

# 公益財団法人日本超音波医学会第 39 回中部地方会学術集会抄録

会 長：水野 智文（水野内科 院長）  
日 時：平成 30 年 10 月 8 日（月・祝）  
会 場：ウィルあいち 愛知県女性総合センター

## 【消化器（膵）】

座長：奥野 充（岐阜市民病院 消化器内科）

### 39-1 甲状腺髄様癌の膵転移の一例

大城昌史<sup>1</sup>、橋本千樹<sup>1</sup>、野村小百合<sup>1</sup>、倉下貴光<sup>1</sup>、中岡和徳<sup>1</sup>、  
中野卓二<sup>1</sup>、川部直人<sup>1</sup>、吉岡健太郎<sup>1</sup>、杉山博子<sup>2</sup>、安井駿豊<sup>2</sup>  
（<sup>1</sup> 藤田保健衛生大学病院 肝胆膵内科、<sup>2</sup> 藤田保健衛生大学病院  
超音波センター）

症例は 60 歳代男性。既往歴に甲状腺髄様癌があり抗瘍剤治療中  
であった。背部痛を主訴に当院を受診し、原因検索のため施行さ  
れた単純 CT にて肝内に多発する腫瘤を指摘された。超音波にて  
多発する肝腫瘤に加えて膵尾部に 19 × 17mm の境界明瞭な低エ  
コー腫瘤を認めた。精査のため造影超音波を施行したところ腫瘤  
内部が早期から比較的均一に染色され、膵神経内分泌腫瘍又は甲  
状腺髄様癌の膵転移を疑った。確定診断のために EUS-FNA を施  
行した。病理組織より甲状腺髄様癌の膵転移と確定診断した。今  
回、造影 CT、造影超音波では確定診断が困難であったが、EUS-  
FNA にて確定診断に至った甲状腺髄様癌の膵転移の一例を経験  
したため報告する。

### 39-2 高齢女性に発症した自己免疫性膵炎の一例

伊藤貴志、石川英樹、小島久実、野村 彩、安藤貴文  
（公立西知多総合病院 消化器内科）

【症例】70 歳、女性

【主訴】横断、心窩部痛

【現病歴】前医で心窩部痛、濃尿、白色便あり、肝胆道系酵素の  
上昇を認めたため当院紹介入院。入院時血液検査所見は総ビリル  
ビン 2.8、AST 369、ALT 362、ALP 3098、 $\gamma$ -GTP 1636、CEA  
1.1、CA19-9 33.5 であり腹部超音波検査で膵全体が低エコーで描  
出された。腹部 CT で膵はびまん性に腫大し、体尾部周囲に被膜  
様構造を認めた。超音波内視鏡検査では膵全体が腫大し低エコー  
を呈し、明らかな腫瘤を認めなかった。ERCP では頭部、尾部主  
膵管、頭部分枝膵管でびまん性の狭細像を認め、全体の 1/3 以上  
を占めており、下部胆管に圧排性狭窄を認めた。以上より自己免  
疫性膵炎と診断。胆道ステントを挿入せずプレドニン 30mg/日  
で開始。その後は肝胆道系酵素も速やかに低下し退院となった。現  
在再燃なく外来通院中である。比較的古い高齢女性に発症した  
症例であるため報告する。

### 39-3 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) との鑑別を 要した膵神経内分泌腫瘍の一例

石川照芳<sup>1</sup>、金森 明<sup>2</sup>、橋ノ口信一<sup>1</sup>、片岡 咲<sup>1</sup>、市川宏紀<sup>1</sup>、  
今吉由美<sup>1</sup>、丹羽文彦<sup>1</sup>、豊田秀徳<sup>2</sup>、多田俊史<sup>2</sup>、熊田 卓<sup>3</sup>  
（<sup>1</sup> 大垣市民病院 診療検査科 形態診断室、<sup>2</sup> 大垣市民病院 消化  
器内科、<sup>3</sup> 大垣女子短期大学 看護学科）

症例は 54 歳 女性。過多月経による高度貧血にて 20xx.4 月他院  
産婦人科受診。手術目的で当院産婦人科に紹介。術前スクリーニ  
ングの腹部超音波検査 (US) にて膵鉤部に 19 × 16mm の腫瘤

性病変を指摘され、同年 8 月消化器内科受診となった。US では  
B-mode 像で膵鉤部に境界明瞭で内部に小石灰化を伴う辺縁平滑  
な低エコー腫瘤を認めた。造影超音波では血管相にてほぼ均一に  
染色され 2 分ほど持続した。超音波内視鏡では辺縁平滑で境界明  
瞭な腫瘤を認め、内部は密度が小さくやや粗雑で中心に石灰化を  
認めた。Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) や膵神経内分泌  
腫瘍 (P-NEN) が疑われ、腹腔鏡下膵頭部十二指腸切除術が施行  
された。病理組織所見では P-NEN (G2) と診断された。SPN と  
の鑑別を要した症例を経験したので若干の考察を含め報告する。

### 39-4 MCN との鑑別が困難であった膵 NEN の 2 例

山田健太<sup>1</sup>、廣岡芳樹<sup>2</sup>、川嶋啓揮<sup>1</sup>、葛谷貞二<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、  
石川卓哉<sup>1</sup>、小屋敏也<sup>1</sup>、田中浩敬<sup>1</sup>、山本健太<sup>1</sup>、酒井大輔<sup>1</sup>  
（<sup>1</sup> 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、<sup>2</sup> 名古屋大学  
医学部附属病院 光学診療部）

膵 neuroendocrine neoplasm (P-NEN) の嚢胞変性はしばしば経験  
する。画像所見上 mucinous cystic neoplasm (MCN) との鑑別診断  
が困難だった 2 症例を経験したので報告する。

症例 1: 40 歳代女性。膵嚢胞性病変精査目的で紹介。EUS 所見上、  
15mm 大の嚢胞性病変を認め、cyst in cyst 様の構造を伴い膵管と  
の交通は認めなかった。不均一に肥厚した嚢胞壁はソナゾイドに  
よる造影で不均一な造影効果を認めた。

症例 2: 60 歳代女性。膵嚢胞性病変精査目的で紹介。腹部造影  
CT では膵尾部に 23mm 大の嚢胞性病変を認め辺縁に石灰化を伴  
い壁の造影効果を認めた。EUS 所見上、壁の辺縁に不均一な造影  
効果を伴い内部に造影効果不良な充実成分 (粘液塊と判断) を伴  
う嚢胞性病変として描出され、膵管との交通は認めなかった。

2 例とも MCN の診断で手術を行い、病理学的に Neuroendocrine  
neoplasm の診断だった。造影効果に乏しい嚢胞壁を有する膵嚢胞  
性病変の鑑別に P-NEN を挙げる必要がある。

### 39-5 膵内副脾に発生した epithelial cyst の 1 例

植月康太<sup>1</sup>、廣岡芳樹<sup>2</sup>、川嶋啓揮<sup>1</sup>、葛谷貞二<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、  
石川卓哉<sup>1</sup>、小屋敏也<sup>1</sup>、田中浩敬<sup>1</sup>、山本健太<sup>1</sup>、酒井大輔<sup>1</sup>  
（<sup>1</sup> 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、<sup>2</sup> 名古屋大学  
附属病院 光学医療診療部）

症例は 40 歳代女性。腹痛を主訴に撮影した CT 検査にて膵尾部嚢  
胞性病変を認め紹介受診。腹部 CT 検査で、石灰化を伴う長径 23  
mm 大の分葉状多房性嚢胞を認めた。MRI 検査で、嚢胞内は T2 強  
調画像で高信号域と低信号域が混在し、T1 強調画像で一部に高  
信号域を認めた。超音波内視鏡検査 (EUS) で、膵尾部に長径 23  
mm 大、輪郭明瞭かつ整、類円形の腫瘤を認めた。内部に分葉状の  
嚢胞を有し、一部に石灰化を伴っていた。充実部分の輝度は不均  
一であった。画像より嚢胞変性を来した膵内副脾を疑ったが、他  
疾患の除外が困難であり、腹腔鏡下脾合併膵尾部切除術を施行。  
病理組織検査では、異型のない重層扁平上皮で裏打ちされた嚢胞  
を認め、嚢胞壁の周囲には脾臓に類似した組織が観察された。以  
上より膵内副脾に発生した epithelial cyst と診断した。本症は比  
較的稀な症例であり、臨床上診断困難な場合が多い。今回我々は  
膵内副脾に発生した epithelial cyst の 1 例を経験したので報告する。

## 【循環器（緊急系）】

座長：中野 雄介（愛知医科大学 循環器内科）

### 39-6 プライマリケアにおける超音波検査の有用性 ～極度の貧血の一例～

脇田嘉登、前川正人、中川紘明、宇佐美潤、泉 順子、  
稲本俊祐、伊吹恵里、濱野浩一  
(愛知医科大学 総合診療科)

【症例】37歳 男性

【主訴】労作時息切れ、両下肢浮腫

【現病歴】X年1月からの労作時の息切れ、両下肢の下腿浮腫(pitting edema)としびれ、食欲低下、心窩部痛、腹部膨満感を自覚。他院でHb 3.6g/dlを認め、消化管出血疑いで当院に紹介受診となった。

