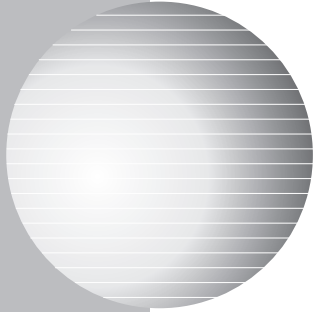




## 第39回頭頸部放射線研究会

2026年9月12日(土) 8:30~17:15

一般演題

現地開催

教育講演

現地開催＋オンデマンド配信

イメージインタープリテーションセッション

現地開催

頭頸部放射線研究会事務局：

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺3311-1

自治医科大学放射線医学講座 森 壱

TEL: 0285-58-7362 / FAX: 0285-44-4296

E-mail : hnradiology@jichi.ac.jp

**開会の挨拶 (8:30~8:35)****尾尻博也 (慈恵医大 放)****【一般演題】現地開催****Session ① (8:40~9:43)****座長：飯田悦史 (山口大学 放)****樋渡昭雄 (名古屋市立大学 放)**

1. 中咽頭 Lymphoid papillary hyperplasia (LPH) の 1 例 岐阜大 放 小澤直人
2. 甲状腺術後の経過観察 CT で認められた頸部リンパ節の反復的位置変化 慈恵医大柏 放 立岡翔太
3. 耳下腺ワルチン腫瘍のリンパ間質に慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫 (CLL/SLL) の浸潤を認めた 1 例 大阪大 放 西垣大毅
4. 喉頭に発生した Carcinoma cuniculatum の 1 例 久留米大 放 古賀亜紀子
5. 日齢 7 日の MRI 検査が診断に有用であった胎児期発見の右梨状窩瘻の 1 例 日本医科大武蔵小杉 中島優衣
6. 内部に石灰化を伴う鼻腔内腫瘍で COREAH と診断された一例の画像的検討 順天堂大浦安 放 和田都花
7. 当初、腫瘍が疑われた浸潤性真菌性鼻副鼻腔炎による感染性動脈瘤の一例 新潟大 放 市川健人

**Session ② (9:50~10:46)****座長：池田耕士 (医誠会国際総合病院 放診)****内山雄介 (久留米大学 放)**

1. 上顎洞癌に対する ICI 治療中に腹部リンパ節結核を発症した一例 国立がんセ東 放診 下田星騎
2. 両側上顎洞悪性リンパ腫の一例 関西医大 放 吉田昂平
3. 口腔底に発生した Myxofibrosarcoma の一例 東京科学大 放 村山裕政
4. 下咽頭食道透視で cricopharyngeal bar を認めた 1 例 神戸市立医療セ中央市民 放 中江 幹
5. 椎前筋群を主座としたデスモイド型線維腫症の一例 聖マリアンナ医科大 放診・IVR 宮川久弥恵
6. 咽頭後頸動脈再訪 大阪国際がんセ 放診・IVR 柏木伸夫

**【教育講演】現地開催、オンデマンド配信****教育講演① (11:00~12:00)****テーマ：報告書に書くべきこと 1****座長：外山芳弘 (高松赤十字病院 放)**

1. 側頭骨領域 慈恵医大柏 放 馬場 亮
2. 唾液腺 自治医大 放 藤井裕之

**教育講演② (13:50~14:50)****テーマ：報告書に書くべきこと 2****座長：中西 淳 (順天堂大学 放)**

1. 甲状腺がんの画像診断：報告書に書くべきこと 国立がんセ東 放診 檜山貴志
2. 頭頸部 FDG PET/CT 再考 ―痛恨症例と会心症例に学ぶマルチモダリティ診断― 東京科学大 放 横山幸太

## 【イメージインタープリテーションセッション】現地開催

## Session ① (15:00~16:00)

司会：宮坂俊輝（奈良県立医科大学 放）

池田裕隆（藤田医科大学 放）

コメンテーター：三田村克哉（香川大学 放）

## [出題]

- |               |      |
|---------------|------|
| ①-1 大曲厚生医療セ 放 | 大谷隆浩 |
| ①-2 京都大 放     | 塚元鈴音 |
| ①-3 倉敷中央 放診   | 堂畑慶之 |
| ①-4 順天堂大 放    | 武政尚暉 |
| ①-5 名古屋大 放    | 東真理奈 |

