

# 症例 184 67 歳，男性

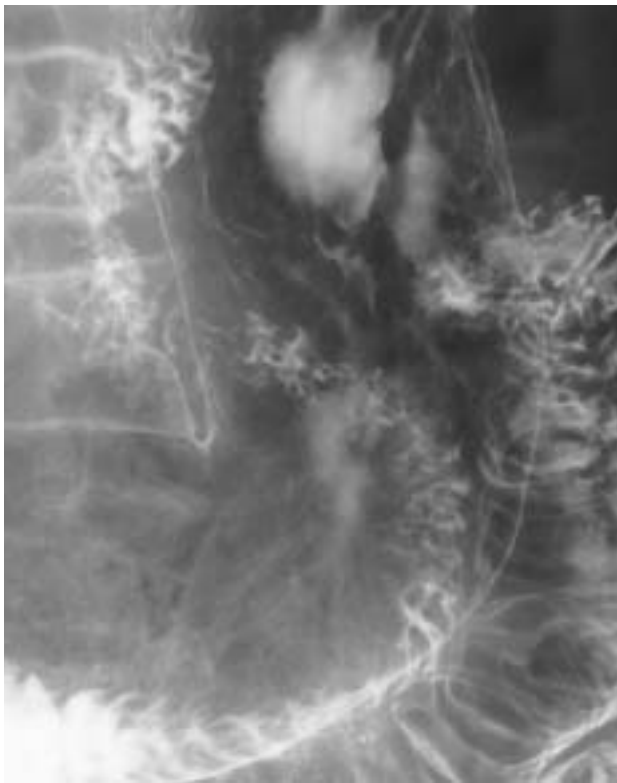


fig. 570 背臥位正面二重造影像

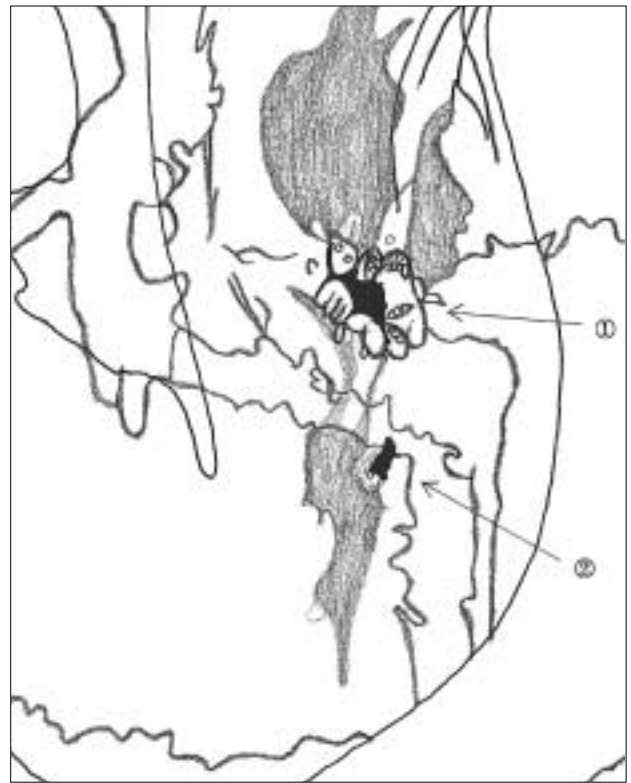


図 228 fig. 570 のシエーマ

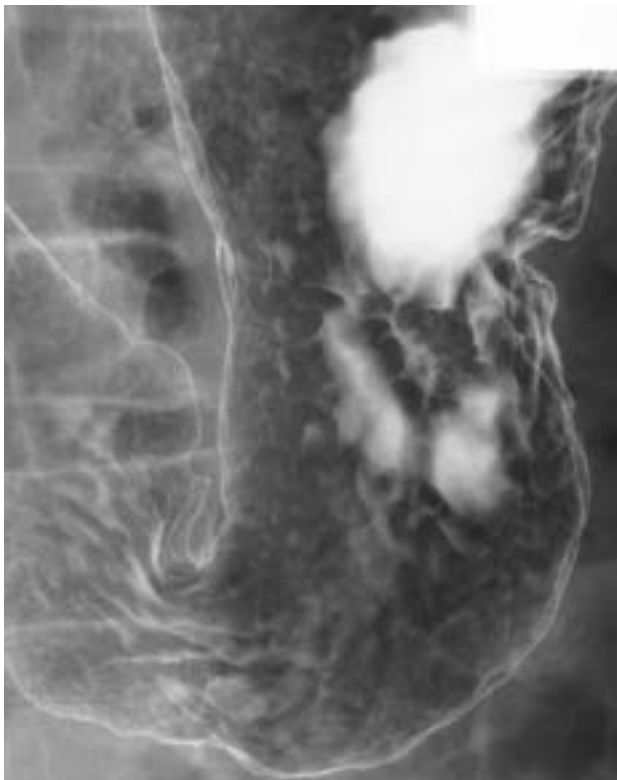


fig. 571 背臥位正面二重造影像

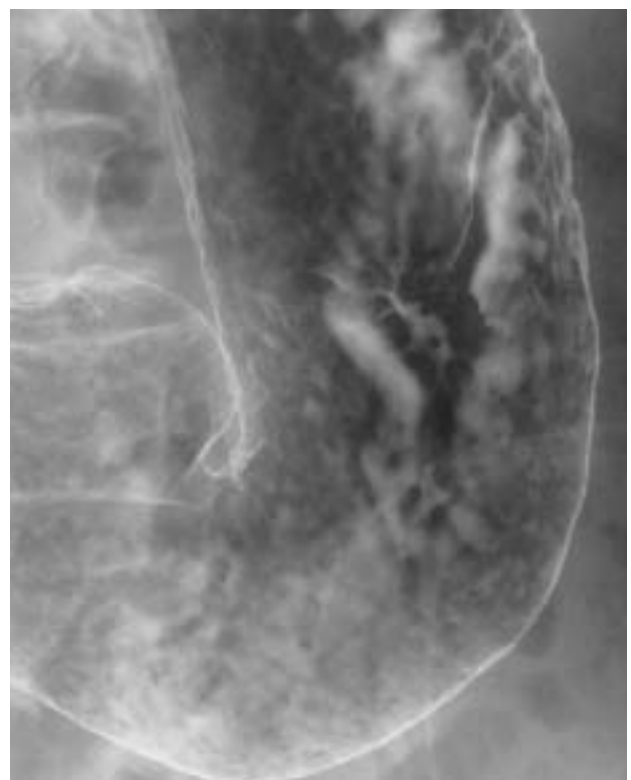


fig. 572 背臥位軽度第 1 斜位二重造影像



fig. 573 背臥位軽度第1斜位二重造影像

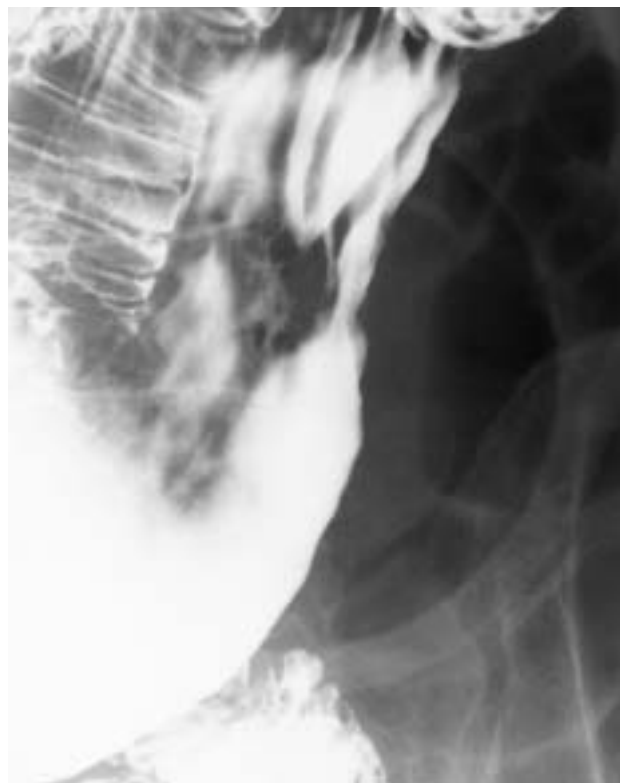


fig. 574 立位圧迫像

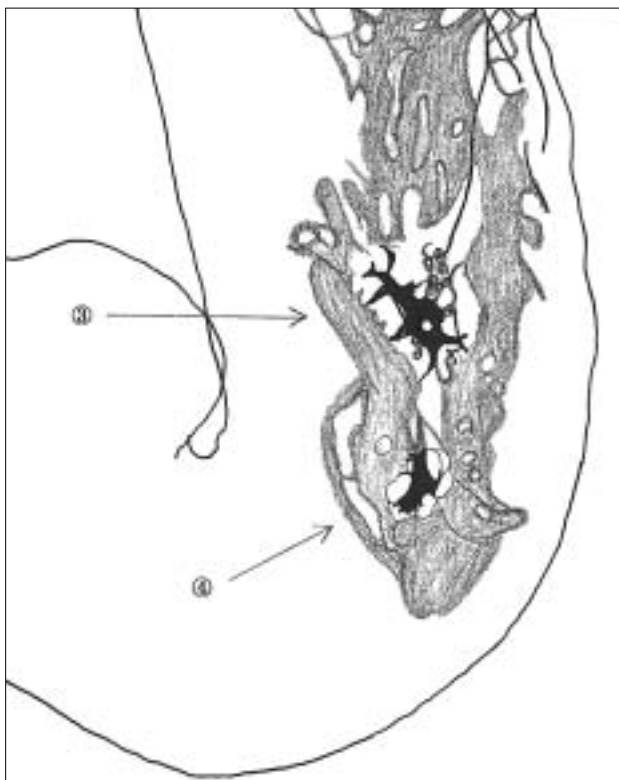


図 229 fig. 572 のシエーマ

Fig. 570 は空気中等量の背臥位正面二重造影像である（他院のルーチン検査）。図 228 は Fig. 570 の背臥位正面二重造影像のシエーマである。

