

第35回 日本腹部放射線学会開催のご挨拶



第35回日本腹部放射線学会
会長 山上 卓士
高知大学医学部 放射線診断・IVR学講座

第35回日本腹部放射線学会を2022年6月24日（金）と25日（土）の両日、高知市の高知県立県民文化ホールにて開催させていただきます。

第35回日本腹部放射線学会ですが、新型コロナウイルス感染症が未だ終息しておりませんので、2022年6月24日（金）と25日（土）の両日、高知県立県民文化ホールにてハイブリッド形式で開催させていただきます。

日本腹部放射線学会は腹部領域の画像と病理所見を対比するという画像診断の原点を基本方針としており、本会もその趣旨に沿って一般演題、セミナー、基調講演等を予定しております。なお大会長公募症例は、GU領域の応募が非常に少なかったためやむなくGI領域のみとさせていただきましたことをご詫言申し上げます。

会場は高知市の中心に位置しており、高知城、山内神社、ひろめ市場などの観光スポットが徒歩圏内に数多くございます。会場にお越し頂いた先生方には学会で熱く議論していただいたあとには、ゆっくり高知の街を探索し、心身をリフレッシュしていただければ幸いです。

本学会の四国での開催は初めてと伺っております。腹部放射線学会in Shikokuに、多くの方々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》 陣崎 雅弘 (慶應大)

《副代表理事》 楢 靖 (獨協医大) 吉満 研吾 (福岡大)

《理事》: 9名

赤羽 正章 (国際医療福祉大) 伊東 克能 (山口大) 蒲田 敏文 (金沢大) 新本 弘 (防衛医大)
高瀬 圭 (東北大) 竹原 康雄 (名古屋大) 藤井 進也 (鳥取大) 南 学 (筑波大)
村上 卓道 (神戸大)

《監事》: 2名

小山 貴 (倉敷中央) 藤永 康成 (信州大)

《評議員》: 81名

【北海道・東北地区】6名

加藤 健一 (岩手医大) 児玉 芳尚 (手稲溪仁会) 篠原 敦 (大館市立総合) 渋谷 剛一 (青森県立中央)
津田 雅視 (仙台市立病院) 橋本 学 (秋田大)

【関東・甲信越地区】27名

秋田 大宇 (慶應大) 市川 智章 (埼玉医大国際医療) 衣袋 健司 (日本大板橋) 扇 和之 (日本赤十字)
扇谷 芳光 (昭和医大) 岡田 真広 (日本大学) 岡田 吉隆 (埼玉医大国際医) 加村 毅 (信楽園病院)
北井 里実 (東京慈恵会医大) 桑鶴 良平 (順天堂大) 五味 達哉 (東邦大大橋) 近藤 浩史 (帝京大)
齋藤 和博 (東京医科大) 佐野 勝廣 (順天堂大) 曾我 茂義 (慶應大) 竹下 浩二 (東京山手メディカル)
田中優美子 (がん研有明) 那須 克宏 (千葉大) 原留 弘樹 (北里大) 古川 顕 (東京都立大)
松枝 清 (がん研有明) 松尾 義朋 (イーサイトヘルスケア) 本杉宇太郎 (甲府共立病院) 松木 充 (自治医大とちぎ子ども医セ)
森 健作 (筑波大) 吉村 宣彦 (新潟大) 渡谷 岳行 (東京大)

【中部・北陸地区】10名

阿保 斉 (富山県立中央) 伊藤 茂樹 (名古屋第一赤十字) 石垣 聡子 (名古屋大) 尾崎 公美 (福井大)
五島 聡 (浜松医大) 小林 聡 (金沢大) 鈴木耕次郎 (愛知医大) 竹内 充 (ラジオロネット東海)
南 哲弥 (金沢医大) 山本 亨 (福井県立)

【近畿地区】22名

磯田 裕義 (京都市大) 今岡いずみ (神戸低侵襲がん医療) 大田 信一 (滋賀医大) 大西 裕満 (大阪大)
狩谷 秀治 (関西医大) 河上 聡 (京都ProMed) 北島 一宏 (兵庫医大) 木戸 晶 (京都市大)
金 東石 (河内総合病院) 杉本 幸司 (神戸大) 祖父江慶太郎 (神戸大) 高橋 哲 (高槻病院)
谷川 昇 (関西医大) 坪山 尚寛 (大阪大) 鶴崎 正勝 (近畿大) 中井 豪 (大阪医大)
廣橋 伸治 (大阪明眼科) 堀 雅敏 (神戸大) 丸上 永晃 (奈良医大) 山崎 道夫 (公立甲賀)
山本 和宏 (大阪医科薬科大) 渡邊 祐司 (京都医療科学大)

【中国・四国地区】8名

粟井 和夫 (広島大) 佐野村隆行 (香川大) 竹内麻由美 (徳島大) 玉田 勉 (川崎医大)
津田 孝治 (愛媛大) 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】8名

青木 隆敏 (産業医大) 石神 康生 (九州大) 入江 裕之 (佐賀大) 内田 政史 (久留米大)
浪本 智弘 (玉名中央病院) 林 秀行 (諫早総合) 福倉 良彦 (鹿児島大) 松本 俊郎 (アルメイダ病院)

《名誉会員》: 16名

荒木 力 (健康科学大) 今井 裕 (東海大) 大友 邦 (国際医療福祉大) 角谷 眞澄 (丸の内病院)
黒田 知純 (大阪がん予セ) 後閑 武彦 (昭和大) 杉村 和朗 (神戸大) 富樫かおり (京都市大)
中尾 宣夫 (兵庫医大) 中村 仁信 (彩都友誼会) 鳴海 善文 (京都橋大) 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) 森 宣 (長門記念病院) 山下 康行 (公立玉名中央)

《功労会員》: 7名

木戸長一郎 (木戸病院) 隈崎 達夫 (さわやか済生) 齋田 幸久 (東京医科歯科大学) 竹川 鉦一 (総合南東北病院)
田村 正三 (川南病院) 山田 龍作 (大阪河崎リハ) 吉田 哲雄 (県立足柄上)

(118名敬称略・五十音順)

【一般社団法人日本腹部放射線学会事務局】

代表理事: 陣崎 雅弘

事務局: 玉木 直美

慶應義塾大学医学部放射線科学教室

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地

E-mail: jsar@rad.med.keio.ac.jp

TEL: 03-5363-3837

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、2021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、初期研修医は免除）。
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円（但し、初期研修医は免除）
非会員	15,000円（但し、初期・後期研修医は5,000円）

「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 陣崎 雅弘

ご案内

1. 参加受付

- 1) ハイブリッド開催により、参加登録はすべて、第35回日本腹部放射線学会HPから参加登録システムより各自、ご登録ください。

参加登録期間：2022年5月18日（水）正午～7月25日（月）正午

参加登録サイト：<http://www.jsar.jp/35th/participate.html>

※現地、会場での現金による参加登録は行いません。

当日もPCより参加登録システム（クレジット決済）より、参加登録いただくこととなりますので事前に参加登録をお済ませの上、お越しいただくことをお勧めいたします。

- 2) 参加費は下記の通りです。

現地会場にご参加の場合は参加登録時に配信されます「登録完了メール」をプリントアウトし受付にてご提示ください。名札をお渡しさせていただきます。

正会員	5,000円（但し、初期研修医は免除）
非会員	15,000円（但し、初期・後期研修医は5,000円）

※領収書・参加証明書について

「視聴サイト」（学会HPトップ画面もしくは、参加登録完了メールにてお知らせしております）の「HOME」画面の「各種ダウンロード」ボタンよりダウンロードできます。

ダウンロードは1回のみ可能となり、再発行はできかねますので、大切に保管ください。

2. 当日受付

日 時：2022年6月24日（金） 8：00～

6月25日（土） 7：30～

場 所：高知県立県民文化ホール 1F グリーンホール前 ホワイエ

※当日も現地にて受付はございますが、現金での対面受付は行わず、すべて、WEBからの参加登録受付となります。当日受付は混み合う可能性もありますので、極力、事前参加登録をお願いいたします。

※当日受付にて事前参加登録時に配信されます「参加登録受付完了メール」をプリントアウトしご提示ください。引き換えに「名札」をお渡しいたします。

3. 一般演題

【一般口演】

・口演会場は1F グリーンホールです。

1) 座 長

・ご担当頂くセッションの終了時間を厳守してください。一般口演の発表時間はすべて9分（発表5分、討論4分）（病理コメントを含む）、大会長公募症例の発表時間は原則として4分（症例数により調整）、最後に座長によるまとめを御願ひしています。

2) 発表者

◆「ブレデジタルアトラス」について

発表者全員に学会ホームページ上で発表内容を「ブレデジタルアトラス」形式で事前入力していただき、非公開で「打田賞」事前審査に活用させていただきます。また、学会当日、充実した討論をして頂く為に、病理コメントーターの先生方による症例内容の事前確認をブレデジタルアトラスにて行いますので、入稿の際には詳細な病理像を掲載できるよう予めデータのご準備をお願いいたします。

◆PC受付

- ・PC受付（1F ホワイエ）にて、発表の30分前までに試写をお済ませください（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

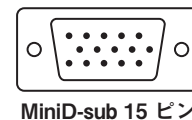
- ・口演会場にはワイドサイズのスクリーン（16：9）をご準備しております。
標準サイズ（4：3）のデータもご利用いただけますが、ワイドサイズ（16：9）での作成を推奨します。

<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、Arial、Arial Black、Times New Roman
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：mp4、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を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スト）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（B1F 楽屋10）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】

ポスター演題はオンデマンド配信となります。

オンデマンド配信期間：6月23日（木）正午～7月25日（月）正午

参加登録された際に発行されます閲覧用IDとパスワードを入力の上、閲覧ください。

質問がある方は「ポスター演題質問受付メール」に質問をメールにてお送りください。後日、演者からの回答をメールにてお送りします。

なお、質問内容と回答は後日、ホームページに公開されます。

4. 社員総会（世話人会）

日 時：6月24日（金）13：30～14：00（30分）

場 所：1F グリーンホール

5. クイズ企画

クイズ企画はオンデマンド配信となります。

オンデマンド配信期間：6月23日（木）正午～7月25日（月）正午

クイズ企画の問題が6月23日（木）正午～6月24日（金）17：00まで公開されており、ホームページ上の「クイズ企画応募フォーム」より皆様、奮って解答ください。

なお、回答は6月24日（金）18：00以降に公開されます。

「クイズ企画応募フォーム」より解答を応募された中からクイズ症例優秀者表彰を6月25日（土）12：30～口演会場（グリーンホール）にて行います。上位の方には、大会長より心ばかりの賞品をご用意しております。

皆様、是非ご参加ください。

6. 打田賞受賞講演・表彰

日 時：6月25日（土）13：20～13：50

7. 基調講演

【基調講演】（日本専門医機構認定放射線科領域講習会）

バイエル薬品株式会社

日 時：6月24日（金）11：00～12：20

座 長：山上 卓士（高知大学医学部 放射線診断・IVR学講座）

演 者：降幡 睦夫（高知大学医学部 病理学講座）

『尿路癌（膀胱癌）と前立腺癌；病理医の立場から』

井上 啓史（高知大学医学部 泌尿器科学講座・光線医療センター）

『癌医療の新たな道を照らす ― 光で診て、光で治す―』

8. 共催セミナー

【ランチョンセミナー1】 キヤノンメディカルシステムズ株式会社

日 時：6月24日（金）12：30～13：20

『Canon CT・MRIによる躯幹部へのアプローチ ～質的診断から治療まで～』

座 長：近藤 浩史（帝京大学医学部 放射線科学講座）

演 者：穴井 洋（市立奈良病院 放射線科/IVR研究センター）

『Aquilion ONE / PRISM Editionによる躯幹部画像診断・IVRへの可能性』

田辺 昌寛（山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座）

『上腹部MRIの新たな可能性』

【ランチョンセミナー2】 富士製薬工業株式会社

日 時：6月25日（土）12：20～13：10

座 長：吉満 研吾（福岡大学医学部 放射線医学教室）

演 者：岡田 真広（日本大学医学部 放射線医学系 放射線医学分野）

『肝手術数日本一の日本大学で施行された肝切除症例から学ぶ肝癌と肝実質の画像診断』

【ティータイムセミナー1】 ゲルベ・ジャパン株式会社

日 時：6月24日（金）15：10～16：00

『腹部領域の画像診断 今おさえておくべきポイント』

座 長：栗井 和夫（広島大学大学院医系科学研究科 放射線診断学研究室）

演 者：中村 優子（広島大学大学院医系科学研究科 放射線診断学研究室）

『肝画像診断 おさえておくべきポイント』

田中優美子（がん研有明病院 画像診断部）

『子宮内膜症と腺筋症 最近の話題』

【ティータイムセミナー2】 株式会社フィリップス・ジャパン

日 時：6月25日（土）14：25～15：15

『Philips MR/CTが実現する腹部画像診断アップデート』

座 長：竹原 康雄（名古屋大学大学院医学系研究科新規低侵襲画像診断法基盤開発研究寄附講座）

演 者：野田 佳史（岐阜大学医学部附属病院）

『上腹部Motion Free MRIへの挑戦』

永山 泰教（熊本大学病院）

『腹部CTで役立つRetrospective Spectral Imaging』

【イブニングセミナー】 GEヘルスケア・ジャパン株式会社

日 時：6月24日（金）18：00～18：50

『CT・MRIの最新技術は本当に臨床に落とし込めるのか？～実臨床経験豊富な先生方に聞く～』

座 長：新本 弘（防衛医科大学校 放射線医学講座）

演 者：山田 哲（信州大学医学部 画像医学教室）

『Dual Energy CT: 臨床応用の可能性と課題, 将来展望』

奥田 茂男（慶應義塾大学医学部 放射線科学教室（診断））

『ディープラーニング画像再構成技術AIR™ Recon DLの使用経験から』

【モーニングセミナー】 シーメンスヘルスケア株式会社

日 時：6月25日（土）8：40～9：30

座 長：松本 知博（高知大学 医学部医学科 放射線医学講座）

演 者：吉田 守克（吉田クリニック）

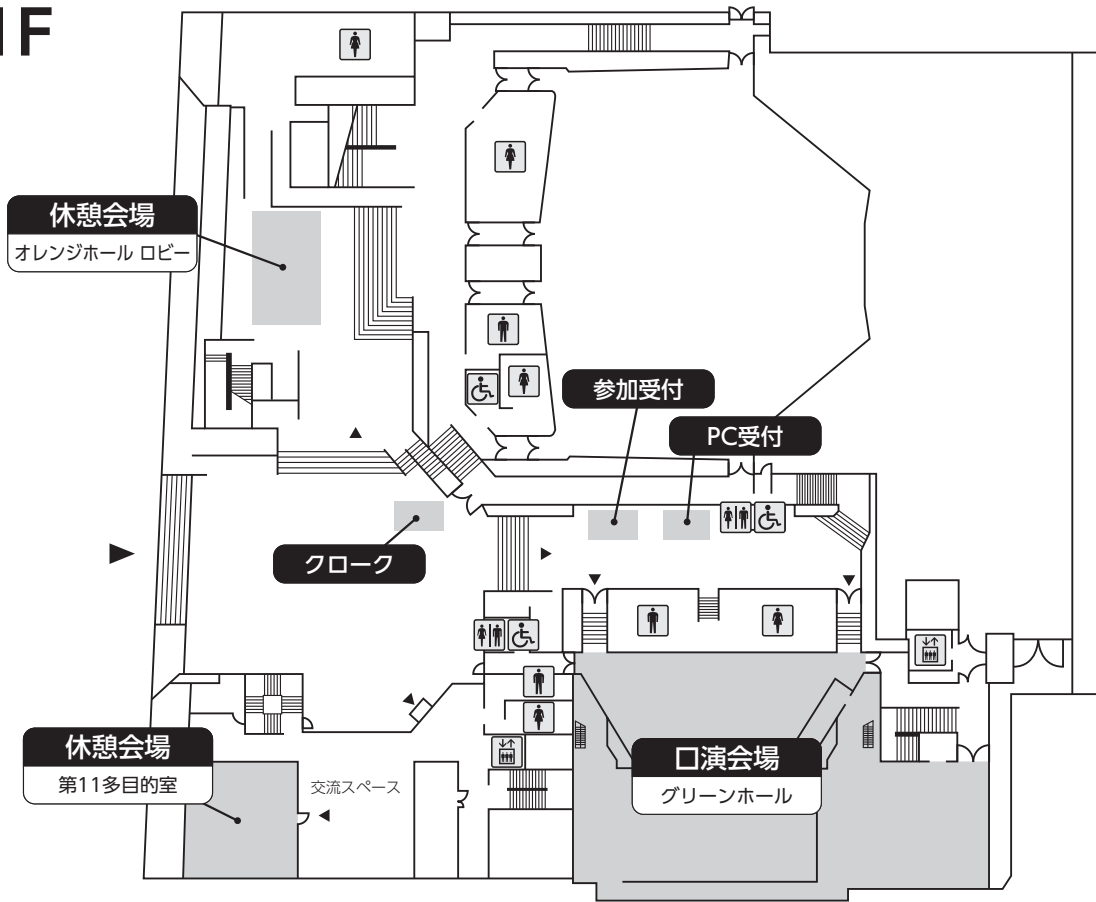
『最新型single source CTが日常臨床に与える影響』

梅岡 成章（日本赤十字社 和歌山医療センター 放射線診断科）

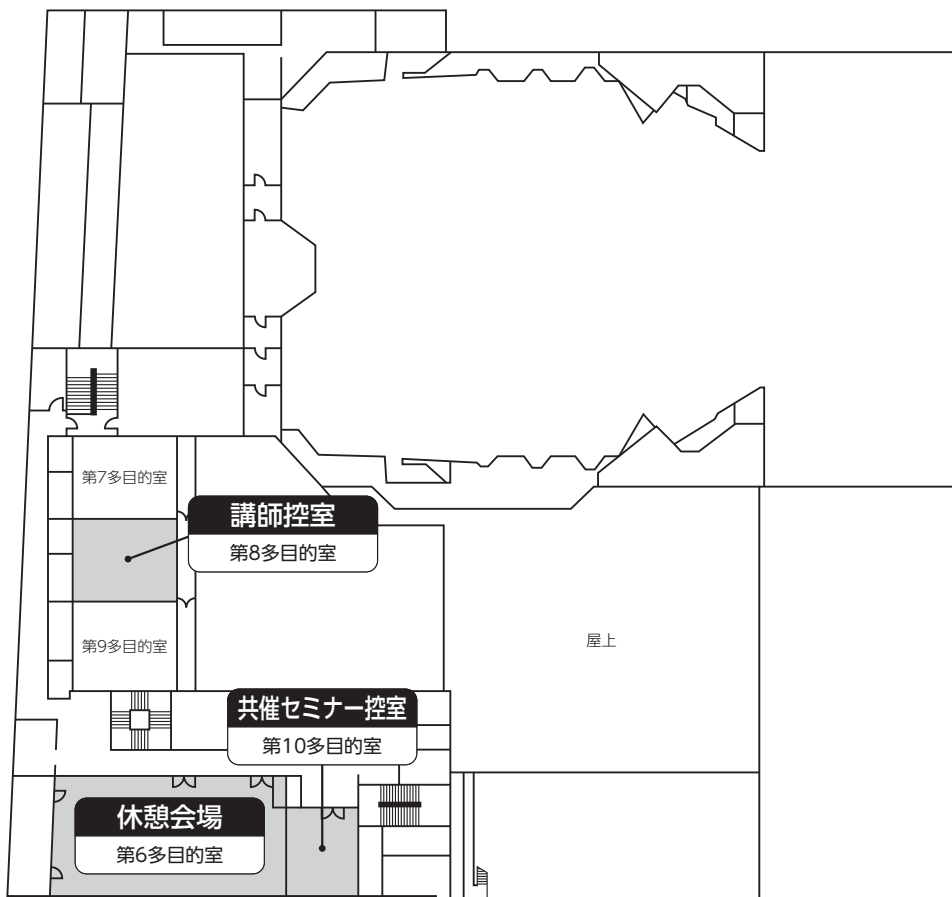
『腹部骨盤領域における新技術の使用経験：臨床医の独り言』

会場フロア図

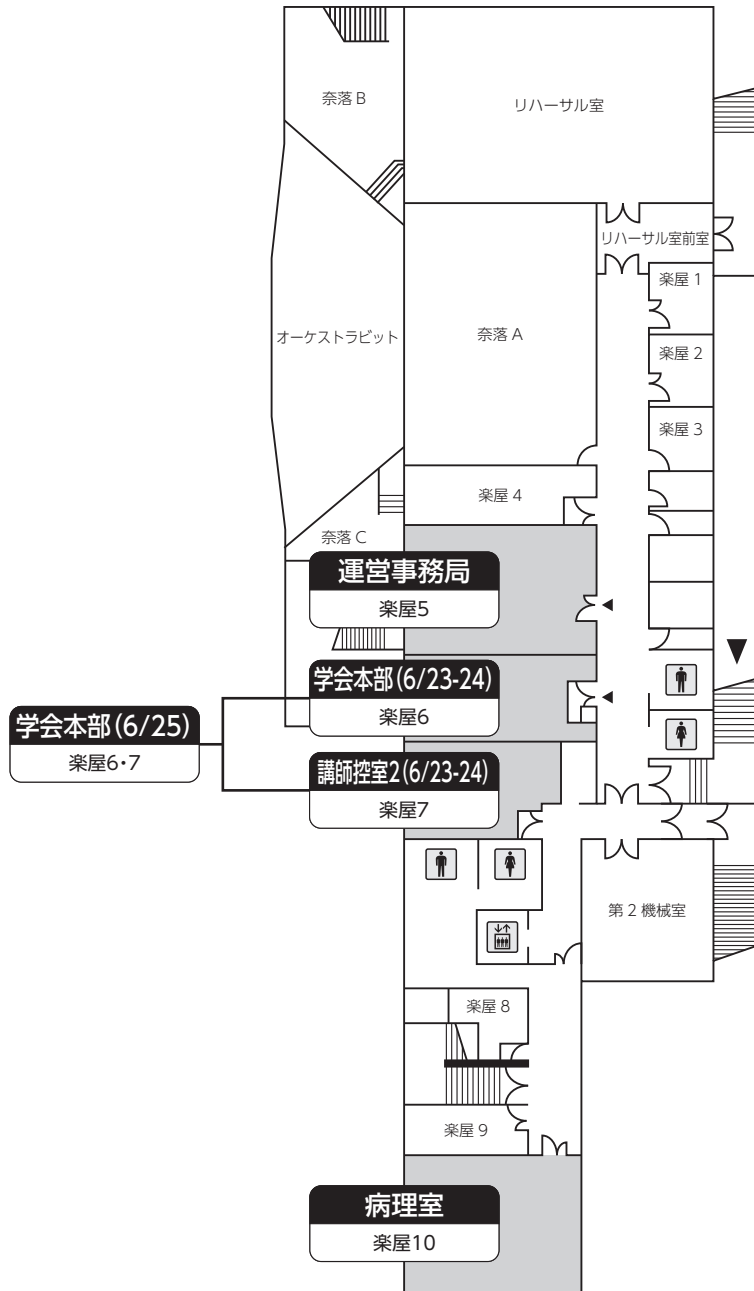
1F



4F



B1F



第 35 回 日本腹部放射線学会 日程表

6月24日(金)		6月25日(土)	
8:00	8:55~9:00 開会の辞	8:00	8:00~8:30 消化管・腸間膜・脾臓 (O-24 ~ O-26)
9:00	9:00~10:00 子宮・卵巣卵管 (O-1 ~ O-6)	9:00	8:40~9:30 モーニングセミナー
10:00	10:10~10:50 腎・泌尿器 (O-7 ~ O-10)	10:00	9:50~10:40 後腹膜 (O-27 ~ O-31)
11:00	11:00~12:20 基調講演 (日本専門医機構認定放射線科領域講習会)	11:00	10:50~12:00 大会長公募症例：消化器 (O-32 ~ O-40)
12:00		12:00	12:00~12:10 クイズ症例優秀者表彰
13:00	12:30~13:20 ランチョンセミナー 1	13:00	12:20~13:10 ランチョンセミナー 2
14:00	13:30~14:00 社員総会	14:00	13:20~13:50 打田賞受賞講演・表彰 13:50~14:00 ACAR2023 告知 14:00~14:15 JSAR 総会
15:00	14:10~15:00 脾 1 (O-11 ~ O-15)	15:00	14:25~15:15 ティータイムセミナー 2
16:00	15:10~16:00 ティータイムセミナー 1	16:00	15:35~16:25 肝 1・胆道・胆嚢 (O-41 ~ O-45)
17:00	16:20~16:50 泌尿器・その他 (O-16 ~ O-18)	17:00	16:35~17:15 肝 2 (O-46 ~ O-49)
18:00	17:00~17:50 脾 2 (O-19 ~ O-23)	18:00	17:15~17:20 閉会の辞
	18:00~18:50 イブニングセミナー		

8:55~9:00 開会の辞

9:00~10:00 セッション1 子宮・卵巣卵管 (6題)

座長 藤井 進也 (鳥取大学医学部 画像診断治療学分野)
病理コメンテーター 戸井 慎 (高知大学医学部附属病院 病理診断部)

O-1 ポリープ状の形態を呈した子宮頸部胃型腺癌の1例

松本 頌平¹、坪山 尚寛¹、佐藤 和明²、大西 裕満¹、中本 篤¹、福井 秀行¹、
太田 崇詞¹、矢野 圭悟¹、木曾 建吾¹、本田 亨¹、巽 光朗¹、富山 憲幸¹
大阪大学医学系研究科 放射線医学講座¹、大阪大学医学系研究科 病態病理学講座²

O-2 子宮原発横紋筋肉腫の1例

島田 雅之¹、木村浩一朗¹、横山 幸太¹、土屋 純一¹、大島乃里子²、若菜 公雄²、
宮坂 尚之²、桐村 進³、倉田 盛人³、明石 巧³、立石宇貴秀¹
東京医科歯科大学医学部 放射線診断科¹、東京医科歯科大学医学部 周産女性科²、
東京医科歯科大学医学部 病理部³

O-3 Rhabdoid形質を伴い急速に増大した脱分化子宮内膜癌の1例

塚部 明大¹、阪上 海央¹、中田 早紀¹、高村 学¹、田中 博子²、辻江 智子²、
横山 太陽³、足立 史朗⁴
市立豊中病院 放射線診断科¹、市立豊中病院 産婦人科²、市立豊中病院 血液内科³、
市立豊中病院 病理診断科⁴

O-4 gliomatosis peritoneiを伴った子宮原発未熟奇形腫の1例

野中 智文¹、大彌 歩¹、遠藤 瑞穂²、井田 耕一²、小林 翔太³、藤野翔太郎⁴、
藤永 康成¹
信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部 産婦人科学教室²、
信州大学医学部 病態解析診断学教室³、佐久市立国保浅間総合病院 産婦人科⁴

O-5 稀な卵巣epidermoid cystの1例

土田 千賀¹、岩崎 俊子¹、折坂 早苗²、竹内 譲²、河原 栄³
福井総合病院 放射線科¹、福井総合病院 産婦人科²、福井総合病院 病理診断科³

O-6 強い早期濃染を示しポリープ状の進展形式を認めた卵巣癌肉腫の1例

北内真理子¹、丸上 永晃¹、岡田 博司¹、山内 哲司¹、内山 智子²、岡田 文美²、
岩井 加奈³、田中 利洋¹
奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座¹、奈良県立医科大学 病理診断学講座²、
奈良県立医科大学 産婦人科³

10:10~10:50 セッション2 腎・泌尿器 (4題)

座 長 玉田 勉 (川崎医科大学 放射線診断学教室)
病理コメンテーター 戸井 慎 (高知大学医学部附属病院 病理診断部)

O-7 巨大な腎原発神経内分泌腫瘍の1例

高畑 恭兵¹、山本 貴浩²、亀井 誠二¹、廣瀬 泰彦³、山本 侑季⁴、鈴木耕次郎²
JA愛知厚生連海南病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 放射線科²、
JA愛知厚生連海南病院 泌尿器科³、愛知医科大学病院 病理診断科⁴

O-8 成人に発生した前立腺胎児型横紋筋肉腫の1例

角谷 嘉亮¹、阿保 齊¹、出町 洋¹、望月健太郎¹、齊藤 順子¹、長岡 理紗¹、
鷹取 正智¹、瀬戸 親²、相川あかね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

O-9 前立腺cystadenocarcinomaの1例

山田 香織¹、佐野 優子¹、平野宗治郎²、粥川 成優²、三神 一哉²、浦田 洋二³
京都第一赤十字病院 放射線診断科¹、京都第一赤十字病院 泌尿器科²、
京都第一赤十字病院 病理診断科³

O-10 腫瘍と腫瘍周囲組織濃染が特徴的所見と考えられた精巣Leydig細胞腫の1例

山本 祐司¹、武輪 恵¹、北辻 航¹、大倉 亨¹、齊藤 直敏²、立入 哲也³、
丸上 永晃³、田中 利洋³
奈良県西和医療センター 放射線科¹、奈良県西和医療センター 病理部²、
奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座³

11:00~12:20 基調講演 (日本専門医機構認定放射線科領域講習会)

共 催：バイエル薬品株式会社

座長：山上 卓士 (高知大学医学部 放射線診断・IVR学講座)

『尿路癌 (膀胱癌) と前立腺癌；病理医の立場から』

演者：降幡 睦夫 (高知大学医学部 病理学講座)

『癌医療の新たな道を照らす — 光で診て、光で治す—』

演者：井上 啓史 (高知大学医学部 泌尿器科学講座・光線医療センター)

12:30~13:20 ランチョンセミナー1

『Canon CT・MRIによる躯幹部へのアプローチ
～質的診断から治療まで～』

共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

座長：近藤 浩史（帝京大学医学部 放射線科学講座）

『Aquilion ONE / PRISM Editionによる躯幹部画像診断・IVRへの
可能性』

演者：穴井 洋（市立奈良病院 放射線科/IVR研究センター）

『上腹部MRIの新たな可能性』

演者：田辺 昌寛（山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座）

13:30~14:00 社員総会

14:10~15:00 セッション3 膝1（5題）

座長 入江 裕之（佐賀大学医学部 放射線医学講座）

病理コメンテーター 井口みつこ（高知大学医学部附属病院 病理診断部）

O-11 化学療法後のCT所見から正診に至った膝進行MiNENの1例

田中 慎二、佐藤 圭亮、伊東 絵美、浦川 博史、高山 幸久、吉満 研吾
福岡大学病院 放射線科

O-12 膝Solitary fibrous tumor（SFT）の1例

代田 夏彦¹、若林ゆかり¹、齋藤 和博¹、助田 葵²、永川 裕一³、糸井 隆夫⁴
東京医科大学 放射線医学分野¹、東京医科大学 人体病理学分野²、
東京医科大学 消化器・小児外科学分野³、東京医科大学 消化器内科学分野⁴

O-13 治療前に画像診断し得た肝細胞癌の膝転移の1例

鈴木 皓佳¹、佐野 勝廣²、永松 洋明³、福村 由紀⁴、桑鶴 良平²、青木 茂樹²
順天堂大学静岡病院 放射線科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線科²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科³、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科⁴

O-14 IPMN由来の浸潤癌と鑑別困難であったFollicular pancreatitis
の2例

熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、加賀谷理紗¹、河合 雄一¹、館 靖¹、森 雄司¹、
桐山 理美²、柴田 耕治³、鈴木 啓史¹、藤野 雅彦²、三宅 秀夫³
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 放射線診断科¹、
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 病理部²、
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 外科³

0-15 腓頭部を中心に腫瘤を形成したmyeloid sarcomaの1例

池之内 穰^{1,2}、佐野 勝廣¹、福村 由紀³、谷口源太郎⁴、落合 友則⁵、入江 隆介^{1,2}、
桑鶴 良平¹、青木 茂樹¹

順天堂大学医学部 放射線診断学講座¹、順天堂大学医学部附属静岡病院 放射線科²、
順天堂大学医学部 人体病理病態学講座³、順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科⁴、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 血液内科⁵

15:10~16:00 ティータイムセミナー1

『腹部領域の画像診断 今おさえておくべきポイント』

共催：ゲルベ・ジャパン株式会社

座長：栗井 和夫 (広島大学大学院医系科学研究科 放射線診断学研究室)

『肝画像診断 おさえておくべきポイント』

演者：中村 優子 (広島大学大学院医系科学研究科 放射線診断学研究室)

『子宮内膜症と腺筋症 最近の話』

演者：田中優美子 (がん研有明病院 画像診断部)

16:20~16:50 セッション4 泌尿器・その他 (3題)

座長 楳 靖 (獨協医科大学医学部 放射線医学講座)

病理コメンテーター 井口みつこ (高知大学医学部附属病院 病理診断部)

0-16 腎盂癌との鑑別を要した腎盂周囲の黄色肉芽腫性脂肪織炎の1例

川瀬 崇裕¹、大島 拓実¹、木村浩一郎²、町田 洋一¹、鈴木康一郎³、本間 浩一⁴、
中港秀一郎¹

亀田総合病院 放射線科¹、東京医科歯科大学病院 放射線科²、亀田総合病院 泌尿器科³、
亀田総合病院 臨床病理科⁴

0-17 膀胱発生inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) の2症例

徳田 文太¹、佐藤 修²、山田 香織³、原田 雄基⁴、石田 博万⁴、井村 徹也⁵、
宮地 充⁶、都間 佑介⁶、土屋 邦彦⁶、家原 知子⁶、内藤 泰行⁷、浮村 理⁷、
小西 英一⁸、高畑 暁子⁹、山田 恵⁹

市立福知山市民病院 放射線科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 放射線科³、京都府立医科大学附属北部医療センター 泌尿器科⁴、
京都府立医科大学附属北部医療センター 病理診断科⁵、
京都府立医科大学大学院医学研究科 小児科学⁶、京都府立医科大学 泌尿器科学教室⁷、
京都府立医科大学 病理学教室⁸、京都府立医科大学 放射線医学教室⁹

0-18 染色体早期解離／多彩異数性モザイク症候群
(PCS／MVA症候群)の1例

久保田 憶¹、棚橋 裕吉¹、久綱 雅也¹、池田 菜央¹、池田 隆展¹、土屋 充輝¹、
川村 謙士¹、廣瀬 裕子¹、牛尾 貴輔¹、芳澤 暢子¹、那須 初子¹、市川新太郎¹、
福岡 麻由³、比良 洸太²、馬場 聡³、坂口 公祥²、五島 聡¹

浜松医科大学医学部附属病院 放射線診断科¹、浜松医科大学医学部附属病院 小児科²、
浜松医科大学医学部附属病院 病理部³

17:00～17:50 セッション5 隣2 (5題)

座 長 五島 聡 (浜松医科大学 放射線診断学講座)
病理コメンテーター 井口みつこ (高知大学医学部附属病院 病理診断部)

0-19 皮疹を契機に発見されたIntraductal papillary mucinous carcinomaの1例

加賀 徹郎¹、野田 佳史¹、河合 信行¹、松尾 政之¹、久野 真史²、村瀬 勝俊²、
手塚 隆一³、岩下 拓司³、市来 尚久⁴、小林 一博⁵、酒々井夏子⁵、宮崎 龍彦⁵

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器外科²、岐阜大学 第一内科³、岐阜大学 皮膚科⁴、
岐阜大学 病理診断科⁵

0-20 子宮平滑筋腫 (Mitotically active leiomyoma) の臍転移と
考えられた1例

橋本 怜¹、佐野 勝廣¹、椎名秀一朗²、福村 由紀³、村上 康二¹、桑鶴 良平¹

順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線診断学講座¹、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 人体病理病態学³

0-21 画像検査で長期的に経過を追うことができた破骨細胞型巨細胞
腫瘍の1例

高山 裕章¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、調 憲²、播本 憲史²、渡辺 亮²、
塚越真梨子²、吉田 由佳³、石井 範洋²、萩原 慶²、山中 崇弘²

