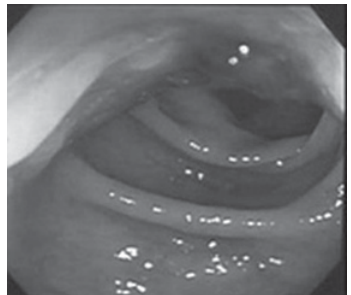


消化管撮影技術

20周年記念特集号



Mar.2005.No.30

大阪消化管撮影技術研究会
<http://www.ossk.ne.jp>

記念特別講演

平成 17 年 2 月 5 日(土) 於：エーザイ A 会議室

大阪消化管撮影技術研究会は 1984 年 4 月に発足し、2004 年 4 月に創立 20 周年を迎えた。人であるところの成人である。成人式の日には TV のインタビューで「大人の仲間入りをしたので、これからは自覚を持って・・・」ということをよく聞きます。研究会の場合は消化管撮影の今後を考える上で、一度原点回帰が必要ではないだろうか。そういう意味では、今回の記念特別講演はタイムリーであった。講師は社会保険中央総合病院消化器内科部長の浜田勉先生で「白壁先生が私に求めた X 線写真」というタイトルで、私たちの原点の二重造影の創始者である白壁先生の人となりをお話いただいた。最後には、これも私たちには原点ともいべき症例検討をしていただいた。この先、研究会は日本人の平均寿命に追いつけるように継続されるであろう。それでは記念特別講演の会場を思い浮かべながらお読みください。

浜田先生講演

ただ今ご紹介いただきました、社会保険中央総合病院の浜田です。今日は本会の 20 周年記念だということで、レントゲン診断で一番ふさわしい白壁先生のお名前を掲げさせていただきます。演題と致しました。

白壁先生は皆様ご存知のように、二重造影の創始者で私の学んだ大学の教授でもあったわけですが、10 年前にお亡くなりました。今日は白壁先生中心にお話するというので、いろいろ昔のスライドを持ってまいりましたので、X 線像を見ながら先生のお考えや私の感想などを知っていただければと思っております。(次お願いします)

白壁先生の細かい足取りをいえば切りがないんですけども、順天堂大学の消化器内科の前は千葉大学に居られ、二重造影法というのは、この千葉大学で始められたわけでありませう。その二重造影の仕事が認められて 47 歳の時に順天堂大学の消化器内科の教授に抜擢されたということでございます。私はそのあと 10 年ぐらいしてから、先生が 57 歳ぐらいの時、

「白壁先生が私に求めた X 線像」
講師：浜田 勉先生(社会保険中央総合病院内科部長)

浜田 勉 先生

ちょうど二重造影の全盛期に入局いたしました。教授になって 10 年経ってたわけですし、この頃までの細かい話は、本当は市川平三郎先生とか丸山先生が詳しいわけですが、今回こういう機会ですので、私は私なりに白壁先生の人となりというのをお話させていただければと思っております。

白壁先生の功績は世界を股に掛けており、ペルー大学、北京医学院、ベルリン放射線学会、北米放射線学会、ベルギー放射線学会とかいろいろな所の名誉教授、名誉会員になっておられ

大阪消化管撮影技術研究会 創立 20 周年を記念して

八尾徳洲会総合病院

江草 苗実

「研究会と私」

今年、大阪消化管撮影技術研究会が創立20周年を迎えられたということで、本田会長を始め幹事の先生方には、会員の皆様のために、たくさんの症例の発掘・読影や撮影のノウハウの勉強をしやすい環境をつくって下さったことを厚く御礼申し上げます。また、全国にまで会員の方がいるような大きな研究会にまで発展されたことは、並々ならぬ消化管撮影に対する熱い思いと御努力の成果と御喜び申し上げます。

私が、初めて研究会に参加したのは、去年の1月でした。その頃の私は、胃透視を始めて2ヶ月くらいだったと思います。健診を主体とする施設に勤務していたので、技師歴1年目だった私に、先輩が一から指導をして下さいました。やっと一通り決まったルーチンを撮影できるようになった頃、私が撮影中にやっと見つけることができたのは、明らかなポリープと潰瘍だけでした。「こんな読影力のない私が撮影していいのかなぁ？」という気持ちで一杯だったとき、研究会の幹事でもある学校の先輩に「行ってみる？」と声をかけて頂いたのをきっかけに、毎月参加させて頂くようになりました。

