

期の健康教育が必要であろう。

3 褐色細胞腫とアドレノメデュリン — 続報 —

鈴木 克典・渡辺 竜助*・滝沢 逸大**
 済生会新潟第二病院代謝内分泌科
 済生会三条病院泌尿器科*
 新潟大学医学部泌尿器科**

〔症例1〕50歳男性。'05年8月に腹部CT上偶然両側副腎腫瘍を指摘され、10月17日当科紹介受診。血圧104/66mmHg、血中カテコラミン正常、尿中メタネフリン分画高値、MIBGシンチグラフィにて左副腎の集積を認め、正常血圧褐色細胞腫と診断した。'06年8月腹腔鏡下左副腎摘出術施行。術後血中、尿中カテコラミンは正常化。成熟型アドレノメデュリンは術前高値から術後更に高値になった。

〔症例2〕23歳男性。'06年1月13日左眼中心視野障害を主訴に近医受診。両眼網膜出血、血圧188/140mmHg、HbA1c 6.9%を認め、1月16日当科紹介受診。血中カテコラミン高値、尿中メタネフリン分画高値、腹部MRIにて左腎門部にT2強調像を呈する腫瘍を認め、持続性高血圧型褐色細胞腫と診断した。8月腹腔鏡下左傍ガングリオン摘出術施行。術後血中、尿中カテコラミンは正常化し、血圧も正常化した。成熟型アドレノメデュリンは術前正常値から術後高値になった。

褐色細胞腫の正常血圧を呈する機序としてアドレノメデュリンの関与が報告されている。本症例1（正常血圧）ではアドレノメデュリンがカテコラミンに対して拮抗的制御作用様にはたらき正常血圧に寄与していたのではないかと推測した。

4 抗アルドステロン薬が奏効した糖尿病腎症の1例

山田 絢子・羽入 修・小菅恵一朗
 良田 千晶・小原 伸雅・岩永みどり
 伊藤 崇子・上村 宗・平山 哲
 伊藤 正毅・相澤 義房

新潟大学医学部第一内科

55歳男性。28歳時に口渇、体重減少自覚するも放置。50歳時に視力低下から増殖型網膜症を指摘され糖尿病と診断。同時に顕性腎症前期も指摘された。インスリン療法に加えACEIとARB併用療法を開始しHbA1cは5～6%台、血清Crは0.7～0.9mg/dlで推移していたが、55歳時、尿蛋白が徐々に増加し4g/日以上に達すると共に著大な浮腫と約2ヶ月間で10.8kgの体重増加、呼吸困難も呈したため緊急入院した。安静、飲水制限、蛋白制限、塩分制限、多剤併用降圧療法、ループ利尿薬静注にて治療を開始した。フロセミドは180mg/dayまで増量したが浮腫の改善無く、カンレノ酸カリウム200mg静注開始後、尿量増加、尿中Na排泄量も増加し、浮腫軽快、尿蛋白は2g/日台、体重も入院時より15.6kg減少した。Ccrは31.4ml/minから40.1ml/minまで回復した。近年Parvingらは顕性糖尿病腎症に対し、ACEIやARBを最大量使用しているところにスピロノラクトンを追加し8週間使用したランダム化比較試験で、アルブミン尿を約30%減少させたことを報告している。本症例では、抗アルドステロン薬により尿蛋白減少に加えCcrも改善傾向を示した。今後は長期的な効果を観察する必要がある。

5 下垂体前葉機能低下症を来した脳動脈瘤の1例

田村 哲郎・関 泰弘・中嶋 昌一
 県立中央病院脳神経外科

脳動脈瘤自体による下垂体機能低下症は30例程の報告があるのみである。我々は低Na血症から汎下垂体機能低下症と診断した症例を経験した。

症例は83歳、女性。82歳時に頭痛で入院。右海

綿静脈洞部に動脈瘤と内頸動脈海綿静脈洞瘻 (CCF) を認めた。症状は自然寛解したが、CCF が再発。塞栓術を計画したが、high risk で CCF 消失のため無治療とした。3 ヶ月後低 Na 血症 (Na 115) になり、倦怠感、食欲低下が続き精査した。血漿 ACTH/F は感度以下。4 者負荷試験では、ACTH は 211pg/ml まで上昇、peak GH は 3.26、IGF-1 は 25ng/ml、fT4 は 0.47 と低いが、TSH は 3.6 μ U/ml、LH/FSH は低値低反応。MRI ではトルコ鞍の大部分が動脈瘤で占められ正常下垂体は同定困難であった。以上から動脈瘤による直接の圧迫と拍動により門脈の血流障害を来して前葉機能低下症になったと思われた。

6 プロラクチン産生下垂体腺腫の治療成績向上のための高磁場 MRI 画像診断 — 外科治療の立場から —

米岡有一郎・妻沼 到・藤井 幸彦
新潟大学脳研究所脳神経外科

【背景と目的】1.5-T MRI では描出しえなかったプロラクチン産生下垂体微小腺腫を有した症例を検討し、診断から外科治療にわたる問題点を検討し対策を提案する。

【方法】当科にて内視鏡下経鼻下垂体手術導入 (2003 年) 以降、1.5-T MRI では描出しえず、手術にて腫瘍を確定診断した 6 症例を検討し、内分泌検査所見、画像所見、手術所見について retrospective に検討した。いずれも、術後に病理診断として下垂体腺腫の診断を得ており、また 4 例では術前に 3-T MRI 撮影が行われた。

【結果】症例は全て女性であり、年齢は 23 ~ 35 (平均 28.3) 歳。6 例とも、TRH 反応を欠いた PRL 高値を認め、内分泌学的には PRLoma の存在が示唆された。3 例において、1.5-T MRI では下垂体腺腫の明瞭な描出は得られなかったが、3-T MRI にて腫瘍の存在のみならず海綿静脈洞浸潤をも術前に示唆され、手術で確認された。他の 3 例では、1.5-T MRI により描出された腫瘍の対側にも腺腫が手術にて確認された。うち 1 例で海綿静脈洞浸潤も確認された。6 例中 3 例で術後ホルモン正常化が得られ、3 例では正常化に至らぬものの PRL 値の低減が得られた。

【結論】1.5-T MRI で描出されない microprolactinoma が存在し、外科的根治を困難とする要因と考えられた。内分泌試験で microprolactinoma の存在が示唆された場合には外科治療を考慮してもよいが、術前に描出されない対側病変の存在や海綿静脈洞浸潤も考慮に入れ、手術適応は慎重に判断すべきである。手術では内視鏡などを用いてトルコ鞍内の十分な探索が必要である。3-T MRI は 1.5-T MRI で描出されない microprolactinoma の検出向上を促し、ひいては外科治療成績向上に寄与するものと考えられた。

II. 特別講演

子宮内膜症の治療 — 手術療法か薬物療法か? —

京都府立医科大学大学院
医学研究科女性生涯医科学 准教授

北脇 城