

技師の報告が診断につながった 1 症例

◎野路 千恵梨¹⁾、高田 栄子¹⁾、飯野 寿代¹⁾、水野 由紀子¹⁾、林 由紀子¹⁾、牧田 朋有¹⁾、北川 剛嗣¹⁾、長谷川 礼¹⁾
福井県済生会 福井県済生会病院¹⁾

【はじめに】体外ペーシング予定の患者の心電図にて軽度 ST 上昇を発見し、医師に報告したことで冠動脈造影検査が施行され、3 枝病変が発見された。今回、技師の報告により、徐脈の原因が特定された 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性。慢性腎不全にて 5 年前から当院透析中。20XX 年 5 月 Y 日の透析後帰宅し、夕食摂取後に心窩部不快が出現した。ふらつきと下血があり、当院に救急搬送された。

【既往歴】糖尿病、発作性心房細動、多発性大腸ポリープ、盲腸癌術後、慢性胃炎、十二指腸潰瘍、椎間板炎

【入院時所見】CK:141mg/dL Hb:7.8g/dL K:5.2mEq/L 心電図:洞調律 軽度 ST-T 低下: I . II . aVL.V3.V4.V5.V6

【臨床経過】上部消化管出血を起こしており、高度の貧血のため輸血を開始した。入院時よりモニターにて徐脈傾向であった。入院 4 日目より意識レベル低下、肝酵素は 4 桁に上昇し、薬剤性肝障害かショック肝が疑われた。著しい乳酸アシドーシスで透析が必要と考えられたが、下顎呼吸・高度徐脈のため透析が困難であった。循環器医師にコ

ンサルトがあり、体外ペーシング予定となった。しかし、当日午前中に施行された心電図に、II.III.aVF にて軽度の ST 上昇を認めた。右冠動脈の狭窄を疑い、循環器医師に連絡したところ冠動脈造影検査が追加された。体外ペーシングを挿入し、冠動脈造影にて 3 枝病変が認められた。右冠動脈#1 に 99%の狭窄が疑われたため、病変部 PCI(DCB)を行い、良好に拡張し血流回復を認めた。術後徐脈は認めず自己脈が確認できたため、翌朝には体外ペーシングを抜去した。その後透析を開始し、アシドーシスはやや改善、徐脈も認められていない。

【考察】日頃から、症例検討やカンファレンスなどを定期的に行うことによって、技師の力量を上げていくことや、技師と医師との綿密なコミュニケーションを取り合うことが大事であると思われる。

【結語】今回、技師の報告により、冠動脈造影検査が追加になり、右冠動脈の狭窄がいち早く特定され治療することができた。

連絡先：0776-23-1111（内線:1170）

結合組織病患者の肺高血圧症診断における当院の心臓超音波検査の現状

◎野村 亜希¹⁾、大竹 由香¹⁾、前田 文江¹⁾、木戸口 周平¹⁾、齋藤 清隆¹⁾、濱中 友梨¹⁾、橋本 儀一¹⁾、木村 秀樹¹⁾
福井大学医学部附属病院¹⁾

【背景・目的】肺高血圧症は予後不良の難治性疾患とされていたが、診断および治療法の進歩により予後が改善されてきている。その中でも結合組織病

(CTD)に伴う肺動脈性肺高血圧症 (PAH) は重篤で予後不良であることが多く、早期診断・早期治療が望ましいとされる。PAHの早期診断と重症度判定において心臓超音波検査が施行され、その指標が用いられている。肺高血圧スクリーニング検査の依頼は増加傾向であり、当院検査部で施行した心臓超音波検査におけるCTD患者の検査状況を報告する。

【対象】2020年4月から2021年3月の1年間に当院検査部で心臓超音波検査を実施した6940件。

【結果】肺高血圧や右心負荷評価目的の検査件数は429件(6.2%)あり、そのうちCTD関連の依頼は98件(1.4%)であった。診療科別では89%を皮膚科が占めており、循環器内科で7%が経過観察されていた。疾患別では合併症例を含め85%が強皮症であった。収縮期肺動脈圧推定のため三尖弁逆流速度

