



胸部単純X線写真



CT撮影時のscanogram (「疑似」腹部単純X線写真)

症例 87歳，女性

現病歴 主訴は胸やけ，心窩部痛。腹痛の訴えはなかった。逆流性食道炎のため消化器内科へ通院中。エソメプラゾールを投与中，上記を訴え受診した

来院時所見

身長	150cm
体重	50kg
体温	36.4℃
血圧	126/79 (94) mmHg
腹部触診	平坦，軟，圧痛なし
〔血液検査〕	
WBC	$12.06 \times 10^3 / \mu\text{L}$
RBC	$470 \times 10^4 / \mu\text{L}$
Hb	13.9g/dL
Ht	42.5%
MCV	90fL
Plt	$23.6 \times 10^4 / \mu\text{L}$

解答 → p80

たかが単純X線，されど単純X線！ 腹痛の原因は？

出題・解説 中村真一，岸野真衣子



腹部単純X線写真(臥位)

症例 43歳，女性

現病歴 ときどき，右側腹部に鈍痛を自覚していた。
昨日の夕食後に腹痛，下痢，血便を認めた
ため，救急外来を受診した

既往歴 高血圧で内服加療中

家族歴 特記すべき事項なし

来院時所見

〔血液検査〕

WBC	$12.7 \times 10^3 / \mu\text{L}$
-----	----------------------------------

RBC	$389 \times 10^4 / \mu\text{L}$
-----	---------------------------------

Hb	12.2g/dL
----	----------

Ht	39.3%
----	-------

Plt	$21.1 \times 10^4 / \mu\text{L}$
-----	----------------------------------

〔生化学検査・他〕

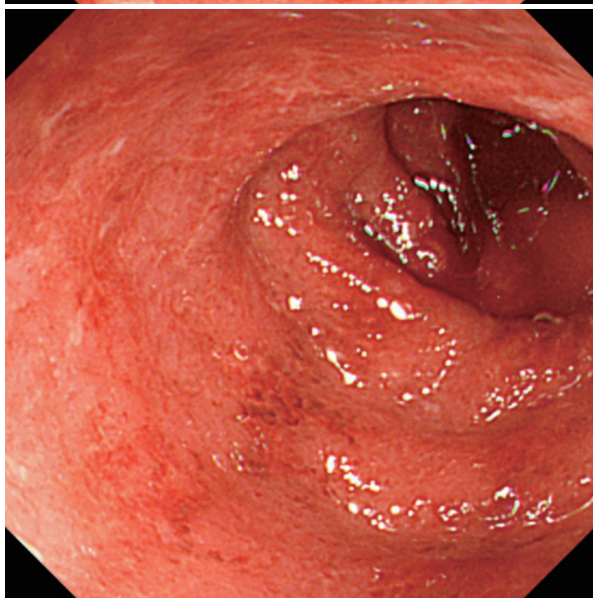
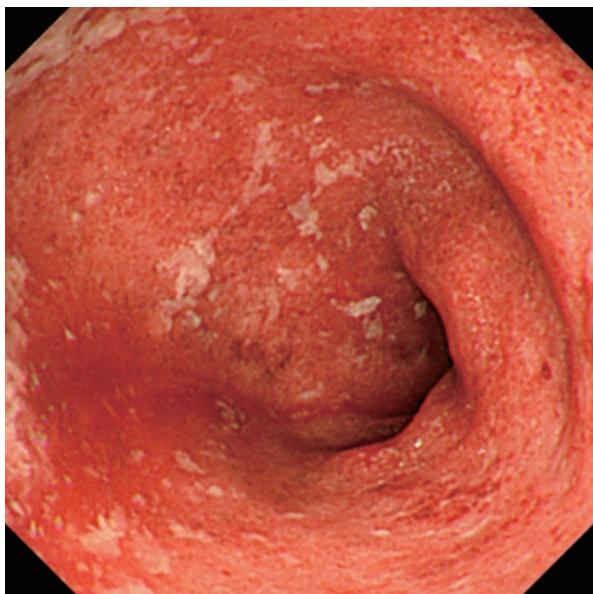
CRP	2.1mg/dL
-----	----------

