



第434回 日本医学放射線学会 関東地方会

プログラム

会 期：平成20年 **12月13日** **土**

会 場：**秋葉原コンベンションホール**

〒101-0021 東京都千代田区外神田1-18-13 秋葉原ダイビル2F
TEL: 03-5297-0230

会 長：**遠藤 啓吾**

群馬大学大学院医学系研究科 放射線診断核医学
〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-22
TEL: 027-220-8401



第434回 日本医学放射線学会 関東地方会

プログラム

会 期：平成20年 **12月13日** **土**

会 場：**秋葉原コンベンションホール**

〒101-0021 東京都千代田区外神田1-18-13 秋葉原ダイビル2F
TEL: 03-5297-0230

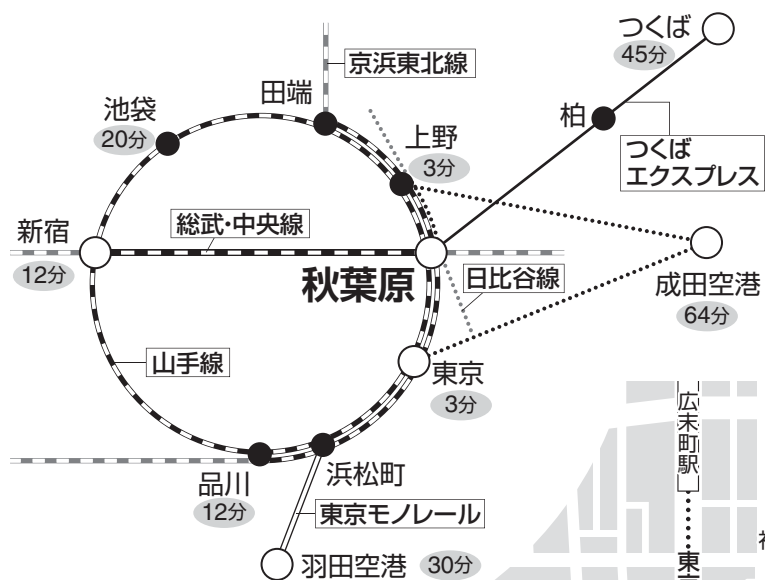
会 長：**遠藤 啓吾**

群馬大学大学院医学系研究科 放射線診断核医学
〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-22
TEL: 027-220-8401

日 程 表

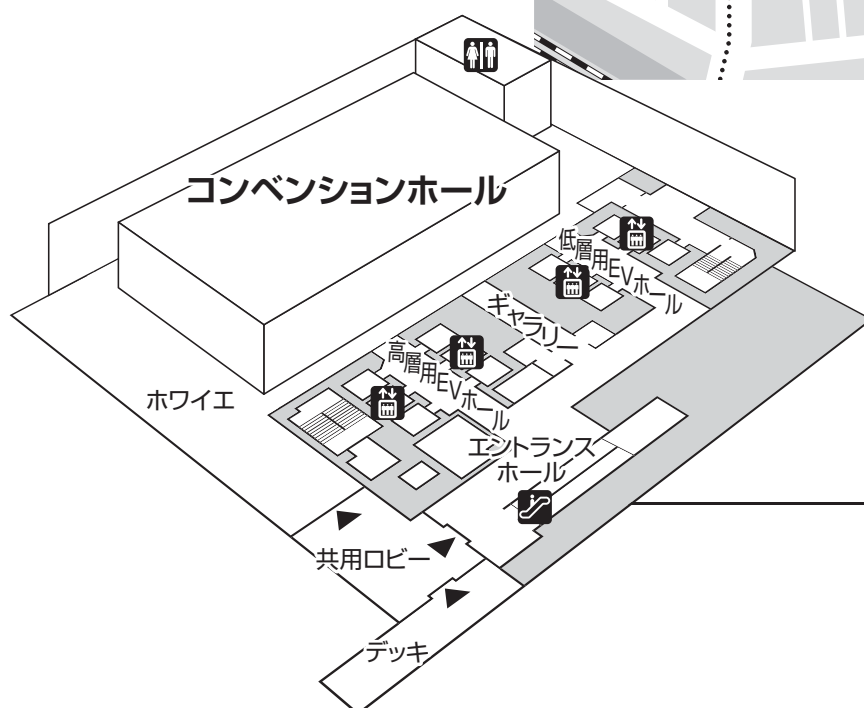
2008年12月13日(土) 秋葉原コンベンションホール

	2F コンベンションホール	5F 5A
8:00	8:30～ 受付開始	
9:00	9:00～9:05 開会の辞 会長：遠藤 啓吾	
	9:05～9:47 セッション1 座長：豊田 圭子 頭頸部 (No.1～6)	
10:00	9:47～10:36 セッション2 座長：氏田万寿夫 胸部・血管 (No.7～13)	
	Coffee Break	
11:00	10:50～11:18 セッション3 座長：小山 佳成 I V R (No.14～17)	11:00～11:40 世話役会
	11:18～12:00 セッション4 座長：野中 哲生 核・治療 (No.18～23)	
12:00	12:10～13:00 ランチョンセミナー 共催：エーザイ(株) 整形外科画像最前線 ～運動器超音波の時代がやってきた！ 演者：皆川 洋至 座長：青木 純	12:00～12:50 世話人会
13:00	13:00～13:49 セッション5 座長：赤羽 正章 上腹部1 (No.24～30)	
14:00	13:49～14:24 セッション6 座長：市川 珠紀 上腹部2 (No.31～35)	
	Coffee Break	
15:00	14:40～15:22 セッション7 座長：田中 修 腹部骨盤 (No.36～41)	
16:00	15:22～17:00 地方会定例講座 座長：天沼 誠 見落とすと生死に関わる画像所見 ～頭部・胸部・腹部・骨軟部～ 演者：(頭部)松島 理士 東京慈恵会医科大学放射線医学講座 (胸部)栗原 泰之 聖マリアンナ医科大学放射線医学教室 (腹部)桑鶴 良平 東京女子医科大学放射線科 (骨軟部)藤本 肇 沼津市立病院	
17:00	17:00～ 次期会長挨拶 次期会長：小須田 茂 閉会の辞 会長：遠藤 啓吾	



[アクセス]

- JR秋葉原駅 徒歩1分
- 東京メトロ銀座線 末広町駅
..... 徒歩3分
- 東京メトロ日比谷線 秋葉原駅
..... 徒歩4分
- つくばエクスプレス 秋葉原駅
..... 徒歩3分



■JR 線でお越しの方は、
JR 秋葉原駅
「電気街口」より
お越しください。

Hall 2F

ご 案 内

■ 受 付

1. 受付デスク：秋葉原コンベンションホール
(東京都千代田区外神田1-18-13 秋葉原ダイビル2F)
2. 受 付 時 間：午前8時30分より
3. 参 加 費：3,000円(学生および医師免許取得後2年目までの研修医は参加費無料)
4. 関東地方会入会案内・年会費 受付：窓口を併設いたします。

■ 発表方法

1. 発表者の資格

発表者は、日本医学放射線学会関東地方会の会員に限ります。

非会員の方は、関東地方会事務局に連絡し、発表前に入会手続きをしてください。

【日本医学放射線学会関東地方会事務局】

東京慈恵会医科大学放射線医学講座内 担当秘書 松野：TEL 03-3433-1111

2. 座長、演者の方へ

- (1) 開始予定時刻30分前までに受付にて出席をご確認ください。
- (2) 開始予定時刻15分前までには次座長、次演者席にお着きください。
- (3) 座長の方は、ご担当いただくセッションの終了時間を厳守してください。

3. 発表について

- (1) 発表時間：口演5分、討論2分、計7分。時間厳守をお願いします。
- (2) 発表方法：発表はPCでのデータプロジェクションのみとなります。
- (3) 発表受付：ご自身のパソコンを持参してください。

持参いただいたご自身のPCを使つてのプレゼンテーションになります。受付時に各自のPCをお預かりさせていただきます。その際に、お渡しする引換券を発表終了後に受付にお持ちください。

引換券と交換でPCをご返却させていただきます。

(4) 発表のPCおよびソフトウェアについて

- RGBコネクターの形式は「Dsub-15pins」です。一部の薄型ノートパソコンでモニター出力が「Dsub-15pins」でないものがあります。この端子がない物はアダプターが必要です。必ずご持参ください。
- 発表の30分前までにPC受付にご自身のPCをご持参いただき、スライドショーの動作確認を行ってください。

- プレゼンテーションソフトについては、各自の PC 上で動作するものであれば、ソフトウェアを問いません。動画の使用も可能ですが、事前に各自の PC での動作確認を必ず行ってください。
- スクリーンセーバー並びに省動力設定は事前に解除しておいてください。自動的にログオフしてしまい、パスワードを入力してログオフし直さないと元の状態に戻れなくなる可能性があります。必要に応じてログインパスワードをお伺いすることがあります。
- PC トラブルを想定し、Power point 形式でのバックアップのためのメディア準備 (USB もしくは CD-R など) をお願いいたします。バックアップを持参されなかったために発表が不可能になっても事務局は責任を負いかねます。
- バッテリーをフル充電の上、AC アダプターをご持参ください。

第 434 回日本医学放射線学会関東地方会事務局

群馬大学大学院医学系研究科 放射線診断核医学

〒371-8511 群馬県前橋市昭和町 3-39-22

TEL:027-220-8401 FAX:027-220-8409

E-mail:kantouchihoukai@med.gunma-u.ac.jp

第 434 回日本医学放射線学会関東地方会プログラム

開会の辞 9:00

会長：遠藤 啓吾

セッション1【頭頸部】(No.1～6) 9:05～9:47

座長：豊田 圭子 帝京大学医学部 放射線科学講座

- 01 大脳皮質下白質や小脳歯状核に MRI 異常信号があり、
老年期に診断された先天代謝異常症例
東京大学医学部附属病院 放射線科 森 壱 他
- 02 良好な経過をたどった急性壊死性脳症の一例
藤沢市民病院 画像診断科 藤井 佳美 他
- 03 Lhermitte-Duclos disease の一例
横須賀共済病院 放射線科 坂本 麻美 他
- 04 画像上髄膜腫に類似した前立腺癌頭蓋内転移の1例
自衛隊中央病院 放射線科 水木 健一 他
- 05 外傷性環椎後頭関節脱臼の一例
独立行政法人国立病院機構災害医療センター 放射線科 鈴木 卓也 他
- 06 高 IgG4 血症を呈した慢性唾液腺炎の一例
東京都保健医療公社荏原病院 放射線科 松井 洋 他

