

第102回 北海道医学大会 プログラム・抄録

Program of the 102nd Hokkaido Medical Congress

内 分 泌 分 科 会

(第22回日本内分泌学会北海道支部学術集会)

日 時：2022（令和4）年10月16日(日)

会 場：札幌プリンスホテル 国際館パミール

(札幌市中央区南2条西11丁目／TEL：011-241-1111)

会 長：北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室
客員教授 三好 秀明

開催期間

総 会 令和4年10月1日(土)

分科会 自 令和4年9月3日(土)

至 令和4年11月26日(土)

会 頭 西 川 祐 司

主 催 旭 川 医 科 大 学
札 幌 医 科 大 学
北 海 道 大 学 医 学 研 究 院
北 海 道 医 師 会

内 分 泌 分 科 会

(第22回日本内分泌学会北海道支部学術集会)

日 時：2022（令和4）年10月16日(日)
会 場：札幌プリンスホテル 国際館パミール
（札幌市中央区南2条西11丁目／TEL：011-241-1111）
会 長：北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室
客員教授 三好 秀明

10：00～ 受付
10：10～10：40 幹事会
10：40～10：50 総会
10：50～10：55 JES WE Can北海道支部賞授賞式
10：55～11：20 受賞講演
11：20～12：00 一般演題
13：00～14：00 特別講演
「下垂体・副腎疾患診療の最近の話題－自験例より学んだこと」
東京女子医科大学 内分泌内科 教授・基幹分野長 大月 道夫
座長 北海道大学病院 糖尿病・内分泌内科 亀田 啓
14：00～15：00 女性医師専門医育成・再教育プロジェクト“JES We Can”企画セミナー
「海外・国内留学により広がる医師のキャリアパス」
北海道大学病院 小児科 森川 俊太郎
勤医協中央病院 糖尿病内分泌内科 湯野 暁子
座長 北海道大学病院 小児科 中村 明枝
16：00～17：36 一般演題

-
1. 一般演題講演時間 1題6分、討論2分
 2. プロジェクター1台使用
 3. 発表形式はPCプレゼンテーション。Microsoft Power Point・Windows標準フォントで作成し、USBメモリーに保存してご持参ください。コンピューターを持ち込まれる場合は、事前にご連絡ください。

<お問い合わせ>

北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室
会長：三好 秀明（e-mail；hmiyoshi@med.hokudai.ac.jp）
事務局担当：亀田 啓（e-mail；hkameda@huhp.hokudai.ac.jp）
〒060-8638 札幌市北区北15条西7丁目
TEL：011-706-5915 FAX：011-706-7710

内 分 泌 分 科 会

(第22回日本内分泌学会北海道支部学術集会)

日 時：2022（令和4）年10月16日(日)

会 場：札幌プリンスホテル 国際館パミール

(札幌市中央区南2条西11丁目／TEL：011-241-1111)

会 長：北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室
客員教授 三好 秀明

JES WE Can北海道支部賞授賞式（10：50～10：55）

JES WE Can北海道支部賞受賞講演（10：55～11：20）

座長 宮 愛香（北海道大学大学院医学院医学研究院免疫・代謝内科学教室）

一般演題1（11：20～12：00）

座長 大場 知穂（さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック）

1. カプトプリル負荷試験で境界域であったアルドステロン産生腺腫の1例

○武石 侑杜¹，馬場 周平¹，菅原 基¹，三次 有奈¹，小原 慎司¹，和田 典男¹，相澤 翔吾²，三浪 圭太²，原田 理予²，片山 優子³，石井 保志³，辻 隆裕³，白淵 浩明⁴，安井 太一⁴，眞島 隆成⁴（市立札幌病院 糖尿病内分泌内科¹，市立札幌病院 泌尿器科²，市立札幌病院 病理診断科³，市立札幌病院 放射線診断科⁴）

2. 副腎静脈の走行異常を認めた原発性アルドステロン症の1例

○浮田 優也¹，和田 典男¹，馬場 周平¹，菅原 基¹，三次 有奈¹，小原 慎司¹，安井 太一²，閑 仁志朗³，石井 保志⁴（市立札幌病院 糖尿病・内分泌内科¹，市立札幌病院 放射線診断科²，市立札幌病院 泌尿器外科³，市立札幌病院 病理診断科⁴）

3. 高血圧精査に施行した迅速ACTH試験による潜在性副腎皮質機能低下症の検討

○永井 聡，安井 彩乃，馬場 菜月，高瀬 崇宏，遠藤三紀子，吉岡 成人（NTT東日本札幌病院 糖尿病内分泌内科）

4. 副腎不全疑いに対する比較的低用量のステロイド投与により急性ステロイド誘発性精神障害を呈した低ナトリウム血症の1例

○小野 翼，亀田 啓，横関 恵，宮 愛香，野本 博司，曹 圭龍，中村 昭伸，三好 秀明，渥美 達也（北海道大学病院 糖尿病・内分泌内科）

5. サクビトリルバルサルタンの血糖コントロールへの影響

○大場 知穂¹，竹内 淳¹，阿部 智絵¹，竹内 理恵²（さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック¹，さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック アスティ45²）

特別講演（13：00～14：00）

座長 亀田 啓（北海道大学病院 糖尿病・内分泌内科）

下垂体・副腎疾患診療の最近の話題－自験例より学んだこと

○大月 道夫（東京女子医科大学 内分泌内科）

女性医師専門医育成・再教育プロジェクト“JES We Can”企画セミナー（14：00～15：00）

座長 中村 明枝（北海道大学病院 小児科）

海外・国内留学により広がる医師のキャリアパス

演者 森川俊太郎（北海道大学病院 小児科）

湯野 暁子（勤医協中央病院 糖尿病内分泌内科）

一般演題2 (16:00~16:48)

座長 橘内 博哉 (旭川医科大学 内科学講座 病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

6. 副腎皮質ホルモン合成阻害薬の変更によりテストステロンの低下を認めた術後非寛解のクッシング病の1例

○古澤 翔¹, 亀田 啓¹, 宮 愛香¹, 野本 博司¹, 曹 圭龍^{1,2}, 中村 昭伸¹, 三好 秀明¹, 渥美 達也¹ (北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室¹, 北海道大学病院 医療・ヘルスサイエンス研究開発機構²)

