

後腹膜原発絨毛癌の1例

藤田保健衛生大学 放射線科
木澤 剛, 赤松北斗, 片田和広

【症 例】40 歳台, 男性。

【現病歴】健診にて胸部異常影を指摘され, 血痰の症状もあり, 当院呼吸器内科を受診した。

【検査所見】

腫瘍マーカー:IL-2R 378 (190-650), CEA 1.0 ng/ml (5.0 以下), CA19-9 6.8 U/ml (37 以下),
CYFRA 12.3 ng/ml (3.5 以下), AFP 4.3 ng/ml (20 以下), β hCG 23 万 129 mIU/ml (2.0 以下)

【画像所見】

腹部 CT: 腎動脈分岐下レベルの腹部大動脈左側に内部低吸収域を示す腫瘤を認めた (図 1)。造影後は, 辺縁部は造影され内部の増強効果は乏しく低吸収を呈していた。左腎上極内側に同様の所見を呈する腫瘤を認めた (図 2)。

胸部 CT: 両肺に大小の結節が多発しており, 造影後は辺縁部に造影効果を認め, 後腹膜腫瘤と類似した形態であった (図 3)。

【病 理】

後腹膜および肺腫瘤に対し CT ガイド下生検を施行した。好酸性の細胞質に大小不同を示す異型の強い核を有する腫瘍細胞を認めた (図 4a)。免疫染色では hCG 陽性であった (図 4b)。

【最終診断】 後腹膜原発絨毛癌

【経 過】

転移検索で頭部造影 MRI にて脳転移, 骨シンチグラフィにて骨転移が認められた。化学療法 (BEP 療法, TIP 療法) が施行され, 後腹膜病変は縮小後に摘出された。脳転移に対して全脳照射が行われ, 病変は消失した。肺転移は縮小～消失し, 骨転移の集積は消失した。

【コメント】

性腺外胚細胞腫瘍は稀 (胚細胞悪性腫瘍の 2-5%) であり, 松果体, 縦隔, 胃, 後腹膜などに発生する。原始生殖細胞が卵黄内胚葉より性腺原基へ移動する際, 迷入し腫瘍化すると考えられている。癌が未分化な細胞に逆分化し, 絨毛癌に分化していく逆分化説も考えられている。精巣内の腫瘍は瘢痕組織化し, 転移巣のみ認められる “burned-out tumor” も報告されており, 厳密には性腺外が原発巣ではないケースも存在すると考えられる。非精上皮腫性悪性胚細胞腫瘍は悪性度が高く, 本症例のように診断時には既に巨大腫瘤や転移が存在することが多い。後腹膜絨毛癌は本邦での報告において, すべて男性であり年齢は 16-41 歳 (平均 27 歳) と若年である。発見時, 95.2% の症例に転移が存在し, 転移部位としては肺, リンパ節, 肝の順に多い。

画像所見は, 辺縁部は血管に富み増強効果が強く, 内部は中心壊死により大部分が低吸収を示すことが多い。浸潤傾向が強く, 周囲脂肪層の消失や周囲臓器浸潤がしばしば見られる。

【文 献】

- 1) 川口富司, 木下博之, 瀧藤克也: 後腹膜絨毛癌の 1 例. 日臨外会誌 59: 1669-1673, 1993
- 2) 大久保雄平, 福井 巖, 坂野祐司: 後腹膜原発絨毛癌の 1 例. 日泌尿会誌 86: 1784-1788, 1995



図 1a 単純 CT

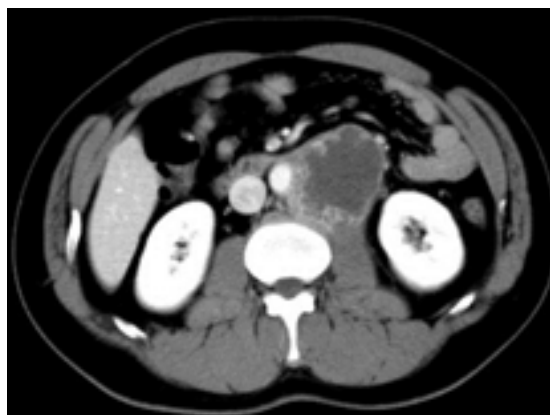


図 1b 造影 CT

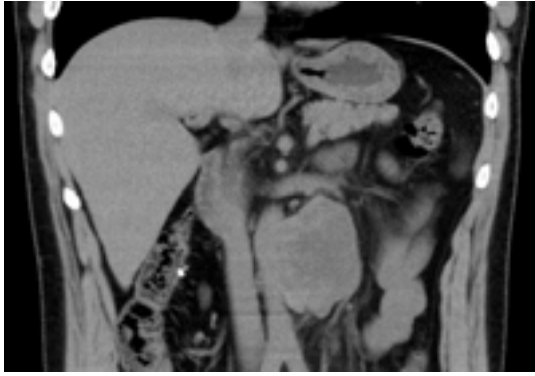


図 1c 単純 CT 冠状断像

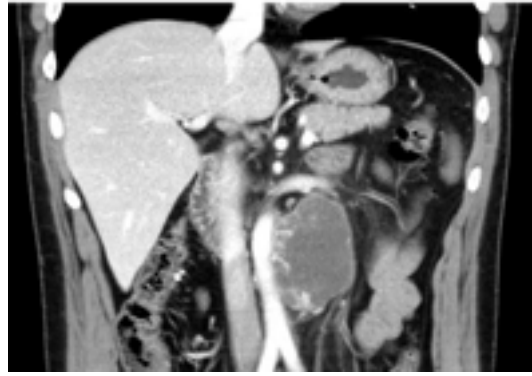


図 1d 造影 CT 冠状断像



図 2 造影 CT 冠状断像



図 3a 造影 CT 肺野条件



図 3b 造影 CT 縦隔条件

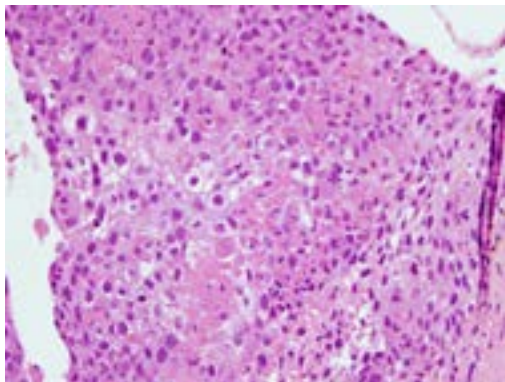


図 4a 病理組織像 (HE 染色)