参加してみて最初に思ったことは、先生方が症例検討をされているのを聞いていて、何を言っているのかサッパリわからず、自分があまりにも無知だということを感じ知らされたこともあり、正直おもしろくありませんでした。その反面、ここにいる先生方みたいに読影ができて、シャウカステンに掛かっているような病変を、きちっと描出できる技師に私もなりたいたいとも思いました。そのためにはもっと読影の勉強をしないとイケないと思いましたが、私の勤務していた施設はあまり症例がなかったので、ど



んどん研究会に参加して、たくさんの症例を見て、たくさんの先生方の考え方やアドバイスを聞かせてもらおうと思いました。そして3回目に参加したとき、下手すぎるのですごく恥ずかしかったのですが、自分の撮影した写真を本田会長に見て頂きました。すごく丁寧に解りやすくアドバイスして下さい、次の日から教えて頂いた撮影法を取り入れてみると、先輩に「撮影法変えたん？良くなってやる」と褒めてもらうことができ、研究会に行くことがすごく楽しみになりました。そして研究会に馴染めてきた頃、「第1症例の読影お願いします」と言われ「どうしよう・・・」と焦りながら読影したのですが、結果は散々なものでした。情けなくて悔しい気持ちでいっぱいだった私に板谷先生が「勇気を出して読影してくれてありがとう」と言って下さいました。その一言ですごく救われたのを覚えています。

消化管撮影を熟知された先生方ばかりの研究会で、レベルの高い白熱したやりとりを聞いていて、初心者には少し近づきたいイメージをもたれている方もいると思うのですが、全然そんなことはないです。恥をかいてもどんどん前へ出てみて下さい。わからなくてもコツコツ頑張っていれば研究会の先生方は熱心に教えて下さいます。大阪消化管撮影技術研究会はそういう研究会だと私は思っています。

現在、私は勤務している施設が変わり他の分野の勉強に追われていますが、次に消化管の撮影をする機会がくるときまでには、今よりも読影力をつけて挑みたいと思っています。そのためにも今後は、時間を見つけて研究会に参加したいと思っていますので、これからも御指導宜しくお願いします。

最後に、大阪消化管撮影技術研究会が50周年100周年の御祝いの日を迎えられますよう祈念して、私からの言葉とさせて頂きます。

症例記録

12月例会レポート 記録者 林 孝治（井上病院）

症例 社会保険中央総合病院 70才 男性
司会 米谷 孝史（松浦診療所）
読影 井上 啓二（サトウ病院）

概要

直腸と横行結腸に類似した肉眼所見を呈した病変を認め、粘膜下腫瘍、炎症性疾患もしくは転移性腫瘍との鑑別が必要な症例でした。また、盲腸部については伸展が充分でなかったため、病変存在の有無について議論されました。

患者データ

現病歴：食道粘膜下腫瘍の長期フォロー。

既往歴：痔手術。

C F：S状結腸にポリープ及び、横行結腸に1/2～1/3周性の発赤を認める。

全フィルム供覧

井上^啓 それでは、読影の基本である two finger method という方法で二本の指で腸管をなぞって走行を追っていきます。まず直腸(R a～R s)に腸管の狭小化を認めます。他のどのフィルムにおいても、同じ場所に常に狭小化が見られます。そのすぐ口側に最大径約5 mmのポリープがあり(Fig.1,2) S状結腸に憩室を3ヶ認めます。脾彎曲から少し横行結腸に入った所にひだ集中を伴ういわゆる収束像が見られます(Fig.3,4)。そして、横行結腸の肝彎曲付近に憩室を1ヶ認め、また、上行結腸の中央あたりにも1ヶ憩室を認めます。

次に盲腸ですが、回盲弁が異常に盛り上がり、回盲弁に隆起性病変が存在している様に思われます。また、虫垂も描出されていません。そして盲腸に常に炎症様所見があります(Fig.5,6,7)。

