Twinkle 東京女子医科大学学術リポジトリ
Tokyo Women's Medical University - Information & Knowledge Database
https://twinkle.repo.nii.ac.jp

(第13回研修医症例報告会)低カリウムが唯一の所見であった甲状腺中毒症性周期性四肢麻痺の1例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-09-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 久保田, 哲嗣, マーシャル, 祥子, 石川, 元直, 佐倉, 宏 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032286

にやにや笑う発作性症状が出現した．持続時間は数秒，発作時の意識は保たれていた．9月中旬から就寝前に発作頻度が増加したため前医を受診し，特異な発作性症状，発症する時間帯が比較的限定されていること，発作による外傷がないことから心因発作も疑われた．9月下旬に当院を初診した．体格は年齢相当，多動傾向ではあったが，明らかな神経学的所見の異常は認めなかった．原因不明の発作性症状に対して，てんかん発作，発作性ジストニア，心因発作，転換性障害などを鑑別に挙げ，精査を行った．長時間ビデオ脳波モニタリング検査で，発作間欠期にはてんかん波は認めなかったが，左上肢を伸展させ，それに続く笑う症状に一致して，右優位両側正中前頭中心部にてんかん性異常波を認めた．頭部MRI（magnetic resonance imaging）検査では異常所見を認めなかった．発作性症状と脳波所見から，右補足運動野を焦点とした前頭葉てんかん，非対称性強直発作と診断し，カルバマゼピン内服を開始したところ，発作は徐々に抑制された．前頭葉てんかんにおいて，非対称性強直発作は特徴的な発作型の1つであるが，その特異な発作型よりてんかん発作と診断されないこともある．原因不明の発作性症状の鑑別診断には詳細な問診，ビデオ脳波モニタリング検査は有用であり，文献的考察を加えて報告する．

9. 低カリウムが唯一の所見であった甲状腺中毒症性周期性四肢麻痺の1例

（東医療センター[1]卒後臨床研修センター，[2]内科）　○久保田哲嗣[1]・マーシャル祥子[2]・◎石川元直[2]・佐倉　宏[2]

〔症例〕28歳，男性．〔主訴〕四肢の脱力．〔現病歴〕起床時より両下肢の脱力を自覚していた．その後数時間の経過で脱力の増強および疼痛を認め，起立不能となる．同日当院救急搬送された．採血でK 2.0 mmol/lであり，病歴より低カリウム性周期性四肢麻痺が疑われたため精査加療目的で当科入院とした．〔臨床経過〕採血で低カリウムとCK高値以外に異常所見はなかった．心電図上QT延長とV2－V6でU波を認めた．点滴でK 30 mmol/l/日の補充を行い，来院14時間後にはK 5.1 mmol/lとなり下肢筋力は回復し歩行可能となった．入院後提出した甲状腺刺激ホルモン（TSH）および遊離サイイロキシン（FT4）が0.002 μU/mL以下，2.5 ng/dLであったが自覚症状および身体所見で甲状腺中毒症の所見はなかった．周期性四肢麻痺の発作予防のため，βブロッカーの内服を行い発作なく安定し第9病日に退院した．甲状腺エコーで実質の不均一があり，甲状腺シンチグラフィーで結節状高集積を認め，中毒性多結節性甲状腺腫疑いで治療目的に他院紹介とした．〔考察〕甲状腺中毒症を合併する低カリウム性周期性四肢麻痺はアジア人男性で比較的多いとされているが，甲状腺中毒症の症状を認めることが多い．本症例は甲状腺中毒症の症状がなく，周期性四肢麻痺の発症誘引も確認されなかった．低カリウム性周期性四肢麻痺の診断時には，甲状腺中毒症の症状を伴わない場合でも甲状腺機能の検査は必須である．

10. 18病日に冠動脈病変を認めた川崎病の1例

（東医療センター[1]卒後臨床研修センター，[2]小児科）　○米川知里[1]・◎本間　哲[2]・長谷川茉莉[2]・志田洋子[2]・杉原茂孝[2]

急性期の臨床症状が軽快した後に，遅れて冠動脈病変の出現を認めた川崎病の症例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．症例は7か月の男児である．川崎病定型例のため6病日に入院加療となった．免疫グロブリン静注療法（IVIG）不応例予測スコア（群馬）は4点であった．ただちにIVIG（2 g/kg）とフルルビプロフェンによる標準的治療を開始した．IVIGは26時間かけて投与した．投与開始後，一旦は解熱したが，IVIG終了時に再発熱が認められ，IVIG不応例として9病日にIVIG再投与とプレドニゾロン静注，アセチルサリチル酸内服を併用した．10病日に解熱し主要症状は消褪した．12病日の心エコー図は正常範囲だった．その後も急性期症状の再発は認めず全身状態は良好であったが，回復期の所見である膜様落屑は認めなかった．18病日の心エコー図で両側冠動脈の拡大が初めて確認された．21病日に冠動脈の拡大が進展していたため抗凝固療法を開始し，発熱と炎症反応の軽度上昇もあり，IVIGの3回目の投与を行った．その後は再発熱なくプレドニゾロンは漸減中止し，32病日に退院した．退院時に左右冠動脈の拡大性変化が残存した（冠動脈内径Zスコアは，RCA＃1：4.01 SD，LMCA＃5：3.66 SD，LAD＃6：7.02 SD，LCX＃11：1.86 SD）．川崎病の冠動脈病変は，急性期症状が遷延した場合にのみ出現するのではないため，注意して経過を観察する必要がある．

11. 左副腎皮質髄質混合腫瘍の1例

（[1]卒後臨床研修センター，[2]乳腺・内分泌外科，[3]病理診断科）　○大石　愛[1]・◎吉田有策[2]・羽二生賢人[2]・安川ちひろ[2]・永井絵林[2]・藤本美樹子[2]・尾身葉子[2]・堀内喜代美[2]・山本智子[3]・長嶋洋治[3]・岡本高宏[2]

カテコールアミン，コルチゾール（f），アルドステロン（Ald）の産生が疑われた左副腎皮質髄質混合腫瘍の1例を経験したので報告する．70歳代，女性．3年前に左副腎の偶発腫瘍を指摘された．高血圧を認めるようになったことから精査を行ったところ，蓄尿メタネフリン（MN）値とノルメタネフリン（NMN）値は2.15，0.66 mg/dayと高値を示した．CT検査では左副腎に造影される