が困難であり、WLIにて胃底腺ポリープに類似した内視鏡像を示し、組織構築像でも胃底腺ポリープの腫瘍化が考慮される所見であったが、細胞分化のパターンを考慮するとGA-FGMの非典型例と考えられた。

### ③ 主題演題

#### リンパ球浸潤癌の1例

北川大貴<sup>1)</sup>、金坂卓<sup>1)</sup>、道田知樹<sup>1)</sup>、上堂文也<sup>1)</sup>

1) 大阪国際がんセンター 消化管内科

症例は60歳代男性。前医で検診目的に上部消化管内視鏡検査を受けたところ、胃体中部後壁に粘膜下腫瘍様隆起を指摘された。初回の生検病理診断はGroup 2であったが、3か月後に再検したところGroup 5であり、精査加療目的に当院へ紹介された。Helicobacter pyloriの除菌歴はない。当院の上部消化管内視鏡検査では、白色光通常観察で木村・竹本分類C-2の萎縮性胃炎を背景として、胃体中部後壁に8 mm大の粘膜下腫瘍様隆起を認めた。頂部にdellあり。NBI併用拡大観察では、背景粘膜との間に明瞭なdemarcation lineは認めず、微小血管構築像も十分視認できないが、表面微細構造は不整～無構造であった。超音波内視鏡検査(EUS)では、第2, 3層に内部均一・輪郭不整・境界明瞭な低エコー領域が描出された。通常観察とNBI併用拡大観察からは癌と断定できなかったが、超音波内視鏡検査で粘膜直下にリンパ濾胞が存在している可能性が示唆されることから、リンパ球浸潤癌が疑われた。腫瘍の深達度に関しては、台状挙上所見とEUS所見から粘膜下層深部浸潤が疑われたが、組織学的診断目的に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。切除標本の病理診断は、Type 0-IIc, 6×5 mm, carcinoma with lymphoid stroma associated with EB virus, pT1b2 (SM2 2000 μm), ULO, Ly0, V0, pHM0, pVM0であった。

#### ④ よろず相談

早期胃癌において「異型度」の診断にはNBI 併用拡大内視鏡所見は有用なのでしょうか

宇賀治良平、青柳裕之、幸明克典、釜田誠也、北川浩太、平井博和、  
内藤慶英、波佐谷兼慶、砂子阪肇、辰巳靖<sup>1)</sup>、海崎泰治<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70歳代男性。近医から早期胃体部癌の疑いで内視鏡治療目的に紹介受診された。Open typeの萎縮性変化を伴い、通常内視鏡観察(Conventional-White Light Imaging: C-WLI)では萎縮領域内の体上部前壁に12mm大の発赤の強い陥凹性病変を認めた。周囲との境界はインジゴカルミン散布像でより明瞭となり、陥凹境界も不整であった。NBI(Narrow band Image)併用拡大内視鏡観察ではdemarcation line(DL)は表面微細構造(micro surface: MS pattern:)と微小血管構築像(microvascular: (MV) pattern)の急峻な周囲粘膜との変化を認め(+)と判断した。MV patternでは個々は不整な開放性ループ状の形態を呈し、形状不均一、非対称性分布、不規則な配列を有していることからirregular MV patternと判断した。病変の中心部には集合細静脈が数カ所認められた。MS patternは病変辺縁側には不規則・不揃いな腺開口部(crypt opening: CO)を認め、腺窩辺縁上皮(marginal crypt epithelium: MCE)個々は不整な弧状の形態を呈し、互いのMCEは不均一で一部癒合を認め、配列不規則、非対称的な分布でありirregular MS patternとした。病変中心部では一部Absent MS patternが認められた。

術前カンファレンスでは、「内視鏡所見からは0-IIc分化型胃癌、高異型度、胃型、cT1b否定はできないが、内視鏡治療適応を先行する」という診断、方針となった。

内視鏡的胃粘膜下層剥離術を行い、一括切除した。病理組織像ではtub1, >tub2, pT1b2(SM2, 800μm), pUL0, INFa, Ly0(D2-40), V0(EVG), pNX, HMO, VM0, 胃型, 高異型度の結果であった。

【相談内容】粘液形質を推測するには、C-WLIやNBI 併用拡大内視鏡観察においても既報が存在しますが、「異型度」を評価するような所見について記載された報告が少ないように思われます。異型度をどのようにして診断しているのでしょうか。診断の根拠としての内視鏡所見・評価項目があればご教示ください。

## ⑤ よろず相談

### 肺高血圧症患者に発症した、腺窩上皮型形質を有する胃腫瘍

万波智彦<sup>1)</sup>、沼本紘輝、梅川剛、光宗真佑、佐柿司、永原華子、若槻俊之、  
福本康史、古立真一、清水慎一、神農陽子<sup>2)</sup>、磯田哲也

