

病理医として遺族に剖検結果を説明する取り組みとその新しい意義

An action and the new significance to explain the results from the autopsy to the bereaved as a pathologist

京都桂病院 病理診断科 安原裕美子

Yumiko Yasuhara

Dept. Diagnostic pathology, Kyoto-Katsura Hospital

【キーワード】 病理解剖結果 遺族説明 病理医による

【はじめに】

近年、病理解剖は著しく減少しているが、他方、医療過誤の有無と関係なく解剖結果について説明を訊きたいという要望が増えてきた。私は現在、585床病院に一人病理医で勤務しているため、必然的に病理部門の外に出て多くの人々と接触する機会が増えている。病理診断科が標榜科目となった節目に、解剖し詳しく検討した結果を、遺族の心情に添うよう配慮しながら説明してみたいと思うようになり、2011年より遺族への説明をしている。

【方法】

剖検症例に対して、剖検直後の診断とCPC後の最終診断の両者について、遺族の要望に従って病理解剖診断の説明を行った。あらかじめ主治医と十分に議論し、主治医の同席を基本とし実施してきた。

剖検直後の面談では、①肉眼所見で分かった所見の報告、②最終診断が作成されるまでの経過と時間、③最終診断ができたなら連絡し説明の場を設ける、という内容を話した。大半の方が肉親の死亡により精神的に空白状態に近いので、病理解剖をしたのがこの病理医で（顔合わせ）、また落ち着いた頃に結果を説明する（説明の約束）という内容が伝わればよいと思っている。

最終診断後の面談では、CPC用に作成したスライドを用いて説明した。

その後の連絡には手紙を出し、返信を待つという方法にした。遺族が「死の受け入れ」など心の整理をして、剖検の結果を聴ける準備期間を遺族が決め主体性を発揮できる仕組みにした。返信が届いたら、臨床医とともにある程度の日程調整をし、今度は電話をかけて日程を決定した。これは声のトーン等である程度の遺族の雰囲気分かるのと、実際に後日面談する病理医と電話でやり取りをして、遺族が愛する人の亡くなった病院にもう一度行ってみたいかな、と思ってもらえるようにすることを目的としている。

【結果】

2011年12月からはほぼ全例に剖検直後と最終診断後の説明を行っている。2011年10月から2016年3月までの剖検72例のうち、遺族のいない症例が5例、最終説明を希望されなかった症例が6例あった。やり始めた当初は失敗を恐れ、症例が難解で説明する自信がなかった例と訴訟の噂のある症例で、説明の申し出をしなかった。

剖検結果の説明は、医療不信の軽減、病気への理解はもとより、故人の思い出話を交えながら振り返ることで、亡くなった人に対する遺族の思いに一つの区切りとなり、一種のグリーフケアとなっていることが分かった。また医療者側も、病態を真摯に検証する時間が持てたことにより、日々の臨床にフィードバックされている。CPC用スライドにはたくさんの画像、血液検査データ等、表やグラフ、問題点、各疾患について勉強の成果が満載されている。これらを提示することで、剖検によってしっかり調べられ、医療に役立っていること、医師が何を考えているか見えること、研修医が医師になっていく過程が見えること、などから遺族にも好評であった。肉眼写真に提示に対するクレームはなく、遺族から見たいという申し入れが多かった。

剖検直後に面談をした遺族のほとんどが、最終診断についても病理医からの説明を希望された。病理医の説明には客観性が感じられ、情理を尽くそうとする努力が好意的に受け取られた結果と思われる。

【遺族と向き合って】

私は臨床医の経験もなく、当初一般の方に説明することはとても困難なように思えた。しかし実際始めてみると、苦痛は全く感じる事がなく、逆に剖検の結果を自ら遺族に説明することで最後まで見届けたという充足感や達成感を感じた。こちらは遺族とは初対面なので緊張するが、初めてなのでかえって遺族の話を丁寧に聴くことができた。ある程度の検査結果や経過が出そろった剖検後の面談のため、病気の全体像や問題点が明確となっており、説明するのは有利である。主治医には言いにくい、病理医は第三者的な存在なので話しやすいようだ。そして医療者とともに故人を偲ぶ。「その時は気付かなかったけど、振り返ってみると、あの時からすでに病気があったんだね。しんどかったんだろうね。」などと主治医の立場からも認めることで、落ち着きを取り戻すようだ。遺族の反応から、医療者の見過ごしてきた感情やこだわりが窺え、日常では看護師や臨床心理士、緩和ケア等がこれらに対応していることがわかった。

