

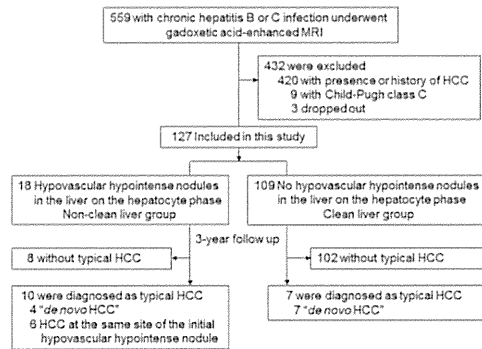
1 **Table 2.** Variables that predict HCC development: univariate and multivariate analyses.

Variables	Univariate		Multivariate	
	Hazard ratio (95% CI)	p value	Hazard ratio (95% CI)	p value
Male	0.56 (0.29-1.95)	0.755		
Age (per year)	1.06 (1.00-1.12)	0.039	1.08 (1.01-1.16)	0.024
Cirrhosis	14.37 (1.90-108.44)	0.009	3.54 (0.37-33.77)	0.231
HCV (vs. HBV)	4.39 (0.58-33.17)	0.151		
Platelet count (per 10 ¹⁰ /L)	1.19 (1.06-1.33)	0.003	1.17 (1.03-1.35)	0.017
ALT (per IU/L)	1.00 (0.99-1.02)	0.423		
γ-GTP (per IU/L)	1.00 (0.99-1.01)	0.688		
AFP > 10 ng/mL	3.98 (1.47-10.77)	0.006	1.47 (0.49-4.33)	0.486
Non-clean liver	12.36 (4.68-32.61)	< 0.001	9.41 (3.47-25.46)	< 0.001

2

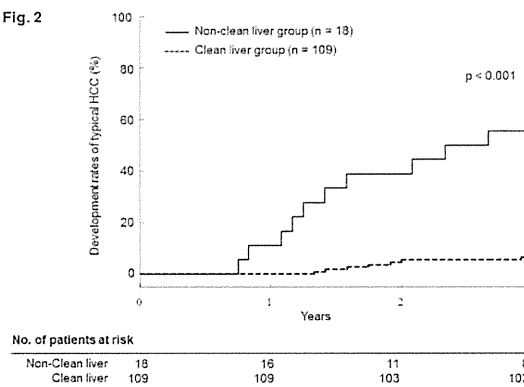
3

Fig. 1

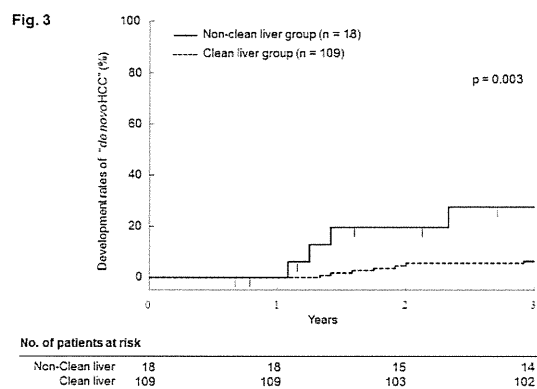


hepr_12309_f1

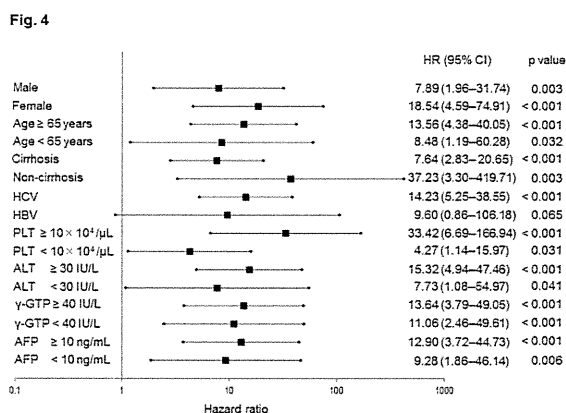
Fig. 2



hepr_12309_f2



hepr_12309_f3



hepr_12309_f4

HEPATOLOGY PRACTICE VOL. ③

C型肝炎 の診療を極める

基本から最前線まで

ゲスト編集

榎本信幸 山梨大学教授

常任編集

竹原徹郎 大阪大学教授

持田 智 埼玉医科大学教授

文光堂



Hepatology Practice 第3巻
C型肝炎の診療を極める

基本から最前線まで

定価 (本体 10,000円 + 税)

2014年5月18日 第1版 第1刷発行

編者 えのもと のぶゆき たけはら てつ おもちだ ざとし
榎本 信幸・竹原 徹郎・持田 智
発行者 浅井 宏祐
発行所 株式会社 文光堂
〒113-0033 東京都文京区本郷7-2-7
TEL (03)3813-5478 (営業)
(03)3813-5411 (編集)

