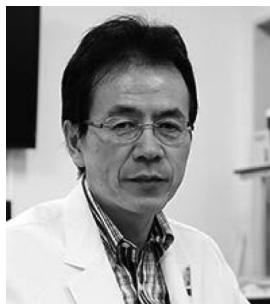


第31回 日本腹部放射線学会開催のご挨拶



第31回日本腹部放射線学会
会長 高橋 康二
旭川医科大学 放射線医学講座

第31回日本腹部放射線学会を2017年6月30日(金)・7月1日(土)の両日、旭川市の大雪クリスタルホールで開催させていただきます。

今回は諸先輩による過去30回の歴史を踏まえての新たな一歩となります。本学会の主旨である画像所見の反映する病態・病理組織所見について、腹部疾患での総括となる特別講演や病理の最新の知見に関する基調講演をお願いしました。

旭川市は北海道のほぼ中央に位置し、大雪山連峰を臨む自然豊かな街です。市内には人気の旭山動物園や上野ファーム・酒蔵などがあり、少し足をのばせば天人峡・層雲峡、富良野市や美瑛町も日帰りで訪れることができます。開催の頃は一年で一番気候の良い時季です。さわやかな北海道の初夏を楽しみながら、リラックスした雰囲気です学会が進められるよう、準備をしております。

皆様の多数のご参加を心よりお待ちしております。

一般社団法人日本腹部放射線学会 役員名簿

《代表理事》 森 宣 (大分大) 《副代表理事》 後閑 武彦 (昭和大) 南 学 (筑波大)

《名誉会員》: 8名

荒木 力 (健康科学大) 黒田 知純 (大阪がん予セ) 中尾 宣夫 (兵庫医大) 中村 仁信 (彩都友誼会)
平松 京一 (水町MR) 平松 慶博 (立川北口健診館) 松井 修 (北陸画像診断支援セ) 宗近 宏次 (総合南東北病院)

《理事》: 8名

今井 裕 (東海大) 大友 邦 (国際医療福祉大) 角谷 眞澄 (信州大) 杉村 和朗 (神戸大)
富樫かおり (京都大) 鳴海 善文 (大阪医大) 村上 卓道 (近畿大) 山下 康行 (熊本大)

《功労会員》: 4名

木戸長一郎 (木戸病院) 隈崎 達夫 (日本医大) 竹川 鉦一 (総合南東北病院) 山田 龍作 (大阪河崎リハ)

《監事》: 2名

楯 靖 (獨協医大) 蒲田 敏文 (金沢大)

《評議員》: 80名

【北海道・東北地区】 10名

加藤 健一 (岩手医大) 児玉 芳尚 (手稲溪仁会) 齋藤 博哉 (札幌東徳洲会) 篠原 敦 (大館市立総合病院)
渋谷 剛一 (青森県立中央) 高瀬 圭 (東北大) 高橋 康二 (旭川医大) 津田 雅視 (仙台市立病院)
中野 覚 (深川市立) 橋本 学 (秋田大)

【関東・甲信越地区】 23名

赤羽 正章 (NTT東日本関東病院) 市川 智章 (埼玉医大国際医療セ) 衣袋 健司 (三井記念) 扇 和之 (日本赤十字)
扇谷 芳光 (昭和大) 岡田 吉隆 (埼玉医大国際医療セ) 加村 毅 (信楽園病院) 桑鶴 良平 (順天堂大)
五味 達哉 (東邦大橋) 陣崎 雅弘 (慶應大) 新本 弘 (防衛医大) 竹下 浩二 (東京山手メディカル)
田中優美子 (がん研有明) 谷本 伸弘 (慶應大) 原留 弘樹 (日本大) 古川 顕 (首都大学東京)
松枝 清 (がん研有明) 松尾 義朋 (イーサイトヘルスケア) 水沼 仁孝 (那須赤十字) 宮川 国久 (聖マリアンナ医)
吉田 哲雄 (神奈川県がんセ) 吉村 宣彦 (新潟大) 渡谷 岳行 (東京大)

【中部・北陸地区】 8名

阿保 斉 (富山県立中央) 伊藤 茂樹 (名古屋第一赤十字) 兼松 雅之 (岐阜県総合医療セ) 小林 聡 (金沢大)
鈴木耕次郎 (名古屋大) 竹内 充 (ラジオロネット東海) 竹原 康雄 (名古屋大) 山本 亨 (福井県立)

【近畿地区】 17名

磯田 裕義 (京都大) 伊藤 亨 (神戸中央市民) 今岡いずみ (近畿大) 河上 聡 (京都ProMed)
狩谷 秀治 (関西医大) 吉川 公彦 (奈良医大) 金 東石 (なにわ生野) 高橋 哲 (神戸大)
谷川 昇 (関西医大枚方) 鶴崎 正勝 (近畿大) 廣橋 伸治 (大阪暁明館) 堀 雅敏 (大阪大)
前田 哲雄 (千船病院) 松木 充 (近畿大) 丸上 永晃 (奈良医大) 山崎 道夫 (公立甲賀)
山本 和宏 (大阪医大)

【中国・四国地区】 9名

栗井 和夫 (広島大) 伊東 克能 (川崎医大) 金澤 右 (岡山山) 佐野村隆行 (香川大)
津田 孝治 (愛媛大) 藤井 進也 (鳥取大) 松崎 健司 (徳島文理大) 山上 卓士 (高知大)
吉廻 毅 (島根大)

【九州・沖縄地区】 13名

青木 隆敏 (産業医大) 入江 裕之 (佐賀大) 内田 政史 (久留米大) 岡田 真広 (琉球大)
浪本 智弘 (熊本大) 西村 浩 (済生会二日市) 林 秀行 (長崎大) 福倉 良彦 (鹿児島大)
福田 俊夫 (長崎がんメディカルセンター) 本田 浩 (九州大) 松本 俊郎 (大分大) 吉満 研吾 (福岡大)
渡辺 祐司 (九州大)

(105名敬称略・順不同)

《事務局》

森 宣、山田 康成、小川 智子
大分大学医学部臨床医学系放射線医学講座
〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘 1-1
E-mail : jsar@oita-u.ac.jp

一般社団法人設立と正会員としての年会費制について

本会は1990年から「任意団体」として活動して参りましたが、会員数も平成22年には900名を越え、国内外の腹部放射線医学・画像診断学領域において重要な役割を果たしております。

放射線医学の更なる発展の基盤となるよう、平成23年2月7日（月）に名実ともに「一般社団法人 日本腹部放射線研究会」として設立登記し、平成25年6月21日（金）に「一般社団法人 日本腹部放射線学会」となりました。

尚、「一般社団法人」は主に「会費収入」で成り立つ事が条件と定める公正取引委員会での取決めにに基づき、平成23年度より正会員としての「年会費制（8,000円）」を導入し、お支払い手続きのご負担軽減の為、全てクレジットカード決済としております。

【正会員の継続について】

正会員としての継続の意思を事前確認させて頂き、平成29年度年会費（8,000円）を本年5月1日付で自動決済させて頂きます。

【新規に正会員としてご登録頂く場合】

本学会の法人化前（平成23年2月7日以前）に会員登録済みの場合は、学会ホームページの会員登録頁より「確認・修正」をご選択頂き、登録内容を確認・修正してください。この際には年会費のクレジットカード決済のご入力を御願いたします。

- ・年会費納入期間：日本腹部放射線学会法人年度内（5月1日～翌年4月末日）
但し、学会開催前の5月1日～31日の間に、当年度の「年会費（8,000円）」を納入して頂いた場合は、同年6月に開催されます学術集会の参加費（15,000円）を、年会費納入の特典として減額いたします（正会員：5,000円、但し、医学生・初期研修医・大学院生は無料）。
上記期間内に「年会費」を納入されない場合は、学術集会『参加費（15,000円）』は当日、会場にてお支払いください。

[年会費納入の特典]

- 1) 学会および学会関連学会の情報提供
- 2) 学会ホームページ上の「デジタルアトラス」の閲覧資格取得
- 3) 日本腹部放射線学会バイエル奨励賞の応募資格取得
- 4) 当年度の学会当日参加費の優遇
(学会開催前の5月1日～31日の間に年会費を納入して頂いた場合に限られます)

正会員	¥ 5,000 (但し、医学生、初期研修医、大学院生：免除)
非会員	¥ 15,000 (但し、後期研修医、大学院生：¥ 5,000)

「正会員」となることにより、多くの先生方が日常診療や研究活動及び教育の場において幅広くその特典を活用されることを祈願いたします。

一般社団法人日本腹部放射線学会
代表 森 宣

<執筆要綱(概略)>

①「プレデジタルアトラス (=デジタルアトラス)」

Total文字数	
8,500字以内	演題名、演者名、所属…8,500字に含む 図、表…1点を400字に換算 (例) 図10枚を掲載の場合(400×10=4,000字に換算) →入力Total文字数は実質4,500字以内となる

②「臨床放射線」

選考委員により推薦された演題については、「プレデジタルアトラス」掲載内容を論文の体裁に整えて頂き、**英文サマリー(演題名、演者名、所属含100ワード以内)**を追加後、査読・校正を通して同学術誌へ投稿して頂く事が出来ます。

◆発表時間

- ・一般口演の発表時間は発表5分・討論時間4分です。International Session では、発表時間5分、討論時間5分(病理コメントを含む)です。時間厳守をお願いいたします。

◆発表形式

- ・PCによる発表ですので、データもしくはご自身のPCをご持参ください。
- ・会場に設置されるプロジェクターは1画面となり、解像度は1024×768ピクセルです。
- ・当日は演者ご自身で舞台上に設置されてあるキーボード及びマウスにて操作していただきます。

病理コメントーターがコメントをする際に、病理写真のスライドを使うことがございますので、最終スライドの後に、発表で使ったものと同じ病理写真のスライドを再掲してください。
発表で提示していない病理写真を入れることはできません。
質疑応答の際に、スライドを戻して説明することはご遠慮ください。

◆PC受付

- ・PC受付(1Fラウンジ(大会議室前))にて、発表の30分前までに試写をお済ませください(混雑が予想されますので、十分時間に余裕を持ってPC受付を行っていただきますようご協力をお願いいたします)。
- ・PC受付での発表データの修正作業はご遠慮ください。
- ・PC本体をお持ち込みの方はデータ確認終了後、発表会場のPCオペレーター席(会場ステージ向かって左側)までご自身でお持ちください。

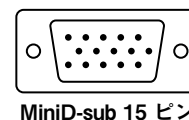
◆発表に関する注意事項

<データをお持ち込みの方>

- ・発表はWindowsのPowerPointとなります。発表データはCD-R、DVD-RまたはUSBフラッシュメモリのメディアにてご持参ください(CD-RW、DVD-RWは不可)。
- ・ご発表用アプリケーションは以下のバージョンをご用意いたします。
Windows PowerPoint : 2010~2016
※Macintoshで発表データを作成される方は、ご自身のPCをご持参ください。
- ・フォントはOS標準で装備されているものをご使用ください。画面レイアウトの崩れを防ぐには、下記フォントのご使用をお勧めいたします。
推奨フォント/日本語の場合 MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝
推奨フォント/英語の場合 Century、Century Gothic
上記以外のフォントを使用した場合、文字や段落のずれ、文字化け、文字が表示されない等のトラブルが起こる可能性があります。
- ・動画をご使用の場合は、PowerPointとのリンク状態を保つため、動画ファイルも同じフォルダに保存してください。ファイル形式は、Windows Media Player12(標準コーデック)で動作するファイル形式をご用意ください(推奨:WMV)。
※AVIはCODECによって再生できない場合があります。
動画をご使用の場合は、ご自身のPCをご持参いただくことをお勧めいたします。
- ・音声は使用できません。
- ・発表者ツールは使用できません。発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。
- ・お預かりした発表データは、学会終了後、事務局にて消去いたします。

<PC本体をご持参される方>

- ・PC本体をお持ち込みの方は、PC受付でのデータ確認終了後、発表会場のPCオペレーター席（会場ステージ向かって左側）までご自身でお持ちください。
- ・PCお持ち込みの場合は、外部ディスプレイ出力が可能であることを必ずご確認ください。
- ・バッテリー切れを防ぐため電源アダプターをご持参ください。再起動することがありますので起動の際のパスワード設定は必ず解除してください。
- ・出力端子がMiniD-sub 15ピンでないものは、接続アダプターをご持参ください。
※HDMIやMini DisplayPortなどのD-sub 15ピン以外の接続はお受けできません。
- ・画面サイズ（解像度）はXGA（1024×768）となります。
- ・この環境で画面のすべてが不具合なく表示されることを、予めご確認ください。
- ・音声は使用できません。
- ・発表者ツールは使用できません。発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。
- ・スクリーンセーバー、ウイルスチェック、並びに省電力設定（Macintoshの場合はホットコーナーも）は、あらかじめ解除をお願いいたします。



◆病理標本

- ・口演は病理学の先生にコメンテーターをお願いしております。病理コメンテーターの先生方よりご要望のあった演題については、事前にプレパラートをご送付いただくか、当日ご持参いただきます。ご郵送をお願いする場合は改めてご連絡させていただきます。なお、お預かりしたプレパラートは、口演後に病理室（1F 第2会議室）にて返却いたしますのでお忘れのないようご注意ください。

【ポスター展示】

- ・ポスター展示会場は1F 大会議室 です。
- ・ポスター展示については、一般展示、問題提示（クイズ）形式の2種類があります。各自ご発表の形式とパネルサイズを確認の上、作成するようお願いいたします。

1) 座 長

- ・1日目の17：10～18：10にポスターディスカッションを行います。
発表3分、質疑2分で進めてください。

2) 一般展示発表者

- ・ポスターを掲示するパネルのサイズは下記の通りです。
(10ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
横90cm×縦210cm
- ・ポスターは、1日目午前11：00までに掲示してください。ポスターを掲示するパネルに演題番号がついていますので、会場に用意された画びょうを使用して掲示してください。
- ・1日目の17：10～18：10にポスターディスカッションを行います。発表者はご自身のポスターの前で待機してください。各セッションの座長の進行に従って、発表3分、質疑2分をお願いいたします。
- ・2日目の全プログラム終了後は、直ちにポスターの撤去をお願いいたします。終了後30分経過しても残っているポスターは処分いたしますので、ご了承ください。

3) クイズ展示発表者

- ・ポスターを掲示するパネルの大きさは下記の通りです。
(11ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
パネル上（出題）：横116cm×縦90cm
パネル下（解答解説）：横116cm×縦90cm
- ・出題部分には患者の年齢、性、簡単な主訴や経過、症例の画像のみを提示するように作成してください。図の説明は検査法のみとし、所見の解説はつけないようお願いいたします。矢印や矢頭はつけていただいても構いません。
- ・解答解説部分には演題名に続いて、画像の説明、最終診断、症例の解説をお願いいたします。出題部分と重複してお示しいただいても構いません。
- ・上記の原稿を指定日までに事務局宛に送付してください。解答・解説部分を隠して掲示いたします。なお、第1日目の17：10より解答・解説部分を公開いたします。
- ・展示に関して座長の設定や口演発表は行いませんが、第1日目の17：10～18：10まではポスターディスカッションのため、ご自分のポスターの前で待機してください。
- ・2日目の全プログラム終了後は、直ちにポスターの撤去をお願いいたします。終了後30分経過しても残っているポスターは処分いたしますので、ご了承ください。

3. 社員総会（世話人会）

日 時：6月30日（金）13：25～13：55（30分）

場 所：1F コンサート室（口演会場）

4. 展示クイズ企画

日 時：6月30日（金）17：10～18：10

場 所：1F ポスター会場内

・ポスター展示の閲覧時間は第1日目9：00～19：00、2日目9：00～16：30です。第1日目の17：10までクイズ展示ポスターの解答・解説は隠されています。

・会場には解答用紙を用意しておりますので、解答・解説が発表される前に皆様奮ってご解答ください。なお、解答・解説は第1日目の17：10～18：10に公開されますので、それまでに会場に用意された箱に記名のうえご投函ください。

※7月1日（土）13：50～14：00 口演会場（1F コンサート室）にてクイズ症例優秀者表彰を行います。上位の方には当番世話人が心ばかりの賞品をご用意しております。皆様ぜひご参加ください。

5. 打田賞受賞講演・表彰

日 時：7月1日（土）14：00～14：35

6. 基調講演

【基調講演1】 バイエル薬品株式会社 共催セミナー

日 時：6月30日（金）11：15～11：45

座 長：角谷 眞澄（信州大学医学部 画像医学）

演 者：坂元 亨宇（慶應義塾大学医学部病理学）

『肝癌病理診断の最近の話題』

【基調講演2】 バイエル薬品株式会社 共催セミナー

日 時：7月1日（土）11：40～12：10

座 長：大友 邦（国際医療福祉大学 学長）

演 者：波多野悦朗（兵庫医科大学 外科学講座 肝胆膵外科）

『肝胆膵・移植外科医が求める術前画像診断』

【会長指定講演・授与式】 シーメンスヘルスケア株式会社 共催セミナー

日 時：7月1日（土）14：50～15：15

座 長：高橋 康二（旭川医科大学 放射線医学講座）

演 者：藤田 信行（函館中央病院 放射線科）

『肝腫瘍診断困難例撲滅を目指して』

7.共催セミナー

【ランチョンセミナー1】東芝メディカルシステムズ株式会社

日 時：6月30日（金）11：55～12：45

座 長：村上 卓道（近畿大学医学部放射線医学教室 放射線診断学部門）

演 者：喜友名 一（日本医科大学付属病院 放射線科）

『Dual Energy CTを用いた腹部画像解析』

中村 優子（広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 放射線診断学研究室）

『肝Perfusion CTによる肝癌の治療予後の推定』

【ランチョンセミナー2】株式会社フィリップス エレクトロニクス ジャパン

日 時：7月1日（土）12：20～13：10

座 長：高瀬 圭（東北大学医学部 放射線診断科）

演 者：片平 和博（国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 放射線診断科 部長）

『腹部領域におけるスペクトラルCTの臨床応用』

【ティータイムセミナー】富士製薬工業株式会社

日 時：6月30日（金）14：45～15：35

座 長：角谷 真澄（信州大学医学部 放射線科）

演 者：蒲田 敏文（金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 放射線科学）

『脾腫瘍の画像診断』

【モーニングセミナー】GEヘルスケアジャパン株式会社

日 時：7月1日（土）8：20～9：10

座 長：蒲田 敏文（金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 放射線科学）

『MRエラストグラフィーとIDEAL-IQ（鉄・脂肪定量評価）の最新知見』

演 者：今城 健人（横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学教室）

『肝疾患診療における有用性～非アルコール性脂肪肝疾患を中心に～』

吉満 研吾（福岡大学医学部 放射線医学教室）

『肝疾患における実践プロトコルと将来展望』

8.情報交換会

日 時：6月30日（金）18：10～

場 所：1F ホワイエ

一般展示 ポスターの見本 (A4用紙に印刷してポスターを組んだ場合)


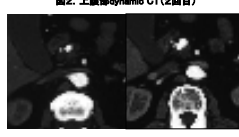


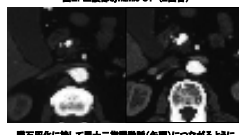


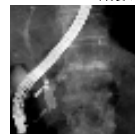
ポスターを貼り付けるスペースの目安は、A4横向きで3列×7行です。

演題番号は事務局で用意します

200mm

200mm

200mm

<p>塞栓術で治療した Hemosuccus Pancreaticus の1症例</p> <p>魚山 登史, 櫻生 茂, 南 学, 幸明 正孝, 曾岡 直紀, 古賀 久雄, 深田 慎, 大友 秀</p> <p>東京大学医学部附属病院放射線科</p>	<p>症例</p> <ul style="list-style-type: none"> 68歳男性 主訴: 下血、心窩部痛、嘔吐、冷汗 日本顕2会x52年 5月検診にて貧血指摘(Hb 6台)近医受診。7月頃下血が一度あり、8月に気分不快、悪心、嘔吐、下血があり、当院緊急入院。Hb 6台、貧血。CT, US行っても出血源不明。11月に血便、ふらつきがあったため、当院受診。Hb 6.8と低下のため緊急入院。 	<p>入院後経過</p> <ul style="list-style-type: none"> Hb 6.8 1g/dL, CRP <0.3 mg/d 正球性貧血 (RBC 227万 1/μL MCV 88.1) amylase 158 IU/L, p-amylase 74 ↑ IU/L 胆管上下部内視鏡 - 明らかな出血源なく、十二指腸のsecond portion でのみ血溜り付着 CT (一層目) 慢性膵炎発症、膵尾部に石灰化小嚢造影ノ異常なし HSA出血シンチ (異常なし) 輸血(MAP 2x3回)
<p>図1. 腹部造影CT (1層目、遠隔相)</p> 	<p>図2. 上腹部dynamic CT (2層目)</p> 	<p>図3. MPYR-MIP</p> 
<p>図4. 腹腔動脈造影</p> 	<p>図2. 上腹部dynamic CT (2層目)</p>  <p>膵石灰化に接して胃十二指腸動脈(矢頭)につながるように動脈瘤(矢印)を認める。</p>	<p>図5. 胃十二指腸動脈造影</p>  <p>胃上十二指腸動脈近位近くに慢性動脈瘤を認める。この層は図3、4でも見えている。</p>
<p>塞栓術後の上腸間膜動脈造影にて、胃下十二指腸動脈近位部付近にも小さな慢性動脈瘤の残存を認めたが、膵炎の合併を認め、塞栓術は追加しなかった。</p> 	<p>5ヶ月後のERCP</p>  <ul style="list-style-type: none"> 主膵管内に結石 膵管拡張 	<p>Hemosuccus Pancreaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> Sandblom P.(1970)が最初に報告 膵管からの大量の出血を指す ほとんどのが慢性膵炎に伴うもの 慢性膵炎の膵管内狭窄により膵管から出血 その他に慢性、寡血性膵炎の膵管容、迷走膵(異所性膵)などによるものも報告されている <p>報告 65例 (塞栓術による治療例 9例)</p>
<p>Hemosuccus Pancreaticus : 診断</p> <p>出血は間欠的のため、動脈から膵管への出血が抽出されるのはまれ。(Sutar, 1995)</p> <p>内視鏡で主膵管からの出血をもって診断(Moore, 1985; Jacobs, 1992).</p> <p>内視鏡で不明なものは血管造影が有用(Shahani, 1984).</p> <p>CTで慢性膵炎、動脈瘤。</p> <p>3D-CTangiography も有用 (Meisfeldt, 1997).</p>	<p>Hemosuccus Pancreaticus : 治療</p> <ul style="list-style-type: none"> 手術 <ul style="list-style-type: none"> 膵部分切除、膵摘、膵臓の摘出 塞栓術 <ul style="list-style-type: none"> 動脈瘤の近位・遠位の塞栓 	<p>Hemosuccus Pancreaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> 慢性膵炎に慢性動脈瘤が合併する頻度は約10% (White, 1976; Hofer, 1987). 慢性膵炎成癥における消化管出血を見た場合には、この疾患を念頭に置いて詳細に診断する必要がある。

900mm

この部分は見えにくいので、
 掲示しないようにしてください。

クイズポスターの見本 (A4用紙に印刷してポスターを組んだ場合)

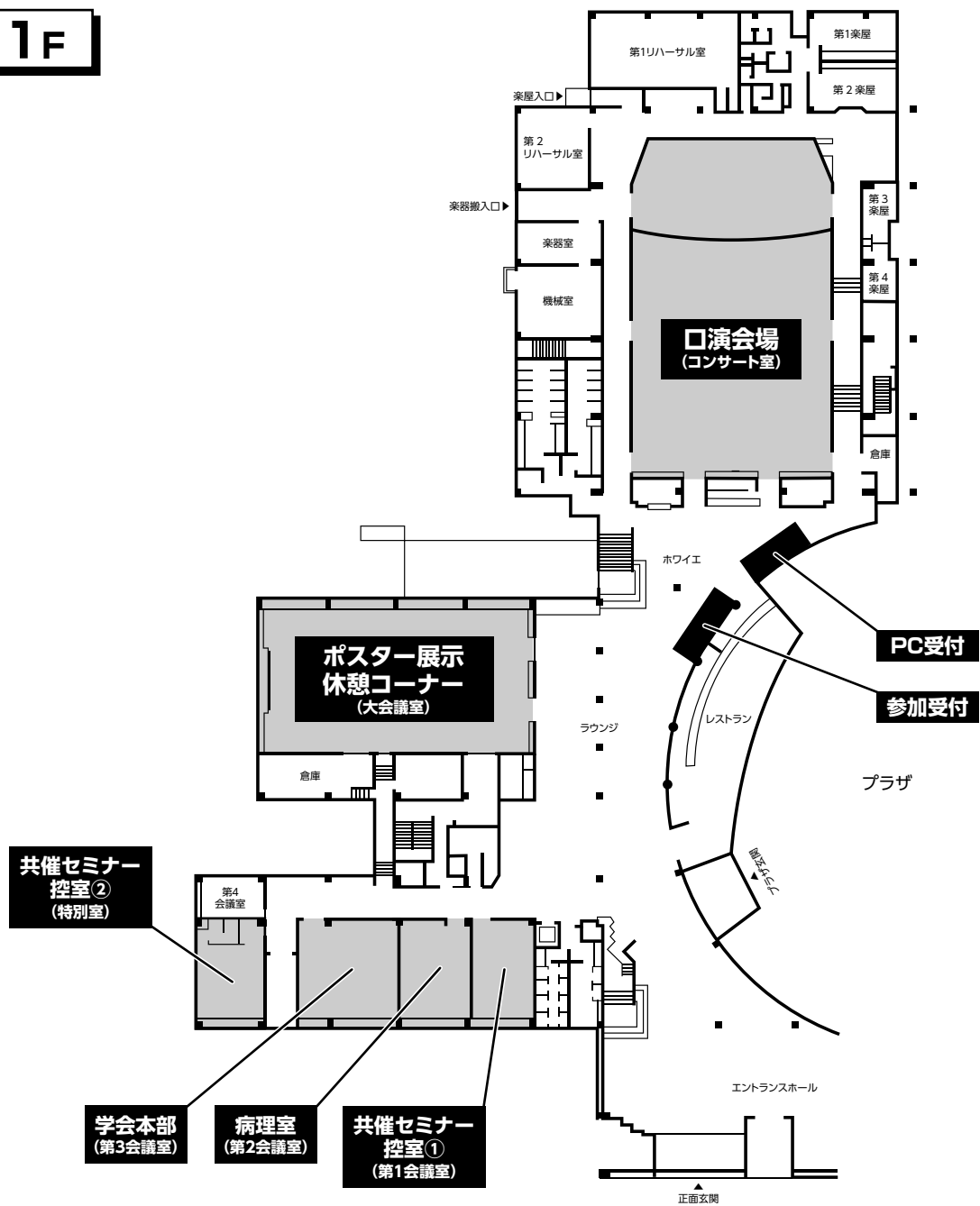
A4用紙を使った場合、上の問題欄には3列×4行、下の解答・解説欄には最大3列×3行、計21枚のA4用紙を横置きで貼り付けることができます。

演題番号は事務局で準備します。	使用しません
図に番号をふっておくと解説の際に便利です (論文のように)	
症例 68歳男性 主訴: 下血、心窩部痛、嘔吐、冷汗 日本酒2合/22年 8月秋診にて貧血指摘(Hb 8.6)返診受診。7月頃下血が一度増し。9月に気分不快、悪心、嘔吐、下血が再び発症。入院後、Hb 6.6、精血、OT、US行っても出血原因不明。11月に血便、ふらつきがあったため、当院受診。Hb 8.8と低下のため緊急入院。	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>図1 腹部造影CT (1回目、遅延相)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>図2 上腹部dynamic CT (2回目)</p> <p>脾石状化に似して胃十二指腸腫瘍(矢印)につながるように腫瘍(矢印)を認める。</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>図3. MPVR-MIP</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>図4. 膵腔腫瘍造影</p> </div>
この線を境に、問題欄は上部パネルに、解答・解説欄は下部パネルに掲示します。	画像所見の解説はここでは伏せて、どういう検査法かのみ示してください (Key pointがわかりにくい場合は矢印などを付け、その解説は解答・解説欄で述べてください)
Key imageは繰り返して提示していただいてもかまいません。	初日の18:25までは、ここから下の部分を縦900mm×横1160mmの紙で隠します。
タイトル・発表者・施設名	塞栓術で治療した Hemosuccus Pancreaticus の1症例 倉山 聖志、柳 淳、青野 泰明、正家 吉岡、直紀、古賀 久雄、渡辺 慎、大友 邦 東京大学医学部附属病院放射線科
その後の経過など	入院後経過 Hb 8.8 ↓ g/dL, CRP 0.3 mg/dl 正球性貧血 (RBC 227万 ↓ /μl, MCV 88.1) amylase 158 IU/L, p-amy/ase 74 ↓ IU/L 胆管上下部内腔鏡 - 明らかな出血源なく、十二指腸のsecond portion にのみ血液付着 OT (一回目): 慢性脾炎指摘、脾臓部に石灰化小腫瘍 (異常なし) HSA出血シグナル (異常なし) 輸血(MAP 2Lx3回)
最終診断	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>図5. 胃十二指腸腫瘍造影</p> <p>後上腹十二指腸腫瘍起始部近くに仮性腫瘍を認める。この腫は図3、4でも見えている。</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>最終診断 Hemosuccus Pancreaticus</p> <p>hemo=[Q.a/m] blood suocous=[L.] doo</p> </div> </div>
解説	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Hemosuccus Pancreaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Sandblom P (1970)が最初に報告 ・膵管からの大量の出血を指す ・ほとんどのものが慢性脾炎に伴うもの ・仮性腫瘍の膵管内破裂により膵管から出血 ・その他に外傷性、富血性腫瘍の脾転移、迷走脾 (異所性脾) などによるものも報告されている ・報告 65例 (塞栓術による治療例 9例) </div> <div style="width: 45%;"> <p>Hemosuccus Pancreaticus : 診断</p> <p>出血は間欠的のため、腫瘍から膵管への出血が抽出されるのはまれ。(Suter, 1986)</p> <p>内視鏡で主膵管からの出血をもって診断(Morse, 1959; Jacobs, 1992).</p> <p>内視鏡で不明なものは血管造影が有用(Shaharil, 1984).</p> <p>OTで慢性脾炎、腫瘍病。</p> <p>3D-OTangiography も有用 (Malzfeldt, 1987).</p> </div> </div>
この部分は見にくいので、掲示しません。	必要な場合はreferenceを加えてください。

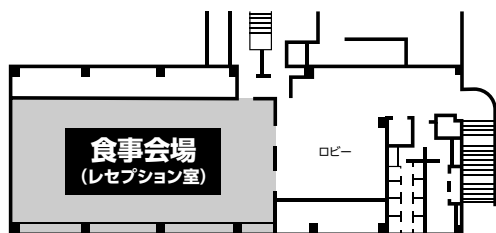
会場フロア図

旭川市大雪クリスタルホール

1F



2F



プログラム・日程表

第31回日本腹部放射線学会 日程表

6月30日(金)		7月1日(土)	
8:00		8:00	開場
9:00	9:00~9:05 開会の挨拶	8:20~9:10	モーニングセミナー
	9:05~10:00 膵臓 (O-1 ~ O-6)	9:10~9:30	休憩、軽食
10:00	10:00~11:05 消化管・腸間膜・腹腔 (O-7 ~ O-13)	9:30~10:35	腎臓・泌尿器 1 (O-25 ~ O-31)
11:00		10:35~11:40	泌尿器 2 (O-32 ~ O-38)
	11:15~11:45 基調講演 1	11:40~12:10	基調講演 2
12:00	11:55~12:45 ランチョンセミナー 1	12:20~13:10	ランチョンセミナー 2
13:00			
	13:25~13:55 社員総会 (世話人会)	13:50~14:00	クイズ症例優秀者表彰
14:00	13:55~14:45 International Session (O-14 ~ O-18)	14:00~14:35	打田賞受賞講演
15:00	14:45~15:35 ティータイムセミナー	14:35~14:50	JSAR 総会 (事務局連絡)
		14:50~15:15	会長指定講演・授与式
16:00		15:25~16:10	肝臓 1・その他 (O-39 ~ O-43)
	16:05~17:00 子宮・後腹膜 (O-19 ~ O-24)	16:10~16:55	肝臓 2・胆道・胆嚢 (O-44 ~ O-48)
17:00		16:55~	閉会の挨拶
	[1F 大会議室] 17:10~18:10 ポスターディスカッション/ クイズ症例解答発表		
18:00	18:10~ 情報交換会 [1F 大会議室前ホワイエ]	18:00	

※記載のないものは、1F 口演会場 (コンサート室) が会場となります。

9:00~9:05 開会の挨拶

9:05~10:00 セッション 1 膵臓 (6題)

座 長 福倉 良彦 (鹿児島大学 放射線科)
コメンテーター 青木 直子 (旭川医科大学 病理学講座)

O-01 膵粘液性嚢胞腫瘍由来の破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌の1例

松浦紘一郎¹、佐野 勝廣¹、森阪 裕之¹、岡田 吉隆¹、岡本 光順²、良沢 昭銘³、
永田 耕治⁴、市川 智章¹
埼玉医科大学国際医療センター 画像診断科¹、埼玉医科大学国際医療センター 肝胆膵外科²、
埼玉医科大学国際医療センター 消化器内視鏡³、埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科⁴

O-02 膵粘液癌の1例

渡邊 裕陽¹、市川新太郎¹、本杉宇太郎¹、深澤 光晴²、榎本 信幸²、川井田博允³、
河野 寛³、近藤 哲夫⁴、大西 洋¹
山梨大学医学部 放射線医学講座¹、山梨大学医学部 内科学講座第1教室²、
山梨大学医学部 外科学講座第1教室³、山梨大学医学部 人体病理学講座⁴

O-03 急速かつ予後不良な臨床経過を呈した膵腺房細胞癌の1例

山田 哲¹、藤田 幸恵¹、大彌 歩¹、上原 剛²、田中 榮司³、角谷 眞澄¹
信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部 病態解析診断学教室²、
信州大学医学部 内科学第二教室³

O-04 膵癌を伴った1型自己免疫性膵炎の1例

小西 徹¹、小山 貴²、中下 悟²、中谷 航也²、藤原 俊孝²、奥村 明²、
天羽 賢樹²、大目 祐介³、能登原憲司⁴
倉敷中央病院 教育研修部¹、倉敷中央病院 放射線診断科²、倉敷中央病院 外科³、
倉敷中央病院 病理診断科⁴

O-05 EUS-FNAで胃にimplantationを生じた膵原発solid pseudopapillary neoplasmの1例

山口 晴臣¹、森阪 裕之¹、佐野 勝廣¹、岡田 吉隆¹、良沢 昭銘⁴、岡本 光順²、
永田 耕治³、市川 智章¹
埼玉医科大学国際医療センター 画像診断科¹、埼玉医科大学国際医療センター 肝胆膵外科²、
埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科³、埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科⁴

O-06 遺伝性膵炎の経過中に嚢胞径に変化を生じた粘液性嚢胞性腫瘍の1例

立入 哲也¹、丸上 永晃²、高濱 潤子¹、平井都始子²、吉川 公彦¹、庄 雅之³、
畠山 金太⁴
奈良県立医科大学附属病院 放射線科・IVRセンター¹、
奈良県立医科大学附属病院 総合画像診断センター²、
奈良県立医科大学附属病院 消化器・総合外科³、奈良県立医科大学附属病院 病理診断学講座⁴

座長 畠中 正光（札幌医科大学医学部 放射線診断学）
コメンテーター 青木 直子（旭川医科大学 病理学講座）

O-07 広範な静脈内ガスを伴ったS状結腸憩室炎の1例

舟山 慧¹、市川新太郎¹、本杉宇太郎¹、渡邊 光章²、河野 寛²、近藤 哲夫³、
大西 洋¹

山梨大学医学部 放射線医学講座¹、山梨大学医学部 第1外科²、山梨大学医学部 人体病理学³

O-08 サブイレウスにて発症したS状結腸子宮内膜症の1例

澁川 絢子¹、山口 敏雄¹、吉原 尚志¹、清水 康弘¹、嶺 久美子¹、牧山 裕顕²、
小林 徹也³、福永 眞治⁴

新百合ヶ丘総合病院 放射線診断科¹、新百合ヶ丘総合病院 消化器内科²、
新百合ヶ丘総合病院 外科³、新百合ヶ丘総合病院 病理診断科⁴

O-09 大腸癌の摘出標本MRIと病理組織との対比

井上 明星^{1,4}、大田 信一¹、新田 哲久¹、吉村 雅寛¹、清水 智治²、谷 眞至²、
九嶋 亮治³、居出 健司⁴、村田喜代史¹

滋賀医科大学 放射線医学講座¹、滋賀医科大学 外科学講座²、滋賀医科大学 病理診断科³、
東近江総合医療センター 放射線科⁴

O-10 十二指腸ブルネル腺過誤腫の1例

小田 晃義、松木 充、沼本 勲男、福井 秀行、任 誠雲、兵頭 朋子、
柳生 行伸、鶴崎 正勝、今岡いずみ、石井 一成、村上 卓道

近畿大学医学部附属病院 放射線診断科

O-11 卵巣腫瘍と鑑別が困難であった小腸GISTの1例

佐々木 優¹、市川新太郎¹、本杉宇太郎¹、原 倫生²、須藤 誠²、大石 直輝³、
大西 洋¹

山梨大学医学部 放射線医学講座内¹、山梨大学医学部 第一外科²、山梨大学医学部 病理学教室³

O-12 前縦隔に転移をきたした小腸神経内分泌腫瘍の1例

秋山裕一郎¹、斉藤 彰俊²

山梨県立中央病院 臨床研修医¹、山梨県立中央病院 放射線診断科²

O-13 メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患により消化管穿孔を来した1例

山岸 亮平、井上 達朗、長谷川 悠、八代 大佑、岡田 慎悟、山城 雄貴、
鈴木 一廣、白石 昭彦、村上 康二、桑鶴 良平

順天堂大学 放射線科

11:15~11:45 基調講演1: バイエル薬品株式会社

座長 角谷 眞澄 (信州大学医学部 画像医学)
演者 坂元 亨宇 (慶應義塾大学医学部病理学)

『肝癌病理診断の最近の話題』

11:55~12:45 ランチョンセミナー1: 東芝メディカルシステムズ株式会社

座長 村上 卓道 (近畿大学医学部放射線医学教室 放射線診断学部門)

演者 喜友名 一 (日本医科大学付属病院 放射線科)

『Dual Energy CTを用いた腹部画像解析』

演者 中村 優子 (広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 放射線診断学研究室)

『肝Perfusion CTによる肝癌の治療予後の推定』

13:25~13:55 社員総会 (世話人会)

13:55~14:45 セッション3 International Session (5題)

Moderators Cher Heng Tan (Tan Tock Seng Hospital)
Hiromu Mori (Oita University Faculty of Medicine)
Commentator Hidehiro Takei (Asahikawa Medical University, Department of Pathology)

O-14 Quantitative analysis of liver functional reserve using Gd-EOB-DTPA MR imaging

Manduul Enkhjargal, Takahito Nakajima, Kei Shibuya, Yoshito Tsushima
Department of Diagnostic Radiology and Nuclear Medicine, Gunma University Graduate School of Medicine

O-15 Two cases of ovarian Leydig cell tumors

Takashi Ota¹, Takahiro Tsuboyama¹, Ken Ueda³, Yumiko Hori², Hideaki Miwa⁴,
Masatoshi Hori¹, Hiromitsu Onishi¹, Makoto Sakane¹, Mitsuaki Tatsumi¹,
Noriyuki Tomiyama¹

Diagnostic and Interventional Radiology, Osaka University Graduate School of Medicine¹,
Diagnostic Pathology, Osaka University Graduate School of Medicine²,
Radiology, Osaka Rosai Hospital³, Pathology, Osaka Rosai Hospital⁴

O-16 Imaging findings of ovarian dysgerminoma with emphasis on multiplicity and vascular architecture: implication for pathogenesis.

