

第 73 回 神奈川腎炎研究会

プログラム・抄録集

日 時 令和 2 年 2 月 15 日(土)15:00～20:10

会 場 TKP ガーデンシティ PREMIUM みなとみらい

5 階 ホール G

横浜市西区みなとみらい 3-6-3 MM パークビル 5 階

TEL 045-650-6701

当番世話人 田村 功一 先生

横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学

主 催 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

【神奈川腎炎研究会 HP】

<https://www.boehringer-ingenheim.jp/>

医療関係者の皆様へ→腎炎について

ログイン ID jinken-nbi

パスワード yk-020106

※2016年11月、パスワードを変更いたしました。

※ログインすると一度TOP画面に戻ってしまう為、再度、医療関係者の皆様へ→腎炎について
をご選択ください。

神奈川腎炎研究会事務局

〒222-0033 横浜市港北区新横浜 2-5-5 住友不動産新横浜ビル 8階

日本ベリンガー・インゲルハイム株式会社 神奈川支店

TEL：045-473-4761 FAX：045-472-1200

○発表時間は7分、討論時間は43分と致します。

○用語・単位は「腎臓学会用語集」に準ずることと致します。

○スライド枚数は原則として10枚程度と致します。

制限枚数以上の組織スライドも討論の際に提示できますので、必要に応じてご用意下さい。

○病理標本をお貸し願います。

○発表原稿(図・表・写真を含む)は記録集作成のため3月15日までに事務局宛お送り下さい。

TKP ガーデンシティ PREMIUM みなとみらい 案内図



住所

〒220-0012
神奈川県横浜市 西区みなとみらい3-6-3 MMパークビル 5F (事務所: 5F)

アクセス

みなとみらい線 みなとみらい駅 4出口 徒歩1分
JR京浜東北線 桜木町駅 北1出口 徒歩15分
JR京浜東北線 横浜駅 きた東口A 車10分

プログラム

開会の挨拶 乳原 善文 先生

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 腎センター

特別講演 (15:05～15:35)

座 長 田村 功一 先生

横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学 主任教授

演 者 豊田 雅夫 先生

東海大学医学部 内科学系腎代謝内科学 准教授

「腎機能障害患者における血糖コントロールを考える」

演題発表 I (15:35～17:15)

座 長 酒井 政司 先生

藤沢市民病院 腎臓内科

I-1 (15:35～16:25)

Fabry 病様の zebra-like body を認め Fanconi 症候群を呈した

クロロキン(CQ)類似薬関連腎障害の 1 例

東京女子医科大学病院 腎臓内科

眞部 俊 先生

I-2 (16:25～17:15)

Mycobacterium avium 感染経過中に著明な血尿・蛋白尿と腎機能増悪を認めた 1 例

横浜労災病院 腎臓内科

潮 雄介 先生

————— 休憩(17:15～17:35) —————

演題発表 II (17:35~20:05)

座 長 涌井 広道 先生

横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学

II-1 (17:35~18:25)

慢性骨髄単球性白血病に合併した Lysozyme-induced nephropathy と考えた 1 例

亀田総合病院 腎臓内科

赤沼 嵩史 先生

II-2 (18:25~19:15)

2 次性血栓性微小血管症(TMA)の一例

藤沢市民病院 腎臓内科

吉浦 辰徳 先生

II-3 (19:15~20:05)

IgA 血管炎様の皮膚所見と full house pattern の管内増殖性糸球体腎炎を呈した

感染性心内膜炎の一例

東海大学医学部 腎内分泌代謝内科

川地 惇朗 先生

コメンテーター 城 謙輔 先生 東京慈恵会医科大学

山口 裕 先生 山口病理組織研究所

閉会の挨拶 田村 功一 先生

横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学

Fabry 病様の zebra-like body を認め Fanconi 症候群を呈した
クロロキン(CQ)類似薬関連腎障害の 1 例

1) 東京女子医科大学 腎臓内科学

2) 東京女子医科大学 病理学(実験病理学分野)