©榎本信幸・竹原徹郎・持田 智, 2014

印刷・製本：広研印刷

乱丁、落丁の際はお取り替えいたします。

ISBN978-4-8306-1892-5

Printed in Japan

-
- ・本書の複製権・上映権・譲渡権・翻訳権・翻案権・送信にかかわる権利・電子メディア等で利用する権利は、株式会社文光堂が保有します。
 - ・本書を無断で複製する行為（コピー、スキャン、デジタルデータ化など）は、私的使用のための複製など著作権法上の限られた例外を除き禁じられています。大学、病院、企業などにおいて、業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、使用範囲が内部に限られるものであっても私的使用には該当せず、違法です。また私的使用に該当する場合であっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法となります。
 - ・**JCOPY** (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物
本書を複製（コピー）される場合は、そのつど事前に (社) 出版者著作権管理機構（電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp）の許諾を得てください。

7 NS5A 阻害薬

要点

- NS5A 阻害薬は、NS5A 蛋白を標的とする低分子阻害薬でありウイルス増殖抑制に大きな効果が期待されている direct acting antivirals 製剤の一つである。
- NS5A 阻害薬であるダクラタスビルとプロテアーゼ阻害薬であるアスナプレビル併用療法 24 週間投与の国内第Ⅱ相試験では、genotype 1 型高ウイルス量症例に対して 77% の SVR 率であった。
- ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法は、前治療 null responder や PEG-IFN と RBV 併用療法不適格または不耐容例に同等の治療効果を認めていた。また *IL28B* の遺伝子多型には、関係なく高い効果を認めていた。
- ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法は、副作用は少なく、高い忍容性を認めていた。

はじめに

C 型肝炎ウイルスに対する治療薬は、近年飛躍的に進歩してきている。特にウイルス蛋白を直接標的に開発された direct acting antivirals (DAAs) の登場により、C 型肝炎の治療は高い効果とともに、より副作用が少ない治療へと変化してきている。臨床使用が可能になった第一世代のプロテアーゼ阻害薬(テラプレビル、ボセプレビル)に続き、副作用が少ない第二世代のプロテアーゼ阻害薬(シメプレビル、パニプレビル、ファルダプレビル、アスナプレビル、ABT-450 など)の臨

床試験が進行し、日本ではテラプレビル、シメプレビルが保険適用となっている。さらに NS5A 領域への低分子阻害薬が開発され、その強力な抗ウイルス効果が注目されている。

本項では、最も臨床開発、臨床試験が進んでいる NS5A 阻害薬であるダクラタスビル(BMS-790052)を中心に述べる。

I NS5A 阻害薬

HCV の非構造蛋白領域 NS5A は、447 アミノ酸残基からなるリン酸化蛋白をコードする領域である。この領域にはインターフェロン(IFN)治療の効果に関係する interferon sensitivity determining region (ISDR; aa2209-2248) や IFN とリバビリン(RBV)の効果に関係する IFN/RBV resistance-determining region (IRRDR; aa2334-2379) が存在している。NS5A の機能については十分に判明してないが、ウイルス RNA 複製に重要な役割を果たしているものと考えられている。特に HCV の粒子形成においてコア蛋白と NS5A 蛋白が相互作用することが推定されている。

NS5A 阻害薬は、低分子阻害薬でありウイルス増殖抑制に大きな効果が期待されている。現在開発されている主な NS5A 阻害薬を表 1 に示す。このうちブリistolマイヤーズ・スクイブ社のダクラタスビルは、クラス初の高選択性の NS5A 複製複合体阻害薬であり、ピコモル濃度で効力を示すほか、種々の genotype に対して作用を示す。

表1 開発中の NS5A 阻害薬

薬剤コード (薬剤名)	開発している会社
ABT-267	Abbott Laboratories (AbbVie)
ACH-2928	Achillion Pharmaceuticals, Inc
BMS-790052 (daclatasvir)	Bristol-Myers Squibb
GS-5885	Gilead Sciences
PPI-461	Presidio Pharmaceuticals, Inc
PPI-668	Presidio Pharmaceuticals, Inc

表2 ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法施行例の背景

	null responders	PEG-IFN/RBV 不適格, 不耐容例
症例数	21	22
年齢, 中央値 (レンジ)	61 (31~70)	68 (45~75)
性別, 男/女	8/13	6/16
HCV genotype 1b	21	22
<i>IL28B</i> genotype (rs12979860)		
CC	3	16
CT	18	6
HCV RNA, 中央値 (SD)	6.8 (0.47)	6.6 (0.64)
ALT, 中央値 (SD)	57.9 (24.86)	45.7 (25.79)
PEG-IFN/RBV ineligible		18
PEG-IFN/RBV intolerant		4

(文献 4 より改変)