## [回答]

- |           |       |
|-----------|-------|
| 岐阜大 放     | 高井由希子 |
| 国立がんセ東 放診 | 下田星騎  |
| 埼玉医科大 放   | 白鳥泰良  |
| 箕面市立病院 放  | 菊地紀子  |
| むつ総合病院 放  | 宿野部晨  |

## Session ② (16:10~17:10)

司会：大谷隆浩（大曲厚生医療セ 放）

東美菜子（宮崎大学 放）

コメンテーター：安藤久美子（神戸市立医療セ中央市民 放診）

## [出題]

- |                    |       |
|--------------------|-------|
| ②-1 藤田医科大 放        | 津田敦裕  |
| ②-2 岐阜大 放          | 入谷友佳子 |
| ②-3 弘前大 放          | 佐々木美穂 |
| ②-4 大阪国際がんセ 放診・IVR | 三浦あづさ |
| ②-5 国立がんセ東 放診      | 久野博文  |

## [回答]

- |                  |      |
|------------------|------|
| 北海道大 放           | 金谷本真 |
| 岩手医大 放           | 小原 純 |
| 名古屋大 放           | 加藤耕資 |
| 聖マリアンナ医科大 放診・IVR | 小林大地 |
| 大津赤十字病院 放        | 櫻田紘基 |

## 閉会の挨拶 (17:10~17:15)

森 壘（自治医大 放）

## 一般演題 Session①

座長：飯田悦史(山口大学 放射線部)

樋渡昭雄(名古屋市立大学 放射線医学分野)

### 1. 中咽頭Lymphoid papillary hyperplasia (LPH)の1例

岐阜大学医学部附属病院 放射線科<sup>1</sup>,

岐阜大学医学部附属病院 耳鼻咽喉科<sup>2</sup>,

岐阜大学医学部附属病院 病理診断科<sup>3</sup>

小澤直人<sup>1</sup>, 加藤博基<sup>1</sup>, 松尾政之<sup>1</sup>, 五島隆之介<sup>2</sup>,

小川武則<sup>2</sup>, 酒々井夏子<sup>3</sup>

症例は38歳の男性。咽頭違和感を主訴に受診し、左口蓋扁桃下極に有茎性腫瘤を指摘された。腫瘤は20×10 mmで、単純CTでは軟部吸収値(48HU)を示した。造影CT動脈相では左顔面動脈扁桃枝由来の栄養血管を認め、静脈相にかけて均一で軽度の造影効果(80HU)を示した。MRIではT1WI・T2WIともに筋と比較して軽度高信号を示し、DWIで高信号(ADC値=0.795×10<sup>-3</sup> mm<sup>2</sup>/s)と拡散制限を認めた。頸部リンパ節腫大は認めなかった。以上より悪性腫瘍が疑われ、左顔面動脈扁桃枝塞栓術後に切除術を施行し、病理組織学的にLymphoid papillary hyperplasia (LPH)と診断された。LPHは口蓋扁桃に発生する稀な良性腫瘍様病変であり、アジア人の若年女性に好発する。臨床的には扁平上皮乳頭腫や悪性腫瘍との鑑別が困難である。本例はLPHのCT・MRI所見を初めて詳細に示した報告であり、画像的特徴の蓄積に寄与すると考えられる。

### 2. 甲状腺術後の経過観察CTで認められた頸部リンパ節の反復的位置変化

東京慈恵会医科大学附属柏病院 放射線部<sup>1</sup>,

東京慈恵会医科大学附属柏病院 耳鼻咽喉・

頭頸部外科<sup>2</sup>,

東京慈恵会医科大学 放射線医学講座<sup>3</sup>

立岡翔太<sup>1</sup>, 馬場 亮<sup>1</sup>, 山内英臣<sup>1</sup>, 五味 拓<sup>1</sup>,

田淵陽太<sup>1</sup>, 森 春貴<sup>1</sup>, 樋口陽大<sup>1</sup>, 鈴木隆之<sup>1</sup>,

三浦拓也<sup>2</sup>, 松島理士<sup>3</sup>, 尾尻博也<sup>3</sup>

40歳代女性。甲状腺乳頭癌に対し、甲状腺左葉切除およびD1郭清術を施行した。特記すべき既往歴、家族歴、内服薬、生活歴なし。術後4年間にわたり計10回の造影CTによる経過観察が行われ、再発・転移は認められていない。観察期間中に左レベルII/III領域の長径約9mm大のリンパ節が、本来の解剖学的位置と咽頭後間隙左側との間を反復的に移動・位置変化を示した。頸動脈が正常の側頸部と咽頭後間隙の間を反復的に移動する“wandering carotid artery”が報告されている一方で、頸部リンパ節が同様の反復的位置変化を呈した報告はいままでにない。機序として嚥下に伴う咽頭収縮、頸動脈鞘の疎な結合組織などが関与している可能性は考えられるが、詳細は不明である。本現象の理解は、咽頭後リンパ節転移との誤認を避けることのみならず、再手術、頸部郭清術などの外科的処置の際の正確な解剖学的位置把握に寄与しう。