Takahiro Tsuboyama¹, Yumiko Hori², Masatoshi Hori¹, Hiromitsu Onishi¹,
Mitsuaki Tatsumi¹, Makoto Sakane¹, Takashi Ota¹, Noriyuki Tomiyama¹
Department of Radiology, Osaka University Graduate School of Medicine¹,
Department of Pathology, Osaka University Graduate School of Medicine²

O-17 A Young Woman with Metastatic Ovarian Tumors from the Appendix Mimicking Massive Ovarian Edema

Yumiko Oishi Tanaka¹, Yutaka Takazawa², Motoki Matsuura³, Kohei Omatsu³,
Nobuhiro Takeshima³, Kiyoshi Matsueda¹

Diagnostic Imaging Center, The Cancer Institute Hospital of Japan Foundation of Cancer Research¹,
Clinicopathology Center, The Cancer Institute Hospital of Japan Foundation of Cancer Research²,
Gynecologic Oncology, The Cancer Institute Hospital of Japan Foundation of Cancer Research³

O-18 MRI findings of placental invasion without placental previa

Satomi Kitai¹, Kenji Motohashi¹, Hiroaki Aoki², Kaoru Onoue¹, Osamu Samura²,
Aikou Okamoto², Kunihiko Fukuda¹

Department of Radiology, The Jikei University School of Medicine¹,
Department of Obstetrics and Gynecology, The Jikei University School of Medicine²

14:45~15:35 ティータイムセミナー：富士製薬工業株式会社

座長 角谷 眞澄 (信州大学医学部 放射線科)

演者 蒲田 敏文 (金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 放射線科学)

『臍腫瘍の画像診断』

16:05~17:00 セッション4 子宮・後腹膜 (6題)

座長 坪山 尚寛 (大阪大学 放射線科)

コメンテーター 武井 博英 (旭川医科大学病院 病理部病理診断科)

O-19 子宮筋腫に対するGnRHアゴニスト療法後に赤色変性を生じた1例

蜂谷 可絵、加藤 博基、金子 揚、松尾 政之

岐阜大学医学部 放射線科

O-20 子宮頸部印環細胞癌の1例

福井 修一¹、山口 健¹、中園 貴彦¹、入江 裕之¹、横山 正俊²、山本美保子³

佐賀大学医学部 放射線科¹、佐賀大学医学部 産婦人科²、佐賀大学医学部 病理³

O-21 cystic adenomatoid tumorの2例

山田 陽子¹、左合 直¹、小坂 康夫¹、折戸 信暁¹、山田 篤史¹、高橋 孝博¹、

太田 諒²、田嶋 公久³

福井赤十字病院 放射線科¹、福井赤十字病院 病理診断科²、福井赤十字病院 産婦人科³

O-22 腸管子宮内膜症由来と考えられた腹腔内播種を伴う低悪性度大腸子宮内膜間質肉腫の1例

正田 麻紀¹、横谷 繁郎¹、大倉 享¹、末吉 智¹、中川 裕之¹、杉浦 敦²、

石田 英雄³、丸上 永晃⁴、高濱 潤子⁴、伊藤 高広⁴、吉川 公彦⁴

奈良県総合医療センター 放射線科¹、奈良県総合医療センター 産婦人科²、

奈良県総合医療センター 病理診断科³、奈良県立医科大学 放射線科・IVRセンター⁴

○-23 小児神経芽腫の成人例と考えられる“神経芽腫群”の2例

足立 拓也¹、横山みなど²、藤井 靖久²、木脇 祐子³、桐村 進³、久保田一徳¹、
齋田 幸久¹、立石宇貴秀¹

東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線診断科¹、東京医科歯科大学医学部附属病院 泌尿器科²、
東京医科歯科大学医学部附属病院 病理部³

○-24 下大静脈から発生した平滑筋肉腫の1例

石山 公一¹、高木 倫子¹、戸沢 智樹¹、大高 葵¹、笹嶋 素子¹、橋本 学¹、
吉岡 政人²、渡辺 剛²、山本 雄造²、南條 博³

秋田大学医学部 放射線科¹、秋田大学医学部 消化器外科²、秋田大学医学部附属病院 病理部³

17:10~18:10 ポスターディスカッション (1F 大会議室)

17:10~18:10 クイズ症例解答発表 (1F 大会議室)

18:10~ 情報交換会 (1F 大会議室前ホワイエ)

8:20~9:10 モーニングセミナー：GEヘルスケアジャパン株式会社

座長 蒲田 敏文 (金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 放射線科学)

『MRエラストグラフィとIDEAL-IQ (鉄・脂肪定量評価) の最新知見』

演者 今城 健人 (横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学教室)

『肝疾患診療における有用性～非アルコール性脂肪肝疾患を中心に～』

演者 吉満 研吾 (福岡大学医学部 放射線医学教室)

『肝疾患における実践プロトコルと将来展望』

9:30~10:35 セッション5 腎臓・泌尿器1 (7題)

座長 陣崎 雅弘 (慶應義塾大学医学部 放射線診断科)

コメンテーター 三代川 齊之 (旭川医科大学病院 病理部病理診断科)

0-25 出血性嚢胞と鑑別困難であった腎細胞癌の1例

山川 美帆¹、柏木 栄二¹、小川 和也¹、田中 仁美¹、喜久山綾乃¹、國富 裕樹¹、
甲田真由子¹、杉原 英治¹、村田 昌之¹、稲場 文隆¹、島津 宏樹²、伏見 博彰²、
川本 誠一¹

大阪急性期・総合医療センター 画像診断科¹、大阪急性期・総合医療センター 病理科²

0-26 Xp11.2 転座型腎細胞癌の1例

柏木 栄二¹、杉原 英治¹、小川 和也¹、田中 仁美¹、國富 裕樹¹、喜久山綾乃¹、
甲田真由子¹、村田 昌之¹、稲場 文隆¹、川本 誠一¹、栗林 宗平²、葛原 宏一²、
島津 宏樹³、伏見 博彰³

大阪府立急性期・総合医療センター 画像診断科¹、
大阪府立急性期・総合医療センター 泌尿器科²、大阪府立急性期・総合医療センター 病理科³

0-27 尿管癌との区別が困難であった腎細胞癌の遺残尿管転移の1例

遠山 兼史¹、加山 英夫¹、滝沢 明利²、福井 沙知²

国際親善総合病院 画像診断・IVR科¹、国際親善総合病院 泌尿器科²

0-28 腎血管平滑筋脂肪腫 (AML) との鑑別が困難であった腎脂肪肉腫の1例

稲垣 真裕¹、上田 浩之¹、岡野 拓¹、坂本 亮¹、日野 恵¹、清水 大功²、
上原慶一郎³、今井 幸弘³、伊藤 亨¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
京都大学大学院医学研究科放射線医学講座 (画像診断学・核医学)²、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科³

○-29 過去の日本腹部放射線学会での症例報告が術前画像診断に役立った腎腫瘍の1例

秋田 大字¹、松本 一宏²、亀山 香織³、茂田 啓介²、成田 啓一¹、増田真木子⁴、
大家 基嗣²、陣崎 雅弘¹

慶應義塾大学医学部 放射線診断科¹、慶應義塾大学医学部 泌尿器科²、
慶應義塾大学病院 病理診断部³、荻窪病院 放射線科⁴

○-30 被膜下出血を契機に発見された腎盂癌の1例

野田 佳史¹、五島 聡¹、川田 紘資¹、河合 信行¹、棚橋 裕吉¹、松尾 政之¹、
菊地 美奈²、出口 隆²、酒々井夏子³、宮崎 龍彦³

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 泌尿器科²、岐阜大学 病理部³

○-31 経皮的腎生検により腎摘を回避できた腎血管腫の1例

成田 啓一¹、秋田 大字¹、井上 政則¹、三上 修治²、大家 基嗣³、陣崎 雅弘¹

慶應義塾大学医学部 放射線診断科¹、慶應義塾大学病院 病理診断部²、
慶應義塾大学医学部 泌尿器科³

10:35~11:40 セッション 6 泌尿器2 (7題)

座 長 児玉 芳尚 (手稲恵仁会病院 放射線科)

コメンテーター 三代川齊之 (旭川医科大学病院 病理部病理診断科)

○-32 Myelolipomatous metaplasiaを伴った副腎皮質腺腫の1例

伊藤 茂樹¹、山田恵一郎¹、村井 淳志¹、富家 未来¹、新井綾希子¹、河合 雄一¹、
服部 良平²、安藤 良太³、藤野 雅彦³

名古屋第一赤十字病院 放射線診断科¹、名古屋第一赤十字病院 泌尿器科²、
名古屋第一赤十字病院 病理部³

○-33 123I-MIBGの高度集積を示し、褐色細胞腫と誤診した副腎皮質癌

天野 太史、那須 克宏、星合 壮大、南 学

筑波大学付属病院 放射線科 放射線診断・IVRグループ

○-34 膀胱に発生した異所性前立腺組織の1例

森島 裕策^{1,4}、木戸 晶¹、古田 昭寛¹、倉田 靖桐¹、根来 宏光²、寺本 祐記³、
小山 貴⁴、富樫かおり¹

京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 (画像診断学・核医学)¹、
京都大学大学院医学研究科 泌尿器科²、京都大学医学部附属病院 病理診断科³、
倉敷中央病院 放射線診断科⁴

○-35 腹膜播種を伴う進行胃癌との鑑別に苦慮した形質細胞様型膀胱尿路上皮癌術後再発の1例

南口貴世介¹、丸上 永晃¹、高濱 潤子¹、太地 良佑¹、吉川 公彦¹、大西 健太²、
藤本 清秀²、大谷 知之³

奈良県立医科大学 放射線科¹、奈良県立医科大学 泌尿器科²、奈良県立医科大学 病理診断学講座³

○-36 後腹膜腫瘍で発症し、burn-out現象を来した精巣セミノーマの1例

高 将司¹、阿保 齊¹、水富 香織¹、池田 理栄¹、齊藤 順子¹、望月健太郎¹、
出町 洋¹、島田 貴史²、瀬戸 親²、内山 明夫³、石澤 伸³

富山県立中央病院 放射線診断科¹、富山県立中央病院 泌尿器科²、富山県立中央病院 病理診断科³

○-37 前立腺癌に合併した精嚢乳頭状嚢胞腺腫の1例

戸沢 智樹¹、石山 公一¹、古賀 誠¹、浅野 友之¹、大高 葵¹、前野 淳²、
井上 高光²、羽瀧 友則²、廣嶋 優子³、南條 博³、橋本 学¹

秋田大学医学部 統合医学講座放射線医学分野（放射線科）¹、

秋田大学大学院医学系研究科 腎泌尿器科学講座²、秋田大学医学部附属病院 病理診断科/病理部³

○-38 術前情報としての骨盤内動静脈奇形の重要性

黒木 嘉典¹、新村友季子²、池原 在²、豊里 友常²、伊波 恵²、新村 眞司²、
佐藤 衆一²、藤原 豪²、秦野 直³

新村病院 画像センター¹、新村病院 泌尿器科²、東京医科大学病院 泌尿器科³

11:40~12:10 基調講演2：バイエル薬品株式会社

座長 大友 邦 (国際医療福祉大学 学長)

演者 波多野悦朗 (兵庫医科大学 外科学講座 肝胆膵外科)

『肝胆膵・移植外科医が求める術前画像診断』

12:20~13:10 ランチョンセミナー2：株式会社フィリップス エレクトロニクス ジャパン

座長 高瀬 圭 (東北大学医学部 放射線診断科)

演者 片平 和博 (国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 放射線診断科 部長)

『腹部領域におけるスペクトラルCTの臨床応用』

13:50~14:00 クイズ症例優秀者表彰

口演 7月1日(土)

14:00~14:35 打田賞受賞講演

表彰 森 宣 (大分大学医学部 放射線医学講座)
松井 修 (北陸画像診断支援センター)
司会 高橋 康二 (旭川医科大学 放射線医学講座)

口演 (消化器系) 部門

Biliary anatomy around the umbilical portion- a critical pitfall for major hepatectomy in right sided ligamentum teres

Department of Surgery, Kyoto Katsura Hospital Ryuta Nishitai

口演 (消化器系) 部門

術前診断し得た回腸臓器軸性捻転の1例

筑波大学附属病院 放射線診断・IVRグループ 石黒 聡尚

口演 (泌尿生殖器系) 部門

慢性早剥羊水過少症候群の3症例

京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 (画像診断学・核医学) 倉田 靖桐

展示 (消化器系) 部門

右側肝円索の解剖学的理解と画像所見

京都大学大学院医学研究科 放射線診断科 山下 力也

展示 (泌尿生殖器系) 部門

MRIで子宮筋腫赤色変性と診断された腫瘍の病理学的検討

大阪医科大学 放射線科 中井 豪

14:35~14:50 JSAR総会 (事務局連絡)

14:50~15:15 会長指定講演・授与式: シーメンスヘルスケア株式会社

座長 高橋 康二 (旭川医科大学 放射線医学講座)
演者 藤田 信行 (函館中央病院 放射線科)

『肝腫瘍診断困難例撲滅を目指して』

15:25~16:10 セッション7 肝臓1・その他 (5題)

座長 齋田 幸久 (東京医科歯科大学医学部 放射線科)
コメンテーター 小林 博也 (旭川医科大学 病理学講座)

O-39 高齢者に発生した肝芽腫の1例

黒川 遼¹、大倉 直樹²、柴田 英介²、渡谷 岳行²、佐藤 祥恵²、神谷 昂平²、
古田 寿宏²、阿部 修²、河口 義邦³、阪本 良弘³、国土 典宏³、池村 雅子⁴

東芝病院 画像診断部¹、東京大学医学部附属病院 放射線科²、
東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科³、東京大学医学部附属病院 病理部⁴

O-40 Lymphoepithelioma-like hepatocellular carcinomaの1例

戸田 悠介¹、原留 弘樹¹、田江健一郎¹、奥畑 好啓¹、高山 忠利²、中山 壽之²、
森山 光彦³、葉山 謙³、杉谷 雅彦⁴

日本大学医学部 放射線医学分野画像診断学部門¹、日本大学医学部 外科学系消化器外科学分野²、
日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野³、
日本大学医学部 病態病理学系形態機能病理学分野⁴

O-41 腹腔内破裂を契機として診断された肝血管肉腫の1例

原田レオポルド大世¹、齋藤 和博¹、高良 憲一¹、勇内山大介¹、平井 秀明²、
長尾 俊孝²、徳植 公一¹

東京医科大学病院 放射線医学分野¹、東京医科大学 病理診断科²

O-42 EBV関連肝平滑筋腫瘍の1例

小森 隆弘¹、米田 憲秀¹、松本 純一¹、松原 崇史¹、吉田耕太郎¹、北尾 梓¹、
扇 尚弘¹、井上 大¹、小坂 一斗¹、南 哲弥¹、香田 渉¹、蒲田 敏文¹、
朝日向良朗²、金子 周一²、酒井 清祥³、高村 博之³、太田 哲生³、池田 博子⁴

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 内科系医学領域 放射線科学¹、
金沢大学附属病院 消化器内科²、金沢大学附属病院 消化器・腫瘍・再生外科³、
金沢大学附属病院 病理部⁴

O-43 肝切除術15年後に右下横隔静脈から下大静脈内の腫瘍栓として再発した肝細胞癌の1例

吉澤恵理子¹、塚原 嘉典¹、野中 智文¹、山田 哲¹、藤永 康成¹、佐藤 碧²、
浅香 志穂²、上原 剛²、小松 正樹³、岡田 健次³、野竹 剛⁴、宮川 眞一⁴、
角谷 眞澄¹

信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部 病態解析診断学教室²、
信州大学医学部 外科学第二教室³、信州大学医学部 外科学第一教室⁴

16:10~16:55 セッション 8 肝臓2・胆道・胆嚢 (5題)

座 長 小山 貴 (倉敷中央病院 放射線診断科)
コメンテーター 小林 博也 (旭川医科大学 病理学講座)

O-44 Hepatic sinusoidal dilatationの1例

松本 純一¹、米田 憲秀¹、小坂 一斗¹、角谷 嘉亮¹、吉田耕太郎¹、北尾 梓¹、
井上 大¹、南 哲弥¹、小林 聡²、蒲田 敏文¹、荒井 邦明³、池田 博子⁴、
木船 孝一⁵

金沢大学附属病院 放射線科¹、金沢大学医薬保健学総合研究科 量子医療技術学²、
金沢大学附属病院 消化器内科³、金沢大学附属病院 病理診断科⁴、市立敦賀病院 放射線科⁵

O-45 肝angiomyxomaの1例

中村 優子¹、福本 航¹、梶原 賢司¹、谷 千尋¹、本田有紀子¹、立神 史稔¹、
馬場 康貴¹、飯田 慎¹、粟井 和夫¹、大平 真裕²、小林 剛²、大段 秀樹²、
城間 紀之³、有廣 光司³

広島大学大学院 医歯薬学総合研究科 放射線診断学¹、広島大学 外科学²、
広島大学病院 病理診断科³

○-46 Multicystic biliary hamartomaの1例

中本 篤¹、山本 和宏¹、稲田 悠紀¹、田中 義和¹、山本 聖人¹、重里 寛¹、
中井 豪¹、中村 憲²、林 道廣³、竹下 篤⁴、鳴海 善文¹

大阪医科大学 放射線医学教室¹、大阪医科大学 第二内科学教室²、
大阪医科大学 一般・消化器外科学教室³、大阪医科大学 病理学教室⁴

○-47 検診にて発見された胆嚢腫瘍の1例

西山 智哉^{1,2,5}、上田 和彦²、平塚真生子²、藤原 良将²、松枝 清²、齋浦 明夫³、
高松 学⁴、高澤 豊⁴、和田 武²、伊藤 浩一²、渡邊 亮輔²、伊藤 千尋²、
山元 龍哉²、植野 映子²、五味 直哉²、山田 恵子²、田中 宏子²、田中優美子²、
負門 克典²、河野 敦²

聖路加国際病院 放射線科¹、がん研有明病院 画像診断部²、がん研有明病院 肝胆膵外科³、
がん研有明病院 病理部⁴、東京大学大学院 医学研究科 生体物理医学専攻 放射線医学講座⁵

○-48 EOB-MRIで穿孔部位を同定しえた胆汁性腹膜炎の1例

劉 楚枢¹、斉藤 彰俊²

山梨県立中央病院 臨床研修医¹、山梨県立中央病院 放射線診断科²

16:55~

閉会の挨拶

ポスター発表 肝臓1

座長 久保 公三 (苫小牧市立病院 放射線科)

P-01 G-CSF産生胆管癌の1例

山崎美保子¹、女屋 博昭²、尾島 英知³、佐藤 始広⁴、松井 修⁵、水野 寿一⁶、
鈴木 雅子⁷、木村 一史¹、相田 久美⁷、高柳 駿也⁶、染村 祥⁶、阿部 敏幸⁶、
坂本 竜二⁶、奥平 圭輔⁶

埼玉石心会病院 放射線科¹、栃木県立がんセンター 放射線診断科²、
慶應義塾大学医学部 病理学教室³、茨城県立中央病院 放射線診断科⁴、金沢大学 名誉教授⁵、
埼玉石心会病院 消化器内科⁶、埼玉石心会病院 病理診断科⁷

P-02 Segmental atrophy of the liverの1例

水富 香織¹、阿保 斉¹、高 将司¹、池田 理栄¹、齊藤 順子¹、望月健太郎¹、
出町 洋¹、松野 貴弘²、在原文教²、松田 充²、山崎 佑樹³、天谷 公司³、
清水 康一³、中西ゆう子⁴、石澤 伸⁴

富山県立中央病院 放射線診断科¹、富山県立中央病院 消化器内科²、富山県立中央病院 外科³、
富山県立中央病院 病理診断科⁴

P-03 肝reactive lymphoid hyperplasiaの1例

能勢 隼人¹、大西 紗季¹、小林 直登¹、藤野 敬大¹、小亀 雅広¹、瀧 雅子¹、
米田 和英¹、山下 恭¹、向所 敏文¹、音見 暢一²、常山 幸一³

徳島県立中央病院 放射線科¹、徳島大学 放射線科²、
徳島大学大学院 医歯薬学研究部 疾患病理学分野³

P-04 腫瘤として至適困難であったびまん性管血管肉腫の1例

黒川 浩典、岩田寿美代、岡村 淳
三豊総合病院 放射線 診断 IVR 科

P-05 腹部臓器への転移をきたした滑膜肉腫の1例
—CT、MRI所見を中心に—

大西 裕満¹、堀 雅敏¹、中本 篤¹、坪山 尚寛¹、巽 光朗¹、坂根 誠¹、
太田 崇詞¹、富山 憲幸¹、和田 浩志²、江口 英利²、佐藤 和明³、辻 洋美³、
本間圭一郎³、池田純一郎³、森井 英一³

大阪大学大学院医学系研究科 放射線統合医学講座 放射線医学¹、
大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学²、
大阪大学大学院医学系研究科 病態病理学講座³

P-06 Peliotic changeを伴った肝細胞癌の1例

木寺英太郎¹、中井 浩嗣¹、里上 直衛¹、藤本 良太¹、岩破 敏郎²、宮川 昌巳²、
玉置 信行³、岩佐 葉子⁴

京都市立病院 放射線診断科¹、京都市立病院 消化器内科²、京都市立病院 外科³、
京都市立病院 病理診断科⁴

P-07 腫瘍内出血を合併した成人発症の肝未分化肉腫の1例

米田 憲秀¹、小坂 一斗¹、北尾 梓¹、井上 大¹、吉田耕太郎¹、松原 崇史¹、
松本 純一¹、南 哲弥²、香田 渉¹、池田 博子²、林 泰寛³、高村 博之³、
太田 哲生³、蒲田 敏文¹

金沢大学附属病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 病理部²、金沢大学附属病院 肝胆膵・移植外科³

ポスター発表 肝臓2

座長 阿保 大介 (北海道大学大学院医学研究科 放射線医学分野)

P-08 肝硬化性血管腫の1例

尾崎 公美¹、吉川 淳¹、山本 亨¹、服部 由紀¹、出雲崎 晃¹、前田 一也²、
海崎 泰治³、原 季枝³

福井県立病院 放射線科¹、福井県立病院 消化器外科²、福井県立病院 病理診断科³

P-09 大腸癌術後補助化学療法後に増大傾向を示した限局性結節性過形成の1例

田中 会秀¹、富丸 慶人²、野口 幸藏²、小齊 信也¹、阪上 海央¹、大場 匠¹、
中田 早紀¹、足立 史郎³、堂野 恵三²、平吹 度夫¹

市立豊中病院 放射線診断科¹、市立豊中病院 外科²、市立豊中病院 病理診断科³

P-10 肝原発悪性中皮腫の1例

田中字多留¹、祖父江慶太郎¹、上野 嘉子¹、高橋 哲¹、木戸 正浩²、福本 巧²、
全 陽³、杉村 和朗¹

神戸大学大学院医学研究科 内科系講座放射線医学分野¹、
神戸大学大学院医学研究科 外科学講座肝胆膵外科学分野²、
神戸大学大学院医学研究科 病理診断学分野³

P-11 肝原発と思われた神経内分泌腫瘍の1例

渡口 真史¹、伊良波裕子¹、岡田 真宏¹、林 裕樹²、白石 祐之²、加留部謙之輔³、
村山 貞之¹

琉球大学医学部附属病院 放射線診断学¹、琉球大学医学部附属病院 第一外科²、
琉球大学医学部附属病院 細胞病理学講座³

P-12 急性骨髄性白血病の地固め療法中に右季肋部痛を主訴に発症した肝炎症性偽腫瘍の1例

小齊 信也¹、田中 会秀¹、菅 真紀子²、柿本 綱之²、安藤 紘花³、大場 匠¹、
阪上 海央¹、中田 早紀¹、足立 史郎³、平吹 度夫¹

市立豊中病院 放射線診断科¹、市立豊中病院 血液内科²、市立豊中病院 病理診断科³

P-13 巨大嚢胞形成を伴い肝嚢胞腺癌との鑑別が困難であった肝海綿状血管腫の1例

浪本 智弘、中川 雅貴、尾田済太郎、中浦 猛、宇都宮大輔、山下 康行
熊本大学医学部 放射線診断学

P-14 増大を示したdiffuse hepatic hemangiomasの1例

小坂 一斗、松原 崇史、扇 尚弘、米田 憲秀、吉田耕太郎、南 哲弥、
香田 渉、小林 聡、松井 修、蒲田 敏文
金沢大学 放射線科

ポスター発表 子宮

座長 加藤 扶美 (北海道大学大学院医学研究科 放射線医学分野)

P-15 卵巣性索間質性腫瘍と類似する画像所見を呈した卵巣性索腫瘍類似子宮腫瘍の1例

竹内麻由美¹、松崎 健司²、坂東 良美³、西村 正人⁴、林 重紀⁴、米田亜樹子³、
原田 雅史¹
徳島大学医学部 放射線科¹、徳島文理大学 診療放射線学科²、徳島大学病院 病理部³、
徳島大学医学部 産婦人科⁴

P-16 臍断端部postoperative spindle cell noduleの1例

高田 章代¹、堀越 琢郎¹、滝嶋 葉月¹、向井 宏樹¹、鈴木 理樹²、矢澤 卓也³、
松岡 歩⁴、生水真紀夫⁴、宇野 隆⁵
千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、神奈川県立がんセンター 病理診断科²、
千葉大学大学院医学研究院 診断病理学³、千葉大学医学部附属病院 産婦人科⁴、
千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁵

P-17 粘膜下筋腫が併存し術前診断が困難であった子宮体部粘液腺癌の1例

徳永 伸子¹、徳増 明文¹、只信 美紀¹、細川 浩平¹、桐山 郁子¹、清水 輝彦¹、
酒井 伸也¹、菅原 敬文¹、横山 貴紀²、竹原 和宏²、寺本 典弘³
四国がんセンター 放射線診断科¹、四国がんセンター 婦人科²、四国がんセンター 病理科³

P-18 子宮体部漿液性腺癌が頸部へ進展し、肉腫様変化を生じた癌肉腫の1例

菅原 敬文¹、徳永 伸子¹、細川 浩平¹、桐山 郁子¹、清水 輝彦¹、酒井 伸也¹、
坂井 美佳²、横山 隆²、竹原 和宏²、寺本 典弘³
四国がんセンター 放射線診断科¹、四国がんセンター 婦人科²、四国がんセンター 病理科³

P-19 ポリープ状異型腺筋腫の搔爬後に生じた類内膜腺癌の1例

山下 詠子¹、黒須 博之²、小林 織恵²、櫻井うらら³、小林弥生子²、瀧 和博³、
梅澤 聡²、姫野 佳郎¹

日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 放射線科¹、武蔵野赤十字病院 産婦人科²、
武蔵野赤十字病院 病理部・病理診断科³

P-20 筋腫の赤色変性類似所見を呈し診断が困難であったEndometrial Stromal Sarcomaの1例

土屋 純一¹、谷尾 宣子¹、岡島 由佳¹、藪田 実¹、田村 綾子²、樋田 一英³、
鈴木 高祐⁴、栗原 泰之¹

聖路加国際病院 放射線科¹、東京北医療センター 放射線診断科²、
聖路加国際病院 女性総合診療部³、聖路加国際病院 病理部⁴

ポスター発表 消化管・腸間膜・腹腔1

座長 渡邊 尚史 (旭川医科大学 放射線科)

P-21 ball valve syndromeにより急性膵炎を発症した胃癌の1例

夕永 裕士¹、藤井 進也¹、太田 靖利¹、久家 圭太¹、石橋 愛¹、小川 敏英¹、
小山 司²、島田ひかる³、浦瀬 靖代³

鳥取大学医学部 病態解析医学講座画像診断治療学分野¹、公立八鹿病院 放射線科²、
公立八鹿病院 内科³

P-22 腹部腫瘍で発見された腸間膜脂肪芽腫の1例

井本 勝治¹、山本 敦子¹、山崎 道夫¹、岩井 義隆²、坂本 力¹
公立甲賀病院 放射線科¹、公立甲賀病院 小児科²

P-23 胃神経鞘腫の1例

松田 恵¹、津田 孝治¹、田中 宏明¹、望月 輝一¹、吉田 素平²、池田 宜央³、
上田 康雄⁴、水野 洋輔⁴、北澤 理子⁴、北澤 莊平⁴

愛媛大学医学部附属病院 放射線科¹、愛媛大学医学部附属病院 消化器腫瘍外科²、
愛媛大学医学部附属病院 消化器内科³、愛媛大学医学部附属病院 病理部⁴

P-24 画像検査で指摘できた転移性胃腫瘍の2例

原 武史¹、尾形 毅¹、和田 裕子¹、矢吹 隆行¹、工藤健一郎²、別宮 謙介³、
金澤 右⁴

岩国医療センター 放射線科¹、岩国医療センター 呼吸器科²、岩国医療センター 泌尿器科³、
岡山大学大学院 放射線医学⁴

P-25 消化管出血で発見されたキャスルマン症候群に併発したアミロイドーシスの1例

市川 珠紀¹、エンクバートルナンデンエルデン¹、山室 博¹、山下 智裕^{1,5}、
鈴木 孝良²、松嶋 成志²、鬼塚 真仁³、中村 直哉⁴、今井 裕¹
東海大学医学部 専門診療学系画像診断学¹、東海大学医学部 消化器内科²、
東海大学医学部 血液内科³、東海大学医学部 病理⁴、伊勢原協同病院 放射線科⁵

P-26 低位前方切除術後に発生したimplantation cystの2例

上村 諒^{1,3}、井上 明星¹、渡辺 尚武¹、大田 信一¹、茶谷 祥平¹、伊津野有香¹、
田上 佳英¹、岩井 崇泰¹、村田喜代史¹、植木 智之²、三宅 亨²、園田 寛道²、
清水 智治²、谷 眞至²、宮川 善浩³、若宮 誠³
滋賀医科大学 放射線科¹、滋賀医科大学 消化器外科²、市立長浜病院 放射線科³

ポスター発表 消化管・腸間膜・腹腔2

座長 片田 竜司 (札幌徳洲会病院 放射線科)

P-27 心転移を来したgastrointestinal stromal tumor (GIST) の1例

松原 崇史¹、小坂 一斗¹、杉盛 夏樹¹、寺田華奈子¹、松本 純一¹、扇 尚弘¹、
米田 憲秀¹、吉田耕太郎¹、井上 大¹、蒲田 敏文¹、戸島 史仁²、小林 健²、
田村 祐大³、山岸 正和³、加藤 寛城⁴、竹村 博文⁴、池田 博子⁵
金沢大学 放射線科¹、石川県立中央病院 放射線診断科²、金沢大学 循環器病態内科学³、
金沢大学 先進総合外科⁴、金沢大学 病理部⁵

P-28 Bochdalek孔ヘルニアに胃軸捻転と肺葉外肺分画症を合併した成人男性の1例

岩田 紘治¹、小林 佳子¹、寺山 昇¹、藪下 和久²、福島 亘²、堀川 直樹²、
馬渡 俊樹²、寺川 裕史²、森 和也²
高岡市民病院 放射線科¹、高岡市民病院 外科²

P-29 高齢女性に生じた胃軸捻転の1例

麓 佳奈子¹、岩木 亮介¹、金崎 周造¹、安岡 貴之²
康生会武田病院 放射線科¹、康生会武田病院 消化器内科²

P-30 成人腸回転異常症に合併した急性虫垂炎の1例

渋谷 剛一¹、角田 晃久¹、小野 修一²、三浦 弘行²、対馬 史泰²、清野 浩子²、
掛端 伸也²、藤田 大真²、藤田 環²
青森県立中央病院 放射線部¹、弘前大学大学院医学研究科 放射線科学²

P-31 大網Perivascular Epithelioid Cell Tumor (PEComa) の1例

桑村 浩志¹、中井 雄大¹、岡本 耕一²、石田 毅³、棚橋 裕吉¹、山本 麻子¹、
山本 真由¹、近藤 浩史¹、大場 洋¹、近藤 福雄³、古井 滋¹
帝京大学医学部 放射線科学講座¹、帝京大学医学部 外科学講座²、
帝京大学医学部附属病院 病理診断科³

P-32 腸間膜を主座として発症した組織球性壊死性リンパ節炎の1例

藤本 弥臣、大屋明希子、戸田 雅博、富田 唯、石戸谷俊太、高林江里子、
渡邊 尚史、八巻 利弘、高橋 康二
旭川医科大学 放射線医学講座

ポスター発表 腎臓

座長 杉浦 充 (JCHO北海道病院 放射線科)

P-33 粗大な脂肪組織を含んだMESTの1例

三和 大悟¹、佐藤 修²、町田 和隆¹、越野 幸子¹、伊藤 誠明¹、森下 博之¹、
大野 浩司¹、樋野 陽子³、浦田 洋二³、三神 一哉⁴
京都第一赤十字病院 放射線診断科¹、京都府立医科大学附属北部医療センター 放射線科²、
京都第一赤十字病院 病理診断科³、京都第一赤十字病院 泌尿器科⁴

P-34 病理学的にpapillary cystadenomaと診断された右腎腫瘍の1例

山口 健¹、中園 貴彦¹、蒲地 紀之¹、笹栗 弘平¹、有働 和馬²、青木 茂久³、
入江 裕之¹
佐賀大学医学部 放射線科¹、佐賀大学医学部 泌尿器科²、佐賀大学医学部 病理³

P-35 腎由来Cellular Schwannomaの1例

神道 太輔¹、小山 孝一¹、立花 大和²、田中さやか³、小林 重衣¹、下野 太郎¹、
三木 幸雄¹
大阪市立大学大学院 医学研究科 放射線診断学・IVR学¹、
大阪市立大学大学院 医学研究科 泌尿器病態学²、大阪市立大学医学部附属病院 病理診断科³

P-36 腎皮膜由来と考えられたAMLの1例

田中 義和、中本 篤、濱田 貴光、東山 央、山本 聖人、重里 寛、
中井 豪、山本 和宏、鳴海 善文
大阪医科大学 放射線医学教室

P-37 腫瘍性病変との鑑別が問題となった腎形成異常の1例

酒井 正史、那須 克宏、南 学
筑波大学付属病院 放射線診断・IVR科

P-38 腎類上皮型血管筋脂肪腫の1例

乾 貴則、赤田 渉、山田香菜子、高橋 健
京都鞍馬口医療センター 放射線科

P-39 腎動脈解離による腎梗塞で発見された線維筋性異形成 (fibromuscular dysplasia) の1例

大高 葵、石山 公一、戸澤 智樹、菅原 真人、大谷 隆浩、橋本 学
秋田大学医学部 放射線医学講座

P-40 遠位胆管内のinflammatory pseudotumorの1例

竹山 信之¹、田中絵里子¹、大池 信之²、山村 詠一³、田代 祐基⁴、高野 祐一³、
水上 博喜⁴、長濱 正亜³、林 高樹¹、橋本 東兎¹

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、
昭和大学藤が丘病院 消化器内科³、昭和大学 放射線科⁴

P-41 胆嚢管のIPMBの1例

田中絵里子¹、竹山 信之¹、大池 信之²、水上 博喜³、佐藤 好信³、山村 詠一⁴、
高野 祐一⁴、小竹 晃生¹、林 高樹¹、橋本 東兎¹

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、
昭和大学藤が丘病院 外科³、昭和大学藤が丘病院 消化器内科⁴

P-42 Intracystic papillary neoplasm of gallbladder (ICPN) の3例

溝渕 有哉¹、宗近 次朗¹、竹山 信之³、阿部 亮介¹、高濱 典嗣¹、宮上 修¹、
波多野久美¹、石塚久美子¹、扇谷 芳光¹、廣瀬 正典¹、後閑 武彦¹、田澤 咲子²、
大池 信之⁴、瀧本 雅文²

昭和大学医学部 放射線医学講座¹、昭和大学医学部 臨床病理診断学講座²、
昭和大学藤が丘病院 放射線科³、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科⁴

P-43 胆嚢小細胞癌の1例

北野 香雪、富松 浩隆、岩下 和真、西岡 真美、野口峻二郎、門場 智也、
上村 尚文、山田 浩史、延原 正英、菅 剛、西本 優子、谷口 尚範、
野間 恵之

天理よろづ相談所病院 放射線部

P-44 総胆管癌との鑑別を要した好酸球性胆管炎の1例

首藤利英子¹、森 宣²、松本 俊郎²、山田 康成²、香泉 和寿¹、辻 浩一³、
荒巻 政憲⁴

大分岡病院 放射線科¹、大分大学医学部 放射線科²、大分岡病院 病理科³、大分岡病院 外科⁴

P-45 胆管intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) が疑われた1例

見越 綾子¹、曾我 茂義¹、村上和香奈¹、中森 貴俊¹、須山 陽介¹、冨田 浩子¹、
新本 弘¹、緒方 衝²、星川真有美³、山本 順司³、加地 辰美¹

防衛医科大学校病院 放射線科¹、防衛医科大学校病院 検査部²、防衛医科大学校病院 外科学講座³

P-46 胆摘後に落下胆石により異物性肉芽腫、慢性膿瘍を形成した3例

佐藤 滋高¹、井上 明星¹、園田 明永¹、大田 信一¹、新田 哲久¹、村田喜代史¹、
高木 海²、宮川 善浩²、若宮 誠²、古市 健治³

滋賀医大 放射線科¹、長浜市民病院 放射線科 (診断部門)²、
大阪府済生会野江病院 放射線診断科³

ポスター発表 泌尿器

座長 秋葉 英成 (KKR札幌医療センター 放射線科)

P-47 黄色肉芽腫性膀胱炎の1例

松田 恵¹、津田 孝治¹、岡田加奈子¹、渡部 笑麗¹、田中 宏明¹、望月 輝一¹、
柳原 豊²、倉田 美恵³、水野 洋輔³、北澤 理子³、北澤 莊平³
愛媛大学医学部附属病院 放射線科¹、愛媛大学医学部附属病院 泌尿器科²、
愛媛大学医学部附属病院 病理部³

P-48 Lipomatous ganglioneuromaの1例

山本 聖人¹、中本 篤¹、中井 豪¹、山本 和宏¹、能見 勇人²、栗栖 義賢³、
鳴海 善文¹
大阪医科大学 放射線医学教室¹、大阪医科大学 泌尿器科学教室²、大阪医科大学 病理学教室³

P-49 精索原発の炎症性偽腫瘍の1例

上野 嘉子¹、高橋 哲¹、田中宇多留¹、日向 信之²、全 陽³、藤澤 正人²、
伊藤 智雄³、杉村 和朗¹
神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 放射線医学分野¹、
神戸大学大学院医学研究科 外科系講座 腎泌尿器科学分野²、
神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 病理診断学分野³

P-50 6年の経過を追えた原発性腎神経内分泌腫瘍の1例

太地 良佑¹、丸上 永晃¹、高濱 潤子¹、南口貴世介¹、吉川 公彦¹、中井 靖²、
島田 啓司³
奈良県立医科大学 放射線科・総合画像診断センター¹、奈良県立医科大学 泌尿器科学教室²、
市立奈良病院 病理診断科³

P-51 6年の経過で増大した片側性副腎腫瘍：副腎血管腫の1例

土屋 洋輔¹、水沼 仁孝¹、三浦 剛史³、川井 俊郎²
那須赤十字病院 放射線科¹、那須赤十字病院 病理²、聖マリアンナ医科大学病院 放射線医学講座³

P-52 膀胱横紋筋肉腫様腫瘍の1例

湯浅 憲章¹、竹内 基²、立木 仁²、堀口 拓人³、前田 征洋³、藤田 美惻⁴
製鉄記念室蘭病院 放射線科¹、製鉄記念室蘭病院 泌尿器科²、
製鉄記念室蘭病院 消化器内科・血液腫瘍内科³、製鉄記念室蘭病院 病理臨床検査室⁴

P-53 腎管状嚢胞癌の画像所見の検討

本田有紀子¹、寺田 大晃¹、中村 優子¹、谷 千尋¹、馬場 康孝¹、飯田 慎¹、
関野 陽平²、仙谷 和弘²、安井 弥²、後藤 景介³、林 哲太郎³、亭島 淳³、
松原 昭郎³、粟井 和夫¹
広島大学大学院医歯薬学総合研究科 放射線医学教室¹、
広島大学大学院医歯薬学総合研究科 分子病理学²、
広島大学大学院医歯薬学総合研究科 腎泌尿器科学³

P-54 卵巣明細胞癌の組織亜型のMRI所見の比較

加藤 博基¹、波多野裕一郎²、牧野 弘³、古井 辰郎³、森重健一郎³、松尾 政之¹
岐阜大学医学部 放射線科¹、岐阜大学医学部 腫瘍病理学²、岐阜大学医学部 成育医療・女性科³

P-55 ステロイド細胞腫瘍の1例

藤井 進也¹、椋田奈保子¹、福永 健¹、井上 千恵¹、野坂 加苗²、小川 敏英¹
鳥取大学医学部 放射線科¹、鳥取大学医学部 器官病理学²

P-56 卵巣付属器由来の極めてまれな単胚葉性奇形腫の2例

犬飼 遼¹、大宮 裕子¹、加藤 真帆¹、今藤 綾乃¹、芝本 雄太²
津島市民病院 放射線科¹、名古屋市立大学病院 放射線科²

**P-57 微小乳頭状パターンを伴う漿液性境界悪性腫瘍のMRI所見：
病理との対比**

中井 豪¹、熱川奈津子¹、濱田 貴光¹、北埜 玲美¹、田中 義和¹、山本 聖人¹、
東山 央¹、重里 寛¹、中本 篤¹、山本 和宏¹、山田 隆司²、廣瀬 善信²、
鳴海 善文¹
大阪医科大学 放射線科¹、大阪医科大学 病理学教室²

P-58 悪性ウォルフ管腫瘍の1例

横地 美哉¹、角 明子¹、長田 周治¹、真田 咲子²、牛嶋 公生³、内田 政史^{1,4}、
安陪 等思¹
久留米大学医学部 放射線科¹、久留米大学医学部 病理学講座²、
久留米大学医学部 産科学婦人科学教室³、久留米大学医療センター 放射線科⁴

P-59 pseudo-Meigs 症候群を呈した卵巣原発印鑑細胞癌の1例

横山 幸太¹、田嶋 強¹、矢野 哲²、猪狩 亨³、野口 智幸¹、志多 由孝¹、
岡藤 孝史¹、堀田 昌利¹
国立国際医療研究センター病院 放射線診断科¹、国立国際医療研究センター病院 産婦人科²、
国立国際医療研究センター病院 病理診断科³

P-60 エストラジオール上昇を伴った卵巣類内膜癌の1例

椋田奈保子、藤井 進也、井上 千恵、福永 健、田邊 芳雄、小川 敏英
鳥取大学医学部 病態解析医学講座画像診断治療学分野

P-61 Xanthogranulomatous Oophoritisの1例

吉田 理佳¹、吉廻 毅¹、丸山美奈子¹、安藤 慎司¹、勝部 敬¹、山本 伸子^{1,2}、
中村 恩³、荒木 久寿¹、河原 愛子¹、北垣 一¹、石川 典由²、京 哲³
島根大学医学部 放射線医学講座¹、島根大学医学部 器官病理学²、島根大学医学部 産婦人科³

P-62 偽性粘液腫を伴う成熟嚢胞奇形腫から発生した粘液性嚢胞腺癌の1例

鈴木美奈子¹、段 泰行²、中野 雅行³、手島 伸一⁴
藤沢市民病院 放射線科¹、湘南藤沢徳洲会病院 産婦人科²、湘南藤沢徳洲会病院 病理診断科³、
湘南鎌倉総合病院 病理診断科⁴

P-63 TAFRO症候群の1例

鈴木 絢子¹、沼本 勲男¹、松木 充¹、小田 晃義¹、山田 穰¹、兵頭 朋子¹、
任 誠雲¹、甲斐田勇人¹、柳生 行伸¹、細川 知紗¹、小塚 健倫¹、柏木 伸夫¹、
鶴崎 正勝¹、今岡いずみ¹、石井 一成¹、榎木 英介²、村上 卓道¹
近畿大学医学部 臨床医学系放射線医学講座内¹、近畿大学医学部 病理学教室²

ポスター発表 膵臓1

座長 吉川 裕幸 (北辰病院 放射線科)

P-64 主膵管内伸展を伴う腎癌膵転移の1例

中井 浩嗣¹、岩谷健二郎¹、里上 直衛¹、藤本 良太¹、片岡 滋貴²、砂田 拓郎³、
岩佐 葉子⁴
京都市立病院 放射線診断科¹、京都市立病院 消化器内科²、京都市立病院 泌尿器科³、
京都市立病院 病理診断科⁴

P-65 膵原発Primitive neuroectodermal tumorの1例

清永 麻紀¹、高司 亮¹、山田 康成¹、松本 俊郎¹、森 宣¹、遠藤 裕一²、
太田 正之²、猪股 雅史²、泥谷 直樹³、守山 正胤³
大分大学医学部 放射線医学講座¹、大分大学医学部 消化器・小児外科学講座²、
大分大学医学部 分子病理学講座³

