

Fig. 1 背臥位第1斜位二重造影像

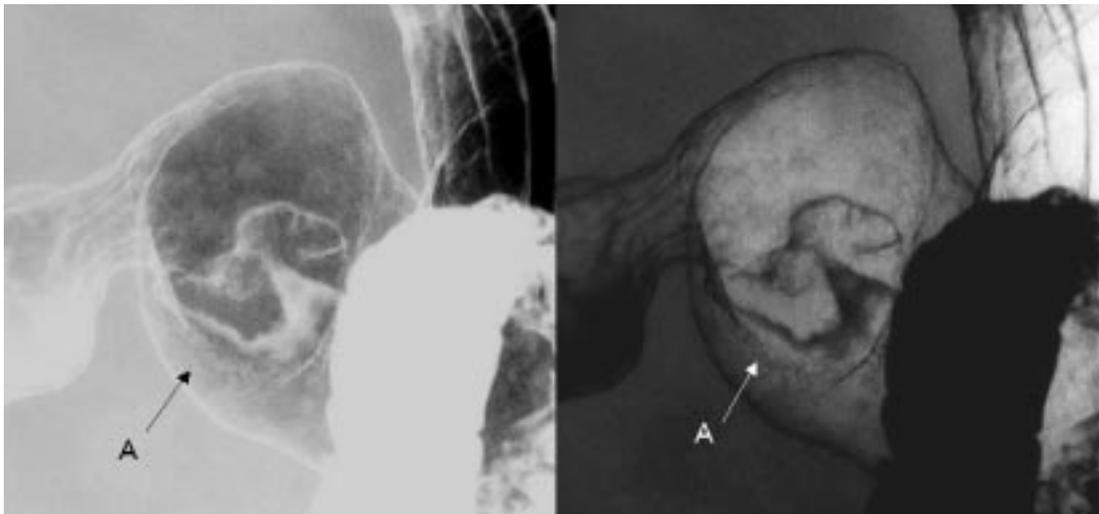


Fig. 2 背臥位第1斜位二重造影像

Fig. 1, 2, 3のネガ像, ポジ像では, 前庭部後壁中央に隆起輪郭の形が中心部から外側へ向かって凸状で不規則な, 立ち上がり急峻な不整形の隆起像(はじき像)(矢印A)がみられる。

隆起起始部の形は から 型である。隆起の大きさは約23×21mmである。隆起表面の形態は小顆粒・顆粒像および数か所に不規則な形の小さいバリウム斑(矢印B, C, D)がみられる。隆起輪郭の形は中心部から外側へ向かって凸状で不規則である。隆起の高低差は高度である。

それぞれの不規則な形の小さい陥凹(矢印B, C, D)の境界は不明瞭である。陥凹面(底部)は微細顆粒像が認められる。びらん, 萎縮粘膜と c病変との鑑別が難しい。矢印C部の不規則な形のバリウム斑はFig. 3のネガ像, ポジ像では, 隆起部よりはみ出しているようにみられるが, 蠕動によって隆起部も小さくみられ, 隆起部の表面と読影しても整合性がある。

Fig. 1, 2, 3のネガ像, ポジ像では, 隆起部の小弯側は隆起起始部でバリウムがせき止められ, 大弯側は二重輪郭を呈している。その二重輪郭の外側の接線像より内側にバリウムが入っている所見がみられることから, 前者は 型であり, 後者は 型に近い形状であろう。

