いてアドステロールによる副腎スキャンを行った．このうち，手術により確診し得た4例について，副腎スキャンと他の検査法との比較を行い，本検査法の有用性について検討した．4例のうち3例に副腎スキャンで異常所見がみられた．このうち1例では副腎スキャンのみが病側の決定に貢献し，他の検査法（副腎静脈造影及び副腎静脈血アルドステロ値）では判定不能であった．他の2例でも副腎スキャンにより診断可能であったが，副腎静脈造影或は副腎静脈血アルドステロン値のいずれかにより病側の判定が出来た．一方，副腎スキャンで異常所見の得られなかった1例では副腎静脈血アルドステロン値の測定により病側決定が可能であった．この例では手術時に摘出された腫瘍の径は0.9cmで従来報告されている検出限界以下のものであった．従って副腎スキャンは原発性アルドステロン症の診断及び病側決定において非常に有用な検査法であるが，小さい腫瘍の検出が難しい場合があり，他の検査法との併用が必要である．

11. Cushing 症候群の副腎シンチグラフィー

蔵田駿一郎　西川　光重
大石まり子　稲田　満夫
（天理よろづ相談所病院・内分泌）

私達は，Cushing 症候群について，I^{131} アデステロールによる副腎シンチグラフィーと，下垂体—副腎皮質機能検査とがよく一致し，副腎シンチグラフィーが，診断価値あるものと考え，報告しました．第1例は26才の男子，第2例は，27才の主婦，2症例共，満月様顔貌，中心性肥満，皮フ線状痕を認め，血中コルチゾール値は高く，日内変動を認めません．デキサメサゾン1mg, 2mg, 8mg 投与による抑制も認めません．ACTH には反応良好ですが，メトピロンには反応しません．I^{131} アデステロールによる副腎シンチグラフィーにて，左側に，著明なアイソトープの集積を認め，左副腎腺腫と診断し，手術により左副腎腺腫と確診しました．第3例は，30才の主婦，満月様顔貌，点状出血斑を認め，血中コルチゾール値はやや高く，日内変動を認めません．デキサメサゾン1mg投与には抑制なく，2mgで抑制はやや弱く，8mg で抑制されています．メトピロン3gによく反応しています．I^{131} アデステロール副腎シンチグラフィーでは，デキサメサゾン投与前では，両側に，著明なアイソトープの集積を認めるが，2mg投与後では，投与前に比較して，アイソトープの集積は不良です．以上より副腎過形成と診断しました．以上3症例共に，下垂体—副腎皮質機能検査結果と I^{131} アデステロール副腎シンチグラフィーとの結果がよく一致していました．

12. 副腎シンチグラムが診断上有用であった副腎腺腫の1例

大上　知世　河合　喜孝
野村　吉彦　大柳　光正
安富　栄生　古出　隆士
山本　忠生　山根　暁一
岩崎　忠昭　依藤　進
（兵庫医大・1内）
福地　稔
（同・RIセンター診療部）

副腎シンチグラムが診断に有用であった原発性アルドステロン症の1例を経験したので報告する．

症例は40才の女性で高血圧症の精査加療のため当科に入院した．入院時血清カリウムは正常値であったが，血清レニン活性の低値と血清アルドステロン値の上昇より原発性アルドステロン症と診断した．後腹膜充気造影，副腎静脈造影等を施行したが，異常部位は確認されず，^{131}I アドステロールによる副腎シンチグラムを施行した．右副腎部に ^{131}I の強い取り込みが認められ，患側部位が確定した．腺腫，過形成の鑑別のためデキサメサゾン投与下に副腎シンチグラムを再度施行し ^{131}I の右副腎への取り込みが抑制されないため腺腫と診断した．当院第2外科において，開腹術を施行

