

症例 0460042 歳，男性



fig. 132 背臥位正面二重造影像



fig. 133 背臥位正面二重造影像

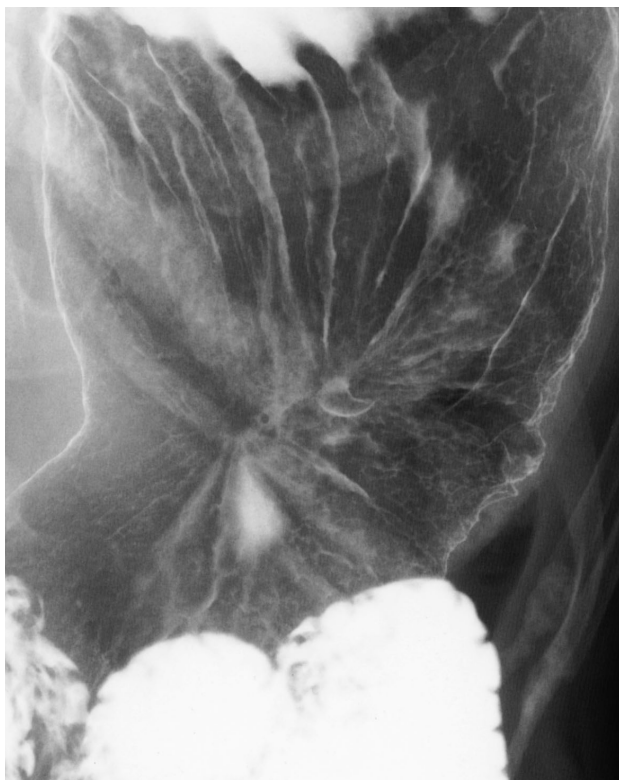


fig. 134 背臥位正面二重造影像

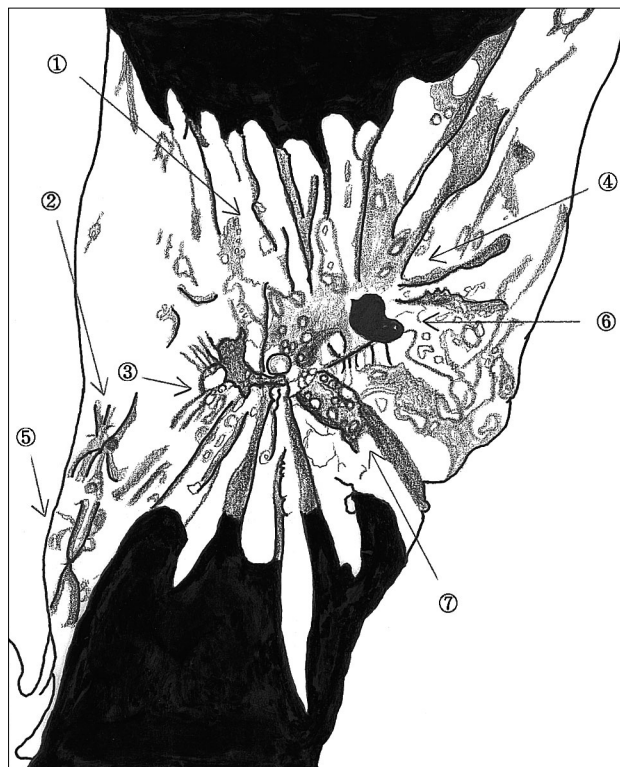


図 63 fig. 132 のシエーマ

Fig. 132, 133 は空気中等量, Fig. 134 は空気過伸展気味の背臥位正面二重造影像である。図 63 は Fig. 132 の背臥位正面二重造影像のシェーマである。

本例のポイントは胃体部後壁の広範囲に生じた潰瘍, 多発性潰瘍瘢痕であり, 萎縮性胃炎, 萎縮粘膜, 腸上皮化生粘膜, 随伴性胃炎と分化型の a 病変および未分化型の c 病変との鑑別である。