セッション2【胸部・血管】(No.7～13) 9:47～10:36

座長：氏田万寿夫 東京慈恵会医科大学 放射線医学講座

- 07 肺結核患者の胸部単純 X 線像 一都心の大学病院における症例検討ー
東京慈恵会医科大学 放射線医学講座 狩野 麻実 他
- 08 石灰化をきたした肺 MALToma の1例
自治医科大学 放射線医学講座 坂本 敦子 他
- 09 乳癌術後に発症し、画像上経過観察しえた PTTM の一例
聖路加国際病院 放射線科 大原 有紗 他
- 10 左無気肺にて発症した ALCL (anaplastic large cell lymphoma) の1例
国立成育医療センター 放射線診療部 山本あゆみ 他
- 11 奇静脈系に流入する左上大静脈遺残の一例
帝京大学医学部 放射線科 中埜 良康 他
- 12 下大静脈欠損に伴う腸骨門脈短絡の一例
帝京大学医学部附属病院 放射線科 渡邊 晶子 他
- 13 死後 CT：急性上行大動脈解離と心タンポナーデ
大田原赤十字病院 放射線科 杉山 宗弘 他

セッション3【IVR】 (No.14～17) 10:50～11:18 座長：小山 佳成 群馬大学医学部附属病院 画像診療部

- 14** 陳旧性結核に伴う急性咯血に対する気管支動脈塞栓術
柏市立柏病院 放射線科 佐藤 眞明
- 15** TAE が著効した胸部多発仮性動脈瘤の一例
日本医科大学 放射線医学 上田 達夫 他
- 16** 術前マイクロコイル留置が有用であった空腸動静脈奇形の1例
横須賀共済病院 放射線科 小山 新吾 他
- 17** 脾動脈瘤に対しステントグラフト留置術を施行した1例
慶應義塾大学医学部 放射線診断科 橋本 正弘 他
-

セッション4【核・治療】 (No.18～23) 11:18～12:00

座長：野中 哲生 神奈川県立がんセンター 放射線治療科

- 18** 骨シンチグラフィにて乳癌の多発骨転移に加えて多発性の肺転移、
肝転移への骨外集積が同時に認められた症例
獨協医科大学病院 放射線科 山崎英玲奈 他
- 19** F-18-FDG と I-131 MIBG の集積を認めた ACTH 産生胸腺カルチノイドの一例
防衛医科大学校 放射線医学講座 水木 健一 他
- 20** FDG が高集積を示した腎腫瘍の1例
群馬大学 核医学科 高野 晃枝 他
- 21** 動注化学療法 + 放射線療法が著効した Stage IV 膀胱扁平上皮癌の一例
日本赤十字社医療センター 放射線特殊治療科 土井下 怜 他
- 22** 時間因子組込 LQ モデルとボロノイ図を用いた放射線治療の生物学的効果の
新しい評価法
埼玉医大国際医療センター 放射線腫瘍科 関根 広 他
- 23** 化学放射線療法が奏効した高齢者食道 Basaloid carcinoma の一例
東京医科大学 放射線医学教室 高良 憲一 他
-

ランチョンセミナー 12:10～13:00

共催：エーザイ(株)

座長：青木 純 群馬中央総合病院 放射線科

【 整形外科画像最前線 ～運動器超音波の時代がやってきた！ 】

演者：皆川 洋至 城東整形外科診療部

セッション5【上腹部1】 (No.24～30) 13:00～13:49

座長：赤羽 正章 東京大学医学部附属病院 放射線科

24 肝原発の solitary fibrous tumor の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 放射線科 木村 正 他

25 特発性肝破裂の1例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 放射線科 加藤 洋 他

26 EOB 造影 MRI の肝細胞造影相で低信号を示した肝炎症性病変の2例

東京大学医学部 放射線科 田島 拓 他

27 胆嚢内回虫迷入症の1例

東京労災病院 放射線科 原田 明典 他

28 著明な壁肥厚を認めた胆嚢腺筋症の一例

川崎市立多摩病院 放射線科 田澤 陽子 他

29 脾被膜下血腫を伴った三日熱マラリアの一例

国立国際医療センター 放射線科 古賀 友三 他

30 主膵管と交通がみられた膵島腫瘍の1例

東邦大学医療センター大橋病院 放射線科 長谷川 誠 他

セッション6【上腹部2】 (No.31～35) 13:49～14:24

座長：市川 珠紀 東海大学医学部基盤診療学系 画像診断学

31 著明な石灰化を伴った膵管癌の一例

信州大学医学部 画像医学講座 平瀬 雄一 他

32 上皮性嚢胞を合併した膵内副脾の1例

帝京大学ちば総合医療センター 放射線科 高橋 正道 他

33 自己免疫性膵炎と後腹膜線維症が合併し自然軽快した1例

国立病院機構東京医療センター 金子 英樹 他

34 MRCP 用消化管陰性造影剤の服用感と便性状に関する前向き比較検討

東京女子医科大学東医療センター 看護部 平林 望 他

35 血痰を契機に発見された原発性下大静脈腫瘍の一例

日本大学医学部 放射線医学教室 奈良田光宏 他

coffee break 14:24～14:40

セッション7【腹部骨盤】 (No.36～41) 14:40～15:22

座長：田中 修 自治医科大学附属さいたま医療センター 放射線科

36 遺伝性神経血管性浮腫 消化管発作の1例

横須賀共済病院 放射線科 吉田 理佳 他

37 巨大腫瘤を形成した悪性腹膜中皮腫の1例

埼玉医科大学 放射線科 佐藤 洋一 他

38 原発不明の癌性腹膜炎と鑑別を要した Malignant mesothelioma の一例

横須賀共済病院 放射線科 辻 巖吾 他

39 子宮原発 Ewing sarcoma/PNET の一例

東京都立府中病院 診療放射線科 上松 東宏 他

40 子宮腺筋症由来と考えられた子宮内膜癌の一例

国立国際医療センター 放射線科 山田 泉 他

41 診断に苦慮した Perivascular epithelioid cell tumor の一例

順天堂大学医学部 放射線医学講座 玉井 光邦 他

地方会定例講座 15:22～17:00

座長：天沼 誠 群馬大学医学部附属病院 放射線部

【見落とすと生死に関わる画像所見 ～頭部・胸部・腹部・骨軟部～】

演者：頭部 松島 理士 東京慈恵会医科大学 放射線医学講座
胸部 栗原 泰之 聖マリアンナ医科大学 放射線医学教室
腹部 桑鶴 良平 東京女子医科大学 放射線科
骨軟部 藤本 肇 沼津市立病院

次期会長挨拶 17:00

次期会長：小須田 茂

閉会の辞

遠藤 啓吾

抄 録 集

01 大脳皮質下白質や小脳歯状核に MRI 異常信号があり、老年期に診断された先天代謝異常症例

○森 壘¹⁾、柳下 章²⁾

1) 東京大学 医学部附属病院 放射線科、

2) 都立神経病院 神経放射線科

【症例】69歳、女性。

【主訴】進行性の歩行困難、左上肢の震え。

【現病歴】両親いとこ婚。幼児期より精神発達遅延がある。3ヶ月前より歩行障害が進行し、左上肢の震えが同じ頃よりひどくなり、流涎も目立つようになった。

【画像】小脳萎縮あり、大脳皮質下白質や小脳歯状核に T2強調像 /FLAIR で高信号域を認める。

【考察】大脳皮質下白質優位な病変分布や小脳歯状核の病変から画像的に疾患を絞り込み、老年期ながら先天代謝異常症の診断に至った。特徴的な画像所見を認める場合は、高齢であっても先天性疾患を考慮する必要がある。時間に余裕があれば、放射線診断医とは何かについても論じたい。

02 良好な経過をたどった急性壊死性脳症の一例

○藤井 佳美¹⁾、あべ松沙織¹⁾、山本 真由¹⁾、
武田 浩知¹⁾、尾上 正孝¹⁾、蘆田 浩¹⁾、
村田 宗紀²⁾、清水 博之²⁾、船曳 哲典²⁾

1) 藤沢市民病院 画像診断科、2) 同 小児科

急性壊死性脳症は、ウイルス感染後に急激な意識レベルの低下や痙攣を来す急性脳症の一つである。生命予後、神経学的予後ともに不良とされるが、今回我々は良好な経過をたどった一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】3歳男児。

【病歴】3日前より発熱、2日前より腹痛、下痢が出現し、近医で感染性胃腸炎として加療されていた。嘔吐、下痢が続き意識レベル低下が認められたため、当院 ER 搬送となった。高度の脱水が疑われ補液が行なわれたが、意識レベルは改善せず。

【画像所見】頭部 MRI で両側視床、橋、小脳に左右対称性の T2WI 高信号が認められ、同部は DWI で信号上昇を示した。

【経過】特徴的画像所見と臨床経過より急性壊死性脳症と診断された。一時除脳硬直に至ったが低体温療法が施行され、独歩可能な状態まで軽快した。フォローの頭部 MRI では両側視床、橋に出血が認められたが、その後病変は消失、縮小し、臨床症状と画像所見の良好な相関が認められた。

03

Lhermitte-Duclos disease の一例

○坂本 麻美¹⁾、吉田 理佳¹⁾、辻 巖吾¹⁾、
小山 新吾¹⁾、吉儀 淳¹⁾、津浦 幸夫²⁾、
田中 良英³⁾

1) 横須賀共済病院 放射線科、2) 同 病理、
3) 同 脳神経外科

症例は60歳代男性。平成17年に髄膜腫術後の経過観察目的のMRIで左小脳半球に境界比較的明瞭で広範な異常信号域を認めた。異常信号域はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を呈し内部に線状の低信号が目立った。Gd造影では造影効果は乏しく、拡散強調画像では高信号を呈すもののADC mapでは明らかな拡散低下は認めなかった。経時的变化は乏しかったが悪性脳腫瘍を否定できず平成19年7月に生検が施行された。病理診断結果は小脳のdysplastic gangliocytomaでありLhermitte-Duclos diseaseと診断された。食道や結腸の多発ポリープを認めCowden diseaseの合併が疑われる。本症例について文献的考察を加え報告する。

