

9 月度学術講演会

日時 9 月 5 日 (土) 午後 2 時

演題 集学的治療により DKD 進展阻止を目指す！

講師 大阪警察病院 糖尿病内分泌内科 部長 安田哲行先生

出席者数 11 名

担当 富永良子

共催 協和キリン (株)

情報提供 腎性貧血治療薬「ダルベポエチン アルファ注シリンジ KKF」

古典的な糖尿病性腎症は、糸球体過剰濾過による eGFR の上昇から始まり、アルブミン尿の出現、顕性蛋白尿、eGFR の低下へと進行し、末期腎不全に至るのが通常である。しかしながら、近年、アルブミン尿や蛋白尿を伴わず eGFR が低下している、いわゆる非典型的な糖尿病性腎症の患者が多く見受けられるようになってきた。この背景には、血糖コントロールの改善、RAS 系阻害薬による降圧管理が行き届くようになり、アルブミン尿の進展が抑えられるようになったこと。また、糖尿病患者の寿命延伸に伴い、動脈硬化の進展した高齢糖尿病患者の増加が一因と考えられる。このため、2007 年頃より古典的な糖尿病性腎症と非典型的な糖尿病性腎症を包括し、糖尿病が発症・進展に関与していると考えられる慢性腎臓病 (CKD) 全般を DKD (Diabetic Kidney Disease) とすることが提唱され、現在、この DKD の疾患概念が広く受け入れられるようになってきた。

DKD 進展阻止の意義は生命予後が悪く、莫大な医療費がかかる透析導入の回避することは無論、DKD が発症リスクとなる心血管イベント、心不全、心血管死を抑制することにある。なかでも、顕性アルブミン尿や eGFR 低下例はハイリスクとなるため、積極的な介入が望まれる。一方、非典型的な糖尿病性腎症である、アルブミン尿を呈さない eGFR 低下例に関しては、本邦の疫学データでは末期腎不全、心血管イベント、死亡リスクはそれほど高くないとされている。

DKD 進展阻止のための治療としては、大まかには生活習慣の改善、血糖、血圧、脂質管理、進行した DKD の管理があげられる。生活習慣の管理としては、禁煙、適正体重の維持、適正なエネルギー、蛋白摂取とともに、塩分制限が重要である。しかし、我々のデータを含め、糖尿病患者での塩分制限は十分とはいえない。また、糖尿病患者では塩分味覚異常も多いことから、推定塩分摂取量の計測や、塩分味覚を考慮した食事指導が重要と考える。血糖管理に関しては、単に HbA1c を下げるとののではなく、どのような薬剤選択をするかが重要となる。特に SGLT2 阻害薬、GLP-1 受容体作動薬は大規模臨床試験により腎保護のエビデンスがでていることより、ハイリスク患者に関しては副作用に十分注意し、適応範囲内での積極的な使用が望まれる。血圧管理に関しては、ACE-I/ARB による降圧に加え、ごく最近、一部の MR 拮抗薬で腎保護のエビデンスが出ていることより、今後 MR 拮抗薬も選択肢の一つになる

と考えられる。また、降圧薬を開始する前に、DKD 進展に悪影響を及ぼす原発性アルドステロン症のスクリーニングは重要である。脂質管理に関しては、十分なエビデンスはないものの、ガイドラインに沿った治療が必要である。最後に、進行した DKD の管理に関しては患者の病態・状態によりクレメジン[®]、リン吸着剤、重曹、活性型ビタミン D 製剤、骨粗鬆症治療薬を適宜使用するとともに、腎性貧血に対して、Epo 製剤に加え、HIF-PHD 阻害薬の使用が可能となったことより、治療選択肢が広がったと考えられる。ただし、これらの DKD 進展阻止のための治療は、いずれか一つを行えばいいというものではなく、集学的に行うことがより重要である。また、病診連携による地域ぐるみでの取り組みも重要であり、浪速区においても大阪警察病院, 第 2 大阪警察病院を含めた基幹病院との積極的な連携をすすめたい。