背景粘膜は幽門腺領域であろう。周囲粘膜は網状陰影がみられず, 萎縮変化はみられない。

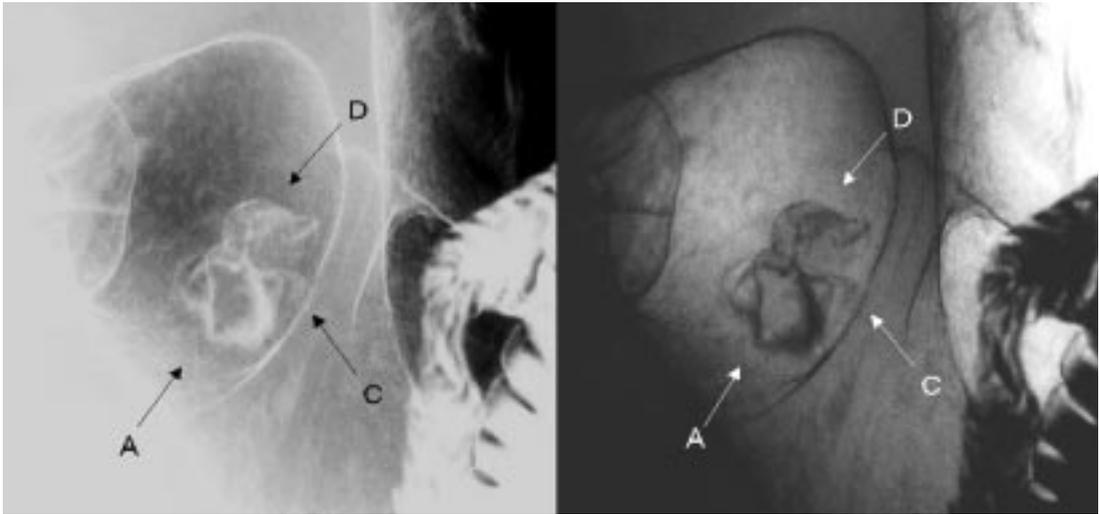


Fig. 3 背臥位第1斜位二重造影像

## 要約

隆起起始部の形は から 型，隆起の大きさは約23×21mm，隆起表面の形態は小顆粒・顆粒像および数か所に不規則な形の小さいバリウム斑，隆起輪郭の形は中心部から外側へ向かって凸状で不規則，隆起の高低差は高度などの所見である。

これらの隆起起始部の形，隆起の大きさ，隆起表面の形態，隆起輪郭の形，隆起の高低差などの所見から，分化型癌の 型早期癌と読影した。

深達度は厚みと硬さ（凹凸と伸展性）で行うが，癌の粘膜下以深への浸潤によって生じた所見（因果関係に基づく所見）として挙げられている変化所見は，陥凹内のSMT様所見，周堤様の隆起，粘膜ひだ先端の肥厚・融合，陥凹辺縁の隆起，胃辺縁の硬化像，陰影欠損像，ひだの走行や形状変化の異常，ひだ間の狭小化，局所的な深い陥凹，粗大結節状隆起，輪郭が不明瞭な粘膜下腫瘍様の隆起像（はじき像）などがある。

本例では，癌の粘膜下以深への浸潤によって生じた所見（因果関係に基づく所見）はみられず，癌の深部浸潤と関係がある所見（相関関係に基づく所見），局所部位，癌組織型，肉眼型，大きさ，潰瘍合併の有無などを思考しても，顕微鏡的な微小浸潤を考慮しなければm癌と読影できよう。

## 考察

隆起型癌は陥凹型癌に比べ，読影する根拠に明確さが乏しい点が問題であろう。いわゆる読影に確実性が陥凹型癌より少ないことである。これらのことは従来から多くの先駆者がすでに述べられているが，いまだ解決には至っていない。病理組織学的な所見を考慮しながら，読影根拠の陰影所見にもう少し的確性があればよいと思うのだが。例えば，隆起表面の形態である不規則な形の小さいバリウム斑の性状などからであるが，今後の検討が重要である。

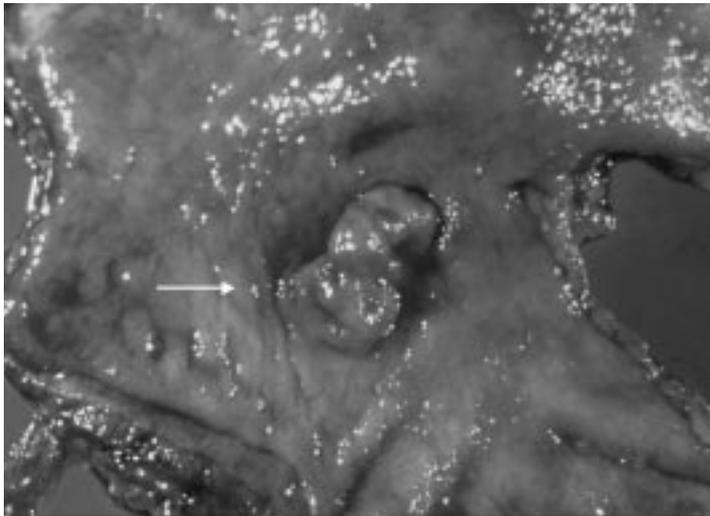
隆起起始部にバリウムがせき止められた状態は，ポジ像で強調されている。コントラストが強調されて，隆起部は浮き島のように現れている。しかし，隆起表面の微細な陰影斑の性状はネガ像のほうがわかりやすい。

