

診断に苦慮した腫瘍形成型肝内胆管癌の 1 症例

◎安楽 紀江¹⁾、橋本 喜代美¹⁾、森 由美子¹⁾
京都桂病院¹⁾

【症例】60代女性 【既往歴】慢性心不全による ICD・PM留置中 【家族歴】姉：40代で卵巣癌（死亡）、妹：30代で子宮頸癌（生存）【現病歴】3週間前より右側腹部から背部の痛みあり、定期受診時の循環器内科にて相談。その時の単純CTで肝両葉に最大4cmほどの境界やや不明瞭な淡い低濃度結節が散見された。【血液検査】肝機能に関する項目及び腫瘍マーカーの上昇は見られず。【超音波所見】肝両葉に35×27×31mm以下の低エコー腫瘍合計5ヶ所あり。いずれも内部均一で、明らかな血流は認めず。35mm大の腫瘍は境界明瞭で、内部に点状高エコーあり。S4に存在する13×12×7mmのみ境界やや不明瞭。転移性肝腫瘍疑い。子宮体部にも50×45mmの低エコー腫瘍あり。境界明瞭、辺縁平滑も、内部不均一かつ血流わずかに認め、悪性を否定できず。【造影CT所見】肝腫瘍はいずれも辺縁部に早期濃染を伴うが、平衡相では辺縁のやや不明瞭な低エコー吸収域として描出され、非常に血流の遅い血管腫であれば、説明可能。子宮に筋腫疑う腫瘍あり。【造影超音波所見】

早期に辺縁優位のリング状濃染を認め、内部にもわずかに血流あり。転移性腫瘍に矛盾しない所見で、Kupffer相では造影欠損領域であった。【PETCT】肝両葉に少なくとも5ヶの結節。最大腫瘍にFDGの集積を認め、転移の可能性が高い。明らかな原発巣を示唆するFDG集積は認めず。肝内胆管癌と多発肝転移が考えられる。【肝腫瘍生検病理診断】癌細胞の孤在性や小集塊状の浸潤増殖像を認める。低分化癌の像で肝内胆管癌として矛盾はしない。追加された免疫組織化学検査も、積極的に転移を示唆する所見は認めない。【経過】腫瘍形成型の肝内胆管癌として診断された。腫瘍が多発しているため、化学療法による治療を開始した。【考察】腫瘍形成型肝内胆管癌は肝内胆管癌の中でも比較的高頻度である。増大するとしばしば不整形になるが、今回は類円形を留めておりかつ多発していた。また、家族歴に婦人科系疾患罹患患者の存在や既往になかった子宮筋腫が見られたことなどにより、診断に苦慮した1例であった。

京都桂病院—075(391)5811

肝門部胆管癌合併硬化性胆管炎の1例

◎山田 幸子¹⁾、室井 千香子¹⁾、西海 朋子¹⁾、森 真奈美¹⁾、鮎川 宏之¹⁾、斉城 順子¹⁾、島田 典子¹⁾
滋賀県立総合病院¹⁾

【はじめに】肝門部胆管狭窄の原因には悪性疾患と良性疾患が存在し、今日でもその鑑別に苦慮する事例は少なくない。今回われわれは、経過にて肝門部胆管癌合併硬化性胆管炎と診断した1例を経験した。

【症例】70歳代女性。胆道系酵素異常精査目的、体重減少を主訴に、当院紹介となった。

【血液検査】肝胆道系酵素上昇を認めたが、IgG4、CEA、CA19-9、AFP、PIVKA IIは正常であった。【画像所見】US、造影CTでは肝両葉に肝内胆管拡張を認め、肝門部胆管から下部胆管に連続する全周性対称性の壁肥厚を認めた。肝門部では内腔は狭小化していた。ERCPでは、肝門部胆管狭窄を認め特に左胆管で狭窄を強く認めた。約2ヶ月後、ERCPでは左優位に左右胆管に強い枯れ枝状の狭窄を認めた。胆道鏡では、上部胆管から下部胆管全周性に炎症後瘢痕のような変化を認めた。複数回の細胞診、生検とも悪性所見は得られず硬化性胆管炎疑いとして経過観察となっていた。約4ヶ月後、肝内胆管拡張が明らかに増悪していた。肝門部領域は、