司会 それでは直腸の病変から読影をお願いします。

井上^啓 直腸の内側にひだ集中があります。ひだの辺縁はきれいです。正面像からも粘膜面は正常であるため、粘膜下からの病変と思われる。まず、直腸の病変だけを見たら子宮内膜症が最も疑われますが、脾彎曲にも似た所見がありますし、患者が男性ということから子宮内膜症は否定されます。直腸と脾彎曲の病変は同じ所見ですが、腸管の下から発生したものか、腸管外からの病変なのか

第1症例ダイジェスト

10月 えっ!進行癌

76才 女性

噴門下部小彎から後壁に存在する隆起性病変。進行癌と読めるかどうかが問題となった症例であった。読影者の古田¹⁾は、噴門直下から噴門下部後壁に隆起性病変を指摘した。隆起は大小不同の顆粒の集まりで、大きさは3×3cm、形は類円形、立ち上がりは口側が山田III型、肛側は山田II型であり、陥凹はなく、陥凹に見える部分は隆起間の溜まりであるとして、病型はIIa集族型。深達度は側面像でも変形がないことからMと読影した。会場からは、IIa、深達度SM。IIa+IIc、深達度SMの意見が出された。司会者は進行癌の意見を求めたが、その意見は無かった。内視鏡、続いてマクロを提示し、司会者はもう一度進行癌の意見を求めたが皆無であった。

プレパラートを見ると、隆起間の溜まりと見られた部位でMPに浸潤する進行癌であった。会場からは、X線写真では進行癌とは読めないという意見であったが、撮影者の吉本²⁾は、読影者・会場が読んだであろう背臥位第1斜位での側面像ではなく、腹臥位第1斜位像を示し、この部分がMP浸潤部分と一致する側面像であると指摘した。その写真には病変部の側面像が弧状変形として写し出されていた。

読影者を含め会場の全員が目立つ隆起部分の側面像にばかり目が行き、撮影者が苦労して撮った写真を見逃していたと思われる。改めて読影時には全ての写真を細かく見なければならぬ事を思い知らされた症例であった。

(福本 弘幸)

結果：f type 1 + IIa , T 2 (M P) , tub 2 , ly 0 , v 3 , n 0



1) 東葛病院 2) 淀川キリスト教病院

第2症例ダイジェスト

10月 微細な変化をどう読みますか？

62才 男性

本症例は、胃角部大彎を跨いで前後壁に及ぶ広範囲(45×70mm)のIIc型癌であった。しかし、その広範囲に存在した病変の変化がIIc、あるいは類似IIb様という微細な所見を呈していた為、結果的に異常像として認識することや範囲の同定にも影響し非常に難しい症例だったといえる。

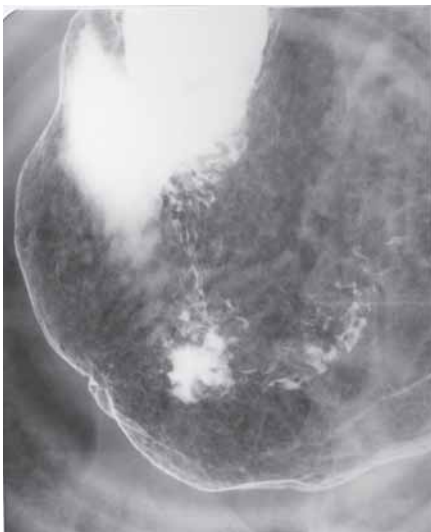
読影者の蓮尾¹⁾は、胃角部大彎のfold集中を伴う陥凹性病変を指摘し、陥凹の形が星芒状で辺縁にヒゲ状の飛び出し所見とfold先端の棍棒状肥大を悪性の根拠とし、分化型のIIcでSMと読影した。また、前壁の粘膜不整像については、再現性に乏しい点や範囲が全周に追えない点から深い陥凹だけをIIcの範囲とした。一方、中川²⁾は蓮尾が指摘した部位と前壁の粘膜不整像を含めた広い範囲を指摘し、二段掘れのIIcでMと読影した。なお、その前壁における粘膜不整像については、悪性の根拠について時間の関係上詳細な討論ができなかったのは残念である。会場からの意見で、前壁の粘膜不整像をMALTリンパ腫とし、深い陥凹は良性潰瘍という異なった意見も出されたが、大半が蓮尾の意見と同じであった。

