

## 超音波検査実績

超音波診断報告書抄録

受 験 者 氏 名 \_\_\_\_\_ 淡路 花子 \_\_\_\_\_

抄 録 番 号	6	年 齢	83歳	性 別	女
検 査 年 月 日	20〇〇年〇月〇日			疾患コード	A - 6
施 設 名	超音波病院				
[超音波検査所見]					
<p>卵巣：下腹部右側、骨盤腔内に165×105mmの境界明瞭な嚢胞性腫瘍を認める。  腫瘍は、腹膜内に認められ、周囲に腹水の貯留はみられなかった。  嚢胞内部の尾側には、やや厚みのあるステントグラス様の細かい隔壁エコーを認める。  隔壁内に微細な内部反射を有する部分がみられた。また、尾側の細かい隔壁内に充実性の部分がみられたが、明らかな血流シグナルや周囲への浸潤像は認めなかった。  消化管の蠕動運動は良好、膀胱の圧排は認められなかった。</p> <p>子宮：描出不良</p> <p>消化管：卵巣腫瘍により、消化管は、頭側および左側へ移動していたが、圧排狭小化は無く、蠕動運動も良好であった。</p> <p>肝臓：萎縮および腫大なし。肝縁は鈍。表面は整。実質エコーは不均一。  肝・腎コントラストなし。明らかな腫瘍は認められない。</p> <p>胆嚢：腫大なし。壁肥厚なし。結石を示唆するstrong echoなし。隆起性病変なし。</p> <p>胆管：肝内胆管拡張なし。肝外胆管は6mmと拡張なし。</p> <p>膵臓：腫大なし。実質エコーは高エコーで均一。主膵管は2mmと拡張なし。腫瘍性病変なし。</p> <p>脾臓：spleen indexは10cm<sup>2</sup>（千葉大学第一内科の計測法）と腫大なし。腫瘍性病変なし。</p> <p>腎臓（両腎）：腫大なし。腎盂腎杯の拡張なし。結石を示唆するstrong echoなし。腫瘍性病変なし。</p> <p>膀胱：蓄尿十分、壁肥厚なし、隆起性病変なし。</p> <p>腹部大動脈：拡大なし。</p> <p>腹腔内リンパ節：腫大なし。</p> <p>腹水：貯留なし。  胸水：貯留なし。  心嚢液：貯留なし。</p> <p>下肢静脈の超音波検査：  腹腔内の巨大腫瘍により静脈は圧排され、総腸骨、外腸骨静脈は描出不良であった。総大腿静脈から下腿の静脈にかけて血流は非常に鬱滞し、右側ヒラメ静脈中央枝内に25×3mmの輝度の低い新鮮血栓を認めた。また、下腿の皮下液体貯留(皮下浮腫)が著明であった。</p>					
超 音 波 診 断 *	卵巣腫瘍 (粘性性嚢胞腺腫 疑い)				

抄 録 番 号	6	受 験 者 氏 名	淡路 花子
<b>【主訴】</b> 心疾患による呼吸困難			
<b>【臨床経過】</b> 20〇〇年より、心房細動などにて循環器内科へ通院加療中、20〇〇年に呼吸困難を主訴に緊急入院となった。呼吸困難の原因は、心拍頻脈による軽度の心不全であったが、入院中に下肢浮腫が出現、D-dimerも高値であったため深部静脈血栓の有無を確認するため超音波検査を施行した。その際、腹腔内に巨大腫瘍を認め、精査目的のため婦人科と供観となった。 血液検査：末梢血データ WBC 5590 $\mu$ l、RBC 308 $\times$ 10 <sup>4</sup> 、Hb 12.2g/dl、PLT 18.8 $\times$ 10 <sup>3</sup> / $\mu$ l、PT% 16%、D-dimer 5.2 $\mu$ g/l 生化学データ 正常 腫瘍マーカー AFP 5 ng/dl、CEA 4 ng/ml、CA19-9 45U/ml、CA125 23U/ml			
<b>【他の画像所見】</b> 造影CT：骨盤右側から腹腔内に腫瘍性病変を認める。内部は多房性病変から成り立っており、部分的にdensityの高い領域がみられた。尾側よりに嚢胞性病変が多数存在している。造影後、背側一部がほかにくらべて強く造影される部分が見られ、わずかに充実成分が存在している可能性が考えられるが、周囲への明らかな浸潤像はみられなかった。 造影MRI：T1WIは筋層と等信号、T2WIは高信号を呈する病変がみられた。内部信号は一部不均一で、隔壁あり、ステンドグラス様を示している。隔壁内は、T1WIのout phaseで信号低下は認めず、造影では辺縁と隔壁に増強効果を認め、壁の肥厚と考えられた。周囲への浸潤像はみられなかった。			
<b>【手術所見】</b> 2012年9月25日に右卵巣を含む腫瘍を摘出された。病理組織診断では、高円柱腫瘍細胞が嚢胞構造を形成し、増殖傾向が強くMucinous intestinal borderline tumorであった。一部核異型の強い腫瘍細胞を認めたが、明らかな浸潤像と断定できる像は含まなかった。			
<b>【考察】</b> 本症例のBモード像は、多房性嚢胞像を示し、隔壁は薄く均一であり、隔壁の明らかな肥厚は認めなかった。嚢胞内には微細顆粒状エコーが観察され、粘液性成分による内容物の充満が示唆された。MRIでも、粘液性腫瘍で観察される頻度が高いとされる、各房の信号強度が異なるステンドグラス様の画像を示した。嚢胞尾側にみられた比較的細かい隔壁とその中に充実性部分が認められたが、周囲組織への浸潤像などはなかった。 本症例は、Bモードで充実性の部分が認められたものの、その部分にカラー Dopplerでの血流シグナルが認められなかったことや、周囲組織への浸潤がなかったことから、良性の粘液性の腫瘍を疑った。CT、造影MRI検査でも充実性の部分に増強効果はなかったが、血液検査データにて卵巣悪性腫瘍の指標の一つであるCA19-9は軽度上昇しており、悪性腫瘍の可能性も示唆された。術後病理診断では、各異型の強い腫瘍細胞が認められたが、明らかな浸潤像は無く、境界悪性粘液性腫瘍と診断された。 また、今回腫瘍発見の一助になった下肢静脈の超音波検査では、腹腔内の巨大腫瘍により静脈は圧排され、総大腿静脈から下腿の静脈にかけて血流は非常に鬱滞していた。血流の鬱滞によりヒラメ筋内に新鮮血栓ができたと考えられる。			
最 終 診 断 *	卵巣腫瘍 (境界悪性粘液性腫瘍)		

