

第 3 4 回九州胃拡大内視鏡研究会プログラム

日時：2026年2月28日（土） 13:00～17:00

会場：WEB 配信

代 表 世 話 人
病理コメンテーター

福岡大学筑紫病院
AII 病理画像研究所
順天堂大学

八尾 建史
岩下 明德
八尾 隆史

世 話 人

福岡大学筑紫病院
石川県立中央病院
高知赤十字病院
大分赤十字病院
福岡大学筑紫病院

田邊 寛
土山 寿志
内多 訓久
上尾 哲也
宮岡 正喜

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

＜共催＞ 九州胃拡大内視鏡研究会
オリンパスマーケティング株式会社

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 石川県立中央病院 土山 寿志

座長 福岡大学筑紫病院 八尾 建史

1. 【演題】

「病変内の異型度の違いを NBI 拡大観察にて評価し得た腺窩上皮型胃癌の 1 例」

石川県立中央病院 消化器内科 八尾 優太

2. 【演題】

「胃型の低異形度分化型腺癌の一例」

国立病院機構岡山医療センター 消化器内科 梅川 剛

3. 【演題】

「胃底腺粘膜型腺癌の一例」

順天堂大学医学部 消化器内科 中村 駿佑

4. 【ミニレクチャー】

「胃拡大内視鏡：読み方シリーズ (3) Microsurface pattern」

福岡大学筑紫病院 臨床医学研究センター 八尾 建史

5. 【演題】

「制酸薬投与により内視鏡所見が変化した十二指腸腸型腺腫の 1 例」

大分赤十字病院 消化器内科 辛島 誠伸

6. 【演題】

「NBI 併用拡大観察で癌と診断可能であった非乳頭部十二指腸癌の 1 例」

福岡大学筑紫病院 消化器内科 松田 恵伍

7. 【演題】

「“GLOMUS-LIKE LESIONS” OF THE GASTRIC FUNDIC TYPE MUCOSA: A NOVEL

ENDOSCOPIC SIGN OF AUTOIMMUNE ATROPHIC GASTRITIS」

Yaroslavl Regional Cancer Hospital Roman Kuvaev

抄録

① 主題演題

「病変内の異型度の違いを NBI 拡大観察にて評価し得た腺窩上皮型胃癌の 1 例」

石川県立中央病院 八尾優太、吉田尚弘、金子裕紀、早川希、宮島沙織、宇都宮まなみ、川崎梓、脇田重徳、木藤陽介、中西宏佳、辻国広、守護晴彦、津山翔、片柳和義、湊宏、土山寿志、辻重継

