

下垂体疾患と就労について

杉山 誠

独立行政法人労働者健康福祉機構関東労災病院脳神経外科

(平成 27 年 4 月 6 日受付)

要旨：【はじめに】病気を抱え、就労している方は多く、病気を隠して勤務している場合も少なくない。職場の理解が得られないと定期的な通院も困難になり、勤務中に病状が突然悪化すると長期入院となり、就労継続が困難になる。今回は下垂体疾患の中で特に下垂体腺腫について検討、解説した。

【下垂体疾患】下垂体は体内の他の内分泌腺のホルモン分泌を調節する非常に重要な臓器である。下垂体疾患には様々なものがあるが、ホルモンバランスの異常が生じる場合と下垂体部に発生した腫瘍性病変により周囲の組織への圧迫による症状がある。下垂体ホルモン分泌が増加する代表的な疾患として、巨人症、末端肥大症、クッシング病、無月経乳汁漏出症などがあり、逆にホルモン分泌が低下する病気には下垂体前葉機能低下症や尿崩症がある。

【就労における問題点と治療、対応】下垂体病変の症状は、顔貌体型変化、視力視野障害、睡眠時無呼吸、高血圧、糖尿病、無月経、不妊症など多彩である。

診断基準、手引きに従い確定診断される。内科的治療で対応可能な疾患は内分泌内科での治療が行われる。病変が大きく、視神経障害や周囲の脳への圧迫所見がある場合は外科的手術を選択する。下垂体部から上方へ増大した場合は開頭手術が選択される場合が多く、また下方へ増大した場合は開頭せず下方から病変へアプローチする方法として、経蝶形骨法が選択される。最近では内視鏡が急速に発達し、内視鏡下経鼻の下垂体腫瘍摘出法は腫瘍摘出に非常に有効である。

入院期間を短く、日常生活、労務に復帰したい患者の希望を叶えるために、治療の確実性と再発予防治療が問題である。有効な治療法を患者に提示し、労務への支障が最低限になるように検査と治療の計画をする。患者の心配不安や戸惑いが生じる場合は、その疾患の特性を職場でも理解する必要がある。

(日職災医誌, 63:247-254, 2015)

—キーワード—

下垂体腺腫, 労働者, 内視鏡下経蝶形骨手術

はじめに

病気を抱え、日常生活、就労に支障がある場合、症状と程度は各個人様々である。また自身の疾病を周囲に公表しないまま働いている人も少なくない。しかし、健康な人とは異なり、勤務中に体調の変化、症状の悪化が突然生じ、休職を余儀なくされる人もいる。職場の理解が得られないと定期的な通院も困難になり、対応が遅れると長期入院となり、職場復帰、労務継続が困難になる。

今回は下垂体疾患と就労について、特にホルモンバランス異常をとともなう下垂体腺腫について検討、解説する。

下垂体疾患について

下垂体から分泌されるホルモンは体内の他の内分泌腺へ働きかけ、各々の内分泌腺のホルモン分泌を調節し、また尿量を調節するなど非常に重要な役割を果たしている(図1)。

下垂体とその周辺に発生する疾患を表1に示す。下垂体とその近傍には様々な病変が発生する。下垂体に関する症状は、ホルモンの分泌過剰または分泌不足による全身臓器への影響により、全身状態の異常が生じる場合と下垂体部とその近傍に増大した腫瘍性病変による周囲の組織への圧迫による症状がある。

