保存期と透析導入期のシームレス腎性貧血治療

安藤重輝
東北公済病院腎臓内科

common diseaseといわれるCKDだが、腎性貧血の患者数も非常に多く、Hb濃度が目標範囲外だった腎性貧血患者の割合はCKDステージG3aで18.8％、G3bで28.4％、G4+G5で48.3％と非専門医がフォローしていると推測されるG3でも２割以上が腎性貧血患者であり、身近な疾患であることを再確認する必要がある。その一方、腎性貧血治療の根幹であったESAが使用されていた割合は低く保存期においては無治療症例が多いことは大きな課題である。その原因としてESAが注射薬でありかつ高価であるが故にかかりつけ医が開始するには高い障壁があったことが考えられる。HIF-PH阻害薬のメリットの一つが内服薬であり、かかりつけ医でも使いやすい薬剤と考える。

透析導入期は高用量のESAを投与しても適正値に保つのが困難となる時期（Hb-Dip）である。この時期は合併症の起こりやすいことが知られ適正Hb値に保つことが重要と考える。Hb-Dipの本質はESA抵抗性、すなわち鉄の利用障害（機能的鉄欠乏）が元凶である。ESAの主たる機序はEPOを補充することにあり、高用量のESAであっても機能的鉄欠乏状態を改善するのは難しい。一方でHIF-PH阻害薬はEPOを増加させるのみならず多面的な機序で鉄の利用効率を上げる作用を併せ持つ。これがESAを凌駕する最大のメリットかもしれない。

ESAでは課題が残っていた腎性貧血加療だが、HIF-PH阻害薬の登場によりアンメットニーズがクリアされCKDの様々なステージにおけるシームレスな腎性貧血管理が可能となることが期待される。