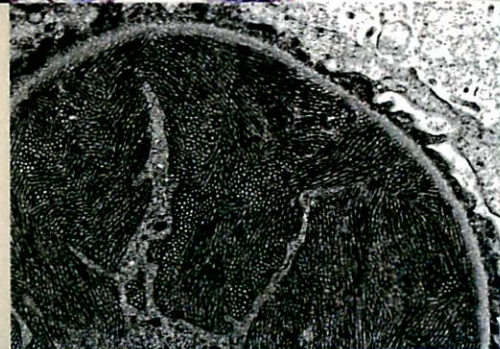
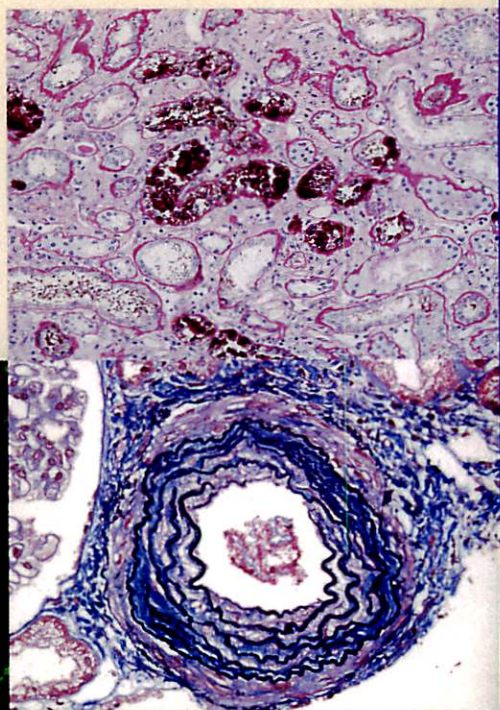
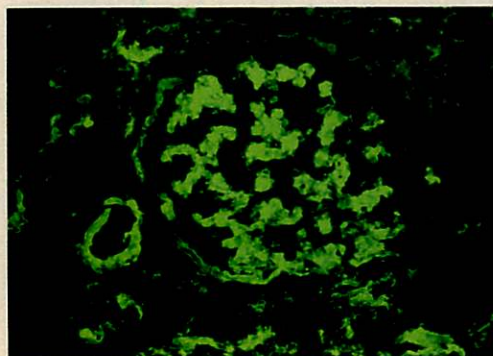


腎生検 プラクティカルガイド

より深い臨床診断へのアプローチ

編集

西 慎一



34 歳女性，円盤状皮疹と下腿浮腫 (SLE 治療中)

症例提示

- 症 例 34 歳 女性.
- 既往歴 特記事項なし.
- 家族歴 特記事項なし.
- 妊娠歴 なし.

【現病歴】

21 歳時，健診で梅毒検査生物学的偽陽性を指摘された。近医での精査にて白血球減少，抗核抗体陽性，抗カルジオリピン抗体陽性，抗 SS-A 抗体陽性を指摘されたが，身体所見では異常を認めず，自覚症状もなかったため経過観察となった。25 歳時，関節痛，四肢末梢の知覚異常，後頭部の脱毛，Raynaud 現象が出現したため，入院精査が行われた。抗核抗体 640 倍，抗 ds-DNA 抗体 75 IU/L，低補体血症 (CH50 20 U/mL)，汎血球減少 (WBC 3,100/ μ L，Hb 9.8 g/dL，Plt 11.7×10^4 / μ L)，関節炎を認め，SLE と診断された。また，aPTT の延長，抗 CL β_2 GPI 34.1 U/mL，ループスアンチコアグラント陽性で抗リン脂質抗体症候群 (APS) の合併も疑われた。尿蛋白 (-)，尿沈渣赤血球 1~2/hpf と尿所見は軽微であったが，腎障害の有無を確認するため腎生検を行った (第 1 回)。PSL 40 mg/日と，アスピリン 81 mg/日 で治療を開始し，臨床症状と検査所見の改善をみたため，PSL は漸減し，10 mg/日の内服で，寛解状態が持続していた。

32 歳時，易疲労感，脱毛，円板状皮疹，下腿浮腫が出現，尿蛋白 (3+) を認め，再入院となり，2 回目の腎生検を行った。

【入院時身体所見】

身長 163 cm，体重 50 kg，BMI 18.8，体温 36.5°C，血圧 128/76 mmHg，脈拍 68/min，眼瞼結膜：貧血なし，眼球結膜：黄疸なし，甲状腺：腫大なし，表在リンパ節：触知せず，胸部：心雑音なし，呼吸音：清，腹部：腹壁軟，圧痛なし，血管雑音聴取せず，肝脾腎触知せず，両下腿に浮腫を認める，鼠径部，膝窩部，足背部で動脈拍動を良好に触知，手背尺側，母趾背側に表在覚の低下を認める。右下肢第 1 趾に潰瘍を認める。