P-66 嚢胞性腫瘍の形態を示した膵神経内分泌腫瘍の1例

井上 明星^{1,2}、大田 信一¹、渡辺 尚武¹、茶谷 祥平¹、上村 諒¹、田上 佳英¹、
伊津野有香¹、佐藤 滋高¹、居出 健司²、村田喜代史¹、飯田 洋也³、北村 直美³、
赤堀 浩也³、仲 成幸³、谷 眞至³、松岡志乃舞⁴、九嶋 亮治⁴
滋賀医科大学 放射線医学講座¹、東近江総合医療センター 放射線科²、
滋賀医科大学 外科学講座³、滋賀医科大学 病理診断科⁴

P-67 浸潤性膵管癌との鑑別に苦慮した腫瘤形成性膵炎

田村 明生¹、加藤 健一¹、石田 和之²、柴田 将³、小穴 修平³、長谷川 康⁴、
新田 浩幸⁴、鈴木 智大¹、鈴木美知子¹、中山 学¹、江原 茂¹
岩手医科大学 放射線医学講座¹、岩手医科大学医学部 病理診断学講座²、
岩手医科大学医学部 内科学講座消化器内科消化管分野³、岩手医科大学医学部 外科学講座⁴

P-68 多房性嚢胞性病変と誤認したDermatofibrosarcoma Protuberans膵転移の1例

戸島 史仁¹、南 麻紀子¹、片桐亜矢子¹、小林 健¹、北村 祥貴²、竹田 康人³、
片桐 和義⁴
石川県立中央病院 放射線診断科¹、石川県立中央病院 消化器外科²、
石川県立中央病院 消化器内科³、石川県立中央病院 病理診断科⁴

ポスター発表 膵臓2

座長 平松 一秀 (旭川厚生病院 放射線科)

P-69 限局性主膵管狭窄と狭窄部の分枝膵管拡張を示した膵管内管状乳頭腫瘍

平塚真生子¹、松枝 清¹、高澤 豊²、井上 陽介³、上田 和彦¹、河野 敦¹、
齋浦 明夫³、笹平 直樹⁴
がん研有明病院 画像診断部¹、がん研有明病院 病理部²、がん研有明病院 消化器外科³、
がん研有明病院 消化器内科⁴

P-70 膵尾部に巨大な腫瘤を形成した髓外性形質細胞腫の1例

松永 望¹、鈴木耕次郎¹、池田 秀次¹、勝田 英介¹、太田 豊裕¹、石口 恒男¹、
倉橋真太郎²、駒屋 憲一²、有川 卓²、佐野 力²、村上 秀樹³
愛知医科大学 放射線医学講座¹、愛知医科大学 消化器外科²、愛知医科大学 病理学講座³

P-71 門脈内腫瘍の1例

光野 重芝¹、有蘭 茂樹¹、徳永 幸史¹、大野亜矢子¹、山下 力也¹、今峰 倫平¹、
古田 昭寛¹、磯田 裕義¹、桜井 孝規²、富樫かおり¹
京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 (画像診断学・核医学)¹、
京都大学医学部附属病院 病理診断科²

P-72 膵体部と膵尾部に発生した膵癌の1例

田代 祐基¹、竹山 信之¹、田中絵里子¹、堀 祐郎¹、林 高樹¹、橋本 東児¹、
大池 信之²、扇谷 芳光³、後閑 武彦³、高野 祐一⁴、横溝 和晃⁵
昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、昭和大学 放射線科³、
昭和大学藤が丘病院 消化器内科⁴、昭和大学藤が丘病院 消化器・一般外科⁵

P-73 演題取り下げ

ポスター発表 後腹膜

座長 山 直也 (札幌医科大学医学部 放射線診断学)

P-74 IgG4関連疾患との鑑別が問題となった後腹膜MALTリンパ腫の1例

坂田 悦郎¹、小山 貴¹、中谷 航也¹、吉原 桂一¹、石坂 幸雄¹、奥村 明¹、
大西 基文¹、加藤 拓磨²、佐藤 貴之³
倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 泌尿器科²、倉敷中央病院 血液内科³

P-75 後腹膜に発生した気管支原性嚢胞の1例

外園 英光、佐藤 朋宏、玉田 勉、山本 亮、神吉 昭彦、八十川和哉、
伊東 克能
川崎医科大学 放射線医学 (画像診断1)

P-76 嚢胞・壁在結節の形態をとった後腹膜solitary fibrous tumorの1例

福満 智史¹、林田 佳子¹、藤崎 瑛隆¹、藤井 正美¹、小林 道子¹、青木 隆敏¹、
藤本 直浩²、久岡 正典³、興梠 征典¹
産業医科大学病院 放射線科学¹、産業医科大学病院 泌尿器科²、産業医科大学病院 病理診断科³

P-77 腹壁に発生した明細胞腺癌の1例

尾谷 知亮¹、松原菜穂子¹、金柿 光憲¹、福本 元気¹、大西 康之¹、鈴木 尚子²、
伊藤 寛朗³、木村 弘之¹
兵庫県立尼崎総合医療センター 放射線診断科¹、兵庫県立尼崎総合医療センター 産婦人科²、
兵庫県立尼崎総合医療センター 病理診断科³

クイズ展示 6月30日(金)

- Q-1** 手稲溪仁会病院 放射線診断科¹, 手稲溪仁会病院 消化器内科², 手稲溪仁会病院 外科³,
手稲溪仁会病院 病理診断科⁴
児玉 芳尚¹、櫻井 康雄¹、吉野 裕紀¹、古賀 英彬²、真口 宏介²、高田 実³、
大森 優子⁴
- Q-2** 山梨大学医学部 放射線医学講座¹, 山梨大学医学部 外科学講座第1教室²,
山梨大学医学部 人体病理学講座³
市川新太郎¹、本杉宇太郎¹、須藤 誠²、近藤 哲夫³、大西 洋¹
- Q-3** 関東労災病院 放射線診断科¹, 東京大学医学部附属病院 放射線科²,
東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科³
佐藤 裕子¹、田島 拓¹、大倉 直樹²、渡谷 岳行²、佐藤 祥恵²、古田 寿宏²、
阿部 修²、谷 圭吾³、河口 義邦³、長谷川 潔³、國土 典宏³
- Q-4** 東京都立多摩総合医療センター 診療放射線科
川端 直人、荒木 潤子、山田 千翔、松田 岳人、栗延 孝至、増川 愛、
興石 剛、喜多みどり
- Q-5** 島根大学 医学部 放射線医学講座¹, 島根大学 医学部 消化器総合外科講座²,
島根大学 医学部 器官病理学講座³
吉田 理佳¹、荒木 久寿¹、丸山 光也¹、吉廻 毅¹、林 彦多²、川畑 康成²、
石川 典由³、北垣 一¹
- Q-6** 旭川医科大学 放射線医学講座
戸田 雅博、石戸谷俊太、八巻 利弘、渡邊 尚史、高林江里子、藤本 弥臣、
富田 唯、大屋明希子、上條那緒子、野村優里菜、高橋 康二
- Q-7** 旭川医科大学 放射線医学講座
上條那緒子、藤本 弥臣、八巻 利弘、野村優里菜、戸田 雅博、大屋明希子、
富田 唯、石戸谷俊太、高林江里子、渡邊 尚史、佐々木智章、高橋 康二

一般口演抄録

O-01 膵粘液性嚢胞腫瘍由来の破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌の1例

松浦 紘一郎¹、佐野 勝廣¹、森阪 裕之¹、岡田 吉隆¹、岡本 光順²、良沢 昭銘³、
永田 耕治⁴、市川 智章¹

埼玉医科大学国際医療センター 画像診断科¹、埼玉医科大学国際医療センター 肝胆膵外科²、
埼玉医科大学国際医療センター 消化器内視鏡³、埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科⁴

症例は39歳女性。主訴は上腹部痛。定期健診で膵嚢胞性腫瘍を指摘され、膵腫瘍疑いで当院紹介となった。血液検査でCA19-9 430.8U/mLと高値であった。

CTでは膵尾部に約11cmの嚢胞性腫瘍を認めた。腫瘍内の腹側部に最大径約5cmの造影効果を伴う充実部分が見られた。嚢胞内には隔壁様構造を認め、cyst in cystの所見も認められた。辺縁部には被膜も認められた。MRIのT2強調像では全体に高信号を呈する嚢胞性腫瘍であり、CTと同様に隔壁様構造も認められた。充実部はT2強調像で相対的な低信号、拡散強調像では高信号であった。粘液性嚢胞腺癌を疑い、膵体尾部切除術を行った。

膵体尾部切除術が施行された。

病理の肉眼像では13×11.5×9.5cmの嚢胞性病変が認められ、断面では内腔に突出する大型の充実結節、著明な出血、壊死が見られた。組織学的には嚢胞壁は軽度から中等度、一部高等度の異型を示す平坦状—低乳頭状の粘液性腺上皮に覆われており、上皮直下に卵巣様間質を伴い、MCNの所見であった。また、充実部では異型の強い紡錘型細胞や多型性に富む肉腫様細胞が、破骨型多核巨細胞を混じて密に増殖しており、一部に少量の腺癌成分を認めた。以上よりMCN由来の破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌と診断された。

MCNに続発する破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌は非常にまれな疾患である。今回経験した一例に、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-02 膵粘液癌の1例

渡邊 裕陽¹、市川新太郎¹、本杉宇太郎¹、深澤 光晴²、榎本 信幸²、川井田博充³、
河野 寛³、近藤 哲夫⁴、大西 洋¹

山梨大学医学部 放射線医学講座¹、山梨大学医学部 内科学講座第1教室²、
山梨大学医学部 外科学講座第1教室³、山梨大学医学部 人体病理学講座⁴

【現病歴】

20XX年7月に左下腹部の違和感を主訴に近医を受診。CT検査で脾門部近傍に嚢胞性病変を認め、後腹膜リンパ管腫疑いとして経過観察されていた。11ヶ月後のCTで増大傾向を認め、膵由来の主膵管と交通する嚢胞性病変が疑われ、精査目的に当院内科紹介となった。

【検査所見】

腫瘍マーカー：CEA は基準値内 (2.5 ng/ml)、CA19-9は高値 (49.88 U/ml) であった。

【画像所見】

腹部エコー：嚢胞内部に充実部を認め、腫瘍近位側で主膵管拡張を認めた。

造影CT：主膵管と連続する68mm大の嚢胞性腫瘍を認めた。腫瘍内に粗大な石灰化を有していた。経過で増大傾向であったが、充実成分の存在がはっきりせず、仮性嚢胞が疑われた。

造影MRI：T2WIでは不均一な高信号で隔壁を有する多房性嚢胞性病変で、2分後にわずかに遅延性の造影効果を認めた。

【臨床経過】

検査所見より、分枝型IPMNや膵仮性嚢胞が疑われ、腹腔鏡下尾側膵切除、脾臓摘出術が施行された。病理では粘液を産生する異型上皮の集塊を認め、病変のほとんどが浸潤癌であった。吻合状、篩状の細胞配列が目立ち、印鑑細胞様細胞も存在した。膵管内乳頭粘液状腫瘍の所見は明らかでなく、膵粘液癌の診断となった。

【結語】

膵粘液癌の1例を経験した。本症例ではCTおよびMRIで充実成分の指摘が困難だったが、超音波で充実成分が明瞭に描出されており、診断に最も有用であった。

O-03 急速かつ予後不良な臨床経過を呈した膵腺房細胞癌の1例

山田 哲¹、藤田 幸恵¹、大彌 歩¹、上原 剛²、田中 榮司³、角谷 眞澄¹
信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部 病態解析診断学教室²、
信州大学医学部 内科学第二教室³

【症例】50歳台の男性。当院初診4週間前から腹痛が出現し近医にて高アミラーゼ血症と膵腫大を指摘された。急性膵炎として絶食・補液治療にて症状は改善したが膵腫大が持続していたため、当院にて精査加療となった。造影CTにて膵頭部に径40 mmの腫瘍性病変を認め、造影早期相に不均一な内部濃染、後期相にかけて濃染持続がみられた。主膵管は病変により圧排偏位し上流側の拡張を伴っていた。MRI では、病変は境界明瞭な腫瘍として描出され、T1強調像で低信号、T2強調像では高信号を呈した。膵管癌としては非典型的で、腺房細胞癌の画像診断のもと超音波内視鏡下に細径針生検が施行された。病理所見では異型細胞の集塊内にロゼットまたは腺腔形成、壊死を伴っており、免疫染色にて腺房細胞癌と確定診断されたが、EOB造影MRIにて多発肝転移が指摘され手術適応はなく化学療法の方針となった。その後、自宅安静となっていたが、当院初診3週間後から倦怠感・食欲不振が出現した。造影CTにて膵頭部腫瘍の急速な増大による腫瘍内出血・閉塞性黄疸が認められ、現在、化学療法を施行中である。

腺房細胞癌はまれな膵悪性腫瘍であり画像所見、臨床経過ともに十分な蓄積がないのが現状である。画像診断にて質的診断ならびに治療方針を決定し得たものの急速かつ予後不良な臨床経過を呈する腺房細胞癌の症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

O-04 膵癌を伴った1型自己免疫性膵炎の1例

小西 徹¹、小山 貴²、中下 悟²、中谷 航也²、藤原 俊孝²、奥村 明²、
天羽 賢樹²、大目 祐介³、能登原憲司⁴
倉敷中央病院 教育研修部¹、倉敷中央病院 放射線診断科²、倉敷中央病院 外科³、
倉敷中央病院 病理診断科⁴

症例は67歳の男性。健診の超音波検査で膵頭部腫瘍、主膵管拡張を指摘され、当院を紹介受診した。腫瘍マーカーおよび自己抗体は陰性で、IgG4は131mg/dLだった。Dynamic CTでは膵頭部に約2cm大、体尾部に2カ所に約1cm大、いずれも乏血性の小結節を認めた。ERCPでは膵頭部に膵管狭細像を認めた。EUSで膵頭部、体部、尾部に結節性病変を確認しFNABを行ったが組織の採取が困難であった。限局型自己免疫性膵炎の疑いとして無治療で経過観察したところ、膵頭部結節に縮小傾向が認められた。しかし約2年半後、上述の膵体尾部の結節とは別に、新たに造影CTで膵体部に約2.5cm大の造影不良を呈する腫瘍の出現を認め、腫瘍内部に脾動脈の貫通を認めた。CEA 8.0ng/mL、CA19-9 63.3U/mLと初回に比べて上昇していた。長期的な経過、尾側膵管の拡張が認められない点から、膵癌の合併よりも自己免疫性膵炎の再燃を疑ったが、膵癌除外目的で施行したEUS-FNAでは膵体尾部腫瘍から腺癌が検出された。その後、腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行され、組織学的には中分化型膵管癌および周囲膵組織には1型自己免疫性膵炎の所見が認められた。自己免疫性膵炎またはIgG4関連疾患の経過中に膵癌を含め、悪性腫瘍の発生を認める症例はこれまでも報告が散見し、これらの病態においては腫瘍マーカーや画像による慎重な経過観察が望まれる。膵癌を伴う自己免疫性膵炎に関して若干の文献的考察も加えて報告する。

O-05 EUS-FNAで胃にimplantationを生じた膵原発solid pseudopapillary neoplasmの1例

山口 晴臣¹、森阪 裕之¹、佐野 勝廣¹、岡田 吉隆¹、良沢 昭銘⁴、岡本 光順²、永田 耕治³、市川 智章¹

埼玉医科大学国際医療センター 画像診断科¹、埼玉医科大学国際医療センター 肝胆膵外科²、埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科³、埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科⁴

症例は70歳代男性。上腹部不快感を主訴に他院で上部消化管内視鏡が施行され、胃痛疑いで当院紹介受診された。血液検査でCEA、CA19-9は陰性であった。当院上部消化管内視鏡で胃体中部後壁に1型病変が指摘され、生検で腺癌が疑われた。ダイナミックCTで胃体部後壁に3cm大の1型腫瘤があり、不均一な造影効果を認めた。以上より1型胃癌が疑われ、幽門側胃切除術が施行された。病理の結果、胃痛としては非典型的な像であった。本症例は胃手術の5年7ヶ月前に膵体部前面腫瘤に対し、胃体部後壁からEndoscopic Ultrasound-Fine Needle Aspiration（以下EUS-FNA）により、非典型的膵癌が疑われ、腫瘤摘出術が施行されていた。この腫瘤の病理を再検討したところ、膵solid pseudopapillary neoplasm（以下SPN）と診断された。胃腫瘍の発生部位は前回EUS-FNAの穿刺ルートに一致し、EUS-FNAによるSPNのimplantationと考えられた。膵SPNは低悪性度腫瘍であり、浸潤及び転移や術後再発を認めた場合でも生命予後は良好である。また、腫瘍細胞の発育方向が不規則という特徴があり、時に娘結節のような腫瘤が主病変を離れて形成される場合もある。本症例はSPNの特殊な再発例であり、緩徐な増大速度を反映した貴重な症例であるため、若干の文献的考察を加え報告する。

O-06 遺伝性膵炎の経過中に嚢胞径に変化を生じた粘液性嚢胞性腫瘍の1例

立入 哲也¹、丸上 永晃²、高濱 潤子¹、平井都始子²、吉川 公彦¹、庄 雅之³、畠山 金太⁴

奈良県立医科大学附属病院 放射線科・IVRセンター¹、奈良県立医科大学附属病院 総合画像診断センター²、奈良県立医科大学附属病院 消化器・総合外科³、奈良県立医科大学附属病院 病理診断学講座⁴

症例は、20歳代女性。繰り返す心窩部痛を主訴に近医受診しCTで膵炎と径28mm大の膵体部腫瘤を認め、保存的加療されていた。膵炎症状は一時的に改善を認めるも、その後再燃と寛解を繰り返したために遺伝子検査を含めた精査が施行された。その結果、SPINK1遺伝子p.N34S多型であることが判明し、遺伝性背景により膵炎を発症していると考えられた。

また当初、膵体部腫瘤は膵炎に伴う仮性嚢胞と考えられていたが、CTで腫瘤はcyst in cyst様の嚢胞性構造や造影効果のある厚い被膜形成を認めていた。また画像上主膵管との交通は明らかではなかったが、経過中腫瘤径は28mm→22mm→25mmと変化し、主膵管上流部に軽度拡張を認めた。膵管との交通を持つ膵粘液性嚢胞性腫瘍の可能性が疑われ、当院消化器外科に紹介となり腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行された。

摘除された腫瘤には大小多数の多房性嚢胞を認め、一層の粘液産生性上皮と卵巣様間質を有していた。また免疫染色ではER、PgRに陽性であり、病理学的に膵粘液性嚢胞性腫瘍と診断された。一部の嚢胞では上皮性細胞は消失し内面にフィブリン沈着を認めており、膵炎等の炎症性変化による影響が考えられた。

遺伝性膵炎とは遺伝により慢性膵炎が多発する稀な疾患であり、膵癌発生のハイリスクと言われているが遺伝性膵炎と膵粘液性嚢胞性腫瘍の合併の報告は稀である。今回、遺伝性膵炎に膵粘液性嚢胞性腫瘍が合併した一例を経験したので報告する。

O-07 広範な静脈内ガスを伴ったS状結腸憩室炎の1例

舟山 慧¹、市川新太郎¹、本杉宇太郎¹、渡邊 光章²、河野 寛²、近藤 哲夫³、
大西 洋¹

山梨大学医学部 放射線医学講座¹、山梨大学医学部 第1外科²、山梨大学医学部 人体病理学³

症例は52歳、男性。1週間前より40℃の発熱を認め近医を受診した。対症療法を行ったが軽快しなかったため4日前に前医入院となった。入院時に軽度のトランスアミンアーゼ上昇を認めていたが、入院後に急激な増悪と重度の血小板減少が認められたため精査加療目的に当院血液内科へ転院となった。Dynamic CTでは肝の腫大とまだらな早期濃染、periportal collar signを認めた。また、門脈や下腸間膜静脈、左結腸～S状結腸静脈内には空気濃度が認められ、血管周囲の脂肪濃度の上昇を伴っていた。S状結腸には多数の憩室と周囲脂肪濃度の上昇を認めた。腸管虚血や穿孔を示唆する所見は認められなかった。以上の所見から肝機能障害、重度の血小板減少の原因として門脈ガス血症を伴うS状結腸憩室炎と肝への炎症波及が疑われた。ハルトマン手術が施行され、術後次第に肝機能障害と血小板減少の改善を認めた。病理組織学的には多数の憩室を認め、1カ所の憩室で粘膜から漿膜にかけて高度の好中球、リンパ球・形質細胞浸潤、肉芽組織、膿瘍を認めた。漿膜部分には出血を伴い、穿孔とそれに伴う腹膜炎の所見であった。門脈ガス血症は腸管壊死などに伴う予後不良の徴候とされている。しかし、本症例のように憩室炎に伴うものはまれであり、臨床経過、画像所見に文献的検討を加えて報告する。

O-08 サブイレウスにて発症したS状結腸子宮内膜症の1例

澁川 絢子¹、山口 敏雄¹、吉原 尚志¹、清水 康弘¹、嶺 久美子¹、牧山 裕顕²、
小林 徹也³、福永 眞治⁴

新百合ヶ丘総合病院 放射線診断科¹、新百合ヶ丘総合病院 消化器内科²、
新百合ヶ丘総合病院 外科³、新百合ヶ丘総合病院 病理診断科⁴

症例は49歳女性。10年前に子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術の既往がある。腹痛・嘔吐を主訴に当院へ救急搬送された。来院時、左下腹部を最強点とする圧痛と反跳痛を認めた。腹部-骨盤部単純CT上、S状結腸に限局的な壁肥厚を認め、この口側にびまん性の壁肥厚と周囲脂肪織の混濁を伴っていた。副所見として子宮の腫大と石灰化、右卵巣腫を認めた。腸炎およびS状結腸腫瘍を疑い、精査加療目的に入院となった。翌日に症状は改善。第3病日の下部内視鏡検査によりS状結腸に1型腫瘍を認め、結腸癌によるサブイレウスと診断した上で一旦退院となった。しかしこの時の生検では悪性所見は確認できず、1週間後に下部内視鏡検査を再検した。上皮には明らかな腫瘍性変化は認めず、良性疾患も疑ったが、前回同様に高度狭窄は残存しており、細径スコープの通過も困難であったため、手術適応と判断した。低残渣食と下剤による対応で腹部症状の再燃はなく、待機的に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。結果、病理組織診により、S状結腸および所属リンパ節の異所性子宮内膜症と診断された。子宮内膜症の内、腸管の異所性子宮内膜症の有病率は3-37%と言われており、ごく稀な疾患ではないが、通常は無症状であるため、術前診断に難渋することも多い。しかし本症例は術前に鑑別のひとつとして挙げるべきであったと考えるため、反省点をふまえ、報告する。

O-09 大腸癌の摘出標本MRIと病理組織との対比

井上 明星^{1,4}、大田 信一¹、新田 哲久¹、吉村 雅寛¹、清水 智治²、谷 眞至²、
九嶋 亮治³、居出 健司⁴、村田喜代史¹

滋賀医科大学 放射線医学講座¹、滋賀医科大学 外科学講座²、滋賀医科大学 病理診断科³、
東近江総合医療センター 放射線科⁴

【目的】大腸癌摘出標本MRIと病理組織を対比すること。

【方法と対象】対象は外科手術が行われた44症例47病変（Tis：3例、T1：4例、T2：9例、T3：26例、T4：5例）。切除標本は大腸がん取扱い規約に沿って処理された。撮像は切除直後および固定1日後の2回撮像した。1.5T MRI装置、5-channel general purpose coilを用い、T2強調像を撮像した。①腫瘍の垂直距離、②腫瘍、粘膜、粘膜下層、筋層、漿膜下層それぞれのコントラスト雑音比（CNR）、③壁深達度、④固定前MRIでの漿膜下層内の線状構造について評価した。

【結果】①MRIと病理組織の間で腫瘍の垂直距離はで正の相関を示した（固定前： $y=0.7774x+0.3384$ $r=0.89$ 、固定後： $y=0.7536x+0.7055$ 、 $r=0.88$ ）。②固定前後のCNRは腫瘍で 3.69 ± 1.06 、 3.14 ± 0.89 、粘膜で 3.58 ± 1.01 、 3.38 ± 1.07 、粘膜下層で 4.88 ± 1.47 、 4.50 ± 1.40 、筋層で 3.55 ± 0.96 、 3.13 ± 0.86 、漿膜下層で 4.60 ± 1.13 、 4.68 ± 1.21 であった。固定前後ともに腫瘍と粘膜下層および漿膜下層の間のCNRに有意差を認めた（ $p<0.001$ ）。③固定前後MRIでの壁深達度評価は全例で一致。病理組織診断による壁深達度とは漿膜浸潤の4症例、他臓器癒着の2例、腺腫内癌3例、微小筋層浸潤1例の合計10例で不一致であった。④線状構造はT2：2例、T3：26例、T4：5例に認められ、病理組織との対比にて脂肪組織内の線維化と考えられた。

【結論】粘膜下層および漿膜下層への腫瘍浸潤評価に有用であると考えられた。

O-10 十二指腸ブルネル腺過誤腫の1例

小田 晃義、松木 充、沼本 勲男、福井 秀行、任 誠雲、兵頭 朋子、
柳生 行伸、鶴崎 正勝、今岡いずみ、石井 一成、村上 卓道

近畿大学医学部附属病院 放射線診断科

症例は50台女性。4年程前に近医にて血液検査で偶発的に血中アミラーゼの上昇が指摘され、腹部超音波検査で十二指腸球部に腫瘤性病変を認めた。その後精査するも明らかな悪性所見はなく、経過観察となっていたが、腫瘤の増大傾向を認めたため、精査目的にて当院紹介となった。造影CTにて十二指腸球部に3×5cm大の充実性腫瘤を認め、不均一に濃染し、内部に低吸収域を伴う。MRIではT2強調像にて腫瘤内に特徴的な大小不同の嚢胞構造を伴う。FDG-PETではSUVmax：2.76の軽度集積を認める。緩徐な増大を認めたため、臍頭十二指腸切除術が施行された。病理組織診にてブルネル腺と平滑筋を伴う腺管で構成する小葉構造の著しい増殖を認め、ブルネル腺過誤腫と診断された。ブルネル腺はアルカリ性の分泌液をだす腺組織で、主に十二指腸に存在する。ブルネル腺由来の病変として過形成、過誤腫、腺腫がある。ブルネル腺過誤腫は、MRI T2強調像にて十二指腸内のポリープ状の隆起に拡張した腺管を反映した嚢胞構造を伴うことが特徴的とされ、今回典型的な画像所見を呈した十二指腸ブルネル腺過誤腫の1例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-11 卵巣腫瘍と鑑別が困難であった小腸GISTの1例

佐々木 優¹、市川新太郎¹、本杉宇太郎¹、原 倫生²、須藤 誠²、大石 直輝³、
大西 洋¹

山梨大学医学部 放射線医学講座内¹、山梨大学医学部 第一外科²、山梨大学医学部 病理学教室³

【症例】 72歳女性

【主訴】 症状なし

【現病歴】

C型肝硬変で通院中。2016年6月エコーで腹部腫瘍を指摘。ヨード造影剤アレルギー既往があり単純CT、造影MRIを施行し卵巣腫瘍が疑われた。

【血液検査所見】

腫瘍マーカー上昇なし、その他も異常なし。

【画像所見及び診断】

子宮腹側に2つ連なるT2WI軽度高信号腫瘍を認めた。右側腫瘍は辺縁不整、充実部分と嚢胞部分が混在し、また内部に脂肪抑制T1WIで出血を示唆する高信号域を伴っていた。左側腫瘍は辺縁整、大部分を充実部分が占めていた。位置関係から右卵巣癌+左卵巣転移が疑われた。

【手術所見】

腹式単純子宮全摘+両側卵管卵巣摘出術予定で開腹。子宮及び両側卵巣は骨盤底に存在し異常所見を認めなかった。終末回腸より約12cm口側に10cm大の不整形な腫瘍を認めた。この病変より口側15cmに5cm大の辺縁平滑な腫瘍を認め両腫瘍を切除した。

【病理組織所見】

不整形腫瘍で葉巻状の核を有した紡錘形細胞が錯綜状に増殖し部分的に出血と凝固壊死を認めた。腫瘍細胞は免疫染色によりGISTに合致する所見。Ki67 (MIB-1) 陽性率はhot spotで約10%、核分裂像は5/5m²、腫瘍径と併せてmodified-Fletcher分類でhigh-riskに該当。もう一方の腫瘍もGISTに合致する所見であり核分裂像は1/5m²でvery low-riskに該当。

【考察】

MRI画像を見直すと腸管膜から腫瘍へ連続する静脈様の索状構造物が存在し、病変の由来診断に有意な所見であった可能性がある。

O-12 前縦隔に転移をきたした小腸神経内分泌腫瘍の1例

秋山裕一郎¹、斉藤 彰俊²

山梨県立中央病院 臨床研修医¹、山梨県立中央病院 放射線診断科²

30歳代男性、X年11月24日に腹痛にて当院受診。腹部全体に高度の圧痛あり、造影CTが施行された。小腸にcaliver change、また少量の腹水が認められ、小腸閉塞部には造影効果の高い腫瘍があり、これが原因のイレウスとの診断で、緊急手術となった。開腹でも閉塞部に腫瘍が同定され、それを含めた小腸の部分切除が施行された。腫瘍の病理診断は小腸神経内分泌腫瘍であった。以後、定期的に外来にてフォローされていたが、X+1年12月11日のフォローCTにて、前縦隔に濃染腫瘍が出現した。胸腺腫が疑われた。X+2年2月12日のCTにて前縦隔腫瘍の増大が認められ、本人の希望もあり、手術を行うこととなった。胸腔鏡補助下で腫瘍摘出術が施行され、摘出された腫瘍はsynaptophysin,chromogranin (+)で神経内分泌腫瘍と診断され、形態からも小腸神経内分泌腫瘍からの転移の診断となった。その後は、再発なく外来にて経過観察されている。小腸神経内分泌腫瘍の前縦隔転移は稀であり、文献的考察を踏まえて報告する。

O-13 メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患により消化管穿孔を来した1例

山岸 亮平、井上 達朗、長谷川 悠、八代 大佑、岡田 慎悟、山城 雄貴、
鈴木 一廣、白石 昭彦、村上 康二、桑鶴 良平

順天堂大学 放射線科

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患（methotrexate-associated lymphoproliferative disorders：以下 MTX-LPD）により多発小腸潰瘍を認め、消化管穿孔を来した1例を経験した。症例は48歳女性。18年前より慢性関節リウマチに対して加療されており、15年前よりメトトレキサート（以下 MTX）が導入されていた。2週間前から咽頭痛と血便を認めたため、当院耳鼻咽喉科を受診された。右中咽頭と上咽頭に一部壊死を疑う炎症性病変を認め急性咽頭炎として抗生剤治療を行ったが、咽頭痛が増悪し経口摂取困難となったため精査加療目的に入院となった。入院時のCTでは全身リンパ節の多発腫大、肺野の多発結節を認めた。入院時からMTXを中止したが、入院4日目に腹部に激痛を訴え、同日のCTでfree air、胸腹水の出現を認め消化管穿孔と診断、外科で緊急の小腸全摘除術となった。切除検体からは小腸の多発潰瘍と穿孔がみられ組織所見ではMTX-LPDの浸潤がみられた。MTX-LPDによる消化管穿孔の報告は稀であり文献的考察を加えて報告する。

O-14 Quantitative analysis of liver functional reserve using Gd-EOB-DTPA MR imaging

Manduul Enkhjargal, Takahito Nakajima, Kei Shibuya, Yoshito Tsushima

Department of Diagnostic Radiology and Nuclear Medicine, Gunma University Graduate School of Medicine

Objective: To evaluate liver function has been desired before treatments of liver tumors. In clinical situations, there are many parameters, such as laboratory data, indocyanine green (ICG) retention, and physical assessments. The aim of this study was to evaluate liver functional reserve using MR images before and after Gd-EOB-DTPA administration.

Materials and methods: One hundred thirty-three patients who had liver tumors was retrospectively analyzed. These patients underwent MR examination using Gd-EOB-DTPA, CT scan, ICG retention test, and ^{99m}Tc-GSA scintigraphy. In MR analysis, regions of interest (ROIs) were drawn in liver and spleen. To assess liver functional reserve quantitatively, we employed MR parameters, liver intensity (LI) and spleen intensity (SPI). And functional liver volume (FV) was calculated by the following formula: $FV = (LI - SPI: contrast) / (LI - SPI: non-contrast) \times \text{liver volume}$. Liver volume was calculated from CT images. The correlations between FV and ICG retention clearance, ^{99m}Tc-GSA and biochemical parameters were analyzed.

Results: FV showed good correlation to ICG15 ($p < 0.0001$), LHL15 ($p < 0.001$), HH15 ($p < 0.0001$), Alb ($p < 0.0001$), AST ($p < 0.0001$) and ChE ($p < 0.0001$).

Conclusion: Our method is easy to calculate FV and had significant feasibility to many parameters which were used in the clinical situation.

O-15 Two cases of ovarian Leydig cell tumors

Takashi Ota¹, Takahiro Tsuboyama¹, Ken Ueda³, Yumiko Hori², Hideaki Miwa⁴,
Masatoshi Hori¹, Hiromitsu Onishi¹, Makoto Sakane¹, Mitsuaki Tatsumi¹,
Noriyuki Tomiyama¹

Diagnostic and Interventional Radiology, Osaka University Graduate School of Medicine¹,
Diagnostic Pathology, Osaka University Graduate School of Medicine²,
Radiology, Osaka Rosai Hospital³, Pathology, Osaka Rosai Hospital⁴

Ovarian Leydig cell tumor is a very rare subtype of pure stromal tumors which presents with virilization signs due to androgen production. We report computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) findings of ovarian Leydig cell tumors in two patients.

Case 1: A 54 year-old postmenopausal woman presented with several virilization signs. She was revealed to have high serum testosterone level (3.75 ng/ml) and underwent contrast-enhanced CT for the screening of adrenal and ovarian disorders. Although small solid nodule measuring 2 cm in diameter was depicted in the left ovary, it was misinterpreted as a normal ovary and not detected as a tumor. The nodule was detected on unenhanced pelvic MRI, which showed intermediate intensity on T2-weighted imaging (T2WI) and hyperintensity on diffusion-weighted imaging (DWI). Case 2: A 75 year-old postmenopausal woman presented with alopecia and elevated serum testosterone (8.35 ng/ml). Unenhanced CT showed a cystic right adnexal mass measuring 7 cm in diameter. Unenhanced pelvic MRI demonstrated a small solid nodule measuring 2 cm in diameter adjacent to the cystic mass. The solid nodule displayed intermediate intensity on T2WI and hyperintensity on DWI.

In both cases, small solid nodules were proved to be Leydig cell tumors histopathologically. A cystic mass of the case 2 was proved to be an incidental simple cyst. Leydig cell tumors were difficult to be detected on screening CT in our cases due to its small size. In patients with hyperandrogenism, MRI should be recommended for detecting a small ovarian nodule like Leydig cell tumor.

O-16 Imaging findings of ovarian dysgerminoma with emphasis on multiplicity and vascular architecture: implication for pathogenesis.

Takahiro Tsuboyama¹, Yumiko Hori², Masatoshi Hori¹, Hiromitsu Onishi¹,
Mitsuaki Tatsumi¹, Makoto Sakane¹, Takashi Ota¹, Noriyuki Tomiyama¹

Department of Radiology, Osaka University Graduate School of Medicine¹,
Department of Pathology, Osaka University Graduate School of Medicine²

We report imaging findings of ovarian dysgerminoma with emphasis on multiplicity and vascular architecture in three cases (two cases with pure dysgerminoma and one case with mixed germ cell tumor). Contrast-enhanced MRI in 14-year-old female with dysgerminoma demonstrated a lobulated solid mass in the right ovary. Diffusion weighted imaging (DWI) showed multiple hyperintense nodules within the tumor corresponding to nests of tumor cells separated by fibrovascular septa, and some small nodules were found to exist separately. T2WI and contrast-enhanced T1WI showed large tumor vessels at the center of the mass surrounded by the tumor nests, which connected directly to the ovarian arteries/veins and radiate outward through the fibrovascular septa. Dysgerminoma in 35-year-old female was shown to have the same pattern of vascular architecture on contrast-enhanced CT. Contrast-enhanced MRI in 10-year-old female with mixed germ cell tumor revealed left enlarged ovary with dilated medullary and hilar vessels, within which a heterogeneous large mass and multiple tiny nodules were present. Microscopically, the former corresponded to yolk sac tumor and the latter corresponded to dysgerminoma containing remnants of gonadoblastoma. In all the three cases, ovarian follicles were not found in the involved ovary on imaging while normal follicles were detected in the contralateral ovary.

According to our cases, multiplicity of tumor nests and characteristic vascular architectures simulating normal ovarian medullary and hilar vessels may be helpful in the diagnosis of dysgerminoma, and these imaging findings may imply multicentric development of dysgerminoma from primordial germ cells or gonadoblastoma.

O-17 A Young Woman with Metastatic Ovarian Tumors from the Appendix Mimicking Massive Ovarian Edema

Yumiko Oishi Tanaka¹, Yutaka Takazawa², Motoki Matsuura³, Kohei Omatsu³,
Nobuhiro Takeshima³, Kiyoshi Matsueda¹

Diagnostic Imaging Center, The Cancer Institute Hospital of Japan Foundation of Cancer Research¹,
Clinicopathology Center, The Cancer Institute Hospital of Japan Foundation of Cancer Research²,
Gynecologic Oncology, The Cancer Institute Hospital of Japan Foundation of Cancer Research³

A woman in her twenties visited our institute with pelvic heaviness. Her laboratory data and past history were not particular other than mild anemia. The CA 125 was elevated (238.3U/ml), while CEA and CA19-9 were normal. MR imagings obtained in a previous hospital visualized a large right ovarian tumor. It was an extremely hyperintense mass surrounded by hypointense rim-like area on T2-weighted images (T2WI) and restricted diffusion. We could also see some small hyperintense foci scattered within the hypointense rim. Enhanced CT visualized dilated ovarian arteries diverging from the ovarian hilum to the cortex and the only peripheral areas were well enhanced. Although twisted pedicle was not detected, unusually dilated ovarian veins were noted. The contralateral ovary showed almost the same findings except for its normal size. Therefore, the preoperative imaging diagnosis was massive ovarian edema (MOE) despite bilateral diseases. The surgical exploration revealed bilateral ovarian tumors, slightly enlarged appendix and peritoneal implants. The peripheral area was composed of poorly differentiated tumors with stromal hyperplasia, whereas the signet-ring like tumor cells were proliferating with edema in the central area of the ovarian masses, histopathologically. The final diagnosis was adenocarcinoma of the appendix and its ovarian metastasis.

Metastatic ovarian tumors were reported as well-demarcated tumors with hypointense areas on T2WI, however, its distribution is varying. When it distributes peripherally, it can mimic MOE or sclerosing stromal tumors. In addition, primary appendiceal malignancy are sometimes hard to diagnose as its smaller size. We will present this educational case with imaging-pathological correlation and bibliographic consideration.

O-18 MRI findings of placental invasion without placental previa

Satomi Kitai¹, Kenji Motohashi¹, Hiroaki Aoki², Kaoru Onoue¹, Osamu Samura²,
Aikou Okamoto², Kunihiro Fukuda¹

Department of Radiology, The Jikei University School of Medicine¹,

Department of Obstetrics and Gynecology, The Jikei University School of Medicine²

Objective: To assess MRI findings of placental invasion without placenta previa.

Materials and Methods: We retrospectively reviewed the clinical findings and MRI findings of the patients with clinically and/or pathologically confirmed placental invasion without placenta previa between January 2013 and December 2016. All MRIs were performed on a 1.5-T unit, including axial, coronal, and sagittal HASTE and True FISP. Two radiologists evaluated the existence of the previously reported MRI features of the placental invasion with placental previa in consensus, including indistinctness of myometrium, uterine bulging, intraplacental T2 dark band, intraplacental abnormal vascularity (prominent deep placental vessels more than 5 mm), and intraplacental heterogeneity.

Results: Six patients with placental invasion (4 accreta, 1 percreta, and 1 undetermined depth of invasion) without placenta previa were reviewed. Four patients had the past history of the uterine surgical operation, one patient had a history of curettage, and one patient had a history of UAE. All MRI features of placental invasion with placental previa were seen in the patient with placental percreta. Intraplacental abnormal vascularity was seen in another patient. Prominent deep placental vascularity up to 5mm was seen in other four patients. Heterogeneity of the placenta was high in the patient with placenta percreta and mild to moderate in other patients.

Conclusion: MRI features of placental invasion with placenta previa are also useful in the diagnosis of placenta percreta without placenta previa. Relatively prominent deep placental vessels and mild to moderate placental heterogeneity raise the possibility of placenta accreta without placenta previa.

