

第41回

日本消化器がん検診学会九州地方会・消化器がん検診研修会

プログラム・抄録集

会期 平成23年9月10日（土）

会場 佐賀大学医学部大講堂・小講堂

会長 梶原哲郎

（地方独立行政法人 佐賀県立病院好生館 放射線科）



第41回 日本消化器がん検診学会九州地方会 事務局
佐賀大学医学部放射線科

TEL : 0952-34-2309 (直通) FAX : 0952-34-2016

ご案内とお願い

■ 参加者の方へ

- 参加受付は午前8時00分より、2階ラウンジで行います。
- 参加費は2,000円です。
- ネームカードに所属・氏名を記入の上、会場内では必ず着用して下さい。
- プログラム・抄録集は学会当日ご持参下さい。
- 会場内および大学敷地内全面禁煙となっておりますので、ご協力をお願いいたします。
- 本会では、クールビズを推奨いたします。ノーネクタイでお越し下さい。

■ 発表者の方へ

- 一般演題の発表時間は5分、討論時間は2分です。
- シンポジウムの発表は8分以内でお願いいたします。
- 発表形式はPCプレゼンテーションのみです。(詳細は次項をご覧ください)
- スライド枚数に制限はありませんが、発表時間内におさまるように作成して下さい。
- 最終抄録を学会当日に、受付にWORD形式のファイルで提出して下さい。(学会誌に掲載されます)

■ 座長の先生方へ

- 担当セッションの開始予定時刻の10分前までに次座長席にご着席下さい。
- 担当セッションのまとめを学会終了後、2週間以内に事務局までメール(ayabek@edu.cc.saga-u.ac.jp)で、ご送付下さいますよう、お願いいたします。

PC発表の詳細

発表形式

- 発表は、コンピュータ（PowerPoint）を使用した発表形式のみになります。
- 発表用のコンピュータはWindowsPCのみ事務局でご用意いたします。
- 発表用のデータをメディアでお持ち頂く場合は、CD-RもしくはUSBフラッシュメモリーでお願いします。（USBフラッシュメモリーはデータの保証ができませんので必ずバックアップをご準備下さい。）

データ形式

- 事務局にて用意するコンピュータはWindows PC、ソフトはPowerPoint2003、2007、解像度は1024×768です。
- また、PowerPointのデータ作成においては、Windows標準のフォント（MSゴシック・MS明朝 等）をご使用下さい。（それ以外では、正しく表示されない場合があります）
- アニメーション・動画の制限はありませんが、PowerPointに貼り付けている動画は、どの動作環境のWindows Media Playerでも再生できるように作成して下さい。（拡張子.WMV推薦）
PowerPointのファイルと動画のファイルは必ず同じフォルダにお入れ下さい。**また、念のためご自身のノートパソコンもご持参いただくことをお勧めいたします。**
- 音声は対応しておりません。（持込PCも含まず）
- ファイル名は、「演題番号_演者名w2003.ppt」として下さい。
（例：胃1_山田太郎w2003.ppt／シンポ1_田中二郎w2003.ppt）
※w2003はWindows PowerPoint2003で作成の意味です。
- お持込データによるウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックして下さい。
- 学会発表会前に必ず、他のコンピュータにて動作確認をお願いいたします。（特にアニメーション、動画を用いる場合）

コンピュータ持込の注意事項

- 発表データがMacintoshの場合はPC本体をお持ち込み下さい。（サイズの大きな動画を使用されるWindowsの先生方もお持ち込み下さい）
- PC付属のACアダプターを必ずお持ち下さい。
- 会場でご用意するPCケーブルコネクタの形状はD-sub15ピンです。一部の薄型ノートパソコンで、モニタ出力端子がD-sub15ピンでないものがあります。この端子がないものは本体のみではプロジェクターにつなぐことが出来ません。別売りのアダプターもしくは付属のアダプターが必要となりますので必ずご用意下さい。



- スクリーンセ이버ならびに省電力設定は予め解除して下さい。
- コンピュータにパスワードが必要な場合はオペレータにその旨を伝え事前に解除をお願いします。
- バッテリーによる発表はできませんので必ず電源ケーブルのご用意をお願いします。

発表

- 当日は、40分前までにPCセンター（2階ラウンジ）にてデータ・コンピュータ受付及び確認を必ず行って下さい。（ご不明な点がございましたら、専任スタッフが対応いたします）
- 発表時は、舞台上にキーボード・マウス・ディスプレイがありますのでご自身で操作をお願いいたします。
- 発表後は、会場内PC席にて、コンピュータをお受け取り下さい。
- データお持込による演者の方はPCセンターにて受付の際データを複写しメディアをご返却いたしますが、バックアップ用としてお持ち下さい。複写した発表データは、発表終了後消去いたします。

お知らせ

総会

日時 平成23年9月10日（土）13：00～13：15

場所 2階 大講堂 第1会場

評議員会

日時 平成23年9月10日（土）12：00～12：50

場所 1階 小講堂3114 第3会場

放射線技師部会 ・保健衛生部会

日時 平成23年9月10日（土）12：00～12：30

場所 1階 小講堂3113 第2会場

製品展示・ ドリンクコーナー

場所 2階 ラウンジ

クローク

場所 1階 小講堂3114

ランチタイム 協賛セミナー

日時 平成23年9月10日（土）11：55～12：40

場所 2階 大講堂 第1会場

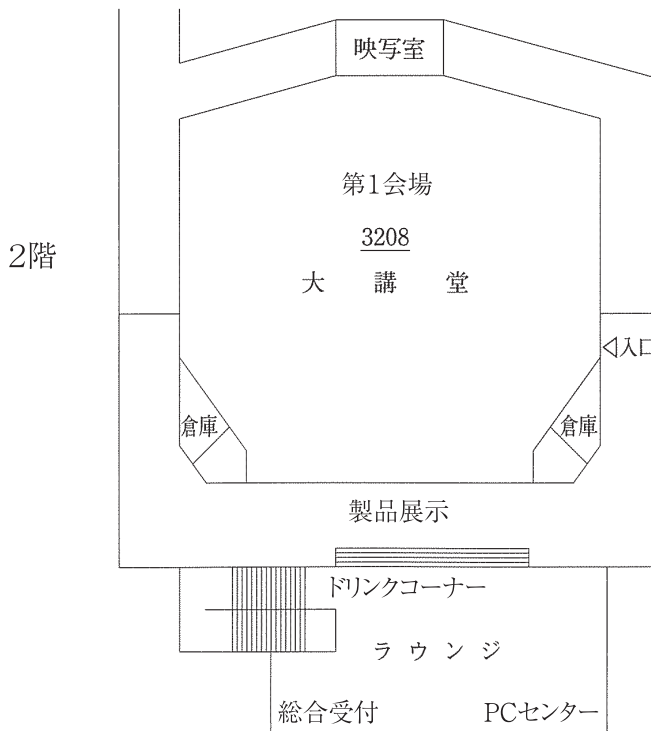
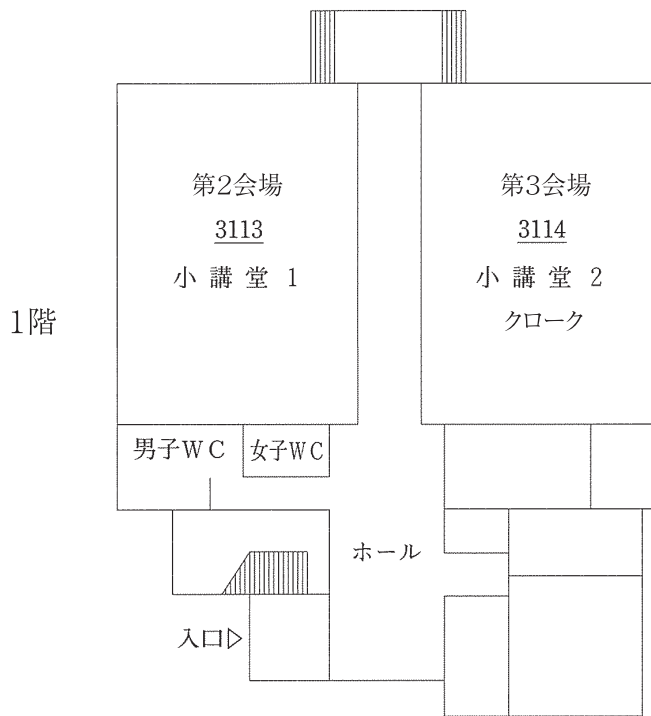
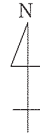
(株)カイゲン、堀井薬品工業(株)、伏見製薬(株)の3社協賛により軽食をご用意いたします。

