

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HbA1c11.3%→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、Q13-13、L14単位でHbA1c 8～10%。術後、体重

50kg程度で安定した時点でQ2-3-2, 夜L1単位, HbA1c7%.

【考案】両症例では膵グルカゴンの有無で差があるがインスリン必要量は著減していた.

Ⅱ. 特別講演

原発性アルドステロン症の遺伝子変異と病態

群馬大学大学院 教授医学系研究科

病態制御内科学 教授

山田 正信
