

高値であった($p=0.01$). MDR1 発現量が 10×10^{-3} 以上の症例の奏効率が 0% (0/5) であったのに比べ, MDR1 発現量が 10×10^{-3} 未満の症例の奏効率は 46% (6/13) であり, 有意差は認めなかったが高値であった. さらに TS 発現量と MDR1 発現量がともに低い症例は 18 例中 8 例であり, その奏効率は 75% (6/8) と高値であった. TS 発現量と MDR1 発現量のどちらか一方でも高値の症例は 18 例中 10 例であり, その奏効率は 0% (0/10) であった. 両群間に有意差を認めた ($p=0.001$). その他の遺伝子である DPD, TOP1, β tubulin 3 の発現と奏効率には今回明らかな相関は認めなかった.

〔結論〕大腸癌において腫瘍内 TS と MDR1 発現量は TS-1 の感受性を規定する因子となる可能性が示唆された. 特に両者の発現量の組合せにより精度の高い奏効率を予測できる可能性が示唆され, 治療前薬剤感受性予測の実現に向け今後さらに症例を増やしていく予定である.

〔一般演題〕

1. 当院における院内副作用報告システムと副作用報告の現状

(薬剤部) 河野弥生・内田智美・
木村利美・佐川賢一

〔目的〕平成 15 年 7 月より, 医薬品や医療機器による健康被害から国民を守るため, 国への安全性情報の報告が義務化された. 従来, 当院では院内で発生した副作用報告は, 医師が所定の用紙に記入後, 薬剤部医薬品情報室 (DI 室) に持参または FAX し, DI 室より厚生労働省へ報告していた. しかし当院では, 患者数に比べて副作用報告件数が少ないことが問題となっていたことから, 報告件数の増加を図るため, 平成 17 年 3 月より院内 LAN を用いた副作用報告システムの構築を試みた. このシステムの導入により報告件数の増加が図れたので報告する.

〔方法〕副作用報告システムの構築には, データベース管理ソフトウェアとしてファイルメーカー Pro5.5 を, Web ページの作成にはホームページ Pro3.0 を用いた. 作成した Web ページは院内 LAN に接続された端末から利用可能とし, 24 時間いつでも報告可能とした. 入力された報告は, DI 室のデータベースに送信され, 所定のフォーマットに出力後, 厚生労働省へ FAX で報告した.

〔結果・考察〕本システム導入前の過去 4 年間の年間副作用報告件数の平均が 14.4 件であったのに対し, 本システム導入後の平成 17 年度は 28 件, 平成 18 年度は 10 月末までに 27 件の報告があり, 報告件数が大幅に増加した. このうち, Web システムによる報告は平成 17 年度では 26 件, 平成 18 年度では 25 件と全報告数の約 9 割を占めた. しかし, DI 室に寄せられる副作用に関する問い合わせから, 副作用の確信がないと報告したくないとの意

見も伺われ, 今後副作用報告に対する基準の検討が必要と思われる.

2. トラウマ体験後に生じる身体症状としての皮膚症状に関する検討

(¹女性生涯健康センター, ²同メンタルケア科, ³皮膚科) 寺井美佐栄¹・加茂登志子²・
檜垣祐子³

トラウマを体験した者において様々な精神症状を呈することは一般に知られているが, 身体症状について検討されることはほとんどなかった. そこで今回われわれは, 身体症状の中でも特に皮膚症状に着目し, トラウマ体験と皮膚症状の関連性について検討を行った.

女性生涯健康センターではメンタルケア科を中心に診療を行っているが, 2004 年 9 月のクリニックオープン時より 2006 年 10 月までの受診者数は合計 2996 人であり, うち DV やレイプ被害, 性虐待などトラウマ体験があり, それを原因として PTSD やうつ病, 適応障害などの疾患を呈している患者は計 181 人であった. トラウマ体験の内訳としては, DV が 117 例, 性被害が 29 例, 幼少時の性的虐待が 12 例, 親からの暴力が 6 例, 強盗・暴行などの事件体験が 7 例, その他が 10 例であった.