04

画像上髄膜腫に類似した
前立腺癌頭蓋内転移の1例

○水木 健一^{1,2)}、山本健太郎¹⁾、田村 泰治¹⁾、
藤川 章¹⁾、直居 豊¹⁾、佐藤 仁哉¹⁾、
高田 維茂²⁾、小須田 茂³⁾

1) 自衛隊中央病院 放射線科、2) 三宿病院、
3) 防衛医大

症例は46歳男性。前立腺癌全身骨転移にて当院にてホルモン療法、疼痛管理の放射線治療等で外来観察中であったが、初診後8ヶ月経過した時点で腰痛のコントロール不良のため入院となった。入院経過中に嘔気、頭痛、幻聴が出現し増強傾向にあったため頭部CT及びMRIを施行した。CTでは右前頭頂部、両側前頭葉に頭蓋骨内板に幅広く接した多発性の脳実質外腫瘍性病変を認め、造影では均一な造影増強効果を認めた。病変周囲には軽度の浮腫を認め、また骨条件では前頭骨に溶骨性変化も認めた。MRIではCTと同部位に病変を認め、T1では等～軽度低信号、T2、Flairで等～淡い高信号を示し、また病変周囲には浮腫性変化を認めた。T1Gd造影では均一に強く造影され、頭蓋部硬膜を主体とした幅広い脳実質外病変と思われた。病歴からは前立腺癌の転移性脳腫瘍も考えられたが、画像所見上は悪性を含めた髄膜腫を疑わせる所見であった。頭部症状軽減目的にて手術が行われた。病理では前立腺癌の転移性脳腫瘍の診断であり、腫瘍は硬膜下を中心に硬膜、頭蓋骨、脳実質に広範に伸展していた。頭蓋内に転移する前立腺癌は極めてまれであり、画像上髄膜腫との鑑別も困難な症例であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

05

外傷性環椎後頭関節脱臼の一例

○鈴木 卓也、服部 貴行、倉本 憲明
独立行政法人国立病院機構災害医療センター

症例は42歳男性。自転車で道路を横断中に自動車と衝突し、当院救命救急センターに搬送された。来院時はJCS100の意識障害があり、右半身麻痺を認めていた。来院時頸椎CTでは環椎後頭関節裂隙の左右差があったが、歯突起とbasionの距離は保たれていた。麻痺があり頸髄損傷による所見と考えて、受傷4時間後に頸椎MRIを施行した。頸椎前面に血腫を認め、頸椎前方の靱帯損傷が示唆された。しかし、画像上では明らかな頸髄損傷や靱帯損傷の所見は指摘できなかった。その後右半身麻痺の症状が増悪した。1回目の頸椎MRIでは頸髄損傷の所見は認めなかったが、その他の麻痺の原因はなかったため再評価のため受傷16時間後に再度頸椎MRIを施行した。頸髄損傷や天蓋靱帯、環椎十字靱帯の縦束の損傷の所見がみられ外傷性環椎後頭関節脱臼(Traumatic Atlanto-occipital dislocation: AOD)と診断しえた。

外傷性AODは、頭頸部への外傷による環椎後頭関節領域の靱帯断裂のために後頭骨と環椎が脱臼する疾患で、頸髄の損傷を高率に合併する。今回我々は当院救命救急センターに搬送され、頸椎MRIにてAODの所見の経時的変化を認めた一例を経験したので文献的報告をふまえて考察する。

06

高IgG4血症を呈した慢性唾液腺炎の一例

○松井 洋、久保 優子、菅原 俊祐、
井田 正博、萬 直哉、日野 圭子、
川口 祐子
東京都保健医療公社荏原病院 放射線科

症例は76歳男性。顎下腺腫脹、喉頭違和感、口腔内乾燥感を主訴に当院耳鼻科受診。臨床所見からはシェーグレン症候群が疑われたが、抗SS-A抗体及び抗SS-B抗体はいずれも陰性であった。その後精査目的で施行されたCTでは、両側涙腺および顎下腺腫大と頸部～腹腔内にかけて多数の腫大リンパ節を認めた。MRIではリンパ節はいずれも内部均一で、拡散強調像で高信号域を示した。顎下腺腫大は造影にて、内部均一で強い増強効果を示していた。また血液検査ではIL-2可溶性レセプターが1790U/mlと高値であった為、悪性リンパ腫を疑った。確定診断の為、左頸部リンパ節及び顎下腺生検が施行され、組織学的にリンパ球・形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤を認め、免疫染色でIgG4染色陽性であった。また血清IgG4は1800mg/dlであり、最終的にIgG4関連性慢性唾液腺炎と診断された。IgG4関連疾患は、高IgG4血症を伴う自己免疫性疾患で、自己免疫性脾炎が有名であるが、近年では脾外病変も多く報告されている。またIgG4関連疾患ではIL-2可溶性レセプターの上昇を伴うことがあり、悪性リンパ腫との鑑別も重要となる。今回、高IgG4血症を呈した慢性唾液腺炎を経験したので、文献的考察を含め報告する。

07

肺結核患者の胸部単純 X 線像 —都心の大学病院における症例検討—

○狩野 麻実、瀧口 紗世、大内厚太郎、
氏田万寿夫、福田 国彦

東京慈恵会医科大学 放射線医学講座

わが国における新規結核患者数は近年横ばい状態であり、欧米先進諸国に比してその罹患率は依然高い。日常診療において結核患者を診ることは珍しくなく、その診断の遅れは患者個人のみでなく社会的、公衆衛生学上の問題でもある。胸部単純 X 線撮影 (CXR) が肺結核症の早期診断に重要な役割を担っていることは論を待たない。特に検診時や非典型的症状を呈して受診する場合は、CXR から肺結核を疑うことは非常に重要である。肺結核患者の比較的初期の CXR 像の特徴を理解する目的で、当院で初めて肺結核と診断された患者の CXR を検討した。

対象は2007年4月から2008年10月の17ヶ月間に慈恵医大病院（東京都、港区）において、初めて肺結核症と診断され保健所へ届出がなされた患者60名（男性43名、女性17名）である。発症時の年齢は22～82歳、平均年齢は46.3歳（男性49.1、女性39.1）であった。患者の診断時の CXR（正面像）を、放射線科医3名により合議、検討し、また結核病学会分類を試みた。

CXR において、結核病変の約8割は片側性であり左右差は認められず、上肺1/3程度の斑状、結節状陰影を呈していた。

08

石灰化をきたした肺 MALToma の1例

○坂本 敦子¹⁾、木村有喜男¹⁾、藤田 晃史¹⁾、
篠崎 健史¹⁾、杉本 英治¹⁾、薄井 広樹²⁾、
荒川 浩明³⁾、弘中 貢⁴⁾

1) 自治医科大学放射線医学講座、

2) 済生会宇都宮病院放射線科、

3) 獨協医科大学放射線医学講座、

4) 自治医科大学病理診断部

症例は65歳、男性。感冒罹患を契機とし、近医で胸部異常陰影を指摘された。3年間経過観察されていたが、CT で肺病変の増大傾向が認められたため、紹介された病院で TBLB が施行され、肺 MALToma が疑われた。さらなる精査加療目的に自治医大血液科を紹介され受診した。血液検査所見では、可溶性 IL-2 受容体 483 U/ml と正常範囲内であり、この他にも特記すべき異常は認められなかった。胸部単純 CT では、両側肺に不規則な分布で多発する結節を認めた。結節の辺縁は不整で、多くの結節の中心部に塊状の石灰化を伴っていた。この他に、気管支血管束の肥厚、気道に沿った薄壁嚢胞、葉間胸膜に沿った粒状病変が認められた。縦隔などリンパ節腫大は認められなかった。確定診断のために、VATS による生検が施行され、CD79a 陽性細胞の間質浸潤や、 κ 鎖の monoclonality の所見から肺 MALToma との病理組織学的診断を得た。肺 MALToma の石灰化は比較的稀と考えられる。石灰化を伴った肺 MALToma の症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

○大原 有紗¹⁾、松迫 正樹¹⁾、加茂 実武¹⁾、
負門 克典¹⁾、齋田 幸久¹⁾、須田 理香²⁾、
蝶名林直彦²⁾、中村 清吾³⁾、鈴木 高祐⁴⁾

1) 聖路加国際病院 放射線科、2) 同 呼吸器内科、
3) 同 乳腺外科、4) 同 病理診断科

Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (以下 PTTM) とは、肺細小動脈における腫瘍塞栓、血栓形成及びその器質化、内膜の線維細胞性増生により内腔狭窄・閉塞を来とし、肺高血圧、右心不全、突然死を引き起こす予後不良な病態である。臨床症状からは原発性肺高血圧と診断されることが多く、生前診断が困難とされている。我々は、咳嗽及び呼吸苦で発症し、胸部 CT で異常影を指摘、気管支鏡が施行され PTTM と診断、その後画像上経過観察しえた 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症例は 41 歳女性。2006 年 10 月、右乳房浸潤性乳癌、stage III A (pT3N2M0) に対し右乳房全摘術が施行されている。2008 年 4 月頃より息切れ、咳嗽が出現。胸部単純 X 線では左下肺野外側に僅かに網状影を指摘されたのみであった。5 月には喀痰が増加し胸部 CT を施行、左上区及び右下葉に粒状影、左肺底部に斑状影、すりガラス状濃度上昇を指摘。6 月に息切れが増悪、再度胸部 CT を施行。両肺の陰影の増強、両側肺門リンパ節腫大が出現。肺血流シンチでは多発欠損像を認めた。入院し施行された TBLB で PTTM と診断された。化学療法、HOT、ステロイドパルス療法等で加療され一時症状は安定するも、急速な呼吸苦増悪、右心負荷が見られ、同年 8 月に永眠された。

