

# 社団法人日本超音波医学会第 44 回中国地方会学術集会抄録

会 長：吉田 清（川崎医科大学循環器内科）

日 時：2008 年 9 月 20 日（土）

会 場：倉敷市芸文館（倉敷市）

## 【消化器（胃・腸）】

### 【消化器（胃・腸）-1】座長 眞部紀明（川崎医科大学 内視鏡・超音波センター）

#### 44-1 診断に苦慮した回盲部腫瘍の一例

野田育江<sup>1</sup>，山田博康<sup>1</sup>，林 亮平<sup>1</sup>，渡邊千之<sup>1</sup>，北本幹也<sup>1</sup>，  
西阪 隆<sup>3</sup>，児玉美千世<sup>2</sup>，平本智樹<sup>2</sup>，赤木盛久<sup>3</sup>，隅岡正昭<sup>2</sup>  
（<sup>1</sup>県立広島病院消化器内科，<sup>2</sup>県立広島病院内視鏡科，<sup>3</sup>県立広島病院臨床検査科）

症例は 63 歳，男性，2008 年 X 月 21 日より嘔吐と下痢のため X 月 24 日当科を受診した。US，CT にて回盲部の腫瘍とリンパ節転移，肝転移を指摘され，精査目的にて入院となった。大腸内視鏡では約 20 mm と腫大した回盲弁を認め，同部の生検では炎症所見のみであった。また大腸内視鏡による盲腸部の観察は可視範囲では腫瘍を認めなかった。なお回腸への内視鏡の挿入はできなかった。よって回腸末端部の腫瘍が強く示唆された。US の再検では盲腸の腹壁側が首座の盲腸癌と判断された。翌月 16 日に亜全結腸切除術を施行した。回盲部の腫瘍は盲腸部を首座として一部潰瘍を形成し，浸潤性に増殖し，回腸末端，回盲弁にも浸潤がみられた。手術所見，病理組織より盲腸癌と診断されたが，内視鏡検査では癌の浸潤変形により直視できなかったものと考えられ，本症例の病態を把握するのは US が最も適していたと判断される症例であった。

#### 44-2 体外式超音波検査による早期胃癌の深達度診断

広岡保明<sup>1,2</sup>，永島千春<sup>1</sup>，森下奨太<sup>1</sup>，加藤洋介<sup>1</sup>，福田千佐子<sup>1</sup>，  
斉藤博昭<sup>2</sup>，建部 茂<sup>2</sup>，辻谷俊一<sup>2</sup>，池口正英<sup>2</sup>，黒田 誠<sup>3</sup>（<sup>1</sup>鳥取大学医学部病態検査，<sup>2</sup>鳥取大学医学部附属病院消化器外科，<sup>3</sup>鳥取県立中央病院検査部）

【はじめに】ESD などが適応となる深達度 M-SM (1) の早期胃癌に対する体外式超音波検査の深達度診断能を検討した。

【対象】鳥取大学消化器外科に入院した胃癌患者のうち，術前に EUS および体外式超音波検査で深達度診断が施行され，切除標本の組織学的深達度が M，SM であった 21 人（22 病変）を対象とした。

【方法】体外式超音波検査と EUS による深達度診断を組織学的深達度と比較した。

【結果】①体外式超音波検査では 2 病変が同定できず同定率は 91%（20/22）であった。②深達度 T1（M，SM）を T1 と正診できたのは EUS が 82%（18/22）に対し体外式は 77%（17/22）であったが，M-SM (1) が正診できたのは EUS，体外式ともに 64.3%（9/14）であった。③ M-SM (1) の超音波像では第 3 層が非薄化，不明瞭化していたが，SM (2) では第 3 層が断裂しているように見える症例が多かった。

【まとめ】早期胃癌の深達度診断において，体外式超音波検査は EUS に引けをとらない診断能を有していると思われた。

#### 44-3 体外式超音波検査で深達度診断が可能であった早期結腸癌の一例

森下奨太<sup>1</sup>，廣岡保明<sup>1,2</sup>，黒田 誠<sup>3</sup>，永島千春<sup>1</sup>，森本 幸<sup>1</sup>，  
野口利奈<sup>1</sup>，加藤洋介<sup>1</sup>，福田千佐子<sup>1</sup>，堅野国幸<sup>2</sup>，池口正英<sup>2</sup>  
（<sup>1</sup>鳥取大学医学部病態検査学，<sup>2</sup>鳥取大学医学部附属病院消化器外科，<sup>3</sup>鳥取県立中央病院中央検査室）

【症例】65 歳，女性。

【現病歴】2008 年 2 月黒色便のため，近医受診したところ便潜血（2+）であった。CF にて下行結腸に腫瘍性病変が指摘されたため，手術目的で当院消化器外科入院となった。

【身体所見】貧血・黄疸認めず，全身状態に特記すべきことなし。  
【検査所見】大腸透視にて下行結腸に約 1 cm の腫瘍陰影，CF にて同部に隆起性病変（I sp + II c）が見られた。pit pattern 分類および NBI system により深達度 SM と判定された。体外式超音波検査においても，第 3 層の途絶様の所見が認められたため深達度 SM と判定した。腹腔鏡下大腸切除術が施行され，病理組織学的診断において腫瘍が粘膜筋板を越えて粘膜下層の深層まで浸潤した中分化管状腺癌であることが確認された。

【結語】体外式超音波を用いた術前の深達度診断が可能であった早期結腸癌の一例を経験したので報告する。

#### 【消化器（胃・腸）-2】座長 吉田成人（広島大学病院 光学医療診療部）

#### 44-4 急性虫垂憩室炎の一例

平本智樹<sup>1</sup>，山田博康<sup>2</sup>，松本陽子<sup>1</sup>，西阪 隆<sup>3</sup>，児玉美千世<sup>1</sup>，  
赤木盛久<sup>1</sup>，隅岡正昭<sup>1</sup>，林 亮平<sup>2</sup>，渡邊千之<sup>2</sup>，北本幹也<sup>2</sup>（<sup>1</sup>県立広島病院内視鏡科，<sup>2</sup>県立広島病院消化器内科，<sup>3</sup>県立広島病院臨床研究検査科）

昨年の本学術集会において「虫垂憩室炎の体外式超音波に関する検討」が報告され，その中で虫垂周囲の評価が重要であることが示された。今回その報告が参考になった 1 症例を経験したので報告する。

症例は 31 歳，女性。2008 年 X 月 Y 日，右側腹部から下腹部に軽度の痛みがあり，38 度の発熱のため来院。右下腹部の軽度の圧痛のみで腹膜刺激症状はない。US では虫垂は短径 15 mm と大きく，その中央部に隣接した 15 × 23 mm の低エコー腫瘍，膿瘍を認め，急性虫垂憩室炎と診断し外科手術を行った。病理所見からも急性虫垂憩室炎 + 膿瘍と確認された。

US 上虫垂炎が疑われた場合は，虫垂の短軸径の測定だけでなく，虫垂の壁構造や憩室の有無・周囲脂肪織の高エコー化・膿瘍の形成などを評価することが重要と考えられた。虫垂憩室炎は穿孔率が高いため，憩室合併例は積極的に手術を考慮したほうがよいと考えられた。

#### 44-5 US 検査が診断，経過観察に有用であったループス腸炎の 1 例

古川正愛<sup>1</sup>，山田博康<sup>2</sup>，前田裕行<sup>3</sup>，野田育江<sup>2</sup>，北本幹也<sup>2</sup>，  
渡邊千之<sup>2</sup>，原田和歌子<sup>1</sup>，山内理海<sup>1</sup>，宮本真樹<sup>1</sup>，竹内啓祐<sup>1</sup>  
（<sup>1</sup>県立広島病院総合診療科，<sup>2</sup>県立広島病院消化器内科，<sup>3</sup>県立広島病院呼吸器内科・リウマチ科）

症例は 26 歳女性，SLE 治療中に下痢，腹痛にて入院した。造

影 CT, US にて終末回腸から上行結腸に強い浮腫様病変を認め、腹水を伴っていた。造影 CT では腸管の血流は保たれており、腸管虚血はなかった。また CMV アンチゲネミア陰性より CMV 腸炎も否定され、膠原病性の腸炎（ループス腸炎）と診断した。症状の軽快、増悪を繰り返したが、PSL の調整を行い、退院できた。この間の症状軽快・増悪の経過観察に US が有用であり、若干の考察を加えて報告する。

#### 44-6 薬剤関連性腸炎の 2 症例

野田育江<sup>1</sup>, 山田博康<sup>1</sup>, 林 亮平<sup>1</sup>, 渡邊千之<sup>1</sup>, 北本幹也<sup>1</sup>, 田中未央<sup>2</sup>, 児玉美千世<sup>2</sup>, 平本智樹<sup>2</sup>, 赤木盛久<sup>2</sup>, 隅岡正昭<sup>2</sup> (1 県立広島病院消化器内科, 2 県立広島病院内視鏡科)

薬剤が原因で起こる腸炎には出血性腸炎と偽膜性腸炎の 2 種類があるが、その症状、罹患部位の特徴は異なり、両者の鑑別は容易であるが、他の原因の腸炎との鑑別は難しい。今回我々は、その診断に US が特徴的な所見を呈したことから診断ができた 2 例の薬剤関連性腸炎を経験したので報告する。症例 1 は 75 歳、女性。偽膜性大腸炎症例。S 状結腸から直腸までの粘膜下層を主体とした壁肥厚を認めた。症例 2 は 62 歳、女性。出血大腸炎症例。横行結腸に粘膜下層を主体とした著明な壁肥厚を認めた。2 症例とも大腸内視鏡を施行し、病変を確認し、症例 1 は VCM の経口投与を、症例 2 は安静により症状は軽快した。