7. HOMA-IRを用いてインスリン投与量を決定したインスリン負荷試験の有効性の検討

○高瀬 崇宏, 永井 聡, 馬場 菜月, 安井 彩乃, 遠藤三紀子, 吉岡 成人 (NTT東日本札幌病院 糖尿病内分泌内科)

8. ステロイド減量中に再燃したリンパ球性下垂体炎の1例

○澁佐 知歩¹, 亀田 啓², 濱谷 柚香², 宮 愛香², 野本 博司², 曹 圭龍², 中村 昭伸², 茂木 洋晃³, 松野 吉宏⁴, 三好 秀明², 渥美 達也² (北海道大学病院 臨床研修センター¹, 北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室², 北海道大学大学院医学研究院 脳神経外科³, 北海道大学病院 病理部/病理診断科⁴)

9. 鞍上部に生じた毛様細胞性星細胞腫により続発性副腎皮質機能低下症を呈した1例

○関 萌花¹, 亀田 啓², 宮本麻唯子², 小野 翼², 宮 愛香², 野本 博司², 曹 圭龍², 中村 昭伸², 山口 秀³, 田中 伸哉⁴, 三好 秀明², 渥美 達也² (北海道大学病院 臨床研修センター¹, 北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室², 北海道大学大学院医学研究院 脳神経外科³, 北海道大学大学院医学研究院 腫瘍病理学教室⁴)

10. 下垂体腺腫を疑われたIgG4関連下垂体炎の1例

○佐々木大河, 滝山 侑里, 佐々木彩華, 別所 瞭一, 橘内 博哉, 竹田 安孝, 滝山 由美 (旭川医科大学病院 病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

11. 一過性の副腎皮質機能低下症による低Na血症が疑われた下垂体卒中の1例

○宿田 夕季, 滝山 貴央, 辻 賢, 安孫子亜津子 (旭川赤十字病院 糖尿病・内分泌内科)

一般演題3 (16:48~17:36)

座長 三次 有奈 (市立札幌病院 糖尿病内分泌内科)

12. 甲状腺穿刺吸引細胞診検査におけるメンブレンフィルターの有用性について

○岩久 建志¹, 杉野 公則², 早坂 耕平¹, 堺澤 愛美¹, 坂田 彩夏¹, 伊藤 公一^{1,2} (医療法人社団甲仁会 さっぽろ甲状腺診療所¹, 伊藤病院²)

13. チアマゾール治療抵抗性バセドウ病の1例

○橘内 博哉¹, 滝山 侑里¹, 佐々木大河¹, 佐々木彩華¹, 別所 瞭一¹, 竹田 安孝¹, 沖崎 貴琢², 滝山 由美¹ (旭川医科大学 内科学講座 病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野 糖尿病内科学部門¹, 旭川医科大学 放射線医学講座²)

14. 小児がん経験者 (CCS) フォロー中に甲状腺がんを発症した4例

○金子 直哉, 菱村 希, 寺下友佳代, 中山加奈子, 山口 健史, 森川俊太郎, 長谷河昌孝, 澤井 彩織, 杉山未奈子, 平林 真介, 長 祐子, 真部 淳, 中村 明枝 (北海道大学 医学部小児科)

15. 頻拍性心房細動を合併するTSH不適切分泌症候群の1例

○湯野 暁子¹, 伊古田明美¹, 上原 拓樹², 郡司 尚玲², 小泉 茂樹¹, 紅粉 睦男¹, 田上 哲也³, 真尾 泰生¹ (勤医協中央病院 糖尿病内分泌内科¹, 勤医協中央病院 循環器内科², 国立病院機構京都医療センター 内分泌・代謝内科³)

16. 99mTc-MIBIシンチグラフィで集積を認めず術中intact PTH測定が有効だった高齢発症の原発性副甲状腺機能亢進症の1例

○横関 恵¹, 亀田 啓¹, 濱谷 柚香¹, 泉原 里美¹, 宮 愛香¹, 野本 博司¹, 曹 圭龍¹, 中村 昭伸¹, 鈴木 崇祥², 稲村 直哉³, 三好 秀明¹, 渥美 達也¹ (北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室¹, 北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室², 市立札幌病院耳鼻咽喉科・甲状腺外科³)

17. 出産後に診断したバセドウ病の1例

○高階 知紗, 吉田 和博, 辻 昌宏, 林下 晶子, 中谷 資隆, 崎山 信哉, 松浦 結子 (社会医療法人 母恋 天使病院 糖尿病・代謝内科)

1. カプトプリル負荷試験で境界域であったアルドステロン産生腺腫の1例

○武石侑杜¹, 馬場周平¹, 菅原 基¹, 三次有奈¹, 小原慎司¹, 和田典男¹, 相澤翔吾², 三浪圭太², 原田理予², 片山優子³, 石井保志³, 辻 隆裕³, 白濁浩明⁴, 安井太一⁴, 眞島隆成⁴ (市立札幌病院 糖尿病内分泌内科¹, 市立札幌病院 泌尿器科², 市立札幌病院 病理診断科³, 市立札幌病院 放射線診断科⁴)

【症例】61歳女性。58歳頃より高血圧を自覚していた。前医で血圧>200mmHgと高値であり降圧薬内服していた。アルドステロン・レニン比 ≥ 200 (PRA: 0.4 ng/ml/h, PAC (CLEIA): 85.9 pg/ml)と原発性アルドステロン症診療ガイドライン2021よりスクリーニング陽性であり、腹部CTにて直径20mmの左副腎腫瘍を認めたため原発性アルドステロン症 (PA) が疑われた。降圧治療継続も改善乏しく精査目的に当科紹介となった。カプトプリル負荷試験では境界域 (60分ARC3.0, PAC (CLEIA) 116.4, ARR38.8, 90分ARC3.0, PAC (CLEIA) 115.5, ARR38.5) であったが、AVSの適応ありと判断され入院となった。入院時降圧薬はニフェジピンとドキサゾシンの2剤内服していた。低K血症 (3.3mEq/l) を認めた。1mgDSTではコルチゾール1.5 μ g/dlと抑制されておりコルチゾールの過剰産生は否定的となった。AVSでは中心静脈でLR16.9と左優位で、左中心静脈、上行支脈でPAC>14,000pg/ml、左外側支脈でPAC<14,000pg/mlとなった。CT所見では左副腎の中での局在が判然としていなかったが、AVSの結果より左副腎上行支脈がアルドステロン産生腺腫 (APA) から血流を受けていると考えられた。その後当院泌尿器科で腹腔鏡下左副腎摘除術が施行され、術直後はPAC (CLEIA) <4.0pg/mlとなった。退院後降圧薬はニフェジピンのみに減量した。病理では副腎腫瘍は皮質腺腫でありCYP11B2陽性であった。【考察】カプトプリル負荷試験で境界域であったAPAの症例を経験した。本症例では低K血症、副腎腫瘍合併が存在したためAPAの可能性が高く、AVSが施行された。カプトプリル負荷試験で境界域の場合は陽性に比べAPAと診断される可能性は低いが、今後、境界域でAVSをどのような場合に行っていくかを検討する必要がある。