日程表

	第1会場 2階 大講堂	第2会場 1階 小講堂3113	第3会場 1階 小講堂3114
9:10	9:10 開会挨拶		
9:30	9:15~9:50 一般演題 胃Ⅰ（胃①~⑤）座長 金城 渚	9:15~9:50 一般演題 大腸Ⅰ（大腸①~⑤）座長 尾上 耕治	
10:00	9:50~10:25 一般演題 胃Ⅱ（胃⑥~⑩）座長 平賀 聖久	9:50~10:18 一般演題 大腸Ⅱ・超音波（大腸⑥⑦・超①②）座長 松元 淳	
10:30	10:25~11:00 一般演題 胃Ⅲ（胃⑪~⑮）座長 平川 克哉		
11:00			
11:30	11:20~11:45 会長講演 梶原 哲郎 司会 北川 晋二		
12:00	11:55~12:40 ランチタイム協賛セミナー 三原 修一 司会 金城 福則	12:00~12:30 放射線技師部会・保健衛生部会	12:00~12:50 評議員会
12:30			
13:00	13:00~13:15 総会	13:00~15:30 放射線技師部会シンポジウム・症例検討会 司 会 水口 昌伸 門田 哲也 水町 寿伸 特別発言 中原 慶太 前川 進 病理コメンテーター 高瀬 ゆかり	
13:30			
14:00			
14:30			
15:00			
15:30	15:30~16:15 教育講演①（兼合同研修会） 飯沼 元 司会 梶原 哲郎		
16:00			
16:30	16:20~17:05 教育講演②（兼合同研修会） 吉田 諭史 司会 森田 秀祐		
17:00	17:05 閉会挨拶		

案内図

会場内案内図



プログラム

教育講演 1

15:30~16:15 第1会場 2階 大講堂

「大腸癌検診におけるCTコロノグラフィーの将来展望」

- 講師** 飯沼 元 (国立がん研究センター中央病院)
司会 梶原 哲郎 (地方独立行政法人 佐賀県立病院好生館 放射線科)

教育講演 2

16:20~17:05 第1会場 2階 大講堂

「胃癌X線検診の読影基準」

- 講師** 吉田 諭史 (早期胃癌検診協会中央診療所)
司会 森田 秀祐 (医療法人高邦会高木病院 消化器内科)

※「教育講演1」と「教育講演2」は、佐賀県胃癌・大腸癌部会合同研修会を兼ねています。

ランチタイム協賛セミナー

11:55~12:40 第1会場 2階 大講堂

「超音波検診の現状と展望—質の高い検診の普及に向けて!—」

- 講師** 三原 修一 (日本赤十字社熊本健康管理センター)
司会 金城 福則 (琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部)

会長講演

11:20~11:45 第1会場 2階 大講堂

「平成21年度消化器がん検診九州地区集計報告」

- 講師** 梶原 哲郎 (地方独立行政法人 佐賀県立病院好生館 放射線科)
司会 北川 晋二 (日本消化器がん検診学会九州支部長)

放射線技師部会シンポジウム・症例検討会

13:00~15:30 第2会場 1階 小講堂3113

「横胃撮影の工夫」

司会 水口 昌伸 (佐賀大学)

門田 哲也 (佐賀県総合保健協会)

水町 寿伸 (佐賀県医師会成人病予防センター)

特別発言 中原 慶太 (久留米大学)

前川 進 (枝川内科胃腸科)

シンポ1 横胃撮影の工夫

池田和歌子 (佐賀県総合保健協会) (P.12)

シンポ2 胃がんX線検診における横胃撮影の工夫～スクリーニング検査の立場から～

山田耕一郎 (済生会熊本病院 健診センター) (P.12)

シンポ3 横胃撮影時の工夫と注意点

中富 崇史 (佐賀社会保険病院 放射線部) (P.12)

シンポ4 当院における「横胃」に対する認識とアプローチ

本田 和男 (医療法人高邦会高木病院) (P.13)

シンポ5 横胃撮影の工夫

石本 裕二 (公益社団法人鹿児島共済会南風病院) (P.13)

シンポ6 「横胃撮影の工夫」

荒木祐美子 (財福岡県すこやか健康事業団) (P.14)

一般演題

第1会場 2階 大講堂

胃Ⅰ 9:15~9:50 **座長** 金城 渚 (琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部)

胃1 人間ドックの上部消化管内視鏡検査で発見された早期十二指腸癌の1例
内藤 優香 (祐愛会織田病院 内科) (P.15)

胃2 胃がん検診後のバリウム貯留により大腸穿孔を来した1例
工藤 康一 (済生会熊本病院 消化器病センター) (P.15)

胃3 追加撮影手技の工夫についての興味ある症例
岡田 勲 (熊本県総合保健センター) (P.16)

胃4 検診内視鏡で発見された0-IIc胃癌に対しCT-gastrographyを施行した3例
松浦 秀司 (九州医療センター 消化器センター/臨床研究センター、放射線科) (P.16)

胃5 ABCD検診結果と背景胃粘膜の検討
田中 健児 (豊見城中央病院附属健康管理センター) (P.17)

胃Ⅱ 9:50~10:25 **座長** 平賀 聖久 ((独行)国立病院九州がんセンター消化器・内視鏡科)

胃6 「当事業団におけるデジタル化への取り組みと現状」
白田 健二 (財長崎県健康事業団) (P.17)

胃7 当施設使用のFPD透視装置における性能評価
坂田 雄一 (一般財団法人 医療情報健康財団) (P.18)