### ポジ像とネガ像の本質的な差は何か？

- 1) 経験的にポジ像は切除標本に近い像であり，切除標本の肉眼所見を推測しやすい。
- 2) ポジ像はネガ像に比べると濃度域が広く，コントラストが低い。ネガ像で濃度が高い部でも，ポジ像ではガンマカーブはねており，濃度差が少ない。ネガ像で濃度が高くつぶれた部でも，

ポジ像ではわずかな濃度差として観察される。おそらく、両方が関与しているであろう。切除標本との対比を十分に経験した人でなければ、ポジ像の利点は理解が難しい。DR撮影装置ではリアルタイムにポジ像をつくることができるところに、利点がある。しかし、それもポジ像を理解している人に限られるのかもしれない。

**病理組織診断** 型早期癌 m tub 1 23×21mmである。



新鮮切除標本

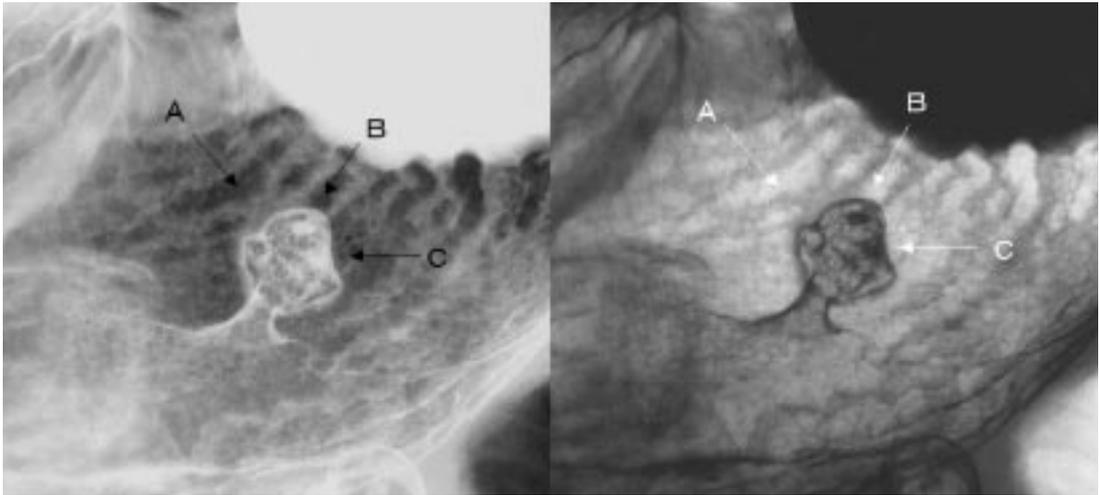


Fig. 4 背臥位第2斜位二重造影像

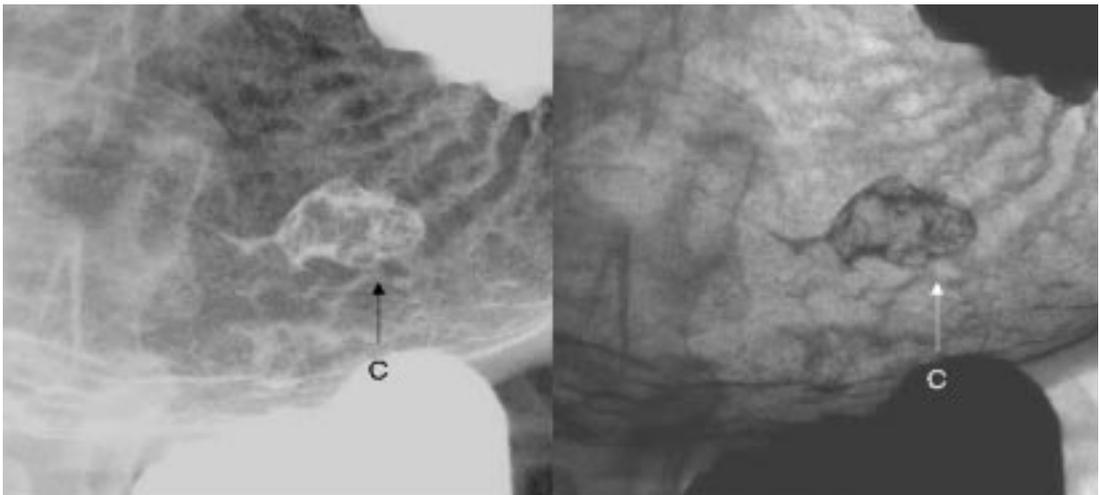


Fig. 5 背臥位第2斜位二重造影像

Fig. 4, 5, 6のネガ像, ポジ像では, 体上部後壁やや大弯寄りに隆起輪郭の形が中心部から外側へ向かって凸状で不規則な, 不整形の隆起像(はじき像)(矢印A)がみられる。

隆起起始部の形は 型である。隆起の大きさは約18×18mmである。隆起表面の形態は不整形な多数の小さく淡いバリウム斑および小顆粒・顆粒像がみられる。隆起輪郭の形は中心部から外側へ向かって凸状で不規則である。隆起の高低差は高度である。

