

第36回 日本腹部放射線学会開催のご挨拶



第36回日本腹部放射線学会 会長 高瀬 圭

東北大学大学院医学系研究科 放射線診断学分野

第36回日本腹部放射線学会を2023年6月9日（金）と10日（土）の両日、宮城県仙台市の仙台国際センターにて開催させていただきます。伝統ある本会を主催させていただきます、たいへん光栄に存じます。

画像診断は、病理診断に迫ることを目標に、さらには病変全体や身体全体の画像を俯瞰できることから、病理医と協力して正確な病態診断に至ることを目標に発達してきました。近年のCTやMRIでは、進化した画像技術で高解像度の病変描出や物質分別が可能となってきましたが、放射線診断の裏付けは画像と病理の対比が基本となっています。日本腹部放射線学会は、病理所見と画像診断を詳細に検討して地に足の着いた画像診断の王道を実践する会であると認識しています。

初夏の仙台は気候が穏やかで緑が多く、街のケヤキ並木が美しい季節です。参加者の皆様に「杜の都」を十分に感じていただけないのではないかと思います。「海のパイナップル」と呼ばれる「ほや」のいちばん美味しい月で、旬を迎える三陸の海の幸もたくさんあります。松島まで少し足を延ばしたり、定番の「牛タン」や「ずんだ餅」を楽しんだりするのも良いでしょう。

コロナ感染も落ち着いていることが期待され、久しぶりに懇親会やイベントも用意して参加者の皆様と歓談したいと考えております。

東北の地ですが、仙台は東京から新幹線で1時間半程、仙台空港から仙台駅は17～25分と利便性の高い場所です。会場は仙台駅から地下鉄5分で直結した広瀬川河畔、青葉城の麓にあり、初夏の自然の風景の中で、学んで遊んでいただければと思います。

多くの皆様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 (島根大) 吉満 研吾 (福岡大)

《理事》: 11名

赤羽 正章 (国際医療福祉大) 石神 康生 (九州大) 伊東 克能 (山口大) 蒲田 敏文 (金沢大)
 木戸 晶 (富山大) 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》: 78名

【北海道・東北地区】 5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)

【関東・甲信越地区】 27名

秋田 大宇 (慶應大) 市川 智章 (伊勢崎市民病院) 衣袋 健司 (日本大板橋) 扇 和之 (日本赤十字)
 扇谷 芳光 (昭和) 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 (がん研有明) 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 (獨協医大) 竹下 浩二 (東京山手メディカル)
 田中優美子 (がん研有明) 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)
 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】 11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 (浜松医大)
 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) 野田 佳史 (岐阜大)

【近畿地区】 20名

磯田 裕義 (京都大) 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) 金 東石 (河内総合病院)
 杉本 幸司 (大山記念病院) 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 (大阪暁明館)
 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)

【中国・四国地区】 9名

栗井 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)
 福倉 良彦 (川崎医大) 松崎 健司 (徳島文理大) 山上 卓士 (高知大) 吉廻 毅 (島根大)
 松田 恵 (愛媛大)

【九州・沖縄地区】 6名

青木 隆敏 (産業医大) 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) 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)

(117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

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】

2018年度よりセキュリティ強化の為、年会費納入の為に入力されたカード情報は、本会で保管しない方針となりました。昨年同様2023年度（2023年5月1日～2024年4月末日）年会費は自動決済されませんので、新年度（2023年度）年会費納入に際し、各自（全員）、学会ホームページ「会員登録」の「確認・修正」ボタンよりカード情報の再登録をお願い致します。

（前年度の年会費が納入されていない場合、滞納分から優先して決済されます。）

【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) 参加登録はすべて、第36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：2023年5月10日（水）10：00～6月10日（土）

参加登録サイト：<http://www.jsar.jp/36th/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にて参加登録システム（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は、参加登録完了メールに記載されておりますURLより各自でダウンロードできます。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：2023年6月 9日（金）8：00～

6月10日（土）7：30～

場 所：仙台国際センター 会議棟 2F

※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】

・口演会場は仙台国際センター 会議棟 2F「橘」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以下のとおりとなります。
- ・一般演題 Case report or Case series：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：9分（発表5分、討論4分（病理コメントを含む））
- ・一般演題 Preliminary Research：10分（発表7分、討論3分）

2) 発表者

◆「プ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「プ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プ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。

◆「デジタルアトラス」、学術誌「臨床放射線」掲載について

学会終了後に、掲載希望確認の上、「プレデジタルアトラス」を「デジタルアトラス」として学会ホームページに掲載いたします。また、選考委員より推薦された演題は日本腹部放射線学会が、学術誌「臨床放射線」への投稿（「プレデジタルアトラス」＋「英文サマリー」＋「査読」）をサポートいたします。（学術誌「臨床放射線」と「デジタルアトラス」のホームページ併載は二重投稿となりません。）

<タイムスケジュール>



※)「臨床放射線」掲載予定は金原出版社の最終協議により決定いたします。

<執筆要綱(概略)>

①プレデジタルアトラス(=デジタルアトラス)

日本語入力	〔症例報告〕 3,200字以上 8,800字以内 〔原著論文〕 3,200字以上 12,800字以内 ※) 図、表…1点を400字に換算
英語入力	〔Case Report〕 2,000語以内 〔Original Article〕 3,000語以内 ※) 図、表…15点以内

②「臨床放射線」

選考委員により推薦された演題については、「プレデジタルアトラス」掲載内容を論文の体裁に整えていただき、英文サマリー(演題名、演者名、所属含100ワード以内)を追加後、査読・校正を通して同学術誌へ投稿していただく事ができます。又、英語入力された場合は臨床放射線の投稿規定に準じていただきます。

◆発表時間

・一般口演の発表時間は以下のとおりとなります。

時間厳守をお願いいたします。

一般演題 Case report or Case series : 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 : 9分(発表5分、討論4分(病理コメントを含む))

一般演題 Preliminary Research : 10分(発表7分、討論3分)

◆発表形式

- ・PCによる発表ですので、データもしくはご自身のPCをご持参ください。
- ・会場に設置されるプロジェクターは1画面となり、解像度は1024×768ピクセルです。
- ・当日は演者ご自身で舞台上に設置されてあるキーボード及びマウスにて操作していただきます。
- ・発表終了後、座長の指示の後、病理コメントーターによるコメント、質疑応答に対応ください。

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

◆PC受付

PC受付(2F 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

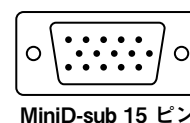
- ・講演会場にはワイドサイズのスクリーン（16：9）をご準備しております。
標準サイズ（4：3）のデータもご利用いただけますが、ワイドサイズ（16：9）での作成を推奨します。

<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-sub15ピン以外の接続はお受けできません。
- ・画面サイズ（解像度）はXGA（1024×768）となります。
- ・この環境で画面のすべてが不具合なく表示されることを、予めご確認ください。
- ・音声は使用できません。
- ・発表者ツールは使用できません。発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。
- ・スクリーンセーバー、ウイルスチェック、並びに省電力設定（Macintoshの場合はホットコーナーも）は、あらかじめ解除をお願いいたします。



◆病理標本

- ・口演は病理学の先生にコメンテーターをお願いしております。病理コメンテーターの先生方よりご要望のあった演題については、事前にプレパレ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レートは、口演後に病理室（2F 小会議室4）にて返却いたしますのでお忘れのないようご注意ください。

【ポスター展示】

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

1) 座長

- ・1日目の17:00～17:40にポスターディスカッションを行います。
発表4分、質疑2分で進めてください。

2) 一般展示発表者

- ・ポスターを掲示するパネルのサイズは下記の通りです。
(11ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
パネル上：横116 cm×縦90 cm
パネル下：横116 cm×縦90 cm
- ・ポスターは、1日目午前11:00までに掲示してください。ポスターを掲示するパネルに演題番号がついていますので、会場に用意されたマジックテープを使用して掲示してください。
- ・1日目の17:00～17:40にポスターディスカッションを行います。発表者をご自身のポスターの前で待機してください。各セッションの座長の進行に従って、発表4分、質疑2分をお願いいたします。
- ・2日目の全プログラム終了後は、直ちにポスターの撤去をお願いいたします。終了後18:30過ぎても残っているポスターは処分いたしますので、ご了承ください。

3) クイズ展示発表者

- ・ポスターを掲示するパネルの大きさは下記の通りです。
(12ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
パネル上(出題)：横116 cm×縦90 cm
パネル下(解答解説)：横116 cm×縦90 cm
- ・出題部分には患者の年齢、性、簡単な主訴や経過、症例の画像のみを提示するように作成してください。図の説明は検査法のみとし、所見の解説はつけないようお願いいたします。矢印や矢頭はつけていただいても構いません。
- ・解答解説部分には演題名に続いて、画像の説明、最終診断、症例の解説をお願いいたします。出題部分と重複してお示しいただいても構いません。
- ・上記の原稿を指定日までに事務局宛に送付してください。解答・解説部分を隠して掲示致します。なお、第1日目の17:00より解答・解説部分を公開いたします。
- ・クイズ展示に関して座長の設定や口演発表は行いませんが、第1日目の17:00～17:40まではポスターディスカッションのため、ご自分のポスターの前で待機してください。
- ・2日目の全プログラム終了後は、直ちにポスターの撤去をお願い致します。終了後18:30過ぎても残っているポスターは処分いたしますので、ご了承ください。

4. 社員総会(世話人会)

日 時：6月9日(金) 12:40～13:05(25分)
場 所：2F 口演会場「橘」

5. クイズ企画

クイズ企画の問題が6月9日(金) 8:00より2Fポスター会場「桜」にて掲示されており、参加受付にてお配りいたします「クイズ企画応募用紙」に記入の上、応募箱に入れてください。皆様、奮って解答ください。
なお、回答は6月9日(金) 17:00以降に公開されます。
「クイズ企画応募用紙」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10日(土) 13:40～口演会場「橘」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10日(土) 13:00～13:30

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）

共催：バイエル薬品株式会社

日 時：6月10日（土）9：40～11：00

『脾疾患の診療アップデート』

座 長：高瀬 圭（東北大学大学院医学系研究科 放射線診断学分野）

演 者：古川 徹（東北大学医学部 病態病理学分野）

『脾疾患の病理』

川井 学（和歌山県立医科大学 第二外科）

『脾癌の診断・治療におけるMRIの役割』

8. 共催セミナー

【ランチョンセミナー1】 株式会社フィリップス・ジャパン

日 時：6月9日（金）11：40～12：30

『さらなる高速化・高画質化に向かう腹部MRIの可能性』

座 長：本杉宇太郎（甲府共立病院 放射線診断科）

演 者：舟山 慧（浜松医科大学 放射線診断学講座）

『SmartSpeedがもたらす新たな腹部MRI』

片平 和博（熊本中央病院 放射線科）

『さらに進化した"時短・きれい・ブレ防止"を実現する新しいアプリケーションの活用術』

【ランチョンセミナー2】 キヤノンメディカルシステムズ株式会社

日 時：6月10日（土）12：00～12：50

『腹部画像診断のあるべき姿と進化』

座 長：福倉 良彦（川崎医科大学 放射線診断学教室）

演 者：喜友名 一（日本医科大学千葉北総病院 放射線科）

『腹部領域におけるSpectral Imagingの臨床活用』

桐生 茂（国際医療福祉大学 放射線医学講座）

『新しいDLR技術「PIQE」の腹部領域での初期経験』

【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9日（金）14：00～14：50

『腹部領域の画像診断 – 診断能向上にむけて知っておくべきTips –』

座 長：新本 弘（防衛医科大学校 放射線医学講座）

演 者：中本 篤（大阪大学 放射線医学教室）

『泌尿器領域の画像診断 見落とし・誤診を防ぐためのTips』

藤永 康成（信州大学 画像医学教室）

『脾癌早期診断を目指すために知っておくべきポイント～攻めの画像診断のススメ～』

【ティータイムセミナー2】（日本専門医機構認定放射線科領域講習会）

共催：富士製薬工業株式会社

日 時：6月10日（土）14：45～15：45

『CT/MRI LI-RADS v2018 押さえておくべきポイント』

座 長：村上 卓道（神戸大学大学院医学研究科 放射線医学分野）

演 者：市川新太郎（浜松医科大学 放射線診断学講座）

【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9日（金）15：50～16：40

『GE HealthCare CT/MRI 臨床活用最前線』

座 長：曾我 茂義（獨協医科大学 放射線医学講座）

演 者：戸島 史仁（金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科 内科系医学領域放射線科学）

『上腹部画像診断における Dual Energy の価値～日常の臨床読影の活用法と有用性～』

坪山 尚寛（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）

『骨盤部画像診断における Deep Learning Reconstruction の価値
～多彩な活用法と対象臓器のベストマッチとは～』

【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10日（土）8：40～9：30

『Simens Healthineers MR/CT 最前線』

座 長：山田 隆之（東北医科薬科大学 医学部 放射線医学教室）

演 者：橋本 順（東海大学医学部 専門診療学系画像診断学）

『NAEOTOM Alpha 臨床的インパクト：アジア初号機の導入から1年の使用経験』

斎藤 聡（国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 放射線診断科）

『肝臓Dynamic 検査における GRASP の有用性』

9. 企業展示

日 時：6月9日（金）～6月10日（土）

会 場：2F ホワイエ

コヴィディエンジャパン株式会社、富士フイルムメディカル株式会社


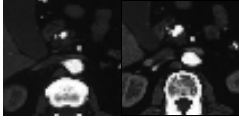
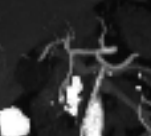

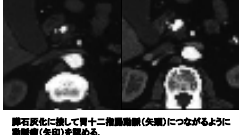
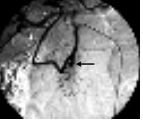


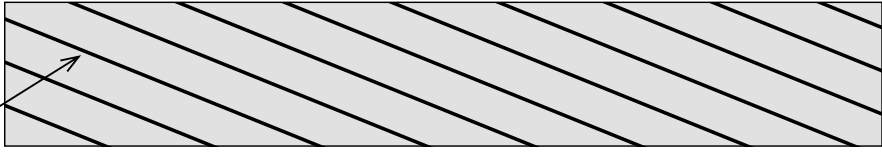
10. 情報交換会

日 時：6月9日（金）17：40～18：40

場 所：2F ポスター展示・休憩会場「桜」内

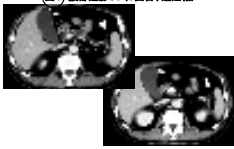
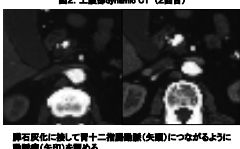
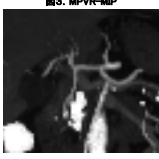

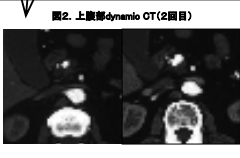
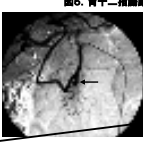
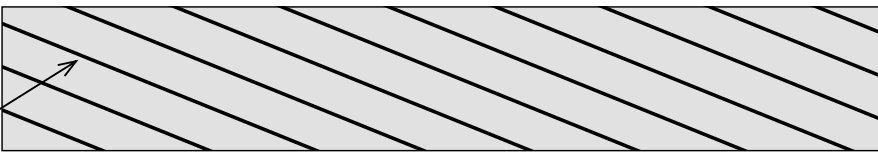
一般展示 ポスターの見本 (A4用紙に印刷してポスターを組んだ場合)

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

演題番号は事務局で準備します。	使用しません		135mm ↓ 60mm ↑
<p>塞栓術で治療した Hemosucous Pancreaticus の1症例</p> <p>魚山 佳史, 桐生 茂, 南 学, 桑羽 正孝, 吉岡 直紀, 古賀 久雄, 三辺 慎, 大友 邦</p> <p>東京大学医学部附属病院放射線科</p>	<p>症例</p> <ul style="list-style-type: none"> 68歳男性 主訴: 下血, 心窩部痛, 嘔吐, 冷汗 日本酒2合/22年 6月後診にて貧血増強(Hb 8g)近血受診, 7月頃下血が一度あり, 8月に気分不快, 悪心, 嘔吐, 下血があり, 循環救急入院, Hb 6g, 吐血, OT, US行っても出血量不明, 11月に再度, ぶらつきがあったため, 当該受診, Hb 8.8と低下のため緊急入院。 	<p>入院後経過</p> <ul style="list-style-type: none"> Hb 8.8 ↓ g/dL, CRP 43.9 mg/d 正球性貧血 (RBC 227万 / μL, MCV 88.1) amylase 153 IU/L, p-amylase 74 U/L 胆管上下部内視鏡 - 明らかな出血量なく, 十二指腸のsecond portion へのみ血液付着 OT (一画面) 慢性膵炎後, 膵頭部に石灰化 小腸造影 (異常なし) HSA出血シンプ (異常なし) 輸血(MAP 21.8回) 	900mm
<p>図1. 腹部造影CT (1画面, 遅延相)</p> 	<p>図2. 上部4dynamic CT (2画面)</p> 	<p>図3. MPVR-MIP</p> 	60mm
<p>図4. 腹腔動脈造影</p> 	<p>図2. 上部4dynamic CT (2画面)</p>  <p>膵石灰化に続いて胃十二指腸動脈(矢印)につながるように膵動脈(矢印)を認める。</p>	<p>図5. 胃十二指腸動脈造影</p>  <p>後上胃十二指腸動脈起始部近くに慢性膵炎を認める。この瘤は図3, 4でも見えている。</p>	900mm
 <p>塞栓術後の上部胆膵造影にて, 後下十二指腸動脈起始部の近くにも小さな慢性膵炎の残存を認めたが, 膵炎の合併を認め, 塞栓術は追加しなかった。</p>	<p>5ヶ月後のERCP</p>  <ul style="list-style-type: none"> 主膵管内に硝石 膵管拡張 	<p>Hemosucous Pancreaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> Sandblom P.(1970)が最初に報告 膵管からの大量の出血を指す ほとんどものが慢性膵炎に伴うもの 慢性膵炎の膵管内破綻により膵管から出血 その他に慢性, 塞血性膵炎の膵梗塞, 遠位脾(風所性脾)などによるものも報告されている 報告 65例 (塞栓術による治療例 9例) 	60mm
<p>Hemosucous Pancreaticus : 診断</p> <ul style="list-style-type: none"> 出血は量欠乏的だが, 膵臓から膵管への出血が描出されるはまれ。(Saber, 1995) 内視鏡で主膵管からの出血をもって診断(Morea, 1983; Jacobs, 1992). 内視鏡で不明なものは血管造影が有用(Shahani, 1994). OTで慢性膵炎, 膵腺腫。 3D-OTangiography も有用 (Malzfeldt, 1997). 	<p>Hemosucous Pancreaticus : 治療</p> <ul style="list-style-type: none"> 手術 <ul style="list-style-type: none"> 膵部分切除, 脾摘, 膵臓の結紮 塞栓術 <ul style="list-style-type: none"> 膵動脈の近位・遠位の塞栓 	<p>Hemosucous Pancreaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> 慢性膵炎に慢性膵腺腫が合併する頻度は約10% (White, 1978; Hofer, 1987). 慢性膵炎症例における消化管出血を要した場合には, この疾患を念頭に置いて詳細に説明する必要がある。 	900mm
<p>この部分は見にくいので, 掲示しないようにしてください。</p> 			80mm
1160mm			↑

クイズポスターの見本 (A4用紙に印刷してポスターを組んだ場合)

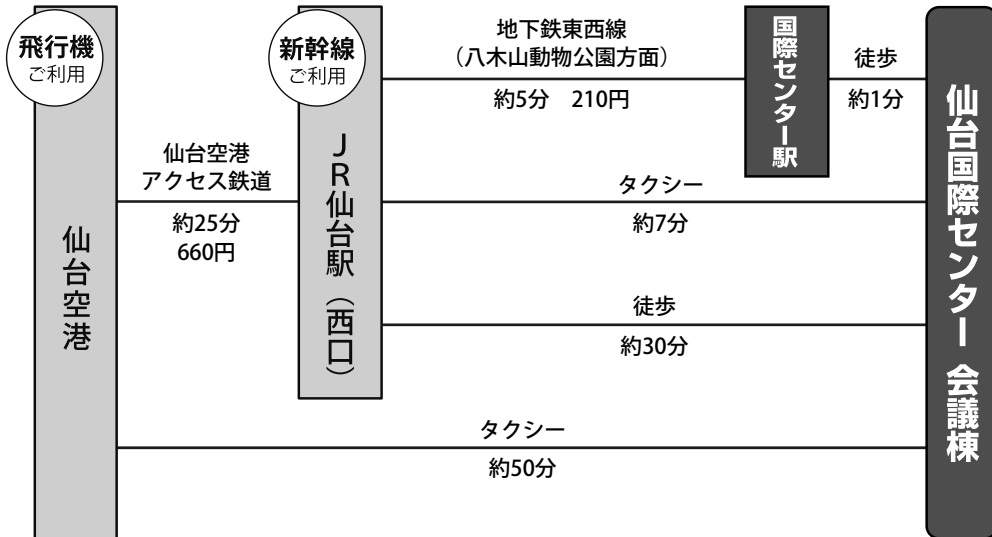
A4用紙を使った場合、上の問題欄には3列×4行、下の解答・解説欄には最大3列×3行、計21枚のA4用紙を横置きで貼り付けることができます。

演題番号は事務局で準備します。	使用しません		135mm ↓ 60mm
図に番号をふっておくと解説の際に便利です (論文のように)			
症例 68歳男性 主訴: 下血、心窩部痛、嘔吐、冷汗 日本滞2年、62年 8月腹部にて貧血指摘(Hb 8.6)返還受診、7月頃下血が一度増し、9月に気分不快、悪心、嘔吐、下血が再び発症。緊急入院、Hb 6.6、精血、OT、US行っても出血原因不明、11月に手術、ぶらつきがあったため、当院受診、Hb 8.8と低下のため緊急入院。	図1 腹部造影CT (1回目、遅延相) 	図2 上腹部dynamic CT (2回目)  膵石硬化に似して胃十二指腸膵膵(矢印)につながるように腫瘍(矢印)を認める。	900mm
症例の主訴・簡単な経過 (診断名は伏せる)	図3 MPVR-MIP 	図4 腹腔動脈造影 	画像所見の解説はここでは伏せて、どういう検査法かのみ示してください (Key pointがわかりにくい場合は矢印などを付け、その解説は解答・解説欄で述べてください)
この線を境に、問題欄は上部パネルに、解答・解説欄は下部パネルに掲示します。	Key imageは繰り返して提示していただいてもかまいません。		60mm
タイトル・発表者・施設名 塞栓術で治療した Hemosuccus Pancreaticus の1症例 倉山 聖志, 櫻生 茂, 南 幸, 森岡 正孝, 吉岡 直紀, 古賀 久雄, 渡辺 慎, 大友 邦 東京大学医学部附属病院放射線科	入院後経過 Hb 8.8 ↓ g/dL, CRP 0.3 mg/dl 正球性貧血 (RBC 227万 ↓ /μl, MCV 88.1) amylase 158 IU/L, p-amy/ase 74 ↓ IU/L 胆管上下部内径増大 - 明らかな出血源なく、十二指腸のsecond portion 内のみ血液貯留 OT (一回目): 慢性膵炎指摘、膵頭部に石灰化小腫瘍 (異常なし) HSA 出血シグナル (異常なし) 輸血 (MAP 2Lx3回)	図2 上腹部dynamic CT (2回目) 	900mm
その後の経過など	図5 胃十二指腸膵膵造影  後上腹十二指腸膵膵起始部近くに仮性腫瘍を認める。この腫は図3、4でも見えている。	最終診断 Hemosuccus Pancreaticus hemo=[Q, a/m] blood suocous=[L,] doo	塞栓術後の上腹動脈造影にて、後下腹十二指腸膵膵起始部の近くにも小さな仮性腫瘍の残存を認められたが、膵尖の合併を恐れ、塞栓術は追加しなかった。
解説	Hemosuccus Pancreaticus ・Sandblom P (1970)が最初に報告 ・膵管からの大量の出血を指す ・ほとんどのものが慢性膵炎に伴うもの ・仮性腫瘍の膵管内破裂により膵管から出血 ・その他に外傷性、富血性腫瘍の膵転移、迷走脾 (異所性脾) などによるものも報告されている ・報告 65例 (塞栓術による治療例 9例)	Hemosuccus Pancreaticus : 診断 出血は間欠的のため、膵臓から膵管への出血が抽出されるのはまれ。(Suter, 1986) 内視鏡で主膵管からの出血をもって診断(Morse, 1959; Jacobs, 1992). 内視鏡で不明なものは血管造影が有用(Shaharil, 1984). ・CTで慢性膵炎、膵腫瘍。 ・3D-CTangiography も有用 (Malzfeldt, 1987).	必要な場合はreferenceを加えてください。
この部分は見にくいので、掲示しません。			80mm
1160mm			

会場案内図

仙台国際センター

〒980-0856 仙台市青葉区青葉山無番地 TEL 022-265-2211(代)



★東京から新幹線で

東京駅から仙台駅まで、東北新幹線「はやぶさ・こまち」で約1時間30分。

★飛行機で

札幌(新千歳)、成田、小松、名古屋(中部)、大阪(伊丹・関西)、神戸、出雲、広島、福岡、沖縄(那覇)から仙台空港へのフライトがあります。

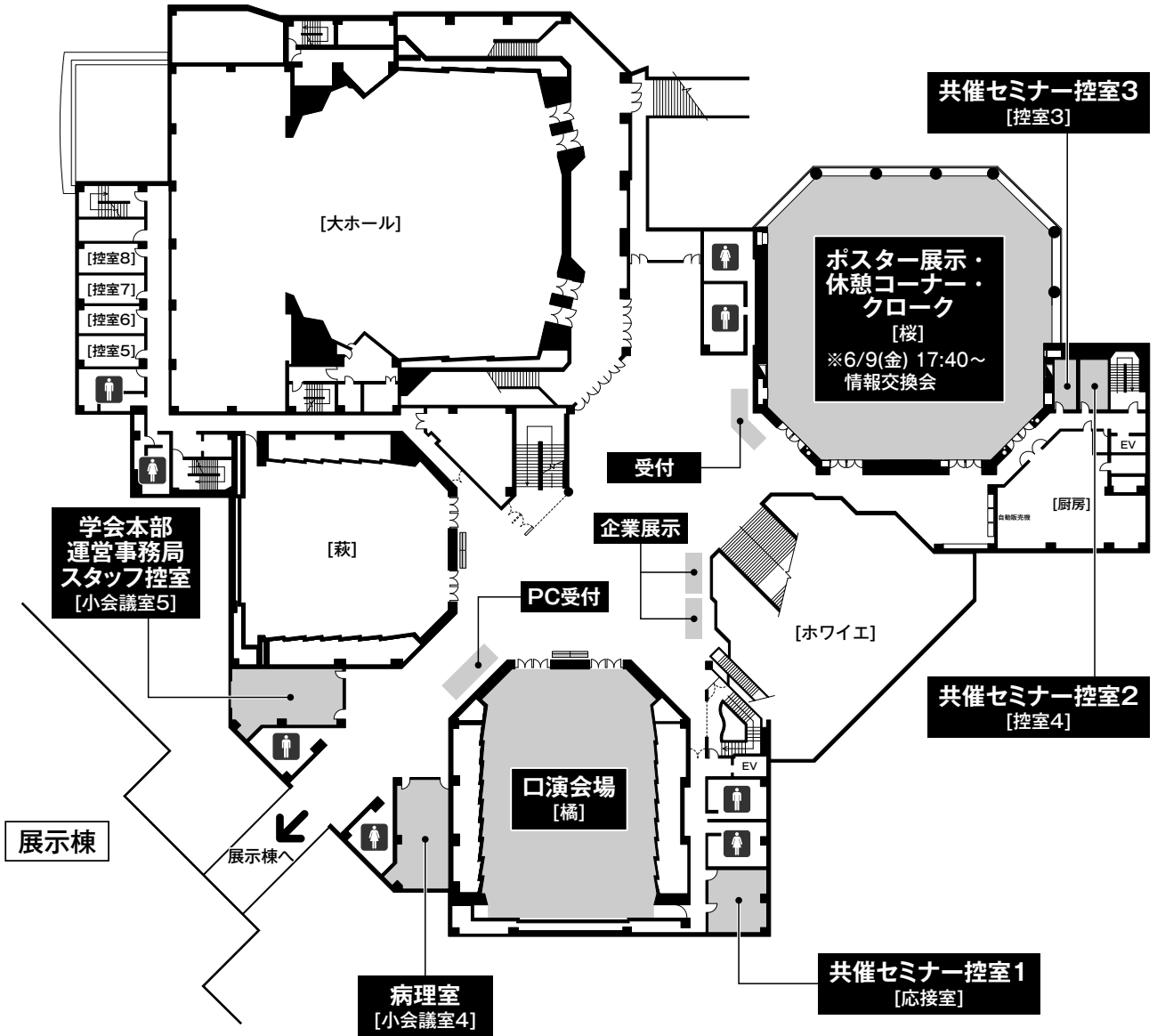
※仙台市営地下鉄及び仙台市営バスでは、Suica(スイカ)など交通系ICカードの使用が可能です。

※会場には有料駐車場があります。(料金:普通自動車 最初の1時間は200円、以降30分につき100円)

台数には制限がございますので、なるべく公共の交通機関をご利用ください。

会場フロア図

2階



プログラム・日程表

第 36 回 日本腹部放射線学会 日程表

6月9日(金)		6月10日(土)	
口演会場 (2F 橘)	ポスター展示・ 休憩コーナー (2F 桜)	口演会場 (2F 橘)	ポスター展示・ 休憩コーナー (2F 桜)
8:00		8:00~8:30 脾臓 (0-22 ~ 0-24)	
8:55~9:00 開会の辞			
9:00		8:40~9:30 モーニングセミナー	
9:00~10:00 子宮・卵巣卵管 (0-1 ~ 0-6)			
10:00		9:40~11:00 基調講演 (日本専門医機構認定放射線科領域講習会)	
10:10~10:50 胆道・胆嚢 (0-7 ~ 0-10)			
11:00		11:10~11:50 Preliminary Research (0-25 ~ 0-28)	
11:00~11:30 後腹膜 (0-11 ~ 0-13)			
11:40~12:30 ランチョンセミナー 1		12:00~12:50 ランチョンセミナー 2	8:00~18:10 ポスター 閲覧
12:40~13:05 社員総会	12:30~13:05 ポスター 閲覧		
13:00		13:00~13:30 打田賞受賞講演・表彰	
13:10~13:50 腎臓 (0-14 ~ 0-17)		13:30~13:40 ACAR2023 告知	
		13:40~13:50 クイズ症例優秀者表彰	
14:00		13:50~14:05 JSAR 総会	
14:00~14:50 ティータイムセミナー 1		14:05~14:35 泌尿器 (0-29 ~ 0-31)	
15:00		14:45~15:45 ティータイムセミナー 2 (日本専門医機構認定放射線科領域講習会)	
14:55~15:40 大会長公募症例 (0-18 ~ 0-21)			
16:00		15:55~16:35 消化管・腸間膜・腹腔 (0-32 ~ 0-35)	
15:50~16:40 イブニングセミナー			
17:00		16:45~17:25 肝臓 1 (0-36 ~ 0-39)	
16:40~17:00 ポスター閲覧	17:00~17:40 ポスター セッション	17:25~18:05 肝臓 2 (0-40 ~ 0-43)	
	17:40~18:40 情報交換会 ※ポスター閲覧		
18:00		18:05 閉会の辞	
19:00			

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 坪山 尚寛 (大阪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 藤島 史喜 (東北大学病院 病理部)

O-1 悪性卵巣甲状腺腫の1例

権田 拓郎¹、椋田奈保子¹、夕永 裕士¹、山路 大輔¹、北尾慎一郎¹、川口 萌¹、
小松 宏彰²、牧嶋かれん³、藤井 進也¹
鳥取大学医学部 放射線科¹、鳥取大学医学部 女性診療科²、鳥取大学医学部 病理診断科³

O-2 被膜を有する大網腫瘍を伴った卵管癌の一例

後藤田晃平¹、馬場 康貴¹、鈴木 淳¹、宇佐見陽子¹、田島 廣之¹、岡田 吉隆¹、
久慈 一英²、藪野 彰³、長谷川幸清³、後藤 浩子⁴、藤沢 美穂⁴、相田 久美⁴、
川崎 朋範⁵
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 婦人科腫瘍科³、埼玉石心会病院 病理診断科⁴、
埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科⁵

O-3 多発微小石灰化インプラントを伴った微小乳頭型漿液性腫瘍の1例

中野 亮汰¹、高濱 潤子¹、齊藤 夏彦¹、田口 秀彦¹、芳賀 真代¹、千原 剛²、
森本 賢吾¹
市立東大阪医療センター 放射線科¹、市立東大阪医療センター 病理診断科²

O-4 卵巣外子宮内膜症に生じた類内膜癌の2症例

加藤 大翼¹、小山 貴¹、石坂 幸雄¹、垣内 美和²、能登原憲司²、堀川 直城³、
楠本 知行³
倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 病理診断科²、倉敷中央病院 産婦人科³

O-5 検診を契機に発見された子宮腺肉腫の一例

鈴木 絢子¹、鶴崎 正勝¹、上月 瞭平¹、浦瀬 篤史¹、小寺 卓¹、平山 歩¹、
任 誠雲¹、山田 穰¹、甲斐田勇人¹、小塚 健倫¹、石井 一成¹、黄 彩実²、
松村 謙臣²、榎木 英介³、前西 修³
近畿大学病院 臨床医学系放射線医学講座内¹、近畿大学病院 産婦人科²、
近畿大学病院 病理診断科³

0-6 網膜芽細胞腫サバイバーに発症した、子宮筋腫の悪性転化が示唆される平滑筋肉腫の1例

桐田 光弘¹、樋本 祐紀¹、松本 優香¹、倉田 靖桐¹、木戸 晶¹、山岡 侑介²、山ノ井康二²、万代 昌紀²、南口早智子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 産科婦人科²、京都大学医学部附属病院 病理診断科³

10:10～10:50 セッション2 胆道・胆嚢（4題）

座 長 紺野 義浩（山形大学医学部 放射線医学講座放射線診断分野）
病理コメンテーター 山崎 有人（東北大学大学院医学系研究科 病理診断学分野）

0-7 胆摘術部に発生し、増大傾向を示したforeign body granulomaの一例

岩崎 莉瑛¹、原留 弘樹¹、田島 弘²、信太 昭子³、岩崎秀一郎⁴、井上 優介¹、隈本 雄介²、三枝 信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・小児・肝胆膵外科²、
北里大学医学部 病院病理部³、北里大学病院 消化器内科学⁴

0-8 胆道粘液癌からの石灰化を伴う癌性リンパ管症と考えられた一例

吉江 雄一¹、小坂 一斗²、松井 修²、松原 崇史²、五十嵐沙耶²、米田 憲秀²、北尾 梓²、小林 聡²、蒲田 敏文²、竹田 康人³、代田 幸博³、若林 時夫³、上田 善道⁴

済生会金沢病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 放射線科²、済生会金沢病院 消化器内科³、
金沢医科大学病院 病理⁴

0-9 遠位胆管に生じた破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌の一例

桑鶴 良季¹、佐野 勝廣¹、石井 重登²、市田 洋文³、Yifare Maimaitiaili⁴、
福村 由紀⁴、田中耕太郎¹、村上 康二¹、齋浦 明夫³、伊佐山浩通²、桑鶴 良平¹

順天堂大学附属順天堂医院 放射線科¹、順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科²、
順天堂大学附属順天堂医院 肝胆膵外科³、順天堂大学附属順天堂医院 病理診断科⁴

