

胸部画像診断 Q&A 50問

[監修] 負門克典 (がん研有明病院画像診断部副部長)

松迫正樹 (聖路加国際病院放射線科医長/胸部画像診断室室長)

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 章 肺感染症	2	③① 鈴木一廣	65
① 佐藤晴佳, 岡田文人	3	③② 一色彩子	67
② 佐藤晴佳, 岡田文人	5	第 3 章 間質性肺炎	70
③ 南部敦史	7	③③ 西本優子	71
④ 南部敦史	9	③④ 富永循哉	73
⑤ 遠藤健二	11	③⑤ 西本優子	75
⑥ 遠藤健二	13	③⑥ 富永循哉	77
⑦ 國弘佳枝, 伊東克能	15	③⑦ 杉浦弘明	79
⑧ 國弘佳枝, 伊東克能	17	③⑧ 杉浦弘明	81
⑨ 山田大輔	19	③⑨ 佐藤嘉尚	83
⑩ 山田大輔	21	④⑩ 佐藤嘉尚	85
⑪ 朴辰浩	23	第 4 章 アレルギー性肺疾患	88
⑫ 朴辰浩	25	④① 澄川裕充	89
⑬ 熊副洋幸	27	④② 澄川裕充	91
⑭ 熊副洋幸	29	④③ 中園貴彦	93
⑮ 室田真希子	31	④④ 中園貴彦	95
⑯ 室田真希子	33	④⑤ 林秀行	97
第 2 章 肺腫瘍・類腫瘍性病変	36	第 5 章 気道性疾患・肺血管性疾患	100
⑰ 梁川雅弘	37	④⑥ 鈴木一廣	101
⑱ 梁川雅弘	39	④⑦ 林秀行	103
⑲ 古泉直也	41	④⑧ 中野祥子	105
⑳ 古泉直也	43	④⑨ 中野祥子	107
㉑ 竹中大祐	45	⑤⑩ 一色彩子	109
㉒ 竹中大祐	47		
㉓ 渡辺裕一	49		
㉔ 渡辺裕一	51		
㉕ 園田明永	53		
㉖ 園田明永	55		
㉗ 森川和彦, 三角茂樹	57		
㉘ 森川和彦, 三角茂樹	59		
㉙ 負門克典	61		
㉚ 負門克典	63		

▶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

第1章 肺感染症

感染症の画像は病原体に対する免疫反応の反映であることから、非特異的な中にもそれぞれの病原体の個性を有する。個々の病原体による典型的な画像を知っておくことは感染症の診断において重要である。

COVID-19はワクチン接種普及とオミクロン株が支配的となったことで、肺炎の頻度は低下し、症例として示したかつての典型的陰影に遭遇することは少なくなっている。まさに感染症の肺陰影は免疫反応の反映であることを改めて知らされる。

この病変から考えられる疾患は？

[執筆]

佐藤晴佳 (大分県立病院放射線科主任医師)

岡田文人 (大分県立病院放射線科部長)

