

エビデンスに基づく

IgA腎症

診療ガイドライン

2020

ダイジェスト版

監修：成田一衛

新潟大学医歯学系腎・膠原病内科学

編集：厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）

難治性腎障害に関する調査研究班

# はじめに

本ガイドラインは、平成 29 年～31 年(令和元年)度厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業(難治性疾患政策研究事業)「難治性腎障害に関する調査研究」の診療ガイドライン作成分科会(岡田浩一分科会長)により作成されたものである。

わが国では IgA 腎症、ネフローゼ症候群、急速進行性腎炎症候群および多発性嚢胞腎の 4 疾患の診療指針(ガイドライン)がまとまったものとしては、平成 20～22 年度、厚生労働省科学研究費補助金「進行性腎障害に関する調査研究」(松尾清一班長)で最初に作成され、平成 23 年に公表されている。ここではエビデンスを考慮しつつ専門医のコンセンサスに基づいた診療指針が作成された。その後、平成 23～25 年度「進行性腎障害に関する調査研究」(松尾清一班長)では、腎臓専門医に標準的医療を伝え診療を支援するため、ガイドライン作成基準に則って 4 疾患のエビデンスに基づく診療ガイドライン 2014 が作成され発表された(木村健二郎診療ガイドライン作成分科会長)。

そして、平成 26～28 年度の研究班(松尾清一、丸山彰一班長)の診療ガイドライン作成分科会(成田一衛分科会長)では、内容を客観的に見直すことを意図し、各疾患の担当者を変更した。そのうえで、新たなエビデンスとともに日本腎臓学会および本研究班の腎臓病レジストリーから見出された新たな疫学データを入れて、各診療ガイドラインをアップデートした(エビデンスに基づく診療ガイドライン 2017)。

今回の各診療ガイドラインは約 6 年ぶりに発表する全面改訂版であり、診療ガイドライン作成手順に則り、最新のエビデンスを盛り込み、また前回のアップデート版では課題として残されていた、医師以外の医療者や患者側からの意見も取り入れることを意図して作成した。

なお、新たな難病医療提供体制として、厚生労働省難病対策課長通知「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」(平成 29 年 4 月 14 日)では、各都道府県単位で難病診療連携拠点病院の指定、難病診療分野別拠点病院、難病医療協力病院などの指定を行い、難病コーディネーターを配置することを通知した。そして、この体制においてそれぞれの難病ごとに拠点病院などへの紹介基準などを、診療ガイドライン内に記載することを推奨している。この点について、本研究班でも議論を重ねた。そもそもこの難病医療提供体制は、診断・療養が困難な稀少神経難病などを主に想定したものであり、一方本ガイドラインが対象とする腎臓病 4 疾患に関しては、診断そのものは専門医であれば比較的容易であること、難治例については日頃からの医療連携のなかで対処するものであり、特に全国一律の紹介基準というものは設定しがたいのが現状であることから、特別な記載は行わない方針とした。

本ガイドラインは、主に腎臓専門医が利用することを想定して作成されたが、これらの腎疾患を診療する機会があるすべての医師の診療レベル向上にも有用と考える。作成にご協力頂いた皆様に深く感謝するとともに、本ガイドラインが日常の臨床に活用されることにより、わが国の腎疾患診療のレベルが向上し、それぞれの患者の予後と QOL が改善されることを願う。

2020 年 8 月

厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業  
難治性腎障害に関する調査研究班  
研究代表 **成田一衛**

診療ガイドライン作成分科会  
研究分担者 **岡田浩一**

## IgA 腎症診療ガイドライン執筆者一覧

### 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業(難治性疾患政策研究事業)

#### 難治性腎障害に関する調査研究班

研究代表者 成田 一衛 新潟大学医歯学系腎・膠原病内科学

#### 診療ガイドライン作成分科会

研究分担者 岡田 浩一 埼玉医科大学医学部腎臓内科学  
古市 賢吾 金沢医科大学医学部腎臓内科学  
鈴木 仁 順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科学

