

リドル症候群, パセドウ病に合併, WDHA 症候群—ラ
氏島癌) 9 例, 高 Ca 血症 (IgG 型 Bence-Jones 蛋
白 (-) 骨髄腫に伴うクラーゼ) 1 例, その他尿崩症 2
例, ILA 産生肝癌, 副腎癌, 褐色細胞腫, ACTH 単独
欠損症, 類官宦症, 成人女性のクレチニズム各 1 例であ
る. 23 症例の診断の糸口は, 臨床症状と病歴から 19 例,
電解質異常から 15 例, 腹部腫瘤から 3 例, 画像診断から
1 例, 血液像から 1 例である. 内分泌代謝疾患の診断に
おいて臨床症状と血清電解質異常を見落さないことが重
要と思われる.

7) 外傷を契機に発見された中枢性尿崩症の 1 例

石崎 恒美・鴨井 久司 (長岡赤十字病院
内科)

〈抄録〉

症例は35才の男性. 1986年頃から肥満傾向, 1987年
頃から口渇, 多飲多尿が出現した. 1989年9月1日午
後2時, 飲酒後自転車に乗り転倒しているのを発見され
当院脳外科に入院. 5時間後に意識清明となった. 多飲
多尿を指摘され当科へ転科. 身長 160cm, 体重 72.5kg
と肥満があり, 左頬部に打撲傷を認めたが, その他異常
なかった. 入院時の検査では一日尿量と飲水量が 4~6L
と多く, AVP の分泌不全と DDAVP に対する反応が
認められたことから中枢性尿崩症と診断し, DDAVP
で治療した. インスリンと GRF に対する GH の反応
は低下しており, LHRH に対する LH, FSH 分泌も
低下していたが, LHRH 連続負荷試験に対しては正常
反応を示していた. 頭部 MRI, T1 強調画像にて, ガ
ドリニウムで造影された腫瘍が漏斗部に認められた.

8) 妊娠により発症を繰り返した一過性尿崩症 の 1 例

田中 耕平・倉林 工 (新潟県立新発田
病院産婦人科)
渡部 坦 (同 内科)
真山 俊 (同 内科)
鴨井 久司 (長岡赤十字病院
内科)

妊娠中に発症する尿崩症は稀であり, しばしば分娩と
ともに自然に軽快する. その発症機転の一つとして胎盤
で産生される vasopressinase すなわち cystine amino-
peptidase (CAP) の関与が考えられている. 当科にて
妊娠のたびに発症した中枢性尿崩症の一例を経験したの
で報告する. 初回妊娠において, 妊娠5カ月頃より多飲
多尿を自覚した. 妊娠37週に里帰り分娩のため当科を受

診した. 尿崩症の疑いにて水制限試験, vasopressin
(AVP) 試験を施行し中枢性尿崩症と診断した. 妊娠40
週に正常分娩し, 分娩後症状の軽快をみた. 第2回妊娠
も同様の経過を示した. 今回の妊娠においては妊娠2カ
月から多飲多尿となり, 妊娠35週に当科を受診し41週に
て正常分娩した. 水制限試験, 水性 AVP には反応せ
ず, 油性 AVP および Desmopressin に反応した.
CAP 値は産褥期に較べ高値を示したが, 正常値の下限
であった. また血中, 尿中 AVP 値は妊娠, 産褥とも
に低値を示した. 分娩後, 症状の軽快をみた.

9) 遺伝性 (肝性) コプロポルフィリン症の 1 例 (長岡地区の第 1 例)

金子 兼三・脇屋 義彦 (長岡赤十字病院
内科)

症例は13才, 女. 10才時拘直性けいれんあり, てんか
んの診断で治療. 平 1.8.22 バレー部合宿後発熱し感冒
薬服用. 8.26 より腹痛, 悪心, 便秘の腹部症状出現,
増強し, 食事摂取不能. 9.3 拘直性けいれん出現し当院
救急外来受診. ブドウ酒色尿あり, 尿 PBG 強陽性よ
り急性ポルフィリン症の診断で入院. 糖質補液+インス
リン療法を施行し, 麻痺性腸閉塞様症状は熱気浴, 浣腸,
PGF_{2α} 剤の治療で第5病日に軽快. 第3病日にけいれ
ん発作がみられ, EEG では10才時みられた spike 消
失し, 汎発性徐波異常が特徴的であった. また入院直後
SIADH (血清 Na 126, Posm 258, ADH 0.98 pg/ml)
併発したが, 水制限で改善. ポルフィリン体測定値 (急
性期→緩解期) では 1) 尿: ALA 10.4→5.0mg/日,
PBG 32.2→6.5mg/日, UP 1400→552μg/日, CP 8240
→2666μg/日, 2) 糞便: CP 320.6→254.5, PP 10.6→
13.6μg/g wet weight と緩解期糞便 CP のみ著増して
おり, 病型は遺伝性コプロポルフィリン症と診断した.
母, 姉に糞便 CP 著増が認められ, 潜在症と考えられ
る.

