

(第13回研修医症例報告会)左副腎皮質髄質混合腫瘍の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: 大石, 愛, 吉田, 有策, 羽二生, 賢人, 安川, ちひろ, 永井, 絵林, 藤本, 美樹子, 尾身, 葉子, 堀内, 喜代美, 山本, 智子, 長嶋, 洋治, 岡本, 高宏 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032288

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) とフルルピ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

径 26 mm の腫瘍を認め、I-123MIBG シンチグラフィで腫瘍に一致した集積を認めたことから褐色細胞腫と診断した。併せて行った副腎皮質系の検査では ACTH, f の基礎値はそれぞれ 21.7 pg/mL, 8.6 µg/ml と基準値内であったが、dexamethasone 1 mg 内服後の f は 8.6 µg/ml と抑制されず、23 時の f は 5.2 µg/ml と日内変動も消失していた。血漿 Ald 濃度は 170 pg/mL, 血漿レニン (PRA) 活性は 0.3 ng/ml とアルドステロン症も疑われ、カプトプリル負荷試験は陽性であった。また、褐色細胞腫の存在は確定的であったため、他の機能確認試験や副腎静脈サンプリングはリスクがあると判断して施行しなかった。手術前の α 遮断薬 (ドキサゾシンメシル酸塩) を 12 mg/日まで増量し、腹腔鏡下に左副腎摘出術を施行した。手術当日はハイドロコートン 300 mg を投与して以後漸減し、第 7 病日の迅速 ACTH 試験で正常反応を確認のうえ、中止した。病理組織診断は副腎皮質髄質混合腫瘍であり、術後の MN, f, Ald はいずれも正常化した。

12. 術前の子宮動脈塞栓術が有効であった、巨大頸部筋腫の 1 例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,
²産婦人科, ³放射線科) ○松崎貴成¹・
◎一戸晶元²・高瀬瑠璃子¹・
古川由理²・立花康成²・赤澤宗俊²・
橋本和法²・長野浩明²・村岡光恵²・
高木耕一郎²・片田芳明³・鈴木 滋³

〔緒言〕妊孕性温存の必要がない有症状の子宮筋腫に対する治療には、手術療法としての子宮全摘術、薬物療法、子宮動脈塞栓術 (UAE) 等がある。今回、出血性ショックで救急搬送された巨大頸部筋腫例に UAE を行い、安全に手術を施行し得た 1 例を報告する。〔症例〕46 歳 1 妊 1 産、多量の性器出血を認めて近医産婦人科に救急搬送された。ショックバイタルとなり、当科へ救急搬送された。現症：体温 35.7℃, 血圧 110/64 mmHg, 心拍数 97 bpm, 呼吸数 24 回/分、腔鏡診では筋腫分娩は確認されず、外子宮口から多量の持続出血を認めた。採血で Hb3.5 g/dL と高度の貧血を認めた。ヨードホルムガーゼによる子宮内タンポナーデを行い、RBC (red blood cells) 8 単位, FFP (fresh frozen plasma) 8 単位を輸血した。骨盤 MRI 検査で T2 強調像にて子宮体部前壁の粘膜下から子宮頸部筋層内に至る境界は明瞭で均一な低信号の腫瘍が骨盤腔を占め、頸部筋腫が疑われた。子宮出血はなおも持続していたため、同日、UAE を施行し、その 3 日後に腹式単純子宮全摘術および両側卵管摘出術を施行した。術中出血量は 130 g と少量であった。摘出標本の重量は 686 g で、病理診断は leiomyoma であった。〔結語〕難易度が高い巨大頸部筋腫の腹式単純子宮全摘術を施行する前に UAE を行うことで、早期に全身状態を安定さ

せ、術中の出血リスクを軽減することが可能となり、安全に手術を完遂できた症例であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

13. 肝細胞癌術前に偶発的に発見された左房粘液腫の 1 例

(¹卒後臨床研修センター, ²循環器内科,
³病理診断科, ⁴消化器・一般外科, ⁵心臓血管外科)
○尹 星恵¹・
◎齋藤千紘²・鈴木 敦²・新井光太郎²・
板垣裕子³・小寺由人⁴・齋藤 聡⁵・
新浪博士⁵・山本雅一⁴・萩原誠久²

75 歳男性。健診で肝腫瘍を指摘され、当院消化器外科受診となった。造影 CT で前区域に多発する最大 41 mm の肝細胞癌と診断され、手術適応と判断された。また、同時に施行した胸部 CT で左房内腫瘍を認め、当科紹介受診となった。経胸壁心エコーでは、左房内心房中隔に付着する内部エコー不均一な大きさ 26×21 mm の腫瘍を認めた。経食道心エコーでは、腫瘍は有茎性で可動性を有し、内部に栄養血管を認めた。腫瘍による左室流入障害は認めず、心不全症状や塞栓症状は認めなかった。心臓腫瘍、血栓などが鑑別に挙がり、左房粘液腫の可能性が高く、塞栓症の危険もあるため本来は可及的速やかな外科的手術による摘出が考慮されたが、多発肝細胞癌の病期進行によっては今後手術困難になる可能性も示唆された。消化器外科、心臓血管外科、当科で協議の結果、心臓手術を先行させることとし、準緊急で左房内腫瘍切除術を施行した。術後の病理診断より粘液腫と診断された。術後、洞機能不全を認め、一時的ペースメーカーによる管理を必要としたが、その後洞調律に復帰し、経過良好のため術後 22 日に退院となった。肝細胞癌の著しい病期の進行は認めず、術後約 3 か月時に肝前区域切除術を施行した。肝癌術後 1 年経過時点ではいずれも再発は認めていない。担癌患者で偶発的に発見された心臓腫瘍に対して外科手術を施行し良好に経過している症例を経験したため報告する。

14. 妊娠中の腎盂腎炎に対して尿管ステントを留置した 1 例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,
²救急医療科) ○濱崎樹里亜¹・◎庄古知久²

〔背景〕妊娠が進み子宮が骨盤腔を超えると膀胱や尿管が圧迫され腎盂腎炎をきたしやすくなる。これにはプロゲステロンの分泌が増大し尿路系平滑筋が弛緩する作用も影響する。妊娠中期に発症した急性腎盂腎炎による敗血症に対し、尿管ステント留置の治療で急激に改善した 1 例を経験したので報告する。〔症例〕特に既往のない妊娠 16 週の 18 歳女性。〔現病歴〕来院 1 週間前より右腰部