

一般社団法人日本超音波医学会第 24 回九州地方会学術集会抄録

会 長：植木敏晴（福岡大学筑紫病院消化器内科）

日 時：2014 年 9 月 21 日（日）

会 場：福岡国際会議場（福岡市）

【YIA（腹部）】

座長：田中正俊（医療法人弘恵会ヨコクラ病院内科）

24-01 造影超音波を用いた肝細胞癌に対する DEB-TACE 後の評価に関する検討

坂江 遥, 玉井 努, 小田耕平, 大西容雅, 室町香織, 大重彰彦, 馬渡誠一, 森内昭博, 宇都浩文, 井戸章雄（鹿児島大学病院消化器疾患・生活習慣病学）

*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

24-02 特異的な画像所見を呈した肝平滑筋肉腫の一例

田中志歩¹, 畑山勝子¹, 野間栄次郎¹, 光安智子¹, 植木敏晴¹, 松井敏幸¹, 三上公治², 田邊 寛³, 池田圭祐³, 岩下明徳³（福岡大学筑紫病院消化器内科, ²福岡大学筑紫病院外科, ³福岡大学筑紫病院病理部）

71 才女性, 腹部エコー検査で肝内側区域に 20 mm の低エコー腫瘍を指摘された。腫瘍は MD-CT の早期相で造影効果なく, 後期相で造影効果を認めた。EOB-MRI では, T1 で低信号, T2 WI で高信号, DWI で強い高信号を示し, Dynamic study において動脈相で辺縁に造影効果を認め, 肝細胞相で低信号化した。転移性肝腫瘍を疑い胸部 CT, 上下部消化管内視鏡検査, 経口小腸透視を施行したが原発病変はなかった。ソナゾイド造影超音波内視鏡検査では, 動脈相で高エコー, 門脈相・クッパー相で低エコーを示し, CT・MRI と解離した所見であった。生検の結果, Leiomyosarcoma と診断した。PET-CT で他に異常集積は認めず, 肝原発平滑筋肉腫と診断し, 肝左葉切除術を施行した。以上, 特異的な画像所見を呈した肝平滑筋肉腫の一例を経験したので報告する。

【YIA（循環器）】

座長：皆越眞一（国立病院機構鹿児島医療センター）

24-03 周産期心筋症と思われた一例

上間貴子, 竹内正明, 永田泰史, 林 篤志, 大谷恭子, 福田祥大, 芳谷英俊, 尾辻 豊（産業医科大学循環器・腎臓内科）

28 歳, 女性, 心疾患の既往なし。他院で帝王切開分娩を施行されたが止血困難のため当院救急搬送となるも内腸骨動脈塞栓術を施行し第 10 病日に退院となった。退院 3 日後から夜間呼吸困難, 起坐呼吸を自覚。退院 1 週間後の産科受診時に胸部レントゲンで肺うっ血像, 心エコー図検査でびまん性の左室壁運動低下（左室駆出率 40%）を認めたため当科入院となる。出産 2 週間後の発症であり, その他明らかな低心機能の原因も認めないことから周産期心筋症が強く疑われた。利尿剤や β 遮断薬などにより心不全は軽快したものの壁運動低下は残存し, 心臓 MRI 検査では心尖部領域に遅延造影効果を認めた。周産期心筋症では遅延造影陽性例や慢性期低心機能が改善しない例では予後不良との報告もあるため, 本症例でも慎重に経過を見ていく必要があると思われる。周産期心筋症の頻度は高くないが重篤な経過を来す可能性の

ある疾患であり若干の文献的考察を含めて報告する。

24-04 心房中隔欠損症に対する Amplatzer Septal Occluder 閉鎖術における欠損形態と留置方法の特異性

金子哲也¹, 坂本知浩¹, 西上和宏²（¹済生会熊本病院心臓血管センター循環器内科, ²済生会熊本病院集中治療室）

《目的》心房中隔欠損症（ASD）における Amplatzer Septal Occluder（ASO）閉鎖術において術前経食道心エコー（TEE）から得られた欠損孔の形状による留置方法の特異性について検討した。

《方法》2012 年 8 月から 2014 年 4 月までに当院で ASO 留置に成功した 37 例を対象に, TEE での欠損形態（長径, 短径, 長短径差, rim 長）と留置方法（左上肺静脈（LUPV）または右上肺静脈（RUPV）アプローチ）との関連を検討した。

《結果》37 例中 3 例（8.1%）において通常の LUPV からでは留置困難であり, RUPV からの留置を要した。RUPV 留置例は全例長径が 30 mm 以上でかつ長短差 4 mm 以上であった。LUPV 群では 33 例が 30 mm 未満であり, 1 例は 30 mm 以上だが, 長短差は 4 mm 未満であった。

《結語》ASD に対する ASO 閉鎖術において欠損孔長径が 30 mm 以上と大きく楕円型（長短差 4 mm 以上）の場合は右上肺静脈からの留置を考慮する必要がある。

【新人賞（循環器）】

座長：山近史郎（社会医療法人春回会井上病院）

24-05 心房中隔欠損症に合併した僧帽弁逆流の Amplatzer Septal Occluder 治療による急性変化

内田智子¹, 西上和宏¹, 坂本知宏¹, 尾形裕理², 村上未希子², 出口重弥², 田上結貴²（¹済生会熊本病院循環器内科, ²済生会熊本病院心臓血管エコー検査室）

《背景》心房中隔欠損症（ASD）に合併した僧帽弁逆流（MR）は, 欠損孔閉鎖により左室への流入血流が増加し, 一般に MR は増加すると考えられている。今回, Amplatzer Septal Occluder（ASO）治療による MR の急性変化を検討した。

《対象と方法》2012 年 8 月～2014 年 5 月に ASO 治療をした 38 例（男性 9 例, 女性 29 例, 平均年齢 54 歳）の内, MR を有する軽度 24 例, 中等度 4 例（1 例逸脱あり）を対象とした。ASO 周術期の MR について経時変化を検討した。

《結果》術後 3 日以内の MR は 19 例で変化がなかった。MR 改善例は軽度 5 例, 中等度 3 例だった。MR 悪化例は中等度 1 例（逸脱あり）だった。

《結論》ASD に合併した MR は, ASO 治療後に不変または改善することが多かった。しかしながら, 有意な僧帽弁逸脱を有する例では悪化の可能性があるため, ASO 治療の適応に注意する必要がある。

24-06 BNP の軽度の上昇が持続した重症僧帽弁閉鎖不全症の一例

菊池 仁¹, 田代英樹¹, 大江健介¹, 尾田 毅², 安永 弘²（¹聖マリア病院循環器内科, ²聖マリア病院心臓血管外科）

27 歳男性, 8 か月時に PDA ligation 1 歳 8 か月時に VSD 閉鎖術 PDA の再手術 10 歳時大動脈弁置換術をおこなった症例。術後は外来にて加療をおこなっていた。2013 年 11 月労作時呼吸

困難にて外来を受診し、BNPは59.7 pg/mlであったが、心エコーを施行し重症僧帽弁閉鎖不全の診断をうけた。左室径は軽度の拡大にとどまった。BNPも3月69.8 pg/mlで高度の上昇は認めなかった。4月192.1 pg/mlと上昇し、5月に心エコーを施行し三尖弁閉鎖不全の圧較差が73 mmHgまで上昇したため6月に入院、手術を行った。考案 心不全学会のステートメントではBNP 100 pg/ml未満であれば重症心不全の可能性は低いとされている。当患者では来院時BNP 59.7 pg/mlと低い値を呈し、その後も治療はおこなっていたものの低い値に推移した。繰り返す手術との関連も考えられ注意が必要である。

24-07 腎動脈エコーが血栓診断に有用であった一例

塚元己年¹、高野亮一¹、橋口吉孝¹、野添さおり¹、倉崎 望¹、吉野聡史²（¹出水郡医師会広域医療センター診療技術部、²出水郡医師会広域医療センター循環器科）

《症例》60歳代、男性、背部痛を主訴に救急外来受診。

《現病歴》急性冠症候群及び左腎動脈狭窄にて、経皮的冠動脈形成術（PCI）と経皮的腎動脈形成術（PTRA）＋ステント留置術後。治療後退院。

《検査結果》左腎動脈再狭窄の有無目的で腎動脈エコーを施行。左腎動脈ステント後の再狭窄は認めなかったが、右腎動脈断層法にて起始部から末梢側に、内部エコーは不均質（＋）、カラードプラ法では腎動脈内に細長い管状血流シグナルと血流シグナル欠損像を認めた。また、右腎区域動脈は著明な血流灌流の低下が見られ血栓を疑った。

《まとめ》CT単純や腎動脈単純MRAでは血栓診断はできなかったが、腎動脈エコーが血栓診断に有用であった一例を経験した。CTやMRI検査で造影剤を用いると診断能の向上が見られるが、細心の注意が必要と思われる。腎動脈狭窄や血栓または経過観察には、有意な検査であると考ええる。

【新人賞（消化器）】

座長：黒肱敏彦（医療法人愛誠会昭南病院）

24-08 特発性腹腔動脈解離の1例

土屋直壮、阿南 章、田中 崇、喜多村祐次、平野玄竜、高林綾子、福永篤志、高田和英、早田哲郎、向坂彰太郎（福岡大学消化器内科）

症例は40代の男性。深夜に突然の心窩部から左側腹部痛が出現した。翌朝近医を受診し感染性腸炎疑いで整腸剤と鎮痛剤を処方されたが、その後も腹痛が治まらないため他院を受診。腹部レントゲン検査で著明な大腸ガスを認め、腸閉塞も疑われたため、当科に紹介となった。左側腹部に軽度の圧痛を認めたが腹膜刺激症状は認めなかった。血液検査では白血球とCRPの軽度上昇を認めた。腹部超音波検査では腹腔動脈に血栓が疑われたため腹部造影CT検査を施行したところ、腹腔動脈の解離と脾梗塞を認めた。入院後の精査でも原因となるような基礎疾患や既往歴は認めなかったため、特発性腹腔動脈解離による腹腔動脈血栓症と脾梗塞と診断した。肝障害や腸管虚血は認めず、全身状態も安定していたため、保存的に経過観察する方針となった。特発性腹腔動脈解離はまれな疾患であり、急性腹症の鑑別疾患として念頭におく必要があると考えられた。

24-09 超音波検査が診断に有用であった小腸異物による腸閉塞症の一例

永山林太郎¹、光安智子¹、植木敏晴¹、野間栄次郎¹、大塚雄一郎¹、松村圭一郎¹、畑山勝子¹、土居雅宗¹、松井敏幸¹、三上公治²（¹福岡大学筑紫病院消化器内科、²福岡大学筑紫病院外科）

《主訴》嘔吐。

《病歴》症例は80才代、女性。既往歴に50才代子宮腫瘍・付属器摘出術と放射線療法、60才頃から腸閉塞を繰り返した。2013年10月末に腸閉塞を発症した。腹部CTで小腸内の異物が原因と考えられ、内視鏡的摘出目的に2014年1月当科へ紹介入院となった。腹部超音波検査で右下腹部の終末回腸付近に人工的な15 mmの高輝度エコーを認め、press through package（PTP）シートが疑われた。同部の腸管壁は目立つが、周囲脂肪組織のエコー輝度の上昇や腹水はなく、保存的に経過観察となった。ダブルバルーン小腸内視鏡下による異物除去を試みたが、癒着は強固で、下部小腸への挿入は困難であった。経口摂取を開始すると腹満、腹痛が再燃するため、外科的異物除去、回腸－上行結腸バイパス術を施行。異物はPTPシートであった。

《結語》超音波検査は、異物の種類や存在部位を含めた病態の把握に有用であった。

24-10 術前診断が困難であった膵嚢胞性病変の一例

伊原 諒¹、植木敏晴¹、大塚雄一郎¹、松村圭一郎¹、松井敏幸¹、前川隆文²、田邊 寛³、岩下明徳³、斉藤衆子⁴（¹福岡大学筑紫病院消化器内科、²福岡大学筑紫病院外科、³福岡大学筑紫病院病理部、⁴大分医療センター消化器内科）

症例は60歳代男性。2010年6月の検診で膵体部に15 mm大の嚢胞性病変を指摘。分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍と診断され某医で経過観察されていた。2013年6月のCTで嚢胞が20 mm大に増大し当科紹介。EUSで嚢胞の内部は均一な無エコーで、8 × 5 mm大の小嚢胞を伴い、cyst in cyst様であったが壁材結節はなかった。ERPで主膵管および分枝膵管に異常はなく、嚢胞と膵管との交通はなかった。以上より膵粘液性嚢胞腫瘍を疑い開腹。術中USでも腫瘤内に壁材結節はなかった。嚢胞は膵から容易に剥離され、膵嚢胞核出術を施行。病理学的に嚢胞上皮は、扁平上皮によって裏打ちされていたが、壁内にリンパ球の集簇がないことよりSquamoid cystと診断した。cyst in cyst様に描出されたものは蛋白栓と考えられた。

24-11 Peritumoral fat spared areaを認めたhigh flow hepatic hemangiomaの一例

藤井麻衣¹、隈部 力^{2,3}、黒松亮子⁴、川野祐幸¹、相園多美子¹、橋本好司¹、鳥村拓司⁴、中島 収¹（¹久留米大学病院臨床検査部、²隈部医院、³久留米大学医学部医学科放射線医学講座、⁴久留米大学医学部医学科内科学講座消化器内科部門）

症例は、20代の男性。主訴は心窩部痛と発熱。ALT・CRPの軽度上昇と高脂血症を認めた。USのB-modeでは脂肪肝とS3にφ20 mm弱の辺縁不整、境界不明瞭な低エコー腫瘤が描出された。CE-USでは、腫瘤辺縁と中心に濃染を認め徐々に周囲に拡大した。腫瘤周囲は造影早期に軽度造影され、約3分後は周囲肝と同等に造影された。CTおよびEOB造影MRIでは、造影早期相で全体が濃染され、後期相では遷延性造影効果を認めた。EOB-MRI肝細胞相は低信号であった。T2強調像は強高信号、拡散強調像は等信号、ADCは高値域であった。腫瘤周囲はdual

echo 法 T1 強調像で脂肪肝の取り残し域であることが確認された。これらの画像所見より Peritumoral fat spared area 生じた high flow hepatic hemangioma と診断した。US, CT, MRI の画像を対比し報告する。