体下部後壁中央から体下部肛門側後壁中央に不規則な形のバリウム陰影（図 228 矢印）および不規則な形のバリウム斑（図 228 矢印）が認められる。不規則な形の陥凹の境界はほぼ全周にトゲトゲした棘状陰影が認められる。陥凹面（底部）は微細な小顆粒像が1個認められるが、大部分は平滑である。陥凹の辺縁は小顆粒、顆粒、輪状などの隆起像（はじき像）が認められる。

不規則な形の陥凹（図 228 矢印）の境界は比較的に明瞭であり、陥凹面（底部）は微細の小顆粒像が数個認められる。陥凹の辺縁は軽度な輪状の隆起像（はじき像）が認められる。

Fig. 571 は空気中等量，Fig. 572，573 は空気過伸展気味の背臥位正面，背臥位軽度第1斜位二重造影像である。Fig.574 は立位圧迫像である（精密検査）。図 229 は Fig. 572 の背臥位軽度第1斜位二重造影像のシエーマである。ルーチン検査から約1カ月後のX線写真である。

体下部後壁中央から体下部肛門側後壁中央に不整形な

のバリウム陰影（図 229 矢印）および不整な形のバリウム斑（図 229 矢印）が認められる。

不整な形の陥凹の境界は口側，小弯寄り，肛門側などにトゲトゲした棘状陰影が認められ，大弯寄りには不整な形の線状陰影が多数認められる。陥凹面（底部）は小顆粒像が数個と顆粒像が 1 個認められる。陥凹の辺縁は小弯寄りの不整な形の隆起像（はじき像）よりも，大弯寄りの不整な形の隆起像（はじき像）が明瞭に認められる。