

2. 限局性肝疾患を対象とし、 $^{198}\text{Au-Colloid } ^{99m}\text{Tc-Sulfur Colloid}$  を静注し、経時的な RI 量を 1600 Wood Memory System に一旦収録し、これを再生することにより任意に選択した ROI の集積曲線より K 値を求めた。

正常例では肝臓の K 値に部位的差は認められず、一定の Pattern を示す。

肝癌例では、腫瘍部分の集積曲線は多岐に亘り、症例によっては A-V Fistula 腫瘍内にも存在もすることがある。随伴する肝硬変の程度もかなり推察できる。集積曲線と肝組織所見との相関も伺われる症例もあるが、K 値と組織所見の相関に問題のあるものもあり、今後共症例を重ねて K 値と組織所見を対比してみたい。

質問： 木下 博史 (県立広島病院 放射線科)

Hepaoma 上での経時的摂取率曲線が非常に乱れているとのことでしたが 1600 channel の 1 channel 当りの CPM はどの程度だったのでしょうか。CPM が低過ぎるために統計変動が出たのではないのでしょうか。

答： 児玉 求 (広島大 RI 診療部)

Hepatoma で組織 Edmondson IV 型を示した症例は、短時間内に計数値の急速な変動があり、腫瘍内 A-V Shunt によるものと考えた。本例は血管撮影上でも著明な多数の A-V Shunt を認めている。

追加： 加藤 晴吾 (県立広島病院 放射線科)

血管造影で A-V Shunt を持った Hepatoma で血管造影像上濃くなったり淡くなったりする像は、私の case では血管造影上あまりそのような像は認めておりません。

\*

## 5. $^{131}\text{I}$ BSP による肝胆道系の動態解析

湯本 泰弘 難波 経雄

(岡山大学 第1内科)

$^{131}\text{I}$ -BSP (DINABOT 社製) を用いて連続的に肝、胆道の Scintiphotography を行ない、肝の摂取機能、胆道排泄および通過性などを各種肝疾患について動態解析し、黄疸の鑑別に応用した。

方法： $^{131}\text{I}$ -BSP を静注後経時的に Scinticamera で肝像を撮影すると同時に、血中放射能消失曲線、尿中排泄量および肝臓上体外計測値をもとにして、3 compartment model を設定して computer により解析した。

対象：当科入院患者で、Dubin-Johnson 症候群（以下 D-J 症候群）6 例、Gilbert 氏病 3 例、Roter 型疑 1 例を含む肝疾患 40 例である。

結果：体質性黄疸について検討すると、Gilbert 氏病は 3 例共健常者とほぼ同様の Scintiphotography パターンを示した。Roter 型では静注後 10 分まで心プール内に放射能の残存を認め、肝臓への摂取障害を思わせ、その後の胆道への排泄状態は正常と殆んど同様であった。D-J 症候群では、肝像は早期より明瞭となるが、健常例より遅れて 40～60 分後に最も濃く、肝臓よりの排泄は遅く、24 時間後でもかなり肝像は濃い。胆嚢像は、1 例では健常者よりは遅いが 30 分後に認めたが、他の例では 120 分後まで認めなかった。姉妹例に  $^{131}\text{I}$  Rosebengal もあわせて検査すると、 $^{131}\text{I}$  BSP の排泄障害は著明でも、 $^{131}\text{I}$  Rosebengal では中等度障害と、ほぼ正常の排泄を示すものとあり、両者の解離は D-J 症候群の診断基準ともなり得る。血中消失曲線では再上昇を示さなかった。次に動態解析を行なった結果、肝臓への取込み速度 ( $K_{21}$ ) は対照例  $0.0708 \pm 0.0132 \text{ min.}$  に比して、慢性肝炎で低下傾向にあり、急性肝炎、肝硬変、肝内胆汁うっ滞、胆道閉塞では著しく低下した。D-J 症候群、Gilbert 氏病では健常者との間に有意差がなかった。肝臓より胆汁中への排泄速度 ( $K_{02}$ ) は対照例  $0.0039 \pm 0.0011 \text{ min}^{-1}$  に対し、急性肝炎、肝硬変では軽度の低下を示した。胆道閉塞、肝内胆汁うっ滞では有意に低下し、D-J 症候群では  $0.0007107 \pm 0.0002558 \text{ min}^{-1}$  と著明な低値をとっているが、Gilbert 氏病の 2 例とも正常範囲内であった。

質問： 駕海 良彦 (広島日赤病院 放射線科)

$^{131}\text{I}$  BSP と  $^{131}\text{I}$  Rose bengal のパターンが Dubin-Johnson 症候群では特異的な示し方をするか。

答： 難波 経雄 (岡山大学 第1内科)

完全閉塞性黄疸では  $^{131}\text{I}$  BSP、 $^{131}\text{I}$ -Rose bengal 共に排泄障害のパターンを示すが、同様に  $^{131}\text{I}$ -BSP で排泄障害のパターンを示す Dubin-Johnson 症候群において、 $^{131}\text{I}$ -Rose bengal では排泄障害を示さなかったことにより区別出来ると思います。

\*