

Title	多発腎腫瘤を呈したIgG4 関連尿細管間質性腎炎の1例
Author(s)	大饗, 政嗣; 大久保, 和俊; 植村, 祐一; 熱田, 雄; 木村, 博子; 牧野, 雄樹; 松井, 喜之; 今村, 正明; 清水, 洋祐; 井上, 貴博; 神波, 大己; 吉村, 耕治; 兼松, 明弘; 西山, 博之; 川端, 大介; 小川, 修
Citation	泌尿器科紀要 (2011), 57(6): 309-313
Issue Date	2011-06
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2433/143304">http://hdl.handle.net/2433/143304</a>
Right	許諾条件により本文は2012-07-01に公開
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

## 多発腎腫瘍を呈した IgG4 関連尿細管間質性腎炎の 1 例

大饗 政嗣<sup>1</sup>, 大久保和俊<sup>1</sup>, 植村 祐一<sup>1</sup>, 熱田 雄<sup>1</sup>  
 木村 博子<sup>1</sup>, 牧野 雄樹<sup>1</sup>, 松井 喜之<sup>1</sup>, 今村 正明<sup>1</sup>  
 清水 洋祐<sup>1</sup>, 井上 貴博<sup>1</sup>, 神波 大己<sup>1</sup>, 吉村 耕治<sup>1</sup>  
 兼松 明弘<sup>1</sup>, 西山 博之<sup>1</sup>, 川端 大介<sup>2</sup>, 小川 修<sup>1</sup>

<sup>1</sup>京都大学医学部附属病院泌尿器科, <sup>2</sup>京都大学医学部附属病院免疫・膠原病内科

### IgG4-RELATED TUBULOINTERSTITIAL NEPHRITIS PRESENTED WITH MULTIPLE RENAL NODULAR LESIONS

Masashi OAE<sup>1</sup>, Kazutoshi OKUBO<sup>1</sup>, Yuichi UEMURA<sup>1</sup>, Takeshi ATSUTA<sup>1</sup>,  
 Hiroko KIMURA<sup>1</sup>, Yuki MAKINO<sup>1</sup>, Yoshiyuki MATSUI<sup>1</sup>, Masaaki IMAMURA<sup>1</sup>,  
 Yousuke SHIMIZU<sup>1</sup>, Takahiro INOUE<sup>1</sup>, Tomomi KAMBA<sup>1</sup>, Koji YOSHIMURA<sup>1</sup>,  
 Akihiro KANEMATSU<sup>1</sup>, Hiroyuki NISHIYAMA<sup>1</sup>, Daisuke KAWABATA<sup>2</sup> and Osamu OGAWA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Department of Urology, Kyoto University

<sup>2</sup>The Department of Rheumatology and Clinical Immunology, Kyoto University

A 66-year-old man presented with multiple bilateral renal nodular lesions demonstrated by enhanced computed tomographic scan. He had a history of autoimmune pancreatitis and renal cell carcinoma, which had been treated with partial nephrectomy. We performed renal biopsy under ultrasound guidance. Pathological examination revealed plasma cell infiltration to the renal interstitium. Serum IgG4 level was high and we diagnosed as IgG4-related tubulointerstitial nephritis. After one month of oral steroid therapy the multiple nodular lesions disappeared.

(Hinyokika Kyo 57 : 309-313, 2011)

**Key words :** Renal cell carcinoma, IgG4, Plasma cell, Tubulointerstitial nephritis

### 緒 言

近年, IgG4 陽性形質細胞の浸潤を特徴として種々の臓器の線維化を生ずる IgG4 関連疾患が注目されている。罹患する臓器としては, 膵臓<sup>1)</sup>, 唾液腺<sup>2)</sup>, リンパ節<sup>3)</sup>, 肺<sup>4)</sup>, 胆道系<sup>5)</sup>, 後腹膜<sup>6)</sup>, 前立腺<sup>7)</sup>などがあげられるが, 腎にも病変を呈することが報告されてきている<sup>8,9)</sup>。今回, われわれは, 腎癌に対する外科的治療の既往歴を有し, 自己免疫性膵炎の治療寛解中に多発腎腫瘍を呈した IgG4 関連尿細管間質性腎炎の 1 例を経験したので, その診断と治療経過を報告する。