### 3. 耳下腺ワルチン腫瘍のリンパ間質に慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫(CLL/SLL)の浸潤を認めた1例

大阪大学医学部 放射線医学教室

西垣大毅, 秦 明典, 梁川雅弘, 富山実幸, 山形和樹,

吉田悠里子, 上野 碧, 徳田由紀子, 富山憲幸

【背景】ワルチン腫瘍(WT)は二層性のオンコサイト上皮とリンパ間質を特徴とし、稀に全身性リンパ腫の浸潤部位となる。今回、慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫(CLL/SLL)のWT内への局所浸潤を認めた貴重な一例を経験した。

【症例】68歳女性。CLL/SLLに対し無治療経過観察中。血液検査上増悪はなかったが、右耳下腺腫瘍を自覚し受診。MRIでは耳下腺下極に境界明瞭な嚢胞性腫瘍を認めた。嚢胞腹側の充実部はT2WI低信号、拡散制限を示した。PET/CTで同部位にFDG集積を認めた。悪性腫瘍を否定できず摘出術を施行した。病理組織学的に典型的なWTの構造を認めたが、間質は単一な小型リンパ球により著明に置換されていた。免疫染色にてCD5/CD23陽性のB細胞単一性を認め、CLL/SLLのWTへの浸潤と診断した。

【結語】WTのリンパ間質はCLL/SLLの標的となり得る。本疾患既往例では、血液データが安定していてもWT内に病変が存在する可能性を念頭に画像上の充実部を慎重に評価すべきである。

### 4. 喉頭に発生したCarcinoma cuniculatumの1例

久留米大学医学部 放射線医学講座<sup>1</sup>,

久留米大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座<sup>2</sup>,

久留米大学医学部 病理学講座<sup>3</sup>

古賀亜紀子<sup>1</sup>, 内山雄介<sup>1</sup>, 田上秀一<sup>1</sup>, 三橋敏順<sup>2</sup>,

千年俊一<sup>2</sup>, 岡 恒宏<sup>3</sup>, 秋葉 純<sup>3</sup>, 中山正道<sup>3</sup>

70代男性。嚥声を主訴に受診。内視鏡では左声帯全長にわたる白色不整腫瘍を認め、CTおよびMRIで前交連から左声帯・仮声帯に沿う約17 mm大の造影増強腫瘍を認めた。喉頭癌疑い病変として精査を進め、甲状軟骨破壊やリンパ節転移、遠隔転移は認めなかった。直達内視鏡下または喉頭鏡下に複数回の生検および切除術を施行したが、いずれも明らかな悪性所見は指摘されなかった。炎症性疾患や良性腫瘍性病変も鑑別に挙げ加療を行ったが、病変は増大傾向を示した。その後外来での経過観察中、喉頭面に潰瘍を伴う粘膜下腫脹が認められ、嚥下時痛も出現した。悪性腫瘍を否定できないため、診断的治療目的に喉頭全摘術を施行し、最終的に病理所見からCarcinoma cuniculatumと診断された。本腫瘍は高分化型扁平上皮癌の亜型であり、角化を伴う深部へのトンネル状進展を特徴とし、生検で診断困難な場合がある。四肢末端に好発するが喉頭発生は極めて稀である。診断に難渋した1例として文献的考察を加えて報告する。

## 5. 日齢7日のMRI検査が診断に有用であった胎児期発見の右梨状窩瘻の1例

日本医科大学武蔵小杉病院 初期研修医<sup>1</sup>,  
日本医科大学武蔵小杉病院 放射線科<sup>2</sup>,  
日本医科大学武蔵小杉病院 小児外科<sup>3</sup>,  
日本医科大学武蔵小杉病院 新生児科<sup>4</sup>,  
中島優衣<sup>1</sup>, 山根 彩<sup>2</sup>, 安井大祐<sup>2</sup>, 高橋 翼<sup>3</sup>,  
島 義雄<sup>4</sup>