胃8 当院における過去5年間の任意型胃癌検診成績—同地区の対策型検診と比較して—
植山 敏彦 (社会保険田川病院 放射線科) (P.19)

胃9 胃集検テスト・フィルムの読影成績
平賀 聖久 (福岡地区胃集検読影研究会) (P.19)

胃10 当院の内視鏡検診で発見された胃癌の偽陰性例に関する検討
南 寛之 (市民の森病院総合健診センター) (P.20)

胃Ⅲ 10:25~11:00 **座長** 平川 克哉 (福岡赤十字病院消化器科部長)

胃11 平成22年度胃がん検診成績について
高木 亮 (琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部) (P.20)

胃12 「佐賀県における胃癌集団検診成績」

宮原 貢一（佐賀大学医学部 消化器内科） P.21

胃13 平成21年度発見胃癌の検討

亀井 律孝（大分大学医学部 放射線医学講座） P.21

胃14 当センターにおける2次検診結果

橋本 隆志（霧島市立医師会医療センター） P.22

胃15 当協会における平成21年度胃がん検診成績と注意すべき症例について

宮崎 貴浩（宮崎県健康づくり協会消化器がん検診専門委員会） P.22

一般演題

第2会場 1階 小講堂3113

大腸Ⅰ 9：15～9：50 **座長** 尾上 耕治（宮崎市医師会成人病検診センター）

大腸1 平成22年度の沖縄県総合保健協会における大腸がん検診成績について

大城 武春（琉球大学医学部附属病院 第一内科） P.23

大腸2 佐賀県における大腸がん集検の推移

原口智佳子（佐賀県立病院好生館） P.23

大腸3 平成21年度大腸がん集団検診の検討

前田 徹（大分県立病院 放射線科部） P.24

大腸4 個別大腸癌検診陽性者のハイリスク要因別オッズ比の検討

古川 尚志（福岡市消化管検診委員会） P.24

大腸5 大腸がん検診受診率向上へ向けて～郵送による大腸がん検診の検討～

原 敬行（高野病院 総合健診センター） P.25

大腸Ⅱ・超音波 9：50～10：18 **座長** 松元 淳（鹿児島県県民総合保健センター）

大腸6 スクリーニングCT Colonographyにおけるコンピューター支援診断ソフト使用の有無による精度評価について

松田 勝彦（済生会熊本病院 健診センター） P.26

大腸7 スクリーニングCT colonography (CTC)による大腸がん検診-CTCは新しい大腸がん検査となり得るか-

満崎 克彦（済生会熊本病院 健診センター） P.26

超1 特徴的な腹部血管造影所見を呈した肝血管筋脂肪腫の2例

藤山俊一郎（済生会熊本病院 消化器病センター）

P.27

超2 腹部超音波検診の現状～精査医療機関の立場から～

平賀 真雄（霧島市立医師会医療センター 超音波室）

P.27

放射線技師部会シンポジウム・症例検討会

シンポジウム「横胃撮影の工夫」(13:00~14:30 8分×6題 討論40分)

- 司 会 水口 昌伸 (佐賀大学) 門田 哲也 (佐賀県総合保健協会)
水町 寿伸 (佐賀県医師会成人病予防センター)
- 特別発言 中原 慶太 (久留米大学) 前川 進 (枝川内科胃腸科)
- 演 者 池田和歌子 (佐賀県総合保健協会)
山田耕一郎 (済生会熊本病院 健診センター)
中富 崇史 (佐賀社会保険病院)
本田 和男 (医療法人高邦会高木病院)
石本 祐二 (鹿児島共済会南風病院)
荒木祐美子 (福岡県すこやか健康事業団)

胃がんX線検診における画像精度向上の為には検査における盲点を極力、無くすことが必要となる。新・撮影法では従来の方法に比較して各体位の標的部位を設定した点、二重造影によるバリウム付着範囲が拡大した点からも盲点が少ない構成となっている。しかし、鉤状胃を基本とした構成を中心に考えられており多くの受診者に見られる横胃については更なる工夫、方法の共有が必要と考えられる。すなわち、横胃では鉤状胃に比べて大彎が腹壁側に持ち上がり、重なりも多くなることから胃全体を二重造影像として観察することが難しくなる傾向があるからである。そこで、今回は横胃に対する撮影についてポジショニングの工夫を中心に議論し、検診撮影法のさらなる発展につなげたい。

*なお、横胃という概念についても施設間で認識が異なることから、議論の最初に横胃の定義についても考えてみようかと企画しています。

症例検討会 (14:30~15:30)

- 司 会 水口 昌伸 (佐賀大学) 門田 哲也 (佐賀県総合保健協会)
水町 寿伸 (佐賀県医師会成人病予防センター)
- 特別発言 中原 慶太 (久留米大学)
前川 進 (枝川内科胃腸科)
- 総理コメンテーター 高瀬ゆかり (佐賀大学医学部病理学)

シンポ1

横胃撮影の工夫

佐賀県総合保健協会

池田和歌子 (技)、門田 哲也、西川 綾子、古賀 陽一、三浦 泰、小野 敏幸

当施設の胃がん検診は、住民検診を主に行っている。新・撮影法で撮影は行っているが、変形のある胃形では、標的部位を描出することが難しい。今回、横胃撮影について、基準撮影体位と比較し、問題点や撮影時に工夫できる点がないかを検討したので、報告する。

シンポ2

胃がんX線検診における横胃撮影の工夫 ～スクリーニング検査の立場から～

済生会熊本病院 健診センター

山田耕一郎 (技)、森 猛、満崎 克彦、菅 守隆

当センターでは、新・胃X線撮影法ガイドラインの「任意型検診撮影法」に準拠した撮影を行っている。検診でのスクリーニング検査では、限られた時間の中で胃の粘膜面全体を描出し、なおかつ、がんの早期発見を目的としており、制約された条件下で検査を行っているのが現状である。また、様々な年齢層の方が対象のため、より簡便で安全な検査が求められている。

横胃は、胃の大弯部が腹壁側へ持ち上がっており、大弯・小弯が認識しにくく描出範囲も狭い。また、十二指腸へバリウムが流出しやすく、造影効果も低い、前壁撮影や圧迫撮影も困難であるなど、撮影が難しい胃形であると一般的には認識されている。

今回は、スクリーニング検査を行う立場から、日々の検査の中でも比較的短時間で簡便に行うことが出来て、描出範囲も広く精度の高い横胃撮影時の工夫を報告する。

シンポ3

横胃撮影時の工夫と注意点

佐賀社会保険病院 放射線部

中富 崇史 (技)、赤峰 敬介、杉山 祥子、真弓千賀子

本松 克彦、古賀 実、志岐 祐介、古賀 照夫

平成22年6月から平成23年6月の1年間のうち、当院で胃がん検診を受けた人数は14,293名であった。その約3割から4割が横胃であった。また、横胃は男性であることが多かった。そのため、職域検診が中心の当院では特に横胃の数が多いと思われる。

