

図説脳神経外科

(第68回)

手術によって妊娠が達成された月経障害を呈するプロラクチノーマ症例

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経外科学

藤尾 信吾、羽生 未佳、湯ノ上 俊二
平野 宏文、有田 和徳

はじめに

プロラクチン (PRL) 産生下垂体腺腫 (プロラクチノーマ) は、ホルモン産生下垂体腺腫の中で最も頻度が高い。女性に多く、性腺機能低下、乳汁分泌を主症状とする。軽度の PRL 上昇でも月経不順を来し、PRL 値が 50~100ng/ml を超えると無月経となる。治療の第一選択はドパミン作動薬による薬物療法であり、薬物による PRL 正常化率は約 80~90% である (1, 2, 3)。またおよそ 7 割で腫瘍の縮小が得られる (1)。しかし、薬物療法で根治に至る症例は少なく、PRL 値を正常に維持し、妊孕性を保つためには、長期間にわたり、内服を継続する必要がある。そのため、1 回の手術で完治が期待できるトルコ鞍内限局型の微小腺腫に対しては、手術療法も一つの選択肢と考えられる。熟達者の経鼻手術による術後 PRL 正常化率 (25ng/ml 以下) は 80% 以上である。鹿児島大学脳神経外科では、2005 年以降、トルコ鞍内に限局する若年女性プロラクチノーマ 16 例に対して経鼻手術を行っているが、手術を行った全症例において、新たな下垂体前葉機能障害を含む手術合併症をきたすことなく、術後 PRL 値は正常化した。一例を除いて自然月経も回復し、すでに 4 例から妊娠、出産の報告を受けている。

症 例

24 歳女性。もともと月経は不規則であったが、2 年ほど前から無月経となり、近医産婦人科を受診した。ホルモン療法による改善はなく、精査の結果、高 PRL 血症を指摘された。近医脳神経外科の MRI で微小腺腫が確認され、まずプロモクリプチン内服療法が行われたが、吐き気が強く内服を中断した。その後、PRL 値が再上昇してきたために、当科を紹介受診した。PRL 値は 124.0ng/ml であり、MRI ではトルコ鞍右側に 7 mm 程度の下垂体腫瘍を認めた (図 1)。本症例に対して、経鼻経蝶形骨洞的下垂体腫瘍摘出術を施行。腫瘍と正常下垂体との境界を丁寧に剥離し (図 2, 3)、腫瘍を全摘出した (図 4, 5)。術翌日の PRL 値は 0.8ng/ml まで低下し、術後約 1 ヶ月で月経が再来、手術から 15 ヶ月後に一児を得た。PRL の正常化に伴い、LH-RH 負荷試験による LH、FSH の過剰反応も改善している (図 6)。

おわりに

手術適応を良く吟味し、経験のある下垂体外科医による執刀であれば、若年女性の微小プロラクチノーマに対する手術療法は、有用な治療法であると考えられる。

参考文献

- 1) Verhelst J, et al: Cabergoline in the treatment of hyperprolactinemia: a study in 455 patients. J Clin Endocrinol Metab 84: 2518-22, 1999
- 2) Webster J, et al.: A comparison of cabergoline and bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemic amenorrhea. Cabergoline Comparative Study Group. N Engl J Med 6: 904-9, 1994
- 3) Colao A, et al: Drug insight: Cabergoline and bromocriptine in the treatment of hyperprolactinemia in men and women. Nat Clin Pract Endocrinol Metab 2: 200-10, 2006

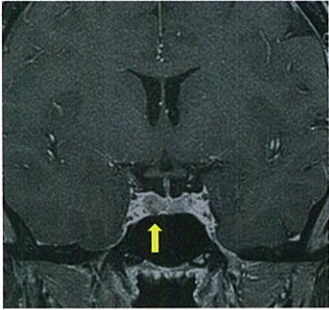


図1：造影T1強調画像冠状断。腫瘍はトルコ鞍右側に less enhance lesionとして存在する(矢印)。

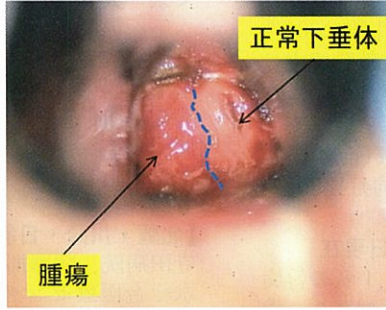


図2：トルコ鞍硬膜を開放、正常下垂体と腫瘍との境界を視認する(点線)。



図3：正常下垂体と腫瘍との境界を丁寧に剥離。

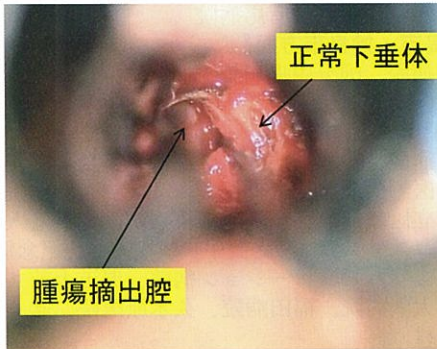


図4：腫瘍は全摘出された。

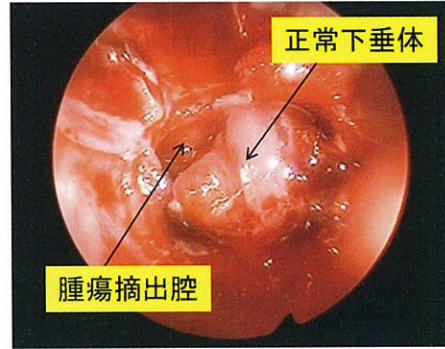


図5：内視鏡画像(30度)。内視鏡でも腫瘍の全摘出を確認した。

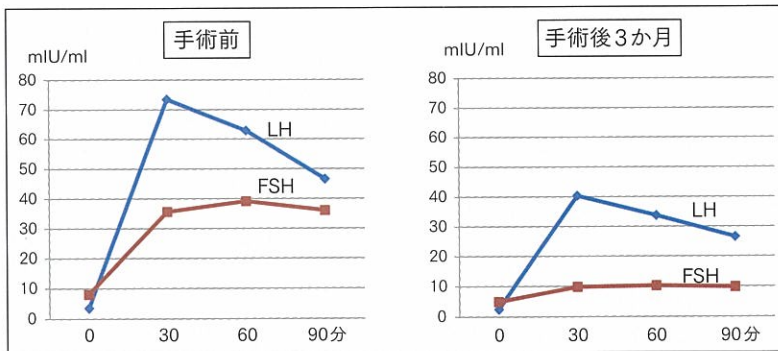


図6：LH-RH負荷試験によるLH、FSHの推移。術前に認められた過剰反応は術後改善している。