3) 東京女子医科大学 多発性嚢胞腎病態研究部門

眞部 俊¹⁾, 許田 瑞樹¹⁾, 小野 亘¹⁾, 廣瀬 織江²⁾, 中谷 裕子¹⁾, 佐藤 尚代¹⁾,
唐澤 一徳¹⁾, 片岡 浩史^{1,3)}, 森山 能仁¹⁾, 種田 積子²⁾, 望月 俊雄^{1,3)}, 新田 孝作¹⁾

[症例] 36 歳女性 [家族歴] 腎疾患なし [経過] 19 歳時に無菌性髄膜炎を契機として SLE と診断され, 13 年前まで再発を繰り返した. 以降はプレドニン 7.5mg/日で, 腎機能障害, 血尿蛋白尿を認めず, 安定して経過した. CQ 類似薬の認可にともない, 400mg/200mg の隔日内服 (4.8 mg/kg) が開始された. 開始前には, Cr 0.67 mg/dL, 血尿蛋白尿 陰性, 尿中 β 2-MG 370 ug/gCr であった. 約 1 年半後に腎機能増悪により当科コンサルトとなった. 受診時, Cr 0.89 mg/dL, HCO₃⁻ 20.5 mmol/L, 血尿 陰性, 尿蛋白 0.28 g/gCr, 尿中 β 2-MG 18743 ug/gCr であった. 抗 SS-A 抗体陽性であったが, 乾燥症状を認めなかった. 尿細管間質障害を疑い腎生検を施行した. 糸球体は 20 個観察され, 全節性硬化 0 個であった. 一部の糸球体に軽度のメサンギウム増殖と拡大を認め, IF では同領域に IgG, IgM が陽性であった. 1ヶ所に破壊性尿細管炎を伴う巣状の炎症細胞浸潤を認めた. EM では, 糸球体に少量の EDD と virus-like particle を認め, ポドサイトに zebra-like body と多数のオスミウム好性顆粒を含むライソソーム様構造物を認めた. 糸球体内皮細胞, 近位/遠位尿細管上皮細胞などに同様の蓄積物を認め, 特に近位尿細管で顕著であった. 以上より, CQ 類似薬関連ホスホリピドーシスを疑った. 薬剤の中止前にファンコニー症候群を発症したが, 現在は CQ 類似薬を中止して経過観察中である.

[考察] CQ 類似薬の副作用として, ホスホリピドーシスの関連が示唆される, 網膜, 心, 筋障害が報告されている. 腎では腎機能障害や血尿蛋白尿を契機とした腎生検で, 本例に類似した蓄積物が報告されている. しかし, 蓄積物が臨床症状に関与しているかは不明である.

[疑問点]

1. 本例の腎生検所見が CQ 類似薬関連ホスホリピドーシスに矛盾しないか
2. 巣状の間質炎と Fanconi 症候群を CQ 類似薬関連ホスホリピドーシスの所見として良いか. 宜しくおねがいします. ご教授ください.