【消化器（胃・腸）-3】座長 平本智樹（県立広島病院内視鏡科）

#### 44-7 成人腸重積症の 1 例

古川正愛<sup>1</sup>, 山田博康<sup>2</sup>, 赤木盛久<sup>4</sup>, 西阪 隆<sup>3</sup>, 田中未央<sup>4</sup>, 北本幹也<sup>2</sup>, 原田和歌子<sup>1</sup>, 山内理海<sup>1</sup>, 宮本真樹<sup>1</sup>, 竹内啓祐<sup>1</sup> (1 県立広島病院総合診療科, 2 県立広島病院消化器内科, 3 県立広島病院臨床研究検査科, 4 県立広島病院内視鏡科)

症例は 84 歳、女性。下腹部痛が続き、近医受診。貧血も認められ、精査目的にて同日当科を紹介された。右下腹部の圧痛と同部やや頭側に手拳大の腫瘤を触知した。US では右上腹部に 7×5 cm の腫瘤を認め、その短軸像で multiple concentric ring sign が観察され、腸重積症と診断した。また右下腹部にリンパ節腫大を認めたことから先進部は悪性腫瘍と考えられた。緊急 CT 検査でも同様に腸重積と診断されたが、先進部の診断までには至らなかった。高齢のため注腸造影や内視鏡による検査、整復は試みず、同日緊急手術を行った。右半結腸切除術を行い、肉眼的には盲腸癌が先進部であった。病理では腫瘍の表層部から固有筋層を越えて豊富な粘液貯留を伴って粘液産生性の円柱細胞が小乳頭状あるいは小細胞塊を形成して浸潤性に増殖する腫瘍組織で、盲腸の粘液癌であった。成人腸重積の診断に US が有用であったので報告した。

#### 44-8 S 状結腸が嵌頓した鼠径ヘルニアの 1 例

石井学<sup>1</sup>, 畠 二郎<sup>2</sup>, 眞部紀明<sup>2</sup>, 今村祐志<sup>1</sup>, 山下 都<sup>2</sup>, 竹之内陽子<sup>2</sup>, 中武恵子<sup>2</sup>, 谷口真由美<sup>2</sup>, 岩井美喜<sup>2</sup>, 小島健次<sup>2</sup> (1 川崎医科大学内科学食道・胃腸科, 2 川崎医科大学内視鏡・超音波センター)

症例は 50 歳代男性。以前より左鼠径部に腫脹を認めたものの、他に自覚症状がないため放置していた。1 週間前より同部位に疼痛が出現し、徐々に増悪してきたため来院された。来院時左鼠径部に疼痛、圧痛、発赤を伴う膨隆を認め、腹部超音波検査を施行。左鼠径管に腸管膜と腸管の嵌頓を認め、先進部は陰嚢内に存在し、周囲にはやや混濁した液体の貯留を認めた。湾入した腸管はケルクリングに乏しく、腹腔内からの連続性から S 状結腸と

診断した。ソナゾイド<sup>®</sup>静注下 Low MI imaging では湾入した腸管壁の perfusion はある程度温存されており腸管虚血はないと考えられた。同日緊急手術施行。内鼠径輪をヘルニア門とし、S 状結腸をヘルニア内容とする鼠径ヘルニア嵌頓と診断し鼠径ヘルニア根治術を施行した。嵌頓部位の S 状結腸は虚血の所見を認めず、腸切除は施行しなかった。

#### 44-9 用手的環納を施行した閉鎖孔ヘルニアの一例

佐藤元紀<sup>1</sup>, 畠 二郎<sup>2</sup>, 眞部紀明<sup>2</sup>, 楠 裕明<sup>3</sup>, 鎌田智有<sup>1</sup>, 今村祐史<sup>1</sup>, 石井 学<sup>1</sup>, 春間 賢<sup>1</sup> (1 川崎医科大学内科学 食道・胃腸科, 2 川崎医科大学検査診断学 内視鏡・超音波センター, 3 川崎医科大学総合診療部)

閉鎖孔ヘルニアは、嵌頓して外科的治療を必要とする事が多いが、視診では発見出来ないため診断には CT や体外式超音波検査（以下 US）が有用である。今回 US にて診断し、造影超音波により血流を確認した後に用手的環納を施行した閉鎖孔ヘルニアの一例を報告する。症例は 85 歳、女性。2008 年 X 月嘔吐・腹痛が出現したため、当院救急外来を受診。腹部単純 X 線検査にて小腸ニボーを認めた。イレウスと診断し原因検索目的のため US を施行した。小腸は全体に拡張しており左閉鎖孔に嵌頓した小腸を認めた。嵌頓した小腸の蠕動は微弱であったが、ソナゾイド<sup>®</sup>による造影では粘膜面の血流は造影がやや遷延しているものの血流は温存されていた。患者は手術を固く拒否したため、腸管の血流が温存されていることから本人の了解を得て用手的環納を施行した。整復後は注意深く経過観察を行ったが、合併症はみられず退院となった。

【消化器（肝・胆・膵）】

#### 【消化器（肝・胆・膵）-1】座長 大元謙治（川崎医科大学 肝胆膵内科）

#### 44-10 TACE 後に描出困難となった肝細胞癌に対しソナゾイド<sup>®</sup>造影下にラジオ波焼灼術を施行し得た 1 例

高木慎太郎, 相方 浩, 高橋祥一, 茶山一彰（広島大学大学院 分子病態制御内科学）

【はじめに】肝細胞癌（HCC）の超音波検査（US）では肝動脈塞栓術（TACE）後に描出困難になる例もある。

【症例】57 歳男性。2002 年初発 HCC。以後再発を繰り返していたが、2008 年 4 月肝 S8 に 13 mm 大の再発を認めた。US では境界明瞭な hypo echo SOL であった。血管造影を施行し HCC と診断し TACE を施行したところ US では iso echoic に変化し描出困難になったためソナゾイド<sup>®</sup>造影下にラジオ波焼灼術を（RFA）施行することとした。使用機種は ALOKA α10, ソナゾイド<sup>®</sup>は 0.0075 ml/kg を使用。Vascular phase では TACE 後 HCC は defect を呈し、Kupffer phase では周囲とほぼ iso echoic になった。そこで Re-injection を施行、TACE 後の defect を確認し容易に RFA が穿刺できた。

【結語】TACE 後の RFA の際に、確実な穿刺を行う支援としてソナゾイド<sup>®</sup>は有用と考えられた。

#### 44-11 肝細胞癌に対する Sonazoid<sup>®</sup>造影下 RFA 症例の検討

萩原宏明, 小林功幸, 中村進一郎, 桑木健志, 歳森淳一, 栗原直子, 三宅康広, 白羽英則, 山本和秀（岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 消化器・肝臓内科学）

【目的】肝細胞癌に対する Sonazoid<sup>®</sup>造影下 RFA の有用性につき検討した。

【方法と対象】2008 年 2 月～2008 年 7 月に当院にて施行した造

影超音波下穿刺 RFA 症例 10 症例。超音波装置は東芝 Aplio・GE 社 LOGIQ7 を使用し、Sonazoid® を 0.010 ml/kg にて投与。Kupffer phase の造影欠損部を標的にマイクロコンベックスプローブにて RFA を施行した。

【結果】治療対象の肝細胞癌はいずれも早期濃染を伴う古典的肝細胞癌であり、腫瘍径は 8～25 mm で平均 12.9 mm と比較的小型であった。造影超音波を併用した理由は、通常の B-mode で描出困難なもの 9 症例、TACE 後に境界不明瞭なもの 1 症例であった。いずれの症例も B-mode に比し Kupffer phase での結節の描出が改善し、確実に RFA を施行可能であり、良好な焼灼範囲を得られた。

【結論】B-mode にて描出困難な古典的肝細胞癌に対しての Sonazoid® 造影下穿刺は、結節の targeting を容易にし、RFA の治療支援画像として有用であった。

#### 44-12 肝癌ラジオ波治療における B モード US ボリュームデータを用いた RVS の有用性

桑木健志，小林功幸，中村進一郎，萩原宏明，歳森淳一，三宅康広，栗原直子，白羽英則，山本和秀（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器・肝臓内科学）

Real-time Virtual Sonography (RVS, 日立メディコ) は肝癌の治療支援画像としての有用性が多数報告されている。最近、RVS の付属機能として US 画像をボリュームデータとして取り込み任意断面を表示する US ボリューム作成機能が加わった。今回我々は B モード US のボリュームデータを用いた RVS (以下 US-RVS) 併用下の肝癌ラジオ波治療の有用性を検討する。

【症例 1】61 歳男性。肝 S 6 51 mm の大型高分化型肝癌に対し、治療直前の B モード US ボリュームデータをリファレンスとした US-RVS を用い焼灼。マイクロバブル発生後も治療直前の US 画像を参照することで容易に追加焼灼でき、十分な凝固範囲を得た。

【症例 2】65 歳男性。肝 S 6 38 mm の高分化型肝癌に対し、治療直前の B モード US ボリュームデータをリファレンスとした US-RVS を用い 4 回焼灼を行い、十分な凝固範囲を得た。

【結語】US-RVS により複数回のラジオ波焼灼の際、追加治療部位のターゲティングが容易となった。

#### 44-13 造影超音波検査を施行した粘液産生胆管癌の 1 例

栗原直子，小林功幸，河本博文，中村進一郎，歳森淳一，桑木健志，萩原宏明，山本和秀（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器・肝臓・感染症内科学）