このダクラタスビルは健常人と HCV 感染者での血中薬物動態の検討から 1 日 1 回 10mg 以上の内服にて十分な抗ウイルス効果を得られる薬物濃度を維持できることが示されている。Genotype 1 型の感染例に対するダクラタスビル 10mg 単回投与では投与後 24 時間目で -3.2 Log の低下を認めた¹⁾。

II ダクラタスビル併用療法

他の DAAs と同様にダクラタスビル単剤での効果は十分でないため併用療法が行われている。Lok らは, USA において前治療ペグインターフェロン (PEG-IFN) + RBV 治療で null responder (治療開始 12 週目までに HCV RNA 量が 2 Log IU/mL 未満の減少量であった症例) であった genotype 1 型の 21 例に対してダクラタスビルとプロ

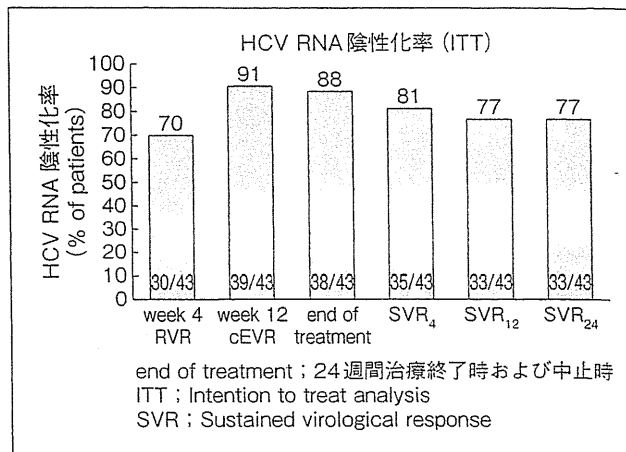
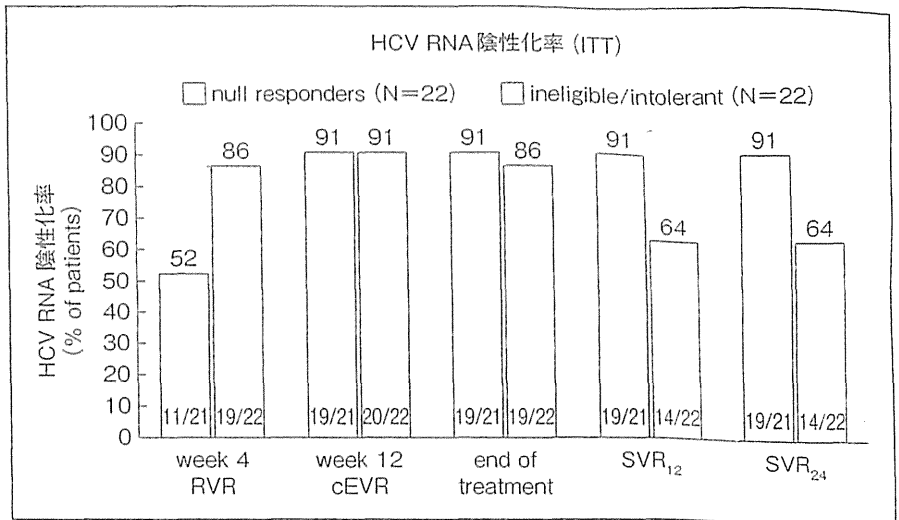


図1 ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法の抗ウイルス効果 (文献 4 より改変)

テアーゼ阻害薬であるアスナプレビル (BMS-650032) の併用療法を行った 11 例 (group A) とダクラタスビルとアスナプレビルにペグインターフェロン + RBV 治療を併用した 10 例 (group B) の成績を報告している²⁾。治療期間はいずれも 24 週間であった。Group A では, 11 例中 4 例が sustained virological response (SVR) になった。Genotype 別では genotype 1a では 9 例中 2 例の SVR であったが, genotype 1b では 2 例とも SVR になった。一方, group B では, 10 例中 9 例で SVR になった。この結果から, genotype 1b は, genotype 1a よりもダクラタスビルとアスナプレビル併用療法が有効な治療になることが示された。

さらに日本では, 第 II 相試験としてダクラタスビルとアスナプレビル併用療法 24 週間投与の臨床試験 (治験) が行われた^{3, 4)}。この試験の概要と結果について示す。まず, 前治療無効例 (IFN と RBV 併用療法) の null responder 10 例で安全性評価の試験を行い, 続いて前治療無効例で追加試験 11 例および PEG-IFN と RBV 併用療法不適格または不耐容 22 例での試験を行った。投与量は, ダクラタスビル 60mg を 1 日 1 回, アスナプレビル 200mg を 1 日 2 回 24 週間投与した。対象症例の背景は, null responder 群, IFN と RBV 併用療法不耐容または不適格例群でそれぞれ年齢 61 歳, 68 歳, 性別 (男/女) 8/13, 6/16, *IL28B*