右側腹部に自発痛と圧痛を認める。筋性防御や反跳痛は認めない

解答 → p82

びまん性の発赤・浮腫状粘膜…… 潰瘍性大腸炎か？

出題・解説 伊東 傑, 和田晃典, 杉原奈央, 古橋廣崇, 永尾重昭



大腸内視鏡検査

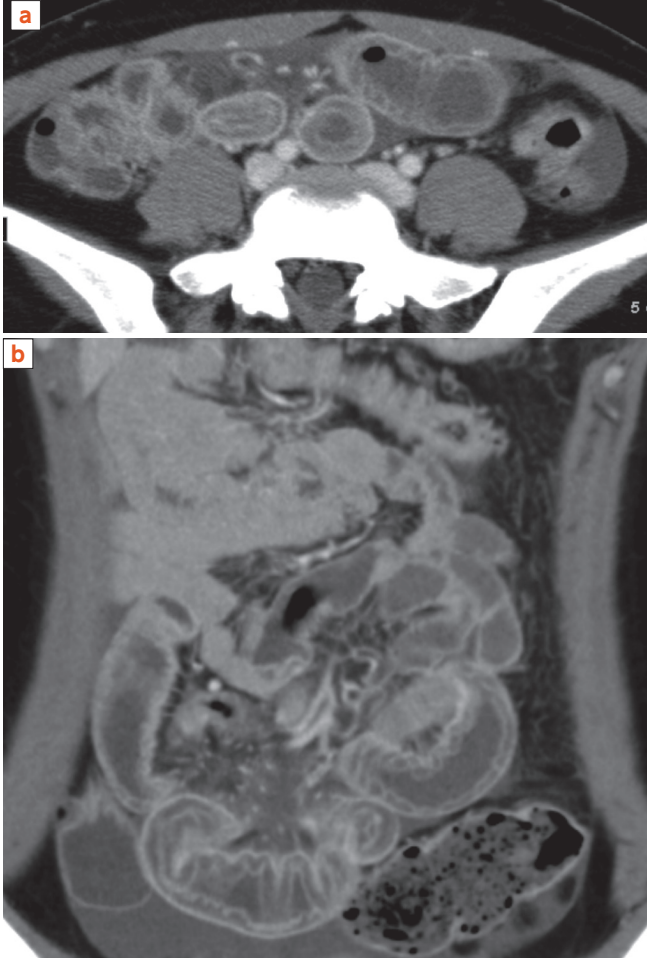
症例 40歳, 男性

現病歴 201X年10月頃より腹痛・血便を主訴に近医を受診し, 精査・加療目的で当院外科に紹介受診。緊急の大腸内視鏡検査(S状結腸まで)でびまん性の発赤・浮腫状粘膜を認め, 潰瘍性大腸炎の疑いで当科に紹介

既往歴・内服歴 特記すべき事項なし

来院時所見	
体温	36.4℃
〔血液検査〕	
WBC	$3.7 \times 10^3 / \mu\text{L}$
好中球	65.8%
リンパ球	22.9%
Hb	14.7g/dL
〔生化学検査・他〕	
Alb	3.8g/dL
CRP	8.2mg/dL
血沈	13mm/時

解答 → p132



腹部造影CT

a:横断像, b:冠状断像

症例 20歳代, 女性

現病歴 前日夜より胃部不快感あり。昼頃より腹痛, 嘔吐が出現し改善せず, 救急外来受診。意識清明, バイタルサイン問題なし。心窩部を最強点とする腹部全体の圧痛あり。排便は水様便。生もの摂取, 海外渡航歴なし。妊娠の可能性なし