群馬大学医学部 放射線診断核医学¹、群馬大学医学部 総合外科学講座 肝胆膵外科²、
群馬大学医学部 病態病理学分野³

0-22 臍尾部嚢胞性病変へのEUS-FNAを契機に発症した黄色肉芽腫性
臍炎の1例

権田 拓郎¹、三好 秀直¹、北尾慎一郎¹、夕永 裕士¹、椋田奈保子¹、村上 敦史¹、
平元 大貴¹、藤井 進也¹、桑本 聡史²

鳥取大学医学部 統合内科医学講座 画像診断治療学分野¹、鳥取大学医学部 病理学講座²

0-23 破骨型多核巨細胞を伴う退形成性臍癌の1例

小塩 喜直、林 香奈、左合はるな、秦野 基貴、堀部 晃弘、吉安 裕樹、
白木 法雄、佐々木 繁、原 眞咲

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 放射線診断科

18:00~18:50 イブニングセミナー

『CT・MRIの最新技術は本当に臨床に落とし込めるのか？
～実臨床経験豊富な先生方に聞く～』

共催：GEヘルスケア・ジャパン株式会社

座長：新本 弘（防衛医科大学校 放射線医学講座）

『Dual Energy CT:臨床応用の可能性と課題, 将来展望』

演者：山田 哲（信州大学医学部 画像医学教室）

『ディープラーニング画像再構成技術AIR™ Recon DLの使用経験から』

演者：奥田 茂男（慶應義塾大学医学部 放射線科学教室（診断））

口演 6月25日(土)

8:00~8:30 セッション6 消化管・腸間膜・脾臓 (3題)

座 長 田中優美子 (がん研有明病院 画像診断部)
病理コメンテーター 中嶋 絢子 (社会医療法人近森会 近森病院 病理診断科)

○-24 広汎子宮全摘後の遊離尿管にS状結腸が嵌入して内ヘルニアを生じた1例

高橋 叶衣、上田 和彦、田中優美子、藤原 良将、寺内 隆司
がん研有明病院 画像診断部

○-25 脾門部に生じたsolitary fibrous tumorの1例

村山 僚¹、藤田 展宏¹、牛島 泰宏¹、岡本 大佑¹、糸山 昌宏¹、山本 猛雄²、
小田 義直²、中村 雅史³、石神 康生¹

九州大学大学院 医学研究院 臨床放射線科¹、九州大学大学院 医学研究院 形態機能病理学²、
九州大学大学院 医学研究院 臨床・腫瘍外科³

○-26 直腸癌術後に出現した、増大する脾vascular lesionの1例

小林 祐介¹、森川 友郎¹、桐山 郁子¹、菅原 敬文¹、谷口 緑²、寺本 典弘²、
御厨 美洋³、大田 耕司³、谷川 和史³、小島 誉也³

国立病院機構 四国がんセンター 放射線診断科¹、国立病院機構 四国がんセンター 病理科²、
国立病院機構 四国がんセンター 消化器外科³

8:40~9:30 モーニングセミナー

共 催：シーメンスヘルスケア株式会社

座長：松本 知博 (高知大学 医学部医学科 放射線医学講座)

『最新型single source CTが日常臨床に与える影響』

演者：吉田 守克 (吉田クリニック)

『腹部骨盤領域における新技術の使用経験：臨床医の独り言』

演者：梅岡 成章 (日本赤十字社 和歌山医療センター 放射線診断科)

9:50~10:40 セッション7 後腹膜 (5題)

座 長 祖父江慶太郎 (神戸大学医学部附属病院 放射線診断・IVR科)
病理コメンテーター 中嶋 絢子 (社会医療法人近森会 近森病院 病理診断科)

○-27 脾癌転移との鑑別が困難であった片側副腎結核の1例

徳永 幸史¹、中村 悠理¹、櫻田 紘基¹、油谷 英孝¹、矢嶋 諒¹、河村 晃¹、
山田 浩史¹、前田 力¹、横山 智至²、小野 一雄³、梅岡 成章¹

日本赤十字社 和歌山医療センター 放射線診断科¹、日本赤十字社 和歌山医療センター 外科²、
日本赤十字社 和歌山医療センター 病理診断科³

0-28 副腎原発angiosarcomaの1例

深谷 有¹、永井 圭一¹、遠山 淳子¹、後藤多恵子¹、堀田 直秀¹、福島 曜²、
中島 広聖³

一宮市立市民病院 放射線診断科¹、一宮市立市民病院 呼吸器内科²、
一宮市立市民病院 病理診断科³

0-29 脂肪を含有した後腹膜神経節細胞腫の1例

伊藤 純二¹、與儀 聡子¹、西江 昭弘¹、玉城 智子²、齋藤 誠一³

琉球大学大学院医研究科 放射線診断治療学講座¹、琉球大学大学院医研究科 腫瘍病理学講座²、
琉球大学大学院医研究科 腎泌尿器外科学講座³

0-30 膵嚢胞性腫瘍との鑑別を要した膵周囲神経鞘腫の1例

河合 信行¹、野田 佳史¹、金子 揚¹、加賀 徹郎¹、深田 真宏²、村瀬 勝俊²、
今泉 裕子³、金山 知弘³、松尾 政之¹

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器外科²、岐阜大学 病理診断科³

0-31 腹部大動脈ステントグラフト留置部に生じた類上皮血管肉腫の1例

國弘 泰裕、鴨志田久美、栗延 孝至、横山 史崇、荒木 潤子

東京都立多摩総合医療センター 放射線科

10:50~12:00 セッション8 大会長公募症例：消化器（9題）

座	長	小山 貴	(倉敷中央病院 放射線診断科)
		藤永 康成	(信州大学医学部 画像医学教室)
病理コメンテーター		倉林 睦	(高知大学医学部 病理学講座)
		中嶋 絢子	(社会医療法人近森会 近森病院 病理診断科)

0-32 膵intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) の7例

仲谷 元^{1,2}、中井 雄大¹、渡谷 岳行¹、石田 尚利¹、渡邊 祐亮¹、五ノ井 渉¹、
田中麻理子³、牛久 哲男³、有田 淳一⁴、長谷川 潔⁴、阿部 修¹

東京大学医学部附属病院 放射線科¹、順天堂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 病理部³、東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科⁴

0-33 異なる画像所見を呈した膵IOPN (Intraductal oncocytic papillary neoplasm) の2例

高橋 真依¹、山口 尊¹、祖父江慶太郎¹、上嶋 英介¹、上野 嘉子¹、堀 雅敏¹、
小松 正人²、村上 卓道¹

神戸大学医学部附属病院 放射線診断・IVR科¹、神戸大学医学部附属病院 病理診断科²

0-34 膵intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) CT・MRI所見: 6症例の検討

中野 翼¹、福倉 良彦¹、恵島 史貴¹、鮎川 卓朗¹、長谷川知仁¹、平原 充穂¹、
神崎 史子¹、吉浦 敬¹、東 美智代²、蔵原 弘³

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 放射線診断治療学分野¹、
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 病理学分野²、
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 消化器・乳腺甲状腺外科学分野³

0-35 膵IOPNの4例

佐藤 圭亮、高山 幸久、浦川 博史、伊東 絵美、田中 慎二、吉満 研吾
福岡大学医学部 放射線科教室

0-36 IOPNの1例

児玉 芳尚¹、櫻井 康雄¹、山口 紅¹、渡辺 祈一¹、鈴木 純¹、潟沼 朗生²、
金 俊文²、安保 義恭³、高田 実³、篠原 敏也⁴、太田 聡⁴、大森 優子⁵
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、東北大学大学院医学系研究科 病態病理学分野⁵

0-37 主膵管内への上皮内進展を伴った膵intraductal oncocytic papillary neoplasmの1例

亀田 有紗¹、南口貴世介¹、丸上 永晃¹、長井美奈子²、庄 雅之²、前防 克也³、
内山 智子³、田中 利洋¹

奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座¹、奈良県立医科大学 消化器・総合外科²、
奈良県立医科大学 病理診断学講座³

0-38 膵管内オンコサイト型乳頭状腫瘍の1例

田代 祐基¹、栗原 真南¹、小竹 晃生¹、永井 京子¹、竹山 信之¹、堀 祐郎¹、
橋本 東児¹、岩橋 健太²、長濱 正亞²、上田 康雄³、楯 玄秀³、小川 高史³

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

0-39 網嚢内穿破を伴った膵Intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) の1例

光野 重芝¹、有蘭 茂樹¹、石川 翔¹、吉田 篤史¹、岡 祥次郎¹、藤本 順平¹、
山本 有香¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、阪口 怜奈¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、
安藤久美子¹、山根登茂彦¹、北村 好史²、高橋 加奈³、原 重雄³、石藏 礼一¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 外科・移植外科²、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科³

0-40 膵 intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) の1例

影山 咲子¹、大森 優子²、森 菜緒子¹、前川 由依¹、齊藤美穂子¹、古川 徹²、
高瀬 圭¹

東北大学病院 放射線診断科¹、東北大学大学院医学系研究科 病態病理学分野²

口演 6月25日(土)

12:00~12:10 クイズ症例優秀者表彰

12:20~13:10 ランチョンセミナー2

共催：富士製薬工業株式会社

座長：吉満 研吾（福岡大学医学部 放射線医学教室）

『肝手術数日本一の日本大学で施行された肝切除症例から学ぶ肝癌と肝実質の画像診断』

演者：岡田 真広（日本大学医学部 放射線医学系 放射線医学分野）

13:20~13:50 打田賞受賞講演・表彰

座長：陣崎 雅弘（慶應義塾大学医学部 放射線科学教室（診断））

：山上 卓士（高知大学医学部 放射線診断・IVR学講座）

口演（消化器系部門）

肺動脈性肺高血圧症に対するプロスタサイクリン持続静注療法中に出現した
脾腫大の1例

京都大学医学部大学院 放射線医学講座（画像診断学・核医学） 染矢 祐子

口演（泌尿生殖器部門）

Congenital capillary proliferation of the kidneyと診断された腎腫瘍
の1例

佐賀大学医学部 放射線科 山口 健

展示（消化器系部門）

高ADC値を示した脾過誤腫の1例

東京慈恵会医科大学附属病院 放射線診断学 禹 潤

展示（泌尿生殖器部門）

子宮付属器に生じた4例のpolypoid endometriosisのMRI所見

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） 矢嶋 諒

13:50~14:00 ACAR2023告知

14:00~14:15 JSAR総会

14:25~15:15 ティータイムセミナー2

『Philips MR/CTが実現する腹部画像診断アップデート』

共催：株式会社フィリップス・ジャパン

座長：竹原 康雄（名古屋大学大学院医学系研究科新規低侵襲画像診断法基盤開発研究寄附講座）

『上腹部Motion Free MRIへの挑戦』

演者：野田 佳史（岐阜大学医学部附属病院）

『腹部CTで役立つRetrospective Spectral Imaging』

演者：永山 泰教（熊本大学病院）

15:35~16:25 セッション9 肝1・胆道・胆嚢（5題）

座長 伊東 克能（山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座）
病理コメンテーター 倉林 睦（高知大学医学部 病理学講座）

O-41 下部胆管原発の癌肉腫の1例

向井田瑛佑¹、田村 明生¹、加藤 健一¹、吉岡 邦浩¹、西谷 匡央²、上杉 憲幸²、菅井 有²、春日井 聡³、武田 大樹⁴、菅野 将史⁴、片桐 弘勝⁴、新田 浩幸⁴
岩手医科大学 放射線医学講座¹、岩手医科大学 病理診断学講座²、
岩手医科大学 内科学講座消化器内科消化管分野³、岩手医科大学 外科学講座⁴

O-42 胆管内腫瘍栓を病変の主座とした肝細胞癌の1例

津崎 盾哉¹、曾我 茂義¹、鈴木 達也¹、横山 陽一¹、奥田 茂男¹、阿部 雄太²、岩崎 栄典³、尾島 英知⁴、陣崎 雅弘¹
慶應義塾大学医学部 放射線科学教室（診断）¹、慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科²、
慶應義塾大学医学部 消化器内科³、慶應義塾大学医学部 病理学教室⁴

O-43 胆管腺線維腫の悪性転化が疑われた肝内胆管癌の1例

金丸 訓子¹、中井 雄大¹、張 申逸¹、中尾 貴祐¹、渡谷 岳行¹、日向 宗利²、赤松 延久³、牛久 哲男²、長谷川 潔³、阿部 修¹
東京大学医学部附属病院 放射線科¹、東京大学医学部附属病院 病理部²、
東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科³

O-44 広範な門脈腫瘍栓を形成した肝神経内分泌腫瘍の1例

桑鶴 良季¹、佐野 勝廣¹、永松 洋明²、大場 大³、齋浦 明夫³、福村 由紀⁴、村上 康二¹、桑鶴 良平¹
順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線診断学講座¹、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科学講座²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器外科学講座³、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 人体病理学講座⁴

O-45 肝副腎癒合に関連する副腎上皮嚢胞由来の腺癌の1例

阿久津 陽¹、那須 克宏¹、堀越 琢郎¹、高地 祐輔²、岸本 充²、高屋敷 吏³、
大塚 将之³、宇野 隆⁴

千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、千葉大学大学院医学研究院 病態病理学²、
千葉大学医学部附属病院 肝胆膵外科³、千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁴

16:35~17:15 セッション10 肝2 (4題)

座 長 小林 聡 (金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 量子医療技術学講座)
病理コメンテーター 倉林 睦 (高知大学医学部 病理学講座)

O-46 oncocytic type IPNBの1例

山本浩太郎¹、佐野 勝廣¹、福村 由紀²、寺澤 無我³、齋浦 明夫³、桑鶴 良平¹、
青木 茂樹¹

順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線診断学講座¹、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科²、順天堂大学医学部附属順天堂医院 肝胆膵外科³

O-47 胆管拡張を示し悪性腫瘍との鑑別を要した肝サルコイドーシスの1例

池谷 美穂¹、市川 智章¹、渋谷 圭¹、江原 雅之¹、山崎 勇一²、山中 崇弘³、
松村 望⁴、調 憲³、対馬 義人¹

群馬大学医学部附属病院 核医学科¹、群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科²、
群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科³、群馬大学医学部附属病院 病理部⁴

O-48 著明な多血像を呈した遺残胆管板様構造を有する肝内胆管癌の1例

小坂 一斗、北川 泰地、齋藤 裕己、柴山 千明、松原 崇史、五十嵐沙耶、
米田 憲秀、北尾 梓、小林 聡、蒲田 敏文
金沢大学 放射線部

O-49 腸骨動静脈瘻形成によって急速に肝リンパ浮腫をきたした1例

長谷聡一郎、中川 達生、津村 康介、岩井 健司
社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 川崎大動脈センター血管内治療科

17:15~17:20 閉会の辞

ポスター発表 肝臓・胆嚢

審査員：児玉 芳尚 (手稲溪仁会病院 放射線診断科)

P-1 肝原発悪性中皮腫の一例

清水 翔¹、穴井 洋¹、濱田 隼一²、中瀬 有遠²、菅沼 泰²、島田 啓司³、
伊藤 博文¹、日高 晶子¹、南口貴世介⁴、丸上 永晃⁴、西本 優子⁵、大林 千穂⁶
市立奈良病院 放射線科¹、市立奈良病院 消化器外科²、市立奈良病院 病理診断科³、
奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学⁴、奈良県総合医療センター 放射線科⁵、
奈良県立医科大学 病理診断学⁶

P-2 EOB-MRIの肝細胞相で腫瘤周囲に広範な低信号域を呈した肝内胆管癌の1例

熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、加賀谷理紗¹、河合 雄一¹、館 靖¹、森 雄司¹、
高田 莉央²、藤野 雅彦²、鈴木 啓史¹、荒川 拓也³
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 放射線診断科¹、
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 病理²、
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 外科³

P-3 肝細胞癌と肝原発神経内分泌癌が混在した肝腫瘍の1例

亀田 貞徳¹、山室 博¹、児玉江里子¹、遠藤じゅん¹、平林 健一²、中野 明³、
市川 珠紀¹、中郡 聡夫³、橋本 順¹
東海大学医学部附属病院 画像診断科¹、東海大学医学部附属病院 病理診断科²、
東海大学医学部附属病院 一般外科³

P-4 肝嚢胞腺癌との鑑別が困難であった出血性肝嚢胞の1例

小宮 英朗¹、尾崎 公美¹、木村 浩彦¹、田海 統之²、小練 研司²、村上 真²、
五井 孝憲²、木村 純也³、樋口 翔平³、今村 好章³
福井大学医学部 放射線科¹、福井大学医学部 消化器外科²、福井大学医学部 病理診断科³

P-5 肝内胆管に発生した神経内分泌癌の1例

成田 晶子¹、竹原 有美¹、山本 貴浩¹、山路真也子¹、井上 匡央²、佐藤 啓³、
太田 豊裕¹、鈴木耕次郎¹
愛知医科大学 放射線医学講座¹、愛知医科大学 肝胆膵内科²、愛知医科大学病院 病理診断科³

P-6 硬化性胆管炎に併発した肝炎症性偽腫瘍の1例

出雲崎 晃¹、野島 浩司¹、絹谷 啓子¹、堀地 悌¹、北川 清秀¹、林 洸太郎²
富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院 放射線科¹、
富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院 消化器内科²

ポスター発表 消化管・腸間膜・腹腔

審査員：古川 顕 (東京都立大学 健康福祉学部 放射線学科)

P-7 “Puffer Ball on a String”のような形態の破裂LAMNの1例

山崎美保子¹、張 申逸²、仲谷 元³、木村 一史¹、大野 仁司¹、相田 久美⁴、
荻野 健夫⁵

埼玉石心会病院 放射線科¹、虎の門病院 放射線診断科²、東京大学医学部附属病院 放射線科³、
埼玉石心会病院 病理診断科⁴、埼玉石心会病院 外科⁵

P-8 ヨード造影剤のアレルギー反応に伴い十二指腸・空腸の血管性浮腫を示した1例

岸本 理和¹、尾松 徳彦¹、今井 礼子²、小畠 隆行¹、東 達也¹

QST病院・量研機構 画像診断課¹、QST病院・量研機構 治療課²

P-9 小腸腸間膜脈管奇形の1例

織田 潮人¹、吉田 美貴²、益岡 壮太¹、檜山 貴志¹、佐々木智章¹、久野 博文¹、
斉藤 仁昭³、飯嶋 達夫³、児山 健²、小林 達伺¹

国立がん研究センター東病院 放射線診断科¹、
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 放射線診断科・IVR²、
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 病理診断科³

P-10 鼠径部膨隆を契機に発見され、捻転をきたした大網線維形成性小円形細胞腫の1例

橋本 彩¹、竹田 利明¹、里吉 哲太²、長田 俊一²、加藤 洋³

大船中央病院 画像診断部¹、大船中央病院 外科²、大船中央病院 病理診断科³

P-11 肝門部に発生した類血管腫型線維性組織球腫 (myxoid variant) の1例

木戸 歩¹、佐貫 史明²、西村 広健²、外園 英光¹、神吉 昭彦¹、山本 亮¹、
玉田 勉¹

川崎医科大学 放射線診断学¹、川崎医科大学 病理学²

P-12 演題取下げ

ポスター発表 腎①

審査員：高橋 哲（愛仁会高槻病院 イメージングリサーチセンター）

P-13 転座型腎細胞癌の2例

外園 英光、神吉 昭彦、木戸 歩、山本 亮、玉田 勉
川崎医科大学 放射線診断学教室

P-14 腎Renomedullary interstitial cell tumorの1例

山本 聖人¹、杉本亜沙美¹、金子 知弘¹、重里 寛¹、中井 豪¹、山本 和宏¹、
稲元 輝生²、川畑 茂³、大須賀慶悟¹
大阪医科薬科大学 放射線診断学教室¹、大阪医科薬科大学 泌尿器科学教室²、
大阪医科薬科大学 病理学教室³

P-15 腎皮質壊死の1例 -病態生理と画像所見の考察-

羽賀すみれ¹、古田 昭寛¹、伊藤 久尊¹、大倉 良太¹、宇都宮友輔¹、金 賢真¹、
小濱さゆり¹、西尾 直子¹、舌野 富貴¹、山内 盛敬¹、前倉 拓也¹、森 暢幸¹、
塩崎 俊城¹、古賀 健一²、中川江里子³
大阪赤十字病院 放射線診断科¹、大阪赤十字病院 腎臓内科²、大阪赤十字病院 産婦人科³

P-16 AMLECの初期像として単房性腎嚢胞を呈した1例

藤本 憲吾、佐野村隆行、田中 賢一、西山 佳宏
香川大学医学部 放射線医学講座

P-17 特徴的な画像所見を呈した腎粘液管状紡錘細胞癌の1例

年森 亘¹、松田 恵¹、海老原るい¹、津田 孝治¹、城戸 輝仁¹、谷脇 真潮²、
北澤 理子²、新井 明那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 病理部²、
愛媛大学医学部附属病院 泌尿器科³

ポスター発表 腎②

審査員：秋田 大宇（慶應義塾大学医学部 放射線科学教室（診断））

P-18 腎Mixed epithelial and stromal tumor (MEST) の2例

尾谷 智史¹、森島 裕策¹、木戸 晶¹、佐野 剛視²、小林 恭²、南口早智子³、
松本 優香¹、倉田 靖桐¹、樋本 祐紀¹、藤本 良太⁴、中本 裕士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、京都大学大学院医学研究科 病理診断科³、
京都市立病院 放射線診断科⁴

P-19 コハク酸脱水素酵素 (succinate dehydrogenase: SDH) 欠損性腎細胞癌の1例

山下 直生¹、里上 直衛¹、早川 延幸¹、藤本 良太¹、牧田 哲幸²、清川 岳彦²、尾松 颯³、岸本 光夫³

京都市立病院 放射線診断科¹、京都市立病院 泌尿器科²、京都市立病院 病理診断科³

P-20 男性に発症した腎悪性mixed epithelial and stromal tumor (MEST) の1例

高司 亮¹、浅山 良樹¹、澁谷 忠正²、秦 聡孝²、駄阿 勉³

大分大学医学部 放射線医学講座¹、大分大学医学部 腎臓外科泌尿器科学講座²、大分大学医学部 診断病理学講座³

P-21 傍糸球体細胞腫の1例

山元 龍哉¹、河野 敦¹、駒井 好信²、米瀬 淳二²、稲村健太郎³

がん研究会有明病院 画像診断部¹、がん研究会有明病院 泌尿器科²、がん研究会有明病院 病理部³

ポスター発表 子宮

審査員：桑鶴 良平 (順天堂大学医学部 放射線診断学講座)

P-22 低悪性度子宮内膜間質肉腫のMRI像の把握、及び臨床的問題点との関連性の考察

樋本 祐紀¹、木戸 晶¹、坂田 昭彦¹、森島 裕策¹、倉田 靖桐¹、鈴木 彩子²、松村 謙臣²、舌野 富貴³、川原 清哉⁴、久保 滋人⁵、梅岡 成章⁶、南口早智子⁷、万代 昌紀⁸

京都大学医学部附属病院 放射線診断科¹、近畿大学医学部 産科婦人科学教室²、日本赤十字社大阪赤十字病院 放射線診断科³、日本赤十字社大津赤十字病院 放射線科⁴、北野病院 放射線診断科⁵、日本赤十字社和歌山医療センター 放射線診断科⁶、京都大学医学部附属病院 病理診断科⁷、京都大学医学部 婦人科学産科学教室⁸

P-23 扁平上皮への分化を伴う子宮体部類内膜癌のダイナミックMRI所見の検討

竹内麻由美¹、松崎 健司³、坂東 良美²、原田 雅史¹

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

P-24 子宮体部に発生したmesonephric-like adenocarcinomaの2例

周藤 壮人¹、加藤 博基¹、早崎 容²、古井 辰郎²、森重健一郎²、金山 知弘³、波多野裕一郎³、松尾 政之¹

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 産婦人科²、岐阜大学 病理診断科³

P-25 付属器悪性腫瘍との鑑別に苦慮した漿膜下子宮筋腫から発生した平滑筋肉腫の1例

伊藤 浩一¹、扇 和之¹、笠井 靖代²、山田 学²、熊坂 利夫³、堀 千紗³、
宮本 信吾⁴、横手 宏之¹、山下 晶祥¹、佃 俊二¹、樋口 智博¹、菊岡 吉朗¹、
原田正比古¹、川上 直樹¹

日本赤十字社医療センター 放射線科¹、日本赤十字社医療センター 産婦人科²、
日本赤十字社医療センター 病理部³、日本赤十字社医療センター 化学療法科⁴

P-26 MRIによる形態評価が術前診断に有用であった子宮頸管型腺筋腫の1例

山本 貴浩¹、越川 優¹、山路真也子¹、池田 秀次¹、鈴木耕次郎¹、若槻 明彦²、
佐藤 啓³

愛知医科大学病院 放射線医学講座¹、愛知医科大学病院 産婦人科²、
愛知医科大学病院 病理診断科³

P-27 子宮広間膜由来のpolypoid endometriosisの1例

金井 貴宏¹、宗近 次朗¹、萩原 遼太¹、樋口 舞香¹、関本 篤人¹、今井 里香¹、
佐伯 美帆¹、竹内 愛弓¹、長谷川春菜子¹、阿部 亮介¹、甲斐 亮三¹、石塚久美子¹、
清野 哲孝¹、扇谷 芳光¹、小瀧 千尋²、三村 貴志²、九島 巳樹³

昭和大学医学部 放射線医学講座 放射線科学部門¹、昭和大学医学部 産婦人科学講座²、
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座³

ポスター発表 泌尿器①

審査員：丸上 永晃 (奈良県立医科大学 中央放射線部)

P-28 前立腺周囲静脈へのハイドロゲル迷入をきたした2例

森阪 裕之、萬利乃 寛、大西 洋

山梨大学医学部 放射線科

P-29 膀胱癌術後遠隔期の神経周囲進展に伴うびまん性筋肉転移が同定できた1例

関根 鉄朗¹、本多 良充¹、木全 亮二²、山根 彩¹、市川 太郎¹、許田 典男³、
汲田伸一郎⁴

日本医科大学 武蔵小杉病院 放射線科¹、日本医科大学 武蔵小杉病院 泌尿器科²、
日本医科大学 武蔵小杉病院 病理診断科³、日本医科大学 放射線科⁴

P-30 精嚢癌の1例

竹山 信之¹、太田 道也²、楯 玄秀³、山岸 元基²、谷藤 暁²、下山 英明²、
今村雄一郎²、太田 朋花²、田代 祐基¹、小竹 晃生¹、橋詰 典弘⁴、藤澤 英文⁴、
永井 京子¹、栗原 真南¹、堀 祐郎¹、橋本 東児¹、一村 侑樹²、新倉 彩菜²、
小串 佑太²、佐々木春明²

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 泌尿器科²、
昭和大学藤が丘病院 病理診断科³、昭和大学横浜市北部病院 放射線科⁴

P-31 部分的な増大傾向を認めた副腎オンコサイトーマの1例

金谷 麻央¹、小林 佳子¹、寺山 昇¹、林 典宏²、三輪 重治³、林 伸一³
高岡市民病院 放射線診断科¹、高岡市民病院 泌尿器科²、高岡市民病院 病理診断科³

P-32 低悪性度尿膜管粘液性嚢胞性腫瘍由来の腹膜偽粘液種の1例

先間 泰史¹、杉浦 弘明¹、濱本 耕平¹、江戸 博美¹、岡崎 路子¹、濱邊布美子¹、
見越 綾子¹、岡野 孔亮¹、森村 文雄¹、津田 正喜¹、鷺見 孔治¹、玉田宗一郎¹、
伊藤 敬一²、田地 一欽²、瀬川 裕平²、松熊 晋³、緒方 衝³、佐藤 周子³、
新本 弘¹
防衛医科大学校病院 放射線科¹、防衛医科大学校病院 泌尿器科²、
防衛医科大学校病院 臨床検査医学³

ポスター発表 泌尿器②

審査員：吉廻 毅（島根大学医学部 放射線科）

P-33 膿瘍形成を伴う女性原発性尿道憩室腺癌の1例

中山かおり¹、斉藤 彰俊¹、渡邊 裕陽¹、遠山 敬司¹、小山 敏雄²、大西 洋³
山梨県立中央病院 放射線科¹、山梨県立中央病院 病理診断科²、
山梨大学医学部附属病院 放射線科³

P-34 原発性精嚢癌の1例

益岡 壮太¹、織田 潮人¹、檜山 貴志¹、佐々木智章¹、久野 博文¹、矢嶋 習吾²、
増田 均²、宮崎 里織³、渡邊 麗子³、小林 達伺¹
国立がん研究センター東病院 放射線診断科¹、
国立がん研究センター東病院 泌尿器・後腹膜腫瘍科²、
国立がん研究センター東病院 病理・臨床検査科³

P-35 前立腺粘液腺癌の1例

河野 洋佑、三好 啓介、田辺 昌寛、伊東 克能
山口大学医学部 臨床医学系放射線医学講座

P-36 術前診断に苦慮した特発性肉芽腫性精巣炎の1例

岡 祥次郎^{1,2,3}、光野 重芝¹、有菌 茂樹¹、石川 翔¹、吉田 篤史¹、藤本 順平¹、
山本 有香¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、安藤久美子¹、
石藏 礼一¹、萩本 裕樹³、山下 大祐²、原 重雄²
神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科²、神戸市立医療センター中央市民病院 泌尿器科³

P-37 CTで病変を指摘可能であった腎盂アミロイドーシスの2例

石川 翔¹、有蘭 茂樹¹、吉田 篤史¹、岡 祥次郎¹、藤本 順平¹、山本 有香¹、
光野 重芝¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、阪口 玲奈¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、
安藤久美子¹、山根登茂彦¹、阿部 陽平²、堤 尚史²、山口 貴子³、西野 彰悟³、
原 重雄³、石藏 礼一¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 泌尿器科²、神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科³

P-38 10代後半で発症した副腎原発神経節芽細胞腫の1例

中本 篤¹、大西 裕満¹、坪山 尚寛¹、太田 崇詞¹、福井 秀行¹、矢野 圭悟¹、
本田 亨¹、木曾 建吾¹、巽 光朗¹、福原慎一郎²、梅田 大介³、森井 英一³、
富山 憲幸¹

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 器官制御外科学講座 泌尿器科学²、
大阪大学大学院医学系研究科 病態病理学講座³

P-39 嚢胞状前立腺癌12例の検討

伊藤 久尊¹、古田 昭寛¹、中下 悟²、小山 貴²、尾谷 智史³、森畠 裕策³、
木戸 晶³、徳永 幸史⁴

大阪赤十字病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 放射線診断科²、
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)³、
日本赤十字社和歌山医療センター 放射線診断科⁴

P-40 膀胱に生じた炎症性筋線維芽細胞腫瘍の1例

萩原 遼太、宗近 次朗、今井 里香、関本 篤人、樋口 舞香、佐伯 美帆、
金井 貴宏、竹内 愛弓、長谷川春菜子、阿部 亮介、甲斐 亮三、石塚久美子、
清野 哲孝、扇谷 芳光

昭和大学医学部 放射線医学講座 放射線科学部門

P-41 成熟奇形腫より発生した卵巣由来粘液癌の1例

熱川奈津子¹、中井 豪¹、大村 尚子¹、山本 和宏¹、山田 隆二²、大道 正英³、
大須賀慶悟¹

大阪医科薬科大学 放射線診断学教室¹、大阪医科薬科大学 病理学教室²、
大阪医科薬科大学 産婦人科学教室³

P-42 腔式子宮全摘後の骨盤底部に発生した、NTRK3-rearrangementを有する分類不能肉腫

高田 章代¹、錦見 恭子²、原田 桜子³、松坂 恵介³、宇野 隆⁴

千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、千葉大学医学部附属病院 産婦人科²、
千葉大学医学部附属病院 病理診断科³、千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁴

P-43 内膜症性嚢胞に合併した卵巣癌肉腫の1例

福井 修一¹、中園 貴彦¹、山口 健¹、入江 裕之¹、横山 正俊²、相島 慎一³

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

P-44 短期間での自然退縮が認められたSwyer症候群における性腺芽腫の1例

石黒 聡尚¹、天野 太史²、齋田 司¹、板垣 博也³、坂本 規彰⁴、森 健作¹、
中島 崇仁¹

筑波大学医学医療系 放射線診断・IVR科¹、筑波大学附属病院 放射線診断・IVR科²、
筑波大学附属病院 婦人・周産期診療科³、筑波大学医学医療系 診断病理学研究室⁴

ポスター発表 脾臓・その他

審査員：阿保 斉（富山県立中央病院 放射線診断科）

P-45 電撃性紫斑病、脾梗塞を呈したCapnocytophaga canimorsus感染症の1例

田中 賢一、則兼 敬志、今上 雅史、藤本 憲吾、佐野村隆行、山本 由佳、
西山 佳宏

香川大学医学部 放射線医学講座

P-46 外陰部に発生した粘液炎症性線維芽細胞肉腫の1例

久保 滋人¹、馬 永萍¹、伊藤 玲佳¹、伊藤 俊亮¹、井上依里香¹、原田 公美¹、
岡澤 藍夏¹、糟谷 誠¹、澤田 健¹、芝田 豊通¹、上野 誠¹、本庄 原²、
奥村 亮介¹、石守 崇好¹

北野病院 放射線科¹、北野病院 病理診断科²

P-47 吸気時と呼気時CTによる正中弓状靱帯の呼吸性変動評価

井上 明星¹、茶谷 祥平¹、今井 勇伍¹、大田 信一²、渡邊 嘉之¹

滋賀医科大学 放射線医学講座¹、長浜赤十字病院 放射線科²

ポスター発表 膵①

審査員：大田 信一（滋賀医科大学 放射線医学講座）

P-48 炎症併発のためIPMCと鑑別困難だったIPMAの1例

尾崎 公美¹、小宮 英朗¹、小練 研司²、樋口 翔平³、伊藤 和美³、田海 統之²、村上 真²、五井 孝憲²、木村 浩彦¹

福井大学医学部 病態解析医学講座放射線医学¹、福井大学医学部 第一外科²、福井大学医学部 病理診断科³

P-49 術前診断に苦慮した膵mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasmの1例

吉田 篤史¹、光野 重芝¹、有薊 茂樹¹、石川 翔¹、岡 祥次郎¹、藤本 順平¹、山本 有香¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、安藤久美子¹、山根登茂彦¹、西野 彰悟²、原 重雄²、石藏 礼一¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科²

P-50 膵過誤腫の1例

星合 壮大¹、小田 竜也²、松岡 亮太³、中島 崇仁¹

筑波大学 放射線診断・IVR科¹、筑波大学 消化器外科²、筑波大学 診断病理学³

P-51 pNETと鑑別困難であったsolid type の膵漿液性嚢胞腫瘍の1例

武内 嵩¹、宇野 隆²、藤本 肇²、那須 克宏²、堀越 琢郎¹、阿久津 陽¹、大塚 将之³、三島 敬³、高地 祐輔⁴

千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、千葉大学大学院 医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学²、千葉大学大学院 医学研究院 臓器制御外科学³、千葉大学大学院 医学研究院 病態病理学⁴

P-52 空腸間膜内異所性膵の1例

森本 毅¹、木村 裕介²、藤川あつ子¹、三村 秀文¹

聖マリアンナ医科大学 放射線医学講座¹、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 放射線科²

ポスター発表 膵②

審査員：松枝 清（がん研究会有明病院 超音波診断・IVR部）

P-53 2型自己免疫性膵炎の1例

安藤 沙耶¹、佐藤 敏之¹、山内 雄揮²、川村 仁美¹、梅花 優貴¹、諸岡 紳¹、伊藤 秀一¹、岡野 拓¹、田中 宏明¹、松原菜穂子¹、川端 和奈¹、金柿 光憲¹、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 消化器内科²

P-54 膵管門脈瘻の一例

齋藤 裕己、西村 健太、奥村健一郎、五十嵐紗耶、井上 大、小坂 一斗、
小林 聡、蒲田 敏文
金沢大学附属病院 放射線科

P-55 卵殻状石灰化を呈した膵仮性嚢胞の1例

宗近 次朗¹、萩原 遼太¹、今井 里香¹、樋口 舞香¹、佐伯 美帆¹、金井 貴宏¹、
竹内 愛弓¹、長谷川春菜子¹、石塚久美子¹、扇谷 芳光¹、矢持 淑子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