今回は下垂体部を中心に発生する下垂体腺腫について

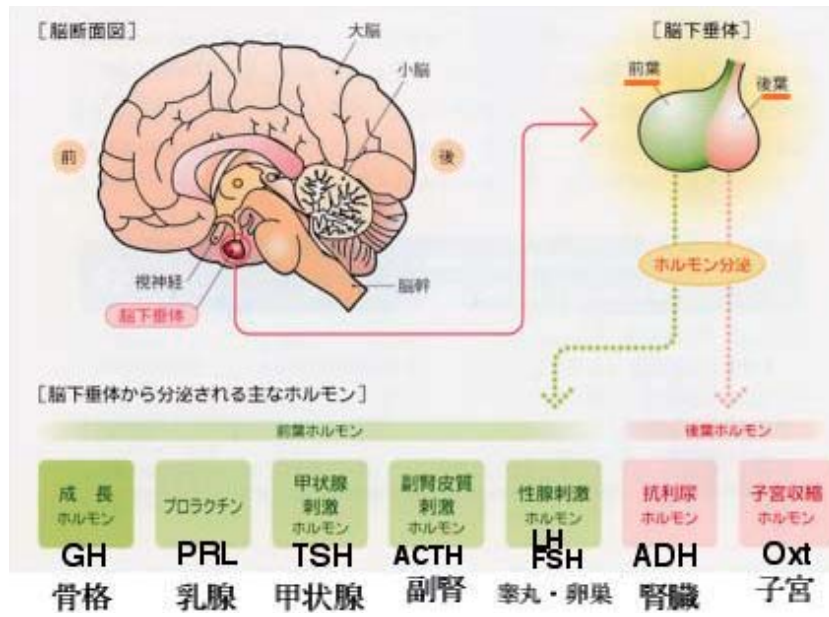


図1 (日本脳神経外科学会ホームページより抜粋)

表1 下垂体とその周辺疾患

- 下垂体腺腫
 - 成長ホルモン産生腺腫 (先端巨大症, 巨人症)
 - プロラクチン産生腺腫
 - ACTH産生腺腫 (クッシング病)
 - ゴナドトロピン産生腺腫
 - TSH産生腺腫
 - 非機能性腺腫
- 下垂体癌
- 転移性腫瘍
- ラトケ嚢胞
- pituicytoma
- 下垂体炎
- 下垂体膿瘍
- empty sella
- 頭蓋咽頭腫
- 髄膜腫 (鞍結節部髄膜腫)
- 胚細胞腫瘍
- 視床腫瘍
- 視神経膠腫
- 視床下部過誤腫
- 脊索腫
- 類上皮腫・類皮腫

表2 下垂体腺腫 (脳腫瘍全国集計より)

- 非機能性腺腫 (45.5%) : 性差なし, 50 ~ 60 歳
- PRL産生腺腫 (24.8%) : 女性に多い, 20 歳代
- GH産生腺腫 (21.5%) : 性差なし, 40 ~ 50 歳
- ACTH産生腺腫 (5.8%) : 女性に多い, 30 ~ 40 歳
- TSH産生腺腫 (1%)

下垂体腺腫とは

下垂体腺腫は下垂体前葉の一部の細胞が腫瘍化したものであり, 組織学的には一般的には良性の腫瘍と判断されている。一般的には他の部位に転移しない。非常に稀に(約0.1%)他の脳組織や他の臓器へ転移する下垂体癌と呼ばれるものも存在する¹⁾。ホルモンを過剰に分泌するものをホルモン産生腺腫, ホルモンを分泌しないものを非機能性腺腫と呼んでいる(表1)。

疫学

発生頻度は原発性脳腫瘍の中で3番目に多い腫瘍であり, 人口10万人に約2人が発生(男1.95, 女2.45)する。その多くは青壮年期から初老年期に多く発生し, 勤労者, 働き盛りの人の疾患である。其々の腺腫の発生頻度を表2に示す。

PRL産生腺腫は産婦人科で, GH産生腺腫, ACTH産生腺腫, TSH産生腺腫は内分泌内科で精査治療されていることも多い。

臨床症状

自覚症状と他覚的症状があるが, ホルモンの過剰分泌による症状と腫瘍による周囲への影響, 例えば視神経圧

的を絞って検討, 解説する。

下垂体のホルモン分泌が増加する疾患の代表には, 巨人症, 末端肥大症を呈する成長ホルモン産生腺腫 (GH産生腺腫), クッシング病である ACTH産生腺腫, 無月経乳汁漏出症を呈するプロラクチン産生腺腫 (PRL産生腺腫), 甲状腺機能亢進症で発症する TSH産生腺腫などがある。逆にホルモン分泌が低下する疾患には下垂体前葉機能低下症や尿崩症がある。

