

腹部エコー この症例をもっと知りたい ③

解説：鶴岡尚志（新浦安虎の門クリニック）

症例提供：戸塚超音波ワークショップの皆さん
知人のみなさん

超音波検査をしていて、それが何なのか、どうなっているのか、瞬時には理解できない病変に遭遇することがあります。しかし、見たことのない病変は考えてみたところで・・・分かりません。つまり画像診断は、どれだけたくさんの病変の画像を見たことがあるかで診断力がつきます。しかし「自分の施設は症例がないから」と諦めないでください、このような勉強会や、あるいは学会などで提示される画像をよく記憶にとどめることがご自分の経験となるので大切です。そしてその次に、なぜそのように見えるかを理解しようとしてください。

今回もたくさんの「もっと知りたい症例」をご提供いただきました。健診で見つけた症例が多く含まれます。この資料には答えは書きませんので、ご一緒に考えていきましょう。

症例1 脾臓の腫瘍が増大した濾胞性リンパ腫

もっと知りたい点：

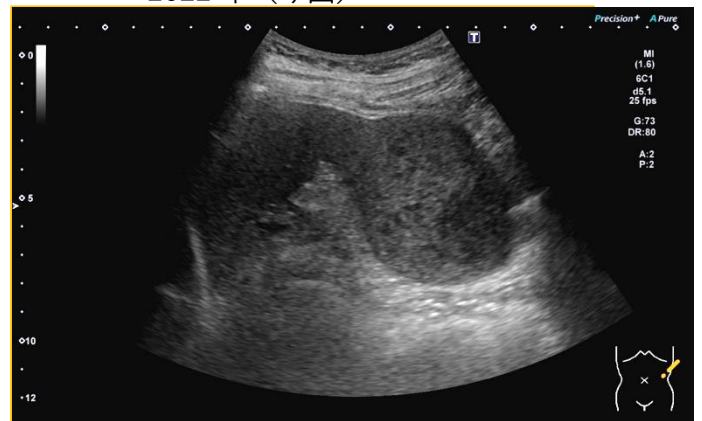
- 径が増大しても内部エコーがほぼ変化しないのが特徴的だと思いましたが、リンパ腫はそういった傾向がありますか？悪性だと変化しますか？
- 腫瘍内部の血流は車輻状のように見えますが、車輻状パターンはFNH以外でもあると考えてよいでしょうか？

人間ドックで脾臓の腫瘍を認めた

2018 年（4年前）



2022 年（今回）



1. 人間ドック受診者
2. 昨年に指摘した腫瘍は、精査によって濾胞性リンパ腫と診断された。1年後の今回、人間ドックを受診した。超音波所見を比べると内部エコーは1年前と同様だが、サイズは明らかに増大した。
3. 2022年（増大時）のラボデータ

	2022年	
AST	13	U/L
ALT	13	U/L
LDH	150	U/L
CEA	0.5	ng/mL
sIL-2R	727	U/mL

★濾胞性リンパ腫の治療開始基準

GELF(Groupe d'Etude des Lymphomes Folliculaires)による腫瘍量の評価が用いられることが多い。

GELF高腫瘍量規準 抜粋

- (1) 節性病変，節外病変にかかわらず最大長径 ≥ 7 cm
- (2) 長径3 cm以上の腫大リンパ節領域が3つ以上
- (3) 全身症状（B症状）
- (4) 下縁が臍線より下の脾腫（CT上 ≥ 16 cm）
- (5) 胸水または腹水貯留（胸水・腹水中のリンパ腫細胞浸潤の有無にかかわらず）
- (6) 局所（硬膜，尿管，眼窩，胃腸などの）の圧迫症状
- (7) 白血化（リンパ腫細胞 $> 5,000/\mu\text{L}$ ）
- (8) 骨髓機能障害（Hb < 10 g/dL，好中球 $< 1,000/\mu\text{L}$ ，血小板 $< 100,000/\mu\text{L}$ ）・
LDH， $\beta 2$ ミクログロブリン高値が加えられることもある。