そのうち治療経過中に何らかの皮膚症状を呈した者は計 42 例 (症状出現率 23.2%) であり, 28 例は当センター皮膚科を受診した. 皮膚疾患群別に分類すると, 湿疹・皮膚炎群が 20 例, 毛嚢・脂腺系の疾患が 18 例, 蕁麻疹が 4 例, 痒痒症が 6 例, 皮膚感染症が 15 例, 自傷が 1 例, 皮膚腫瘍が 1 例, その他が 2 例 (重複あり) であり, 痒みのある皮膚疾患の割合が高く, 44.8% にのぼった. トラウマが何らかの機序を介して, 皮膚の痒みの発現あるいは増悪に関与すると示唆された.

3. 20 歳代若年性子宮体癌における妊孕性温存療法について

(産婦人科) 横田貴子・池田俊一・
原嶋志保・梅崎 泉・樋田一英・
岡野浩哉・齊藤 馨・太田博明

子宮体癌は閉経前後に好発し, 40 歳未満の若年性子宮体癌は 6.2% といわれ稀であり, 特に 20 歳代に発症することはさらに稀である. 今回, 妊孕性温存療法を行った若年性子宮体癌症例 3 例の報告をすると共に, 内分泌学的背景を検討した.

〔症例 1〕25 歳未妊. 初経以来の月経不順と不正性器出血を主訴として当科を初診した. 子宮内膜の肥厚を認めたため, 子宮内膜組織診を施行し, 異型子宮内膜増殖症 (子宮体癌 0 期) が判明した. 酢酸メドロキシプロゲステロン (MPA) 療法を実施し, 内膜病変は消失した.

〔症例 2〕25 歳未妊. 初経以来の月経異常を主訴として当科を初診した. 内膜細胞診で偽陽性を認め, 内膜組織診施行後異型子宮内膜増殖症 (子宮体癌 0 期) と診断

した。MPA 療法を施行し、内膜病変は消失した。

〔症例 3〕29 歳未妊。初経以来の月経不順と不正出血を主訴に当科を初診した。子宮内膜肥厚を認めたため、内膜組織診を施行し、高分化型類内膜腺癌（子宮体癌 Ia 期）と診断し、MPA 療法を施行し、内膜病変は消失した。

3 例中 2 例に LH の上昇と卵胞の嚢胞状変化を認め、3 例全例に初経以来の月経不順などの月経異常が存在した。月経異常が認められる場合、内分泌学的背景の検索と共に、20 歳代であっても子宮内膜の病変に関する精査が必要と考えられた。また、年齢にかかわらず妊孕性温存治療の強い希望のある場合には、的確な病理学的、臨床的診断に基づき慎重にその適応を検討する必要がある。

〔研修医症例報告〕

1. 急激な血糖上昇で発見し、腓部分切除後経口血糖降下剤で良好な経過を示した膵癌・膵性糖尿病の 1 例

（¹ 卒後臨床研修センター，至誠会第二病院² 糖尿病内科，³ 外科） 福嶋清香¹・本田正志²・高野靖子²・茂木瑞恵²・新橋玲子¹・廣瀬太郎³

81 歳女性。2005 年 6 月に背部痛が出現し近医で精査したが軽度のエラスターゼ 1 の上昇のみで、腹部エコー上異常はなく背部痛も改善していたため経過観察となっていた。また以前の健診で HbA1c 5.8% であったが、その時期から HbA1c 6.8% となり糖尿病と診断された。その後 2006 年 1 月より体重減少と口渇、味覚障害が出現し随時血糖 715mg/dl，HbA1c 14.9% であったため当院当科を紹介受診し緊急入院となった。意識清明でケトーシスであったためインスリン持続静脈内注入療法を行い、以後インスリン 4 回法を開始した。入院中に施行した腹部エコー上、膵に異常を認めなかったが、腫瘍マーカー高値（CA19-9 923U/ml，DUPAN-2 1550U/ml，Span-1 383 U/ml）であり、MRI や MRCP，カテーテルなどの精査の結果、膵癌（stage IVA）との術前診断を得た。

