

1613 血液プールシンチグラムによる 肝海綿状血管腫の診断

岩崎尚弥, 亙理 勉, 兵頭春夫 (獨協医大, 放)
菅谷 仁, 前原 操, 杉田敏夫 (獨協医大, 二内)

肝海綿状血管腫のRI診断において血液プールシンチが有用なことはすでに報告されている。

我々は肝海綿状血管腫, 6例について肝シンチ, 血液プールシンチを行い, 肝腺腫など鑑別すべき他の肝疾患と対比し, 血管腫の大きさについても検討したので報告する。

また超音波診断, 腹腔鏡, 選択的血管造影などによる診断法も加えて, RI診断の限界について述べたい。結果として, 肝血管腫は血液プールシンチにて陽性像として認められる。しかし病巣が3cm以上の場合, 診断は容易であるが, 2cm以下ではその検出は困難であった。

肝海綿状血管腫は血液プールを有すること, 肝表面に多く発生することから, 選択的血管造影, 腹腔鏡検査が有用であった。

1614 肝血管腫の総合画像診断——血液プール Scanの診断限界

篠原正裕, 伊藤和夫, 森田 穰 (北大, 放)
佐藤直樹, 葛西洋一 (北大, /外)

RI複合診断法による肝海綿状血管腫の存在診断能、質的診断能をUS、CTと対比検討した。主病巣の存在診断はプールScan、Colloid scan、US、CTともに8例中7例(88%)に可能であったが、多発病巣が見られた2例の小病巣は最大2cmの腫瘍が、いずれの画像診断でも描出されなかった。質的診断能は血液プールScanでは8例中5例(63%)に血管腫主病巣に一致してPool像が見られ、CTにおけるPeripheral Enhancement、血管造影所見とよく一致し質的診断に有効であった。しかしながら2cm以下の小病巣と肝動脈結紮、放射線治療が行なわれた2例の巨大肝血管腫にはPool像が得られなかった。以上のことから肝血管腫のRI複合診断の限界は、腫瘍径2cm前後の小病巣、腫瘍内脈管構築の変化に伴う乏血性病巣と推定される。本法の診断限界について撮影装置、撮影体位ならびに肝血管腫内の脈管構築の点から検討し、その知見を報告する。

1615 肝腸吻合術後のRIヘパトグラム画像診断 —胆汁流出状況を中心として— 米山桂八, 石川広記 (伊勢原協同, 外), 片山通夫 (川崎市立川崎, 理診)

最近3年間に手術した肝・腸吻合例7例(良性疾患2例, 悪性疾患5例)について術後より^{99m}Tc-PI又は^{99m}Tc-E-HIDAを用い追跡, 経過観察を行なった。肝腸吻合後における胆汁流出状況の把握は重要であるが, DICでは満足し得る資料が得られない。PTCあるいは動脈造影などはかなりの侵襲となる。

RIを用いたヘパトグラムは, 胆汁の腸管への流出状況, 時間, 吻合部の開存の良否, 肝容積復元の状態を適確に表現した。撮影は^{99m}Tc-E-HIDA静注後, 1分間隔で48コマにとらえ, 肝及び吻合部にROIを設定しヘパトグラムカーブを描記, 肝機能検討の資料とした。再現性高く, 副作用なく満足のゆく画像として有用である。使用機種は東芝製GCA-401-3型シンチカメラとGMI-04A型イメージャー。

供覧症例はカロリー病で肝左葉区域切除し肝腸吻合を行ない術後1年間の経過をみたものと, 肝門部胆管癌に対し肝拡大右葉切除し肝腸Roux-Y吻合した症例の追跡RI画像について発表する。肝胆道疾患術後におけるRIヘパトグラムの利用価値の高いこと, 肝胆道外科診療上欠かせぬ検査であることを強調したい。

1616 肝内結石除去術後例の胆道シンチグラム 西川潤一, 大友邦, 町田喜久雄, 飯尾正宏 (東大, 放)

肝内結石除去術後症例18名(男性7・女性11)に肝道シンチグラフィ、超音波検査、X線CTを行なった。胆道シンチグラフィには、^{99m}Tc-EHIDA5mCiを用い、静注後2時間まで、経時的に撮影を行なった。

多くの肝内結石除去術後例では、肝内胆管に空気が存在し、超音波検査、X線CT検査では、肝内胆管の拡張、狭窄の判定に影響を与える症例があり、また、超音波、X線CT検査では、胆管と消化管の吻合部に関する情報が得られない場合が多かった。

胆道シンチグラフィでは、肝内胆管の拡張、狭窄の判定は、胆管の太さ、胆管内のRIの停滞状態を考慮することにより、他の二検査とは同程度にできた。胆管と消化管の吻合部も明瞭に描出できた。

胆道シンチグラフィは、肝内結石除去術後例の経過観察に有用な情報を提供してくれる。