USで不明瞭な不均一エコーを示し、造影CTでは軟部陰影を認めた。門脈臍部は充実部により閉塞していた。左右肝動脈の浸潤を伴っていた。ERCPでは左胆管起始部に閉塞を認めた。細胞診、生検とも腺癌疑いとの診断となった。【臨床経過】切除不能肝門部胆管癌合併硬化性胆管炎と診断された。現在まで化学療法継続中である。

【考察】原発性硬化性胆管炎(PSC)は未だ原因不明の慢性進行性の疾患であると同時に胆管癌のリスク因子であり、5-15%で発癌が認められると報告されている。また、USでの胆管癌の指摘は早期発見のみならず進行癌でも難しいとされている。しかしながら、PSC合併胆管癌が約1割存在すること、好発部位は肝門部領域であることを常に念頭に置き丹念な検索が必要である。肝内胆管の走行に留意し連続性途絶や狭窄等の微細な変化を指摘する必要がある。

【結語】経過にて診断し得た肝門部胆管癌合併硬化性胆管炎の1例を経験した。

連絡先 0775825031

胆嚢隆起性病変にて手術が施行された 25 例の US 所見と病理所見の比較

©岩永 寿美華¹⁾、植東 ゆみ¹⁾、松下 陽子¹⁾、北川 孝道¹⁾、嶋田 昌司¹⁾、松尾 収二¹⁾
公益財団法人 天理よろづ相談所病院¹⁾

【はじめに】胆嚢癌は隆起性の早期病変で発見されることは稀で、良悪性の鑑別は重要である。また、早期癌と浸潤癌では術式が異なるため、術前の壁深達度評価を慎重に行う必要があるが、US での評価は困難とされている。今回、隆起性病変の US 所見と病理所見を対比し、良性及び早期癌と浸潤癌の鑑別点について検討した。

【対象及び方法】2008 年 1 月～2018 年 12 月に US で 10mm 以上の胆嚢隆起性病変を認め、手術が施行された 25 例。良性 13 例、早期癌 8 例、浸潤癌 4 例。US 所見の最大径、形態（有茎型、広基型）、広基型基部径、層構造不整の有無、内部エコーと病理所見を比較した。

【結果及び考察】結果を表 1 に示す。最大径は良性で平均 14.2mm、早期癌で 14.9mm、浸潤癌で 27.5mm と良性と早期癌では差を認めなかったが、浸潤癌は腫瘍径が大きくなる傾向にあった。形態は US で良性の 2 例を広基型と判断したが、病理ではいずれも有茎型であった。有茎型病変は良性及び早期癌の可能性が高いが、両者の鑑別は困難と思われた。悪性は早期癌で有茎型 3 例、広基

型 5 例に対し、浸潤癌では全て広基型であった。広基型基部径は、早期癌で 11.4mm、浸潤癌で 24.8mm と浸潤癌で大きくなる傾向にあった。層構造の不整は、良性や早期癌では認めず、浸潤癌は 4 例中 3 例に認めた。早期癌と浸潤癌の鑑別は最大径、広基型基部径、層構造の評価が有用と思われた。内部エコーは、いずれも不均一な症例が多かった。

【まとめ】有茎型病変は良性及び早期癌の可能性が高い。しかし、両者の鑑別は困難であった。早期癌と浸潤癌の鑑別は最大径、広基型基部径、層構造の評価が有用と思われた。臨床検査部 0743-63-5611(内線 7447)