本人および家族の希望があり膵頭尾部手術を施行した結果、高分化型および中間型の浸潤性膵管癌でリンパ節の転移も認めるとの病理組織学的診断であった。手術後 CA19-9 38U/ml となり、内因性インスリン分泌能も良好であったためスターシス（30mg）3T3× の内服とし、食前血糖 100～160mg/dl 台、食後血糖 160mg/dl 台の血糖コントロールで退院となった。2006 年 9 月現在、外来通院加療中で血糖コントロールは HbA1c 6.8% と経過良好である。

2. 甲状腺乳頭癌、乳腺腺管内乳頭腫など多彩な腫瘍性病変を合併した先端巨大症の 1 例

（¹ 卒後臨床研修センター，² 内分泌疾患総合医療センター内科） 辻岡里佳¹・栗本真紀子²・山門佑有²・福田いずみ²・

肥塚直美²・高野加寿恵²

先端巨大症では大腸ポリープや大腸癌など腫瘍性病変の合併が多く認められる。また、我々はこれまでに、本症において甲状腺乳頭癌の合併が多いことを報告している。今回、甲状腺乳頭癌、乳腺腺管内乳頭腫など多彩な腫瘍性病変を合併した先端巨大症の 1 例を報告する。

症例は 65 歳女性。32 歳で糖尿病を指摘され、61 歳時に胃・大腸ポリープの切除歴がある。64 歳時、医師である知人に顔貌より先端巨大症を疑われ、当科を紹介受診した。血液検査で成長ホルモン（GH）23.1ng/ml，インスリン様成長因子（IGF）-I 1200ng/ml（+16.2SD）と高値であり、また下垂体に 1.5×1.5×1.8cm の腫瘍を認めた。75 gOGTT で GH の抑制は認められず、先端巨大症と診断した。合併症の評価のため施行した甲状腺エコーで腺腫様甲状腺腫と直径 1.6cm の甲状腺乳頭癌が発見された。さらに、複数の大腸ポリープ、乳腺腺管内乳頭腫、巨大な鼻茸が認められた。甲状腺全摘術、大腸ポリープ切除術を施行し、経蝶形骨洞の下垂体腺腫摘出術を施行した。術後は耐糖能も改善し、外来で経過観察している。

先端巨大症では、腫瘍性病変の合併を念頭に置き、全身の評価を行う必要があると考えられる。ことに、甲状腺結節を認めた症例においては、甲状腺乳頭癌の合併も考え、穿刺吸引細胞診も含めた注意深い観察が必要と思われる。

3. Von Hippel Lindau 病に膵非機能性内分泌腫瘍を合併した 1 例

（¹ 卒後臨床研修センター，² 消化器外科，³ 内分泌外科） 秦 侑鈴¹・羽鳥 隆²・福田 晃²・鬼澤俊輔²・杉木孝章²・奥山隆二²・古川健司²・藤田 泉²・岡野雄介²・飯原雅季³・小原孝男³・山本雅一²

〔はじめに〕 Von Hippel Lindau 病（VHL）は網膜や小脳、脊髄の血管腫や腎臓、膵臓、肝臓に嚢胞性病変や褐色細胞腫、癌を伴うこともある稀な疾患である。今回我々は、網膜、小脳、副腎腫瘍、腎細胞癌の術後に膵臓癌、多発肝転移を認めた症例に対し外科的治療を行った症例を経験したので報告する。

〔症例〕 36 歳女性。1986 年に視力低下を主訴に眼科受診し、右目網膜血管腫を診断され、VHL を疑われた。1993 年に副腎褐色細胞腫の診断より内分泌外科で両側副腎切除、脾臓摘出術、1999 年に小脳腫瘍に対し脳外科で腫瘍摘出術を施行した。2000 年に左腎細胞癌に対し腎外科で左腎部分切除術を施行し、この際の遺伝子検査で VHL と確定診断された。その後、内分泌外科で経過観察し、2001 年より膵尾部腫瘍を、2005 年 3 月より腎細胞癌を指摘され経過観察されていたが、2006 年 2 月の MRI で膵腫瘍の増大と多発性肝転移も認められたため、手術目的に当科入院した。2006 年 7 月に膵体部腫瘍に対し膵体尾部切