

## 第34回臨床内分泌代謝 Update 抄録集 正誤表

### 演題名変更

p.508 ランチョンセミナー2

【変更前】ソグルーヤで実現するAGHD治療の革新:週1回投与プロファイルの正しい理解と臨床実践

【変更後】ソグルーヤで実現するAGHD治療の新展開:週1回投与プロファイルの正しい理解と臨床実践

### 座長変更

p.524 ポスター発表 P2-4 「間脳・下垂体 12」

【変更前】有安 宏之(静岡県立総合病院糖尿病内分泌内科)

【変更後】梶村 益久(藤田医科大学 ばんだね病院 内分泌・代謝内科学)

### 演題取り下げ

p.526、p.663 ポスター発表 P2-11 「副腎 8」

演題番号:P2-11-5

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 内分泌・糖尿病内科 松村 裕代

### 抄録変更

p.676 ポスター発表 P2-22 「甲状腺 10」

演題番号:P2-22-5 「遺伝子解析を行なった甲状腺ホルモン不応症の一例」

埼玉医科大学総合医療センター 森脇 優人

別紙1 参照

## P2-22-3 汎血球減少を伴う甲状腺クリーゼを繰り返した一例

松下記念病院

塩田 晃史、秋元 遥、小笠原仙之、堀内 萌生、吉岡 希、濱澤 悠佑、橋本 善隆

【症例】43歳、男性【主訴】体動困難【現病歴】甲状腺機能亢進症治療を、経済的理由により自己中断していた。X年9月に倦怠感を主訴に救急搬送され当院に入院し、甲状腺クリーゼおよび汎血球減少と診断した。抗甲状腺薬投与などで汎血球減少は改善したが、再度通院を自己中断した。X+1年7月に体動困難となり当院に救急搬送された。【経過】来院時、血圧120/60mmHg、脈拍115回/分、整、体温37.4℃、JCS-1・傾眠傾向で、眼瞼結膜蒼白、眼球結膜黄染、甲状腺は軽度腫脹を認めた。血液検査でHb 3.6g/dL、白血球数 2400/ $\mu$ L、血小板数 3.6万/ $\mu$ Lと汎血球減少を認めた。FT3 20.30 pg/dL、FT4 7.77 ng/dL以上、TSH 0.01  $\mu$ U/mLと著増し、悪心と総ビリルビン 3.7 mg/dLの消化器症状あり、中枢神経症状と合わせて甲状腺クリーゼと診断した。骨髓生検では有意な所見はなく、溶血性貧血や骨髓異形成症候群など血液疾患は否定的で、甲状腺クリーゼに伴う汎血球減少と診断した。当初は輸血を頻回に施行したが、チアマゾールとヨウ化カリウム及びヒドロコルチゾンを投与し、FT4・FT3及び各系統の血球は改善傾向が認められ、第30病日に退院とした。【考察】汎血球減少を伴う甲状腺機能亢進症の症例報告は散見され、機序は不明であるが免疫機序の関与が指摘されている。本症例では、頻回の輸血を要する汎血球減少を認めたため血液疾患との鑑別を有したが、甲状腺ホルモン過剰による免疫への影響が汎血球減少の原因と考えられた。

## \*P2-22-5 遺伝子解析を行なった甲状腺ホルモン不応症の一例

埼玉医科大学総合医療センター

森脇 優人、石原優理香、奥野 雄貴、宮下 将、村岡 和、大村 卓士、山崎悠理子、足立淳一郎、泉田 欣彦

43歳女性。家族歴にて息子にADHD、従兄弟にバセドウ病を認めた。20歳ごろ血液検査にて甲状腺機能の異常指摘はなかった。2021年ごろから献血の際に高血圧を指摘された。42歳ごろから動悸および労作時の息切れを自覚した。同年に職場健診にて甲状腺機能検査を行なったところTSH1.7  $\mu$ IU/mL、FT4 2.6ng/dLとFT4高値に対してTSHの抑制作用の減弱化を認めた。当科初診時の血液検査ではTSH2.77  $\mu$ IU/mL、FT4 1.81ng/dL、FT3 4.21pg/mLであり、TRAb、TSAb、抗TG抗体、抗TPO抗体はいずれも陰性、甲状腺エコーでは明らかな異常所見は認めず、甲状腺Tcシンチ摂取率1.41%と正常値であった。また下垂体造影MRIでは、下垂体内に腫瘍性病変は認めなかった。TRH負荷試験では、TSH、PRLともに正常反応であり、T3抑制試験ではTSH低反応性を示した。ゲノムDNAのNGS遺伝子解析により、THRB (Thyroid Hormone Receptor Beta) (NM\_000461.5)にc.1367T>C ; p. (Leu456Ser) 領域にモザイク型ミスセンスバリエーションを認めた。本バリエーションは健常者には検出されないミスセンスであり、ClinVarでは病的意義は不明と報告がある。HGMDでは同じバリエーションがRTH家系で報告されており、ACMGガイドラインでは、Pathogenic (PS1, PM1, PM2, PP2, PP3)となり、本症例ではTHRB遺伝子Exon領域の病原性モザイク配列がRTHの原因である可能性が示された。