#### 令和元年度 IgA ガイドラインワーキンググループ(IgAGL-WG)

リーダー 藤元 昭一 宮崎大学医学部医学科血液・血管先端医療学講座  
サブリーダー 鈴木 祐介 順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科学  
研究協力者 宮崎 陽一 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科  
小池健太郎 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科  
清水 昭博 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科  
小畑 陽子 長崎大学病院医療教育開発センター  
市川 大介 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科  
鈴木 仁 順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科学  
木原 正夫 順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科学  
福田 顕弘 大分大学医学部内分泌代謝・膠原病・腎臓内科学講座  
小松 弘幸 宮崎大学医学部医療人育成支援センター  
中西 浩一 琉球大学大学院医学研究科育成医学(小児科)講座  
片渕 律子 医療法人豊資会加野病院  
松崎 慶一 京都大学環境安全保健機構健康管理部門/附属健康科学センター  
小波津香織 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科  
岡部 匡裕 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科  
佐々木峻也 東京慈恵会医科大学腎臓・高血圧内科  
柳川 宏之 順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科学  
武藤 正浩 順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科学  
菊池 正雄 宮崎大学医学部附属病院腎臓内科  
高橋 和男 藤田医科大学医学部解剖学 II

#### 査読学会

日本小児腎臓病学会  
日本耳鼻咽喉科学会

#### 査読者一覧

日本腎臓学会学術委員会  
難治性腎障害に関する調査研究班 疾患登録・疫学調査研究分科会 IgA 腎症ワーキンググループ  
同 診療ガイドライン分科会急速進行性糸球体腎炎ガイドラインワーキンググループ

## 目次

<b>I 疾患概念・定義(病因・病態生理)</b>	1
1. 疾患概念	1
2. 病因総論	1
3. IgA 腎症と遺伝	1
4. IgA 腎症と IgA1 分子異常	1
5. IgA 腎症と糸球体障害	1
<b>II 診断</b>	2
1. 臨床症状・身体所見	2
2. 尿および血液生化学検査所見	2
3. 腎生検の適応	2
4. 鑑別診断	3
<b>III 疫学・予後</b>	3
1. 発症率, 有病患者数, 自然経過	3
2. 予後に関連する経過中の判定指標	3
3. IgA 腎症診療指針第 3 版	4
<b>IV 治療</b>	5
1. 治療概要	5
2. 治療に関する CQ	7
1. CQ1 RA 系阻害薬は IgA 腎症に推奨されるか?	7
2. CQ2 副腎皮質ステロイド薬は IgA 腎症に推奨されるか?	7
3. 治療各論	7
■ □蓋扁桃摘出術	7
■ 免疫抑制薬(副腎皮質ステロイドを除く)	8
■ 抗血小板薬	8
■ n-3 系脂肪酸(魚油)	8

# I 疾患概念・定義(病因・病態生理)

## 1. 疾患概念

IgA 腎症は糸球体性血尿や蛋白尿などの検尿異常が持続的にみられ、糸球体に IgA の優位な沈着を認め、その原因となりうる基礎疾患が認められないものと定義される。IgA の沈着部位は主にメサンギウム領域であるが、係蹄への沈着を認めることもあり、同時に C3 の沈着も認めることが多い。また、IgG や IgM の沈着も認めることがあるが、IgA が優位である。日本をはじめアジア太平洋地域に多くみられ、遺伝的背景が想定されている。わが国では、検尿による蛋白尿・血尿が発見動機の大多数を占め、急性上気道炎あるいは急性消化管感染症後に肉眼的血尿がみられることがある。IgA 腎症が報告されてから半世紀が経過し、当初は予後良好な疾患と考えられていたが、いまだ確立された治療法はなく、20 年後には約 40% が末期腎不全に至る予後不良な疾患である。

## 2. 病因総論

IgA 腎症の病因はいまだ明らかではないが、遺伝素因や上気道感染時に悪化する例を認めることから、粘膜免疫が病因に関与すると考えられている。糸球体に沈着する IgA1 の産生、糸球体への沈着、沈着からメサンギウム細胞の増殖・基質の増加、腎炎の慢性化・進行と多くの機序が介在している。