粘膜ひだ集中部位は体上部後壁小弯寄り (図 63 矢印), 体中部後壁小弯寄り (図 63 矢印), 体中部後壁中央 (図 63 矢印), 体中部後壁大弯寄り (図 63 矢印), 体下部後壁小弯寄り (図 63 矢印) の約 5 カ所である。体中部後壁やや大弯寄りに類楕円形のバリウム陰影 (図 63 矢印) が認められる。類楕円形のニッシェの境界は平滑であり, 面 (底部) は無構造模様である。辺縁は立ち上がりの緩やかな軽度の炎症性浮腫性壁肥厚が認められる。粘膜ひだ集中は 1 カ所を除いて, 先端部および粘膜ひだ間の線状陰影にも不規則な形の所見は認められない。

問題となる粘膜ひだ集中は体中部後壁中央の先端部に小顆粒, 顆粒像を伴う集中像である。粘膜ひだ集中を伴う小顆粒, 顆粒像の口側に規則的な形の顆粒, 顆粒像が数個認められ, 不規則な形の面 (領域) を呈している。不規則な形の面 (領域) の境界は不明瞭であり, 面 (領域) は小顆粒, 顆粒像の上皮模様 (上皮成分) が認められる。辺縁に隆起変化所見は認められない。萎縮粘膜と読影する。

小顆粒, 顆粒像の肛門側大弯寄りに小顆粒, 顆粒像が集合して大きさ約 1cm の a 病変様な変化所見 (図 63 矢印) が認められる。この変化所見は粘膜ひだ間に小顆粒, 顆粒像が集簇性に現れた陰影斑である。しかし, 個々の小顆粒, 顆粒像の規則的な形からは再生顆粒と周囲粘膜 (背景粘膜) および腺境界領域の小顆粒, 顆粒像の集合した像が考えられる。その口側小弯寄りに淡い不規則な形のバリウム陰影が認められる (c 病変様)。

空気過伸展気味の X 線写真 (Fig. 134) では未分化型の c 病変様な形態を呈している。大きさが約 1cm の淡い不規則な形のバリウム陰影内に小顆粒像が認められる。この不規則な形のバリウム陰影を未分化型の c 病変と読影するには理論的にいくつかの不一致が認められる<sup>1) 11) 37) 59)</sup>。

- (1) 未分化型の c 病変の境界は鋸歯状か直線的 (明瞭で荒々しい) である。
- (2) 陥凹面 (底部) に大小不揃いな小顆粒, 顆粒状陰影が認められる。
- (3) 陥凹の辺縁は反応性の軽度の隆起像 (はじき像) が認められる。
- (4) 粘膜ひだ集中の先端部に中断, 先細り, ヤセなどが認められる。

本病変の境界は短い線状であり, 陥凹面 (底部) は小顆粒像が数個認められる。陥凹の辺縁は小弯寄りに 1 個の顆粒像と小顆粒像が数個認められるが, 緩やかな隆起変化所見は認められない。これらの所見から未分化型の c 病変は否定する。局所的な帯状瘢痕と萎縮粘膜との鑑別が難しいが, 前者と読影する。病変の局在部位は腺境界領域と推定される。

これらの所見から, 潰瘍 + 多発性潰瘍瘢痕 (局所的な帯状瘢痕も含む) と読影した。ただし, MALT リンパ腫の可能性は否定できない。

## 胃体部に生じた多発性潰瘍瘢痕と

### c 病変との鑑別<sup>11) 37) 59)</sup>

胃体部に多発する円形瘢痕も X 線的にはひだ集中を伴った c 様の病変にみえることがある。この多発性潰瘍瘢痕の好発部位は, 組織学的には胃底腺と幽門腺の腺境界領域である。また, これらの多発性潰瘍瘢痕では, 周囲粘膜 (背景粘膜) との間にわずかな陥凹境界が認められる場合もある。こうなると良悪性の鑑別は難しい。しかし, 多発性潰瘍瘢痕は円形瘢痕の集合であるから, それぞれの円形瘢痕像を分析することによって, c 病変との鑑別が可能となる。もちろん, 多発性潰瘍瘢痕に類似した b 様の病変もまれにある。これらの鑑別はきわめて困難であるということはいうまでもない。

ひだ集中を伴う c 型早期胃癌の要点をまとめると以下ようになる。

- (1) 病変部が周囲の正常粘膜よりも陥凹し, 周囲粘膜 (背景粘膜) との間に境界がある (陥凹境界)。
- (2) 陥凹部には上皮模様 (上皮成分) がある (陥凹面)。
- (3) 粘膜集中あるいはひだ集中の先端が, 陥凹境界部で中断する (ひだ所見)。