0-10 胆嚢管から胆嚢頸部に発生したintracystic papillary neoplasm (ICPN) の一例

中村 千夏、市川 智章、対馬 義人、渡辺 亮、調 憲、久永 悦子、
伊古田 勇人

群馬大学医学部 放射線診断核医学科

11:00～11:30 セッション3 後腹膜（3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 山崎 有人（東北大学大学院医学系研究科 病理診断学分野）

0-11 副腎原発オンコサイトーマの一例

坂野 真帆¹、若林ゆかり¹、代田 夏彦¹、大野 芳正²、助田 葵³、斉藤 和博¹
東京医科大学 放射線科¹、東京医科大学 泌尿器科²、東京医科大学 人体病理学分野³

0-12 周囲脂肪組織の増生を伴った後腹膜硝子血管型キャスルマン病の5例

星合 壮大¹、渡谷 岳行²、南 学¹、松岡 亮太³、牛久 哲男⁴、阿部 修²、
中島 崇仁¹

筑波大学 放射線診断・IVR科¹、東京大学医学部附属病院 放射線科²、筑波大学 病理診断科³、
東京大学医学部附属病院 病理部⁴

0-13 低悪性度髄膜腫の後腹膜転移の一例

平松 佑理^{1,2}、一条 祐輔²、山田 香織²、佐野 優子²、早川 克己²、浦田 洋二⁴、
下村 克己³、谷口 史洋³

京都府立医科大学付属病院 放射線科¹、京都第一赤十字病院 放射線診断科²、
京都第一赤十字病院 肝胆膵外科³、京都第一赤十字病院 病理診断科⁴

11:40～12:30 ランチョンセミナー 1

『さらなる高速化・高画質化に向かう腹部MRIの可能性』

共催：株式会社フィリップス・ジャパン

座長：本杉宇太郎（甲府共立病院 放射線診断科）

『SmartSpeedがもたらす新たな腹部MRI』

演者：舟山 慧（浜松医科大学 放射線診断学講座）

『さらに進化した"時短・きれい・ブレ防止"を実現する
新しいアプリケーションの活用術』

演者：片平 和博（熊本中央病院 放射線科）

12:40～13:05 社員総会

※ポスター会場（2F 桜）にてポスター閲覧

13:10～13:50 セッション4 腎臓（4題）

座長 秋田 大宇（慶應義塾大学医学部 放射線科学（診断））
病理コメンテーター 佐藤 聡子（東北大学病院 病理部）

**0-14 健診で偶発的に見つかった腎のangiomyolipomaと
oncocytomaのcollision tumorの1例**

渡辺 祈一¹、西岡 典子^{1,3}、加藤 扶美¹、坂本 圭太¹、木村 理奈^{1,3}、中川 純一^{1,3}、
常田 慧徳¹、松本 隆児⁵、大澤 崇宏⁵、中里 信一⁶、高桑 恵美⁶、工藤 與亮^{1,2,4}

北海道大学病院 放射線診断科¹、
北海道大学 大学院 医学研究院 放射線科学分野 画像診断学教室²、
北海道大学 大学院 医学院 放射線科学分野 画像診断学教室³、
北海道大学 大学院 医学研究院 医理工学グローバルセンター⁴、
北海道大学病院 腎泌尿器外科学教室⁵、北海道大学病院 病理診断科⁶

0-15 FH（フマル酸ヒドラターゼ）欠損腎細胞癌の2例

木戸 歩¹、西村 広健²、丸久 拓真³、伊藤 康介³、児島 優一³、福永 健志³、
神吉 昭彦³、山本 亮³、福倉 良彦³、玉田 勉³
医誠会病院 放射線科¹、川崎医科大学 病理学²、川崎医科大学 放射線診断学³

0-16 T2強調像で低信号を示す線維性被膜を伴った類上皮型腎血管筋脂肪腫の1例

亀田 有紗¹、丸上 永晃¹、三宅 牧人²、藤本 清秀²、藤井 智美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 泌尿器科学教室²、
奈良県立医科大学 病理診断学講座³

0-17 腎洞部に発生した粘液性間質と紡錘細胞を伴う褐色脂肪腫の1例

山本 貴浩¹、浅井あゆみ¹、成田 晶子¹、岡田 浩章¹、松永 望¹、太田 豊裕¹、
鈴木耕次郎¹、馬嶋 剛²、高原 大志³
愛知医科大学病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 泌尿器科²、愛知医科大学病院 病理診断科³

14:00～14:50 ティータイムセミナー 1

『腹部領域の画像診断 –診断能向上にむけて知っておくべきTips–』

共催：ゲルベ・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）

『泌尿器領域の画像診断 見落とし・誤診を防ぐためのTips』

演者：中本 篤（大阪大学 放射線医学教室）

『肺癌早期診断を目指すために知っておくべきポイント
～攻めの画像診断のススメ～』

演者：藤永 康成（信州大学 画像医学教室）

14:55～15:40 セッション5 大会長公募症例（4題）

座長 田中優美子（がん研有明病院 画像診断部）

藤井 進也（鳥取大学医学部 画像診断治療学分野）

病理コメンター 鈴木 貴（東北大学大学院医学系研究科 病理診断学分野）

0-18 乏血性腫瘍像を呈したPlacental site trophoblastic tumor (PSTT) の1例

仲谷 元^{1,2}、佐野 勝廣¹、平山 貴士³、浦 礼子⁴、佐伯 春美⁴、村上 康二¹、
板倉 敦夫³、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、東京大学医学部附属病院 放射線科²、
順天堂大学 産婦人科学講座³、順天堂大学 人体病理病理学講座⁴

0-19 胎盤部トロホプラスト腫瘍の1例

福澤 拓哉¹、大彌 歩¹、宮本 強²、上原 剛³、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 産科婦人科学教室²、
信州大学医学部附属病院 臨床検査部³

O-20 Placental site trophoblastic tumorの1例

坪山 尚寛、大西 裕満、中本 篤、太田 崇詞、福井 秀行、巽 光朗、
富山 憲幸
大阪大学大学院医学系研究科 放射線医学講座

O-21 Placental site trophoblastic tumor of the uterusの一例

戸山保千代¹、高畑 暁子¹、笹倉 康熙¹、山田 恵¹、寄木 香織²、森 泰輔²、
長峯 理子³、安川 覚⁴
京都府立医科大学大学院 放射線診断治療学¹、京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学²、
京都府立医科大学大学院 人体病理学³、京都第二赤十字病院 病理診断科⁴

15:50～16:40 **イブニングセミナー**

『GE HealthCare CT/MRI臨床活用最前線』

共催：GEヘルスケア・ジャパン株式会社

座長：曾我 茂義（獨協医科大学 放射線医学講座）

『上腹部画像診断におけるDual Energyの価値
～日常の臨床読影の活用法と有用性～』

演者：戸島 史仁（金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科 内科系医学領域放射線科学）

『骨盤部画像診断におけるDeep Learning Reconstructionの価値
～多彩な活用法と対象臓器のベストマッチとは～』

演者：坪山 尚寛（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）

17:40～19:00 **情報交換会**

8:00～8:30

セッション6 膵臓 (3題)

座長 井上 大 (金沢大学附属病院 放射線科)
病理コメンテーター 古川 徹 (東北大学大学院医学系研究科 病態病理学分野)

0-22 画像・病理診断ともに診断が困難であった腺腫様所見を有する膵腫瘍の1例

高山 裕章¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、高瀬 彩¹、鈴木 秀樹²、関 貴臣⁴、高山 佳泰³

群馬大学医学部 放射線診断核医学¹、伊勢崎市民病院 外科²、伊勢崎市民病院 病理診断科³、群馬大学医学部 総合外科学講座 肝胆膵外科⁴

0-23 境界明瞭な乏血性腫瘤の像を呈した浸潤性膵管癌の1例

久網 雅也¹、市川新太郎¹、角谷 匡俊¹、久保田 憶¹、伊藤 彰勇¹、池田 隆展¹、舟山 慧¹、紅野 尚人¹、廣瀬 裕子¹、川村 謙士¹、棚橋 裕吉¹、土屋 充輝¹、牛尾 貴輔¹、芳澤 暢子¹、那須 初子¹、牧野 光将²、武田 真²、森田 剛文²、津久井宏恵³、五島 聡¹

浜松医科大学 放射線診断学講座¹、浜松医科大学 外科学第二講座²、浜松医科大学 病理診断科³

0-24 膵管拡張により多房性嚢胞様構造を示した膵デスマイド腫瘍の2例

谷島 智哉¹、曾根 美雪¹、奈良 聡²、平岡 伸介³、楠本 昌彦¹

国立がん研究センター中央病院 放射線診断科¹、国立がん研究センター中央病院 肝胆膵外科²、国立がん研究センター中央病院 病理診断科³

8:40～9:30

モーニングセミナー

『Simens Healthineers MR/CT最前線』

共催：シーメンスヘルスケア株式会社

座長：山田 隆之 (東北医科薬科大学 医学部 放射線医学教室)

『NAEOTOM Alpha臨床的インパクト：
アジア初号機の導入から1年の使用経験』

演者：橋本 順 (東海大学医学部 専門診療学系画像診断学)

『肝臓Dynamic検査におけるGRASPの有用性』

演者：斎藤 聡 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 放射線診断科)

9:40～11:00

基調講演（日本専門医機構認定放射線科領域講習会）

『脾疾患の診療アップデート』

共催：バイエル薬品株式会社

座長：高瀬 圭（東北大学大学院医学系研究科 放射線診断学分野）

『脾疾患の病理』

演者：古川 徹（東北大学医学部 病態病理学分野）

『脾癌の診断・治療におけるMRIの役割』

演者：川井 学（和歌山県立医科大学 第二外科）

11:00～11:50

セッション7 Preliminary Research（4題）

座長 陣崎 雅弘（慶應義塾大学医学部 放射線科学（診断））
五島 聡（浜松医科大学 放射線診断学講座）

O-25 膀胱small cell neuroendocrine carcinomaの4例

川口 真矢^{1,2}、永澤 友章¹、加藤 博基²、松尾 政之²、宇野 雅博³
大垣市民病院 放射線診断科¹、岐阜大学医学部 放射線科²、大垣市民病院 泌尿器科³

O-26 腔原発悪性黒色腫6例のMR所見の検討

森 紘一郎¹、山下 詠子¹、喜納 奈緒²、新井 秀雄³、高木 康伸¹
東京都立駒込病院 放射線科¹、東京都立駒込病院 婦人科²、東京都立駒込病院 病理科³

O-27 慢性肝障害の炎症評価における複数加振周波数MRエラストグラフィの有用性

田川スミレ¹、富田 優¹、梅野 晃弘¹、難波富美子¹、宮本 直和¹、濱中 章洋¹、
足立 秀治¹、前田 峻太²、後藤 吉弘²、林 宏樹³、柿木啓太郎⁴、山本 侑毅⁵、
祖父江慶太郎⁶、村上 卓道⁶

北播磨総合医療センター 放射線診断科¹、北播磨総合医療センター 中央放射線室²、
北播磨総合医療センター 消化器内科³、北播磨総合医療センター 外科⁴、
北播磨総合医療センター 病理診断科⁵、神戸大学医学部附属病院 放射線診断・IVR科⁶

O-28 Vessel co-optionを示す肝内胆管癌血行動態：動注CTと血管構築の対比

小坂 一斗¹、松井 修¹、小林 聡²、米田 憲秀¹、北尾 梓¹、グエン ヒープ³、
原田 憲一³、蒲田 敏文¹

金沢大学 放射線科¹、金沢大学医薬保健研究域 量子技術学²、金沢大学 人体病理学³

12:00～12:50 ランチョンセミナー2

『腹部画像診断のあるべき姿と進化』

共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

座長：福倉 良彦 (川崎医科大学 放射線診断学教室)

『腹部領域におけるSpectral Imagingの臨床活用』

演者：喜友名 一 (日本医科大学千葉北総病院 放射線科)

『新しいDLR技術「PIQE」の腹部領域での初期経験』

演者：桐生 茂 (国際医療福祉大学 放射線医学講座)

13:00～13:30 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 (診断))

：高瀬 圭 (東北大学大学院医学系研究科 放射線診断学分野)

口演 (消化器系部門)

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

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 熊澤 秀亮

口演 (泌尿生殖器系部門)

前立腺cystadenocarcinomaの1例

京都第一赤十字病院 放射線診断科 山田 香織

展示 (消化器系部門)

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

埼玉石心会病院 放射線科 山崎美保子

展示 (泌尿生殖器系部門)

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

徳島大学医学部 放射線科 竹内麻由美

13:30～13:40 ACAR2023告知

13:40～13:50 クイズ症例優秀者表彰

13:50～14:05 JSAR総会

14:05～14:35 セッション8 泌尿器 (3題)

座長 楯 靖 (島根大学 医学部放射線医学講座)
病理コメンテーター 中村 保宏 (東北医科薬科大学医学部 病理学教室)

○-29 腎癌精査時に発見された陰嚢内多房性嚢胞構造を伴う腫瘤の一例

中島 宏徳¹、古田 昭寛¹、羽賀すみれ¹、小濱さゆり¹、舌野 富貴¹、西尾 直子¹、
前倉 拓也¹、森 暢幸¹、塩崎 俊城¹、桜井 孝槻²、高橋 雄大³
大阪赤十字病院 放射線診断科¹、大阪赤十字病院 病理診断科²、大阪赤十字病院 泌尿器科³

○-30 下大静脈内への進展をきたした副腎腺腫の1例

樋口 嶺央¹、佐野 勝廣¹、大場 大²、寺澤 無我²、福村 由紀³、村上 康二¹、
齋浦 明夫²、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 肝胆膵外科²、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科³

○-31 T2強調像で著明な高信号を示した豊富なヒアルロン酸を含む膀胱癌の1例

法田 祐希^{1,4}、丸上 永晃¹、立入 哲也¹、亀田 有紗¹、堀 俊太²、藤本 清秀²、
藤井 智美³、武輪 恵⁴、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 泌尿器科学講座²、
奈良県立医科大学 病理診断学講座³、奈良県西和医療センター 放射線科⁴

14:45～15:45 ティータイムセミナー2 (日本専門医機構認定放射線科領域講習会)

『CT/MRI LI-RADS v2018 押さえておくべきポイント』

共催：富士製薬工業株式会社

座長：村上 卓道 (神戸大学大学院医学研究科 放射線医学分野)

演者：市川新太郎 (浜松医科大学 放射線診断学講座)

15:55～16:35 セッション9 消化管・腸間膜・腹腔 (4題)

座長 南 哲弥 (金沢大学 放射線科)
病理コメンテーター 鈴木 貴 (東北大学大学院医学系研究科 病理診断学分野)

○-32 索状化した下腸間膜静脈により腸管壊死をきたした一例

丹羽 貴郁¹、森村 文雄¹、杉浦 弘明¹、江戸 博美¹、須山 陽介¹、岡崎 惣也²、
成松 和幸²、大野 博貴³、岡本 耕一³、上野 秀樹³、吉松 真也⁴、宮居 弘輔⁴、
濱本 耕平^{5,6}、新本 弘¹
防衛医科大学校 放射線医学講座¹、防衛医科大学校 内科学講座²、防衛医科大学校 外科学講座³、
防衛医科大学校 病院検査部/臨床検査医学講座⁴、自治医科大学医学部 放射線医学講座⁵、
自治医科大学附属さいたま医療センター 放射線科⁶

0-33 盲腸の腸管子宮内膜症による虫垂粘液腫の1例

烏木 提汗¹、森阪 裕之¹、大西 洋¹、井上 朋大²、望月 邦夫²、古屋 信二³
山梨大学医学部 放射線医学講座¹、山梨大学医学部 人体病理学講座²、
山梨大学医学部 外科学講座第1教室³

0-34 胸腔・腹腔内に多発石灰化腫瘤を呈した胃calcifying fibrous tumorの1例

畑野 颯佑¹、中井 雄大¹、鈴木 文夫¹、渡谷 岳行¹、吉村俊太郎²、田中麻理子³、
瀬戸 泰之⁴、阿部 修¹
東京大学医学部附属病院 放射線科¹、三井記念病院 消化器外科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 胃・食道外科⁴

0-35 Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor (PAMT) of the stomachの一例

高橋 駿介¹、中下 悟¹、小山 貴¹、西村 直之²、長久 吉雄³、能登原憲司⁴
倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 消化器内科²、倉敷中央病院 外科³、
倉敷中央病院 病理診断科⁴

16:45～17:25

セッション10 肝臓1 (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 村上 圭吾 (東北大学大学院医学系研究科 病態病理学分野)

0-36 Intermediate cell carcinomaの一例

鈴木 皓佳¹、佐野 勝廣¹、椎名秀一郎²、入江 彰一³、福村 由紀⁴、村上 康二¹、
池嶋 健一²、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 放射線科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 肝胆膵外科³、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断センター⁴

0-37 腫瘤を門脈が貫通していた肝細胞癌2例

熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、河合 雄一¹、館 靖¹、森 雄司¹、高橋大五郎²、
永井 英雅²、村上 秀樹³、藤野 雅彦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 外科²、
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 病理部³

0-38 骨髄シンチグラフィを施行した肝骨髄脂肪腫の1例

佐藤 壮男、齋藤 和博、阿部光一郎、勇内山大介、杉本 勝俊、長尾 俊孝、
助田 葵
東京医科大学病院 放射線科

○-39 Ductal plate malformation patternを示した肝内胆管癌の1例

桑鶴 良季¹、佐野 勝廣¹、三瀬 祥弘²、福村 由紀³、齋浦 明夫²、村上 康二²
順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線科画像診断学講座¹、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 肝胆膵外科²、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科³

17:25～18:05 セッション11 肝臓2 (4題)

座 長 吉満 研吾 (福岡大学医学部 放射線医学教室)
病理コメンテーター 村上 圭吾 (東北大学大学院医学系研究科 病態病理学分野)

○-40 成人先天性心疾患を背景に発生したHCCの一例

向井田瑛佑¹、田村 明生¹、藤田洸太郎¹、折居 誠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、阿部 珠美³、遠藤 啓³、及川 隆喜³、
黒田 英克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 肝臓分野³、岩手医科大学 外科学講座⁴

○-41 悪性腫瘍との鑑別に苦慮した肝反応性リンパ濾胞過形成の2例

吉澤恵理子¹、山田 哲¹、塚原 嘉典¹、大彌 歩¹、土肥万利乃²、小林 翔太²、
窪田 晃治³、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 病態解析診断学教室²、
信州大学医学部 外科学教室³

○-42 多発肝腫瘤を呈したLangerhans細胞組織球症の一例

奥 永¹、轟木 陽¹、藤崎 瑛隆¹、林田 佳子¹、合田 智則²、原田 大²、
大河原紗代子³、塚田 順一³、久岡 正典⁴、青木 隆敏¹
産業医科大学 放射線科学講座¹、産業医科大学 第三内科²、産業医科大学 血液内科³、
産業医科大学 病理診断科⁴

○-43 淡明細胞型肝内胆管癌が疑われた一例

吉松 凜¹、禹 潤²、宝関 明子¹、加納 瑠為¹、福田 大記¹、宗像 浩司¹、
東條慎次郎¹、原田 徹³、塩崎 弘憲⁴、二川 泰郎⁴、岡本 友好⁴、豊田 圭子¹
東京慈恵会医科大学第三病院 放射線部¹、東京慈恵会医科大学附属病院 放射線医学講座²、
東京慈恵会医科大学附属第三病院 病院病理部³、東京慈恵会医科大学附属第三病院 外科⁴

18:05

閉会の辞

ポスター 肝臓

座長：塚原 嘉典 (信州大学医学部 画像医学教室)

P-1 まだら脂肪肝様の画像所見を呈した乳癌のびまん性肝浸潤

原 佑樹¹、清水 宏一¹、松浦絃一郎¹、高橋 大雄¹、大澤威一郎¹、井上 快児¹、
齊藤 陽一²、市村 隆也³、佐々木 惇³、小澤 栄人¹
埼玉医科大学 放射線科¹、埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科²、埼玉医科大学 病理診断科³

P-2 多血濃染を示さなかった肝血管肉腫破裂の一例

可知 真南¹、竹山 信之¹、樋口 舞香¹、笹沢 俊吉¹、田代 祐基¹、堀 祐郎¹、
松尾 憲一²、田中 邦哉²、関根 隆一²、高橋 裕季²、上田 康雄³、小川 高史³、
和田あかね³、楯 玄秀³、橋本 東児¹
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・一般外科²、
昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科³

P-3 Steatohepatic typeの肝細胞癌の1例

角谷 嘉亮¹、阿保 斉¹、出町 洋¹、望月健太郎¹、齊藤 順子¹、金谷 麻央¹、
鷹取 正智¹、倉田 徹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 外科²、富山県立中央病院 病理診断科³

P-4 髄膜腫の転移性肝腫瘍の1例

前田 章吾¹、中村 優子¹、近藤 翔太¹、成田 圭吾¹、本田有紀子¹、立神 史稔¹、
粟井 和夫¹、村上 英介²、河岡 友和²、柘植 雅貴²、岡 志郎²、黒田慎太郎³、
小林 剛³、大段 秀樹³、有廣 光司⁴
広島大学大学院 放射線診断学¹、広島大学大学院 消化器代謝内科学²、広島大学大学院 外科学³、
広島大学病院 病理診断科⁴

P-5 肝放線菌症の1例

松本 純一、米田 憲秀、北尾 梓、小坂 一斗、小林 聡、蒲田 敏文
金沢大学附属病院 放射線科

P-6 アルコール性肝硬変を背景としたPerivenous hepatic iron depositionの2例

小森 隆弘¹、米田 憲秀¹、小坂 一斗¹、小林 聡¹、高田 昇²、関 晃裕²、
吉村かおり³、原田 憲一⁴、蒲田 敏文¹
金沢大学附属病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 消化器内科²、金沢大学附属病院 病理診断科³、
金沢大学大学院医薬保健学総合研究科・医学保健学域医学類 人体病理学⁴

ポスター 上腹部・血管

座長：近藤 浩史 (帝京大学医学部 放射線科学)

P-7 肝発生の巨大なchronic expanding hematomaの一例

土屋 直子¹、南 哲弥¹、的場 宗孝¹、高橋 知子¹、土屋 紘一¹、望月 孝史¹、
宮田 隆司²、山田 壮亮⁴、山形 光慶³、土島 睦³、高村 博之²

金沢医科大学 放射線医学¹、金沢医科大学 一般・消化器外科学²、金沢医科大学 肝胆膵内科学³、
金沢医科大学 臨床病理学⁴

P-8 多発先天奇形を合併した不完全重複門脈の1例

市川 珠紀¹、松本 俊郎²、野村 敬清¹、山室 博¹、鶴谷 康太³、加川 建弘³、
山本聖一郎⁴、永藤 唯¹、橋本 順¹

東海大学医学部 専門診療学系画像診断学¹、アルメイダ病院 放射線科²、
東海大学専門診療学系医学部 消化器内科³、東海大学専門診療学系医学部 消化器外科⁴

P-9 同様形態を示した脾動脈全体の真腔閉塞偽腔開存型解離性紡錘状脾動脈瘤の2例

古田 昭寛¹、羽賀すみれ¹、小濱さゆり¹、中島 宏徳¹、西尾 直子¹、舌野 富貴¹、
前倉 拓也¹、森 暢幸¹、塩崎 俊城¹、伊藤 久尊²、徳永 幸史³、光野 重芝⁴

日本赤十字社 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、
日本赤十字社 和歌山医療センター 放射線診断科³、
神戸市立医療センター中央病院 放射線診断科⁴

P-10 重複門脈の一例

山岡 利成、栗原 研輔、尾上 宏治、渡邊 幸香
京都桂病院 放射線科診断科

P-11 JAK2遺伝子変異の関与が疑われた門脈血栓症の一例

堀越 琢郎¹、那須 克宏¹、阿久津 陽¹、宮越 麻彩¹、武藤 朋也²、清野宗一郎³、
近藤 孝行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 血液内科学²、
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学³、千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁴

ポスター 胆道・胆嚢

座長：松原 崇史 (金沢大学附属病院 放射線科)

P-12 肝門部に生じた異所性副腎皮質腺腫の一例

坂本 直也¹、南 学²、大久保悟志³、宇留賀公紀⁴、高澤 豊⁴、増本 智彦¹
虎の門病院 放射線診断科¹、筑波大学 放射線医学²、虎の門病院 消化器外科³、
虎の門病院 病理診断科⁴

P-13 腎細胞癌 胆嚢転移の1例

田中 賢一、真鍋 悠利、今上 雅史、藤本 憲吾、三田村克哉、則兼 敬志、
佐野村隆行、室田真希子、山本 由佳、西山 佳宏
香川大学医学部 放射線医学講座

P-14 胆嚢出血で発見され、診断・治療に難渋した胆道血管肉腫の一例

阿部 哲也¹、森 健作¹、吉田 美貴¹、橋本 真治²、坂本 規彰³、中島 崇仁¹
筑波大学附属病院 放射線診断・IVR科¹、筑波大学附属病院 消化器外科²、
筑波大学附属病院 病理診断科³

P-15 胆嚢腺筋腫症に合併した胆嚢印環細胞癌の一例

成田 晶子¹、松永 望¹、山路真也子¹、川井 恒¹、太田 豊裕¹、井上 匡央²、
佐野 力³、山本 侑季⁴、鈴木耕次郎¹
愛知医科大学病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 肝胆膵内科²、愛知医科大学病院 消化器外科³、
愛知医科大学病院 病理診断科⁴

P-16 胆嚢腺筋腫症との鑑別が困難であったintracholecystic papillary neoplasmの一例

徳田 文太¹、佐藤 修²、堅田 和弘³、本田 水月⁴、井村 徹也⁴、落合登志哉⁵
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、
京都府立医科大学附属北部医療センター 消化器内科³、
京都府立医科大学附属北部医療センター 病理診断科⁴、
京都府立医科大学附属北部医療センター 外科⁵

P-17 PSCの経過中に生じたIPNBの一例

宮越 麻彩¹、那須 克宏¹、堀越 琢郎¹、阿久津 陽¹、高地 祐輔²、岸本 充²、
大山 広³、加藤 直也³、高屋敷 吏⁴、大塚 将之⁴、宇野 隆⁵
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 診断病理学²、
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学³、千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学⁴、
千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁵

ポスター 膵臓

座長：小川 浩 (名古屋大学医学部 放射線科)

P-18 嚢胞形成を伴いIPMCと鑑別困難であった膵マンントル細胞リンパ腫の1例

中山かおり¹、斉藤 彰俊¹、小山 敏雄²
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

P-19 膵dermoid cystの1例

永澤 友章¹、川口 真矢¹、河合 信行²、野田 佳史²、松尾 政之²
大垣市民病院 放射線診断科¹、岐阜大学 放射線科²

P-20 膵の限局性萎縮を伴うpancreaticintraepithelial neoplasia (PanIN) の2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、西野 仁恵³、大塚 将之³、宇野 隆⁴

千葉大医学部附属病院 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 画像診断・放射線腫瘍学⁴

P-21 胃異所性膵由来癌の一例

年森 亘¹、松田 恵¹、浦岡 大知¹、津田 孝治¹、城戸 輝仁¹、今村 良樹²、日浅 陽一²、吉田 素平³、恵木 浩之³、渡部 祐司³、倉田 美恵⁴、北澤 理子⁴

愛媛大学医学部附属病院 放射線科¹、愛媛大学医学部附属病院 消化器・内分泌・代謝内科²、愛媛大学医学部附属病院 消化器腫瘍外科³、愛媛大学医学部附属病院 病理診断科⁴

P-22 胃の異所性膵に発生した腺房細胞癌の一例

土方陽一郎¹、佐藤 敏之¹、川村 仁美¹、安藤 沙耶¹、栗山 香織¹、梅花 優貴¹、諸岡 紳¹、田中 宏明¹、松原菜穂子¹、川端 和奈¹、金柿 光憲¹、川田 洋憲²、辻村万莉奈³、木村 弘之¹

兵庫県立尼崎総合医療センター 放射線診断科¹、兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科²、兵庫県立尼崎総合医療センター 病理診断科³

ポスター 消化管

座長：吉田 理佳（島根大学 医学部 放射線医学講座）

P-23 胃滑膜肉腫の一例

樋口 昂¹、横山 幸太¹、木村浩一郎¹、岸野 充浩¹、谷岡 利朗²、桐村 進³、立石宇貴秀¹

東京医科歯科大学病院 放射線診断科¹、東京医科歯科大学病院 胃外科²、東京医科歯科大学病院 病理部³

P-24 胃転移によるびまん性の胃壁肥厚を呈した漿液性癌の2例

伊藤 久尊¹、熊澤 高雄¹、石坂 幸雄¹、小山 貴¹、伊藤 拓馬²、堀川 直城²、楠本 知行²、赤池 瑤子³、板倉 淳哉³、能登原憲司³

倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 産婦人科²、倉敷中央病院 病理診断科³

P-25 原発性胃癌と鑑別が困難であった胃転移の1例

浦岡 大知¹、松田 恵¹、津田 孝治¹、城戸 輝仁¹、村上 朱里²、亀井 義明²、吉田 素平³、恵木 浩之³、渡部 祐司³、倉田 美恵⁴、北澤 理子⁴

愛媛大学 放射線医学¹、愛媛大学 乳腺センター²、愛媛大学 消化器腫瘍外科³、愛媛大学 病理診断科⁴

P-26 消化管穿孔を呈した単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫の1例

山本 聖人、重里 寛、中井 豪、山本 和宏、大須賀慶悟
大阪医科薬科大学医学部 放射線診断学教室

P-27 幽門部狭窄を来したBrunner腺由来の十二指腸癌の一例

井上登士郎¹、瀧川 政和¹、大森 智子¹、平川 耕大¹、浅野 雄二¹、坂本友見子²、
堀田 綾子³、齋藤 生朗³
国立病院機構相模原病院 放射線科¹、国立病院機構相模原病院 外科²、
国立病院機構相模原病院 病理診断科³

ポスター 消化管・腹膜・後腹膜

座長：豊口 裕樹 (山形大学医学部附属病院 放射線診断科)

P-28 BCG膀胱内注入療法後に結核性大動脈瘤切迫破裂および難治性腸腰筋膿瘍をきたした1例

竹下 諒、御須 学、潮田 隆一
足利赤十字病院 放射線診断科

P-29 術後の遊離した尿管背側に回腸が嵌頓した絞扼性腸閉塞の一例

小澤 奈々、梅山 和宏、金森千佳子、三浦 寛司、三野 大地、山田 幸美、
永野 仁美、赤田 渉
京都第二赤十字病院 放射線診断科

P-30 腸間膜から生じたcalcifying fibrous tumorの1例

金谷 麻央¹、阿保 斉¹、鷹取 正智¹、角谷 嘉亮¹、齋藤 順子¹、望月健太郎¹、
出町 洋¹、倉田 徹²、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 外科²、富山県立中央病院 病理診断科³

P-31 後腹膜線維症様の形態で発症した脂肪肉腫の1例

望月 直人¹、星合 壮大¹、児山 健²、榎戸 翠²、飯嶋 達生³、江村 正博⁴、
中島 崇仁¹
筑波大学附属病院 放射線診断・IVR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、
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 泌尿器科⁴

P-32 多嚢胞性中皮腫の1例

丸久 拓真、神吉 昭彦、山本 亮、福倉 良彦、玉田 勉
川崎医科大学 放射線診断学教室

P-33 後腹膜に発生したG-CSF産生脱分化型脂肪肉腫の一例

西野 有香¹、的場 宗孝¹、南 哲弥¹、望月 孝史¹、太田 清隆¹、近藤 環¹、
道合万里子²、高村 博之³、宮田 隆司³、西木 久史³、三ノ宮優太³、山田 壮亮⁴、
塩谷 晃広⁴、熊谷 泉那⁴

金沢医科大学 放射線医学¹、富山大学 放射線診断・治療学講座²、
金沢医科大学 一般・消化器外科³、金沢医科大学 臨床病理学⁴

ポスター 腎臓

座長：本田有紀子（広島大学大学院医歯薬学総合研究科 放射線医学教室）

P-34 多発血管炎性肉芽腫症に生じた両腎多発結節の1例

羽賀すみれ¹、西尾 直子¹、中島 宏徳¹、舌野 富貴¹、前倉 拓也¹、森 暢幸¹、
塩崎 俊城¹、前川 けん²、大西 裕之²、妻鹿 旭³、桜井 孝規⁴、古田 昭寛¹

大阪赤十字病院 放射線診断科¹、大阪赤十字病院 泌尿器科²、
大阪赤十字病院 リウマチ・膠原病内科³、大阪赤十字病院 病理診断科⁴

P-35 腎発生の孤立性線維性腫瘍の一例

高橋 叶衣¹、山元 龍哉¹、渡邊ひかる¹、駒井 好信²、米瀬 淳二²、山下 享子³、
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

P-36 新旧の血腫の混在のため診断に難渋した乳頭状腎癌の1例

澤田 克也¹、井上 明星¹、高木 海¹、大谷 秀司¹、井藤 隆太¹、草場 拓人²、
城 文泰²、和田 晃典²、田 汐莉³、渡邊 嘉之¹

滋賀医科大学 放射線科¹、滋賀医科大学 泌尿器科学講座²、滋賀医科大学 病理診断科³

P-37 フマル酸ヒドラターゼ欠損性腎細胞癌の1例

尾谷 智史¹、山本 貴之¹、里上 直衛¹、森澤 信子¹、牧田 哲幸²、香月奈穂美³、
早川 延幸¹、清川 岳彦²、藤本 良太¹

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-38 早期から多発骨転移を認めた腎管状粘液紡錘細胞癌の一例

石田憲太郎¹、末吉 智¹、高濱 潤子²、山内 周³、津島 寿一⁴、久保 勇記⁵、
中野 亮汰²

済生会中和病院 放射線科¹、市立東大阪医療センター 放射線科²、
市立東大阪医療センター 病理診断科³、八尾徳州会総合病院 放射線科⁴、
八尾徳州会病院 病理診断科⁵

P-39 血液透析患者に発生した多発性腎血管腫の1例

松浦 智徳¹、佐谷 望¹、田村 亮¹、山田 隆之¹、村上 一宏²、海法 康裕³

東北医科薬科大学 放射線医学教室¹、東北医科薬科大学 病理学²、東北医科薬科大学 泌尿器科学³

ポスター 泌尿器

座長：山田 香織 (京都第一赤十字病院 放射線診断科)

P-40 尿道病変を呈したIgG4関連疾患の1例

八木 文子¹、秋田 大字¹、松本 一宏²、新井 恵吏³、大家 基嗣²、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 泌尿器科学教室²、
慶應義塾大学医学部 病理学教室³

P-41 小児の陰茎epidermoid cystの1例

森阪 裕之¹、三井 貴彦²、大西 洋¹
山梨大学医学部 放射線科¹、山梨大学医学部 泌尿器科講座²

P-42 巨大な陰嚢内孤立性線維性腫瘍 (SFT) の1例

高畑 恭兵¹、山本 貴浩²、丸地 佑樹¹、亀井 誠二¹、鬼頭 拓未³、露木 琢司⁴、
鈴木耕次郎²

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

P-43 精巣周囲神経鞘腫の一例

高司 亮¹、安部 怜樹²、秦 聡孝²、駄阿 勉³、浅山 良樹¹
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-44 膀胱ユーイング肉腫の1例

佐谷 望¹、松浦 智徳¹、田村 亮¹、山田 隆之¹、村上 一宏²、海法 康裕³
東北医科薬科大学 放射線医学¹、東北医科薬科大学 病理学²、東北医科薬科大学 泌尿器科学³

ポスター 卵巣・卵管

座長：北井 里実 (がん研有明病院 画像診断部)

P-45 ゴーリン症候群を背景とした両側卵巣線維腫の一例

太田 崇詞、坪山 尚寛、大西 裕満、中本 篤、福井 秀行、本田 享、
木曾 建吾、富山 憲幸、松本 頌平、巽 光朗
大阪大学大学院医学系研究科 放射線統合医学講座 放射線医学教室