P-56 巨大な膵腺房細胞癌の1例

南 哲弥¹、西野 有香¹、土屋 紘一¹、的場 宗孝¹、上田 順彦²、三浦 聖子²、
宮下 知治²、高村 博之²、山田 壮亮³
金沢医科大学 放射線科¹、金沢医科大学 一般・消化器外科²、金沢医科大学 臨床病理学³

P-57 Follicular pancreatitisの2例

岩崎 莉瑛¹、原留 弘樹¹、田島 弘²、五十嵐一晴²、一戸 昌明³、高橋 博之³、
奥脇 興介⁴、井上 優介¹、隈元 雄介²、村雲 芳樹³、草野 央⁴
北里大学病院 放射線診断科¹、北里大学病院 一般・消化器外科²、北里大学病院 病院病理学³、
北里大学病院 消化器内科⁴

P-58 Somatostatin receptor scintigraphyにて集積を示した腎細胞癌膵転移の1例

大木 一剛¹、五十嵐隆朗¹、禹 潤¹、矢ヶ部浩之¹、岩谷 洸介²、後町 武志³、
岩本 雅美⁴、尾尻 博也¹
東京慈恵会医科大学 放射線医学講座¹、東京慈恵会医科大学 泌尿器科²、
東京慈恵会医科大学 外科学講座³、東京慈恵会医科大学 病理学講座⁴

クイズ展示

- Q-1** 広島大学病院 放射線診断学¹、広島大学大学院 外科学²、広島大学病院 病理診断科³
近藤 翔太¹、中村 優子¹、成田 圭吾¹、本田有紀子¹、立神 史稔¹、粟井 和夫¹、
黒田慎太郎²、小林 剛²、大段 秀樹²、有廣 光司³
- Q-2** 京都第一赤十字病院 放射線診断科¹、京都第一赤十字病院 消化器内科²、
京都第一赤十字病院 病理診断科³
佐野 優子¹、山田 香織¹、林 佑希子¹、山下 政矩¹、松浦 莉加¹、一条 祐輔¹、
森下 博之¹、藤井 秀樹²、樋野 陽子³、浦田 洋二³
- Q-4** 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 核医学科²、
埼玉医科大学国際医療センター 婦人腫瘍科³、埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科⁴
園田 優貴¹、馬場 康貴¹、宇佐見陽子¹、中澤 賢¹、田島 廣之¹、岡田 吉隆¹、
久慈 一英²、佐藤 翔³、長谷川幸清³、美山 優⁴、安田 政実⁴
- Q-5** 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 病理診断科³
高橋 駿介¹、中下 悟¹、小山 貴¹、宮川 拓朗²、井口 亮²、井上 幸治²、
能登原憲司³
- Q-6** 大阪赤十字病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 放射線診断科²
伊藤 久尊¹、古田 昭寛¹、小山 貴²
- Q-7** 獨協医科大学 放射線医学講座¹、獨協医科大学 産科婦人科学²、獨協医科大学 病理診断科³
熊澤真理子¹、稲村 健介¹、鈴木 淳志¹、楫 靖¹、香坂 信明²、金子 有子³、
石田 和之³、三橋 暁²
- Q-8** 関西医科大学総合医療センター 放射線科¹、関西医科大学総合医療センター 病理²、
関西医科大学総合医療センター 産婦人科³、関西医科大学総合医療センター 脳神経内科⁴
何澤 信礼¹、吉村 智雄³、中川 冴³、高島 省吾¹、菅 直樹¹、谷川 昇¹、
井谷 久美⁴、植村 芳子²

打田賞受賞演題

口演（消化器系部門）

肺動脈性肺高血圧症に対するプロスタサイクリン持続静注療法中に出現した臍腫大の1例

染矢 祐子、大野 豪、子安 翔、大西 康之、清水 大功、磯田 裕義、
中本 裕士

京都大学医学部大学院 放射線医学講座（画像診断学・核医学）

患者は生来健康の20代後半女性で、第1子出産（帝王切開）後に労作時呼吸苦が出現した。精査の結果、特発性肺動脈性肺高血圧症と診断され、エボプロステノール（プロスタサイクリン、PGI₂）持続静注が導入された。導入後1ヶ月のCTから臍腫大が緩徐に進行し、8ヶ月後には臍臓の分葉形態の消失を伴うようなびまん性腫大を示した。MRIが撮像され、臍実質のびまん性腫大と内部を走行する狭細様に見える主臍管像を認めた。腹部膨満感の自覚症状があったが、臍酵素は正常範囲内、IgG4は低値であった。症状が軽快してからもこれら画像所見は変化なく、エボプロステノール導入開始後1年が経過した時点でも臍臓の腫大は持続している。

「特発性肺動脈性肺高血圧症」「エボプロステノール持続注での治療歴」に関連した臍腫大の報告は我々が渉猟しえた限りなされておらず、示唆に富む貴重な症例と考えたため、PGI₂の臍臓への作用など若干の文献的考察を加え、報告する。

口演（泌尿生殖器部門）

Congenital capillary proliferation of the kidney と診断された腎腫瘍の1例

山口 健¹、中園 貴彦¹、福井 修一¹、山田 耕治²、野口 満³、甲斐 敬太⁴、
入江 裕之¹

佐賀大学医学部 放射線科¹、佐賀大学医学部 小児科²、佐賀大学医学部 泌尿器科³、
佐賀大学医学部 附属病院病理部⁴

症例は生後12日の男児。生後4日後に施行された超音波検査で右腎に腫瘍を指摘された。腫瘍内部はやや不均一な高エコーで辺縁及び中心部にドップラーにて血流を伴っていた。MRIでは腫瘍はT2強調像で高信号を呈し、拡散能の高度の低下は認めなかった。また、周囲への浸潤傾向は認めなかった。CTでは明らかな石灰化はなく、造影後早期に腫瘍の中心部に強い増強効果があり、後期相では腫瘍全体が周囲腎実質よりもわずかに低吸収の均一な増強効果を呈していた。画像所見からは血管腫が考えられたが、先天性間葉芽腎腫やWilms腫瘍なども鑑別に挙げられたため右腎摘除術が施行された。病理の肉眼像では腫瘍は灰白色調で被膜形成はなく、中心癥痕様の構造を認めた。組織学的には血管腔を思わせるスリット状の裂隙ないし管腔形成がみられ、血管内皮マーカーが陽性であった。血管系の腫瘍/奇形が疑われたが、組織型の確定が困難であったため、他院へコンサルトを行った。コンサルテーションレポートでは平坦あるいは上皮様の内皮細胞を伴う毛細血管の増生があり、時に糸球体のentrapmentがみられ、congenital capillary proliferation of the kidneyが疑われるとのことであった。この疾患はcajaibaraが提唱し、糸球体のentrapmentを伴う毛細血管の増生、髄外造血、反応性のリンパ球浸潤、梗塞や出血の存在などを特徴とするとされている。非常にまれと思われ、病理組織学的な文献の考察と併せて報告する。

展示（消化器系部門）

高ADC値を示した膵過誤腫の1例

禹 潤¹、原留 弘樹²、岩井 知久³、西澤 伸恭⁴、安達 快⁵、井上 優介²

東京慈恵会医科大学附属病院 放射線診断学¹、北里大学病院 放射線診断学²、
北里大学病院 消化器内科³、北里大学病院 一般・消化器外科⁴、北里大学病院 病理診断科⁵

膵過誤腫は稀な膵良性腫瘍で、過去報告例の30数例の内、MRI所見の報告は5例のみである。今回、乏血性を呈する膵神経内分泌腫瘍（NET）等の鑑別が問題となった膵過誤腫を1例経験したので報告する。症例は49歳女性。近医の超音波検査で膵体部腫瘤を指摘され当院紹介受診。造影CTやEOB-MRIで、膵体部に遅延性濃染を示す11mm程の境界明瞭な乏血性腫瘤を認めた。腫瘤はT2強調像で軽度高信号、拡散強調像で高信号、脂肪抑制T1強調像で均一な低信号、計測ADC値は平均1.86 (1.71～2.07) $\times 10^{-3} \text{mm}^2 / \text{sec}$ と高値を示した。石灰化、脂肪成分、主膵管拡張は認めなかった。NET等を疑い、腹腔鏡下膵体尾部切除術が試行された。肉眼的には境界明瞭な白色調の腫瘤で、組織学的に豊富な線維性間質と異型の無い膵管様の小型腺管構造の増生を認め、線維性被膜を伴っていた。腫瘤の一部に脂肪成分を認めたが、Langerhans島組織は確認できなかった。膵過誤腫の病理診断となった。膵過誤腫はsolid typeとsolid and cystic typeに大別される。本例はsolid typeに分類され、豊富な線維間質を反映した遅延濃染を呈した点は過去の報告例と同様であったが、ADC値が高値を示していた所見が興味深かった。膵過誤腫の画像所見は構成組織に依存して多彩であるが、本例でみられた高ADC値の所見はNETとの鑑別の一助になると思われ、組織学的な検索では、その成因として腺管構造増生および腺管構造直下の粘液成分の影響が示唆された。

展示（泌尿生殖器部門）

子宮付属器に生じた4例のpolypoid endometriosisのMRI所見

矢嶋 諒¹、木戸 晶²、森島 裕策²、山口 建³、桑原 遼²、西尾 直子²、
尾谷 智史²、松本 優香²、南口早智子⁴、万代 昌紀³

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 放射線診断科²、京都大学医学部附属病院 産科婦人科³、
京都大学医学部附属病院 病理診断科⁴

Polypoid endometriosisは子宮内膜症の稀な亜型でまとまった画像報告はなく、しばしば悪性腫瘍との鑑別が難しい。子宮付属器に生じた4例のpolypoid endometriosisのMRI所見について、既報と対比しつつ報告する。

3例はsolid and cystic tumorの形態を示した。症例1の病変は子宮体部前壁筋層内から漿膜外へポリープ状に突出、症例2では右卵管周囲間質に発育、症例3では左卵巣内膜症性嚢胞内外にわたり発育、症例4は多房性嚢胞性病変が子宮体部内腔とダグラス窩に発育していた。前者3例の充実成分は子宮内膜と類似する信号を示すポリープ状腫瘤で、嚢胞成分に出血を示唆するT1強調像高信号を認めた。1例で腫瘤の辺縁にrim状のT2強調像低信号を認めた。妊娠能温存希望を有する3例中2例で画像所見よりpolypoid endometriosisを疑い、1例では卵巣癌を疑ったが術中迅速により内膜症の診断を得て、3例とも妊娠能を温存する治療を行い得た。妊娠能温存希望のない1例は卵管癌を疑い子宮両側付属器切除を行った。

今回経験した4例では概ね既報に合致するMRI所見を示した。頻度は低く多彩な画像所見を示すが、一定の特徴的な画像所見を知ることによってpolypoid endometriosisを鑑別に挙げることは可能であり、適切な治療方針決定の一助となりうる。

一般口演抄録

0-1 ポリープ状の形態を呈した子宮頸部胃型腺癌の1例

松本 頌平¹、坪山 尚寛¹、佐藤 和明²、大西 裕満¹、中本 篤¹、福井 秀行¹、
太田 崇詞¹、矢野 圭悟¹、木曾 建吾¹、本田 亨¹、巽 光朗¹、富山 憲幸¹
大阪大学医学系研究科 放射線医学講座¹、大阪大学医学系研究科 病態病理学講座²

症例は40歳台女性。分葉状頸管腺過形成（LEGH）疑いで経過観察中に子宮頸部から膣に突出するポリープ状腫瘤が出現し、精査となった。MRIではポリープ状腫瘤内に大小不同の多発嚢胞を認め、充実性部分は漸増性造影効果を示し、拡散制限を認めなかった。茎付着部の頸部間質にも多発嚢胞を認めた。ポリープ状腫瘤の生検及び子宮鏡下切除術で悪性と診断され、根治術が施行された。組織学的には頸部間質及びポリープ状腫瘤内で幽門腺に類似した円柱上皮が分葉状構造を形成しながら増生し、異型上皮や間質浸潤を伴っていた。異型上皮はポリープ状腫瘤の全体と頸部間質表層に分布していた。ポリープ状腫瘤の充実性部分には平滑筋の増生を認めた。腫瘍細胞はMUC6陽性の胃型形質を呈するものと、杯細胞を伴い腸型形質を呈するものが混在しており、いずれもp16弱陽性であったことから、胃型腺癌の診断となった。胃型腺癌はLEGHより発生し、充実性腫瘤、嚢胞性腫瘤、両者の混在などの形態をとるが、ポリープ状腫瘤の報告はない。本症例がポリープ状を呈した原因として、内頸部腺筋腫が悪性化した可能性が推察された。内頸部腺筋腫はしばしばLEGHに類似した組織像を呈し、時に胃型形質を有する事が報告されており、文献的考察を加え報告する。

0-2 子宮原発横紋筋肉腫の1例

島田 雅之¹、木村浩一朗¹、横山 幸太¹、土屋 純一¹、大島乃里子²、若菜 公雄²、
宮坂 尚之²、桐村 進³、倉田 盛人³、明石 巧³、立石宇貴秀¹
東京医科歯科大学医学部 放射線診断科¹、東京医科歯科大学医学部 産科女性科²、
東京医科歯科大学医学部 病理部³

症例は子宮内膜ポリープと子宮筋腫の既往がある60代女性。腹部膨満感を主訴に受診し、MRIで子宮体部を置換する巨大な分葉状腫瘤を認めた。腫瘤はT2WIで軽度高信号、DWIで高信号、ADC低値を示し、不均一に造影増強された。1ヶ月後の¹⁸F-FDG PET/CTで腫瘤はさらに増大しており、腫瘤に一致して高集積（SUVmax, 16.0）と、骨盤内や傍大動脈リンパ節にFDG高集積を伴う腫大を認めた。リンパ節転移を伴う子宮原発の悪性腫瘍として、悪性リンパ腫や小細胞癌、癌肉腫などを考慮し、診断目的に子宮全摘術と付属器切除術を施行した。病変は脆弱な白色充実性腫瘤で、組織学的にはクロマチンの増量したN/C比の高い類円形の腫瘍細胞が増殖しており、壊死が目立っていた。免疫組織染色でMyoD1、Myogeninが一部陽性であった。全体を通して上皮性の結合は不明瞭で、背景の子宮内膜腺に腫瘍性変化は認められなかった。以上から子宮原発横紋筋肉腫と診断した。

子宮原発横紋筋肉腫は、通常子宮に存在しない間葉性組織から発生するためその頻度は低く、特に癌肉腫の一部としてではない純粋な横紋筋肉腫の症例は極めて稀である。本症例において進行が非常に早く巨大腫瘤を形成した点は悪性間葉系腫瘍に特徴的な経過であったが、リンパ行性転移を示した点は一般的ではなく興味深い。本症例の画像と病理所見を対比し、文献的考察を加え報告する。

O-3 Rhabdoid形質を伴い急速に増大した脱分化子宮内膜癌の1例

塚部 明大¹、阪上 海央¹、中田 早紀¹、高村 学¹、田中 博子²、辻江 智子²、横山 太陽³、足立 史朗⁴

市立豊中病院 放射線診断科¹、市立豊中病院 産婦人科²、市立豊中病院 血液内科³、市立豊中病院 病理診断科⁴

症例は78歳の女性。主訴は腹満感および全身倦怠感。2か月前に乳癌に対して部分切除術が施行された。2週間前から便通が消失し、全身倦怠感が増悪。当院救急外来を受診しCTが撮像された。2か月前には存在しない子宮の著明な腫大と骨盤内～膨大動脈の多発リンパ節腫大の出現を認め、悪性リンパ腫や小細胞癌、未分化癌、転移といった疾患を疑った。腫瘍の増強効果は不均一で壊死や出血の存在を示唆した。MRIでは腫大した子宮筋層がT2WIで不均一な中間信号、DWIで高信号を呈し、内膜腔側にはT2WIでやや低信号、T1WIで軽度高信号、DWI高信号を呈する結節隆起構造を伴っていた。子宮は腫大するものの子宮としての形態は保たれ、一部junctional zoneの信号が保たれており、腫瘍細胞が子宮の形態を保ちつつ全体に浸潤していると考えられた。子宮内膜生検では類内膜癌G1と診断されたが、並行して施行した腹部膨大動脈リンパ節生検では広範囲に壊死を伴う高異形度の腫瘍細胞の増生が見られた。腫瘍細胞は上皮性マーカーが陽性で、Rhabdoid形質も見られた。見直した内膜生検検体でも壊死部に同様の異型細胞が見られることから子宮体部原発の脱分化癌と診断した。子宮の脱分化癌は稀な腫瘍ではないが、癌肉腫やHigh gradeの内膜癌、神経内分泌腫瘍といった別腫瘍と混同されることも多く、近年ではSMARCA4等のSWI/SNF pathwayの遺伝子変異との関連が注目されている。若干の文献的考察を加えて報告する。

O-4 gliomatosis peritoneiを伴った子宮原発未熟奇形腫の1例

野中 智文¹、大彌 歩¹、遠藤 瑞穂²、井田 耕一²、小林 翔太³、藤野翔太郎⁴、藤永 康成¹

信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部 産婦人科学教室²、信州大学医学部 病態解析診断学教室³、佐久市立国保浅間総合病院 産婦人科⁴

症例は20歳台、女性。不正性器出血にて、前医に救急搬送された。前医で施行されたMRIでは頸管内腔に突出する境界明瞭な腫瘤性病変を認めた。腫瘤は最大径65mmで、T2強調像で大部分が不均一に高信号、T1強調像では大部分が低信号で、内部に結節状の高信号域が少数散在していた。変性筋腫分娩が疑われた。腫瘤と共に頸管、腔には血腫を認めた。性器出血が持続したため、止血目的に経腔的腫瘍摘出術が施行された。摘出された腫瘤は、未熟奇形腫と診断され、その後の加療目的に当院産婦人科を紹介受診された。当院で施行されたMRIでは、ダグラス窩に充実性成分と嚢胞性成分からなる結節性病変が指摘され、腹膜播種またはgliomatosis peritoneiの可能性が考えられた。子宮鏡下に子宮内腔の残存腫瘍の確認・摘出術及び、腹式腹膜播種摘出術が施行された。摘出されたダグラス窩の結節性病変は、大部分が中枢神経組織から構成されており、gliomatosis peritoneiと診断された。術後はBEP療法が施行され、術後1年の段階で再発は認められない。

卵巣未熟奇形腫にgliomatosis peritoneiが合併することはよく知られている。子宮原発の未熟奇形腫は非常に稀で、gliomatosis peritoneiが合併した報告例は我々の調べた範囲では認められない。若干の文献的考察を加え報告する。

0-5 稀な卵巣epidermoid cystの1例土田 千賀¹、岩崎 俊子¹、折坂 早苗²、竹内 譲²、河原 栄³福井総合病院 放射線科¹、福井総合病院 産婦人科²、福井総合病院 病理診断科³

稀な卵巣epidermoid cystの一例を経験したので報告する。症例は70代女性、2経妊、2経産。左下腿の浮腫で当院受診し、下肢静脈USで骨盤内腫瘍を指摘され精査となった。腹部USにて骨盤内右側に径10cmの境界明瞭な腫瘍を認め、内部は淡い低エコーで点状高エコー・斑状低エコー伴い、後方エコーの増強を伴っていた。腹部造影CTでは壁に石灰化伴う嚢胞性腫瘍であった。骨盤MRでは右卵巣にT1・T2強調画像にて不均一高信号呈する腫瘍を認め、脂肪抑制にて信号低下は認めず、拡散制限を伴っていた。以上より右卵巣epidermoid cystと術前診断し、腹腔鏡下両側卵巣摘出術が施行された。右卵巣の嚢胞性腫瘍は内部に粥状物を満たし、線維性の石灰化伴う薄い壁を有していた。病理組織学的には嚢胞壁は角化重層扁平上皮からなり、内部にケラチンを伴っていた。脂肪および皮膚付属器腺は認めず、右卵巣epidermoid cystと診断された。US上echogenicな卵巣腫瘍で充実性腫瘍も鑑別に挙がるが、その所見は皮膚のepidermoid cystと同様である。造影CTもしくはMRで卵巣嚢胞性腫瘍であり、MRにて嚢胞内部の拡散制限が認められれば、epidermoid cystが考えられる。尚、卵巣成熟嚢胞性奇形腫でケラチン成分が豊富な例では同様の画像所見を呈しうる。

0-6 強い早期濃染を示しポリープ状の進展形式を認めた卵巣癌肉腫の1例北内真理子¹、丸上 永晃¹、岡田 博司¹、山内 哲司¹、内山 智子²、岡田 文美²、
岩井 加奈³、田中 利洋¹奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座¹、奈良県立医科大学 病理診断学講座²、
奈良県立医科大学 産婦人科³

60歳代女性。視野障害を主訴に近医眼科を受診、CTで右後頭葉腫瘍を指摘され当院紹介となった。全身精査のCTで骨盤内に15cm大の腫瘍を認めた。MRIでは骨盤内腫瘍は分葉状で、一部が背側へポリープ状に進展していた。腫瘍の中心部は出血を伴う多房性嚢胞で、辺縁に充実部分がみられた。充実部分はT2WI中等度、DWI高信号を示し、造影早期から強い造影効果を認めた。卵巣顆粒膜細胞腫やカルチノイド、卵巣外由来の血管肉腫や変性GIST、悪性神経鞘腫などが鑑別に挙げられた。脳MRIでは、右後頭葉に出血を伴う多房性嚢胞性腫瘍を認め、骨盤内腫瘍と類似の所見であった。脳腫瘍および骨盤内腫瘍の摘出術が施行された。骨盤内腫瘍は右卵巣由来で、病理組織像では辺縁の充実部分は異型の強い紡錘形細胞が密に増殖する肉腫成分で、中心部は出血や壊死を伴う嚢胞変性であった。卵巣門近傍に類内膜癌の像を認め、卵巣癌肉腫・脳転移と病理学的に最終診断された。背側に進展した部分は肉腫成分の被膜外進展で、周囲の腸管と癒着を認めたが浸潤はなかった。卵巣癌肉腫は嚢胞成分と充実成分が混在する巨大な腫瘍で、様々な程度の出血や壊死を伴うことが多いとされる。乏血性で遷延性濃染を示すという報告が多いが、本症例では強い早期濃染とポリープ状の進展を認め、これらは子宮癌肉腫に類似する特徴であった。稀な卵巣癌肉腫の一例と考え、若干の文献的考察と併せて報告する。

0-7 巨大な腎原発神経内分泌腫瘍の1例

高畑 恭兵¹、山本 貴浩²、亀井 誠二¹、廣瀬 泰彦³、山本 侑季⁴、鈴木耕次郎²

JA 愛知厚生連海南病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 放射線科²、
JA 愛知厚生連海南病院 泌尿器科³、愛知医科大学病院 病理診断科⁴

症例は60歳代女性。肉眼的血尿を主訴に前医受診し、右腎に腫瘤を指摘されたため、精査加療目的に当院を受診した。ダイナミック造影CTで右腎上部を占拠する13×10×13cmの巨大な腫瘤を認めた。腫瘤辺縁は平滑、軽度分葉状で、周囲との境界は明瞭であった。吸収値は不均一な軟部濃度で、内部に点状の石灰化が散見された。辺縁部では比較的均一な造影効果を認め、単純で41HU、皮髄相で78HU、腎実質相で74HU、排泄相で74HUであった。中心部には粗大な造影不良域が認められた。皮髄相では辺縁部に拡張した腫瘍血管の増生が認められた。腫瘤は腎門部への突出があり、腎静脈は圧排されていたが、腎静脈に明らかな浸潤や腫瘍栓はみられなかった。明らかなリンパ節転移・遠隔転移は認めなかった。嫌色素性腎細胞癌や肉腫様変性を伴う淡明細胞癌が疑われた。右腎摘出術が施行された。肉眼的には内部に出血や壊死を伴う黄色の結節性腫瘍であった。組織学的には核小体が明瞭で類円形核を有する腫瘍細胞が索状構造や、乳頭様構造を形成しながら増殖していた。各種免疫染色の結果から、神経内分泌腫瘍 (G2) と診断された。他に原発を疑う所見はなく、腎原発の神経内分泌腫瘍 (NET) と最終診断した。泌尿生殖器に発生するNETはNET全体の1%未満で、女性の腎原発NETはさらにその中の5%と極めて稀である。画像所見を中心に文献的考察を加えて報告する。

0-8 成人に発生した前立腺胎児型横紋筋肉腫の1例

角谷 嘉亮¹、阿保 齊¹、出町 洋¹、望月健太郎¹、齊藤 順子¹、長岡 理紗¹、
鷹取 正智¹、瀬戸 親²、相川あかね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

症例は20代の男性。下腹部痛および残尿感を主訴に前医を受診し、前立腺腫大を指摘され精査のため当院に紹介された。既往歴は9年前に急性リンパ性白血病があり、加療され寛解している。血液検査では血算・生化学には異常値は認めず、腫瘍マーカーはPSA 7 ng/mL、NSE 17.4 ng/mLであった。経直腸超音波では前立腺左葉に50mm大の境界明瞭な腫瘤を認め、大半が軽度高エコーを示し、内部に無エコーの構造を認めた。造影MRIでも前立腺左葉に50mm大の境界明瞭な腫瘤を認め、T1強調画像で等信号、T2強調画像で不均一な高信号、拡散強調画像で不均一な高信号、ADC値が不均一に低下を示した。大部分が漸増性・不均一に造影された。一部は造影されず、T2強調画像高信号、拡散強調画像低信号を示した。胸部骨盤CTではリンパ節腫大や遠隔転移は認めず、FDG-PETでは上記の腫瘤にのみ強い集積を認めた。3週間後の術前MRIでは腫瘤が54mm大に増大し、特に造影不良域が増大していた。前立腺全摘・膀胱全摘術が施行され、前立腺胎児型横紋筋肉腫と診断された。前立腺横紋筋肉腫は非常に稀な悪性腫瘍であり、胎児型の成人発症は更に稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-9 前立腺cystadenocarcinomaの1例

山田 香織¹、佐野 優子¹、平野宗治郎²、粥川 成優²、三神 一哉²、浦田 洋二³
 京都第一赤十字病院 放射線診断科¹、京都第一赤十字病院 泌尿器科²、
 京都第一赤十字病院 病理診断科部³

稀な前立腺cystadenocarcinomaと診断され、通常の腺房腺癌も合併していた一例を経験したため報告する。症例は72歳男性。近医でBPHの診断でアボルブ内服中もPSA高値持続し当院泌尿器科紹介受診。来院時PSAは5.31ng/mL。MRIでは前立腺底部に膀胱頸部へのprotrusionを伴う最大径4cm弱の多房性嚢胞性腫瘤を認めた。嚢胞内部はT1強調像で高信号で粘液の存在が示唆された。隔壁はおおむね薄かったが細かく集簇している部分や、一部拡散制限を伴う小結節状の部分も認められた。前立腺生検では右PZからhighest Gleason score (GS) 4+3の癌を検出したが(MRIでは指摘困難)、底部の嚢胞性病変からの標的生検では悪性細胞を検出せず。前立腺全摘術を施行。問題の腫瘤は内部に漿～粘液性の分泌物を伴う多房性嚢胞を呈し、嚢胞内腔は高円柱上皮がpapillomatousな増殖を主体に、cribriformや癒合状腺管を形成していた。細胞異型は乏しいものから強いものまで幅広く観察された。免疫組織学的にはPSA (+), AMACR (+), Alcian blue (-), MIB-1 20%。Cystadenocarcinomaと診断された。このほか両PZに多発しGS 4+3の腺房腺癌を認めた。前立腺cystadenocarcinomaは稀な良性腫瘍であるcystadenomaのmalignant counterpartとされる腫瘍で、画像の報告はごく限られているが本症例と同様多房性嚢胞性腫瘤の報告あり特にcystadenomaとの鑑別は容易でないと思われる。MRI所見を中心に若干の文献的考察を加え報告する。

O-10 腫瘍と腫瘍周囲組織濃染が特徴的所見と考えられた精巣Leydig細胞腫の1例

山本 祐司¹、武輪 恵¹、北辻 航¹、大倉 亨¹、齊藤 直敏²、立入 哲也³、
 丸上 永晃³、田中 利洋³

奈良県西和医療センター 放射線科¹、奈良県西和医療センター 病理部²、
 奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座³

70代男性。S状結腸癌の術前CTで、右精巣に21mm径の腫瘤性病変を指摘された。腫瘍は単純CTで軽度高吸収、強い早期濃染と軽度wash outを示した。超音波検査では、境界明瞭で低輝度を示した。MRIでは、T1WIで周囲精巣組織と同等の低信号、T2WIで著明な低信号を示し辺縁部に軽度高信号域が混在し、腫瘍周辺には豊富なflow voidを認めた。造影MRIで強い早期濃染と緩徐なwash outを認め、腫瘍辺縁のT2WIで軽度高信号の領域には、より強い濃染がみられた。腫瘍周囲の精巣組織は、T1WI、T2WIとも対側精巣と等信号であったが、造影MRIで漸増性に濃染し、遅延相では腫瘍よりも強い濃染を示した。多血性精巣腫瘍として、性索間質性腫瘍やカルチノイドを疑い、右精巣摘出術が施行された。肉眼的に黄色調の充実性腫瘍で、病理組織学的に好酸性顆粒状の細胞質を持つ腫瘍細胞が密に配列し、calretinin陽性で、Leydig細胞腫と診断された。腫瘍細胞間には豊富な微小血管や血管線維組織がみられ、強い早期濃染と緩徐なwash outを反映した組織所見と思われた。さらに、腫瘍周囲組織には間質浮腫に加えて、発達した小血管を伴うLeydig細胞増生が認められ、周囲組織中のLeydig細胞はエストロゲンレセプター陽性であった。腫瘍から分泌されたエストロゲンが腫瘍周囲組織に関与している可能性があり、造影MRIでの周囲組織の濃染所見は、腫瘍の濃染パターンに加えて、本疾患の画像診断の一助となりえると考えられる。

O-11 化学療法後のCT所見から正診に至った膵進行MiNENの1例

田中 慎二、佐藤 圭亮、伊東 絵美、浦川 博史、高山 幸久、吉満 研吾

福岡大学病院 放射線科

症例は70歳女性、上腹部違和感を主訴に近医受診。CTにて乏血性の3cm大の膵尾部腫瘍を認め、腫瘍マーカーはCEA、CA19-9共に異常高値を呈していたため、局所進行膵管癌の臨床診断で当院外科に紹介となった。当院では直ちにEUS下生検が行われ中分化腺癌（HE染色）の病理診断が得られたため化学療法FORFIRINOXが施行された。化学療法終了後の評価目的のCTでは腫瘍は明らかに増大、広範な肝転移巣が出現していた。しかしながら、肝左葉臍部、右葉後区域門脈枝内に転移巣が進展、腫瘍栓を形成していたため、MiNEN（mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm）を疑い、病理医に生検標本の再評価を依頼した。腺癌様腫瘍細胞はsynaptophysin、chromograninAに陽性であり、MiNEN（mixed ductal-neuroendocrine carcinoma）の最終診断となった。前医CTを確認すると、わずかではあるが腫瘍が脾静脈内に腫瘍栓を形成している所見が確認できた。

MiNENは2017年にWHO分類で提唱された稀な膵腫瘍であり、まとまった画像所見に関する分類は少ないが、本例のように膵管癌成分を示唆する所見（CEA、CA19-9高値）と神経内分泌腫瘍を示唆する所見（静脈内進展）を認めた場合術前診断ができる可能性がある。

O-12 膵Solitary fibrous tumor (SFT) の1例

代田 夏彦¹、若林ゆかり¹、齋藤 和博¹、助田 葵²、永川 裕一³、糸井 隆夫⁴

東京医科大学 放射線医学分野¹、東京医科大学 人体病理学分野²、

東京医科大学 消化器・小児外科学分野³、東京医科大学 消化器内科学分野⁴

症例は40歳代の女性。右上腹部痛を主訴に近医受診。腹部CTで膵頭部に低吸収腫瘤を認めたため、当院紹介受診となった。単純CTで1cm程度の低吸収の腫瘤あり、石灰化は認めなかった。造影早期相では造影効果は乏しく、後期相で遷延性の造影効果が認められ乏血性の腫瘍が疑われた。MRIのT2強調像では膵実質と比べ淡い高信号、T1強調像では低信号で出血や脂肪成分を認めなかった。拡散強調像では軽度高信号、ADC mapでは等信号であり明瞭な拡散制限は認めなかった。MRCPでは主膵管の拡張や狭窄を認めなかった。腫瘍マーカーのCEA、CA19-9はいずれも陰性であった。EUS-FNAを2回するも確定診断には至らず、術前診断としてSPNや膵癌を疑い膵頭十二指腸切除術が施行された。肉眼的に境界明瞭で辺縁やや不整な結節性病変を認めた。病理組織学的に疎な膠原線維の沈着を背景として小型のスリット状血管が密に増生し、病変辺縁部を主体に均一な短紡錘形細胞が斑らに増殖していた。免疫染色ではCD34陽性、STAT6陽性を呈し、膵SFTの診断に至った。膵SFTは稀な疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

O-13 治療前に画像診断し得た肝細胞癌の膵転移の1例鈴木 皓佳¹、佐野 勝廣²、永松 洋明³、福村 由紀⁴、桑鶴 良平²、青木 茂樹²順天堂大学静岡病院 放射線科¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線科²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科³、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科⁴

70歳台女性。健診で腹部腫瘍を指摘され当院紹介受診。特記すべき既往なし。血液検査ではPIVKA-2 996 mAU/ml、AFP 33426 ng/ml、CEA 1.7 ng/ml、CA19-9 7 U/ml、肝炎ウイルス検査は全て陰性。造影CTで肝左葉外側区に境界明瞭な巨大な腫瘍を認め、動脈相では全体に弱く不均一な造影効果があり、遅延相ではwashoutを認めた。MRIでは出血性の変化を疑う脂肪抑制T1強調像での高信号が見られ、T2強調像では淡く不均一な高信号を呈した。拡散強調像では高信号でADCは低下していた。EOB造影後の肝細胞相では低信号を呈した。以上より低分化型主体の肝細胞癌と考えられた。また、膵体尾部境界部にも境界明瞭な腫瘍が同定され、肝腫瘍と同様に動脈相で淡い造強効果と遅延相でのwashoutを認めた。さらに主膵管内への進展を疑う所見も認めた。MRIではT1強調像のopposed phaseで脂肪含有を示唆する信号低下域が見られた他、肝腫瘍と同様の所見を呈していた。腫瘍マーカーや画像所見から肝細胞癌の膵転移を疑いEUS-FNAが施行され、病理で肝腫瘍は低分化型肝細胞癌、膵腫瘍はこれと同様の組織であり肝細胞癌の転移と診断された。肝細胞癌の転移先として膵臓は頻度の低いものであり、ともすれば膵癌の肝転移として不要、不適切な治療や予後判定につながり得ないが、本症例のように術前に正しく診断できれば早期から適切な治療を開始することができる。本症例の画像的特徴について考察を交えて報告する。

O-14 IPMN由来の浸潤癌と鑑別困難であったFollicular pancreatitisの2例熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、加賀谷理紗¹、河合 雄一¹、館 靖¹、森 雄司¹、
桐山 理美²、柴田 耕治³、鈴木 啓史¹、藤野 雅彦²、三宅 秀夫³日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 放射線診断科¹、
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 病理部²、
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 外科³

症例は60歳代男性。健診USで膵嚢胞性病変を認め、精査目的に当院に紹介された。MRIで膵体部に15mm前後のMPDとの交通を疑われる多嚢胞性病変を認め、分枝型IPMNをまず疑った。6ヶ月後のMRIで多嚢胞性病変は縮小し、その直下流部のMPDに限局性の狭窄と上流側の軽度拡張を生じ、同部にT1WIで軽度低信号、T2WIで等-軽度高信号、DWIで高信号を呈する15mm弱の結節を認めた。ダイナミックCTで結節は動脈早期相で淡い低吸収を呈し、漸増性に造影され後期相では周囲より濃染し境界は不明瞭であった。

