

「慢性腎臓病における腎性貧血治療のガイドライン」2015年版が発表されたが、非腎臓専門医の理解が十分進んだとは言えない状況である。岩野教授からは、このガイドラインに従って1.腎性貧血の診断、2.腎性貧血治療の意義、3.腎性貧血治療開始基準、4.腎性貧血治療の目標Hb、5.腎性貧血治療時の鉄補充の5項目に分けて、非常に明快に解説をいただいた。

1.腎性貧血の診断に関しては、慢性腎臓病(CKD)患者で貧血をみた時には、鉄欠乏やその他の栄養素欠乏による貧血、慢性炎症等に伴う貧血、MDSを含めた血液疾患に伴う貧血などの除外診断が必要であることを示された。またCKD患者でHbが10g/ml未満で血中エリスロポエチン(EPO)濃度が50mIU/ml未満であれば、腎性貧血として矛盾しないと判断される。

2.腎性貧血治療の意義に関しては、多くの文献でのEPOによる貧血の改善が腎予後を改善し、血液透析導入後の患者の生命予後も改善する。またEPOには単なる貧血改善効果だけでなく臓器保護作用があることが分かっている。腎臓では糸球体のポドサイトに対して直接保護作用が、心臓保護作用による心イベントの減少、血管内皮前駆細胞の誘導などの直接作用がある。特に先生の専門分野である腎臓に関しては、EPOのポドサイトに対して直接保護作用以外に、EPO投与により腎臓での低酸素誘導因子(HIF)の抑制を介して腎臓の線維化の進展防止による腎障害の進行防止につながるというメカニズムについての解説もあった。

3.腎性貧血治療開始基準に関しては、Hbを11g/dl以上に保った期間が長い方で腎生存率が高く、また腎性貧血に対しEPOを早期に投与した方で腎予後が良いことを文献に従い示された。

4.腎性貧血治療の目標Hbに関しては、過去の大規模研究の内2006年に報告の大規模CHOIR研究と2009年報告のTREAT研究について述べられた。前者では、Hbを高値(13.5 g/dL)に維持した群が低値(11.3 g/dL)に維持した群より、死亡、心筋梗塞、心不全による入院、脳卒中の発症が増加した。後者ではDarbepoetinによる保存期腎不全を示す2型DMの腎性貧血を改善した群とプラシボ群の比較で4年間の観察期間で、Hb13g/dlを目指す、心血管イベントの改善効果や末期腎不全への移行予防効果はなく、むしろ脳卒中が増えて良くなかったという内容である。これらの研究を踏まえてわが国のガイドラインでは、CKD患者の腎性貧血の目標Hbは、維持すべき目標Hb値は11 g/dL以上13 g/dL未満とされ、重篤な心・血管系疾患の既往や合併のある患者、あるいは医学的に必要のある患者にはHb値12 g/dlを超える場合に減量・休薬を考慮すると規定された。

5.腎性貧血治療時の鉄補充に関してはフェリチンとTSAT=血清鉄x100/TIBCの2つの検査項目で補充すべきである。鉄投与基準は①フェリチンが50ng/ml未満、②フェリチンが100ng/mlかつTSATが20%未満であり、フェリチン300以上は生命予後を悪くするので鉄の補充はしないこととされた。

講演後の質疑応答では、高齢CKD患者の腎性貧血治療をする際に迷うことがあるが、結局は治療した方が医療経済的であると答えられた。また保存期CKDの血補給は経口で50~100mg/日投与で行っているとのことであった。いつもながら岩野教授の分かりやすい講演で会員に対し非常に有用な内容であった。