圧迫のできない胃上部の隆起性病変では, 隆起起始部の決定は, 隆起部を左右, 上下に移動させて茎部のみみられることを証明し, また, 隆起部に可動性があることを描出することが大切である。

Fig. 4, 5, 6のネガ像, ポジ像では, 隆起表面の形態は, 不整形な多数の小さく淡いバリウム斑(矢印B, C)および小顆粒・顆粒像がみられ, それらの変化所見はネガ像で十分に読影できるが, ポジ像では濃淡差のある適度なコントラストがみられ, 陰影所見が強調されている。

不整形な多数の小さく浅い陥凹(矢印B, C)の境界は比較的明瞭である。それぞれの陥凹面(底部)には微細顆粒像が認められる。

筆者は, このような場合, 不整形な小さく浅い陥凹(矢印B, C)の境界, 面(底部)に c病変としての特徴が備わっていれば, c病変と読影する。そうでない場合, 萎縮, びらんと一定の読影基準を設けている。

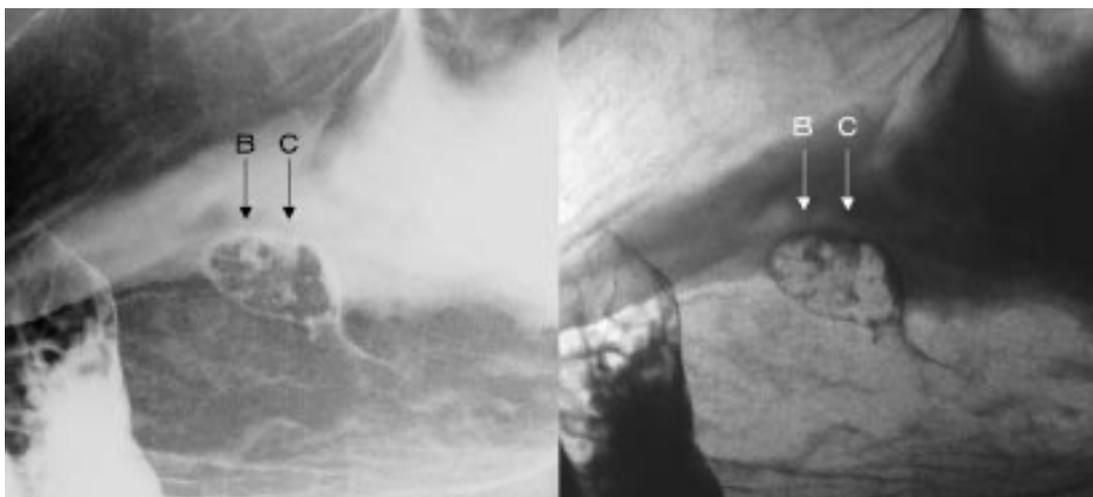


Fig. 6 半臥位第2斜位二重造影像

このようなことから、本例における不整形な小さく浅い陥凹（矢印B、C）の変化所見は、組織像との対比がより一層必要となるのであろう。病理組織報告書では、Ⅱ型早期癌と診断されている。

背景粘膜は腺境界領域であろう。周囲粘膜は小顆粒像がみられるが、顆粒間の開大した所見がみられず、軽度から中等度な萎縮変化が推定される。

## 要 約

隆起起始部の形はⅡ型、隆起の大きさは約18×18mm、隆起表面の形態は不整形な多数の小さく淡いバリウム斑および小顆粒・顆粒像、隆起輪郭の形は中心部から外側へ向かって凸状で不規則、隆起の高低差は高度などの所見である。