IPMN由来の浸潤癌をまず疑い、膵体尾部+脾臓切除術を施行した。組織所見では、約12mmの範囲で腺房細胞が消失し、多数のリンパ濾胞と線維化が見られた。免疫染色でリンパ濾胞は、CD10 (+) , bcl-2 (-) で、Ig G4陽性形質細胞の浸潤は少数で、花筵状の線維化、閉塞性静脈炎の所見も認めなかった、CD138陽性形質細胞も少数であった。以上から、follicular pancreatitisと診断した。

本症例の契機に、7年前に膵鉤部と体部の分枝型IPMNの診断でMRIで経過観察中に、体部の病変の近傍のMPDに限局性狭窄を生じ、同部にダイナミックCTで乏血性で漸増性に造影される15mm弱の結節を認め、切除標本で分枝型IPMN周辺の炎症性病変と診断された症例の組織所見を再検討し、同様にfollicular pancreatitisの可能性が高いと考えられた。

O-15 臍頭部を中心に腫瘤を形成した myeloid sarcoma の 1 例

池之内 穰^{1,2}、佐野 勝廣¹、福村 由紀³、谷口源太郎⁴、落合 友則⁵、入江 隆介^{1,2}、
桑鶴 良平¹、青木 茂樹¹

順天堂大学医学部 放射線診断学講座¹、順天堂大学医学部附属静岡病院 放射線科²、
順天堂大学医学部 人体病理病態学講座³、順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科⁴、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 血液内科⁵

症例は70代の男性。7日前からの黄疸で来院した。以前は大酒家だが喫煙歴はなし。血液検査ではT-Bil 9.01 mg/dL, D-Bil 6.79 mg/dL、腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、Span-1 はいずれも陰性であった。CTでは臍頭部から十二指腸下行脚と水平脚にかけて広がる最大約8cmの境界不明瞭な充実性腫瘍を認めた。内部は不均一であり造影効果は弱く、遅延相にかけて漸増性に造影された。臍頭部周囲や近傍の腸間膜には多数のリンパ節腫大が見られ、一部主病変と癒合傾向が見られた。閉塞性臍炎の所見は見られなかった。十二指腸の壁まで浸潤しているが、内腔の閉塞はなかった。また、その他にも後腹膜や大臀筋、皮下組織にも結節があり、転移が疑われた。MRCPでは主臍管の閉塞はなく、上流の拡張は軽度であった。胆管は全体に拡張していた。T2強調像ではやや不均一な淡い低信号であり、DWIで高信号、ADC低値であった。出血や壊死を示唆する信号はなかった。病理では顕著な切れ込みを有する核異型を含む円形細胞がびまん性に浸潤しており、免疫染色の結果より骨髄球系の芽球からなるMyeloid sarcomaと診断された。末梢血およびフローサイトメトリーの所見とともに、慢性骨髄性白血病の急性転化に由来すると考えられた。本疾患はまれであり、臍に腫瘤を形成することもまれである。文献を加えて報告する。

O-16 腎盂癌との鑑別を要した腎盂周囲の黄色肉芽腫性脂肪織炎の 1 例

川瀬 崇裕¹、大島 拓実¹、木村浩一郎²、町田 洋一¹、鈴木康一郎³、本間 浩一⁴、
中港秀一郎¹

亀田総合病院 放射線科¹、東京医科歯科大学病院 放射線科²、亀田総合病院 泌尿器科³、
亀田総合病院 臨床病理科⁴

尿路上皮性腫瘍との鑑別を要する腎盂周囲の黄色肉芽腫性脂肪織炎の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。症例は60歳台女性。健診腹部超音波検査にて4年前にはなかった右水腎症を指摘され、精査目的に当院紹介受診。精査目的に施行されたdynamic造影CTおよびMRIでは、右腎盂尿管移行部に腫瘤性病変を認め、皮髄相から腎実質相にかけて緩徐に軽度増強された。MRIでは非造影FS-T1WIで中等度信号、T2WIで低信号を示し、DWI/ADC mapでは強い拡散制限を認めた。右腎杯～腎盂は拡張右腎の増強効果は遅延、造影剤の排泄不良を認めたが、腫瘤性病変による尿路うっ滞が原因と考えられた。腎結石は認めず、左腎や両側尿管、膀胱には病変を認めなかった。上記所見から、腫瘤性病変の鑑別として、腎盂癌などの悪性腫瘍や悪性リンパ腫のほか、IgG4関連疾患、後腹膜線維症などの炎症性疾患が挙げられ、尿管鏡とCTガイド下生検を施行。尿管鏡では悪性所見を認めず、尿細胞診は陰性。CTガイド下生検の病理診断では脂肪蓄積マクロファージと多数のリンパ濾胞を認め、黄色肉芽腫性脂肪織炎の診断で現在経過観察中である。黄色肉芽腫性腎盂腎炎の報告は数多くみられるが、腎盂周囲脂肪織のみを病変の主体とした黄色肉芽腫性脂肪織炎の報告は検索した範囲ではこれまでに見られず、非常に稀である。

O-17 膀胱発生inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) の2症例

徳田 文太¹、佐藤 修²、山田 香織³、原田 雄基⁴、石田 博万⁴、井村 徹也⁵、
宮地 充⁶、都間 佑介⁶、土屋 邦彦⁶、家原 知子⁶、内藤 泰行⁷、浮村 理⁷、
小西 英一⁸、高畑 暁子⁹、山田 恵⁹

市立福知山市民病院 放射線科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 放射線科³、京都府立医科大学附属北部医療センター 泌尿器科⁴、
京都府立医科大学附属北部医療センター 病理診断科⁵、
京都府立医科大学大学院医学研究科 小児科学⁶、京都府立医科大学 泌尿器科学教室⁷、
京都府立医科大学 病理学教室⁸、京都府立医科大学 放射線医学教室⁹

【症例1】30代女性。排尿時痛を主訴に受診し、膀胱鏡で膀胱粘膜下腫瘍が疑われた。CT/MRIでは膀胱右側壁粘膜下に約2cmの円形腫瘍を認め、内部はCTで低吸収、T2WI高信号で、辺縁にT2WI低信号のrimを認めた。DWIは全体が高信号で、リング状濃染を示した。腫瘍周囲の膀胱壁肥厚や脂肪織濃度上昇を認めた。

【症例2】10代男児。頻尿を主訴に受診し、USで膀胱腫瘍を指摘された。MRIでは膀胱頂部を中心として大部分は膀胱内腔に隆起し、一部が膀胱筋層を貫き周囲組織に突出するような腫瘍を認めた。全体にT2WI軽度低信号で、DWIでは中心部が腫瘍状に高信号を示した。造影早期には腫瘍辺縁が濃染し、後期相で内部への濃染拡大を認めた。隣接する膀胱壁の肥厚や周囲脂肪織濃度上昇を伴っていた。いずれもTURBTにてIMTと診断された。

【考察】IMTは粘液腫様や線維性の間質を背景に筋線維芽細胞が増生し炎症細胞浸潤を伴う間葉系腫瘍である。膀胱発生は稀で画像報告は少ないが、粘膜下を主座とする腫瘍や限局性壁肥厚を示すとされる。組織学的にはmyxoid/vascular・compact spindle cell・hypocellular fibrousの3パターンがあり、myxoid/vascularが主体の場合は症例1の様にT2WI高信号、他が主体の場合は症例2の様に低信号を呈するとされる。リング状濃染の報告が多く、炎症細胞浸潤により周囲の膀胱壁肥厚や脂肪織濃度上昇を認める。これらの特徴を有する膀胱腫瘍ではIMTが鑑別の上位に挙げられる。

O-18 染色体早期解離／多彩異数性モザイク症候群 (PCS／MVA症候群) の1例

久保田 憶¹、棚橋 裕吉¹、久網 雅也¹、池田 菜央¹、池田 隆展¹、土屋 充輝¹、
川村 謙士¹、廣瀬 裕子¹、牛尾 貴輔¹、芳澤 暢子¹、那須 初子¹、市川新太郎¹、
福嶋 麻由³、比良 洸太²、馬場 聡³、坂口 公祥²、五島 聡¹

浜松医科大学医学部附属病院 放射線診断科¹、浜松医科大学医学部附属病院 小児科²、
浜松医科大学医学部附属病院 病理部³

染色体早期解離／多彩異数性モザイク症候群 (PCS／MVA症候群) は常染色体劣性遺伝の染色体不安定症候群である。PCS／MVA症候群では出生前から発育不全や小頭症を伴う精神発達遅滞を呈し、生後数か月から難治性てんかんを発症する。また、ほぼ全例でWilms腫瘍や横紋筋肉腫を発症する。今回、我々はPCS／MVA症候群の一例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

症例は1歳6か月の女児。妊娠中に子宮内発育不全・小頭症を指摘された。在胎37週4日に母体の性器出血のため、緊急帝王切開にて出生した。生後2か月頃からてんかん発作を認め、生後6か月でWest症候群と診断された。1歳3か月頃に血尿を認め、超音波検査にて左腎下極に50mm大の腫瘍を指摘された。精査目的に施行したCTでは腫瘍は境界明瞭で内部に一部嚢胞成分を認め、造影CTにて充実部分に均一な造影効果を認めた。MRIではT2強調像にて充実部分は腎実質に比して軽度低信号を示した。年齢と画像所見よりWilms腫瘍が疑われた。また、CTでは膀胱内にも乳頭状腫瘍を認めた。膀胱内腫瘍はMRIではT2強調像にて強い高信号を呈し、一部に不整な低信号域を認めた。左腎腫瘍に対して左腎摘出術、膀胱内腫瘍に対して膀胱鏡下生検を施行され、それぞれWilms腫瘍、胎児型横紋筋肉腫と診断された。遺伝子検査にて染色体早期解離を認め、PCS／MVA症候群と診断された。

O-19 皮疹を契機に発見された Intraductal papillary mucinous carcinoma の 1 例

加賀 徹郎¹、野田 佳史¹、河合 信行¹、松尾 政之¹、久野 真史²、村瀬 勝俊²、手塚 隆一³、岩下 拓司³、市來 尚久⁴、小林 一博⁵、酒々井夏子⁵、宮崎 龍彦⁵

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器外科²、岐阜大学 第一内科³、岐阜大学 皮膚科⁴、岐阜大学 病理診断科⁵

症例は80歳台女性。X年9月、急性膵炎のため前医入院中、第13病日に四肢や体幹に水疱を伴う紅斑が出現した。急性膵炎は軽快し退院となったが、皮膚症状が増悪したためX年10月に当院皮膚科に入院となった。入院後、被疑薬はすべて中止し、経口ステロイド治療やステロイドパルス療法が行われたが皮膚症状はさらに増悪した。そのためデルマドロームの除外目的に全身精査が行われた。造影CTでは膵体部に14mm大の多房性嚢胞性病変を認め、上流側の主膵管拡張を伴っていた。造影超音波内視鏡検査では主膵管内と嚢胞性病変内にそれぞれ6mm大の造影される充実性結節性病変を認め、以上の所見から混合型IPMNが疑われた。X年12月に膵全摘術が施行され、最終診断はIntraductal papillary mucinous carcinoma [Pb, TS1 (4mm), noninvasive, pTis, pBCM0, pDPM0, pN0, pStage0, R0] (膵癌取り扱い規約第7版)であった。術後、皮膚症状は改善傾向である。今回我々はデルマドロームを呈したと考えられるIntraductal papillary mucinous carcinomaの一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

O-20 子宮平滑筋腫 (Mitotically active leiomyoma) の膵転移と考えられた 1 例

橋本 怜¹、佐野 勝廣¹、椎名秀一郎²、福村 由紀³、村上 康二¹、桑鶴 良平¹

順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線診断学講座¹、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 人体病理病態学³

症例は60代女性、C型慢性肝炎、肝硬変、肝細胞癌で経過観察中。7年前に他院で子宮平滑筋腫瘍に対して子宮全摘術を施行されている。経過中のCTで膵頭部に内部均一な比較的造影効果の弱い辺縁平滑な腫瘍が出現、短期間で経時的に増大して主膵管の閉塞を生じた。MRIではT1強調像では膵実質よりも低信号を呈し、拡散強調像で淡く高信号、ADCは低値であり、T2強調像では信号が比較的強く膵実質と同等の信号であった。鑑別として腺房細胞癌や神経内分泌腫瘍、退形成癌、転移性腫瘍などが挙げられたがいずれも合致するものがなく、EUS-FNAが施行され、Myogenic tumorの診断となった。改めて他院の子宮平滑筋腫瘍の検体を取り寄せて確認したところ、病理は活動性核分裂型平滑筋腫瘍 (Mitotically active leiomyoma) であった。血管内に突き出すような形態が見られ、血行性に遷移した可能性があり、Metastasizing leiomyomaに相当する所見であった。

Mitotically active leiomyomaは通常の平滑筋腫瘍より核分裂像が多いが、細胞異型が見られないことが特徴である。Metastasizing leiomyomaとして肺やリンパ節は多く報告されるが、膵臓はまれである。転移性膵腫瘍としても平滑筋腫瘍は非常にまれであり、若干の文献的考察を交えて報告する。

O-21 画像検査で長期的に経過を追うことができた破骨細胞型巨細胞腫瘍の1例

高山 裕章¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、調 憲²、播本 憲史²、渡辺 亮²、塚越真梨子²、吉田 由佳³、石井 範洋²、萩原 慶²、山中 崇弘²

群馬大学医学部 放射線診断核医学¹、群馬大学医学部 総合外科学講座 肝胆膵外科²、群馬大学医学部 病態病理学分野³

症例は60歳台男性。直腸癌手術の既往があり、術後の経過観察目的のCTで膵尾部に腫瘤を指摘された。病変は境界明瞭で辺縁平滑な嚢胞性病変であり、充実成分や壁肥厚を認めなかった。良性の嚢胞としてCTによる経過観察を行う方針となった。病変確認から6年目の3月までは特に変化がなかったが、同年9月時点のCTで嚢胞径の増大と、嚢胞辺縁における充実成分出現を認めた。この時点で、嚢胞は単純CTで内部が不均一に変化し、CT値が水濃度よりもやや上昇していた。翌年9月のCTではさらに嚢胞径・充実成分共に増大を示した。同時期に施行されたMRIで、嚢胞は脂肪抑制T1強調画像で全体に高信号を呈し嚢胞内新鮮出血が疑われた。腫瘍内に持続的出血を伴い比較的緩徐に非浸潤性発育を示すことから、破骨細胞型巨細胞腫瘍（OGCT）を第一に疑い、膵体尾部切除術が施行された。病理ではOGCTを主体とする退形成癌と診断された。

嚢胞成分を持つ充実性腫瘍で、CT/MRIで嚢胞内に広範囲に新鮮出血を疑う膵腫瘍に対しては、OGCTを第一に疑うべきである。OGCTは膵癌取扱規約において予後の悪いgiant cell carcinomaの亜型として分類されているが、純粋なOGCTは予後が良く、独立した疾患として扱う方が望ましいと考えられる。術後3ヶ月目の時点で経過は良好に推移している。

O-22 膵尾部嚢胞性病変へのEUS-FNAを契機に発症した黄色肉芽腫性膵炎の1例

權田 拓郎¹、三好 秀直¹、北尾慎一郎¹、夕永 裕士¹、椋田奈保子¹、村上 敦史¹、平元 大貴¹、藤井 進也¹、桑本 聡史²

鳥取大学医学部 統合内科医学講座 画像診断治療学分野¹、鳥取大学医学部 病理学講座²

症例は60歳代男性。CTで偶発的に膵尾部腫瘤を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。膵尾部に境界明瞭な3.5cm大の腫瘤を認め、単純CTで内部不均一な低～軽度高吸収、ダイナミック造影でいずれの時相でも造影効果は認めず、嚢胞性病変と考えられた。病理学的評価目的にEUS-FNAを施行されたが、壊死様物質しか採取されなかった。EUS-FNAの5日後より発熱、左腹部～腰背部痛が出現し、CTで膵尾部嚢胞壁の不整な肥厚と胃壁や脾臓への進展を認め、感染が疑われた。抗菌薬加療を行うも膵尾部嚢胞性腫瘤は増大し、壁肥厚も増悪傾向で、術前CTでは分葉状の不整な壁肥厚を示す境界不明瞭な多房性嚢胞性病変として認められ、肥厚した嚢胞壁には漸増性の造影効果を認めた。膵体尾部脾臓合併切除+胃部分切除術が施行された。病理所見では泡沫組織球・多核巨細胞などの炎症細胞浸潤を示し、黄色肉芽腫性炎症の診断であった。黄色肉芽腫性膵炎は稀な疾患であり、病態生理は完全に解明されておらず、典型的画像所見も確立していない。今回我々は、発症から術前まで数週間の経過で画像所見の変化した黄色肉芽腫性膵炎の症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

O-23 破骨型多核巨細胞を伴う退形成性膵癌の1例

小塩 喜直、林 香奈、左合はるな、秦野 基貴、堀部 晃弘、吉安 裕樹、
白木 法雄、佐々木 繁、原 眞咲

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 放射線診断科

症例は75歳女性。上行結腸癌術後、経過観察の造影CTで膵頭部に経時的に増大増悪する11×6mmの結節および末梢側主膵管拡張・びまん性膵萎縮を認めた。結節は境界明瞭、平滑、内部均一で、内部吸収値は単純39 HU、造影20秒後96 HU、50秒後99 HU、160秒後93 HUと早期より遷延性に造影された。脂肪抑制T1WI・T2WI軽度高信号、DWI軽度高信号、ADC低値であった。NETやIPMN、ITPNが鑑別に挙がり、膵頭十二指腸切除術が施行された。病理では主膵管内面を広範囲に被覆した高異型度上皮内腫瘍（PanIN）と隣接して主膵管を充満するポリープ状腫瘍組織を認め、内部に破骨型多核巨細胞が多数観察された。以上より、破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌（OGC-AC）と診断された。OGC-ACはしばしば膵管内をポリープ状に発育し、IPMNやPanINなどの上皮内腫瘍や腺癌を伴うことが多いとされている。画像所見としては境界明瞭・辺縁平滑、内部不均一な充実性病変であることが特徴的であり、造影CTで膵実質相から門脈相にかけて正常膵実質より低吸収を示すという報告や、膵実質相で濃染したとする報告がなされている。まれな破骨型多核巨細胞を伴う退形成性膵癌につき文献的考察を合わせて報告する。

O-24 広汎子宮全摘後の遊離尿管にS状結腸が嵌入して内ヘルニアを生じた1例

高橋 叶衣、上田 和彦、田中優美子、藤原 良将、寺内 隆司

がん研有明病院 画像診断部

症例は64歳女性。子宮頸癌のため3年前に腹腔鏡下広汎子宮全摘+両側付属器切除術の既往がある。3日間持続する腹痛、嘔気でご来院を受診した。単純写真で多量の結腸ガス貯留があり、腸閉塞の診断での入院時CTでは、後腹膜から遊離しらせん状に走行する左尿管がS状結腸に巻き付き2か所で狭窄し、S状結腸静脈も絞扼されていた。狭窄部間のS状結腸は拡張し、同部の腸間膜が牽引され脂肪織濃度が上昇していた。S状結腸の遊離左尿管周囲への内ヘルニアと診断した。腹腔鏡下手術では、事前に行われた下部消化管内視鏡時の脱気で内ヘルニアは既に解除され腸管虚血はなかったが、後腹膜から遊離した約10cmの左尿管と左骨盤壁の間隙にS状結腸が嵌入したと推察された。再発予防のため、この間隙を塞ぐようにS状結腸を後腹膜に固定し終了した。後腹膜腔臓器（尿管）による腹膜腔内臓器（S状結腸）の絞扼は解剖学的に不自然である。この撞着は、広汎子宮全摘術骨盤内リンパ節廓清時の尿管遊離後に後腹膜縫合がなされず、腹膜腔—後腹膜腔交通が残ったために生じた。廓清後の後腹膜縫合の有無については一般的にはよく知られておらず、婦人科的にも賛否が分かれている。後腹膜縫合をしない場合はリンパ嚢腫等の合併症の発生頻度は下がるが、腹膜腔へ遊離した尿管に腸管が嵌入する合併症が理論上起こりうる。本例はS状結腸内ヘルニアを生じた実例であった。文献的考察を含めて報告する。

O-25 脾門部に生じた solitary fibrous tumor の 1 例

村山 僚¹、藤田 展宏¹、牛島 泰宏¹、岡本 大佑¹、糸山 昌宏¹、山本 猛雄²、
小田 義直²、中村 雅史³、石神 康生¹

九州大学大学院 医学研究院 臨床放射線科¹、九州大学大学院 医学研究院 形態機能病理学²、
九州大学大学院 医学研究院 臨床・腫瘍外科³

症例は50歳代男性。CTで偶発的に5cm大の脾門部腫瘍を指摘された。単純CTで腫瘍は境界明瞭な低吸収腫瘍であった。Dynamic CTでは動脈優位相で腫瘍の大部分が乏血性であったが、一部不均一に増強され、遅延相ではほぼ全体が均一に増強されていた。MRIでは、T1WIで低信号、T2WIでは高信号域と強い低信号域が混在していた。拡散強調像では拡散制限は目立たなかった。造影MRIでは漸増性の増強効果を呈していた。同病変に対し、脾臓合併腫瘍切除術が施行された。腫瘍は胃脾間膜に位置しており、肉眼的には白色調の充実性腫瘍であった。病理像では円形から紡錘状の腫瘍細胞の増殖を認め、腫瘍内の線維性間質が豊富であった。核分裂像は目立たなかった。免疫染色ではCD34、STAT6が陽性であり、alpha-SMA、desmin、S-100、c-kit、DOG-1、HHF35が陰性であった。以上より、solitary fibrous tumor (SFT) と診断された。SFTは中皮下間葉系組織由来の低悪性度線維性腫瘍であり、胸膜をはじめ様々な部位に発生することが報告されている。画像所見は小さいものは均一な増強効果を呈するが、特に腫瘍径が大きい場合には多彩な画像所見を呈することがある。脾門部に生じるSFTは非常に稀であり、若干の文献的考察を含め報告する。

O-26 直腸癌術後に出現した、増大する脾 vascular lesion の 1 例

小林 祐介¹、森川 友郎¹、桐山 郁子¹、菅原 敬文¹、谷口 緑²、寺本 典弘²、
御厨 美洋³、大田 耕司³、谷川 和史³、小島 誉也³

国立病院機構 四国がんセンター 放射線診断科¹、国立病院機構 四国がんセンター 病理科²、
国立病院機構 四国がんセンター 消化器外科³

症例は70歳代男性。直腸癌に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術+D3郭清を施行された(pT3N3M0, pStage III B)。術後9ヶ月のCTで脾臓に径1.6cmのリング状造影効果を示す結節が出現した。病変部は、USで高エコーであり、ダイナミック造影CTでは辺縁主体に漸増性の造影効果を有し、MRIでT2WI高信号、DWI高信号、ADC高値を示し、FDG-PET/CTで脾臓と同程度の集積であった。画像所見から血管腫やSANT (sclerosing angiomatoid nodular transformation)、過誤腫など鑑別に挙げられ、経過観察となった。経時的に増大を認め(約2年間で径1.6cm→5.6cm)、血管性腫瘍の破裂リスクや悪性腫瘍の可能性を考慮され、腹腔鏡下脾臓摘出術が施行された。病変は暗赤色の腫瘍で、病理組織では楕円～紡錘形の細胞が管腔を形成して増殖し、一部はスリット状、乳頭状を呈していた。免疫染色で増殖細胞はCD31 (+)、CD34 (+)、CD8 (-) であり、増殖細胞周囲にはα-SMA (+) の平滑筋細胞を伴っていた。核分裂像は2/10HPF、MIB1 index は約15%であった。病理所見からSANTやCCH (cord capillary hemangioma)、血管肉腫などを挙げられたが、SANTやCCHとしては、線維化に乏しく、単調な血管内皮細胞の増殖である点が非典型的であり、血管肉腫としては異型と増殖活性が弱く、平滑筋細胞を伴う構造を有しており非典型的であった。確定診断に至らず経過観察されている。本症例と鑑別疾患の所見を対比して、若干の文献的考察と併せ報告する。

O-27 膀胱癌転移との鑑別が困難であった片側副腎結核の1例

徳永 幸史¹、中村 悠理¹、櫻田 紘基¹、油谷 英孝¹、矢嶋 諒¹、河村 晃¹、
山田 浩史¹、前田 力¹、横山 智至²、小野 一雄³、梅岡 成章¹

日本赤十字社 和歌山医療センター 放射線診断科¹、日本赤十字社 和歌山医療センター 外科²、
日本赤十字社 和歌山医療センター 病理診断科³

症例は70歳代女性。健診で膀胱頭部腫瘤を指摘され当院を受診した。精査にて切除可能境界膀胱癌と診断され、術前化学療法が施行された。化学療法5コース終了後に撮像された治療効果判定目的の造影CTにて、膀胱癌は縮小を認めたものの、右副腎が副腎形態や内部構造を保ったまま全体的を示していた。化学療法10コース終了後の造影CTでは、膀胱癌はさらに縮小したが、右副腎腫大のさらなる増悪を認めた。FDG-PETでは膀胱癌への集積は軽減したが、右副腎への集積出現を認めた (SUVmax = 7.64)。副腎病変について、膀胱癌病変との挙動が異なっていたため過形成などが疑われたものの、転移の可能性は否定できず、膀胱癌原発巣の切除と合わせて診断治療目的に右副腎切除も施行された。術中迅速および術後病理標本では、膀胱癌は中分化型浸潤性尿管癌だったが、右副腎は乾酪壊死を伴う肉芽腫形成を認め、抗BCG抗体染色陽性を呈し、副腎結核と診断された。術後経過良好にて退院後から膀胱癌に対して術後補助化学療法が開始された。副腎結核に対しては、陳旧性病変を疑う石灰化を伴う縦隔リンパ節を認めたものの、他に活動性病変を認めず、喀痰培養陰性であったが、QFT陽性であったため、抗結核薬4剤併用療法が施行された。副腎結核は結核菌の血行性播種により生じるため、副腎外の活動性結核病変を伴って両側性に生じることが多く、本症例のような孤発性・片側性は稀である。文献的考察を加えて報告する。

O-28 副腎原発angiosarcomaの1例

深谷 有¹、永井 圭一¹、遠山 淳子¹、後藤多恵子¹、堀田 直秀¹、福島 曜²、
中島 広聖³

一宮市立市民病院 放射線診断科¹、一宮市立市民病院 呼吸器内科²、
一宮市立市民病院 病理診断科³

症例は80代女性。血痰にて近医を受診し、胸部異常陰影を指摘され当院呼吸器内科紹介となった。CTにて両肺に周囲にすりガラス影を伴う多発結節、右副腎に70mmの腫瘤が認められた。右副腎の腫瘤は造影にて隔壁構造を認め内部は不均一な造影増強効果を示した。右副腎腫瘍の精査のため施行されたMRIにてT2強調像で隔壁構造と内部の不均一な軽度低信号、拡散強調像にて中心部が高信号であった。血液検査では内分泌活性は認められなかった。喀血、呼吸状態の悪化に伴い入院し、肺胞出血疑いにてステロイドパルス療法が開始された。経過のCTにて肺腫瘍の増大、胸水の出現、右副腎腫瘍の増大が認められた。貧血が進行し、また呼吸状態悪化も伴い全身状態の悪化にて第20病日に永眠された。剖検が施行され、右副腎腫瘍では異型細胞が吻合状、類洞様、スリット状の血管様構造を形成して増殖しており、免疫染色ではCD34陽性、CD31陽性、Vimentin陽性、MNF116陽性であり、副腎原発の血管肉腫と診断された。また、肺、肝臓、縦隔リンパ節、脾臓、骨髄への転移が診断された。副腎原発のangiosarcomaは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

O-29 脂肪を含有した後腹膜神経節細胞腫の1例伊藤 純二¹、與儀 聡子¹、西江 昭弘¹、玉城 智子²、齋藤 誠一³琉球大学大学院医研究科 放射線診断治療学講座¹、琉球大学大学院医研究科 腫瘍病理学講座²、琉球大学大学院医研究科 腎泌尿器外科学講座³

症例は30歳代男性。CTにて偶発的に指摘された右後腹膜腫瘍の精査加療目的に当院の腎泌尿器外科へと紹介となった。特記すべき症状はなかった。紹介時のCTでは下大静脈や右腸腰筋、腰椎に囲まれた後腹膜に3x2x5cm大の辺縁不明瞭な腫瘤性病変を認めた。腫瘤は筋と等吸収を示し、造影増強効果に乏しく、石灰化の所見はなかった。MRIではT1WIおよびT2WIにて不均一な等～高信号を示し、ADC値は $1.8 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ と高値であった。Chemical shift imagingのopposed phaseで信号低下を認め、脂肪の含有が示唆された。ガドリニウム造影後は不均一な軽度の増強効果を示した。これらの画像所見から褐色脂肪腫や骨髄脂肪腫の他、デスモイド、後腹膜線維腫、脂肪肉腫などを鑑別として挙げた。半年間の経過観察の間に増大はなかったが、良性の診断は困難であり、腫瘍摘出術が行われた。摘出標本の病理組織では脂肪細胞や膠原線維を背景として、紡錘形細胞の増生および神経節細胞を認め、神経節細胞腫の診断となった。術後経過は良好で、その後も再発なく経過している。神経節細胞腫は交感神経節に由来する稀な良性腫瘍であり、主に20-40代の若年者に認められる。約半数は後腹膜に発生し、傍椎体の神経節に沿った分布を示すことが多い。本症例のように脂肪を含有する症例は典型的ではないが、過去にも類似した症例が報告されており、画像所見を中心に若干の文献的考察を加えて報告する。

O-30 腓嚢胞性腫瘍との鑑別を要した腓周囲神経鞘腫の1例河合 信行¹、野田 佳史¹、金子 揚¹、加賀 徹郎¹、深田 真宏²、村瀬 勝俊²、今泉 裕子³、金山 知弘³、松尾 政之¹岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器外科²、岐阜大学 病理診断科³

症例は50歳台女性。検診の腹部超音波検査にて腓体部嚢胞性腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。造影CTでは腓体部から頭側に突出する31mm大の類円形腫瘍を認めた。大部分が嚢胞成分で、充実成分や隔壁に漸増性の造影増強効果を認めた。MRIではT2強調像にて嚢胞成分は高信号、充実成分や隔壁は淡い低信号を示し、T1強調像にて均一な低信号と、明らかな出血成分は認めなかった。また充実成分や隔壁に有意な拡散制限 ($2.20 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$) や、主腓管との連続性は認めなかった。画像を含めた術前検査より、嚢胞変成を伴った腓充実性腫瘍や粘液性嚢胞腫瘍の他、腓外腫瘍も鑑別となった。外科的切除が施行され、術中所見では腫瘍と腓実質に連続性は認めず、総肝動脈神経叢から腫瘍へと連続する神経束が確認された。病理では粘液調で多房性嚢胞と充実成分からなる腫瘍で、顕微鏡下では充実成分及び隔壁に異型に乏しい紡錘形細胞が不規則に増生し、密な領域と疎な領域が混在していた。免疫組織化学染色では紡錘形細胞はS100P (+)、c-kit (-)、CD34 (-)、DOG-1 (-)、Desmin (-)、SMA (-)、MIB-1陽性率<5%を示し、神経鞘腫と診断された。神経鞘腫は末梢神経より生じる腫瘍であるが、腓周囲発生は稀である。本疾患と鑑別が必要であった腓嚢胞性腫瘍との鑑別点などについて文献的考察を含めて報告する。

O-31 腹部大動脈ステントグラフト留置部に生じた類上皮血管肉腫の1例

國弘 泰裕、鴨志田久美、栗延 孝至、横山 史崇、荒木 潤子

東京都立多摩総合医療センター 放射線科

類上皮血管肉腫は皮膚や軟部組織に好発する血管内皮細胞由来の悪性腫瘍で、全肉腫の1～2%とまれである。心・肝・脾に発生することが多く、大動脈ステントグラフトに関連した報告はわずかである。ステントグラフトによる慢性炎症が関与する可能性も示唆されている。症例は80歳代男性。7年前に腹部大動脈瘤、右総腸骨動脈瘤に対しステントグラフト内挿術施行。follow up CTにて両肺、右胸膜に結節が出現し、増大傾向であった。4ヶ月後CTガイド下胸膜生検を施行したが、腫瘍細胞を認めなかったため、ビデオ補助下胸腔鏡下肺生検(VATS)を施行した。生検2か月後に腹痛、黒色嘔吐、黒色便にて当院受診し、CTにて右総腸骨動脈のステント周囲の不均一造影効果を呈する不整形腫瘤が増大し、大動脈傍リンパ節腫大を認めた。腫瘤は小腸に浸潤し、腸閉塞をきたしていた。血管肉腫やGIST、悪性リンパ腫などの後腹膜腫瘍が疑われた。病理結果は未着であったが、腫瘍の増大が著しく化学療法を開始した。VATSの病理組織検査では類上皮血管肉腫の診断となり、ステント留置部周囲の腫瘤が原発巣と考えられた。2ヶ月後永眠となり、病理解剖が行われた。ステント留置部の腫瘤は内膜とは明らかな連続性が見られず、外膜優位に浸潤していた。今回、腹部大動脈ステントグラフト留置部に生じた類上皮血管肉腫の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

O-32 膵intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) の7例

仲谷 元^{1,2}、中井 雄大¹、渡谷 岳行¹、石田 尚利¹、渡邊 祐亮¹、五ノ井 渉¹、
田中麻理子³、牛久 哲男³、有田 淳一⁴、長谷川 潔⁴、阿部 修¹

東京大学医学部附属病院 放射線科¹、順天堂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 病理部³、東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科⁴

膵intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN)は罹患頻度が低い画像所見に関する報告は少ない。今回、病理学的にIOPNと診断された7例の臨床所見、術前CT・MRI所見(主膵管型 or 分枝型 or 混合型、嚢胞全体径、充実部の有無・径・造影増強効果・CT値、主膵管径、乳頭開大の有無)、病理所見を検討した。

患者は平均67歳(36-80歳)、男性が5/7例で、検診発見が主な主訴であった。主膵管型1/7例、分枝型3/7例、混合型3/7例で、嚢胞全体径は平均41mm(28-90mm)、充実部は7/7例で認め、充実部の最大径は平均17mm(10-23mm)、充実部の単純CT値は平均28HU(10-38HU)、主膵管径は平均8mm(3-18mm)、乳頭開大は全例でなかった。既報の画像所見では、大型の多房性嚢胞で内部には増強効果を有する充実成分または厚い隔壁や壁在結節、主膵管拡張を伴うとされている。自験例7例は概ね既報に合致していた。病理学的には全例で癌があった。また、6例は手術日から平均63ヶ月(3-168ヶ月)の観察期間で再発はなかった(1例は評価困難)。今回経験した7例の画像所見と病理組織学的所見を対比し、文献的考察を加えて報告する。

O-33 異なる画像所見を呈した膵IOPN (Intraductal oncocytic papillary neoplasm) の2例

高橋 真依¹、山口 尊¹、祖父江慶太郎¹、上嶋 英介¹、上野 嘉子¹、堀 雅敏¹、
小松 正人²、村上 卓道¹

神戸大学医学部附属病院 放射線診断・IVR科¹、神戸大学医学部附属病院 病理診断科²

WHO分類第5版では、IPMNから独立した上皮内腫瘍として膵IOPNが分類されている。その理由として、組織像が特有であること、膵管癌やIPMNに関連する遺伝子変異が見られないことが挙げられている。また画像所見もIPMNと若干異なると報告されている。相異なる画像所見を呈した膵IOPNの2例について報告する。症例1：50歳台男性。健診で高血糖を指摘され、スクリーニング目的の単純CTで膵尾部に腫瘤を指摘され、精査加療目的で当院紹介となった。造影CTでは乏血性充実性腫瘤として描出され嚢胞成分や主膵管との交通は明らかでなかった。MRではT1WIで淡い低信号、T2WIで淡い高信号を示す腫瘤として認められ、尾側膵管の軽度拡張を伴っていた。超音波内視鏡 (EUS) では境界明瞭な高エコーを示し、EUSガイド下生検でIOPNが疑われた。腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行され、上皮内癌を伴うIOPNと診断された。症例2：60歳台男性。尋常性乾癬で皮膚科通院中、スクリーニング目的の単純CTで膵体部に嚢胞性病変を指摘された。MRおよびEUSで分枝型IPMNと診断され経過観察となった。フォローアップのEUSで病変内の隔壁構造が顕在化したため、膵液細胞診が複数回提出されたが、悪性所見は同定されなかった。発見時から4年半の経過で隔壁構造に連続する充実成分が出現したため、IPMN由来癌疑いで腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行され、IOPNと診断された。いずれの症例も追加治療なく経過観察中である。