P-46 直腸に進展した黄色肉芽腫性付属器炎の1例

伊藤 浩一¹、扇 和之¹、山田 学²、豊島 明³、熊坂 利夫⁴、裴 有安⁴、
山下 晶祥¹、樋口 智博¹、鈴木 研資²、近藤友香里²、林 健太郎³、米田 あゆ³、
横手 宏之¹、佃 俊二¹、松下 広¹、奈良岡祐子¹、菊岡 吉朗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 大腸肛門外科³、日本赤十字社医療センター 病理部⁴

P-47 卵管膨大部に生じたpolypoid endometriosisの1例

小林 彩、森 千尋、村上 忠司、石丸 良広、井上 武
愛媛県立中央病院 放射線科

P-48 多量の腹水貯留を契機に発見された偽性Meigs症候群を合併した卵巣甲状腺腫の1例

周藤 壮人¹、加藤 博基¹、早崎 容²、古井 辰郎²、酒々井夏子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-49 6年間の経過で著明な増大傾向を示したpolypoid endometriosisの一例

永山 泰教¹、原井 亮太¹、福岡 博文¹、内村竜太郎¹、岩越 裕²、齋藤 文誉²、
田山 親吾²、山口 宗影²、本原 剛志²、川上 史³、三上 芳喜³、近藤 英治²、
平井 俊範¹
熊本大学 放射線診断学講座¹、熊本大学 産科婦人科学講座²、熊本大学病院 病理診断科³

ポスター 子宮

座長：西尾 直子 (大阪赤十字病院 放射線診断科)

P-50 両側卵巣、卵管、子宮頸部に異なる病変が見られ術前診断に難渋した1例

塚部 明大¹、豊田 聡史¹、阪上 海央¹、永井 啓介¹、中田 早紀¹、辻江 智子²、
足立 史朗³
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 病理診断科³

P-51 頻繁に再発する子宮adenofibromaを認めた副甲状腺機能亢進症の一例

中井 豪¹、山田 隆司²、山本 和宏¹、大道 正英³、大須賀慶悟¹
大阪医科薬科大学 放射線診断科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-52 浮腫様の子宮頸部の腫大を認めた1例

竹内 香代¹、品川 明子²、山口 愛奈³、辻川 哲也¹
福井大学 放射線科¹、福井大学 産科婦人科²、福井大学医学部附属病院 病理診断科³

P-53 子宮内膜未分化癌の一例

田中絵里子¹、小西 啓之¹、鹿島 正隆¹、木村 健¹、青木 利夫¹、守屋 信和¹、
長谷川明俊²、星本 数種³
川崎幸病院 放射線科¹、川崎幸病院 婦人科²、川崎幸病院 病理診断科³

P-54 子宮原発の悪性perivascular epithelioid cell tumor
(PEComa) の一例

西岡 友佳¹、佐野 優子¹、小川 晴菜¹、山田 香織¹、森下 博之¹、小嶋 哲²、
大久保智治²、浦田 洋二³、一条 祐輔¹、吉田麻里子¹、松浦 莉加¹、山下 政矩¹、
林 佑希子¹

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 産婦人科²、
京都第一赤十字病院 病理診断科³

クイズ展示

- Q-1** 浜松医科大学 放射線診断学講座¹、浜松医科大学 再生・感染病理学講座²
市川新太郎¹、棚橋 裕吉¹、角谷 匡俊¹、久綱 雅也¹、久保田 憶¹、伊藤 彰勇¹、
池田 隆展¹、舟山 慧¹、紅野 尚人¹、廣瀬 裕子¹、川村 謙士¹、土屋 充輝¹、
牛尾 貴輔¹、芳澤 暢子¹、那須 初子¹、目黒 史織²、五島 聡¹
- Q-2** 鳥取市立病院 放射線科¹、鳥取大学医学部 統合内科医学講座画像診断治療学分野²
山路 大輔¹、橋本 政幸¹、松木 勉¹、谷水 将邦¹、椋田奈保子²、藤井 進也²
- Q-3** 倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 泌尿器科²、倉敷中央病院 腫瘍内科³、
倉敷中央病院 病理診断科⁴
小山 貴¹、伊藤 久尊¹、杉山 恭平²、仁科 慎一³、佐藤 碧⁴、能登原憲司⁴
- Q-4** 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 心臓血管外科²、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科³
岡 祥次郎¹、光野 重芝¹、堂畑 慶之¹、文元 方哉¹、石川 翔¹、吉田 篤史¹、
廣井 崇¹、山本 有香¹、染矢 祐子¹、有蘭 茂樹¹、菅 剛¹、金尾昌太郎¹、
安藤久美子¹、石藏 礼一¹、若見 達人²、坪田 秀樹²、小山 忠明²、山下 大祐³、
原 重雄³
- Q-5** 那須赤十字病院 放射線診断科¹、聖マリアンナ医科大学 放射線医学教室²、
那須赤十字病院 病理科³、那須赤十字病院 産婦人科⁴、永寿総合病院 産婦人科⁵
水沼 仁孝¹、和田 慎司²、星 和栄³、立石 真子⁴、白石 悟⁴、小林 新⁵
- Q-6** 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 産婦人科²、関西医科大学 病理³
何澤 信礼¹、安田 勝彦²、吉村 智雄²、山本真一郎¹、谷川 昇¹、植村 佳子³
- Q-7** 手稲溪仁会病院 放射線科
鈴木 純、児玉 芳尚、山口 紅、櫻井 康雄

打田賞受賞演題

口演 (消化器系部門)

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。

口演 (泌尿生殖器系部門)

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。

展示（消化器系部門）

“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

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。

展示（泌尿生殖器系部門）

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。

一般口演抄録

O-1 悪性卵巣甲状腺腫の1例

権田 拓郎¹、椋田奈保子¹、夕永 裕士¹、山路 大輔¹、北尾慎一郎¹、川口 萌¹、
小松 宏彰²、牧嶋かれん³、藤井 進也¹

鳥取大学医学部 放射線科¹、鳥取大学医学部 女性診療科²、鳥取大学医学部 病理診断科³

症例は70歳代女性。上行結腸癌術前精査目的に撮影されたCTで骨盤内腫瘍を指摘され、同時切除目的に当院紹介となった。CTでは骨盤内に境界明瞭で分葉状の約14cm大の腫瘍を認め、拡張した右卵巣静脈と連続しており右卵巣由来と考えられた。腫瘍は嚢胞成分と充実成分が混在しており、充実成分は単純CTで軽度高吸収、内部に石灰化を散見した。MRIでは充実成分はT2WI低信号、T1WI低信号、DWI低信号、早期濃染・washoutを呈する領域を主体とし、部分的にT2WI軽度高信号、DWI軽度高信号、ADC map軽度低信号、遷延性に造影される小結節構造を認めた。嚢胞成分はT1WI高信号、脂肪抑制T1WI高信号、T2WI高信号で、一部の嚢胞背側に低信号の液面形成を認めた。有意なリンパ節腫大や腹膜播種を疑う結節は認められなかった。卵巣癌、転移性卵巣腫瘍、卵巣甲状腺腫が鑑別として挙げられ、子宮全摘出+両付属器摘出術が施行され、病理組織学的に乳頭癌を合併した卵巣甲状腺腫と診断された。MRIで指摘された充実成分内の信号が異なる小結節状構造は、病理組織像ではコロイド濾胞形成が目立たず腫瘍細胞で充満していた。悪性卵巣甲状腺腫は稀な卵巣腫瘍であり、典型的な画像所見は確立していない。今回我々は病理組織像の違いが画像所見に反映された1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

O-2 被膜を有する大網腫瘍を伴った卵管癌の一例

後藤田晃平¹、馬場 康貴¹、鈴木 淳¹、宇佐見陽子¹、田島 廣之¹、岡田 吉隆¹、
久慈 一英²、藪野 彰³、長谷川幸清³、後藤 浩子⁴、藤沢 美穂⁴、相田 久美⁴、
川崎 朋範⁵

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 婦人科腫瘍科³、埼玉石心会病院 病理診断科⁴、
埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科⁵

症例は70歳代女性。検診にて細胞診異常を指摘され近医受診。子宮内膜細胞診にてclass IIIbを認めるも、子宮内膜組織診、CT, MRI, F-18-FDG-PET/CTにて異常は認めなかった。子宮内膜全面爬術を施行し異常がないため、経過観察が行われた。初診約2年5ヶ月後のMRIにて腹腔内腫瘍を指摘され当院婦人科腫瘍科を受診。MRIでは53mm大の腫瘍性病変を膀胱直上の大網に認め、T2強調画像では辺縁に低信号の被膜と内部はやや不均一な淡い高信号を示し、強い拡散制限を認めた。dynamic studyでは遷延性造影効果を示した。CTでは遠隔転移は認めず、FDG-PETにて大網腫瘍はSUVmax12とリング状の高集積を認めた。CT, MRI, PETでは子宮および両側付属器には異常は認めなかった。術中迅速診断の結果で術式を決める方針となり、迅速診断の結果は婦人科癌を示唆する組織像であったため子宮全摘出術、両側付属器切除術、大網部分切除術が施行された。組織学的に大網腫瘍は高度異型の腫瘍細胞が充実性ないし乳頭状に増殖するhigh-grade serous carcinomaであり、線維性被膜を認めた。左卵管采にはserous tubal intraepithelial carcinomas (STIC)を認め、大網腫瘍と同様の免疫組織化学発現を示し卵管癌と大網播種と病理学的に診断された。

0-3 多発微小石灰化インプラントを伴った微小乳頭型漿液性腫瘍の1例

中野 亮汰¹、高濱 潤子¹、齊藤 夏彦¹、田口 秀彦¹、芳賀 真代¹、千原 剛²、
森本 賢吾¹

市立東大阪医療センター 放射線科¹、市立東大阪医療センター 病理診断科²

症例は30歳台女性。6カ月前から続く下腹部痛のため受診。血液検査でWBC・CRP上昇は見られず、CA125が194.1と高値を示した。単純CTで左付属器に6cmの脂肪性胞と8.1cmの多房性嚢胞性腫瘍が併存し、右付属器に8cm大の多房性胞性腫瘍を認めた。多房性胞性腫瘍の隔壁と腫瘍表面に僅かな石灰化を、腹膜や大網に2-3mmの点状、線状の石灰化を多数認めた。軟部濃度を示す腹膜病変や腹水は認めなかった。MRIで、左付属器に単房性の成熟奇形腫を認め、それ以外の両側の多房性胞性腫瘍の内容液はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示した。両側ともわずかな隔壁肥厚があり、拡散強調像で高信号を示す数mmの壁在結節を認めた。腹膜病変はMRIでは不明瞭であった。以上より、左成熟奇形腫と両側卵巣胞性腫瘍に対し、腹腔鏡下子宮全摘出術、右付属器切除、左卵巣嚢腫核出術を施行。多房性胞性腫瘍は表面に乳頭状腫瘍を認め、病理組織像で腫瘍細胞の乳頭状増殖と砂粒体が散見された。一部で間質を持たず腫瘍細胞のみが細長い乳頭状増殖を示しており両側微小乳頭型漿液性境界悪性腫瘍とされ、腹膜病変は少量の腫瘍細胞と砂粒体からなる非浸潤性インプラントと診断された。微小乳頭型漿液性境界悪性腫瘍は腹膜インプラントが多く長期予後は典型例より悪いが、充実成分をほとんど伴わない高度石灰化を示す腹膜病変は稀で鑑別が重要である。

0-4 卵巣外子宮内膜症に生じた類内膜癌の2症例

加藤 大翼¹、小山 貴¹、石坂 幸雄¹、垣内 美和²、能登原憲司²、堀川 直城³、
楠本 知行³

倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 病理診断科²、倉敷中央病院 産婦人科³

症例1 55歳女性。健診でCA-125高値を指摘され、当院に紹介。MRIでダグラス窩にT2WIで軽度高信号、拡散制限を呈する腫瘍を認めた。直腸間膜内にリンパ節転移も認められた。骨盤内膜症を疑う子宮直腸間の癒着があり、膣や子宮頸部は保たれていたことから骨盤内膜症を母地として発生した悪性腫瘍が疑われた。手術が施行され、骨盤内膜症を由来とした類内膜癌の診断となった。症例2 61歳女性。1年前に左付属器感染精査のためのMRIでダグラス窩左側に被包化や引き連れを伴う多房性嚢胞性病変を認めた。内部はT2WIでshadingを伴う低信号、脂肪抑制T1WIで高信号を呈し、異所性内膜症性嚢胞と感染の合併が疑われた。上記に対して穿刺吸引及び部分切除術が施行され、炎症による左尿管狭窄のため尿管ステントが留置された。異所性内膜症性嚢胞に対しては黄体ホルモン療法で経過観察となった。8か月後のステント交換で狭窄増悪が指摘され、MRIで評価された。嚢胞自体は縮小したが、内部にT2WIで軽度高信号、拡散制限を呈する充実性成分が出現し、二次的に生じた悪性腫瘍が疑われた。手術が施行され、異所性内膜症性嚢胞に生じた類内膜癌と診断された。ダグラス窩に固形腫瘍を見た場合、異所性内膜症に生じた悪性腫瘍を考慮する必要がある。

0-5 検診を契機に発見された子宮腺肉腫の一例

鈴木 絢子¹、鶴崎 正勝¹、上月 瞭平¹、浦瀬 篤史¹、小寺 卓¹、平山 歩¹、
任 誠雲¹、山田 穰¹、甲斐田勇人¹、小塚 健倫¹、石井 一成¹、黄 彩実²、
松村 謙臣²、榎木 英介³、前西 修³

近畿大学病院 臨床医学系放射線医学講座内¹、近畿大学病院 産婦人科²、
近畿大学病院 病理診断科³

症例は30歳0妊0産。検診を受診した際に膣内に4cm大の腫瘍が認められ精査加療目的で紹介受診された。腫瘍マーカーは陰性であった。内診ではカリフラワー状で柔らかい易血性の腫瘍が膣内に認められ、子宮体部から連続する太い茎が同定できた。他院MRIでは子宮内膜から連続し膣内に充満するT2WIで不均一な腫瘍があり、内部に出血とおもわれるT1WI高信号成分も散在していた。DWIでは不均一な高信号を示していた。画像上は内膜由来の可能性を考え内膜ポリープ分娩を第一に疑い、腫瘍摘出したところ子宮腺肉腫と診断された。胸腹部骨盤造影CTでは遠隔転移やリンパ節腫大はなく、FIGO2008I A期と診断し、後日、卵巣を温存した腹腔鏡下子宮および両側卵管切除術を行った。子宮腺肉腫は、子宮悪性腫瘍の1%以下、子宮肉腫の中でも約8%のみに認める稀な上皮性・間質性混合腫瘍であり、発生年齢は癌肉腫より若いとされている。一般的にMRI撮像時には子宮に癌が確認されていることが多く最初の子宮内膜細胞診で腺癌と診断が得られるものの子宮腺肉腫の評価が困難で術後に始めて診断がつくことが多い。画像診断においては、内膜癌以外の可能性を指摘し、術前に注意深い病理組織学的検討を加えることが重要と考えられる。今回の症例は典型的な葉状のポリープ状の発育形態を呈していたものの、比較的若年で症状もなく、腫瘍マーカーも陰性で、悪性の内膜間質性腫瘍の術前診断が困難な一例であった。

0-6 網膜芽細胞腫サバイバーに発症した、子宮筋腫の悪性転化が示唆される平滑筋肉腫の1例

桐田 光弘¹、樋本 祐紀¹、松本 優香¹、倉田 靖桐¹、木戸 晶¹、山岡 侑介²、
山ノ井康二²、万代 昌紀²、南口早智子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 産科婦人科²、京都大学医学部附属病院 病理診断科³

症例は小児期に網膜芽細胞腫の既往がある40歳台女性。家族歴に特記事項なし。X-3年に骨盤MRIが施行され子宮筋腫（複数）の診断であった。腹部腫瘍増大を自覚したため、骨盤MRIが再度施行され、子宮腫瘍増大（径15cm）を認めた。腫瘍はT2WIで高信号～低信号が混在する不均一な信号を示し、DWIでは拡散低下を認めた。T1WIでは一部高信号であり出血壊死が疑われた。その他の筋腫に増大は認めなかった。CTでは左肺下葉に転移を疑う腫瘍も認めた。平滑筋肉腫が疑われ、子宮全摘術、一ヶ月後に左肺部分切除術が施行された。病理診断は子宮平滑筋肉腫及びその肺転移であった。原発巣の免疫染色では、腫瘍細胞のRBタンパクの発現消失が確認された。網膜芽細胞腫はがん抑制遺伝子であるRB1遺伝子異常により発生する腫瘍である。遺伝性網膜芽細胞腫サバイバーには二次癌のリスクが高いことが知られる。平滑筋肉腫などの軟部肉腫や骨肉腫の報告が多いが、子宮平滑筋肉腫のリスクも報告されている。本例に家族歴はなく、非遺伝性網膜芽細胞腫サバイバーにおいても子宮平滑筋肉腫のリスクが高い可能性が考えられた。また、臨床経過や病理所見から、子宮平滑筋腫が悪性転化した可能性も示唆された。子宮平滑筋腫の悪性転化は極めて稀ではあるが、網膜芽細胞腫サバイバーにおいては例外的に起こりうる可能性が考えられ、文献的考察を加えて報告する。

0-7 胆摘術部に発生し、増大傾向を示した foreign body granuloma の一例

岩崎 莉瑛¹、原留 弘樹¹、田島 弘²、信太 昭子³、岩崎秀一郎⁴、井上 優介¹、隈本 雄介²、三枝 信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・小児・肝胆膵外科²、北里大学医学部 病院病理部³、北里大学病院 消化器内科学⁴

foreign body granuloma (FBG) は、ときより遭遇する術後合併症で腫瘍性病変との鑑別が問題となる場合がある。症例は50才男性、2年前に他院で胆石胆嚢炎にて胆嚢摘出術の既往あり。背部痛精査時の腹部MRIで胆嚢床に腫瘤を指摘され、精査目的にて紹介受診となる。造影ダイナミックCTで、胆嚢床に76mm大の全体に造影に乏しい腫瘤を認め、平衡相で辺縁に薄いrim状造影域を認めた。T2WIで腫瘤上方内部は強い高信号、辺縁部は強い低信号を示し、液状壊死と豊富な線維組織がそれぞれ示唆された。腫瘤下方はT2WIやDWIで低信号と高信号が混在する不均一な信号を示し、平均ADC値は、 $2.08 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ と高値であり、炎症や浮腫を伴う線維組織が示唆された。胆摘術後の炎症性肉芽腫を疑い経過観察となったが、その後約5ヶ月で91mm大まで増大し、近傍の胃十二指腸に圧排所見を認め、壊死性腫瘍との鑑別も問題となった為、外科的切除となった。病理組織では、内部は広範な変性・壊死を呈し、辺縁で炎症細胞浸潤を認めた。結核や放線菌などの感染因子はなく、腫瘍性病変も認めず、FBGの最終診断となった。本例は経時的に増大傾向を示し、過去例ではない奇異な経過を呈したが、胆摘時に止血目的で使用された大量のインテグラン[®]が何らかの炎症性反応を惹起し、増大したものと推測された。

0-8 胆道粘液癌からの石灰化を伴う癌性リンパ管症と考えられた一例

吉江 雄一¹、小坂 一斗²、松井 修²、松原 崇史²、五十嵐沙耶²、米田 憲秀²、北尾 梓²、小林 聡²、蒲田 敏文²、竹田 康人³、代田 幸博³、若林 時夫³、上田 善道⁴

済生会金沢病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 放射線科²、済生会金沢病院 消化器内科³、金沢医科大学病院 病理⁴

症例は90代女性。主訴は黄疸。1ヶ月前より体調不良あり、その後黄疸認め他院受診。USにて肝内胆管拡張を認めたため、精査目的で当院消化器内科紹介受診。単純CTでは胆嚢頸部～胆嚢管～総胆管、総肝管に及ぶ腫瘤を認めた。肝内胆管は拡張、泣き別れに近い状態であった。単純MRIでは肝門部～胆管周囲腫瘤はT2強調像にて高信号を呈した。また肝内グリソン鞘～肝十二指腸間膜では門脈の長軸方向に沿って走行するような数条の線状石灰化を認めた。肝表や右傍結腸溝には播種疑う瘤状影を認めた。1年3ヶ月前に胆石胆嚢炎疑われたが、保存的加療にて改善。その際の単純CTおよびMRCPでは胆管腫瘤は不明であり、上記の異常石灰化も認めていなかった。胆管拡張に対して肝左葉外側区からPTCDを施行。穿刺ルートからの造影では左肝管より十二指腸側への造影剤の流出は認めなかったが、比較的容易に閉塞部を突破して内外瘻化が可能であった。PTCD後に造影CT、MRIが追加されたが、腫瘤の造影増強効果は不良であった。その後にERCP施行され、プラスチックステント留置および胆管生検が施行され、病理にて粘液癌の診断となった。石灰化部分の生検はされていないが、その分布からはリンパ管の可能性が考えられ、胆道粘液癌からの石灰化を伴う癌性リンパ管症が疑われた。積極的治療は希望されず、黄疸もやや改善認めため退院、経過観察となった。

○-9 遠位胆管に生じた破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌の一例

桑鶴 良季¹、佐野 勝廣¹、石井 重登²、市田 洋文³、Yifare Maimaitiaili⁴、
福村 由紀⁴、田中耕太郎¹、村上 康二¹、齋浦 明夫³、伊佐山浩通²、桑鶴 良平¹

順天堂大学附属順天堂医院 放射線科¹、順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科²、
順天堂大学附属順天堂医院 肝胆膵外科³、順天堂大学附属順天堂医院 病理診断科⁴

症例は70代男性。PSA高値で前立腺癌疑いにて近医を受診したところ、黄疸と肝胆道系酵素上昇を指摘された。CTを施行したところ遠位胆管閉塞と肝内胆管拡張を指摘され、当院に紹介となった。胃癌にて幽門側胃切除後の既往がある。血液データではビリルビン値の上昇と肝胆道系酵素の上昇が見られた。CEA、CA19-9の上昇はなかった。CTでは遠位胆管内を占拠する約3cmの充実性腫瘍を認め、上流の胆管拡張を認めた。腫瘍は境界明瞭であり動脈相より不均一な造影効果を認めた。MRIではT2WIで軽度高信号、T1WIで低信号、DWIで高信号の非特異的な信号であった。遠位胆管癌もしくはtype 2 IPNBが疑われ、ERCPを施行したところ、透視下生検にて胆管巨細胞腫もしくは退形成癌と診断され、膵頭十二指腸切除術が施行された。肉眼所見では主乳頭より25mmの遠位胆管に約30mm大のポリープ状腫瘍があり、断面は粘液腫状で出血・壊死を伴っていた。組織像では破骨型多核巨細胞と類円形単核細胞の増殖が主体で細胞異型に乏しく、出血やヘモジデリン沈着がみられ、破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌と診断された。胆管由来の破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌はまれであり、悪性度や予後などについての詳細は不明である。今回若干の文献的考察を加え報告する。

○-10 胆嚢管から胆嚢頸部に発生した intracystic papillary neoplasm (ICPN) の一例

中村 千夏、市川 智章、対馬 義人、渡辺 亮、調 憲、久永 悦子、
伊古田 勇人

群馬大学医学部 放射線診断核医学科

症例は70歳代男性で、脂質異常症等により他院通院中に、偶然USで胆嚢頸部に腫瘍を指摘された。CTでは胆嚢頸部から胆嚢管に壁肥厚として描出され、MRIでは造影効果と拡散低下、FDG-PET/CTでは集積増加 (SUVmax = 10.91) を認めた。EUS (超音波内視鏡検査) でss浅層までの深達度が疑われた。胆嚢管癌cT2N1M0、II期と診断し、胆嚢摘出、肝右葉尾状葉切除、肝外胆管切除を実施した。病変には、線維血管性間質を軸としたICPN (intracystic papillary neoplasm) 様の乳頭状病変 (20×13×7mm) を認め、胆嚢管から胆嚢頸部に連続していた。最終的に、adenocarcinoma, pT2bN0M0、II B期と診断された。免疫染色ではMUC5AC陽性、粘液形質は胆膵型 (pancreatobiliary type) であった。術後1年2ヶ月の無再発生存が得られている。ICPNは2010年WHO消化器腫瘍分類より新たに記載された稀な疾患であり、疾患について知っておくことが重要である。

O-11 副腎原発オンコサイトーマの一例

坂野 真帆¹、若林ゆかり¹、代田 夏彦¹、大野 芳正²、助田 葵³、齊藤 和博¹
東京医科大学 放射線科¹、東京医科大学 泌尿器科²、東京医科大学 人体病理学分野³

症例は45歳女性。30歳代にI型糖尿病の診断を受けている。42歳前後で難聴となる。低身長(142cm)もあり、ミトコンドリア病を疑われているが確定には至っていない。人工内耳装着術前サーベイの胸部CTにおいて、偶発的に左横隔膜下に腫瘤を指摘された。腹部CTでは左副腎に7cm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。石灰化や壊死は認めず、不均一な造影効果を示した。MRIではT1強調画像で筋肉とほぼ等信号、T2強調画像では筋肉よりやや高い中等度信号を主体とし一部高信号を示し、拡散強調像では脾臓よりわずかにADCは高かった。血液検査ではdehydroepiandrosterone (DHEA-S)の高値を認める以外には特記すべき異常を認めなかった。腫瘍径が大きく副腎癌などの悪性の可能性が否定できなかったため、左副腎摘出術を施行した。切除検体で表面平滑で辺縁整な7.5×6.5×6.0cm大の黄白色調充実性腫瘤を認めた。組織学的には類円形核と好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が一様に増殖していた。腫瘍細胞は胞巣状や索状配列を呈して増殖しており、免疫染色でMelan A(+, focal)、inhibin α(+), synaptophysin(+, focal)、chromogranin A(-)を呈した。副腎皮質細胞への分化を呈することが示唆された。以上から副腎オンコサイトーマの診断となった。病理学的に悪性を示唆する所見は指摘できなかった。今回、稀な副腎のオンコサイトーマの一例を経験したため、文献学的な考察も加えて報告する。

O-12 周囲脂肪組織の増生を伴った後腹膜硝子血管型キャスルマン病の5例

星合 壮大¹、渡谷 岳行²、南 学¹、松岡 亮太³、牛久 哲男⁴、阿部 修²、
中島 崇仁¹

筑波大学 放射線診断・IVR科¹、東京大学医学部附属病院 放射線科²、筑波大学 病理診断科³、
東京大学医学部附属病院 病理部⁴

硝子血管型キャスルマン病の画像所見は、境界明瞭な腫瘤を形成し、強い造影効果と樹枝状の石灰化を伴うなどと報告されているが、腫瘤周囲の脂肪組織について言及した報告はない。周囲脂肪組織の増生と混濁を伴った後腹膜の硝子血管型キャスルマン病を5例経験したので報告する。【症例1】65歳男性。菌状息肉症治療前のPET/CTで後腹膜に腫瘤を指摘され、脂肪肉腫の疑いで当院に紹介された。骨盤内左側の後腹膜に長径45mmの腫瘤がみられ、周囲脂肪組織の増生と濃度上昇を認めた。内部には樹枝状～結節状の石灰化がみられ、腫瘤には動脈優位相から比較的強い造影効果が不均一に見られた。類似症例を経験していたことから、硝子血管型キャスルマン病と術前診断した。手術が施行され、病理学的に硝子血管型キャスルマン病と診断された。周囲の脂肪組織に脂肪肉腫を疑う所見は見られなかった。【症例2】36歳女性。門脈圧亢進症の精査のため、腹部CTを施行したところ、後腹膜左側に左腎を前方に圧排する73mmの腫瘤がみられた。腫瘤内部には小石灰化がみられ、強い造影効果を伴っていた。周囲の脂肪組織の増生と濃度上昇が認められた。悪性リンパ腫の術前診断で生検が施行され、病理学的に硝子血管型キャスルマン病と診断された。【症例3～5】も、後腹膜の強く造影される腫瘤周囲に脂肪組織の増生を伴っていた。これらの画像所見から得られた知見について文献的考察を含めて、報告する。

O-13 低悪性度髄膜腫の後腹膜転移の一例

平松 佑理^{1,2}、一条 祐輔²、山田 香織²、佐野 優子²、早川 克己²、浦田 洋二⁴、
下村 克己³、谷口 史洋³

京都府立医科大学付属病院 放射線科¹、京都第一赤十字病院 放射線診断科²、
京都第一赤十字病院 肝胆膵外科³、京都第一赤十字病院 病理診断科⁴

症例は73歳女性。胸腺腫術後の定期受診時に心窩部不快感の訴えがあり、精査の躯幹部CTで後腹膜腫瘍を指摘された。10年前にテント下髄膜腫（fibrous meningioma/WHO grade I）術後などの既往がある。ダイナミック造影CTでは左腎周囲腔に10cm大の不均一・早期から比較的造影される充実性腫瘤を認めた。MRIではT1WIで筋と等信号、T2WIでやや高信号を呈し、出血や脂肪含有はみられなかった。比較的均一な拡散制限とFDG集積（SUV-max 3.3）を認めた。周囲脂肪織に微小石灰化を認め、脂肪肉腫などの後腹膜由来悪性腫瘍を念頭にCTガイド下生検を施行した。組織学的には血管豊富な線維を背景に、短紡錘型細胞が渦巻き状配列を呈し、免疫組織学的にはPgRやER、上皮系マーカーが陽性であった。既往の髄膜腫と組織学的・免疫組織化学的に酷似し、髄膜腫の転移と診断された。後腹膜腫瘍切除・脾合併切除を施行され、MIB-1 index 30%であり、atypical meningioma/WHO grade IIと診断された。術中所見では周囲浸潤傾向はみられなかったものの、周囲脂肪織内に異型のある紡錘形細胞を認めた。頭蓋内髄膜腫の遠隔転移は高悪性度ほど多く、低悪性度では稀である。転移先としては肺、骨、肝臓、リンパ節などが多く、後腹膜転移の報告はない。低悪性度の髄膜腫が術後10年を経て後腹膜に転移した本例は極めて稀と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-14 健診で偶発的に見つかった腎のangiomyolipomaとoncocytomaのcollision tumorの1例

渡辺 祈一¹、西岡 典子^{1,3}、加藤 扶美¹、坂本 圭太¹、木村 理奈^{1,3}、中川 純一^{1,3}、
常田 慧徳¹、松本 隆児⁵、大澤 崇宏⁵、中里 信一⁶、高桑 恵美⁶、工藤 興亮^{1,2,4}

北海道大学病院 放射線診断科¹、

北海道大学 大学院 医学研究院 放射線科学分野 画像診断学教室²、

北海道大学 大学院 医学院 放射線科学分野 画像診断学教室³、

北海道大学 大学院 医学研究院 医理工学グローバルセンター⁴、

北海道大学病院 腎泌尿器外科学教室⁵、北海道大学病院 病理診断科⁶

50代男性。健診エコーで右腎腫瘍を指摘され当院紹介。CT、MRIでは右腎下極に隣接する33mm大と20mm大の腫瘤性病変を認めた。前者は病変内に粗大な脂肪を含み、angiomyolipoma（AML）と考えた。一方で、後者は造影前のCTで低吸収を示し、造影後は辺縁の早期濃染と内部の漸増性造影効果を認めた。MRIでは、T1WIで低信号、T2WIで内部は不均一な高信号を示し、拡散制限は認めなかった。AMLの一部、あるいは嫌色素性腎細胞癌とのcollision tumorが疑われ、右腎部分切除が施行された。病理では、前者は好酸性や顆粒状の明るい胞体と類円形の核を持つ細胞が束状に増殖し、一部に成熟脂肪組織を伴い、免疫染色にてHMB45、melan A、 α SMA陽性を示し、AMLと診断した。後者は浮腫状の間質を伴い、均一な円形核と好酸性の胞体を有する上皮細胞が充実胞巣状や管状に増殖し、免疫染色でCK7はほぼ陰性であり、oncocytomaと診断した。両者は良好に分離可能であり、collision tumorと診断した。後方視的に画像を評価したところ、両者には境界が認められ、画像所見のみでもcollision tumorと診断することができたと考えられる。AMLと腎細胞癌、oncocytomaと腎細胞癌のcollision tumorの症例報告は散見されるが、我々が調べた限りでは良性病変同士のcollision tumorの症例報告は過去になかった。AMLとoncocytomaのcollision tumorは非常にまれであり、文献と共に報告する。

O-15 FH（フマル酸ヒドラターゼ）欠損腎細胞癌の2例

木戸 歩¹、西村 広健²、丸久 拓真³、伊藤 康介³、児島 優一³、福永 健志³、
神吉 昭彦³、山本 亮³、福倉 良彦³、玉田 勉³

医誠会病院 放射線科¹、川崎医科大学 病理学²、川崎医科大学 放射線診断学³

症例1：70歳代女性。肉眼的血尿を主訴に受診。造影CTにて左腎に最大径5cm大の膨張性発育を示す境界明瞭な腫瘤を認めた。腫瘤は単純にて淡く高吸収、大部分が不均一に造影され、動脈相にて中等度の濃染、排泄相でwashout patternを示した。MRIでは偽被膜を疑う構造や脂肪成分の含有を認め、T2WIでは内部不均一な中等度高信号、拡散制限（ADC 0.77-0.89 $\times 10^{-3}$ mm²/sec）を認めた。ADC値がやや低い点を除いては淡明細胞型腎細胞癌に矛盾しない所見と思われた。腹腔鏡下左腎摘除術が施行され、FH欠損腎細胞癌と診断された。症例2：80歳代男性。他院にて左後腹膜腔の嚢胞性病変に対しUSガイド下穿刺吸引の施行歴があり、その後の定期検査にて嚢胞の増大、嚢胞基部や嚢胞内に充実部を認めたため、当院を紹介受診。穿刺吸引前の画像からは腎臓および副腎発生とは考えにくく、後腹膜発生を第一に疑い、次に腎発生を疑った。気管支原生嚢胞の悪性化、稀ではあるがMCN/MCN-AICや嚢胞性腎腫瘍を鑑別に挙げ、RAPNが施行され、FH欠損腎細胞癌と診断された。FH欠損腎細胞癌はFH遺伝子の機能喪失型変異を特徴とする稀な腎細胞癌である。本疾患は発見時に腫瘍サイズが大きく、進行度が高く、予後が悪いと報告されている。この度稀なFH欠損腎細胞癌の症例を経験した。画像所見も含め、若干の文献的考察を加え報告する。

O-16 T2強調像で低信号を示す線維性被膜を伴った類上皮型腎血管筋脂肪腫の1例

亀田 有紗¹、丸上 永晃¹、三宅 牧人²、藤本 清秀²、藤井 智美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 泌尿器科学教室²、
奈良県立医科大学 病理診断学講座³

症例は38歳女性。腹痛を主訴に前医を受診し、精査目的の造影CTで偶発的に右腎腫瘍を指摘され、当院泌尿器科紹介受診となった。腹部CTで右腎上極に淡く高吸収（CT値：48HU）を示す21mm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。造影皮髄相で腎皮質より弱く髄質より強く均一な造影効果を示し、実質相ではwash outを認めた。MRI T1強調像、T2強調像で等信号、辺縁にT2強調像で低信号を示す被膜様構造を認めた。明らかな脂肪成分は認めなかった。オンコサイトーマもしくは嫌色素性腎細胞癌が疑われ、ロボット支援下腎部分切除術が施行された。摘出された腫瘍は、肉眼的所見では25mm大の黄色～褐色の充実性腫瘤であり、白色調の被膜に覆われていた。組織学的には、好酸性顆粒状の細胞質を有した紡錘形、多角形細胞が充実性に増殖し、周囲の大部分は線維性被膜であったが、一部正常の腎細胞や血管構造を有する部分もあり圧排性の偽被膜と考えられた。免疫染色ではE-Cadherin陽性、HMB-45、Melan A、SMAが陽性で、類上皮型腎血管筋脂肪腫（eAML）と最終診断された。eAMLは悪性の要素を持った間葉型新生物が類上皮様形態をとるものと定義され、術前診断は困難なことが多い。本症例も線維性被膜を伴い、腎細胞癌と鑑別が困難であった。一般的にAMLは被膜を伴わないが、本例の様に被膜を伴うeAMLの報告もあり、被膜を伴う腎腫瘍の鑑別にeAMLも含まれることが示された。

