

第37回 日本腹部放射線学会開催のご挨拶



第37回日本腹部放射線学会
会長 新本 弘
防衛医科大学校 放射線医学講座

第37回日本腹部放射線学会を2024年6月14日（金）と15日（土）の両日、埼玉県川越市のウェスタ川越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、たいへん光栄に存じます。

ご存知のように、本学会は症例ごとに画像所見と病理所見を詳細に対比、検討していくことに、その最大の特徴があります。近年AIなど画像診断を取りまく環境は急速に変化を遂げておりますが、画像診断の根底が画像病理対比であることに異を唱える人はいないと思います。腹部、骨盤領域の画像診断の臨床、最近のトピックスに関して、最も勉強になり、その真髄に迫れるのが本学会であると感じております。今回もそのような一般演題と質疑応答、エキスパートの先生方による基調講演、セミナーを楽しみにしていただきたいと思います。

また、初日には陸上自衛隊中央音楽隊によるミニコンサートも予定されており、皆様と一緒に素晴らしい演奏を楽しみたいと思っております。

川越は古くから交通の要衝、城下町として栄えた地方都市であり、「小江戸」と称されるレトロな町並みで、最近は大マスコミなどでも特集されることが多く、皆様もよくご存知のことと思います。「蔵造りの町並み」、「時の鐘」、「菓子屋横丁」といった観光スポットも、会場から徒歩圏内にあります（ちょっとだけ歩きますが）。この機会にぜひ古き良き川越の町を散策し、リフレッシュして、明日からの診療の新たな活力を得ていただきたいと思います。

川越駅は新幹線の大宮駅から約20分、東京駅からも1時間程で、会場は川越駅から徒歩3分の利便性のいい場所にあります。タイムスリップしてしまったかのような蔵造りの建物が立ち並ぶ川越で、楽しく学んで、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) 木戸 晶 (富山大)
 新本 弘 (防衛医大) 高瀬 圭 (東北大) 高橋 哲 (愛仁会高槻病院) 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》: 76名

【北海道・東北地区】6名

児玉 芳尚 (手稲溪仁会) 紺野 義浩 (山形大) 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) 山田 隆之 (東北医科薬科大)

【関東・甲信越地区】26名

秋田 大宇 (慶應大) 市川 智章 (群馬大学) 扇 和之 (日本赤十字) 扇谷 芳光 (昭和大)
 岡田 真広 (日本大学) 岡田 吉隆 (埼玉医大国際医) 加村 毅 (信楽園病院) 北井 里実 (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 (元がん研有明)
 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 (元がん研有明)
 松尾 義朋 (イーサイトヘルスクア) 松木 充 (自治医大とちぎ子ども医セ) 本杉宇太郎 (甲府共立病院) 森 健作 (がん研有明)
 吉村 宣彦 (新潟市市民病院) 渡谷 岳行 (国際医療センター)

【中部・北陸地区】11名

阿保 斉 (富山県立中央) 石垣 聡子 (名古屋大) 伊藤 茂樹 (名古屋第一赤十字) 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)
 野田 佳史 (岐阜大) 南 哲弥 (金沢医大) 山本 亨 (福井県立)

【近畿地区】18名

磯田 裕義 (京都市大) 今岡いずみ (神戸大) 大田 信一 (長浜赤十字) 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 (なにわ生野病院)
 杉本 幸司 (神戸大) 祖父江慶太郎 (神戸大) 谷川 昇 (関西医大) 坪山 尚寛 (神戸大)
 鶴崎 正勝 (近畿大) 中井 豪 (大阪医科薬科大) 堀 雅敏 (大阪大) 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】10名

粟井 和夫 (広島大) 佐野村隆行 (香川大) 竹内麻由美 (徳島大) 玉田 勉 (川崎医大)
 中村 優子 (金沢大) 福倉 良彦 (川崎医大) 松崎 健司 (徳島文理大) 松田 恵 (愛媛大)
 山上 卓士 (高知大) 吉廻 毅 (島根大)

【九州・沖縄地区】5名

青木 隆敏 (産業医大) 内田 政史 (久留米大) 浪本 智弘 (くまもと県北病院) 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)
 蒲田 敏文 (金沢大) 黒田 知純 (大阪がん予セ) 後閑 武彦 (昭和大) 杉村 和朗 (神戸大)
 富樫かおり (京都市大) 中村 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 (金沢大) 宗近 宏次 (総合南東北病院) 森 宣 (LSI札幌クリニック) 山下 康行 (くまもと県北病院)

《功労会員》: 5名

隈崎 達夫 (日本医大) 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)
 吉田 哲雄 (県立足柄上)

(110名敬称略・五十音順)

【一般社団法人日本腹部放射線学会事務局】

代表理事: 陣崎 雅弘

事務局: 玉木 直美

慶應義塾大学医学部放射線科学教室

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35番地

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

TEL: 03-5363-3887

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】

法人年度切替時期になりましたら、正会員としての継続の意思を事前確認させていただきますので、継続される場合は学会ホームページの会員登録頁より「確認・修正」をご選択頂き、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。なお、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、年会費は自動決済されませんのでご注意ください。

【新規に正会員としてご登録頂く場合】

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

・年会費納入期間：日本腹部放射線学会法人年度内（5月1日～翌年4月末日）

但し、学会開催前の5月1日～31日の間に、当年度の「年会費（8,000円）」を納入して頂いた場合は、同年6月に開催されます学術集会の参加費（15,000円）を、年会費納入の特典として減額いたします（正会員：5,000円、但し、初期研修医は免除）。

上記期間内に「年会費」を納入されない場合は、学術集会『参加費（15,000円）』は当日、会場にてお支払いください。

[年会費納入の特典]

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

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

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

一般社団法人日本腹部放射線学会
代表 陣崎 雅弘

ご案内

1. 参加受付

1) 参加登録はすべて、第37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：2024年4月22日（月）12：00～6月15日（土）

参加登録サイト：<https://www.jsar.jp/37th/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：2024年6月14日（金）8：00～

6月15日（土）8：00～

場 所：ウエスタ川越 2F 大ホール前ホワイエ

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

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

3. 一般演題

【一般口演】

・口演会場はウエスタ川越 第1会場（2F大ホール）です。

1) 座 長

- ・ご担当頂くセッションの終了時間を厳守してください。一般口演の発表時間は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：※症例数によって異なりますので、個別にご連絡させていただきます。
- ・一般演題 Preliminary Research：9分（発表7分、討論2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 : ※症例数によって異なりますので、個別にご連絡させていただきます。
- ・一般演題 Preliminary Research : 9分(発表7分、討論2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109×768ピクセルです。
 - ・当日は演者ご自身で演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 大ホール前ホワイエ)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

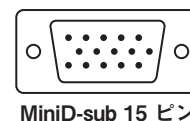
- ・講演会場にはワイドサイズのスクリーン（16：9）をご準備しております。
標準サイズ（4：3）のデータもご利用いただけますが、ワイドサイズ（16：9）での作成を推奨します。

<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薦めいたします。
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薦めいたします。
- ・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（109×768）となります。
- ・この環境で画面のすべてが不具合なく表示されることを、予めご確認ください。
- ・音声は使用できません。
- ・発表者ツールは使用できません。発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。
- ・スクリーンセーバー、ウイルスチェック、並びに省電力設定（Macintoshの場合はホットコーナーも）は、あらかじめ解除をお願いいたします。



◆病理標本

- ・口演は病理学の先生にコメンテーターをお願いしております。病理コメンテーターの先生方よりご要望のあった演題については、事前にプレパラートをご送付いただくか、当日ご持参いただきます。ご郵送をお願いする場合は改めてご連絡させていただきます。なお、お預かりしたプレパラートは、口演後に病理室（2F 会議室2）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第2会場（1F 多目的ホール）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17:15～17:55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。
(10ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
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17:15～17:55にポスターディスカッションを行います。発表者はご自身のポスターの前で待機してください。各セッションの座長の進行に従って、発表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。
(11ページのポスター作成見本を参考に作成してください)
パネル上(出題) : 横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18:00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17:15～17:55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14日(金) 11:05～11:35 (30分)
場 所: 第1会場 2F 大ホール

5. クイズ企画

クイズ企画の問題が6月14日(金) 11:00より第2会場(1F 多目的ホール)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14日(金) 18:00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15日(土) 15:10～第1会場(2F 大ホール)にて行います。上位の方には、大会長より心ばかりの賞品をご用意しております。皆様、是非ご参加ください。

6. 打田賞受賞講演・表彰

日 時: 6月15日(土) 14:30～15:00
場 所: 第1会場(2F 大ホール)

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14日（金）13：45～15：05

座長：新本 弘（防衛医科大学校 放射線医学講座）

演者：藤井 靖久（東京医科歯科大学大学院 腎泌尿器外科学）

『泌尿器科医としての腹部画像診断』

都築 豊徳（愛知医科大学医学部 病理診断学講座）

『放射線画像所見と病理診断との一致を目指して ―WHO第5版の試み―』

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14日（金）11：45～12：35

『腹部MRIにおける新たな撮像技術と臨床応用の探求』

座長：松尾 政之（岐阜大学大学院医学系研究科 生体管理医学講座放射線医学分野）

演者：野田 佳史（岐阜大学大学院医学系研究科 先端画像開発講座）

『腹部自由呼吸下撮像の可能性 ～造影ダイナミック、定量への応用～』

尾崎 公美（浜松医科大学 放射線診断学講座）

『腹部MRIの未来への扉：MR 7700から見える新しい可能性』

【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15日（土）12：30～13：20

『AI技術が導く画像診断の新時代』

座長：松木 充（自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児画像診断部）

演者：田村 明生（岩手医科大学 放射線医学講座）

『腹部画像診断におけるDLRの到達点』

伊東 克能（山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座）

『DLRによる超解像MRIと機能イメージング』

【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14日（金）15：15～16：05

『腹部領域の画像診断 -アップグレードのためのtips-』

座長：曾我 茂義（獨協医科大学）

演者：田辺 昌寛（山口大学）

『腹部領域の画像診断 -疾患の真に迫るためのTips-』

渡谷 岳行（国立国際医療研究センター病院）

『腹部画像診断知っておくべきポイント -アップグレードのためのtips-』

【ティータイムセミナー2】 富士製薬工業株式会社

日時：6月15日（土）15：45～16：35

『目指せ腹部画像診断のエキスパート ～紛らわしい疾患はここを押さえよう～』

座長：小林 聡（金沢大学 医薬保健研究域医学系 放射線科学）

演者：藤永 康成（信州大学医学部 画像医学教室）

【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14日（金）16：15～17：05

『最新技術で診る -腹部画像診断-』

座 長：楳 靖（島根大学 放射線医学講座）

演 者：市川新太郎（浜松医科大学 放射線診断学講座）

『肝臓領域のDual Energy CT』

増井 孝之（社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷浜松病院）

『上腹部MR撮像におけるディープラーニング画像再構成の適用
～単純からダイナミック撮像まで～』

【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15日（土）9：40～10：30

『Siemens Healthineers MR/CT 最前線』

座 長：五島 聡（浜松医科大学 放射線医学教室 放射線診断学講座）

演 者：上野 嘉子（神戸大学大学院 医学研究科 内科系講座 放射線医学分野）

『泌尿生殖器領域のMRI技術：最新動向と臨床応用』

祖父江慶太郎（神戸大学大学院 医学研究科 内科系講座 放射線医学分野）

『Photon-counting CT NAEOTOM Alphaの腹部領域における可能性』

9. 企業展示

日 時：6月14日（金）～6月15日（土）

会 場：2F 第1会場 大ホール前 ホワイエ

PSP株式会社、富士フイルムメディカル株式会社

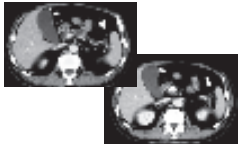
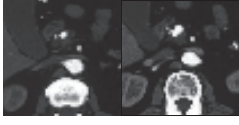


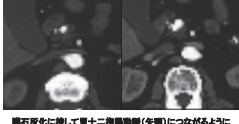
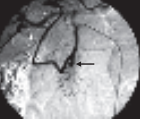

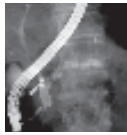
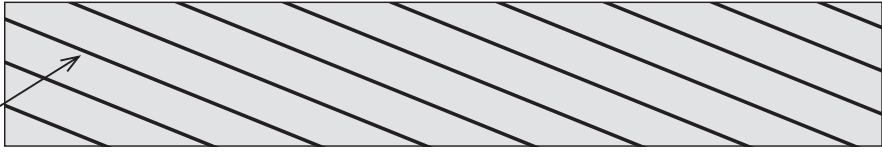
10. 情報交換会

日 時：6月14日（金）18：45～20：15

場 所：1F 第2会場（多目的ホール）内

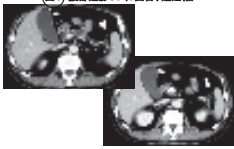
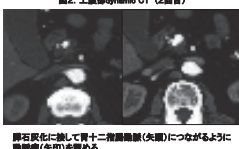
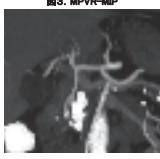

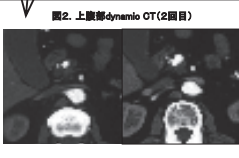
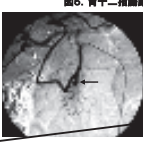
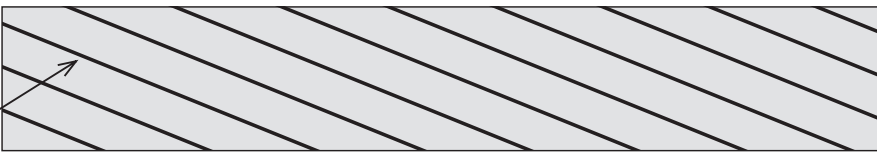
一般展示 ポスターの見本 (A4用紙に印刷してポスターを組んだ場合)

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 ↑
塞栓術で治療した Hemosucous Pancreaticus の1症例 魚山 佳史, 桐生 茂, 南 学, 赤羽 正孝, 吉岡 直紀, 古賀 久雄, 三浦 慎, 大友 邦 東京大学医学部附属病院放射線科	症例 ・ 68歳男性 ・ 主訴: 下血, 心窩部痛, 嘔吐, 冷汗 ・ 日本産2合: 22年 ・ 5月後診にて貧血増悪(Hb 8台)近医受診, 7月頃下血が一度あり, 8月に気分不快, 悪心, 嘔吐, 下血があり, 当院救急入院, Hb 6台, 吐血, OT, US行っても出血量不明, 11月に血便, さらにつきがあったため, 当院受診, Hb 8.8と低下のため緊急入院。	入院後経過 ・ 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-amylose 74.1 IU/L ・ 胆系上下部内視鏡 - 明らかな出血点なく, 十二指腸のsecond portion へのみ血液付着 ・ OT (一画面) 慢性膵炎増悪, 膵頭部に石灰化 ・ 小腸造影: 異常なし ・ HSA出血シンチ: 異常なし ・ 輸血(MAP 2)3回	900mm
図1. 腹部造影CT (1画面, 遅延相) 	図2. 上腹部dynamic CT (2画面) 	図3. MPVR-MIP 	60mm ↑
図4. 腹腔動脈造影 	図5. 上腹部dynamic CT (2画面) 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。 	図6. 胃十二指腸動脈造影 後上腹十二指腸腸膵動脈部近くに慢性膵炎増悪を認める。この瘤は図3, 4でも見えている。 	900mm
塞栓術後の上腹部動脈造影にて, 後下腹十二指腸腸膵動脈部の近くに小さな慢性膵炎増悪の残存を認めたが, 膵炎の合併を認めず, 塞栓術は追加しなかった。 	5ヶ月後のERCP ・ 主膵管内に結石 ・ 膵管拡張 	Hemosucous Pancreaticus ・ Sandblom P.(1970)が最初に報告 ・ 膵管からの大量の出血を指す ・ 症とんどの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, 遠走脾(風所性腫)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 ↓
Hemosucous Pancreaticus : 診断 ・ 出血は量欠乏のため, 膵臓から膵管への出血が描出されるはまれ。(Saber, 1990) ・ 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).	Hemosucous Pancreaticus : 治療 ・ 手術 ・ 膵部分切除, 膵膵, 膵臓の結核 ・ 塞栓術 ・ 膵動脈の近位-遠位の塞栓	Hemosucous Pancreaticus ・ 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見た場合には, この疾患を念頭に置いて詳細に説明する必要がある。	900mm
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。 			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。

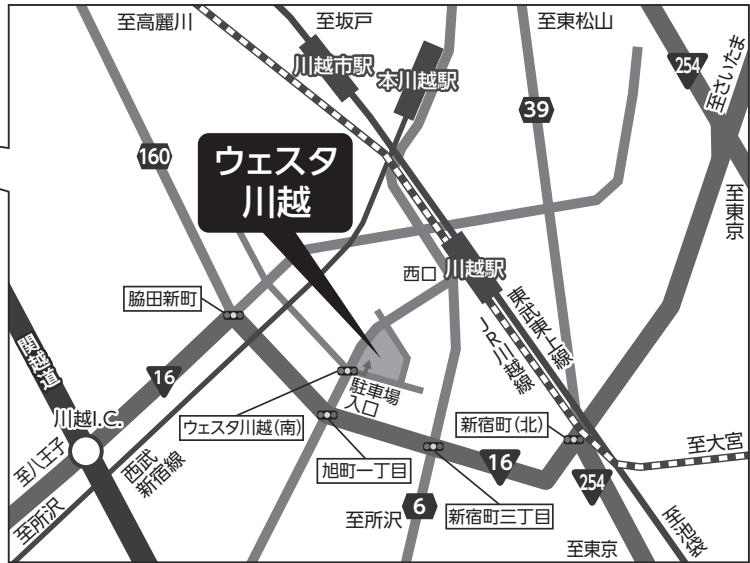
演題番号は事務局で準備します。	使用しません	
図に番号をふっておくと解説の際に便利です (論文のように)		
<p>症例</p> <p>68歳男性 主訴: 下血、心窩部痛、嘔吐、冷汗 日本滞2年、62年</p> <p>8月旅行にて貧血指摘(Hb 8台)返航受診。7月頃下血が一度増す。9月に気分不快、悪心、嘔吐、下血が再び発症。緊急入院。Hb 6台、輸血。OT、US行っても出血原因不明。11月に血便、ふらつきがあったため、当院受診。Hb 8台と膝下のため緊急入院。</p>	<p>図1 腹部造影CT (1回目、遅延相)</p>  <p>図2 上腹部dynamic CT (2回目)</p>  <p>膵石硬化に似して胃十二指腸腫脹(矢印)につながるように腫脹(矢印)を認める。</p>	<p>135mm</p> <p>60mm</p>
<p>図3. MPVR-MIP</p> 	<p>図4. 腹腔動脈造影</p>  <p>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つけ、その解説は解答・解説欄で述べてください)</p>	<p>900mm</p>
<p>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。</p>	<p>Key imageは繰り返して提示していただいてもかまいません。</p>	<p>60mm</p>
<p>塞栓術で治療した Hemorrhagic Pancreaticus の1症例</p> <p>倉山 聖志、朝生 洸、南 幸、森岡 正実、吉岡 直紀、古賀 久雄、渡辺 慎、大友 邦</p> <p>京大大学医学部附属病院放射線科</p>	<p>入院後経過</p> <p>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 U/L 胆管上下部内腔性 - 明らかな出血源なく、十二指腸のsecond portion におみ血液付着 OT (1回目): 慢性膵炎指摘、脾臓部に石硬化小腫瘍 (異常なし) HSA出血シグナル (異常なし) 輸血(MAP 2Lx3回)</p>	<p>図2. 上腹部dynamic CT (2回目)</p> 
<p>その後の経過など</p>	<p>最終診断</p> <p>Hemorrhagic Pancreaticus</p> <p>hemo=[Q.a/m] blood suocous=[L.] doo</p>	<p>図5. 胃十二指腸腫脹造影</p>  <p>後上腹十二指腸腫脹部近くに仮性腫瘍を認める。この腫は腫3、4でも見えている。</p>
<p>最終診断</p>	<p>Hemorrhagic Pancreaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> Sandblom P (1970)が最初に報告 膵管からの大量の出血を指す ほとんどのものが慢性膵炎に伴うもの 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、富血性腫瘍の脾転移、迷走脾 (異所性脾) などによるものも報告されている 報告 65例 (塞栓術による治療例 9例) 	<p>塞栓術後の上腹胃腸腫脹造影にて、後下腹十二指腸腫脹部にも小さな仮性腫瘍の残存を認めたが、膵尖の合併を恐れ、塞栓術は追加しなかった。</p>
<p>解説</p>	<p>Hemorrhagic Pancreaticus : 診断</p> <p>出血は間欠的のため、腫瘍から膵管への出血が抽出されるのはまれ。(Suter, 1985) 内視鏡で主膵管からの出血をもって診断(Morae, 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、腫瘍。 3D-CTangiography も有用 (Malzfeldt, 1987).</p>	<p>必要な場合はreferenceを加えてください。</p>
<p>この部分は見にくいので、掲示しません。</p>		
1160mm		<p>80mm</p>

会場案内図

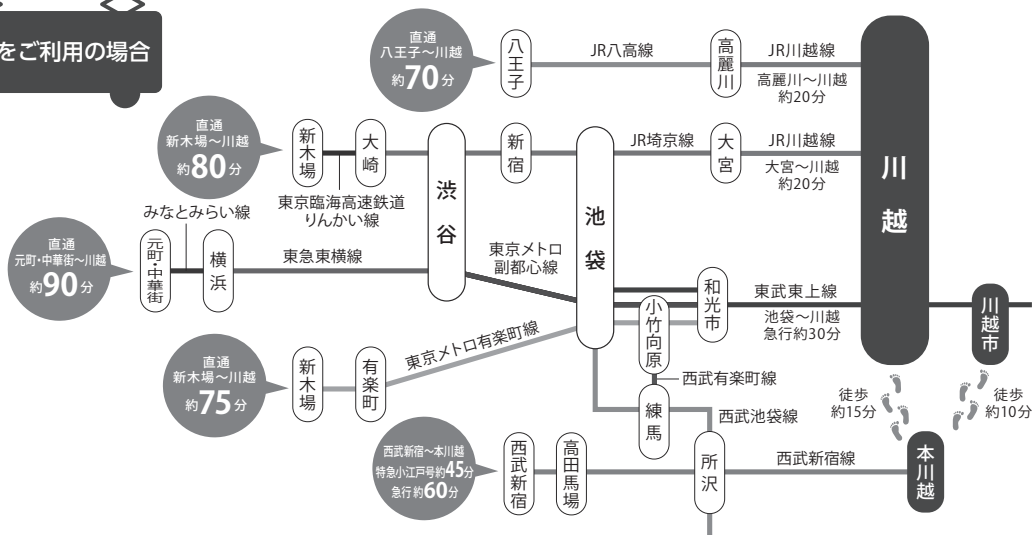


所在地
〒350-1124 埼玉県川越市新宿町 1-17-17

- JR川越線、東武東上線「川越駅」西口より徒歩約5分
- 西武新宿線「本川越駅」より徒歩約15分
- 「本川越駅」よりバスをご利用の場合
- 「本川越駅」西武バス乗り場 ①番
 - ・新所02、本55系統「川越駅西口」下車 徒歩約5分
 - ・本53、本54系統「ウエスタ川越前」下車すぐ
- 「本川越駅」西武バス乗り場 ②番
 - ・川越35、川越35-1系統「ウエスタ川越前」下車すぐ
- 駐車場は左折での入場となります。 ● 利用料金：入庫後1時間無料 以後1時間ごとに200円。 ● 駐車場は204台ありますが、大変混雑が予想されるため、なるべく公共交通機関をご利用ください。

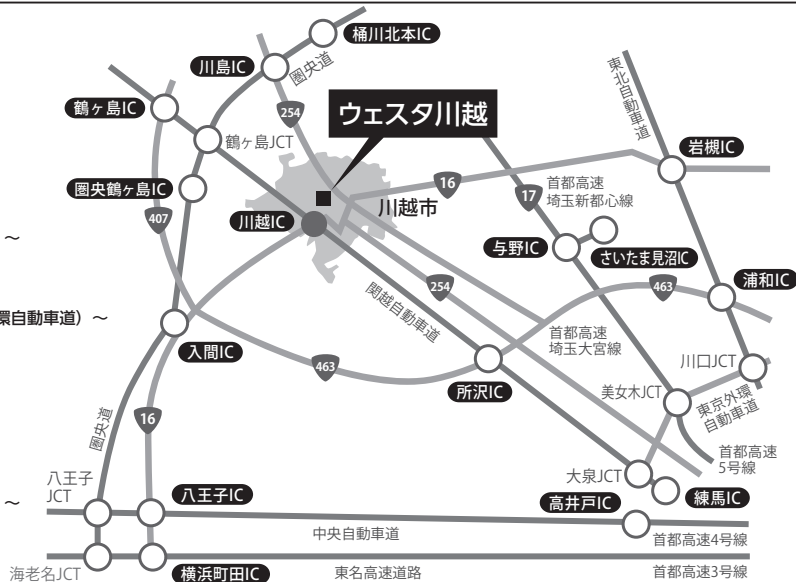


鉄道をご利用の場合



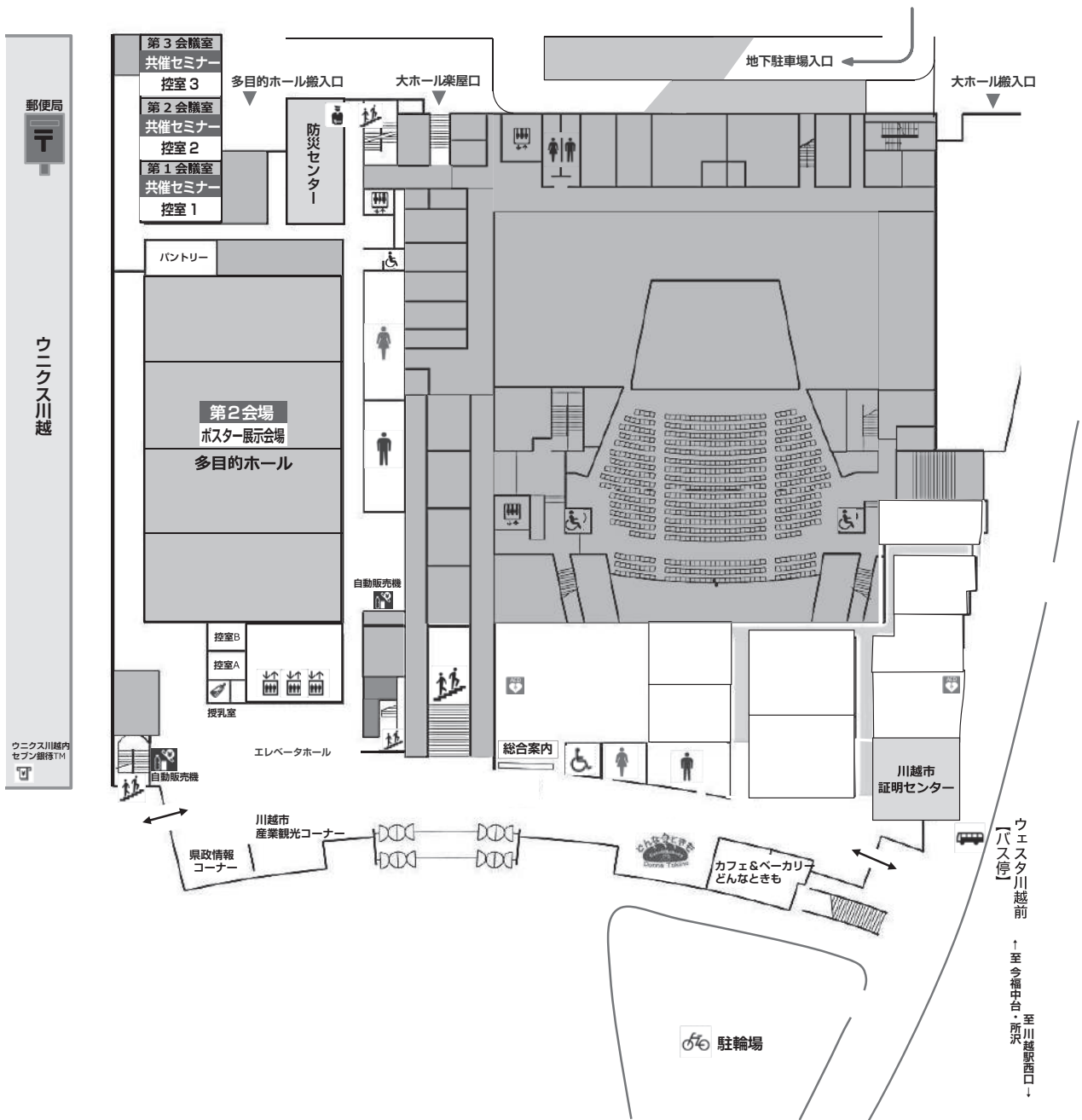
車をご利用の場合

- 関越自動車道
練馬I.C.～川越I.C. 21.2km
- 中央自動車道
中央高速の各I.C.～八王子JCT (圏央道)～鶴ヶ島JCT (関越自動車道)～川越I.C.
- 首都高速
首都高速5号池袋線 美女木JCT (東京外環自動車道)～大泉I.C. (関越自動車道)～川越I.C.
- 国道16号
八王子～川越市街 36km
- 国道254号
池袋～川越市街 32km
- 東名高速
東名高速の各I.C.～海老名JCT (圏央道)～鶴ヶ島JCT (関越自動車道)～川越I.C.



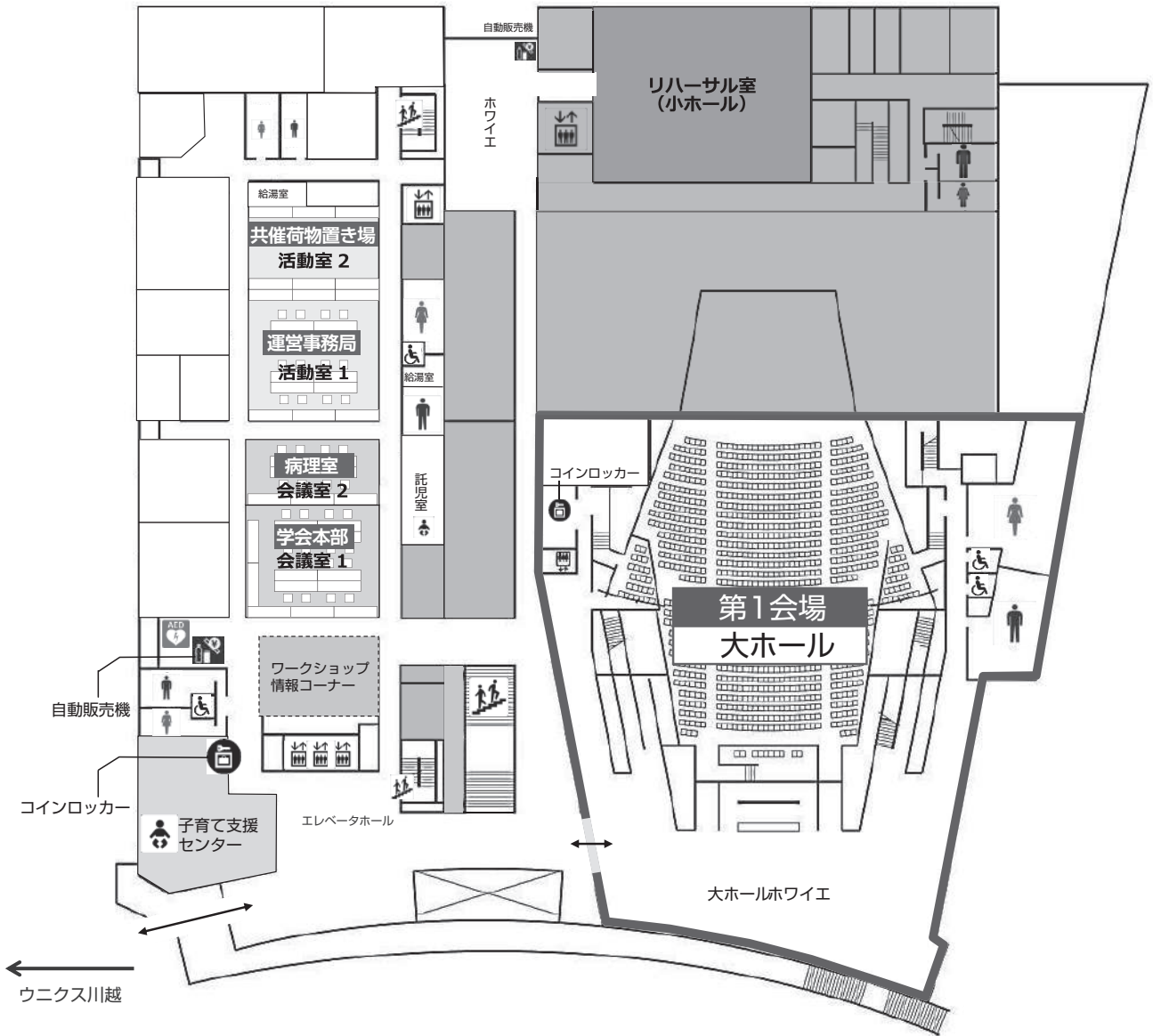
会場フロア図

1階 交流支援施設 川越市南公民館



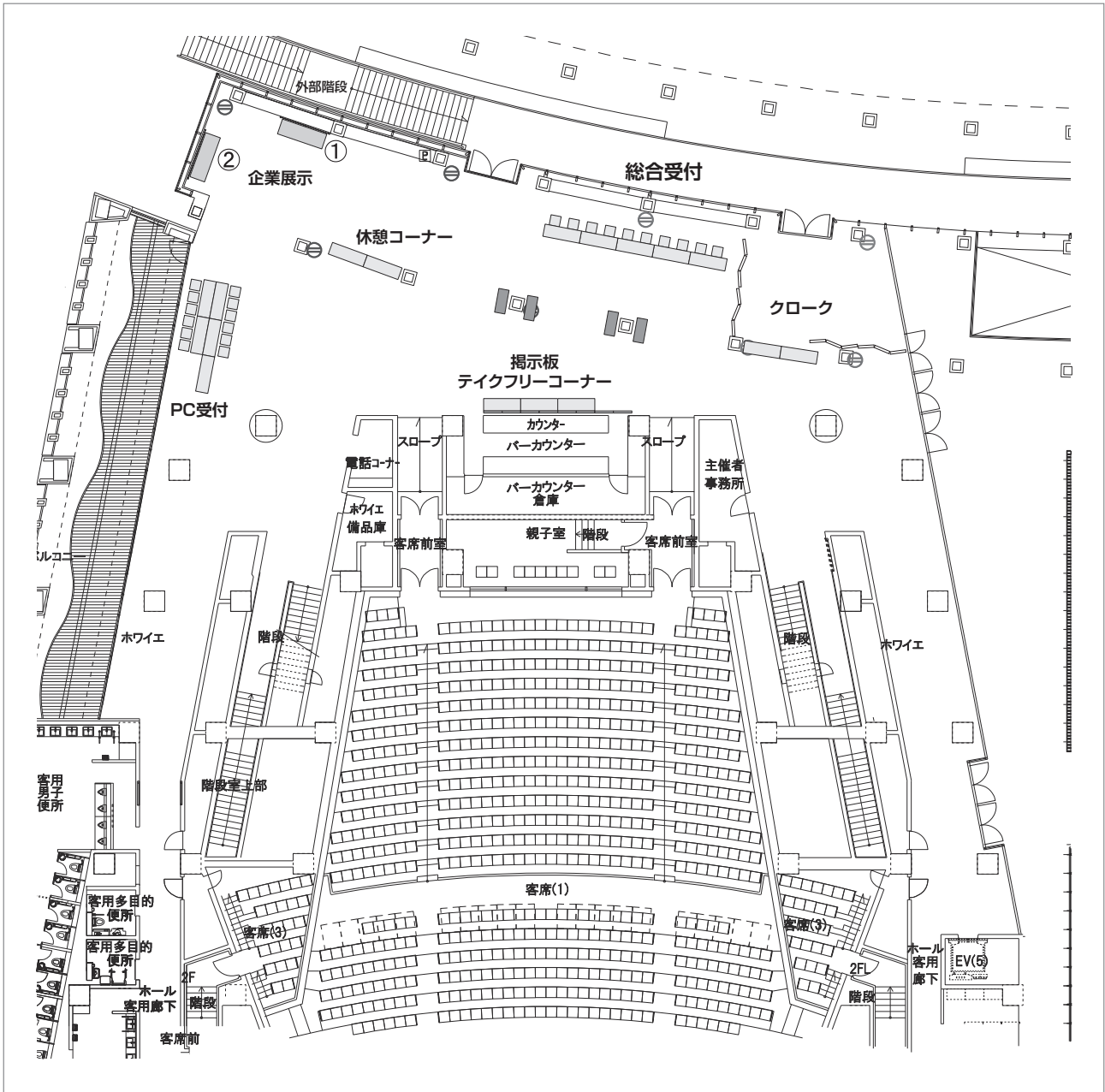
2階

市民活動・生涯学習施設
文化芸術振興施設



2階

企業展示小間割 (大ホールホワイエ)