★造血器腫瘍（リンパ腫、白血病、骨髓腫など）のポイントは

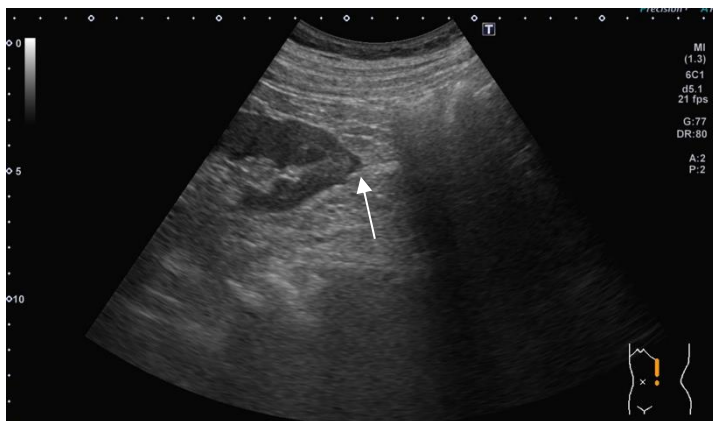
- ① 通常の癌のような結節を作るとは限らない。瀰漫性に臓器を侵すこともしばしばある。
- ② 造血器腫瘍はさまざまな臓器に発生すると同時に、リンパ管経由でさまざまな臓器に浸潤する。
- ③ もし発見したら、頸部、兎径部などの生検可能なリンパ節を見つけると治療の一助となる。

症例2 腎臓の周囲の液体

もっと知りたい点:

- 健診の超音波検査で見られた左腎下極のecho freeは何でしょうか。四半世紀健診してましたが初めて見ました。

健診の受診者（無症状）



自然腎盂外溢流(いつりゅう)

自然腎盂外溢流とは、明らかな外傷を認めず、また腎疾患を伴わずに尿が腎盂外に溢流する比較的まれな疾患である。定義はSchwartzら（Am J Roentgenol 98：27-40，1966）は以下の項目を定めている。

1：最近尿管への機械的操作を受けていない， 2：以前に外科的手術を受けていない， 3：外傷の既往がない， 4：破壊的腎病巣がない， 5：体外からの尿管圧迫がない， 6：結石による腎盂あるいは尿管の圧迫壊死がない。

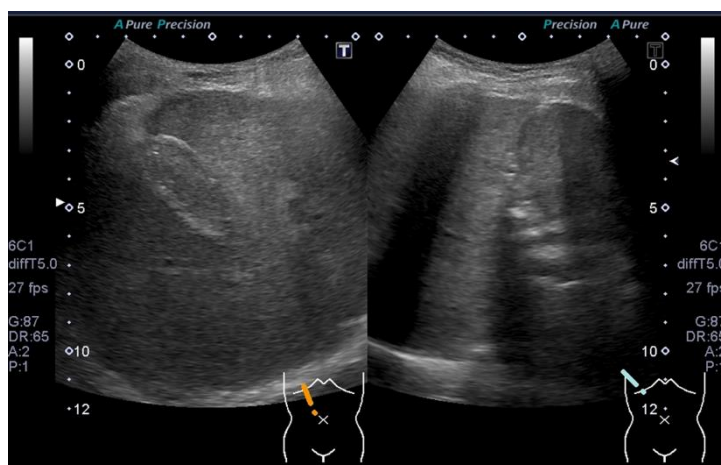
腎盂内圧の上昇に伴い腎盂粘膜の最も脆弱な部位である腎杯円蓋部に小さな亀裂が起こり，そこから尿が流出するとされる。鑑別すべき疾患には自然腎盂破裂がある。原因疾患は尿管結石が最も多く、次いで尿路生殖腫瘍などの可能性がある。

★ただし本症例では溢尿はごく少量で、水腎は無く腎盂内圧が高そうに見えない。はたして背景に疾患があるかは不明。（鶴岡追記）

症例3 胆嚢にデブリが出現

もっと知りたい点:

- 9ヶ月前には胆嚢は問題がなかったが、今回胆嚢の内腔はデブリ充満もしくは充実性エコーに変化した。
- 見える範囲で胆管閉塞はなかったのですが、胆管閉塞による変化と考えるべきでしょうか？