【小林利次 Images of the Year】

座長：田代英樹（社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院循環器内科）

24-12 三次元経食道心エコー図で観察し得た心室中隔穿孔の2例

福山梓子¹，竹内正明¹，永田泰史¹，林 篤志¹，大谷恭子¹，
福田祥大¹，芳谷英俊¹，江藤政尚²，西村陽介²，尾辻 豊¹（¹産業医科大学第二内科学，²産業医科大学心臓血管外科）

心室中隔穿孔（VSR）は心筋梗塞に伴う重篤な機械的合併症であるが，三次元経食道心エコー図（3DTEE）で評価し得た2例を経験したので報告する。症例1は85歳男性で，胆嚢炎に対する術前評価の心エコー図検査（2DTE）にて左室壁運動異常とともにVSRを認めた。3DTEEでは心室中隔の心尖部寄りに15×16mm程度の交通孔を認めた。しかし無症状であり，発症時期不明で血行動態も安定していたことから経過観察とした。症例2は71歳女性で，呼吸困難と胸痛にて当院搬送された。2DTEでは下壁梗塞とともにVSRを認め血行動態不安定であったことから，緊急的にVSR閉鎖術および冠動脈バイパス術を施行した。術中に評価した3DTEEでは心室中隔下部の心筋の一部が断裂し右室に向けて30×40mm程度の大きな裂開を認めた。二次元心エコー図検査でもVSRの診断は可能であるが，3DTEEによりその大きさや形状あるいは周囲組織との関係性なども含めて観察することが可能であったため報告する。

24-13 両心室の壁運動異常を呈したたこつぼ型心筋症の一例

野田裕剛，奥田俊介，横山 拓，安田潮人，有田武史，
小田代敬太，丸山 徹，赤司浩一（九州大学大学院医学研究院病態修復内科）

《症例》53歳，男性。

《主訴》急性循環不全

《現病歴》以前より心房細動を指摘されていた。2014年5月26日に中咽頭腫瘍に対して摘出術を施行された。術後2日目より150/min以上のAF tachycardiaが出現した。medicationによるrate controlが開始されたが改善せず，意識低下・呼吸不全・NSVT出現あり，当科へconsultationとなった。心臓超音波検査にて両心室基部の過収縮と両心尖部の著明な壁運動低下を認め，たこつぼ型心筋症が疑われた。緊急で心臓カテーターテル検査を施行したところ，冠動脈はintactで，左室造影にて超音波検査と同様の所見を得たため，たこつぼ型心筋症と診断した。

《考察》たこつぼ型心筋症は閉経後の女性に多く，可逆的で比較的予後良好な疾患である。今回の発症には侵襲度の高い手術が関与していると考えられる。右室にも心室基部の過収縮と心尖部の壁運動低下を認める報告はまだ少ない。

24-14 心エコー検査により診断された大動脈四尖弁の2症例

光井朋子¹，熊谷尚子²，大平雅代¹，帆足ひとみ¹，奥田 哲²，
松本研三²，有村忠聰²，光武良晃²，岡村圭祐²，浦田秀則²（¹福岡大学筑紫病院臨床検査部，²福岡大学筑紫病院循環器内科）

大動脈四尖弁は極めて稀な先天性心疾患であり，大動脈弁機能不全の原因となり得る。今回我々は胸壁心エコーにて診断し得た，大動脈弁閉鎖不全症（AR）を合併した大動脈四尖弁（QAV）症例を2例経験したので報告する。

症例1：70歳代，女性。一過性脳虚血発作にて前医に入院中，3秒の洞停止を伴う心房細動を指摘されたため当科を受診した。心雑音を認め施行した胸壁心エコーにて重度ARを伴うQAVを認めた。精査の結果，右冠動脈起始異常・低形成の心奇形を合併していた。手術によりQAVで左冠尖と無冠尖との間に副尖を確認された。

症例2：60歳代，女性。頭部打撲後，食欲低下のため当院に入院した。心電図にて下側壁誘導に巨大陰性T波を認め精査の結果，タコツボ心筋症と診断され，その後は良好に経過した。一方，followのエコーにて中等度ARを伴うQAVを指摘され，現在経過観察中である。心エコーでは大動脈弁膜症の原因としてQAVも念頭に入れた慎重な観察が必要である。

【一般演題 脾臓・消化管】

座長：平野玄竜（福岡大学病院救命救急センター）

24-15 腹腔動脈解離による脾梗塞の一例

内田みを¹，伊集院裕康²，青木めぐみ¹，梅橋未来¹，
古賀哲也²，田島誠一郎²，神山拓郎⁴，河野竜二³，厚地伸彦²
（¹天陽会中央病院検査部，²天陽会中央病院内科，³天陽会中央病院外科，⁴天陽会中央病院放射線科）

44歳男性。突然の左側腹部痛にて来院。血圧172/96。来院時腹部エコー検査では明確な所見不明であったが炎症反応も高く痛みの程度も強かったため造影CTを行った。造影CTにて腹腔動脈解離 脾梗塞と診断され再度腹部エコーを行った。心か部横操作では腹腔動脈解離はきれいに描出できず。また 脾臓自体も明確な所見認めなかった。カラードブラ検査にて脾門部の脾動脈に解離を認めた。造影エコーにて 脾梗塞部は明瞭に抜けた。血圧疼痛管理にて入院。数日で痛み消失し1週間にて退院した。退院直前にて 脾梗塞部は低エコーに描出された。発症直後の脾梗塞の超音波診断は困難と思われるがカラードブラにて脾動脈の解離を観察するのが診断に有効と思われた。

24-16 閉鎖孔ヘルニア嵌頓を超音波検査下に用手整復した1例

上田 真¹，加藤 新²，高良博明³，福里吉充¹，松本廣嗣¹（¹沖縄県立中部病院外科，²沖縄県立中部病院内科，³沖縄県立中部病院放射線科）

《はじめに》閉鎖孔ヘルニア嵌頓（以下本症）を超音波検査（以下US）で診断し用手整復した報告が近年いくつかある。今回我々はUS下に用手整復した1例を経験したので報告する。

《症例》71才女性。来院3ヵ月前より左ソケイ部痛が起こることがあった。2014年4月1日その疼痛が軽快しないため当院を受診した。左ソケイ部に膨隆はなく軽度圧痛あり。USとCTが施行された。USでは左ソケイ靱帯の尾側で閉鎖孔の深さに嵌頓した腸管が嚢胞状に見られた。腹腔側では拡張した腸管があった。嵌頓腸管壁に肥厚なし，血流はわずかにあり。US下に用手整復を行うと嚢胞は消失し，疼痛は劇的に改善した。翌日手術を施行。ソケイ法でDirect Kugelパッチを用いた。経過は良好であった。

《考察》本症の診断でUSは容易に施行できる利点がある。総合的に腸管壊死の可能性が低いと判断されればUS下に用手整復が可能である。

24-17 造影エコーが有効であった上腸間膜動脈狭窄 虚血性腸炎の一例

青木めぐみ¹、伊集院裕康²、内田みを¹、梅橋未来¹、古賀哲也²、田島誠一郎²、神山拓郎⁴、河野竜二³、厚地伸彦²（¹天陽会中央病院検査部、²天陽会中央病院内科、³天陽会中央病院外科、⁴天陽会中央病院放射線科）

80歳女性。脳梗塞後遺症 心房細動 糖尿病 総胆管結石 大腸癌術後（右半結腸切除）にて通院中。一過性の意識障害 腹痛 下血にて来院。腹部エコーにて回腸の壁肥厚を認め 壁構造は低エコーで不明瞭であった。またカラードブラにて上腸間膜動脈狭窄を疑った。確定診断するため造影エコー施行した。造影エコーにて明確に上腸間膜動脈狭窄が描出された。また 肥厚した腸管は濃染したが一部染まらない部位を認めた。上腸間膜動脈狭窄 虚血性腸炎と診断し絶食 輸液 抗凝固療法を行った。速やかに腹痛軽快し CT エコー上腸管の肥厚も改善した。

24-18 脾腫と脾内出血を超音波検査で確認し得た悪性リンパ腫の1例

小田耕平、玉井 努、坂江 遥、大西容雅、室町香織、大重彰彦、馬渡誠一、森内昭博、宇都浩文、井戸章雄（鹿児島大学病院消化器内科）

*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

24-19 アニサキスが原因と考えられた腸重積の一例

梅橋未来¹、伊集院裕康²、青木めぐみ¹、内田みを¹、古賀哲也²、田島誠一郎²、神山拓郎⁴、河野竜二³、厚地伸彦²（¹天陽会中央病院検査部、²天陽会中央病院内科、³天陽会中央病院外科、⁴天陽会中央病院放射線科）

61歳男性。しめ鯖を食べその日 深夜より腹痛出現した。腹痛は間欠痛であったが改善せず2日目嘔吐あり3日目来院。右側腹部の圧痛あり。腹部エコーにて回腸壁肥厚および 上行結腸部に multiple concentric ring sign を認めた。先進部の腫瘍は不明であり病歴よりアニサキスによる腸重積を疑った。透視下に緊急大腸カメラ施行し重積の整復した。しかしアニサキスは発見できなかった。採血にてアニサキス抗体陽性で IgE 抗体上昇認めアニサキスが原因と考えられた。その後 腹痛軽快した。

【一般演題 肝臓（造影・エラスト）】

座長：黒松亮子（久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門）

24-20 胃癌肝転移に対するラジオ波焼灼療法の治療支援にソナゾイドが有用であった一例

長岡進矢、峯 彩子、戸次鎮宗、佐々木龍、橋元 悟、佐伯 哲、阿比留正剛、山崎一美、小森敦正、八橋 弘（国立病院機構長崎医療センター臨床研究センター肝臓内科）

症例は75歳男性。前立腺癌術後のフォロー CT にて肝 S6に4cm大の腫瘍を指摘された。上部内視鏡にて前庭部前壁に3型進行胃癌を指摘。胃癌肝転移の診断となった。幽門側胃切除および肝区域切除施行し、内服抗がん剤を開始した。術後1年後のCT、MRIにて4か所15mm程度の再発を認めた。Bモードでは不明瞭な高エコー病変として描出された。ソナゾイド造影 Kupffer相では明瞭な欠損像として各病変が描出された。これらの病変に対してラジオ波焼灼療法（RFA）をおこない、それぞれの病変を焼灼し得た。その後約2年再発を認めなかったが、肝内の別部位に再発を来し、初発から3年7カ月で永眠された。転移性肝癌に対する治療の中心は化学療法であるが、RFAもオプションとして考慮できる。転移性肝癌は多発かつBモードで不明瞭であ

ることが多く、RFAの治療支援、スクリーニングにソナゾイドを試みる価値があると思われた。

24-21 Sonazoid 造影エコー法による high-flow hemangioma の経時的評価

辻 千賀¹、小野尚文¹、濱岡和宏¹、江口尚久¹、大枝 敏²、江口有一郎²、安西慶三³（¹江口病院内科、²佐賀大学肝疾患医療支援学肝臓、³佐賀大学内科肝臓・糖尿病・内分泌）

《はじめに》画像診断法の進歩により、早期濃染パターンを呈する high-flow hemangioma（HF-H）も散見される。今回画像診断で HF-H と診断し、その後造影 US 法にて経過観察できた症例である。

《症例1》30歳男性。C型慢性肝炎のIFN治療終了後の定期US検査で肝S6に径12mmの等低エコー腫瘍を認めた。造影US法で動脈相早期より数秒で辺縁より全体が染影され、注入4分でも持続、後期血管相で低エコーとなり、その低エコーの腫瘍内を還流する sonazoid が持続流入する所見を認めた。

《症例2》80歳男性。認知症の悪化したC型慢性肝炎の患者さんで3年ぶりのUS検査を行い新たに肝S4径28x32mmの腫瘍を認めた。造影US法で、S8海綿状血管腫が典型的パターンを示し、S4の腫瘍は症例1と同様の造影パターンであった。

《経過》約1年後の造影US検査で、前回のHF-Hの所見ではなく通常海綿状血管腫の所見を示した興味ある症例を経験したので報告する。

24-22 肝疾患に対する Strain Elastography の現状

小野尚文¹、辻 千賀¹、濱岡和宏¹、江口尚久¹、大枝 敏²、江口有一郎²、安西慶三³（¹江口病院内科、²佐賀大学肝疾患医療支援学肝臓、³佐賀大学肝臓・泌尿病・内分泌）

《はじめに》Strain Elastography は体表臓器の硬度診断に用いられている。肝臓で硬さを評価する方法は fibroscan や VTTQ など様々な方法がある。今回は腹部用のコンベックス型プロブによる Strain Elastography の現状について報告する。

《対象》各種画像診断にて診断した27症例である。

《方法》超音波装置は LOGIQ S8、腹部用のコンベックス型プロブ（C1-5）を用いた。設定は2.5MHzで心拍動が感知できるように設定し ROI は広範囲に設定。表示は柔らかい領域は赤色、硬い領域は青色で表示。

《結果》肝細胞癌では、全例非癌部より青系に表示され、2例は内部の一部は柔らかい表示が認められた。

《考察および結語》比較的良好な画像が得られたが再現性の問題がある。これを解決するためモードの変更（S0）や表示色（マップ）の変更にて再現性や描出が改善されたように感じられる。今後のソフトの改良により新たな手法の一つになることを期待したい。

24-23 FibroScan® 測定困難例における VTTQ（Virtual Touch Tissue Quantification）の有用性

大枝 敏¹、安藤 彩²、松本康恵²、窪津祥仁³、蒲池紗央里³、大塚大河³、江口有一郎¹、小野尚文⁴、末岡榮三郎²、安西慶三³（¹佐賀大学医学部肝疾患医療支援学講座、²佐賀大学医学部附属病院検査部、³佐賀大学医学部内科学、⁴ロコモディカル江口病院内科）

《はじめに》FibroScan® は肝線維化の評価に有効であるが、測定困難例が2.1%存在する（Kettaneh A et al; J Hepatol 2007;46:628-34.）