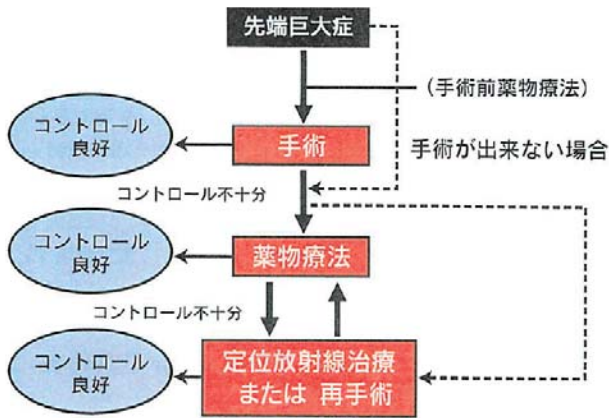


図2 (先端巨大症および下垂体性巨人症の診断と治療の手引き
厚生労働省科研間脳下垂体機能障害に関する調査研究より引用)²⁾

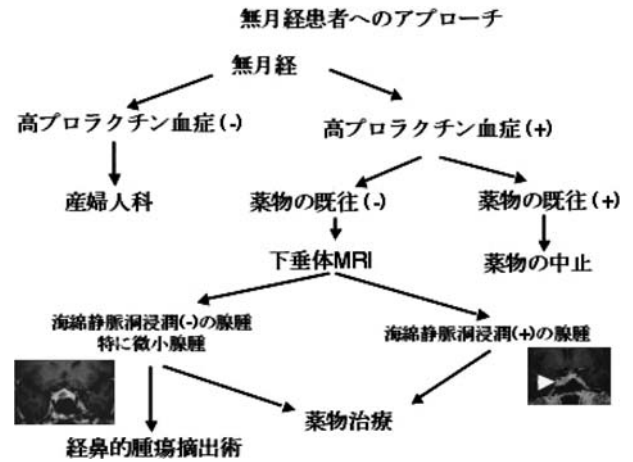


図3 (日本脳神経外科学会ホームページから抜粋)

迫による視力視野障害や視床下部障害が特徴的である。また、下垂体機能低下症による症状もある。

稀に腫瘍内に突然出血することによって発症し、突然の頭痛、視力視野障害、眼球運動障害が生じることがあり、下垂体卒中と呼ばれる。

各下垂体腺腫について

(1) 成長ホルモン産生腺腫 (GH 産生腺腫)²⁾

(a) 特徴と診断

血中の成長ホルモン値の高値および Insulin growth factor I (IGF-I, ソマトメジン C) の高値が特徴的であり、糖負荷テスト 75gO-GTT で成長ホルモンが低下しない。MRI による画像所見により下垂体腫瘍の証明がされれば確定診断となる。

外見上の症状は巨人症または先端巨大症として現れる。プロレスラー、格闘家、柔道選手に先端巨大症を発症している場合も見られることがある。日常生活の中では靴や指輪のサイズが合わなくなることや、5年前、10年前の顔写真を比較して顔つきが変わっていることで気付く場合もある。しかし、実際にはゆっくりとした変化であり、本人も家族も気付かないで生活されていることもまれではない。睡眠時無呼吸や咬合不全、大腿骨頸部骨折、高血圧、糖尿病から発見されることもある。未治療で放置されると正常人と比較して10年短命になるといわれており、内科疾患、特に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓疾患、悪性腫瘍の発生により死亡率は健常人に比し2~3倍と有意である³⁾。

(b) 治療法

第1選択は手術治療である。経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術が一般的であるが、腫瘍がトルコ鞍上部へ大きく広がっている場合は開頭手術を併用することもある。

第2選択は薬物療法である。ソマトスタチン誘導体注射には、オクトレオチド徐放剤(サンドスタチンLAR, 4週毎筋注)とランレオチド酢酸塩徐放剤(ソマチュリ

ン, 4週毎深部皮下注), GH 受容体拮抗剤には注射ペグビソマント(ソマバート)を使用する。内服薬としてはドパミン作動薬であるプロモクリプチン(パーロデル), カベルゴリン(カバサル)を用いることも多い。これら薬剤の効果はホルモン負荷テストで確認される。

第3選択には放射線治療があり、手術によっても摘出できない残存腫瘍や手術後にGH, ソマトメジンCが低下しない場合はガンマナイフ治療を行う(図2)。

(c) 就労の問題点

内科的疾患である糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患の治療の継続が必要である。変形性関節症、特に変形性股関節症に対する人工骨頭置換術を施行される場合があり、労務の制限が生じる。また、睡眠時無呼吸症候群で発見されることもあり、勤務時間に眠気を自覚することも多く、危険な職場での労務は困難になる。悪性腫瘍(特に大腸癌)の発生頻度も多く、長期入院、長期治療は労務の妨げになる。顔貌、体型の変化は長期間の経過で変化するため自覚的には気付かないことも多い。