- 1：80歳代女性（寝たきりの高齢者）
2：前回の検査では、胆嚢内に無エコーがあり問題なかった。
3：今回（9ヶ月後）の検査では、胆嚢内にデブリが充満し胆汁がある様に見えない。体位変換はできず移動を観察することができない。従って腫瘍の有無を確認できなかった。

4：ラボデータ

2022.12.7	2023.9.22
AST 57	AST 39
ALT 41	ALT 28
γGT 395	γGT 129
CRP 1.08	CRP 4.00
	KT 37～38℃

★検査所見のポイント

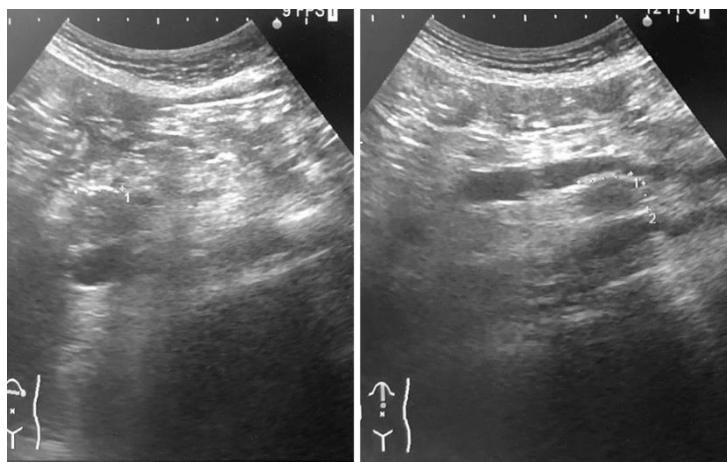
胆嚢内に充満するほどのスラッジを見たら、その原因を思い浮かべて推察することが大切です。

- ① スラッジ（デブリ）が充満していることから、胆汁うっ滞がまず思い浮かぶが、胆道の閉塞があるならば胆嚢は腫大するはず。腫大していないのは不自然。
- ② 絶食により、胆嚢内の胆汁の行き来がない状態が続くと、胆嚢内に胆汁成分が析出しスラッジが充満することがある。
- ③ 胆嚢癌などからの胆嚢内の出血が、スラッジの析出を起こすことがある。
- ④ ある種の薬剤は胆汁に排泄する事が知られている。

症例4 癌になってしまった膵頭部の腫瘍

もっと知りたい点:

- 紹介先の病院でCTと超音波内視鏡をして膵分枝型IPMNと返信があった。この所見は「嚢胞性病変」でしょうか？
- さらに返信には、悪性を疑う所見は認めないが、年に一度は精査のために紹介してもらいたいとありましたが、1年後に糖尿病の悪化、腫瘍マーカーが高値となりました。悪性でない病変が悪性となったのでしょうか？



- 1 : 70歳代男性
- 2 : 循環器科に通院中の患者
- 3 : 当院で実施した腹部エコー検査で、膵頭部に類円形の低エコー腫瘤を指摘。
- 4 : 他院に精査目的で紹介し、CTと超音波内視鏡を実施した。「膵分枝型IPMN：膵嚢胞性病変。悪性を疑う所見は認めないが、年に一度は紹介検査を実施してもらいたい」との返信であった。
- 5 : その後も毎月、当院の循環器科外来に通院していた。1年後に糖尿病外来を併診させるにあたり、膵臓の生化学的なチェックを行った。
- 6 : CA19-9 11000 U/mL (<37.0U/mL)
DUPAN2 415 U/mL (<150U/mL)

