

検査案内書【保険】

先天性副腎皮質酵素欠損症遺伝子検査

K010-171 / Ver 1

運用開始日 2026年6月1日

かずさ遺伝子検査室

改訂履歴

No.	改訂内容	Ver.	運用開始日	作成者	承認者
1	新規作成	1	2026/6/1	糸賀栄	内藤嘉磯

検査項目: 先天性副腎皮質酵素欠損症

検査名: 先天性副腎皮質酵素欠損症遺伝子検査

1. 概略

副腎皮質では、ミネラルコルチコイド、グルココルチコイド、副腎性アンドロゲンが産生される。先天性副腎皮質酵素欠損症は、これらステロイドホルモンの生合成に関与する酵素の先天的欠損により発症する疾患群である。ステロイド合成には、5種類のシトクロムP450酵素および3β-ヒドロキシステロイドデヒドロゲナーゼ(3β-HSD)を含む複数の酵素が関与しており、それぞれの酵素異常により異なる病型を呈する。特にコルチゾール産生障害により、副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)の過剰分泌を介して副腎過形成を来す病態は、先天性副腎過形成症(CAH)と総称される。

病型分類(診断基準に基づく6疾患)

以下の6疾患が主要な病型として知られている。([]内は原因遺伝子) :

- ① 先天性リポイド過形成症 [*STAR*, *CYP11A1*]
- ② 3β-ヒドロキシステロイドデヒドロゲナーゼ(3β-HSD)欠損症 [*HSD3B2*]
- ③ 21-水酸化酵素欠損症 [*CYP21A2*]
- ④ 11β-水酸化酵素欠損症 [*CYP11B1*]
- ⑤ 17α-水酸化酵素欠損症 [*CYP17A1*]
- ⑥ P450オキシドレダクターゼ(POR)欠損症 [*POR*]

※補足

遅発型は主に21-水酸化酵素欠損症および11β-水酸化酵素欠損症で認められる。

鉱質コルチコイド合成障害を主体とする病型(例: 18-ヒドロキシラーゼ欠損症)は本分類には含まれない。

本検査では、「先天性副腎皮質酵素欠損症(指定難病81)」の診断基準に基づき、7遺伝子を報告書対象遺伝子とし、鑑別診断を目的として4遺伝子を鑑別・補助診断用遺伝子として解析する。

2. 解析対象遺伝子

解析対象遺伝子は以下の通り。いずれもアレル頻度1%以下のものを報告対象とする。

報告書対象遺伝子:

STAR, *CYP11A1*, *HSD3B2*, *CYP21A2*, *CYP11B1*, *CYP17A1*, *POR*

鑑別・補助診断用遺伝子:

CDKN1C, *NNT*, *NR0B1*, *NR5A1*

3. 検査対象領域

対象遺伝子のタンパク質コード領域（エクソンおよび近傍のスプライス部位）を解析対象とする。さらに、既知の病的バリエーションが報告されている調節領域およびイントロン深部領域（ディープイントロン領域）については、別表1に示す領域の中から、各対象遺伝子に対応するもののみを解析対象とする。*注. 別表1に示すすべてを一律に対象とするのではない。また該当遺伝子が無い場合もある。）

[別表1\(ここをクリック\)](#)

4. 検査方法

短鎖リード型次世代シーケンサーを用い、ハイブリダイゼーション法あるいはPCR法により対象領域を濃縮・配列決定する。検出対象は塩基置換および短い欠失・挿入バリエーション（アミノ酸置換、終止コドン、フレームシフト、スプライシング異常をきたすもの）とする。必要に応じてサンガー法による確認解析を行う。

*CYP21A2に関しては、相同配列を持つ偽遺伝子が存在し複雑な構造変化を伴うことが知られているため、（1）通常の次世代シーケンサーで結果を得たのち、（2）ゲノムDNAからCYP21A2特異的なプライマーでLong PCRを行い、得られたPCR産物の配列解析によって（1）の結果を確認する。

5. 報告対象および制限事項

一般集団でのアレル頻度が一定基準を下回るものを報告対象とする。

体細胞モザイクは検出可能な範囲で報告対象に含める。

なお、本法では高精度な検出が困難なため、以下の項目は原則として報告対象外となる。

- ・大規模な欠失・重複等のコピー数変化
- ・大規模な構造異常

6. 検体の種類

原則として血液のみを受け付ける。

*調製済みDNAについては、やむを得ない場合に限り個別に判断し受け入れを検討する。

7. 基準値及び判定基準

国際的に標準とされるヒトゲノムリファレンス配列と比較を行い、低出現頻度バリエーションの有無を判定する。

8. 医療機関に緊急報告を行うこととする検査値の範囲

該当なし（本検査は緊急報告の対象ではない）

9. 検査に要する日数

検体が弊所に到着した日から、60営業日以内とする。

10. 測定を委託する場合にあっては、実際に測定を行う衛生検査所の名称

測定の実行は行なっていない。

11. 検体の採取条件

医療機関において、検査の目的や限界について十分に説明し、本検査の申し込みに関する同意を得ること。

12. 検体の採取容器

弊所より発行した「匿名化ID記載ラベル」を貼付した採血管1本
(真空密封型採血管：EDTA-2KまたはEDTA-2Na入り)

13. 検体の採取量

血液を1 mL以上を採取する。

14. 検体の保存条件

採血後は速やかに冷蔵、または凍結にて保管する。

15. 検体の提出条件

上記12～14の条件を満たす検体については、箱に収容し、室温で弊所へ発送する。
なお、必要に応じて保冷剤の同梱も可とする。
原則として、発送日の翌日に到着するよう手配する。

16. 検査依頼書及び検体のラベルの記載項目

検体貼付用ラベルには、匿名化IDおよび検体管理用IDを記載する。
検査依頼書については、当検査室指定の様式を使用する。
主な記載項目は以下の通り。

- ・ 匿名化ID
- ・ 希望する検査項目（疾患名、検査コード番号、検体数）
- ・ 医療機関情報

- ・ ガイドライン遵守の確認
- ・ 請求書送付先情報

17. 検体を医療機関から衛生検査所まで搬送するのに要する時間

発送日の翌日着を原則とする。

土日祝日は受付業務を行っていないため、配送日時に十分注意する。

18. 検査のお申し込み、お問い合わせ

公益財団法人かずさDNA研究所 遺伝子検査室（かずさ遺伝子検査室）

〒292-0818 千葉県木更津市かずさ鎌足2丁目5-23

<https://www.kazusa.or.jp/genetest/index.html>

E-mail: onjk@kazusa.or.jp