【経過】内視鏡検査を施行し、出血源は明らかでなく、心臓超音波検査では、肺高血圧症・右心負荷所見を認め、高拍出性心不全の病態であった。患者は数年前から白米・カップラーメンのみで、栄養障害による貧血とB1欠乏による脚気心によるものと診断した。

【考察】高心拍出性心不全は、断層心エコー図所見からは壁運動正常と読み取ってしまうこともあり、パルスドプラー法による心拍出量を測定することで、左室壁運動正常から過収縮状態であることが読み取れる。プライマリケアにおける超音波検査は非侵襲的で、簡便にできる手技であり、医療面接・身体所見と総合的に観察することで、迅速な診断に至ると考える。

### 39-7 バルサルバ洞破裂をエコーで診断し、救命しえた一例

青木敏二郎、加藤博己、友岡 健、三木裕介、金村則良、  
横井健一郎、山田崇史、三浦 学  
(JA 愛知厚生連 海南病院 循環器内科)

\* 発表者の意思により発表抄録は非開示とします

### 39-8 ICUにおけるintrarenal Doppler ultrasonographyが非心機能低下患者の輸液管理方針に有用と思われた1例

都築通孝<sup>1</sup>、大橋大器<sup>2</sup>、佐藤直和<sup>3</sup>、重本絵実<sup>3</sup>、吉岡知輝<sup>3</sup>、  
倉田久嗣<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 救急科、<sup>2</sup>JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 循環器内科、<sup>3</sup>JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 腎臓内科)

【背景】急性期におけるintrarenal Doppler ultrasonography (IRD)の有用性はまだ確立されていない。

【症例】69歳男性、胆管癌・内視鏡的逆行性胆管膵管造影後膵炎にて降頭十二指腸切除及び右半結腸切除施行、癒着解除操作で長時間手術となり開腹にてICUに入室となった。既往歴特記すべきものなし。入室後はhypovolemiaで輸液・血液製剤大量投与、翌々日止血及び回腸切除を行った後開腹のまま帰室。心係数 3.0 L/min/m<sup>2</sup>、中心静脈圧 22 mm Hg (呼吸終末圧 4 cm H<sub>2</sub>O)で乏尿の状態、腎葉間静脈血流を評価したところbiphasic patternであった。利尿薬投与及び腹水による水分喪失にて中心静脈圧が低下し、入室4日に腎葉間静脈血流はcontinuous venous flow patternとなった。

【考察】非心機能低下例でも腎葉間静脈血流パターンが変化することが示された。

【結語】ICUの治療戦略を決める上で非心機能低下例にてもIRDは有用な情報をもたらす可能性が示唆された。

### 39-9 冠動脈 Spasm 時の左室収縮能低下をエコー中に観察できた異型狭心症の一例

本西加奈<sup>1</sup>、大竹悦子<sup>1</sup>、中村美子<sup>1</sup>、櫛田智仁<sup>1</sup>、大塚みわ<sup>1</sup>、  
井上陽介<sup>2</sup>

(<sup>1</sup> 公立陶生病院 臨床検査部、<sup>2</sup> 公立陶生病院 循環器内科)

【背景】異型狭心症は、冠動脈が一過性に狭窄して心筋虚血をきたす疾患である。心臓エコーの検査中に狭心症の症状と一致した一時的な左室収縮能低下を観察した症例を経験したので報告する。

【症例】40代女性。2018年2月、左肩と首から胸、左手に移動するしびれを頻回に感じるようになり当院を受診、心エコー検査を行った。開始時には、左室収縮機能は正常であったが、症状を訴えた直後に限局した収縮低下が中隔～心尖部に出現した。症状の消失とともに左室の収縮は正常化した。30分ほどの検査中に何度も症状を訴え収縮低下と改善を繰り返した。その後、冠動脈造影検査にて異型狭心症と診断された。異型狭心症は、症状がないときにはエコーで異常をとらえることが難しいが、今回偶然にも発作が多い日に心エコーを行ったため、発作時の左室収縮能の変化をリアルタイムに観察することができ早期の診断につながった。

### 39-10 ショックバイタルで来院し心エコーにて巨大な心室中隔孔を認めた1例

服部智貴<sup>1</sup>、吉田聡哉<sup>1</sup>、古澤健司<sup>3</sup>、長谷川和生<sup>1</sup>、加藤 互<sup>2</sup>、  
七里 守<sup>1</sup>、吉田幸彦<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>名古屋第二赤十字病院 循環器内科、<sup>2</sup>名古屋第二赤十字病院 心臓血管外科、<sup>3</sup>名古屋大学附属病院 循環器内科)

83歳女性。来院1週間前から倦怠感を訴えており、来院当日トイレで倒れているところを救急搬送。来院時血圧 53/35mmHgのショックバイタル。下壁誘導のST上昇と肺うっ血があり、経胸壁心エコーでは著明な左右シャントを伴う下壁基部の中隔壁欠損孔を認めた。カテコラミン投与と大動脈内バルーンパンピング法にて血行動態を維持しつつ、緊急冠動脈造影検査を施行すると右冠動脈の閉塞と左前下行枝の90%狭窄の状態であった。心筋梗塞後亜急性期に伴う心室中隔穿孔と判断した。その後平均血圧 60mmHg未満、乏尿の状態であり12時間後に中隔穿孔閉鎖術および冠動脈バイパス術を施行した。術後の経胸壁心エコーではシャントの消失および右室機能の改善を確認。経過は順調で39PODにリハビリ転院に至った。経胸壁心エコーで巨大な心室中隔穿孔を確認でき、手術を含めた治療介入にて急性期を乗り越えることができた1例を経験した。文献的考察を加え発表とする。

### 39-11 運動負荷試験で誘発された収縮期駆出性雑音が診断の端緒になった僧帽弁副組織の中年男性の1例

井上幸子<sup>1</sup>、江平寿也<sup>1</sup>、吉野瑞生<sup>1</sup>、安藤大河<sup>1</sup>、井内和幸<sup>2</sup>、  
村田 明<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>かみいち総合病院 臨床検査科、<sup>2</sup>かみいち総合病院 内科、  
<sup>3</sup>富山県立中央病院 心臓血管外科)

労作時胸痛で来院した50歳代男性。心エコー検査で左室流出路方向の連続波ドプラーでは軽度の圧較差を認め、トレッドミル試験で、ST低下と2峰性の収縮期雑音を聴取した為、引き続き再度、心エコー検査を施行したところ左室流出路にあらたに収縮後期にもピークを示す速い血流シグナルと、僧帽弁前尖付近に付着し、

収縮期に左室流出路に突出し、等容性拡張期には正常僧帽弁下に入り、一部は左室流出路に残る異常構造物を認めた。僧帽弁副組織が乳頭状繊維腫が疑われ精査、治療のため他院へ紹介となった。術前の DOB 負荷心エコー検査では左室流出路の圧較差増大と僧帽弁逆流が出現した。手術にて複数の後乳頭筋へ続く肥大した腱索を認め僧帽弁副組織と診断し、切除した。弁帆には異常なかった。僧帽弁副組織は稀な疾患で、先天性と考えられているが、本例は圧負荷により副組織が肥大し、加齢とともに左室流出路狭窄を来したものと考えた。

#### 【循環器（血栓・その他）】

座長：窪田 龍二（豊田厚生病院 循環器内科）

#### 39-12 抗凝固療法中止により生じ、再開で合併症なく縮小した左房内巨大血栓の一例

水野日香<sup>1</sup>、上田清乃<sup>2</sup>、二村美早紀<sup>1</sup>、園田明子<sup>1</sup>、奥村 聡<sup>2</sup>、加藤靖周<sup>2</sup>、藤原稚也<sup>2</sup>、林 睦晴<sup>2</sup>、岩瀬正嗣<sup>3</sup>、井澤英夫<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup> 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 臨床検査部、<sup>2</sup> 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 循環器内科、<sup>3</sup> 藤田保健衛生大学病院 循環器内科)

\* 発表者の意思により発表抄録は非開示とします

#### 39-13 心房内巨大血栓を認めた肺癌術後の一例

田邊すばる、鈴木麻友、渡部篤史、中野雄介、安藤博彦、早稲田勝久、鈴木靖司、加藤 勲、高島浩明、天野哲也  
(愛知医科大学病院 循環器内科)

症例は75歳男性。肺扁平上皮癌のため胸腔鏡下左肺上葉切除術、リンパ節郭清を施行した。術後1年後のCT上左房内に占拠性病変を認め、当科を紹介受診した。経食道心エコーにて肺静脈から突出する心房中隔とは接しない、ドプラーでは血流を伴わない約50mm大の充実性病変を認めた。造影CTでは左房内のほか右房、肺動脈結紮部位に壁化する低吸収域を認めた。画像所見や過去術式も含め、これらの病変は血栓と考えられ、また抗凝固療法施行中ながら巨大な血栓像を呈したため外科的に摘出した。

病変はいずれも血栓であり、左房内、右房壁内、肺動脈壁内血栓除去術およびMaze術施行し、術後経過は良好で退院となった。肺癌術後に左房内血栓を認める報告があるが、巨大血栓はまれである。我々は興味深い心エコー所見を経験したため、若干の文献的考察を加え提示する。