O-34 膵intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) CT・MRI所見: 6症例の検討

中野 翼¹、福倉 良彦¹、恵島 史貴¹、鮎川 卓朗¹、長谷川知仁¹、平原 充穂¹、
神崎 史子¹、吉浦 敬¹、東 美智代²、蔵原 弘³

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 放射線診断治療学分野¹、

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 病理学分野²、

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 消化器・乳腺甲状腺外科学分野³

Intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) の6例 (性別：男性4例、女性2例、年齢：5285歳) について、画像的にIPMNと比較した。組織学的には腺腫が1例、腺癌が5例であり、そのうち3例が浸潤性であった。CT・MRI上は全例で1691 mm (中央値43 mm) の嚢胞を認め、局在は頭部4例、体部1例、尾部1例であった。嚢胞の形態は、単房性2例、多房性4例であったが、IPMNに典型的なブドウの房状を呈したのは1例だけであった。主膵管径は28 mm (中央値2 mm) で、主膵管5 mm以上の混合型は1例のみであり、残りの5例は分枝型に分類された。1例は、最大12 mmの嚢胞壁肥厚を伴っていた。また、4例では、enhancing mural nodule >5 mmを認め、うち1例では実質への浸潤所見を伴っていた。膵IPMN 130例 (胃型82例、腸型35例、胆膵型13例) との比較では、組織学的悪性度や浸潤の有無に有意差は認められなかった。画像的にはIPMNと比較し、IOPNは①主膵管径が小さく (Mann-Whitney U test; $P = 0.005$)、②典型的なブドウの房状嚢胞の頻度が低い (Fisher's exact; $P = 0.032$) 傾向にあった。今回、自験例を元に膵IOPNの画像的特徴を若干の文献的考察を加え、報告する。

O-35 膵IOPNの4例

佐藤 圭亮、高山 幸久、浦川 博史、伊東 絵美、田中 慎二、吉満 研吾

福岡大学医学部 放射線科教室

膵のIntraductal Oncocytic Papillary Neoplasm (IOPN) はこれまでIPMNのサブタイプの一つとして分類されていたが、組織学的、遺伝子学的な違いより2019年のWHO分類5版より独立した腫瘍型として分類された。極めてまれな腫瘍であり、その画像的特徴は未だ明らかではない。当院で経験した4例を文献的考察を交えて報告する。症例1：72歳男性。膵頭部に約5cmの嚢胞内を充満する充実腫瘍として描出され、十二指腸に浸潤。症例2：80歳女性。膵尾部に約7cmの充実成分を主体とし、内部に壊死を伴う腫瘤として描出、胃と横行結腸に浸潤、脾動脈リンパ節に転移を認めた。症例3：61歳男性。膵頭部に約4cmの壁在結節を複数伴う単房性嚢胞性病変として描出。症例4：63歳男性。膵尾部に約3cmの壁在結節を複数伴う多房性嚢胞性病変として描出。膵炎で発症。症例1,2は混合型で浸潤癌、症例3,4は分枝膵管型で上皮内癌であった。症例1,2は内部が早期濃染-washout、辺縁部に線維化を示唆する遷延性の濃染域が見られた。DWIで高信号、ADCは950。浸潤癌を伴う症例では充実部が大きく、豊富な線維血管束を反映した増強効果が見られ、細胞密度が高かった。また周囲の線維化した組織は圧排性の増殖が示唆された。

O-36 IOPNの1例

児玉 芳尚¹、櫻井 康雄¹、山口 紅¹、渡辺 祈一¹、鈴木 純¹、潟沼 朗生²、
金 俊文²、安保 義恭³、高田 実³、篠原 敏也⁴、太田 聡⁴、大森 優子⁵

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、東北大学大学院医学系研究科 病態病理学分野⁵

【症例】 健診にて膵頭部腫瘤を指摘され、精査加療目的に当院入院となる。自覚症状なし。血液検査にて、特記すべき所見なし。【画像】 CTにて膵頭部に10cm大の腫瘤を認めた。腫瘤は小嚢胞が集簇したブドウの房のような形態であり、内部に1cm程度の充実部分が認められた。充実部分は動脈相で比較的強く濃染し、平衡相では濃染が減弱する早期濃染パターンであった。主膵管の拡張も認められた。MRCPでも、T2強調像にて高信号の嚢胞の集簇で内部に充実部分が認められた。ERCPでは、粘液による乳頭の拡大像が見られ、造影で粘液による欠損像が認められ、バルーンにて粘液をかき出し圧入することにより嚢胞内も造影された。以上の所見より、分枝型IPMN with high grade dysplasiaと術前診断され、膵頭十二指腸切除が施行された。【病理】 組織標本では、分枝膵管を中心に複雑な乳頭状構造を呈し増生する異型細胞が認められた。浸潤所見は認めなかった。腫瘍細胞は好酸性胞体を有し、免疫染色ではMUC1一部陽性、MUC2陰性、MUC5AC陽性、MUC6陽性でありIPMN with high grade dysplasia, oncocytic typeと診断された。

O-37 主膵管内への上皮内進展を伴った膵 intraductal oncocytic papillary neoplasm の 1 例

亀田 有紗¹、南口貴世介¹、丸上 永晃¹、長井美奈子²、庄 雅之²、前防 克也³、
内山 智子³、田中 利洋¹

奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座¹、奈良県立医科大学 消化器・総合外科²、
奈良県立医科大学 病理診断学講座³

症例は75歳男性。体重減少を主訴に前医を受診し、腹部エコーで膵尾部に嚢胞性腫瘤を指摘され、当院紹介受診となった。腹部造影CTで、膵尾部に主膵管と連続性する18mm大の嚢胞性腫瘤を認めた。腫瘤は大小の嚢胞が集簇した形態で、比較的大きな嚢胞内に造影早期から遷延性に増強される壁在結節を認めた。造影MRIでも膵尾部に主膵管と連続する嚢胞性腫瘤を認め、壁在結節はT2強調像で中間信号、T1強調像で低信号を呈した。拡散強調像で壁在結節に明らかな異常は認めなかったが、造影後に漸増性の増強効果を呈した。主膵管径は正常範囲内であった。術前診断としてIPMNのhigh-risk stigmataが疑われ、膵尾部切除術が施行された。肉眼的に18mm大の嚢胞内に5mm径の乳頭状白色結節を認めた。組織学的には、好酸性の細胞質と核小体明瞭な類円形核から成る円柱状異型細胞が、嚢胞壁から内腔に向かって乳頭状もしくは分葉状に増生していた。IOPNに特徴的とされる腫瘍上皮内の腺腔様構造を認めた。免疫染色では、MUC1及びMUC2は陰性、MUC5ACとMUC6が陽性で、intraductal oncocytic papillary carcinoma, non-invasiveと診断された。腫瘍尾側には異型上皮の主膵管内進展を認めた。

IOPNは2019年のWHO分類でIPMNから独立した腫瘍概念で、他の高異型度のIPMNと比べ予後が良いとされるが、まとまった画像所見の報告は少ない。今回経験したIOPNの1例について、文献的考察を加えて画像所見、病理像を報告する。

O-38 膵管内オンコサイト型乳頭状腫瘍の 1 例

田代 祐基¹、栗原 真南¹、小竹 晃生¹、永井 京子¹、竹山 信之¹、堀 祐郎¹、
橋本 東兎¹、岩橋 健太²、長濱 正亞²、上田 康雄³、楯 玄秀³、小川 高史³

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

症例は70代男性。FDG-PET CT検査で膵頭部嚢胞性病変を指摘され、他院でフォローされていた。経過で増大し、黄疸も出現したために当院紹介受診となった。血液検査では肝胆道系酵素の上昇を認め、CA19-9は陰性、DUPAN-2が306 U/mlと上昇していた。造影CT、MRI検査で、膵頭部に約78×84mmの嚢胞性病変を認め、嚢胞内には5mmに満たない壁在結節を認めた。結節はサイズが小さく、造影効果の有無は判定できなかった。嚢胞により主膵管、総胆管は狭窄と拡張をきたしており、黄疸の臨床情報と併せてhigh risk stigmataの所見を有するintraductal papillary mucinous neoplasmと考えた。明らかな転移は無く、手術適応と判断され、膵頭十二指腸切除術が施行された。その後、再発や転移は認めていない。診断当時のWHO分類第4版、膵癌取扱い規約第7版（2016）に沿って病理診断はintraductal papillary mucinous carcinoma, non-invasive, branch type, oncocyte typeの診断であった。現在のWHO分類第5版におけるintraductal oncocytic papillary neoplasm, IOPN, 膵癌取扱い規約第7版増補版における膵管内オンコサイト型乳頭状腫瘍に相当すると考え、画像病理の対比を中心に提示する。

O-39 網嚢内穿破を伴った膵 Intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) の1例

光野 重芝¹、有藪 茂樹¹、石川 翔¹、吉田 篤史¹、岡 祥次郎¹、藤本 順平¹、
山本 有香¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、阪口 怜奈¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、
安藤久美子¹、山根登茂彦¹、北村 好史²、高橋 加奈³、原 重雄³、石藏 礼一¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 外科・移植外科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70代男性。3週間前から続く左下腹部痛で受診した近医にて、血清アミラーゼ4174 U/Lと著明な上昇を認め、精査目的に当院紹介となった。造影CTで膵腹側から網嚢内、大網に至る20cm大の被包化液貯留を認めた。主膵管拡張は見られなかったが、膵尾部には造影効果のある壁に結節を伴った43mmの嚢胞性腫瘤を認めた。被包化液貯留への内視鏡下経胃的ドレナージで、茶褐色粘稠の排液が5000mlほど得られ、細胞診は陰性であった。ERCPで膵尾部嚢胞と主膵管に交通が認められ、結節部が欠損として描出された。FDG-PET/CTで嚢胞内の結節に一致してFDG集積 (SUVmax 4.05) が認められた。網嚢内穿破を伴った Intraductal papillary mucinous carcinoma (IPMC) の臨床診断にて化学療法 (GEM+nab-PTX 7kur) が施行された。経過で明らかな播種・転移の出現を認めず、根治的治療として膵体尾部切除術が施行された。組織学的に、好酸性の細胞質と核小体明瞭像を呈する異型細胞が、乳頭状から篩状構造を形成し、嚢胞内で増殖しており、粘液産生と一部での間質浸潤像がみられた。浸潤癌を伴う Intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) と診断された。術後1年で明らかな再発は認めず、経過観察されている。

IOPNはIPMNの好酸性細胞型として従来位置づけられていたが、消化器系WHO分類第5版で別個の病変として記載された。網嚢内穿破を伴ったIOPNの報告は渉猟した限りなく、文献的考察を加えて報告する。

O-40 膵 intraductal oncocytic papillary neoplasm (IOPN) の1例

影山 咲子¹、大森 優子²、森 菜緒子¹、前川 由依¹、齊藤美穂子¹、古川 徹²、
高瀬 圭¹

東北大学病院 放射線診断科¹、東北大学大学院医学系研究科 病態病理学分野²

40代女性。呼吸器疾患の経過観察CTにて膵嚢胞性病変と主膵管拡張を指摘された。

MRIでは全長にわたる主膵管拡張を認めた。膵頭部では嚢状に拡張し、長径20mmの乳頭状隆起病変を認めた。隆起病変はT2WI軽度高信号、T1WI・脂肪抑制T1WI軽度高信号で、DWIは淡い高信号、ADC正常膵と同程度であった。

PET-CTでは充実部に一致してSUVmax 10.2のFDG高集積を認めた。

拡散制限は乏しいものの、FDG高集積を示す充実部を含む膵管拡張を示し、主膵管型IPMCが疑われ、膵頭十二指腸切除術が施行された。拡張した膵頭部主膵管から乳頭部膵管内を占拠する乳頭状結節を含み、病理学的にIOPNと最終診断された。

IOPNは好酸性細胞質を有する腫瘍細胞で構成される嚢胞性膵腫瘍で、intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) の好酸性亜型とされていたが、2019年WHO分類でIPMNから独立して記載された。IPMNと比し、予後が比較的良好なこと、免疫組織化学的にc-kitやHepPar-1、mesothelinに陽性を示すこと、PRKACA/B融合遺伝子が高頻度に検出され、KRASやGNAS変異がほとんど見られないなどの分子生物学的差異による。本症例の充実部はFDG高集積の割に拡散制限が乏しい印象であり、画像所見について病理所見と合わせて考察する。

O-41 下部胆管原発の癌肉腫の1例

向井田瑛佑¹、田村 明生¹、加藤 健一¹、吉岡 邦浩¹、西谷 匡央²、上杉 憲幸²、菅井 有²、春日井 聡³、武田 大樹⁴、菅野 将史⁴、片桐 弘勝⁴、新田 浩幸⁴

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

症例は61歳女性で、間欠的な腹痛を認め近医へ受診した。採血検査にて肝機能障害を認め、当院へ紹介された。腹部超音波検査で肝内胆管および総胆管の拡張を認めた。腹部Dynamic CT検査では下部胆管に31mmに渡る壁肥厚とそれによる内腔の狭窄を認めた。また、狭窄部には淡い漸増性の造影効果が認められた。胆管洗浄液細胞診ではadenocarcinomaが検出された。画像検査上明らかな遠隔転移は見られず、下部胆管癌の臨床診断で幽門温存下腭十二指腸切除術が施行された。切除検体では下部胆管に長径40mmの結節性病変が見られた。組織学的に類円形ないし紡錘形の異型細胞が、明瞭な腺管構造を形成することなく、腭へ浸潤していた。免疫染色では上皮マーカーであるケラチン (AE1/AE3, CK7) の発現を示すとともに、間葉系マーカーであるvimentinの発現を認めた。加えて、病変浅層から深層になるにつれ、E-cadherin発現の減弱、ZEB-1発現の亢進がみられ、両者の移行像も認められた。上皮間葉転換を示す所見と考えられた。以上より癌肉腫 (carcinosarcoma) と診断された。癌肉腫は同一腫瘍内に上皮性成分と間葉系成分が混在する腫瘍である。あらゆる臓器に発生するが本症例のように胆管原発の癌肉腫は非常にまれである。そのため今回若干の文献的考察を加えて報告する。

O-42 胆管内腫瘍栓を病変の主座とした肝細胞癌の1例

津崎 盾哉¹、曾我 茂義¹、鈴木 達也¹、横山 陽一¹、奥田 茂男¹、阿部 雄太²、岩崎 栄典³、尾島 英知⁴、陣崎 雅弘¹

慶應義塾大学医学部 放射線科学教室 (診断)¹、慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科²、慶應義塾大学医学部 消化器内科³、慶應義塾大学医学部 病理学教室⁴

症例は40代男性。3年前よりHIV・HBV重複感染症およびAIDS関連疾患 (ニューモシスチス肺炎、浸潤性肺アスペルギルス症、サイトメガロウイルス感染症など) にて加療されていた。発熱および右季肋部痛、黄疸を主訴に当院を受診。CTにて肝左葉肝内胆管から上部胆管にかけて腫瘍が認められ、肝内胆管は泣き別れていた。肝門部領域胆管癌の診断にて手術の方針となり、経皮経肝的門脈塞栓術 (PTPE) を施行された後、腫瘍切除術 (肝左三区および尾状葉切除、肝外胆管切除術) および胆嚢摘出術が施行された。病理診断では、左右肝管合流部から左葉肝内胆管にかけて内腔を占拠する腫瘍が認められ、周囲に門脈内腫瘍栓も伴っていた。形態学的に肝細胞癌と診断されたが、肉眼的には原発巣は同定されなかった。組織学的には腫瘍栓から肝実質に浸潤する腫瘍結節が認められ、この部位を原発巣とし、ほぼ全体が腫瘍栓の形態を呈する肝細胞癌の診断となった。背景の非腫瘍肝は新犬山分類A2-3F3相当の慢性肝障害であった。肝細胞癌が胆管腫瘍栓を伴うことはしばしば経験されるが、腫瘍栓が主座となるような発育様式は稀と思われ、考察を加えて報告する。

O-43 胆管腺線維腫の悪性転化が疑われた肝内胆管癌の1例

金丸 訓子¹、中井 雄大¹、張 申逸¹、中尾 貴祐¹、渡谷 岳行¹、日向 宗利²、
赤松 延久³、牛久 哲男²、長谷川 潔³、阿部 修¹

東京大学医学部附属病院 放射線科¹、東京大学医学部附属病院 病理部²、
東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科³

症例は64歳女性。検診の超音波検査で肝腫瘍を指摘された。造影CTでは肝尾状葉に2つの成分を有する50mm大の腫瘍を認めた。腹側の軟部濃度成分は、辺縁主体の早期濃染と中心部の遅延性濃染を示し、境界は不明瞭で中肝静脈への浸潤も疑われた。背側の成分は境界明瞭な低濃度で、不均一な早期濃染と部分的な洗い出しを示した。MRIでは腹側成分はT2強調像で軽度高信号を示した。背側成分はheavily T2強調像でも高信号を示し、粘液性もしくは微小嚢胞集簇性の病変と考えられた。拡散強調像ではいずれも高信号を示し、脂質の含有やEOBの取り込みは認めなかった。FDG-PETでは腹側病変にSUV max 8.3の高集積を認め、背側病変は低集積であった。術前画像診断としては第1に粘液豊富な成分を有する肝内胆管癌を、次いで肝内胆管癌と神経鞘腫の衝突腫瘍を考え、悪性腫瘍の診断で拡大左肝切除が施行された。腹側病変は白色充実性で、組織学的に肝内胆管癌であった。背側成分は灰白色微小嚢胞状を呈し、組織学的に胆管様の腺管が増殖し、豊富な線維性間質が介在する病変であった。異型は乏しく肝内胆管癌と相互に移行するような領域も見られ、胆管腺線維腫の悪性転化が疑われた。胆管腺線維腫は非常に稀な腫瘍であるが、悪性転化や浸潤癌の合併も報告されており、文献的な考察を加えて報告する。

O-44 広範な門脈腫瘍栓を形成した肝神経内分泌腫瘍の1例

桑鶴 良季¹、佐野 勝廣¹、永松 洋明²、大場 大³、齋浦 明夫³、福村 由紀⁴、
村上 康二¹、桑鶴 良平¹

順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線診断学講座¹、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科学講座²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器外科学講座³、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 人体病理学講座⁴

症例は50代男性。上腹部違和感が持続したため近医で腹部超音波検査を施行したところ肝左葉を占拠する腫瘍を認め、当院に紹介受診となった。血液検査では肝胆道系酵素は上昇、各種ウイルス・腫瘍マーカーは陰性であった。

CTでは肝左葉を占拠する長径16cmの腫瘍性病変を認め、辺縁部から漸増性に濃染し、中心には壊死を疑う増強効果を伴わない領域を認めた。また門脈本幹、前区域枝まで連続する広範な腫瘍栓を認めた。MRIでは同腫瘍はT2強調像で淡い高信号、拡散強調像で辺縁優位に高信号、ADC低値を示し、辺縁優位に漸増性の増強効果を認めた。肝細胞相では低信号を示した。内部壊死を伴う漸増性増強効果を示す巨大腫瘍で、門脈腫瘍栓が著明であったことから低分化型肝細胞癌や混合型肝癌、また造影効果のパターンから肝内胆管癌が鑑別となり、治療方針決定のために肝生検を施行した。肝生検の結果、Neuroendocrine tumor (G2)の診断となった。

NETの原発部位は膵や消化管、肺が多く、肝原発(primary hepatic neuroendocrine tumor; PHNET)は極めてまれとされる。本症例では肝以外に原発と思われる病変は指摘されていない。また、門脈腫瘍栓を伴うNETの報告は極めて少なく、本症例では門脈腫瘍栓が鑑別を困難にした要因と考えられた。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-45 肝副腎癒合に関連する副腎上皮嚢胞由来の腺癌の1例

阿久津 陽¹、那須 克宏¹、堀越 琢郎¹、高地 祐輔²、岸本 充²、高屋敷 吏³、
大塚 将之³、宇野 隆⁴

千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、千葉大学大学院医学研究院 病態病理学²、
千葉大学医学部附属病院 肝胆膵外科³、千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁴

症例は70代男性。X-6年、他院の腹部超音波検査で右副腎腫瘍を指摘されたが、翌年の再検査で腫瘍径に著変はなく、終診となった。X年6月、腹部超音波検査で腫瘍の増大を認め、ノルアドレナリン軽度高値から、褐色細胞腫が疑われ、当院紹介受診となった。CTでは、右副腎および肝にまたがるようにして径6×4cmの多房性嚢胞性腫瘍を認めた。嚢胞壁は厚く、一部で石灰化を伴っていた。造影効果を有する壁在結節があり、その一部は肝実質への浸潤が疑われた。MRIでも充実成分を有する嚢胞性病変として描出され、貯留している液体の一部は出血成分と考えられた。明らかな脂肪成分の含有はなく、充実成分に一致した拡散制限が見られた(ADC=0.99×10⁻³mm²/sec)。FDG-PET/CTでは、充実成分に一致して、SUV max= 5.86の集積を認めた。123I-MIBGシンチグラフィや131I-アドステロールシンチグラフィでは異常集積は認めなかった。以上より、副腎癌の肝浸潤あるいはadrenal restあるいは肝副腎癒合に由来する腫瘍で一部に癌を伴う病変が鑑別に挙がり、手術が施行された。病理所見から、副腎肝癒合に関連する副腎上皮嚢胞由来の腺癌(胆管由来)と診断された。副腎肝癒合は約1-10%の症例でみられ、細胆管が入り込むことがあるとされる。稀に副腎肝癒合から副腎上皮嚢胞を形成するが、副腎上皮嚢胞由来の腺癌の報告はない。肝副腎癒合の概説も含め、文献的考察を加え報告する。

O-46 oncocytic type IPNBの1例

山本浩太郎¹、佐野 勝廣¹、福村 由紀²、寺澤 無我³、齋浦 明夫³、桑鶴 良平¹、
青木 茂樹¹

順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線診断学講座¹、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科²、順天堂大学医学部附属順天堂医院 肝胆膵外科³

60代女性。来院6年前より肝左葉の石灰化を伴う嚢胞に対して他院でフォローアップをされていた。今回嚢胞の増大及び内部の造影効果を伴う充実成分を指摘され、当院へ紹介受診となった。CTでは肝左葉に最大83mm大の多房性嚢胞を認め、胆管との交通を認めた。内部に造影効果を有する乳頭状に増生する充実成分があり、嚢胞の一部には石灰化を認めた。MRIでも同様の所見であり、左葉肝内胆管の拡張も認めた。充実成分はT2強調像や拡散強調像で軽度高信号、ADCは肝実質より高く、明らかな浸潤所見はなかった。Intraductal papillary neoplasm of bile duct (IPNB)の術前診断にて拡大左肝切除術が施行された。肉眼的には粘液貯留を伴い、灰白色～白色調乳頭状隆起を認めた。低～高異型度腫瘍細胞の乳頭状増殖を認め、gastric typeとoncocytic typeが混在していたが、融合遺伝子ではoncocytic typeパターンであり、oncocytic typeのIPNBの診断となった。WHO分類第5版では腺におけるoncocytic typeのIPNBはIntraductal oncocystic papillary neoplasm (IOPN)として独立し、本症例は腺におけるIOPNに相当すると考えられる。今回稀な症例を経験したため考察を加え報告する。

O-47 胆管拡張を示し悪性腫瘍との鑑別を要した肝サルコイドーシスの1例

池谷 美穂¹、市川 智章¹、渋谷 圭¹、江原 雅之¹、山崎 勇一²、山中 崇弘³、
松村 望⁴、調 憲³、対馬 義人¹

群馬大学医学部附属病院 核医学科¹、群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科²、
群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科³、群馬大学医学部附属病院 病理部⁴

症例は60歳台女性。乳癌術後の経過観察中に撮影されたPET-CTで、肝左葉外側区域にFDG集積を認めたため造影CT/MRIが施行された。CT上、肝S3に15mmほどの比較的境界明瞭な低吸収腫瘍を認めた。肝動脈優位相で乏血性であり、軽度遷延性濃染を認めた。病変末梢のB3肝内胆管に拡張が見られた。MRIにて、S3腫瘍はT1WIで低信号を示したが一部高信号を呈し、拡張したB3内にも高信号が伸展していた。T2WIでは周囲肝と比較し等～低信号を呈しており不明瞭であった。DWIでは高信号を呈し、造影効果は認めなかった。S1、S8にも同様の画像所見を示す腫瘍を認めた。また、肝門部にリンパ節腫大が見られた。臨床的にサルコイドーシスと診断された既往があり肝サルコイドーシスを疑ったが、肝内胆管拡張を伴うなど非典型的な所見が見られたため、肝転移、肝内胆管癌を除外する目的でS3腫瘍に対しCTガイド下に腫瘍生検が施行された。病理では、悪性所見は認められず類上皮細胞からなる肉芽腫所見が得られたため、サルコイドーシスと診断された。B3肝内胆管が拡張した原因として、腫瘍による機械的圧迫の他、B3内に病変と連続する線状T1高信号域が見られたことから、胆管内にサルコイド肉芽腫が伸展した可能性も考えられた。

O-48 著明な多血像を呈した遺残胆管板様構造を有する肝内胆管癌の1例

小坂 一斗、北川 泰地、齋藤 裕己、柴山 千明、松原 崇史、五十嵐沙耶、
米田 憲秀、北尾 梓、小林 聡、蒲田 敏文

金沢大学 放射線部

症例は60歳代男性、アルコール多飲歴あり。腹部造影CTにて肝S7に3cm大の腫瘍性病変を認めた。造影前単純CTで境界やや不整な低吸収、造影早期から均一な強い濃染を認め、腫瘍の末梢にはA-P shuntと思われる楔状濃染を認めた。門脈相～平衡相では背景肝とほぼ等吸収であり、遅延濃染は見られなかった。末梢胆管の拡張は見られなかった。SPIO-MRIが施行され、腫瘍はSPIOの取り込みは見られなかった。T2強調像、拡散強調像で高信号を示した。FDG-PET/CTでは腫瘍部にFDGの異常集積は見られなかった。肝S7/8部分切除が施行された。腫瘍は小型腺管～胎生期に見られる遺残胆管板構造を示し、WHO2019分類における肝内胆管癌の小型胆管型のうち、cholanigiologcellular carcinoma, ductal plate malformation (DPM) subtypeと考えた。ASMA染色では結節内にunpaired arteryの著明な増生を認め、本腫瘍の早期濃染の原因と考えられた。

○-49 腸骨動静脈瘻形成によって急速に肝リンパ浮腫をきたした1例

長谷聡一郎、中川 達生、津村 康介、岩井 健司

社会医療法人財団石心会 川崎幸病院 川崎大動脈センター血管内治療科

90歳代女性。2日前より左下肢浮腫と疼痛を自覚し近医受診。造影CTで径50mm大の左内腸骨動脈瘤と近接する左腸骨静脈血栓症と診断。静脈血栓症と腸骨動脈瘤加療目的で当院搬送。入院時から嘔気が持続し、翌日ショックと意識レベル低下出現。ショック離脱後も乳酸アシドーシスの進行を認めた。造影CT再検で左内腸骨動静脈短絡による静脈早期灌流と肝臓のperiportal collar、肝十二指腸靭帯/後腹膜リンパ浮腫出現、腎臓の造影剤排出遅延などの多臓器うっ血所見を認めた。緊急腸骨動脈ステントグラフト治療施行。術後はリンパ浮腫などの臓器うっ血所見の速やかな改善を認め、左下肢浮腫も緩徐に改善。39日後退院となった。肝リンパ浮腫の形成機序を中心とした文献的考察を含め報告する。

ポスター展示抄録

P-1 肝原発悪性中皮腫の1例

清水 翔¹、穴井 洋¹、濱田 隼一²、中瀬 有遠²、菅沼 泰²、島田 啓司³、
伊藤 博文¹、日高 晶子¹、南口貴世介⁴、丸上 永晃⁴、西本 優子⁵、大林 千穂⁶

市立奈良病院 放射線科¹、市立奈良病院 消化器外科²、市立奈良病院 病理診断科³、
奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学⁴、奈良県総合医療センター 放射線科⁵、
奈良県立医科大学 病理診断学⁶

症例は40歳代、男性。既往歴：虫垂炎術後、糖尿病、精神発達遅延。現病歴：発熱を主訴に
当院受診。血液検査では低アルビン血症、軽度炎症性変化、軽度肝機能障害を認めた。HBV、
HCVは陰性。AFP、PIVKA-II、CEA、CA19-9はいずれも陰性。USでは正常肝実質とほ
ぼ同程度のエコーを呈し内部に動脈波形を呈する脈管構造を認めた。CTでは肝右葉より肝
門部にかけて胆嚢を巻き込む11cm大の肝外突出性腫瘤を認め、造影では辺縁優位に不均一
な濃染を呈していた。また内部に脈管様構造を認めた。MRIではT1強調像で低信号、T2強
調像で高信号を呈し、内部に脈管様構造を認めた。また拡散強調像ではやや異常高信号を呈
し、拡散制限ははっきりせず、EOB造影では腫瘍辺縁を中心に早期濃染を認め、徐々に腫瘍
全体の濃染を呈した。CT同様内部に脈管様構造を認めた。202X年9月外科的に切除された。
12x10cm大の境界不整な充実性で、肝実質との連続性を認めた。剖面では黄色横白色調充
実性腫瘍、部分的に凝固壊死を呈し、病理組織学的には紡錘形などの腫瘍細胞が胞巣状、索
状に増殖し、部分的に一部小型管状構造を形成。免疫染色ではD2-40、WT-1、Calretinin、
CK7が陽性を呈し、sarcomatoid優位の肝原発悪性中皮腫と診断した。今回我々が経験した肝
原発悪性中皮腫は極めてまれとされ、文献的考察を加えて報告する。

**P-2 EOB-MRIの肝細胞相で腫瘍周囲に広範な低信号域を呈した肝内
胆管癌の1例**

熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、加賀谷理紗¹、河合 雄一¹、館 靖¹、森 雄司¹、
高田 莉央²、藤野 雅彦²、鈴木 啓史¹、荒川 拓也³

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 放射線診断科¹、
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 病理²、
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 外科³

症例は70代男性。心窩部痛で施行された腹部USで肝S2に30mm大の腫瘤を認めた。単純
CTでは40×28mm大の境界不明瞭な軽度低吸収の腫瘤で、Dynamic CTで辺縁は早期相か
ら後期相まで造影効果は乏しく中心部が後期相優位に軽度造影された。明らかな被膜形成や
末梢胆管拡張、肝辺縁の陥凹は認めなかった。EOB-MRIで腫瘍はT2WI軽度高、T1WI低、
DWI高信号を呈し、Dynamicの造影パターンはCTと同様であった。肝細胞相では内部が肝
と等、辺縁が低信号のtarget状を呈した。腫瘤を取り巻くように動脈優位相で軽度濃染し肝
細胞相で軽度低信号を呈する領域を広範に認め、肝細胞相では腫瘤の左側に帯状に進展する
幅約20mmの低信号域も認めた。肝内胆管癌、低分化な肝細胞癌、両者の混合型などが鑑別
に拮がったが、診断困難であった。生検も困難で診断的治療目的で肝外側区域切除術の方針
となった。1ヶ月後の術前CTでは腫瘤は軽度増大し、肝細胞相で左側に認めた帯状の低信号
域に約40mm離れて10mm大の結節が出現していた。切除標本の肉眼像では境界明瞭な40×
25mm大の灰白色腫瘤で37mm外側に同様の14×8mm大の結節を認めた。組織学的には核の
大小不同、核小体の目立つ異型細胞が充実性に増殖、一部に異形小腺管を形成し、免疫染色
でMUC1 (+)、CK7 (+)、HEP -PAR1 (+)を呈し、肝内胆管癌と診断された。高度な門脈
浸潤、塞栓を認めたが、肝動静脈、胆管の浸潤は認めなかった。腫瘤と離れた結節は転移で
あった。

P-3 肝細胞癌と肝原発神経内分泌癌が混在した肝腫瘍の1例

亀田 貞徳¹、山室 博¹、児玉江里子¹、遠藤じゅん¹、平林 健一²、中野 明³、
市川 珠紀¹、中郡 聡夫³、橋本 順¹

東海大学医学部附属病院 画像診断科¹、東海大学医学部附属病院 病理診断科²、
東海大学医学部附属病院 一般外科³

80代女性。右側腹部痛で近医受診。CTで肝細胞癌（以後HCC）が疑われ、当院一般外科を紹介受診。造影CT軸位断像で、肝右葉S5に長径51mm大の雪だるま型の腫瘍を認めた。Dynamic CTで造影前は背景肝よりも低吸収、肝動脈優位相で早期造影増強効果、門脈優位相～平衡相で低吸収を示した。EOB-MRIでは肝動脈優位相で軽度造影増強効果、門脈優位相～遅延相、肝細胞造影相で低信号を呈した。病変は全体にT2WIで高信号、T1WIで低信号。chemical shift imaging in/out画像で、雪だるまの胴体部分辺縁に脂肪信号を検出した。辺縁の脂肪信号は一部断絶し、同部を貫通するように胴体中心部から頭部分にかけて連続した拡散低下を認めた。分化度の異なる組織が混在し、被膜外浸潤を有するHCCを疑った。T2NOM0 Stage IIと術前診断し、腹腔鏡下肝S5部分切除術を施行した。病理所見では、胴体部分で好酸性胞体を有す腫瘍細胞が索状構造と胞巣状構造を形成し、glypican-3陽性を示す中分化型肝細胞癌を認めた。頭部分では、高N/C比の腫瘍細胞がchromogranin A陽性、synaptophysin陽性、MIB1 index 90%を示し、神経内分泌腫瘍（以後NEC）を認めた。HCCとNECの組織間にはglypican-3とsynaptophysin陽性を呈する移行領域が存在した。各種検査では他臓器原発のNECを疑う所見を認めず、混在型HCC-PHNEC（肝原発性神経内分泌癌）と診断した。HCCとPHNECが混在し、移行領域を病理組織学的に確認できた稀な症例を経験したため、文献報告と考察を交えて報告する。

P-4 肝嚢胞腺癌との鑑別が困難であった出血性肝嚢胞の1例

小宮 英朗¹、尾崎 公美¹、木村 浩彦¹、田海 統之²、小練 研司²、村上 真²、
五井 孝憲²、木村 純也³、樋口 翔平³、今村 好章³

福井大学医学部 放射線科¹、福井大学医学部 消化器外科²、福井大学医学部 病理診断科³

症例は80代女性。6年前に左乳癌が指摘され、術前精査CTで最大径約8cmまでの多発肝嚢胞を認めていた。その後乳癌術後の経過観察中、肝嚢胞は徐々に増大傾向し術後約4年後には最大病変は最大径約14cmまで増大していた。術後約5年後に最大病変は約12.5cmに縮小し、内部辺縁部に軟部影が出現したが経過観察となった。術後約6年後、嚢胞性病変は約10cmまで縮小し、内部には造影CTで不整形の造影効果領域が出現した。MRで肝嚢胞腺癌の疑いで精査となった。造影CTで腫瘍に漸増性の造影効果が見られた。MRIでは隔壁を有する多房性嚢胞性病変であり、内容液の一部はT1高信号で出血の混在が疑われ、造影MRIではCTと同様に内部腫瘍状領域の一部に結節状～索状の造影効果を認めた。画像経過から出血性肝嚢胞も鑑別に挙げたが、造影効果領域が比較的大きく、出血を伴う嚢胞腺癌を否定しきれず、肝右葉切除術を施行した。切除標本では嚢胞状構造物の内部に出血を伴った凝血塊と壊死組織を認め、組織学的に嚢胞壁の一部に壁の薄い血管の集簇が見られ、出血性肝嚢胞の診断であった。胞内に凝血塊を生じ、器質化過程で新生血管の増生を認め、肝嚢胞腺癌との鑑別が困難であった出血性肝嚢胞は過去にも報告があるが、本症例は造影効果領域のサイズが大きく、悪性を否定しきれなかった。若干の文献的考察を交えて報告する。

