

CTで、Ⅲ型の全例で診断できたが、Ⅰ型では74%にとどまった。胸腹部エコーの診断率は、Ⅰ・Ⅲ型とも約50%であり、血管造影も有力な診断法ではなかった。大動脈解離の診断は、複数の画像診断を用い、慎重をきす必要がある。解離の治療は、Ⅲ型では降圧治療が有効で、急性期生存率は、97%であった。Ⅰ型の急性期生存率は、手術例70%、降圧治療63%であった。重大合併症を有する急性期手術例の生存率が比較的高く、急性期手術は有効と考えられた。

4) 緊急動脈瘤患者への対応…外科の対応

山崎 芳彦 (新潟市民病院
第二外科)

最近5年半で81例(腹部52, 胸部15, 解離性14)の動脈瘤に対して手術を行った。このうち破裂例は、腹部16, 胸部8, 解離性14であった。破裂例の死亡は、腹部6(37.5%), 胸部2(40%), 解離性5(36.1%)で、腹部大動脈瘤非破裂の場合の1例(2.7%)に比し著しく高かった。死因は、大量出血、ショックなどによるMOF, DIC, 脳障害、腎不全などであった。80才以上高齢者の腹部大動脈瘤9例中破裂例は4例で、死亡は1例のみで、若年者に比しても良好であった。

腹部大動脈瘤非破裂例の手術成績は高齢者でも良好である。破裂例は可及的早期に手術を行い、閉塞用バルーンの使用が有効であった。胸部大動脈瘤では、血管外に血腫形成があったり、状態不良例には緊急手術が必要だが、救命第一となるため、姑息的な手術になることもある。全身状態が良好であれば、1～数日待って、より根治性の高い手術を行い得る。

第61回新潟内分泌代謝同好会

日時 平成6年4月23日(土)
午後2時開会
場所 新潟東映ホテル
1階 白鳥の間

I. 一般演題

1) 下垂体型甲状腺ホルモン不応症と思われる1例

和泉 美子・津田 晶子 (木戸病院内科)
浜 齊

甲状腺ホルモン不応症は極めて稀な疾患で、末梢組織または下垂体が甲状腺ホルモンに反応しない状態であり、全身型、下垂体型、末梢型の3型に分類される。今回我々は下垂体型甲状腺ホルモン不応症と思われる1例を経験したので報告した。症例は20才の女性。動悸、発汗過多を主訴に来院。軽度の甲状腺腫を触知し、手指振戦、皮膚の湿潤をも認めた。Basedow氏病を疑い甲状腺ホルモンの検査を施行。free T₃, free T₄, TSHのいずれも高値を示した。血中の遊離甲状腺ホルモンが高値にもかかわらず、下垂体からのTSH分泌の抑制がみられずに血中TSHが高値を示していることから、SITSHと考えられた。SITSHは腫瘍性而非腫瘍性に分類されるが、画像診断、基礎値のTSHが高値で更にTRH負荷試験で血中TSHが上昇したこと、また、T₃負荷にてTSHが抑制されていることなどから非腫瘍性のSITSHが考えられ、更に、症状の特徴や諸検査の結果から下垂体型甲状腺ホルモン不応症が示唆された。診断や治療について若干の考察を加えた。

2) 甲状腺癌と見誤った亜急性甲状腺炎の1例

筒井 一哉・佐藤 幸示 (県立がんセンター
新潟病院内科)
佐藤雄太郎・長谷川 聡 (同 耳鼻科)
牧野 春彦・佐野 宗明 (同 外科)
本間 慶一・根本 啓一 (同 病理)

症例：33歳、女性。主訴：頸部腫瘍。現病歴：1994年1月10日、前頸部腫瘍に気付く。1月20日、当科を受診。理学的所見：甲状腺左葉に径1.1cmで硬い腫瘍を触知した。検査成績：ESR 6～18mm, CRP 0.3mg/dlと炎症反応はなく、FT₃ 4.8pg/ml, FT₄ 1.2ng/dlと euthyroidで、TSHが0.1ng/mlと軽度抑制がみられた。超音波所見は左葉に著明な低エコー腫瘍がみられ、

シンチでは腫瘍に Ga-67 の集積があり, ABC では多核巨細胞がみられた. また, 経過中, 腫瘍が急速に腫大してきたため, 未分化癌と診断し, 3月1日, 甲状腺全摘を行った. しかし, 組織像は亜急性甲状腺炎であった. 「考案および結論」誤診した原因は, 各種画像は悪性所見を呈していたこと, 炎症反応がなかったこと, 甲状腺機能亢進がなかったこと等が上げられる. 後に, 手術時の血液を検査したところ, 赤沈促進, 甲状腺機能亢進がみられたことより, 当院受診が発症後比較的早期で, 典型像を呈しなかったためと考えられる.