No.	企業名	No.	企業名
1	PSP 株式会社	2	富士フイルムメディカル株式会社

第 37 回 日本腹部放射線学会 日程表

6月14日(金)	
第1会場 (大ホール)	第2会場 (多目的ホール A~D)
8:00	
8:55~9:00 開会の辞	
9:00~10:05 子宮・卵巣 (O-1 ~ O-7)	
10:00	
10:10~10:55 腎・精巣・後腹膜 1 (O-8 ~ O-12)	
11:00	
11:05~11:35 社員総会	11:05~11:35 ポスター閲覧
12:00	
	11:45~12:35 ランチョンセミナー 1
13:00	
12:45~13:40 大会長公募症例 GI・男性の膵 SPN (O-13 ~ O-18)	
14:00	
13:45~15:05 基調講演 (日本専門医機構認定放射線科領域講習会)	
15:00	
	15:15~16:05 ティータイムセミナー 1
16:00	
	16:15~17:05 イブニングセミナー
17:00	
	17:15~17:55 ポスターディスカッション
18:00	
18:10~18:40 陸上自衛隊中央音楽隊コンサート	
19:00	
	18:45~20:15 情報交換会

第 37 回 日本腹部放射線学会 日程表

6 月 15 日 (土)	
第 1 会場 (大ホール)	第 2 会場 (多目的ホール A~D)
8:00	
9:00	
8:30~9:30 膵臓 (0-19 ~ 0-24)	
10:00	
	9:40~10:30 モーニングセミナー
11:00	
10:40~11:45 消化管・腸間膜 (0-25 ~ 0-31)	
12:00	
11:50~12:20 第36回Preliminary Research最優秀賞表彰 Preliminary Research (0-32 ~ 0-34)	
13:00	
	12:30~13:20 ランチョンセミナー 2
14:00	
13:30~14:25 大会長公募症例 GU・フマル酸 RCC (0-35 ~ 0-40)	
15:00	
14:30~15:00 打田賞受賞講演・表彰	
15:00~15:10 ACAR2024・ACAR2025 告知	
15:10~15:20 クイズ症例優秀者表彰	
15:20~15:35 JSAR 総会	
16:00	
	15:45~16:35 ティータイムセミナー 2
17:00	
16:45~17:25 後腹膜 2 (0-41 ~ 0-44)	
18:00	
17:30~18:25 肝臓・胆道 (0-45 ~ 0-50)	
19:00	
18:25 閉会の辞	

8:55~9:00

開会の辞

9:00~10:05

セッション1 子宮・卵巣(7題)

座長 藤井 進也(鳥取大学医学部 画像診断治療学分野)
病理コメンテーター 佐藤 仁哉(防衛医科大学校 病態病理学講座)

O-1 経過中に富細胞成分が出現した卵巣富細胞性線維腫の1例

入谷友佳子¹、加藤 博基¹、金子 揚¹、松尾 政之¹、古井 辰郎²、磯部 真倫²、
森 弘輔³、金山 知弘³、宮崎 龍彦³
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

O-2 急性腹症で発症した若年型顆粒膜細胞腫の一例

伊良波裕子¹、土屋奈々絵¹、新垣 精久²、金城 貴夫³、西江 昭弘¹
琉球大学病院 放射線科¹、琉球大学病院 産婦人科²、琉球大学医学部 保健学科、形態病理学³

O-3 卵管采が巻き込まれることにより、腫瘍と鑑別困難であった内膜症性嚢胞の一例

吉田 篤史¹、光野 重芝¹、染矢 祐子¹、有菌 茂樹¹、岡 祥次郎¹、安藤久美子¹、
伊丹 弘恵²、前田振一郎³、大西龍太郎¹、堂畑 慶之¹、文元 方哉¹、廣井 崇¹、
野口峻二郎¹、山本 有香¹、菅 剛¹、石藏 礼一¹、大谷 宗理²、青木 卓哉³
神戸市立医療センター中央市民病院 放射線部診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科²、神戸市立医療センター中央市民病院 産婦人科³

O-4 術前に子宮筋腫から発生した平滑筋肉腫が疑われた1例

福澤 拓哉¹、大彌 歩¹、岩谷 舞²、山崎 弥生²、安藤 大史³、藤永 康成¹
信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部附属病院 臨床検査部²、
信州大学医学部 産科婦人科学教室³

O-5 子宮内腔から漿膜下にかけて広範に進展した嚢胞成分主体の腺筋腫の1例

米今 知佐¹、武輪 恵²、北辻 航²、大倉 享²、春田 祥治³、斉藤 直敏⁴、
法田 祐希¹、太地 良佑¹、丸上 永晃¹、田中 利洋¹
奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座¹、奈良県西和医療センター 放射線科²、
奈良県西和医療センター 産婦人科³、奈良県西和医療センター 病理診断科⁴

O-6 神経内分泌癌成分の肝転移を伴った子宮体癌の1例

熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、安田 雄紀¹、河合 雄一¹、斎藤 寛子¹、森 雄司¹、
鈴木 美帆²、小出 莉央³、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 産婦人科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

0-7 子宮原発未熟奇形腫の2例

萩原 遼太¹、宗近 次朗¹、大石 万里¹、金井 貴宏¹、高松 紘子¹、扇谷 芳光¹、
廣瀬 佑輔²、三村 貴志²、松本 光司²、九島 巳樹³、竹山 信之⁴、藤澤 英文⁴、
三浦瑠衣子⁵、小池 千尋⁶、根本 哲生⁶、田代 祐基⁷、牧野 吉朗⁸、佐々木 康⁸、
上田 康雄⁹、小川 高史⁹

昭和大学医学部 放射線医学講座 放射線科学部門¹、昭和大学医学部 産婦人科学講座²、
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座³、昭和大学横浜市北部病院 放射線科⁴、
昭和大学横浜市北部病院 産婦人科⁵、昭和大学横浜市北部病院 臨床病理診断科⁶、
昭和大学病院藤が丘病院 放射線科⁷、昭和大学病院藤が丘病院 産婦人科⁸、
昭和大学病院藤が丘病院 臨床病理診断科⁹

10:10~10:55

セッション2 腎・精巣・後腹膜1 (5題)

座 長 秋田 大宇 (慶應義塾大学医学部 放射線科学教室 (診断))
病理コメンテーター 吉松 真也 (防衛医科大学校 防衛医学講座、防衛医科大学校病院 検査部)

0-8 片腎に複数病変を認めた腎Bellini管癌の一例

Gao Tongyu¹、馬場 康貴¹、岡田 吉隆¹、金尾 健人²、小山 政史²、川崎 朋範³
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 泌尿器腫瘍科²、
埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科³

0-9 腎移植前のレシピエント腎に認めた結節性代償性肥大の2例

山本 貴浩¹、越川 優¹、岡田 浩章¹、成田 晶子¹、松永 望¹、北川 晃¹、
鈴木耕次郎¹、小林 孝彰²、山際 将³、伊藤 貴至⁴
愛知医科大学病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 腎移植外科²、愛知医科大学病院 泌尿器科³、
愛知医科大学病院 病理診断科⁴

0-10 papillary renal neoplasm with reverse polarity (PRNRP) の2例

権田 拓郎¹、山路 大輔¹、北尾慎一郎¹、夕永 裕士¹、村上 敦史¹、落合 諒也¹、
川口 萌¹、尾崎 加苗²、牧嶋かれん²、藤井 進也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¹、鳥取大学医学部 病理学講座²

0-11 精巣性索間質性腫瘍が疑われた1例

山口 健¹、中園 貴彦¹、有働 和馬²、野口 満²、橋口真理子³、甲斐 敬太³、
入江 裕之¹
佐賀大学医学部 放射線科¹、佐賀大学医学部 泌尿器科²、佐賀大学医学部 病理³

0-12 後腹膜に発生した思春期後型奇形腫の一例

アスラノバ アファグ¹、石田 尚利¹、高橋 礼典²、鈴木雄太郎³、有蘭 英里¹、
若林ゆかり¹、大野 芳正³、長尾 俊孝²、齋藤 和博¹
東京医科大学病院 放射線科¹、東京医科大学病院 病理診断科²、東京医科大学病院 泌尿器科³

11:05～11:35 社員総会

※ポスター会場（1F 多目的ホール）にてポスター閲覧

11:45～12:35 ランチョンセミナー1

『腹部MRIにおける新たな撮像技術と臨床応用の探求』

共催：株式会社フィリップス・ジャパン

座長：松尾 政之（岐阜大学大学院医学系研究科 生体管理医学講座放射線医学分野）

『腹部自由呼吸下撮像の可能性～造影ダイナミック、定量への応用～』

演者：野田 佳史（岐阜大学大学院医学系研究科 先端画像開発講座）

『腹部MRIの未来への扉：MR 7700から見える新しい可能性』

演者：尾崎 公美（浜松医科大学 放射線診断学講座）

12:45～13:40 セッション3 大会長公募症例 GI・男性の膵SPN（6題）

座長	南 学（筑波大学）
	小山 貴（倉敷中央病院 放射線診断科）
病理コメンテーター	松熊 晋（防衛医科大学校 臨床検査医学講座）

O-13 男性の膵Solid Pseudopapillary Neoplasm：当院における8例の検討

上月 瞭平¹、祖父江慶太郎¹、山口 尊¹、梅野 晃弘¹、上嶋 英介¹、上野 嘉子¹、堀 雅敏¹、今岡いずみ¹、外山 博近²、神澤 真紀³、村上 卓道¹
神戸大学医学部附属病院 放射線診断・IVR科¹、神戸大学医学部附属病院 肝胆膵外科²、
神戸大学医学部附属病院 病理診断科³

O-14 男性の膵solid pseudopapillary neoplasmの7例

片山 僚^{1,2}、黒川 遼²、日下部将史¹、加納進太郎²、黒川真理子²、仲谷 元²、
渡谷 岳行²、花房 優衣¹、細井 玲奈^{1,2}、宮脇 恵未¹、狩野 洋輔¹、児玉 紘子¹、
大澤まりえ¹、白水 一郎¹、山田 晴耕¹、阿部 修²
NTT東日本関東病院 放射線科¹、東京大学医学部 放射線医学講座²

O-15 男性の膵充実性偽乳頭状腫瘍の7例

伊藤 久尊¹、小山 貴¹、赤池 瑤子²、能登原憲司²
倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 病理診断²

O-16 膵Solid Pseudopapillary Neoplasmの男性例の画像所見の検討：女性例との比較検討

鈴木 皓佳¹、佐野 勝博¹、田嶋 強¹、村上 康二¹、伊佐山浩通²、齋浦 明夫³、
福村 由紀⁴、桑鶴 良平¹、青木 茂樹¹
順天堂大学大学院医学研究科 放射線診断学¹、順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科²、
順天堂大学大学院医学研究科 肝胆膵外科³、順天堂大学大学院医学研究科 病理診断科⁴

0-17 男性膵SPNの4例

吉澤恵理子¹、山田 哲¹、西原 大夢¹、福澤 拓哉¹、塚原 嘉典¹、大彌 歩¹、
玉田 恒²、藤永 康成¹
信州大学医学部附属病院 放射線科¹、信州大学医学部附属病院 病理診断科²

0-18 男性に発症した膵Solid Pseudopapillary Neoplasmの3症例

田中 賢一¹、佐野村隆行¹、守田 理究¹、村尾 光優¹、高見 康景¹、石村茉莉子¹、
室田真希子¹、石川 亮²、羽場 礼次²、西山 佳宏¹
香川大学医学部 放射線医学講座¹、香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部²

13:45～15:05

基調講演（日本専門医機構認定放射線科領域講習会）

共 催：バイエル薬品株式会社

座長：新本 弘（防衛医科大学校 放射線医学講座）

『泌尿器科医としての腹部画像診断』

演者：藤井 靖久（東京医科歯科大学大学院 腎泌尿器外科学）

『放射線画像所見と病理診断との一致を目指して
—WHO第5版の試み—』

演者：都築 豊徳（愛知医科大学医学部 病理診断学講座）

15:15～16:05

ティータイムセミナー1

『腹部領域の画像診断 -アップグレードのためのtips-』

共 催：ゲルベ・ジャパン株式会社

座長：曾我 茂義（獨協医科大学）

『腹部領域の画像診断 -疾患の真に迫るためのTips-』

演者：田辺 昌寛（山口大学）

『腹部画像診断知っておくべきポイント
-アップグレードのためのtips-』

演者：渡谷 岳行（国立国際医療研究センター病院）

16:15～17:05 イブニングセミナー

『最新技術で診る -腹部画像診断-』

共催：GEヘルスケアジャパン株式会社

座長：楳 靖（島根大学 放射線医学講座）

『肝臓領域のDual Energy CT』

演者：市川新太郎（浜松医科大学 放射線診断学講座）

『上腹部MR撮像におけるディープラーニング画像再構成の適用
～単純からダイナミック撮像まで～』

演者：増井 孝之（社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷浜松病院）

17:15～17:55 ポスターディスカッション ※ポスター会場（1F 多目的ホール）

18:10～18:40 陸上自衛隊中央音楽隊コンサート

18:45～20:15 情報交換会

8:30~9:30

セッション4 膵臓 (6題)

座 長 福倉 良彦 (川崎医科大学 放射線診断)
病理コメンテーター 緒方 衝 (防衛医科大学校 臨床検査医学講座)

0-19 high-grade PanINの一例

小畑 孝文¹、田中 賢一¹、村尾 光優¹、佐野村隆行¹、室田真希子¹、木村 成秀¹、
石川 亮²、羽場 礼次²、西山 佳宏¹
香川大学医学部 放射線医学講座¹、香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部²

0-20 PanINとの鑑別が困難であった2型自己免疫性膵炎の症例

武藤 瑞希¹、斉藤 彰俊²、小山 敏雄³、青柳かおり²、渡邊 裕陽²、松本 敬子²、
森阪 裕之¹、大西 洋¹、遠山 敬司²
山梨大学医学部附属病院 放射線科¹、山梨県立中央病院 放射線診断科²、
山梨県立中央病院 病理診断科³

0-21 腎癌膵転移との区別が困難であった膵パチニ小体の1例

小川 浩¹、竹原 康雄¹、長縄 慎二¹、高見 秀樹²、中黒 匡人³
名古屋大学医学部 放射線科¹、名古屋大学医学部 消化器・腫瘍外科²、名古屋大学医学部 病理部³

0-22 膵周囲の炎症性腫瘍の1例

池之内 穰¹、佐野 勝廣¹、田嶋 強¹、村上 康二¹、宮下真美子²、
Mulading Maimaitituexun³、福村 由紀³、齋浦 明夫²、桑鶴 良平¹、青木 茂樹¹
順天堂大学医学部 放射線診断学講座¹、順天堂大学医学部 肝胆膵外科²、
順天堂大学医学部 人体病理生態学講座³

0-23 膵mixed serous neuroendocrine neoplasmを契機に診断されたvon Hippel-Lindau病の1例

伊藤 彰勇¹、河合 信行¹、野田 佳史¹、加賀 徹郎¹、浅野 将史¹、松尾 政之¹、
岩田 翔太²、岩下 拓司²、深田 真宏³、村瀬 勝俊³、鬼頭 勇輔⁴
岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器内科²、岐阜大学 消化器外科³、岐阜大学 病理診断科⁴

0-24 超音波内視鏡下穿刺吸引法後にneedle tract seedingで胃壁転移を来した膵尾部癌の1例

浅野 将史¹、河合 信行¹、野田 佳史¹、加賀 徹郎¹、伊藤 彰勇¹、松尾 政之¹、
上村 真也²、岩下 拓司²、深田 真宏³、安福 至³、松橋 延壽³、見玉 大地⁴、
齊郷智恵美⁴
岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器内科²、岐阜大学 消化器外科³、岐阜大学 病理診断科⁴

9:40～10:30

モーニングセミナー

『Siemens Healthineers MR/CT最前線』

共催：シーメンスヘルスケア株式会社

座長：五島 聡 (浜松医科大学 放射線医学教室 放射線診断学講座)

『泌尿生殖器領域のMRI技術：最新動向と臨床応用』

演者：上野 嘉子 (神戸大学大学院 医学研究科 内科系講座 放射線医学分野)

『Photon-counting CT NAEOTOM Alphaの腹部領域における可能性』

演者：祖父江慶太郎 (神戸大学大学院 医学研究科 内科系講座 放射線医学分野)

10:40～11:45

セッション5 消化管・腸間膜 (7題)

座長 石神 康生 (九州大学 放射線科)

病理コメンテーター 松永 絢乃 (防衛医科大学校 臨床検査医学講座)

0-25 遺伝性胃ポリポージス (GAPPS) の一例

石内聡一郎¹、永山 泰教¹、伊牟田真功¹、山田 倫²、三上 芳喜²、平井 俊範¹
熊本大学病院 画像診断・治療科¹、熊本大学病院 病理部²

0-26 Gangliocytic paraganglioma (CoGNET) の2例

染矢 祐子¹、有蘭 茂樹¹、丹家 元祥²、原 重雄³、吉田 篤史¹、光野 重芝¹、
安藤久美子¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 消化器内科²、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科³

0-27 内ヘルニアで発症した腸管外アニサキス症の一例

塚部 明大¹、西垣 大毅¹、阪上 海央¹、永井 啓介¹、中田 早紀¹、福田 健太²、
木下 雨宣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 外科²、市立豊中病院 病理診断科³

0-28 回腸に生じたmalignant gastrointestinal neuroectodermal tumor (MGNET) の一例

三輪 樹¹、徳田 文太²、佐藤 修¹、本田 水月³、井村 徹也³、堅田 和弘⁴、
落合登志哉⁵

京都府立医科大学附属北部医療センター 放射線科¹、市立福知山市民病院 放射線科²、
京都府立医科大学附属北部医療センター 病理診断科³、
京都府立医科大学附属北部医療センター 消化器内科⁴、
京都府立医科大学附属北部医療センター 外科⁵

0-29 虫垂の神経線維腫症の一例

東 真理奈¹、石垣 聡子¹、神谷晋一郎¹、阿部 有美¹、村田 悠記²、長縄 慎二¹
名古屋大学医学部附属病院 放射線科¹、名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科²

0-30 盲腸類表皮嚢胞の一例

楫野 貴一¹、上野 碧²、林田 佳子¹、矢吹 慶³、秋山 正樹³、荒瀬 光一³、
中山 敏幸⁴、青木 隆敏¹

産業医科大学 放射線科¹、産業医科大学若松病院 放射線科²、
産業医科大学若松病院 消化器・一般外科³、産業医科大学 第二病理学⁴

0-31 腔内に腫瘍の主座を有した壁外発育型直腸癌の1例

新山 貴仁¹、木戸 晶¹、島 友子²、南坂 尚³、鳴戸 規人¹、奥野のり子⁴、
中島 彰俊²、野口 京¹

富山大学医学部 放射線診断・治療学講座¹、富山大学医学部 産科婦人科学講座²、
富山大学医学部 病理診断学講座³、富山大学医学部 病態・病理学講座⁴

11:50~12:20

セッション6 Preliminary Research (3題)

座 長 木戸 晶 (富山大学附属病院)
那須 克宏 (千葉大学医学部附属病院 画像診断センター)

第36回Preliminary Research 最優秀賞・表彰

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

金沢大学 放射線科 小坂 一斗

0-32 子宮腺肉腫のMRI所見

原田 公美¹、倉田 靖桐¹、樋本 祐紀¹、木戸 晶⁴、桐田 光弘¹、松本 優香¹、
濱西 潤三²、南口早智子³、伊藤 寛朗³、中島 彰俊⁵、南坂 尚⁶、大堂さやか⁷、
安彦 郁⁸、森吉 弘毅⁹、吉田 篤史¹⁰、青木 卓哉¹¹、原 重雄¹²、中本 裕士¹

京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 画像診断学・核医学¹、
京都大学医学部附属病院 産科婦人科²、京都大学医学部附属病院 病理診断科³、
富山大学附属病院 放射線診断科⁴、富山大学附属病院 産科婦人科⁵、
富山大学附属病院 病理診断科⁶、国立病院機構京都医療センター 放射線診断科⁷、
国立病院機構京都医療センター 産科婦人科⁸、国立病院機構京都医療センター 病理診断科⁹、
神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹⁰、
神戸市立医療センター中央市民病院 産婦人科¹¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科¹²

0-33 膀胱inflammatory myofibroblastic tumorの4例

周藤 壮人¹、加藤 博基¹、川口 真矢²、酒々井夏子³、松尾 政之¹
岐阜大学 放射線科¹、大垣市民病院 放射線診断科²、岐阜大学 病理診断科³

0-34 MRIが施行された直腸のTis癌の3例

田中絵里子¹、星本 数種²、青木 利夫¹、木村 健¹、鹿島 正隆¹、守屋 信和¹
石心会 川崎幸病院 放射線診断科¹、石心会 川崎幸病院 病理科²

12:30～13:20 ランチョンセミナー2

『AI技術が導く画像診断の新時代』

共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

座長：松木 充（自治医科大学とちぎ子ども医療センター 小児画像診断部）

『腹部画像診断におけるDLRの到達点』

演者：田村 明生（岩手医科大学 放射線医学講座）

『DLRによる超解像MRIと機能イメージング』

演者：伊東 克能（山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座）

13:30～14:25 セッション7 大会長公募症例 GU・フマル酸RCC（6題）

座長 陣崎 雅弘（慶應義塾大学医学部 放射線科学（診断））

高橋 哲（愛仁会高槻病院 イメージングリサーチセンター）

病理コメンテーター 松永 絢乃（防衛医科大学校 臨床検査医学講座）

○-35 フマル酸ヒドラーターゼ（FH）欠損性腎細胞癌の3例

白石 花織¹、永山 泰教¹、石内聡一郎¹、河中 功一¹、中浦 猛¹、平井 俊範¹、
矢津田 旬二²、神波 大己²、川上 史³、佐藤陽之輔³、三上 芳喜³
熊本大学病院 画像診断・治療科¹、熊本大学病院 泌尿器科²、熊本大学病院 病理診断科³

○-36 腹痛または多発骨硬化像を契機に診断されたフマル酸ヒドラーターゼ欠損性腎細胞癌の2例

戎 直哉¹、上野 嘉子¹、祖父江慶太郎¹、今岡いずみ¹、原 琢人²、兵頭 洋二²、
兵頭 俊紀³、村上 卓道¹
神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 放射線医学分野¹、
神戸大学大学院医学研究科 腎泌尿器科学分野²、
神戸大学大学院医学研究科 病理学講座病理学分野³

○-37 フマル酸ヒドラーターゼ欠損性腎細胞癌の2例

藤井 樹矢^{1,2}、木村浩一朗²、福井 健一²、横山 幸太²、土屋 純一²、明石 巧³、
松本 峻弥⁴、小林 正貴⁴、藤井 靖久⁴、立石宇貴秀²
市立青梅総合医療センター 放射線診断科¹、東京医科歯科大学 放射線診断科²、
東京医科歯科大学 病理診断部³、東京医科歯科大学 腎泌尿器外科⁴

○-38 Fumarate Hydratase（FH）欠損腎細胞癌の2例：多彩な画像所見と病理組織像との対比

檜垣 篤¹、山本 亮¹、木戸 歩²、西村 広健³、児島 優一¹、小野健太郎¹、
渡部 博之¹、神吉 昭彦¹、福倉 良彦¹、玉田 勉¹
川崎医科大学 放射線科¹、医誠会国際総合病院 放射線科²、川崎医科大学 病理学³

0-39 フマル酸ヒドラーゼ欠損性腎細胞癌の一例

加賀 徹郎¹、野田 佳史¹、川田 紘資¹、河合 信行¹、安藤 知広¹、永田 翔馬¹、
周藤 壮人¹、伊藤 彰勇¹、浅野 将史¹、加藤 博基¹、松尾 政之¹、飯沼 光司²、
古家 琢也²、酒々井夏子³、宮崎 龍彦³

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 泌尿器科²、岐阜大学 病理診断科³

0-40 骨転移を契機に発見されたフマル酸ヒドラーゼ欠損腎細胞癌の一例

西本早由里¹、小笠原 篤¹、河中 祐介¹、横田 侃已¹、波多野論子¹、横山 裕至¹、
谷口 純一¹、和田玲緒名¹、児玉 大志¹、加古 泰一¹、北島 一宏¹、高木 治行¹、
池田 譲太¹、山門享一郎¹、田中 亘²、山田 祐介²、山本 新吾²、山崎 隆³、
廣田 誠一³

兵庫医科大学病院 放射線医学教室¹、兵庫医科大学病院 泌尿器科学教室²、
兵庫医科大学病院 病理部診断科³

14:30～15:00 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))
：新本 弘 (防衛医科大学校 放射線医学講座)

口演 (消化器系部門)

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

済生会金沢病院 放射線科 吉江 雄一

口演 (泌尿生殖器系部門)

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

筑波大学 放射線診断・IVR科 星合 壮大

展示 (消化器系部門)

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

金沢大学附属病院 放射線科 小森 隆弘

展示 (泌尿生殖器系部門)

**後腹膜腫瘍と鑑別に苦慮した腹部大動脈瘤Chronic contained rupture
の一例**

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科 岡 祥次郎

15:00～15:10 ACAR2024・ACAR2025告知

15:10～15:20 クイズ症例優秀者表彰

15:20～15:35 JSAR総会

15:45～16:35 ティータイムセミナー2

『目指せ腹部画像診断のエキスパート
～紛らわしい疾患はここを押さえよう～』

共 催：富士製薬工業株式会社

座長：小林 聡 (金沢大学 医薬保健研究域医学系 放射線科学)
演者：藤永 康成 (信州大学医学部 画像医学教室)

16:45～17:25 セッション8 後腹膜2 (4題)

座 長 五味 達哉 (東邦大学医療センター大橋病院 放射線科)
病理コメンテーター 松永 絢乃 (防衛医科大学校 臨床検査医学講座)

O-41 Low-grade fibromyxoid sarcomaの1例

藤原裕美子¹、西尾 直子¹、羽賀すみれ¹、日高 啓介¹、前川 けん²、清水 洋祐²、
桜井 孝規³、古田 昭寛¹、藤井 大岳³、小濱さゆり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

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 病理診断科³

O-42 脂肪肉腫と鑑別が困難であった後腹膜ganglioneuromaの一例

塚元 鈴音¹、佐藤 敏之¹、金柿 光憲¹、土方陽一郎¹、伊藤 俊亮¹、安藤 沙耶¹、
栗山 香織¹、諸岡 紳¹、田中 宏明¹、松原菜穂子¹、川端 和奈¹、小倉 壮馬²、
山田 裕二²、大江 巧人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 泌尿器科²、
兵庫県立尼崎総合医療センター 病理診断科³

O-43 Castleman病に関連した後腹膜の濾胞性樹状細胞肉腫の1例

森谷 洋介¹、紺野 義浩¹、石井 芳樹¹、武田 理人¹、田苗 太陽¹、大原 紳¹、
桐井 一邦¹、鹿戸 将史¹、樺澤 崇允²

山形大学医学部附属病院 放射線医学講座放射線診断科¹、
山形大学医学部附属病院 病理診断学講座²

O-44 直腸 (Rb) 部潰瘍穿孔により骨盤内腹膜外腔に大きな膿瘍腔を形成した1例

西尾美佐子¹、佐々木大佑²、森本 毅¹、和田 慎司¹、原 武史¹、藤川あつ子¹、
三村 秀文¹、牧角 良二²、大坪 毅人²

聖マリアンナ医科大学 放射線診断・IVR科¹、聖マリアンナ医科大学 消化器一般外科²

17:30～18:25 セッション9 肝臓・胆道 (6題)

座 長 齋藤 和博 (東京医科大学病院 放射線科)
病理コメンテーター 緒方 衝 (防衛医科大学校 臨床検査医学講座)

O-45 脂肪沈着を伴う早期濃染像により肝細胞癌と鑑別を要したAFP産生胃癌肝転移の1例

入里真理子^{1,2}、南口貴世介²、山浦 秀和¹、女屋 博昭¹、藤田 泰子³、丸上 永晃²、
田中 利洋²、稲葉 吉隆¹

愛知県がんセンター 放射線診断・IVR部¹、奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座²、
愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部³

O-46 FDG集積亢進が見られなかった細胆管癌の1例

樋口 嶺央¹、佐野 勝廣¹、村上 康二¹、田嶋 強¹、藤澤 将大²、武田 良祝²、
丸山 紀史³、福村 由紀⁴、齋浦 明夫³、青木 茂樹¹、桑鶴 良平¹

順天堂大学医学部 放射線診断学講座¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 肝胆膵外科²、
順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科³、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科⁴

O-47 特異な画像所見、経過を示した肝血管筋脂肪腫の一例

山内 創聖¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、山崎 勇一²、戸島 洋貴²、新木健一郎³、
播本 憲史³、調 憲³、片山 彩香⁴、佐野 孝昭⁴

群馬大学医学部附属病院 放射線診断核医学科¹、群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科²、
群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科³、群馬大学大学院医学系研究科 病理診断学⁴

O-48 悪性腫瘍との鑑別が困難であったEBV (Epstein-Barr Virus) 陽性平滑筋腫瘍の一例

石川 滲¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、新木健一郎²、播本 憲史²、調 憲²、
吉田 由佳⁴、伊古田勇人³

群馬大学医学部附属病院 放射線診断核医学科¹、群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科²、
群馬大学医学部附属病院 病理診断科³、済生会前橋病院 病理診断科⁴

O-49 肝臓と腎臓にクリゾチニブ関連の複雑性嚢胞を生じた1例

山本 彩季¹、益岡 壮太¹、藤井 裕之¹、川幡 俊美²、前門戸 任²、松木 充¹、
森 壘¹

自治医科大学附属病院 放射線科¹、自治医科大学附属病院 呼吸器内科²

O-50 肝門部領域胆管に発生した神経内分泌腫瘍の一例

齋藤 良都¹、石田 尚利¹、助田 葵²、向井俊太郎³、若林ゆかり¹、有菌 英里¹、
内海 由貴²、永川 裕一⁴、糸井 隆夫³、長尾 俊孝²、齋藤 和博¹

東京医科大学病院 放射線科¹、東京医科大学病院 病理診断科²、東京医科大学病院 消化器内科³、
東京医科大学病院 消化器外科・小児外科⁴

18:25

閉会の辞

ポスター 肝臓

座長：佐野 勝廣（順天堂大学 放射線診断学講座）

P-1 EOB肝細胞相で低信号を呈した肝過形成結節の1例

長谷川花枝¹、尾崎 公美¹、原田 憲一²、大杉 章博¹、鈴木 蓮¹、久綱 雅也¹、池田 隆展¹、舟山 慧¹、紅野 尚人¹、川村 謙士¹、小林 龍徳¹、棚橋 裕吉¹、芳澤 暢子¹、那須 初子¹、森田 剛文³、馬場 聡⁴、市川新太郎¹、五島 聡¹

浜松医科大学医学部附属病院 放射線診断科¹、金沢大学 医薬保健研究域医学系 人体病理学教室²、浜松医科大学 外科学第二講座³、浜松医科大学 病理診断科⁴

P-2 腫瘍性病変と紛らわしかった肝focal spared areaの1例

小山 雅弘¹、原 佑樹¹、田中小百合¹、白鳥 泰良¹、海津 茜¹、山岸 陽助¹、中山 伸朗²、山口 浩³、小澤 栄人¹

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

P-3 肝膿瘍を契機に発見された類上皮血管内皮腫の1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、川岸 加奈²、本多 将吾³、堀田 綾子³、齋藤 生朗³

独立行政法人国立病院機構相模原病院 放射線科¹、独立行政法人国立病院機構相模原病院 消化器内科²、独立行政法人国立病院機構相模原病院 病理診断科³

P-4 乳癌のびまん性類洞内肝転移の1例

有井 彩乃¹、牟禮 力²、神吉 昭彦²、前場 淑香²、檜垣 篤²、山本 亮²、福倉 良彦²、玉田 勉²

川崎医科大学 良医育成支援センター¹、川崎医科大学 放射線診断学教室²

P-5 Biliary adenofibromaの1例

佐藤 友美¹、佐谷 望¹、柳垣 聡¹、加賀谷由里子¹、松浦 智徳¹、田村 亮¹、山田 隆之¹、村上 圭吾²、山本久仁治³

東北医科薬科大学 放射線医学講座¹、東北医科薬科大学 病理学²、東北医科薬科大学 外科学第一（肝胆膵外科）³

ポスター展示

ポスター 胆道・胆嚢

座長：五ノ井 渉（東京大学 放射線医学教室）

P-6 胆管内乳頭状腫瘍：原発性硬化性胆管炎の経過中に肝破裂と腹膜播種を起こした1症例

屋代 香絵¹、山田 祥岳¹、津崎 盾哉¹、池田 織人¹、真杉 洋平^{2,3}、上野 彰久^{2,3}、
田中 真之⁴、陣崎 雅弘¹

慶應義塾大学医学部 放射線科学教室（診断）¹、慶應義塾大学病院 病理診断部²、
慶應義塾大学医学部 病理学教室³、慶應義塾大学医学部 外科学教室⁴

P-7 胆嚢捻転壊死・膿瘍化の1例

吉田 理佳¹、田中 翔大²、中村 友則²、宮本 明奈¹、吉廻 毅¹、横山 靖彦³、
楫 靖¹

島根大学 医学部 放射線医学講座¹、松江生協病院 放射線科²、松江生協病院 外科³

P-8 重複胆管の一例

及川 朋美¹、及川 茂夫¹、星 史彦²、本多 俊介²、千場 良司³、関澤 琢郎¹、
中山 学¹、水野 恵子¹、石川 一郎¹、千葉 裕子¹、鈴木 清寿¹

岩手県立中央病院 放射線科¹、岩手県立中央病院 消化器内科²、岩手県立中央病院 病理診断科³

P-9 ペンブロリズマブ投与中にirAE胆管炎とirAE膵炎の同時発生が疑われた一例

川田 佳那¹、井上 大¹、小森 隆弘¹、松原 崇史¹、戸島 史仁¹、小坂 一斗¹、
小林 聡¹、柳 昌宏²、池田 博子³

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・病理部³

ポスター 膵臓

座長：井上 大（金沢大学附属病院 放射線科）

P-10 緩徐な経過を示した成人膵芽腫の1例

池田 賢司¹、嶋田功太郎¹、大西 康之¹、大野 豪¹、清水 大功¹、磯田 裕義¹、
西尾 太宏²、長井 和之²、中本 裕士¹

京都大学医学部附属病院 放射線診断科¹、京都大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科²

P-11 腹腔内出血を契機にみつかった膵退形成癌の一例

大友 麻衣、前場 淑香、福倉 良彦、檜垣 篤、山本 亮、玉田 勉
川崎医科大学 放射線診断学教室

P-12 破骨型多核巨細胞を伴う腓膵退形成癌の1例

竹山 信之¹、田代 祐基²、高橋 裕季³、松尾 憲一³、楯 玄秀⁴、可知 真南²、堀 真琴¹、笹沢 俊吉²、堀 祐郎²、橋本 東児²、和田あかね⁴、上田 康雄⁴、小川 高史⁴、田中 邦哉²、渡邊 孝太¹、橋詰 典弘¹、村上 大軌¹、藤澤 英文¹
昭和大学横浜市北部病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 放射線科²、昭和大学藤が丘病院 一般消化器外科³、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科⁴

P-13 病理所見を比較できた膵臓と卵巣併発の粘液性嚢胞腫瘍の1例

Kitaro Irwan Bin Mohd Azlan¹、川村 唯¹、野村 敬清¹、岩田児太郎¹、山室 博⁵、市川 珠紀¹、梶原 博²、中村 直哉²、佐藤 健二³、永 滋教⁴、松本 俊郎⁶、橋本 順¹
東海大学医学部附属病院 画像診断科¹、東海大学医学部附属病院 病理診断科²、東海大学医学部附属病院 産婦人科³、東海大学医学部附属病院 消化管外科⁴、湘南厚木病院 放射線科⁵、アルメイダ病院 放射線科⁶

P-14 胃浸潤や肝転移を伴ったSolid Pseudopapillary Neoplasmの一例

向井田瑛佑¹、田村 明生¹、藤田洸太郎¹、加藤 健一¹、吉岡 邦浩¹、片桐 弘勝²、新田 浩幸²、西谷 匡央³、佐藤 綾香³、柳川 直樹³
岩手医科大学 放射線医学講座¹、岩手医科大学 外科学講座²、岩手医科大学 病理診断学講座³

ポスター 消化管・腸間膜・腹腔

座長：松本 俊郎 (大分市医師会立アルメイダ病院)

P-15 小腸血管奇形との鑑別が問題となった小腸血管肉腫の一例

森島 裕策¹、池内 高志¹、津田 継紹¹、宮嶋 佑輔²、松村 和宜²、谷 昌樹³、山中 健也³、杉本 暁彦⁴
滋賀県立総合病院 放射線診断科¹、滋賀県立総合病院 消化器内科²、滋賀県立総合病院 外科³、滋賀県立総合病院 病理診断科⁴

P-16 術後1年半で再発を来した大腸原発平滑筋肉腫の1例

山本 聖人¹、山本 和宏¹、松谷 裕貴¹、中井 豪¹、栗栖 義賢²、濱元 宏喜³、大須賀慶悟¹
大阪医科薬科大学医学部 放射線診断学教室¹、大阪医科薬科大学 病理学教室²、大阪医科薬科大学 一般消化器外科学教室³

P-17 SPN術後の腹膜播種を疑ったが類上皮成分を伴う脱分化脂肪肉種と診断された1例

橋本 考明¹、森阪 裕之¹、窪田 瑞希²、望月 邦夫²、齊藤 亮³、川井田博充³、大西 洋¹
山梨大学医学部附属病院 放射線科¹、山梨大学医学部附属病院 病理診断科²、山梨大学医学部附属病院 第一外科³

