

# 一般社団法人日本超音波医学会第 25 回九州地方会学術集会抄録

会 長：松元 淳（医療法人聖心会かごしま高岡病院）

日 時：2015 年 9 月 27 日（日）

会 場：かごしま県民交流センター（鹿児島市）

## 【YIA（腹部）】

座長：酒井輝文（聖マリア病院健康科学センター）

### 25-1 経年検診で発見された膵癌の検討

福元嘉也<sup>1</sup>，樋脇 誠<sup>1</sup>，川口 真<sup>1</sup>，梶 祐幸<sup>1</sup>，西 憲文<sup>1</sup>，  
原口 誠<sup>1</sup>，石山重行<sup>1</sup>，谷口鎌一郎<sup>2</sup>，宮原広典<sup>3</sup>，前之原茂穂<sup>4</sup>  
（<sup>1</sup>JA 鹿児島県厚生連中央検査室，<sup>2</sup>鹿児島県厚生連病院消化器内  
科，<sup>3</sup>JA 鹿児島県厚生連健康管理センター消化器内科，<sup>4</sup>鹿児  
島厚生連病院外科）

《対象と方法》当センターでは年間約 45,000 件の腹部超音波検診  
を実施している。今回、2010 年 4 月から 5 年間で、精密検査で  
膵癌と診断された 25 例のうち前年も検診を実施した 10 例を対象  
とし、前年動画から 1 年前の病変は指摘可能か検討した。

《結果》膵区分は頭部 4 例，体部 5 例，尾部 1 例で発見時の腫瘍  
径は平均 27 mm（10 - 58 mm）であった。3 例は 1 年前に病変を  
指摘し精査あるいは経過観察としていた。他 7 例の 1 年前の動画  
を技師 3 名で確認した結果、4 例は 7 - 35 mm の病変を確認でき  
た。1 例は膵臓の描出不良で病変の有無は不明、2 例は病変を確認で  
きなかった。

《考察》1 年前の病変は 1 例を除外すると 10 mm 以下の低エコー  
病変、あるいは嚢胞性病変であった。膵臓の観察時間は平均で 58  
秒で、膵実質が明瞭に描出されていない例もあり、観察時間を十  
分にかける必要があると思われる。また、拡大観察し高周波プロー  
ブを活用すること、走査をゆっくりすることも必要であると思わ  
れた。

### 25-2 EUS-FNA が診断に有用であった Solid-pseudopapillary neoplasm の二例

矢野弘樹，田口宏樹，橋元慎一，銚之原基，有馬志穂，  
佐々木文郷，那須雄一郎，上村修司，井戸章雄（鹿児島大学病  
院消化器疾患・生活習慣病学）

症例 1 は 49 歳女性。健診の腹部超音波検査で膵尾部に径 7 cm  
の境界明瞭な低エコー腫瘍を指摘された。超音波内視鏡検査  
（EUS）で内部に嚢胞と充実成分が混在し石灰化を認めた。EUS  
下針生検（EUS-FNA）による病理所見から Solid-pseudopapillary  
neoplasm（SPN）と診断し、化学療法を先行後に手術治療を行っ  
た。術後 2 年目に肝転移再発をきたし、肝部分切除を追加した。  
症例 2 は 41 歳女性。子宮頸癌術後の CT 検査で膵体部に径 2 cm  
の石灰化を伴う腫瘍を指摘された。EUS で同部に境界不明瞭な  
低エコー腫瘍を認め、石灰化及び嚢胞様の無エコー領域がみられ  
た。EUS-FNA の病理所見から SPN の診断に至り手術施行し、そ  
の後再発はない。膵 SPN は稀な疾患で石灰化を伴う腫瘍が特徴  
的であり、EUS-FNA による術前病理組織学的診断がその後の治  
療に有用であった。文献的考察を含めて報告する。

### 25-3 C 型慢性肝疾患における Fibro Scan と Shear Wave Elastography の比較

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

《目的》縦方向か横方向の剪断波速度を計測し、肝硬度を評価す  
る 2 機種間の相関性を比較検討した。

《対象》2015 年 5 月 20 日～6 月 17 日に Echosens 社製 FibroScan502  
（以下 FS）（縦方向）と TOSHIBA 社製 Aplio500 の Shear Wave  
Elastography（以下 SWE）（横方向）を同日に施行した C 型慢性肝  
疾患 55 例。

《方法》FS の Stiffness と Stiffness を簡易的に変換した速さと  
SWE の Vs 値の相関を検討した。又、それぞれと血小板、FIB 4、  
APRI を比較した。

《結果》Stiffness と Vs 値は強い相関を認めた。両者共に各種血液  
検査データとの相関を認めた。FS における肝線維化 staging では  
F 0 - F 1 間、F 3 - F 4 間以外で有意差を認めた。FS での伝搬速度  
は SWE の Vs 値より全体的に低い結果であった。その原因を中  
心に文献的考察を加え報告する。

## 【YIA（循環器）】

座長：山近史郎（社会医療法人春回会井上病院）

### 25-4 右左シャントを有し、左心系弁不全も合併したカルチノ イド心の一例

田所知命<sup>1</sup>，伊藤浩司<sup>3</sup>，香月俊輔<sup>1</sup>，松下友香<sup>1</sup>，宮田健二<sup>1,2</sup>，  
毛利正博<sup>1</sup>，山本英雄<sup>1</sup>（<sup>1</sup>地域医療機能推進機構九州病院内科・  
循環器内科，<sup>2</sup>地域医療機能推進機構九州病院健康診断部，<sup>3</sup>地  
域医療機能推進機構九州病院医療情報部）

70 歳代女性。7 年前に高度三尖弁逆流（TR）、軽度肺動脈弁逆  
流（PR）を指摘された。昨年より腹水貯留や下痢を認め、今年  
に入り顔面紅潮を自覚するようになった。4 月には息切れ・倦怠  
感が増悪し当院入院となった。心エコーでは既知の高度 TR、PR  
の悪化（中等度）の他、左心系においても大動脈弁、僧帽弁の硬  
化変性・弁逆流を認めた。静脈血セロトニン（5-HT）濃度の上  
昇を認めカルチノイド心と診断し、原発巣は骨盤内腫瘍と考えら  
れた。比較的急速に左心系の弁不全が進行しており、5-HT の左  
心系流入の可能性が考えられた。コントラストエコーにて左心へ  
のバブル流入を認め、動脈血中の 5-HT 濃度も上昇していた。通  
常カルチノイド心では 5-HT が肺で不活化され左心系には弁膜病  
変を来さないが、今回右左シャントを介して左心系に 5-HT が流  
入し、左心系弁不全を合併したと考えられる症例を経験した。文  
献的考察を加えて報告する。

### 25-5 収縮後期僧帽弁逸脱では弁輪拡大が左房拡大に寄与す る？：3 次元心エコーによる検討

林 篤志，福田祥大，竹内正明，尾上武志，角裕一郎，  
永田泰史，大谷恭子，尾辻 豊（産業医科大学第 2 内科学）  
《背景》収縮後期逸脱で僧帽弁輪は拡大する。拡大した弁輪は近  
接する左房をより強く拡大している可能性がある。3 次元心エコー

を用いて収縮後期逸脱と全収縮期逸脱の左房形態を比較した。

《方法》中等度以上の僧帽弁逆流を伴う僧帽弁逸脱 26 例（収縮後期逸脱 7 例，全収縮期逸脱 19 例）を対象とした。心尖部から 3 次元画像を取得し，左房容積，僧帽弁輪面積，左房断面積（高位，中位，低位）を計測した。

《結果》収縮後期逸脱で僧帽弁輪面積は有意に大きかった（ $10.0 \pm 3.4$  vs  $5.8 \pm 1.3$  cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>， $p < 0.001$ ）。全収縮期逸脱において左房容積が逆流量と相関した（ $r = 0.69$ ， $p = 0.01$ ）。しかし収縮後期逸脱では相関しなかった。全収縮期逸脱では中位左房面積が最も大であったが，収縮後期逸脱では低位左房面積が最も大であった。

《結語》収縮後期逸脱では拡大した弁輪が左房の三次元構造に寄与している可能性がある。

## 25-6 重症大動脈弁狭窄症に対する経皮的大動脈弁形成術の急性効果の検討

堀添善尚<sup>1</sup>，高崎州亜<sup>1</sup>，茶圓秀人<sup>1</sup>，水上尚子<sup>3</sup>，湯淺敏典<sup>1</sup>，内匠拓朗<sup>1</sup>，宮田昌明<sup>1</sup>，木佐貫彰<sup>1</sup>，坂田芳人<sup>2</sup>，大石 充<sup>1</sup>（<sup>1</sup>鹿児島大学医歯学総合研究科心臓血管・高血圧内科学，<sup>2</sup>鹿児島大学病院臨床検査部，<sup>3</sup>池上総合病院循環器内科）

《目的》弁置換術ハイリスクの重症大動脈弁狭窄症（AS）に対する経皮的大動脈弁形成術（PTAV）による左室機能急性効果を検討すること。

《方法》当科にて PTAV を施行した重症 AS 連続 8 症例に対し，術前および術翌日の経胸壁心エコーデータの比較・検討を行った。

《結果》1) PTAV 前後で，大動脈弁最大圧較差  $88 \rightarrow 59$  mmHg（ $p < 0.01$ ），大動脈弁口面積  $0.60 \rightarrow 0.78$  cm<sup>2</sup>（ $p < 0.001$ ）と有意に改善した。2) 左室拡張末期容積に有意な変化は認めなかったが，左室収縮末期容積は有意に縮小し（ $19 \rightarrow 16$  mL， $p < 0.05$ ），左室駆出率は有意に改善した（ $70 \rightarrow 75\%$ ， $p < 0.01$ ）。3) 左室拡張能の各指標に有意な変化は認めなかったが，左房径は有意に縮小した（ $45 \rightarrow 40$  mm， $p < 0.05$ ）。

《結論》重症大動脈弁狭窄症例に対する経皮的大動脈弁形成術施行症例において，術直後から有意な左室機能の改善を認めた。

【YIA（体表及び総合）】

座長：山下裕一（福岡大学医学部消化器外科）

## 25-7 浅大腿動脈の慢性完全閉塞病変に対する経皮的血管形成術時の経皮的超音波ガイドの有用性

亀井律孝，本郷哲央，丸野美由希，高司 亮，清末一路，松本俊郎，森 宣（大分大学医学部臨床医学系放射線医学講座）

《目的》浅大腿動脈閉塞病変に対する PTA 時の経皮的超音波ガイドの有用性を検討する。

《対象》浅大腿動脈-膝窩動脈領域の完全閉塞病変を有する 20 例。

《方法》全例経皮的超音波を併用し，ガイドワイヤーが病変を通過した後，IVUS にてガイドワイヤーの通過部位の再確認を行った。手技成功，合併症，IVUS で確認されたガイドワイヤーの通過部位，逆行性アプローチの追加の有無について検討した。

《結果》全例で閉塞部の PTA に成功し，重大な合併症は認められなかった。IVUS では，ガイドワイヤーが標的血管内を通過していることが全症例で確認された。19 例（95%）は順行性アプローチのみで閉塞部を貫通でき，1 例は膝窩動脈穿刺による逆行性アプローチを併用し手技を完遂させた。

《結論》経皮的超音波ガイドを用いた浅大腿動脈の完全閉塞病変

に対する PTA は容易に実行可能で本治療法の有用性，安全性を向上させる可能性が示唆される。

## 25-8 診断に苦慮した乳腺間質肉腫の 1 例

寺元佳奈<sup>1</sup>，土井康郎<sup>2</sup>，浪崎秀洋<sup>1</sup>，谷口真紀<sup>1</sup>，祝原久香<sup>1</sup>，元島留美<sup>1</sup>，平井義彦<sup>1</sup>，高田 登<sup>3</sup>，吉伸一郎<sup>3</sup>，原田和則<sup>3</sup>（<sup>1</sup>天草地域医療センター検査部，<sup>2</sup>土井外科胃腸科医院，<sup>3</sup>天草地域医療センター外科）

《症例》63 歳女性。

《主訴》右乳房の発赤を伴う硬結。

《現病歴》20XX 年，右乳房に発赤伴う硬結が出現。精査の結果，葉状腫瘍と診断され腫瘍摘出術が施行された。経過観察されていたが 2 年後，切除部位に同症状を認めたため再検査となった。

《超音波検査所見》右 A 領域に 5 cm 程度の地図状の低エコー域を認めた。皮膚肥厚があり，皮膚側に低エコーが進展しているように見えたことから浸潤が示唆された。また，カラードブラで豊富な血流信号が認められた。臨床症状も加味すると，超音波診断では炎症性乳癌も否定できない画像であった。その後，右乳房切除術が施行された。

《病理組織所見》H.E 染色，免疫染色ならびに臨床経過から間質肉腫として矛盾しない所見であった。

《考察》今回稀な乳腺間質肉腫の 1 例を経験したので，自験例の超音波所見を中心に若干の文献的考察を加えて報告する。

## 25-9 Advanced US は乳幼児尿路感染症における膀胱尿管逆流の検出に有用か？

小野友輔<sup>1</sup>，浅井宣美<sup>2</sup>，泉 維昌<sup>3</sup>，矢内俊裕<sup>4</sup>，連 利博<sup>5</sup>（<sup>1</sup>北九州市立八幡病院小児救急センター，<sup>2</sup>茨城県立こども病院超音波診断室，<sup>3</sup>茨城県立こども病院総合診療科，<sup>4</sup>茨城県立こども病院小児泌尿器科，<sup>5</sup>茨城県立こども病院小児外科）

《目的》乳幼児の尿路感染症（UTI）は膀胱尿管逆流（VUR）を基礎疾患とすることが多く，その診断には排尿時膀胱造影（VCG）が最も有用とされている。近年 VCG の施行基準に US を用いるガイドラインが提唱されているが，動的所見に乏しい印象がある。我々は一歩進んだ US（advanced US）を施行し VUR の検出に有用か検討した。

《方法》UTI を来した 35 例（70 尿管）を対象とした。VUR を示唆する US 所見を重要所見と参考所見にわけ，VCG との相関を検討した。

《結果》VCG で VUR がみられたのは 17 尿管で，このうち US 重要所見を満たしたのは 13 尿管であり，参考所見まで加えると 15 尿管であった。VCG で grade 3 以上の VUR は 14 尿管あり，そのうち US 重要所見を満たしたものは 12 尿管，参考所見まで含めると 14 尿管全てであった。

《考察》現在の基準では VUR の検出には不十分であることが考えられると同時に US により侵襲性の高い VCG を削減しうる可能性も示唆された。

《結論》Advanced US は VUR の発見に有用である

【新人賞（循環器）】

座長：木佐貫彰（鹿児島大学医学部保健学科）

## 25-10 高度大動脈弁狭窄症患者の心不全発症にタコツボ心筋症の関与が疑われた 1 例

伊東山舞，海老原卓，神波 裕，永野雅英，西上和宏（社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院）

症例は 90 歳女性。平成 25 年に脳梗塞を発症し入院した際に，

高度大動脈弁狭窄症 (AS) を指摘された。しかし当時は血小板減少症を合併しており、また、高齢でもあったため、外科的手術は見送られていた。平成 27 年某日、深夜に呼吸困難が出現し、近医へ救急搬送され、大動脈弁狭窄症による急性心不全の診断に至った。その後、経カテーテル大動脈弁留置術 (TAVI) による治療検討のため、当院へ転院となった。入院時の心電図では V1 ~ 4 誘導に陰性 T 波を認めており、心エコー検査では心尖部を中心に収縮低下していた。薬物治療で心不全は軽快し、冠動脈造影検査では左冠動脈に有意狭窄を認めなかった。再度心エコー検査を施行したところ、左室壁運動は改善しており、入院時の心不全悪化にはタコツボ心筋症の関与が疑われた。入院 17 日目 TAVI を施行し、その後は経過良好であった。高度 AS にタコツボ心筋症を合併した希有な 1 例として報告する。

#### 25-11 急性大動脈解離術後の内側フェルト翻転による中枢側吻合部狭窄を、経食道心エコーにて同定しえた一例

安藤太一<sup>1</sup>、大江健介<sup>1</sup>、田代英樹<sup>1</sup>、尾田 毅<sup>2</sup>、安永 弘<sup>2</sup> ( <sup>1</sup>聖マリア病院循環器内科、<sup>2</sup>聖マリア病院心臓血管外科 )

70 歳、女性。急性大動脈解離 Stanford A の診断で、大動脈置換術を施行後に溶血性貧血の進行を認め、収縮期雑音を認めた。経胸壁心エコーで中枢側大動脈吻合部での加速血流を認めた (3.33 m/s, PG 44.5 mmHg)。造影 CT を施行したが明らかな原因は不明で、経食道心エコーで大動脈弁より 2 cm 末梢側に比較的高輝度の全周性の構造物を認め、それにより大動脈内腔は狭小化し 0.5 cm<sup>2</sup> になり 40 mmHg の圧格差を認めた。断端形成の内側フェルトの翻転による中枢側吻合部狭窄と診断し再手術を行った。内側フェルトを除去し、内側はウシ心膜パッチ、外側は 10 mm フェルトで断端形成し再吻合した。Graft 部で認めた thrill は消失し、溶血性貧血も改善した。通常は造影 CT、もしくは心電図同期の造影 CT にて発見診断されることが多いが、今回は経食道心エコーで診断しえた症例であり、考察をふまえて報告する。

#### 25-12 心房細動における左室流入波形の心拍間変動は長期心予後と関連する

北野哲司<sup>1</sup>、福田祥大<sup>1</sup>、永田泰史<sup>1</sup>、尾上武志<sup>1</sup>、角裕一郎<sup>1</sup>、林 篤志<sup>1</sup>、大谷恭子<sup>1</sup>、竹内正明<sup>2</sup>、尾辻 豊<sup>1</sup> ( <sup>1</sup>産業医科大学第 2 内科学、<sup>2</sup>産業医科大学病院臨床検査・輸血部 )

《背景》心房細動における左室流入波形速度 (LVIF) の心拍間変動の減弱は左室内圧上昇を示唆するが長期予後との関連は不明である。

《方法》重度僧帽弁疾患のない心房細動 59 例を対象に心エコー図を施行し長期心イベント発症の有無を調査した。連続 5 心拍で LVIF を測定し標準偏差 / 平均値を LVIF 変動率とした。心電図 RR 間隔を 5 心拍で測定し同様に RR 変動率を算出した。

《結果》平均 2.2 年の追跡期間中 15 例にイベントを認めた。RR 変動率 20% 以上の 24 例でイベント群の LVIF 変動率は非イベント群に比して有意に低値であった ( $5.0 \pm 2.1\%$  vs  $7.7 \pm 4.0$ ,  $p < 0.05$ )。RR 変動率 20% 未満の 35 例で LVIF 変動率は 2 群間で差がなかった ( $6.4 \pm 2.9\%$  vs  $7.2 \pm 6.3$ ,  $p = 0.7$ )。

《結語》心拍変動を比較的に顕著に認めるにも関わらず LVIF 変動が小さい心房細動の長期心予後は不良である可能性がある。

#### 【新人賞 (消化器)】

座長：田中正俊 (医療法人弘恵会ヨコクラ病院)

#### 25-13 Shear Wave Elastography による肝硬度の評価および問題点

窪津祥仁<sup>1</sup>、小野尚文<sup>1</sup>、濱岡和宏<sup>1</sup>、江口尚久<sup>1</sup>、大枝 敏<sup>2</sup>、江口有一郎<sup>2</sup> ( <sup>1</sup>医療法人ロコモディカル江口病院、<sup>2</sup>佐賀大学肝疾患医療支援学講座 )