粘液産生胆管癌の造影超音波を経験したので報告する。症例は 75 歳男性。腹痛，黄疸あり近医受診，精査加療目的で当院紹介。超音波検査で左肝管に嚢胞状の胆管拡張あり，内部に 25 mm 大の高エコーの乳頭状腫瘍を認めた。GE 社製 LOGIQ7 によるソナゾイド® 造影超音波検査では，Vascular phase で胆管壁と乳頭状腫瘍は早期から強く染色された。Kupffer phase では，腫瘍部の造影欠損を認めた。また，ERCP にて左肝管は B 4 分岐部より末梢で拡張あり，B 4 の造影不良域を認め，IDUS にて B 4 に腫瘍を認めた。胆汁採取にて多量の粘液が採取された。以上より左肝管原発の粘液産生胆管腫瘍と考え，肝拡大左葉切除，肝外胆管切除術を施行，intraductal papillary mucinous adenocarcinoma と診断された。ソナゾイド®を用いた造影超音波検査は粘液産生胆管腫瘍の診断に有用であった。

#### 【消化器（肝・胆・膵）-2】座長 池田 弘（倉敷中央病院 消化器内科）

#### 44-14 造影超音波を施行した気腫性胆嚢炎の 1 例

山下 都<sup>1</sup>，畠 二郎<sup>1</sup>，竹之内陽子<sup>1</sup>，中武恵子<sup>1</sup>，谷口真由美<sup>1</sup>，小島健次<sup>1</sup>，高田珠子<sup>1</sup>，眞部紀明<sup>1</sup>，今村祐志<sup>2</sup>，蓮尾英明<sup>3</sup>（<sup>1</sup>川崎医科大学附属病院内視鏡・超音波センター，<sup>2</sup>川崎医科大学附属病院食道胃腸科，<sup>3</sup>川崎医科大学附属病院総合診療科）

気腫性胆嚢炎は胆嚢動脈の虚血に続くガス産生菌感染に起因する。体外式超音波では B モード上特徴的な所見を呈するため診断は比較的可能であるが，壁の虚血の評価は必ずしも容易ではなく，造影超音波の報告例は皆無である。そこで造影超音波を施行した気腫性胆嚢炎の 1 例を報告する。症例は 80 歳代女性。主訴は右側腹部痛。超音波検査では，胆嚢腫大，壁肥厚と壁内の線状低エコー，さらに底部壁に沿って弧状の高輝度エコーを認め，体位変換後も頂部に移動することからガス像と思われた。ソナゾイド®を用いた造影超音波では，壁の一部に造影の欠損を認め，急性壊疽性気腫性胆嚢炎が疑われた。緊急胆嚢摘出術が施行され，摘出された胆嚢壁は暗赤色に変色していた。病理組織学的所見では，全層性に壊死や出血，粘膜固有層には好中球を主体とした炎症細胞の浸潤を認め，急性壊疽性胆嚢炎と診断された。術後の経過は良好で，16 日後に退院となった。

#### 44-15 限局性低脂肪との鑑別にソナゾイド®による造影超音波検査が有用であった転移性肝腫瘍と考えられる 1 例

福岡麻子<sup>1</sup>，佐藤秀一<sup>2</sup>，三宅達也<sup>2</sup>，木下芳一<sup>2</sup>，角 隆<sup>1</sup>，新田江里<sup>1</sup>，宮木真理<sup>1</sup>，庄野智子<sup>1</sup>，長井 篤<sup>1</sup>（<sup>1</sup>島根大学医学部附属病院検査部，<sup>2</sup>島根大学医学部附属病院消化器，肝臓内科）

脂肪肝において肝内に発生した低エコー病変はしばしば脂肪肝に合併する限局性低脂肪 (focal spared area) との鑑別が困難となる。症例は 52 歳男性。膵臓尾部癌による腸管狭窄の診断。肝転移などのスクリーニングの検査目的にて腹部超音波検査を施行した。肝臓は著明な bright liver を呈し，S 4 付近門脈幹部周囲を中心に限局性低脂肪が多発していた。胆嚢近傍 S 4 に 7 mm の低エコー領域があり，周囲の限局性低脂肪より明瞭であった。同部位をソナゾイド®を用いて造影すると辺縁に造影剤が入り，中央部は enhance free の状態が続いた。Kupffer 相では同部位のみ欠損像となり，他の限局性低脂肪は全て Kupffer 相で確認できなかった。同時期の CT では病巣は同定困難であったが，膵癌術後 3 ヶ月で同病変は 10 mm の病変として CT でも確認され，臨床経過から膵癌の肝転移が考えられた。

#### 44-16 Sonazoid®による 造影 US ボリュームデータ を用いた RVS 併用下でのラジオ波焼灼療法

歳森淳一，中村進一郎，小林功幸，萩原宏明，桑木健志，栗原直子，三宅康広，白羽英則，山本和秀（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器・肝臓・感染症内科学）

【目的】Real-time Virtual Sonography (RVS) の付属機能の US ボリュームデータを用いた RFA の経験例について報告する。

【方法】日立メディコ社製 RVS を使用。Sonazoid® 0.015 ml/kg 注入し，Wideband Pulse Inversion (WPI) で撮像し，造影 US 像を取得。それをリファレンスとして RFA を行った。

【症例と結果】(1) 大腸癌術後肝転例 (検出不良例)。B モードでは検出不良な転移巣に対して Kupffer phase での defect 像をリファレンスとして RFA を施行。(2) HCC の局所再発例 (腫瘍の辺縁

が不明瞭例). 動脈相での濃染像をリファレンスとして RFA を施行. (3) HCC の RFA 後に追加焼灼必要例 (safety margin 確認困難例) HCC の RFA 後の safety margin が不明瞭で, 門脈相での defect をリファレンスとして RFA を施行.

【結論】 Sonazoid<sup>®</sup>による造影 US 像をリファレンスとした RVS は, RFA の治療支援画像として有用であった.

#### 44-17 膵腫瘍における Sonazoid<sup>®</sup>を用いた造影超音波検査の工夫

栗原直子, 小林功幸, 河本博文, 中村進一郎, 歳森淳一, 桑木健志, 萩原宏明, 山本和秀 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器・肝臓・感染症内科学)

<目的>膵腫瘍におけるソナゾイド<sup>®</sup>造影超音波検査において, 通常の高圧モードで vascularity の評価の困難な例に対して高圧モードを用いて撮影し, 血流の描出能に差が見られるかどうか検討した.

<対象と方法> 2008 年 5 月~7 月の間に当院で造影超音波検査を行った膵腫瘍のうち高圧モードの vascular phase で腫瘍内血管の描出困難であった膵腫瘍 5 例 (膵癌 3 例, IPMN 1 例, 膵内分泌腫瘍 1 例). 造影超音波検査には GE 社製 LOGIQ7 を使用, Vascular phase を CPI mode (MI 0.3-0.4) と CHA mode (MI 0.7-1.0), Max holding 法で撮影した. 造影剤は Sonazoid<sup>®</sup> 0.015 ml/kg を経静脈的に bolus 投与した.

<結果> CPI mode で腫瘍内血管の描出困難であった 5 例とも CHA mode にて腫瘍内血管を描出可能であった.

<結論> CHA mode を用いることにより, vascularity のより詳細な観察が可能であった.

【消化器 (肝・胆・膵)-3】 座長 狩山和也 (岡山市立市民病院 内科)

#### 44-18 人工胸水作成時に合併した胸腔内出血を, 超音波造影剤 Sonazoid<sup>®</sup>で診断し得た一例

杉原誉明, 孝田雅彦, 的野智光, 永原天和, 徳志志保, 植木 賢, 岡本欣也, 大山賢治, 村脇義和 (鳥取大学医学部付属病院消化器内科)

【はじめに】今回, 人工胸水併用 RFA を実施中に動脈性の出血を超音波造影剤 Sonazoid<sup>®</sup>にて確認し, 緊急動脈塞栓術で止血し得た一例を経験したので報告する.

【症例】症例は 61 歳女性. 本年 5 月に肝 S7 の 3 cm 大の肝細胞癌に対し局所治療の目的で入院. 横隔膜下に存在する腫瘍のため Veresse 針を使用し人工胸水を作成した. LeVeen 針 3 cm を使用し小展開で出力 30 W より焼灼開始直後より嘔気が出現し, 焼灼を中断. 超音波にて人工胸水を観察時, 胸水中に滞留する高エコーを認めた. 出血を疑い Sonazoid<sup>®</sup>の静注を行い動脈流入相から横隔膜表面より胸水中に噴出性の出血を認めた. 緊急血管造影でも同部位より拍動性の出血を認め, 動脈塞栓術を施行し止血を得た.

【まとめ】RFA に合併する胸腔内出血の頻度は 0.11% との報告がある. Sonazoid<sup>®</sup>を用いることで出血点が同定できる可能性が示された.