P-5 肝内胆管に発生した神経内分泌癌の1例

成田 晶子¹、竹原 有美¹、山本 貴浩¹、山路真也子¹、井上 匡央²、佐藤 啓³、
太田 豊裕¹、鈴木耕次郎¹

愛知医科大学 放射線医学講座¹、愛知医科大学 肝胆膵内科²、愛知医科大学病院 病理診断科³

症例は70歳代女性。肺癌検診のCTにて偶然肝腫瘤を指摘され当院紹介となった。無症状で黄疸は認めていない。単純CTで肝S3の肝内胆管周囲から肝円索部に広がる6.5×4cmの軟部濃度腫瘤を認め、動脈相では肝実質と比して等吸収の部分が主体で一部が高吸収を呈し、門脈相では全体的に低吸収を呈していた。腫瘍内部を軽度拡張した胆管が走行し、上流胆管の病的拡張は認めなかった。MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で軽度高信号、拡散強調像で著明な高信号、ADCmapは低値であった。形態的にはMF+PI型胆管癌の像を呈していたが、腫瘍に取り囲まれた門脈左枝には圧排性の変形のみで、腫瘍内を肝動脈A3と軽度狭小化した門脈P3とが貫通しており、拡散強調像の所見も合わせて悪性リンパ腫を疑った。総肝動脈幹リンパ節の腫大も認めており、同部からEUS-FNAを施行した。病理では繊細なクロマチンを有する裸核状の小型異型細胞集塊を認め、免疫染色ではAE1/AE3+CAM5.2(+)、INSM-1(+)を呈し、神経内分泌癌(小細胞癌)と診断された。全身CTにてその他に明らかかな病変はなく、肝内胆管原発と診断した。胆管原発の神経内分泌癌は稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

P-6 硬化性胆管炎に併発した肝炎症性偽腫瘍の1例

出雲崎 晃¹、野島 浩司¹、絹谷 啓子¹、堀地 悌¹、北川 清秀¹、林 洸太郎²

富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院 放射線科¹、
富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院 消化器内科²

症例は70歳台男性。以前より軽度の肝機能障害あり経過観察目的に前医受診され、腹部エコーにて胆石、胆管拡張を指摘され当院紹介受診。当院受診時の採血ではγ-GTPの上昇(106IU/I)を示し、他胆肝系酵素は正常範囲、明らかな炎症反応の上昇は認めなかった。造影CT施行し、肝両葉の肝内胆管にそってびまん性に軟部影あり抹消の胆管拡張を認めた。造影にて軟部影は漸増性に増強効果を認めた。MRIを施行し、造影CT同様に肝内胆管周囲に軟部影を認め肝内胆管は狭細化を認め、肝抹消では拡張あり。また、上腸間膜静脈に沿って軟部影を認めた。ERCPでもMRCP所見と同様に、肝内胆管は枯枝状で、抹消にいくにつれ狭細化を示し、肝表近くでは拡張を認めた。以前のCTを確認すると、2006年時のCTでは脾のびまん性腫大を認め、経過にて脾の萎縮を認め、自己免疫性脾炎の経過をみていると考えられた。以上の所見より、胆管に沿った軟部影はIgG4関連肝炎症性偽腫瘍が疑われた。採血にてIgG4は1156mg/dLと著明に高値、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。ソナゾイドエコー下にて経皮経肝で胆管周囲の軟部影を生検し、IgG4関連の硬化性胆管炎に併発した炎症性偽腫瘍と診断。現時点では症状ないため経過観察の方針となった。非常にまれな硬化性胆管炎に併発した肝炎症性偽腫瘍の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

P-7 “Puffer Ball on a String”のような形態の破裂LAMNの1例

山崎美保子¹、張 申逸²、仲谷 元³、木村 一史¹、大野 仁司¹、相田 久美⁴、
萩野 健夫⁵

埼玉石心会病院 放射線科¹、虎の門病院 放射線診断科²、東京大学医学部附属病院 放射線科³、
埼玉石心会病院 病理診断科⁴、埼玉石心会病院 外科⁵

Low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN) は、2010年のWHO分類、2013年の大腸癌取扱い規約第8版から採用された名称で、以前はmucinous cystadenomaおよびmucinous cystadenocarcinomaと診断されていた腫瘍である。今回、“Puffer Ball on a String”のような印象的な形態を示す破裂LAMNの一例を報告する。症例は79歳女性。下腹部痛の精査で、CT検査をしたところ、虫垂腫瘍が指摘された。血液生化学検査所見は、CEA56 CA19-9 114。CTやMRIでは、虫垂先端部を中心とした放射状の線維化と、それを囲む粘液状基質が疑われた。虫垂内腔は虚脱し、虫垂結石あるいは壁の石灰化が認められた。肝臓周囲に腹膜偽粘液腫が疑われた。14年前のCTをみると、小さな虫垂粘液瘤が認められた。病理ミクロ像では、虫垂粘膜に異型度の低い腫瘍細胞が認められた。虫垂周囲には粘液塊と線維組織が認められ、腫瘍細胞が散在していた。大部分で虫垂壁は保たれていた（粘膜を越える浸潤や破壊はなかった）が、腫瘍細胞が虫垂壁を貫通する箇所が先端部近くに1カ所あり、その範囲は2-3mmであった。乳頭腺癌や管状腺癌の成分の混在はなかった。腫瘍細胞が虫垂壁を貫通する部位（虫垂先端）が、浸潤か（粘液癌か）破裂部か（LAMNか）病理医と放射線科医と外科医との間で協議した結果、破裂（LAMN）と考えられた。今回、放射状の線維化の中心が、破裂部に一致していたことが、興味深い点である。

P-8 ヨード造影剤のアレルギー反応に伴い十二指腸・空腸の血管性浮腫を示した1例

岸本 理和¹、尾松 徳彦¹、今井 礼子²、小畠 隆行¹、東 達也¹

QST病院・量研機構 画像診断課¹、QST病院・量研機構 治療課²

ヨード造影剤静注後にアレルギー症状を示し、直前の単純CTでは認めなかった十二指腸～空腸の壁肥厚を造影後CTで認めた症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は20代女性、後腹膜の胞巣状軟部肉腫に対する重粒子線治療前の精査として腹部単純CT撮影後、ヨード造影剤を静注し胸腹部CTを撮影した。撮影終了時より顔面紅潮、鼻閉感、呼吸困難感あり、血圧は検査前120/73から92/50mmHgに低下、SpO₂は97%であった。アドレナリン0.3mg筋注、生理食塩水点滴投与後、血圧は120/50mmHgに回復し、症状も軽減した。CTでは造影前には異常の見られなかった十二指腸～空腸壁が造影後には全周性に肥厚しており、造影剤アレルギーによる腸管壁の血管性浮腫と考えられた。20日後の治療計画用単純CTでは同部の壁肥厚は消失していた。

造影剤に対するアレルギー反応は日常しばしば経験するが、造影後に原因不明の十二指腸・小腸壁の肥厚を見た場合は、造影剤に対するアレルギー症状がなかったかどうか確認することで、他の炎症性、虚血性、腫瘍性腸疾患との鑑別が可能となると思われた。

P-9 小腸腸間膜脈管奇形の1例

織田 潮人¹、吉田 美貴²、益岡 壮太¹、檜山 貴志¹、佐々木智章¹、久野 博文¹、
齊藤 仁昭³、飯嶋 達夫³、見山 健²、小林 達伺¹

国立がん研究センター東病院 放射線診断科¹、
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 放射線診断科・IVR²、
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 病理診断科³

60歳代女性。14年前から拡張型心筋症の既往。6ヶ月前の血液検査でHb10.6 g/dLと軽度貧血があり、4ヶ月前から体動困難となりHb3.3 g/dLで前医入院となった。鉄欠乏性貧血と診断され、便潜血が陽性で上部、下部消化管内視鏡を行ったが出血源は認めなかった。CTでは15cm長の小腸腸管壁造影不良域と連続する腸間膜脂肪織濃度上昇を認め、PETではFDG集積は低く、小腸低悪性度悪性リンパ腫あるいは腸間膜脂肪織炎が疑われた。小腸内視鏡検査のため当院受診し、トライツ靱帯から130cmに15cm長の粘膜面の変化があり、生検でリンパ管腫と診断された。造影CTで腸管壁全層に進展する中等度の造影効果を伴った腸間膜脂肪織濃度上昇を指摘できた。造影MRIはT2WIで不均一な高信号でDynamic studyでは漸増性に造影された。その後も貧血が増悪し、頻回の輸血を要したため、外科切除を行った。切除検体は肉眼的に海綿状構造を呈しており、組織学的には拡張した脈管様構造の密な増生からなり、capillary hemangiomaの管腔と、内皮細胞がD2-40染色で陽性となるリンパ管からなるlymphangiomaが混在し、小腸粘膜面まで及んでおり、小腸腸間膜脈管奇形と診断した。小腸腸間膜脈管奇形は稀であり、本症例のように上下内視鏡で出血源の特定不能な消化管出血として現れることがあり画像が重要である。これまで画像所見の報告は少なく、本症例の画像と病理所見を対比して検討し、文献的考察を加えて報告する。

P-10 鼠径部膨隆を契機に発見され、捻転をきたした大網線維形成性小円形細胞腫の1例

橋本 彩¹、竹田 利明¹、里吉 哲太²、長田 俊一²、加藤 洋³

大船中央病院 画像診断部¹、大船中央病院 外科²、大船中央病院 病理診断科³

症例は22歳男性。主訴は約3週間前からの左鼠径部膨隆。来院時、鼠径部に疼痛や発赤はなく、用手還納はできなかった。血液検査では、NSEの軽度高値を認める他、異常値は認めなかった。CTを施行し、左鼠径管や骨盤内に複数の軟部濃度腫瘍を認めた。最大径の骨盤内腫瘍は大網血管と連続し捻転が疑われたが、増強効果は保たれていた。PETでは腫瘍に一致したFDGの異常集積を認めた。MRIでは、腫瘍はT1強調像で筋肉と等信号、T2強調像で軽度高信号を示し、拡散が制限され、捻転を疑われた腫瘍内に一部嚢胞性成分が見られた。画像検査から未分化小円形細胞肉腫、線維粘液肉腫、平滑筋肉腫など、大網原発悪性腫瘍、腹膜播種を疑った。確定診断のため、左鼠径部腫瘍切除術を施行した。病理結果を待ち追加治療を検討する方針であったが、手術2週間後、急激な右下腹部痛を訴えた。CTで骨盤内腫瘍が増大し、大網血管の拡張、大網血管や連続する腫瘍周囲の脂肪織混濁、少量の高濃度を示す腹水を伴った。捻転による血流障害や出血を疑い、緊急開腹術を施行し、捻転大網及び腫瘍を摘出した。病理組織学的に大網線維形成性小円形細胞腫（DSRCT）や腹膜播種と診断され、さらなる加療目的で他院紹介となった。DSRCTは若年者に生じ大網に好発するが、鼠径部の腹膜播種巣から発見され、腫瘍を伴う大網捻転の経時的変化を確認しえた症例はまれであり、病理学的所見とあわせ文献的考察を加えて報告する。

P-11 肝門部に発生した類血管腫型線維性組織球腫 (myxoid variant) の1例

木戸 歩¹、佐貫 史明²、西村 広健²、外園 英光¹、神吉 昭彦¹、山本 亮¹、
玉田 勉¹

川崎医科大学 放射線診断学¹、川崎医科大学 病理学²

症例は61歳女性。肝機能異常の経過観察中に腹部USを施行。肝門部腫瘤を指摘され、各種画像検査（造影CT/MRI、FDG-PET/CT）が追加された。腫瘤は境界明瞭であり、ダイナミック造影ではCT、MRI共に内部不均一な早期濃染を示し、平衡相にかけて漸増性の造影効果を認めた。T2WIでは不均一な高信号で、一部嚢胞変性を疑うHeavily T2WI高信号域も認めた。拡散制限は認めず、FDG-PET/CTでは異常集積（SUVmax=6.43/8.27）を認めた。集積の程度からは悪性の可能性は残るものの、神経鞘腫や血管腫を鑑別の上位に挙げ経過観察となった。その後、緩徐増大傾向を認めたため、開腹腫瘍摘出術が施行された。病理組織像では豊富な粘液基質を背景とし、紡錘状や多角形の細胞が増殖しており、腫瘤辺縁部に線維性偽被膜やリンパ球・形質細胞浸潤を認めた。免疫染色ではEMA、Desmin陽性で、CK CAM5.2、STAT6、S100、CD34は陰性であった。診断に苦慮する軟部腫瘍であったが、形態像から類血管腫型線維組織球腫（AFH）が疑われ、RT-PCRで特徴的な*EWSR1-CREB1* 融合遺伝子転写産物を認めたため、AFH（myxoid variant）と診断された。AFHはWHO上、分類不能かつ中間悪性に相当する軟部腫瘍である。この度非常に稀な肝門部発生の一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

P-12 演題取下げ

P-13 転座型腎細胞癌の2例

外園 英光、神吉 昭彦、木戸 歩、山本 亮、玉田 勉

川崎医科大学 放射線診断学教室

1症例目は50歳台女性。肉眼的血尿の精査で右腎腫瘍を指摘された。CTで右腎実質から腎盂にかけて境界不明瞭で辺縁に石灰化を伴う腫瘍を認め、単純CTで腎実質と比較して軽度高吸収、造影CTで早期濃染、wash out patternを示した。MRIでは腎実質と比較してT2WIで均一な低信号、DWIで軽度高信号（ADC値は $0.85 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ ）を示した。鑑別疾患として、嫌色素性腎細胞癌や腎盂癌を挙げた。右腎尿管全摘術、染色体分析によりMiTファミリー転座型腎細胞癌と診断された。

2症例目は50歳台男性。肉眼的血尿の精査で左腎腫瘍を指摘された。CTで左腎実質から腎盂にかけて浸潤性発育を示す境界不明瞭で辺縁に石灰化を伴う腫瘍を認め、単純CTで腎実質と比較して等吸収～軽度高吸収、造影CTで弱い早期濃染、wash out patternを示し、腎周囲腔に複数の小結節、左腎門部に腫大リンパ節を認めた。MRIでは腎実質と比較してT2WIで辺縁は低信号、内部は高信号を示し、DWIで辺縁優位に高信号（辺縁のADC値は $0.86 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ ）を示した。転座型腎細胞癌を疑い、左腎摘除術+腎門部リンパ節郭清を施行し、免疫染色によりMiTファミリー転座型腎細胞癌疑いと診断された。今回、稀な転座型腎細胞癌の2例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

P-14 腎 Renomedullary interstitial cell tumor の1例山本 聖人¹、杉本亜沙美¹、金子 知弘¹、重里 寛¹、中井 豪¹、山本 和宏¹、
稲元 輝生²、川畑 茂³、大須賀慶悟¹大阪医科薬科大学 放射線診断学教室¹、大阪医科薬科大学 泌尿器科学教室²、
大阪医科薬科大学 病理学教室³

【症例】58歳男性【主訴】特になし【既往歴】急性虫垂炎術後【現病歴】前医で急性虫垂炎に対し手術加療されていた。その際のCTで右腎に腫瘍性病変を指摘され、精査加療目的に当院紹介受診となった。【画像所見と経過】単純CTで右腎に30mmの境界明瞭で内部性状均一な高吸収腫瘍を認める。ダイナミック造影CT皮髄相で腫瘍は乏血性で、実質相で内部は緩徐に淡く造影される。MRIのT2強調像で腫瘍は骨格筋よりも低信号を呈し、T1WIでも低信号を呈する。拡散強調像で腫瘍は明らかな高信号を呈さない。以上の画像所見より、乳頭状腎癌、fat poor AMLなどが術前の鑑別診断として疑われ、悪性腫瘍の可能性が否定できないことから手術加療の運びとなった。【病理組織所見】ロボット支援腹腔鏡下右腎部分切除術が施行された。腫瘍の断面は肉眼的に境界明瞭な淡黄白色を呈していた。腫瘍は病理組織学的に、短紡錘形細胞から成り、大部分で硝子変性を伴っていた。免疫染色ではMasson's Trichromeがびまん性に陽性で、豊富な線維成分の含有が確認され、Renomedullary interstitial cell tumorと診断された。【まとめ】腎Renomedullary interstitial cell tumorの1例を経験した。通常はサイズが5mm以下と小さく、剖検で発見されることが多く、臨床的に診断されることは稀であり、画像所見の報告は少ない。画像所見と病理所見の対比を中心に、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-15 腎皮質壊死の1例 -病態生理と画像所見の考察-

羽賀すみれ¹、古田 昭寛¹、伊藤 久尊¹、大倉 良太¹、宇都宮友輔¹、金 賢真¹、
小濱さゆり¹、西尾 直子¹、舌野 富貴¹、山内 盛敬¹、前倉 拓也¹、森 暢幸¹、
塩崎 俊城¹、古賀 健一²、中川江里子³

大阪赤十字病院 放射線診断科¹、大阪赤十字病院 腎臓内科²、大阪赤十字病院 産婦人科³

症例は30歳台女性。重症妊娠高血圧腎症の適応のため前医で帝王切開施行された。弛緩出血、産科DICのため当院へ搬送され、造影CTで子宮内に造影剤血管外漏出像がみられた。また両側腎皮質は造影効果不良で、腎皮質壊死と考えられた。皮随相からすでに腎髓質の比較的強い造影効果が認められ、実質相で造影効果が減弱していた。産科的な止血処置が行われるも効果乏しく、子宮動脈塞栓術を施行された。来院時より無尿で治療するも利尿は得られなかった。腎機能は回復せず、腹膜透析が開始され退院となった。腎皮質壊死は腎皮質に限局して虚血性の壊死性病変をきたし、周産期の発症が全体の50%程度を占める。本例は妊娠高血圧腎症の基本原因である血管内皮障害、大量出血によるDICによる血栓化傾向、腎血流低下時に生じる特徴的な腎血行動態が複雑に絡んで選択的な皮質の壊死を引き起こしたと考えられる。画像所見では造影CTにおいて、過去に報告のある腎皮質の造影欠損と被膜下や腎髓質の造影効果のほか、過去に報告されていない所見として髓質の通常とは異なる造影パターンが見られた。今回、本例から考えられた腎皮質壊死の病態生理と画像所見について文献的考察をふまえて報告する。

P-16 AMLECの初期像として単房性腎嚢胞を呈した1例

藤本 憲吾、佐野村隆行、田中 賢一、西山 佳宏

香川大学医学部 放射線医学講座

症例は50歳代女性。11年前に前医で右腎嚢胞を指摘されていた。2か月前の検診で右腎腫瘤が指摘され、精査治療目的に当院紹介となった。11年前の他院造影CTでは、右腎外側に2cm程の単房性嚢胞を認めていた。紹介時の造影CTでは同部位に膨張性発育を示す充実性腫瘤が認められ、一部嚢胞成分を伴っていた。充実成分は単純CTで腎実質より軽度高吸収であり、均一な造影効果を認めた。MRIでは充実成分はT2WIで腎実質より低信号を示した。嚢胞成分は均一なT1WIで低信号、T2WIで高信号を認めた。angiomyolipoma with epithelial cyst (AMLEC) を疑ったが、嚢胞性の腎細胞癌の可能性も除外できず腎部分切除術が施行された。病理組織学的に嚢胞成分はPAX8陽性の立方状～円柱状上皮で裏打ちされており、充実成分は紡錘形細胞が花筵状に増殖しHMB45、SMA、ER、PgRに陽性であったことからAMLECと診断された。AMLECはAMLの稀な亜型であり、上皮性嚢胞を伴うことが特徴である。今回我々は11年前に単房性腎嚢胞として認められた部位から発生したと思われるAMLECの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

P-17 特徴的な画像所見を呈した腎粘液管状紡錘細胞癌の1例

年森 亘¹、松田 恵¹、海老原るい¹、津田 孝治¹、城戸 輝仁¹、谷脇 真潮²、
北澤 理子²、新井 明那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 病理部²、
愛媛大学医学部附属病院 泌尿器科³

症例は70歳代女性。腎結石のフォロー中の前医のCTで右腎腫瘍を指摘され、当院泌尿器科を紹介受診した。右腎に約2cm大の境界明瞭な腫瘍を認めた。単純CTで腎実質と等吸収、ダイナミック造影CTでは辺縁から内部にかけて漸増性の造影効果を有し、MRIでは内部はT2WIで高信号を呈した。鑑別診断に腎癌（乳頭状腎細胞癌、嚢胞変性の目立つ腎細胞癌、嚢胞性腎癌）や後腎性腺腫を挙げた。ロボット支援腎部分切除が施行され、病理学的に腎粘液管状紡錘細胞癌（Mucinous tubular and spindle cell carcinoma 以下MTSCC）と診断された。MTSCCは2004年のWHO分類にて新たに低悪性度の腎癌として加えられた稀な腫瘍である。病理学的には異型の乏しい立方状細胞が管状あるいは束状増殖を呈し、紡錘型細胞束が並走して存在する。また、背景間質に豊富な粘液を伴う点が特徴的である。画像では漸増性の弱い造影効果を有し、粘液が多い場合はT2WIで高信号を呈する点が特徴的とされる。今回の症例も、腫瘍はT2WIで高信号を呈し、豊富な粘液間質を反映していると考えられ、報告と一致する典型的な所見であった。

P-18 腎Mixed epithelial and stromal tumor (MEST) の2例

尾谷 智史¹、森島 裕策¹、木戸 晶¹、佐野 剛視²、小林 恭²、南口早智子³、
松本 優香¹、倉田 靖桐¹、樋本 祐紀¹、藤本 良太⁴、中本 裕士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、京都大学大学院医学研究科 病理診断科³、
京都市立病院 放射線診断科⁴

腎MESTは上皮に覆われる嚢胞と卵巣様間質から成る腫瘍で、嚢胞と間質の割合によって多様な画像所見を呈する。今回、異なる画像所見を呈したMEST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】30歳代女性。胸痛の精査のため施行されたCTで偶発的に右腎腫瘍を指摘された。造影CTでは右腎上極を主座とした15×10cmの腫瘍を認めた。大小多数の嚢胞からなる多房性嚢胞性腫瘍であり、嚢胞壁の造影効果は軽度で、一部に線状、結節状の石灰化を認めた。MRのT2強調像では嚢胞壁は筋肉と比べ同程度かやや高信号を呈した。T1強調像では一部の嚢胞内に出血が疑われた。特徴的な形態からMESTが第一に疑われ、病理学的にも確認された。

【症例2】50歳代女性。検診の超音波検査で左腎腫瘍を指摘された。MRでは左腎髓質に14×10mmの楕円形腫瘍を認め、T2強調像で筋肉と同程度の低信号を示した。腫瘍背側に数mmの嚢胞を認めたが、腫瘍内か否か判別が困難であった。単純CTでは腎実質と等吸収であり、明らかな石灰化は認めなかった。造影CTでは早期相から後期相にかけて漸増性の淡い造影効果を認めた。鑑別診断に乳頭状腎細胞癌とMESTが挙げられ、病理学的にMESTと診断された。

P-19 コハク酸脱水素酵素 (succinate dehydrogenase: SDH) 欠損性腎細胞癌の1例

山下 直生¹、里上 直衛¹、早川 延幸¹、藤本 良太¹、牧田 哲幸²、清川 岳彦²、尾松 憩³、岸本 光夫³

京都市立病院 放射線診断科¹、京都市立病院 泌尿器科²、京都市立病院 病理診断科³

症例は特記すべき既往のない19歳男性。偶発的に右腎腫瘍を指摘され、精査目的に当院紹介受診となった。

Dynamic CTで右腎に径42mmの境界明瞭な腫瘍性病変を認め、単純で等濃度（石灰化や脂肪含有なし）、早期相で不均一に濃染し、後期相でwashoutを認めた。偽被膜の存在も疑われた。また18F-FDG PET/CTでは腫瘍に一致してSUV max=6.22の集積亢進を認めた。いずれの検査でもリンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。腎細胞癌が疑われ、血流パターンからは淡明細胞型が最も考えられたが、若年であることから稀な組織型の可能性も考慮された。右腎部分切除術が施行された。肉眼的に灰白色調を呈する境界明瞭な充実性腫瘍を認め、広く出血を伴っていた。病理組織学的には好酸性細胞質を有する腫瘍細胞が胞巣状に密に増殖していた。腫瘍細胞の細胞質には空胞がみられ、核は腫大し大小不同や不整を認めた。免疫組織化学染色では、CA9 (-)、CK7 (-)、CD117 (-)、AE1/AE3 (+)、PAX8 (+ : very weak)、AMACR (+ : partly)、SDHB (-) であり、コハク酸脱水素酵素 (succinate dehydrogenase: SDH) 欠損性腎細胞癌と診断された。

SDH欠損性腎細胞癌は2016年のWHO分類より記載された稀な組織型で、全腎細胞癌の内0.05-2%程度を占める。SDHはミトコンドリアに存在しTCA回路および電子伝達系に関わる酵素であり、SDH欠損と各種腫瘍との関連が知られている。自験例につき文献的考察を加えて報告する。

P-20 男性に発症した腎悪性mixed epithelial and stromal tumor (MEST) の1例

高司 亮¹、浅山 良樹¹、澁谷 忠正²、秦 聡孝²、駄阿 勉³

大分大学医学部 放射線医学講座¹、大分大学医学部 腎臓外科泌尿器科学講座²、大分大学医学部 診断病理学講座³

症例は50歳台男性。右腰背部痛を主訴に近医を受診し、造影CTで右腎に充実部を伴う多房性嚢胞性病変を指摘され、嚢胞性腎細胞癌疑いで当院泌尿器科へ紹介された。当院で再検された造影CTでは、右腎に長径20cmを超える厚い壁と隔壁を有する多房性嚢胞を認めた。嚢胞内には皮髄相よりも実質相で強く造影される充実部を認めた。右腎動脈背側には短径1cmを超えるリンパ節腫大も見られた。他院で撮像されたMRIでは隔壁および充実部はT2強調像にて腎実質よりも低信号を示し、充実部には拡散制限を認めた。Chemical shift imagingにて腫瘍内に脂肪を疑う信号は認められなかった。Bosniak分類ではcategory IVに相当する病変であり、右腎動脈背側には転移を否定できないリンパ節腫大も見られたことより、嚢胞性腎細胞癌の疑いで、分子標的薬による薬物療法が先行して行われた。当院での初回造影CTから8ヶ月後の薬物療法効果判定目的のCTで嚢胞径の縮小と腹水の出現が見られた。嚢胞の一部破裂が疑われ緊急入院となり、右腎摘出術が行われた。摘出された腫瘍は上皮と間葉系の細胞から構成される嚢胞を伴った腫瘍であり、男性例ながら病理学的にMESTと診断された。上皮の一部には間質に浸潤する高度異型を示す部分があり、摘出された右腎門リンパ節にも異型上皮が認められ、リンパ節転移を伴った悪性MESTと診断された。

P-21 傍糸球体細胞腫の1例山元 龍哉¹、河野 敦¹、駒井 好信²、米瀬 淳二²、稲村健太郎³がん研究会有明病院 画像診断部¹、がん研究会有明病院 泌尿器科²、
がん研究会有明病院 病理部³

症例は38歳男性。肉眼的血尿を主訴に近医泌尿器科を受診し、超音波検査で左腎腫瘤を指摘され、精査目的で当院泌尿器科を紹介受診した。内服治療中の高血圧を認めたが、血液検査では、特記すべき異常を認めなかった。腹部CTで、左腎上極に7.5 cm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。単純CTで腎実質と等濃度を示し、石灰化は認めなかった。造影CTでは、皮髄相で弱い増強効果を、実質相では増強効果が増し、排泄相でも増強効果は持続した。MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で中等度の信号を示し、T2強調像で腫瘤内に索状の高信号域を認めた。T2*強調像では辺縁主体に低信号を示し、出血性変化を含むと考えられた。造影MRIでは緩徐な増強効果が見られ、腫瘤辺縁に細い血管様構造が見られた。拡散強調像では不均一な高信号を示し、拡散制限が見られた。造影検査では乏血性で遷延性の増強効果があるものの、皮髄相で腫瘤辺縁に血管の発達が疑われ、乳頭状腎細胞癌の造影パターンに似ているが、非典型像であった。若年者であり、転座型腎細胞癌も考慮して、腹腔鏡下左腎摘出術が施行された。肉眼的には黄白色調結節で、組織学的には好酸性の胞体を有する細胞が充実性に増生しており、傍糸球体細胞腫と診断された。本腫瘍は若年女性に好発するレニン産生性腫瘍である。若年者の高血圧では本腫瘍を鑑別に入れて検討する必要がある、有名な疾患だが頻度が低いため、文献的考察を加えて報告する。

P-22 低悪性度子宮内膜間質肉腫のMRI像の把握、及び臨床的問題点との関連性の考察橋本 祐紀¹、木戸 晶¹、坂田 昭彦¹、森島 裕策¹、倉田 靖桐¹、鈴木 彩子²、
松村 謙臣²、舌野 富貴³、川原 清哉⁴、久保 滋人⁵、梅岡 成章⁶、南口早智子⁷、
万代 昌紀⁸京都大学医学部附属病院 放射線診断科¹、近畿大学医学部 産科婦人科学教室²、
日本赤十字社大阪赤十字病院 放射線診断科³、日本赤十字社天津赤十字病院 放射線科⁴、
北野病院 放射線診断科⁵、日本赤十字社和歌山医療センター 放射線診断科⁶、
京都大学医学部附属病院 病理診断科⁷、京都大学医学部 婦人科学産科学教室⁸

【目的】非常に稀な子宮肉腫である低悪性度子宮内膜間質肉腫（LGESS）のMRI上の形態と、臨床的問題点との関連を探索する。【方法】2007-2019年に7施設でLGESSと病理診断された25例を、MRI上の形態から二人の放射線診断医が合議で、四型（腺筋症類似型、筋腫類似型、内腔突出型、肉腫型）に分類し、各症例の治療前診断・治療法を調査した。【結果】内訳は腺筋症類似型8例、筋腫類似型10例、内腔突出型1例、肉腫型6例であった。10例（腺筋症類似型3例、筋腫類似型7例）は術前に良性と診断され、筋腫類似型の2例では核出術が施行された。内腔突出型の1例はMRI前に生検でLGESSが疑われ、肉腫型は全例でMRIから肉腫の可能性が疑われた。【考察】LGESSはMRIで多様な形態を呈した。筋腫類似型は40%を占め、教科書によく知られる腺筋症類似型と同様、一つの典型像と考えられた。この二型は術前に良性と診断されやすく、更に筋腫類似型では核出術が選択されるリスクが高いと考えられた。LGESSが筋腫類似型を呈しうるとの認識が、適切な治療法選択に不可欠であろう。内腔突出型は筋層浸潤部分が少ないためMRIによる診断が非常に難しく、生検が有用となりうると考えられた。肉腫型はMRIから悪性が疑われるため、不適切な術式は選択されにくいと考えられた。【結論】LGESSはMRI上多様な形態を呈する。筋腫類似型を一つの典型像として認識することが、適切な治療法選択に不可欠である。

P-23 扁平上皮への分化を伴う子宮体部類内膜癌のダイナミックMRI所見の検討

竹内麻由美¹、松崎 健司³、坂東 良美²、原田 雅史¹

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

子宮体癌はエストロゲン依存性のⅠ型と非依存性のⅡ型に分類され、ダイナミックMRIによる強い造影効果がⅡ型を示唆すると報告されているが、Ⅰ型体癌でも時に早期濃染を呈する症例が経験される。今回我々は組織学的に類内膜癌に時に認められる扁平上皮への分化(Squamous differentiation: SD)が関与している可能性を考え、検討を行った。通常のⅠ型体癌41例、SD-Ⅰ型体癌39例、Ⅱ型体癌20例について、後方視的にダイナミックMRI所見を検討した。腫瘍内で早期相(注入後<60秒)での造影効果の強い領域および子宮筋層外層にROIを置いてTICを作成し、type A(漸増型)、type B(中間型)、type C(急峻型)に分類した。通常のⅠ型体癌では各々15%、51%、34%、SD-Ⅰ型体癌では5%、18%、77%、Ⅱ型体癌では0%、40%、60%であり、通常のⅠ型体癌と他の2群で有意差を認めた。type AはⅠ型体癌に特異的にみられたが、頻度は高くなかった。Type CはSD-Ⅰ型体癌とⅡ型体癌で頻度が高く、二相目(注入後50秒)でカーブが筋層と逆転するtype C1と比して、二相目まで急峻なカーブが持続して早期濃染域として視認しやすいtype C2の割合が高かった(通常のⅠ型体癌15%、SD-Ⅰ型体癌51%、Ⅱ型体癌35%)。今回の検討よりSD-Ⅰ型体癌はダイナミックMRIにて早期濃染をきたす頻度が高かったが、予後的には通常のⅠ型体癌と有意差がないとされ、予後不良なⅡ型体癌との鑑別に注意する必要があると考えられた。

P-24 子宮体部に発生したmesonephric-like adenocarcinomaの2例

周藤 壮人¹、加藤 博基¹、早崎 容²、古井 辰郎²、森重健一郎²、金山 知弘³、波多野裕一郎³、松尾 政之¹

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 産婦人科²、岐阜大学 病理診断科³

症例1は60歳台。CA19-9高値(134 U/mL)を主訴に近医を受診し、造影CTで子宮体部に腫瘍を認めた。MRIで子宮体部から底部後壁の筋層内に長径50mm大の腫瘍を認め、T2WIで体部筋層と同等の信号を示し、造影増強効果が体部筋層より弱く、ADC値が低下していた($0.677 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$)。子宮漿膜を超えて後方に突出し、直腸前壁と広く接していたため、子宮肉腫や子宮腺筋症由来癌の直腸浸潤が疑われ、準広汎子宮全摘術+両側付属器切除術+直腸合併切除術+リンパ節生検が施行された。術後病理診断はmesonephric-like adenocarcinoma (MLA)であった。症例2は60歳台。多系統萎縮症で経過観察中に偶発的に子宮腫瘍を指摘された。精査のMRIで子宮体部の内腔に長径24mm大の腫瘍を認め、T2WIで体部筋層より軽度高信号を示し、造影増強効果が体部筋層と比較して同等またはやや弱く、ADC値が低下していた($0.731 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$)。子宮内膜生検で類内膜癌(G2>G3)が疑われ、広汎子宮全摘術+両側付属器切除術+骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術が施行された。術後病理診断は類内膜癌(G3)であったが、後日に病理組織診断が再検討され、中腎管マーカーの免疫染色がGATA3+, CD10+, TTF-1+, Napsin A+で、MLAと最終診断された。MLAは子宮体部や卵巣に発生する稀な組織型で、子宮頸部に発生する中腎癌と組織学的類似性を示す。認知度が低く、同一腫瘍内に様々な発育形式を示すため、他の組織型と誤診されやすい。

P-25 付属器悪性腫瘍との鑑別に苦慮した漿膜下子宮筋腫から発生した平滑筋肉腫の1例

伊藤 浩一¹、扇 和之¹、笠井 靖代²、山田 学²、熊坂 利夫³、堀 千紗³、
宮本 信吾⁴、横手 宏之¹、山下 晶祥¹、佃 俊二¹、樋口 智博¹、菊岡 吉朗¹、
原田正比古¹、川上 直樹¹