《はじめに》US による肝硬度の評価は、収束超音波パルスの照射によって発生した横波の弾性波を測定する手法が最も普及し、各社装置で行えるようになった。Shear Wave Elastography (SWE) を用いて肝硬度の評価を行ったので現状を報告する。

《対象》各種肝疾患 (脂肪肝 6 例、C 型慢性肝炎 20 例、肝硬変 15 例)、正常肝 7 例。

《方法》使用超音波装置は LOGIQ E9、SWE は ROI を体表から 4 cm に設定し 7 回の平均値 m/sec で表示した。

《結果》中央値は脂肪肝 0.95 m/sec、C 型慢性肝炎 1.34 m/sec、肝硬変症 1.79 m/sec および正常肝 1.10 m/sec であった。

《考察》今までの報告より低めであったが、精度は SW 画像が見られ、ばらつきが少なく感じられた。問題点として設定の自由度が増したことで ROI の測定域や広さで数値が異なり、深部になれば数値が高くなる傾向があったが、肝表面がより高く表示される症例も認められた。各疾患による肝硬度の評価、深度による測定値の傾向も検討する。

#### 25-14 TACE 後の治療効果判定に造影超音波内視鏡検査が有用であった肝細胞癌の縦隔リンパ節転移の 1 例

松岡 慧<sup>1</sup>、玉井 努<sup>1</sup>、伊集院翔<sup>1</sup>、橋元慎一<sup>1</sup>、最勝寺晶子<sup>2</sup>、前田英仁<sup>1</sup>、馬渡誠一<sup>1</sup>、森内昭博<sup>1</sup>、櫻井一宏<sup>2</sup>、井戸章雄<sup>1</sup> ( <sup>1</sup>鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学、<sup>2</sup>鹿児島通信病院肝臓内科 )

《背景》肝細胞癌 (HCC) の縦隔リンパ節転移に対して薬剤溶出性球状塞栓物質を用いた肝動脈化学塞栓療法 (DEB-TACE) を施行し、治療効果判定に造影超音波内視鏡検査 (CE-EUS) が有用であった 1 例を経験したので報告する。

《現病歴》症例は 70 歳男性。2011 年 7 月に HCC (T4N0M0, Stage IVA) の診断にて TACE、肝動注化学療法、ソラフェニブ、定位放射線治療が施行され、2014 年 6 月に肝内病変は消失したが、12 月に 31 mm の縦隔リンパ節転移を認め、同病変に対する DEB-TACE を検討した。

《治療経過》右気管支動脈から施行した CTA にて、リンパ節転移が明瞭に造影されたため、同血管にマイクロカテーテルを挿入し、超選択的に DEB-TACE を施行した。治療後、経食道的に CE-EUS を施行したが、内部の残存病変が明瞭に確認できたため、計 2 回 DEB-TACE を施行し、腫瘍内部の造影域は全体の 2 割程度まで減少した。

《結語》HCC の縦隔リンパ節転移に対する DEB-TACE による治療効果判定に、CE-EUS は有用である。

#### 25-15 EUS-FNA で診断した Solid pseudopapillary neoplasm の一例

小野貴大<sup>1</sup>、松村圭一郎<sup>1</sup>、植木敏晴<sup>1</sup>、野間栄次郎<sup>1</sup>、光安智子<sup>1</sup>、松井敏幸<sup>1</sup>、三宅 徹<sup>2</sup>、前川隆文<sup>2</sup>、池田圭祐<sup>3</sup>、岩下明德<sup>3</sup> ( <sup>1</sup>福岡大学筑紫病院消化器内科、<sup>2</sup>福岡大学筑紫病院外科、<sup>3</sup>福岡大学筑紫病院病理部 )

症例は 60 歳代男性。2 型糖尿病に対して近医で通院中、2014

年8月より急激な血糖値上昇があり、当科紹介受診。血中腓酵素の上昇はなく、HbA1c 6.9%で軽度の耐糖能障害を認め腫瘍マーカーは正常範囲であった。US/CTで腓体部に25 mm大の内部に石灰化を有する充実性腫瘍を認めた。MRIで同腫瘍はT1WIで低信号、T2WIで等信号で内部に一部高信号を伴っていた。EUSで、一部cystic lesionを含む充実性腫瘍として描出され、造影EUSでは漸増性濃染された。以上から腓神経内分泌腫瘍やSolid pseudopapillary neoplasm (SPN)を疑い、EUS-FNAを施行した。経胃的に19G針で穿刺し、病理組織結果は類円形の核を有する細胞が偽乳頭状に増生していた。免疫染色ではVimentin, CD56が陽性で、 $\beta$ -cateninが核に陽性でありSPNの診断であった。男性発症のSPNは比較的稀であり今回EUS-FNAで診断し得た1例を報告する。

#### 25-16 術後腓液漏後に生じた感染性腓嚢胞に対して内視鏡的ネクロセクトミーが奏功した1例

山本浩之、福島真典、川崎寛子、日野直之、吉田 亮、吉川大介、山尾拓史（佐世保市立総合病院消化器内科）

患者は68歳女性。腓頭部痛に対し腓頭十二指腸切除術を施行したが術後腓液漏を認め保存的加療が行われていた。しかし新たに発熱や腹痛が出現し、また腓体尾部周囲に多房性嚢胞を認めたため、精査加療目的に当科紹介となった。感染徴候があり、造影CT上は嚢胞内部が不均一に造影され、また超音波内視鏡では嚢胞の内部にモザイク様の構造物が貯留しており、Walled-off necrosis様の感染性腓嚢胞と診断した。超音波内視鏡下嚢胞ドレナージ術を施行。一旦は解熱し炎症反応の改善が見られたが、約1か月後に再燃した。ドレナージでは効果不十分と考えられたため、内視鏡的ネクロセクトミーを2回施行した。その後、嚢胞は縮小し軽快した。内視鏡的ドレナージで奏功しない感染性腓嚢胞に対する次の治療戦略として内視鏡的ネクロセクトミーは有効であった。

#### 【小林 利次 Image of the Year Award】

座長：田畑智継（医療法人慈恵会西田病院循環器内科）

#### 25-17 フラップが大動脈弁口に落ち込み、中等度の大動脈弁逆流が生じた大動脈解離の1例

満瀬亜弥<sup>1</sup>、寺園結貴<sup>1</sup>、川上亜由美<sup>1</sup>、久木野拓己<sup>1</sup>、山本多美<sup>1</sup>、志水秋一<sup>1</sup>、泉田恵美<sup>1</sup>、大原未希子<sup>1</sup>、富田文子<sup>1</sup>、西上和宏<sup>2</sup>（<sup>1</sup>済生会熊本病院中央検査部生理検査、<sup>2</sup>済生会熊本病院集中治療室）

《症例》30歳、男性。家族歴では父親が大動脈瘤の手術を受けている。背部痛出現し、近医を受診。大動脈解離を指摘され、当院紹介となった。経胸壁心エコーにて、上行大動脈にフラップを認め、Stanford A偽腔開存型大動脈解離と診断された。フラップが大動脈弁口に落ち込み、弁の閉鎖を障害して、偏位する中等度の大動脈弁逆流が認められた。緊急手術が施行された。解離はバルサルバ洞に及んでいたが、大動脈弁尖は保たれており、David手術と全弓部置換術が施行された。術後経過良好で、自宅退院となった。

《考察》大動脈解離に伴う大動脈弁逆流は、大動脈弁の弁尖に解離が進展することで生じることが一般的であるが、本症例はフラップが大動脈弁口に落ち込むことで大動脈弁逆流が生じたまれな1例であった。経胸壁心エコーにて、術前に病態が把握でき、術式の決定に寄与できた。

#### 25-18 肺脂肪塞栓症の患者で捉えた、特徴的なエコー像

大久保友紀<sup>1</sup>、平賀真雄<sup>2</sup>、中村克也<sup>2</sup>、坂口右己<sup>2</sup>、佐々木崇<sup>2</sup>、林 尚美<sup>1</sup>、塩屋晋吾<sup>2</sup>、川村健人<sup>1</sup>、有馬大樹<sup>2</sup>、重田浩一朗<sup>3</sup>（<sup>1</sup>霧島市立医師会医療センター臨床検査室、<sup>2</sup>霧島市立医師会医療センター放射線室、<sup>3</sup>霧島市立医師会医療センター消化器内科）

《症例》80代女性、転倒し右大腿頸部骨折。受傷後SpO<sub>2</sub>低下、心エコーで右心負荷所見認め、当院紹介された。

《超音波検査》心エコー：右心拡大と下大静脈拡張、左室中隔壁圧排像を認める。下肢静脈エコー：右総大腿静脈の血管内腔上面に強い反射体があり、血管壁と比べて厚い高エコー帯が認められた。血液と音響インピーダンスが違う物質があることが示唆される。血管を圧迫することで物質が移動し、後方の骨頭が描出された。骨頭部付近で点状の高エコーが湧いて出るように見える部分があった。

《CT検査》造影検査にて肺動脈に塞栓は認めなかった。鶴田らの診断基準により脂肪塞栓症と診断され、その後低酸素血症や右心負荷所見は改善し、総大腿静脈内の高エコー像も消失した。

《考察》この高エコー像は血管内の脂肪滴を含んだ物質を捉えた特徴的な画像と考え、動画と共に提示する。

#### 25-19 心エコー図検査施行中に右房内血栓が右室に移動する経時的観察が得られた急性肺血栓塞栓症の一例

有馬美樹<sup>1</sup>、渡邊 望<sup>2</sup>、田永哲士<sup>1</sup>、西野 峻<sup>2</sup>、柴田剛徳<sup>2</sup>、古川貢之<sup>3</sup>、矢野光洋<sup>3</sup>（<sup>1</sup>宮崎市郡医師会病院臨床検査科、<sup>2</sup>宮崎市郡医師会病院循環器内科、<sup>3</sup>宮崎市郡医師会病院心臓血管外科）

《症例》80歳女性。3日前より気分不良とSpO<sub>2</sub>低下が見られ前医受診、造影CTにて右下肢深部静脈血栓による両肺動脈血栓塞栓症と診断され当院転送となった。来院時心エコー図では著明な右房、右室の拡大と心室中隔の全周期圧排像が見られ、高度肺高血圧を認めた。右房内に複数の可動性のある巨大紐状血栓が見られ、観察中に右室内に移動し、一部は右室内からも消失し、一部は三尖弁の腱索に絡んでいるように見えた。PFOの存在も強く疑われ、奇異性脳塞栓のリスクも高いことから緊急手術となった。開胸後三尖弁の前尖と後尖の境界部腱索に1.5 cm大の球状血栓が見られ摘出した。両側肺動脈からは多量の黒色新鮮血栓を認め除去された。

《結語》下肢深部静脈血栓による急性肺血栓塞栓症が疑われた来院時心エコー図において、右房内可動性エコーが右室と肺動脈に移動する様子が捉えられ、緊急血栓除去手術となり救命することができた。

#### 25-20 巨大心臓腫瘍の新生児例

倉岡彩子<sup>1</sup>、石原健一<sup>1</sup>、松村 峻<sup>2</sup>、牛ノ濱大也<sup>1</sup>、中村 真<sup>1</sup>、佐川浩一<sup>1</sup>、石川司朗<sup>1</sup>（<sup>1</sup>福岡市立こども病院循環器科、<sup>2</sup>福岡市立こども病院新生児科）

《症例》胎児期に左室内腔の大半を占拠する心臓腫瘍を指摘された。出生後に左室から十分な心拍出量が維持できるか懸念され、単心室としての血行動態も視野に周産期管理をおこなった。在胎39週1日、体重2,895 gで出生した。左室内の腫瘍は27×18 mmの卵円形で、短軸像での腫瘍/左室面積比は0.65であった。また右室自由壁には心外膜側へ進展する27×12 mmの大きな腫瘍があり、その他にも7-8 mm径の腫瘍が左室・右室・右房に多発していた。いずれも内部は均一であり、皮膚・頭蓋内病

変があることから結節性硬化症に伴う横紋筋腫の可能性が高いと考えた。出生直後は動脈管からの左右短絡がみられたが徐々に左右短絡のみとなり、左室から十分な心拍出量が維持できていると判断した。

《まとめ》横紋筋腫では自然縮小が期待されるものの、巨大な腫瘍では血行動態の破綻や不整脈から外科治療の適応となることもあり、心エコーを用いた形態・血行動態の評価が求められる。

#### 25-21 診断に苦慮した Calcified amorphous tumor の一例

黒川佳代<sup>1</sup>、福光 梓<sup>1</sup>、梶原博司<sup>1</sup>、萩原麻衣<sup>1</sup>、村田真知子<sup>1</sup>、奥田知世<sup>1</sup>、秋光起久子<sup>1</sup>、笹栗毅和<sup>2</sup>、香月俊輔<sup>3</sup>、伊藤浩司<sup>3,4</sup>（<sup>1</sup>地域医療機能推進機構九州病院中央検査室、<sup>2</sup>地域医療機能推進機構九州病院病理検査科、<sup>3</sup>地域医療機能推進機構九州病院循環器内科、<sup>4</sup>地域医療機能推進機構九州病院医療情報部）

症例は80歳代、女性。腰椎圧迫骨折で他院入院中に脳梗塞を発症し、その原因精査目的の心エコー図検査で左室内腫瘍が指摘され当院に紹介となった。腫瘍の大きさは5×40mm、高輝度で僧帽弁後尖左室側の弁輪石灰化部分と連続していた。可動性に富み、先端は間欠的に大動脈弁に嵌頓している様に観察された。有意な弁逆流は認めず、各種検査と臨床経過から感染性心内膜炎や転移性心臓腫瘍を積極的に疑う所見はなかった。塞栓症が危惧され、準緊急的に腫瘍摘出術の施行となった。病理組織では、腫瘍は壊死状、あるいはフィブリンからなる好酸性無構造物から構成され石灰化を来していた。腫瘍内に病原体は確認されず、以上より Calcified amorphous tumor (CAT) が疑われた。心内構造物の質的診断は超音波診断を含めた他のモダリティとの総合評価が重要である。今回経験した巨大な CAT は報告例も少なく、文献的考察を加えて報告する。

#### 25-22 肝未分化肉腫の心臓内転移を認めた1症例

中村幸美<sup>1</sup>、水上尚子<sup>1</sup>、湯之上真吾<sup>1</sup>、野口慶久<sup>1</sup>、湯浅敏典<sup>2</sup>、高崎州亜<sup>2</sup>、堀添善尚<sup>2</sup>、茶園秀人<sup>2</sup>、木佐貫彰<sup>3</sup>、大石 充<sup>2</sup>（<sup>1</sup>鹿児島大学病院臨床技術部検査部門、<sup>2</sup>鹿児島大学大学院心臓血管・高血圧内科学、<sup>3</sup>鹿児島大学医学部保健学科）

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

#### 25-23 経胸壁心エコー図で子宮平滑筋腫からの転移性心臓腫瘍を認めた一例

千葉章代<sup>1</sup>、南 貴子<sup>1</sup>、坂口能理子<sup>2</sup>、佐藤大輔<sup>1</sup>、古賀聖士<sup>1</sup>、内田祐里<sup>1</sup>、恒任 章<sup>1</sup>、河野浩章<sup>1</sup>、山近史郎<sup>3</sup>、前村浩二<sup>1</sup>（<sup>1</sup>長崎大学病院循環器内科、<sup>2</sup>長崎大学病院検査部、<sup>3</sup>春回会井上病院循環器内科）

49歳女性。生来健康であったが、1ヶ月で5kgの体重減少があり、不正性器出血や下腹部腫瘍を自覚していた。近医にて腹部CTを施行したところ、骨盤内に腫瘍性病変および肺、肝臓に転移性病変を認め、子宮体癌を疑われ当院産婦人科を紹介受診。造影CTでは多発肺・肝転移および左室内転移を認め、経胸壁心エコー図では左室心尖部から内腔に突出する29×18mm大の等輝度の可動性の腫瘍を認めた。組織診断の結果子宮平滑筋肉腫の診断となり、化学療法を1コース施行され自宅退院となった。左室心尖部から内腔に突出する転移性心臓腫瘍は珍しく、文献的考察を加えて報告する。

#### 25-24 胆嚢癌との鑑別を要したリンパ性ポリープの1例

新崎厚史<sup>1</sup>、梅本真美<sup>1</sup>、中島 豊<sup>1,3</sup>、橋爪健太郎<sup>2</sup>、中房祐司<sup>2</sup>、西山憲一<sup>3</sup>（<sup>1</sup>福岡赤十字病院検査部、<sup>2</sup>福岡赤十字病院外科、<sup>3</sup>福岡赤十字病院病理診断科）

症例は80歳代、女性。定期健診で肝内胆管拡張を指摘され、当院受診。超音波検査、CTで胆嚢底部に隆起性病変を認めた。以前に撮影されたCTと比較し増大傾向であり、手術目的で入院となった。超音波検査で胆嚢底部に18×7mmの広基性隆起性病変を認めた。表面は比較的性整で、内部には斑状の低エコー像がみられ、パワードプラで基部に血流信号を認めた。造影CTで胆嚢底部の隆起性病変は早期相からよく造影されており、増大傾向であり、胆嚢癌の可能性が高いと考えられた。腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行され、病理組織検査で病変はリンパ濾胞の増生からなっており、一部には過形成性の上皮も伴い、リンパ性ポリープの診断であった。胆嚢癌との鑑別を要したリンパ性ポリープを経験したので、文献的考察を加えて報告する。

#### 25-25 特徴的な画像所見を呈した胸腺癌肝転移の1例

永山林太郎、野間栄次郎、植木敏晴、光安智子、丸尾 達、松村圭一郎、土居雅宗、伊原 諒、畑山勝子（福岡大学筑紫病院消化器内科）

症例は76歳男性。胸部CTで左前縦隔に57mm大の腫瘍を指摘され、当院紹介となった。2014年4/15胸腺腫摘出術施行された。組織診断はsquamous cell carcinoma pT2 ly0 v1の診断であった。2015年2/19の造影CTにて肝S2に5cm大の腫瘍指摘され入院となった。血液生化学検査では炎症反応認めず、腫瘍マーカーを含め大きな異常はなかった。Bモードの腹部エコーでは中心が嚢胞成分で周囲に充実性成分に覆われており、正常肝との境界は比較的明瞭だった。ソナゾイドエコーでは充実成分は漸増性に濃染された。肝腫瘍や転移性肝癌が鑑別として考えられた。ソナゾイドエコーで充実成分は比較的境界明瞭に造影効果を認めたことから胸腺癌の転移性肝癌を最も考えた。肝外側区域切除術を施行し胸腺癌の肝転移の診断に至った。扁平上皮癌の肝転移は比較的稀であり、特徴的な画像所見を呈したため報告する。

#### 25-26 SMI (Superb Micro-vascular Imaging) が診断に有用であった肝限局性結節性過形成の2例

阿南 章、田中 崇、喜多村祐次、高田和英、山内 涼、福田洋美、福田 祥、福永篤志、早田哲郎、向坂彰太郎（福岡大学消化器内科）

《症例1》40歳代女性。肝内S6に直径14mm大の低エコー SOL を認めた。CTでは動脈相で濃染され、平衡相では iso density。EOBMRI では T1 で低信号、T2 で高信号、肝細胞相では EOB 取り込みあり。東芝社製超音波 Aplio500 に搭載された SMI (Superb Micro-vascular Imaging) モードでは腫瘍内に明瞭な車軸状血管構築を認めた。ソナゾイド造影エコーでは早期相で中心から濃染を呈し、後血管相では軽度欠損像を呈した。腫瘍生検では悪性所見は認めず、限局性結節性過形成 (FNH) と診断し経過観察中である。