# 症例 47 39 歳，男性

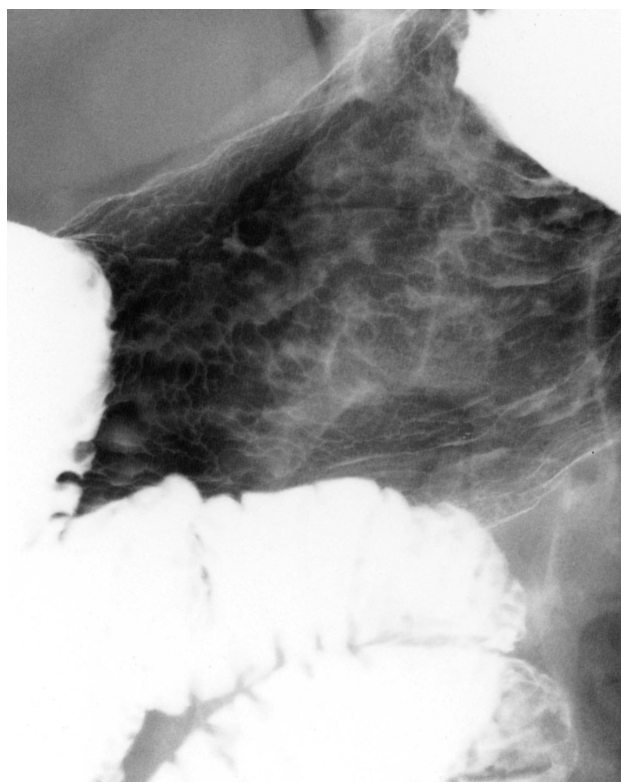


fig. 135 背臥位第2斜位二重造影像

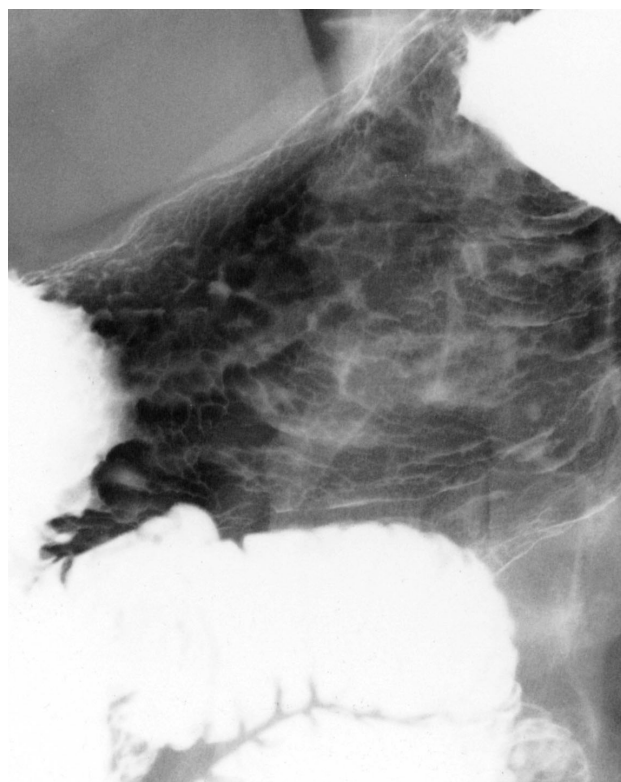


fig. 136 背臥位第2斜位二重造影像

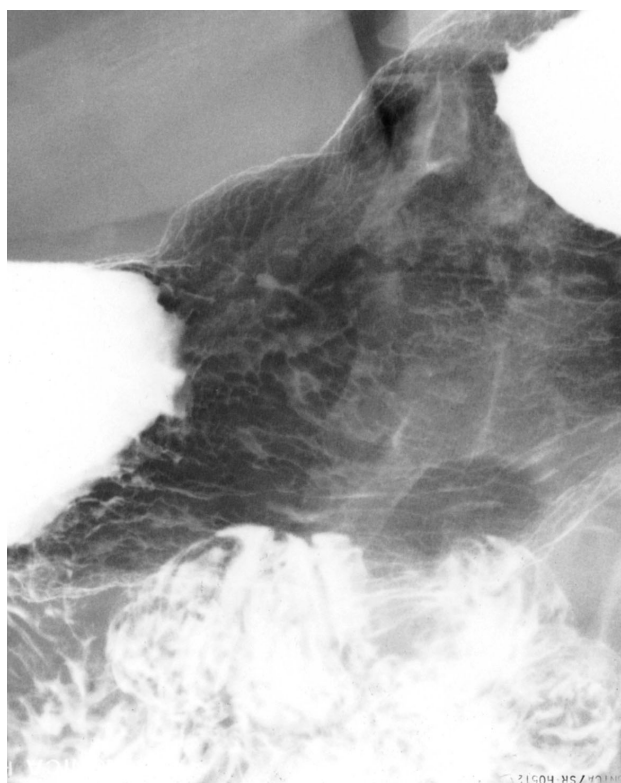


fig. 137 背臥位第2斜位二重造影像

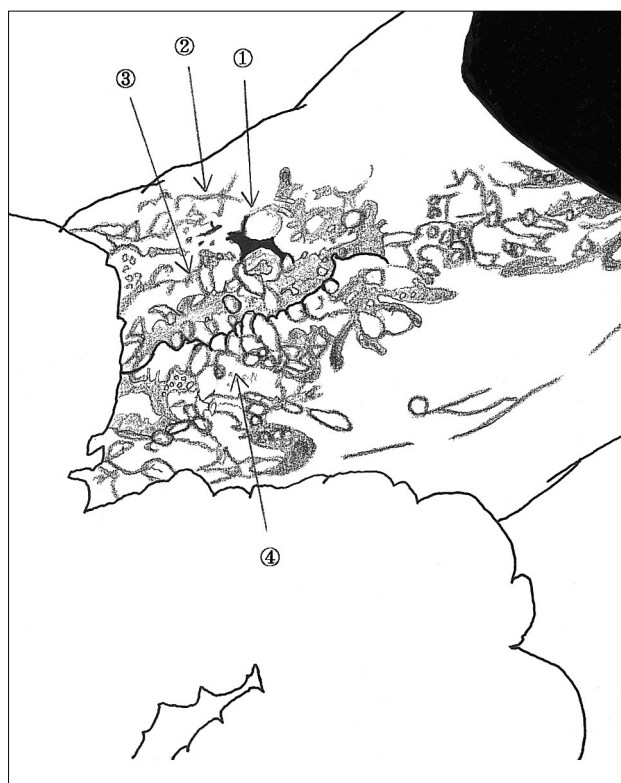


図 64 fig. 135 のシェーマ

Fig. 135, 136 は空気中等量, Fig. 137 は空気過伸展気味の背臥位第 2 斜位二重造影像である。図 64 は Fig. 135 の背臥位第 2 斜位二重造影像のシェーマである。

本例の要点は胃体部後壁の線状びらんおよび不規則な形の面（領域）の所見と c 病変との鑑別である。

体下部後壁小弯寄りから胃角部後壁小弯寄りにオタマジャクシ形様のバリウム陰影（図 64 矢印）および短い線状のバリウム陰影が認められ、胃角部後壁小弯寄りには数個のバリウム斑（図 64 矢印）が認められる。オタマジャクシ形潰瘍の境界は刷毛状（ブラシ状）陰影が数カ所に認められるが、大部分は平滑である。面（底部）は無構造模様である。辺縁は口側に粗大顆粒像が認められるが、その他には明らかな隆起変化所見は認められない。病変の局在部位は腺境界領域と推定される。

短い線状のバリウム陰影および数個のバリウム斑の境界は平滑であり、面（底部）は線状であり、小さく、性状は不明である。辺縁に隆起変化所見は認められない。濃度の差（濃淡の差）から線状びらんと多発性びらんと読影する。体下部後壁小弯寄りのオタマジャクシ形潰瘍の口側に粗大顆粒像が認められ、粘膜集中様の所見が認められる。