【入院時検査所見】

WBC 9,890/ μ L，RBC 431×10^4 / μ L，Hb 11.8 g/dL，Plt 10.5×10^4 / μ L，TP 6.3 g/dL (Alb 60.8%， α_1 2.4%， α_2 9.2%， β 8.3%， γ 19.3%)，BUN 22 mg/dL，S-Cr 0.6 mg/dL，UA 5.6 mg/dL，Na 137 mEq/L，K 3.8 mEq/L，Cl 99 mEq/L，Ca 9.5 mg/dL，P 4.0 mg/dL，TC 290 mg/dL，TG 128 mg/dL，AST 29 IU/L，ALT 18 IU/L，LDH 401 IU/L，ALP 112 U/L， γ -GTP 22 IU/L，CRP 0.1 mg/dL，HbA1c 5.8% (NGSP 値)，C3 54.4 mg/dL，C4 6.0 mg/dL，CH50 19 U/mL，IgG 1,364 mg/dL，IgA 227 mg/dL，IgM 43 mg/dL，ANA 82.1 倍，抗 DNA 抗体 9 倍，抗 Sm 抗体 3.5 倍，抗 RNP 抗体 7.3 倍，抗 SS-A 抗体 64.8 倍，抗 SS-B 抗体 15.2 倍，抗 Scl70 抗体 115.9 倍，RF < 5.0，抗 CL β_2 GPI 21.7 U/mL，ループスアンチコアグラント陽性，クリオグロブリン

ン (-)，尿蛋白 2.02 g/日，尿沈査：RBC 1~2/hpf，WBC 1~2/hpf，硝子円柱 1~2/hpf，脂肪円柱 1/10 hpf.

胸部 X 線写真：胸水なし，心拡大なし，心電図：正常洞調律，腹部超音波：腎萎縮なし，水腎症なし.

組織所見解説と診断

第 1 回腎生検組織所見

【光顕所見】(図 1：上段)

上段左：PAS 染色，巣状分節性に軽度のメサンギウム細胞と基質の増加がみられる，間質の病変は軽微である.

上段右：PAM Masson-Trichrome 染色，パラメサンギウムに沈着物が観察される (矢印)，内皮下，上皮下には沈着物は認めない.

