

## 疾患名：慢性糸球体腎炎（主に IgA 腎症）

### 1. 日本における有病率、成人期以降の患者数（推計）

日本における有病率は、3.9～4.5 人/10 万人

全国で腎生検にて確定診断された有病患者数は 33,000 人と推計されている。

### 2. 小児期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

臨床症状：70～80%が学校検尿で気付かれるが、15～20%の症例は感染を契機とした肉眼的血尿を呈する。10%の症例では高血圧・腎機能低下を伴う急性腎炎症候群や高度蛋白尿とその結果起こる浮腫にて急性発症する。

治療：蛋白尿の程度と腎組織障害の程度により軽症と重症に分け、軽症ではアンギオテンシン変換酵素阻害薬あるいは柴苓湯を 2 年間、重症では副腎ステロイド薬、免疫抑制療法、抗凝固薬、抗血小板薬を用いた 2 年間の多剤併用療法が推奨されている。

生活上の障害：思春期発症患児においては、成長障害、易感染性、肥満、高血圧、骨粗鬆症、白内障や緑内障などのステロイド薬の副作用が生活上の障害となる可能性がある。また、通院や病状の悪化による学校の早退や病休の増加なども問題となることがある。

### 3. 成人期の主な臨床症状・治療と生活上の障害

臨床症状：70%が健康診断の際の偶然蛋白尿や偶然血尿で発見される。高血圧や血液検査の際の尿素窒素や血清クレアチニン高値などの異常値の精査が発見の契機になる。

また、感染症罹患時の肉眼的血尿発作や浮腫を認める場合もある。

治療：RA 系阻害薬、ステロイド薬、口蓋扁桃摘出術やステロイドパルスとの併用療法、免疫抑制薬、抗血小板薬などを組み合わせ治療している。

生活上の障害：成人患者において、前述したステロイド薬の副作用や免疫抑制薬による易感染性が障害となることがある。また、通院や病状の悪化による職場の早退や病休の増加などが挙げられる。腎機能が低下した場合、塩分制限などの食事管理や運動制限などが必要になり、透析治療が開始された場合と腎不全患者と同様な生活制限が必要になる。

### 4. 経過と予後

小児発症の本症では、発症後 15 年目までに約 75%の患児において尿所見が正常化する。10～15%では持続性腎炎がみられ、2～10%前後は腎不全に進行する。

成人期発症の場合は，10年生存率は80～85%と推察されている。

1990年以降に診断された症例の方が予後良好というエビデンスがある。

Komatsuらは，腎生検時血清クレアチニン値が2.0 mg/dL以下の患者において，2006年を境にして10年生存率が75.2%から95.7%に改善したと報告している。

## 5. 成人期の診療にかかわる（べき）診療科

腎臓内科

## 6. 成人期に達した患者の診療の理想

a. 成人診療科に全面的に移行

## 7. 成人期に達した患者の診療の現実

a. 成人診療科に全面的に移行

c. 小児科で診療を続けながら医師・患者の関係を变えてゆく

### コメント

内科への転科は5年間で31%（735例が転科，1631例が小児科のまま）であり，転科年齢は20～24歳がピークであるが35%は25歳以上だった（Hattoriら Clin Exp Nephrol 2016 DOI 10.1007/s10157-016-1231-6）

## 8. 理想(6)と現実(7)の乖離の理由

a. 成人診療科側の受入れの不備・不十分

b. 小児科側が患者を手放さない・手放せない

### コメント

治療方法の違いによって，転科しにくい事がある。

## 9. 成人期に達しても移行が進まない場合の問題

妊娠や出産，成人病やがんなど成人特有の症状や疾患に対応が困難となる。

小児病棟に入院できない。成人になって小児科外来に通う心理的問題。

患者の精神的自立を妨げる可能性もある。

## 10. 解決のためにすべき努力

a. 成人診療科の医療者を対象に疾患についての教育・啓発

（診療科名、学会名：日本小児腎臓病学会、日本腎臓学会）

b. 患者・家族を対象に自立に向けた働きかけ

f. 患者団体の強化

コメント

移行プログラムの確立、啓発が必要

11. 本疾患の移行に関するガイドブック等について

b. 編纂作業中（主体：日本腎臓学会，日本小児腎臓病学会、完成予定時期：2017年）

f. その他

コメント

「小児慢性腎臓病患者における移行医療についての提言－思春期・若年成人に適切な医療を提供するために－」 現在両学会への学会誌、ホームページに掲載