既往歴 急性胃腸炎で4回入院歴あり

家族歴 特記事項なし

解答 → p134

血液検査

〔血液検査〕

WBC	$2.09 \times 10^3 / \mu\text{L}$
分葉核好中球	90%
リンパ球	7%
単球	3%
好酸球	0%

Hb 15.9g/dL

Plt $31.8 \times 10^4 / \mu\text{L}$

〔生化学検査・他〕

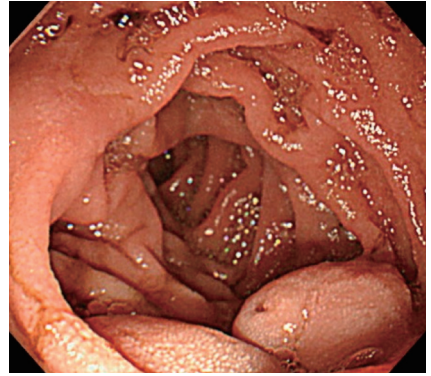
CRP 0.13mg/dL

解答

16

肝動脈化学塞栓術後の暗赤色吐物……
診断は？

症例 → p27



コレが正解

赤色栓を伴う十二指腸静脈瘤

読影の
ポイント

十二指腸下降脚の写真である。遠方から観察すると、蛇行する粘膜下腫瘍性病変が確認でき、上皮性腫瘍ではないことがわかる。腫瘍上部には赤色調のDelle様陥凹部があることもポイントである(図1)。消化管粘膜下腫瘍にはGIST (gastrointestinal stromal tumor) や神経原性腫瘍を含む間葉系腫瘍、他に血管腫や迷入腺などがあるが、このように連続性に蛇行することはない。C型肝硬変が背景にあるため、十二指腸静脈瘤破裂を疑い、腹部・骨盤部CTを撮像したところ、門脈相にて十二指腸下降脚管腔内外を取り囲む側副血行路が確認され、診断に至った(図2)。静脈瘤は粘膜下層から発生する血管性病変であることを念頭に置く必要がある。内視鏡的ヒストアクリル注入法にて治療を行い(図3)、静脈瘤の消失をCTで確認した(図4)。

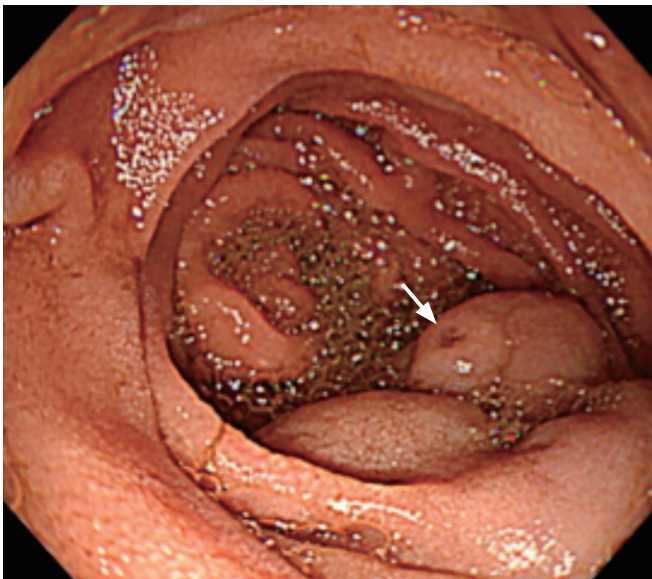


図1 自然止血後の十二指腸静脈瘤 (F3RC1)