### 症 例

患者 : 66歳, 男性

主訴 : 多発腎腫瘍

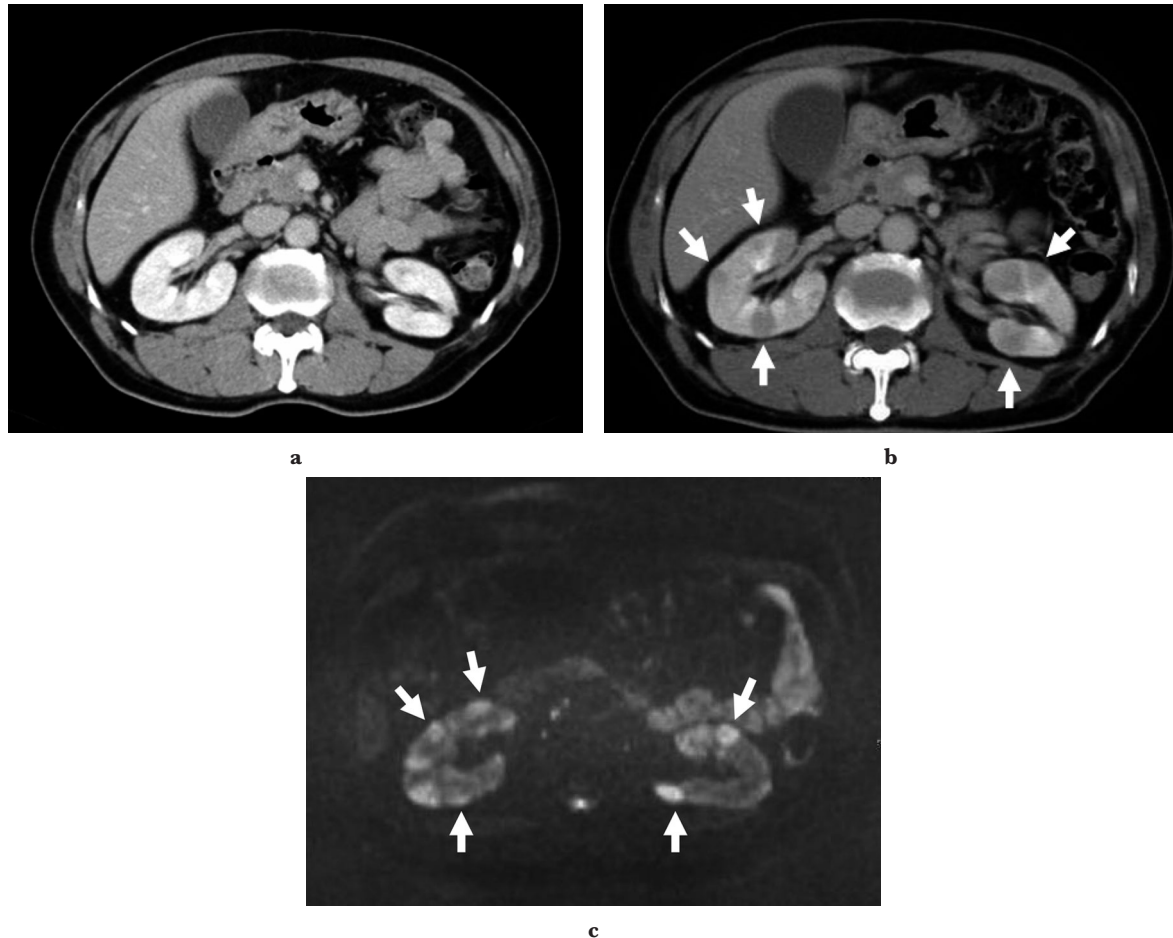
既往歴 : 糖尿病にて 2001 年から内服加療を受ける。甲状腺癌にて 2006 年外科的治療を受けたが, 明らかな再発所見は認めていなかった。自己免疫性膵炎にて, 2008 年 12 月から 2009 年 9 月までステロイド治療を施行し, 寛解状態となる。以後, ステロイド治療は終了しているが, 明らかな再燃所見は認めてない。左腎腫瘍

