

## 7. RI ( $^{32}\text{P}$ ) による食道癌の診断 (特に食道ファイバースコープ直視下測定法の評価について)

東京女子医科大学 消化器病センター 外科  
遠藤 光夫 飛田 洋一 矢沢 知海  
中山 恒明

放射性同位元素 ( $^{32}\text{P}$ ) を用いての食道癌の診断は1954年中山により始めて報告された。径5mmの小型 G. M. 管を用い、胃内より引き抜きながら各部位のカウント数を測定、曲線に画いて診断をつけていた。最近になり検出器も働作電圧の低い半導体検出器が開発され、検出器の径も2.5mmと細いものができるようになって、その測定方法も従来の引き抜き法によるものだけでなく、市販の食道ファイバースコープに併用し直視下に測定する方法もおこなえるようになって微小病変の診断に大きな役割を果たすようになった。

われわれの現在までの検査総数は180例(218回)で、引き抜き法51例(59回)、直視下法129例(159回)である。疾患別では、食道癌130例(うち早期癌4例)、下部食道噴門癌21例、食道炎・潰瘍7例、粘膜下腫瘍6例(うち平滑筋腫1例、肉腫1例)、その他となっている。直視下法の測定法は $^{32}\text{P}$  注射液 400~400 $\mu\text{C}$  筋注後6~12時間で測定する。前準備は食道ファイバースコープ検査と同じで、ファイバースコープでの検査に併用その生検鉗子孔より検出器を挿入、直視下に病変部のカウント数を測定している。30秒づつ2回行ない平均値をとっている。臨床成績として false negative は約10%にみられた。多くは放射線治療例であるが、一般的に大きい癌例で正常粘膜におおわれた辺縁隆起、厚い苔のある場合には測定時注意が必要である、false positive は1例も経験していない。早期癌は全例陽性であり、進行癌との合併ではあるが、大きさ5mmの上皮内癌も診断しえた。

以上自験例を中心に直視下法を主として診断成績についてのべてきたが、直視下法は引き抜き法も比べたとき、微小病変の診断が確実である。癌部のカウント比が総体的に高く悪性と診断しやすいという長所もっている。症例を供覧しつつその評価についてのべてみたいと思う。

## 8. 進行胃癌の手術前検査としての肝シンチグラフィーの意義

九州大学 放射線科

渡辺 克司 稲倉 正孝 川平建次郎  
仲山 親 寺嶋 広美

近年における胃X線検査法、胃内視鏡検査法、胃生検法などの発達により、早期胃癌の発見率は急速に増加しつつある。しかし一方では、依然として進行癌の状態で見られ、手術に廻されてくる患者が多いことも事実である。胃癌の進行期には肝転移は高率に発生するので、手術前に肝転移の有無を明らかにすることは手術の適応、方法などの決定の上で極めて重要である。そのため、私共は胃癌の手術前検査として肝シンチグラフィーを行ってきた。

肝シンチグラフィーは、症状の如何を問わず、極めて容易に且つ安全に行ないうるという利点をもつが、一方、転移巣の検出には自ら限界がある。従って、肝シンチグラフィーが術前検査としてどれ程の価値をもちうるかについては、臨床例についての検討にまたなければならない。胃癌は進行期のものであっても、明らかに手術適応の無い場合を除き、開腹手術を受ける例が多いので、視診、触診などにより、肝転移の有無について確認することができる場合が多い。

そこで私共は、進行胃癌の手術前検査として肝シンチグラフィーを行なった症例について、手術時の所見と対比を行ない、術前検査としての肝シンチグラフィーの臨床的評価を行なった。

対象とした症例は昭和42年10月より昭和46年5月までに肝シンチグラフィーを行なった1504例のうち、肝転移の有無を知る目的から胃癌(食道噴門部癌を含む)の術前検査として肝シンチグラフィーを行なった189例である。触診上、肝を触れず肝機能検査にても異常を認めない症例で、肝転移を術前に診断しえたものもあるが、転移巣の大きさが1cm内外で散在するものでは検出困難であった。false negative, false positive について検討を加えて報告する。