

## 010-22

### 腎生検が困難であった高齢発症ネフローゼ症候群の一寛解例

高松赤十字病院 腎臓内科<sup>1)</sup>、泌尿器科<sup>2)</sup>

○高橋 則尋<sup>1)</sup>、横山 倫子<sup>1)</sup>、由良 健太郎<sup>2)</sup>

症例は80歳代、男性、漆芸家。主訴は全身浮腫。当院泌尿器科にて前立腺術後の経過観察のため、通院していた。平成25年末頃から尿所見異常の悪化を指摘されていた。同時期から全身のむくみを自覚し、当院腎臓内科を受診された。受診時、顔面、下腹部、両下腿を中心に浮腫を認めた。検尿では尿タンパク(3+)、尿潜血(2+)。検血ではTP 4.7、ALB 2.0g/dl、BUN 18.8、Cr 0.73、TG 69、HDL-CHO 65、LDL-CHO 113mg/dlであり、臨床的にネフローゼ症候群と診断された。しかし、基礎疾患として糖尿病、膠原病、全身性血管炎疾患は否定されており、二次性ネフローゼ症候群は否定された。精査・加療目的にて当科入院となった。症例は高齢であり、ステロイドによる副作用の危険性が懸念されたため、まずジピリダモール 300mg、テルミサルタン 40mgを開始した。診断確定のため、腎生検を検討したが、低アルブミン血症により腎臓周囲にも浮腫が及んでおり、術後の出血のリスクが高いと判断し、検査を断念した。その後もネフローゼ症候群が持続するため、免疫抑制療法として、シクロスポリンを投与した。血中濃度を確認し、治療域を維持しながら治療するも効果がないため、診断は確定していないが、慎重にベタメサゾン 1.5mgを追加した。その後、徐々に尿たんぱくは減少し、寛解となった。現在、外来にて加療中であるが、免疫抑制療法による副作用は認めていない。本症例のようなネフローゼ症候群において年齢や全身状態などにより腎生検が困難であっても、糖尿病などの禁忌がなければステロイドを含む免疫抑制療法を慎重に行うことは有用かつ安全であると考えられた。

## 010-24

### アンジオテンシン受容体拮抗薬(ARB)が原因と考えられた低ナトリウム血症の2症例

さいたま赤十字病院 腎臓内科

○仲長 奈央子、佐藤 順一、雨宮 守正、

【症例1】78歳女性。X-6年より高血圧で近医にてフォローされ、ARBおよびサイアザイド系利尿薬の合剤を内服していた。X年4月6日夜トイレの前に倒れているのを家人が発見。意識があったため様子を見ていたが、4/7朝には両下肢が動かなくなったとのことで当院救急受診。血清Na 112mEq/lと低Na血症を認め入院となる。高張食塩水を静脈投与し、翌日には自由水が出るようになったため点滴は中止とし、以後症状および低Na血症は改善していった。抗利尿ホルモン不適切分泌症候群と診断された。

【症例2】54歳男性。Y-14年より高血圧で近医にてフォローされ、Ca拮抗薬、βブロッカー、ARBおよびサイアザイド系利尿薬の合剤を内服していた。Y年4月13日より悪心が出現し、水分のみを摂取していた。その後意識が混濁するようになり、4/17当院救急受診。血清Na 116mEq/lと低Na血症を認め入院となる。尿浸透圧が128mOsm/kgH<sub>2</sub>Oで尿に自由水も出ていることから飲水制限のみとして様子を見たところ、以後症状および低Na血症は改善していった。水中毒と診断された。

【考察】これらの症例はいずれもARBおよびサイアザイド系利尿薬の合剤を内服していた。ARBが何故低Na血症を起こしやすいのかを文献的考察を含めて報告する。

## 010-23

### 非特異的な腹痛を契機に発見された稀な遺伝子変異を有するGitelman症候群の一例

石巻赤十字病院 内科<sup>1)</sup>、

日本大学 医学部病態病理学系臨床検査医学分野<sup>2)</sup>

○小張 祐介<sup>1)</sup>、竹内 陽一<sup>1)</sup>、中山 智洋<sup>2)</sup>、長澤 将<sup>1)</sup>、木下 康通<sup>1)</sup>

