

(85%) で、一方神経節芽腫の陽性率は 5 例中 4 例 (80%) で組織型による陽性率にほとんど差は認めなかった。CT 上石灰化を 12 例中 9 例 (75%) に認めたがこのうち 1 例は骨シンチ陰性であった。逆に CT で石灰化を認めないにもかかわらず骨シンチで陽性を示したものが 2 例あった。Ga シンチは、12 例中 6 例施行され 3 例 (50%) に異常集積を認め、Ga シンチ陽性のものはすべて骨シンチ陽性であった。腫瘍マーカーと Ga シンチが陰性の例で骨シンチが集積を呈したものが 1 例見られた。骨シンチは原発巣の描画とともに骨転移なども把握することができる有力な検査法のひとつである。最近では ^{131}I -MIBG シンチが開発されられわれも 1 例経験し、異常集積を認めた。今後骨シンチと MIBG の比較検討が望まれる。

25. 骨シンチが診断の糸口となった小腸腫瘍の 1 例

笠原 利之 牛嶋 陽 杉原 洋樹
 新居 健 武部 義行 前田 知穂
 (京府医大・放)
 藤田 博 (同・二内)

症例は 59 歳の男性で、平成 5 年 10 月頃より黒色便を認め、近医で上部消化管および大腸の内視鏡が施行されたが出血源を思わせる病変は認められなかった。しかし上腹部 CT, MRI で左副腎に腫瘍性病変が認められたため、精査加療目的で当院内科に入院となった。入院時の血液検査では小球性低色素性貧血を認め、便潜血は陽性であった。副腎腫瘍と出血から悪性腫瘍の存在を疑い、全身検索のため行われた骨シンチで索状の骨外集積が認められた。索状陰影は大腸の走行と一致していると思われ、腸管からの出血を疑った。上行結腸から下行結腸までが描出されていることから、出血源は小腸内と考えた。また、 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -HMDP の血中からの消失時間が短いにもかかわらず腸管が描出されていることから、投与時に相当量の出血があったものと推測した。その後、出血源を同定するために行った $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -HSAD シンチで空腸からの出血の所見を得、続いて行われた小腸造影で空腸に 2 か所の腫瘤を認めた。手術所見では空腸の 2 か所と左副腎に腫瘍を認め、腫瘍の肛門側の空腸内には血腫が充満していた。病理所見では、小腸腫瘍、副腎腫瘍ともに原発不明の未分化腺癌であっ

た。その後の検索にもかかわらず原発巣は不明であった。一般的に骨シンチで腸管が描出される原因としてはいくつか考えられるが、小腸出血が原因で腸管が描出されることは非常に稀と思われ、調べた範囲では報告例はみつからなかった。今回骨シンチで腸管が描出された原因は、腫瘍より比較的多量の出血があったためと思われる。小腸腫瘍は消化管腫瘍としては稀であり発見が遅れることが多い。しかし本症例では骨シンチが糸口となり小腸腫瘍を早期に発見することができた。

26. 結核性腹膜炎 2 例の Ga シンチ像

土田 耕正 河辺 譲治 細川 知紗
 池田 裕子 名嘉山哲雄 羽室 雅夫
 小野山靖人 (大阪市大・放)
 岡村 光英 越智 宏暢 (同・核)

結核性腹膜炎は肺結核と比べ発生頻度は低く、早期診断の困難な疾患の一つである。今回 2 例の結核性腹膜炎を経験したので報告した。症例 1 は 27 歳女性。主訴は腹部膨満感。腹部造影 CT にて腹水、腹膜・腸間膜の肥厚、両側卵巣腫大を認めた。Ga シンチにて腹部・骨盤部全体の瀰漫性異常集積を認めた。腹腔鏡にて腹膜表面の多数の粟粒大結節、周囲と癒着した卵巣がみられ、組織学的に結核性腹膜炎と診断。抗結核療法開始 2 か月後の Ga シンチで腹部・骨盤部全体の瀰漫性異常集積は減少し、他検査でも炎症の改善傾向が認められた。

症例 2 は 16 歳男性。不明熱の原因検索のために施行した Ga シンチにて腹部に瀰漫性の異常集積を認めた。特に左側腹部には縦長の強い集積がみられたため、注腸検査を施行し下行結腸壁の軽度伸展不良を認めた。なお、大腸ファイバーでは粘膜面は正常であった。腹部 CT で腹膜と下行結腸壁の肥厚を認め、腹膜生検にて結核性腹膜炎と診断。抗結核療法開始 3 か月後の Ga シンチで腹部全体の瀰漫性集積はほぼ消失したが、下行結腸部は依然として異常集積が残存し、新たに左肺門部に hot spot が出現した。6 か月後下行結腸部と肺門部の集積は消失し、上腹部正中に小円形の異常集積が出現、生検にて同部も結核巣と判明。治療が続行され 8 か月後には同部の集積の減少を認めた。