“剖検後に遺族と話をする”ことが決まっていると、剖検診断をする上でモチベーションが高まり、病態や死因だけでなく、遺族が気にしていた事柄に対しても、少しでも満足のゆく答えができるよう、カルテの小さな記載にも注意し、全人的に診ようという意識が芽生えた。

CPCに際しても、看護師や緩和ケア、薬剤師等の医師以外のスタッフにも、どういう患者でどういう感じであったのかを尋ね、CPCの場で話をさせていただくことにして、少しでも多面的にみて考えるように心掛けた。今後も研修医など若い医師がメディカルスタッフの仕事に理解を深める機会にしたいと思う。

遺族の反応は、家族関係や入院期間、病気の種類、個々のキャラクター、医師との関係等、状況は千差万別であり、こういうふうに対応すれば大丈夫というようなマニュアルはなく、個々の事情に応じて、また遺族の反応に応じて、説明する内容を吟味する必要がある。

常日頃は自分が医師であると思って話をしたことがなかったが、“医師の立場”としての発言が重要だということに気がついた。それは、遺族の「もっと早くに病気に気付いてあげたらよかった」「病理解剖を承諾してしまった」等の自責の念や、経過への釈然としない感情に対して、医師であるその病理医から温かい言葉をかけることよって、それらを和らげることができるとわかったからである。また病院や医師に対して敵意を持っている家族にも、過度の防衛意識を持たないで誠意ある温かい対応をすることよって、遺族の態度が軟化し、関係修復ができた。

医薬品の副作用によって不幸にして亡くなられた症例では、医薬品医療機器総合機構の「医薬品副作用被害救済制度」に申請することを勧め、対話を続けながら必要書類の手配から送付までのサポートを行い、給付に至った。こういう仕事は病理医がしなくても…との意見はあるが、こういった事案は例数が少なく、院内でどこが扱うのか不明なことが少なくない。院内で前例がない等と消極的にならず、医師として積極的にイニシアチブを取っていく必要がある。不幸な死は遺族だけでなく医療者も不幸であり、当事者同士の話し合いは時に耐え難いものである。病理医はこの点では第三者的な立場に立つことができ、双方の意を汲み取りながら対話することが可能である。事務手続きについては、軌道に乗ったら事務部門等に順次任せていけばよいと考えているが、医師という立場が遺族感情を抑えることも確かなため、できる限りは医師が行った方がよいのかもしれない。

【結語】

遺族に剖検の結果を解り易く説明するよう工夫することは、遺族だけでなく医療者も病態の理解が深まり、得るところも多かった。病理医自身もやりがいを感じてモチベーションが上がった。遺族に対して剖検結果を説明することは病理医としての義務であり、これからの社会で最も必要な『納得と同意』に通じるものとする。今回は説明に出ない方がよいと判断した症例に、訴訟の噂のあった症例があった。こういう例こそ

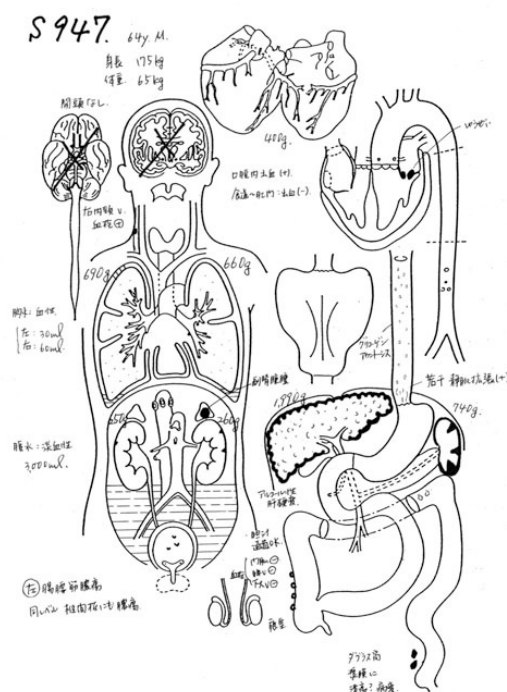
意見を言える、最新の臨床にも通じた真の病理専門医でありたいが、自分の力量をよく認識して適切に行動することはもっと重要である。今後は難しい症例にも対応できる病理医になれるよう精進したい。

