

性の腹痛では当疾患を鑑別疾患に挙げる必要がある。

#### 【参考文献】

日本消化器外科会誌31(12) : 2374-2378,

1998

家庭医療11 (2) : 4-9,2005 「一般内科外来におけるFitz-Hugh-Curtis症候群の検討」

日本プライマリケア連合会会誌35(2):  
168-173,2012

#### 第13回

平成25年9月5日

9F会議室A、B

参加者 44名

#### 心悸亢進を来たした2症例

発表者 富田一聖 (内 科)

司会者 高見史朗 (総合内科)

#### 《症例1》

【患者】 60歳 女性

【主訴】 発熱、咽頭痛、動悸

【既往歴】 10歳代 虫垂炎術後、更年期障害

【内服】 ツムラ加味逍遙散7.5g、メデポリン3錠、クラシエ小青竜湯6g

【家族歴】 特記事項なし

【嗜好歴】 アルコール・タバコなし

【アレルギー】 なし

【社会歴】 夫と二人暮らし、ADL自立

【現病歴】 201x年5月6日から、午後になると突発的に39度以上の高熱が出るようになつた。1時間ほど高熱が持続し、多量の発汗とともに解熱する状態を繰り返していた。5月12日より咽頭痛と動悸も伴ってきたため近医を受診し、5月15日に発熱の精査目的に当院へ紹介受診となる。

ROS: 下痢(+)、体重減少(1kg減/週)、寝汗(+)。

【初診時現症】 身長: 152cm 体重: 36.5kg

BMI: 15.8kg/m<sup>2</sup>、血圧: 121/70mmHg、脈拍: 97bpm整、体温: 37.1°C、意識清明JCS0眼瞼結膜: 貧血なし、眼球結膜: 黄疸なし頸部リンパ節腫脹なし 甲状腺はびまん性に腫大あり、弹性軟、右葉に著明な圧痛あり胸部: 特記すべき異常所見認めず 腹部: 平坦・軟、腸蠕動音正常 下腿浮腫なし

【検査データ】 Hb 9.4g/dl、白血球 9,400/μl、血小板 38.5×10<sup>4</sup>/μl、AST 13IU/l、ALT 9IU/l、LDH 168IU/l、BUN 12mg/dl、Cr 0.43mg/dl、Na 140mEq/l、K 3.7mEq/l、Cl 105mEq/l、血糖 125mg/dl、HbA1c (NGSP) 6.4%、CRP 3.06 mg/dl、TSH < 0.020 μU/ml、FreeT4 2.78ng/dl、FreeT3 9.20pg/ml、赤沈98.0mm/hr、サイログロブリン 1219.0ng/ml (≤32.7)、抗サイログロブリン抗体 48.1(<28.0)、抗TPO(ペルオキシダーゼ)抗体 < 5倍(<16倍)、TSH受容体抗体 隆性、抗核抗体<40倍

