

# 尿細管間質病変の病理をどう臨床に活かすか

Pathology of the renal tubules

岡 一雅

Kazumasa OKA

兵庫県立西宮病院 病理診断科 (部長)

## ◆ KEY WORDS

- ◆ 尿細管間質病変
- ◆ 尿細管壊死
- ◆ 尿管炎
- ◆ Myeloma cast
- ◆ 腎生検

## ◆ SUMMARY

尿細管間質病変で、予後不良を考える像としては、尿細管の大小不同である。臨床像としては、慢性腎不全（非代償期）に相当する。診断基準となる組織所見としては、尿管壊死/変性の急性尿管傷害、Myeloma cast、尿管炎の像があがる。それぞれ臨床像として、急性腎不全、多発性骨髄腫、間質性腎炎に相当する。上記組織像は、糸球体病変に伴う場合もあり、診断するには糸球体疾患の除外がまず必要となる。

## ◆ 著者プロフィール

### ◆ 私の専門分野

腎生検の臨床病理

## I はじめに

腎生検の適応となる疾患は、糸球体腎炎が多いが、腎全体の量的、腎機能に影響する質的な観点からは、尿管間質病変を正しく認識することは重要である。

本稿では、尿管間質の正常組織像から、予後因子、急性尿管傷害、尿管間質性腎炎など診断基準となる組織像を解説する。

## II 正常

腎生検を鏡する際に、皮質、髓質、髓放線の同定は重要である。その際に、近位尿管、遠位尿管、集合管の認識が必要である。表1、図1にそれぞれの組織学的特徴を記した。皮質は近位尿管が主体で、Back to Backと呼ばれる程に、互いの近位尿管基底膜が接しているように密である。比して、髓質は集合管や遠位尿管からなり、疎である。髓放線は、3者（近位、遠位尿管、集合管）が髓質から皮質へ束になり直線的に走行する構造をと

る部位で、3者を同定しやすい（図2）。腎生検で診断可能な疾患で髓質病変を伴う場合は少なく、円柱を認める程度である。髓質に目立つ病変、変化がある場合には、泌尿器科疾患も検討する。例えば、間質に炎症細胞浸潤が目立つ場合も、髓質主体であれば尿路感染症を疑う。

## III 予後因子

腎生検を観察する際にまず判断すべきことは、治るか治らないかである。治療により治らない場合は、臨床的には慢性腎不全に、画像所見では萎縮腎に相当する状況である。顕微鏡的には不可逆性変化、つまり荒廃糸球体、間質の線維化の割合が高い組織像を示す。ただし、被膜直下などでの局所的な変化の場合は、臨床像と組織所見との分離が出る場合もある。慢性腎不全を確実に判断するには、残存ネフロンでの過剰濾過を推測できる拡張、萎縮からなる尿管の大小不同の組織像が目安となる（図3）。