背臥位第 2 斜位二重造影像（Fig. 135, 136, 137）では、体中部後壁中央から後壁小弯寄りおよび胃角部後壁中央から後壁小弯寄りに胃の長軸に平行な大きさ約 50 × 35 mm の不規則な形の面（領域）（図 64 矢印）が認められる。空気量の多寡により多少の変化はあるものの、恒常性が認められる。また、不規則な形の面（領域）の胃小区模様と面（領域）外の胃小区模様〔周囲粘膜（背景粘膜）〕では胃小区模様の形状、性状も軽度異なる。面（領域）の境界（図 64 矢印）は比較的明瞭である。

体下部後壁小弯寄りから胃角口側後壁小弯寄りにオタマジャクシ形潰瘍および多発性のびらんが認められる。体下部後壁小弯寄りのオタマジャクシ形潰瘍の口側の粗大顆粒像は面（領域）の所見である。面（領域）の境界は口側、肛門側と大弯寄りを比較すると不明瞭な部と明瞭な部が認められる。口側、肛門側は b 病変様な変化所見として、大弯寄りの境界を癌組織型別に検討する。

(1) 未分化型の c 病変の境界は鋸歯状、直線状（明瞭で荒々しい）であり、本境界は胃小区間溝の間溝様の線状陰影で大部分が構成されている。あるいは類胃小区像で構成されているといっても適正である。しかし、撮影体位によって境界が不明瞭となる。未分化型の c 病変とは不一致な境界変化所見である。このような

境界所見は MALT リンパ腫の境界でみられることがある。

(2) c 病変の陥凹面（底部）は大小不揃いの顆粒状陰影で構成されていることが多く、本陥凹面（底部）はオタマジャクシ形潰瘍、線状びらん、多発性の小びらん、数個の顆粒像などで構成されている。

(3) c 病変の辺縁は、反応性の軽度な隆起像（はじき像）が認められるが、本辺縁は明瞭な類胃小区像により形成された隆起様の形態である。

これらの変化所見から、未分化型の c 病変は否定する。

(4) 分化型の c 病変の境界は棘状からギザギザ、微細に不整であるが、本境界は胃小区間溝様の線状陰影に類似している。

(5) c 病変の陥凹面（底部）は陥凹の中央部に 1 ~ 2 個の顆粒が認められることが多いが、本陥凹面（底部）の顆粒像は面（領域）の境界、辺縁、線状びらんの口側、肛門側などに無作為に出現している。

(6) c 病変の辺縁は、小円形、紡錘形、結節像、a 病変様などの隆起所見が認められるが、本辺縁は明瞭な類胃小区像により形成された隆起様の形態である。

それらの変化所見から、分化型の c 病変は否定する。

境界の不明瞭な口側、肛門側は b 病変様と読影したが、b 病変と読影できる変化所見が認められるわけではない。要は境界の明瞭（大弯寄り）な部が c 病変としての変化所見に合致すれば、不明瞭な部は類似 b 病変の可能性があると推定したにすぎない。すなわち、読影の過程では c + b 型早期癌を想定した。

上記のことから、オタマジャクシ形潰瘍 + 潰瘍瘢痕 + 線状びらん + 多発性小びらんと読影した。MALT リンパ腫は組織学的に証明されていない。病変の局在部位が腺境界領域と推定され、多発性潰瘍瘢痕などが生じれば、周囲粘膜（背景粘膜）との間に僅かな陥凹の境界が認められる場合もある。しかし、本例は多発性潰瘍瘢痕の変化所見は認められない。また、分化型、未分化型の c 病変とも合致した所見は認められない。すなわち、腺境界領域、萎縮粘膜、萎縮性胃炎、腸上皮化生粘膜および潰瘍、びらんなどに伴う随伴性胃炎により生じた境界変化所見であろう。

#### 1cm 以下の分化型の c 病変の変化所見<sup>11) 12) 37) 59)</sup>

(1) 不整な線状陰影（不整な線状ニッシェ）

(2) 陥凹の境界がギザギザ（トゲ状）

(3) 陥凹の辺縁部に類円形ないし紡錘形の透亮像。

- (4) 陥凹の境界が明瞭で、小さな波状あるいは部分的に直線状。  
 (5) 陥凹面に大小の顆粒状陰影が認められる。

#### 分化型の c 病変と治癒期の潰瘍との鑑別<sup>11) 12) 37) 59)</sup>

分化型の c 病変と治癒期の潰瘍との鑑別は、潰瘍を合併する早期胃癌（粘膜面の変化所見が粘膜内の癌発育進展によって生じる）では、潰瘍の瘢痕収縮に伴う変化は治癒期の潰瘍の変化所見と同じであるが、癌の場合はこれに癌の粘膜進展に伴う変化所見が加わる。すなわち、周囲粘膜に向かって発育増大することによって生じる変化所見である。それは2つある。1つは、隆起変化であり、もう1つは陥凹変化である。隆起変化でも癌組織自体の増殖による隆起変化と周囲正常粘膜の過形成による

