

2

1

上部消化管の腫瘍性病変に対する体外式超音波検査

豊田英樹

ハッピー胃腸クリニック 院長 / 三重大学医学部 臨床教授

上部消化管腫瘍診断の王道は内視鏡である。しかし、USで上部消化管疾患を観察できるとても有用である。すぐに内視鏡が施行できないときでも腹部食道～直腸までの消化管とその周囲の臓器が数分で観察できてしまう。EUSがすぐに利用できないこともあると思うが、条件を整えばUSでもEUSに近い診断をすることが可能である。こんな大きな可能性を有する診断技術を技師の先生だけに任せるのはもったいないのではないか。本稿では、腹部食道、胃、十二指腸の部位別に症例を提示し解説を加えた。多少でもEUSに心得のある先生にとって消化管USの理解はとても容易である。是非とも、気軽に超音波プローブを手にしていただきたい。

はじめに

上部消化管の腫瘍性病変の診断の主力は、内視鏡検査と超音波内視鏡検査 (EUS) である。では体外式超音波検査 (US) は必要ないのであるか？ 残念ながら必要ないと考えられる先生方が多いかもしれない。しかし、消化管のUSに習熟すると、これがとても利用価値の高い診察手段であることを実感していただくと確信している。

ではどのような活用法があるのか？ 著者は大きく2つの利用の仕方があると考えている。

①クリニックの外来では血液検査結果は翌日になり、さらに内視鏡やCTをすぐに行うことも難しい。しかし、診察時間内に適切な診断と治療方針の決定を下

すことが求められる。この難しい状況を解決する唯一の方法は、point-of-care ultrasound (POCUS: 診察室で通常の診察に引き続き、医師が行う超音波検査) の活用であると考えている。外来でPOCUSを行うことにより、数分で腹腔内にある病変を指摘できる。POCUSで病変が確認されれば、診療方針は自動的に決まるため、悩みの少ない的確な診療が可能となる。本稿の画像の多くは外来でのPOCUSで著者が実際に撮影したものである。

②USによる消化管腫瘍の診断はEUSで確立された診断学と基本的に同じである。USにて病変が条件よく描出できればEUSでの画質とほぼ同等であり、EUSの代替法としてUSを活用できる可能性がある。したがっ

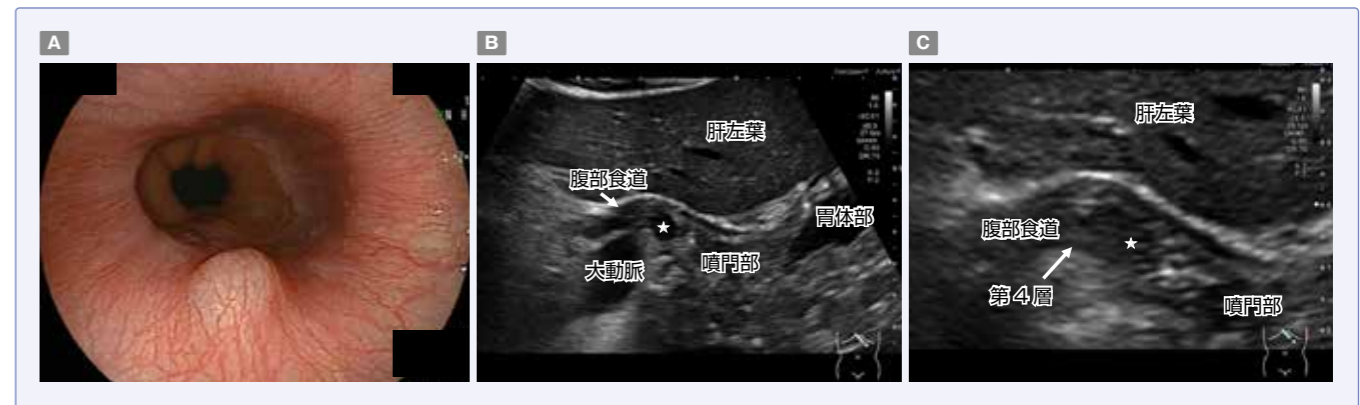


図1 腹部食道の粘膜下腫瘍
A. 内視鏡にて腹部食道後壁に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認める。
B. 心窩部縦走査で観察すると腹部食道後壁に10mm大の内部均一な低エコー腫瘍 (★) を認める。
C. 心窩部縦走査で拡大観察すると低エコー腫瘍 (★) は固有筋層 (矢印) と連続しており、固有筋層由来の腫瘍であると考えられた。

