

孤立性肺毛細血管腫(solitary capillary hemangioma of the lung)の1例

名古屋第二赤十字病院 放射線科

新美 浩樹, 綾川 志保, 祖父江 亮嗣, 木下 佳美, 南部 一郎, 三村 三喜男

【症 例】45歳, 男性。

【主 訴】胸部異常影。

【既往症】15歳 虫垂炎にて手術。28歳, 39歳 単径ヘルニアにて手術。

【家族歴】特記すべきことなし。

【現病歴】2008年8月 人間ドッグにて胸部異常陰影を指摘された。

他院で精査したところ, 胸部CTにて左下葉にすりガラス吸収ground glass attenuation(GGA)像を伴う小結節を認めた。

2008年12月中旬 手術目的で当院に入院した。

【検査所見】WBC 5,000/ μ (4,500-8,500), RBC $430 \times 10^4/\mu$ (430-530), Hb 13.3g/dl(14-18), Ht 40.4%(40-50), MCV 94.0fl(80-94), MCH 30.9pg(27-31), MCHC 32.9%(32-36), Plt $19.9 \times 10^4/\mu$ (13-40), TP 7.12g/dl(6.7-8.3), Alb 4.74g/dl(3.2-4.4), AST16IU/(10-40), ALT10IU/(4-44), LDH145IU/(107-245), Cre 1.00mg/dl(0.8-1.3), BUN 13.6mg/dl(7.8-22), Glu 142mg/dl(60-110), T-Bil 1.07mg/dl(0.2-1.2), Na 142mEq/(135-147), K 4.3mEq/(3.6-5.0), Cl 103mEq/(96-108), CRP<0.2mg/dl, pH7.39(7.35-7.45), pCO₂ 41.7(24-30), pO₂ 108.0(60-110), HCO₃ 25.0(20-26), BE 0.5

【画像所見】CT: 左肺S9bに12mm × 11mmの結節を認める。辺縁部にはGGAを伴っていた。

肺門縦隔リンパ節に腫大を認めなかった。

以上の所見より左肺原発の肺癌, 野口type Cを疑った(T1N0M0)。

【手術・病理所見】CTガイド下マーキング後に胸腔鏡下肺切除術施行(S9b亜区域切除)を行った。

胸膜直下の末梢肺組織内に黒褐色, 境界不明瞭, やや硬い9 × 4mm大の病変を認めた。病変内には拡張した毛細血管が密に増生していた。辺縁では肺動脈壁内に沿っての進展を認めた。炎症細胞浸潤は乏しかった。血管を構成する内皮細胞は肺毛細血管の内皮細胞に比し密度が高く, 細胞異型は乏しかった。

免疫組織学的に血管内皮に発現するCD34が陽性で, リンパ管内皮に発現するD2-40は陰性であった。以上の所見より毛細血管腫; capillary hemangiomaに相当する組織像と診断された。悪性像はなかった。

【最終診断】solitary capillary hemangioma of the lung 孤立性肺毛細血管腫

【コメント】肺の良性疾患の頻度は低く肺腫瘍の1%未満とされている。大部分は過誤腫であり, その他はまれである。

毛細血管腫capillary hemangiomaは皮膚や粘膜, 肝臓などに発生する頻度の高い疾患であるが, 肺ではまれである。

肺の毛細血管病変としては肺毛細血管腫症pulmonary capillary hemangiomatosisの報告が40例ほどあるが, これはびまん性ないしは多結節性の毛細血管腫である, 進行性に肺静脈閉塞や肺高血圧症を発症する予後不良の病態である。

今回の孤立性肺毛細血管腫は1 ~ 3例の報告が少数存在するのみである。両疾患の形態は類似しているが, 臨床的特徴は違っており, 異なった病態ではないかと考えられている。

今回の症例ではGGAを伴う病変であったが, GGAを伴わない結節の報告もあり, 毛細血管の増生密度に依存するのではないかと考えられている。

近年の画像診断技術の進歩により臨床症状を伴わない肺の孤立性病変発見の機会が増えている。肺癌が疑われるような孤立性病変が発見された場合は, 本疾患も鑑別に入れる必要があると考えられた。

【文 献】

- 1) Fugo K, Matsuno Y, Okamoto K, et.al: Solitary capillary hemangioma of the lung report of 2 resected cases detected by high-resolution CT. Am J Surg Pathol 30: 750-753. 2006
- 2) 上神慎之介, 平井伸司, 三井法真, 他: 肺癌が疑われ手術を施行した孤立性の毛細血管腫の一例 641-644 日呼外会誌 22: 641-644, 2008
- 3) Goorwitch J, Madoff I: Capillary hemangioma of the lung. Dis Chest 28: 98-103, 1955