- 1) 国立病院機構岡山医療センター 消化器内科
- 2) 国立病院機構岡山医療センター 臨床検査科

【症例】37歳、男性【主訴】胃隆起性病変【既往歴】特発性肺動脈性肺高血圧症(IPAH)のため12年前からepoprostenol(プロスタグランジン I2 製剤)の持続静注中 【H. pylori 検査】除菌歴なし。便中抗原 陰性、血清 IgG 29U/mL、尿中抗体 陽性 【内服薬】エソメプラゾール、レバミピド、ウルソデオキシコール酸、プレドニン、フロセミド、トラセミド(ルプラック®)、スピロラクトン、トリクロルメチアジド(フルイトラン®)、エゼチミブ(ゼチーア®)、トルバプタン、フェブキソスタット(フェブリク®)、エチゾラム、スボレキサント(ベルソムラ®)

【現病歴、経過】検診の内視鏡検査で胃隆起性病変を指摘され、加療に際しての全身管理目的で当院の循環器内科へ入院となった。上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部の小彎と大彎に、それぞれ2cm程度の発赤した垂有茎性の隆起性病変が向かい合うように存在した。背景胃粘膜は、びまん性に発赤、浮腫調で、体部のひだは腫大しており、全体に胃粘膜が肥厚しているためか萎縮範囲の評価は困難であった。NBI 併用拡大観察では、いずれの病変も、病変の立ち上がりに一致して demarcation line (DL)を認めた。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、配列も規則的、分布も対称性であった。表面微細構造については、腺窩辺縁上皮(MCE)が細かな類円形を呈している箇所もあり、MCEが弧状、弧状から類円形を呈している箇所もあったが、形状は均一で、配列は規則的、分布も対称性であった。そのため、regular microvascular pattern (MVP) plus regular microsurface pattern (MSP) with a DLと判断した。また、それぞれの隆起の頂部では、DLを伴って、MCEの形状・配列・分布が不整ないし視認不能で、微細血管構築も視認不能な領域を認め、absent MVP plus absent MSP with a DLと判断した。一方、背景胃粘膜は、細かな類円形を呈するMCEが開放性ないし非開放性ループ状血管を取り囲んでいる像で、円型上皮内血管パターン(VEC pattern)に類似した所見が胃全体に広がっていた。以上から、腺腫の頂部に分化型管状腺癌を伴った病変と考えて、内視鏡的粘膜下層剥離術により摘除を行った。病理組織学的には、いずれも、隆起部は、クロマチン増量を示す楕円形の核が密に配列しており、背景の腺窩上皮と境界を有していることから腺腫と考えた。また、それぞれの頂部では、構造異型、細胞異型の一段強い領域を認め腺癌と考えたが、これらが混在しており明確に境界を引きがたい部分も認めた。免疫組織学的にはMUC2(-), MUC5AC(+), MUC6(-)であり、腺窩上皮型の粘液形質を有すると考えら



れた。一方、背景の非癌部の胃粘膜では、幽門腺の丈の萎縮を伴って腺窩上皮が高度に伸長しており、粘膜固有層の厚さは約 2mm 程度と著明に肥厚していた。

【検討をお願いしたい点】 著明な胃腺窩上皮過形成を背景に発生した、腺窩上皮型の粘液形質を有する胃腫瘍を経験した。IPAH と胃粘膜・胃病変の関連については、epoprostenol 使用患者に胃巨大皺襞症を合併したとする報告がわずかにあるのみで、これまであまり知見がない。近年着目されている HP 未感染胃癌としての腺窩上皮型胃癌との内視鏡的・病理組織学的異同や本病変の由来につき、ご検討いただきたい。

## ⑥ よろず相談

### 診断に苦慮した高分化管状腺癌の1例

里村康輔<sup>1)</sup>、吉田尚弘<sup>1)</sup>、津山翔<sup>2)</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

【症例】80歳代男性【主訴】早期胃癌精査加療【既往歴】X-1年 *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 菌除菌成功【現病歴】X-10年から健康診断で毎年上部消化管内視鏡検査（以下EGD）を受けていた。初回から *H. pylori* 菌感染を指摘されていたが放置しており、X-1年に除菌成功した。X年1月のEGDで体中部小弯の早期胃癌を指摘され、精査加療目的で当院を紹介受診した。

【当院EGD】X年1月に当院で行ったEGDでは、背景粘膜は萎縮性胃炎C-Ⅲで、前医で指摘された体中部小弯の早期胃癌のほかに、体上部大弯に7mm大の平坦で境界明瞭な発赤領域を認めた。体上部大弯病変に対するNBI併用拡大観察（M-NBI）ではVS classification system: regular microvascular pattern plus regular microsurface pattern with a demarcation lineであり、非癌と診断した。生検group 1の診断であった。X+1年3月に行ったEGDでは、体上部大弯の病変の大きさ、形状、M-NBI所見に著変を認めなかったものの、生検で胃底腺型腺癌を疑う所見を認めたためにESDを行う方針とし、X+1年5月にESDを行った。