【緒言】下咽頭梨状窩瘻は第3または第4鰓弓遺残に由来する先天性瘻管で、反復性頸部膿瘍や急性化膿性甲状腺炎の原因となる。小児期に左側に発症することが多い。

【症例】妊娠21週2日の胎児超音波検査で右頸部嚢胞を指摘された。妊娠31週0日のMRI検査で右頸部に28 mm大の嚢胞性病変を認め、リンパ管奇形や鰓裂嚢胞が疑われた。在胎37週5日、予定帝王切開にて出生し、経口哺乳開始後より頸部腫瘍の増大を認めた。日齢7日のMRI検査で腫瘍は34 mm大に増大し、fluid-fluid level、背側にT2WI低信号の粘稠なdebris様成分、腹側にairを示唆する無信号域を認め、気管は左側へ偏位していた。右側発症は非典型的だが、病変内のairから外気との交通を考え、梨状窩瘻が疑われた。日齢11日より血液検査にて炎症反応の増悪があり、抗菌薬投与を開始し、日齢13日に右梨状窩瘻摘出術を施行した。術後経過は良好で日齢26日に退院した。

【結語】MRI検査が診断に有用であった胎児期発見の右梨状窩瘻の1例を報告する。

## 6. 内部に石灰化を伴う鼻腔内腫瘍でCOREAHと診断された一例の画像的検討

順天堂大学医学部附属浦安病院 放射線科<sup>1</sup>,  
順天堂大学医学部附属静岡病院 耳鼻咽喉科<sup>2</sup>,  
順天堂大学医学部 放射線診断学講座<sup>3</sup>,  
順天堂大学医学部附属浦安病院 病理診断科<sup>4</sup>,  
和田都花<sup>1</sup>, 鈴木皓佳<sup>1</sup>, 伊藤 伸<sup>2</sup>, 齋藤尚子<sup>3</sup>,  
橋爪 茜<sup>4</sup>, 大峯慎一<sup>2</sup>, 鈴木通真<sup>1</sup>

60代女性。主訴は鼻閉。後鼻孔ポリープを疑われ精査。CTでは鼻腔～上咽頭に内部に石灰化を伴う約35 mm大の分葉状腫瘍を認めた。MRIでは腫瘍中心部は脂肪抑制T2強調像で低信号主体で小さな淡い高信号域が混在し、辺縁部は脂肪抑制T2強調像で高信号を示した。拡散強調像にて辺縁部全体と内部の一部に高信号を示し、ADC低下は示さなかった。鼻咽腔ファイバーでは後鼻孔直上に付着するポリープ状腫瘍を認め、局所麻酔下に摘出された。病理組織学的にchondro-osseous respiratory epithelial adenomatoid hamartoma (COREAH)と診断された。術後1年で再発なく経過している。

COREAHは稀な疾患であるが、低侵襲な治療でも良好な経過が期待される。画像所見を系統的に検討した報告は乏しいが、腫瘍内に石灰化が見られた報告が散見される。石灰化を伴う鼻腔腫瘍の鑑別診断に本疾患を加えることは、全身麻酔下での高侵襲な手術の回避や適切な治療方針の選択に繋がる可能性がある。

## 7. 当初、腫瘍が疑われた浸潤性真菌性鼻副鼻腔炎による感染性動脈瘤の一例

新潟大学大学院医歯保健学研究科 放射線医学分野<sup>1</sup>,  
新潟大学脳研究所 脳神経外科学分野<sup>2</sup>,  
市川健人<sup>1</sup>, 後藤 紫<sup>1</sup>, 山崎元彦<sup>1</sup>, 大倉良太<sup>2</sup>,  
石川浩志<sup>1</sup>

症例は、既往に糖尿病と高血圧のある70歳代女性。半年前から右のこめかみと耳介後部に拍動性の疼痛が持続し、複視と外眼筋麻痺がその後出現したため、前医を受診。前医非造影MRIで海綿静脈洞～蝶形骨洞に及ぶ粗大腫瘍を認め、非造影CTで蝶形骨洞壁の骨破壊を認めた。海綿静脈洞や副鼻腔由来の腫瘍性病変を疑い、生検目的に当院を受診した。腫瘍は、当院術前造影MRIでT2WI高信号と低信号が混在し、造影増強効果を認めた。浸潤性副鼻腔真菌症による感染性動脈瘤を疑いCTAを施行したところ、動脈瘤が明瞭に確認できた。翌日の生検は中止された。ステント併用コイル塞栓術を施行するも、術後5日目に右被殻出血で永眠された。剖検で動脈瘤壁内に多量のアスペルギルス菌糸を認め、浸潤性真菌性鼻副鼻腔炎の診断となった。