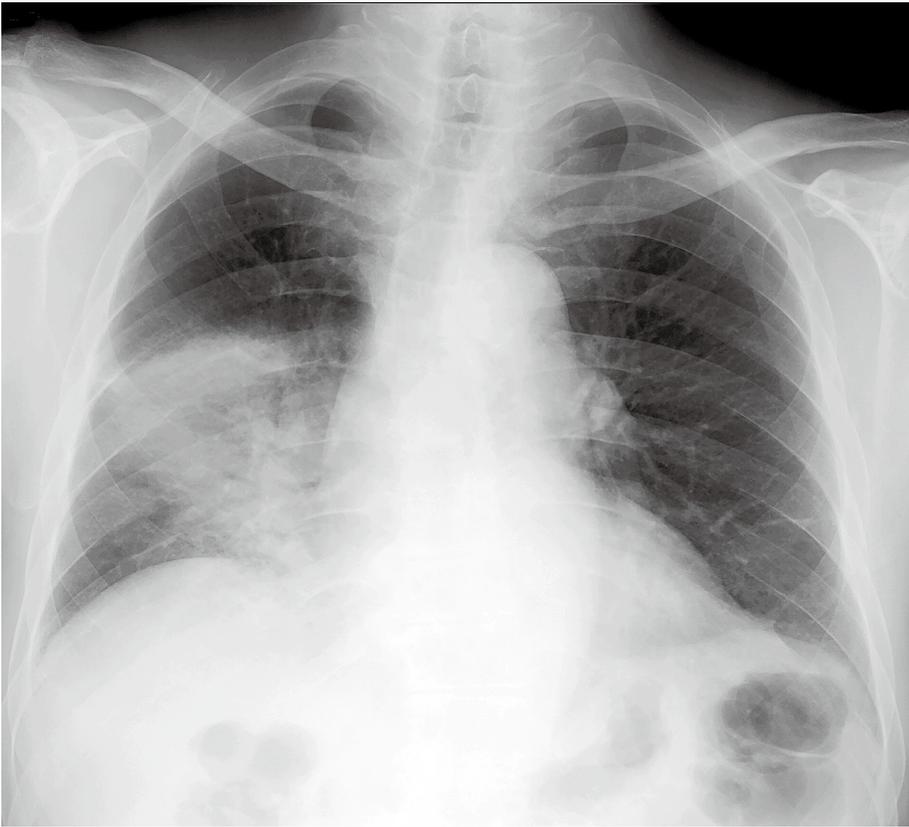


図1 胸部単純X線写真PA像

70代男性 主訴：発熱，咳嗽，喀痰，全身倦怠感

A

肺炎球菌肺炎

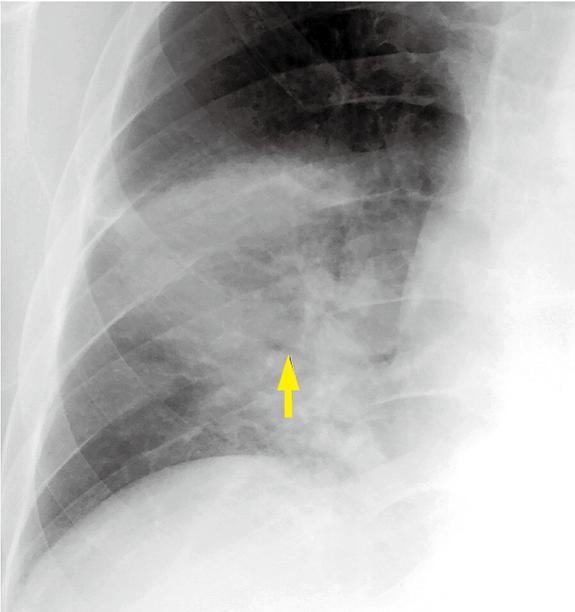


図2 胸部単純X線写真(拡大像)

右中・下肺野に浸潤影を認め、内部には air bronchogram を認める(矢印)。単純X線写真では気管支壁肥厚や粒状影は指摘できない。臨床情報から、まずは肺胞性肺炎が疑われる。

カギとなる画像所見

胸部単純X線写真では右中・下肺野に浸潤影を認める。明らかな腫大リンパ節や心拡大はなく、胸水貯留も指摘できない。また、Kerley B線も認めない。臨床所見を合わせると、肺胞性肺炎を強く疑うことができる。

胸部CTでは非区域性に広がるコンソリデーションを認める。気管支壁肥厚や小葉中心性粒状影は指摘できず、bulging fissure signを認めることから、肺胞性肺炎と診断することが可能となる。

診断の注意点

起炎微生物としては、市中肺炎で最も高頻度で認められる肺炎球菌がまず考えられる。比較的類似する画像所見を呈する非感染性疾患として、特発性器質化肺炎が挙げられる。特発性器質化肺炎では、病変が経過中に移動し、病変内部にしばしば牽引性気管支拡張が認められるのに対し、肺炎球菌肺炎では、気管支は先細りを呈し、また粘液栓が認められることなどが両者の鑑別に有用である。