O-17 腎洞部に発生した粘液性間質と紡錘細胞を伴う褐色脂肪腫の1例

山本 貴浩¹、浅井あゆみ¹、成田 晶子¹、岡田 浩章¹、松永 望¹、太田 豊裕¹、
鈴木耕次郎¹、馬嶋 剛²、高原 大志³

愛知医科大学病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 泌尿器科²、愛知医科大学病院 病理診断科³

症例は70歳代男性。主訴は左腎洞部腫瘍精査。検診で左腎洞部に腫瘍を指摘された。精査のCTで左腎洞部に24×21mmの辺縁平滑な腫瘍を認めた。吸収値は23HUで非定型嚢胞を疑い経過観察となった。6か月後のCTで腫瘍は軽度増大し、ダイナミック造影CTで造影前20HU、腎実質相で40HUと造影効果が疑われた。MRIではT1WI低信号、T2WIで不均一な高信号、DWI高信号、ADCmap高信号であった。ダイナミック造影MRIでは漸増性に非常に淡い造影効果を認めた。腎粘液管状紡錘細胞癌を疑い、左腎摘出術が施行された。肉眼像では、腫瘍は腎から離れた腎洞脂肪織内に存在する境界明瞭な黄色の充実性腫瘍であった。病理像では、粘液性の間質、類円形核を有しCD34染色が陽性となる異形に乏しい紡錘形細胞と共に、泡沫状の細胞質を有しS100染色が陽性となる褐色脂肪細胞が散見された。既存の間葉系腫瘍の組織分類では分類が難しく、粘液型と紡錘細胞型の特徴を示す褐色脂肪腫の範疇と考えられた。褐色脂肪腫は脂肪性腫瘍全体の約1%、良性脂肪性腫瘍の約2%の稀な腫瘍である。4組織亜分類があり、約80%が古典型である。一方、粘液型は8%、紡錘細胞型は2%と非常に稀である。文献的考察を加えて報告する。

O-18 乏血性腫瘍像を呈したPlacental site trophoblastic tumor (PSTT) の1例

仲谷 元^{1,2}、佐野 勝廣¹、平山 貴士³、浦 礼子⁴、佐伯 春美⁴、村上 康二¹、
板倉 敦夫³、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、東京大学医学部附属病院 放射線科²、
順天堂大学 産婦人科学講座³、順天堂大学 人体病理病理学講座⁴

症例は28歳女性。2経妊2経産。正常分娩より半年後の不正性器出血を主訴に近医受診した。エコーでは子宮体部筋層に約30mm大の低エコー腫瘍を認めた。hCGが104 mIU/mLであったため、子宮内膜搔爬術が施行されたところ、exaggerated placental siteの所見があった。経過でhCGは37 mIU/mLと低下傾向であったものの、存続絨毛症が疑われ、当院で精査された。MRIでは、子宮体部後壁にT2強調像で子宮筋層と等信号、造影効果の乏しい乏血性腫瘍を認めた。PET-CTでは、SUV max 3.80とFDGの淡い集積を認めた。子宮鏡下手術でPlacental site trophoblastic tumor (PSTT) と診断され、腹腔鏡下子宮全摘術が施行された。病理組織検査では中間型栄養膜細胞に類似した好酸性細胞質と不整な核を有する腫瘍細胞が、子宮筋層に散在性に分け入るように浸潤していた。術後約1年の現在まで再発を認めていない。PSTTはまれな絨毛性疾患のひとつである。PSTTの画像所見は、子宮内腔に突出する充実腫瘍で、富血管性であるとする報告や造影効果が乏しいとする報告があり、まとまった画像所見の報告は少ない。今回経験したPSTTの1例について、文献的考察を加えて報告する。

O-19 胎盤部トロホプラスト腫瘍の1例

福澤 拓哉¹、大彌 歩¹、宮本 強²、上原 剛³、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 産科婦人科学教室²、
信州大学医学部附属病院 臨床検査部³

症例は20歳台女性。主訴は不正性器出血。妊娠経歴は経妊3回、経産3回。3回目の正期産後、悪露の持続がみられ、分娩3ヶ月後に800gの不正性器出血を認めた。胎盤遺残として治療されたが、6ヶ月後に尿中hCG 25mIU/mLの上昇がみられ、経腹エコーにて子宮内腫瘍を認め、絨毛性疾患が疑われた。MRIでは子宮左筋層から内腔へ突出する径4cm大のこぶ状の腫瘍を認めた。腫瘍はT1強調像で筋層と等信号、T2強調像では著明な高信号～低信号が不整形に混在し、内部に著明なflow voidが散見された。ダイナミックMRI動脈優位相では一部に充実成分様の結節状濃染域を認め、flow voidに一致し子宮筋層より強く濃染する太く蛇行した脈管構造を認めたが、動静脈奇形を示唆する静脈の早期描出は指摘できなかった。また、経時的に腫瘍辺縁部から緩徐な濃染域の広がりを認めた。胎盤部トロホプラスト腫瘍または絨毛癌が疑われた。挙児希望なく腹式単純子宮全摘が施行された。肉眼的には子宮体部から内腔に突出する腫瘍で、組織学的には中間型トロホプラスト様の細胞がシート状ないし索状に筋間に浸潤性に増生していたが、絨毛構造は明らかではなく壊死は目立たなかった。核分裂像は2-3/10HPFにみられ、免疫染色ではhCGよりhPLが優位に染色された。以上から胎盤部トロホプラスト腫瘍と診断された。若干の文献的考察を加えて報告する。

O-20 Placental site trophoblastic tumorの1例

坪山 尚寛、大西 裕満、中本 篤、太田 崇詞、福井 秀行、巽 光朗、
富山 憲幸

大阪大学大学院医学系研究科 放射線医学講座

症例は26歳女性、2経妊・2経産。出産後6ヶ月で不正性器出血を認め、子宮腫瘍を指摘され当院紹介受診となった。来院時の経腔超音波検査で子宮体部後壁に径約35mm大の多血性腫瘍を認めた。血液検査所見ではHCG 154mIU/mlと軽度上昇を認め、遺残胎盤あるいはplacental site trophoblastic tumor (以下、PSTT) を疑って外来で経過観察を行っていたところ、3ヶ月後に腫瘍が42mmへ増大し、HCG 358mIU/mlと上昇したために造影MRIを施行した。子宮内腔から後壁漿膜直下に及ぶ腫瘍を認め、内部はT2強調像にて高信号を主体とし、T1強調像で中心部に出血を伴い、造影では大部分が徐々に造影され一部に早期から強い造影効果を認めた。腫瘍を縁どるようにT2強調像及び造影MRIで低信号帯を認め、筋層との境界は明瞭であった。臨床経過よりPSTTを強く疑い、子宮全摘出術が施行された。病理所見にて、中間型栄養細胞に類似した腫瘍細胞がシート状に増殖し、血管内皮下への浸潤や平滑筋束を押し分けるような増殖を示し、PSTTの確定診断となった。腫瘍部後壁筋層の厚みはMRIと切除標本で大きな乖離があり、筋層が強く圧排されていたことにより偽被膜状の構造が描出されたと考えられた。PSTTは、着床部の中間型栄養膜細胞由来の腫瘍性増殖を来す非常に稀な絨毛性疾患である。まとまった画像所見の報告はなく、文献的考察を含めて報告する。

O-21 Placental site trophoblastic tumor of the uterusの一例

戸山保千代¹、高畑 暁子¹、笹倉 康熙¹、山田 恵¹、寄木 香織²、森 泰輔²、
長峯 理子³、安川 覚⁴

京都府立医科大学大学院 放射線診断治療学¹、京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学²、
京都府立医科大学大学院 人体病理学³、京都第二赤十字病院 病理診断科⁴

症例は30歳代女性（2G2P）。20xx年x月正常分娩（38w4d）後、同年x+3月から性器出血が続き、x+5月に近医を受診した。内診、USで明らかな異常を認めなかったが、尿中 β hCG値が初診時28.29→27日目57.42→36日目62.70 mIU/mlと漸増したため、絨毛性疾患が疑われ、当院産婦人科に紹介された。USにて子宮内腫瘤を認め、MRIが撮像された。MRIでは子宮体部後壁の筋層内から内腔に突出する長径40 mm大の腫瘤を認めた。腫瘤の辺縁部はT2WI不均一な高信号、部分的に早期濃染、遅延相で辺縁部を主体に不均一な造影効果を認めた。中心部はT2WIで比較的低信号、造影効果は明らかでなく、血腫などが疑われた。臨床経過と合わせ絨毛性疾患として矛盾のない所見と考えられた。x+7月、子宮内膜搔爬検体でplacental site trophoblastic tumor of the uterine endometrium (PSTT) と診断された。同月、PET/CTが撮像され、上記腫瘤にSUV max=4.8の集積を認めたが、明らかな遠隔転移は認めなかった。x+8月、腹式単純子宮全摘術+両側卵管切除術が施行された。病理組織学的に、大型異型細胞が筋線維を分け入るような増殖像や血管周囲・血管内の増殖像が確認され、PSTTと診断された。尿中 β hCG値の軽度上昇と典型的な多血性腫瘤の画像所見が絨毛性疾患の診断に寄与した一例であった。

O-22 画像・病理診断ともに診断が困難であった腺腫様所見を有する膵腫瘍の1例

高山 裕章¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、高瀬 彩¹、鈴木 秀樹²、関 貴臣⁴、
高山 佳泰³

群馬大学医学部 放射線診断核医学¹、伊勢崎市民病院 外科²、伊勢崎市民病院 病理診断科³、
群馬大学医学部 総合外科学講座 肝胆膵外科⁴

症例は70歳代女性で、定期的な血液検査で腫瘍マーカー（CEA、CA-19-9）の上昇を認めた。造影CT検査では、膵尾部に直径15mm程度の境界明瞭な低吸収腫瘤を認めた。腫瘤は遷延性の造影効果を示し、内部に隔壁様の構造を伴っていた。MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で不均一な高信号であり、軽度の拡散制限を伴っていた。EUSでは境界明瞭な15mm程度の低エコー腫瘤として描出された。その他、膵臓に異常所見はなかった。EUS-FNAが行われ、膵尾部癌との診断であった。膵尾部切除術が実施されたが、病理検査では原発性膵腫瘍は否定的で、鑑別診断として低分化癌、尿路上皮系腫瘍からの転移、肉腫が考えられたが、臨床経過と病理組織像のいずれも非典型的であり、確定診断が困難であった。術後13日目に退院となり、12カ月間明らかな再発を認めなかった。専門施設での追加の免疫染色の結果、腺腫様構造が確認され、臨床経過も考慮すると、Adenomatoid tumorが最も可能性が高いと考えられた。

O-23 境界明瞭な乏血性腫瘍の像を呈した浸潤性膵管癌の1例

久網 雅也¹、市川新太郎¹、角谷 匡俊¹、久保田 憶¹、伊藤 彰勇¹、池田 隆展¹、
舟山 慧¹、紅野 尚人¹、廣瀬 裕子¹、川村 謙士¹、棚橋 裕吉¹、土屋 充輝¹、
牛尾 貴輔¹、芳澤 暢子¹、那須 初子¹、牧野 光将²、武田 真²、森田 剛文²、
津久井宏恵³、五島 聡¹

浜松医科大学 放射線診断学講座¹、浜松医科大学 外科学第二講座²、浜松医科大学 病理診断科³

浸潤性膵管癌は、境界不明瞭な乏血性腫瘍として描出されるのが典型像である。一方で境界明瞭な場合には腺房細胞癌や膵内分泌腫瘍、Solid pseudopapillary neoplasmが鑑別の上位になり、膵管内乳頭粘液性腫瘍やリンパ上皮嚢胞も鑑別となる場合がある。今回、術前の画像で非常に境界明瞭な乏血性腫瘍の像を呈した浸潤性膵管癌の1例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

症例は82歳女性で、臍部痛にて前医を受診。CTで膵尾部に17mm大の腫瘍を指摘され、精査加療目的で当院紹介受診となった。血算や生化学所見は目立った異常を認めず、腫瘍マーカーはCA19-9が108 U/mL、Span-1が58 U/mLと上昇していた。造影CT、造影MRIでは境界明瞭な乏血性腫瘍として描出され、被膜様構造を伴っていると思われた。一部に嚢胞構造を有していた。転移を疑う病変は認めなかった。以上より、膵内分泌腫瘍もしくはリンパ上皮嚢胞>浸潤性膵管癌との術前診断の下、手術の方針となった。腹腔鏡下膵体尾部切除術および脾臓摘出術が行われ、浸潤性膵管癌と診断された(Well to moderately differentiated adenocarcinoma of the pancreas, Pt, T1, 13×13×10 mm, nodular type, pT1c, int, INFb, Ly1(D2-40), v2(EVG), ne0, mpd1(6 mm), pCH0, pDU0, pS0, pRP0, pPV0, pA0, pPL0, pOO0, pPCM0, pBCM0, pDPM0, pN0[0/7])。壊死変性が強いことが術前画像で境界明瞭に見えた理由と考えられた。

O-24 膵管拡張により多房性嚢胞様構造を示した膵デスマイド腫瘍の2例

谷島 智哉¹、曾根 美雪¹、奈良 聡²、平岡 伸介³、楠本 昌彦¹

国立がん研究センター中央病院 放射線診断科¹、国立がん研究センター中央病院 肝胆膵外科²、
国立がん研究センター中央病院 病理診断科³

【症例1】

22歳女性。2ヶ月前から腹部膨満感と便秘、1ヶ月前から腹痛を自覚。超音波、CT、MRIで膵尾部に充実成分と多房性嚢胞様構造を有する28cm大の腫瘍を認め、胃部分切除術、膵体尾部脾切除術が施行された。

【症例2】

20歳女性。健康診断で蛋白尿を指摘。超音波、CT、MRIで膵尾部に充実成分と多房性嚢胞様構造を有する5.5cm大の腫瘍を認め、脾温存膵体尾部切除術が施行された。

いずれの症例も、肉眼的に腫瘍内部の嚢胞様構造は拡張した膵管であり、腫瘍は膵管上皮細胞を除く膵実質の大部分を置換するように浸潤していた。組織学的に紡錘形細胞の増殖を認め、免疫組織化学的にbeta-cateninの核集積が陽性であった。以上より、desmoid-type fibromatosisと診断された。

【考察】

デスマイド腫瘍(desmoid-type fibromatosis)は、線維芽細胞を主体とする局所浸潤性の強い腫瘍である。膵への発生は稀であり、充実性腫瘍が多いが、画像上、嚢胞成分を呈する場合がある。過去には、膵実質への腫瘍浸潤により、膵管上皮が保持されたまま嚢胞様の膵管拡張を来し、嚢胞性腫瘍様の画像所見を示した症例報告が見られる。本症例では、CTとMRI上、多房性嚢胞に見える部分は内部に連続性があり、拡張した膵管に合致していた。膵デスマイド腫瘍に特徴的な所見であり、膵多房性嚢胞性腫瘍の鑑別において、嚢胞構造の連続性が確認できた場合は本疾患を考慮すべきである。

O-25 膀胱small cell neuroendocrine carcinomaの4例川口 真矢^{1,2}、永澤 友章¹、加藤 博基²、松尾 政之²、宇野 雅博³大垣市民病院 放射線診断科¹、岐阜大学医学部 放射線科²、大垣市民病院 泌尿器科³

症例は7686歳（平均80歳）、男女比は1：3。発生部位は、左側壁：2例、頸部：1例、頂部：1例。原発巣の最大径は3570mm（中央値：52mm）。深達度はT3b：2例、T4a：2例。初診時にリンパ節転移を2例、遠隔転移を1例（骨）に認めた。治療は、膀胱全摘：2例、放射線化学療法：2例。腫瘍の形態は、乳頭状発育：3例、広基性の浸潤性発育：1例。T2強調像で腫瘍内部はいずれも筋と比較して軽度高信号で、信号は均一であった。拡散強調像で著明高信号、ADC値は $0.520.62 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ （中央値： $0.55 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ ）と著明低値を示していた。2例にDynamic造影MRIが施行され、1例は早期濃染+washoutパターン、1例は漸増性パターンを示した。病理組織標本ではN/C比の高い細胞が密に増生し、免疫染色でSynaptophysin、Chromogranin A、CD56のうち2つ以上が陽性を示し、small cell neuroendocrine carcinoma (SCNEC) と診断された。泌尿生殖器領域ではSCNECは膀胱や前立腺に好発する。膀胱のSCNECは膀胱癌の0.51%未満を占め、4070歳台の男性に好発し、発見時に進行していることが多く、予後不良である。CTの報告で、平均4.9cmの大きな腫瘍を形成し、膀胱壁肥厚や周囲脂肪浸潤を伴うことが多いとされる。MRIのまとまった報告はないが、他部位のSCNECと同様に、T2強調像での均一な信号や著明な拡散抑制が特徴と考えられる。今回我々は膀胱のSCNEC4例のMRI所見について文献的考察を交えて報告する。

O-26 腔原発悪性黒色腫6例のMR所見の検討森 紘一朗¹、山下 詠子¹、喜納 奈緒²、新井 秀雄³、高木 康伸¹東京都立駒込病院 放射線科¹、東京都立駒込病院 婦人科²、東京都立駒込病院 病理科³

腔悪性黒色腫は稀な腫瘍であるが、女性の腔腫瘍の中では腔癌に次ぐ頻度である。本症は進行が早く予後が悪いとされ、早期診断が重要である。我々は腔生検にて病理組織学的に診断された腔悪性黒色腫6例についてMR所見を中心に後方視的に検討した。年齢の中央値は52.5歳（48-81）、主訴は5例が不正性器出血であった。全例とも腫瘍マーカーの上昇はなかった。MR画像にて腫瘍長径の中央値は6cm（2-10.5）、全例ともT2WIにて骨格筋より高信号、膀胱内容より低信号の淡い高信号、T1WIにて骨格筋より淡い高信号を示した。全例で拡散制限を認め、ADC値の中央値は $734.5 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{sec}$ であった。5例でダイナミック造影検査が施行され、全例で早期濃染を示した。腔悪性黒色腫は視診にて黒灰色の色素沈着を示す隆起性腫瘍を認めれば診断に難しくないが、出血や潰瘍形成などの修飾がある場合は、腔癌や肉腫のような他の腫瘍との鑑別が困難なことも少なくない。一般に悪性黒色腫は多血性腫瘍で遠隔転移をきたしやすい。生検が必要な際には慎重に行う必要があり、本症の可能性を事前に指摘することは重要で、他の腫瘍と同様に周囲への浸潤の評価も欠かせない。しかし、画像所見に関する本症の報告は少ない。我々は6例ではあるが本症のMR画像を詳細に検討し、示唆に富む所見について文献的考察を交えて報告する。

O-27 慢性肝障害の炎症評価における複数加振周波数MRエラストグラフィの有用性

田川スミレ¹、富田 優¹、梅野 晃弘¹、難波富美子¹、宮本 直和¹、濱中 章洋¹、足立 秀治¹、前田 峻太²、後藤 吉弘²、林 宏樹³、柿木啓太郎⁴、山本 侑毅⁵、祖父江慶太郎⁶、村上 卓道⁶

北播磨総合医療センター 放射線診断科¹、北播磨総合医療センター 中央放射線室²、北播磨総合医療センター 消化器内科³、北播磨総合医療センター 外科⁴、北播磨総合医療センター 病理診断科⁵、神戸大学医学部附属病院 放射線診断・IVR科⁶

【目的】MRエラストグラフィ（MRE）では同じ線維化ステージでも炎症が存在すると弾性率が高くなる。炎症により高周波数MREでの弾性率がより大きく上昇し、60Hzと80Hzでの弾性率の差分が炎症の活動性と相関すると報告されている。今回45, 60, 75Hzの複数加振周波数MRE（MMRE）、ADC値、native T1値の炎症評価における有用性を検討した。【方法】対象は2022年10月～2023年1月にMMREを撮像した31症例。Ingenia Elition 3.0T（PHILIPS）で、弾性率（ G_{45} , G_{60} , G_{75} ）、弾性率の差分（ ΔG_{45-60} , ΔG_{60-75} ）、ADC値、native T1値を測定した。ASTもしくはALTが基準値以上を炎症ありと定義し、前述の値の有用性をROC解析で検討した。【結果】 G_{45} , G_{60} , G_{75} , ΔG_{45-60} , ΔG_{60-75} , ADC値, native T1値のAUCはそれぞれ0.878, 0.883, 0.924, 0.774, 0.927, 0.853, 0.796, 感度75.0, 75.0, 97.5, 62.5, 100, 100, 75.0(%), 特異度91.3, 95.7, 82.6, 91.3, 73.9, 65.2, 82.6(%)。AUCは ΔG_{60-75} 、感度は ΔG_{60-75} とADC値、特異度は G_{60} が最も高かった。【結論】MMREで差分を算出することにより肝の炎症を鋭敏に検出できる可能性が示唆された。

O-28 Vessel co-optionを示す肝内胆管癌血行動態：動注CTと血管構築の対比

小坂 一斗¹、松井 修¹、小林 聡²、米田 憲秀¹、北尾 梓¹、グエン ヒープ³、原田 憲一³、蒲田 敏文¹

金沢大学 放射線科¹、金沢大学医薬保健研究域 量子技術学²、金沢大学 人体病理学³

目的：“Vessel co-option”は腫瘍が血管新生を誘導することなく既存の血管系を利用して成長・進展することと定義される。本増殖形態を示す腫瘍形成性肝内胆管癌（iMCC）の血行動態を動注CTと組織像の比較から考察する。方法：iMCC 7例を対象（切除例）。病理所見にて腫瘍内の脈管、血洞を評価し、動注CT所見との対比を行った。結果：全例周辺肝に対し置換性発育を示し、内部に門脈域（PT）を認めた。腫瘍内動脈（HA）は、門脈（PV）・胆管（B）に伴走するHA（A-type1）、Bのみが伴走するHA（A-type2）、小線維帯内でPV・BのないHA（A-type3）、線維帯を有しないHA（A-type4）に分類され、薄壁血管も観察された（probable HV）。CTAPでは全例血流欠損、CTHA1st-phaseでは3例が腫瘍全体濃染と周辺に楔状早期濃染、2nd-phaseで全体に濃染は持続し周辺楔状濃染も拡大を示し、腫瘍辺縁からHVへの還流を観察。またinterfaceではPT・HVが拡張・増加、腫瘍内HAはA-type2, 3が主で、probable HVは散在、CD34陽性血洞が観察。残り4例はCTHA1st-phaseで腫瘍辺縁濃染と楔状早期濃染を認め、変性を伴っていた。非変性部やinterface、周辺肝の脈管系は先の3例と同様であった。結語：iMCCは、腫瘍辺縁はAP-shuntで、腫瘍内部はPT内HA遺残で栄養され、腫瘍血洞を灌流後interfaceと周辺肝HVを経て還流すると考えられる。進行するとinterfaceと周辺肝のAP shuntからの腫瘍血洞への血流が主体となる。

O-29 腎癌精査時に発見された陰嚢内多房性嚢胞構造を伴う腫瘤の一例

中島 宏徳¹、古田 昭寛¹、羽賀すみれ¹、小濱さゆり¹、舌野 富貴¹、西尾 直子¹、
前倉 拓也¹、森 暢幸¹、塩崎 俊城¹、桜井 孝槻²、高橋 雄大³

大阪赤十字病院 放射線診断科¹、大阪赤十字病院 病理診断科²、大阪赤十字病院 泌尿器科³

症例は70代歳男性。意識障害にて救急搬送された際に左腎腫瘍、左陰嚢内腫瘍、左鼠径ヘルニアを指摘された。既往歴として20年前にリンパ腫あり、寛解後再発はなく経過していた。MRIにて左陰嚢内に47×49×76mmの多房性嚢胞構造を伴う腫瘤があり、精巣外で精巣上体付近にあると思われた。形態的にはブドウの房というよりは、卵形状の腫瘤内に隔壁を伴う複数の嚢胞構造物がある状態だった。充実部分はT1WI、T2WIともに低信号で、嚢胞構造部分は水とほぼ同等の信号だったが一部に血性を疑う液面形成を認めた。DWIでは充実成分は高信号ではなかった。充実部分の造影効果は乏しく、嚢胞構造内に濃染結節なども認めなかった。良性病変が疑われたが転移関連の病変の可能性が完全には否定できなかったため、左腎癌の治療に先立って左睾丸摘出術が行われた。病理結果は、ヒアリン変性をきたした線維性間質が主体の嚢胞壁で、少数の細小脈管が散在、軽度の慢性炎症を伴っていた。上皮性腫瘍の増生は認めなかった。陰嚢内に形成された病変の二次性変化と考えられたがその先行病変の特定には至らなかった。左腎癌に対してはのちに左腎摘出術が行われ、明細胞癌G2 pT1aとの病理結果であった。渉猟しえた限りでは同様の所見を呈する陰嚢内腫瘍の報告はないが、他の陰嚢内腫瘍とも対比しながら若干の文献的考察を加えて報告する。

O-30 下大静脈内への進展をきたした副腎腺腫の1例

樋口 嶺央¹、佐野 勝廣¹、大場 大²、寺澤 無我²、福村 由紀³、村上 康二¹、
齋浦 明夫²、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 肝胆膵外科²、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科³

症例は70代男性。継続する食思不振に対する精査目的に近医で腹部MRIが撮像されたところ、下大静脈内へ進展する右副腎腫瘍を認め、当院肝胆膵外科に紹介受診となった。血液・尿検査で内分泌学的異常は認めなかった。単純CTでは、右副腎から下大静脈内へ進展する長径35mm大の境界明瞭、辺縁平滑な低吸収腫瘍を認めた。腫瘍のCT値は負の値を示した。造影CTでは、腫瘍は動脈相より造影され、遅延相ではwashoutを示した。MRIでは、T1強調像のin phaseと比較してopposed phaseで明瞭な信号低下を示した。またT2強調像や拡散強調像で淡い高信号を示し、Dynamic MRIでは造影CTと同様に、動脈相で濃染して遅延相でwashoutを示した。MIBGシンチグラフィでは腫瘍への集積は認めなかった。右副腎腫瘍、下大静脈腫瘍栓摘出術が施行され、病理所見では淡明な細胞質を持つ腫瘍細胞が胞巣状に増殖する像を認め、病変には繊維性被膜の形成が見られた。また被膜を有した腫瘍細胞は下大静脈を充満するように進展していた。MIB-1陽性率は5-10%とやや高かったものの、核分裂像や異型核分裂像に乏しく、Weissのcriteriaは静脈侵襲の1項目のみの該当となり、副腎皮質腺腫の診断となった。下大静脈内への進展を伴う副腎皮質腺腫の報告は稀であり、今回経験した一例に若干の文献的考察を加え報告する。

O-31 T2強調像で著明な高信号を示した豊富なヒアルロン酸を含む膀胱癌の1例

法田 祐希^{1,4}、丸上 永晃¹、立入 哲也¹、亀田 有紗¹、堀 俊太²、藤本 清秀²、
藤井 智美³、武輪 恵⁴、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 泌尿器科学講座²、
奈良県立医科大学 病理診断学講座³、奈良県西和医療センター 放射線科⁴

症例は70代男性。数週間前からの肉眼的血尿を主訴に近医を受診、腹部単純CTで両側水腎症と膀胱腫瘤を認め、精査加療目的で当院泌尿器科を紹介受診。単純MRIで膀胱頂部～前壁にかけてT2WIで著明な高信号を示す壁肥厚を認め、拡散制限は伴わなかった。膀胱鏡では粘液で覆われたやや白色調で柔らかな腫瘍を認め、TUR-BTでは切除面から粘液の排出を認めた。病理学的には顕著な粘液様間質の中に結合性に乏しい腫瘍細胞の浸潤増殖が孤立性に分布していた。粘液成分はヒアルロニダーゼ消化処理によりalcian blue染色の染色性が失われ、ヒアルロン酸であると判明し、豊富なヒアルロン酸を有する膀胱癌と診断された。術前化学療法後に膀胱全摘術が施行され、固有筋層浸潤や尿管・所属リンパ節転移を伴う浸潤性尿路上皮癌と最終診断された。術後は補助化学療法を行っており、転移・再発は認めていない。尿路上皮癌において細胞外間質のヒアルロン酸が増加することは知られており、ヒアルロン酸が腫瘍の増殖や遊走・浸潤に関係していると考えられている。T2WIでの高信号所見は腫瘍内に含まれるヒアルロン酸を反映しており、尿路上皮癌の質的診断にMRIが寄与する可能性がある。ただし、本症例のように豊富な粘液様間質を含む尿路上皮癌は非常に稀であり、我々が検索した限りこれまでにMRIによる画像報告はない。本症例は膀胱癌の術前画像評価を行う上で極めて貴重な症例と考えられたため報告する。

O-32 索状化した下腸間膜静脈により腸管壊死をきたした一例

丹羽 貴郁¹、森村 文雄¹、杉浦 弘明¹、江戸 博美¹、須山 陽介¹、岡寄 惣也²、
成松 和幸²、大野 博貴³、岡本 耕一³、上野 秀樹³、吉松 真也⁴、宮居 弘輔⁴、
濱本 耕平^{5,6}、新本 弘¹

防衛医科大学校 放射線医学講座¹、防衛医科大学校 内科学講座²、
防衛医科大学校 外科学講座³、防衛医科大学校 病院検査部/臨床検査医学講座⁴、
自治医科大学医学部 放射線医学講座⁵、自治医科大学附属さいたま医療センター 放射線科⁶

症例は40歳台男性。1ヶ月前より排便困難を自覚。近医の内視鏡で著明なS状結腸粘膜の浮腫及び内腔狭小化のため通過困難であった。精査加療目的で当院紹介となり、造影CTで下行結腸から直腸に浮腫性壁肥厚と下腸間膜静脈(IMV)の索状狭小化を認めた。血栓消退後に癒痕化した索状のIMVによる静脈鬱滞性の腸管虚血と考えられたが、腹痛なく保存的加療された。1ヶ月後に7日間続く腹痛があり造影dynamic CTが撮影され、一部壊死を疑う腸管虚血進行の所見に加え、索状化したIMV末梢が動脈相で描出され、動静脈瘻の併存も疑われた。IMVの索状化を伴う腸管虚血・壊死所見からMIVOD (mesenteric inflammatory veno-occlusive disease) が疑われた。術中には下行結腸から直腸まで腸管と腸間膜の硬化・腫脹を認めた。病理所見では静脈炎に欠けMIVODは否定的であるも、腸管近傍の末梢静脈の内膜に著明な線維性・筋性肥厚、中膜線維化を認めた。IMHMY (Inflammatory myointimal hyperplasia of the mesenteric veins) が疑われた。比較的稀なIMHMYが疑われた1例に文献的考察を交えて報告する。

O-33 盲腸の腸管子宮内膜症による虫垂粘液腫の1例

烏木 提汗¹、森阪 裕之¹、大西 洋¹、井上 朋大²、望月 邦夫²、古屋 信二³

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

症例は40代女性。1型糖尿病で当院糖尿病内分泌内科にかかりつけであった。X年Y月初旬より右下腹部痛が出現、元来より月経痛があったことから産婦人科に紹介された。発熱や炎症反応上昇は見られなかった。精査の結果偶発的に子宮頸部上皮内癌が指摘され、CTとMRI検査で右下腹部腫瘍を認めた。CTで右骨盤壁沿いに管腔構造と先端に不整な軟部陰影を認めた。反対側では盲腸と連続しており同部にも軟部陰影を認めた。管腔構造は腫大した虫垂が考えられた。先端の軟部陰影は辺縁不整で造影CTで不均一な造影効果を認めた。MRIでも辺縁不整、T2強調像で不均一な中等度信号を示した。強い拡散制限は見られなかった。虫垂根部の軟部陰影はT2強調像で低信号を示し漸増性の造影効果を認めた。また、左卵巣には出血性嚢胞を認めた。虫垂根部の軟部陰影による虫垂の閉塞及び腫大と考え、虫垂先端の軟部陰影は慢性炎症を疑ったが悪性腫瘍の可能性も否定できなかった。子宮全摘術と回盲部切除術が行われ、腫瘍は回盲部の背側に回り込むように存在し周囲と強固に癒着していた。病理では低異型度虫垂粘液性腫瘍の診断で、壁内には粘液貯留、線維化、膿瘍などの炎症反応の他、腸管壁には子宮内膜症の像が散見された。本症例は盲腸の腸管子宮内膜症に伴う虫垂粘液腫及び慢性炎症が考えられたが、病理所見では腫瘍性の粘液産生とされ、詳細な画像病理の対比が必要である。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

O-34 胸腔・腹腔内に多発石灰化腫瘍を呈した胃 calcifying fibrous tumor の1例

畑野 颯佑¹、中井 雄大¹、鈴木 文夫¹、渡谷 岳行¹、吉村俊太郎²、田中麻理子³、
瀬戸 泰之⁴、阿部 修¹

東京大学医学部附属病院 放射線科¹、三井記念病院 消化器外科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 胃・食道外科⁴

症例は72歳女性。吐血の精査で行われた上部消化管内視鏡検査で胃粘膜下腫瘍を指摘された。CTでは胃前庭部から内腔に突出する27mm大の腫瘍を認め、単純CTでは中心部が75HU程度の高吸収を示し、造影CTでは増強効果はあってもごくわずかであった。この他にも胃壁や腸間膜・腹膜面の結節が多数見られ、多くの病変が全体または一部に明瞭な石灰化を有していた。両側胸膜にも胸膜プラーク様の石灰化を伴う扁平な結節が多発し、右心横隔膜角の石灰化結節や、脾臓の微細石灰化を伴った結節もみられた。術前診断は困難であり、腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術の方針とした。腹腔鏡では胃壁・腸間膜・小腸に多数の白色腹膜結節を認め、胃局所切除と腹膜結節の生検を行った。胃病変には組織学的に紡錘形細胞の比較的疎な増生を認め、石灰沈着や炎症細胞浸潤を伴っていた。CD34が一部陽性で、DOG1陰性、Desmin陰性、S100陰性、EMA陰性、ALK陰性であり、calcifying fibrous tumor (CFT) と診断した。腹膜結節にも紡錘形細胞の増生巣がみられた。CFTはまれな良性病変で、硝子化した膠原線維を背景に疎な紡錘形細胞の増殖を認め、様々な程度で石灰化や炎症細胞浸潤を伴う。本例では一部の病理診断のみだが、胃、小腸、腸間膜、腹膜、胸膜、縦隔などは好発部位であり、脾臓発生の報告もわずかにみられる。多発例も報告されているが、これほどの多発はまれと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

O-35 Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor (PAMT) of the stomachの一例

高橋 駿介¹、中下 悟¹、小山 貴¹、西村 直之²、長久 吉雄³、能登原憲司⁴

倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 消化器内科²、倉敷中央病院 外科³、
倉敷中央病院 病理診断科⁴