横胃ははっきりした定義がないが、ここでは完全に横向きの横胃に加え、胃角を正面、背臥位第一斜位および第二斜位で観察できない胃型を横胃として定義する。

横胃と鉤状胃との違いは、胃角観察の難しさ、前壁撮影時の空気量不足、十二指腸へのバリウム流出、前庭部のバリウムのたまりが挙げられる。また横胃の人は、体型が大きいことが多いため、圧迫撮影が困難である。これらを踏まえて、より安定した画像を提供するための工夫を述べたいと思う。

シンポ4

当院における「横胃」に対する認識とアプローチ

医療法人高邦会高木病院

本田 和男（技）、西田 健一、高木 菜穂、北原 智之

当院では任意型検診を中心に、年間約1万3千件の胃X線検診を行っている。検診業務は病院業務の一環であり、約20名の技師が携わっている。基準撮影を軸にしたルーチンを取り入れたものの、任意撮影や追加撮影などは撮影者個人に任せる部分も多い。

「横胃」の定義を考察するにあたり、撮影担当技師に対し、無作為に選んだ100名のMDL検査の食道を除外した基準撮影法冒頭3体位を供覧し胃形に対する認識の差を検討した。更に鉤状胃に比しての示現範囲の差を検討し任意・追加撮影の工夫を考察した。

その結果「横胃」と認識した胃形は胃角部を屈曲点として腹壁側～背側に長軸を持つ形状であることがわかった。示現範囲の差が大きかった部位はU領域とL領域であった。また、前壁撮影の難易度が高い胃形でもあり、示現範囲差が顕著であった。任意・追加撮影の体位・手技では幽門前部前壁の腹臥位第二斜位や、背臥位および半立位撮影時に工夫を認めた。

シンポ5

横胃撮影の工夫

公益社団法人鹿児島共済会南風病院

石本 裕二（技）

新・胃X線撮影ガイドラインの普及と造影剤の改良により胃がんX線検診における画像精度の向上は多くの施設から発表がされている。また、NPO法人日本消化器がん検診精度管理評価機構（以下、NPO精管構とする）では、全国的な技術格差や撮影技術レベルの底上げのため胃がんX線検診における基準撮影法として対策型検診と任意型検診による撮影法が構築され、この撮影法が標準的な撮影法としては全国へ浸透しつつある。しかし撮影法では鉤状胃を主体とした撮影法であるため胃形によっては撮影体位と標的部位が異なることが予想される。受診者の胃形は個人によりさまざまであり撮影するわれわれも苦慮することがあげられるが、受診者に不利益を与えないためにも撮影の工夫は必要である。今回は鉤状胃での撮影法を主撮影法として考えた場合、横胃（牛角胃）での撮影法と相違する点を明らかにし、どのような撮影法が良いか、私見を踏まえて工夫する点などを述べたい。

「横胃撮影の工夫」

(財)福岡県すこやか健康事業団

荒木祐美子 (技)

当財団は対策型検診撮影法(従来の間接撮影法)を主に実施している。使用製剤はバリウム量120ml、濃度200W/V%、発泡剤5gで、体位変換は右360度回転変換を基本としている。

胃形をみると鉤状胃形状と横胃形状に大きく分けることができ、鉤状胃に比べて横胃では画像精度(①ポジショニング・②描出範囲・③造影効果)が低下しやすい。その理由としては、①ポジショニングでは各体位における標的部位が適切に描出されないこと、②描出範囲では障害陰影が多いこと、③造影効果ではバリウムが胃全体を通過しにくいことなどである。

そこで今回、横胃における撮影の工夫についてML領域後壁・ML領域前壁・U領域の3領域別に私見を述べさせていただきたい。

人間ドックの上部消化管内視鏡検査で発見された早期十二指腸癌の1例

祐愛会織田病院 内科¹⁾、佐賀大学 光学医療診療部²⁾、佐世保中央病院 病理³⁾
 内藤 優香 (医)¹⁾、坂田 泰志¹⁾、下田 良²⁾、大串 昭彦¹⁾、安部 友範¹⁾、
 朝長 元輔¹⁾、井手 康史¹⁾、松永 圭司¹⁾、西山 雅則¹⁾、米満 伸久³⁾

【症例】62歳男性。

【現病歴】7年前から毎年当院の人間ドックで上部消化管内視鏡検査を受けている。十二指腸下行脚に陥凹病変があり、生検で管状腺腫の診断。内視鏡的治療目的で入院。

【身体所見】腹部は平坦・軟で圧痛なし。

【血液生化学検査】貧血なし。肝腎機能に異常なし。

【内視鏡検査】十二指腸下行脚のVater乳頭対側に約7mmのⅡc+Ⅱaがあり、隆起部分は白色調であった。2チャンネル内視鏡で内視鏡的粘膜切除術（EMR）を行った。病理は高分化型腺癌、深達度mであった。

【経過】EMR4年後のドックでは十二指腸は潰瘍瘢痕であったが、胃噴門部後壁に約15mmの高分化型早期胃癌0-Ⅱcが発見され内視鏡的粘膜下剥離法（ESD）を行った。深達度はmであった

【考察】十二指腸癌は比較的稀である。下行脚に多く、早期癌発見のためには十分な観察が必要である。また、今回の症例は4年後のドック時に早期胃癌も発見できており、毎年の内視鏡検査は早期癌発見のために非常に有用だと思われる。

胃がん検診後のバリウム貯留により大腸穿孔を来たした1例

済生会熊本病院

消化器病センター¹⁾、外科センター²⁾、中央放射線部³⁾、健診センター⁴⁾
 工藤 康一 (医)¹⁾、藤山俊一郎¹⁾、吉田 健一¹⁾、今村 治男¹⁾、多田 修治¹⁾、
 金光敬一郎²⁾、浦田 譲治³⁾、福永 久美⁴⁾、満崎 克彦⁴⁾、菅 守隆⁴⁾

症例は72歳男性。基礎疾患は高血圧のみで虫垂炎の手術歴がある。平成20年6月末に他施設の胃がん集団検診でバリウムを飲用した。検査後に一度排便があった。翌日、下腹部の激痛を自覚し当院の救急外来を受診した。来院時、理学所見で腹膜刺激症状があり、CTを施行すると骨盤内の高吸収物と遊離腹腔ガス、腹水を認めた。バリウムによる下部消化管穿孔を疑って緊急手術を施行した。腹腔内は便汁で汚染され、S状結腸には3cm大の穿孔部を認めた。ダグラス窩には紙粘土様の硬い5cm大のバリウム塊を認めた。ハルトマン手術を行い、穿孔部分の腸管は切除した。切除標本上は大腸憩室や腫瘍性病変などの組織脆弱性を思わせる病的所見は特に見られず、バリウム塊による特発性大腸穿孔と考えられた。術後は敗血症のため長期の集中