浸潤性副鼻腔真菌症は、時に感染性動脈瘤を伴うことがあり、その急速な進行性や破裂の危険から診断や治療に緊急を要する。本例は画像検査が腫瘍との鑑別や生検の回避の判断に寄与したと考えた。文献的考察を踏まえて報告する。

### 一般演題 Session②

座長：池田耕士(医誠会国際総合病院 放射線診断科)  
内山雄介(久留米大学 放射線医学講座)

## 1. 上顎洞癌に対するICI治療中に腹部リンパ節結核を発症した一例

国立がん研究センター東病院 放射線診断科<sup>1</sup>,  
国立がん研究センター東病院 頭頸部内科<sup>2</sup>,  
下田星騎<sup>1</sup>, 檜山貴志<sup>1</sup>, 久野博文<sup>1</sup>, 織田潮人<sup>1</sup>,  
佐々木智章<sup>1</sup>, 田中伸和<sup>2</sup>, 小林達何<sup>1</sup>

免疫チェックポイント阻害薬(以下ICI)投与により結核の再活性化を起こす可能性については議論されており、頭頸部癌においてもICI治療中に結核を起こした報告が散見される。今回、上顎洞癌に対するICI治療中に腹部リンパ節結核を発症した一例を経験したため報告する。

症例：70代男性、左上顎洞癌cT4bN0M0に対し薬物療法の方針となり、ペンブロリズマブによる治療が開始された。6コース終了後のCTによる評価ではCRであったが、腹部に壊死性リンパ節腫大が見られた。7コース終了後、IrAEによる口腔粘膜炎・胆管炎により治療中止となり、ステロイド投与を開始した。その後、壊死性リンパ節腫大は増悪し、両肺上葉主体に粒状影も出現した。結核の診断となり、治療が開始された。結核治療後も上顎洞癌はCRを維持している。

最新のメタ解析では、結核の既往がある場合にICI治療中に結核発症リスクが増加する可能性が示唆されており、ICI治療中に腹部リンパ節腫大が出現した際には、結核も鑑別に挙げるのが重要と考えられた。

## 2. 両側上顎洞悪性リンパ腫の一例

関西医科大学 放射線科学講座<sup>1</sup>,

関西医科大学 病理学講座<sup>2</sup>

吉田昂平<sup>1</sup>, 何澤信礼<sup>1</sup>, 谷川 昇<sup>1</sup>, 酒井康裕<sup>2</sup>

症例は70代女性。主訴：左頬部腫脹。現病歴：右鼻腔出血。CTで両側上顎洞に前後壁主体の骨破壊を伴う軟部吸収域を認めた。生検にて核の大小不同、核形不整、好酸性核小体を呈するN/C比の高い中～大型の異形細胞がみられB-NHL (CD20+, CD3-, bcl-2+)と診断された。

3週間後著明な増大あり、左側腹側主体に鼻根部、頬部皮下や眼窩へ浸潤性の突出を示す腫瘤；60×37 (左)、54×32 (右) mmを認めた。ほぼ均一な中等度造影効果を示し左顎下リンパ節腫大を認めた。MRIでは中心部のT1WI高、T2WIやや高信号の液体貯留を取り囲むT1WI等、T2WI中間、DWI高信号の腫瘤を認めた。

鼻副鼻腔領域に生じるリンパ腫は頻度が低く節外性リンパ腫全体の3%以下とされる。リンパ腫の画像上の特徴として骨構造など既存構造を比較的保ちながら浸透性に進展することが多いが、鼻腔のNK/T cell lymphomaはすべて骨破壊像を呈したとの報告がある。今回、若干の文献的考察を踏まえ、画像所見を考察する。

## 3. 口腔底に発生したMyxofibrosarcomaの一例

東京科学大学 放射線科<sup>1</sup>,

東京科学大学 人体病理学分野<sup>2</sup>,

東京科学大学 頭頸部外科<sup>3</sup>

村山裕政<sup>1</sup>, 横山幸太<sup>1</sup>, 山本くらら<sup>2</sup>, 有泉陽介<sup>3</sup>, 朝蔭孝宏<sup>3</sup>, 立石宇貴秀<sup>1</sup>

