

# プロラクチン（PRL）分泌過剰症の診断と治療の手引き（平成 21 年度改訂）

## PRL 分泌過剰症の診断の手引き

### I. 主症候

1. 女性：月経不順・無月経 不妊 乳汁分泌 頭痛 視力視野障害
2. 男性：性欲低下 陰萎 頭痛 視力視野障害

### II. 検査所見

血中 PRL 基礎値の上昇

複数回測定し、いずれも 20ng/ml (測定法により 30ng/ml) 以上を確認する。

### III. 鑑別診断（表 1 参照）

#### 1. 薬剤服用

表 1 の 1 の薬剤服用の有無を確認する。

該当薬があれば 2 週間休薬し、血中 PRL 基礎値を再検する。

#### 2. 原発性甲状腺機能低下症

血中甲状腺ホルモンの低下と TSH 値の上昇とを認める。

#### 3. 視床下部一下垂体病変

1、2 を除外した上でトルコ鞍部の画像検査（単純撮影、CT、MRI など）を行う。

##### 1) 異常なし

稀な病気（表 1 の 5）を検討する。

該当なければ視床下部の機能性異常と診断する。

##### 2) 異常あり

視床下部・下垂体茎病変

表 1 の 3 の 2) を主に画像診断から鑑別する。

下垂体病変

PRL 産生腺腫（腫瘍の実質容積と血中 PRL 値がおおむね相関する。）

他のホルモン産生腺腫

### [診断の基準]

確実例 I および II を満たすもの。

なお、原因となる病態によって病型分類する。

表 1. 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,  $\alpha$ -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. 稀な病気
  - 1) 異所性 PRL 産生腫瘍
  - 2) 慢性腎不全
  - 3) 胸壁疾患（外傷、火傷、湿疹など）
  - 4) マクロプロラクチン血症（臨床症状を欠く）

## プロラクチン分泌過剰症の治療の手引き

原因となる病態によって治療方針は異なる。

- 1 薬剤服用によるもの  
当該薬を中止する。中止できない場合は十分な informed consent を得る。
- 2 原発性甲状腺機能低下症  
甲状腺ホルモン製剤を投与する。
- 3 視床下部・下垂体茎病変
  - 1) 機能性  
cabergoline, bromocriptine または terguride を投与する。
  - 2) 器質性  
各々の疾患の治療を行う。
- 4 下垂体病変
  - 1) プロラクチン (PRL) 産生腺腫 (prolactinoma)  
薬物療法 (cabergoline, bromocriptine または terguride) が基本である。場合に  
応じて手術を要する。
  - 2) 他のホルモン産生腺腫  
各々の腺腫の治療を行う。
- 5 稀な病変  
各々の疾患の治療を行う。

### 参考事項

PRL 産生腺腫 (prolactinoma) の治療について

1. ドパミンアゴニストによる薬物療法が第一選択である。Cabergoline や bromocriptine  
あるいは terguride が用いられる。
2. 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に適  
応となる。
3. Macroprolactinoma の場合、薬物療法により、髄液鼻漏 (髄膜炎) をきたす可能性  
があること、妊娠中 (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。
4. Microprolactinoma の場合、熟達した脳神経外科医が手術すれば治癒する可能性が十  
分あることを治療の選択肢として説明する。