

を指摘され入院。

【考察】入院時、抗GAD抗体27.6 U/ml、血中CPR 0.8ng/nl、尿中CPR 59 μ g/日、TSH < 0.02 μ IU/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、ANAx80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)の合併に関する報告は少なく、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 μ IU/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 μ IU/ml、TSAAb 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5m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

抗不安薬内服していた。2007年3月動悸、体重減少、fT4 2.3ng/dl, TSH < 0.01 μ IU/ml, 甲状腺中毒症状を認めたため当科再診した。慢性甲状腺炎とRAIU 0.6%低値などから無痛性甲状腺炎と診断し、経過とともに自然軽快した。

【結語】無痛性甲状腺炎は多彩な臨床像を呈するため、的確な病態の理解と診断が必要である。

7 橋本病急性増悪から甲状腺機能低下症をへてバセドウ病を発症した1例

片桐 尚・涌井 一郎

厚生連刈羽郡総合病院

症例は64歳、男性。平成13年12月頃より37度台発熱持続、頸部痛あり、近医受診、抗生剤処方されるも改善せず、当院紹介受診となった。精査にて、甲状腺機能亢進状態、血沈亢進、マイクロゾーム強陽性を認め、エコーでは甲状腺腫大を認めた。経過中、急速に機能低下へと移行し、LT4の補充を必要とし、橋本病急性増悪と考えられた。しかし1年後頃から次第に機能亢進を呈し、LT4減量にも亢進状態は改善しなかった。改めてTRab, TSABを検査したところ陽性にてバセドウ病の発症を確認した。メルカゾール投与を開始、約2年の経過で寛解に至った。

【まとめ】橋本病急性増悪から甲状腺機能低下症を経て、バセドウ病を発症し、寛解に至った1例を経験した。自己免疫を基礎としている甲状腺疾患は、時間的経過の中で病態の変化をたどる場合があり、注意が必要と考えられた。

II. 特別講演

伊藤病院における専門診療の取り組み

— バセドウ病の診療を中心に —

伊藤病院 院長

伊藤 公一

第256回新潟循環器談話会

日時 平成20年9月20日(土)

午後3時～6時

会場 新潟大学医学部 第3講義室

I. 一般演題

1 AVR, CABG術後11年目に上行大動脈仮性動脈瘤が右房に穿破した大動脈炎症候群の1例

佐藤 正宏・山本 和男・上原 彰史

三島 健人・滝沢 恒基・杉本 努

吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は60歳、女性。

【主訴】呼吸困難。

【既往歴】11年前にAR+APに対し、AVR+CABG 2枝(SVG-LAD, SVG-OM)を施行。手術時に大動脈炎症候群と診断された。

【現病歴】本年6月より呼吸困難出現。貧血、肝腫大(5横指)を認め、心不全(NYHA 4度)にて循内入院。

【検査所見】胸部X線では心拡大と強い肺うっ血、胸水あり。心エコーでは上行大動脈基部に仮性瘤を認めた。上行大動脈から仮性瘤、さらには右房へ強い血流が認められた。重度の三尖弁逆流あり。CTでは上行大動脈に仮性動脈瘤(径45mm)を認めた。また大動脈壁肥厚、左総頸動脈と左鎖骨下動脈の狭窄を認めた。

【総合診断】上行大動脈基部の仮性動脈瘤形成とそこから右房へ穿破+重度の三尖弁逆流と診断した。大動脈弁(代用弁)周囲逆流ははっきりしなかったが十分あり得ると考えられた。

【手術】TEEにて代用弁周囲逆流もあることが確認された。redo-sternotomyし、十分に剥離を行った。上下大静脈脱血、大腿動脈送血で体外循環開始。心停止してAo切開。代用弁(SJM21)後方に仮性動脈瘤への欠損孔があり、代用弁周囲