0-19 子宮筋腫に対する GnRH アゴニスト療法後に赤色変性を生じた 1 例

蜂谷 可絵、加藤 博基、金子 揚、松尾 政之

岐阜大学医学部 放射線科

症例は44歳女性、3経妊3経産。経口避妊薬の使用歴はない。下肢浮腫の原因検索目的に単純CTが撮像され、5cmの子宮筋腫を指摘された。10ヶ月後に無痛性の腹部腫瘤を自覚し、産婦人科で超音波検査を施行したところ、子宮筋腫は7cmに増大していた。この時点で妊娠反応は陰性であった。子宮筋腫の縮小目的に薬物療法の第一選択であるGnRHアゴニスト（酢酸リュープロレリン）が投与された。投与23日後に突然発症の下腹部痛が出現し、投与25日後に撮像した造影CTで筋腫内部の造影増強効果が欠如していた。投与32日後に撮像した単純MRIでは、筋腫辺縁部がT2強調画像で低信号、T1強調画像で淡い高信号を示し、典型的な赤色変性の所見を示していた。投与34日後に準緊急腹式子宮全摘術が施行され、病理学的にも子宮筋腫の赤色変性と診断された。子宮筋腫の赤色変性は筋腫内に静脈性・出血性梗塞を生じる急性腹症であり、経口避妊薬や妊娠との関連性が知られている。GnRHアゴニストは子宮筋腫の薬物療法に広く使用され、有用性が確立されている薬剤であるが、GnRHアゴニスト療法と赤色変性の関連性について述べた報告は現在までにない。我々はGnRHアゴニスト投与直後のflare up現象による高エストロゲン状態が子宮筋腫に赤色変性を引き起こしたと考えられた症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

0-20 子宮頸部印環細胞癌の1例

福井 修一¹、山口 健¹、中園 貴彦¹、入江 裕之¹、横山 正俊²、山本美保子³

佐賀大学医学部 放射線科¹、佐賀大学医学部 産婦人科²、佐賀大学医学部 病理³

子宮頸部原発の印環細胞癌は極めて稀であり、画像所見に関する報告はほとんどない。今回我々は、子宮頸部印環細胞癌の1症例を経験したので、MRI所見を中心に報告する。症例は40歳代女性、G1P0。2年前より不正性器出血を認めるも放置していたが、出血増悪および尿閉が出現したため、当院受診となった。腫瘍マーカーは、CA125 35.7 U/ml、CEA 22.7 ng/mlと上昇を認めた。MRIでは子宮頸部～腔内腔を占拠する10cm大の乳頭状形態の腫瘤を認めた。腫瘤中心部はT2WIにて筋肉よりやや高信号で、DWIで高信号、ADC値は $1.2 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ 程度、Dynamic studyでは漸増性の増強効果を認めた。腫瘤表面はT2WIにて著明な高信号で増強効果に乏しく、豊富な粘液が示唆された。生検にて印環細胞癌が疑われ、上下部消化管内視鏡検査等の全身精査にてその他の部位に明らかな原発巣は指摘できず、子宮頸部原発と考えられた。腫瘤が巨大で摘出困難であったため、術前化学放射線療法が施行され、腫瘤の縮小後に手術が施行された。

O-21 cystic adenomatoid tumorの2例

山田 陽子¹、左合 直¹、小坂 康夫¹、折戸 信暁¹、山田 篤史¹、高橋 孝博¹、
太田 諒²、田嶋 公久³

福井赤十字病院 放射線科¹、福井赤十字病院 病理診断科²、福井赤十字病院 産婦人科³

症例1：46歳女性、不正性器出血。左子宮角部の漿膜下に4cm径の単房性の薄壁嚢胞に壁在結節様の充実部を伴う腫瘤を認めた。嚢胞内容は漿液性、充実部はT2WI高信号を呈し淡く造影され、超音波でしか認識できない程度の細かな嚢胞を複数伴っていた。症例2：34歳女性、右下腹部痛。子宮右腹側に症例1と同様の腫瘤を認め卵巣とは少し離れていた。症例1は卵管由来の漿液性嚢胞性腫瘍、adenomyotic cyst、変性筋腫など、症例2は傍卵巣由来の漿液性嚢胞性腫瘍やadenomatoid tumor（以下AT）を考えたが、何れも切除病理ではATと診断された。ATは中皮細胞由来の良性腫瘍であり、男女とも生殖器や漿膜下に発生することが多く、本例も子宮および卵管の漿膜近傍に位置していた。肉眼的には充実性が多いが、混合性一嚢胞性を呈する場合もあり、病理組織学的には扁平ないし立方状の細胞が管状・索状などの配列を示す。本例の充実部は無数に存在する大小の管腔構造からなり、T2WIでの高信号や超音波での微細嚢胞はそれらの反映と考えられる。また充実部を包含する嚢胞壁も組織学的に同質（中皮細胞由来）であり、前述の管腔構造の一部が大きくなったものと推測された。ATは発生部位や形態により子宮や附属器の種々の腫瘤の鑑別対象となり得るので、女性骨盤の画像診断においては本症の分布やバリエーションを理解しておく必要がある。

O-22 腸管子宮内膜症由来と考えられた腹腔内播種を伴う低悪性度大腸子宮内膜間質肉腫の1例

正田 麻紀¹、横谷 繁郎¹、大倉 享¹、末吉 智¹、中川 裕之¹、杉浦 敦²、
石田 英雄³、丸上 永晃⁴、高濱 潤子⁴、伊藤 高広⁴、吉川 公彦⁴

奈良県総合医療センター 放射線科¹、奈良県総合医療センター 産婦人科²、
奈良県総合医療センター 病理診断科³、奈良県立医科大学 放射線科・IVRセンター⁴

症例は40歳代、女性。0経妊0経産。血便を主訴に精査・加療目的で当院消化器内科に紹介となった。造影CTでは直腸・S状部の壁肥厚に加え、骨盤底部の腹膜肥厚や右卵巣に腫瘤を認めた。注腸造影でRS～S状結腸遠位前壁側中心に、表面結節～顆粒状変化を伴った隆起性病変を示唆する長径5cmの透亮像を認めた。上皮性腫瘍としては大きさの割に壁変形が比較的軽度であり、粘膜下腫瘍または壁外からの浸潤の可能性も考慮された。MRIでは直腸と子宮との間に癒着を示唆する索状構造が見られ、深部子宮内膜症の存在が疑われた。直腸腫瘍は癒着部分と連続し、T2強調像で不均一な高信号、拡散強調像でも高信号を示した。両側卵巣には脂肪抑制T1強調増で高信号域を認め、右卵巣や腹腔内には直腸腫瘍と同様の信号を示す播種病変が多発していた。下部内視鏡より腫瘍生検が行われ子宮内膜症や子宮内膜間質肉腫の大腸浸潤が挙げられた。以上より、内膜症に由来する播種を伴った悪性腫瘍を第一に考え、審査腹腔鏡を施行の上、腹式単純子宮全摘術、附属器切除術、低位前方切除術を施行。病理で子宮内膜症の付随間質に比して間質成分が過剰な増生を示しており、広範囲な播種結節を伴った低悪性度の大腸子宮内膜間質肉腫と最終診断された。子宮に肉腫は認めなかった。腸管子宮内膜症を由来とした大腸子宮内膜間質肉腫は頻度が低く、文献的考察を加え報告する。

O-23 小児神経芽腫の成人例と考えられる“神経芽腫群”の2例

足立 拓也¹、横山みなど²、藤井 靖久²、木脇 祐子³、桐村 進³、久保田一徳¹、齋田 幸久¹、立石宇貴秀¹

東京医科歯科大学医学部附属病院 放射線診断科¹、

東京医科歯科大学医学部附属病院 泌尿器科²、東京医科歯科大学医学部附属病院 病理部³

【はじめに】 神経芽腫には神経節芽腫や神経節腫への分化傾向を示し、良好な経過を辿る一群が存在し、一連の腫瘍群は“神経芽腫群”と呼ばれている。【症例1】 20歳台女性。腹痛を契機に撮影されたCTで後腹膜腫瘍を指摘された。造影CT、MRI、¹⁸F-FDG PET/CTで左副腎に嚢胞状構造を伴う大きさ8x5cmの充実性腫瘍と隣接する傍大動脈領域に低吸収の腫大リンパ節を認めた。充実部に石灰化、FDG集積を認めた。腫瘍及び左腎摘出術が施行され、神経節芽腫 intermixed type と診断された。術後2年再発なく経過している。【症例2】 20歳台男性。左下腹部痛を契機に近医で撮影されたCTで腎門レベルの傍大動脈領域に35mm大の乏血性腫瘍と、その頭側の左横隔膜脚後部に多発する腫大リンパ節病変を認めた。左副腎に異常はない。造影CT、MRIで腫瘍は乏血性で左横隔膜脚の腫瘍のみがDWI軽度高信号を示した。CTガイド下針生検組織による病理診断は神経節細胞腫であった。その後1年半、腫瘍の増大を認めない。【考察】 かつての小児神経芽腫マス・スクリーニングにより神経芽腫の自然退縮例が少なからず存在すること判明し、本症例はこれに相当する“神経芽腫群”と思われる。【まとめ】 本症例は若年成人においても“神経芽腫群”症例に遭遇する機会があり得ることを示唆する。画像診断上の特徴に加え、治療選択など文献的考察を加えて報告する。

O-24 下大静脈から発生した平滑筋肉腫の1例

石山 公一¹、高木 倫子¹、戸沢 智樹¹、大高 葵¹、笹嶋 素子¹、橋本 学¹、吉岡 政人²、渡辺 剛²、山本 雄造²、南條 博³

秋田大学医学部 放射線科¹、秋田大学医学部 消化器外科²、秋田大学医学部附属病院 病理部³

60代女性。閉塞性肥大型心筋症にて通院中に心窩部痛を認め、精査のため施行したCTにて後腹膜腫瘍を認めた。CT上、腫瘍は下大静脈と腹部大動脈の間に長径4.3cm大の明瞭平滑な腫瘍として存在した。内部にまだらな増強不良を混在し、それ以外の部分は比較的よく増強される腫瘍を呈し、5ヶ月後のCTでは5cm大に増大を認め、IVC内に腫瘍に連続する血栓あるいは腫瘍栓を認めた。その後手術による腫瘍摘出術が施行された。手術所見では、腫瘍は下大静脈と腹部大動脈に挟まれるように存在し、腫瘍は下大静脈に浸潤し3cm大の腫瘍栓を認めた。下大静脈を一部切除し、腫瘍栓ごと腫瘍を摘出、下大静脈を再建した。腫瘍は肉眼的に中心部壊死を伴う白色充実性腫瘍で、病理組織上、異型核分裂を含む多数の核分裂を認め、免疫組織化学染色では desmin 陽性、SMA 陽性であり、下大静脈由来の平滑筋肉腫と診断された。転移は認めなかった。

O-25 出血性嚢胞と鑑別困難であった腎細胞癌の1例

山川 美帆¹、柏木 栄二¹、小川 和也¹、田中 仁美¹、喜久山綾乃¹、國富 裕樹¹、
甲田真由子¹、杉原 英治¹、村田 昌之¹、稲場 文隆¹、島津 宏樹²、伏見 博彰²、
川本 誠一¹

大阪急性期・総合医療センター 画像診断科¹、大阪急性期・総合医療センター 病理科²

乳頭状腎細胞癌は乏血性腫瘍であり、造影CTで腎嚢胞との鑑別が困難な場合がある。今回我々は、造影CTや造影MRIでは出血性腎嚢胞との鑑別が困難であったが、FDG-PETで腫瘍に集積がみられ、乏血性腎細胞癌と診断し得た1例を経験したので報告する。

症例は58歳、男性。検診の超音波検査で右腎に2cm大の腫瘍を指摘され、前医を受診。造影CTと造影MRIを施行されるも腫瘍の造影効果が乏しく、経過観察されていた。1年後のCTで腫瘍の軽度増大を認め、腎細胞癌を否定できないため、精査加療目的に当センター泌尿器科を紹介受診となった。当センターでも造影CTが施行されたが、腫瘍は単純CTで高吸収を示し、造影前後のCT値変化は3-5HU程度と造影効果は乏しかった。MRIでは、腫瘍はT1強調像で高信号を呈し、CT同様に造影効果乏しく、出血性嚢胞との鑑別が困難であった。追加検査として18F-FDG-PET/CTが施行され、腫瘍に淡いFDG集積 (SUVmax:4.2) がみられたため、乏血性腎細胞癌疑いにて右腎部分切除術が施行された。病理組織では、乳頭状・管状配列を示す腫瘍で、腫瘍全体に新旧混在した出血がみられ、中心部では腫瘍の約20%程度が壊死に陥っていた。間質には泡沫細胞の集簇を認め、腫瘍細胞の胞体は好酸性微細顆粒状であり、Papillary renal cell carcinoma, type2と診断された。

O-26 Xp11.2 転座型腎細胞癌の1例

柏木 栄二¹、杉原 英治¹、小川 和也¹、田中 仁美¹、國富 裕樹¹、喜久山綾乃¹、
甲田真由子¹、村田 昌之¹、稲場 文隆¹、川本 誠一¹、栗林 宗平²、葛原 宏一²、
島津 宏樹³、伏見 博彰³

大阪府立急性期・総合医療センター 画像診断科¹、

大阪府立急性期・総合医療センター 泌尿器科²、大阪府立急性期・総合医療センター 病理科³

症例は25歳女性。既往は特記事項なし。腫瘍触知を主訴とし前医受診、精査目的に当院に紹介受診された。USにて右腎の2.5cm大の触知腫瘍を同定。US/CTで卵殻状の石灰化を認めた。MRIでは、辺縁部はT1WIで出血を疑う高信号を呈し、内部はT1WI in-phaseで淡い高信号、opposed phaseでわずかに信号低下を呈し、出血および微量の脂肪成分の存在が考えられた。T2WIでは内部は淡い高信号、辺縁に被膜様の低信号構造を認めた。内部はDWIで淡い高信号、ADC mapで低信号を呈した。dynamic CT/MRでは早期相で淡く造影され、後期相ではwashoutされた。また、左腎にも淡い石灰化を伴った1.5cm大の腫瘍を認め、T1WIで軽度高信号、脂肪成分は認めず、T2WIで高信号を呈した。造影効果は認められず、DWIでは中等度信号、ADC mapでは高信号を呈した。いずれも、乳頭状を含む腎細胞癌、出血性嚢胞、AMLなどが疑われたが鑑別困難であり、右腎腫瘍に対してエコー下生検を施行した。病理組織上Xp11.2 転座型腎細胞癌が疑われたため、後日右腎腫瘍に対してロボット支援腹腔鏡下腎部分切除が施行された。病理所見では腫瘍の大部分は壊死を呈し、腫瘍辺縁の線維性組織内に腔状の胞巣を形成する腫瘍が少量認められた。免疫染色ではCK7 (-), CK AE1+3 (-), CD10 (-)、若年でもありXp11.2 転座型腎細胞癌が考えられた。左腎の腫瘍も同腫瘍の可能性があり嚴重に経過観察中である。稀な腎腫瘍を経験し、文献とともに報告する。

O-27 尿管癌との区別が困難であった腎細胞癌の遺残尿管転移の1例

遠山 兼史¹、加山 英夫¹、滝沢 明利²、福井 沙知²

国際親善総合病院 画像診断・IVR科¹、国際親善総合病院 泌尿器科²

症例は60歳代女性。20年前に子宮頸癌（Stage 0期）に対して子宮全摘、8年前左腎細胞癌（clear cell RCC, pT1bN0M0）に対して左腎摘出後の既往あり。

20XX年7月より肉眼的血尿が出現した。単純CTにて左遺残尿管の拡張と思われる所見を認め、ヨード造影剤使用を拒否したためdynamic CTは撮像できなかった。胸部CTで肺転移を疑う孤立性結節を認め、同年9月にVATSにて切除し、RCCの肺転移と診断された。同年9月の造影MRIでは壁肥厚を伴う遺残尿管拡張を認め、壁は早期から濃染されていた。遺残尿管癌の可能性を考慮し、遺残尿管全摘術を施行した。

肉眼病理では黄白色調の尿管壁肥厚病変を認め、ミクロでは淡明な癌細胞からなる胞巣を形成していた。免疫染色でCD10が陽性であり、腎細胞癌の尿管転移と診断した。

本症例ではdynamic CTが撮影できなかったために、尿管壁肥厚病変の早期濃染/washout patternを確認することができなかった。腎細胞癌の尿管転移は非常に珍しいが、pubmed上では50数例の報告があり、時に対側の正常尿管へも転移し得る。文献的考察を加え、報告する。

O-28 腎血管平滑筋脂肪腫（AML）との鑑別が困難であった腎脂肪肉腫の1例

稲垣 真裕¹、上田 浩之¹、岡野 拓¹、坂本 亮¹、日野 恵¹、清水 大功²、
上原慶一郎³、今井 幸弘³、伊藤 亨¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、

京都大学大学院医学研究科放射線医学講座（画像診断学・核医学）²、

神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科³

症例は60代女性。右季肋部の腫瘤触知、全身倦怠、体重減少を主訴として当院を受診した。血液検査ではアルブミンが低値、CRPが上昇しており、凝固系の異常もみられた。CT、MRIにて右腎下極より突出、膨張性に発育する14cm大の腫瘤がみられ、内部には軟部濃度の他、脂肪が確認された。さらに腫瘤内部には拡張した動脈が確認され、画像所見からAMLが疑われた。サイズが大きく、塞栓術を行う方針となったが、血管造影にても拡張した動脈が確認された。腎動脈の他総腸骨動脈から栄養血管がみられた。これらに対してエンボスフィア、エタノール+リピドールを用いた塞栓術を2回施行した。しかし腫瘍は軽度だが増大がみられ、手術の方針となった。右腎摘が行われ、病理学的に腎脂肪肉腫と診断された。組織学的には粘液腫型脂肪肉腫が主で一部に脱分化型脂肪肉腫の像がみられた。術後は症状、検査データも改善、現在まで再発、転移はみられていない。術前診断が難しく、結果としてAMLと診断、治療を行ってしまった脂肪肉腫の一例を報告するとともに、AMLと脂肪肉腫の画像的鑑別点についても文献的に考察する。

O-29 過去の日本腹部放射線学会での症例報告が術前画像診断に役立った腎腫瘍の1例

秋田 大字¹、松本 一宏²、亀山 香織³、茂田 啓介²、成田 啓一¹、増田真木子⁴、
大家 基嗣²、陣崎 雅弘¹

慶應義塾大学医学部 放射線診断科¹、慶應義塾大学医学部 泌尿器科²、
慶應義塾大学病院 病理診断部³、荻窪病院 放射線科⁴

症例は60歳台女性。他院の健康診断で左無機能腎および左腎腫瘍を指摘された。その後他院でダイナミックCTが施行され、腎血管筋脂肪腫や脂肪肉腫が疑われたため、精査加療目的で当院泌尿器科に紹介された。他院CTでは高度に萎縮した左腎実質から腎洞方向に進展する長径約7cm大の紡錘形腫瘍を認めた。腫瘍の全体的な形状から、病変の主座は拡張した腎盂内にあると判断した。腫瘍内部に脂肪成分の存在が疑われ、緩徐に淡く造影される充実部や造影不良域が混在していた。当院MRIでは腫瘍内に脂肪成分が広範囲に分布し、大小様々な嚢胞が含まれることがわかった。以上から腎盂内に進展したmixed epithelial and stromal tumor (MEST) of the kidneyを第一に疑った。腎盂内に進展する稀な血管筋脂肪腫の報告もあったので鑑別に挙げたが、内部の嚢胞が非典型的と考えた。腹腔鏡下左腎尿管全摘除術が施行されたが、良性腫瘍が疑われたため、尿管切除は腹腔鏡下で可能な範囲内にとどめた。肉眼的には腎盂、腎杯内を充満する黄白色調の腫瘍を認めた。病理組織学的には豊富な脂肪組織を含む線維性間質を背景に、上皮で裏打ちされた嚢胞が多数みられ、免疫染色にてMESTと診断された。過去の日本腹部放射線学会にて我々は脂肪成分を含んだMESTの症例報告をした。また他施設から腎盂尿管内に進展したMESTの症例報告があった。今回の症例はこれらの報告が術前画像診断に活かされた一例であった。

O-30 被膜下出血を契機に発見された腎盂癌の1例

野田 佳史¹、五島 聡¹、川田 紘資¹、河合 信行¹、棚橋 裕吉¹、松尾 政之¹、
菊地 美奈²、出口 隆²、酒々井夏子³、宮崎 龍彦³

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 泌尿器科²、岐阜大学 病理部³

症例は76歳男性。激しい腰痛を自覚し前医を救急受診。腹部CTにて右腎出血が疑われ、さらには出血性ショックとなったため当院へドクターヘリ搬送となった。来院時血圧99/57 mmHg、脈拍数117回/分であった。問診上明らかな外傷歴はなく、視診上も外出血等、外傷を示唆する所見を認めなかった。当院でのダイナミック造影CTでは、右腎被膜下、右腎周囲腔、右前腎傍腔にかけて広範な血腫を認め、腎被膜下では実質から複数箇所出血点を認めた。右腎上極では腎盂と腎実質の境界が不明瞭で、一部腎盂から実質を経由して皮質外へ連続する低吸収域を認め、さらに右腎静脈内へと進展する造影欠損域を認めた。腎盂癌の可能性を考え、補充療法を行うも貧血が進行したため、右腎摘出術の方針となった。摘出標本では腎盂内を中心に充実胞巣状構造を示す異型上皮細胞の浸潤増殖を認めた。脈管侵襲が高度で、脈管内には腫瘍塞栓が散見され、腎静脈断端部の静脈内腔に腫瘍成分が及んでいた。免疫染色ではAE1/AE3 (+)、CK7 (-~一部+)、CK20 (-)、p63 (+)、vimentin (一部+)を示し、invasive urothelial carcinoma (G3)と診断された。術後13日目に四肢麻痺、膀胱直腸障害が出現し、頸椎MRIにて頸椎、胸椎に多発骨転移と硬膜外血腫を認めた。ステロイドパルス療法、放射線療法を行うも第25病日永眠された。非外傷性の腎被膜下血腫を契機に発見された腎盂癌を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-31 経皮的腎生検により腎摘を回避できた腎血管腫の1例

成田 啓一¹、秋田 大宇¹、井上 政則¹、三上 修治²、大家 基嗣³、陣崎 雅弘¹
 慶應義塾大学医学部 放射線診断科¹、慶應義塾大学病院 病理診断部²、
 慶應義塾大学医学部 泌尿器科³

症例は48歳男性。健診の超音波検査で左腎腫瘍を指摘され、精査加療目的で当院を受診した。超音波検査で右腎実質から腎洞に突出する3cmの腫瘍を認めた。境界は明瞭で、内部は不均一な低エコーであった。カラードプラーで内部に明らかな血流信号を認めなかった。単純CTで低吸収、dynamic CTの皮髄相で辺縁が濃染し、排泄相にかけて腫瘍中心部へと造影効果が広がった。尿管周囲には脂肪織濃度上昇を認めた。淡明細胞型腎細胞癌としては腫瘍の造影パターンが典型的でなかったため、造影MRIを撮影した。腫瘍はT2強調像で均一で強い高信号で、dynamic studyの早期相で辺縁が濃染し、遅延相にかけて中心部が造影され、10分後の超遅延相でも遷延性の造影効果を呈した。尿管周囲に脂肪抑制T2強調像で索状の高信号を認めた。画像所見から腎血管腫を疑い、超音波ガイド下経皮的針生検を実施した。病理組織学的に毛細血管様の小型な血管が網目状に増生しており、血管間には泡沫状の細胞が介在していた。平滑筋や脂肪は認めなかった。免疫染色で血管内皮マーカーのCD31、CD34が陽性で、D2-40、HMB45、S-100などその他のマーカーは陰性で、最終病理診断は血管腫となった。腎に発生する血管腫は稀で、術前診断は困難とされている。本症例では画像所見から血管腫を疑い、針生検で診断を確定することで、不要な腎摘除術を回避できた。文献的考察を加えて報告する。

O-32 Myelolipomatous metaplasiaを伴った副腎皮質腺腫の1例

伊藤 茂樹¹、山田恵一郎¹、村井 淳志¹、富家 未来¹、新井綾希子¹、河合 雄一¹、
 服部 良平²、安藤 良太³、藤野 雅彦³
 名古屋第一赤十字病院 放射線診断科¹、名古屋第一赤十字病院 泌尿器科²、
 名古屋第一赤十字病院 病理部³

症例は70歳代女性。緩徐な増大傾向を呈する副腎腫瘍の加療目的に当院を紹介受診した。CTで、右副腎に長径約80mmの辺縁に小石灰化を伴う境界明瞭な腫瘍を認め、ダイナミックの皮髄相で腫瘍の辺縁に動脈と同等に造影される線状や小結節状の領域が見られた。濃染域は、腎実質相にかけて持続拡大し、排泄相では濃染の範囲は内部に向かって拡大したが、その程度は低下した。内部には、単純で筋肉と等から軽度低吸収で造影効果の乏しい境界不明瞭な領域を認めた。早期静脈環流は認めず、腎を尾側に圧排していたが、浸潤は見られなかった。1年半前のMRIにて腫瘍は、外側からT2WIで軽度高信号、低信号、高信号、T1WIで中間信号、軽度高信号、低信号の3層構造を呈していた。この腫瘍の右背側に接して長径約15mmの皮髄相から腎実質相で中等度濃染し、排泄相で軽度のwash outを呈する均一な腫瘍を認め、PET-CTでこの部にFDGの強い集積が見られた。腺腫としては非典型的な所見であり、血管腫やchronic expanding hematomaなどの可能性も考えたが、悪性を否定できないため右副腎切除術を施行した。組織学的には、異型の乏しい皮質細胞が増殖する副腎皮質腺腫の所見であったが、その内部に造血組織と脂肪組織の増殖するmyelolipomatous metaplasiaが見られ、中央部には器質化した血腫が形成されていた。被膜外には皮質細胞の結節性過形成を呈する小腫瘍を認めた。

O-33 123I-MIBGの高度集積を示し、褐色細胞腫と誤診した副腎皮質癌

天野 太史、那須 克宏、星合 壮大、南 学
筑波大学付属病院 放射線科 放射線診断・IVRグループ

症例は50代女性。肝機能障害の精査を契機に左副腎腫瘍が発見され、当院紹介となった。家族歴、身体所見に特記事項なし。血中・尿中カテコラミンや腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。腹部造影CTでは左副腎に4cm大の境界明瞭な腫瘍があり、内部は不均一な低吸収で造影早期から比較的強い増強効果と速やかな洗い出しを示した。MRIのT1強調位相差画像で脂肪の含有が確認された。副腎皮質腺腫が示唆される所見であったが、123I-MIBGシンチグラフィ（以下MIBG）では明瞭なRI集積を認めたため、脂肪を含有する稀な褐色細胞腫の診断にて外科的切除が行われた。病理学的には淡明～泡沫状の胞体を持った細胞を主として構成された腫瘍で、副腎皮質由来と考えられた。一部に異型の強い部分があり、最終的に副腎皮質癌との診断となった。一方、副腎髄質由来であることを示す表面マーカーはいずれも陰性であった。従来から副腎腫瘍の画像上の鑑別には様々な手法が報告されているが、実際にはそれらでは鑑別が難しい病変は多い。特に褐色細胞腫の画像所見は多様であり、従来報告されてきた画像所見での鑑別は困難である事が近年認識されてきている。その中でMIBGの集積は褐色細胞腫の診断に有用性が認められてきたが、今回我々は副腎皮質由来の腫瘍にもかかわらずMIBGで擬陽性を示す例を経験した。副腎腫瘍の鑑別の困難さを改めて認識させられたため、文献的考察を加えて報告する。

O-34 膀胱に発生した異所性前立腺組織の1例

森島 裕策^{1,4}、木戸 晶¹、古田 昭寛¹、倉田 靖桐¹、根来 宏光²、寺本 祐記³、
小山 貴⁴、富樫かおり¹

京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座（画像診断学・核医学）¹、
京都大学大学院医学研究科 泌尿器科²、京都大学医学部附属病院 病理診断科³、
倉敷中央病院 放射線診断科⁴

症例は79歳男性。他院の腹部スクリーニングUSで左尿管腫瘍を疑われ、精査のために当院泌尿器科を紹介受診した。尿所見に異常なく、PSAは正常範囲内であった。造影CTでは膀胱の左尿管口付近から背側の脂肪織に向けて突出する30×20mmの腫瘍性病変を認めた。造影MRIでは、内部に密な隔壁構造がある多房性腫瘍が主体で、膀胱内腔に近い部分には軽度造影される領域を認めた。膀胱壁との連続性から、粘膜下腫瘍もしくは憩室内病変と考えられた。左尿管は正常に同定可能で、左精嚢は軽度萎縮していた。術前の鑑別診断として、腫瘍性病変や腺性膀胱炎、発生異常が考えられたが、画像のみでの診断は難しく、TURが施行された。膀胱鏡では膀胱三角部の左尿管口付近に憩室の入口が同定され、憩室深部の粘膜が切除された。病理標本では、PSA染色で染色される前立腺組織が確認され、異所性前立腺組織と診断された。異所性前立腺組織は稀な発生異常で、多くは男性の泌尿生殖器に発生し、時に女性の泌尿生殖器に発生することも報告されている。膀胱では三角部に多く、粘膜下に発生するとされている。画像所見について症例報告が散見されるものの、まとまった報告はない。本症例では興味深い特徴的な画像所見を呈したので、文献的考察を加えて報告する。

O-35 腹膜播種を伴う進行胃癌との鑑別に苦慮した形質細胞様型膀胱尿路上皮癌術後再発の1例

南口貴世介¹、丸上 永晃¹、高濱 潤子¹、太地 良佑¹、吉川 公彦¹、大西 健太²、藤本 清秀²、大谷 知之³

奈良県立医科大学 放射線科¹、奈良県立医科大学 泌尿器科²、奈良県立医科大学 病理診断学講座³

症例は70歳代、男性。3年前に他院で膀胱癌に対して膀胱全摘術を施行した既往がある。開口障害を主訴に近医を受診。頸部膿瘍が疑われ喉頭ファイバーを施行されるも明らかな異常所見は認めず、精査加療目的に当院紹介受診となった。頸部CTでは左側優位に頸部から鎖骨窩にかけて著明な脂肪織混濁を認めた。腹部CTでも腹腔内・後腹膜腔内に高度の脂肪織混濁を認め、播種結節を疑う腫瘍も散見された。また胃角部から体部にかけてびまん性壁肥厚も認めた。腹部超音波検査では胃角部から胃体中部の粘膜下・筋層以深で壁が肥厚し、正常壁構造が不明瞭であった。また結腸肝彎曲部や小腸にも漿膜側で不整な壁肥厚を認めた。当初、進行胃癌による癌性腹膜炎が疑われ、頸部リンパ節・胃壁からそれぞれ組織生検が施行された。しかしHE染色・免疫染色の結果、胃・リンパ節病変はいずれも既往の膀胱癌と同じ染色態度を示し、膀胱癌（形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌）による胃転移・リンパ節転移と最終診断された。形質細胞様型浸潤性尿路上皮癌の発生頻度は浸潤性尿路上皮癌の3%未満と稀な特殊亜型である。腫瘍細胞が悪性リンパ腫や印環細胞型腺癌と類似し、腹膜播種や胃転移をきたしうる予後不良な亜型で、これまで画像の報告はほとんど無い。今回、胃転移や腹膜播種をきたした膀胱癌術後再発の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

O-36 後腹膜腫瘍で発症し、burn-out現象を来した精巣セミノーマの1例

高 将司¹、阿保 斉¹、水富 香織¹、池田 理栄¹、齊藤 順子¹、望月健太郎¹、出町 洋¹、島田 貴史²、瀬戸 親²、内山 明夫³、石澤 伸³

富山県立中央病院 放射線診断科¹、富山県立中央病院 泌尿器科²、富山県立中央病院 病理診断科³

不妊症に対し他院泌尿器科通院中の30歳代男性。左側腹部痛を主訴に当院救急紹介受診した。受診時血液検査では、WBC 12,500 /L、CRP 0.76 mg/dL、LDH 337 IU/Lであった。造影CT / MRでは、左腎門部レベルの傍大動脈に70mm大の境界明瞭な腫瘍を認め、被膜様構造を有し、内部の大部分が造影不良を呈した。精巣腫瘍による後腹膜転移も念頭に置き、精巣エコーを施行したところ、両側精巣に微小石灰化を認めるのみで、腫瘍を認めなかった。以上より左精巣腫瘍（非セミノーマ）のburn-out現象を伴う後腹膜転移を鑑別の第一に挙げた。病理組織学的に、後腹膜腫瘍については大部分が壊死巣であったが、辺縁よりセミノーマが検出された。一方、精巣については精細管内悪性胚細胞腫瘍であった。以上から、精巣セミノーマ（単一型）、傍大動脈リンパ節転移と診断された。術後BEP療法を施行され、現在再発なく経過観察中である。腎門部レベルの傍大動脈に腫瘍をみた場合には、後腹膜原発腫瘍の他、悪性腫瘍のリンパ節転移も鑑別に挙げられる。特に精巣腫瘍は精巣静脈に沿ってリンパ行性転移を来すことが知られており、また稀ではあるがburn-outという現象が知られているので、後腹膜腫瘍をみた場合には精巣病変の詳細な検討が有用な場合がある。

O-37 前立腺癌に合併した精嚢乳頭状嚢胞腺腫の1例

戸沢 智樹¹、石山 公一¹、古賀 誠¹、浅野 友之¹、大高 葵¹、前野 淳²、
井上 高光²、羽瀧 友則²、廣嶋 優子³、南條 博³、橋本 学¹

秋田大学医学部 統合医学講座放射線医学分野（放射線科）¹、
秋田大学大学院医学系研究科 腎泌尿器科学講座²、
秋田大学医学部附属病院 病理診断科/病理部³

49歳男性。肝血管腫のフォロー中に前立腺肥大を指摘され近医泌尿器科紹介。PSA 12.037 と高値であったため、経直腸的前立腺生検を施行され、前立腺癌（Gleason score 3+4=7）の診断にて当院泌尿器科に紹介となる。直腸診にて柔らかい腫瘤が触知された。MRIにて、前立腺右辺縁域～一部移行域にかけて、T2WIにて軽度の信号低下と、造影にて早期濃染と軽度のwash outを示す部分を認め、同部に前立腺癌の存在が疑われた。また、前立腺底部からその上方にかけて、66×52×上下40mm程の嚢胞構造を認め、この嚢胞内には前立腺と連続する長径50mm程の造影される充実部分を認めた。正常の精嚢は同定されなかった。CTでもこの嚢胞構造は同様に観察された。精嚢癌の可能性も否定できず、開放前立腺全摘除術と精嚢摘除術が施行された。肉眼的に精嚢は嚢胞状に拡張しており、内部に乳頭状の白色腫瘍の充満を認めた。組織学的に、浮腫状・線維性の間質を背景として、異型のない導管上皮の過形成、拡張からなる隆起性病変を認め、上皮の二相性は保たれており、乳頭状嚢胞腺腫の診断となる。前立腺癌は、中分化型前立腺癌（Gleason score 4+3=7）であり、被膜浸潤や精嚢浸潤は認めなかった。精嚢原発の腫瘍は稀であり、今回前立腺癌に合併した精嚢乳頭状嚢胞腺腫の症例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

O-38 術前情報としての骨盤内動静脈奇形の重要性

黒木 嘉典¹、新村友季子²、池原 在²、豊里 友常²、伊波 恵²、新村 眞司²、
佐藤 衆一²、藤原 豪²、秦野 直³

新村病院 画像センター¹、新村病院 泌尿器科²、東京医科大学病院 泌尿器科³

骨盤内動静脈奇形（PAVM）は比較的希な疾患で、泌尿器科領域の手術で大量出血の原因となった症例も報告されている。今回我々はロボット支援前立腺全摘術（RARP）時に大量出血の原因となったPAVMを経験したので、類似の症例と合わせて報告する。当院にて2016年10月から1月の4ヶ月間に前立腺癌にてRARPが施行されたのは43例である。そのうち当院にて術前に前立腺領域の動脈相を含む造影CTが施行された30例が対象である。全例が無症候性で、動脈相にて前立腺周囲にPAVMが描出された症例は4例（13%）であった。4例中3例は同側内腸骨動脈からのみ血液が供給されていたが、1例ではSantorini静脈叢を介して対側からの血流が認められた。PAVM症例の摘出前立腺重量の中央値は31.8gに対して同時期のRARPが施行された症例では31.5gであった。また、PAVM症例の手術時間の中央値が280分、尿を含む出血量の中央値が150mlであったのに対し、それぞれ275分、100mlであった。対側からの血流が認められた1例では手術時間が335分、尿を含む出血量が1400mlであった。PAVMは前立腺全摘術のリスクファクターとされているが、その中でも対側からの血流が認められる症例では術中出血の危険性が非常に高いと推察される。PAVMを含め前立腺周囲の血行動態の詳細な情報は前立腺全摘術の重要な術前情報と考えられる。

O-39 高齢者に発生した肝芽腫の1例

黒川 遼¹、大倉 直樹²、柴田 英介²、渡谷 岳行²、佐藤 祥恵²、神谷 昂平²、
古田 寿宏²、阿部 修²、河口 義邦³、阪本 良弘³、国土 典宏³、池村 雅子⁴

東芝病院 画像診断部¹、東京大学医学部附属病院 放射線科²、
東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科³、東京大学医学部附属病院 病理部⁴

80歳代女性。心窩部痛で近医を受診し、超音波及びCTで下大静脈腫瘍栓を伴う肝腫瘤を指摘され、精査加療目的に当院肝胆膵外科に紹介された。当院のCTでは肝S3を主座とする長径11cm大の腫瘤が認められた。造影後は早期濃染を示し、内部に変性や壊死を思わせる造影不良域が混在していた。後期相でのwashoutは不明瞭で肝実質と同程度の濃度を示し、辺縁部にやや強い造影効果が遷延する被膜様構造を有していた。主病変から連続して中肝静脈～下大静脈内に腫瘍栓が認められた。MRIでは脂肪抑制T2強調像で高信号成分とやや低信号な成分が不均一に混在していた。T1強調像では出血成分と思われる高信号成分も混在していた。拡散強調像では高信号を示すが、ADCは全体的に高値であった。造影後は不均一な早期濃染を呈し、肝胆道相では明らかなEOBの取り込みは認めなかったが、複数の肝内転移巣が明らかとなった。肝細胞癌の術前診断で左三区区域切除及び下大静脈腫瘍栓摘出が行われ、病理診断は肝芽腫であった。その後は局所再発及び多発リンパ節転移、多発肝転移の急速な増大がみられ、術後約1か月半で永眠された。肝芽腫のほとんどは乳幼児に発生し、成人発生の報告は稀である。画像所見としては、粗大な石灰化や隔壁を持った分葉状構造が特徴であり、内部に出血や壊死がみられることもあるとされるが、術前診断が困難なことも多い。稀な成人発生の肝芽腫を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

O-40 Lymphoepithelioma-like hepatocellular carcinomaの1例

戸田 悠介¹、原留 弘樹¹、田江健一郎¹、奥畑 好啓¹、高山 忠利²、中山 壽之²、
森山 光彦³、葉山 讓³、杉谷 雅彦⁴

日本大学医学部 放射線医学分野画像診断学部門¹、日本大学医学部 外科学系消化器外科学分野²、
日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野³、
日本大学医学部 病態病理学系形態機能病理学分野⁴

【症例】76歳男性。肝機能障害とAFP高値を認め精査加療目的に当院紹介受診となる。

【画像所見】USで肝S8に約13mmの低エコーを示す結節を認めた。造影dynamic CTでは結節は早期に濃染し平衡相で軽度のwashoutを示した。EOB造影MRIではT2WIで中等度高信号、dynamic相でCTと同様の造影パターンを示し、薄い被膜増強を伴い肝細胞相では低信号を呈した。DWIでは強い高信号を示し、平均ADC値は $0.34 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ と著明低値であった。

【臨床経過・病理】HCCを疑い外科的切除となった。病理所見では腫瘤は線維性被膜を有し、実質は比較的豊富な好酸性多稜形細胞質を持つ腫瘍細胞の増殖から構成され、細胞間に高度のリンパ球浸潤を認めた。免疫染色上、腫瘍細胞はAFP (+), Hepatocyte (+), Glypican3 (+), GS (+)であった。リンパ球はCD3やCD20が陽性を示すものが混在しており、monoclonarityは明らかではなかった。以上よりlymphoepithelioma-like HCCの病理診断となった。

【考察】lymphoepithelioma-like HCCは多形性腫瘍細胞と間質の高度リンパ球浸潤を組織学的特徴とし、WHOでHCCの組織亜型の1つとして分類されている。lymphoepithelioma-like HCCは、過去報告数が40例ほどと稀なものであり、画像所見の報告はほとんどない。本例は著明なADC低値を示し、本腫瘍の組織学的特徴の1つである間質の高度リンパ球浸潤を反映したものと考えられ、診断の一助となる所見と思われた。文献的考察を加えて報告する。

O-41 腹腔内破裂を契機として診断された肝血管肉腫の1例

原田レオポルド大世¹、齋藤 和博¹、高良 憲一¹、勇内山大介¹、平井 秀明²、
長尾 俊孝²、徳植 公一¹

東京医科大学病院 放射線医学分野¹、東京医科大学 病理診断科²

症例は73歳女性。5日間持続する右上腹部痛を認めていたが、腹痛の悪化、冷汗、ふらつきで当院救急搬送となった。来院時はショック状態であった。Dynamic CTで、肝右葉後区域に65mm大の腫瘍が認められた。S8には20mmの血管腫様の腫瘍も見られていた。後区域の腫瘍は単純CTで高吸収、動脈相、門脈相では造影効果は乏しかった。腫瘍内から腹腔内へ造影剤の血管外漏出像が認められた。肝右葉後区域の肝細胞癌破裂を疑い、緊急動脈塞栓術が施行された。動脈塞栓術後のCTでは腫瘍の造影効果は消失し、治療効果良好と判断された。2ヶ月後のCTでは辺縁に造影効果が出現し、外側区にも新たな腫瘍濃染が出現した。腫瘍破裂を生じた経過があることから、右葉切除術が施行された。病理組織学的検索にて、出血源となった腫瘍は血管肉腫と診断された。初回全身CTにおいて肝以外には病変は認められなかった。術後1ヶ月後のCTでは、残肝に多発する腫瘍が出現し、いずれも血管腫様の造影効果を伴っていた。その後、全身状態悪化で発症から4ヶ月で死亡した。腹腔内破裂で発症する肝血管肉腫はまれであり、救急の場では不十分な質的診断のまま、塞栓術が施行されることが多い。肝腫瘍破裂を生じる腫瘍として肝細胞癌が代表的であるが、それ以外の疾患も考慮し、得られた画像所見から質的診断を導くことは、その後の予後、治療方針を決定するうえでも重要と考えられた。

O-42 EBV 関連肝平滑筋腫瘍の1例

小森 隆弘¹、米田 憲秀¹、松本 純一¹、松原 崇史¹、吉田耕太郎¹、北尾 梓¹、
扇 尚弘¹、井上 大¹、小坂 一斗¹、南 哲弥¹、香田 渉¹、蒲田 敏文¹、
朝日向良朗²、金子 周一²、酒井 清祥³、高村 博之³、太田 哲生³、池田 博子⁴

金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 内科系医学領域 放射線科学¹、
金沢大学附属病院 消化器内科²、金沢大学附属病院 消化器・腫瘍・再生外科³、
金沢大学附属病院 病理部⁴

若年性皮膚筋炎に対して免疫抑制剤とステロイド投与中に肝に生じたEpstein-barr virus (EBV) 関連平滑筋腫瘍の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。
症例は20代男性。10代の頃に皮膚筋炎と診断され、加療するも再発・寛解を繰り返していた。免疫抑制剤(メトトレキサート(MTX)、アダリムマブ)、ステロイド投与で加療中に撮像したCTで多発肝腫瘍(最大で肝外側区に2cm大、計5個)を認めた。いずれも単純CTで低吸収を示し、ダイナミックCT肝動脈優位相では乏血性で辺縁優位に濃染を認めた。MRI上、腫瘍は背景肝に比してT1強調像で低信号、T2強調像で淡い高信号、拡散強調像で高信号を呈した。EOB-MRI肝細胞相で肝両葉に多数の低信号腫瘍を認めた。PET-CTでは一番大きな外側区の腫瘍でSUV maxが4.6(早期)とFDG集積の亢進を認めた。
血液検査ではsIL-2R、LDHは上昇を認めず、腫瘍マーカー(AFP、CEA、PIVKA II)はいずれも基準値内であった。EBVは既感染パターンを示した。MTX使用歴から、まずはMTX関連リンパ増殖性疾患の可能性を考え、免疫抑制剤を中止した。経過で右葉の腫瘍は全体的に縮小も、外側区の腫瘍は増大したため最終的に肝部分切除術が施行された。腫瘍は平滑筋への分化を示す紡錘形細胞より成り、EBER(ISH)、LMP-1陽性であることからEBV関連平滑筋腫瘍と病理診断された。