図2 ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法の抗ウイルス効果 (null responder と ineligible/intolerant) (文献4より改変)



genotype (rs12979860) (CC/CT) 3/18, 16/6, HCV RNA 量 (Log IU/mL) 6.8, 6.6であった (表2)。全症例の抗ウイルス効果では、治療開始後の陰性化率は4週目 (RVR) 70%, 12週目 (cEVR) 91%, 24週目または治療終了時 (EOT) 88%, 治療終了後4週目 (SVR4) 81%, 治療終了後12週目 (SVR12) 77%, 治療終了後24週目 (SVR24) 77%であった (図1)。治療中に陰性化したウイルスの再上昇を認めた症例 (viral breakthrough) は3例、治療終了後にウイルスの再燃を認めた症例は4例であった。null responder群、IFNとRBV併用療法不耐容または不適格例群では、治療開始後の陰性化率はそれぞれ4週目 (RVR) 52%, 86%, 12週目 (cEVR) 91%, 91%, 24週目または治療終了時 (EOT) 91%, 86%, 治療終了後12週目 (SVR12) 91%, 64%, 治療終了後24週目 (SVR24) 91%, 64%であった。null responder群、IFNとRBV併用療法不耐容または不適格例群ではSVR率がnull responder群で高かったが、統計学的な差は認めなかった (図2)。またIFNの治療効果に関する*IL28B*のgenotype別では、CC群とCT群で治療開始後の陰性化率はそれぞれ4週目 (RVR) 74%, 67%, 12週目 (cEVR) 90%, 92%, 24週目または治療終了時 (EOT) 95%, 83%, 治療終了後12週目 (SVR12) 74%, 79%, 治療終了後24週目 (SVR24) 74%, 79%であった (図3)。*IL28B*のgenotype別では、

両群間に差を認めなかった。このようにダクラタスビルとアスナプレビル併用療法は、PEG-IFNとRBVの治療困難例であるnull responder症例やIFNの使用できない不耐容または不適格例にも高い効果を認めていた。さらにIFNの治療効果に関する*IL28B*のgenotypeにも関係なく高い効果を認めた。一方ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法の中止例は3例 (ビリルビン上昇, ALT値上昇)であったが、そのほかの副作用は軽微なものが大半であり、両薬剤の忍容性は保たれていた^{3,4)}。

一方ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法の治療不成功例では、治療後のHCV遺伝子解析で両剤に対する耐性ウイルスの出現が報告されている⁵⁾。プロテアーゼ阻害薬であるアスナプレビルの耐性変異としてはD168A/E/Vが認められ、NS5A阻害薬であるダクラタスビルの耐性変異としてL31M/VとY93Hが認められている。治療不成功例7例中5例で治療開始前にダクラタスビルの耐性変異を認めていた。しかし同様の変異を開始前に認めていたがSVRになった症例が5例認められた。このことより、開始前の耐性変異の有無は必ずしも治療の不成功を示唆するものではない。また、治療不成功例7例では、治療中のダクラタスビルとアスナプレビルの血漿中のトラフ値が低かったが、他のSVR症例でもトラフ値の低い症例が多く認められていた⁴⁾。トラフ値と

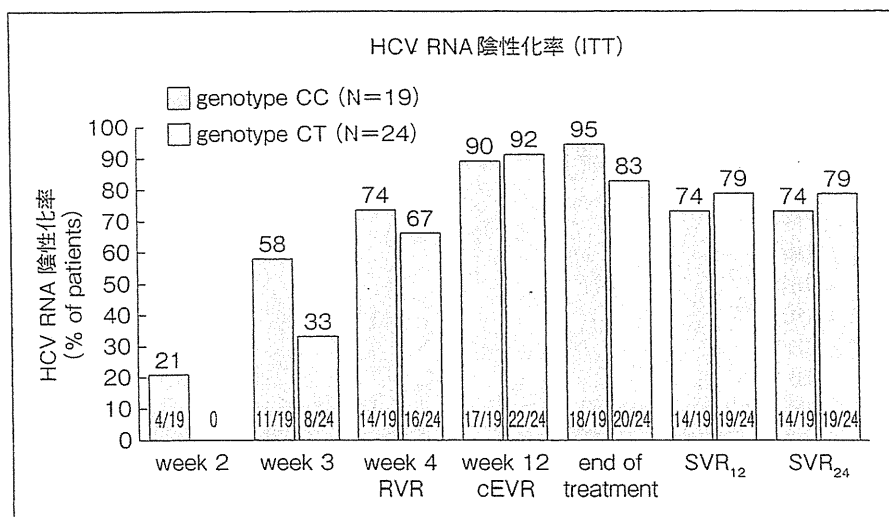


図3 ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法の抗ウイルス効果 (IL28B, rs 12979860 別)

(文献4より改変)