振り返って、遺族へ説明するということの意義として、単に病態や死因の説明だけでなく、それらをベースに遺族の気持ちに寄り添い、遺族のよき理解者として接することによって、遺族は病理解剖を承諾したことに対する何らかの満足感を得ることができ、家族の死というマイナスの経験から明日への前向きな生き方を感じ取れるような手助けになっていると考える。病理医の立場からこの内容を充実発展させるのが今後の課題ではないかと思う。

文献：

- 1) 谷山清己：医療法21条と病理解剖-病理医が今なすべきこと-。日本医事新報 2006, 4300: 66-70
- 2) 田村浩一：病理医による遺族への剖検結果の説明。病理と臨床 2011, 29: 1153-1158
- 3) 谷山清己, 齋藤彰久, 倉岡和矢：病理解剖診断結果の説明。病理と臨床 2012, 30: 340-346
- 4) 田村浩一：社会的理解を得るための病理解剖の説明文の提言-剖検例を増やすために-。病理と臨床 2014, 32: 697-703
- 5) 岡崎悦夫, 須藤晴美, 太田大輔, 黒岩卓夫, 継田正美：医薬品副作用被害救済制度の活用-9症例経験からの提言-。第64回日本病院学会 2-O-5-45-3 2013.

剖検直後の面談：病理医, 主治医, (看護師)



- ▶ シェーマを示しながら剖検結果の説明。必要時にはCT等の画像も提示。
- ▶ 遺族から見た経過や病状、既往歴等を聴く。
- ▶ 遺族の気になっている点を聞き出す。
- ▶ 最終報告書ができるまでの過程と大まかな日数、剖検直後の診断が変更になることがある等を説明。
- ▶ 報告書ができたら連絡することを約束。
- ▶ 面談終了。

- ▶ カルテに剖検肉眼診断と遺族説明について記載。



Henoch-Schönlein紫斑病により
末期腎不全に至った1例

症例 84歳 男性

【現病歴】
心臓性脳梗塞後の右片麻痺あり、介護施設入所中の患者。
平成25年2月7日の血液検査ではCre0.8mg/dL。
2月12日来院数日前からの食欲不振、前日から水様性下痢、血便を主訴に前夜受診。
受診時Cre4.1mg/dLと腎機能低下を認め、腹部CTにて遠位回腸の壁肥厚を認め、腸炎の診断で同日入院となる。
腸炎に別しては膿状便とし、セフトリアキソン1g/日にて加療され、腎不全七割しては尿剤による腎不全の診断で経過を進行されるも、血便が持続し、1日尿量300ml/日と乏尿を認め、腎機能の改善がないため、2月19日当院入院となる。

症例 84歳 男性

【既往歴】
#慢性心臓病
#心臓性脳梗塞 80歳
#脳立位性脳圧 70歳
#虫歯治療 20歳代
#歯周病 レルギー無し
【服薬】
-前夜入院前(用法用量不明)
セフトリアキソン
フェモナゾン
エンテログリー
-前夜入院後
セフトリアキソン 1.0-200mg/日
【生活歴】
#禁煙 喫煙歴不明
#酒 毎日少量
#食生活 偏食 朝食抜きの生活

