

コルチゾール (COR) 14例, 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 5例, 成長ホルモン (GH) 9例, 性腺刺激ホルモン (Gn) 9例, 抗利尿ホルモン (ADH) 1例。eTSS後, COR 10/14 (例), TSH 1/5, GH 2/9, Gn 3/9で回復を見た。ADHは回復を認めず(0)。

【考察】先行研究で, Hypocortisolismの回復は13/14 [Cozzi et al. J Endocrinol Invest. 2009]とされるが, 我々の検討では, 10/14 (例)で Hypocortisolismが改善し, Hydrocortisoneの内服から離脱した。Hypocortisolismの回復は, 菲薄化した下垂体に負担の少ない摘出と, 圧迫解除に伴う血行回復による前葉機能回復とが推測される。

【結語】術前の下垂体機能低下の一部は, 術後に回復の可能性がある。

9 妊娠中に下垂体機能低下症と視野狭窄を発症した1例

田村 哲郎・富川 勝・三橋 大樹
澁谷 航平

県立中央病院脳神経外科

脳腫瘍の診断には造影検査が必須であるが, 妊娠中は児への悪影響を懸念してルーチンにはなされない一方, 控え過ぎて不正確な診断では望ましい治療を行えない。今回我々は造影検査についてのガイドラインを紹介し稀な下垂体腫瘍の診断治療を行えた症例を経験したので報告する。

症例は34歳, 女性。既往歴に特記すべきことなし。不妊治療の中断後自然妊娠した。妊娠23W頃頭痛, 嘔気, 倦怠感があり, 26Wで視野狭窄を自覚。26W6Dで当科に紹介された。視力は正常だが両耳側上1/4盲あり。随時採血にてTSH 0.14 μ U/ml, fT3 2.37pg/ml, fT4 0.51ng/dl, PRL 110.1ng/ml, ACTH 5.7pg/ml, cortisol 6.8 μ g/dlで, 中枢性甲状腺機能低下と高PRL血症を認めた。造影なしのMRIで視交叉を圧迫する鞍内から鞍上進展する左右対称の均一な充実性腫瘍を認めた。鞍内後縁はT1高信号だった。リンパ球性下垂体前葉炎が最も疑われたが, 非機能性下垂体腺腫も完全

には否定しきれなかった。造影剤はESURのガイドラインでは低毒性のGd造影剤は投与可能とあったが, FDAのカテゴリーから相対的にヨード造影剤の方が安全ということで児を防御しつつMDCTにて造影検査を行った。その結果下垂体腫瘍は均一に増強され正常下垂体と病変を分離して示現せず, 後葉の位置と相まって下垂体腺腫を否定できた。内分泌検査で二次性副腎皮質機能低下を確認でき, L-T4の補充とともにPSL 30mg/日から漸減して10mg/日にて維持し, 視神経障害が悪化したら手術を行う方針とした。その結果嘔気, 食欲の回復はすぐにみられ1-2週間で頭痛, 視野狭窄は改善。8週後のMRIで腫瘍の縮小が認められた。38W6Dで自然分娩にて健常男児が出生。出産後1週でのMRIで下垂体腫瘍はさらに縮小しており, 下垂体全体が均一に増強された。

本例は確定診断ではないが, 臨床経過, 内分泌および画像所見から典型的なリンパ球性下垂体前葉炎と考えられ, ステロイドが有効であった。児を危険にさらさず的確な治療のために造影検査は有用であった。

10 高Ca血症で発見された悪性リンパ腫の白血化が疑われた1例

三ツ間友里恵・鈴木 克典

済生会新潟第二病院代謝・内分泌内科

症例は78歳, 男性。

【主訴】全身倦怠感, 食欲不振。

【現病歴】2型糖尿病, 高血圧, 心房細動で前医通院。X年9月末より上記あり。10月2日前医受診, 高カルシウム血症を認め5日当院初診, 補正Ca 15.6mg/dlのため当科に入院。経過: 生食, カルシトニン, ビスホスホネート投与。体幹CTでは脾腫と少量腹水のみだった。入院後に熱発, 白血球の幼若芽球の増加, LDH上昇, sIL2R 4127U/ml, PTHrP 6.2pmol/lと高値, 骨髄に異型リンパ球を認め, HHM (液性悪性腫瘍性高カルシウム血症), 原疾患は悪性リンパ腫の白血化の疑い

と診断し、化学療法が開始されたが、第 61 病日永眠された。

【考察】HHM は報告は少ないが、悪性度が高くその予後は不良であるとされている。本症例は、受診時より病態が悪く、短期間での診断をせざるを得なく、診断に至るまで大変苦慮した。若干の考察を加え報告する。

Ⅱ. 特 別 講 演

遺伝する内分泌疾患と臨床医の役割

札幌医科大学 遺伝医学

教授 櫻井 晃洋