以上の隆起起始部の形、隆起の大きさ、隆起表面の形態、隆起輪郭の形、隆起の高低差などの所見から分化型癌のⅡ + c型早期癌と読影した。

深達度は厚みと硬さ（凹凸と伸展性）で行うが、癌の粘膜下以深への浸潤によって生じた所見（因果関係に基づく所見）はみられず、癌の深部浸潤と関係がある所見（相関関係に基づく所見）を思考しても、顕微鏡的な微小浸潤を考慮しなければm癌と読影できよう。

## 考 察

隆起型癌は陥凹型癌に比べ、読影する根拠に明確さが乏しい点が問題であろう。いわゆる読影に陥凹型癌より確実性が少ないことである。隆起型癌の良・悪性の鑑別の1つに、隆起表面の不整形な小さく淡いバリウム斑の性状（陥凹の性状からの良・悪性判別）が関連づけされると、少しは読影に幅が広がるのであろう。すなわち、質の良いX線写真を撮影し、隆起表面の小さい陥凹の有無および性状が良・悪性病変のポイントとなればよいのだが、今後の検討課題である。

隆起起始部でバリウムがせき止められた形状は、ポジ像では濃淡差のある適度なコントラストがみられ、陰影所見が強調されている。コントラストの強調された隆起部は浮き島のように現れている。しかし、隆起表面の微細な陰影斑の性状はネガ像のほうがわかりやすい。Ⅱ型早期癌では、隆起表面の形態変化である不整形な小さく淡いバリウム斑および小顆粒・顆粒像の読影は、ポジ像では輝度の関係から所見が強調されてみえると同時に、読影も比較的容易である。