図1 単純X線写真正面像



図2 CT

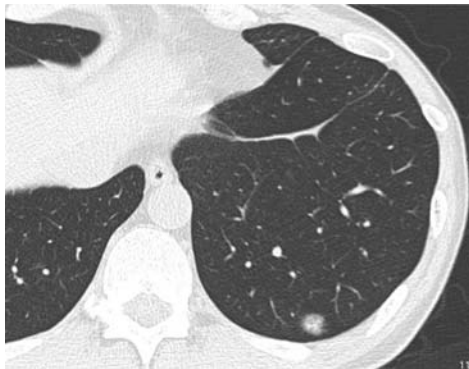


図3 CT拡大



図4 CTマーキング時



図5 摘出標本肉眼像

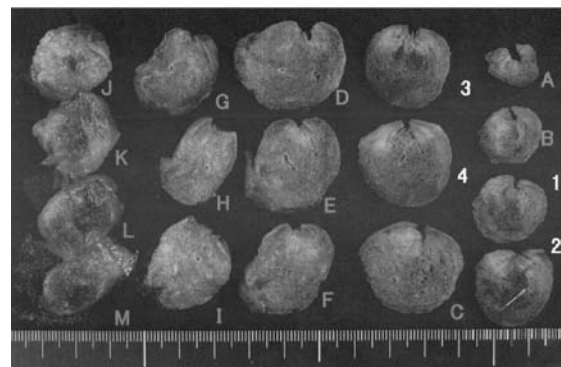


図6 断面肉眼像

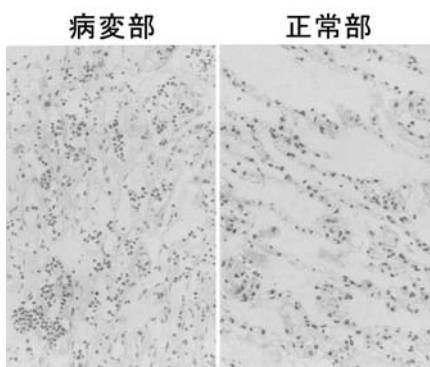


図7 病理強拡大像

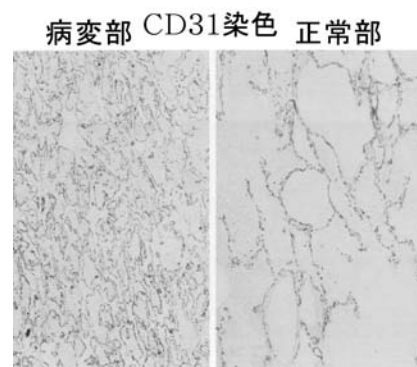


図8 病理CD31染色

重複癌，肝転移を伴った十二指腸カルチノイドの1例

藤田保健衛生大学 放射線科

木澤 剛，花岡 良太，工藤 元，加藤 良一，片田 和広

【症 例】60歳代，男性。

【主 訴】心窩部痛。

【現病歴】心窩部痛を主訴に近医受診し，内服にて経過観察していたが，症状が持続するため当院消化器内科に紹介受診した。体重減少(1年で72kgから60kgに減少)も認めた。

【検査所見】血算・生化学検査(蛋白，肝・胆道系酵素，腎機能，電解質，炎症反応)は正常範囲内。HBs抗体：陰性，HCV抗体：陰性，腫瘍マーカー AFP：2.8ng/mL(0-20.0)，CEA：3.0ng/mL(0-5.0)，CA19-9：49.3U/mL(0-37.0)，PIVKA₂：24mAU/mL(0-40.0)，DUPAN2：190U/mL(0-150)

上部消化管内視鏡：慢性胃炎，十二指腸潰瘍 下部消化管内視鏡：横行結腸に異型腺腫

【画像所見】

CT：肝両葉に単純CTで低吸収域を示す多発病変を認めた。造影CTでは早期相で辺縁部優位に造影効果を認め，平衡相ではwash outされていた(図1)。左腎に低吸収域を示す結節を認め，造影CTでは正常腎実質と比し造影効果は弱い，経時的に漸増する造影効果を認めた(図2)。十二指腸に周囲の膵と等吸収値を呈する15mm大の結節を認め，早期相では正常十二指腸と比し強い造影効果を認めた(図3)。

MRI：肝両葉の多発病変は，T1強調画像では低信号を示し，T2強調画像では淡い高信号を示した。造影T1強調画像では辺縁部優位に増強効果を認めた(図4)。

【臨床経過】CTにて十二指腸・膵頭部領域に腫瘍性病変が疑われたため，上部消化管超音波内視鏡検査を施行したところ，十二指腸球部に粘膜下腫瘍を認めた。十二指腸腫瘍(GISTまたはカルチノイド)からの肝転移と考えられ，十二指腸切除，肝左葉切除，肝右葉腫瘍核出，左腎摘出，横行結腸切除が行われた。

【最終診断】十二指腸原発カルチノイド，カルチノイド肝転移，乳頭状腎癌，横行結腸高度異型腺腫

【コメント】カルチノイドは内分泌細胞の原基細胞由来で，発育が緩徐な低悪性度の腫瘍と定義されるが，浸潤や転移を有し臨床的に悪性度の高いカルチノイドの報告が散見される。本腫瘍の約60%が消化管に発症し，消化管では直腸の頻度が最多であり，次いで胃，十二指腸の順に多い。転移部位はリンパ節と肝が主であるが，その他，肺，骨などの血行性転移の頻度が通常癌と比較して高いことが特徴である。また，本腫瘍は重複癌の合併が多く，十二指腸カルチノイドでは16.1%の頻度で重複癌を合併するとの報告がある。

【文 献】

1) 鈴木 力，曾我 淳：消化管カルチノイド．外科治療 96: 162-167, 2007

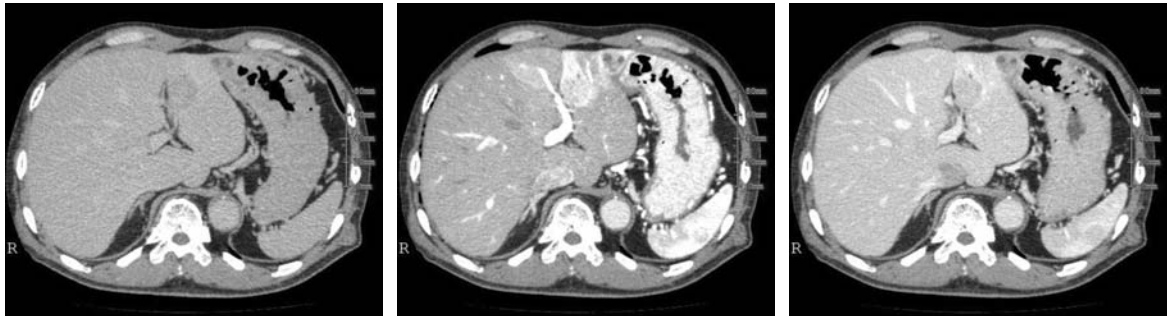


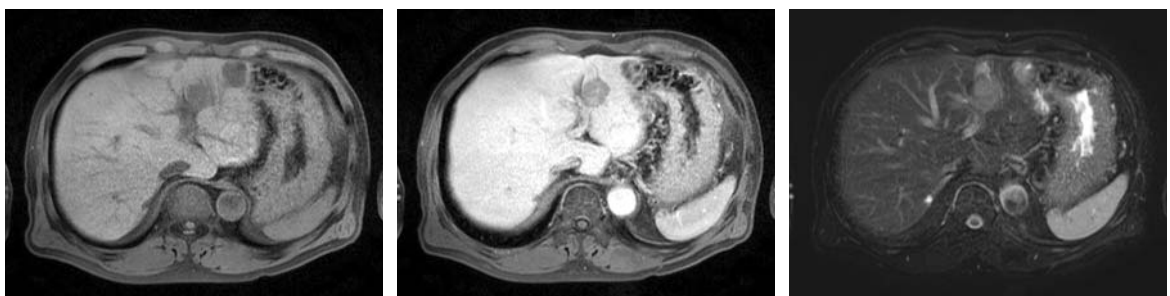
図1 CT(肝腫瘍)