《目的》FibroScan[®]測定困難例に対する VTTQ の有用性を検討すること。

《対象・方法》2012 年 2 月から 2013 年 3 月までに、当院にて FibroScan[®]による E 値 (kPa) と VTTQ (SIEMENS 社 ACUSONS 2000) による Vs 値 (m/s) を同日に測定した慢性肝炎患者。

《結果》解析対象は 177 例 (HBV 49 例, HCV 111 例, NBNC 17 例)。FibroScan[®]測定困難例は 6 例 (2.7%) であった。6 例の平均 BMI は 31.1 (range 25.8 - 34.5), 平均皮下脂肪厚 3.0 cm (range 2.5 - 3.5) であった。一方, VTTQ による Vs 値は 177 例全例で測定可能であった。

《結語》FibroScan[®]測定困難例に対して VTTQ は有用であった。

24-24 肝左葉内側区域に注目した新たな肝線維化評価法について 第三報 ～乖離例の検討～

塩屋晋吾¹, 川村健人¹, 大久保友紀¹, 林 尚美¹, 佐々木崇¹, 坂口右己¹, 中村克也¹, 平賀真雄¹, 重田浩一朗² (¹霧島市立医師会医療センター超音波検査室, ²霧島市立医師会医療センター消化器内科)

《はじめに》我々は B モードでの肝線維化評価として肝門部門脈周囲腔 (S4 距離) の拡大所見に注目し, S4 距離と弾性値・血液検査データとの間に相関を, FibroScan における肝線維化 staging で有意差を認め, 昨年の日本超音波医学会九州地方会で報告した。

《目的》前述報告の乖離例評価を行った。

《結果》乖離例は前報告の肝線維化 staging における ROC 曲線 (F2 以上 S4 距離 cutoff 値 5.6 mm, 感度 91.3%・特異度 80.0%) から検出し 7 例該当した。偽陽性例は 5 例中 3 例が胆管を含めて計測しており過大評価となった事が原因と考えられた。これを改善すると特異度が 92.9%へ向上した。偽陰性例 2 例は F4 で肝変形著明であった。

《まとめ》今後は胆管をなるべく含めない像を基準像とする必要がある。また線維化が進行し肝変形をきたす例には本法のみでの評価は不適で全体を捉えて評価しなければならない。

【一般演題 循環器 (弁膜症)】

座長：熊谷尚子 (福岡大学筑紫病院循環器内科)

24-25 僧帽弁 M モードにおいて B-bump の成因について - 2 症例の検討から -

坂井綾子¹, 高倉 彩¹, 佃 孝治¹, 西方菜穂子¹, 三角郁夫², 本多 剛² (¹国立病院機構熊本再春荘病院臨床検査科, ²国立病院機構熊本再春荘病院循環器内科)

《はじめに》僧帽弁 M モードにおける B-bump は左室拡張末期圧の上昇した症例にみられることがある。今回 B-bump を認めた 2 症例を経験した。

《症例 1》69 才, 男性。慢性心不全, 低心機能, 慢性心房細動, ペースメーカー植え込み後の症例。採血では軽度の貧血と腎障害と BNP 高値を認めた。心電図は心房細動でペースメーカーリズムだった。心エコーでは左室の拡大と壁運動の低下を認めた (LVDd 60 mm, LVDs 49 mm, EF 37%)。僧帽弁 M-モードにて B-bump を認めた。

《症例 2》83 才, 男性。陳旧性心筋梗塞, 慢性心不全にて通院中。採血では軽度の腎障害と BNP 高値を認めた。心電図は右胸ブロックと胸部誘導での Q 波を認めた。心エコーは左室拡大と壁運動低下を認めた (LVDd 58 mm, LVDs 41 mm, EF 55%)。僧帽弁 M モード波形にて B-bump を認めた。

《まとめ》今回の 2 症例から、僧帽弁 M モードにおける B-bump は拡張末期の圧変化のみでは説明できないことが考えられた。

24-26 僧帽弁流入波形の拡張中期 (L) 波と E 波減速時間 (DT) との関連を認めた一例

佃 孝治¹, 高倉 彩¹, 西方菜穂子¹, 坂井綾子¹, 本多 剛², 三角郁夫² (¹国立病院機構熊本再春荘病院臨床検査科, ²国立病院機構熊本再春荘病院循環器科)

《症例》90 才, 女性。胸苦しさで受診。採血では軽度の貧血と BNP 高値 (514.1 pg/mL) を認めた。心電図は左軸偏位と V4-V6 での ST 低下を認めた。胸写は, CTR 61%であった。心エコーでは心肥大と心尖部の壁運動低下を認めた。ドブラエコーでは高度の大動脈弁狭窄症 (圧格差 106 mmHg, 断層像での弁口面積 0.5 cm²) を認めた。僧帽弁流入波形では, E 波高 164 cm/s, DT 134 ms, e' 波高 2.8 cm/s, E/e' 比 59 であり, 拡張中期に L 波を認めた。その後心エコーを 5 回施行し, L 波高と DT との間に相関を認めた。

《考察》三相波では左室圧は dip-up-down を呈し, 前負荷の増大とともに拡張早期圧が上昇することが報告されている。前負荷の増大により左室拡張早期圧が上昇し, DT が短縮し拡張早期の左房圧が上昇することにより L 波高が増大したと考えられた。

《まとめ》本症例は L 波高の機序を考える上で重要な症例と考えられた。

24-27 脳梗塞の塞栓源検索で発見された僧帽弁瘤の一例

出口重弥¹, 久木野拓己¹, 山本多美¹, 泉田恵美¹, 村上未希子¹, 尾形裕理¹, 志水秋一¹, 富田文子¹, 神尾多喜浩², 西上和宏³ (¹済生会熊本病院中央検査部生理, ²済生会熊本病院中央検査部病理, ³済生会熊本病院集中治療室)

《現病歴》症例は 75 歳, 男性。左半身麻痺のため当院救急外来を受診された。頭部 MRI では両側大脳半球皮質に散在性の高信号を認め, 急性脳梗塞と診断された。主要な脳血管に狭窄や閉塞を認めなかった。

《超音波所見》心エコーで僧帽弁前尖に瘤形成を認め, さらに同部位に疣贅様エコーを認めた。熱発および血液検査での炎症反応を認めたことから, 感染性心内膜炎が疑われた。また, 大動脈弁に右冠尖逸脱と中等度程度の逆流を認めた。

《経過観察》血液培養で Streptococcus gordonii が検出され, 感染性心内膜炎と診断された。後日, 人工弁置換術が施行された。術中所見では僧帽弁の左室側に疣贅が確認された。

《まとめ》脳塞栓症を併発した僧帽弁瘤形成性の感染性心内膜炎を経験したので, 文献的考察も加えて報告する。

24-28 大動脈機械弁の両弁葉の stuck valve を認めた 1 症例

佐藤 翼¹, 坂本一郎², 松浦陽子¹, 河原吾郎¹, 香月亜希¹, 堀川史織¹, 平川登紀子¹, 砂川賢二², 西田誉浩³, 富永隆治³ (¹九州大学病院ハートセンター, ²九州大学病院循環器内科, ³九州大学病院心臓血管外科)

症例は 50 代男性。2006 年に大動脈二尖弁による重度 AR および大動脈瘤に対し Bentall 手術 (Carbomedics 25 mm) を施行された。2014 年 4 月に右小脳梗塞を発症し近医に入院となり, 検査の結果 stuck valve が疑われ, 再弁置換術目的で当院へ転院された。当院での経胸壁心エコーでは leaflet の可動性は認めたものの, カラードブラでは両弁葉からの血流が外方に吹き出す所見を認め, 最高血流速度は 3.9 m/s と高値を示していたことから, 両弁葉の可動性低下の可能性が示唆された。その後, CT, 経食

道心エコーにて stuck valve と判断され、再弁置換術を施行することとなった。術中所見では、弁葉のヒンジ部位に2カ所のバンス増生を認めた。経胸壁心エコーによる評価が弁両葉の stuck valve の診断に有用であった症例を経験したので報告する。

24-29 心エコー図検査にて診断し救命し得た乳頭筋断裂の一例

大山愛子²、皆越眞一¹、佐々木康雄²、竹内保統²、高永 恵²、佐々木道太郎²、橋本恵美²、橋本剛士²、古賀万紗美³（¹鹿児島医療センター第一循環器内科、²鹿児島医療センター臨床検査科、³大牟田病院臨床検査科）

症例は81歳女性。2014年2月、胸痛にて前医を受診。心電図にて完全房室ブロックを認め、失神、血圧60台のショック状態となり当院へ救急搬送となった。搬送時の心電図では補充調律でⅡ・Ⅲ・aVFのST低下、aVRのST上昇、V4-6の陰性T波を認めた。心エコー検査で後側壁の一部に壁運動低下及び前乳頭筋断裂による重症僧帽弁逆流を認めた。緊急冠動脈造影検査で3枝とも狭窄病変を認め、同日僧帽弁置換・冠動脈バイパス術が施行された。術中所見にて前乳頭筋は完全断裂しており、組織学的には前乳頭筋は完全に凝固壊死していた。冠動脈造影で左回旋枝#14が99%の狭窄であったことより左回旋枝の急性心筋梗塞に合併した乳頭筋断裂と考えられた。術後経過は良好で同年4月退院となった。今回心エコー検査にて乳頭筋断裂による重症僧帽弁逆流及び壁運動低下を診断し得た事がショックの原因究明及びその後の治療方針決定に有用であった。

【一般演題 循環器（小児）】

座長：堀端洋子（国立療養所菊池恵楓園内科）

24-30 左室拡大が残存している肺高血圧合併バセドウ病の小児例

吉兼由佳子、新居見俊和、井手康二、廣瀬伸一（福岡大学小児科）

《症例》6歳男児。3歳頃から体重増加不良と心悸亢進があったが放置されていた。X年6月、近医で甲状腺機能亢進と診断され、当科紹介受診した。7月当科入院時、心拍数124回/分、胸部X線でCTR55%、心臓超音波検査で、LVDd 45mm（121%N）、EF 70%、LV Tei index = 0.62、CI = 8.68、TRより肺動脈圧（Pap）= 55mmHg 推定、肺動脈収縮期流速加速時間/右室駆出時間（ACT/ET）= 0.33であり、抗甲状腺ホルモン薬とβ遮断薬の内服を開始した。X+1年10月、心拍数60回/分、LVDd 46mm、EF 77%、LV Tei index = 0.25、CI = 3.1、PAp = 32mmHg 推定、ACT/ET = 0.38と、肺高血圧は改善するも、左室拡大が残存している。

《考察》長期にわたる甲状腺機能亢進状態により、不可逆性の心筋障害を来している可能性が考えられる。

24-31 抗生剤治療のみで治療できた大動脈弁周囲膿瘍と完全房室ブロックを合併した感染性心内膜炎の一例

平川登紀子、坂本一郎、山村健一郎、松浦陽子、河原吾郎、香月亜希、堀川史織、佐藤 翼、大竹沙矢香、砂川賢二（九州大学病院ハートセンター）

*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

【一般演題 基礎】

座長：小野尚文（医療法人コメディカル江口病院）

24-32 チーム医療の質と効率の更なる向上の為に超音波マネージメント（第4報）

島ノ江信芳（株コ・メディカル代表）

《はじめに》チーム医療の質と効率の更なる向上に超音波が更に貢献する方法論を、8年間検討し、昨年の第86日本超音波医学会から発表してきた。今年の第87学会では、パネルディスカッションで討論して頂き、反響を頂いた。この超音波マネージメントを以下に述べる。

《方法》具体的な戦術としては、次の3つがその柱である。①超音波の精度管理・標準化②超音波の接遇③超音波検査室の環境改善これにより、超音波検査が、その実力を発揮し、施設内で更に信用信頼され、チーム超音波のスタッフがモチベーション高く検査が出来るシステムを創っていく。

《結語》患者さんにより良い医療を受けて頂く為に、超音波検査精度の高い施設が益々増え、チーム医療の中のチーム超音波がその存在感を益々高めて欲しい等、この超音波マネージメントは多くの夢を追求している。今後も、先生方から色々な御意見を頂き、研究を続けていく。

24-33 異方性拡散によるスペックルの低減法

西村敏博（De Noise Laboratory Department of Medical Ultrasound De Noise）

本研究は医用超音波の画像のスペックル低減のためウェーブレット分解を使用してスペックル低減のため、異方性拡散SRAD法について述べている。SRADは計算に使用するサブバンドそれぞれのウェーブレット上で演算される、スペックル関数であるスペックル領域を計算する。スペックルの決定で、均質な領域は手動選択または予備指数減衰機能のない細部がある。スペックルの様々なパターンが提案され、改良されたマルチスケールでウェーブレットSRADによってスペックルは低減される。この進歩によって、提案手法では、主観的な可視化と自動セグメンテーションの両方で画質を向上させることができる。最後に、現在までの方法と比較する手法をシミュレート画像と臨床画像を用いたスペックルリダクションフィルタを比較検証した。実験の結果、提案手法はスペックル低減だけでなく、（画像の臓器と他などのものとの）エッジ保存が効果的であることを示している。

24-34 酸化チタン光触媒とHIFUを併用した癌細胞殺傷効果の検討

立花克郎、遠藤日富美、渡邊晶子、Loreto Feril（福岡大学医学部医学科解剖学講座）

酸化チタンは代表的な光触媒としてよく知られている。本研究では超音波の特殊な効果に着目し、酸化チタン水溶液と微小気泡を組み合わせた、新しい高密度焦点式超音波（以下HIFU）がん治療を検討した。ヒトリンパ腫細胞株U937を細胞培養用プレートに細胞浮遊液させ、コントロール群、超音波照射群、酸化チタン投与群、微小気泡併用群で比較検討した（n=3）。超音波条件は3.5MHz、210W/cm²、Duty 50%、0.5Hz pulseで1秒間照射した。微小気泡はソナゾイドを用いた。コントロールと比較し、酸化チタンのみ、微小気泡のみでは細胞数の減少は認めなかった。それに対し、超音波照射群は84.4%、酸化チタンの超音波併用群は69.1%と細胞数の減少を認めた。さらに、ソナゾイドと超音波併用群は21.0%、酸化チタンとソナゾイドと超音波併用群

