

入院症例サマリー

受け持ち医: (主治医グループの医師名), …(学生).

患者: X. Y. **年齢:** 50 歳 **性:** 男性

主訴: 視力低下, 視野狭窄

既往歴: 40 歳; 高血圧症 45 歳; 糖尿病

生活歴: 喫煙歴; 10 本/日 × 20 年間, 飲酒歴; 日本酒 1 合/日, 職業; 会社員 (事務職)

家族歴: 父; 糖尿病 (50 歳代で 2 型糖尿病と診断。肥満体型, 経口血糖降下薬で治療中), 母; 橋本病

現病歴: 健康診断は毎年受けており, 2008 年 (40 歳) に高血圧, 2013 年に空腹時血糖 130 mg/dl, HbA1c 6.6% と高血糖を指摘され, 近医に通院していた。最近は薬物療法で血圧 120/70 mmHg, HbA1c 6.0% 程度で経過し, コントロールは良好だった。2015 年頃から視力低下を指摘され, 2018 年 2 月からは視力低下に加えて視野狭窄を自覚するようになり近医眼科を受診した。眼底検査では異常を認めなかったが, ゴールドマン視野検査にて両耳側半盲, 頭部 CT にて下垂体腫瘍が認められた。2018 年 3 月 1 日に下垂体腫瘍の内分泌学的精査目的に当科を紹介受診し, 3 月 10 日に検査入院した。

入院時身体所見:

身長 170.0 cm, 体重 80.0 kg, BMI 27.7 kg/m², 体温 36.8°C, 血圧 115/65 mmHg, 脈拍 75/分 (整), 眼瞼結膜に貧血なし, 眼球結膜に黄染なし, 眼球運動に制限なし, 複視・眼振なし, 巨舌なし, 甲状腺を触知しない, 心雑音・ラ音を聴取しない, 腹部は平坦・軟, 四肢に浮腫を認めない, アキレス腱反射 +/+, 内踝振動覚 12/12 秒, 足病変を認めない, Cushing 徴候を認めない。

入院時一般検査:

血球算定: 白血球 4900/μl (好中球 55%, 好酸球 3%, 好塩基球 2%, リンパ球 30%, 単球 10%), 赤血球 402 万/μl, Hb 13.1 g/dl, 血小板 14.5 万/μl

生化学: 総蛋白 6.1 g/dl, アルブミン 3.8 g/dl, AST 29 IU/l, ALT 40 IU/l, LDH 173 IU/l, ALP 107 IU/l, 総ビリルビン 0.9 mg/dl, 尿素窒素 13 mg/dl, クレアチニン 0.88 mg/dl, Na 140 mEq/l, K 4.1 mEq/l, Cl 104 mEq/l, 空腹時血糖 110 mg/dl, HbA1c 6.0%, TSH 6.48 μIU/ml, FT4 1.03 ng/dl, ACTH 20.0 pg/ml, コルチゾール 10.0 μg/dl, GH 1.1 ng/ml, IGF-1 120 ng/ml, LH 1.87 mIU/ml, FSH 2.0 mIU/ml, プロラクチン 51 ng/ml

尿検査: 比重 1.018, 蛋白(-), 糖(-), 潜血(-)

胸部 X 線写真: 心胸郭比 42%, 肺野異常陰影なし, 骨・軟部組織異常所見なし, 肋骨横隔膜角 両側鋭。

12 誘導心電図: 心拍数 70 回/分, 正常洞調律, 軸偏位なし (70 度), 左室肥大なし, ST-T 変化なし。

下垂体造影 MRI: 視交叉を圧排する 30×22×20 mm の境界明瞭で内部均一に造影される腫瘍を認める。

Problem list:

#1: 下垂体腫瘍 #2: 糖尿病 #3: 高血圧症

Assessment and Planning

#1: MRI での画像所見から下垂体腺腫を疑う。視交叉・視神経を圧排し, 視力低下や視野障害を起こしていると考えられる。下垂体ホルモン基礎値では下垂体茎圧排によるプロラクチンの軽度上昇以外に異常所見は認めず, 非機能性腫瘍が疑わしいが, 肥満に加えて高血圧や糖尿病など代謝異常を有しており, Cushing 病も鑑別疾患に挙がる。24 時間蓄尿や, 3 者負荷試験 (CRH 試験, GHRP-2 試験, LH-RH 試験), インスリン低血糖試験で下垂体前葉ホルモンの機能的評価を予定する。視野狭窄を来していることから早期手術適応と考えられ, 入院中に脳神経外科へコンサルテーションする。

#2: 肥満と家族歴がある約 5 年来の糖尿病であり, 病型としては 2 型糖尿病が疑わしいが, 下垂体腫瘍があることから内分泌異常による二次性糖尿病も鑑別として考慮する必要がある。肥満を認めることからインスリン抵抗性主体の病態が予想され, HOMA 指数を評価する他, 内因性インスリン分泌能を 24 時間蓄尿での尿中 C ペプチドで確認する。現在は DPP-4 阻害薬の投与のみで術前血糖コントロール基準は達成できているが, 肥満の改善は必要であり, 食事・運動療法について指導を行う。合併症については, 末梢神経障害は明らかではなく, 網膜症や腎症も認めていない。脂質についてはこれまで未精査であり, 入院後に空腹時採血で測定する。頸動脈エコーでの動脈硬化スクリーニングも予定する。

#3: カルシウム拮抗薬の投与でコントロールは良好だった。入院中は薬物療法を継続し減塩食を処方する。

処方: シルニジピン 5 mg/日, アログリプチン 25 mg/日 **食事:** 1600 kcal, NaCl 6 g