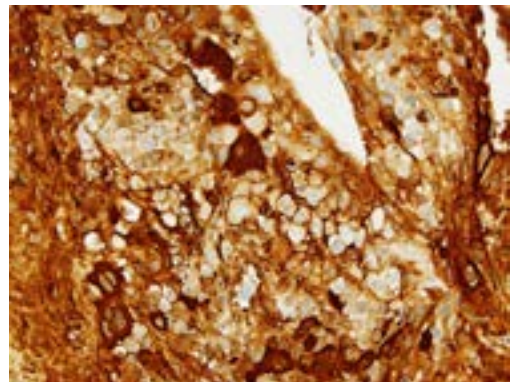


図 4b 病理組織像 (免疫染色)

腹腔内出血をきたした結腸 gastrointestinal stromal tumor (GIST) の 1 例

豊川市民病院 放射線科
小川正樹, 久米真由美, 黒堅賢仁

【症 例】48 歳, 男性。

【主 訴】腹痛

【現病歴】夜からの腹痛 (間欠痛) にて救急外来を受診した。

【既往歴】

10 年前, バイク事故にて数日入院した。

1 年 9 ヶ月前, 有痛性腹部腫瘍を主訴に他院を受診したが, 詳細は不明である。腹腔内血腫を指摘され, ドレナージが施行された。その後, 血腫の再増大を認めたが, 患者の希望で経過観察となり, 1 年前を最後に未受診となった。

【検査所見】

WBC 16,900 / μ l (3,300-9,000), Hb 12.8 g/dl (13-17), T-Bil 0.9 mg/dl (0.3-1.2), AST 18 U/l (13-33), ALT 36 U/l (6-30), LDH 107 U/l (119-229), γ -GTP 27 U/l (10-47), Amy 24 U/l (37-125), CRP 6.13 mg/dl (<0.30)

【画像所見】

来院時単純 CT, 2 時間後の造影 CT: 多量の血性腹水を認めた。十二指腸を圧排する壁の厚い嚢胞性病変 (図 1a) があり, 尾側 (図 1b) では充実部を疑う造影域を認め, 結腸に近接していた。同部には右結腸動脈からの栄養血管, 造影剤の血管外漏出を認めた。その他腸間膜には粒状病変が散見された。前医 1 年 9 ヶ月前, ドレナージ時前の CT (図 2) との比較では血腫の大きさは同程度であった。今回, 造影域は増大を認めず, むしろ造影効果が不明瞭化していた。腸間膜に散在する粒状病変はわずかに増大していた。

2 日後の MRI (図 3): 嚢胞状領域は T1WI, T2WI とともに高信号で, 血腫が疑われた。壁は T2WI 低信号であった。尾側の充実部が疑われた領域は T2WI で不均一な低～高信号を呈した。

【手術所見】

血腫は上行結腸間膜に存在し, 一部は十二指腸に強固に付着していた。血腫と十二指腸の剥離は不可能で, 一部を十二指腸に残す形で右半結腸切除が行われた。結腸間膜表面には播種を疑う小結節が多数みられた。

【病理所見】

腫瘍は固有筋層との連続性を認めず, 漿膜下, あるいは結腸間膜由来であった (図 4)。血腫壁は線維組織で形成され, 内腔及び壁内にも腫瘍細胞が点在していた。KIT 強陽性, CD34 高度発現, 核分裂像は 7/50 HPF であった。

【最終診断】 結腸もしくは結腸間膜由来の GIST (high risk group)

【コメント】

GIST は胃や小腸に発生することが多く, 結腸, 直腸由来は 9% と少ない。後腹膜, 大網などに発生するものもあり, これらは extra gastrointestinal stromal tumor (EGIST) という。結腸間膜発生の報告は稀である。通常境界明瞭で均一な腫瘍であるが, 大きくなると壊死や出血を伴うことがある。しばしば消化管出血で発症し (50%), 本例のように消化管外への出血の報告は少ない。その中でも結腸間膜や大網由来の報告はあったが, 多くは発生の多い胃と小腸壁由来であった。

本症例では前医 CT と比べて充実部を疑う造影域は増大を認めずむしろ不明瞭化し, 腫瘍以外に陳旧性血腫や肉芽腫も術前に疑われたが, 最終診断は GIST であった。

【文 献】

- 1) 齋藤光次, 浜谷茂治, 諸星利男: 病理 -最近のトピックスを中心に- 画像診断 31:642-652, 2011
- 2) Suzuki K, Kaneko G, Kubota K, et al: Malignant tumor, of the gastrointestinal stromal tumor type, in the greater omentum. J Gastroenterol 38:985-988, 2003
- 3) Jacobs K, de Gheldere Ch, Vanclooster P: A ruptured gastrointestinal stromal tumour of the transverse mesocolon: a case report. Acta Chir Belg 106:218-221, 2006
- 4) 内山周一郎, 安藤好, 瀬口浩司, 他: 腹腔内出血を呈した大網肉芽腫 (Braun 腫瘍) の 1 例. 日消外会誌 38: 527-532, 2005



図 1 a 造影 CT 後期相(頭側)

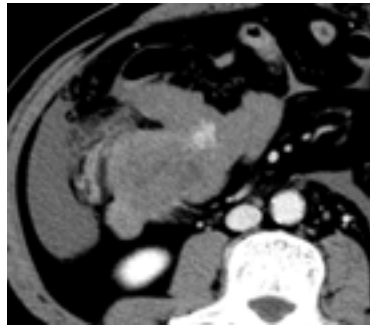


図 1 b 造影 CT 後期相(尾側)