転院時現症

身長・体重計測不能、体温35.7℃、呼吸数12/分、脈拍73/分、不整、血圧190/112mmHg、SpO2 98% (room air)
意識清明
眼瞼結膜 貧血なし、眼球結膜 黄染なし。
表在リンパ節 腫脹なし。
口腔内 乾燥あり。
呼吸音 両側下部聴取なし。
心音 不整、雑音聴取なし。
腹部 膨隆軟、腸動音亢進、右腹部圧痛あり、板状硬なし、反跳痛なし、右下腹部、正中下腹部に手術痕あり。
四肢 両下腿浮腫あり、両下腿に紫斑散在、圧痛なし。

入院時検査所見

【実数値】	【生化学検査】	【血清免疫検査】
WBC 8790/μL	Na 139mEq/L	CRP 8.0mg/dL
EOS 2.0%	K 3.8mEq/L	C3 106.8mg/dL
SI 1.0%	Cl 109mEq/L	C4 31.1mg/dL
SEG 86.0%	Ca 7.1mg/dL	lgG 104.9mg/dL
LY 7.0%	Alb 4.5mg/dL	lgA 34.5mg/dL
MONO 4.0%	BUN 66mg/dL	lgM 33mg/dL
RBC 453万/μL	Cre 3.8mg/dL	HbA-A2 陰性
Hgb 13.5g/dL	UA 10.0mg/dL	HCV抗体 陰性
Ht 41.0%	TP 5.3g/dL	
PLT 7.3x10 ⁴ /μL	Ab 2.2g/dL	
【凝固】	T-Bil 0.3mg/dL	
PT-INR 1.25	ALP 187U/L	
APTT時間 34.2秒	AST 12U/L	
	ALT 8U/L	
	LDH 336U/L	
	Urea 40U/L	
	Glu 114mg/dL	
	γ-GTP 295U/dL	

入院時検査所見②

【尿検査】	【尿検査】
色 赤色	潜血 ≥100/HPF
濁 強濁	白血球 39-49/HPF
pH 7.0	膿上皮細胞 <1/HPF
尿蛋白定性 (2)	移行上皮細胞 <1/HPF
尿蛋白定量 12g/gCre	精子数 1-4/全
尿糖定性 (-)	顆粒数 3-5/全
ウロビリ (-)	赤血球 5-9/全
尿潜血 (-)	上皮細胞 4-9/全
ビリルビン (-)	脂肪球 1-4/全
ケトン体 (-)	白血球 5-9/全
	赤血球 1-4/全

胸部XP所見



両肺野に異常なし、心拡大あり

小腸ガスを認める

両側胸水貯留を認める

両側胸水の貯留と肺野陰影あり、明らかな肺炎像なし。

心臓拡大、poor R progression(R波の増大不良)を認め、鎌状性前壁梗塞を考慮

腹部XP所見



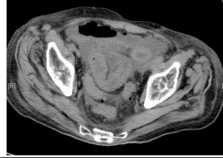
両側胸水の貯留と肺野陰影あり、明らかな肺炎像なし。

腹部単純CT



左腎の軽度萎縮あり、両腎腎盂尿管に軽度から中等度の拡張を認め、腎周囲脂肪織度上昇なし。

胸腹部単純CT



右側回腸の全周性壁肥厚あり、上行結腸に腔室を認めるが炎症所見なし、Free airなし。

心電図



心室細動、poor R progression(R波の増大不良)を認め、鎌状性前壁梗塞を考慮

プロブレムリスト

- 急性腎不全
- 蛋白尿、血尿
- 小腸炎(遠位回腸)
- 血便
- 両下腿紫斑
- CRP高値

鑑別診断・精査

- 急性腎不全
 - FENA、IVC、身体所見、ケトン体
 - 腎性腎不全 →尿沈渣
 - 腎性腎不全 →尿沈渣
 - Henoch-Schönlein紫斑病
 - MPO-ANCA、PR3-ANCA
 - 腎炎様
- 小腸炎/血便
 - 細菌性腸炎
 - 免疫性腸炎
 - 結核
 - SLE
 - Behcet病
 - 炎症性腸疾患
 - 潰瘍性大腸炎
 - ANCA関連血管炎
 - Henoch-Schönlein紫斑病
- 紫斑
 - ANCA関連血管炎 →MPO-ANCA、PR3-ANCA
 - 皮膚性梗塞 →皮膚生検