【画像所見】 甲状腺エコー: 右上葉の圧痛部位に一致して境界不明瞭な低エコー領域あり。

甲状腺Tcシンチ: 甲状腺への集積は両葉で低下。

#### 【臨床経過】 (Table1)

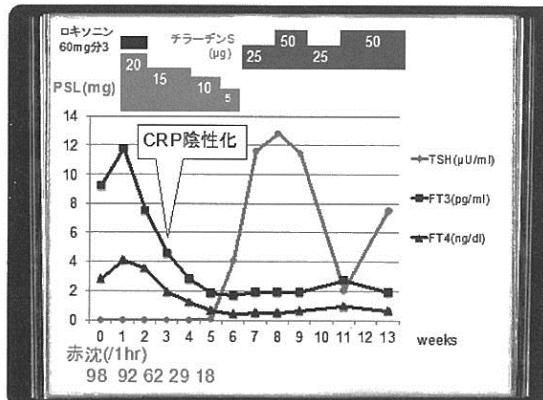


Table 1

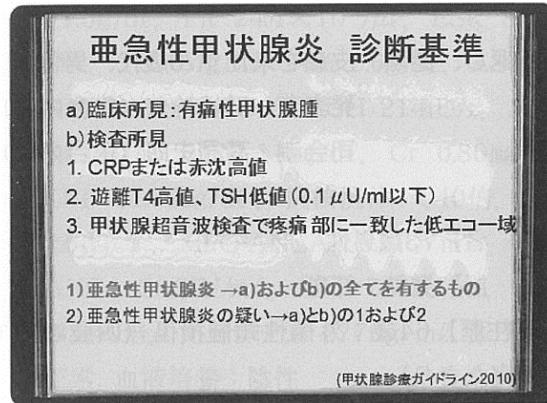
臨床経過と画像所見より亜急性甲状腺炎の診断とし (Table2)、プレドニゾロン20mg/dayとロキソニンの投与を開始し、速やかに症状の改善を認めた。以後プレドニゾロンは漸減し、6週後に終了した。外来通院にて、甲状腺機能低下症の状態となり、チラーチン

# 検討会レポート

S内服を持続投与している。

## 【診断】亜急性甲状腺炎

Table 2



## 《症例2》

【症例】84歳女性

【主訴】動悸、呼吸困難

【既往歴】心房細動、高脂血症、両膝TKA術後

【内服】マグミット330mg 3錠、ロキソニン

120mg、ムコスタ200mg、スピロノラクトン  
50mg、ラシックス40mg、ロコール40mg

【嗜好歴】タバコ・アルコールなし

【現病歴】201x年1月頃、横になると喘鳴があり近医で処方を受けていた。その後も喘息様の症状を繰り返しており、6月14日Basedow病に伴う心房細動・心不全の診断で近医よりメルカゾール、ワーファリン、利尿剤が開始。6月27日動悸と労作時呼吸困難が増悪したため、当院に紹介受診となる。

【初診時現症】身長：159cm 体重：70kg 血圧：  
131/73mmHg 脈拍：121bpm・不整 体温  
36.7度、頸部リンパ節腫脹なし 甲状腺腫大  
なし、圧痛なし 胸部：肺音清、ラ音聴取不  
可、心音不整 両下腿にpitting edemaあり

【検査データ】<血液所見> Hb 11.3g/dl, 白  
血球 8,100/ $\mu$ l, 血小板  $29.5 \times 10^3/\mu$ l, AST  
38IU/l, ALT 38IU/l, LDH 365IU/l, BU  
N 26mg/dl, Cr 0.69mg/dl, Na144 mEq/l,  
K 4.5mEq/l, Cl 110mEq/l, TSH <0.200

$\mu$  U/ml, FreeT4 1.41ng/dl, FreeT3 3.63  
pg/ml, 抗サイログロブリン抗体 12.2 (<  
28.0), 抗TPO抗体 < 5U/ml (<16倍), T  
SH受容体抗体 隆性

【画像所見】胸部X P：心拡大あり (CTR60%)

心電図：心房細動 甲状腺Tcシンチ：甲状  
腺への取り込み正常で形態も正常

【臨床経過】 (Table3)

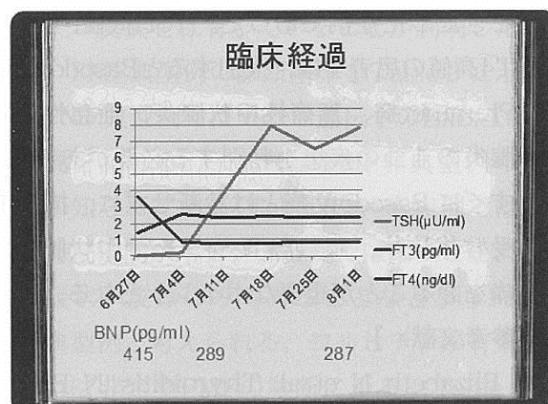


Table 3

初診時、動悸、心不全の原因として、甲  
状腺中毒症に伴う心房細動と判断した。TSH  
受容体抗体は陰性であり、Basedow病は否  
定的だったため、メルカゾールをすぐに中止  
し、ヨウ化カリウム内服を開始した。心不全  
は利尿剤投与により改善し、胸部レントゲン  
上も心拡大は消失した。臨床経過と画像所見  
より無痛性甲状腺炎の診断となるが、治療経  
過中に甲状腺機能低下症となったため引き続  
き外来フォローとなつた。