効果に関しては、更なる検討が必要である。

III 今後のダクラタスビル併用療法

日本のC型肝炎症例は、高齢化している。またPEG-IFNとRBVの併用療法でのnull responderが存在し、このような症例ではプロテアーゼ阻害薬とPEG-IFNとRBVの3剤併用療法の効果も十分ではない。さらに精神疾患やその他の合併症が存在する症例ではIFNとRBVの併用療法自体が施行できない。ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法は、上記のような高齢者、PEG-IFNとRBVの併用療法でのnull responder、IFNの使用できない不耐容または不適格例に対して効果が高い治療法であるとともに、副作用が少ない新しい治療法である。

日本では、現在ダクラタスビルとアスナプレビル併用療法の第III相臨床試験(治験)が行われている。また、日本や欧米を中心に他のNS5A阻害薬とプロテアーゼ阻害薬の内服治療、NS5B阻害剤(ポリメラーゼ阻害薬)やRBVを含めた内服薬による治療も治験として行われている。将来的には、IFNを使用しない副作用が少なくかつ効果の高いDAAの併用療法がC型肝炎治療の中

心になると予測される。NS5A阻害薬はその中心的な薬剤になる可能性が高い薬剤であり、今後の治療成績への注目とともに実臨床での使用が期待されている。

(鈴木文孝)

文献

- 1) Gao M, Nettles RE, Belema M, et al. : Chemical genetics strategy identifies an HCV NS5A inhibitor with a potent clinical effect. *Nature* 465 ; 96-100, 2010
- 2) Lok AS, Gardiner DF, Lawitz E, et al. : Preliminary study of two antiviral agents for hepatitis C genotype 1. *N Engl J Med* 366 : 216-224, 2012
- 3) Chayama K, Takahashi S, Toyota J, et al. : Dual therapy with the nonstructural protein 5A inhibitor, daclatasvir, and the nonstructural protein 3 protease inhibitor, asunaprevir, in hepatitis C virus genotype 1b-infected null responders. *Hepatology* 55 : 742-748, 2012
- 4) Suzuki Y, Ikeda K, Suzuki F, et al. : Dual oral therapy with daclatasvir and asunaprevir for patients with HCV genotype 1b infection and limited treatment options. *J Hepatol* 58 : 655-662, 2013
- 5) Karino Y, Toyota J, Ikeda K, et al. : Characterization of virologic escape in hepatitis C virus genotype 1b patients treated with the direct-acting antivirals daclatasvir and asunaprevir. *J Hepatol* 58 : 646-654, 2013

C型肝炎治療

~DAAsで広がる治療対象~
Direct Acting Antivirals

编者

熊田 博光

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 分院長

茶山 一彰

広島大学病院 病院長

豊田 成司

北海道厚生農業共同組合連合会 札幌厚生病院 院長

 医薬ジャーナル社

C型肝炎治療～ DAAs で広がる治療対象～
Direct Acting Antivirals

定価 (本体 4,800 円 + 税)

2014年12月15日初版発行

編者 熊田 博光
茶山 一彰
豊田 成司
発行者 沼田 稔

発行所 株式会社 医薬ジャーナル社
〒541-0047 大阪市中央区淡路町3丁目1番5号・淡路町ビル21
TEL 06-6202-7280
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKiビル
TEL 03-3265-7681
<http://www.iyaku-j.com/>
振替口座 00910-1-33353

乱丁、落丁本はお取りかえいたします。
ISBN978-4-7532-2710-5 C3047 ¥4800E

本書に掲載された著作物の翻訳・複写・転載・データベースへの取り込みおよび送信に関する著作権は、小社が保有します。

・JCOPY|(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

小社の全雑誌、書籍の複写は、著作権法上の例外を除き禁じられています。小社の出版物の複写管理は、(社)出版者著作権管理機構(JCOPY)に委託しております。以前に発行された書籍には、「本書の複写に関する許諾権は外部機関に委託しておりません。」あるいは、「(株)日本著作出版権管理システム(JICLS)に委託しております。」と記載しておりますが、今後においては、それら旧出版物を含めた全てについて、そのつど事前に(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979)の許諾を得てください。

本書を無断で複製する行為(コピー、スキャン、デジタルデータ化など)は、著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き禁じられています。大学、病院、企業などにおいて、業務上使用する目的(診療、研究活動を含む)で上記の行為を行うことは、その使用範囲が内部的であっても、私的使用には該当せず、違法です。また私的使用に該当する場合であっても、代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法となります。

本書の内容については、最新・正確であることを期しておりますが、薬剤の使用等、実際の医療に当たっては、添付文書での確認など、十分ご注意ください。株式会社 医薬ジャーナル社