表 1 US 所見と病理所見の比較

病理所見(例)		良性 13 (有茎型 13)	早期癌 8 (有茎型 3/広基型 5)	浸潤癌 4 (広基型 4)
US 所見	最大径 (範囲)(mm)	14.2 (10~23)	14.9 (12~17)	27.5 (25~30)
	形態(例)	有茎型 11 広基型 2	有茎型 3 広基型 5	有茎型 0 広基型 4
	広基型基部径 (範囲)(mm)	6 (5~7)	11.4 (10~15)	24.8 (19~30)
	層構造(例)	整 13 不整 0	整 8 不整 0	整 1 不整 3
	内部エコー(例)	均一 1 不均一 12	均一 2 不均一 6	均一 0 不均一 4

嚢胞内腫瘍の形態を呈した粘液癌の1症例

◎森本 由希子¹⁾、金羽 美恵¹⁾、西藤 雅美¹⁾、河野 梨沙¹⁾、北風 麻衣¹⁾、大口 裕樹¹⁾、谷口 愛実¹⁾、井下 杏理¹⁾
洛和会 音羽病院¹⁾

[はじめに] 粘液癌とは浸潤癌の特殊型の一つで、浸潤癌巣が乳管内癌巣に比較して優位で、その大部分が粘液湖内に癌巣が浮遊する粘液結節の形態をとるものをいう。全乳癌の1～7%ほどで比較的頻度が低く、リンパ節転移が少ないため、予後は良好な癌である。境界明瞭平滑な腫瘍として認識されることが多く、良性疾患との鑑別に注意する必要がある。今回、嚢胞内腫瘍と類似する超音波像を呈した粘液癌の症例を経験したので報告する。

[症例] 70代女性 [家族歴] 乳癌歴なし

[現病歴] 集団健診でマンモグラフィ（MMG）検査を受け、右乳房に陰影を指摘され、要請査となった。

[MMG 検査] 散在性乳腺で、右乳腺L背側I領域に中心高濃度の腫瘍を認め、カテゴリー3と診断された。

[乳腺超音波検査] 右乳腺B領域3時半方向4cmに7mmの低エコー腫瘍を認めた。腫瘍は境界明瞭平滑で、縦横比は0.7と高く、後方エコーはやや増強していた。腫瘍内部に血流信号は認めず、エラストグラフィはスコア1であった。腫瘍辺縁に一部無エコーな領域を認め、

超音波検査では嚢胞内腫瘍の可能性が考えられた。

[病理検査] 針生検において不規則な粘液貯留を認め、悪性の可能性を除外できなかったため、摘出生検が施行された。摘出生検にて粘液癌と診断された。

[経過] 胸腹部CTにて転移の指摘なく、右乳房温存手術とセンチネルリンパ節生検が施行された。断端陰性で、リンパ節転移なく、病期はIAであった。全身治療としてフェマラーを使ったホルモン治療と全乳房放射線照射治療が行われ、その後再発なく、経過観察となっている。

[結語] 本症例において、乳腺超音波検査では、嚢胞内腫瘍が疑われたが、最終診断は浸潤癌である粘液癌と診断された。年齢を考慮して癌の可能性も念頭におき、比較的小さな病変でも注意して観察する必要があると再認識した症例であった。

洛和会音羽病院 臨床検査部 心電図室
075-593-4111 (代表)

当院における地域連携胎児超音波スクリーニングの現況と有用性

◎木下 博之¹⁾、寺下 理恵¹⁾、大前 嘉良¹⁾、中戸 洋行¹⁾、木下 綾¹⁾、西岡 範子¹⁾、木村 有莉菜¹⁾、竹中 正人¹⁾
紀南病院¹⁾

【はじめに】当院では他院からの紹介による出産の場合、妊娠後期に胎児超音波スクリーニングを実施している。しかし、胎児超音波スクリーニングにて異常を認め、患者が妊娠管理について紹介医に苦言を呈した事例から、近医の負担軽減を目的に妊娠中期での胎児超音波スクリーニングを地域連携として開始した。そこで、当院における地域連携胎児超音波スクリーニングの現況と有用であった症例を経験したので報告する。