P-18 多発性骨髄腫に合併した腹膜アミロイドーシスの1例

佐野 彰乙¹、禹 潤¹、大木 一剛¹、長谷川靖晃²、矢ヶ部浩之¹、榎 啓太郎²、
加納 瑠為²、石井 敬大⁴、遠藤 泰彦³、尾尻 博也¹

東京慈恵会医科大学附属病院 放射線医学講座¹、富士市立中央病院 放射線画像診断科²、
富士市立中央病院 病理診断科³、富士市立中央病院 血液腫瘍内科⁴

P-19 小腸結腸リンパ球性静脈炎の1例

藤本 憲吾¹、佐野村隆行²、田中 賢一²、西山 佳宏²

坂田市立病院 放射線科¹、香川大学医学部 放射線医学講座²

ポスター 腎臓・泌尿器1

座長：吉田耕太郎（福井県立病院 放射線科）

P-20 結節性硬化症に合併した腎類上皮型血管筋脂肪腫の一例

藤田 健央¹、松本 純一¹、戸島 史仁¹、吉田耕太郎²、奥田 実穂¹、小坂 一斗¹、
小林 聡¹、池田 博子³

金沢大学附属病院 放射線科¹、福井県立病院 放射線科²、金沢大学附属病院 病理部³

P-21 腎膿瘍を伴った腎盂の扁平上皮癌の1例

尾谷 智史¹、山本 貴之¹、里上 直衛¹、堤 尚史²、清川 岳彦²、藤本 良太¹
京都市立病院 放射線科¹、京都市立病院 泌尿器科²

P-22 発育過程を観察できた腎angiomyolipoma with epithelial cystsの一例

本田有紀子¹、近藤 翔太¹、成田 圭吾¹、中村 優子¹、谷 千尋¹、帖佐 啓吾¹、
仙谷 和弘²、後藤 景介³、日向 信之³、栗井 和夫¹

広島大学大学院医系科学研究科 放射線診断学¹、広島大学大学院医系科学研究科 分子病理学²、
広島大学大学院医系科学研究科 腎泌尿器科学³

P-23 尿膜管癌と鑑別を要した腺上皮への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌の1例

宗近 次朗¹、萩原 遼太¹、金井 貴宏¹、高松 紘子¹、扇谷 芳光¹、山岸 元基²、
前田 佳子²、七条 武志²、深貝 隆志²、村井 聡³、矢持 淑子³

昭和大学医学部 放射線医学講座¹、昭和大学医学部 泌尿器科学講座²、
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座³

P-24 画像での由来が特定困難であった精嚢粘液癌の一例

加瀬 主税^{1,2}、木村浩一郎¹、横山 幸太¹、福井 健一¹、土屋 純一¹、田中 陽典³、
桐村 進³、范 博⁴、藤井 靖久⁴、立石宇貴秀¹

東京医科歯科大学 放射線診断科¹、国保旭中央病院 放射線科²、東京医科歯科大学 病理診断部³、
東京医科歯科大学 泌尿器科⁴

P-25 左交叉性精巣転位を示したMüller管遺残症候群の1例

日高 啓介¹、古田 昭寛¹、藤原裕美子¹、西尾 直子¹、林 鉦健²、宮内 康行²、
藤井 大岳³、桜井 孝規³、羽賀すみれ¹、小濱さゆり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

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 病理診断科³

P-26 精索脂肪肉腫の2例

谷村 賢太¹、井上 明星¹、高木 海¹、大谷 秀司¹、中川 翔太²、影山 進²、
おの田汐莉³、渡邊 嘉之¹

滋賀医科大学医学部 放射線医学講座¹、滋賀医科大学医学部 泌尿器科²、
滋賀医科大学医学部 病理診断科³

P-27 BCG治療後に生じた肉芽腫性精巣上体炎の1例

吉田 薫¹、堀越 琢郎¹、那須 克宏¹、佐藤 広明²、市川 智彦²、橋本 麗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 泌尿器科²、
千葉大学医学部附属病院 診断病理学・病理部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-28 肺病変を認めなかった精巣上体結核の1例

川口 真矢^{1,2}、加藤 博基²、永澤 友章¹、武藤 昌裕¹、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-29 前立腺間質肉腫の1例：過去の日本腹部放射線研究会での症例報告との対比

高柳 歩¹、吉川 仁人¹、加藤 扶美^{1,2}、坂本 圭太^{1,2}、西岡 典子^{1,2}、木村 理奈^{1,2}、
中川 純一^{1,2}、常田 慧徳^{1,3}、有賀 伸⁴、松本 隆児⁵、加藤憲士郎⁶、岡田 宏美⁶、
清水 康⁴、安部 崇重⁵、工藤 興亮^{1,2,7}

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 画像診断学教室²、
北海道大学大学院 歯学研究院 放射線学教室³、
北海道大学大学院 医学研究院 内科学分野 腫瘍内科学教室⁴、
北海道大学大学院 医学研究院 腎泌尿器外科学教室⁵、北海道大学病院 病理診断科⁶、
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⁷

P-30 右側重複下大静脈の3例

信澤 宏¹、田中絵里子²、萩原 遼太³、扇谷 芳光³

大田池上病院 放射線診断科¹、川崎幸病院 放射線診断科²、昭和大学医学部 放射線医学講座³

P-31 腎原発性悪性腫瘍との鑑別を要した後腹膜脱分化型脂肪肉腫の一例

本南 研人^{1,2}、坊 早百合¹、小林 佳子¹、寺山 昇¹、菊島 卓也³、安川 瞳³、
林 典宏³、三輪 重治⁴、林 伸一⁴

高岡市民病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 放射線科²、高岡市民病院 泌尿器科³、
高岡市民病院 病理診断科⁴

P-32 右副腎原発adenomatoid tumorの一例

奈須 光佑^{1,2}、石松 慶祐¹、牛島 泰宏¹、岡本 大佑¹、藤田 展宏¹、糸山 昌宏¹、
田畑 公佑¹、伊藤 心二³、吉住 朋晴³、成富 文哉⁴、三浦 亘智²、石神 康生¹

九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学分野¹、飯塚病院 画像診療科²、
九州大学大学院医学研究院 消化器・総合外科³、九州大学大学院医学研究院 形態機能病理学⁴

P-33 腓頭部神経内分泌腫瘍と鑑別が困難であったparagangliomaの1例

川田 秀一¹、森 耕一¹、下津 怜奈¹、林 淳司¹、横井 佑紀¹、
エーカポット パンナチエート²、松村 俊輔³、伊藤 浩次³

総合病院土浦協同病院 放射線診断科¹、総合病院土浦協同病院 病理診断科²、
総合病院土浦協同病院 消化器外科³

P-34 副腎外に生じた骨髄脂肪腫の1例

田代 祐基¹、可知 真南¹、橋本 東兎¹、楯 玄秀²、新谷 文崇³、長濱 正亜³、
堀 祐郎¹

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

ポスター 後腹膜2

座長：中本 篤 (大阪大学大学院医学系研究科 次世代画像診断学共同研究講座)

P-35 後腹膜腫瘍との鑑別を要した十二指腸顆粒細胞腫の一例

近藤 翔太¹、中村 優子¹、前田 章吾¹、成田 圭吾¹、本田有紀子¹、立神 史稔¹、
粟井 和夫¹、岡田健司郎²、新宅谷隆太²、住吉 辰朗²、上村健一郎²、有廣 光司³

広島大学病院 放射線診断学¹、広島大学大学院 外科学²、広島大学病院 病理診断科³

P-36 後腹膜に多発した毛細血管性血管腫の1例

小林 彩¹、井上 武¹、高橋 宣貴¹、木藤 克己²

愛媛県立中央病院 放射線科¹、愛媛県立中央病院 病理診断科²

P-37 後腹膜のextragastrointestinal stromal tumor (EGIST) の一例

阿久津 陽¹、那須 克宏¹、堀越 琢郎¹、池田純一郎²、今村 有佑³、宇野 隆⁴

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

P-38 骨盤腔内に発見された異所性肝細胞癌の一例

西野 有香^{1,2}、中野 佑亮¹、戸島 史仁¹、米田 憲秀¹、北尾 梓¹、奥田 実穂¹、
小坂 一斗¹、小林 聡¹、蒲田 敏文¹、南 哲弥²、木戸 秀典³、重原 一慶⁴、
中田 聡子^{5,6}

金沢大学附属病院 放射線科学¹、金沢医科大学 放射線医学²、金沢大学附属病院 消化器内科学³、
金沢大学附属病院 集学的治療分野泌尿器科⁴、金沢大学附属病院 病理診断科⁵、
国立病院機構 医王病院 北陸脳神経筋疾患センター 研究検査科⁶

P-39 骨盤後腹膜SFT術後にSFT脱分化を疑う肉腫を合併した症例

堀越 琢郎¹、那須 克宏¹、大野 泉²、松岡 歩³、甲賀かをり³、高屋敷 吏⁴、
大塚 将之⁴、天海 博之⁵、大平 学⁵、太田 昌幸⁶、岸本 充⁷、宇野 隆¹

千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学¹、
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学²、千葉大学大学院医学研究院 産婦人科学講座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 先端応用外科学⁵、
千葉大学大学院医学研究院 診断病理学⁶、千葉大学大学院医学研究院 病態病理学⁷

P-40 Bartholin腺嚢胞として加療を繰り返された後腹膜粘液腺癌再発の1例

丸上 亜希¹、丸上 永晃¹、伊藤 高広²、國近 瑛樹²、亀田 有紗²、田中 利洋²、
堀 俊太³、川口 龍二⁴、内山 智子⁵

奈良県立医科大学 総合画像診断センター¹、奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座²、
奈良県立医科大学 泌尿器科³、奈良県立医科大学 産婦人科⁴、奈良県立医科大学 病理診断学講座⁵

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-41 卵巣成熟奇形腫由来の粘液性境界悪性腫瘍から発生したacellular mucin poolの1例

兵江 誉子¹、森村 文雄¹、岡野 孔亮¹、江戸 博美¹、杉浦 弘明¹、新本 弘¹、
宮本 守員²、松永 絢乃³、島崎 英幸³、津田 均⁴

防衛医科大学校病院 放射線医学講座¹、防衛医科大学校病院 産婦人科²、
防衛医科大学校病院 臨床検査医学講座³、防衛医科大学校病院 病態病理学講座⁴

P-42 右付属器から傍大動脈領域にリンパ管腫を伴った卵巣線維腫の1例

田代 祐基¹、可知 真南¹、橋本 東兎¹、上田 康雄²、小川 高史²、下川 貴志³、
森岡 幹³、堀 祐郎¹

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、
昭和大学藤が丘病院 産婦人科³

P-43 子宮内膜症性嚢胞内に漿液粘液性境界悪性腫瘍と癌の併存を認めた症例の検討

竹内麻由美¹、松崎 健司^{1,2}、坂東 良美³、西村 正人⁴、原田 雅史¹

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

P-44 付属器悪性腫瘍と鑑別が問題となった骨盤リンパ脈管筋腫症の1例

伊藤 浩一¹、扇 和之¹、津村 志穂²、安藤 一道²、熊坂 利夫³、裴 有安³、
山下 晶祥¹、横手 宏之¹、佃 俊二¹、藤岡 亜門¹、大野 竜暉¹、松下 広¹、
奈良岡祐子¹、川上 直樹¹

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

P-45 卵巣過剰刺激症候群を契機として発見されたFSH産生下垂体腺腫の一例

矢野 圭悟、中井 豪、松谷 裕貴、山本 聖人、重里 寛、東山 央、
山本 和宏、大須賀慶悟

大阪医科薬科大学 放射線診断学教室

ポスター 子宮・その他

座長：高濱 潤子（奈良県総合医療センター）

P-46 子宮体部大細胞型神経内分泌癌の1例

河野 洋佑、田辺 昌寛、伊東 克能

山口大学医学部 臨床医学系放射線医学講座

P-47 頸部腺癌を伴う巨大な子宮頸部ポリープ状腫瘤の一例

影山 咲子、高瀬 圭

東北大学病院 放射線診断科

P-48 類上皮性トロホブラスト腫瘍の一例

一川 良太¹、北井 里実¹、田中優美子¹、寺内 隆司¹、岡本三四郎²、金尾 祐之²、
小嶋 結³、外岡 暁子³

がん研有明病院 画像診断部¹、がん研有明病院 婦人科²、がん研有明病院 病理部³

P-49 Her2の陽転化を認めた乳癌子宮転移の一例

海老原るい¹、松田 恵¹、年森 亘¹、浦岡 大知¹、岡田加奈子¹、津田 孝治¹、
城戸 輝仁¹、横山 真紀²、倉田 美恵^{3,4}、北澤 理子⁵

愛媛大学医学部 放射線医学講座¹、愛媛大学医学部 産科婦人科学²、
愛媛大学医学部 プロテオサイエンスセンター³、愛媛大学医学部 解析病理学⁴、
愛媛大学医学部 病理診断学⁵

P-50 骨盤底に広がり尿路閉塞をきたした濾胞性リンパ腫の一例

柴田 彩¹、竹田 利明¹、山中 弘行²、加藤 洋³

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

クイズ展示

- Q-1** 九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学分野
石松 慶祐、藤田 展宏、牛島 泰宏、岡本 大佑、糸山 昌宏、田畑 公佑、
石神 康生
- Q-2** 山形大学医学部 放射線医学講座放射線診断分野¹、山形大学医学部 病理学講座²
紺野 義浩¹、森谷 洋介¹、豊口 裕樹²、鹿戸 将史¹、北岡 匠²
- Q-3** 防衛医科大学校 放射線医学講座
尾崎 一平、森村 文雄、江戸 博美、杉浦 弘明、新本 弘
- Q-4** 慶應義塾大学 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 病理診断部³
八木 文子¹、秋田 大宇¹、松本 一宏²、小坂 威雄²、上野 彰久³、大家 基嗣²、
陣崎 雅弘¹
- Q-5** 鳥取大学医学部 統合内科医学講座画像診断治療学分野
山路 大輔、棕田奈保子、権田 拓郎、村上 敦史、夕永 裕士、北尾慎一郎、
藤井 進也
- Q-6** 防衛医科大学校病院 放射線科¹、防衛医科大学校 防衛医学講座²、防衛医科大学校病院 検査部³、
防衛医科大学校病院 病院検査部⁴、防衛医科大学校 臨床検査医学講座⁵
津田 正喜¹、江戸 博美¹、杉浦 弘明¹、新本 弘¹、吉松 真也^{2,3}、宮居 弘輔⁴、
緒方 衝⁵
- Q-7** 関西医科大学 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、奥 誠一郎²、吉村 智雄²、南 恒太郎¹、谷川 昇¹、酒井 康裕³、
植村 芳子³

打田賞受賞演題

口演（消化器系部門）

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ため退院、経過観察となった。

口演（泌尿生殖器系部門）

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。

展示（消化器系部門）

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。

展示（泌尿生殖器系部門）

後腹膜腫瘍と鑑別に苦慮した腹部大動脈瘤 Chronic contained rupture の一例

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

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

症例は60代男性。10ヶ月前からの腰痛で前医を受診した。MRIにて後腹膜腫瘍を指摘され、精査目的に当院紹介となった。造影CTで傍大動脈領域に長径9cm大の多結節状腫瘍を認め、辺縁部の淡い高吸収と内部低吸収を呈しており、隔壁状構造も伴っていた。MRIではT1WIで不均一な高信号、T2WIで辺縁低信号、内部不均一な高信号であった。FDG-PETでは辺縁部に一致したSUVmax 3程度の淡い集積がみられた。内部の出血壊死を伴ったリンパ節転移や肉腫などが鑑別となり、CTガイド下生検を行った。組織では線維性癆痕に組織球やリンパ球が散見され、壊死組織も認めしたが、悪性腫瘍を示唆する所見は認めなかった。その他精査にて、原発巣となるような病変も認めなかった。経過観察のCTで縮小や再増大を認めたため、画像の再検討したところ腹部大動脈瘤のchronic contained ruptureが疑われた。人工血管置換術が行われ、大動脈の壁破綻と仮性瘤が確認された。

破裂性腹部大動脈瘤の中でchronic contained ruptureは独特の経過を示す。出血が緩徐であるためショックなどの急性症状がなく、腰痛、腹痛、下肢痛、発熱などの非特異的症状を呈することが多く診断に時間を要することがあるとされる。今回、CT画像が後腹膜腫瘍と類似し、診断に時間を要した腹部大動脈瘤chronic contained ruptureの1例を経験した。初回CTから手術まで2年10ヶ月程時間がかかっており、当科での反省点を含め文献的考察を加え報告する。

一般口演抄録

0-1 経過中に富細胞成分が出現した卵巣富細胞性線維腫の1例

入谷友佳子¹、加藤 博基¹、金子 揚¹、松尾 政之¹、古井 辰郎²、磯部 真倫²、森 弘輔³、金山 知弘³、宮崎 龍彦³

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70歳台女性。前医で左下腹部腫瘍として経過観察されていたが、MRIで経時的変化を認めたため、当院を紹介受診した。7年前のT2WIで子宮左側に47×43×50mm大の境界明瞭な充実性腫瘍を認め、中心部に境界不明瞭な高信号域を認めたが、辺縁部は低信号を示しており、漿膜下子宮筋腫または卵巣線維腫が疑われた。7年後のT2WIで腫瘍は64×39×67mm大に増大し、腫瘍内の下部に37mm大の軽度高信号域、その前方に嚢胞が出現した。腫瘍の頭側部は経過中に増大傾向が乏しく、7年前のT2WIと同様に辺縁部は低信号を示していた。経過中に出現した充実成分は拡散強調画像で高信号、ADC値の低下 ($0.78 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$) を示し、悪性腫瘍の可能性があったため、子宮全摘+両側付属器切除+大網部分切除+腹膜生検+腹水洗浄細胞診が施行された。術中所見で左卵巣は白色硬で5cm大に腫大し、周囲との癒着は認めなかった。病理組織学的に紡錘形細胞が花筵状に増生し、線維腫と診断された。経過中に出現した充実成分には紡錘形細胞が密に増生し、富細胞性線維腫の所見であった。切除標本や腹水洗浄細胞診で悪性所見は認めなかった。卵巣線維腫は頻度の高い性索間質性腫瘍であるが、卵巣富細胞性線維腫の発生頻度は卵巣線維腫の約10%とまれである。我々は経過観察中に富細胞成分が出現し、悪性腫瘍との鑑別が難しかった卵巣線維腫の1例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

0-2 急性腹症で発症した若年型顆粒膜細胞腫の一例

伊良波裕子¹、土屋奈々絵¹、新垣 精久²、金城 貴夫³、西江 昭弘¹

琉球大学病院 放射線科¹、琉球大学病院 産婦人科²、琉球大学医学部 保健学科、形態病理学³

症例は16歳女性。1週間前からの腹満感、腹痛を主訴に前医を受診し、CTで大量の腹水貯留と卵巣腫瘍を指摘された。腹水穿刺のため前医入院し、約4000ml排液された。その後精査加療目的に当院へ紹介され受診した。嘔気などの症状強く初診から即日入院となった。骨盤MRIでは左卵巣に嚢胞成分と充実成分が混在する5cm大の腫瘍を認めた。充実成分はT2WIで淡い高信号、DWIで高信号を示し、ADC値は $1.2 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ であった。充実成分は造影後濃染し、血流豊富な腫瘍が示唆された。腫瘍内部に出血や脂肪成分、石灰化は認めなかった。腫瘍マーカーの有意な上昇は見られなかった。腫瘍破裂や捻転などの可能性も考慮し同日緊急手術（左付属器切除、大網生検、右卵巣生検）が施行された。腹膜播種はなく、右卵巣に明らかな異常は認めなかった。術中の吸引腹水量は11200mlであった。術後病理では、卵巣腫瘍内に類円形の腫瘍細胞がびまん性に増殖しており、腫瘍細胞は核小体が明瞭な大型円形核と淡好酸性の胞体を有していた。免疫染色の結果も合わせ、若年型顆粒膜細胞腫と診断された。

顆粒膜細胞腫は卵巣腫瘍の2%と稀な腫瘍であり、このうち95%とほとんどが成人型で、若年型は5%と極めて稀である。術前診断は困難とされるが、画像所見の報告もあり、文献的考察を加えて報告する。

0-3 卵管采が巻き込まれることにより、腫瘍と鑑別困難であった内膜症性嚢胞の一例

吉田 篤史¹、光野 重芝¹、染矢 祐子¹、有菌 茂樹¹、岡 祥次郎¹、安藤久美子¹、伊丹 弘恵²、前田振一郎³、大西龍太郎¹、堂畑 慶之¹、文元 方哉¹、廣井 崇¹、野口峻二郎¹、山本 有香¹、菅 剛¹、石藏 礼一¹、大谷 宗理²、青木 卓哉³

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線部診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科²、
神戸市立医療センター中央市民病院 産婦人科³

症例は49歳女性G2P2。9年前に子宮内膜ポリープで子宮鏡下手術後。6年前から右卵巢嚢胞を経過観察されていた。不正性器出血で受診した近医で子宮内膜ポリープの再発に加えて、右卵巢嚢胞内の充実部を指摘されたため、精査目的に当院紹介となった。MRIで右卵巢に35mm大の嚢胞性病変を認め、脂肪抑制T1強調像で高信号、T2強調像で低信号な内容であり、内膜症性嚢胞が考えられた。子宮背側や直腸との癒着も認められた。内膜症性嚢胞の左側には内部に突出するT1強調像で低信号、T2強調像で内容液と同等の低信号を示す15mmの分葉状充実部が認められ、同部と連続するように管状構造が嚢胞外まで突出していた。充実部は拡散制限がないものの造影での増強効果が認められ、悪性が否定できない所見であった。子宮内膜ポリープに関しては20mm×6mm大で拡散制限が認められず、悪性を疑う所見ではなかった。右卵巢癌の術前診断で手術が施行されたが、右卵巢嚢腫の術中迅速病理検査は内膜症性嚢胞を示し、内部に突出した分葉状充実部は線毛円柱上皮で覆われた線維性組織であったため、卵管采と考えられた。悪性を疑う所見は認められず、子宮全摘出+両側付属器摘出術が施行された。

我々が日常診療で卵管采を意識することは少ないが、今回卵管采と思われる構造が画像で確認され、悪性腫瘍との鑑別が困難となった興味深い症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

0-4 術前に子宮筋腫から発生した平滑筋肉腫が疑われた1例

福澤 拓哉¹、大彌 歩¹、岩谷 舞²、山崎 弥生²、安藤 大史³、藤永 康成¹

信州大学医学部 画像医学教室¹、信州大学医学部附属病院 臨床検査部²、
信州大学医学部 産科婦人科学教室³

症例は60歳台女性。妊娠経歴は経妊1回、経産1回。X-1年まで前医にて3cm大の子宮筋腫に対して定期経過観察されていたが、X年のMRIにて腫瘍は6cm大と急速な増大を認めた。腫瘍は子宮体部前壁筋層内を占拠し、球形、辺縁平滑で、周囲への浸潤は認めなかった。T2強調像にて腫瘍は辺縁に帯状の低信号を有する不均一な高信号を呈し、脂肪抑制T1強調像では腫瘍全体が子宮筋層より辺縁優位に不均一な淡い高信号を呈した。腫瘍の大部分は造影効果が乏しかったが、辺縁に索状、結節状の造影効果を認めた。腫瘍尾側にはT2強調像およびT1強調像で低信号を呈する領域を認め、子宮筋腫様の部分を認めた。同部分にはCTにて石灰化を認めた。腫瘍は内部に出血壊死を認めることから肉腫を考えたが、子宮筋腫様部分が辺縁に取り残されている腫瘍であることから、術前は平滑筋肉腫を疑った。腹式子宮単純全摘術および両側卵管卵巢摘出術が施行された。病理学的には紡錘形の腫瘍細胞が密に増成する腫瘍であったが、大部分は壊死していた。免疫染色ではdesminが一部陽性であった他は、平滑筋マーカーの大部分が陰性。CD10は陽性であったが、Cyclin D1はごく少数陽性であった。若干内膜間質への分化が示唆される点や核分裂像の増加も合わせ、高異型度子宮内膜間質肉腫と診断された。子宮体部に発生する非上皮性腫瘍の画像所見に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

0-5 子宮内腔から漿膜下にかけて広範に進展した嚢胞成分主体の腺筋腫の1例

米今 知佐¹、武輪 恵²、北辻 航²、大倉 享²、春田 祥治³、齊藤 直敏⁴、
法田 祐希¹、太地 良佑¹、丸上 永晃¹、田中 利洋¹

奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座¹、奈良県西和医療センター 放射線科²、
奈良県西和医療センター 産婦人科³、奈良県西和医療センター 病理診断科⁴

60代女性（3G3P）。半年前から不正出血と帯下増加を認めていた。CA19-9高値の精査目的の単純CTで子宮内に腫瘍を指摘された。単純CTで子宮の内腔、筋層、漿膜下に境界明瞭な多数の低吸収腫瘍を認めた。MRIで子宮体部内腔から筋層、漿膜下に進展する嚢胞成分主体の腫瘍を認めた。嚢胞内容はT1強調像で低信号を示した。腫瘍はT2強調像で低信号を示す被膜・隔壁を有し、造影早期から強い濃染を示した。嚢胞主体の内膜間質肉腫やadenomatoid tumorなどを鑑別に挙げ、単純子宮全摘＋両側付属器切除術が施行された。肉眼的に子宮内腔に隆起する嚢胞状腫瘍とそこから連続して底部筋層内および漿膜下に境界明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍断面には大小多数の無数の嚢胞成分を認めた。病理組織学的に、増殖期内膜に類似した円柱上皮からなる腺管構造、子宮内膜間質、平滑筋成分から構成され、腺筋腫と診断された。また、右卵巣には線維莢膜細胞腫と内膜症性嚢胞を認めた。

腺筋腫は通常、T2強調像で粘膜下筋腫に類似した低信号のポリープ状腫瘍を呈し、内膜腺拡張を反映した小嚢胞や出血を示唆するT1強調像での高信号域を含む。本例のように、高齢女性に発生し、出血を伴わない嚢胞成分主体で子宮内腔から筋層・漿膜下への広範な進展を示す特異な発育形態を呈した腺筋腫は検索した限り過去に報告がない。右卵巣に存在した線維莢膜細胞腫が腫瘍の発育に関与した可能性もある、極めて稀な症例と考え提示する。

0-6 神経内分泌癌成分の肝転移を伴った子宮体癌の1例

熊澤 秀亮¹、伊藤 茂樹¹、安田 雄紀¹、河合 雄一¹、斎藤 寛子¹、森 雄司¹、
鈴木 美帆²、小出 莉央³、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 産婦人科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

症例は70代女性。不正出血で内膜スミアが施行され、類内膜癌の診断で当院紹介となった。MRIで子宮体部後壁は軽度腫大し、T2WI中間信号、拡散低下を呈する4cm弱の境界不明瞭な病変を認めた。子宮内膜の肥厚は認めなかったが、内膜側はやや不整で拡散低下が目立つ線状域を認めた。出血、壊死は認めなかった。子宮体癌で矛盾せず、type2の癌を疑った。病変は一部後壁漿膜まで進展を疑ったが、漿膜外や頸部間質の浸潤は認めなかった。造影CTで肝右葉に1cmの低吸収結節を認める以外に転移を認めなかった。1ヶ月後のEOB-MRIで肝結節は2cmに増大、T2WI中間信号、辺縁は拡散低下を呈し、内部に出血、壊死を疑うT1WIで不均一な軽度高信号の領域と漸増性に軽度造影される領域を認めた。他にも肝に複数の小病変が出現していた。肝転移を疑ったが、原発切除を先行する方針となった。手術が施行され、子宮体部には広い範囲で白色腫瘍が認められ、初回診断は類内膜癌（pT3a, Grade2, Ly(+), V(+)）であった。肝生検が施行され、肝結節は腺癌の所見であったが、原発巣と組織に解離があり、免疫染色が追加された。免疫染色では、肝組織はsynaptophysinがびまん性に強陽性で、原発巣を再確認すると、表層部の充実性増殖が認められる部位にsynaptophysinの強陽性があり、Mixed endometrioid carcinoma and large cell neuroendocrine carcinomaの診断となり、肝腫瘍は神経内分泌癌成分が転移したと考えられた。

0-7 子宮原発未熟奇形腫の2例

萩原 遼太¹、宗近 次朗¹、大石 万里¹、金井 貴宏¹、高松 紘子¹、扇谷 芳光¹、
廣瀬 佑輔²、三村 貴志²、松本 光司²、九島 巳樹³、竹山 信之⁴、藤澤 英文⁴、
三浦瑠衣子⁵、小池 千尋⁶、根本 哲生⁶、田代 祐基⁷、牧野 吉朗⁸、佐々木 康⁸、
上田 康雄⁹、小川 高史⁹

昭和大学医学部 放射線医学講座 放射線科学部門¹、昭和大学医学部 産婦人科学講座²、
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座³、昭和大学横浜市北部病院 放射線科⁴、
昭和大学横浜市北部病院 産婦人科⁵、昭和大学横浜市北部病院 臨床病理診断科⁶、
昭和大学病院藤が丘病院 放射線科⁷、昭和大学病院藤が丘病院 産婦人科⁸、
昭和大学病院藤が丘病院 臨床病理診断科⁹

症例1は41歳女性。1年前から不正性器出血を自覚し、前医で子宮内腔の腫瘍性病変を指摘され、当院を紹介受診した。入院時MRIでは子宮内腔にT2強調像高信号で一部に低信号、拡散強調像高信号、不均一に造影される腫瘍を認めた。子宮体癌の疑いで腹式単純子宮全摘・両側付属器摘出・大網部分切除・骨盤部および傍大動脈リンパ節郭清術が施行された。病理では小型～中型の類円形腫瘍細胞がびまん性に増殖し、一部には神経管様の未熟神経組織を伴っており、各種免疫染色より子宮原発未熟奇形腫と診断された。症例2は44歳女性。2ヶ月前から不正性器出血を自覚し、前医で子宮内膜症が疑われ、当院を紹介受診した。入院時MRIでは子宮から分娩される腫瘍を認め、T2強調像で不均一な高信号～低信号、T1強調像で等信号～低信号、拡散制限を伴っていたが、明らかな造影効果は認めなかった。変性子宮筋腫やポリープの分娩が疑われ、子宮鏡下摘出術が施行された。病理では軟骨、骨、表皮、中枢神経などが含まれる組織で、部分的に神経管様の未熟神経組織も認めた。各種免疫染色より子宮原発未熟奇形腫と診断され、追加で腹式単純子宮全摘・両側付属器摘出・大網部分切除術が施行された。子宮原発未熟奇形腫は比較的稀な腫瘍である。今回の症例について若干の文献的考察を加え、報告する。

0-8 片腎に複数病変を認めた腎Bellini管癌の一例

Gao Tongyu¹、馬場 康貴¹、岡田 吉隆¹、金尾 健人²、小山 政史²、川崎 朋範³

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 泌尿器腫瘍科²、
埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科³

腎Bellini管癌 (Renal Bellini Duct Carcinoma; RBDC) は比較的まれながらも悪性の腎癌の一種であり、一般的には単発の腫瘍として認めることが多い。一方、RBDCが片腎に複数存在することは稀であるが、具体的割合についての報告はない。今回我々は慢性疾患の経過観察中に左腎に複数の腫瘍性病変を指摘され、組織学的にRBDCと診断された症例を経験したので報告する。CTにて左腎中下極に3-4cm大の単純にてやや高濃度、動脈相にて乏血性腫瘍を認めた。MRIでは拡散制限とT2強調像にて低信号を認めた。後日手術が行われRBDCと診断された。肉眼では白色分葉充実性腫瘍で腎外脂肪組織浸潤を認めた。組織学的には異型の強い腫瘍細胞が管腔や乳頭状構造を示しながら糸球体構造は保たれたまま増殖し、背景には線維化が顕著であった。非癌部の集合管上皮は異形成変化を認め前癌病変と思われた。PAX8陽性でありRBDCと診断された。その後、副腎転移、肝転移、多発リンパ節転移（縦隔リンパ節含む）で死去された。RBDCは診断時に進行性病変の状態であることが多いが、本例のように片腎に複数で手術適応病変を認めることは稀であると思われる。文献的考察を交えて報告する。

0-9 腎移植前のレシipient腎に認めた結節性代償性肥大の2例

山本 貴浩¹、越川 優¹、岡田 浩章¹、成田 晶子¹、松永 望¹、北川 晃¹、
鈴木耕次郎¹、小林 孝彰²、山際 将³、伊藤 貴至⁴

愛知医科大学病院 放射線科¹、愛知医科大学病院 腎移植外科²、愛知医科大学病院 泌尿器科³、
愛知医科大学病院 病理診断科⁴

1例目は10代後半の男性、2例目は50代女性、主訴は腎腫瘍精査。いずれも原因不明の末期腎不全で腎移植が予定されていた（透析未実施）。スクリーニングの単純CTで1例目は右腎に単発、2例目は両腎に多発する腫瘍を認めた（最大径35mm）。腎実質と比べて僅かに低吸収で腎実質との境界は不明瞭であった。単純MRIで、病変部は腎実質と比べT2WIで高信号、DWIで淡い低信号、ADCmapで高信号を呈し、大きな病変にはT2WIで血管貫通像を認めた。造影CTで病変部は皮質・髓質を保ったまま腫大していたが、皮髓相で皮質と髓質の境界はやや不明瞭で、排泄相では腎実質に比べ淡く高吸収であった。悪性腫瘍は否定的と考えたが、確定診断の為に1例目はCT下生検を施行した。結果は正常腎実質で、慢性腎疾患に生じる結節性代償性肥大（CKD pseudotumour）と診断した。2例目は同様の病態と考え経過観察とした。2例とも腎移植術が施行され、経過で病変は自己腎の委縮とともに縮小した。CKD pseudotumourは慢性腎疾患患者の比較的温存されている腎実質の局所的な代償性肥大で、通常の肥大と異なり滲出性浮腫を伴う。結節状の形態を呈し、非造影検査では悪性腫瘍との鑑別が問題となり、文献的考察を加えて報告する。

0-10 papillary renal neoplasm with reverse polarity (PRNRP) の2例

権田 拓郎¹、山路 大輔¹、北尾慎一郎¹、夕永 裕士¹、村上 敦史¹、落合 諒也¹、
川口 萌¹、尾崎 加苗²、牧嶋かれん²、藤井 進也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¹、鳥取大学医学部 病理学講座²

【症例1】70歳台男性。ギランバレー症候群精査の脊椎MRIで偶発的に右腎腫瘍を認めた。CTでは右腎上極に30mm大の嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞内は腎実質と等～軽度高吸収を呈し、ダイナミック造影では嚢胞尾側に漸増性の淡い造影効果を伴う16mm大の充実成分を認めた。MRIでは嚢胞成分はT1WI高信号、T2WI低信号を示し、充実成分はT2WI軽度高信号、T1WI低信号、out of phase像で信号差はなく、拡散制限は認められなかった。Bosniak分類クラスIVであり、悪性を疑い右腎部分切除術が施行され、PRNRPと診断された。

【症例2】70歳台女性。右後腹膜肉芽腫術後経過観察中に、経時的に緩徐増大する左腎腫瘍を認めた。単純CTで左腎下極にやや不均一な軽度高吸収を呈する20mm大の腫瘍を認め、ダイナミック造影では大部分に造影効果を認めないが、腫瘍背側に淡い造影効果を伴う14mm大の充実成分を認めた。7年前のCTでは淡い造影効果を有する8mm大の充実性結節であった。嚢胞性腎細胞癌を疑い左腎部分切除術が施行され、PRNRPと診断された。PRNRPはWHO分類第5版から新たに記載された疾患で、乳頭状腎細胞癌の1亜型だが転移再発例がなく予後が良いとされている。この度PRNRPの2症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

O-11 精巣性索間質性腫瘍が疑われた1例

山口 健¹、中園 貴彦¹、有働 和馬²、野口 満²、橋口真理子³、甲斐 敬太³、
入江 裕之¹

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

症例は60歳台、男性。数か月前より左陰嚢部の腫大を自覚し、近医泌尿器科を受診。精巣腫瘍を疑われ、当院泌尿器科紹介受診となった。陰嚢部の腫大以外に痛みや発熱はなかった。血液検査にて β HCG、AFP、LDH、IL-2Rはいずれも正常範囲内であった。超音波検査では、左精巣内に多房性嚢胞性腫瘍があり、内部に充実部分の存在が疑われた。MRIでも同様に左精巣内に多房性嚢胞性腫瘍を認めた。嚢胞内容は大部分ではT2強調像で高信号、T1強調像で低信号であったが、一部には出血を疑うT1強調像で高信号の領域も認めた。また、腫瘍内にはT2強調像で低信号、ダイナミックスタディで漸増性に増強される充実部分を認めた。内部性状からは年齢が非典型的であったものの非セミノーマ成分、特に奇形腫成分を含んだ胚細胞性腫瘍や、あるいは精母細胞性腫瘍を鑑別に挙げた。左高位精巣摘除術が施行された。病理組織では好酸性細胞質を有する腫瘍細胞が索状、一部管腔形成性に増殖していた。また、免疫染色にて α -inhibinやMelanAが陽性であり、性索間質性腫瘍が疑われた。他の免疫染色所見の結果やCall-Exner小体類似の所見が見られることから特に、成人型顆粒膜細胞腫が疑われた。精巣の性索間質性腫瘍は稀であり、成人では精巣腫瘍の2-5%の頻度である。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

