

2. 肺がんCT検診の読影のポイント ——繰り返しCT検診発見肺がんに学ぶ

名和 健*¹/草野 涼*²/中川 徹*²

*¹ 株式会社日立製作所日立総合病院呼吸器内科

*² 株式会社日立製作所日立健康管理センター

茨城県日立地区では1998年から職域、2001年からは地域と人間ドックで低線量CT検診が導入され、現在まで継続されている¹⁾。2006年までに診断、治療された肺がん210例について、CTの陰影性状を、「Ground-Glass Nodule」「Part-Solid Nodule」「Solid Nodule」に分類すると、初回検診で発見された169例(平均病変径18.3mm)はGround-Glass Nodule 61例、Part-Solid Nodule 69例、Solid Nodule 39例であった。一方、繰り返し検診で発見された41例(平均病変径14.1mm)はGround-Glass Nodule 14例、Part-Solid Nodule 11例、Solid Nodule 16例であった²⁾。繰り返し検診は、比較的進行の速い病変が充実性陰影として検出される場

合が増えるため、比較読影が重要となる。さらに検診を継続すると、肺がん発見率は低下するものの、喫煙者を中心に非典型的な経過や所見を呈する病変も経験されるようになる。

本稿では、日立製作所日立健康管理センターで最近数年間に経験された繰り返しCT検診発見肺がんを提示する。なお、低線量CT検診には日立製作所社製「ROBUSTO」(4列マルチスライスCT)を使用している。撮影条件は管電圧120kVp、管電流20mAs(自動露出装置の使用あり)、コリメーション3.75mm×4、テーブルピッチ5であり、5mm間隔、スライス厚5mmの再構成画像を読影に用いている。

症例提示

■症例1：経時的増大と収束傾向を示した充実性陰影

70歳代、男性、過去喫煙者(46pack-years)。診断2年前の検診CT(図1 a)では、右肺下葉S⁸末梢の中下葉間の胸膜面近傍に径5mm未満の結節陰影(←)が認められる。診断1年前(図1 b)には若干の増大傾向を示し、診断時(図1 c)には明らかに増大し、中下葉間の胸膜面と考えられる無血管野と陰影の距離が近づいている。Thin Section CT(以下、TSCT)(図1 d, e)では、右S⁸末梢に径10mm×8mmの充実性結節が認められ、葉間胸膜の引き込みを伴っている。微小浸潤性腺癌、pT1aN0M0と診断された。

■症例2：肺気腫性変化周囲のすりガラス陰影

60歳代、男性、過去喫煙者(69pack-years)。診断2年前の検診CT(図2 a)では、右肺上葉S³aに周囲との境界が不明瞭なすりガラス状の濃度上昇域(→)が認められ、背景肺には肺気腫性変化を伴っている。診断1年前(図2 b)には若干の増大傾向を示し、診

■図1 症例1：経時的増大と収束傾向を示した充実性陰影