小弯寄りでは小顆粒，顆粒，輪状などの隆起像（はじき像），粗大結節状隆起が認められる。大弯寄りには立ち上がりの比較的急峻な隆起像（はじき像）が認められるが，立位圧迫像（Fig. 574）と比較すると二重造影像（Fig. 571, 572, 573）のような立ち上がりの急峻な所見は認められない。癌の大きさは約 25 × 16 mm である。

不整な形の陥凹の境界は比較的明瞭であり，一部にトゲトゲした棘状陰影が認められる。陥凹面（底部）は数個の小顆粒像が認められる。陥凹の辺縁は顆粒状の隆起像（はじき像）が認められる。癌の大きさは約 10 × 6 mm である。

不整な形の陥凹（図 229 矢印）の境界はトゲトゲした棘状陰影，陥凹の辺縁は不整な形の隆起像（はじき像）の所見から，分化型の a + c 型早期癌と読影した。深達度は不整な形の隆起像（はじき像），粗大結節状隆起の所見が認められることから，顕微鏡的な微小浸潤を無視すると sm 癌と読影できよう。

不整な形の陥凹（図 229 矢印）の境界は軽度にとゲトゲした棘状陰影，陥凹の辺縁は顆粒状の隆起像（はじき像）の所見から，分化型の c 型早期癌と読影した。深達度は癌の粘膜下に深への浸潤による所見（因果関係）が認められないことから，顕微鏡的な微小浸潤を無視すると m 癌と読影できよう。