#### 39-14 卵円孔に嵌頓した15cm長の血栓に対して緊急手術を施行した肺血栓塞栓症の一例

星野直樹<sup>1</sup>、山田 晶<sup>1</sup>、長坂 遼<sup>1</sup>、野村佳広<sup>1</sup>、櫻井祐輔<sup>2</sup>、石川 寛<sup>2</sup>、高木 靖<sup>2</sup>、尾崎行男<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup> 藤田保健衛生大学病院 循環器内科、<sup>2</sup> 藤田保健衛生大学病院 心臓血管外科)

44歳男性、呼吸困難を主訴に救急外来へ来院された。造影CTにて急性肺血栓塞栓症と診断し緊急入院となった。翌日に再度施行した経胸壁心エコーにて心房中隔を介して右房と左房にまたがる15cm長のひも状血栓を認め、致命的動脈塞栓症のリスクから同日緊急手術の方針となった。術後経過は良好であり、後にアンチトロンビン欠乏症が背景に存在することが判明したためワーファリンを継続の上で独歩退院となった。卵円孔開存は本邦では人口の20%程度にみられるとされており近年は脳卒中領域でも重要視されている。また肺血栓塞栓症に伴う右心系圧負荷に伴って卵円

孔に血栓が嵌頓する症例報告も多数あり、文献的考察を交えて報告する。

#### 39-16 多彩な症状と左室壁肥厚で診断し得た心アミロイドーシスの一例

久野晋平<sup>1</sup>、古澤健司<sup>2</sup>、廣瀬未来<sup>1</sup>、林 拓海<sup>1</sup>、吉田聡哉<sup>1</sup>、竹中真規<sup>1</sup>、長谷川和生<sup>3</sup>、吉田幸彦<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 名古屋第二赤十字病院 循環器内科、<sup>2</sup> 名古屋大学大学院 医学系研究科 循環器内科学、<sup>3</sup> 長谷川内科 循環器内科)

\* 発表者の意思により発表抄録は非開示とします

#### 【循環器（心内膜炎）】

座長：鈴木 博彦（名古屋第二赤十字病院 循環器内科）

#### 39-17 SLE経過中に発症したLibman-sacks心内膜炎の一例

渡部篤史<sup>1</sup>、可知亜沙子<sup>2</sup>、鈴木麻友<sup>1</sup>、若林宏和<sup>1</sup>、向井健太郎<sup>1</sup>、中野雄介<sup>1</sup>、天野哲也<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 愛知医科大学病院 循環器内科、<sup>2</sup> 愛知医科大学病院 腎膠原病内科)

\* 発表者の意思により発表抄録は非開示とします

#### 39-18 経胸壁、経食道心エコーで描出し得た成人動脈管開存症に合併した感染性心内膜炎の1例

大井拓馬<sup>1</sup>、渡邊直樹<sup>1</sup>、森島逸郎<sup>1</sup>、森田康弘<sup>1</sup>、高木健督<sup>1</sup>、横山幸房<sup>2</sup>、横手 淳<sup>2</sup>、長谷川広樹<sup>2</sup>、坪井英之<sup>1</sup>

(<sup>1</sup> 大垣市民病院 循環器内科、<sup>2</sup> 大垣市民病院 心臓血管外科)

症例は58歳男性。2014年から成人動脈管開存症に伴う心不全の増悪で入院を繰り返していた。2018年4月に発熱、呼吸苦出現し、血液培養からStreptococcus oralisが検出され入院加療となった。既往からも感染性心内膜炎が疑われたが、入院2日後の経胸壁心エコーでは明らかなvegetationは認めなかった。2週間の抗菌薬治療の後、解熱したため一時退院となった。退院3日後、再度発熱、呼吸苦出現し、心不全の診断で入院となった。経胸壁心エコーにて新規の大動脈弁閉鎖不全症と動脈管の肺動脈側にvegetationを疑う所見を認めた。経食道心エコーを施行したところ、大動脈弁左冠尖に7mm大、肺動脈側に10mm大と8mm大のvegetationを認めた。感染性心内膜炎に伴う急性心不全の診断で、大動脈弁置換術、動脈管閉鎖術を施行した。経胸壁、経食道心エコーのいずれでもvegetationを認め、治療方針決定に大きく寄与した感染性心内膜炎の1例を経験したため報告する。

#### 39-19 臨床経過と経胸壁心エコーにおいて感染性心内膜炎を強く疑ったが、正診できなかった1症例

加藤大貴<sup>1</sup>、竹下昌宏<sup>1</sup>、福田元敬<sup>1</sup>、肥後早也香<sup>2</sup>、天野哲也<sup>2</sup>、松山克彦<sup>3</sup>

(<sup>1</sup> 多治見市民病院 循環器内科、<sup>2</sup> 愛知医科大学 循環器内科、<sup>3</sup> 愛知医科大学 心臓外科)

症例は75歳女性、既往歴に高血圧症、変形性膝関節症。現病歴、3ヶ月前に抜糸治療したが抗生剤内服せず。受診10日前より微熱、倦怠感を認め当院来院した。心尖部を最重点とするLevine 4度収縮期雑音を聴取した。胸部レントゲンにて肺うっ血認め、心不全合併していた。心エコーにて僧帽弁に疣贅を疑う所見を得た。頭部MRIにおいて脳塞栓所見を認めず。臨床経過より感染性心内膜炎を強く疑い、3次施設へ転院搬送とした。しかし、転院先での経食道心エコーや血液所見などの経過において、疣贅を見られた所見は腱索断裂による僧帽弁逸脱症と診断され、予定手術によ

る対応となった。今回、初期対応にて正診する事ができず辛酸を舐める結果となる1症例を経験した。今後に生かすため考察を加え提示する。

### 39-20 心室中隔欠損症に感染性心内膜炎が合併した一例

向井 萌、汐見雄一郎、福岡良友、森下哲司、長谷川奏恵、  
石田健太郎、鮎野健一、宮崎晋介、宇隨弘泰、茅田 浩  
(福井大学医学部附属病院 循環器内科)

症例は67歳男性。2015年糖尿病加療中にスクリーニングで行われた心エコーで心室中隔欠損症(VSD)を指摘され経過観察となっていた。2017年感冒を契機に呼吸困難が出現した。前医受診し心不全で入院となった。心エコーではQp/Qs3.44と増悪を認めため、心不全管理ならびにVSD閉鎖を目的に当院へ転院となった。心エコーではkirklín II型のVSD(欠損孔サイズ6.4mm)と考えられた。明らかな贅贅は認めないものの、肺動脈弁の肥厚を認めたことから同部位の感染巣が原因と考えられる敗血症性肺塞栓症を認めた。血液培養陰性化確認後まで抗生剤の投与を行い、VSDへのパッチ閉鎖と肺動脈弁の置換術を目的に心臓血管外科転科となった。術中所見はkirklín I+II型の大きな穴であり、大動脈弁逆流症も合併していた。VSD閉鎖に加え大動脈/肺動脈弁の置換術を行い、退院となった。術前のエコー所見、術中所見も交えながら若干の考察を付け加えてここに報告する。

#### 【循環器(検討・新法)】

座長: 渡邊 直樹(大垣市民病院 循環器内科)

### 39-21 高齢のPDA症例に対しカテーテル閉鎖術前後で心エコーを実施できた1例

竹下昌宏<sup>1</sup>、加藤大貴<sup>1</sup>、福田元敬<sup>1</sup>、天野哲也<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>多治見市民病院 循環器内科、<sup>2</sup>愛知医科大学病院 循環器内科)  
症例は80歳代の女性。X-8年にPDAと診断されたものの手術適応なしと判断され、以後近医にて内服フォローとなっていた。X-1年に心不全増悪疑いで循環器内科へコンサルト。その際に行った心エコーで肺動脈から右室流出路へ向かう連続性の血流を認め、PDAと診断。流速は4.22m/sec、肺高血圧も疑う所見であった。手術療法を勧めたが、積極的には希望されず内服継続でフォローとなった。X年再度心エコーを行ったところPDAの流速は4.70m/sec、肺高血圧の悪化が疑われた。ADLや認知機能も良好であったことから、再度手術について説明し他院でのカテーテル閉鎖術を行うこととなった。術後2ヶ月での心エコーを含め症例提示を行う。

### 39-22 奇異性塞栓症を発症した卵円孔開存に対するカテーテル閉鎖の経験

古澤健司<sup>1,2,3</sup>、七里 守<sup>3</sup>、長谷川和生<sup>3</sup>、奥村貴裕<sup>2</sup>、  
室原豊明<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院 検査部、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 循環器内科学、<sup>3</sup>名古屋第二赤十字病院 循環器内科)  
症例1) 59歳男性。2度の脳梗塞既往歴あり。心房中隔瘤をとまう卵円孔開存(PFO)をみとめた。マイクロバブルテスト陽性でPFOによる奇異性塞栓症の診断となり、経皮閉鎖術を施行した。Sizing Balloonにて間隙は10-11mmであった。25mmのAMPLATZER Cribriform Occluderにて問題なく閉鎖した。  
症例2) 65歳女性。既往に、関節リウマチ、多発性脳梗塞症あり。LRシャントをカラードプラでみとめる心房中隔瘤をとま

