

見かけ上の健常者250名のうち1名は両測定値とも異常高値を示したが、4年後にクッシング症候群と診断された。

尿中コーチゾールと6 $\beta$ -ヒドロキシコーチゾールの測定はコーチゾール過剰症のスクリーニングに優れた方法である。

## 9. 家族性低カルシウム尿性高カルシウム血症の2家系

八幡 和明・他 (新潟大学第一内科  
内分泌班一同)

本症は家族内に高カルシウム血症を認めるが経過良好で、副甲状腺全摘術の効果を認めず原発性副甲状腺機能亢進症(PTH)と鑑別される疾患として1977年 Marxらによって報告された。本邦でも数家系の報告をみるのみである。最近我々は本症の二家系を経験した。

〔家系1〕21才男。無症状で偶然高Ca血症を発見された。血清Ca 6.5mEq/L, IP 2.8mg/dl, Ca<sup>2+</sup> 3.39mEq/L, 骨吸収像なし。CTで副甲状腺腺腫を認めない。PTH-C 0.9ng/ml, %TRP 82.6%, 尿中Ca排泄 3.2~4.5mEq/day, Cca/Ccr 0.0053と低値。家系調査で兄(Ca 7.2mEq/L, IP 2.6mg/dl, Ca<sup>2+</sup> 3.39mEq/L, Cca/Ccr 0.0035)など家系内に高Ca血症を高頻度に認めた。

〔家系2〕60才男。血清Ca 5.4mEq/L, IP 2.5mg/dl, Ca<sup>2+</sup> 2.63mEq/L。骨吸収像や副甲状腺腺腫は認めない。PTH-C 0.7ng/ml, %TRP 84.1%, 尿中Ca排泄 3.0~12.2mEq/day, Cca/Ccr 0.0098と低値。家系調査で長男(血清Ca 5.7mEq/L, IP 3.0mg/dl, Ca<sup>2+</sup> 2.56mEq/L)に同様の病態を認めた。なお家系1でECG上QTc短縮しており、臓器により臨床症状を呈する可能性も示唆された。

## 10. 甲状腺大細胞型未分化癌の一例

高澤 哲也・他 (新潟大学第一内科  
内分泌班一同)

症例、54才男性。51才の時直腸癌にてMiles' Ope.を受けている。現病歴、昭和60年1月、38°C代の発熱と頭痛を主訴に近医受診。前頸部腫瘍と強い炎症反応が認められ、又注腸造影にて狭窄部位があった為、直腸癌再発が疑われて試験開腹術を施行されたが、癌再発の所見はなかった。しかし、その後も高熱続く為5月2日当科紹介入院となる。入院時、甲状腺右葉上極部に4×2.5cmの硬い・可動性のない結節を認め、胸部レ線上

縦隔リンパ節腫脹を認めた為、甲状腺癌を疑い、<sup>131</sup>I及び<sup>201</sup>Tlシンチグラムを施行した。その結果、甲状腺結節部は<sup>201</sup>Tlが強く取り込まれ、一見分化癌を疑わせるものだったが、確診の為吸引細胞診を施行した所、大細胞型未分化癌が強く疑われた。さらに<sup>67</sup>Gaシンチグラムを施行した所、甲状腺結節部・縦隔リンパ節部・肝・両側副腎に強い取り込みを認め、確診した。本例は、<sup>131</sup>I, <sup>201</sup>Tlシンチグラムで診断困難であり、吸引細胞診が診断に有用であった。

## 11. 甲状腺未分化癌18例の検討

筒井 一哉・佐藤 幸示 (県立ガンセンター  
新潟病院)  
佐野 宗明・赤井 貞彦 (同 外科)  
斉藤 大造・鈴木 正武 (同 病理)  
角田 弘

当院では昨年まで悪性甲状腺腫178例を経験し、このうち未分化癌は17例、9.6%であった。最近経験した1例を加え、18例で検討したが、いずれもいわゆる大細胞癌で、術後からの50%生存期間(MST)は2ヶ月25日で最長は8ヶ月4日であった。治療のMSTは手術のみ(8例)1ヶ月25日、照射+化学療法(4例)2ヶ月28日、手術+照射+化学療法(5例)は4ヶ月26日で、集学的治療でやはり延命効果が得られた。直接効果判定基準に則ると外照射の奏効率は1/5、20%で、化学療法は7例全例無効であった。しかしCisplatin, VP<sub>16</sub>, ADM併用療法を行なった2例はminor responseを示した。

