

Ⅲ 移植患者の CHC 治療

- point ▶ 近年は DAA 治療が画期的治療法として期待されている。
▶ DAA 治療は CKD ステージ、ゲノタイプ、腎機能、遺伝子変異の違いによって選択する。

PEG-IFN +
RBV 併用療
法

貧血

DAA 治療

腎移植後の CHC に対して 1990 年代は IFN 単独治療が試みられていたが、腎機能障害や拒絶反応などの合併症から治療成績は不十分であり、その後積極的に治療は行われていなかった。2000 年以降になり免疫抑制薬の進歩により長期生着が得られるようになってからは、移植腎機能は維持できるものの肝硬変や肝臓への進行が予後不良因子となっていくことから行われ始めた治療が PEG-IFN+RBV 併用療法である。われわれは 2007～2008 年に 12 名の患者に PEG-IFN+RBV 併用療法を行った。結果としては、SVR 達成率はゲノタイプ 1b 10 %，2a 50 %，ALT 持続正常化達成率はゲノタイプ 1b 30 %，2a 50 % と不十分な成績であった⁸⁾。理由としては腎機能維持を考慮したため PEG-IFN を低用量で開始したこと、エリスロポエチン製剤を使用したとはいえ RBV の合併症である貧血により投与量を増加できなかったことなどが考えられる。

このような状況で近年開発された DAA 治療は腎移植患者において画期的な治療法として期待されている。2015 年頃から腎移植患者に対しても DAA



ワンポイント

アドバイス



C 型肝炎抗体陽性の透析患者は RNA が (+) でも (-) でも、腎移植を希望すれば積極的に勧めてもよいでしょうか？

日本透析医学会の「透析患者の C 型肝炎ウイルス肝炎治療ガイドライン」では腎移植が予定されている HCV 感染患者に対しては抗ウイルス療法を行うことが推奨されている⁵⁾。その理由としては移植後の肝炎増悪抑制や C 型肝炎関連腎症、急性拒絶反応、新規糖尿病の発症予防などが挙げられている。したがって腎移植を希望する透析患者で HCV-RNA (+) の場合は慢性肝炎またはキャリアの状態が考えられるが、移植前に抗ウイルス療法を行うべきである。DAA 時代の現在ではゲノタイプ 1 では DCV+ASV 併用療法が第一選択であるが、12 週治療の EBR+GZR も今後選択肢の一つになっていくであろう。ゲノタイプ 2 では DAA は適応外であるため PEG-IFN+RBV 併用療法が第一選択になるが、腎移植を行ってから DAA 治療を行う選択肢もある。一方、HCV-RNA (-) の場合は既感染の状態と考えられ、抗ウイルス療法の必要なく移植を勧めるべきである。しかしながら HCV-RNA (+) 治療後と HCV-RNA (-) のいずれの場合も腎移植後に HCV-RNA の陽転化や CHC の急性増悪がみられる場合があるので⁹⁾、定期的なフォローが必要である。(西村憲二)