O-43 肝切除術15年後に右下横隔静脈から下大静脈内の腫瘍栓として再発した肝細胞癌の1例

吉澤恵理子¹、塚原 嘉典¹、野中 智文¹、山田 哲¹、藤永 康成¹、佐藤 碧²、
浅香 志穂²、上原 剛²、小松 正樹³、岡田 健次³、野竹 剛⁴、宮川 眞一⁴、
角谷 眞澄¹

信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部 病態解析診断学教室²、
信州大学医学部 外科学第二教室³、信州大学医学部 外科学第一教室⁴

症例は70歳台男性。HBV感染の既往があり、X年1月に肝細胞癌の破裂にて肝S8部分切除が施行された。その後再発兆候なく経過していた。X+15年8月の造影CTにて肝内に新規病変は指摘できなかったが、肝静脈の合流部からわずかに頭側の下大静脈内に腫瘍性病変が認められた。造影CTでは、下大静脈内の病変は背景肝と比較して早期相では等吸収、後期相では低吸収を呈し、右横隔膜にも同様な所見を呈する病変を認めた。鑑別として、肝細胞癌の再発、横隔膜原発の悪性腫瘍、胸膜プラークも認めていたことから悪性胸膜中皮腫などがあげられたが、右横隔膜病変は右下横隔静脈に沿って存在し下大静脈内の腫瘍と連続していたことから、右下横隔静脈内に腫瘍栓が形成され下大静脈内まで進展した肝細胞癌の再発と画像診断された。その後の経過で、下大静脈腫瘍栓の造影効果が乏しくなり壊死が疑われた。腫瘍栓が遊離し肺動脈を塞栓するリスクが高いと判断され、X+16年3月に下大静脈内の腫瘍摘出術が施行された。病理検査にて肝細胞癌の再発と確定診断された。横隔膜への転移または播種病変が術後15年という長期の経過で増大し、下横隔静脈に腫瘍栓を形成しながら下大静脈まで進展したと考えられた。希な再発様式を示した肝細胞癌の一例を、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-44 Hepatic sinusoidal dilatationの1例

松本 純一¹、米田 憲秀¹、小坂 一斗¹、角谷 嘉亮¹、吉田耕太郎¹、北尾 梓¹、
井上 大¹、南 哲弥¹、小林 聡²、蒲田 敏文¹、荒井 邦明³、池田 博子⁴、
木船 孝一⁵

金沢大学附属病院 放射線科¹、金沢大学医薬保健学総合研究科 量子医療技術学²、
金沢大学附属病院 消化器内科³、金沢大学附属病院 病理診断科⁴、市立敦賀病院 放射線科⁵

画像上、腫瘍性病変との鑑別を要した稀な肝類洞拡張の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。門脈、動脈双方から供血される特徴的な血行動態やEOB-MRI肝細胞相の所見は本病態の診断の一助となると考えられた。

症例は40歳代女性、16年前に他院で肝S7に病変を指摘され、定期的に経過観察されていた。血管腫、過形成結節、偽リンパ腫などが疑われたが、経過でEOB肝細胞相での信号がより低下したため当院に紹介となった。特記すべき既往歴、内服薬はない。

病変は33mm大で単純CTで周囲肝よりわずかに低吸収を示した。MRI T2強調像では病変は周囲肝実質より軽度高信号、T1強調画像ではほぼ等信号を示した。明らかな脂肪の含有は認めなかった。Dynamic studyでは、動脈優位相で乏血性、門脈優位相で不均一な濃染像を示し、漸増性の濃染効果を認めた。また、内部に門脈や静脈の貫通を認めた。肝細胞相では周囲肝より軽度低信号を呈したが、EOBの取り込みは存在すると考えられた。動注CTでは門脈、動脈双方からの供血を受けており、CTAPでは病変内にまだら状の濃染が見られた。FDG-PETではFDGの集積は認めなかった。

肝生検では腫瘍細胞を認めず、拡張した類洞、それにより潰された門脈枝、中心静脈、萎縮した肝細胞索を認めた。免疫染色では肝細胞腺腫や限局性結節性過形成は否定され、肝類洞拡張との診断に至った。

O-45 肝angiomyxomaの1例

中村 優子¹、福本 航¹、梶原 賢司¹、谷 千尋¹、本田有紀子¹、立神 史稔¹、
馬場 康貴¹、飯田 慎¹、粟井 和夫¹、大平 真裕²、小林 剛²、大段 秀樹²、
城間 紀之³、有廣 光司³

広島大学大学院 医歯薬学総合研究科 放射線診断学¹、広島大学 外科学²、
広島大学病院 病理診断科³

症例は30歳代の女性。心窩部不快感があり、健康診断の腹部USにて肝S8に径8cmの腫瘍性病変を指摘された。同病変は単純CTで少し濃度の高い分葉状の低吸収域として描出されており、ダイナミックCTでは陰影の多くは造影されないものの、ごく一部に血管と同程度にまで造影される壁在結節様陰影を伴っていた。MRIでは同陰影はT1WIで淡い低信号、T2WIではやや不均一な高信号を呈していた。USでは腫瘍内容は充実性に見え、輝度の高い部分が認められることから粘液などの存在が疑われた。FDG-PETでは肝病変を含め、異常集積は指摘されなかった。以上より粘液成分を主体とした嚢胞性腫瘍を疑い、Mucinous cystic neoplasmなどの可能性を考え、肝部分切除術が施行された。病理組織学的な最終診断はangiomyxomaであった。Angiomyxomaはaggressive typeとsuperficial typeに分類される。Superficial typeはcutaneous myxomaとも呼ばれ、体表近傍に発生し、aggressive angiomyxomaは女性の外陰部の軟部組織に好発する。しかし肝原発のangiomyxomaは非常にまれである。今回我々は肝に発生したangiomyxomaの一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

O-46 Multicystic biliary hamartomaの1例

中本 篤¹、山本 和宏¹、稲田 悠紀¹、田中 義和¹、山本 聖人¹、重里 寛¹、
中井 豪¹、中村 憲²、林 道廣³、竹下 篤⁴、鳴海 善文¹

大阪医科大学 放射線医学教室¹、大阪医科大学 第二内科学教室²、
大阪医科大学 一般・消化器外科学教室³、大阪医科大学 病理学教室⁴

症例は40歳代女性。健診にて指摘された胃ポリープの精査のため近医を受診し、腹部エコーにて肝内胆管の拡張を指摘された。精査のためCTを施行し、肝腫瘍を指摘されたため、当院に紹介受診となった。CTにて肝右葉後区域を中心とする長径8cm程度の境界不明瞭な腫瘍を認め、内部は小嚢胞の集簇したような嚢胞性部分と、漸増性に造影される充実部分が混在しており、一部に点状の石灰化が認められた。腫瘍は右肝静脈の周囲に沿って存在し、内部に静脈の走行を認めた。MRIでは嚢胞部分は拡張した胆管様であったが、正常な胆管の走行とは一致しなかった。充実部分は肝実質と比較してT1強調像で等～低信号、T2強調像および拡散強調像では等～軽度高信号であった。EOB造影肝細胞相では正常肝とほぼ同等のEOBの取り込みを示す領域と、取り込みの低下した領域が認められた。FDG-PETでは腫瘍に明らかな集積亢進を認めなかった。肝生検にて悪性所見は認められなかったが、悪性腫瘍を否定できず、手術が施行された。腫瘍は肉眼的には豊富な線維性間質を伴う多嚢胞性病変で、嚢胞内には胆汁が見られた。組織学的には一層の立方または円柱上皮に裏打ちされた胆管様の構造を多数認め、周囲には胆管付属腺を認めた。胆管と胆管の間には類洞の拡張を伴う肝組織が見られた。以上より、Multicystic biliary hamartomaと考えられた。

O-47 検診にて発見された胆嚢腫瘍の1例

西山 智哉^{1,2,5}、上田 和彦²、平塚真生子²、藤原 良将²、松枝 清²、齋浦 明夫³、高松 学⁴、高澤 豊⁴、和田 武²、伊藤 浩一²、渡邊 亮輔²、伊藤 千尋²、山元 龍哉²、植野 映子²、五味 直哉²、山田 恵子²、田中 宏子²、田中優美子²、負門 克典²、河野 敦²

聖路加国際病院 放射線科¹、がん研有明病院 画像診断部²、がん研有明病院 肝胆膵外科³、がん研有明病院 病理部⁴、東京大学大学院 医学研究科 生体物理医学専攻 放射線医学講座⁵

胆嚢動脈輪郭の暈けと脂肪含有結節を内包する肥厚胆嚢壁がみられたため胆嚢癌や黄色肉芽腫性胆嚢炎 xanthogranulomatous cholecystitis (XGC) との鑑別が困難であった胆嚢 inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) の一例を報告する。73才男性。検診にて指摘のあった胆嚢腫瘍の精査目的に受診。CA19-9 74.4 U/ml 以外、異常なし。単純CT上、胆嚢体部と胆嚢管に石灰化結石、平滑な内腔面を伴う肥厚胆嚢壁 (1 cm 厚) が見られた。この胆嚢壁は造影開始40秒後、軽度高吸収を呈し、70秒以後、複数の結節状低吸収域が壁内に顕在化した。この低吸収域はT1強調像上、in phase 画像よりも out of phase 画像で信号低下、T2強調像上、肝より高信号を呈した。粘膜の途絶を認めず、平滑な輪郭の肥厚胆嚢壁、その内部に脂肪含有結節がみられたものの、胆嚢動脈輪郭の暈けとその周囲の非脂肪組織を重視し、胆嚢癌 (cT2N0M0) の切除前診断のもと、胆嚢及び拡大肝右葉切除を施行した。肉眼上、壁外浸潤はなく胆嚢壁断面に乳白色-黄色結節を認めたことからXGCを考えたが、組織学的には錯綜配列を呈する異型の乏しい線維芽細胞の結節状増生からなるIMTであった。

O-48 EOB-MRIで穿孔部位を同定しえた胆汁性腹膜炎の1例

劉 楚枢¹、斉藤 彰俊²

山梨県立中央病院 臨床研修医¹、山梨県立中央病院 放射線診断科²

2歳の女児。特記すべき既往歴はなし。激しい腹痛と嘔吐で前医受診。イレウスを疑う所見はなく、薬物治療で1日経過をみていたが改善見られず、X-1年12月26日、当院小児科に紹介受診された。入院翌日の造影CTでは著明な腹水貯留と胆嚢壁肥厚があるが、内腔緊満なく、胆石など閉塞機転はみられなかった。採血データでは膵酵素、肝酵素の上昇をみとめ、急性膵炎または急性肝炎による腹膜炎として治療が開始され、軽快がみられた。しかしX年1月7日、食事再開直後に腹痛の増悪がみられた。再度造影CTを施行したところ、腹水増加と腹膜肥厚がみられた。腹腔ドレーンからは濃緑色粘性腹水の排液がみられ、胆汁性腹膜炎と診断された。胆道系の穿孔を疑い、翌日胆道シンチを施行。胆汁の腹腔内漏出が明らかになったが、部位は特定できなかった。1月16日にEOB-MRIを施行し、排泄相にて胆嚢管もしくはその付近の総肝管が穿孔部位であることが同定できた。術中造影でも同様の所見が得られ、胆嚢切除術、胆管穿孔部縫合術が施行された。胆嚢の病理組織標本では、頸部側に軽度のリンパ球と好中球浸潤が認められるが、それ以外の部分は炎症が乏しく、Focally mild cholecystitis の診断であった。術後の胆道造影では漏出が認められず、その後食事摂取でも合併症なく経過し、退院となった。胆汁性腹膜炎をきたした胆管穿孔の機序と、胆汁漏出についてのEOB-MRIの有用性について、文献的考察を加えて報告する。

ポスター展示抄録

P-01 G-CSF 産生胆管癌の 1 例

山崎美保子¹、女屋 博昭²、尾島 英知³、佐藤 始広⁴、松井 修⁵、水野 寿一⁶、
鈴木 雅子⁷、木村 一史¹、相田 久美⁷、高柳 駿也⁶、染村 祥⁶、阿部 敏幸⁶、
坂本 竜二⁶、奥平 圭輔⁶

埼玉心会病院 放射線科¹、栃木県立がんセンター 放射線診断科²、
慶應義塾大学医学部 病理学教室³、茨城県立中央病院 放射線診断科⁴、金沢大学 名誉教授⁵、
埼玉心会病院 消化器内科⁶、埼玉心会病院 病理診断科⁷

悪性腫瘍を持つ患者が、感染症を合併していないのに白血球増多症を示すことがある。1977年 Asano らは腫瘍自体が G-CSF を産生している可能性を指摘した。今回、G-CSF 免疫染色陽性を示した G-CSF 産生肝内胆管癌の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

P-02 Segmental atrophy of the liver の 1 例

水富 香織¹、阿保 斉¹、高 将司¹、池田 理栄¹、齊藤 順子¹、望月健太郎¹、
出町 洋¹、松野 貴弘²、在原文教²、松田 充²、山崎 佑樹³、天谷 公司³、
清水 康一³、中西ゆう子⁴、石澤 伸⁴

富山県立中央病院 放射線診断科¹、富山県立中央病院 消化器内科²、富山県立中央病院 外科³、
富山県立中央病院 病理診断科⁴

症例は70歳代女性、喫煙飲酒歴なし。腹部違和感を主訴に当院受診。腹部USにて、軽度脂肪肝および肝S6低エコー腫瘤を指摘された。身体所見上特記すべき異常を認めない。AFP、CEA、CA19-9、PIVKA-II いずれも陰性、HBs抗原(-)、HBc抗体(+)、HCV抗体(-)、他血液学的検査で特記すべき異常を認めない。造影CT/MRIでは、肝S6に辺縁優位に遅延性に濃染され、肝表に陥凹を伴う径19mm大の腫瘤を呈した。PET-CTでは優位なFDG異常集積は認めなかった。硬化性血管腫、胆管細胞癌、細胆管細胞癌や転移性病変などを鑑別に挙げたが、肝腫瘤針生検にて線維化を主体とした偽腫瘍と診断され、経過観察となった。しかし3ヶ月後の造影MRIにて、腫瘤径の増大(24mm大)を認め、悪性腫瘍の可能性が否定できないことより肝部分切除術が施行された。腫瘤は肉眼的には境界明瞭で白色、組織学的には膠原線維と弾性線維からなる腫瘤であり、腫瘍辺縁部で肝細胞が多数脱落し門脈域が近接して認められたことより segmental atrophy of the liver の診断に至った。Segmental atrophy of the liver は偽腫瘍を形成する肝被膜下の限局性腫瘍性病変とされているが、報告数は極めて少ない。今回、若干の文献学的考察を加えて報告する。

P-03 肝reactive lymphoid hyperplasiaの1例

能勢 隼人¹、大西 紗季¹、小林 直登¹、藤野 敬大¹、小亀 雅広¹、瀧 雅子¹、
米田 和英¹、山下 恭¹、向所 敏文¹、音見 暢一²、常山 幸一³

徳島県立中央病院 放射線科¹、徳島大学 放射線科²、
徳島大学大学院 医歯薬学研究部 疾患病理学分野³

症例は40歳代女性で、検診で肝腫瘤を指摘され精査目的で紹介された。肝S7に約2cmの腫瘤を認め、CTでは境界不明瞭な低吸収、造影では早期相でリング状に濃染し、後期相では中心部がwashoutされていた。MRIでは、T1強調像で低信号、T2強調像で淡い高信号を呈していた。DWIでは高信号を呈し、腫瘤周囲の門脈周囲にも高信号を認めた。EOBでは、早期相リング状濃染し腫瘤内を貫通する血管を認め、肝細胞相ではEOB取り込みはみられずかなり強い低信号を呈していた。FDG PETでは軽度集積を認めた。以上所見より肝内胆管癌、細胆管癌、肝細胞癌などの悪性腫瘍を疑い肝部分切除が施行された。病理ではリンパ濾胞を伴う結節状のリンパ節集簇を認め、Bcl-2の発現なく、IgG4陽性細胞も乏しく、reactive lymphoid hyperplasiaと診断された。なお、結節病変の近傍の門脈周囲にも著明なリンパ球浸潤がみられ、DWIで高信号を呈した部位と一致してみえた。Reactive lymphoid hyperplasiaは全身に起こりうるが、肝はまれとされる。画像所見は非特異的なものが多いが、内部信号が均一、リング状の濃染、血管貫通像などは比較的特徴的な所見とされる。これら所見に加え、結節周囲の門脈周囲のDWI高信号も特徴的な所見であると考えられ、若干の文献的考察を交えて報告する。

P-04 腫瘤として至適困難であったびまん性管血管肉腫の1例

黒川 浩典、岩田寿美代、岡村 淳

三豊総合病院 放射線 診断 IVR 科

70歳代男性、悪心・左上腹部痛 肝障害を主訴に当院受診、急性肝炎疑いとして入院。抗M2抗体や抗核抗体、IgG4など様々な血液検査を施行したがすべて陰性であった。腹部超音波ではびまん性脂肪沈着はあるが嚢胞以外の明らかな腫瘤は認めなかった。造影CTでも肝内には嚢胞以外に明らかな腫瘤は認めなかった。椎体には軟部腫瘤を指摘されたがそれ以外に明らかな腫瘤は認めなかった。肝障害の原因精査目的で針生検が施行され肝血管肉腫の診断であった。骨生検も施行され血管肉腫の診断であった。病理診断後PETやEOB-MRIを施行するもCT同様、肝には嚢胞以外に明らかな腫瘤性病変は指摘できなかった。肝不全が急速に進行し1ヶ月後に死亡した。腫瘍病変が同定困難なびまん性管血管肉腫を経験したので若干の文献的考察をくわえ報告する。

P-05 腹部臓器への転移をきたした滑膜肉腫の1例 — CT、MRI所見を中心に —

大西 裕満¹、堀 雅敏¹、中本 篤¹、坪山 尚寛¹、巽 光朗¹、坂根 誠¹、
太田 崇詞¹、富山 憲幸¹、和田 浩志²、江口 英利²、佐藤 和明³、辻 洋美³、
本間圭一郎³、池田純一郎³、森井 英一³

大阪大学大学院医学系研究科 放射線統合医学講座 放射線医学¹、
大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学²、
大阪大学大学院医学系研究科 病態病理学講座³

滑膜肉腫は比較的まれな間葉系腫瘍であり、軟部組織に発生する肉腫のおよそ8～10%を占める。滑膜肉腫の約半数において転移が生じるとされているが、その主な転移先は、肺、リンパ節および骨である。しかしながら、まれにはあるが腹部臓器への転移も起こりうる。ただし、これまでに滑膜肉腫の腹部臓器への転移巣の画像所見に関する報告はほとんどない。今回、我々は肝および脾への転移をきたした滑膜肉腫の一例についてそのCTおよびMRI所見を中心に報告する。

肝転移および脾転移は、いずれも原発病変切除術後の転移検索のためのCT検査において検出された。肝病変は厚い隔壁構造を有する嚢胞性病変として描出され、その隔壁部分については造影ダイナミックCTおよびMRIの動脈優位相および門脈優位相において濃染を示した。嚢胞の内容はT1強調像にて低信号、T2強調像にて高信号を示した。一方、脾病変は複数の小さな嚢胞成分を含む充実性の腫瘤として描出され、その充実部分は動脈優位相で強く濃染された。また、嚢胞成分の一部はT1強調像において高信号を示しており、腫瘍内出血を反映しているものと考えられた。T2強調像においては充実部分と嚢胞部分はそれぞれ中間信号および高信号を示した。これらの画像所見はおおよそ過去の症例報告と一致していた。

P-06 Peliotic changeを伴った肝細胞癌の1例

木寺英太郎¹、中井 浩嗣¹、里上 直衛¹、藤本 良太¹、岩破 敏郎²、宮川 昌巳²、
玉置 信行³、岩佐 葉子⁴

京都市立病院 放射線診断科¹、京都市立病院 消化器内科²、京都市立病院 外科³、
京都市立病院 病理診断科⁴

症例は63歳男性。2年前に他院で肝外側区に3cm大の多血性腫瘍を指摘されたが放置していた。今回検診で肝酵素上昇を指摘（アルコール性肝障害疑い）、USで肝腫瘍増大が見られ当院を受診した。CTでは肝外側区から突出する境界明瞭な6cm大の腫瘤あり、動脈相で不均一な強い増強効果を示し、後期相でも増強効果遷延が見られた。いずれの相でも造影されない領域も含んでいた。EOB-MRIではT2強調像で中間信号と高信号が混在する腫瘤で、拡散低下は明らかでなかった。肝細胞相では背景肝よりやや低信号であったが、結節状の高信号を含んでいた。FDG-PETでは背景肝と同程度の集積を示した。造影USでは、vascular phaseで腫瘍の多くの部分が濃染されたが、一部濃染されない部分も見られた。post-vascular phaseでは濃染に一致した欠損像を認めたが、一部結節状に造影効果が残存する部分を認めた。増大傾向を踏まえてHCCが第一に疑われ、肝部分切除が行われた。病理学的に高分化肝細胞癌と診断され、全体に血管の拡張を伴っていた。肝細胞癌においてまれに腫瘍内に peliosis hepatis 様の変化を伴うことがあり peliotic change と表現されるが、本例もこれに該当するものと思われる。Peliotic change を伴う肝細胞癌は中高年の男性に多く、肝表面にあって腫瘍径20mm以上のものが多く、血管腫様の血行動態を示すとされる。文献的考察を加えて報告する。

P-07 腫瘍内出血を合併した成人発症の肝未分化肉腫の1例

米田 憲秀¹、小坂 一斗¹、北尾 梓¹、井上 大¹、吉田耕太郎¹、松原 崇史¹、
松本 純一¹、南 哲弥²、香田 渉¹、池田 博子²、林 泰寛³、高村 博之³、
太田 哲生³、蒲田 敏文¹

金沢大学附属病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 病理部²、
金沢大学附属病院 肝胆膵・移植外科³

肝未分化肉腫は肝原発間葉系悪性腫瘍で小児に主に発生し、成人発症は稀とされている。今回我々は腫瘍内出血を合併し、術前にTAEを施行した成人発症の肝未分化肉腫の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は50代女性、1ヶ月前からの右季肋部痛、3日前からの微熱を主訴に前医を受診した。血液検査で貧血、炎症反応上昇、肝胆道系酵素上昇を認め、画像検査にて肝腫瘤を指摘されたため、精査加療目的に当院紹介となる。腫瘍マーカーはAFP、CEA、DUPAN IIは基準範囲内で、PIVKA II、CA19-9は軽度高値を示した。画像では、肝右葉後区域に14.1×10.8cm大の境界明瞭で内部に多数の隔壁状構造を有する腫瘤を認めた。単純CTでは腫瘤の大部分が低吸収で一部出血を反映し、液面形成を伴う高吸収部を認めた。ダイナミックCTでは腫瘤の一部は漸増性に濃染され、造影にて濃染しない部分も認められた。また、腫瘤内部に不整に拡張、蛇行した脈管様構造を認めた。MRIではT1強調画像では大部分が低信号を呈したが、一部出血による高信号を認めた。T2強調画像では大部分が著明な高信号を呈し、拡散強調画像では不均一な高信号を呈した。PET-CTではSUVmax 4のFDG集積を認めた。経過で貧血の進行を認めたため、TAEが施行された後に外科手術が施行された。病理では分化傾向の不明瞭な非上非性悪性腫瘍であり、肝未分化肉腫と病理診断された。

P-08 肝硬化性血管腫の1例

尾崎 公美¹、吉川 淳¹、山本 亨¹、服部 由紀¹、出雲崎 晃¹、前田 一也²、
海崎 泰治³、原 季枝³

福井県立病院 放射線科¹、福井県立病院 消化器外科²、福井県立病院 病理診断科³

症例は50歳代男性。近医で胃粘膜下腫瘍が疑われ当院紹介受診となった。身体所見に異常を認めず、採血で腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。精査加療目的で施行されたCTで外側区に約45mm大の境界明瞭な腫瘤を認め、腫瘤は単純CTで低吸収、dynamic studyでは辺縁部優位に漸増性濃染を呈し、中心部は造影効果不良であった。腫瘤に一致して実質の陥凹を伴い、背景に脂肪肝を認めた。MRIでは腫瘤辺縁部はT2強調画像で背景肝と比較して軽度高信号を呈し、拡散制限は認めず、dynamic studyでは漸増性濃染を呈し、EOB肝細胞造影相では辺縁部優位に軽微な取り込みを認め、線維性間質が増生した状態が疑われた。中心部はT2強調画像で著明高信号を呈し、造影効果を認めず、変性壊死が示唆された。FDG-PET/CTで集積を認めず、T2及び拡散強調画像の信号強度とあわせ、悪性腫瘍の可能性は低いと判断したが、患者の強い希望があり腹腔鏡下肝外側区切除術が施行された。組織学的に腫瘤内の大部分は線維組織増生から成り、血管内皮細胞で裏打ちされた拡張した血管腔を伴い、中心部には凝固壊死を認め、硬化性血管腫と診断された。肝硬化性血管腫は肝内胆管癌や転移性肝癌と術前画像診断された報告例が多いが、MRIの信号とFDG-PETを組み合わせる事で鑑別可能となる可能性が高いと考えており文献的考察を加え報告する。

P-09 大腸癌術後補助化学療法後に増大傾向を示した限局性結節性過形成の1例

田中 会秀¹、富丸 慶人²、野口 幸蔵²、小齊 信也¹、阪上 海央¹、大場 匠¹、
中田 早紀¹、足立 史郎³、堂野 恵三²、平吹 度夫¹

市立豊中病院 放射線診断科¹、市立豊中病院 外科²、市立豊中病院 病理診断科³

症例は60代女性。2009年10月にS状結腸癌に対して高位前方切除、2009年12月～2010年6月に術後補助化学療法（mFOLFOX6：計10コース）施行後。2012年6月のCTで肝S7にφ7.5mmの濃染結節あり。2014年12月のMRIではφ1.6cmに増大。T1WIで低信号、T2WI・DWIで淡い高信号、Dynamic studyで均一な早期濃染・不均一なwashoutを示し、肝細胞相では辺縁は高信号、中心部分は低信号を呈した。FNHや肝細胞癌の鑑別の為、2015年8月に血管造影を併用し、CT透視下に生検施行（USでは病変は不明瞭であった）。血管造影では中心部から徐々に濃染される多血性結節として描出され、CTAPで陰影欠損、CTHAでは早期濃染されるもwashoutは不明瞭であった。細胞密度の亢進、細胞の小型化、脂肪変性、類洞内皮の細動脈化（CD34+）が見られ、高分化型HCCが疑われた。2015年9月に肝S7部分切除術が施行された。永久標本では、生検では認められなかった病変中央部の線維化部分が見られ、同部に異常血管や極少数の細胆管が散見される他、結節辺縁では肝細胞の偽胆管化を疑わせる像が見られ、FNHと診断された。FNHは肝内血流異常を背景とした反応性過形成変化であり、出血を伴わない限り経時的な腫瘍径変化は認めないとされる。本症例のような増大傾向を伴うFNHは稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-10 肝原発悪性中皮腫の1例

田中宇多留¹、祖父江慶太郎¹、上野 嘉子¹、高橋 哲¹、木戸 正浩²、福本 巧²、
全 陽³、杉村 和朗¹

神戸大学大学院医学研究科 内科系講座放射線医学分野¹、
神戸大学大学院医学研究科 外科学講座肝胆膵外科学分野²、
神戸大学大学院医学研究科 病理診断学分野³

症例は70歳台女性。腹痛で近医を受診、USで肝腫瘍を指摘され当院受診。慢性肝炎の既往なく腫瘍マーカーはAFP、PIVKA-II、CEA、CA19-9が陰性。CTでは肝S8に50mmの境界不明瞭な分葉状腫瘍を認めた。動脈相で辺縁優位に不均一な濃染を示し、門脈相以降では辺縁の造影効果は減弱するとともに内部は緩徐に造影増強された。腫瘍周囲の正常肝実質には動脈相で造影効果を認め、早期静脈灌流を示唆する右肝静脈の描出が見られた。EOB造影MRIでは微量脂質の含有や肝細胞相での高信号域は認めなかった。肝細胞癌としては非典型でAMLやNET、SFTなどの多血性腫瘍が疑われたが、PET-CTでは肝腫瘍にFDGの高集積を認めると同時に上行結腸にFDG高集積が見られた。下部消化管内視鏡で2型腫瘍を認め、上行結腸癌と転移性肝腫瘍の疑いで2期的手術となった。

病理で上行結腸は腺癌と診断。肝S8病変は明～好酸性の細胞質を有する立方状の異型細胞が不規則な腺腔構造を形成、密に増殖し、粘液を容れて小嚢胞状に不規則に拡張した腔形成が主体の領域と、腫瘍細胞が管状～充実性に増殖する領域が境界不明瞭に混在。免疫染色ではCK7は陽性、CK20とCDX2は陰性で上行結腸癌と異なった。Arginase-1、HepPar-1は陰性。Calretinin、D2-40はびまん性に陽性。WT-1は一部弱陽性、MOC-31、Ber-EP4は陰性。FISHでp16の欠失は確認できず。総合的に悪性中皮腫と診断された。極めて稀な肝原発悪性中皮腫を経験したので報告する。

P-11 肝原発と思われた神経内分泌腫瘍の1例

渡口 真史¹、伊良波裕子¹、岡田 真宏¹、林 裕樹²、白石 祐之²、加留部謙之輔³、
村山 貞之¹

琉球大学医学部附属病院 放射線診断学¹、琉球大学医学部附属病院 第一外科²、
琉球大学医学部附属病院 細胞病理学講座³

肝原発と考えられた神経内分泌腫瘍を経験した。症例は40歳台女性で、難治性の十二指腸潰瘍、逆流性食道炎の既往がある。3年前に十二指腸潰瘍穿孔に対して緊急手術が施行され、当時の腹部単純CTにて肝右葉後区域に12cm大の多房性嚢胞性腫瘍を指摘されていた。肝生検にて悪性所見が得られず、3年ほど経過観察されていた。しかし緩徐に増大傾向であったため、精査加療目的に当院消化器外科に紹介となった。血液検査にて肝胆道系酵素は正常であり、腫瘍マーカーはCA19-9の軽度上昇がみられたがAFPやCEAは陰性であった。当院で施行された腹部CTにて、肝の多房性嚢胞性腫瘍は約15cm大と軽度の増大が確認された。嚢胞の辺縁部を取り囲むように厚い充実成分を認め、ダイナミックスタディにてこれらの充実成分は動脈相にて濃染し、平衡相まで濃染が持続した。胞内部は概ね低吸収を示したが背側に淡い高吸収域の沈降がみられた。MRIのT1強調像にて、嚢胞内の信号は低から中等度の信号を示し、一部は高信号を示し内部出血が示唆された。充実成分は拡散強調像にて高信号を示し、ADC値の低下を認めた。以上の画像所見から胆管内乳頭状腫瘍等が疑われ、肝右葉および尾状葉切除術が施行された。術後病理診断は神経内分泌腫瘍であり、他臓器の原発巣を認めないことから肝原発と考えられた。肝原発の神経内分泌腫瘍は稀で、これまで画像の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

P-12 急性骨髄性白血病の地固め療法中に右季肋部痛を主訴に発症した肝炎性偽腫瘍の1例

小齊 信也¹、田中 会秀¹、菅 真紀子²、柿本 綱之²、安藤 絃花³、大場 匠¹、
阪上 海央¹、中田 早紀¹、足立 史朗³、平吹 度夫¹

市立豊中病院 放射線診断科¹、市立豊中病院 血液内科²、市立豊中病院 病理診断科³

症例は75歳女性。急性骨髄性白血病の地固め療法中に発熱性好中球減少症を発症した。第7病日に激しい右季肋部痛が出現。第9病日に単純CT検査を施行すると、20日前の入院時には認めなかった低吸収結節影が肝に多発しており、臨床的に多発肝膿瘍と診断された。抗生剤投与を続けたもののCRPの陰転化を認めず、第33病日に造影dynamic CTを撮影した。腫瘍は外・中・内層の三層の標的状にみえ、肝腫瘍影の数に変化はなくサイズは増大していた。中層は早期相～門脈相にかけ緩徐な強い造影効果を呈した。内層・外層は緩徐に造影されるものの早期相～門脈相まで肝実質に比して低吸収であった。エコーではいずれも境界不明瞭で均質な低エコー領域であった。質的評価のためEOB-MRIを撮影した。T1WIでは外・中・内層は順に低・等・等信号。T2WIでは低・淡い高・高信号、DWIでは内層のみ高信号であった。肝細胞相では腫瘍の内層優位に取り込み低下を認め、周囲の肝実質も楔型に弱い取り込み低下を認めた。診断のため針生検を行ったところ、壊死や好中球浸潤は認めず、炎症細胞浸潤（リンパ球>形質細胞）を伴った線維化組織を認め、炎症性偽腫瘍と診断した。抗生剤を中止し、一ヶ月後に単純CTでフォローしたところ、腫瘍は残存するもののサイズは著明に小さくなっていた。上記の様に特徴的な発症様式および画像所見を呈した本症例を提示し、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-13 巨大嚢胞形成を伴い肝嚢胞腺癌との鑑別が困難であった肝海綿状血管腫の1例

浪本 智弘、中川 雅貴、尾田 濟太郎、中浦 猛、宇都宮 大輔、山下 康行

熊本大学医学部 放射線診断学

症例は70歳代男性で10年前より近医にて肝嚢胞性病変を経過観察されていた。今回、検診超音波検査にて肝内に充実成分を伴った嚢胞性病変を指摘され、精査加療目的で当院紹介となった。生化学検査では特に肝機能障害を認めず、B型、C型肝炎ウイルスは陰性であった。腫瘍マーカーはAFP 2.8 ng/ml, PIVKA-II 16 U/ml, CEA 7.9ng/ml, CA19-9 48.7ng/mlであった。当院にて施行したCTでは肝S8ドーム下に10cm大の嚢胞性腫瘤を認め、内部に漸増性に造影される数個の乳頭状壁在結節を認めた。MRIではT2WIにて嚢胞内背側に液面形成を認め、出血性嚢胞が疑われた。他にも嚢胞内に壁在性の血腫と思われる構造を認めた。肝内胆管には拡張を認めず、嚢胞と胆管に連続性を認めなかった。画像からは肝嚢胞腺癌が疑われ、肝右葉切除術が施行された。切除標本では肝実質内に嚢胞性腫瘤を認め、数個の壁在結節と赤褐色の出血を伴った液体貯溜を認めた。病理診断では嚢胞壁は全周性に厚い線維成分で構成されており、明らかな上皮成分は認められなかった。壁在結節部には大小の拡張した血管の増生と出血、フィブリンの析出、ヘモジデリンの沈着が認められた。病理所見からは肝血管腫が出血を来して血腫を形成し、線維性組織により被包化された病変と推測された。稀な疾患であり、術前診断は困難であるが、壁在結節を伴った巨大肝嚢胞性病変を認めた際には本疾患も鑑別疾患のひとつにあげることが必要と思われた。

P-14 増大を示したdiffuse hepatic hemangiomasの1例小坂 一斗、松原 崇史、扇 尚弘、米田 憲秀、吉田 耕太郎、南 哲弥、
香田 渉、小林 聡、松井 修、蒲田 敏文

金沢大学 放射線科

びまん性肝血管腫症は極めて稀な疾患であり、破裂・出血・DIC合併のリスクのある病態である。今回我々は経過で著明な増大を示し、当初正常肝に見えた肝右葉にも粟粒状の血管腫の出現を認めた肝血管腫 (diffuse hepatic hemangiomas) の一例を経験したので報告する。症例は60歳代女性、生来健康で帝王切開の既往歴がある。10年前に健診の腹部超音波検査にて肝腫瘤が指摘され、精査の結果血管腫と診断された。その2年後、腫瘤は6x10cmと増大を認めていたが、無症状であり経過観察となった。この時より、毎年の健診にて肝機能障害が指摘されるようになっていく。2年前より腹部膨満感を認めたため、精査・加療目的に当院に紹介となった。CTおよびMRIでは肝左葉を占める巨大腫瘤と右葉には細かな小結節が粟粒状に見られた。造影CT/MRIでは巨大腫瘤は綿花状濃染のパターンを示し、右葉の細かな結節にも造影効果を認め、T2強調像で高信号を示した。肝外病変は見られず、びまん性肝血管腫症と考えたが、血管肉腫の除外は困難であった。腹部症状とDIC傾向を認めていたため、肝左葉切除が施行された。病理では異型のない血管内皮に覆われた大小の腔に多数の血球が見られ、所々に塊状線維性結合組織を伴う血管腫の像であった。

P-15 卵巣性索間質性腫瘍と類似する画像所見を呈した卵巣性索腫瘍類似子宮腫瘍の1例

竹内麻由美¹、松崎 健司²、坂東 良美³、西村 正人⁴、林 亜紀⁴、米田亜樹子³、
原田 雅史¹

徳島大学医学部 放射線科¹、徳島文理大学 診療放射線学科²、徳島大学病院 病理部³、
徳島大学医学部 産婦人科⁴

卵巣性索腫瘍類似子宮腫瘍 (Uterine tumor resembling ovarian sex-cord tumor: UTROSCT) は組織学的に卵巣性索間質性腫瘍に類似するまれな子宮腫瘍である。今回我々は子宮頸部から外向性に発育し、MRIにて多数の出血性嚢胞を含んだスポンジ様の内部性状を呈し、顆粒膜細胞腫等の卵巣性索間質性腫瘍に類似した症例を経験したので報告する。症例は40歳代女性。下腹部腫瘍を自覚し、増大傾向があるため近医を受診した。巨大な骨盤内腫瘍を認め、卵巣腫瘍の疑いにて当院産婦人科紹介となった。MRIにて子宮頸部から外方に突出するように発育する20cm大の充実性腫瘍を認め、内部には多数の出血性の嚢胞形成を伴い、スポンジ様の性状を呈していた。充実部はT2強調像にて軽度高信号、DWIにて強い高信号を呈し、造影にて強い増強効果を認めた。腹水貯留を伴っており、CTにて腹腔内播種やリンパ節腫大が認められた。子宮肉腫の疑いにて手術が施行され、病理組織学的にUTROSCTと診断された。UTROSCTの画像所見についてまとまった報告はないが、本症例の画像所見は卵巣顆粒膜細胞腫に類似した印象を受け、組織学的特徴を反映して診断に有用な可能性があるものと考えられた。

P-16 膣断端部postoperative spindle cell noduleの1例

高田 章代¹、堀越 琢郎¹、滝嶋 葉月¹、向井 宏樹¹、鈴木 理樹²、矢澤 卓也³、
松岡 歩⁴、生水真紀夫⁴、宇野 隆⁵

千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、神奈川県立がんセンター 病理診断科²、
千葉大学大学院医学研究院 診断病理学³、千葉大学医学部附属病院 産婦人科⁴、
千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁵

【背景】 Postoperative spindle cell nodule (PSCN) は、手術などの侵襲後に生じる腫瘍で、異型性を欠く紡錘形の筋線維芽細胞の増殖が組織学的特徴とされる。子宮全摘後の膣断端部に生じたPSCNを経過観察し、自然縮小を認めた症例を経験したので呈示する。【症例】 40歳代女性。X年4月に子宮筋腫に対し単純子宮全摘術を施行した。5月に膣断端からの出血があり開腹止血術が行われた。6月に膣断端部の腫瘍を指摘された。エコーで膣断端部に血流豊富な腫瘍を認め、CTでは非造影で軽度高濃度を示し、不均一に造影された。MRIでは、T2WIで不均一高信号、T1WIで筋肉と等信号を示し、明らかな拡散低下は認めなかった。FDG-PET/CTでは、SUVmax 7.6の集積亢進を認めた。約1ヶ月で長径43mmから80mmと著明に増大したが、針生検でPSCNとの診断となったため経過観察したところ、1ヶ月後に長径51mmまで自然縮小した。【考察】 本症例は、過去に報告されたPSCNの臨床症状や画像の特徴と概ね一致していた。急速な増大、豊富な血流など、肉腫との類似点が多いが、手術などの侵襲の既往がある点と、壊死がないか乏しい点が鑑別点と考えられる。侵襲後に急速に増大する血流豊富な腫瘍を認めた場合、腫瘍性病変の他にPSCNを鑑別に含める必要がある。

P-17 粘膜下筋腫が併存し術前診断が困難であった子宮体部粘液腺癌の1例

徳永 伸子¹、徳増 明文¹、只信 美紀¹、細川 浩平¹、桐山 郁子¹、清水 輝彦¹、
酒井 伸也¹、菅原 敬文¹、横山 貴紀²、竹原 和宏²、寺本 典弘³

四国がんセンター 放射線診断科¹、四国がんセンター 婦人科²、四国がんセンター 病理科³

70代女性、性器出血があり、子宮体癌を疑われ受診。血液生化学検査では、貧血の他特記すべき異常なし。腫瘍マーカー上昇なし。MRIでは子宮体部背側壁から内腔に突出する3.5cm大の境界明瞭平滑な腫瘍を認めた。腫瘍はT1/T2強調像で低信号を呈し、筋層と同程度の早期濃染を示し、拡散能低下は認められなかった。また腫瘍表面にT2強調像高信号を呈し、造影効果に乏しい構造を認めた。上記の所見より粘液などが付着した粘膜下筋腫を疑った。PET/CTでは上記の腫瘍に一致してSUV max=4.2の軽度FDG集積を認めた。また盲腸にSUV max=11.4のFDG高集積を伴う腫瘍を認め、大腸癌が疑われた。子宮の病変に関してはFDG集積と表面の粘液付着様の高信号から、筋腫への大腸癌の転移を鑑別に挙げた。子宮・大腸の腫瘍に対し同時手術が行われた。病理組織像では萎縮性の子宮内膜に沿って粘液性腺癌が広がり、内子宮口付近と筋腫では浸潤が見られた。組織上は、類内膜癌の像を取る部分はなく、胃型腺癌に類似した細胞像、浸潤態度を呈したが、免疫染色ではp16 (+) /p53 (wild type) とHPV由来の頸部腺癌に類似した表現型を示し、子宮体部に発生する粘液癌としては非定型的な特殊型であった。またketatin7/20 (+/-) ,CDX-2 (-) で、同時切除された大腸癌とは異なる表現型を示し、その転移は否定された。