1年後の膵臓の腫瘍マーカーが異常高値だったため他院に紹介となった。（この時点の画像はない）

★IPMNの悪性を示す所見

悪性を強く示す所見 HRS

- ① 閉塞性黄疸を伴う膵頭部嚢胞性病変
- ② 造影される嚢胞内の充実性成分
- ③ 主膵管径 10mm 以上

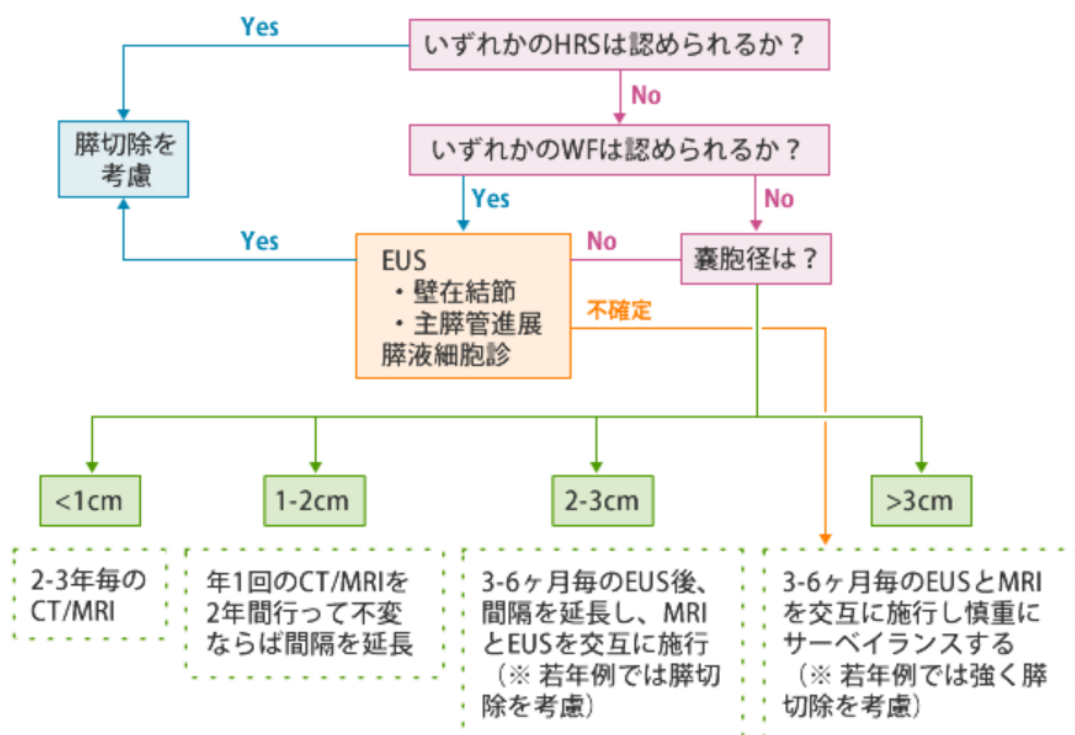
悪性の疑いを示す所見 WF

- ① 膵炎症状
- ② 嚢胞径 30mm 以上
- ③ 肥厚し造影される嚢胞壁
- ④ 主膵管径 5～9mm
- ⑤ 造影効果のない壁在結節
- ⑥ 尾側に閉塞性膵炎を伴う主膵管狭窄
- ⑦ リンパ節腫大

IPMN/MCNの国際診療ガイドライン（GL2012）
2012年に改訂より引用

★膵嚢胞性病変のポイント

- ① 嚢胞に見えるとは限らない。後方エコーの増強や嚢胞壁（境界）に注目する。
- ② 画像を見る目だけでなくリスクを踏まえた判断も大切である



症例5 脂肪肝の脂肪の抜けに違和感を受けた

もっと知りたい点:

- 脂肪の抜けに違和感を受けて精査をしたら肝内胆管癌だった。肝内胆管の拡張が認められない時に、肝内胆管癌を拾い上げる所見は何か？
- 脂肪の抜けた部分の点状高エコーは何か？

健診の受診者



★検査所見のポイント

楔型（肝表面に向けて扇状）の脂肪の抜けを見た場合には、その肝門部側（楔の尖った方の先端）辺りに病変がある事があるので、そこを注意深く見る。

今回集まった症例は、ほとんどが健診での症例でした。十分なラボデータもありませんし、健診で見つけても他院に紹介することが多いので、結局最終的な診断を得られないことも多いです。しかし今回のテーマの「もっと知りたい」は大切です。もっと知ろうとすることが診断を知ることよりも自分の糧になります。

「分からない所見」に出会ったら、分からないこととしてスルーせずに、何について分からないのかを深掘りして調べるのが診断力の糧となります。