早期発見、早期治療を開始することで、成長ホルモン産生腺腫の症状の進行を抑えることができる。そのためには早期に疑い精査し、画像検査を行い、診断をする。治療目標として75gO-GTTでのGHが1ng/mL以下とする。十分な治療が継続できれば生命予後は健常人と同じと報告がされている⁴⁾。

(2) プロラクチン産生腺腫 (PRL 産生腺腫)⁵⁾

(a) 特徴と診断

女性であれば、無月経、不妊症、乳汁分泌があり産婦人科を受診することが多い。無月経患者へのアプローチを図3に示す。男性の場合は女性特有の症状がないため腫瘍による視神経圧迫による視力視野障害を自覚して初めて頭部MRI等の画像検査で発見される。そのため巨大な腫瘍になっていることも多い。

診断には高プロラクチン血症による症状である無月経や乳汁分泌などの臨床所見と血中プロラクチン値が高値

表3 高PRL血症をきたす病態

1. 薬物服用 (代表的な薬剤を挙げる)
1) 抗潰瘍剤・制吐剤 (metoclopramide, domperidone, sulpiride 等)
2) 降圧剤 (reserpine, α -methyldopa 等)
3) 向精神薬 (phenothiazine, haloperidol, imipramine 等)
4) エストロゲン製剤 (経口避妊薬等)
2. 原発性甲状腺機能低下症
3. 視床下部・下垂体茎病変
1) 機能性
2) 器質性
(1) 腫瘍 (頭蓋咽頭腫・胚細胞腫・非機能性腫瘍など)
(2) 炎症 肉芽腫 (下垂体炎・サルコイドーシス・ランゲルハンス細胞組織球症など)
(3) 血管障害 (出血・梗塞)
(4) 外傷
4. 下垂体病変
1) PRL 産生腺腫
2) その他のホルモン産生腺腫
5. 他の原因
1) マクロプロラクチン血症 (注)
2) 慢性腎不全
3) 胸壁疾患 (外傷, 火傷, 湿疹など)
4) 異所性 PRL 産生腫瘍
(注) PRL に対する自己抗体と PRL の複合体形成による。臨床症状を欠くことが多い。

であること, MRI 画像検査での下垂体腫瘍の存在で確定診断される。血中のプロラクチン値と腫瘍の大きさは正の相関関係がある。

採血検査や頭部 MRI 検査を実施する前に確認しなければならないものに高プロラクチン血症が生じる他の原因の検索である。他の疾患の影響, 既往歴の確認, 内服薬の確認が非常に重要である。表3に高プロラクチン血症を生じる可能性がある病態を示す。

(b) PRL 産生腺腫の治療

第1選択はドパミンアゴニストの内服治療である。以前はプロモクリプチン(パーロデル)の服用が中心であったが, 現在はカベルゴリン(カバサル)が主に使用され, テルグリド(テルロン)も使用される。

プロラクチン産生腺腫に対する手術は, 薬物療法に抵抗する場合, あるいは副作用などで服薬できない場合が適応であり, 全摘出可能な大きさの腫瘍の場合で, 下垂体腫瘍の手術に熟達した脳神経外科医が手術すれば治療する可能性が十分にある。

内服薬にて治療を開始すると無月経は改善し, 排卵が起り, 妊娠する可能性がある。治療開始前に妊娠する可能性があることを患者に説明しておく。妊娠が確認されたら, 内服治療は中止し, 妊娠継続を産婦人科と併診して注意深く経過観察する。薬物療法中断中に腫瘍の急性増悪を来す可能性があることに注意を要する。必要であれば, 頭部 MRI 検査を行う。妊娠経過中に, 腫瘍が著明に増大し, 視力視野障害が急増した場合, また下垂体卒中を生じた場合は, 緊急で経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術を実施することもやむを得ない⁶⁾。

(c) 就労の問題点

定期受診と内服薬の継続が必要であり, 中止すると腫瘍の再増大があり得る。しかし, 内服薬はその副作用が強くなければ比較的容易に継続可能なことが多い。採血検査と頭部 MRI 検査は半年から1年に1回程度行う。