に対して, 1998 年 2 月他院にて左腎部分切除術を施行。腫瘍径は 2 cm で病理組織診断は腎細胞癌 (grade 2, INFβ, pT1 (intermediate type, alveolar > tubular, clear > granular)) であった。

現病歴 : 他院にて腎癌術後の経過観察中, 2009 年 10 月腹部造影 CT にて両側腎実質に多発腎腫瘍を指摘された。腎癌の両腎転移が疑われ, 両側腎摘出術または薬物療法を勧められ, 当科紹介受診となった。

検査所見 : 血液生化学検査では赤沈の亢進 (63 mm), CRP 上昇 (0.3 mg/dl) を認める以外は, Cre は 1.0 mg/dl で, eGFR は 58.3 ml/min と若干低下していた。アミラーゼは正常であった。腫瘍マーカーは, 可溶性 IL-2 レセプターの軽度上昇 (781 U/ml (正常値 519 >)) を認める以外は, 明らかな異常値は認めなかった。尿検査では特に異常所見を認めなかった。

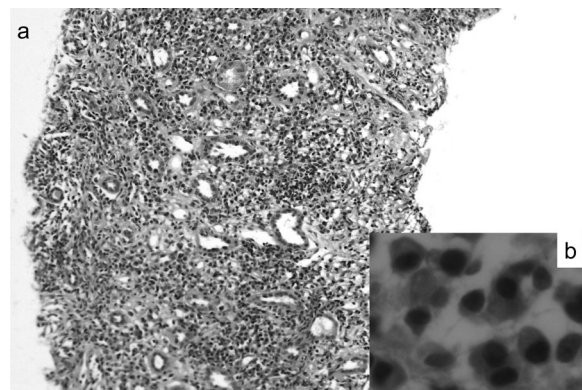
画像所見 : 他院にて撮影された腹部造影 CT (2008 年 6 月) では, 両腎には明らかな異常所見は認めていなかった (Fig. 1a)。今回の受診時に撮影した腹部造影 CT (2009 年 11 月) では, 早期相にて濃染せず平衡相にて腎実質よりも低濃度を呈する腫瘍が多数あり, 一部に楔状の造影不良病変も認められた (Fig. 1b)。



**Fig. 1.** a, b: Contrast-enhanced computed tomography revealed normal findings in bilateral kidneys before the development of AIP (a), multiple low-density areas in bilateral kidneys (arrows) at the first visit to our hospital (b). c: Diffusion images of MRI showed multiple high intensity lesions (arrows). These locations matched those observed on contrast-enhanced CT.

腹部造影 MRI では、両側腎実質に造影不良な領域があり、同部は拡散強調画像で高信号を呈していた (Fig. 1c)。これらの病変は CT での低濃度腫瘍影に一致した部位であった。腹部超音波検査では両腎に腫瘍影を同定できず、ドップラーエコーでも明らかな hypervascular な病変を認めなかった。