症例は 50 歳代女性。検診の上部消化管内視鏡検査にて胃体上部大弯に隆起性病変を認め、生検で Group 4 と診断されたため、精査目的に当科紹介となった。白色光観察では体上部大弯に 50mm 大の境界明瞭な扁平隆起性病変を認め、背景胃粘膜に萎縮は認めなかった。病変内部には 3 つのコンポーネントが存在した：病変辺縁の白色調扁平隆起部分(①)、その内部に存在する淡い発赤調の陥凹部分(②)、および丈の高い隆起部分(③)。NBI 併用拡大内視鏡では、①に一致して demarcation line (DL)を認めた。①の microvascular (MV) pattern は、微小血管の形状が不均一で、分布は非対称、配列は不規則であり、irregular MV pattern と判断した。Microsurface (MS) pattern は、腺窩辺縁上皮(marginal crypt epithelium; MCE)の形状が不均一で、分布は非対称、配列は不規則であり、irregular MS pattern と判断した。VSCS は irregular MV pattern plus irregular MS pattern with a DL であり、高分化腺癌を疑った。②では①に比べて MCE の幅は狭く密度も低かった。③では MV の拡張や MCE の形状不整が①よりも顕著であった。以上の内視鏡所見より、病変は腺窩上皮型腫瘍を背景に、辺縁から中央に向かって異型度が高くなる癌が混在しているものと考えた。総合的に cT1a (M) の腺窩上皮型癌と診断し、ESD を施行した。上記の 3 つのコンポーネントに対応する病理学的所見は下記の通りであった。①：紡錘形核を有する異型上皮が表層部に腺窩上皮置換性に増殖しており、深部では非腫瘍性の胃底腺組織がみられた。免疫組織化学染色では MUC5AC、MUC6 陽性で CD10 陰性、MUC2 一部陽性の胃型あるいは胃腸混合型形質であった。平坦型の腺窩上皮型腫瘍と診断した。②：N/C 比は 50%未満で極性が保たれた紡錘形核～類円形核を有する異型細胞が管状に増殖しており、表層部では平坦状の腫瘍上皮もみられた。全層性に腫瘍組織がみられ、また、杯細胞も混じていた。免疫組織化学染色では MUC5AC、MUC6 陽性で、CD10 陰性、MUC2 陽性の胃腸混合型形質であった。低異型度高分化腺癌と考えた。③：①②に見られる腫瘍細胞より N/C 比大、核腫大し核異型が高度となった腫瘍細胞が管状、乳頭状に増殖し、高分化管状腺癌および乳頭腺癌の所見であった。免疫組織化学染色では、MUC5AC、MUC6 陽性で、MUC2、CD10 陰性の胃型形質で Ki-67 陽性率が高値で、一部は粘膜下層に浸潤し、高度のリンパ管侵襲も伴っていた。最終病理診断は、Early gastric cancer, ESD, M, Gre, Type 0-IIa, 63×42mm, tub1>pap>tub2, pT1b1 (SM1) (260 μm), INFb, pUL0, Ly1 (D2-40), V0 (CD31), pHM0 (3mm), pVM0 であった。追加外科切除が行われたが、癌の残存やリンパ節転移は認めなかった。

本症例は低異型度腺窩上皮型腫瘍から高異型度分化型腺癌への progression が疑われ、各段階の病理学的所見に合致する内視鏡像を確認し得た貴重な 1 例と考えられたため報告する。

② 主題演題

「胃型の低異型度分化型腺癌の一例」

梅川 剛 1, 万波 智彦 1, 磯田 哲也 2, 山本 梨紗 1, 加瀬 太一 1, 小西 祥平 1, 山西 友梨恵 1, 栗原 淳 1, 長江 桃夏 1, 原 諒真 1, 永原 華子 1, 佐柿 司 1, 福本 康史 1, 清水 慎一 1, 神農 陽子 2

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

症例は 70 歳代、男性。約 15 年前に早期胃癌に対して幽門側胃部分切除術を施行された (M, Gre, pType0-IIc, 5mm, sig, pT1a(M), ly0, v0, pN0, pM0, pDM0, pStage IA)。検診目的の上部消化管内視鏡検査で残胃に隆起性病変を認めたため紹介となった。H. pylori 関連検査では、血清抗体は 6 U/ml、便中抗原は陰性、鏡検法も陰性であった。白色光観察では、残胃小彎前壁寄りに 15mm 程度の表面隆起性病変を認め、頂部には境界明瞭・辺縁不整な白色調の僅かな陥凹を伴っていた。病変はやや厚みが目立ち、大彎側方向では立ち上がりかなだらかであるようにも見えたが、送気による伸展は比較的良好であった。NBI (narrow band imaging) 併用拡大観察では明瞭な demarcation line (DL) を認め、DL 内部の表面微細構造 (microsurface (MS) pattern)、微小血管構築像 (microvascular (MV) pattern) は、いずれも形状は不均一、分布は非対称、配列は不規則であった。また正円形の閉鎖型の腺窩辺縁上皮 (marginal crypt epithelium: MCE) 内部に微小血管構築像を認め、VEC pattern 陽性と判断した。以上より、irregular microvascular pattern plus irregular microsurface pattern with a DL, VEC pattern 陽性と判定し、胃型の低異型度分化型腺癌を疑った。内視鏡的粘膜下層剥離術により切除を行った。病理組織学的所見は、内視鏡で指摘された領域に一致して分化型腺癌を認め、腫瘍細胞は MUC5AC (+)、MUC6 (+)、CDX2 (-)、CD10 (-)、Pepsinogen I (-)、H+/K+-ATPase (-) を呈していた。MUC6 は最表層以外で広い範囲に陽性であり、MUC5AC と共に陽性となる部分が多かった。以上から、胃型粘液形質の低異型度分化型腺癌と診断した。

