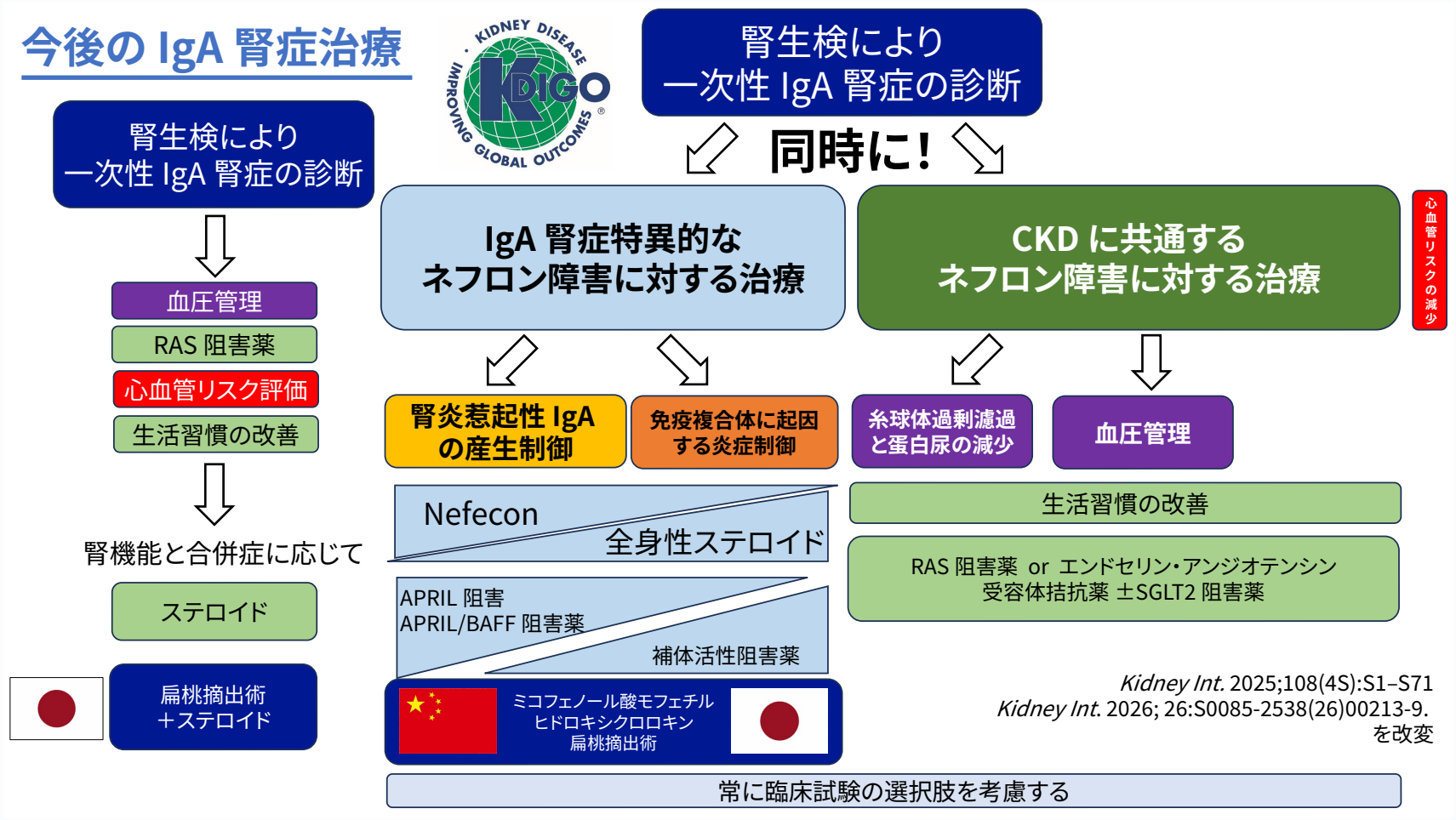
医療者向け

予後の考え方が変えたIgA腎症の治療戦略



Kidney Int. 2025;108(4S):S1–S71
Kidney Int. 2026; 26:S0085-2538(26)00213-9.
を改変

IgA腎症診療は、現在、大きな転換期を迎えています。従来は保存的加療を基本とし、本邦では扁桃摘出ステロイドパルス療法が中心的な治療として行われてきました。しかし近年、IgA腎症の病態解明に加え、サロゲートエンドポイントの確立により新規治療薬の開発が急速に進み、海外ではすでに一部の薬剤が臨床導入されています。これを受け、KDIGO 2025ガイドラインでは診療方針が大きく見直されました（図）。

この変化の背景にあるのは、IgA腎症の予後に対する考え方の変化です。これまで軽度蛋白尿で腎機能が保たれた症例は比較的予後良好と考えられ、支持療法を中心に経過観察されることが一般的でした。一方、持続する高度蛋白尿や腎機能低下を認める症例では、ステロイド療法や、本邦では扁桃摘出ステロイドパルス療法が選択され、「軽症例は経過観察、重症例は積極的治療」という考え方が長く診療の基本となっていました。

しかし近年、この認識を覆すエビデンスが蓄積されています。英国RaDaRレジストリでは、軽度蛋白尿症例でも長期的には末期腎不全へ進行する患者が少なくないことが示され、中国の大規模コホートでも、蛋白尿0.5〜1.0 g/日の患者は0.5　g/日未満と比較して腎不全リスクが有意に高いことが報告されました。IgA腎症は20〜30歳代で発症することが多く、年間わずかなeGFR低下であっても、患者の余命を考えれば末期腎不全へ至る可能性があります。そのため現在では、「10〜20年後の腎予後」ではなく、「患者の生涯にわたる腎予後」を見据えて治療を行うことが重要視されています。

この考え方はKDIGO 2025にも反映され、蛋白尿0.5 g/日以上で早期から治療介入を開始し、蛋白尿0.5 g/日未満（可能であれば0.3　g/日未満）、年間eGFR低下速度1　mL/min/1.73m^2/年未満を治療目標とすることが推奨されました。また、International IgA Nephropathy Prediction Toolなどを用いて蛋白尿、eGFR、病理所見を総合的に評価し、予後リスクに応じて治療を選択する考え方も広く浸透しています。

このように、IgA腎症診療は「経過観察か積極的治療か」という二分法から、「予後リスクを評価し、早期から適切に介入する個別化医療」へと大きく変化しました。この考え方は、今後のIgA腎症診療の基盤になると考えられます。