

橋本氏病及び Riedel 氏病の症例

金沢大学医学部第一外科学教室(主任 卜部美代志教授)

上 谷 秀 和 野 田 暉 夫

中 村 晋 小 林 長

(昭和34年10月12日受付)

(本論文の要旨は昭和34年1月25日第97回北陸外科集談会に発表
したもので、その後2症例を追加した、)

1896年 Riedel¹⁾が非常に硬い甲状腺腫、甲状腺実質の退行性変化、結合織線維の異常増殖を来たす Struma fibrosa を発表し、1912年、橋本²⁾は淋巴球の著明な浸潤、淋巴濾胞の形成を特色とする lymphomatosa を記載し、以来両疾患は慢性甲状腺炎の主たるものとして、幾多の人々によつて報告されてきた。

両疾患は比較的稀なものであり、本邦では橋本氏病40数例、Riedel 氏病20数例の報告をみるのみで、しかも、詳細な甲状腺機能、及びこれと密接な関係を持つ下垂体副腎系の機能に関する記載に乏しいのは遺憾である。

著者等は最近3年間に橋本氏病及びこれと類似のもの(一応橋本氏病とす)4例、Riedel 氏病1例を経験したので、従来の我が教室の症例と併せて報告する。

昭和16年1月から昭和34年6月まで、金沢大学第一外科へ入院した甲状腺疾患患者は表1の如く全症例

171例の中、橋本氏病は5例、Riedel は4例で計9例であり、その手術所見、基礎代謝等は表2に示した。

表1 教室における甲状腺疾患の分類
(昭和16年4月~昭和34年6月)

甲状腺中毒症	Basedow 氏病	57
	甲状腺中毒症	11
急性甲状腺炎		2
慢性甲状腺炎	Riedel 氏病	4
	橋本氏病	5
	結核 不 明	1 1
単純性甲状腺腫	瀰漫性甲状腺腫	18
	結核性甲状腺腫	46
悪性甲状腺腫		26
計		171

表2 教室における橋本氏病及び Riedel 氏病の症例

病 名	症 例	年齢 (歳)	性	病悩期間	手 術 所 見				BMR
					範 囲	癒着	表 面	硬 度	
橋本氏病(非定型的)	I 松○み○	49	♀	6年	両側	(-)	比較的 平滑	硬	+6%
橋本氏病	II 中○静○	37	♀	1年	〃	(+)	〃	〃	+1%
〃	III 尾○い○	47	♀	3ヵ月	〃	(-)	〃	〃	+18%
橋本氏病(非定型的)	IV 井○み○を	54	♀	10年	〃	(-)	〃	〃	-2%
〃	V 島○あ○	45	♀	2ヵ月	〃	(-)	〃	〃	-20%
Riedel 病	VI 水○瀬○	37	♀	10年	右側	(+++)	〃	堅硬	+18%
〃	VII 清○外○和	44	♀	7ヵ月	両側 特に右	(++)	〃	硬	-10%
〃	VIII 野○み○り	39	♀	13年	〃	(+++)	〃	堅硬 軟	〃
〃	IX 竹○な○の	53	♀	2ヵ月	両側	(++)	平滑	堅硬 右	+13%

Hashimoto's and Riedel's Disease. Five Cases Report. **Hidekazu Kamiya, Teruo Noda, Susumu Nakamura & Chō Kobayashi**, Department of Surgery (Director: Prof. M. Urabe), School of Medicine, University of Kanazawa,

症 例

I. 松〇み〇り, 49歳, 女

主訴. 前頸部腫瘍及び嚥下障碍

現病歴. 約6年前から前頸部が腫脹し, 軽度の眼球突出, 心悸亢進を認め, 内科的治療によつて心悸亢進は軽快したが, 3年前から腫瘍が硬くなつたのを感じ, 入院前2カ月頃から嚥下障碍, 嚅声を認めるようになった。

局所所見. 甲状軟骨の両側及び下部にかけて馬蹄形の腫瘍を触れ, 表面は凹凸不平, 軟骨様硬, 下床と密に癒着。

手術前診断. 甲状腺腫

手術所見. 甲状腺腫の表面は比較的平滑, 全体として固く, 所々骨様硬の結節を有す. 周囲との癒着はなく, 剖面は白色で出血は少ない. 甲状腺狭部及び左の下極を残して両葉を切除した。

組織所見. 図1のように淋巴球の著明な浸潤, 間質結合織の軽度の増殖があるが, 淋巴濾胞の形成を殆んど認めない点で典型的な橋本氏病とはいひ難い。

II. 中〇静〇, 37歳, 女

主訴. 前頸部腫脹, 圧迫感, 頭痛

現病歴. 1年前から前頸部の右に偏して軽度の腫脹を認めたが自覚症状なく放置, 数カ月前から腫脹は左頸部にも及び, 軽い圧痛, 肩凝り, 頭痛等を感じなくなった。

局所所見. 前頸部に蝶形の腫瘍を触れ, 大きさは正中に沿つた径は3.5cm. 右葉最大長径6.5cm, 左葉最大長径8.5cm, 左右両葉の上極間の距離8.5cm, 表面は凹凸不平, 堅硬で圧痛なく, 皮膚との癒着はない. 両上極の約1cm上方に小指頭大の淋巴腺を触れる。

手術前診断. 悪性甲状腺腫の疑

手術所見. 表面比較的平滑で一部周囲と強固に癒着した硬い甲状腺腫で左右両葉を楔状に切除。

組織所見. 図2, 3の如く, 淋巴球の浸潤, 間質結合織の増生共に著しく, 甲状腺実質は消失, 淋巴濾胞の形成が著明である。

III. 尾〇い〇, 44歳, 女

主訴. 前頸部腫脹, 腰痛, 全身倦怠

現病歴. 3カ月前, 腰痛のため某医を訪れたところ, 甲状腺癌を指摘された. 2カ月前から嚅声を認めるようになり, 腰痛, 全身倦怠が高度で来院。

局所所見. 前頸部甲状軟骨下部やや左方に偏して鶏卵大の硬靱な腫瘍を触れる. 表面は平滑, 圧痛はない。

手術前診断. 悪性甲状腺腫

手術所見. 甲状腺は全体として硬く, 左葉は右葉の約2倍の大きさで, 狭部は極めて狭小. 周囲との癒着は軽度. 狭部を残して甲状腺全剝を行う。

組織所見. 図4, 5の如く, 著明な淋巴腺の浸潤, 淋巴濾胞の形成がみられ, 一部 Hürthle 細胞に似た明るい大きな細胞の散在するのが認められる. 甲状腺実質は萎縮しているが図6の Radioautograph に示したように, 僅かに残つた小濾胞が比較的よく Iodine を摂取している。

