

図説脳神経外科

(第56回)

手術による先端巨大症患者における耐糖能障害の改善

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 脳神経外科

藤尾 信吾、羽生 未佳、湯之上 俊二
有田 和徳

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 循環器・呼吸器・代謝内科学

有村 洋、木村 崇、中崎 満浩
鄭 忠和

はじめに

先端巨大症は顔貌や四肢末端の変化のみならず、高血圧、糖尿病、高脂血症、悪性腫瘍などを併発し、生命予後をも脅かす疾患である。なかでも糖尿病の有病率は高く、約5割の患者に合併すると言われている¹⁾。実際、難治性の糖尿病を契機に先端巨大症が発見される例も少なくない。その病態は成長ホルモンによるインスリン抵抗性を主体としていると考えられている²⁾。

鹿児島大学脳神経外科で手術を行った初発の先端巨大症患者はこの5年間で47例である。この中で術後の内分泌学的検査の終了した37例について、術前後の耐糖能を評価した。術前、糖尿病の有病率は35.1%、境界型糖尿病は18.9%であり、5割以上の患者に耐糖能異常を認めた。そのうち7例にはすでにインスリンが導入されており、インスリン抵抗性を示すHOMA-Rは 2.87 ± 0.29 (平均 \pm SE、以下同)であった。すべての症例に経蝶形骨洞手術を施行し、32例(86.5%)が寛解に至った。術後、糖尿病の有病率は21.6%に低下、HOMA-Rも 1.15 ± 0.11 まで改善し、インスリンを使用していた7例のうち5例(71.4%)が、インスリン療法から解放されている(図1, 2)。

症例

56歳男性。会社の健康診断で顔貌から先端巨大症が疑われ当科紹介となった。糖尿病の合併があり、インスリン注射と3剤の内服薬で血糖コントロールを行っていた。術前の成長ホルモン値は55.8ng/ml、IGF-1値は558ng/mlであった。頭部MRIでは、トルコ鞍右側に最大径12mmの下垂体腫瘍を認めた(図3-A)。経鼻経蝶形骨洞の下垂体腫瘍摘出術を施行し、腫瘍は全摘出された。術翌日の成長ホルモン値は1.5ng/mlまで低下、耐糖能も急速に改善し、頻回に低血糖を起こすようになった。そのため術後2週間でインスリンを中止し、内服薬も1剤にまで減量した。術後1年が経過した現在でも、内服薬1剤のみで糖尿病のコントロールは良好である。MRIでも腫瘍の全摘出が確認できる(図3-B)。

おわりに

先端巨大症患者の多くが糖尿病を合併するが、適切な治療により成長ホルモンが正常化すると、耐糖能は急速に改善する。難治性の糖尿病患者の中には先端巨大症患者が紛れている可能性があり、必要に応じて、成長ホルモンやIGF-1の測定が求められる。

文 献

1) Fukuda I, Hizuka N, Murakami Y, Itoh E, Yasumoto K, Sata A, Takano-K: Clinical features and therapeutic outcomes of 65 patients with acromegaly at Tokyo Women's Medical University. Intern Med 40: 987-92,

2001

2) Foss MC, Saad MJ, Paccola GM, Paula FJ, Piccinato CE, Moreira AC: Peripheral glucose metabolism in acromegaly. J Clin Endocrinol Metab 72: 1048-53, 1991

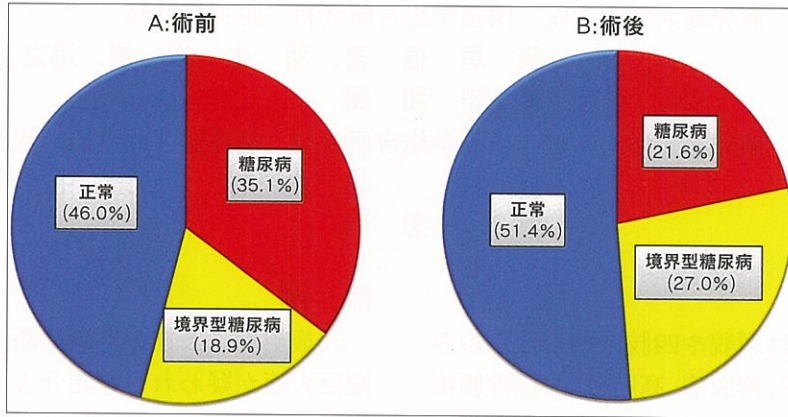


図1. 対象とした患者群で耐糖能異常を合併する割合

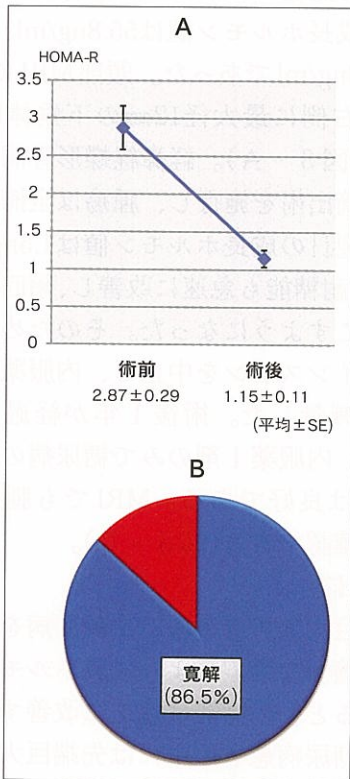


図2. A: 術前、術後のHOMA-R値、B: 対象患者の先端巨大症寛解率 (寛解基準: OGTTにおける成長ホルモン底値が1ng/ml未満、かつIGF-1 SD値が2SD以下)

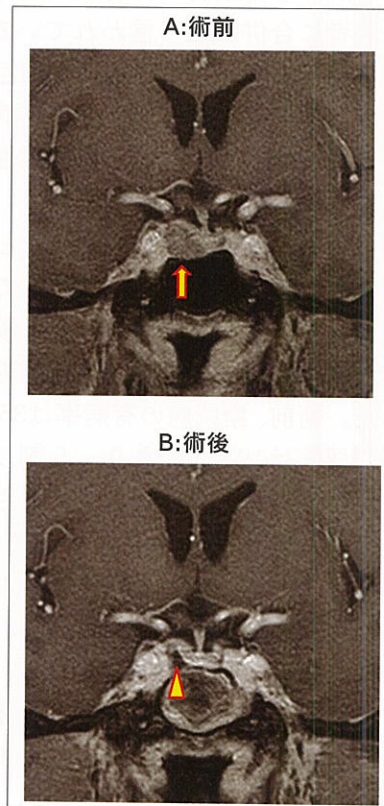


図3. MRI冠状断 (T1造影)。A: 術前。トルコ鞍右側の造影効果の弱い部分が腫瘍(矢印)。B: 術後。腫瘍は全摘出されている(矢頭)