○山本あゆみ¹⁾、宮崎 治¹⁾、野坂 俊介¹⁾、
正木 英一¹⁾、川崎 一輝²⁾、森 鉄也³⁾、
中川 温子⁴⁾

1) 国立成育医療センター 放射線診療部、
2) 同 第一専門診療部 呼吸器科、
3) 同 第一専門診療部 血液腫瘍科、
4) 同 臨床検査部 病理診断科

症例は 9 歳女児。生来健康。1 か月前からの発熱、咳嗽にて他院に入院。その際、胸部単純写真や CT にて左肺の無気肺を指摘された。抗生剤やステロイド投与にて症状は消失するも、左無気肺は持続。精査加療目的にて当院受診。胸部 CT 上、左上葉の無気肺と左主気管支内に軟部影が認められ、肺門部リンパ節腫大も認められた。頸部のリンパ節腫大は認められなかった。悪性リンパ腫、mucoepidermoid carcinoma 等の気管支由来の腫瘍、リンパ腫以外の small round cell tumor、異物等が鑑別として挙げられた。気管支鏡検査にて左主気管支に肉芽腫様病変があり、それによる閉塞と考えられた。組織診断で大型の腫瘍細胞が認められ、CD30 や ALK が陽性であり、ALCL (anaplastic large cell lymphoma) と診断された。化学療法が施行され、腫瘍は縮小し、無気肺も改善した。

悪性リンパ腫は気管支内に浸潤することは珍しいといわれている。ALCL は NHL の 1.5 ～ 3% と稀な腫瘍であり、小児に比較的多く見られ、リンパ節だけでなく、皮膚や骨、肺などの部位にも浸潤する。今回、我々は ALCL が左主気管支に浸潤し、左無気肺にて発症した症例を経験した。気管支内腫瘍の鑑別診断の一つとして ALCL も加えることが必要と思われる。

11

奇静脈系に流入する左上大静脈遺残の一例

○中埜 良康、鈴木 滋、古井 滋、
竹下 浩二、神武 裕、大場 洋、
豊田 圭子、工富 公子、神長 達郎、
城戸内 孝

帝京大学 医学部 放射線科

74歳女性。子宮頸癌術後の経過観察目的に胸腹部造影CTが施行された。

胸部CTでは、左腕頭静脈は著しく細く、左上大静脈が遺残していた。左上大静脈は第3胸椎レベルで副半奇静脈に合流、副半奇静脈は第10胸椎レベルで奇静脈に流入し、これより頭側の奇静脈には拡張が見られた。この他に脈管の走行に奇形は見られず、先天性心疾患の既往や無脾症、多脾症等の内臓錯位の合併は見られなかった。

左上大静脈遺残の症例では、左腕からのカテーテル検査やカテーテルアブレーション、心臓ペースメーカー挿入時などに技術的に困難となる場合がある。また心臓手術時のアプローチなどの検討に際して、その存在は重要な術前情報となりうる。

左上大静脈遺残の経路はいくつか知られているが、これまでのreviewでは冠状静脈洞を介して右房に流入するもの、あるいは左房に直接流入するものが大部分を占めており、奇静脈系を介する経路は極めて稀で、数例の報告があるのみである。

12

下大静脈欠損に伴う腸骨門脈短絡の一例

○渡邊 晶子¹⁾、鈴木 滋¹⁾、神武 裕¹⁾、
河野 通貴²⁾、堀口 定昭³⁾、新見 正則²⁾、
古井 滋¹⁾

1) 帝京大学医学部付属病院 放射線科、

2) 同 外科、3) 愛誠病院 外科

44歳女性。3か月前より右内果、下腿に潰瘍が出現し近医受診。下腿MR Angiographyにて右腓骨動脈に動静脈瘻が疑われた。臨床所見からKlippel-Trenaunay-Weber Syndromeと診断され、当院外科紹介受診。

主訴：右下腿痛。

身体所見：両下肢に表在静脈の拡張あり。右下腿は対側より細く、皮膚に潰瘍を認めた。両下肢、体幹、頸部にポートワインステイン母斑あり。

血液検査：抗核抗体80倍。他は異常なし。

造影CT：腎静脈流入部より遠位の下大静脈は同定できなかった。右側は総腸骨静脈から外腸骨静脈が同定できなかった。左側は総腸骨静脈は同定できなかったが、内外腸骨静脈は認められた。骨盤部に拡張した下腸間膜静脈に連続する静脈瘤様の構造が見られ、腸骨門脈短絡の存在が示唆された。右足関節後方の皮下に造影増強効果が描出され、早期静脈環流を認めた。

血管造影：左大腿静脈造影において、左下肢の静脈血は骨盤内の側副静脈を経由し、拡張した下腸間膜静脈を介して門脈に流入していた。経上腸間膜動脈門脈造影では、肝内門脈枝には異常を認めなかった。

13 死後 CT：急性上行大動脈解離と心タンポナーデ

○杉山 宗弘、水沼 仁孝、加藤 弘毅、
鈴木 智大、苫米地牧子

大田原赤十字病院 放射線科

当院における死後 CT の死因究明率（外傷を除く）は約 20%、であり、その過半数は大血管イベントである。今回、それらをレビューし、急性上行大動脈解離症例において高率に心嚢内血液貯留が認められたので報告する。

2003 年 11 月から 5 年間に当院において死後 CT が施行された 350 例中、外傷例を除く 311 例のうち、死亡原因が直接推定できたものは 60 症例（19.3%）。そのうち大血管イベントは 35 例（58.3%）を占めた。内訳は急性上行大動脈解離 18 例、胸部大動脈瘤破裂 10 例、腹部大動脈瘤破裂 4 例、下行大動脈解離 1 例、バルサルバ洞破裂 1 例、心室瘤破裂 1 例であった。胸部・腹部大動脈瘤破裂症例では「出血性ショック」が直接死因と考えられたが、急性上行大動脈解離では 18 例中 16 例に心嚢内血液貯留を認め、その直接死因は「心タンポナーデ」と推定された。比較のため、最近、当院救急センターにて急性上行大動脈解離と診断された生存症例の CT 所見を見直したところ、心嚢内血液貯留を認めたものは 6 例中 1 症例（16.7%）に過ぎなかった。

14 陳日性結核に伴う急性喀血に対する 気管支動脈塞栓術

○佐藤 眞明

柏市立柏病院 放射線科

70才台男性で3日前より洗面器1パイ分の咯血が出現し、他院を受診し、胸部CT検査を施行した。右中葉にすりガラス様陰影を認め、責任病変と考えられた。当院に転送され、造影MD-CT 施行し、責任血管は遠位弓部大動脈下から分岐していることが同定された。引き続き、同動脈をゼラチンスポンジ細片で塞栓した。

15 TAE が著効した胸部多発仮性動脈瘤 の一例

○上田 達夫¹⁾、福永 毅¹⁾、田島 廣之¹⁾、
村田 智¹⁾、小野澤志郎¹⁾、吉原 尚志¹⁾、
嶺 貴彦¹⁾、久志本成樹²⁾、横田 裕行²⁾、
汲田伸一郎¹⁾

1) 日本医科大学 放射線医学、2) 同 救急医学

症例は66歳男性。血を吐いて倒れているところを発見され、当院救命救急センターへ搬送となった。入院時血圧は181/97mmHg。Hb 8.5 g/dlと貧血を認めた。理学所見と胸部単純エックス線写真から、喀血と左気管支閉塞が疑われた。緊急気管支鏡にて、気管支内に血腫は認められたものの、出血源は明らかではなかった。また、検査中に心肺停止となったため、直ちに心肺蘇生を開始し蘇生した。蘇生直後に施行した胸部CTにて左上葉S1+2に仮性動脈瘤を疑う所見を認めた。その後も喀血は持続し、Hb低下したため、出血源精査とTAE目的にて当科紹介となった。緊急血管造影にて、気管支動脈及び肺動脈の関与は認められなかった。左鎖骨下動脈分枝に仮性動脈瘤が複数認められたため、ゼラチンスポンジ細片とNBCAを用いて塞栓術を行った。術後バイタルは安定した。今回我々は、左鎖骨下動脈分枝の多発仮性動脈瘤に対し、動脈塞栓術が有効であった症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

[illegible]

16

術前マイクロコイル留置が有用であった空腸動静脈奇形の1例

○小山 新吾¹⁾、辻 巖吾¹⁾、吉田 理佳¹⁾、
吉儀 淳¹⁾、澤田 雄²⁾、長堀 薫²⁾、
津浦 幸夫³⁾

1) 横須賀共済病院 放射線科、2) 同 外科、
3) 同 病理科

症例は50歳代の男性。下血とふらつきを主訴に当院受診。来院後に意識障害、血圧低下と貧血を認め、緊急CTを施行した。空腸に造影剤のextravasationを認め、出血部位と考えられた。CTでは原因は同定できず、循環動態の安定も得られないため、精査、TAE目的に緊急血管造影を施行した。空腸動脈第3枝末梢にextravasationを認めたが、診断は困難であった。原因血管のできるだけ末梢からゼラチンスポンジ細片にてTAEを施行した。TAE後にマイクロコイルによる追加塞栓を考慮したが、スパズムの影響でマイクロコイルの留置が困難であった。

TAE後ではextravasationは消失したものの循環動態が安定せず、手術の方針となった。微小病変であり、術中の病変部位同定が困難と考え、マーキングのためのマイクロコイルを原因血管のできるだけ末梢に留置した。

術中所見では小腸は全体に浮腫状であったが、虚血、壊死は認めなかった。腸管外からは出血部位は同定できず、透視下でマイクロコイルを確認して小腸部分切除を施行した。

切除標本では血管腫様粘膜下病変であり、異常静脈様構造から連続する動脈様構造が認められ、空腸動静脈奇形と考えられた。術後の経過は良好で、その後の出血は認めていない。

小腸出血のIVRの際には、止血のみでなく手術を考慮したマイクロコイルによるマーキングの有用性が示唆された。

17

脾動脈瘤に対しステントグラフト留置術を施行した1例

○橋本 正弘¹⁾、松本 一宏¹⁾、橋本 統¹⁾、
浅田久美子¹⁾、井上 政則¹⁾、中塚 誠之¹⁾、
栗林 幸夫¹⁾、尾原 秀明²⁾、北川 雄光²⁾

1) 慶應義塾大学医学部 放射線診断科、
2) 同 一般消化器外科

症例は40歳代男性。他院で脾動脈瘤を指摘され、精査加療目的で当院外科を紹介受診となった。当院での造影CTで脾動脈本幹に径14×9mm大のwide neckの嚢状動脈瘤が認められた。瘤の形状から破裂のリスクが考えられたため、治療方法として低侵襲的なIVRが検討された。動脈瘤内のコイル塞栓は形状から困難であり、脾動脈本幹塞栓術による瘤のisolationは脾梗塞、脾体尾部の虚血の危険性があったため、脾動脈血流を温存しつつ、動脈瘤破裂を回避できるステントグラフト留置を選択した。