O-12 後腹膜に発生した思春期後型奇形腫の一例

アスラノバアファグ¹、石田 尚利¹、高橋 礼典²、鈴木雄太郎³、有菌 英里¹、
若林ゆかり¹、大野 芳正³、長尾 俊孝²、齋藤 和博¹

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

症例は40歳台男性。7年前に左精巣腫瘍術後、病理診断はセミノーマ(pT1)であった。近医の勧めで6年ぶりに受診、CTで左腎門部に6cm大の増強効果や石灰化のある腫瘍を認めた。MRIでT2WI軽度低信号を基調にT1WI高信号や拡散制限を認め、PET-CTでSUVmax 15.6の集積であった。CTガイド下生検にて、組織学的に小型で未分化な腫瘍細胞を認め、免疫染色でCD56陽性、Chromogranin-A、Synaptophysin弱陽性、神経内分泌分化を伴う悪性腫瘍が疑われた。神経内分泌癌に準じた化学療法後、腫瘍摘出となった。組織学的に神経組織、軟骨組織、線毛円柱上皮や単層扁平上皮に裏装された嚢胞、角質があり、細胞異型、核異型が目立ち、不整形巨核、核分裂像を認めた。免疫染色でCD56、SALL4、SOX11、INI-1陽性、NKX2.2一部陽性、Ki-67標識率最大70%であった。神経由来の悪性腫瘍で上皮性癌や肉腫を認めず、思春期後型奇形腫と診断された。セミノーマの先行で奇形腫の再発は極めて少なく、7年前の精巣腫瘍の再鏡検でセミノーマの中に僅かな胎児性癌を認め、思春期後型奇形腫は混合性胚細胞腫瘍の再発と考えられた。非セミノーマ成分の顕微鏡的検索は時に難しく、本症例のようにGCNIS由来胚細胞腫瘍の再発を疑う際、背景に混合性胚細胞腫瘍の可能性を念頭におくことは重要と考えられる。

O-13 男性の膵 Solid Pseudopapillary Neoplasm : 当院における8例の検討

上月 瞭平¹、祖父江慶太郎¹、山口 尊¹、梅野 晃弘¹、上嶋 英介¹、上野 嘉子¹、堀 雅敏¹、今岡いずみ¹、外山 博近²、神澤 真紀³、村上 卓道¹

神戸大学医学部附属病院 放射線診断・IVR科¹、神戸大学医学部附属病院 肝胆膵外科²、神戸大学医学部附属病院 病理診断科³

目的：男性患者における膵Solid Pseudopapillary Neoplasm (SPN) の画像的特徴を評価した。対象：組織学的に膵SPNと確定診断され、術前に画像検査を受けた8例（全例男性、平均年齢 = 37.8歳、切除/生検 = 6/2）を対象とした。術前に得られたCTおよびMRI画像より、存在部位、大きさ、形状、辺縁、石灰化、充実/変性成分比率、膵管拡張、尾側膵萎縮、造影パターン、の特徴を評価した。結果：8例全例で、組織学的に小型円形核をもつ好酸性腫瘍細胞が細い血管構造を介在させて増殖しており、偽乳頭状構造が見られ、 β -cateninの核内発現が陽性であり、SPNの典型像と診断された。画像上、腫瘍の存在部位は体尾部に多く（n=6）、サイズの中央値は35.5mm、類円形から分葉状の形状を示し辺縁は平滑であった。石灰化は軽度であるが高頻度で認められ（n=6）、変性成分が主体である比率は少なく（n=2）、膵管拡張（n=1）や尾側膵萎縮（n=2）も少なかった。充実成分の造影パターンはほとんどが漸増性の造影効果を示していた（n=7）。全例で術前に転移病変は認められず、切除例全6例で再発・転移は認められなかった。結論：男性患者の膵SPNは体尾部に多く、類円形から分葉状の形態、漸増性の造影パターンを示していたが、変性や石灰化の程度が少ないように思われた。

O-14 男性の膵solid pseudopapillary neoplasmの7例

片山 僚^{1,2}、黒川 遼²、日下部将史¹、加納進太郎²、黒川真理子²、仲谷 元²、渡谷 岳行²、花房 優衣¹、細井 玲奈^{1,2}、宮脇 恵未¹、狩野 洋輔¹、児玉 紘子¹、大澤まりえ¹、白水 一郎¹、山田 晴耕¹、阿部 修²

NTT東日本関東病院 放射線科¹、東京大学医学部 放射線医学講座²

2011年8月から2024年1月までの間にNTT東日本関東病院および東京大学医学部附属病院で膵腫瘍切除が行われ、病理学的に膵solid pseudopapillary neoplasm (SPN) と確定診断された男性患者は7例確認された。症例の平均年齢は34歳（17-52歳）であった。発見契機は検診異常（無症状）が5例、体重減少が1例、腹痛・下痢が1例であった。全7例で造影CT、6例でMRIが施行された。局在は膵頭部4例、体部1例、尾部2例で、軸位断像での腫瘍最大径は平均23mm（11-39mm）であった。CTでは7例中2例で内部に嚢胞成分、4例で石灰化を認めた。全例で漸増性の増強効果を示した。MRIが施行された6例では、腫瘍はT2強調画像で周囲膵実質より高信号（5/6）あるいは等信号（1/6）であった。T1強調画像では周囲膵実質より低信号（4/5）、1例は膵実質より淡い高信号と低信号が混在していた。拡散強調画像では、全例周囲膵実質より高信号を呈した。ADC値が測定された5例の平均値は $0.702 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ ($0.34-1.03 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$) であった。主膵管拡張は全例で認められなかった。7例中1例でFDG-PET/CTが施行され、腫瘍に一致して集積亢進が認められた。いずれの症例も遠隔転移は認められなかった。

膵SPNは若年女性に多く、男性では稀であるため、文献的知見が不十分である。自験例7例の臨床・画像所見に文献的考察を加え、報告する。

O-15 男性の腓充実性偽乳頭状腫瘍の7例

伊藤 久尊¹、小山 貴¹、赤池 瑤子²、能登原憲司²
倉敷中央病院 放射線診断科¹、倉敷中央病院 病理診断²

対象は2002年1月から2023年12月の間に腓充実性偽乳頭状腫瘍と診断された男性の7例。平均年齢は46歳（30歳～72歳）。無症状が5例、急性腓炎による上腹部痛が2例であった。全例で手術により組織診断が確立した。造影ダイナミックCTは7例全例で施行。腫瘍サイズの平均は25.6mm（12～45mm）。病変部位は腓頭部2例、体部2例、尾部3例。嚢胞変性は3例で認め、その他の4例は充実性であった。石灰化は4例で認め、3例で辺縁にリング状、1例で腫瘍のほぼ全体に認めた。被膜は嚢胞変性と石灰化を有する1例において認められた。その他の6例には明らかな被膜は認めず、腓実質との境界が不明瞭であった。全例で充実部に淡い漸増性の造影増強効果を認めた。2例で腫瘍の圧排による上流の主腓管の軽度拡張を認めた。有症状の2例では急性腓炎による腓腫大と周囲脂肪織混濁を認めた。MRIは嚢胞変性を有する3例と充実性2例の計5例で撮影され、うち1例で追加で造影ダイナミックMRIが施行された。いずれの病変も充実部はMRIのT1強調像で低信号、T2強調像で深い高信号、拡散強調像で高信号、ADC値の低下を呈した。嚢胞部分はT2強調像で著明な高信号を呈し、そのうち1例にT1強調像で腫瘍内出血と思われる高信号を認めた。いずれの症例でも明らかな転移はなく、術後の再発や転移は認められていない。男性例では年齢が高く、被膜に乏しい傾向が知られているが、当施設の症例でも同様の傾向が認められた。

O-16 腓 Solid Pseudopapillary Neoplasmの男性例の画像所見の検討：女性例との比較検討

鈴木 皓佳¹、佐野 勝博¹、田嶋 強¹、村上 康二¹、伊佐山浩通²、齋浦 明夫³、
福村 由紀⁴、桑鶴 良平¹、青木 茂樹¹

順天堂大学大学院医学研究科 放射線診断学¹、順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科²、
順天堂大学大学院医学研究科 肝胆膵外科³、順天堂大学大学院医学研究科 病理診断科⁴

2010年1月から2023年12月に、当院で術前にCTないしMRIによる画像検査が行われ、かつ病理学的にSPNと診断された35例（男性6例、女性29例）について、画像所見を男女間で比較検討を行った。年齢、腫瘍径、発生部位、石灰化、被膜、主腓管拡張、内部性状を検討項目とし、内部性状については嚢胞成分を「造影CTあるいはMRIの門脈相で造影されない領域（出血の含有の程度を問わない）」と定義した。結果を以下に示す（男性：女性）。年齢（歳） 41.2 ± 7.9 : 32.3 ± 12.9 ($p=0.118$)、腫瘍径（mm） 40.8 ± 22.8 : 42.0 ± 28.1 ($p=0.925$)、発生部位（頭部/体部/尾部）1/1/4 : 8/4/17 ($p=0.612$)、石灰化5/6 : 14/29 ($p=0.101$)、被膜3/6 : 12/29 ($p=0.699$)、主腓管拡張0/6 : 1/29 ($p=0.537$)、内部性状（充実部のみ/10%未満の嚢胞成分を伴うもの/10%以上の嚢胞成分を伴うもの/嚢胞成分のみ）4/1/1/0 : 9/7/10/3 ($p=0.084$)であった。過去の文献によるとSPNの男性例では女性例に比べて高い年齢で診断され、最大径が大きく、また石灰化や充実成分が多いなどが報告されている。本研究では、腫瘍最大径に性差は見られなかったが、女性例は海外報告例よりも小さい傾向にあった。また、男性例はより高齢で診断され、石灰化や充実成分を多く含む傾向があり、これらはSPN男性例の臨床病理学的特徴を反映している可能性が示唆された。

0-17 男性膵SPNの4例

吉澤恵理子¹、山田 哲¹、西原 大夢¹、福澤 拓哉¹、塚原 嘉典¹、大彌 歩¹、
玉田 恒²、藤永 康成¹

信州大学医学部附属病院 放射線科¹、信州大学医学部附属病院 病理診断科²

当院にて2011年から2023年の間に病理学的に膵SPNと診断された症例は11例で、男性4例、女性7例であった。男性症例の年齢の中央値は61歳と女性（18歳）に比して有意に高かった。全例無症状で、検診や他目的に施行されたCT検査で偶発所見として発見された。画像所見における病変の平均径、嚢胞、石灰化、出血、被膜の有無については、それぞれ男性：女性=18.5（8～25）mm：31.6（19～57）mm、3/4：4/7、2/4（中心部）：2/7（辺縁）、1/4：6/7、0/4：7/7であった。男性例の嚢胞はいずれも微小であった。FDG-PETは3例で施行され、SUVmaxの平均値は2.6（0-5.2）であった。いずれの症例も病変充実部には漸増性の造影効果を認め、主膵管拡張は認めなかった。全例とも術前診断はSPNとは異なっていたが、後方視的にはいずれもSPNとして矛盾しない画像所見を有しており、男性SPNは女性SPNとは異なる好発年齢（高齢）・画像所見（嚢胞が目立たない点、石灰化の有無・局在など）を呈する可能性に留意することが重要と考えられた。微小嚢胞の描出に関してはMRCP元画像が有用であり、嚢胞が描出されれば男性例であっても鑑別にSPNを挙げるべきであり、また主膵管拡張の有無は膵管癌との鑑別に有用と考えられた。経過観察期間の中央値は30か月で全例無再発であるが、本研究期間外の症例で肝・リンパ節再発を伴った膵SPNも経験しており、長期の経過観察が必要と考えられる。

0-18 男性に発症した膵Solid Pseudopapillary Neoplasmの3症例

田中 賢一¹、佐野村隆行¹、守田 理究¹、村尾 光優¹、高見 康景¹、石村茉莉子¹、
室田真希子¹、石川 亮²、羽場 礼次²、西山 佳宏¹

香川大学医学部 放射線医学講座¹、香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部²

症例1：40歳男性、検診エコーで膵尾部腫瘍が指摘された。単純CTでは長径3cmの境界明瞭な低吸収腫瘍で辺縁にわずかに石灰化があった。dynamic scanではいずれも内部に造影効果はみられず、辺縁のわずかな充実部には漸増性の造影効果がみられた。MRI T1WIで出血を疑う高信号を認めた。術前診断ではSolid pseudopapillary neoplasm（以下SPN）が疑われ、膵体尾部切除術が施行された。

症例2：35歳男性、検診エコーで膵尾部腫瘍が指摘された。単純CTでは辺縁主体に石灰化を伴う径3.2cmの腫瘍、内部はやや不均一で造影効果は不明瞭であった。MRI上は出血壊死を疑う所見であった。術前診断ではSPNが疑われ、EUS-FNAの後に膵体尾部切除術が施行された。

症例3：41歳男性、検診エコーで膵尾部腫瘍が指摘された。単純CTでは不明瞭だが、dynamic scanで明瞭化する径0.9cmの充実性腫瘍であった。境界は不明瞭で、漸増性の造影効果を示した。上流主膵管の拡張や膵萎縮はみられず、術前診断は膵癌、NET、SPNなどが鑑別にあがった。EUS-FNAの後に膵体尾部切除術が施行された。

上記3症例はいずれも病理組織学的にSPNと診断された。

膵SPNは若年女性に好発する膵腫瘍とされている。稀であるとされる男性発症の3症例を、今回文献的考察をふまえて報告する。

O-19 high-grade PanINの一例

小畑 孝文¹、田中 賢一¹、村尾 光優¹、佐野村隆行¹、室田真希子¹、木村 成秀¹、
石川 亮²、羽場 礼次²、西山 佳宏¹

香川大学医学部 放射線医学講座¹、香川大学医学部附属病院 病理診断科・病理部²

症例は80代女性、他院単純CTで偶発的に膵尾部主膵管拡張が指摘され、精査目的に当院に紹介となった。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、DUPAN-2、エラスターゼ1、SPAN-1のいずれも陰性であった。Dynamic CTの通常スライスでは主膵管狭窄部に膵実質の萎縮が認められたが腫瘍は指摘できなかつた。Thin sliceで確認すると主膵管狭窄部に一致して小さな後期相濃染が認められた。FDG-PET/CTでは膵内の原発巣や転移を疑う異常集積は指摘できなかつた。EUS-FNAでは径10mm大の腫瘍性病変が疑われたが、細胞診で悪性所見は得られなかつた。術前検査では確定診断に至らなかつたが、膵癌の可能性が高いと考えられたためロボット支援下膵体尾部切除術が施行された。病理組織学的にhigh-grade pancreatic intraepithelial neoplasia (PanIN) と診断された。PanINは膵管における非浸潤性の上皮増殖性病変であり、異型の弱い病変から強い病変を経て浸潤性膵管癌に進展する可能性が示唆されている。PanINは異型の比較的弱いlow-grade PanINと、上皮内癌に相当するhigh-grade PanINに分類される。今回、偶発的に発見されたhigh-grade PanINの一例を経験したので若干の文献考察を加えて報告する。

O-20 PanINとの鑑別が困難であった2型自己免疫性膵炎の症例

武藤 瑞希¹、斉藤 彰俊²、小山 敏雄³、青柳かおり²、渡邊 裕陽²、松本 敬子²、
森阪 裕之¹、大西 洋¹、遠山 敬司²

山梨大学医学部附属病院 放射線科¹、山梨県立中央病院 放射線診断科²、
山梨県立中央病院 病理診断科³

症例は60代男性。後縦靭帯骨化症の術前全脊椎単純CTで偶発的に、膵体尾部の萎縮と主膵管拡張を指摘された。その途絶部に膵管癌が疑われ、術後に造影MRCPが施行された。CTと同様に膵管拡張がみられたが、途絶部には、わずかな拡散制限を認めたものの、腫瘍は同定できなかつた。以上より、High-grade PanIN (TisN0M0 cStage0) が疑われた。しかし術前に施行されたダイナミック造影CTでは、後期相で途絶部周囲にわずかに増強効果があり、それを腫瘍と判断すると後方浸潤も疑われたため、膵体部癌cT3N0M0 (cStage III) として、膵体尾部切除、脾合併切除、胃部分切除が施行された。病理組織では、膵体尾部に病変を認め、膵内には大小の嚢胞が散見された。嚢胞は主膵管を含む拡張した膵管で、周囲にリンパ球、形質細胞、好酸球などの炎症細胞浸潤を認めた。炎症細胞浸潤は主として膵管周囲に認められ、膵管内腔および上皮への好中球浸潤と、リンパ濾胞増生を伴っていた。膵体断端には軽度の小葉間線維と末梢膵管に炎症をみるのみで、IDCP, type 2 Autoimmune pancreatitis (AIP) に相当すると考えられた。膵癌を考える所見は認めなかつた。以上、PanINとの鑑別が困難であった2型AIPの症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

O-21 腎癌膵転移との区別が困難であった膵パチニ小体の1例小川 浩¹、竹原 康雄¹、長縄 慎二¹、高見 秀樹²、中黒 巨人³名古屋大学医学部 放射線科¹、名古屋大学医学部 消化器・腫瘍外科²、
名古屋大学医学部 病理部³

症例は70歳代の男性、腎癌膵転移の手術目的に当院を紹介受診した。既往歴は17年前に切除された左腎癌以外には特記すべきものはない。血液検査ではアミラーゼが143（基準値37-125）U/L、リパーゼが53（基準値13-49）IU/Lと軽度高値を示したが、腫瘍マーカーはCEAが3.4（上限5）ng/ml、CA19-9が13（上限37）U/mlと基準値内であった。ダイナミックCTでは膵尾部に約12mm大の結節が見られ、膵実質相にて強い造影効果を示していた。前医からの情報では腎癌膵転移は単発とのことであったが、ダイナミックCTの膵実質相をthin sliceで詳細に観察すると、上記の結節以外に膵尾部に3ヶ所、膵頭部に1ヶ所の約3-5mm大の結節が見られた。いずれも膵実質相で強い造影効果を示しており、一元的に腎癌膵転移が考えられた。膵遠位部切除と膵頭部腫瘍摘出術が施行された。病理にて、膵尾部の結節は全て腎癌膵転移と診断されたが、膵頭部の結節には悪性像はなく、薄層が同心円状に配列するタマネギのような構造が見られた。S-100による免疫組織化学染色では中心部分が陽性であり、パチニ小体と診断された。膵パチニ小体は、要旨のある英語論文でこれまでに3例の報告があるが、いずれも病理学的な報告であり、我々が検索した限りでは画像所見についての報告は見当たらなかった。非常に稀な症例であると考えられたため、若干の文献的考察とともに報告する。

O-22 膵周囲の炎症性腫瘍の1例池之内 穰¹、佐野 勝廣¹、田嶋 強¹、村上 康二¹、宮下真美子²、
Mulading Maimaitituerxun³、福村 由紀³、齋浦 明夫²、桑鶴 良平¹、青木 茂樹¹順天堂大学医学部 放射線診断学講座¹、順天堂大学医学部 肝胆膵外科²、
順天堂大学医学部 人体病理生態学講座³

症例は既往歴のない30代女性。健診で膵腫瘍を偶然指摘され、セカンドオピニオンで当院受診。CA19-9、CEA、IgG4は正常範囲内であった。造影CTおよび造影MRIで膵体尾部境界部から背側下方の後腹膜腔にかけて36mm大の境界明瞭な円形腫瘍を認めた。同心円状の層状構造を呈し、辺縁部には石灰化やわずかな出血を認め、漸増性の弱い造影効果が見られた。一方、中心部には動脈相で軽度の増強、その後washoutを示す造影パターンが見られた。MRIT1WIでは不均一な信号、T2WIで中心部が中等度高信号、DWIで高信号を呈し、ADCは低下していた。造影効果は非典型的だがSPNを第一に疑い、鑑別疾患として神経内分泌腫瘍も考慮された。膵中央切除術が施行された。病理標本では、肉眼的に膵実質との間に線維性隔壁を有する充実性腫瘍で、腫瘍は膵実質を巻き込んで形成されているが、主座は膵背側の結合織の可能性が高く、後腹膜線維症との鑑別を要した。腫瘍断面の最外層は白色、中層は黄色調、内部で粘液腫状と三層構造を呈していた。組織学的に、最外層はリンパ球・形質細胞浸潤の目立つ花筵状線維化を、中層は硝子化した線維性間質を、内部は第三次リンパ組織様構造を認めた。最外側では閉塞性静脈炎も見られたが、好中球浸潤も多く、IgG4/IgG比も低値であり、臨床所見も併せ、IgG4関連疾患は否定的と考えられた。IgG4関連疾患を除くと膵背側組織の炎症性腫瘍は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

O-23 膵mixed serous neuroendocrine neoplasmを契機に診断されたvon Hippel-Lindau病の1例

伊藤 彰勇¹、河合 信行¹、野田 佳史¹、加賀 徹郎¹、浅野 将史¹、松尾 政之¹、
岩田 翔太²、岩下 拓司²、深田 真宏³、村瀬 勝俊³、鬼頭 勇輔⁴

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器内科²、岐阜大学 消化器外科³、岐阜大学 病理診断科⁴

症例は70歳台男性。近医施行のCTで充実成分を伴う膵嚢胞性腫瘍を指摘され、精査となった。また同病変に加え右腎腫瘍も指摘されたため、精査加療目的に当院紹介となった。造影CTでは膵全体に多発する嚢胞性腫瘍を認め、膵頭部の嚢胞内には多血性の充実成分を認めた。MRCPでは膵頭部の嚢胞は主膵管との連続性を認め、当初はhigh-risk stigmataを満たす膵管内乳頭粘液性腫瘍が疑われた。また右腎腫瘍は、強い早期濃染及びwashoutを呈し、淡明細胞型腎細胞癌が疑われた。

膵頭部及び右腎病変に対し、膵頭十二指腸切除術及び右腎部分切除術を施行。病理では、膵頭部病変は漿液性嚢胞性腺腫と神経内分泌腫瘍（NET G1）が隣接する像が見られることからmixed serous neuroendocrine neoplasm（MSNN）、右腎病変は淡明細胞型腎細胞癌と診断された。

孤発性のvon Hippel-Lindau（VHL）病が示唆されたため、後方視的に追加検討したところ、脊柱管内には馬尾神経レベルに多発する多血性腫瘍（血管芽腫の疑い）、左精巣上体にも多血性腫瘍（乳頭状嚢胞腺腫の疑い）を認めた（いずれも病理未）。

膵MSNNは漿液性嚢胞性腫瘍成分と神経内分泌腫瘍成分が同一腫瘍内に混在あるいは併存する稀な腫瘍であるが、しばしばVHL病に合併する。膵MSNNの画像所見を中心に、文献的考察を加えて報告する。

O-24 超音波内視鏡下穿刺吸引法後にneedle tract seedingで胃壁転移を来した膵尾部癌の1例

浅野 将史¹、河合 信行¹、野田 佳史¹、加賀 徹郎¹、伊藤 彰勇¹、松尾 政之¹、
上村 真也²、岩下 拓司²、深田 真宏³、安福 至³、松橋 延壽³、児玉 大地⁴、
齊郷智恵美⁴

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 消化器内科²、岐阜大学 消化器外科³、岐阜大学 病理診断科⁴

症例は60歳台男性。膵管内乳頭粘液性腫瘍の経過観察中に、膵尾部に13 mm大の乏血性腫瘍が出現した。超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）にて膵癌と診断され、術前化学療法後に腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行された。術後補助化学療法完遂後2ヶ月でCA19-9 25.7→64.3 U/mlと上昇を認めた。再発を疑ってFDG-PET/CTを施行したところ、胃小弯側に限局したFDG集積（SUVmax: 3.1）を認めた。造影MRIでは、胃体下部後壁に辺縁部にリング状濃染を示す乏血性腫瘍を認めたが、強い拡散制限は認めなかった（ $1.5 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ ）。上部消化管内視鏡検査では、同部に胃粘膜下腫瘍を認めた。FNA検体では腺癌の診断であったが、胃癌と膵癌胃壁転移の鑑別は困難であった。腹腔鏡下胃局所切除術が施行され、病理では粘膜下層を主体とし粘膜内から漿膜下層に浸潤する中分化相当の腺癌を認め、表層部では正常胃粘膜構造が散見され、胃癌より膵癌胃壁転移が疑われる所見であった。EUS-FNAの穿刺部にも一致しており、needle tract seeding（NTS）による膵癌胃壁転移と診断された。EUS-FNAは特異度が高く膵癌の診断に有用であるが、稀な合併症の1つとしてNTSが報告されている。今回EUS-FNA後にNTSを来した膵尾部癌の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

O-25 遺伝性胃ポリポーシス (GAPPS) の一例

石内聡一郎¹、永山 泰教¹、伊牟田真功¹、山田 倫²、三上 芳喜²、平井 俊範¹
熊本大学病院 画像診断・治療科¹、熊本大学病院 病理部²

症例は40歳代女性。心窩部痛を主訴に近医受診し、上部消化管内視鏡検査で異常を指摘されたため当院に紹介となった。既往歴、内服歴に特記事項なし。家族歴としては兄2人が胃ポリポーシスを指摘されている。上部消化管X線造影検査、上部消化管内視鏡検査では胃底腺領域にポリポーシスが多発しており、前庭部にポリポーシスは目立たなかった。胃噴門部には潰瘍を伴う隆起性病変を認め胃癌が疑われた。下部消化管内視鏡検査では異常は認められなかった。造影CTでは胃底腺領域の多発ポリポーシスや胃噴門部の壁肥厚の他に、肝多発低吸収、大網脂肪織濃度上昇を認め、多発肝転移や腹膜播種が疑われた。特徴的な画像所見等から遺伝性胃ポリポーシス (Gastric Adenocarcinoma and Proximal Polyposis of the Stomach: GAPPS) が疑われ、遺伝子検査の結果、GAPPSと最終診断された。その後、化学療法など集学的治療が行われたが、約1年後に永眠された。GAPPSは胃底腺領域（胃底部、体部）に限局した胃底腺ポリポーシスが癌化をきたす、非常に稀な常染色体優性遺伝子疾患である。若年患者や内視鏡サーベイランスを行っていた患者でも切除不能進行胃癌に至る症例が複数報告されており、予防的胃全摘を推奨する論文もある。今回我々が経験したGAPPSの一例について、文献的考察を交えて報告する。

O-26 Gangliocytic paraganglioma (CoGNET) の2例

染矢 祐子¹、有菌 茂樹¹、丹家 元祥²、原 重雄³、吉田 篤史¹、光野 重芝¹、
安藤久美子¹

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 消化器内科²、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科³

患者1は30代女性。大腸癌の治療のため当院を受診し、術前内視鏡検査で、十二指腸乳頭部の粘膜下腫瘍が発見された。横行結腸癌 (pT2N0M0) の手術を先行し、1年後のEUS-FNA再検査にて、Gangliocytic paragangliomaが疑われたため、内視鏡的パピレクトミーを施行し確定診断を得た。患者2は60代女性。健診内視鏡にて副乳頭部に粘膜下腫瘍が発見された。同様にEUS-FNAで診断後に、内視鏡的パピレクトミーを施行した。Gangliocytic paragangliomaは、主に十二指腸乳頭部近傍に発生する神経内分泌腫瘍で、1) NET様上皮成分に、2) シュワン細胞様の紡錘形細胞成分、3) 神経節細胞を加えた三成分で構成される。2022年に改訂されたWHO内分泌・神経内分泌腫瘍第5版において、分子病理学的特徴と形態学的特徴を合わせたComposite gangliocytoma/neuroma and neuroendocrine tumor: CoGNETという名称に変更された。無症候性の乳頭部粘膜下腫瘍であることが多く内視鏡検査で発見されることが多いため、画像診断医にとっては馴染みのない腫瘍に思われる。名称変更の経緯や、我々画像診断医が特に着目すべき遺伝性腫瘍との関連を考察し、報告する。

O-27 内ヘルニアで発症した腸管外アニサキス症の一例

塚部 明大¹、西垣 大毅¹、阪上 海央¹、永井 啓介¹、中田 早紀¹、福田 健太²、
木下 雨宣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 外科²、市立豊中病院 病理診断科³

症例は44歳男性。嘔吐を伴う腹痛で当院救急搬送となった。同日朝から腹部違和感が出現し、昼頃から腹痛が出現。様子を見ていたが間欠痛が増強し16時頃救急要請された。来院時には腹痛はやや軽減。臍部左側を最強点とする左側腹部から下腹部の圧痛を認めるも反跳痛は認めず。施行された腹部造影CTでは近位空腸トライツ靱帯部近傍に脂肪を含む結節を認め、索状構造が下行結腸まで連続。この構造をヘルニア門とし、小腸が広範囲に内ヘルニアを来たしていた。腸間膜静脈の狭窄所見と軽度のうっ血所見あるも強い虚血を疑う所見はなく、腹水貯留も認めなかった。大腸と小腸間膜の癒着に伴う内ヘルニアと診断され、腹腔鏡下に緊急手術施行となった。手術では下行結腸腹膜垂と小腸間膜の癒着し同部がバンド形成することで小腸嵌頓していることが確認された。腹膜垂部が結節状となっていた部位は切離し、小腸切除は行わず、小腸嵌頓を解除し閉創とした。術後病理で腹膜視の結節部には蠕虫虫体を中心として広範な壊死が形成され、高度の炎症細胞浸潤を伴っていた。アニサキス抗体が陽性であったことから腸管外アニサキス症による肉芽腫形成と診断した。腸管外アニサキス症が内ヘルニアの原因となる事は稀であるが、本症例は腹膜垂の異物肉芽腫が術前に同定出来ており、術前に疑うことの出来た症例かもしれない。文献的考察を含め報告する。

O-28 回腸に生じた malignant gastrointestinal neuroectodermal tumor (MGNET) の一例

三輪 樹¹、徳田 文太²、佐藤 修¹、本田 水月³、井村 徹也³、堅田 和弘⁴、
落合登志哉⁵

京都府立医科大学附属北部医療センター 放射線科¹、市立福知山市民病院 放射線科²、
京都府立医科大学附属北部医療センター 病理診断科³、
京都府立医科大学附属北部医療センター 消化器内科⁴、
京都府立医科大学附属北部医療センター 外科⁵

【症例】50代女性。易疲労感を主訴に受診し、CTで回腸末端に全周性壁肥厚を伴い外方へ突出する約5cmの高度分葉状腫瘤を認めた。腫瘤は潰瘍を伴い回腸内腔と連続し、多血性で回腸枝とomental branchに供血されていた。消化管間質腫瘍を疑い腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。回腸末端に大網へ浸潤する腫瘤を認め、組織学的に漿膜下から粘膜固有層に類円形から紡錘形の腫瘍細胞が高密度に増殖し、短軸方向に沿った固有筋層内の進展を認めた。SOX10・S100・CD56・synaptophysin陽性、KIT・CD34・DOG-1・desmin・cytokeratin・HMB45・Melan-A陰性、EWSR1融合遺伝子陽性からMalignant gastrointestinal neuroectodermal tumor (MGNET)と診断した。【考察】MGNETは消化管の神経堤細胞から発生する稀な間葉系悪性腫瘍である。2003年に消化管の明細胞肉腫様腫瘍として報告され、2012年にMGNETと命名、現在までに110例程の報告がある。若年成人や中年に好発し、小腸発生が最多。診断後32ヶ月で半数が現病死するなど予後不良である。病理学的にはS100・SOX10陽性、melanocyteマーカー陰性、EWSR1遺伝子再構成を認めるのが特徴である。まとまった画像報告はないが、固有筋層を首座とし収縮性変化を示す全周性壁肥厚や、外方性に発育し内部壊死を伴う大きな腫瘤性病変の報告がある。自検例は高度分葉状である点や全周性小腸壁肥厚を伴う点が特徴的であり、MGNETの診断に有用な画像所見の可能性がある。

O-29 虫垂の神経線維腫症の一例

東 真理奈¹、石垣 聡子¹、神谷晋一郎¹、阿部 有美¹、村田 悠記²、長縄 慎二¹
 名古屋大学医学部附属病院 放射線科¹、名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科²

症例は30歳代女性。月経異常、不正出血を主訴に近医婦人科を受診。超音波検査にて左卵巣腫瘍を認めたため、精査目的の骨盤部MRIを施行、子宮筋腫とチョコレート嚢胞以外に骨盤内に腫瘍が疑われたため、当院紹介となる。既往歴・家族歴に神経線維腫症I型があり、父方、父方の祖父・兄弟も同様の疾患である。腹部CTにて回盲部に不整に壁肥厚、腫大した管腔構造を認め、虫垂由来の病変が疑われた。造影では比較的均一な造影効果を認め、内腔が不規則に一部嚢胞様に拡張していた。経肛門DBEでは、虫垂開口部はSMT状に隆起し、上皮性変化は認めなかった。回盲部切除術が施行され、術後病理では悪性像はなく、S-100免疫染色陽性の紡錘形細胞が全層性に認められ神経線維腫と診断された。術後半の経過観察の際に、排便障害を認めた。腹部CTにて吻合部から横行結腸にかけて、虫垂腫瘍と類似の性状を示す粘膜下病変を広範囲に認め、神経線維腫の再発であった。神経線維腫症I型は、カフェオレ班と神経線維腫を主徴とし、その他、骨、眼、神経系など多彩な症候を呈する母斑病であり、消化管病変としては、神経線維腫、GISTなどの上皮性腫瘍のほか、腺癌の報告もある。虫垂の神経線維腫の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-30 盲腸類表皮嚢胞の一例

楫野 貴一¹、上野 碧²、林田 佳子¹、矢吹 慶³、秋山 正樹³、荒瀬 光一³、
 中山 敏幸⁴、青木 隆敏¹

産業医科大学 放射線科¹、産業医科大学若松病院 放射線科²、
 産業医科大学若松病院 消化器・一般外科³、産業医科大学 第二病理学⁴

症例は40代の男性。人間ドッグの腹部超音波検査で腎結石を指摘され、精査目的で近医にて施行したCTで、骨盤内右側の嚢胞性病変を指摘された。腹部の手術歴や外傷歴はない。当院受診時の身体所見では、腹部平坦・軟で圧痛は認めなかった。腹部造影CTで、盲腸および終末回腸と接する6cm大の単房性嚢胞性病変を認めた。嚢胞壁は平滑で、内部に充実成分や脂肪、石灰化は見られなかった。嚢胞と虫垂との連続は指摘できなかった。腫瘍はMRIのT1強調像で等～軽度高信号、T2強調像で不均一な高信号を示し、脂肪抑制による信号低下は認めなかった。拡散強調像では著明な高信号を示し、ADCは $0.6 \sim 1.0 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ であった。確定診断および加療目的で腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。術中所見で盲腸と接する6cm大の弾性軟の嚢胞性病変を認めた。嚢胞と腸管内腔との連続性は見られず、虫垂は正常であった。病理組織では、嚢胞内腔は異型のない扁平上皮で被覆され、内腔に角化物の貯留を認め、盲腸類表皮嚢胞と診断した。腹部の類表皮嚢胞は先天性ないし後天性の着床嚢胞と考えられている。本例は腹部手術歴や外傷歴がなく、先天性の類表皮嚢胞と考えられた。盲腸類表皮嚢胞の文献報告は10例程度と稀である。画像所見を中心に、文献的考察を含めて報告する。

O-31 腔内に腫瘍の主座を有した壁外発育型直腸癌の1例

新山 貴仁¹、木戸 晶¹、島 友子²、南坂 尚³、鳴戸 規人¹、奥野のり子⁴、
中島 彰俊²、野口 京¹

富山大学医学部 放射線診断・治療学講座¹、富山大学医学部 産科婦人科学講座²、
富山大学医学部 病理診断学講座³、富山大学医学部 病態・病理学講座⁴

直腸癌は内腔側に発育する形態をとることが一般的であるが、壁外性に発育する進展形式を示す例もあり、他の骨盤内腫瘍との鑑別が問題となることがある。腫瘍の主座が腔内である壁外発育型直腸癌の一例を経験した。症例は74歳女性。CTで骨盤底部に最大径120mmの腫瘍と傍大動脈、腸骨動脈領域のリンパ節腫脹が指摘され、婦人科診察で腔後壁を中心に腔全体に広がる腫瘍を認めたことから子宮頸癌が疑われ、当院へ紹介された。MRIで腫瘍の主座は腔後壁から内腔であり、T1WIで軽度高信号、T2WIでは高信号域と低信号域が混在し、不均一な造影効果を示していた。膀胱後壁および直腸全周に浸潤が認められた。細胞診で非核化型扁平上皮癌が示され、腔癌の膀胱/直腸浸潤が疑われた。その後に施行された組織診断で腸型腺癌と診断され、直腸癌の腔/膀胱浸潤であると考えられた。MRI画像を再検討すると、腔内の腫瘍は出血を伴い不均一な造影効果を示していたのに対し、直腸壁の腫瘍は造影効果は均一で、拡散強調像の信号が高く、直腸由来の腫瘍として矛盾しない所見であった。壁外発育型直腸癌では腫瘍の主座が判別し難い場合があるが、MRIによる腫瘍内部の性状診断が診断に有用である可能性がある。

O-32 子宮腺肉腫のMRI所見

原田 公美¹、倉田 靖桐¹、樋本 祐紀¹、木戸 晶⁴、桐田 光弘¹、松本 優香¹、
濱西 潤三²、南口早智子³、伊藤 寛朗³、中島 彰俊⁵、南坂 尚⁶、大堂さやか⁷、
安彦 郁⁸、森吉 弘毅⁹、吉田 篤史¹⁰、青木 卓哉¹¹、原 重雄¹²、中本 裕士¹

京都大学大学院医学研究科 放射線医学講座 画像診断学・核医学¹、
京都大学医学部附属病院 産科婦人科²、京都大学医学部附属病院 病理診断科³、
富山大学附属病院 放射線診断科⁴、富山大学附属病院 産科婦人科⁵、
富山大学附属病院 病理診断科⁶、国立病院機構京都医療センター 放射線診断科⁷、
国立病院機構京都医療センター 産科婦人科⁸、国立病院機構京都医療センター 病理診断科⁹、
神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科¹⁰、
神戸市立医療センター中央市民病院 産婦人科¹¹、
神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科¹²

【背景と目的】

子宮腺肉腫は画像的および病理学的に内膜ポリープに類似することが知られており、両者の鑑別が臨床的に問題となることがあるが、その頻度の低さゆえ、まとまった画像所見の報告はない。本発表では、子宮腺肉腫と内膜ポリープのMRI所見を比較した上で、子宮腺肉腫の中でも予後不良群である sarcomatous overgrowth (SO) を示す症例に画像的特徴が存在するかを検討する。