IV. 井〇み〇を, 54歳, 女

主訴. 前頸部腫脹

現病歴. 約10年前から前頸部の腫脹に気付いていたが, 自覚的障碍はなかつた. 1年程前から前頸部の腫脹は次第に大きくなり. 内科的治療 CO^{60} 照射8回を受けたが, その間に全身倦怠, 食思不振. 顔貌浮腫等が発現した。

局所所見. 前頸部に蝶形の腫瘍があり右葉は鶏卵大, 左葉は鳩卵大, 境界は比較的鮮鋭, 弾性硬, 表面に多少の凹凸あり。

手術前場断. 悪性甲状腺腫または橋本氏病

手術所見. 甲状腺は気管側に軽度の癒着があつた他に癒着なく, 弾性硬で特に右葉は硬く周囲に数個の淋巴腺を認めたため, 悪性甲状腺腫を疑い全剝す. 全重量は110g.

組織像. 図7に示すように瀰漫性の淋巴球浸潤があり, 淋巴濾胞の形成の傾向は認められるがはつきりしたものはみ当らない. 間質結合織の増生は中等度で甲状腺実質は萎縮しているが, 他の例に比べれば小さな濾胞が比較的よく保存されている。

V. 島〇あ〇, 45歳, 女

主訴. 前頸部腫脹

現病歴. 2カ月前咽喉部の異物感があり, 間もなく嚅声を認めるようになり, 某医により悪性甲状腺腫を疑われて来院。

局所所見. 前頸部略々正中線上に鳩卵大の堅硬な境界鮮鋭な腫瘍を触れ圧痛はない。

手術前診断. 橋本氏病又は亜急性甲状腺炎

手術所見. 甲状腺は周囲との癒着なく, まず主として腫大した右葉を切除, その凍結切片によつて悪性のものでないことを確認して手術を終る。

組織所見. 図8の如く, 淋巴腺の著明な浸潤が目立つが, 淋巴濾胞の形成はなく, 甲状腺濾胞の形は比較的よく保たれ, 濾胞上皮の消失, 巨細胞の出現等は認められない。

VI. 水〇瀬〇〇, 37歳, 女

主訴. 前頸部腫脹

現病歴。約10年前から前頸部の腫脹を認め、某医より内科的治療を受けたが軽快しなかつた。6年前、某医によつて切開を受けたところ、手術創に瘻孔を生じ、約3年間出血を続けた。前頸部の腫脹は次第にその大きさを増して、手拳大に達し2カ月前から再び瘻孔が自然に開口して出血するようになった。

局所所見。前頸部に手拳大、瓢箪型、境界不鮮明な堅固な腫瘍を触れ、その略々中央部正中線上に径2mm程の瘻孔ががり、右下方へ約0.5cm消息子を通ずること可能。

術前診断。Riedel 氏病

手術所見。腫瘍は周囲との癒着が強く、甲状腺右上極を切除したのみで剔出不能。中央部瘻孔の先端に、血液、組織壊死塊を入れた腔があつたので、これを搔爬して手術を終る。

組織所見。図9に破すように結合部の増殖が高度で、甲状腺実質は消失し、リンパ球の軽度の浸潤がある。

VII. 清○外○和

昭和30年、出野³⁾が本例を報告しているので省略する。

VIII. 野手みどり, 39歳。女

主訴。前頸部瘻孔

現病歴。13年前、左側頸部に大豆大の腫瘍を認め、極めて緩慢に増大し、約3年間の間に鶏卵大になつたため、甲状腺腫として手術を受けた。その後4~5年を経てから、手術痕上に瘻孔を作り、X線治療等を受けたが治癒せず出血を続けて来院。

局所所見。左鎖骨の2横指半上方に、鎖骨に平行し、左の胸鎖乳頭筋の前縁より正中線に至る手術創あり、その中央に瘻孔があり、少量の出血をみる。その瘻孔を中心として、皮下に鳩卵大の腫瘍を触れる。腫瘍は圧痛なく、軟骨様硬、嚥下運動と共に移動する。

形術前診断。Riedel 氏病

手術所見。瘻孔搔爬、腫瘍は全体に周囲と強く癒着して剔出不能、Tomponade を施して手術を終る。

IX. 竹○な○の, 53歳, 女

主訴。前頸部腫脹

現病歴。2カ月前から前頸部の腫脹に気付いたが自覚症状はなかつた。その後2人の医師から甲状腺癌の診断を受け、手術のため来院。

局所所見。前頸部に馬蹄形の腫瘍を触れ、左側は大きさ2×2cmで軟、境界不鮮明、右側は大きさ3×4cmで軟骨様硬、境界比較的鮮鋭、共に軽い圧痛がある。

手術前診断。甲状腺癌

手術所見。甲状腺は全体として周囲との癒着が強く、堅硬で特に左葉下極は木様硬。癒着を剝離して狭部を残して両葉を切除。

組織所見。図10、11に示したのは左葉の組織像で、結合織の著明な増殖、甲状腺実質の萎縮、濾胞上皮の扁平化がみられる。

総括及び考按

以上の症例のうち I・IV・V は組織像に明らかなように橋本氏病として典型的なものではない。橋本氏病の定義は病理学的究見に基づくもので厳密に言えば上皮細胞の好酸性変性(Hürthle 細胞様又は Askanozy 細胞様変性)と、淋巴濾胞の形成、及び淋巴球、形質細胞の瀰漫性浸潤を特徴とするものであるが、種々の移行型があり、報告者によつてその病変の範囲は必ずしも一定していない。上記3例は Sleguervain 型甲状腺炎にも入れ難く、Crile gribetz のいう Lymphacytic thyroiditis の範疇に入るものと思われるので、我々は一応これを橋本氏病の中へ入れることにした。