うPFOあり。マイクロバブルテスト陽性であり、奇異性塞栓症の診断となった。PFOに対する経皮閉鎖術を施行した。Sizing Balloonにて間隙は13-15mmであった。当初25mmのCribriformを選択したが、右房ディスクが大動脈縁に到達せず、そのまま押しすとdeviceが左房側へ脱落した。30mmへsize upし、押し引きしてもdeviceの脱落はなく、中隔への留置固定は良好であった。心エコーガイドで行うPFOに対するカテーテル治療を経験したので報告する。

### 39-23 GLSの検者間誤差の検討

須佐知子<sup>1</sup>、丹羽文彦<sup>1</sup>、後藤繁優<sup>1</sup>、橋ノ口由美子<sup>1</sup>、  
澤 幸子<sup>1</sup>、藤原真喜<sup>1</sup>、堀 貴好<sup>1</sup>、北洞久美子<sup>1</sup>、森田康弘<sup>2</sup>、  
坪井英之<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>大垣市民病院 医療技術部診療検査科、<sup>2</sup>大垣市民病院 循環器内科)

【背景・目的】近年GLS(global longitudinal strain)の有用性が注目されている。当院での臨床導入にあたり、GLSの再現性について検討した。

【方法】健常ボランティア13名(36±10歳)を対象に、SIEMENS社製ACUSON SC2000を用い、経験年数の異なる技師4名が連続してLVEF(Teichholz法)とGLSを計測した。本装置を日常的に使用している技師を基準に、相対誤差とBland-Altman分析を用いて評価した。

【結果】GLSの検者内誤差は4名とも同程度であった(平均5.2%)。LVEFの検者間誤差は平均4.2%で、Bland-Altman分析では1名において一致限界を超えた。GLSの検者間誤差は平均8.1%で、Bland-Altman分析では3名とも一致限界内であった。

【考察】GLSの再現性は良好であったが、解析時の手技の統一が必要と考えられる。

### 39-24 心尖部四腔像の左房横径は左房容積を反映する指標である

菊池祥平<sup>1</sup>、下山田佳代<sup>2</sup>、堀口恭子<sup>2</sup>、若見和明<sup>1</sup>、田中靖人<sup>2</sup>、  
大手信之<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院医学研究科 心臓・腎高血圧内科学、  
<sup>2</sup>名古屋市立大学病院 中央臨床検査部)

【背景】左房容積は心エコー図検査においてArea-Length法/Modified Simpson法での計測が推奨されているが、やや煩雑である。そこで今回我々は、左房径を用いて左房容積を評価する精度を検討した。

【方法】心機能評価を目的に心エコー図検査を行った68症例を対象とした。傍胸骨長軸像の左房前後径(LAD-LAX)、心尖部四腔像の左房径(横径:LAD-4S、縦径:LAD-4L)と、Modified Simpson法による左房容積(LAV)を計測した。

【結果】左房径と左房容積の間にはそれぞれ有意な正の相関関係を認めた:LAD-LAX;r=0.63、p<0.0001、LAD-4ch-short;r=0.86、p<0.0001、LAD-4ch-long;r=0.71、p<0.0001。左房拡大を判別するカットオフ値をROC曲線にて評価したところ、LAD-LAX=37.8mm(AUC=0.72)、LAD-4ch-short=39.1mm(AUC=0.87)、LAD-4ch-long=54.4mm(AUC=0.79)であった。

【結論】心尖部四腔像の左房横径>39.1mmは、左房拡大を反映する最も有用な指標である。

### 39-25 心筋梗塞後患者の左房容積と心肺機能の相関について

三宅裕史<sup>1,2</sup>、余語保則<sup>2</sup>、岩瀬三紀<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>トヨタ記念病院 循環器科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 臨床検査科)

【背景】急性心筋梗塞後の左房リモデリングは心血管イベントの重要な予測因子である。

【目的】心臓リハビリを受けた患者の左房容積の変化と心肺機能の相関を検討する。

【方法】2016年1月から1年間に、急性心筋梗塞のために当院で入院し、外来通院心臓リハビリを受けた者を対象として観察研究を行った。CPXを心臓リハビリの初期及び終了時に行い、入院中と6-12ヶ月後の心エコーデータを比較検討した。

【結果】対象は20人。AT, Peak VO<sub>2</sub>/W, peakVO<sub>2</sub>/HRは統計学的に有意に改善した。心エコーではLVEFに有意な増加を認めなかったものの、LAD, LAVIに有意な変化を認めなかった。左房容積の変化とCPXの各パラメーターとの間に有意な相関を認めなかった。

【結論】外来通院心臓リハビリテーションは心肺機能及び左室駆出率を改善したが、左房容積とCPXの各パラメーターの間には明確な相関を認めなかった。

【循環器(腫瘍)】

座長：中島 義仁(公立陶生病院 循環器内科)

### 39-26 心膜由来滑膜肉腫の一例

森崎英典<sup>1</sup>、竹中真規<sup>1</sup>、久野晋平<sup>1</sup>、吉田聡哉<sup>1</sup>、七里 守<sup>1</sup>、吉田幸彦<sup>1</sup>、古澤健司<sup>2</sup>、長谷川和生<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>名古屋第二赤十字病院 循環器内科、<sup>2</sup>名古屋大学 病態生理学講座 循環器内科、<sup>3</sup>長谷川内科 循環器内科)

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします

### 39-27 胸痛で来院し経胸壁心エコーで肺動脈内腫瘍を認めた1例

吉田聡哉<sup>1</sup>、古澤健司<sup>3</sup>、宮澤宏幸<sup>1</sup>、加藤 互<sup>2</sup>、七里 守<sup>1</sup>、長谷川和生<sup>4</sup>、吉田幸彦<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>名古屋第二赤十字病院 循環器内科、<sup>2</sup>名古屋第二赤十字病院 心臓血管外科、<sup>3</sup>名古屋大学附属病院 循環器内科、<sup>4</sup>長谷川内科)

72歳女性。来院2ヶ月前から労作時呼吸困難感が出現し、その後胸痛も出現したため外来受診。両側胸水とBNP高値を認め、その5日後に胸部絞扼感が持続したため救急搬送。バイタルは安定していたが、D-ダイマーの上昇と経胸壁心エコーで著明な三尖弁逆流および下大静脈の拡張を認めた。また肺動脈には血流シグナルを伴わない腫瘍像を描出した。当初肺塞栓症を疑い抗凝固療法を開始するも、病態は改善しなかった。造影MRIでは腫瘍内に不均一な造影効果があり、FDG-PETでは腫瘍に一致して集積亢進を認めた。肺塞栓症よりも腫瘍の可能性が高く、肺動脈切除術および生体弁付き人工血管置換術を施行。病理にて肺動脈肉腫と診断した。腫瘍は完全摘出に成功し、その後陽子線治療を施し、現在に至るまで再発は認めていない。経胸壁心エコーで直接腫瘍像を確認でき、手術を含めた治療介入にて肺動脈肉腫の診断に至った1例を経験した。文献的考察を加え発表とする。

### 39-28 偶然発見されたPapillary fibroelastomaの一例

田嶋与夢<sup>1</sup>、内藤千裕<sup>1</sup>、中野雄介<sup>1</sup>、安藤博彦<sup>1</sup>、高島浩明<sup>1</sup>、早稲田勝久<sup>1</sup>、岡田正穂<sup>2</sup>、綿貫博隆<sup>2</sup>、松山克彦<sup>2</sup>、天野哲也<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>愛知医科大学 循環器内科、<sup>2</sup>愛知医科大学 心臓外科)

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします

### 39-29 左房粘液腫と大動脈弁乳頭状線維弾性腫を同時に検出した一例

村山博紀、高岸 智、新村真弓、大嶋慎也、中原叔恵、畔柳結衣、余語保則

(トヨタ記念病院 臨床検査科)

【はじめに】心臓原発性良性腫瘍の中で粘液腫は最も頻度が高く、乳頭状線維弾性腫は二番目に多いとされている。今回我々は、心臓超音波検査にて左房粘液腫と大動脈弁乳頭状線維弾性腫を同時に検出した一例を経験したので報告する。

【症例】67才女性。慢性肺炎加療中に単純CT検査にて左房内腫瘍を疑う所見を認めたため心臓超音波検査を施行したところ、左房中隔側に茎を持つ41mm×22mm大の可動性を伴い、拡張期に僧帽弁への嵌入を伴う左房粘液腫を疑わせる腫瘍を認めた。また、同時に大動脈弁無冠尖に付着する5mm大の有茎性腫瘍を認め、乳頭状線維弾性腫やランブル疣贅が疑われた。その後、腫瘍摘除術が施行され病理検査にて左房粘液腫と大動脈弁乳頭状線維弾性腫と確定診断された。

【考察】画像技術の進歩により心臓腫瘍の検出率は向上しているが、二つの異なる心臓腫瘍を同時に検出することは極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

### 39-30 動悸を主訴に発見された左室内血管腫の一例

山田裕香<sup>1</sup>、岩瀬正嗣<sup>2</sup>、榎原律子<sup>1</sup>、船戸優佑<sup>3</sup>、服部晃左<sup>3</sup>、杉浦厚司<sup>3</sup>、大島英揮<sup>4</sup>、碓水章彦<sup>4</sup>