50代女性。顎下部腫脹を主訴に受診し、CTで低吸収性腫瘤を認めたが唾石は認めなかった。MRIではT2高信号腫瘤と辺縁不均一な増強を認め、ワルトン管腫瘍が疑われた。当院のMRIでは顎二腹筋に沿った37 mm大のT2高信号腫瘤と、尾側皮下に連続する不均一な高信号域を認め、造影後にはこれらが不明瞭に増強された。FNAはクラスIIIで、増大傾向と硬結から口腔底癌を疑い摘出術が施行された。病理所見はmalignant spindle cell tumorで、UPSとの鑑別が困難であったが、再発後の再摘出標本で粘液器質、婉曲血管、浸潤性縁などを認め、myxofibrosarcoma (MFS)と診断された。画像を再検討すると、粘液成分を反映したT2高信号、筋膜に沿ったtail sign様所見、浸潤性の造影効果を認め、MFSに特徴的であった。MFSは高齢者の四肢に好発し、頭頸部の発生は稀である。特異的な免疫学的マーカーに乏しいため、画像所見から本疾患を疑い、病理医と共有することが重要と考えられる。

## 4. 下咽頭食道透視でcricopharyngeal barを認めた1例

神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科<sup>1</sup>,

神戸市立医療センター中央市民病院 耳鼻咽喉科<sup>2</sup>,

神戸市立医療センター中央市民病院 病理診断科<sup>3</sup>

中江 幹<sup>1</sup>, 田川 弘<sup>1</sup>, 安藤久美子<sup>1</sup>, 高田倫太郎<sup>1</sup>,

野島弘二郎<sup>1</sup>, 野田敏行<sup>1</sup>, 岡祥次郎<sup>2</sup>, 廣井 崇<sup>2</sup>,

熊澤高雄<sup>2</sup>, 野口峻二郎<sup>2</sup>, 山本有香<sup>2</sup>, 菅 剛<sup>2</sup>,

石蔵礼一<sup>2</sup>, 菊地正弘<sup>2</sup>, 原 重雄<sup>3</sup>, 有蘭茂樹<sup>3</sup>

症例は77歳男性。嚥下障害を主訴に当院を紹介受診した。数年前から飲み込みにくさがあり、食事に長時間かかるとのことであった。内視鏡検査では咽喉頭・頸部食道に器質的異常は認められなかった。下咽頭食道透視は前

医と当院で2回施行され、いずれの検査でもC6からC7レベルで下咽頭食道内に背側から突出する構造物を認め、嚥下後も構造物より口側に造影剤の滞留が見られた。臨床像と画像所見から封入体筋炎が疑われ、経口腔的輪状咽頭筋離断術と右上腕二頭筋生検が施行された。術中所見では、輪状咽頭筋は筋弛緩されているにもかかわらず硬く隆起状であった。筋生検により封入体筋炎の診断となった。

封入体筋炎は主に50歳以上で発症する慢性経過をとる筋疾患である。下咽頭食道透視では封入体筋炎患者の30%～50%でcricopharyngeal bar (CPB)と呼ばれる上部食道括約筋の開大不全の所見が見られ、これが閉塞性嚥下障害の原因となる。透視検査でのCPBの描出が診断に寄与した1例を経験したため、今回報告する。

## 5. 椎前筋群を主座としたデスモイド型線維腫症の一例

聖マリアンナ医科大学 放射線診断・IVR学講座

宮川久弥恵, 富田隼人, 阿部里央, 山内 健,

藤川あつ子, 三村秀文

特記すべき既往のない30歳男性。X年Y月より頸部痛と右上腕外側のしびれが出現し、徐々に増悪した。Y+6月に前医MRで頸部腫瘤を指摘され、当院紹介となった。CTにて右椎前筋から咽頭後間隙に及ぶ頭尾方向約7cmの分葉状腫瘤を認め、比較的均一な軽度の造影効果を伴っていた。腫瘤はC3/4～C4/5右椎間孔へ進展していたが、椎体や椎骨動脈への浸潤は認めなかった。MRIではT1WIで骨格筋と等信号、T2WIで高信号を主体とし内部に線状・索状の低信号を呈し、軽度の拡散制限(ADC  $1.3 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ )を認めた。肉腫などの悪性病変との鑑別を要するため、全身麻酔下にて生検を施行したところ、 $\beta$ -catenin核内陽性を示し、デスモイド型線維腫症と診断した。デスモイド型線維腫症はWHO分類で局所浸潤性を有すFibroblastic and Myofibroblastic TumorsのIntermediateに分類される。椎前筋から発生した極めて稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