## P2-22-4 高齢期における男女年齢別甲状腺ホルモン値と老年疾患との関連

<sup>1</sup>順天堂大学大学院医学研究科 代謝内分泌内科学、

<sup>2</sup>順天堂大学大学院医学研究科 スポーツロジックセンター、

<sup>3</sup>順天堂大学大学院医学研究科 スポーツ医学・スポーツロジック 小貝 俊樹<sup>1</sup>、加賀 英義<sup>1</sup>、内藤 仁嗣<sup>1</sup>、伊藤 直顕<sup>1</sup>、田島 翼<sup>1</sup>、内田 豊義<sup>1</sup>、綿田 裕孝<sup>1,2</sup>、田村 好史<sup>1,2,3</sup>

【目的】高齢期の甲状腺ホルモン値の男女・年齢別基準値を示し、潜在性甲状腺機能低下症 (SCH) と老年疾患との関連を明らかにする。【方法】対象は地域在住高齢者コホートである文京ヘルスタディーに参加した65歳～84歳の1629名。男女・年齢別基準値は、甲状腺自己抗体陽性、甲状腺治療薬・ステロイド内服者、外れ値 ( $\pm 3SD$ ) を除外した1115名を、5歳ごとに4群に分け2.5-97.5%タイルとした。今回作成した基準値を用いてFT4正常、TSH高値をSCHとし、虚血性心疾患、脳血管疾患、認知症、骨粗鬆症、サルコペニア等の老年疾患の有病率等を比較した。【結果】加齢と共に男性ではTSH上昇傾向、男女共にFT3低下傾向を示した。全体の約3割が甲状腺自己抗体陽性であった。男女・年齢別TSH基準値 ( $\mu$ IU/mL) は、65-69、70-74、75-79、80-84歳それぞれ、男性では0.48-4.98、0.50-5.67、0.47-6.27、0.67-7.15、女性では0.56-4.59、0.46-7.08、0.51-4.83、0.65-7.51であり、49名がSCHと診断された。ロジスティック回帰分析で脳微小出血の有病率のオッズ比は、年齢、性別、BMI、飲酒、喫煙、高血圧・脂質異常症・糖尿病の既往歴で調整後、甲状腺機能正常群に比較し2.88 (95%CI:1.15-7.22) であった。その他の老年疾患の有病率は両群間で差がなかった。【結語】65歳以上の高齢者における甲状腺ホルモン値の男女・年齢別基準値が示され、SCHが脳微小出血のリスクであることが示された。

## P2-23-1 救命し得た高齢発症の粘液水腫性昏睡の1例

済生会宇都宮病院

佐久間 純、宮里 実幸、小倉 崇以

【症例】79歳女性。X年11月頃より反応低下と意欲低下が出現。その後も症状が進行して食思不振も認めて来院1週間前には体動困難な状態となった。X年12月6日に意識障害を認めて当院に救急搬送された。来院時JCSII-20、GCS11 (E4V2M5)の意識障害、体温30℃、PaCO<sub>2</sub> 52.0 mmHg、血圧90/50mmHg、脈拍41回/分、また心嚢水貯留、体幹と両四肢に非圧痕性浮腫を認めた。血液検査でTSH 175  $\mu$ IU/ml、FT 4 0.08 ng/dl、FT3  $\leq$  0.26 pg/dlと著名な甲状腺機能低下症であり粘液水腫性昏睡診断基準 (第3次案) に則り、粘液水腫性昏睡の確実例と診断。集中治療室入室の上、全身管理を開始。入院時よりレボチロキシン 200  $\mu$ g/日、リオチロニン 30  $\mu$ g/日、ヒドロコルチゾン 300mg/日の投与を開始。最終的にはレボチロキシンの経口補充で甲状腺機能は安定した。意識状態、循環動態は改善傾向も呼吸抑制が残存。高齢であり人工呼吸器関連肺炎の惹起を懸念して入院第7病日に気管切開術を施行し、第34病日に人工呼吸器を離脱した時点で当科へ転科とした。転科後もリハビリ療法を継続。意識状態、循環動態は改善傾向にあり食事摂取も良好であった。

【考察】粘液水腫性昏睡は稀な疾患であるが、その死亡率は非常に高く、初期より甲状腺ホルモンの補充が重要となる。本例は緊急来院時の所見などから粘液水腫性昏睡を想起してレボチロキシンなどの甲状腺ホルモン剤を早期から投与したことが救命につながったと考えられる。