

キンリンパ腫 2/2 例で本症を発症しており、今後因果関係の検討が必要である。

3 周期性異所性 ACTH 産生腫瘍の 1 例

小林 哲郎・森川 洋・鈴木亜希子
伊藤 崇子・小菅恵一朗・宗田 聡
上村 宗・平山 哲・相澤 義房
新潟大学医歯学総合病院第一内科

5 年間に約 2 ヶ月間持続する ACTH 上昇期と寛解期を 4 周期認めている異所性 ACTH 産生腫瘍の症例を報告する。

症例は 59 歳女性。2000 年 6 月下腿浮腫、多毛、高血圧、高血糖、低 K 血症を指摘され他院入院。血中コルチゾール、ACTH の著明高値を認め、クッシング症候群と診断された。頭部 MRI、全身 CT 検査にて原因となる腫瘍は指摘できず、内分泌学的検査では ACTH の日内変動消失、大量デキサメサゾン抑制試験にて抑制認めず、CRH 負荷試験にて高値無反応であった。ミトタン内服にて加療され、徐々に尿中コルチゾール低下、それに伴い ACTH も低下、同年 9 月には正常値となりミトタン中止、以後 ACTH 値は安定化していた。その後 2001 年 4 月～6 月、2002 年 12 月～2003 年 2 月に同様の病態を再燃し当院入院。下錘体静脈洞サンプリングにて ACTH 値の中樞/末梢比 2 以下であり異所性 ACTH 産生腫瘍と診断、全身検索するも原因腫瘍特定できなかった。ミトタン、メチラポンにて治療後 ACTH 値は正常化した。2005 年 8 月より再度 ACTH 上昇あり当院入院、原因腫瘍は未だ特定できていない。

周期性を示すクッシング症候群の報告は少なく、また原因として異所性 ACTH 産生腫瘍が疑われるものは稀であり興味深い症例と考えられる。

4 嚥下性失神の 1 例

占塩 純・高田 琢磨・岡田 義信
加藤 俊幸

県立がんセンター新潟病院内科

症例は 62 歳、男性。2004 年 8 月から食事中、飲

水時に数回めまいおよび失神発作が出現。問診より嚥下性失神が疑われ、Holter 心電図にて食事との関連は指摘できなかったものの洞停止を認め、精査のため入院した。入院中には食事時間帯と一致して 2 度の洞停止、洞房ブロックが出現、自覚症状は生じなかった。器質的な洞機能不全の検索を行った。頸動脈洞マッサージでは洞停止、洞房ブロックは誘発されなかった。薬物的自律神経遮断試験では、内因性心拍数は正常範囲内であった。心臓電気生理学的検査では洞機能不全は認められなかった。病因は食道内圧の一過性亢進と考え、食道圧迫止血チューブによる加圧試験を施行。下部食道の加圧にて洞停止、洞性徐脈が再現性をもって誘発され、同時にめまいも生じた。上部消化管内視鏡検査では食道に器質的な異常は認めなかった。以上より、器質的な洞機能不全を伴わない嚥下性失神と診断した。8 月以降は症状が出現しなかったため、経過観察とした。嚥下性失神は嚥下に伴う食道周囲迷走神経刺激により、徐脈、心停止を来とし、失神発作を生じると考えられている。

5 脳幹に多発性の病変を認め副腎皮質ステロイドホルモンが有効であった CNS ループスの 1 例

真島 卓弥・廣瀬 正樹・星隆 洋
小宅 陸郎・野崎 洋明・五十嵐修一
田中 恵子・西澤 正豊

新潟大学医歯学総合病院神経内科

症例は 39 歳女性。15 歳で SLE を発症し PSL 10mg/日 を内服し活動性は抑制されていた。数日の経過で進行する眩暈、複視、右顔面のしびれを主訴に入院した。神経学的診察では、自発性低下、両眼の内転障害、両側側方視で注視方向性眼振、右上下肢不全麻痺、右顔面と上肢遠位の表在覚低下を認め、脳幹病変が疑われた。抗リン脂質抗体は陰性、髄液検査では単核球優位の細胞増多を認めた。頭部 MRI では中脳、橋、延髄に多発性の病変を認め、T1WI で低信号、T2WI と FLAIR で高信号、DWI で強い高信号、Gd-DTPA では造影さ