## 3. IgA 腎症と遺伝

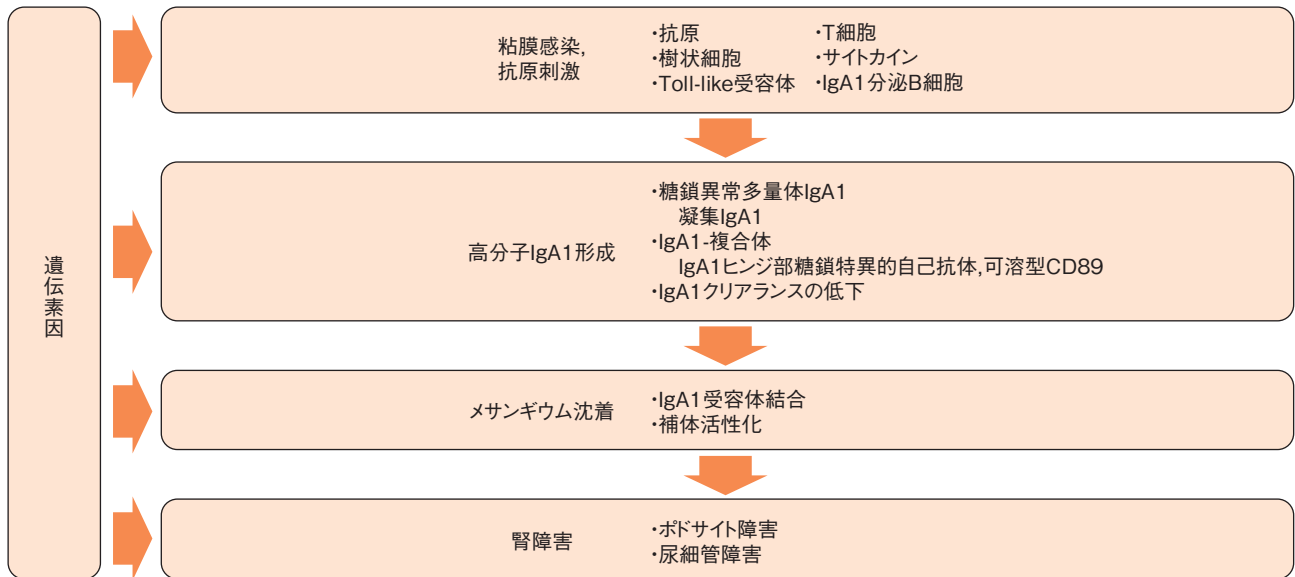
IgA 腎症は多くが孤発性に生じるが、約 10% に家族性 IgA 腎症を認める。孤発性 IgA 腎症においても発症に地域差、人種差を認め、多因子遺伝が関与する。孤発性と家族性 IgA 腎症では責任遺伝子が異なり、単一遺伝子から多因子遺伝までさまざまである。常染色体優性遺伝の集積を認める家系もある。全ゲノム関連解析(GWAS)が近年行われ大きな成果を挙げている。

## 4. IgA 腎症と IgA1 分子異常

本症の血中 IgA1 分子について詳細な解析が行われてきた。IgA1 ヒンジ部には O 結合型糖鎖が結合しているが、患者血清 IgA1 および糸球体より抽出された IgA1 において、ガラクトース(Gal)が欠損した O 結合型糖鎖をもつ糖鎖異常 IgA1 が増加している。

## 5. IgA 腎症と糸球体障害

IgA 沈着によるメサンギウム細胞の活性化と補体活性化が腎炎を惹起し、続いてポドサイト障害、尿管障害が生じる。メサンギウム細胞から放出される液性因子はポドサイト障害、尿管間質障害に重要な役割を果たすと考えられている(糸球体-ポドサイト-尿管間質クロストーク)。



IgA 腎症の病因仮説

## II 診断

### 1. 臨床症状・身体所見

大部分の症例が無症候性の検尿異常で発見される。急性腎炎様症状やネフローゼ症候群による浮腫が発見の動機となることもある。しばしば急性上気道炎に肉眼的血尿を併発する。しかし、肉眼的には口蓋扁桃に IgA 腎症に特異的な所見は認めない。進行性の腎機能低下例では、中等度から高度蛋白尿、高血圧、腎機能低下の順で出現することが多い。

