

活性の改善の関与が考えられた。

又腰椎 QCT 150 mg/cm³ と低下が認められた。テストステロン療法により骨量の増加が認められることが多いとされているが、本症例においては補充療法の開始年齢が遅かったためか、テストステロン療法後も QCT 139 mg/cm³ と改善が認められなかった。

8) 真性半陰陽の小児に対し両側性腺摘除術と陰核形成術を行った1例

橋本 立・小原 健司
渡辺 竜助・武田 正之
高橋 公太 (新潟大学泌尿器科)
菊池 透 (同 小児科)

症例は3歳11ヶ月の戸籍上女性。主訴は性別不詳性器。外陰部には二分陰嚢様陰唇、陰核肥大を認め、尿道及び膣は共通口となっていた。両側鼠径部に精巣様腫瘤を触れた。染色体は46XXで、SRY gene は認められなかった。内分泌学的検索では、HMG 及び HCG 負荷試験において E₂ 及び testosterone の上昇がみられ、卵巣と精巣の存在が疑われた。この症例に対し neurovascularbundle を温存し、陰核海綿体切除を行う陰核形成術及び陰唇形成術を施行し、同時に両側性腺摘除術も行った。病理組織学的には ovotestis であった。今回用いた手術手技は、陰核の神経血管支配を温存し、かつ外見上も満足いく結果が得られ有用なものと考えられた。

9) 間脳下垂体腫瘍患者に対する成長ホルモン補充療法の功罪

一腫瘍再発と腫瘍発生について一

田村 哲郎・田中 隆一 (新潟大学)
岡崎 秀子 (脳神経外科)
谷 長行 (同 第一内科)
金子 兼三 (長岡赤十字病院)
内科

間脳下垂体腫瘍患者では後遺症として汎下垂体機能低下を生じやすく小児では GH 治療がなされる。GH による腫瘍への影響について我々の経験を検討したので報告する。【対象】'95.9までに GH 治療を行ったことのある24例(男11女13)を対象とした。腫瘍型は頭蓋咽頭腫15例、鞍上部胚腫4例、視床下部/視神経膠腫4例、下垂体腺腫1例である。GH 治療前に22例に放射線治療(Rx)を行い、GH 治療は脳腫瘍の初期治療終了後早期に行い、原則として 0.5 U/Kg/W 皮下注した。【結果】原発腫瘍の再発は3例(頭蓋咽頭腫の Rx 未施

行2例、神経膠腫1例)で、1例はそのために死亡した。腫瘍の新たな発生は2例(髄膜腫1例、横紋筋肉腫1例)あり、いずれも照射野に関連して発生し、1例は死亡した。【結論】GH 治療を行った脳腫瘍患者の再発は少ない。しかし、放射線治療を行った患者では新たな腫瘍の発生が少なからず発生したことから、より多数例での検討と注意深い経過観察が必要と思われる。

10) 住民健診を機に発見され高 PRL 血症を伴った Cushing 病の1例

佐々木俊哉・大山 泰郎
羽入 修・小林 茂
中川 理・谷 長行 (新潟大学第一内科)
田村 哲郎 (同 脳神経外科)

症例：85年第2子出産後より乳汁漏出が持続、89年近医で高 PRL 血症を指摘。92年春頃より月経不順。この頃より高血圧出現。体重も徐々に増加が見られ6年間で7Kgの増加。95年9月住民検診票の審査で月経不順、高血圧、体重増加などから内分泌異常を疑われ Dexa 0.5 mg 抑制試験で翌朝コンチゾール(F) 8.8 μg/dl と抑制なく Cushing 症候群疑いで95年11月2日当科入院。尿中遊離 F 152~250 μg/day と高値で F, ACTH の日内変動消失、MRI で macroadenoma を認めたことから Cushing 病と診断した。PRL は基礎値 64.3 ng/ml と高値で TRH 試験で 110 ng/ml まで増加、bromocriptin 試験で PRL, ACTH とも抑制された。免疫組織化学検査で腫瘍中に ACTH 細胞を瀰漫的に、PRL 細胞を一部に認めた。

考案：(1) 健診票などでも女性で肥満、高血圧、月経異常等を認めた場合疑うという基本に返れば Cushing 症候群の発見は可能と思われる。(2) 本症例は分娩後に乳汁漏出が持続し Chiari-Frommel 症候群とも言えるが、ACTH・PRL がともに腫瘍組織中に認められ ACTH・PRL 同時産生腺腫の稀な1例と考えられた。

11) 悪性リンパ腫が原因と思われた尿崩症の1例

稲吉 潤・高橋 哲哉
大山 泰郎・羽入 修
小林 茂・中川 理
谷 長行・相澤 義房
柴田 昭 (新潟大学第一内科)