は 11.3%と著明な生細胞数の減少を認めた。本実験では酸化チタンと微小気泡の相互作用が示唆された。

【一般演題 循環器（診断）】

座長：福田祥大（産業医科大学第2内科学）

24-35 心エコー図から診断が導かれた、右冠動脈左室左房瘻の一例

浅田綾子¹，恒任 章²，南 貴子²，白石亜季³，川浪のぞみ³，木村由美子³，坂口能理子³，森内拓治³，山近史郎⁴，前村浩二²（¹長崎大学病院超音波センター，²長崎大学病院循環器内科，³長崎大学病院検査部，⁴春回会井上病院循環器内科）

《症例》26歳女性，歯科術前に心電図で右軸偏位，胸部X線で心拡大を指摘され，経胸壁心エコー検査を実施。左室下壁基部，僧帽弁後尖P3の心外膜側に，最大径約16mmの異常な管腔構造を認めた。管腔は右の房室間溝から連続し，内部に拡張期優位の血流信号を認め，左房と左室へ拡張期に流入する異常血流を認めた。また右冠動脈の起始部が約7mmと拡大しており，右冠動脈左室左房瘻が疑われた。冠動脈CTが実施され，拡大し蛇行した右冠動脈から左室と左房への連続性が確認され，右冠動脈左室左房瘻と診断された。

《考察》冠動脈瘻は先天性心疾患の0.27-0.4%に認められ，流出冠動脈は左38%・両側32%・右30%，開口先は肺動脈50%・右室17%・左室16%・右房11%・左房1%との報告がある。注意深い観察により，左室と左房へ開口するまれな右冠動脈左室左房瘻を診断できたので報告する。

24-36 人工心肺離脱時に三尖弁逆流を伴う一過性左室壁運動低下を来した症例：術中経食道心エコー図法による評価

角裕一郎¹，竹内正明²，永田泰史²，林 篤志²，大谷恭子²，福田祥大²，芳谷英俊²，江藤政尚¹，西村陽介¹，尾辻 豊²（産業医科大学病院心臓血管外科，²産業医科大学病院循環器，腎臓内科）

大動脈弁狭窄症に対して大動脈弁置換術をおこなった66歳女性。機械弁留置後に人工心肺装置離脱を試みるも，血圧維持が困難で酸素化も不良であった。この際におこなった術中経食道心エコー図検査（TEE）では，術前には認めなかった高度の左室壁運動低下と右心系拡大・三尖弁逆流の増悪を認めた。このため循環補助を再開させ1時間後に離脱を試みたところ血圧低下なく循環保持が可能であり酸素化の低下も出現しなかった。TEEでは左室壁運動低下はやや改善し右室拡大や三尖弁逆流は著明に改善していた。このことから人工心肺装置の離脱が可能と判断し，最終的には閉胸が可能となった。動脈圧ラインや右心カテーテルでも血行動態変化は評価可能であるが，術中TEEは経時的な心機能，容量評価，逆流の重症度をリアルタイムに評価できる。人工心肺離脱が一時的に困難であったものの最終的には離脱可能となった経過をTEEで観察できた症例を経験したので報告する。

24-37 心嚢液の原因精査に経食道心エコーが有用であった一例

熊谷尚子¹，日高有香²，森戸夏美²，朔啓二郎²（¹福岡大学筑紫病院循環器内科，²福岡大学医学部心臓・血管内科学）

40歳代，男性。2013年7月心窩部痛・下腹部痛が出現し前医を受診。腹水と多量の心嚢液を指摘され，心嚢ドレナージ（血性，約1,500ml，培養陰性，細胞診classⅡ）後，外来にてfollow upされていた。10月徐々に労作時呼吸苦が再度出現し，CTにて心嚢液再貯留を認め，また右房壁の肥厚と右房腫瘍が疑われた。再度ドレナージを施行され，原因精査目的に当院へ転院し

た。当院入院時は前医での心嚢ドレナージが留置されており，心嚢液はほとんど認めず，経胸壁心エコーでは明らかな心臓腫瘍は描出されなかった。しかし経食道心エコーにて右房後側壁側に腫瘤性病変を認め，先端は円柱状に長く突出しており，浮動性を有していた。塞栓症のリスクが高いと判断され，摘出術を施行。病理組織は血管肉腫であった。原発性心臓腫瘍はまれであるが，今回我々は心嚢液原因精査での経食道心エコーにて明確に観察し得た右房原発血管肉腫の一例を経験したので報告する。

24-38 高齢患者に対して様々な心臓超音波を用いて有効かつ安全にカテーテルアブレーションを施行した1例

長田芳久¹，森井誠士²，日高友香¹，今泉 聡²，安田智生²，松本直通¹，小川正浩²，朔啓二郎²（¹福岡大学病院臨床検査部，²福岡大学病院循環器内科）

《症例》84歳，女性。

《主訴》動悸。

《現病歴》発作性心房細動を指摘され2013年より動悸症状を繰り返したため内服治療を開始した。しかし薬剤抵抗性を認め根治治療を希望され2013年7月当院へ入院となった。高齢女性，CHADS2-VASc score 3点であり合併症を評価するため入院後に経胸壁心臓超音波を用い心機能評価，左房径，器質的病変の評価を行い，同時に経食道心臓超音波を行い左心耳内の血栓の有無，卵円孔開閉の評価を行った。翌日経皮的に心筋焼灼術を行い左房内を心腔内超音波で評価後，前日に施行したCT画像とmergeさせ3D anatomical mapを作成しアブレーションを行った。さらにvisual guide下で心房中隔穿刺を行い安全かつ有効に治療を行った。術中の心腔内超音波で常にeffusionなど合併症有無の早期評価を行いながら手術を終了することに成功した。

《考察》不整脈治療において心臓超音波は必要かつ有用なツールである。

24-39 3D経胸壁心臓超音波検査が左室緻密化障害の診断に有用であった1症例

吉丸奈美子¹，古藤文香¹，溝口ミノリ²，國吉玲奈¹，伊東ひろみ¹，福田裕次郎²，勝田洋輔²（¹福岡市医師会成人病センター医療技術部超音波室，²福岡市医師会成人病センター循環器内科）

左室緻密化障害（NCLV）は，左室壁の過剰な網目状の肉柱と深い間隙を特徴とし，心不全が進行する予後不良の心筋疾患である。NCLVの診断には2D経胸壁心臓超音波検査（2D-TTE）や左室造影を用い，左室壁の緻密化層と非緻密化層の比で判定する方法などがあるが，客観的な判定を行うことが困難である。今回我々は，NCLVの診断に，3D経胸壁心臓超音波検査（3D-TTE）が有用であった症例を経験したので報告する。症例は73歳男性，主訴は労作時息切れ。2D-TTEおよび左室造影では全周性の高度収縮能低下・左室拡大および過剰な肉柱を認めたがNCLVの典型的所見が得られず鑑別が困難であった。そこで3D-TTEを行ったところ，左室腔内の網目状に交差する過剰な肉柱を形成するNCLVの典型的な所見が容易に描出され，診断の確定に至った。3D-TTEはNCLVの診断に非常に有用であることが示唆された。

【一般演題 消化管（門脈他）】

座長：山内 靖（福岡大学医学部消化器外科）

24-40 超音波検査で早期診断し、保存的に治癒しえた門脈ガス血症の一例

大石 純，乗富智明，山内 靖，和田義人，石井文規，

山下裕一（福岡大学病院消化器外科）

門脈ガス血症は腸管壊死を伴う重篤な疾患に発生し，早期診断と適切な治療が不可欠とされる予後不良の病態である．今回我々は大量肝切除術後に発症した門脈ガス血症に対して保存的に加療しえた症例を経験したので報告する．症例は73歳女性．内側区域を主座とする8cm大の胆管細胞癌の治療目的で当院紹介となった．手術は右3区域切除術・肝外胆管切除術・胆管空腸吻合術を施行した．術後5日目に門脈血栓症を合併し高アンモニア血症を伴う昏睡状態となり，同日緊急で門脈血栓除去術を施行した．再手術後6日目に肝血流評価の目的で施行した超音波検査で門脈ガスが認められた．腹部X線検査で腸管の拡張が著明であったが，身体所見および血液検査では腸管虚血を示唆する所見は認められなかった．再手術後に肛門より挿入していた腸管減圧バルーンの位置を変更し，減圧効果の改善を図ったところ腸管の拡張は軽減し，門脈ガスは速やかに消失した．

24-41 小腸から流入するガス像を描出し得た門脈ガス血症の1例

谷村勝宏^{1,2}（¹メディテックアシスト，²さいきクリニック）

*発表者の意思により発表抄録は非開示とします．

24-42 体外式腹部超音波検査にて診断しえた十二指腸重積をきたした十二指腸 Brunner 腺過形成の1例

坂口右己¹，重田浩一郎²，平賀真雄¹，中村克也¹，佐々木崇¹，塩屋晋吾¹，林 尚美¹，大久保友紀¹，川村健人¹（¹霧島市立医師会医療センター超音波検査室，²霧島市立医師会医療センター消化器内科）

症例は51歳女性 気分不良および貧血の精査加療目的にて紹介．超音波検査では十二指腸球部より空腸にかけ multiple concentric ring sign を認めた．その肛門側に直径50mm程度で境界は明瞭，内部不均一な低エコー腫瘍を認めた．この腫瘍を先進部とする十二指腸重積と考えた．CTでも同様，空腸に内部に脂肪層を伴う多重リング所見を認めた．小腸内視鏡検査では十二指腸球部に有茎性の巨大な腫瘍が見られ，茎部に潰瘍の形成も認め，開腹手術を行った．開腹所見では，十二指腸球部の約5cmの腫瘍を先進部として下行脚に陥入した十二指腸空腸型の腸重積を認めた．病理診断は粘膜下層を中心とした Brunner 腺の著明な過形成病変であった．十二指腸の腸重積は稀である．今回腹部超音波検査にて特徴的所見をとらえ，先進部および陥入腸管の同定が可能であった1例を経験したので文献的考察を加え報告する．

24-43 超音波検査で疑うことができた虚血性小腸炎の一症例

大久保友紀¹，平賀真雄²，中村克也²，坂口右己²，佐々木崇²，林 尚美¹，塩屋晋吾²，川村健人¹，重田浩一郎³（¹霧島市立医師会医療センター臨床検査室，²霧島市立医師会医療センター放射線室，³霧島市立医師会医療センター消化器内科）

症例は狭心症，脳梗塞後遺症等の既往のある70代男性．3日前より上腹部痛，嘔吐を主訴に当院紹介受診した．入院時腹部超音波検査とCTにて軽度の腸閉塞の所見あり，絶食で経過観察を行うが，症状改善せず，イレウスチューブを挿入した．一時的に症状改善するも再燃し，サバイレウスの状態が持続した．腹部超

音波検査では回腸肛門側に5cmを超える長さの全周性壁肥厚と層構造不明瞭で低エコー，血流増加，その口側の小腸拡張を認めた．経肛門小腸シングルバルーン内視鏡で回腸末端から約20cm口側に粘膜粗造と発赤，潰瘍，内腔狭小化を認めた．ガストログラフィン造影ではそのさらに口側に約40cmの狭窄と口側腸管拡張を認め，虚血性小腸炎と診断し，入院後48日目に回腸部分切除術が行われた．病理組織では虚血性小腸炎の診断であった．虚血性小腸炎の超音波の報告は少なく，術前の超音波検査で診断出来た1症例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する．

【一般演題 膵臓】

座長：重田浩一郎（霧島市立医師会医療センター消化器内科）

24-44 急性膵炎を契機に発見された退形成性膵管癌（破骨細胞様巨細胞型）の1例

箕田竜平¹，植木敏晴¹，大塚雄一郎¹，松村圭一郎¹，丸尾 達¹，松井敏幸¹，三上公治²，前川隆文²，田邊 寛³，岩下明徳³（¹福岡大学筑紫病院消化器内科，²福岡大学筑紫病院外科，³福岡大学筑紫病院病理部）

症例は49歳女性．腹痛を主訴に当院救急外来を受診した．CT上，膵体部に低吸収域の腫瘍と限局した膵頭部の腫大を認めた．Grade 1の急性膵炎と診断し治療を開始した．膵炎が改善した後，膵腫瘍の精査を行った．USでは膵体部に径20mmの境界明瞭な低エコー腫瘍で，内部に隔壁形成を伴った嚢胞性部分を認めた．EUSでは多房性の嚢胞病変で内部に淡いエコーを伴っていた．MRIではT2で高信号と等信号が混在しT1で軽度不均一な低信号であり，粘稠成分の高い嚢胞性病変が疑われた．EUS-FNAでは検体は血性であり，病理診断は非上皮性の腫瘍が疑われた．切除術を勧めたが本人の希望で一旦外来フォローとなった．3か月後のCTで嚢胞性病変は軽度増大しており，CA19-9が34 IU/mlから92 IU/mlと上昇したため，脾臓合併膵体尾部切除術を施行した．病理診断は退形成性膵管癌（破骨細胞様巨細胞型）であった．

24-45 高齢女性の膵頭部に発生した Solid pseudopapillary neoplasm の1例

大塚雄一郎¹，植木敏晴¹，松村圭一郎¹，野間栄次郎¹，光安智子¹，松井敏幸¹，東大二郎²，前川隆文²，池田圭祐³，岩下明徳³（¹福岡大学筑紫病院消化器内科，²福岡大学筑紫病院外科，³福岡大学筑紫病院病理部）

症例は70歳代後半女性．20XX年11月スクリーニング目的の腹部超音波検査で膵体部に嚢胞性病変を指摘され，精査目的で当院に紹介入院した．血液検査でCA19-9 39 U/ml（基準値 37 U/mL未満）と軽度の上昇があり，腹部超音波検査で膵頭上部に表面の凹凸不整のある径14×10mmの低エコー腫瘍，膵体部に径8mmの単房性嚢胞があり，他にも認めた．MD-CTのdynamic studyでは，膵頭部の腫瘍は漸増性濃染であった．ペルフルプタンを用いた造影超音波検査では血管相早期でほぼ均一に造影された．MRIはT1強調像は低信号，T2強調像は高信号であった．ERCPで膵体部に膵管と交通のある嚢胞性病変を認めたが，膵管の狭窄や拡張はなかった．膵管の擦過細胞診や洗浄細胞診は陰性だったが，膵野型膵癌の可能性が否定できず，膵頭十二指腸切除術を施行した．膵頭部腫瘍の病理診断は Solid pseudopapillary neoplasm であった．膵体部の嚢胞性病変は単純性嚢胞であった．

