

原発性アルドステロン症について

原発性アルドステロン症は副腎腫瘍の 1 つで、レニン非依存性のアルドステロン過剰分泌を起こす疾患です。高血圧症の 3~10%を占めており、正常血圧であっても治療を行うことで脳・心血管疾患のリスクを減らすことができます。初期症状として多飲、多尿、夜間頻尿など症状を認めることもあります。

検査

大きさが 1cm 以下のことも多いため、エコー検査、CT 検査、MRI 検査で診断できないことがあります。血液検査で血漿アルドステロン高値(120pg/mL 以上)、血漿アルドステロン/血漿レニン高値(200 以上)の場合は、機能確認検査を追加し、少なくとも 1 種類以上の陽性を確認します。手術を検討する場合には副腎静脈サンプリング試験で左右の確認を行います。

機能確認検査

- ①カプトプリル試験：外来でも可能な検査です。カプトプリル内服前、内服 60 分後、90 分後に血液検査を行い、アルドステロン/レニンが 200 以上で陽性となります。
- ②生理食塩水負荷試験：生理食塩水 2L を 4 時間で点滴して、点滴前後で血液検査を行い、アルドステロンとレニンを測定します。点滴後にアルドステロンが 60pg/mL 以上で陽性となります。
- ③フロセミド立位不可試験：フロセミド 40mg を静注後に 2 時間立位を保持し、立位のまま血液検査を行います。レニンが 2ng/mL/h 未満で陽性となります。
- ④経口食塩不可試験：食塩負荷食(10~12g/日)を 3 日間後に 24 時間畜尿を行い、24 時間尿中アルドステロンが低下しなければ陽性となります。

治療

①片側性の場合

腹腔鏡下副腎摘除術が第一選択の治療です。術後にステロイド補充療法が必要となる場合があります。術後に血圧が正常化するのは 30~40%くらいですが、脳・心血管疾患のリスクは低下します。

②両側性の場合、手術を希望しない場合、手術不能の場合

降圧薬(アルダクトン A、またはセララ)、糖質コルチコイド(デカドロン)で薬物療法を行います。低カリウム血症があればカリウム製剤を追加する場合がありますが、セララは併用禁忌のためアルダクトン A に変更が必要です。正常血圧の場合でもアルダクトン A、またはセララの投与で脳・心血管疾患のリスクが低下します。