2. 副腎静脈の走行異常を認めた原発性アルドステロン症の1例

○浮田優也¹, 和田典男¹, 馬場周平¹, 菅原 基¹, 三次有奈¹, 小原慎司¹, 安井太一², 関仁志朗³, 石井保志⁴ (市立札幌病院 糖尿病・内分泌内科¹, 市立札幌病院 放射線診断科², 市立札幌病院 泌尿器外科³, 市立札幌病院 病理診断科⁴)

【症例】49歳女性。40歳より高血圧治療を受けていた。前医でアルドステロン・レニン比 (ARR) が447.5 (血漿アルドステロン濃度 (PAC) (CLEIA) 179pg/ml, 血漿レニン活性 (PRA) 0.4mg/ml/h) であり、CTで左副腎腫瘍を認めたため、原発性アルドステロン症 (PA) が疑われ、当科に紹介された。カプトプリル負荷試験で、負荷後60分値がPAC (CLEIA) 389.9pg/ml, 血漿レニン活性 (ARC) 2.2pg/ml, ARR 178.0で陽性であり、副腎静脈サンプリング (AVS) 目的に入院となった。入院時、PAC (CLEIA) 357.5pg/ml, ARC 2.2pg/ml, 血清カリウム 2.5mEq/lであった。造影CTでは左副腎に21 \times 17mmの腫瘍が認められた。さらに、左副腎静脈が2本ある可能性が指摘され、腹側内側の副腎静脈を1、背側外側の副腎静脈を2とした。AVS時に2本の左副腎静脈から採血した。左副腎静脈1では Selective Index (SI) がACTH負荷前で0.90, ACTH負荷後で2.40、左副腎静脈2ではSIがACTH負荷前4.50, ACTH負荷後33.39であったため副腎静脈2を用いて判定した。Lateralized ratio 5.61で左優位であり、contralateral ratio 0.31で右側のアルドステロン分泌の抑制が認められた。以上より、左副腎のアルドステロン産生腺腫が疑われた。当院泌尿器科で腹腔鏡下左副腎摘除術が施行され、術中に2本の左副腎静脈が同定された。病理診断は副腎腺腫でありCYP11B2陽性であった。術直後、高血圧は持続していたが、PAC 10.5pg/ml, 尿中アルドステロン1.8 μ g/dayと正常化した。【考察】左副腎静脈が2本存在したPAの症例を経験した。副腎摘除術546例中70例 (13%) に静脈の走行異常があり、左副腎静脈の走行異常は28例、2本の副腎静脈が20例であったという報告もあり、AVSのカテーテル挿入失敗のリスクとなる。本症例ではAVS前に施行したCTでの静脈走行の確認が副腎静脈の走行異常の診断に有用であった。

3. 高血圧精査に施行した迅速ACTH試験による潜在性副腎皮質機能低下症の検討

○永井 聡, 安井彩乃, 馬場菜月, 高瀬崇宏, 遠藤三紀子, 吉岡成人 (NTT東日本札幌病院 糖尿病内分泌内科)

【目的】原発性アルドステロン症 (PA) などの高血圧症の精査の際に診断のための検査として迅速ACTH試験が本邦では広く実施されており、主に血漿アルドステロン濃度の頂値とコルチゾール (F) の比を評価している。一方、副腎皮質機能低下症の評価としても迅速ACTH試験は行われF頂値<18 μ g/dLが副腎不全を否定できない基準となっている。今回我々はPA精査時に施行した迅速ACTH試験時に副腎不全が否定できない患者の頻度について検討した。【方法】対象は2016年1月から2022年6月までに当科でPA疑いのため迅速ACTH試験を行った375名。安静臥床後0, 30, 60分PAC, Fを採血し、F頂値<18 μ g/dLを副腎不全が否定できない群 (副腎不全群) とした。さらにF頂値 ≥ 18 μ g/dLの非副腎不全群と臨床症状、臨床因子、ステロイド使用歴などについて統計的に解析した。また、F頂値<15 μ g/dLの副腎不全の可能性が高い患者については詳細を検討した。【結果】375名中女性205名, 年齢56.6 \pm 11.1歳, BMI 25.0 \pm 4.4 kg/m²であった。副腎不全群は39名 (10.4%) で、非副腎不全群と比較し、年齢、性別、BMI、電解質など背景因子明らかな有意差を認めなかったが、ステロイド使用歴は有意に多く (30.8% vs 17.0%, p<0.05), 吸入ステロイド使用中の患者が最も多かった。またF頂値<15 μ g/dLであった患者は5名で、そのうちステロイド使用歴のない患者は3名 (全体の0.8%) であり、臨床症状や検査所見も認めず真の潜在性副腎機能低下症と考えられた。【結語】薬剤性を含めた潜在性副腎機能低下症の頻度は比較的多く、とくに吸入ステロイド使用患者がその原因として多かった。一方、自覚症状のない潜在性副腎機能低下症も認め、今後その臨床的特徴を明らかにする必要があると思われた。

4. 副腎不全疑いに対する比較的低用量のステロイド投与により急性ステロイド誘発性精神障害を呈した低ナトリウム血症の1例

○小野 翼, 亀田 啓, 横関 恵, 宮 愛香, 野本博司, 曹 圭龍, 中村昭伸, 三好秀明, 渥美達也 (北海道大学病院 糖尿病・内分泌内科)

