

裂像は見られず、脂肪組織以外の腫瘍成分は認められなかった。

【考察】 心臓内の良性腫瘍では粘液腫が多い。次いで脂肪腫が多いとされ、これは心臓内および心臓外（心嚢内）のあらゆる部位に発生する。本症例は左室を圧排するほど大きく、心弁膜への影響も伴っていた。心臓や心嚢内の腫瘍影は生検が難しく、また希ながら悪性腫瘍も発生するため、術中病理診断が必要である。また、大きな心膜腫瘍切除後の心機能の評価についても十分に観察することが必要である。

### P3-57

#### 腎障害で低血糖を生じ診断しえた糖尿病合併インスリノーマの1例

（八王子：糖尿病・内分泌・代謝内科）

○古田 菜摘、岩下 愛、赤岡 寛晃  
廣田 悠佑、梶 邦成、小林 高明  
松下 隆哉、大野 敦

73歳男性。2003年に健康診断で糖尿病と診断。当初はインスリンと経口薬で治療を行っていたがインスリンを離脱し、リナグリプチン5mg、ピオグリタゾン30mg、ミグリトール225mgでHbA1cは7%前後であった。2017年6月他院で心筋梗塞に対し経皮的冠動脈形成術の際に急性腎障害を発症した。血糖値30~40mg/dlの低血糖が頻発し経口血糖降下薬を全て中止された。同年7月に下肢の脱力を認め、低血糖疑いでブドウ糖10g内服後救急搬送された。病院到着時の血糖値は84mg/dlであったが、腎障害の増悪を認め再入院となった。その後、肺水腫が出現し、当院に転院となった。腎障害の原因はコレステロール塞栓症であった。血液透析を開始し、低血糖を発症し、HbA1cは5.3%であった。低血糖症状時に血糖37mg/dl、血清IRI21μU/ml、血清CPR8.21ng/ml、腹部造影CTで睪体部背側に多血性単結節を認めインスリノーマが疑われた。選択的動脈内カルシウム注入試験では脾動脈でIRIの上昇を認めたことから同部位のインスリノーマと診断した。しかし、腹部大動脈瘤を指摘され、その治療を優先する方針となった。そのため、ジアゾキシドを開始し、低血糖は減少した。2018年2月に腹腔鏡下脾温存睪体部切除術を施行し、術後低血糖は

消失した。その後血糖値が280mg/dlまで上昇したことから糖尿病の再燃が考えられ、レパグリニド0.75mg、シタグリプチン50mgを開始したが、同年4月にはHbA1cは6.9%まで上昇した。

本例では、糖尿病の経過中に急性腎障害や血液透析の導入で、低血糖を生じたため、低血糖の鑑別診断に難渋した。また、2型糖尿病のインスリン抵抗性にインスリノーマでのインスリン過剰分泌により低血糖を生じ、術後には高血糖となり、インスリン抵抗性や分泌の病態を考える上で興味深い症例と考えられ報告する。