

はじめに

今日学校検診、職場検診、住民検診と健康診断は広く行われるようになってきました。ところが、そこで蛋白尿や血尿を指摘されたため近医を受診しても、血液検査やレントゲン、腹部エコー検査などで腎機能障害や結石、腫瘍がなければ異常無しとして放置されることが多いようです。しかし、一部にはその後腎機能が低下して末期腎不全となり、透析に移行する症例も少なくありません。当科で平成11年8月から平成13年3月までの間に、血液・蛋白尿精査のため腎生検を行った27例中、12例（44.4%）はIgA腎症でした。

IgA腎症とは

3回以上の検尿で尿潜血が陽性で、尿沈渣で2回以上赤血球が各視野に5個以上認められた場合（持続的顕微鏡的血尿）、慢性糸球体腎炎と考えます。IgA腎症の場合この持続的顕微鏡的血尿が必発所見で、蛋白尿は必発ではありません。そして急性上気道炎や急性消化管感染症時に肉眼的血尿が見られることがあります。

IgA腎症の疾患概念は、1968年Bergerらによって「糸球体メサンギウム領域にIgAがびまん性に優位に沈着する一群の糸球体疾患」として報告されました。臨床症状は、大部分の症例は無症候で、時に急性腎炎様症状を呈します。ネフローゼ症候群は比較的稀で、一般に経過は緩慢です。Bergerらは「長い臨床経過をとる良性的糸球体疾患」であると提

唱しましたが、一部は末期腎不全に移行することが現在では知られています。

血液検査では必発所見はありませんが、成人の場合しばしば血清IgA値が350mg/dl以上に上昇しています。

確定診断は腎生検によります。光顕所見では、巣状分節性からびまん性全節性までのメサンギウム増殖性変化を認め、間質の細胞浸潤や尿細管の萎縮を認める事もあります。蛍光抗体法または酵素抗体法所見では、びまん性にメサンギウム領域を主体とするIgAの沈着を認めます。電子顕微鏡所見では、メサンギウム基質内、特にパラメサンギウム領域を主体とする高電子密度沈着物（dense deposit）を認めます。

IgA腎症の予後

ある予後調査では、IgA腎症の腎生存率は10年で88%、20年で70%、25年では62%に低下していました。平成7年と9年に厚生省の進行性腎障害研究班が行った予後調査では、血清クレアチニン値が1.67mg/dl以上の患者は、その後2年以内に46%の患者が維持透析に導入されていると報告しております。また、男性が女性よりも腎機能低下率が大きく、初回腎生検所見が悪いほど腎機能低下率が大きくなっていました。更に、高度蛋白尿・高血圧はともに腎機能低下及び透析導入への危険因子であることが示唆されました。

IgA腎症の治療

本症の治療として根本的な治療法は未だ確定しておらず、様々な試みがなされています。特に近年ステロイド療法の有効性が報告されています。当科でも腎機能及び腎組織所見に応じて20mg～30mgのプレドニゾロンの投与を行っていますが、効果については一定しません。最近はセミパルス療法が有効との報告もあります。特に急性活動性病変の改善には有効のようです。また、ACE阻害薬やアンギオテンシンII（Ang II）拮抗薬による糸球体高血圧の改善や、Ang IIによる糸球体肥大の抑制効果が報告されております。抗血小板薬や免疫抑制剤の効果については一定していません。

IgA腎症の発症及び進展機序についても分子生物学・遺伝子レベルで様々なことが明らかになっております。それらを元に我々臨床医は患者さんの治療に専念し、一人でも多くの患者さんが透析に移行しないようにしたいものです。