《症例2》50歳代女性。肝内S8肝表面に直径10mm大の低エコー SOL を認めた。CT、MRI、ソナゾイド造影エコーは症例1とほぼ同様の所見であり、SMI モードでは腫瘍内に明瞭な車軸状血管構築を認め FNH と診断して以後経過観察中である。SMI モードによる観察から典型的な血管構築像が得られ診断に有用であった FNH 2 例を経験した。

## 【一般演題\_産婦人科・乳腺】

座長：家村和千代（公益財団法人鹿児島県民総合保健センター）

持富ゆかり（社会医療法人博愛会相良病院画像検査部）

### 25-27 超音波パルスドプラ法により評価した胎盤血管腫の一例

戸田 薫，切原奈美，橋本崇史，谷口博子，前田隆嗣，

上塘正人（鹿児島市立病院産婦人科）

《緒言》胎盤血管腫は病理組織学的検査を施行した胎盤の1%に認められる。そのうち5cmを超える巨大胎盤血管腫は3,500～9,000例に1例と稀であり，胎児貧血，羊水過多症，胎児心不全などの重篤な周産期合併症を引き起こし予後不良である。今回我々は，7cmの胎盤血管腫の症例に対して超音波パルスドプラ法を用いて血行動態を評価し，管理したので報告する。

《症例》33歳，経産婦，羊水過多を指摘され当科へ紹介となった。超音波断層法で胎盤実質に径7cmの血流豊富な腫瘍を認め胎盤血管腫と診断された。臍動脈 pulsatility index（以下PI），臍帯静脈血流量，胎児中大脳動脈の収縮期最高血流速度，腫瘍の大きさ，栄養血管のPIなどを用いて周産期管理を行った。

《考察》予後不良な巨大胎盤血管腫の症例に対して超音波パルスドプラ法を用いて胎児治療の介入時期，または娩出時期を考慮し得る可能性が示唆された。

### 25-28 乳腺原発腺様嚢胞癌の1例

原口未奈子<sup>1</sup>，吉村昭宏<sup>1</sup>，西村悠希子<sup>1</sup>，尾崎邦弘<sup>2</sup>（<sup>1</sup>大分県済生会日田病院臨床検査部，<sup>2</sup>大分県済生会日田病院乳腺外科）

《症例》70歳代女性，左乳房の腫瘍を自覚し当院受診。既往歴に高血圧症。採血データに特記すべき所見は認めなかった。

《画像》US：左乳房AC，乳頭近くに12×11×8mm大，形状不整，境界一部不明瞭，辺縁粗雑，内部低～等輝度で不均一，後方エコーの一部増強する腫瘍性病変を認め，悪性腫瘍を考えた。同時に行ったMMGはカテゴリ1であった。

《追加検査》MRI，造影CT，造影USにおいて乳癌が疑われた。

針生検で悪性の診断となり手術を施行した。

《病理》invasive ductal carcinoma, adenoid cystic carcinomaであった。

《まとめ》乳腺原発の腺様嚢胞癌は，特殊型に分類され全乳癌の0.1～0.2%と非常に稀な疾患である。今回我々は，腺様嚢胞癌も1例を経験したので報告した。

## 【一般演題\_検診・システム】

座長：小島正久（社会医療法人仁愛会浦添総合病院健診センター）

緒方和男（公益社団法人鹿児島県労働基準協会ヘルスサポートセンター鹿児島）

### 25-29 腹部超音波検診判定マニュアルを導入して

大久保孝太，緒方和男，米倉英治，池田祐樹（公益社団法人鹿児島県労働基準協会ヘルスサポートセンター鹿児島健診事業部）

《目的》当センターに腹部超音波検診判定マニュアル（以下判定マニュアル）を導入して3ヶ月が経過した。今回，技師と判定医師とのカテゴリ分類（以下C分類）の差について検討した。

《対象・方法》2015年2月から4月に腹部超音波検査を施行した2,666例。医師とのC分類の差を認めた症例を画像と所見の記載について複数の技師で再評価を行った。

《結果・考察》判定マニュアル導入以前と比較し，要精検率は変化を認めなかった。医師とのC分類の差を1以上認めた症例は129例（4.83%）。2以上認めた症例は7例（0.26%）。3以上は認めなかった。原因は記載ミスを除けば，C分類の理解不足によ

る画像描出の不良，コメント不足が考えられた。また，画像に対する判定医師との見解の相違が推測された。

《まとめ》判定マニュアル導入により検査の標準化が出来つつあり，今後はより確実な判定マニュアルの運用を目指したいと考える。

### 25-30 腹部超音波検診で発見された長期生存膵癌例の検討

石田頼光<sup>1</sup>，満田和也<sup>1</sup>，斧淵 浩<sup>1</sup>，山口彰子<sup>1</sup>，永井祐子<sup>1</sup>，竹之下和夫<sup>1</sup>，山下謙一郎<sup>1</sup>，桶谷 薫<sup>1</sup>，松元 淳<sup>2</sup>，西俣寿人<sup>1</sup>（<sup>1</sup>鹿児島県民総合保健センター，<sup>2</sup>かごしま高岡病院）

鹿児島県民総合保健センターでは腹部超音波検診車により早期癌発見を第一目標とした検診を始めて30年経過したが，発見された膵癌での長期生存例は極めて少ない。検診で発見された長期生存膵癌の特徴を検討した。

H5年からH18年に発見された膵癌52例中33例に切除術が施行された。この33例中浸潤性膵管癌が17例（52%）であった。また33例中11例の5年生存が確認された。11例の組織分類は浸潤性膵管癌3例，神経内分泌癌3例，膵管内乳頭粘液性腺癌2例，上皮内癌1例，粘液性嚢胞腺癌1例，漿液性嚢胞腺癌1例であった。

切除術施行33例中発見動機別5年生存例をみると，膵管異常が8例（全切除例中24%）中3例〔38%〕，膵管異常＋腫瘍像が8例（全切除例中24%）中2例〔25%〕，腫瘍像のみが17例（全切除例中52%）中6例〔35%〕であった。5年生存浸潤性膵管癌の発見動機は膵管異常から1例，膵管異常＋腫瘍像から1例，腫瘍像のみから1例の発見であった。

### 25-31 院外ネットワークによる腹部超音波検査養成システムと問題点

下園大介<sup>1</sup>，平賀真雄<sup>2</sup>，塩屋晋吾<sup>2</sup>，納 利一<sup>1</sup>（<sup>1</sup>ヲサメ内科クリニック，<sup>2</sup>霧島市立医師会医療センター放射線室）

《背景》近年超音波検査の医師離れは深刻な状況であり，我々ソノグラファーの役割が重要となってきた。しかし，超音波専門医・指導医や指導できるソノグラファーがいない困難な状況で検査を実施している施設も少なくない。我々は平成23年1月より少人数でのエコー講習会を開催し，平成27年6月までに56名の受講生があった。

《目的》3～4名で実技を中心とした講習会を1回2時間，1クールを10回として実施した。受講者は診療放射線技師24名，臨床検査技師28名，看護師1名，医師3名であり，受講生の大部分は1人もしくは少数で検査を実施している技師であった。今回，受講後の実態調査を行ったので報告する。

《結果》受講時より勤務先を変更していた者が7名，現在腹部超音波検査業務に携わっていないと回答する者も数名いた。

## 【一般演題\_胆道】

座長：伊集院裕康（社会医療法人天陽会中央病院肝臓内科）

井手口太（医療法人福西会福西会病院）

### 25-32 有症状を認めた Multiseptate Gallbladder の1例

川田慎一<sup>1</sup>，盛本真司<sup>1</sup>，小村 寛<sup>1</sup>，上國料章展<sup>1</sup>，内園 均<sup>2</sup>，下園大介<sup>3</sup>（<sup>1</sup>鹿児島市医師会病院生理機能検査室，<sup>2</sup>鹿児島市医師会病院消化器内科医，<sup>3</sup>ヲサメ内科クリニック放射線部）

症例は18歳，女性。昨年の8月頃から心窩部痛を繰り返し認めていた。今年3月，心窩部痛を強く認めた為，近医を受診し精査にて虫垂炎が疑われ当院紹介となった。外来受診時の血液検査では，白血球とCRPの高値を示し炎症所見を認めた。腫瘍マー

カーはCEA, CA19-9共に正常範囲内であった。画像検査にて胆嚢内部のはほぼ全域に隔壁像を認め、多隔壁胆嚢と診断した。胆嚢内に結石、結節性病変、胆泥などを疑う所見は認めなかった。虫垂炎については、明らかな虫垂炎所見は指摘できなかった。多隔壁胆嚢は明確な治療指針はなく、心窩部痛の原因が多隔壁胆嚢であることから切除の適応と判断し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。病理組織診断では、粘膜上皮の乳頭状過形成を伴った多隔壁胆嚢であった。多隔壁胆嚢は非常にまれな先天性疾患であり、症状の発生機序として多数の隔壁による胆汁排出障害が考えられている。今回、自験例とともに文献的報告を加えて報告する。

#### 25-33 超音波誘導下経皮的ドレナージで手術を回避できたEST後の後腹膜穿孔の1例

丸尾 達, 植木敏晴, 伊原 諒, 永山林太郎, 畑山勝子, 土居雅宗, 松村圭一郎, 野間栄次郎, 光安智子, 松井敏幸 (福岡大学筑紫病院消化器内科)

症例は70歳の女性。2015年1月に心窩部痛を主訴に外来を受診。血液検査成績で、WBC: 10,500/ $\mu$ L, CRP: 6.8 mg/dLと炎症高値であった。US/MD-CTで、胆嚢結石と胆嚢腫大、胆嚢壁肥厚を認め、胆石性胆嚢炎と診断した。本人の希望で、ERCP関連手技を施行し、EST後に経乳頭の胆嚢ドレナージ術を行った。手技翌日、腹痛の増強のため撮像したMD-CTで右前腎傍腔を中心とした後腹膜腔にfluidと遊離ガスを認め、EST後乳頭部穿孔と診断した。外科と相談の上、経皮的後腹膜腔ドレナージを行う方針となった。USガイド下に、前腎傍腔を穿刺し10Fr PTADtubeを留置した。その後、経乳頭の胆嚢ステントを経鼻的胆管ドレナージtubeに変更した。広域抗生剤の投与で炎症は改善傾向となり、22日目にPTADtubeを抜去し、26日目に自宅退院となった。今回、ESTによる後腹膜穿孔に対してUSガイド下経皮的ドレナージで手術を回避できた1例を報告した。

#### 25-34 体外式腹部超音波検査にて指摘し得た早期胆管癌の1例

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

60歳代女性。上腹部痛にて近医受診し血液検査で肝機能上昇認め、精査目的で当院紹介となった。腹部超音波検査(US)では二管合流部から左肝管にかけて2cm大の充実部を認めた。壁は比較的平滑で移動性や変形性、また充実部内への血流シグナルは確認できなかった。そこより末梢側の肝内胆管に軽度の拡張を認めた。MRCPでは拡散障害を伴った軟部陰影として描出された。IDUSでは桑実状腫瘍として描出され、壁構造は正常であった。細胞診はClassⅢであり肝左葉切除術、肝外胆管切除術が施行された。腫瘍は壁から脱落し、付着部は病理学的にも不明であった。ポリープ状の腫瘍はpapとtub1が混在した高分化adenocarcinomaであり、ポリープのみに限局した癌(pTis)の可能性が高いと考えられた。ポリープ状(Ip)の早期胆管癌は極めて稀であり、それをUSで指摘し得た貴重な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

#### 25-35 検診で発見された自己免疫性膵炎・硬化性胆管炎

小島正久<sup>1</sup>, 石川 実<sup>2</sup>, 呉屋文子<sup>2</sup>, 平良年子<sup>2</sup>, 赤嶺 希<sup>2</sup>, 崎山絹代<sup>2</sup>, 奥井美咲<sup>2</sup>, 名嘉 愛<sup>2</sup>, 伊丹結依<sup>2</sup>, 普天間夏美<sup>2</sup> (<sup>1</sup>浦添総合病院健診センター診療科, <sup>2</sup>浦添総合病院健診センター検査科)

症例は70代男性。2013年当院人間ドックを受診。腹部超音波検査で肝外胆管拡張と胆管壁肥厚および胆嚢内に胆泥の充満、膵腫大が認められ要精査と判定されました。胆道系酵素と腫瘍マーカーは正常でしたが、膵アミラーゼ60, リパーゼ59と軽度上昇が見られました。CT検査では胆嚢内は高吸収で胆泥が疑われましたが、胆嚢の緊満や壁肥厚は認めません。MRでは胆管径8mmで肝内から肝外胆管は広狭不整が目立ちますが硬化性胆管炎とする所見は得られません。EUSでは胆管・胆嚢管は数ミリの壁肥厚があるものの内腔面は平滑でした。画像上からは確定診断はつきませんでしたが十二指腸乳頭の生検からIgG4陽性が示唆され、追加の血液検査でIgG: 2,027, IgG4: 646 mg/dlと高値を示していたのでIgG4関連の膵炎と硬化性胆管炎と診断されました。自覚症状はありませんでしたが、プレドニン内服治療が行われ、現在軽快しています。

#### 【一般演題\_EUS-FNA】

座長: 中原和之 (一般社団法人熊本市医師会熊本地域医療センター)

樋高明美 (霧島市立医師会医療センター消化器病センター)

#### 25-36 超音波内視鏡下穿刺吸引法による診断能向上のための当院での取り組み

大場一生<sup>1</sup>, 堀 麻美<sup>1</sup>, 橋本さつき<sup>1</sup>, 東郷政明<sup>1</sup>, 橋口慶一<sup>1</sup>, 村岡 徹<sup>1</sup>, 中島正洋<sup>2</sup> (<sup>1</sup>独立行政法人地域医療機能推進機構健康保険諫早総合病院消化器内科, <sup>2</sup>長崎大学病院原研病理)

超音波内視鏡を用いた超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)が保険収載とともに全国的に急速に普及しているが、各施設間で診断能が標準化されているとは限らないのが現状である。当院では細胞診検査士立ち会いで検体採取を施行している。今回、平成26年5月までに診断的EUS-FNAを施行した122症例を対象に施行時期や対症疾患等が検査成績に関与するか検討し、さらに診断能向上のための当院での取り組みについても報告する。対象疾患は膵腫瘍83例、自己免疫性膵炎4例、消化管粘膜下腫瘍27例、リンパ節腫脹6例、その他2例であり、全体の診断率は87%であり、膵腫瘍では92%と高率に診断可能であった。また、採取検体処理を工夫することにより導入当初診断困難であった自己免疫性膵炎も診断可能となった。なお、今回の処置に関して、特に合併症は認めなかった。膵腫瘍および消化管粘膜下腫瘍の正診率は概ね良好であったが、今後の更なる手技の向上が課題である。

#### 25-37 当院での超音波内視鏡下穿刺吸引法における検査技師の関わり方

井上佳奈子<sup>1</sup>, 秋永理恵<sup>1</sup>, 桑岡 勲<sup>1</sup>, 赤星和也<sup>2</sup> (<sup>1</sup>飯塚病院中央検査部, <sup>2</sup>飯塚病院消化器内科)

超音波内視鏡下穿刺吸引法(以下EUS-FNA)は消化管粘膜下腫瘍、膵などの病変から直接細胞を採取できる有用な検査法である。当院では医師、看護師、臨床工学士と検査技師(細胞検査士)による4名のチームでEUS-FNAを行い検査精度の向上に努めている。細胞検査士はヘマカラー染色で迅速細胞診(Rapid On-Site Cytological Evaluation: ROSE)を行い、必要量の採取が

できているか、採取された細胞が画像上推測される病変と矛盾しないか等をその場でディスカッションし判断している。また標準作製ではLEDランプを用いた透過装置を用いて出血部分を避け透明～白色調部分をサンプリングする。採取後のサンプルを組織診に提出する際は出血によるマスキングを抑える為クロットと沈渣でそれぞれにセルブロックを作成する、等の工夫をしている。今後の課題として細胞検査士の画像読解力の向上が望まれる。発表の際には実例を交えながらその有用性につき報告する予定である。

#### 25-38 胃粘膜下腫瘍の超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) 困難例に対する粘膜切開生検法併用の有用性

山内康平<sup>1</sup>、坂田資尚<sup>2</sup>、芥川剛至<sup>3</sup>、水口昌伸<sup>4</sup>、岩切龍一<sup>1</sup> (<sup>1</sup>佐賀大学医学部附属病院光学医療診療部、<sup>2</sup>佐賀大学医学部附属病院消化器内科、<sup>3</sup>佐賀大学医学部附属病院病態病理学、<sup>4</sup>佐賀大学医学部附属病院放射線科)

《目的》今回我々は、胃 SMT に対する粘膜切開生検法を併用した EUS-FNA の有用性について検討を行った。

《方法》2012 年 6 月～2015 年 1 月の期間、当院で胃 SMT に対して EUS-FNA を施行した症例を対象とした。EUS-FNA で有効な組織採取に至らなかった場合は、可能な限り粘膜切開生検法を追加し、各項目に対して検討を行った。

《結果》21 例 (男性 47.6%、平均年齢 66.7 歳) に対して EUS-FNA が施行され、平均病変径は 34.1 mm であった。EUS-FNA 診断率は 76.2% (16/21)、診断不能であった 5 例中 2 例に粘膜切開生検法が追加され、いずれも GIST の診断が得られた。腫瘍径  $\geq 20$  mm が唯一の組織採取成功因子であった (OR 22.5;  $p = 0.008$ )。

《結論》腫瘍径 20 mm 未満の胃 SMT は EUS-FNA 不成功因子であるが、粘膜切開生検法を併用する事で診断率が向上する可能性がある。

#### 25-39 EUS-FNA で診断した転移性脾腫瘍の検討

鉦之原基、橋元慎一、矢野弘樹、有馬志穂、佐々木文輝、那須雄一郎、田口宏樹、上村修司、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。

#### 25-40 EUS-FNA にて診断した多発肝転移を有する通常型脾癌に対する化学放射線療法にて病理学的 CR を得た 1 例

大場一生<sup>1</sup>、堀 麻美<sup>1</sup>、橋本さつき<sup>1</sup>、東郷政明<sup>1</sup>、橋口慶一<sup>1</sup>、村岡 徹<sup>1</sup>、濱崎景子<sup>2</sup>、山口広之<sup>2</sup>、中島正洋<sup>3</sup> (<sup>1</sup>独立行政法人地域医療機能推進機構健康保険諫早総合病院消化器内科、<sup>2</sup>独立行政法人地域医療機能推進機構健康保険諫早総合病院外科、<sup>3</sup>長崎大学病院原研病理)

57 歳男性。自覚症状なし。検診にて脾および肝腫瘍を指摘。

EUS-FNA で腺癌、画像診断で多発肝転移、脾静脈浸潤を伴う脾体部癌 (cT4N1M1) と診断。化学放射線療法 (S-1 内服、2 週間投与 1 週間休薬、放射線 54 Gy/30 Fr) 施行したが、S-1 による中毒疹出現のため、S-1 2 クールで終了し、以降 Gemcitabin (GEM) で化学療法を継続した。GEM 2 クール終了時で原発巣は著明縮小し、肝転移は消失。GEM 10 クール終了後、原発巣は不明瞭化、肝転移は引き続き再出現を認めず CR の判断で、化学放射線療法開始から約 11 ヶ月後、脾体尾部切除術、脾臓合併切除、D2 リンパ節廓清術を施行。病理検査では腫瘍細胞は消失し、病理学的 CR と診断。術後補助化学療法として GEM 単剤治療を