治療を要したが救命できた。胃透視後の大腸穿孔は極めて稀であり、過去の報告を交え原因や対策について考察し検討する。

胃3

追加撮影手技の工夫についての興味ある症例

熊本県総合保健センター

岡田 勲(技)、山本 高弘、森 奈美、北村 伸雄
小山由希子、村上 友佳、村上 晴彦、土亀 直俊

目的 基準撮影を行う中で異常所見(病変)を見つけた時に追加撮影を行う事は大変重要である。今回追加撮影が行われた1症例における撮影手技を検討し報告する。

- ・撮影方法 基準撮影法1に準拠
- ・使用バリウム F社 210w/v% 130ml
- ・使用発泡剤 F社 5g 希釈液10cc
- ・鎮脛剤を使用

検討した結果、

- ・病変の存在診断は可能であるが、追加撮影に入るタイミングが遅く、病変の質的診断は情報不足であり枕の適正な位置および厚さが不十分であった。

そこで、

- ・胃形および病変部の的確な同定を念頭に入れて、追加撮影時のタイミングを見極めバリウムの追加、空気の量を考えながら、的確な回転方法・撮影体位の必要性を示唆した症例であった。

胃4

検診内視鏡で発見された0-IIc胃癌に対しCT-gastrographyを施行した3例

九州医療センター 消化器センター/臨床研究センター¹⁾、
放射線科²⁾、消化器科³⁾、消化器外科⁴⁾、病理⁵⁾

松浦 秀司(医)^{1,2)}、原田 直彦^{1,3)}、水谷 孝弘^{1,3)}、原口 和大^{1,3)}、福田慎一郎^{1,3)}

岡本 梨沙^{1,3)}、柿ヶ尾佳奈^{1,3)}、森 大介^{1,3)}、池尻 公二^{1,4)}、安森弘太郎^{1,2)}、桃崎 征也^{1,5)}

MDCTの普及に伴いCT-colonographyは普及しつつあるが、胃3次元画像:CT-gastrography(CTG)はいまだ普及していない。今回、検診内視鏡で発見の0-IIc癌3例に対し精査としてCTGを施行した。症例は①前庭小弯、径10mm、②前庭小弯、径10mm、③体上部後壁、径40mmである。撮影は64列MCDTで、鎮脛剤筋注および発泡剤7.5g内服後直ちに仰臥位および腹臥位で造影CTを1mmスライスで撮影、3D像:内視鏡類似画像および胃透視類似画像、2D像:任意方向のMPR像を作成した。読影は内視鏡所見を参考に行った。結

果は2D像では3例全例で病変の同定不可、3D像では2例で浅い陥凹面として僅かに同定可能であった。CTG単独での0-IIc癌の発見は現時点では困難であるが、胃の概観や胃外情報といった多くの情報を比較的簡便に得る事が可能で精査としての有用性は高いと思われた。

胃5

ABCD検診結果と背景胃粘膜の検討

豊見城中央病院附属健康管理センター¹⁾

琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾

田中 健児 (医)¹⁾、高良 朝敏¹⁾、

仲吉 朝史¹⁾、金城 渚²⁾、金城 福則²⁾

【はじめに】 当センターで2010年度よりABCD検診を導入し、各群に特徴的な背景胃粘膜の所見を検討した。

【対象】 ABCD検診：2010年4月1日～2011年3月31日の期間に当センターで検診行った244名（男性132名、女性112名、平均年齢53.5歳）。

【方法】 ABCD検診：抗HP抗体・ペプシノゲン法で244名をA～D群に分類した。使用キット：Eプレート栄研H.ピロリ抗体（栄研化学株式会社）。ルミパルスプレスト ペプシノゲンI・II（富士レビオ株式会社）。背景胃粘膜の検討：ABCD検診受診者244名中、上部消化管内視鏡検査を受けた171名の背景胃粘膜を検討した。

【結果】 A群 59%、B群 23%、C群 15%、D群 3%であった。ABCD検診受診者のH.pylori IgG抗体陽性率は38.4%であった。

県内のH.pylori IgG抗体陽性率は1994年の陽性率と比べ、全ての年代で低下していた。

またA・B・C・D各群のうち上部内視鏡検査を行った171名の背景胃粘膜の所見を検討したところ、胃底腺ポリープ・体上部の点状発赤がH.pylori非感染・感染粘膜の鑑別に有用と思われた。

胃6

「当事業団におけるデジタル化への取り組みと現状」

(財)長崎県健康事業団

白田 健二 (技)、佐藤 修一、川原 寿、山村 栄一

宮崎 浩二、林 賢信、前田 昌宏、白田 健二、木田 勲

ふじもとクリニック

藤本 進

現在、テレビやマスメディアなどデジタル化が急速に普及しており、医療用装置も例外ではありません。当長崎県健康事業団で使用している胃部間接X線撮影装置（ミラーカメラ）の製造が中止となったこともあり、また既存装置についても今後の保守が難しくなることから、兼ねてより検討していたデジタル撮影装置

を順次導入することとしました。

当事業団では従来のフィルム系の検診車を2台、II DR搭載の検診車を5台保有しており、年間約3万人の胃がん検診を実施しています。

II DRが約70%、フィルムが約30%の割合で撮影しています。

全てがデジタル化していないために一部読影に支障を来していますが、総デジタル化に向けて画像専用サーバーを導入し、画像の管理には当事業団固有の個人IDを全受診者に持たせ、そのIDを用いた管理方法を実施しています。

そのことにより、過去にDRで撮影した画像との比較読影ができるようになり胃がん検診の精度も向上していると思います。

今後、全ての画像において施設内ネットワーク構築ができるよう取り組んでる途中です。

現在に至るまでの詳細を報告します。

当施設使用のFPD透視装置における性能評価

一般財団法人 医療情報健康財団

坂田 雄一 (技)、南里 和也

【目的】 今年1月から導入したFPD使用の透視装置について、物理学的な評価を中心として性能評価を行った。現段階ではまだFPD装置を健診機関で使用する施設は少ないこともあり今後の展望も含め、実際の臨床現場でのFPDの性能を評価したい。

【方法】 物理学的評価として鮮鋭度、粒状性、コントラストを低kV領域（70～80kV）で測定を行った。それぞれDCFの有無でデータ測定を行い、DCFの性能とFPDの特性をデータとして示す。

また視覚的評価として、実際の臨床画像を使用しDRとFPDの比較検討を行う。

【結果】 物理学的評価のデータ、数値上では比較的DCF有の場合では条件の違いによる大きな差異は無かったが、DCF無しの原画像との比較においては特性の差異が現れる結果となった。DRとFPDとの視覚的な比較においてはラチチュードの幅の広さやコントラストの立ち方に違いがあり、FPDのスペックの高さが窺い知れた。

当院における過去5年間の任意型胃癌検診成績 —同地区の対策型検診と比較して—

社会保険田川病院 放射線科

植山 敏彦 (医)

同 内科

前川隆一郎

同 放射線部

村上 聡朗、池谷 陽

当院はFPD（平面検出器）の直接撮影法にて任意型の胃癌検診を施行している。今回我々は、過去5年間の検診成績を同地区の対策型検診と比較して報告する。

検診受診者の総数は5,069人、要精密検査数は633人、発見胃癌は7人であった。要精査率は12.5%、癌発見率は0.14%、陽性反応適中率は1.11%であった。発見癌は早期癌4例、進行癌3例で、いずれも正診であった。一方、同地区の同期間の間接撮影による対策型胃癌検診は、受診者総数50,950人、要精密検査数4,279人、発見胃癌61人であった。要精査率は8.40%、癌発見率は0.11%、陽性反応適中率は1.43%であった。発見癌は早期癌42例、進行癌9例で、不明が10例であった。当院の検診では癌発見率で良好な成績であったが、要精査率が高い傾向にあった。他の項目を含めた当院の検診の現状と問題点を検討し、教訓的な発見胃癌症例を提示する。

