

再生検で特異な組織所見を呈した atypical MPGN の 1 例

国療東松本病院 黒田育子

はじめに

1 回目の腎生検で atypical MPGN と診断され、1 年 9 ヶ月後の 2 回目の腎生検の組織像で、尿細管の atropy と間質の fibrosis および細胞浸潤を認めた 1 例を報告する。

症例：K. N. 14 歳 女兒

主訴：1) microhematuria

2) 低補体血症

既往歴および家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和 55 年 5 月、学校検尿にて潜血反応陽性を指摘され、某院泌尿器科受診。microhematuria 続いたため 56 年 7 月同病院の小児科へ紹介された。小児科受診時、血液検査にて血清 C_3 値 10 mg/dl 以下の低補体血症に気付かれた。他の血液検査は異常なく、クレアチニン・クリアランス、P. S. P および I. P. にも異常は認められなかった。以後、急性腎炎として治療をうけたが、低補体血症と microhematuria が続いたため、57 年 1 月信州大学小児科にて 1 回目の腎生検施行。光顕所見で、糸球体の lobular pattern, mesangial cell の増加, mesangial materix の増加および軸性の硬化、多核球の浸潤および capillary wall の肥厚が focal にみられ、蛍光抗体所見では C_3 が軸性に染色されて、以上の結果より atypical MPGN と診断された。同年 5 月 24 日より Heparin 療法 (20,000 単位/day), 続いて 7 月 6 日より sol-medrol 1 g \times 3 連日の pulse 療法を 2 週間間隔で 3クールうけたが、血清 C_3 値の上昇はみられなかった。その後、medrol, warfarin と Dipyridamole を内服、12 月より Cyclophosphamide を併用。尚、10 月頃より腰痛を時々訴える様になり、

整形外科にて Osteoporosis によるものと診断をうけコルセットを着用していた。58 年 4 月当院へ転院。

入院時現症：身長 151.6 cm, 体重 43.8 kg, 血圧 114/74, 浮腫(-), face color やや pale 以外に所見はみられなかった。

入院時検査所見：別表

入院後の経過：Medrol と Cyclophosphamide を中止し、Prednisolone 15 mg/day を隔日投与し、その後漸減。腰痛も次第に訴えなくなり、58 年 9 月 29 日 2 回目の腎生検を施行。その後も現在まで microhematuria と低補体血症 (20 mg/dl ~35 mg/dl) は続いているが、蛋白尿、高血圧、BUN の上昇等の臨床症状の悪化はみられていない。

2 回目腎生検時組織所見

光顕所見：31 ヶの糸球体があり、うち、硬化糸球体 1 ヶ、虚脱糸球体 18 ヶ (1 ヶに fibrous crescent (+)) がみられた。1 回目の組織像と比べると、mesangial materix の増加はほぼ同様にみられたが、hypercellularity および lobular pattern は減少していた。double contour は一部にみられた。最も著しい変化は虚脱糸球体周囲の間質にみられ、atropic となった尿細管と著明な fibrosis および単核球の浸潤がみられた。その部の細動脈は内膜がやや肥厚してみえた。

蛍光抗体所見： C_3 が軸性につよく染色され、capillary wall にそっても点状にみられた。

おわりに

この症例は 1 年 9 ヶ月後の 2 回目の腎生検の結果、組織所見で腎間質に著明な fibrosis と細胞浸

別表 入院時検査所見

血沈	14~35		
RBC	398×10^4	ASLO	625 TU
Hb	9.6 g/dl	CRP	(-)
Ht	32.9%	IgG	760 mg/dl
血小板	20×10^4	A	106 mg/dl
WBC	4200	M	78 mg/dl
BUN	12.4 mg/dl	C ₃	21.5 mg/dl
クレアチニン	0.7 mg/dl	C ₄	37.6 mg/dl
T. cholest	185 mg/dl	CH ₅₀	17.1 U/ml
T. protein	5.9 g/dl	ANF	(-)
alb	68.0%	anti DNA	(-)
α_1	3.8	HBs Ag	(-)
α_2	11.3	LEテスト	(-)
β	8.4	フィブリノーゲン	372 mg/dl
γ	8.5	PT	9.6 秒
GOT	12 U	APTT	34.6 秒
GPT	6 U	C. Cr	92 ml/min/1.48 ml
Al-P	12.4 KAU	P. S. P	Total 95%
LDH	294 U	濃縮テスト	1回目尿 1,031
Ca	8.8 mg/dl		2回目尿 1,024
P	4.9 mg/dl		3回目尿 1,018

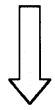
検尿所見 Pro (±) 沈渣 (RBC 多数/HPF WBC 3-4/HPF 円柱 (-))

潤および尿細管の atropy がみられるようになっていた。その1年9ヶ月の間、蛋白尿、円柱尿あるいは肉眼的血尿のエピソードはなく、血液検査でも BUN、クレアチニンの上昇は認められていない。この症例での腎生検所見以外の異常は microhematuria と、3年以上持続している低補体血症だけである。そして、低補体血症が持続しているにもかかわらず、2回目腎生検の組織所見では、hypercellularity の減少、lobular pattern の

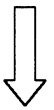
減少など MPGN としての所見はやや軽減している様に思える。虚脱糸球体も MPGN の所見は悪化してはならず、他の原因による組織の変化と考えられる。1回目の腎生検時、蛍光抗体所見で C₃ が糸球体外の細血管の壁にも染色されているのが観られているが、光顕所見では、ほぼ正常の細動脈がみられており、2回目には細動脈の内膜がやや肥厚しているようにみえることを有意に考えれば、血管障害による変化も考えられる。

また、腎尿細管障害あるいは腎血管障害など腎毒性があるといわれている薬剤で、この症例に使用したものは、ヨード系造影剤と Cefazolin (3g/day, 2日間使用)であるが、通常の使用量でその後乏尿などはみられなかった。steroid 剤の腎毒性にはまだ定説はなく、methyl prednisolone の pulse 療法で BUN 上昇がみられることもあると云われているが、この症例ではそれもみられておらず、薬剤の影響とも断定しがたい。また、感染

症に関しても、経過中重大な感染があったと思われるような血液検査の異常はみられなかった。腎生検組織でみると、間質の fibrosis になってきている部分は生検組織の1/2以上を占めており、この様な変化をきたすには臨床的に何らかの異常が一時的にも出現しても良いと思われたが、それを示唆するものはなく、腎生検での結果をいかに考えるべきかが難しい症例と思われる。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

1 回目の腎生検で atypical MPGN と診断され,1 年 9 ヶ月後の 2 回目の腎生検の組織像で,尿細管の atropy と間質の fibrosis および細胞浸潤を認めた 1 例を報告する。