24-46 腭漿液性嚢胞腺腫の1例

藤本俊史¹, 松岡陽治郎¹, 中島一彰¹, 佐伯 哲², 橋元 悟², 蒲原行雄³, 黒濱大和⁴, 中島 慶¹, 御手洗和範¹, 溝脇貴志¹ (¹国立病院機構長崎医療センター放射線科, ²国立病院機構長崎医療センター消化器科, ³国立病院機構長崎医療センター外科, ⁴国立病院機構長崎医療センター臨床検査科)

《はじめに》腭漿液性嚢胞腫瘍 (SCN) は大小の嚢胞よりなる良性腫瘍で, 集簇小嚢胞はしばしば充実成分様の高エコーに観察され, 腭管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN), 神経内分泌腫瘍などの鑑別が問題となる。

《対象》経腹壁 US または EUS がなされ, 病理組織診断で SCN と確定した4例 (男性1, 女性3例; 年齢51 ~ 75歳)。

《超音波所見》径20 ~ 52 mm の充実成分と大小の嚢胞よりなる腫瘍であった。ただし, 腫瘍の輪郭が不明瞭であった1例では充実成分と嚢胞が別病変と認識された。3例で大きな嚢胞が腫瘍辺縁優位に存在し, 1例で嚢胞より充実成分が優勢であった。主腭管圧排または尾側主腭管拡張は3例で認められた。CT, MR も合わせた術前画像評価では3例はSCN が最も疑われたが, 全例でIPMN など悪性を否定できず外科的切除が行われた。

《まとめ》SCN は嚢胞の大きさ, 分布, 腫瘍輪郭の明瞭さ差があり, IPMN など他の腫瘍と鑑別が難しい場合がある。

24-47 閉塞性黄疸を契機に診断した自己免疫性膵炎の一例

室町香織, 馬渡誠一, 大西容雅, 坂江 遥, 小田耕平, 玉井 努, 森内昭博, 宇都浩文, 井戸章雄 (鹿児島大学消化器疾患・生活習慣病学)

症例は82歳男性。慢性肝炎 (非B非C) を背景とした肝細胞癌で経過観察中, 食思不振, 黄疸を認め当科入院した。腹部超音波検査で肝内胆管・下部胆管の拡張と, 膵頭部に低エコー腫瘤影を認めた。造影超音波動脈相にて, 膵頭部は全体的に淡く染色し毛細血管様の細かい血管の流入を認め, 膵癌とは異なる造影パターンを呈していた。腹部MRI検査で, 膵は全体的に不均一に濃染し, 膵頭部の腫大を認め, 超音波内視鏡検査ではびまん性にソーセージ様腫大し, 内部に点状の高エコーを認め, ERCP では下部胆管と主膵管の狭窄像を認めた。胆管・膵の組織検査では悪性所見はなく, IgG4の上昇 (191 mg/dl) と画像所見よりIgG4関連硬化性胆管炎及び自己免疫性膵炎と診断した。治療としてプレドニゾロンを開始し, 加療後膵頭部の限局性腫大の改善を認めた。腹部超音波検査が自己免疫性膵炎の診断に有用であった一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

【一般演題 循環器 (救急)】

座長: 野間 充 (JCHO 九州病院医療情報部)

24-48 バルサルバ洞動脈瘤破裂の一例

熊谷尚子², 日高有香¹, 藤見寛太¹, 森戸夏美¹, 朔啓二郎¹ (¹福岡大学筑紫病院循環器内科, ²福岡大学医学部心臓・血管内科学)

60歳代男性。2013年12月某日, 起床時に突然胸痛, 胸部圧迫感が出た。その後, 胸痛・圧迫感は消失したが, 胸元で携帯電話のバイブレーションが鳴り続けている様な感覚が生じ, 翌日も持続するため近医を受診した。前医より心雑音を指摘され, 精査目的に当院に搬送された。胸部レントゲンではうっ血像はなく, 心電図上, 虚血性変化は認めなかった。心エコーでは壁運動異常はなく心嚢液貯留も見られなかった。しかし, 大動脈弁無冠尖は他の左冠尖・右冠尖に比較して大きく, 一部右房へ pouch 様の約10 mm の突出が見られ, 約8 mm の欠損孔とともに右房自由

壁に向かう shunt flow が描出された。翌日, バルサルバ洞破裂孔パッチ閉鎖術を施行し, 良好に経過した。経胸壁心エコーがバルサルバ洞動脈瘤破裂の診断に有用であった一例を経験したので報告する。

24-49 外来加療が可能であった中等度の心嚢液貯留を認めた症例

森戸夏美¹, 日高有香¹, 八尋英二¹, 小吉里枝³, 熊谷尚子², 朔啓二郎¹ (¹福岡大学医学部心臓・血管内科学, ²福岡大学筑紫病院循環器内科, ³佐田病院循環器内科)

症例は62歳男性。2001年に胃癌に対して幽門側胃切除術を施行, 翌年に転移性肝腫瘍に肝動注療法を受け以後は化学療法を継続されていた。2013年11月外科入院中に呼吸困難を自覚し心エコーで全周性 (左室後壁側35 mm), 右心房の虚脱を呈する中等度の心嚢液貯留を認めた。癌性心膜炎を疑い心嚢液穿刺を施行し淡黄色の心嚢液を800 ml 排液した。2014年1月には再度貯留し癌性は否定的であり再度原因検索を施行, 結果TSH: 226 μ IU/ml, FT4: 0.17 ng/dl と高度な甲状腺機能低下症を認めた。心タンポナーデを示唆する所見なく甲状腺ホルモンの補充投与を外来で開始し2月施行の心エコーでは心嚢液は認めるも左室後壁側8 mm まで改善していた。心嚢液の原因には感染性, 外傷性, 心筋梗塞後などあらゆる原因が言われている。きちんと原因検索を行えば早期改善の可能性が高いと考えられた教訓的な症例である。

24-50 左房内血栓を認めた重度三尖弁閉鎖不全症の一例

伴美穂子¹, 山近史郎², 中山史生², 瀬戸信二², 内野かすみ¹, 吉田厚子¹, 井上健一郎² (¹社会医療法人春回会井上病院臨床検査科, ²社会医療法人春回会井上病院内科)

症例は82歳女性。三尖弁閉鎖不全症 (TR), 心房細動の診断で外来加療を受けていた。2003年12月の心エコー上, TR 中等度で右房拡大を認めたが, 2007年にはTR 重度で著明な右房, 右室の拡大を認め, 心室中隔の奇異性運動も認めた。外科治療は希望されず保存的治療が継続された。その後の心エコー経過では, 左室駆出率 (LVEF) は54%で大差ないが, 三尖弁輪の拡大が著明となり, 心室中隔の奇異性運動も増強した。2013年には心房中隔に付着する径15 mm の左房内血栓を認めた。厳格な抗凝固療法が続行されて血栓は消失したが, 左房内もややエコーが著明となり, LVEF は22%へと低下した。2014年には, 右房はさらに拡大し三尖弁の間隙は10.5 mm まで拡大し, 接合不全が増強した。左房内血栓や著明なややエコーの存在から, 拡大した右心系による左心への圧排が左心不全も引き起こして, 重度TR の予後に強く関連したと思われた。

24-51 心原性失神の原因診断に心エコー検査が有用であった健康中年女性の2症例

田中直寛, 辻 信介 (佐賀中部病院内科)

1例目は48歳女性で, 近医からの紹介初診後に失神発作を認めた。血圧102/70 mmHg, CK 570 U/L と軽度上昇, 心電図では房室解離に加えて, 高度房室ブロックによる10秒以上の心停止を繰り返した。心エコーでは瀰漫性壁運動低下を観察 (LVEF 49%), また心筋浮腫を思わせる瀰漫性左室肥大像を観察した。冠動脈造影では有意狭窄なく急性心筋炎と診断した。2例目は39歳女性で, 失神発作を主訴に救急搬送された。血圧100/60 mmHg, CK 77 U/L と正常域, 心電図ではQT延長によるTorsades de pointes を認めた。心エコーでは左室中部から心尖部にかけて高度壁運動低下を観察 (LVEF 24%), 一方で左室基部は正常収

縮を示した (LVEF 71%)。冠動脈造影では有意狭窄なく、左室造影ではたこつば型心筋症に典型的な壁運動異常を認めた。失神の原因診断に心エコー検査が有用であった2症例を経験した。

【一般演題 産婦人科・眼科】

座長：大場 隆（熊本大学大学院生命科学研究部産婦人科学）

佐々由季生（福岡大学筑紫病院眼科）

24-52 先天性肺嚢胞性腺腫様奇形 (CCAM) と出生前診断し、生後の肺葉切除術で先天性肺葉性肺気腫と診断した1例

佐藤昌司（大分県立病院総合周産期母子医療センター）

* 発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

24-53 卵巣奇形腫の診断に経腔超音波断層法が有用であった抗 NMDA 受容体脳炎合併妊娠の1例

水溜絵津子¹、松尾勇児¹、本田律生¹、大場 隆¹、山川 誠²、軸丸美香²、鷺島克之³、木下順弘³、片瀬秀隆¹（¹熊本大学医学部附属病院産科婦人科、²熊本大学医学部附属病院神経内科、³熊本大学医学部附属病院集中治療部）

傍腫瘍性辺縁系脳炎の一つである抗 NMDA 受容体脳炎は人口100万人あたり0.33人と希な疾患であり、約3割が卵巣奇形腫を随伴しているとされる。今回われわれは抗 NMDA 受容体脳炎の妊婦において卵巣奇形腫の診断に経腔超音波断層法が有用であった1例を経験したので報告する。症例は30歳1回経産女性で、妊娠16週0日に軽度の見当識障害が出現し、翌日には意識消失ならびに誤嚥性肺炎を呈したため当施設へ搬送された。MRIでは卵巣奇形腫の同定が困難であったが、経腔超音波断層法にて左側卵巣に黄体とは別に2cm大の壁在結節を伴う嚢胞を認めCTスキャンにて脂肪の存在を確認した。髄液検査にて抗 NMDA 受容体抗体が陽性であり卵巣奇形腫を伴う抗 NMDA 受容体脳炎と診断した。妊娠16週4日に卵巣嚢腫核出術を施行し、血漿交換、免疫グロブリンならびにステロイドパルス療法を追加したところ症状が劇的に改善し妊娠を継続している。

24-54 演題取り下げ

24-55 フォークト-小柳-原田病の超音波所見（第1報）

柊山 剰¹、澤田 惇²、中山恵介²、持原健勝²、日高貴子²、

中馬秀樹²、直井信久²（¹柊山医院眼科、²宮崎大学医学部眼科）

《目的》フォークト-小柳-原田病の病態を超音波検査で観察すること。

《対象と方法》宮崎大学医学部附属病院眼科を訪れたフォークト-小柳-原田病の10症例（疑を含む）に通常の直接法B-モード検査の他、超音波生体顕微鏡UBM (Ultrasound biomicroscopy) および水浸法B-モード検査を施行した。

《結果》直接法B-モードでは、後極部の漿液性網膜剥離やびまん性脈絡膜肥厚が観察されたが、前眼部から中間部の所見は観察困難であった。しかしながら、UBMおよび水浸法B-モード検査では、その領域を観察することができた。

《結論》今回、フォークト-小柳-原田病における前眼部および眼底の中間から最周辺部領域の所見を上記2方法で観察することができ、特記できる知見が得られたのでここに報告する。

24-56 黄斑硝子体牽引症候群における超音波B-モードとOCT（光干渉断層計）像

柊山 剰¹、日高貴子²、澤田 惇²、中馬秀樹²、直井信久²（¹柊山医院眼科、²宮崎大学眼科）

《目的》黄斑硝子体牽引症候群における超音波B-モードとOCT

（光干渉断層計）像を比較すること。

《対象と方法》症例は79歳女性、と72歳女性。15MHz B-scan（直接接触法）とOCTの両方を施行。B-scanはTOMEY社製のUD-8000、OCTはNIDEK社製のRS-3000を用いた。

《結果》B-モードでは硝子体が黄斑部をテント状の形態で牽引していて黄斑部がやや隆起している広範囲の全体像が得られたがOCTでは、観察できた範囲は黄斑部付近のみで、硝子体腔も後部の網膜面に近い範囲でのみ可能であった。しかしながら硝子体と網膜内境界膜との癒着部分の網膜前膜や網膜内層の牽引による黄斑浮腫の状態が光学顕微鏡レベルの解像度で得られた。

《結論》黄斑硝子体牽引症候群においてB-モードとOCTの両方で検査を行うと検眼鏡検査では得難い広範囲の全体像と微細な組織像の両方が得られ病態把握や治療計画の立案に役立つ。

【一般演題 表在・血管】

座長：森戸夏美（福岡大学病院心臓・血管内科）

24-57 下肢動脈エコーが有用であった左下肢急性動脈閉塞の1例

浪崎秀洋¹、出永万努加¹、福田昌典¹、寺元佳奈¹、谷口真紀¹、祝原久香¹、元島留美¹、平井義彦¹、中村尚太²、境野成次²（¹天草地域医療センター検査部、²天草地域医療センター循環器内科）

《症例》80歳、女性。

《主訴》左下肢の疼痛、冷感。

《現病歴》心房細動に対し抗凝固療法中であったが、10日ほど休薬していた。夜間に左足の疼痛と冷感が出現し、当院受診となった。

《既往歴》心房細動、両膝全人工関節置換術。

《臨床経過》造影CTを施行したところ、人工関節により両膝窩動脈は観察できなかったが、末梢血管まで血流が確認された。しかし、臨床症状から急性動脈閉塞が否定できなかったため、ヘパリンによる抗凝固療法が開始された。翌朝に下肢動脈エコーを施行したところ、血栓が左膝窩動脈内に不完全閉塞の状態で存在しており、血流は血栓の辺縁から末梢へ環流していた。