#### 44-19 膵重複癌の 1 例

山下 都<sup>1</sup>, 畠 二郎<sup>1</sup>, 竹之内陽子<sup>1</sup>, 中武恵子<sup>1</sup>, 谷口真由美<sup>1</sup>, 小島健次<sup>1</sup>, 高田珠子<sup>1</sup>, 眞部紀明<sup>1</sup>, 今村祐志<sup>2</sup>, 蓮尾英明<sup>3</sup> (<sup>1</sup>川崎医科大学附属病院内視鏡・超音波センター, <sup>2</sup>川崎医科大学附属病院食道胃腸科, <sup>3</sup>川崎医科大学附属病院総合診療科)

症例は 60 歳代女性. 腹満感および食欲低下の精査目的で施行された造影 CT 検査で, 膵頭部に腫瘍を指摘された. 超音波検査では, 頭部に 26 × 20 mm 大, 体部に約 15 mm 大の境界不明瞭, 輪郭不整な低エコー腫瘍を認め, 尾側膵管は数珠状に拡張していた. カラー Doppler ではいずれも明らかな血流は認めなかった. ソナゾイド<sup>®</sup>を用いた造影超音波では, 頭部の腫瘍は辺縁を中心に腫瘍血管がみられ, 中心部にはほとんど染色はみられなかった. また, 体部の腫瘍は動脈相で膵実質とほぼ等しい染色がみられ, 後期相では早期に染色が消失した. 膵癌と術前診断され, 膵全摘術が施行された. 病理組織学的所見では, 腫瘍はともに浸潤性膵管癌と診断されたが, 頭部腫瘍すぐ尾側に 9 mm 大の多房性囊胞性腫瘍が存在し, IPMA と診断された. IPMN は癌の合併頻度が高いため, 膵全体の注意深い観察が重要であると思われた.

#### 44-20 慢性肝炎における肝動脈血管抵抗の測定意義

友國淳子<sup>1</sup>, 池田 弘<sup>2</sup>, 石坂克己<sup>1</sup>, 文屋千恵子<sup>1</sup>, 寺尾陽子<sup>1</sup> (<sup>1</sup>財団法人 倉敷中央病院 超音波検査室, <sup>2</sup>財団法人 倉敷中央病院消化器内科)

【目的】慢性肝炎は線維化と壊死・炎症所見において, 各段階に分類されている. 今回, 肝動脈血管抵抗と組織所見との関連について検討した.

【方法】肝生検で診断が確定した慢性肝炎 13 例について, 既報の方法で血管抵抗を測定した. 炎症・線維化の程度は新犬山分類を用い, さらにグリソン鞘の炎症・拡大の程度を独自に 4 段階にスコア化し, 合計をグリソン鞘スコア (G スコア) として血管抵抗と対比した.

【結果】新犬山分類の F, A スコア別にみた血管抵抗の平均には, 明らかな差は認めなかった. G スコアと血管抵抗の対比では, 3 点以下の症例で PI は平均 1.19, 4 点以上では平均 1.47 となりスコアの高い群で有意に高値を示した. また, 低値群でも狭心症を合併している症例では PI 値が 1.55 と高値を示した.

【結語】血管抵抗は慢性肝炎のグリソン鞘の炎症所見と密接に関連しており肝炎の活動性を評価する指標として有用である可能性が示唆された.

#### 【産婦人科】

#### 【産婦人科・乳腺-1】 座長 多田克彦 (独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 産婦人科)

#### 44-21 出生前から観察し得た先天性胆道閉鎖症の一例

佐世正勝 (山口県立総合医療センター産婦人科)

先天性胆道閉鎖症は 1 万人に一人と希な疾患ではあるが, 手術的な治療を行わなければ死に至る予後不良の疾患である. 遷延性黄疸と灰白色便により気がつかれることが多いが, 良好な予後を望むためには早期診断・治療が必要である. 多くはウイルス感染や胎便性腹膜炎が関与した後天的な周産期型とされるが, 先天異常が関与する胎性型も報告されている. 胆道閉鎖症の病態には, 妊娠末期から進行性に肝外胆管が閉塞していく症例があることが報告されている. 今回, 胎児期早期に肝門部に突起を持つ嚢胞と正常大の胆嚢を認め胆道拡張症を疑ったが, 結果的に胆道閉鎖症であった症例を経験した. 嚢腫は増大を認めず, 妊娠 20 週以降, 相対的に縮小した. 出生後, 直接ビリルビンの上昇を認め, 開腹手術が行われ胆道閉鎖と診断された. 嚢胞性胆道拡張症と胆道閉鎖症の移行を示す興味深い症例と考えられた.

#### 44-22 右室の収縮不良から動脈管収縮と胎児診断した一例

高橋弘幸, 辰村正人 (総合病院 山口赤十字病院産婦人科)

胎児期の動脈管収縮は右心不全から胎児水腫や胎内死亡をきたす場合もある。早期に発見し適切な管理が望まれる。今回我々は妊婦健診で胎児の右室の収縮不良から動脈管収縮と診断した一例を経験したので報告する。症例：36歳，看護師，2経妊・1経産。当院で妊婦健診を受けていたが特に異常なかった。37週2日，胎児の右室の収縮が良くなかったが，明らかな奇形は認めなかった。38週2日，右室の収縮不良を再確認したので入院精査とした。その結果，三尖弁逆流と肺動脈弁逆流を認め，動脈管径が3.6mmと狭小化していたので胎内動脈管収縮と診断した。小児科と相談し，妊娠継続は心不全の進行や出生後の遷延性肺高血圧が懸念されたので分娩誘発し，39週0日，2918gの女児をApgar 9/9で出生した。出生後の児の経過は良好だった。胎児心臓超音波検査により胎児の動脈管収縮例が報告されているが，さらなる症例の集積が待たれる。

#### 44-23 ノルバデックス服用時の子宮内膜所見

村尾文規（庄原同仁病院婦人科）

乳癌の術後にノルバデックス（tamoxifen citrate），一部，アリミデックス錠（anastrozole）を服用した患者（N = 10）の子宮内膜のエコー所見を検討した。一般に，内膜は肥厚し，高エコー域内に小さい無エコー域や線状の高エコーをとまなう所見がみられた。これらのエコーパターンを蜂窩状パターン，非定型的蜂窩状パターン，その他の3群に分類すると，非定型的蜂窩状パターンを呈した症例にhyperplasia, polypoid tumor, carcinomaが発見された。follow upには，細胞診が汎用される。生検による内膜採集量が極めて少量であることによると思われるが，その重要性が軽視されてはならない。

#### 【乳腺】

【産婦人科・乳腺-2】座長 伊達健二郎（県立広島病院 産婦人科）

#### 44-24 乳癌の乳管内進展巣に対する超音波 elastography の有用性

永島千春<sup>1</sup>，広岡保明<sup>1,3</sup>，森下奨太<sup>1</sup>，加藤洋介<sup>1</sup>，福田千佐子<sup>1</sup>，石黒清介<sup>2</sup>，須田多香子<sup>2</sup>，池口正英<sup>3</sup>，山代 寛<sup>4</sup>（<sup>1</sup>鳥取大学医学部病態検査学，<sup>2</sup>鳥取大学医学部附属病院乳腺内分泌外科，<sup>3</sup>鳥取大学医学部附属病院消化器外科，<sup>4</sup>落合病院外科）

【目的】乳癌における乳管内進展巣（EIC）の診断にはMRIや超音波などが用いられているが，なかなか確診できないことも多い。今回われわれは，超音波 elastography によるEICの判定の有用性について検討した。

【対象・方法】鳥取大学および関連病院における組織学的EIC陽性乳癌10例とEIC陰性乳癌10例を対象に，EICの有無の判定を術前のBモード超音波検査とelastographyで比較した。

【結果】EIC陽性乳癌10例におけるEICの診断率はelastographyが70%（7/10）で，Bモードの60%（6/10）より良好であった。ElastographyでEICは，主腫瘍近傍に小結節が青く描出されたり，主腫瘍から連続して青く描出される構造物として認められた。

【結語】乳癌術前の超音波検査にelastographyを併用することで，EICを判定しやすくなる可能性があると思われる。

#### 【産婦人科】

【産婦人科・乳腺-2】座長 伊達健二郎（県立広島病院 産婦人科）

#### 44-25 胎児腹水除去により循環動態が改善した大量胎児腹水の一例

多田克彦<sup>1</sup>，小平雄一<sup>1</sup>，杉生良奈<sup>1</sup>，塚原紗耶<sup>1</sup>，片山典子<sup>1</sup>，

熊澤一真<sup>1</sup>，高田雅代<sup>1</sup>，中西美恵<sup>1</sup>，影山 操<sup>2</sup>，中村 信<sup>2</sup>（<sup>1</sup>国立病院機構岡山医療センター産科，<sup>2</sup>同新生児科）

妊娠20週の胎児腹水症例。母体血でTORCH陰性，羊水染色体分析正常にて，腹水の原因は不明であった。24週より腹水の貯留が著明になり，28週まで腹水は増加し続け，腹囲も36cmから47cmに増大した。この変化と同調するように，心胸郭面積比（CTAR）と左室Tei indexが上昇を続けた。CTARは24週時の29.6%から上昇を続け，29週時には48.7%と著明な心拡大を示した。左室Tei indexは24週時の0.341から上昇を続け，27週6日に0.566と異常高値を示した。腹水の大量貯留による循環不全と判断し，28週3日に腹水除去を施行したところ，左室Tei indexは速やかに下降し，28週6日には0.296と正常化した。以後は分娩まで左室Tei indexは正常範囲内で経過した。CTARは左室Tei indexの正常化に伴い徐々に小さくなり，37週で分娩になるまで正常範囲内の値で経過した。腹水除去は分娩まで合計7回施行した。腹水単独例でも循環不全を呈するケースでは腹水除去は有効と考えられた。

