感染を契機に急性副腎不全を呈した下垂体腫瘍 摘出術後の汎下垂体機能低下症の4例

松波総合病院内科

村松 学 伊藤康文 山北宜由

概要 下垂体術後汎下垂体機能低下症でグルココルチコイド(GC)補充療法中に、感染を契機に急性副腎不全を呈した4例を報告する。汎下垂体機能低下症の患者では周知されている臨床症状・検査値異常がなくても、副腎不全を発症していることがあり、また寝たきり・盲目等で意思伝達不十分な場合があるため、本症を疑った段階で迅速に即効性GCの大量静注が必要である。

〔日内会誌 92:2255~2257, 2003〕

Key words : 二次性副腎不全, ステロイド補充, ストレス

はじめに

下垂体術後汎下垂体機能低下症でグルココルチコイド(GC)補充療法中の患者に感染等のストレスが生じた際、急性副腎不全を発症する場合がある。感染を契機に急性副腎不全を呈した下垂体術後汎下垂体機能低下症の4例を経験したので、治療上の問題点も含め報告する。

症例 1

患者：70歳、男性。主訴：心窩部痛・嘔吐・発熱。現病歴：1996年下垂体腫瘍摘出術後よりヒドロコチゾン経口20mg/日、レボチロキシシン100μg/日、酢酸デスモプレシン5μg/日補充療法中、寝たきり、盲目患者。心窩部痛・嘔吐・39℃の発熱で入院、胆石性急性膵炎であった。

症例 2

患者：77歳、男性。主訴：咽頭痛・咳・発熱・倦怠感。現病歴：1983年下垂体腫瘍摘出術後よりプレドニゾロン経口7mg/日、レボチロキシシン150μg/日補充中。咽頭痛・咳・38℃の発熱・倦怠感で入院し急性咽頭気管支炎であった。入院

前3日間は食欲不振のためプレドニゾロン内服は自己中断していた。

症例 3

患者：73歳、女性。主訴：発熱・嘔吐・意識障害。現病歴：1984年下垂体腫瘍摘出術後よりヒドロコチゾン経口20mg/日、レボチロキシシン50μg/日補充療法中、脳梗塞を発症して当科入院した。経過中、38℃の発熱・嘔吐・意識障害(Japan coma scale-200)・血圧58/mmHg(触診)とショック状態出現。急性腸炎による麻痺性イレウスであった。

症例 4

患者：58歳、女性。主訴：咽頭痛・強い倦怠感・発熱。現病歴：1985年下垂体腫瘍摘出術後より酢酸コチゾン経口25mg/日、レボチロキシシン50μg/日、酢酸デスモプレシン5μg/日補充中。咽頭痛・強い倦怠感・発熱あり入院し、急性肺炎であった。

臨床所見・検査成績

急性副腎不全と考えた時点での各患者の意識

〔平成14年6月1日 第187回東海地方会推薦〕

Infection-induced adrenal crisis in patients with postoperative hypopituitarism receiving corticosteroid replacement therapy

Manabu Muramatsu, Yasufumi Ito and Noriyoshi Yamakita : Department of internal medicine, Matsunami General Hospital, Gifu

表 1. 主要臨床所見・検査データ

	意識レベル (JCS)	血圧 (mmHg)	血清 Na (mEq/L)	血清 K (mEq/L)	BUN (mg/dL)	WBC (/mm ³)	CRP (mg/dL)
症例 1 (肺炎例)	clear	68/ 触診	132	3.7	14	23,300	8.3
症例 2 (気管支炎例)	clear	124/68	135	3.9	19	6,720	8.7
症例 3 (腸炎例)	300	58/ 触診	123	4.6	15	26,000	13.5
症例 4 (肺炎例)	clear	148/88	107	4.6	10	2,250	5.5