波形を記録、最大血流速度が計測可能であったのは74件で、うち2件に肺高血圧の可能性が高いとされる3.4m/sを超える症例を認めた。2.9~3.4m/sで肺高血圧の可能性が中等度とされる症例は7件認められたが、肺高血圧を示唆する他のエコー所見はすべての症例で認めなかった。

【結語】CTD-PAHスクリーニング目的の心臓超音波検査において、頻度は低いが肺高血圧症の可能性が高い症例を認めた。CTD-PAHの早期診断・早期治療には、非侵襲的で繰り返し施行可能な心臓超音波検査が有用であり、正確な検査結果・指標の提供が望まれる。肺高血圧診断目的の検査においては三尖弁逆流最大血流速度以外の肺高血圧示唆所見、計測のルーチン化の必要性を感じた。さらに、右心不全の重症度が予後に影響するといわれており、右心機能評価のための計測項目、指標の検討が必要と考えられた。

連絡先：0776-61-8685, anomura@u-fukui.ac.jp

膵管内出血を伴った膵管内管状乳頭腺癌の一例

◎坂上 綾華¹⁾、中尾 由佳¹⁾、井西 千晶¹⁾、錦 沙由理¹⁾、櫻井 理子¹⁾、植田 七海¹⁾、森 雅美¹⁾
医療法人 宝生会 PL病院¹⁾

【はじめに】膵管内管状乳頭腺癌(ITPC)は膵管内腫瘍の一つで稀な疾患である。今回、我々は膵管内出血を伴ったITPCの一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】85歳女性。10日前から灰白色便を認め心窩部痛、食欲低下、嘔吐が出現した。他院エコーで総胆管結石が疑われ精査目的のため当院紹介となった。【腹部超音波検査所見】膵頭部から尾部にかけて膵管が径14mmと著明に拡張し、膵管内に低エコーの充実性腫瘍の充満を認めた。膵尾部に28x17mmの境界やや不明瞭で不整な高エコー腫瘍を認めた。腫瘍は充実性で小さな嚢胞様構造の散在が見られた。カラードプラでは尾部の腫瘍及び膵管内充実性腫瘍に血流表示は見られなかった。また胆嚢腫大と総胆管及び肝内胆管拡張を認めた。【ERCP所見】Vater乳頭に血腫及び出血が見られ、スコープでの膵管、総胆管の観察は困難であった。【MRCP所見】頭部～尾部まで主膵管の拡張を認め膵体尾部では拡散低下を伴う多嚢胞性病変を認めた。Vater乳頭から主膵管内は鑄形状のT2低信号を呈していた。【腹部造影CT所見】主膵管に拡張を認めたが内部に造影

効果は得られなかった。また膵体尾部には乏血性の腫瘍の存在が疑われた。以上の検査所見より主膵管型IPMNやIPMCからの膵管内出血と考えられ膵体尾部切除術が施行された。【病理組織学的所見】切除標本肉眼所見では膵体部から尾部にかけて拡張した膵管内に腫瘍を認めた。粘液は見られなかった。病理組織所見では主膵管内の腫瘍は管状に増殖する腫瘍細胞で占められていた。膵管内で出血が所々で見られ、特に尾部の主腫瘍からの出血が多く見られた。以上より、膵尾部から頭側にかけて膵管内進展及び出血を伴うITPCと診断された。

【考察】膵管内腫瘍のうちITPCは3%と稀な腫瘍である。粘液産生に乏しく膵管内に塊状に増殖し、超音波所見では膵管内に充満する低エコー腫瘍として描出される。本例は膵尾部の主腫瘍から膵管内進展に加えて出血を伴っていたことが特徴であった。術前の画像検査では拡張した膵管内はIPMNやIPMCからの出血と考えられていたが、実際には膵管内に進展した腫瘍及び出血を捉えているものと思われる。連絡先：PL病院 中央検査部 0721-24-3100