#### 【脈管】

【脈管】座長 寺川宏樹（広島大学病院 循環器内科）

#### 44-26 最狭窄部位血管径を用いた透析内シャント管理における超音波検査の有用性（PTA施行の是非について）

松本吉弘（岡山済生会総合病院生理検査室）

近年の透析導入患者の増加に伴い，シャントに関する検査の需要も増加している。検査の目的には術前に血管の状態を把握する場合と術後に狭窄や血栓の有無を確認する場合の2種類があるが，今回は術後の維持透析中に狭窄音の聴取やシャント音低下，脱血不良を呈した患者に対する狭窄診断を中心に考えたい。シャントは透析期間や血管の状態により程度の差はあるものの狭窄が存在する事が多く避けて通れないというのが現実である。シャントに対する超音波の目的は如何に閉塞する前の段階で狭窄を発見し，PTAを施行するかにある。またPTA施行の是非の決定や時期も重要となってくるが，従来はシャント造影や脱血量といった臨床所見を加味してPTAを施行していたが，超音波を用いて最狭窄部位の血管径を計測する事により狭窄の診断とPTAの適応の是非が判断可能であるかどうかを狭窄率と上腕動脈の血流量との関係も含め検討した。

#### 44-27 下肢血行再建術後の自家静脈グラフト瘤の1例

柚木靖弘，正木久男，田淵 篤，久保裕司，湯川拓郎，

稲垣英一郎，南 一司，浜中莊平，種本和雄（川崎医科大学胸部心臓血管外科）

下肢血行再建術後の自家静脈グラフト瘤の1例を経験した。症例は35歳，男性。サッカー中の外傷による左膝窩動脈閉塞に対し左大伏在静脈を静脈グラフトとし浅大腿-後脛骨動脈バイパスを施行した。その後静脈グラフトに徐々に瘤化が認められた。術後8年目，超音波上は静脈グラフトには3cm径の瘤化が認められた。壁に血栓は描出されなかった。無症状であったが瘤径が増大するため手術を施行した。右大伏在静脈を用い再バイパスを施行した。切除したグラフト瘤には内膜の線維化，中膜平滑筋細胞変性像が認められ，癥痕形成を伴っていた。下肢動脈血行再建術後の自家静脈グラフト瘤の報告は少ない。本症例は初回術後もサッカーを続けており，静脈グラフトへの慢性的な外力が原因として推測された。若年者の自家静脈を用いた下肢血行再建術後にはグラフト瘤の発生も念頭におき長期的なfollow-upが必要である。

#### 44-28 健診受診者に内臓脂肪厚を測定する意義

五百川尚宏<sup>1</sup>、広岡保明<sup>3</sup>、山本寿恵<sup>1</sup>、川本 歩<sup>1</sup>、竹田晴彦<sup>2</sup>、加藤洋介<sup>3</sup>、福田千佐子<sup>3</sup> (<sup>1</sup>鳥取県立厚生病院中央検査室、<sup>2</sup>鳥取県立厚生病院内科、<sup>3</sup>鳥取大学医学部保健学科病態検査学)

【はじめに】皮下脂肪型より内臓脂肪型肥満の方が心血管疾患発症に関与しているといわれているが、頸動脈 IMT 肥厚との関連の詳細は不明である。今回我々は、健診受診者の内臓脂肪厚を測定しその意義を検討した。

【対象・方法】過去 9 ヶ月間の当院健診センター受診者のうち承諾を得た 109 名を対象として、超音波検査時に内臓脂肪厚、皮下脂肪厚および頸動脈 IMT を測定し、通常の健診項目との比較を行った。

【結果】IMT は皮下脂肪厚 / 身長 の値より内臓脂肪厚 / 身長 の値と相関を示し、有意差を認めた。また内臓脂肪厚 / 身長 の値は性別、腹囲、血圧、BMI、TG、HDL-C、血糖値などと関連し、メタボリック症候群のリスク因子が増加するに従って内臓脂肪厚 / 身長 の値は増加した。

【結語】内臓脂肪の方が皮下脂肪より IMT の肥厚に関係していることが示唆された。健診受診者に内臓脂肪厚を測定することで、IMT 測定が必要な人の選定、メタボリック症候群の予測に有用と思われた。

#### 【循環器】

#### 【循環器-1】座長 外山裕子 (心臓病センター榊原病院 内科)

#### 44-29 心不全を契機に発見された 81 歳右冠動脈肺動脈起始部の 1 症例

清水弘治<sup>1</sup>、太田哲郎<sup>2</sup>、角 瑞穂<sup>3</sup>、広江貴美子<sup>3</sup>、伊藤早紀<sup>2</sup>、岡田清治<sup>2</sup>、村上林兒<sup>2</sup>、吉富裕之<sup>4</sup>、田邊一明<sup>4</sup>、織田禎二<sup>5</sup> (<sup>1</sup>松江市立病院心臓血管外科、<sup>2</sup>松江市立病院循環器内科、<sup>3</sup>松江市立病院中央検査科、<sup>4</sup>鳥根大学医学部医学科循環器内科、<sup>5</sup>鳥根大学医学部循環器呼吸器外科)

症例は 81 歳女性。労作時呼吸困難を主訴に来院した。断層心エコー図では肺動脈に向かう径 7 mm の管腔を認め、冠動脈肺動脈瘻を疑った。左室壁運動は EF 41% と瀰漫性に低下し、LVDd 65 mm で、severe MR、肺高血圧を認めた。HANP 等の薬物治療にて LVDd 54 mm、EF 46%、MR も moderate に改善し、肺高血圧の改善を認めた。DCM や冠動脈疾患を疑い冠動脈造影を施行した。冠動脈造影では拡張した左冠動脈が大動脈から起始し、交通血管を介して右冠動脈が造影され肺動脈に流入しており、右冠動脈肺動脈起始と診断した。心エコー図を再検討したところ心室中隔内を走行する複数の異常血流シグナル、肺動脈主幹部への拡張期流入血流を認め本症を示唆すると考えた。右冠動脈肺動脈起始症は左冠動脈肺動脈起始症に比しさらに報告が少なく、比較的予後良好との報告もある。右冠動脈の血行再建と僧帽弁形成術の適応と考えられたが高齢でもあり手術を希望されず経過観察中である。

#### 44-30 心筋梗塞後に仮性心室瘤及び右室内破裂を合併した一例

谷口裕一<sup>1</sup>、西山里香<sup>1</sup>、有高進悟<sup>1</sup>、稲垣和典<sup>1</sup>、山本桂三<sup>2</sup> (<sup>1</sup>心臓病センター 榊原病院臨床検査科、<sup>2</sup>心臓病センター 榊原病院循環器内科)

症例は 82 歳、女性。H 19 年 12 月呼吸困難にて当院へ救急搬送。心エコー検査にて左室の壁運動低下と心室中隔に左室より右室に向かうシャント血流認め、シャント血流に伴う心不全と診断された。その後、精査目的にて再度心エコー検査施行した。心エコー

検査では下壁領域に壁運動異常を認め、同部位に 60 × 20 mm の袋状の構造物を認めた。血流は収縮期に左室より袋状の構造物を介して右室へ流入していた。また冠動脈 CT 検査にて 3 枝病変を認め、RI 検査では下壁梗塞が疑われたため、本症例は下壁梗塞に伴う仮性心室瘤と、仮性心室瘤の右室への破裂と診断した。本症例は心エコー検査が心筋梗塞後に合併した仮性心室瘤の形態把握に有用な一例であった。

#### 44-31 右バルサルバ洞-右室瘻と右冠尖の穿孔による大動脈弁逆流により重症心不全をきたした 1 例

竹田 亮<sup>1</sup>、正岡佳子<sup>1</sup>、作間忠道<sup>1</sup>、沖本智和<sup>1</sup>、佐々木洋子<sup>2</sup>、土井裕枝<sup>2</sup> (<sup>1</sup>あかね会 土谷総合病院心臓血管センター循環器内科、<sup>2</sup>あかね会 土谷総合病院心機能検査室)

【症例】58 歳男性。10 歳時他院で肺動脈弁狭窄症に対し Brock 手術。2008 年 4 月より呼吸困難、浮腫が出現し救急外来を受診。全身浮腫と Levine IV / VI 度の to and fro 雑音、高度の肺うっ血を伴った。TTE で右バルサルバ洞から右室へのシャント血流、大動脈弁逆流、肺高血圧症 (TR-PPG = 50 mmHg) を認めた。TEE にて大動脈弁逆流は右冠尖の弁腹から生じ右冠尖の穿孔が疑われた。ライブ 3D エコーでは右バルサルバ洞穿孔部に瘤形成は認めなかった。心臓カテーテル検査では Qp/Qs = 2.68、左→右シャント率 62.7% であった。手術所見では右冠尖の穿孔 (2ヶ所) と右バルサルバ洞から右室への瘻孔を認めたがバルサルバ洞瘤の形成は認めなかった。右室への瘻孔の縫合閉鎖術と大動脈弁閉鎖術を行った。

【結語】右バルサルバ洞-右室瘻と右冠尖の穿孔により重症心不全をきたした稀な症例を経験したので報告する。

#### 44-32 副乳頭筋断裂による僧帽弁逆流症を発症した 1 例

古山輝将、林 秀行、飯野 譲、土谷哲生、和田希美、林田晃寛、根石陽二、川元隆弘、大倉宏之、吉田 清 (川崎医科大学附属病院循環器内科)

