

検査データの読み方

－臨床検査の総論的な読み方(その35)－

「臨床検査の総論的な読み方」について述べています。「検査データからの鑑別の挙げかた」として5段階の考え方を示し、これまでにアルブミン・尿素・クレアチニン・尿酸・血糖・HbA1c・アンモニア・ビリルビン・甲状腺ホルモン・CK とその他の心筋マーカー、「肝疾患に対する検査」を取り上げてきました。

3月からは「腎疾患に対する検査」について、6月からはその中で腎血流量に関連する検査、即ちレニン－アンジオテンシン－アルドステロン系(RAA系)について述べています。先月より具体的な検査結果と病態をやや詳しく述べ始めました。

今月は「レニン低値かつアルドステロン高値」の場合についてです。こうした検査結果から考えられる病態としては「レニン非依存性のアルドステロン増加があり、その結果としてレニン分泌抑制が起こっている」状態と考えられます。

その典型例が「原発性アルドステロン症」です。これは副腎皮質球状層に発生したアルドステロン産生腫瘍によるもので、腫瘍の大部分は腺腫ですが、まれに癌の症例もあります。病態としては、アルドステロン分泌過剰の結果 Na と水の貯留が起こり循環血漿量の増加から高血圧をきたします。しかしこの状態が続くと腎の尿濃縮能が阻害されて多尿となります。これをアルドステロンの「エスケープ現象」と呼びます。この現象がある為に浮腫をきたすことはありません。この点がクッシング症候群とは異なります。

その他の病態としては、まず「特発性アルドステロン症」が挙げられます。これは副腎の腫瘍ではなく過形成によるものです。原因としてはアンジオテンシンIIに対する感受性亢進と考えられています。原発性アルドステロン症に比べて検査値の異常は軽度であることが多いですが、鑑別の為には両側副腎静脈サンプリングが有用です。即ち腫瘍は片側性ですが過形成は両側性に生じるので、両側の副腎静脈から採血してアルドステロン／コルチゾール比の左右差をみることにより、原発性アルドステロン症と続発性アルドステロン症との鑑別に役立ちます。ここで、アルドステロン値そのものを比較しないのは、サンプリングの位置により値が大きく変化するからです。即ち副腎に近い位置から採取するほどアルドステロン値は高くなります。

また特殊な病態として遺伝子異常によるものが幾つかあります。まず「グルココルチコイド反応性アルドステロン症」です。これは常染色体顕性（優性）遺伝を示す若年発症型高血圧症であり、コルチゾール合成酵素とアルドステロン合成酵素をコードする遺伝子の不等交叉が原因です。また「17 α -水酸化酵素欠損症」ではステロイド合成系のうち鉱質ステロイド合成のみが進行する結果、アルドステロン過剰と糖質ステロイド、性ステロイドの欠乏をきたします。

内容に関するお問い合わせ・記事にして欲しい検査のご要望などはこちらへ

☎ 0263-32-8042 ✉ kensa@matsu-med.or.jp

