

あり、近医を受診し、舌根部腫瘍を指摘され、精査のため当院へ紹介された。当院受診時、自覚症状は消失していたが、舌根部に嚢胞でない腫瘍を認め、CTにて、舌根部正中に2cmφのCT値103前後の高吸収域を認めた。<sup>131</sup>I-シンチグラムでは、舌根部に、<sup>131</sup>Iの集積を認めたが、通常みられる前頸部には、集積はみられなかった。本症は、異所性甲状腺の中では最も多く、発生過程における甲状腺の下降障害が原因と考えられ、報告例では、女に多く、80%前後は舌根部のものが唯一の甲状腺であり、確診には<sup>131</sup>I-甲状腺シンチが必須の検査である。

#### 10) 甲状腺結節性病変の超音波診断

酒井 達也・三浦 恵子 (新潟大学放射線科)  
椎名 真・酒井 邦夫

甲状腺結節性病変の超音波検査による質的診断能を、手術施行例について検討した。対象は、39症例43病変。悪性病変は、その中18例(42%)。年令、大きさに良悪性病変間の大きな差なし。超音波上、悪性病変は不整形、辺縁不明瞭、充実性である傾向を示し、明らかな音響陰影を示す石灰化を高率に示した。これらの超音波上の示標は、悪性病変診断上80~90%の感度、50~60%の特異度を示し、諸家の報告に一致する。又所見陰性反応適中度は80~90%で、所見が見られぬ時に鑑別力を示した。2項目を同時に満たすものでは、感度は低下するが、特異度80~95%、陽性反応適中度80%前後と、ある群の悪性病変を強く示唆した。結局超音波法のみでは、一群の偽陽性偽陰性群を零とする事は困難で、他のより特異性の高い検査法との有効な組み合わせの検討が必要である。

#### 11) 第5回 MRI 学会(モントリオール)で見た MRI-angio について

新妻 伸二 (新潟県立がんセンター放射線科)

昭和61年8月第5回国際 MR 学会がカナダのモントリオールで開催された。この学会は ME 関係の基礎的な面において、非常にレベルが高いことで注目されている。

今回 GE 社のパーテーで見た心臓の運動の MRI による解析に驚き、その方面の各社の最近の研究成果について調査してみた。

MRI では血管系はプロトンが流れているため、信号は得られない。しかしこの信号のないところを、逆にハイシグナルで描写することは可能である。高磁場の装置

で、ファーストスキャンをおこなうことにより、心臓の壁の動きばかりか、血流やその逆流をとらえたり、頸部、腹部の血管や末梢血管までが、造影剤なしで、描写されていた。これは将来 DSA に置変わる可能性もあるものと思ひ、これをビデオに編集して発表した。

#### 12) MR-CT の使用経験

栗田 勇・日高 俊彦 (新潟中央病院)  
関原 芳夫・岡田 耕坪 (脳神経外科)

#### 13) MRI の有用性の検討 その1

亀田 宏・田村 哲郎 (立川総合病院)  
伊藤 靖・反町 隆俊 (脳神経外科)

#### 14) Alexander 病が疑われた1例の MRI について

吉村 菜穂子・西澤 正豊 (新潟大学)  
保住 功・湯浅 龍彦 (脳研究所)  
宮武 正 (神経内科)

Alexander 病は脳の白質をおかす原因不明の疾患であるが臨床的には頭囲拡大と運動知能の発達遅延を特徴とする。確定診断には脳の組織学的所見を要す。従来より CT には前頭葉優位の白質の低吸収が知られている。

症例は3才10ヶ月男児、生後6ヶ月頃より頭囲増大し、知能はやや低下す。走る転倒し易い。血液・生化学に異常なく、白血球ライソゾーム酵素やアミノ酸分析は正常であった。CT では大脳半球白質に低吸収をみとめた。1.5 テスラ・マグネトームにて MRI を施行した。long SE 像では大脳白質は高信号を示し前頭葉に優位であった。short SE 像では逆に前頭葉が最も低信号を呈した。脳梁、内包髄幹部、小脳の白質は大脳半球に比してミエリン形成が良好と考えられた。Alexander 病の MRI の報告はドイツで1例なされ、本邦では最初である。

#### 15) NMR が有用であった第4脳室 choroid plexus papilloma の1例

谷口 禎規・中島 祐 (長岡赤十字病院)  
渡辺 正人・外山 孚 (脳神経外科)

症例は21才女性。頭痛、意識障害、四肢のしびれ感にて発症。神経学的に JCS . II-1, 両側外転神経麻痺、水平方向及び下方への注視性眼振を認めた。craniogr. は n.p. CT 上、水頭症と小脳第四脳室部に分葉状の石灰化像とその周辺部が淡い high density となっている enhanced mass あり。手術により後日 choroid plexus papilloma と病理組織学的診断がなされた。

術前X線 CT, sagittal reconstruction CT, 側脳室内造影剤注入による reconstruction CT など施行するも、腫瘍の広がり、特に脳幹、第四脳室との関係は不明瞭であった。MRI 像では、IR 像< sagittal: (2000/450/34), axial(2000/500/34)>にて、第四脳室内限局腫瘍を示唆する所見が得られ、術中の所見とよく一致していた。

16) 大脳半球に広範な低吸収域を生じ、  
脳血管写で著明な血管攣縮を呈した  
被殻出血の1例

今野 公和・本田 吉穂 (水原郷病院)  
小池 俊朗 (脳神経外科)

限局性被殻出血にもかかわらず、脳血管攣縮から、広範な脳梗塞を合併した症例を経験したので、その発生機序について考察を加えて報告した。

症例は33才、男性。2ヶ月前から高血圧を指摘されるも放置。軽い右片麻痺で発症し、入院。CT で左被殻限

局の脳出血を認め、保存療法施行した。高血圧の管理は困難で、発症時清明だった意識が翌日に昏迷となった。CT では変化なく、脳血管写では左中大脳動脈を中心に多発する血管攣縮を認めた。第6病日のCT で同じ左大脳半球に浮腫を伴った脳梗塞出現し、脳圧排所見著明のため、直ちに減圧開頭術施行したが、脳浮腫進行し、第12病日に死亡した。

本例は、急激は意識レベルの低下があり、脳血管写で多発性脳血管攣縮を認めたが、管理困難な高血圧の持続以外に、特に異常を認めなかった事から、その発生機序として高血圧性脳症の関与が考えられた。

### 特別講演

脳におけるX線診断と核医学の接点

山形大学医学部 放射線医学教室教授

山口 昂一先生