(3) 非機能性腺腫⁷⁾

(a) 特徴と診断

ホルモンの過剰分泌がないのでホルモンによる症状発現はなく, 腫瘍が大きくなり, 直接圧迫による視神経障害による視力視野障害, 特に両耳側半盲で発見され, 眼科から脳神経外科へ紹介されてくる。また, 頭痛を自覚することも多く, 頭痛精査目的で実施された頭部 MRI 検査で発見される。また, 下垂体機能低下を生じることがあり, 男性では性欲低下や勃起不全などの性機能障害, 女性では, 月経不順, 無月経や乳汁分泌などが生じる。下垂体前葉機能低下ホルモン減少による疲労, 抵抗力が低下することに注意が必要である。

(b) 非機能性下垂体腺腫の治療

原則は経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術を行う。トルコ鞍内鞍上部に大きく広がった腫瘍を摘出する場合は開頭手術を併用する。残存腫瘍にはガンマナイフ治療を行うこともある。下垂体機能不全を認めず, 視神経の圧迫障害が生じていなければ積極的治療を行わず, 半年から1年に1回の頭部 MRI 検査で経過観察される場合も多い。

(c) 就労の問題点

視力視野障害により, 勤務作業に支障が生じる。下垂体機能低下による倦怠感や疲労感で作業効率が低下する。手術治療後は視力視野障害は著明改善することが多く, 元々の勤務に戻る事ができる。しかし, 定期的に採血検査と頭部 MRI 検査を行う必要があり, 定期外来受診が必要になり, 一般業務に影響が生じることもある。

(4) 副腎皮質刺激ホルモン産生下垂体腺腫 (ACTH 産生腺腫)⁸⁾

(a) 特徴と診断

いわゆるクッシング病と言われ, 外見上の特徴的症狀は満月様顔貌, 中心性肥満, 水牛様脂肪沈着, にきび, 体毛が濃く, 前胸部や下腹部に赤紫色の皮膚伸展線条が生じる。また, 原発性無月経の原因になり, 精神症状, 特にうつ病と診断されることも多い。内科では高血圧や糖尿病の原因になっていることがある。

図4にその診断手順と治療方針を示す。

(b) クッシング病の治療

頭部 MRI 検査と海綿静脈洞 ACTH サンプリングで腫瘍の存在部位が把握され, 摘出可能と判断された場合は経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術が施行される。残存腫瘍や摘出困難な場合はガンマナイフ治療も行われる。薬物療法として, 副腎皮質ホルモン合成阻害薬であるミトタン(オペプリム)とトリロスタン(デソパン)が投与されることもある。



図4 クッシング病の診断と治療（日本脳神経外科学会ホームページから抜粋）

(c) 就労の問題点

外見上の問題により、労務継続が困難なこともある。高血圧、糖尿病は治療が困難なことも多く、難治性である。抵抗力低下があり、感染症にも弱い。精神的 불안定でうつ病により、就労が中断される。

健常者に比較して4～5倍の死亡率との報告があり、長期入院になる場合もあり、定期的通院も含めると、職場復帰、就労継続が非常に困難になる。定期的に採血検査と頭部MRI検査は必須である。

(5) 甲状腺刺激ホルモン産生腺腫（TSH産生腺腫）⁹⁾

(a) 特徴と診断

稀なホルモン分泌性下垂体腺腫であるが、甲状腺の機能亢進に基づく頭痛、急激な痩せ、手の振戦、動悸、不整脈、下痢、精神症状を引き起こす。

時に成長ホルモンやプロラクチンを同時に産生し、先端巨大症や無月経、乳汁分泌などを認めることもある。診断には甲状腺機能亢進（血中の甲状腺ホルモン高値）と血中のTSH正常～高値を確認し、頭部MRI検査で下垂体腺腫の証明が必要である。

(b) 甲状腺刺激ホルモン産生腺腫の治療

第1選択は経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術である。ガンマナイフ治療を併用することもある。甲状腺機能亢進症に対し抗甲状腺薬の服用、薬物療法としてドパミン作用薬（プロモクリプチン、カベルゴリン）、ソマトスタチン誘導体注射（オクトレオチド）を用いることもある。

(c) 就労の問題点

いわゆる、甲状腺機能亢進症症状により、手指振戦、動悸、不整脈、精神症状により、就労継続が困難になる。定期的通院、採血検査と頭部MRI検査は必須であり、就労の一時的中断になる。