計 6 クール施行し、現在、術後 14 ヶ月無再発経過中である。今後、本症例が長期予後を得られるか慎重な経過観察が必要である。EUS-FNA を用いた組織採取は確定診断目的以外にも奏効機序の解明にも貢献する可能性がある。

#### 25-41 当センターにおけるインターベンショナル EUS の診断・治療成績

原岡克樹<sup>1</sup>、中原和之<sup>1</sup>、上田城久朗<sup>1</sup>、清住雄昭<sup>1</sup>、田村文雄<sup>1</sup>、陣内克紀<sup>1</sup>、山之内健伯<sup>1</sup>、三井貴博<sup>1</sup>、明石隆吉<sup>2</sup> (<sup>1</sup>熊本地域医療センター、<sup>2</sup>熊本ヘルスケアセンター)

《目的》超音波内視鏡下穿刺術 (EUS-FNA) は近年診断および治療手技として急速に発展、普及しつつある。今回、自験例におけるインターベンショナル EUS の有用性について検討した。

《対象》平成 20 年 4 月より平成 27 年 3 月にインターベンショナル EUS を施行した 147 例。(内訳: 診断的穿刺 130 例、治療的穿刺 17 例)

《検討項目》1) 診断的穿刺および 2) 治療的穿刺の成績および偶発症について検討した。

《結果》1) 診断的穿刺は脾臓 79 例、消化管 40 例、その他 11 例に施行し、88% (114/130) の症例で診断し得た。偶発症は 2 例で、軽症脾炎と出血であった。2) 治療的穿刺は初回ドレナージ不成功 1 例、内瘻化不成功 1 例であったが、いずれも後日再治療にて成功した。偶発症は胆道ドレナージの 1 例で後腹膜気腫を認めた。

《結語》当センターにおけるインターベンショナル EUS の成績は良好であり、比較的安全に施行できていると考えられた。

#### 【一般演題\_眼科】

座長: 山下高明 (鹿児島大学医学部歯学部附属病院眼科)

#### 25-42 急性閉塞隅角緑内障発作の超音波検査と前眼部光干渉断層計の比較

柊山 利<sup>1</sup>、澤田 惇<sup>2</sup>、中馬秀樹<sup>2</sup>、直井信久<sup>2</sup> (<sup>1</sup>柊山医院眼科、<sup>2</sup>宮崎大学医学部眼科)

《目的》急性閉塞隅角緑内障発作の超音波検査と前眼部光干渉断層計を比較すること。

《対象と方法》高眼圧と臨床症状より急性閉塞隅角緑内障発作と当院眼科で診断した外来患者に超音波検査と前眼部光干渉断層の両検査を施行した。後者は座位で非接触、前者は仰臥位による接触検査で B モードと UBM 超音波生体顕微鏡の 2 種類を行い、水浸法も施行した。

《結果》後者は前者の比較して非検者に対する侵襲が非常に少ない反面、画像描出の点において前者の方が診断・治療に対する有用な後房・毛様体・水晶体全体の形状が得られた。

《結論》前眼部光干渉断層計では角膜・前房・隅角以外の前眼部描出が超音波検査に劣った。

#### 25-43 白内障・眼内レンズ手術前後の超音波検査

柊山 利<sup>1</sup>、澤田 惇<sup>2</sup>、中馬秀樹<sup>2</sup>、直井信久<sup>2</sup> (<sup>1</sup>柊山医院眼科、<sup>2</sup>宮崎大学医学部眼科)

《目的》白内障・眼内レンズ手術に超音波検査を役立てること。

《対象と方法》当院を受診し、白内障と診断し手術を施行した外来患者。術前後 A および B モードと UBM 超音波生体顕微鏡の 3 種類の検査を行い、水浸法も施行した。

《結果》手術前は眼軸長・水晶体の厚さ・前房深度・隅角の広さなど重要なパラメーターを知ることができ、術後は同じパラメータの変化のほかに眼内レンズ光学部の位置・嚢内か嚢外固定か・

レンズの偏位・傾きなども明白にわかった。

《結論》従来、白内障・眼内レンズ手術では、術前にBモードで後眼部の形態に異常がないかを知るのみであったが、高周波の装置やBモードでも水浸法を用いると超音波検査が有用性を増した。

#### 【一般演題\_心筋疾患・他】

座長：福田祥大（産業医科大学第2内科学）

福光 梓（地域医療機能推進機構（JCHO）九州病院中央検査室）

#### 25-44 心室中隔中部に局限した急性心筋梗塞の1例

早川裕紀<sup>1</sup>，福田祥大<sup>1</sup>，園田信成<sup>1</sup>，林 篤志<sup>1</sup>，尾上武志<sup>1</sup>，高見浩仁<sup>1</sup>，永田泰史<sup>1</sup>，村岡秀崇<sup>1</sup>，竹内正明<sup>2</sup>，尾辻 豊<sup>1</sup>（<sup>1</sup>産業医科大学 第2内科学，<sup>2</sup>産業医科大学検査・輸血部）

症例は73歳女性。6時間持続する胸痛を主訴に救急外来を受診した。冠危険因子は高コレステロール血症、喫煙。来院時の血液検査で白血球上昇（12,500/uL）と軽度CPK上昇（253 U/L）を認めた。心電図では有意な変化を認めなかった。心エコー図検査では心室中隔の中部に局限した壁運動低下を認めた。緊急カテーテル検査が施行され、左冠動脈造影で第一中隔枝が造影されなかった。右冠動脈造影において右冠動脈から第一中隔枝へ側副血行路を介して造影された。冠動脈インターベンションを施行せず保存的管理となった。その後の最大CPKは942 U/Lであった。第15病日経過良好で退院となった。心室中隔中部に局限した急性心筋梗塞の1例を経験したので報告する。

#### 25-45 収縮期逆流波を認めた左室中部閉塞性肥大型心筋症の1症例

佃 孝治<sup>1</sup>，清田千草<sup>1</sup>，別府麻美<sup>1</sup>，高倉 彩<sup>1</sup>，西方菜穂子<sup>1</sup>，宇宿弘輝<sup>2</sup>，本多 剛<sup>2</sup>，三角郁夫<sup>2</sup>（<sup>1</sup>熊本再春荘病院臨床検査科，<sup>2</sup>熊本再春荘病院循環器科）

《はじめに》左室中部閉塞性肥大型心筋症（以下MVOCM）においては、収縮期に心尖部圧の方が心基部圧よりも高い。今回、収縮期に心基部圧の方が心尖部圧を一過性に上回った症例を経験した。

《症例》60代男性。高血圧にて近医通院中。タクシーの運転中に胸痛と失神を自覚し受診。血圧140/95 mmHg、脈拍87/min、整、聴診では収縮期雑音聴取した。浮腫なし。採血ではBNPは182 pg/mlであった。心電図は洞調律で完全右脚ブロックであった。胸部X線写真ではCTR55%であった。心エコーではMVOCMと閉塞部での収縮期の逆流波を認めた。心臓カテーテル検査では同時圧記録は行ななかったが、収縮期に心尖部と心基部の圧はほぼ同一であった。

《考察》収縮期に心基部圧が心尖部圧を一過性に上回った症例を経験した。その原因として、心尖部心室瘤による圧低下が考えられた。

#### 25-46 運動負荷心エコー図検査が治療方針決定に有用であったdynamic LV outflow tract obstructionの1症例

中村輝樹<sup>1</sup>，高尾壽美恵<sup>1</sup>，古賀伸彦<sup>2</sup>（<sup>1</sup>社会医療法人天神会新古賀病院診療支援部臨床検査課，<sup>2</sup>社会医療法人天神会新古賀病院循環器内科）

《はじめに》dynamic LV outflow tract obstruction（DLVOTO）は血行動態の変化に付随して左室流出路狭窄をきたす病態である。

《症例》76歳、女性

《主訴》労作時息切れ、胸部圧迫感

《既往歴》たこつぼ型心筋症

《現病歴》労作時胸部圧迫感を認め、心エコー図検査施行。

《心エコー図検査（安静＋負荷）》LVDd/Ds=46/26 mm，IVS/LVPWd=9/9 mm，LVEF=70%，LV asynergy（-），S字状中隔あり。安静時にはLVOTに有意な圧較差（-）。トレッドミル運動負荷にて2分程で息切れ出現，70 mmHg程度の圧較差（+）。

《経過》後日心臓カテーテル検査を施行，ニトログリセリン負荷にて40-50 mmHgの心室内圧較差（+）。現在は薬物療法にて経過観察中である。

《考察》DLVOTOは肥大型心筋症のみならず，急性心筋梗塞やたこつぼ型心筋症，sigmoid septum等も誘因となる。今回我々は，S字状中隔によるDLVOTOを経験し，その診断に運動負荷心エコー図検査が有用であったため報告する。

#### 25-47 周産期心筋症の1症例

大久保洋平<sup>1</sup>，倉重康彦<sup>1</sup>，堤 優香<sup>1</sup>，宮本亜由美<sup>1</sup>，岡部 栞<sup>1</sup>，栗毛野紗樹<sup>1</sup>，高尾壽美恵<sup>2</sup>，倉富暁子<sup>3</sup>，古賀伸彦<sup>4</sup>（<sup>1</sup>社会医療法人天神会古賀病院21診療支援部臨床検査課，<sup>2</sup>社会医療法人天神会新古賀病院診療支援部臨床検査課，<sup>3</sup>社会医療法人天神会古賀病院21循環器内科，<sup>4</sup>社会医療法人天神会新古賀病院循環器内科）

《症例》34歳、女性

《主訴》労作時呼吸苦

《家族歴》兄：拡張型心筋症

《現病歴》第二子出産後2ヶ月目から、倦怠感及び労作時呼吸苦が出現、改善しないため当院紹介受診した。発熱・上気道炎症状は認めない

《来院時現症》NYHAⅢ，BNP1,429 pg/ml，BP：100/74 mmHg  
《心電図》HR125，洞調律，陰性T波

《心エコー図検査》Dd/Ds=54/51 mm，IVS/LVPW=7/7 mm，LAD=38 mm，EF=28%，左室のびまん性壁運動低下を認めた。TRⅡ度，MRⅡ度。推定PAP=44 mmHg。右室拡大や右室壁運動低下は認めなかった。

《経過》心臓CT・MRI精査するも異常なく、心筋炎を示唆する臨床所見も認めなかった。急性心不全に対し薬物治療を行い、心エコー上心機能改善がみられ、周産期心筋症と診断した。

《結語》周産期心筋症は稀な疾患であり、文献的考察を含め報告する。

#### 25-48 心エコー図検査にて不整脈源性右室心筋症（ARVC）が疑われた1症例

執行智恵美<sup>1</sup>，古賀伸彦<sup>2</sup>，高尾壽美恵<sup>1</sup>（<sup>1</sup>社会医療法人天神会新古賀病院臨床検査課，<sup>2</sup>社会医療法人天神会新古賀病院循環器内科）

《症例》51歳 男性

《主訴》左下肢疼痛

《既往歴》糖尿病，高血圧

《現病歴》左下肢閉塞性動脈硬化症に対し治療目的で来院。

《心電図》HR56/min 洞調律 CRBBB V1～3のT波の陰転化，ε波あり

《胸写》CTR51% 肺うっ血なし

《心エコー図検査》LV asynergy（-），LVEF=69%，右室流出路は拡大し，右室心尖部から自由壁中部に瘤状の拡大・菲薄化（+）。MRⅠ度，TRⅠ度，推定肺動脈圧18/7 mmHg。

《心臓MRI》右室の著明な拡大と右室壁の菲薄化を認めた。遅延造影では瘤部は造影効果あり，線維化が疑われた。

《経過》ホルター心電図では VT は認めなかったが、体表面加算平均心電図は陽性であり、心エコー図検査や MRI 検査所見も併せ ARVC と診断された。現在は外来にて経過観察中である。

《考察》心エコー図検査で偶発的に指摘し得た ARVC を経験した。ARVC は突然死のリスクも高く、心エコー図検査において特に右室に意識をおいた観察が肝要である。

#### 25-49 川崎病を契機に診断された大動脈二尖弁に合併した右冠動脈起始異常の一例

瓜生佳世<sup>1</sup>、林原亜樹<sup>1</sup>、福永啓文<sup>2</sup>、倉岡彩子<sup>2</sup>、水野由美<sup>3</sup>、佐川浩一<sup>2</sup>、石川司朗<sup>2</sup>（<sup>1</sup>福岡市立病院機構福岡市立こども病院検査部、<sup>2</sup>福岡市立病院機構福岡市立こども病院循環器科、<sup>3</sup>福岡市立病院機構福岡市立こども病院小児感染症科）

\* 発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

#### 25-50 経胸壁心エコー図で通常とは著しく異なる方向への血流を認めた動脈管開存症の一例

佐藤大輔<sup>1</sup>、恒任 章<sup>1</sup>、千葉章代<sup>1</sup>、内田祐里<sup>1</sup>、南 貴子<sup>1</sup>、小出優史<sup>1</sup>、池田聡司<sup>1</sup>、河野浩章<sup>1</sup>、山近史郎<sup>2</sup>、前村浩二<sup>1</sup>（<sup>1</sup>長崎大学病院循環器内科、<sup>2</sup>春回会井上病院）

44 歳男性。生来健康、健診で心雑音を指摘され近医受診。胸骨左縁上部に最強点のある連続性雑音が聴取され、動脈管開存症を疑われて当科を紹介。経胸壁心エコー図で、肺動脈内に動脈管開存症（PDA）を疑う連続性のモザイク血流を認めたが、その方向は肺動脈弁から肺動脈末梢方向に向かっており、一般的な PDA の血流と著しく異なっていた。LAD 36 mm, LVDd/Ds = 51/34 mm, RVDd 27 mm, TR trace, TRPG 13 mmHg, Qp/Qs = 1.41 であった。心臓造影 3D-CT で、肺動脈側に最狭部を有する円錐状の PDA が描出された。心臓カテーテル検査でも PDA が確認され、Qp/Qs = 1.53 であった。CT やカテーテルの結果から、心エコー図で描出された異常な方向の肺動脈血流は、円錐状の動脈管から出た短絡血流が、エコーの描出範囲外を通して肺動脈弁に当たり、反射した部分を捉えていた可能性が考えられた。

#### 【一般演題\_肝臓①】

座長：玉井 努（鹿児島大学消化器疾患・生活習慣病学）  
倉重康彦（社会医療法人天神会古賀病院 21）

#### 25-51 腹部領域における Strain Imaging の現状

小野尚文<sup>1</sup>、窪津祥仁<sup>1</sup>、濱岡和宏<sup>1</sup>、江口尚久<sup>1</sup>、大枝 敏<sup>2</sup>、江口有一郎<sup>2</sup>（<sup>1</sup>江口病院内科、<sup>2</sup>佐賀大学肝疾患医療位支援学内科）

《はじめに》前回、腹部領域における Strain Elastography の画像化の試みを報告した。この方法は多くのパラメーターが存在し症例ごとの設定に苦労していた。今回我々は上位機種を用いてより良い画像が得られてきたので報告する。

《方法》LOGIQ E9 腹部用のコンベックス型プロブ（C1-6）を用いた。設定の変更点は周波数を深さで調整し、Window-25 前後に調節し、心拍動を最も感知できる条件とした。また、画像としてより見やすくするため新たな MAP の設定であり、装置内で変更できる緑を中心とした MAP を採用した。

《症例提示》肝細胞癌、肝血管腫、肝膿瘍、肝細胞癌 RFA 前後の評価例及びに腹水症例、胃癌や腎 AML 症例も提示したい。

《考察および結語》今回の手法でより深部までばらつきの少ない良好な画像が得られてきており、RFA 後の描出に優れているように感じた。今後ソフトの改良により再現性が上昇すれば、新たな手法の一つになることと思われる。

#### 25-52 急性肝炎の治療前後における Shear Wave Elastography の検討

室町香織<sup>1</sup>、小田耕平<sup>1</sup>、玉井 努<sup>1</sup>、伊集院翔<sup>1</sup>、大西容雅<sup>1</sup>、坂江 遥<sup>1</sup>、大重彰彦<sup>1</sup>、馬渡誠一<sup>1</sup>、森内昭博<sup>2</sup>、井戸章雄<sup>1</sup>（<sup>1</sup>鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学、<sup>2</sup>鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 HGF 組織修復・再生医療学）

《目的》Shear Wave Elastography（SWE）は非侵襲的線維化診断として有用である。一方線維化のみならず、肝うっ血や黄疸、炎症の影響を受けるとされているが、肝炎急性期の意義については明らかではない。今回、急性肝炎の SWE について検討した。

《対象と方法》2015 年 2 月～6 月に発症した急性肝炎 5 例を対象とした。超音波検査装置は GE 社 LOGIQ E9 を使用した。

《結果》全例女性、平均年齢 59.2 歳、AIH 4 例、AIH-PBC overlap 症候群 1 例であった。入院時平均値は血小板 22.2 万/μL、ALT 853 IU/L、T-Bil 8.4 mg/dL、IgG 2,973 mg/dL、SWE 1.56 m/s であった。肝組織は A2/A3 = 2/3 例、F1/F2/F3 = 3/1/1 例であった。治療後、ALT 50、T-Bil 1.5、IgG 1,255 と有意に改善し（ $p < 0.05$ ）、SWE も 1.42 m/s と改善傾向を認めた（ $P = 0.06$ ）。

《結語》肝障害急性期において SWE 測定値は高値となる傾向があったが、その臨床的意義については症例を蓄積し更なる検討が必要と考えられた。

#### 25-53 皮膚-肝表距離が FibroScan による肝硬度測定に与える影響

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

《目的》皮膚-肝表距離が FibroScan 測定結果の信頼性に与える影響について検討。

《対象》2012 年 2 月～2014 年 9 月に FibroScan M probe を用いて肝硬度を測定した慢性肝疾患患者 447 例。

《方法》10 回測定が可能で成功率 > 60% かつ IQR/Med < 30% の値を信頼性の高い結果（adequate）、それ以外を信頼性の低い結果（inadequate）と定義。

《結果》年齢中央値 61 歳（男 193 例）、inadequate 率は 27.3%（122/447 例）。皮膚-肝表距離中央値 15 mm（5-40 mm）であり距離の増加とともに inadequate 率は上昇していた。多変量解析にて 22.5 mm 以上は inadequate に影響する因子であった。

《結論》FibroScan M probe は皮膚-肝表距離 22.5 mm 以上の症例では結果の信頼性に欠けるため XL probe を用いるなどの対応が必要である

#### 25-54 ASQ 法による脂肪肝評価

野崎加代子<sup>1</sup>、玉井 努<sup>2</sup>、内田千尋<sup>1</sup>、宮下恵美<sup>1</sup>、最勝寺晶子<sup>3</sup>、桜井一宏<sup>3</sup>、堀 剛<sup>4</sup>（<sup>1</sup>鹿児島通信病院検査室、<sup>2</sup>鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学、<sup>3</sup>鹿児島通信病院肝臓内科、<sup>4</sup>鹿児島市立病院消化器内科）

