

## PC-284

### 上腕骨近位端骨折に対する髓内釘とロッキングプレートとの比較

伊勢赤十字病院 整形外科<sup>1)</sup>、三重大学 整形外科<sup>2)</sup>

○奥野 友孝<sup>1)</sup>、山川 徹<sup>1)</sup>、森川 丞二<sup>1)</sup>、西本 和人<sup>1)</sup>、加藤 祥<sup>2)</sup>、瀧川 慎也<sup>2)</sup>、塚本 正<sup>1)</sup>

当院で平成14年から平成25年の間に行われた上腕骨近位端骨折に対して施行された観血的整復術のうち、髓内釘とロッキングプレートを用いて骨接合術を施行した合計29症例を比較検討した。その結果、髓内釘骨接合術では再手術症例は見られなかったが、ロッキングプレート骨接合術で折損や偽関節などによる再手術が見られた。このことからロッキングプレート骨接合術では再手術率が高い可能性がある。

## PC-285

### 透析療法前の献腎移植登録への取り組みと今後の課題

福岡赤十字病院 外科<sup>1)</sup>、外科<sup>2)</sup>、腎臓内科<sup>3)</sup>、検査部<sup>4)</sup>

○山本 恵美<sup>1)</sup>、本山 健太郎<sup>2)</sup>、寺坂 壮史<sup>2)</sup>、井上 重隆<sup>2)</sup>、山元 啓文<sup>2)</sup>、黒木 裕介<sup>3)</sup>、四枝 英樹<sup>3)</sup>、満生 浩司<sup>3)</sup>、金本 人美<sup>4)</sup>、橋口 裕樹<sup>4)</sup>、中房 祐司<sup>2)</sup>、平方 秀樹<sup>3)</sup>

【背景】先行的腎移植（以後PEKT）は近年増加傾向にあり、腎移植全体の20%を占めている。PEKTは、末期腎不全期による免疫低下により拒絶反応が少ないことや、保存期から発症してくるCKD患者の動脈硬化のリスクが少ないという利点がある。また、透析導入後の腎移植に比べて患者生存率も優れていると言われている。当院でも、平成25年より腎臓内科医からの積極的な紹介により、PEKTを2例実施した。しかしPEKTを希望したが、生体腎移植は不可能なため透析導入前での献腎移植登録を勧め登録可能となった症例があった。今回その経験を振り返り、今後の課題について考察したので報告する。

【結果・考察】患者はIgA腎症の44歳。平成22年よりCre=1.1mg/dlと上昇を認め、その後もクレアチニン上昇し、平成25年4月5日にCre=7.06mg/dlとなり、腹膜透析カテーテル挿入術（SMAP法）のために入院した。その際、将来は母親をドナーとする生体腎移植を希望し移植外科を受診したが、母親は糖尿病があり医学的に提供は不可能だった。そのため、透析導入後に献腎移植登録をしたいと移植コーディネーターへ相談があった。しかし、透析導入前でも申請が通れば登録可能となることを説明し、移植医と協働し申請書類作成を行い、適応評価委員会で登録可能となった。臓器移植ネットワークの透析導入前の献腎移植登録は、1年以内に透析導入が予測され、申請が通れば登録可能としている。しかし、当院での透析導入前の登録は少なく、原因として透析前登録ができることが十分に周知されていないことが考えられた。周知のためには、腎臓内科医やCKD外来看護師との連携を強化することが重要と考える。

## PC-286

### 良好な腎機能を維持できている移植後IgA腎症再発症例についての検討

神戸赤十字病院 外科

○石堂 展宏<sup>1)</sup>、横田 祐貴<sup>1)</sup>、河本 慧<sup>1)</sup>、久保田 暢人<sup>1)</sup>、田村 竜二<sup>1)</sup>、岡本 貴大<sup>1)</sup>、門脇 嘉彦<sup>1)</sup>