【症例】64歳男性。うつ病の診断で精神科への通院歴がある。X-11年に先端巨大症と診断され経蝶形骨洞下垂体腺腫摘出術が施行されたが、寛解には至らずベグピソマント10mg/日の投与が継続されていた。X年10月より体調不良や倦怠感、ふらつきを認めた。同年11月の血液検査で血清Na 127mEq/Lと低値を認め精査加療目的に入院した。副腎不全を疑い診断的治療としてヒドロコルチゾン 50mgを経静脈投与した。入院2日目に突然「記憶が消される」「悪魔のささやきが聞こえる」などの言動を認め、トイレに立て籠るなどの異常行動が出現したためステロイド誘発性精神障害が疑われ、神経科に医療保護入院となった。転科後ヒドロコルチゾンは中止し、ハロペリドールが投与され精神症状は安定し、不穏な言動は消失した。低Na血症については精査の結果副腎皮質機能低下症は認めず、三叉神経痛に対して処方されていたカルバマゼピンによるSIADHが原因と判断し、同薬中止後血清Naは正常化した。【考察と結語】ステロイド誘発性精神障害は用量依存性でありプレドニゾン 40mg/日以上で発症頻度が上昇するとされているが、本症例では比較的低用量で発症した。背景としてうつ病の既往、低Na血症による意識障害が基礎にあったことも関与したと考えられる。既報ではプレドニゾン7.5及び15mgの投与で精神症状を呈した報告があり、ステロイド少量投与であってもステロイド誘発性精神障害の発症に留意する必要があると考えられた。

5. サクビトリルバルサルタンの血糖コントロールへの影響

○大場知穂¹, 竹内 淳¹, 阿部智絵¹, 竹内理恵² (さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック¹, さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック アステイ⁴⁵)

【背景】近年高血圧治療薬として承認されたサクビトリルバルサルタンはレニン・アンジオテンシン・アルドステロン系の阻害とナトリウム利尿ペプチド系の増強により、多彩な血圧規定因子に作用し、降圧効果を呈する薬剤である。同剤の第3層臨床試験のサブ解析では、糖尿病もしくはHbA1c 6.5%以上の患者3778名を対象に解析したところ、エナラプリル群と比較し、サクビトリルバルサルタン群においてHbA1cがより低下したと報告されている。【目的】実臨床におけるサクビトリルバルサルタンの血糖コントロールへの影響を検討する。【対象】2021年9月から2022年6月に当院外来通院し、サクビトリルバルサルタンを処方され、観察期間に糖尿病薬を変更していない患者。【方法】後方視的研究。サクビトリルバルサルタン投与前後の随時血糖値とHbA1cの変化を検討した。HbA1cの変化量とインスリン分泌能などの各臨床指標との関連を検討した。【結果】全23例、女性11例、男性12例、年齢 65.3 ± 13.4 歳、BMI 26.5 ± 5.3 kg/m²、収縮期血圧 152.0 ± 20.9 mmHg、拡張期血圧 84.0 ± 13.8 mmHg、推定GFR 68.5 ± 21.0 mL/min/1.73m²、随時血糖値 165.7 ± 43.9 mg/dL、HbA1c $6.78 \pm 0.89\%$ 、IRI 12.1 ± 7.4 μ U/mLであった。サクビトリルバルサルタン投与後、収縮期血圧 136.0 ± 16.8 mmHg (投与前と比較し $p < 0.01$)、拡張期血圧 75.0 ± 10.1 mmHg ($p < 0.01$)、随時血糖値 126.3 ± 27.6 mg/dL ($p < 0.01$)、HbA1c $6.53 \pm 0.77\%$ ($p < 0.01$)と有意に低下した。HbA1c変化量とインスリン分泌能などの各指標との関連は認められなかった。【結果】本検討では、サクビトリルバルサルタン投与後に血糖コントロールが改善した。

6. 副腎皮質ホルモン合成阻害薬の変更によりテストステロンの低下を認めた術後非寛解のクッシング病の1例

○古澤 翔¹, 亀田 啓¹, 宮 愛香¹, 野本博司¹, 曹 圭龍^{1,2}, 中村昭伸¹, 三好秀明¹, 渥美達也¹ (北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室¹, 北海道大学病院 医療・ヘルスサイエンス研究開発機構²)

【背景】2021年3月にクッシング症候群に対して副腎皮質ホルモン合成阻害薬のオシロドロスタットの投与が承認されたが、実臨床での報告は少ない。【症例】48歳、女性、X-12年に体幹部の多毛・頭部の脱毛のため近医を受診した際に身体所見からクッシング症候群が疑われ当科紹介となった。X-11年に入院精査を行いクッシング病と診断され2回の経蝶形骨洞の下垂体腺腫摘除術が施行されるも寛解せず、メチラポンとハイドロコルチゾンの内服による治療が行われていた。メチラポンの内服による男性化徴候の訴えがあり、X-3年3月からパシレオチドLARを追加し、メチラポンを減量した。X-2年12月さらにトリロスタタンが追加された。X年10月入院下でハイドロコルチゾン15mg/日の内服は継続してメチラポンとトリロスタタンからオシロドロスタットへの切り替えを行った。メチラポン1000mg/日とトリロスタタン240mg/日投与中の尿中遊離コルチゾール(UFC)を測定した値を参考にオシロドロスタット2mg/dayから内服を開始し、オシロドロスタット4mg/日でほぼ同等のUFCの値となった。オシロドロスタットによる有害事象は認めなかった。薬剤変更前と比較してコルチゾール($16.4 \rightarrow 4 \mu$ g/dl)、テストステロン($109 \text{ng/ml} \rightarrow$ 測定感度未満)の低下を認め、脱毛などの男性化徴候は改善を認めた。【考察】オシロドロスタットは11 β -水酸化酵素の経口阻害剤であり作用機序はメチラポンと同様であるが、血漿中半減期が長くCYP11B1に対する活性が高いため代償的にテストステロンの増加が想定されるが、本症例では低下した。液体クロマトグラフ質量分析計によるステロイドホルモン測定ではオシロドロスタットへの変更後CYP17A1の抑制が示唆され、テストステロン低下の原因であった可能性が考えられた。

7. HOMA-IRを用いてインスリン投与量を決定したインスリン負荷試験の有効性の検討

○高瀬崇宏, 永井 聡, 馬場菜月, 安井彩乃, 遠藤三紀子, 吉岡成人 (NTT東日本札幌病院 糖尿病内分泌内科)