《結果》下肢動脈エコーが診断に有用であった左下肢急性動脈閉塞の1例を経験した。

《考察》全人工膝関節置換術後の症例において、CTで膝窩部の観察が困難な場合は、積極的に下肢血管エコーを施行し血流評価を行うことが肝要であると考えた。

24-58 両下肢深部静脈血栓を伴うAzygos connectionの1例

今村舞子¹、田中一弘²、倉重佳子²、倉重康彦³、古賀伸彦⁴（¹社会医療法人天神会新古賀病院臨床検査部、²社会医療法人天神会新古賀クリニック臨床検査部、³社会医療法人天神会古賀病院21臨床検査部、⁴社会医療法人天神会新古賀病院循環器内科）

《はじめに》Azygos connectionは先天性心疾患の0.6%と稀な疾患で、深部静脈血栓症を合併した症例報告は少ない。今回我々は、深部静脈血栓を合併したAzygos connectionの1例を経験したので報告する。

《症例》19歳男性。左腰部疼痛を認め近医受診。尿管結石疑いにて当院紹介。単純CTにて、尿管結石は認めなかったが、下大静脈から腸骨静脈にかけて血栓の存在が疑われたため超音波検査施行。下肢静脈超音波検査で下大静脈から両側大腿静脈、左ヒラメ静脈、両側腎静脈に血栓を認めた。下大静脈は右房に開口せず、途絶して観察された。伴走する奇静脈は拡張しており、深部静脈血栓症 + Azygos connectionと診断された。

《まとめ》両下肢に深部静脈血栓を認めた場合、Azygos connection に合併した血栓症の可能性も念頭に置いて検査を進める必要があると考えられた。

24-59 精神科の頸動脈エコー検査における serendipity

山路美紀¹，塘田仁美²，酒井輝文³（¹静光園第二病院放射線科，²静光園第二病院臨床検査科，³聖マリア病院）

《はじめに》精神科の患者さんは身体所見の訴えが乏しいのが特徴である。一方、頸動脈エコー検査は動脈硬化の診断にはなくてはならない検査法である。今回、私どもは頸動脈エコー検査に伴い血管病変以外の病変を検出し得たので考察を加えて発表する。《症例 1》64 歳女性 外来通院中頸動脈内には有意な所見は認められなかったが、甲状腺左葉に 8.3 mm 大の腫瘤が認められた。CT 施行後、専門医紹介となり病理診断の結果、甲状腺乳頭癌であった。

《症例 2》86 歳男性 入院中頸動脈石灰化と甲状腺下部に直径 21.4 mm 大の腫瘤を認めた。飲水にて腫瘤内部のエコー上の変化が認められ、食道憩室の診断となった。

《考察と結語》当院における頸動脈エコー検査の有所見率 74.1%，血管病変以外の有所見率 26.7% であった。訴えが乏しく積極的に検査を希望されない精神科患者において、頸動脈エコー検査は serendipity を得るという意味でも重要である。

24-60 マッサージが原因と思われる右内頸静脈血栓症を合併した Paget-Schroetter 症候群の 1 例

田中 智¹，出口亜弥¹，久木野拓己¹，山本多美¹，泉田恵美¹，村上未希子¹，尾形裕理¹，志水秋一¹，富田文子¹，西上和宏²（¹済生会熊本病院中央検査部，²済生会熊本病院集中治療室）

症例は 60 代，男性。自身で考案した上肢の体操を行っていた。左上肢に違和感が出現し、赤黒く変色したので、近医を受診され、当院へ紹介となった。超音波検査では左鎖骨下静脈、左腕頭静脈、左内頸静脈に血栓を認め、Paget-Schroetter 症候群と診断された。ワーファリンコントロール（PT-INR 2.0 ～ 3.0）後、肩・頸部のマッサージを受けたところ、顔面から両側頸部にかけて浮腫が出現し、再度当院へ紹介された。超音波検査では右内頸静脈にも血栓を認めた。Paget-Schroetter 症候群は比較的真な疾患であり、今回抗凝固治療中にマッサージが原因と思われる対側の内頸静脈血栓症を併発した症例を経験したので報告する。

24-61 超音波検査にて特徴的な画像を呈した脂肪塞栓症を疑う一例

中村克也¹，平賀真雄¹，坂口右己¹，佐々木崇¹，塩屋晋吾¹，林 尚美¹，大久保友紀¹，川村健人¹，重田浩一朗²（¹霧島市立医師会医療センター超音波検査室，²霧島市立医師会医療センター消化器内科）

脂肪塞栓症は、主に多発外傷・骨折後に発症し、肺血栓塞栓症と並ぶ重篤な病態であるが、その頻度は 1 ～ 3% と少ない。今回、超音波検査にて特徴的な像を呈した脂肪塞栓症の一例を経験したので報告する。症例は 85 歳女性。転倒し大腿骨頸部骨折後、頻脈・呼吸苦・血圧低下等出現し、肺血栓塞栓症が疑われ当院へ紹介。心エコーでは LVEF 66%，PAP 42 mmHg，右心拡大，左室扁平化，下大静脈拡大を認めたが、下腿等に深部静脈血栓は無く、造影 CT でも明らかな肺血栓塞栓は認めなかった。下肢静脈エコーでは患側大腿静脈内に gas 像に類似し、沸いてくる様な線状の多数の高エコーを認め、それが中樞側へ流れる様子も認めた。大腿静脈内に gas の混入する原因がないため脂肪滴の可能性

を考えた。鶴田の診断基準の、呼吸器症状および胸部 X 線所見、低酸素血症、頻脈、発熱、血小板減少、赤沈亢進を満たしており、脂肪塞栓症と診断された

【一般演題 胆道（腫瘍）】

座長：長岡進矢（独立行政法人国立病院機構長崎医療センター肝臓内科）

24-62 画像診断にて胆管細胞癌が疑われた胆管内乳頭状腫瘍の一例

酒井味和¹，黒松亮子¹，住江修治¹，平川雄介²，佐谷 学¹，中野聖士¹，岡村修祐¹，秋葉 純³，中島 収⁴，鳥村拓司¹（¹久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門，²久留米大学医学部外科学講座，³久留米大学医学部病理学講座，⁴久留米大学病院臨床検査部）

症例は 70 歳代男性。2014 年 4 月上腹部の違和感を感じ近医受診、超音波検査で肝 S4 に腫瘍性病変を認め精査目的に当院受診。造影 CT・MRI では、動脈相で辺縁部主体に漸増性の造影効果を認めた。超音波検査では、左胆管の軽度拡張と 75 mm 大の腫瘍性病変を認めた。境界明瞭で辺縁低エコー帯を伴っており、内部に低・高エコー域が混在していた。造影超音波検査を行い、辺縁部に比較的明瞭な造影効果を認めたが、内部は淡く細い血流を認めるのみであり、Kupffer 相では hypo であった。腫瘍生検の結果、炎症性肝細胞腺腫と診断されたが、腫瘍径が大きく肝内胆管の拡張も認められており、悪性の可能性も否定出来なかったため切除の方針となった。切除病理診断の結果、胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）と診断された。IPNB は稀な疾患で多彩な画像所見を呈するとされている。本症例では一部乏血性であり、胆管系の腫瘍との鑑別が困難であった。若干の文献的考察を含めて報告する。

24-63 胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）の一例

川野祐幸¹，黒松亮子²，隈部 力^{3,4}，中野聖士²，岡村修祐²，相園多美子¹，橋本好司¹，奥田康司⁵，鳥村拓司²，中島 収¹（¹久留米大学病院臨床検査部，²久留米大学医学部医学科内科学講座消化器内科部門，³隈部医院，⁴久留米大学医学部医学科放射線医学講座，⁵久留米大学医学部医学科外科学講座）

症例は 70 歳代の男性。スクリーニング目的の腹部 US で肝 S5 に腫瘤を指摘され当院紹介となる。B 型・C 型肝炎ウイルスは陰性。肝胆道系酵素・AFP・CEA・CA 19-9 は基準範囲内であった。当院の B-mode US では、腫瘤は 30 mm 強の境界明瞭・辺縁平滑な等～高輝度に描出され、末梢胆管の軽度拡張を認めた。CE-US では、不均一に造影されクッパー相は淡く不均一な欠損像を呈した。他の画像診断と腫瘍生検から肝胆道系悪性腫瘍が疑われ外科切除となった。摘出臓器の肉眼所見では、拡張した胆管内を充滿する腫瘍性病変を認めた。組織学的には、胆管固有上皮と連続するように乳頭状増殖と核腫大、核形不整を示した。形態病理および各種免疫染色所見より IPNB gastric type の診断を得た。IPNB の概念は、2010 年 WHO 消化器腫瘍組織学分類に新たに記載され、腓 IPMN のカウンターパートと考えられている。文献的考察を加え報告する。

24-64 当院で経験した胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）の 1 例

奥田香央里¹，倉重佳子²，倉重康彦³，古賀伸彦⁴（¹社会医療法人天神会新古賀病院臨床検査部，²社会医療法人天神会新古賀クリニック臨床検査部，³社会医療法人天神会古賀病院 21 臨床検査部，⁴社会医療法人天神会新古賀病院循環器内科）

《はじめに》胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）は嚢胞状に拡張した胆管

内腔に向かって乳頭状の組織構築を示す胆管上皮性腫瘍である。今回我々は IPNB の 1 例を経験したので報告する。

《症例》80 歳男性。20XX 年に発熱精査のため当院受診。腹部超音波検査（以下 US）で肝 S 2-4 に 38×31 mm の可動性のない内部エコーを伴う嚢胞性病変を認めた。以後来院なく未精査であった。5 年 3 ヶ月後に右腹部～背部痛を認め、再度当院受診。US で既知の嚢胞性病変の内腔は大部分が充実性に変化し、46×34 mm と増大していた。腫瘍末梢の肝内胆管は拡張し、総肝管内に内部エコーを認めた。IPNB や嚢胞腺癌が疑われ、手術施行。腫瘍は肉眼的に多房性嚢胞性変化主体で、内腔に粘液貯留を認めた。病理診断は IPNB であった。

《まとめ》US で内部に充実部を伴う肝嚢胞性病変を認めた場合は、IPNB も考慮し検査を行うべきと考えられた。

【一般演題 胆道（胆石他）】

座長：大谷圭介（医療法人社団医王会朝倉健生病院消化器内科）

24-65 腹部超音波検査による胆石症の経過観察

野口美紀¹、岸原未希²、岩下みゆき³、池田悠悟⁴、篠原克幸⁵、植木敏晴⁶、松井敏幸⁷（¹福岡大学筑紫病院臨床検査部、²福岡大学筑紫病院臨床検査部、³福岡大学筑紫病院臨床検査部、⁴福岡大学筑紫病院臨床検査部、⁵福岡大学筑紫病院臨床検査部、⁶福岡大学筑紫病院消化器内科、⁷福岡大学筑紫病院消化器内科）

《目的》腹部超音波（US）で経過観察した胆石症について検討した。

《対象》2010 年に US を施行した 6137 件 3886 例中胆石を認めた 521 例について 2014 年 5 月まで経過観察した。胆石を US によってコレステロール系結石（コ石）と色素系結石（色石）に分類した。

《結果》コ石例は 185 例（36%）で色石例は 336 例（64%）であった。有症状例はそれぞれ 42 例（23%）、72 例（21%）で両者間に有意差はなかった（ $p = 0.74$ ）。胆嚢摘出例は全体で 66 例（13%）で、それぞれ 30 例（16%）、36 例（11%）で両者間に有意差はなかった（ $p = 0.07$ ）。胆嚢炎や胆管炎の再発率は色素系結石が多かった（ $p = 0.04$ ）。

《まとめ》US による胆石分類は胆石の臨床経過に有用であった。

24-66 腹腔鏡下胆嚢摘出術後のクリップの描出について

下園大介¹、川田慎一²、盛本真司²、内園 均²、納 利一¹（¹ラサメ内科クリニック、²鹿児島市医師会病院）

腹腔鏡下胆嚢摘出術既往のある症例では、しばしば肝外胆管周囲にクリップと思われるコメットエコーを認識する。我々が調べた中では、クリップを結石と間違えた論文報告例は検索し得るが、クリップの描出についての報告はない。そこで術前 MRCP にて胆嚢管の走行が確認できており、胆嚢摘出後に腹部超音波検査を施行した 20 例について胆嚢管の分岐とクリップの描出についての検討を行った。クリップを同定できた例は 7 例と少なく、Bm 合流 6/18 例、Bs 合流 1/1 例、Bi 合流 0 例、右肝管合流 0/1 例であった。今回の検討では、胆嚢管の異常走行例が少なく、胆嚢管の分岐部とクリップの描出との関連性は見出せなかった。急性胆嚢炎において陥頓結石を診断する上で、胆嚢管内の観察は非常に重要である。クリップを胆嚢管内の仮想胆石と見立てることにより、胆嚢管を意識することに繋がり、胆嚢管の描出率向上につながるのではないかと考える。

24-67 造影エコーが有効であった総胆管結石合併の総胆管腫瘍の一例

伊集院裕康¹、青木めぐみ²、内田みを²、梅橋未来²、古賀哲也¹、田島誠一郎¹、神山拓郎⁴、河野竜二³、厚地伸彦¹（¹天陽会中央病院内科、²天陽会中央病院検査部、³天陽会中央病院外科、⁴天陽会中央病院放射線科）

94 歳女性。虚血性心疾患にて通院中であった。高熱 右上腹痛 脱力感 意識障害にて救急車にて来院した。右上腹部圧痛および肝機能異常認めた。腹部エコーにて総胆管結石 閉塞性黄疸 胆管炎 胆嚢腫瘍と診断。造影エコーにて 3 管合流部胆管内に濃染する腫瘍認めた。胆嚢腫瘍は濃染した。ERCP にて 3 管合流部に狭窄認め診断した。同時に ERBD しその後肝機能改善した。造影前エコーにて認識できなかった胆管腫瘍が造影エコーにて濃染し認識可能となり有効であった。

【一般演題 消化管（腫瘍他）】

座長：野間栄次郎（福岡大学筑紫病院消化器内科）

24-68 十二指腸腸管症型 T 細胞リンパ腫の一例

阿南 章¹、平野玄竜¹、土屋直壮¹、田中 崇¹、喜多村祐次¹、高田和英¹、萱嶋善行¹、早田哲郎¹、高松 泰²、向坂彰太郎¹（¹福岡大学消化器内科、²福岡大学腫瘍・血液・感染症内科学）

