

0-12-21

带状疱疹ヘルペスウイルス脳炎とアシクロビル脳症を合併した末期腎不全の1例

高松赤十字病院 初期研修医¹⁾、高松赤十字病院 神経内科²⁾、
高松赤十字病院 腎不全外科³⁾、高松赤十字病院 皮膚科⁴⁾、高松赤十字病院 院長⁵⁾

○山本 燦¹⁾、荒木みどり²⁾、峯 秀樹²⁾、山中 正人³⁾、
細川洋一郎⁴⁾、網谷 良一⁵⁾

【症例】69歳女性。糖尿病腎症にて血液透析中。带状疱疹を発症し、バラシクロビル1500mgとビダラビン外用薬で治療開始翌日に呂律困難感が出現し、当院に紹介、救急搬送となった。来院時、JCS2と意識レベルの低下を認め、次第にJCS30、JCS100と意識レベルの低下が進行した。右側腹部の水疱を伴う発疹、構音障害を認めた。発熱はなく、その他、身体所見、神経学的所見に異常は見られなかった。血液検査ではCRPが上昇し、HSV、VZV抗体は既感染パターンであった。髄液にVZVを検出した。頭部CT、頭部MRIにて脳出血、脳梗塞は否定的であった。VZV髄膜炎、アシクロビル脳症と診断し、CHDFおよびHDにて血中のアシクロビルを除去しつつ、アシクロビル減量投与で治療開始。加療開始後より意識障害、構音障害は改善した。入院時検体で認められた髄液中VZVは検出感度以下になり、アシクロビル血中濃度は入院当日の5.62 μg/mlから入院2日目4.32 μg/ml、入院8日目1.98 μg/mlと低下を確認した。【考察】アシクロビル脳症は意識障害、構音障害など多彩な中枢神経症状を引き起こすため、ウイルス性脳炎との鑑別が困難である。本症例では、急激な意識レベルの低下はアシクロビル投与後であったことと発熱や頭痛が見られなかったことからアシクロビル脳症が疑われ、また髄液中のVZV検出によりウイルス性脳炎の可能性もあり、双方に対し治療を行った。带状疱疹に対しては腎機能低下の程度に応じアシクロビル投与量を減量する必要があると考えた。ウイルス性脳炎の治療に際してもアシクロビル脳症を合併した場合、アシクロビル投与量を症状に応じて厳重に調整する必要があると考えた。

0-12-23

意識障害を契機に診断されたACTH単独欠損症の一例

福井赤十字病院 研修医¹⁾、福井赤十字病院 内科²⁾

○若林 慶子¹⁾、安富 久記²⁾

ACTH単独欠損症は脳下垂体前葉ホルモンのうち、ACTHのみが欠損し、続発性副腎機能低下症の症候を呈する疾患である。年間発症率は人口100万人あたり0.9人、有病率は191人と比較的稀な疾患である。全身倦怠感、意識障害、食欲不振、体重減少といった非特異的な症候を呈し、初発症状出現から診断に至るまでの期間は平均で55年も要していたとの報告もある。今回我々は意識障害を契機にACTH単独欠損症の診断に至った一例を経験したため報告する。【症例】58才男性。2016年7月頃から食欲不振を自覚していた。2016年10月某日、起床時より意識障害を認め、当院救急室を受診。受診時の血液検査で血糖値が32mg/dlであった。救急室にてブドウ糖液を静脈内投与し、その直後より意識状態は改善したが、約1時間後には再度反応性が低下しており血糖値を再換すると26mg/dlまで低下していた。再度ブドウ糖液の静脈内投与を施行し、意識状態は改善した。低血糖症の原因が特定できず、低血糖状態が遷延しており当院内科に入院となった。入院後の内分泌ホルモンの基礎値の検査では、ACTH、コルチゾールが低値であったことから、続発性副腎不全を疑い、下垂体前葉ホルモンの負荷試験を施行した。負荷試験では、ACTH、コルチゾール系は無反応であり、その他の下垂体ホルモンはおおむね正常な反応が見られた。以上より、本症例をACTH単独欠損症と診断し、副腎皮質ホルモンの補充療法を開始したところ、自覚症状の改善がみられた。【考察】ACTH単独欠損症はその非特異的な症状から、診断に至るまでの経過が長く、無駄な検査が施行されていることも多い。一方で副腎皮質ホルモンの補充を適切に行えば、予後は一般健常人とほとんど変わらないとの報告もある。非特異的な症状から本症を疑い、早期に診断をつけ補充療法を開始することが肝要であると考えられる。

