

**図説脳神経外科**

(第84回)

**原発性甲状腺機能低下症による下垂体過形成**

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 脳神経外科学

東 拓一郎、藤尾 信吾、湯之上 俊二、花谷 亮典、平野 宏文、有田 和徳

**【はじめに】**

甲状腺機能低下症では25%から81%に下垂体過形成を伴う。その為、下垂体に腫瘍性病変を認めた際には、原発性甲状腺機能低下症も鑑別疾患として考える必要がある。甲状腺ホルモン低下によるネガティブ・フィードバックに伴い甲状腺刺激ホルモン放出ホルモン (TRH) が過剰生産されるためと考えられているが、甲状腺機能低下がどの程度続くと下垂体過形成を起こすかは明らかでない[1]。

MRIを用いても下垂体過形成と甲状腺刺激ホルモン (TSH) 産生腺腫の鑑別は困難なことが多い。しかし、下垂体過形成は甲状腺ホルモン補充療法が第一選択であり、TSH産生腺腫は外科的加療が第一選択というように治療法が異なるため、不要な手術を避けるためにも両者の鑑別は非常に重要である[2]。

診断的治療として甲状腺ホルモン補充療法を行いながら定期的にMRIを行うことにより鑑別がなされる。具体的にはサイロキシンを低容量 (20-30  $\mu$ g/日) から開始し、2~3週間毎に増量する。血清freeT3、freeT4、TSHの測定と画像検査を定期的に行ううち、下垂体過形成であれば腫瘍は退縮を示す。治療期間は4カ

月以上、時には2年以上を要し、場合によっては生涯内服治療を続ける必要がある[2]。治療開始後にTSHが正常化しても甲状腺ホルモンが改善を示さない場合は、下垂体前葉のTSH分泌細胞が長期にわたって増殖したことが考えられる。TSH産生腺腫であったり、腫大した下垂体が視神経交叉を強く圧迫している場合には、経蝶形骨洞的下垂体腫瘍摘出術などの外科的治療の検討が必要である[2]。

**【症 例】**

20歳代、女性。月経不順はあったが医療機関は受診していなかった。頭部打撲のため近医を受診した際に、頭部CTでトルコ鞍内の腫瘍性病変を指摘された。頭部MRIにて、トルコ鞍の造影病変 (図1) を指摘され、当科を紹介受診となった。血液検査でTSH100  $\mu$  IU/ml、freeT3 0.83 pg/ml、freeT4 0.11 ng/dlと甲状腺機能低下を認めたため、甲状腺ホルモン補充療法を開始した。サイロキシン (チラージンS®) 25  $\mu$ g/dayを漸増し、3ヵ月後には100  $\mu$ g/day内服でTSH1 89  $\mu$  IU/ml、freeT3 3.45pg/ml、freeT4 1.34ng/dlと甲状腺機能は安定し、月経も規則的となった。初診から5ヵ月後、17ヵ月後のMRI

(図2、3)では下垂体部病変は次第に退縮した。甲状腺ホルモンの検査値や画像所見の経過から、原発性甲状腺機能低下症による下垂体過形成と診断された。

hyperplasia secondary to acquired hypothyroidism: case report. Ital J Pediatr 37: 15, 2011

[2] Lin Han, et al. Pituitary tumorous hyperplasia due to primary hypothyroidism. Acta Neuroshir 154: 1489-1492, 2012

【参考文献】

[1] Roberto Franceschi, et al. Pituitary

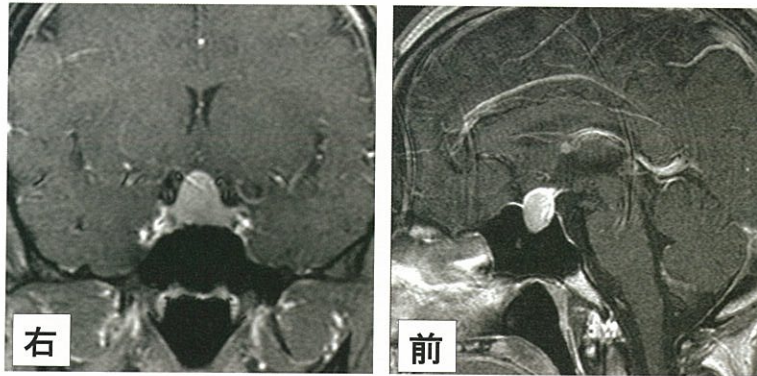


図1 造影MRI(冠状断、矢状断) 初診時  
トルコ鞍部に造影効果のある腫瘍性病変をみとめる

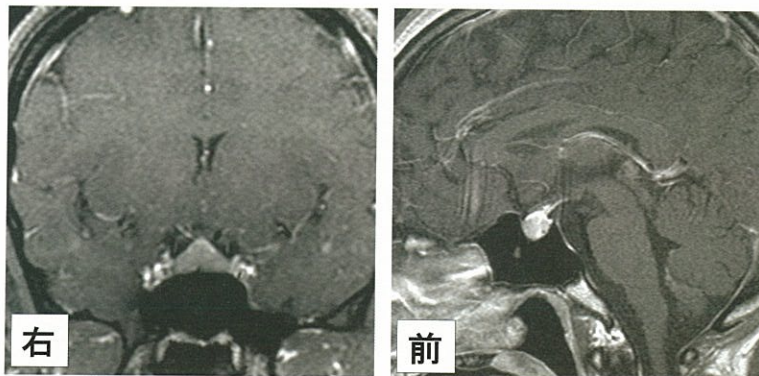


図2 造影MRI(冠状断、矢状断) 治療開始5ヵ月

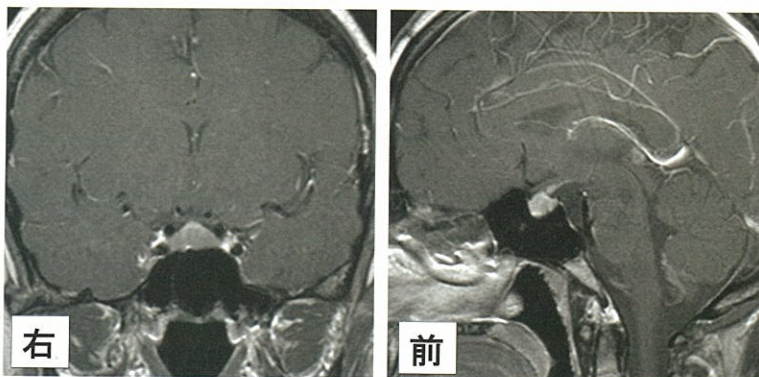


図3 造影MRI(冠状断、矢状断) 治療開始17ヵ月  
病巣は退縮傾向にある