表 2. グルココルチコイドによる治療経過

	副腎不全発症早期の ステロイド使用量	臨床副腎不全改善 までに要した日数	通常ステロイド補充量に 戻すまでに要した日数
症例 1 (肺炎例)	ヒドロコルチゾン 100mg × 2 i.v./ 日	1 日	14 日
症例 2 (気管支炎例)	ヒドロコルチゾン 250mg × 2 i.v./ 日	1 日	4 日
症例 3 (腸炎例)	ヒドロコルチゾン 100mg × 2 i.v./ 日	1 日	10 日
症例 4 (肺炎例)	ヒドロコルチゾン 100mg × 2 i.v./ 日	2 日	12 日

レベル・血圧・主な検査所見をまとめた(表 1)。意識レベルは症例 3 のみ悪く他は正常であり、血圧は症例 1 と 3 で低下し、ショック状態を呈した。血清 Na は症例 2 を除いて低下、症例 4 では 107mEq/L と著明に低下していた。血清 K と BUN は全例正常範囲。白血球数はショック状態を呈した症例 1 と 3 で著明に増加。著明な低 Na 血症を呈した症例 4 では白血球数は逆に減少していた。

治療経過

各症例とも感染症を契機に副腎不全を併発したものと考え、ヒドロコルチゾン大量静注、輸液、抗生剤投与を施行した(表 2)。全例治療開始後 1～2 日で倦怠感等の自覚症状は改善し、ショック例では血圧コントロールが可能となった。GC は大量静注から適時状態を見ながら漸減、通常 GC 内服補充量にもとずまでの期間は、症例 2 を除いて 10 日前後を要した。レボチロキシンのについては経口摂取不能であった症例 1・3 では坐剤(院内作成)で補充し、症例 2・4 では同量

で内服継続させた。酢酸デスマプレシン投与症例は同量で投与継続させた。

考 察

急性副腎不全では、50～70% に悪心・嘔吐・高熱・意識障害・ショック・筋/関節痛等が、検査値異常では低 Na 血症、高窒素血症、低血糖、代謝性アシドーシスが認められる。以上の症状は急性腹症、感冒などと誤診されやすく不要な検査などにより治療が遅れ予後に影響することもあり得る。

治療として使用される GC は内因性 GC であるヒドロコルチゾン (F)、もしくはデキサメサゾンを使用すべきである。F であれば、初回 100mg 静注、以後 6 時間おきに 100mg 静注を 3～4 日続ける。その後症状に応じて減量する。本症ではミネラルコルチコイドの分泌は阻害されておらず本症での低 Na 血症は希釈性に基づくため、過度の生理食塩水投与による血清 Na 補正は心不全等を招来する危険がある。この点が原発性急性副腎不全における治療との相違点である。感染

症併発例にはもちろん抗生剤治療が重要である。

副腎不全発症を予防するため、患者のストレスの程度に応じてGC補充量を増量することが必要である。Johannsson Gら¹⁾によれば、①抜歯等最小限のストレスではGCの追加補充の必要なし、②ヘルニア整復術等軽度のストレスではF 25mgを術日あるいは発熱時に静注、③大腸部分切除、有熱性疾患等中等度のストレスではF 50～75mgを術日あるいは発熱時に静注、④心臓手術、重症肺炎等強度のストレスではF 100～150mgを術日あるいは発病時に静注、以後1～2日で漸減、⑤敗血症等重篤なストレスではF 100mg静注後、50～100mgを6～8時間毎に静注を推奨している。

症例を経験した上での問題点としては、①術後下垂体機能低下症では、寝たきり・盲目等で

意志伝達不十分な患者も多く、身体的愁訴を訴えることができず副腎不全症状が見逃されやすい事、②感染症併発時、食欲低下した際に容易にGC内服を自己中断してしまい、副腎不全発症を助長してしまうことがあり、日常診療の上での患者及び家族への教育指導を徹底する必要があること²⁾、③臨床検査値で明らかな異常がなくても副腎不全状態であることがあるため、総合的な判断が必要であり副腎不全を疑った段階での迅速なGC大量静注が必要であると思われた。

文 献

- 1) Johannsson G, et al: J Clin Endocrinol Metab 87: 2046-52, 2002.
- 2) 堀田真理：日常診療で頻度の高い内分泌疾患治療薬の使い方. 内科専門医会誌 14: 605-614, 2002.