
 学 会 記 事

第 81 回新潟内分泌代謝同好会

日 時 平成 16 年 7 月 10 日 (土)
午後 2 時 30 分～

会 場 ホテルディアモント新潟
地下 1 階 鶴の間

I. 一 般 演 題

1 重症肺炎を併発し治療に難渋した Cushing 症候群の 1 例

伊藤 崇子・小林あかね・田中みどり
小菅恵一郎・小林 千晶・鈴木亜希子
宗田 聡・平山 哲・羽入 修
鈴木 克典・相澤 義房

新潟大学医歯学総合病院第一内科

症例は 75 歳女性。本年 1 月半ばより両下肢の脱力感を自覚。近医受診時 K 1.8mEq/l と低値を指摘され入院。ACTH 1280pg/ml, cortisol 150 μ g/dl, 頭部 MRI 上病変なし。2 月 4 日当院転院。全身 CT, ガリウムシンチグラフィを施行したが、病変を認めず, CRH 試験は無反応であり, 異所性 ACTH 産生腫瘍と診断。13 日からメチラポン 750mg 投与開始。16 日胸部 X-P 上両側びまん性浸潤影出現。17 日気管内挿管。肺炎はカリニ原虫, CMV によるものと判明。抗生剤, ステロイドセミパルス療法により回復し 3 月 2 日抜管。8 日突如呼吸停止し, 再挿管。脳幹梗塞の可能性が考えられた。同日死亡。剖検 (肉眼所見) 上下垂体, 肺, 副腎に病変を認めなかった。本症例のように著明な高コルチゾール血症を呈した患者に急激な内因性コルチゾール低下が生じると, 重篤な日和見感染症を来す危険があるため, 抗生剤の予防投与が必要と考えられた。

2 血小板減少を機に発見された ACTH 単独欠損症の 1 例

田村 紀子・浅見 美穂・戸谷 真紀

新潟市民病院内分泌代謝科

症例は 44 歳女性。

【既往歴】1993 年薬剤性肝炎, 2002 年 12 月気管支炎, 低血糖, 意識障害にて N 病院入院。汎血球減少認め, 骨髄穿刺を受けるも特異的所見なし。

【現病歴】2004 年 3 月 11 日高熱と意識障害にて N 病院に入院。肺炎と診断され抗生剤にて改善。4 月 19 日同様の症状出現し N 病院に再入院した。WBC 1900, Hb 10.8, Plt 2.4 万と汎血球減少認めため当院血液内科に搬送。Na 118mEq/l と低ナトリウム血症あったため精査目的に当科に転科となった。40 歳頃から無月経と疲労時の高熱, 下痢があった。入院時 FBS 84mg/dl, 血中 F 0.4 μ g/dl, ACTH < 5.0pg/ml と下垂体性副腎機能低下症が疑われた。

【経過】CRH・TRH・LHRH3 重負荷試験を行い, ACTH が無反応であり, ACTH 単独欠損症と診断した。汎血球減少, 低 Na 血症, 無月経, ストレス時の発熱・意識消失・低血糖などは原疾患による症状と考えられた。副腎皮質ホルモンの補充にて症状は速やかに改善した。

3 発熱を主訴とした褐色細胞腫の 1 例

利根川悦子・渡辺 竜助・安楽 力

水澤 隆樹・小原 健司・高橋 公太

新潟大学腎泌尿器病能学分野

症例は 21 歳男性。家族歴, 既往歴とも特記すべきことはない。38 $^{\circ}$ C 台の発熱を主訴に近医内科を受診した。血中 CRP・血小板の上昇を認めたが, 感染は明らかではなく, 抗生剤を投与したが軽快しなかった。腹部 CT にて右副腎に 6cm 大の腫瘍を認めため, 当科に紹介され, 精査加療目的に入院した。

Naproxen を投与し解熱したため, 副腎皮質癌による腫瘍熱を疑ったが, 尿中ノルアドレナリン高値, MIBG シンチグラムで集積があることより, 右副腎褐色細胞腫と診断した。また, 血中 IL-6