胃集検テスト・フィルムの読影成績

福岡地区胃集検読影研究会

平賀 聖久 (医)、井野 彰浩、落合 利彰、古森 正宏、長浜 孝

原口 幸昭、平川 克哉、前田 和弘、松本 主之、北川 晋二

集検発見癌（30例）と正常例（30例）から成る胃集検テスト・フィルムを用い、当会読影委員の診断精度を評価した。

集検発見癌は、当会の精検フィルム検討会で“見逃し”・“正診”と判定され、病理診断が判明した症例から選出した。正常例は、翌年度に“異常無し”と読影された受診者の、当年度のフィルムを採用した。これらが無作為に並べた後、PowerPointで作成したスライドを用い、ほぼオリジナルの条件でモニター上に提示した。各委員に癌は一病変であることと正常例を含むことを知らせるが、それらの例数は伝えていない。通常業務の一環として読影を行い、癌と診断した場合は、部位①（噴門部、穹窿部、体上部、体下部、胃角部、前庭部）・部位②（大彎、小彎、前壁、後壁）・判定①（A：病変が確実に存在する、B：病変が強く疑われる、C：異常所見があるが病変のためかどうか疑わしい）・判定②（5：悪性と考える、4：悪性のほうが考えやすい、3：どちらとも言えない）のチェックと、スケッチの記載を求めた。

当日、これらの結果を報告する。

当院の内視鏡検診で発見された胃癌の偽陰性例に関する検討

市民の森病院総合健診センター

南 寛之 (医)、宮田 義史、藤原 利成

龍 貴裕、前田 啓一、田中 善久、杜若 幸子

【目的・対象・方法】当院の内視鏡検診で発見された胃癌の偽陰性例（8年分）に関する検討結果を平成20年に報告した。今回、その後の3年間（平成20年4月から平成23年3月まで）に発見された胃癌44例のうち、発見から遡って3年以内に内視鏡検診を受けた偽陰性例24例について、偽陰性率、早期癌比率、M癌比率、ESD実施率などに関し、前回の成績と比較し、偽陰性率の意義を検討した。

【結果】発見率は0.25%から0.28%に向上し、偽陰性率は29.4%から54.5%に上昇した。偽陰性例の中で、画像の遡及的検討で異常所見を指摘できない偽陰性例の比率が20%から40%に増加し、見逃し率は32%から8%に低下した。また、偽陰性例に占める早期癌比率は88.0%から95.8%に、M癌比率は64.0%から83.3%に、ESD実施率は36.0%から41.7%に上昇した。

【結論】発見率、見逃し率の改善はハイビジョン内視鏡の導入によると思われたが、偽陰性率の上昇の理由については慎重な検討が必要と思われた。

平成22年度胃がん検診成績について

琉球大学医学部附属病院 光学医療診療部

高木 亮 (医)、田中 照久、田端そうへい、星野 訓一、大平 哲也、伊良波 淳、小橋川ちはる、
武嶋恵理子、井濱 康、知念 寛、前田 企能、仲本 学、金城 渚、金城 福則

同 第一内科

宮里 公也、柴田 大介、大城 武春、前城 達次、岸本 一人、平田 哲生、外間 昭、藤田 次郎

沖縄県総合保健協会

半仁田慎一

沖縄県総合保健協会に委託された平成22年度胃がん検診の成績について検討し報告する。

受診者数は合わせて男性5,989人、女性7,090人、合計13,079人であった。要精検者数は1,021人、7.8%であった。発見された胃癌は男性5例、女性1例、合計6例であり、胃癌発見率は0.046%であった。

「佐賀県における胃癌集団検診成績」

佐賀大学医学部 消化器内科¹⁾

佐賀県医師会癌検診会胃癌部会²⁾

宮原 貢一 (医)¹⁾、山口加奈子¹⁾、坂田 祐之¹⁾、岩切 龍一¹⁾

藤本 一真¹⁾、陣内 重信²⁾、森田 秀祐²⁾、内田 哲²⁾、水口 昌伸²⁾、藤岡 康彦²⁾

寺田 洋臣²⁾、坂田 恒彦²⁾、森山 幹夫²⁾、中山 信一²⁾、森 久男²⁾

服巻 勝正²⁾、植本 純一²⁾、隅田いく男²⁾、坂田 泰志²⁾、土橋 清高²⁾

田中 俊彦²⁾、山根 秀樹²⁾、冬野 誠助²⁾

平成19～21年度の佐賀県胃癌検診について、実施数、要精密検査率、精密検査受診率、胃癌発見率、発見胃癌の性別、病変部位、肉眼分類、深達度、組織型、加療状況を検討した。受診者総数は減少傾向であり、要精密率は12.6～14.6%であった。精密検査受診率はここ数年82～92%前後である。胃癌発見率は0.10%～0.21%、早期癌の割合が高い傾向にあった。治療法としては、開腹手術が減少し腹腔鏡下手術の増加が目立った。

平成21年度発見胃癌の検討

大分大学医学部 放射線医学講座

亀井 律孝 (医)、松本 俊郎、山田 康成、森 宣

大分県立病院 放射線科

前田 徹

大分県地域保健支援センター 胃集団検診読影委員会

平成21年度に大分県地域保健支援センターで施行された胃集団検診受診者は23,528名で、同年度に発見された胃癌数は22名であった。この中で最終調査票などにより評価が可能であった18名について検討を行った。使用バリウムは150% 200ml、撮影は7枚法である。

早期癌は10例あり、Ⅱaが3例、Ⅱbが1例、Ⅱcが3例、Ⅱa+cは1例、Ⅰが2例であった。腫瘍径は20×20mm～80×50mm。読影委員2名ともが正しく指摘したものはなく、どちらかが正しく指摘したものが5例、他部位指摘例は4例であった。

進行癌は8例あり、腫瘍の大きさは25×13mm～100×85mmであった。このうち3例は2名の読影委員が的確に指摘しており、3型が2例、4型が1例であった。2型2例、3型2例、Ⅱc+Ⅱa advanced 1例では1名のみが指摘していた。他部位指摘例はない。

当センターにおける胃集検の精度は概ね良好と考えられるが、今後見落としをなくし診断精度をさらに向上させる必要がある。

当センターにおける2次検診結果

霧島市立医師会医療センター

橋本 隆志 (技)、有馬 大樹、田崎 夕里、福元 健
塩屋 晋吾、佐々木 崇、坂口 右己、中村 克也、平賀 真雄

【はじめに】 上部消化管X線検査は集団検診でのスクリーニング検査や医療機関での術前検査としての精密検査として実施されているが、有症状で医療機関を受診された被験者にFirst Screeningとして実施されることは、近年ではほとんどなく、First Screeningとして上部内視鏡検査が行われているのが現状である。