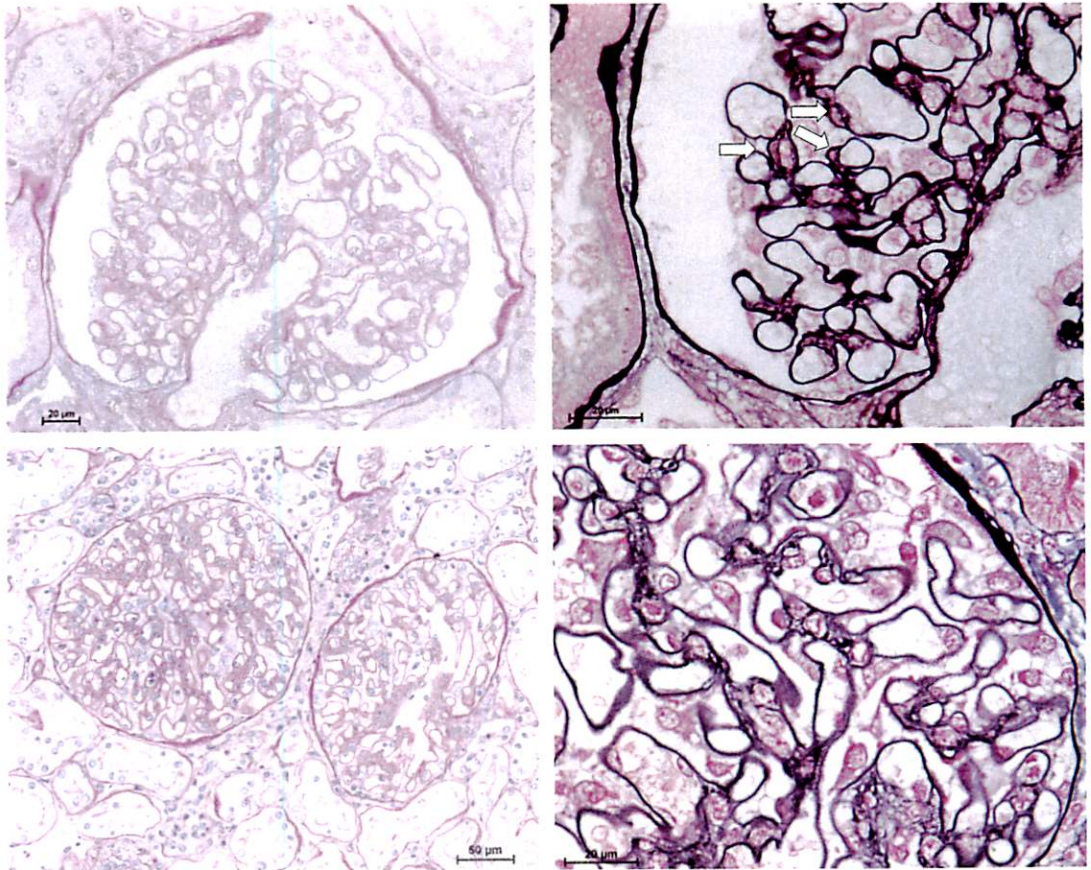


図 1 光顕所見

上段：1 回目，下段：2 回目

上段左 (×400)，上段右 (×600)，下段左 (×200)，下段右 (×1,000).

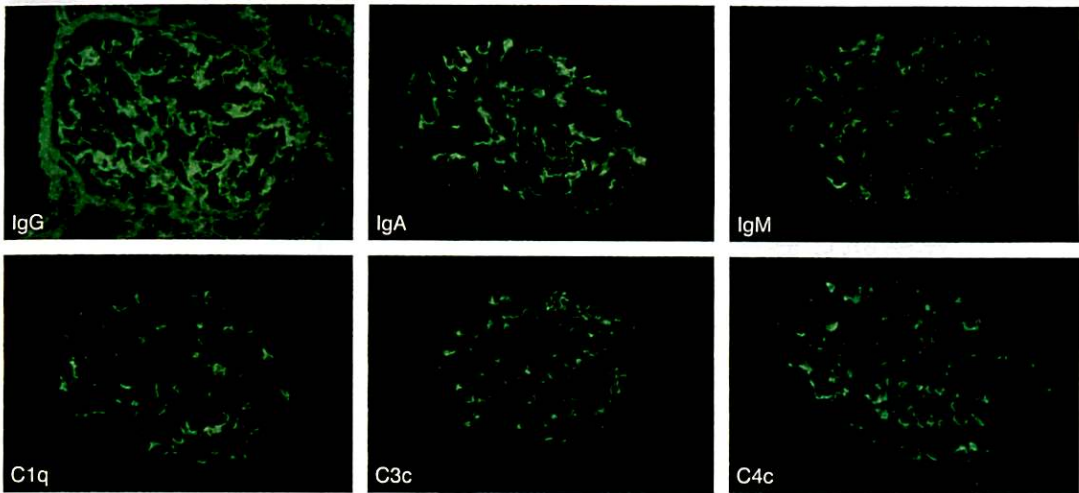


図2 蛍光抗体法所見① (第1回)

すべて×200.

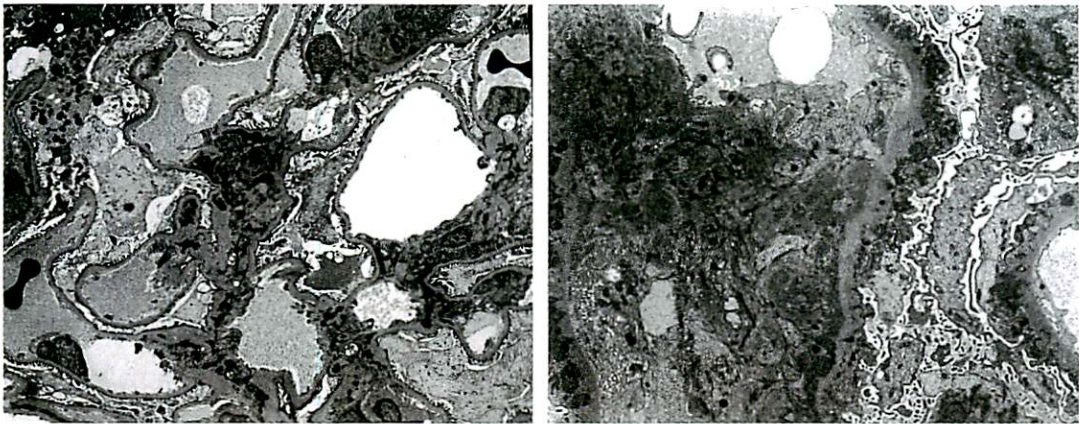


図3 電顕所見

左：第1回目 (×2,000)，右：第2回目 (×3,500).