図2 CT(左腎腫瘍)



図3 CT(十二指腸腫瘍)



T1強調画像脂肪抑制

造影T1強調画像脂肪抑制

T2強調画像脂肪抑制

図4 MRI

経過としてADEMと考えられた一過性脳梁膨大部病変を有する脳炎・脳症の1例

小牧市民病院 放射線科
館 靖, 小島 美保, 改井 修

【症 例】13歳, 男児。

【主 訴】意識障害。

【現病歴】2008年12月 頭痛, 発熱 嘔気により食欲低下をきたし近医を受診した。

3日後 他院にてinfluenza検査を行われたが2回陰性であった。

同日当院小児科初診, 経過観察のため入院となった。

【既往歴】なし

【検査所見】

WBC 6,900/ μ (3,500 ~ 9,000), RBC 500 $\times$ 10⁴/ μ (380 ~ 450), Hb 14.5g/d(11.3 ~ 14.9), Plt 23.4 $\times$ 10⁴/ μ (14.0 ~ 35.0), CK 84.3IU/(56.0 ~ 224.0), CRP 0.01mg/d(0.00 ~ 0.30), BUN 13.6mg/d(8.0 ~ 22.0), Cre 0.79mg/d(0.60 ~ 1.10), Na 131.5mEq/(138.0 ~ 146.0), K 4.2mEq/(3.6 ~ 4.9), Cl 96.1mEq/(97.0 ~ 109.0), Ca 9.8mEq/(8.7 ~ 10.3), Glu 99.6mg/d(70.0 ~ 109.0), AST 15.9IU/l(13.0 ~ 33.0), ALT 9.5IU/(6.0 ~ 30.0), LDH 217.2IU/(119.0 ~ 229.0)

【経 過】

入院4日後 下肢保持力低下あり。

入院5日後 BT 39.9 意味不明の発言, 意識レベル低下, 痙攣・嘔吐が出現した。

SpO₂ 70%台への低下が頻回のため, 挿管・ICU管理となった。JCS: -200 臨床的に脳炎・脳症が疑われ, ステロイドパルス療法(入院5日後, 12日後より各3日間), aciclovir・セフェム系薬剤投与, 大量免疫グロブリン療法(入院6日後より8日間)が施行された。髄液検査の結果, MBP(ミエリンベースック蛋白)1450pg/m(正常値0-102)と上昇, influenza A(H3N2)virus抗体40倍, コクサッキーA7virus抗体16倍と上昇がみられた。

2度目のステロイドパルス後より徐々に意識レベルは改善し, 一般病棟へ移動した。両下肢の麻痺, 膀胱直腸障害が残存するも半年の経過で, 導尿, 腹圧による自己排便, 松葉杖での歩行が可能となった。一年の経過で補助なし歩行可能となったが, 膀胱直腸障害は残存している。

【画像所見】

入院5日後 MRI DWI, T2強調像, FLAIR像にて卵円形の高信号域が脳梁膨大部に認められた。わずかな信号上昇が延髄に認められた。

入院8日, 15日後 頭部MRI 脳幹, 両側視床・大脳基底核・深部白質に経時的に病変の拡大がみられた。

入院1ヵ月後 MRI 橋以外の異常信号は消失した。

入院2ヵ月後 MRI 橋の異常信号も含めて画像的な異常所見は消失した。

【最終診断】

脳梁膨大部病変の先行した脳炎, 脳症 髄液検査も踏まえた最終診断としてADEMと判断された。

【コメント】

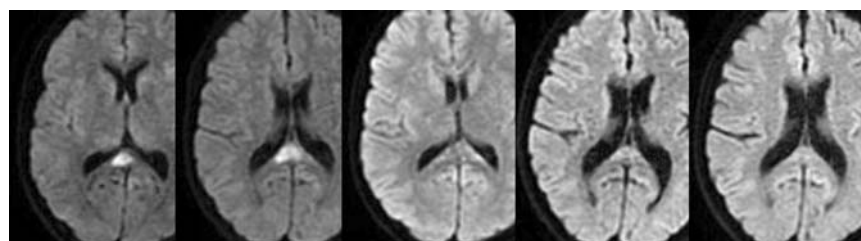
一過性脳梁膨大部病変として最も多い原因はフェニトイン, カルバマゼピンといった抗痙攣薬の投与で起るものである。その他, 脳炎(感染性, 薬剤性), 脳症, 代謝異常(アルコール中毒, 低栄養など), 血管炎(SLEなど), 腎不全, 電解質異常, 痙攣重積, 外傷でも起りうる。

原因は不明だが, 一過性の細胞毒性浮腫や髄鞘内浮腫などがいわれている。比較的軽微な神経症状と可逆性病変であることを認識して不必要で侵襲的な検査・治療は避ける必要があるとの報告がある。また, 近年では小児の脳炎, 脳症として臨床的に症状が軽症である新しいclinico-radiological syndrome, 一過性脳梁膨大部病変を有する脳炎, 脳症(clinically mild encephalopathy, encephalitis with a reversible splenial lesion[MERS])が報告されている。画像的には10日以内に消失する脳梁膨大部病変および両側大脳半球の白質病変である。

