

抄 録

第17回山口県腎臓病研究会

日 時：平成23年3月3日（木）18：30～

場 所：山口グランドホテル

共 催：山口県腎臓病研究会

興和創薬株式会社

一般演題 I

座長 山口大学大学院医学系研究科

病態制御内科学分野

江本政広 先生

1. 高度腎機能障害を呈しており過剰な免疫抑制を避け透析導入した抗糸球体基底膜抗体（GBM）型腎炎の一例

下関中央病院 腎臓内科

○那須 誠, 前田大登, 坂井尚二

【症例】68歳女性。平成22年5月の検診で初めて尿蛋白、潜血を指摘。腎機能は正常であった。7月中旬に泌尿器科を受診した際にはBUN62.3mg/dl, Cr7.18mg/dlと高度腎機能障害を認め当科紹介受診。急速進行性腎炎（RPGN）と診断し腎生検施行。半月体形成性腎炎の組織でステロイドパルス療法を施行後、プレドニゾロン内服開始した。抗糸球体基底膜（GBM）抗体が陽性と判明し抗GBM型腎炎と確定診断。腎機能の改善の見込みは低いと判断し生命予後を重視し強い免疫抑制を避け透析導入した。RPGN研究班の治療指針では、抗GBM抗体型腎炎でCr 6mg/dlを超えると腎機能の改善は難しく過剰な免疫抑制は避けるよう推奨されている。RPGN診療指針発表後は過剰な免疫抑制を避ける症例が多いと予想され、抗GBM抗体型腎炎の治療の推移について文献的考察を加え報告する。また本例は発症3ヵ月の時点では抗体価は高値である。維持療法についての報告は少なく、本症例の治療開始6ヵ月の抗体価の推移を含めた治療経過を報告する。

2. ネフローゼ症候群を契機として診断されたANCA関連腎炎の一例

下関市立済生会豊浦病院 内科,

下関市立済生会豊浦病院 泌尿器科¹⁾○川田泰伸, 高橋徹郎, 小林宏卓¹⁾, 上領頼啓¹⁾

57歳男性の患者で、大腸ポリープのポリペクトミーで入院した際に高度蛋白尿を認め、当院内科へ紹介となった。大腸病変は早期大腸癌であり、内視鏡の治療が行なわれた。既に血清クレアチニン2.29, BUN 30.9と腎機能障害があり、血清蛋白6.2, アルブミン値3.0, 一日蛋白量5.8gであった。腎生検では半月体形成性糸球体腎炎、血清中のMPO-ANCA162と高値であり、ANCA関連腎炎と診断された。メチルプレドニゾロンパルス療法が合計3クールおよび経口コルチコステロイド剤が40mgで開始され、サイクロフォスファミド300mg点滴2回、その後サイクロフォスファミド経口150mg投与が併用され、経口コルチコステロイド剤は20mg以下へと減量され、外来へと移行した。退院時クレアチニン2.37, BUN26.1と腎機能障害は残ったままであるが、その後外来フォローアップされている。早期発見の重要性、また悪性腫瘍の合併例がありうることを考慮すると検尿の重要性が改めて示唆された症例であった。

3. 腎サルコイドーシスの一例

岩国医療センター医師会病院 腎臓内科

○高橋規文, 福田雅道

症例は51歳男性。平成22年7月腎不全精査目的で紹介。既往歴特記無し。アルコール3合×30年。身体所見特記無し。初診時Cre1.90mg/dl, BUN 21.7mg/dl, 尿潜血(+), 尿蛋白(2+), 抗核抗体陰性, 蛋白分画正常。CTで全身性のリンパ節腫脹, 肺野びまん性の濃度上昇, 腎・尿路形態に異常無し。Ca13.6mg/dlを認め、高Ca血症の原因検索と治療を行った。エルシトニンはある程度効果あるものの不十分であった。PTHは基準値内であった。ビタミンD高値, ACE高値, ツベルクリン反応陰性が認められた。PET-CTで全身リンパ節に有意な集積を認

めた。以上よりサルコイドーシスと診断された。ステロイドパルス・内服治療を行った。血清Ca, 腎機能は改善したが、腎間質障害の改善に乏しかった。腎生検を施行した所、腎間質に巨細胞を伴う肉芽腫を認めた。