未分化癌15例中分化癌の合併は9例、60%にみられ、乳頭腺癌2例、濾胞癌4、濾胞+索状癌2と、濾胞癌と索状癌が大半であった。従って、未分化癌の吸引細胞診の診断は意外に難しく、場所を変え数ヶ所の吸引が必要と思われる。

## 12. プランマー病の2例

金子 兼三・江部 達夫 (長岡赤十字病院)  
嶋井 久司・荒井 興弘 (内科)  
小林 清男 (同 外科)  
金子 博 (同 病理)  
広川 守成 (県立小出病院内科)

症例1は48才女子、症例2は52才女子。主訴は共に結節性甲状腺腫(症例1:左葉にφ4.5cm, 弾性軟, 症例2:右葉下部にφ3.5cm, 弾性やや硬)の精査。臨床症状は両例とも軽微で、数年前より発汗増強, イライラ感, 不眠, 動悸を時に認めるのみ。甲状腺機能検査では両例共Free T<sub>3</sub>, T<sub>3</sub>, Free T<sub>4</sub>, <sup>131</sup>I uptakeの軽度上

昇, TRH 試験無反応, TBII ならびに甲状腺自己抗体陰性, 甲状腺シンチで腫瘍に一致した hot nodule を認めたため プランマー病と診断した. propranolol 投与下で, 症例1では 30g の多胞性嚢腫, 症例2では 26g のほぼ充実性の甲状腺腫(画像診断と合致)を摘出した. 組織診断は両例とも follicular adenoma で, 非機能性腺腫と比し特徴的な差異はないが, 電顕像では上皮細胞の粗面小胞体, 分泌顆粒(一部に濃縮不十分な顆粒像), ライソゾームの発達著明などの metabolic activity の亢進を示す所見が認められた. 術後の甲状腺機能低下症(続発性)からの回復には TRH・T 内服剤(16mg/日)の投与が有効であった.

### 13. 甲状腺ホルモン不応症(全身型)の一例

高橋 亮一・松井 俊晴 (長岡赤十字病院)  
 原 鎌太郎・鳥越 克巳 (小児科)  
 嶋井 久司・金子 兼三 (同 内科)  
 荒井 奥弘  
 満間 照典 (愛知医科大学第四内科)  
 中村 浩源 (京都大学第二内科)

甲状腺ホルモン不応症は Refetoff らの報告以来 108 例, 本邦で 5 例みられる. 今回, 全身型の本症を 1 例経験したので報告する. 5 歳女児. 身長 113cm, 体重

21.5kg, 身長発育正常 (IQ 113, 聴力, 歯芽発育も異常なし). 両親特記すべきことなし. 昭和59年11月前頸部の疼痛, 脹腫が出現し慢性表面平滑で弾性軟の甲状腺腫(七条の2度)と  $T_3$  523.3ng/dl, Free  $T_3$  30pg/ml ↑, Free  $T_4$  2.3ng/dl の上昇を認めたが, TSH は 17.6μU/ml, TRH 80pg/ml と高値(抑制されず). しかし, steroid H 及び L-DOPA にて抑制された. TBG は正常,  $T_3$ ,  $T_4$  抗体なし,  $I^{131}$  摂取率 41.5%. TRH 負荷後 TSH は 51.5μU/ml,  $T_3$  560ng/dl まで上昇. T Cholesterol 181mg/dl, BMR-5.6~-10%, 尿 hydroxypurin 45.8mg/day で  $T_3$  100μg/day 投与中も正常. 脈拍も 100/分前後で変化なし. 甲状腺腫は縮小. TBII 1.0%, しかしサイロイドテスト 100↓, マイクロゾームテスト 640°. CT で下垂体部に腫瘍を認めず. 以上より全身型甲状腺ホルモン不応症と考え, 培養皮膚線維芽細胞について検討中である.

### 特 別 講 演

#### 甲状腺疾患と免疫

大阪大学医学部臨床検査診断学講師

網野 信行 先生