公益社団法人日本超音波医学会理事長 殿

公益社団法人日本超音波医学会の定める超音波指導検査士（腹部領域）認定試験を受験する基準に十分な抄録であることを認めます。

公益社団法人日本超音波医学会  
認定超音波指導医または代議員氏名  
(自署)

印

指導医の場合記入してください (SJSUMNo - )

抄 録 番 号

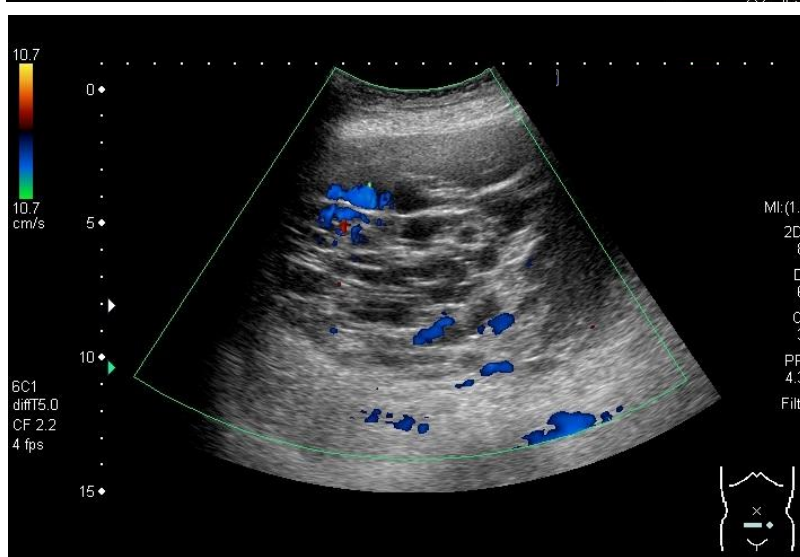
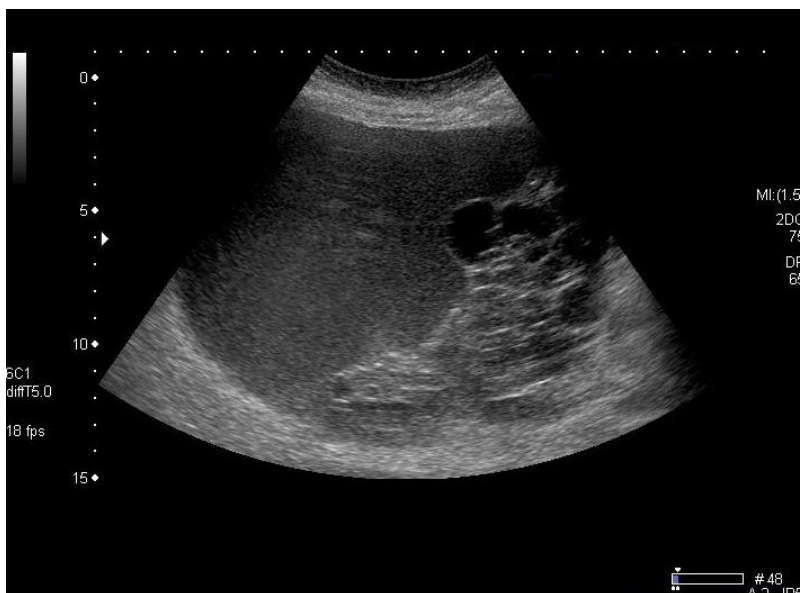
6

受 験 者 氏 名

淡路 花子

[写真貼付欄]

※写真裏面に、受験者氏名・受験領域・抄録番号を付記し、はがれないように貼付すること（写真は1症例につき5枚以内とする）。



[スケッチ記入欄]

※パソコンのドローソフトを用いて作成したシエーマは認めない。