病理組織診断は，a + c 型早期癌，深達度は sm - 2，組織型は tub2 > por1 および c 型早期癌，深達度は m，組織型は tub2 である。癌の大きさは 21 × 13 mm と 8 × 4 mm である。

分化型の小 c 病変はルーチン検査では見逃されていた。バリウムを十分に付着させて質の良い二重造影像を撮影しようとするには十分な体位変換が必要である。ただし，その場合の読影は十分な体位変換を行わず，バリウムを流さないで撮影された X 線写真よりも綿密な読影が必要である。すなわち，胃部が十二指腸係蹄と重なれば，その隙間を丁寧に読影することが要求されることは必然である。

### 胃癌の深達度診断 a + c 型<sup>(11) (37) (41) (44) (47)</sup>

病変が小さくても sm 以下に浸潤していることが多い。隆起部の組織学的構成から，癌の m 増殖型と sm 増殖型に分けられる。西澤らは，その成り立ちから隆起由来と陥凹由来に分けており，隆起由来のものは 3cm 未満は m か sm で，むしろ m が多く，3cm 以上では sm が深が多くなる。陥凹由来のものは 2cm 未満はすべて sm で，2cm 以上は pm が深であると述べている。したがって，sm 増殖型は病変が小さくても，その成り立ちから当然 sm に浸潤している。両者の X 線的な区別は，表面形態と輪郭の形で行う。m 増殖型では，隆起部の表面や輪郭は a (m 増殖所見) と同じ所見である。陥凹部が平滑で深いものでは sm 浸潤を考える。これに対して，sm 増殖型では，隆起部の表面は周囲正常粘膜と差はなく，隆起の輪郭も平滑で粘膜下腫瘍的な所見を呈する。そして，m と sm の平面的な大きさの関係は m < sm であるものが多い。sm 浸潤部が潰瘍化し，深い陥凹を呈すると X 線的には ~ + c の所見に類似する場合もある。また，sm 増殖型の多くは未分化型癌で，粘膜ひだ集中を伴う例が多い。結局，西澤らの述べるように，sm 増殖型は陥凹由来ということになり，c 型癌で m と sm の大きさの関係が m = sm あるいは m < sm になると肉眼的には a + c の所見を呈するようになる。X 線検査では，二重造影で表面の形状を現し，圧迫法で隆起部の輪郭と陥凹部の形状を現す。sm 増殖型の中には，二重造影で c 様に現れ，圧迫すると初めて隆起所見（透亮像）が現れる例も少なくない。したがって，圧迫検査ができない胃上部病変では，できるかぎり側面像で病変を現しておく必要がある。

### 胃底腺領域の X 線診断について “深達度診断”<sup>(41) (44) (46) (47)</sup>

馬場らは，陥凹性胃癌の深達度診断を大きく分けると，m か sm かの判定，sm か mp か ss ~ s かの判定，の 2 つに分けられよう。そして，X 線診断では癌の sm 以下深部浸潤に伴う粘膜面の所見の変化，胃壁の肥厚像や硬化像ならびにそれらの規模の大きさから深達度を推定することになる。しかし，あるいはのいずれの判定にあたって，胃底腺粘膜領域という部位，未分化型癌であるということ，小さくても sm 浸潤の可能性が高いことなどを考慮しておく必要がある。

ここでは，(1) 粘膜面の顆粒状陰影の多少，(2) c 周囲の透亮像（ここでは透亮帯と表現する）の有無について m か sm かの関係を検討すると，(1) 粘膜面の顆粒

状陰影の多少では、胃底腺粘膜領域の癌では、陥凹部に顆粒状陰影が多少認められる場合は m 癌，ほとんど消失しているかあるいは部分的に深い陥凹がある部は，sm 以下へ浸潤している確率が高いことになる。

(2) 陥凹周囲の透亮帯と深達度では，X 線像における明瞭な透亮帯の有無と m か sm 以下かの間には推計学的に有意差があり，陥凹周囲に透亮帯を伴う場合には，透亮帯とほぼ一致して sm 以下深部に癌が浸潤しているとみなすことができよう。

原発巣の大きさと深達度の関係では，2cm 以下が最も多く 64.3% であった。さらに，その中では ss ~ s 癌が 38.1% と多く，m 癌は 27.0% であった。

深達度診断では m か sm かの推定には，粘膜面の顆粒状陰影の多少，陥凹周囲の透亮帯の有無が指標になり，それらの所見の大きさから sm か mp 以下かの深達度を推定する必要がある。