### 2. 尿および血液生化学検査所見

大多数の症例が無症候性血尿・蛋白尿で発症し、この検尿異常の発見を契機に腎生検がなされることから、IgA 腎症診断のためには検尿は必須である。現在の一般的な尿検査において、IgA 腎症に特異的な検尿所見はない。「IgA 腎症診療指針第3版」では、必発所見として持続的顕微鏡的血尿を、頻発所見として間欠的または持続的蛋白尿を認めるとしている。また、偶発所見として肉眼的血尿を呈する。検尿異常の再現性や持続性の確認のために、尿異常の診断には3回以上の検尿を必要とし、そのうち2回以上は一般の尿定性試験紙法に加えて尿沈渣の分析も行うこととしている。

血液検査で IgA 腎症に必発所見といえるものはない。頻発所見として半数の患者に血清 IgA 値 315 mg/dL 以上の高値を認める。また、血清 IgA/C3 比高値が鑑別に有用な因子の1つとして報告されている。

### 3. 腎生検の適応

IgA 腎症の確定診断のためには腎生検が必須である。腎生検は、確定診断のみならず、予後予測や治療選択を組織の活動性や重症度に基づいて行うという点からも有意義である。無症候性顕微鏡的血尿や軽微

な蛋白尿単独のみの場合は、腎組織により患者管理方針が変更されることは稀であり、腎生検は随意となる。しかし、菲薄基底膜病や Alport 症候群の鑑別に腎生検を考慮することもある。

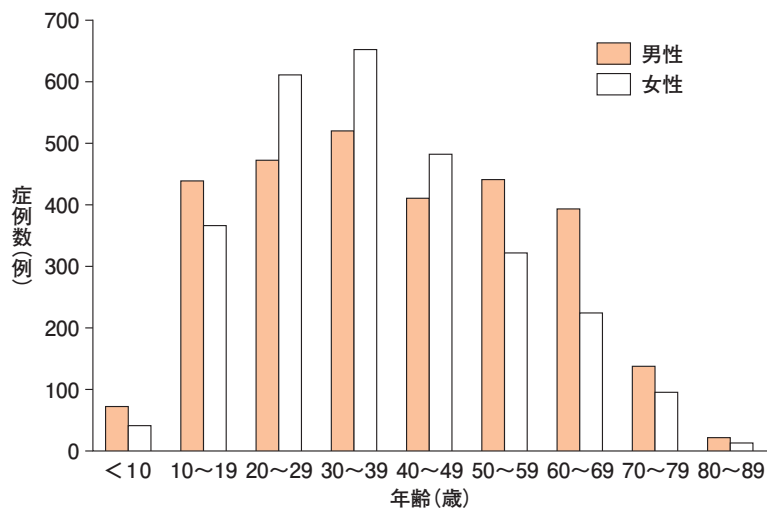
#### 4. 鑑別診断

臨床所見から IgA 腎症の診断を推定する試みが報告されているが、IgA 腎症は腎生検によってのみ診断される。その定義は免疫組織化学的に糸球体への IgA の優位な沈着がみられる腎炎である。本症と類似の腎生検組織所見を示し得る IgA 血管炎、肝硬変症、ループス腎炎、関節リウマチに伴う腎炎などとは、各疾患に特有の全身症状の有無や検査所見によって鑑別を行う。

### III 疫学・予後

#### 1. 発症率、有病患者数、自然経過

わが国における腎生検症例の約 1/3 が IgA 腎症と診断され、IgA 腎症の発症率は 10 万人当たり 3.9～4.5 人/年と推定されている。成人期発症 IgA 腎症の 10 年腎生存率は 80～85%、小児期発症例の 10 年腎生存率は 90%以上と考えられている。



J-RBR 2007-2012 に登録されている IgA 腎症の年齢分布(n=5,679)

#### 2. 予後に関連する経過中の判定指標

疾患の経過中に IgA 腎症の進行を予測する因子として臨床的に利用されているのは尿所見異常と血圧である。治療介入後や自然経過における尿所見の正常化、すなわち血尿および蛋白尿の改善や消失で定義される尿所見の寛解は腎予後の改善と関連していることから、厚生労働省難治性疾患克服事業進行性腎障害に関する調査研究班 IgA 腎症分科会は「寛解」の定義を定めている。腎機能障害の程度は尿蛋白排泄量とともにフォローアップ間隔の設定目安などに利用されており、腎機能障害が進行するほど注意深いフォローアップが必要となる。一方で、腎機能障害・尿蛋白排泄量が少ない症例や、尿所見が寛解した症例で