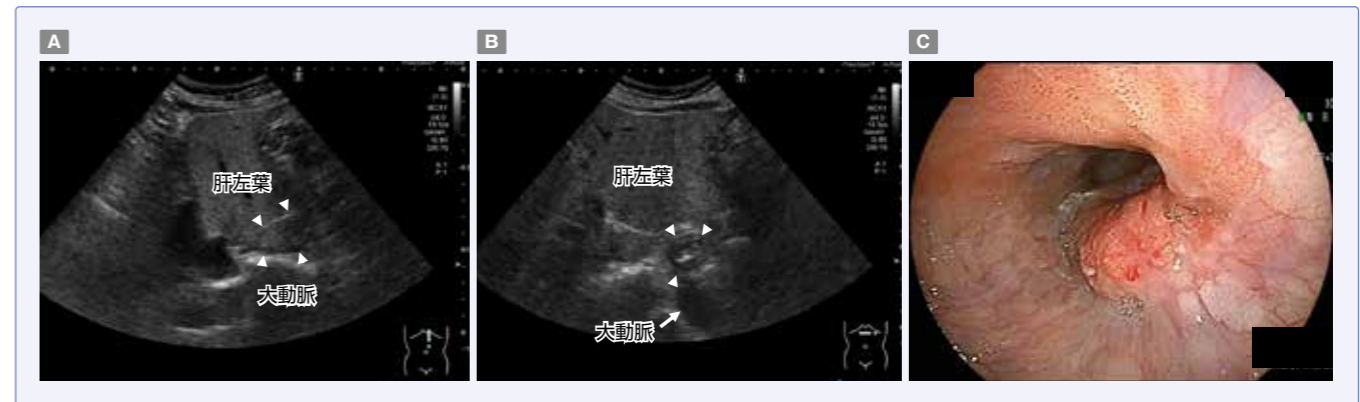


図2 腹部食道進行癌
A. 心窩部縦走査で観察すると腹部食道に低エコー腫瘍 (矢頭) を認める。
B. 心窩部横走査で観察すると腹部食道 (矢頭) に限局的な壁肥厚を認める。
C. 内視鏡では上皮内伸展を伴った2型進行癌を認める。

て、消化管病変の精査や経過観察にUSは有用である。消化管腫瘍に対する超音波診断学はEUSのテキスト^{1,2)}により詳しく記載されているので参考にしてほしい。

腹部食道病変

心窩部縦走査にて大動脈と肝左葉の間に腹部食道が描出され、さらにプローブをやや左回転すると腹部食道から胃噴門部が観察できる。図1 Aは腹部食道の粘膜下腫瘍である。USにて腹部食道に10mm大の内部均一な低エコー腫瘍 (図1 B) として描出され、固有筋層と連続 (図1 C) していたため固有筋層由来の腫瘍と判断した。

図2 は1か月前から続く食道の詰まり感を訴える60歳台男性で、USにて腹部食道に限局的な壁肥厚 (図2 A,B)

が描出された。層構造が消失しており進行癌が疑われた。内視鏡にて腹部食道に主座をおく2型進行癌 (図2 C) が認められ、生検にて扁平上皮癌と診断された。

腫瘍ではないが、腹部食道癌との鑑別が必要な病変に食道アカラシアがあるため提示する。図3 は約10年前から胃食道逆流症状や食道の詰まり感がある40歳台男性で、USにて腹部食道が拡張し液体が貯留し下部食道括約部の筋層の肥厚を認める (図3 A)。内視鏡にて食道の拡張、輪状収縮、esophageal rosette、胃噴門部での粘膜のスコップへの巻き付きを認める (図3 B)。

噴門部病変

図4 Aは噴門部の0-IIc型早期胃癌である。USにて