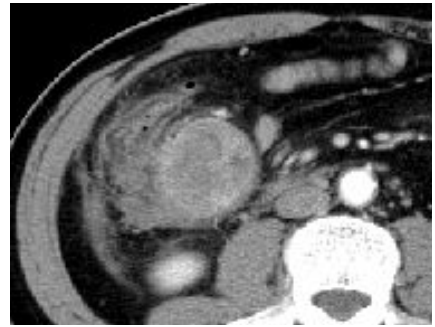


図 2 前医 1 年 9 ヶ月前の造影 CT

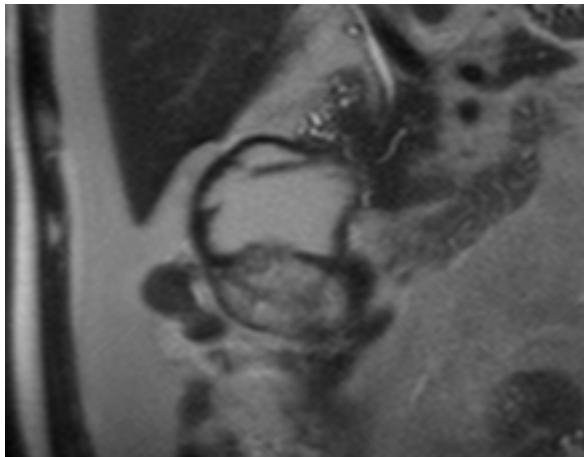


図 3a MRI T2 強調像

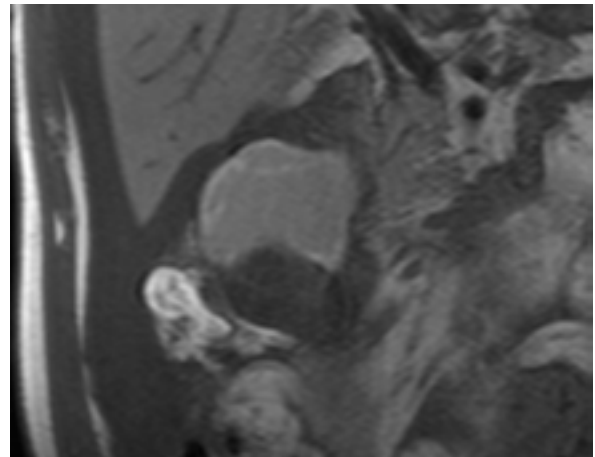


図 3b MRI T1 強調像

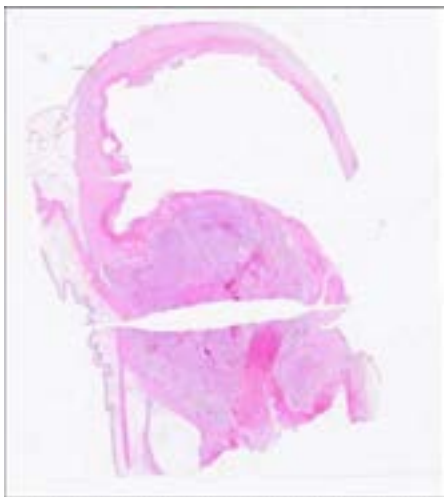


図 4 病理組織像 向かって左が結腸内腔側，上部は血腫壁で，尾側にて結腸壁と連続した腫瘍を認めた(固有筋層への浸潤はなかった)。

peritoneal lymphomatosis の 1 例

岐阜大学 放射線科
野田佳史, 加藤博基, 富松英人, 兼松雅之
同 血液内科
中村 博, 兼村信宏

【症 例】50 歳台, 女性。

【主 訴】腹部膨満感

【現病歴】1 か月前より腹部膨満感を自覚し, 腹部膨満・便秘を主訴に近医を受診した。腹部 CT で腹水貯留を指摘され, 入院による精査を勧められたが, 当院での精査を希望され, 当院消化器外科を受診した。

【現 症】腹部: 全体に硬く, 臍部に腫瘤を右鼠径リンパ節を触知した。

【血液検査所見】

LDH 380 IU/L (125-225), CRP 1.04 mg/dl (0.2 以下), PLT 36.4 万/ μ l (15.5-35.0), CA125 255.9 U/ml (35 以下)

【画像所見】

腹部骨盤部造影 CT (図 1): 腸間膜や大網, 腹膜がびまん性に肥厚し, 造影効果を認めた。塊状の腫瘤内を腸間膜血管が貫通する sandwich sign の所見を示していた。消化管の明らかな通過障害 (イレウス) を認めなかった。また, 腹水は被包化されておらず, 少量のみであった。肝門部・大動脈傍領域・腸間膜・腸骨領域・鼠径部に内部均質な腫大リンパ節を認めた。

骨盤部 MRI (図 2): 大網, 腹膜, 腸間膜病変には著明な ADC 値の低下を認めた。

【経 過】腹水穿刺, 右鼠径リンパ節生検が施行され, malignant lymphoma (B-cell lymphoma) と診断された。また IL-2R を追加検査すると 5060 U/ml と高値であった。

【最終診断】 peritoneal lymphomatosis

【コメント】

Peritoneal lymphomatosis は non Hodgkin lymphoma (NHL) の初発形式として, 腹水を伴い, 腹膜・大網にびまん性に腫瘍浸潤を認める病態である。NHL 患者の剖検では 20% (64/322) に腹膜・大網浸潤を認めたという報告がある。まとまった報告はないが, 本疾患における NHL の組織型としては DLBCL が最も多い。本症における特異的な画像所見はなく, 結核性腹膜炎, 悪性腫瘍の腹膜浸潤, 腹膜癌 (serous surface papillary carcinoma of the peritoneum), びまん性中皮腫などが鑑別に挙がる。