(<sup>1</sup>碧南市民病院 中央検査室、<sup>2</sup>藤田保健衛生大学 循環器内科、<sup>3</sup>碧南市民病院 循環器内科、<sup>4</sup>名古屋大学 心臓外科)

症例は39歳女性。2016年3月湿疹にてステロイドを使用後から動悸と苦しさを感じ。期外収縮を疑って精査となった。ホルター心電図では、症状に一致した心室性期外収縮を認めた。経胸壁心エコー検査では、乳頭筋(起始部)付近側壁寄りに表面が比較的平滑な球状の腫瘍を認めた。腫瘍は16~19mm大でエコー性状は周囲の心筋とはほぼ同様、心筋に密着しているが心筋とは独立して存在している印象であった。原発性悪性腫瘍の可能性も考えられたので、PET-CT(他院)造影CT(心電同期)、MRIを施行。PET-CTでは左室に腫瘍を指摘できず。造影CTでは血流豊富な左室発生腫瘍であり血管腫、横紋筋腫、繊維腫、繊維性腫瘍が疑われた。造影MRIにて内部信号がT1low、T2highを示した事より上記疾患の中では血管腫が一番疑われた。他院心臓外科医と相談し他院にて外科的に切除された。病理の結果血管腫であった。稀な疾患である心臓血管腫を経験したのでここに報告する。

### 39-31 びまん性大細胞性B細胞リンパ腫の経過を心エコーにてとらえることができた1例

江口 歩<sup>1</sup>、淡路喜史<sup>1</sup>、加藤俊昭<sup>1</sup>、谷村大輔<sup>1</sup>、吉田幸彦<sup>2</sup>、七里 守<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>名古屋掖済会病院 循環器内科、<sup>2</sup>名古屋第二赤十字病院 循環器内科)

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします

## 【産婦人科】

座長：松下 宏（愛知医科大学 産科・婦人科）

### 39-32 巨大侵入奇胎の1例

柴田崇宏<sup>1</sup>、上野琢史<sup>1</sup>、竹田健彦<sup>1</sup>、宇野 枢<sup>1</sup>、田野 翔<sup>1</sup>、  
鶴飼真由<sup>1</sup>、鈴木徹平<sup>1</sup>、岸上靖幸<sup>1</sup>、小口秀紀<sup>1</sup>、岩瀬三紀<sup>2</sup>

（<sup>1</sup>トヨタ記念病院 産婦人科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 循環器科）

【緒言】心不全を合併した巨大侵入奇胎の1例を経験したので報告する。

【症例】50歳、5妊1産。子宮底は臍下1横指に及び、血清hCG 1,171,650 mIU/mLと高値で、超音波断層法にて子宮内に多数の嚢胞状構造を認めた。嚢胞状奇胎の診断で嚢胞状奇胎除去術を予定したが術直前に心不全を生じたため、利尿薬と降圧薬で治療し、全身麻酔下に嚢胞状奇胎除去術、1週後に再掻爬術を行った。術後、化学療法を継続したが891 mIU/mLまで低下したhCGが985 mIU/mLに再上昇した。経腔超音波断層法にて子宮筋層からの血流を伴う占拠性病変が描出され、子宮全摘出術を施行した。病理組織診断は侵入嚢胞状奇胎で、術後速やかにhCGは低下し、現在、外来化学療法を継続中である。

【考察】巨大侵入奇胎の1例を経験した。嚢胞状奇胎の診断や嚢胞状奇胎除去術後の経過観察と治療方針の決定において超音波断層法は有用であった。

### 39-33 腹膜播種の経腔超音波ガイド下針生検が診断に有用であった1例

森尾明浩、上野琢史、竹田健彦、宇野 枢、田野 翔、  
鶴飼真由、鈴木徹平、岸上靖幸、小口秀紀

（トヨタ記念病院 産婦人科）

【緒言】腹膜播種病変に対する経腔超音波ガイド下針生検が診断に有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】46歳。腹部膨満感を主訴に当科を受診した。経腔超音波断層法では明らかな卵巣腫大はなかったが、大量の腹水貯留、ダグラス窩腹膜に結節を認め、カラードプラ法で豊富な血流が確認された。CTで大量の腹水と腹膜播種を疑う多数の結節を認めたが卵巣腫大はなかった。PET/CTで播種を疑う結節にFDGの異常集積を認めた。腹膜癌や卵管癌を疑い経腔超音波ガイド下に針生検を施行し診断に至った。

【考察】卵巣癌、卵管癌、腹膜癌では確定診断のため試験開腹手術および腹腔鏡下手術が行われるが、進行症例では全身状態が不良で周術期管理が困難な場合があり、また手術侵襲によるその後の治療開始の遅れも懸念される。経腔超音波ガイド下針生検は簡便で安全な組織採取法であり、診断後の早期治療開始に寄与すると考えられた。

### 39-34 超音波断層法が診断に寄与した腹膜偽粘液腫の1例

上野琢史<sup>1</sup>、森尾明浩<sup>1</sup>、竹田健彦<sup>1</sup>、宇野 枢<sup>1</sup>、田野 翔<sup>1</sup>、  
鶴飼真由<sup>1</sup>、鈴木徹平<sup>1</sup>、岸上靖幸<sup>1</sup>、小口秀紀<sup>1</sup>、岩瀬三紀<sup>2</sup>

（<sup>1</sup>トヨタ記念病院 産婦人科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 循環器科）

【緒言】超音波断層法の所見から悪性腫瘍を疑い、診断に至った腹膜偽粘液腫の1例を経験したので報告する。

【症例】54歳、3妊3産。4ヶ月前からの腹部膨満感を主訴に前医を受診し、卵巣腫瘍疑いにて当院紹介初診となった。MRIで骨盤内に長径17cmの腫瘍を認め、明らかな充実部分はなく、PET/CTでも腫瘍へのFDGの集積は軽度で悪性所見には乏しかった。

しかし、経腔超音波断層法では腫瘍の内部は血流豊富な隔壁により多層構造を呈し、悪性卵巣腫瘍を強く疑い、開腹術を施行した。腹腔内には腫瘍で占拠され、淡黄色ゼリー状の腹水を認めた。腫瘍は回盲部と癒着した右卵巣腫瘍であった。子宮全摘出術、両側付属器摘出術および回盲部切除術を施行した。病理組織診断は虫垂原発の粘液腺癌であり、腹膜偽粘液腫と診断した。

【考察】他の画像検査では捉えにくい卵巣腫瘍の悪性所見の描出に超音波断層法は有用であった。

### 39-35 成熟奇形腫の悪性転化の診断に超音波断層法が有用であった1例

稲村達生、上野琢史、竹田健彦、宇野 枢、田野 翔、  
鶴飼真由、鈴木徹平、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

（トヨタ記念病院 産婦人科）

【緒言】成熟奇形腫の悪性転化の1例を経験したので報告する。

【症例】74歳、3妊3産。1ヶ月前より腹部膨満感を主訴に前医を受診し、卵巣腫瘍の疑いで当院へ紹介となった。腹部診察では臍下2横指に達する弾性硬の腫瘤を認めたが圧痛はなかった。MRIでは、12.1 × 11.8 cm大の二房性腫瘍で、大部分が脂肪成分と水成分で構成され、わずかに充実成分が存在した。超音波断層法で、3.0 × 2.2 cmの充実成分と、その部分に一致した血流を確認した。PET/CTでは腫瘍の充実部分に一致してFDGの異常集積を認めた。血清SCCは5.7 ng/mLであった。成熟奇形腫の悪性転化と診断し、子宮全摘出術、両側付属器摘出術、大網切除術を施行した。病理診断は成熟奇形腫の悪性転化であり、臨床進行期はIAであった。現在再発徴候なく、外来経過観察中である。

【考察】成熟奇形腫の悪性転化の診断において超音波断層法は有用であった。

### 39-36 巨大子宮動静脈奇形の1例

磯谷肇男<sup>1</sup>、上野琢史<sup>1</sup>、竹田健彦<sup>1</sup>、宇野 枢<sup>1</sup>、田野 翔<sup>1</sup>、  
鶴飼真由<sup>1</sup>、鈴木徹平<sup>1</sup>、岸上靖幸<sup>1</sup>、小口秀紀<sup>1</sup>、岩瀬三紀<sup>2</sup>

（<sup>1</sup>トヨタ記念病院 産婦人科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 循環器科）

【緒言】骨盤内に広範囲な血流が認められた巨大子宮動静脈奇形の症例を経験したので報告する。

【症例】45歳女性、4妊2産。侵入嚢胞状奇胎で奇胎娩出術および化学療法施行歴と、2回の帝王切開歴あり。不正性器出血の持続を主訴に当院へ紹介された。初診時の経腔超音波断層法では子宮筋層から膀胱壁に管状低輝度エコー像が多発性に認められ、カラードプラ法でモザイク状の血流パターンを呈していた。子宮動静脈奇形の診断で偽閉経療法を開始し、1ヶ月後には止血したが、子宮筋層と膀胱壁の豊富な血流は改善しなかった。造影3D-CT angiographyでは、卵巣静脈と内腸骨静脈に及ぶ広範な骨盤内の血管怒張を認めた。二期的に子宮動脈塞栓術を施行後、偽閉経療法の継続により、出血の再発なく経過良好である。