【目的】インスリン負荷試験(ITT)は視床下部を介するGH、ACTH/コルチゾール系の分泌刺激試験であるが、低血糖を来さずに有効刺激が得られないことがある。既報では不成功の予測因子としてHOMA-IR高値が報告されており、以前に我々はインスリン投与量決定にHOMA-IR $\times 0.15$ U/kgを用いて試験成功率を検討したが、高い成功率には達しなかった。今回我々はHOMA-IR $\times 0.15$ U/kgを用いたHOMA-IR使用群とHOMA-IRを使用しない従来法群と比較してその有用性を検討した。【方法】対象は2022年3月までに当科でITTを施行した65歳未満の患者で、HOMA-IR $\times 0.15$ U/kgを用いたHOMA-IR使用群30例、従来法群29例。HOMA-IRは試験前に測定して算出した。試験成功は血糖底値45mg/dL以下とし、HOMA-IR使用群・従来法群の成功率について統計学的に比較検討した。さらに、両群において成功・不成功に関する背景因子についても検討した。【結果】男性22例、女性37例、年齢 42.4 ± 12.3 歳、BMI 25.1 ± 7.7 kg/m²。HOMA-IR使用群と従来法群の患者背景にはインスリン投与量を含めて明らかな差を認めなかった。ITTによる合併症は全例で認めなかった。試験の成功率は従来法群で72.4%、使用群で93.3%であり、HOMA-IR使用群で有意に成功率が上昇した($p < 0.05$)。従来法群では不成功で有意に年齢が若く、BMIが高かったが、HOMA-IR使用群では成功と不成功で背景因子に明らかな差を認めなかった。【結論】ITTにおいてHOMA-IR $\times 0.15$ U/kgを用いてインスリン投与量を決定することで安全性を維持しつつ成功率が上昇する可能性が示唆された。

8. ステロイド減量中に再燃したリンパ球性下垂体炎の1例

○澁佐知歩¹, 亀田 啓², 濱谷柚香², 宮 愛香², 野本博司², 曹 圭龍², 中村昭伸², 茂木洋晃³, 松野吉宏⁴, 三好秀明², 渥美達也² (北海道大学病院 臨床研修センター¹, 北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室², 北海道大学大学院医学研究院 脳神経外科³, 北海道大学病院 病理部/病理診断科⁴)

【症例】58歳男性。X-1年7月に頭痛と複視を自覚した。X-1年12月に近医を受診し頭部MRIで下垂体の腫大を認め、下垂体炎が疑われプレドニゾロン30mgが開始となった。自覚症状は改善したが、X年5月にプレドニゾロンを漸減中止したところ症状の再燃を認め、X年8月に精査目的に当科へ入院となった。頭部MRIにて下垂体の腫大とT2強調像で両側海綿静脈洞に低信号病変を認めた。尿崩症を疑う臨床症状はなく、病歴や血液検査から結核や真菌感染、サルコイドーシスやIgG4関連疾患などの全身肉芽腫性疾患は否定的であった。経蝶形骨洞の下垂体生検術を施行したところ下垂体前葉の腺房内外にびまん性リンパ球浸潤を認め、リンパ球性下垂体炎と診断した。下垂体機能評価では、CRH・TRH・LHRH試験にてACTHの過大反応、LHとコルチゾールの反応低下を認め、GHRP-2試験で重症GH分泌不全症の基準を満たした。同月よりプレドニゾロン60mg/日の内服を開始したところ複視は軽度残存したが頭痛は消失し、頭部MRIでも経時的に下垂体の腫大は改善した。X+1年2月にプレドニゾロン5mg/日まで漸減しX+1年4月に下垂体機能の再評価を行ったが、治療前と変化はなかった。同月にプレドニゾロンを2.5mg/日まで減量したところ頭痛の出現と頭部MRIにて下垂体腫大の増悪がありリンパ球性下垂体炎の再燃と考えプレドニゾロンを30mgに増量し経過をみている。【考察・結論】ステロイド減量後に再燃したリンパ球性下垂体炎の1例を経験した。リンパ球性下垂体炎に対するステロイドの減量方法は確立されておらず、症状の経過や画像所見をフォローしながら慎重に減量していく必要があると考えられた。

9. 鞍上部に生じた毛様細胞性星細胞腫により続発性副腎皮質機能低下症を呈した1例

○関 萌花¹, 亀田 啓², 宮本麻唯子², 小野 翼², 宮 愛香², 野本博司², 曹 圭龍², 中村昭伸², 山口 秀³, 田中伸哉⁴, 三好秀明², 渥美達也² (北海道大学病院 臨床研修センター¹, 北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室², 北海道大学大学院医学研究院 脳神経外科³, 北海道大学大学院医学研究院 腫瘍病理学教室⁴)

【症例】17歳男性。生来健康であった。X年2月にスキー中に転倒し一過性の意識障害を呈したため前医脳神経外科に搬送され、第三脳室内出血と鞍上部腫瘍を指摘された。開頭腫瘍生検と血腫除去術が施行され毛様細胞性星細胞腫と診断された。化学療法目的にX年3月に当院脳神経外科に紹介となり、血中コルチゾール低値を認めためヒドロコルチゾン5mg/日の内服が開始された。同年4月に下垂体機能評価目的で当科に入院となった。低Na血症や低血圧症は認めなかったが、早朝血中コルチゾール基礎値は8.3 μ g/dLであり、迅速ACTH試験では頂値15.1 μ g/dLと反応低下を認めた。CRH試験ではコルチゾール頂値は18 μ g/dL未満であった一方、ACTHは過大反応を示し視床下部性の続発性副腎皮質機能低下症と診断した。成長ホルモンや性腺ホルモン、甲状腺刺激ホルモンの分泌低下は認めなかった。続発性副腎皮質機能低下症に対してヒドロコルチゾンを15mg/日に増量し退院とした。その後、脳神経外科にて化学療法が継続されている。【考察】外傷性腫瘍出血を契機に、鞍上部に生じた毛様細胞性星細胞腫ならびに続発性副腎皮質機能低下症と診断した症例を経験した。毛様細胞性星細胞腫は乳児から青年期に好発する低悪性度神経膠腫の1つであるが、視床下部に生じる確率は約5%とまれである。視神経視床下部神経膠腫では中枢性思春期早発症や成長ホルモン分泌欠乏症が生じやすいとされており、これまで本症例のようなACTH系のみ分泌低下の報告はない。第三脳室近傍に存在しCRHを分泌する神経核が脳室内出血により障害された可能性がある。脳腫瘍患者においては、腫瘍の発生部位や種類にかかわらず、内分泌学的評価が重要である。