症例は40歳女性。IgA腎症慢性腎不全に対し2006年母親をドナーにABO不適合生体腎移植を施行した。バシリキシマブ・メチルプレドニゾン・ミゾリピン・タクロリムス4剤併用で導入し同時摘脾術を施行した。術後血清Cr値0.8mg/dlでその後徐々に上昇し2009年腎生検時1.1mg/dlであった。IgA腎症再燃と判断されトランドラプリル・ジビリダモール開始、併せて扁桃・ステロイドパルス療法を施行。その後Cr1.0mg/dl前後で推移するも2012年再度腎生検施行時は1.3mg/dlまで上昇。結果CNI toxicityとIgA腎症再燃の診断で、グラセプターを限量し現在は1.2 mg/dl前後で経過良好である。移植腎には拒絶反応の他に原疾患の再燃、薬剤性移植腎障害、BK virusなどの感染、IF/TA、脱水や尿管狭窄など多彩な機能低下のリスクがあり、各々が重複して存在することもあり治療に難渋する事もある。IgA腎症は我が国で最も頻度の高い慢性糸球体腎炎で30-50%を占め、それ故腎移植の適応となる症例も多いと推測されるが、腎移植後の再発IgA腎症は13-45%とされ、graft lossも2-16%と報告されている。しかしながら適切な予防法はなく、エビデンスに基づいた治療指針・治療方法も未だ確立されていない。また腎生検にはリスクもあり患者は腎生検を拒絶しがちである。定期的な腎生検を施行する施設もあるがガイドライン等はなく各施設に委ねられている。Cr値が著明に上昇し腎機能が悪化するものには腎生検による迅速な診断・治療が必要なことに異論はないが、Cr値の変動が軽微なものでも腎生検により早期に診断可能な症例もあり、維持療法にフィードバックすることで移植腎の長期生着に貢献できる可能性もある。より侵襲の少なく安全な診断技術の開発が求められる。なお、この報告の要旨は、第46回日本臨床腎移植学会で報告した。

## PC-287

### 生体腎移植後、尿管狭窄に対して自己尿管移植腎盂吻合を施行した1例

日本赤十字社和歌山医療センター 腎臓内科

○前沢 浩司<sup>1)</sup>、東 義人<sup>1)</sup>、山地 秀平<sup>1)</sup>、杉谷 盛太<sup>1)</sup>、川村 俊介<sup>1)</sup>、大棟 浩平<sup>1)</sup>、小緑 翔太<sup>1)</sup>

腎移植後、尿管狭窄や閉塞は水腎症、尿路感染症を引き起こし移植腎機能の悪化を招く。腎瘻、バルーン拡張、ステント留置などにより保存的治療を試みるが改善しない場合には治療に難渋することがある。今回我々は、生体腎移植後の尿路感染症を繰り返す難治性尿管狭窄に対して移植腎盂に自己尿管吻合を施行し、良好に経過した症例を経験したので報告する。症例は57歳女性。ANCA関連血管炎による腎不全にて1996年血液透析導入。同年、父をドナーとして生体腎移植施行した。その後、徐々に移植腎機能低下し術後10年で血液透析再導入となった。血液透析再導入7年後の2013年、姉をドナーとして二次移植施行した。術後、移植腎のヘルニア、尿瘻を認めたため第6病日に移植腎ヘルニア修復術、及び尿管吻合術を施行した。術後経過は良好で尿管ステントも抜去され、第37病日に退院となった。しかしその後、尿路感染症の診断で再入院となる。移植腎の水腎症を認めたためステント再挿入したものの、その後も発熱などたびたびくりかえしたため再入院を繰り返した。術後4ヶ月、水腎症出現したため腎瘻造設を行い尿管狭窄部のバルーン拡張を行ったが、その後も尿路感染症を繰り返した。尿路感染症を繰り返すことにより、徐々に移植腎機能の低下もみられ、長期ステント留置も困難となったため術後約6ヶ月、自己尿管移植腎盂吻合術を施行した。術後ステント抜去しても水腎症、尿路感染症の再発はなく、移植腎機能も徐々に改善したため退院となった。現在外来フォロー中であるが再発なく経過している。

一般演題  
(ポスター)

10月16日(木)