

どう見る腹部スクリーニング

胆嚢の所見

2023 年 5 月 14 日 14:30 から 16:20

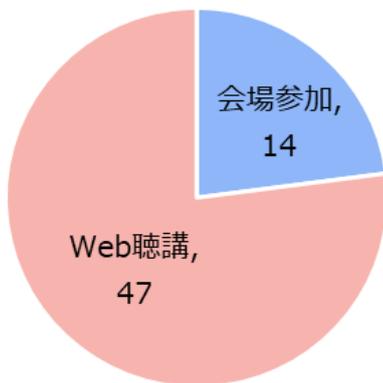
東京文具共和会館 4 階 B 室

受講者 合計 176 名

アンケート回収数 61 (回収率 34%)

アンケートの回答

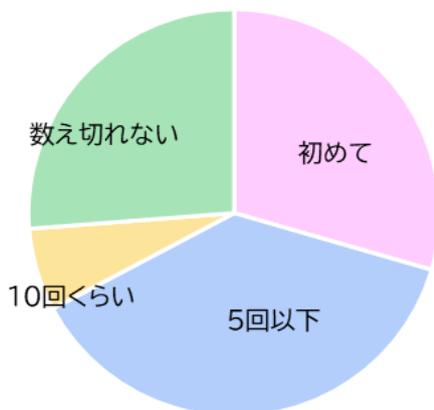
1. 聴講形式は？…アンケート回答者での集計です



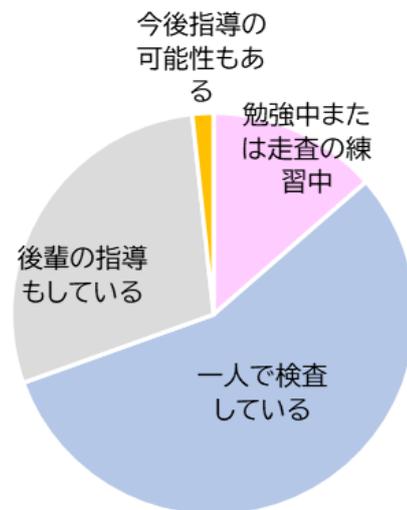
私たちの「研修会・超音波からのメッセージ」では、アンケートでいただいた参加者皆さんの率直な感想やご意見が私たちや講師の先生にフィードバックされ、この研修会の原動力となります。今でも会場で参加した方のアンケートの回答は 100%回収されますが、Web 聴講では、聴講が終わるとさっさと席を立つ（切断する）方が多いのは、Web なので仕方ないことなのかも知れませんが、皆さんの「声」が聞けないのは残念です。

検査技師が中心になって企画運営しているこの研修会は、参加した皆さんと作る研修会です。これからもどうぞご協力をお願いします。

2. 「超音波からのメッセージ」の参加は何回目くらいですか？



3. あなたの腹部エコーの経験レベルは



5. 今回の講義の内容で質問があればご記入ください。

沢山の質問をありがとうございました。ひとつひとつコメントしました。

- が質問、▲ がコメントです。

描出法とアーチファクトなど

- 痩せ型の方の細い胆嚢の場合、細い部位にも癌がある可能性もあるのでしょうか。
- ▲ 癌がある可能性はあります。しかしその状況で癌を見つけるのは難しいので見つけられる限界もあります。
- デブリと多重反射の区別がつきにくくて困る。

▲画像を見ないとお答えできません。

- 肝臓などで胆摘された方の総胆管がガスで見えなかったり探せなかったりします。もし、良い方法があれば教えてほしいです。
- ▲ 手術で肝臓が変形していると思います。状況により対処方法が異なるので簡単にはお答えすることができません。
- 形状の変化や移動を確認する際、多方向からや体位変換を行って見ていると、見え方が異なるため、変化があるのか、もしかして別の病変を見ているのかわからなくなることがあります。良い方法等ありましたら教えてください。また、変化がない場合、隆起性病変かデブリス、輝度がやや高めになると微細な結石の集簇の鑑別に悩みます。どのように報告したら良いでしょうか？
- ▲ 体位や方向を変えれば体内の臓器は形が歪みます。映し出された画像で判断するだけでなく、まず頭の中で体位や方向を踏まえてどのように映るかの予測を立てて観察することで、同一病変かはわかるようになると思います。