変化、さらに正常粘膜の機能的変化でない生理的反応による隆起変化がある。癌増殖による変化は a 病変に見られるような大きさ、形、配列が不揃いな顆粒変化であり、過形成性変化ではその不揃いさが乏しくなる。陥凹変化は癌そのものが持っている特徴でもあるが、癌粘膜は正常粘膜に比べると萎縮あるいはびらん化しやすい傾向にある。この萎縮あるいはびらん化しやすい癌は、癌組織型によって発育進展の仕方に違いがある。分化型癌は周囲粘膜を圧排しながら、正常粘膜の弱いところを発育する。これが、棘状のはみ出し陰影あるいはギザギザした陥凹の境界をつくり、辺縁部では圧排して発育するので小区の肥大したような、大小の顆粒状の隆起変化所見として認められる。

## 症例 48 44 歳，男性



fig. 138 背臥位正面二重造影像



fig. 139 背臥位第1斜位二重造影像



fig. 140 背臥位第1斜位二重造影像



図 65 fig. 139 のシェーマ

Fig. 138 は空気中等量, Fig. 139, 140 は空気過伸展気味の背臥位正面, 背臥位第1斜位二重造影像である。図 65 は Fig. 139 の背臥位第1斜位二重造影像のシェーマである。

本例の焦点は胃角部後壁に多発した中断しない粘膜ひだ集中および萎縮性胃炎, 萎縮粘膜, 腸上皮化生などの形状, 性状である。

体下部後壁小弯寄りから胃角部後壁小弯寄りに多中心性の粘膜ひだ集中 (図 65 矢印) が認められる。粘膜ひだ集中部にバリウムを流すと, 体下部後壁小弯寄りから胃角部後壁小弯寄りに不規則な形の面 (領域) が認められる。しかし, その面 (領域) は境界が不明瞭であり, びまん性な顆粒像による上皮模様 (上皮成分) が認められる。粘膜ひだ集中はあたかもその面 (領域) に集中しているように見えるが, 集中する先端部を追っていくと必ずしも面 (領域) の部で消失しているとはいえず, 多中心性の中断しない粘膜ひだ集中である。病変の局在部位は腺境界領域と推定される。

すなわち, 潰瘍の近傍再発, 隣接発生の典型例であろう。集中点が少しずつ異なっている。粘膜ひだ集中の先

端部および粘膜ひだ間の線状陰影にも不規則な形の所見は認められない。びまん性の顆粒像による上皮模様 (上皮成分) の認められる面 (領域) は, 萎縮粘膜および萎縮性胃炎, 腸上皮化生粘膜などである。類似した例では, 胃体部の潰瘍瘢痕が口側, 小弯寄り, 肛門側, 大弯寄りなどに多発性に生じたとき, 類似した変化所見が生ずる。散在する顆粒像は, 大部分が再生顆粒であろう。

上記の事柄を考慮した結果, 多発性潰瘍瘢痕と読影した。

## 1. 粘膜ひだ集中の分類<sup>6)</sup>

### 1) 中断した粘膜集中

切除標本の肉眼所見では, 潰瘍の辺縁が隆起しており, この部で粘膜ひだが中断する。通常, 粘膜集中の程度はさほど著明ではない。組織所見では, 潰瘍辺縁の隆起部に相当して, 粘膜下層も肥厚している。もっとも, 胃壁の全層が肥厚するのであるが, 粘膜下層の肥厚もあるのが特徴である。また, 筋層の融合 (粘膜筋層と固有筋層との融合) はまったくないか, あっても著明ではない。X 線像では, 潰瘍辺縁の隆起部は透亮像として現れ (症