

胸部X線読影セミナー

監修：大松広伸 (元国立がん研究センター東病院呼吸器内科副科長)

大江裕一郎 (国立がん研究センター中央病院呼吸器内科長, 副院長)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

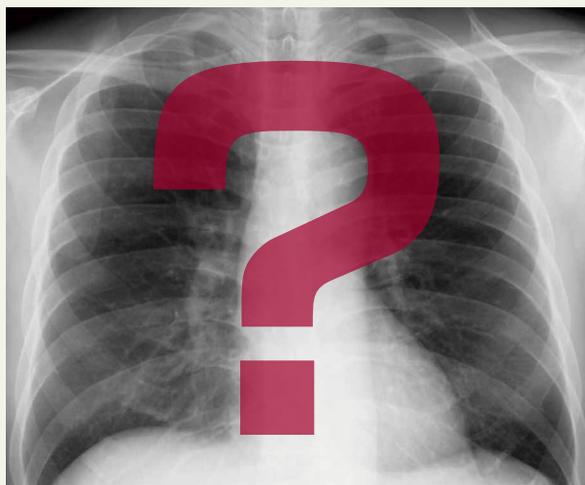
▶HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

第1回	p2	第7回	p26
第2回	p6	第8回	p30
第3回	p10	第9回	p34
第4回	p14	第10回	p38
第5回	p18	第11回	p42
第6回	p22	第12回	p46



▶HTML版を読む

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

大松広伸

元国立がん研究センター東病院呼吸器内科副科長

大江裕一郎

国立がん研究センター中央病院呼吸器内科長，副院長

Q

病変部はどこにありますか？



図1 発見2年前の胸部X線写真

57歳，男性，喫煙歴：19～43歳×60本/日。

定期健診の胸部X線検査で異常を指摘され受診。自覚症状はなし。過去に撮影された画像を入手できたため，まずこちらを提示する。

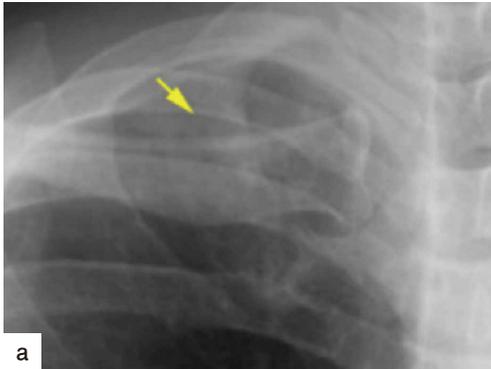


図2 病変部の拡大

所見

右肺尖部に不整形の結節影を認める (矢印).

読影のポイント

結節は右第3後肋間に位置しているものの、右第1肋骨、右鎖骨の上縁と重なっており、その存在を認識することは難しそうである。当院初診時での発見から2年前の時点では、これ以上の精査は行われていない。

a: オリジナル画像
b: 表示条件を変更した画像

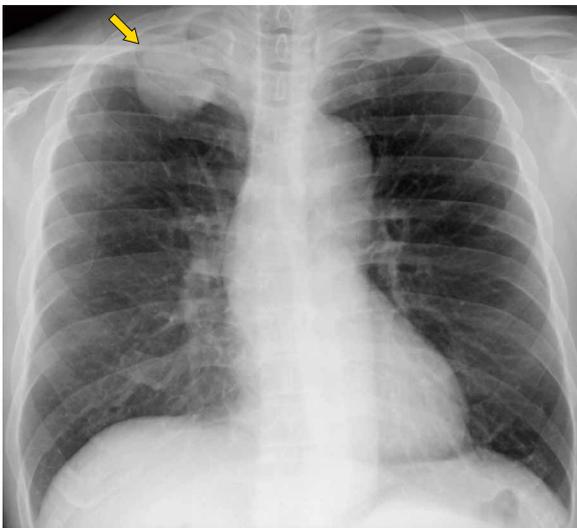


図3 当院初診時の胸部X線写真

右上肺野に5.8cm大の腫瘤影を認める (矢印).

各種モダリティで見る病変

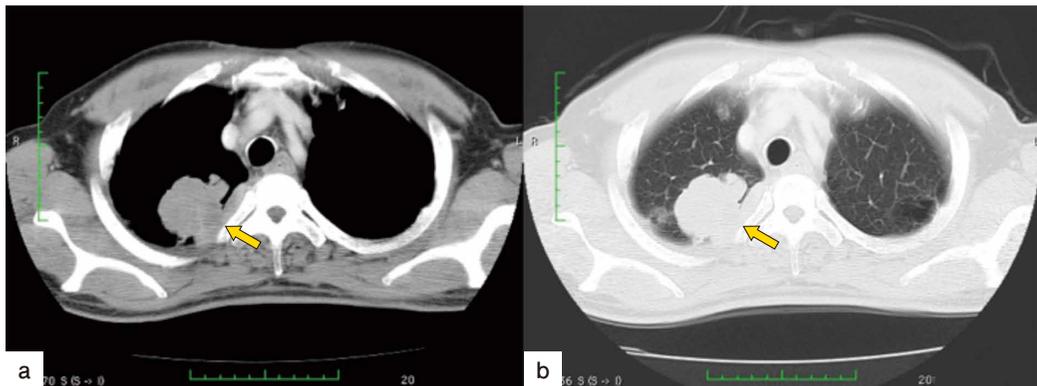


図4 CT

a: 縦隔条件, b: 肺野条件.

