

ネフローゼ症候群診療指針〔完全版〕編集にあたって

ネフローゼ症候群は、腎臓病学で最も重要な疾患として、紀元前 400 年頃の Hippocrates の時代から知られていた。ステロイドがない時代には、ネフローゼ症候群の死亡の原因が感染症であり、予後の悪い疾患として恐れられていた。その後、多くの研究が行われ、糸球体基底膜の構造が明らかになり、糸球体内皮やポドサイトの役割が明確になって、尿蛋白がいかにして糸球体から漏れるかが解明されつつある。しかしながら、ネフローゼ症候群をきたす原因に関しては、まだ十分に解明されたわけではない。微小変化型ネフローゼ症候群（MCNS）や巣状糸球体硬化症（FSGS）の原因となる液性因子は同定されていないし、膜性腎症（MN）の抗原はホスホリパーゼ A2 受容体が発見されたが、ほかの抗原の可能性も残る。一方、ネフローゼ症候群の治療に関する臨床研究は、ステロイドの使用による寛解導入が MCNS で確立し、MN や FSGS についても免疫抑制薬の発展とともに臨床試験が行われて、有効性と安全性が確立しつつある。

このような 2010～2011 年のネフローゼ症候群を取り巻く状況のなかで執筆されたのが、本「ネフローゼ症候群診療指針」である。この診療指針では、将来に向けて、わが国でもネフローゼ症候群に関する臨床研究が十分に行えるような土俵を作る目的で、1972 年に作成されたネフローゼ症候群の診断基準、1973 年作成の予後判定基準を改定した。特に、予後判定基準は完全寛解、不完全寛解Ⅰ型、不完全寛解Ⅱ型、無効と、予後を左右する治療後の尿蛋白量のみで明確に分けた。

本診療指針は、実臨床に使用できることを目的とし、浮腫の治療、生活上の注意、抗血栓療法、感染症対策などを盛り込み、MCNS、MN、FSGS については治療のアルゴリズムを記載した。特に drug-lag をなくす方向で検討されてきた薬剤のうち、アルゴリズムに記載したメチルプレドニゾロン、シクロホスファミドが難治性ネフローゼ症候群の適用を 2011 年に得たことは現在の診療から考えて重要なことであり、保険適用に関する記載を修正して完全版として発行することにした。

本診療指針が腎疾患診療の現場で活用されることを期待し、将来わが国で行われる新たな臨床試験によるエビデンスに基づき改定されることを望んでいる。

2012 年 3 月

厚生労働省進行性腎障害に関する調査研究班
難治性ネフローゼ症候群分科会長
名古屋大学大学院医学系研究科病態内科学講座腎臓内科学

今井圓裕