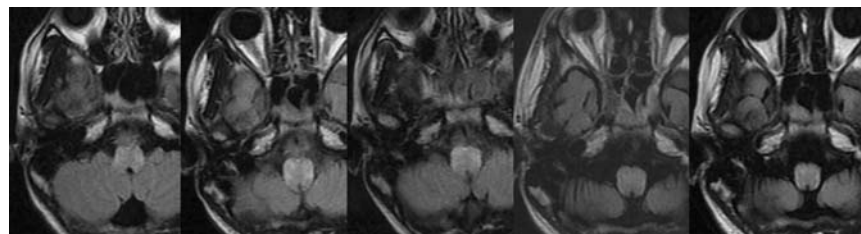
本症例は画像的に脳梁膨大部病変が先行, 経時的にADEM様を呈し, 臨床症状も遷延・障害の残存が認められた。髄液検査のうち, MBPやvirus抗体値の結果はすぐには得られないため, 画像所見の経時変化の把握・臨床症状の変化を合わせた判断が重要と思われた。

【文 献】

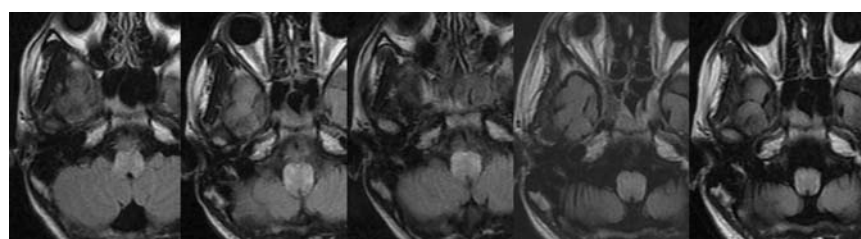
- 1) Takahashi J, Barkovich AJ, Shiihara T, et al: Widening spectrum of a reversible splenial lesion with transiently reduced diffusion. AJNR 27: 836-838, 2006
- 2) Tsuji M, Yoshida T, Miyakoshi C, et al: Is a reversible splenial lesion a sign of encephalopathy? Pediatr Neurol. 41: 143-5; 2009
- 3) Takanashi J, Barkovich AJ, Yamaguchi K, et al: Influenza-associated encephalitis/encephalopathy with a reversible lesion in the splenium of the corpus callosum: a case report and literature review. Am J Neuroradiol 25: 798-802, 2004
- 4) 酒井美緒: 感染後脳症. 青木茂樹, 相田典子, 井田正博, 他編: 新版よく分かる脳MRI, 362-363, 秀潤社 東京
- 5) 大場 陽: 一過性脳梁膨大部病変. 青木茂樹, 相田典子, 井田正博, 他編: 新版よく分かる脳MRI, 398-399, 秀潤社 東京



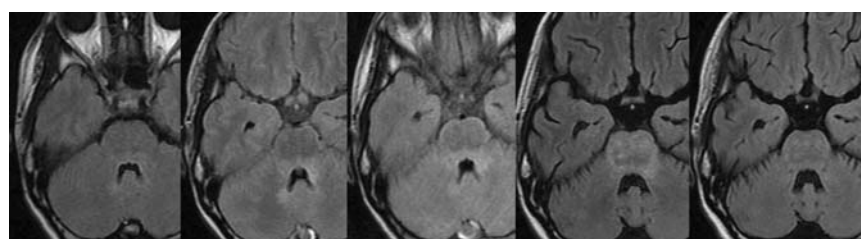
入院5日後 8日後 5日後 1ヵ月後 2ヵ月後



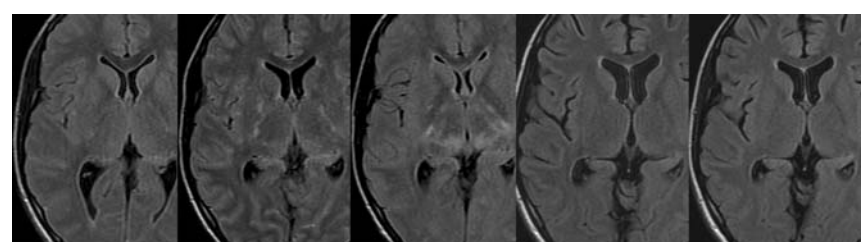
脳梁膨大部のDWI, FLAIRにおける経時的信号変化



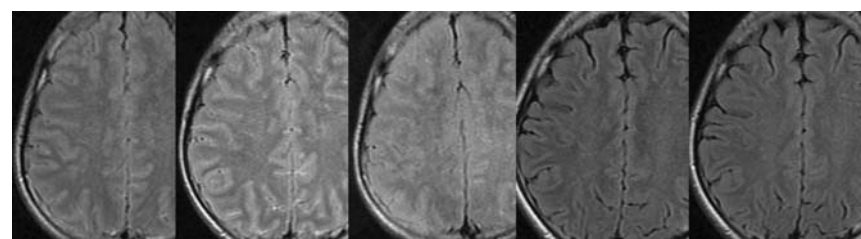
入院5日後 8日後 5日後 1ヵ月後 2ヵ月後



延髄・橋レベルのFLAIRにおける経時的信号変化



入院5日後 8日後 5日後 1ヵ月後 2ヵ月後



視床，半卵円中心レベルのFLAIRにおける経時的信号変化

肺良性転移性平滑筋腫の1例

国立病院機構名古屋医療センター 放射線科
大岩 幹直, 白岩 美咲, 西田 千嘉子, 遠藤 登喜子

【症 例】46歳, 女性。

【主 訴】胸部CTで指摘された病変が増大したため, 他院から精査を依頼された。

【経 過】咳が続く近医を受診した。肺炎否定のため撮影された胸部CTで異常を指摘された。1年間の経過観察で増大傾向がみられたため, 婦人科手術歴のある当院へ精査を依頼された。