後胸壁に接するが、明らかな骨破壊は認めない腫瘤影を右S1aに認める (a・b: 矢印)。経皮針生検を施行。非小細胞癌。CEA (carcinoembryonic antigen, 癌胎児性抗原) が176.6ng/mLと増加していたが、明らかな遠隔転移、有意な肺門縦隔リンパ節腫大を認めなかったため、手術の方針となった。

術前の心臓超音波検査で心機能低下を認め、循環器精査治療の後、右肺上葉切除が行われたが、原発巣は胸壁に浸潤しており、胸壁 (第3肋骨) 合併切除を要した。

病理組織像



所見

肉眼像では、腫瘍は右S2a (右上葉後上葉区) に存在し、断面は灰白色充実性であった (a: 胸壁側の腫瘍は切離されている)。

顕微鏡像では、凝固壊死を伴い、一定の分化傾向を示さない低分化な癌成分を認めた (b) が、乳頭状増殖あるいは不整腺管様構造も認め、低分化腺癌と診断された (c: 矢印)。

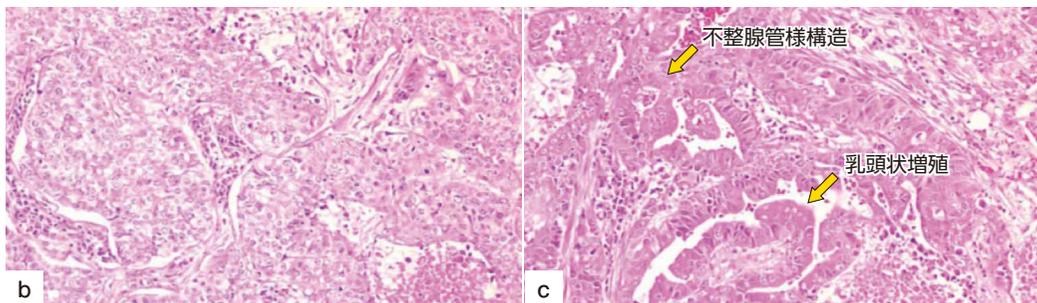


図5 病理所見

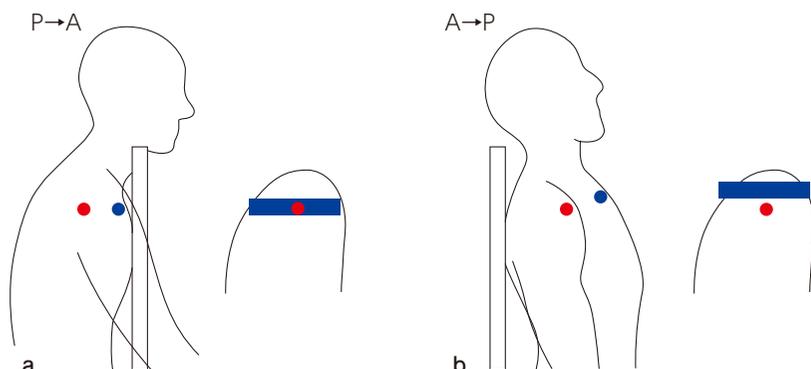


図6 PA (posterior-anterior;後前) 撮影 (a) と AP (anterior-posterior;前後) 撮影 (b) の違い

青丸/青線：鎖骨，赤丸：結節。

肺尖部は、胸部X線写真真正面像においては、肺野の厚みに比べて骨軟部組織の厚みが相対的に大きいので、肺野内の小型・低濃度の病変は発見しにくい。特に他の肺野部分と比較して肋骨の密度が高く、また鎖骨の重なりがあり、しばしば第1肋骨や第2肋骨の先端部に一致して、肋軟骨の化骨が目立って見えるなど、病変の認識を難しくしている。さらに、陳旧炎症としての胸膜肥厚病変の頻度も高い。

このような理由により、小さな結節は発見自体が困難であったり（存在診断）、発見されても良性と判断されたり（質的診断）しやすいので注意が必要である。この部位に結節の存在が疑われた場合は、PA像に加えて、AP像を追加すると、鎖骨や第1肋骨などの構造が頭側へ移動し、結節が認識しやすくなる場合がある。

模式図を図6に示す。AP撮影では、撮影体位の違いから、X線写真上腹側の構造ほど頭側へ移動する。鎖骨や第1肋骨などの腹側の構造が肺尖部の肺野から頭側へ移動し、肺尖部肺野の骨格との重なりが少なくなり、結節の存在診断、質的診断がしやすくなる。

本例では、発見から2年前の時点ではAP撮影が行われていないので画像が提示できないものの、もし肺尖部の左右の濃度差などに気づいてAP撮影が行われていれば、結節の存在を確認できた可能性がある。幸い、本例は再発なく5年生存した。

最終診断

pT2b N0M0 II A期肺癌