

綿静脈洞部に動脈瘤と内頸動脈海綿静脈洞瘻 (CCF) を認めた。症状は自然寛解したが、CCF が再発。塞栓術を計画したが、high risk で CCF 消失のため無治療とした。3 ヶ月後低 Na 血症 (Na 115) になり、倦怠感、食欲低下が続き精査した。血漿 ACTH/F は感度以下。4 者負荷試験では、ACTH は 211pg/ml まで上昇、peak GH は 3.26、IGF-1 は 25ng/ml、fT4 は 0.47 と低い、TSH は 3.6 μ U/ml、LH/FSH は低値低反応。MRI ではトルコ鞍の大部分が動脈瘤で占められ正常下垂体は同定困難であった。以上から動脈瘤による直接の圧迫と拍動により門脈の血流障害を来して前葉機能低下症になったと思われた。

6 プロラクチン産生下垂体腺腫の治療成績向上のための高磁場 MRI 画像診断 — 外科治療の立場から —

米岡有一郎・妻沼 到・藤井 幸彦
新潟大学脳研究所脳神経外科

【背景と目的】1.5-T MRI では描出しえなかったプロラクチン産生下垂体微小腺腫を有した症例を検討し、診断から外科治療にわたる問題点を検討し対策を提案する。

【方法】当科にて内視鏡下経鼻下垂体手術導入 (2003 年) 以降、1.5-T MRI では描出しえず、手術にて腫瘍を確定診断した 6 症例を検討し、内分泌検査所見、画像所見、手術所見について retrospective に検討した。いずれも、術後に病理診断として下垂体腺腫の診断を得ており、また 4 例では術前に 3-T MRI 撮影が行われた。

【結果】症例は全て女性であり、年齢は 23 ~ 35 (平均 28.3) 歳。6 例とも、TRH 反応を欠いた PRL 高値を認め、内分泌学的には PRLoma の存在が示唆された。3 例において、1.5-T MRI では下垂体腺腫の明瞭な描出は得られなかったが、3-T MRI にて腫瘍の存在のみならず海綿静脈洞浸潤をも術前に示唆され、手術で確認された。他の 3 例では、1.5-T MRI により描出された腫瘍の対側にも腺腫が手術にて確認された。うち 1 例で海綿静脈洞浸潤も確認された。6 例中 3 例で術後ホルモン正常化が得られ、3 例では正常化に至らぬものの PRL 値の低減が得られた。

【結論】1.5-T MRI で描出されない microprolactinoma が存在し、外科的根治を困難とする要因と考えられた。内分泌試験で microprolactinoma の存在が示唆された場合には外科治療を考慮してもよいが、術前に描出されない対側病変の存在や海綿静脈洞浸潤も考慮に入れ、手術適応は慎重に判断すべきである。手術では内視鏡などを用いてトルコ鞍内の十分な探索が必要である。3-T MRI は 1.5-T MRI で描出されない microprolactinoma の検出向上を促し、ひいては外科治療成績向上に寄与するものと考えられた。

II. 特別講演

子宮内膜症の治療 — 手術療法か薬物療法か? —

京都府立医科大学大学院
医学研究科女性生涯医科学 准教授

北脇 城