【既往歴】36歳 子宮筋腫核出術。

【来院時現症】身長152cm, 体重45kg。自覚症状なし。

【検査所見】GOT 14 U/L (13-33), GPT 11 U/L (6-27), LDH 143 U/L (119-229), ALP 154 U/L (115-359), GGT 10 U/L (10-47), T-Bil 0.50 mg/dL (0.30-1.20), AMY 57 IU/L (40-130), Cre 0.56 mg/dL (0.4-0.7), UA 4.3 mg/dL (2.3-7.0), CRP 0.18 mg/dL (0.30以下), Na 139 mmol/L (138-146), K 3.7 mmol/L (3.6-4.9), Cl 105 mmol/L (99-109), Ca 9.3 mg/dL (8.7-10.3)

WBC 5700/ μ L (3500-8500), Neut 59.8% (40-71), RBC 473万/ μ L (370万-490万), Hb 12.5 g/dL (11.5-15.0), Plt 34.8万/ μ L (15万-35万)

CEA 1.2 ng/mL (5以下), CYFRA $\leq$ 1.0 ng/mL (3.5以下), CA 125 26.5 U/mL (35以下)

尿: 蛋白・糖・ビリルビン・潜血・ケトン体 (-)

【画像所見】胸部単純CT(平成17年12月, 平成18年12月)(図1): 両肺野に小結節が散在する。左肺S10の結節が最大で5mm大。境界は明瞭平滑。背景の肺野には特記すべき異常所見は指摘されない。肺内リンパ節, 小肉芽腫などが考えられ, 経過観察となった。

1年後のCTでは著変はないものの, 左S1+2の結節が3→5mmに, 左S10の結節が5→8mm大と増大傾向がみられた。縦隔, 肺門リンパ節には明らかな腫大なし。転移性肺腫瘍の鑑別を要した。

腹部造影CT(平成19年1月): 肝・胆・膵・腎に悪性を疑う所見は指摘されず, 後腹膜リンパ節腫大は認めなかった。

子宮筋腫核出術の既往のある子宮は著明に腫大し, 子宮筋層, 左側壁内に辺縁の明瞭な腫瘍を2個認めた。子宮筋層と同程度に造影され, その内部には造影不良な低吸収部分が含まれた。変性を起こした筋層内子宮筋腫を疑った。頭側, 及び右側壁には漿膜下筋腫が疑われた。積極的に悪性を示唆する所見は指摘されなかった(図2)。

他, 転移性肺腫瘍の原因たる明らかな悪性所見は指摘されなかった。

【鑑別診断】多発肺結節の鑑別診断は 悪性腫瘍として転移性肺腫瘍, 原発性肺癌など。 良性腫瘍として過誤腫, 肺動静脈奇形など。 炎症性肉芽腫として真菌, 結核, 寄生虫など。さらに炎症性偽腫瘍, サルコイドーシス。リウマチ結節やウェゲナー肉芽腫なども挙がる。

本症例は臨床上, 炎症所見はなく, 特記すべき血液学的異常はなく, 腹部と造影CTでは明らかな悪性を疑う所見は指摘されず, 腫大した子宮に筋腫として矛盾ない複数の腫瘍を認めたのみであった。既往歴も子宮筋腫核出術の他は特記すべきものがなかった。胸部CTでは肺の多発小結節は1年の経過でわずかに増大傾向というslow growingであり, 通常の癌, 肉腫の転移は否定的と思われた。

診断は確定できず, 平成19年1月 診断目的で胸腔鏡下肺生検術が施行された。

【切除標本および病理所見】(図3)部分切除された左肺下葉の組織は, macro像では5mm大の黄色充実性, 境界明瞭な結節で, micro像では束状に交錯する紡錘形細胞束からなり, 好酸性の線維成分を伴っていた。内部に既存の気管支構造の残存がみられた。細胞異型や核分裂像は認めず, 10年前に外科的切除を行った子宮筋腫組織と同様の所見であった。

【最終診断】良性転移性平滑筋腫 benign metastasizing leiomyoma

【コメント】良性転移性平滑筋腫は子宮筋腫の既往のある女性の肺野に異型性の乏しい平滑筋腫が多発する。病因としては 子宮筋腫からの転移(手術時の子宮平滑筋腫の血管内への迷入?), 低悪性度の子宮平滑筋肉腫の転移, 平滑筋腫の多源的発生, 肺原発の過誤腫性病変, などの説がある。子宮筋腫の外科手術がなされてから3~20年後に検診で偶然発見されることが多い。転移の部位は肺以外にリンパ節, 深部軟部組織, 大網, 腸間膜などの報告もある。腫瘍はエストロゲンレセプター, プロゲステロンレセプターが陽性を示すことが多く, 卵巣摘出, 妊娠, 閉経などを契機に腫瘍が縮小, 消失する例あり, 女性ホルモン依存性の発育が示唆されている。治療はプロゲステロン, GnRHアナログなどが行われるが, 効果は確実ではなく, 外科切除が選択されることもある。経過は長く, 一般に予後は良好である。

画像所見は, 胸部単純X線写真では肺病変は単発性あるいは多発性の辺縁平滑な結節として認められる。胸部CTでは辺縁平滑な円形もしくは分葉化した, 数mm~数cmの多発性(時には孤立性)の結節が肺野に点在。内部に石灰化や空洞は一般に認めず, 粟粒型を呈することは少ない。肺門, 縦隔リンパ節腫大や胸水は認められない。

診断は良性子宮平滑筋腫の既往という臨床像と, 胸腔鏡下肺部分切除術などの肺生検により, 組織学的になされる。

【文 献】

- 1) 吉村 誉史, 藤本 正数, 土高 健: 腫瘍性疾患 B.間葉系(原発性)腫瘍 benign metastasizing leiomyoma 別冊日本臨床 新領域別症候群シリーズ 10: 93-96, 2009