あっても、再び尿所見が出現し腎不全が進行する例もあるため、定期的な経過観察が必要である。

### 3. IgA 腎症診療指針第 3 版

わが国から発表された IgA 腎症診療指針第 3 版は組織学的重症度分類(H-Grade)、臨床的重症度分類(C-Grade)、両者を加味した透析導入リスクの層別化(表 1~3)、およびリスク群ごとの治療指針の提案という 4 つの項目を含み、この点できわめて先駆的な分類である。日本腎臓学会評議員に対する 2018 年のアンケート調査においても、全国 90% 以上の施設において本分類が使用されているという結果が得られ、その有用性の高さがうかがえる。国際的スタンダードである Oxford 分類(表 4)に比較し H-Grade に関する検証研究はきわめて少ないが、予後識別性に有用であるという成績も散見される。2021 年には、現在進行中の「IgA 腎症の腎病理所見と予後の関連に関する前向き多施設共同研究」の結果が報告される予定であり、これによる診療指針の向上に期待したい。

表 1 組織学的重症度分類(H-Grade)

組織学的重症度	腎予後と関連する病変*を有する糸球体/総糸球体数	急性病変のみ	急性病変+慢性病変	慢性病変のみ
H-Grade I	0~24.9%	A	A/C	C
H-Grade II	25~49.9%	A	A/C	C
H-Grade III	50~74.9%	A	A/C	C
H-Grade IV	75%以上	A	A/C	C

\*急性病変(A)：細胞性半月体(係蹄壊死を含む)、線維細胞性半月体  
慢性病変(C)：全節性硬化、分節性硬化、線維性半月体

表 2 臨床的重症度分類(C-Grade)

臨床的重症度	尿蛋白(g/日)	eGFR (mL/分/1.73 m <sup>2</sup> )
C-Grade I	<0.5	—
C-Grade II	0.5≤	60≤
C-Grade III		<60

表 3 IgA 腎症患者の透析導入リスクの層別化

組織学的重症度 臨床的 重症度	H-Grade I	H-Grade II	H-Grade III+IV
	C-Grade I	低リスク	中等リスク
C-Grade II	中等リスク	中等リスク	高リスク
C-Grade III	高リスク	高リスク	超高リスク

低リスク群：透析療法に至るリスクが少ないもの

中等リスク群：透析療法に至るリスクが中程度あるもの

高リスク群：透析療法に至るリスクが高いもの

超高リスク群：5年以内に透析療法に至るリスクが高いもの

(ただし、経過中に他のリスク群に移行することがある)



表 4 IgA 腎症 Oxford 分類

病変	定義	スコア
メサンギウム細胞増多 <sup>a</sup>	<4 4-5 6-7 ≥8 メサンギウム細胞/メサンギウム領域=0 メサンギウム細胞/メサンギウム領域=1 メサンギウム細胞/メサンギウム領域=2 メサンギウム細胞/メサンギウム領域=3 *メサンギウム細胞増多スコアは全系球体の平均値とする.	M0≤0.5 M1>0.5
分節性硬化	糸球体係蹄の部分的硬化で係蹄全体に及ばないもの、または癒着	S0-なし S1-あり
管内細胞増多	糸球体毛細血管腔の狭窄をきたした毛細血管内の細胞の増加	E0-なし E1-あり
尿細管萎縮/間質線維化	尿細管萎縮または間質線維化が皮質に占める%	T0-0~25% T1-26~50% T2->50%
半月体	細胞性または線維細胞性が採取糸球体に占める% (線維性半月体は除く)	C0-なし C1-0より大~25%未満 C2-25%以上

