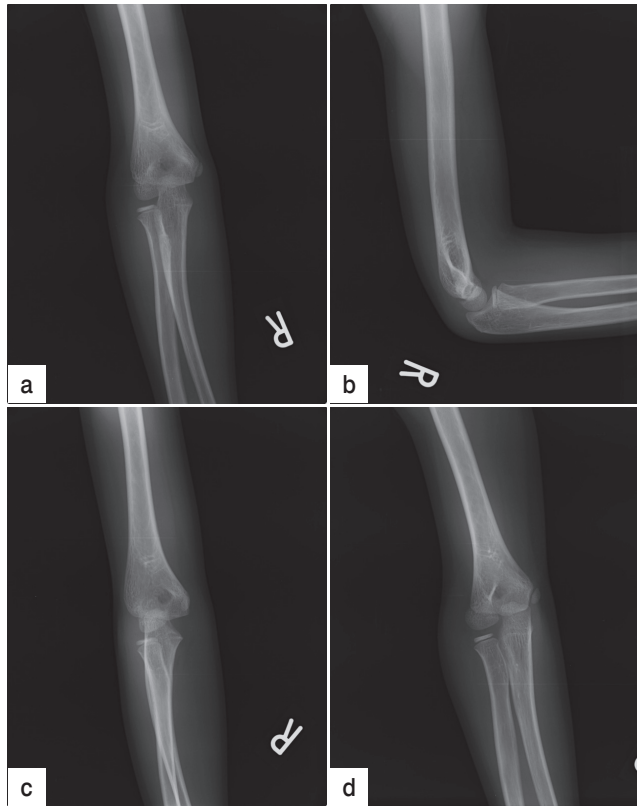


画像診断道場

実はこうだった



a: 正面, b: 側面,
c: 斜位, d: 斜位

どのタイプの野球肘？

8歳，男子

リトルリーグ（硬式野球）に入団し，週末は土・日曜日とも一日中練習していた。ポジションは未定で，投球練習，バッティング練習とも一生懸命行っていた。

野球を始めて半年頃より右肘痛出現。外側（橈側）に投球時痛みを訴え，圧痛も上腕骨小頭周辺に存在した。X線写真からの診断は？

解

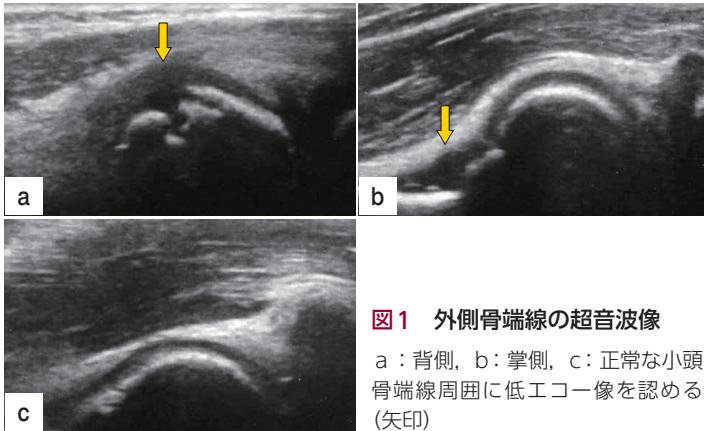


図1 外側骨端線の超音波像

a：背側，b：掌側，c：正常な小頭骨端線周囲に低エコー像を認める(矢印)

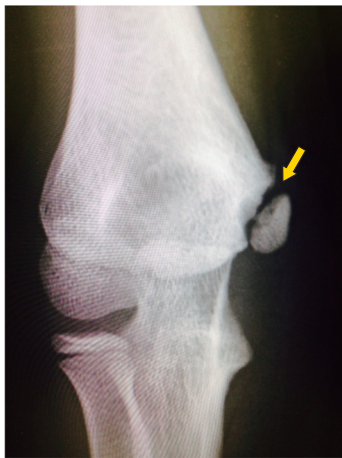


図2 内顆骨端線損傷(リトルリーグ肘)