以下最近3年間に経験した症例 II・III・IV・V 及び IX を中心として橋本氏病及び Riedel 氏病について若干の考案を試みた。

〔頻度〕 両疾患の頻度は、内外諸家の報告をみても表3のように甲状腺疾患中で比較的稀なものであり、両者の中では Riedel 氏病の方がより稀である。特に外国諸家の報告では Riedel 氏病は甲状腺疾患の0.03%~0.1%を占めるに過ぎず、極めて稀な疾患とされている。しかし我が国では桑原は4.1%、川島は3.2%とかなり高い頻度の報告がなされている。

橋本氏病については近年増加の傾向がいわれ、Davison¹³⁾、Letton¹³⁾ は第二次大戦後、急激に増加したといひ、Hendrick¹⁴⁾ は戦争による stress が本症発生促進因子として働いているのではないかと考えている。確かに第3表でも判るように、Mc Swain⁴⁾、Jall⁵⁾、Marshall⁶⁾ 等の1940年代の報告に対し、Chesky⁷⁾、Lindsay⁸⁾ などの近年の報告では橋本氏病の発生頻度が著しく高くなつており、我々の教室でも昭和16年から昭和30年までの15年間に僅か1例であつたのが、ここ3年の間に4例を経験していることは、近年におけるこの種疾患の増加を裏づけるものようである。

又、年齢別、性別については、両疾患共に女に多く、両者の中では、橋本氏病の方が女:男の比が大であり、且つ高齢者に多いといわれているが(Mc Clin-tock¹⁵⁾、Schilling¹⁶⁾)、本邦報告例をまとめてみると表4のように橋本氏病は40~49歳に最高頻度を示して

いるのに対し、Riedel 氏病は 50~59 歳が最も発生頻度が高く、外国の場合と一致しない。

〔診断〕 両者の性状に関しては既に多くの人により比較されているので、ここには Sching¹⁶⁾ の表をかかげるに止める(表 5・6)しかし何れも術前診断は困難なもので、本邦諸家の報告例の術前診断をみても、表 7 のように、両者共に変性腫瘍と誤られたものが非常に多い。

Crile¹⁷⁾ はこれら疾患の鑑別診断に Biopsy を推奨しているが Harland¹⁸⁾ は Riedel 氏病の所見の最も重要な点は炎症性線維化が被膜を越えて周囲組織へ侵入することであり、Needle Biopsy や試験切除では確診は困難であるといっている。

さらに Hendrick¹⁴⁾ は Biopsy によつて肉芽性甲状腺炎、又は橋本氏病の像を呈した 5 人の患者が後に癌腫であることが判り、Biopsy による診断法の不適性を主張している。

我々は後述するように、ACTH を用いての検査によつて最近の 2 例(症例 IV・V)において、術時略々慢性甲状腺炎と診断することが出来た。

〔甲状腺機能〕 甲状腺機能は Riedel 氏病、橋本氏病共に亢進することはなく、橋本氏病に関しては Jaffe¹⁹⁾ は機能正常といひ Clute²⁰⁾ は正常又は低下するといっている。本邦では宇治木²¹⁾ が 2 例の自験例、7 例の文献的考案から基礎代謝(BMR)平均+13%といっているが我々の例では平均-0.6%で幾分低い値を示している。(表 2)

William Mc Conahey²²⁾ 等は BMR の他、放射性 Iodine I¹³¹ の甲状腺摂取率、尿中排泄率等を測定して表 8、9 の如き成績を出し、両者共に甲状腺機能は低下の傾向にあり、特に BMR は橋本氏病の方が低下の傾向の強いことを破している。

Doniach²³⁾ は橋本氏病の I¹³¹ 摂取率は上昇するといひ、Gribetz²⁴⁾ は PBI は上昇し、BEI は正常であると述べている。

我々の成績では表 10 の如く 1 例の Riedel 氏病においては I¹³¹ 摂取率、BMR 共に略々正常 PBI は正常下界にあり、橋本氏病の 4 例中 1 例において(症例 III) I¹³¹ 摂取率正常で、他は低下の傾向にあり、BMR は 1 例(症例 V)において異常低値にあり他は正常、PBI は 4 例全例において正常範囲にあつたが、そのうち 2 例においては正常下界であつた。

〔下垂体副腎系の動態〕 甲状腺と下垂体副腎系の関係は種々論議されているが、これら慢性甲状腺炎の場合計はどうであろうか。我々は 61 例の甲状腺疾患について尿中 17-KS 17-OH-CS の 1 日排泄量を測定し、図

12、表 10 に示すような結果を得た。それによると橋本氏病及び Riedel 氏病においては尿中 steroid 排泄は減少の傾向にあるように思われる。又、橋本氏病の症例 III の患者は術後 6 カ月目には著明な粘液水腫の症状を呈し、その後、甲状腺剤の投与によつて恢復したが、その間の甲状腺機能と副腎皮質 Steroid 代謝産物所見との間には図 13 のように明らかな平行関係が認められた。Statland 等は甲状腺機能低下に伴う下垂体副腎系の機能低下の起る原因の一部は甲状腺 Hormone 欠乏による副腎自身の代謝低下のためであり、原因の一部は下垂体の代謝低下の結果 ACTH 分泌の不足が起り、副腎機能が低下したためであるといっているが、我々の症例 III でみられた成績はこの説を裏づけるものではないかと思われる。又症例 IX の Riedel 氏病においては ACTH に対して過敏な反応を示し、他の例においてはすべて ACTH 25 単位の点滴静注に耐えたにも拘わらず、1.5 単位及び 5.5 単位の注入によつて前後 2 回にわたり悪感戦慄を起し、点滴中止を余儀なくされた。しかも好酸球減少率は 50% を越え、17-KS 尿中排泄量は術前の検査時には 3.0mg/day から 9.8mg/day に、術後の検査では、3.7mg/day から 9.3mg/day に夫々激増し、17-OH-CS も術前 2.0mg/day から 5.0mg/day を示し、術後 2.5mg/day から 4.0mg/day に増加するという著明な反応を示した。このことから本例には常時血中 ACTH の欠乏があると推定してよいのではないかと思われる。又、橋本氏病の 4 例においては、すべて ACTH 25 単位の点滴静注によつて、翌日著明な甲状腺腫の軟化、頭痛、肩凝り、頸部圧迫感等の自覚症状の軽快がみられた。我々はこのようなことを最初の 2 例(症例 II、III)において経験したところに基いて、次いで悪性甲状腺腫の疑いで入院した 2 例に対して ACTH による著明な自覚症状の軽快をみたので亜急性、又は慢性甲状腺炎と術前診断を下すことが出来た。ACTH、Cortison は Lie Qervain 型甲状腺炎には卓効を奏するといわれているが、橋本氏病に対しては Hendrick¹⁴⁾ は無効であるといひ、Blake²⁰⁾ は一時的な効果はあるといっている。

