

告示	番号	50	悪性新生物
	疾病名	下垂体腺腫	

下垂体腺腫

かすいたいせんしゅ

概要・定義

下垂体前葉の実質細胞から構成される良性腫瘍 (WHO グレード I) で、産生ホルモンの種類によって細分類される。直径 10mm より大きいものを巨大腫瘍とし、10mm 以下でトルコ鞍内に限局するものを微小腺腫とする。

症状

腫瘍の増大による症状としては、トルコ鞍内から上方に進展して視神経交叉を中央で圧迫し、左右対称性の両耳側半盲を呈し、トルコ鞍の左右に存在する海綿静脈洞へ側方進展することがある。ホルモン産生腺腫であれば微小腺腫でもホルモン症状を呈し、ホルモン非産生腺腫ではホルモン欠損症状を呈する。

プロラクチン産生腺腫では無月経や月経周期異常を来す。ACTH 産生腺腫では肥満、低身長などの症状を呈する。成長ホルモン産生腺腫では

巨人症の症状を呈し、同時にプロラクチンや甲状腺ホルモンを過剰に分泌するので、これらの症状を呈することがある。

治療

ホルモン産生腺腫の中でプロラクチン産生腺腫の場合、視神経障害に対し緊急の減圧処置が必要であればドパミンアゴニスト (カベルゴリンなど) による薬物治療が第一選択である。成長ホルモン産生腺腫、ACTH 産生腺腫、TSH 産生腺腫などのホルモン産生腺腫やホルモン非産生腺腫では外科的摘出が第一選択である。

手術方法としては、経蝶形骨手術に内視鏡を用い、術中の画像によるナビゲーションを利用して低侵襲的な手術法が普及してきたが、年少児では鼻腔が狭く、蝶形骨洞が小さいことを考慮して行う。また、術後の髄液漏を予防する処置を行う必要がある。

周囲組織への浸潤性の腫瘍であれば、放射線治療や薬物治療を試みる。放射線治療では、再発予防に局所の分割照射を行う場合は 45Gy 以上の線量が必要とされ、再発率は減少するが、視神経、脳血管障害、二次がんの発生の可能性がある。定位放射線手術による非常に小さい範囲の照射も有効である。

しかし、成長ホルモン産生腺腫にはいずれの放射線治療でも効果の限界がある。ACTH 産生腺腫に対する放射線治療での寛解率は 80% から 90% とされる。

術後のホルモン補充療法として、副腎皮質ホルモン、甲状腺ホルモンの補充が必要なことが多く、術後に尿崩症が発生すれば抗利尿ホルモン

の補充が必要である。頭蓋咽頭腫の術後と同様に、副腎不全には注意が必要である。

抜粋元 : http://www.shouman.jp/details/1_6_81.html