【考察】子宮動静脈奇形の診断および経過観察に超音波断層法は有用であった。

### 39-37 羊膜穿破した一絨毛膜二羊膜性双胎

田中里美、柳原康穂、正岡 駿、伊藤早紀、小林 徹、  
松澤奈々、鶴野しほり、村瀬佳子、矢田昌太郎、田中利隆

（順天堂大学医学部附属静岡病院 産婦人科）

【緒言】一絨毛膜二羊膜性双胎（MD twin）の両児間の羊膜が自然穿破することはまれだが、いったん穿破すると一絨毛膜性一羊

膜性双胎 (MM twin) と同等の周産期死亡率であり、より厳重な管理が必要となる。

**【症例】** 34歳 未産婦、融解胚移植で妊娠成立し妊娠8週0日に当科紹介となった。超音波検査でMD twinと診断したが、妊娠15週時に両児間の羊膜が確認できず羊膜穿破と判断しMM twinとして管理することとした。両児間の臍帯附着部は接近しており妊娠17週時に両児間の臍帯相互巻絡を認めたが、その後は順調に経過した。妊娠27週より入院管理とし、妊娠34週3日に選択帝王切開術を施行し1児/2児:1710g/1676gの女児を出産した。臍帯附着部距離は2cmと近接しており臍帯相互巻絡を認めたが、胎盤表面に隔壁羊膜を確認できなかった。

**【結論】** MD twinと診断した後も妊娠経過中に自然羊膜穿破することがあるため、隔壁羊膜および臍帯相互巻絡を確認することが重要と思われる。

#### 【表在】

座長: 菊森 豊根 (名古屋大学医学部附属病院 乳腺・内分泌外科)

### 39-38 骨型ALP高値の精査中に頸部エコーで偶発的に甲状腺乳頭癌を診断した腫瘍性骨軟化症の1例

木村孝穂<sup>1,2</sup>、黒沢幸嗣<sup>2</sup>、岡田顕也<sup>2</sup>、丹羽加奈子<sup>2</sup>、生駒卓宏<sup>2</sup>、村上正巳<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>群馬大学大学院医学系研究科 臨床検査医学、<sup>2</sup>群馬大学医学部附属病院 検査部)

**【はじめに】** 骨型ALP高値の精査中に偶発的に甲状腺乳頭癌を診断した腫瘍性骨軟化症の1例を報告する。

**【症例】** 40代男性、健診でALP、 $\gamma$ -GTP高値を指摘されMRCP検査を実施したが異常を認めなかった。その10カ月後に低リン・高FGF23血症を伴う左距骨病的骨折を指摘され内分泌代謝疾患と腫瘍性骨軟化症の鑑別を行った。血中Caは基準範囲内、頸部エコーとFDG-PETで甲状腺左様に2cm×1cmの腫瘤を認め、細胞診で甲状腺乳頭癌と診断した。FDG-PETでは甲状腺に加え右肘に2cm×2cmの軟部腫瘤を認め腫瘍性骨軟化症の原因として肘の軟部腫瘍と甲状腺乳頭癌の鑑別を要した。静脈サンプリングでは右肘でFGF23濃度上昇を認めた。血中リンとFGF23濃度は甲状腺腫瘍摘出後に変化せず右肘の軟部腫瘍摘出後に正常化した。以上から右肘軟部腫瘍による腫瘍性骨軟化症に甲状腺乳頭癌の合併と診断した。

### 39-39 頸部雑音の原因を超音波検査でのみ指摘し得た一例

堀 貴好、安田英明、丹羽文彦、竹島賢治  
(大垣市民病院 診療検査科)

症例は60代の男性。既往は高血圧、陳旧性脳梗塞。X年3月より動悸と息苦しさを主訴に救急外来受診を繰り返していた。ホルター心電図、心臓超音波検査が施行されたが、特記すべき所見はなかった。11月に右頸部聴診により、雑音が指摘された。頸動脈超音波検査(以下、頸部US)で右頸動脈の膨隆部にモザイク血流が検出された。カラードプラ上は腔が2つあるように描出されるが、Bモードではintimal flapなど解離を疑う所見は認めなかった。頭頸部MRI検査、頭部血管造影検査を追加したが、いずれも同様に異常構造は同定されなかった。X+1年3月に再検した頸部USにおいても同様の所見が得られた。頸部USのカラードプラ上は、特発性内頸動脈解離も考えられる所見だが、他検査結果でも解離腔の描出は明らかでなく、非典型的である。現在まで臨

床所見は変わりなく、多種の画像検査により経過観察中であり診断には至っていない。

### 39-40 術前化学療法により興味ある超音波検査上の形状変化を示した乳癌の一例

水野智恵美<sup>1</sup>、中島悠樹<sup>2</sup>、立野紗由里<sup>1</sup>、折田 恵<sup>2</sup>、宮崎しのぶ<sup>1</sup>、田近洋介<sup>2</sup>、坂本 勉<sup>1</sup>、清水哲朗<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>富山県済生会富山病院 臨床検査科、<sup>2</sup>富山県済生会富山病院 病理診断科、<sup>3</sup>富山県済生会富山病院 外科)

症例は59歳女性、左乳房に腫瘤を自覚し当院外科を受診。マンモグラフィでは、左乳房M・O領域に多発性の高濃度腫瘤を認めた。超音波検査では、左乳房A領域、AC境界領域およびC領域に22mm以下の境界不明瞭、不整形な低エコー腫瘤を4つ認めた。内部不均一、後方不変~やや増強、境界部高エコー像(halo)あり、いずれの腫瘤にも高エコースポットを認めた。腫瘤の連続性は確認出来なかった。左腋窩にはリンパ節腫大を認めた。1つの腫瘤に針生検を施行し、浸潤性乳管癌(充実腺管癌)、ER(3+)、HER2(3+)であった。術前化学療法後の超音波検査では、左乳房AC境界領域に23mmの楕円形の低エコー単一腫瘤のみで、リンパ節の縮小を認めた。手術後の病理組織診断は浸潤性乳管癌(充実腺管癌)、ER(1+)、PgR(-)、HER2(3+)、ki-67:80%<であり、リンパ節転移を認めた。超音波検査で同側に4つの腫瘤像を認め、術前化学療法後に単一腫瘤となった乳癌を経験したので報告する。

### 39-41 全自動乳房超音波装置(ABUS)画像の乳腺手術への応用

小林早苗<sup>1</sup>、安富千鶴<sup>1</sup>、奥村莉帆<sup>1</sup>、安部まこと<sup>2</sup>、山田哲也<sup>3</sup>  
(<sup>1</sup>多治見市民病放射線技術部、<sup>2</sup>多治見市民病院乳腺外科、<sup>3</sup>木沢記念病院病理診断科)

**【はじめに】** 最近、任意型乳がん検診へ全自動乳房超音波装置(ABUS)が導入されるようになってきている。当院でも、2018年7月2日から、ABUSが導入され、任意型乳がん超音波検診が始まった。

**【目的】** ABUSを用いた乳がん超音波検査の冠状断画像が乳癌術前患者の術前マーキングとして利用可能であるか検討する。

#### 【方法】

- ① ABUSを使用して、乳癌術前患者を手術体位と同じ体位で撮影する。
  - ② 撮影は、乳房中心(AP)、外側中心(LAT)、内側中心(MED)の3方向で行う。
  - ③ ABUSによる乳癌術前冠状断画像と手術標本X写真、術後病理検査結果と照らし合わせる。
- 今回、数例であるが、ABUS画像(冠状断)を術前マーキングとして利用出来る可能性について検討したので報告する。

#### 【消化器(肝ケース)】

座長: 金森 明 (大垣市民病院 消化器内科)

### 39-42 肝未分化癌の1例

朝田和佳奈<sup>1</sup>、西川 徹<sup>1</sup>、杉山博子<sup>1</sup>、高橋礼子<sup>1</sup>、久保仁美<sup>1</sup>、刑部恵介<sup>2</sup>、市野直浩<sup>2</sup>、川部直人<sup>2</sup>、橋本千樹<sup>2</sup>、吉岡健太郎<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>藤田保健衛生大学病院 臨床検査部、<sup>2</sup>藤田保健衛生大学 肝胆膵内科)

**【はじめに】** 未分化癌は原発性肝悪性腫瘍の0.5%程度と極めて稀

な腫瘍である。

今回、肝未分化癌の1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。胃の不快感を主訴に他院受診。USにて肝右葉に腫瘍を認め当院紹介。血液検査は炎症反応・胆道系酵素上昇、AFP・PIVKA II (-)、IL-2R・CA19-9 高値、HBsAg・HCVAb (-)。

【画像所見】USで肝右葉に径100mm程の境界明瞭、輪郭不整、内部不均一な腫瘍を認めた。CEUSでは腫瘍辺縁が早期に強く造影し、その後速やかに低下した。内部に非造影域を認めた。以上より非典型肝細胞癌、肝内胆管癌、悪性リンパ腫が鑑別に挙げられた。