日本赤十字社医療センター 放射線科¹、日本赤十字社医療センター 産婦人科²、
日本赤十字社医療センター 病理部³、日本赤十字社医療センター 化学療法科⁴

症例は50歳女性。漿膜下子宮筋腫と左卵巣囊腫に対するフォローアップの目的で撮影されたMRIで、左付属器領域に長径84mm大の腫瘤性病変を指摘された。充実成分主体で囊胞成分が混在していた。充実成分はT2強調像で子宮筋層より高信号を呈し、拡散制限があり、囊胞成分の一部はT1強調像で高信号を示していた。他に、子宮と連続した漿膜下子宮筋腫と思われる類円形腫瘤を認め、T2強調像・T1強調像で低信号が主体であった。上記の腫瘤は互いに連続していた。約1年前のMRIでは、左付属器領域には囊胞性腫瘤が認められたが、今回のMRIでは不明瞭であった。また、漿膜下子宮筋腫と思われる腫瘤は約1年の経過で大きさ・性状に変化を認めなかった。以上より、今回指摘された充実成分主体の腫瘤は、左付属器由来の悪性腫瘍が最も考えられた。両側卵巣卵管摘出術、単純子宮全摘術、大網切除術が施行されたが、術後病理所見により漿膜下子宮筋腫から発生した平滑筋肉腫と診断された。子宮平滑筋肉腫は大部分が de novo に発生すると考えられており、子宮平滑筋腫から発生するのは一般に稀とされる。特に漿膜下子宮筋腫から発生した平滑筋肉腫の画像所見に関する報告例は非常に稀である。付属器悪性腫瘍との鑑別に苦慮した子宮漿膜下筋腫から発生した平滑筋肉腫1例を経験したので画像所見と病理所見との対比を軸に文献的考察を加えて報告する。

P-26 MRIによる形態評価が術前診断に有用であった子宮頸管型腺筋腫の1例

山本 貴浩¹、越川 優¹、山路真也子¹、池田 秀次¹、鈴木耕次郎¹、若槻 明彦²、
佐藤 啓³

愛知医科大学病院 放射線医学講座¹、愛知医科大学病院 産婦人科²、
愛知医科大学病院 病理診断科³

患者は50歳代女性、主訴は水様帯下。近医で子宮頸部腫瘤を指摘され当院を受診した。11年前には子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術（UAE）が施行されていた。MRIで子宮頸部は拡張し、内腔を占拠する5cm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。無数の小囊胞からなる多房性腫瘤で、囊胞内はT2WI高信号、T1WIでは低信号と淡い低信号が混在していた。隔壁の厚さは様々で、一部にT2WIで強い低信号が認められた。隔壁の造影効果は良好であった。T2WIで子宮頸部後壁から腫瘤に連続する茎と思われる低信号が認められた。11年前のMRIを確認したところ、同部位に2.5cm大の有茎性腫瘤を認めた。経過及び形態から増大した腺筋腫を疑ったが、生検で最小偏倚腺癌を疑う所見を認めた為、分葉状頸管腺過形成も鑑別に挙げた。子宮全摘術が施行され、肉眼像で病変は子宮頸部後壁からの有茎性腫瘤であった。病理所見では頸管腺の過形成像が見られ、間質部分では平滑筋と線維組織の増生を認め、子宮頸管型腺筋腫と診断された。子宮頸管型腺筋腫は子宮頸部の稀な良性腫瘍で、有茎性が多く、囊胞を伴うことがあるといった形態的特徴が報告されている。生検の小さな検体では最小偏倚腺癌などの高分化な腺癌との鑑別が困難なことがあり、術前診断にはMRIによる形態の評価が重要と考えられた。

P-27 子宮広間膜由来の polypoid endometriosis の 1 例

金井 貴宏¹、宗近 次朗¹、萩原 遼太¹、樋口 舞香¹、関本 篤人¹、今井 里香¹、
佐伯 美帆¹、竹内 愛弓¹、長谷川春菜子¹、阿部 亮介¹、甲斐 亮三¹、石塚久美子¹、
清野 哲孝¹、扇谷 芳光¹、小瀧 千尋²、三村 貴志²、九島 巳樹³

昭和大学医学部 放射線医学講座 放射線科学部門¹、昭和大学医学部 産婦人科学講座²、
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座³

症例は30歳台女性。検診で子宮腫瘍を指摘され、紹介受診された。CTで子宮背側に120x60mm大の腫瘍を認め、内部に出血や点状石灰化を伴っていた。MRIではT2WI高信号で、辺縁にrim状低信号を示した。T1WIでは出血を反映した高信号域が散在していた。充実部はDWI高信号、ADC値は1.34x -3 10 mm²/secと上昇、造影MRIでは早期より濃染し、遷延する造影効果を示した。両側卵巣は正常に同定され、子宮とのbeak signは認めなかった。polypoid endometriosis、GISTなどが鑑別に挙げられ、腫瘍摘出術が施行された。肉眼的には薄い膜様の嚢胞壁を有し、充実部には多数の嚢胞形成がみられた。組織学的には大小の拡張した多房性腫瘍を呈し、嚢胞を裏打ちする上皮は卵管上皮に類似した繊毛円柱上皮で悪性像は認めなかった。間質には筋線維芽細胞様の紡錘形細胞、多数の血管、血管周囲を取り巻く平滑筋様の紡錘形細胞が増生していた。免疫染色ではER (+)、PgR (+)、CK20 (-)、CA125 (+)、PAX8 (-)、WT-1 (-)であった。以上の所見から子宮広間膜由来のpolypoid endometriosisと診断された。polypoid endometriosisはポリープ状の腫瘍を呈する子宮内膜症の稀な亜型で、腫瘍辺縁には線維化を反映したrim状の低信号を伴い、充実部はT2WI高信号、ADC上昇、造影で早期濃染を示すとされ、本症例の所見と合致していた。polypoid endometriosisの画像所見について文献的考察を加えて報告する。

P-28 前立腺周囲静脈へのハイドロゲル迷入をきたした2例

森阪 裕之、萬利乃 寛、大西 洋

山梨大学医学部 放射線科

ハイドロゲルスペースター (SpaceOAR) は前立腺癌放射線治療時に直腸への被曝を軽減する目的で近年使用されている。ハイドロゲルは90%以上が水成分で人体へのリスクは少なく、ハイドロゲルスペースター留置時の合併症は稀とされる。前立腺周囲には発達した静脈叢 (Santorini静脈叢) があり、ハイドロゲルの静脈叢内への迷入と考えられた症例を経験したので報告する。症例164歳、男性。健診でPSA 10.4 ng/mLを指摘、前立腺癌、GS; 3+4=7, T2bN0M0, intermediate riskの診断となった。ホルモン療法後、外照射前に通常通り前立腺と直腸の間にハイドロゲルスペースター (SpaceOAR) を留置した。留置部位確認目的のMRIにて前立腺周囲静脈内にT2強調像高信号域を認めハイドロゲルの迷入と考えられた。症状はなく、その後のMRIフォローでは拡大を認めず、4ヶ月で消失した。治療を予定通り完遂した。症例266歳、男性。健診でPSA 7.8 ng/mLを指摘、前立腺癌 GS; 3+4=7, T2cN0M0, high riskの診断となった。ホルモン療法後、外照射前に通常通りハイドロゲルスペースターを留置した。退院2日後から会陰部の鈍痛、37度台前半の発熱を認めた。翌日に症状の増悪を認め、MRIにて前立腺周囲静脈叢内にT2強調像高信号域、非造影域を認めハイドロゲルの迷入と考えられた。前立腺周囲の造影効果を認め、炎症の併発が考えられた。

P-29 膀胱癌術後遠隔期の神経周囲進展に伴うびまん性筋肉転移が同定できた1例

関根 鉄朗¹、本多 良充¹、木全 亮二²、山根 彩¹、市川 太郎¹、許田 典男³、
汲田伸一郎⁴

日本医科大学 武蔵小杉病院 放射線科¹、日本医科大学 武蔵小杉病院 泌尿器科²、
日本医科大学 武蔵小杉病院 病理診断科³、日本医科大学 放射線科⁴

【症例】60代、男性【主訴】右下肢痛【現病歴】7年前、膀胱癌stageⅢ（cT3aN0M0）の診断にて化学療法（GC療法）2コース後に膀胱全摘出術、リンパ節郭清術、尿路変更術を施行、術後7年間の定期検査では再発を疑う所見を指摘できなかった。2ヶ月前より右下肢痛の自覚があり、CT・MRI検査にて右大腿四頭筋、内転筋、閉鎖筋のびまん性腫大を認め、PET検査では同部位に淡いFDG集積を認めた。精査目的に入院となった。【臨床経過】局所的なFDG集積を呈した右内転筋、半膜様筋より生検を行い、横紋筋繊維間にN/C比の高い異型細胞の浸潤が確認できた。免疫染色の結果も7年前の手術検体と同様であり、膀胱癌の骨格筋転移と診断を得た。その後、化学療法（GC療法）により筋腫大の改善を認めた。【考察】生検前の鑑別診断として陳旧性血腫、皮膚筋炎/多発筋炎、悪性リンパ腫などが考慮されたが、病理結果より膀胱癌術後遠隔期の骨格筋転移と診断できた。CTを再評価したところ、右大腿筋腫大をきたす10ヶ月前より右閉鎖神経の腫大を確認でき、同時に腫瘍マーカーの軽度上昇が認められた（CYFRA：3.0ng/ml）。この臨床所見から、骨格筋転移が血行性ではなく神経周囲進展による転移形式であると示唆された。【結語】骨盤領域における悪性腫瘍の神経周囲進展による骨格筋転移は極めて稀である。膀胱癌における報告は数報のみで、術後遠隔期の発症は既報がない。文献的考察を加えて報告する。

P-30 精嚢癌の1例

竹山 信之¹、太田 道也²、楯 玄秀³、山岸 元基²、谷藤 暁²、下山 英明²、
今村雄一郎²、太田 朋花²、田代 祐基¹、小竹 晃生¹、橋詰 典弘⁴、藤澤 英文⁴、
永井 京子¹、栗原 真南¹、堀 祐郎¹、橋本 東児¹、一村 侑樹²、新倉 彩葉²、
小串 佑太²、佐々木春明²

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 泌尿器科²、
昭和大学藤が丘病院 病理診断科³、昭和大学横浜市北部病院 放射線科⁴

症例は83歳男性。X-2年、血尿・前立腺肥大・PSA高値（5.34mg/ml）にて紹介受診された。尿細胞診はclassⅢ。骨盤MRIでは左精嚢にT2WI均一な軽度高信号、DWI高信号、漸増性造影効果を示す14mmの充実性腫瘍が認められた。X-1年も血尿で受診されたが尿細胞診はclassⅡ。PSA高値（10.37mg/ml）であったがMRIでは臨床的有意な前立腺癌を認識できなかった。精嚢腫瘍は31mmへ増大した。全身CT・上下部内視鏡で異常は指摘できなかった。X年、血尿増強・貧血が出現したが膀胱鏡で膀胱癌は指摘できなかった。上部消化管検査では異常なかった。腫瘍マーカーではCA19-9が55.9U/mL以外に異常は示さなかった。MRIでは精嚢腫瘍は38mmへ増大した。PSA高値（14.08ng/ml）であったが経直腸的系統的生検で前立腺癌は指摘できなかった。同時に精嚢腫瘍生検が施行され、乳頭状でロゼット様構造を示し、腺腔形成を示す腺癌が認められた。免疫染色ではAE1/3（+）、CGA（-）、SYP（-）、GATA3（-）、CD56（-）、34beta（-）、p63（-）、PAX8（-）、CEA（-）、CA19-9（-）、CK7（-）、CK20（-）、CDX20（-）、CA125（弱陽性）、PSA（-）、androgen receptor（+）であった。消化管腫瘍・前立腺腫瘍が否定された。腫瘍組織はリポフスチンと考えられる黄褐色の色素を有する細胞があり、精嚢由来の腺癌と診断された。原発性精嚢癌は非常にまれであるが原因不明の血尿の原因として考慮する必要があるとは思われた。文献的考察を踏まえ、画像を中心に報告する。

P-31 部分的な増大傾向を認めた副腎オンコサイトーマの1例

金谷 麻央¹、小林 佳子¹、寺山 昇¹、林 典宏²、三輪 重治³、林 伸一³
高岡市民病院 放射線診断科¹、高岡市民病院 泌尿器科²、高岡市民病院 病理診断科³

症例は30歳代男性。下痢、嘔気を受診した際にCTで左副腎腫瘍を指摘された。腫瘍は3cm大、境界明瞭平滑で雪だるま状の形態を示し、明らかな石灰化は認めなかった。単純CTでは腫瘍内部はやや不均一で、腫瘍の下部は上部より造影効果がやや強く、造影早期から増強され、後期相にかけて造影効果が持続した。一部に嚢胞様の部分を認めた。MRIではT1、T2強調画像ともに腎皮質とほぼ等信号で、造影CTでの嚢胞様部分に一致してT2高信号域を認めた。ケミカルシフト画像では部分的に信号低下域を認めた。ホルモン値は正常であった。3.5、5、8か月後のCTで腫瘍の上部が増大傾向を示したため、腹腔鏡下左副腎切除術を施行した。マクロでは薄い被膜を有する黄白色～白色調の腫瘍であり、ミクロでは好酸性で豊富な細胞質を有する腫瘍細胞が蜂巢状あるいは索状をなして蜜に増生しており、副腎オンコサイトーマと診断した。増大傾向を示した腫瘍上部は下部と比較し、細胞が密であったが、悪性を示唆する所見は認めず、いずれの部分も良性オンコサイトーマと考えた。副腎オンコサイトーマは稀な腫瘍であり、経時的变化について記載のある報告は少ない。今回部分的な増大傾向を観察し得た副腎オンコサイトーマの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

P-32 低悪性度尿膜管粘液性嚢胞性腫瘍由来の腹膜偽粘液種の1例

先間 泰史¹、杉浦 弘明¹、濱本 耕平¹、江戸 博美¹、岡崎 路子¹、濱邊布美子¹、見越 綾子¹、岡野 孔亮¹、森村 文雄¹、津田 正喜¹、鷺見 孔治¹、玉田宗一郎¹、伊藤 敬一²、田地 一欽²、瀬川 裕平²、松熊 晋³、緒方 衝³、佐藤 周子³、新本 弘¹

防衛医科大学校病院 放射線科¹、防衛医科大学校病院 泌尿器科²、
防衛医科大学校病院 臨床検査医学³

症例は66歳男性。3年前に他院にて、MRIで膀胱頭側に嚢胞性病変が見つかり、尿膜管嚢胞としてフォローされていたが、腹水が出現したため悪性が疑われ、当院紹介となった。血液検査では、CEA6.8ng/mLと軽度上昇を認めたが、他の腫瘍マーカー値には異常は認められなかった。造影MRIでは、膀胱頭側に嚢胞性病変を認め、嚢胞背側で憩室様構造があり、壁が一部破綻し腹腔内と交通しており、腹腔内には多量の液貯留を認めた。嚢胞頂部にはDWI高信号を呈する小結節を認め、嚢胞左側には造影増強効果を有する壁肥厚を認めた。骨盤底腹膜にはDWI高信号、造影増強効果を呈する小結節を認めた。尿膜管癌および腹膜播種が疑われ、診断確定のため嚢胞及び播種結節の切除術が行われた。術中所見では腹腔内には多量のゼリー状の物質が貯留していた。病理組織学的には、嚢胞内腔面に腫大した楕円形核、杯細胞型の粘液を有する円柱状異形細胞が低乳頭状に増殖する像が認められ、粘液産生が目立った。嚢胞壁内には粘液貯留が目立ち、リンパ球・形質細胞浸潤巣、泡沫細胞集簇も観察され、尿膜管由来の腹膜偽粘液腫に相当する像であった。腹膜偽粘液腫は粘液産生細胞が腹膜に播種して腹腔内に多量のゼラチン様物質が貯留するという疾患であるが、原発巣は虫垂や卵巣が多く、尿膜管由来のものは非常に稀である。今回、尿膜管由来の腹膜粘液腫の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-33 膿瘍形成を伴う女性原発性尿道憩室腺癌の1例

中山かおり¹、斉藤 彰俊¹、渡邊 裕陽¹、遠山 敬司¹、小山 敏雄²、大西 洋³
 山梨県立中央病院 放射線科¹、山梨県立中央病院 病理診断科²、
 山梨大学医学部附属病院 放射線科³

症例は60歳代女性、膀胱炎疑いで抗菌薬投与されるも下腹部痛、排尿困難の増悪を認めたため当院紹介となった。腹部超音波検査にて右水腎 grade1 を認め、尿道カテーテル留置にて膿性成分を含む1000mLの排尿を認めた。造影CTで、尿道周囲に、内部液体濃度域を伴う腫瘤を認め、膣との境界は不明瞭であった。右優位の水腎、水尿管、膀胱にはびまん性壁肥厚を認めた。造影MRIで尿道周囲に多房性嚢胞様の腫瘤を認め、広範囲に拡散制限がみられた。病変は充実部を伴っており、膿瘍を伴う尿道憩室腺癌が疑われた。膀胱鏡では尿道内腔全周性に乳頭状腫瘍を認めた。尿細胞診はclass III a、腫瘍マーカーはCA125 61.3 U/mLと高値であった。膀胱尿道全摘出、膣前壁合併切除、回腸導管造設術が施行され、膀胱、膣浸潤を伴う尿道腺癌pT4の病理診断となった。尿道の後壁深部に2cmほどの嚢胞様構造を認め、膿性を疑う壊死や好中球浸潤を伴っていた。膿瘍を内包する憩室構造が腫瘍発生部位と考えられ、尿道憩室由来腺癌として矛盾しない所見であった。以上、膿瘍形成を伴う女性原発性尿道憩室腺癌の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

P-34 原発性精嚢癌の1例

益岡 壮太¹、織田 潮人¹、檜山 貴志¹、佐々木智章¹、久野 博文¹、矢嶋 習吾²、
 増田 均²、宮崎 里織³、渡邊 麗子³、小林 達伺¹
 国立がん研究センター東病院 放射線診断科¹、
 国立がん研究センター東病院 泌尿器・後腹膜腫瘍科²、
 国立がん研究センター東病院 病理・臨床検査科³

症例は70代男性。約1か月前からの頻尿、排尿障害を主訴に前医を受診した。画像検査で前立腺背側に腫瘤が見られ、精査加療目的に当院に紹介となった。血液検査で腫瘍マーカーはPSA 0.79 ng/mL, NSE 8.7 ng/mL, SCC 0.9 ng/mL, CEA 95.0 ng/mL, CA19/9 124.7 U/mL, CA125 15 U/mLで、CEAとCA19/9の上昇を認めた。造影CTでは右精嚢を中心とする約7cmの多房性嚢胞性病変が見られた。MRIで腫瘤はT2WIで大部分が高信号を示し、腫瘤内部の隔壁や乳頭状構造が中等度信号から低信号を示した。造影後には隔壁や乳頭状構造に増強効果が見られ、同部位には拡散制限を伴っていた。上部・下部消化管内視鏡検査を含め、他の部位に原発巣となりうる病変は指摘できなかった。以上の所見から精嚢癌を疑い、外科的切除を行った。切除検体は組織学的には多量の粘液産生を伴い、異型腺管が粘液内に浮遊しながら増殖する粘液癌であった。免疫組織学的に異型細胞はCK7 (-), CK20 (+), CEA (+), AR (-), PSA (-) を示した。精嚢癌は極めてまれな悪性腫瘍であり、CTやMRI所見を中心とした報告はほとんどない。本症例の画像と病理所見を対比して検討し、鑑別すべき疾患との相違点などについて考察する。

P-35 前立腺粘液腺癌の1例

河野 洋佑、三好 啓介、田辺 昌寛、伊東 克能

山口大学医学部 臨床医学系放射線医学講座

症例は50歳代の男性。尿閉を主訴に前医を受診された。各種画像検査にて前立腺右葉に嚢胞性の腫瘍が疑われ、当院泌尿器科へ紹介受診となった。当院で再検されたMRIでは前立腺右葉に6cm大の不整形腫瘍が見られ、T2強調像では不均一で著明な高信号を示した。Dynamic造影では腫瘍辺縁が遅延性に造影された。FDG-PETでは腫瘍辺縁や左閉鎖リンパ節に軽度の集積亢進がみられた。以上の所見から通常の前立腺癌としては非典型的で、粘液腺癌が疑われた。前立腺および膀胱全摘術が行われた。病理では豊富な粘液を背景に淡好酸性胞体を有する円柱状の異型細胞が管状・癒合腺管状に増生していた。異型細胞は免疫染色でCK7陽性、CK20陽性、PSA陰性、CDX2陰性であった。病変の大半が粘液成分であり、その他に原発となる粘液腺癌も見られないことから前立腺原発の粘液腺癌と考えられた。粘液腺癌は前立腺癌の0.4%と報告される非常に稀な疾患であるが、前立腺粘液腺癌の診断例の中には発生母地の異なる腫瘍（前立腺由来と前立腺部尿道由来）を包括している可能性があり、両者の間で臨床経過がまったく異なることが報告されている。本例では非常に予後不良な経過を辿り、後者の前立腺部尿道由来の可能性が考えられる。画像所見や病理所見に若干の文献的考察を加えて報告する

P-36 術前診断に苦慮した特発性肉芽腫性精巣炎の1例

岡 祥次郎^{1,2,3}、光野 重芝¹、有菌 茂樹¹、石川 翔¹、吉田 篤史¹、藤本 順平¹、山本 有香¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、安藤久美子¹、石藏 礼一¹、萩本 裕樹³、山下 大祐²、原 重雄²

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科²、
神戸市立医療センター中央市民病院 泌尿器科³

症例は肝硬変で当院消化器内科にてフォローされている40歳代男性。発熱、熱源精査、腹水増悪コントロール目的で入院中に急性の経過で陰嚢の腫大、発赤がみられた。MRIで精巣は両側で長径5cmと腫大しており、拡散制限がみられ、T1WIで均一な低信号、T2WIでやや均一な低信号、造影で遅延性増強がみられた。両側で精索静脈の拡張も見られた。急性の臨床経過からは感染・炎症性の病態を考慮したが、MRI所見からは悪性リンパ腫など悪性腫瘍も鑑別疾患となった。AFPやhCG-βに上昇はみられなかったが、可溶性IL-2R 2076U/mlと高値であり、協議の上、両側高位精巣摘除術の方針となった。病理組織学的には両側精巣で間質、精細管を巻き込んで肉芽腫性炎症が広がっていた。抗酸菌や細菌は確認されず特発性肉芽腫性精巣炎と診断した。特発性肉芽腫性精巣炎の発生は稀であり、初診時に精巣腫瘍との鑑別が難しい疾患の1つである。本症例では両側性びまん性の病変でリンパ腫などと鑑別が難しく、術前に本疾患の可能性を指摘することができなかった。画像所見や臨床的特徴などについて、文献的考察を加えて報告する。

P-37 CTで病変を指摘可能であった腎盂アミロイドーシスの2例

石川 翔¹、有菌 茂樹¹、吉田 篤史¹、岡 祥次郎¹、藤本 順平¹、山本 有香¹、
光野 重芝¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、阪口 玲奈¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、
安藤久美子¹、山根登茂彦¹、阿部 陽平²、堤 尚史²、山口 貴子³、西野 彰悟³、
原 重雄³、石藏 礼一¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 泌尿器科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1) 特に既往のない40代男性。1ヶ月前より左下腹部痛と肉眼的血尿があり、精査のため当院受診となった。造影CT検査排泄相にて左腎盂にひだ状の乳頭状隆起の広がりを認め、腎盂癌などが疑われた。精査の尿管鏡でも同部位に鱗状構造物を認めたため生検を行い、トランスサイレチン型 (ATTR) アミロイドーシスの診断となった。全身性アミロイドーシスの精査を行ったが、現時点では他部位の病変は指摘できず経過観察となっている。

(症例2) 心アミロイドーシスに伴う心不全の既往がある60代男性。数年前より数回の肉眼的血尿があり、当院を受診された。造影CTにて左腎盂に肥厚を認め、腎盂癌疑いとして尿管鏡検査が施行された。尿管鏡では同部位に粘膜の浮腫・ほっ赤を認め、生検が施行された。生検にてATTRアミロイドーシスと診断された。血尿は自然消滅し、心不全に対する加療を継続されている。

腎盂に局限したアミロイドーシスは尿路アミロイドーシスの中でも珍しい。CTでは腎盂腎杯の造影欠損影や腫瘤影を呈し、画像上では腎盂癌との鑑別が難しい。ATTRアミロイドーシスはTTRを前駆タンパク質とするアミロイドーシスの総称であり、遺伝性と野生型がある。感覚・運動型のポリニューロパチーや心症状が見られることが多いが、腎病変に関しては、ネフローゼや腎機能低下を呈する。腎盂アミロイドーシスに関して若干の文献的考察を加えて報告する。

P-38 10代後半で発症した副腎原発神経節芽細胞腫の1例

中本 篤¹、大西 裕満¹、坪山 尚寛¹、太田 崇詞¹、福井 秀行¹、矢野 圭悟¹、
本田 亨¹、木曾 建吾¹、巽 光朗¹、福原慎一郎²、梅田 大介³、森井 英一³、
富山 憲幸¹

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 器官制御外科学講座 泌尿器科学²、
大阪大学大学院医学系研究科 病態病理学講座³

症例は10代後半の女性。心窩部痛にて前医救急外来を受診し、腹部CTにて腫瘤を指摘されたため当院に紹介となった。CTでは左腎の頭側に長径約13.5cmの境界明瞭な腫瘤を認め、正常な左副腎は同定困難であった。腫瘤内部および辺縁に粗大な石灰化を伴っており、造影では早期より辺縁優位に増強効果を認めたが、中心部付近には造影効果をほとんど認めなかった。MRIのT2強調画像では中心部が高信号、辺縁部が中等度信号を示し、石灰化に相当する無信号域が多発していた。T1強調画像では出血を示唆する点状の高信号域が散見された。拡散強調画像では中心部が低信号、辺縁部が軽度高信号であった。MIBGシンチグラフィでは明らかな腫瘍への集積を認めなかった。血液検査では副腎機能に異常を認めなかった。以上より左副腎由来の腫瘍が疑われたが、術前診断は困難であり、悪性を否定できないため手術が施行された。摘出標本では腫瘤中心は白色調で、辺縁は陳旧性の出血と考えられる暗赤色領域と白色領域が斑に分布していた。また、腫瘤全体に石灰化領域が散在していた。ミクロ像では好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞と核小体が顕著な ganglion 様の細胞が混在していた。免疫染色ではNSEがびまん性に陽性、inhibin α 、SF-1、vimentin、neurofilament、GFAP、synaptophysin、CD56、S100は陰性であった。以上より、神経節芽細胞腫と診断され、神経芽腫から分化して著明な変性が加わったものと推察された。

P-39 嚢胞状前立腺癌 12 例の検討

伊藤 久尊¹、古田 昭寛¹、中下 悟²、小山 貴²、尾谷 智史³、森島 裕策³、
木戸 晶³、徳永 幸史⁴

大阪赤十字病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 放射線診断科²、
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）³、
日本赤十字社和歌山医療センター 放射線診断科⁴

通常、前立腺癌は充実性の形態をとる。しかし、稀に嚢胞状の形態を呈しうるが、嚢胞状前立腺癌の画像所見のまとまった報告は乏しい。今回、我々は嚢胞状の形態を呈した前立腺癌のMRI所見を後方視的に検討し、その発生原因、臨床的特徴を検討した。対象は組織診断された12例。内訳は腺房腺癌7例、pure typeの導管癌1例、mixed typeの導管癌1例、神経内分泌癌（大細胞型）1例、粘液腺癌2例で、神経内分泌癌のみホルモン治療後の再発例だった。全例で腫瘍は被膜外進展が疑われ、粘液腺癌の2例以外の10例はT2WIで低信号、拡散制限する充実性部分を認めた。腺房腺癌は多房性嚢胞が5/7例、単房性嚢胞が2/7例であり、5/7例で嚢胞内出血と思われる領域が見られた。導管癌は嚢胞内出血と考えられる領域を伴う多房性嚢胞を認めた。神経内分泌癌は腫瘍内に壊死を疑う歪な嚢胞状の領域を認めた。粘液腺癌は2例とも分葉状で充実部に乏しく、粘液に対応するものと考えられる拡散制限のないT2WIで高信号が見られた。粘液腺癌の1例で腫瘍内出血も疑われた。PSA値は178（0.2～845）ng/mLだった。グリソンスコアは10例で測定可能で7点が2例、その他の8例は8点以上だった。前立腺癌が嚢胞状の形態を呈する原因として、粘液腺癌では豊富なムチン産生が原因と考えられ、それ以外では腫瘍内出血や壊死が想定される。導管癌では腫瘍による導管閉塞と拡張も一因と考えられる。また、PSA値や悪性度は高い傾向がある。

P-40 膀胱に生じた炎症性筋線維芽細胞腫瘍の1例

萩原 遼太、宗近 次朗、今井 里香、関本 篤人、樋口 舞香、佐伯 美帆、
金井 貴宏、竹内 愛弓、長谷川春菜子、阿部 亮介、甲斐 亮三、石塚久美子、
清野 哲孝、扇谷 芳光

昭和大学医学部 放射線医学講座 放射線科学部門

症例は53歳男性。排尿時痛・血尿を主訴に近医を受診し、膀胱鏡検査で膀胱に腫瘍を指摘された。膀胱癌を疑われ、精査加療目的に当院を受診した。来院時、血液検査で腫瘍マーカーなどに異常値はなく、尿検査で尿中に潜血や細菌などは認めず、尿細胞診はClass IIであった。再度、膀胱鏡検査を施行し、膀胱左側壁～前壁の粘膜下に境界不明瞭な非乳頭状腫瘍を認めた。造影CT検査でも膀胱左側壁の粘膜下に約25mm大で境界明瞭な不均一に造影される腫瘍を認め、造影MRI検査ではT2強調像で高信号、T1強調像で低信号、拡散強調像で淡い高信号を呈し、不均一な造影効果を伴っていた。術前診断として平滑筋腫や神経原性腫瘍などが鑑別に挙げたが、悪性の可能性も否定できずTURBTを施行された。病理診断で粘膜下に紡錘形細胞の増殖、粘膜腫様の間質、炎症細胞の浸潤を認めた。平滑筋への浸潤傾向も示唆され、免疫染色でALK陽性、 α -SMA陽性、サイトケラチン弱陽性、desmin陰性、CD34陰性などを認め、炎症性筋線維芽細胞腫瘍（Inflammatory myofibroblastic tumor）と診断された。その後、再発予防目的にステロイド40mg経口投与を開始し、徐々に漸減されているが、現時点で明らかな再発は認めていない。炎症性筋線維芽細胞腫瘍について若干の文献的考察を加えて報告する。

P-41 成熟奇形腫より発生した卵巣由来粘液癌の1例

熱川奈津子¹、中井 豪¹、大村 尚子¹、山本 和宏¹、山田 隆二²、大道 正英³、
大須賀慶悟¹

大阪医科薬科大学 放射線診断学教室¹、大阪医科薬科大学 病理学教室²、
大阪医科薬科大学 産婦人科学教室³

症例は40歳代女性。3年前に当院で左卵巣成熟奇形腫と診断されたが、未治療であった。1ヶ月前から腹部膨満感を自覚し経口摂取不良となったため近医を受診した。エコーで骨盤内を占める多房性嚢胞性病変を指摘され、当院紹介受診となった。MRIで骨盤内に32cmの一部に脂肪成分を含有する多房性嚢胞性病変を認めた。内部にはわずかな造影効果を示す充実部を伴いFDG PET-CTで同部は強い集積を示した(SUVmax:13.2)。奇形腫悪性転化の術前診断で手術が施行された。左卵巣腫瘍の病理結果は奇形腫の悪性転化、卵巣由来粘液癌の診断であった。免疫染色CK7/CK20は卵巣由来粘液癌ではCK7+/CK20+、大腸の粘液癌ではCK7-/CK20+となることが知られているが、成熟奇形腫が粘液癌へ悪性転化した過去の報告は後者が殆どで、本例は稀であると考えられる。奇形腫が粘液癌へ悪性転化したMRI像はまとまった報告がない。過去の報告では多房性で大きいもの(9cm以上)が多く、充実部や乳頭状隆起を伴うことがあるが、他の組織型の悪性転化との区別は容易でない。また、卵巣粘液性癌はFDG集積が他の組織型の卵巣癌と比較して低い事が知られているが、本例はSUVmaxが非常に高値を示し、卵巣原発のそれらより悪性度が高い可能性がある。しかし、本症例以外に報告がなく、理由は不明であり、今後の症例の蓄積が待たれる。

P-42 腔式子宮全摘後の骨盤底部に発生した、NTRK3-rearrangementを有する分類不能肉腫

高田 章代¹、錦見 恭子²、原田 桜子³、松坂 恵介³、宇野 隆⁴

千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、千葉大学医学部附属病院 産婦人科²、
千葉大学医学部附属病院 病理診断科³、千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁴

【背景】内膜症は、様々な悪性腫瘍の発生母地となる。今回、子宮筋腫に対し腔式子宮全摘後の骨盤底部内膜症組織に生じたLow grade endometrial stromal sarcoma (LGESS) の症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。腹部膨満感を主訴に受診。19年前に子宮筋腫に対し腔式子宮全摘術の既往あり。

CTで、骨盤内に径120×80mmの充実性腫瘍を認めた。左卵巣静脈と関連があるが、腔断端部と連続しており、由来臓器の特定が困難だった。

MRIで、腫瘍の大部分はT2WIで不均一中等度信号を示し、腫瘍尾側にT2WIで骨格筋に近い低信号を示す成分があり、腔断端と連続していた。T2WIで中等度信号を示す成分は辺縁から造影され、拡散制限を認めた。また、内部には出血を示唆するT1WI高信号域を認めた。T2WI低信号の成分は遷延性に造影され、拡散制限は認めず、左尿管の狭窄機転となっていた。

内膜症由来の悪性腫瘍を第一に疑い、手術が施行された。左卵巣および腔断端部と連続する骨盤底部内膜症由来のLGESSとの診断となった。

【考察】LGESSは子宮以外に卵巣、卵管、腹膜等様々な部位から発生し、2/3程度が内膜症と関連する。画像所見は子宮に生じるものと類似するが、充実成分主体から嚢胞成分主体まで多様な報告がある。内膜症由来の悪性腫瘍を疑った場合、LGESSを鑑別に含める必要がある。

P-43 内膜症性嚢胞に合併した卵巣癌肉腫の1例

福井 修一¹、中園 貴彦¹、山口 健¹、入江 裕之¹、横山 正俊²、相島 慎一³
 佐賀大学医学部 放射線医学教室¹、佐賀大学医学部 産婦人科²、佐賀大学医学部 病理³

卵巣原発の癌肉腫は子宮原発のそれよりもさらに稀であり、全卵巣悪性腫瘍の約2%を占める程度である。今回、我々は内膜症性嚢胞に合併した卵巣癌肉腫の1例を経験したため、報告する。症例は70歳代女性、G6P3。3か月前の検診の腹部エコーにて骨盤内腫瘍を指摘され、卵巣癌が疑われたため、当院に紹介された。MRIでは左付属器領域に壁結節を伴う嚢胞性腫瘍を認めた。嚢胞内容液はT1WI、T2WIにて高信号を示し、血性が示唆された。充実成分は骨格筋と比較して、T1WIにて等信号、T2WIにて不均一な高信号を示し、拡散制限も見られた(ADC値： $0.8 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$)。Dynamic studyでは充実成分に漸増性の増強効果を認めた。内膜症性嚢胞に合併した卵巣癌が疑われ、手術が施行された。術後の病理組織にて、内膜症性嚢胞を背景として、低異型度漿液性癌が見られる領域と、それに肉腫成分が混在した領域を認め、内膜症性嚢胞に合併した低異型度漿液性癌および癌肉腫と診断された。内膜症性嚢胞と腺肉腫の合併に関する報告は散見されるものの、我々が検索しうる限りで内膜症性嚢胞と癌肉腫の合併に関する報告はない。

P-44 短期間での自然退縮が認められたSwyer症候群における性腺芽腫の1例

石黒 聡尚¹、天野 太史²、齋田 司¹、板垣 博也³、坂本 規彰⁴、森 健作¹、
 中島 崇仁¹

筑波大学医学医療系 放射線診断・IVR科¹、筑波大学附属病院 放射線診断・IVR科²、
 筑波大学附属病院 婦人・周産期診療科³、筑波大学医学医療系 診断病理学研究室⁴

