

演題名：腎症合併糖尿病に対する新規治療ストラテジー

演者 深水 圭 先生

久留米大学医学部内科学講座 腎臓内科学部門 主任教授

2020年8月8日

本講演の要旨、重要と思われた点を以下に記する。

透析導入の原疾患として糖尿病が第1位であるが、比率としては増えていない。これまで第2位の慢性糸球体腎炎は、治療の進歩のため第3位の腎硬化症とほぼ同じになり、さらに減少傾向である。若年者の透析導入は減っているようだが、高齢者の導入は増えている。糖尿病性腎症は早期発見が重要だが、検尿の尿蛋白は尿中アルブミンを検出するが、水分摂取などで尿比重の変化に影響されるので注意を要する。CKDの評価ではeGFRの傾きが有用である。通常は1年間に $0.4\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ 程度の低下だがこれよりも大きい場合は要注意である。患者さんへの説明にeGFRを腎機能のパーセントに置き換えて説明すると良い。糖尿病性腎症では腎機能低下に至る様々なパターンがあるが、eGFR低下の傾きが大きいRapid declinerに着目したい。腎症合併糖尿病の具体的な治療として血圧の目標は $130/80\text{mmHg}$ であるが、降圧薬は、尿蛋白陰性の場合にARBやACE阻害薬の投与にて腎機能が急速に低下する場合がありますので要注意である。ARBの腎保護作用についてはRENAAL試験、IDNT試験があるが、どちらも残余リスクが大きい。EMPA-REG、CANVAS、DECLARE-TIMI58、CREDESCENCE試験でSGLT2阻害薬が2型糖尿病患者の腎不全の予防に有効であることが示されてきた。このうちCREDESCENCE試験は、腎イベントが一次アウトカムになっている。CREDESCENCE試験の重要な点としてeGFR勾配の変化は、最初の3週間にカナグリフロジン群のeGFRはプラセボよりも減少するが、12ヶ月で交差し、全体ではeGFRの低下は、カナグリフロジン群の方がプラセボ群よりも有意に緩やかであったことに注意したい。論文になっていないeGFR $30\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ のデータが発表されており、尿中アルブミンについては2群間に有意差はないが、eGFRの勾配については有意にカナグリフロジン群で緩やかであり、eGFR $30\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ 以下でもカナグリフロジンが有用であることが示唆されている。その他、将来の展望としてNrf2活性化薬のバルドキシロンメチルの糖尿病性腎症に対する成績（eGFR上昇作用）や、Alport症候群の腎障害に対する良好な結果などが紹介された。

本講演は、基礎的なことから始まり、臨床上の注意点や、すぐに臨床の場で使える視点だけでなく、近未来の腎臓病治療の展望まで、幅広く詳細にレクチャーして頂いた。

（福井県立病院腎臓・膠原病内科 荒木 英雄）