健診の腹部超音波検査が診断の契機となった膵管癌の1例

◎長谷川 礼¹⁾、加藤 素子¹⁾、飯野 寿代¹⁾、牧田 朋有¹⁾、鷲田 美春¹⁾
福井県済生会 福井県済生会病院¹⁾

【はじめに】膵癌は特異的な症状が乏しく、予後不良の難治性癌であり、治療成績の向上には早期発見が不可欠である。今回、健診受診時に膵管の軽度拡張を認め、それを契機に膵頭部癌が疑われ、精査の結果切除術に至った1症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代女性。主訴：特になし。2015年に左腹背部の不快感で外来受診し、CTで偶発的に膵頭部に10mm大の小嚢胞を認め、分岐型IPMNが疑われていた。2021年3月の健診受診時の腹部超音波で主膵管の軽度拡張を認めた。

【腹部超音波所見】体部の主膵管は3.4mmと軽度拡張あり。嚢胞や充実性腫瘍等は描出されなかった。

健診受診時の腹部超音波所見から膵疾患外来へ紹介となり精査となった。

【CT所見】2015年と比較し主膵管拡張（6mm程度）あり。膵頭部に12mmの嚢胞性病変があり主膵管との連続が疑われる。【MRI所見】膵頭部に12mmの分葉状の嚢胞あり。拡張制限なし。主膵管との連続がありそうで分岐型IPMN疑い。明らかな腫瘍性病変はなし。主膵管は頭部で

7mm、体部で5mm程度。【ERP所見】膵頭部主膵管にて5mm程度の内腔の狭細化を認めその上流の主膵管は数珠状拡張を認める。【EUS所見】主膵管は膵頭部にて一部限局性狭細部を認め、同部より上流は6mm程度の拡張を認める。狭細部に隣接して壁の肥厚と壁在結節が目立つ嚢胞性病変あり。IPMCの疑いあり。【膵液細胞診】核形不整を有する異形細胞が小型の集塊状に少数出現。集塊辺縁の凹凸や核偏在を認め、腺癌が疑われる。

以上の画像所見よりIPMC疑いとされ、膵頭十二指腸切除術が施行された。

【病理学的所見】膵頭部に4×6mmの浸潤性膵管癌と、7×5mmの多房性の嚢胞性病変は分岐型のIPMCと診断された。

【考察】膵癌の早期発見は困難で無症状症例からの拾い上げが急務である。腫瘍自体を指摘出来なくても間接所見として膵管拡張や膵嚢胞を積極的に描出して臨床に反映していくことが重要と考える。

連絡先：福井県済生会病院 0776-23-1111（代表）

悪性腫瘍と鑑別が困難であった肝内胆管腺腫の一例

◎植田 七海¹⁾、中尾 由佳¹⁾、井西 千晶¹⁾、錦 沙由理¹⁾、櫻井 理子¹⁾、坂上 綾華¹⁾、森 雅美¹⁾
医療法人 宝生会 PL病院¹⁾

【はじめに】胆管細胞由来の稀な良性腫瘍である肝内胆管腺腫の一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

【症例】68歳男性。既往歴：急性腎不全
現病歴：高血圧、脂質異常症、2型糖尿病。他院で肝腫瘍を指摘され、精査目的の為、当院に受診となった。

【超音波検査所見】肝 S5/8 に約 1cm 大の腫瘍を認めた。形状は円形、境界明瞭で輪郭は整、内部低エコー均一であった。カラードプラでは周囲から内部に流入する拍動性の豊富な血流シグナルを認めた。Real-time Tissue Elastography (RTE)では、周囲肝実質よりも硬く描出された。

【MRI 検査所見】T1 強調画像で周囲肝実質よりも低信号、T2 強調画像で等信号を示した。dynamic 造影では、動脈相で厚いリング状の造影効果を示し、肝細胞相で造影剤の取り込み欠損を認めた。肝細胞癌や多血性の胆管細胞癌、多臓器原発の多血性悪性腫瘍の肝転移等が考えられ、確定診断の為に肝生検を行った。