鑑別疾患として腎細胞癌・甲状腺癌を含む悪性疾患の多発腎転移、サルコイドーシス、悪性リンパ腫などが考えられた。2009年12月、腹部超音波ガイド下針生検を行った。もともと腹部超音波では病変を同定できなかったが、CT にて病変を認める左腎下極から組織採取を行った。病理組織学的検査では、間質に形質細胞を主体とする炎症細胞がびまん性に浸潤しており、線維化と尿細管の萎縮をとまっていた (Fig. 2a)。浸潤する形質細胞に核異型はなかった。間質に浸潤している形質細胞が単クローン性か多クローン性であるかをみるために  $\kappa$  染色および  $\lambda$  染色を行ったところ、多クローン性であることが明らかとなった (Fig. 2b)。IgG4 免疫染色では、確定診断には至らなかったが、一部 IgG4 が強く染色された形質細胞が存在してい



**Fig. 2.** Pathological findings of left renal biopsy specimen. a; Plasma cells infiltrating into renal interstitium with fibrosis and tubular atrophy. b; No nuclear heterogeneity of plasma cells on high power magnification.

た。IgG4 関連疾患を疑い血清 IgG4 を測定したところ、1,020 mg/dl (正常値4.8~105) と高値であった。以上から形質細胞腫の髄外病変は否定的で、IgG4 関連疾患にともなう尿細管間質性腎炎と診断した。前医

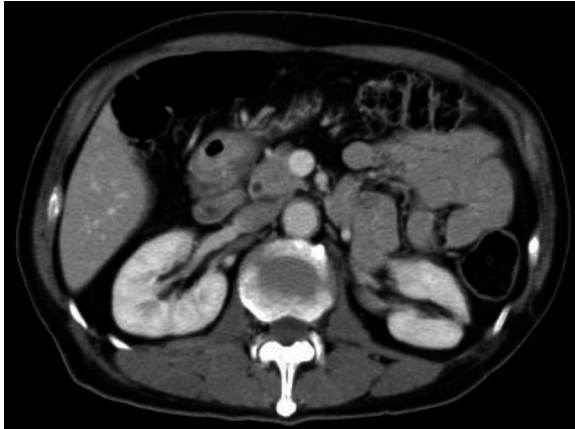


Fig. 3. Enhanced CT after one month treatment revealed nodular lesions disappeared.

への問い合わせで、自己免疫性膵炎の治療開始前のIgG4は744 mg/dlと高値であり、IgG4関連自己免疫性膵炎として治療されていたことが判明した。また、IgG4関連自己免疫性膵炎に対する治療によりIgG4は2009年4月の時点で319 mg/dlまで低下していた。2010年3月よりプレドニゾン 40 mg/dayによる治療を開始し、2010年4月のCTでは両側腎の腫瘍陰影は消失した(Fig. 3)。治療開始から8カ月たった現在、プレドニゾン 10 mg/day投与を継続しており再発を認めていない。

## 考 察

IgG4関連疾患はIgG4陽性形質細胞が種々の臓器に浸潤し、炎症や線維化を起こす自己免疫疾患として、近年注目されてきている。IgG4関連疾患は全身多臓器疾患を呈するのが特徴で、同時性あるいは異時性に膵臓、唾液腺、リンパ節、肺、胆管、後腹膜、前立腺などの複数の病変を有する。特に膵炎、唾液腺炎、リンパ節炎の合併が高頻度である。IgG4関連疾患のうち、IgG4関連尿細管間質性腎炎は、2004年に武田らが自己免疫性膵炎に合併したIgG4関連尿細管間質性腎炎について報告したのが始まりである<sup>8)</sup>。IgG4関連疾患のうち尿細管間質性腎炎を呈する割合は現在のところ不明であるが、自己免疫性膵炎に限定した場合には約35%に画像検査上、腎に何らかの異常を認めたという報告<sup>10)</sup>もあり、本症例のように既往歴に自己免疫性膵炎がある場合に腎病変を認めた場合には、IgG4関連尿細管間質性腎炎はまず念頭におくべき疾患と思われる。