【方法】

子宮腺肉腫11例 (SO: 5例) と長径3cm以上の内膜ポリープ19例を対象とした。腫瘍体積、出血の有無および程度、DWIにおける信号強度、充実部分の性状とADC値、嚢胞の数と大きさ、造影効果に関して、子宮腺肉腫と内膜ポリープにおいて差異があるか検討した。子宮腺肉腫症例では、SO群と非SO群において、各評価項目に違いがあるかを検討した。

【結果】

子宮腺肉腫は内膜ポリープに比べて体積が大きく (median: 199.6 cm³ vs. 15.5 cm³, p < 0.001)、粗大な出血 (10mm以上) が多く (9/11 vs. 1/19, p < 0.001)、拡散強調像で強い高信号を示した (9/11, vs. 4/19, p < 0.001)。SO群と非SO群の画像所見に有意差は認められなかった。

【結論】

腫瘍体積の大きさ、粗大な出血、DWIでの強い高信号が子宮腺肉腫に特徴的なMRI所見であった。SOに特徴的な画像所見は認められなかった。

O-33 膀胱inflammatory myofibroblastic tumorの4例

周藤 壮人¹、加藤 博基¹、川口 真矢²、酒々井夏子³、松尾 政之¹
 岐阜大学 放射線科¹、大垣市民病院 放射線診断科²、岐阜大学 病理診断科³

症例1は41歳女性。大腸癌術後の経過観察中に膀胱腫瘍を指摘された。膀胱頂部に17mm大の円形の粘膜下腫瘍を認め、T2強調像で軽度高信号を示し、ADC値は $1.20 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ であった。dynamic造影MRIで漸増性の増強効果を示した。症例2は75歳男性。膀胱癌TUR-Bt術後の経過観察中に膀胱腫瘍を指摘された。膀胱頂部に18mm大の円形の粘膜下腫瘍を認め、T2強調像で軽度高信号を示し、ADC値は $1.65 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ であった。造影MRIは施行されていない。症例3は26歳女性。主訴は肉眼的血尿。膀胱頂部に35mm大の分葉状の乳頭状腫瘍を認め、T2強調像で強い高信号を示し、ADC値は $1.38 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ であった。dynamic造影MRIの早期相で強い増強効果を示し、遅延相で増強効果が持続した。症例4は21歳の女性。主訴は下腹部痛、排尿時痛。膀胱右側に63mm大の嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞成分の辺縁部はT2強調像・T1強調像で強い高信号、中心部はT2強調像で低信号を示した。造影MRIでは病変の周囲が増強された。症例1～4はいずれもIMT (inflammatory myofibroblastic tumor) と病理診断され、T2強調像で辺縁に様々な厚みの低信号域を認めたことが共通した画像所見であった。IMTは炎症細胞浸潤を伴う筋線維芽細胞の増殖を組織学的特徴とする病変で、発生部位として肺が最も一般的だが、膀胱にも発生しうる。今回、膀胱IMTの4例経験したため、MRI所見を中心に供覧・考察する。

O-34 MRIが施行された直腸のTis癌の3例

田中絵里子¹、星本 数種²、青木 利夫¹、木村 健¹、鹿島 正隆¹、守屋 信和¹
 石心会 川崎幸病院 放射線診断科¹、石心会 川崎幸病院 病理科²

2cmを超える大腸ポリープは癌成分の混在の可能性を鑑み、内視鏡的一括切除が困難な場合は外科手術が施行される。cTis癌（粘膜内癌）やcT1軽度浸潤癌は局所切除も選択肢となる。今回、大型の隆起性腫瘍で通常のMRI画像にて粘膜下層や筋層が分離して描出され、外科的切除にて粘膜内癌だった3例を経験したため文献学的検討と合わせて画像所見を報告する。症例1 40代男性 便潜血陽性にて来院。初回内視鏡検査では直腸に40mmの隆起性病変があり1型進行癌、精査でLSTでcTisと診断された。MRIでは広基性の乳頭状隆起を認め、腫瘍表面に沿ってDWIで高信号、T2WIで粘膜下層を示す高信号は保たれ筋層の低信号は平滑だった。経肛門的腫瘍切除が施行され腺腫内高分化腺癌pTisと病理診断された。症例2 80代男性 血便にて来院。内視鏡にて直腸Rbに50mmのLSTがあり、大腸癌SM深部浸潤と診断された。MRIでは乳頭状隆起性病変を認め、腫瘍表面に沿ってDWIで高信号、T2WIで粘膜下層を示す高信号は同定可能で筋層に引き込みを認めた。経肛門的腫瘍切除が施行され腺腫内高分化腺癌pTisとの病理診断だった。症例3 70代男性 頻回の水溶性下痢にて内視鏡検査が施行され直腸の2型進行癌と診断された。MRI所見は乳頭状隆起で腫瘍表面に沿ってDWIで高信号、粘膜下層を示すT2強調像での高信号は薄い保たれ筋層に大きな引き込みを認めた。超低位前方切除術が施行され高分化腺癌pTisと病理診断された。

O-35 フマル酸ヒドラターゼ (FH) 欠損性腎細胞癌の3例

白石 花織¹、永山 泰教¹、石内聡一郎¹、河中 功一¹、中浦 猛¹、平井 俊範¹、
矢津田旬二²、神波 大己²、川上 史³、佐藤陽之輔³、三上 芳喜³

熊本大学病院 画像診断・治療科¹、熊本大学病院 泌尿器科²、熊本大学病院 病理診断科³

症例1は35歳女性、腹痛精査のCTで右腎上極と下極に腫瘍性病変を指摘された。右腎下極の病変は長径143mm、大部分は充実性で一部に多房性嚢胞性病変を認めた。右腎上極には充実性の壁在結節を伴う長径45mmの嚢胞性腫瘍を認めた。いずれの病変も充実部は拡散制限を示し、造影で腎皮質と比べて乏血性であった。嚢胞内容物はT1WI高信号を示し、出血成分が疑われた。右腎摘出術が施行され、FH欠損性腎細胞癌と診断された。若年発症で多発子宮筋腫を認めたことから、遺伝性平滑筋腫腎細胞症候群の可能性が考えられた。症例2は78歳男性、健診超音波で右腎下極に充実部を伴う長径42mmの嚢胞性腫瘍を指摘された。充実部は腎皮質と比べて乏血性で、MRIで嚢胞壁に出血成分の存在が示唆された。右腎摘出術が施行され、FH欠損腎細胞癌と診断された。胚細胞レベルではゲノム変異を認めず、孤発例と考えられた。症例3は肉眼的血尿を主訴とする54歳男性。造影CTで右腎下極に主座をおく不整な浸潤性病変を認めた。18F-FDG-PET/CTでSUVmax 10.1の異常集積を示し、肺や肝臓、右副腎、リンパ節、骨に転移が疑われた。経皮的針生検でFH欠損性腎細胞癌と診断された。FH欠損性腎細胞癌はFH遺伝子の変異により生じる稀な亜型で、悪性度の高い腫瘍である。当院で経験したFH欠損性腎細胞癌の3症例について、画像所見を中心に若干の文献的考察を加えて報告する。

O-36 腹痛または多発骨硬化像を契機に診断されたフマル酸ヒドラターゼ欠損性腎細胞癌の2例

戎 直哉¹、上野 嘉子¹、祖父江慶太郎¹、今岡いずみ¹、原 琢人²、兵頭 洋二²、
兵頭 俊紀³、村上 卓道¹

神戸大学大学院医学研究科 内科系講座 放射線医学分野¹、

神戸大学大学院医学研究科 腎泌尿器科学分野²、

神戸大学大学院医学研究科 病理学講座病理学分野³

腎摘出標本により診断されたフマル酸ヒドラターゼ欠損性腎細胞癌の1例と、骨病変の生検標本から診断された遺伝性平滑筋腫腎細胞癌の1例を報告する。【症例1】70歳代、女性。腹痛精査のためのDynamic造影CTで左腎に境界不明瞭な50mm大の乏血性腫瘍を認め、腎静脈内への進展が疑われた。鑑別として集合管癌や乳頭状腎癌、腎浸潤を伴う腎盂癌等が考えられ、針生検が行われた。Non-clear cell renal cell carcinomaと診断され、左腎摘除術が行われた。手術病理標本からフマル酸ヒドラターゼ欠損性腎細胞癌pT3aN0M0と診断された。その後は無治療で再発・転移なく約1年が経過している。【症例2】50歳代、男性。10年前に当院でフマル酸ヒドラターゼ欠損と診断されている。経過中、腎嚢胞性腫瘍が発見され、CTでフォローされていた。腎病変に著変ないもののCTで脊椎や骨盤骨に多発硬化像が出現。精査のためのFDG-PET/CTで肋骨・脊椎・骨盤骨の硬化像や融解像に一致して多数の集積亢進を認めた。胸椎病変の生検を行ったところ腎細胞癌の骨転移を疑う像であり、画像上は明らかでないものの病歴や組織像から遺伝性平滑筋腫腎細胞癌と診断され、分子標的薬が導入された。一度胸椎病変が増大し放射線治療を行ったが、その後は病勢増悪なく約1年が経過している。

O-37 フマル酸ヒドラターゼ欠損性腎細胞癌の2例

藤井 樹矢^{1,2}、木村浩一朗²、福井 健一²、横山 幸太²、土屋 純一²、明石 巧³、
松本 峻弥⁴、小林 正貴⁴、藤井 靖久⁴、立石宇貴秀²

市立青梅総合医療センター 放射線診断科¹、東京医科歯科大学 放射線診断科²、
東京医科歯科大学 病理診断部³、東京医科歯科大学 腎泌尿器外科⁴

当院でのフマル酸ヒドラターゼ (FH) 欠損性腎細胞癌の2例の画像所見と経過を報告する。
【症例1】51歳男性。腹部膨満感の精査中に左腎に11cmの嚢胞性腫瘍を指摘。ダイナミックCTやMRIで嚢胞壁内に増強効果が比較的弱い漸増性造影される乳頭状部分を複数認めた。左腎摘除術が施行され嚢胞変性したFH欠損性腎細胞癌と診断。術後2年で腰椎転移の再発を来し治療中である。【症例2】41歳女性。左腎癌(分類不能型)と子宮平滑筋腫の手術既往あり。1年後のフォローのMRIとPET/CTで多発骨転移の出現が確認され化学療法を施行。治療中、左残腎に再発腫瘍を指摘された。腫瘍はT2WIで所々高信号、DWI高信号・ADCmapで拡散制限域と亢進域が混在し小嚢胞構造の存在が示唆された。初回の摘除検体でゲノム検査を施行しFH遺伝子変異を確認。再発腫瘍を摘除したところFH欠損性腎細胞癌の診断となった。その後、全身転移を来し初回手術より約5年後に永眠。【考察】当院でのFH欠損性腎細胞癌は嚢胞変性を伴う腎腫瘍であり、術後数年で再発を来し予後不良な経過を辿っていた。予後不良な本疾患のマネジメントにおいて、画像でFH欠損性腎細胞癌の可能性を指摘することや、治療後の画像フォローで再発の有無を慎重に評価することが放射線科医には求められる。本例の画像所見と病理学的所見を比較検討し文献的考察を含め報告する。

O-38 Fumarate Hydratase (FH) 欠損腎細胞癌の2例：多彩な画像所見と病理組織像との対比

檜垣 篤¹、山本 亮¹、木戸 歩²、西村 広健³、児島 優一¹、小野健太郎¹、
渡部 博之¹、神吉 昭彦¹、福倉 良彦¹、玉田 勉¹

川崎医科大学 放射線科¹、医誠会国際総合病院 放射線科²、川崎医科大学 病理学³

症例1: 70歳代女性。肉眼的血尿を主訴に受診。CTにて左腎に5cmの膨張性発育を示す境界明瞭な高吸収腫瘍を認めた。動脈相では不均一な中等度の濃染、排泄相で洗い出しを示した。MRIではT2WIで内部不均一な中等度高信号、強い拡散制限を示し、偽被膜や出血、脂肪成分の含有を疑う所見を認めた。腹腔鏡下左腎摘除術が施行された。組織像は腫瘍細胞が多彩な構築を示し、核小体周囲にhaloを認めた。線維性被膜や出血、脂肪の含有が認められた。免疫染色で腫瘍細胞のFumarate Hydratase (FH) が陰性であり、FH欠損腎細胞癌と診断された。

症例2: 80歳代男性。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。CTで充実部は動脈相で淡く濃染され、排泄相で洗い出しを示した。MRIでは充実部に嚢胞変性と出血を認め、軽度の拡散制限を示した。ロボット支援下腎部分切除術が施行された。組織像は充実部では腫瘍細胞が多彩な構築を示し、核小体周囲にhaloを認めた。嚢胞壁に腫瘍細胞が存在しており、腫瘍が嚢胞を形成する特徴を有している可能性が示唆された。免疫染色で腫瘍細胞のFHが陰性であり、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。今回、形態の異なる2症例を経験したため、画像所見と病理組織を対比し、文献的考察を加え報告する。

O-39 フマル酸ヒドラーゼ欠損性腎細胞癌の一例

加賀 徹郎¹、野田 佳史¹、川田 紘資¹、河合 信行¹、安藤 知広¹、永田 翔馬¹、
周藤 壮人¹、伊藤 彰勇¹、浅野 将史¹、加藤 博基¹、松尾 政之¹、飯沼 光司²、
古家 琢也²、酒々井夏子³、宮崎 龍彦³

岐阜大学 放射線科¹、岐阜大学 泌尿器科²、岐阜大学 病理診断科³

症例は30歳台男性。既往歴、家族歴に特記事項なし。X年4月、右下腹部痛を主訴に近医を受診したが、便秘として対応された。同年6月、勤務先の定期健康診断で貧血を指摘され近医を受診したが、鉄剤処方のみでの対応であった。同年11月、右下腹部痛、発熱、下痢および右下腹部腫瘍を自覚したため紹介元を受診し、精査加療目的に当院泌尿器科を紹介受診した。Dynamic造影CTが施行され、腹膜播種・骨転移・傍大動脈リンパ節転移を伴う約10cm大の右腎腫瘍を認め、右腎原発の希少な組織型の腎細胞癌や肉腫の可能性が考えられた。同年12月に超音波ガイド下経皮的針生検を施行した。他病院の腎臓病理に精通した病理医にコンサルテーションのうえ、フマル酸ヒドラーゼ (FH) 染色陰性または減弱、2-succinylated cysteine 染色陽性を確認し、FH欠損性腎細胞癌 (FH-deficient RCC) の診断に至った。全身化学療法 (Nivolumab+Cabozantinib) が導入され、患者が故郷での治療を希望されたため同月末に転院となった。以降の経過は不明である。今回我々は稀な腎細胞癌の一つであるFH-deficient RCCの一例を経験し、Dynamic造影CT所見と単純CTでの短期経過を確認したため、文献的考察を加えて報告する。

O-40 骨転移を契機に発見されたフマル酸ヒドラーゼ欠損腎細胞癌の一例

西本早由里¹、小笠原 篤¹、河中 祐介¹、横田 侃已¹、波多野論子¹、横山 裕至¹、
谷口 純一¹、和田玲緒名¹、児玉 大志¹、加古 泰一¹、北島 一宏¹、高木 治行¹、
池田 譲太¹、山門享一郎¹、田中 亘²、山田 祐介²、山本 新吾²、山崎 隆³、
廣田 誠一³

兵庫医科大学病院 放射線医学教室¹、兵庫医科大学病院 泌尿器科学教室²、
兵庫医科大学病院 病理部診断科³

症例は20歳台男性。

左股関節痛を自覚し近医を受診し、股関節単純X線写真で左白蓋・大腿骨小転子部に骨融解像、MRIで左腸骨・恥骨・坐骨・大腿骨に腫瘍性病変を認めた。悪性骨腫瘍が疑われ、当院紹介となった。血液検査で可溶性IL-2レセプターおよびLDHが高値であり、悪性リンパ腫が疑われた。全身CTを施行すると左腎や肺、リンパ節、肋骨、腰椎にも腫瘍性病変を認めた。左腎腫瘍から生検を施行し、フマル酸ヒドラーゼ欠損腎細胞癌 (FH欠損腎癌) と診断された。

FH欠損腎癌は若年発症、早期に転移を来たす予後不良の疾患であり、迅速な治療介入が必要となる。病理組織像は2型乳頭状腎細胞癌から独立導入された疾患概念である遺伝性平滑筋腫症腎細胞癌と共通点が多いとされる。本疾患の画像的特徴について若干の文献的考察を加え報告する。

O-41 Low-grade fibromyxoid sarcomaの1例

藤原裕美子¹、西尾 直子¹、羽賀すみれ¹、日高 啓介¹、前川 けん²、清水 洋祐²、
桜井 孝規³、古田 昭寛¹、藤井 大岳³、小濱さゆり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

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 病理診断科³

症例は40歳台男性。僧帽弁置換術後、慢性心不全のため循環器内科に通院中。胸部CTで偶発的に右副腎近傍に約5cm大の腫瘤と左腎周囲軟部影を指摘された。

MRIでは右副腎の尾側に境界明瞭、不整形～やや分葉状の腫瘤を認めた。T2強調像では不均一、軽度高信号を示し、辺縁沿いや内部に筋と同程度の低信号域を認めた。T1強調像では筋と等信号、辺縁に一部高信号域を認めた。拡散強調像では強い拡散制限は認めなかった。また、左優位に両腎周囲に同様の信号を示す軟部影を認めた。脾臓周囲や腹膜沿いにはT2強調像低～中等度、一部拡散制限を示す不均一な信号の軟部影を認めた。抗凝固薬内服中であり、右副腎腺腫内出血や血腫が疑われ経過観察となった。しかし、約半年後のCTでは病変の増大がみられ、造影CTで弱い造影効果を示した。

右副腎近傍腫瘤の摘出術が施行され、low-grade fibromyxoid sarcoma (LGFMS) と診断された。左腎周囲軟部影の経皮的針生検の結果もLGFMSであり、脾臓周囲や腹膜沿いの軟部影も一連の病変と考えられた。後方視的には約20年前のCTでも左腎周囲に少量の軟部影がみられ、緩徐に増大したものと推測された。

LGFMSは稀な軟部腫瘍であり、近位四肢に好発し長期的に転移再発をきたす。通常は腫瘤を形成し、臓器周囲や腹膜などに沿った増殖は非常に稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

O-42 脂肪肉腫と鑑別が困難であった後腹膜 ganglioneuromaの一例

塚元 鈴音¹、佐藤 敏之¹、金柿 光憲¹、土方陽一郎¹、伊藤 俊亮¹、安藤 沙耶¹、
栗山 香織¹、諸岡 紳¹、田中 宏明¹、松原菜穂子¹、川端 和奈¹、小倉 壮馬²、
山田 裕二²、大江 巧人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 泌尿器科²、
兵庫県立尼崎総合医療センター 病理診断科³

症例は60代女性。血尿と下腹部痛で前医を受診し、CTで左下部尿管結石と偶発的に左腎頭側に腫瘤を指摘され精査目的で当院紹介受診となった。既往歴や家族歴に特記事項なし。造影CTで、左腎頭側の後腹膜に47×29mm大の低吸収腫瘤を認め、平衡相にかけて緩徐な造影増強効果を示した。腫瘤頭側は周囲脂肪織との境界が明瞭であったが、尾側は境界不明瞭で左腎動脈を取り囲むように存在していた。MRIではT2WIで内部不均一高信号を認め、粘液基質を伴う脂肪肉腫を疑い手術が行われた。病理像はSchwann細胞と成熟した神経節細胞を認め、病理組織学的にganglioneuromaと診断された。腫瘤尾側では後腹膜正常脂肪組織に浸潤するように腫瘍細胞を認め、画像所見と合致する所見であった。Ganglioneuromaは神経堤由来の交感神経系腫瘍のうち最も分化度の高い良性腫瘍であり、全後腹膜腫瘍のうち0.7-1.6%と報告されている。CTでは低吸収を呈し遅延相にかけ緩徐な増強効果を示し、MRIでは粘液基質を反映した高信号の中に渦巻き状の低信号を認めるwhorled appearanceが特徴である。周囲との境界は明瞭であることが多いが一部境界不明瞭のものもあり、後腹膜などの脂肪が多い部位では画像上脂肪肉腫との鑑別が困難である。後腹膜原発腫瘍のうち脂肪との境界が不明瞭なものとしてganglioneuromaを鑑別に挙げることは治療による侵襲性回避のために重要と考えられ、画像所見と病理所見を併せて考察する。

O-43 Castleman病に関連した後腹膜の濾胞性樹状細胞肉腫の1例

森谷 洋介¹、紺野 義浩¹、石井 芳樹¹、武田 理人¹、田苗 太陽¹、大原 紳¹、
桐井 一邦¹、鹿戸 将史¹、樺澤 崇允²

山形大学医学部附属病院 放射線医学講座放射線診断科¹、
山形大学医学部附属病院 病理診断学講座²

症例は60代男性、健診超音波にて臍頭部近傍に約5cmの腫瘤を指摘された。CTで腫瘤は十二指腸背側に位置、臍頭部を圧迫しているが、十二指腸や臍臓との間には脂肪の介在を認めた。MRI上、腫瘤内はT2WIで腹側部が低～等信号、背側部は淡い高信号で、腹側部はADC値低下があり、背側部との差異があった。腹側部は早期濃染と、wash outを示すのに対し、背側部は辺縁から広がる遷延性の造影増強を認め、2相性が捉えられた。各種検査で悪性疾患も否定できず、診断的治療として開腹手術にて腫瘤が摘出された。肉眼的に病変辺縁はややくすんだ灰白色で、中心部は淡黄色で一部に壊死組織を認めた。組織学的に病変辺縁には、リンパ球浸潤が目立つ組織に硝子化血管を取り囲む胚中心様構造がみられ、硝子血管型のCastleman病が示唆された。中心部には水泡状の腫大核を有する異型細胞がpatternlessに増殖している領域がみられ、免疫染色で濾胞性樹状細胞 (Follicular dendritic cell: FDC) のマーカーであるCD21の他、Clusterin、D2-40が陽性であり、Castleman病に関連したFDC肉腫と診断した。Castleman病の組織は腹側部、FDC肉腫は背側部に相当し、2つの異なった信号や造影パターンからなる病変内の2相性と一致していると考えられた。FDC肉腫は稀な悪性腫瘍であり、特徴的な画像所見は知られていない。ADC値を含めた病変内の2相性に着目することがCastleman病関連のFDC肉腫の診断に役立つ可能性がある。

O-44 直腸 (Rb) 部潰瘍穿孔により骨盤内腹膜外腔に大きな膿瘍腔を形成した1例

西尾美佐子¹、佐々木大佑²、森本 毅¹、和田 慎司¹、原 武史¹、藤川あつ子¹、
三村 秀文¹、牧角 良二²、大坪 毅人²

聖マリアンナ医科大学 放射線診断・IVR科¹、聖マリアンナ医科大学 消化器一般外科²

80代女性、下腹部痛および粘血便で外来を受診。単純CT冠状断像では直腸内の硬便と思われる便塊がみられ、その周囲に硬便様の所見とは違う液状の貯留腔が見られた。直腸内の便塊周囲にairを伴う液体貯留を認め、潰瘍も否定できないと診断し摘便を試み、直腸Rb部の大きな潰瘍穿孔の所見が見られた。後日内視鏡下造影検査を行い、直腸Rb部の穿孔部から骨盤内腹膜外の直腸周囲腔に大きな膿瘍腔を形成していた。

直腸潰瘍穿孔のCT所見は糞便が充満、拡張した腸管、free air、後腹膜気腫などの腸管外ガス像、腸管外への糞便漏出などが挙げられるが、今回の症例では直腸Rb部の穿孔という稀な部位の穿孔であること、また膿瘍腔が巨大でありCTの水平断像のみでの直腸潰瘍穿孔の診断では初診時困難であった。直腸周囲腔は直腸間膜を介して直腸全部位の周囲をさすが、腹膜翻転部を起点として頭側及び尾側の直腸周囲腔は容易に交通が見られず、直腸Rb部穿孔の場合には骨盤内腹膜外腔の直腸周囲腔は脂肪が多く粗な空間のため膿瘍腔が腹膜外腔に局限して存在する。このことから腹膜翻転部より肛門側の直腸穿孔は冠状断像や矢状断像を合わせて膿瘍腔や腸管外airを探す必要があると言える。

O-45 脂肪沈着を伴う早期濃染像により肝細胞癌と鑑別を要したAFP産生胃癌肝転移の1例

入里真理子^{1,2}、南口貴世介²、山浦 秀和¹、女屋 博昭¹、藤田 泰子³、丸上 永晃²、田中 利洋²、稲葉 吉隆¹

愛知県がんセンター 放射線診断・IVR部¹、奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座²、愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部³

60才代男性、AFP産生胃癌（cT3N0M0、胎児消化管類似癌）の既往があり、2年後のフォローCTで肝S7に3cm大の類円形腫瘍を指摘された。血液検査で、AFPは155 U/Lと高値であった。造影CT動脈優位相で、腫瘍は辺縁優位に早期濃染を呈し、内部に蜂巣状の乏血域を認め、遅延相では濃染部のwashoutは不明瞭であった。MRI T1強調像opposed phaseでは、腫瘍辺縁に信号低下を認め脂肪沈着が疑われた。画像上、転移性肝腫瘍のほか肝細胞癌が鑑別に挙がり、肝後区域切除術が施行された。組織学的には淡明な胞体を有する異型細胞が管状～乳頭状に増生しており、腫瘍周囲の背景肝実質では類洞拡張および肝細胞の脂肪化に加えて門脈腫瘍栓も認めた。免疫組織学的検査で、異型細胞はAFP陽性（focal+）を示した。以上より、AFP産生胃癌の肝転移と最終診断された。AFP産生胃癌は脈管侵襲を高頻度に伴いリンパ節・肝転移を来しやすい予後不良の亜型として知られており、組織型的に肝様腺癌、胎児消化管類似癌、卵黄嚢腫瘍類似癌に分類される。これまでAFP産生胃癌（肝様腺癌）の肝転移の画像所見の報告は散見されるが、AFP産生胃癌（胎児消化管類似癌）の肝転移について画像所見の報告は皆無である。我々は、脂肪沈着を伴う早期濃染像を呈したことにより、肝細胞癌に類似した所見を呈したAFP産生胃癌（胎児消化管類似癌）の肝転移の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

O-46 FDG集積亢進が見られなかった細胆管癌の1例

樋口 嶺央¹、佐野 勝廣¹、村上 康二¹、田嶋 強¹、藤澤 将大²、武田 良祝²、丸山 紀史³、福村 由紀⁴、齋浦 明夫³、青木 茂樹¹、桑鶴 良平¹

順天堂大学医学部 放射線診断学講座¹、順天堂大学医学部附属順天堂医院 肝胆膵外科²、順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科³、順天堂大学医学部附属順天堂医院 病理診断科⁴

症例は70代男性。アルコール性肝障害と肝S8の孤立性肝腫瘍で経過観察中、腫瘍の増大と画像所見の変化があり、精査加療目的に当院消化器内科へ紹介となった。腫瘍マーカーは陰性。造影CTで肝S8に35mm大の境界明瞭な低吸収腫瘍を認め、腫瘍は動脈相では辺縁優位に造影され、内部に平衡相で不均一な遷延性造影効果を認めた。MRIT2強調像や拡散強調像で高信号を呈し、ダイナミックスタディ動脈相で辺縁優位に造影され、washoutはなく、肝細胞相で内部に不均一な遷延性造影効果を認めた。以上より肝内胆管癌を疑われた。肝生検で肝内胆管癌の診断となり、S8亜区域切除術が施行された。FDG-PET/CTで腫瘍への集積亢進はなかった。

病理学的には豊富な線維間質を伴い、反応性の細胆管増殖に類似した異型の軽微な腺管が周囲肝索を置換するように増殖する細胆管癌であった。20%程度にductal plate malformation型肝内胆管癌に類似した成分も見られた。以上より、細胆管癌（CLC: cholangiolocarcinoma）と診断された。

通常のsmall duct intrahepatic cholangiocarcinoma（iCCA）はFDG集積亢進を認めることが多く85~95%程度と高い感度が報告されている一方で、CLCのFDG集積については集積が弱いとされている。文献を検索した限りでは本症例と同程度に集積が低いCLC症例が数例報告されており、鑑別の参考になる。CLCのFDG集積についての文献的考察を加えて報告する。

O-47 特異な画像所見、経過を示した肝血管筋脂肪腫の一例

山内 創聖¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、山崎 勇一²、戸島 洋貴²、新木健一郎³、
播本 憲史³、調 憲³、片山 彩香⁴、佐野 孝昭⁴

群馬大学医学部附属病院 放射線診断核医学科¹、群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科²、
群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科³、群馬大学大学院医学系研究科 病理診断学⁴

症例は76歳女性。20XX-2年に肺癌に対し右肺上葉切除術が施行された。20XX年に肺癌術後の経過観察のためのCTで、肝S7に肝動脈優位相でリング状に造影される境界明瞭な20mm大の低濃度腫瘍を認めた。肺癌の転移を疑われ、当院紹介となった。CTでは単純CTで不均一な低吸収であり脂肪成分や出血は明らかではなかった。肝動脈優位相でリング状濃染を示した。腫瘍内部には検査を通じて造影効果を認めなかった。MRIではT1強調像で低信号であり、CT同様脂肪成分や出血は明らかではなかった。T2強調像で内部不均一な高信号を示し、造影MRIでは肝動脈優位相でリング状の造影効果を認めた。PET/CTでは明らかな集積を認めなかった。超音波検査（Bモード）では境界明瞭な辺縁高エコーで内部低エコーな結節を認めた。ソナゾイド造影では辺縁に早期濃染を認め、クーパー相では造影欠損を示した。他院からのCTを参照すると、本結節は20XX-3年に肝動脈優位相で濃染する5mm大の結節として出現しており、その後緩徐に増大していた。質的診断困難であったため、悪性腫瘍を完全には否定できず診断的治療として切除の方針となり、肝S7亜区域切除術が施行された。病理診断では、脂肪組織、血管、平滑筋組織で構成される境界明瞭な腫瘍を認め、肝血管筋脂肪腫と診断された。手術後の経過は良好で、再発なく過ごされている。以上のように特異な画像所見、経過を示した肝血管筋脂肪腫の一例を経験したので報告する。

O-48 悪性腫瘍との鑑別が困難であったEBV（Epstein-Barr Virus）陽性平滑筋腫瘍の一例

石川 滂¹、市川 智章¹、対馬 義人¹、新木健一郎²、播本 憲史²、調 憲²、
吉田 由佳⁴、伊古田勇人³

群馬大学医学部附属病院 放射線診断核医学科¹、群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科²、
群馬大学医学部附属病院 病理診断科³、済生会前橋病院 病理診断科⁴

症例は50歳台、女性。急性骨髄性白血病に対し臍帯血移植後。腹部超音波検査にて胆嚢ポリープのフォロー中に肝S3に22×22mmの境界明瞭で辺縁に薄く低エコー帯を伴う内部均一な低～等エコー腫瘍を認め、腫瘍辺縁の一部には血流亢進を認めた。前医精査時における造影CT、MRIでは悪性腫瘍が疑われ、加療のため当院紹介となった。精査のCTで肝左葉に不均一な淡い早期濃染を示し、その後緩徐に造影増強効果を示す境界明瞭な腫瘍を認めた。EOB-MRIでも同様の所見を呈し、肝細胞相では明瞭な低信号を呈した。悪性腫瘍が否定できず、腹腔鏡下肝S3切除術が施行された。病理では紡錘形細胞の増生とT細胞の浸潤を認め、紡錘形細胞に平滑筋マーカーとEBER-ISH（EBV-encoded small RNA In situ hybridization）が陽性であったことからEpstein-Barr Virus関連平滑筋腫瘍と診断された。EBV関連平滑筋腫瘍はHIV/AIDS患者、移植後、先天性免疫不全者など免疫抑制に関連する平滑筋腫瘍である。免疫不全の原因により発生部位の傾向があり、HIV患者では中枢神経系に好発するとされるが肝臓での報告はほとんどない。今回、臍帯血移植後に発症した肝EBV関連平滑筋腫瘍の一例を経験したため若干の文献的考察を加え考察する。

O-49 肝臓と腎臓にクリゾチニブ関連の複雑性嚢胞を生じた1例

山本 彩季¹、益岡 壮太¹、藤井 裕之¹、川幡 俊美²、前門戸 任²、松木 充¹、
森 壘¹

自治医科大学附属病院 放射線科¹、自治医科大学附属病院 呼吸器内科²

症例は60代男性。転移性脳腫瘍を契機にROS1融合遺伝子陽性肺腺癌、stage IVBと診断され、4か月前からクリゾチニブによる治療が開始された。1か月前から発熱があり、その後、腹痛と乏尿も出現したため、精査加療目的に入院した。入院後の単純CTで両腎に低吸収の腫瘤が多発し、腎実質の腫大も見られた。治療開始前のCTと比較すると、既存の嚢胞が増大したものであり、一部の嚢胞には低吸収域を認めた。MRIではT2WIで低信号、FST1WIで高信号を示す部分も見られ、出血成分が示唆された。これらの画像所見と経過から、クリゾチニブ関連の腎嚢胞と考えた。同様の性状を示す腫瘤が肝S4に新たに出現しており、同様の病態を疑った。右腎と肝S4の嚢胞性腫瘤に対するドレナージを施行し、いずれの内容も沈殿物を伴う暗赤色の液体であった。内容液は好中球を含む細胞数の増多が見られ、グラム染色と培養検査で微生物は検出されなかった。クリゾチニブの投与を中止し、抗菌薬の投与を行った。その後、症状は軽快し、1か月後のCTで腎臓と肝臓の嚢胞は縮小していた。クリゾチニブによる治療中に、既存の腎嚢胞の拡大・複雑化あるいは新しい嚢胞の出現が知られているが、同様の病変が肝臓に見られることは極めて稀であり、MRI所見の報告はない。クリゾチニブ関連の腎嚢胞と肝嚢胞について、画像所見を中心に文献的考察を加えて報告する。

O-50 肝門部領域胆管に発生した神経内分泌腫瘍の一例

齊藤 良都¹、石田 尚利¹、助田 葵²、向井俊太郎³、若林ゆかり¹、有菌 英里¹、
内海 由貴²、永川 裕一⁴、糸井 隆夫³、長尾 俊孝²、齋藤 和博¹

東京医科大学病院 放射線科¹、東京医科大学病院 病理診断科²、
東京医科大学病院 消化器内科³、東京医科大学病院 消化器外科・小児外科⁴

症例は40歳台女性。高血圧で他院通院中に肝障害を認め、精査された。CTで三管合流部に造影効果を伴う結節を認め、上流の総肝管・肝内胆管が拡張していた。MRIで結節は強い拡散制限を示した。肝門部領域胆管癌が疑われ、当院紹介となった。血液検査はCA19-9が58.4 U/mLとやや高値、CEAは陰性だった。EUS/IDUSが施行され、三管合流部に境界明瞭、辺縁整、内部不均一な低エコー結節を認めた。PET-CTでは結節に一致してSUVmax 3.54の集積を認めた。ERCPでは三管合流部に壁外性圧排の狭窄像を認め、粘膜面の不整は明らかではなかった。胆管生検、胆汁細胞診にて悪性所見を認めなかった。結節は胆管粘膜上皮由来とは考えにくく、神経内分泌腫瘍や神経鞘腫などを疑い、胆嚢・肝外胆管切除術が施行された。病理所見は、肉眼的に胆嚢開口部近傍の肝外胆管に境界明瞭な黄白色調の結節であった。組織学的には、大小不同を呈する円形腫大核と淡好酸性胞体を有する腫瘍細胞が索状配列や小集塊を形成し、胆嚢管壁に浸潤していた。免疫染色でSynaptophysin、Chromogranin A、INSM-1陽性、Ki-67標識率1%未満、核分裂像1個/2mm未満であった。以上より、神経内分泌腫瘍（NET, Grade 1）と診断された。胆管原発の神経内分泌腫瘍は極めて稀であり、術前診断も困難である。本症例ではCTとMRIに加え、EUS/IDUSやERCPにより術前に神経内分泌腫瘍を鑑別に挙げることができた。若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター展示抄録

P-1 EOB肝細胞相で低信号を呈した肝過形成結節の1例

長谷川花枝¹、尾崎 公美¹、原田 憲一²、大杉 章博¹、鈴木 蓮¹、久綱 雅也¹、
池田 隆展¹、舟山 慧¹、紅野 尚人¹、川村 謙士¹、小林 龍徳¹、棚橋 裕吉¹、
芳澤 暢子¹、那須 初子¹、森田 剛文³、馬場 聡⁴、市川新太郎¹、五島 聡¹

浜松医科大学医学部附属病院 放射線診断科¹、
金沢大学 医薬保健研究域医学系 人体病理学教室²、浜松医科大学 外科学第二講座³、
浜松医科大学 病理診断科⁴

症例は60歳台女性。膵癌精査中の画像検査にて偶発的に肝S8に約16mmの結節状病変を指摘された。同病変は非造影CTで周囲肝より低吸収を示し、造影CT上は早期動脈相で辺縁部優位に濃染、後期動脈相では中心部までの造影効果の広がり認められた。また門脈相～平衡相では辺縁部優位に周囲肝と等低吸収を示し、中心部は遷延性造影効果を認めた。MRIではT1強調像で境界不明瞭な低信号、拡散強調像で軽度高信号、脂肪抑制T2強調像で全体の高信号を認め、造影早期相では造影効果不良だった領域に一致して著明高信号を呈した。ダイナミック造影では造影CTと同様の造影パターンを呈し、EOB肝細胞相では境界不明瞭な低信号を呈した。以上の所見より限局性結節性過形成（FNH）が鑑別に上がるが、EOB肝細胞相の所見が非典型的で、肝細胞癌等その他の多血性腫瘍の典型所見とも合致しなかった。膵癌肝転移は否定的と判断したが、膵癌に対する膵体尾部切除術に際して、質的診断を目的とした肝右葉部分切除が行われた。病理組織像で、結節全体は異型の乏しい肝細胞の増生で構成され、中心部に斑状の類洞拡張を認めた。免疫染色で結節全体にCD34陽性の毛細血管化を認め、GSは辺縁で領域性に陽性だが明らかな地図状発現は呈さなかった。その他の免疫染色でも肝細胞腺腫亜型に合致する表現型は認めなかった。以上の所見よりtelangiectatic FNHに類似する肝過形成結節と診断された。若干の文献的考察をふまえ報告する。

