

抄 録

第25回山口県腎臓病研究会

日 時：令和元年2月21日（木）18：45～
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

Session 1（18：45～19：00）

「高カリウム血症治療の最近の話題」

興和創薬株式会社 佐藤有史朗

Session 2（19：00～19：30）

座長 山口大学大学院医学系研究科 病態制御内科学
竹田孔明 先生

1. 腎サルコイドーシスの一例

山口大学大学院医学系研究科 器官病態内科学
○和泉隆平, 池上直慶

症 例：38歳, 男性.

現病歴：20XX-10年に胸部レントゲン写真で両側肺門リンパ節腫脹（BHL）を指摘されたことを契機に呼吸器内科受診となり，血液検査・CT・ガリウムシンチにて肺サルコイドーシスと診断された。また同時に眼科でぶどう膜炎を指摘されたが点眼薬で改善した。心臓含む他臓器に明らかな合併症がなかったためステロイド全身投与による治療は行わず，半年に1度外来での経過フォローとなっていた。以後，肺病変は変化なく経過していたが，徐々に腎機能の経時的な悪化がみられたため，20XX年4月16日に腎臓内科コンサルトとなった。その際の検尿所見は蛋白（-）潜血（-）であったが尿細管間質障害マーカーの上昇を認めたため，腎生検を施行し非乾酪性非壊死性肉芽腫形成を伴う間質性腎炎の所見を認め，腎サルコイドーシスと診断した。

サルコイドーシスにおける腎病変の合併率は10%未満と報告されている。その機序は主に肉芽腫性間質性腎炎，高Ca血症によるものに大別され，特に

肉芽腫性間質性腎炎が生検で証明されるのは1%以下と少ない。

本症例を元に，腎サルコイドーシスの診断・治療における留意点について文献的考察を踏まえ述べる。

2. 潰瘍性大腸炎を合併した腎サルコイドーシスの14歳男児例

山口大学大学院医学系研究科 小児科学分野
○前原健二, 水谷 誠, 東 良紘, 長谷川俊史

【症例】X-3年夏からの下痢，腹痛が出現したため，10月前医を受診。下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎の所見を認め，当科へ紹介された。5-ASA製剤，プレドニゾロンにて治療され寛解を得たが，X年4月から尿細管障害，腎機能障害が出現したため，6月腎生検を施行した。尿細管間質に非乾酪性肉芽腫，高度リンパ球浸潤があり，13個中4個の糸球体に全硬化を認め，腎サルコイドーシスと診断した。プレドニゾロン，ステロイドパルス，アザチオプリンにて加療し，尿所見，腎機能が改善，6ヵ月後に実施した2回目の腎生検にて間質病変の改善も確認している。

【考察】サルコイドーシス是非乾酪性肉芽腫を特徴とする原因不明の全身性炎症性疾患で，標的臓器は主に肺，心とされ腎の合併の報告は少ない。潰瘍性大腸炎を合併する報告はなく，考察を加えて報告する。

Session 3 (19:30~20:00)

座長 山口大学大学院医学系研究科 泌尿器科学講座
藤川公樹 先生

3. 当科における最近の腎移植の成績

山口大学大学院医学系研究科 泌尿器科学講座,
益田赤十字病院 泌尿器科¹⁾,
山口赤十字病院 泌尿器科²⁾,
下関医療センター 泌尿器科³⁾,
山口県済生会豊浦病院 泌尿器科⁴⁾,
厚南セントヒル病院 泌尿器科⁵⁾,
徳山中央病院 泌尿器科⁶⁾

○中山祐起, 磯山直仁, 松村正文, 藤川公樹,
松山豪泰, 永田雄大¹⁾, 中村公彦²⁾, 廣吉俊弥³⁾,
小松宏卓⁴⁾, 内山浩一⁵⁾, 土田昌弘⁶⁾

腎移植は手術手技の確立および免疫抑制療法の進歩により治療成績は向上し免疫学的ハイリスク症例や高齢患者, 糖尿病性腎症など非免疫学的ハイリスク症例も増加傾向である. このような状況下で近年の腎移植の治療成績を再検討することが必要と考えた. 対象は2008年1月から現在までに当院で施行した生体腎移植126例である. 結果として当院では夫婦間移植を反映した非血縁間生体腎移植が増える傾向にあり, 全体の48.8%を占め全国と比較しても割合が高い. 非血縁間移植は免疫学的リスクに加えて, 高齢, 糖尿病合併症例といった非免疫学的にもハイリスクであったが, 当院の生体腎移植の成績は5年生着率94.0%, 10年生着率88.2%であり, 全国水準と比較しても遜色ないものであった.

4. 維持透析を必要とした初発のaHUSの一例

山口大学大学院医学系研究科 病態制御内科学,
器官病態内科学¹⁾

○酒井康平, 徳永良洋, 山本 薫, 田中真由美,
中邑幸伸, 谷澤幸生, 池上直慶¹⁾

症例は生来健康の35歳男性. X年3月に嘔吐, 下痢が出現しその後呼吸苦や浮腫を認めた. 8日後に近医血液検査で高度の腎機能障害 (Cre 12.99mg/dl), 溶血性貧血 (Hb 5.5g/dl), 血小板減少 (Plt $7.0 \times 10^4 / \mu\text{l}$) を認め溶血性尿毒症症候群 (HUS) を疑われ同日当科入院となった. 集中治療部に入室し間歇的血液透析濾過を開始した. 透析, 輸血, 降圧療法などにより全身状態は改善したが腎機能の回復は乏しく透析を継続した. 消化器症状は軽度にとどまり, 便培養陰性, ベロ毒素陰性, 抗LPS-IgM抗体陰性であり, 腸管出血性大腸菌感染症は証明されなかった. また, ADAMTS13活性正常, ADAMTS13インヒビター陰性であり, 血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) ではなく非典型HUS (aHUS) と診断した. aHUSに関連する補体系検査では明らかな異常を認めなかった. 現在は, 溶血や血小板減少の再燃は認めず維持透析を行っている. 初発のaHUSと診断した症例を経験し, 文献的考察を含め報告する.

特別講演 (20:00~21:00)

座長 山口大学大学院医学系研究科 病態制御内科学
教授 谷澤幸生 先生

[拡大する腎臓病学]

京都大学大学院医学研究科 腎臓内科学
教授 柳田素子 先生