IgG4関連尿細管間質性腎炎に関する特徴であるが、まだ疾患概念の歴史が浅く、文献的な報告も十分とはいえない。過去の報告のうち、腎生検がなされIgG4関連尿細管間質性腎炎と診断された24症例についてTable 1にまとめた<sup>3,5,11-19)</sup>。臨床的特徴としては、

男女比は3対1、平均年齢62.8歳と中高年男性に好発している。血清IgGの分画であるIgG4はほぼ全例で高値を示す。一般的に画像診断は有用であるとされており、われわれの検討でもCT上24例中18例で腎に異常を認めていた。その所見としては、びまん性腫大、多発低濃度腫瘍、多発結節、まだら状病変などであった。本症例では造影CT上、両側腎実質での多発低濃度腫瘍を呈しており、これまでの報告に矛盾しないと思われた。上記のような画像所見を認めた場合、IgG4関連尿細管間質性腎炎を想定して検索をすすめることが重要であると思われた。

IgG4関連尿細管間質性腎炎の診断において病理組織学的所見が有用である。病理学的特徴は腎尿細管間質に多数のIgG4陽性形質細胞浸潤、リンパ球浸潤、線維化を認める間質性腎炎である。糸球体については著変がない報告が多い<sup>9)</sup>が、膜性腎症<sup>12,17)</sup>や、糸球体腎炎<sup>15)</sup>も報告されており、この疾患の認知と共にさらに多様化する可能性もある。なおわれわれの症例では、病変は間質のみで糸球体病変はみられなかった。

確定診断のためには腎生検が有用である。超音波検査にて病変を認める際には、超音波ガイド下生検の適応となる。しかし、超音波検査では病変を同定出来ない場合があり、開腹生検、CTガイド下<sup>16)</sup>やMRIガイド下生検なども考慮する必要がある。本症例ではCT所見を参考にしながら超音波ガイド下針生検にて目的の組織を採取することが可能であった。

鑑別診断としては、一般に悪性疾患の腎転移、サルコイドーシス、悪性リンパ腫などがあがってくる<sup>13)</sup>。とくに本症例のように悪性疾患の既往がある場合にはその腎転移との鑑別は必須となる。転移性腎腫瘍との鑑別に難渋した症例<sup>14)</sup>や前立腺癌の既往を有する症例<sup>11)</sup>も報告されている。IgG4関連尿細管間質性腎炎が疑われた場合、確定診断のために腎生検による悪性疾患の除外が重要であると思われた。

治療はステロイドが第一選択で、ほとんどの症例で有効である<sup>9)</sup>とされており、われわれの集計でも転帰の記載のある19例中16例でステロイド治療により軽快している。一方でIgG4関連疾患において、ステロイド減量あるいは中止後に再発した症例も報告されている<sup>13)</sup>。また、腎不全で発見されステロイド治療を行ったにも関わらず、維持透析導入となった症例も存在する<sup>18)</sup>。以上より早期発見、早期治療が重要とされているが、IgG4関連尿細管間質性腎炎についての長期予後は不明で、今後検討されるべき問題である。本症例では、自己免疫性膵炎の治療後に異時性に発症したIgG4関連尿細管間質性腎炎であるが、ステロイド治療に非常に奏功し、腎機能の大きな障害は認めていない。しかし、今後、間質性腎炎の再発や他臓器でのIgG4関連疾患の発症の可能性もあるため、十分な経