【はじめに】遺伝性尿細管疾患であるGitelman症候群は、多彩な症状を呈するためこれまで明確な臨床診断基準が存在しない。近年、本邦には潜在的な患者が相当数存在すると考えられるようになってきており遺伝子検査による確定診断の必要性が唱えられている。そこで我々は非特異的な腹痛を契機に診断に至ったGitelman症候群の一例を報告する。

【症例】過敏性腸症候群を既往に有する42歳女性。全身脱力と排便後の心窩部痛と嘔気が寛解増悪を繰り返すため当院紹介入院となる。これまで利尿薬などの内服歴はない。検査所見では代謝性アルカローシスとレニン活性高値、アルドステロン高値に加え、血清カリウム低値、血清マグネシウム低値、尿中カルシウム低値でありGitelman症候群が疑われた。カリウム製剤内服投与により電解質は正常化し自覚症状は改善した。遺伝子検査にてSLC12A3遺伝子にp.M1Lとp.R642C変異を認めGitelman症候群の診断となった。

【考察】Gitelman症候群はSLC12A3がコードするNa<sup>+</sup>/Cl<sup>-</sup>共輸送体の障害程度により、症状は多岐に渡る。初発症状は筋骨格系のけいれんまたは脱力が多く、腹痛を主訴に発症した報告は少ない。本症例は、腹痛を初発とし世界でも極めて稀な変異であるp.M1Lを有するため報告するに値するものと考えた。

## 010-25

### 当院における保存期教育と療法選択の現状

熊本赤十字病院 総合内科<sup>1)</sup>、腎センター<sup>2)</sup>、7西病棟<sup>3)</sup>

○川端 知晶<sup>1)</sup>、豊田 麻理子<sup>1)</sup>、上木原 宗一<sup>1)</sup>、米村 知江子<sup>2)</sup>、渡邊 信衣<sup>2)</sup>、毛利 景子<sup>2)</sup>、城間 久美絵<sup>2)</sup>、西村 典子<sup>3)</sup>

当院において、慢性腎臓病(CKD)患者は従来一般内科外来で診察されていたため、患者一人に対して十分な診察時間が確保できずにいた。保存期教育が不十分であることから、CKDの疾患受容や塩分制限が不十分で、腹膜透析(PD)導入後早期の血液透析(HD)併用例やPD離脱症例が多かった。これらの点を反省し、2012年3月より透析室の診察室でPD外来の合間に保存期外来を開始した。保存期外来の初診患者はeGFR15以下を目安にした。患者一人に十分に時間が確保できるため、患者の腎不全に対する思い、将来への不安、腎代替療法(RRT)で期待することなどを聞き出すことができ、患者がCKDと向き合う機会を作ることで疾患受容を向上することができた。また、保存期外来1回毎に塩分摂取量と血圧の関係、残存腎機能と予後の関係、Ca/Pと動脈硬化の関係を簡易に説明し、患者教育を行った。随時尿中Naを使って食塩摂取量を概算し、患者に食塩量を体感してもらい、食塩制限するよう行動変移を促していった。このように十分に保存期教育ができた段階で療法選択の説明を行った。当院では腎移植も月2~3例行っており、HD、PD、腎移植すべてに携わっている医師が療法選択の説明を過不足なくすることで、患者の意志決定における情報も十分に提示できていると考えている。このような保存期外来の取り組みを行った結果、保存期外来に訪れた患者28人中16人(57.1%)がPD、10人(35.7%)がHD、2人(7.1%)が生体腎移植を選択された。最初HDやPDを導入した患者もそれぞれ1人ずつ生体腎移植を行った。保存期教育やRRTの公平な情報提示を行うことで、PD選択率の上昇、HD→腎移植、PD→腎移植など、患者のニーズに合わせて療法選択の幅が広がったと考えられた。