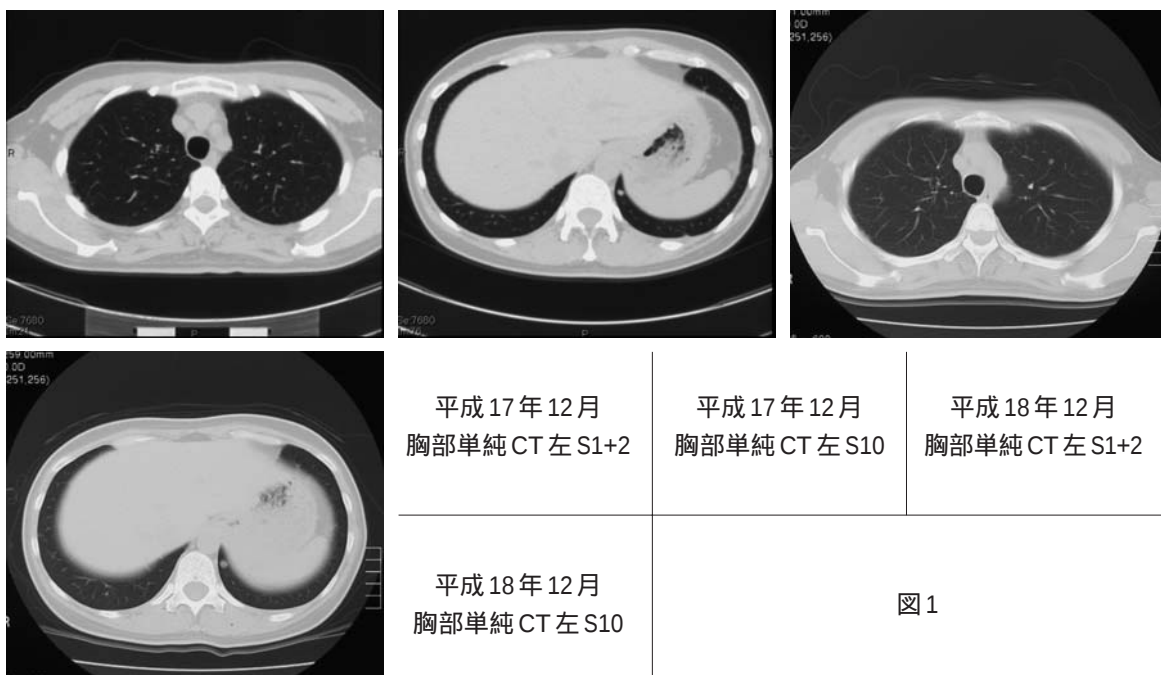
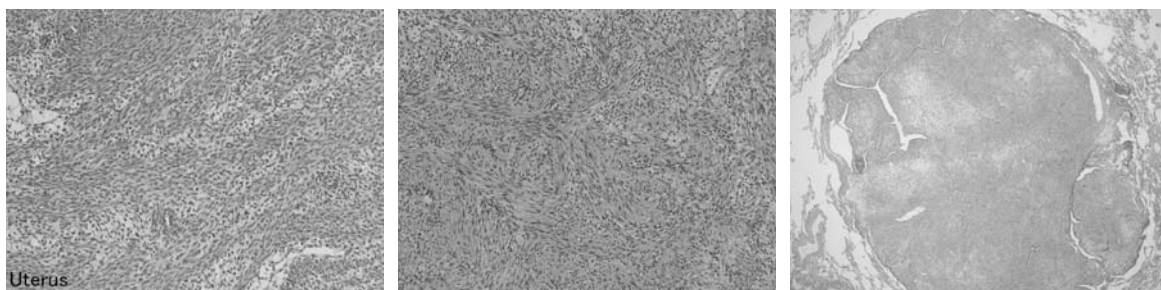


図 2 平成 17 年 12 月 腹部造影 CT



1997 年 1 月子宮筋腫核出術標本強拡大

2007 年 3 月胸腔鏡下肺生検強拡大

2007 年 3 月胸腔鏡下肺生検弱拡大

図 3

造影CTで所見を認めた急性心筋梗塞の1例

豊川市民病院 放射線科
久米 真由美，鈴木 かおり，黒堅 賢仁

【症 例】42歳，男性。

【主 訴】背部痛。

【現病歴】朝，出勤途中に背部痛が出現。その後，胸部違和感もあり，勤務先に到着したのち救急車を要請し，当院を受診した。

【検査所見】WBC 7,900/ μ K (3,300-9,000)，RBC 518万/ μ K (400万-540万)，Hb 16.2g/dK (13-17)，Plt 23.5万/ μ K (15万-35万)，TP 7.5g/dK (6.7-8.3)，GOT 24IU/K (13-33)，GPT 37IU/K (6-30)，LDH 213IU/L (119-229)，T-Bil 0.3mg/dK (0.3-1.2)，CPK 133IU/K (62-287)，CKMB 0.9ng/mK (0.0-3.6)，血糖 121mg/dl (70-109)，BUN 10.9mg/dK (8.0-20.0)，Cre 1.1mg/dK (0.6-1.1)，Na 142mEq/L (138-146)，K 3.9mEq/L (3.6-4.9)，Cl 103mEq/L (99-109)，CRP 0.13mg/dK (0.3以下)

【来院時現症】脈拍 65 血圧 右上肢 127/95mmHg 左上肢 130/93mmHg SpO₂ 99 %

心電図は洞調律，ECGは正常。

嘔気なし。めまいなし。冷汗なし。

背部痛が持続，痛みに移動なし。臥位が苦痛で坐位をとっている状態。

【画像所見】CT上，心筋に造影効果の乏しい領域を認めた(図1，2)。

大動脈解離なし。胸膜炎や肺炎像なし。骨，軟部の異常や脾，腎などにも疼痛の原因となる所見は認めなかった。

【最終診断】急性心筋梗塞

【コメント】本症例は来院時から，急性心筋梗塞を疑われていた。しかし，1回目の血液検査，心電図は発症後約2時間しか経過しておらず，急性心筋梗塞の確定診断にいたらなかった。大動脈解離などを除外する目的で胸腹骨盤部CT(単純+造影)が施行された。CT検査後に心電図が再度施行され，ST変化を認め，緊急冠動脈造影となった。左冠動脈前下行枝病変が責任病巣の心筋梗塞で，来院時正常値であったCPKも経過中に最高2191IU/Lまで上昇した。