症例は40歳の男性。健診の胃透視検査で胃前庭部に隆起性病変を疑われ当院に紹介される。血液検査では異常を認めなかった。内視鏡検査で胃前庭部大弯側に約3cm大、頂上に陥凹を伴う弾性軟の隆起を認めた。腹部単純CTでは胃前庭部の壁に限局性の肥厚を認めた。ダイナミック造影CTの早期相では前庭部大弯側の粘膜下に不均一な濃染を呈する腫瘍を認め、平衡相でも造影効果の持続を認めた。以上より胃粘膜下の多血性腫瘍が疑われた。病変と連続して大弯側の壁外に結節状の突出を認め、漿膜下への進展を疑った。腹腔鏡内視鏡合同局所胃切除が行われた。病理では粘膜下層から筋層を主体に、多結節状あるいは蕁状を呈する腫瘍を認めた。筋層内では腫瘍は既存の平滑筋束の間を分け入るよう発育し、漿膜下層に突出する結節も散見した。腫瘍細胞は淡好酸性、紡錘形であり、核は小型水疱状で異型性や核分裂像には乏しかった。腫瘍の間質は粘液腫状あるいは線維性で、粘液腫状の部分においては毛細血管の著明な増生を伴っていた。免疫染色ではvimentinが強陽性、 α -smooth muscle actinは一部陽性、c-kit、CD34、desmin、S-100、EMAは陰性であった。以上の所見から、Plexiform angiomyxoid myofibroblastic tumor (PAMT) of the stomachと診断した。胃前庭部に多血性で遷延する造影効果を有する粘膜下腫瘍を認めた場合、PAMTが重要な鑑別診断となる。

O-36 Intermediate cell carcinomaの一例

鈴木 皓佳¹、佐野 勝廣¹、椎名秀一郎²、入江 彰一³、福村 由紀⁴、村上 康二¹、
池嶋 健一²、齋浦 明夫³、桑鶴 良平¹、青木 茂樹¹

順天堂大学大学医学部附属順天堂医院 放射線科¹、
順天堂大学大学医学部附属順天堂医院 消化器内科²、
順天堂大学大学医学部附属順天堂医院 肝胆膵外科³、
順天堂大学大学医学部附属順天堂医院 病理診断センター⁴

30歳台女性。総排泄腔外反に対し複数回の手術歴あり。右上腹部に腫瘍を自覚し当院受診。腫瘍マーカーはAFP 926 ng/mlと高値でその他陰性。肝炎ウイルスは全て陰性。飲酒は機会程度。造影CTでは肝内に3つの腫瘍を認め、最大の腫瘍は分葉状で辺縁の濃染を呈した。MRIではいずれもT2強調像で軽度高信号、拡散強調像では辺縁主体に高信号でADCは軽度低値を呈した。出血や脂肪成分を示唆する信号はなかった。EOB-MRIの動脈相では辺縁主体の増強を呈したが、門脈相で明らかなwashoutはなかった。内部は移行相にかけて遷延性の増強が見られた。肝細胞相では低信号だが、最大の腫瘍では辺縁優位に比較的増強効果の遷延が見られた。PET/CTでは肝内の腫瘍には集積が見られたが、その他全身に異常集積はなかった。肝切除術が施行された。病理ではいずれの腫瘍も同様の組織像で、免疫染色から、Intermediate cell carcinoma (旧WHO分類のCombined hepatocellular and cholangiocarcinoma with stem-cell features, intermediate cell subtype) の診断となった。2019年に改訂されたWHO分類第5版にて、混合型肝癌のサブタイプとして従来用いられたstem-cell featuresの亜型がなくなり、このうちさらにintermediate cell typeと分類されていたものがintermediate cell carcinomaの名称に変更された。Intermediate cell carcinomaの画像所見はまとまった文献報告がなく、貴重な症例を経験したため報告する。

0-37 腫瘍を門脈が貫通していた肝細胞癌2例

熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、河合 雄一¹、館 靖¹、森 雄司¹、高橋大五郎²、
永井 英雅²、村上 秀樹³、藤野 雅彦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 外科²、
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 病理部³

症例1は70歳代男性。右背部痛で施行されたUSで肝右葉に腫瘍を認めた。Dynamic CTで肝右葉前区域に45mm大の早期濃染し、後期相では等-軽度低吸収を呈する分葉状腫瘍を認め、門脈枝が腫瘍を貫通していた。MRIのT1WI out phaseで信号低下を疑い、T2WIで軽度高、DWIで高信号を呈した。Dynamicで早期濃染し腫瘍の頭側は後期相で辺縁は低、内部は高信号を、肝細胞相で辺縁が高、内部が低信号を呈し、腫瘍の尾側は後期相で低、肝細胞相で高信号を呈し、門脈枝が貫通していた。

肝細胞癌をまず疑ったが、門脈枝が貫通している頭側は肝内胆管癌や細胆管細胞癌の合併も考えた。組織学的には、腫瘍は膨張性に発育し、異型肝細胞が不規則な細索状構造を形成して増生し、高分化型肝細胞癌と診断した。切除標本でも門脈枝が腫瘍を貫通していた。

症例2は60歳代女性。脂肪性肝炎で経過観察中にDynamic CTの平衡相で等-軽度低吸収、MRIの移行相と肝細胞相で低信号を呈する30mm前後の境界不明瞭な腫瘍を生じ、内部に10mm前後の淡い早期濃染を認めた。腫瘍内を門脈枝が貫通していた。約3.5年の経過で腫瘍の低吸収（信号）を呈する領域は軽度縮小したが、内部の早期濃染が明瞭化した。

門脈枝が貫通している点が非典型的であるが、肝細胞癌をまず疑った。切除標本では10mm前後の黄白色の充実性結節を認め、組織学的にはこの部は高分化肝細胞癌と診断され、周囲に高度異型結節相当の病変が広がっていた。

0-38 骨髄シンチグラフィを施行した肝骨髄脂肪腫の1例

佐藤 壮男、齋藤 和博、阿部光一郎、勇内山大介、杉本 勝俊、長尾 俊孝、
助田 葵

東京医科大学病院 放射線科

【目的】骨髄脂肪腫は成熟脂肪組織と造血細胞で構成される稀な非機能性良性腫瘍である。その多くは副腎皮質に発生する。今回、非常に稀な肝臓の骨髄脂肪腫を経験し骨髄シンチグラフィを含めた各種画像診断を行ったため、文献的考察を加えて報告する。【症例】40歳代男性。20年前に肝腫瘍を指摘されるも放置していた。腹部超音波検査で肝に高輝度腫瘍を指摘され、肝細胞癌疑いで受診した。血液検査では腎機能障害を認めたが、肝機能障害や肝炎ウイルスの検出はなく、腫瘍マーカーの上昇もなかった。病変は単純CTでは内部に脂肪濃度を含む、不均一な低吸収の腫瘍性病変として確認された。腹部単純MRIではT1強調像で高い脂肪含有を示し、T2強調像で腫瘍は高信号に描出された。組織生検の結果、脂肪滴と三系統の造血細胞の増生からなる骨髄様組織が見られ、骨髄脂肪腫の診断となった。¹¹¹InCl₃シンチグラフィによる骨髄シンチグラフィでは、腫瘍辺縁の脂肪組織の乏しい領域にはRIの軽度集積が、腫瘍内部の脂肪組織が豊富な領域には集積の欠損が認められた。【考察】骨髄シンチグラフィは骨髄に集積することから、副腎発生の骨髄脂肪腫においては有用性が報告されている。しかし、肝発生の骨髄脂肪腫の場合、背景の肝実質にも薬剤が集積するため評価が難しく、診断における有用性は乏しいと考えた。

O-39 Ductal plate malformation patternを示した肝内胆管癌の1例

桑鶴 良季¹、佐野 勝廣¹、三瀬 祥弘²、福村 由紀³、齋浦 明夫²、村上 康二²

順天堂大学医学部附属順天堂医院 放射線科画像診断学講座¹、

順天堂大学医学部附属順天堂医院 肝胆膵外科²、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科³

症例は70代女性。肝血管腫疑いとして近医で経過観察中に腫瘤が増大したため他院で生検を施行。生検で肝内胆管癌の診断となり手術目的に当院に紹介受診となった。当院受診時の血液検査では肝胆道系酵素は正常値で、各種ウイルス・腫瘍マーカーは陰性であった。

CTでは肝S4に長径4cmの境界明瞭な腫瘤性病変を認め、腫瘤は動脈相から門脈相にかけて辺縁優位に強く濃染し、平衡相では遷延性の造影効果を認めた。また中心部には造影効果の弱い領域があり、2層構造を呈していた。MRIでは同腫瘤の辺縁部はT2強調像で淡い高信号であり、拡散強調像で高信号、ADC低値を示し、動脈相で早期濃染、門脈相から移行相にかけて増強効果の遷延を認めた。一方の中心部はT2強調像で高信号主体の信号であり、拡散強調像で信号は低く、ADCも高い値を呈していた。肝細胞相では腫瘤全体に低信号を示した。肝S5部分切除術が施行された。組織所見では線維性間質豊富で拡張傾向の目立つ腺腔形成を有する小型胆管型の高分化型腺癌であり、Intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC) ductal plate malformation (DPM) の診断となった。

ICCの新しいサブタイプであるDPMの報告は非常にまれであり、画像的な特徴に関する報告にも乏しい。今回経験した稀な一例に若干の文献的考察を加え報告する。

O-40 成人先天性心疾患を背景に発生したHCCの一例

向井田瑛佑¹、田村 明生¹、藤田洸太郎¹、折居 誠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、阿部 珠美³、遠藤 啓³、及川 隆喜³、黒田 英克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 肝臓分野³、岩手医科大学 外科学講座⁴

症例は30歳代男性。0歳時に完全大血管転位症の診断となり、Mustard手術が施行された。20歳代でC型肝炎と診断され、抗ウイルス療法が開始となり11年後にウイルス学的著効達成が確認された。30歳代でのDynamic CT検査で肝S8に約3cmの早期濃染とwashoutを呈する腫瘤が出現した。EOB-MRI検査で同病変は拡散制限、T2延長を呈し、早期濃染やwashoutも認めた。HCCの診断となり腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。切除検体から中分化型HCCを認めた。背景肝には肝細胞の脱落と著しい線維化を認めた。肝硬変の主な成因としてウイルス性とうっ血性が挙げられた。病理学的に両者の区別は困難であったが、画像所見も加味するとうっ血性変化が主体と考えられた。

Mustard手術は大血管転位症に行われる心房内血流転換手術である。現在、大血管転位症の手術は大血管転換術（Jatene手術）が行われているが、姑息術であるMustard手術が施行され、成人まで経過観察されている例が多く存在している。Mustard術後では解剖学的右室が体心室となるため、体静脈圧が上昇した状態となる。また心房baffle部の石灰化やMustardルートの狭窄により体静脈圧はさらに上昇し、うっ血性肝硬変を来す例がある。先天性心疾患の予後改善と共に遠隔期肝合併症の発生が知られており、HCCの発生にも注意が必要と思われる。

O-41 悪性腫瘍との鑑別に苦慮した肝反応性リンパ濾胞過形成の2例

吉澤恵理子¹、山田 哲¹、塚原 嘉典¹、大彌 歩¹、土肥万利乃²、小林 翔太²、
窪田 晃治³、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 病態解析診断学教室²、
信州大学医学部 外科学教室³

1例目は40歳台女性。検診超音波検査にて肝腫瘍を指摘された。造影CTでは肝S1/8に径8mmの境界明瞭な低濃度腫瘍を認めた。病変辺縁部は早期濃染と後期相での低濃度化を、中心部は漸増性濃染を認め、病変周囲にAPシャントを疑う早期濃染を認めた。MRIでは病変全体に強い拡散制限を認め、被膜や脂肪、病変末梢胆管拡張は認めず、FDG-PETではSUVmax4の集積を認めた。胆道系腫瘍を疑い外科的切除を施行。病理学的にはリンパ球がリンパ濾胞を形成し周囲肝実質を圧排性に増殖し腫瘍を形成する像が認められ、病変の中心部に膠原線維増生を認めた。免疫染色の結果も踏まえ反応性リンパ濾胞過形成と診断した。2例目は50歳台女性。子宮腫瘍の精査目的で撮影された造影CTにてS5肝表直下に径6mmの境界明瞭な腫瘍を認めた。本症例は病変全体が早期濃染と後期相での低濃度化を示し、病変周囲に楔状の遅延性濃染・肝表の陥凹を認めた。転移性腫瘍を疑い外科的切除を施行、1例目同様反応性リンパ濾胞過形成と病理診断した。本症例では病変自体の膠原線維増生は軽微で、病変周囲に肝細胞の脱落と膠原線維増生を認め長期的なAPシャントの影響が示唆された。以上の所見から、反応性リンパ濾胞過形成では基本的に早期濃染、後期相での低濃度化を示すが、病変内に種々の程度の膠原線維増生を伴うため程度に応じた遅延性濃染域を含み、病変周囲に圧排性増殖を反映したAPシャントに伴う所見を認める事が示唆された。

O-42 多発肝腫瘍を呈したLangerhans細胞組織球症の一例

奥 永¹、轟木 陽¹、藤崎 瑛隆¹、林田 佳子¹、合田 智則²、原田 大²、
大河原紗代子³、塚田 順一³、久岡 正典⁴、青木 隆敏¹

産業医科大学 放射線科学講座¹、産業医科大学 第三内科²、産業医科大学 血液内科³、
産業医科大学 病理診断科⁴

症例は30代男性。1週間前から腰痛を自覚し、精査目的で施行したCTで多発肝腫瘍とTh11左椎弓根の溶骨性病変を認めた。多発肝腫瘍はいずれも2cm以下の類円形腫瘍であり、単純CTで背景肝と比較し低吸収を示し、MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像で淡い高信号、拡散強調画像で高信号を呈した。造影後のCT/MRIでは、辺縁優位の増強効果を認めた。18F-FDG PET/CTでTh11左椎弓根の溶骨性病変に強い集積亢進を認めた。転移性腫瘍などの悪性病変が疑われ、骨髓生検および超音波ガイド下肝生検を行った。摘出標本の病理では、腫瘍細胞は胞巣状で、明るい胞体、くびれた核形状、核溝を有し、間質に著明な好酸球浸潤が見られた。免疫染色でCD1a陽性、Langerin陽性となり、Langerhans細胞組織球症の確定診断を得た。Langerhans細胞組織球症の罹患臓器は主に骨や皮膚、肺、中枢神経などが挙げられるが、成人で肝病変を伴うLangerhans細胞組織球症は極めてまれであり、画像所見を中心に文献的考察を加えて報告する。

O-43 淡明細胞型肝内胆管癌が疑われた一例

吉松 凜¹、禹 潤²、宝関 明子¹、加納 瑠為¹、福田 大記¹、宗像 浩司¹、東條慎次郎¹、原田 徹³、塩崎 弘憲⁴、二川 泰郎⁴、岡本 友好⁴、豊田 圭子¹

東京慈恵会医科大学第三病院 放射線部¹、東京慈恵会医科大学附属病院 放射線医学講座²、東京慈恵会医科大学附属第三病院 病院病理部³、東京慈恵会医科大学附属第三病院 外科⁴

症例は40代の女性。15年前に右乳癌に対して乳房部分切除術の既往あり。フォロー CTで肝右葉に不整形腫瘍を認め、精査となった。非造影CT検査にて肝S7に一部肝外へ突出し横隔膜を圧排する約9cm大の分葉状腫瘍を認め、内部に嚢胞成分と充実成分が混在していた。造影CT検査にて充実成分は不均一な増強効果を呈し、動脈相から平衡相にかけて遷延性濃染を認めた。MRI検査T1WIにて出血/壊死を示唆する高信号域が散見され、in/out phase像で極少量の脂肪含有が示唆された。充実成分は拡散低下が見られた。EOB-MRI検査では動脈相から移行相にかけて遷延性増強効果を認めた。5ヶ月後のCT検査で腫瘍は約10cm大に増大した。FDG-PET/CT検査では充実成分にFDG集積亢進を認め、肝外に異常集積は認めなかった。悪性腫瘍を否定できず、肝S7部分切除が行われた。病理所見は肉眼上、黄白色多結節腫瘍で内部は一部壊死を伴い嚢胞状であった。組織所見では淡明～好酸球性細胞質を有する異型細胞を認めた。特殊染色にてPAS陽性、Al-Blue陽性、免疫組織化学染色にてCK7強陽性、CK19陽性、CK20陰性、Napsin A陽性、Hep-Par1陰性、TTF-1陰性、Mammoglobin陰性であった。以上から肝内胆管癌の特殊型と転移性腫瘍が鑑別に挙げられたが、全身精査により後者は否定的で淡明細胞型肝内胆管癌が最も疑われた。病理組織学的に淡明細胞を呈する肝内胆管癌の報告は稀少である。貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

ポスター展示抄録

P-1 まだら脂肪肝様の画像所見を呈した乳癌のびまん性肝浸潤

原 佑樹¹、清水 宏一¹、松浦紘一郎¹、高橋 大雄¹、大澤威一郎¹、井上 快児¹、
齊藤 陽一²、市村 隆也³、佐々木 惇³、小澤 栄人¹

埼玉医科大学 放射線科¹、埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科²、埼玉医科大学 病理診断科³

症例は60歳代女性で乳癌の既往あり。肝胆道系酵素上昇と腫瘍マーカー高値（CEA, CA125, CA19-9）のため当院受診、精査のため撮影された造影CTで、肝全体にまだら状の低吸収域が認められた。当初はまだら脂肪肝を疑われていたものの、腫瘍マーカー高値の説明がつかず、追加でSPIO-MRIおよびFDG-PET/CTが施行された。MRIでは、CTで脂肪沈着と思われた低吸収域に一致して拡散制限およびSPIO取り込み低下を認め、同部位はFDG集積亢進を呈していた。肝生検が施行され、病理所見でグリソン鞘を中心に腫瘍細胞が進展し、肝実質にも広範囲に浸潤する像が見られ、HER2は強陽性であった。以上より、乳癌のびまん性肝浸潤と診断された。その後は近医で緩和ケアの方針となった。

悪性腫瘍のびまん性肝浸潤は原発巣として胃癌、肺小細胞癌、悪性リンパ腫などでも生じることがある。この病態は腫瘍を形成しないことが多く、一見正常肝に見えることから、画像所見での診断が難しい場合がある。担癌患者の急性肝不全を認めた場合、びまん性肝浸潤も鑑別にあげるべきで、これは進行が急激で数日の経過で死亡する場合もあるため、肝生検などの早期の介入が必要である。

P-2 多血濃染を示さなかった肝血管肉腫破裂の一例

可知 真南¹、竹山 信之¹、樋口 舞香¹、笹沢 俊吉¹、田代 祐基¹、堀 祐郎¹、
松尾 憲一²、田中 邦哉²、関根 隆一²、高橋 裕季²、上田 康雄³、小川 高史³、
和田あかね³、楯 玄秀³、橋本 東児¹

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・一般外科²、
昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科³

症例は68歳男性、主訴は右側胸部痛。腹部超音波検査で肝右葉に15cm大の腫瘍あり、内部流動的で出血を疑われ、精査加療目的に当院紹介受診した。血液検査では、LDH 558U/L, ALP 186U/L, r-GT 438U/L, CRP 6.4mg/dL, PT-INR 1.16, APTT 38.5sec。AFP, CA19-9, CEA, PIVKA-IIいずれも陰性。血管マッピングを含む術前CTで、肝右葉に長径17cm大の出血性嚢胞性腫瘍を認め、頭尾側にわずかに造影される充実性病変が見られた。肝表面に液貯留が見られ、腫瘍破裂が疑われた。EOB-MRIのT1強調像では大部分が不均一な高信号を呈し、T2強調像で辺縁に血餅と思われる高信号域を認めた。充実性病変はT2強調像で淡い高信号、拡散強調像で高信号を呈し、動脈相で多血濃染は見られず、門脈相でわずかに造影効果が見られた。肝細胞癌破裂あるいは血管肉腫が疑われ、肝右葉切除術が施行された。病理組織像は壊死を伴う腫瘍性病変であり、血管腔を伴い紡錘形または類円形の腫瘍細胞の増殖が見られた。CD31, CD34, Vimentin陽性であり、肝血管肉腫と診断された。肝血管肉腫は肝原発非上皮性悪性腫瘍で最多であるが、稀な腫瘍である。今回、腫瘍内壊死が強く造影増強効果が目立たない肝血管肉腫を経験したため、画像所見を中心に文献的考察を加えて報告する。

P-3 Steatohepatic typeの肝細胞癌の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、金谷 麻央¹、
鷹取 正智¹、倉田 徹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 外科²、富山県立中央病院 病理診断科³

患者は80歳台の女性。飲酒習慣はなく、HBVおよびHCV感染もない。糖尿病に対して内服治療を行っている。6年前に右下葉肺癌の切除術を受け、5年前からCEA上昇に対してゲフィチニブ投与を継続していた。AFP、PIVKA-IIの上昇はなく、CEAもこの時点で正常値。経過観察のCTで肝S1/6に33mm大の低吸収（脂肪濃度）の腫瘤を認めた。6ヶ月前のCTを再検すると同部に10mm大の低吸収腫瘤を確認できた。腫瘤は造影CTでは早期相で軽度造影され、門脈相以降の造影効果は不明瞭。MRIではT1強調画像in phaseで高信号、opposed phaseで低信号、T2強調画像で不均一に軽度高信号、拡散強調画像で不均一な高信号、ADC値軽度低下を示した。早期相での造影効果は軽度で、門脈相以降の造影効果は不明瞭、肝細胞相で低信号を示した。FDG-PETでは正常肝と同程度の集積であった。肝部分切除術を行ない、組織学的には脂肪沈着が目立つ腫瘍細胞が索状に増殖し、steatohepatic typeの中分化型肝細胞癌と診断された。背景肝には脂肪沈着や線維化はほとんど認めず、鉄や銅沈着の所見もなかった。また褐色色素の沈着を認めたが、由来は不明であった。脂肪沈着を伴う肝細胞癌は高分化のものが多くとされるが、steatohepatic typeはより高悪性度とされるため、文献的考察を交えて報告する。

P-4 髄膜腫の転移性肝腫瘍の1例

前田 章吾¹、中村 優子¹、近藤 翔太¹、成田 圭吾¹、本田有紀子¹、立神 史稔¹、
粟井 和夫¹、村上 英介²、河岡 友和²、柘植 雅貴²、岡 志郎²、黒田慎太郎³、
小林 剛³、大段 秀樹³、有廣 光司⁴

広島大学大学院 放射線診断学¹、広島大学大学院 消化器代謝内科学²、
広島大学大学院 外科学³、広島大学病院 病理診断科⁴

症例は70歳代の男性。咳嗽が持続するため、近医で胸部CTを撮影したところ、多発肝腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院に紹介された。26年前に髄膜腫に対し開頭腫瘍摘出術、3年前に頭蓋内再発に対し再度開頭腫瘍摘出術が施行されている。肝ダイナミックCTでは淡く濃染されるものの、周囲肝と比較し乏血性の肝腫瘍が多発しており、もっとも大きな腫瘍は中心部に造影不良域を伴っていた。同病変はMRIではT1WIでは辺縁は淡い低信号、中心部は低信号を呈しており、T2WIでは辺縁が淡い高信号、中心部は高信号を呈していた。DWIでは辺縁優位に強い高信号を呈し、肝細胞造影相では低信号を呈していた。FDG-PETでは肝腫瘍に最大でSUVmax: 6.3のFDG集積が認められたが、そのほかの部位に異常集積は認められなかった。画像から多発肝転移の可能性を疑ったが、原発巣の同定にいたらなかったため、生検が施行され、病理学的に髄膜腫の肝転移と診断された。髄膜腫はクモ膜表層細胞より発生する脳実質外腫瘍であり、原発性頭蓋内腫瘍の15-18%と頻度は高い。髄膜腫の局所再発率は18%程度と低くないが、頭蓋外転移は極めて稀であり、その頻度は文献上0.15%程度と報告されている。本症例について若干の文献的考察を加え報告する。

P-5 肝放線菌症の1例

松本 純一、米田 憲秀、北尾 梓、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60歳台男性、腭頭部癌に対して腭頭十二指腸切除後3年7ヶ月後の造影CTで肝S4に腫瘤を指摘された。37歳時に進行胃癌に対して胃全摘術の既往を有す。症状は認めず、血液検査上は軽度の炎症反応高値を示し腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。ダイナミックCTでは腫瘤は長径5.8cm大、境界不明瞭で動脈相では大部分が淡く濃染され、平衡相で漸増性に濃染された。一部double target様にも見える部分を有した。腫瘤内に肝動脈が貫通する部分を認め、伴奏する門脈は閉塞し、末梢胆管拡張と区域性の早期濃染を認めた。EOB-MRIではT1強調像で低信号、T2強調像や拡散強調像で不均一な高信号を呈し、ADC mapでは低値、肝細胞相では低信号を示した。FDG-PETでは早期相でSUVmax18の集積を認めた。肝生検で炎症性偽腫瘍疑いと病理診断され経過観察となった。2ヶ月後腫瘤は増大したため、再度肝生検を施行したが悪性像は認めず、菌体も検出されなかった。初診から9ヶ月後、発熱と腹痛を主訴に来院した。肝臓の腫瘤はさらに増大し、肝外に複数の膿瘍を伴っていた。経皮的ドレナージを施行し、膿汁からグラム陽性桿菌が検出され、放線菌症が疑われた。抗生剤による治療を開始し、腫瘤は緩徐に縮小し、経過でほとんど消失し、腫瘤の存在した肝左葉内側区や外側区は脱落、萎縮した。画像診断に難渋し保存的加療に奏功するまで詳細な画像経過を追えた肝放線菌症を経験したので、文献的考察を交え報告する。

P-6 アルコール性肝硬変を背景とした Perivenous hepatic iron deposition の2例小森 隆弘¹、米田 憲秀¹、小坂 一斗¹、小林 聡¹、高田 昇²、関 晃裕²、吉村かおり³、原田 憲一⁴、蒲田 敏文¹金沢大学附属病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 消化器内科²、金沢大学附属病院 病理診断科³、金沢大学大学院医薬保健学総合研究科・医学保健学域医学類 人体病理学⁴

アルコール性肝硬変において肝静脈周囲に鉄沈着を認めた2例を経験したので報告する。

症例1は50代女性。アルコール性肝硬変・溶血性貧血で通院中、血小板減少・血栓症の有無の評価目的で撮像したCTで肝実質に境界不明瞭な低吸収域を認めた。MRIでは肝静脈周囲にT1WI out of phaseからin phaseにかけて、TEの延長で軽度信号低下を示す領域を認め、同領域はR2* mapで信号値が上昇しており、鉄沈着が示唆された。肝生検を施行し、組織学的には鉄沈着を示す肝細胞が散見された。

症例2は40代女性。アルコール性肝硬変・溶血性貧血を背景として肝移植を前提とした検査を施行した。MRIで肝静脈周囲にT2WI低信号域を認め、同領域はT1WI out of phaseからin phaseにかけて、TEの延長で信号が低下、R2* mapで信号値の上昇を認め、鉄沈着が示唆された。

いずれの症例も背景にアルコール性肝硬変・溶血性貧血を有し、血液検査では血清フェリチン値が高く、体内の鉄過剰状態が考えられた。アルコール性肝疾患において、肝静脈周囲への脂肪沈着が比較的良好に知られており、門脈血流の減少が原因の一つと推察されている。稀ではあるが、アルコール性肝疾患を背景とし鉄過剰状態においても同様の機序で肝静脈周囲への鉄沈着が生じる特徴があることが報告されており、アルコール性肝疾患の画像評価において、肝静脈周囲へ鉄沈着が生じることも念頭に置いておく必要がある。

P-7 肝発生の巨大な chronic expanding hematoma の一例

土屋 直子¹、南 哲弥¹、的場 宗孝¹、高橋 知子¹、土屋 紘一¹、望月 孝史¹、
宮田 隆司²、山田 壮亮⁴、山形 光慶³、土島 睦³、高村 博之²

金沢医科大学 放射線医学¹、金沢医科大学 一般・消化器外科学²、
金沢医科大学 肝胆膵内科学³、金沢医科大学 臨床病理学⁴

症例は73歳男性。2-3年前からの腹部膨満感を主訴に当院肝胆膵内科外来を受診。近医で糖尿病、高血圧の内服加療中で、腹部の手術歴はなし。腹部USでは肝右葉全体を占拠する、長径17cm大の類円形腫瘍を認めた。内部不均一で無エコー域も見られ、明らかな血流シグナルは認めなかった。CTでは辺縁石灰化を伴う不均一な低吸収腫瘍で、内部は造影にてほとんど増強されず、辺縁にpoolingのような造影効果が見られた。FDG PETでは集積を認めず。MRIではT2WI低信号の被膜様構造を有し、辺縁にT2WI高信号の大小様々な結節状病変が並んだような構造を認め、その一部はT1WIでも高信号で、新旧入り混じった血種が疑われた。その他には肝嚢胞が多発。以上の所見より chronic expanding hematoma (CEH) を疑い、消化器外科で肝拡大右葉切除術を施行。肉眼的には腫瘍は比較的厚い線維性被膜や肝実質・漿膜に覆われており、病理では内部に新旧の血種の混在や壊死物質を認めた。硝子化の目立つ比較的厚い膠原繊維に被覆され、石灰化も伴っていた。上皮成分は認めず、腫瘍成分や悪性所見は見られなかった。病理所見からも肝発生のCEHとして矛盾せず、背景の肝組織には圧排による慢性炎症の所見や大小の肝嚢胞が散見された。肝発生のCEHの報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-8 多発先天奇形を合併した不完全重複門脈の1例

市川 珠紀¹、松本 俊郎²、野村 敬清¹、山室 博¹、鶴谷 康太³、加川 建弘³、
山本聖一郎⁴、永藤 唯¹、橋本 順¹

東海大学医学部 専門診療学系画像診断学¹、アルメイダ病院 放射線科²、
東海大学専門診療学系医学部 消化器内科³、東海大学専門診療学系医学部 消化器外科⁴

先天性に門脈が2本存在する病態は重複門脈と副門脈を伴う正常門脈とに大別される。重複門脈は2本の門脈が肝門部で平行に肝内に流入する奇形である。大部分は分岐前門脈が十二指腸前門脈で、時に脾静脈から連続する通常門脈と上腸間膜静脈から連続する十二指腸前門脈が個々に存在する。今回我々は回盲部周囲の嚢胞性病変検査で偶然発見された重複門脈の1例を報告する。症例は無症状の60歳代女性、肝機能は正常。photon counting CTによるdynamic CTを施行し、0.4mmスライス幅の2次元及び3次元画像を評価した。肝右葉腹側域に肝下部から流入する十二指腸前門脈と通常肝門部に流入する門脈が認められ、両門脈は上腸間膜静脈で連結し、各相で両者の径や造影効果はほぼ同等であった。通常門脈還流域は脂肪肝であったが、十二指腸前門脈還流域の脂肪化はなかった。合併する先天奇形は重複下大静脈、胆嚢近傍の異所性肝、分葉脾、膵頭部形成異常であった。肝門脈は正常位置に1本存在し、動脈および胆道系に大きな変異はなかった。重複門脈は非常に稀な先天奇形で、CTで評価した症例は数例である。自験例は上腸間膜静脈で連結された2本の門脈径が同程度であった点、一方の門脈が十二指腸前門脈であった点より不完全重複門脈の呼称が適切だと判断した。重複門脈の還流領域により脂肪沈着差が生じた症例の報告はあるが、重複門脈に他の先天奇形を合併した報告例はなく、発生を含め文献的考察する。

P-9 同様な形態を示した脾動脈全体の真腔閉塞偽腔開存型解離性紡錘状脾動脈瘤の2例

古田 昭寛¹、羽賀すみれ¹、小濱さゆり¹、中島 宏徳¹、西尾 直子¹、舌野 富貴¹、前倉 拓也¹、森 暢幸¹、塩崎 俊城¹、伊藤 久尊²、徳永 幸史³、光野 重芝⁴

日本赤十字社 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、
日本赤十字社 和歌山医療センター 放射線診断科³、
神戸市立医療センター中央病院 放射線診断科⁴

症例1:40代男性、左側腹部痛。過去に同様な症状あり。CTで脾動脈起始部から脾門部にかけて紡錘状動脈瘤が見られ、腹腔動脈から解離が見られた。偽腔経路は開存し拡張、脾臓に血流を供給していた。脾動脈起始部から大脾動脈分岐部まで見られた非常に細い流路を除く真腔閉塞、偽腔開存の紡錘状解離性動脈瘤と考えられた。腎動脈瘤も存在しSAM (segmental arterial mediolysis) の可能性があった。瘤の全長にわたり壁在血栓が見られ、もっとも太い径 (35×26mm) の辺縁の血栓部分は単純CTで濃度が高く破裂後変化の可能性が考えられた。症例2:50代女性。他疾患の経過観察CTで偶然脾動脈瘤を指摘。脾動脈起始部から脾門部までの紡錘状動脈瘤 (最大径45×37mm) が見られ、腹腔動脈から解離が見られた。また、瘤のほぼ全長にわたり壁在血栓が見られ、脾動脈瘤内開存部から分岐する動脈はなかった。真腔閉塞、偽腔開存の紡錘状解離性脾動脈瘤と考えられた。偽腔経路は開存、拡張していた。肝内動脈や上腸間膜動脈にも瘤が見られSAMの可能性があった。約半年後のCTでサイズの増大が見られた。2例とも偽腔からの血流で脾臓を栄養する同様な解離性脾動脈瘤で経時的に増大や繰り返す腹痛のイベントが見られた。脾動脈全体にわたる真腔閉塞偽腔開存型解離性紡錘状脾動脈瘤は稀と考えられ、過去に詳細な報告はない。多施設で遭遇した脾動脈解離の症例の検討とともに文献的考察をふまえて報告する。

P-10 重複門脈の一例

山岡 利成、栗原 研輔、尾上 宏治、渡邊 幸香
京都桂病院 放射線科診断科

80代 女性【主訴】悪寒【現病歴】4日前より38度台の発熱が持続。近医を受診したところ、肝機能異常も認められたため、当院消化器内科に受診となった。当院の腹部超音波検査で、脾頭部の血管拡張像を認めたため、dynamic CTが施行された。【手術歴】虫垂炎 (19歳)、子宮体癌 (55歳)、肺癌 (75歳)【既往歴】脂質異常症【画像所見】脾頭部腹側に上腸間膜静脈から連続する拡張した血管を認め、肝右葉門脈に連続していた。この静脈に並走する血管が認められ、脾静脈と肝左葉門脈に連続していた。両者の間には、脾頭部背側を通る本来の上腸間膜静脈が認められたが、低形成であった。【経過】明らかな熱源は同定されず、近医での投薬継続・経過観察を行う方針で逆紹介となった。【考察】重複門脈は稀な変異であり、文献的報告も限られている。胎生期に卵黄嚢と静脈洞をつなぐ2本の卵黄静脈 (vitelline vein) の間には3本の吻合枝 (cephalic, middle, caudal anastomosis) が存在するとされている。これら2本の卵黄静脈と3本の吻合枝は胎生6週から10週の間はその一部が退縮しつつ、門脈を形成するが、退縮様式により種々の変異が発生する。本発表では、重複門脈につき、文献的考察とともに報告する。

P-11 JAK2 遺伝子変異の関与が疑われた門脈血栓症の一例

堀越 琢郎¹、那須 克宏¹、阿久津 陽¹、宮越 麻彩¹、武藤 朋也²、清野宗一郎³、
近藤 孝行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 血液内科学²、
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学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50歳代女性、X-3年前に腹痛を主訴に前医を受診。前医CTにて門脈～上腸間膜血栓を認め、ワーファリン投薬のみで経過観察をしていた。その後、範囲の拡大を認め、精査目的に当院紹介となった。当院CTでは脾静脈～門脈本幹～門脈区域枝は著明に狭小化・萎縮し、大部分は同定できず、肝外門脈閉塞症となっていた。肝十二指腸靱帯～臍頭部には細かな血管が増生し、胆管周囲には造影される厚い軟部影があり、海綿状血管増生と考えられた。脾腫、肝左葉の腫大、右葉の萎縮が認められた。MRIでも同様に脾静脈～門脈本幹～門脈区域枝の狭小化と萎縮、海綿状血管増生を疑う陰影、脾腫、肝の変形が認められた。凝固機能検査では異常はなかったが、白血球増加、血小板増加が認められた。脾腫、広汎な血栓傾向、門脈血栓の原因となる異常を他に認めないこと、血栓が増悪傾向にあることから、骨髄増殖性腫瘍が疑われた。末梢血検査、骨髄生検、遺伝子変異解析によりJAK2 V617F 遺伝子変異を伴う骨髄系腫瘍（赤血球増多症）と診断された。JAK2 遺伝子変異は慢性骨髄増殖性疾患の疾患関連因子として重要性が認知されている。JAK2 遺伝子変異は門脈血栓との強い関連性が報告されており、明らかな基礎疾患が指摘されない門脈血栓については、JAK2 遺伝子変異を伴った骨髄増殖性腫瘍の可能性を念頭に置き精査をすすめることが必要である。