③ 主題演題

「胃底腺粘膜型腺癌の一例」

中村駿佑 1, 上山浩也 1, 上村泰子 1, 岩野知世 1, 山本桃子 1, 沖翔太郎 1, 阿部大樹 1, 赤澤陽一 1, 竹田努 1, 上田久美子 1, 北條麻理子 1, 八尾隆史 2, 永原章仁 1, 3

1. 順天堂大学医学部 消化器内科
2. 順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学講座
3. 順天堂大学医学部大学院医学研究科 消化管疾患病態研究・治療学講座

症例は 60 歳代男性。健康診断で施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃体上部大弯に 12mm 大の発赤調隆起性病変を認め、当院へ紹介となった。H. pylori 感染状況は除菌歴がなく、血清抗体は 3 未満、尿素呼気試験は陰性であり、内視鏡および病理組織学的に背景粘膜に萎縮は認めず H. pylori 未感染胃と判断された。当院で施行した EGD では、胃体中部大弯に 12mm 大の発赤調隆起性病変を認め、なだらかな上皮下腫瘍様隆起を示し、表面構造は比較的整であった。また、部分的に灰色の透見像(Gray color sign (GCS): PPI 関連胃底腺ポリープに特徴的な内視鏡所見。Uchida R, Ueyama H. DEN Open. 2025.) が認められ、同所見は TXI 観察では強調して観察された。NBI 併用拡大観察では DL を認め、microvascular pattern は形状・分布・配列は保たれており regular, microsurface pattern は不整に乏しい線状・弧状の腺窩辺縁上皮と腺開口部を認め regular と判断し、VS classification system により、regular MV pattern plus regular MS pattern with a DL と判定し非癌と診断された。前医の生検は Group 5 で胃底腺型腺癌疑いと診断され、ESD を施行した。病理組織所見は、胃底腺に類似した細胞からなる異型腺管が不規則に癒合する腺管を形成しながら増殖し、表層は非腫瘍性粘膜で覆われていたが、ごく一部で腺窩上皮型腫瘍成分を伴っていた。免疫染色では、MUC5AC (+), MUC6 (+), pepsinogen-I (+), H+K+ATPase (focal +) であり、MUC2 と CD10 は陰性、p53 過剰発現はなく、Ki-67 陽性細胞は不規則に分布していた。胃底腺への分化に加えて腺窩上皮への分化も示し、胃底腺粘膜型腺癌(Ueyama-Yao 分類: Type 3)と診断し、規約因子は M, Cre Post, type0-II a, 9x6mm, tub1, pT1b1/SM1(420 μ m), INFa, Ly0 (D2-40), V0 (EVG), pUL0, pHM0, pVM0 で治癒切除であった。本症例は内視鏡所見においては積極的に胃底腺粘膜型腺癌を疑う所見は認められず、胃底腺型腺癌もしくは GCS により PPI 関連胃底腺ポリープとの鑑別を要した。胃底腺粘膜型腺癌 Type3 は多彩な内視鏡像を呈するため、特徴的な内視鏡像は明らかになっていない。表層が非腫瘍性粘膜で覆われる上皮下腫瘍様病変の場合には胃底腺粘膜型腺癌 Type3 を考慮して鑑別診断を行うことが重要である。

⑤ 主題演題

「制酸薬投与により内視鏡所見が変化した十二指腸腸型腺腫の1例」

大分赤十字病院 消化器内科 1), 大分赤十字病院 肝胆膵内科 2), 大分赤十字病院 病理診断科 3), 大分大学医学部附属病院 消化器内科学講座 4)