【病理診断】腫瘍は未分化な異型細胞で構成されており、既存組織と腫瘍の境界は明瞭であった。免疫組織学的にはvimentin(+)、CK7(-)、CK19(-)、CK20(-)、CD34(-)、SMA(-)、desmin(-)であり未分化癌と診断された。

【結語】極めて稀な肝未分化癌に対しCEUSを施行した症例について報告した。

### 39-43 遺伝性出血性毛細血管拡張症の一例

河口大介<sup>1</sup>、細江麻里<sup>1</sup>、横山貴優<sup>1</sup>、高橋秀幸<sup>1</sup>、林 伸次<sup>1</sup>、猿渡 裕<sup>1</sup>、鈴木祐介<sup>2</sup>、林 秀樹<sup>2</sup>、西垣洋一<sup>2</sup>、富田栄一<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>岐阜市民病院 中央放射線部、<sup>2</sup>岐阜市民病院 消化器内科)

健康診断で、肝機能障害と肝内胆管の拡張を指摘され、当院消化器内科を受診した。

2018年4月11日腹部超音波検査を施行。肝内に末梢側まで拡張する異常な管腔構造の増殖を認め、カラードプラーにて血流シグナルを認めた。同部位にパルスドプラーにて動脈性の血流波形を確認し、収縮期最大血流速度は98.7 cm/sと高速の血流を認めた。肝静脈の血流波形は三相波で、下大静脈、肝静脈の拡張は認められなかった。その後、造影CTにて動脈相より出現する肝静脈を認め、A-Vシャントが存在することから、遺伝性出血性毛細血管拡張症(オスラー病)と診断された。

肝内に異常管腔構造を認めた際は、カラードプラー、パルスドプラーを利用することで、血管性病変と非血管性病変との鑑別を簡便に行うことが出来る。また血管性病変の場合、オスラー病を念頭に置くべきと考えられた。

### 39-44 肝細胞腺腫の1例

小木曾拓也、内藤岳人、浦野文博、山田雅弘、松原 浩、

山本英子、坂巻慶一、溝上雅也、池上脩二

(豊橋市民病院 消化器内科)

【症例】40代女性

【既往/併存症】なし

【内服】経口避妊薬なし

【病歴】健診超音波検査で外側区域に33.0×18.6mmの腫瘍を認め紹介。ソナゾイド造影超音波検査ではBmodeにて境界明瞭で辺縁高エコー内部不均一を認め、動脈優位相で辺縁から中心に向かって流入し肝実質より強く均一に濃染、門脈優位相で肝実質と同程度の濃染、後血管相で欠損しない腫瘍を認めた。肝細胞腺腫(HCA)を疑い生検による診断を勧めたが、患者希望により十分なICのもと診断的治療として腹腔鏡下肝部分切除を実施した。病理はHCAの診断、免疫染色にて炎症性or分類不能型に相当した。

【考察】HCAは癌化するリスクがあるため、正しく診断し危険因

子に応じた治療が求められる。特に限局性結節性過形成(FNH)との鑑別に難渋する事があるが造影超音波検査による流入血管の形態と血流パターンは診断の一助となる。

### 39-45 術前診断に難渋した胆嚢腫瘍、肝腫瘍の一例

加藤浩介、石川英樹、小島久実、野村 彩、安藤貴文

(公立西知多総合病院 消化器内科)

症例は71歳、女性。発熱と倦怠感で近医受診。CTで胆嚢と肝に腫瘍を認め当科紹介。入院後、腹部超音波で胆嚢頸部に腫瘍を認め、肝S7/8に34mm大の内部不均一で境界不明瞭な低エコー腫瘍を認めた。造影CTでは胆嚢に造影効果のある不整な壁肥厚があり、肝S7/8に44mm大の内部不均一で後期相でも造影される腫瘍を認め、胆嚢癌と肝転移が疑われた。EUSでは胆嚢体部に22mmの低エコー腫瘍があり、内部エコー不均一で胆嚢癌を否定できない所見であった。また、ERCPでは胆嚢頸部の一部しか造影されなかった。造影超音波で肝腫瘍は早期濃染なく、後血管相の早期で一部に造影欠損を認めた後、ほぼ全体が造影欠損となった。再注入でring enhanceはなく、等エコーとなり、肝細胞癌としても非典型的であった。胆嚢腫瘍疑いと肝腫瘍として外科手術を実施。病理学的に慢性胆嚢炎および肝炎性擬腫瘍と診断。画像所見が非典型的で術前診断に難渋した。

### 39-46 術前画像診断に苦慮した限局性結節性過形成の1切除例

中平有紀、菊池正和、白水将憲、水野創太、柳瀬成希、

南 正史、榊原聡介、下郷友弥、野々垣浩二、印牧直人

(大同病院 消化器内科)

【症例】36歳女性

【既往歴】なし

【内服歴】なし

【現病歴】検診腹部超音波検査で肝外発育型腫瘍を指摘され当院受診。病変は肝S5/6に存在する40mm大の単発腫瘍で、造影CTでは動脈相より中心部から多発綿花状に造影され、濃染は平衡相まで持続した。造影MRIではT1強調像で低信号、T2強調像・脂肪抑制T2強調像で淡い高信号を呈し、造影早期から内部に不均一な増強効果を認め、中心部には増強効果不良域を伴った。肝細胞相では周囲肝実質に比して低信号を呈していた。造影USでは動脈相早期より腫瘍辺縁から全体が早期に濃染し、濃染は造影剤投与後30秒の時点でも持続した。後血管相では腫瘍内の一部が不整な隔壁様に欠損したが、車軸様血管は明らかでなかった。画像所見はいずれの多血性腫瘍の所見としても典型的でなく悪性腫瘍を否定できず、肝切除術を選択した。術後病理診断から限局性結節性過形成と診断した。術前画像診断に苦慮した貴重な症例であり報告する。

【消化器(肝・検討)】

座長：石川 英樹(公立西知多総合病院 消化器内科)

### 39-47 うっ血肝における門脈血流波形の意義

高橋秀幸<sup>1</sup>、細江麻里<sup>1</sup>、河口大介<sup>1</sup>、横山貴優<sup>1</sup>、林 伸次<sup>1</sup>、

猿渡 裕<sup>1</sup>、鈴木祐介<sup>2</sup>、林 秀樹<sup>2</sup>、西垣洋一<sup>2</sup>、富田栄一<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>岐阜市民病院 中央放射線部、<sup>2</sup>岐阜市民病院 消化器内科)

対象は臨床的に診断されたうっ血肝19例。平均年齢70歳、男性14例、女性5例。パルスドプラーで測定した門脈波形を定常波(4例)、拍動波(8例)、逆流波(7例)に分類した。定常波/拍動派/逆流波;門脈拍動係数(PI):0.27/0.92/3.72(p=0.02)、血

流速 (cm/sec) : 14.5/17.3/13.2、静脈波形 (動脈化の割合) : 50%/75%/100%、下大静脈径 (mm) : 22.3/20.9/27.3、ALT (IU/L) : 295/323/65、ALP (IU/L) : 436/402/648、T-BIL (mg/dL) : 1.35/1.11/2.24 (p=0.002)。

門脈血流が定常波から逆流波になるに従いPIは増加し、血清ビリルビン値が上昇した。さらに門脈波形のPI値は、下大静脈径 (p=0.005、R<sup>2</sup> = 0.69) と有意な相関を示した。うっ血肝において、門脈血流波形はうっ血の程度を表わす指標となり得る。

### 39-48 Color Doppler による肝生検後出血の検討

鈴木祐介<sup>1</sup>、西垣洋一<sup>2</sup>、林 秀樹<sup>1</sup>、富田栄一<sup>1</sup>、細江麻里<sup>3</sup>、河口大介<sup>3</sup>、横山貴優<sup>3</sup>、高橋秀幸<sup>3</sup>、林 伸次<sup>3</sup>、猿渡 裕<sup>3</sup>  
(<sup>1</sup>岐阜市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜市民病院 肝臓内科、<sup>3</sup>岐阜市民病院 中央放射線部)

対象は、2013年1月から2018年6月の間に肝生検後にColor Doppler (CD) で出血の観察を行った肝疾患88例。平均年齢：60 ± 13歳、性別：男性27例/女性61例。このうち肝硬変と診断されたのは6例であった。検査値の中央値 (範囲) : ALT55 (9 ~ 638) IU/dL、T-BIL0.8 (0.2 ~ 17.3) mg/dL、ALB41 (1.5 ~ 5) g/dL、PT96 (46 ~ 100) %、血小板18.8 (5.1 ~ 44.3) × 10<sup>4</sup>/μL。穿刺部位に、肝表面に達する肝表面方向の直線状カラーシグナルを認めた場合に出血と判断した。出血を認めたのは、生検直後82例 (93.2%)、1分後42例 (47.7%)、3分後23例 (26.1%)、5分後12例 (13.6%)、10分後2例 (2.3%) で最長止血時間は11分15秒であった。出血時間と血小板数には有意な負の相関が見られた (p=0.0008、R<sup>2</sup>=0.123)。肝生検後の出血は全ての症例で自然止血したが、止血しない場合出血に対する処置を早期に開始できる点において、CDによる観察は有用と思われた。