【診断】無痛性甲状腺炎

【考察】

《症例1》亜急性甲状腺炎の5-10%は甲  
状腺機能低下症へと移行する<sup>1)</sup>、橋本病の経過  
中に亜急性甲状腺炎を合併する例が稀にみら  
れる<sup>2)</sup>。本症例においても、抗サイログロブ  
リン抗体が陽性であり、既往に橋本病があつ  
た可能性が高い。最近の知見では無痛性甲  
状腺炎だけでなく、亜急性甲状腺炎も橋本病の  
一部という見方があり<sup>3)</sup>、今後の動向に注目  
すべきである。

《症例2》無痛性甲状腺炎に心不全、心房細動を合併した症例であった。甲状腺中毒症に伴う心不全は、甲状腺ホルモンの正常化により改善され<sup>4)</sup>、同様に心房細動も、甲状腺ホルモンの正常化により55–75%は数ヶ月以内に改善されるため<sup>5)</sup>、原疾患の治療が第一となる。

2症例ともに甲状腺中毒症により心悸亢進をきたした症例であった。TSH低値、FT3、T4高値の患者では、大別するとBasedow病、Plummer病、無痛性甲状腺炎、亜急性甲状腺炎の4つの疾患を判別する必要がある<sup>6)</sup>、すぐにBasedow病とは診断せずに、抗TSH受容体抗体、甲状腺Tcシンチや甲状腺の圧痛を診ることが重要なポイントとなる。

#### 【参考文献】

- Elizabeth N et al. Thyroiditis .N Engl J Med 2003; 348: 2646-55.
- Ohye H., Fukata S, Kubota S, et al. Successful treatment for recurrent painful Hashimoto's thyroiditis by total thyroidectomy. Thyroid 2005; 15(4): 340-345.
- 日本甲状腺学会雑誌 May 2013 Vol.4 No.1 : 19
- Irwin Klein, Sara Danzi, et al. Thyroid Disease and the Heart : Circulation 2007;116:1725-1735.
- Irwin Klein, Kaie Ojamaa. Thyroid Hormone and the Cardiovascular System : N Engl J Med 2001; 344: 501-509.
- 重篤副作用疾患別対応マニュアル 甲状腺中毒症, 平成21年5月:12

#### 第14回

平成25年12月5日

9F会議室A、B

参加者 39名

繰り返し、発熱、皮疹を来たす70歳代、男性

発表者 浜崎幹久（総合内科）

司会者 高見史朗（総合内科）

【患者】 73歳男性

【主訴】 発熱、紅斑

【既往歴】 64歳：外傷性頸髄損傷（四肢麻痺で寝たきり）

【家族歴】 特記事項なし

【内服薬】 アムロジピン、クロナゼパム、チザニジン、プロチゾラム、酸化マグネシウム

【現病歴】

20YY年、発熱と体幹部の紅斑が1~2週間で軽快するというエピソードが2回あった。

20YY+1年9月、発熱と背部の紅斑が出現した。抗生素にて一旦は改善傾向となるも、紅斑の再燃を認めたため当院入院。中毒疹が疑われた。自然軽快し第3病日に退院した。

20YY+3年9月、両上肢の浮腫性紅斑が出現し抗生素内服にて軽快した。10月から同部位の紅斑が再度出現し当院入院。蜂窩織炎として治療を開始したところ速やかに改善し、第8病日に退院した。

その後も数ヶ月毎に感冒などを契機として発熱と紅斑が出現していた。

20YY+7年7月XX-14日、発熱と陰部から背部にかけての紅斑が出現。数日で自然軽快した。XX-4日に38.4°Cの発熱と体幹部の紅斑を認めた。体幹部の紅斑が軽快した後、左上肢に浮腫性紅斑が出現し増大傾向となった。抗生素は無効と判断され7月XX日当院ERを紹介受診。同日入院した。

【身体所見】 意識清明、体温：36.9°C、血圧：177/85mmHg、脈拍：58/分・整、SpO<sub>2</sub>：95%(room air)、呼吸音心音異常なし。腹部異常なし。表在リンパ節は触知しない。体幹部