頂部に赤色血栓を認める

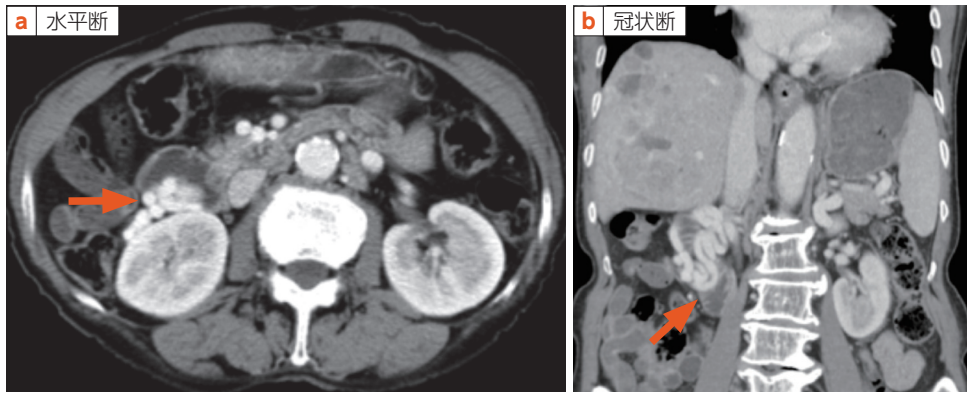


図2 腹部・骨盤部造影CT

静脈瘤の供血路は上腸間膜静脈、排水路は右腎静脈起始部であった

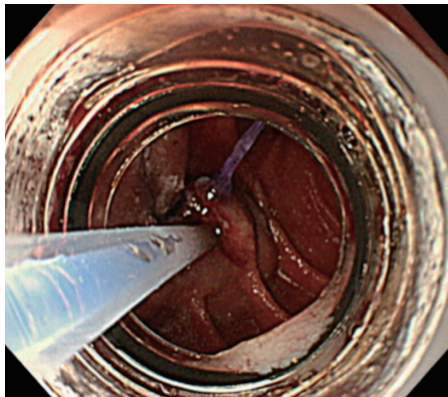


図3 上部消化管内視鏡

100%ヒストアクリル注入法による止血。破裂点よりヒストアクリルの流出を認めた

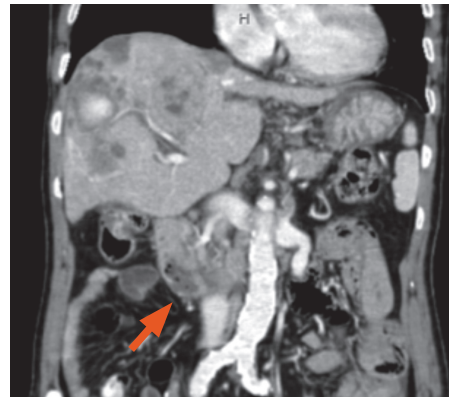


図4 腹部・骨盤部造影CT (冠状断)

十二指腸静脈瘤と側副血行路の完全消失を確認

解説

本症例はTACEにより肝動脈が塞栓された結果、代償性に門脈血流が増加し門脈圧が上昇したため、静脈瘤出血が生じたものと推察された。術前のCT検査では十二指腸下降脚が撮影されておらず、静脈瘤の存在が確認できなかった。

十二指腸下降脚は骨盤付近まで下垂していることも多く、術前のCT(門脈相)は食道から骨盤まで撮影範囲を広げ、側副血行路を確認することが肝要である。

十二指腸静脈瘤は血流量の多い側副血行路で形成されているため、通常の内視鏡治療では抵抗性を示す。本症例に使用したヒストアクリルは、シアノアクリレート系の瞬間組織接着剤で孤立性胃静脈瘤出血の止血剤として薬事承認されている。

今回の教訓

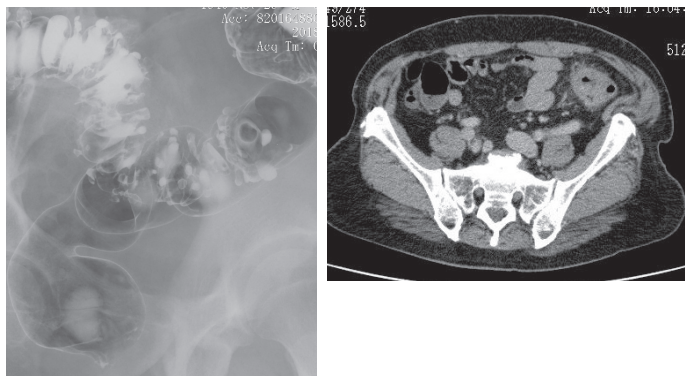
十二指腸ポリープにあらず

解答

48

大腸憩室炎？
それとも……？

症例 → p59



コレが正解

憩室性大腸炎 (diverticular colitis: DC)

読影の
ポイント

大腸憩室があると粘膜のひきつれや腸管変形がとらえられる。現在、大腸憩室が見出されると下血の原因としてそれ以上の検索が行われにくい傾向にある。

実は紹介元の注腸写真で矢印の部位にS状結腸の多発憩室とともに潰瘍が描出されている(図1)。近年は内視鏡診断に重きを置かれ、注腸造影の撮影・診断技術が失われている。CTコログラフィはモノクロ画像で、粘膜や壁構造に関して注腸造影同様の読影技術が必要である上、空気造影のため病変辺縁がなだらかに描出され、特に陥凹病変での描出能力が落ちる(図2)。実際に上行結腸病変は描出できなかった。

さらに、展開画像では狭窄部位が引き伸ばされ変形していることを念頭に読影をする必要がある。

解説

細径内視鏡を用いると盲腸到達が可能であり、上行結腸に多発憩室と近傍の潰瘍2つ、S状結腸から下行結腸にかけて多発憩室とともに憩室とその近傍の3箇所縦走傾向を持つ潰瘍が見出され(図3)、直腸の所見はなかった。潰瘍部の生検はリンパ球、好中球浸潤がみられ、陰窩上皮に再生性変化が見出されたのみであった。同日施行のCTコログラフィでは、下行結腸からS状結腸にかけて潰瘍が描出された(図4)。

大腸憩室の約80%は無症状だが、憩室炎の有無にかかわらず憩室と離れた部位に炎症を伴うことがあり、憩室性大腸炎(diverticular colitis: DC)と言われる。