下垂体腺腫の診断と治療法の概略のまとめ

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業、間脳下垂体機能障害に関する調査研究班による診断と治療の手引きに従う。

手術方法は、一般的には経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術法が選択される。腫瘍の種類、位置、大きさ、伸展方向によって、開頭腫瘍摘出術を選択する場合もある。経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術については、神経内視鏡が発達した現在、視野が広く、腫瘍に接近して操作が可能な内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術が主流になりつつある。

残存腫瘍や海綿静脈洞内など摘出困難な部位についてはガンマナイフ治療を行うこともある。

プロラクチン産生腺腫、成長ホルモン産生腺腫や甲状腺刺激ホルモン産生腺腫などでは、薬剤が選択されることも多い。薬剤による治療は、腫瘍の増殖を抑えることはできるが、根本的に腫瘍を消滅することはできない。長期にその薬剤を投与する必要がある。

治療に有効な診断方法

頭部CTでは水平、冠状、矢状断を再構成画像で確認する。トルコ鞍底の変化、蝶形骨洞内、鼻中隔の変化、腫瘍の石灰化などを詳細に判断できる。

下垂体疾患には頭部MRI検査は必須であり、水平、冠状、矢状断、造影MRI、ダイナミックMRIを行い、腫瘍の局在を確認する。可能であるなら3TのMRIを使用すると腫瘍局在を明瞭に描出できる。

頭部レントゲンでは側面像でトルコ鞍のdouble floor, ballooningを確認できる。

採血検査はホルモン異常を生じる疾患の基本的診断方法であり、安静仰臥位でのホルモン基礎値とホルモン負荷テストにより下垂体腺腫の種類と下垂体機能の評価が行われる。

脳血管造影は最近では行うことが少ないが、腫瘍により、前大脳動脈の挙上や脳動脈瘤の存在の確認など評価できる。

クッシング病でのトルコ鞍内の腫瘍の局在を海綿静脈洞サンプリングを行うことで診断可能である¹⁰⁾。

手術の問題点

手術単独で長期的な腫瘍制御が得られる確率は全体的には50～80%であり、他の治療法を組み合わせることがある。

(1) 手術方法

腫瘍性病変に対してトルコ鞍から上方へ増大した場合は開頭手術を行うことが多いが、一般的には経蝶形骨下垂体腫瘍摘出術法を行う。

近年、内視鏡が急速に発達し、脳神経外科手術の分野でも使用が拡大され、ハイビジョン、3D内視鏡も使用可能になってきている。内視鏡単独での内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出法は術野が狭くても視野が広く、腫瘍摘出に非常に有効であり、正常下垂体との境界を分離剝離可能であり腫瘍の全摘出も可能である（図5）。

