

Case 18-2005: A 45-Year-Old Woman with a Painful Mass in the Abdomen  
(Volume 352: 2535—42)

【症例】45歳女性

【主訴】痛みを伴う腹部腫瘍

【既往歴】

1. 脊柱側彎症（思春期に増悪し、15歳時にHarrington rodsを挿入した。）
2. 小脳pilocytic astrocytoma, Grade 1（30歳時。切除2回の後、総線量55.8Gyの放射線療法を施行した。複視が出現したのでレンズで矯正し、失調に関してはリハビリによって代償できるようになった。）
3. 左乳房線維腺腫（28歳時。切除）
4. 右乳房線維腺腫（30歳時。切除）
5. 両側乳房乳管内乳頭腫（42歳時。切除し、focal atypical ductal hyperplasiaとlobular neoplasia in situを認めた。）
6. 子宮筋腫（42歳時。子宮全摘術を施行し、複数個の子宮筋腫・良性の子宮内膜・慢性子宮頸部炎を認めた。両側卵巣は切除せず。）

【妊娠分娩歴】G2P2（2回とも帝王切開による）

【生活歴】夫と娘と同居（兩人とも健康）。喫煙(-)。飲酒は1ヶ月に3~4本（内容不詳）程度。

【常用薬剤】マルチビタミン（毎日）

【現病歴】2年半前に右下腹部の腫瘍に気付いた。その腫瘍の部位に一致して、約1ヶ月に1回の頻度で「熱いレンガ(hot brick)のような」強い痛みがあり、その痛みは一度起こると4~5日続く状態が続いている。何ヶ月かに渡り、発生時の痛みが強かった事もあった。

入院5週間前に、精査目的に当院外科外来を受診し、身体診察上、軽度圧痛のある4cm大の腫瘍を右下腹部に触知したが、身体診察では他に異常所見は見られなかった。腹部超音波検査（下図A）で、血管に富むmixed echoicな3.5x3.5x1.0cm大の腫瘍を右下腹部前面に認めた。

入院3週間前の腹・骨盤部CT（経口・経静脈造影）（下図B, C）では、不整形で造影効果のない内部不均一な病変を右下前腹壁に認め、肝臓はfattyで、右葉の下部に1.9cm大の、造影されて早期にwashoutされる病変を認めた。また、肝臓内に複数の低吸収域があり、嚢胞と考えられた。他の臓器は正常と見えた。

入院2週間前に肝内病変の評価のためにMRIを施行（下図D）し、T1強調画像で等信号（出血巣なし）、T2強調画像で非常に高信号、ガドリニウム造影で早期に造影される、1.7x1.8cm大の病変を肝右葉に認めた。肝内にはT2強調画像で高信号を示す複数の病変があり、それらは嚢胞と考えられた。リンパ節腫大を認めず、MRI上、他の腹部臓器の異常は認めなかった。

【入院時現症】<VITAL SIGNS> 身長167.5cm, 体重49.5kg, BMI 17.64

<ABDOMEN> 下腹部に6cm長の癒痕(Pfannenstiell insicion)を認める。軟。臓器腫大なし。不整形で固い4cm大の腫瘍を右下腹部（癒痕の2cm上、正中部から3cm右）に触知し、わずかに圧痛がある。腫瘍直上の皮膚にひきつれや陥凹を認めない。

その他の身体所見に異常を認めない。

【入院時検査所見】 一般的な血算・生化学・尿定性検査（注：原文では“routine laboratory tests”との表現のみ）の結果は全て基準範囲内であった。<ECG> NSR。わずかに左房拡大。<胸部X線> 両肺上葉に気腫性変化を認め、肺気腫を疑う。浸潤影・腫瘍影・滲出・リンパ節腫大を認めない。胸椎にHarrington rods挿入済。

【入院後経過とAssessment & Plan】 ある診断的手技が施行された。

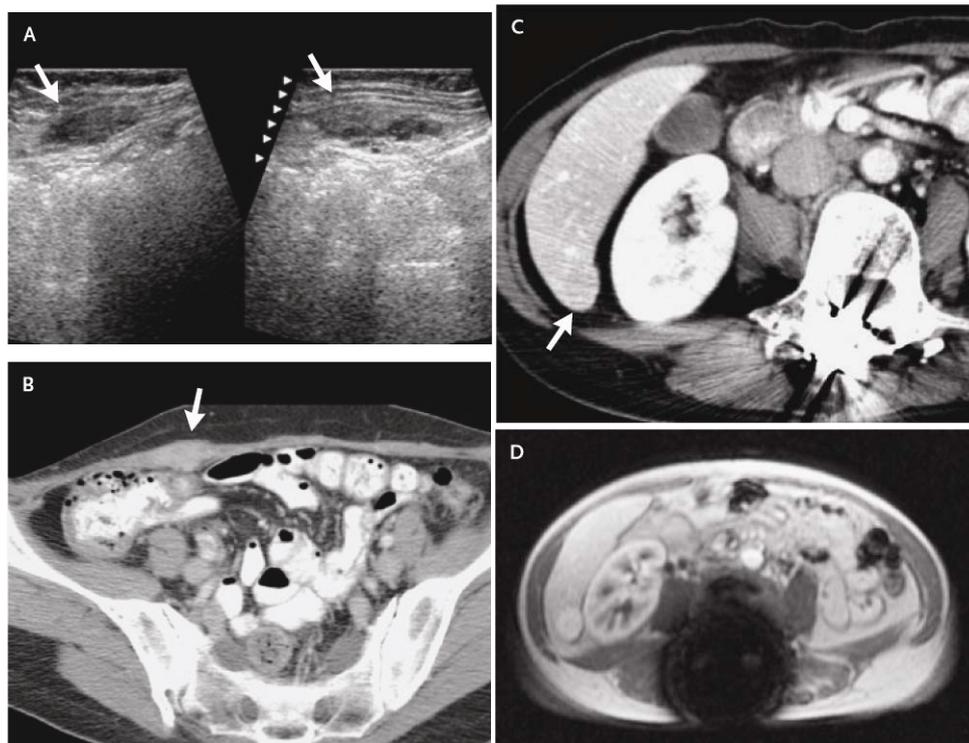


図 得られた画像

**A:** 前腹壁の超音波画像。左が矢状断、右が水平断。腹直筋線維内に、境界明瞭、低エコー、充実性の腫瘍があり、筋線維を圧排している。

**B, C:** CTでは左右腹直筋が非対称である。高吸収の中等度に分葉した腫瘍が右腹直筋内に見られる。比較的境界が不鮮明な造影効果のある腫瘍が肝右葉表面近くに見られる。卵巣は正常であった。

**D:** MRIでの肝内病変は、T1 iso~lowで、T2で境界不鮮明、Gd造影で強い増強効果を示した。

1. プロブレムリストを作り
2. 鑑別診断を考え、most likely Dxを想定した上で、
3. 「診断的手技」は何か？
4. どのようにマネジメントするか。