

ンを開始した。

〔対象〕

慢性脾炎12、良性脾腫瘍3、脾囊腫1、脾癌7、正常4、膨大部周囲癌4、腎癌2、胆石症2、細網肉腫2の合計37例である。

〔結果〕

脾スキャン成功例は37例中35例、不成功例は2例のみである。

慢性脾炎12例では1例を除いて11例は判読可能なスキャンをえた。脾の全景がえられたのは8例であり、3例には頭部に欠損を認めた。

良性脾腫瘍3例では血管腫の1例には頭部腫瘍に一致して欠損が、島腫の2例にはいずれも欠損を認めえなかつた。

脾癌7例では頭部癌は4例、体尾部癌は3例であるが頭部癌4例ではいずれも頭部に欠損を認め、体尾部癌3例では2例には欠損を認めたが、1例には腫瘍に一致して欠損の局在を判定しえなかつた。

脾外疾患のうち、細網肉腫2例、胆石症2例、腎癌2例ではいずれも正常脾のスキャンをえた。しかし膨大部周囲癌4例のうち2例は乳頭部癌で、その1例に脾頭部の欠損を認め、また2例の胆道癌の1例にも脾頭部の欠損を認めた。

正常4例では3例は脾の造影に成功したが、1例は不成功であった。

〔脾血管造影との比較〕

良性脾腫瘍3例および脾癌7例について比較した。

脾血管腫では脾スキャンは頭部の陰影欠損を示したが、血管造影では血管増生、腫瘍斑などがあり、その範囲が明瞭に示された。脾島腫は2例ともに、脾スキャンではまったく証明できず、血管造影ではその形状、大きさ、局在が明らかに示された。

脾癌7例では腫瘍に一致して脾スキャンでは6例に欠損を認めた。しかし1例では局在の判定が困難であった。血管造影では腫瘍に一致して、血管閉塞、壁不整、腫瘍斑が全例に認められた。

〔まとめ〕

脾スキャンは安全な検査法で、実施したほとんどの症例において診断可能なスキャンをえた。ただこれ単独では脾変化の詳細を確認するにはなお不十分のように考えられるので、脾血管造影、気脾撮影などの実施による総合的観察が必要であると考えられる。

発言（2）

脾癌の検出限界について

志田寿夫（東北大学放射線科）

脾癌を正しくシンチグラム上に表わすにはいろいろな条件がある。すなわち機械的条件としてクリスタルの大きさは最低で3インチ直径、厚みは2インチと考える。さらに従来、スキャナに付属している37孔、焦点距離10cmのは感度は良いが解像力が不足である。これは孔と孔との隔壁が薄いため、今回隔壁2mm厚19孔のを試作した。感度は低下するが解像力は向上し好結果をえた。患者にもよるが⁷⁵Seメチオニンを150～250/ μ Ci 静注後5分で第1回目を打点でスキャン、脾への集合状況をみて2チャンネルでホットスキャンを施行、体位は背臥位とくに食餌制限は行なわない。また薬剤も使用しなかつた。さて過去1年間で脾疾患37例のスキャニングを施行、その中10例は脾癌でシンチグラム、選択的腹腔動脈撮影、胃レ線診断、セクレチンテスト、細胞診、手術等によって確認した。その中で1例は脾シンチグラムで正常のパターンを示し、また他の検査でも脾癌を思わせる所見はなかった。いずれもかなり大きな脾癌であった。また脾癌と同じような欠損像を示すものが6例あり、この中の3例は脾外腫瘍でその圧排で欠損となり脾癌と誤診した。

〔結論〕

脾シンチグラムのみで脾癌の確定診断は極めてむずかしい。総合的に診断しても誤診する可能性がある。また何cmのものまで解像可能かという問題については、ファントーム実験のごとく2cmが限度であろう。われわれの症例ではかなり進展したものが多くほとんどが欠損として表われているので不明である。しかし脾は他の器管、脾外腫瘍等の圧迫によっても大きく脾シンチグラム上でパターンが乱れるようで、space occupying lesionまでは云々できないのかも知れない。いずれにしても脾シンチグラムを描出するには前述の機械的条件が大きい。とくに肝、脾の分離はハネコーンコリメータの性能に左右されることが多く一考を要するところである。

*

7. 腎

南 武 町田豊平（慈恵医科大学泌尿器科）

われわれに与えられたテーマは腎についてであるが、