

告示	番号	1	内分泌疾患
	疾病名	アルドステロン症	

アルドステロン症

あるどすてるんしょう

概念・定義

原発性アルドステロン症 (primary aldosteronism:PA) は、副腎皮質病変 (副腎皮質腫瘍または過形成病変) により、アルドステロンの自律的過剰分泌が生じた病態である。高血圧症例にて低レニン性高アルドステロン血症をスクリーニングする。確認試験の後副腎病変の局在診断を行う。PAの病型分類にて、片側性が両側性に分けて考えると理解し易い。すなわち、

- 1) 片側副腎病変：副腎腺腫(aldosterone producing adenoma:APA)、片側性副腎過形成(unilateral adrenal hyperplasia:UAH)、片側性副腎多発微小結節 (unilateral multiple micronodules:UMN)、癌腫(aldosterone producing carcinoma:APC)、
- 2) 両側副腎病変：両側副腎過形成 (idiopathichyperaldosteronism:IHA)、両側副腎腺腫 (bilateral APAs)、糖質コルチコイド反応性アルドステロン症 (glucocorticoid suppressive hyperaldosteronism:GSH)である。

アルドステロンの過剰分泌でナリウム(Na)貯留に傾き体液増加に従って高血圧が生じ、同時にカリウム (K) 排泄増加 による低K血症、HCO₃増加による代謝性アルカローシス、そしてアルドステロンそのものによる臓器障害 (脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、心肥大、不整脈、腎不全等) をもたらす疾患である。片側副腎病変であれば その摘出を、両側病変ではアルドステロン受容体拮抗剤 (最近では、両側副腎の部分摘出も行う)、GSH ではステロイド剤などによる薬物療法を行う。なお、食塩摂取量や薬物の影響により初診時に低K血症を示さない症例も多いので、注意が必要である。

症状

典型例では、高血圧および低K血症が主症状である。低K血症がある場合は、筋力低下、四肢麻痺などを示すことがあるが、低K血症を呈するのはPAの約20%で、PAの診断における感度・特異度は低い。なお、食塩を負荷して低K血症が惹起されれば本疾患が疑われるので 精査するとよい。他に、口渇、多尿、多飲を訴える症例が多い。

治療

ARRが高値の場合は、副腎静脈採血による病型分類の前に、3種類の確認検査 (カプトプリル負荷試験、フロセミド立位負荷試験、生理食塩水負荷試験) の内2種以上の検査を行い、確定診断を行う。さらに、副

腎静脈採血（adrenal venous sampling：AVS）を行ってアルドステロンの過剰分泌部位が両側性なのか片側性なのか、また片側性であれば右副腎が原因か左副腎が原因かを鑑別することが必要となる。すなわち、手術を希望する場合は局在診断を正確に行い、病変側副腎摘出術を行う。また、また、局在診断の結果、両側副腎病変と判定された場合や、全身状態から手術不能例、薬物療法を希望した症例では薬物療法を行う。

1. 外科的処置

片側副腎腫瘍に対して、腹腔鏡下副腎摘出術を施行する。

2. 薬物療法

原則として片側病変であれば、外科的処置を行うが、手術を希望しない例、手術不能例、両側副腎病変では薬物療法を行う。

a. GSH 以外の全ての症例に対して

1) 単独あるいは以下の2)を追加する。

<処方例>

1) アルダクトン A錠(25mg) 1-4錠 分1-2

または、セララ錠(25mg) 2-4錠 分2

2) ノルバスク錠（アムロジン錠）（5mg） 1-2錠 分1-2

低K血症があれば、K製剤を適宜追加投与する（アルダクトンA、セララ錠使用時は、原則K製剤の併用は行わない。高K血症となる為）。

b. GSH に対して

はじめに、デキサメタゾン 0.125～0.25mg またはプレドニゾロン 2.5～5mg を眠前投与する。

1) 単独、あるいは以下の1)と2)を併用する。

<処方例>

1) デカドロン錠（0.5mg） 1/4-4錠 分1

2) アルダクトン A錠(25mg) 1-4錠 分1-2

または、セララ錠(25mg) 2-4錠 分2

抜粋元：http://www.shouman.jp/details/5_20_43.html