3) ACTH 単独欠損症に慢性甲状腺炎を合併した1例

河内 文女・高澤 哲也 (信楽園病院内科)
山田 幸男

症例は62才女性, 主婦. 主訴は下痢と食欲不振. 消化器系の精査のため禁朝食とした所低血糖発作が出現. 入院時検査所見で Na 128 mEq/l, Cl 94 mEq/l のため内分泌学的検査を施行. IRI, GH, LH, FSH, PRL, ACTH の基礎値は正常範囲. 尿中 17-OHCS 0.7 mg/day, 尿中 17-KS 1.0 mg/day, cortisol 1.5 g/dl. ACTH-Z 連続負荷試験で尿中 17-OHCS, 尿中 17-KS, cortisol は正常反応. インスリン低血糖試験で ACTH と cortisol が低値低反応より ACTH 単独欠損症と診断. TSH 24.9 IU/ml, F-T3 1.59 pg/ml, F-T4 0.46 ng/dl, TGHA・MCHA 25,600 倍より慢性甲状腺炎と診断し, これらの合併例と考えられた. 主訴だけでなく, 基本的な一般検査結果の検討を忘れてはならないと考え報告した.

4) 正常分娩を経験した empty sella 合併部分的下垂体機能低下症の1例

吉岡 光明・村川 英三 (新潟県立中央病院 内科)
黒木 瑞雄・土田 正 (同 脳外科)
後藤 明・大野 雅弘 (同 産婦人科)

〔症例〕S 39年生の女性. H 2年1月, 第1子出産後, 乳汁分泌はなく, 嘔気, 微熱など体調不良となる. H 3年12月, 発熱, 嘔吐, 意識障害出現し, 当院入院. 精査の結果, 二次性副腎不全症と診断. 内分泌学的には, ACTH, prolactin の部分的下垂体前葉機能低下症. 画像学的には empty sella. ハイドロコルチゾンの補充療法中, 第2子を妊娠し, 分娩時ハイドロコルチゾンの増量により正常分娩が可能であった. [考察] empty sella

の下垂体機能障害としては, プロラクチンの低下は極めて稀である. 又 ACTH 欠損症のため分娩時, ハイドロコルチゾンの増量により, 母児とも合併症なく, 産褥期も順調に経過することができた.

5) 視床下部過誤腫の全摘が有効であった思春期早発症の長期経過

田村 哲郎・本道 洋昭 (新潟大学脳研究所)
田中 隆一 (脳神経外科)

視床下部過誤腫を伴う思春期早発症の治療は過誤腫が全摘できれば有効との報告があるが, 長期経過を調べた報告はほとんどない. 今回我々は長期経過を観察し, 良好な結果を得ている症例を経験したので報告する.

症例は'81. 6. 2. 満期正常分娩で出生した女兒である. 生後2ヶ月で性器出血し恥毛をみた. 当初腹部腫瘍が疑われ, 開腹術により腫大した卵巣の内左側を摘出されたが, 症状は改善しなかった. 内分泌検査で中枢性思春期早発症が疑われ, 画像診断で視床下部過誤腫と診断された. 1才9ヶ月で開頭術により全摘された. その後二次性徴は退縮し, 経時的な LHRH test では次第に反応しなくなったが, 11才3ヶ月初潮発来, 12才7ヶ月で E₂ 14 pg/ml, LHRH test で LH は 5.8 から 42.7 mIU/ml に, FSH は 8.5 から 24.1 mIU/ml まで上昇し, よく反応するようになった. 本例のように過誤腫の全摘後1度退縮した二次性徴が正常な時期に再び生じたとの報告は1例しかなく貴重であり, 長期的にみて摘出術は有効であることが示唆された.

6) 中枢性低塩症候群 (Cerebral Salt Wasting Syndrome) におけるバソプレシン分泌動態

鴨井 久司 (長岡赤十字病院 内科)
外山 孚 (同 脳外科)
山路 徹 (東京大学第三内科)

7) 副腎皮質多発結節性過形成によるクッシング症候群の1例

石黒 卓朗・佐藤 幸示 (県立がんセンター)
伊藤 一寿・筒井 一哉 (新潟病院内科)
渡辺 学 (同 泌尿器科)
根本 啓一・本間 慶一 (同 病理)
樋口 義健 (樋口 医院)

症例は64歳, 女性. 1993年11月11日, 近医にて両側