症例は66歳男性。体重減少・食欲低下・下痢・微熱が持続し近医入院中に、突然多尿・意識低下が出現。血清

Na 170 mEq/l より尿崩症が疑われ、DDAVP 投与にて改善し、精査加療のため当科へ転院。著名な貧血・著名な低アルブミン血症・高 γ -グロブリン血症・低リン血症・胆道系酵素上昇・便潜血反応陽性等の多彩な異常を認め、水制限試験にて尿浸透圧の上昇は見られず、完全型尿崩症と診断。ITL 三重負荷試験・骨髓穿刺・髄液検査では特記すべき異常は認めず。頭部 MRI では T1 強調で下垂体後葉が描出されず、尿崩症の所見と考えられたが、占拠性病変も認めなかった。腹部 CT では当初肝脾腫のみ、のち大動脈周囲・腸間膜リンパ節腫大が出現。GTF・CF では当初明らかな病変を認めず、再検にて十二指腸球部・終末回腸の組織より悪性リンパ腫 (diffuse, medium, sized, B cell) を認めた。貧血・血小板減少は徐々に増悪し、また経口摂取にて慢性の下痢が増悪し、低栄養状態も持続するため、IVH 管理としたが低栄養状態は改善せず。悪性リンパ腫の確診後、化学療法 (THP-COP) を開始したが効なく死亡した。

本症例は当初より悪性疾患を疑ったが確診が遅れ、剖検が得られず病理学的な確診もできないが、一連の過程の中で急に尿崩症が発症したことより悪性リンパ腫による症候性尿崩症が疑われ、文献的にも稀な症例と思われる。

12) 画像診断上明らかな下垂体茎の肥厚を認めた中枢性尿崩症の 1 例

吉岡 聡子・津田 晶子
浜 齊 (木戸病院内科)

症例は21歳の男性で、平成8年1月下旬に発症し、内分泌学的検索にて中枢性尿崩症と診断された。下垂体部 CT にて鞍上部から視交叉上部にわたり明らかな下垂体茎の肥厚 (径 5 mm) を認め、頭部 MRIT1 強調画像で下垂体後葉の高信号の消失と、下垂体茎の肥厚 (Gd 造影にて均一に造影)、infundibular recess 及び chiasmatic recess の消失を認め、第三脳室底への進展が疑われた。

① 鞍上部胚芽種、② Histiocytosis X、③ 下垂体後葉炎が鑑別すべき疾患と考えられた。質的確定診断には同部位の生検が必要であったが、本症例では、下垂体柄の腫大自体が小病変であり、生検による前葉機能の廃絶の可能性がかえって高率と考えられたため、今回は画像診断により経過観察を行っていく方針とした。近年慢性下垂体後葉炎という概念が報告されてきており、早期診断による治療の可能性が考えられ、非侵襲的な診断方法の確立が待たれる。

II. 特別講演

バソプレシンの分泌と作用に関する最近の話題
—分子生物学的研究による新しい展開—

名古屋大学第一内科

大 磯 ユタカ 先生

第66回新潟内分泌代謝同好会

日 時 平成8年9月21日 (土)
午後2時開会

会 場 新潟東映ホテル
2階 朱鷺

I. 一般演題

1) 著明な筋萎縮を伴う post-treatment neuropathy の 2 例

山田 幸男・高澤 哲也 (信楽園病院内科)
上村 宗 (新潟大学第一内科)

有痛性糖尿病性神経障害 (painful diabetic neuropathy, PDN) は、インスリン注射や経口血糖降下剤治療後に出現し、治療困難例が多い。我々は著名な筋萎縮を伴う PDN の 2 例を最近経験したので報告する。症例 1 は 28 才男性。糖尿病と診断されても治療は行なわず、5 年経って来院し入院。HbA_{1c} 11.8%、著名な四肢や臀部の筋萎縮と体重減少 (170.2 cm, 60.1 kg) を認めた。インスリン療法開始 2 ヶ月後より前胸部、背中、大腿にズキズキする痛みと異常知覚のため不眠、食欲低下が続いた。症例 2 は 48 才男性。20 年間血糖のコントロール不良のため入院。HbA_{1c} 13.2% でインスリン注射開始 1 ヶ月後より股関節部の疼痛下肢のつっぱりや圧痛、臀部と大腿の筋萎縮を認めた。両例ともミトコンドリア tRNA (Leu) 3243 点変異は認めず、種々鎮痛剤にも効果を示さなかった。しかし PDN 発症 6 ヶ月後より疼痛は軽減し、体重増加を認めた。いずれも急激な血糖の改善が PDN に関与した可能性がある。