ポリープや結石など

- 前回の検者が 2mm のポリープを指摘していて、どうしても私には見えず、否定しましたが。しかし、受診者（ドックの報告書は所見名しか載らないので。）は所見がなくなって心配かなと思うと無理しても探したほうがいいのか悩みます。
- 自分の技術不足だとは思いますが前回あった 2mm くらいのプラークが体位変換しても探せない事があります。こんな時はどうしたら良いでしょうか？
- ▲ 2つまとめてお答えします。そもそも 2mm 程度のポリープは臨床的には経過観察を含めほぼ意味が無い所見です。また 3mm 未満のこのような所見は、ポリープとする確証（所見）がありません。たとえばスラッジのような結晶が壁に付着していることもあり、体位変換をしても確認することができません。ですからそもそもこの類いの所見をポリープと表現することに無理があるので。・・・ではどうするか、これは所見の解釈の問題ですので、施設内で統一すれば良いと思います。
- 揺らぎのあるポリープの内、一定の角度でしか観察できないポリープを観察するコツを教えてください。
- ▲ ケースによるので実例がないとお答えできません。
- 健診で 1~2mm の胆嚢ポリープのような隆起が無数に・規則正しく・広範囲に壁内に連なっている症例を見たことがあります。壁肥厚はなし。胆嚢壁の過形成を疑う、として報告しましたが、病的な可能性はありますか？
- ▲ 可能性として考えられるのは多発コレステロールポリープ（コレステロージスといいます）か、過形成が考えられます。したがって「胆嚢壁の過形成を疑う」は妥当な報告です。ただし、過形成は将来胆嚢癌が発生してくることの多い変化ですので、現在は癌の所見ではなくても慎重な経過観察の継続か、胆嚢摘出手術をお勧めすべき所見のひとつです。
- 当施設に胆嚢のアーチファクトを「胆砂」と記載する方が数名おります。アーチファクトと胆砂（胆泥）の見分け方や、プローブ走査のコツを教えてください。（私よりも先輩だったり検査経験の長い方なので、どのようにお伝えしていいかわからないのです。）
- ▲ 講義でもお話ししたようなアーチファクトを除く手技で見えなくなれば「アーチファクト」、あるいは体位変換や 30 回ジャンプで移動が確認できれば「胆砂」です。これら両者は見た目（所見）では判断できないことがあります。要するに「胆砂」と記載するなら胆砂である診断根拠（移動もしくは音響陰影）を示せないといけません。
- 健診施設でスクリーニングをしています。胆石や胆泥などが、重力方向に多数あり、その部分の観察が不十分と思うときは、ハンドニーの体位をとってもらうべきですか？ 時間的制約もあり、描出不良な部位ありとしてしまっています。
- ▲ スクリーニングの場合、時間の制約があるので、「できるところまで」観察して「描出不良」は免罪符（いいわけ）にはなりますが、はたしてそれが「できるところまでなのか」は、ご自身の意思で判断してください。私の施設ではハンドニー（四つん這い）や 30 回ジャンプまでして「できることまで」としています。検査の標的は胆嚢癌ですから安直な判断はできません。
- 胆泥や胆砂の先に早期癌が隠れている可能性について教えていただきましたが、小結石が多数存在する場合なども内腔面の評価が不十分になることがあります。胆泥と違って精査にはならないのですが、こういう場合も確信を持って内腔

の評価が出来ないのであれば、評価不十分とした方が良いでしょうか？

- ▲ 胆泥や結石は完全に動かして粘膜表面を露出できなくても、体位変換と多方向のアプローチで壁自体に 10mm 程度の病変があれば気づけることもあります。（隠されている程度によります）いずれにしても早期癌の発見が難しくなるのは、この条件の被検者（患者）の場合避けられません。したがってあまり「描出不良」であれば、胆嚢摘出術をお勧めする（D1 判定）根拠となります。
- 胆嚢隆起性病変の大きさの計測方法には決まりはあるのでしょうか？高さ？幅？書籍を見てもはっきりとこのように計測すると書いてあるものが見つかりません。高さ？幅？書籍を見てもはっきりとこのように計測すると書いてあるものが見つかりません。また、レポートに書く場合、楕円に近い形状なものは長径×短径で書いた方が良いでしょうか？
- ▲ 腫瘤などのサイズは最大径で表現するのが一般的です。胆嚢ではポリープ病変では基本的に最大径で表現します。一方で隆起性病変の形状や長円形のポリープでは、長径×短径、あるいは幅で表せば良いでしょう。
- 仰臥位・左側臥位・右側臥位・座位で肋弓下・右肋間・肋骨の上から胆嚢を探しても見当たらない方がいました。手術歴はなし。ガスで隠れている様子もなし。他にアプローチする場所がありますか？先天的に小さかったり欠損も考えられますか？
- ▲ その場合、先天性欠損も考えられますが、講義で話したように腫瘤型胆嚢癌のような進行癌の可能性もありますので、慎重な判断が必要です。
- 10mm 以下の茎がない所見を拝見しました。CT 以外で癌と気づくことのできる他の検査はあるのでしょうか？
- ▲ 10mm 以下のどの辺りの大きさかにもよりますが、造影 CT も実施した上で超音波検査の経過観察（3 ヶ月後）を併用すると良いでしょう。あるいは精査にするなら内視鏡超音波検査をお勧めします。