Peritoneal lymphomatosis に特徴的な CT 所見として, 被包化されない少量～中等量の腹水, 腹膜の肥厚や造影効果, 消化管の通過障害を伴わない腸間膜・大網浸潤, 後腹膜リンパ節腫大, 腹部実質臓器 (肝・脾など) への浸潤などが報告されている。

Peritoneal lymphomatosis に特異的な CT 所見はなく, 他疾患との鑑別は難しい。治療は化学療法が主体となるため, 臨床医に本疾患の可能性を示唆することで, 不要な開腹手術を避け, 低侵襲の診断・治療が可能となる。

【文 献】

- 1) Lynch MA, Cho KC, Jeffrey RB, et al: CT of peritoneal lymphomatosis. AJR 151:713-715, 1988
- 2) Kim Y, Cho O, Song S, et al: Peritoneal lymphomatosis: CT findings. Abdom Imaging 23:87-90, 1998
- 3) Karaosmanoglu D, Karcaaltincaba M, Oguz B, et al: CT findings of lymphoma with peritoneal, omental and mesenteric involvement: Peritoneal lymphomatosis. Eur J Radiol 71: 313-317, 2009

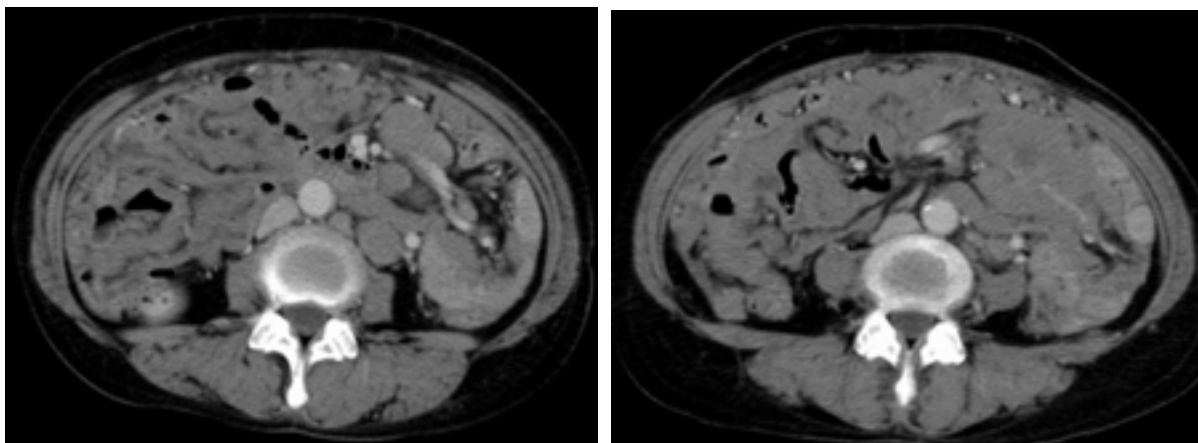


図 1 造影 CT

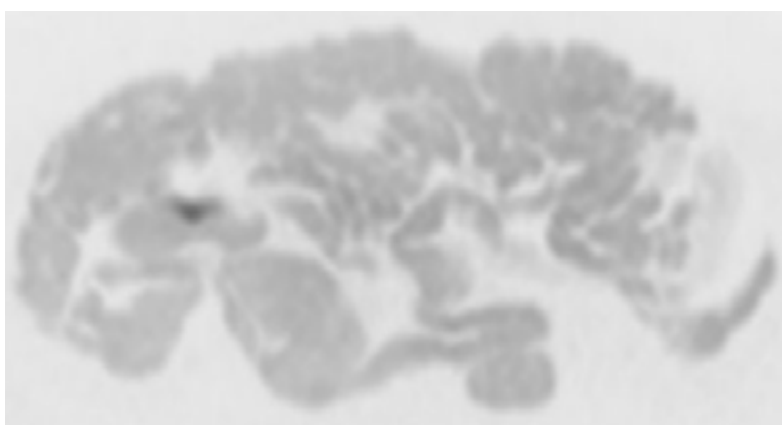


図 2a 拡散強調画像（白黒反転）

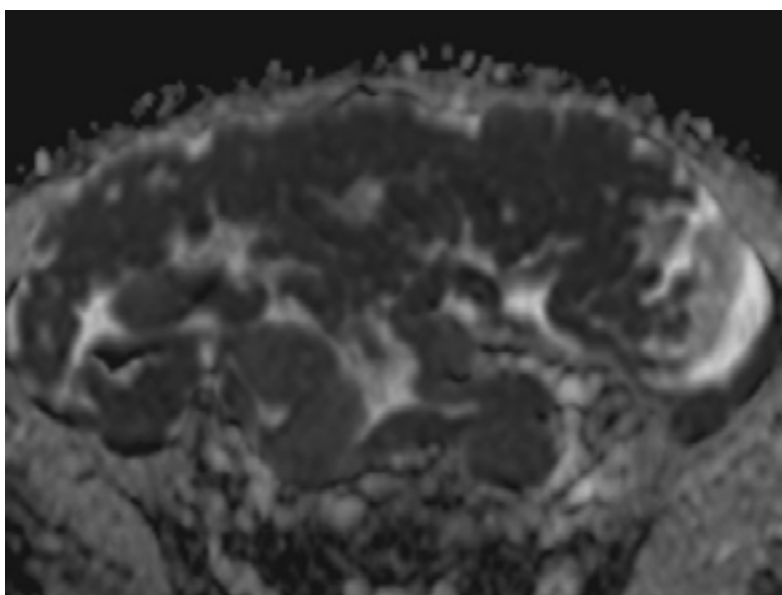


図 2b ADC map

嚢胞性線維症の 1 例

名古屋第二赤十字病院 放射線科

祖父江亮嗣，不破英登，末松良枝，松井 徹，木下佳美，伊藤雅人，南部一郎，三村三喜男

【症 例】6 歳女兒。

【主 訴】呼吸困難，咳嗽。

【既往歴】胎便性腹膜炎（0 歳）。

【現病歴】2008 年頃より季節に関係なく夜中から朝方にかけて咳嗽を認めた。2011 年 3 月よりフルタイド，ホクナリンテープで様子を見ていたが同年 4 月頃より症状増悪傾向あり，6 月に精査目的で当院小児科へ紹介受診となった。