《はじめに》ASQ 法（average 値）が脂肪肝の定量化に有用であることを報告してきた。今回、脂肪肝 ASQ 値の経時的変化により若干の知見を得たので報告する。

《対象・方法》当院では、2012 年 1 月から脂肪肝の参考値として ASQ を計測している。2014 年 1 月以降来院患者で、2 回以上

ASQを計測している88人中、脂肪肝と判断した39人を対象として経過を考察した。また、脂肪肝におけるASQの有用性を再確認するため、特定期間のASQ値(86人)を比較検討した。

《結果・結語》経過中、ASQ値差は0~7(0:2人1:5人2:9人3:6人4:7人5:5人6:2人7:3人)だった。経過中体重減少がみられた3人にASQの高値化がみられた。明らかなNASHへの移行は今回とられなかった。特定期間のASQ値に有意差を認めた。ASQ法(average)は脂肪肝の評価・経過観察に有用と考えられる。

#### 25-55 肝血管腫の初期診療における Superb Micro-vascular Imaging (SMI) の有用性

光安智子, 野間栄次郎, 植木敏晴, 松村圭一郎, 丸尾 達, 畑山勝子, 土居雅宗, 永山林太郎, 伊原 諒, 松井敏幸(福岡大学筑紫病院消化器内科)

肝の良性腫瘍で検出頻度の高い血管腫は、Bモードで典型所見を呈さないこともあり、肝細胞癌などと鑑別が問題になることを経験する。東芝によって開発されたSuperb Micro-vascular Imaging (SMI)は、高分解能、高フレームレートな機能を有し、低流速血流の描出能が向上したとされる。造影ドプラで血管腫に特徴的とされるFill-inパターンが、非造影であるSMIで得られるかについて検討した。対象はスクリーニングとして腹部超音波検査を行い、CTまたはMRIにて血管腫と診断した8症例9結節。腫瘍径9-62mm(平均24mm)、存在区域は左葉外側域2結節、右葉7結節、腫瘍存在深度は6-9cm。腫瘍辺縁から内部にFill-inパターン様のドプラ信号を認めたものは5結節(平均径25mm)、認めなかったものは4結節(平均径28mm)であった。非造影でも半数以上でFill-inパターン様の所見が得られ、低侵襲で有用な手法と考えられる。

#### 【一般演題\_肝臓②】

座長: 小野尚文(医療法人コメディカル江口病院)

石山重行(鹿児島厚生連病院)

#### 25-56 肝細胞癌に対する胸腔鏡超音波下ラジオ波焼灼療法

長岡進矢, 園田悠紀, 釘山有希, 戸次鎮宗, 内田信二郎, 橋元 悟, 佐伯 哲, 阿比留正剛, 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70歳代男性、C型肝硬変(インターフェロンSVR後)、肝細胞癌にて当科通院加療中。両葉に多発する病変に対してTACEを施行したが、S7下大静脈近傍の23mm大の病変に対する治療が困難であった。Alb: 3.7g/dl, T.Bil: 0.6mg/dl, AST: 30IU/L, ALT: 21IU/L, PT: 94%, AFP: 19ng/ml, PIVKA-II: 33mAU/ml, 血小板: 14.2万/ $\mu$ l。経皮的な穿刺ルート確保が困難、横隔膜直下の病変であり、胸腔鏡下ラジオ波療法を選択した。プローブはTOSHIBA社製PVM-787LAを使用した。胸腔鏡超音波ガイド下に、経横隔膜的に複数回穿刺焼灼をおこなった。術後2日目に施行した腹部造影CTで焼灼が確認され、1週間で退院となった。胸腔鏡下ラジオ波焼灼療法は、横隔膜下病変に対する治療の選択枝として有用である。

#### 25-57 若年に発症した非B非C型肝炎肝細胞癌破裂の一例

長岡進矢<sup>1</sup>, 園田悠紀<sup>1</sup>, 釘山有希<sup>1</sup>, 戸次鎮宗<sup>1</sup>, 内田信二郎<sup>1</sup>, 橋元 悟<sup>1</sup>, 佐伯 哲<sup>1</sup>, 阿比留正剛<sup>1</sup>, 八橋 弘<sup>1</sup>, 伊東正博<sup>2</sup>(<sup>1</sup>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, <sup>2</sup>国立病院機構長崎医療センター病理)

症例は40代男性。15年ほど前から糖尿病と診断され、薬物療

法を受けていた。食後の強い上腹部痛で救急外来受診。飲酒歴なし、BMI: 33.1, AST: 22IU/L, ALT: 26IU/L,  $\gamma$ -GTP: 29, 血小板: 19.9万, 肝炎ウイルスマーカー陰性, AFP: 28ng/ml, PIVKA-2: 15,611mAU/ml, HbA1C(NGS): 6.9%。腹部超音波検査にて外側区域に9cm大の辺縁低エコー帯を有し、内部不均一で一部低エコー域をともなう腫瘍を認めた。背景は中等度の脂肪肝、肝硬度は6.9KPaであった。CTでは早期相で不均一に濃染、後期相でwashoutされ、肝周囲に少量腹水を認めた。EOB-MRIでは拡散強調高信号、肝細胞相では取り込み低下を認めた。以上より、肝細胞癌破裂例と診断し、手術をおこなった。一般に非B非C型肝炎肝細胞癌は高齢者にみられ、若年症例は稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 25-58 経時の変化を観察しえた直腸GISTの転移性肝腫瘍の一例

酒井味和<sup>1</sup>, 黒松亮子<sup>1</sup>, 佐谷 学<sup>1</sup>, 中野聖士<sup>1</sup>, 岡村修祐<sup>1</sup>, 深堀 理<sup>1,2</sup>, 三輪啓介<sup>2</sup>, 鳥村拓司<sup>1</sup>(<sup>1</sup>久留米大学病院内科学講座消化器内科部門, <sup>2</sup>久留米大学病院がん集学治療センター)

症例は60歳代男性。2014年10月に下血を主訴に直腸腫瘍を指摘され、経肛門的腫瘍切除術を施行。消化管間質腫瘍(以下GIST)と診断された。Imatinib投与にて経過観察されていたが、2015年3月転移性肝腫瘍を疑う所見認めため、当院紹介受診となった。受診時の腹部超音波検査にて、肝S7に43×42mmの低エコー腫瘍を認めた。境界は明瞭で辺縁低エコー帯を伴い、内部エコーはhigh-low混在する所見であった。造影超音波検査にて辺縁部に造影効果を認めるも、内部は一部淡い造影効果を認めるのみで明瞭な造影効果は認めなかった。診断目的に肝腫瘍生検を施行したが確定診断には至らず、施行時の超音波検査で腫瘍内に液体成分の増加を認めた。2週間後に再度生検施行し、GISTの肝転移と診断された。その際の超音波検査では同病変は50mmと増大を認めた。今回、経時の変化を観察しえた転移性肝腫瘍を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

#### 25-59 女性ホルモン補充療法後に発症し、経時の変化を観察し得た肝細胞腺腫の一例

岡村修祐<sup>1</sup>, 中野聖士<sup>1</sup>, 佐谷 学<sup>1</sup>, 黒松亮子<sup>1</sup>, 中島 収<sup>2</sup>, 鳥村拓司<sup>1</sup>(<sup>1</sup>久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門, <sup>2</sup>久留米大学臨床検査部)

症例は27歳女性。4歳時に急性リンパ性白血病を発症、8歳時に二次性の骨髄異形成症候群を発症し同種骨髄移植が行われた既往がある。19歳時より卵巣機能異常に対するホルモン補充療法が開始となったが、肝機能障害により約1年で中止となった。20歳時に肝S3に17×17mm大、その約9ヶ月後に肝S5に10×9mm大の低エコー結節が指摘された。造影MRIの結果、遷延性の造影効果を伴う結節であり、限局性結節性過形成や肝細胞腺腫等の良性腫瘍が疑われた。定期的な経過観察が行われたところ、S3の結節は自然消失したが、S5の結節は初回指摘より約6年後には53×37mm大へと増大がみられた。造影エコーの早期動脈相ではびまん性に造影効果を認め、クーパー相で均一な欠損像として描出された。生検の結果、 $\beta$ カテニン陽性の肝細胞腺腫の診断に至った。腹部エコーにより経時の変化を観察し得た症例であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

#### 25-60 DAAsを使用したC型肝炎治療による肝の超音波所見

酒井輝文(聖マリア病院健康科学センター)

《目的》DAAsを使用したC型肝炎治療で肝臓における形態

学的な変化を超音波で検討する。対象はシメプレビル、ペグインターフェロンおよびリバビリンもしくはダクラタスビルとアスナプレビルで治療を受けたC型肝炎症例9例で、超音波での観察項目は左葉外側区域での肝表面の平滑さ肝下縁の鈍化、肝表面近傍の結節の有無で、機種は日立アロカF75で肝の表面は電子リニア探触子UST-5415で観察した。

《結果》7例のウイルスの消失、再燃1例、無効1例であった。肝表面近傍の結節の消失2例 出現1例であった。表面の平滑さ改善が2例、肝下縁の鈍化の変化は見られなかった。

《考察》短期間の強力な治療で結節の変化や平滑さの変化が観察された。

《結語》治療により形態学的な変化が観察された。特に表面近傍の小結節の消失は特筆すべきで、観察には高周波の電子リニア探触子が有用であった。

#### 【一般演題\_肝臓③】

座長：堀 剛（鹿児島市立病院消化器内科）

江藤芳浩（医療法人慈恵会西田病院）

#### 25-61 肝実質に多数 comet like echo を認めたPBCの1例

野崎加代子<sup>1</sup>、玉井 努<sup>2</sup>、内田千尋<sup>1</sup>、宮下恵美<sup>1</sup>、最勝寺晶子<sup>3</sup>、桜井一宏<sup>3</sup>（<sup>1</sup>鹿児島通信病院検査室、<sup>2</sup>鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学、<sup>3</sup>鹿児島通信病院肝臓内科）

原発性胆汁性肝硬変（PBC）は病因・病態に自己免疫学的機序が想定される慢性進行性の胆汁うっ滞性肝疾患である。今回臨床上PBCを疑い、7.5MHz探触子による腹部超音波検査にて、肝実質に多数 comet like echo のある1例を経験した。症例は、44歳女性。検診にて肝機能障害を指摘され来院。当院の血液生化学検査にて胆道系優位の肝機能異常を認めた。腹部超音波検査にて胆道系に有意な所見なく、肝・脾臓腫大なし。肝門部に数個リンパ節腫大を認め、PBCの所見と考えたが高周波探触子にて多数の comet like echo を認め、PSC、胆管性過誤腫を否定できなかった。肝生検の結果と、考察を加え報告する。

#### 25-62 肝血管筋脂肪腫の1例

柴田英貴<sup>1</sup>、原口雅史<sup>1</sup>、三馬 聡<sup>1</sup>、森 智崇<sup>1</sup>、本田琢也<sup>1</sup>、宮明寿光<sup>1</sup>、田中伴典<sup>2</sup>、角田順久<sup>3</sup>、田浦直太<sup>1</sup>、中尾一彦<sup>1</sup>（<sup>1</sup>長崎大学病院消化器内科、<sup>2</sup>長崎大学病院病理診断科、<sup>3</sup>長崎大学病院腫瘍外科）

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

#### 25-63 肝膿瘍を契機に発見された大腸癌の一例

城崎健太、大堂雅晴、柳 克司、上村勇作、梶原麻菜美、

浦口憲一郎（医療法人柳育会柳病院消化器外科同臨床検査科）

《はじめに》最近、大腸癌に併発した肝膿瘍の報告が散見される。今回、USでの肝膿瘍の診断を契機として発見された大腸癌を経験したので報告する。

《症例》80歳、男性。悪寒を伴う発熱を認め、近医受診。USにて肝膿瘍を指摘され精査目的にて当院紹介となった。

《治療・経過》USにて肝外側区域に34mmの境界不明瞭な高エコー腫瘍、S6肝表面に60mmの内部に多発するecho free spaceを伴う腫瘍を認め、後方エコーの増強が確認された。Doppler検査において典型的な血流信号は認めなかった。胆嚢結石を認めず。ソナゾイドを使用した造影USでは血管相で膿瘍辺縁が濃染し、Kupffer相で内腔の液化化を確認できた。CT診断においても肝膿瘍の診断であった。原因検索に行った下部消化管内視鏡検査にて横行結腸にⅡ型進行癌が確認された。

《考察》肝膿瘍の原因は胆道系が多いが、その原因の一つとして大腸癌がある事はまだ周知されておらず大腸検査の必要性が示唆された症例であった。

#### 25-64 閉塞性黄疸をきたした肝動脈瘤の一症例

安長梨恵<sup>1</sup>、倉重佳子<sup>1</sup>、古賀伸彦<sup>2</sup>（<sup>1</sup>社会医療法人天神会新古賀病院診療支援部臨床検査課、<sup>2</sup>社会医療法人天神会新古賀病院循環器内科）

《症例》47歳男性

《主訴》背部痛、倦怠感

《現病歴》1週間前から背部痛を自覚し他院に受診。肝動脈瘤と閉塞性黄疸を指摘され、精査加療目的で当院に紹介受診となった。《腹部超音波検査》肝内胆管・上部胆管の拡張を認めた。総肝動脈に壁血栓を伴う29×25mmの嚢状動脈瘤を認め、中部胆管を圧排していた。下部胆管や膵頭部には腫瘍を認めず、総肝動脈瘤による閉塞性黄疸が疑われた。腹腔動脈起始部で最高血流速度2.3m/sと上昇を認め狭窄が示唆された。

《経過》CTでは嚢状総肝動脈瘤と腹腔動脈～総肝動脈に動脈解離を認めた。保存的に血圧管理、減黄を行った後、肝動脈瘤切除と血行再建術施行となった。

《術中所見》瘤後壁は動脈壁が欠損し、後壁にむかって破裂していた。

《考察》閉塞性黄疸の原因疾患は多岐にわたるが、肝動脈瘤が原因となることは稀である。今回閉塞性黄疸の原因としての肝動脈瘤の観察に超音波検査は有用であった。

#### 25-65 IgG4関連疾患と考えられた肝病変の超音波像

山下信行<sup>1</sup>、堀 史子<sup>1</sup>、山元英崇<sup>2</sup>、谷本博徳<sup>1</sup>、野村秀幸<sup>1</sup>（<sup>1</sup>国家公務員共済組合連合会新小倉病院肝臓病センター、<sup>2</sup>九州大学大学院医学研究院形態機能病理学）

今回我々は、肝悪性腫瘍と診断し切除術を行ったところ、炎症性病変であった肝病変の一例を経験した。手術後10か月で自己免疫性肺炎を発症し、経過などからIgG4関連肝疾患の可能性が高いと考えられた。稀な病態と考えられ、主に超音波所見と病理所見との対比について報告する。症例は60歳代の女性で、糖尿病の治療を受けており、通院中の超音波検査で肝腫瘍を指摘された。肝S8-7に径2cmの境界不明瞭な不整形の低エコー結節が認められた。造影血管相では腫瘍全体に信号を認め、後血管相では腫瘍の大部分は欠損であったが、一部に造影信号を認めた。切除標本の病理所見では、門脈域に炎症細胞浸潤や線維化を認め、門脈が高頻度に狭小化・閉塞していた。中心静脈は閉塞性静脈炎の像を呈していたが、肝小葉内には炎症や線維化はほとんど見られなかった。CD68陽性細胞は炎症部位に集中しており、その分布は後血管相の造影信号に反映されていた。

#### 【一般演題\_心臓腫瘍・血栓】

座長：湯浅敏典（鹿児島大学心臓血管・高血圧内科学）

梅田ひろみ（一般財団法人平成紫川会小倉記念病院検査技師部）

#### 25-66 当院で経験した心臓原発肉腫の2症例

橋本恵美<sup>1</sup>、富園正朋<sup>1</sup>、高永 恵<sup>1</sup>、梅橋功征<sup>1</sup>、橋本剛志<sup>1</sup>、宮崎いずみ<sup>1</sup>、大淵一葉<sup>1</sup>、佐々木康雄<sup>1</sup>、皆越眞一<sup>2</sup>、野元三治<sup>3</sup>（<sup>1</sup>国立病院機構鹿児島医療センター臨床検査科、<sup>2</sup>国立病院機構鹿児島医療センター第一循環器科、<sup>3</sup>国立病院機構鹿児島医療センター病理診断科）

《はじめに》心臓原発腫瘍は稀な疾患とされ、中でも心臓肉腫の

報告例は少ない。今回、心臓原発肉腫の2症例を経験したので報告する。

《症例1》58歳、男性。心房細動、高血圧にて近医にて加療中、急性下肢動脈閉塞を発症し塞栓摘除術を施行された。その後当院を受診し、経胸壁心エコー図検査にて左房内に可動性を有する22×17mmの腫瘍を認めた。

《症例2》56歳、女性。息切れを主訴に近医を受診し、心拡大と胸水貯留を認めたため、当院を受診した。経胸壁心エコー図検査にて左房内を占拠する37×47mmの腫瘍を認めた。腫瘍により相対的な僧帽弁狭窄を呈し、心不全所見を認めた。

《まとめ》両症例とも腫瘍摘出術を施行され、病理所見にて症例1は未分化肉腫、症例2は血管肉腫と診断された。現在両症例とも経過観察中であり、その後の臨床経過とともに文献の考察を交えて報告する。

#### 25-67 脳梗塞発症を契機に見つかった左房内腫瘍

多田野祐子<sup>1</sup>、湯浅敏典<sup>2</sup>、宮下裕子<sup>1</sup>、富山えり奈<sup>1</sup>、野元裕太郎<sup>3</sup>、小瀬戸一平<sup>3</sup>、剣田昌伸<sup>3</sup>、松元仁久<sup>4</sup>、木原浩一<sup>3</sup>、大石 充<sup>2</sup>（<sup>1</sup>藤元総合病院循環器外来心エコー室、<sup>2</sup>鹿児島大学病院心臓血管・高血圧内科学、<sup>3</sup>藤元総合病院循環器内科、<sup>4</sup>藤元総合病院心臓血管外科）

70歳代 男性。2014年8月某日、突然の体幹失調、右上肢違和感が出現し当院へ救急搬送され、精査後に右小脳梗塞の診断で緊急入院となった。心エコー所見で左室後壁の壁運動異常（+）、EF＝40%、左房内に可動性に富む腫瘍を認め、2Dおよび3D経食道心エコーでは左房後方の内側寄りに付着する樹枝状の可動性に富む有茎性腫瘍（φ4×25mm）を認めた。脳梗塞に関連する左房内腫瘍疑いで手術適応と判断し脳梗塞安定後に腫瘍切除術を施行された。手術所見ではエコー所見と同様に左房の後壁内側寄りに腫瘍を認め、切離した。病理組織像は粘液腫と乳頭状線維腫の混合した腫瘍であった。今回脳梗塞の精査中に発見された左房内腫瘍の形態、付着部位の評価に3D経食道心エコーが有用であった症例を経験したので報告する。

#### 25-68 心電図変化を契機に発見された三尖弁粘液腫の1例

坂本 瞳<sup>1</sup>、古川優貴<sup>2</sup>、寺園結貴<sup>2</sup>、大原未希子<sup>2</sup>、山本多美<sup>2</sup>、神尾多喜浩<sup>2</sup>、西上和宏<sup>3</sup>（<sup>1</sup>済生会熊本病院予防医療センター、<sup>2</sup>済生会熊本病院中央検査部、<sup>3</sup>済生会熊本病院集中治療室）