症例は 70 歳代の男性。食後のつかえ感を主訴に近医を受診。上部消化管内視鏡検査で、十二指腸下行脚に狭窄を認めたため精査目的で当科に紹介となった。腹部超音波検査では十二指腸に径 38 mm 大の辺縁不整な低エコー腫瘍を認めた。同部の壁層構造は不明瞭で、腫瘍内部に流入する血流を認め RI 値 0.52 であった。PET-CT 検査では同部に FDG 集積を認めた（SUVmax = 4.03）。再度施行した内視鏡検査では同部に顆粒状粘膜を呈する浅い陥凹病変があり、管腔は漏斗状に狭窄していた。生検では、不整や不明瞭な核を有する小～中型の異型リンパ球がびまん性に粘膜・上皮内で増殖しており、免疫染色では CD 3、8、56、TIA-1 陽性、CD 4、20 陰性であり、腸管症型 T 細胞リンパ腫（EATL）II 型と診断した。EATL は全非ホジキンリンパ腫の 1% 未満とまれな疾患である。現在、血液腫瘍内科で SMILE 療法を施行し腫瘍の縮小を認めている。

24-69 検診での腹部超音波検査を契機に発見された直腸 GIST の一例

川村健人¹、平賀真雄²、中村克也²、坂口右己³、佐々木崇²、林 尚美¹、塩屋晋吾²、大久保友紀¹、重田浩一郎³（¹霧島市立医師会医療センター臨床検査室、²霧島市立医師会医療センター放射線室、³霧島市立医師会医療センター消化器内科）

消化管間質腫瘍（GIST）が大腸に発生するのは、全体の 5% であり、そのほとんどは直腸である。今回、検診の腹部超音波検査（US）を契機に発見された直腸 GIST を経験したので報告する。患者は 50 歳代の男性、検診目的で当院を受診、US で前立腺背側の直腸に約 3 cm、境界明瞭、輪郭整な腫瘍性病変を認めた。腫瘍の内部エコーは極低エコーで後方エコーの増強があり内部に点状の高エコーを認めた。超音波内視鏡（EUS）では第 4 層と連続する腫瘍であり、ドプラでは血流シグナルを確認できた。同時に行なわれた EUS 下針生検で GIST と診断された。経肛門的粘膜下腫瘍摘出術が行われ、病理組織では低リスクの GIST であった。GIST は症状が出にくく、小腸や大腸に発生する GIST は胃と比べ予後不良と言われている。本症例は検診で偶然発見され、一年前に行った US では指摘されておらず、急激に増大した

可能性がある。検診での腹部超音波検査でも積極的に骨盤腔内を丹念に観察することも重要である。

24-70 超音波内視鏡による観察が有用であった直腸嚢胞性病変の2症例

重田浩一朗¹, 舩黒 薫², 杉田 浩³, 水上京子⁴, 橋口正史⁵, 三阪高春⁶ (霧島市立医師会医療センター消化器内科)

症例1は75歳男性, 平成13年直腸がん術後, 排便困難, 肛門, 尿道痛を主訴に当院受診し, CT, MRI等で骨盤腔内の腫瘍性病変を認めた。腫瘍は直腸に接し, 嚢胞性で3cmほどの大きさであった。超音波内視鏡(UCT260)では直腸Rbの固有筋層内にだるま状の嚢胞性病変があり, その近傍に以前の手術時のPetsが確認できた。内容物が液体でよく動くことより壁内の出血と考え, 経過観察し, 縮小傾向である。症例2は62歳男性, 平成19年直腸がん術後, 検診での便潜血陽性で当院受診した。CTやMRIでは骨盤腔内に腫瘍性病変を認めた。超音波内視鏡ではダンベル状の一部嚢胞性変化のある腫瘍が直腸粘膜下に存在していた。EUS-FNAでは悪性所見なく, 縮小傾向にあり, 器質化血腫を考えた。上記2例とも直腸がん術後吻合部近傍に発生した直腸壁内腫瘍であった。超音波内視鏡による観察が有用であり, このような症例報告は少なく, 多少の文献的考察を含めて報告する。

24-71 若年性回盲部炎の一例

手嶋敏裕¹, 岩尾梨沙², 吉村大輔², 門脇良太¹, 桑野絵美¹, 秋吉 彩¹, 山口美乃里¹, 宮地由美子¹, 宇治川好枝¹, 横田真弓¹ (¹済生会福岡総合病院検査部, ²済生会福岡総合病院消化器内科)

症例は30歳女性, 右下腹痛と下痢を契機に紹介受診した。右下腹部に圧痛を伴う腫瘍を触知し, CTでは回盲部炎の所見を認めた。抗菌薬が投与されたが効果が乏しく, 膿瘍を形成する虫垂炎と回腸終末炎の鑑別のため腹部超音波検査を施行した。虫垂の腫大や虫垂間膜の肥厚に比し回盲部の腸管壁や腸間膜肥厚が著明で, 炎症の主座は回腸終末と考えられた。小腸透視で同部の高度狭窄を認め, 腹腔鏡補助下回盲部切除手術が施行された。手術標本からは回腸終末に著明な狭窄を伴う潰瘍性病変を認め, 虫垂の腫大は軽度であった。病理組織所見では回腸の全層性潰瘍と非乾酪性の小肉芽腫が多数観察され, クロウン病と診断された。

24-72 正常虫垂の描出能の検討

崎田靖人^{1,2} (¹医療法人松籟会河畔病院検査科, ²福岡メディカルサポート代表)

《はじめに》正常虫垂が超音波検査で描出可能であることは知られているが, その描出率等の報告は少ない。今回, 正常虫垂の描出に関する検討を行ったので報告する。

《方法》本年度3月に腹部超音波検査を施行した無症状患者221例を対象とし消化管エコー研究会推奨の虫垂描出のための系統的走査方法を行った。使用装置は東芝メディカルシステムズ社製Xario XG, XV等。7.5もしくは8.0MHzリニア型プロープで行った。

《結果》221例中199例(90.0%)で虫垂を描出することが出来た。描出不良の原因は肥満により高周波プロープでの画像不良, ガス等のため解剖の位置同定が不良, 虫垂根部は描出出来たが, 先端までは描出不良, 盲腸部が骨盤腔に存在し深部に虫垂が存在したため高周波プロープでは診断距離がとれなかったなどであった。

《結論》正常虫垂は高周波プロープの使用や系統的走査方法を用

いることにより90%は描出可能であった。

【一般演題 腎臓】

座長: 成吉昌一 (天神つじクリニック)

24-73 腎の粘液性嚢胞腺癌の一症例

岡部 栞¹, 大久保洋平¹, 倉重康彦¹, 堤 優香¹, 北原ゆかり¹, 宮本亜由美¹, 古賀伸彦² (¹社会医療法人天神会古賀病院21生理機能検査室, ²社会医療法人天神会新古賀病院)

《はじめに》今回我々は非常に稀な腫瘍である腎の粘液性嚢胞腺癌を経験したので, 超音波画像を中心に報告する。

《症例》80歳, 女性。2年前に左腎下極に腎杯憩室を指摘。今回, 発熱と頻尿にて当院泌尿器科紹介受診。超音波検査にて左腎下極に50mmの境界明瞭な乏血性の混合エコー域を認め, 内部は不均一で一部に結石像を認めた。左腎盂および尿管の拡張を認め, 混合エコー域は腎盂内へ進展しているように観察された。CT検査にて左腎下極に石灰化や隔壁様構造を含む低吸収域を認めた。腎杯憩室内の腫瘍性病変を否定できず, 左腎摘出術を施行した。腫瘍は55×40mmの被膜に覆われた嚢胞状の腫瘍で, 内部に粘液塊を有していた。病理では粘液性嚢胞腺癌の診断であった。

《まとめ》腎の粘液性嚢胞腺癌は非常に稀な腫瘍である。腎の嚢胞性病変は内部エコーの出現や尿路感染症, 結石があれば, 本疾患を念頭に置いて検査にあたる必要がある。

24-74 維持透析患者に発症した気腫性膀胱炎の一例

長崎雅春¹, 松岡啓子¹, 井上麻美¹, 中下さつき² (¹潁田病院臨床検査部, ²潁田病院透析センター)

《症例》80代男性

《既往歴》6年前から糖尿病性腎症を原疾患に末期腎不全のため当院透析センターにて外来維持透析を施行中。

《現病歴》201X年1月より低酸素血症, 肺うっ血, 両側胸水貯留のため, 当院入院中であった。入院前より1日3回ほどの自尿を認めていたが2月中旬のCTにて膀胱内の尿貯留を認めたため, 導尿が開始された。4月中旬より肉眼的血尿を認め, 翌々日には下腹部痛が出現したため, 超音波検査を施行。

《超音波所見》膀胱はびまん性の壁肥厚を認め, 内腔にはacoustic shadowを伴ったガス様エコーが充満していた。超音波検査前日の尿培養検査より*Escherichia coli*が分離されており, 気腫性膀胱炎と診断された。

《考察と結語》気腫性膀胱炎は, ガス産生菌により膀胱腔内や膀胱壁内, あるいはその両者にガスが貯留する比較的にまれな膀胱炎である。本症例は維持透析患者に発症し, 報告例は少なく超音波検査が有用だった症例と考え報告する。

24-75 腎結石における Twinkling artifact と CT の対比

石山重行¹, 谷口鎌一郎² (¹鹿児島厚生連病院中央検査室, ²鹿児島厚生連病院消化器内科)

《目的》腎結石においてカラードブラ法を使用すると強い反射体の後方にTwinkling artifact (以下TA)と呼ばれるモザイク状のカラー帯がみられことが知られている。今回, TAの存在が結石かどうかの検証のため単純CTと比較検討した。

《対象・検討方法》対象は2012年4月から2014年3月までの2年間に超音波検査でTAを認めCTと対比できた37~81才(平均67.7才)の20症例, 21病変とした。

検討1: TAとCTでの石灰化像を対比し描出率を検討した。

検討2: モザイク状のカラー帯の長さを5mm以下, 6-10mm,

11mm以上と分け, 結石の大きさによる違いがあるか検討した。

なお、本発表は当施設の倫理委員会です承されている。

《結果》①超音波の TA と CT の石灰化像が一致したものは 21 病変中 20 病変（95%）であった。②モザイク状のカラー帯の長さは結石の大きさと関係はなかった。

《結語》TA の出現は CT での石灰化像と多くで一致した。結石の判断に TA を確認することは有用と思われた。

24-76 多発性嚢胞腎を合併した男性不妊症患者の精路超音波像
成吉昌¹、中野和馬²、辻 祐治^{1,2}（¹天神つじクリニック、²恵比寿つじクリニック）

《はじめに》多発性嚢胞腎の患者は精嚢に嚢胞を形成することがある。今回は、多発性嚢胞腎を合併した男性不妊症患者の精路の超音波所見を検討した。

《対象と方法》2003 年 7 月から 2014 年 6 月に当院の男性不妊症外来を受診した患者のうち多発性嚢胞腎を合併していた 5 例で、年齢は 33～38 歳（中央値：35 歳）であった。超音波診断装置はアロカ SSD3500/東芝 SSA580A で、腹部走査には 5 MHz コンベックス探触子、陰嚢部走査には 10～14 MHz リニア探触子、経直腸走査には 6 MHz コンベックス探触子を使用した。

《結果》精液検査では全例で精子数の減少（無精子症～乏精子症）と精子運動率の低下（0～9%）を認めた。精巣容積は正常であったが、5 例すべてで精嚢・精管膨大部・射精管領域に狭窄/閉塞所見が存在した。

《まとめ》多発性嚢胞腎を合併した男性不妊症患者では精路の末梢部（尿道側）に狭窄/閉塞が存在する頻度が高いため、初診時に経直腸 US を必ず行わなければならない。

【一般演題 肝臓（腫瘍）】

座長：伊集院裕康（社会医療法人天陽会中央病院消化器内科）

24-77 当院人間ドックで経過を追えた高分化型肝細胞癌の 1 例
川田慎一¹、盛本真司¹、小村 寛¹、上國料章展¹、小野原暁恵¹、岩元由佳¹、黒原由美¹、内園 均²、下園大介³（¹鹿児島市医師会病院生理機能検査室、²鹿児島市医師会病院消化器内科医、³ヨサメ内科クリニック放射線部）

症例は 65 歳、男性。H 22 年 12 月、当院人間ドック腹部超音波（AUS）で高エコーの肝腫瘍を指摘。H 23 年 1 月、造影 MRI を施行し肝左葉に 15 mm 大の結節を認め脂肪腫又は血管筋脂肪腫疑いとなり経過観察。H 24 年 12 月、人間ドック AUS で肝腫瘍のサイズアップを認めた。H 25 年 3 月、外来受診時の AUS では、肝左葉に高エコー腫瘍で 35×40 mm まで増大した。肝の非造影 MRI では肝左葉の腫瘍は 30 mm で、脂肪成分以外に充実成分が認められ良性腫瘍だけでなく肝細胞癌（HCC）なども疑われ手術を施行し、高分化型 HCC であった。高分化型 HCC は、脂肪成分が多く含まれている場合、高エコー腫瘍として描出される。このため高分化型 HCC と脂肪細胞由来の良性腫瘍との鑑別は画像診断上、困難なことがある。当院人間ドックで経過を追うことにより腫瘍のサイズアップを指摘でき、毎年検診の重要性を再認識させられた症例であった。

24-78 若年男性にみられた多発肝腫瘍の一例

長岡進矢¹、峯 彩子¹、戸次鎮宗¹、佐々木龍¹、橋元 悟¹、佐伯 哲¹、阿比留正剛¹、小森敦正¹、八橋 弘¹、伊東正博²（¹国立病院機構長崎医療センター臨床研究センター肝臓内科、²同病理）

症例は 32 歳男性、てんかんに対する薬物療法を受けていたが γ -GTP 以上が持続するため当科紹介となる。機会飲酒家、肥満

なし。ALP: 524 IU/L, γ -GTP: 398 IU/L, 肝炎ウイルスマーカー、腫瘍マーカーは陰性であった。腹部超音波検査にて肝両葉に最大径 32 mm の辺縁低エコー帯を有し、内部に石灰化をとまう低エコー病変を指摘された。CT では早期相で辺縁部にリング状濃染を呈し、後期相で肝実質と同程度となる腫瘍として認められた。MRI では T1 低信号、T2 で淡い高信号、リング状濃染を示し、肝細胞相では取り込み低下を認めた。組織では病変部に細い線維性瘢痕組織の増生、細胆管、動脈の増生を認め、免疫染色では GS, CRP が陽性、SAA も部分的に陽性であった。以上から FNH-like nodule（FNHLN）と診断した。FNHLN の多くはアルコール性肝硬変に多く合併することが報告されており、本例は稀な症例と考えられる。若干の文献的考察を加え報告する。