胃底腺領域の癌は原発巣が小さくても sm 浸潤の頻度が高く，しかも sm を広範囲に浸潤している可能性があることから，原発巣が早期癌のようにみえても癌巣周囲

の粘膜ひだを十分に描出しておくことが必要である。原発巣の周囲では粘膜ひだの肥大やひだ間の狭小化が著明で，また，ひだの蛇行もひだの走行方向に対して鋭角的（急な蛇行）で原発巣から離れ遠位側になるに従ってひだ間の狭小化は弱く，ひだの蛇行も鈍角的（緩やかな蛇行）でひだの肥大所見も軽度になる傾向が認められた。しかし，原発巣の周囲の sm 浸潤と線維形成による sm の肥厚が著しい場合には，粘膜ひだの肥大や蛇行の異常はむしろ認められなくなり，ひだ間の狭小化が著明で粘膜ひだは直線的あるいは消失し，むしろ粘膜下腫瘍様のなだらかな隆起として認められる。これらの粘膜ひだの異常は，癌の sm 浸潤の範囲と大体一致している。また，ひだの肥大所見は癌の線維形成による肥厚だけでなく，線維形成が弱い浮腫状の肥厚があれば現わすことができる。一方，粘膜ひだが少ない穹窿部や噴門部では，胃小区模様の粗大化や造影剤の付着ムラあるいは輪郭がはっきりしない（浮腫様）軽度の透亮帯に注意する必要がある。

## 症例 185 42 歳，女性



fig. 575 左側臥位二重造影像



fig. 576 左側臥位二重造影像



fig. 577 左側臥位二重造影像



fig. 578 腹臥位圧迫像

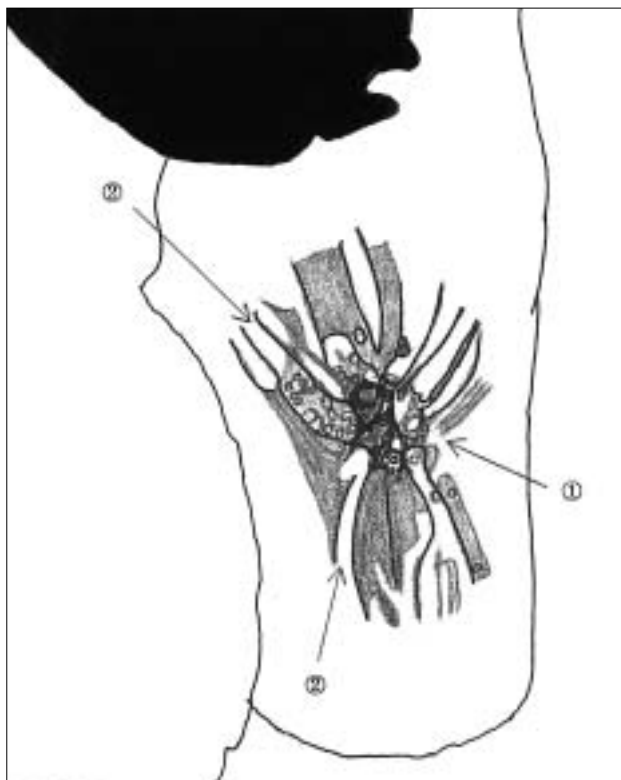


図 230 fig. 577 のシエーマ

Fig. 575 は細径カテーテル法による空気中等量, Fig. 576, 577 は空気過伸展気味の左側臥位二重造影像である。Fig. 578 は腹臥位圧迫像である。図 230 は Fig. 577 の左側臥位二重造影像のシエーマである。

体下部大弯に粘膜ひだ集中を伴う不整な形の陰影斑 (図 230 矢印) が認められる。空気中等量の X 線写真 (Fig. 575) では陰影斑を中心に全周から粘膜ひだ集中が認められ, 先端部には中断所見 (図 230 矢印) が認められる。

空気過伸展気味の X 線写真 (Fig. 576, 577) では粘膜ひだ集中は不明瞭となり, 不整な形の陥凹が明瞭に認められる。不整な形の陥凹の境界は鮮明で直線状陰影である。陥凹面 (底部) は顆粒像が数個認められる。陥凹の辺縁に隆起変化所見は認められない。

腹臥位圧迫像 (Fig. 578) では, 陥凹の肛門側に軽度の陰影欠損像が認められ, 口側には粘膜ひだ集中の先端部は肥大して不整な形の透亮像が認められる。癌の大きさは約 17 × 9 mm である。