P-18 子宮体部漿液性腺癌が頸部へ進展し、肉腫様変化を生じた癌肉腫の1例

菅原 敬文¹、徳永 伸子¹、細川 浩平¹、桐山 郁子¹、清水 輝彦¹、酒井 伸也¹、
坂井 美佳²、横山 隆²、竹原 和宏²、寺本 典弘³

四国がんセンター 放射線診断科¹、四国がんセンター 婦人科²、四国がんセンター 病理科³

症例は50歳代女性。不正性器出血あり、子宮頸部に肉芽腫様腫瘍を認め、頸部腺癌を疑われ紹介受診。腫瘍マーカー上昇なし。MRIでは子宮頸部に2.6cm大の腫瘍あり、T2WI/DWI高信号、ADC低値を示し、造影早期から辺縁優位に不均一に造影された。また、体部にもDWI高信号、ADC低値を示し、不均一な造影効果を示す1.3cm大の腫瘍がみられた。PET/CTでは頸部の腫瘍にFDG高集積 (SUVmax=8.8)、体部の腫瘍にも軽度の集積 (SUVmax=3.7) を認めた。子宮頸部生検では肉腫様細胞と腺癌細胞がみられ、頸部原発の癌肉腫が疑われた。内膜生検はできなかった。画像上は子宮頸部の腫瘍と体部の腫瘍に連続性はなく、子宮体部の病変は体癌もしくは体癌としては造影効果が強く癌肉腫の転移が疑われ、広汎子宮全摘が施行された。体部には内膜ポリープを背景として発生した腺癌を認め、類内膜癌様の部分を含むものの、充実性胞巣が目立ち、異型が強く、乳頭状増殖・buddingをみることから、漿液性腺癌と考えられた。ただし、小範囲で分化を失い間葉系の紡錘形異型細胞へ化生している部分がみられた。頸部では腺癌と軟骨様の変化を示す肉腫様細胞が混在した癌肉腫を認めた。免疫染色では体部病変と頸部病変の癌成分は染色パターンが一致しており、一連の病変と考えられた。また、腺癌と肉腫様細胞もほぼ同一の染色パターンを示した。以上より、体部原発の漿液性腺癌が頸部へ進展し、肉腫様変化を生じたと最終診断された。

P-19 ポリープ状異型腺筋腫の掻爬後に生じた類内膜腺癌の1例

山下 詠子¹、黒須 博之²、小林 織恵²、櫻井うらら³、小林弥生子²、瀧 和博³、梅澤 聡²、姫野 佳郎¹

日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 放射線科¹、武蔵野赤十字病院 産婦人科²、武蔵野赤十字病院 病理部・病理診断科³

ポリープ状異型腺筋腫 atypical polypoid adeomyoma: APAMは腺筋腫の変異型で、子宮内膜型の異型腺管と平滑筋成分が密接に混ざり合ったポリープ状の腺筋腫とされる。比較的若年者の子宮体下部や内頸部上部に好発し、子宮内膜癌の合併例が知られている。今回我々は内膜掻爬にてAPAMと診断され、約4ヶ月後に類内膜腺癌を確認し得た症例を経験した。症例は40台女性、主訴は月経不順と不正性器出血。約2年前に前医受診し、以来内膜細胞診からclass 3が検出されていた。経膈超音波で子宮内膜は14mmに肥厚し、精査目的で当院紹介となる。前医MRI T2強調画像にて、子宮内膜は約8.2mmと有意な肥厚を認めなかったが、最大厚5mmとする中等度低信号域が内膜を縁取るように見られた。内膜ポリープを示唆する嚢胞成分や茎状構造は見られず、異型内膜増殖症の疑いで内膜全面掻爬術が施行された。結果はAPAM low malignant potentialだった。二度目のT2強調画像で内膜の厚さに変化なく、内膜の縁取りは厚さ約3mmへ軽減するも不均一だった。dynamic MRIにて内膜病変の増強効果は子宮筋層より乏しく、緩徐だった。明らかな子宮筋層浸潤は見られず、術前診断は腺筋腫もしくはAPAMの再発と考えられた。単純子宮全摘術が施行され、病理診断はAPAMに関連した類内膜腺癌G1, pT1aだった。APAMに合併した内膜癌の画像所見に関するまとまった報告は少なく、画像所見と病理所見を対比し、若干の文献を加えて報告する。

P-20 筋腫の赤色変性類似所見を呈し診断が困難であったEndometrial Stromal Sarcomaの1例

土屋 純一¹、谷尾 宣子¹、岡島 由佳¹、藪田 実¹、田村 綾子²、樋田 一英³、鈴木 高祐⁴、栗原 泰之¹

聖路加国際病院 放射線科¹、東京北医療センター 放射線診断科²、聖路加国際病院 女性総合診療部³、聖路加国際病院 病理部⁴

40歳代女性。0経妊、0経産。不正出血と下腹部痛を主訴に近医クリニックを受診した。膈超音波検査で子宮内腔が肥厚していたが、細胞診は痛みのため、施行できなかった。精査のため、当院女性総合診療部を紹介受診となった。その間に膈から肉片のようなものが排出されたこともあったようである。経膈超音波にて子宮体部に腫瘤があり、子宮筋腫か体癌が疑われた。MRIにて子宮底部に長径8cmの境界明瞭な腫瘤があり、腫瘤は外子宮口に一部露出していた。T1強調像では腫瘤辺縁を縁取るような高信号域があり、T2強調像では腫瘤辺縁は低信号を示し、内部は不均一な高信号を示していた。dynamic 造影では腫瘤内部の造影効果はほぼ欠損していた。以上から子宮筋腫の赤色変性と診断した。有症状の子宮筋腫であり、腹腔鏡下子宮全摘術、両側卵管切除術が施行された。病理肉眼像では黄白色調の腫瘤で、組織学的には腫瘤内部がほとんど壊死に陥り、viableな領域が基部に少量認められるのみであった。viableな領域では小型で均一な類円形核と淡い胞体を有する腫瘍細胞が多数の細血管を介してびまん性に増殖し、腫瘍基部で浸潤性に発育していた。免疫染色ではCD10 (+), α SMA (-)であった。以上よりEndometrial Stromal Sarcoma (ESS), low gradeの診断に至った。Retrospectiveに見ても、術前画像診断ではESSと診断するのは困難であった。画像所見と病理との対応、文献的考察を加え、報告する。

P-21 ball valve syndrome により急性膵炎を発症した胃癌の1例

夕永 裕士¹、藤井 進也¹、太田 靖利¹、久家 圭太¹、石橋 愛¹、小川 敏英¹、
小山 司²、島田ひかる³、浦瀬 靖代³

鳥取大学医学部 病態解析医学講座画像診断治療学分野¹、公立八鹿病院 放射線科²、
公立八鹿病院 内科³

症例は80歳台女性。進行胃癌で無治療経過観察中であった。腹痛、嘔吐のため近医を介して総合診療科に紹介された。CTで胃重積を認め、また主膵管、総胆管の拡張、膵周囲の脂肪織混濁が見られた。上部消化管内視鏡で観察すると胃の腫瘍が十二指腸憩室に嵌入し、Vater乳頭は閉塞していた。内視鏡下で嵌入は解除されたが、その後短期間で再発したため、幽門側胃切除術が施行された。胃内の腫瘍や粘膜が十二指腸内に嵌入し、腹痛、嘔吐、腹部膨満を来す病態はball valve syndromeと呼ばれるが、本症による膵胆管閉塞を画像にて捉えた報告は少ない。本症例の画像所見を提示し、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-22 腹部腫瘍で発見された腸間膜脂肪芽腫の1例

井本 勝治¹、山本 敦子¹、山崎 道夫¹、岩井 義隆²、坂本 力¹

公立甲賀病院 放射線科¹、公立甲賀病院 小児科²

【はじめに】極めて稀な腸間膜原発の脂肪芽腫の一例を経験したので報告する。【症例】1歳8ヵ月女児で検診時に腹部腫瘍を指摘され当院小児科に紹介となった。腫瘍は可動性が良好で弾性軟の拳大の大きさであった。超音波検査では8cm大で表面平滑で比較的均一な高エコー腫瘍であった。単純CTでは嚢胞様に見える低濃度の腫瘍で、MRIでは脂肪組織の存在が考えられた。画像所見から脂肪を含む腫瘍が疑われ、奇形種や脂肪芽腫などを考えたが脂肪肉腫との鑑別が困難で手術を施行した。腫瘍は小腸間膜内に存在し、腸間膜との癒着は軽度で完全に摘出することができ、病理組織学的に脂肪芽腫と診断された。【考察】脂肪芽腫は未熟な脂肪細胞を含む腫瘍として報告され、発生部位は四肢が70%と最も多い。その他の発生部位としては頸部、体幹、後腹膜、縦隔の発生例も報告されているが、腸間膜原発のものは本邦では10例程度と極めて稀で、纏まった画像報告例はない。本症を含めて多くの症例では増大して初めて腹部腫瘍として発見されているが捻転を起こして発症した例も報告されている。画像と組織の対比を中心に過去の報告例と合わせて文献的考察を加えて報告する。

P-23 胃神経鞘腫の1例

松田 恵¹、津田 孝治¹、田中 宏明¹、望月 輝一¹、吉田 素平²、池田 宜央³、
上田 康雄⁴、水野 洋輔⁴、北澤 理子⁴、北澤 莊平⁴

愛媛大学医学部附属病院 放射線科¹、愛媛大学医学部附属病院 消化器腫瘍外科²、
愛媛大学医学部附属病院 消化器内科³、愛媛大学医学部附属病院 病理部⁴

症例は80歳女性。主訴は特になし。15年ほど前の検診で径10mm程度の胃粘膜下腫瘍を指摘。以降他院でフォローされていたが、増大傾向を認めたため、精査加療目的で当院紹介となった。来院時に施行された画像検査では造影CTで胃角部大弯に径35mm程度の粘膜下腫瘍を認めた。腫瘍は内部が比較的均一に強く造影され、PET-CTでは中等度のFDG集積を認めた(SUVmax=6.3)。MRIでは、T2WIで一部低信号が混在していたが、比較的高信号を呈していた。胃壁外への浸潤や転移を疑う所見は指摘できなかった。上部消化管造影検査でも、胃体部大弯に表面平滑で立ち上がりがなだらかな腫瘍を認め、粘膜下腫瘍が疑われた。明らかな潰瘍形成など粘膜面には異常を認めなかった。造影CTでの腫瘍内部の比較的均一な強い造影効果や、腫瘍径に比しPET-CTでのFDG集積が高度であった点とも併せて胃神経鞘腫が疑われた。鑑別にはGISTの他、腫瘍内部の比較的高度な造影効果やPET-CTでの比較的高度なFDG集積などからNET、胃グロムス腫瘍、平滑筋肉腫が挙げられた。内視鏡・EUSが施行され、生検で神経鞘腫と診断された。生検結果は良性腫瘍であったが、増大傾向で本人の希望もあり、胃局所切除術を施行され、病理で良性神経鞘腫と診断された。比較的稀な胃神経鞘腫の症例を経験した。PET-CTや造影CT、MRIなどの画像所見と病理との対比を主に文献的考察を交えて報告する。

P-24 画像検査で指摘できた転移性胃腫瘍の2例

原 武史¹、尾形 毅¹、和田 裕子¹、矢吹 隆行¹、工藤健一郎²、別宮 謙介³、
金澤 右⁴

岩国医療センター 放射線科¹、岩国医療センター 呼吸器科²、岩国医療センター 泌尿器科³、
岡山大学大学院 放射線医学⁴

経過中画像検査で指摘できた転移性胃腫瘍の2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例1は70歳代男性。主訴は2か月前よりの全身倦怠感。左肺下葉腫瘍を近位で指摘され精査加療目的で来院。左下葉肺癌(低分化非小細胞癌 cT3N2M1b; 多発骨転移、肝転移、副腎転移)の診断で化学療法を施行された。経過中3か月後の造影CTにて小弯側胃壁内に造影効果の強い2cm大の腫瘍出現を認め、生検にて胃転移と診断された。その後全身状態悪化、追加治療できず永眠された。

症例2は50歳代男性。20年前の左腎癌摘出後、左副腎転移摘出後であったが検診の上部消化管内視鏡検査で胃体上部のびらん病変を指摘され、胃転移と診断された。CTでは右腎癌、副腎転移、肺転移も指摘され、FDGPETでは胃体上部の胃転移、右腎癌、左肺転移に集積を認めた。現在、Pazopanib投与を施行中である。

P-25 消化管出血で発見されたキャッスルマン症候群に併発したアミロイドーシスの1例

市川 珠紀¹、エンクバートルナンデンエルデン¹、山室 博¹、山下 智裕^{1,5}、鈴木 孝良²、松嶋 成志²、鬼塚 真仁³、中村 直哉⁴、今井 裕¹

東海大学医学部 専門診療学系画像診断学¹、東海大学医学部 消化器内科²、東海大学医学部 血液内科³、東海大学医学部 病理⁴、伊勢原協同病院 放射線科⁵

症例：20歳代女性。主訴：腹痛、血便。現病歴：17歳より慢性炎症、貧血、抗核抗体高値でステロイドの内服既往があるが、確診に至っていない。腹部CTでは肝鎌状靭帯を頂点とする肝腫大があり、肝実質の造影不良が右葉を中心に広範に拡がっていたが、肝臓内に腫瘤はなく、periportal collarもみられなかった。脾腫と径2cmを呈する腸間膜リンパ節腫大が認められ、小腸には粘膜下浮腫を伴う壁肥厚と拡張があり、大腸の軽微な壁肥厚も認められた。大腸内視鏡検査では回腸末端に白苔を伴う多発潰瘍があり、一部に血管端を有する潰瘍もあり、回盲部から直腸にかけ発赤びらんが散在しており、回腸末端と直腸の生検が施行された。血管造影では終末回腸からの出血源が確認できたが、消化管出血は保存的治療にて止血された。その後肝生検も施行され、全ての検体よりアミロイド沈着が確認された。γ-グロブリン25%以上、polyclonalなγ-グロブリンの上昇、CRP高値（10mg/dL）の持続、血中IL-6:153（pg/mL）、腹部リンパ節腫大により臨床的にキャッスルマン症候群によるアミロイドーシスと診断され、抗IL-6抗体投与により、症状の改善が認められた。生検所見では過マンガン酸カリウム処理抵抗性で、非AAアミロイドーシスの沈着が示唆された。キャッスルマン病に伴うアミロイドーシスではAAアミロイドーシス沈着例が多く、文献的考察を含め報告する。

P-26 低位前方切除術後に発生したimplantation cystの2例

上村 諒^{1,3}、井上 明星¹、渡辺 尚武¹、大田 信一¹、茶谷 祥平¹、伊津野有香¹、田上 佳英¹、岩井 崇泰¹、村田喜代史¹、植木 智之²、三宅 亨²、園田 寛道²、清水 智治²、谷 真至²、宮川 善浩³、若宮 誠³

滋賀医科大学 放射線科¹、滋賀医科大学 消化器外科²、市立長浜病院 放射線科³

消化管の吻合操作により折れ込まれた粘膜上皮が、粘膜下層以深で粘液を産生し、嚢胞を形成することがあり、implantation cystと報告されている。直腸癌に対する低位前方切除後の経過中に発見されたimplantation cystを2例経験したので報告する。1例目は52歳男性。主訴は排便困難感。約7年前に直腸癌に対し、低位前方切除術および側方郭清を施行された。造影CTで直腸吻合部に37×23mmの分葉状の嚢胞性病変を認め、嚢胞壁の一部にはstaple ringを認めた。MRIではT1WI低信号、T2WIで著明な高信号であった。既往歴と画像所見からimplantation cystを疑ったが、増大したため、再発除外目的にCTガイド下穿刺を行った。得られた白濁した粘稠な液体を細胞診に提出したところ、悪性細胞を認めなかった。画像所見と臨床経過からimplantation cystと診断した。2例目は69歳男性。約2年前に直腸癌に対し、低位前方切除術施行された。術後の単純CTにて直腸前壁、吻合部に24×23mmの単房性嚢胞性病変を認めた。嚢胞壁外側にはstaple ringを認めた。造影MRIでは水と等信号の嚢胞以外に充実部分は認めなかった。また、腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。経過と画像所見からimplantation cystと考え、経過観察中である。本疾患は粘液産生能を有する大腸癌の再発との鑑別が問題となるが、通過障害を来さない限り治療を必要としない良性疾患であり、大腸癌術後の合併症として認識しておくことが重要である。

P-27 心転移を来したgastrointestinal stromal tumor (GIST) の1例

松原 崇史¹、小坂 一斗¹、杉盛 夏樹¹、寺田華奈子¹、松本 純一¹、扇 尚弘¹、
米田 憲秀¹、吉田耕太郎¹、井上 大¹、蒲田 敏文¹、戸島 史仁²、小林 健²、
田村 祐大³、山岸 正和³、加藤 寛城⁴、竹村 博文⁴、池田 博子⁵

金沢大学 放射線科¹、石川県立中央病院 放射線診断科²、金沢大学 循環器病態内科学³、
金沢大学 先進総合外科⁴、金沢大学 病理部⁵

Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の転移としては肝への血行性転移と腹膜播種が多い。今回、我々は術後11年の経過で再発、転移を繰り返し、比較的稀な心転移をきたした症例を経験したため報告する。症例は70歳代女性。2006年に前医にて胃粘膜下腫瘍を指摘され、腹部造影CT・MRIが施行された。胃を背側へ圧排する20cm大の腫瘍を認めた。造影早期相にて辺縁に濃染を認め、腫瘍内部には強い壊死を伴っていた。腫瘍は拡張した左胃動脈から供血を受け、胃冠状静脈へドレナージしていることから胃原発GISTと考えられた。明らかな転移・播種巣は指摘されず、胃粘膜下腫瘍摘出および胃部分切除術が施行された。組織学的に腫瘍は紡錘形細胞で構成され、胃GISTと診断された。その後グリベックが開始された。3年後の経過観察のCTにて局所再発が疑われ、2度目の外科的手術が施行された。病理学的にGISTの再発と診断され、グリベック内服を再開したが、副作用強く希望にて中止となった。さらに5年後、検診で異常を指摘され、腹部造影CTを施行したところ多発肝結節を認めた。GISTの肝転移と考えられ、陽子線治療が行われた。翌年、全身倦怠感、食欲低下の増悪を主訴に当院救急外来を受診し、造影CTを施行したところ、肋骨、右心室病変が指摘された。肋骨生検が施行され、GISTの転移と診断された。心臓腫瘍に対して突然死予防のために腫瘍部分切除術が施行された。病理にてGISTの転移と診断された。

P-28 Bochdalek孔ヘルニアに胃軸捻転と肺葉外肺分画症を合併した成人男性の1例

岩田 紘治¹、小林 佳子¹、寺山 昇¹、藪下 和久²、福島 亘²、堀川 直樹²、
馬渡 俊樹²、寺川 裕史²、森 和也²

高岡市民病院 放射線科¹、高岡市民病院 外科²

症例は20代男性。昼食30分後からみられた激しい心窩部痛、持続する嘔気・嘔吐を主訴に当院救急搬送された。CTでは左胸腔背側に胃が脱出しており、胃前庭部は噴門部の前上方にみられ、Bochdalek孔ヘルニアへの間膜軸性胃軸捻転を伴った胃前庭部嵌頓と考えられた。また、脱出した胃に近接して低吸収腫瘍がみられた。腫瘍は不均一な造影効果を示し、気管支との交通はみられず、左下横隔動脈が流入していた。横隔膜ヘルニアの合併奇形の報告を基に、肺分画症の合併が疑われた。減圧目的に胃管が挿入されたが症状は改善せず、嵌頓の解除とヘルニアの閉鎖を目的に緊急開腹手術が施行された。術中所見では手拳大の横隔膜ヘルニアとヘルニア内に陥入した胃前庭部がみられ、嵌頓解除後、ヘルニア囊の剥離と横隔膜の縫合が行われた。また、ヘルニア囊を剥離する際に、ヘルニア囊の奥に肺組織が確認され、肺分画症と診断した。Bochdalek孔ヘルニア、胃軸捻転、肺分画症の3者の合併はきわめてまれであり、成人発症で過去に報告されたものは検索しえた範囲で1例のみである。横隔膜ヘルニアの合併奇形として肺分画症があり、本例では術前の画像診断にて、その可能性を指摘しえた。

P-29 高齢女性に生じた胃軸捻転の1例

麓 佳奈子¹、岩木 亮介¹、金崎 周造¹、安岡 貴之²
 康生会武田病院 放射線科¹、康生会武田病院 消化器内科²

症例は92歳女性、約2週間にわたる間欠的な嘔吐腹痛が増悪したため他院を受診し、当院紹介搬送となった。既往としては胃潰瘍・高血圧のみでいずれも内科的治療されており、手術歴はなかった。来院時心窩部から下腹部にかけての膨隆と500～1000mlの黒褐色の吐物を認めた。血液生化学的所見では白血球数16100/ μ lと増加・血清アミラーゼ値も798U/lと上昇していた。腹部CTにて胃は著明に拡張していた。前庭部の前上方への偏位・幽門部は左上方に挙上して噴門部と交差していた。所見から胃軸捻転と診断された。虚血や穿孔を示唆する所見は認められなかった。内視鏡整復にて一旦は解除し4日後退院となったが、20日後に再び嘔気腹痛を認め再度受診。CTにて前回と同様の所見を認め軸捻転の再発と診断し、内視鏡整復を施行した。その後は再発見られず軽快退院となった。胃軸捻転とは胃が生理的範囲を超えて病的に軸捻転を来した状態であり、臨床的にはBorchardtの3徴（顕著な心窩部痛・膨隆、初期嘔吐に続く強い嘔気、胃管挿入困難）が知られている。病型としては長軸（臓器軸性）捻転・短軸（間膜軸性）捻転の二型に大別され、本症例はCT所見から短軸捻転と考えられた。若干の文献的考察を加え発表する。

P-30 成人腸回転異常症に合併した急性虫垂炎の1例

渋谷 剛一¹、角田 晃久¹、小野 修一²、三浦 弘行²、対馬 史泰²、清野 浩子²、掛端 伸也²、藤田 大真²、藤田 環²
 青森県立中央病院 放射線部¹、弘前大学大学院医学研究科 放射線科学²

【はじめに】腸回転異常症は胎生期の腸管発生異常であり、多くは新生児期に腸閉塞症状で発見されるが、成人発症例は通常無症状に経過し、他の消化器疾患の精査や開腹時に偶然発見されることが多いとされる。今回われわれは腸回転異常症に穿孔性虫垂炎を合併した成人例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例は44歳男性、次第に増強する上腹部痛にて近医を受診。触診上腹部全体に固く、末梢白血球数は16,000以上と著明に上昇を認め、多量飲酒の生活習慣より、急性腓炎疑いにて当院救命センターへ搬送となった。腹部CT上多断面による観察にて、S状結腸を除く大腸は左方に偏位し、腸回転異常が示唆された。上腹部正中、幽門腹側に回盲部を認め、尾側に腫脹し、壁の肥厚を伴った管状構造が観察され、周囲脂肪織の吸収値上昇と腸管外airより、穿孔性虫垂炎の診断にて緊急手術となった。回盲部の位置より、上腹部正中切開にて開腹。盲腸から上行結腸は後腹膜に固定されず左上腹部に位置し、回腸間膜背側に癒着する虫垂を認めた。虫垂は壊死し、穿孔を認めた。虫垂根部を切離し、間膜処理を行い、虫垂を摘出した。

【結語】急性腹症の診断に際しては、成人では稀であるが、腸回転異常症も念頭に置いた注意深いCT読影が必要であり、皮膚切開や到達経路決定においても有用な情報をもたらすものと思われる。

P-31 大網Perivascular Epithelioid Cell Tumor (PEComa) の1例

桑村 浩志¹、中井 雄大¹、岡本 耕一²、石田 毅³、棚橋 裕吉¹、山本 麻子¹、
山本 真由¹、近藤 浩史¹、大場 洋¹、近藤 福雄³、古井 滋¹

帝京大学医学部 放射線科学講座¹、帝京大学医学部 外科学講座²、
帝京大学医学部附属病院 病理診断科³

症例は50歳女性。偶発的に45mm大の骨盤内腫瘍を指摘され当院に紹介となった。CTでは内部に不均一な石灰化を認め、脾動脈から分岐する拡張した大網枝によって栄養され、動脈相から濃染を示した。経時的に腫瘍の位置が変化し大網腫瘍と考えられた。MRIでは、腫瘍はT2強調像で軽度高信号を示し、内部に索状高信号域が散見された。腫瘍辺縁にopposed phaseで信号低下を示す領域を認め、脂肪の含有と考えられた。鑑別として、Castleman's disease、perivascular epithelioid cell tumor (PEComa)、solitary fibrous tumor等が考えられた。

腹腔鏡下腫瘍摘出術が施行された。線維性被膜に覆われた大網腫瘍であり、病理学的に好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞がシート状に増生し、部分的に脂肪組織・血管増生、微小石灰化が見られた。免疫染色では α -SMA (+)、HMB45 (+)でありPEComaと診断された。PEComaとは多分化能を有するPEC由来の腫瘍の一群である。結節性硬化症の合併病変として腎に高率に認められることが知られているが、大網発生はきわめて稀であり3例の報告があるのみである。貴重な症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

P-32 腸間膜を主座として発症した組織球性壊死性リンパ節炎の1例

藤本 弥臣、大屋明希子、戸田 雅博、富田 唯、石戸谷俊太、高林江里子、
渡邊 尚史、八巻 利弘、高橋 康二

旭川医科大学 放射線医学講座

症例は10代前半の女児。発熱、全身倦怠感、食欲不振を主訴に受診。上気道症状は認めず、理学所見でも明らかな異常は認めなかった。対症療法で経過観察されたが10日間改善なく、不明熱精査として体幹部造影CTが撮影された。CTでは回結腸リンパ節が最大2cm程度まで多数集簇して腫大しており、一部のリンパ節には造影不良域が認められた。腹部大動脈周囲にも、最大1cm程度の軽度腫大リンパ節を複数認めた。腹部以外では、左鎖骨上窩に1cm大のリンパ節が一つ見られた。腋窩や鼠径部には数mm大の小さなリンパ節が見られるのみであった。その他の臓器には、明らかな異常は認めなかった。血液検査では、白血球2600/ μ l、血小板12万/ μ lと2系統の血球減少が見られた。CRPは1.75mg/dl、IL2Rは1145U/mlであった。鑑別として、組織球性壊死性リンパ節炎(菊地病)、悪性リンパ腫、結核性リンパ節炎などが考えられた。悪性除外のため、腸間膜リンパ節病変に対して腹腔鏡下生検が施行された。摘出された腫大リンパ節には、皮質構造を破壊し多数のアポトーシスを伴う変性壊死高度な病変が認められ、その周辺には組織球、リンパ球の増殖があり、組織球性壊死性リンパ節炎の診断であった。組織球性壊死性リンパ節炎は、上気道炎症後後に頸部を中心にリンパ節腫大を認める良性炎症性疾患であるが、腹部リンパ節が主座となることは比較的まれである。文献的考察を含めて報告する。

P-33 粗大な脂肪組織を含んだMESTの1例

三和 大悟¹、佐藤 修²、町田 和隆¹、越野 幸子¹、伊藤 誠明¹、森下 博之¹、
大野 浩司¹、樋野 陽子³、浦田 洋二³、三神 一哉⁴

京都第一赤十字病院 放射線診断科¹、京都府立医科大学附属北部医療センター 放射線科²、
京都第一赤十字病院 病理診断科³、京都第一赤十字病院 泌尿器科⁴

50歳代女性。左尿管結石にて救急受診した際に、CTで偶発的に右腎腫瘍が指摘された。腫瘍は50×23×16mm大で右腎上極に存在し、粗大な脂肪成分を認め、腫瘍の尾側には嚢胞性病変を伴っていた。MRIで腫瘍の充実成分はT1強調像で筋肉と等信号、T2強調像で低信号を呈し、脂肪成分も確認された。尾側の嚢胞はT1強調像で高信号域を認め出血性と考えられた。巨視的脂肪成分を含むので、類上皮型血管筋脂肪腫や血管筋脂肪腫と腎嚢胞の混合が鑑別に考えた。病理学的には、上極よりには脂肪組織の混在が目立ち、下極は白色充実性であった。組織学的には上皮、間質成分が双方に見られる病変で、上皮成分には小型管状腺管の形成が見られた。Melan AやHMB45陽性細胞は認められず、血管筋脂肪腫は否定的であり、mixed epithelial and stromal tumor (MEST) と診断された。粗大な脂肪を含むMESTは稀と考えられることから文献的考察を加え報告する。

P-34 病理学的にpapillary cystadenomaと診断された右腎腫瘍の1例

山口 健¹、中園 貴彦¹、蒲地 紀之¹、笹栗 弘平¹、有働 和馬²、青木 茂久³、
入江 裕之¹

佐賀大学医学部 放射線科¹、佐賀大学医学部 泌尿器科²、佐賀大学医学部 病理³

症例は80歳台男性、高血圧や狭心性、糖尿病にて他院通院中であった。他院CTで肺結節を指摘、その経過観察目的の当院CTにて腎腫瘍を指摘された。CTでは右腎下極に26mmの嚢胞性腫瘍があり、その壁より内腔に突出する、淡い増強効果を伴う結節を認めた。MRIでは結節構造はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を呈し、造影後ダイナミックスタディでは早期より増強され、その増強効果が持続していた。拡散能の低下はなくADC値は $1.7 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ 程度であった。嚢胞内容液は画像上は血性ないし粘稠な液体が示唆された。嚢胞性腎癌の可能性のあるものの炎症性肉芽腫のような良性変化も考えられた。腎細胞癌の可能性が否定できなかったため手術が施行された。病理では嚢胞病変内に乳頭状の病変を認めた。そこでは好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が内部に小嚢胞構造を示しつつ乳頭状に増殖していた。腫瘍細胞は軽度の核異型が見られた。また、ヘモジデリンの沈着や泡沫細胞も見られた。腎細胞癌と腎性腺腫が鑑別に挙がり他施設へコンサルトされた。コンサルトの返事では腎性腺腫に似た組織像であるが腎性腺腫は腎尿管の迷入による尿路の腫瘍であるためpapillary cystadenomaと診断するとのコメントであった。過去の報告では腎嚢胞内に発生した腎性腺腫の報告を2例検索することができた。他には腎発生のmucinous cystadenomaの報告が散見された。これらの文献的考察を含めて今回の症例を報告する。

P-35 腎由来Cellular Schwannomaの1例

神道 太輔¹、小山 孝一¹、立花 大和²、田中さやか³、小林 亜衣¹、下野 太郎¹、三木 幸雄¹

大阪市立大学大学院 医学研究科 放射線診断学・IVR学¹、
大阪市立大学大学院 医学研究科 泌尿器病態学²、大阪市立大学医学部附属病院 病理診断科³

63歳女性。無症候性肉眼的血尿を主訴に他院受診。CT、MRIにて腎腫瘍を指摘されたため当院紹介となった。CTでは左腎上極から頭側および腹側に外方発育する13cm大の境界明瞭な腫瘤を認め、ダイナミック造影にて早期から後期にかけて漸増性の弱い不均一な造影効果を認めた。MRIではT1WIで均一な低信号、T2WIで高信号と低信号が不均一に混在し、一部に嚢胞変性と思われる高信号を認めた。DWI、ADC-mapでは腫瘍の一部に拡散制限を認めた。脂肪成分は認められなかった。ダイナミック造影ではCTと同様の造影効果であった。以上から腎原発の腫瘍として嫌色素細胞性腎癌や平滑筋肉腫を疑い、左腎摘出術が施行された。腫瘍は境界明瞭で肉眼的に黄色調を示し、腎盂にも進展していた。組織学的には、細胞密度の比較的高い、束状に配列する紡錘形細胞が認められたが、核異型や核分裂像は認めなかった。免疫染色ではS-100陽性で、Desmin, αSMA, bcl-2, CD99, c-kit, Melan-A, HMB-45などは陰性であったことから、schwannomaと診断し、その中でもAntoni B領域が乏しく細胞密度も高かったことから、cellular schwannomaと最終診断された。

腎由来のschwannomaは極めて稀であり、画像的報告例も少ない。今回腎由来cellular schwannomaを経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-36 腎皮膜由来と考えられたAMLの1例

田中 義和、中本 篤、濱田 貴光、東山 央、山本 聖人、重里 寛、
中井 豪、山本 和宏、鳴海 善文

大阪医科大学 放射線医学教室

症例は40歳代男性。健診目的でCTを施行したところ、偶然、左腎下極に接して径7cm程度の多房性の嚢胞性腫瘍を認めた。壁は厚く、一部に充実成分を伴っていた。MRIでは嚢胞内容の一部がT1WIで軽度高信号を示し、T2WIでは液面形成を認め、出血成分が考えられた。ケミカルシフトイメージングでは充実成分に脂肪成分は指摘できなかった。造影ダイナミック撮影では嚢胞壁、充実成分は早期から造影され、後期相でも遷延性に造影されていた。腫瘍は腎と接してはいたが腎とは明らかなピークサインを認めなかった。腎由来の嚢胞性腎癌や類上皮型腎血管筋脂肪腫 (eAML)、あるいは後腹膜由来の脂肪肉腫などを疑い、手術が施行された。腫瘍は腎とは容易に分離し、腫瘍のみが摘出された。手術後の病理所見では腫瘍は成熟脂肪細胞、平滑筋、血管成分からなり、内部に出血によると思われるコレステリン結晶、コレステロール肉芽腫を豊富に認めた。免疫染色はHMB45陽性で、AMLとの診断であった。上皮様腫瘍細胞を多く認めたが、eAMLの診断に至る程度ではなかった。以上より、腎被膜より発生したAMLと考えられた。

P-37 腫瘍性病変との鑑別が問題となった腎形成異常の1例

酒井 正史、那須 克宏、南 学

筑波大学付属病院 放射線診断・IVR科

症例は特に既往歴のない70歳台女性である。健診のエコーで右腎に腫瘤を指摘され、当院を紹介受診となった。CT、MRI、腎静態シンチグラフィ (^{99m}Tc -DMSA) が施行された。CTでは、右腎は完全重複腎盂尿管を呈し、上下の腎盂の境界レベルで腎外側に突出する長径27mmの腫瘤を認めた。腫瘤の辺縁は正常腎皮質と連続し皮質と同様の造影パターンを示し、中心部は遷延性に造影された。MRIでは腫瘤の辺縁は腎皮質と同程度に高信号で背景の腎皮質と連続しているように見えた。またこの腫瘤中心部は遅延相で尿と同程度に強く造影された。腎静態シンチグラフィでは、この腫瘤への明瞭な集積を認めなかった。画像所見からこの腫瘤は正常の腎組織と類似の形態を示しており、腎形成異常を最も考えたが、DMSA集積が見られなかったことから腫瘍性病変の否定は難しく、エコー下生検が施行された。

病理では、正常腎組織が確認され、腫瘍性病変や炎症所見は認めなかった。尿路閉塞を示唆する所見も認めなかった。生検結果から、追加治療はせず、経過観察する方針となった。

本症例は、3重複腎盂で中央の腎盂の低形成により、その末梢の腎実質が腫瘤状となる形成異常が生じたものと推察された。腎細胞癌などの腫瘍性病変との鑑別が問題となったが、画像所見の詳細な検討から形成異常を疑うことができ、手術を回避することができた。文献的考察を含めて報告する。

P-38 腎類上皮型血管筋脂肪腫の1例

乾 貴則、赤田 渉、山田香菜子、高橋 健

京都鞍馬口医療センター 放射線科

症例は71歳の男性。下部尿管癌の術前検査を施行されていた。転移検索中に左腎に20mm大の結節を認めた。単純CTでは腎実質より高濃度で、dynamic study 早期相では腎実質と同程度の不均一な早期濃染を示し、徐々にwash outを示した。明らかな脂肪成分や石灰化などは認めなかった。下部尿管癌、左腎腫瘍に対して腎尿管切除術を施行された。術中所見は腎から外方へ突出するような小腫瘤で、腎と一塊として摘出した。周囲臓器への浸潤などは認めなかった。組織所見は、壁の厚い血管とともに、類上皮様の卵円形から紡錘状の異型細胞からなる腫瘍で、核の大小不同を認めた。明らかな脂肪は認めなかった。免疫組織染色では、メラノサイト系のマーカーが陽性で、epithelioid angiomyolipoma (eAML) と診断した。eAMLの画像所見についてまとまった報告は少ない。Malignant potentialのある間葉系腫瘍で術前診断の意義は高いが、術前診断は困難とされる。今回稀であるeAMLの一例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

P-39 腎動脈解離による腎梗塞で発見された線維筋性異形成 (fibromuscular dysplasia) の1例

大高 葵、石山 公一、戸澤 智樹、菅原 真人、大谷 隆浩、橋本 学
秋田大学医学部 放射線医学講座

FMD (fibromuscular dysplasia) は非動脈硬化性・非炎症性の狭窄を主体とする動脈性病変であり、主に腎動脈や頭頸部動脈など中等度の動脈に比較的多く発生する疾患で、発生頻度は0.02%と非常に低率である。20～30歳の女性に比較的多く認められる。原因は現在のところ明らかになっていないが、脳動脈瘤の合併があることから結合織異常の関与も示唆されている。喫煙やホルモン、機械的刺激なども原因の可能性として挙げられている。本症例は70代女性で、脳動脈瘤 clipping 術後の患者である。術後経過観察中に突然の腹痛を訴えたため、精査のためCT・MRIを施行した。両側腎動脈遠位部に数珠状の変形と、腎動脈分枝の解離、それによる腎梗塞を認め、FMDによる一連の所見が疑われた。腎動脈解離の多くは解離性大動脈瘤の進展や、特発性、医原性によるものが主であるが、稀なものとしてFMD・梅毒性動脈炎・多発性結節動脈炎が頻度は稀ではあるが原因として挙げられている。

P-40 遠位胆管内のinflammatory pseudotumorの1例

竹山 信之¹、田中絵里子¹、大池 信之²、山村 詠一³、田代 祐基⁴、高野 祐一³、水上 博喜⁴、長濱 正亜³、林 高樹¹、橋本 東兎¹

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、昭和大学藤が丘病院 消化器内科³、昭和大学 放射線科⁴

症例は60歳代女性。健康診断でγGTP, ALPの上昇があり、当院消化器内科を紹介受診した。EUS・胆道鏡にて下部胆管内に14mmほどの類円形・白色調の胆管内乳頭状腫瘍を認め、周囲には乳頭状増生を示す粘膜上皮を認めた。上中部胆管では結石を疑う多数の透亮像を認めた。下部胆管腫瘍に4か所生検した。低異型度の腺腫 (IPNBを含む) の可能性は否定できず、胆管乳頭腫疑いで膵頭十二指腸術が施行された。dynamic CTでは乳頭部から遠位胆管にて厚い壁肥厚 (最大15mm) と造影効果を示す。遠位胆管では10mmほどの内腔隆起性腫瘤があり、壁肥厚・隆起性病変ともに漸増性に造影された。肝両葉での肝内胆管の拡張も認められた。上流胆管では脂肪抑制T1強調像高信号を示す多数のビリルビン結石が散見された。病理では、下部胆管壁の肥厚部は膠原繊維性の繊維化と多数のリンパ濾胞が認められた。胆管粘膜には密なリンパ球・形質細胞浸潤が認められ、上皮のびらん・再生・化生・増生を伴っていた。内腔の隆起性病変はこれらの病変が連続し、炎症性肉芽腫性組織を形成していた。悪性所見はなくIPNBではなかった。広義的に炎症性偽腫瘍 inflammatory pseudotumor (inflammatory pseudopolyp) と診断された。IgG4免疫染色ではIgG4陽性細胞が散見されるが通常の特異的な炎症性肉芽組織に認められる範疇とされた。胆石合併による胆管内のinflammatory pseudotumor の報告はまれで、文献的考察を含め報告する。

P-41 胆嚢管のIPMBの1例

田中絵里子¹、竹山 信之¹、大池 信之²、水上 博喜³、佐藤 好信³、山村 詠一⁴、
高野 祐一⁴、小竹 晃生¹、林 高樹¹、橋本 東兎¹

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、
昭和大学藤が丘病院 外科³、昭和大学藤が丘病院 消化器内科⁴

70代女性 当院循環器内科に心房細動などで通院中に肝機能障害を指摘され、当院消化器内科受診。血液検査では、肝胆道系酵素の軽度上昇を認めた。他、身体所見や血液学的な異常は認めなかった。造影ダイナミックCTでは、限局性に拡張した胆嚢管と胆嚢に結節があり、どちらも漸増性に淡い均一な造影効果を認めた。MRCPでは、拡張した胆嚢管の内部に乳頭状に発育する約4x2cm大の結節を認め、一部中部胆管に突出している形態が描出された。胆嚢にも約1cm大の乳頭状に発育する結節を認めた。胆嚢管の腫瘍の大きさに比較し、胆嚢の腫大に乏しかった。また、下部胆管も含め、胆管拡張は認めなかった。MRIの信号はT1強調画像で低信号、T2強調画像で淡い高信号と非特異的な信号だった。拡散強調画像では乳頭状結節に一致して淡い高信号で、ADC mapでは軽度の拡散制限を認めた。拡散強調画像で壁に沿った高信号は認められなかった。IPMBが疑われ、手術が施行された。病理組織学的所見は、胆嚢管病変はIPMB, noninvasive carcinoma oncocytic type、胆嚢病変はICPN, noninvasive carcinoma oncocytic typeだった。IPMBは多発が知られており、近年胆嚢にも同様の病変が発生することが知られている。文献学的考察を加え、報告する。

P-42 Intracystic papillary neoplasm of gallbladder (ICPN) の3例

溝渕 有哉¹、宗近 次朗¹、竹山 信之³、阿部 亮介¹、高濱 典嗣¹、宮上 修¹、
波多野久美¹、石塚久美子¹、扇谷 芳光¹、廣瀬 正典¹、後閑 武彦¹、田澤 咲子²、
大池 信之⁴、瀧本 雅文²

昭和大学医学部 放射線医学講座¹、昭和大学医学部 臨床病理診断学講座²、
昭和大学藤が丘病院 放射線科³、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科⁴