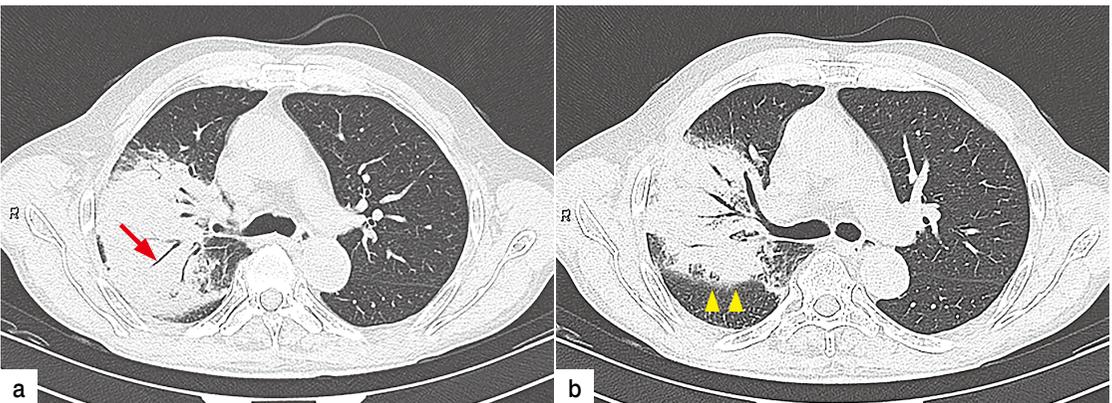


図3 胸部CT画像

a: 気管分岐部レベル, b: aから5mm尾側レベル

右S², S³に非区域性に広がるコンソリデーションを認める。内部には先細りを呈する気管支透亮像を認める(矢印)。明らかな気管支壁肥厚や小葉中心性粒状影は指摘できない。さらに葉間胸膜は背側に膨隆している(bulging fissure sign)(矢頭)。肺胞性肺炎が強く疑われる所見である。

この病変から考えられる疾患は？

[執筆]

佐藤晴佳 (大分県立病院放射線科主任医師)

岡田文人 (大分県立病院放射線科部長)