【病理学的所見】小型管状腺が密に増殖している腫瘍であった。間質は線維化が軽度から中等度みられ、腫瘍内に門

脈域と思われる結合組織の多い部分があった。免疫染色を実施し、肝内胆管腺腫と診断された。

【考察】肝内胆管腺腫は、極めて稀な良性上皮性腫瘍である。発生頻度は、Edmondson によると肝原発性腫瘍の 1.3%とされ、医中誌で検索し得た限り、本邦では過去に 19 例の報告があるのみである。肝内胆管腺腫は、肝皮膜下に好発し、1cm 以下の硬い腫瘍であることが多い。胆管上皮類似の分枝性胆管がグリソン鞘に接した部位へ集簇的に増殖し、線維性結合組織の豊富な間質成分が腺管を取り囲むことが特徴であり、リンパ球や好中球の浸潤を見ることが多いとされている。炎症細胞浸潤の程度や線維化の程度により様々な画像パターンを呈するという報告もあり、画像のみの鑑別が困難である。本例においても低エコー均一な腫瘍を呈し、拍動性の豊富な血流シグナルを認め、RTE で硬く描出されたため、悪性腫瘍との鑑別が困難であった。予後は良好とされているが、腺腫から胆管癌が発生した例も報告されており、経過観察が必要であると思われる。
連絡先：PL病院 中央検査部 0721-24-3100

Budd-Chiari 症候群の一例

◎原口 律香¹⁾、友葭 明日香¹⁾、牧野 美穂¹⁾、今津 直子¹⁾、安田 栄泰¹⁾、山崎 正之¹⁾
恩賜財団 済生会 大阪府済生会中津病院¹⁾

【はじめに】 Budd-Chiari 症候群 (BCS) は、肝静脈の主幹あるいは肝部下大静脈の閉塞や狭窄により門脈圧亢進症に至る症候群と定義されており、稀な疾患である。今回、超音波検査を契機に発見された BCS の一例を経験したので報告する。【症例】 50 歳代女性【主訴】 腹部膨満感、心窩部痛【既往歴】 子宮筋腫摘出【現病歴】 潰瘍性大腸炎にて他院通院中に腹部膨満感と心窩部痛を自覚。肝機能障害を認めため、当院消化器内科紹介となった。【血液生化学検査】 WBC $11.4 \times 10^3 / \mu\text{L}$, RBC $5.54 \times 10^6 / \mu\text{L}$, Hb 14.3 g/dL, Plt $34.6 \times 10^4 / \mu\text{L}$, PT 15.6 sec, T-Bil 2.1 mg/dL, AST 188 U/L, ALT 176 U/L, γ -GTP 104 U/L, Alb 4.0 g/dL, CRP 0.61 mg/dL, HBs-Ag (-), HCV-Ab (-), AFP 0.5 ng/mL 未満, PIVKA II 23 mAU/mL【腹部超音波】 肝臓は両葉ともに腫大し、肝縁はやや鈍、表面平滑、実質エコーは全体的に不均一であった。右肝静脈の構造は認めたが、内腔は描出されず、血流シグナルも検出できなかった。左・中肝静脈には B モード上は明らかな異常所見を認めず、血流シグナルは心拍動により評価不良であった。肝部下大静

脈は狭小化しており、門脈血流は逆行性で、脾腫と多量の腹水を認めた。【造影 CT】 右肝静脈は起始部のみ造影され、末梢は造影されず、左・中肝静脈は同定できなかった。肝部下大静脈は狭小化していたが開存しており、膜様閉塞は見られなかった。肝臓にまだら状の低吸収域を認めた。

【上部内視鏡】 食道静脈瘤を認めた。また、前庭部にびらんが多発しており、背景粘膜は浮腫状で、うっ血や門脈圧亢進症を疑う所見であった。【腹水穿刺・細胞診】 腹水は漏出性で、悪性細胞の出現は認めなかった。【遺伝子変異解析】 JAK2 遺伝子変異陽性であった。以上より、BCS と診断され、脳死肝移植待機となった。【考察】 超音波検査は BCS の確定診断所見である肝静脈・下大静脈の狭窄や閉塞をとらえることができ、診断に有用である。腹水及び肝障害を示す所見があれば、同疾患を鑑別の一つとして考慮する必要があると考える。

