

第 13 回 長野拡大内視鏡研究会

【症例 3】 呈示者：依光展和（佐久医療センター）

読影者：山里（東京都がん検診センター）、竹内（長岡赤十字病院）

<読影内容>

・ WLI

山里：体上部後壁の白色調隆起で、色調より境界明瞭。White zone (WZ) が見え、大小不同もある。背景粘膜は villi と pit の混在で萎縮のある胃底腺。分化型胃癌、0-IIa、T1aM、1cm。

竹内：表面は鱗状で、WZ で認識できる形もバラバラで白色調。背景は胃底腺領域で、白濁 Pit、管状模様があり、萎縮した粘膜。胃型粘液形質を持つ病変。

・ NBI

山里：WZ が見えにくいところで境界があり、WZ の幅が不均一。大小不同があり異型がある。

竹内：分化型癌で表面まで腫瘍が露出。WZ を追え、構造がよく見え一部融合もある。分化型癌、T1aM、0-IIa、3mm、腺窩上皮型、胃型形質。構造の不整があるので癌をやはり考えたい。

コメント：中村（安曇野赤十字病院）：WZ は明瞭だがよく見るとチリチリしており、表面が serration を起こしている。異型が弱く、はっきり癌かは難しい過形成のようなもの。土山（石川県立中央病院）：腺窩上皮のチリチリは、腺窩上皮型癌に多いパターン。窩間部の大小不同もあるので胃型腺窩上皮型腺癌を考えたい。MV も MS も irregular で WOS はない。八木（新潟県立吉田病院）：WZ の 1 つ 1 つに不整がある。表層は癌、MUC5AC が上にあり、下に MUC6 がある胃型の癌。小林（魚沼基幹病院）：胃型腺窩上皮型であれば瑞々しくもう少し透明感がある。辺縁がグレーな部分があり、胃底腺型癌で表面は組織でも紛らわしい癌と非癌が混在。

・ 除菌後

山里：除菌により白色調が弱くなった。表面構造は大小不同があり、WZ がはっきり見えて幅も不整・不均一で、表面まで腫瘍が露出。除菌で表面構造の間に隙間が出来た。診断は同じ。

竹内：間質にあった細胞浸潤が除菌により引き、表面構造 1 つ 1 つが sharp に clear に見えるようになった。大小不同もあり、かなり表層に分化した超高分化な癌を考える。診断は同じ。

コメント：中村：除菌できれいに見えるようになり、WZ のチリチリは炎症細胞の浸潤だった。腫瘍かどうかは難しいが、過形成だけで説明がつくとも言えない。serration の変化は炎症によることが分かった。八木：これだけ大小不同があるので癌を考える。土山：除菌で所見が穏やかになったが、surface pattern の大小不同は残っているので癌。小林：大小不同があるので癌を考えざるを得ないが、非癌も考えなくてはならない。境界はあるので過形成も鑑別に挙げる。

<最終診断> Foveolar hyperplasia。H.pylori 感染に伴う tight junction 障害。

<病理解説> 太田（信大）

表面は不規則な villi 様構造を伴っており、細胞が所々ほつれて崩れ落ちるような像。核は小型で、好中球浸潤がある。非常に密に H.pylori が感染しており、生体内で癌細胞に H.pylori が接着することはないので、この段階で腫瘍は否定的。増殖能細胞は乳頭部の基部から腺頸部に存在し、表面の細胞増殖はない。H.pylori 感染により細胞の接着装置に異常をきたすことがある。上皮細胞の接着装置のうち Tight junction は最も上端部に存在し、ZO-1 はこの機能を制御する

第 13 回 長野拡大内視鏡研究会

ので、免染で確認した。除菌前では *H.pylori* が被覆上皮に密に感染しており、Tight junction、ZO-1 がよく見えなかった。除菌後 ZO-1 が浅層に観察され接着装置が回復していた。

現象として、限局性に腺窩上皮の過形成が起こり、これに伴い胃底腺が偽幽門腺化生した。*H.pylori* により上皮の 2 次的な変化（微小乳頭状変化）を起こし、多彩な像を呈した。