60 歳男性。畑仕事時突然胸部不快感出現し近医受診するが異常は認められなかった。自宅にて経過観察を行うが、症状持続し 1 週間後他院を受診した際、胸部レントゲンにてうっ血性心不全と診断され入院。利尿剤等で加療され症状徐々に改善し退院した。また入院中の心エコー図で僧帽弁逆流症がみられ当院にて精査加療目的で紹介入院となった。高度僧帽弁逆流症がみられ、前尖が逸脱し腱索断裂とその先端に乳頭筋様構造物が存在し、さらに副乳頭筋を認めた。術前精査で施行した冠動脈造影では左前下行枝の対角枝が高度に狭窄していた。同部位の支配域と思われる領域に壁運動異常、及び真性瘤を認めた。心不全の加療を行った後、胸部心臓血管外科にて僧帽弁形成術を施行した。僧帽弁前尖は逸脱し、腱索が付着しており、腱索の先端には断裂した乳頭筋を認めた。心筋梗塞後に副乳頭筋が断裂し僧帽弁逆流症を発症したと思われる 1 例を経験したため報告する。

#### 【循環器-2】座長 正岡佳子 (あかね会土谷総合病院 循環器内科)

#### 44-33 冠状静脈洞 (CS) 周囲膿瘍の一例

赤尾 泉<sup>1</sup>、中山弘美<sup>1</sup>、中井 稔<sup>1</sup>、横井靖世<sup>1</sup>、藤田圭二<sup>3</sup>、宮地克雄<sup>2</sup>、宗政 充<sup>2</sup>、松原広己<sup>2</sup> (<sup>1</sup>独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター臨床検査科 生理検査室、<sup>2</sup>独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター循環器科、<sup>3</sup>独立行政法人国立病院機構 善通寺病院臨床検査科)

【症例】67 歳男性。2007 年 10 月より発熱・振戦を認め当院受診、

敗血症疑いにて入院。感染性心内膜炎を疑い経胸壁心エコーを行ったところ、右房内三尖弁中隔尖直下、CS開口部に高エコーの腫瘤とそれに付着する疣贅を認めた。経食道心エコーでは、CS開口部に位置する高輝度の内部エコーを示す腫瘤が房室間溝に沿って僧帽弁後交連部まで連続しており、また僧帽弁には疣贅を認めた。以上から、CS周囲膿瘍と僧帽弁の感染性心内膜炎と診断し手術を施行した。切開排膿を行ったが右房側と僧帽弁後交連の弁輪部に2 cm大の孔が開口したため自己心膜にて閉鎖し、僧帽弁置換術を施行した。術後の経胸壁心エコーでは、膿瘍除去部に空洞を生じ、その空洞を通じて左室から右房へのシャント血流を生じていた。

【結語】今回は、病巣伸展の把握に経食道心エコーが有用であり、またその後経胸壁心エコーによる十分な経過観察が必要だと思われた稀な症例を経験した。

#### 44-34 3D 経食道心エコーが感染性心内膜炎の術前診断に有用であった一例

丸橋達也, 井上一郎, 河越卓司, 石原正治, 嶋谷祐二, 栗栖 智, 中間泰晴 (広島市立広島市民病院循環器科)

症例は43歳男性。以前より検診にて心雑音を指摘されていた。一週間前より持続する発熱にて受診。採血にて高度炎症反応上昇を認め、また血液培養検査より黄色ブドウ球菌が検出された。感染性心内膜炎が疑われたため、経食道心エコーを施行。僧帽弁後交連側に15 mm大の腫瘤を認め、また左室流出路にflutteringを伴う腫瘤を認めたが付着部位の同定は困難であった。そこで3D 経食道心エコーを使用したところ、後交連側の腫瘤は僧帽弁前尖A3左房側弁輪部に、左室流出路の腫瘤は左室壁に付着しているのが観察された。術中所見も同様であり、疣腫切除+僧帽弁形成術を施行して終了した。3D 経食道心エコーが疣腫付着部位の診断に有用であった症例を経験したので報告する。

#### 44-35 Bentall 術後感染性心内膜炎の一例

鎌田康彦, 根石陽二, 大倉宏之, 川元隆弘, 林田晃寛, 林 秀行, 古山輝将, 土谷哲生, 和田希美, 吉田 清 (川崎医科大学循環器内科)

【症例】73歳男性

【現病歴】2007年10月9日AAE, ARに対して当院にてBentall術(carrel patch CEP 21 mm)施行。2008年4月28日頃から発熱が出現し近医を受診。CRPは10 mg/dlであったが、5月1日の経胸壁心エコー図では明らかな異常は認めなかった。5月17日の血液培養から表皮ブドウ球菌が検出され、5月22日の経胸壁心エコー図で弁座の動揺、弁周囲膿瘍を認め同日当院に紹介搬送となった。

【入院後経過】当院入院時の心エコー図では大動脈弁周辺に最大1.7 cmの膿瘍を認め、心周期に一致して弁座の動揺を認めていた。短軸像では6時から12時方向に弁輪と人工弁との間に幅広い離開を認め異常血流が確認された。感染性心内膜炎と診断し、感受性のあるバンコマイシンの投与を続けるが炎症反応の改善なく、発熱も持続した。Bentall術後の人工弁感染のためhomograft AVR予定となり6月5日転院となった。

#### 44-36 大動脈弁輪部膿瘍を経食リアルタイム3D心エコー図で詳細に観察しえた一例

飯野 譲, 今井孝一郎, 土谷哲生, 和田希美, 久米輝善, 林田晃寛, 根石陽二, 川元隆弘, 大倉宏之, 吉田 清 (川崎医科大学附属病院循環器内科)

近年、リアルタイム3D心エコー図の発展に伴いこれまでの2次元画像による診断に比べ詳細な診断が出来ることが期待されている。今回我々は大動脈弁輪部膿瘍を術前に経食道3D心エコー図にて詳細に観察することが出来た。症例は72歳女性。生来健康で基礎疾患なし。突然、発熱と同時に腰痛が出現し体動困難となり近医受診。CTにて腸腰筋膿瘍と診断され抗菌薬投与されるも改善せず、心不全症状が出現してきたため紹介となる。経胸壁2D心エコー図にて大動脈弁輪部膿瘍を疑い経食道2D心エコー図(2D TEE)を施行の後、経食道3D心エコー図(3D TEE)にて評価を行った。2D TEEの観察では左冠尖のバルサルバ洞壁は破壊されており弁輪部に尤腫を確認できた。また左冠尖と弁輪部の間隙(perforation)を認め同部位から大動脈弁逆流を生じていた。3D TEEでの観察では更にperforationの形態、尤腫内にできた空洞等詳細に評価ができた。

【循環器-3】座長 河越卓司 (広島市立広島市民病院 循環器科)

#### 44-37 除細動後洞調律維持にて心機能の改善を認めた一症例

青景聡之, 河越卓司, 井上一郎, 石原正治, 嶋谷祐二, 栗栖 智, 中間泰晴, 丸橋達也, 香川英介, 臺 和興 (広島市立広島市民病院循環器科)

【症例】42歳男性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】10年前より近医にて発作性心房細動としてフォローしていた。2ヶ月前より動悸が頻回となっていった。呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送された。

【現症】血圧 200/140, 心拍数 176 (Af), 心エコー: LVDd 67 mm, EF 30%程度。

【入院後経過】Afに対し除細動にて洞調律となったが、心機能の改善は認めず、一時低心拍出症候群となりカテコラミンを要したが、症状は徐々に落ち着いてきた。心エコーはLVDd/Ds 65/54 mm, EF 33%, TMF: E 79/A 20 cm/s, PVF: S 26/D 61 cm/sと心拡大・拡張能障害を認め、冠動脈造影は正常のため、拡張型心筋症と考え、アミオダロン他内服治療を開始した。徐々に心機能は改善し、第80病日には、LVDd/Ds 54/34 mm, EF 66%, E 42/A 50 cm/sと改善した。心筋生検および心筋シンチで異常所見を認めず、最終的に頻脈誘発性心筋症と思われた。当日は心エコーの経時的変化について考察する。

#### 44-38 VVIからAAIへup gradeする事で心不全のコントロールができた動脈管開存症の一例

福原健三, 和田希美, 林田晃寛, 根石陽二, 川元隆弘, 大倉宏之, 吉田 清 (川崎医科大学附属病院循環器内科)

【症例】80歳女性。2008年5月に労作時呼吸困難と全身倦怠感を主訴に来院。既往歴に動脈管開存症(PDA)と脳梗塞、洞機能不全症候群があり、1998年にペースメーカー植込み術(VVI)を施行されて、心室ペーシング 60%/年で推移していた。来院時の心エコー図検査でびまん性の壁運動低下とTRPG(三尖弁逆流圧較差)の上昇が認められ、dyssynchronyを認めた。

【経過】心不全に対して利尿薬による治療を開始し、自覚症状・両側胸水ともに若干の改善を認めた。慢性心不全のコントロールが困難な原因として、心房-心室の非同期と左心内同期不全(dyssynchrony)があると考えられ、心房リードを追加してAAIにした。PDAはQp/Qs=1.5であり経過観察とし、心不全は改善した。慢性心不全の原因としてPDAか心房-心室非同期、左心内同期不全にあるのか心エコー図検査を中心に考察したので報

告する。

#### 44-39 S字状中隔による流出路圧較差の低下とともに心不全をきたした症例

広江貴美子<sup>1</sup>、太田哲郎<sup>2</sup>、伊藤早希<sup>2</sup>、清水弘治<sup>3</sup>、角 瑞穂<sup>1</sup>、岡田清治<sup>2</sup>、石原研治<sup>1</sup>、村上林兒<sup>2</sup>、吉富裕之<sup>4</sup>、田邊一明<sup>4</sup> (<sup>1</sup>松江市立病院中央検査科、<sup>2</sup>松江市立病院循環器内科、<sup>3</sup>松江市立病院心臓血管外科、<sup>4</sup>高根大学医学部循環器内科)