Intracystic papillary neoplasm (ICPN) は比較的新しい概念であり、WHO 消化器腫瘍分類 (2010) 及び胆道癌取扱い規約第6版では胆嚢癌の前癌・早期癌病変として記載されている。組織学的には1) 粘膜内、2) 前浸潤性、3) 外方増殖性、4) 1.0 cm以上、5) コンパクト、6) 周囲の粘膜とは異なっている病変と定義されるが、画像検査において、特徴とされる所見の報告は少ない。今回、我々はICPNの3例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。症例は60~80歳代女性の3例。造影CTにて胆嚢内部に23~38mm大の乳頭状の隆起性病変を認めた。いずれの症例も早期濃染パターンを示し、胆嚢壁の変形や壁外進展を思わせる所見は見られず、肝臓への浸潤や遠隔転移も認められなかった。MRIではT2WIで高信号であり、DWIでは拡散低下を認めた。また1例では明らかな閉塞起点がないにもかかわらず、胆嚢の腫大及び緊満が見られたが、他の2例では見られなかった。3例とも手術が施行され、肉眼的病変部に一致して、組織学的に腫瘍細胞が見られ、乳頭状や腺管状の増殖を認めた。3例ともRokitanskiy-Ashoff sinus内で上皮内癌が見られた以外に、癌は大部分が粘膜内に限局しており、周囲への浸潤は見られなかった。

P-43 胆嚢小細胞癌の1例

北野 香雪、富松 浩隆、岩下 和真、西岡 真美、野口峻二郎、門場 智也、
上村 尚文、山田 浩史、延原 正英、菅 剛、西本 優子、谷口 尚範、
野間 恵之

天理よろづ相談所病院 放射線部

胆嚢癌の組織型の多くは腺癌であり小細胞癌の報告は稀である。今回、胆嚢小細胞癌の一例を経験したので報告する。症例は72歳女性。健診の腹部超音波検査（US）にて胆嚢腫瘤を指摘され、当院紹介受診となった。USで胆嚢底部に不均一低エコーの3cm大の分葉状腫瘤を認め、単純CTでやや高濃度、FDG-PETで高集積を認めた。造影MRIで同部には著明な拡散低下を認め、T2強調画像にて不均一低信号、dynamic studyにて比較的染まる部分と染まらない部分が不均一に見られた。胆嚢内腔面の粗造さは目立たず、胆嚢周囲～肝門部、傍大動脈リンパ節には転移を認めた。EUS-FNAにて傍大動脈リンパ節生検を行うと、N/C比の高い小型細胞が密に見られ、免疫染色の結果とあわせて小細胞癌と診断した。化学療法により一旦は縮小したものの再増大し、10ヶ月後に多発肝転移が出現した。今回は細胞診のみで組織との対比が不十分だが、単純CTにて高濃度かつ拡散低下が顕著であることが、細胞密度の高い腫瘍である小細胞癌の組織像を反映しているのかもしれない。胆嚢小細胞癌の画像所見についてはまとまった報告がされておらず、今後のさらなる症例の蓄積と検討を要すると思われる。

P-44 総胆管癌との鑑別を要した好酸球性胆管炎の1例

首藤利英子¹、森 宣²、松本 俊郎²、山田 康成²、香泉 和寿¹、辻 浩一³、
荒巻 政憲⁴

大分岡病院 放射線科¹、大分大学医学部 放射線科²、大分岡病院 病理科³、大分岡病院 外科⁴

症例は70歳、男性。足趾壊疽に対する加療目的で当院入院加療中、血液生化学検査で肝胆道系データの異常と好酸球上昇を伴う炎症所見を認め、精査となった。既往歴：慢性腎臓病、末梢動脈疾患、胃潰瘍穿孔術後。初回の単純CT、MRCPで総胆管結石と肝内胆管-総胆管の拡張に加え、胆嚢の高度腫大と浮腫性壁肥厚を認めた。造影dynamic CTで総胆管下部からVater乳頭に向け、造影後期相における濃染域を認めた。内視鏡的治療を試みたが術後胃のため治療困難であり、PTCDを施行した。総胆管癌の除外目的で、PTCD後に胆汁細胞診を行ったが悪性細胞は検出されず、好酸球の増加を認めた。また、総胆管下部の生検では好酸球を含む炎症細胞浸潤の病理像を認めた。血清IgG4値は正常範囲内であった。以上の所見から、好酸球性胆管炎の診断が得られた。好酸球性胆管炎は、組織学的に胆管への好酸球主体の炎症細胞浸潤を呈する良性胆管閉塞疾患とされているが、文献報告は少ない。大半は原因が特定されず、ステロイド治療や内視鏡的減黄処置などで改善する例が多い。画像所見上、原発性硬化性胆管炎、IgG4関連硬化性疾患、胆管癌などの鑑別が困難な場合が多く、胆管癌の診断で開腹手術が施行される症例もある。したがって、本疾患を胆管狭窄の一因として認識しておくことは、侵襲的治療を回避する上で重要だと思われる。今回我々は、稀な好酸球性胆管炎の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

P-45 胆管intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) が疑われた1例

見越 綾子¹、曾我 茂義¹、村上和香奈¹、中森 貴俊¹、須山 陽介¹、富田 浩子¹、
新本 弘¹、緒方 衝²、星川真有美³、山本 順司³、加地 辰美¹

防衛医科大学校病院 放射線科¹、防衛医科大学校病院 検査部²、
防衛医科大学校病院 外科学講座³

WHO分類（2010）では、胆管内腫瘍として胆管内上皮内腫瘍（BillIN）と胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）が新たに採択され、それぞれ、膵管内腫瘍である pancreatic intraepithelial neoplasia（PanIN）と intraductal papillary mucinous neoplasm（IPMN）に相同性を示すと報告されている。膵管内腫瘍として intraductal tubulopapillary neoplasm（ITPN）の概念が近年導入され、これに相同性を示す胆道系腫瘍が明らかになりつつあるが、まだ胆管ITPNは明確な疾患分類として確立はされておらず、画像での報告も少ない。今回、我々は病理診断で膵ITPNとの類似所見が疑われる胆管内腫瘍を経験した。症例は34歳女性。黄疸と上腹部痛を主訴に受診。入院後撮影したdynamic CTで肝左葉、S1～肝門部にかけて肝内胆管に沿う造影効果不良な腫瘍性病変がみられ、胆管左枝末梢は拡張していた。MRIでは同部位にT2WI/DWIで淡い高信号を認めた。術前画像診断では、胆管細胞癌の他、IPNBやITPNも鑑別に考えた。その後、胆汁細胞診と生検組織診断を経て、肝門部胆管癌（cT2aN0M0 Stage II）の臨床術前診断で拡大左肝切除術が施行された。切除材料では、左肝管からB3、B4胆管枝、総肝管に及ぶ胆管内増殖性腫瘍が認められ、高分化管状腺癌としたが、免疫組織化学的には膵管ITPNのimmunoprofileと類似していた。画像と病理との対比を示すとともに、IPNB及び膵ITPNとの画像上の類似点について若干の文献的考察を加えて報告する。

P-46 胆摘後に落下胆石により異物性肉芽腫、慢性膿瘍を形成した3例

佐藤 滋高¹、井上 明星¹、園田 明永¹、大田 信一¹、新田 哲久¹、村田喜代史¹、
高木 海²、宮川 善浩²、若宮 誠²、古市 健治³

滋賀医大 放射線科¹、長浜市民病院 放射線科（診断部門）²、
大阪府済生会野江病院 放射線診断科³

症例1：60歳代女性。胆石胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。術中に胆石の落下を認めたが一部は回収困難であった。術後8ヶ月に施行したCTで肝S6背側と上行結腸背側に淡い高吸収域を伴う不整形の軟部腫瘍が出現、腹壁への浸潤を認めた。超音波下に生検を行い異物性肉芽腫と診断した。

症例2：60歳代女性。黄色肉芽腫性胆嚢炎で開腹手術が施行されたが、開腹時には胆嚢が穿通しており周囲に膿瘍を形成していた。術後3ヶ月のCTで右横隔膜下と肝S7に浸潤する内部に落下胆石と疑う点状高吸収域を伴う軟部腫瘍を認め、術後1年で膿瘍形成をきたした。

症例3：70歳代男性。胆石胆嚢炎で腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。術後5ヶ月から右上腹部痛と食思不振が出現した。術後7ヶ月目に施行したCTで厚い隔壁を有する多房性嚢胞性腫瘍を認め、肝実質と腹壁に浸潤を認めた。病歴、臨床所見と画像から臨床的に落下胆石による肉芽腫と膿瘍形成と診断した。

胆嚢摘出術は広く普及した手術であるが、高度炎症胆嚢では壁損傷は決して稀なことではなく、落下胆石は比較的頻度の高いトラブルである。落下胆石の術中回収は困難なこともあり、回収不可能な落下胆石は一定の頻度で生じうる。そのため、遺残した落下胆石を核とした肉芽腫、膿瘍の報告が散見される。今回、落下胆石により異物性肉芽腫、膿瘍を形成した3例を経験したので文献的考察も加えて報告する。

P-47 黄色肉芽腫性膀胱炎の1例

松田 恵¹、津田 孝治¹、岡田加奈子¹、渡部 笑麗¹、田中 宏明¹、望月 輝一¹、
柳原 豊²、倉田 美恵³、水野 洋輔³、北澤 理子³、北澤 莊平³

愛媛大学医学部附属病院 放射線科¹、愛媛大学医学部附属病院 泌尿器科²、
愛媛大学医学部附属病院 病理部³

症例は50歳代女性。2か月前に頻尿を主訴に近医を受診。膀胱炎と診断・加療されたが、治癒しなかったために施行された膀胱鏡で、膀胱右前壁に2-3cm程度の結節性病変を指摘され、精査加療目的で当院紹介となった。来院時の血液検査所見では、CRPの軽度上昇(0.4mg/dl)とPLTの上昇($37.0 \times 10^4/\mu\text{L}$)を認めた以外、腫瘍マーカーも含め異常は認めなかった。尿所見では白血球数と赤血球数の上昇を認めた。造影CTやMRIで膀胱右前壁～頂部頭側に突出する径35mm大の腫瘤を認めた。腫瘤は辺縁優位に造影され、内部に変性や壊死を疑うT2WI高信号な造影不良域や炎症性変化を示唆する周囲脂肪組織濃度上昇も見られた。腫瘤内部にはCTで金属と思われる著明な高吸収域を含んでいた。DWIでは腫瘤辺縁を主体に高信号でADC値も低下していた。膀胱鏡で、2～3cm程度の表面が発赤した結節状病変と周囲粘膜の炎症によると思われる浮腫を認めた。結節状病変からは膿の漏出があり、炎症性病変が疑われた。鑑別疾患としては、悪性腫瘍様の所見を呈す炎症性疾患として放線菌症や黄色肉芽腫性膀胱炎、結核などが挙げられた。尿管管膿瘍は部位からは否定的と考えた。その他、膀胱肉腫など膀胱筋層由来の悪性腫瘍も否定できず、膀胱部分切除術が施行され、病理にて黄色肉芽腫性膀胱炎と診断された。黄色肉芽腫性膀胱炎は稀な疾患で、画像所見や臨床経過についての報告が極めて少ない貴重な症例であると考えたので報告する。

P-48 Lipomatous ganglioneuromaの1例

山本 聖人¹、中本 篤¹、中井 豪¹、山本 和宏¹、能見 勇人²、栗栖 義賢³、
鳴海 善文¹

大阪医科大学 放射線医学教室¹、大阪医科大学 泌尿器科学教室²、大阪医科大学 病理学教室³

症例は66歳男性。大腸ポリープに対する定期フォロー中のCTで偶然左副腎腫瘤を指摘された。6年前より高血圧症を指摘されており、尿中カテコラミン値の上昇を認めていたことから褐色細胞腫疑いで当院泌尿器科紹介受診となった。単純CTで左副腎に36mmの分葉状腫瘤を認め、内部に脂肪濃度と微細な石灰化が含まれていた。造影CTで早期相、後期相とも造影効果は弱く、不均一であった。MRIで腫瘤は右副腎よりもT2WI高信号で、chemical shift imagingのopposed phaseにて信号低下を認め、脂肪成分の含有が示唆された。高血圧の既往および尿中カテコラミンの高値から、画像所見は非典型的であるが術前診断は左副腎褐色細胞腫の疑いであった。左副腎腫瘤に対し腹腔鏡下で摘出術が施行された。病理組織所見は、副腎髄質部に紡錘形細胞や脂肪細胞、神経線維で構成された腫瘤を認め、神経原性腫瘍が疑われた。免疫染色にてクロモグラニンおよびシナプトフィジン陽性の神経節細胞と考えられる細胞が認められ、ganglioneuromaと診断された。病理所見上も脂肪細胞が豊富に確認された。Lipomatous ganglioneuromaは神経節細胞腫のまれな亜型の一種で、組織学的に従来の神経節細胞に成熟脂肪細胞が混在した像を示し、これまでに“ganglioneuroma with fatty replacement”という呼称で症例報告が散見される。今回、まれなlipomatous ganglioneuromaの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

P-49 精索原発の炎症性偽腫瘍の1例

上野 嘉子¹、高橋 哲¹、田中宇多留¹、日向 信之²、全 陽³、藤澤 正人²、
伊藤 智雄³、杉村 和朗¹

神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 放射線医学分野¹、
神戸大学大学院医学研究科 外科系講座 腎泌尿器科学分野²、
神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 病理診断学分野³

79歳男性。左鼠径部違和感を主訴に前医を受診。前医のMRIで左精索にT1強調像で低信号、T2強調像で不均一に低～高信号を示す40mm大の腫瘤性病変を認め、精査加療目的にて当院泌尿器科に紹介された。当院で施行された造影CTでは腫瘤に不均一な造影効果を認めた。脂肪肉腫などの悪性腫瘍が否定できず、左高位精巣摘除術が行われた。病理では腫瘍に一致して著明な線維化と形質細胞浸潤を認め、炎症性偽腫瘍と診断された。尿路生殖器に発生する炎症性偽腫瘍は稀とされており、若干の文献的考察を加え報告する。

P-50 6年の経過を追えた原発性腎神経内分泌腫瘍の1例

太地 良佑¹、丸上 永晃¹、高濱 潤子¹、南口貴世介¹、吉川 公彦¹、中井 靖²、
島田 啓司³

奈良県立医科大学 放射線科・総合画像診断センター¹、奈良県立医科大学 泌尿器科学教室²、
市立奈良病院 病理診断科³

症例は50代女性。8年前に健診の超音波検査にて左腎腫瘤が指摘され経過観察されていた。5年前の腹部単純CTで左腎門部内に長径37mmの嚢胞性腫瘤を認めた。嚢胞壁はやや厚く不整で、腎実質より軽度濃度上昇がみられた。また、嚢胞壁内側に点状石灰化を伴う。当院紹介時の造影CTで径41mmに増大した。嚢胞壁は5年前と同様の濃度を呈し、造影CTでは遷延性の増強効果がみられた。

術前診断で嚢胞性腎癌や変性の強い神経原性腫瘍を挙げ腹腔鏡下左腎摘除術が施行された。腎内側中部に径41mmの線維性被膜を伴う腫瘍を認め、腎盂脂肪織に膨張性、圧排性増殖を呈する。病理組織学的に腫瘍細胞は類円形の核を有し、好酸性の胞体を有する小～中型の細胞で、充実性、管腔様構造あるいはリボン状構造を呈する。核密度の高い部分や多形性を一部に認めるものの、核分裂像は目立たない。Synaptophysinに陽性、Chromogranin A、NCAM (CD56) およびCKAE1/AE3は限局的に陽性、MIB-1 indexは平均3%程度であり、腎神経内分泌腫瘍と診断された。リンパ管、静脈浸潤があり、拡張性増殖を示し部分的に被膜外浸潤を示した。一部で腎盂脂肪織へ進展していた。

他臓器に悪性所見を認めず、術後3年間無再発であり腎原発神経内分泌腫瘍と考えられた。腎原発神経内分泌腫瘍は稀で、報告例も少ない。6年の経過を追えた腎原発神経内分泌腫瘍として画像経過を中心に文献的考察を加え報告する。

P-51 6年の経過で増大した片側性副腎腫瘍：副腎血管腫の1例

土屋 洋輔¹、水沼 仁孝¹、三浦 剛史³、川井 俊郎²

那須赤十字病院 放射線科¹、那須赤十字病院 病理²、
聖マリアンナ医科大学病院 放射線医学講座³

【症例】60歳代男性。直腸癌の術前CTにて左副腎に大きさ約20mmの低吸収結節を指摘。副腎転移も疑われたためMRIを施行すると、T2強調像にて不均一な高信号、T1強調像にて低信号、造影T1強調像では早期相で辺縁に造影効果を認めた。内分泌学的検査では異常なく、経過観察の方針となった。直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除術施行し、4年後のCTにて副腎腫瘍は増大、非造影CTにて内部に高吸収を認め腫瘍内出血が疑われた。MRI T1強調像では出血部は高信号を呈し、造影T1強調像では辺縁に斑状の早期濃染を認め、出血部には造影効果は見られなかった。さらに2年後のCTにて増大傾向（約50mm）であったため、悪性腫瘍の可能性も否定出来ず、開腹左副腎摘出術を施行。摘出標本では中央部は壊死し、辺縁には薄い血管が海綿構造を形成しており副腎血管腫の診断となった。【考察】副腎血管腫は稀な疾患であり、非内分泌性副腎腫瘍のため偶然発見されることが多い。診断には造影MRI検査が有用で、腫瘍内部の壊死部分はT1強調像で高信号、辺縁部の拡張した血管腔はT2強調像で著明な高信号、T1強調像で濃染を認める。典型的な画像所見であっても、本症例のように腫瘍内出血などにより経時的増大を示し、悪性腫瘍との鑑別が困難となることが多い。病理所見と画像所見を対比し、文献的考察を加え報告する。

P-52 膀胱横紋筋肉腫様腫瘍の1例

湯浅 憲章¹、竹内 基²、立木 仁²、堀口 拓人³、前田 征洋³、藤田 美惺⁴

製鉄記念室蘭病院 放射線科¹、製鉄記念室蘭病院 泌尿器科²、
製鉄記念室蘭病院 消化器内科・血液腫瘍内科³、製鉄記念室蘭病院 病理臨床検査室⁴

【はじめに】横紋筋肉腫様腫瘍（Malignant Rhabdoid Tumor：MRT）は主に小児の腎で報告され予後不良だが成人の膀胱由来の1例を経験したので報告する。

【症例】70代男性

【主訴】血尿、貧血

【現病歴】13年前に膀胱腫瘍（尿路上皮癌）に対して切除（TUR-Bt）、4年前より血尿が出現したが腫瘍は同定できず経過観察していた。今回再度膀胱右壁に28×25mmの腫瘍が出現し切除（病理は後述）するも急速に再増大（59×47mm）、肺転移も出現した。

【画像所見】再増大時の腫瘍は単純CTで淡い高吸収、造影後は後期相で染まりが軽度増強（内腔側で一部不染）、MRIでは腫瘍の一部が膀胱壁に付着する程度で筋層は保たれており、T1強調像ではほぼ全体が低信号、T2強調像でも大半が低信号（内腔側で一部不均一な淡い高信号）、拡散強調画像で高信号およびADC低下を示し、dynamic MRIでは腫瘍の壁側はCT同様に遅延性に染まりが増強したが内腔側ではT2強調像で高信号の領域を主体に染まりを認めず壊死が示唆された。

【経過】根治切除目的で再度切除が検討されたが腫瘍出血（Hbが4ヶ月で14.2から7.5g/dlまで低下）により視野確保が困難だったので右上・下膀胱動脈よりTAEを施行し2日後に切除された。病理結果はvimentinやcytokeratin陽性、筋原性マーカー陰性でMRTと診断された。化学療法が施行され膀胱には再発を認めなかったが消化管に多発し腸閉塞や下血をきたした。

【結語】成人の膀胱由来MRTの1例を報告した。

P-53 腎管状嚢胞癌の画像所見の検討

本田有紀子¹、寺田 大晃¹、中村 優子¹、谷 千尋¹、馬場 康孝¹、飯田 慎¹、
 関野 陽平²、仙谷 和弘²、安井 弥²、後藤 景介³、林 哲太郎³、亭島 淳³、
 松原 昭郎³、栗井 和夫¹

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 放射線医学教室¹、
 広島大学大学院医歯薬学総合研究科 分子病理学²、
 広島大学大学院医歯薬学総合研究科 腎泌尿器科学³

腎管状嚢胞癌は、2004年WHO分類では分類不能型とされたが、病理像の解明で2016年WHO分類で独立疾患となった。未だまとまった画像の報告は少ないため、本発表では、腎管状嚢胞癌と、画像、病理学的鑑別が問題となる対照腫瘍を対比し画像的鑑別点を検討する。

【方法】2005年から2016年3月に手術、生検にて腎管状嚢胞癌、集合管癌、多房嚢胞性腎細胞癌、成人型嚢胞性腎腫、混合性上皮間質性腫瘍、と診断された患者、および2015年1月から12月までに乳頭状腎癌と診断された患者を対象とし、術前画像を対比した。

【結果】自施設で8例の症例を有した（腎管状嚢胞癌2、乳頭状腎癌1、集合管癌2、多房嚢胞性腎細胞癌2、混合性上皮間質性腫瘍1）。8例中6例を、術前画像で嚢胞変化優位と判断した（腎管状嚢胞癌2例（Bosniak III, IV）、集合管癌1例（IV）、多房嚢胞性腎細胞癌2例（2例ともIII）、成人型嚢胞性腎腫1例（IV））。腎管状嚢胞癌1例はT3aN2M0、その他の癌はT1aN0M0であった。Bosniak IVの3例はすべて漸増型の造影パターンを呈した。腎管状嚢胞癌は膨張性発育を示したが、集合管癌、成人型嚢胞性腎腫は埋没型の形態を呈した。

【結論】報告と同様、膨張性発育を呈す多房性嚢胞性腎腫瘍では、腎管状嚢胞癌が鑑別に挙がる。多房嚢胞性腎細胞癌とは類似の画像を呈すが、治療方針に差はなく臨床上問題はない。

P-54 卵巣明細胞癌の組織亜型のMRI所見の比較

加藤 博基¹、波多野裕一郎²、牧野 弘³、古井 辰郎³、森重健一郎³、松尾 政之¹
 岐阜大学医学部 放射線科¹、岐阜大学医学部 腫瘍病理学²、岐阜大学医学部 成育医療・女性科³

【目的】卵巣明細胞癌の組織亜型のMRI所見を比較した。【方法】外科手術が施行され、病理組織学的に診断された卵巣明細胞癌（ $n = 44$ ）を対象とした。卵巣明細胞癌を病理組織学的に以下の3型に分類した。(1) 腺線維腫関連明細胞癌（ $n = 4$ ）、(2) 内膜症関連明細胞癌（ $n = 21$ ）、(3) 分類不能明細胞癌（ $n = 19$ ）。組織亜型間の画像所見を比較した。【結果】T2強調像において、充実成分が低信号を示す頻度は腺線維腫関連明細胞癌 [3/4 (75%)] がその他の明細胞癌 [1/40 (3%)] より高く（ $p < 0.01$ ）、充実成分の信号強度比は腺線維腫関連明細胞癌（ 0.27 ± 0.13 ）がその他の明細胞癌（ 0.61 ± 0.18 ）より低かった（ $p < 0.01$ ）。T1強調像において、嚢胞内容液が高信号を示す頻度は内膜症関連明細胞癌 [17/21 (81%)] がその他の明細胞癌 [5/20 (25%)] より高く（ $p < 0.01$ ）、嚢胞内容液の信号強度比は内膜症関連明細胞癌（ 2.99 ± 1.51 ）がその他の明細胞癌（ 1.82 ± 1.10 ）より高かった（ $p < 0.01$ ）。【結論】MRI所見は腺線維腫関連明細胞癌と内膜症関連明細胞癌を鑑別するのに役立つ可能性がある。

P-55 ステロイド細胞腫瘍の1例

藤井 進也¹、椋田奈保子¹、福永 健¹、井上 千恵¹、野坂 加苗²、小川 敏英¹
鳥取大学医学部 放射線科¹、鳥取大学医学部 器官病理学²

症例は30歳代女性。未経妊。5、6年前より不正性器出血があり、卵巣腫大が指摘されていたが加療はされていなかった。不明熱で当院に入院していた際のスクリーニングCTにて右卵巣に充実性腫瘍を認め、MRIで精査が施行された。右卵巣は腫大しており、その背側部に30mm大のT1強調像で等信号～淡い高信号、T2強調像で不均一なやや高信号の腫瘍を認め、造影で早期より強く造影され、遷延性に造影された。拡散強調像ではやや高信号を呈しており、ADC値は $1.4 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ であった。T1強調像での淡い高信号部分はout of phase像で信号が若干低下しており、脂肪の存在が示唆された。CTでは低吸収域から等吸収を呈していた。子宮は年齢の割に小さく、アンドロゲン産生腫瘍が示唆された。脂肪を含有しており、莢膜細胞腫やステロイド細胞腫瘍を疑ったが、アンドロゲン産生腫瘍が疑われることから、ステロイド細胞腫瘍を第一に考えた。病理組織学的にステロイド細胞腫瘍と診断された。ステロイド細胞腫瘍は比較的若年者に発症する稀な腫瘍である。画像所見を中心に、文献的考察を加え報告する。

P-56 卵巣付属器由来の極めてまれな単胚葉性奇形腫の2例

犬飼 遼¹、大宮 裕子¹、加藤 真帆¹、今藤 綾乃¹、芝本 雄太²
津島市民病院 放射線科¹、名古屋市立大学病院 放射線科²

症例1。35歳女性。不正出血で来院し、骨盤内腫瘍を指摘された。画像検査では右卵巣に石灰化を伴う9cm大の多房性嚢胞がみられ、内部には脂肪成分も認めた。嚢胞内左側に1cm大の結節性病変があり、T2WIで淡い高信号、T1WIで低信号、DWIで淡い高信号（ADC= $2.2 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ ）であった。造影では比較的良く濃染していた。摘出された病変は成熟嚢胞性奇形腫と多量の粘液を含む1cm大の結節であり、病理学的に粘液性カルチノイドと診断された。

症例2。21歳女性。健診異常で来院。CTでは骨盤内右側に4cm大の嚢胞性病変がみられ、内部に造影効果を伴う充実性成分がみられた。粗大な脂肪や石灰化は同定できなかった。MRIでは正常な右卵巣に接するように嚢胞がみられ、嚢胞壁より乳頭状に突出する壁在結節を認めた。嚢胞内容はT1WI軽度高信号、T2WI著明高信号であり、壁在結節はT2WIで中等度高信号、DWI淡い高信号（ADC= $1.3 \sim 2.4 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ ）であった。造影では早期より淡く増強され、後期相まで遷延性濃染をきたしていた。正常な右卵巣に近接して嚢胞がみられ、充実性成分は黄色のポリープ状であった。病理学的には真性ロゼットや血管周囲性偽ロゼットがみられ、GFAP陽性ということから広間膜原発上衣腫と診断された。

卵巣奇形腫は日常診療でよく遭遇する疾患であるが、その種類は極めて多様である。今回、我々は2例の極めてまれな単胚葉性奇形腫を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

P-57 微小乳頭状パターンを伴う漿液性境界悪性腫瘍のMRI所見： 病理との対比

中井 豪¹、熱川奈津子¹、濱田 貴光¹、北埜 玲美¹、田中 義和¹、山本 聖人¹、
東山 央¹、重里 寛¹、中本 篤¹、山本 和宏¹、山田 隆司²、廣瀬 善信²、
鳴海 善文¹

大阪医科大学 放射線科¹、大阪医科大学 病理学教室²

微小乳頭状パターンを伴う漿液性境界悪性腫瘍 (SBT-MP) はWHO 2014では大項目に分類され、非浸潤性低異型度漿液性癌と同義語となった。漿液性境界悪性腫瘍は乳頭状隆起が、嚢胞内部 (Cystic type) や卵巣表面 (Surface type) に発育する形態をとり、T2強調像 (WI) で高信号を示し、内部に低信号を示す広基性間質を有し、造影で辺縁優位の濃染が特徴と報告される。一方、SBT-MPの画像に関する報告はない。今回我々は当院で手術された4例のSBT-MPのMRI所見について検討した。症例は平均26歳 (25-27歳)、2例が両側性、2例が片側性で、形態はCystic type 2例、Surface type 1例、それぞれの混在が1例であった。いずれの乳頭状隆起もT2WIで水より低信号で、内部間質も不均一な低～高信号を示した。拡散強調像で乳頭状隆起は辺縁優位な高信号を示し、内部間質に相当すると考えられる低信号域を認めた。小さな隆起では内部間質構造は不明瞭であった。造影を施行された2例において乳頭状隆起は均一に濃染した。病理との対比ではT2WIの辺縁優位な低信号、拡散強調像での高信号はSBTと比較し末梢の間質の減少、上皮の増加を反映し、間質のT2WIにおける不均一な信号は細胞密度の不均一性、硝子変性を反映していた。その結果、T2WIで内部間質が不明瞭化する傾向がある一方、拡散強調像では末梢と間質のコントラストは比較的明瞭であった。本疾患の診断において拡散強調像が診断の一助になる可能性がある。

P-58 悪性ウォルフ管腫瘍の1例

横地 美哉¹、角 明子¹、長田 周治¹、真田 咲子²、牛嶋 公生³、内田 政史^{1,4}、
安陪 等思¹

久留米大学医学部 放射線科¹、久留米大学医学部 病理学講座²、
久留米大学医学部 産科学婦人科学教室³、久留米大学医療センター 放射線科⁴

58才女性。下腹部痛を主訴に近医を受診し、巨大子宮腫瘍を指摘され精査加療目的に当院受診。CTで骨盤内に約15×10×14cm大の境界明瞭、辺縁分葉状の腫瘍を認めた。腫瘍は充実成分と嚢胞成分が混在し、造影で充実成分に不均一な増強効果を認めた。MRIでは、T1WIで筋肉と等信号、T2WIで不均一な淡い高信号、dynamic studyで早期相から漸増性に増強され、Gd-T1WIで比較的均一な増強効果を認めた。DWIで高信号、ADC値は0.7と拡散制限を認めた。腫瘍マーカーはCA125 456U/ml、CEA、CA19-9は正常値であった。右卵巣由来の悪性の間葉系腫瘍が疑われ、手術となった。術中所見で右付属器に径25cm大の腫瘍を認め、広間膜腫瘍と考えられた。肉眼的に黄白色結節状、乳頭状の腫瘍で、組織では裸核状細胞が微小嚢胞、網状、管状に増殖し、一方で好酸性の黄体化様の細胞集簇や核分裂像を認めた。これら所見より広間膜発生のウォルフ管腫瘍で両側卵巣浸潤やリンパ節転移を認める事等から悪性と診断された。ウォルフ管は卵管間膜内や子宮頸部、膣等への遺残がしばしば見られ、遺残したウォルフ管から腫瘍が発生することがある。ウォルフ管腫瘍は傍卵巣腫瘍に分類され、傍卵巣・傍卵管組織及び広間膜に好発するが、報告数は少なく悪性のものは非常に稀である。術前の診断は困難なものが多く、術後病理学的に診断されることが多い。今回、悪性のウォルフ管腫瘍の1例を経験した為、文献的考察を含めて報告する。

P-59 pseudo-Meigs 症候群を呈した卵巣原発印鑑細胞癌の1例

横山 幸太¹、田嶋 強¹、矢野 哲²、猪狩 亨³、野口 智幸¹、志多 由孝¹、
岡藤 孝史¹、堀田 昌利¹

国立国際医療研究センター病院 放射線診断科¹、国立国際医療研究センター病院 産婦人科²、
国立国際医療研究センター病院 病理診断科³

症例は60代女性（0G0P）。数週間で増悪する呼吸困難を主訴に当院を受診し、緊急入院となった。胸腹部CTで大量胸水及び腹水貯留を認めた、胸水ドレナージを連日～隔日施行するも改善不良であった。胸水の性状は漏出性かつCA125高値を呈していた。CTにて13cm大の骨盤内腫瘍を認め、辺縁優位に中等度に増強される充実部と中央部に広範な乏血性領域を伴い、左卵巣静脈が関与していた。MRIにて充実部は中等度のT2延長、辺縁優位の中等度の増強効果および高度の拡散制限を示した。一方、腫瘍中央部は広範なT2延長域を示し、増強されず、高度の腫瘍壊死考えられた。また、腫瘍内壊死部や腹水は軽度のT1短縮を示し、血液や高蛋白成分が示唆された。両側付属器切除術を施行。摘出標本の肉眼像では左卵巣腫瘍は白色調でほぼ一様な充実性腫瘍であり、病理組織学的には印鑑細胞癌様の像を呈し卵巣間質への浸潤も見られた。各種免疫染色の結果と合わせて卵巣原発印鑑細胞癌と診断された。術後、FDG-PET/CTや内視鏡で全身の悪性腫瘍の検索を行ったが、悪性所見は認めず、臨床的にも卵巣原発と判断した。術後、胸腹水は速やかに消退し、臨床的経過からpseudo-Meigs症候群と考えられた。本症例は、卵巣原発印鑑細胞癌というまれな病理像を示していたが、画像所見はpseudo-Meigs症候群に随伴する特異な臨床徴候を反映しており大変意義深いと思われた。若干の文献的考察を加えて報告する。

P-60 エストラジオール上昇を伴った卵巣類内膜癌の1例

棕田奈保子、藤井 進也、井上 千恵、福永 健、田邊 芳雄、小川 敏英

鳥取大学医学部 病態解析医学講座画像診断治療学分野

症例は60歳代女性。子宮内膜肥厚の経過観察中に左卵巣に5cm大の腫瘍を指摘され、当院に紹介となった。受診時、不正性器出血を認め、血液検査ではエストラジオール（E2）が155pg/mLと上昇していた。MRIでは左卵巣に嚢胞成分と充実成分からなる10cm大の腫瘍を認めた。充実成分はT2強調像で低信号部分と高信号部分を伴い、後者は拡散強調像で高信号、ADC mapで低信号を呈し、ダイナミックMRIでは両部とも早期から比較的強い造影効果を認めた。また、子宮は年齢に比し腫大していた。莢膜細胞腫や顆粒膜細胞腫、Krukenberg腫瘍を鑑別に挙げたが、手術の結果、卵巣類内膜癌と診断された。腫瘍の上皮成分の一部は性索間質性腫瘍に類似する構造を呈していた。背景に線維性間質の増殖を認め、間質内にインヒビンαに陽性を示す黄体化間質細胞を認めた。このような腫瘍は性索間質性腫瘍に類似する類内膜癌とも呼ばれる。E2上昇を示しT2強調像で低信号域を伴う腫瘍の鑑別には莢膜細胞腫などの性索間質性腫瘍が挙がるが、低信号域に強い造影効果を認める場合には、類内膜癌も鑑別に挙げる必要がある。

P-61 Xanthogranulomatous Oophoritis の 1 例

吉田 理佳¹、吉廻 毅¹、丸山美奈子¹、安藤 慎司¹、勝部 敬¹、山本 伸子^{1,2}、
中村 恩³、荒木 久寿¹、河原 愛子¹、北垣 一¹、石川 典由²、京 哲³
島根大学医学部 放射線医学講座¹、島根大学医学部 器官病理学²、島根大学医学部 産婦人科³

0才代女性、主訴は発熱、右下腹部痛。現病歴：経膈分娩後、38℃台の発熱持続、更に右下腹部痛出現し産後2ヶ月目に救急外来受診。身体所見：右下腹部に圧痛・反跳痛を認め腫瘤を触知。内診で右付属器領域に強い圧痛を認めた。検査及び画像所見：採血では炎症反応上昇を認め、経膈超音波検査で右付属器に7×5cm大の腫瘤あり。造影CT検査を施行し同部に7×5cm大の腫瘤を認め、内部には複数のリング状濃染を示す低吸収域を認めた。骨盤部造影MRで右卵巣は7×7×5cm大と腫大、T2強調像で卵巣内部に厚い隔壁を有する高信号な嚢胞性病変を複数認めた。Gd造影で隔壁は濃染したが内部にT1強調像で低信号・T2強調像で高信号を示す造影されない小結節を認めた。拡散強調像で病変は高信号を呈し卵巣膿瘍が疑われた。右付属器切除術施行、膿瘍は卵巣と一塊となり腸管や子宮と癒着、卵管腫大を認めた。病理診断はXanthogranulomatous inflammation（黄色肉芽腫性炎症）であった。膿瘍内には好中球・泡沫細胞集簇が見られ、細菌塊を伴い、悪性所見はなかった。抗生剤加療し経過良好。考察：Xanthogranulomatous inflammationは慢性炎症の特殊形態で組織が脂肪を含む泡沫細胞に置換された状態で、多核巨細胞、形質細胞、好中球、線維芽細胞による浸潤、線維化および壊死を含む。腎や胆嚢で頻度が高い。卵巣のXanthogranulomatous inflammationは稀で、MR所見の報告は少なく文献的考察を加えて提示する。

P-62 偽性粘液腫を伴う成熟嚢胞奇形腫から発生した粘液性嚢胞腺癌の 1 例

鈴木美奈子¹、段 泰行²、中野 雅行³、手島 伸一⁴

藤沢市民病院 放射線科¹、湘南藤沢徳洲会病院 産婦人科²、湘南藤沢徳洲会病院 病理診断科³、
湘南鎌倉総合病院 病理診断科⁴

【症例】47歳 女性【主訴】腹痛、腹部膨満感【妊娠分娩歴】G4P2【既往歴】子宮ポリープ【血液生化学検査異常値】CRP 0.71mg/dl、Fib 536.6mg/dl、CA125 274.3U/ml【GF/CF】特記所見なし【画像所見】内部に石灰化、充実成分を含む巨大な骨盤内多房性嚢胞性腫瘤、不均一な分布の多量腹水、腹膜炎所見を認める。【腹水細胞診】Class1【手術所見】腹腔鏡補助下右卵巣摘出術施行。偽性粘液腫の所見あり。後日ATH+LSO+PAN+OM+虫垂切除術を施行。【病理所見】腹膜偽粘液腫の所見あり。卵巣腫瘍は毛根、神経節細胞、絨毛上皮、腸管上皮などの奇形腫成分を認める。主たる組織は構造・細胞異形、間質浸潤を伴う腸管型粘液細胞によって被覆された多房性嚢胞性病変で、免疫染色ではCK7で部分陽性、CK20で3+を認める。虫垂に病変なし。消化管、虫垂に明らかな腫瘍を認めないこと、奇形腫に異形を伴う腸管上皮を認めること、免疫組織化学的に腸型上皮に類する染色パターンを呈することから、卵巣成熟嚢胞奇形腫から発生した粘液性嚢胞腺癌と腹膜偽粘液腫と考えられた。【考察】近年の免疫学的・分子遺伝学的検討により、腹膜偽粘液腫はほとんどが虫垂腫瘍由来とされている。奇形腫と多房性嚢胞性腫瘤および粘液性腹水を認め、虫垂、消化管に明らかな病変がない場合、本疾患を想起することが肝要と考える。

P-63 TAFRO症候群の1例

鈴木 絢子¹、沼本 勲男¹、松木 充¹、小田 晃義¹、山田 穰¹、兵頭 朋子¹、
任 誠雲¹、甲斐田勇人¹、柳生 行伸¹、細川 知紗¹、小塚 健倫¹、柏木 伸夫¹、
鶴崎 正勝¹、今岡いずみ¹、石井 一成¹、榎木 英介²、村上 卓道¹

近畿大学医学部 臨床医学系放射線医学講座内¹、近畿大学医学部 病理学教室²

症例は70代男性、腹部鈍痛を認め近医受診。血液所見にて腎機能障害、AST、ALT、ALP上昇を認め、腎盂腎炎が疑われ、抗菌薬加療されたが、改善を認めず、CTを施行。CTでは肝腫大および両側副腎腫大、両側腎腫大、傍大動脈、腋窩、鎖骨上窩、縦隔リンパ節腫大、びまん性の骨髄濃度上昇を認めた。抗酸菌検査では陰性であった。リンパ節生検施行された。生検では腫大した核を持つ血管内皮が濾胞間を主体に増生し、胚中心の萎縮を認め、その他の臨床所見及び検査所見からTAFRO症候群と診断された。その後ステロイドパルス療法及びシクロスポリンの併用を行い治療行ったが治療抵抗であり、トシリツマブ施行するも治療抵抗であり永眠された。TAFRO症候群（Trombocytopenia、Anasarca、Fever、Reticulin fibrosis、Organomegaly）は、発熱、血小板減少、腎障害等を呈する急性から亜急性に進行する全身炎症性疾患で、2009年Takaiらが3例のTAFRO症候群をMCD類似疾患として報告したのが最初で、その後報告例を散見する。診断にはリンパ節生検が必須であり、CTにてTAFRO症候群の可能性を示唆することが早期診断に有用と考えられる。

P-64 主膵管内伸展を伴う腎癌膵転移の1例

中井 浩嗣¹、岩谷健二郎¹、里上 直衛¹、藤本 良太¹、片岡 滋貴²、砂田 拓郎³、
岩佐 葉子⁴

京都市立病院 放射線診断科¹、京都市立病院 消化器内科²、京都市立病院 泌尿器科³、
京都市立病院 病理診断科⁴

症例は60代男性、10年前に腎癌（淡明細胞癌）にて左腎摘既往がある。
腹痛にて当院救急外来を受診した際の単純CTで癒着性イレウスと診断されたが、5年前のCTと比較し膵尾部の萎縮が進行し同部の主膵管は拡張していた。膵体部の軽度腫大も疑われた。Dynamic CTでは膵頭部・体部に2箇所早期濃染結節がみられる他、主膵管走行に一致すると思われる管状占拠性病変がみられた。同部は周囲膵実質と比べ早期相で不均一に高吸収・後期相で低吸収であり、主膵管進展を伴う腫瘍の存在が疑われた。MRCPでは膵頭部～体部の主膵管は描出されず、造影MRI後期相で主膵管内に充満する低信号腫瘍がみられた。T2WI・DWIでは周囲膵実質とのコントラストは不良であった。主膵管内進展を伴う膵腫瘍の鑑別として、神経内分泌腫瘍・膵腺房細胞癌・腎癌膵転移等が考えられた。ERCPでは頭体部主膵管拡張がみられ、内部には粒状透亮像が散見された。尾部主膵管は描出されなかった。主膵管内病変の生検標本にて、淡明～好酸性細胞質と小型の核を有する異型細胞が充実性に増殖していた。免疫染色ではCD10（+）、vimentin（+）、CK7（-）であり、腎淡明細胞癌の転移と考えられた。膵転移は稀な病態だが、原発巣として腎細胞癌の報告が多い。しかし膵内多血性結節としてみられる事が多く、本例のような主膵管進展を呈する病態は稀である。文献的考察もふまえて報告する。