座長 山口大学大学院医学系研究科
泌尿器学分野

土田昌弘 先生

4. 腎移植後半年でIgA腎症の再発を認めた一症例

済生会下関総合病院 泌尿器科,
済生会下関総合病院 腎臓内科¹⁾
○高井公雄, 占部裕巳, 毛利 淳, 大藪靖彦¹⁾

症例は27歳, 男性。2006年4月28日に血蛋白尿を主訴に初診。Alb3.4g/dl, T-CHO244mg/dl, 2.9g/dayの蛋白尿。5月11日に腎生検。病路組織学的にIgA腎症で, 19個中11個の糸球体に半月体の形成が認められ, メサングウム増殖の強いタイプであった。5月30日扁桃腺摘除, 6月6日よりステロイドパルス3サイクル, 蛋白尿は減少し, 不完全部分寛解, Mizoribineとステロイドにより維持療法を行ったが, 就職とともに服薬コンプライアンスも低下し, 再発, 蛋白尿は増加した。その後, CyAにて治療するも, 効果は限定的で, 2009年4月20日透析導入, 2010年4月8日父親をドナーとする腎移植を行った。拒絶反応はなく, 移植後経過は順調であったが, 父親が高血圧を有しており動脈硬化性変化の強い腎臓であったため, S-Crea1.5mg/dlで退院した。腎移植後半年を経過した2010年10月頃より蛋白尿30-100mg/dlが認められ, 移植腎生検にて, メサングウムの増殖性変化と小半月体形成, IgAとC3が強陽性でIgA腎症の再発と考えられた。この症例の治療経過と腎移植後IgA腎症再発について若干の文献的考察を加えて発表する。

5. IgG-4高値腎症患者の臨床像

済生会下関総合病院 腎臓内科,
いとう腎クリニック¹⁾
○新田 豊, 藤田建次, 大藪靖彦, 伊藤真一¹⁾

【目的】血清IgG-4値が正常上限を超えている腎症患者に於いて, IgG-4関連疾患の可能性について検討を行った。

【方法】2010年5月から同年12月までに, 当院にて血清IgG4値が105mg/dlを超えていた腎症患者4例に於いて腎生検, 画像診断, 免疫学的検査, 血液および尿生化学検査を行った。

【結果】男女比は3/1例。年齢は56-73歳。基礎疾患は糖尿病2例, 高血圧2例。免疫学的検査ではIgG4=111-228mg/dl, 抗核抗体陽性例2例で抗SS-A, 抗SS-Bはともに陰性であった。IgG高値2例, 全例RF陰性であった。明らかなアミラーゼ上昇や肝胆道系酵素の上昇は2例に認め画像にても胆管あるいは膵胆管の異常を認めた。この2例で腎生検を試行し, 1例は間質変化は軽度で糸球体に基底膜肥厚およびIgAの沈着を認め, 1例では膜性腎症1期で間質変化は軽度だが線維化とIgG4陽性形質細胞を認めている。

【結論】IgG4高値例4例のうち1例がIgG4関連疾患と考えられた。今後, 腎生検が行えなかった症例の口唇生検, Gaシンチ所見, 治療経過等を含め検討を行う。

6. Cronkhite-Canada症候群に合併した膜性腎症の1例

徳山中央腎総合医療センター
○矢野誠司, 是永佳仁, 荒巻和伸, 三井 博,
那須誉人, 林田重昭

症例は81歳, 男性。2008年9月より消化管ポリポーシスと脱毛, 爪甲異常, 色素沈着を認めCronkhite-Canada症候群(以下CCS)と診断されて当院内科でステロイドの投与を開始し, 漸減していた。2009年12月より蛋白尿, 浮腫増悪, 血清蛋白減少を認めたため, 当科へ紹介入院。腎生検にて膜性腎症と判明し, ステロイド増量投与を行い, 蛋白尿の減少, 浮腫の改善を認めた。CCSは消化管悪性腫瘍の合併が多いとされているが, 自験例では悪性腫瘍の合併や抗核抗体などの自己免疫異常は認めなかった。

特別講演

座長 山口大学大学院医学系研究科
病態制御内科学分野

教授 谷澤幸生 先生

「急性腎障害（AKI）の最近の話題」

高知大学医学部 内分泌代謝・腎臓内科

教授 寺田典生 先生