《症例》70代男性。

《病歴》腎硬化症による末期腎不全のため透析中である。定期検査で来院されており、右脚ブロックを指摘されていた。1年前、半年前の心電図上V1、V2誘導のT波が経時的に陰転化していたので、自覚症状はないものの、心エコーの精密検査となった。

《心エコー所見》三尖弁付近に、可動性に富む9mm大の腫瘍様エコーを認めた。この腫瘍様エコーは、1ヵ月前のエコーで認めなかった。経食道心エコーで三尖弁後尖に付着していることが確認された。

《経過》塞栓症の恐れがあるので、外科的切除術が施行された。術中迅速病理診断で粘液腫と診断された。

《結語》手術直前の心電図でV1、V2誘導のT波は陽転化していたので、粘液腫の関与は否定的であった。しかし、1ヵ月で急速に増大した非常にまれな三尖弁粘液腫を早期発見することが出来た。

#### 25-69 乾酪性弁輪石灰化と思われる腫瘍性病変により脳塞栓症を発症した1例

目野恭平<sup>1</sup>、西原正章<sup>1</sup>、花田麻美<sup>3</sup>、倉内麗徳<sup>2</sup>、徳永敬介<sup>2</sup>、畠 伸策<sup>3</sup>、沼口宏太郎<sup>1</sup>（<sup>1</sup>九州医療センター循環器科、<sup>2</sup>九州医療センター脳血管内科、<sup>3</sup>九州医療センター生理検査科）

《症例》80歳代、女性。右下肢の麻痺を主訴に当院へ救急搬送。頭部MRIで左前頭葉皮質下に急性期脳梗塞の所見を認め、脳血管内科に緊急入院となった。原因検索のため行った経胸壁心エコーで僧帽弁後尖の左房側に11×11mmの腫瘍性病変を認め、心臓腫瘍や感染性心内膜炎が疑われ当科紹介となった。経食道心エコーでは左房壁から後交連に腫瘍を認め、可動性には乏しかった。辺縁は高エコー、内部は低エコーを呈していた。造影CTでは辺縁は高吸収、内部は低吸収を呈し、腫瘍内に流入する栄養血管は認めなかった。炎症所見は明らかでなく、これらの所見から乾酪性弁輪石灰化と診断し、それによる塞栓症と考えた。本症例では全身状態などからリスクは高いと判断し、手術を行われていないため、病理所見は得られていない。今回、乾酪性弁輪石灰化と思われる僧帽弁の腫瘍性病変により脳塞栓症を発症したと考えられた症例を経験したため報告する。

#### 25-70 後腹膜血腫が肺血栓塞栓症の誘因となった1例

古川優貴<sup>1</sup>、寺園結貴<sup>1</sup>、川上亜由美<sup>1</sup>、村上未希子<sup>1</sup>、泉田恵美<sup>1</sup>、志水秋一<sup>1</sup>、富田文子<sup>1</sup>、西上和宏<sup>2</sup>（<sup>1</sup>済生会熊本病院中央検査部生理、<sup>2</sup>済生会熊本病院集中治療室）

《症例》44歳、男性。近医で腓十二指腸動脈瘤出血に対するコイル塞栓術が施行され、術後に後腹膜血腫を認めた。2週間後から背部痛が出現し、精査加療目的のため当院紹介となった。静脈エコーでは、血腫による下大静脈圧排および下大静脈から両総腸骨静脈にかけて血栓を認めた。心エコーでは右室の拡大と収縮の低下および肺動脈圧の上昇がみられ、推定肺動脈圧は62mmHgであった。深部静脈血栓症による肺血栓塞栓症と診断され、下大静脈フィルターが留置された。2日後に意識が消失し、腹部CTでフィルターの閉塞を認めた。緊急カテーテル血栓除去術が施行され、血栓溶解療法の加療となった。抗凝固療法を継続し、フィルター内の血栓消失を確認後、フィルターを抜去し退院となった。《考察》後腹膜血腫が下大静脈を圧排し、血流うっ滞により深部静脈血栓が惹起され、肺血栓塞栓症が発症したと推察された。

#### 25-71 左室心尖部に大量血栓を認めた好酸球増多症候群の一例

南 貴子<sup>1</sup>、浅田綾子<sup>2</sup>、坂口能理子<sup>3</sup>、千葉章代<sup>1</sup>、佐藤大輔<sup>1</sup>、内田祐里<sup>1</sup>、恒任 章<sup>1</sup>、山近史郎<sup>4</sup>、河野浩章<sup>1</sup>、前村浩二<sup>1</sup>（<sup>1</sup>長崎大学病院循環器内科、<sup>2</sup>長崎大学病院超音波センター、<sup>3</sup>長崎大学病院検査部、<sup>4</sup>春回会井上病院循環器内科）

《症例》72歳男性。20XX年6月血小板減少と好酸球増多、胸水貯留のため血液内科入院。造影CTで左室心尖部に血栓が疑われ、心エコー図は左室機能は保たれるも中部から心尖部に大量の血栓像を認め、7月NT-proBNP 10,157と著増した。皮下出血斑、筋痛・関節痛が出現し血管炎を疑われ膠原病内科転科。ステロイドパルス療法後に血栓は心尖部に限局しNT-proBNPは699と低下した。経口ステロイドを減量して8月退院するも10月動悸・胸部不快が出現しVPCも頻発し12月当科入院。冠動脈に有意狭窄なく肺動脈圧楔入圧上昇を認めた。抗凝固薬が開始され退院。翌年2月血栓は縮小するも収縮能低下してEF 51%、4月はEF 43%、血栓はわずかに残存した。

《考察》好酸球による心内膜障害で左室内に大量血栓を認めステ

ロイド治療で縮小した一例を経験した。今後心エコーによる心機能と血栓の経過観察が重要と考えられた。

#### 【一般演題\_血管】

座長：恒任 章（長崎大学病院循環器内科）

嶋田裕史（福岡大学病院臨床検査部）

#### 25-72 経胸壁心エコーでフォローした上行大動脈解離の一例

高倉 彩<sup>1</sup>，清田千草<sup>1</sup>，別府麻美<sup>1</sup>，佃 孝治<sup>1</sup>，西方菜穂子<sup>1</sup>，宇宿弘輝<sup>2</sup>，本多 剛<sup>2</sup>，三角郁夫<sup>2</sup>（<sup>1</sup>熊本再春荘病院臨床検査科，<sup>2</sup>熊本再春荘病院循環器科）

《はじめに》今回我々は上行大動脈解離を経胸壁心エコーでフォローした一例報告する。

《症例》87才 女性 胸背部のしめつけられる痛みがあり当科紹介。血圧147/71 mmHg 脈拍 72/分 肺野・心音に異常は認めなかった。採血では炎症所見（CRP 14.5 mg/dl）とBNP高値（222 pg/ml）を認めた。心電図ではV5V6で陰性T波を認めた。胸写はCTR 75%と心陰影の拡大を認めた。心エコーでは軽度の左室肥大と心嚢液貯留を認めた。胸部CTでは、上行大動脈解離を認めた。緊急手術のできる病院への転院を勧めたが高齢で認知症もあり、手術は希望されなかった。右側臥位による経胸壁心エコーでは解離の部位が鮮明に観察でき、その後の経過では偽腔が瘤を形成し、心嚢液は消失したことがわかった。現在3ヶ月が経過しているが特に症状なく外来通院されている。

《考察》上行大動脈は右側臥位で鮮明に観察できることがあり、予後の推測にも有用であると考えられる。

#### 25-73 植え込み型LVAD導入後に心外の人工血管に異常所見を認めた2症例

佐藤 翼<sup>1</sup>，日浅謙一<sup>2</sup>，坂本隆史<sup>3</sup>，有田武史<sup>3</sup>，多田千恵<sup>1</sup>，河原吾郎<sup>1</sup>，堀川史織<sup>1</sup>，平川登紀子<sup>1</sup>，大竹沙矢香<sup>1</sup>，井手友美<sup>2</sup>（<sup>1</sup>九州大学病院ハートセンター生理検査部門，<sup>2</sup>九州大学病院循環器内科，<sup>3</sup>九州大学病院血液・腫瘍内科）

拡張型心筋症による重症心不全のため左室補助装置（LVAD）植え込み後の症例において、心エコーによる人工血管の観察が合併症の原因検索に有用であった2症例を経験したのでここに報告する。症例1は50代男性。植え込み3ヶ月後に右半盲を伴う脳梗塞を発症。心エコーで心内に明らかな血栓は認めなかったが、2ヶ月後の再検時に送血管（OC）まで観察を試みたところ、OC周囲に全周性のecho free spaceを認め、CT所見にてOC周囲の血栓と判断された。症例2は40代女性。植え込み1ヶ月後にフォローアップのため心エコーを施行された。心内に異常所見は認めなかったものの、OCの上行大動脈との吻合部近傍に加速血流を伴う屈曲が疑われた。CT所見にてエコーで指摘した部位に屈曲が確認された。LVAD導入後の症例において、観察は決して容易ではないものの、心内のみならず人工血管の観察は極めて重要と考えられた。

#### 25-74 右鎖骨上窩アプローチが有用であった上大静脈症候群の1例

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

《症例》77歳。男性。

《主訴と現病歴》顔面浮腫，呼吸苦が出現し受診。

《身体所見》両側頸静脈怒張。

《エコー所見》心エコーで心不全を積極的に示唆する所見は指摘

できなかった。続けて怒張した頸静脈を血管エコーで観察したが、狭窄病変は指摘できなかった。そのため上大静脈病変を疑い、右鎖骨上窩アプローチによる観察を行ったところ、上大静脈内に約50×20 mm大の充実性腫瘍が描出された。可動性はなく、腫瘍周囲には僅かな静脈還流が認められた。

《臨床経過》造影CTでエコー所見と同様の腫瘍が観察され、上大静脈症候群と診断された。

《結果》右鎖骨上窩アプローチが有用であった上大静脈症候群の1例を経験した。

《結語》頸静脈怒張は心不全兆候を示唆する身体所見の1つであるが、本症例のように上大静脈部分に病変が存在することもある。エコーを行う際は主訴や身体所見を考慮し、場合によっては観察領域を広げ検査に望む必要があると考えた。

#### 25-75 肺静脈閉塞に対して経食道心エコーモニター下に肺静脈拡張術を施行した1症例

堀端洋子<sup>1</sup>，西上和宏<sup>2</sup>，海老原卓<sup>1</sup>，劔 卓夫<sup>1</sup>，古山准二郎<sup>1</sup>，本田俊弘<sup>1</sup>，坂本知浩<sup>1</sup>，中尾浩一<sup>1</sup>（<sup>1</sup>済生会熊本病院循環器内科，<sup>2</sup>済生会熊本病院集中治療部）

症例は50代男性。発作性心房細動に対して他院にて2回のカテーテルアブレーション歴があるが、再発を繰り返すために当院に紹介された。2014年6月にカテーテル拡大肺静脈隔離術を施行した。その後心房細動の再発と咳嗽，労作時の呼吸困難が出現し、胸部X線で左胸水貯留を認めた。12月に施行した造影CTでは左下肺静脈の閉塞を認めた。胸腔穿刺や内科的治療を行ったが症状は改善せず。閉塞距離が短いため、経皮的血行再建術を施行した。全身麻酔下に経食道心エコー（TEE）にて閉塞部位を観察しながらガイドワイヤーを通過させ、その後ステントを留置した。カテーテルアブレーション後の合併症として肺静脈狭窄はしばしば報告されているが、カテーテル治療した症例は少ない。今回、心房細動に対する肺静脈隔離術後に合併した肺静脈閉塞に対してTEEモニター下に経皮的血行再建術を施行したので報告する。

#### 25-76 診断に苦慮したPopliteal venous aneurysmの一例

宮本亜由美<sup>1</sup>，大久保洋平<sup>1</sup>，岡部 栞<sup>1</sup>，倉重康彦<sup>1</sup>，古賀伸彦<sup>2</sup>（<sup>1</sup>社会医療法人天神会古賀病院21診療支援部臨床検査課，<sup>2</sup>社会医療法人天神会新古賀病院循環器科）

85歳女性。半年前より右下肢違和感あり，5日前より疼痛出現。その際に右膝後面のしこりに気づき，当院紹介受診となった。来院時MRIにて膝窩動脈瘤疑いとなり，翌日下肢動静脈エコー施行。右膝窩の脂肪織内に境界明瞭・辺縁平滑，内部不均一な5 cm大の巨大な低エコー腫瘍を認めた。腫瘍と動脈に連続性はなく，静脈は腫瘍により圧排され，浅大腿静脈，膝窩静脈およびヒラメ静脈内に血栓を認めた。US診断は血腫とした。2日後，経過観察のためエコーを施行したところ，血腫を疑った低エコー腫瘍と膝窩静脈の連続性を描出し，膝窩静脈瘤と診断した。Venous aneurysmは静脈の延長・蛇行を伴わない限局的な拡張性病変と定義されておりVaricose veinとは異なる比較的稀な疾患である。なかでも膝窩静脈に生じたものは致命的な肺血栓塞栓症の塞栓源となることがあり，鑑別診断において非常に重要である。

#### 【一般演題\_弁膜症】

座長：安田久代（熊本大学中央検査部・循環器内科）

中村輝樹（社会医療法人天神会新古賀病院診療支援部臨床検査課）

## 25-77 僧帽弁狭窄症を来した Libman-Sacks 心内膜炎の 1 症例

畠 伸策<sup>1</sup>, 安達知子<sup>1</sup>, 伊藤美智子<sup>1</sup>, 宮崎明信<sup>1</sup>, 荒木将裕<sup>2</sup>, 森 隆宏<sup>2</sup>, 沼口宏太郎<sup>2</sup>, 森 龍祐<sup>3</sup>, 今坂堅一<sup>3</sup>, 田山栄基<sup>3</sup>  
(<sup>1</sup>国立病院機構九州医療センター臨床検査部, <sup>2</sup>国立病院機構九州医療センター循環器内科, <sup>3</sup>国立病院機構九州医療センター心臓外科)

症例 39 歳女性。17 歳の時に SLE を指摘され 25 歳から他院にて加療中であった。24 歳時に易疲労感と心雑音を指摘され、中等度の僧帽弁狭窄症との診断であった。以後、年 1 回の経過観察となっていたが 2014 年 9 月頃より労作時の息切れ倦怠感が出現、徐々に症状の増悪を認め、2015 年 3 月に入院精査となった。心エコー検査では、僧帽弁両尖が A2, P2 レベル～後交連側の肥厚癒着を認め開放制限はあるも、A1, P1～前交連側や弁下組織の変性は軽度であった。MVA = 1.2 cm<sup>2</sup>, 左房後壁側に偏位する MR II 度を認め、中等度の僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症であった。息切れの増悪を認めることから手術適応と判断され、僧帽弁置換術が施行された。術中所見では P3 を中心に小粒状疣贅を伴う結節様石灰化の一塊となって癒着しており、A1, A2 も軽度肥厚はあるが可動性は保たれていた。今回我々は、臨床経過と術中所見より Libman-Sacks 心内膜炎が疑われた僧帽弁狭窄症を経験したので報告する。

## 25-78 脱水を期に左室内圧較差を生じ、重症僧帽弁閉鎖不全症をきたした一症例

安達知子<sup>1</sup>, 石川智一<sup>2</sup>, 畠 伸策<sup>1</sup>, 西原正章<sup>2</sup>, 花田麻美<sup>1</sup>, 沼口宏太郎<sup>2</sup> (<sup>1</sup>独立行政法人国立病院機構九州医療センター臨床検査部, <sup>2</sup>独立行政法人国立病院機構九州医療センター循環器内科)

50 代女性。20XX 年 4 月、急性胆嚢炎にて入院。入院時、体温 37.8℃、脈拍 154/分整、血圧 144/89 mmHg、SpO2 92%であった。胸痛と 4 LSB に Levine III/VI の収縮期雑音を認めたため、心エコー検査施行となった。左室拡張末期径 (LVDd)/左室収縮末期径は 41/22 mm で、EF: 80%と過収縮を呈していた。さらに、重症僧帽弁閉鎖不全症、後乳頭筋側の腱索の過剰運動と左室内圧較差を認め、一見閉塞性肥大型心筋症の存在を疑う所見であった。しかしながら下大静脈 (IVC) は虚脱しており、病歴も考慮し、脱水に対し輸液負荷が行われた。3 日後の心エコー検査では、IVC は 17 mm と虚脱所見なく、LVDd は 41 mm から 48 mm と大きくなっていった。また、左室内圧較差などの上記所見も消失していた。今回、脱水を期に左室内圧較差を生じ、重症僧帽弁閉鎖不全症をきたした 1 症例を経験したので報告する。

## 25-79 大動脈弁交連部限局解離に合併した急性大動脈弁逆流の 2 例

小松美代<sup>1</sup>, 渡邊 望<sup>2</sup>, 桑原大門<sup>2</sup>, 柴田剛徳<sup>2</sup>, 古川貢之<sup>3</sup>, 矢野光洋<sup>3</sup> (<sup>1</sup>宮崎市医師会病院臨床検査科, <sup>2</sup>宮崎市医師会病院循環器内科, <sup>3</sup>宮崎市医師会病院心臓血管外科)

《症例 1》73 歳男性。主訴は胸痛に引き続くめまい。完全房室ブロックと大動脈弁逸脱・高度大動脈弁逆流 (AR) を認めた。経静脈の一時ペーシング下に薬物療法を施行したが改善せず、第 9 病日に AR に対する手術となった。術中所見では大動脈基部の局所的な解離が大動脈弁交連部まで及んだことによる交連部逸脱を認め、Bentall 手術を行った。

《症例 2》67 歳男性。抜歯後の発熱と胸痛、高度 AR に伴う心不

全で紹介。CT 上大動脈解離の所見なし。経食道心エコー図でも flap 認めず、弁逸脱と交連部に付着する mobile echo を認めたため、感染性心内膜炎 (IE) を疑い外科的治療を行った。術中 IE の所見なくバルサルバ洞に限局した解離に伴う交連部離開と弁逸脱を認め、Bentall 手術を施行した。

《結語》バルサルバ洞限局解離に伴い大動脈弁交連部が逸脱し、急性大動脈弁逆流、心不全を発症した稀な 2 症例を経験した。

## 25-80 肺動脈拡張を伴う二尖肺動脈弁狭窄症の一例

内田祐里<sup>1</sup>, 浅田綾子<sup>2</sup>, 千葉章代<sup>1</sup>, 泉田誠也<sup>1</sup>, 佐藤大輔<sup>1</sup>, 恒任 章<sup>1</sup>, 南 貴子<sup>1</sup>, 山近史郎<sup>3</sup>, 河野浩章<sup>1</sup>, 前村浩二<sup>1</sup> (<sup>1</sup>長崎大学病院循環器内科, <sup>2</sup>長崎大学病院超音波センター, <sup>3</sup>春回会井上病院循環器内科)

症例 73 歳男性。幼少時に心雑音指摘されるも自覚症状なく経過。72 歳時検診で左第 2 弓突出指摘され、胸部造影 CT で径 50 mm の著明な肺動脈拡大を認め当科紹介となる。2-3 LSB 収縮期雑音 III/IV。胸部 CT で両肺に血栓なし。

《経胸壁心エコー》シャント疾患はなく肺高血圧症を示唆する所見なし。肺動脈弁通過血流 流速 3.4 m/s, peakPG 45 mmHg, meanPG 27 mmHg。