【ESD病理学的所見】腸上皮化生粘膜を背景とし、腫大核を有する異型腺管が主に管状、一部不規則な分枝を有し、粘膜内で増殖する胃底腺型腺癌様の形態であった。免疫染色ではMUC5ACは表層～一部深部に陽性、MUC6は中層～深部に陽性で、Pepsinogen-I弱陽性細胞も巣状にみられた。また、一部の腺管ではCD10共発現を有していた。以上から、胃腸混合型形質を有し胃底腺分化を伴った高分化管状腺癌と考えた。病変表層は軽度構造が乱れ、ごく軽度の細胞異型を認めるのみで、間質には細血管増生を認めた。指摘病変以外にも胃底腺型腺癌と非腫瘍との鑑別が問題となる領域があり、生検診断のみならず最終病理診断にも難渋した。

【考察】内視鏡所見からは非癌と診断され、生検では胃底腺型腺癌、ESD標本による最終診断は胃腸混合型形質を有し胃底腺分化を伴った高分化管状腺癌であった。内視鏡診断および病理診断に苦慮した病変であった。

## ⑦ 主題演題

### 多発性白色扁平隆起性病変を伴った胃腺窩上皮型の高分化管状腺癌の1例

天野良祐<sup>1)</sup>、長谷川梨乃<sup>2)</sup>、金光高雄<sup>2)</sup>、平瀬崇之<sup>2)</sup>、宮岡正喜<sup>2)</sup>、田邊寛<sup>3)</sup>、  
原岡誠司<sup>3)</sup>、二村聡<sup>3)</sup>、八尾建史<sup>2)</sup>

- 1) 福岡大学筑紫病院 消化器内科
- 2) 福岡大学筑紫病院 内視鏡部
- 3) 福岡大学筑紫病院 病理部

【症例】58歳、男性【主訴】なし【家族歴，既往歴，内服歴】特記事項なし。制酸剤の内服なし【現病歴】20XX年1月検診の胃透視検査で胃体下部の粘膜異常を指摘され、近医で上部消化管内視鏡検査が施行された。胃体下部大彎に褪色调の扁平隆起性病変を指摘された。生検の病理組織学的所見において atypical epithelium と診断され、精査加療目的に当科へ紹介となった。【検査所見】血清 *Helicobacter pylori* (*H. pylori*)-IgG 抗体 <3 U/ml, 鏡検法 *H. pylori* 陰性. 便中 *H. pylori* 抗原陰性, 尿素呼気試験 2.5%以下

【経過】当科で上部消化管内視鏡検査を施行、白色光観察で背景粘膜は穹隆部から体部にかけて萎縮粘膜を呈し、多発する白色扁平隆起を伴っていた。胃体下部大彎前壁より白色調の径 20 mm 大の境界明瞭な扁平隆起性病変を認めた。本病変に接して多発性白色扁平隆起性病変を認めた。インジゴカルミン散布後観察で、主病変の表面は不整な微細顆粒状を呈していた。NBI 併用拡大内視鏡観察では背景粘膜と病変の間に明瞭な demarcation line (DL) を認めた。DL 内部の微小血管構築像については、個々の血管は不整な閉鎖性ループ状を呈し、形状は不均一、分布は非対称性、配列は不規則であり、irregular MV pattern と判定した。表面微細構造については、個々の marginal crypt epithelium (MCE) の幅は厚く、形態は弧状から楕円形を呈していた。形状は不均一、分布は非対称性、配列は不規則的であり、irregular MS pattern と判定した。また、一部に vessels within an epithelial circle pattern (VEC) を認めた。以上、VS classification system より、irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL (VEC pattern +) と判定し、癌と診断した。癌と接する多発性白色扁平隆起は、明瞭な DL を有し、内部は、楕円形の腺窩辺縁上皮に縁取られた楕円形の窩間部から成り、窩間部上皮下の微小血管構築像は、不明瞭であった。主病変と多発性白色扁平隆起は接していたが、連続性を認めず、両病変には、明瞭な境界を認めた。後日 ESD を施行、病変は一括切除された。切除標本の病理組織学的所見は well differentiated adenocarcinoma, pT1a (M), Ly0, V0, HM0, VM0 であり、治癒切除であった。免疫組織化学染色において、MUC5AC 陽性、MUC6 陽性、MUC2・CD10 陰性であり、胃腺窩上皮型の高分化管状腺癌と診断された。癌と接する多発性白色扁平隆起は、組織学的に腺窩上皮の過形成から成り、癌との組織学的連続性を認めず、多発性白色扁平隆起が癌化した所見を認めなかった。

【結語】多発性白色扁平隆起性病変を伴った胃腺窩上皮型の高分化管状腺癌の 1 例を経験したので、報告する。

九州胃拡大内視鏡研究会

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