第2章 C型肝炎の治療

1 C型肝炎治療ガイドライン (1) C型慢性肝炎治療のガイドライン (厚労省研究会編)の概説

ポイント	<ul style="list-style-type: none"> □ C型慢性肝炎・肝硬変は肝機能値の異常が長期化したり，年齢が高齢化するとともに肝細胞がんの発生頻度が上昇することから，ウイルス排除が可能な症例はできるかぎり早期に治療を開始する必要がある。 □ インターフェロン（IFN）の初回投与例において，Genotype 1型，高ウイルス量症例では，ペグインターフェロン（Peg-IFN），リバビリン（RBV），シメプレビル（SMV）の3剤併用療法24週間投与が標準治療である。 □ 初回治療のGenotype 2型，高ウイルス量症例は，Peg-IFN α-2b またはベータインターフェロン（IFN β）とリバビリン（RBV）の併用療法24週間投与が標準治療である。 □ Genotype 1型でIFN療法再燃例への再投与は，Peg-IFN，RBV，SMVの3剤併用療法を基本とする。 □ Genotype 1型でIFN療法無効例への再投与は，IFNフリーのダクラタスビルとアスナプレビル併用療法またはSMVとの3剤併用療法が選択される。 □ IFNを使用しないダクラタスビル/アスナプレビル併用療法は，IFN不適格・不耐容例または前治療IFNの無効例が適応である。慢性肝炎と代償性肝硬変症に適応がある。
------	---



はじめに

C型慢性肝炎に対する治療は，direct acting antivirals（DAAs）と呼ばれるC型肝炎ウイルスの蛋白を直接阻害する薬剤の登場により，高い治癒率を認める時代となっている。DAA製剤の一つ

であるプロテアーゼ阻害薬（テラプレビル，シメプレビル，アスナプレビルなど）やNS5A阻害薬（ダクラタスビル）は，現在C型肝炎の重要な治療薬となっている。

これらの薬剤を適切に使用するためのC型慢性肝炎のガイドラインについては，厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業（肝炎分野）「科学的根拠に基づくウイルス性肝炎診療ガイドラインの構築に関する研究」の研究班¹⁾によるものと，日本肝臓学会の肝炎診療ガイドライン作成委員会によるもの（2章1-2参照）がある。

本稿では厚生労働省の研究班によるC型慢性肝炎治療のガイドラインについて述べる。

I

「平成26年度C型慢性肝炎に対する治療のガイドライン」

厚生労働科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業（肝炎分野）による「C型慢性肝炎に対する治療のガイドライン」は，平成14年度より作成されており，治療法の進歩とともに毎年改訂を行っている。平成26年度のガイドラインでは，平成25年11月に製造販売承認の得られたシメプレビルとPeg-IFN，RBVの併用療法を含めたIFN療法の初回治療と再治療とともに進展予防（発癌予防）の治療，肝炎の治療および発癌抑制を目指した血清ALT（alanine aminotransferase）値正常の肝炎例への抗ウイルス治療，C型慢性肝炎に対する治療の中止基準，肝硬変に対する治療，のガイドラインを提示している。さらに平成26年7月に製造販売承認の得られたダクラタスビルとアスナプレビルの併用療法についてもガイドラインに追記され，改訂が行われている。

II

C型慢性肝炎・肝硬変の治療ガイドラインの基本指針

C型慢性肝炎・肝硬変は肝機能値の異常が長期化したり，年齢が高齢化するとともに肝細胞がんの発生頻度が上昇することから，ウイルス排除が可能な症例はできるかぎり早期に治療を開始する必要がある。

Genotype，遺伝子多型（single-nucleotide polymorphisms [SNPs]；IL28Bなど），ウイルスの変異（Interferon sensitivity determining region [ISDR]，コアアミノ酸変異（70番），interferon/ribavirin resistance determining region [IRRDR]）および薬剤耐性等により治療効果が異なることから，治療前に治療効果に関与する因子を十分検討して治療を開始すべきである。

DAA製剤は治療前から薬剤耐性が一定頻度で存在し，さらに治療後にも新たな薬剤耐性が出現し治療が無効となる可能性があることに留意する必要がある。

治療法については今後も毎年新たな治療薬が開発されていることから，治療法の進歩に注視する必要がある。

以上の点について理解し治療を行うことが大切である。

Ⅲ

C型慢性肝炎に対する初回治療

1 インターフェロン治療 (Genotype 1 型, 高ウイルス量症例, 初回投与例)

IFN の初回投与例において, Genotype 1 の高ウイルス量症例では, Peg-IFN, RBV, SMV の 3 剤併用療法 24 週間投与が標準治療である。投与法は, 3 剤併用を 12 週間行い, その後は Peg-IFN, RBV の併用療法を 12 週間行う。平成 25 年度まで Peg-IFN α -2b, RBV, テラプレビル (TVR) の 3 剤併用療法を行っていたが, 安全性の面から SMV との 3 剤併用療法を第一選択としている (表 1)。また, TVR の 3 剤併用療法の治療成績が高かったことより, TVR の薬剤投与量を調節することにより安全性が高いと考えられる症例では, TVR の 3 剤併用療法を選択することも可能である。この際, 安全性, 有効性を考慮し, TVR の投与量は原則 1 日 1,500mg 投与 (朝, 夕 3 錠ずつ) とし, 体重・年齢により増減する。