○辛島誠伸 1), 上尾哲也 1), 木本喬博 1), 伊藤秀幸 1), 東 祥史 1), 上原 悠 2), 因幡和美 1), 高橋晴彦 1), 本村充輝 2), 成田竜一 2), 山元範昭 3), 水上一弘 4), 村上和成 4)

【はじめに】我々は、以前より胃酸環境の変化が、胃腫瘍および背景粘膜の内視鏡所見に強く影響を及ぼす重要な因子の一つと考え報告している。今回、胃酸環境の変化が“十二指腸上皮性腫瘍”の内視鏡所見に影響したと考える腸型、十二指腸腺腫の1例を経験したので報告する。【症例】50歳台、女性。前医で十二指腸球部に隆起性病変を指摘され、生検で腺腫が疑われ、精査加療目的に紹介となった。背景胃はH. pylori 未感染胃で制酸薬の内服はなかった。白色光観察では十二指腸球部上面に15mm大のやや発赤調の隆起性病変を認めた。病変表面は広範囲でフィブリンに覆われ、観察が不良であった。フィブリンがない部分は、やや不整な類円形の腺窩辺縁上皮の内部にやや不整なコイル状の微小血管構築像を認め、上皮内血管パターンを呈すると考えた。また病変内に明らかなlight blue crest (LBC), white opaque substance (WOS) の発現はなかった。以上よりVSCSでは、腸型腺腫の所見はなく、胃型の分化型癌が否定できなかった。本例はフィブリンが目立つ点、球部上面で胃からの胃酸の影響を受けて可能性があり制酸薬(P-CAB20mg)を21日間投与し再度観察を行った。病変部は白色光観察で褪色調に変化し、フィブリンは消失していた。NBI拡大観察にて病変部にびまん性にWOSが出現していた。病変内部は比較的整った迷路状のWOSの中にスリット状の腺窩の開口(LBC)を認め、血管内上皮パターンの所見に変化していた。absent MV pattern plus regular MS pattern with a DL, regular WOSと判定し、比較的典型的な腸型管状腺腫を疑い、UEMRによる一括切除を行った。病理診断は腸型粘液形質の管状腺腫であった。【結語】制酸薬投与により内視鏡所見が変化した十二指腸腸型腺腫の1例を経験した。十二指腸上皮性腫瘍においても胃酸の影響を考慮した質的診断が望ましい場合がある。

⑥ 主題演題

「NBI 併用拡大観察で癌と診断可能であった非乳頭部十二指腸癌の 1 例」

1) 福岡大学筑紫病院 消化器内科, 2) 福岡大学筑紫病院 病理部・病理診断科, 3) 長浜クリニック,
4) 福岡大学筑紫病院 臨床医学研究センター

松田恵伍 1), 宮岡正喜 1), 中島美知子 2), 八坂達尚 1), 今村健太郎 1), 金光高雄 1), 吉村雅代 2), 田邊寛 2), 二村聡 2), 長浜孝 3), 久部高司 1), 八尾建史 4)

症例は 60 歳台男性. 前医にて検診目的に上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行し, 十二指腸球部に隆起性病変を指摘され精査加療目的に当院紹介となった. 当院にて EGD を施行し, 十二指腸下壁に径 10mm の立ち上がり急峻な上皮下腫瘤様の隆起性病変を認め, 病変の頂部から後壁側にかけて強発赤調の限局性領域を認めた. インジゴカルミン撒布像では, 発赤領域内に深い陥凹を伴っていた. また, 病変の周囲には Brunner 腺過形成が散見された. NBI 併用拡大観察で隆起の基部は病変の周囲粘膜に類似した非腫瘍性の粘膜模様を呈しながら隆起し, 隆起の頂部から後壁側にかけて存在する発赤領域に一致し demarcation line (DL) を認めた. その DL 内部の微小血管構築像 (MVP) は視認できる部位で形状は不均一, 配列不規則, 分布も非対称性で irregular microvascular pattern と判定した. また, 表面微細構造 (MSP) に関して, 発赤領域の腺窩辺縁上皮は類円形から弧状で形状は不均一, 配列も不規則, 分布も非対称性で, 窩間部が開大している部位も認めた. 陥凹面には white opaque substance (WOS) を認め, その形状は不均一であり irregular WOS と判定し, MSP は irregular microsurface pattern と判定した. 以上より隆起の頂部から後壁側にかけての発赤領域で癌と診断した. EUS で病変は, 第 2 層を主座とする低エコー腫瘤と描出され第 3 層は保たれており, ESD を施行した. 病理組織学的診断では, NBI 併用拡大内視鏡で判定した部位に一致して高分化腺癌を認め, 壁深達度は粘膜内病変で脈管侵襲は認めず切除断端陰性であった. 免疫組織化学染色は MUC5AC, MUC6 は陽性, CD10, MUC2 は部分的に陽性であり, 胃腸混合型の非乳頭部十二指腸癌と診断した. 今回我々は NBI 併用拡大観察で癌と診断可能であった胃腸混合型の非乳頭部十二指腸癌を経験したため, 文献的考察を含めて報告する.