<対比>

除菌により腺窩上皮表層の変化は軽快し、炎症細胞浸潤も改善していた。除菌前の villi の不整さと剥離した様な所見が一致していた。

<Discussion point>

- ・発生機序：なぜこの胃底腺だけが強い *H.pylori* 感染を起こしたのかは分からない。*H.pylori* が生育しやすい、酸が少ない環境だったのかもしれない。最初に偽幽門腺化生があつて PH が上がつて *H.pylori* がきたのか、後から下が偽幽門腺化生を起こしたのかは分からない。
- ・除菌前後の NBI 所見の変化：ひらひらした構造が光を反射し血管が見えなかったが、除菌後炎症細胞浸潤が改善し血管が見えるようになった。

（文責：当番世話人 佐久医療センター内視鏡内科 高橋亜紀子）

第 13 回 長野拡大内視鏡研究会

【症例 5】 呈示者：名和田義高（新潟県立吉田病院）

読影者：斉藤（信大）、橋本（新潟大）

<読影内容>

・ WLI

斉藤：切歯より 25cm に血管透見不良な領域があり、発赤し一部隆起し、空気変形なし。SCC, IIb+IIa, SM 軽度浸潤で、隆起が最深部。

橋本：発赤領域内に陥凹があり、内部に 2 こぶの隆起がある。台形様に隆起し厚みがある。隆起部で空気変形なし。SCC, IIc+IIa で、陥凹部で MM、中心隆起で SM 深部浸潤。

・ NBI・NBI 拡大

斉藤：口側はループが消失しており B2。隆起部では AVA があり、B3 はない。

橋本：口側は B2。角化粘液で血管見えにくいところがある。隆起も陥凹も B2 で領域性がある。陥凹辺縁のドット状は境界はつきりしないが B1。拡大では B2 が大部分なので MMSM1。しかし WLI を加味し、隆起 2 つとも厚みで SM2。

竹内（長岡赤十字病院）は、AVA とは typeB で囲まれて血管がない、もしくは粗な領域のことであり、B1 で囲まれた AVA は深達度に反映せず EP-LPM、と解説した。小山は、B2 は MMSM1 だが、AVA-small を形成していたら 1 ランクダウン。全体が B2 なので MMSM1 だが AVA-small は EPLPM と一段浅く読む、というのが食道学会分類の理論、と解説した。

なお左側の血管が粗な領域に対し、野中（埼玉医大国際医療センター）は B2 の AVA-M、竹内は B2 ではなく血管が粗なだけで expansive な腫瘍があるわけではない、とコメントした。

・ ヨード

橋本：ヨード不染の方が範囲が広い。畳み目が病変内にほとんどに入らないので、MMSM1。

<最終診断>

SCC, pT1b-SM2 (500 μ m), ly1, v0, pHM0, pVM0, 0-IIc+ “0-Is”, INFb, 16x15mm.

<病理解説> 下田（静岡がんセンター）

全体に異型の高い癌で、癌細胞がバラバラに浸潤している。このようなタイプは脈管侵襲をきたしやすいので、D2-40、V.B または EVG で ly, v を必ずチェックする。真ん中の隆起の血管が見えにくい所は表面が完全にびらんを来たしており、LPM の癌が EP を壊し表層に露出している。

<対比>

口側の陥凹は MM で辺縁が EP。大きな隆起は SM2、小さな隆起は SM1。

<Discussion point>

・口側の B2 は MM で読影通りであった。大きな隆起部は B2 だが、WLI で厚みがあり SM2 と診断は可能であった。

・（左側の）AVA の読影：B2 だが AVA-small なので、1 ランクダウンで、LPM。

・隆起部は SM2 だが B3 が観察されなかった理由：SM2 が露出しているわけではなく、表層を MM-SM1 が覆っているため。B2=MM-SM1 でなくこれ以深であり、この場合は WLI, または EUS を重視する。
(文責：当番世話人 佐久医療センター内視鏡内科 高橋亜紀子)