

7) ASVS (選択的動脈内カルシウム注入法) を超選択的に施行することにより正確な局在診断が有用であったインスリノーマの一例

平田 明・片桐 尚 (刈羽郡総合病院)
 浦井 一郎・小林 勲 (内科)
 杉本不二雄・内藤 哲也
 植木 匡・斉藤 六温
 関矢 忠愛 (同 外科)
 森田 哲郎 (同 放射線科)
 木村 元政 (新潟大学付属病院放射線科)

【症例】50才, 男性. 平成7年から繰り返す失神発作にて平成10年11月に入院. インスリン過剰分泌 (IRI/BS 0.79) が認められインスリノーマが疑われた. 腹部エコー, 腹部 CT, 腹部血管造影で腫瘍を指摘できなかった. しかし, ASVS で脾動脈での Ca 負荷が IRI 値の優位な上昇を認め, 脾体尾部に腫瘍があると推測された. さらに脾動脈近位部, 大脾体動脈分枝部, 脾動脈中間, 脾動脈末梢の4箇所 ASVS を行った結果, 脾動脈近位で優位に IRI 値の上昇があり, その末梢では IRI 値上昇がないことから腫瘍は脾動脈近位部から大脾体動脈分枝部までの領域にあると同定された. 手術にて同部位に径2 cm 大の腫瘍を確認し摘出した.

【結語】以上よりインスリノーマの正確な局在診断を同定する上で超選択的な ASVS は極めて有効な検査であることが示された.

8) インスリノーマの画像診断

松月 由子・他4名 (長岡赤十字病院放射線科)

インスリノーマは大部分が単発の腺腫で切除による治療率は高いが, 術前の部位診断が困難な腫瘍である.

当院で経験した3例は全例で術前部位診断が可能だった. 症例1は ASVS のみで診断可能, 症例2は dynamic CT と MRI で診断でき, ASVS では偽陽性所見が見られた. 症例3は非常にまれな脾外インスリノーマで dynamic MRI と ASVS で診断できたが, 脾外であることは指摘できなかった.

文献的には, 術中の触診と US による部位診断率は高いが多発例や転移の検索も含め術前に部位診断がされていることが望ましいとされている. 各診断法のうち今後有用と思われるのは dynamic MRI と EUS, より高速で thin slice での dynamic CT であり, 機能的診断法として ASVS は PTPS に変わりうると思われる.

る.

9) バセドウ病再燃により右側胸水貯留を繰り返した一例

浮須 潤子・上村 宗
 長沼 景子・石川 真紀
 羽入 修・鈴木 克典
 大山 泰郎・中川 理 (新潟大学)
 山谷 恵一・相沢 義房 (第一内科)

症例は73歳女性. 抗甲状腺剤にて皮疹が出現するため¹³¹I 療法目的に当科紹介受診. 2回の¹³¹I 療法後も機能亢進状態であった. 2回目の¹³¹I 療法前から呼吸困難出現し, 胸部レ線右側胸水貯留を認めたため当科精査入院した.

入院時検査にて血小板減少を認めた. 胸水検査では漏出性で悪性所見は認めなかった. バセドウ病に対し, ルゴール, MMI を内服開始後, 甲状腺機能の改善とともに胸水は消失し, 血小板減少も改善した. その後, 3回目の¹³¹I 療法のためヨードと MMI の内服を中止としたところ, 急速に甲状腺機能が悪化し, それにともない再び右側胸水貯留と血小板減少が出現した. 3回目の¹³¹I 療法を行い, ステロイド, ルゴール, MMI の内服を併用し, 甲状腺機能の正常化とともに再び胸水の消失をみた.

本症例はバセドウ病再燃により右側胸水貯留と血小板減少を認め, 甲状腺機能の正常化に伴い症状の改善した稀な一例と考えられた.

10) 長期観察からみた甲状腺癌の経過

筒井 一哉 (筒井内科クリニック)

甲状腺癌は経過が長く, その予後は不明の点が多い. 今回, 488例の甲状腺癌の20年以上の生存率曲線より, 生命予後因子を検討し, その臨床経過を推定した.

甲状腺癌の組織型別手術時年齢分布を見ると, 未分化癌は大半が50歳以上の癌年齢にあるのに比し, 分化癌は10歳から80歳まで万遍なく分布し, 分化癌の死亡時年齢は50歳以上に集中していた.

甲状腺癌に大半を占める乳頭癌の生存率曲線より生命予後因子を多変量解析で分析すると, 年齢 (RR=32.6), 遠隔転移 (13.0), 甲状腺被膜外浸潤 (3.9), 性別 (1.8), 分化度 (1.8) が関与していた.

以上より, 甲状腺癌の臨床経過を推定すると, 癌発症は10~20歳代で, 若いうちは発育が極端に緩徐で, 臨床

症状を示すのは45歳以上で、それ以降、低分化癌、更に高齢になると未分化癌に転化し、死亡するものと思われる。

11) 尿素サイクル異常症の兄弟例

五十嵐智雄・大矢 実
大林 弘明・鈴木 善幸 (新潟県立小出病院)
佐藤 幸示 (内科)

症例：49歳男性。両親はいとこ婚。兄（55歳男性）がほぼ同症状。10歳時に脳性麻痺様症状と精神遅滞を指摘さる。時折明らかな誘因なく2～4日間の傾眠～昏睡あり。H10年1月19日より傾眠傾向あり20日初診。四肢の痙性麻痺と構語障害あり。WBC 4400/mm³, Hb 16.8g/dl, plt 12.4万/mm³, GOT 327 IU/l, GPT 244 IU/l, LDH 1094 IU/l, ALP 518 IU/l, γ GTP 65 IU/l, Ch-E 199 IU/l, T-Bil 1.47 mg/dl, CPK

7460 IU/l (MM型), 肝炎ウイルスマーカー及び自己抗体陰性。画像上頭部及び腹部に原因を指摘できず, アミノ酸含有輸液によりさらに意識レベル低下と痙攣あり。同27日 NH₃ > 400 μ g/dl, 血中 ornithine 808.5 nmol/ml と異常高値, 尿中有機酸異常排泄なし。尿素サイクル異常症 (HHH 症候群) を疑い, 糖質のみの高カロリー輸液, lactulose と kanamycin の経口投与を行ったところ NH₃ は低下し意識レベルの回復をみた。

II. 特別講演

「ホルモンの不適切な分泌を考える」

東京女子医科大学 ラジオアイソトープ検査科
内科2 教授

出村 黎子 先生