

2 パーキンソン症候群様の症状を契機に発見されたACTH分泌不全症の1例

涌井 陽子・濱 ひとみ・荻原 智子
津田 晶子・高橋 俊昭*

木戸病院 糖尿病内科
同 神経内科*

症例は77歳、男性。3年前よりバセドウ病を治療。同時期から活気の低下あり、体重減少・歩行障害・関節痛・全身筋肉の固縮・便秘が進行性であった。発熱と帯状疱疹発症時にパーキンソン様神経学的所見に気付かれ紹介され初診。帯状疱疹の併発により神経症状の悪化と低Na血症・低血糖を伴った。内分泌検査とMRIにより、ラトケ嚢胞によると考えられるACTH分泌不全症と診断された。ACTH基礎値は比較的保たれているにもかかわらず、コルチゾール分泌が低値である理由として活性を持たないACTHを測定している可能性が考えられた。コートリル内服により、全ての症状の速やかな寛解をみた。下垂体病変は下垂体腺腫の嚢胞変性も完全には否定できず経過観察の方針である。

3 成長ホルモン産生下垂体腺腫の手術成績

米岡有一郎・大野 秀子・渡辺 正人
藤井 幸彦

新潟大学医歯学総合病院 脳神経外科

【緒言】先端巨大症先端巨大症の寛解基準の改定から4年が経過する(J Clin Endocrinol Metab. 2000からJ Clin Endocrinol Metab. 2010へ)。新基準では、75gOGTT-GH-nadir < 0.4ng/mLもしくはRandom GH < 1.0 ng/mLと、以前より厳しくなった。

【目的】新基準を踏まえて、当科における成長ホルモン産生下垂体腺腫(GHoma)に対する治療成績を明らかにする。

【方法】過去30か月に当科でのGHoma治療成績を2010年の寛解基準を踏まえ後方視的に検討。

【結果】2011/04-2013/10までの30か月間に、

当科で摘出されたGHomaは24例(25摘出)男性14例、女性10例、平均年齢は49.0歳(27-72歳)。全症例がAcromegalyであり、身体所見が軽微な2例はいずれも女性であった。1例で制御困難な糖尿病を術前管理する目的で、Octreotideが術前に投与。1例は他院で先行経鼻摘出(海綿静脈洞内に残存)。連続24症例の全例がMacro-adenoma(Knosp分類では、0:1, I:7, II:10, III:5, IV:1)で、当院で内視鏡下経鼻下垂体腫瘍摘出術を受けた。手術単独でIGF-Iが年齢別基準範囲に入った例は、24例中22例(91.7%)。DA内服治療を加えることにより24例中24例(100%)でIGF-Iが年齢別基準値内に入った。後治療としてOctreotide/LanreotideやPegvisomant, 放射線治療を要した症例は、今回の検討ではなかった。

【考察】成績向上の要因は、海綿静脈洞浸潤病変の摘出、内視鏡、特に側視鏡やHDの導入のほかに、Giant GHomaやKnosp IVが少なかったことがあげられる。

【結語】限られた症例数ながら、モニターを含めたHD内視鏡システム本格導入後のGHomaの治療成績は、導入前より向上したと考えられる。

4 繰り返す低ナトリウム血症の原因鑑別に苦慮した1例

高瀬 薫・鈴木 恵綾・間中 英夫

山形県立中央病院 内科

症例は70歳台、男性。性腺発達遅滞あり。心房細動、原発性甲状腺機能低下症の治療中。6年前の6月、2年前の7月に、低ナトリウム(Na)血症を発症している。約1ヶ月前(8月初旬)から、嘔気、倦怠感、下肢のこむら返りが出現。血清Na 117 mEq/l、血漿浸透圧 237 mOsm/kgH₂Oで、低張尿はなく、血漿ADH 4.1 pg/mlと相対的高値。脱水所見なし。浮腫はないが右心負荷あり、血漿BNP高値。Rathke嚢胞、汎下垂体機能低下症が判明し、コルチゾール不足によるADH分泌過剰を疑った。ハイドロコチゾン 10mg/日の投与