入院時検査所見③

【生化学検査】	【尿検査】	【免疫検査】
ハトゲロブリン(2.2型) 80mg/dL	FENA 0.4%	
カリウムイオン定量 陰性		
HLA-B*27 1210U/mL	【抗体検査】	
クワンチンフェロン 判定不可	抗核抗体 陰性	
	グロブリン抗体 陰性	
	【免疫検査】	
MPO-ANCA <1.0	【総抗体検査】	
PR3-ANCA <1.0	血液培養 3セットも陰性	
抗核抗体 40倍	硬膜炎 病変認めず	
CMVpp65抗原(C10,C11) 陰性		
【免疫検査】		
梅毒(120分) 16.0mm		

プロブレムリスト

- 急性腎不全
 - 血中ケトン体陽性、FENA0.4%(<1)、IVCの呼吸性萎縮を認めることから腎前性腎不全の要素はあると考えられた。
 - しかし、尿沈渣では赤血球円柱が見られたため、糸球体腎炎の存在が疑われた。
 - 必要な休位がとれず、腎生検は施行困難と判断した。
- 小腸炎
 - 小腸肥厚のみであり、細菌性腸炎の典型像と異なっていた。
- 紫斑
 - 皮膚生検を施行。

腹部エコー所見



右側末梢より遠位回腸に壁肥厚あり、腹腔内に少量の自由液を認め、腸管の浮腫を認め、Henoch-Schönlein紫斑病を疑う。腸管に特徴的のcom signを認める。

皮膚生検所見

- Leukocytoclastic vasculitis, small vessel type.
- 表皮は解離し、真皮全層から皮下組織上層にかけて出血および核塵を伴った炎症細胞浸潤がびまん性に認められる。
- Henoch-Schönlein purpuraとしても矛盾しない所見だが、表皮や深部まで炎症が及ぶ激しい所見。

診断: Henoch-Schönlein紫斑病

- 腎炎、小腸炎、紫斑があること、皮膚生検、腹部エコーの結果よりHenoch-Schönlein紫斑病と診断。
- ステロイド加療(ステロイドパルス施行後、PSL0.5mg/kg/日)を開始。
- ステロイド効果判定を2週間とし、この期間中に改善が見られなければ、減量の方針とした。

診断に至るまでの経過

- Day 0(入院当日)
 - アルブミン10g投与
 - 輸液開始
- Day 1
 - 腹部エコー施行、Henoch-Schönlein紫斑病に矛盾しない所見
 - 皮膚生検施行
- Day 2
 - 中心静脈ライン挿入、高カロリー輸液開始
- Day 3
 - 皮膚生検の結果、leukocytoclastic vasculitisの所見
 - Henoch-Schönlein紫斑病の診断
- Day 4
 - ステロイド開始

ステロイド開始後の経過

小腸炎の経過: エコー

紫斑の経過

- ステロイド開始後、紫斑の色素沈着が見られ始め、ステロイド開始後11日目には全ての紫斑の痂皮化を認めた。

永眠前検査所見

【末梢血】		【生化学検査】	
WBC	1210/μL	Na	147meq/L
MPV	3.0%	K	3.3meq/L
METAMYELO	3.0%	Cl	97meq/L
ST	2.0%	Ca	6.8mg/dL
SEG	70%	P	6.6mg/dL
LP	13.0%	BUN	302mg/dL
MONO	3.0%	Cr	12.2mg/dL
RBC	302万/μL	TP	4.2g/dL
Hb	5.0g/dL	Alb	1.2g/dL
Ht	27.3%	T.Bil	0.4mg/dL
PLT	7.8x10^4/μL	ALP	380U/L
		AST	33U/L
【凝固】		ACT	234s/L
PT/INR	1.35	LDH	502U/L
aPTT時間	32.6秒	Glu	143mg/dL
		CRP	7.2mg/dL

