

本症例は前失神 (near-syncope) をきたしていると考えられる。鑑別は Table3 の通りである。

不整脈が見られているが、症状は起立時にのみ認められていることから、失神の原因は起立性低血圧であり、不整脈は随伴症状であると考えるのが適当であろう。

また、明らかな神経学的な異常 (パーキンソニズム、頸髄空洞症、ミエロパチー、ニューロパチー) がみられていないことから、軽度の姿勢障害も起立性低血圧からくる二次性のものと考えられる。

起立性低血圧へのアプローチとして以下のものが挙げられる。

- 循環血液量減少
- 自律神経障害
- 薬剤性 (交感神経阻害)
- 恒常的な交感神経作動物質による受容体脱感作

Table 3. Causes of Near-Syncope and Underlying Conditions or Factors.	
Failure to maintain adequate cerebral perfusion in the upright posture (orthostatic dizziness)	
Volume depletion	
High ambient temperature	
Peripheral nervous system alpha-blockade	
Use of tricyclic drugs	
Use of alpha-receptor antagonists	
Blood pooling in the lower part of the body (prolonged crouching followed by standing)	
Postural orthostatic tachycardia syndrome	
Down-regulation of peripheral alpha receptors from exposure to catecholamines (e.g., pheochromocytoma)	
Cerebral vasoconstriction	
Hyperventilation	
Reversible cerebral vasoconstriction syndrome (Call-Fleming syndrome)	
Cryptogenic	
Use of catecholaminergic agents (e.g., diet pills, cold remedies [pseudoephedrine], cocaine, methamphetamine)	
Decreased cardiac output	
Aortic stenosis	
Asymmetric cardiac septal hypertrophy	
Ischemic heart disease (i.e., angina equivalent)	
Cardiac arrhythmias	
Valsalva maneuver (straining)	
Neurocardiogenic (neurally mediated) near-syncope	
Overactive baroreceptor reflex (e.g., triggered by episodic hypertension caused by fright)	
Systemic vasodilatation (vasodepressor)	
Increased vagal tone (vasovagal)	

本症例では輸液により BUN の低下がみられており、循環血液量減少は存在するものと考えられるが、症状の改善はわずかであり、背景疾患として他の原因を考えなくてはならない。

自立神経障害をきたすような疾患として、

- Parkinson 病
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害

などが挙げられるが、これらの疾患を示唆するような随伴症状は認められないことから否定的である。

また、メトプロロール退薬によっても症状改善がみられないことから、薬剤性の関与も否定的である。

以上より、恒常的な交感神経作動物質による受容体脱感作が最も疑わしく、腹部 CT を施行したところ、左副腎に腫瘍性病変が確認され、褐色細胞腫と診断された。

副腎摘除術が施行され、患者の症状は劇的に改善した。彼女は仕事に復帰し、術後フォローとして定期的にかテコラミン濃度を測定している。希望により遺伝子検査は行っていない。

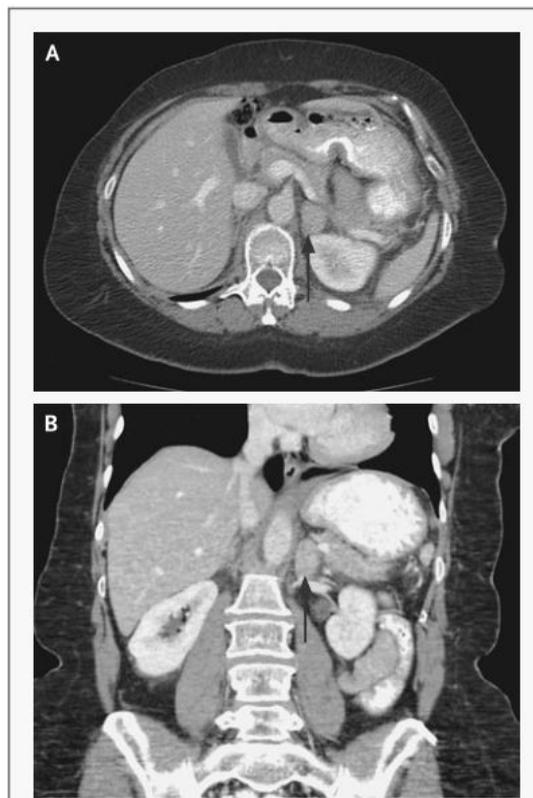


Figure 1. Abdominal CT Scans.

After the administration of contrast material, an axial image (Panel A) and a coronal reformatted image (Panel B) show a well-circumscribed, avidly enhancing ovoid mass (arrows) in the left adrenal gland.

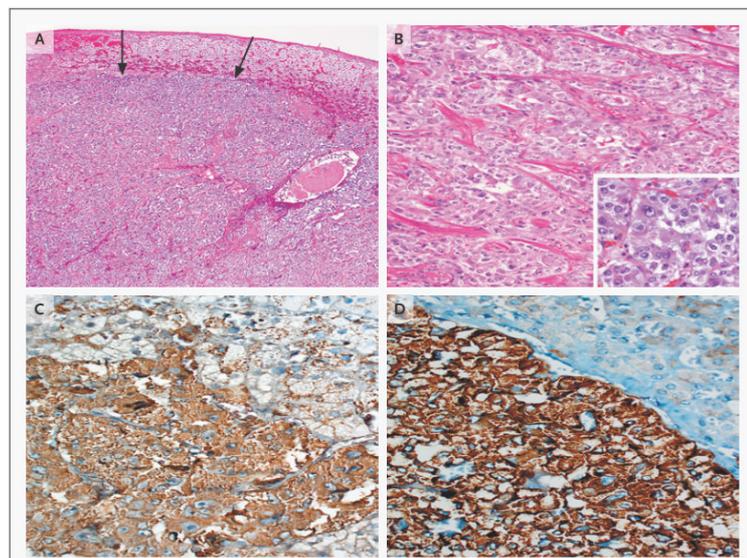


Figure 2. Pathological Examination of the Resected Left Adrenal Gland.

At low magnification, a cellular tumor is seen (Panel A, arrows; hematoxylin and eosin), with overlying normal adrenal cortex. At higher magnification, the tumor cells are arranged in the characteristic nested pattern ("zellballen") of pheochromocytomas (Panel B, hematoxylin and eosin); they have large, pleomorphic nuclei, with prominent nucleoli and eosinophilic, granular cytoplasm (inset). Immunohistochemical staining for chromogranin A is positive in the neuroendocrine secretory granules (Panel C), which is specific for paragangliomas and pheochromocytomas. A stain for synaptophysin is also positive in the neuroendocrine secretory tumor cells (Panel D).