血管造影室にてステントグラフト留置術を施行。まず脾動脈を選択的に造影し、動脈瘤からの分枝がないことを確認した後、動脈瘤を完全にカバーするように脾動脈本幹に8mm径-50mm長のステントグラフトを留置した。6mm径バルーンで後拡張し、ステントグラフトの圧着を行い、脾動脈の開存を保ちつつ、動脈瘤のexclusionが得られた。術後経過は良好であり、術後2日目に軽快退院となった。脾動脈瘤に対するステント留置術は脾動脈を温存可能であり、有用な低侵襲治療と考えられた。

18

骨シンチグラフィにて乳癌の多発骨転移に加えて多発性の肺転移、肝転移への骨外集積が同時に認められた症例

○山崎英玲奈、橋本 禎介、玉置 幸久、
江島 泰生、北島 一宏、荒川 浩明、
桑島 成子、塩山 靖和、石川 勉、
楫 靖

獨協医科大学病院 放射線科

骨シンチグラフィは骨転移病変の検出に優れており、乳癌、前立腺癌、肺癌などの症例を中心に骨転移病変検出のスクリーニング検査として広く行われている。骨シンチグラフィでは骨転移病変以外の骨外への異常集積が様々報告されてきた。我々も乳癌の原発巣と腋下リンパ節転移が異常描出された症例の報告を行った。今回、乳癌の多発骨転移病変に加えて多発性の肺、肝転移部位への骨外異常集積が同時に描出された興味深い症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

19

F-18-FDG と I-131 MIBG の集積を認めた ACTH 産生胸腺カルチノイドの一例

○水木 健一¹⁾、渡邊 定弘¹⁾、坂口 千春¹⁾、
富田 浩子¹⁾、小須田 茂¹⁾、盛田 幸司²⁾、
小西美絵乃²⁾、田中 祐司²⁾、瀬尾 麻理³⁾、
阿部 良行³⁾

1) 防衛医科大学校 放射線医学講座、

2) 同 内科3、3) 所沢 PET 画像診断クリニック

症例は30歳代の女性。4か月前から体重減少、顔面 acne、下腿浮腫、全身倦怠感を主訴に来院した。受診時、中心性肥満、低 K 血症 (K 2.5)、コルチゾール 60.4 (基準：3.7-11.9)、ACTH 475 (基準：7.2-63.3) と異常高値であったことから ACTH 依存性クッシング症候群が疑われた。胸部造影 CT で、上縦隔に大きさ 2.5cm、辺縁整、軽度の増強効果を示す実質性腫瘍を認めた。F-18-FDG PET/CT で同部に集積増加を、I-131 MIBG 全身シンチグラフィで他の部位に集積増加を認めず、SPECT 像で軽度の集積増加を認めたため、ACTH 産生胸腺カルチノイドと診断した。病理診断は摘出胸腺組織で、ACTH 陽性細胞が多数みられ、CD56、クロモグラニン、シナプトフィジン陽性で、高分化型カルチノイドであった。頸部リンパ節転移が認められた。

20 FDG が高集積を示した腎腫瘍の1例

○高野 晃枝、有坂有紀子、樋口 徹也、
織内 昇、天沼 誠、遠藤 啓吾
群馬大学核医学科

症例は60歳代の男性。左背部痛を主訴に近医を受診。CTにて左腎腫瘍が疑われたため当院を紹介された。腫瘍は不整形で低吸収を示し造影効果は軽度であり、CT上は典型的な腎細胞癌の所見ではなかった。両肺野には複数の結節が認められ、原発性肺癌の腎転移もしくは腎癌の肺転移が考えられた。また骨シンチグラフィでは多発性骨転移が認められた。FDG-PET/CTでは左腎腫瘍に著明なFDG集積(SUVmax.23)が認められ、両肺野の結節(SUVmax.8.0)と骨病変(SUVmax.12.7)にも強いFDG集積が見られた。その他、肝右葉にもFDGの高集積(SUVmax.7.4)が認められ転移性腫瘍が疑われた。

以上の所見から非典型的な腎細胞癌と多臓器転移が最も疑われた。CTガイド下腎生検にて腎実質浸潤性腎盂癌と診断された。

腎細胞癌はFDG集積の低いものが多く、PETによる腎細胞癌の検出感度は約60%と報告されている。一方、腎転移や腎盂癌(および腎盂癌の転移)は、FDGが高集積を示し有用とされている。本症例では全身の転移巣の評価も可能であった。転移を伴い高集積を示す腎腫瘍を認めた場合は、腎転移以外に腎原発腫瘍として非典型的な腎細胞癌、腎盂癌も鑑別診断に挙げるべきと考えられた。

21 動注化学療法+放射線療法が著効した Stage IV膀胱扁平上皮癌の一例

○土井下 怜¹⁾、横手 宏之¹⁾、山下 晶祥¹⁾、
佃 俊二¹⁾、山田 哲久¹⁾、扇 和之²⁾、
小堀 賢一³⁾、新美 文彩⁴⁾、田中 雅彦⁴⁾、
富田 京一⁴⁾

1) 日本赤十字社医療センター 放射線特殊治療科、
2) 同 放射線診断科、3) 同 放射線治療科、
4) 同 泌尿器科

【症例】85才男性、cT4N0M0 Stage IV膀胱扁平上皮癌。膀胱三角部を首座として、仙尾骨まで達する巨大腫瘍がみられた。

【治療法】動注化学療法と放射線療法の順次併用を行った。動注化学療法は血行変更術を併用したBOAIにて、シスプラチン50mg/body、アドリアマイシン20mg/body、マイトマイシンC10mg/bodyを40分かけて注入した。その後、総線量60Gy/30Fx.の放射線治療を行った。

【結果】治療直後のMRIにて著明な腫瘍の縮小効果を認めた。治療後1ヶ月半の膀胱鏡検査では腫瘍の消失が得られた。現在、治療後約3ヶ月の時点で局所制御が得られている。治療中に重篤な有害事象はなく、治療の中断はなかった。

【考察】化学療法と放射線治療の相乗効果により、良好な結果が得られたと考える。また、化学療法は動注を用いることにより、全身投与に比べ、有害事象は軽微であったと考える。

22

時間因子組込 LQ モデルとボロノイ図を用いた放射線治療の生物学的効果の新しい評価法

○関根 広¹⁾、内野三葉子¹⁾、熊崎 祐¹⁾、大谷 侑輝¹⁾、塚本 信宏¹⁾、鈴木 健之²⁾、土器屋卓志¹⁾

1) 埼玉医大国際医療センター放射線腫瘍科、
2) 埼玉医大病院 放射線腫瘍

放射線治療の生物学的効果を表す指標として LQ モデルから導いた BED が頻繁に用いられている。LQ モデルは指数式であるため簡単には計算できないが、BED は単純な四則演算のために簡単に計算できる。しかし、放射線治療で重要な分割間隔や治療期間を表す時間因子が考慮されていない。治療期間が一定であれば時間因子の重要性は少なくなるが、近年の短期間に大線量を投与するような SRT を通常の分割照射と比較するには時間因子を無視することは危険である。LQ モデルでは時間因子が無いために、照射とその効果は瞬間的な出来事としてのみ表される。つまり、総ての細胞死が、アポトーシスのような瞬間的な細胞死を遂げると考えざるを得ない。本研究では、LQ モデルに照射後の細胞死を指数的、ロジスティック、累積ガウス分布関数を仮定した分裂死として、経時的に細胞数が減少する時間因子として組み込んだシミュレーションモデルを作製した。このモデルを I-125 低線量率小線源治療に発展させ、前立腺癌の治療での時間 - 生存率関係をモデル化した。前立腺癌の低リスク群、中リスク群、高リスク群を仮定して、外部照射の線量増加法と小線源治療での線量増加の関係を解析する。また、照射後の腫瘍縮小効果を、ボロノイ図を用いて視覚的にとらえる方法を紹介する。

23

化学放射線療法が奏効した高齢者食道 Basaloid carcinoma の一例

○高良 憲一¹⁾、兼坂 直人¹⁾、宇野利津子¹⁾、三上 隆二¹⁾、桜田 亮²⁾、須田 聡³⁾、和氣 治雄³⁾、仲田 一成³⁾、筑間晃比古³⁾、徳植 公一¹⁾

1) 東京医科大学 放射線医学教室、
2) 東京医科大学八王子医療センター 放射線科、
3) 東京医科大学病院 放射線部

食道 Basaloid carcinoma は比較的稀な疾患である。以前は進行癌の報告が多く、予後不良な疾患と考えられていたが、近年比較的早期の症例報告が増えている。今回我々は、食道 Basaloid carcinoma に対して化学放射線療法を施行し、良好な経過が得られた一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は83歳、男性。右鼠径ヘルニアの手術目的に入院した際、上部消化管内視鏡検査で、Mt に約2cmの0-I sep 型の病変が認められ、生検にて Basaloid carcinoma と診断された。臨床病期は stage I (T1b, N0, M0)、PS1。高齢で手術を希望しなかったため、化学放射線療法が選択された。年齢を考慮し照射範囲は第1群リンパ節領域に設定し、化学療法は放射線治療の開始に合わせて CDDP 10mg/m²/日 × 10日、5-FU 500mg/m²/日 × 20日を併用し、総線量 60Gy/30fr/42d を投与した。治療直後の内視鏡検査で CR と判定され、28ヶ月後の内視鏡検査でも食道の病変は CR であったが、進行胃癌が発見され、29ヶ月後に死亡した。治療中に GII 以上の有害事象は認められず、遅発性有害事象も認められなかった。