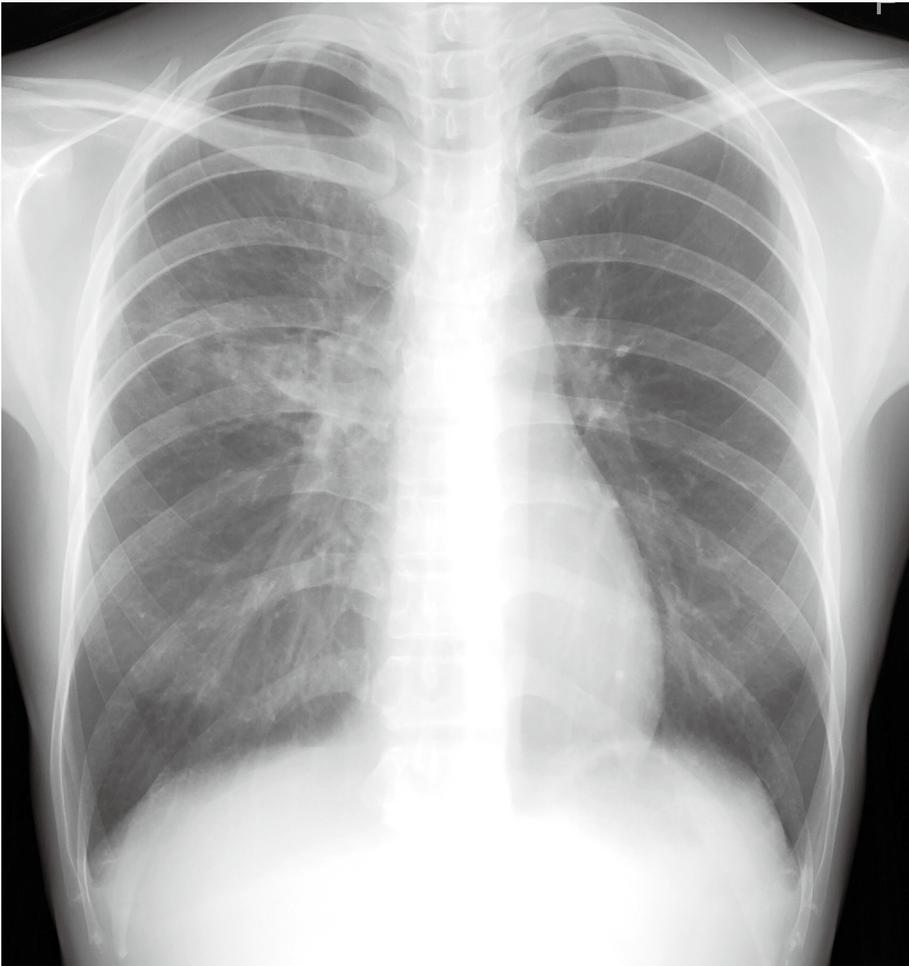


図1 胸部単純X線写真 (PA像)

60代女性 主訴：発熱，咳嗽，喀痰

A

インフルエンザ桿菌肺炎

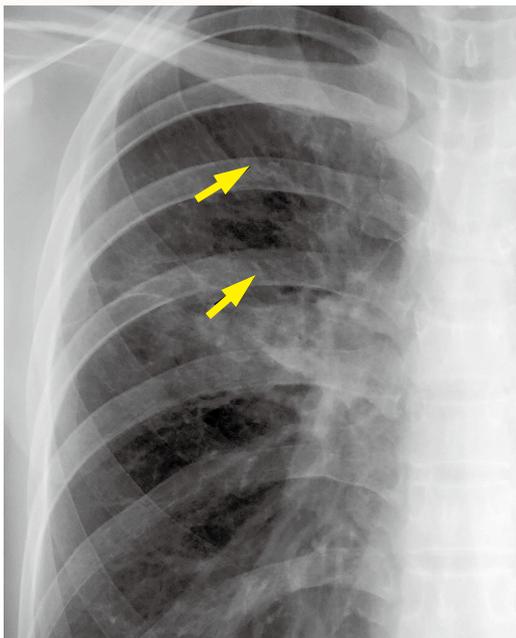


図2 胸部単純X線写真(拡大像)

右中肺野に区域性に広がる浸潤影を認め、気管支壁肥厚も認める(矢印)。周囲には淡い粒状影も認められ、臨床情報を合わせると、まずは気管支肺炎が疑われる。

カギとなる画像所見

胸部単純X線写真では右中肺野に、区域性に広がる浸潤影を認める。明らかな腫大リンパ節や心拡大はない。同領域の気管支壁肥厚が認められ、気管支肺炎を疑うことができる。

胸部CTでは右S², S³に広がるすりガラス影を認める。一部には区域性に広がるコンソリデーションも認められる。支配気管支の壁は肥厚し、小葉中心性粒状影が散見され、気管支肺炎と診断することができる。

診断の注意点

起炎微生物としては、年齢を考慮すると、市中肺炎で肺炎球菌について高頻度で認められるインフルエンザ桿菌がまず考えられる。第1回(肺炎球菌肺炎)のCT所見と比較すると両者の画像所見はまったく異なっている。

肺炎球菌や肺炎桿菌などによる肺泡性肺炎では、気管支壁肥厚や細気管支病変を反映する小葉中心性粒状影を認めることは稀で、病変が進行するとbulging fissure signを認めることがある。一方、インフルエンザ桿菌やマイコプラズマなどによる気管支肺炎では、気管支壁肥厚や小葉中心性粒状影を高頻度で認める。

