

11) けいれん発作と異所性灰白質

樋口 健史 (新潟大学放射線科)
 岡本浩一郎・登木口 進 (新潟大学 歯科)
 伊藤 寿介 (放射線科)

我々は過去3年6カ月間にてんかん或いは痙攣発作を主訴とする患者233例のなかに、CT上ヘテロトピーと考えられる症例を3例見出し、このうち1例にMRIを施行する機会を得たので、これを若干の文献的考察とともに報告する。症例はいずれも抗痙攣薬では制御し得ない再発性非進行性の痙攣発作を主症状とし、CT所見では、3例とも右大脳半球側脳室外側から半卵円中心にかけての本来白質が存在すべき部分が、灰白質と等しい吸収値で造影剤注入による増強効果を示さない塊によって占拠されており、ヘテロトピーと診断された。このうち1例では、MRI(反転回復法)により、明瞭に灰白質と区別された白質中にこの占拠塊がありその信号強度が灰白質のそれと等しいことが確認された。当施設におけるヘテロトピーの頻度は約1.3%であった。

12) CTにより一側性椎骨動脈低形成が捉えられた両側小脳梗塞の1例

登木口 進 (小千谷総合病院 神経内科)
 岡本浩一郎・伊藤 寿介 (新潟大学 歯科 放射線科)

両側同時の小脳梗塞は臨床稀なものであり、我々は臨床経過およびCT所見の経時的変化から、両側小脳梗塞と考えられた1例を経験した。すなわち発症2日目のCTで左右小脳半球下面に梗塞巣の散在が認められ、15日目の造影CTで、それらがisodensity~hyperdensityにそれぞれenhanceされた。本例では心房細動などの塞栓をおこす危険因子はなく、血栓が原因と考えられた。両側同時梗塞を起こす条件として一側椎骨動脈系の低形成と、対側の代償性支配が考えられたが、造影CTからも右椎骨動脈の低形成が捉えられ、横突孔も右側で明らかに狭小化していた。本例はめまいと左半身の運動失調を呈した。

13) 画像診断上興味ある所見を呈した前頭部腫瘍の2例

岡本浩一郎・登木口 進 (新潟大学 歯科 放射線科)
 伊藤 寿介 (同 放射線科)
 樋口 健史 (同 放射線科)
 松前 薫・高橋 均 (実験神経病理)

前頭部腫瘍を主訴とする2症例を、画像所見を中心に呈示した。2例とも頭蓋骨を挟んで頭蓋内外に腫瘍が進

展しており、頭蓋骨には骨皮質の肥厚と“けばだち”が見られたが明らかな破壊性変化は認められなかった。2例ともCTにSlightly high density massとしてみられ、周囲脳実質にlow density areaを伴っていたが、一例では点状石灰化が認められた。何れの症状も造影CTで強くenhanceされ不規則な境界が明瞭化した。両者とも手術で頭蓋外の腫瘍と骨の一部が摘出されたが、石灰化の見られた症例はMeningothelial meningiomaであり、他の1例はMalignant lymphomaであった。これらの症例で認められた骨変化は後者に特徴的と考えられるが、Meningiomaでもみられ、本症例のように非典型的所見を呈する場合にはMalignant lymphomaを含め他の原発性、転移性骨腫瘍との鑑別が問題となり、鑑別が困難な症例も存在することに注意しなければならないと考えられた。

14) 異常な走行を呈した中隔静脈

伊藤 寿介・登木口 進 (新潟大学 歯科 放射線科)
 岡本浩一郎

中隔静脈(SV)の走行異常としてはモンロー孔や内大脳静脈(ICV)の上方を透明中隔に沿って後方へ走り左右の脳弓体の間を通り通常よりはるか後方でICVに流入したり、ICVの下方を走るSVの解剖学的変異が知られている。我々は今まで報告されていないと思われるSVの走行異常を2例経験したので報告する。2例共SVの走行はほとんど同一であった。第1例は21才の男性。左側脳室の前角を走る数本の静脈が正中近くで1本のSVを形成し正中に達し通常とは逆に前方へ走り、非常に太い前脳梁周囲静脈に流入していた。右側のSVは正常な走行を呈していた。第2例は51才の男性で右SVが第1例と同様な走行を呈していた。ただしSVの枝の1本は正常な走行を呈していた。他の上衣下静脈に全く異常が認められず、第2例では患側に正常な走行を示すSVの枝もみられることから、先天的な発生異常ではなく一度完成したSVが二次的に閉塞し異常走行を呈したと思われる。

15) 検診非癌の進行癌

長谷川敏之・熱田 修 (新潟市医師会)

市医師会メジカルセンターが担当した住民胃検診(昭和56~61)では、精検受診者からの疾患発見率は32.1%であった。診断基準3:30.1%, 4:33.0%, 5:92.9%。発見胃癌94(早期48)では3:15(11)15.5%, 4:59

(34) 60.8%, 5:23 (3) 23.7%. 診断基準 5:28では胃癌23, 胃潰瘍2, 胃粘膜下腫瘍1, oB2であり, 基準5でも100%痛とは限らない. 診断基準が示現の程度による分類であるから当然であろう.