照射範囲を限局させ、化学療法の投与量を減量した化学放射線療法が奏効した食道 Basaloid carcinoma の一例を経験した。

24 肝原発の solitary fibrous tumor の 1 例

○木村 正¹⁾、入江 健夫¹⁾、荻野 展広¹⁾、
成尾孝一郎¹⁾、三枝 裕和¹⁾、原田 徹²⁾、
福田 国彦³⁾

- 1) 東京慈恵会医科大学附属第三病院 放射線科、
2) 同 病院病理部、
3) 東京慈恵会医科大学 放射線医学講座

症例は30歳・女性。平成20年5月、健診で腹部エコー施行したところ、7cm大の solid tumor を指摘され、精査目的で当院外科を紹介受診となった。単純 CT では肝門部を中心として臍頭部、胆嚢、十二指腸を圧排性に存在する不整形の腫瘤病変を認め、腎よりもわずかに高い濃度を示していた。内部は、ほぼ均一であり、肝との境界は一部不明瞭に認められた。造影ダイナミック CT の動脈優位相では、腫瘤は著明な濃染効果を示し、内部にいくつかの島状の変性壊死を反映した濃染効果のない領域を認めた。平衡相で肝実質と同程度の濃染効果が持続していた。MRIT1強調画像では肝門部中心に不整形の腫瘤性病変を認め、内部は肝実質と等信号で比較的均一であった。T2強調画像では肝実質よりも高信号で、内部に血管増生を反映した flow void の存在を認めた。DWI では著明な高信号を示し、ADC map では低信号を示し、拡散の低下を反映していた。

腫瘍摘除術が施行され、病理組織で、卵円形～短紡錘形で一部不整な核形状を有する細胞の密な増生から成り、血管腔の介在も認められたが、明らかな悪性所見は認められず、良性の solitary fibrous tumor と診断された。肝原発の solitary fibrous tumor の報告は30例と非常に稀であり、文献的考察を加え報告する。

25 特発性肝破裂の1例

○加藤 洋¹⁾、小池 祐哉¹⁾、形部 倫子¹⁾、
萩野りょう子¹⁾、熊野 玲子¹⁾、大西 毅¹⁾、
山内栄五郎¹⁾、片山 真史²⁾、芦川 和広²⁾、
小森山広幸²⁾

- 1) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 放射線科、
2) 同 一般外科

症例は70歳代、男性。慢性腎疾患、高血圧、腹部大動脈瘤で当院通院中で、既往歴に大腸癌術後のイレウスがある。

明らかな外傷の既往はなく、めまいを自覚するも外出し、バスで移動中にめまいの増悪と嘔気、嘔吐が出現し、救急車にて当院に搬送された。来院時既にショック状態で、腹部単純 CT で肝左葉外側区域被膜下に凸レンズ状の低吸収域と血性腹水が疑われた。肝腫瘍の破裂も否定できず、引き続き腹部造影 CT が施行され、血性腹水の増加と肝被膜下の低吸収域内への造影剤の血管外漏出像が見られた。CT 上明らかな腫瘤は認めず、外傷の既往がないことにより特発性の肝被膜下血腫とその破裂による腹腔内出血と診断した。当初 IVR による止血も考慮されたが、成果が限られることや DIC が進行してきていることより、直ちに緊急手術に方針転換し施行された。術中所見では肝左葉辺縁に一部癒着があり、そこに1.5cmほどの肝実質の断裂が生じ肝被膜下血腫に進展したと考えられ、この被膜下血腫中央部が大きく破れて腹腔内出血の原因になったと考えられた。生検では明らかな腫瘍や血管性病変は認めなかった。断裂部の縫合と肝表面の止血術が施行され、第15病日に軽快退院となった。

特発性肝破裂はまれな疾患と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

26

EOB 造影 MRI の肝細胞造影相で
低信号を示した肝炎症性病変の2例

○田島 拓、赤井 宏行、古田 寿宏、
前田恵理子、佐藤 次郎、小松 秀平、
森 壘、桐生 茂、赤羽 正章、
大友 邦

東京大学医学部放射線科

今回我々は EOB 造影 MRI を施行した肝炎症性病変の2例を経験したので報告する。

症例1は60代男性。人間ドックのエコーで肝右葉腫瘤を指摘された。病変は dynamic CT 動脈相で淡い増強効果を呈し遅延相で周囲肝実質とほぼ等濃度であった。EOB 造影 MRI の肝細胞造影相で低信号を示し T2 強調像で脾臓に近い高信号で、肝内胆管癌または混合型肝癌を疑ったが、2か月後の CT・MRI で病変は部分的に縮小を認め炎症性偽腫瘍が鑑別に加えられた。肝部分切除術が施行され病理診断は炎症性偽腫瘍であった。

症例2は50代 AML (M2) の男性。移植前の CT で多発肝腫瘤を指摘された。dynamic CT 動脈相で腫瘤辺縁に輪状増強効果を認め遅延相で周囲肝実質との境界が不明瞭にみられた。EOB 造影 MRI の肝細胞造影相で腫瘤は低信号で、T2 強調像では腫瘤中心部が高信号で辺縁は周囲肝実質と等信号であった。消化器癌の肝転移は否定的で悪性リンパ腫や肝膿瘍、抗酸菌感染症が考えられた。肝生検にて線維性肉芽組織のみが得られ腫瘍細胞はなく、生検組織より抗酸菌感染症は否定され総合的に多発肝膿瘍と診断。抗生剤治療で肝病変は2か月後に消失した。

dynamic CT 遅延相で周囲肝実質とほぼ等濃度を示し、EOB 造影 MRI の肝細胞造影相で低信号を示す腫瘤性病変の鑑別には、線維化に富む肝転移や肝内胆管癌に加え炎症性偽腫瘍や肝膿瘍も考慮すべきと考えられた。

27

胆嚢内回虫迷入症の1例

○原田 明典、川上 剛、長瀬 雅則、
前田 紀章、三廻部 肇
東京労災病院 放射線科

症例は40歳代男性。主訴は持続する心窩部痛。他院で胃けいれんと診断されるも軽快しないため当院救急外来受診となった。腹部超音波検査にて胆嚢内に虫体の蠕動が確認され、胆嚢回虫症と診断された。MRI では胆嚢内に線状の信号欠損を認め、再撮像にて位置が移動していた。詳細な問診をおこなったところ、頻回の南アジア諸国への渡航歴が確認された。経皮経肝的胆嚢穿刺にて駆虫剤(コンパジン)を注入したところ、虫体の運動は速やかに消失した。術後、虫体の一部が胆嚢管に嵌頓し胆嚢炎を合併したが、経皮経肝胆嚢ドレナージにより軽快した。本邦では回虫保有率が0.01%と極めて低いが、発展途上国からの輸入感染例が数件認められており、詳細な問診が診断に重要と思われた。今回、胆嚢内への駆虫剤注入により治療し得た1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

28

著明な壁肥厚を認めた胆嚢腺筋症の一例

○田澤 陽子、山口 敏雄、福島 徹、
小橋由紋子、武藤 絢子
川崎市立多摩病院 放射線科

【症例】20代女性

【主訴】腹痛、心窩部痛

【現病歴】4-5年前より軽度の腹痛、時々強い心窩部痛があった。最近症状が増悪、特に食後に増強するため近医を受診。USにて胆嚢壁の著明な肥厚と胆石を認めた為、当院消化器内科に紹介受診。

【初診時所見】〔身体所見〕右上腹部に軟らかい腫瘤を触知。同部に軽度の圧痛あり。

【血液検査】CK 285IU/l、CRP 0.35mg/dl、WBC 9000/ μ l、T-Bil 0.6mg/dl

【画像所見】胆嚢壁に全周性のほぼ均一な肥厚が見られた。胆石も複数存在。USで壁内に高輝度エコーを多数認めた。CTでは肥厚した胆嚢壁は内腔側がより高吸収を呈しており、優位に造影効果を認めた。内腔は体部でくびれがあった。MRIにて壁はT2WI、T1WI共に骨格筋と同程度の信号を呈し、拡散強調像では異常信号を認めなかった。粘膜の下層にはT2WIにて点状の高信号が全周にわたって認められた。壁に脂肪成分は指摘されなかった。以上の所見より胆嚢腺筋症を考えた。胆嚢黄色肉芽腫が鑑別として挙げられたが、壁肥厚が均一で結節様の部分は指摘できず否定的と考えた。この他、肝内に血管腫、肝門部リンパ節腫大が指摘されている。

【経過】胆嚢腺筋症と考えられたが腫瘍の可能性を否定できず、胆嚢摘出術が施行された。病理で胆嚢腺筋症、慢性胆嚢炎と診断。術中造影にて合流異常が指摘された。

29

脾被膜下血腫を伴った三日熱マラリアの一例

○古賀 友三¹⁾、相部 仁¹⁾、蓮尾 金博¹⁾、
志多 由孝¹⁾、浅井佳央里¹⁾、江上 順子¹⁾、
山田 泉¹⁾、照屋 勝治²⁾、菊池 嘉²⁾、
岡 慎一²⁾

1) 国立国際医療センター 放射線科、

2) 同 エイズ治療・研究開発センター

今回我々は三日熱マラリアに脾被膜下血腫を伴った稀な一例を経験したので報告する。患者は南アジア出身の20代男性。約2週間前に来日し、10日前より38～39度の発熱が出現した。近医を受診したが発熱は改善せず、当院を紹介受診した。マラリア用迅速キットで陽性、血液塗抹鏡検で赤血球内に三日熱マラリア原虫を認めたため、三日熱マラリアと診断され精査加療目的で入院となった。入院時の血液生化学検査では白血球・CRP・間接ビリルビンの上昇、貧血、血小板減少を認め、理学的には上腹部に軽度の圧痛を認めていた。入院後クロロキン内服を開始した。入院3日後に左季肋部から側腹部に限局する疼痛を生じたため、腹部造影CTを施行したところ、中等度の脾腫、単純CTで脾被膜下に線状の高吸収域、脾実質内の線状や斑状の増強不良域、少量の血性腹水を認め、脾被膜下血腫と診断した。造影剤の血管外漏出像や脾破裂を示唆する明らかな脾被膜断裂は認めなかったため、止血剤による保存的療法を選択した。血腫は次第に縮小し、入院15日後に退院した。

マラリアでは稀であるが脾破裂や被膜下血腫などを認めることがあり、脾腫に伴う脾被膜の緊張に軽度の圧力が加わって生じると考えられ、主に感染の急性期、三日熱マラリア感染で生じると報告されている。マラリア患者の腹痛では脾破裂、被膜下血腫の可能性もあり、CTが診断に有用である。