【目的】 当センターは精査医療機関として、精密検査を実施している。

今回、集団検診を受け上部消化管X線検査で異常を指摘され、精査目的で当センターを受診され、種々の検査を実施した被験者を対象に現状を調査し、上部消化管X線検査の精度について検討したので報告する。

【結果】 対象は平成22年度に当センターを精査目的で受診した143例。

結果は胃炎104例、良性腫瘍22例、良性潰瘍6例、胃癌3例、異常なしは8例であった。

当協会における平成21年度胃がん検診成績と注意すべき症例について

宮崎県健康づくり協会消化器がん検診専門委員会

宮崎 貴浩 (医)、尾上 耕治、山田 浩己、日高 知昭、元村 祐三、原口 靖昭、北村 亨
谷川 誠、川野 勝二、崎濱 國治、吉山 一浩、木原 康、石川 直人、稲津 東彦
桑原 一郎、稲倉 琢也、湯池 宏明、湯田 敏行、鎗水 民生、黒木 正臣、塩盛 建二

当協会における平成21年度の胃がん検診成績について報告する。受診者総数は28,497人、要精検率は9.8%、精検受診率は86.9%、胃癌発見率は0.12%、早期癌比率は71.9%、適中度は1.18%で、平成20年度の全国集計報告と比べ、比較的良好な成績であった。しかし今回発見された胃癌症例には、前回検診での見逃し症例や、前回検診で要精査とされたが精検内視鏡で見逃されていた症例も含まれており、注意すべき症例として提示する。

大腸 1

平成22年度の沖縄県総合保健協会における大腸がん検診成績について

琉球大学医学部附属病院 第一内科¹⁾

同 光学医療診療部²⁾、沖縄県総合保険協会³⁾

大城 武春(医)¹⁾、柴田 大介¹⁾、平田 哲生¹⁾、外間 昭¹⁾、藤田 次郎¹⁾、高木 亮²⁾
伊良波 淳²⁾、大平 哲也²⁾、星野 訓一²⁾、井濱 康²⁾、小橋川ちはる²⁾、知念 寛²⁾
岸本 一人²⁾、前田 企能²⁾、仲本 学²⁾、金城 渚²⁾、金城 福則²⁾、半仁田慎一³⁾

沖縄県総合保健協会に委託された沖縄県内の平成22年度の大腸癌検診の成績について検討し、報告する。
受診者数は平成22年度で男性8,726人、女性11,725人、合計20,451人であった。

免疫学的便潜血反応陽性者は男性669人(7.67%)、女性675人(5.76%)、合計1,344人(6.57%)であった。
陽性者のうち受診率は全体が68.68%(923人)でその内訳は、男性65.47%(438人)、女性71.85%(485人)であった。

発見された大腸癌は、そのうち男性16例、女性11例、合計27例で、早期癌は18例(66.67%)であった。
大腸癌発見率は0.13%(27/20451)であった。

大腸 2

佐賀県における大腸がん集検の推移

佐賀大学医学部 放射線科¹⁾、消化器内科²⁾

佐賀県立病院好生館³⁾、佐賀県医師会癌検診会大腸癌部会⁴⁾

原口智佳子(医)³⁾、水口 昌伸¹⁾、坂田 祐之²⁾、岩切 龍一²⁾、藤本 一真²⁾
下田悠一郎⁴⁾、梶原 哲郎³⁾、原田 嘉文⁴⁾、光武 良彦⁴⁾、原田 宏一⁴⁾、
朝永 道生⁴⁾、藤崎 純士⁴⁾、松本 洋二⁴⁾、山根 秀樹⁴⁾、今村 達也⁴⁾、遠藤 広貴⁴⁾

【目的、対象、検討項目】平成4年度から平成21年度の佐賀県における大腸がん検診について受診者総数、癌発見率を中心にその推移を検討した。また平成21年度発見癌についてそのStageや集検受診歴についても検討を加えた。

【結果】平成21年度を受診者総数は45,196名で平成14年度以来横ばい傾向を示していた。初回受診者は9,562名(21.2%)と例年より少なかった。癌発見率は0.15%で全国平均と同等の値となった。平成21年度発見癌69例のうちStageⅡ以下が79.8%(早期癌71.0%)であった。発見癌69例中69例に治療が行われ内訳は内視鏡的切除36例(52.2%)、腹腔鏡下手術22例(31.9%)、開腹手術8例と発見癌に対する内視鏡、腹腔鏡下手術の割合が増加していた。

【まとめ】例年に比較しての発見率の低下は受診者の固定化に起因する部分大きいと考えられた。治療法として内視鏡や腹腔鏡下手術の増加が顕著となっている。

平成21年度大腸がん集団検診の検討

大分県立病院 放射線科部

前田 徹 (医)

大分県地域保健支援センター

平丸 正宣、後藤 朗

大分大学医学部腫瘍病態制御講座 放射線医学

亀井 律孝、松本 俊郎、山田 康成、森 宣

大分県地域保健支援センターにおいて平成21年度に行われた大腸がん検診事業について集計した。受診者数は26264人、要精検率は6.6%、精検受診率は81.5%であった。大腸がん発見数は54、発見率は0.21、陽性反応適中度は3.13であった。平成17年度以降の5年間の検診状況の比較では受診者数は年々減少しているが精検受診率は上昇している。また大腸がん発見率と陽性反応適中度は上昇している。日本対がん協会での集計と比較しても良好な成績と考えられる。発見がん症例について返送された個票を元に内容を検討したので報告する。

個別大腸癌検診陽性者のハイリスク要因別オッズ比の検討

福岡市消化管検診委員会

古川 尚志 (医)、頼岡 誠、家守 光雄、北川 晋二、北野亀三郎

古賀 安彦、高宮 紘士、高山 武彦、平川 克哉、増田 信生

【目的】 個別大腸癌検診陽性者のハイリスク要因別のオッズ比を明らかにすることを目的として大腸癌予測式の作成を試みた。

【方法】 平成17年度から平成21年度までの福岡市個別大腸癌検診受診者101,245名のうち精検受診者7,585名をモデル構築用標本として作成したロジスティック回帰式 (ステップワイズ法) を用いて精密未受診者個々の疾患確率を推定、更に得られた結果をもとに要精密者全体の解析を行った。

【結果】 ハイリスク要因別調整オッズ比は(1)両日500ng/ml以上 (OR: 3.40) (2)大腸検査歴 (検診を含む) なし (OR: 3.31) (3)陽性日 (両日) (OR: 2.92) (4)便中ヘモグロビン濃度: 1,000ng/ml以上 (OR: 2.76) (5)60歳以上 (OR: 1.52) であった。

【結語】 便潜血定量値測定の意義が再認識されるとともに大腸検査歴のない検診陽性者へのより一層の精検勧奨が必要と考えられた。

大腸がん検診受診率向上へ向けて～郵送による大腸がん検診の検討～

高野病院 総合健診センター¹⁾、同 内科²⁾、同 外科³⁾

原 敬行（事務）¹⁾、日隈 忍¹⁾、松崎 秀幸¹⁾、野崎 良一²⁾、山田 一隆³⁾

【目的】当健診センターでは2009年度より受診率向上へ向け、受診者の検診を受けやすい環境づくりの為に便潜血検査の郵送法を提案してきた。今回実際に郵送法を行ったうえで精度管理上問題が無いか検討した。

