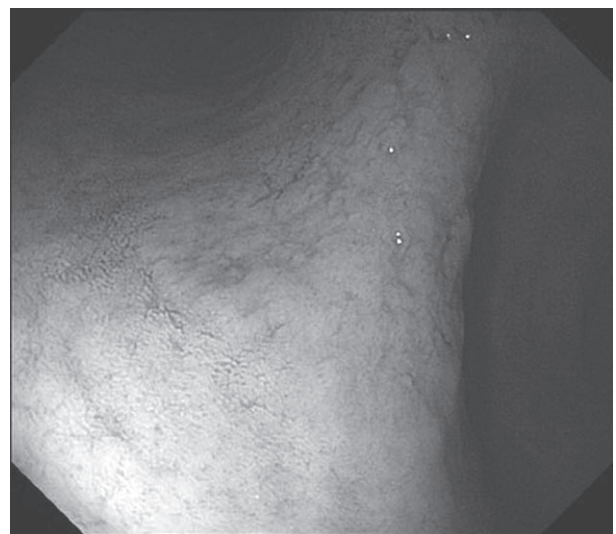
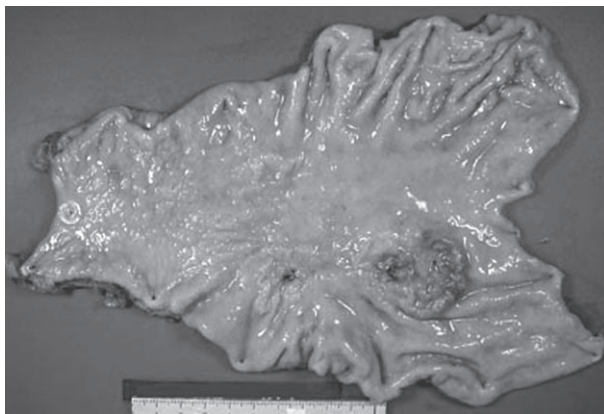
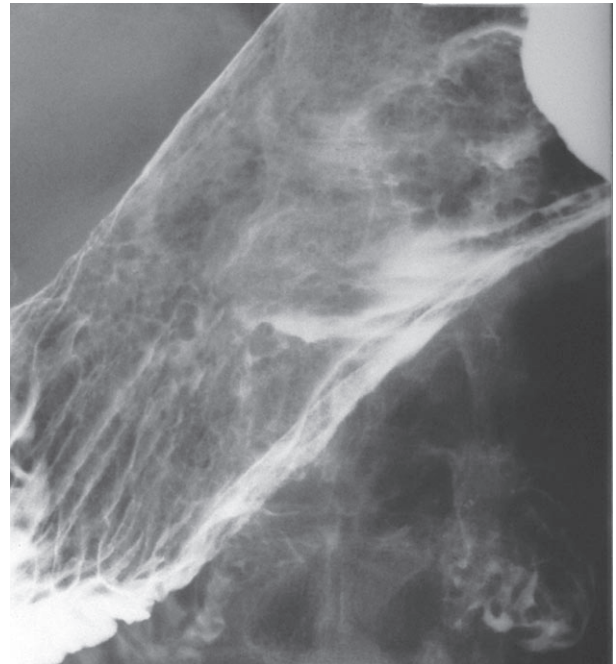
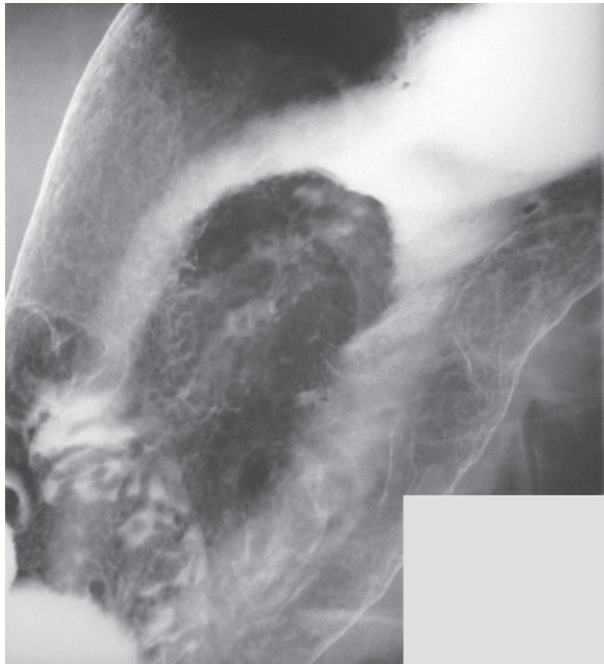