10. 下垂体腺腫を疑われたIgG4関連下垂体炎の1例

○佐々木大河, 滝山侑里, 佐々木彩華, 別所瞭一, 橋内博哉, 竹田安孝, 滝山由美 (旭川医科大学病院 病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

【症例】74歳男性。【主訴】視力障害、口渇、多尿。【現病歴】X-1年11月、視野の違和感や倦怠感、X年1月、倦怠感の増強、口渇、多尿を主訴に、前医を受診した。急激な視野障害の進行を伴う下垂体腺腫の診断で、X年2月に当院脳神経外科を紹介受診し、術前精査目的で当科紹介入院となった。【併存症】2型糖尿病 (インスリン治療)、橋本病 (LT4 75 μ g)、眼サルコイドーシス (PSL 7mg)、成人still病。【家族歴】父：大腸癌、結核、母：甲状腺疾患、乳癌、長女：妊娠中一過性尿崩症。【経過】造影MRI検査で著明な下垂体・下垂体茎の肥厚、下垂体後葉の輝度値低下を認め、下垂体病変による圧迫症状である視力障害と考えられた。口渇、多飲、多尿、尿浸透圧低下、AVP分泌低下 (血清Na 148 mmol/L)、DDAVP負荷による尿浸透圧上昇、ACTH基礎値低下を認めた。IgG4 高値 (216 mg/dL) より、IgG4関連下垂体炎が疑われ、第9病日よりプレドニゾン (PSL) 投与開始後、下垂体および下垂体茎の有意な縮小、視力障害の改善を認めた。PSL減量中に視力障害の増悪を認め、外科的な減圧術を検討したが、下垂体は縮小したままであることから、下垂体による圧迫症状の増悪は否定的であり、また、周囲硬膜炎を伴い摘出困難、術後下垂体機能全廃の危険性より、内科的治療を継続した。第56病日、PSL 22.5mg/日、ミニニンメルト30 μ g/日内服とし退院となる。【考察】IgG4関連下垂体炎の有病率は、下垂体炎症性疾患のうち約30%、下垂体機能低下症のうち約4%と報告されている (Eur.J.Endocrinol. 170 (2),161-172 (2014))。また、自己免疫疾患 (橋本病) の合併例が比較的多いことが報告されており、下垂体腫瘍の内分泌疾患精査時にはIgG4関連疾患の可能性も考慮し鑑別を行うことが重要である。

11. 一過性の副腎皮質機能低下症による低Na血症が疑われた下垂体卒中の1例

○宿田夕季, 滝山貴史, 辻 賢, 安孫子亜津子 (旭川赤十字病院 糖尿病・内分泌内科)

【症例】30代男性。【主訴】頭痛、食欲不振、嘔気。【現病歴】気管支喘息の他に特記すべき既往歴なし。X-14日に床の玩具に躓いて転倒し顎を打撲。X-11日より食思不振、側頭部～頸部痛、嘔気が出現しX-10日にA病院脳神経外科を受診し、頭部CTで異常なく緊張型頭痛と診断。X-5日に再度頭痛、頸部痛あり受診したが、頸椎捻挫と診断。X-2日に食思不振が続き、1週間で3kgの体重減少あり同院内科を受診し、Na 119 mEq/Lにて即日入院となった。補液を行ったがNa 114 mEq/Lと改善なく、X日に当院転院となった。【経過】第6病日まで補液によるNa補正を行いNa 133 mEq/Lへ上昇、頭痛や食思不振は改善した。一時的にNaCl 10g/日以上を経口摂取へ切替えたが、第10病日からNaCl 7.5g/日とした。来院時TSH 0.166 mIU/L、FT4 0.73 ng/dLと中枢性甲状腺機能低下症が疑われたため、第2病日に下垂体MRIを施行。トルコ鞍内に13×13mm大の境界明瞭なT1WI低信号/T2WI高信号域、内側尾部に不均一なT1WI高信号/T2WI低信号域を認め、下垂体卒中と診断した。視野障害は認めず、脳神経外科で経過観察の方針となった。第2病日の早朝空腹時のコルチゾール5.7 μ g/dLと副腎不全を否定できず、第3病日の早朝空腹時の迅速ACTH試験でコルチゾール頂値 30.7 μ g/dLであった。第6病日の24時間蓄尿検査で尿中コルチゾール 293.2 μ g/日、TSH 1.176 mIU/L、FT4 0.90 ng/dLであった。副腎皮質ホルモンの補充は行わず、低Na血症の増悪を認めなかったため第13病日に退院とした。【考察】下垂体卒中は軽微な頭部外傷を契機に生じた例が散見される。頭部CTで出血の検出率は21%と低く、診断までに3週間程度を要した例もある。50～80%と高率に副腎皮質機能低下症を生じるとされ、頭痛や嘔気に加え、低Na血症から本疾患を想起する必要がある。保存的治療中に下垂体前葉機能の回復を認めたとする報告があり、本例も一過性の副腎皮質機能低下症による低Na血症を生じた可能性を考える。

12. 甲状腺穿刺吸引細胞診検査におけるメンブレンフィルターの有用性について

○岩久建志¹, 杉野公則², 早坂耕平¹, 堺澤愛美¹, 坂田彩夏¹, 伊藤公一^{1,2} (医療法人社団甲仁会 さっぽろ甲状腺診療所¹, 伊藤病院²)