P-2 腫瘍性病変と紛らわしかった肝focal spared areaの1例

小山 雅弘¹、原 佑樹¹、田中小百合¹、白鳥 泰良¹、海津 茜¹、山岸 陽助¹、
中山 伸朗²、山口 浩³、小澤 栄人¹

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

症例は30代男性、左精巣絨毛癌の既往あり。他院のUSで肝腫瘍を指摘されたため当院受診。US上、肝S7に10～20mm大の低エコー腫瘍を複数認め、いずれも境界明瞭、内部やや不均一で、血流信号はなかった。CTでは脂肪肝を背景に、肝S7に単純CTで周囲より相対的に高低吸収を示す多発腫瘍を認め、動脈濃染し、腫瘍内部に血管貫通像が見られた。EOB-MRIで病変はout of phaseで信号低下を示さず、動脈相から増強効果があり、肝細胞相で高信号を示した。T2強調像および拡散強調像は軽度高信号だが拡散制限はなかった。CT同様、腫瘍内部に既存の門脈枝が狭窄なく走行していた。過去画像では同病変がなく、また悪性腫瘍の既往から転移を含めた腫瘍性病変が否定できず、肝生検が施行された。病理組織診では脂肪変性がやや目立つ肝組織であるものの、腫瘍成分は認められなかった。以上より、限局性非脂肪沈着（focal spared area in fatty liver）として経過観察となった。Focal spared areaは胆嚢床や内側区背側、鎌状間膜付着部などにしばしば認められる偽病変だが、今回のように好発部位以外で腫瘍状の形態を呈する場合には腫瘍との鑑別が必要になる。MRIの信号パターンや腫瘍内血管貫通像が診断に有用であり、過大な侵襲的検査を避けるためにも、偽病変の可能性について言及することは重要である。

P-3 肝膿瘍を契機に発見された類上皮血管内皮腫の一例

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、川岸 加奈²、
本多 将吾³、堀田 綾子³、齋藤 生朗³

独立行政法人国立病院機構相模原病院 放射線科¹、
独立行政法人国立病院機構相模原病院 消化器内科²、
独立行政法人国立病院機構相模原病院 病理診断科³

症例は79歳女性。主訴は発熱、食欲低下。他院受診し、肝機能異常も指摘。精査目的に当院紹介受診となり、造影CT検査を施行。肝右葉には長径125mm程度の造影効果を示さない低吸収域と周囲のリング状造影効果が認められ、肝膿瘍が疑われた。

経皮経肝的にエコー下でドレナージチューブ挿入したところ、白色の膿汁が吸引され、培養検体からは *Porphyrromonas asaccharolytica* が検出された。

1ヵ月後のCTで縮小を認めてチューブを抜去したが、さらに1ヵ月後フォローのCTで膿瘍は残存、肝外へ浸潤する腫瘤も出現し、放線菌感染が疑われたため、エコー下で生検施行となった。病理組織診断では血管内皮由来の低悪性度腫瘍が疑われ、免疫染色を行ったところ、間葉系マーカーのVimentin、血管内皮マーカーのCD34がいずれも陽性を示し、類上皮血管内皮腫の診断となった。

その後のCTフォローでは縮小傾向で、1年後では瘢痕を残すのみとなっており、追加切除はされていない。

類上皮血管内皮腫は血管内皮由来の非上皮性腫瘍で、低～中等度の悪性度を示す。画像的特徴では乏血性であることが多く、肝辺縁に多発、癒合傾向があるとされる。確定診断には組織学的検索が必要で、免疫組織化学的検査ではCD34などの内皮マーカーが陽性となる。

肝類上皮血管内皮腫は100万人に1人程度の発生頻度である。また本症例は肝膿瘍の経過から診断し得た稀な症例と考えられるため、若干の文献的考察も含めて報告する。

P-4 乳癌のびまん性類洞内肝転移の1例

有井 彩乃¹、牟禮 力²、神吉 昭彦²、前場 淑香²、檜垣 篤²、山本 亮²、
福倉 良彦²、玉田 勉²

川崎医科大学 良医育成支援センター¹、川崎医科大学 放射線診断学教室²

症例は60歳代女性。20XX年に健診にて肝機能異常を指摘された。健診時に右乳癌も指摘されていた。肝機能異常精査で腹部超音波、腹部単純造影CT及びEOB造影MRIが施行された。腹部超音波では肝腫大及び少量の腹水を認め、単純造影CTでは肝腫大及び肝右葉後区域を除く大部分の肝実質でCT値の低下を認めた。動脈相では不均一な造影効果を認め、一部で壊死を疑う造影不良域も認めた。EOB-MRIの肝細胞相では、CT値の低下がみられた肝実質に一致してEOBの取り込み低下を認めた。臨床所見及び画像所見からびまん性類洞内肝転移が疑われた。肝針生検を施行し、病理にて既知の乳癌病変と類似の所見が得られ、乳癌のびまん性類洞内肝転移と診断された。非常に稀な乳癌のびまん性類洞内肝転移の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

P-5 Biliary adenofibromaの一例

佐藤 友美¹、佐谷 望¹、柳垣 聡¹、加賀谷由里子¹、松浦 智徳¹、田村 亮¹、
山田 隆之¹、村上 圭吾²、山本久仁治³

東北医科薬科大学 放射線医学講座¹、東北医科薬科大学 病理学²、
東北医科薬科大学 外科学第一（肝胆膵外科）³

70台男性。背部痛精査の造影CTで偶発的に、長径14mmの肝S4腫瘤を指摘された。腫瘤内部辺縁に結節状の造影効果を認め、肝血管腫疑いとして経過観察となった。3年後の造影MRIで長径31mmと増大を認めた。辺縁分葉状で、T2WI高信号を示す胞成分が主体であり、低信号を示す多数の隔壁を認めた。細胞外液性Gdダイナミック造影では、隔壁は早期相から造影され、後期相でも造影効果が遷延していた。明瞭な拡散制限は認めなかった。増大傾向のある多房性胞性肝腫瘍として、悪性腫瘍の可能性も考慮され、肝部分切除が施行された。切除標本では、肉眼的に病変内部に微小胞状（スポンジ状）・充実性外観を呈する領域があり、組織学的に同領域には、膠原線維を主体とする線維性間質内を背景に、胆管に類似した小型腺腔構造が多数集簇し、胞内腔における胆汁産生は明らかではなかった。免疫組織化学的に腺管上皮はCK7(+), CK19(+), CK20(-), MUC1(->+), MUC2(-), MUC5AC (->weak+), MUC6(-)を示し、Ki-67陽性率は2-3%程度、特殊染色上も粘液産生像は不明瞭であった。間質では、膠原線維とともに α -SMA陽性を示す筋線維芽細胞が混在し、ER/PgR陽性を示す卵巣様間質は同定されなかった。

Biliary adenofibromaは、WHO分類では胆管由来に分類される、上皮と筋線維芽細胞の間質を有する稀な肝腫瘍で、malignant potentialとされる。稀ではあるが、本症例は特徴的な画像所見を呈していたと考えられた。

P-6 胆管内乳頭状腫瘍：原発性硬化性胆管炎の経過中に肝破裂と腹膜播種を起こした1症例

屋代 香絵¹、山田 祥岳¹、津崎 盾哉¹、池田 織人¹、真杉 洋平^{2,3}、上野 彰久^{2,3}、
田中 真之⁴、陣崎 雅弘¹

慶應義塾大学医学部 放射線科学教室（診断）¹、慶應義塾大学病院 病理診断部²、
慶應義塾大学医学部 病理学教室³、慶應義塾大学医学部 外科学教室⁴

【目的】 原発性硬化性胆管炎（PSC）の経過中観察中に胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）を生じ、肝破裂と腹膜播種を来した稀な1症例を経験したので報告する。【症例】 52歳女性【既往歴】 潰瘍性大腸炎（UC）、PSC【経過】 数年前からPSCの経過観察目的で定期的にMRCPが施行されていた。経過中に胆石性膵炎を発症したため、胆摘術が企図された。その術前ダイナミック造影CT検査で、偶発的に肝外側区表面の拡張胆管の破綻と、上腹部を主体とした腹壁下に複数の塊状の液体貯留を認めた。PET-CTでは腹腔内病変にPETのごく淡い集積が認められた。以上の所見ならびにPSCの既往から、塊状の液体貯留はIPNBの腹膜播種を疑った。審査腹腔鏡が施行され、腹膜には多数のゼリー状播種結節が認められた。腹膜切除検体の病理組織は腺癌であり、画像検査所見とあわせ、IPNBを由来とした胆管癌の腹膜播種と診断された。【考察】 PSCは胆管癌のリスクファクターであり、まだ症例数は少ないものの、IPNBとPSCの合併例も報告されている。本症例の破裂前と考えられるMRCPを見直すと、胆管内の不明瞭な欠損像と、緊満感を伴う肝内胆管の拡張、肝外側区表面への膨隆が認められた。この胆管膨隆は切迫破裂の兆候である可能性があり、PSCの定期MRCPでは、IPNB発生のリスクを意識し、胆管内欠損と肝表面への膨隆所見の有無に着目する必要があると考えた。

P-7 胆嚢捻転壊死・膿瘍化の1例

吉田 理佳¹、田中 翔大²、中村 友則²、宮本 明奈¹、吉廻 毅¹、横山 靖彦³、
楯 靖¹

島根大学 医学部 放射線医学講座¹、松江生協病院 放射線科²、松江生協病院 外科³

症例は90才台女性。現病歴：1ヶ月前からの食思不振があったが受診せず経過を見ていた。数日前より腰痛および腹痛、発熱が出現し、改善が無いため、救急外来を受診。身体所見では右季肋部から右下腹部に圧痛を認め、起居動作や右股関節屈曲にて疼痛増強を認めた。血液生化学所見では白血球増多（13700/ μ L）と炎症反応上昇（CRP：C-reactive protein, 13.6 mg/dl）を認めた。肝胆道系酵素は正常範囲内であった。単純CTを撮影すると右季肋部から右下腹部にかけて10cmを越える被包化された液体貯留腔を認め、正常胆嚢は確認できなかった。造影CTを参照すると胆嚢頸部で捩れ、胆嚢体部から底部は確認できず、被包化された液体貯留腔と連続していた。胆嚢捻転壊死、膿瘍化と診断。心機能低下および高度の食道裂孔ヘルニアと低肺機能のために、全身麻酔のリスクも踏まえ、経皮的ドレナージを施行。経過良好で膿瘍は消退。その後、胆汁瘻や胆管拡張など合併症もなく、3年の経過で症状再燃はない。本症例を文献的考察を加え報告する。

P-8 重複胆管の一例

及川 朋美¹、及川 茂夫¹、星 史彦²、本多 俊介²、千場 良司³、関澤 琢郎¹、
中山 学¹、水野 恵子¹、石川 一郎¹、千葉 裕子¹、鈴木 清寿¹

岩手県立中央病院 放射線科¹、岩手県立中央病院 消化器内科²、岩手県立中央病院 病理診断科³

症例は84歳男性、既往歴に脂質異常症、十二指腸潰瘍、前立腺肥大症あり。
肉眼的血尿を主訴に当院泌尿器科を紹介受診し、腹部エコーにて左腎腫瘍が指摘されたため、体幹部造影CTが施行された。造影CTでは腎細胞癌を疑う所見の他に、胆嚢に隆起性病変が指摘されたため消化器内科紹介となり、腹部MRIが施行された。MRCPにて偶発的に重複胆管の所見が認められた。2本の総胆管には異常な拡張は認めず、肝門部で吻合し、ともに乳頭部に開口していた。胆嚢管は一方の総胆管の下部に合流し、主膵管はもう一方の細い総胆管に合流し長い共通管が見られた。ERCPでは2本の総胆管は乳頭に別開口しているのが確認された。主膵管と連続する胆管から高アミラーゼ胆汁の所見が見られ、胆管非拡張型の膵胆管合流異常症と診断された。胆嚢隆起性病変に関してはMRIでは体部に10mm大で認められ、わずかにDWI高信号を示した。また、胆嚢底部壁内にはRASを疑うT2WI高信号が認められた。左腎摘出術と同時に胆嚢摘出術が施行され、病理学的には慢性胆嚢炎の所見であり、胆嚢に悪性像はみられなかった。
重複胆管は非常に稀な先天奇形であり、胎生期における肝胆道系の原基である肝窩部の発生段階での異常とされている。様々な胆管分岐形態を示すことが知られており、本発表では若干の文献的考察を加えて報告する。

P-9 ペンブロリズマブ投与中にirAE胆管炎とirAE膵炎の同時発生が疑われた一例

川田 佳那¹、井上 大¹、小森 隆弘¹、松原 崇史¹、戸島 史仁¹、小坂 一斗¹、
小林 聡¹、柳 昌宏²、池田 博子³

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・病理部³

症例は80代男性。X-2年に左腎盂癌に対し左腎尿管全摘術が施行された。術後化学療法は行わず経過観察していたが、術後5ヶ月後に再発を認め、二次化学療法としてペンブロリズマブが開始された。その後、食欲不振を主訴に救急受診。血液検査で炎症反応上昇、肝胆道系酵素上昇、CTで胆嚢腫大・壁肥厚、胆管拡張を認め、胆嚢炎+胆管炎が疑われ、抗菌薬加療された。ERCPでは結石などの閉塞機転を認めなかった。経過で炎症反応は徐々に改善したが、胆道系酵素の改善に乏しく、ERCPおよびIDUSを施行したところ、遠位胆管に全周性壁肥厚を認めた。また、その際の胆管生検では非特異的な炎症所見のみで、悪性を疑う所見は認めなかった。irAE胆管炎が疑われ、造影CT、造影MRIを施行。CTで総肝管～総胆管の全周性壁肥厚、MRIで肝内グリソン鞘にT2WI高信号を認め、周囲に斑状の早期濃染を伴っていた。肝内胆管の広狭不整像を認め、画像的にもirAE胆管炎が疑われた。また、膵鉤部、尾部は腫大し、T1強調像で低信号、拡散強調像で淡い高信号を呈しており、irAE膵炎の合併が疑われた。irAE胆管炎、irAE膵炎ともに頻度は低いが、重篤な症状をきたす可能性があり、早期診断・早期治療が重要である。今回、免疫関連有害事象として胆管炎と膵炎の同時発生が疑われた稀な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告を行う。

P-10 緩徐な経過を示した成人膵芽腫の1例

池田 賢司¹、嶋田功太郎¹、大西 康之¹、大野 豪¹、清水 大功¹、磯田 裕義¹、
西尾 太宏²、長井 和之²、中本 裕士¹

京都大学医学部附属病院 放射線診断科¹、京都大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科²

症例は67歳男性。50歳時に膵腫瘍を切除され、未分化な膵管癌と診断され、半年間の術後補助化学療法が施行された。56歳時のフォローMRIで肝結節が出現し、肝転移と考えられ、化学療法が再導入された。肝病変は増大や縮小を繰り返したが、長期的には緩徐増大を示した。膵管癌として非典型的な経過と考えられ、確定診断目的に65歳時に経皮的肝生検が施行され、膵腺房細胞癌の転移と診断された。以後安定した経過であったが、副作用により化学療法継続困難となり、肝部分切除術が施行された。組織学的には索状または胞巣状で、一部腺房に類似した小腺腔を形成する好酸性、類円形の腫瘍を認めた。大部分でSquamoid nestを形成し、クロマチン粗造な類円形細胞が介在していた。原発巣の再評価において肝病変と同様の所見を認め、免疫染色の結果と併せて膵芽腫の再発転移と最終診断された。膵芽腫(pancreatoblastoma)は1977年Horieらにより提唱された小児に好発する膵腫瘍であり、成人例は極めて稀である。未熟な膵原基細胞が起源であると考えられ、acinar、endocrine、ductの3方向への分化能を有し、病理診断にも難渋する例が多いとされる。画像では被膜を有し膨隆性に発育する多血性腫瘍が典型像と報告されている。本症例の経過・画像所見を振り返り、文献的考察を加えて報告する。

P-11 腹腔内出血を契機にみつかった膵退形成癌の一例

大友 麻衣、前場 淑香、福倉 良彦、檜垣 篤、山本 亮、玉田 勉

川崎医科大学 放射線診断学教室

症例は80歳台女性。前日から続く急激な腹痛を認め、当院の救急外来を受診。腹部造影CTにて、腹腔内には出血を認めた。腹腔内出血は、約55mmの膵頸部腫瘍性病変と連続して描出された。腫瘍は、境界明瞭、不整な壁と隔壁（充実部）を認め、充実部は、膵実質相で膵実質より低吸収、門脈相～平衡相にかけて遷延性濃染がみられた。MRIでは、出血部はT1強調像およびT2強調像で不均一な低と高信号の混在、充実部はT1強調像で低信号、T2およびT2*強調像で低信号を示した。画像上、膵退形成癌に矛盾しない所見と思われた。切除目的で手術となったが、門脈への著明な浸潤の剥離が困難であり、切除不能であった。術中に、超音波内視鏡下穿刺吸引法が施行され、退形成癌と診断された。今回、腹腔内出血を契機にみつかった膵退形成癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

P-12 破骨型多核巨細胞を伴う膵退形成癌の1例

竹山 信之¹、田代 祐基²、高橋 裕季³、松尾 憲一³、楯 玄秀⁴、可知 真南²、堀 真琴¹、笹沢 俊吉²、堀 祐郎²、橋本 東兎²、和田あかね⁴、上田 康雄⁴、小川 高史⁴、田中 邦哉²、渡邊 孝太¹、橋詰 典弘¹、村上 大軌¹、藤澤 英文¹

昭和大学横浜市北部病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 放射線科²、昭和大学藤が丘病院 一般消化器外科³、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科⁴

症例は60歳台女性。主訴は左腹部膨隆。現病歴は半年前から上記主訴を自覚し、藤が丘病院を紹介受診。血液データでは軽度貧血、CRP 1.78、CEA 0.8、CA19-9 2.0、SIL2R 1385であった。CT・MRIでは、膵尾部・副腎レベルの後腹膜に上下20cm以上、横径10cm以上の巨大腫瘍が認められ、単純CTで内部不均一な高吸収、脂肪抑制T1WIで不均一な高信号が散見され。造影dynamic CT早期動脈相では大膵動脈/背側膵動脈からの流入が疑われた。後期動脈相・門脈相では腫瘍内全体で漸増性造影効果が見られた。T2WIでは辺縁被膜様低信号域あり、内部は低信号と高信号の混在を示した。低信号域は造影dynamic MRIにて漸増性造影効果を示した。膵尾部切除・脾臓切除・幽門側胃切除が施行された。腫瘍断面は大量出血した腫瘍で、組織学的に膵管上皮に異型が見られ膵管癌と診断された。膵管癌成分も肉腫成分もp53発現が目立っていた。未分化な癌細胞の増殖に非腫瘍性の多核巨細胞を伴う退形成癌とされた。術後8か月で再発なしで生存。CT、MRI画像はundifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cellsでの画像報告と一致した。退形成癌は浸潤性膵管癌の1型で、細胞形態による分類で多形細胞型、紡錘細胞型、破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌に分類される。純粋な破骨型多核巨細胞性の退形成性膵癌は長期生存率が高い。破骨型多核巨細胞の免疫応答が長期生存に関与ともされる。若干の文献を踏まえ報告する。

P-13 病理所見を比較できた膵臓と卵巣併発の粘液性嚢胞腫瘍の1例

Kitaro Irwan Bin Mohd Azlan¹、川村 唯¹、野村 敬清¹、岩田児太郎¹、
山室 博⁵、市川 珠紀¹、梶原 博²、中村 直哉²、佐藤 健二³、永 滋教⁴、
松本 俊郎⁶、橋本 順¹

東海大学医学部附属病院 画像診断科¹、東海大学医学部附属病院 病理診断科²、
東海大学医学部附属病院 産婦人科³、東海大学医学部附属病院 消化管外科⁴、
湘南厚木病院 放射線科⁵、アルメイダ病院 放射線科⁶

症例は20歳台女性。尿路感染症で施行した超音波検査で膵尾部に6cm大の多房性嚢胞性腫瘍を認めた。精査目的の造影CTで右卵巣に8cm大の多房性嚢胞性腫瘍が発見された。両腫瘍の嚢胞壁や隔壁に軽微な増強効果はあったが、充実成分はなく、膵腫瘍に主膵管との連続性や膵管拡張は見られなかった。MRIでは両者ともT2WIで高信号、T1WIで低信号を示す多房性嚢胞であり、両者の画像は類似していた。右卵巣の粘液性嚢胞腫瘍(mucinous cystic neoplasm: MCN)と膵臓のMCNや漿液性嚢胞腫瘍が疑われ、右卵巣嚢腫切除術と膵尾部切除術が施行された。病理組織学的に右卵巣腫瘍は多房性嚢胞性病変で内腔面は粘液を有する単層円柱上皮で被覆され、上皮に悪性像を示唆する乳頭状増殖や間質浸潤はなかった。一方、膵尾部病変の嚢胞内腔は異型の乏しい立方または円柱上皮細胞に被覆され、上皮の一部にエストロゲン受容体陽性を示す卵巣様間質を認めた。最終診断は両者とも粘液性嚢胞腺腫であった。膵MCNは比較的稀な腫瘍で病理学的に卵巣様間質を特徴とする。卵巣と膵臓併発MCNを病理学的に検討した報告はなく、自験例では両腫瘍のホルモン受容体を含めた免疫組織学的所見がほぼ一致した。膵MCNの発生機序に関しては異所性卵巣間質の膵迷入など諸説あるが、本例では同程度の女性ホルモン刺激により両腫瘍が同様に発育した可能性がある。

P-14 胃浸潤や肝転移を伴ったSolid Pseudopapillary Neoplasmの一例

向井田瑛佑¹、田村 明生¹、藤田洸太郎¹、加藤 健一¹、吉岡 邦浩¹、片桐 弘勝²、
新田 浩幸²、西谷 匡央³、佐藤 綾香³、柳川 直樹³

岩手医科大学 放射線医学講座¹、岩手医科大学 外科学講座²、岩手医科大学 病理診断学講座³

症例は50歳代女性、黒色便を主訴に受診した。上部消化管内視鏡検査では胃潰瘍と胃穹窿部隆起性病変を認めた。造影CTでは脾門部に径11cmの内部に壊死や石灰化を内在し、胃体部へ境界不明瞭に接する腫瘍を認めた。肝S4には径12mmの乏血性腫瘍が見られた。脾臓または膵原発悪性腫瘍の胃浸潤、肝転移が疑われ、脾臓合併膵体尾部切除、胃全摘術、肝部分切除術が実施された。肉眼像は膵体部から脾臓へ連続する径13cmの白色調の腫瘍性病変で、胃体上部にて壁外から逆噴射状に浸潤し、胃内腔へ潰瘍を形成していた。組織学的には腫瘍は比較的厚い線維性被膜を有し、類円型核を示す異型細胞が充実性に増殖しており、内部の壊死を伴った領域では偽乳頭状構造が見られた。免疫染色ではβcatenin(+、nuclear)、AE1/AE3(+)、Vimentin(+)、Chromogranin A(-)、Synaptophysin(+)、NCAM(+)、CD10(+)で、以上からSolid Pseudopapillary Neoplasm (SPN)と診断された。肝検体でも同様の所見が指摘され、転移と診断された。

SPNは全膵腫瘍の1~3%と稀な腫瘍である。転移の頻度は稀で浸潤傾向が乏しい低悪性度腫瘍として知られている。本症例のように肝転移を伴い浸潤傾向の強いSPNは報告がない。そのため、今回若干の文献的考察を加えて報告する。

P-15 小腸血管奇形との鑑別が問題となった小腸血管肉腫の一例

森島 裕策¹、池内 高志¹、津田 継紹¹、宮嶋 佑輔²、松村 和宜²、谷 昌樹³、
山中 健也³、杉本 暁彦⁴

滋賀県立総合病院 放射線診断科¹、滋賀県立総合病院 消化器内科²、滋賀県立総合病院 外科³、
滋賀県立総合病院 病理診断科⁴

症例は70歳代女性。主訴は鮮血便。複数回の鮮血便があり、起立時に失神し、頭部を打撲したため、当院に救急搬送された。来院時は収縮期血圧90mmHgのショック状態であったが、補液で改善。造影CTで小腸壁に沿った15mmの早期濃染域を認め、出血源と考えられたが、明らかな血管外漏出像は認めなかった。下部消化管内視鏡では、回盲部から20cm程度の小腸に10mm程度の発赤を伴う隆起性病変が確認され、クリッピングが施行された。CT所見、内視鏡所見より、angiodysplasiaなどの血管奇形が疑われ、小腸部分切除が施行された。病理では粘膜下層から漿膜下層にかけて、赤血球を含む管腔を形成しながら紡錘形細胞が浸潤性に増殖しており、分裂像やKi-67標識率が高いことから、血管肉腫と診断された。転移の可能性を除外するため、皮膚科での原発巣検索、PET/CTでの全身検索が施行されたが、原発巣となる病変や転移は同定できず、原発性小腸血管肉腫と診断された。小腸血管肉腫は稀な腫瘍で、画像所見について症例報告が散見するものの、まとまった報告はない。本症例では病変が小さい状態で発見されたため、血管奇形との鑑別が問題となった。

P-16 術後1年半で再発を来した大腸原発平滑筋肉腫の1例

山本 聖人¹、山本 和宏¹、松谷 裕貴¹、中井 豪¹、栗栖 義賢²、濱元 宏喜³、
大須賀慶悟¹

大阪医科薬科大学医学部 放射線診断学教室¹、大阪医科薬科大学 病理学教室²、
大阪医科薬科大学 一般消化器外科学教室³

【症例】60歳女性。便潜血陽性に対し近医受診。内視鏡で肝弯曲部近傍の上行結腸に3cm大の隆起性病変を指摘された。病変の表面には潰瘍形成を伴っており、肉眼的には2型の大腸癌が疑われた。内視鏡下で生検が2度施行され、2度とも病理組織学的に炎症細胞を伴う線維成分が検出されGroup 1との結果であった。粘膜下に平滑筋腫を疑う組織像を認め、大腸粘膜下平滑筋腫に潰瘍を合併したものと診断されたが、追加の精査加療目的に当院消化器外科受診となった。【画像所見】CTで肝弯曲部近傍の上行結腸に3cm大の腫瘤性陰影を認め、造影効果は均一であった。FDG-PET/CTでは同病変にSUVmax=4.8の集積亢進を呈していた。その他、全身に明らかな遠隔転移やリンパ節転移を疑う異常集積を認めなかった。FDG-PET/CTでの病変の集積程度から、比較的分化度の高い大腸由来の悪性腫瘍が疑われ、手術が施行された。【病理組織学的所見および術後経過】上行結腸の腫瘤には出血壊死領域を伴い粘膜面で潰瘍形成を認め、細胞に多形性がみられ、核分裂像も散見され、悪性間葉系腫瘍と考えられた。免疫染色ではEMA(+)、HMB45(-)、MelanA(-)、DOG1(-)、c-kit(-)であり、平滑筋肉腫と診断された。術後1年半経過時のCTで右後腹膜に7cm大の腫瘤を認め、FDG-PET/CTで腫瘤のSUVmax=3.7の集積亢進を呈し、再発が疑われた。【まとめ】術後1年半で再発を来した大腸原発平滑筋肉腫の1例について、文献的考察を加えて報告する。

P-17 SPN術後の腹膜播種を疑ったが類上皮成分を伴う脱分化脂肪肉種と診断された1例

橋本 考明¹、森阪 裕之¹、窪田 瑞希²、望月 邦夫²、齊藤 亮³、川井田博充³、大西 洋¹

山梨大学医学部附属病院 放射線科¹、山梨大学医学部附属病院 病理診断科²、山梨大学医学部附属病院 第一外科³

症例は40代男性。3年前の胸部検診時の精査にて偶発的に腓頭部腫瘤を認め、当院紹介となった。腓頭部腫瘤は内部に部分的な石灰化、出血、嚢胞変性を認め、充実部の遅延性造影効果と強い拡散制限を認めた。リンパ節・遠隔転移は認めなかった。手術が施行され腓solid pseudopapillary neoplasm (SPN) と診断された。手術から3年後の経過観察CTで、結腸脾彎曲に接して29mm大の腫瘤の出現を認めた。単純CTでは石灰化は認めず、造影CTでは早期からのまだらな強い造影効果を認めた。造影MRIでは、T2WIでは内部に高信号を認め、中等度の拡散制限を示し、動脈相での濃染を呈した。出血や脂肪含有は認めなかった。FDG-PETでは軽度の集積亢進を認めた (SUV max 早期相 3.57 後期相 4.34)。既往から腓SPNの腹膜播種を鑑別に考えたが、腓原発巣と画像所見が異なっていたことから別の原発性腫瘍も考えられた。腫瘍と結腸を合併して切除した。病理所見では卵円形核や好酸性顆粒状細胞質を有する小型の上皮様細胞が小胞巣状にびまん性に増殖していたがβカテニンの核内発現はみられなかった。p16に対しびまん性陽性、MDM2に対し一部陽性を示し、FISH法にてMDM2遺伝子増幅を確認した。最終的に類上皮成分を伴う脱分化型脂肪肉腫と診断された。類上皮成分を伴い一般的な脱分化型脂肪肉腫とは画像および病理所見が異なり、またSPNの既往があったため術前画像診断および病理診断に苦慮した症例であった。

P-18 多発性骨髄腫に合併した腹膜アミロイドーシスの1例

佐野 彰乙¹、禹 潤¹、大木 一剛¹、長谷川靖晃²、矢ヶ部浩之¹、榎 啓太郎²、加納 瑠為²、石井 敬大⁴、遠藤 泰彦³、尾尻 博也¹

東京慈恵会医科大学附属病院 放射線医学講座¹、富士市立中央病院 放射線画像診断科²、富士市立中央病院 病理診断科³、富士市立中央病院 血液腫瘍内科⁴

腹膜アミロイドーシスは非常に稀な疾患であり、画像所見に関する報告も少ない。今回、癌性腹膜炎との鑑別を要した腹膜アミロイドーシスの1例を経験したので報告する。

症例は70歳台女性。腰椎圧迫骨折にて他院入院中に腎機能の増悪および貧血を認め、精査加療目的に当院紹介受診した。入院時の胸腹部単純CTでは、腹膜・大網にびまん性の肥厚および石灰化を認め、胸腹水の貯留を伴っていた。骨盤部MRIで、腹膜・大網は各シーケンスにて低信号を呈した。画像上は癌性腹膜炎、腹膜アミロイドーシス、結核性腹膜炎、腹膜中皮腫が鑑別となった。CA125が346.6 U/mlと高値である他、明らかな悪性病変を認めなかった。T-SPOTは陰性、アスベスト暴露歴は認めなかった。以上より、癌性腹膜炎の可能性を否定できず、超音波ガイド下生検が施行された。組織学的にCongo Red染色が陽性であり、アミロイドーシスの診断となった。

アミロイドーシスは線維構造をもつ蛋白であるアミロイド線維を主とするアミロイド物質が全身の諸臓器の細胞外に沈着し、機能障害を引き起こす一連の疾患群である。これを反映し、MRIでは各シーケンスで低信号を示し、時にアミロイド蛋白の変性により石灰化を伴う。石灰化腹膜転移を来し易い漿液性嚢胞腺癌などの卵巣癌や結核性腹膜炎、腹膜中皮腫との鑑別は重要であり、MRIの信号パターンは鑑別の一助となる。

P-19 小腸結腸リンパ球性静脈炎の1例

藤本 憲吾¹、佐野村隆行²、田中 賢一²、西山 佳宏²
 坂出市立病院 放射線科¹、香川大学医学部 放射線医学講座²

症例は70歳台男性、2週間程前からの不明熱を主訴に当院紹介受診となった。初診時CTでは横行結腸に内部均一で軽度高吸収を示す限局性の全周性壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇を認めた。内視鏡検査では粘膜面に淡い発赤を認めるのみで、血液検査等でも炎症反応上昇は認められたが原因不明であった。炎症性腸疾患を疑い治療を行うが症状の改善に乏しく、経過のCTで全周性壁肥厚の範囲は約2cmから7cmに増悪していた。口側腸管に通過障害は認められずMRIでは病変部に拡散制限を認めたため、悪性リンパ腫などの腫瘍性病変を疑って当院初診時から約3か月後に手術となった。病理組織では粘膜下～漿膜下組織、特に静脈壁を主体に高度のリンパ球や炎症細胞浸潤が認められ、静脈血栓や腫瘍細胞、動脈炎を疑う所見は認められず小腸結腸リンパ球性静脈炎と診断された。小腸結腸リンパ球性静脈炎は消化管や腸間膜へのリンパ球浸潤による静脈炎により腸管虚血を来す稀な疾患である。多くは急性発症で腸管虚血を生じて手術に至るが、本例のように亜急性～慢性経過の報告も認める。確認し得た範囲でMRI所見の報告はなく、若干の文献的考察を加えて発表する。

P-20 結節性硬化症に合併した腎類上皮型血管筋脂肪腫の一例

藤田 健央¹、松本 純一¹、戸島 史仁¹、吉田耕太郎²、奥田 実穂¹、小坂 一斗¹、
 小林 聡¹、池田 博子³
 金沢大学附属病院 放射線科¹、福井県立病院 放射線科²、金沢大学附属病院 病理部³

40歳台女性。結節性硬化症、多発腎血管筋脂肪腫、肺リンパ脈管筋腫症などでmTOR阻害剤内服加療中の方。腎血管筋脂肪腫破裂に対して過去に4度の塞栓術を施行した既往がある。経過中にヨード造影剤によるアナフィラキシーを発症し直近は単純CTやMRIにて経過観察していた。血管筋脂肪腫の多発する左腎背側に増大傾向を示す腫瘤が出現した。単純CTで周囲よりやや高吸収であった。腫瘤はMRIのT2強調像で低信号が主体で、他の腫瘍よりも低信号、不均一な性状の腫瘤だった。脂肪抑制画像では明らかな脂肪成分はみられなかった。Dynamic造影ではほとんど増強効果を認めなかった。悪性腫瘍の他、出血性嚢胞も鑑別に挙がり一旦経過観察となったが、その後も腫瘤は増大傾向を示した。また、両肺に小結節の出現があり肺転移が疑われた。CTガイド下腎生検を施行した。検体は出血、壊死、線維化がみられる細胞集団で、切片上は強い核異型や核分裂像などの悪性所見はみられなかった。免疫染色の結果、腎細胞癌は否定的で類上皮型血管筋脂肪腫と診断された。Ki-indexは15%程度だった。その後、多発肝転移も出現し、経過としても類上皮型血管筋脂肪腫に合致すると考えられた。複数回の出血のエピソードや造影剤アレルギーから診断に苦慮した症例であり、文献的な考察を交えて報告したい。

P-21 腎膿瘍を伴った腎盂の扁平上皮癌の1例

尾谷 智史¹、山本 貴之¹、里上 直衛¹、堤 尚史²、清川 岳彦²、藤本 良太¹
 京都市立病院 放射線科¹、京都市立病院 泌尿器科²

尿路悪性腫瘍において扁平上皮癌は稀な組織型で、結石に伴う慢性炎症との関連が報告されている。そのため結石の既往がある症例において、尿路に炎症を示唆する所見を認めた場合、腫瘍の合併に注意を要する。今回、腎膿瘍を伴う腎盂の扁平上皮癌を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

71歳男性。左腎結石に対し碎石術の既往あり。3ヶ月前より左腰背部痛・血尿・間欠的な発熱があり、近医での超音波検査で左腎腫瘤を指摘され、当院紹介受診。血液検査では炎症反応が上昇しており、尿中白血球は増加していた。CTでは左腎下極を主座とする7cm程度の境界不明瞭な腫瘤あり、内部は造影効果の乏しい領域と弱い造影効果を有する領域が不均一に混在しており、造影不良部は大小の蜂巣状を呈していた。腎の輪郭は保たれており、周囲脂肪織の濃度上昇を伴っていた。また左下腎杯に5mm程度の結石あり、その下流の腎杯と腎盂の壁は肥厚していた。左傍大動脈域に軽度のリンパ節腫大あり。

臨床情報も含めて腎膿瘍が疑われたが、高度浸潤性の腎細胞癌の可能性を否定できず、腹腔鏡下左腎摘除術、リンパ節郭清が施行された。病理組織では腎盂壁に著明な角化を伴う腫瘍細胞が増殖しており、扁平上皮癌と診断された。腫瘍は腎実質に浸潤しており、腫瘍周囲の腎実質には広範囲に膿瘍を認めた。リンパ節転移は認めなかった。術後6年7ヶ月の時点で再発を認めていない。