れなかった。mPSLパルス療法を2クールとPSL 60mg内服し徐々に減量した。神経学的所見と髄液所見は徐々に改善し独歩にて退院した。SLEに伴う中枢神経病変としては抗リン脂質抗体に伴う動脈性の梗塞血管炎による虚血性病変、多発性硬化症の合併などがあげられる。本例のMRI所見では梗塞による細胞性浮腫と血管性浮腫が混在した病変の可能性があること、動脈性の梗塞としては画像所見の程度に比して症状が軽く回復が良いこと、病変の分布も動脈の支配に一致しないこと、などから本例での病態は毛細血管から細静脈レベルでの血管炎が主体と考えた。画像所見に比して回復が良かったのは、病変の主体が血管透過性の亢進による血管性浮腫が主体であったためと推測した。SLEに伴う中枢神経病変の病態を考える上で貴重な症例と考えられた。

6 運動で誘発される高度房室ブロックのためペースメーカー植込術の適応となった1例

徳永 純・宮北 靖・八木原伸江
樋口浩太郎・大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

症例は57歳男性。主訴は運動時のふらつき、息切れ。2005年4月より前記症状が出現し6月に当院受診、ホルター心電図を施行したところ、2:1房室ブロックの出現を認めた。入院時の心電図は洞調律で、徐脈(心拍数47回/分)を認めた。胸部X線写真、心臓超音波検査、血液検査所見に異常なし。入院後のトレッドミル運動負荷試験(Bruce)では、5分22秒でWenckebach型房室ブロックが出現、次第に房室ブロックの頻度が増加して2:1ブロックとなり、呼吸苦のため中止した。この際、有意な心電図変化はなかった。冠動脈造影検査では狭窄を認めなかったが、HIS束心電図検査では心房ペースメーキング80ppmでWenckebach pointに達した。7月にペースメーカー植込術を施行。自覚症状は著明に改善し、その後再度施行したトレッドミル試験(Bruce)でも息切れ等の症状は出現しなかった。本症例では運動誘発性の房室ブロックの原因として多い虚血性

疾患は否定的である。心筋炎ほか感染症、アミロイドーシス等の疾患も、現在の所見、既往歴等から否定的である。明確な病因を特定できない運動誘発性房室ブロックの症例として若干の文献的考察を加え報告する。

7 ペーシング治療に反応せず左室中隔心筋切除術が著効した閉塞性肥大型心筋症の1例

柳川 貴央・杉本 篤言・根本麻知子
大倉 裕二・加藤 公則・埜 晴雄
小玉 誠・相澤 義房・名村 理*

新潟大学医歯学総合病院第一内科
同 第二内科*

症例は54歳の男性。発作性心房細動にて近医へ通院中であった。1999年より動悸が頻回になり、労作時息切れも伴うようになったため、同院にて心臓カテーテル検査を施行。左室壁肥厚および左室心尖部-流出路にて約80mmHgの圧較差を認め、閉塞性肥大型心筋症と診断。以後、βブロッカー・Ib群抗不整脈薬の内服にて経過観察され、NYHAⅡ度であった。2005年、東京へ単身赴任し運動量が増え、4月になり労作時息切れが増悪(NYHAⅢ度)し、東京警察病院救急センターへ入院。心房細動の持続によるうっ血性心不全であったが、安静にて洞調律へ回復し症状も軽快した。同院退院後は新潟へ戻るため、当科を紹介され、5月19日に精査・加療を目的に入院した。心臓カテーテル検査にて左室流出路圧較差は約100mmHgであり、Ia群抗不整脈(シベンゾリン)内服・右室心尖部ペースメーキングを試みたが、圧較差は著変なかった。8月9日に心室中隔心筋切除術を施行。術後、左室流出路圧較差は消失しており、自覚症状もNYHAⅡ度へ改善した。

【結語】各種の内科治療に抵抗性の閉塞性肥大型心筋症に対して、左室中隔心筋切除術が著効した。本治療法は、今後も重症例に対しては選択してゆくべき方法と思われる。