いずれにせよ本症例は、病変が存在した場合、いかにその周辺の粘膜面の微細な変化を異常として認識できるかと、浸潤範囲によって術式の適応も変わってくることから、より注意深く読影しなければならないという教訓的な症例であった。その微細な所見としては、淡い陰影斑あるいはバリウムの付着の差、アレアの消失、アレアパターンの形態と配列の異常、胃小区間溝の幅と形の異常などが挙げられる。

最後に、SM浸潤が疑われた原因として、深い陥凹の直下に広汎な線維化を認められたという病理の結果報告を追加し、詳細はレポートを参照していただきたい。

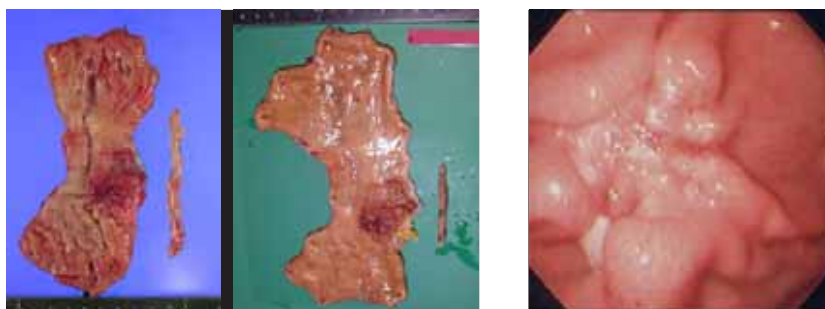
(高井 正史)