## 6. 咽頭後頸動脈再訪

大阪国際がんセンター 放射線診断IVR科<sup>1</sup>,

大阪国際がんセンター アイソトープ診療科<sup>2</sup>

柏木伸夫<sup>1</sup>, 酒井美緒<sup>1</sup>, 三浦あづさ<sup>1</sup>, 田中淳一郎<sup>1</sup>,

松永恵子<sup>2</sup>, 矢野圭悟<sup>1</sup>, 前田 登<sup>1</sup>, 本行秀成<sup>1</sup>

【目的】咽頭後頸動脈の疫学、部位、および自然経過について報告する。

【対象】大阪国際がんセンターで施行された頸部CTにて、過去15年間に診断された咽頭後頸動脈の14例を対象とした。

【結果】性別は女性13例、男性1例であり、発見時の平均年齢は75歳(範囲：56～87歳)であった。部位は右側が9例、両側性が3例、左側が2例であった。舌骨上縁より頭側に存在するものが10病変、尾側に存在するものが6病変であった。経過観察が可能であった8病変のうち3病変が自然消失を示し、いずれも舌骨上縁より尾側の病変であった。

【結論】咽頭後頸動脈は、高齢女性の右側に好発する。舌骨下病変では自然消退しうる。

## 教育講演① テーマ：報告書に書くべきこと1

座長：外山芳弘(高松赤十字病院 放射線科)

## 1. 側頭骨領域

東京慈恵会医科大学附属柏病院 放射線部  
馬場 亮

側頭骨領域は解剖学的に複雑であり、画像診断レポートには臨床医の治療方針決定に直結する情報の記載が求められる。本講演では、中耳真珠腫および聴神経腫瘍を中心とした側頭骨領域疾患に関する画像診断のポイントを解説する。中耳真珠腫においては、EAONO/JOS staging system (STAM分類)に基づく乳突腔進展の評価が乳突削開術の要否判断に直結する。側頭骨HRCTでの乳突洞口の開大の定性的・定量的評価に加え、non-EP拡散強調像・T1強調像の組み合わせが乳突腔進展の診断に有用であり、non-EP拡散強調像での病変サイズによる定量的評価も乳突腔進展予測に寄与する。合併症として外側半規管瘻孔・硬膜露出・顔面神経管欠損が挙げられ、迷路瘻孔・硬膜露出の評価においてはHRCTによる骨欠損の定量評価とともにnon-EP拡散強調像での病変サイズが補足的情報となることを示す。一方、顔面神経管欠損については術前画像診断に限界がある点にも触れる。側頭骨手術の術前評価として、高位頸静脈球・異所性内頸動脈・深いS状洞溝・乳突腔の発達不良・深い鼓室洞などの正常変異・解剖学的特徴を把握することは、術中出血や顔面神経損傷などの合併症を回避するうえで重要であり、手術アプローチの選択にも影響する。さらに頭蓋内合併症(髄膜炎・S状静脈洞血栓・硬膜外膿瘍など)についても、画像診断のポイントを概説する。聴神経腫瘍においては、(主に高分解能T2強調像による)内耳道底部への進展・脳幹圧排の程度・嚢胞形成の有無・腫瘍径など治療方針に影響する評価項目を提示する。これらを通じて、側頭骨領域における画像診断レポートの記載に必要な実践的知識を整理し、臨床に役立つレポート作成の要点を提示する。

## 2. 唾液腺

自治医科大学 放射線医学講座  
藤井裕之

唾液腺疾患は日常診療で遭遇する頻度が高い一方、身体所見や穿刺吸引細胞診のみでは診断や治療方針の決定が難しい症例も少なくない。特に深部病変、検体不良例、良悪性の判断が治療侵襲に直結する症例では、画像診断が重要な役割を担う。唾液腺の画像診断では、病名の推定に加え、病変の由来、切除範囲や神経温存の可否、低侵襲治療の適応など、臨床医が治療方針を検討するうえで必要な情報を報告書に記載することが求められる。唾液腺腫瘍では、まず良悪性の鑑別が重要となる。なかでも良性腫瘍の大部分を占める多形腺腫とWarthin腫瘍の典型的画像所見を理解することは、悪性腫瘍を拾い上げるうえでの第一歩である。そのためには、発生部位、片側性・両側性、背景唾液腺の性状に加え、境界、形態、周囲浸潤の有無、T1強調像・T2強調像の信号、ADC値、ダイナミックMRIの造影パターンなどを総合的に評価する必要がある。また、耳下腺腫瘍では浅葉・深葉の局在診断が術式選択や顔面神経温存に関わる。従来はFN line、Utrecht line、下顎後静脈、耳下腺管などの間接的指標が用いられてきたが、これらには限界もある。近年では高分解能MRIによる顔面神経の直接描出が実臨床に導入され