P-12 肝門部に生じた異所性副腎皮質腺腫の一例

坂本 直也¹、南 学²、大久保悟志³、宇留賀公紀⁴、高澤 豊⁴、増本 智彦¹

虎の門病院 放射線診断科¹、筑波大学 放射線医学²、虎の門病院 消化器外科³、
虎の門病院 病理診断科⁴

【症例】症例は51歳女性。50歳時に人間ドックを契機に当院を受診し、緩徐進行1型糖尿病と診断されていた。その際の腹部超音波検査で肝門部に径17mm、低エコーの類円形結節を指摘された。単純CTでは軟部濃度を示し、MRIではT1WI低信号、T2WI軽度高信号で、拡散制限を認めた。脂肪の含有を疑わせるT1WI in-opposed phase間の信号低下は明らかではなかった。腫大した肝門部リンパ節が疑われ、経過観察となっていた。約1年後に撮像された造影CTでは、早期からいずれの相でも肝実質よりやや強い増強効果を示した。サイズにほとんど変化がなかったが、診断確定のため手術の方針となった。黄色調の結節が切除され、免疫染色も含めた結果、副腎皮質腺腫が疑われた。左右の副腎から離れた位置に発生したことを踏まえ、異所性副腎組織に生じた副腎皮質腺腫と診断された。

【考察】副腎は発生学的に、中胚葉由来の皮質と、外胚葉由来の髄質からなり、皮質は性腺と同一の由来を持つ。異所性副腎皮質が生じる機序のひとつに、発生過程で性腺が下降する際、その経路に沿って副腎皮質組織の一部が移動することが考えられており、精巣・精索や卵巣、腹腔動脈や副腎周囲の脂肪組織内に多い。異所性の副腎腫瘍がこれらの異所性副腎組織から生じることが稀にあるが、我々が文献を渉猟した限り、肝門部に生じた報告はない。鑑別に挙げることは難しいが、分布や性状を確認することで、鑑別の一助となり得る。

P-13 腎細胞癌 胆嚢転移の1例

田中 賢一、真鍋 悠利、今上 雅史、藤本 憲吾、三田村克哉、則兼 敬志、
佐野村隆行、室田真希子、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歳台の男性。X-4年に左腎腫瘍に対して左腎摘出術を施行、淡明細胞型腎細胞癌と病理診断された。術後半年で肺転移が出現したため、化学療法が開始された。その後の経過で腓転移、右腎転移も出現していた。X年の造影CTでは肺転移、腓転移は縮小を維持、右腎転移は残存していた。さらに胆嚢内に結節影が新たに出現していた。境界明瞭な径1.5cmほどの結節影であり、単純ではやや不明瞭だが早期に強い濃染、漸減する造影効果を示した。FDG-PET/CTではSUVmax：3.27の集積亢進を示した。胆嚢癌と腎細胞癌の胆嚢転移が鑑別にあがったが診断には至らなかった。確定診断のため胆嚢摘出術が施行された。肉眼像では胆嚢頸部に1.5cmほどの腫瘍性病変を認めた。病理組織学的には病変部に淡明～好酸性の胞体を有する癌細胞が、細血管を伴って管状～乳頭状、あるいは充実性に増殖していた。免疫組織化学的には癌細胞はPAX8(+)、CD10(+)、vimentin(+)、CK7(-)、CK20(-)であった。以上から、腎細胞癌の胆嚢転移と診断された。悪性腫瘍の胆嚢転移は非常にまれであり、術前に診断されることも少ない。原発としては悪性黒色腫（約55%）が最もおおく、乳癌（13.6%）、肝細胞癌（13.6%）が続く。腎細胞癌（6.8%）はややまれではあるが報告されている。術前から腎細胞癌の胆嚢転移を鑑別にあげることができた症例を、画像所見も含めた文献的考察を交えて報告する。

P-14 胆嚢出血で発見され、診断・治療に難渋した胆道血管肉腫の一例

阿部 哲也¹、森 健作¹、吉田 美貴¹、橋本 真治²、坂本 規彰³、中島 崇仁¹
筑波大学附属病院 放射線診断・IVR科¹、筑波大学附属病院 消化器外科²、
筑波大学附属病院 病理診断科³

症例は65才男性。腹痛を主訴に受診し、血液検査で総ビリルビン8.8mg/dlと高値を指摘された。単純CT検査では胆嚢および肝内、肝外胆管の拡張が認められ高吸収の血腫が充満していた。造影CTでは胆嚢頸部の壁からの活動性出血が認められたが、腫瘍を疑う壁肥厚は認められなかった。原因不明の胆嚢出血との診断で胆嚢摘出を試みられたが癒着が強いため全摘できず頸部は縫縮して残された。病理組織では切除された胆嚢壁に炎症細胞浸潤が認められるのみであった。出血は続き、胆嚢動脈分枝の塞栓術を3回実施したが止血できず、残存胆嚢切除術が施行された。病理組織では胆嚢壁の壊死、線維化が認められた。しかし、その後も肝外胆管からの出血が認められ、右肝動脈の分枝の塞栓術が実施されたが止血できず、最終的に肝外胆管切除術が実施された。病理組織では胆管内に充満した血腫の一部に類洞様構造が認められ、近傍に血管内皮マーカー（CD31、34、ERG）陽性の異型細胞が核分裂像を伴って集簇する部分が認められ、血管肉腫と診断された。術後は止血されたが、6週間後に黒色便・貧血が生じ、造影CTで十二指腸に浸潤する局所再発・多発肝転移・腹膜播種が認められ、4週間後に死亡した。再発病変は高吸収の血腫内に出血を伴っており、経過中胆嚢や胆管内に見られた病変に類似していた。胆道原発の血管肉腫は希であり、診断、治療に難渋した症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

P-15 胆嚢腺筋腫症に合併した胆嚢印環細胞癌の一例

成田 晶子¹、松永 望¹、山路真也子¹、川井 恒¹、太田 豊裕¹、井上 匡央²、
佐野 力³、山本 侑季⁴、鈴木耕次郎¹

愛知医科大学病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 肝胆膵内科²、
愛知医科大学病院 消化器外科³、愛知医科大学病院 病理診断科⁴

症例は60歳代男性。胆嚢底部限局型の胆嚢腺筋腫症と胆嚢結石で経過観察中に、胆嚢体部を主体とするびまん性の壁肥厚が出現し精査となった。Dynamic CTでは頸部～体部の壁肥厚部内側が早期相から著明に濃染され、後期相まで造影効果は遷延していた。壁肥厚部外側は漸増性の造影効果を呈し、胆嚢床の肝S5に漸増性造影効果を呈する領域がわずかに連続していた。MRIにて、壁肥厚部はT2強調像にて肝実質と等信号、拡散強調像にて軽度高信号を呈していた。胆嚢底部には嚢胞構造を認めた。MRCPでは胆嚢頸部～胆嚢管の描出が欠損していた。また、肝十二指腸間膜内リンパ節に軽度腫大を認めた。EUSでは胆嚢壁は全体に肥厚し、体部の壁肥厚部は腹腔側優位で内腔が不整であった。底部にはRAS構造も認めた。胆嚢癌を疑い肝床と肝外胆管切除術を施行した。病理にて胆嚢壁全体に印環細胞様癌細胞が増殖し、胆嚢原発の印環細胞癌と診断された。胆嚢印環細胞癌は稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

P-16 胆嚢腺筋腫症との鑑別が困難であった intracholecystic papillary neoplasm の一例

徳田 文太¹、佐藤 修²、堅田 和弘³、本田 水月⁴、井村 徹也⁴、落合登志哉⁵

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、
京都府立医科大学附属北部医療センター 消化器内科³、
京都府立医科大学附属北部医療センター 病理診断科⁴、
京都府立医科大学附属北部医療センター 外科⁵

Intracholecystic papillary neoplasm (ICPN) は、2010年のWHO分類より規定された胆嚢の前浸潤性腫瘍性病変で、大多数の症例は胆嚢内腔へ突出するポリープ状病変を呈する。今回、ポリープ状病変を欠き、診断に苦慮したICPNの症例を経験したので報告する。
症例は40代男性。右腹痛で近医受診し、胆嚢炎疑いで当院へ紹介受診となった。CT・MRIにて胆嚢体部から底部に浮腫状の高度壁肥厚を認めた。同部位で胆嚢内腔は狭小化し、周囲にRokitansky-Aschoff sinus (RAS) と思われる小嚢胞の集簇を認め、胆嚢腺筋腫症の存在が示唆された。また、RASとは別に壁内に大きな嚢胞構造があり、内部の一部にdebris様の沈殿物や拡散制限を伴い、bile leakや膿瘍が疑われた。胆嚢粘膜は全体に肥厚して濃染を示したが、不整や隆起性病変は指摘できず、画像上は連続性は保たれていた。胆嚢腺筋腫症に合併した胆嚢炎との臨床診断の下、抗菌薬治療を施行した。治療開始2ヶ月後のCTでは胆嚢壁肥厚は改善したが、壁内の嚢胞構造は残存していた。腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行され、病理学的には胆嚢壁内の大きな嚢胞は胆嚢内腔と連続して漿膜下に及び、嚢胞壁に沿って胃型～胆膵型の形質を示す粘液豊富な異型細胞が乳頭状に増生していた。また、in situ carcinoma相当の異型が混在し、底部方向で嚢胞構造が破綻して粘液漏出・肉芽腫反応を伴っていた。以上より、ICPN with associated invasive carcinomaと診断された。

P-17 **PSCの経過中に生じたIPNBの一例**

宮越 麻彩¹、那須 克宏¹、堀越 琢郎¹、阿久津 陽¹、高地 祐輔²、岸本 充²、
大山 広³、加藤 直也³、高屋敷 吏⁴、大塚 将之⁴、宇野 隆⁵

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 診断病理学²、
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学³、千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学⁴、
千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁵

症例はX-13年より原発性硬化性胆管炎（primary sclerosing cholangitis; PSC）として経過観察されていた30代女性。MRIおよびERCPでPSCに特徴的な数珠状、枯れ枝状の胆管像が肝全体に見られていた。X-3年に肝外側区の胆管拡張が増悪し、胆管狭窄疑いとして胆管拡張術、胆管ステント留置も行われたが、その後も胆管炎を繰り返していた。X年のMRIでは肝外側区の胆管拡張増悪に加えて、総胆管拡張が顕在化した。同MRIのthin slice imageでB2に乳頭状隆起が疑われたこと、明らかな閉塞起点の無い胆管拡張であることと併せてintraductal papillary neoplasm of bile duct (IPNB) からの粘液産生による胆管拡張を疑った。胆道鏡ではB2, B3, 左肝管にイクラ状隆起が多発し、同部には粘液が充満していた。細胞診class IVが検出されたため左肝切除が施行された。病理では胆管壁に沿うようにして低乳頭状増殖を示す異型上皮が広範に進展・増殖し、一部では間質浸潤を伴う高乳頭状増殖を示す病変が認められ、浸潤性胆管内乳頭状腫瘍（IPNB with associated invasive carcinoma）と診断された。画像で検出された乳頭状隆起は浸潤癌成分に相当すると推察された。PSCの長期経過観察中に胆管癌が高頻度に合併することは広く知られているが、稀ではあるもののIPNB合併の報告も見られる。今回PSCを背景としたIPNB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。

P-18 **嚢胞形成を伴いIPMCと鑑別困難であった膵マンントル細胞リンパ腫の1例**

中山かおり¹、齊藤 彰俊¹、小山 敏雄²

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

症例は80歳代男性。検診USにて、膵体尾部に嚢胞性腫瘤を指摘され、当院受診。造影MRI、造影CTにて膵体尾部に18mm大までの単房性、多房性嚢胞を認め、一部の嚢胞内には造影効果を伴う充実部を伴っており、IPMCが疑われた。また、胃小弯側やSMA沿いの腸間膜リンパ節に多発する腫大リンパ節を認めた。リンパ節に対するEUS-FNAにてclass III b、悪性リンパ腫の診断となった。膵体尾部および脾臓切除術、腹腔内リンパ節生検を施行し、膵マンントル細胞リンパ腫の組織診断となった。また、骨髓生検にて骨浸潤を認めたため、追加の化学療法が施行された。

以上、嚢胞形成を伴う膵マンントル細胞リンパ腫の1例を経験したため、多少の文献的考察を加えて報告する。

P-19 膵dermoid cystの1例

永澤 友章¹、川口 真矢¹、河合 信行²、野田 佳史²、松尾 政之²
大垣市民病院 放射線診断科¹、岐阜大学 放射線科²

症例は56歳男性。背部痛を主訴に撮像したCTで偶発的に膵鉤部の長径48mm大嚢胞性腫瘍を指摘された。EUSで造影される壁在結節等の悪性所見を認めず、分枝型IPMNやSNなどの良性病変を疑った。5年の経過観察の後、腫瘍は緩徐に増大したため、膵頭十二指腸切除術の方針となった。術前の造影CTでは63mm大の分葉状・多房性嚢胞性腫瘍で、辺縁にわずかな脂肪含有を認めた。石灰化や造影される充実成分は認めなかった。MRI T1強調像にて内部は低信号、T2強調像では高信号主体で線状の低信号域を散見した。MRCPのMIP像ではmicrocystic typeのSN様の所見を呈し、拡散強調像では著明な高信号、ADC値は $1.0 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ に低下していた。EUSでは高、低、無エコーが混在するモザイクパターンを呈していた。病理組織では脂腺を伴う重層扁平上皮で裏打ちされた多房性嚢胞性病変で、内部に角質と壊死物質を容れており、dermoid cystと診断された。dermoid cystは皮膚付属器を含む表皮に被覆された嚢胞で、脂質、角化物、毛髪を含み、膵原発は稀である。膵頭部、体部に多く、平均年齢は36歳でやや男性に多い(1.4:1)。画像上、脂肪が明らかでないことも多く、脂肪含有の程度により異なるが、T1強調像にて高～低信号、T2強調像では不均一な高信号が主体の腫瘍となる。また、拡散抑制を認めることが多い。今回、我々は膵dermoid cystの1例を経験したため、画像的特徴に関して報告する。

P-20 膵の限局性萎縮を伴うpancreaticintraepithelial neoplasia (PanIN) の2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、西野 仁恵³、
大塚 将之³、宇野 隆⁴

千葉大医学部附属病院 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 画像診断・放射線腫瘍学⁴

1例目は、65歳女性。近医の腹部超音波検査で膵頭部に低エコー結節を認め、当院紹介となった。CTでは、腹部超音波検査で指摘された膵頭部の低エコー結節は指摘できず、主膵管の病的拡張も認めなかった。MRIでは、膵頭部尾側レベルで分枝膵管の拡張があり、その周囲の膵実質に萎縮が認められた。2例目は、89歳男性。X-2年に胆嚢結石に対して、胆嚢摘出を施行する際の術前CTにおいて、膵尾部の膵管拡張を認め、主膵管型IPMNが疑われた。手術が検討されたが、年齢を考慮し、経過観察となった。X-1年に胃癌を認め、手術の方針となり、膵病変の同時切除を希望され、当院紹介となった。CTでは、膵体部・尾部移行部で、主膵管の狭窄を認めたが、狭窄部に明らかな腫瘍は同定できなかった。その上流の主膵管拡張とその周囲には限局的な膵実質萎縮が見られた。いずれも病理所見から、高異型度膵上皮内腫瘍性病変(pancreatic intraepithelial neoplasia: high-grade PanIN)と診断された。PanINは、膵管上皮より発生し、顕微鏡レベルで観察される非浸潤性の上皮内腫瘍性病変であり、浸潤性膵管癌の前駆病変とされる。上皮内癌の段階では、腫瘍形成せず、膵上皮内癌の診断においては、腫瘍以外の所見としての主膵管狭窄、膵管拡張、分枝膵管の拡張、胞、膵実質の萎縮および脂肪置換などの間接所見が注目されている。今回、膵の限局性萎縮を伴うPanINを2例経験したので、文献的考察を含めて報告する。

P-21 胃異所性腭由来癌の一例

年森 亘¹、松田 恵¹、浦岡 大知¹、津田 孝治¹、城戸 輝仁¹、今村 良樹²、
日浅 陽一²、吉田 素平³、恵木 浩之³、渡部 祐司³、倉田 美恵⁴、北澤 理子⁴

愛媛大学医学部附属病院 放射線科¹、愛媛大学医学部附属病院 消化器・内分泌・代謝内科²、
愛媛大学医学部附属病院 消化器腫瘍外科³、愛媛大学医学部附属病院 病理診断科⁴

症例は80歳代女性。自宅で衰弱状態となっていた所を前医に救急搬送され、精査加療目的で当院紹介となった。CTで胃幽門輪から十二指腸球部に全周性の壁肥厚、胃の拡張を認め、病変部近傍の幽門下にリンパ節腫大を認めた。MRIで、病変部はT2WIで不均一な低～高信号、DWIやADCmapで拡散低下を認めた。FDG-PET/CTでは、病変部に高度のFDG集積(SUV max=11.4)を認めた。近傍のリンパ節には軽度のFDG集積(SUVmax=2.80)を認めた。上部消化管内視鏡では幽門輪から前庭部にかけて径4.5cm大の弾性硬の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、腫瘤中央部には乳頭状構造を持つ陥凹を認めた。EUSでは胃前庭部の30mm程度の低エコー腫瘤として描出され、内部に小嚢胞を示唆する無エコー域を認めた。以上から、GISTやその他の悪性粘膜下腫瘍(胃異所性腭由来癌、神経内分泌細胞癌、平滑筋肉腫など)及びリンパ節転移が疑われた。手術が施行され、病理で異所性腭由来癌と診断された。異所性腭は、膵臓以外の臓器に膵組織を認め、癌化は稀とされる。異所性腭由来の腫瘍の多くは、粘膜下層から固有筋層を主座に存在し、上部消化管内視鏡検査で粘膜下腫瘍として認められる。本症例は、内視鏡所見から異所性腭の可能性が示唆され、胃の高度通過障害やリンパ節転移が疑われた点などから悪性が疑われ、胃異所性腭由来癌として矛盾しない所見と思われた。

P-22 胃の異所性腭に発生した腺房細胞癌の一例

土方陽一郎¹、佐藤 敏之¹、川村 仁美¹、安藤 沙耶¹、栗山 香織¹、梅花 優貴¹、
諸岡 紳¹、田中 宏明¹、松原菜穂子¹、川端 和奈¹、金柿 光憲¹、川田 洋憲²、
辻村万莉奈³、木村 弘之¹

兵庫県立尼崎総合医療センター 放射線診断科¹、兵庫県立尼崎総合医療センター 消化器外科²、
兵庫県立尼崎総合医療センター 病理診断科³

症例は67歳男性。人間ドックで近医を受診しCTで胃体部に比較的均一に造影される腫瘤及び腹腔内多発リンパ節腫大を認め当院に紹介となった。内視鏡の生検結果では腺癌との診断であった。化学療法により原発巣及びリンパ節転移は縮小。治療開始から半年後に腹腔鏡下胃全摘術が施行された。術後病理では好酸性の細胞が腺房・索状・充実胞巣状に増殖する領域と両染色細胞が充実胞巣状に増殖する領域が認められ、神経内分泌成分を有する膵腺房細胞癌と診断された。

異所性腭の発生頻度は2%-14%と報告され、多くが無症状であり他疾患の画像検査等で偶発的に発見される場合が多い。胃や十二指腸に発生する頻度が多く、画像では類円形の粘膜下病変として認められることが多い。正常膵と同様の信号や造影パターンを示し、中心に管様の構造を認めることもある。異所性腭に発生する悪性腫瘍の組織型として腺管癌が最多である。腫瘤そのものによる通過障害や、潰瘍形成による出血、膵炎の合併といった合併症をきたすことはよく知られているが悪性腫瘍をきたす頻度は異所性腭の中でも1%程度と非常に低く、その診断に難渋したとしている報告が多い。本症例でも画像所見上、術前診断は非常に困難であった。

今回は非常に稀な異所性腭発生と考えられる腺房細胞癌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-23 胃滑膜肉腫の一例

樋口 昂¹、横山 幸太¹、木村浩一朗¹、岸野 充浩¹、谷岡 利朗²、桐村 進³、立石宇貴秀¹

東京医科歯科大学病院 放射線診断科¹、東京医科歯科大学病院 胃外科²、東京医科歯科大学病院 病理部³

症例は生来健康な40代男性で、外出先で冷汗と唾液様嘔吐があり、立位保持困難で当院に救急搬送された。来院時の血液検査でHb9.6g/dLと貧血を認めたため、出血精査目的に造影CTが施行された。単純CTで血性腹水貯留があり、大網内、胃脾間膜内に粗大な高吸収血腫があり、Dynamic studyで胃大網動脈や脾動脈、短胃動脈の拡張と造影剤血管外漏出像を認め、活動性動脈性出血と診断し、緊急血管造影を施行した。なお胃は内側に圧排され虚脱していた。腹腔動脈造影では出血源ははっきりしなかったが、脾動脈造影では短胃動脈からの出血が見られ、これらに対して塞栓を施行し、出血の消失と血圧上昇を確認し、手技を終了した。1週間後のフォローアップCTでは血腫が縮小、低吸収化したことにより腫瘍の充実成分が顕在化していた。多血性で遷延性増強を示し、新たに左胃動脈、左下横隔動脈、胃大網動脈の拡張と内部に微小出血または仮性動脈瘤が出現していた。大網由来のGISTを第一に考えたが、EUS-FNAで滑膜肉腫を疑われたため、翌日の全摘術が施行され、胃の間膜由来の滑膜肉腫と診断された。滑膜肉腫は様々な部位に発生することが知られているが、胃またはその間膜発生は極めてまれであるが、GISTでは分子標的薬の有用性があり、治療法が異なるため、正しく診断する意義はある。本例の画像所見と病理所見の対比を踏まえ、若干の文献的考察を加え、報告する。

P-24 胃転移によるびまん性の胃壁肥厚を呈した漿液性癌の2例

伊藤 久尊¹、熊澤 高雄¹、石坂 幸雄¹、小山 貴¹、伊藤 拓馬²、堀川 直城²、楠本 知行²、赤池 瑤子³、板倉 淳哉³、能登原憲司³

倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 産婦人科²、倉敷中央病院 病理診断科³

症例1は77歳女性。腹部膨満感を主訴に来院。CA125は6360U/mL。造影CTで大量の腹水貯留を伴う大網および腹膜の腫瘍形成を認めた。胃体部の粘膜下に造影増強効果を伴う壁肥厚を認めた。当初はスキルス胃癌が疑われたが、後方視的にみると胃の皺襞構造は特に造影早期相において明瞭に保たれていた。胃内視鏡では粘膜面の明らかな異常はないものの胃壁の進展不良を認めた。大網および胃生検で漿液腺癌と診断された。症例2は77歳女性。腹痛と下痢を主訴に来院。CA125は4145U/mL。造影CTで右半結腸の壁肥厚および胃体部から幽門部にかけて粘膜下の造影増強効果を伴う広範な壁肥厚を認めた。胃癌あるいは大腸癌が疑われたが、後方視的にみると症例1と同様に胃の皺襞構造は特に造影早期相において明瞭に認められた。腫瘍浸潤による大腸閉塞に対する手術では粘膜面は保たれていたが、粘膜下にびまん性に漿液性癌の転移が疑われた。胃内視鏡では粘膜面の異常はなかったが、生検では粘膜下層に漿液性癌を認め、胃転移と診断された。その後、子宮両側付属器切除術が施行され、右卵管采に上皮内癌を認めた。漿液性癌が胃転移を呈した場合にはびまん性の壁肥厚を呈しスキルス胃癌に類似した画像所見を呈しうる。造影CT早期相において胃の皺襞構造が保たれる所見は、胃病変が転移であることを示唆する所見の可能性はある。内視鏡で粘膜所見が乏しいこととCA125の著明な上昇も診断の手がかりと考えられる。

P-25 原発性胃癌と鑑別が困難であった胃転移の1例

浦岡 大知¹、松田 恵¹、津田 孝治¹、城戸 輝仁¹、村上 朱里²、亀井 義明²、
吉田 素平³、恵木 浩之³、渡部 祐司³、倉田 美恵⁴、北澤 理子⁴

愛媛大学 放射線医学¹、愛媛大学 乳腺センター²、愛媛大学 消化器腫瘍外科³、
愛媛大学 病理診断科⁴

症例は50歳代女性。半年前からの右乳房の変形、ただれを主訴に前医受診。乳癌が疑われ当院紹介となった。右乳腺病変は各種画像検査や針生検で、皮膚や胸壁への浸潤を伴い右乳房全体に広がる乳癌（小葉癌）及び右腋窩リンパ節転移と診断された。右乳癌の精査中、近医で検診目的の上部消化管造影検査が行われ異常が指摘された。精査で実施された内視鏡検査にて胃体中部大弯にBorrmann 3型の腫瘍性病変を認め、生検で胃癌が疑われた。乳癌に対してはホルモン療法が開始され、胃癌に対しては幽門側胃切除術が施行された。胃腫瘍は病理組織学的に乳癌病変との類似性を認め、免疫染色の結果とも併せて乳腺浸潤性小葉癌の胃転移と診断された。乳癌の遠隔転移のうち胃転移は比較的稀である。乳癌の転移経路は血行性やリンパ行性で、胃転移の場合には脈管豊富な粘膜下組織主体に発育し、内視鏡検査では4型胃癌様、粘膜下腫瘍様の隆起性病変として認めたなどの報告がある。本症例では上部消化管造影検査や内視鏡検査の所見などは胃転移としては非典型的であり術前診断は難しかったが、小葉癌は乳癌の中でも消化器への転移が多い組織型であり術前画像診断では読影の際に注意が必要と思われる。

P-26 消化管穿孔を呈した単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫の1例

山本 聖人、重里 寛、中井 豪、山本 和宏、大須賀慶悟

大阪医科薬科大学医学部 放射線診断学教室

57歳女性。発熱、下腹部痛を主訴に当院受診。CTで骨盤内小腸に著明な壁肥厚を認め、同部の腸管は拡張していた。壁全層に均一な造影効果を伴っていた。肥厚した腸管壁の一部に断裂を認め、free air、腹水を伴っており、腹膜の濃度上昇を伴っていたことから消化管穿孔、汎発性腹膜炎が疑われた。また、左鎖骨上窩、右腋窩、左内胸、心臓傍、左鼠径に多発するリンパ節腫大を伴っていた。消化管穿孔に対し緊急手術となった。【手術所見】Tritez靱帯より50cmの小腸に手拳大の腫瘤を認め、腸間膜側に巨大な穿孔が確認された。Tritez靱帯より240cm、340cmの小腸にも腫瘤をそれぞれ認めた。また、混濁し汚染した腹水を認めた。以上より、小腸腫瘍および消化管穿孔、汎発性腹膜炎と診断し、上記3か所の小腸腫瘍切除術、腹腔内洗浄ドレナージ術が施行された。【病理組織所見】小腸の3か所の腫瘍は腸管壁全層にわたり大型リンパ球のびまん性増殖を認めた。免疫染色では、CD3(+)、CD8(+)、CD20(-)、CD56(+)、CD79a(-)であり、単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫（Monomorphic Epitheliotropic Intestinal T-cell Lymphoma: MEITL）と診断された。【まとめ】MEITLは2016年のWHO分類で新たに定義されたまれな消化管原発悪性リンパ腫である。本疾患は消化管穿孔をきたす頻度が高く、予後不良である。今回、消化管穿孔を呈したMEITLの1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

P-27 幽門部狭窄を来した Brunner 腺由来の十二指腸癌の一例

井上登士郎¹、瀧川 政和¹、大森 智子¹、平川 耕大¹、浅野 雄二¹、坂本友見子²、堀田 綾子³、齋藤 生朗³

国立病院機構相模原病院 放射線科¹、国立病院機構相模原病院 外科²、国立病院機構相模原病院 病理診断科³

症例は68歳男性。4か月前から胸やけ、嘔気を認め、精査目的に当院消化器内科を受診。既往歴や家族歴、入院時血液生化学に特記事項はなし。造影CTでは胃幽門部に造影効果を示す全周性壁肥厚、口側の著明な拡張を認めた。胃幽門部癌を疑う所見であったが、リンパ節転移や腹膜播種を疑う所見は認めなかった。上部消化管内視鏡では幽門前庭部に粘膜下隆起を認め、幽門部は狭窄していた。EUS-FNA施行され、腫瘍細胞からは免疫染色でMUC5AC(-)であり、胃が原発ではなく、十二指腸乳頭部や膵、胆管からの浸潤が考えられた。MRCPでは膵管や胆管拡張はなく、明らかな膵腫瘍や胆道系腫瘍は認めなかった。造影MRIでは胃幽門部にDWIで高信号、早期から均一な造影効果を示す腫瘍を認め、膵頭部との間で脂肪層が消失して接しており、浸潤の可能性が示唆された。膵頭十二指腸切除術が予定されたが、術中所見では膵臓への膵浸潤は認められず、幽門側胃切除術が施行された。肉眼的には前庭部の粘膜下に灰白色調を呈する境界不明瞭な腫瘍を認めた。組織学的には管腔が潰れた大小管状ないし融合管状配列を呈し浸潤する腺癌を認めた。十二指腸粘膜には Brunner 腺の過形成、癌に移行する所見もみられ、Brunner 腺由来の非乳頭部十二指腸癌の診断となった。Brunner 腺由来の十二指腸癌の報告は稀であり、文献的考察も含めて報告する。

P-28 BCG 膀胱内注入療法後に結核性大動脈瘤切迫破裂および難治性腸腰筋膿瘍をきたした1例

竹下 諒、御須 学、潮田 隆一

足利赤十字病院 放射線診断科

BCG 膀胱内注入療法は筋層非浸潤性膀胱癌に対して広く行われている。合併症としては膀胱炎等の局所症状の頻度が高く、遠隔臓器への感染は稀である。今回、BCG 膀胱内注入療法後に、結核性大動脈瘤切迫破裂を来した症例に対してステントグラフト内装術を行い、術後難治性腸腰筋膿瘍を来した1例を経験したので文献的考察と合わせて報告する。【症例】78歳男性。他院でBCG膀胱内注入療法による膀胱癌治療歴がある方で胸痛を主訴に来院した。Dynamic CTで9cm×5cmの不整な胸腹部大動脈瘤をみとめ、周囲に血種形成がみられ切迫破裂の所見であった。同日緊急胸部大動脈ステントグラフト内装術 (TEAVR) を施行した。6カ月後のCTでは右総腸骨動脈に短径28mm大の動脈瘤がみられ周囲脂肪織濃度に上昇がみられ感染性大動脈瘤が疑われたため、腹部ステントグラフト内装術 (EVAR) が実施された。EVAR後3カ月で大動脈周囲から両側腸腰筋内に連続する被包化液体貯留がみられ膿瘍形成と考えられ、経時的に増大した。腸腰筋膿瘍に対してCTガイド下ドレナージと抗菌薬での加療を繰り返したが、膿瘍は約13カ月間遷延し難治性であった。膿瘍内容物の培養結果はすべて陰性であったが、TEVAR後22カ月の膿瘍内容物で抗酸菌塗抹が陽性になり、PCR検査でBCGが検出された。このためBCG膀胱内注入療法が原因となった結核性大動脈瘤切迫破裂および難治性腸腰筋膿瘍と診断し、抗結核菌薬での加療を現在継続中である。

P-29 術後の遊離した尿管背側に回腸が嵌頓した絞扼性腸閉塞の一例

小澤 奈々、梅山 和宏、金森千佳子、三浦 寛司、三野 大地、山田 幸美、
永野 仁美、赤田 渉

京都第二赤十字病院 放射線診断科

症例は40歳代女性。右下腹部痛を主訴に救急搬送。2年前に子宮頸癌術後の既往あり。CTで骨盤内に拡張した小腸をみとめ、回腸遠位にclosed loopが形成されていた。また右水腎症が見られた。右尿管はclosed loopのcaliber change部の腹側を走行しており、尿管が閉塞機転となっていると考えられた。腸管の造影効果は減弱しており、絞扼性腸閉塞と考えた。緊急手術となり、開腹絞扼解除術、小腸切除術が施行された。

尿管は後腹膜臓器であるが、本症例では尿管の背側に回腸が嵌頓し絞扼性腸閉塞と水腎症をきたしていた。既往の子宮頸癌の手術時に尿管の剥離を行ったが、癒着がおこらず尿管が後腹膜より遊離していたと考えられた。術後の遊離尿管や露出尿管が原因の腸閉塞の報告は稀ではあるが、近年増加傾向である。腹腔鏡手術、ロボット手術の増加により、術後の癒着の減少や煩雑な後腹膜閉鎖の省略、また癒着防止剤の使用増加などが関連していると考えられ、今後も増加が予想される。

今回稀な術後の遊離尿管背側に回腸が嵌頓した絞扼性腸閉塞を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

P-30 腸間膜から生じたcalcifying fibrous tumorの1例

金谷 麻央¹、阿保 斉¹、鷹取 正智¹、角谷 嘉亮¹、齊藤 順子¹、望月健太郎¹、
出町 洋¹、倉田 徹²、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 外科²、富山県立中央病院 病理診断科³

69歳男性。上腹部痛の精査のため施行された腹部単純CTで腹腔内腫瘍が疑われ当院紹介となった。当院で施行された造影CTでは小腸・小腸間膜に接して45mm大の分葉状腫瘍を認めた。境界明瞭で、単純では軽度低吸収を呈した。中心部に粗大石灰化を伴い、辺縁は漸増性に造影された。MRIではT1強調画像、T2強調画像では筋よりも低信号を示した。拡散強調画像では低信号、ADC値低下、chemical shift imagingでは脂肪の含有は認めなかった。以上より、小腸もしくは腸間膜から生じたGISTや平滑筋腫、SFTを鑑別に挙げ、診断的治療目的に腹腔鏡下腫瘍摘出術が施行された。腫瘍は腸間膜に付着しており、小腸への癒着や浸潤は認めず、容易に摘出可能であった。組織学的には、細胞に異型は乏しく膠原線維が束状に増殖していた。中央部は石灰化を伴い、腫瘍周囲にはリンパ球～形質細胞浸潤巣が散見された。免疫染色では、CD34が一部に陽性、他GISTに特徴的なc-kit、 α -SMA、desmin、S-100はいずれも陰性であった。以上より、calcifying fibrous tumorの診断となった。

calcifying fibrous tumorはまれな良性腫瘍である。紡錘形細胞の疎な増殖と硝子化した膠原線維の増生からなり、リンパ球～形質細胞浸潤を伴う。また、砂粒状石灰化が特徴とされている。一般的には軟部組織に発生するが、胃や胸膜等、様々な部位での発生が報告されている。中でも腸間膜原発は比較的稀であり、文献的考察を加え報告する。

P-31 後腹膜線維症様の形態で発症した脂肪肉腫の1例

望月 直人¹、星合 壮大¹、児山 健²、榎戸 翠²、飯嶋 達生³、江村 正博⁴、
中島 崇仁¹

筑波大学附属病院 放射線診断・IVR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、
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 泌尿器科⁴