隆起起始部の形、隆起の大きさ、隆起表面の形態、隆起輪郭の形、隆起の高低差などの所見からⅡ型早期癌と読影できるが、Ⅱ + c病変と読影しても整合性があるろう。

**病理組織診断** Ⅱ型早期癌 m tub 2 18×18mmである。



内視鏡写真

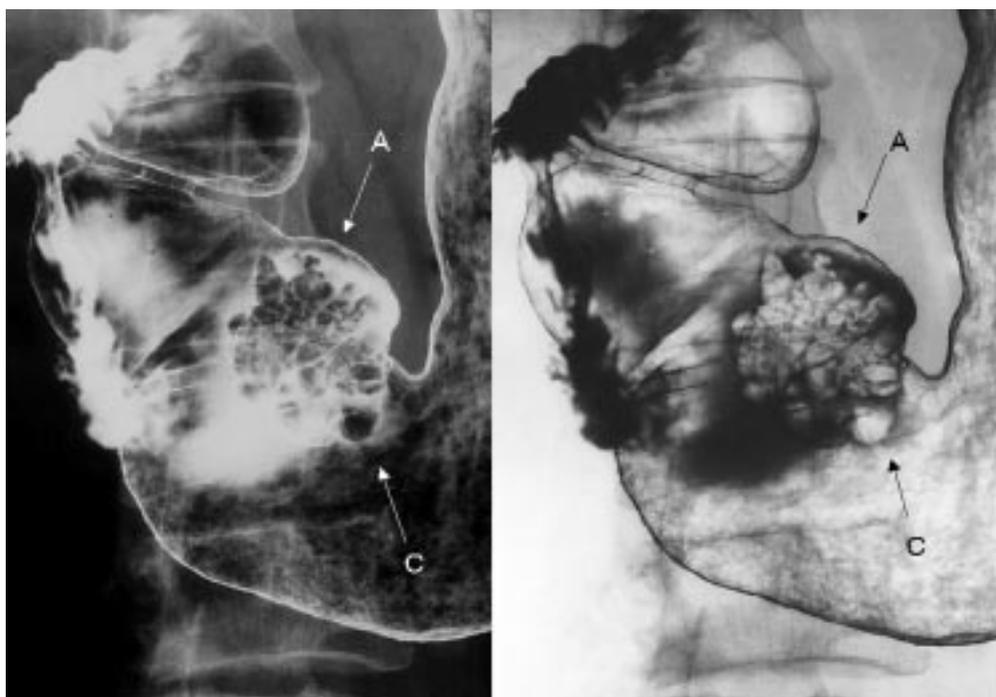


Fig. 7 背臥位第1斜位二重造影像

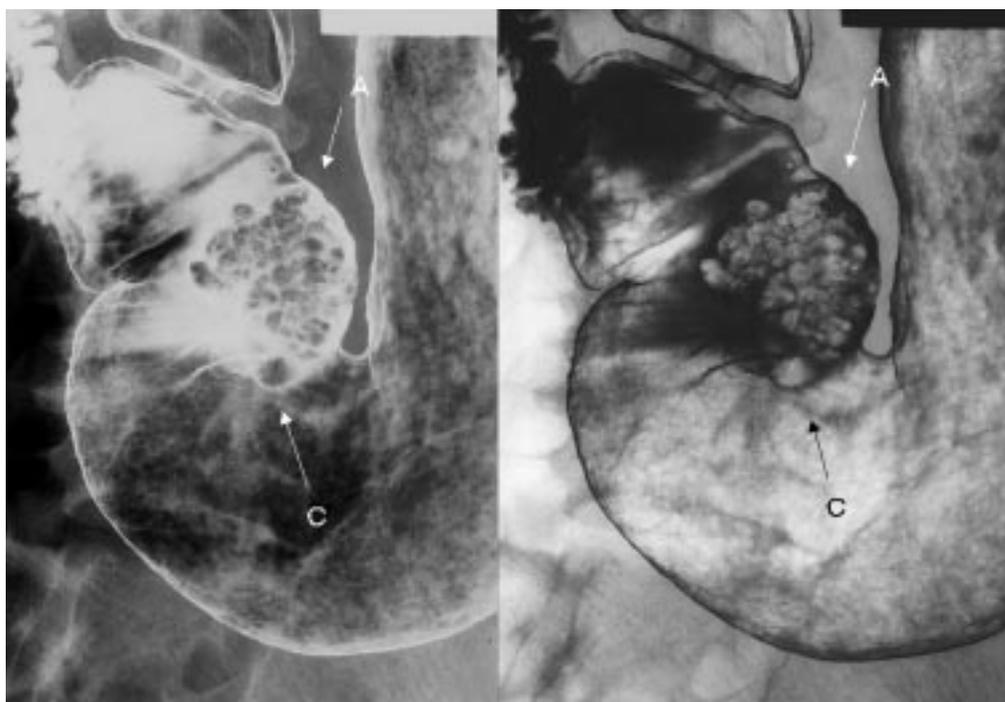


Fig. 8 背臥位第1斜位二重造影像

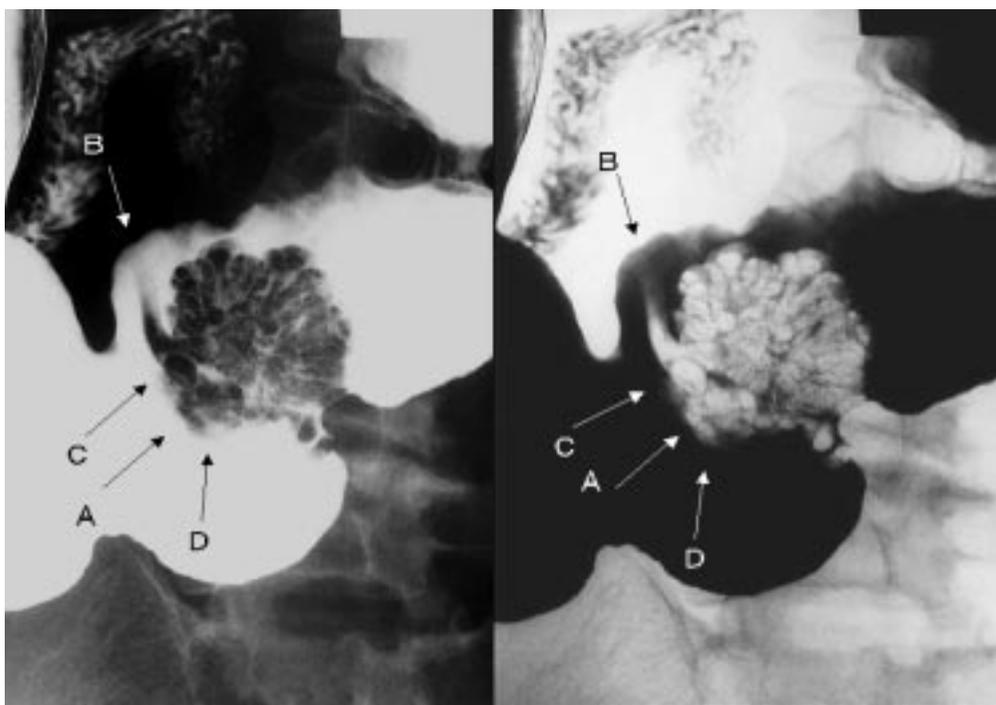


Fig. 9 腹臥位压迫像

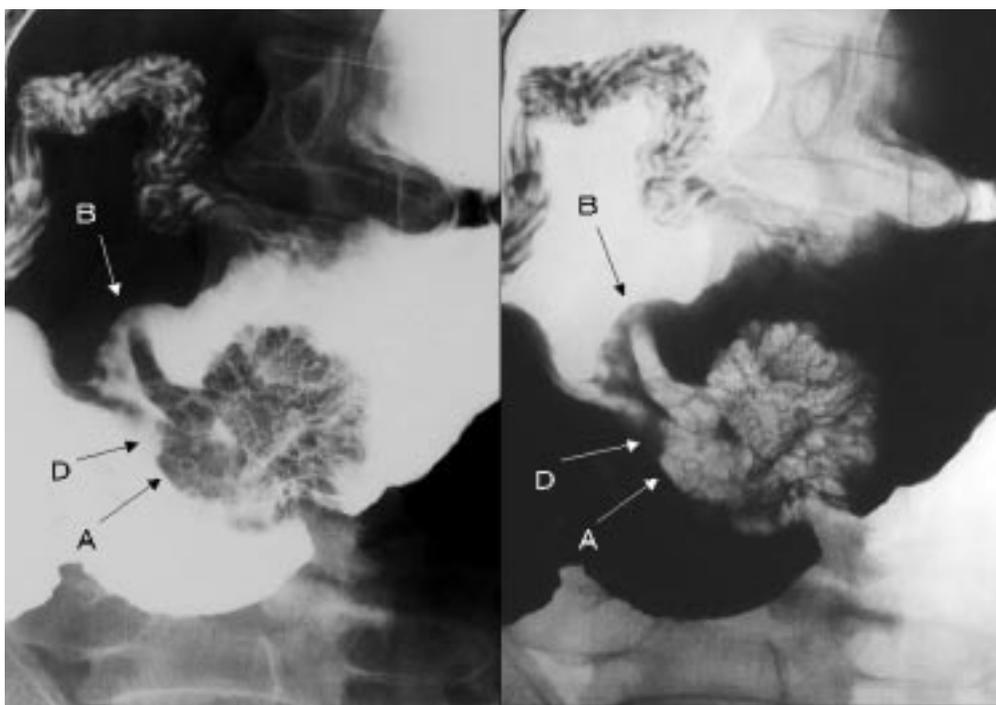


Fig.10 腹臥位压迫像

本例は、約20～25年前に吉田健吾先生（元岸和田徳州会病院）のご厚意で、症例の作成、使用について快諾を受け、大阪胃腸会（銀杏会）の前身である胃X線撮影技術研究会において検討された症例である。

Fig. 7, 8, 9, 10のネガ像，ポジ像では，前庭部後壁小弯寄りに隆起輪郭の形が中心部から外側へ向かって凸状で不規則な，不整形の隆起像（はじき像）（矢印A）がみられる。バリウムによるはじき像が著明であり，隆起表面はX線像に特徴的な微細で微小な線状および点状の陰影所見が明瞭に認められる。ことに，圧迫像のX線像がよく現れている。

Fig. 7, 8のネガ像，ポジ像では，不整形な隆起像（はじき像）（矢印A）が認められる。不整形な隆起像（はじき像）の隆起起始部の形はⅠ型であるが，隆起起始部の決定は二重造影像のみでは検討しても読影できないことがある。そのような場合，立位，腹臥位圧迫像を含めて検討すると決定できる。二重造影像では隆起起始部の形は不明瞭であり，Fig. 9の圧迫像のネガ像，ポジ像では，隆起部は小弯側から中央部にみられ，Fig. 10の圧迫像のネガ像，ポジ像では，隆起部は中央部から大弯側へ移動している。すなわち，可動性がある。また，圧迫像では茎部（矢印B）が現れていることからⅡ型と決定できる。