連絡先：06-6372-0333(内線 3322)

乳癌との鑑別に難渋したコレステリン肉芽腫の一例

◎井西 千晶¹⁾、中尾 由佳¹⁾、錦 沙由理¹⁾、櫻井 理子¹⁾、坂上 綾華¹⁾、植田 七海¹⁾、森 雅美¹⁾
医療法人 宝生会 PL病院¹⁾

【はじめに】コレステリン肉芽腫は、耳鼻科領域で比較的多く見られる疾患だが、他の領域に発生する事は稀である。今回、画像上、乳癌との鑑別を要した乳腺コレステリン肉芽腫を経験したので報告する。

【症例】66歳，女性【既往歴・現病歴】特記事項なし

【主訴】右乳房腫瘤触知

【超音波検査所見】右乳房Dareaに17×14×13mm，D/W比0.8の多角形腫瘤を認めた。腫瘤は境界不明瞭でhaloがあり，内部は低エコー不均一，点状の高エコーが多数見られ無エコー域を伴い，後方エコーは増強していた。また，ストレインエラストグラフィによるつくば弾性scoreは3，strain ratioは4.8であり比較的硬い腫瘤であった。カラードプラではhypovascularで，境界に沿う血流を認めた。以上の所見より悪性と考えカテゴリー5と判定した。

【マンモグラフィ所見】右乳房MLO，M領域，CC，O領域に一部境界不明瞭なisodenseな腫瘤を認めカテゴリー4と判定された。超音波検査所見，マンモグラフィ所見共に，悪性を疑い針生検が施行された。しかし，悪性所見は

認めず，経過観察を検討するも患者本人の意向もあり，腫瘤摘出術が施行された。

【病理組織学的所見】結合組織で囲まれた嚢胞構造を有し，異物巨細胞に囲まれた多数のコレステリン裂隙が見られ，コレステリン肉芽腫と診断された。

【考察】コレステリン肉芽腫は血液の分解産物であるコレステリン結晶が組織内に沈着し，周囲組織の異物反応を生じて形成される肉芽腫である。本邦における乳腺領域での報告例は医中誌で検索した限り本症例を除き16件であり稀な疾患である。いずれの領域でも悪性腫瘍との鑑別を要し多くは摘出する症例が多い。また，一旦形成された肉芽腫は易出血性であり，出血を繰り返すことにより増大していくとの報告や，コレステリン肉芽腫と癌が合併した症例も報告されている。本症例では，haloの存在により超音波検査所見上，悪性を疑ったが，嚢胞構造周囲の厚い結合組織がhalo様を呈したと考えられた。

【結語】乳癌との鑑別を要したコレステリン肉芽腫を経験した。連絡先：PL病院 中央検査部 0721-24-3100

超音波検査にて経時的变化を観察し得た肉芽腫性乳腺炎の1例

◎高橋 香織¹⁾、大野 久美¹⁾、金 寛幸¹⁾、井上 拓都¹⁾、安藤 優衣子¹⁾、佐伯 仁志¹⁾、河合 健¹⁾
独立行政法人 国立病院機構 敦賀医療センター¹⁾

【はじめに】肉芽腫性乳腺炎は肉芽腫や膿瘍形成を特徴とする良性の炎症性疾患である。また、出産から5年以内の妊娠可能な女性に多くみられ、原因不明の比較的稀な疾患である。今回、当院で乳房超音波検査（以下MMUS）画像の経時的变化を観察し得た1例を経験したので報告する。