市内全検診機関で基準1(異常なし)とされた延数は72,481(昭56~60). その中から37(11)0.051%が1年以内に胃癌で手術された. 進行癌26はC7, M6, A8, 全体4, 手術不能1. そのうち19例の間接フィルムを再検討すると10例に所見(+)であり, より慎重な読影がのぞまれる. 9例はチェック不能であった, これをチェックするためには熟達した放射線技師の注意深い観察に期待する以外に方法はないと考えられる.

16) 胃病変を主体とした原発性アミロイドーシスの1例

佐藤 玲子・清水 克英 (がんセンター新潟)
 小林 晋一・新妻 伸二 (病院放射線科)
 加藤 俊幸 (同 内科)
 梨本 篤・加藤 清 (同 外科)
 角田 弘 (同 病理)

症例は51歳の女性で, 昭和54年の胃集検で異常を指摘され, 精査の結果タコイボ胃炎と診断された. その後8年間, 経過観察されていたが, 病変の進行を認めた. 昭和62年の上部消化管造影では, 前庭部から胃角部に大小不同の隆起が多発し, 同部の伸展不良も認めた. CTでは, 胃壁は広範囲にわたり肥厚し, 粘膜側の一部を除き low density をしめしていた. 胃生検でアミロイドの沈着を認めた. しかし, 食道・十二指腸, 大腸にはアミロイドの沈着を認めず, 原疾患もみとめなかった. 胃病変が, 進行性であり, 出血しやすい状態であったので, 胃全摘術を施行した. 病理組織検査では粘膜下層を中心に高度のアミロイド沈着を認めた. アミロイド蛋白はAL型であり, 原発性アミロイドーシスと診断した. 胃病変を主体とした原発性アミロイドーシスの1例を経験し, 8年間にわたり経過観察しえた胃X線像と興味あるCT像を中心に報告した.

17) 穿通性胃潰瘍のCT

大久保慈郎・竹井 亮二
 道野慎太郎・藤川 隆夫 (杏林大学放射線科)
 関 恒明・宮坂 康夫
 蜂屋 順一・古屋 儀郎

穿通性胃潰瘍とは, 潰瘍による欠損が胃壁の全層に及び, 膵臓などの隣接臓器に穿入したものをいい, 胃十二指腸造影で典型像を示さないものや, 内視鏡での確定診断はむずかしいが, CT スキャンは, 非常に有効である

とされている. 今回, 本院で経験したCT スキャンが診断に有効であった穿通性胃潰瘍の1例を報告する.

CT スキャン所見として, 潰瘍の管外への突出像及び潰瘍内と胃周囲の液体貯留をみとめた. 穿通性胃潰瘍のCT 所見のポイントとして, 潰瘍の管外突出, sinus tract, 膵腫大, 潰瘍底の浮腫像, 陳旧例の限局性 fibrosis を上げ, 症例のような胃周囲の液体貯留は, 今まで報告のない穿通性潰瘍のCT 像の一つと考えた.

またCT は診断に有効ではあるが, 何らかの理由でCT が最初に検査されても, 憩室との鑑別は当然であり, 十二指腸造影はかならず診断に必要な検査である.

18) 開業20年の診療実態

野崎 諒 (野崎放射線科診療所)

放射線科医は開業すると放射線科医ではなくなる. 私の場合, 内科医の診療の一部を以て自分の診療の全部としているにすぎない.

開業後もともと狭い守備範囲を年々縮小し, 遂には胸写, 注腸をも放棄するに至って, 三年来胃十二指腸透視に限定した. 守備範囲の縮小に併行して段階的に診療時間を短縮し, この五年来は午前9時から正午までとしている.

診療の主体である胃十二指腸透視は, 昭和43年1,846件. 以後年々増加して51年3,544件で最大, 以後年々減少して昨61年2,370件. 年間件数が3,000を超えたのは47年から54年までの8年間, 満20年間の合計件数は55,556件だが, 49年以後の推移を新潟大学放射線科と対比すると両者の趨勢は酷似していて, 学問を背負わぬ者も状況を背負っていることが分る.

19) 腎平滑筋肉腫の1例

水谷 良行・佐々木泰志 (公立昭和病院)
 高木 一・桜井 賢二 (放射線科)

腎肉腫は稀れな腫瘍であり, 腎悪性腫瘍の約1~3%を占めると言われている. そのなかでも腎平滑筋肉腫はよくみられるものの一つであるが, 本邦での報告は, 我々の調べた範囲では, まだ42例にすぎない.

今回, 我々は腎被膜から発生したと思われる腎平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する.