我々は ACTH、又は Cortison による橋本院病の治療経験を持たず従つてこれらの薬剤が橋本氏病に対してどの程度の治療成績をあげ得るかを論じ得ない。又、ACTH はすべて 4 時間点滴静注の形でのみ使用したので、不活性率が高いとされる筋注によつてはたとへば如何なる反応が得られるかも不明である。しかし、4 例の橋本氏病に ACTH 静注が卓効を示したことはまことに注目すべき現象であり、たとへば Blake の

いうように一時的な効果であつたとしても、少なくとも他の甲状腺腫との鑑別の意味においても ACTH 負荷試験は極めて有効であると信ぜられる。

〔病因〕 両疾患の病因に関しては、現在のところ、全く不明である。橋本氏病については Wegelin は炎症説、Mc Swain⁴⁾、Mc Carrison²⁷⁾ は Vitamin 欠乏説を称え Jaffe¹⁰⁾ は更年期以後の婦人に多いところから生理的退行変性に基くといっている。又 Chesky⁷⁾ は高度に Colloid を摂取する遊走細胞が濾胞内 Colloid を侵害する結果起るといふ。Furr²⁸⁾ 及び Crile¹⁷⁾ 等は PBI 上昇、BEI 正常という検査成績を以て、橋本氏病においては Iodine 有機合成の異常があり、有効な甲状腺 Hormone が減少する結果甲状腺刺激 Hormone が増加し、甲状腺は代償性に肥大すると考えている。しかしこれらの解決は甲状腺 Hormone、下垂体 Hormone 定量法の今後の進歩を待たねばならない。

一方 Riedel 氏病に関しては、Ewing²⁹⁾ は橋本氏病と本質的には同一の良性肉芽腫であるといひ、多くの賛同者を得たが、Schilling¹⁶⁾ は橋本氏病は独立したものであると考へ、Marshall⁶⁾ も亜急性甲状腺炎の末期を Riedel 氏病としている。

又、Clute²⁰⁾ 等は橋本氏病の患者を 2 年後再手術してなら組織学的変化を認めなかつたといひ、Crile¹⁷⁾ は 1 例の橋本氏病患者を 2, 3 年観察し、又 100 例の急性及び亜急性甲状腺炎の経過を追求して、亜急性甲状腺炎、橋本氏病及び Riedel 氏病の 3 者は互に移行しないものであるとしている。

〔治療〕 橋本氏病に対しては X 線治療が古くから有効とされているが、Riedel 氏病に対しては無効とされる。圧迫症状の強い Riedel 氏病に対しては手術以外に治療法はないが、手術によつても圧迫症状の取れないことがあり、周囲組織との癒着のために剔出は困難で、術後屢々 Tetania、喉頭麻痺等の危険な合併症を起すといわれている。著者の例においても症例 VI 及

び VII は剔出不能に終つている。

橋本氏病に対しては近時甲状腺剤の投与が有効なことが認められており、前述の有機 Iodine 合成異常説を裏づけている。しかし対症療法としてはともかく、外因性の Hormone はその Hormone を分析すべき腺の機能を低下せしめるといふ内分泌学の原則から考へて、いささか疑問である。

〔予後〕 我々の 9 例中において予後の判明した 5 例は表 II の如く、Riedel 氏病の 1 例を除いてすべて多少とも甲状腺機能低下症を思わせる症状を発現していた。

橋本氏病に関しては Wickman³⁰⁾ は 60%、Marshall³¹⁾ は 70% が術後粘液水腫に陥り、Riedel 氏病については術後粘液水腫は少ないとされているが、我々の例からみれば、Riedel 氏病の場合も粘液水腫の危険はかなりあるとしなければならない。

結 語

我々は最近経験した 5 例の慢性甲状腺炎を中心として、教室例を報告し、考察を加えた。

稿を終るにあたり御懇篤なる御指導と御校閲を賜つた恩師ト部教授に深甚の謝意を表する。

表 3 橋本氏病, Riedel 氏病の全甲状腺疾患に対する頻度

報告者	全症例	橋本氏病	Riedel 氏病
MC Swain ⁴⁾	11,049	71 (0.6%)	—
Joll ⁵⁾	5,650	51 (0.9%)	5 (0.1%)
Marshall ⁶⁾	25,000	76 (0.3%)	7 (0.03%)
Chesky ⁷⁾	2,031	146 (7.3%)	8 (0.4%)
Lindsay ⁸⁾	5,650	170 (3.0%)	2 (0.04%)
Riedel	1,064	—	2 (0.2%)
桑原 ⁹⁾	195	16 (8.2%)	8 (4.1%)
土田 ¹⁰⁾	35	1 (2.9%)	—
金子 ¹¹⁾	213	6 (2.8%)	—
川島 ¹²⁾	63	2 (3.2%)	2 (3.2%)
金大第一外科	171	5 (3.1%)	4 (2.5%)

表 4 橋本氏病, Riedel 氏病の本邦報告症例の性別, 年齢別頻度

疾患名	性別	年齢								計	%
		~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~59	70~			
橋本氏病	♂	0	1	0	4	0	0	1	6	12.3	
	♀	1	2	11	12	12	5	0	43	87.7	
	計	1	3	11	16	12	5	1	49	/	
	%	2.0	6.1	22.5	32.6	24.5	10.2	2.0	/	/	
Riedel 氏病	♂	0	0	0	1	2	1	0	4	15.4	
	♀	0	1	2	4	7	7	1	22	84.6	
	計	0	1	2	5	9	8	1	26	/	
	%	0	3.8	7.7	19.2	34.7	30.7	3.8	/	/	

表5 橋本氏病, Riedel 氏病の臨床的特徴 (Schilling による)

	橋本氏病	Riedel 氏病
年齢	40~60歳 ♀略々 100%	20~40歳 ♀60~80%
主 症 状	甲状腺腫 軽度圧迫感	甲状腺腫 高度圧迫感
愁訴期間 腫瘍の範囲 X線治療	数 年 両 側 著 効	1~2年 30%偏側 無 効
術後経過	粘液水腫 代謝障碍	時に手術死, 粘液水腫なし 時に Tetania 及び喉頭麻痺

表6 橋本氏病, Riedel 氏病の病理学的所見 (Schilling による)

病理学的所見		橋本氏病	Riedel 氏病
肉 眼 的 所 見	外 観 出 血 癒 着 範 囲 腺腫の有無	偽分葉性, 黄色 不 定 気管部のみ 両 側 無	平 滑, 白 色 少 量 全 周 1/2 扁 側 屢 々 有
組 織 学 的 所 見	濾胞上皮 Colloid 間 質 細胞浸潤 血 管	変 性 減少または消失 中等度増生 淋巴球浸潤著明 胚芽中心形成 正 常	扁平または消失 正常部のみ存在 高度増生, 一部硝子化 淋巴球, 好中球浸潤中 等度 内 膜, 中 膜 肥 厚

表7 本邦症例の橋本氏病,
Riedel 氏病の術前診断

術 前 診 断	橋本氏病	Riedel 氏病
悪性甲状腺腫	11	17
瀰漫性甲状腺腫	5	0
単純性甲状腺腫	1	0
実質性甲状腺腫	2	0
膠様甲状腺腫	1	0
結節性甲状腺腫	4	0
腺腫様甲状腺腫	1	0
甲状腺中毒	3	0
偽Basedow氏病	1	1
甲状腺腫瘍	1	3
慢性甲状腺炎	1	0
橋本氏病疑	2	0
Riedel 氏病	1	4

表8 橋本氏病, Riedel 病の I¹³¹ 摂取率及び排泄率
(Mc Conahey による)

	I ¹³¹ 摂取率 (24時間値)			I ¹³¹ 排泄率 (48時間値)		
	症例数	測定値	平均値	症例数	測定値	平均値
橋本氏病	9	0~36.7%	18.5%	13	38.8~84.9%	62.8%
Riedel 氏病	3	11.0~23.9%	18.1%	6	47.3~91.1%	75.9%
対 照	98	6.0~45.0%	24.7%	157	45.0~82.0%	63.5%

表9 橋本氏病, Riedel 氏病の B. M. R.
(Mc Conahey による)

B. M. R.	症 例 数	
	橋本氏病	Riedel 氏病
-29~-20%	3	1
-19~-10%	3	1
- ~ 0%	4	1
+ 1~+10%	2	1
+11~+20%	0	1
+21~+30%	0	0
平 均	-9.8±2.7%	-4.4±6.2%

表10 教室における最近5例の慢性甲状腺炎の甲状腺及び副腎皮質機能

症 例	I ¹³¹ 摂取率 24時間値	BMR	PBI	BEI	尿 中 17-KS	尿 中 17-OH -CS	ACTH 負荷試験			
							17-KS	17-OH -CS	好酸球 減少率	
II 中○ 静○ 37歳 女 橋本氏病	術前	1%	+ 1%	3.9		4.7	2.7	7.0	3.0	53%
	術後	2	+ 4%	1.5		5.0	3.4	10.0	4.1	54%
III 尾○ い○ 44歳 女 橋本氏病	術前	23%	+18%	5.9	4.1	5.8	2.2	8.1	3.1	67%
	術後	0%	+ 4%	3.0	2.8	5.1	4.0	8.2	4.2	62%
IV 井○み○を 54歳 女 橋本氏病	術前	4%	- 2%	4.4		5.1	2.1	10.2	6.2	88%
	術後	0%	- 2%	2.8		4.6	1.6	9.9	4.1	70%
V 島○ あ○ 45歳 女 橋本氏病	術前	0%	-20%	3.9		5.4	2.2	9.0	6.2	75%
	術後			3.0		3.7	1.5	6.8	4.1	82%
IX 竹○な○の 54歳 女 Riedel 氏病	術前	24%	+13%	3.9		3.0	2.0	9.9	5.1	53%
	術後	7%	+10%	2.8		3.7	2.5	9.3	4.0	61%

註 1. PBI, BEI の単位は γ /dl, 17-KS, 17-OH-CS の単位は mg/day

2. 症例Xは両回とも ACTH 負荷中, 悪寒戦慄を来たしたため, ACTH 点滴を途中で中止.

表11 教室における橋本氏病, Riedel 氏病の術後状態 (年齢は手術時)

症 例	全身倦怠	浮 腫	甲状腺腫	心悸亢進	嘔 声
中○ 静○ 37歳 橋本氏病	++	++	-	-	+
III 尾○ い○ 44歳 橋本氏病	+++	+++	-	-	+
VI 水○ 瀬○ つ 37歳 Riedel 氏病	-	-	+	-	-
VII 清○ 外○ 和 44歳 Riedel 氏病	+	++	±	+	+
IX 竹○ な○ の 53歳 Riedel 氏病	+	-	-	+	+

図12 各種甲状腺疾患の尿中ステロイド

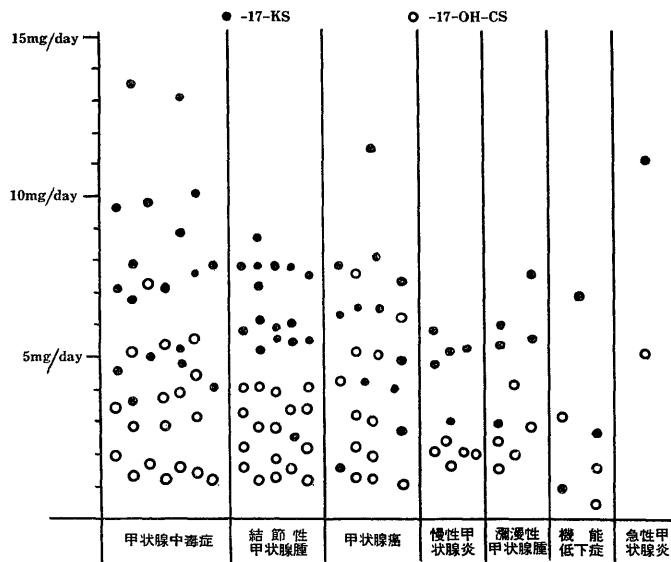


図13 症例IIの術後状況

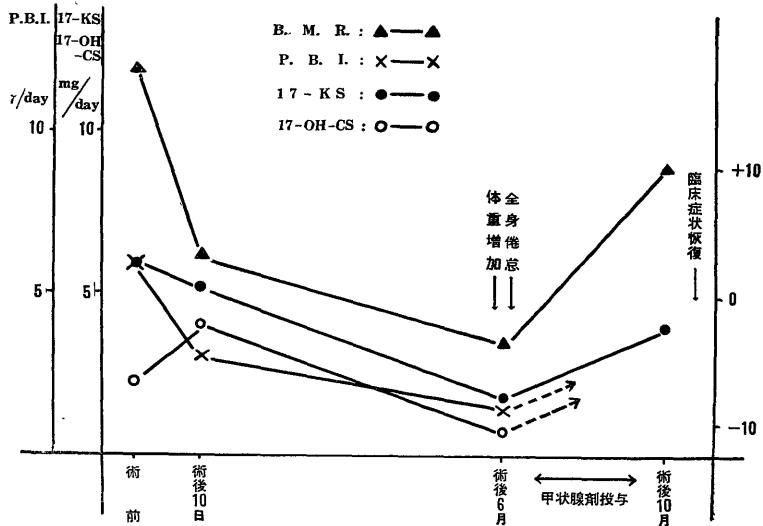
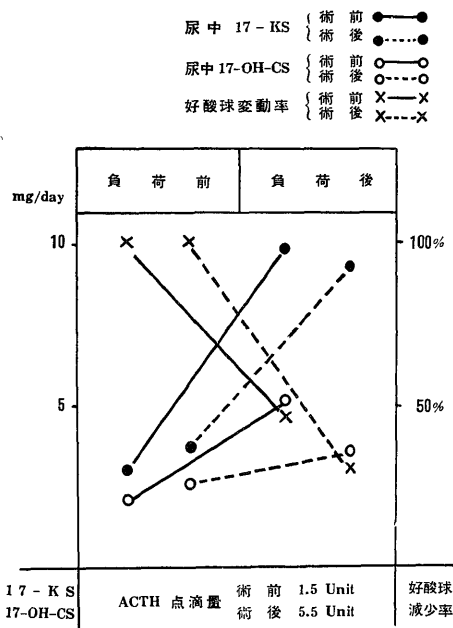


図14 症例Ⅶの ACTH 負荷試験



主要文献

1) Riedel, B. : Verhand d. Deutsch. f. Chir., 25, 101 (1896). Cited from in 8. 2) Hashimoto, H. : Arch. f. Klin. Chir. 97, 219 (1912). Cited from 8. 3) 出野秀 : 十全会誌, 57, 1521 (1955). 4) McSwain, B. & Moor, S. W. : Surg. Gynec. Obstetr., 76, 562 (1943). 5) Joll, C. A. : Brit. J. Surg., 27, 315 (1939~1940). 6) Marshall, S. F., Meisner, W. A. & Smith, D. C. : N. England J. Med., 238, 758 (1948). 7) Chesny, W. E., Reese, W. C. & Helling, C. A. : Surg. Gynec. Obstetr., 93, 575 (1951). 8) Lindsay, S., Daily, M. E., Friedlander, J., Yee, G. & Mayo, H. : J. Clin. Endocr. 12, 1578 (1952). 9) 桑原悟・氏家鐘一・中村卓次 : 外科, 17, 324 (1955). 10)

土田龍馬・田村文雄 : 外科の領域, 6, 753 (1958). 11) 金子千侍 : 外科の領域, 4, 442 (1956). 12) 川島保之助・田中敬・木内宮男 : 外科, 15, 865 (1953). 13) Davison, T. C. & Lelton, A. H. : J. Amer. Goiter A. P. P., (1949). Cited from 14. 14) Hendrick, J. W. : J. A. M. A., 164, 127 (1957). 15) McClintock, J. C. & Wright, A. W. : Ann. Surg., 106, 11 (1937). 16) Schilling, J. A. : Surg. Gynec. Obstetr., 81, 533 (1945). 17) Crile, G. J. & Hazard, J. B. : J. Clin. Endocr., 11, 1123 (1951). 18) Harland, W. A. & Franz, V. K. : L. Clin. Endocr., 16, 1433 (1956). 19) Jaffe, R. H. : A. A. M. A., 108, 105 (1937). 20) Clute, H. M., Eckerson, E. B. & Warren, S. : Arch. Surg. (Chicago), 31, 419 (1935). 21) 宇治木はる : 臨床外科, 8, 38 (1953). 22) McConahey, W. M. & Keating, F. R. : J. Clin. Endocr., 11, 1116 (1951). 23) Doniach, D. : Brit. Med. J., 5020, 672 (1957). 24) Gribetz, D., Talbot, N. B. & Crawford, T. D. : New England Med., 250, 555 (1954). 25) Statland, H. & Lerman, J. : J. Clin. Endocr., 10, 1401 (1950). 26) Blake, K. W. & Sturgeon, C. T. : Surg. Gynec. Obstetr., 97, 312 (1953). 27) McCarrison, C. R. : Brit. Med. J., 1, 5 (1929). 28) Furr, W. E. & Crile, G. : J. Clin. Endocr., 14, 79 (1954). 29) Ewing, J. : Neoplastic Diseases, 1st and 4th ed., Philadelphia, Saunders, 1922. Cited from 13. 30) Wickman, W., Timothy, Y. A. & Brusck, T. O. : Surgery, 41, 313 (1957). 31) Marshall, S. F. & Meisner, W. A. : Ann. Surg., 141, 737 (1955).

Abstract

We have experienced 4 cases of Hashimoto's and 1 cases of Riedel's disease in the last 3 years. Considering these diseases bibliographically, we investigated the correlation between the thyroid and pituitary-abrenal system in our cases.

The uptake of I-131 by thyroid was on normal level in all 5 cases. The B.M.R. showed the lower level in 1 case of Hashimoto's out of 5 cases, and the P.B.I. level was normal in 2 cases and in the lower limit of normal range of P. B. I. value in other 3 cases.

The values of urinary 17-KS and 17-OH-CS per 24 hours were somewhat low in all the

5 cases.

After intravenous administration of ACTH (25mg), 1 case of Riedel's showed the hypersensitivity for ACTH, and all the 4 cases of Hashimoto's had the remarkable convalescence of subjective symptoms such as the oppressive sensation of neck, headache and shoulder stiffness.

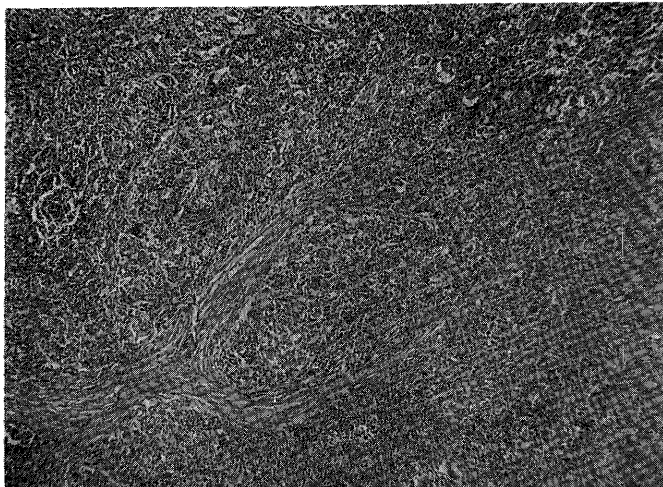


図 1 (症例 I)

松〇み〇り 49歳 女

全体に著明にリンパ球の浸潤を認めるが、リンパ濾胞の形成は著明でない。

(H+E 50×)

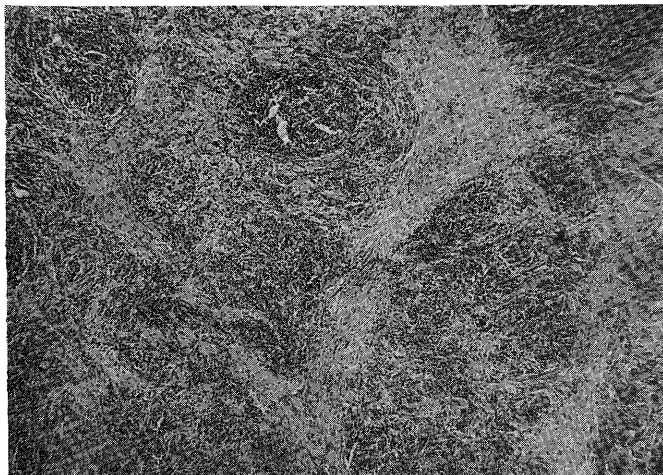


図 2 (症例 II)

中〇静〇 37歳 女

リンパ球浸潤，結合織増生共に中等度。リンパ濾胞の形成が著明である。

(H+E 50×)

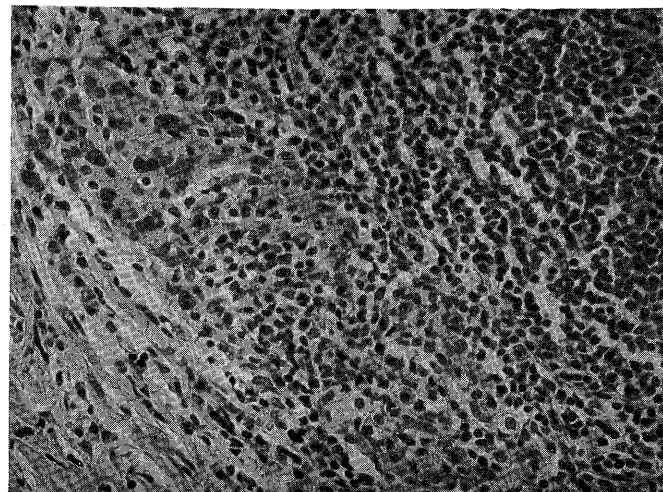


図 3 (症例 II)

図 2 の強拡大 (H+E 200×)

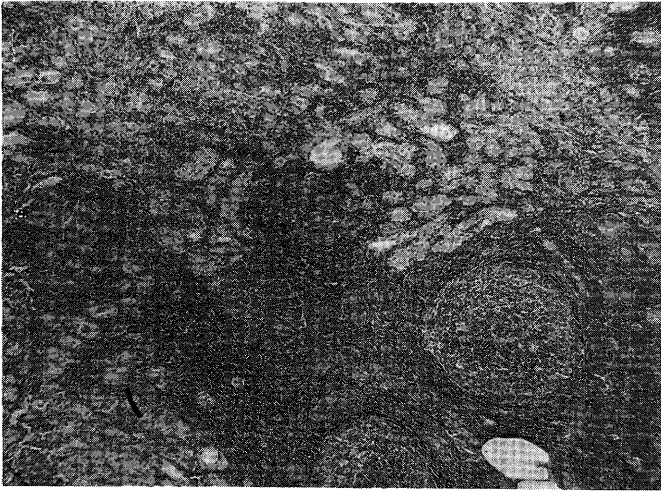


図 4 (症例Ⅲ)
尾〇い〇 46歳 女
淋巴球の著明な浸潤, 淋巴濾胞の形成をみる. (H+E 50×)

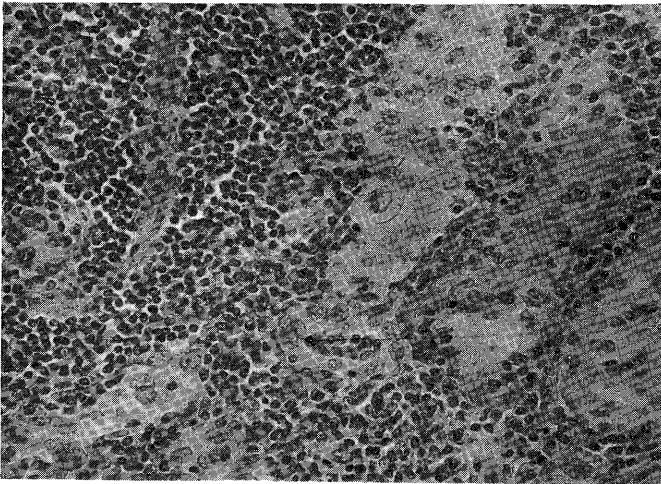


図 5 (症例Ⅲ)
図 4 の強拡大, Hurthle 細胞様の大きな明るい細胞の出現をみる. (H+E 200×)