急性心筋梗塞は心電図や血液検査所見などから診断がつくことが多いが，造影CTでの心筋濃染についての検討では，造影早期相で急性心筋梗塞の94%で心筋造影不良を認めるとの報告もある。心筋梗塞を冠動脈CTではない造影CTで診断する機会は少ないが，心筋の造影効果への注目が診断の一助になることもあると考えられる。

【文 献】

- 1) 下村 怜，寺川宏樹，西岡健司，他：非心電図同期造影CT検査が診断に有用であった急性心筋梗塞の1例．広島医学 61: 412-416, 2008
- 2) 馬渡耕史，大野 朗，川畑清朗，他：急性心筋梗塞におけるGd-DTPA造影MRIの有用性．心臓 35: 91-101, 2003

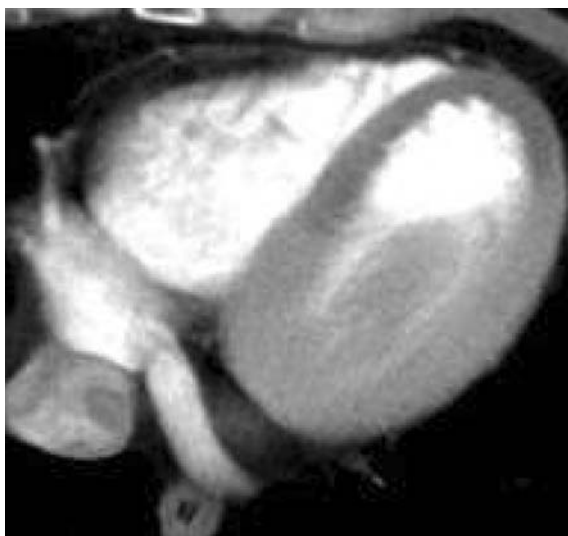


図1 造影CT早期相

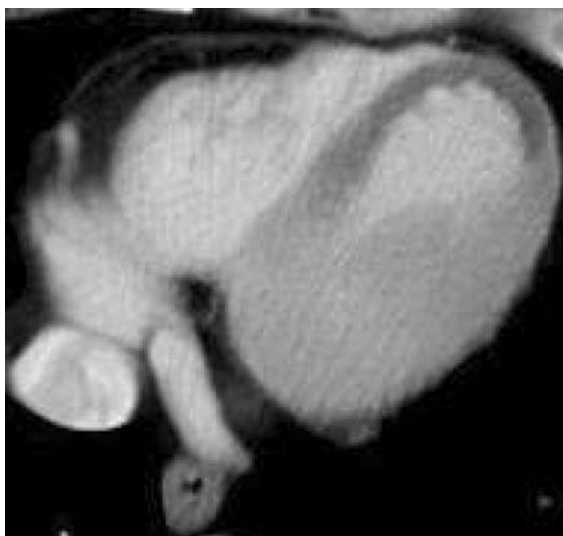


図2 造影CT後期相

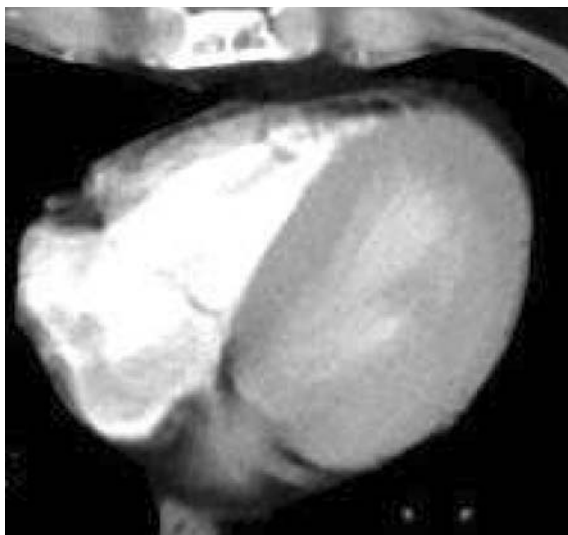


図3 対照 正常心筋の造影早期相

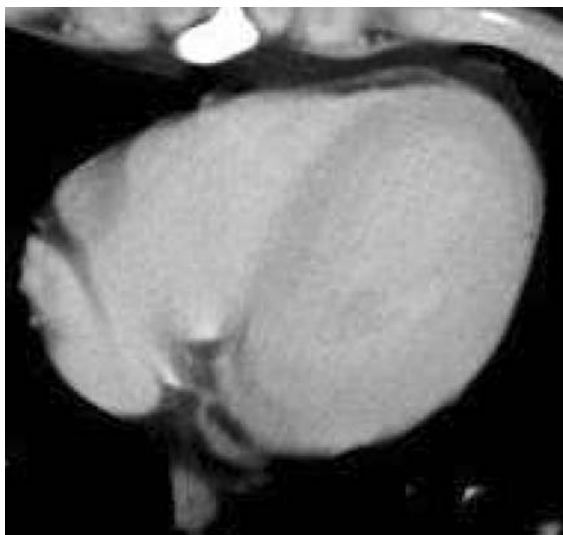


図4 対照 正常心筋の造影後期相

前頭洞に発生した melanoma の 1 例

名古屋市立大学 放射線科
鈴木 智博，伊藤 雅人，芝本 雄太
同 中央放射線部
白木 法雄，原 真咲

【症 例】74 歳，女性。

【主訴】左眼の違和感，前頭部膨隆。

【既往歴】20 歳代にて鼻部に異物を挿入する手術（詳細不明）。

【現病歴】2009 年 2 月より左眼の違和感が出現したため，近医を受診した。画像上前額部骨欠損部より突出する腫瘍が認められたが，病理検査では悪性像なしといわれた。今回，手術加療目的で当院耳鼻科受診を受診した。

