

JYC レポート:

前半は藤岡友之先生による講演「ガドピストを使った良性・悪性病変の乳房 MRI 所見の特徴をまとめた国内多施設共同研究について」。多施設研究のノウハウを含め、研究の過程や結果を詳しく解説していただきました (Kubota K, Fujioka T, et al. Investigation of imaging features in contrast-enhanced magnetic resonance imaging of benign and malignant breast lesions. Jpn J Radiol. 2024 Mar 20. doi: 10.1007/s11604-024-01551-1)。

後半はよろづ相談会と題した企画で、事前アンケートの結果から選択した議題を話し合い、活発な討議が行われました。

Q1. カテ 3 にするか、4 にするか迷うことが多く、わかりやすい判断基準があれば教えて欲しいです。

A. BI-RADS に記載の悪性可能性の数値を考えるよりも、臨床のマネジメントに即したカテゴリー判定を考えるのは一案。生検が難しい場合は、カテゴリー3や4Aとしてフォローを推奨する。あくまでも最終的なマネジメントについては、多職種でのカンファレンスで決定するのが望ましい。

Q2. 他領域、対側の偶発所見や HBOC スクリーニングなど色々な場面で所見を取りすぎることがあります。特異度を上げる方法を知りたいです。

A. DWI の活用は一案。不要な生検を減らすためには、放射線科として「造影されるが明らかな良性病変」をきちんと指摘することが重要。HBOC については特異度を気にせず、感度を保つべき。

Q3. 研究で DWI を解析に取り入れたい。ROI の取り方など、現在の世界標準は？

A. EUSOBI での推奨は、ADC map で最も低い(最も悪性を疑う)箇所を測定・3voxel 以上の 2D ROI・壊死/ノイズ/造影不良域を避ける・平均 ADC を用いる。研究において確立されたものはないが、小さい ROI を複数とりその平均や最小 ADC 値を用いるのも一案である。バイオロジーの反映にはヒストグラムや ADC difference (最大値と最小値の差) なども方法としては考えられる。

Q4. 乳癌術後の再発転移の画像診断時のピットフォール

A. 術後変化や再発の典型画像を把握しておく。手術からの時間を、その組織型とともに考慮する。

Q5. 臨床研究において手続きが面倒くさい

A. 計画を明確かつ効率的に立てる。共同研究では積極的に協力し、それぞれの施設の利点を活かす。場数を踏んで慣れる。

会の様子&集合写真:

