

耳側半盲で発症した下垂体腺腫を経鼻摘出。腺腫再増大も無症候ゆえ画像追跡継続。201X/04/27, 頭痛, 嘔気, 食欲低下, 下痢, 嘔吐。201X/04/30, 脱力, 意識朦朧。画像診断で, 下垂体卒中の診断。視力視野障害が軽微ゆえステロイド補充下に保存的に加療するも, 201X/05/10に右前外眼筋麻痺への進行あり, 経鼻摘出。術後4週間で眼瞼下垂は改善。右眼球運動制限は回復途上。

〔症例2〕52歳, 女性。2019/05/20に軽い頭痛。2019/05/21に激しい頭痛と目の翳みを自覚。2019/05/22, 頭痛と吐き気で, 意識朦朧となり救急搬入。両眼指数弁。頭部CTで, 下垂体腺腫と内部の出血性変化あり, 経鼻摘出。術後速やかに視機能改善を得た。下垂体卒中は症状軽度の場合は保存的加療が選択される。改善なき場合には手術が考慮される。下垂体卒中発症時には, 下垂体機能低下症による, 続発性の急性副腎不全を生じることがあり, 速やかなステロイド補充が必要となる。

7 視力・視野障害を契機に受診し, 先端巨大症を呈した double adenoma の1例

田村 哲郎・山下 慎也・菊池 文平
渡辺 潤

県立中央病院 脳神経外科

先端巨大症の多くは somatotroph adenoma が原因であるが, 手術成績向上のために術前 somatostatin analog (SSA) を投与することがある。主要部分が他種の下垂体腺腫だったため縮小効果が得られなかった症例を報告する。

症例は33歳, 男性。視障害のため眼科を受診。RV=1.0 (1.2), LV=0.02 (nc), 両耳側半盲を指摘されて当科に紹介。外観は acromegaly で, CTにて石灰化を伴う下垂体腺腫を認めた。GH 6.94ng/ml, IGF-1 767ng/ml (+7.1SD) で OGTT に抑制なく, TRH, LHRH, CRH に奇異反応なし。BC に抑制されず Oct に 1.51 まで抑制された。PRL は TRH に 29.8 から 49.1, BC で抑制あり。MRI では一部不均一な鞍内から視交叉を圧迫する腫瘍を認めた。Oct LAR 20mg 2回投与後 GH は 2.42, IGF-1 343 (+2.2SD), PRL 15.3 に低下したが, 腫瘍の縮小効果は全く認められなかった。術中鞍内から鞍上進展する大腫瘍とは異なる小腫瘍を鞍底部に認め境界は明瞭であった。病理学的に大腫瘍は GH (-), SF-1(+) の gonadotroph adenoma, 小腫瘍は GH (+) の somatotroph adenoma であった。術後 GH は OGTT で nadir 0.74ng/ml, IGF-1 275 (+1.2SD) ng/ml に低下した。

【結論】本例は gonadotroph adenoma が腫瘍体積のほとんどを占めたため Oct による腫瘍縮小効果が認められなかったと考えられる。GH/IGF-1 が低下しても縮小効果が得られないときにはむやみに SSA 治療を継続しない方がよいと考えられる。

II. 特別講演

間脳下垂体疾患の診療 —最近の進歩—

草津総合病院 先進医療センター

先進医療センター長 島津 章