内視鏡的には潰瘍性大腸炎やクローン病に類似した所見を呈し、病理学的には粘膜脱に類似した所見や潰瘍性大腸炎に類似した所見が見出され、肉眼的にも病理学的にも直腸に病変を認めない。スルファサラジンや5-ASA製剤が有効で、本症例でも奏効した。潰瘍性大腸炎への移行、手術症例が少なくないことが報告されている。わが国での報告例は少ないが、炎症性腸疾患とともに今後増加していく可能性もある。憩室や腸管浮腫に目が行きがちであるが、「憩室の存在で安心せず」画像を読影することが大切である。

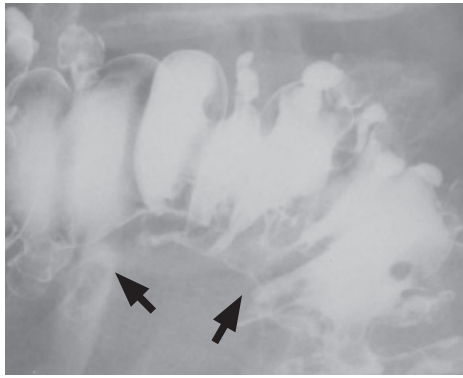


図1 前医の注腸造影
矢印の間に潰瘍底が描出されている

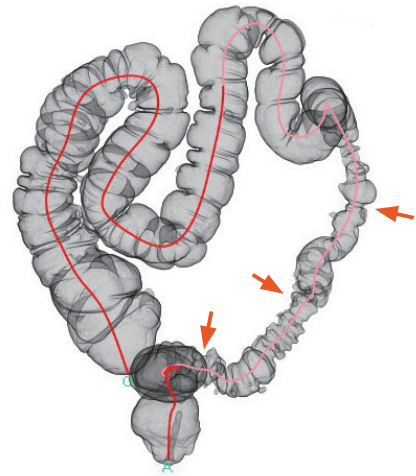


図2 CTコロノグラフィー
矢印に潰瘍が疑われる

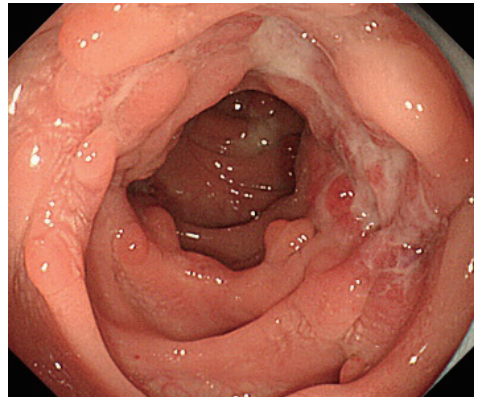
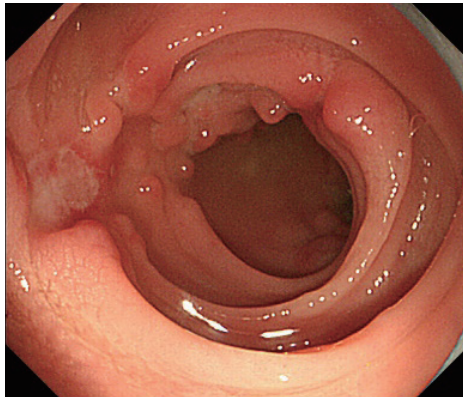


図3 S状結腸
多発憩室の近傍に潰瘍が3つ見出された

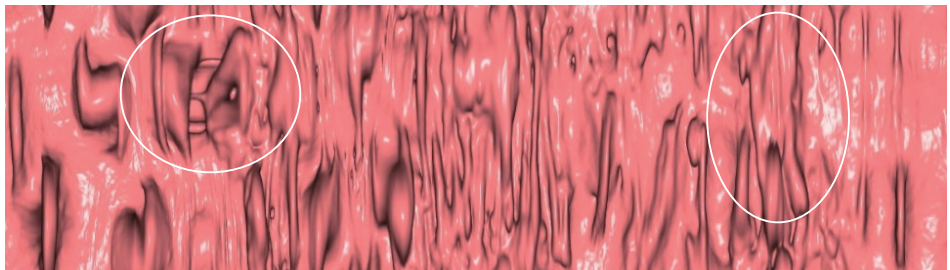


図4 S状結腸のCTコロノグラフィー

今回の教訓

大腸憩室で安心するなかれ，現代の注腸造影はあてにならない