結果：f type 0 IIc , T1(M), sig > tub2, INF , ly0, v0, n0



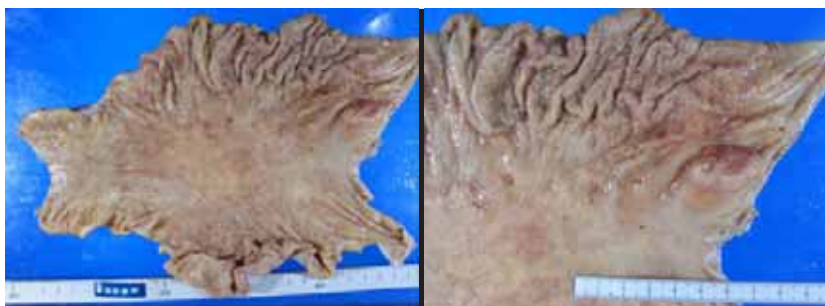
1) 大阪がん予防検診センター 2) 奈良県健康づくり財団

左：
第1 症例 10月

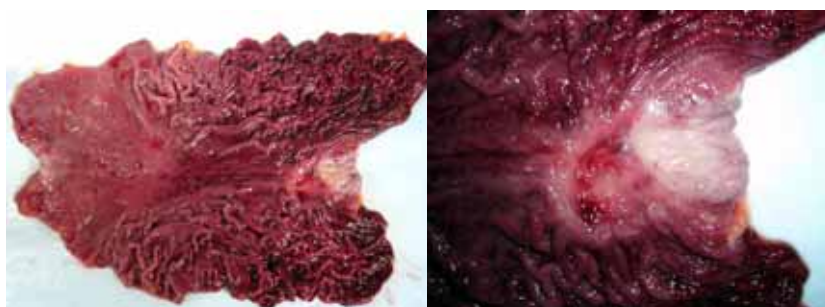


右：
第1 症例 11月

第1 症例 12月



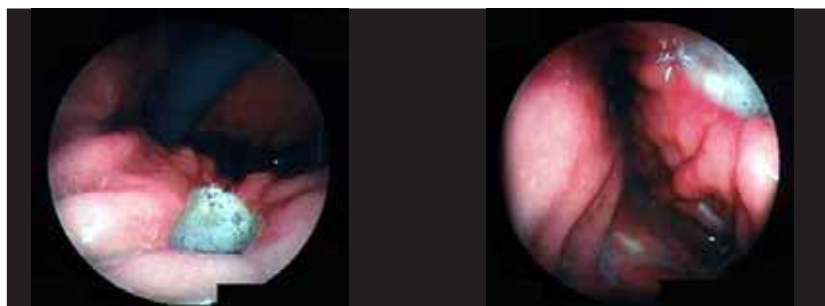
第1 症例 1月



第1 症例 2月



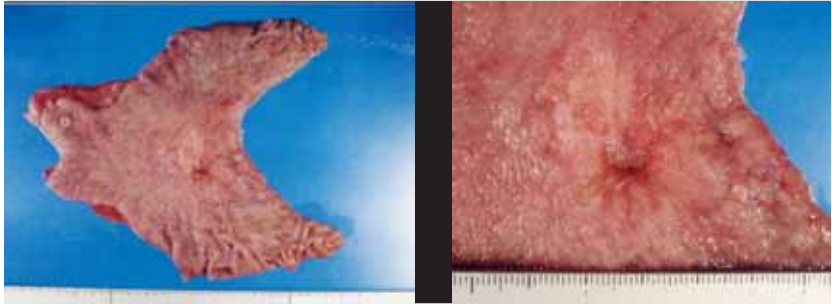
第1 症例 3月



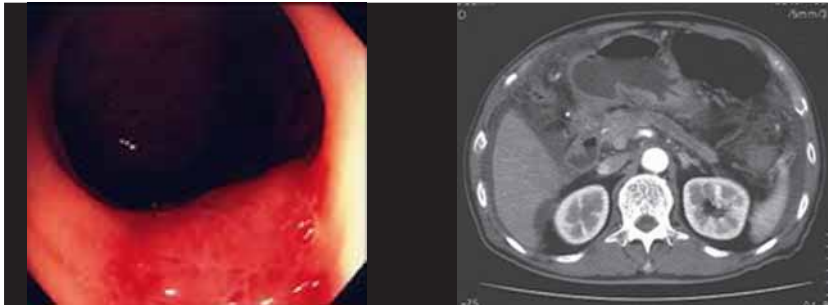
第 2 症例 10 月



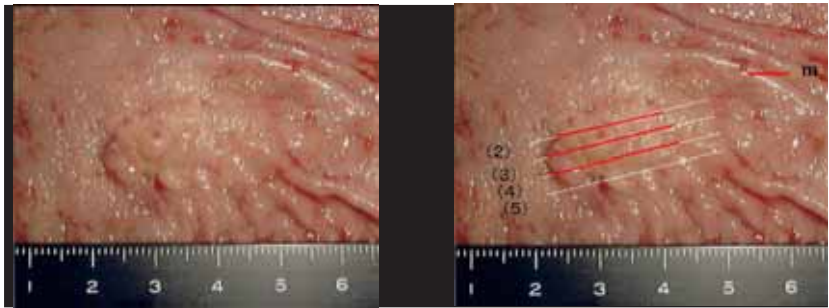
第 2 症例 11 月



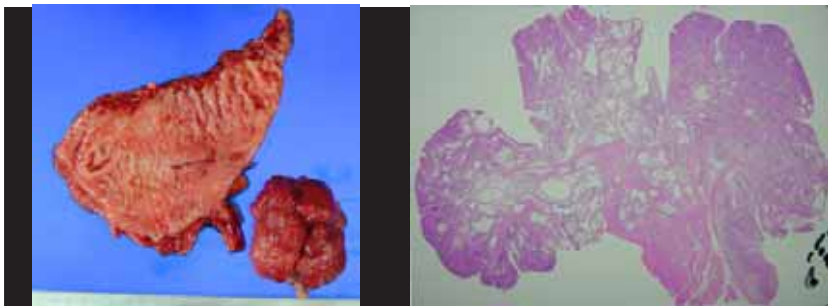
第 2 症例 12 月



第 2 症例 1 月



第 2 症例 3 月



2004 年度レクチャー紹介

10月 「初級講座（胃陥凹性病変）」

本田 幹雄（藤田胃腸科病院）

今回は先月に続いて胃陥凹性病変についてのレクチャーがなされ、胃潰瘍や胃潰瘍癒痕などの良性病変についての説明と、悪性病変との鑑別についてのお話であった。

まず、市川平三郎先生のカテゴリー分類が紹介された。胃潰瘍の良悪性の鑑別は以下の5つに分類できる。

カテゴリー 1：

良性潰瘍と進行癌の鑑別

カテゴリー 2：

良性潰瘍と IIc + III の鑑別

カテゴリー 3：

良性潰瘍と III + IIc（全周）の鑑別

カテゴリー 4：

良性潰瘍と III + IIc（一部）の鑑別

カテゴリー 5：

良性潰瘍と III, III + IIb の鑑別

この中で特にカテゴリー 3 以下の鑑別は、良悪性の X 線所見を勉強することによって鑑別できる場合が多く、撮影する際にもそれらの所見を意識することが重要とのことであった。