**Table 1.** Clinical findings of IgG4-related tubulointerstitial nephritis

報告者	報告年	年齢	性別	既往歴	CT 腎の所見	他臓器病変	血清クレアチニン (mg/dl)	IgG4 (mg/dl)	治療	転帰
Katou	2003	72	M	前立腺癌	両側腎腫大	膵, 胆管	1.9	911	ステロイド	軽快
Uchiyama	2004	64	M	なし	異常所見なし	膵, 胆管	4.5	665	透析, ステロイド	軽快
Saeki	2006	61	M	AIP, シェーグレン症候群	左腎低濃度腫瘍	リンパ節	1.09	730	ステロイド	軽快
Saeki	2006	60	M	なし	両側腎腫大	リンパ節, 肝, 唾液腺	1.75	350	ステロイド	軽快
Nakamura	2006	52	M	AIP	両側多発結節影	唾液腺	0.8	1,430	ステロイド	軽快
Shimoyama	2006	40	F	なし	まだら状病変, 腎杯拡張	涙腺, 唾液腺	0.74	2,400	ステロイド	軽快
Rudmik	2006	52	M	なし	多発低濃度腫瘍	膵	0.76	上昇	ステロイド	画像上再発
Saeki	2007	68	M	なし	異常所見なし	唾液腺	1.37	670	ステロイド	軽快
Saeki	2007	55	M	AIP	異常所見なし	唾液腺 膵	2.1	1,780	ステロイド	軽快
Cornell	2007	71	M	唾液腺炎	両側多発腎腫瘍	肺, 胆管, 膵, 後腹膜, リンパ節	0.9	1,030	記載なし	記載なし
Cornell	2007	57	M	なし	腎腫瘍	膵, 唾液腺	正常	不明	記載なし	記載なし
Cornell	2007	45	M	肺結節	両側腎腫大, 多発腎腫瘍	肝	7	不明	記載なし	記載なし
Katano	2007	68	F	なし	異常所見なし	膵, 肝, 胆管, 後腹膜	2	372	ステロイド, シクロスポリン	軽快
Yoneda	2007	68	M	膵炎, 胆管炎	両側腎腫大	膵, 胆管, 肝	3.6	2,350	ステロイド	軽快
Murashima	2007	58	F	なし	多発低濃度腫瘍	なし	0.9	352	ステロイド	軽快
Saeki	2008	83	M	前立腺肥大症	異常所見なし	なし	1.48	924	ステロイド	軽快
Tanigawa	2008	76	M	なし	異常所見なし	胆管, リンパ節	不明	165	透析, ステロイド	蛋白尿持続
Aoki	2009	48	F	なし	異常所見なし	涙腺 唾液腺	2.52	1,410	ステロイド	軽快
Naitoh	2009	62	F	AIP, 唾液腺炎	低濃度腫瘍	膵	1.07	555	ステロイド	記載なし
Dhobale	2009	69	M	涙腺腫大	びまん性腫大	膵, 唾液腺, リンパ節, 肺, 胸膜	2.8	1,850	ステロイド	軽快
Saida	2010	78	M	AIP, 前立腺肥大症	両側まだら状病変	唾液腺	6.17	1,460	ステロイド	維持透析
Tsubata	2010	78	M	なし	異常所見なし	なし	5.6	1,800	ステロイド	軽快
Shoji	2010	56	F	なし	腎腫瘍	なし	不明	不明	腎摘出術	記載なし
自験例	2010	66	M	AIP, 腎癌, 甲状腺癌	多発低濃度腫瘍	なし	1	1,020	ステロイド	軽快

AIP: autoimmune pancreatitis.

過観察が必要であると考えられた。

## 結 語

腎癌の既往歴を有し、自己免疫性膵炎の治療寛解中に発症した IgG4 関連尿細管間質性腎炎の 1 例を経験した。多発腎腫瘍の鑑別診断として、IgG4 関連尿細管間質性腎炎も考慮する必要があると考えられた。