0-12-25

SGLT2阻害薬内服のい瘦高齢者の糖尿病ケトアシドーシスの1例

秋田赤十字病院 初期臨床研修医

○小黒 希理、後藤 尚、工藤 宏仁、清水 尚子、小山 昌平、
岩村 庄吾、小松田智也、山中有美子

症例は89歳男性で比較ADL自立した方。最近糖尿病を指摘され来院1か月前にサキサグリブチン(DPP4阻害薬)開始、2週間前にはカナグリフロジン(SGLT2阻害薬、以下SGLT2i)を追加されていた。受診2日前まで異常なし。受診前日から発語なく体動困難となり、改善しないため救急外来を受診した。診察上JCS3、著明ない瘦と脱水所見あり、採血検査で163 mmol/Lの高Na血症、アニオンギャップ開大の代謝性アシドーシスを認めた。随時血糖値は195 mg/dLと軽度高値に留まっていた。造影CT検査で多発肝転移を伴う膵尾部癌を指摘し、同日消化器内科に入院した。体動困難の原因としてSGLT2i内服に伴う著明高血糖のない糖尿病ケトアシドーシス(DKA)の可能性を考えた。入院時採血の血清Cペプチド低下(0.5 ng/mL)、随時血糖175 mg/dLと血清グルカゴン上昇(238 pg/mL)はDKAの可能性を支持した。糖尿病治療薬はすべて中止しインスリンの補液内混注で対応した。第3病日にはアシデミアは改善し、第7病日には高Na血症も軽快したが意識障害は遷延した。肺炎を併発し、心電図モニター上ST上昇を認め急性冠症候群の併発も疑われ、第21病日永眠した。【考察】SGLT2iは尿中にブドウ糖を排泄することで血糖値を低下させる糖尿病治療薬でインスリンと無関係に効果を発揮する。また腎A細胞にもSGLT2が発現しており、同業でグルカゴン分泌が増加するとの報告もある。DKAはインスリン作用低下およびグルカゴン濃度の増加でトリグリセリド分解亢進、遊離脂肪酸がケトン体に酸化され生じるが、本症例では内因性インスリン分泌低下に加えSGLT2i内服がグルカゴン濃度上昇・DKA発症に関連している可能性がある。高齢者ではアシデミアや脱水による症状に乏しいこともあり、症例によってはSGLT2i使用に注意が必要である。

0-12-22

DPP-4阻害薬の単独服用中に低血糖性昏睡を生じた透析患者の1例

芳賀赤十字病院 内科

○峯積 拓巳、武田 真一、五十嵐祐介、佐藤健太郎、村上 善昭

【はじめに】1)腎は薬物の主要排泄経路であり、腎不全患者では薬物動態(PK)を考慮した投与量調整が必要となる。2)DPP-4阻害薬は多彩な機序を介した血糖値依存性の血糖降下作用を有し、低血糖を来す頻度は極めて少ない(Diabetes Obes Metab 9:153-65:2007)。

【症例】75歳、男性。69歳時に糖尿病性腎不全のため血液透析開始となり、近医で週2回の維持透析を受け、テネリグリブチン20mg/日の投与のみで血糖コントロールが行われていた(グリコアルブミン22.6%)。某日午前9時頃、食卓に現れないため家族が様子を見に行ったところ呼びかけに開眼せず、救急車を要請して当院に搬送された(来院時JCS200)。簡易測定器で低血糖(45mg/dl)が判明し、直ちにブドウ糖液を静注したところ速やかに意識レベルは回復した。ドライウエイト過多も認められたため、透析による脱水強化と低血糖の経過観察に入院となった。文献的に関連性は低いと考えられたが、テネリグリブチンは直ちに中止とした。入院後も低血糖を繰り返し、夜通してブドウ糖液静注を要する状態が続いた。ところが、翌日中より高度低血糖は呈さず経過し、第10病日自宅退院となった。

