

## 非典型的な腹部超音波像を呈し、膵漿液性腫瘍と鑑別困難であった浸潤性膵管癌の1例

◎宮繁 歩那実<sup>1)</sup>、東 千晶<sup>1)</sup>、吉川 由佳里<sup>1)</sup>、山田 真由美<sup>1)</sup>、高橋 優里<sup>1)</sup>、中岡 加奈子<sup>1)</sup>、徳永 尚樹<sup>1)</sup>、多田 浩章<sup>1)</sup>  
社会医療法人川島会 川島病院 検査室<sup>1)</sup>

【症例】70歳代男性

【主訴】体重減少（半年で-5kg）、上腹部痛

【現病歴】健康診断で糖尿病の悪化を指摘され、当院を受診された。腹部単純CT検査で、膵尾部嚢胞および尾側実質の萎縮、主膵管拡張を認めた。1年後フォローアップ目的のCT検査で、膵体尾部の腫大と尾側の萎縮を認めたため、各種検査が追加となった。

【血液検査】

Glu 197 mg/dL, HbA1c 9.7%と高値で、P-AMY 32U/L、Span-1 抗原 12.4IU/mL、CEA/CLIA 1.4ng/mL、CA19-9/CLIA 26.3IU/mLといずれも基準範囲内であった。

【経腹壁腹部超音波検査】膵体尾部は腫大し、同部位に10mm大までの大小様々な複数の嚢胞を認めた。境界不明瞭で、明らかな低輝度腫瘍像および主膵管拡張は認めず、最も可能性の高い疾患としてmixed typeの漿液性腫瘍を疑った。

【腹部造影CT検査】動脈相で膵体尾部に不整な低吸収域と腹腔動脈・脾動脈浸潤を認め、膵癌が疑われた。

【経過】精査・加療目的で高次医療機関に紹介となった。

超音波内視鏡下穿刺吸引生検でadenocarcinomaであり、局所進行切除可能境界膵癌（T4N0M0, StageIII）と診断された。全身化学療法（GEM+nabPTX療法）、膵体尾部切除術が施行され、経過は良好である。

【考察】今回、経腹壁腹部超音波検査で非典型的な画像所見を呈した浸潤性膵管癌の症例を経験した。超音波像は漿液性腫瘍に類似していたが、膵癌の約7%で嚢胞を伴うことが報告されており、臨床症状も考慮すると膵癌の可能性は否定できなかった。また、初診時CT検査では明らかな膵腫瘍像は認めなかったが、膵癌の間接所見である膵嚢胞、尾側実質の萎縮、主膵管拡張を認めていた。膵癌の画像診断においてはこれらを注意深く観察することが重要である。経腹壁腹部超音波検査において、腫瘍像を認めない膵癌の診断は困難であるが、膵癌の間接所見を1つでも認めた際には常に膵癌を念頭に置き診断にあたる必要がある。

連絡先 088 (631) 0110

## クリニックで経験した主膵管拡張を伴わない浸潤性膵管癌の1例

◎服部 博明<sup>1)</sup>、橋本 潔<sup>1)</sup>、孝田 博輝<sup>2)</sup>、杉原 誉明<sup>2)</sup>  
はしもとクリニック内科・呼吸器科<sup>1)</sup>、鳥取大学医学部附属病院消化器内科<sup>2)</sup>

【はじめに】クリニックにおける超音波検査ではリアルタイムに痛みを訴える患者に施行されることが多い。目的として病変の発見と評価がとて重要である。浸潤性膵管癌は典型的所見を示せば見逃すことの少ない疾患であるが、今回、得られる所見が非典型的であったが円滑にクリニックから総合病院に紹介することのできた症例を経験したので報告する。