【検査所見】

WBC 19,400/ μ l (4,500-8,500), Hb 13.4g/dl (12-16), Ht 41.5% (36-46), PLT 42.1 万/ μ L (13-40), TP 8.75g/dl (6.7-8.3), Alb 4.39g/dl (3.2-4.4), AST 23IU (10-40), ALT 16IU (4-44), LDH 285IU (107-245), ALP 429IU (103-355), AMY 217IU (37-114), LIP 225IU (11-59), PLA2 920ng/dl (130-400), エラスターゼ 470ng/dl (100-400), Na 137mEq/L (135-147), K 3.8mEq/L (3.6-5.0), Cl 102mEq/L (96-108), Ca 9.9mEq/L (8.4-11.0), IP 4.5mEq/L (2.5-4.3), BUN 8.5mg/dL (7.8-22.0), Cre 0.56mg/dL (0.50-0.90), GLU 74mg/dl (60-110), CRP 1.66mg/dl (上限 0.50)

追加の検査で汗中電解質濃度は Cl 140 mEq/L (60 mEq/L 以下) であった。

【画像所見】

来院時の単純 X 線写真では両肺にびまん性粒状の陰影を認めた（図 1）。同日の胸部 CT でびまん性に気管支～細気管支の壁肥厚，拡張を認めた。一部の気管支には粘液栓による樹枝状の所見を認めた。末梢肺野には粒状病変も見られた。特に上肺野優位の分布を示した（図 2，3）。

【最終診断】 嚢胞性線維症

【コメント】

小児の気管支拡張は嚢胞性線維症，カルタゲナー症候群などの線毛不動症候群，Williams-Campbell 症候群，免疫異常，気管支閉塞，感染症，毒素などが原因で生じる。特に海外では嚢胞性線維症によるものが多く，この症例でも腭酵素異常，胎便性腹膜炎の既往，汗中電解質濃度で Cl 濃度上昇により嚢胞性線維症と診断された。

嚢胞性線維症は cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) 遺伝子変異を原因とする常染色体劣性遺伝性疾患あり，全身の外分泌液が著しく粘稠となる疾患である。白人では最も頻度が高く出生 3000 人に 1 人，日本人ではきわめてまれ（150 万人に 1 人）といわれている。

CFTR 遺伝子は第 7 染色体に存在，CFTR は cAMP により調節される Cl イオンチャンネルの遺伝子であり，このイオンチャンネルは全身の上皮膜組織に発現している。これまで 1500 以上の CFTR 遺伝子変異や多型が報告されている。嚢胞性線維症は Cl イオンチャンネルの機能異常が 2 つの対立遺伝子に存在した場合に発症する。遺伝子異常によりチャンネルタンパク質が 1) 合成されない，2) 一部が欠損，3) 細胞膜に発現しない，4) 開閉できないなどの変化が起こる。汗のクロールイオン濃度が上昇し，消化管や気道の粘膜で水が分泌されにくくなり，その結果，消化器，呼吸器などにさまざまな症状を呈しうる。

呼吸器疾患は細気管支に粘液栓が形成され，細気管支炎，気管支炎となり慢性の咳と痰が持続し，ブドウ球菌感染，緑膿菌感染を繰り返す。経過として気管支拡張症，肺性心となる。消化器疾患としては新生児期の胎便性イレウスであり，また腭外分泌不全による消化吸収障害のため，脂肪便，栄養不良，低体重となる。

嚢胞性線維症の画像所見は，胸部所見は年齢と重症度に応じて変化し早期の胸部単純 X 線写真では正常あるいは air trapping による透過性亢進，気管支壁肥厚などの所見を呈し，進行すると気管支拡張症（特に上肺野），粘液栓等の所見を呈する。また，気管支肺アスペルギルス症との合併も多い。

汗の Cl イオン濃度の上昇（60mEq/L 以上），慢性の咳と痰（慢性の気道感染），脂肪便（腭外分泌不全），胎便性イレウス，嚢胞性線維症の家族歴などがあれば診断される。遺伝子診断は既知の変異が 2 対の CFTR 遺伝子に同定されれば診断が可能であるが，日本人ではまれな変異が多く，全翻訳領域の遺伝子配列を検査しても変異が発見できないことも多い。呼吸器感染を起こした場合には速やかな抗生物質による治療を行い，腭外分泌不全による脂肪便に対しては消化酵素の補充療法を行う。呼吸器感染症および呼吸不全が主な死因となる。平均生存期間は約 18 年（米国は約 37 歳）である。

嚢胞性線維症は本邦ではまれな疾患であるが，早期診断が予後改善につながるため放射線科医も臨

床経過や画像所見を認識する必要があると考えられた。

【文 献】

- 1) 吉村邦彦 : Cystic fibrosis. 日本胸部臨床 69:723-733, 2010
- 2) Thomas L : Caffey's pediatric diagnostic imaging 11th ed. Vol.1:1154-1176, Mosby, Philadelphia
- 3) Martinez S, Heyneman LE, McAdams HP, et al: Mucoïd impactions: finger-in-glove sign and other CT and radiographic features. RadioGraphics 28:1369-1382, 2008