# 消化管撮影技術



Sep.2007.No.35

大阪消化管撮影技術研究会  
<http://www.ossk.ne.jp>

# 症例記録

3月例会レポート 記録者 山田 丁子 (アムスニューオータニクリニック)

症例 淀川キリスト教病院 71才 男性  
司会 朝日 和也 (アムスニューオータニクリニック)  
読影 岩崎 光博 (済生会新泉南病院)  
安藤 健一 (東葛病院)

## 概要

噴門下部から胃体上部後壁に及ぶ、大きさ60×40mmの2型進行癌と、胃角部小彎を跨ぎ前後壁に存在する大きさ約65×40mm大の早期癌IIc+IIaが存在する多発癌であった。上皮性なのか非上皮性なのか、また病変は1つなのか2つなのか、会場の意見が大きく分かれた症例であった。

## 充盈像のチェック

司会 立位充盈像のチェックからお願い致します。

岩崎 食道、胃接合部から小彎線を追っていきまして、胃体下部から胃角部にかけて一部辺縁不整な部分があり③番でチェックしました (Fig. 1)。

安藤 同じように食道、胃接合部から小彎線を追っていきまして、胃体下部から胃角部にかけて④番でチェックしました。二重造影部分で噴門部の不整なラインを①番でチェックしました (Fig. 1)。

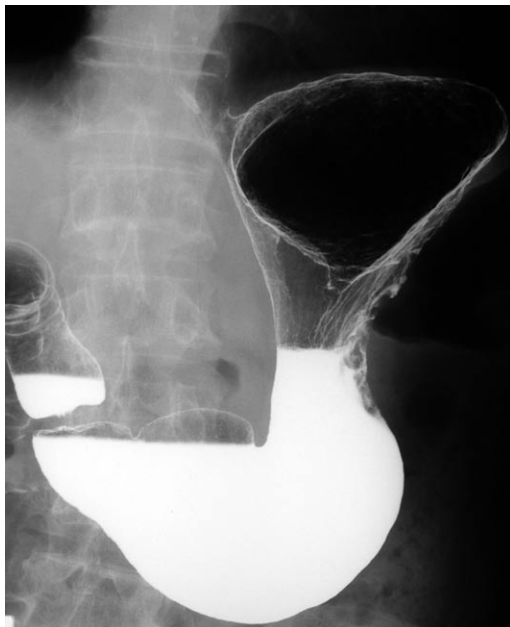


Fig. 1

# 第1症例ダイジェスト

5月 ひだ集中のない境界不明瞭な広いIIc

52才 女性

病変は、胃角部後壁大彎寄りを中心とした約50mm大の浅い陥凹性病変であった。胃X線写真は2年分あり、初回の時点では病変を指摘されず、病変発見時においては、散在した数個の不整な粗大顆粒に気付き撮影されたことで、表層拡大型のIIcであることが指摘され、内視鏡検査においても同部位に広い範囲のIIc病変が指摘された。

読影は森永<sup>1)</sup>が担当し、粗大顆粒の大彎側に大きさ20mm大の陥凹性病変を指摘し、陥凹は浅く、辺縁は内に凸で不整、陥凹内には微細な顆粒が多数存在する未分化型のIIcであり、深達度Mの早期胃癌であると読影した。また、粗大顆粒はIIc病変と関係なく存在するとした。

会場より田中幸<sup>2)</sup>は、森永が指摘した粗大顆粒を中心として、同心円状に約40mm以上の広い未分化型IIc病変であるとし、粗大顆粒は陥凹内に存在し、この粗大顆粒部分における深達度はSMであると読影した。

病変は、ひだ集中を伴わず浅く広く、マクロにおいても腺境界側以外は不明瞭であるため、X線写真において病変範囲の同定が難しいことが肯ける症例である。病変が大彎側に影響を与えず、ひだ集中を伴わない未分化型IIcを透視時見つけ出すことは非常に難しい場合があるが、本症例のように隆起成分を伴うことが多く、未分化型癌であれば陥凹内の顆粒、分化型癌であれば陥凹辺縁の隆起が早期胃癌の存在に気が付く糸口になると考えられる。隆起が存在した場合、この辺縁・周辺にも目を向け、陥凹等の有無を確認することが撮影・読影における基本としたい！