症例は10代後半女性、無月経を主訴に受診した。外性器は女性型で、LH、FSH上昇とE2低下がありhypergonadotropic hypogonadismを呈した。MRI上、膣は正常で、子宮は低形成だが存在し、左卵巣は低形成であった。右付属器の位置にT2WIで均一な比較的高信号を示す6cmの類円形腫瘍を認めたが、2か月後のMRIで2cmに縮小した。同時期のCTで腫瘍内に石灰化がみられ、経過中に核型が46,XYと判明した。以上からSwyer症候群に生じた性腺芽腫ないし胚細胞腫瘍の自然退縮を疑い、腹腔鏡下に両側付属器摘出術が施行された。両側性腺は異形成で、卵巣皮質類似の線維性成分があるが卵胞がなく、精巣輸尿管・精巣上体管類似の管腔構造が散見された。右性腺腫瘍は、線維性間質を背景に胚細胞様細胞と性索間質細胞が増殖する腫瘍で、性腺芽腫と診断された。一部で胚細胞様細胞が消退し、性索間質細胞が残存したと思われる箇所もみられた。悪性所見はなかった。Swyer症候群はXY性腺形成不全である。Y染色体の存在にも関わらず性腺が精巣に分化せず女性の表現型となるが、性腺が索状で卵胞を欠き月経の発来がない。また、性腺芽腫ないし未分化胚細胞腫の発生頻度が高い。精巣胚細胞腫瘍の自然退縮はよく知られるが、Swyer症候群における性腺芽腫ないし胚細胞性腫瘍の自然退縮はあまり知られていない。今回、短期間での性腺芽腫の自然退縮を画像的に捉えることができたため、文献的考察を交えて報告する。

P-45 電撃性紫斑病、脾梗塞を呈した *Capnocytophaga canimorsus* 感染症の1例

田中 賢一、則兼 敬志、今上 雅史、藤本 憲吾、佐野村隆行、山本 由佳、
西山 佳宏

香川大学医学部 放射線医学講座

症例は70歳台の女性。飼い犬に手を噛まれて数日後に体調不良を自覚。その翌日には起立困難となったため、前医を受診した。血液検査にて高度の肝機能障害、腎機能障害がみられたため当院を紹介・搬送された。顔面に多数の小出血斑、四肢末端は蒼白と冷感著明であった。右第3指には咬傷を認めた。来院時造影CTでは両腎に不均一な造影不良を認め、脾臓にはまったく造影効果がみられなかった。その他検査所見から肝機能障害、腎機能障害、SOFAスコア12点、急性期DICスコア7点であった。血液培養の塗抹鏡検にて白血球内にグラム陰性桿菌を認めたため、*Capnocytophaga canimorsus*による敗血症疑いとして治療を開始した。入院後の経過で顔面の出血斑は増悪、四肢末端は急速に黒色化していった。第7病日に血液培養から*Capnocytophaga canimorsus*が報告され、*Capnocytophaga canimorsus*による電撃性紫斑病、DIC、脾梗塞と診断された。その後全身状態は改善をみせたものの、四肢末端は壊死を来したため切断術を余儀なくされた。

*Capnocytophaga canimorsus*は犬・猫の常在菌であり、まれではあるが重篤な感染症にいたることがある。電撃性紫斑病は四肢末端の虚血壊死で、感染症に伴う電撃性紫斑病は急性感染性電撃性紫斑病といわれる。原因菌は様々であるが、*Capnocytophaga canimorsus*も原因菌として報告されている。脾梗塞を合併した症例は稀ではあるが報告されており、文献的考察も含めて報告する。

P-46 外陰部に発生した粘液炎症性線維芽細胞肉腫の1例

久保 滋人¹、馬 永萍¹、伊藤 玲佳¹、伊藤 俊亮¹、井上依里香¹、原田 公美¹、
岡澤 藍夏¹、糟谷 誠¹、澤田 健¹、芝田 豊通¹、上野 誠¹、本庄 原²、
奥村 亮介¹、石守 崇好¹

北野病院 放射線科¹、北野病院 病理診断科²

症例は61歳女性。5～6年前から陰部腫瘍に気づいていたが、昨年より痛みを伴ってきたため、精査加療を勧められ当院産婦人科紹介受診となった。骨盤MRIでは外陰部右側に5cm大の境界明瞭な軟部腫瘍を認めた。T1強調像では低信号、T2強調像では高信号で、比較的均一な濃染を示した。術中所見では腫瘍は陰核基部より発生しており、完全切除のためには陰核合併切除が必要と思われたため腫瘍の一部は残存する範囲で摘出切除された。病理組織学的には、紡錘形細胞、上皮様細胞が硝子化した膠原線維、粘液状間質を有する細胞成分、索状、シート状に増殖したリンパ球浸潤が混在、核小体が大型・明瞭で偏在性核と好酸性胞体を持つHodgkin様細胞の混在も認め、以上より粘液炎症性線維芽細胞肉腫と診断された。粘液炎症性線維芽細胞肉腫は、四肢末端部の皮下組織に好発する緩徐発育性の肉腫である。躯幹部の発生は非常に稀とされるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-47 吸気時と呼気時CTによる正中弓状靭帯の呼吸性変動評価

井上 明星¹、茶谷 祥平¹、今井 勇伍¹、大田 信一²、渡邊 嘉之¹

滋賀医科大学 放射線医学講座¹、長浜赤十字病院 放射線科²

【目的】正中弓状靭帯 (Median arcuate ligament; MAL) の呼吸性変動の変化を吸気・呼気CTで明らかにすること。

【方法】吸気時の腹部造影CTから、MALによる腹腔動脈 (celiac artery; CA) 狭窄のある症例とない症例を検索し、prospectiveに動脈相の呼気CTを撮影した。2名の画像診断医が、吸気・呼気時の造影CT動脈相を観察し、MALのCAに与える形態変化 (なし、屈曲、狭窄)、Th12/L1椎間板とMALとCAおよび上腸間膜動脈 (superior mesenteric artery; SMA) との距離、CA屈曲部の角度、CA下縁と大動脈前縁の角度、CAおよびSMAの起始部、狭窄部、狭窄後部の直径を評価した。CA変形・狭窄、腓十二指腸アーケード (PDA arcade) の発達を比較した。

【結果】対象は34名の患者 (65.5 ± 9.9歳; M:F=23:11; MALによるCA圧迫あり: 18人)。各読影者で、呼気CTで吸気CTにて認めなかった腹腔動脈の形態変化がそれぞれ8例、3例に認められた。比較読影で呼気にて38-50%でCA狭窄が増悪、12-15%でPDA arcadeの発達を認めた。MALによるCA狭窄なしとreference standardで判定された16例中、4例 (Reader 1) および7例 (Reader 2) でCAの変形が認められた。Th12/L1椎間板とCAおよびSMAの距離、CA屈曲部の角度、CA狭窄部の径で呼気と吸気CTの間で有意差を認めた (P<0.05)。

【結論】呼気CTではMALによる潜在的なCA狭窄を指摘可能で、非侵襲的に内臓動脈瘤や腹部アンギーナの病態解明に貢献しうると考えられた。

P-48 炎症併発のためIPMCと鑑別困難だったIPMAの1例

尾崎 公美¹、小宮 英朗¹、小練 研司²、樋口 翔平³、伊藤 和美³、田海 統之²、村上 真²、五井 孝憲²、木村 浩彦¹

福井大学医学部 病態解析医学講座放射線医学¹、福井大学医学部 第一外科²、福井大学医学部 病理診断科³

80歳代、女性。糖尿病の急激な増悪にて単純CTを施行したところ、腓頭部と尾部に腫瘤を認め、精査加療目的に当院紹介受診となった。造影CT及びMRIで頭部に約33mm大、尾部に約35mm大の多房性嚢胞性病変を認め、主膵管の軽度拡張 (約7mm) も認めた。尾部病変には漸増性濃染を呈する不整な壁肥厚を伴い、拡散制限ははっきりしなかったが、FDG-PET/CTでSUV max 4.1の集積を認めた。EUSで内腔に約10mmの壁在結節を認め、CA19-9上昇 (170 ng/mL) とあわせて4項目がworrisome featuresに相当すると判断した。頭部病変には壁肥厚及び濃染、壁在結節、FDG集積は認めなかった。頭部病変も3cmを超えており、膵全摘術を第一選択としたが、患者が拒否したため確実に手術適応がある尾部病変の切除を目的として膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的には炎症細胞浸潤と高度線維化を認めたが、悪性所見は認めず、また主膵管壁にも腫瘍は認めず、分枝型intraductal papillary mucinous adenoma with inflammationと診断された。術後1か月後、CA19-9は更に上昇し、造影CTで膵頭部病変は増大を認めた。患者が積極的治療を希望せず、経過観察にて約1年後には膵頭部腫瘤増大による閉塞性黄疸をきたし、癌性腹膜炎と多発肺転移が出現し、結果的にIPMCであったと判断した。

P-49 術前診断に苦慮した膵mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasmの1例

吉田 篤史¹、光野 重芝¹、有菌 茂樹¹、石川 翔¹、岡 祥次郎¹、藤本 順平¹、
山本 有香¹、尾上 宏治¹、渡部 正雄¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、安藤久美子¹、
山根登茂彦¹、西野 彰悟²、原 重雄²、石藏 礼一¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科²

症例は50歳台女性。腹痛精査で撮像された造影CTで、膵尾部に比較的境界明瞭な15mm大の低濃度腫瘍が認められた。単純で30HUとやや高吸収を示したが、造影効果は明らかではなかった。EUSでも血流信号のない等エコー域として描出された。3か月後のCTで25mm大に増大があったが、造影効果は依然として認められなかった。MRIで腫瘍はT2WIで膵実質同等から高信号で、拡散制限は明らかではなかった。T1WIで不均一な高信号域を認め、仮性嚢胞などの出血を伴った嚢胞性病変が疑われた。一方でFDG-PET/CTでSUVmax12.2の強いFDG集積を腫瘍全体に認められた。膵液細胞診は陰性であったが、悪性腫瘍が否定できないことから膵体尾部切除が施行された。組織学的には分葉状に、N/C比の高い細胞が充実性増殖しており、一部に不明瞭な管腔形成や好酸性の細胞質を有する領域がみられた。免疫染色ではbcl-10陽性、trypsin陽性、synaptophysin陽性、chromogranin A陽性であり、Mixed acinar-neuroendocrine carcinomaと診断された。

外分泌腫瘍と神経内分泌腫瘍の併存腫瘍は、これまでmixed adeno-neuroendocrine carcinoma (MANEC)と称されていたが、WHO分類第5版からmixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)と新たに定義された。今回、造影効果や拡散制限は明らかではなかったが、FDGの高集積が治療方針に有用であったMiNENの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-50 膵過誤腫の1例

星合 壮大¹、小田 竜也²、松岡 亮太³、中島 崇仁¹

筑波大学 放射線診断・IVR科¹、筑波大学 消化器外科²、筑波大学 診断病理学³

症例は72歳女性。卵巣腫瘍の術前に膵臓に腫瘍性病変を指摘された。卵巣腫瘍に対しては前医で切除術が施行され、漿液性嚢胞腺線維腫と診断された。膵臓の病変に対する精査・加療目的に当院に紹介された。CTでは、膵鉤部に18x13mmの比較的境界明瞭な低吸収な腫瘍がみられた。造影CTでは、腫瘍前方内側の辺縁部に漸増性の造影される充実部分がみられた。MRIではT2強調画像で強い高信号を示し、T1強調画像では低信号であった。小嚢胞が集簇するような形態を示しており、拡散制限ははっきりしなかった。造影MRIではCTと同様に漸増性に造影される領域が部分的にみられた。膵管内乳頭状粘液性腺癌の術前診断で、膵頭十二指腸切除術が施行された。腫瘍は肉眼的に境界明瞭な白色調で、組織学的には線維性結合組織を背景として、細膵管を思わせる腺管構造がみられ、一部で嚢胞状の拡張を伴っていた。これらの腺管構造は既存の膵管との連続性はみられず、一定の秩序を示すことなく散在していた。以上から病理学的に過誤腫と診断された。膵過誤腫は稀な疾患で、これまでの画像に関する報告は少ない。若干の文献的考察を含めて報告する。

P-51 pNETと鑑別困難であったsolid type の膵漿液性嚢胞腫瘍の1例

武内 嵩¹、宇野 隆²、藤本 肇²、那須 克宏²、堀越 琢郎¹、阿久津 陽¹、
大塚 将之³、三島 敬³、高地 祐輔⁴

千葉大学医学部附属病院 放射線科¹、千葉大学大学院 医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学²、
千葉大学大学院 医学研究院 臓器制御外科学³、千葉大学大学院 医学研究院 病態病理学⁴

79歳男性、他院にて偶発的に膵頭部腫瘍が指摘され、本人希望で経過観察としていたが、2年後の他目的でのCTで増大傾向であったために精査・治療目的に当院紹介受診となった。造影CTでは膵頭部に長径6cmの分葉状・境界明瞭な腫瘍が認められ、早期濃染を示し、遷延する造影効果を示した。中心部に石灰化を伴う造影不良域を認めた。MRIでは骨格筋と比較してT1WIで淡い高信号・T2WIで中等度高信号を呈し、拡散制限を伴っていた。MRCPでは無信号であり、総胆管・主膵管を圧排しているが、上流の拡張は認められなかった。画像からは、膵内分泌腫瘍（pNET）が疑われ、他院EUS-FNAでpNETまたは充実性偽乳頭状腫瘍の疑いとされ、増大傾向であったことから、膵頭十二指腸切除術が施行された。病理組織学的検査でいわゆる solid type SCN であるSolid serous neoplasm (sSN) の診断となり、周囲組織への浸潤や神経侵襲を伴っていたことからアグレッシブな特性が示唆された。その後は明らかな再発なく経過している。SCNの非常に稀な病型としてsolid typeがある。Solid type SCN は、microcystic typeよりも更に嚢胞が小さいものとされ、それらを反映したT2WIの著明高信号などが鑑別点となると考えられている。しかしながら、純粋なsolid typeにおいては、病理学的に嚢胞は認められず、画像検査でのpNETとの鑑別が困難となる。sSNの分類や文献的考察を踏まえ報告する。

P-52 空腸間膜内異所性膵の1例

森本 毅¹、木村 裕介²、藤川あつ子¹、三村 秀文¹

聖マリアンナ医科大学 放射線医学講座¹、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 放射線科²

症例は80歳代男性。前立腺癌術後の造影CTにて空腸間膜内に軟部腫瘍を指摘された。腫瘍は空腸と連続し、膵臓に類似した分葉状形態を呈していた。精査のため施行されたMRIでは正常膵実質と同様の信号パターンを呈し、内部には膵管と思われる管状構造を認めたことから腸間膜内異所性膵と考えられた。異所性膵は解剖学的に正常膵との連続性を欠き、血管支配が異なる異所性に存在する膵組織と定義されている。胃や十二指腸など上部消化管に好発し、腸間膜内発生はまれである。画像上は粘膜下腫瘍に類似した所見を呈し、他の粘膜下腫瘍との鑑別が困難なこともしばしばあるが、腸間膜内異所性膵は正常膵に類似した形態を呈することが多いとされており、その特徴的な形態を認めた場合には診断が可能である。今回、まれな空腸間膜内異所性膵を経験したため、その特徴的な画像所見について報告する。

P-53 2型自己免疫性膵炎の1例

安藤 沙耶¹、佐藤 敏之¹、山内 雄揮²、川村 仁美¹、梅花 優貴¹、諸岡 紳¹、
伊藤 秀一¹、岡野 拓¹、田中 宏明¹、松原菜穂子¹、川端 和奈¹、金柿 光憲¹、
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 消化器内科²

症例は17歳男性。腹痛を主訴に当院救急外来を受診し採血で肝胆道系酵素と膵酵素の上昇が見られ、上腹部ダイナミック造影CTを撮像された。CTでは膵頭部に比較的境界明瞭な乏血性の腫瘤性病変が認められ、主膵管と膵内胆管は狭窄し肝内胆管の拡張と膵体尾部の主膵管拡張を伴っていた。膵頭部腫瘤による閉塞性膵炎の診断で入院加療の方針となった。入院後に撮像されたMRIでは膵実質全体に拡散制限が目立ち、広汎な炎症を疑う所見であった。EUS-FNAが施行され、好中球浸潤や線維芽細胞の増生、腺房障害が組織学的に確認されたため、2型自己免疫性膵炎と診断された。ステロイド投与により腫瘤は縮小し症状も改善が見られ、外来にて経過観察中である。自己免疫性膵炎は1型と2型に分類され、1型は高齢の男性に多くIgG4の上昇やγグロブリン高値を呈し、抗核抗体やリウマチ因子などの自己抗体が陽性で、所謂IgG4関連疾患の膵病変として経験することの多い疾患である。一方2型は欧米と比較しアジアでの報告は少ない。画像所見は1型と類似しているが、若年で性差がなく炎症性腸疾患特に潰瘍性大腸炎を合併する頻度が高い。IgG4は正常範囲であり血清学的異常に乏しく、病理診断が重要とされている。今回比較的稀な2型自己免疫性膵炎の症例を経験したので文献学的考察を加えて報告する。

P-54 膵管門脈瘻の1例

齋藤 裕己、西村 健太、奥村健一郎、五十嵐紗耶、井上 大、小坂 一斗、
小林 聡、蒲田 敏文

金沢大学附属病院 放射線科

症例は74歳女性。慢性膵炎を背景とした膵仮性嚢胞破裂による腹腔内膵液瘻形成の既往のあるかた。胃静脈瘤破裂による吐血を来し精査目的に造影CTおよび単純MRIが撮像された。造影CTでは脾腫と側副血行路の発達、腹水が見られた。脾静脈は虚脱し、門脈内には造影効果を指摘できず低濃度を呈し、液体と考えられた。膵臓では主膵管拡張を伴う頭部嚢胞性病変が指摘された。MRI T2強調画像では膵頭部の嚢胞性病変と門脈は脾静脈合流部で連続し全体が高信号を呈していた。MRCPでは主膵管が嚢胞部で途絶していたが、主膵管と膵頭部嚢胞性病変を介した門脈との瘻孔が疑われた。内視鏡的逆行性胆道膵管造影で膵管造影を行うと、膵頭部嚢胞性病変および主膵管の描出が見られ、pancreatic duct-to-portal vein fistulaと診断した。さらに、左肝葉では門脈域に接して造影CTで低濃度、DWI高信号を呈する液体で満たされた小さな病巣が集簇し、膿瘍が疑われた。Pancreatic duct-to-portal vein fistulaは慢性膵炎に伴う稀な合併症で、高アミラーゼ血症、関節炎、痛みを伴う皮膚病変、播種性脂肪壊死、門脈周囲炎等を引き起こすため、早期診断と治療が予後改善に寄与する病態である。これまでの文献報告を踏まえ、考察を加えて報告する。

P-55 卵殻状石灰化を呈した膵仮性嚢胞の1例

宗近 次朗¹、萩原 遼太¹、今井 里香¹、樋口 舞香¹、佐伯 美帆¹、金井 貴宏¹、
竹内 愛弓¹、長谷川春菜子¹、石塚久美子¹、扇谷 芳光¹、矢持 淑子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

膵仮性嚢胞は局所的な液溜りで、通常は膵炎の合併症として発症する。膵実質の石灰化は画像検査でよくみられるが、膵仮性嚢胞の石灰化はまれである。今回われわれは、外科的切除と組織学的検査によって確定診断を得た、卵殻状石灰化を呈した膵仮性嚢胞の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は71歳女性、腰痛にて近医受診し腰椎単純X線写真で腹部石灰化腫瘤を指摘され、当院に精査目的で紹介された。腹部CTでは膵体尾部に約7cm大の辺縁に卵殻状石灰化を呈する低吸収腫瘤があり、胃体部小弯側に接して認められた。腫瘤内部に明らかな造影効果はなく、膵管拡張は認めなかった。腹部MRIでは腫瘤内部はT2強調像で高信号、T1強調像で低信号、拡散強調像では強い拡散制限を呈した。超音波内視鏡検査を施行したが、石灰化が強く内部の性状評価は困難であった。solid pseudopapillary tumor、腺房細胞癌などの悪性疾患の可能性も否定できず、膵体尾部切除および胃部分切除術が施行された。肉眼所見では膵尾部に石灰化を呈する壁厚の単房性嚢胞を認め、内部に石灰化物主体の泥状物質を容れていた。組織学的に嚢胞壁は花むしろ状の膠原線維の増生と硝子化、石灰化を伴う肉芽組織が主体で、腫瘍性成分は認めなかった。高度のリンパ球と形質細胞の浸潤がみられ、免疫染色にて強拡1視野当たり40個のIgG4陽性形質細胞浸潤を認め、自己免疫性膵炎の可能性が示唆された。

P-56 巨大な膵腺房細胞癌の1例

南 哲弥¹、西野 有香¹、土屋 紘一¹、的場 宗孝¹、上田 順彦²、三浦 聖子²、
宮下 知治²、高村 博之²、山田 壮亮³

金沢医科大学 放射線科¹、金沢医科大学 一般・消化器外科²、金沢医科大学 臨床病理学³

症例は64歳男性。主訴：体重減少。現病歴：1年半前から体重減少を認めており、腹部膨満感も認めるようになり前医を受診。身体所見にて左腹部に硬い腫瘤を触知した。前医CTにて巨大腫瘤が見られ当院紹介受診となった。当院の造影CTでは長径17cm程度の巨大支流が左腹部を占拠しており、内部は濃染を示さない変性した部位を伴う不均一な濃染を示す腫瘍であった。PET-CTでは充実部位に一致した高度のFDG集積を認めていた。MRIでも変性部位は液体の信号であり、充実部はTIWIで低信号、T2WIでは不均一な軽度高信号を示しており、変性部位以外にも小さな液体貯留部を多く内在する所見であった。Dynamic CT、MRIともに不均一ながら比較的早期から濃染造影効果が見られる腫瘍であった。当院初診時のCTから当院術前CTまでの約1ヶ月の間でも明らかな増大傾向が見られていた。胃粘膜下腫瘍も疑われていたが、内視鏡上は胃筋層との関係性を観察されたが、粘膜下腫瘍とされる明らかな部位は確認されなかった。前医初診より2ヶ月で前日に術前塞栓を行った上で外科手術となった。手術は胃部分切除、結腸部分切除、膵尾部切除、脾摘出、左副腎摘出の合併切除を伴う腫瘤摘出術となった。病理組織学的にはunclassifiable type acinar cell carcinomaと診断された。巨大であり、originの特定が困難であったが、retrospectiveに術前塞栓時の血管造影所見を合わせると診断に近づけた可能性もあり報告した。

P-57 Follicular pancreatitisの2例

岩崎 莉瑛¹、原留 弘樹¹、田島 弘²、五十嵐一晴²、一戸 昌明³、高橋 博之³、
奥脇 興介⁴、井上 優介¹、隈元 雄介²、村雲 芳樹³、草野 央⁴

北里大学病院 放射線診断科¹、北里大学病院 一般・消化器外科²、北里大学病院 病院病理学³、
北里大学病院 消化器内科⁴

follicular pancreatitisは、多数の反応性リンパ濾胞形成を組織的特徴とする、稀な限局性膵炎の一型で、結節性病変を呈し、悪性を含む膵腫瘍との鑑別が問題となるが、画像知見に乏しく、多くは鑑別診断に難渋する。症例は、62才女性 (Case1) と74才男性 (Case2)。【Case1】人間ドックで高アミラーゼ血症を指摘された。造影dynamic CTで、膵尾部に軽度遅延性造影を伴う限局性腫大を認めた。T1WI低信号、T2WI軽度高信号、DWI著明高信号を示していた。造影dynamic MRIではCT同様だったが遅延性造影がより目立っていた。平均ADC値は $0.96 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ だった。【Case2】スクリーニングUSで膵体部に高エコー腫瘤を指摘された。造影dynamic CTで、膵体部に軽度遅延造影を示す30mm大の腫瘤を認めた。T1WI、T2WI、DWIは、Case1と同様の信号を示し、DWIでは膵体部にもう1病変指摘可能であった。平均ADC値は $1.46 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ だった。悪性腫瘍も否定できず、外科切除が行われた。病理組織では、Bcl-2陰性の胚中心を伴う反応性リンパ濾胞形成やリンパ球浸潤が目立ち、2症例ともfollicular pancreatitisの最終診断であった。造影を含む各画像の内、DWIで最も明瞭に病変が描出され、境界明瞭な高信号病変を呈していた。これは豊富なリンパ球組織による拡散制限が主因と思われたが、Case2ではADC値は中等度であり、拡散制限に加えてT2 shine throughの影響もあると推測された。文献的考察を含め報告する。

P-58 Somatostatin receptor scintigraphyにて集積を示した腎細胞癌膵転移の1例

大木 一剛¹、五十嵐隆朗¹、禹 潤¹、矢ヶ部浩之¹、岩谷 洸介²、後町 武志³、
岩本 雅美⁴、尾尻 博也¹

東京慈恵会医科大学 放射線医学講座¹、東京慈恵会医科大学 泌尿器科²、
東京慈恵会医科大学 外科学講座³、東京慈恵会医科大学 病理学講座⁴

腎細胞癌は晩期再発を来す悪性腫瘍として知られ、膵転移を来す悪性腫瘍の中で最も多い。腎細胞癌、特に淡明細胞癌は早期濃染を示すため、腎細胞癌膵転移は多血性膵内分泌腫瘍との鑑別を要する。膵内分泌腫瘍の診断にsomatostatinreceptor scintigraphy (SRS) が有用とされているが、膵内分泌腫瘍以外の膵病変へのSRS集積例も少数ながら報告されている。今回、SRSで集積を示す腎細胞癌膵転移の1例を経験したため、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 「睪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 「膀胱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)	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 「膀胱癌の病理」
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「膀胱-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「嚢胞性膀胱癌の画像診断」 *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「膀胱癌の病理」 *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 眞澄 (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「子宮内腫瘍の術前診断」 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“血管筋脂肪腫”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「膀胱性病変の組織像」 *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 福嶋敬宜先生 「尿管内腫瘍の病理 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 でおさえおくべき画像診断 -ヒアリングを含めて-」 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 「膀胱癌 -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膀胱癌性病変」 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	榎 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・膵癌取り扱い規約 (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-」
第31回	'17 6.30-7.1 北海道	高橋 康二 (旭川医科大学)	総合テーマ 132題	函館中央病院 放射線科 藤田信行先生 会長指定講演「肝腫瘍診断困難例撲滅を目指して」 慶應義塾大学医学部病理学 坂元亨宇先生 「肝癌病理診断の最近の話題」 兵庫医科大学 外科学講座 肝胆膵外科 波多野悦朗先生 「肝胆膵・移植外科医が求める術前画像診断」
第32回	'18 5.25-26 神奈川県	陣崎 雅弘 (慶應義塾大学)	総合テーマ 159題	愛知医科大学病院 病理診断科 都築豊徳先生 「画像診断と病理診断の融合 -Mariage du diagnostic pathologique et du diagnostic d'imagerie-」 東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学 肝胆膵外科、 人工臓器・移植外科 長谷川潔先生 「大腸癌肝転移に対する Conversion Therapy と画像診断」
第33回	'19 6.28-29 山口県	伊東 克能 (山口大学大学院)	総合テーマ 131題	「腹部領域における最新の内科・外科治療と画像診断」 九州大学大学院 医学研究院 臨床・腫瘍外科 中村雅史先生 「膵癌に対する外科治療 Up-To-Date」 大垣市民病院 消化器内科 豊田秀徳先生 「C型肝炎治療の劇的な進歩による EOB-MRI の重要性・位置づけの変化」
第34回	'21 6.19-20 福岡県	吉満 研吾 (福岡大学)	総合テーマ 114題	福岡大学筑紫病院 病理部 二村聡先生 「消化管粘膜下腫瘍の病理診断 -鑑別診断を中心に」

協賛企業・団体一覧

アルフレッサファーマ株式会社
エーザイ株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
ゲルベ・ジャパン株式会社
GEヘルスケア・ジャパン株式会社
GEヘルスケアファーマ株式会社
シーメンスヘルスケア株式会社
四国医療器株式会社
株式会社末徳屋医療器店
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・ジャパン
富士製薬工業株式会社
公益財団法人 高知県観光コンベンション協会

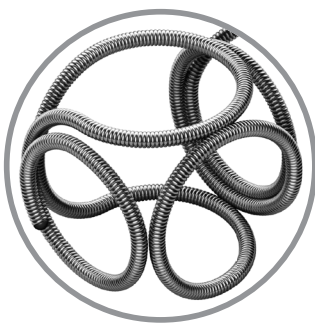
五十音順・敬称略
2022年6月10日現在

第35回日本腹部放射線学会の開催に際し、上記の企業・団体よりご協賛いただきました。
ここに厚く御礼申し上げます。

第35回日本腹部放射線学会
会長 山上 卓士
(高知大学医学部 放射線診断・IVR学講座)

Peripheral interventions

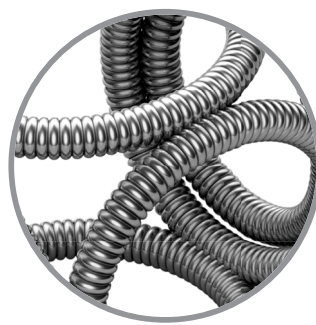
Target Detachable Coils



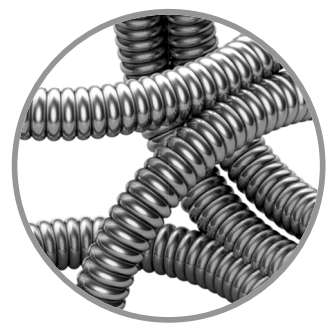
Target 360
Detachable Coils



Target Nano
Detachable Coils



Target XL
Detachable Coils



Target XXL
Detachable Coils

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

Stryker or its affiliated entities own, use, or have applied for the following trademarks or service marks: Stryker, Target. All other trademarks are trademarks of their respective owners or holders. The absence of a product, feature, or service name, or logo from this list does not constitute a waiver of Stryker's trademark or other intellectual property rights concerning that name or logo.

製造販売元

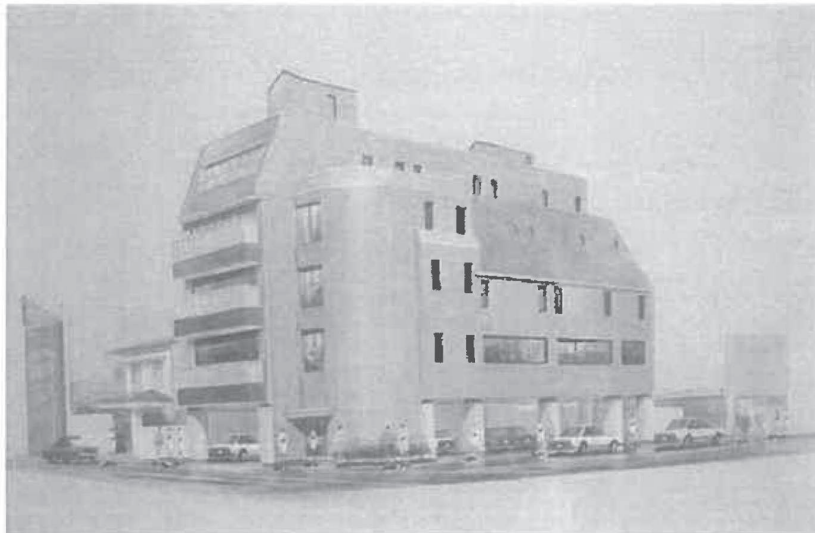
日本ストライカー株式会社

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.com/jp

SUETOKUYA MEDICAL

最先端の医療機器を品揃えして
医療の発展と皆様の健康に
貢献できることをめざします



株式
会社

末徳屋医療器店

- 本 社 〒780-0863 高 知 市 与 力 町 4-15
TEL (088)-875-4451(代) FAX (088)-823-2536
- 出 張 所 〒787-0014 四 万 十 市 右 山 2033 番 地 15
TEL (0880)-35-3615 FAX (0880)-35-3755



時代が求める新たな

“Unmet Medical Needs”に
挑戦します

医薬、診断薬、医療機器などを開発・製造・販売する医療メーカーとして、
「予防」「診断」「治療」の全プロセスで医療を総合的にバックアップし、
世界中の人々の健康に貢献していきます。

alfresa

アルフレッサファーマ株式会社

〒540-8575 大阪市中央区石町二丁目2番9号 TEL.06-6941-0300(代) FAX.06-6947-1548
<http://www.alfresa-pharma.co.jp>



非イオン性造影剤

処方箋医薬品※ 薬価基準収載

日本薬局方 イオヘキソール注射液

オムニパーク®

※ 注意－医師等の処方箋により使用すること



- シリンジ
 - 240注 シリンジ 100mL (尿路・血管・CT用)
 - 300注 シリンジ 50mL (尿路・CT用)
 - シリンジ 80mL・100mL (尿路・血管・CT用)
 - シリンジ 110mL・125mL・150mL (CT用)
 - 350注 シリンジ 45mL・70mL・100mL (血管・CT用)
- バイアル
 - 140注 50mL・220mL (血管用)
 - 240注 20mL・50mL・100mL (尿路・血管用)
 - 300注 20mL・50mL・100mL (尿路・血管用)
 - 150mL (血管用)
 - 350注 20mL・50mL (尿路・血管用)
 - 100mL (血管用)
 - 180注 10mL (脳槽・脊髄用)
 - 240注 10mL (脳槽・脊髄用)
 - 300注 10mL (脊髄用)

非イオン性等浸透圧造影剤

処方箋医薬品※ 薬価基準収載

ビジパーク®

※ 注意－医師等の処方箋により使用すること



- バイアル
 - 270注 (脳血管・四肢血管・逆行性尿路・内視鏡的逆行性膀胱管)
 - 20mL・50mL・100mL
 - 320注 (四肢血管用)
 - 50mL・100mL

超音波診断用造影剤

処方箋医薬品※ 薬価基準収載

ソナゾイド®

※ 注意－医師等の処方箋により使用すること



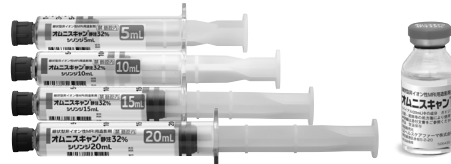
- バイアル
 - 注射用16μL

線状型非イオン性MRI用造影剤

処方箋医薬品※ 薬価基準収載

オムニスキャン®

※ 注意－医師等の処方箋により使用すること



- シリンジ
 - 静注32%シリンジ5mL
 - 静注32%シリンジ10mL
 - 静注32%シリンジ15mL
 - 静注32%シリンジ20mL
- バイアル
 - 静注32%

効能・効果、用法・用量、警告、禁忌(原則禁忌を含む)および使用上の注意等の詳細につきましては、最新の添付文書をご参照ください。

Rev.1.01 2020/08 0H-1 (MKT-CL) VOC14 JB80257XA
2020年8月作成

製造販売元(製品情報お問い合わせ先)

GEヘルスケアファーマ株式会社
東京都港区赤坂5-2-20 TEL 0120-241-454

GEファーマ



患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ

会場案内図



● バス停

■お車をご利用の場合

高知自動車道南国 I.C. から約 30 分、高知 I.C. から約 20 分

■航空機をご利用の場合

- 高知龍馬空港から 車で約 30 分
- 空港連絡バス (県庁前行き) <約 30 分> 「県庁前」下車 徒歩数分
- 空港連絡バス (JR 高知駅行き) <約 25 分> 「はりまや橋」下車。
とさでん交通路面電車 (鏡川橋、朝倉、いの方面) に乗り換え<約 5 分> 「県庁前」下車 徒歩数分

■JR をご利用の場合

- JR 高知駅から 車で約 10 分
- とさでん交通路面電車 「高知駅前」<約 5 分> 「はりまや橋」下車。
「鏡川橋、朝倉、いの方面行き」に乗り換え<約 5 分> 「県庁前」下車 徒歩数分

高知県立県民文化ホール

〒780-0870 高知県高知市本町 4 丁目 3-30 TEL : 088-824-5321