

**23.  $^{111}\text{In}$ -血小板シンチグラフィーにより塞栓源の同定  
が可能であった多発性脳梗塞の一例**

井坂 吉成 今泉 昌利 (国立大阪病院・循)  
中川 秀光 中島 伸 木村 恵春  
中島 義和 (大阪成人病セ・脳外)  
木村 和文 (大阪大・バイオ研核)

脳動脈血管病変のどの部位が虚血性脳血管障害の責任病巣か否かの診断は臨床上非常に困難な問題点の一つである。このことに関して示唆に富む症例を経験したので報告する。症例は47歳の男性で、短期間にTIA症状—左上肢の脱力感を反復していた。X線CTでは右大脳半球の前頭葉、側頭葉に低吸収域が認められ、側頭葉病変は周囲の浮腫像と中心部の高吸収域をともない出血性梗塞が疑われた。脳血管造影では右頸動脈サイホン部の多発性の造影剤の陰影欠損と壁不整が存在していたが、左側の血管造影所見は正常であった。右中大脳動脈の血流は同側の内頸動脈、反対側の前交通動脈から供給を受けていた。 $^{111}\text{In}$ -血小板シンチグラフィーでは右頸動脈サイホン部に血小板集積が認められ、この部位が塞栓源と考えられた。治療は抗血小板療法を選択せず、右内頸動脈結紮術とEC-ICバイパスを行った。術後TIA症状はなく、血小板の集積も消失した。術後の中大脳動脈の血行は反対側からの前交通動脈、バイパス部から供給され、術前と変化を認めなかった。すなわち、本症例では脳の障害側と同側に血管病変があり、その部位に血小板集積を認め、脳塞栓に認められる出血性梗塞のCT所見があり、術後血小板集積の消退に呼応してTIA発作も消失しており、血行動態は術前後で変化のないことから、塞栓源は頸動脈サイホン部であり、artery to artery emboliが示唆された。この所見はMillikanのmicroembolic theoryを裏づけるものと考える。

**24. 悪性甲状腺腫瘍に対するタリウムシンチグラムのパターン分類について**

澤 久 中西 勝己 西多 俊幸  
岡村 光英 波多 信 福田 照男  
小田 淳郎 浜田 國雄 越智 宏暢  
小野山靖人 (大阪市大・放)  
前川 仁 加藤 保之 藤本 泰久  
須賀野誠治 (同・一外)

対象は手術所見、病理組織所見が確定した121症例である。甲状腺腫瘍へのタリウム集積の程度を(+)、(+)、(±)、(−)の4段階に評価し、early scanからdelayed scanのwashoutの程度を5つのパターンに分類し検討した。すなわち、I型はearly scan、タリウム静注3時間後のdelayed scanとも(−)のもの。II型はearly scan(+)からdelayed scan(−)と集積程度の評価が3段階下がったもの。III型は(+)から(−)のほか、集積程度の評価が2段階下がったもの。IV型は(+)から(+)のほか、集積程度の評価が1段階下がったもの。V型は集積程度が変化ないか、集積増大と評価したものである。

パターンIからIIIを良性、IV、Vを悪性と評価した場合、accuracy 80%，sensitivity 75%，specificity 86%であった。特に、パターンI、IIでは87%が良性、IV、Vでは86%が悪性であり、この分類は甲状腺腫瘍の良性、悪性の評価に有用と思われた。病理組織別では滤胞癌の診断が難しいと思われた。early scan(−)例では1cm程度の小さな充実型腫瘍、または囊胞型の腫瘍が大部分であり、充実性部分の少ない腫瘍ではタリウムシンチでの判定は難しいと思われた。悪性甲状腺腫瘍では腫瘍径が大きいほどwashout不良と判定する傾向にあるものと考えられた。滤胞腺腫ではパターンI型を除き、パターン分類と腫瘍径との間に関係は見られなかった。パターンVでは甲状腺外浸潤、リンパ節転移が多い傾向が見られた。