P-22 発育過程を観察できた腎 angiomyolipoma with epithelial cysts の一例

本田有紀子¹、近藤 翔太¹、成田 圭吾¹、中村 優子¹、谷 千尋¹、帖佐 啓吾¹、
 仙谷 和弘²、後藤 景介³、日向 信之³、栗井 和夫¹

広島大学大学院医系科学研究科 放射線診断学¹、広島大学大学院医系科学研究科 分子病理学²、
 広島大学大学院医系科学研究科 腎泌尿器科学³

初診時、左腎の充実性結節が、2年の経過中に嚢胞優位病変として増大傾向を示した、腎 angiomyolipoma with epithelial cysts (AMLEC) の一例を経験した。症例は60歳台男性。健診で左腎腫瘤を指摘された。初診時の造影CTで、左腎腹側に単純CTにて腎実質 (32HU) よりやや高吸収な14mm大、遷延性造影効果を有する扁平な充実性結節 (44HU) を認めた。単純、造影CTにて内部に小低吸収部があるも、CT値で脂肪と断定できなかった。MRIではT2WIで均一な低信号を示し、脂肪の少ないAMLを考えた。癌除外のため経過観察し、2年後、24mm大と緩徐な増大を示した。2年後のCTで、病変は嚢胞内の壁在三日月状の充実部を伴ったBosniak IVの嚢胞優位な様相を呈していた。充実部の性状は初診時と同様であった。画像からAMLECを考えたが、悪性を否定できず腎部分切除術が施行された。病理では、上皮性嚢胞とfat poor AMLの像を示す充実部からなり、AMLECと診断された。本症例は、2年の経過中、嚢胞成分優位に発育・増大する過程をとらえることができた。AMLECの発育過程の報告は稀であるが、初期に単純性嚢胞が出現し、経時的に嚢胞壁肥厚、壁在結節、更に充実部が嚢胞内の大部分を示すほど発育した症例報告がある。画像所見に加え、発育過程の理解は、正確な術前診断に寄与し得ると考えた。

P-23 尿膜管癌と鑑別を要した腺上皮への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌の1例

宗近 次朗¹、萩原 遼太¹、金井 貴宏¹、高松 紘子¹、扇谷 芳光¹、山岸 元基²、
前田 佳子²、七条 武志²、深貝 隆志²、村井 聡³、矢持 淑子³

昭和大学医学部 放射線医学講座¹、昭和大学医学部 泌尿器科学講座²、
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座³

症例は79歳男性。6年前に肉眼的血尿を主訴に当院を受診した。初回の膀胱鏡では膀胱内に多発隆起性病変を認め、経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR-BT）が施行されて、病理所見では筋層非浸潤性尿路上皮癌（G2>3, pT1）と診断された。その後、再発を繰り返しBCG膀胱内注入療法や6回の追加TUR-BTが施行された。1年前よりCTおよびMRIにて膀胱後壁正中の頂部付近にて壁外に突出する15mm大の結節性病変が指摘された。CTでは結節内部は造影され、MRIではT2強調像で高信号、T1強調像で内部に出血と思われる点状高信号域を認めた。拡散強調像では結節は高信号を呈し、それと連続して膀胱内部にも小さな高信号域が認められた。壁外結節は徐々に増大傾向を認め、術前は尿膜管癌または膀胱癌の再発が鑑別に挙げられた。膀胱部分切除術が施行され、病理所見では膀胱粘膜内に平坦～低乳頭状のCIS相当の像から連続して、固有筋層から周囲脂肪織にかけて広がる壊死出血を伴う嚢胞様病変がみられ、腺上皮への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌（G3）と診断された。病変内部に明らかな尿膜管遺残は認めなかった。腺上皮への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌は膀胱癌の中でも予後不良の亜型として知られているが、壁外を主体に進展することは比較的稀であると思われる。今回われわれは、膀胱癌加療中にCISから腺上皮への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌を発生したと考えられる1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-24 画像での由来が特定困難であった精嚢粘液癌の一例

加瀬 主税^{1,2}、木村浩一郎¹、横山 幸太¹、福井 健一¹、土屋 純一¹、田中 陽典³、
桐村 進³、范 博⁴、藤井 靖久⁴、立石宇貴秀¹

東京医科歯科大学 放射線診断科¹、国保旭中央病院 放射線科²、
東京医科歯科大学 病理診断部³、東京医科歯科大学 泌尿器科⁴

【症例】40歳男性。半年前に血尿がありCT施行するも原因を特定できず経過観察されていた。その後、再度、血尿を認め再検したCTで前立腺右葉背側に類円形腫瘍を認め当院に紹介。採血検査でPSAの上昇は認めなかった。MRIの3D-T2WIで高信号を主体に不均一に低信号が混在した腫瘍を認め、前立腺内尿道と連続性があるように見えた。DWIで高信号、ADC mapでは拡散亢進域と制限域が混在し、造影ダイナミックで内部は漸増性の増強パターンであった。画像所見から粘液癌が示唆され、PSA陰性な点と尿道に連続する可能性がある点から前立腺尿道部由来の粘液癌を考えた。前立腺生検で粘液癌が検出されたため前立腺全摘術を施行。病理組織学的検討では、粘液癌は尿道との連続性に欠き、一方で接する右精嚢内に上皮内病変を認め精嚢由来の粘液癌と最終診断した。【考察】精嚢病変に遭遇する頻度は比較的低い。精嚢悪性腫瘍の大部分は腺癌であるが、一般的に精嚢に局在し、末梢側の精嚢萎縮など副次的所見により精嚢由来の特定に苦慮することは少ないと考えられる。本例の画像状の局在は前立腺で、PSA陰性から非前立腺由来を考慮したものの、精嚢との接触はわずかで副次的変化にも乏しく精嚢由来と判断するのが困難であった。本症例の画像所見と病理学的所見を比較検討し文献的考察を加え報告する。

P-25 左交叉性精巣転位を示した Müller 管遺残症候群の 1 例

日高 啓介¹、古田 昭寛¹、藤原裕美子¹、西尾 直子¹、林 鉦健²、宮内 康行²、
藤井 大岳³、桜井 孝規³、羽賀すみれ¹、小濱さゆり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

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 病理診断科³

症例は50歳台の男性。鼠経ヘルニアの手術歴があり、その後再発するたびに用手還納していた。左鼠径部の腫大と疼痛の増悪にて当院救急外来を受診。左陰嚢腫脹と精巣挙上での疼痛、精巣挙筋反射消失を認め、左精巣捻転が疑われた。左陰嚢の超音波では、正常な左精巣のほかに、内部血流が見られない不均一な約8cm大の腫瘤を指摘。CTやMRIでは右陰嚢内に精巣を認めず、左陰嚢内には左精巣のほかに造影効果に乏しい腫瘤を認めた。左精巣に連続する線状構造を持つ棒状の軟部組織を骨盤内左側にも認めた。左陰嚢内の腫瘤が切除され、病理学的にうっ血や壊死を伴った精巣とセミノーマの像と精巣に付随していた結合組織に Müller 管由来と考えられる遺残を指摘された。Müller 管遺残症候群 (PMDS) は染色体機構が46XYで外性器も男性だが Müller 管由来の内性器が遺残する病態とされる。抗 Müller 管ホルモン (AMH) に関与する遺伝子異常が原因と考えられている。AMH が作用せず Müller 管が退縮しない男性では、卵管に付着した精巣が Müller 管遺残物を引きずりながら鼠経管に向かって下降する。精巣と Müller 管遺残物の下降の程度によって、臨床像は両側停留精巣、片側停留精巣、交叉性精巣転位の3種類に分類され、交叉精巣転位は PMDS を強く示唆する所見である。本例について文献をふまえながら考察、報告する。

P-26 精索脂肪肉腫の 2 例

谷村 賢太¹、井上 明星¹、高木 海¹、大谷 秀司¹、中川 翔太²、影山 進²、
おの田汐莉³、渡邊 嘉之¹

滋賀医科大学医学部 放射線医学講座¹、滋賀医科大学医学部 泌尿器科²、
滋賀医科大学医学部 病理診断科³

異なる機序で拡散低下をきたした脱分化成分を有する精索脂肪肉腫の2例を報告する。

【症例1】50歳代男性。無痛性の硬結を有する陰嚢腫瘤にて受診した。MRIにて陰嚢内に脂肪を示唆する信号と拡散強調像で精巣と同程度の高信号を呈する結節状の部分の部分を認めた。この結節状の部分は、T2強調像およびADCmapで高信号を呈し、ADC値は $2.0 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ であった。

【症例2】60歳代男性。痔瘻の精査目的のMRIにて偶発的に右精巣腫瘤を指摘された。MRIにて陰嚢内に脂肪を示唆する信号と、拡散強調像にて精巣と同程度の高信号を呈する結節状の部分を認めた。結節状の部分はADC mapにて精巣と同程度に低信号を呈し、ADC値は $1.3 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ と精巣 ($1.1 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$) と同程度であり、あたかも精巣が3つ存在するような画像所見を呈した。

2例とも高位精巣摘除術が施行され、精索由来の高分化型脂肪肉腫と診断された。病理組織像では、いずれも脂肪細胞増殖が主体の肉眼的に黄色の部分と、脂肪細胞が少ない白色の部分を認めた。肉眼的に白色の部分 (MRIでの結節状の部分に一致) において、症例1では豊富な粘液基質、症例2では多数の炎症細胞浸潤を伴う膠原線維増生を認めた。前者では豊富な粘液によるT2 shine-through効果、後者では炎症細胞浸潤による比較的高い細胞密度を反映して、拡散強調画像にて高信号を呈したと考えられた。

P-27 BCG 治療後に生じた肉芽腫性精巣上体炎の一例

吉田 薫¹、堀越 琢郎¹、那須 克宏¹、佐藤 広明²、市川 智彦²、橋本 麗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 泌尿器科²、
千葉大学医学部附属病院 診断病理学・病理部³、
千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学⁴

症例は70代男性。2年ほど前から陰嚢内に結節を指摘され、しばらく経過を見たものの縮小がないため、当院泌尿器科で精査が行われた。MRIにおいて、精巣に接する24×15mmのふたこぶ状の腫瘤を認めた。正常な精巣上体を同定できず、精巣上体の病変と考えた。T1強調像で筋肉よりわずかに高信号、T2強調像で辺縁が低信号・中心部が不均一な低～高信号、中心部は拡散強調像で高信号・ADC低値を示した。既往に膀胱癌があり、膀胱内BCG注入、数回の再発に対して左腎尿管全摘術、膀胱・前立腺・尿道全摘・右尿管皮膚瘻造設術が行われている。精巣上体病変について画像検査での鑑別に苦慮し、膀胱癌の転移も否定できなかったことから、左高位精巣的摘除術を行った。組織学的に、精巣上体の広範な壊死とリンパ球を主体に、類上皮細胞や多核巨細胞が混在する炎症細胞浸潤を認めた。他の臓器に結核感染を示唆する所見はなく、BCG治療歴・組織学的所見からBCG治療に続発した肉芽腫性精巣上体炎と診断した。肉芽腫性精巣上体炎は膀胱BCG注入療法の稀な合併症（約0.2%）として知られ、BCG治療に用いられる弱毒結核菌の精管の逆行性感染により生じるとされる。MRIでは慢性炎症や線維化を反映してT2強調像で低信号の成分を含むことが特徴とされる。BCG治療後に生じる肉芽腫性精巣上体炎について文献的考察を加え発表する。

P-28 肺病変を認めなかった精巣上体結核の1例

川口 真矢^{1,2}、加藤 博基²、永澤 友章¹、武藤 昌裕¹、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47歳邦人男性。3年前に左精巣肉芽腫に対し精巣摘出後。3日前からの右陰嚢腫大と発熱を主訴に近医を受診。精巣上体炎として2週間の抗菌薬治療で改善しないため当院泌尿器科紹介受診となった。右精巣は小鶏卵大・石様硬、血液検査にてCRP軽度高値(3.71mg/dl)、白血球は正常範囲内(9680/ μ l)であった。MRIにて右精巣上体から精巣にかけて長径46mm大の分葉状腫瘤を認め、精索が肥厚していた。内部はT2強調像にて筋より軽度高信号で点状/線状の低信号域を認め、拡散抑制(ADC:0.8-0.9×10⁻³mm²/sec)を伴っていた。1か月後に撮像されたCTでは腫瘤内に石灰化はなく、造影にて比較的強い増強効果と境界明瞭な増強効果不良域が散見された。その他、全身CTにて肺含め病変は認めなかった。精巣腫瘍として手術を勧めたが本人希望により経過観察となった。7か月後に陰嚢皮下に瘻孔形成、膿性分泌物を認めた。結核菌PCRが陽性であったため、精巣上体結核として4剤併用で治療を開始し、現在も治療中である。

精巣上体結核は結核患者の7%で発生するとされ、BCG膀胱内注入療法後の報告も散見される。本症例で結核の既往はなかったが、既往の左精巣肉芽腫が結核の可能性があると考えた。MRIでは肉芽組織を反映したT2強調像での低信号域や乾酪壊死を反映した造影増強効果不良域が特徴とされる。今回我々は肺病変を認めない精巣上体結核の1例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

P-29 前立腺間質肉腫の一例：過去の日本腹部放射線研究会での症例報告との対比

高柳 歩¹、吉川 仁人¹、加藤 扶美^{1,2}、坂本 圭太^{1,2}、西岡 典子^{1,2}、木村 理奈^{1,2}、
中川 純一^{1,2}、常田 慧徳^{1,3}、有賀 伸⁴、松本 隆児⁵、加藤憲士郎⁶、岡田 宏美⁶、
清水 康⁴、安部 崇重⁵、工藤 與亮^{1,2,7}

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 画像診断学教室²、
北海道大学大学院 歯学研究院 放射線学教室³、
北海道大学大学院 医学研究院 内科学分野 腫瘍内科学教室⁴、
北海道大学大学院 医学研究院 腎泌尿器外科学教室⁵、北海道大学病院 病理診断科⁶、
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⁷

症例は40歳台男性。排尿困難を主訴に前医を受診し、急性細菌性前立腺炎として加療された。経過観察の超音波検査で前立腺体積増大があり悪性腫瘍が疑われ、精査加療目的に当院を紹介受診した。

非造影CTでは前立腺部に巨大な分葉状腫瘤を認め、内部不均一で大部分が15HU程度の低吸収値を示した。MRIでは被膜様構造を有する腫瘤が集簇した形態を示していた。T1強調像とT2強調像で内部に高信号と低信号が混在しており、時相の異なる出血が疑われた。造影後は不均一な漸増性の造影効果を示し、出血壊死を疑う造影不良域を認めた。充実部は拡散強調像で高信号を示し、ADCは低下していた。18F-FDG PET-CTで充実部にSUV max = 5.8の集積を認めた。内部の出血壊死が目立つことから肉腫が疑われた。リンパ節転移や遠隔転移の所見は認めなかった。

経直腸的前立腺生検でspindle cell sarcomaの診断となり、膀胱前立腺全摘・回腸導管造設術が施行された。手術検体の病理組織診断は前立腺間質肉腫であった。

前立腺間質肉腫は非常に稀な疾患であり、50歳未満に好発し予後不良である。過去の本研究会のデジタルアトラスでは2例閲覧可能で、いずれも被膜様構造を伴い内部不均一である点が共通していたが、本症例では内部の出血が目立った。既報の症例と本症例を対比しながら、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-30 右側重複下大静脈の3例

信澤 宏¹、田中絵里子²、萩原 遼太³、扇谷 芳光³

大田池上病院 放射線診断科¹、川崎幸病院 放射線診断科²、昭和大学医学部 放射線医学講座³

目的 右側重複下大静脈の画像提示を行い、その発生機序について考察する。

対象 3例の重複下大静脈症例。うち1例（症例2）は左側にも1本の下大静脈があるのでtriple IVCである。

症例1 65歳男性、腹部大動脈瘤術前の造影CTで右側重複下大静脈を指摘された。右腹側下大静脈は右背側下大静脈の右腹側に位置した。右尿管は腹側下大静脈に対して下大静脈後尿管であった。重複下大静脈下端部には腸骨間静脈を認めた。

症例2 44歳男性、右鼠径ヘルニア術前CT（非造影）でtriple IVCを指摘された。右腹側下大静脈は右背側下大静脈の右腹側に位置した（症例1と同様）。右腹側下大静脈は右外腸骨静脈に、右背側下大静脈は右内腸骨静脈に、左下大静脈は左総腸骨静脈にそれぞれ移行した。左総腸骨静脈と右内腸骨静脈の間に吻合枝を認めた。

症例3 73歳女性、S状結腸癌術前CTで右側重複下大静脈を指摘された。2本の下大静脈は左右方向に位置し、右尿管は外側下大静脈に対して下大静脈後尿管であった。形態的にはperiureteral venous ringを形成していた。

考察 下大静脈の発生は、左右の後主静脈、下主静脈、上主静脈の吻合や消退により形成される。腎後部の右後主静脈、右下主静脈、右上主静脈のうちの2本が遺残すると右側重複下大静脈が形成される。後主静脈が遺残することで下大静脈後尿管が形成される。発表では、右重複下大静脈の発生とそのvariationについて解説したい。

P-31 腎原発性悪性腫瘍との鑑別を要した後腹膜脱分化型脂肪肉腫の一例

本南 研人^{1,2}、坊 早百合¹、小林 佳子¹、寺山 昇¹、菊島 卓也³、安川 瞳³、
林 典宏³、三輪 重治⁴、林 伸一⁴

高岡市民病院 放射線科¹、金沢大学附属病院 放射線科²、高岡市民病院 泌尿器科³、
高岡市民病院 病理診断科⁴

脂肪肉腫は組織型および腫瘍サイズにより多彩な画像所見を呈し、特に脂肪成分が検出されない場合の特異的診断はしばしば困難である。また後腹膜に発生した場合は、腎、副腎、尿管など他の後腹膜臓器由来の腫瘍との鑑別が必要となる。今回、腎原発の悪性腫瘍との鑑別を要した後腹膜脱分化型脂肪肉腫の症例を経験したため報告する。

80代男性。糖尿病コントロール目的に入院中であった。右上腹部痛のため施行した超音波検査で肝-右腎間に巨大腫瘍を認めた。CTでは13cmの乏血性腫瘍を認め、右腎との境界が不明瞭であった。右腎動脈およびその分枝が内部を走行しており腫瘍のfeederと考えた。これらの所見から発生母地は右腎と考え非淡明細胞型腎癌を疑った。MRIで脂肪成分は検出されず、脂肪抑制T2強調画像で高信号、漸増性の増強効果を示したため、粘液成分の豊富な腫瘍と推察した。総合的に腎肉腫や腎粘液管状絨細胞癌を疑い右腎摘除術が施行された。切除病理診断で、粘液線維肉腫様の成分が主体の脱分化型脂肪肉腫と診断された。

局在診断が難しい症例において稀な腎原発性悪性腫瘍を疑った際には、発生母地を慎重に再検討し、脂肪肉腫などより頻度の高い後腹膜腫瘍の除外に努めることが重要である。

P-32 右副腎原発 adenomatoid tumor の一例

奈須 光佑^{1,2}、石松 慶祐¹、牛島 泰宏¹、岡本 大佑¹、藤田 展宏¹、糸山 昌宏¹、
田畑 公佑¹、伊藤 心二³、吉住 朋晴³、成富 文哉⁴、三浦 亘智²、石神 康生¹

九州大学大学院医学研究院 臨床放射線科学分野¹、飯塚病院 画像診療科²、
九州大学大学院医学研究院 消化器・総合外科³、九州大学大学院医学研究院 形態機能病理学⁴

症例は40歳代男性。腰痛精査のMRIにて偶発的に右副腎領域に13cmの腫瘍性病変を指摘された。血液・尿検査では副腎皮質・髄質機能に大きな異常は見られなかった。CT、MRIを施行したところ、腫瘍は嚢胞成分が主体で、内部に遷延性の造影効果を呈する充実成分や隔壁様構造が見られた。内部には一部に点状の石灰化も伴っており、肝右葉後区域への浸潤も疑われた。脂肪成分の含有は明らかでなく、充実部のADC値は $1.37 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ と比較的高値であった。FDG-PETでは充実部に $\text{SUV}_{\text{max}} = 5.84$ の集積を認めたが、MIBGシンチグラフィでは有意な集積は見られなかった。副腎皮質癌、後腹膜原発の腹膜中皮腫などの可能性を考え、右副腎摘出及び肝S6部分切除術を施行したところ、病理組織診断はadenomatoid tumorであった。adenomatoid tumorは中皮細胞由来の良性腫瘍であり、生殖器系の臓器に生じることが多く、副腎原発や肝実質への浸潤は稀である。今回、画像における術前診断の可能性について考察したので報告する。

P-33 腓頭部神経内分泌腫瘍と鑑別が困難であった paraganglioma の 1 例

川田 秀一¹、森 耕一¹、下津 怜奈¹、林 淳司¹、横井 佑紀¹、
エーカポット パンナチェート²、松村 俊輔³、伊藤 浩次³

総合病院土浦協同病院 放射線診断科¹、総合病院土浦協同病院 病理診断科²、
総合病院土浦協同病院 消化器外科³

症例は40歳男性。健診の腹部超音波で腓頭部腫瘍を指摘され当院に紹介受診。Dynamic CTでは腓頭部背側に20mmの境界明瞭な腫瘍が認められ、単純CTではやや不均一な軟部濃度、早期相では一部に濃染がみられた。後期相でも腓実質より強い造影効果を示していたが液状成分を疑う造影不領域も認められた。MRIではT1WIやや低信号、T2WIで不均一な淡い高信号を示しDWIで拡散低下が認められた。ソマトスタチン受容体シンチグラフィーでは病変に集積亢進が認められた。内分泌検査では異常高値は認められず、非機能性の腓内分泌腫瘍が疑われ腓頭十二指腸切除術が計画された。しかし術前CTで右肝動脈の閉塞と側副血行路の発達を確認されており、術中所見も加え腫瘍核出術に変更となった。摘出標本は黄色調の充実性腫瘍で、明らかに腓外病変と考えられた。組織学的には円形核と細顆粒状の細胞質を伴う腫瘍細胞が血管主体の狭い間質に囲まれて胞巣状構造（Zellballen）を示し増殖していた。免疫染色にてChromogranin A(+), CK(-)、腫瘍細胞胞巣を取り巻く支持細胞はS100陽性であり paraganglioma と診断された。Paragangliomaは褐色細胞腫が副腎外に発生したもので、画像所見は神経内分泌腫瘍と非常に類似するため鑑別がしばしば問題となる。ソマトスタチン受容体シンチグラフィーはNENに特異的ではなく、paraganglioma、褐色細胞腫、小細胞癌などでも検出感度が高い。若干の文献的考察を加えて報告する。

P-34 副腎外に生じた骨髄脂肪腫の 1 例

田代 祐基¹、可知 真南¹、橋本 東児¹、楯 玄秀²、新谷 文崇³、長濱 正亞³、
堀 祐郎¹

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

症例は70代男性。他院で施行された腹部超音波検査で腓頭部周囲の腫瘍を指摘され、当院消化器内科を紹介受診となった。臨床症状は無く、血液検査の異常も認めない。既往に特記事項はない。精査目的にCT、MRIが施行されたところ、約28mmの腫瘍が同定された。内部は脂肪濃度、信号を示す領域が大部分であったが、一部にCTで軟部濃度、MRIで拡散強調像高信号を示す領域が混在していた。この画像所見から、脂肪腫、骨髄脂肪腫の他に脂肪肉腫も鑑別に挙げられた。EUS所見は比較的均一な濃度であり、脂肪腫が疑われた。EUS-FNAが施行され、成熟脂肪組織と共にCD71陽性を示す赤芽球が混在し、骨髄脂肪腫の診断となった。副腎外の骨髄脂肪腫は比較的稀と考えられ、また内部に存在する骨髄組織が拡散強調像で高信号を示すため、脂肪肉腫が画像所見上の鑑別に挙がってしまう。この症例について文献的考察を併せて報告する。

P-35 後腹膜腫瘍との鑑別を要した十二指腸顆粒細胞腫の一例

近藤 翔太¹、中村 優子¹、前田 章吾¹、成田 圭吾¹、本田有紀子¹、立神 史稔¹、
栗井 和夫¹、岡田健司郎²、新宅谷隆太²、住吉 辰朗²、上村健一郎²、有廣 光司³
広島大学病院 放射線診断学¹、広島大学大学院 外科学²、広島大学病院 病理診断科³

症例は40歳代の女性。自転車乗車中の交通外傷のため当院に救急搬送された。外傷の精査目的のCTで肝損傷、腎損傷の他、偶発的に後腹膜腫瘍を指摘された。肝損傷、腎損傷は保存的に加療され、後日後腹膜腫瘍の精査が行われた。ダイナミック造影CTにおいて、腹部大動脈左側に石灰化を伴わない28mm大の腫瘤を認め、ごく軽度の造影効果を伴っていた。同腫瘤は、MRIではT1WIで骨格筋と等信号、T2WIで骨格筋よりも軽度低信号を呈し、DWIでは高信号、ADC値の低下を伴っており、FDG-PET/CTでは、SUVmax: 2.7のごく淡い集積を認め、孤立性線維性腫瘍や平滑筋腫、デスモイドなどの可能性を疑った。生検が施行され、顆粒細胞腫の可能性が示唆されたが、悪性の可能性を否定しきれなかったことから、外科的切除が施行され、最終的に病理学的に顆粒細胞腫と診断された。顆粒細胞腫は全身のあらゆる部位で発生しうるが、後腹膜での発生は非常に稀であり、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

P-36 後腹膜に多発した毛細血管性血管腫の1例

小林 彩¹、井上 武¹、高橋 宣貴¹、木藤 克己²
愛媛県立中央病院 放射線科¹、愛媛県立中央病院 病理診断科²

症例は60歳代女性。下腹部痛の精査で施行されたCTで後腹膜腫瘤を指摘され当院を紹介受診。既往歴は高血圧、虫垂炎術後、子宮筋腫術後。身体所見、血液検査に特記なし。造影CTでは右腎上極腹側に2.5cm大、左副腎内側に0.9cm大、下大静脈腹側に1.8cm大の軟部濃度結節を認めた。いずれも早期相で辺縁が造影され、後期相で求心性にわずかに造影効果が広がっていた。サイズの大きい病変では内部の大部分が造影不良であった。副腎との連続性は認めなかった。FDG-PET/CTでは腫瘤へのFDG集積はいずれも軽度で(SUVmax=2.85)、¹²³I-MIBGシンチでは腫瘤に一致した集積は認めなかった。術前はParaganglioma、神経原性腫瘍、血管腫などを疑い、診断的治療として腹腔鏡下右副腎および腫瘍摘出術が施行された。後腹膜に生じた毛細血管性血管腫(capillary hemangioma)と診断された。後腹膜腫瘍のうち血管腫は1~3%程度と比較的稀である。病理組織学的には主要な血管形態に基づき海面状血管腫、毛細血管性血管腫、静脈性血管腫などに分類される。毛細血管性血管腫は、新生児の口腔および顔面領域に好発する。本邦で報告された後腹膜血管腫の症例では海面状血管腫が最も多く、毛細血管性血管腫の報告は少ない。また、後腹膜に血管腫が多発した症例は極めて少ない。今回、一部非典型的な画像所見を呈し、術前診断に苦慮した後腹膜の多発毛細血管性血管腫の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-37 後腹膜のextragastrointestinal stromal tumor (EGIST) の一例

阿久津 陽¹、那須 克宏¹、堀越 琢郎¹、池田純一郎²、今村 有佑³、宇野 隆⁴

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

症例は50代の男性。会社の健診で膵管拡張を指摘され、精査の際に左副腎偶発腫瘍が指摘され、紹介受診となった。血液検査では、明らかなホルモン値の異常は見られなかった。CTでは、左副腎に広く接して、境界明瞭・辺縁整の腫瘤性病変（径5cm程度）が認められた。造影効果は乏しい病変であった。明らかな石灰化や出血を示唆する所見は見られなかった。MRIでも充実性腫瘤として描出され、T1WIでは均一な低信号、T2WIでは全体として高信号域であり、内部には著明な小さな高信号域が混在していた。病変内に明らかな脂肪の存在はなく、充実成分に一致した拡散制限を認めた（ADC値=1.2）。副腎MIBGシンチでは明らかな異常集積は認めなかった。腫瘍径（>4cm）や副腎癌を含めた悪性腫瘍の否定ができない点から、手術が施行された。病理所見では、副腎との連続性ははっきりしなかったが、左副腎あるいは副腎近傍（後腹膜）原発のgastrointestinal stromal tumor (GIST) と診断された。GISTは、消化管の筋層に発生する間葉系腫瘍であるが、稀に消化管外に発生し、EGISTと呼ばれる。さらにEGISTは、腸間膜、大網などの発生が多く、後腹膜の発生例は極めて稀である。今回後腹膜のEGISTの一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

P-38 骨盤腔内に発見された異所性肝細胞癌の一例

西野 有香^{1,2}、中野 佑亮¹、戸島 史仁¹、米田 憲秀¹、北尾 梓¹、奥田 実穂¹、
小坂 一斗¹、小林 聡¹、蒲田 敏文¹、南 哲弥²、木戸 秀典³、重原 一慶⁴、
中田 聡子^{5,6}

金沢大学附属病院 放射線科学¹、金沢医科大学 放射線医学²、
金沢大学附属病院 消化器内科学³、金沢大学附属病院 集学的治療分野泌尿器科⁴、
金沢大学附属病院 病理診断科⁵、
国立病院機構 医王病院 北陸脳神経筋疾患センター 研究検査科⁶

症例は74歳男性。背景に慢性肝疾患なし。下腹部痛を主訴に前医受診し、造影CTにて右尿管を巻き込む後腹膜腫瘍と右水腎症が指摘された。腫瘍は分葉状で単純CTでは筋肉と等吸収、造影早期相で小腸粘膜と同程度の濃染を呈したが、内部には不均一にやや染まりが悪い部も混在した。造影後期相では腫瘍の大部分は内腸骨静脈と同程度の染まりを呈したが内部には一部染まりが悪い部分を含有した。MRI T1強調像で筋肉とほぼ等信号、T2強調像で内部不均一な高信号を呈し、脂肪抑制T2強調像では脂肪成分の混在は指摘できなかった。拡散強調像では腫瘍は不均一高信号を呈しADC値は低下を認めた。Gd造影MRIでは不均一な濃染を呈した。また、FDG PET-CTではSUVmax 5.6であった。増大が速いため後腹膜原発の肉腫や尿管癌を疑い手術が施行された。病理学的検索ではAFP産生腫瘍で陰性・肝細胞癌で陽性を示すArginase-1の免疫染色が陽性であったため低分化肝細胞癌と診断され、術前に原発巣となりうる病変はなかったことから骨盤腔内に発生した異所性肝細胞癌と臨床的に診断された。異所性肝は0.5%程度に発生し胆嚢に多いとされているが、骨盤腔内に位置した異所性肝細胞癌の報告は少ない。今回若干の文献的考察を加えて報告を行う。

P-39 骨盤後腹膜SFT術後にSFT脱分化を疑う肉腫を合併した症例

堀越 琢郎¹、那須 克宏¹、大野 泉²、松岡 歩³、甲賀かをり³、高屋敷 吏⁴、大塚 将之⁴、天海 博之⁵、大平 学⁵、太田 昌幸⁶、岸本 充⁷、宇野 隆¹

千葉大学大学院医学研究院 画像診断・放射線腫瘍学¹、
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学²、千葉大学大学院医学研究院 産婦人科学講座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 先端応用外科学⁵、
千葉大学大学院医学研究院 診断病理学⁶、千葉大学大学院医学研究院 病態病理学⁷

症例は50代女性。4ヶ月前から下腹部違和感があり、腹部膨満感、下腹部痛、嘔吐が出現し他院受診。CTにて骨盤内腫瘍が指摘され当院紹介受診となった。

CTで病変は約10cmの単房性嚢胞性病変であり、壁在結節を伴っていた。左尿管を背側から圧排していたこと、正常卵巣が同定できることから、後腹膜から腹腔に突出している病変と思われた。壁在結節はT2強調像低信号で、拡散制限を伴い、内部に出血を有していた。骨盤内膜症由来の癌、悪性中皮腫、Solitary fibrous tumor (SFT) などが疑われ、手術が施行された。病理では紡錘形細胞が充実性に増殖し、免疫染色でSTAT6(+), CD34(+), Desmin(-), caldesmon(-), Myogenin(-), MyoD1(-), SMA(±)を示し、SFTと診断された。

その1年後、CTで左横隔膜下に巨大腫瘍が指摘された。多発結節が脾臓を取り巻き、集簇するような形態で、T2強調像で軽度高信号～低信号、拡散制限、変性を伴っていた。腹膜播種再発が疑われ、手術が行われた。病理では短紡錘～星芒状の腫瘍細胞で、強い核異型を伴っていた。免疫染色でSTAT6(-), CD34(-), Myogenin(+), MyoD1(+), desmin(+), SMA(±)であり、横紋筋肉腫の特徴をもつ肉腫と診断された。その後の検討で脱分化を伴ったSFTの再発病変と考えられている。

SFTの脱分化はSFTの1%未満で生じるとされ、多形性が強くなり、他の組織への分化もまれに見られるとされる。SFTの画像所見とあわせ、文献的考察を含め報告する。

P-40 Bartholin腺嚢胞として加療を繰り返された後腹膜粘液腺癌再発の1例

丸上 亜希¹、丸上 永晃¹、伊藤 高広²、國近 瑛樹²、亀田 有紗²、田中 利洋²、堀 俊太³、川口 龍二⁴、内山 智子⁵

奈良県立医科大学 総合画像診断センター¹、奈良県立医科大学 放射線診断・IVR学講座²、
奈良県立医科大学 泌尿器科³、奈良県立医科大学 産婦人科⁴、
奈良県立医科大学 病理診断学講座⁵

60歳代女性。左腎無形性、膀胱癌（40歳代）の既往あり。2013年より当院産婦人科にて会陰部の単房性嚢胞に対し穿刺、開窓術施行されたが増大を繰り返したため2015年に嚢胞摘出術を施行、悪性の組織所見なく終診となった。しかしその後同部位に腫瘍を再度自覚、増大したため2020年に当院受診。来院時造影CTで膣左側に長径6cm大の多房性嚢胞性腫瘍があり、内腔に造影効果を有する充実成分を伴っていた。腫瘍生検で腺癌と診断、骨盤内蔵全摘術が施行された。腫瘍細胞は多量の粘液産生を伴う円柱状細胞が杯細胞の介在を伴い絨毛状に増殖、CK7(+), CK20(+), CDX2(+), MUC2(+), MUC5AC(+), ER(-), PgR(-), MUC6(-)で、腸型形質を示す粘液腺癌であった。これをふまえ2015年に摘出された嚢胞、既往の膀胱腫瘍の病理組織を再検討したところ、組織像、免疫染色態度はいずれも類似していた。既往の膀胱腫瘍は三角部左側膀胱壁外から内腔に交通性を有する嚢胞性腫瘍の形態で、後腹膜粘液腺癌との診断となり会陰部の腫瘍はいずれもその再発巣と考えられた。粘液性腫瘍では癌でも充実性成分が肉眼的に確認できない場合もある。本症例でも既往の膀胱腫瘍が粘液腺癌であったことを把握できていれば、良性の場合が多い会陰部嚢胞であっても、腫瘍再発を鑑別として挙げより早期に診断に至ることができた可能性がある。

P-41 卵巣成熟奇形腫由来の粘液性境界悪性腫瘍から発生した acellular mucin pool の 1 例

兵江 誉子¹、森村 文雄¹、岡野 孔亮¹、江戸 博美¹、杉浦 弘明¹、新本 弘¹、
宮本 守員²、松永 絢乃³、島崎 英幸³、津田 均⁴

防衛医科大学校病院 放射線医学講座¹、防衛医科大学校病院 産婦人科²、
防衛医科大学校病院 臨床検査医学講座³、防衛医科大学校病院 病態病理学講座⁴

症例は30歳台女性。腹部膨満感で前医を受診し卵巣腫瘍が疑われ、当院紹介となった。骨盤内に多房性嚢胞性腫瘍及び腫瘍内に脂肪成分が認められたことから、粘液嚢胞性腫瘍を合併した卵巣成熟奇形腫が画像上疑われた。また腹膜偽粘液腫の併発が考えられ腹腔穿刺でも同疾患が疑われる像であったが、画像上虫垂は正常であった。術中所見では右卵巣腫瘍に加え、大量腹水及び複数の播種様病変が認められた。病理診断上、腫瘍は粘液性境界悪性腫瘍と成熟奇形腫が混在した像で、大量腹水及び播種様病変は細胞成分を伴わない粘液で、播種様病変には石灰化も認められた。右卵巣粘液性腫瘍は免疫染色では下部消化管パターン（CK20陽性、CK7陰性）を示したため卵巣上皮由来は否定的で、虫垂腫瘍は認められず虫垂からの転移も否定的であった。成熟奇形腫の腸上皮成分由来の粘液性腫瘍が考えられ、腹腔内病変はacellular mucin poolと考えられた。腹膜偽粘液腫は腹腔内に大量の粘液が貯留した臨床像である。PSOGIによる組織学的分類では腹膜偽粘液腫で腫瘍細胞が検出されない病変はacellular mucinと呼ばれている。腹膜偽粘液腫では卵巣成熟奇形腫由来の粘液性腫瘍に起因するものが稀に認められる。卵巣成熟奇形腫由来の粘液性境界悪性腫瘍から発生したacellular mucin poolの1例を経験したため、文献的考察とともに報告する。