図 1 単純 X 線写真

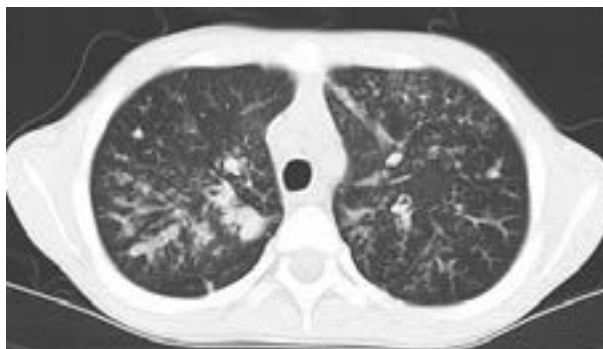


図 2a CT 肺野条件

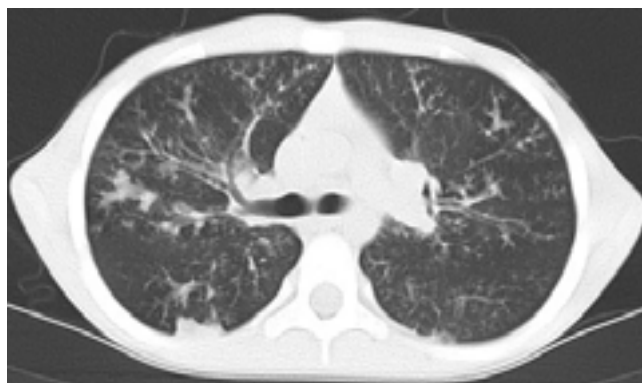


図 2b CT 肺野条件



2c CT 肺野条件

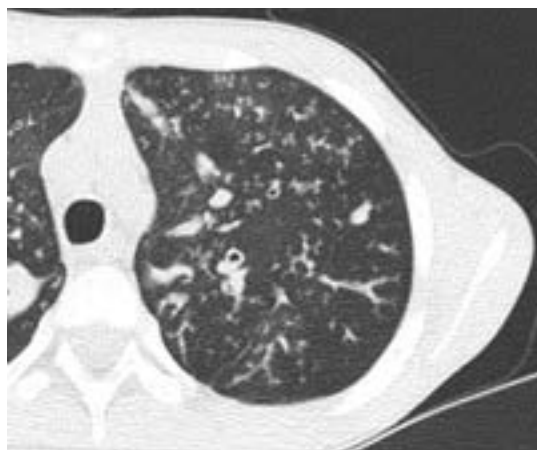


図 3a 高分解能 CT

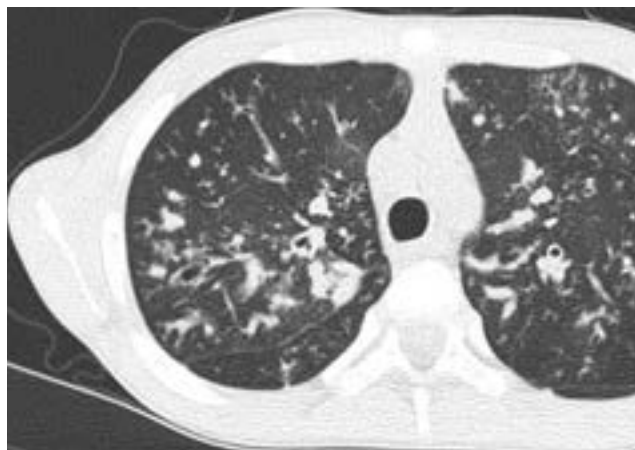


図 3b 高分解能 CT

多量の鉄沈着を伴った心臓粘液腫の 1 例

小牧市民病院 放射線科
駒田智大, 岡田有美子, 改井 修

【症 例】70 歳台, 女性。

【主 訴】特になし。

【現病歴】2011 年 11 月の健診にて便潜血を指摘され、精査目的にて当院を受診した。精査にて心臓に腫瘍を指摘された。

【既往歴】

2002 年 左被殻出血。

2011 年 右皮質下出血。

【心電図】特に異常なし。

【血液検査】

ALT 5.7 IU/l (6.0-30.0), ALP 365.5 IU/l (115.0-359.0), GLU 120.7 mg/dl (70-109.0), K 5.3 mEq/l (3.6-4.9), CEA 233.0 ng/ml (0-5), CA 19-9 449.3 U/ml (0-37), その他は基準範囲内。

【画像所見】

注腸造影 (図 1): 下行結腸に隆起性病変を認めた。

造影 C T (図 2): 下行結腸に造影される結節, 肝臓には多発病変を認めた。右房内に心房中隔と接して, 境界明瞭平滑な径 6×5cm 大の腫瘍を認めた。

心臓 MRI (図 3): 右房内腫瘍は T1WI で低信号, T2WI で低信号, Gd 造影で淡い造影効果を認めた。

PET-CT (図 4): 下行結腸と肝腫瘍には強い集積, 心臓腫瘍には淡い集積が認められた。

【手術所見】(図 5)

有茎性腫瘍で肉眼的には粘液腫様であり, 腫瘍茎部は心房中隔にあった。

【病理所見】(図 6)

浮腫状の淡好酸性の間質に, 好酸性の胞体に楕円形, 紡錘形の核をもった細胞が単独で, あるいは集簇して小型集塊を形成したり, 脈管様の管腔を形成して増生していた。間質には, 出血や hemosiderin 沈着, Gamna-Gandy 小体, リンパ球, 形質細胞, macrophage の浸潤を認めた。

【最終診断】 心臓粘液腫

また下行結腸の病変は CF と手術で下行結腸癌と診断され, 肝病変は多発肝転移と判断された。

【コメント】

心臓粘液腫は全心臓腫瘍の 40-50% の頻度で, 1 : 1.7~4.0 と女性に多い。好発年齢は 30-60 歳, 発生部位は左房 75-80%, 右房 10-20%, 心室 5%, 両側心房 (卵円孔を介して進展) である。合併症として, 肺や脳への腫瘍塞栓, 房室弁閉塞, IL-6 分泌による膠原病類似の病態を呈する。