【はじめに】甲状腺穿刺吸引細胞診検査において、適切な部位に穿刺ができて検体の採取状況により『検体不適正』となることが避けられないが、塗抹標本に加えメンブレンフィルターを併用することにより細胞の回収効率が上がり観察できる細胞が増加し診断精度の向上が得られるため、メンブレンフィルター併用による『検体不適正』の低減効果について検討を行った。【対象と方法】2017年11月から2022年3月の期間に当院で甲状腺穿刺吸引細胞診を施行した1604例 (男性 251例, 女性 1353例, 年齢中央値 53歳: 11-91歳) を対象とした。塗抹標本に加えメンブレンフィルター導入前後 (導入前, 導入後) の『検体不適正』の出現頻度について後方視的に検討した。【結果】検体総数は2766検体 (導入前 311検体, 導入後 2455検体, うちリンパ節からの採取は導入前16検体, 導入後 77検体) だった。塗抹標本で観察困難な検体は導入前 31検体 (10.0%), 導入後 376検体 (15.3%) だったが、メンブレンフィルター併用により最終診断で『検体不適正』となった検体は、導入前 31検体 (10.0%), 導入後 38検体 (1.5%) だった。 ($p < 0.001$: χ^2 検定) 塗抹標本で観察困難でもメンブレンフィルター併用により診断し得た338例のうちわけは良性 301例 (89.1%), 良悪判定困難 4例 (1.2%), 悪性 (全例乳頭癌) 27例 (8.0%), 悪性リンパ腫 1例 (0.3%), 嚢胞 4例 (1.2%), リンパ節 (リンパ節転移無し) 1例 (0.3%) だった。【まとめ】甲状腺穿刺吸引細胞診では、一定の割合で『検体不適正』を避けることができないが、メンブレンフィルター併用により『検体不適正』が減少し、不要な再検査による患者負担と診断までの期間の延長を避けることができる。さらにメンブレンフィルターにより回収でき観察し得た検体は良性のみでなく少量ではあるが悪性の検体も含まれるため診断的な有用性も得られる。

13. チアマゾール治療抵抗性バセドウ病の1例

○橋内博哉¹, 滝山佑里¹, 佐々木大河¹, 佐々木彩華¹, 別所瞭一¹, 竹田安孝¹, 沖崎貴琢², 滝山由美¹ (旭川医科大学 内科学講座 病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野 糖尿病内科学部門¹, 旭川医科大学 放射線医学講座²)

【症例】60歳女性【主訴】嘔気・嘔吐【現病歴】X年8月、嘔気・嘔吐を主訴に近医入院時、バセドウ病と診断され、チアマゾール (MMI)、ヨウ化カリウム (KI) 内服開始された。しかしながら、消化器症状が増悪し、甲状腺クリーゼ疑いで当院転院となる。【既往歴】57歳：糖尿病ケトアシドーシス。【家族歴】父；心筋梗塞、母；糖尿病、子宮頸癌。【経過】転院時、MMI 60 mg/日、KI 50 mg/日併用下、FT3 >32.50 pg/mL、FT4 >7.77 ng/dL、TSH <0.01 μ IU/mL、TRAb 23.4 IU/L、TgAb 11.3 IU/mL、TPOAb <9.00 IU/mL、Tg 254 ng/mL。中枢神経症状無し、甲状腺腫III度、頸脈、心房細動、消化器症状より、甲状腺クリーゼの疑い例と診断し、KI 200 mg/日、ヒドロコルチゾン (HC) 300mg/日に増量した。甲状腺超音波検査では、びまん性腫大、血流亢進、内部エコー不均一、両葉に嚢胞状結節を認めた。MMIの吸収障害を疑い、第8病日MMI注射剤 30 mg/日投与に変更した。MMI投与2時間後の血中濃度は、60 mg/日内服時1555.94 ng/mL、30 mg/日静注時1308.52 ng/mLと既報以上の結果であった。甲状腺機能正常化が得られないため、第41病日I¹³¹内用療法施行後、甲状腺機能は改善し第58病日に退院となった。【考察】高用量MMI治療抵抗性バセドウ病の報告では、服薬アドヒアランス低下や消化器疾患による吸収障害を背景としたものが多い。本症例ではMMI血中濃度は経口・静注時ともに十分に得られていることから、MMI治療抵抗性機序として、甲状腺細胞内へのMMI取り込み障害が示唆された。

14. 小児がん経験者 (CCS) フォロー中に甲状腺がんを発症した4例

○金子直哉, 菱村 希, 寺下友佳代, 中山加奈子, 山口健史, 森川俊太郎, 長谷河昌孝, 澤井彩織, 杉山未奈子, 平林真介, 長 祐子, 真部 淳, 中村明枝 (北海道大学 医学部 小児科)

【背景】小児がん経験者 (CCS) における甲状腺がん発症リスクとして、甲状腺への放射線照射が知られている。今回、原疾患治療後のフォロー中に甲状腺がんを発症した4例を経験したので報告する。

【症例】4例の原疾患は急性リンパ性白血病、混合系統白血病、神経芽腫 (副腎原発、stage4)、小脳髄芽腫であった。急性リンパ性白血病の1例は診断時4.8歳、骨髄移植の前処置として全身照射 (TBI) 12Gyを受け、治療後13.1年で乳頭がんを発症した。混合系統白血病の1例は診断時2.7歳、骨髄移植の前処置としてTBI 12.0Gyを受け、治療後11.5年で乳頭がんを発症した。神経芽腫の1例は診断時4.9歳、臍帯血移植の前処置としてTBI 4Gyを受け、治療後3.2年で濾胞がんを発症した。髄芽腫の1例は診断時1.4歳、全脳全脊髄照射 (CSI) 25Gy (X線) を受け、治療後32.0年で乳頭がん疑いとなり、現在精査中である。診断契機は頸部腫脹が1例、CCSフォローのための甲状腺エコー (全て初回) が3例で、診断時の血清サイログロブリン値は中央値41.9 ng/mL (38.3-501.7 ng/mL) であった。髄芽腫の1例は甲状腺機能低下症に対しレボチロキシンナトリウムを補充していたが、3例は甲状腺機能正常であった。

【考察】今回甲状腺がんを発症した症例のうち、4例で照射時年齢が低く、3例で治療後の経過年数が長かった。TBIやCSIには甲状腺への被ばくがあり、特に上記のような症例には定期的なフォローが必要である。

15. 頻拍性心房細動を合併するTSH不適切分泌症候群の1例

○湯野暁子¹, 伊古田明美¹, 上原拓樹², 郡司尚玲², 小泉茂樹¹, 紅粉睦男¹, 田上哲也³, 真尾泰生¹ (勤医協中央病院 糖尿病内分内分泌科¹, 勤医協中央病院 循環器内科², 国立病院機構京都医療センター 内分泌・代謝内科³)

【背景】真のTSH不適切分泌症候群 (SITSH) のうち、家族内発症が明らかでなく、下垂体MRIでマクロアデノマを認めず、甲状腺ホルモン受容体 (TR) β 遺伝子変異を認めない例については、TSH産生下垂体腫瘍とTR β 遺伝子変異を認めない甲状腺ホルモン不応症を念頭におきつつ経過観察とされている。