が高値であった。

右副腎摘除術後、発熱はなく、血中CRP、血小板、IL-6は速やかに正常化した。一連の炎症反応は、IL-6の過剰産生によるものと思われた。

発熱を主訴とする褐色細胞腫は、現在までに本邦で4例報告されているのみであり、我々の経験した症例を報告した。

4 著明な低栄養状態、心不全、筋力低下を呈したバセドウ病の1例

荻原 智子・津田 晶子・濱 齋
木戸病院内科

症例は31歳男性。病前体重は75～80kg。2004年1月より体重が減少。2月から動けなくなり4月から寝たきりとなった。傾眠傾向となり4月8日緊急搬送され同日入院。

【入院時現症】 るいそう、筋力低下が著明で自力体交も困難。心房細動、心不全、肺炎を合併。

【入院時検査】 BS 15mg/dl, TP 4.8g/dl, Hb 10.8g/dl, TC 76mg/dl, TSH < 0.1 μ U/ml, FT4 2.5ng/dl, TBII 23.6%。胸腹部CTで著明な胸腹水。

【経過】 MPEMの点滴とAlb輸注にて胸腹水は消失し肺炎は軽快。その後、高熱、下痢が出現。TSH < 0.1 μ U/ml, FT4 > 12.0ng/dl, FT3 19.4pg/mlと上昇。無機ヨードとMMIの内服にて症状は消失。5月11日の体重は30kgで以後増加傾向となりADLは改善した。

【考察】 甲状腺機能亢進状態から心房細動、心不全を発症し、ミオパチーを併発して寝たきりになったと思われた。甲状腺機能亢進症に特有の外観が明らかではなく入院時の診断が困難であり注意すべき点と考えられた。

5 低Na血症性Crisisで発見された男性プロラクチノーマの21年間の経過報告

星山 真理
柏崎中央病院内科

【背景】 マクロプロラクチノーマの患者に対す

るCB154（プロモクリプチン）の長期投与の効果や安全性・投与期間に関する定見は不明な点も多い。

症例は21年前に、低Na血症性crisisを発端として発見された男性マクロプロラクチノーマ（現在84歳）例。下垂体前葉機能低下症に対する副腎皮質ホルモン・甲状腺ホルモン補充療法とCB154 5mgの投与を続けており、現在まで心房細動・多発性脳梗塞に対する抗血小板療法の追加投与、胆石手術、大腸腺腫内癌EMR施行のエピソードはあったが、現在も健康で農業をしている。

【血清プロラクチン濃度】 321ng/mlから、2.5ng/mlに下がり、CB154投与を中止すると上昇をみることから現在まで服用中であるが、全く副作用は認めない。

【下垂体画像所見】 トルコ鞍底及び鞍上に拡大した腫瘍は、1985年CTでempty sellaとなり、MRIではmicroadenomaを疑われる所見も認めしたが、2004年4月のMRIではempty sellaを認めるのみである。

6 GH治療中に出現した松果体部germinomaの1例

田村 哲郎・土田 正・関 泰弘
佐野 正和・須田 昌司*・田中 隆一**
妻沼 到**・鷺山 和雄***
新潟県立中央病院脳神経外科
同 小児科*
新潟大学脳研究所脳神経外科**
同 分子神経病理***

成長ホルモン（GH）には成長促進作用以外にmitogenic effectがある。GH治療中に白血病が発症した報告はいくつかあるが、充実性腫瘍についてはほとんどない。我々は、松果体部に胚腫が発生した症例を経験したので報告する。症例は骨盤位で生まれた男児。7才4ヵ月の時身長103.4cm（-3.55SD）と低身長を主訴に小児科を受診。完全GHDと甲状腺機能低下と診断され、甲状腺ホルモンの補充を行ってからGH治療が開始された。当初CTでは松果体に小さな石灰化が認めら