24-79 アルコール性肝障害に合併した多血性過形成結節の 2 症例

岩切久芳¹、竹市智章²、神崎陽香²、山田優里¹、大園芳範¹、土持舞衣¹、末田光恵¹、蓮池 悟¹、永田賢治¹、下田和哉¹（¹宮崎大学内科学講座消化器血液学分野、²宮崎大学医学部附属病院がん診療部）

CEUS 及び EOB 造影 MRI を含む画像診断を行ったアルコール性多血性結節の 2 症例を経験したため報告する。症例はいずれも男性で 1,000 Kg 以上のアルコール摂取歴を有した。腫瘍はいずれも単発で 15 mm 及び 23 mm。腹部血管造影下 CT では CTA にて濃染、CTAP にて欠損を呈した。腹部超音波検査では低エコー、MRI では T1 強調像にて高信号、T2 強調像にて等信号、EOB 肝細胞相では取り込みの低下を呈した。CEUS 後血管相では一例は周辺肝実質と同等、もう一例は欠損を呈した。肝腫瘍生検においては、いずれも動脈性の筋性血管を含む過形成結節であった。アルコール性過形成結節は、肝細胞癌との鑑別が問題となる。その鑑別は血流診断では困難とされるが、MRI で比較的特徴的な所見を呈し、参考となることが多い。しかし、肝特異的造影剤に関しては未だ一定の評価が出ておらず、今後も症例の蓄積が必要と考えられた。

24-80 高齢者に対する肝膿瘍穿刺の工夫

喜多村祐次、平野玄竜、阿南 章、横山圭二、森原大輔、竹山康章、入江 真、釈迦堂敏、早田哲郎、向坂彰太郎（福岡大学病院消化器内科）

《目的》近年、肝膿瘍の患者は高齢者が多く、ドレナージュチューブの長期留置による合併症が危惧される。今回、チューブの留置は行わず単独穿刺のドレナージュの有用性について検討した。

《対象・方法》2000 年 4 月～2014 年 3 月肝膿瘍と診断した 33 症例について検討した。評価は造影 CT、B モードエコー、ソナゾイド造影（2010 年以降）を行った。

《結果》33 症例中、単独穿刺 20 例、ドレナージ留置 7 例、その他 6 例であった。単独穿刺、ドレナージ留置の 2 群間において、平均年齢 68.3 歳、67.0 歳、平均有熱期間 10.0 日、19.6 日、入院時平均 WBC 11300、13785、WBC 正常化までの平均期間 6.4 日、14.6 日と効果に有意差を認めなかった。また、ソナゾイド造影は膿瘍腔の液状化の判別が困難な症例に有用であった。

《結語》1) 高齢患者において長期留置による合併症が危惧される場合、単独穿刺は有用である事が示唆された。2) 肝膿瘍の治療選択にソナゾイド造影は有用であった。

【一般演題 循環器（心筋症）】

座長：恒任 章（長崎大学病院循環器内科）

24-81 心エコーで観察できた、心サルコイドーシスの1症例

森戸夏美¹，熊谷尚子²，日高有香¹，安田智生¹，小吉里枝³，
朔啓二郎¹（¹福岡大学医学部心臓・血管内科学，²福岡大学筑紫
病院循環器内科，³佐田病院循環器内科）

《症例》54歳女性。

《現病歴・経過》2012年2月頃両側下腿の浮腫，皮疹が出現し皮膚生検で肉芽腫を認めACE高値など診断基準を満たしサルコイドーシスと診断された。心エコーでは，EF:72% 壁運動正常，前壁中隔の菲薄化なし，9月頻回の動悸を自覚しホルター心電図で心室頻拍（VT）を認めた。VTはアブレーションで頻度は減少したが，再発するためICD植え込み予定であった。10月激しい動悸後意識レベル低下し，AEDにてVTを確認し除細動で回復後，緊急搬送となった。心エコーではEF:35%と著しく低下し前壁中隔の高度壁運動の低下，壁の菲薄化を認めた。糖尿病合併症例で急性冠症候群を疑うも冠動脈に有意狭窄病変は認めずサルコイドーシスの進行が示唆された。心サルコイドーシスは特異的な臨床症状もなく，心臓病も多彩で臨床経過も様々である。今回我々は診断から数ヶ月間で進行した1例を経験したので報告する。

24-82 BNPの著明な上昇を認めたデュシェンヌ型筋ジストロフィーの一例

西方菜穂子¹，高倉 彩¹，佃 孝治¹，坂井綾子¹，本多 剛²，
三角郁夫²（¹国立病院機構熊本再春荘病院臨床検査科，²国立病院機構熊本再春荘病院循環器科）

《はじめに》今回我々は，血漿BNP濃度の著明な上昇を認めた，デュシェンヌ型筋ジストロフィー（DMD）の一例を経験したので報告する。

《症例》10代男性。DMDにて通院中であった。身体所見では脈拍136/分，血圧123/73mmHg，sPO2=99%。検査所見ではAlb 3.5 g/dL，AST 47 IU/L，ALT 56 IU/L，LDH 396 IU/L，CK 827 IU/L，BNP 3,003 pg/mLであった。胸写真はCTR 66%であった。心電図は左房負荷，右室側高電位を認めた。心エコーでは左室の拡大と壁運動低下を認めた（LVDD 69 mm，LVDs 63 mm，EF 20%）。左室壁は菲薄化しており，一部軽度の緻密化障害を認めた。左房径は33 mmであった。

《経過》入院後心不全の治療を行うも心不全が進行し死亡された。BNPは7795 pg/mLまで上昇した。

《考案》本症例は著明なBNPの上昇を認めており，BNPの分泌機序を検討する上で興味ある症例と考えられた。

24-83 左室中部および流出路狭窄を認めた肥大型閉塞性心筋症の一例

高倉 彩¹，西方菜穂子¹，佃 孝治¹，坂井綾子¹，本多 剛²，
三角郁夫²（¹国立病院機構熊本再春荘病院臨床検査科，²国立病院機構熊本再春荘病院循環器科）

《症例》38才，女性。1年前に肥大型心筋症と診断されβ遮断剤の処方を受けていた。最近たちくらみが出現するようになり当科を受診。

《家族歴》母親が突然死。身体所見では2LSBに収縮期雑音を聴取した。採血ではBNPが670.8 pg/mLであった。心電図では左室側高電位と陰性T波を認めた。胸部レントゲン写真ではCTR 49%であった。経胸壁心エコーでは心室中隔の肥厚と僧帽弁前尖の収縮期前方運動を認めた。長軸断層像およびカラードプラ像か

ら，左室中部と流出路狭窄を認めた。パルスドプラでは奇異性血流を認めた。心臓カテテル検査では心尖部と心基部，および心基部と大動脈間に収縮期圧格差を認めた。

《まとめ》左室中部と流出路の2ヵ所で狭窄を有する症例は少なく貴重な症例と考え報告した。

24-84 左室壁の性状変化を経時的に観察しえた心サルコイドーシスの1例

堀添善尚¹，湯浅敏典¹，茶園秀人¹，植屋奈美¹，水上尚子³，
高崎州亜¹，宮田昌明¹，木佐貫彰²，大石 充¹（¹鹿児島大学病院心臓血管・高血圧内科，²鹿児島大学医学部保健学科，³鹿児島大学病院臨床検査部）

44歳男性。2011年5月に検診にて肺門部リンパ節腫脹を指摘，リンパ節生検など各検査施行され，サルコイドーシスと診断。心エコーでは，心室中隔の菲薄化などは認めなかった（心室中隔10 mm，後壁9 mm）が，心室中隔の一部に低輝度腫瘤像を認めた。更なる検査が必要と判断したが，再診されず。2013年12月，意識消失発作あり，心電図上は完全房室ブロックを認め，再度当科に紹介された。心エコーでは一部低輝度エコーを含む左室肥大（心室中隔19 mm，後壁15 mm）あり，壁運動も軽度低下していた。心サルコイドーシスに伴う完全房室ブロックと診断され，ペースメーカー植込術を施行し，ステロイド治療を導入した。導入約1ヶ月後では，左室は壁厚減少を認め（心室中隔15 mm，後壁12 mm），低輝度部位の縮小，壁運動も改善傾向。壁性状（壁輝度，壁肥厚）の変化を経時的に観察し得た心サルコイドーシスの1例を経験したので報告する。

【一般演題 循環器（腫瘍）】

座長：三角郁夫（独立行政法人国立病院機構熊本再春荘病院循環器内科）

24-85 急速に増大した左室内粘液腫の一例

久木野拓己¹，村上未希子¹，石橋ゆかり¹，泉田恵美¹，
山本多美¹，尾形裕理¹，志水秋一¹，富田文子¹，神尾多喜浩²，
西上和宏³（¹済生会熊本病院中央検査部生理，²済生会熊本病院中央検査部病理，³済生会熊本病院集中治療室）

《はじめに》粘液腫のほとんどは心房内に発生し，心室内の頻度は5%以下と稀である。今回，我々は左室内粘液腫を経験したので報告する。

《既往歴》52歳男性。数年前より冠動脈三枝病変で心不全を繰り返していた。今回も心不全が増悪したため，当院に救急搬送された。

《心エコー所見》左室の収縮はびまん性に低下し，左室拡張末期径は5.8 cmと拡大。心室中隔に付着し可動性に富む，2.5×1.4 cmの腫瘤エコーを認めた。半年前には認めなかったことより血栓が疑われた。

《経過》塞栓のリスクが高いことから，外科的摘出術が行われた。心室中隔に茎を有した小指頭大の弾性軟な腫瘤を認めた。病理診断は粘液腫であった。術後の経過は良好で退院された。

《結語》血栓との鑑別が困難で急速に増大した左室内粘液腫の一例を経験した。

24-86 偶発的に認めた心臓腫瘍の1例

森戸夏美¹，日高有香¹，藤見幹太¹，小吉里枝³，熊谷尚子²，
朔啓二郎¹（¹福岡大学医学部心臓・血管内科学，²福岡大学筑紫病院循環器内科，³佐田病院循環器内科）

《症例》49歳男性。

《現病歴・経過》糖尿病性腎症による血液維持透析中であった。2014年4月27日、透析後に構音障害を認め当院脳神経外科搬送された。CT、MRIにて左被殻出血認めるも経過良好であった。入院中施行した心エコーにて左房内腫瘍を認めた。経食道心エコーを行い心房中隔から発生する有茎の腫瘍病変を左心房内に認めた。径は3 cm程度で分葉し内部は膿胞性と充実性が混在していた。

《考察》本来心臓腫瘍で最も多い腫瘍は良性の左房粘液種であり多くは心房中隔より発生し有茎性であり本症例一致する。相違点としては内部が充実性の事が多く、膿胞形成も比較的少ない。その他腫瘍病変として乳頭状線維弾性腫は弁に発生する事が多く、横紋筋腫は小児における原発心臓腫瘍の90%を占める事などより相違していた。今回我々は偶発的に認めた左心房内の膿胞性腫瘍の症例を経験した。本症例は切除手術予定であり、病理結果と考察を加えて報告する。

24-87 短期間に再発した右室流出路起源粘液線維肉腫の一例

熊谷尚子¹、志賀悠平²、日高有香²、小吉里枝³、森戸夏美²、
朔啓二郎²（¹福岡大学筑紫病院循環器内科、²福岡大学医学部心臓・血管内科学、³佐田病院循環器内科）

症例は50歳代、男性。2012年7月に労作時息切れを自覚するようになり、8月下旬精査加療目的にて当院当科外来を受診。心エコー上、左室中隔の平定化を伴う肺高血圧所見（推定右室収縮期圧84.8 mmHg）を呈しており、さらに右室から主肺動脈に流入する可動性のある腫瘤を認めた。CTでは右肺動脈に塞栓所見を認め、また4.0×3.3 cm大の右室流出路中隔より発生した心臓腫瘍を認めた。同年9月中旬、腫瘍摘出術を施行し、粘液線維肉腫の病理診断を得た。同年11月より化学療法を3週間毎に6

コース施行し経過良好と思われていた。しかし、2013年7月定期外来で施行した心エコーにて前回と同部位に1.6×1.7 cm大の可動性のある腫瘤を認めた。3か月前の定期心エコーではその所見は見られず、粘液線維肉腫の再発と急速な増大を疑われた。今回、心臓腫瘍の初発と再発の発見に心エコーが有用であった一例を経験したので報告する。

24-88 左房内に回遊するボール状血栓を認めた1例

南 貴子¹、恒任 章¹、内田祐里¹、河野浩章¹、浅田綾子²、
吉住敏男²、古島早苗³、山近史郎⁴、江石清行⁵、前村浩二¹（¹長崎大学病院循環器内科、²長崎大学病院超音波センター、³長崎大学病院検査部、⁴春回会井上病院循環器内科、⁵長崎大学病院心臓血管外科）

《症例》79歳女性、独居。僧帽弁位機械弁術後25年経過して、近医で加療中であった。脳梗塞の症状が出現して当院紹介、経胸壁心エコー図で、左房内に径25 mmの高輝度のボール状の腫瘤を認めた。左房壁との付着部位はなく、機械弁を通過することもなく心周期に合わせて左房内を浮遊していた。当院心臓血管外科にて腫瘤摘出術を施行、血栓であった。

《考察》僧帽弁位機械弁置換術後で慢性心房細動と左房拡大のある患者さんが、ワーファリンの服用管理が不十分でPT-INR延長不良となっていたため、血栓形成が進行したと思われた。若いころに機械弁に置換した患者さんが高齢化すると、ワーファリンを定時服用する必要性の理解が欠如していく可能性がある。機械弁置換術後の高齢の患者さんの場合、ワーファリンの管理について家族や介護者にその重要性をきちんと説明しておく必要があると思われた。