症例は77歳、女性。近医で閉塞性肥大型心筋症(HOCM)として加療・経過観察中であった。H19年12月、帯状疱疹、腎不全にて当院皮膚科・泌尿器科入院・加療中、心機能評価・HOCMの経過観察のため循環器内科を受診した。心エコー図検査で左室肥大は軽度であったが、著明なS字状中隔が見られ高度の左室流出路狭窄が疑われた。カラードプラ法で左室流出路に乱流と中等度のSAMが認められ、最大圧較差は36 mmHg、バルサルバ負荷にて最大圧較差143 mmHgまで増加した。β遮断薬とシベンゾリンを投与し退院となったが、退院後すぐ心不全症状が出現した。心エコー図検査でLVDd 47→53 mmと拡大し、左室圧較差は16 mmHgに減少していたがMRは軽度から高度に増強していた。β遮断薬とシベンゾリンを中止し心不全の治療を行った。左室流出路圧格差は44 mmHgとなりMRは軽度から減少した。

#### 44-40 右室ペースング後短期間で心機能が悪化し心臓再同期療法(CRT)で改善した2症例

正岡佳子<sup>1</sup>、作間忠道<sup>1</sup>、沖本智和<sup>1</sup>、竹田 亮<sup>1</sup>、佐々木洋子<sup>2</sup>、土井裕枝<sup>2</sup> (<sup>1</sup>土谷総合病院循環器内科、<sup>2</sup>土谷総合病院循環器内科心機能検査室)

【症例1】62歳女性、慢性腎不全で血液透析(HD)施行。頻脈徐脈症候群で2005年3月ablate and paceを施行しDDD(右室)ペースングとなる。2005年11月よりHD中の血圧低下が出現し、心エコー図にてLVEF 58→39%、同期不全の出現を認め11月28日CRT施行。透析中の血圧低下は消失。

【症例2】49歳男性。拡張型心筋症で他院へ通院中持続性心室頻拍をおこし紹介。2005年5月埋め込み型除細動器移植術を行いDDD(右室)ペースングとなる。2005年10月18日うっ血性心不全で緊急入院。心エコー図にてLVEF 46→17%、同期不全の増悪を認め10月25日CRT施行。速やかに心不全は改善。

【結語】右室ペースング後短期間で心機能が悪化しCRTで改善した症例2症例を経験した。心エコー図による右室ペースング前後及びCRT前後での心機能及び同期不全の評価が治療方針決定に有用であった。

#### 【循環器-4】座長 宮地克維(国立病院機構岡山医療センター 循環器科)

#### 44-41 心房中隔に付着し粘液腫と鑑別が困難であった左房血栓の1例

佐々木洋子<sup>1</sup>、正岡佳子<sup>2</sup>、作間忠道<sup>2</sup>、沖本智和<sup>2</sup>、竹田 亮<sup>2</sup>、土井裕枝<sup>1</sup> (<sup>1</sup>土谷総合病院循環器内科心機能検査室、<sup>2</sup>土谷総合病院循環器内科)

【症例】69歳男性。慢性腎不全で2001年より血液透析導入。2007年10月30日労作時呼吸困の精査目的で心エコー図を施行。著明な左室心筋肥厚と左房拡大、収縮能及び拡張能の低下を認め高血圧性心疾患と診断、左房内に可動性腫瘤を認めた。経食道心エコー図では腫瘤(22 X 13 mm)は心房中隔に付着し、左心耳及びその他の心腔内には腫瘤は認めなかった。心臓CTでは腫瘤は有茎性で心房中隔に付着。透析患者でガドリニウム使用不能で

ありMRIは施行できず血栓との鑑別は困難であったが、有茎性で心房細動の既往もなく粘液腫が疑われた。12月12日腫瘤摘出術を施行した。心房中隔に付着する有茎性腫瘤を認め切除し卵円孔開存を縫合閉鎖した。病理組織で腫瘤はフィブリン塊から構成され一部に炎症細胞浸潤を伴う血栓と診断された。

【結語】有茎性で心房中隔に付着し粘液腫と鑑別が困難であった左房血栓の1例を経験したので報告する。

#### 44-42 急速に進行した多発性横紋筋肉腫の一例

横井靖世<sup>1</sup>、赤尾 泉<sup>1</sup>、中山弘美<sup>1</sup>、中井 稔<sup>1</sup>、藤田圭三<sup>2</sup>、宮地克維<sup>2</sup>、宗政 充<sup>2</sup>、松原広己<sup>2</sup> (<sup>1</sup>国立岡山医療センター臨床検査科、<sup>2</sup>国立岡山医療センター循環器科、<sup>3</sup>国立普通寺病院臨床検査科)

症例47歳女性2007年1月に検診で心雑音を指摘され近医受診。経胸壁心エコーで僧帽弁閉鎖不全症と診断され経過観察となっていた。7月の経胸壁心エコーで左房内腫瘍と重症僧帽弁閉鎖不全を指摘され、左房粘液腫を疑われ手術目的にて当院紹介となった。初診時、経胸壁心エコーで左房内と左室内前乳頭筋の2箇所にも腫瘤を認めた。左房内腫瘍は20 mm大で、心周期に合わせて可動性で僧帽弁口への嵌頓による僧帽弁狭窄をきたしていた。一ヵ月後手術前の経胸壁心エコーで左房内、左室内の腫瘍の増大に加え、前回認めなかった多量心嚢液と腫瘤を認めた。多発性であり、急速な進行を認めたことから悪性腫瘍を疑い手術を施行した。術中所見では血性心嚢液が多量貯留し、左室内腫瘍は乳頭筋先端より発生していた。心腫瘍除去術、僧帽弁置換術を施行した。左房内腫瘍は僧帽弁から発生し左房壁を貫通し心外膜に播種していた。病理学的には横紋筋肉腫と診断された。

#### 44-43 リウマチ性変化を伴う僧帽弁の腱索断裂後、massエコーを認め、脳塞栓を発症した一例

筑地日出文<sup>1</sup>、丸尾 健<sup>2</sup> (<sup>1</sup>倉敷中央病院臨床検査科、<sup>2</sup>倉敷中央病院循環器内科)

《症例》67歳、男性。

《主訴》食欲不振。

《現病歴および経過》2007年10月、肝硬変、腎機能障害の精査目的にて入院し、心不全の疑いのため循環器内科に紹介された。経胸壁心エコー(TTE)でリウマチ性の中等度僧帽弁狭窄、腱索断裂を伴う重度僧帽弁逆流、三尖弁逆流圧較差の上昇(60 mmHg)を認めた。2008年4月24日のTTEでは新たな腱索断裂を認め、同部位にmassエコーを伴っていたが、僧帽弁逆流の増悪はなかった。4月30日に視野障害を起こし、CT上、新鮮脳梗塞を認めた。翌月のTTEでmassエコーは消失していた。

《考察》リウマチ性変化を伴う僧帽弁の腱索断裂後、massエコーを認め、それが剥離して脳塞栓を起こしたと考えた。また、新たな腱索断裂を来したにもかかわらず、僧帽弁逆流が増悪しなかったのは僧帽弁の高度な石灰化が原因の一つであるかもしれないと推測した。

#### 44-44 大動脈弁に生じた乳頭状弾性線維腫の一例

門前まや<sup>1</sup>、寺川宏樹<sup>1</sup>、西岡健司<sup>1</sup>、光波直也<sup>1</sup>、日高貴之<sup>1</sup>、蓼原 太<sup>1</sup>、山本秀也<sup>1</sup>、木原康樹<sup>1</sup>、渡橋和政<sup>2</sup>、末田泰二郎<sup>2</sup> (<sup>1</sup>広島大学病院循環器内科、<sup>2</sup>広島大学病院心臓血管外科)

症例は70歳代男性。肝臓癌にて当院消化器内科にて経過観察されていた。200X年2月上旬より発熱出現、抗生剤にて一端改善するも再び発熱出現したため2月下旬当院消化器内科再入院。発熱の原因精査にて循環器内科にて紹介となる。経胸壁心エコー

検査にて大動脈弁 RCC 直下に 8 mm 大の腫瘤を認めた。感染性心内膜炎の疣贅との鑑別が必要であったが、経食道心エコー検査では、腫瘤は均一であり、弁そのものの破壊は認めなかった。血液培養陰性などの所見も併せて、感染性心内膜炎よりも心臓腫瘍の可能性を考えた。入院中に脳塞栓症を繰り返し、手術適応と判断した。同年 4 月上旬に当院心臓血管外科にて腫瘍摘出術を施行され、病理所見では乳頭状弾性線維腫と診断された。経過より感染性心内膜炎の疣贅と鑑別を要した大動脈弁の乳頭状弾性線維腫の一例を経験した。その鑑別に経食道心エコー検査が有用であった。

#### 【循環器-5】座長 林田晃寛（川崎医科大学 循環器内科）

#### 44-45 背臥位により生じる呼吸困難の原因診断に心エコーが有用であった食道癌の一例

新田江里<sup>1</sup>、吉富裕<sup>1</sup>、田中延子<sup>1</sup>、角 隆<sup>1</sup>、宮本真里<sup>1</sup>、庄野智子<sup>1</sup>、福岡麻子<sup>1</sup>、伊藤聡子<sup>2</sup>、田邊一明<sup>3</sup>、長井 篤<sup>1</sup>（<sup>1</sup>島根大学医学部附属病院検査部、<sup>2</sup>島根大学医学部消化器肝臓内科、<sup>3</sup>島根大学医学部循環器内科）