なお、小葉中心性粒状影は非感染性疾患では認められることは稀であり、強く感染(気管支肺炎)を疑うことのできる重要な所見である。

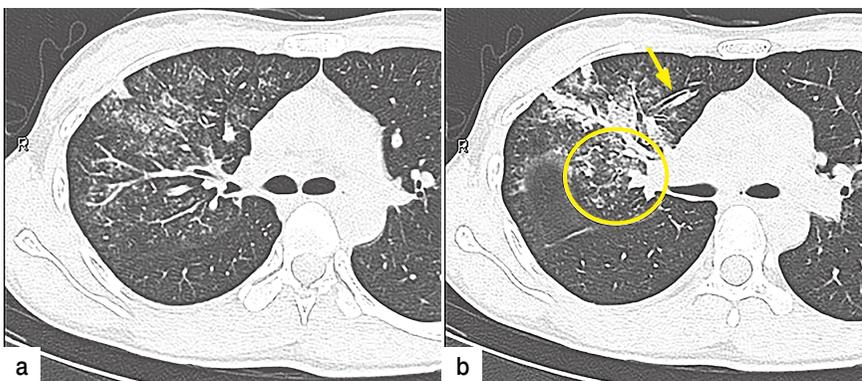


図3 胸部CT画像

a: 気管分岐部レベル, b: aから10mm尾側レベル

右S², S³にすりガラス影を認め、気管支壁肥厚(矢印)が目立ち、小葉中心性粒状影(丸印)も散見される。右S³には区域性に広がるコンソリデーションも認められる。気管支肺炎が強く疑われる所見である。

この病変から考えられる疾患は？

[執筆]

南部敦史 (関東中央病院放射線科部長)

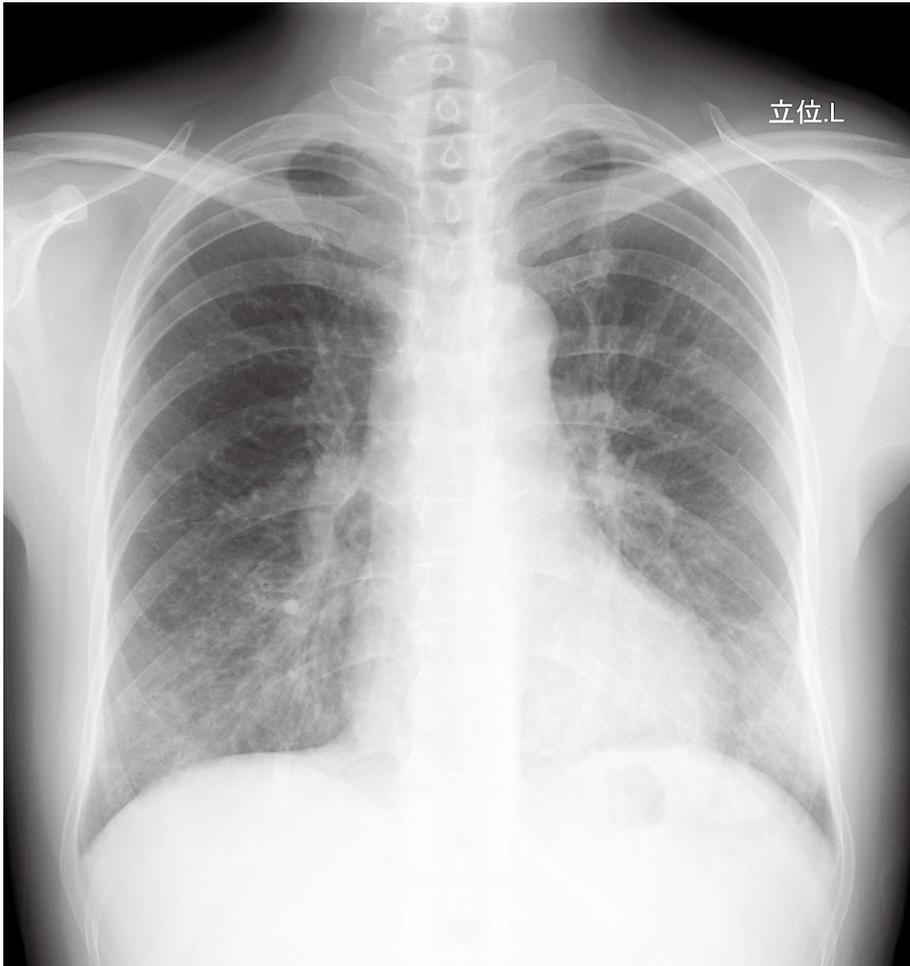


図1 胸部単純X線写真 (PA像)

40代女性 主訴: 咳, 発熱