を指摘され入院.

【考察】入院時，抗GAD抗体27.6 U/m1，血中CPR 0.8ng/nll，尿中CPR 59μg/日，TSH < 0.02 μIU/ml，fT4 2.39ng/ml，TRAb 23.1 %であり，バセドウ病に1型糖尿病を合併したものと診断．強化インスリン療法（最大38単位/日）にて血糖コントロールは改善．副腎皮質機能正常，ANAx 80より，本例は自己免疫性内分泌腺症候群Ⅲ型と考えられた．1型糖尿病と自己免疫甲状腺疾患が合併することがあることは，よく知られている．本例は，バセドウ病が1型糖尿病の発症に先行しており，自己免疫甲状腺疾患群では，今後1型糖尿病を発症する可能性があることを念頭におく必要があると思われた.

4　1型糖尿病とバセドウ病をほぼ同時に発症したと思われる1例

山田　貴穂・岩永みどり・松林　泰弘
森川　　洋・小原　伸雄・羽入　　修
平山　　哲・中川　　理*・相澤　義房
新潟大学医歯学総合病院第一内科
厚生連三条総合病院内科*

症例は28歳女性．1ヶ月前から体重減少，動悸，全身倦怠感，口渇，多尿が出現し，近医でバセドウ病と診断．MMI内服するも症状改善せず，3月6日近医入院時，糖尿病の合併が判明．他院転院後インスリン治療を開始し，また抗GAD抗体陽性，尿中CPR低値より1型糖尿病と診断．その後，無顆粒球症を発症し，4月3日当院転院．MMI中止のみで顆粒球数は回復，甲状腺機能の改善に伴い，インスリン必要量も減少した．HLA遺伝子解析では，1型糖尿病，バセドウ病，APS3型，無顆粒球症の疾患感受性遺伝子を認めた．当院症例や過去の報告例の検討から，1型糖尿病やバセドウ病では，相互に合併する可能性を常に念頭におき，治療に難渋する合併症例では，糖尿病治療の観点からも，早期から手術や131I療法も考慮し，甲状腺機能を正常化することが好ましいと考える.

5　先天性甲状腺機能低下症に合併した自己免疫性甲状腺疾患の2例

長崎　啓祐
新潟大学医歯学総合病院小児科

【背景】先天性甲状腺機能低下症状（以下CH）と自己免疫性甲状腺疾患（以下ATD）の合併に関しての報告は少なく，その関連性も明らかでない.

〔症例1〕13歳女児．新生児マススクリーニング（以下MS）でTSH高値であり，levothyroxine（LT4）内服していた．CHの病型診断時のTRH負荷試験でTSH頂値0.14 μIU/mlと抑制されていた．甲状腺機能は正常，TRAb陽性であった．CHにバセドウが合併したと考えLT4内服を中止した.

〔症例2〕9歳女児．MSでTSH高値であり，LT4内服していた．9歳時のLT4量は高用量を必要としていた．病型診断時，エコーで甲状腺は軽度腫大し，内部エコーは不均一であった．抗Tg抗体，抗TPO抗体強陽性であり，CHに橋本病が合併したと考えた.

【結語】CHにもATDは合併しうるので，急な甲状腺機能の変動の際にはATDの合併も考慮すべきである.

6　再燃を繰り返した無痛性甲状腺炎の1例

宗田　　聡・鈴木　裕美・佐藤さつき
新潟市民病院内分泌代謝科

症例は53歳，女性.

【主訴】動悸，体重減少.

【既往歴】2型糖尿病.

【現病歴】2004年7月より動悸，全身倦怠感を自覚してO医院を受診．FT4 3.7ng/dl，TSH < 0.01 μIU/ml，TSAb 163 %，TPOAb < 0.3，TgAb 17.8 U/ml，甲状腺機能亢進症の診断でチアマゾール5 mを開始したが，3ヶ月後甲状腺機能は自然軽快し，内服も中止となった．その後，甲状腺機能亢進，低下を繰り返す度にチアマゾール，レボチロキシンナトリウムを投与された．不安症状が強くなり，心身症の診断でベンゾジアゼピン系