(井上 清輝)

結果： f Type 0 IIc, SM2, v0, ly0, n0, PM(-), DM(-) 50×50mm

1) 伊藤クリニック 2) 和田病院



前年



発見年

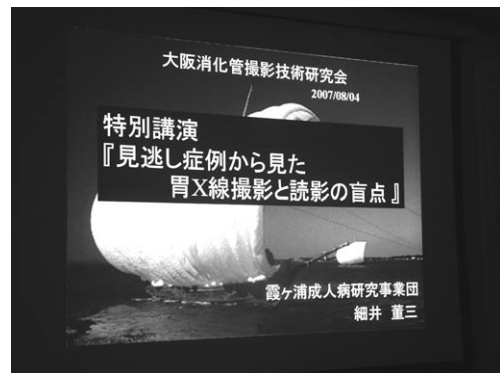
森永：病変を狭い約20mmの範囲でとってしまう間違いを犯してしまいました。その境界が陥凹内の島状粘膜残存隆起に接しているという可能性の薄い状況を抱えながら、そこを口で誤魔化そうとしているような結果になりましたが、騙される者は少なかったようです。正しく指摘した田中(幸)先生に敬意を表するとともに、参加者のレベルアップが伺われ、穴があったら入りたい心境です。再起を期すほかなさそうです。

平成 19 年 8 月度例会特別講演

細井董三先生の  
特別講演を拝聴して

塩田クリニック 西戸 伸之

酷暑の中、第 256 回例会(平成 19 年 8 月 4 日)特別講演に霞ヶ浦成人病研究事業団センター長の細井董三先生をお招きし、「見逃し症例から見た胃 X 線撮影と読影の盲点」をテーマにご講演を頂きました。細井先生には、1994 年 3 月にも「食道病変の X 線像と肉眼像の対比」という講演をして頂いていました。その時初めて、表在型食道癌の ep 癌や mm 癌の X 線像を見て感動しました。まさに“目の覚めるような画像”でした。今回も素晴らしい X 線像、内視鏡像、マクロ像を対比させながら、読影法と撮影法について、理論的で非常にわかりやすく説明して頂きました。



最初にはっきりと申しておきますが、見逃し症例と言っても非常にレベルの高い話で、見逃した症例の X 線画像を呈示されても、非常にわかりづらいものでした。部位を指定してもらって、なんとかチェックできる程のものでした。

以下、内容を要約致します。

## 0. はじめに (3)

前2回 (No33, No34) に引き続き, (3) を以下に展開する.

繰り返しになるが, この論文の構成には演繹の手順 (0. はじめに, I. 理論的解析, II. 消化管の力学的解剖学, III. 臨床画像への適用, IV. まとめ) を廃し, 帰納的手順を適用することとしている. つまり, 様々な臨床画像をまず提示し側面変形の実際 (III) を認識していただき, しかるのちに, 成因を幾何学的観点から解明 (II, I) し, 最後に側面変形の歴史と理解困難と思われてきた理由 (I) について考察する順番に変えている. 側面変形が生じるメカニズムは食道から大腸まで基本的には同じなので, 適用する場合は II および I 章を理論的に理解して準用していただければよい.

今回は III. 臨床画像への適用のうち, 残りの臨床例を提示し, 造影・読影上の注意点をまとめ, II. 消化管の力学的解剖学を述べる. 次回は最終回として I. 理論的解析および IV. まとめとしたい.

## 分類・定義

## 変形状の名称と分類

図1に応じた以下の用語と分類「無, 弓状, 角状, 弧状, Ω状, 半円状, 台形状」を使用する. Ω状を除いては, 右に行くほど深達度が深くなることを想定している. しかし, この連載論文を読み終えていただければ, 形はあくまでも目安であって, 決定的なものではなく, 変形高がより本質的な要素であることが解っていただけるであろう.