裂隙が他の骨端線に比べ開大している(矢印)

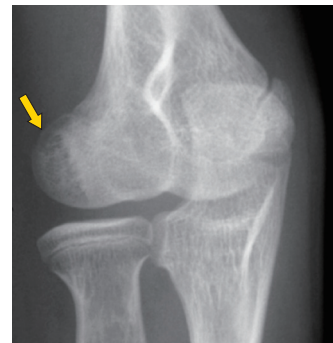


図3 離断性骨軟骨炎(透亮期X線斜位像)

小頭に透亮像を認める(矢印)

読影のポイント

X線で異常な所見を認めず、外側骨端線の超音波像にて骨端線周囲の腫脹を認めた(図1)。小児の外側骨端線は内側ほど開大しないため、X線のみでの診断は困難である。X線で異常なく、小頭近くの外側骨端線に圧痛が存在する症例では同部の損傷を疑う。肘小頭の離断性骨軟骨炎は肘屈曲45度正面像か、斜位像から診断する。

野球肘は投球によるストレスにより生じる障害、損傷の総称である。小児では投げすぎや悪い投球フォームで生じることが多い。内側型、外側型、後方に分類される。

小児では内側は内側側副靭帯損傷、内顆骨端線損傷(リトルリーグ肘)(図2)など、外側は離断性骨軟骨炎(図3)、外側骨端線損傷、後方は肘頭骨端線損傷を疑う。

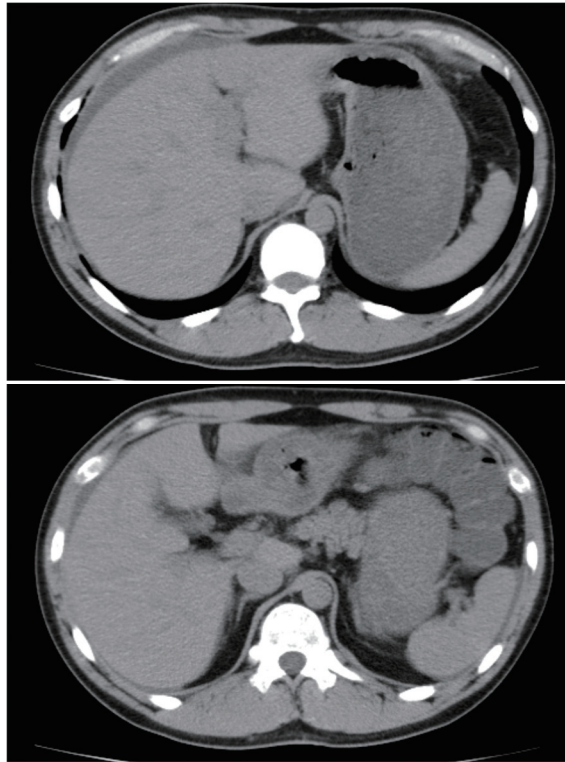
本症例の肘X線では小頭に離断性骨軟骨炎を認めず、内側、肘頭骨端線の離解もみられない。小児期の外側部痛で離断性骨軟骨炎が認められないときには、注意深く圧痛部位を同定し、外側骨端線に局在している場合は超音波検査やMRIを加え、外側骨端線を検査する必要がある。

これが正解

上腕骨外側骨端線損傷

画像診断道場

実はこうだった



非造影CT (水平断)