なお, うつ病・うつ状態などの副作用の出現が予測される症例, 高齢者などの副作用出現のリスクが高い症例に対しては後述する IFN フリー (IFN を使用しない) の内服 2 剤治療 (ダクラタスビル, アスナプレビル併用療法) または IFN β と RBV 併用療法を考慮する。一方, IFN 不適格症例では, IFN フリーの治療 (後述) が選択肢となる。

表 1 平成 26 年 C 型慢性肝炎に対する初回治療ガイドライン

	Genotype 1	Genotype 2
高ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL 以上	Peg-IFN + Rivavirin (24 週間) + Simeprevir (12 週間)	Peg-IFN α -2b : Peg-Intron + Ribavirin : Rebetol (24 週間) IFN β : Feron + Ribavirin : Rebetol (24 週間)
低ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL 未満	IFN (24 週間) Peg-IFN α -2a : Pegasys (24 ~ 48 週間)	IFN (8 ~ 24 週間) Peg-IFN α -2a : Pegasys (24 ~ 48 週間)

・ Genotype 1 高ウイルス量症例には, TVR・Peg-IFN・RBV 併用も使用可能 (ただし安全性, 有効性を考慮し, TVR の投与量は原則 1,500mg (3-0-3) とし体重, 年齢により増減する。)

・ Genotype 1, 2 (高ウイルス量) ともにうつ病・うつ状態などの副作用の出現が予測される症例, 高齢者などの副作用出現のリスクが高い症例に対しては IFN β + Ribavirin 併用療法を考慮する。

IFN 不適格 (未治療) 症例では, IFN フリーの次世代治療まで待つことも選択肢のひとつとなる。

・ Genotype 2 型の低ウイルス量症例の IFN 単独治療では, 2 週以内に HCV RNA が陰性化する症例では, 8 ~ 16 週に短縮することも可能である。

TVR : テラプレビル, Peg-IFN : ペグインターフェロン, RBV : リバビリン

(文献 1 より)

2 インターフェロン治療 (Genotype 1 型, 高ウイルス量症例以外)

初回治療の Genotype 2, 高ウイルス量症例は, Peg-IFN α -2b または IFN β と RBV の併用療法 24 週間投与が標準治療である。また低ウイルス量の Genotype 1 に関しては, IFN 単独療法の 24 週間投与, あるいは Peg-IFN α -2a の 24 週から 48 週間投与が標準治療である。低ウイルス量の Genotype 2 に関しては, IFN の 8 週から 24 週間投与法, あるいは Peg-IFN α -2a の 24 週から 48 週間投与が標準治療である (表 1)。

また Genotype 2 型において, うつ病・うつ状態などの副作用の出現が予測される症例などでは, Peg-IFN と RBV 併用療法を選択することが望ましい。

IV C型慢性肝炎に対する再治療

1 インターフェロン治療 (再治療)

C型慢性肝炎に対する再治療のガイドラインの基本概念は, 初回治療の無効の要因を検討し, 治癒目的の治療か, 進展予防 (発癌予防目的) を目指した ALT の正常化あるいは安定化のための治療法かを選択することである。

新規に治癒目的の再治療を行う症例に対する治療法の選択では, Genotype 1 型で IFN 療法 (Peg-IFN 製剤, RBV との併用含む) 再燃例への再投与は, Peg-IFN, RBV, SMV の 3 剤併用療法 24 週間投与の効果が非常に高いことから (治癒率 90 ~ 97%), 3 剤併用療法の 24 週間の投与を基本とする (表 2)。一方 Genotype 1 型でインターフェロン療法 (Peg-IFN 製剤, RBV との併用含む) 無効例への再投与は, IFN フリーのダクラタスビルとアスナプレビル併用療法または SMV の 3 剤

表 2 平成 26 年 C 型慢性肝炎に対する再治療ガイドライン (IFN 単独または Peg-IFN/RBV 再燃例)

	Genotype 1	Genotype 2
高ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL 以上	Peg-IFN + Ribavirin (24 週間) + Simeprevir (12 週間)	Peg-IFN α -2b + Ribavirin : (36 週間)
低ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL 未満		Peg-IFN α -2a + Ribavirin : (36 週間) IFN β + Ribavirin (36 週間)

Genotype 1 前治療無効例では, 安全性の面から Simeprevir 3 剤併用療法を第一選択とするが, Telaprevir 3 剤併用療法への安全性が高いと考えられる症例では, 選択することも可能である。その場合 Telaprevir の投与量は 1,500mg を基本とし適宜増減する。

Peg-IFN : ペグインターフェロン

(文献 1 より)