<sup>a</sup>メサンギウム細胞増多は periodic acid-Schiff 染色標本で評価する。

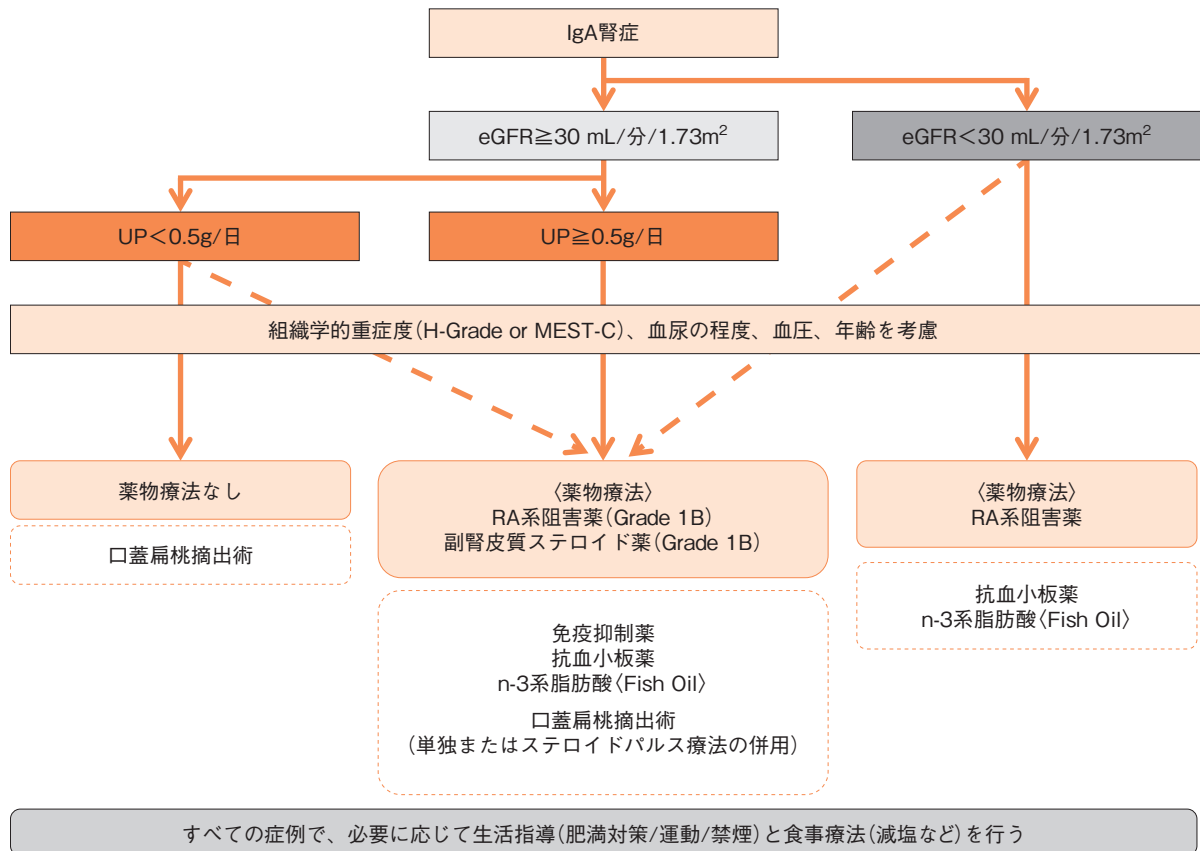
一つのメサンギウム領域に細胞が4個以上ある糸球体が全体の半数以上あればM1とする。したがって必ずしも常に正式なメサンギウム細胞増多スコアを求める必要はない。

OriginalのOxford分類はメサンギウム細胞増多(M)、分節性硬化(S)、管内細胞増多(E)、尿細管萎縮/間質線維化(T)の4項目からなっていたが、のちに半月体(C)が追加された。

## IV 治療

### 1. 治療の概要

わが国での成人IgA腎症に対する主な治療介入は、RA系阻害薬、副腎皮質ステロイド薬、免疫抑制薬、口蓋扁桃摘出術(+ステロイドパルス併用療法)、n-3系脂肪酸(魚油)、抗血小板薬であり、CKDに対する一般療法として血圧管理、減塩、脂質管理、禁煙指導なども行う。しかし、RA系阻害薬と副腎皮質ステロイド薬を除いては、エビデンスの検証対象となる比較研究が不足している。新たに生物学的製剤による治療も試みられているが、現時点で十分な治療成果は得られていない。腎機能障害の進行抑制を目的とした成人IgA腎症に対する治療介入の適応は、尿蛋白量と腎機能を中心に、腎病理組織所見や年齢、血圧、血尿の程度なども含めて総合的に判断するが、同時に治療に伴う副作用の発現にも十分な配慮が必要である。