【症例】76歳男性。73歳時に労作時息切れを認め当院へ紹介され、うっ血性心不全、頻拍性心房細動の診断で入院となった。甲状腺疾患の家族歴は不明。身長 167 cm、体重 61 kg、BMI 21.9。甲状腺腫大なし。心臓エコー検査で高度の僧帽弁閉鎖不全症と左室の全周性壁運動低下を認めた。ピソプロロール 5mg/日、フロセミド 40mg/日の投与で症状は改善。TSH 3.64 μ IU/mL、fT3 7.58 pg/mL、fT4 3.98 ng/dLとSITSHを認め、複数回の測定、2ステップ法やPEG処理後の値も同様の結果だった。ALP 301 U/L (115-359)、CK 81 U/L (62-287) と正常で、T-Chol 124 mg/dL と低値。TRAb 0.3 IU/L (<2.0)、抗Tg抗体 <10 IU/mL (<28)、抗TPO抗体 <9 IU/mL (<16) といずれも陰性。下垂体前葉ホルモン値の異常なし。 α サブユニット/TSHモル比 1.53と高値で、下垂体造影MRIでは3mm大の造影欠損領域を認めた。99mTcO₄-甲状腺シンチグラフィー撮取率は0.35%と正常範囲内。TR β 遺伝子解析で病的変異を認めなかった。持続性心房細動に対してカテーテルアブレーションを施行し3年間の洞調律を維持することができ、左室収縮能も改善した。SITSHは原因疾患を特定できないまま現在まで継続しており、心房細動が再発し再治療を予定している。

【考察】甲状腺機能亢進症に合併した心房細動では甲状腺機能の安定化が優先される。SITSHで下垂体ミクローアデノマの場合は診断が難しいことも多く、心房細動を合併する場合にはより注意が必要である。

16. 99mTc-MIBIシンチグラフィで集積を認めず術中intact PTH測定が有効だった高齢発症の原発性副甲状腺機能亢進症の1例

○横関 恵¹, 亀田 啓¹, 濱谷柚香¹, 泉原里美¹, 宮 愛香¹, 野本博司¹, 曹 圭龍¹, 中村昭伸¹, 鈴木崇祥², 稲村直哉³, 三好秀明¹, 渥美達也¹ (北海道大学大学院医学院・医学研究院 免疫・代謝内科学教室¹, 北海道大学大学院医学研究院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室², 市立札幌病院耳鼻咽喉科・甲状腺外科³)

【症例】85歳女性。X-2年に他院で施行された血液検査で高Ca血症、intact PTH (iPTH) 高値、頸部エコーで左上副甲状腺腫大を認め原発性副甲状腺機能亢進症 (PHPT) と診断されたが無症状のため経過観察となった。X年Y月に盲腸癌術前の血液検査で補正Ca 12.2 mg/dLと高値のため当科を初診し、アレンドロン酸35 mg/週、エボカルセト 2 mg/日の内服を開始した。Y+2月に定期受診した際に体動困難を認めた。数日前からの内服自己中断が判明し、補正Ca 15.2 mg/dL、iPTH 712 pg/mLと高値のため治療目的に当科入院となった。生理食塩水とエルカトニンを投与し、エボカルセトの内服を再開した。頸部エコーで内部に嚢胞を伴う左上副甲状腺腫大を認めたが、99mTc-MIBIシンチグラフィ (99mTc-MIBI) では同部位への集積はなかった。投薬治療を希望され、エボカルセトを24 mg/日まで漸増したが、高Ca血症は改善せず、手術治療を行なった。術中にiPTHの測定を行ったところ、左副甲状腺摘出前と15分後でiPTHは478 pg/mLから62.2 pg/mLまで低下したため、同腺が責任病変と考えられた。術後はエボカルセトを中止し、補正Ca 8.6 mg/dL、iPTH 23 pg/mLと良好に経過した。【考察】99mTc-MIBIと頸部エコーの感度はそれぞれ80~87%、77~83%、特異度は83~91%、71~82%であり、PHPTの診断には両者の併用が有効とされる。99mTc-MIBIで集積を認めない病変の特徴として、腫瘍サイズが小さいこと、多腺病変、嚢胞の合併などが挙げられる。術前画像検査の診断精度は高いが、非典型所見を示す場合もあり、術中iPTH測定が治療において有効と考えられた。高齢になる程、入院や手術に伴うリスクも増加するため、診断後早期の手術治療が望ましいと思われた。

17. 出産後に診断したバセドウ病の1例

○高階知紗, 吉田和博, 辻 昌宏, 林下晶子, 中谷資隆,
崎山信哉, 松浦結子 (社会医療法人 母恋 天使病院 糖尿病・
代謝内科)

【症例】 35歳、女性 【現病歴】 X-1年に59kgから54kgまで体重減少を認めていた。X年2月に妊娠が判明し前医にて妊婦健診を受けていた。診察時血圧140/80 mmHg と高めであったが、家庭血圧130/70 mmHgであり白衣高血圧として管理していた。妊娠33週X年8月に前医にて羊水混濁を伴う破水があり、当院産婦人科へ母胎搬送され、同日緊急帝王切開で出産された。分娩後より頻脈があり、産後3日目の採血にてFT4 4.3 ng/dl, TSH 0.01 μ IU/mlと甲状腺機能亢進症を認め、当科紹介となった。受診時自覚的に頻脈、他覚的に多汗、眼球突出を認め、BT 36.5 $^{\circ}$ C BP 140/76 mmHg, 脈拍98 bpm, びまん性甲状腺腫大を認めた。また、甲状腺エコーにて甲状腺腫大とhypervascularを認めた。以上の身体・検査所見よりバセドウ病を疑い、授乳を考慮してプロパジールを選択し、300mg/dayにて開始した。後日TR-Ab 10.1 IU/Lと高値を認め、バセドウ病と診断した。出生児は甲状腺機能異常を認めなかった。経過中プロパジールにてコントロール不良であり、X+1年3月よりメルカゾール15mgに変更した。メルカゾール10mgに減量後に再燃を認め、メルカゾール12.5mgで維持し治療中である。TR-Abは5.8 IU/Lと高値であった。妊娠中の甲状腺スクリーニングについては定まった基準はないと推察され、当院産婦人科では札幌市衛生研究所に妊婦甲状腺機能検査を提出している。妊娠中の甲状腺スクリーニングについての現状と文献を交えて考察する。