症例は52歳男性。前医CTにて右腎門部の腫瘤を指摘され、精査目的に紹介された。既往は高血圧のみで、症状はなかった。CTでは下大静脈後方の後腹膜に、右腎動脈を取り巻くように50mmの境界不明瞭な軟部組織濃度の腫瘤があり、漸増性の造影効果を認めた。MRIではT2WIで周囲脂肪織に比べて低信号、T1WIで軟部組織とほぼ等信号を呈し、軽度の拡散制限を有していた。FDG-PET/CTでは同部にSUVmax=3.0の軽度集積を認めた。後腹膜線維症の疑いで経過観察されていたが、4年間の経過観察中に腫瘤の増大、傍大動脈領域や右前腎筋膜など周囲組織への浸潤傾向が出現した。この間にCTガイド下生検を2回施行したが、組織学的にも線維性増生を主体とした病変で、後腹膜線維症の可能性も考えられる所見であった。後腹膜線維症の診断でステロイド投与が開始され、半年で腫瘤は若干縮小したものの、右前腎筋膜近傍に結節が複数出現した。さらに数ヵ月後には長径15cmの腫瘤が明瞭化し、内部には豊富な血管や広範な壊死を認めた。疼痛の出現や増悪があり、手術が施行された。腫瘤は肉眼的には黄白色で、出血や壊死を認めた。組織学的には核異型を有する紡錘形～多角形の細胞が錯綜する充実成分を主体として、辺縁の成熟脂肪織の組織内には異型間質細胞や脂肪芽細胞が散見された。これらの所見より病理学的に脱分化型脂肪肉腫と診断された。後腹膜線維症様の形態で発症した脂肪肉腫を経験したので、報告する。

P-32 多嚢胞性中皮腫の1例

丸久 拓真、神吉 昭彦、山本 亮、福倉 良彦、玉田 勉

川崎医科大学 放射線診断学教室

症例は20代男性。20XX年に早朝からの右下腹部痛、嘔気を主訴に受診した。腹部超音波およびCTにて蜂窩織炎性虫垂炎と診断され、症状は抗菌薬内服で改善した。その際のCTにて、同時に右下腹部腹腔内に径4.1×2.6cmの嚢胞性病変を指摘されていた。20XX+2年、1ヶ月前からの咳嗽と当日からの右下腹部痛にて来院した。造影CTおよびMRIでは、径17.5×5.6cmの薄い隔壁を有する多房性嚢胞性病変として描出され、明らかな充実成分は認めなかったが、以前のCT検査時より増大傾向にあった。外科的切除の希望があり、腹腔鏡下切除術が施行された。腫瘍は大網および右内側臍帯と右下腹壁血管との間の腹膜と固着して存在し、周囲腹膜にはゼリー状の播種様病変が散在しており、これらを一括切除した。また、虫垂を原発とする腹膜偽粘液腫の可能性も除外出来ず、虫垂合併切除も行われた。病理組織学的には一層の立方状あるいは扁平化した細胞からなる薄い壁を有する大小の嚢胞形成がみられ、一部に軽度異型腺型細胞集塊を認めた。免疫染色にて、立方状あるいは扁平化した細胞と一部の軽度の異型細胞も含め上皮に一致しており、多嚢胞性中皮腫の診断が得られた。非常に稀な多嚢胞性中皮腫の1症例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

P-33 後腹膜に発生したG-CSF産生脱分化型脂肪肉腫の一例

西野 有香¹、的場 宗孝¹、南 哲弥¹、望月 孝史¹、太田 清隆¹、近藤 環¹、
道合万里子²、高村 博之³、宮田 隆司³、西木 久史³、三ノ宮優太³、山田 壮亮⁴、
塩谷 晃広⁴、熊谷 泉那⁴

金沢医科大学 放射線医学¹、富山大学 放射線診断・治療学講座²、
金沢医科大学 一般・消化器外科³、金沢医科大学 臨床病理学⁴

49歳女性。不正出血の精査中に偶発的に左後腹膜腫瘍が指摘された。白血球数8750個/L、CRP0.32mg/dLと炎症反応上昇がみられる他は、血液学的には異常を認めなかった。造影CTでは、漸増する造影効果がみられた。造影MRIにおいて、T1で等信号、in phaseと比べてopposed phaseで明らかな信号低下はなし。DWI高信号、ADC軽度低下を示し、内部の造影不良を含む腫瘍であった。不正出血については、細胞診で子宮内膜異型増殖症で子宮体癌を疑う所見はみられなかった。経過で浸潤性の増大傾向がみられたため、開腹し切除を試みたが、周囲腸間膜への浸潤がみられたため、部分切除に留まった。この時の病理では線維成分の多い腫瘍であったが、診断に至らなかった。術後も残存病変に増大傾向と白血球・炎症反応高値が持続していたため、この点もふまえてG-CSF産生腫瘍の可能性も考慮された。CTガイド下生検を行い、免疫染色によりG-CSF産生脱分化型脂肪肉腫の診断に至った。今回の症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

P-34 多発血管炎性肉芽腫症に生じた両腎多発結節の1例

羽賀すみれ¹、西尾 直子¹、中島 宏徳¹、舌野 富貴¹、前倉 拓也¹、森 暢幸¹、
塩崎 俊城¹、前川 けん²、大西 裕之²、妻鹿 旭³、桜井 孝規⁴、古田 昭寛¹

大阪赤十字病院 放射線診断科¹、大阪赤十字病院 泌尿器科²、
大阪赤十字病院 リウマチ・膠原病内科³、大阪赤十字病院 病理診断科⁴

症例は70歳代女性。中耳炎による聴力低下に対し加療されるも症状の改善なく、炎症反応も中耳炎としては高値であり、当院リウマチ・膠原病内科を受診した。血液検査ではCRP高値、MPO-ANCA陽性を認めた。

造影CTでは、両腎被膜下に腎皮質と比較し造影効果の弱い最大20mm大の結節を複数認め、MRIではいずれもT2強調像でやや境界不明瞭、低信号を呈し、拡散制限を伴っていた。USでは腎被膜下に腎実質と比較し低エコーを呈する結節として描出され、針生検が施行された。病理組織所見では広範な炎症細胞浸潤と被膜下優位の線維化、細胞性半月体や肉芽腫性血管炎の所見を認め、ANCA関連血管炎と診断された。ステロイドによる治療開始後、自覚症状は改善し、CRPやMPO-ANCAも低下、USでも腎結節の不明瞭化が認められた。

多発血管炎性肉芽腫症は全身の中・小型動脈の壊死性血管炎で、上気道・下気道・腎に病変を呈するが、腎に腫瘤を形成する症例はまれである。本例は被膜下優位にT2強調像で低信号の結節を呈し、広範な被膜下優位の線維化やびまん性の炎症細胞浸潤といった病理所見を反映していたと考えられる。若干の文献的考察を加え報告する。

P-35 腎発生の孤立性線維性腫瘍の一例

高橋 叶衣¹、山元 龍哉¹、渡邊ひかる¹、駒井 好信²、米瀬 淳二²、山下 享子³、
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57歳男性。健診の超音波検査で左腎腫瘍を指摘され、前医を受診し、精査目的で当院泌尿器科に紹介受診となった。腹部CTで左腎上極に境界明瞭な22 mm径の腫瘍を認めた。単純で腎実質より軽度高吸収を示し、石灰化は認めなかった。造影後は皮髄相で腎髄質と等吸収を示し、排泄相まで漸増性に造影されたが、一貫して腎実質よりも低吸収であった。MRIではT1強調像で腎実質より軽度高信号を示したが、脂肪の含有はみられなかった。T2強調像で均一かつ著明な低信号を示したが、T2*強調像では低信号を示さず、腎実質と等信号を示した。拡散強調像での高信号は不明瞭であったが、見かけの拡散係数に強い低下があった。造影後はCTと同様に漸増性の増強効果を示した。T2強調像での低信号が著しい点が非典型的だったが乳頭状腎細胞癌を疑い、左腎部分切除術が施行された。腫瘍は肉眼的に淡褐色調のやや境界不明瞭な弾性硬の充実性腫瘍であった。組織学的には比較的均一な短紡錘形細胞が束状に増生し、膠原線維の介在と細血管が見られ、腎皮質の一部に浸潤していた。免疫染色でSTAT6陽性であり、孤立性線維性腫瘍（SFT）と診断された。腎発生のSFTは非常に稀であり、膠原線維や線維成分と血管成分や粘液成分の比率の違いで画像所見は変化しうるが、T2強調像で低信号を示す腫瘍の鑑別に入れる必要があるため、文献的考察を加えて報告する。

P-36 新旧の血腫の混在のため診断に難渋した乳頭状腎癌の1例

澤田 克也¹、井上 明星¹、高木 海¹、大谷 秀司¹、井藤 隆太¹、草場 拓人²、
城 文泰²、和田 晃典²、田 汐莉³、渡邊 嘉之¹

滋賀医科大学 放射線科¹、滋賀医科大学 泌尿器科学講座²、滋賀医科大学 病理診断科³

症例は58歳男性。持続性心房細動に対するカテーテルアブレーション治療前の造影CTで、偶発的に左腎に10×11×11.5cmの腫瘍を認めた。非造影CTでは点状石灰化を伴う高吸収の腫瘍であり、ダイナミック造影CTでは腫瘍内部で遷延性に緩徐に広がる斑状造影効果が認められた。MRIではT1強調像で出血と考えられる高信号域が斑状に認められ、T2強調像では低信号と高信号がモザイク状に混在しており、新旧の血腫の混在が示唆された。T1 out-of-phaseと比較してin phaseでの信号低下は認められず、ダイナミック造影MRIにおいても、早期から腫瘍頭側に斑状の増強効果が認められた。画像所見上、充実成分の存在が疑われたため、悪性腫瘍を念頭にロボット支援腹腔鏡下左腎摘出術が行われた。切除標本では、腫瘍頭側の造影効果を認めた部分は血腫であり、その周囲にはフィブリンが多い部分が認められた。腫瘍尾側の部分は線維化が進み、一部では石灰化を認め、時間の経過した血腫が疑われた。少量であるが、ヘモジデリンが認められた。腫瘍の大部分は血腫およびフィブリンで構成されており、腫瘍成分は腫瘍尾側の辺縁や、腫瘍頭側の血腫近傍に認められた。病理診断は1型と2型の混在した乳頭状腎癌であった。血腫による画像所見の修飾のために診断に難渋した乳頭状腎癌の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

P-37 フマル酸ヒドラーゼ欠損性腎細胞癌の1例

尾谷 智史¹、山本 貴之¹、里上 直衛¹、森澤 信子¹、牧田 哲幸²、香月奈穂美³、
早川 延幸¹、清川 岳彦²、藤本 良太¹

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70歳代男性。胃癌術後の定期検査でCTを施行され、偶発的に孤立性の左腎腫瘍を指摘された。腎上極を主座とする腫瘍は長径5cm弱で、薄い隔壁を有する嚢胞が乳頭状の充実部を内包するような形態を示し、充実部は腎実質内に浸潤しており、嚢胞変性を伴う腎細胞癌と考えられた。充実部の造影効果は均一で、皮髄相では腎皮質より弱い造影効果を認め、腎実質相で洗い出しを呈した。皮髄相での造影効果からは淡明細胞型腎細胞癌の可能性は低いと思われ、乳頭状腎細胞癌や嫌色素性腎細胞癌などを念頭に左腎摘出術が施行された。病理学的には、大型で好酸性の核小体を有する腫瘍細胞が乳頭状に増殖し、一部には集合管癌を思わせる不整な管状構造を認めた。免疫組織化学染色でフマル酸ヒドラーゼ (FH : fumarate hydratase) が陰性であったことを併せ、FH欠損性腎細胞癌と診断された。FH欠損性腎細胞癌は、クエン酸回路におけるFH遺伝子の機能喪失下に生じる稀な亜型で、臨床的にも組織学的にも悪性度の高い腫瘍である。組織学的には乳頭状腎細胞癌を始めとして管状乳頭癌や集合管癌といった多彩な病理像を呈し、加えて大小の嚢胞を形成しやすいとする報告が多い。嚢胞成分を伴う腎細胞癌では淡明細胞型腎細胞癌の頻度が高いが、充実部が多血性でない場合、鑑別疾患としてFH欠損性腎細胞癌も考慮される。

P-38 早期から多発骨転移を認めた腎管状粘液紡錘細胞癌の一例

石田憲太郎¹、末吉 智¹、高濱 潤子²、山内 周³、津島 寿一⁴、久保 勇記⁵、
中野 亮汰²

済生会中和病院 放射線科¹、市立東大阪医療センター 放射線科²、
市立東大阪医療センター 病理診断科³、八尾徳州会総合病院 放射線科⁴、
八尾徳州会病院 病理診断科⁵

症例は70歳台男性。検診で指摘された胆嚢壁肥厚の精査のため、腹部造影CTが施行された。左腎中部の腎実質内に単純CTで腎実質と等濃度、造影早期相で皮質より低濃度で不均一に造影される1.3cm大の類円形腫瘍を認め、後期相にかけて漸増性に淡く均一に造影された。腫瘍の境界は明瞭だが明らかな被膜様構造は指摘できなかった。また、仙骨に1.5cmの溶骨性変化を認めた。MRIで左腎腫瘍はT2強調像で不均一な低信号、T1強調像で等信号からわずかに高信号を示し、拡散能低下を伴っていた。造影後左側辺縁部分に早期相から濃染を認め、後期相にかけて造影効果が遷延した。腫瘍右側は造影効果不良であった。軽度腎実質から膨隆し、膨張性発育と考えられたが被膜様構造は見られず、乳頭状腎癌などを疑った。同時に、腰椎、仙椎に多発する1-2cmの濃染結節を認め、転移性骨腫瘍が疑われた。他臓器に悪性腫瘍は認められず、診断的治療目的に左腎摘出が施行され、病理組織学的に粘液管状紡錘細胞癌、high gradeと診断された。骨病変も生検で上記腎腫瘍の骨転移と診断された。その後、分子標的治療薬や放射線治療を行ったが、術後2年6カ月で永眠された。粘液管状紡錘細胞癌は稀な腎悪性腫瘍で、予後良好と考えられていたが近年予後不良な転機を来す症例が報告されている。画像所見と病理像の対比を中心に文献学的考察を加えて報告する。

P-39 血液透析患者に発生した多発性腎血管腫の1例

松浦 智徳¹、佐谷 望¹、田村 亮¹、山田 隆之¹、村上 一宏²、海法 康裕³
東北医科薬科大学 放射線医学教室¹、東北医科薬科大学 病理学²、
東北医科薬科大学 泌尿器科学³

今回、われわれは血液透析患者に発生した多発性腎血管腫の1例を経験したので報告する。
【症例】60代、女性。近医で慢性腎不全に対する血液透析を行っていた。定期的腹部超音波検査で腎腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。腹痛、血尿などの自覚症状は認めなかった。【既往歴】糖尿病、高血圧、子宮筋腫に対して子宮全摘。【血液検査所見】腎機能障害を認めた。他に特記すべき異常なし。【経過】当院の腹部超音波検査では両側腎に腫瘍を認めた。腹部造影CTでは両側腎は萎縮し、右腎に17mm、左腎に30mmの結節を認めた。これらの結節は早期相で不均一な濃染を示した。後期相では、右腎の結節は全体が均一に造影され、左腎の結節は、内部に造影不良域を含むもののその他の部分は均一に造影された。この他にも両側腎には小さな早期濃染結節が複数認められた。両側腎癌が疑われ、より大きな病変を含む左腎の治療を先に行う方針となった。腹腔鏡下左腎摘除術が施行された。病理組織診断では、萎縮した左腎の下部に30mm径の褐色調の病変が見られた。病変部では、CD31、CD34で描出される大小の血管が増生し、内腔には赤血球が散見され、anastomosing hemangiomaと診断された。この他にも数mm径の病変が見られ、同様の診断となった。病理診断の結果から、右腎の病変は嚴重な経過観察を行う方針となった。

P-40 尿道病変を呈したIgG4関連疾患の1例

八木 文子¹、秋田 大宇¹、松本 一宏²、新井 恵吏³、大家 基嗣²、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 泌尿器科学教室²、
慶應義塾大学医学部 病理学教室³

症例は50歳台女性。5年前に睪炎・涙腺炎・唾液腺炎・腎病変を契機にIgG4関連疾患と診断された。約3年間のステロイド加療で寛解し、無治療で当院にて経過観察中であった。数か月前から腹圧性尿失禁・膀胱下垂感を自覚し、近医を受診した際に尿道硬結が指摘された。MRIでは尿道を全周性に取り囲む病変を認め、STIR像で筋肉よりもごく軽微な高信号、拡散強調像で軽度の高信号を呈し、比較的均一な性状を呈していた。周囲への浸潤は認めなかった。IgG4がやや高値であり（127 mg/dL）、MRI所見もあわせてIgG4関連疾患による尿道病変の可能性を指摘されたため、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。経尿道的生検で著明なリンパ球・形質細胞の浸潤と線維化、IgG4陽性形質細胞浸潤（50～80/HPF）、閉塞性静脈炎の所見を認め、IgG4関連疾患による尿道病変と診断された。治療前の全身検索では、尿道病変以外に新規の粗大病変は認めなかった。ステロイド加療が開始され、数日で自覚症状が改善し、5か月後のMRIでは尿道病変の縮小を認めた。IgG4関連疾患の尿路系病変は、腹部大動脈周囲の後腹膜線維症が尿路系に及ぶものが多いが、尿管や腎盂周囲に単独で腫瘤を形成することもある。しかし、尿道病変はこれまで数例しか報告されておらず大変稀少であるため、画像所見や鑑別診断もふくめ、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-41 小児の陰茎 epidermoid cyst の 1 例森阪 裕之¹、三井 貴彦²、大西 洋¹山梨大学医学部 放射線科¹、山梨大学医学部 泌尿器科講座²

3歳、男児。3歳8ヶ月ごろに陰囊内の腫瘍に気がついた。診察では両側精巣は触知でき、陰茎の左側に表面平滑な腫瘍を触れた。超音波検査にて陰茎左側に紡錘状の嚢胞性腫瘍を認め、内部に血流信号はなく、内部エコーは濃縮物様であった。MRIでは両側精巣は陰囊内に確認でき、T2強調像で陰茎左側の皮下に6cm大の紡錘型の境界明瞭な腫瘍を認めた。後部尿道レベルで、左陰茎海綿体内に入り込んでいた。陰茎海綿体と同等の高信号で内部はやや不均一な浮遊物を思わせる所見を認めた。内部に造影効果は認めず、線維性被膜構造を認めた。拡散強調像で高信号を示した。手術にて腫瘍を切除した。内容は垢状の貯留を認めた。組織標本では重層扁平上皮に覆われた粘膜で炎症細胞浸潤を認めた。Epidermoid cystと診断された。Epidermal cystは頻度の高い皮下腫瘍であるが陰茎では稀で症例報告が散見される。乳児から高齢者まで幅広い年齢に見られ、先天性または後天性と考えられている。本症例は年齢から先天性と推察され、原因は諸説あるが陰茎縫線正中嚢胞由来、単胚葉の奇形種、類表皮組織の迷入などが考えられている。画像についてまとまった報告はない。本症例は皮下のepidermoid cystとして典型的な所見であり部位は稀であるが丁寧に所見を拾うことで診断可能であったと思われる。

P-42 巨大な陰囊内孤立性線維性腫瘍 (SFT) の 1 例高畑 恭兵¹、山本 貴浩²、丸地 佑樹¹、亀井 誠二¹、鬼頭 拓未³、露木 琢司⁴、鈴木耕次郎²JA愛知厚生連海南病院 放射線診断科¹、愛知医科大学 放射線科²、JA愛知厚生連海南病院 泌尿器科³、JA愛知厚生連海南病院 病理診断科⁴

症例は70歳代男性。4～5年前からの左鼠径部膨隆を主訴に近医を受診し、左鼠径ヘルニア疑いで当院紹介受診となった。超音波検査では、左陰囊内に等～高エコーの混在した不均一な腫瘍を認めた。単純CTでは同部位に12.0×7.4cmの巨大な腫瘍を認めた。辺縁整、境界明瞭な楕円形で腸管との連続性はなく、鼠径ヘルニアも認めなかった。内部の吸収値は大部分35HU程度で一部20HU程度の低吸収域を認めた。リンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。MRIでは腫瘍はT2強調像で不均一な低信号を呈し、CTでの低吸収域に一致して高信号を認めた。T1強調像での信号は全体的に均一で骨格筋と同程度の低信号であった。拡散強調像で高信号・ADC低下を呈する領域は認めなかった。精巣・精巣上体は腹側に圧排されていた。これらの所見から平滑筋腫や孤立性線維性腫瘍などを疑った。腫瘍摘出術が施行された。腫瘍は精巣・精索と剥離可能であった。肉眼的には一部出血を伴う白色の腫瘍であった。組織学的には小型紡錘形核を有する細胞が線維性間質を伴い増生していた。分岐した血管も認めた。壊死や核分裂像は認めなかった。各種免疫染色の所見と合わせ、孤立性線維性腫瘍(SFT)と診断した。SFTが陰囊内に発生することは極めて稀である。画像所見を中心に文献的考察を加えて報告する。

P-43 精巣周囲神経鞘腫の一例

高司 亮¹、安部 怜樹²、秦 聡孝²、駄阿 勉³、浅山 良樹¹

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40歳台男性。左陰嚢違和感を主訴に近医を受診し、超音波検査で左陰嚢内腫瘍を指摘され、左精巣腫瘍疑いで当院泌尿器科へ紹介された。6年前に右大腿部の神経鞘腫の既往がある。血液検査では血清LDH 167U/l、AFP 4.27ng/ml、SCC 0.8ng/ml、IL2R 363U/ml、HCG <0.5mIU/mLといずれも正常範囲内であった。当院で施行したMRIでは、左精巣の辺縁に1cm大の境界明瞭で辺縁平滑な腫瘍を認めた。T1強調像にて正常精巣と等信号、T2強調像にて白膜と連続する全周性の被膜様低信号帯を有し、内部は精巣よりもやや低信号を示す部分と精巣と同程度の高信号を示す部分からなる腫瘍で、拡散強調像では正常精巣と同程度の拡散低下(ADC値=1.1*10⁻³mm²/s)を示し、造影MRIでは早期よりやや不均一な造影効果を認めた。神経鞘腫として矛盾しない所見であったが、術前診断には至らなかった。悪性腫瘍を否定できず高位精巣摘除術が施行され、病理学的に神経鞘腫と診断された。腫瘍は白膜との連続が確認されたが、精巣及び精巣上体、精管に異常は認められなかった。神経鞘腫はSchwann鞘より発生する良性腫瘍で全身各所に発生しうるが、陰嚢内(精巣外)の発生はまれである。本例では精巣手術の6年前に右大腿部神経鞘腫の既往があり、さらに精巣手術後に左膝窩部痛を認めMRIにて神経鞘腫を疑う腫瘍が左膝窩にも確認された。

P-44 膀胱ユーイング肉腫の1例

佐谷 望¹、松浦 智徳¹、田村 亮¹、山田 隆之¹、村上 一宏²、海法 康裕³

東北医科薬科大学 放射線医学¹、東北医科薬科大学 病理学²、東北医科薬科大学 泌尿器科学³

【症例】70代女性。頻尿を主訴に前医を受診し、難治性膀胱炎として治療も改善せず。初診から9ヶ月後の前医MRIで膀胱後壁に接する5cm大の腫瘍を指摘された。膀胱鏡検査で粘膜の異常など尿路悪性腫瘍を疑う所見なく、精査加療目的に当院泌尿器科紹介となった。

【血液検査】腫瘍マーカー陰性、他も異常なし。

【尿検査】潜血・白血球3+、細胞診にて異型細胞を認めず。

【胸腹部単純CT】膀胱後壁～頸部に径46mmの内部濃度不均一な腫瘍を認めた。右尿管口が腫瘍により狭窄し水腎症を呈していた。腫大リンパ節、遠隔転移を認めなかった。

【骨盤MRI】膀胱後壁～頸部に径43mmの境界比較的明瞭な腫瘍を認めた。膀胱粘膜面に異常を認めず、腔前壁を圧排も境界は保たれていた。腫瘍はT1WI、T2WIともに高～低信号が混在し、大部分で強い拡散制限が見られた。

【MIBGシンチグラフィ】異常集積は認めなかった。

【経過】膀胱壁内～膀胱中隔由来の肉腫、変性した平滑筋肉腫などが疑われ、経腔的針生検が施行された。病理組織学的には線維性間質主体の組織内にN/C比の高い小円形腫瘍細胞が胞巣状に増殖しており、免疫染色ではLCA・chromogranin・synaptophysin・CD56が陰性、CD99陽性であった。FISH法でEWS遺伝子転座が示唆されユーイング肉腫と診断された。その後、術前化学療法にて原発巣が縮小したため手術が施行された。摘出標本から病変主座は膀胱壁内と考えられ、最終病理診断は膀胱ユーイング肉腫であった。

P-45 ゴーリン症候群を背景とした両側卵巣線維腫の一例

太田 崇詞、坪山 尚寛、大西 裕満、中本 篤、福井 秀行、本田 享、
木曾 建吾、富山 憲幸、松本 頌平、巽 光朗

大阪大学大学院医学系研究科 放射線統合医学講座 放射線医学教室

症例は14歳女児。月経痛で近医を受診し、前医で骨盤MRIを撮像したところ、骨盤内に巨大腫瘍を認め、精査加療目的で当院に紹介となった。女児にはゴーリン症候群の罹患があり、複数回にわたって顎骨嚢胞を摘出されている。遺伝子・染色体検査にて診断基準を満たし、ゴーリン症候群と診断された。前医の骨盤単純MRIでは、骨盤内に長径17cm大の巨大腫瘍を認めた。T2WIでは不均一な信号を示し、著明低信号域と高信号域が混在していた。左卵巣は同定できず、右卵巣は同定された。DWIでは、腫瘍の一部は高信号を示したが、大部分は低信号であった。当院で撮影された腹部造影CTでは、単純CTで骨盤内腫瘍の内部に粗大で不整形な石灰化を認めた。動脈相で腫瘍に軽度の造影効果を認め、左の子宮動脈が主に腫瘍を栄養していた。門脈相では腫瘍は緩徐に造影され、右子宮静脈が拡張していた。卵巣腫瘍あるいは子宮由来の腫瘍が疑われ、手術が行われた。術中、左卵巣に腫瘍を認め、右卵巣にも小さな結節を認め、左卵巣摘出術と右卵巣部分切除術が施行された。病理組織学的には、両側卵巣の線維腫の診断であった。ゴーリン症候群は母斑基底細胞癌症候群とも呼ばれ、非常に稀な疾患である。様々な身体奇形や腫瘍形成の合併を特徴とし、その中で卵巣線維腫の合併も報告されている。今回、我々はゴーリン症候群の若年女児に発生した両側卵巣線維腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえ、報告する。

P-46 直腸に進展した黄色肉芽腫性付属器炎の1例

伊藤 浩一¹、扇 和之¹、山田 学²、豊島 明³、熊坂 利夫⁴、裴 有安⁴、
山下 晶祥¹、樋口 智博¹、鈴木 研資²、近藤友香里²、林 健太郎³、米田 あゆ³、
横手 宏之¹、佃 俊二¹、松下 広¹、奈良岡祐子¹、菊岡 吉朗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 大腸肛門外科³、日本赤十字社医療センター 病理部⁴

症例は56歳女性。腹痛にて当院受診し、血液検査で炎症反応高値を認めた。MRIで左付属器領域に7cm大の腫瘍性病変を認め、子宮、直腸に進展していた。腫瘍の辺縁はT2強調像で不均一な高信号で強いGd増強効果を示し、拡散強調像で高信号を示さず、ADC値は上昇していた。腫瘍の中心部はGd増強効果に乏しく、拡散強調像で著明な高信号を示し、ADC値は低下しており、卵管卵巣膿瘍が疑われた。抗生剤治療が開始され、血液検査での炎症反応は改善した。治療開始約10日後に撮像されたMRIでは、腫瘍は直腸との間に瘻孔を形成し、膿瘍を疑う内容液は抗生剤治療前より減少していた。腫瘍の辺縁は前回と同様にT2強調像で高信号を示し、強く造影されたが、拡散強調像で高信号を示し、ADC値が低下していた。膿瘍を疑う内容液の信号パターンは前回と同様だが抗生剤治療前より減少していた。経直腸生検で黄色肉芽腫性炎症の組織診断であったが、悪性腫瘍を否定できず、両側卵巣卵管摘出術、単純子宮全摘術、大網切除術、S状結腸/直腸切除術が施行された。術後病理所見により左卵管を主体とした左付属器由来の黄色肉芽腫性炎症と診断された。付属器由来の黄色肉芽腫性炎症のMRI所見に関する報告はわずかであり、特に周囲臓器に進展し、瘻孔を形成したとする報告は極めて稀である。直腸に進展し瘻孔を形成した黄色肉芽腫性付属器炎を経験したので、画像所見と病理所見を対比し、文献的考察を加え報告する。

P-47 卵管膨大部に生じた polypoid endometriosis の 1 例

小林 彩、森 千尋、村上 忠司、石丸 良広、井上 武

愛媛県立中央病院 放射線科

症例は40歳代女性。不正性器出血を主訴に前医受診、超音波検査で付属器領域に嚢胞性病変と内部充実成分を指摘され当院紹介受診。腫瘍マーカーはCA125 54.8 U/mlと軽度高値、CEAやCA19-9は正常範囲内。MRIでは右卵管留血症と右卵管内にポリープ状の境界明瞭な腫瘤を認め、右卵巣内膜症性嚢胞、深部内膜症、子宮腺筋症を伴っていた。右卵管内腫瘤は脂肪抑制T1強調像で低信号と一部点状高信号、T2強調像で軽度高信号、拡散強調像で高信号、ADCは軽度低値を示し、漸増性に造影増強された。診断的治療として腹腔鏡下右卵管切除及び右卵巣部分切除術を施行、右卵管膨大部に生じたPolypoid endometriosisの診断を得た。Polypoid endometriosisは子宮内膜症の稀な病態の一つで、充実性腫瘤を形成し時に進展する。腸管や腸管膜、卵巣、子宮漿膜に好発し、卵管での報告は少ない。画像所見は多彩で悪性腫瘍との鑑別を要する。子宮内膜症の発生機序として、子宮内膜移植説や体腔上皮化生説、胎生組織遺残説など様々な仮説が提唱されているが単一の説では説明できない点が多い。卵管子宮内膜症は稀少部位子宮内膜症である。卵管の蠕動運動や線毛運動により子宮内膜組織が生着しづらいことが一つの要因と考えられるが、卵管膨大部は子宮外妊娠の好発部位であり、比較的生着しやすいと推察される。今回、子宮内膜症の発生を考える上で興味深い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-48 多量の腹水貯留を契機に発見された偽性Meigs症候群を合併した卵巣甲状腺腫の1例

周藤 壮人¹、加藤 博基¹、早崎 容²、古井 辰郎²、酒々井夏子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

症例は50歳台、女性。腹部膨満感を主訴に近医を受診し、単純CTで多量の腹水、少量の左胸水、長径13cm大の骨盤内腫瘤を指摘された。腫瘍マーカーはCA125が885.8 U/mLと異常高値を示した。CTで骨盤内腫瘤は多房性嚢胞性病変であり、嚢胞壁の石灰化、強く増強される充実成分、粗大な脂肪成分を伴っていた。充実成分のごく一部が、脂肪抑制T1強調像で軽度高信号・T2強調像で低信号を示し、同部位は単純CTで軽度高吸収を示していた。造影T1強調像で腹膜がびまん性に増強され、癌性腹膜炎の可能性があったため、子宮全摘術+両側付属器摘出術+大網切除術が施行された。術中迅速で悪性所見を認めず、リンパ節郭清は省略された。術後の病理組織標本では嚢胞壁が扁平化した好酸性上皮組織によって被覆され、嚢胞内腔にコロイド様の好酸性物や泡沫組織球を含み、周囲に甲状腺組織を認めた。成熟嚢胞奇形腫の成分も認めたが、大部分は甲状腺組織で構成されており、卵巣甲状腺腫と診断された。明らかな未熟成分や悪性成分は認めなかった。術後3週間後に撮像された単純写真で多量の腹水は消失していた。術後2.5ヵ月の採血でCA125は正常化(16.3 U/mL)していた。卵巣甲状腺腫は良性の胚細胞性腫瘍であり、数%に偽性Meigs症候群を伴う。多量の腹水を伴う場合は卵巣癌との鑑別に迷うことがあるため、卵巣甲状腺腫を念頭に置いた読影が必要となる。

P-49 6年間の経過で著明な増大傾向を示した polypoid endometriosis の一例

永山 泰教¹、原井 亮太¹、福岡 博文¹、内村 竜太郎¹、岩越 裕²、齋藤 文誉²、
田山 親吾²、山口 宗影²、本原 剛志²、川上 史³、三上 芳喜³、近藤 英治²、
平井 俊範¹

熊本大学 放射線診断学講座¹、熊本大学 産科婦人科学講座²、熊本大学病院 病理診断科³

症例は50歳代女性。X-6年に健診USで骨盤内腫瘤を指摘され、精査のため実施された前医MRIでダグラス窩に54×62×55mmの腫瘤を認めた。悪性腫瘍を否定できず手術を検討されていたが、受診を自己中断。X年の健診で再び骨盤内腫瘤を指摘され、当院婦人科を紹介受診。MRIで骨盤内に主座をおく165×135×210mmの腹腔内腫瘤を認め、6年前に指摘された病変の増大が疑われた。腫瘤は境界明瞭・辺縁平滑で、辺縁にT2WI低信号を示す被膜様構造を認めた。両側卵巣は正常に同定された。腫瘤内部はT2WIで不均一な高信号を示し、T1WIで出血性変化と思われる高信号域が散在していた。DWIにて高信号を示し、ADC = 1.9mm²/secと拡散制限は認めなかった。造影MRIでは不均一な漸増性の増強効果を示した。PET-CTでは軽度の18F-FDG集積を認めた (SUVmax = 4.8)。以上より polypoid endometriosis、変性子宮筋腫、直腸GISTなどが鑑別に挙げられ、腫瘍摘出術が施行された。摘出標本では腫瘤辺縁に薄い被膜を認め、腫瘤内部には出血や嚢胞変性が散見された。組織像では子宮内膜腺構造と周囲の線維構造からなる子宮内膜組織が島状に散在し、polypoid endometriosisと診断された。polypoid endometriosisは内膜症病変がポリープ状に増殖し充実性腫瘤を形成したもので、病理学的に子宮内膜ポリープに類似する。臨床的に悪性腫瘍との鑑別が問題となり、特徴的な画像所見について文献的考察を加えて報告する。

P-50 両側卵巣、卵管、子宮頸部に異なる病変が見られ術前診断に難渋した1例

塚部 明大¹、豊田 聡史¹、阪上 海央¹、永井 啓介¹、中田 早紀¹、辻江 智子²、
足立 史朗³

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 病理診断科³

症例は59歳女性 (G3P2SA1)。主訴は腹部膨満感。USで腹水貯留を指摘され、当院産婦人科紹介受診となった。【造影CT】腹水貯留と左付属器の10cm大腫瘤、右付属器の小結節、右卵管の腫大、子宮内頸部の目立つ増強効果を認めた。【造影MRI】左卵巣腫瘍は増強効果の強い嚢胞性腫瘤であり、出血壊死所見に乏しいもDWIでは高信号を示した。何らかの卵巣癌を疑ったが他病変の転移の可能性も考えた。右付属器はT2WI、T1WI低信号結節であり、線維腫やBrenner腫瘍等の良性腫瘍を疑った。両側卵管のT2WIで低信号を呈する腫大を認め、拡散の変化は目立たず。炎症性/腫瘍性病変の判断困難であった。子宮内頸部病変はT2WI高信号DWI低信号の多房性嚢胞性病変であり過形成性/貯留嚢胞を疑ったが、辺縁の増強効果不整で腺癌の否定困難と考えた。TAH+BSO施行され、左卵巣：Mucinous Borderline tumor with intraepithelial carcinoma、右卵巣：Brenner腫瘍、右卵管：High grade serous carcinoma、左卵管：Serous adenofibromatous lesion、子宮頸部：B型 Tunnel clustersと診断され、播種やリンパ節転移は認めなかった。術前診断に難渋し、画像所見と病理所見を対比してこれを報告する。

