

# IgA腎症の病理をどう臨床に活かすか

How should pathology of IgA kidney disease be utilized in clinical practice ?

市川 大介

Daisuke ICHIKAWA

聖マリアンナ医科大学 腎臓・高血圧内科

## ◆ KEY WORDS

- ◆ IgA 腎症
- ◆ IgA 腎症治療
- ◆ 扁桃摘出ステロイドパルス併用治療
- ◆ Oxford分類
- ◆ IgA 診療ガイドライン

## ◆ SUMMARY

IgA腎症と診断され尿蛋白1g/日以上、GFRが60mL/min/1.73m<sup>2</sup>以上であれば、積極的にステロイド治療を行うことも多いが、尿蛋白が1g/日以下であったり、GFRが60mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満である腎機能障害を伴っている際の治療は、エビデンスも多くなく、判断に迷うことも多い。その際の治療の判断として、組織所見も組み合わせてどのように治療を行えばよいかを検討する。

## I はじめに

IgA腎症は、我が国の腎代替療法の原因第2位の慢性糸球体腎炎のなかで最も頻度の多い疾患であり、尿蛋白1g/日以上であると20年経過後の腎不全リスクは40%程度と言われている<sup>1) - 3)</sup>。IgA腎症は病歴や血液・尿検査所見で「可能性が高い」ということまでは述べることは可能であるが、現時点、確定診断は腎生検による診断が必須である。IgA腎症と診断され、尿蛋白1g/日以上、GFRが60mL/min/1.73m<sup>2</sup>以上であれば、積極的治療を行った際の腎機能障害抑制や蛋白尿抑制の効果を示す研究報告も比較的多く<sup>4)</sup>、ステロイドを中心とした免疫抑制剤の積極的治療が行われている施設も多い。しかし、尿蛋白が1g/日以下であったり、eGFRが60mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満であった際の治療は、エビデンスレベルは高くなく判断に迷うことも多い。前述のように確定診断に腎生検が必要であり、組織所見の病勢評価で治療も検討されるが、組織病変が多彩であることから高いエビデンスを構築することが難しい現状もある。

臨床所見と組織所見を組み合わせるどのように治療を検討したらよいであろうか？

## II IgA腎症の一般的事項

IgA腎症は、傍メサンギウム領域に免疫複合体がIgA優位に沈着する腎疾患であるが、組織病変は多彩である。メサンギウム細胞増殖と基質の拡大が中心の病変ではあるが、管内細胞増殖や半月体形成や係蹄壊死、分節性硬化や癒着などの組織病変も稀ではない。病理所見の病変の定義は2009年にOxford分類で提唱されており、現状、この定義で診断されていることが多い。

IgA腎症の国内外の診療指針・ガイドラインとして、日本では2011年にIgA腎症診療指針第3版<sup>5)</sup>、2013年にエビデンスに基づくCKD診療ガイドラインの10章、2014年にエビデンスに基づくIgA診療ガイドラインが発表された。国外としては、2012年のKDIGOガイドラインでClinical practice guideline for glomerulonephritisのChapter 10でIgA腎症が発表されてい