



原発性アルドステロン症

血圧上昇を引き起こす、主としてホルモン分泌異常に伴う高血圧を、二次性高血圧といいます。

この二次性高血圧の代表的疾患が、原発性アルドステロン症です。

今回は、原発性アルドステロン症について解説します。

はじめに

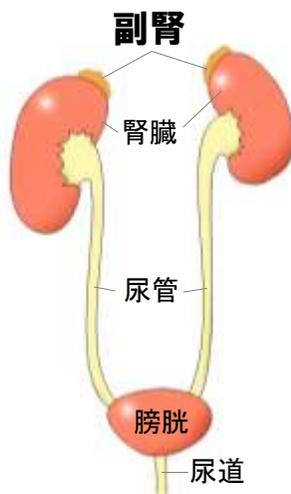
原発性アルドステロン症の頻度は、高血圧患者の10%程度といわれおり、決して希な疾患ではありません。国内の高血圧患者は4,000万人いるので、原発性アルドステロン症の推定患者数は400万人になります。これは二次性高血圧の中で、最も頻度の高い疾患です。

原因

両側腎臓の上にあるホルモン分泌臓器である、副腎からアルドステロンは分泌されます。

アルドステロンは、体内の水とナトリウム、カリウムの量を調節するホルモンで、この過剰分泌は、体内への水とナトリウム貯留による高血圧と、カリウム排泄増加による低カリウム血症を引き起こします。

アルドステロンの分泌過剰は、副腎の腫瘍や過形成(正常の細胞が増加した状態)が原因です。腫瘍は通常片側性で、過形成は両側性です。



症状

高血圧	本態性高血圧患者に比べて、脳卒中や心房細動、左心室肥大など心血管系の合併症を高率に発症するとされています。
低カリウム血症	原発性アルドステロン症の全例に認められる症状ではありませんが、筋力の低下による四肢の脱力や、疲れやすいなどの症状を引き起こします。

検査と診断

アルドステロンの分泌は腎臓から分泌されるレニンというホルモンで調節されています。

アルドステロンの分泌が多くなると、レニン分泌が低下するので、血漿アルドステロン濃度(PAC) > 12pg/dL、血漿レニン活性(PRA) < 1、その比は PAC/PRA > 200となります。

確定診断法

日本内分泌学会では(1)~(3)のうち2種類以上陽性ならば確定診断としています。

- (1) カプトプリル負荷試験
- (2) フロセミド立位負荷試験
- (3) 経口食塩負荷試験(または、生理食塩水試験)

腫瘍か過形成か、また、左右どちらの副腎に腫瘍があるのかなどの判断をするため、腹部CT、MRI検査が行われます。これらの検査では正確に判断できない場合は、副腎近くの血管にカテーテルを挿入して、そこから採血する副腎静脈血サンプリングという検査が行われることもあります。

治療

腫瘍によるアルドステロン症の場合、その腫瘍を摘出します。

何らかの理由で摘出手術ができない場合や、過形成の場合は内服薬で治療を行います。

アルドステロンの産生を制限する目的でトリロスタン(デソパン®)、作用を阻害する目的でスピロラクトン(アルダクトン®)・エプレレノン(セララ®)などが用いられます。

特に30代、40代といった年齢の若い高血圧患者さんは、動脈硬化の進行が高齢者よりも少ないと考えられるので、原発性アルドステロン症を疑い、治療前にPACとPRAの測定が必要となります。