P-51 頻繁に再発する子宮adenofibromaを認めた副甲状腺機能亢進症の一例

中井 豪¹、山田 隆司²、山本 和宏¹、大道 正英³、大須賀慶悟¹

大阪医科薬科大学 放射線診断科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：20歳代、女性主訴：偶発発見の子宮腫瘍現病歴：発熱、下痢を主訴に内科を受診。その際に撮影されたCTにて子宮内腫瘍を指摘され婦人科に紹介となる。既往歴：3か月前：両膝痛で整形外科受診。CTで骨異常が指摘され精査中であり、甲状腺右葉背側に結節が指摘されている。妊娠歴：G0P0 月経周期：整（25～30日） 過多月経あり。経過：子宮腫瘍精査目的で施行された骨盤部MRI T2強調像で子宮内腔に頸管を押し広げるように外方性に発育する腫瘍を認め、一部外子宮口から腔内に脱出していた。腫瘍は筋層より不均一な高信号を示し、内部には嚢胞が散見され、一部に出血が疑われた。腫瘍は拡散強調像で高信号、拡散抑制を示した。ダイナミック造影で腫瘍は早期から後期まで筋層と同等の強い濃染を認めた。骨異常に対しては代謝内科で副甲状腺腺腫による副甲状腺機能亢進症と診断された。その後、子宮鏡下切除（TCR）が行われた病理結果はadenofibromaであったがadenosarcomaは否定できなかった。その後数か月で全周性の再発を認め生検、TCRを行ったが、最終的に患者の希望で子宮全摘が行われた。病理結果はadenofibromaであった。頻回に再発する経過からは悪性を疑わせたが、副甲状腺機能亢進症頸瘍傷症候群とすれば子宮摘出を要するような再発性ポリープも報告されている。本例は抗parafibromin抗体染色で遺伝子異常による再発と診断し得たので、文献的考察を含め報告する。

P-52 浮腫様の子宮頸部の腫大を認めた1例

竹内 香代¹、品川 明子²、山口 愛奈³、辻川 哲也¹

福井大学 放射線科¹、福井大学 産科婦人科²、福井大学医学部附属病院 病理診断科³

帝王切開の手術歴のある30代女性。血尿の精査中にCTで子宮頸部の腫大を認めた。内診で明らかな異常は認めない。経膈超音波検査で子宮頸部はびまん性に腫大があるように見えるが、CTほど明らかな腫瘍影は同定出来なかった。腫瘍マーカー（CEA, CA19-9, CA125, SCC）の上昇はなし。造影MRで帝王切開部より尾側の子宮頸部から膈下蓋部はT2FS高信号で腫大し、前後径は83mmで、造影効果は乏しい。骨盤底～子宮頸部に拡張した血管の走行を認めた。子宮頸部病変はFDG-PET/MRで集積は低く、FES-PET/MRでも集積は低かった。MRの撮影からPET/MR撮影時は1か月が経過し、軽度縮小が見られるものの、良性疾患の典型像でなかったため、組織診目的に円錐切除術を施行した。手術時には子宮腔部は全体的に腫大し、軽度暗赤色に鬱血して見えた。病理組織学的には、正常の子宮頸部の組織と同様であるものの、スポンジ状の腺管の拡張が目立った。画像所見の主体は術前に浮腫性変化を疑っていたが、浮腫性変化は目立たなかった。子宮頸部の重度の浮腫の症例は報告されているものの、画像所見の報告は認めない。massive ovarian edemaと同様、非腫瘍性に子宮頸部が腫大する病態と思われた。

P-53 子宮内膜未分化癌の一例

田中絵里子¹、小西 啓之¹、鹿島 正隆¹、木村 健¹、青木 利夫¹、守屋 信和¹、
長谷川明俊²、星本 数種³

川崎幸病院 放射線科¹、川崎幸病院 婦人科²、川崎幸病院 病理診断科³

症例は50代女性、腹痛、不正性器出血にて前医受診。超音波検査にて子宮内膜の肥厚を認め、細胞診で腺癌が検出され、精査加療目的にて当院受診した。既往歴に特記事項なく、未経妊。術前のMRIでは、子宮に外向性に発育する腫瘤性病変があり子宮頸管に突出していた。信号はT2WIで不均一な信号で、子宮筋層に近い領域で筋層よりも高信号の領域が多く認められ、この領域に造影効果を認めた。拡散強調画像では不均一な高信号で、造影される領域に一致して強い高信号を認めた。骨盤壁や傍大動脈のリンパ節に多数の腫大を認めた。MRIから1.5ヶ月後に手術が施行された。病理組織学的には、高度核異型を示す異型細胞が血管間質や壊死を伴い充実性や地図状に増殖する腫瘍であった。未分化な癌腫で部分的にも類内膜成分が認められないことから未分化癌と診断された。傍大動脈リンパ節転移は2個のみであった。子宮体部の未分化癌は脱分化癌とともに稀な組織型であり、画像所見の報告は少ない。文献学的考察と併せて報告する。

P-54 子宮原発の悪性perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) の一例

西岡 友佳¹、佐野 優子¹、小川 晴菜¹、山田 香織¹、森下 博之¹、小嶋 哲²、
大久保智治²、浦田 洋二³、一条 祐輔¹、吉田麻里子¹、松浦 莉加¹、山下 政矩¹、
林 佑希子¹

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 産婦人科²、
京都第一赤十字病院 病理診断科³

症例は50代女性、2年前に子宮筋腫を指摘されている。健診でLDH高値と肝腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介。造影CTにて多発肝腫瘍を認め、早期濃染し一部に後期相で洗い出しを認め、転移性肝腫瘍やHCCが疑われた。子宮には境界明瞭な約10cm大の腫瘍を認め、辺縁優位に早期濃染し後期相で洗い出しを認め、内部は漸増性に濃染、中心部に造影不良域を認めた。MRIにて腫瘍は子宮筋層後壁と連続し頸部を占拠するように存在、T2WIで不均一な軽度高信号、拡散低下を示す充実部を認め、中心部はT2WIで高信号を示し変性壊死を疑った。出血を疑うT1WI高信号域は認めなかった。鑑別として富細胞性子宮筋腫や子宮肉腫を挙げた。EOB-MRIにて、複数の多血性肝腫瘍は約1カ月の経過で増大し、HCCとしては増大が速く、子宮肉腫及び多発肝転移を第一に疑った。子宮全摘及び両側付属器切除術を施行、メラノサイト及び平滑筋マーカーを発現する紡錘形細胞が豊富な血管を伴って増殖し、核異型度や腫瘍径などから悪性PEComaと診断された。術後PET-CTが施行され、多発肝腫瘍の他、骨、脾など複数箇所にFDG集積を認め、多臓器転移と診断された。PEComaは血管周囲類上皮細胞(perivascular epithelioid cell:PEC)由来の稀な間葉系腫瘍である。婦人科領域は好発部位と報告されているが、殆どが良性で悪性例の報告は少ない。今回極めて稀な悪性の子宮PEComaを経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

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 「肝癌における術前画像診断の意義」
第6回	'93 2.27 東京都	宗近 宏次 (昭和大)	泌尿器・生殖器 48題	東海大 病理学2 長村義之先生「副腎及び後腹膜疾患の病理」 *フィルムリーディングセッション
第7回	'93 11.17 山口県	板井 悠二 (筑波大)	肝・胆・膵 62題	癌研究所 病理 加藤洋先生 「膵腫瘍の病理」
第8回	'94 3.12 東京都	石川 徹 (聖マ医大)	泌尿器・生殖器 58題	昭和大学 放射線科 宗近宏次先生「前立腺癌の画像診断と病理」 コメンテーター：慈恵医大 第二病理 藍澤茂雄先生
第9回	'95 5.12-13 石川県	松井 修 (金沢大)	総合テーマ 77題	金沢大学 病理学2 中沼安二先生「肝血行異常の病理」 *フィルムリーディングセッション
第10回	'96 5.17-18 東京都	隈崎 達夫 (日本医大)	総合テーマ 65題	K. Ivancev, MD, PhD, Malmoe Gneral Hsp. 「Hepatic Tumor Blood Supply」 パネルディスカッション「肝癌-その診断・治療戦略」
第11回	'97 5.9-10 大分県	森 宣 (大分医大)	総合テーマ 83題	大分医大 検査部 横山繁生先生「子宮病変の病理」 コメンテーター：島根医大 杉村和朗先生 *フィルムインタープリテーションセッション
第12回	'98 6.12-13 大阪府	中村 仁信 (大阪大)	総合テーマ 80題	B. I. Choi, MD, Seoul National University 「Liver Tumor : Recent Progress of US」 パネルディスカッション「嚢胞性膵腫瘍の画像診断」 *フィルムカンファレンス(肝疾患)
第13回	'99 6.18-19 島根県	杉村 和朗 (島根医大)	総合テーマ 104題	特別企画「前立腺癌の診断と治療」 *フィルムリーディング「タイムショック」
第14回	'00 5.11-13 山梨県	荒木 力 (山梨医大)	総合テーマ 121題	順天堂大学 第一病理学 須田耕一先生「膵臓疾患の病理」 *フィルムリーディングセッション
第15回	'01 6.1-2 兵庫県	中尾 宣夫 (兵庫医大)	総合テーマ 130題	久留米大学 病理学教室 神代正道先生「早期肝細胞癌を巡る問題点」 *パネルセッション
第16回	'02 5.31-6.1 大阪府	富樫かおり (京都大)	総合テーマ 131題	久留米大学 病理学教室 神代正道先生「早期肝細胞癌を巡る問題点」 *フィルムリーディングセッション
第17回	'03 5.30-31 東京都	大友 邦 (東京大)	総合テーマ 139題	東京大学女性外科 中川俊介先生「婦人科悪性腫瘍の治療における新しい指標」 東京大学 肝胆膵外科 國土典宏先生「肝臓外科における術中超音波の進歩」 *パネルクイズセッション
第18回	'04 5.28-29 長野県	角谷 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 「エングマティックな婦人科疾患：子宮内膜症」 *パネルクイズセッション
第20回	'06 5.26-27 東京都	今井 裕 (東海大)	総合テーマ 135題	慶應義塾大学医学部 病理学教室 坂元亨宇先生 「マクロを中心とした肝癌の進展様式」 昭和大学医学部 第一病理学教室 諸星利男先生「膵嚢性病変の組織像」 *パネルクイズセッション
第21回	'07 6.1-2 宮崎県	田村 正三 (宮崎大)	総合テーマ 145題	宮崎県立宮崎病院 病理科 林透先生「子宮体部の病理 -腫瘍を中心に-」 東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学分野 福嶋敬宜先生 「膵管内腫瘍の病理 update」 *パネルクイズセッション
第22回	'08 6.6-7 茨城県	南 学 (筑波大学)	総合テーマ 143題	大阪市立大学大学院 放射線医学教室 中村健治先生 「腹部IVR でおさえておくべき画像診断 -ヒアリングを含めて-」 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 「膵腫瘍 -画像が組織診断に・組織像が画像診断に教えてくれること-」 岡山大学病院 肝胆膵外科 八木孝仁先生 「肝胆膵領域の手術の限界」
第24回	'10 6.11-12 長野県	後閑 武彦 (昭和大学)	総合テーマ 172題	昭和大学 医学部 第一病理学教室 諸星利男先生 「放射線科医が注意すべき膵腫瘍性病変」 横浜市立大学 医学部 分子病態腫瘍病理学 長嶋洋治先生 「放射線科医が知っておきたい膵腫瘍の病理」
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) ー分子メカニズムと実地診療での経験からー」
第27回	'13 6.21-22 栃木県	楯 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 ー造影CTによる「切除可能性分類」と組織所見ー」
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」
第35回	'22 6.24-25 高知県	山上 卓士 (高知大学)	総合テーマ 115題	高知大学医学部 病理学講座 降幡睦夫先生 「尿路癌 (膀胱癌) と前立腺癌：病理医の立場から」 高知大学医学部 泌尿器科学講座・光線医療センター 井上啓史先生 「癌医療の新たな道を照らす 一光で診て、光で治すー」

協賛企業・団体一覧

エルピクセル株式会社
キャ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
コヴィディエンジャパン株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社
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
テスコ株式会社
日本ストライカー株式会社
日本メジフィジックス株式会社
株式会社根本杏林堂
バイエル薬品株式会社
東日本メディカルシステム株式会社
株式会社フィリップス・ジャパン
富士製薬工業株式会社
富士フィルムメディカル株式会社
ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社
丸木医科器械株式会社

五十音順・敬称略
2023年5月29日現在

第36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36回日本腹部放射線学会
会長 高瀬 圭
(東北大学大学院医学系研究科 放射線診断学分野)



TESCO

TECHNICAL SERVICE CORPORATION

知識、技術を磨き、最適な製品と情報を提供し続けます

よりよい医療へ

テスコ株式会社

東証プライム市場上場企業グループ

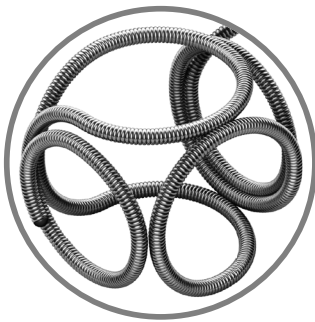


WIN A BETTER QUALITY OF LIFE

WIN PARTNERS Group

Peripheral interventions

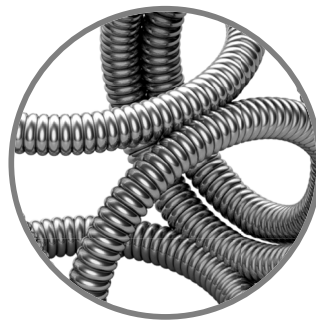
Target Detachable Coils



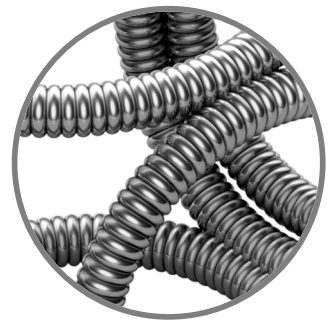
Target 360
Detachable Coils



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



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)

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) V1C12 JB80256XA
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



画像診断支援 AI EIRL Chest Series



EIRL Chest Screening

胸部X線画像における
包括的な読影支援を提供

● 異常陰影検出 *1

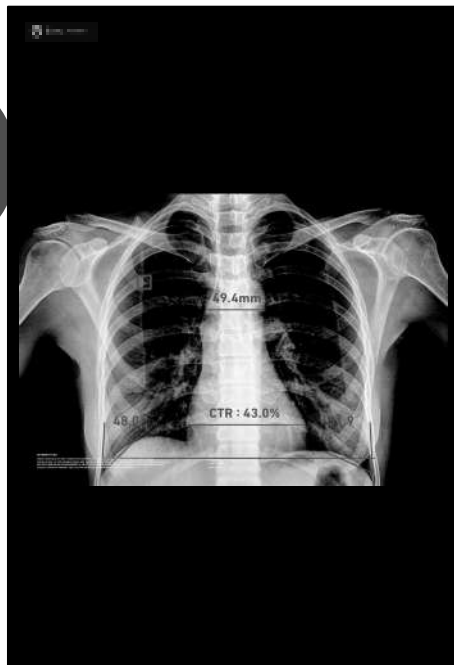
検出
対象

- 結節影
- 浸潤影
- 無気肺
- 間質性陰影

結節影以外にも
見落としたくない
所見がある方へ

● 自動計測 *2

- 胸腔内空気含有面積を自動計測
- 大動脈弓の径の自動計測
- 心胸郭比 (CTR) の自動計測
- 肋骨横隔膜角の自動計測
- 縦隔幅の自動計測



販売名：医用画像解析ソフトウェア EIRL Chest XR

製造販売承認番号：30400BZX00285000 *1

販売名：医用画像解析ソフトウェア EIRL Chest Metry

製造販売承認番号：302AGBZX00101000 *2

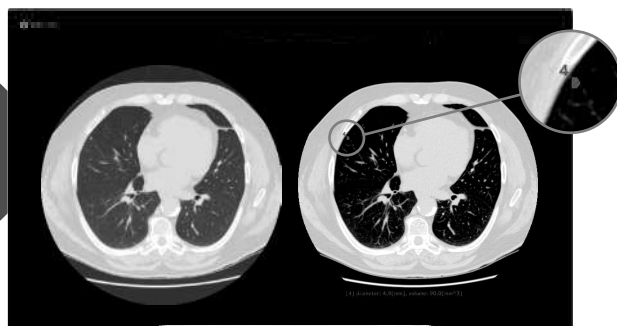
*Chest Screening は製品の総称です *画像はイメージです



EIRL Chest CT

胸部CT画像肺野領域における
関心領域の自動抽出と計測を支援

- 肺野領域について基準値に基づいた関心領域を抽出
- 抽出した関心領域の体積と最大径を自動計測



※画像はイメージです

販売名：医用画像解析ソフトウェア EIRL Chest CT

認証番号：304AGBZX00037Z00

詳しい情報・お問い合わせはサイトから

<https://eirl.ai/ja>

医用画像 AI ダウンロード

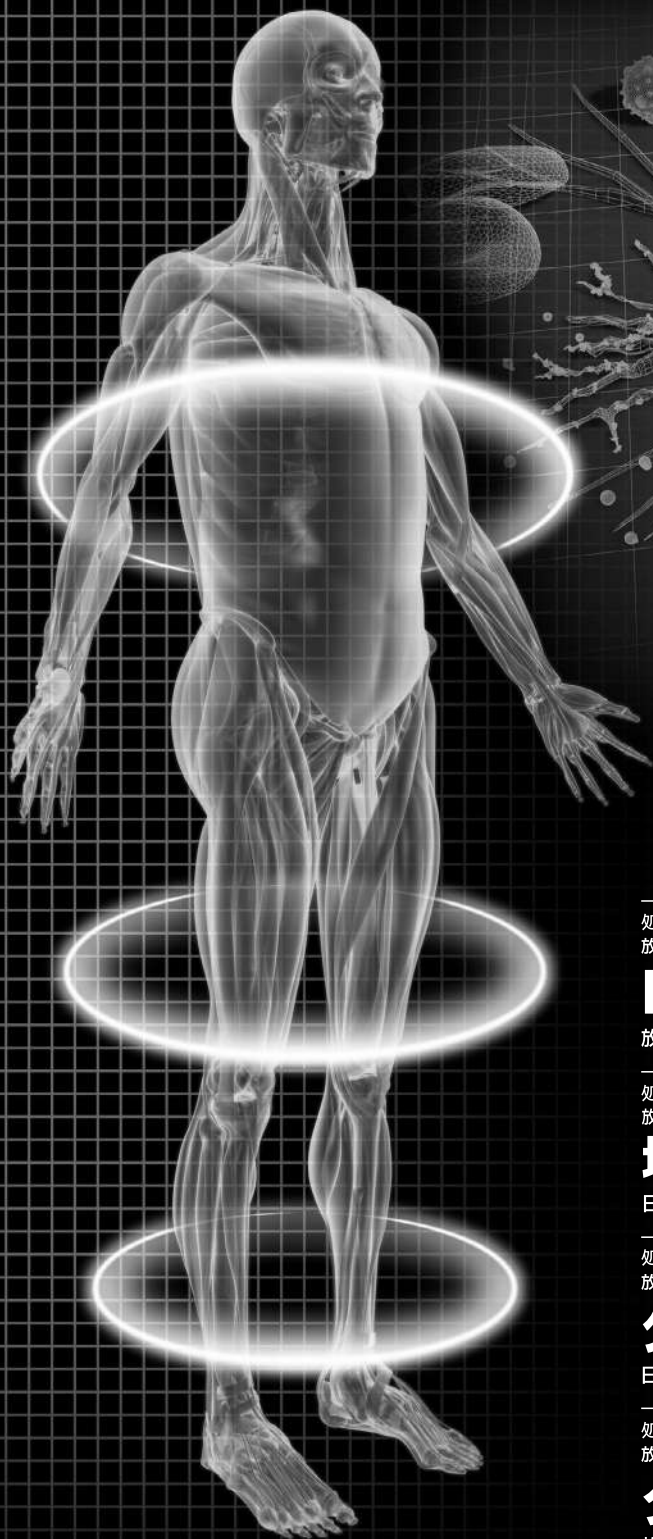


LPIXEL

エルピクセル株式会社 東京都千代田区大手町 1-6-1 大手町ビルディング

03-6259-1972 受付時間 (土日祝を除く) 10:00~17:00





処方箋医薬品^{注)} [保険適用]

放射性医薬品・悪性腫瘍診断薬、虚血性心疾患診断薬、てんかん診断薬

FDGスキャン[®]注

放射性医薬品基準フルデオキシグルコース (¹⁸F)注射液

処方箋医薬品^{注)} [薬価基準収載]

放射性医薬品・心臓疾患診断薬・副甲状腺疾患診断薬・腫瘍(脳、甲状腺、肺、骨・軟部、縦隔)診断薬

塩化タリウム(²⁰¹Tl)注NMP

日本薬局方塩化タリウム (²⁰¹Tl)注射液

処方箋医薬品^{注)} [薬価基準収載]

放射性医薬品・悪性腫瘍診断薬、炎症性病変診断薬

クエン酸ガリウム(⁶⁷Ga)注NMP

日本薬局方クエン酸ガリウム (⁶⁷Ga)注射液

処方箋医薬品^{注)} [薬価基準収載]

放射性医薬品・骨疾患診断薬

クリアボーン[®]注

放射性医薬品基準ヒドロキシメチレンジホスホン酸テクネチウム (^{99m}Tc)注射液

注)注意-医師等の処方箋により使用すること

■効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

®:登録商標



資料請求先

日本メジフィジックス株式会社

〒136-0075 東京都江東区新砂3丁目4番10号

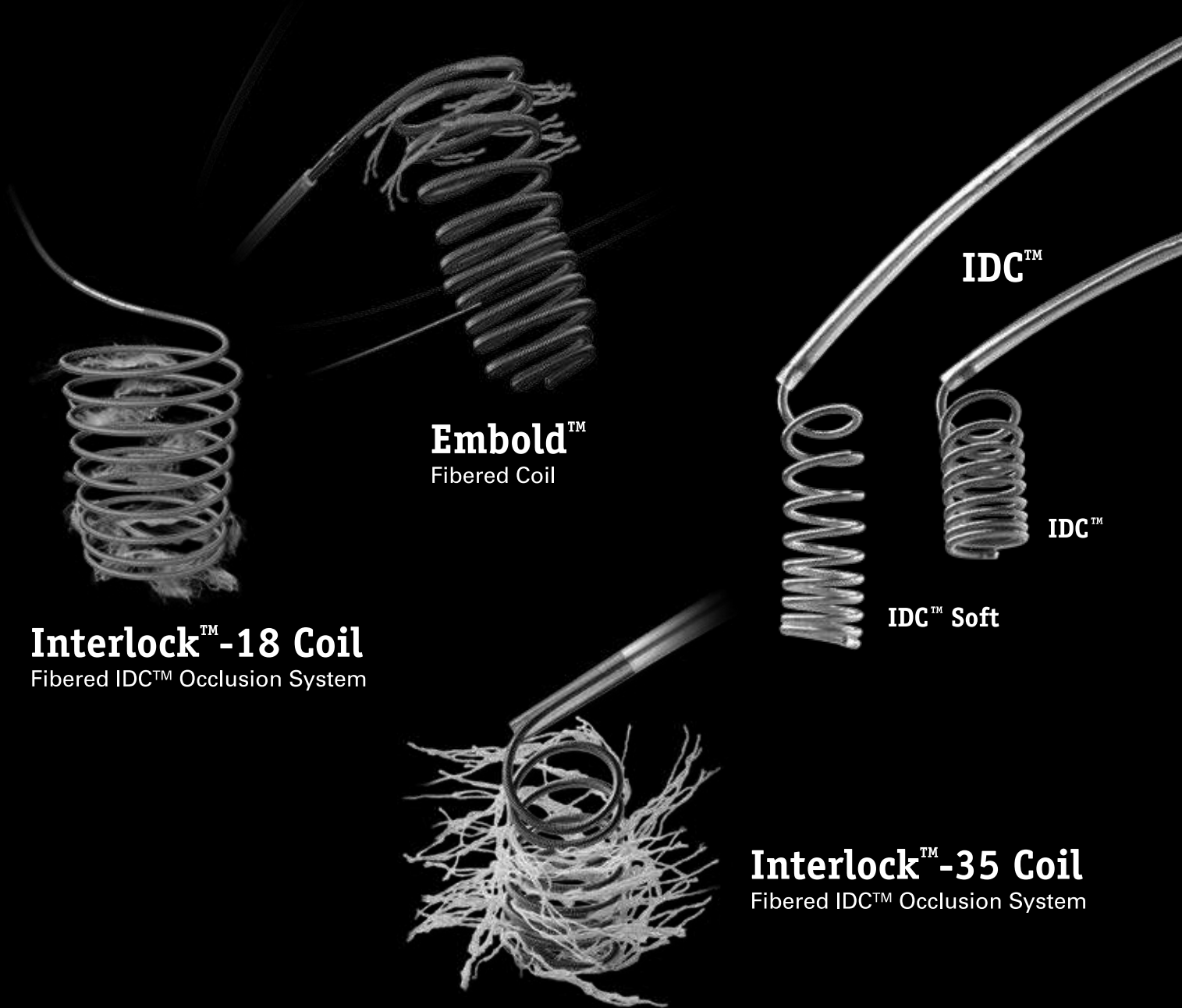
製品に関するお問い合わせ先 ☎ 0120-07-6941

弊社ホームページの“医療関係者専用情報”サイトで
SPECT・PET検査について紹介しています。

<http://www.nmp.co.jp>

2016年3月改訂

“Right Device in Right Place”



Interlock™ -18 Coil
Fibered IDC™ Occlusion System

Embold™
Fibered Coil

IDC™

IDC™

IDC™ Soft

Interlock™ -35 Coil
Fibered IDC™ Occlusion System



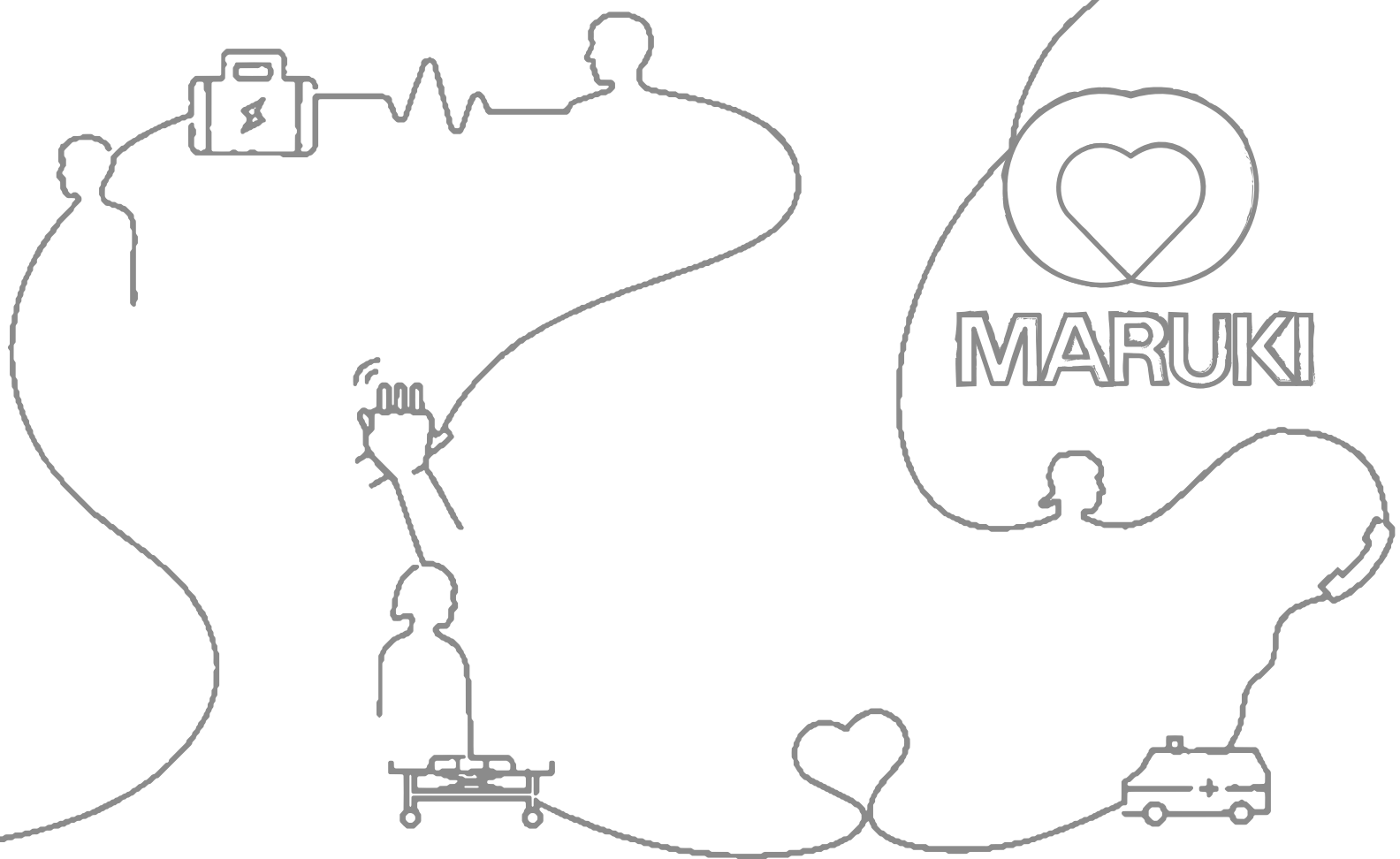
販売名: EMBOLDコイル
医療機器承認番号: 30400BZX00284000
販売名: プラチナコイル バスキュラー オクルージョン システム
医療機器承認番号: 21000BZY00328000

販売名: Interlock-35 コイル
医療機器承認番号: 22600BZX00207000
販売名: Fibered IDC コイル
医療機器承認番号: 22100BZX01103000

MARUKIは、

最新の情報と質の高いサービスの提供を通して

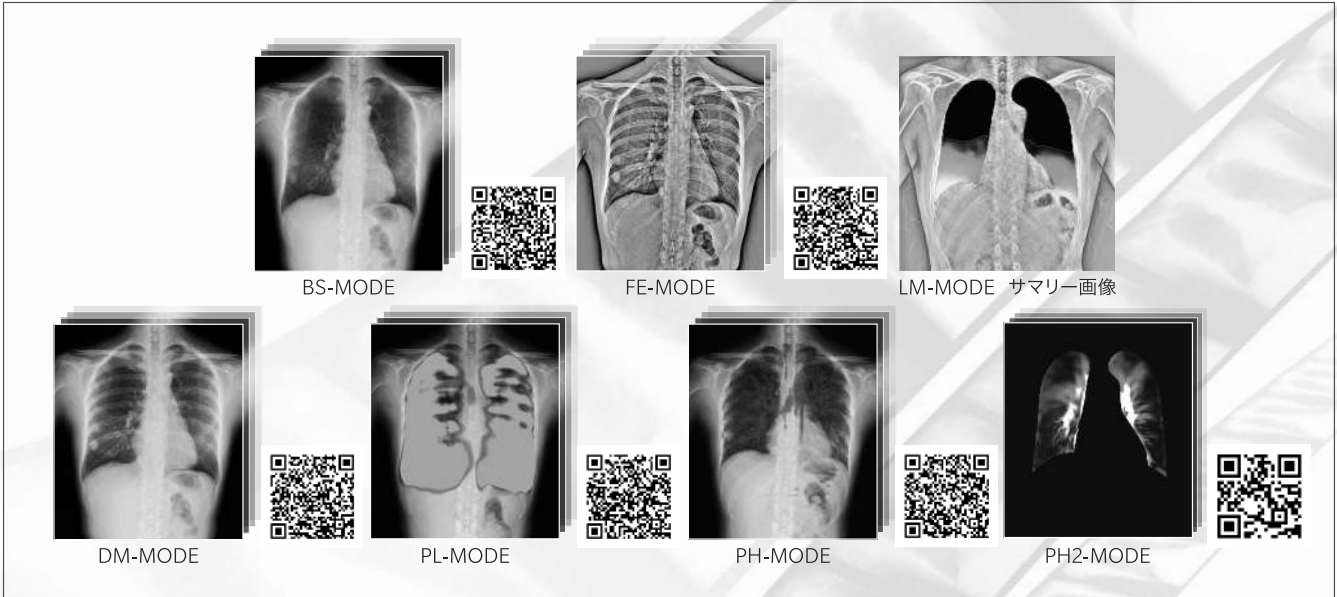
地域医療の発展に貢献して参ります



丸木医科器械株式会社

Maruki Medical Systems Inc.

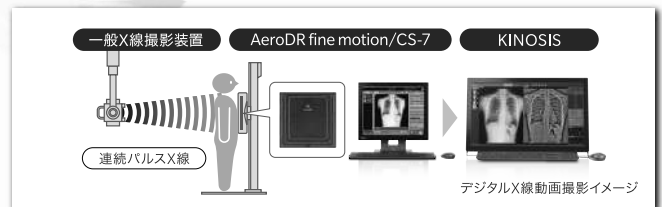
- | | |
|--|----------------------|
| ■仙台支店／〒981-1105 宮城県仙台市太白区西中田3-20-7 | TEL 022-242-6001 (代) |
| ■仙台SPDセンター／〒984-0015 宮城県仙台市若林区卸町4-5-14 | TEL 022-253-6895 (代) |
| ■泉SPDセンター／〒981-3117 宮城県仙台市泉区市名坂樋町173-8 | TEL 022-771-2471 (代) |
| ■山形支店／〒990-2338 山形県山形市蔵王松ヶ丘2-2-22 | TEL 023-695-3000 (代) |
| ■庄内営業所／〒998-0875 山形県酒田市東町1-26-8 | TEL 0234-23-7566 (代) |
| ■鶴岡営業所／〒997-0046 山形県鶴岡市みどり町12-10 コアビル202 | TEL 0235-29-1377 (代) |
| ■岩手支店／〒028-3621 岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢第五地割313番 | TEL 019-698-1567 (代) |
| ■水沢営業所・水沢SPDセンター／〒023-0003 岩手県奥州市水沢佐倉河字電神2-7 | TEL 0197-25-7703 (代) |
| ■秋田南営業所／〒013-0043 秋田県横手市安田字越廻37 | TEL 0182-33-4751 (代) |
| ■八戸営業所／〒039-1165 青森県八戸市石堂2-29-6-102 | TEL 0178-21-8009 (代) |
| ■気仙沼出張所／〒988-0053 宮城県気仙沼市田中前3丁目6-8 メイプルハイツB号 | FAX 0226-22-0880 |



Dynamic Digital Radiography デジタルX線動画撮影システム

単純X線撮影は、動画撮影の領域へ

デジタルX線動画撮影システムは、X線動画解析ワークステーション「KINOSIS(キノシス)」、可搬型DR「AeroDR fine motion」、及び一般 X線撮影装置*1 で構成され、パルスX線を連続照射し、コマ撮りした画像を連続表示することで、動画を作る、全く新しいシステムです。



X線動画解析ワークステーション

KINOSIS

*1 一般X線撮影装置としては、(株)島津製作所「診断用X線装置 RADspeed Pro」を採用しています。★「X線動画解析ワークステーション KINOSIS」、及び「KINOSIS」は、「画像診断ワークステーション コニカミノルタ DI-X1」(製造販売認証番号:230ABBZX00092000)の呼称です。★「AeroDR fine」は、「デジタルラジオグラフィー SKR 3000」(製造販売認証番号:228ABBZX00115000)の呼称です。★記載の会社名、商品名は、各社の商標または登録商標です。

製造販売元: コニカミノルタ株式会社 販売元: コニカミノルタ ジャパン株式会社 105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 <http://www.konicaminolta.jp/healthcare>