剖検前病態考察

臨床上の疑問

剖検時の疑問

- 腎不全の原因は病理所見上HSP腎炎と矛盾しないか。
- 腹部エコー上HSPに特徴的な腸管浮腫像が見られたが、病理上はどのような所見であったか。
- 死亡の一因と考えられる肺炎の原因菌は特定できるか。真菌、ウイルスの関与は認められたか。
- MRSA菌血症の感染部位は特定できるか。

病理所見

85歳 男性
Henoch-Schönlein紫斑病

右足背皮膚生検

右足背皮膚生検

真皮全層から皮下組織にかけて強い炎症細胞浸潤

出血および核塵を伴った炎症細胞浸潤
Leukocytoclastic vasculitis, small vessel type
consistent with Schönlein-Henoch purpura

85y / M

血液検査
ヘンリッシャーライン紫斑病
腎不全

痂皮化

潰瘍部

心臓

325g
陈旧性心筋梗塞
中に異物らしき

陈旧性心筋梗塞

肺

右 545g, 左 490g
左胸水 170ml 血性
右胸水 450ml 淡黄色透明

誤嚥性肺炎

MRSA+

死亡3日前より発熱、発熱内臓器・血液培養にてMRSA検出
→ 誤嚥性肺炎に起因したMRSA肺炎

食道-胃

小腸

空腸-回腸 潰瘍多発
血性物+

小腸潰瘍

CMV

肝臓

810g

肝臓

<p>腎臓</p> <p>左腎臓 左: 110g 右: 200g</p>	<p>MPGN with crescent formation</p>	<p>蛍光抗体</p> <p>IgG ++ IgA ++ IgM - C3 ++</p> <p>C4 - C1q ± Fibrinogen ++</p> <p>IgG 30% IgA 100% IgM 25% C3 67% C4 8% C1q 8% Fibrinogen 90%</p>	<p>HSPの診断基準</p> <ul style="list-style-type: none"> 紫斑、腹痛、関節痛が主徴。 American College of Rheumatology, 1990 以下のうち2つ以上を満たす (感度87.1%, 特異度87.7%) ✓ 小児発症を伴わない発症 ② ✓ 発症時20歳以下 × ✓ 腹痛 ② ✓ 病理にて小血管壁に顆粒球の浸潤を認める ② International Consensus Conference, 2006 ✓ 腹痛 ② ✓ 臨床を証明する病変部位は限らない △ ✓ 関節炎 ② ✓ 腎炎 (血尿、蛋白尿) ②
<p>剖検後病態考察</p>	<p>HSPの歴史</p> <ul style="list-style-type: none"> 1801年Heberdenが症例報告。 - 皮疹、肉眼的血尿、腰痛、血便、関節痛、浮腫を伴った5歳男児の症例を報告。 1837年Schönleinが紫斑と関節痛の関連を指摘 1852年Johnsonが紫斑と腎炎の関連を指摘 1874年Henochが紫斑と消化器症状の関連を指摘 	<p>疫学</p> <ul style="list-style-type: none"> 約90%は小児-ピークは6歳 年間発症は小児で22.1/100,000人、成人で1.3/100,000人と成人では稀な疾患 小児では男子に多い傾向(2:1)、成人では性差無し 細菌感染、ウイルス感染、食物、薬剤アレルギーが推定されているが、原因は特定されていない。 秋から冬にかけての発症が多い。 過敏性あるいはアレルギー性血管炎の範疇に入る。 	<p>HSPの診断基準</p> <ul style="list-style-type: none"> 紫斑、腹痛、関節痛が主徴。 American College of Rheumatology, 1990 以下のうち2つ以上を満たす (感度87.1%, 特異度87.7%) ✓ 小児発症を伴わない発症 ② ✓ 発症時20歳以下 × ✓ 腹痛 ② ✓ 病理にて小血管壁に顆粒球の浸潤を認める ② International Consensus Conference, 2006 ✓ 腹痛 ② ✓ 臨床を証明する病変部位は限らない △ ✓ 関節炎 ② ✓ 腎炎 (血尿、蛋白尿) ②
