
 学 会 記 事

第 99 回新潟内分泌代謝同好会

日 時 平成 26 年 6 月 7 日 (土)
午後 3 時～午後 6 時
会 場 ANA クラウンプラザホテル新潟
3 階「阿賀の間」

I. 一 般 演 題
1 TSH/GH 産生下垂体腺腫の 2 例

吉岡 大志・松林 泰弘・山田 貴穂
福武 嶺一・阿部 孝洋・石澤 正博
小原 伸雅・鈴木亜希子・羽入 修
曾根 博仁

新潟大学医歯学総合病院
血液・内分泌・代謝内科

〔症例 1〕51 歳, 男性. 50 歳時に先端巨大症が疑われ, 新潟市民病院へ紹介. GH 3.2 ng/ml, IGF-1 220 ng/ml, 75gOGTT にて GH 抑制を認めず, GH 産生腫瘍 + SITSH 疑いにて当院へ入院. 眉弓膨隆, 鼻翼・口唇の肥大, 巨舌を認め, 甲状腺はびまん性に腫大. 四肢は手足とも軟部組織が肥大. GH, IGF-1 は正常, FT3 6.7pg/ml FT4 2.2ng/dl とやや高値にも関わらず TSH 2.25IU/ml と抑制されず SITSH 状態. 甲状腺 US にて両葉に最大 10mm 大の腫瘍が散在. 下垂体 MRI 画像にて, トルコ鞍左側からトルコ鞍底左側を下方へ膨隆する 2 × 1.5cm 大の腫瘍を認めた. TRH 負荷試験では, GH の奇異性反応はあり, TSH は正常. CRH, LH-RH 負荷試験では, 軽度 GH 増加傾向認めるも, 前値の 2 倍未満であり, 有意な奇異反応はなし. Cortisol の反応性は問題なく, LH, FSH, ACTH は問題なし. プロモクリプチン負荷試験では, GH は軽度の減少を認めた

が, 前値の 1/2 以下にはならず, 有意な奇異的抑制はないと判断. オクトレオチド負荷試験では GH の抑制を認めた. また, 眼科を受診にて中等度 SAS を指摘.

GH 産生腫瘍, TSH 産生腫瘍疑いにて 2013 年 10 月 31 日当院脳外科にて Hardy 手術を施行. 術後の免疫染色の標本で, TSH, GH 共に陽性であった.

〔症例 2〕56 歳, 男性. 56 歳時に下垂体腫瘍を指摘され, 当院紹介受診. 検査で FT3 9.6pg/ml, FT4 3.8ng/dl, TSH 7.98IU/ml と SITSH を認め, 同時に GH5.1ng/ml, IGF-1 467ng/ml と高値を認めたため, TSH/GH 精査目的に入院. 身体所見では, アクロメガリーの理学的所見は特に認めず, 手指振戦のみ認めた. GH8.0ng/ml, IGF-1 476, FT3 9.9pg/ml, FT4 3.4ng/dl, TSH 9.90IU/ml も抑制されずに SITSH の状態.

FSH25.5mIU/ml. 甲状腺自己抗体は, すべて陰性. A サブユニット正常, SHBG178nmol/L. トルコ鞍～鞍上部に 30mm 大の腫瘍を認めた. 75g OGTT は, 抑制は認めるも, GH 頂値は 1 未満に抑制されなかった. プロモクリプチン負荷試験は, GH, TSH 共に抑制あり. オクトレオチド負荷試験でも, GH, TSH 共に抑制あり. 診断として, 下垂体に腫瘍があり, αサブユニットは正常上限, SHBG は高値を認めたため GH/TSH 産生腫瘍疑いとなった. パーロデル 7.5mg/day で甲状腺機能をコントロール. 今後 Hardy 手術を予定, 甲状腺機能亢進症状に対して, 負荷試験で効果のあったプロモクリプチンで治療を開始している

【結語】TSH/GH 同時産生腫瘍と思われる 2 症例を経験した. 1 症例目は手術で寛解, 2 症例目はプロモクリプチンで甲状腺をコントロールし, 現在手術待機中である. 術後は腫瘍組織の免疫染色を行い診断確定の予定である.