【検査所見】特記すべき異常なし。

【画像所見】

CT 所見：左側優位に両側の前頭洞，篩骨洞，鼻腔，左上顎洞へ広がる 70 × 26 mm 大の腫瘍性病変を認めた。周囲骨は菲薄化し，病変は頭蓋内，左眼部へ一部進展していた。CT 値 59 HU から 128 HU へと良好な造影効果を呈し，両側顔面動脈からの栄養が疑われた。

MRI 所見：T1 強調画像で軽度高信号，T2 強調画像で低信号であり，拡散強調画像では高信号を呈した。

FDG-PET：病変に一致して集積が亢進していた。

【病理所見】被覆上皮の基底部よりに異型細胞が増殖しており，一部では表層部腺腔の基底部に波及していた。免疫染色では S-100，HMB-45，Melan A，ケラチンに陽性，Cytokeratin AE 1/3 陰性であった。

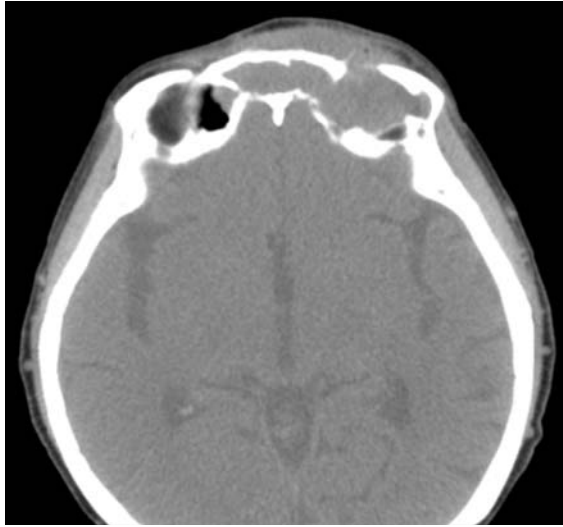
【最終診断】melanoma

【コメント】典型的な melanoma の 1 例であった。前頭洞からの発生はみられないという記載もあり¹⁾，教育的症例であったため提示した。

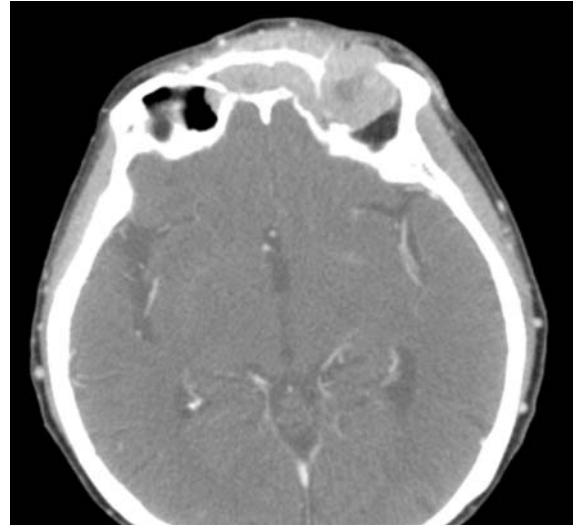
画像所見の特徴は，メラニン色素を有する melanotic melanoma の場合，メラニンの常磁性体作用により T1 強調画像で高信号，T2 強調画像で低信号を呈することである。10 ～ 30 % にメラニンを有さない amelanotic melanoma があり，その場合は T1 強調画像では低～中等度信号を呈し，その他の充実性病変との鑑別が困難となる。

【文 献】

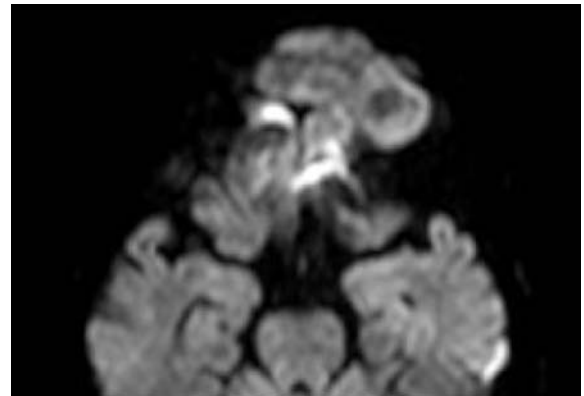
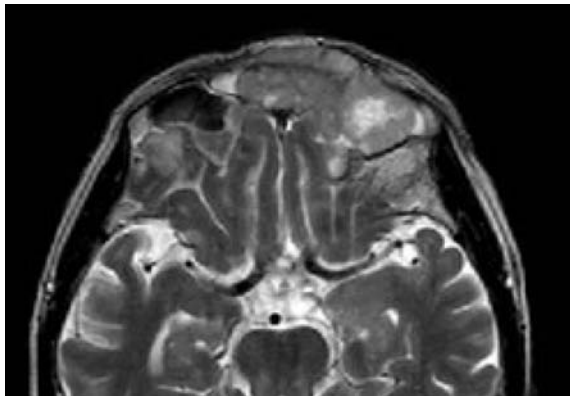
- 1) 矢村正行，興梠征典，山下康行：鼻腔・副鼻腔．酒井 修編：頭頸部の画像診断 102-133, 2002, 秀潤社 東京



単純 CT

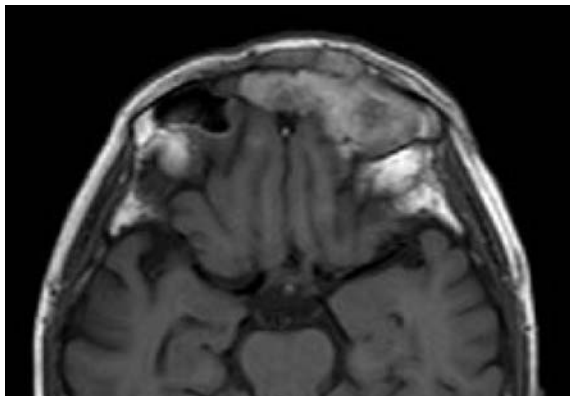


造影 CT



MRI
T2 強調画像

MRI
拡散強調画像



MRI
T1 強調画像