P-42 右付属器から傍大動脈領域にリンパ管腫を伴った卵巣線維腫の 1 例

田代 祐基¹、可知 真南¹、橋本 東兎¹、上田 康雄²、小川 高史²、下川 貴志³、
森岡 幹³、堀 祐郎¹

昭和大学藤が丘病院 放射線科¹、昭和大学藤が丘病院 臨床病理診断科²、
昭和大学藤が丘病院 産婦人科³

症例は80代女性。4ヶ月前からの下腹部腫瘤感を自覚していた。1週間前から労作時息切れを自覚し、当院循環器内科を紹介受診した。入院後の精査で心房細動、心不全、胸水貯留を認め、それらに対する加療がなされた。また、併せて施行されたCT検査で、骨盤内に150mm程度の腫瘤を認め、右卵巣堤索から傍大動脈領域にかけて浮腫性的変化を伴っていた。MRI検査が施行され、同腫瘍はT2強調像で比較的均一な低信号を示す腫瘤として描出され、拡散制限を伴っていた。ダイナミック造影では弱い造影効果を示していた。右卵巣堤索から傍大動脈領域の浮腫は均一なT2強調像高信号として描出されていた。画像所見からは、線維腫が疑われたが、精査の過程で排尿障害を呈していることがわかり、有症状のため、全身状態をコントロールした上で手術となった。病理診断は術前診断の通り卵巣線維腫であった。付属器領域のリンパ管腫は、子宮平滑筋腫に伴うことが比較的珍しくはないということが報告されたが（Bourgioti, C., et al. *Abdominal Radiology*45, 537546 (2020).）、卵巣線維腫に合併することは一般的ではないと考えられる。文献的考察を併せて報告する。

P-43 子宮内膜症性嚢胞内に漿液粘液性境界悪性腫瘍と癌の併存を認めた症例の検討

竹内麻由美¹、松崎 健司^{1,2}、坂東 良美³、西村 正人⁴、原田 雅史¹

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

漿液粘液性境界悪性腫瘍 (SMBT) は比較的予後良好だが、稀に癌が併存することがあり注意が必要である。今回我々は子宮内膜症性嚢胞内にSMBTと癌の併存を認めた2症例を経験し、発生機序及びMRIと病理の対比検討について文献的考察を加えて報告する。症例1は50歳代、左内膜症性嚢胞内に乳頭状の充実部 (T2WIにて強い高信号で樹枝状の低信号の芯を伴い、DWIでは高信号・高ADC、T2WIにて充実部の表層を覆うように粘液を思わせる強い高信号域を伴う) と、結節状の充実部 (DWI高信号・低ADC、T2WIでは一部低信号) を認め、SMBTと間質増生を伴う腺線維腫様の類内膜癌の併存と診断された。症例2は50歳代、右内膜症性嚢胞内に壁在する複数の乳頭～結節状の充実部を認め、T2WI及びDWIにて強～中等度高信号の領域と高～低ADCの領域が混在し、SMBTと明細胞癌の併存と診断された。子宮内膜症関連腫瘍は遺伝子変異が生じた正所性内膜細胞が月経血とともに逆流し嚢胞内の微小環境の影響で悪性化するものと考えられており、子宮内膜症性嚢胞内にSMBTと癌の併存を認める場合、SMBTと癌が各々悪性化した場合と、SMBTと癌が共通の起源を持つ場合の2つの経路が考えられる。症例1では嚢胞内でSMBTと癌を示唆する病変が離れた部位に認められ前者の機序が、症例2では両者の混在がみられ後者の機序が推察される。MRIにてSMBTに特徴的な所見を認めても、癌の併存の可能性を念頭に注意深い画像評価が重要と考えられた。

P-44 付属器悪性腫瘍と鑑別が問題となった骨盤リンパ脈管筋腫症の1例

伊藤 浩一¹、扇 和之¹、津村 志穂²、安藤 一道²、熊坂 利夫³、裴 有安³、
山下 晶祥¹、横手 宏之¹、佃 俊二¹、藤岡 重門¹、大野 竜暉¹、松下 広¹、
奈良岡祐子¹、川上 直樹¹

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

症例は38歳女性。腹痛を主訴に当院受診した。

MRIでは右付属器領域に94mm大の多房性嚢胞性腫瘤と44mm大の充実性腫瘤を認めた。後者はT2強調像で不均一な高信号を示し、不均一なGd増強効果を示していた。同腫瘤は拡散強調像で高信号を示し、ADC値は低下していた。CTでは病変は右付属器領域からさらに右大腰筋腹側、後腹膜へと連続して嚢胞性と充実性の混在した腫瘤として広がっていた。同検査で両肺に多発する嚢胞性病変や小葉間隔壁の肥厚も認め、肺の所見と一元的に考えるならば、骨盤部もリンパ脈管筋腫症 (lymphangiomyomatosis: LAM) が考慮されたが、拡散制限の存在などから卵巣癌などの悪性腫瘍を否定できず、右付属器切除術、後腹膜腫瘤の生検が施行された。術後病理所見により、右卵管と後腹膜のLAMと診断された。

付属器由来のLAMの画像所見に関する報告例は少なく、特に充実成分を伴った付属器腫瘤としての報告はまれである。付属器悪性腫瘍と鑑別が問題となった右付属器のLAMを経験したので、画像所見と病理所見との対比を軸に文献的考察を加えて報告する。

P-45 卵巣過剰刺激症候群を契機として発見されたFSH産生下垂体腺腫の一例

矢野 圭悟、中井 豪、松谷 裕貴、山本 聖人、重里 寛、東山 央、
山本 和宏、大須賀慶悟

大阪医科薬科大学 放射線診断学教室

症例は未経妊30歳代女性。3年前に月経不順、右下腹部腫瘍で近位を受診したところ両側卵巣に8cm大の嚢胞性腫瘍が指摘された。視床下部性月経不順と診断され、カウフマン療法を施行したが、以降受診はしなかった。その1年半後に左卵巣捻転が生じ、捻転解除、嚢胞開孔術が施行されている。今回挙児希望、月経不順を主訴に近医受診したところ両側卵巣腫瘍が疑われ紹介となる。ホルモン値はFSH18.6 mIU/ml (正常範囲)、LH<0.3 mIU/ml ↓、hCG上昇なし、E2 737pg/ml ↑を認めた。MRIにて両側卵巣に右9.2cm、左8.7cmの多房性嚢胞性病変が確認され、卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) が疑われたが、FSH、hCGが基準範囲であり、臨床的には卵巣腫瘍の可能性を否定できないとの判断で、婦人科手術が予定され、悪性腫瘍除外目的で全身CTが実施された。CTにて下垂体に腫瘍性病変が指摘され、MRIでの精査後に下垂体手術が実施された結果FSH産生下垂体腺腫と診断された。術前採血でのホルモン値変化は、卵巣からのE2分泌過剰による下垂体機能低下症によるものと評価され、下垂体病変が見つかるまで4カ月も経過していた。過去にも内因性のOHSSにもかかわらず、漿液性嚢胞腺腫やホルモン療法不応性の卵巣腫大の診断で手術されたとの報告がある。今回OHSSとホルモンの関係性について今までの報告を加えて考察する。

P-46 子宮体部大細胞型神経内分泌癌の1例

河野 洋佑、田辺 昌寛、伊東 克能

山口大学医学部 臨床医学系放射線医学講座

症例は50歳台、女性。性器出血が出現し、5か月後に近医産婦人科を受診された。その際に子宮腫瘍を指摘され、当院産婦人科に紹介受診された。USでは子宮後壁に血流豊富な腫瘍が見られ、内部に変性を疑う液貯留を伴っていた。単純CTでは淡い低吸収腫瘍を呈し、液貯留様の低吸収域も認められた。石灰化は見られなかった。MRIのT2強調像では子宮左後壁の不均一な高信号腫瘍として描出され、腫瘍内部にT1強調像での高信号域や液面形成が認められた。造影後は広範に造影不良域を認め、出血壊死を反映した所見と思われた。T2強調像で子宮内膜は右側に圧排されていたが、腫瘍との連続性は不明瞭であった。拡散強調像で高信号、ADC mapで $0.75 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ を示し、著明な拡散低下を呈していた。以上の所見より子宮平滑筋肉腫が疑われ、子宮全摘および両側付属器切除術が行われた。術後病理では円形～紡錘形の異型細胞が大小の胞巣を形成して子宮筋層へ浸潤増生しており、ロゼット配列や索状配列が目立つ部分や広汎な壊死などが見られた。異型細胞はCD56(+)で大細胞型神経内分泌癌と診断され、両側卵巣転移も認められた。術後化学療法が行われたが、治療後10か月で膣断端の再発や多発肺転移が出現した。現在、再発に対して化学療法中で、腫瘍は縮小している。今回、子宮体部大細胞型神経内分泌癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

P-47 頸部腺癌を伴う巨大な子宮頸部ポリープ状腫瘍の一例

影山 咲子、高瀬 圭

東北大学病院 放射線診断科

50代女性。1型糖尿病精査時のCTにて偶発的に腔内腫瘍を指摘された。自覚症状は乏しく、腔鏡診では子宮頸部と連続し腔外に7cm程脱出する柔らかなポリープ状腫瘍で、超音波では血流に富むpolycysticな病変として描出された。生検では診断に至らなかった。

MRIでも頸部に付着し、腔内を充満するポリープ状腫瘍として認められた。先進部は折りたたまれるように腔内に還納された状態であった。T2WIでは細かな隔壁様構造を有する明瞭なT2WI高信号成分を背景に、3cm程のT2WI中間信号を示す領域、比較的太い血管構造を含む病変であった。明瞭なT2WI高信号を示す領域は、T1WI軽度低信号で造影効果や拡散制限を認めず、T2WI中間信号を示す領域は、早期より強く造影され、DWI高信号、ADC低値を示した。ポリープ状発育を示す頸管病変としては、superficial angiomyxomaやcellular angiofibromaも考慮されたものの、診断に至らなかった。手術では頸部に付着する長径18cm程のポリープ状腫瘍であった。重層扁平上皮に覆われ、一部に腺癌病変を認めたことから、病理学的に頸部腺癌と診断された。

頸管ポリープは子宮頸部に発生する一般的な疾患である。悪性病変を伴うことはまれであるが、上皮内癌から浸潤癌まで発生しうる。発生機序としては、頸管腺由来の原発性腫瘍と、頸管腺由来の腫瘍がポリープに浸潤した続発性腫瘍が考えられている。本症例は前者と考えられ、病理考察を加えて報告する。

P-48 類上皮性トロホプラスト腫瘍の一例

一川 良太¹、北井 里実¹、田中優美子¹、寺内 隆司¹、岡本三四郎²、金尾 祐之²、小嶋 結³、外岡 暁子³

がん研有明病院 画像診断部¹、がん研有明病院 婦人科²、がん研有明病院 病理部³

類上皮性トロホプラスト腫瘍の一例類上皮性トロホプラスト腫瘍 (Epithelioid trophoblastic tumor, ETT) の一例を経験し、画像所見を中心に病理学的所見と対比し報告する。ETTは、絨毛性疾患で中間型栄養膜細胞類似の腫瘍に分類される。稀な腫瘍で、臨床的にも病理学的にも診断が難しかった。画像所見の報告も少なく、術前画像診断で鑑別に挙げられなかったが、後方視的には、子宮頸部主体の広範な壊死を疑う腫瘍はETTの特徴を示した。ETTが呈しうる画像所見を知ることは術前診断の一助に有用である。

症例は54歳女性、53歳閉経、G3P2。既往歴に特記事項なし。下腹部痛で前医受診、筋腫分娩が疑われ、当院紹介となった。数日後、腹痛増強で緊急入院となり、骨盤腹膜炎の診断にて抗菌薬投与を開始したが、改善傾向に乏しく、菌血症を発症した。緊急にて、準広範子宮全摘術と両側付属器切除が施行され、ETTの診断に至った。初診時の血液生化学検査では特記する異常がなく、HCGは測定しなかった。子宮頸部・内膜細胞診に異常はなかった。

MRIでは子宮頸部から外方性発育する18cmの多房性複雑型嚢胞性腫瘍を認め、出血、変性あるいは壊死、炎症合併を疑う所見を伴っていた。壁が肥厚した領域と充実性の領域があり、早期造影効果を認めた。臨床的に疑われた感染としては所見が複雑であり、子宮頸部悪性腫瘍の可能性を考えた。CTでは子宮の腫瘍に石灰化を伴っていた。

P-49 Her2の陽転化を認めた乳癌子宮転移の一例

海老原るい¹、松田 恵¹、年森 亘¹、浦岡 大知¹、岡田加奈子¹、津田 孝治¹、
城戸 輝仁¹、横山 真紀²、倉田 美恵^{3,4}、北澤 理子⁵

愛媛大学医学部 放射線医学講座¹、愛媛大学医学部 産科婦人科学²、
愛媛大学医学部 プロテオサイエンスセンター³、愛媛大学医学部 解析病理学⁴、
愛媛大学医学部 病理診断学⁵

症例は50代女性。約10年前に乳癌（浸潤性小葉癌）の手術歴あり。近医の子宮癌検診にて偽陽性（class III）で、精査加療目的で当院紹介受診した。

MRIで、子宮体部内腔にT2WIで内膜より低信号、造影効果不良な4×6×7cm大の腫瘍が充満し、PET-CTで子宮内腔の腫瘍にSUVmax=11.0のFDG集積亢進を認めた。鑑別には、子宮体癌の他、病歴と併せ乳癌の子宮転移を考えた。またPET-CTで胸腰椎に複数の骨転移を疑うFDG集積亢進も認めた。

子宮摘出+左右付属器切除術が施行され、手術標本の免疫染色にてGATA3(+), GCDFP-15(+), E-cadherin(-)で、浸潤性小葉癌に相当する所見で、乳癌の子宮転移と診断された。なお乳癌原発巣はトリプルネガティブ乳癌であったが、子宮転移巣ではHer2陽転化を認めた。乳癌の子宮転移は低頻度だが、浸潤性小葉癌では婦人科臓器を含む腹腔内などにも転移を来す傾向が強いとされる。乳癌の子宮体部転移は、筋層転移が多く、本症例のように子宮体部内膜への転移は比較的少ない。本症例でも、術前には子宮体癌との鑑別が問題となったが、子宮体部内膜転移のみを認めた症例も報告されており、そのような症例では、特に子宮体癌との鑑別が難しい。また、本症例でも認めた原発巣と転移巣でHer2発現程度が変化する例は過去にも報告があり、乳癌の腫瘍細胞の不均一性や遺伝子変異を起こしやすい不安定性などが原因と考えられている。

P-50 骨盤底に広がり尿路閉塞をきたした濾胞性リンパ腫の一例

柴田 彩¹、竹田 利明¹、山中 弘行²、加藤 洋³

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

症例は80代女性。主訴は腰痛と排尿困難。来院時の血液検査では白血球とCRP、Creの高値を認め、尿検査で血尿と膿尿を認めた。非造影CTでは膀胱周囲から骨盤底に広がる軟部濃度腫瘍を認め、尿路閉塞による水腎症を呈していた。MRIでは、腫瘍は拡散制限が明らかで、T1強調像で筋肉と等信号、T2強調像で軽度高信号を示した。腫瘍は膀胱や尿道、尿管を取り囲むように広がり、左骨盤壁に及んでいた。膣や子宮頸部前壁に近接していたが、膀胱内腔や子宮内膜の病変は指摘できなかった。PETでは腫瘍に一致したFDGの異常集積を認めた。画像検査から癌腫より線維性・筋原性肉腫や悪性リンパ腫などを疑った。腫瘍マーカーはsIL2-Rのみが高値であった。産婦人科での検査では外陰部皮膚や膣粘膜に異常はなく、経膣超音波検査での子宮内腔の観察は不可能であった。尿細胞診は陰性で、膀胱鏡や尿道鏡で腫瘍を認めず、TURで十分な検体が採取できない可能性を考慮し、確定診断のため、経膣的・経会陰的に腫瘍生検を施行した。病理組織学的に濾胞性リンパ腫と診断された。他院で化学療法を行い腫瘍は著明に縮小し、症状は改善した。濾胞性リンパ腫は近年罹患数が増えており、節外病変が注目されている。骨盤底の巨大な腫瘍を形成する症例はまれであるが、画像検査で悪性リンパ腫の可能性を示唆することで早期診断や適切な治療に繋がると考えられる。由来臓器や生検の意義など、文献的考察を加えて報告する。

日本腹部放射線学会

	会期/開催地	当番世話人	テーマ/演題数	講演・企画等
第1回	'90 10.3 秋田県	打田日出夫 (奈良医大)	肝・胆・膵 24題	-
第2回	'91 2.23 大阪府	永井 純 (自治医大)	泌尿器・生殖器 55題	慈恵医大 第二病理 藍澤茂雄先生 「腎の腫瘍性病変」
第3回	'91 11.13 兵庫県	黒田 知純 (大阪成C.)	肝・胆・膵 46題	大阪市大 第二病理 桜井幹己先生 「肝細胞癌の類似病変」
第4回	'92 2.29 東京都	平松 慶博 (東邦大)	泌尿器・生殖器 39題	京都大 病理学 山邊博彦先生 「睪丸及び卵巣腫瘍の外科病理学」
第5回	'92 11.6 東京都	平松 京一 (慶應大)	肝・胆・膵 42題	栃木がんC. 外科 尾形佳郎先生 「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 「肝臓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」
第36回	'23 6.9-10 宮城県	高瀬 圭 (東北大学)	総合テーマ 104題	東北大学医学部 病態病理学分野 古川徹先生 「膵疾患の病理」 和歌山県立医科大学 第二外科 川井学先生 「膵癌の診断・治療におけるMRIの役割」

協賛企業・団体一覧

株式会社アルバーズ
医療法人社団明芳会 イムス三芳総合病院
医療法人永仁会 入間ハート病院
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
ゲルベ・ジャパン株式会社
GEヘルスケアジャパン株式会社
GEヘルスケアファーマ株式会社
シーメンスヘルスケア株式会社
テルモ株式会社
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
PSP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
富士フイルムメディカル株式会社
ブラッコジャパン株式会社
ボストンサイエンティフィックジャパン株式会社
株式会社メディコスヒラタ
株式会社ユー・ティー・エム

五十音順・敬称略
2024年5月31日

第37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37回日本腹部放射線学会
会長 新本 弘
(防衛医科大学校 放射線医学講座)



GE HealthCare

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)
- 80mL/100mL (尿路・血管・CT用)
- 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)

*オムニパーク140注50mL・220mL、240注20mL・50mL・100mL、300注150mL、180注10mLは販売中止(経過措置期間満了時期2024年3月末予定)



非イオン性等浸透圧造影剤

処方箋医薬品[®] 薬価基準収載

イोजキサノール注

ビジパーク[®]

※ 注意—医師等の処方箋により使用すること

● バイアル

- 270注 (脳血管・四肢血管・逆行性尿路・内視鏡的逆行性胆膵管用) 20mL/50mL/100mL
- 320注 (四肢血管用) 50mL/100mL



超音波診断用造影剤

処方箋医薬品[®] 薬価基準収載

注射用ペルフルブタン

ソナゾイド[®]

※ 注意—医師等の処方箋により使用すること

● バイアル

- 注射用16μL



環状型MRI用造影剤

処方箋医薬品[®] 薬価基準収載

ガドテル酸メグルミン注射液

ガドテル酸メグルミン[®] 静注38%シリンジ 10mL [GE]

ガドテル酸メグルミン[®] 静注38%シリンジ 11mL [GE]

ガドテル酸メグルミン[®] 静注38%シリンジ 13mL [GE]

ガドテル酸メグルミン[®] 静注38%シリンジ 15mL [GE]

ガドテル酸メグルミン[®] 静注38%シリンジ 20mL [GE]

※ 注意—医師等の処方箋により使用すること



効能又は効果、用法及び用量、警告、禁忌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。

製造販売元

GEヘルスケアファーマ株式会社

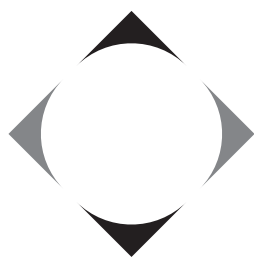
東京都港区高輪4-10-18

文献請求先・製品情報お問い合わせ先

メディカルインフォメーションセンター 電話番号:0120-241-454
(受付時間:平日午前9時~午後5時30分 土、日、祝日、会社休日を除く)

GEファーマ





ALVAUS

株式会社アルバース

循環器医療に、
こころ躍る未来を。

「最近の医療は大きく進歩していますよ」

ドクターのこの一言が患者様を
どれほど勇気づけることでしょう。

アルバースは循環器医療機器のエキスパートとして
その進歩を支えることで、医療現場の皆様や
患者様ひとりひとりの未来に
明るい希望を巡らせ続けます。

こころが躍る瞬間に、
アルバースも共にいます。

株式会社アルバース

本社 〒103-0027 東京都中央区日本橋3-9-1 日本橋三丁目スクエア4F
TEL:03-6665-0485 FAX:03-6665-0486
URL:<https://www.alvaus.co.jp/>

オフィス:東京・西東京・横浜・千葉・静岡・沼津・浜松・豊橋・金沢・福井・大阪
サテライト:城南・立川・八王子・さいたま・川越・熊谷・太田・前橋

Webサイト



医療情報クラウドが、 現場を変える。



AIもセキュリティも、 医療情報クラウドで。



医療情報・画像データ等を安全に管理するクラウド機能からAIによる診断支援まで、クラウド型PACS NOBORIのセキュアなネットワーク機能が、これからの医療を支えます。

認証番号：EV Insite イーヴイ・インサイト 227ALBZX00016000

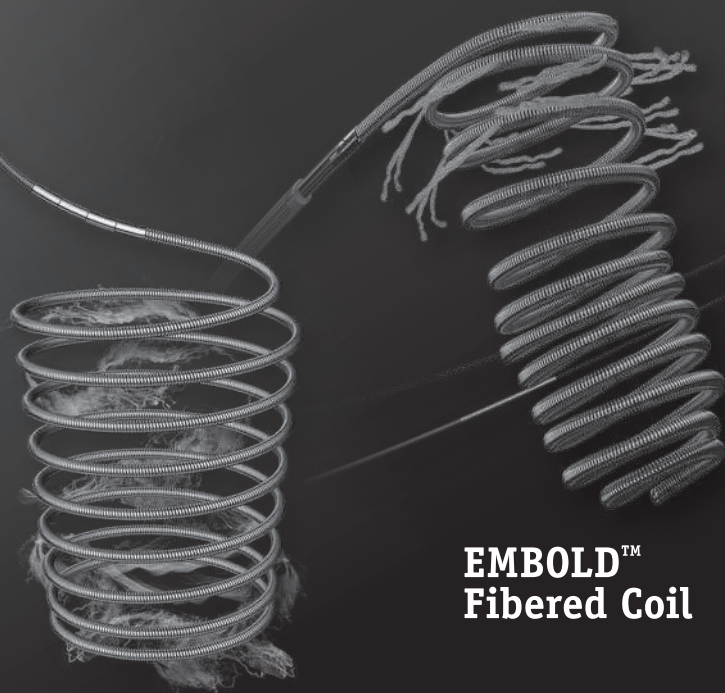


- 院内サーバ不要
- 安心・安全のデータ保管
- 初期投資ゼロ
- スピーディーな画像参照
- 障害自動検知
- 施設間連携にも対応

**Boston
Scientific**

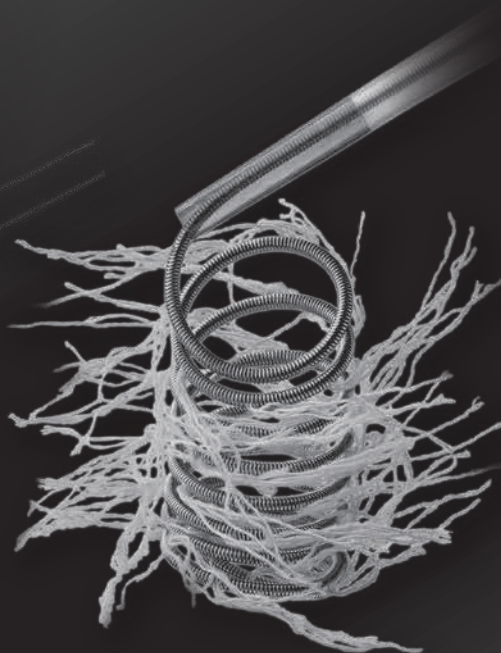
Advancing science for life™

Interventional Oncology and Embolization



Interlock™ -18 Coil

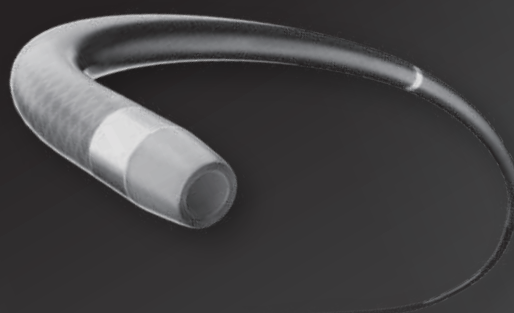
**EMBOLD™
Fibered Coil**



Interlock™ -35 Coil



SUCCEDO™



Breakthrough™ 2 Marker

Interlock-35 Coil
販売名: Interlock-35 コイル
医療機器承認番号: 22600BZX00207000

Interlock-18 Coil
販売名: Fibered IDC コイル
医療機器承認番号: 22100BZX01103000

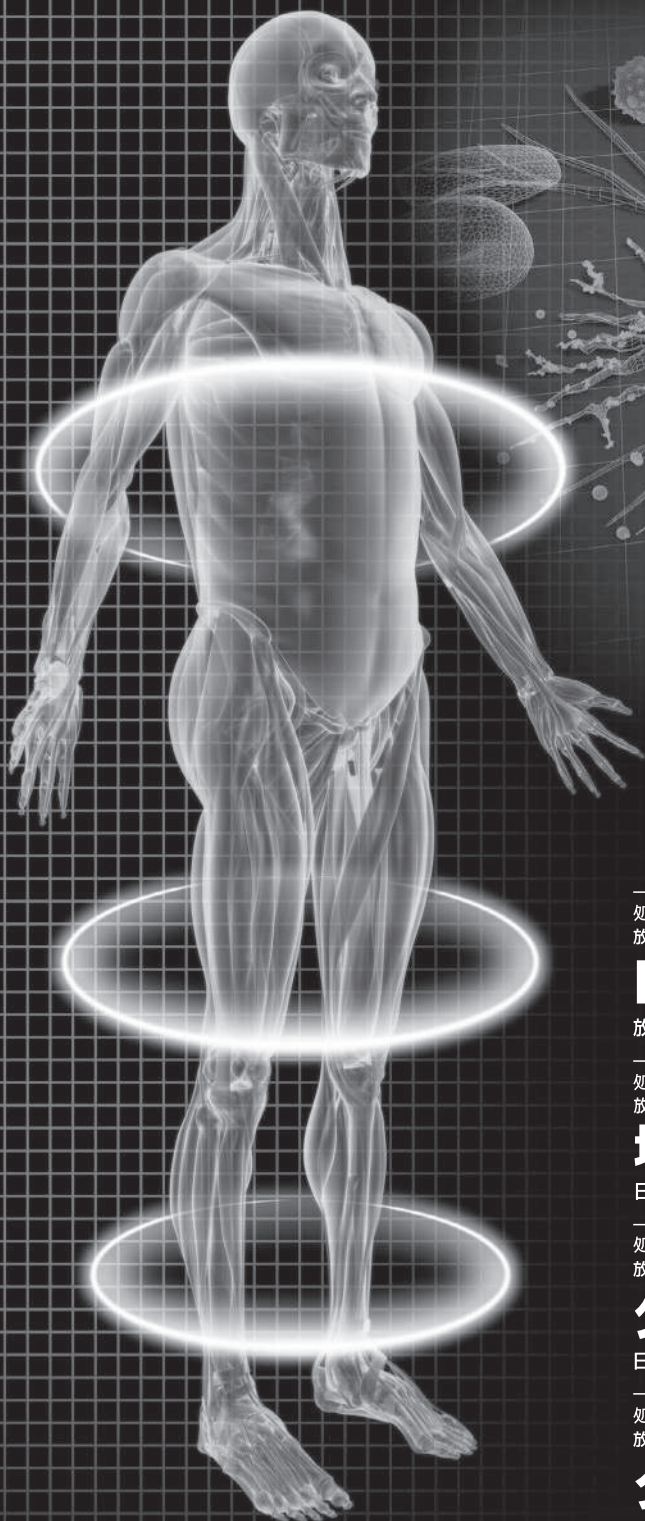
Breakthrough
販売名: マイクロカテーテル2
医療機器承認番号: 21700BZZ00471000
製造販売業者: 株式会社ハイレックスコーポレーション

SUCCEDO
販売名: HB-IVR ガイドワイヤー
医療機器承認番号: 21300BZZ00438000
製造販売業者: フィルメック株式会社

EMBOLD
販売名: EMBOLDコイル
医療機器承認番号: 30400BZX00284000

製品の詳細に関しては添付文書等でご確認いただくか、弊社営業担当へご確認ください。
©2023 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.
All trademarks are the property of their respective owners.

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス
www.bostonscientific.jp
PI-1163715-AB



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, 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

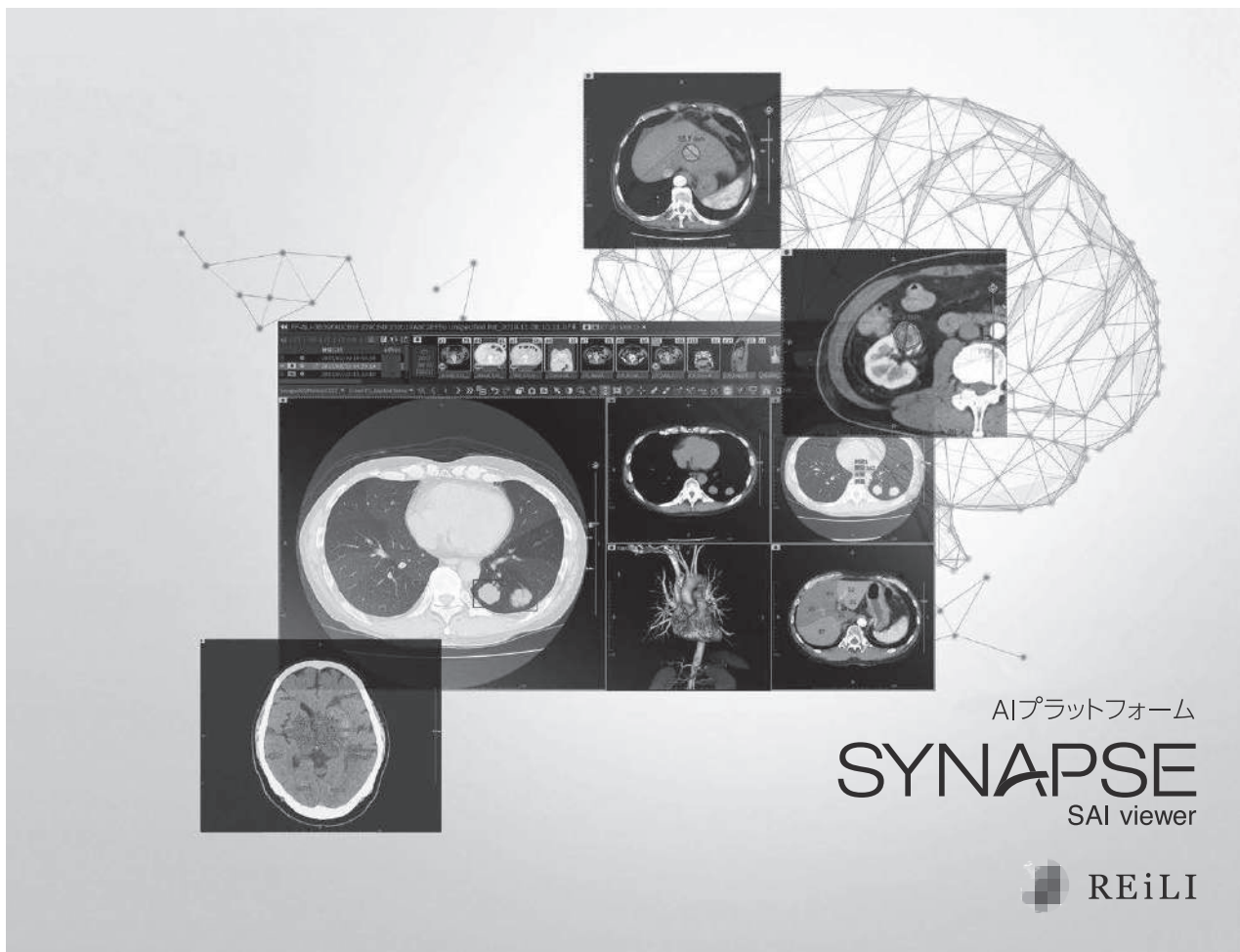
〒136-0075 東京都江東区新砂3丁目4番10号

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



AI in Workflow, AI for Solution.

読影ビューワ機能

読影基本機能が強化

画像配置を伴うレイアウトティング、異なる検査の比較読影など、日ごろ行う操作をシームレスに利用できるように進化しました。

3D表示機能がさらに充実

サジタル、コロナル断面、ポリウムレンダリングやMIP画像など2D、3D表示を組み合わせた読影が可能になりました。

所見文作成支援機能を搭載

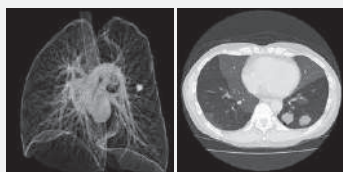
計測結果や臓器認識結果を融合した新しい定型文機能の利用が可能となりました。

画像解析オプション All-In-one 3つの技術アプローチがここに結実

臓器セグメンテーション

解剖学的構造を認識

臓器セグメンテーションでコンピュータ支援診断、性状分析の対象領域を決定します。

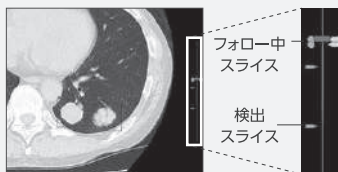


販売名：画像処理プログラム FS-AI683 型

コンピュータ支援診断

病変の検出を支援

コンピュータ支援診断で肺結節の候補を推定。フォロー対象のスライスをオレンジ色、検出したスライスを緑色に表示します。



販売名：肺結節検出プログラム FS-AI688 型

ワークフローの効率化

レポート作成を支援

SAI viewer で抽出した領域に対して、所見文に記載する性状を推定し、複数の所見文候補を提示します。



販売名：画像診断ワークステーション用プログラム FS-V686 型

■ 製造販売業者：富士フイルム株式会社 販売業者：富士フイルムメディカル株式会社 ■ 「SYNAPSE SAI viewer」は以下の医療機器を含む製品の総称です。
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 画像表示プログラム (販売名：画像診断ワークステーション用プログラム FS-V686 型 認証番号：231ABBZ00028000)
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 肺結節検出プログラム (販売名：肺結節検出プログラム FS-AI688 型 承認番号：30200BZX00150000)
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 肋骨骨折検出プログラム (販売名：肋骨骨折検出プログラム FS-AI691 型 承認番号：30300BZX00244000)
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 画像処理プログラム (販売名：画像処理プログラム FS-AI683 型 認証番号：231ABBZ00029000)

SYNAPSE SAI viewer の
画像解析オプションはこちら

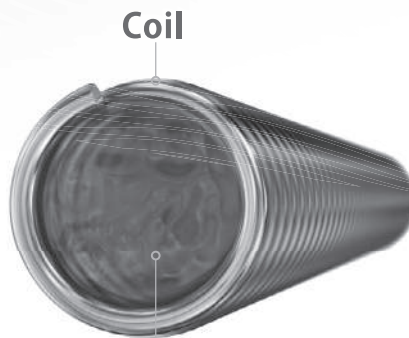
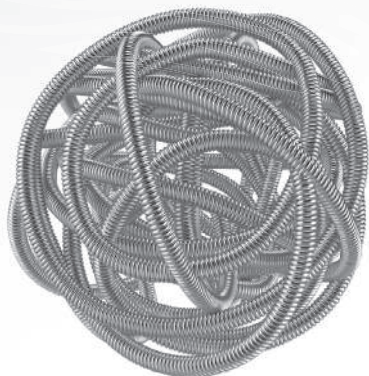


TERUMO
INTERVENTIONAL
SYSTEMS

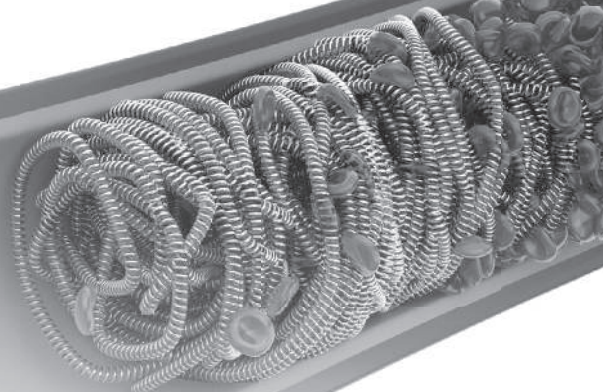
柔軟なハイドロコイル

AZUR™ Soft3D

膨潤型血管内塞栓用コイル



Hydrogel



イメージ図

一般的名称: 中心循環系血管内塞栓促進用補綴材 販売名: テルモ末梢血管塞栓用コイルシステムAZUR Soft3D 医療機器承認番号: 30300BZX00162000
AZUR Soft3Dはテルモ末梢血管塞栓用コイルシステムAZUR Soft3Dのペットネームです。

※本製品の詳細は電子添文をご参照ください。

Penumbra 

Ruby GEN II EMBOLIZATION SYSTEM

Ruby® COIL SYSTEM/POD® SYSTEM

最大径40mmのサイズラインナップにより、
腹部領域における様々な症例において、
コイル治療の選択肢が広がります。

販売名: Penumbra PC400 コイルシステム 承認番号: 22400BZX00294000

製造販売業者

株式会社 **メディコ ヌ ヒラタ**

本 部 〒550-0002 大阪府大阪市西区江戸堀3丁目8番8号 ☎06-6443-2288

<http://www.medicos-hirata.co.jp/>

PIL040230106JA23(01)0000(00)/0000