・良性潰瘍と進行癌の鑑別

良性潰瘍による周囲の隆起は、浮腫であるため同心円上にあり、幅も均等である。また、立ち上がりは、山田 I 型で硬さはない。それに対し進行癌の場合、周辺隆起の立ち上がりは山田 II 型でゴツゴツしており、周堤と正常粘膜の境界が明瞭であれば 2 型進行癌で、不

明瞭であれば 3 型進行癌と考えられる。また側面像では側面ニツシェか陰影欠損かによって比較的容易に判断できる場合が多い。

・良性びらんと IIc の鑑別

良性びらんと IIc は互いに紛らわしい所見所見を呈する場合があります、特に注意して読影を行う必要がある。また IIc 内に潰瘍が存在する場合、周囲に浮腫が起こっていると IIc の所見が目立たず、潰瘍が治癒してから IIc の所見が出現することも多い。したがって、良性潰瘍のライフサイクルや、胃癌の悪性サイクルを理解し、紛らわしければ経過観察を行うことが必要である。

・潰瘍癒痕と IIc の鑑別

UI III 以深の潰瘍では治癒する過程で襞集中が起こるが、UI IV や巨大潰瘍などの場合、治癒後も集中は残り、集中点が数 mm 径の面を持つ。そして再発を繰り返し、線維化により周囲粘膜も硬くなり IIc のように見える場合が

上皮性	良性	びらん、潰瘍、癒痕 AGL、憩室 特異性炎症（梅毒、結核など）
	境界病変	胃の脱離
	悪性	早期癌、進行癌
非上皮性	良性	平滑筋腫
	悪性	悪性リンパ腫、平滑筋肉腫 MALTリンパ腫

特集

第12回 研修会

平成16年10月9日(土)～10日(日) 於：コスモスクエア国際交流センター

総括

研修会の前日、大阪に向け勢力をもった台風22号が接近していた。え～研修会はどうなの？直撃したらどうしよう～と幹事の誰もが心配していたのではないのでしょうか！しかし、参加して頂いた皆様のパワーでしょうか？それとも私の研修会にける熱い熱い思いが天に通じたのか？当日台風は、関東方面に逸れていきました。そんな嵐の去った平成16年10月9日(土)、大阪は南港のコスモスクエア国際交流センターにて、恒例の「第12回研修会」が開催されました。

今回の参加者は、前回よりやや少なめの39名で、うち幹事13名であった。そして今回も北海道・青森・富山・千葉・京都・兵庫・奈良・和歌山・香川と大阪以外からもたくさん参加され、また新規の参加者が10名を超え我々もより一層気合が入りました。

いつも遥々千葉県から研究会に参加して頂いている東葛病院の安藤・古田先生らは、その台風の影響で少し遅れての到着となった。聞けば、なんと大阪まで車でこられたということで、よくぞ無事に到着されたと思いがら、いつも遠方より参加していただき本当に頭が下がる思いであった。こういった状況の中、全員無事に揃って待ちに待った研修会が開催されました。

プログラム

10月9日(土)

- 15:00 開会の挨拶
- 15:05 胃針金模型の作製
「手のひらサイズ」
- 18:15 オリエンテーション
- 18:30 休憩
- 19:00 夕食および交流会
- 21:00 何でもQ & A

10月10日(日)

- 9:00 模型を利用した実践的画像評価
- 10:30 休憩
- 10:45 撮影法
「病院・施設検診・バス検診」
- 12:15 昼食
- 13:15 グループディスカッション
撮影法「部位別撮影法」
- 15:00 休憩
- 15:15 講義 「基本的な胃の疾患」
- 16:00 症例検討
- 16:30 閉講式