Mycobacterium avium 感染経過中に著明な血尿・蛋白尿と腎機能増悪を認めた 1 例

1) 横浜労災病院 腎臓内科

2) 横浜労災病院 病理診断科

3) 昭和大学医学部 顕微解剖学

潮 雄介¹⁾, 中野 麻里絵¹⁾, 柏木 佑介¹⁾, 森戸 卓¹⁾, 長谷川 直樹²⁾, 角田 幸雄²⁾,
本田 一穂³⁾, 波多野 道康¹⁾

【症例】81歳女性【既往歴】帯状疱疹,大動脈弁閉鎖不全症【家族歴】腎疾患なし【臨床経過】X-6年時より咳嗽喀痰を認め, X-4年時3月に喀痰検査で Mycobacterium avium 感染症(MAC症)と近医で診断され, クラリスロマイシンで治療が開始された. X-1年9月に血痰を認め, CT所見上から MAC 症が増悪傾向だったため, リファンピシンに変更し, その後当院呼吸器内科を紹介受診した. 食思不振を認めたため, その後治療は中断されていた. X-1年12月, 定期フォロー中に関節の腫脹, 疼痛を認め, 当院膠原病科で関節リウマチ(RA)と診断され, NSAIDsで治療開始された. X年3月に呼吸苦と酸素化低下を認め, 弁膜症が原因の急性心不全と診断され入院し, 利尿薬投与で軽快した. この入院時に, 初めて尿沈渣赤血球 10-19/HPFを指摘され, 尿蛋白定性(-), Cr 0.56 mg/dl だった. X年6月に RA の症状増悪を認めたため, サラゾスルファピリジン, プレドニゾロン 2 mg が開始された. Cr 0.6 mg/dl 前後で推移していた. X年9月に尿蛋白 4.65 g/gCr, 沈渣赤血球 100</HPF, Cr 1.57 mg/dl と腎機能増悪を認め, 当科コンサルトとなった. CRP 9.87 mg/dl, 抗核抗体 40 倍, ANCA 陰性, 抗 GBM 抗体陰性, クリオグロブリン陰性, M 蛋白陰性, IgG 3146 mg/dl, IgA 900 mg/dl, IgM 111 mg/dl, C3 95.0 mg/dl, C4 20.0 mg/dl だった. 血液培養陰性で, 経胸壁心エコーで疣贅は認めなかった. 感染関連腎炎や ANCA 陰性血管炎を疑い, 第7病日に腎生検を施行した. 光顕では, 糸球体は 16 個. このうち全節性硬化 4 個, 軽度のメサンギウム細胞増殖を認め, 一部に小細胞性あるいは線維細胞性半月体を認めた. IF では, IgG(+), IgA(+), IgM(±), C3(++), C4(-), C1q(-)で, メサンギウム領域優位に陽性だった. 電顕では, 糸球体基底膜上皮下に粗大な hump 様沈着物が散在し, メサンギウム域にも軽度の沈着物を認めた. 以上より感染関連腎炎が疑われた. 経過観察により, Cr は 1.18 mg/dl まで自然軽快し尿蛋白も 0.93 g/day まで改善したが, 血尿は 50-99/HPF と持続している.

【疑問点】

- ・MAC 関連感染糸球体腎炎と考えて良いか
- ・RA との関連はあるのか

II-1

慢性骨髄単球性白血病に合併した Lysozyme-induced nephropathy と考えた 1 例

1) 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 腎臓高血圧内科

2) 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 血液内科

赤沼 嵩史¹⁾, 三浦大典²⁾, 長岡 可楠子¹⁾, 井上 貴博¹⁾, 福田 純子¹⁾,
末永 考生²⁾, 鈴木 智¹⁾

症例】81 歳 男性【現病歴】特に症状はないが近医で白血球増多を認め当院血液内科紹介受診。慢性骨髄単球性白血病と診断し、ヒドロキシカルバミド 500mg/日を開始した。当院初診時 WBC30600/uL(SEG67% MONO19% Lymph11%), Cr1.22mg/dL であった。また尿蛋白 Cr 比 1.0g/g・Cr、尿中 β 2MG2382 μ g/L 認め、腎生検を行った。【既往歴】胃潰瘍 逆流性食道炎【内服】ポノプラザン 10mg 【腎病理】検体:2 本。皮質:髄質=8:2。糸球体:9 個。全節性硬化糸球体を 1 個認めた。主に近位尿細管内に好酸性が強い顆粒状の沈着物を多数認めた。一部で尿細管は萎縮し、尿細管上皮細胞障害も認めた。糸球体の増殖性変化は目立たず、細小血管、小葉間動脈は概ね保たれていた。IF:IgG, IgA, IgM, C3, C1q 全て陰性。EM:糸球体は概ね問題なかった。近位尿細管上皮が腫大し、不整円形物が多発し、顆粒状構造を認めた。間質に核小体のある単球様細胞の増加がみられ、白血病細胞浸潤が疑われる。免疫染色:酵素抗体法の Lysosome 染色で、尿細管にびまん性、顆粒状に陽性所見を認めた。また、酵素抗体法の kappa、lambda 染色は陰性であった。以上から Lysozyme-induced nephropathy と考えた。腎生検後に血清リゾチーム 95.1 μ g/ml と高値を認め、腎生検の結果を合わせて、ヒドロキシカルバミドを 1000mg/日へ増量した。