## 文 献

- Hamano H, Kawa S, Horiuchi A, et al.: High serum IgG4 concentrations in patients with sclerosing pancreatitis. *N Engl J Med* **344**: 732-738, 2001
- Yamamoto M, Takahashi H, Naishiro Y, et al.: Mikulicz's disease and systemic IgG4-related plasma-cytic syndrome (SIPS). *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi* **31**: 1-8, 2008
- Saeki T, Saito A, Hiura T, et al.: Lymphoplasmacytic infiltration of multiple organs with immunoreactivity for IgG4: IgG4-related systemic disease. *Intern Med* **45**: 163-167, 2006
- Zen Y, Kitagawa S, Minato H, et al.: IgG4-positive plasma cells in inflammatory pseudotumor (plasma cell granuloma) of the lung. *Hum Pathol* **36**: 710-717, 2005
- 谷川佳世子, 大久保陽一郎, 中山晴男, ほか: 胆管炎と間質性腎炎で発症した IgG4 関連硬化性疾患の 1 例. *診断病理* **25**: 222-225, 2008
- Oguchi T, Okada M, Endo F, et al.: IgG4-related idiopathic retroperitoneal fibrosis: a case report. *Hinyokika Kiyo* **55**: 745-748, 2009

- 7) Yoshimura Y, Takeda S and Ieki Y: IgG4-associated prostatitis complicating autoimmune pancreatitis. *Intern Med* **45**: 897-901, 2006
- 8) Takeda S, Haratake J, Kasai T, et al.: IgG4-associated idiopathic tubulointerstitial nephritis complicating autoimmune pancreatitis. *Nephrol Dial Transplant* **19**: 474-476, 2004
- 9) Saeki T, Nishi S, Imai N, et al.: Clinicopathological characteristics of patients with IgG4-related tubulointerstitial nephritis. *Kidney Int* **78**: 1016-1023, 2010
- 10) Takahashi N, Kawashima A, Fletcher JG, et al.: Renal involvement in patients with autoimmune pancreatitis: CT and MR imaging findings. *Radiology* **242**: 791-801, 2007
- 11) 加藤徳介, 柴田孝則, 足利栄仁, ほか: 腎生検所見から何を学ぶか. 自己免疫性膵炎に合併した尿細管間質性腎炎の1例. *腎と透析* **55**: 641-648, 2003
- 12) Uchiyama-Tanaka Y, Mori Y, Kimura T, et al.: Acute tubulointerstitial nephritis associated with autoimmune-related pancreatitis. *Am J Kidney Dis* **43**: 18-25, 2004
- 13) Nakamura H, Wada H, Origuchi T, et al.: A case of IgG4-related autoimmune disease with multiple organ involvement. *Scand J Rheumatol* **35**: 69-71, 2006
- 14) Rudmik L, Trpkov K, Nash C, et al.: Autoimmune pancreatitis associated with renal lesions mimicking metastatic tumours. *CMAJ* **15**: 367-369, 2006
- 15) Katano K, Hayatsu Y, Matsuda T, et al.: Endocapillary proliferative glomerulonephritis with crescent formation and concurrent tubulointerstitial nephritis complicating retroperitoneal fibrosis with a high serum level of IgG4. *Clin Nephrol* **68**: 308-314, 2007
- 16) Murashima M, Tomaszewski J and Glickman JD: Chronic tubulointerstitial nephritis presenting as multiple renal nodules and pancreatic insufficiency. *Am J Kidney Dis* **49**: 7-10, 2007
- 17) Saeki T, Imai N, Ito T, et al.: Membranous nephropathy associated with IgG4-related systemic disease and without autoimmune pancreatitis. *Clin Nephrol* **71**: 173-178, 2009
- 18) 才田 優, 本間則行, 濱 ひとみ, ほか: 自己免疫性膵炎の治療後, 腎機能障害が進行した IgG4 関連尿細管間質性腎炎の1例. *日腎会誌* **52**: 73-79, 2010
- 19) Shoji S, Nakano M, Usui Y, et al.: IgG4-related inflammatory pseudotumor of the kidney. *Int J Urol* **17**: 389-390, 2010
- 20) Tsubata Y, Akiyama F, Oya T, et al.: IgG4-related chronic tubulointerstitial nephritis without autoimmune pancreatitis and the time course of renal function. *Intern Med* **49**: 1593-1598, 2010

(Received on November 2, 2010)  
(Accepted on February 15, 2011)