

循環器 CASE REPORT



うっ血性心不全を呈した 原発性アルドステロン症の1例

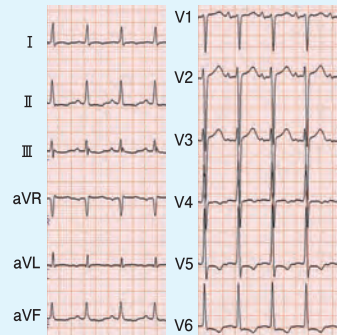
馬場 健翔

心臓血管内科 医師

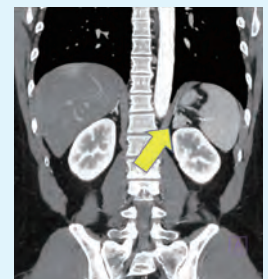
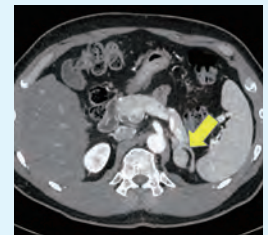


心不全の原因は多岐にわたります。高血圧性心疾患、虚血性心疾患、弁膜症が心不全の3大原因ですが、全身性の内分泌・代謝疾患、炎症性疾患など、心不全の根本原因が心臓以外に存在する場合もあるため注意が必要です。今回、原発性アルドステロン症 (PA) による二次性高血圧症により、急性心不全をきたした症例を経験しましたので報告します。

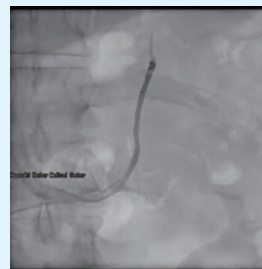
健診や定期的病院受診のない30代男性。両下腿浮腫と労作時呼吸困難感の精査目的に当科紹介となり、全身性体液貯留所見、NTproBNP 上昇 (1952pg/mL)、びまん性左室壁運動低下 (左室駆出率 (EF) 30%)より急性心不全と診断し、入院加療を行いました。各種検査より、虚血性心筋症、心筋炎、弁膜症は否定的でした。入院後も血圧高値が持続し、心エコーでの左室壁肥厚、心電図での左室高電位、V5-6 のストレイン型 ST 低下所見より、長期間にわたる高血圧の暴露による心筋障害が示唆されました (図1)。低カリウム血症持続および、左副腎結節の所見 (図2) から、血漿アルドステロン濃度 (PAC)、血漿レニン活性 (PRA) を測定したところ、PAC 171pg/mL、PRA 0.5ng/mL、アルドステロン / レニン比 (ARR) 340 と PA が疑われました (β 遮断薬、ミネラルコルチコイド (MRA)、アンジオテンシン阻害薬 (ARB) 内服下であり、確定診断には至りませんでした)。内服薬を継続し外来でフォローアップを行ったところ、10ヶ月後には EF 60% と改善し、NTproBNP も正常化しました。心不全および血圧コントロールが良好となったところで、 β 遮断薬、MRA を中止し、ARB のみ内服下で PAC、PRA を再測定したところ、PAC 172pg/mL、PRA 0.7ng/mL、ARR 245 であり、PA と診断しました (ARB 内服下での結果であり、機能的評価陽性と判断しました)。副腎静脈サンプリング検査 (図3) では、



▲図1.12 誘導心電図:左室高電位とV5/6のST低下を認める



▲図2. 胸腹部造影CT: 左副腎に19×11mmの結節を認める



◀図3. 副腎静脈サンプリング検査: 選択的左副腎静脈造形

左副腎静脈で有意に PAC が上昇しており (左副腎静脈 PAC 210674pg/mL, 右副腎静脈 PAC 2923pg/mL, 下大静脈 PAC 1324pg/mL)、左副腎の機能性腺腫と診断し、今後、泌尿器科で左副腎摘出術を検討する予定です。

PA は高血圧症患者の 5-15% を占め二次性高血圧症の代表的な原因疾患です。アルドステロンに長期間暴露されることで、心筋肥大やリモデリング、繊維化が促進され、心不全を呈するといわれています。本態性高血圧症と比較し、脳血管疾患や心不全、心筋梗塞、不整脈などの合併症が 3-5 倍多いことが報告されており、早期発見・早期介入が望まれます。若年の高血圧、低カリウム血症を伴う高血圧、難治性高血圧など PA が疑われる患者さんがいらっしゃいましたら、当院心臓血管内科にご相談いただくと幸いです。

いつでもお気軽にご相談ください。

心臓血管内科 主任診療部長 武野 正義 ☎095-822-3251

