

第1回兵庫県放射線技師会 学術 Webinar Q&A

「肺炎症性疾患の画像診断」 市立芦屋病院 放射線科 児玉大志先生

Q.1 匿名の方からのご質問です
貴重な講演ありがとうございます。

CTを撮影したときに、炎症性疾患の所見がありました。その際にその画像所見が、活動性炎症なのか？陳旧性の炎症なのか？その読影の違いを教えてください。

A.1

陰影辺縁に境界不明瞭なすりガラス影がある場合、コンソリデーションの辺縁が膨隆状である場合は活動性を有している可能性が高いです。一般的に炎症後の瘢痕は、境界明瞭で周囲にすりガラス影を伴わず、辺縁直線的、陥凹状です。結核等の場合は、粒状影や分岐状影（tree-in-bud appearance）の存在が活動性の指標とされています。

Q.2 こやまクリニック 田上様からのご質問です

過敏性肺炎の特徴と間質性肺炎や膠原病肺、薬剤性肺炎との鑑別を教えてくださいたく思います。

A.2

過敏性肺炎（HP）は、亜急性と慢性に分けて考える必要がありますが、最大の特徴はモザイクパターンだと思います。亜急性の場合は、淡い境界不明瞭な小葉中心性粒状影が比較的左右対称に広範にみられる事が多いです。慢性期になると通常型間質性肺炎（UIP）と類似した画像を呈する事が多々ありますが、肺底部の線維化があまり目立たず、モザイクパターンがみられる場合は慢性過敏性肺臓炎の可能性が高いです。

膠原病肺や薬剤性肺炎は様々なパターンが存在しますので、その特徴を一言で説明するのは難しいです。各膠原病には見られやすい膠原病肺のパターンが存在する事（関節リウマチはUIPパターンや気道病変、皮膚筋炎はOPパターン、強皮症はNSIPパターンなど）を知っておく事は重要かと思います。

薬剤性肺炎の中には、HPの臨床病型や組織像を呈するものも存在します（Gefitinibなど）。HPパターンを呈する場合は、臨床情報が鑑別に不可欠となります。

Q.3 北播磨総合医療センター 末廣様からのご質問です

多岐にわたる広範囲の解説を、簡潔にわかりやすくしていただきありがとうございました。
やはり今は COVID-19 感染症が最大の関心事ですが、先生の講演の中で、COVID-19 肺炎のスクリーニングや確定診断などに CT を積極的に推奨していない旨の解説があったと記憶しています。しかし現場では、緊急手術スクリーニングや入院前スクリーニングを目的に CT が多用されている現状があります。安易な被ばくの増加につながり、検査を担当する我々も、検査室の換気や消毒をはじめ感染対策を行う必要があり、日常業務への影響や負担は大きいと感じています。まだ未知の部分も多く、手探りな状況と思いますが、今後学会等から何か新たな指針が出たりすることがあるのかを含め、今後の方向性や展望について、今一度ご教示いただければ幸いです。

また、診断される側のお立場から、CT 撮影時の線量を低減させる際に指標とするべき点などあれば、併せてご教示いただけると幸いです。

A.3

日本医学放射線学会からの提言として、CT をスクリーニング検査として用いる事は推奨しない、としながらも、ウィルス検査が広く利用できない状況における暫定的な対策として、COVID-19 疑い患者に対する医療行為に関する意思決定のために胸部 CT を利用する事は許容される、とも記載されていますので、これを利用してしまっているのだと思います。私としては、CT スクリーニングはぜひ辞めるべきだと思っていますが、新たな提言が出されるとの話は聞いておりません。

CT 撮影時の線量低減に関する指標ですが、SNR やファントムを用いた読影実験による病変検出率が既存の方法を大きく下回らない事が大事だと考えています。(間質性肺炎診断の際は 1mSv を下回らない事が推奨されています。)

Q.4 匿名の方からのご質問です

コロナ疑い患者の胸部 XP で撮影体位（臥位、立位など）による診断能に違いはありますか？

A.4

撮像体位の違いによる診断能に関してですが、比較検討した論文等があるわけではありませので、明確な答えはもっておりません。あくまで一般論として、可能であれば立位 PA 像で評価されるべきかとは思っています。