

膜性増殖性糸球体腎炎, C3 腎症

膜性増殖性糸球体腎炎は、**腎生検**によって得られた組織の病理所見で診断される疾患です。メサンギウム細胞増多と基質の増生、**糸球体**係蹄の肥厚により、血管腔が狭小化する**慢性糸球体腎炎**です。低**補体**血症を伴う**血尿・蛋白尿**が特徴です。**溶連菌**などによる感染後**急性糸球体腎炎**や**ループス腎炎**との鑑別が必要となることもあります。

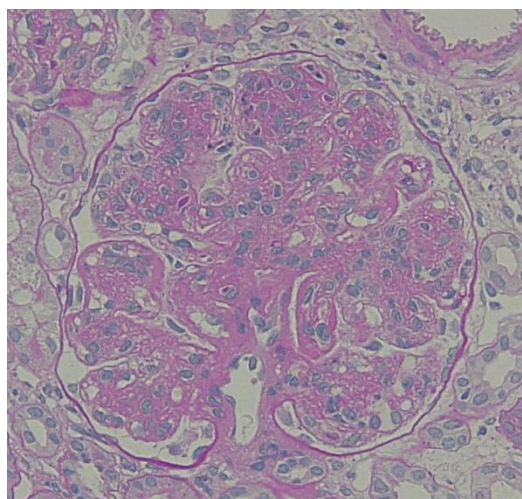
細菌やウイルス感染症を契機に発症することもあります。原因不明なことが多いです。発生頻度は、小児原発性糸球体腎炎の5%以下で、近年は減少傾向にあります。多くは10歳代で発症しますが、どの年齢でも発症し男女差はありません。

症状について、無症候性血尿蛋白尿の場合は、**学校検尿**や病院受診時の検尿で偶然見つかることもあります。他にも肉眼的**血尿**を繰り返すタイプ、急性腎炎症候群・**ネフローゼ症候群**を呈するタイプなど様々です。

血液検査では、低**補体**血症が特徴的です。**腎生検**の病理所見では、光学顕微鏡でメサンギウム細胞増多と基質の増生、**糸球体**係蹄壁の肥厚（二重化）等が特徴で、蛍光抗体法では、糸球体に**免疫グロブリン**と**補体 C3**の沈着がみられます。中には免疫グロブリンの沈着がなく、補体 C3 のみが沈着するタイプがあり、C3 腎症として膜性増殖性糸球体腎炎と区別されています。

治療は**ステロイド**薬が中心となり、通常1～2年間の投与で漸減中止します。一方、急速進行性腎炎など腎機能の低下を伴う症例については、ステロイドパルス療法や**免疫抑制薬**を使用する場合があります。

学校検尿などによる早期発見によって末期**腎不全**への移行は減少していますが、尿蛋白が持続し長期間の治療、繰り返しの**腎生検**が必要な事もあります。



PAS 染色 X100 メサンギウム細胞増多と基質の増生、糸球体係蹄の肥厚が認められる