

い、経過中に女性乳房、代謝低下症状増強、抗甲状腺抗体値漸増、TSH 高値を見たため、1976 年治療を中止して下垂体機能の検索を行なった。

LH-RH テストでは FSH, LH 共低値、無反応で、血中 testosterone は 28.5 ng/dl と低かった。インスリン負荷試験で、GH は 1.1 ng/dl と低値のまま無反応、Cortisol も 2.9  $\mu$ g/dl と低値、無反応で試験終了後副腎発症を見た。TRH テストでは TSH 23  $\mu$ U/ml が最高 113  $\mu$ U/ml と過剰反応を示したが、PRL は正常反応で、トルコ鞍 XP 像も術後から著明な拡大が認められなかった。

以上本例は10年にわたる汎下垂体不全の補充療法にもかかわらず、慢性甲状腺炎の進展、さらに原発性粘液水腫出現を見たもので、頭蓋咽頭腫による下垂体細胞障害から生残った TSH 産生細胞の賦活化がおこり、長い間に TSH 産生小腫瘍が出現したと見なされる症例であった。

## 17. 国立金沢病院における $^{201}\text{TI}$ 甲状腺スキャンの経験例

○立野 育郎 小泉 潔

伊藤 廣

(国立金沢病院・放科)

結節性甲状腺腫に対して、 $^{201}\text{TI}\text{Cl}$  による甲状腺スキャンを施行した結果を報告する。

陽性例は、甲状腺癌 5/5 (100%)、甲状腺腺腫 11/13 (84.6%)、腺腫様甲状腺腫 0/1 であり、腺腫の陰性 2 例はのう胞形成であった。さらに通常の甲状腺スキャンの欠損像に対する  $^{201}\text{TI}$  スキャンパターンとして I 型(欠損に一致する欠損像)、II 型(欠損に一致する warm)、III 型(欠損に一致する hot)、IV 型(欠損より広い範囲の hot) に大別した。その結果、甲状腺癌も腺腫も IV~II 型に分布し、のう胞形成は I 型に描画される傾向であるが、間質の強い硝子化と線維化をみとめた腺腫様甲状腺腫が I 型を呈し、IV 型を呈した癌、腺腫とも通常の甲状腺スキャンよりも病理所見に忠実であったことは興味深い。さらに、甲状腺癌の頸部

リンパ節転移や頭蓋骨転移は通常のスキャンで検出されなかつたが、 $^{201}\text{TI}$  スキャンで陽性所見が得られた。 $^{201}\text{TI}$  スキャンで甲状腺が描画されなかつたものは、癌の放射線治療後 3 例、亜急性甲状腺炎とコロイドのう胞の各 1 例であった。

$^{201}\text{TI}$  甲状腺スキャンが陽性の場合、良性・悪性の鑑別はパターン分類でも容易でないが、陰性の場合は一般にのう胞形成で悪性の可能性は比較的低いが、いずれにしても「良性」として経過をみようとするならば、臨床所見、細胞診を行なって判断することが肝要であろう。さらに、 $^{201}\text{TI}$  スキャンの有用性は、禁ヨードの必要なく、頭頸部・胸部領域の甲状腺癌の転移が短時間に検出できることである。

## 18. 術後甲状腺癌における $^{201}\text{TI}$ シンチグラフィの意義

利波 紀久 分校 久志

桑島 章 二谷 立介

久田 欣一

(金大・核)

$^{201}\text{TI}$  chloride が甲状腺癌にきわめて高率に集積することは周知のこととなったがさらに甲状腺癌の転移巣にもよく集積する。

甲状腺癌で外科的治療を受けた患者の再発病巣や頸部の転移リンパ節の診断に  $^{201}\text{TI}$  シンチグラフィを施行し、 $^{131}\text{I}$  と 1 部  $^{99\text{m}}\text{Tc}$  シンチグラフィと比較し検討した。

再発病巣あるいは頸部転移リンパ節を認めた 7 例のうち 6 例が  $\text{TI}$  シンチグラフィで描出されたが、 $^{131}\text{I}$  では 6 例中 0 で、明らかに  $^{201}\text{TI}$  との有意差を認めた。従って  $^{201}\text{TI}$  シンチグラフィが病巣検出のためにはまず施行されるべき方法であるといえ、また、もし  $^{201}\text{TI}$  Negative であれば、 $^{131}\text{I}$  シンチグラフィは必要ないと考えられる。さらに  $^{201}\text{TI}$  シンチグラフィの有利な点は、静注 10 分後より検査できるので、外来にて容易に施行でき、入院その他のめんどうな処理が省ける点である。