【症例】70代、女性 【主訴】心窩部痛

【現病歴】来院1週間前より重い心窩部痛と腹部膨満感を自覚し、当院を受診した。原因検索のため腹部超音波検査がオーダーされた。

【検査所見】膵頭体部に37×20mm大の腫瘤像を認めた。輪郭は非常に不明瞭で内部不均一、等輝度、内部に嚢胞構造を認めた。血流信号は認めなかった。腫瘤より尾側の主膵管拡張を認めず、腫瘤内の膵管も認めなかった。

【経過】上記所見より膵癌を疑い、他院に紹介となりEUS-FNAで浸潤性膵管癌（ステージⅣ）と診断され化学療法の方針となった。

【考察】浸潤性膵管癌の体外式超音波検査所見は輪郭が明瞭～やや不明瞭、内部は均一～やや不均一な低エコーを呈し、尾側の主膵管が拡張することが多く、日本超音波医学会の膵癌超音波診断基準にも「浸潤性膵管癌は典型的な上皮性悪性腫瘍であり、輪郭は明瞭で不整であるべきである。」と明記されている。本症例では輪郭が不明瞭であることから認識に苦慮する場合があり、尾側の主膵管が拡張していないことから非典型的な像であると考えられた。内部の嚢胞構造や不均一性から膵癌を疑い他院への紹介へとつながった。輪郭が不明瞭かつ主膵管拡張を伴わない浸潤性膵管癌の超音波像を共有した。本症例は超音波検査に習熟した臨床検査技師であれば腫瘤像を見逃すことのない症例ではあるが、場合によっては主膵管拡張などの悪性を疑うきっかけとなる所見を得られずに判断を誤る可能性があると考えられた。

【結語】クリニックで主膵管拡張を伴わない浸潤性膵管癌を経験したので報告した。

連絡先 — 電話番号 090-4140-9280

## 超音波検査で経時的な画像変化を観察できた黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

◎廣井 綾子<sup>1)</sup>、松田 浩明<sup>1)</sup>、田中 浩美<sup>1)</sup>、松田 綾香<sup>1)</sup>、荻野 千尋<sup>1)</sup>、羽原 利幸<sup>1)</sup>、村岡 孝幸<sup>1)</sup>、瀬崎 伸夫<sup>1)</sup>  
公立学校共済組合中国中央病院<sup>1)</sup>

【はじめに】黄色肉芽腫性胆嚢炎（XGC）は、炎症の程度によりさまざまな画像所見を呈し、経時的な変化が大きい。ため、進行性胆嚢癌との鑑別が困難な場合がある。今回、超音波検査（US）で経時的な画像変化を観察することで、XGCと診断できた1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、女性。【主訴】発熱、右季肋部痛。

【現病歴】発熱と右季肋部痛で近医を受診し、血液検査で肝機能異常を認めたため、発症7日目に当院紹介となった。

【血液検査所見】WBC 8950 / $\mu$ L, CRP 2.76 mg/dL, AST 221 U/L, ALT 169 U/L, LAP 281 IU/L, ALP 440 U/L,  $\gamma$ -GTP 588 U/L。【画像所見と治療経過】発症7日目のUSでは胆嚢は腫大し、低～等輝度を呈する壁は層構造を伴う全周性肥厚を認めた。胆嚢内腔には胆石と胆泥を認めた。総胆管には結石を認めた。CTでも胆嚢腫大と壁肥厚、RASの拡張を認め、XGCが疑われた。ERCPによる総胆管結石の排石および抗生剤の治療により軽快し、待機的な胆嚢摘出予定となった。しかし、退院から10日後（発症27日目）に再度右季肋部痛が出現し、翌日のUSでは前回