画像では心臓内腔に隆起する腫瘍性病変で, 卵円窩近縁の心房中隔から発生することが多い。粘液基質を反映して, MRI の T1WI で心筋と比較して低信号, T2WI で高信号, Gd 造影では不均一な造影効果を呈する。FDG-PET では淡い集積 (SUV1.6 程度) を認めたとの報告がある。ただし, 粘液腫は血管成分に富み, 常に心腔内で血流にさらされていることから, 出血巣, 線維化, 血栓が 8 割程度に見られる。病理では粘液腫の 20% にヘモジデリン沈着が認められたとの報告がある。そのため本症例のように, 出血により腫瘍内にヘモジデリンなどの鉄が多量に沈着した心臓粘液腫では, T2WI で低信号を呈したとの報告もある。

また, 転移性心臓腫瘍も鑑別に挙がった。頻度は高いとされているが, 内腔に突出する形体は 5% と少なく, FDG の集積が軽度であったことが合致しなかった。

【文 献】

- 1) 和田明珠, 安田正之, 佐藤裕之, 他: MRI で多量の鉄沈着が診断され, 病理組織学的に Gamna-Gandy 結節様病変が検出された左房粘液腫の 1 例. 心臓 25 : 1228-1232, 1993
- 2) 財津有里, 大山徳子, 久保田佳奈子, 他: 画像診断と病理 心臓粘液腫. 画像診断 28 : 866-867, 2008