#### 成人 IgA 腎症の治療アルゴリズム

尿蛋白量と eGFR のカットオフ値は、IgA 腎症の治療に関するランダム化並行群間比較試験における対象患者の特性のみならず、わが国での診療の実情を踏まえて、従前の本ガイドライン(2014, 2017 年版)と『IgA 腎症診療指針(第3版)』の内容とも整合するように配慮した。

eGFR 30 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上かつ尿蛋白量 0.5 g/日以上の場合、組織学的重症度や血尿の程度、血圧、年齢を考慮した上で、RA 系阻害薬や副腎皮質ステロイド薬の投与を検討する(推奨 Grade1B)。また、免疫抑制薬、抗血小板薬、n-3 系脂肪酸の投与や口蓋扁桃摘出術(単独あるいはステロイドパルス療法との併用)を検討しても良い。

eGFR 30 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>以上かつ尿蛋白量 0.5 g/日未満の場合は、薬物療法なしでの経過観察を基本とするが、上気道感染後に肉眼的血尿など尿所見の悪化を認める症例では、口蓋扁桃摘出術を検討しても良い。また、急性の組織病変がある場合には、副腎皮質ステロイド薬や免疫抑制薬をはじめとした薬物療法も考慮する。

eGFR 30 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>未満の場合は、血圧や尿蛋白量等を考慮した上で RA 系阻害薬での治療を基本とするが、急速進行性の腎機能障害を呈する症例や急性の組織病変がある場合には、副腎皮質ステロイド薬や免疫抑制薬の投与も考慮する。RA 系阻害薬の初回投与時には、腎機能の推移に注意しながら慎重に投与する。

副腎皮質ステロイド薬や免疫抑制薬を投与する場合は、個々の症例で治療効果と感染症などの副作用リスクとのバランスを十分考慮する。また、すべての症例で、CKD に対する一般療法として生活指導と食事療法を行う。

## 2. 治療に関する CQ

### CQ 1 RA 系阻害薬は IgA 腎症に推奨されるか？

#### 推奨と提案

- 推奨グレード 1B** ACE 阻害薬または ARB は、IgA 腎症の end stage kidney disease (ESKD) への進展抑制、腎機能障害の進行抑制ならびに尿蛋白の減少効果を有するため、使用するよう推奨する。
- P 成人 IgA 腎症患者
- I RA 系阻害薬投与 (ACE 阻害薬, アンジオテンシン受容体拮抗薬 (ARB) の種類は問わない)
- C RA 系阻害薬非投与
- O 腎死, 腎機能低下, 尿所見改善, 再燃, 有害事象

#### 要約

IgA 腎症に対する RA 系阻害薬の臨床試験は、多くの試験が CKD G1~G4, 尿蛋白 1.0 g/日以上 の患者を対象としており、尿蛋白減少効果、ESKD への進展抑制効果、腎機能低下抑制効果が示されている。正常血圧患者でも尿蛋白減少効果を示した。ただし、尿蛋白 0.5 g/日未満の IgA 腎症患者に対しては RA 系阻害薬の有効性は十分に証明されていない。RA 系阻害薬は忍容性の高い薬剤であるが、妊婦または妊娠している可能性のある女性には禁忌である。

### CQ 2 副腎皮質ステロイド薬は IgA 腎症に推奨されるか？

#### 推奨と提案

- 推奨グレード 1B** 副腎皮質ステロイド薬は、尿蛋白 1 g/日以上かつ CKD ステージ 1~2 の IgA 腎症における腎機能障害の進行抑制ならびに尿蛋白の減少効果を有するため、使用するよう推奨する。
- P 成人 IgA 腎症患者
- I 副腎皮質ステロイド薬投与 (パルス療法の有無は問わない)
- C 副腎皮質ステロイド薬非投与
- O 腎死, 腎機能低下, 尿所見改善, 再燃, 副作用

