

## 腹部腫瘍性病変の一例

郡上市民病院 放射線科 奥田大輔

【患者】70歳代 女性【主訴】腹痛、嘔吐【現病歴】腹痛を主訴に近医を受診しCFを施行。肝彎曲部に腫瘍を認め精査治療目的にて当院紹介受診【家族歴】不明【既往歴】10数年前：右鼠径ヘルニア【入院時採血検査結果】ALT、コリンエステラーゼ、鉄が若干低く、LDHが若干高値。可溶性IL-2Rが1129と高値を呈している。【腹部単純写真】ニボーや腫瘍による明らかな圧排像など有意な所見は認めない。【単純CT】大腸脾彎曲部、回盲部、小腸の一部に腸管を巻き込み一塊となった腫瘍像を認める。【造影CT】腫瘍内部の造影効果は不均一で、正常な腸管と同程度に造影される部分と、造影効果が乏しい部分を認める。

【遠隔読影レポート】盲腸・脾彎曲・S状結腸に壁肥厚を、また、回盲部～腸間膜リンパ節由来と思われる粗大な軟部組織を認める。いずれの腫瘍にも内部を血管が走行する像がみられ、消化管狭窄所見もみられず柔らかい性状の腫瘍が疑われ、悪性リンパ腫を第一に考える所見。【CF】下行結腸S-D junction付近に2/3周性の2型の腫瘍を認める。表面は粗雑で白苔(+)。生検の結果、大腸悪性リンパ腫を疑うとの回答。【腹部超音波検査】右回盲部付近に上行結腸と連続する57×42mm程の不正形な腫瘍を認める。辺縁は不整で境界はやや不明瞭、後方エコーは不変で側方エコーは認めない。内部は等エコーから低エコーの不均一だが無エコーではなく、一部に腸管内腔のガスによるシャドウを認める。腫瘍内部には豊富な血流シグナルを認める。また、子宮は年齢を考慮すると腫大傾向で、子宮頸部には辺縁不整、境界不明瞭な腫瘍と思われる部分を認め子宮頸癌が疑われる。【骨盤腔MRI】子宮頸部にT2:high,T1:iso~low intensityを呈する不正形な腫瘍を認める。腫瘍の辺縁は不整、周囲との境界は不明瞭で、子宮頸部の頭側には腫瘍と連続する不正形なareaも認め直接浸潤が示唆される。【経過】CF下生検にて悪性リンパ腫の疑い。遠隔読影においても、造影CTの所見から悪性リンパ腫を第一に考えるとの回答。また、腹部超音波検査にて子宮頸癌を疑いコルポスコプ下生検を施行。子宮頸癌の診断。以上の結果より、腸管悪性リンパ腫による狭窄及び子宮頸癌の診断で、結腸及び小腸切除、準広範子宮全摘出術を予定し開腹となった。腹腔内検索にて、小腸腸間膜に播種多数、やや血性の腹水あり、ダグラス窩に多数の播種を認める。子宮頸癌が周囲に浸潤し、根治切除は不可能。術中に施行した生検では、結腸及び小腸の腫瘍はすべて腺癌との診断であった。結腸及び小腸の腫瘍はリンパ腫ではなく、子宮頸癌の播種性転移と考えられた。【まとめ】悪性腫瘍の消化管への転移はまれで、そのうち大腸への転移は1.9%とされており、大腸癌全体の0.1~1%を占めるにすぎない。転移様式は、①血行性、②リンパ行性、③隣接臓器からの直接浸潤、④腹膜播種、などが考えられる。原発臓器としては、胃、子宮が最も多いとする報告があるが、これは腹腔内播種としての転移が多いためと考えられる。血行性・リンパ行性にかぎると、肺癌、乳癌が多いとされており、血行性、リンパ行性転移の場合、転移性大腸癌の術前診断は一般に非常に困難である。本症例は、多数の腹腔内播種を認め播種性転移であるが、転移性大腸癌として捕らえればまれな症例であったと思われる。【結語】比較的稀な転移性大腸癌と思われる症例を経験した。一般的に転移性大腸癌の術前診断は難しいとされており、今回の症例のように多数の腹膜播種を伴う症例でも、生検の結果や画像所見のとらえ方などにより診断に苦慮する症例もあり、注意が必要であると思われた。

CT 検査で偶然見つかった大腸癌の症例  
郡上市国保白鳥病院 放射線科 ○倉坪 進司・上村 真・大塚 進

【症例1】

56 歳、女性。疲労感・動作時呼吸困難があり、近医より精査目的で当院紹介となる。  
既往歴は、高血圧・高コレステロール血症。  
紹介状には GOT、LDH、 $\gamma$ -GTP、RBC、Hb が異常値を示すため精査依頼の記載があった。  
造影 CT にて、直腸癌 (Stage IV) で多発肝転移 (+)、肺転移 (+) でした。  
治療経過ですが、CF では Ra (17~22 cm) に易出血性の 2 型病変を認めたが、通過障害がないため『手術の適応なし』と判断した。肝転移は 8 割を占めているが、肝機能異常は軽微であるため、化学療法の適応となった。副作用を認めないため、現在、継続中である。

