

カルテ番号 4590055 K.H. M 47歳 S45.9.1

40歳代後半に発症した右側急性化膿性甲状腺炎の一例

大竹 啓之¹⁾、的場 玲恵¹⁾、坂下 杏奈¹⁾、山崎 悠理子¹⁾、梅原 敏弘¹⁾、阿部 義美¹⁾、森田 智子¹⁾、秋山 義隆¹⁾、高嶋 正利²⁾、和田 誠基¹⁾、大村 栄治¹⁾、三橋 知明³⁾、松田 昌文¹⁾

埼玉医科大学総合医療センター 内分泌・糖尿病内科¹⁾

埼玉医科大学総合医療センター 耳鼻咽喉科²⁾

埼玉医科大学総合医療センター 臨床検査医学²⁾

【症例】生来健康の40歳代後半の男性。3日前から右頸部痛を自覚し、2日前から倦怠感が強く、前日近医を受診した。亜急性甲状腺炎疑いで当院紹介受診となった。既往は近医で乾癬治療中。体温37.6°C、触診上甲状腺右葉に圧痛と硬結を認めた。甲状腺機能はTSH 0.13 μIU/mL、fT3 3.01 pg/mL、fT4 1.21 ng/dLであった。甲状腺自己抗体(TPOAb・TgAb・TRAb)はいずれも陰性で、炎症所見(WBC 16500/μl、CRP 32.3 mg/dL・赤沈1時間値44mm)とサイログロブリン4070 ng/mlを認めた。甲状腺エコーでは右葉に25mmの嚢胞と右葉上部から嚢胞の周囲に内部エコーは不均一で急性炎症とそれに伴う浮腫様変化を反映する所見だった。炎症反応が高く、痛みが強く食事摂取できず同日緊急入院となった。補液と抗生素投与を行った。翌日には嚥下痛・頸部痛は改善し食事を開始した。右甲状腺嚢胞に穿刺を行い茶褐色の液体を3cc程吸引した。細菌培養は陰性、細胞診は好中球を主体とした炎症細胞を多数認めた。以上より急性化膿性甲状腺炎と考えた。易感染性・感冒症状・咽頭への外傷なく、血液・尿培養、CTで全身の感染症検索を行ったが明らかな所見はなく、誘因は不明であった。症状・炎症反応改善し第8病日退院となった。退院後に咽頭透視を施行したが、梨状窩瘻の所見はなかった。翌月の甲状腺エコーは改善傾向であり、甲状腺機能も基準値内となり4カ月後終診となった。

【結論】

本症のほとんどは小児期発症で、左側発症が多いとされている。今回成人・右側発症の症例を経験し、成人の有痛性甲状腺疾患での本症鑑別の重要性を再認識した。

659字

2018年11月 日本甲状腺学会

発表形式カテゴリー: 2-1 一般 演題 口演 (原則)

演題カテゴリー3) 症例報告 14. 視床下部・下垂体

演題1: ベキサロテン内服開始3日後に中枢性甲状腺機能低下症をきたした菌状息肉症の一例

秋山 義隆¹⁾、的場 玲恵²⁾、坂下 杏奈²⁾、山崎 悠理子²⁾、梅原 敏弘²⁾、阿部 義美²⁾、大竹 啓之²⁾、森田 智子²⁾、矢澤 麻佐子²⁾、皆川 真哉²⁾、中島啓²⁾、和田 誠基²⁾、大村 栄治²⁾、三橋 知明³⁾、松田 昌文²⁾

河北総合病院¹⁾

埼玉医科大学総合医療センター 内分泌・糖尿病内科²⁾

埼玉医科大学総合医療センター 臨床検査医学³⁾

【症例】71歳男性。1987年初発の皮膚Tリンパ腫（菌状息肉症、StageIIA）で外来治療、2017年6月 鼠径部のリンパ節腫大、強い疼痛の訴えがあり当院皮膚科に緊急入院。炎症反応上昇を認め、感染症のリスクが低いベキサロテン（525mg/day）による治療が開始された。開始前甲状腺機能は正常（TSH 1.60 μU/mL、FT4 1.00ng/dL）。3日後 TSH 0.12 μU/mL、FT4 0.75 ng/dLと中枢性甲状腺機能低下症を認め、LT-4 25 μg/day開始。9日後相対的副腎不全を認めヒドロコルチゾン開始(15～30mg/day)。19日後 全身状態悪化しプレドニン70mg/日開始に伴いヒドロコルチゾン中止、ベキサロテン中止に伴いLT-4中止。21日後 TSH 0.13 μU/mL、FT4 0.35 ng/dLと低値を認めLT-4 25 μg/day再開。28日後 TSH 0.73 μU/mL、FT4 0.49 ng/dLと回復傾向を認めLT-4 中止。【考察】ベキサロテンは核内受容体RXRに対する選択的アゴニストであり、TSHの転写を抑制することにより高頻度で中枢性甲状腺機能低下症をきたす。本症例は投与開始3日後にFT4が前値の25%低下を伴う機能低下症を認めた。本薬開始時は1週間以内の甲状腺機能検査が望ましいと思われた。

2018年11月 日本甲状腺学会

発表形式カテゴリー: 2-1 一般 演題 口演 (原則)

演題カテゴリー: 3) 症例報告 10. 甲状腺炎

演題2: 脾帶血輸血後に無痛性甲状腺炎と抗GAD抗体陽性を呈し免疫再構築症候群が疑われた急性骨髓性白血病の一例

秋山 義隆¹⁾、的場 玲恵²⁾、坂下 杏奈²⁾、山崎 悠理子²⁾、梅原 敏弘²⁾、阿部 義美²⁾、大竹 啓之²⁾、森田 智子²⁾、矢澤 麻佐子²⁾、皆川 真哉²⁾、中島啓²⁾、和田 誠基²⁾、大村 栄治²⁾、三橋 知明³⁾、松田 昌文²⁾

河北総合病院¹⁾

埼玉医科大学総合医療センター 内分泌・糖尿病内科²⁾

埼玉医科大学総合医療センター 臨床検査医学³⁾

症例 59歳男性。2016年 急性骨髓性白血病発症。IDA+AraCで寛解導入を行うも非寛解。2017年1月 ASP2215 (FLT3阻害薬) の治験開始。病勢増悪し3月治験中止となり、脾帶血輸血施行。4月 CR判定。GVHDはなく6月末退院。7月上旬から悪心・嘔吐・下痢が出現し入院。Day1、TSH 0.02 μU/mL未満、FT3 22.36 pg/mL、FT4 7.77 ng/dL以上と甲状腺中毒症を認め当科紹介。ATPO 24.8 IU/mL、ATG 463.6 IU/mL、TRAb 0.3 IU/L未満。甲状腺エコーでは甲状腺軽度腫大、内部不均一、明らかな腫瘍性病変は認められなかった。99mTcシンチでは摂取率0.24%と低下を認め、甲状腺の疼痛を認めなかつたことから無痛性甲状腺炎と診断、原因として脾帶血輸血による免疫再構築症候群が疑われた。抗GAD抗体は13.9U/mLと陽性を認めたが血糖コントロールの悪化は認めなかつた。動悸・振戦に対しβ遮断薬内服で経過観察。Day 10、TSH 2.57 μU/mL、FT3 3.09 pg/mL、FT4 1.52 ng/dLと正常化し症状は改善した。抗甲状腺抗体はATPO 15.7 IU/mL、ATG 21.6 IU/mLとそれぞれ低下傾向を認めた。脾帶血輸血後の破壊性甲状腺炎の報告は少なく、希な症例と考え今回報告した。、