隆起の大きさは約35×25mmである。隆起表面の形態は微細顆粒像，小顆粒・顆粒像，粗大結節像（矢印C），多数の微細な点状のバリウム斑および数個の不整形な小さく淡いバリウム斑（矢印D）などが認められる。隆起輪郭の形は中心部から外側へ向かって凸状で不規則である。隆起の高低差は高度である。

Fig. 9, 10のネガ像，ポジ像では，不整形の隆起像（はじき像）（矢印A）がみられる。隆起起始部の形は茎部が現れており，Ⅱ型である。隆起表面の形態は微細顆粒像，小顆粒・顆粒像，粗大結節像（矢印C），多数の微細な点状のバリウム斑，数個の不整形な小さく淡いバリウム斑（矢印D）などが認められ，それぞれの顆粒間溝陰影がより明瞭にみられる。

不整形な小さく浅い陥凹（矢印D）の境界はギザギザ，トゲトゲした鋸歯状および棘状陰影である。陥凹面（底部）は多数の微細顆粒像がみられ，微小c病変に類似している。c病変と読影しても矛盾はなからう。隆起輪郭の形は中心部から外側へ向かって凸状で不規則である。隆起の高低差は高度である。

背景粘膜は幽門腺領域であろう。周囲粘膜は小顆粒像がみられるが，顆粒間の開大した所見がみられず，軽度から中等度な萎縮変化が推定される。

## 要 約

隆起起始部の形はⅡ型，隆起の大きさは約35×25mm，隆起表面の形態は微細顆粒像，小顆粒・顆粒像，粗大結節像，多数の微細な点状のバリウム斑および数個の不整形な小さく淡いバリウム斑，隆起輪郭の形は中心部から外側へ向かって凸状で不規則，隆起の高低差は高度などの所見である。

上記の事柄を考慮し，隆起起始部の形，隆起の大きさ，隆起表面の形態，隆起輪郭の形，隆起の高低差，陥凹の性状などの所見から分化型癌のⅡ型病変と読影した。+ c病変でも整合性がある。

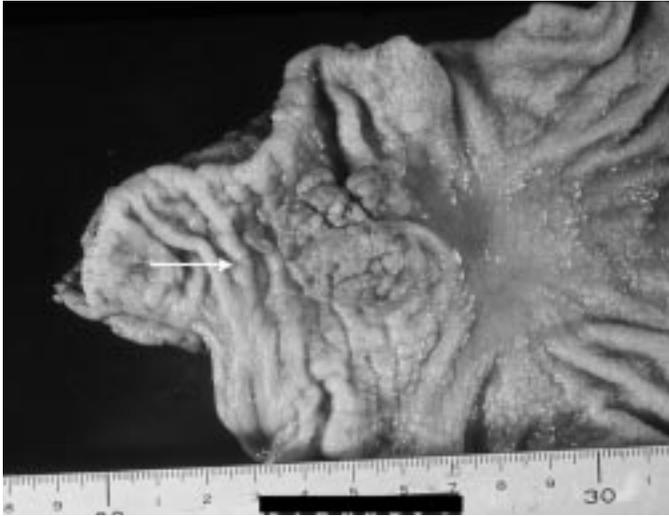
深達度は厚みと硬さ（凹凸と伸展性）で行うが，癌の粘膜下で深への浸潤によって生じた所見（因果関係に基づく所見）はみられず，癌の深部浸潤と関係がある所見（相関関係に基づく所見）を思考しても，顕微鏡的な微小浸潤を考慮しなければm癌と読影できよう。

## 考 察

多数の微細な点状のバリウム斑，数個の不整形な小さく淡いバリウム斑および多数の微細顆粒像は，ポジ像ではネガ像に比べると濃度域が広く，コントラストが低い。ネガ像で濃度の高い部でも，ポジ像ではガンママーブはなっており，濃度差が少ない。ネガ像で濃度が黒くつぶれた部でもわずかな濃度差として観察されることから，それらの陰影所見はポジ像がわかりやすい。逆に，隆起表

面の性状である，淡く微細な陰影斑の変化所見はネガ像がわかりやすい。

**病理組織診断** 型早期癌 m tub 1 35 × 25mmである。



固定切除標本