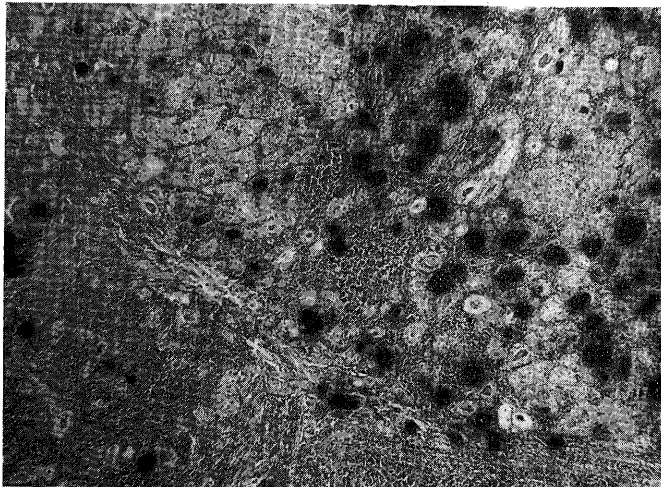


図 6 (症例Ⅲ)
症例Ⅲの Radioautograph.
 I^{131} 1mc 経口投与, 24時間後手術.
露出 2 週間. 残存せる小濾胞にかなりの Iodine 摂取を認める (ストリッピング法)

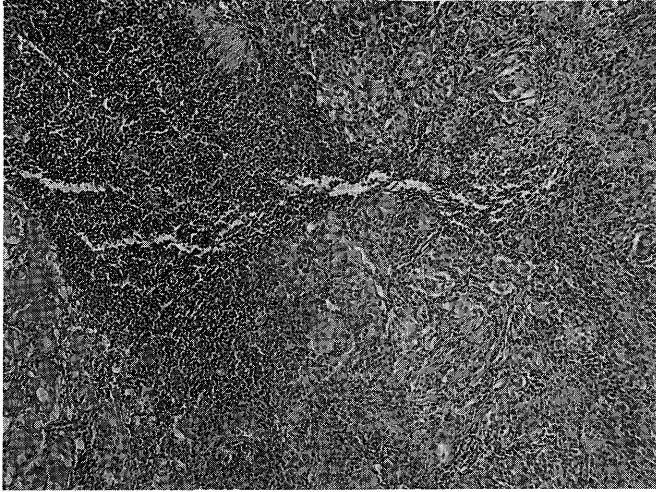


図 7 (症例IV)

井〇み〇を 57歳 女
 著明なリンパ球の浸潤, 上皮細胞の好
 酸性変性をみる。

(H+E 30×)

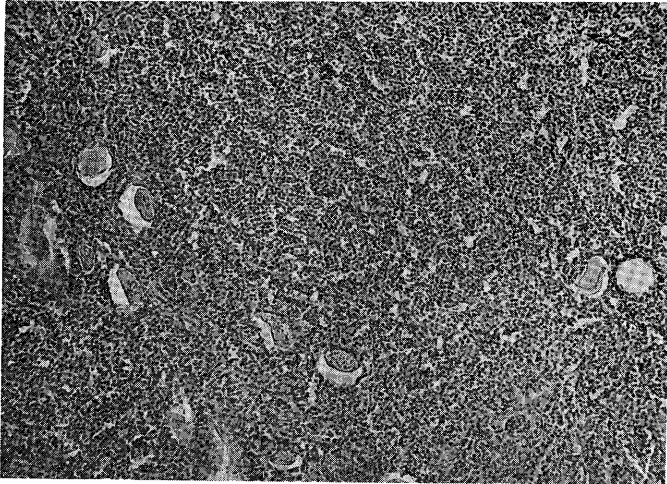


図 8 (症例V)

島〇あ〇 45歳 女
 リンパ球の瀰漫性浸潤

(H+E 30×)



図 9 (症例VI)

水〇瀬〇つ 37歳 女
 甲状腺実質は消失し, 殆んど間質結
 合織で置きかえられている。

(H+E 50×)

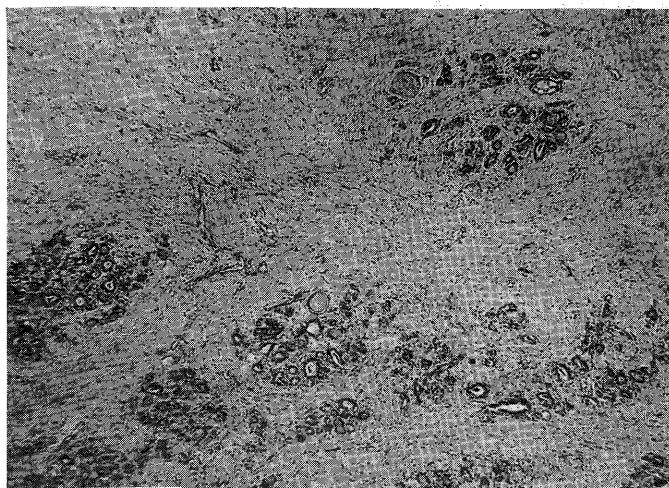


図 10 (症例IX)
竹○な○の 53歳 女
硝子化せる結合織の異常増殖, 甲状腺実質の萎縮をみる.
(H+E 50×)

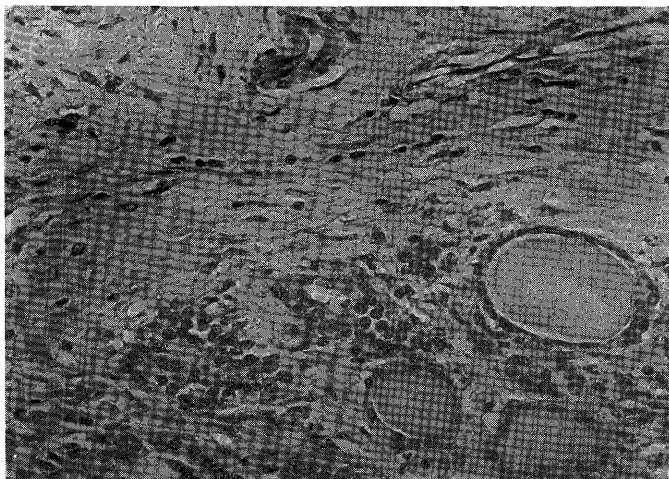


図 11 (症例IX)
図10の強拡大. 濾胞上の扁平化を
みる. (H+E 200×)