壁肥厚や腺筋腫症など

- 胆嚢壁肥厚の時、短軸で壁の厚さを測定したほうがいいですか？底部の肥厚を短軸で測ることが難しいです。
- 胆嚢壁肥厚の計測する場所を教えてください。どこからどこまでを測るのか、施設内で統一させたいです。
- ▲ 2 つまとめてお答えします。これは私の考えですが、壁の厚さを正確に計測することよりは、肥厚した病変の画像を複数枚記録することが大切です。まして、肥厚していない胆嚢壁を計測する必要はありません。
- ▲ 胆嚢壁肥厚には、ほぼ全体が肥厚する病変と、部分的に肥厚する病変があります。前者には急性胆嚢炎や全周性の腺筋腫症などがあります。この場合には計測はしますが厚さ（計測値）を精密に測ることに重要な意味はありません。一方後者は限局した隆起性病変を含みますので、病変のサイズとしてある程度正確に測る必要があります。とはいえ、その計測値が病変の評価に重要なわけではありません。
- 胆嚢壁の計測について教えてください。粘膜面からどこまで含めて測定しますか？漿膜の高輝度まで含めますか？
- ▲ 漿膜をまでが胆嚢壁です。ただし講義でもお話したように、胆嚢床では胆嚢壁とその肝臓との間に結合織が分厚く在るので、ここでの計測（評価）はお勧めしません。分厚くなっているここを避けて計測してください。
- 胆嚢の病気以外で胆嚢壁が厚くなる疾患の種類とそのメカニズムが知りたいです。
- ▲ 急性肝炎や悪性リンパ腫などの場合に見られるリンパ浮腫による肥厚、腹水に伴って現れる浮腫、肝硬変の患者に見られる低アルブミン血症による浮腫などがあります。壁の厚さというのは、全体的に厚くなっているか、部分的なのかということが診断上はまず大切です。
- 胆嚢腺筋腫症の分類にないのですが、頸部のみに所見があることはありますか？途中から聴講したので聞き逃していたらすいませんが教えてください。
- ▲ 頸部の肥厚が目立つ腺筋腫症はあります。ただし正常の胆嚢でも頸部付近の粘膜が厚く見る時がありますので、RAS やコメントがない場合には腺筋腫症かは分かりません。

- 健診の読影を依頼した際に、胆嚢のくびれがある場合に「胆嚢腺筋腫症疑い」と返ってくる場合があります。くびれがある場合、胆嚢腺筋腫症は起こりやすいのでしょうか？
- ▲ 胆嚢の体部に折れではなくくびれがある場合には、まず腺筋腫症（S型）を疑うのは構わないと思います。その部位を拡大してRASやコメントがあれば腺筋腫症と診断できます。

4. 講義『胆嚢の所見』の内容で印象に残ったことや感想など

- 胆嚢壁の観察について、見ているつもりが見えていなかった点がとても印象的だった。
- 胆嚢の壁肥厚の評価に悩むことが多かったのでポイントを教えて頂きとても勉強になりました
- 壁を見るということ。
- 胆嚢壁の観察が重要なんだと再認識しました。多重反射などのアーチファクトをいかに取り除いて、きちんと観察しようと思いました。
- 画面を拡大して、壁内の小さなRASを確認すること
- 胆嚢壁を拡大してしっかり見る事の重要性が思った以上だった事。
- 描出不良の意味、報告書への書き方の重みを感じました。
- 復習にもなりましたし、指導のヒントもいただきました。
- 普段ドックなども担当しているので、所見の書き方一つで読影医へ伝える事の大切さがわかり、また、日々後輩への指導で伝えている事に間違いがなかった事、さらにはその指導方法の別の伝え方を私自身が習得できた事。
- 胆嚢の壁肥厚の評価に悩むことが多かったのでポイントを教えて頂きとても勉強になりました。
- どういう所見が精査の基準になるのかわかりました。
- スラッジだとは言いきれず、3ヶ月後に再検査したら癌だった症例。
- 一見スラッジに見えるものが早期胆嚢癌であった一例。
- 胆嚢癌の進行の速さに驚きました。
- 石があってdebrisがある所見で、可動性（形が変わったら）あったら迷わずdebrisにしていたので反省。また、多数の結石があったら他の観察が疎かにになっていたことも反省。
- 技師の技術により早期癌か進行癌で発見が決まること。
- 漫然と画面を見ているのではなく、自分から所見を見つけに行くというお話が印象に残りました。そのためには自分の引き出しが多くないと良い検査はできないと感じた。あらためてエコーの深さとやりがいを感じ、刺激になった。

この他、フリートーク「胆嚢のスキニング」の感想など、ホームページの「受講者ひろば」をぜひご覧ください。

受講者にろば

<http://study.usseason2.com/list1037001.htm>