《経食道心エコー》肺動脈弁二尖弁と開放時の doming を確認。《考察》二尖弁の肺動脈弁狭窄単独による肺動脈拡張をきたした報告は稀である。本症例の肺動脈拡張の原因は肺動脈弁二尖ジェット血流による狭窄後拡張と考えられた。また、診断には経食道心エコーが重要であった。肺動脈拡張の予後は低圧でも破裂の危険性は高まるとの報告もあるが、明確な手術適応基準はない。その後 CT や心エコーで圧上昇や拡大進行なく、経過観察中である。予後の推定や治療方針決定のためにはさらなる症例の蓄積が必要と考えられた。

## 25-81 弁下部温存三尖弁生体弁置換術 6 年後に弁下組織の癒着のため生体弁機能不全をきたし再弁置換術を要した一例

尾田 毅<sup>1</sup>, 池上新一<sup>2</sup>, 南島友和<sup>2</sup>, 平田都己子<sup>2</sup>, 坂井恭子<sup>2</sup>, 大塚雅文<sup>2</sup>, 濱田倫子<sup>2</sup>, 田代英樹<sup>3</sup> (<sup>1</sup>聖マリア病院心臓血管外科, <sup>2</sup>聖マリア病院臨床検査室, <sup>3</sup>聖マリア病院循環器内科)

症例は 70 歳男性。6 年前に弁輪拡大による isolated TR に対し弁および弁下組織温存下にブタ弁を用いた三尖弁置換術を受けた。術後 4 年目より transvalvular leakage (TVL) を認め、術後 5 年目より下腿浮腫、顔面浮腫などの右心不全症状も出現してきた。経胸壁および経食道心エコーでは生体弁に付着する可動性のある 1 cm 大の high echoic lesion を認めたが、感染徴候はなく vegetation は否定的と思われた。再三尖弁置換術の際、エコー上の high echoic lesion は生体弁のステントにからみついていた弁下組織と判明した。他にも複数の弁下組織癒着により生体弁の leaflet が変形をきたしており、TVL の原因と思われた。また、パヌスによる leaflet の短縮も見られた。術後心エコーをする際、手術内容を理解しておくことは病態の理解に非常に大切である。

## 【一般演題\_泌尿器科】

座長：山田保俊（鹿児島大学泌尿器科学）

手嶋敏裕（福岡県済生会福岡総合病院）

## 25-82 体位変換が診断に有用であった嚢胞性腎細胞癌の一例

宮村真奈美<sup>1</sup>, 篠原守継<sup>2</sup>, 町田二郎<sup>3</sup>, 占部裕己<sup>3</sup>, 神尾多喜浩<sup>4</sup>, 金光敬一郎<sup>5</sup> (<sup>1</sup>医療法人相生会にしくまもと病院臨床検査課, <sup>2</sup>医療法人相生会にしくまもと病院代謝内科, <sup>3</sup>済生会熊本病院腎・泌尿器科, <sup>4</sup>済生会熊本病院中央検査部, <sup>5</sup>国立病院機構熊本南病院外科)

《症例》55歳, 男性

《既往歴》2型糖尿病

《現病歴》平成26年7月, 左大腿骨転子部骨折を受傷され, 済生会熊本病院にて骨接合術施行。リハビリ目的にて当院整形外科に入院。8月14日スクリーニング目的にて腹部USを施行。仰臥位にて左腎を走査した際に, 類円形の腎嚢胞所見を認めたが, 一部不明瞭であったため左側臥位にて走査すると, 腎嚢胞の頭側に充実性エコーを認めた。腎腫瘍疑いとして, 精査と加療目的で済生会熊本病院へ紹介。8月25日造影CTにて, 左腎中極に境界明瞭な腫瘍認め, 腫瘍内部の不均一な早期増強効果と後期相の洗い出しを認めた。腎細胞癌と診断された。10月14日腹腔鏡下にて左腎部部分切除術が施行され, 病理にて嚢胞性腎細胞癌(cT1aN0M0)と診断された。

《まとめ》腎臓を観察するにあたって, 仰臥位のみではなく側臥位などの体位変換が大変有用であった1例を文献的考察を含めて報告する。

## 25-83 人間ドックで同一腎に発見された組織型の異なる腎細胞癌の一例

久保美喜<sup>1</sup>, 奥村彰太<sup>1</sup>, 大野奈緒<sup>1</sup>, 鶴田和美<sup>1</sup>, 木場博幸<sup>1</sup>, 大竹宏治<sup>2</sup>, 川口 哲<sup>2</sup> (<sup>1</sup>日本赤十字社熊本健康管理センター第二検査課, <sup>2</sup>日本赤十字社熊本健康管理センター診療部)

《はじめに》人間ドックで, 腎臓に異なった組織型の腎癌2個を経験したので報告する。

《症例》77歳, 男性。2010年人間ドックの腹部超音波検査にて左腎上極に27mm大の等エコー腫瘍を認め精査を行ったが, 腎細胞癌の確定診断はつかず, ドック及び医療機関で経過観察を行っていた。2年後の人間ドックで同腎下極に32mm大の腫瘍を新たに認めた。下極の腫瘍は等エコー, 境界明瞭, 内部はほぼ均一。上極の腫瘍は37mm大と増大傾向を示し, 等エコー, 境界やや不明瞭, 内部不均一であった。造影CTでは下極の腫瘍は33mm大のhypervascular tumorであった。上極にはcystic lesionを認め, わずかながら増強された。

《結果》超音波, CT共に腎細胞癌が疑われ手術を行い, 上極の腫瘍は乳頭状腎細胞癌, 下極の腫瘍は淡明細胞癌であった。確定診断がつかない腫瘍については超音波検査を主とした定期的な経過観察が必要と思われた。

## 25-84 健診で発見された腎 oncocytoma の一例

緒方恵子<sup>1</sup>, 林 康子<sup>1</sup>, 内田聡司<sup>1</sup>, 緒方ゆかり<sup>1</sup>, 高田みはる<sup>1</sup>, 土亀直俊<sup>2</sup>, 村上由佳<sup>2</sup>, 北岡光彦<sup>3</sup>, 原 一正<sup>4</sup> (<sup>1</sup>公益財団法人熊本県総合保健センター健診部検査科, <sup>2</sup>公益財団法人熊本県総合保健センター医局, <sup>3</sup>熊本中央病院病理診断科, <sup>4</sup>熊本中央病院泌尿器科)

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

## 25-85 尿管の閉鎖孔ヘルニアの一例

青木めぐみ<sup>1</sup>, 伊集院裕康<sup>2</sup>, 内田みを<sup>1</sup>, 大迫いずみ<sup>1</sup>, 梅橋未来<sup>1</sup>, 神山拓郎<sup>3</sup>, 古賀哲也<sup>2</sup>, 厚地伸彦<sup>2</sup> (<sup>1</sup>天陽会中央病院画像診断部, <sup>2</sup>天陽会中央病院内科, <sup>3</sup>天陽会中央病院放射線科)

症例は82才男性。虚血性心疾患にて通院中。肝機能異常のため腹部エコー施行。左水腎症中等度を認めた。腰痛無く尿管腫瘍も否定できないと考え腹部CTを撮影した。CTにて左尿管の閉鎖孔ヘルニアによる水腎症と診断した。再度腹部エコーにてCTと同様左恥骨筋と外閉鎖筋の間に屈曲した管腔病変が骨盤内より逸脱していた。管腔病変は壁の薄い内容は無エコーであった。腹部エコー上尿管とのつながりを確認することは出来なかった。その後左尿管形成術を行った。尿管が逸脱するヘルニアは坐骨ヘルニア 鼠頸ヘルニア 閉鎖孔ヘルニア等にて報告があるが稀であり報告する。

## 【一般演題\_ 脾臓①】

座長: 一二三倫郎 (熊本赤十字病院消化器内科)

吉村昭宏 (大分県済生会日田病院)

## 25-86 脾の高輝度エコー像とCT画像との対比

石山重行<sup>1</sup>, 西 憲文<sup>1</sup>, 梶 祐幸<sup>1</sup>, 福元嘉也<sup>1</sup>, 原口 誠<sup>1</sup>, 谷口鎌一郎<sup>2</sup>, 宮原広典<sup>3</sup>, 松木田純香<sup>4</sup>, 前之原茂穂<sup>5</sup> (<sup>1</sup>鹿児島県厚生連中央検査室, <sup>2</sup>鹿児島県厚生連病院消化器内科, <sup>3</sup>JA 鹿児島県厚生連健康管理センター消化器内科, <sup>4</sup>鹿児島県厚生連病院病理診断科, <sup>5</sup>鹿児島県厚生連病院消化器外科)

《目的》脾の高輝度エコー像とCTを対比し脾の形態を知る。

《対象・検討方法》超音波とCTで対比できた31症例を対象とした。脾の高エコー画像を①部分的に脂肪置換した症例。②脾管周囲が低エコー域として描出された症例。③辺縁が凹凸不整で内部が不均一な症例に分け, 辺縁, 実質の状態をCTと対比した。

《結果・考察》①部分的に脂肪置換した症例は11例でCTでは辺縁は不整で内部も不均一であった。②脾管周囲が低エコー域とした症例は9例で, CTでは辺縁はやや不整で内部はほぼ均一であった。③辺縁が不整で内部不均一症例は11例で, CTでは辺縁は不整で実質の萎縮が強い症例が多かった。萎縮が②→①→③と移行するものと推測された。CTでは脾実質は明瞭に描出できるが, 超音波では脂肪組織など不均一なため高輝度に描出されるものと思われた。

《まとめ》脾の高輝度エコー像は辺縁や内部エコーに注目して判断する必要がある。

## 25-88 ドブラ検査にて興味深い所見を認めた慢性脾炎 仮性のう胞内出血の一例

大迫いずみ<sup>1</sup>, 伊集院裕康<sup>2</sup>, 青木めぐみ<sup>1</sup>, 内田みを<sup>1</sup>, 梅橋未来<sup>1</sup>, 神山拓郎<sup>3</sup>, 古賀哲也<sup>2</sup>, 厚地伸彦<sup>2</sup> (<sup>1</sup>天陽会中央病院画像診断部, <sup>2</sup>天陽会中央病院内科, <sup>3</sup>天陽会中央病院放射線科)

症例は61歳男性。慢性脾炎の急性増悪にて入退院を繰り返している。今回慢性脾炎脾尾部および脾内穿破にて加療中。突然左側腹部痛出現。腹部エコーにて脾門部に10mm弱の無エコーの結節を新たに認めた。同部位はカラードブラにて血流シグナルを認めパルスドブラにて間欠的スパイク血流を認めた。造影エコーにてのう胞内に噴出するような所見を認め結節全体が染まった。造影CTにて仮性のう胞内出血を確認した。緊急に血管造影にてコイル塞栓術をした。パルスドブラの間欠的スパイク血流や造影

エコーでの噴出血流は真性動脈瘤では考えられず仮性のう胞内出血仮性動脈瘤の所見と思われ報告する。

#### 25-89 TS-1 膵癌における超音波検査診断能の検討

福井智一<sup>1</sup>、高田晃男<sup>2</sup>、原 香織<sup>6</sup>、緒方佑仁<sup>1</sup>、峰松峰佳<sup>1</sup>、水上直久<sup>3</sup>、永松洋明<sup>3</sup>、小野典之<sup>4</sup> (<sup>1</sup>公立八女総合病院臨床検査科、<sup>2</sup>公立八女総合病院放射線治療科、<sup>3</sup>公立八女総合病院肝臓内科、<sup>4</sup>公立八女総合病院消化器内科、<sup>5</sup>神代病院内科、<sup>6</sup>済生会二日市病院臨床検査部)

《はじめに》膵癌は進行が早く、TS-1 膵癌での早期発見が望ましい。超音波検査 (以下 US) は簡易でスクリーニングに有効だが、当院での TS-1 膵癌の診断能を検討した。

《対象と方法》2007 年からの 8 年間で膵癌と画像診断をした 85 例のうち、9 例の TS-1 膵癌を対象とした。

《結果》平均年齢 73 (63-81) 歳で、男:女は 6:3、平均腫瘍径は 18 (14-20) mm であった。腹痛等の有症状例は 6/9 例で、膵癌危険因子 (家族歴、合併疾患、喫煙、大量飲酒) 合併例は 5/9 例であった。診断の契機は US 5 例、CT 4 例で、その後精査では US、CT 共に全例指摘可能であった。発生部位は鉤部、頭部、体部に 3 例ずつ認めた。US では全例低エコー腫瘍で、1 例のみ主膵管拡張を消化管ガスの為指摘できなかった。

《考察》TS-1 膵癌を全例 US で指摘できたが、スクリーニングでは 5 例のみの指摘であった。今後は技術工夫に加え、膵癌危険因子群の US の重要性を啓蒙していく。

#### 【一般演題\_膵臓②】

座長:橋元慎一 (鹿児島大学消化器疾患・生活習慣病学)

谷村勝宏 (メディテックアシスト)

#### 25-90 膵嚢胞性病変の描出能について

末永浩二 (公益社団法人鹿児島県済生会南風病院)

《目的》腹部超音波 (US) 検査における膵嚢胞性病変の描出率を算出し弱点を知る。

《対象》直近 1 年ほどの 200 例程度。

《方法》MRCP 描出の膵嚢胞性病変を主に、その 1 ヶ月前後に施行された腹部 US 検査で部位を頭部、体部、尾部で描出率を算出し、描出できなかった例において、US 画像から、膵実質のエコーレベル (高、等、低)、内部エコー (不均一、均一)、境界エコー (明瞭、不明瞭)、検査体位 (仰臥位、座位、右側臥位、左側臥位)、MRCP (T2 横断像) 画像から、嚢胞の存在部位 (辺縁、内部)、腹壁から膵実質表面までの距離、体脂肪量 (面積法)、を抽出し検討する。

《結果》発表時に示す。

《考察》腹部 US 検査の手技でできることは限られている。被検者の状態を考慮したとき、どのようにしたら最も嚢胞が描出できるのか考える。

《結論》発表時に示す。描出しやすいはずの嚢胞を確実に捉えよう。

#### 25-91 IPMN 診断における腹部超音波検査の役割

野口美紀<sup>1</sup>、岸原未希<sup>1</sup>、岩下みゆき<sup>1</sup>、池田悠吾<sup>1</sup>、篠原克幸<sup>1</sup>、野間栄次郎<sup>2</sup>、光安智子<sup>2</sup>、植木敏晴<sup>2</sup>、松井敏幸<sup>2</sup> (<sup>1</sup>福岡大学筑紫病院臨床検査部、<sup>2</sup>福岡大学筑紫病院消化器内科)

《目的》膵嚢胞、特に膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) が注目されている。腹部超音波検診判定マニュアル (2014) に沿って過去の腹部超音波検査 (US) 所見を見直し、IPMN 診断における US の役割を明らかにすることを目的とした。

《対象》2005 年 11 月から 2015 年 5 月までに IPMN と診断された

281 例。

《結果》直接の契機となった検査は US 194 例 (69%)、CT 50 例 (18%)、MRI (MRCP) 25 例 (9%)、その他 12 例 (4%) であった。US は全例実施しており検出能は 231 例 (82%) であった。1) 5 mm 以上の嚢胞は 219 例 (95%)、2) 3 mm 以上の主膵管拡張は 48 例 (21%)、3) 壁在結節、隔壁、壁肥厚、主膵管との交通などは 26 例 (11%) に認めた。1)~3) すべての所見を認めたのは 13 例 (6%)、いずれかを認めたものは 226 例 (98%) であった。

《結語》US は IPMN のスクリーニングに有用であった。

#### 25-92 膵漿液性嚢胞腺腫 (SCN) の 2 症例

丸山裕司<sup>1</sup>、安部裕美<sup>1</sup>、松井幸子<sup>1</sup>、西村弘美<sup>1</sup>、山口貴志<sup>1</sup>、北野久美<sup>1</sup>、勝又百合子<sup>1</sup>、小石原恭子<sup>1</sup>、太田りか<sup>1</sup>、松浦隆志<sup>2</sup> (<sup>1</sup>浜の町病院臨床検査部、<sup>2</sup>浜の町病院放射線部)

《はじめに》SCN の 2 症例を経験したので報告する。

《症例 1》70 代女性、眼球結膜に黄疸、皮膚黄染あり。血液検査にて T-Bil 2.32 mg/dl D-Bil 2.05 mg/dl と黄疸あり。CEA・CA19-9 基準範囲内。

《超音波検査》膵頭部に 40 mm 大の多房性腫瘍を認め、嚢胞は大きな嚢胞が主体で辺縁に小さな嚢胞が集簇し同部位に石灰化を認めた。

《症例 2》60 代女性、他院にて数年前に IPMN を指摘、経過観察中に増大傾向を認めたため、手術適応となり当院紹介になった。血液検査に異常所見は認めなかった。

《超音波検査》膵頭部に 40 mm 大の多房性腫瘍を認め、大きな嚢胞が主体で腫瘍辺縁に小さな嚢胞が集簇していた。石灰化病変、血流シグナルは認めない。

《まとめ》本症例は一般的に小さな嚢胞性腫瘍であるが、腫瘍タイプにより腫瘍性状が異なる。腫瘍性状を熟知し詳細観察することで、SCN の診断に有用であると考える。

#### 25-93 興味ある併存形態を示した漿液性嚢胞腺腫合併膵管癌の 1 例

得丸智子<sup>1</sup>、福地聡士<sup>1</sup>、村上和成<sup>2</sup> (<sup>1</sup>国立病院機構大分医療センター消化器内科、<sup>2</sup>大分大学医学部消化器内科)

症例は 76 歳男性。既往に肺癌、腸間膜軸捻転等あり。平成 22 年 2 月肺癌の術前 CT で膵嚢胞性腫瘍を指摘されていたが、PET-CT で集積なく、嚢胞性病変疑いで経過観察とされていた。平成 23 年 3 月の CT では腫瘍サイズは不変であったが、尾側膵管の拡張が出現していた。平成 24 年 5 月の造影 CT では左腎動静脈浸潤を伴う中心部に充実性成分を伴った嚢胞性腫瘍、MRCP でも充実性成分と嚢胞性成分が混在する腫瘍であった。EUS では腎・脾静脈浸潤を伴う辺縁低エコー、中心部高エコーな腫瘍として描出された。9 月膵体尾部切除施行。病理は径 21 mm 大の漿液性嚢胞腺腫の周囲を全周性に取り囲むように膵管癌が存在した。また、漿液性嚢胞腺腫への膵管癌の浸潤はごく軽度で、漿液性嚢胞腺腫の形態はほぼ保たれていた。漿液性嚢胞性腫瘍と膵管癌の合併の報告は少なく、漿液性嚢胞性腫瘍の近傍に膵管癌が発生したものと考えられ、興味深い画像所見、EUS 所見と思われ、報告する。

## 25-94 腹痛を契機に発見された膵 SPT の 1 例

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

《はじめに》膵 Solid pseudopapillary neoplasm (SPT) は若年女性に発生する比較的稀で悪性度の低い膵上皮性腫瘍とされ，近年画像診断の進歩で報告例は増加している．今回我々は，腹痛精査で発見された膵 SPT を経験したので報告する．

《症例》30 代女性

《主訴》上腹部痛

《血液検査》腫瘍マーカーは基準範囲内．

《腹部超音波検査》膵尾部に 4 cm 大の境界明瞭，不整形な低エコー腫瘍を認める．リング状に腫瘍を取り囲む様に又，内部にも石灰化を認める．内部エコーは充実成分と嚢胞部分の混在がみられる．主膵管拡張は認めない．