突然の心窩部痛の原因は？

30歳代，男性

心窩部痛を主訴に当院救急外来受診。精査目的でCTを施行した。

既往歴：特記事項なし。

来院時検査所見：WBC 9400/ μ L，CRP 4.0mg/dL

解

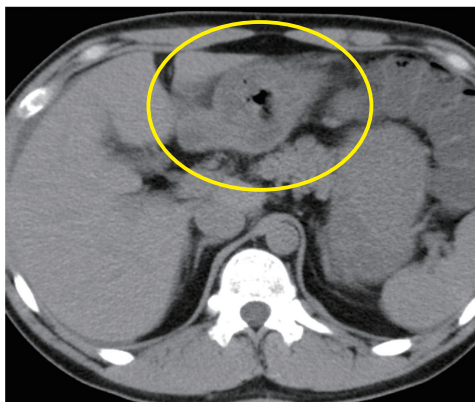


図1 非造影CT

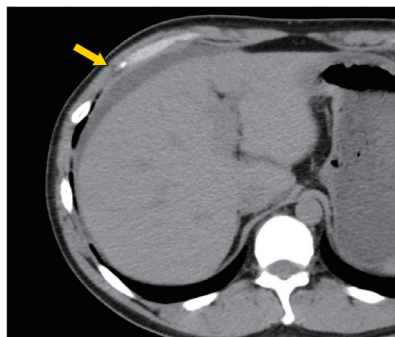


図2 非造影CT

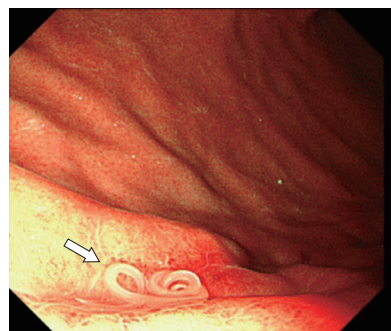


図3 内視鏡写真

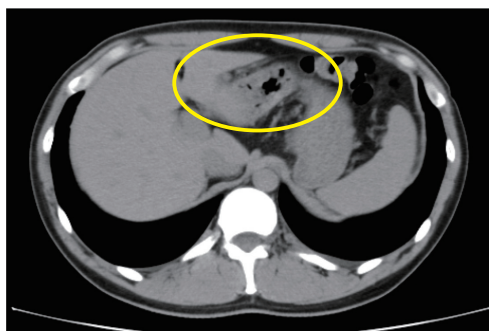


図4 治療後の非造影CT

読影のポイント

胃前庭部に全周性の高度壁肥厚を認め、周囲の脂肪織濃度に上昇がみられる(図1)。同領域における浮腫性変化が示唆される。肝表面に腹水を認める(図2)。その他、観察可能な範囲内に明らかな異常を認めない。問診にて前日に鮮魚の生食歴があり、その後の血液検査にて抗アニサキス抗体陽性および好酸球の上昇があった。

胃アニサキス症を疑って内視鏡検査を施行したところ、胃体下部胃前庭部寄りの大弯を中心に発赤とびらんがみられた。びらん部分にアニサキス幼虫を認めたため(図3)、鉗子にて胃粘膜ごと幼虫を摘出した。

治療後は速やかに症状が改善し、CT検査においても胃前庭部病変に改善を認めた(図4)。

アニサキス症とはアニサキス属の幼線虫が胃や腸に寄生したことにより発症する幼虫移行症である。幼虫はサバ、イカ、イワシ、タラ等に寄生しており、ヒトがこれらの中間宿主を生食することにより生じる。寄生部位により胃アニサキス症、小腸アニサキス症、腸管外アニサキス症に分類される。胃アニサキス症の症状は上腹部痛、嘔気、嘔吐、腹部膨満と胃病変としては一般的で、同疾患に特徴的な症状はない。

胃アニサキス症は緩和型と劇症型に分類される。緩和型は初感染の際に起きる限局性アレルギー反応で無症状のことが多い。劇症型は再感染に伴うArthus型アレルギーで、急性の腹痛や嘔気、嘔吐などの症状を呈する。

急性胃粘膜病変や活動性潰瘍と同様、胃粘膜下の高度浮腫性変化がみられる。さらにアニサキス症は刺入部を中心とした好酸球性の蜂窩織炎をきたすので、病変周囲の浮腫性変化や腹水をみた場合は本疾患を考える必要がある。急性胃粘膜病変を疑う際には、胃アニサキス症をも鑑別に入れて詳細な画像評価を行うことが重要である。頻度は低いが、小腸アニサキス症における画像所見でも腸管粘膜下の肥厚および周囲脂肪織濃度の上昇、腹水貯留がみられる。時に腸重積やイレウスの原因となるので、注意が必要である。

これが正解

胃アニサキス症