症例は 60 歳男性。平成 20 年 2 月 18 日、stage IV a の進行性食道癌のため当院消化器肝臓内科に入院。以前より背臥位での呼吸困難感を自覚していた。食道癌の放射線化学療法前の心機能評価目的で 2 月 28 日循環器内科へ紹介となった。心エコー検査では、左房後壁と胸部下行大動脈の間に 55 × 59 × 57 mm の腫瘍を認め、左房後壁を前方に圧排していた。特に左房低位で顕著であり、左房から左室への血液流入が妨げられていた。左側臥位では、僧帽弁付近の左房内腔に僅かに間隙を認めたが、背臥位では腫瘍と心臓の位置関係が変化し、左側臥位に比べ腫瘍が心臓に対しより低位前方になるため、その間隙が減少し、左室への血液流入障害が増強された。背臥位では、左室流入血流速度はより高速であった。背臥位での検査は胸部症状のため 5 分以上継続することは困難であった。本症例では、背臥位で生じる呼吸困難の原因診断に心エコー図が非常に有用であった。

#### 44-46 subclavian steal syndrome を術中 TEE で証明し得た 1 例

渡橋和政、高崎泰一、末田泰二郎（広島大学病院心臓血管外科）

【目的】subclavian steal syndrome の症例で、術中経食道心エコー法（TEE）を用いて椎骨動脈逆流と治療による改善を証明し得た 1 例を報告する。

【対象・方法】71 歳男性。右上肢のだるさ、ふらつきを自覚。右鎖骨下動脈起始部狭窄と診断されたが、病変が総頸動脈との分岐部にあるため左腋窩-右腋窩動脈バイパス術の適応となった。術中 TEE で右椎骨動脈を描出し、血流を測定した。逆行性の椎骨動脈血流がバイパス開通と同時に順行性に転じ、さらにグラフトの一時遮断で逆転することが証明された。術後、症状は軽快した。

【考察、結語】TEE は subclavian steal の直接の証拠となる椎骨動脈血流の逆転を直接証明できる。リアルタイムかつ非侵襲的で、造影剤を用いず手術の評価を on-site で行いうる有用な方法と考える。

#### 44-47 成人期に診断された三心房心の 1 例

林 秀行<sup>1</sup>、川元隆弘<sup>1</sup>、林田晃寛<sup>1</sup>、和田希美<sup>1</sup>、大倉宏之<sup>1</sup>、吉田 清<sup>1</sup>、濱中荘平<sup>2</sup>、種本和雄<sup>2</sup>、渡邊 望<sup>1</sup>（<sup>1</sup>川崎医科大学附属病院循環器内科、<sup>2</sup>川崎医科大学附属病院胸部心臓血管外科）

症例は 48 才女性。呼吸困難で近医入院。心不全を認めたため、精査・治療目的にて当院へ転院となった。心エコー図、心臓 CT にて ASD および左房内に異常隔壁を認めたため、心房中隔欠損症を合併した三心房心（Lucas-Schmidt 分類 I B-1 型）と診断し、ASD パッチ閉鎖術および異常隔壁切除術を施行した。今回、我々は ASD を合併した三心房心の症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

#### 【その他】

#### 【その他】座長 三宅達也（島根大学医学部附属病院 光学医療診療部）

#### 44-48 後腹膜線維症の 1 例

松浦源太<sup>1</sup>、山内理海<sup>1</sup>、山田博康<sup>2</sup>、古川正愛<sup>1</sup>、宮本真樹<sup>1</sup>、竹内啓祐<sup>1</sup>（<sup>1</sup>県立広島病院総合診療科、<sup>2</sup>県立広島病院消化器内科）

後腹膜線維症は IgG4 関連硬化性疾患の部分症状と考えられているが、確定診断にはしばしば困難を伴う。超音波検査をはじめとする画像診断、血清 IgG4 値の解釈、腫瘍生検の必要性などについて示唆に富む症例を経験したので報告する。症例は 72 歳男性。腰痛と下肢の浮腫を主訴に近医から紹介された。高度の下腿浮腫と腹壁の皮下静脈拡張を認めた。超音波検査では腹部大動脈の周囲をとりまく均一な低エコー腫瘍と両側水腎症を認め、下大静脈と尿管は腫瘍の圧排により閉塞していた。CT では後腹膜腫瘍に加えて、縦隔内にも小腫瘍が散在し FDG-PET において両者に集積を認めた。血清 IgG4 は 521 mg/dl、可溶性 IL-2 受容体は 1050 U/ml とともに高値を示していた。悪性リンパ腫との鑑別のため開腹生検が施行された。中等度の炎症細胞浸潤と硝子様の線維化から後腹膜線維症と診断した。ステロイド内服により腫瘍は著明に縮小し、経過観察中である。

#### 44-49 腹膜悪性上皮腫の一例

高田珠子<sup>1,3</sup>、畠 二郎<sup>1</sup>、中武恵子<sup>1</sup>、岩井美喜<sup>1</sup>、竹之内陽子<sup>1</sup>、谷口真由美<sup>1</sup>、山下 都<sup>1</sup>、小島健次<sup>1</sup>、眞部紀明<sup>1</sup>、吉岡奈穂子<sup>2</sup>（<sup>1</sup>川崎医科大学附属病院内視鏡・超音波センター、<sup>2</sup>川崎医科大学内科学（肝・胆・脾内科）、<sup>3</sup>三菱三原病院内科）

症例は 60 歳代男性。18 歳時に 1 年間石綿関連の職歴あり。1 年前から右側腹部痛あり増悪傾向のため近医受診。腹部 CT にて異常を指摘され当院紹介となった。腹部 CT、MRI では、肝表面にごく淡い造影効果を認める三日月様の領域あり、被膜下膿瘍、血腫、腹膜播種などが疑われた。FDG-PET では同部位に異常集積を認めたが確定診断が困難であった。体外式超音波検査では肝右葉被膜直上を中心として上行結腸の中程まで帯状の low echo あり、内部は大半が solid part。肝臓・上行結腸・周囲脂肪組織への浸潤傾向を認めた。ドブラ上はわずかな、ソナゾイド<sup>®</sup>造影上は比較的豊富な血流シグナルが描出され、主たる栄養血管は腹壁から走行していた。他部位に結節や原発病巣は検出されなかった。以上から（中皮腫あるいは腹膜漿液性乳頭状腺癌など）腹膜原発腫瘍と診断した。経皮的腹膜針生検にて mesothelioma と診断され、化学療法目的にて転院となった。

#### 44-50 腹直筋血腫の 1 例

中武恵子<sup>1</sup>、畠 二郎<sup>1</sup>、山下 都<sup>1</sup>、竹之内陽子<sup>1</sup>、谷口真由美<sup>1</sup>、小島健次<sup>1</sup>、眞部紀明<sup>1</sup>、高田珠子<sup>1</sup>、今村祐志<sup>2</sup>、蓮尾英明<sup>3</sup>（<sup>1</sup>川崎医科大学附属病院内視鏡・超音波センター、<sup>2</sup>川崎医科大学附属病院食道胃腸科、<sup>3</sup>川崎医科大学附属病院総合診療科）

症例は 60 歳代女性。他院で心筋梗塞と診断されステントを留

置し、呼吸不全のため気管内挿管を施行した。その後気管孔に肉芽形成がみられ、その除去目的で当院へ紹介入院となった。人工呼吸器管理中、急激な Hb の低下と腹痛ならびに腹部膨隆が出現した。体外式超音波検査（以下 US）上、左腹直筋内に不整で広範囲に渡る内部エコー不均一な低エコー域を認めた。下腹部においては無エコー域や、内部にフィブリンネットや凝血塊と思われる充実エコーが混在し、造影 US 上、下腹部に滲み出る様な出血が観察された。腹直筋の一部に断裂像も見られ、腹直筋内血腫と診断した。血腫の原因として人工呼吸器装着下におけるバッキングとヘパリンの皮下注射の影響が考えられた。保存的治療により血腫は徐々に縮小した。

#### 44-51 腹部超音波検査が診断に有用であった特発性後腹膜線維症の一例

蓮尾英明<sup>1</sup>、畠 二郎<sup>2</sup>、眞部紀明<sup>2</sup>、山下 都<sup>3</sup>、谷口真由美<sup>3</sup>、中武恵子<sup>3</sup>、竹之内陽子<sup>3</sup>、小島健次<sup>3</sup>、今村祐志<sup>4</sup>（<sup>1</sup>川崎医科大学附属病院総合診療科、<sup>2</sup>川崎医科大学附属病院検査診断学（内視鏡・超音波）、<sup>3</sup>川崎医科大学附属病院中央検査部、<sup>4</sup>川崎医

科大学附属病院食道・胃腸内科）

症例は 77 歳男性で、主訴は微熱、食欲低下。血液生化学検査では、炎症反応の亢進と軽度の腎機能低下を認めた。腹部超音波検査上、十二指腸水平部背側から両側の総腸骨動脈前面に至るまで、大動脈前面を中心とする不整な低エコー帯を認めた。内部エコーは均一で、ドブラシグナルは検出されなかった。造影上も、hypovascular であった。この低エコー帯により、右尿管が圧迫され水腎症を呈していた。近傍に悪性腫瘍の存在を示唆する所見は認めず、その他の原因疾患あるいは薬剤使用はなかった。以上より、特発性後腹膜線維症と診断し、ステロイド治療を開始したところ、1 週間後には、全身症状及び画像所見の改善を認めた。

\* 本学会が作成した地方会演題登録システムを導入するにあたり、地方会演題発表者が入力した原稿がそのまま学会誌及び本学会 HP へ掲載されることとなりましたので、ご了承いただきたくお願いいたします。 地方会担当理事（主）山下 裕一