しかし、内視鏡単独での経鼻的下垂体腫瘍摘出術で摘

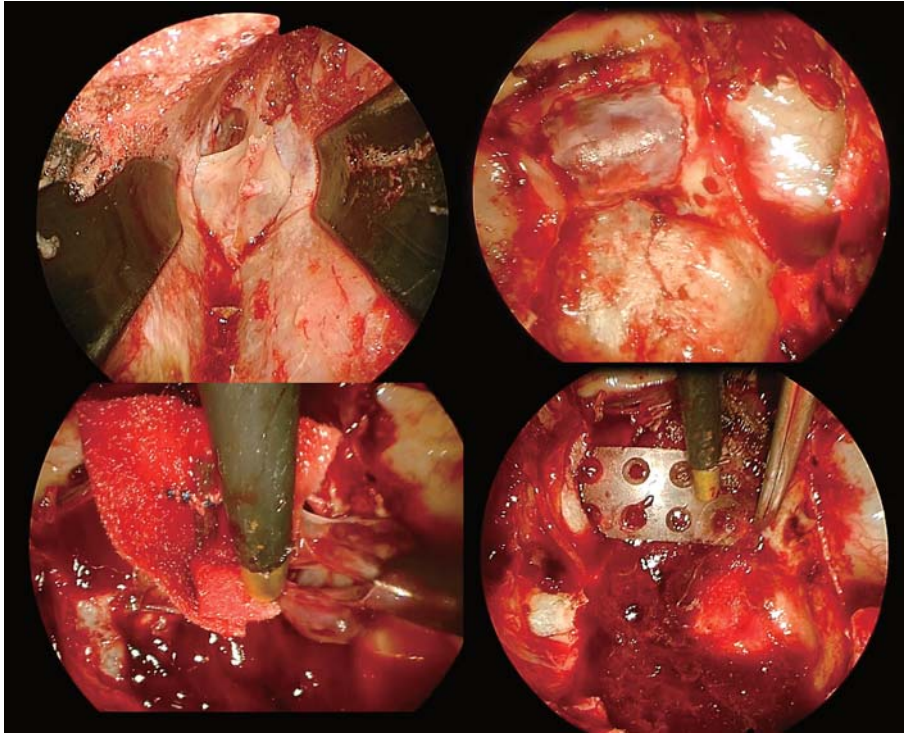


図5 神経内視鏡での術野：非常に接近した広い視野を得られる。

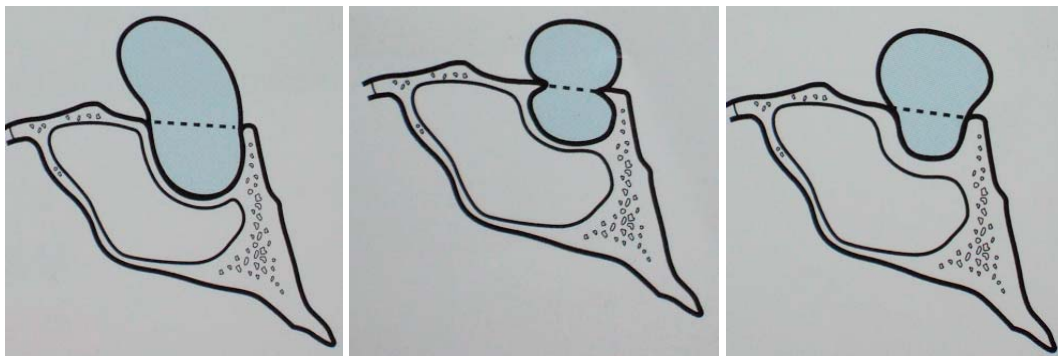


図6 内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術 摘出困難な腫瘍の特徴

- ・トルコ鞍上部前方に傾いて発育するもの。
- ・トルコ鞍内鞍上部間でくびれを有するもの。
- ・トルコ鞍が正常サイズのもの。
- ・内頸動脈外側縁を越えて発育するもの。(Knosp grade 3, 4)

出困難な腫瘍もある。その特徴は、トルコ鞍上部前方に傾いて発育するもの、トルコ鞍内鞍上部間でくびれを有するもの、トルコ鞍が正常サイズのもの、内頸動脈外側縁を越えて発育するものは腫瘍が残存してしまうことがある(図6)。

(2) 内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術のリスクと合併症

髄液漏0.6%、鼻出血1%、永続的尿崩症0.6%、視機能障害0.6%、外眼筋麻痺0.45%、脳梗塞0.15%、嗅覚障害0.15%程度である¹¹⁾。この中で特に髄液漏は再手術が必要になると入院期間が延長されてしまう。

下垂体疾患と就労の問題点のまとめ

就労をさまたげないようにできるだけ外来通院で検査(採血、画像検査)と治療(内服薬、注射薬)を行う。短期間の手術入院(2週間程度)を目標にし、手術で可及的に腫瘍を摘出し術前の症状を軽減、再発、再増大を最小限にする。また鼻出血、髄液漏、尿崩症、嗅覚障害などの合併症予防に努める。手術後は、一時的に下垂体機能不全になることが多く、人間に不可欠な副腎皮質ステロイドと甲状腺ホルモンの補充を行う。さらに尿崩症に対しては抗利尿ホルモンの補充、成長ホルモンの不足の症

