

---



---

 学 会 記 事
 

---



---

## 第 54 回新潟高血圧談話会

日 時 平成 25 年 11 月 15 日 (金)  
午後 7 時～  
会 場 新潟グランドホテル 5 階  
「常盤」

## I. 一 般 演 題

## 1 高血圧を合併したサブクリニカルクッシング症候群の 1 例

山本 正彦・山田 貴穂\*・鈴木亜希子\*  
曾根 博仁\*・滝澤 逸大\*\*\*・小松 集一\*\*  
笠原 隆\*\*

佐渡総合病院内分泌代謝内科  
新潟大学医歯学総合病院  
血液・内分泌・代謝内科\*  
同 泌尿器科\*\*

症例は 55 歳, 男性. 3 年前より A 病院で慢性膵炎, 慢性下痢, 低 K 血症は内服治療, 高血圧, 脂質異常は経過観察されていた. 1 年前から耐糖能異常が出現し, また腹部 CT で左副腎腫瘍を認めていたため, 同院内分泌科に紹介された. ACTH, コルチゾール低値を指摘され, 精査目的に当科紹介となった. クッシング徴候はなく, 1mg 及び 8mg デキサメサゾン抑制試験でコルチゾールは抑制されず, ACTH・コルチゾールの日内変動消失, 副腎皮質シンチで左副腎に集積を認めたことから, サブクリニカルクッシング症候群 (SCS) と診断した. 腫瘍径は 15mm 大だが高血圧や耐糖能異常, 脂質異常を認め, ご本人の希望もあり, 左副腎摘出術を施行した. 術後, 高血圧と耐糖能異常は改善傾向だが, 脂質異常は著変なかった. SCS の代謝異常や長期予後に関する報告は少なく, 手術基準は定かではない. 今後さらに症例数

を蓄積し, 総合的に検証していくことが重要と考える.

## 2 治療抵抗性高血圧例への対応: 最近の自験例からの報告

津田 隆志

新潟医療生協・木戸病院  
循環器内科

生活習慣の修正を行った上で, 利尿剤を含む 3 薬以上の降圧剤を継続投与しても, なお目標血圧まで下がらない場合を, 治療抵抗性高血圧例と呼ぶ. 今回, 二次性高血圧を除外した上で, 利尿剤を含まない 3 剤の降圧剤で目標血圧が得られないため, アルドステロン拮抗剤を追加することにより, 降圧が得られた症例を経験したので報告する.

〔症例 1〕 30 歳台, 男性. 介護職.

家族歴: 父親が高血圧, 脳出血あり. 大動脈解離にて死亡. 毎日晚酌 (焼酎ロック, ビールをジョッキで 3-4 杯), 2 年前に禁煙.

職員健診にて, 高血圧 (144/104), 脂質異常症, 肝機能異常を指摘され, 外来受診. 家庭血圧は朝・夜共に, 拡張期を含めて, かなり高めであった. 二次性高血圧は否定され, 心エコーは軽度左室肥大を認めた. 減塩・禁酒を指導し, CCB (ニフェジピン徐放錠),  $\beta$  遮断薬 (アテノロール) を開始した. 家庭血圧は低下せず, ARB (テルミサルタン) を追加. CCB をアムロジピンに変更し, 夜勤明け以外では血圧低下を認めた. 飲酒量が減らず, 依然血圧高めに  $\beta$  遮断薬増量, アルドステロン拮抗剤 (エプレレノン 25mg) を追加した. その後, 休肝日を設けて飲酒量減るも, 血圧やや高めに, エプレレノンを増量 (50mg) した. その後, 体重は減らないが, 家庭血圧はコントロールされている.

〔症例 2〕 70 歳台, 女性. 農家.

家族歴: 母親が脳卒中で死亡. 既往歴: 50 歳台で狭心症を疑われ, 心臓カテーテル検査を施行するも, 異常を認めず.

労作時の呼吸苦を訴えて、近医から紹介となる。高血圧で内服治療中 CCB (アムロジピン)。初診時の血圧 (191/114) にて、高血圧性心不全を疑ったが否定 (BNP 31pg/ml)。心エコーでは、軽度左室拡大あるも、壁運動低下なし。家庭血圧は、高め安定にて、二次性高血圧は否定された。ARB (テルミサルタン) を追加するも、依然高めの血圧あり。動悸などの頻脈傾向あるため、 $\beta$ 遮断薬 (アテノロール) を追加し、やや血圧低下を認めた。更に、アルドステロン拮抗剤 (エプレレノン 25mg) 追加により、ほぼ血圧は安定した。但し、ふらつきを訴えたため、エプレレノンを半錠にすることにより、症状改善し、血圧は安定化している。

## II. 特別講演

### 症例から考える高血圧の診かた

—二次性高血圧を見逃さないために—

山形県立中央病院 院長

後藤 敏和

二次性高血圧の原因となる疾患の主なものとしては、血行力学的高血圧 (大動脈閉鎖不全症、大動脈縮窄症など)、腎血管性高血圧、副腎疾患を中心とする内分泌高血圧、腎実質性疾患があげられる。血行力学的高血圧の診断には、雑音の聴

取、上下肢差、ABI 測定が有用である。腎血管性高血圧の診断には、負荷試験を含むレニンの測定では確定診断は困難で、CTA さらに腎動脈ドプラーエコーが有用である。副腎内分泌高血圧のうち、褐色細胞腫のスクリーニングには、随時尿中メタネフリンが有用である。原発性アルドステロン症の診断は CT にて腺腫を認めなくとも否定できず (微小線種、特発性アルドステロン症)、ホルモン検査による [アルドステロン (120pg/ml 以上)、アルドステロン/レニン比、200 以上]。クッシング症候群はクッシング徴候から疑うが、サブクリニカルクッシング症候群は、コルチゾール基礎値は正常であり、デキサメサゾン 1 mg 抑制試験での抑制不十分から診断される。腎実質性疾患のスクリーニングには、尿定性試験のみでは不十分で、沈渣所見 (顕微鏡的血尿、顆粒円柱、赤血球円柱) が必須である。二次性高血圧スクリーニングは、開業医の先生方にも簡単にできるものである。二次性高血圧は、探して見つかるものではないが、探さないと見つからないものである。