

**31**<sup>123</sup>I-MIBGおよび<sup>201</sup>Tl心筋シンチグラフィーを用いた

## 非壊死性心筋虚血障害の検討

伊藤一貴<sup>1</sup>、杉原洋樹<sup>2</sup>、寺田幸治<sup>1</sup>、谷口洋子<sup>1</sup>、大槻克一<sup>1</sup>、馬本郁男<sup>1</sup>、志賀浩治<sup>1</sup>、中川達哉<sup>1</sup>、前田知穂<sup>2</sup>、中川雅夫<sup>1</sup>。  
(1:京府医大2内、2:同放。)

血清酵素学的に心筋梗塞が否定された高度の心筋虚血発作後の症例を対象に、<sup>123</sup>I-MIBGおよび<sup>201</sup>Tl心筋シンチグラフィーを施行した。Tlでは軽度の集積低下像を認めるのみであったが、MIBGでは虚血障害が生じたと思われた当該冠動脈の灌流領域全体にわたって広範囲な欠損像を呈した。非壊死性でTlにおける集積低下の程度が軽度であっても、高度の虚血障害により交感神経はその灌流領域にわたる広範囲において機能的に除神経された状態になることが示唆された。以上より、<sup>123</sup>I-MIBGおよび<sup>201</sup>Tl心筋シンチグラフィーは非壊死性心筋虚血障害の診断に有用と思われた。

**32**

## MIBG心筋シンチによる冠挙縮型狭心症(VSA)の虚血発作判定について

大野朗、鎌田彰三、吉見謙一、遠藤豊、福崎雅史、三浦清春、今和泉寛寿(鹿児島生協病院循環器内科)

VSAの心筋虚血発作程度がMIBG心筋シンチで画像上どのように反映するかを検討した。

対象は健常者(C群)4例、VSA3例で、内2例は虚血発作後2週間以内の症例(A群)で、あと1例は発作緩解後数カ月の症例(B)である。

MIBG注射後4時間の遅延像における各種値を表に示す。

	MIBG心筋/縦隔比	Washout Ratio(%)
C群	2.5 ± 0	3.2 ± 1
A 1 (多枝挙縮例)	1.5	7.3
A 2 (1枝挙縮例)	2.1	4.1
B	3.1	

**33**<sup>123</sup>I-MIBGによる不安定狭心症の検討

児玉秋生、宮沢佑二、加藤丈二、春田昭二、井口信雄、井上征治、笠原信弥、田中徹、廣沢弘七郎(仙循センター内科)

虚血に鋭敏な交感神経機能を画像化できるといわれている<sup>123</sup>I-MIBGとTL・<sup>99m</sup>Tc-PYPによる2核種同時収集SPECTを用いて、冠動脈造影が施行された18例の不安定狭心症患者の虚血部位の同定を試みた。

<sup>123</sup>I-MIBGによる病変部位検出の感度(Sn)は、14部位中14部位(100%)と、2核種(66.7%)やTL(46.7%)よりも優れている傾向にあったが、平面、特異度(Sp)は、16部位中12部位(75%)と、2核種(100%)やTL(93.3%)よりも劣っている傾向にあり、その原因として下壁の偽陽性を考えられた。<sup>123</sup>I-MIBGは不安定狭心症の虚血部位の同定に有用と思われた。

**34**

## I-123 MIBGを用いた安静時狭心症における心交感神経機能の画像評価

梶谷定志、矢坂義則、宝田明、林孝俊、鏡寛之、吉田浩\*、和氣誠司\*\* (姫路循環器病センター \*循\*\*放)

安静時狭心症の交感神経機能をI-123 MIBGを用いてTLの心筋血流像と対比検討した。対象は冠スパスマグ説明された狭心症(VSAP)10例、多枝重症冠動脈病変による不安定狭心症(UAP)3例である。MIBGとTLによる安静時心SPECTを行い、MIBGは3時間後に再度撮像した。UAPでは3例すべてにTLとMIBGの局所欠損を認めた、欠損は2例でMIBGがTLより広範囲であった。VSAPでは10例中4例にのみTLの欠損を認めた、一方、MIBG初期像では8例に欠損、3例は後期像で増悪、また初期像で正常の2例は後期像で欠損を認めた。安静時狭心症では心筋血流異常より交感神経の異常がより高度であることが示唆された。

**35**冠動脈疾患の虚血病変判定におけるTLおよびMIBG心筋SPECT像の定量評価の有用性  
磯部智、岡田充弘、近藤一正、棚橋淑文(名古屋掖済会病院 内科)加納浩一、安藤晃禎、林博史、斎藤英彦(名古屋大一内)

本研究では冠動脈疾患患者20名を対象として虚血病変判定におけるTLおよびMIBG心筋SPECT像の定量評価の有用性を検討した。

一枝病変例ではTL欠損、washout低下およびMIBG欠損、washout增加基準のいずれを用いた場合でも正診率はほぼ同等であった。一方、多枝病変例における虚血領域の診断ではTL欠損あるいはwashout低下基準に比し、MIBG washout增加基準を用いた方が、正診率は向上した。

虚血病変の広がりの判定にはTLに加え、MIBG心筋SPECT像の定量評価を用いると良いと考えられた。

**36**<sup>123</sup>I-MIBG、<sup>201</sup>TCl SPECTによるacute coronary syndromesにおける虚血心筋の評価

吉岡公一郎、井出満、田川隆介、椎名豊、田辺晃久、友田春夫(東海大1内)鈴木豊(同放)

acute coronary syndromes症例における虚血心筋の評価を<sup>123</sup>I-MIBG、<sup>201</sup>TCl SPECT法にて試みた。MIBG 2mCi静脈内投与60分後より心筋像を撮像後、引き続きTLを投与、15分後より心筋像を撮像した。非貫壁性梗塞例では、TLによる欠損部位が特定出来ない症例でも、MIBG像で責任冠動脈領域の欠損像を描出し得た。不安定狭心症にてある程度以上の症状を有する症例では血清酵素の逸脱所見がなく、TL像が正常所見であっても、MIBG像では、責任冠動脈領域を描出し得た。以上、MIBG像により、TLでは捉えられない、過去数週間内の虚血発症部位が描出される可能性が示唆されたが、後下壁に関しては、その読影には注意を要すると思われた。