

# 原発性アルドステロン症スクリーニング検査時の注意点

## Point 1

血漿アルドステロン濃度(PAC)測定値は、CLEIA 法による測定値(PAC [CLEIA 法])\*<sup>1</sup>を基準として判定することが推奨される

## Point 2-1

血漿アルドステロン濃度(PAC [CLEIA法])と血漿レニン活性(PRA)\*<sup>2</sup>を測定し、PAC/PRA比(ARR\*<sup>3</sup>) $\geq 200$ かつPAC $\geq 60$  pg/mL で陽性と判定する。但し、CLEIA法による測定値が普及、一般化し、CLEIA法による至適カットオフ値が確立するまでは、ARR\*<sup>3</sup>100~200を「ARR境界域」と位置付け、ARR100~200かつPAC $\geq 60$  pg/mLも暫定的に陽性とし、患者ニーズと臨床所見、特に低カリウム血症や副腎腫瘍の有無、年齢などを考慮して、機能確認検査実施の要否を個別に検討する。また、PAC (CLEIA法) $< 60$  pg/mLでもPAは完全には否定できない

## Point 2-2

PRAを活性型レニン濃度(ARC)に代替する場合、PAC (CLEIA法)/ARC $\geq 40$ をARRの陽性判定基準とする(2D)。但し、Point 2-1に準じてPAC (CLEIA法)/ARC20~40を「ARR 境界域」と位置付け、PAC (CLEIA法)/ARC20~40かつPAC $\geq 60$  pg/mLも暫定的に陽性とし、患者ニーズと臨床所見に基づき、個別に診療方針を決定する

## Point 3

採血条件は早朝空腹時の安静臥位後が望ましいが、スクリーニングでは随時座位で行って良い

## Point 4

降圧薬の種類により偽陽性や偽陰性を呈する可能性があるため、カルシウム拮抗薬や $\alpha$ 遮断薬に変更後にスクリーニング実施することが推奨される。しかし、血圧や低カリウム血症の管理を第一優先として適切な薬物治療下でスクリーニング検査を実施する

\*1 従来、PACの測定に用いられたRIA法は2021年4月以降発売中止となり、アイトープを使用しないCLEIA法に変更となった。アルドステロンに対するより特異的なモノクローナル抗体を用いたCLEIA法はアルドステロンの標準物質との定量性が確認されており、かつ真の値に最も近似するLC-MS/MS(液体クロマトグラフィー質量分析法)とも良好な相関を示すことから、実臨床上、PAC (CLEIA法) $\approx$ PAC (LC-MS/MS法)相当値と考えて良い。そのため、PAC (CLEIA法)を臨床判断の基準とすることを推奨する。本文では測定法を明記すると共に、CLEIA法ではRIA法よりも低値を示すことから、判定基準値は適宜、補正して記載した(詳細は本文参照)。

\*2 PRAが測定感度以下の場合、便宜的にその数値をARR計算に用いる。

\*3 PAC (CLEIA法)を用いて算出したARR。