で、血清 Na は正常範囲に維持され、ADH は減少した。

【考察】ADH 分泌過剰を背景に、夏季の飲水増加により低 Na 血症を繰り返したと推測された。ADH 分泌を刺激しうる、続発性副腎皮質機能低下症、うっ血性心不全、陳旧性肺炎が併存し、原因鑑別に苦慮した。

5 血糖コントロール不良の精査で発見された自己免疫膵炎の1例

金子 正儀・光田 友美・小原 伸雅
金子 兼三・吉川 成一*

長岡赤十字病院 糖尿病・内分泌・代謝内科
同 消化器内科*

症例は66歳女性。平成6年頃から糖尿病を指摘されており加療されていた。その後、HbA1c 6～7%で推移していたが、平成25年12月18日受診時、HbA1c 9.8% (NGSP)、随時血糖 438mg/dl と高値で急激な悪化を認めた。精査のCTで膵臓のびまん性の腫大を認めたため精査目的に入院した。IgG4 高値、CTで膵臓びまん性腫大を認め、ERCPでも主膵管の狭細像を認めた。病理ではIgG4陽性細胞はみられなかったが、自己免疫性膵炎の診断基準を満たした。超音波内視鏡での擦過細胞診でも明らかな癌細胞を認めなかったため、プレドニンで治療を開始した。

治療後 HbA1c 11.3% → 7.7% まで改善し、CTでも膵臓の腫大は改善傾向で IgG4 も 269mg/dl → 92mg/dl まで低下した。今後も、血液検査、画像検査で自己免疫性膵炎の経過、糖尿病の経過を追っていく予定であるが、経過中に膵臓癌を発生した報告もあり嚴重な経過観察が重要である。

6 ビタミンD欠乏型骨軟化症の1例

鈴木 克典

済生会新潟第二病院 代謝・内分泌内科

症例は75歳、男性。2004年膵管内乳頭粘液癌

にて膵頭十二指腸切除術施行。2014年1月の当院外科から低 Ca 血症 (2007年頃から)、Intact-PTH 高値を認め、偽性副甲状腺機能低下症疑いで当科に紹介され受診。体躯に異常なし。Chvostek 徴候、Trousseau 徴候なし。放射線照射・頸部手術既往なし。健康食品等の服用なし。

Ca 7.2mg/dl, IP 2.2mg/dl, Alb 3.9g/dl, Intact-PTH 301pg/ml, whole-PTH 278pg/ml, イオン化 Ca 2.34 mEq/L, Mg 2.3mg/dl, 25 (OH) VitD 10.9pg/ml (n 9.0 ~ 33.9) はやや低値であった。骨密度がYAMの64%、頭部CTにて大脳基底核に石灰化を認めず、Ellisworth-Howard 試験にてcAMP反応を認めるにも関わらずリン利尿反応を認めない、ビタミン欠乏型骨軟化症と診断した。外科手術によるビタミンDの吸収障害が原因なのか、術後に本症を偶然発症したのか鑑別困難であった。アルファカルシトール 1.5μg/日の投与にてCa 8.2mg/dl とやや改善傾向である。

7 胃全摘を伴った膵手術2例 (①膵全摘, ②STZ 化療施行)

谷 長行

県立がんセンター新潟病院 内科

〔症例1〕69歳、男性。12年9月に膵癌を指摘され、膵全摘 (胃全摘、結腸部分切除合併) 施行。術後、胆管炎等で禁食・IVH 管理が続いたが、ブドウ糖 20～30g 当たり1単位のインスリンを要し炎症悪化時には必要量は増加した。食欲が改善せず、在宅でIVH 管理を受けているがブドウ糖 20～25g 当たり1単位、各食時も1単位程度で済んでいる。

〔症例2〕51歳、男性。91年 (30歳時)、下血で発症。膵内分泌悪性腫瘍、肝転移の診断で結腸バイパス術、摘脾、肝転移に対して塞栓術、STZによる化学療法 (計41g 動注) を施行、以後IDDMとして通院。12年に胃癌の指摘を受け11月7日、胃全摘施行。身長166cm、胃術前61kg、Q 13-13、L 14 単位でHbA1c 8～10%。術後、体重