【症例 2】

85 歳、女性。  
心不全・腎不全・貧血にて当院の通院履歴がある。  
療養施設に往診時、『脱水気味で顔色が悪い』ため、精査目的で検査入院となる。  
既往歴：20 代 虫垂切除・子宮筋腫・卵巣膿腫 ope  
40 代 胆道閉塞 ope  
CT では、上行結腸に腫瘍を認めた。  
CF では、上行結腸に 2 型 腫瘍 半周性を認め手術となった。  
病理画像では、漿膜まで浸潤していた。多発ポリープが併存し、ポリープ内にも癌が見つかった。  
診断は、上行結腸癌 (半周性 Borrmann II 型) リンパ節転移 (-)

以上、CT を撮影したところ偶然にも大腸癌が発見された 2 症例を報告した。

【症例 1】 49 歳、女性 平成 24 年 1 月 8 日頃より腹痛出現。痛みは徐々に右下腹部に限局。1 月 10 日受診。血液検査は WBC がやや高値を示した以外は正常値。

『画像所見及び経過』 CT にて右下腹部にターゲット状の層構造を認める。周囲の脂肪組織もやや高濃度。腹部症状は一旦は軽減するが、5 日後再度腹痛出現し、CT でもターゲットサインを認めた。その後も症状が改善しないことから重積・自然整復を繰り返す腸重積と診断され手術となった。

『結果』 回盲部に 30mm φ のポリープが 2 個存在し、腸重積の原因疾患と考えられた。ポリープは病理の結果、高分化型管状腺がんであった。

【症例 2】 24 歳、男性 平成 24 年 1 月 30 日スノーボード滑走中に転倒。左肘で腹部を強打し受傷。嘔吐 2 回。

『画像所見及び経過』 脾臓上部に外傷による損傷部位とそれに伴う血腫、下部には嚢胞と思われる LDA と骨盤腔内に液体貯留があり、外傷による脾嚢胞の破裂と思われた。嚢胞の悪性も考慮し腫瘍マーカーを検査したところ、血清 CA19-9 が 14940U/ml と異常な高値を示した。5 日後の CT では嚢胞が再形成され肥大化し、CA19-9 は 6910U/ml とやや低下した。

『結果』 以上のデータより CA19-9 産生脾嚢胞と診断されたが、遠方の患者であったため脾損傷の軽快後、退院となった。

以上、当院で経験した腹部病変について報告した。

【症例】

63 歳男性。肺炎にて金山病院入院中に肝腫瘍指摘。精査目的にて当院紹介。自覚症状なし。

【検査所見】

γ-GTP、CRP、白血球、単球が高値を示した。

【画像所見】

US：肝 S8 を中心に約 11×9 cm の腫瘍を認める。内部は echogenic な点状エコーを含む流動体を認め、体位変換により内容物が動く。腫瘍境界は明瞭で辺縁は不整。壁はやや肥厚で内腔に不整な乳頭状の構造を認める。内部および壁周囲に血流増強は見られない。以上より①感染性嚢胞②粘液産成性の腫瘍などを考える。

MRI：肝右葉に接して横隔膜下に 10 cm 大の腫瘍を認める。腫瘍は肝を外部から圧排しており肝外の病変と考える。腫瘍内部は T1 強調像で低信号、T2 強調像で高信号を示し、壁は拡散強調像で高信号を示しています。壁には漸増性の造影効果を認める。

CT：肝右葉に接して横隔膜下に 15 cm 大の腫瘍を認める。腫瘍は肝を外部から圧排しており肝外の病変と考える。辺縁部は蛇行し、漸増性の造影効果を認める。

MRI、CT の結果より横隔膜下膿瘍を疑う。

【結果】

ドレナージを施行し、膿瘍を 450ml 吸引した。排液は赤褐色で混濁をみとめました。

細胞診の結果より、扁桃連鎖球菌と肺炎桿菌を認めました。

肺炎桿菌とは細菌性膿瘍の起因菌として特に台湾やアジア人で認めることが多く、その場合、基礎疾患として糖尿病を合併している割合が多い。臨床的に重要な点としては、腹部以外にも炎症巣が存在する割合が他の起因菌に比べて多い。

よって今回の症例は肺炎による横隔膜下膿瘍と診断された。

【まとめ】

今回の症例は一つのモダリティの検査のみでは誤った判断を下す可能性があった。改めて、多くのモダリティで検査することの重要性を感じ、またアキシャルだけでなく、 coronal、sagittal を加えることによってより正確な判断を下せると感じた。