### 39-49 脂肪肝に対する Ultrasound-guided Attenuation Parameter を用いた減衰係数測定の実験

片岡 咲<sup>1</sup>、多田俊史<sup>2</sup>、橋ノ口信一<sup>1</sup>、丹羽文彦<sup>1</sup>、石川照芳<sup>1</sup>、市川宏紀<sup>1</sup>、小川定信<sup>1</sup>、金森 明<sup>2</sup>、豊田秀徳<sup>2</sup>、熊田 卓<sup>3</sup>  
(<sup>1</sup>大垣市民病院 診療検査科、<sup>2</sup>大垣市民病院 消化器内科、<sup>3</sup>大垣女子短期大学 看護学科教授)

\* 発表者の意思により発表抄録は非開示とします

### 39-50 超音波装置の違いによる脂肪肝の評価について

安本浩二<sup>1</sup>、白木克哉<sup>2</sup>、瀬田秀俊<sup>3</sup>、村山晋也<sup>1</sup>、寺西良太<sup>1</sup>、斎藤 睦<sup>1</sup>、奥村尚人<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 中央放射線部、<sup>2</sup>地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 消化器内科、<sup>3</sup>地方独立行政法人 三重県立総合医療センター 放射線科)

脂肪肝とは肝臓に脂肪が過剰に蓄積した状態であり、超音波検査において、非常によく遭遇する疾患の1つである。脂肪肝の超音波所見は、肝実質エコー輝度の上昇、肝腎コントラスト、肝深部エコー減衰、肝内脈管の不明瞭像、限局性の低脂肪化領域などとされている。2015年に超音波装置が従来装置と同メーカーの新規装置が導入された時に、従来の装置と新規装置での脂肪肝の超音波所見による評価の相違やCT値を比較して検討したところ両装置での有意差は認めなかった。今回、メーカーの異なる新規装置が導入されたので、超音波とCT両検査が1週間以内に行われた患者を対象に肝臓や脾臓のCT値の比較検討と脂肪肝超音波所見の描出頻度や超音波所見をスコア化し比較検討した。両社装置を

比較するとCT値に大きな違いはないものの、脂肪肝所見のスコア化ではメーカー間での軽度な差があった。

### 【消化器 (その他)】

座長：川部 直人 (藤田保健衛生大学 肝胆膵内科)

### 39-51 エコーガイド下経皮穿刺術における下横隔膜動脈の描出とリスク回避

時光善温<sup>1</sup>、奥田悠季子<sup>2</sup>、植田 亮<sup>3</sup>、品川和子<sup>2</sup>、圓谷朗雄<sup>2</sup>、岡田和彦<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>富山赤十字病院 肝臓内科、<sup>2</sup>富山赤十字病院 消化器内科、<sup>3</sup>富山赤十字病院 腫瘍内科)

消化器分野では、経皮穿刺術として腹腔穿刺排液術や肝生検、胆道ドレナージ術などが日常的に行われている。偶発症として出血や細菌感染、胆汁性腹膜炎、気胸、臓器損傷、腫瘍細胞の播種などが報告されているが、頻度は低い。標的病変や臓器によりリスクは異なるが、穿刺経路にも十分な配慮が必要である。偶発症を機に下横隔膜動脈の損傷リスクについて検討した。横隔膜は多様な血管分布が特徴的で、周辺の動脈と吻合枝を形成しており、下横隔膜動脈はbare areaや肝剣帯周囲では肝内を直接栄養し、肝被膜動脈網を介して肝内のisolated arteryに広く吻合している。横隔膜自体が肝臓を広く覆っていることも念頭に置く必要がある。横隔膜の動脈を描出し、これを回避した穿刺経路の選定が望まれる。手技の終了後には腹腔内血腫、肝被膜下血腫として胸腔内血腫の有無を必ず確認し患者の状態を注意深く観察することも極めて重要である。

### 39-52 腹膜垂炎の1例

中宮音雪<sup>1</sup>、荒木啓介<sup>1</sup>、飯田 融<sup>1</sup>、元地 進<sup>2</sup>、荒木一郎<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>浅ノ川総合病院 放射線部、<sup>2</sup>浅ノ川総合病院 検査部、<sup>3</sup>浅ノ川総合病院 内科)

【はじめに】腹膜垂炎は急性腹症の1つに挙げられ、発症部位によっては急性虫垂炎や大腸憩室炎との鑑別が必要となる。従来は比較的稀な疾患と考えられてきたが、画像診断技術の進歩により報告数は増加している。今回、USが診断に有用であった腹膜垂炎を経験したので報告する。

【症例】20代 男性。〈主訴〉左下腹部痛。〈US所見〉左下腹部の圧痛部に一致する下行結腸-S状結腸移行部腹側に辺縁低エコー帯を伴う楕円形高エコー腫瘍と周囲脂肪織輝度の上昇を認めた。隣接する結腸に壁肥厚を認めないこととあわせて腹膜垂炎を疑った。

【考察】US後に施行されたCTにても腹膜垂炎が疑われ、US・CT間で画像診断所見の乖離はみられなかった。

【まとめ】腹膜垂炎において、描出困難な部位もあるが、USはCTと同等の診断能を有する有用な検査であると考えられる。急性腹症の際には、本病態も念頭に置いて検査に挑む必要がある。

### 39-53 腹部超音波検査を契機に診断された右胃大網動脈腫の1例

前岡悦子、二坂好美、福島侑佳、小島祐毅、橋本卓典、佐藤 彩、内藤美和、蓼沼美砂、森本博俊、湯浅典博 (名古屋第一赤十字病院 検査部)

【症例】患者は70歳女性。肝血管腫の診断で、経過観察されていた。2013年の定期検査でMRIと腹部USが施行された。MRIでは肝血管腫と腎嚢胞が指摘された。腹部USではそれらの他に、胃の

尾側に血管と連続する7mm大の無エコー円形腫瘍を認めた。カラードプラ法で拍動性の血流シグナルを認めたため、右胃大網動脈瘤を疑った。精査のため造影CT検査を行い、胃前庭部大弯側の血管に7mm大の動脈瘤が確認され、右胃大網動脈瘤と診断された。4年間の経過観察で瘤径に有意な増大は見られなかったが、7mm大の嚢状瘤で相対的にはかなり大きく破裂の危険性を考え、2017年5月カテーテル塞栓術が施行された。胃大網動脈瘤の報告例の多くは、破裂して上腹部痛や出血性ショックを来した症例であり、未破裂での診断はCT検査によるものが多い。今回我々は超音波検査を契機に診断した症例を経験したため報告する。

#### 39-54 超音波で診断し得た鼠径部膀胱ヘルニアの8例

森本博俊、前岡悦子、二坂好美、小島祐毅、福島侑佳、  
橋本卓典、佐藤 彩、内藤美和、蓼沼美砂、湯浅典博  
(名古屋第一赤十字病院 検査部)

【はじめに】当院では鼠径ヘルニアの術前スクリーニングとして超音波検査が行われている。リアルタイムに病変を観察することができるため、ヘルニアの診断や内容物の同定において有用である。膀胱ヘルニアは比較的稀とされており、報告の多くが術前CTで診断されている。今回、超音波検査で膀胱ヘルニアを診断し得た症例を経験したので報告する。

【結果】膀胱ヘルニアは8例で、全例性別は男性であり、平均年齢は70歳であった。発生頻度は2010年6月から当院で超音波検査を施行した鼠径鼠径ヘルニア1455例中約0.6%であった。ヘルニア分類は全例で内鼠径ヘルニアであり、ヘルニア門の大きさは12-18mmであった。

【結語】膀胱ヘルニアは術中膀胱損傷となる恐れがあるため術前診断が重要である。診察時に本症を疑わなければCT検査を行わない場合が多いと考えられるため、術前検査に超音波検査を行うことが有用である。

#### 39-55 超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) 後に隣仮性嚢胞を合併しドレナージを要した1例

千葉智義、須田烈史、高田 昇、堀井里和、北村和哉、  
荒井邦明、酒井佳夫、山下竜也、金子周一  
(金沢大学附属病院 消化器内科)

症例は50歳代、男性。CTで偶発的に隣石を認めた。超音波内視鏡(EUS)では、膵体部主膵管に3.4mm大の隣石を認め、尾側主膵管は軽度拡張していた。背景膵は、点状高エコー、索状高エコーといった所見を認め、早期慢性膵炎であった。血清IgG4が154mg/dLと高値であり、自己免疫性膵炎(AIP)の除外を含めてEUS-FNAによる膵組織診を19G針で実施した。病理結果は、AIP所見なく、ほぼ正常の膵組織であった。検査翌日に、心窩部痛と膵酵素上昇を認めたが、CTでは急性膵炎の所見はなかった。しかし、症状持続したため検査3日後に再度CTを撮影したところ、隣仮性嚢胞の形成を認めた。経過から穿刺部の膵液瘻が仮性嚢胞の原因と考えられた。隣仮性嚢胞は保存的加療に抵抗して増大したため、EUSガイド下隣仮性嚢胞ドレナージを行った。ドレナージ後に隣仮性嚢胞は縮小した。EUS-FNA後に隣仮性嚢胞を合併した症例を経験したので報告する。