【考察】低血糖が遷延しつつも中止のみで回復し、半減期(28.3±9.5時間；当該製品の添付文書)からも、テネリグリブチンによる低血糖性昏睡と考えられた。本薬は常用量投与を提唱する文献(透析誌誌 46:311-57:2013；Clin Pharmacol Erag Dev 22:46-54:2013)も散見されており、透析患者の安全な薬物療法についての報告・論考すべき1例と考えられた。

0-12-24

副腎偶発腫精査12年後に褐色細胞腫と診断した一例

伊勢赤十字病院 糖尿病・代謝内科

○原 大貴、金児竜太郎、石原 裕己、今高加奈子、門口 紅、
井田 諭、高橋 宏佳、藤原 僚子、村田 和也

初期評価で異常を認めなかった副腎偶発腫のフォロー期間については、明確な統一見解がなく、臨床的な判断にゆだねられている。先行研究では追跡期間が5年を超えた報告はほとんどなく、経過で褐色細胞腫を発症する例は稀である。今回、副腎偶発腫精査12年後に褐色細胞腫と診断した一例を経験したため、文献的な考察をふまえて報告する。症例は59歳、女性。X-13年に左副腎偶発腫のため精査を行い、非機能性腺腫と診断された。X-1年Y月のCTでは、径34mmで、大きさ、性状に著変なし。X年Y+5月に皮質下脳出血を発生後入院され、同年Y+6月にリハビリ目的に他院転院。その入院中に、血糖上昇傾向と収縮期血圧150-200mmHgと上昇傾向を認め、随時血中ノルアドレナリン8.6ng/mlと高値、MRIで約56mmと増大傾向、T1強調像で低信号、T2強調像で高信号を認め、褐色細胞腫を疑い当院へ紹介となった。蓄尿メタネフリン0.26mg/日、ノルメタネフリン4.66mg/日と上昇を、¹²³I-MIBGシンチグラフィSPECT/CTでは左副腎腫瘍への集積を認め、褐色細胞腫と診断した。家族歴や甲状線腫瘍は認められず、身体所見も踏まえ遺伝性ではないと判断した。転移を疑う所見はなく、α遮断薬を追加、正食塩食として泌尿器科で腹腔鏡下副腎摘除術を施行した。その後、蓄尿メタネフリン分画は改善し、降圧薬は1剤に、インスリン量は78単位/日から28単位/日に減量した。MIB-1 indexは4%であった。臨床的に褐色細胞腫が疑われたことから褐色細胞腫と診断した一例であったが、12年間画像上著変を認めなかった副腎偶発腫瘍が背景に存在したことは興味深い一例であった。

0-12-26

成人の細菌性髄膜炎における予後不良因子についての検討

さいたま赤十字病院 神経内科

○吉井 健大、秋山 茂雄、神田 菜月、日野 秀嗣、山本 健詞

細菌性髄膜炎は、診療ガイドラインが作成されている現在においても致死率が高く、また重篤な後遺症を来し得る疾患である。その予後を予測する因子については、海外では多数の症例を対象とした報告が複数あるが、本邦での検討は少ない。今回我々は、当院での細菌性髄膜炎の症例を元に、予後を予測する因子についての後方視的検討を行った。これまでの海外の報告では、高齢・中耳炎または副鼻腔炎の存在・皮疹なし・重度の意識障害・頻脈・血液培養陽性・赤血球沈降速度亢進・血小板減少・髄液細胞数低値(<1000/mm³)などの項目が予後不良因子として報告されている。2009年1月から2017年4月に、当院で髄液検査にて多形核球優位の細胞数増加と血糖値に比して髄液の低下を認め細菌性髄膜炎の診断で加療を行なった27例を対象とした。退院時の重症度をGlasgow outcome scale(GOS)にて評価し、GOS1-4を予後不良群、GOS5を予後良好群とした。年齢は21-90歳(平均61歳)、基礎疾患は糖尿病5例、鼻・副鼻腔炎・中耳炎2例、脊椎手術後1例、免疫能の低下が予測される症例が4例、入院時の意識レベルはGCS8-14(平均12.4)、髄液細胞数23-8192(平均1576)/mm³であった。更に、発症から入院までの日数、原因菌、血液検査所見、入院後の合併症、髄液糖値・蛋白値、頭部画像所見などを評価項目として加え、予後との関連性について考察する。また、重症となることが多いとされる肺炎球菌性髄膜炎(12例)や脳梗塞合併例(8例)の特徴についても検討する。