病理医への質問:光顕所見と免疫染色から lysozyme-induced nephropathy を考えましたが、電顕で白血病細胞の浸潤が疑われており、光顕所見と合わせて、直接浸潤があるかどうか、診断含めてご教授頂ければと思います。

II-2

2 次性血栓性微小血管症(TMA)の一例

1) 藤沢市民病院 腎臓内科

2) 横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学

吉浦 辰徳¹⁾, 佐野 礼佳¹⁾, 春原 須美玲¹⁾, 池田 絵理¹⁾, 酒井 政司¹⁾, 常田 康夫¹⁾,
田村 功一²⁾

【症例】68 歳女性

【既往歴】60 歳 骨粗鬆症、62 歳 左変形性膝関節症(手術)、67 歳 左化膿性膝関節炎

【現病歴】40 歳から関節リウマチを発症し、ステロイドでの加療歴があったが、通院を自己中断していた。X-7 年(61 歳)に多関節痛が悪化し、当院リウマチ科にてステロイドとブシラミンを開始した。X 年 7 月に Cr0.36mg/dl、尿蛋白⁻、潜血 2+。mPSL2mg→1mg に減量し、ブシラミンは継続されていた。8 月から食思不振が出現し、定期外来にて Cr1.4mg/dl、尿蛋白 3+、尿潜血 3+に増悪を認め、ブシラミンを中止した。抗核抗体 640 倍、抗 DNA 抗体 72IU/ml、血清補体価 <12 であり、ループス腎炎の疑いがあり、9 月に当科紹介受診し、入院加療となった。TP9.4g/dl、ALB2.9g/dl、Cr1.3mg/dl、Hb8.9g/dl、Plt7.1 万/ μ 、尿蛋白 3+(5.6g/gCr)、尿潜血 3+(RBC50-99/HPF)、抗 dsDNA 抗体 33IU/ml。Day3 に腎生検を施行した。病理報告到着まではループス腎炎と考え、PSL と MMF を開始した。Day23 に TP8.3g/dl、ALB3.1g/dl、Cr0.81mg/dl、Hb8.9g/dl、Plt17.3 万/ μ 、尿蛋白 1+(1.4g/gCr)、尿潜血 2+に改善し、Day28 に自宅退院した。Day33 に血清補体価は正常化、抗 dsDNA 抗体 38IU/ml。Cr0.6mg/dl、尿蛋白 2+(2.4g/gCr)、潜血 3+(RBC100-/HPF)。血中に異常リンパ球が出現し、M 蛋白血症も認めため、血液内科に精査を依頼した結果、慢性リンパ性白血病(CLL)の診断となり、Day59 にイブルチニブを開始された。Day66 には抗 dsDNA 抗体 20IU/ml に改善。Cr0.6mg/dl、尿蛋白⁺(0.8g/gCr)、潜血 2+(RBC100-/HPF)で潜血は持続していたが、蛋白尿は改善傾向であった。

【腎生検】光顕: 糸球体数 8 個、全節性硬化 4 個。皮髄質に巨リンパ芽球の密な浸潤巣が散在。糸球体にはフィブリン様血栓あるいは内皮下沈着が目立ち、融解状を呈し、好中球浸潤を伴っている。

蛍光抗体法: 糸球体に IgG(-), IgA(-), IgM(+), C3(+), C1q(+), fib(-)