【地域連携胎児超音波スクリーニング】2017年11月から2018年12月までで173件（月平均12件）。同時期の胎児超音波スクリーニングは1427件（月平均101件）。地域連携胎児超音波スクリーニング173件中、当院での出生記録が確認できたのは171件。超音波にて指摘できた異常は胎児水腫1件、羊水過多1件、三尖弁逆流1件、心室中隔欠損1件。出生後診断は、死産3件（常位胎盤早期剝離1件、不明1件、母体保護法による人工死産1件）、低位鎖肛1件、停留精巣1件、口唇口蓋裂1件であった。

【症例】30歳代 女性 4経妊2経産。近医にて妊娠管理されており、20週3日 地域連携胎児超音波スクリーニングのため来院。

<超音波所見>EFBW=512g、BPD=48.4mm、FTA=34.7cm²、FL=29.7mm。腹水（+）、体幹の皮下浮腫（+）と胎児水腫を認め、CTAR=10.5%、心臓横径15mmと妊娠週数にしては心臓小さく、両側の肺が著明に拡大していた。

<経過>紹介医への受診は2週間後であるため、当院産婦人科医師に連絡。精査を勧めたが人工妊娠中絶を選択された。21週0日 455gの男児を娩出。胎児に明らかな外表奇形は認めず。病理検査で胎盤、臍帯に胎児水腫の原因となるような病変は認めなかった。

【まとめ】妊娠中期に地域連携胎児超音波スクリーニングを実施することで、より早期に胎児の異常を発見することが可能となり近医の負担を軽減することができた。

連絡先-0739-22-5000（内線2159）

典型的な超音波画像を呈した手根管症候群の一例

◎松下 隆史¹⁾、菅原 雅史¹⁾、田中 佑果¹⁾、中村 真実子¹⁾、安本 綾乃¹⁾、馬場 理江¹⁾、釜谷 博行¹⁾、丸岡 隼人¹⁾
独立行政法人 神戸市民病院機構 神戸市立医療センター 中央市民病院¹⁾

【症例】60歳代女性。

【主訴】右拇指および示指手掌の痺れ。

【現病歴】20XX年6月、入浴時に転倒し、頸部打撲あり。その後より上記主訴が出現したため、数か所の病院を受診するも、頸部MRIに明らかな異常なしとの診断で原因の特定ができなかった。その後1年半が経過したが自覚症状の改善がないため当院脳神経内科を受診された。来院時の握力は18/18と明らかな左右差は認められなかったが、正中神経領域の症状の訴えがあるため、両側の正中神経、尺骨神経、橈骨神経の神経伝導検査を施行した。

【結果】右側正中神経は筋萎縮が強く、短拇指外転筋でのCMAP波形の導出ができず、第2虫様筋を導出筋として選択した。また、感覚神経SNAPは示指でかろうじて測定できる程度の弱い波形であり、左右差を認めた。その他の測定項目に関して明らかな左右差は認められなかった。念のため2L-PI及び環指試験を施行すると、正中神経・尺骨神経末

梢潜時差は3ms以上でかつ環指試験では正中神経刺激で導出できなかった。その後、主治医に相談の上、神経超音波検査を施行した。神経超音波検査では正中神経Wrist側でCSA17.5mm²と著明な神経腫大を認め、前腕側での神経腫大は認められなかった。また、Wrist-Forearm ratio(WFR)も正常上限1.4に対して3.5であり、神経超音波検査上も手根管症候群が第一に考えられた。その後超音波検査を参考に神経幹内ブロック注射を外来で施行され、症状の改善が認められた。

【考察】神経伝導検査と神経超音波検査を併用することで、手根管症候群の診断の正確性をあげ、また、治療の一助にもなり得る可能性が考えられた。

【結語】典型的な超音波画像を呈した手根管症候群の一例を経験したので報告する。

神戸市立医療センター中央市民病院

078-302-4321(内線※391)