<p>HSPと鑑別の必要な疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> ANCA関連血管炎 - 腎炎、紫斑、関節炎 感染性心内膜炎 糸球体腎炎、Osler結節などの皮膚所見 白血病 - 鼻出血性、紫斑、骨痛 血栓性血小板減少症/溶血性尿毒症症候群 (TTP/HUS) - 血小板減少を伴う紫斑、出血(歯肉、消化管など)、塞栓に伴う臓器症候 髄膜炎菌敗血症 - 皮膚(点状出血、皮下出血)、髄膜炎症状、膿液膜 	<p>HSPの3主徴</p> <ul style="list-style-type: none"> 皮膚 - 毛細血管および細胞間、細胞内炎 - 尋常性皮膚炎で始まり、点状出血・紫斑へ移行する。 - 約10日間で消退し色素沈着を残す。 - 腎炎の発症後以下の下肢にC3伸縮し出現しやすい。 - 浮腫、水疱および潰瘍形成が約10%でみられる。 - 骨節では、毛細血管および細胞間、細胞内における白血球破壊性血管炎 (leukocytoclastic vasculitis) がみられる。 腹痛症状 - 腹痛、下痢、吐血、下血のほか時にイレウス。 - 内視鏡的には消化管粘膜の紫斑、出血、潰瘍。 関節痛 - 膝・足関節などの大関節に多く見られる。 - 多くは数日以内に軽快し変形を残さない。 	<p>HSP腎炎</p> <ul style="list-style-type: none"> 3主徴より遅れて発現する。 腎炎の有無と程度が予後を規定する。 - 腎炎を伴わない場合は再発を繰り返しても、ほぼ2年以内に自然寛解する。 - 自然寛解率・小児94%、成人89% 予後不良群 - 蛋白尿、発症時の腎機能低下、腎生検での半月体形成 	<p>HSP腎炎の予後</p> <ul style="list-style-type: none"> 成人では小児よりも腎炎の合併、再発、末期腎不全への進行が多い。 腎炎の合併は小児:32%、成人:59% 10年後のESRDは小児:10%、成人:25% <p>小児</p> <p>成人</p> <p>ESRD (End-point: ESRD)</p> <p>End-point: 12 children, 19 adults</p> <p>End-point: 6 children, 19 adults</p> <p>ESRD (End-point: ESRD)</p>
<p>HSP腎炎の病理所見</p> <ul style="list-style-type: none"> HSP腎炎の診断は、臨床所見と腎病理の光顕像、免疫染色像で確定することが多い。 光顕 - メサンギウム増殖性腎炎 - 半月体形成が見られることもある。 免疫染色 - IgAの沈着が優位 - その他、IgG、IgM、C3、フィブリノーゲンの沈着。 電顕 - メサンギウム領域の免疫複合体沈着 	<p>病理所見からの予後予測</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児 - ISKDC (International Study of Kidney Disease in Childhood) による組織分類で I~IVのうち、IV~VI (半月体形成が糸球体の50%以上でみられる場合、膜性増殖性腎炎) では腎不全のリスクが高い。 成人 - 小児と違い、半月体形成は予後との相関無し。 - 糸球体の10%以上で壊死、20%以上で硬化、皮質の10%以上で間質の線維化がある場合は腎不全のリスクが高い。 	<p>HSPの治療</p> <ul style="list-style-type: none"> 軽症 - 対症療法(安静、下肢挙上) - アセトアミノフェン、NSAIDs内服 中等症(関節痛、腹痛が強い場合、腎炎) - ステロイド (PSL1-2mg/kg/日を2週間内服) 重症(進行性腎障害、肺出血) - ステロイドに加え、免疫抑制剤(AZA, CPA, IVIG)または血漿交換を考慮 	<p>HSP腎炎の治療</p> <ul style="list-style-type: none"> HSP腎炎が成人では非常に稀であることから、治療に関する報告は大半が小児が対象であり、RCTでの報告はほとんど行われていない。 Retrospective studyで有効とされた治療としてステロイドパルス、シクロホスファミド、血漿交換、免疫グロブリンが挙げられる。