陥凹の境界は鮮明で直線状陰影, 陥凹面 (底部) は数個の顆粒像, 粘膜ひだ集中の先端部は中断および肥大し

て不整な形の透亮像の所見から、未分化型の c 類似進行癌と読影した。深達度は軽度の陰影欠損像，粘膜ひだ集中の先端部は肥大して不整な形の透亮像の所見，また癌の粘膜下以深への浸潤による所見（因果関係）が認められず，癌の深部浸潤による所見（相関関係）からは，sm 以深癌を否定することはできない。

病理組織診断は，c 類似進行癌，深達度は大部分が

sm で一部 mp，組織型は tub2 である。癌の大きさは 14 x 7 mm である。組織型は未分化型癌と読影したが，病変の局在部位は胃底腺粘膜領域か腺境界領域（中間帯粘膜）なのか否か不明である。粘膜ひだ集中の先端（F 境界線）は粘膜ひだ集中の口側で消失しているか否か難しい変化所見である。X 線的には未分化型の c 病変の形状に類似している。

## 症例 186 46 歳，男性

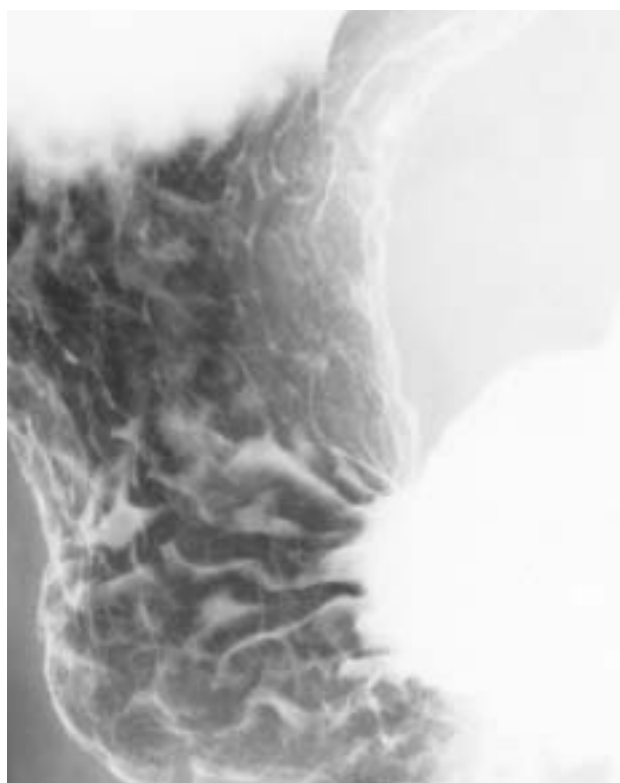


fig. 579 腹臥位第 1 斜位二重造影像

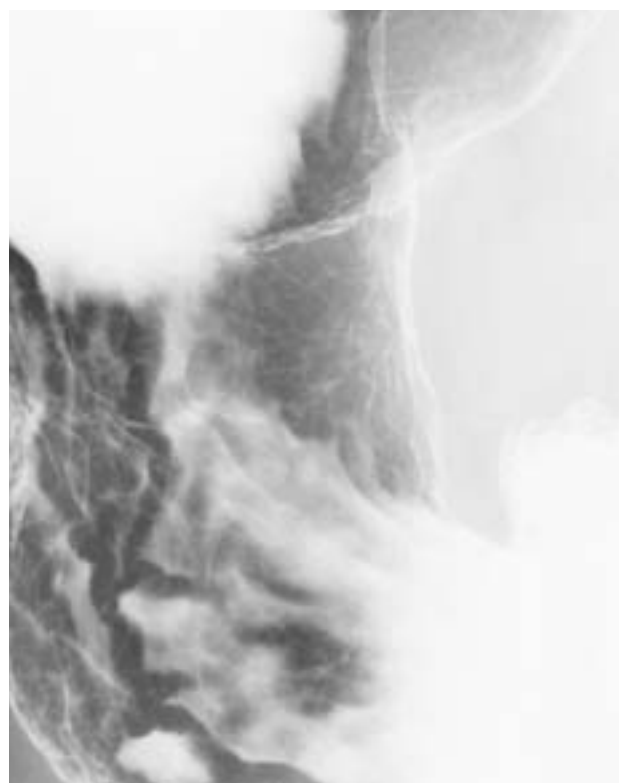


fig. 580 腹臥位第 1 斜位二重造影像