図 1 注腸造影

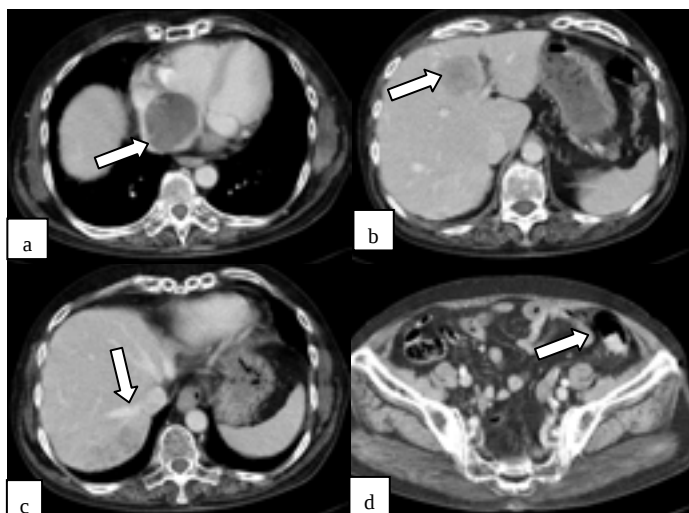


図 2 造影 CT

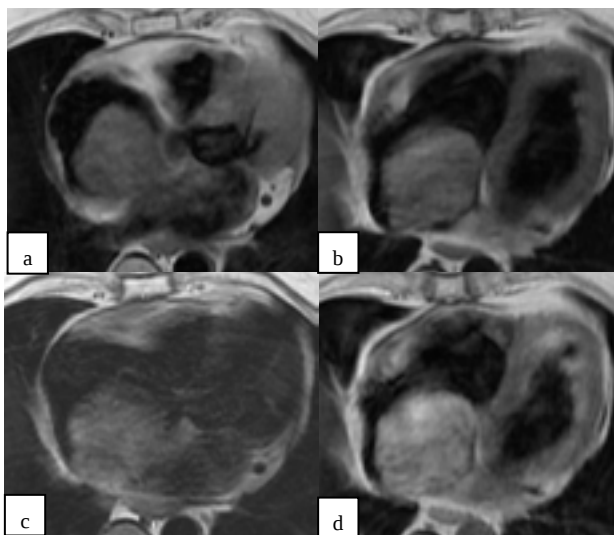


図 3 心臓 MRI

a : T1 強調像 b : T2 強調像
c : SPGR 造影前 d : SPGR 造影像

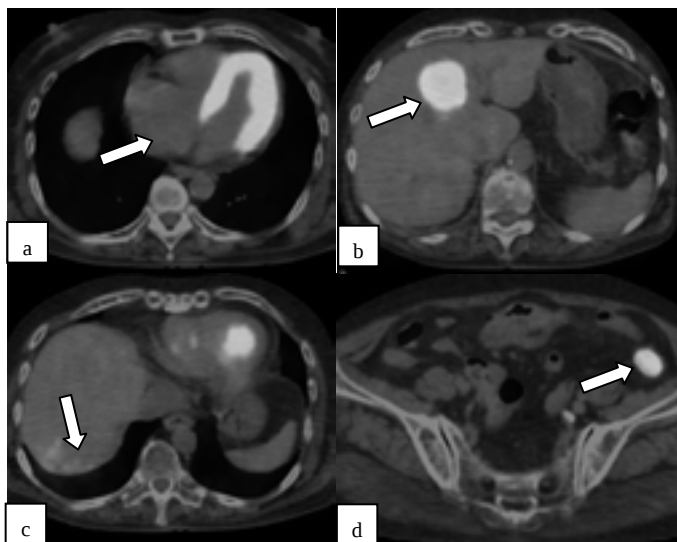


図 4 PET-CT

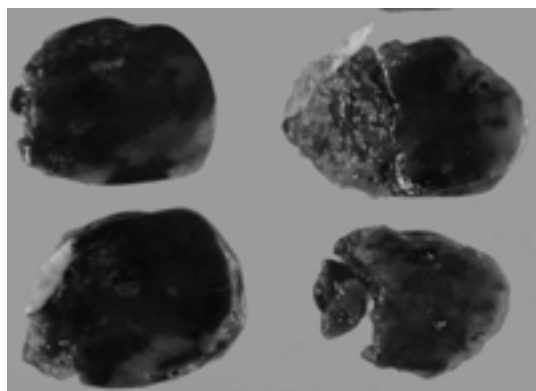


図 5 摘出標本像

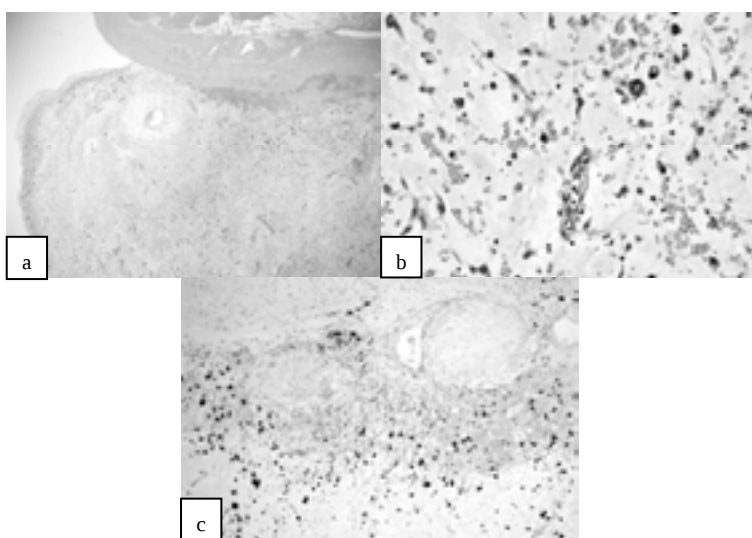


図 6 病理組織像

a : 20 倍 b : 200 倍 c : 200 倍 鉄染色

reversed halo sign を呈し、サルコイドーシスが疑われた 1 例

岡崎市民病院 放射線科

飯島英紀，長谷智也，石川喜一，荒川利直，渡辺賢一

【症 例】80 歳台，女性。

【主 訴】胸部異常影

【現病歴】2010 年 10 月の老人健診の胸部単純 X 線写真で異常影を指摘され，同年 11 月に当院呼吸器内科を紹介受診した。受診時には喀痰が多かった。

【生活歴】喫煙なし。職業は芝生の制作など。粉塵曝露あり。家屋は鉄筋で築 40 年。ペットは犬と猫。海外渡航歴なし。直近に温泉歴なし。

【初診時現症】BT 36.4℃，SpO₂ 97%。胸部聴診上異常なし。

【血液検査】

LDH 229 U/L (119-229)，CRP 0.2 mg/dL (0.0-0.3)，WBC 6,500/ μ L (3,500-9,500)，RBC 426×10^4 / μ L (376-500)，PLT 27.8×10^4 / μ L (13.0-36.9)

腫瘍マーカー（CEA，CYFRA，ProGRP）は異常なし。

各種真菌検査（クリプトコッカス抗原 陰性，アスペルギルス抗原 0.5 未満，アスペルギルス抗体 陰性， β -D グルカン 陰性）

【画像所見】

2010 年 11 月初診時の単純 CT：両肺下葉に中心部が ground-glass attenuation（GGA）で周囲がリング状の consolidation を呈する多発結節を認めた。縦隔に短径 10mm 未満の軽度腫大リンパ節が散見された（図 1）。肺門リンパ節の腫大は認められなかった。

2010 年 12 月（1 ヶ月後）の単純 CT：多発結節は増大していた（図 2）。症状は著変なかった。

【病理所見】

CT ガイド下生検により類上皮細胞肉芽腫と診断された。抗酸菌染色，PAS 染色では菌体は認めなかった。肺胞腔内に幼若線維化巣は認めず COP は否定的であった。腫瘍を示唆する所見は認めなかった。

【最終診断】サルコイドーシス

【コメント】

サルコイドーシスはリンパ節，肺，眼など多臓器に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を形成する原因不明の疾患である。頻度は 10 万人に 1 人，性差は 65% が女性，好発年齢は 20 歳台と 50 歳台の二峰性である。症状は眼症状 50%，呼吸器症状 15%，皮膚症状 8% である。肺病変の 60～90% は 2～3 年以内に自然軽快し，10% が難治化する。治療は症状が重篤，あるいは呼吸機能障害がある場合にステロイド治療を行う。死因の 60% は心疾患，30% は肺疾患である。

サルコイドーシスの胸部 CT 所見では縦隔，肺門リンパ節腫大，血管気管支周囲に存在する小結節，結節周囲の粒状病変（galaxy sign），小葉間隔壁の肥厚，胸膜面の不整，牽引性気管支拡張，軽度の肺野吸収値上昇域，consolidation，慢性化による線維化病変，嚢胞，収縮性変化がよく知られているが，今回 reversed halo sign（以下 RHS）という中心部が GGA で周囲が半月状またはリング状の consolidation を呈するサルコイドーシスの症例を経験した。

RHS は以前は特発性器質化肺炎に特異的な所見といわれていたが，最近それ以外にもサルコイドーシス，結核，真菌などの感染，肺塞栓，肺水腫，BAC，多発血管炎性肉芽腫症でも RHS を呈することが報告されているので注意が必要である。¹⁾²⁾

【文 献】

- 1) Kim SJ, Lee KS, Ryu YH, et al: Reversed halo sign on high-resolution CT of COP. AJR Am J Roengenol 180:1251-1254, 2003
- 2) Marchiori E, Zanetti G, Escuissato DL, et al: Reversed halo sign HRCT scan findings in 79 patients. Chest 141:1260-1266, 2012

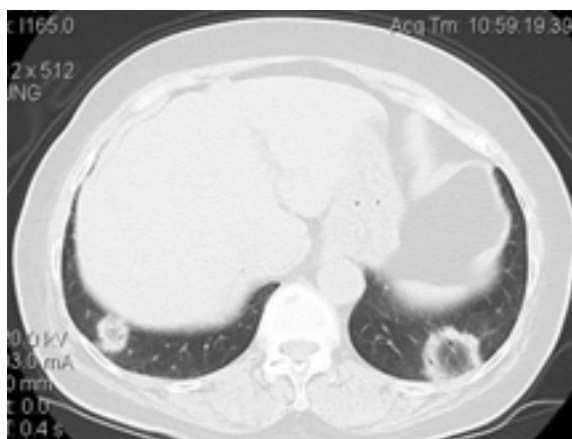


図1 2010年11月 CT（初診時）
両肺下葉に RHS を呈する結節を認める。
縦隔リンパ節は軽度腫大している。



図2 2010年12月 CT（1ヶ月後）
肺結節は増大している。