【蛍光抗体法所見】 (図2)

メサンギウム領域、および糸球体基底膜に IgG, IgA, IgM, C1q, C3c, C4c の粗大顆粒状沈着を認める。

【電顕所見】 (図3：左)

メサンギウム領域に全節性に EDD を認める。

【診断】

- focal segmental mesangial proliferative glomerulonephritis with paramesangial deposits

- 臨床診断

- SLE

- 組織診断

- lupus nephritis II

APS の所見は認められないと判断した。

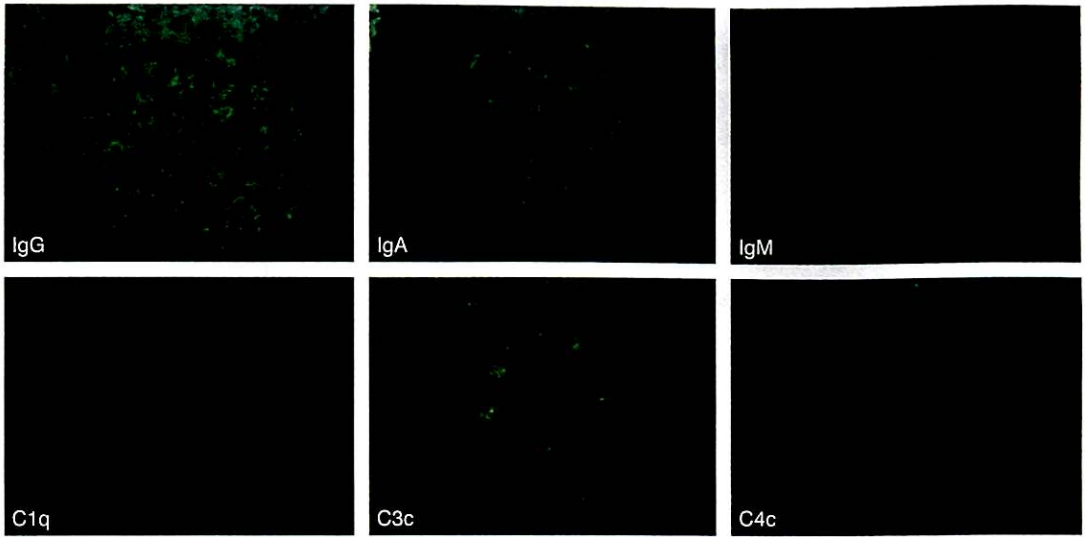


図 4 蛍光抗体法所見②（第 2 回目）

すべて×200.

治療

臨床的に APS を合併した SLE の症例。ループス腎炎 II 型に対しては通常 0.8～1.0 mg/kg/日のプレドニゾロンが使用される。APS に対しては、血栓の症状がある場合はワルファリンやアスピリンが用いられる。

第 2 回腎生検組織所見

【光顕所見】（図 1：下段）

下段左：PAS 染色。糸球体基底膜の全節性肥厚がみられる。分節性軽度のメサンギウム基質の増加も認める。左の糸球体 11 時～12 時方向には軽度のメサンギウム細胞増加が認められる。

下段右：PAM Masson-Trichrome 染色。3 時方向のメサンギウム領域は基質の増加と浮腫により、開大している。分節状に糸球体基底膜の二重化がみられる。内皮細胞下腔沈着物の有無は光顕では明らかでない。

【蛍光抗体法所見】（図 4）

メサンギウム領域に C3c が分節性に陽性，糸球体基底膜に IgG, C1q, C3c, fibrinogen- κ , λ が細顆粒状に陽性。

【電顕所見】（図 3：右）

メサンギウム領域，内皮下，上皮下に EDD が観察される。

【診断】

・ diffuse segmental mesangial proliferative glomerulonephritis with FSGS lesion and global sub-epithelial, subendothelial, and mesangial deposits

● 臨床診断

・ SLE

● 組織診断

・ lupus nephritis III (c) + V

時間経過とともに、組織型が変化した SLE の一例である。APS の所見は 2 回目も認められないと判断した。

治 療

Ⅲ型で、尿蛋白が比較的少ないものや、活動性が低い場合は 0.8~1.0 mg/kg/日のプレドニゾロンが使用される。Ⅴ型を合併したⅢ型に対しては活動性病変がみられるものや、ネフローゼ症状群を呈するものに対しては 1.0~1.2 mg/kg/日のプレドニゾロンが用いられる。治療反応性が悪い場合は免疫抑制薬の併用も考慮する。

醫生檢ブラクティカルガイドーより深い臨床診断へのアプローチ

2013年3月25日 発行

編集者 西 慎一
発行者 小立鉦彦
発行所 株式会社 南江堂
〒113-8410 東京都文京区本郷三丁目42番6号
☎(出版)03-3811-7426 (営業)03-3811-7239
ホームページ <http://www.nankodo.co.jp/>
振替口座 00120-1-149
印刷 横山印刷/製本 ブックアート

© Nankodo Co., Ltd., 2013

定価はカバーに表示してあります。
落丁・乱丁の場合はお取り替えいたします。

Printed and Bound in Japan
ISBN978-4-524-26986-0

本書の無断複写を禁じます。

JCOPY (社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は、著作権法上での例外を除き、禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構(TEL 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

本書をスキャン、デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き禁じられています。大学、病院、企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法です。