状を伴う場合は成長ホルモンの補充を追加する。

労務のストレスに十分に対応できる全身状態の回復と維持が大切であり、早急な社会復帰を目指す。外見からは目立たない症状が多い下垂体疾患であるが、長期の通院が必要であり、職場の理解が必要である。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) Ragel BT, Couldwell WT: Pituitary carcinoma: a review of the literature. *Neurosurg Focus* 16: E7, 2004.
- 2) 先端巨大症および下垂体性巨人症の診断と治療の手引き (平成 24 年度) 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業 間脳下垂体機能障害に関する調査研究班.
- 3) Wright AD, Hill DM, Lowy C, et al: Mortality in acromegaly. *Q J Med* 34: 1—16, 1970.
- 4) Holdaway IM, Rajasoorya C, Gamble GD: Factors influencing mortality in acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab* 89: 667—674, 2004.
- 5) プロラクチン (PRL) 分泌過剰症の診断と治療の手引き (平成 22 年度) 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業 間脳下垂体機能障害に関する調査研究班.
- 6) Laws ER: Pituitary tumor apoplexy: a review. *J Int Care Med* 23: 146—147, 2008.
- 7) 寺本 明, 長村義之: V 部 主な下垂体腫瘍の診断と治療, 下垂体腫瘍のすべて. 東京, 医学書院, 2009, pp 195—200.
- 8) 寺本 明, 長村義之: V 部 主な下垂体腫瘍の診断と治療, 下垂体腫瘍のすべて. 東京, 医学書院, 2009, pp 225—237.
- 9) 寺本 明, 長村義之: V 部 主な下垂体腫瘍の診断と治療, 下垂体腫瘍のすべて. 東京, 医学書院, 2009, pp 244—249.
- 10) Teramoto A, Yoshida Y, Sanno N, et al: Cavernous sinus sampling in patients with ACTH-dependent Cushing's syndrome with emphasis on inter- and intravascular ACTH gradients. *J Neurosurg* 89: 762—768, 1998.
- 11) 寺本 明, 長村義之: VIII 部 下垂体腫瘍の治療, 下垂体腫瘍のすべて. 東京, 医学書院, 2009, pp 335—345.

別刷請求先 〒211-8510 神奈川県川崎市中原区木月住吉町
1-1
独立行政法人労働者健康福祉機構関東労災病院
脳神経外科
杉山 誠

Reprint request:

Makoto Sugiyama

Department of Neurosurgery, Japan Labour Health and Welfare Organization, Kanto Rosai Hospital, 1-1, Kizukisumiyoshi-cho, Nakahara-ku, Kawasaki City, Kanagawa Prefecture, 211-8510, Japan

Pituitary Disease and Workers

Makoto Sugiyama

Department of Neurosurgery, Japan Labour Health and Welfare Organization, Kanto Rosai Hospital

[Introduction] Many people continue working even after contracting a disease. Some people may conceal their disease in order to continue working. If there is no understanding of the condition among co-workers, patients may not be able to visit clinics on a regular basis. If the disease worsens, it may result in a prolonged hospitalization and it may be difficult to continue working. In this study, we focused on patients with pituitary diseases, focusing particularly on those with pituitary adenoma.

[Pituitary diseases] The pituitary gland is an important organ that controls the secretion of hormones from other endocrine glands in the body. Pituitary diseases include a wide variety of disorders, which are divided into those with hormonal imbalances and those with compression symptoms due to a tumorous lesion arising in the pituitary gland. The disorders caused by increases in hormone secretion include gigantism, acromegaly, Cushing disease, and amenorrhea-galactorrhea syndrome. The disorders caused by decreases in hormone secretion include anterior pituitary hypofunction and diabetic insipidus.

[Management of patients with pituitary disease who wish to continue working] Pituitary lesions can produce a wide variety of symptoms including changes in face and body shape, vision disorders, sleep apnea, hypertension, diabetic mellitus, amenorrhea, and infertility.

These disorders are diagnosed based on a diagnostic criteria and guideline. Patients who do not require surgical treatment are managed by an endocrinologist. Surgical treatment is indicated for patients with large lesions causing an optical nerve disorder or compression symptoms in the brain. Craniotomy is often performed if the lesion extends upward from the pituitary, while transphenoidal surgery is performed as a non-craniotomy procedure using an inferior approach if the lesion extends downward from the pituitary. With recent advancements in endoscopic surgery, transnasal endoscopic pituitary surgery has been proved to be effective.

Improvements in the treatment and prevention of recurrence are important for pituitary disease patients who wish to return to work without delay. Clinicians should be prepared with possible treatment options and develop an assessment and treatment plan with the patient, to assure that clinical management does not detrimentally affect working life. If patients are worried about their conditions, healthcare professionals should promote the understanding of the disease among co-workers.

(JJOMT, 63: 247—254, 2015)

—Key words—

pituitary adenoma, worker, endoscopic transsphenoidal surgery