#### 要約

IgA 腎症に対する副腎皮質ステロイド薬の有効性を検討したランダム化並行群間比較試験 (RCT) は、その大半が尿蛋白  $\geq 1.0$  g/日、CKD ステージ G1~2 の IgA 腎症患者を対象としており、その中で副腎皮質ステロイド薬の腎機能低下抑制、蛋白尿改善効果が示されている。しかし、G3 以下の腎機能や尿蛋白 1 g/日以下を対象とした検討はごく少数であり、治療効果を検討するには不十分である。またステロイドパルス療法の腎機能障害の進行抑制に関する検討は少なく、また高用量経口ステロイド療法とステロイドパルス療法を比較した RCT はないため、検証が必要である。

## 3. 治療各論

### ■ 口蓋扁桃摘出術

口蓋扁桃摘出術は CKD ステージ G1-2 で尿蛋白が 1 g/日前後までの IgA 腎症患者では臨床的寛解を含めた尿所見の改善効果は期待されるが、腎機能低下の抑制効果については研究結果が一定せず不明であ

る。一方、口蓋扁桃摘出術とステロイドパルス併用療法はCKD ステージ G1-2 で尿蛋白が 1 g/日を超える場合でも臨床的寛解を含めた尿所見の改善効果は期待できる。ただし、治療前の尿蛋白量と臨床的寛解率には関連性が示唆されるため、今後は、病理組織学的評価を含めた病期・病勢評価に基づく適応症例の選択について、より詳細な検討が必要である。口蓋扁桃摘出術とステロイドパルス併用療法の腎機能低下の抑制効果については、現時点で検証可能な研究が少なく、今後は、アウトカム指標を末期腎不全に代わり eGFR 低下率とするなどの研究デザインの工夫が必要になると考えられる。

## ■ 免疫抑制薬(副腎皮質ステロイドを除く)

IgA 腎症に対するシクロホスファミド、アザチオプリン、シクロスポリン、タクロリムス、ミコフェノール酸モフェチル、ミゾリピンの有効性を検討したランダム化比較試験の報告は、一部の研究報告において蛋白尿減少効果が報告されているが、副腎皮質ステロイド薬単独治療を上回る結果にはなっていない。したがって副腎皮質ステロイド薬が副作用などで使用できない際や減量すべき際に使用検討されるべきである。単剤治療の場合はミコフェノール酸モフェチルやカルシニューリン阻害薬のランダム化比較試験で効果を認めている報告が多い。ステロイドに免疫抑制薬を追加して蛋白尿減少や腎機能低下抑制を認めるかは定かではなく、副作用に注意が必要である。

## ■ 抗血小板薬

成人 IgA 腎症に対する抗血小板薬および抗凝固薬の有効性を検討した研究報告は少数であり、かつ質の高い研究に乏しい。ジピリダモールおよびジラゼブ塩酸塩は短期的に蛋白尿を減少させる可能性があるが、長期投与による腎機能障害の進行抑制効果については明らかではない。なお、IgA 腎症に対するジラゼブ塩酸塩の使用ならびに慢性腎炎に対するジピリダモールの使用が保険適用となっているが、その他の抗血小板薬・抗凝固薬の使用は保険適用外である。

## ■ n-3 系脂肪酸(魚油)

IgA 腎症に対する n-3 系脂肪酸(魚油)の有効性を検討したランダム化比較試験(RCT)は 6 試験 7 論文あるが、現時点では一定の結論を導き出すことは困難である。IgA 腎症患者 106 例を対象とした最大最長の試験において魚油による末期腎不全への進行抑制効果が報告された一方、そのほかの小規模な短期間の試験では魚油の有効性が確認されておらず、今後さらなる検討が必要である。なお、IgA 腎症に対する n-3 系脂肪酸の使用は保険適用外である。

エビデンスに基づく  
IgA 腎症 診療ガイドライン 2020 ダイジェスト版

---

発行 2021年3月31日

監修 成田一衛・新潟大学医歯学系腎・膠原病内科学

編集 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等政策研究事業(難治性疾患政策研究事業)難治性  
腎障害に関する調査研究班

制作 株式会社 東京医学社

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町 2-40-5 電話 03-3265-3551

---