第12回研修会に参加して

香川県予防医学協会健康管理センター
古賀 ちなみ

はじめまして。香川県から参加させていただいた古賀といいます。初心者に向けた胃の模型作りということで、上司に勧められて参加しました。こちらの会誌は、以前から勉強になるからと言われて少しずつ見せてもらっていました。毎回、内容のレベルが私には高すぎて用語を調べながらなのでなかなか進みません。最近の私の胃透視は、透視中に何かがあると発見しても、なかなか思っている通りに撮影できない状況です。頭によぎるのは追加の撮影法ではなく「撮影を増やしてもこの受診者は大丈夫だろうか」とか「発泡剤、追加したら怒るかな」とかマイナスのイメージばかりです。その後にはやっと、「どうやって撮ろうか」がきます。結局できあがった写真は同じ方向ばかりなのです。理想は、ルーチンをこなしながら、舞い上がらずに撮影法を考えることです。それには、今回作成した胃の模型が大変役に立つと思っています。これからも、活用して勉強していきたいです。



古賀氏



古田氏

財団法人 関西労働保健協会 八田 悦子

今回初めて研修会に参加させて頂きました。北海道の方や遠方から多くの方が参加されていて、皆さんの向上心にとっても驚きました。研修会でいただいたCDを確認しながら、今撮影しているルーチンの77区域描出能を評価してみました。早速、手のひらサイズ胃模型を手に持ち、フィルムと格闘しながら、やっとすとまっぷを完成できました。胃透視の勉強を始めた頃、1度評価しようとしたことはありましたが、中途半端なもので終わってしまいました。今回は挫折せずにできました。きちんと評価できているか疑問です。今施設では、ルーチンの見直しをしています。区域描出能を何度も評価しながら、すとまっぷに慣れ良いルーチンを作りたいと思います。読影のグループ講習の時、本を読んでわかっているつもりになっていた症例も、いざ読影を始めると、なんとなく11c?未分化型??分化型??となにもわかっていませんでした。『自分の中ではっきりした理論が組みたっていないからだ』ということに改めて気づかされました。今では健診だから症例を見る機会が少ないし、結果もあまり返ってこないから仕方ないと、今まで勝手な言い訳を自分にしていました。これからは、多くの症例を見て、自分の物にできるまでがんばりたいと思います。その為に継続は力なり!!で月例会に参加し、少しでも積極的に勉強していきたいと思っています。



八田氏

29号 Step Up の解答発表！

【結果】

中心部に再生顆粒を伴う潰瘍瘢痕

今回の症例は病院でのルーチン検査で病変を発見し、追加撮影されたものである。病変の位置は体上部から体中部にかけての後壁なので、撮影は比較的容易であると思われる。ただし撮影順序には注意が必要だ。撮影初期にこの部位を熱心に撮ってしまうと前庭部、胃角部、および前壁が流出した小腸バリウム陰影のため隠れて、どうしても撮れないと云うことがよく起こる。そのため、撮影の初期の段階でこの部に病変を発見したとしても、横目で見つづ、前壁撮影、そして前庭部及び胃角後壁の撮影を終了し、その後、体上・中部撮影を行うことが全体の区域描出をよくするために必要である。

このような病変の場合に心がけなければならないことは、foldの先端の形状、および、陥凹の形状と陥凹辺縁の性状を忠実に描出することである。そのためには、バリウムが良く付着した二重造影像、および陥凹全体に浅く

バリウムが漂った漂流像が必要である。半臥位で体を左右に揺するシェイキングを行ったのち、すばやく撮る二重造影像は後壁にのみバリウムが付着した良好な写真が撮れる。また、第二斜位にして台の起倒を利用しながら病変部にバリウムを薄く漂わせる漂流像撮影は、台の起倒と体位の上手な動かし方がポイントで熟練した技が必要だが、この撮影法が病変を一番忠実に描出する撮影法である。ただしこの体位でそれを行うとバリウムが十二指腸に流出するのは確実であるから、この撮影は最後に行うことが必須である。

この病変のfoldの一本一本を詳細に見ていくと、全てのfoldが中心部の米粒状隆起に到達している。foldの形状もなだらかに細まり、悪性を思わせるような段差や痩せは見られない。大彎からと肛門側からのfoldに太まり様のfoldが見られるが、これも、その先端は滑らかに太まり、蚕蝕像等の悪性所見はな



29号 Film NO.5