【症例】38歳、女性。5年前に出産。1週間前から左乳房外側下部に急速に増大する腫瘤を自覚し受診した。

MMUSでは左D区域に径40mm、形状は不整形、境界は一部不明瞭、後方エコーは増強し、内部は不均質で低～等エコーを呈し、スリット状無エコー域、高エコースポットを認めた。腫瘤内部には豊富な血流シグナルを認め、カテゴリー4と判定した。推定疾患として葉状腫瘍を考え、浸潤性小葉癌、乳腺症を鑑別疾患に挙げた。マンモグラフィは、僅かに高濃度で境界不明瞭な腫瘤を認め、カテゴリー3と診断された。針生検では小葉の萎縮と線維化、炎症性浸潤細胞を顕著に認め、悪性を示唆する所見は認めず、炎症性肉芽腫と診断された。初診1か月後にしこりの増大を認め、再度MMUSを施行した。左D区域の低エコー像と連続し

て、左E区域に混合性病変を認め膿瘍形成が疑われた。その後精査目的で造影MRIを施行し、左外側部に不整形腫瘤を認め、内側部には一部壊死性変化がみられた。初診1.5か月後に他院でUSガイド下吸引式針生検を施行し、肉芽腫性乳腺炎と診断され、その後シートンドレナージが実施された。初診5か月後のMMUSでは左E区域には前回より縮小化した低エコー域を認めるも、膿瘍形成は認めなかった。

【考察】初診時のMMUSでは葉状腫瘍を疑ったが、病理組織像から、スリット状無エコー域と認識した部分は小葉を中心とする肉芽腫が融合した一部と考えられた。また、豊富な血流シグナルは肉芽腫形成部位の毛細血管の増殖や炎症による血流増加によるものと考えられた。本症例では、病状の進行に伴い腫瘤性病変から混合性病変まで様々なエコー像を呈した。肉芽腫性乳腺炎の場合、様々な病期の患者を的確に診断することが重要で、非侵襲的検査であるMMUSは経過観察や治療効果判定を行う上で有用であると考えられた。 連絡先：0770-25-1600

高齢者乳がんの一症例

薬物治療後の経過を観察できた一症例

◎岩堂 清美¹⁾、尾花 康子¹⁾、保城 園美¹⁾、荒木 ゆき奈¹⁾
一般財団法人 京都工場保健会¹⁾

演題タイトル：高齢者乳がんの一症例

サブタイトル：薬物治療後の経過を観察できた一症例

本文：【背景】いままで乳がんの好発年齢は40歳代～50歳代とされてきた。しかし最近では、乳がん発症年齢は2相性と言われ、60歳代にも増えているとの報告がある。

今回、しこりの自覚にて発見された高齢者乳がんの症例について報告する。

【症例】90歳代女性。2018年12月左乳房にしこりを自覚し、当院に紹介となった。超音波検査では、しこりの自覚部分に10mm×13mm×12mmの縦横比が大きく、形状不整、境界明瞭粗ざう、前方境界線の断裂がある腫瘤を認めた。マンモグラフィでは、同部位にカテゴリー4の微細分葉状腫瘤を認めた。病理組織診断では、浸潤性乳管癌の充実型であった。免疫染色ではER:100%、強 PgR:1-10%中～強、HER2:1+ CK19:++であった。

治療は、本人希望により外科的手術は行わず、2019年1月より薬物治療(ホルモン剤：レトロゾール)が処方され現在も経過観察中である。2019年4月～2021年4月の間に超

音波検査を7回行い、乳がんの縮小傾向を認めた。

【考察】一般的な乳がん治療は切除術に加え薬物治療や放射線治療がある。高齢者の場合、手術に耐えられる体力があるか、また『もう歳だから』と手術を拒否される場合もあるようだ。今回、薬物治療(ホルモン剤)により、経時的に縮小していく症例を見られたことは良い経験になった。今後もこの症例の経過を見ていきたいと考えている。

また、今回しこりの自覚にて受診された症例であった。高齢者では乳腺のほとんどが脂肪組織のため、乳腺が軟らかくしこりが出来てもみつけやすい。最近高齢者の乳がんが増えているという背景もある。もし自己触診でしこりを見つけた場合は早めに医療機関を受診していただきたい。