○長谷川 誠¹⁾、五味 達哉¹⁾、村田 望¹⁾、
加藤 麻子¹⁾、國弘 敏之¹⁾、長基 雅司¹⁾、
甲田 英一¹⁾、浅井 浩司²⁾、渡邊 学²⁾、
横内 幸³⁾

1) 東邦大学医療センター大橋病院 放射線科、
2) 同 第3外科、3) 同 病理部

症例は50歳代女性で背部痛を主訴に近医を受診し、膵腫瘍性病変疑いで当院紹介となった。受診時の血液、生化学所見では特に異常はみられなかった。またCA19-9およびCEAも正常範囲内であった。当院で施行したCTでは膵尾部に直径約25mmの腫瘍性病変がみられた。腫瘍内部には造影早期相に増強効果がみられた。また腫瘍の中心部には造影増強効果のない低吸収域がみられた。後に施行されたERCPでこの低吸収域に一致して造影剤の貯留がみられた。主膵管と交通があり、かつ充実性成分があるため悪性の可能性が疑われ、手術が施行された。病理の結果は膵島腫瘍であった。主膵管との交通が疑われた膵島腫瘍を経験したので報告する。

31 著明な石灰化を伴った膵管癌の一例

○平瀬 雄一、藤永 康成、山田 哲、
渡辺 智治、松下 剛、黒住 明子、
黒住 昌弘、百瀬 充浩、上田 和彦、
角谷 眞澄

信州大学 医学部 画像医学講座

患者は70歳代男性。肝機能障害を契機として膵頭部腫瘍を指摘された。慢性膵炎の既往歴はない。CTにて膵頭部に径5.5cm大の境界明瞭で、頭背側へ突出する腫瘍性病変が認められた。腫瘍の内部には索状から線状の石灰化が散在し、中心部には粗大な石灰化が認められた。ダイナミックCTでは明らかな早期濃染を示さず、後期相にて一部に淡い濃染が認められた。腫瘍により後上膵十二指腸動脈は外側に、前上膵十二指腸動脈は右腹側に圧排されていた。MRIでは、病変はT1強調像で膵実質より低信号を示し、脂肪抑制下T2強調像では淡い高信号を呈した。下部総胆管は腫瘍辺縁を走行し、頭部主膵管は腫瘍の右尾側を狭窄することなく走行していた。膵体尾部の主膵管には拡張を認めず、脂肪抑制下T1強調像で正常高信号を示すとともに膵実質の萎縮も認めなかった。脈管の走行から膵由来の腫瘍が疑われ、腫瘍内に石灰化が強いこと、外向性発育を示したことから、特に腺房細胞癌、退形成膵癌、変性を伴う膵島腫瘍等を疑い膵頭十二指腸切除術が施行された。病理診断は浸潤性膵管癌であった。石灰化を伴う膵管癌はきわめて稀であり、文献的考察を加え報告する。

32 上皮性嚢胞を合併した膵内副脾の1例

○高橋 正道¹⁾、山田 晴耕¹⁾、小坂 哲也¹⁾、
渡辺 淳也¹⁾、大久保敏之¹⁾、樋口 亮太²⁾、
安田 秀喜²⁾、山崎 一人³⁾、石田 康生³⁾

1) 帝京大学ちば総合医療センター 放射線科、
2) 同 外科、3) 同 病理部

上皮性嚢胞あるいは類上皮嚢胞を伴う膵内副脾は、膵尾部に認められることが多く、嚢胞性病変と周囲の壁在結節様の所見を呈することから、solid and pseudopapillary tumor、膵嚢胞性腫瘍や壊死を伴った膵内分泌腫瘍などとの鑑別が問題となりうる。今回我々は、この比較的まれとされる症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。症例は57歳女性で、右下腹部痛のため施行されたCTにて、偶発的に膵尾部に嚢胞成分と充実成分からなる長径3cm程の腫瘍を指摘された。充実成分は脾とほぼ同程度に強く増強されており、MRIでも充実成分はいずれの撮像シーケンスにても脾と等信号で、Gd造影後の増強効果や、SPIO造影後の信号低下もほぼ同等であった。増強されない嚢胞成分の一部はT1強調像で軽度高信号に描出された。スズコロイドシンチグラフィでは、この腫瘍に相当する領域に集積増加像が認められた。以上の所見から、充実成分は膵内副脾で、嚢胞成分については合併して副脾内に生じたものと考えた。積極的に悪性腫瘍を疑わせるものではなかったが、患者本人の希望も強かったため膵尾部切除術が施行された。病理組織上は、腫瘍は線維性被膜により周囲膵組織とほぼ明瞭に境界される脾組織であり、2-3層に重層し、纖毛を持つ上皮により裏打ちされる不規則な嚢胞状構造を含んでいたことから、上皮性嚢胞を伴う膵内副脾と診断された。

33

自己免疫性膵炎と後腹膜線維症が合併し自然軽快した1例

○金子 英樹、橋本 一樹、喜多 和代、
白石 悠、伊藤 玲子、鈴木 和代、
戸矢 和仁、磯部 義憲

国立病院機構東京医療センター

症例は69歳女性で主訴は左下腿浮腫であった。血液生化学検査に特記すべき異常なく、下腿浮腫の精査のために腹部骨盤CTを施行したところ、仙骨前面から左内腸骨動静脈周囲および骨盤腔内の腹膜にそって腫瘤影を認め、下腿浮腫の原因と考えられた。一方、膵体尾部の腫大とその周囲にはrim状の濃染不良域を認めた。MRCPでは膵尾部に主膵管の狭小化を認め、膵体尾部周囲のrim状の領域はT2強調像で低信号を示した。

以上の所見より、膵病変は自己免疫性膵炎と考えられ、骨盤内腫瘍は同じIgG4関連疾患である後腹膜線維症が合併したと考えられた。そのため、血清IgG4を測定したところ485mg/dl(基準値5~105)と高値であることが確認された。生検およびステロイド治療が考慮されたが、本人が希望されなかったため、特に加療は行わず画像所見および血清IgG4測定による経過観察となった。

約4ヶ月後のCTでは膵体尾部の腫大と周囲のrim状の領域は改善しており、骨盤内腫瘍も著明に縮小していた。同時に血清IgG4も275mg/dlと低下していた。

自己免疫性膵炎および後腹膜線維症は自然軽快することもあり、本症例もそれに該当すると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

34

MRCP 用消化管陰性造影剤の服用感と便性状に関する前向き比較検討

○平林 望¹⁾、森田 賢²⁾、岸田 弘美¹⁾、
白石くみ子¹⁾、藤原由紀子¹⁾、森 恵美子¹⁾、
上野 恵子²⁾

1) 東京女子医科大学東医療センター 看護部、

2) 同 放射線科

【背景】MRCP検査用の消化管陰性造影剤として、塩化マンガン四水和物内用液(ボースデル)とクエン酸アンモニウム散(フェリセルツ)が利用されているが、服用感や便性状などの身体に与える影響の違いについて十分には証明されていない。

【目的】本研究の目的は、ボースデルとフェリセルツの服用感や便性状などの身体に与える影響について、前向きに比較検討することである。

【対象と方法】本研究は施設の倫理委員会の承認を得て実施された。2008年7月から9月にかけてMRCP検査を実施され、本研究について文章による同意を得られた患者35例を対象とした。患者をボースデル群(原液250ml)とフェリセルツ群(水100mlに2包)に盲検化してランダムに振り分け、検査直後に服用感について、3日後に便性状などの身体に与える影響についてアンケート形式で調査して、統計学的に比較した。

【結果】服用時の飲みやすさ、味、量の多さ、臭い等の服用感については、両群間で有意差を認めなかった($P>0.05$)。便の性状については、フェリセルツ群では便が黒色化し、ボースデル群では軟便化する傾向にあったが、検査後の体調には有意差を認めなかった($P>0.05$)。両群とも重大な副作用は認めなかった。

【結論】ボースデルとフェリセルツでは便の性状に相違を認めたが、服用感については有意差を認めず、同等に使用できることが確認された。

○奈良田光宏、奥畑 好孝、阿部 克己、
竹本 明子、前林 俊也、古橋 哲、
坂口 雅州、雫石 崇、高橋元一郎

日本大学 医学部 放射線医学教室

血痰を契機に発見された原発性下大静脈腫瘍（平滑筋肉腫）の一例を経験したので報告する。症例は63歳女性。血痰を主訴に当院呼吸器内科に受診し、胸部CTにて肝腫瘍が疑われた。腹部CTにてIVCに最大径6.2cm、長さ16cmの紡錘状の下大静脈腫瘍を認め、肝Vを巻き込み、腎臓下部から右房にまで達しており、手術適応でないと診断された。また、多量の腹水を認め、骨盤内腫瘍も発見された。卵巣腫瘍を疑い、試験開腹の予定であったが、喘息のため延期となり、経過中にDICとなり、全身状態が悪化して死亡した。卵巣腫瘍による続発性下大静脈を否定できなかったが、MDCT（水平断・冠状断・矢状断）・造影MRI・MRVにて総腸骨V・卵巣Vに腫瘍塞栓は認めなかった。最終病理の結果、下大静脈腫瘍は平滑筋肉腫と診断された。下大静脈腫瘍の大多数は続発性であり、本邦では過去20年間検索しえた範囲で原発性下大静脈腫瘍は5例が報告されている。原発性下大静脈腫瘍は比較的稀であり、CT・MRI画像供覧し文献的考察を加える。

36 遺伝性神経血管性浮腫 消化管発作の1例

○吉田 理佳¹⁾、辻 巖吾¹⁾、小山 新吾¹⁾、
吉儀 淳¹⁾、岡本 英子²⁾、池田 隆明²⁾

1) 横須賀共済病院 放射線科、2) 同 消化器内科

症例は60才代女性。2008.9月中旬、昼食後より右季肋部痛、当院消化器内科受診。身体所見では、右季肋部～心窩部へ圧痛及び自発痛を認めた。血液・生化学所見では、WBC9700・CRP0.3と炎症反応の上昇を認めた。腓酵素の上昇なし。既往に遺伝性神経血管性浮腫・急性虫垂炎・急性腓炎がある。

