

3 Subclinical normal GH acromegaly の1症例

渋間 啓・妻沼 到・菅井 努
井上 明・神宮字伸哉・瀬沼 恭一
熊谷 孝

山形県立中央病院脳神経外科

【緒言】内分泌学的に先端巨大症の所見を呈するにも拘らず、その臨床症状を欠いている病態は subclinical acromegaly と呼ばれる。一方、血中 GH 値が正常範囲にありながら、IGF-1 が高値で、acromegaly の症状を呈するものを normal GH acromegaly という。今回、我々は症候学的には acromegalic features に欠け、かつ GH の基礎値、糖負荷後の抑制が正常で、IGF-1 が高値である下垂体腺腫の症例を経験したので報告する。

症例は52歳、女性。脳ドックにて下垂体腺腫を指摘され、精査目的に当科を初診。この2年間で体重が4kg増加しているが、顔貌の変化や靴のサイズの変化はない。視力視野を含め神経学的には異常なし。MRIでトルコ鞍内に最大径18mmの造影効果の乏しいmassを認めた。GH基礎値1.05ng/mlと正常。IGF-1は267ng/ml(性年齢基準値78~213)と軽度高値であった。糖負荷試験でGHは1.14から0.66ng/mlと抑制されたが、軽度の耐糖能異常を認めた。症候学的にも内分泌学的にもacromegalyと診断し難く、耐糖能異常も他の原因に基づくものである可能性は否定できなかった。本人と相談の上、下垂体腫瘍摘出によるIGF-1、耐糖能異常の改善を期待し経蝶形骨洞手術を行い、腫瘍を全摘した。免疫組織学的に、GH産生性下垂体腺腫であった。術後血清IGF-1は205ng/mlと正常化、術後1ヶ月のOGTTで耐糖能異常が正常化していた。

【結語】耐糖能異常を有する患者の中にはGHが正常でもacromegalyが潜在していることがあり下垂体腫瘍の摘出により病態を改善できる場合がある。耐糖能異常を有する患者におけるIGF-1測定的重要性を改めて強調する。

4 偶然見つかった思春期 somatotropinoma? の1症例

田村 哲郎・富川 勝・阿部 英明

県立中央病院脳神経外科

【緒言】思春期にGH産生腺腫が発症しても、高身長でなければ先端巨大の所見がないことがあり、生化学的にも最もIGF-1が生理的に高い時期であり、かつ極めて症例数が少ないこともあって診断が難しい。我々が経験した症例を提示し、諸家の御意見を賜りたい。

症例は初経は10歳8月時で、12歳3月時に顔面打撲を機に近医を受診し、画像で下垂体腫瘍を疑われて当科紹介。随時採血でGH 0.13 ng/ml、IGF-1 562ng/ml。歯列矯正装置のためにMRIは歪みがあったが、下垂体は腫大し不均一に増強された。生理的腫大と考え経過観察とした。15歳9月時に再診し、血中GH 3.85 ng/ml、IGF-1 628.9ng/mlとIGF-1は高いと考え75gOGTTをしたところGHは前値0.70が7.87に奇異的上昇をみた。16y2mで検査入院した。身長162.1cm、体重55.6kgで最終身長に達しており、異所性歯牙萌出を伴う咬合不全はあるが、先端巨大無し。月経は不規則。血中IGF-1 537ng/ml、IGFBP-3 2.6 μg/mlと正常。GHはTRHに対して前値10.31が15分後に16.59ng/mlに上昇。Insulin低血糖には前値4.0ng/mlが60分後7.44 ng/ml、Bromocriptineには前値0.94ng/mlが2時間後に8.31ng/mlと正常に上昇した後低下し、6時間後17.53 ng/mlに上昇した。Octreotideには前値9.70ng/mlが0.05ng/mlまで抑制された。尿中GHは8.8~11.6pg/mgCre。PRLを含め他の前葉ホルモンに異常を認めなかった。MRIでは下垂体は腫大して鞍上進展し内部に2-3個の嚢胞性病変を認めるが、正常下垂体と明瞭に区別できる腫瘍性病変は認められなかった。

【まとめ】先端巨大症としては下顎突出のみでIGF-1は正常上限だが、GHは明らかな奇異反応を認める。手術をするかどうかは結局画像診断に頼ることになる。