Presented by Medical*Online

し腫瘍を右副腎とともに摘出した．なお左副腎は正常であった．腺腫の組織診は副腎皮質腺腫であった．

当症例においては副腎シンチグラムが診断上有効であったが，本検査法は副腎静脈造影法に比較して患者の負担が少なく又検査技術が簡単で全例に施行可能であるため原発性アルドステロン症の診断には非常には非常に有用な検査であると思われる．

以上副腎静脈造影においては診断不能であったが，副腎シンチグラムにおいて診断しえた原発性アルドステロン症の1例を報告した．

13. 副腎スキャンが鑑別診断上有用であった adrenal nodular hyperplasia の1例

石原　隆　辰己　学
森　徹　五十嵐哲也
高山　英世
（神戸市立中央市民病院・内）

症例は51才の男性で，46年頃より糖尿病と高血圧の治療を受けており，50年11月筋力低下，体重減少，発熱を訴え入院してきた患者です．入院時軽度の Bafallo type でした．血圧160/100，脈拍76，左胸水（＋），腹部膨隆し腹水あり．肝，脾，腎は触知せず，血液検査等でも異常なし．尿に感染所見があり，血中 WBC は15,600，RBC 391万，CRT＋6. Na 134mEq/l，K3.4，Cl 90. FBS 308mg/dl. α-fetoprotein (−), CEA(−), 腹水採取不可．胸水は滲出液で赤色だが，Papanicoloau II 度．頭部，腹部レ線異常なし．12月アルダクトンを中止したら血中 K が 2.2mEq/ml まで低下．尿中 170 HCS 高値，血中 cortisol も高値で日内変動なし．ACTH は低値．メトピロンで極くわずか反応．デキサメサゾン 2mg，8mg共に抑制なし．ACTHには過剰反応．DIP にて左腎上方に異常陰影．右腎上方は不明．^{131}I-adosterol シンチグラフィにて，両側に大きく多量の集積が認められた．よって多発結節性過形成と診断が確定し，手術部位も決定し得た．

両側副腎全摘術施行．合計重量225g．術後ステロイド補償療法にて順調に経過し，ネルソン症候群も現在のところ出現していません．

以上，本症例の術前の診断において，^{131}I-adosterol シンチグラフィが非常に有効で，手術部位の決定に欠くべからざる検査でした．

14. 67 Ga-citrate Scintigraphy により脾原発と判断した細網肉腫症の1例

○高橋　豊　今中　孝信
赤坂　清司
（天理病院・血液内科）
三宅　健夫
（同・消化器内科）
田中　敬正　黒田　康正
小林　聡
（同・放）

全身性伝播をきたす前に ^{67}Ga-citrate scintigraphy で脾原発の悪性淋巴腫を推定し，その後，鼠径巴節腫大を生じた時点でその生検組織像より細網細胞肉腫を確診した症例を報告する．症例は66才男，1974年1月，胃のX線，内視鏡検査で異常所見なく，肝腫脹と機能障害で通院治療中，同年11月脾腫を見出された．ALG,3.9 GLG4.2 AlG＝0.93, α_2−G, 10.2% γ−G25.1 GOT202 GPT 63 CHE 0.48. 1975年8月頃より脾腫増大（季肋下3cm→5cm）貧血出現．LDH140 L_2 ↗↗．^{99m}Tc-Sn, ^{198}Au 2種の radiocolloid 摂取差から脾組織と判断される部分は3ケ所散在性に残存するのみで巨大な cold area を呈し，その領域に ^{67}Ga-citrate の著明な摂取を認めた．一部に ^{67}Ga の部方的低下箇所がある．腹腫動脈造影で腫大せる脾動脈支配域全汎に乏血管性悪性血管影を呈し更に部分的 avascular area がみられ，以上所見より脾原発悪性淋巴腫及び部分的壊死巣と判断した．この時点で表在性及び肺門部淋巴節腫大は認められず淋巴節造影像上にも明確な悪性淋巴腫の影像を

Presented by Medical*Online