⑦ 主題演題

「“GLOMUS-LIKE LESIONS” OF THE GASTRIC FUNDIC TYPE MUCOSA: A NOVEL ENDOSCOPIC SIGN OF AUTOIMMUNE ATROPHIC GASTRITIS」

Kuvaev R. O. 1, Kashin S. V. 1, Kraynova E. A. 2, Chamorovskaya A. B. 1

1 Yaroslavl Regional Cancer Hospital, Yaroslavl, Russian Federation

2 Moscow City Oncology Hospital №62, Moscow, Russian Federation

Abstract

Background: Autoimmune gastritis (AIG) is considered to be a premalignant condition and associated with an increased risk of gastric neoplasia. Endoscopic diagnosis is usually difficult, and most cases are overlooked and therefore the identification of specific endoscopic markers is important for the accurate diagnosis of AIG. During magnifying image-enhanced endoscopy (M-IEE) of the gastric fundic type mucosa in patients with AIG, we noted the presence of multiple minute round-shaped, transparent dots with branched microvessels - “glomus-like” lesions (GLL). It had not been described in the literature before. In the present study, we investigated the nature and the diagnostic value of GLLs for the AIG diagnosis

Materials and Methods: The study included 111 patients (29 males and 82 females, mean age 57.7 ± 10.6 years) with a diagnosis of chronic atrophic gastritis. Among them, 57 patients were diagnosed with AIG and 54 with chronic multifocal atrophic gastritis (MAG) associated with *H. pylori*. All patients underwent conventional white-light endoscopy followed by examination of the gastric mucosa with magnification and image-enhancing techniques (NBI, BLI, or i-scanOE). Target forceps biopsy (or endoscopic mucosal resection) was performed from a gastric mucosa GLL for histological evaluation.

Results: GLL of the gastric fundic mucosa were found in 44 (77.2%) patients with AIG and in all patients with neuroendocrine tumors (NETs). In contrast, none of the 54 patients with MAG had GLL ($p=0.0001$). All biopsy specimens taken from GLL revealed atrophy of fundic glands, enterochromaffin-like (ECL) cell hyperplasia, cysts of foveolar epithelium. For diagnosing AIG the sensitivity, specificity, accuracy, positive predictive value and negative predictive value of GLL were 0.77, 1.00, 0.88, 1.00, and 0.81, respectively.

Conclusion: This study provides the first report on a novel endoscopic sign of AIG - “glomus-like lesions” of the gastric fundic type mucosa. The presence of GLL is a highly specific marker for AIG and can be widely used in clinical practice. GLL are associated with key histopathological markers of AIG such as mucosal atrophy and ECL-cell hyperplasia. The

detection of this endoscopic sign indicates an increased probability of diagnosing NETs. Further larger-scale studies are required to investigate the role of GLL in diagnosing AIG in clinical practice

Keywords: Autoimmune gastritis, AIG, gastric mucosal atrophy, neuroendocrine tumor, "glomus-like lesions", magnifying endoscopy, narrow band imaging

九州胃拡大内視鏡研究会

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