電子顕微鏡: 糸球体にフィブリン析出と血栓形成。内皮下~傍メサンギウム域に好中球やマクロファージなどの浸潤を認めた。間質に核小体のある形質細胞や単球が浸潤。

【ご質問】腎生検の結果からは血栓性微小血管症(TMA)の所見であったが、SLE や CLL による二次性の TMA と診断してよいでしょうか。二次性 TMA でよければ、病理学的に SLE か CLL のどちらが関与しているかの鑑別は可能でしょうか。

IgA 血管炎様の皮膚所見と full house pattern の管内増殖性糸球体腎炎を呈した
感染性心内膜炎の一例

1) 東海大学医学部腎内分泌代謝内科

2) 東海大学医学部病理診断科

川地惇朗¹⁾, 中川洋佑¹⁾, 濱野直人¹⁾, 小泉賢洋¹⁾, 小倉豪²⁾, 和田健彦¹⁾, 深川雅史¹⁾

症例は、72 歳女性。高血圧症に対して内服加療されていたが、検尿異常、腎機能障害を指摘されたことはなかった。X 年 5 月に夜間盗汗を主訴に近医を受診したが、軽度の貧血以外に異常所見はなく経過観察となった。7 月下旬に下腿に点状の皮疹が出現し、再度近医を受診した。貧血の進行と低アルブミン血症を認めたため、血液疾患を疑われ骨髄穿刺などが施行されるも明らかな異常は認めず、再び経過観察となった。その際、尿潜血陽性、軽度腎機能障害(血清 Cr 0.94 mg/dL)を認めた。その後、8 月下旬から、両側下腿浮腫、悪心などの症状が出現し、近医を受診したところ、腎機能の増悪(Cr 3.69 mg/dL)と更なる貧血の進行を認めたため、精査加療目的に当院を紹介受診、同日緊急入院となった。

身体所見上、両側下腿に点状紫斑を散在性に認める他、胸部聴診で全収縮期雑音を聴取した。採血上、Cr 4.57 mg/dL と腎機能障害は進行しており、PR3-ANCA 陽性(123IU/mL)、低補体血症を認めた。尿所見上は糸球体性血尿と高度蛋白尿(2.09 g/g・Cr)を認めた。第 2 病日に血液培養陽性(Coagulase-negative staphylococcus)が判明し、心臓超音波上、僧帽弁周囲に塊状エコーを認めたため、感染性心内膜炎(Infectious endocarditis: IE)に伴う急性腎障害の可能性が想定された。

第 2 病日に皮膚生検を、第 3 病日に腎生検を施行した。皮膚病理所見として IgA 陽性の leukocytoclastic vasculitis を認めた一方で、腎病理所見としては、管内増殖性糸球体腎炎像を認め、免疫蛍光染色では full house pattern を呈していた。感染関連糸球体腎炎として抗生剤加療を継続し、第 24 病日に僧帽弁置換術を施行した。術後経過は良好であり、腎機能は緩徐に改善した。血液培養陰性化から 6 週間である第 48 病日まで抗生剤を継続し、同日退院となった。

IE による腎機能障害では、比較的高率に管内増殖性糸球体腎炎を呈するが、本症例のように full house pattern を示し、IgA 血管炎様の皮膚所見を伴うことは稀であり、文献的考察とともに報告する。

神奈川腎炎研究会

コメンテーター	城 謙 輔	山 口 裕
顧 問	石 田 尚 志	鎌 田 貢 壽
	川 口 良 人	木 村 健 二 郎
	小 林 豊	佐 藤 昌 志
	塩 之 入 洋	原 茂 子
代表世話人	乳 原 善 文	
世 話 人	伊 藤 秀 一	市 川 大 介
	井 上 嘉 彦	岩 崎 滋 樹
	宇 田 晋	岡 真 知 子
	小 林 修 三	佐 野 隆
	澤 直 樹	篠 崎 倫 哉
	白 井 小 百 合	高 橋 英 彦
	田 中 啓 之	田 村 功 一
	常 田 康 夫	中 田 泰 之
	中 村 信 也	波 多 野 道 康
	平 和 伸 仁	松 井 克 之
	宮 城 盛 淳	和 田 健 彦

50 音順・敬称略