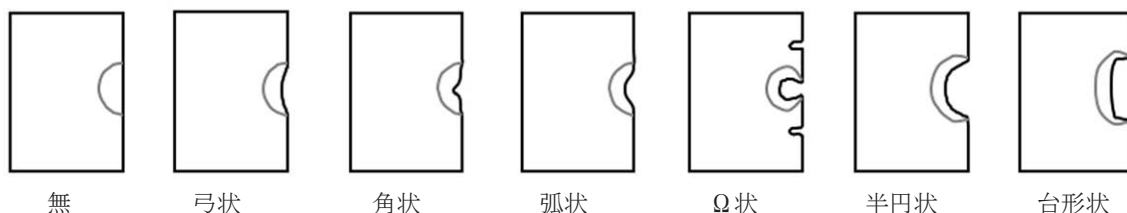


図1 側面変形状分類

## 「側面変形」の定義と適用範囲

狭義には, 「側面変形とは消化管造影において消化管の正常と思われる辺縁を延長した線よりも内側に凸な陰影欠損が病変によって作られた所見」とする. 広義には, 成因として病変以外の要素を加味すれば, 蠕動, 正常な fold, 集中する fold なども含まれる. この論文では対象病変を隆起性病変に限定せず, もっぱら病変がもたらす消化管の変形を論じる.

## Q&A

### 入れ歯安定剤のバリウムに及ぼす影響について

ESクリニック 花房 和彦

私が入れ歯安定剤（以下安定剤）による厚付き凝集に初めて遭遇したのは、今から15年前でした。もちろん当時は、その原因が安定剤にあるとは全く分からず「単に高濃度バリウムのせいであろう、もしくは被検者の胃が極端なDry Stomachなのだろう。」と安易に考えていました。しかし、よく考えてみると、この極稀に起こる原因不明の厚付き凝集にはある共通点がありました。

それは、①比較的高齢者に多い、②H社のBM、F社のBGHDを使用したときに出現する、③同一被検者で毎年出現する、といった内容でこれら3つの共通点も当初数年間は分からない状態でした。毎回遭遇するたびに「朝、何か食べてないですか？」「何か薬を飲まれてないですか？」と検査後、原因究明のためいろいろ質問をし続けましたが、決まって答えは「前日夜9時以降は何も口にしていません。」という模範的な回答ばかりで何の手がかりもありませんでした。



解決の糸口が見つからないまま11年が経ち、4年前のある日のことでした、今だかつて見たこともない食道からの激しい厚付き凝集、胃に至っては部分的に固まりとなっている有様で、過去最高というより、最悪の状態の被検者に偶然遭遇しました。「この被検者で原因を見つけなければ他に見つかるすべはない。」という思いで検査後かなり時間を費やし、いろいろ質問をして原因究明に努めましたが、今まで同様全く満足のいく回答ではありませ

た。15分を経過しそろそろあきらめかけていたその時、被検者の口元にピンクのゼリー状の物体がわずかに付着していることに気が付きました。まさに「入れ歯安定剤」そのもので、本人に確認したところ答えは「YES！」で、11年間の思いが一気に晴れました。11年間メインで使用してきたH社のBMは自分にとって「撮影が楽しくなるバリウム！」であり、その反面極稀に、見るに耐え難い原因不明の激しい厚付き凝集を引き起こす「暴れん坊バリウム!？」でもありました。しかし、この悪いレッテルは「入れ歯安定剤」という外的な要素のせいであり、バリウム自体によるものではなかったのです。

それから半年（2003年9月16日～2004年3月26日）私が撮影を行った2,103人の被検者のうち13名の方が安定剤使用による厚付き凝集を起こしていて（162人に1人の割合）、予想以上に多い結果となっていました。モニター観察上安定剤による厚付き凝集は独特で慣れると比較的区別がつけやすく、その度合いは極わずかなベタツキから胃の中で部分的な固まりとなる激しい凝集まで様々でした。この差は安定剤の使用量（溶出量）に比例していると思われる。安定剤の種類によってもその差はあるようでした。年齢別では、40歳代1人（45歳）、50歳代8人、60歳代3人、70歳代1人（77歳）となっていました。この段階で「安定剤によるバリウムの厚付き凝集」という現象は、臨床上「間違いない！」と確信できたのですが、実際何の因果関係も証明できていない状態であることには変わりなく、「たまたまバリウムがベタツキやすい被検者（胃）なのだろう。」とも言えるわけです。「この事を証明するためにはも