と比較して胆嚢の壁肥厚が増悪し、内腔面との境界が不整となった。壁は高輝度、内部は低エコー域と高エコー域が混在していた。肝実質との境界も一部不明瞭であった。CTでも壁肥厚が前回より増悪しており、肝床への炎症波及を認めたが、抗生剤の治療により軽快した。発症63日目のUSでは胆嚢壁肥厚の改善と内腔の縮小化を認めた。発症92日目のUSではさらに胆嚢壁肥厚が改善していた。発症98日目に腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。【病理組織所見】上皮は脱落・菲薄化し、多数の泡沫細胞・リンパ球浸潤を認め、層構造が不明瞭であった。肉芽組織には線維化、多数の好中球・リンパ球・形質細胞浸潤を認め、XGCと診断された。【考察】XGCは炎症の程度により画像所見が変化し、進行性胆嚢癌との鑑別が困難な場合があるが、経時的に壁肥厚や炎症性浸潤の改善を認めればXGCと胆嚢癌との鑑別が可能である。本症例も経過中に増悪した胆嚢壁肥厚の改善がみられ、診断の一助となった。XGCにおける経時的な胆嚢壁肥厚の変化をUSで捉えることができた貴重な1例であった。（連絡先：084-970-2121）

## 腹部超音波検査が経過観察に有用であった IgA 血管炎の 1 例

◎川本 雅也<sup>1)</sup>、水口 さおり<sup>1)</sup>、榎 美奈<sup>1)</sup>、青木 駿<sup>1)</sup>、宮内 隆光<sup>1)</sup>、松下 美紀<sup>1)</sup>、坂本 真由美<sup>1)</sup>、高石 治彦<sup>1)</sup>  
松山赤十字病院<sup>1)</sup>

【はじめに】IgA 血管炎は非血小板減少性の紫斑病で、細小動脈～毛細血管を病変の主座とする全身性の小型血管炎である。全年齢層で発症するが特に 3～10 歳に多く、小児では頻度の高い血管炎である。臨床症状としては皮膚症状、関節症状、腹部症状、腎症を特徴とする。今回、腹部症状の経過観察に腹部超音波検査（以下 US）が有用であった症例を経験したので報告する。【症例】10 歳代、女児【主訴】腹痛、紫斑【現病歴】受診数日前から腹痛や両側足背、足底に紫斑が出現。他院にて IgA 血管炎と診断され対症療法を行っていたが、腹痛の軽快と増悪を繰り返し、精査加療目的に当院紹介となった。

【入院時 US】十二指腸下行脚に浮腫状の全周性壁肥厚を認めた。その他に特記所見は認めなかった。【経過】入院初日より PSL1.3mg/kg/d で加療開始された。腹部症状は軽快し、食事再開するも入院 7 日目に腹痛再燃。関節痛や血便、新たな紫斑が出現し、PSL1.8mg/kg/d に増量された。翌日に症状は改善し、US でも消化管に明らかな壁肥厚は見られなかった。入院 10 日目に PSL1.3mg/kg/d まで減量するも翌日腹痛再燃と下血を認めた。US にて回盲部や上行結腸に壁肥厚を認め、翌日

PSL1.8mg/kg/d に増量。入院 13 日目に上部消化管内視鏡検査にて十二指腸に発赤びらの散在、単純 CT にて横行結腸の浮腫像を指摘。横行結腸が炎症の主座と診断され、DDS 内服を追加し、PSL 投与量は US で横行結腸の壁肥厚を見ながらコントロールする方針となった。その後 3,4 日おきに US を施行し上行結腸や横行結腸を中心に壁肥厚の経過観察を行った。症状軽快とともに壁肥厚は改善し、PSL 投与量も減量された。食事も再開され、入院 34 日目に US で消化管に壁肥厚がないことを確認し、入院 37 日目に退院に至った。【考察】再燃を繰り返した IgA 血管炎の症例を経験した。IgA 血管炎は消化管壁の浮腫と出血により腹痛、嘔吐、血便、下血等の症状を 50～70%に認めるとされる。小児の場合、診断や治療効果の判定を行う際に、侵襲性の高い CT 検査や内視鏡検査よりも低侵襲な超音波検査が有用であると思われる。また、IgA 血管炎の好発部位は十二指腸といわれているが、本症例のように様々な消化管に病変が出現するため、十二指腸以外の消化管も観察することが重要と考える。

連絡先：089-924-1111(内線 6241)