精査目的で腹部造影CTを撮影、十二指腸球部～上部空腸に、edematousな壁肥厚を認めた。十二指腸周囲～腓周囲にfluid collectionが認めた。腓炎、十二指腸炎疑い入院となった。入院後2日目には、腹痛、疼痛は翌日には軽快。腓炎の可能性も考慮して、翌日経過観察単純CTを撮影。十二指腸～空腸の壁肥厚は消失。新たに、胃角～胃前庭部にedematousな著明な壁肥厚を認めた。入院3日目に上部消化管内視鏡検査を施行されたが、異常を認めなかった。

症状及びCT上での画像所見の迅速な改善および既往から遺伝性神経血管性浮腫の消化管発作を最も疑った。文献的考察を加えて報告する。

37 巨大腫瘍を形成した 悪性腹膜中皮腫の1例

○佐藤 洋一¹⁾、田中 淳司¹⁾、岡田 吉隆²⁾、
小澤 栄人²⁾、西 直子²⁾、松尾 有香²⁾、
酒井 文和²⁾、小山 勇³⁾、茅野 秀一⁴⁾、
本杉宇太郎⁴⁾

1) 埼玉医科大学 放射線科、2) 同 国際医療センター 画像診断科、3) 同 国際医療センター 消化器外科、4) 同 国際医療センター 病理診断科

症例は86歳女性。発熱のため近医を受診し、息切れ・食欲低下、および貧血を認め、精査・加療のため当院に紹介された。CTで肝前面に長径13cmほどの比較的辺縁平滑な巨大腫瘍が見られ、造影CTでは淡い増強効果を示す部分と、ほとんど増強されない部分が混在していた。また、ほぼ同様の性状を示す径4.5cmほどの腫瘍が回盲部付近に認められた。腹膜由来の腫瘍が疑われたが、術前の質的診断は困難であった。開腹所見では児頭大の腫瘍が肝右葉前面・腹壁・横隔膜に癒着して認められ、多量の血腫を含んでいて、これを切除した。小腸間膜には小豆大～胡桃大の腫瘍が多発していた。回腸末端から120cmの部位に、回腸へ浸潤する鶏卵大の腫瘍があり、この部分を小腸とともに切除した。病理組織所見では、類円形核とやや好酸性胞体を有する細胞が充実性ないし胞巣状に増殖し、場所によっては腺管様や乳頭状の増殖も見られた。免疫染色にてBer-EP4は陰性、サイトケラチンCAM5.2、calretinin、vimentinが陽性で、悪性中皮腫として矛盾しない所見であった。CD31、Ⅷ因子、CD34、S-100、Melan-Aはいずれも陰性で、血管内皮細胞由来の腫瘍や孤立性線維腫、悪性黒色腫の可能性はいずれも低いと考えられ、腹腔内に多発する結節を形成した悪性中皮腫(上皮型)と診断された。

38 原発不明の癌性腹膜炎と鑑別を要した Malignant mesothelioma の一例

○辻 巖吾、吉儀 淳、吉田 理佳、
小山 新吾

横須賀共済病院 放射線科

症例は60歳代の男性。2007年3月中旬、突然の下腹部痛にて当院消化器内科受診。精査するも原因不明であり、経過観察となった。その後、腹部膨満が同年9月に出現し、上部消化管内視鏡、腹部単純CTを施行したが、腹水を認めるものの腹部臓器に著見なかった。さらに経過観察していたが腹部膨満増悪、腹水の増加があり、腹水穿刺を施行した。腹水の性状は滲出性であり、造影CTでは腹膜、腸間膜、ダグラス窩に多数の小結節を認めた。原発は不明であるが癌性腹膜炎を疑い、精査目的にて同年12月に入院となった。前立腺癌の既往はあったが腹腔内再発は稀であり、原発検索するも明らかでなく、確定診断目的に開腹腫瘍生検が施行された。病理組織では Malignant mesothelioma と診断した。現在外来にて化学療法中である。

原発不明の癌性腹膜炎を疑った場合、比較的稀ではあるが Malignant mesothelioma も念頭におくことが必要であると考え。若干の文献的考察を加えて報告する。

39 子宮原発 Ewing sarcoma/PNET の一例

○上松 東宏¹⁾、竹内 均¹⁾、荒木 潤子¹⁾、
興石 剛¹⁾、高田ゆかり¹⁾、大川 智実²⁾、
桑江千鶴子²⁾、霧生 孝弘³⁾、江夏 一彰³⁾、
石澤 貢³⁾

1) 東京都立府中病院 診療放射線科、

2) 同 産婦人科、3) 同 検査科

Ewing sarcoma/PNET (Primitive neuroectodermal tumor) は神経外胚葉系細胞由来の軟部組織悪性疾患であるが、子宮での発生は極めて稀であり報告が少ない。今回子宮原発の Ewing sarcoma/PNET の一例を経験したので文献的考察を踏まえ、過去に報告された画像所見と比較検討する。

症例は63歳の女性。平成19年12月に不正性器出血と下腹部痛を主訴に近医を受診し、子宮体癌が疑われ当院を紹介となった。入院時のMRIでは子宮が頸部から体部にかけて著明に腫大しており、子宮の形態を保ったまま子宮筋層を置換するように発育する腫瘍性病変を認めた。腫瘍はT1強調像で低信号、T2強調像にて筋肉よりもやや高い不均一な信号強度を示し、頸部において結節状の変化もみられた。造影後T1強調像では軽度の不均一な造影効果を認め、病変全体の結節状形態が明瞭化した。子宮内膜構造は保たれていた。CTでは転移性と思われる骨盤内及び傍大動脈リンパ節の腫大を認めた。子宮頸部病変から施行された punched biopsy から壊死傾向の強い small round cell を認めたため、未分化小細胞癌の疑いにて化学療法が開始されたが、平成20年2月14日に治療中に死亡した。剖検検体より行われた免疫組織化学検査にて Ewing sarcoma/PNET に特異的なマーカーである CD99 (MIC2) が証明された。

40

子宮腺筋症由来と考えられた
子宮内膜癌の一例

○山田 泉¹⁾、相部 仁¹⁾、蓮尾 金博¹⁾、
志多 由孝¹⁾、江上 順子¹⁾、浅井佳央里¹⁾、
古賀 友三¹⁾、箕浦 茂樹²⁾、定月みゆき²⁾

1) 国立国際医療センター 放射線科、
2) 同 産婦人科

今回我々は子宮腺筋症由来と考えられた子宮
内膜癌の一例を経験したので報告する。

症例は60代女性。50歳頃より子宮筋腫を指摘されていたが、閉経後に縮小し近医で経過観察されていた。上行結腸癌の経過観察中、CTで子宮腫大を認め当院婦人科を受診した。子宮頸部・体部細胞診ではclass II、CA125・CEA・CA19-9はいずれも正常範囲内であった。3ヶ月後に不正性器出血が出現し再度婦人科を受診したが、悪性所見は認めなかった。MRIでは、子宮体部筋層内に一部境界が不明瞭な径4cm大の腫瘤を認め、T1強調像では均一な低信号、T2強調像では不均一な高信号と低信号の混在を呈し、筋層より弱く不均一に増強された。拡散強調像では高信号を示した。子宮肉腫を疑って手術が施行され、摘出標本では子宮体部筋層後壁を中心とした約5cm大の弾性軟な腫瘤で、内腔に一部露出していた。組織学的には子宮体部の筋層に局限した低分化腺癌であった。周囲には子宮腺筋症が認められ、子宮腺筋症を背景にして発生した子宮内膜癌と考えられた。

子宮腺筋症由来の子宮内膜癌はまれで、画像診断のまとまった報告はない。早期診断が困難で発見が遅れることが多いため、一般的な内膜癌と比較して予後不良とされている。MRIで子宮腺筋症の存在が示され、筋層内に筋腫と異なる充実性腫瘤を認めた場合、子宮腺筋症由来の子宮内膜癌も考慮する必要があると思われる。

41

診断に苦慮した Perivascular
epithelioid cell tumor の一例

○玉井 光邦、松波 環、尾崎 裕、
中西 淳、白石 昭彦、鈴木 通真、
大日向祥子、青木 茂樹

順天堂大学医学部 放射線医学講座

症例は40歳代女性。膣周囲搔痒感があり近医受診。前医での経膣超音波にて子宮筋腫と右付属器領域にφ9cm大の腫瘍を認め、精査加療目的で当院婦人科に紹介受診となる。MRIにて子宮筋腫と嚢胞性腫瘤を認め、子宮腫瘍の診断で手術目的にて当院入院となる。血液検査でCRPの軽度上昇を除き、異常所見は認めなかった。

CTで子宮前壁にやや壁の厚い嚢胞性腫瘤を認め、MRIではその内容は出血と考えられた。また、壁内にも出血成分が散在していた。腫瘤の充実成分は腫瘤の左腹側に存在し、造影効果された。

これらの所見より平滑筋肉腫が最も疑われたが、平滑筋肉腫としては造影効果が弱く、鑑別として出血・変性を伴う子宮筋腫なども考えられた。

腹式S状結腸腫瘍切除術＋子宮筋腫核出術が施行され、病理組織学的にPerivascular epithelioid cell tumor(血管周囲上皮細胞腫瘍：PEComa)と診断された。術後経過は順調で、病14日に独歩退院となった。

PEComaは様々な内臓で生じる血管筋脂肪腫、リンパ管筋症等に類似する軟部組織腫瘍で、一般的には消化管や子宮、後腹膜に発生するといわれている。PEComaのほとんどはメラノサイト(HMB-45、またはmelan-A)と平滑筋マーカーに対する免疫反応を示す。

今回、非常に稀な疾患であるPEComaを経験したので報告する。

広告協賛企業

エーザイ株式会社

協和発酵キリン株式会社

第一三共株式会社

タイコ ヘルスケア ジャパン株式会社

中外製薬株式会社

テルモ株式会社

日本メジフィジックス株式会社

バイエル薬品株式会社

富士フィルム RI ファーマ株式会社

(50音順)

第 434 回日本医学放射線学会関東地方会

会 長：遠藤 啓吾

事務局：〒 371-8511 群馬県前橋市昭和町 3-39-22
群馬大学大学院医学系研究科 放射線診断核医学
TEL：027-220-8401 FAX：027-220-8409

印 刷： 株式会社セカンド

〒 862-0950 熊本市水前寺 4-39-11 ヤマウチビル 1F
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025