【対象・方法】2009年度に免疫的便潜血検査を受診した66,227名を持参法によって回収した群50,141名、郵送法により回収した群16,086名の2群に分け各群の要精検率、がん発見率等を比較し検討した。なお、郵送法は気温が高くなる時期を避け10月～4月までの期間に限定して行った。

【結果】持参法、郵送法の両群において要精検率、がん発見率共に有意差は認められなかった。

【結語】検体の受付時期を限定して行えば精度管理上の問題は無いと考えられた。年齢層の分布を見ると持参法のピークは70代にきており、それに対し郵送法は40代と若く、住民健診等での受診が困難な世代の方に対しても郵送法は受診の動機付けになり、大腸がんの早期発見につながると思われた。

大腸6

スクリーニングCT Colonographyにおけるコンピューター支援診断ソフト使用の有無による精度評価について

済生会熊本病院 健診センター

松田 勝彦 (技)、坂本 崇、

奥村 真紀、満崎 克彦、菅 守隆

【目的】 スクリーニングCT Colonography (以下CTC) では、長時間の読影による診断能の低下や病変の見落としが懸念される。その問題を補うために現在、コンピューター支援診断 (以下CAD) の開発が進められている。今回、CAD使用の有無による読影精度、読影時間にあたる影響について検討を行った。

【方法】 対象50症例を1) 通常読影のみ、2) CADチェック部のみ読影、3) CADチェック併用による読影の3通りで読影を行い、TCFをゴールドスタンダードとして病変検出能を比較した。また、それぞれの読影時間についても比較した。

【結果】 3) は1) に比べ読影時間が短くなり、病変検出能は最も高くなった。2) は読影時間が最も短かったが、病変検出能は最も低くなった。

【結論】 読影の際、CADを併用することにより読影時間の短縮や見落とし防止が可能となり、有用であると考えられた。しかし、CADで指摘できなかった病変もあり、今後のCADの更なる精度向上に期待される。

大腸7

スクリーニングCT colonography (CTC)による大腸がん検診 -CTCは新しい大腸がん検査となり得るか-

済生会熊本病院 健診センター

満崎 克彦 (医)、松田 勝彦、福永 久美、菅 守隆

放射線診断部

坂本 崇、浦田 譲治

消化器病センター

藤山俊一郎、工藤 康一、多田 修治

中央検査部

神尾多喜浩

【目的】 CTCによる大腸がん検診を開始し、本年6月まで944例の検査を行っている。今回精査結果を基にスクリーニングCTCの精度評価を行い、その有用性を検討した。

【対象および方法】 対象は精査結果が判明した44例 (男性28例、女性16例、平均年齢61.6歳) で、精査結果を基に感度、特異度、PPV、NPV、正診率について検討した。

【結果】 対象症例中、精査にて発見された症例は32例32病変で、その内訳は大腸癌2例 (直腸粘膜内癌、横行結腸SM癌)、大腸腺腫21例、粘膜下腫瘍3例、過形成性ポリープ2例、直腸カルチノイド、CMSEP、MPS、

痔核がそれぞれ1例であった。要精査率は6.3% (59/944)、感度91.4%、特異度92.4%、PPV69.6%、NPV98.3%、正診率92.3%、癌発見率0.21% (2/944) であった。

【結論】 スクリーニングCTCは大腸がん検診の新しい検査法としてなり得る。

超1

特徴的な腹部血管造影所見を呈した肝血管筋脂肪腫の2例

済生会熊本病院

消化器病センター¹⁾、外科センター²⁾、中央放射線部³⁾、病理⁴⁾、健診センター⁵⁾

藤山俊一郎 (医)¹⁾、吉田 健一¹⁾、工藤 康一¹⁾、今村 治男¹⁾、多田 修治¹⁾

金光敬一郎²⁾、浦田 譲治³⁾、神尾多喜浩⁴⁾、満崎 克彦⁵⁾、菅 守隆⁵⁾

症例①は54歳、女性。2年前より健診の腹部超音波検査で高エコー腫瘤を認め肝血管腫疑いとして経過観察されていたが、年々増大傾向にあるため精査目的で当科へ紹介となった。症例②は57歳、男性。毎年健診を受けていたが、今回初めて肝腫瘤を指摘され精査目的で当科へ紹介となった。いずれの症例も血液検査や各種画像検査で肝細胞癌の可能性を否定できず、肝部分切除術を施行した。病理組織所見は免疫染色にてHMB-45陽性であり肝血管筋脂肪腫(AML)と診断した。肝AMLは腫瘍の成分の割合によって画像所見も多彩である。また肝AMLのドレナージ血管が肝静脈で、その点が肝細胞癌との鑑別点となり得るとされている。検診等での発見例の増加に伴い本症の報告例は増加しており、経過観察中に増大を認めた例も散見される。今回我々は、術前に癌を否定できず肝部分切除術を施行した2症例を通して各種画像検査の特徴的所見について文献的考察を加えて報告する。

超2

腹部超音波検診の現状～精査医療機関の立場から～

霧島市立医師会医療センター 超音波室

平賀 真雄 (技)、橋本 隆志、中村 克也、坂口 右己

佐々木 崇、塩屋 晋吾、林 尚美、大久保友紀

【はじめに】 腹部超音波検査は比較的低侵襲で腹部全体を観察できる検査であり、集団検診、施設内検診や臨床でのFirst Screeningでは欠くことの出来ない検査となっている。

【目的】 当センターは精査医療機関として、検診要精査者の検査を実施している。今回当センターを受診された腹部超音波検査で異常を指摘され、各画像診断等を行った結果について調査したので報告する。

【結果】 対象は2010年9月～2011年11月に当センターを精査目的で受診された50例(男性15例、女性35例)平均年齢66.2才であった。一次検診で異常を指摘された臓器は肝臓14例、胆道系12例、膵臓14例、泌尿器系9例、リンパ系2例であった。精査の結果で異常臓器が一致したのは29例、他臓器に異常があったのは4例、異常なしは15例であった。その後経過観察となったのは31例、手術となったのは3例であった。

会場のご案内

佐賀大学医学部臨床講堂

佐賀市鍋島5丁目1-1(鍋島キャンパス) TEL 0952-31-6511(代表)

駐車場は**有料**です。車でお越しの方は、正門入ってすぐ左の病院駐車場をご利用ください。

降車後、**駐車場管理室**に駐車券を提示し「日本消化器がん検診学会参加」の旨を伝えると**1回100円**となる処理をしてもらえます。(出入りする毎に100円が必要ですので、ご了承下さい。)



交通案内

- バス(310円)
佐賀駅バスセンターから25分。
「2番のりば」から市営バス
50番または51番で「佐大医学部」下車
※1時間に3本程度。
- タクシー(約1,500円)
佐賀駅から約15分

鍋島キャンパス構内拡大図