連絡先—075-823-0524 京都工場保健会 技術部検査課

甲状腺超音波健診の腫瘍性病変に対する要精査の判定基準の検討

◎與儀 朱里¹⁾

一般財団法人 新田塚医療福祉センター 福井総合クリニック¹⁾

【はじめに】甲状腺超音波検査は一般に健診項目に含まれず、ドック学会においても甲状腺超音波検査の判定区分はない。我々が使用してきた判定基準は当院独自のものであり、長年見直しがされていなかった。当院では10mm以上の腫瘍性病変と10mm未満の腫瘍性病変で悪性所見を伴う場合を要精査としていた。しかし実際癌を的確に拾い上げられているか調査されていなかった。そこで腫瘍性病変の癌の割合を調査し、臨床的に治療の対象となる腫瘍性病変を要精査に判定することを目的に、腫瘍性病変に対する要精査の判定基準の作成の検討を行った。

【対象及び方法】2013年10月から2018年9月に人間ドックで甲状腺超音波検査を実施した4258例のうち、腫瘍性病変で要精査と判定された412例を対象とした。腫瘍を大きさと性状で以下のように7つの群に分類した。①2mm以上の石灰化病変②10mm未満の悪性所見を伴う腫瘍③10～20mmの悪性所見を伴う充実性腫瘍④10～20mmの悪性所見を伴わない充実性腫瘍⑤21mm以上の充実性腫瘍⑥10～20mmの嚢胞性腫瘍⑦21mm以上の嚢胞性腫瘍。充実部のある嚢胞性腫瘍は

充実性腫瘍に分類した。これらの穿刺吸引細胞診の結果を調査し、癌の割合を求め、群ごとに比較検討した。

【結果】10～20mmの悪性所見を伴う充実性腫瘍の17%、10mm未満の悪性所見を伴う腫瘍の16%、2mm以上の石灰化病変の6%に甲状腺癌を認めた。10～20mmの悪性所見を伴わない充実性腫瘍、21mm以上の充実性腫瘍、嚢胞性腫瘍に癌は認めなかった。

【考察】今回の結果と甲状腺超音波診断ガイドブックを参考に、当院では2mm以上の石灰化病変、悪性所見を伴う20mm以下の充実性腫瘍、21mm以上の充実性腫瘍、嚢胞内充実部が10mmを超える嚢胞性腫瘍を要精査とする。悪性所見を伴わない20mm以下の充実性腫瘍、嚢胞内充実部が10mm以下の嚢胞性腫瘍は経過観察とする判定基準が望ましいと思われる。腫瘍性病変は腫瘍の大きさだけでなく、悪性所見に十分注意し、見落とすことが無いように注意深い観察が必要だと考える。

福井総合クリニック 0776-21-1300 (2000)

DLCO、D'LCO の予測値に関する検討

◎有吉 輝¹⁾、木戸口 周平¹⁾、前田 文江¹⁾、片山 真理恵¹⁾、大竹 由香¹⁾、齋藤 清隆¹⁾、橋本 儀一¹⁾、木村 秀樹¹⁾
福井大学医学部附属病院¹⁾

【背景・目的】肺拡散能力検査（DLCO、D'LCO）は、肺から体内への酸素の取込みやすさを調べる検査であり、間質性肺炎や慢性閉塞性肺疾患による拡散障害の程度や重症度判定などを目的とし、測定される。DLCO 及び D'LCO の評価は、被験者の測定値と健常人データに基づく予測値との比較により相対的に行われ、日本呼吸器学会による呼吸機能検査ガイドラインでは、予測値に対して実測値が 80%以上を正常としている（%DLCO、% D'LCO）。これまで多くの予測式が報告されており、国内では DLCO は Burrows 式、D'LCO は Mc Grath 式を用いる施設が多い。今回、当院臨床医より %DLCO と % D'LCO の評価の乖離症例について問い合わせがあり、両予測式について調べる機会を得、使用する予測式により病態を過大あるいは過小評価している可能性が考えられたため両予測式の関連性について検討した。【対象】症例は 17 歳女性（身長 162cm、体重 53.2kg）。臍帯血移植後の経過観察で呼吸機能検査が実施され、肺活量 3.9L、努力性肺活量 3.9L、一秒量 3.5L、一秒率 89%、DLCO 20.8mL/min/mmHg（%DLCO 92%）、

