

Ⅲ 大腸CT検診の検査・読影技術の到達点

# 5. 大腸CT検査における読影法

## — 最新動向も含めて

歌野 健一\*<sup>1, 2</sup> / 根本 大樹\*<sup>1</sup> / 愛澤 正人\*<sup>1</sup>  
 五十畑則之\*<sup>1</sup> / 遠藤 俊吾\*<sup>1</sup> / 富樫 一智\*<sup>1</sup>

\*1 福島県立医科大学会津医療センター小腸大腸肛門科

\*2 福島県立医科大学会津医療センター放射線科

大腸CT検査における読影は、検査精度に直結する重要な要素である。良好な前処置も拡張も、すべては病変を見つけるためのものであり、きちんとした読影ができなければこれらの労力はすべて無駄となる。言い換えれば、大腸CT検査では病変を正確に見つけられる画像が得られればよく、消化管造影検査のような名人芸的な画像は必要としない。

21世紀初頭に行われた複数の臨床研究では、検査精度に大きな食い違いを生じたが<sup>1)~3)</sup>、現在、この原因はタギングと並んで十分な読影トレーニングが行われたかどうかであったことが判明している。欧州腹部放射線学会では、内視鏡検査で病変の確認された50症例以上のトレーニングを求めており<sup>4)</sup>、米国放射線学会では、基本事項のレクチャーと同じく、内視鏡検査で病変の確認された50~75症例の読影トレーニングが必要としている<sup>5)</sup>。し

かし、新規に大腸CTの読影を行う場合には、50症例程度のトレーニングでは十分とは言えず、平均で164症例を読影すると、経験のある読影者と同等の精度が得られることが報告されている<sup>6)</sup>。

### 読影に必要な基本事項

大腸CTの読影を行うに当たっては、まず、基本事項として大腸の区分や病変の形態、見つかった病変に対するマネジメントを知る必要がある。

#### 1. 大腸の区分

大腸の区分は、次の6つに分けられる(図1)。

- ① 盲腸は回盲弁より近位の盲端部で、上行結腸との境界は回盲弁の上唇の高さとする。
- ② 上行結腸は盲腸に続き、右結腸曲に至る部分

至る部分

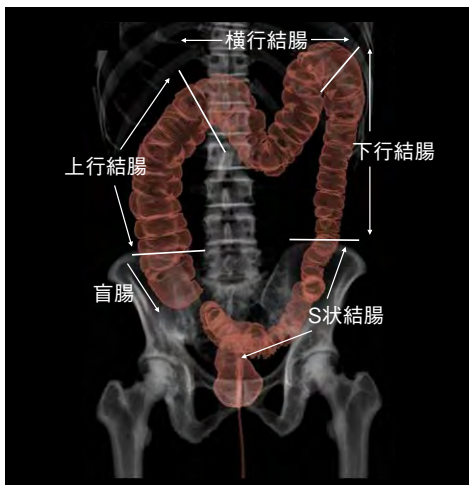
- ③ 横行結腸は右および左の結腸曲に挟まれた部分
- ④ 下行結腸は左結腸曲からS状結腸起始部(腸骨稜の高さ)に至る後腹膜に固定された部分
- ⑤ S状結腸は下行結腸に続く部分で、第2仙椎下縁の高さまで
- ⑥ 直腸は第2仙椎下縁の高さから肛門縁まで

大腸CT検査における病変の部位診断は、仮想注腸像の使用が簡便である。

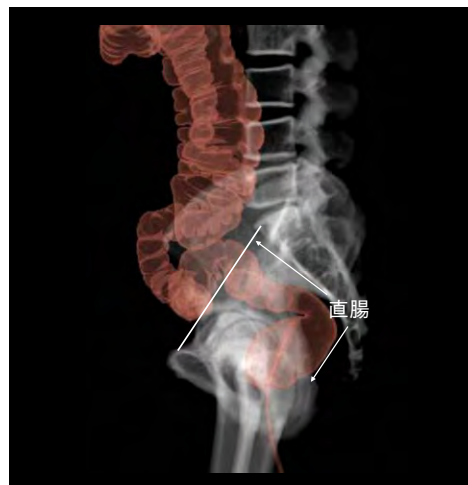
#### 2. 大腸における病変の形態分類

大腸における病変の形態は次のように分類される。

ポリープの形態分類は、図2のように「パリ内視鏡分類」に準じる<sup>7)</sup>。これにより、①0-I p(有茎型)、②0-I s(無茎型)、③0-II a(表面隆起型)、④0-II b



a: 大腸の解剖(正面像)



b: 大腸の解剖(側面像)

図1 大腸の解剖