P-65 腓原発 Primitive neuroectodermal tumor の 1 例

清永 麻紀¹、高司 亮¹、山田 康成¹、松本 俊郎¹、森 宣¹、遠藤 裕一²、
太田 正之²、猪股 雅史²、泥谷 直樹³、守山 正胤³

大分大学医学部 放射線医学講座¹、大分大学医学部 消化器・小児外科学講座²、
大分大学医学部 分子病理学講座³

Peripheral primitive neuroectodermal tumor (pPNET) は、Ewing肉腫ファミリーに分類される稀な腫瘍で、多くは小児や若年成人に発症する。胸部、骨盤、下肢などの軟部組織に好発するが、腓発生は僅か0.3%とされる。今回我々は、腓原発pPNETの一例を経験したので報告する。

症例は20歳女性。右上腹部に腫瘤を触知したため近医を受診した。超音波・CT検査にて腓頭部腫瘤を指摘され、当院へ紹介となった。造影3相CTにて、腓頭部腹側に境界明瞭・辺縁平滑な5×4cm大の腫瘤を認めた。腫瘤内部は単純CTでは高～低吸収で漸増性の造影パターンを呈した。腫瘤により腓鉤部は背内側に、十二指腸下行脚は背外側に圧排されており、groove領域発生の腫瘍と考えられた。MRI T1強調像で等～高信号、T2強調像で低～高信号を呈し、腫瘍内出血の合併が疑われた。また、線維性被膜と思われるT2強調像での低信号帯を認めた。若年女性で腫瘍内出血のMRI所見を有する点から、solid pseudopapillary neoplasmを疑い、幽門輪温存腓頭十二指腸切除術が施行された。術中、腓鉤部に可動性良好な軟性腫瘤を触知し、周囲組織への浸潤は見られなかった。組織所見では、小型類円形で核小体が著明な腫瘍細胞がシート状～敷石状に増殖し、一部ロゼット形成を伴っていた。免疫染色ではCD99陽性、染色体検査では22q12 (EWSR1) 領域の転座を認め、PNETと診断された。

P-66 嚢胞性腫瘍の形態を示した腓神経内分泌腫瘍の 1 例

井上 明星^{1,2}、大田 信一¹、渡辺 尚武¹、茶谷 祥平¹、上村 諒¹、田上 佳英¹、
伊津野有香¹、佐藤 滋高¹、居出 健司²、村田喜代史¹、飯田 洋也³、北村 直美³、
赤堀 浩也³、仲 成幸³、谷 眞至³、松岡志乃舞⁴、九嶋 亮治⁴

滋賀医科大学 放射線医学講座¹、東近江総合医療センター 放射線科²、
滋賀医科大学 外科学講座³、滋賀医科大学 病理診断科⁴

腓神経内分泌腫瘍の多くは造影CTや造影MRIで境界明瞭な多血性腫瘍の像を示し、腫瘍径が大きいものでは嚢胞変性をきたすことが知られているが、単房性嚢胞性腫瘍の像を呈し、粘液性嚢胞腫瘍と鑑別を要した腓神経内分泌腫瘍を経験したので文献的考察とともに報告する。

51歳女性。職域検診の胃透視で胃体上部に粘膜下腫瘍を指摘された。上部消化管内視鏡検査で壁外性圧迫を疑われた。超音波検査では腓背側に40mmのfluid-fluid levelを伴う嚢胞性腫瘍を認めた。CTでは腓臓の背側から頭側に突出する34×36×37mmの嚢胞性腫瘍を認めた。この嚢胞は平滑なやや厚い被膜に覆われ、充実成分や隔壁はみられなかった。MRIでも、明瞭な被膜に覆われており、内部はT1WIで低信号、T2WIで著明な高信号、ADCは高値を示していた。MRCPの原画像で隔壁や壁在嚢胞を指摘できなかった。

粘液性嚢胞腫瘍の術前診断で腹腔鏡下腓体尾部切除術が行われた。術中に腓体尾部から頭側に突出し、腹側で脾動脈、背側で脾静脈と近接する嚢胞性腫瘍が確認された。嚢胞は単房性で内容液は黄色調、漿液性であった。嚢胞壁は神経内分泌腫瘍に裏打ちされ、小型円形核と乏しい好酸性細胞質を有する細胞が網目状に増殖していた。Chromogranin A, CD56, synaptophysin, SSTR2Aの全てに陽性であった。核分裂像は2個未満/10視野、Ki-67 index <2%でneuroendocrine tumor G1と診断された。

P-67 浸潤性膵管癌との鑑別に苦慮した腫瘍形成性膵炎

田村 明生¹、加藤 健一¹、石田 和之²、柴田 将³、小穴 修平³、長谷川 康⁴、
新田 浩幸⁴、鈴木 智大¹、鈴木美知子¹、中山 学¹、江原 茂¹

岩手医科大学 放射線医学講座¹、岩手医科大学医学部 病理診断学講座²、
岩手医科大学医学部 内科学講座消化器内科消化管分野³、岩手医科大学医学部 外科学講座⁴

66歳女性、心窩部痛を主訴に紹介された。内視鏡検査にて胃痛が指摘され、全身精査が施行された。CTでは胃に全周性の幽門輪肥厚が見られた。膵頭部には拡張分枝膵管を伴う38mm大の多房性嚢胞性腫瘍がみられた。膵頭部病変とやや距離を置いて膵体部に20mm大の乏血腫瘍が見られ、主膵管は偏位していた。主膵管拡張や周囲脈管浸潤はみられなかった。MRIでは膵体部病変は正常膵実質と比較してT2WIで淡い高信号、DWIでも淡い高信号を呈し、ADC低下を伴った。EUSでは膵頭部嚢胞性病変内に結節が疑われたが、膵体部病変も含め胃病変のため観察不十分であった。胃生検を施行したところ病理診断はgroup 5（印環細胞癌）であった。以上より胃幽門部癌、膵頭部分枝膵管型IPMN、膵体部浸潤性膵管癌疑いとなり、膵頭十二指腸切除が施行された。膵体部病変は周囲組織と堅く癒着していたが、剥離可能であった。病理診断にて膵頭部に嚢胞性病変を認め、拡張した分枝膵管内に高円柱状粘液産生細胞が乳頭状、平坦状に増殖していた。嚢胞壁およびその内部には好中球を含む炎症性細胞が浸潤し壁に炎症性肉芽組織を形成していた。分枝膵管型IPMN（low~intermediate grade dysplasia）に急性炎症を伴った像と診断した。膵体部には乳白色調の腫瘍性病変を認め、組織学的に膵実質の破壊、好中球を混じる炎症性細胞の浸潤が目立ち線維化を伴っていた。膿瘍形成を伴った腫瘍形成性膵炎で、膵頭部のIPMNとの関連が疑われた。

P-68 多房性嚢胞性病変と誤認したDermatofibrosarcoma Protuberans 膵転移の1例

戸島 史仁¹、南 麻紀子¹、片桐亜矢子¹、小林 健¹、北村 祥貴²、竹田 康人³、
片桐 和義⁴

石川県立中央病院 放射線診断科¹、石川県立中央病院 消化器外科²、
石川県立中央病院 消化器内科³、石川県立中央病院 病理診断科⁴

症例は20歳代男性。腹部皮膚腫瘍の手術後。組織学的にはDermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP)で、切除断端は陰性であった。手術約4ヶ月後、腹痛が出現し、当院を受診した。ダイナミックCTでは膵体部に1.5 cm大の結節性病変を認め、その結節に随伴する閉塞性の急性膵炎を疑う画像所見を示した。MRのT2強調画像（FSEやSSFSE法）では、結節は高信号を呈し、内部に隔壁を有する多房性嚢胞性結節に思われた。3D-MRCP（FRFSE法）でも、病変は高信号結節として描出された。拡散強調画像（b = 800）では高信号で、ADC map（0-800）でも頭側の膵実質より高信号（ADC値: 2.26x10⁻³ mm²/sec）を示した。ダイナミックMRIでは非造影シーケンスで隔壁様にみえた部分に一致して造影効果を認めたものの、内部には明らかな造影効果を認識できなかった。MRでは多房性嚢胞性結節が疑われたものの、EUSでは、MR所見と少し解離し、嚢胞と充実成分が混在する結節として描出された。またFDG-PETでは高集積（SUV max: 9.69）を示した。総合的にはDFSPの膵転移（充実性病変）が疑われたため、膵体尾部切除術が施行された。病理組織学的にはDFSPの膵転移であった。画像と病理組織所見の対比を中心に、文献的考察を加えて報告する。

P-69 限局性主膵管狭窄と狭窄部の分枝膵管拡張を示した膵管内管状乳頭腫瘍

平塚真生子¹、松枝 清¹、高澤 豊²、井上 陽介³、上田 和彦¹、河野 敦¹、齋浦 明夫³、笹平 直樹⁴

がん研有明病院 画像診断部¹、がん研有明病院 病理部²、がん研有明病院 消化器外科³、がん研有明病院 消化器内科⁴

限局性主膵管狭窄にて発見された膵管内管状乳頭腺癌の1例を報告する。症例は60歳男性。人間ドックにて黄色肉芽腫性胆嚢炎術後の総胆管拡張を指摘され、念のため施行されたMRCPにより限局性膵管狭窄を発見されたため精査となった。自覚症状や血液検査異常及び腫瘍マーカー上昇はなかった。超音波内視鏡では腫瘍を認めず、擦過細胞診と膵管内カテーテル留置24時間以降の4回目に採取した膵液細胞診にてAdenocarcinomaが確認され、腹腔鏡下膵体尾部切除が計画された。術前施行のCTとMRIでは ERCP同様の膵体尾部移行部の限局性主膵管狭窄と近傍の分枝膵管拡張を認めた。分枝膵管開口部には、再構成画像にて辛うじて乳頭状構造が疑われた。明らかな他臓器及びリンパ節転移はなかった。病理学的に、主膵管狭窄部に開口する分枝膵管内の管状乳頭腺癌が確認された。限局性主膵管狭窄の背景には、慢性膵炎、上皮内癌、膵管内腫瘍や神経内分泌腫瘍を含む膵原発腫瘍が存在していることがある。本例では、限局性主膵管狭窄の原因として、膵癌取り扱い規約第7版で扱われている膵管内管状乳頭腫瘍に相当する稀な腫瘍の可能性が病理学的に示唆されたので報告する。

P-70 膵尾部に巨大な腫瘤を形成した髄外性形質細胞腫の1例

松永 望¹、鈴木耕次郎¹、池田 秀次¹、勝田 英介¹、太田 豊裕¹、石口 恒男¹、倉橋真太郎²、駒屋 憲一²、有川 卓²、佐野 力²、村上 秀樹³

愛知医科大学 放射線医学講座¹、愛知医科大学 消化器外科²、愛知医科大学 病理学講座³

症例は60代男性。検診で腹部腫瘤を指摘され、当院紹介受診となった。血液検査所見で炎症反応や腫瘍マーカー（CEA・CA19-9）の上昇は認めなかった。ダイナミックCTで膵尾部に9cm大の辺縁不整な充実性腫瘤を認めた。腫瘤は膵実質相で膵実質よりも強く造影され、門脈相、平衡相でも膵実質より高吸収を呈していた。内部に石灰化や嚢胞成分は認めなかった。腫瘤により脾静脈は閉塞していたが、腫瘤内部を脾動脈が貫通していた。MRIでは、T1強調像で膵実質よりも軽度低信号、T2強調像で軽度高信号を呈し、拡散強調像で拡散低下を認めた。MRCPでは、腫瘤内の一部で主膵管が閉塞せずに貫通していた。FDG-PETではSUVmax 4.19の集積を認め、リンパ節や他臓器に転移を疑う集積は認めなかった。膵神経内分泌性腫瘍や膵腺房細胞癌を疑いEUS-FNAが施行されたが、質的診断には至らなかった。腫瘤は膵体尾部・脾・左副腎・左腎切除、横行結腸・胃壁部分切除にて摘出された。病理組織検査では、偏在した核を有する形質細胞のびまん性増殖を認め、形質細胞腫（IgG、λ鎖）と診断された。髄外性形質細胞腫の頻度は形質細胞腫全体の約3%で、その中でも膵に発生することは極めて稀である。文献的考察を加えて報告する。

P-71 門脈内腫瘍の1例

光野 重芝¹、有菌 茂樹¹、徳永 幸史¹、大野亜矢子¹、山下 力也¹、今峰 倫平¹、
古田 昭寛¹、磯田 裕義¹、桜井 孝規²、富樫かおり¹

京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座（画像診断学・核医学）¹、
京都大学医学部附属病院 病理診断科²

症例は50代男性。健診の腹部USで腫瘍を指摘された。CT・MRでは、門脈本幹内を主体として上腸間膜静脈まで膨隆・進展する腫瘍を認めた。約3週間後のCT再検にて、腫瘍は門脈後区域枝および肝内門脈P1にまで進展しており、急速な増大が示唆された。脾内には明らかな病変を認めなかった。門脈内腫瘍として、門脈原発の肉腫や、腫瘍栓を伴った脾内分泌腫瘍が鑑別に挙げられた。EUS-FNAで病理学的に腺房細胞癌と診断された。

脾腺房細胞癌は稀な脾腫瘍の一つで、門脈内に進展し腫瘍栓を形成することが比較的多いと知られている。しかし門脈腫瘍栓を伴う場合は通常、脾実質にも大きな腫瘍を形成しており、本例のように画像診断で脾病変が指摘困難な例の報告は渉猟した限り一例のみであった。教育的と考えられ、症例呈示する。

P-72 膵体部と膵尾部に発生した膵癌の1例

田代 祐基¹、竹山 信之¹、田中絵里子¹、堀 祐郎¹、林 高樹¹、橋本 東兎¹、
大池 信之²、扇谷 芳光³、後閑 武彦³、高野 祐一⁴、横溝 和晃⁵

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、昭和大学 放射線科³、
昭和大学藤が丘病院 消化器内科⁴、昭和大学藤が丘病院 消化器・一般外科⁵

浸潤性膵管癌は同時性、異時性を問わず多発する頻度は少ない。膵体部と膵尾部に浸潤性膵管癌が併存し、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は70代女性。近医で施行された血液検査においてCA19-9 122.2U/mlと異常高値を指摘され、精査目的に当院受診となった。MRI、MRCPが施行され、膵尾部に27mm大の多房性嚢胞性病変を認めた。慎重経過観察となり、4ヶ月後に再度MRI、MRCPを施行したところ38mm大に増大を認めた。膵体部にも主膵管狭窄を伴う充実性病変を認めた。膵体部病変に対しEUS-FNAが施行され、adenocarcinomaの診断となったため、初回MRIより7ヶ月後に膵全摘術が施行された。術後経過は良好であったが、術後より12ヶ月後のフォローアップで肺に転移が疑われ、精査中である。病理診断は体部病変、尾部病変ともに浸潤性膵管癌であったが、膵尾部病変は粘液産生性を有する成分が混在していた。MCNやIPMN、Pan Inといった前駆病変を疑う所見は病変内、背景膵に認めなかった。遺伝子解析の結果、両病変ともに比較的まれなKRASコドン61変異を認めた。KRASコドン61変異は浸潤性膵管癌で観察される遺伝子変異の中でも稀なものとされている。また、同変異を有するタイプの膵管癌は予後が良い可能性があるとの報告もある。本症例も画像を後方視的に確認した結果、当院初回のMRIより9ヶ月前の胸部CTで膵尾部病変を認め、通常の浸潤性膵管癌の自然史としては長い経過であり、同報告と合致すると考えられた。

P-73

演題取り下げ

P-74 IgG4関連疾患との鑑別が問題となった後腹膜MALTリンパ腫の1例

坂田 悦郎¹、小山 貴¹、中谷 航也¹、吉原 桂一¹、石坂 幸雄¹、奥村 明¹、
大西 基文¹、加藤 拓磨²、佐藤 貴之³

倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 泌尿器科²、倉敷中央病院 血液内科³

症例は80歳台の男性。心窩部痛を主訴に当院救急外来を受診した。腹部造影CTで左腎盂から上中部尿管周囲にかけて造影効果の増強を伴うびまん性の壁肥厚がみられ、周囲には境界不明瞭な多数の小結節が認められた。水腎症の所見は認めなかった。結節は造影では淡く造影されており、壊死は認めなかった。左腎周囲のGerota筋膜には軽度の肥厚も認められた。腸骨動脈周囲のリンパ節にも腫脹がみられた。膀胱鏡、尿細胞診では異常を認めなかった。FDG-PET/CTでは病変部に不均一な結節状集積が認められた。血液検査では総蛋白やLDHの軽度高値がみられた。また、 γ グロブリン分画の上昇と、IgG (3294mg/dL) およびIgG4 (541mg/dL) の著明な上昇が認められた。以上よりIgG4関連疾患や悪性リンパ腫が疑われた。CTガイド下に腎門部レベルにおける後腹膜領域の病変に対して針生検を施行した。小型のリンパ球のびまん性増殖が認められ、免疫染色ではB細胞のマーカーであるCD20に一様に陽性であった。免疫グロブリンは λ 鎖がモノクローナルに陽性となり、さらに腫瘍細胞にはIgG4よりもIgG2が陽性となる細胞が多くみられた。これらの病理所見よりMALTリンパ腫と診断された。血清IgG4はIgG4関連疾患のみならず、悪性リンパ腫や様々な癌で上昇することが知られている。CT所見が後腹膜線維症に類似する場合でも、悪性リンパ腫などその他の疾患を慎重に鑑別する必要がある。

P-75 後腹膜に発生した気管支原性嚢胞の1例

外園 英光、佐藤 朋宏、玉田 勉、山本 亮、神吉 昭彦、八十川和哉、伊東 克能

川崎医科大学 放射線医学(画像診断1)

症例は60歳代男性。IgG4関連耳下腺炎にて当院耳鼻科を受診、全身評価目的で施行されたPET/CTで後腹膜腔内左副腎近傍に石灰化を伴った軟部濃度を示す腫瘤を認めたが、FDGの異常高集積を認めなかったため経過観察となった。3年程度の経過観察中、PET/CTで異常高集積は認めないものの緩徐に増大傾向を示し、血液検査ではCA19-9の上昇が認められていたため外科的切除が考慮され、精査目的で造影CTおよび造影MRIが施行された。病変は遅延性に造影される薄い壁及び隔壁を有する多房性嚢胞性病変で明らかな充実構造は認めなかった。内容液は一部の嚢胞でCT高吸収、脂肪抑制T1WIで高信号を示し、出血または高蛋白成分の含有が疑われた。拡散の低下を示す信号変化は認められなかった。これらの画像所見からリンパ上皮嚢胞やリンパ管腫、気管支原性嚢胞などの良性病変を疑ったが、悪性病変の可能性が否定できないため腹腔鏡下腫瘍摘出術が施行された。病理診断では多列線毛上皮に被覆された嚢胞で壁に軟骨や付属腺を認め、気管支原性嚢胞と診断された。後腹膜発生の気管支原性嚢胞は非常に稀であり、術前診断は困難とされている。今回、我々は後腹膜に発生した気管支原性嚢胞の1例を経験したので、多少の文献的考察を加え、報告する。

P-76 嚢胞・壁在結節の形態をとった後腹膜 solitary fibrous tumor の1例

福満 智史¹、林田 佳子¹、藤崎 瑛隆¹、藤井 正美¹、小林 道子¹、青木 隆敏¹、藤本 直浩²、久岡 正典³、興梠 征典¹

産業医科大学病院 放射線科学¹、産業医科大学病院 泌尿器科²、産業医科大学病院 病理診断科³

【背景】 solitary fibrous tumor (以下SFT) は稀な間葉系由来の低悪性度の線維性腫瘍である。画像検査で典型的には境界明瞭で血流豊富な充実性腫瘍を呈すると言われている。今回、嚢胞・壁在結節の形態を呈する後腹膜のSFTの症例を経験したので報告する。【症例】 50代男性。右下肢の腫脹を主訴に来院した。造影CTで骨盤内に15cm大の嚢胞性腫瘤を認め、腫瘤内部には隔壁や増強結節を伴っていた。腫瘤により膀胱、尿管、前立腺は圧排され、両側水腎症を認めた。MRIで嚢胞内部はT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を呈していた。結節部はT1強調画像、T2強調画像でやや低信号を呈し、造影で増強を認めた。骨盤内腫瘤に対して腫瘍摘出術が行われた。術中、腹膜との癒着のため、腹膜を合併切除したが、その他の周囲臓器浸潤は認めなかった。腫瘤内容は漿液性で、腫瘤壁には黄白色の充実性結節を認めた。病理では壊死や腫瘍細胞の核分裂像が目立ち、免疫染色と合わせて、悪性度の高いSFTと診断された。【考察】 SFTは血流豊富な腫瘍で嚢胞変性を有しうる。しかし、嚢胞・壁在結節の形態を呈する後腹膜原発のSFTの報告は我々の検索した限りではなかった。【結語】 SFTは様々な信号強度、形態を呈する。男性骨盤内に壁在結節を有する嚢胞性腫瘍に遭遇した場合、稀ではあるがSFTも考慮すべきである。

P-77 腹壁に発生した明細胞腺癌の1例

尾谷 知亮¹、松原菜穂子¹、金柿 光憲¹、福本 元気¹、大西 康之¹、鈴木 尚子²、伊藤 寛朗³、木村 弘之¹

兵庫県立尼崎総合医療センター 放射線診断科¹、兵庫県立尼崎総合医療センター 産婦人科²、兵庫県立尼崎総合医療センター 病理診断科³

50代女性。3経妊2経産（1度は帝王切開）。X年3月頃より腹部膨満を自覚した。10月頃から両下肢の腫脹と疼痛が生じ、当院を受診した。下腹部正中に一部自壊し、潰瘍を伴う巨大な腫瘍性病変を認め、MRI、CTが施行された。

MRIでは腹壁を主座とする20cm大の腫瘍性病変を認め、大部分はT2WI高信号の嚢胞性の構造で、造影効果を伴う微細な多数の隔壁を伴っていた。腫瘍深部には造影される充実部も見られた。子宮は筋腫を認めるのみで、卵巣に腫瘍は指摘されなかった。造影CTでは鎖骨上窩、傍大動脈、骨盤内に複数のリンパ節転移を認め、両側総腸骨静脈から膝窩静脈にかけて血栓が見られ、両側肺動脈分枝にも血栓を認めた。腫瘍の露出する皮膚面から生検を施行した。病理では淡明な細胞質の類円形核細胞が管状又は乳頭状増殖を示す腫瘍であり、hobnail patternも見られた。免疫染色ではCK7 (+)、CK20 (-)、TTF-1 (-)、ER (+)、NapsinA (+) であり、卵巣や子宮の明細胞腺癌との診断を得た。

帝王切開等の婦人科手術の際に、腹壁の手術瘢痕に子宮内膜組織が生着し、そこから明細胞腺癌等の悪性腫瘍が発生したという報告がある。本例では子宮内膜組織は生検標本からは指摘されなかったが、子宮、卵巣に画像上明らかな腫瘍はなく、上述の病因の可能性があると考えている。若干の文献的考察を加えて報告する。

日本腹部放射線学会

	会期/開催地	当番世話人	テーマ/演題数	講演・企画等
第1回	'90 10.3 秋田県	打田日出夫 (奈良医大)	肝・胆・膵 24題	-
第2回	'91 2.23 大阪府	永井 純 (自治医大)	泌尿器・生殖器 55題	慈恵医大 第二病理 藍澤茂雄先生 「腎の腫瘍性病変」
第3回	'91 11.13 兵庫県	黒田 知純 (大阪成C.)	肝・胆・膵 46題	大阪市大 第二病理 桜井幹己先生 「肝細胞癌の類似病変」
第4回	'92 2.29 東京都	平松 慶博 (東邦大)	泌尿器・生殖器 39題	京都大 病理学 山邊博彦先生 「睾丸及び卵巣腫瘍の外科病理学」
第5回	'92 11.6 東京都	平松 京一 (慶應大)	肝・胆・膵 42題	栃木がんC. 外科 尾形佳郎先生 「膵癌における術前画像診断の意義」
第6回	'93 2.27 東京都	宗近 宏次 (昭和大学)	泌尿器・生殖器 48題	東海大 病理学2 長村義之先生「副腎及び後腹膜疾患の病理」 *フィルムリーディングセッション
第7回	'93 11.17 山口県	板井 悠二 (筑波大)	肝・胆・膵 62題	癌研究所 病理 加藤洋先生 「膵腫瘍の病理」
第8回	'94 3.12 東京都	石川 徹 (聖マ医大)	泌尿器・生殖器 58題	昭和大学 放射線科 宗近宏次先生「前立腺癌の画像診断と病理」 コメンテーター：慈恵医大 第二病理 藍澤茂雄先生
第9回	'95 5.12-13 石川県	松井 修 (金沢大)	総合テーマ 77題	金沢大学 病理学2 中沼安二先生「肝血行異常の病理」 *フィルムリーディングセッション
第10回	'96 5.17-18 東京都	隈崎 達夫 (日本医大)	総合テーマ 65題	K. Ivancev, MD, PhD, Malmoe Gneral Hsp. 「Hepatic Tumor Blood Supply」 パネルディスカッション「膵癌—その診断・治療戦略」
第11回	'97 5.9-10 大分県	森 宣 (大分医大)	総合テーマ 83題	大分医大 検査部 横山繁生先生「子宮病変の病理」 コメンテーター：島根医大 杉村和朗先生 *フィルムインタビューセッション
第12回	'98 6.12-13 大阪府	中村 仁信 (大阪大)	総合テーマ 80題	B. I. Choi, MD, Seoul National University 「Liver Tumor : Recent Progress of US」 パネルディスカッション「嚢胞性膵腫瘍の画像診断」 *フィルムカンファレンス (肝疾患)
第13回	'99 6.18-19 島根県	杉村 和朗 (島根医大)	総合テーマ 104題	特別企画「前立腺癌の診断と治療」 *フィルムリーディング「タイムショック」
第14回	'00 5.11-13 山梨県	荒木 力 (山梨医大)	総合テーマ 121題	順天堂大学 第一病理学 須田耕一先生「膵臓疾患の病理」 *フィルムリーディングセッション
第15回	'01 6.1-2 兵庫県	中尾 宣夫 (兵庫医大)	総合テーマ 130題	久留米大学 病理学教室 神代正道先生「早期肝細胞癌を巡る問題点」 *パネルセッション
第16回	'02 5.31-6.1 大阪府	富樫かおり (京都大)	総合テーマ 131題	久留米大学 病理学教室 神代正道先生「早期肝細胞癌を巡る問題点」 *フィルムリーディングセッション
第17回	'03 5.30-31 東京都	大友 邦 (東京大)	総合テーマ 139題	東京大学女性外科 中川俊介先生「婦人科悪性腫瘍の治療における新しい指標」 東京大学 肝胆膵外科 國土典宏先生「肝臓外科における術中超音波の進歩」 *パネルクイズセッション
第18回	'04 5.28-29 長野県	角谷 真澄 (信州大)	総合テーマ 164題	信州大学産婦人科学 小西郁生先生「子宮内腫の術前診断」 奈良県立医科大学病理診断学 野々村昭孝先生 「奇異なる肝腫瘍」血管脂肪腫の臨床病理」 *パネルクイズセッション
第19回	'05 6.3-4 熊本県	山下 康行 (熊本大)	総合テーマ 170題	Special Lectur Kyoung Sik Cho, M.D. & Byung Ihn Choi, M.D. 熊本大学 婦人科学分野 片淵秀隆先生 「エニグマティックな婦人科疾患：子宮内膜症」 *パネルクイズセッション
第20回	'06 5.26-27 東京都	今井 裕 (東海大)	総合テーマ 135題	慶應義塾大学医学部 病理学教室 坂元亨宇先生 「マクロを中心とした肝癌の進展様式」 昭和大学医学部 第一病理学教室 諸星利男先生「膵嚢性病変の組織像」 *パネルクイズセッション
第21回	'07 6.1-2 宮崎県	田村 正三 (宮崎大)	総合テーマ 145題	宮崎県立宮崎病院 病理科 林透先生「子宮体部の病理—腫瘍を中心に—」 東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学分野 福嶋敬宣先生 「膵管内腫瘍の病理 update」 *パネルクイズセッション
第22回	'08 6.6-7 茨城県	南 学 (筑波大学)	総合テーマ 143題	大阪市立大学大学院 放射線医学教室 中村健治先生 「腹部IVRでおさえておくべき画像診断—ヒアリハットを含めて—」 京都医療センター 研究検査科 南口早智子先生「胎盤病理・マクロの基本」
第23回	'09 6.19-20 岡山県	金澤 右 (岡山大学)	総合テーマ 147題	京都府立医科大学大学院 人体病理部 柳澤昭夫先生 「膵腫瘍—画像が組織診断に・組織像が画像診断に教えてくれること—」 岡山大学病院 肝胆膵外科 八木孝仁先生 「肝胆膵領域の手術の限界」
第24回	'10 6.11-12 長野県	後閑 武彦 (昭和大学)	総合テーマ 172題	昭和大学 医学部 第一病理学教室 諸星利男先生 「放射線科医が注意すべき膵腫瘍性病変」 横浜市立大学 医学部 分子病態腫瘍病理学 長嶋洋治先生 「放射線科医が知っておきたい腎腫瘍の病理」
第25回	'11 6.11-12 大阪府	鳴海 善文 (大阪医科大学)	総合テーマ 164題	京都府立医科大学大学院医学研究科 人体病理学 京都府立医科大学附属病院病理部 柳澤昭夫先生 「IPMNの画像と組織像—嚢胞性病変としての位置づけからみて—」 大阪市立大学大学院医学研究科 診断病理学 (附属病院病理部) 若狭研一先生 「早期肝細胞癌と前癌病変の病理」

	会期/開催地	当番世話人	テーマ/演題数	講演・企画等
第26回	'12 6.22-23 大阪府	村上 卓道 (近畿大学)	総合テーマ 157題	高知大学医学部 消化器内科学講座 西原利治先生 「脂肪性肝疾患の臨床と画像診断」 大阪府警察病院 外科 西田俊郎先生 「固形腫瘍に対する分子標的治療のモデルとしての消化管間質腫瘍 (GIST) —分子メカニズムと実地診療での経験から—」
第27回	'13 6.21-22 栃木県	楳 靖 (獨協医科大学)	総合テーマ 148題	獨協医科大学 病理学 (形態) 小島勝先生 「炎症性偽腫瘍とその周辺疾患」 岩手医科大学 病理学講座 分子診断病理学分野 菅井有先生 「臨床に必要な胆道癌の臨床病理」
第28回	'14 6.27-28 秋田県	橋本 学 (秋田大学)	総合テーマ 126題	秋田大学医学系研究科 消化器外科学講座 山本雄造先生 「肝胆膵領域の手術と画像解剖」 弘前大学大学院医学研究科 病理生命科学講座 鬼島宏先生 「臨床に必要な胆道癌の臨床病理」
第29回	'15 6.19-20 静岡県	竹原 康雄 (浜松医科大学)	総合テーマ 105題	浜松医科大学 外科学第二 (消化器・血管外科学分野) 今野弘之先生 「Cutting edge imaging technologies that gastrointestinal surgeon to rely on」 静岡県立がんセンター 中沼安二先生 「Recent progress in pathology of biliary tract carcinoma」
第30回	'16 6.24-25 石川県	蒲田 敏文 (金沢大学大学院)	総合テーマ 158題	総合南東北病院放射線科 画像センター 宗近宏次先生 「第30回記念特別講演「腹部放射線の伸展：印象的な症例の供覧」 金沢大学名誉教授、北陸画像診断支援センター 松井修先生 「第30回記念特別講演「腹部放射線研究会30年の歩み」 神戸大学 病理ネットワーク学 全陽先生 「肝胆道系の乳頭状・嚢胞性腫瘍」 富山市立富山市民病院 外科 北川裕久先生 「新・痔瘻取扱い規約 (第7版) における画像診断 —造影CTによる「切除可能性分類」と組織所見—」

協賛社一覧

GEヘルスケアジャパン株式会社
医療法人社団旭川圭泉病院
旭川赤十字病院
エーザイ株式会社
釧路赤十字病院
シーメンスヘルスケア株式会社
第一三共株式会社
株式会社竹山
JA北海道厚生連津軽厚生病院
テルモ株式会社
東芝メディカルシステムズ株式会社
株式会社ドクターネット
日本ストライカー株式会社
バイエル薬品株式会社
株式会社フィリップス エレクトロニクス ジャパン
富士製薬工業株式会社
富士フイルムRIファーマ株式会社
ボストン・サイエンティフィック・ジャパン株式会社
医療法人北農会 恵み野病院
メディキット株式会社
横河医療ソリューションズ株式会社

五十音順、2017年5月20日現在

目指したのはSpeedyでStress Freeな手技。

Progreat λ 19

血管処置診断用カテーテル

ラムダ

さらなる末梢到達性にフォーカス。

Progreat λ 17

血管処置診断用カテーテル

ラムダ



※イラストはイメージ図です。
一般的名称：中心循環系マイクロカテーテル 販売名：テルモマイクロカテーテル 医療機器承認番号：22700BZX00078000 製造販売業者：テルモ・クリニカルサプライ株式会社
Progreat λ 17、Progreat λ 19はテルモマイクロカテーテルの登録商標です。
ご使用の際は、添付文書を良くお読みの上、正しくお使いください。



Optiray

350注シリンジ
100mL (CT用)
新発売

350注シリンジ135mL (CT用)
発売準備中

非イオン性造影剤(イオベルソール注射液)
処方箋医薬品*

薬価基準収載

オプチレイ[®]

Optiray[®]

※注意—医師等の処方箋により使用すること

240注100mL

320注20/50/75/100mL

350注20/50/100mL

240注シリンジ100mL

320注シリンジ40/50/75/100mL

350注シリンジ50/100/135mL

効能・効果、用法・用量、警告・禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)
富士製薬工業株式会社
〒939-3515 富山県富山市水橋辻ヶ堂1515番地
<http://www.fujipharma.jp/>

2017年5月作成

Target®

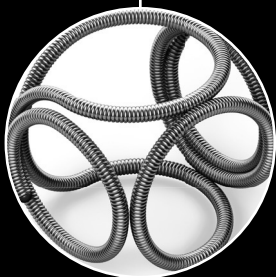
DETACHABLE COILS

stryker

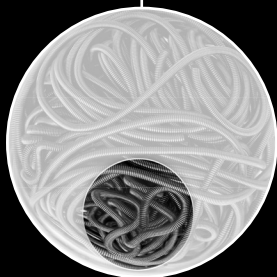


Smooth and stable.

Target® 360
DETACHABLE COILS



Target® Nano™
DETACHABLE COILS



Target XL® Mini
DETACHABLE COILS



InZone®
DETACHMENT SYSTEM



販売名：Target デタッチャブル コイル
医療機器承認番号：22300BZX00366000

販売名：InZone パワーサブライ
医療機器承認番号：22300BZX00365000

Copyright © 2016 Stryker
NV00009371.AA

製造販売元

日本ストライカー株式会社

112-0004 東京都文京区後楽2-6-1 飯田橋ファーストタワー

tel: 03-6894-0000

www.stryker.co.jp

先生、ありがとう。



もっとたくさんの、ありがとうのために

わたしたちは期待される未来医療分野を視野に、
ICTの活用を通じて、医療従事者の皆様を支えてまいります。

ShadeQuest™

横河医療ソリューションズ株式会社

〒167-0051 東京都杉並区荻窪4-30-16 藤澤ビルディング
TEL:03-6383-6272 FAX:03-6383-6280
<http://www.yokogawa.com/jp-mis>

Neo Meister Cath[®]

Medikit Micro Catheter

ネオ マイスターキャス

手技の安定化

新たなカテーテル構造により造影時のカテーテルの安定性を目指しました。

タングステンブレード

タングステンブレードによる高い視認性と操作性能を目指しました。

優れた造影性能

新たな内腔構造により優れた造影性能を実現

販売名：マイクロカテーテル2
承認番号：21700BZZ00471000
保険医療材料請求分類：血管造影用マイクロカテーテル オーバーザワイヤー
選択的アプローチ型・ブレードあり

HI-LEX CORPORATION

製造販売元：株式会社ハイレックスコーポレーション
〒665-0845 兵庫県宝塚市栄町 1-12-28
TEL.0797-85-2571



メディキット株式会社

発売元：メディキット株式会社
〒113-0034 東京都文京区湯島 1-13-2
TEL.03-3839-0201

営業所：東京・札幌・仙台・埼玉・千葉・八王子・横浜・金沢・名古屋・京都・
関西・神戸・広島・松山・福岡・宮崎



HOKUYAKU
TAKEYAMA
HOLDINGS

株式会社 ほくやく・竹山ホールディングス

Medical Support Service Provider

生命と健康への貢献

「医師、医療スタッフとともに人々の生命と健康を守る」
という創業以来の使命感のもと
社会貢献度の高い仕事と誇りを持ち、日々努力を続けております。



血液浄化

低侵襲機器

内視鏡

整形外科

「専門領域に特化した支援・サポート」

眼科

ニーズにお応えするため、それぞれの診療・治療に
特化した専門担当部門を設けています。

脳神経外科

テクニカルサポート

循環器

画像診断機器

KTK 株式会社 竹山

代表取締役社長 土田 拓也

本社 / 〒060-0006 札幌市中央区北6条西16丁目1番地5

●ほくたけメディカルトレーニングセンター「ヴィレッジプラス」/札幌市中央区北11条西14丁目1番1号(ほくやくビル4F)・☎011-700-5833 <http://www.takeyama.co.jp/villageplus/>

充実した拠点網によるきめ細やかな営業体制

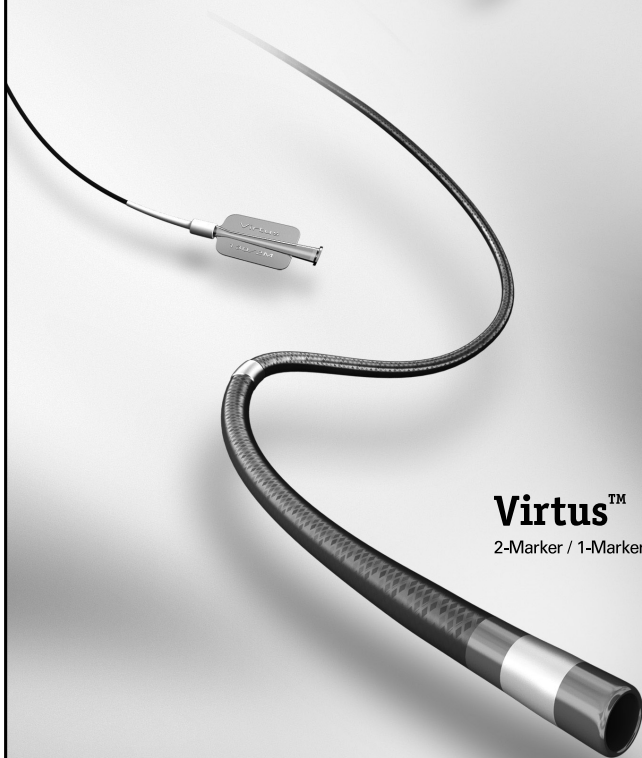
札幌圏	中央支店: ☎011-859-8714	北支店: ☎011-859-8715	新札幌支店: ☎011-859-8717
	北大営業支店: ☎011-859-8712	札幌大営業支店: ☎011-859-8713	市内営業支店: ☎011-859-8716
	札幌業務センター: ☎011-859-8711	商品管理センター: ☎011-826-5161	石狩商品管理センター: ☎0133-77-5205
道央・道南圏	室蘭支店: ☎0143-45-1221	苫小牧支店: ☎0144-53-2101	小樽支店: ☎0134-29-4524
	岩見沢支店: ☎0126-25-6992	函館支店: ☎0138-83-5000	
道東・道北圏	釧路支店: ☎0154-25-2241	北見支店: ☎0157-31-3224	帯広支店: ☎0155-35-5800
	旭川支店: ☎0166-73-3011	空知支店: ☎0125-54-3465	道北支店: ☎01654-3-9955
首都圏	東京支店: ☎03-3814-0103	横浜営業所: ☎045-232-3310	

☎011-611-0100(代表) <http://www.takeyama.co.jp>

Products for Interventional Oncology



Interlock™ -18 Coil
Fibered IDC™ Occlusion System



Virtus™
2-Marker / 1-Marker Microcatheter



Direxion HI-FLO™
Torqueable Microcatheter

販売名：Fibered IDC コイル
医療機器承認番号：22100BZX01103000

販売名：ディレクション ハイフロー カテーテルシステム
医療機器承認番号：22700BZX00053000

販売名：マイクロカテーテル
医療機器承認番号：21600BZZ00575000
製造販売業者：川澄化学工業株式会社

製品の詳細に関しては添付文書等でご確認いただくか、弊社営業担当へご確認ください。
© 2017 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.
All trademarks are the property of their respective owners.

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス
www.bostonscientific.jp

PSST20170417-0348

読影医だからできる、
ネットワークを活用した
新しいワークスタイル。
都合にあわせて
いつでもどこからでも。

ご協力いただける読影医の先生*を ドクターネットは募集しています。

*放射線診断専門医の先生

特に歓迎している分野

肺がんCT

肺がんCT検診認定医師の方歓迎です



検診胃透視

検診胸部



検診マンモグラフィ

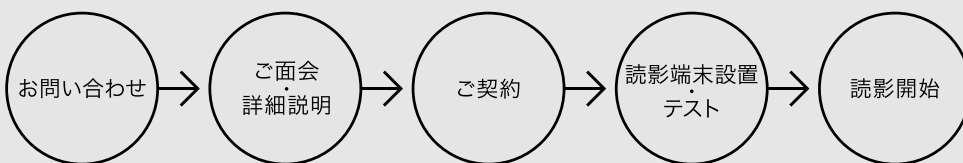
検診マンモグラフィ
読影認定A判定以上の方歓迎です



CTコロノグラフィ



お問い合わせから契約・読影開始まで



詳細はウェブからお問い合わせください。
www.doctor-net.co.jp



お電話でのお問い合わせ：株式会社ドクターネット本社(東京) TEL:03-3459-5665 9:00~18:00(土日・祝日・弊社指定休日を除く)

DOCTOR NET 
いつでもどこでも、高品質な画像診断を。

株式会社ドクターネット

105-0012東京都港区芝大門2丁目5-5住友芝大門ビル TEL: 03-3459-5665
www.doctor-net.co.jp