D'LCO 20.1 mL/min/mmHg（% D'LCO 68.3%）、Hb 13.6g/dl であり基準値 80%に対する %DLCO と %D'LCO の評価が乖離していた。当院で使用している DLCO、D'LCO の各予測値を年齢、性別に着目し比較した。

【結果】日本人の平均身長、体重を用いて（厚生労働省 統計情報）DLCO と D'LCO の予測値を算出し、年齢、性別に着目すると、女性では 20 歳代で D'LCO は DLCO より約 6ml/min/mmHg 高く、55 歳ごろ同値になり、70 歳代では約 3.4ml/min/mmHg 低くなった。本症例における DLCO と D'LCO の予測値に 6.8ml/min/mmHg の差があり、実測値との相対的評価では 24%の差となった。【考察】本症例は DLCO および D'LCO 実測値に差を認めないにもかかわらず、相対的にみると %DLCO と %D'LCO の評価に乖離が見られた。その原因として、両予測式が異なる集団から作成されていること、またそれぞれの予測値の関係が加齢とともに一定の動向を示さないことが考えられた。
連絡先：0776-61-3111（内線 3380）

発作時脳波を契機として診断された側頭葉てんかんの1例

◎田外 大輝¹⁾、山崎 正之¹⁾、高塚 慶子¹⁾、田村 仁香¹⁾、深田 恵利奈¹⁾
社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会中津病院¹⁾

症例は70歳代男性。既往歴は胆嚢摘出術、大腸ポリープ等で熱性痙攣はなし。202X年7月に3分ほどの意識減損が出現し、立位保持のまま呼びかけで回復した。近医受診するも異常はみられなかった。その後4ヶ月の間に合計4回の同様の発作が出現した。一連の発作において前駆症状、自動症は認めなかった。当院循環器内科を受診し、心原性失神またはてんかんが疑われ、精査目的にて入院となった。頭部MRIでは左椎骨動脈に一部解離を認めたが、その他異常はみられず、2回施行した脳波検査でも発作を示唆する所見は認めなかった。心臓疾患も認められず、発作も認められなかったため、経過観察となった。退院から2ヶ月後に数分間の記憶障害を認め、脳波検査を施行するも発作を示唆する所見は認めなかった。その後、約1年間は発作が出現せず、経過観察としていたが、意識減損発作が1ヶ月間で頻回に出現したため、脳波検査を施行した。覚醒時は基礎律動9~11Hzの α 波が頭頂部から後頭部優位に認め、てんかん性放電も認めなかったが、睡眠stageN2に移行した際に突然、口部自動症から始まり、その後数秒間の全身

痙攣とみられる発作が出現した。発作中、開眼はしているが呼名するも反応はみられず、発作後は反応良好であった。発作時脳波では左側頭部からと考えられる律動性波の進展が認められ、不整脈の出現は見られなかった。過去の間診、発作時症状と脳波より側頭葉てんかんの診断となり、抗てんかん薬が処方された。現在まで発作の出現はみられていない。

高齢者てんかんは65歳以降にてんかんを発症するものを指し、その中で側頭葉てんかんは日本で約7割と一番多くを占める。しかし、脳波検査では約30%が正常所見でてんかん性放電の検出率も26~45%と低く、診断が困難といわれている。さらに通常の脳波検査で発作が記録できるのは2.5~7%といわれており、発作に遭遇することも比較的稀である。今回、本症例のように過去の脳波検査ではすべて発作を示唆する所見を認めなかったが、偶然にも記録中に発作時脳波を捉えたことで診断に至った。発作出現時には発作の様子を観察と脳波記録を残すことが重要であると再認識した。連絡先：06-6372-0333（内線：5402）