《CT 検査》膵尾部に石灰化を伴う嚢胞性病変を認める．

《MRI 検査》膵尾部に 3.9 cm 大の腫瘍性病変を認める．辺縁に石灰化がみられ，内部は出血を反映しているものと考えられる T1WI 高信号域や嚢胞状に描出される領域及び充実成分と考えられる領域が存在する．

《考察》超音波検査上特徴的な所見を呈した膵 SPT を経験したので文献的考察を加え報告する．

【一般演題\_消化管①】

座長：重田浩一郎（霧島市立医師会医療センター消化器病センター）

倉重佳子（社会医療法人天神会新古賀クリニック診療支援部臨床検査課）

## 25-95 当院における腹部超音波検査の進行胃癌の描出能についての現状の検討

谷口謙一郎<sup>1</sup>，徳重浩一<sup>1</sup>，西 憲文<sup>2</sup>，石山重行<sup>2</sup>，原口宏典<sup>2</sup>，福元嘉也<sup>2</sup>，中島さおり<sup>2</sup>，大徳尚司<sup>2</sup>，梶 祐幸<sup>2</sup>，山筋 忠<sup>3</sup>（<sup>1</sup>鹿児島厚生連病院消化器内科，<sup>2</sup>鹿児島厚生連中央検査室，<sup>3</sup>白石病院内科）

《目的》超音波検査（以下 US）は有用であるが，既知の腫瘍でも描出困難症例を経験する．当院における進行胃癌の描出能の現状を検討した．

《対象・方法》2010 年 4 月～2015 年 3 月までに当院で内視鏡的に進行胃癌と診断された症例のうち，内視鏡検査の前後 1 か月以内に US が行われた 44 例（手術不能 20 例を含む）を対象とした．全体の描出能，腫瘍存在部位，腫瘍径（手術症例）等について検討した．

《結果》全体の描出能は 68.2%であった．描出不能の 14 例のうち 3 例は US が先行，その存在部位は上部 5 例，残胃吻合部 2 例と両者で半数を占めた．腫瘍径は描出可能例の平均は 83.3 cm，描出不能例は 54.1 cm であった．

《考察》事前に病変が判明していてもその描出能は諸家の報告より低かった．飲水も躊躇する手術不能例もあるがその様な症例こそ簡便な US は有用であり，描出能向上のための走査手技や US の有用性の認識が重要であると思われた．

## 25-96 超音波検査にて術前に指摘しえた左傍十二指腸ヘルニアの一例

日高 稔<sup>1</sup>，淵脇崇史<sup>1</sup>，上床達哉<sup>1</sup>，伊原孝志<sup>1</sup>，山下信一郎<sup>2</sup>，尾道賢吾<sup>2</sup>，宮原佳那<sup>2</sup>（<sup>1</sup>公益社団法人鹿児島県済会南風病院放射線技術科，<sup>2</sup>公益社団法人鹿児島県済会南風病院臨床検査科）

《症例》70 代女性，嘔吐・左心窩部痛のため近医受診．胆嚢壁肥厚・胃拡張を指摘され当院消化器内科受診．

《検査所見》腹部超音波検査にて十二指腸空腸曲付近に腸管がループした構造を認め，これより口側に十二指腸・胃の拡張を認めた．造影 CT 検査にて Treitz 靱帯の高さで胃と左腎の間に拡張した小腸ループを認め，左傍十二指腸ヘルニアによる通過障害が疑われた．腹腔鏡下ヘルニア解除術が施行され，陥入した小腸を認めた．小腸整復後，ヘルニア門を閉鎖した．

《考察》左傍十二指腸ヘルニアは稀な疾患であり，小腸の限局した拡張像・走行異常（ループ）が特徴的な所見と思われる．腸管拡張の所見より系統的操作にて病変部を同定することで診断の一助のなり得た．

《結語》今回，超音波検査にて指摘できた左傍十二指腸ヘルニアの一例を経験したので文献的考察を含めて報告する．

## 25-97 超音波検査が有用であった小腸癌の一例

手嶋敏裕<sup>1</sup>，永松諒介<sup>2</sup>，門脇良太<sup>1</sup>，桑野絵美<sup>1</sup>，秋吉 彩<sup>1</sup>，山口美乃里<sup>1</sup>，宮地由美子<sup>1</sup>，宇治川好枝<sup>1</sup>，吉村大輔<sup>2</sup>（<sup>1</sup>済生会福岡総合病院検査部，<sup>2</sup>済生会福岡総合病院内科）

症例は 50 代女性．主訴は上腹部痛，嘔気．現病歴として，突然上腹部痛が出現し，嘔吐を 10 回以上繰り返し，急患センター受診．炎症所見および腹部レントゲン検査にて小腸ニボー像を認め，精査加療目的に当院へ救急搬送された．CT にて腸閉塞の診断にて同日入院となった．身体所見として BP 135 / 85 mmHg，BT 36.5℃，腹部：軽度膨満・軟，上腹部を中心に自発痛軽度あり．圧痛あり．検査所見では，WBC 18,400 /μl，CRP 0.17 mg/dl．CT にて小腸に閉塞部位認め，口側に腸管拡張を認め小腸閉塞と考えられた．後日腹部超音波検査を施行した．小腸壁の肥厚を認め，壁の層構造は不明瞭で，一部高輝度エコーが壁内に入り込み潰瘍部も示唆され malignant を否定し得ない像であった．後日 DB 小腸内視鏡検査にて十二指腸より肛門側の空腸に全周性の潰瘍性病変を認めた．後日他県にて手術後病理診断では小腸癌（空腸癌）Poorly differentiated adenocarcinoma, solid type であった．

## 25-98 腸重積を契機に発見された小腸悪性リンパ腫の一例

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

《症例》77 歳女性 3 週間前より腹痛の訴えがあり近医を受診．症状が再燃したため当院を受診された．腹部超音波検査では上行結腸に target sign を認めた．重積部先端は腸管壁肥厚があり肥厚した壁内に 19×16 mm の低エコー腫瘍を認めた．超音波検査ではバウヒン弁の肥厚もしくは腫瘍による腸重積を考えた．造影 CT では腸重積は認めるが腸管壁の浮腫性変化があり腫瘍の有無は評価困難であった．内視鏡検査では上行結腸に重積を認め，重積部の前端は崩れ出血を伴い癌の可能性も否定できないとの結果であった．内視鏡では重積を解除出来ず，外科的手術となり重積解除術と小腸切除術を行った．腫瘍部分は病理結果より diffuse

large B-cell lymphoma であった。

《まとめ》今回の症例は悪性リンパ腫に特有の極低エコーの腫瘍像ではなく診断に苦慮する症例であった。消化管原発の悪性リンパ腫は比較的稀な疾患であり文献の考察を加え報告する。

#### 25-99 超音波による直腸・肛門管癌の鼠径リンパ節転移の検討

松本徹也<sup>1</sup>、有馬浩美<sup>1</sup>、佐伯泰慎<sup>2</sup>、野崎良一<sup>3</sup>、中尾祐也<sup>1</sup>、太田絢子<sup>1</sup>、前崎孝之<sup>1</sup>、伊牟田秀隆<sup>1</sup>、山田一隆<sup>2</sup>（<sup>1</sup>大腸肛門病センター高野病院放射線科、<sup>2</sup>大腸肛門病センター高野病院消化器外科、<sup>3</sup>大腸肛門病センター高野病院消化器内科）

《目的》直腸・肛門管癌の肛門管に浸潤する例では鼠径リンパ節転移が問題となる。今回、鼠径リンパ節転移をBモード、エラストグラフィによる評価を行い検討したので報告する。

《方法》対象は直腸・肛門管癌の肛門管浸潤症例12例。評価できた64個のリンパ節のうち58個が非転移、6個が転移であった。方法は鼠径リンパ節に対して大きさ、リンパ門消失の有無、エラストグラフィを用いて硬さについて5段階にスコア化した。使用機器はエコー装置に東芝社 Aplio300、プローブは13 MHz リニアプローブを用いた。

《結果》リンパ節転移は大きさが短径5 mm以上10 mm未満3個、10 mm以上3個、リンパ節門消失6個、エラストグラフィで6個ともスコア4以上であった。

《結語》術前に鼠径リンパ節転移の評価は重要であり、超音波による鼠径リンパ節転移の形態を評価することができた。またエラストグラフィによる鼠径リンパ節の硬さを画像化することができ有用であることが示唆された。

#### 【一般演題\_消化管②】

座長：内園 均（鹿児島市医師会病院消化器内科）

崎田靖人（医療法人松嶺会河野病院／福岡メディカルサポート）

#### 25-100 上行結腸の脂肪腫による腸重積の一例

西 憲文<sup>1</sup>、梶 祐幸<sup>1</sup>、福元嘉也<sup>1</sup>、原口 誠<sup>1</sup>、石山重行<sup>1</sup>、谷口鎌一郎<sup>2</sup>、指宿和成<sup>2</sup>、宮原広典<sup>3</sup>、松木田純香<sup>4</sup>、前之原茂穂<sup>5</sup>（<sup>1</sup>JA 鹿児島厚生連中央検査室、<sup>2</sup>鹿児島厚生連病院消化器内科、<sup>3</sup>JA 鹿児島厚生連健康管理センター消化器内科、<sup>4</sup>鹿児島厚生連病院病理診断科、<sup>5</sup>鹿児島厚生連病院外科）

《症例》60歳代、男性

《既往歴》特になし

《主訴》嘔吐、左側腹部痛

《超音波所見》下行結腸に境界明瞭、分葉状の75×37×52 mmの楕円形、内部は低エコーの中に不均一な高エコーの混在する腫瘍を認めた。腫瘍内に血流は認められなかった。multiple concentric ring signを認め、腫瘍を先進とする腸重積が疑われた。悪性を疑わせる壁肥厚は認めなかった。

《腹部CT》下行結腸に粘膜下腫瘍（脂肪腫疑い）を疑う脂肪濃度が認められた。

《CS》下行結腸に先進部と思われる粘膜下腫瘍を認め、その口側に重積した粘膜を認めた。隙間に挿入し整復した。

《病理組織学的検査所見》上行結腸粘膜下腫瘍で粘膜下層に成熟脂肪細胞の増生がみられ脂肪腫であった。

《まとめ》超音波検査時に脂肪腫の病変は確認できたが、大腸全体の把握ができておらず、腫瘍部位にとらわれず大腸の全体を把握することも重要と思われた。

#### 25-101 造影超音波検査による急性腹症に対する手術適応診断

大堂雅晴<sup>1</sup>、片渕 茂<sup>2</sup>、坪内齊志<sup>3</sup>（<sup>1</sup>柳病院外科、<sup>2</sup>国立病院機構熊本医療センター外科、<sup>3</sup>小林市立病院外科）

《目的》イレウスにおけるUS診断能の評価においてBモード機能の向上あるいはソナゾイドなどの新しい変化が反映されていない、今回 up to date US によるイレウス診断を再検討した。

《対象》2009年より急性腹症（イレウス）にCEUSを行った41例。門脈気腫6例を含むNOMI 10例、絞扼性腸閉塞7例、鼠径ヘルニア4例、単純イレウス4例、上腸間膜動脈閉塞2例、大腿ヘルニア2例、腹壁癒痕ヘルニア3例、炎症性腸疾患3例、閉鎖孔ヘルニア1例、虚血性腸炎2例、腸間膜静脈血栓1例。

《方法》Bモード検査でのスクリーニング後、腸管壁の造影効果を評価した。

《成績》造影欠損は腸切除適応であった。（Sensitivity: 100%）絞扼性腸閉塞での造影剤排泄遅延例の1例は腸温存、1例は腸切除であった。（Specificity: 97%）

《結論》ソナゾイドはNOMIをはじめ動脈血流障害での病態把握に有用であった。絞扼群では血流障害機序より造影剤の排泄時相までの継続的観察が必要であった。

#### 25-102 アコーデオンサインを認めた偽膜性腸炎の一例

伊集院裕康<sup>1</sup>、梅橋未来<sup>2</sup>、青木めぐみ<sup>2</sup>、内田みを<sup>2</sup>、大迫いずみ<sup>2</sup>、厚地伸彦<sup>1</sup>、古賀哲也<sup>1</sup>、増田秀一郎<sup>1</sup>（<sup>1</sup>天陽会中央病院内科、<sup>2</sup>天陽会中央病院画像診断部）

症例は89歳の女性。びまん性大細胞型B細胞性悪性リンパ腫にて加療。その後下痢を主体とする腸炎発症。C7-HRP陽性でサイトメガロ腸炎と診断し治療をしたが改善せず、当院紹介となった。意識はあるがほぼ寝たきりの状態であった。採血にてCRP 6.9 mg/dl WBC 14,400/μlと炎症反応上昇を認めた。腹部エコーでS状結腸から上行結腸にかけ低エコーの腸管壁肥厚を認めた（直腸は見えず）。肥厚した結節状ヒダにトラップされた腸管ガス像（CTでいうアコーデオンサイン）を認めた。下部内視鏡検査で直腸に境界明瞭な黄白色調な隆起を認め偽膜性腸炎と診断した。アコーデオンサインは浮腫性腸管壁肥厚にて認め虚血性腸炎等でも認められる所見である。腸管壁の肥厚部位 病歴で鑑別可能と思われ診断に有用と思われ報告する。

#### 25-103 超音波検査にて発見された腸間膜脂肪織炎の1例

内田千尋<sup>1</sup>、野崎加代子<sup>1</sup>、山口 俊<sup>1</sup>、玉井 努<sup>2</sup>、川路博之<sup>3</sup>、熊谷輝雄<sup>3</sup>（<sup>1</sup>鹿児島通信病院検査室、<sup>2</sup>鹿児島大学大学院消化器疾患・生活習慣病学、<sup>3</sup>鹿児島通信病院外科）

症例は67歳男性。2型糖尿病・高血圧・閉塞性動脈硬化症にて当院通院中、スクリーニング検査目的にて腹部エコーを行なった。腹部エコーでは、腹腔内に15×6 cm大の境界不明瞭で内部エコーやや不均一な巨大高輝度エコー腫瘍を認めた。エコー所見と存在部位から腫瘍は腸間膜の炎症性変化が考えられ、腸間膜脂肪織炎が疑われた。造影CTでは同部の腸間膜に著明な浮腫性変化と周囲のリンパ節腫大が認められ、腹部エコーの所見と合わせて腸間膜脂肪織炎の診断であった。腸管に狭窄や壊死などはみられなかった為、経過をみながらの保存的治療が選択された。腸間膜脂肪織炎は原因不明の稀な非特異性炎症性疾患である。腹部超音波検査で腹腔内腫瘍を認めた場合、本疾患も念頭に置く必要があると考えられた。

## 25-104 デスモイド型線維腫症の3症例

梶 祐幸<sup>1</sup>, 福元嘉也<sup>1</sup>, 西 憲文<sup>1</sup>, 原口 誠<sup>1</sup>, 石山重行<sup>1</sup>,  
松木田純香<sup>2</sup>, 谷口鎌一郎<sup>3</sup>, 宮原広典<sup>4</sup>, 前之原茂穂<sup>5</sup> (<sup>1</sup>JA 鹿児島県厚生連中央検査室, <sup>2</sup>鹿児島県厚生連病院病理診断科, <sup>3</sup>鹿児島県厚生連病院消化器内科, <sup>4</sup>JA 鹿児島県厚生連健康管理センター消化器内科, <sup>5</sup>鹿児島県厚生連病院外科)

《はじめに》デスモイド型線維腫症は深部の軟部組織に発生する。線維芽細胞の増殖よりなる腫瘍で、周囲に浸潤し、局所再発しやすいが、転移することない。病因は多因子性で、遺伝性、内分泌性、外傷等の生理学的な因子が関与されている。

《症例1》69歳男性

《既往歴》肺癌術後

《超音波所見》右第Ⅸ肋間胸壁に境界明瞭、辺縁整・内部不均一な18×9mmの充実性腫瘤を認めた。

《症例2》72歳男性

《既往歴》大腸癌術後

《超音波所見》腹壁に境界不明瞭、辺縁不整・内部不均一、34×30mmの充実性腫瘤を認めた。

《症例3》84歳男性

《既往歴》C型慢性肝炎

《超音波所見》小腸間膜に境界明瞭、辺縁整・内部不均一、内部に音響陰影を伴った30×30mmの充実性腫瘤を認めた。

《病理組織学的診断》いずれもデスモイド型線維腫症

《まとめ》今回、胸壁、腹壁、腹腔内と異なる部位に発生したデスモイド型線維腫症を経験したので報告した。

【一般演題\_整形外科】

座長：福元銀竜（医療法人松翠会森園病院）

平賀真雄（霧島市立医師会医療センター）

## 25-105 関節リウマチ（RA）の治療に関節エコーが有用だった1例

羽生 豊、北園百合子、榮樂信隆（榮樂内科クリニック）

《症例》60歳男性。2011年に右第2指・左手関節の疼痛を訴え近医受診、臨床所見と採血結果よりRAと診断されブシラミンで治療開始。2012年1月から手指腫張こわばりが出現、4月に当院に紹介受診。RAの活動性の指標であるDAS28は中疾患活動性を

示し、エコーでもパワードプラで多関節に高度の血流シグナルを認めた為、MTXを追加し適宜漸増した。その後低疾患活動性まで改善し、血流シグナルも減少した。12月より半年間近医にて治療を継続していたが、症状悪化により当院を再受診。高疾患活動性と血流シグナルの増加を認め、インフリキシマブ（INF）の導入となる。2013年8月には血流シグナルが残存していた為、DAS28では寛解を達成したにもかかわらずINFを増量した。現在血流シグナルも消失し、寛解を維持できている。

《考察》関節エコーは、正確な活動性の評価を可能にし、更に潜在性の滑膜炎を見つける事で適切な治療を行うのに有用である。

## 25-106 橈骨神経麻痺の1例

高石朋毅、吉野孝一（医療法人社団寿量会熊本機能病院画像診断センター）

《症例》15歳 女性 部活動でバドミントンをしている。

《現病歴》1か月前より誘因なく右前腕部の疼痛が出現。可動域制限、腕橈骨筋の圧痛あるため右腕橈骨筋炎を疑いリハビリを始めたが、2週後に指の伸展不良出現。知覚障害はなく右手関節背屈は可能であった。針筋電図にて低位型橈骨神経麻痺が疑われ、エコーにて神経を圧排するような占拠性病変がないか検査を行ったところ、神経のくびれや神経を圧排するような明らかな占拠性病変や神経損傷は指摘できなかったが、右肘部の橈骨神経の腫大と神経の高エコー化、腫大した神経がFroese's arcadeにて絞扼されている事が指摘された。右前腕部痛の先行症状を考慮すると神経炎からの絞扼性障害が疑われ、OPE適応ならず経過観察となった。

《結語》エコーにてOPE適応を検討した症例を経験し、貴重な症例と考え報告する。

## 25-107 手関節外傷後の神経障害

吉野孝一、高石朋毅（熊本機能病院超音波検査室）

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。

## 25-108 腹痛の原因精査にて超音波検査が有用であった腹直筋挫傷の1例

富安 修<sup>1</sup>, 中願寺実可子<sup>1</sup>, 水時奈美<sup>1</sup>, 森田恭代<sup>2</sup> (<sup>1</sup>清和会長田病院検査科, <sup>2</sup>清和会長田病院消化器内科)

\*発表者の意思により発表抄録は非開示とします。