つつあり、腫瘍と顔面神経との関係を術前に把握することで、術式選択や術後顔面神経麻痺リスクの評価に有用な情報を提供しうる。

非腫瘍性疾患では、唾石症とガマ腫を取り上げる。唾石症では、唾石の部位、大きさ、個数を評価することが、口内法、外切開法、唾液腺内視鏡を用いた治療法の選択に関わる。また、急性唾液腺炎を合併する場合には、唾液腺腫大、造影増強効果、周囲脂肪組織濃度上昇、膿瘍形成の有無を確認する必要がある。ガマ腫では、舌下腺・舌下間隙との関係、単純性が顎下腺へ進展する潜入性ガマ腫か、病変の進展範囲を明確にすることが治療方針の決定に重要である。

本講演では、唾液腺疾患で押さえるべき画像所見と疾患ごとのポイントを整理し、日常診療において報告書に反映すべき情報を概説する。

## 教育講演② テーマ：報告書に書くべきこと2

座長：中西 淳(順天堂大学保健医療学部 診療放射線学科)

## 1. 甲状腺がんの画像診断：報告書に書くべきこと

国立がん研究センター東病院 放射線診断科  
檜山貴志

甲状腺がん診療において、CT・MRIの主な目的は治療方針に直結する病変の広がり进行评估することである。本講演では、「報告書に書くべきこと」という観点から、主に治療前CTで押さえるべきポイントを取り上げる。具体的には、原発巣の甲状腺外進展、気管・喉頭・食道・大血管浸潤、反回神経周囲への進展評価に加え、リンパ節転移の画像所見、注意すべき転移部位、遠隔転移検索について整理する。組織別には、乳頭癌における嚢胞形成・石灰化を伴う転移リンパ節の拾い上げや、びまん性硬化型乳頭癌などの亜型、濾胞癌の肺・骨への血行性転移、髄様癌におけるRET遺伝子変異・MEN2関連の褐色細胞腫検索を含む遠隔転移評価、未分化癌診断時の注意点などを扱う。さらに薬物療法の観点からは、マルチキナーゼ阻害薬に加え、BRAF変異やRET変異・融合遺伝子を標的とした分子標的薬が広がるなか、特にVEGFR阻害作用を有するレンパチニブ等の投与前の大血管浸潤、気管・食道浸潤、瘻孔形成リスクの画像評価も必要である。加えて、内視鏡下甲状腺手術など低侵襲手術における術前画像評価、手術リスクに関わる解剖学的変異についても触れる。実臨床で役立つチェックポイントを整理し、治療方針決定に貢献するための報告書作成の要点を提示する。

## 2. 頭頸部FDG PET/CT再考 一痛恨症例と会心症例に学ぶマルチモダリティ診断—

東京科学大学 放射線科  
横山幸太

頭頸部領域のFDG PET/CTは、病変の局在診断、病期診断、再発評価などにおいて重要な役割を担っている。一方で、頭頸部は解剖学的に複雑で、生理的集積や炎症性変化、治療後変化などによる解釈の難しさを伴う領域でもある。また、実臨床ではCT、MRI、PET/CTなど複数モダリティを統合して診断を行う“マルチモダリティ診断”が求められるが、診断医ごとに得意分野や重視する所見に

---

は少なからず差が存在する。

特に、稀な疾患や非典型的形態を呈する症例では、それぞれの専門性に基づく“職人的”画像診断が威力を発揮する一方、特定モダリティへの過信が盲点を生むこともある。核医学を軸に診療に携わる立場からは、「PETでは当然と思える所見」が他モダリティでは異なる意味を持つことや、逆にPET所見を重視しすぎることによって誤診に至る危険性も日常的に経験する。

本講演では、頭頸部FDG PET/CTにおける“痛恨症例”と“会心症例”を提示し、その過程で得られた知見を共有する。PET/CTの利点とピットフォールを整理するとともに、CT、MRI、核医学それぞれの強みをどのように相互利用し、バランス良く統合していくべきかについて考察したい。症例ベースの議論を通じて、頭頸部画像診断における実践的なマルチモダリティ診断のあり方を再考する機会としたい。