10) 著明な低 Na 血症を呈した下垂体腫瘍の 1 例

宇佐美明男 (水原郷病院内科)

目的: 嘔吐を主訴に来院したが, 著明な低 Na 血症
を呈しており, その原因が下垂体腫瘍によることが判明
した症例を報告する.

症例: 60歳男性. 来院約2年前に突然の頭痛により当
院脳外科入院し, 下垂体腺腫が疑われるが, 視野, 下垂

体機能には異常を認めなかった。その後甲状腺機能低下と思われる症状が出現し、89年10月に嘔吐を主訴に来院。血清 Na 108mEq/l と著明な低 Na 血症を認めた。下垂体の画像診断で下垂体腫瘍を確認。下位内分泌腺ホルモン低値、下垂体ホルモン分泌刺激試験ではいずれも無反応を示し、下垂体腺腫による汎下垂体機能低下症と診断し、補充療法開始となり、臨床症状の改善をみた。

総括：2年前に起きた軽度の下垂体卒中による腫瘍内出血が原因となった下垂体機能低下症と思われる。

11) 視床下部下垂体機能異常を呈する下垂体抗体陽性女児例

田口 哲夫 (県立新発田病院小児科)

症例は初診時9才女児。1987年2～3月に腹痛・嘔吐・易疲労感・全身倦怠感・頭痛を訴えて当科を受診。身長 132.5cm ($+0.11\text{SD}$)、体重 30kg ($+0.22\text{SD}$)。二次性徴は $\text{B}3^\circ$ 、 $\text{PH}1^\circ$ (Tanner)。早朝の血中 cortisol 濃度は変動するが平均 $5.9\mu\text{g/dl}$ と低値であり、同時に測定した ACTH も低値であった。ACTH rapid test での cortisol は $26.4\mu\text{g/dl}$ まで上昇した。Insulin 負荷による低血糖ストレスに対して、ACTH・cortisol は低反応であった。尿中 17-OHCS の基礎値は低値であったが、metopirone 負荷後の 17-OHCS の上昇は良好で negative feedback 機構は保たれていた。血中抗下垂体抗体を6カ月間隔で2回測定したが、いずれも陽性であった。以上より、この症例は抗下垂体抗体による軽度の ACTH 分泌低下症と考えられた。

抗下垂体抗体の臨床的意義はまだ確立されていないが、本症例は貴重な示唆を与えると思われる。

12) プロモクリプチン療法中髄液鼻漏と髄液耳漏を合併したプロラクチノーマの1治療例

中島 拓・田中 隆一
武田 憲夫・恩田 清 (新潟大学脳研究所)
黒木 瑞雄・田村 哲郎 (脳神経外科)

症例は55歳女性。1988年8月鼻閉感で発症。画像上トルコ鞍を中心に nasopharyngeal portion から Monroe 孔に及ぶ巨大な腫瘍と、両側蝶形骨翼と錐体尖部を含む頭蓋底の広範な骨破壊像を認めた。血中 PRL が 18000ng/ml と高値を示したことより、prolactinoma と診断

し bromocriptine (BC) 療法を開始したが、3日目より左髄液鼻漏が出現し、放射線療法に切り替えた。以後も BC を再開すると髄液鼻漏が出現し、次第に難聴を伴ってきた。そこで経蝶形骨洞法で髄液鼻漏修復術を行ない、以後髄液鼻漏は見られなかった。その後難聴に関し浸出性中耳炎の診断で鼓膜切開を施行したところ髄液耳漏が出現した。腰椎ドレナージにて追跡した結果、鼓膜の再生とともに髄液耳漏は消失した。prolactinoma の BC 治療中に髄液鼻漏、耳漏を伴った例は極めて稀であり、本例は prolactinoma の髄液漏を観察する際、中耳を介した髄液耳漏も考慮する必要があることを示唆する症例と思われた。

13) 下垂体腺腫の MRI

田村 哲郎・黒木 瑞雄 (新潟大学脳神経)
横山 元晴・田中 隆一 (外科)
岡本浩一郎・伊藤 寿介 (同 歯学部歯科放射線科)

下垂体腺腫37例 (Microadenoma 12. Macroadenoma 25) の 1.5T MRI 所見を検討し、以下の結果を得た。36例で存在診断がえられ、その内 Cushing 病の1例は false positive であった。5mm 以下の腫瘍の診断には限界があると考えられた。腺腫本体は T1-W1 で iso~low, T2-W1 で iso~high intensity を示すが、合併する血腫、Cyst や壊死組織により不均一な intensity を示す。腺腫と前葉との区別は Gd-DTPA 投与後の MRI が有用で腺腫は less enhanced lesion として描出される事が多い。大きな腺腫では solid であっても不均一に enhance された。Cavernous sinus invasion の有無は Gd-DTPA 投与後の MRI である程度予測できる。T2-W1 で高吸収域と低吸収域の水面形成があれば血腫、不規則に混在すれば壊死と予想できるが、それ以外の場合には血腫、Mucous cyst, 壊死いずれも区別できない。

II. 特別講演

「癌とホルモンの臨床検査」

新潟大学検査診断学教室教授

屋形 稔 先生