平成 26 年 IFN 不適格 / 不耐容例 / 前治療無効例

Genotype 1 における C 型慢性肝炎に対する治療ガイドライン

		Genotype 1
IFN 不適格 / 不耐容例	高ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL 以上	Daclatasvir + Asunaprevir (24 週間)
	低ウイルス量 5.0 Log IU/mL 300 fmol/L 1 Meq/mL 未満	
前治療無効例	Null Responder	Daclatasvir + Asunaprevir (24 週間)
	Partial responder	Peg-IFN + Ribavirin (24 週間) + Simeprevir (12 週間)

- ・前治療無効例では治療前に NS5A・NS3 領域の耐性ウイルスの有無を測定することが望ましい。
- ・Daclatasvir + Asunaprevir 投与期間中、肝機能 (ALT/AST) の上昇する症例が存在することから、投与期間中は肝機能のモニタリングを定期的に行うこと。ALT (GPT) が基準値上限の 5 倍以上に上昇した場合は治療薬の投与中止も含め治療法を再検討する。10 倍以上に上昇した場合には、投与を中止する。
- ・ウイルス学的 breakthrough (投与中に血中 HCV RNA 量が最低値から 1 Log IU/mL を超えて増加) が発現した場合は、Daclatasvir + Asunaprevir の投与中止を考慮する。
- ・Daclatasvir + Asunaprevir は内服剤であるため投与にあたっては、飲み忘れ等がないよう服薬コンプライアンスを十分指導する。

Genotype 1a 型に対する Daclatasvir + Asunaprevir の治療効果は限定的である (22% ; 2/9)。

(文献 1 より)

併用療法が選択される (表 3)。一方、TVR の薬剤投与量を調節することにより TVR 3 剤併用療法で治療効果の上昇を認める可能性があることから、安全性が高いと考えられる症例では、TVR 3 剤併用療法を選択することも可能である。やはりこの場合も TVR の投与量は原則 1 日 1,500 mg 投与とし体重、年齢により増減する。

一方 Genotype 2 型で IFN 再燃・無効例への再投与は、IFN と RBV 併用療法 36 週間投与または TVR との 3 剤併用療法を行う (表 2)。

2 IFN フリーのダクラタスビル / アスナプレビル併用療法

IFN を使用しないダクラタスビル / アスナプレビル併用療法は、IFN 不適格・不耐容例または前治療 IFN の無効例が適応である (表 3)。慢性肝炎と代償性肝硬変症に適応がある。高い治療効果と副作用が少ない治療であるが、治療前に HCV NS3 領域と NS5A 領域に薬剤耐性ウイルスが認められる場合、治療効果の低下が報告されている。したがって、前治療インターフェロンの無効例で耐性ウイルスが認められる症例では SMV との 3 剤併用療法を選択する (図 1)。

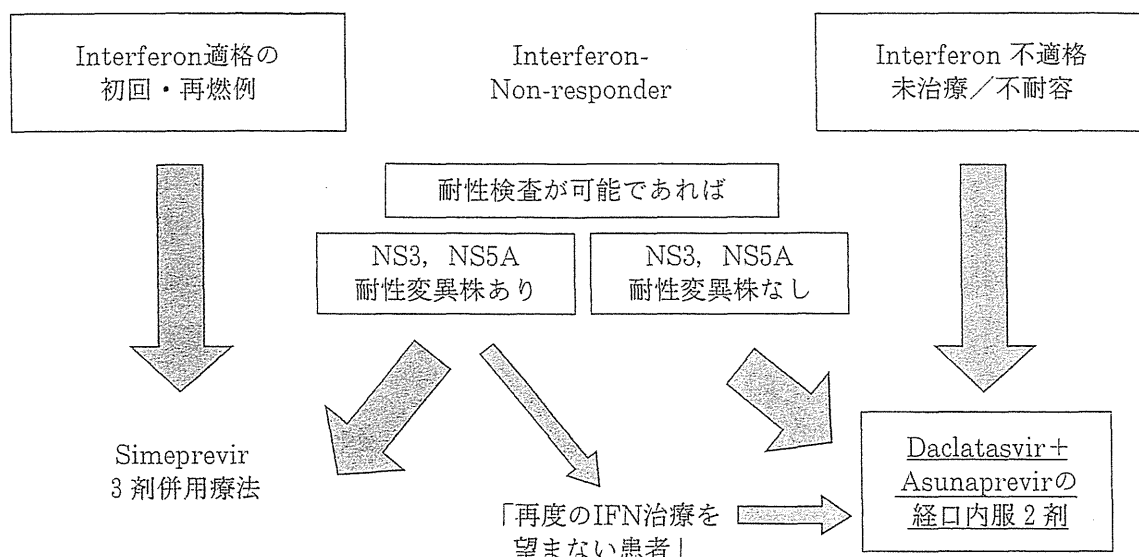


図1 ダクラタシル+アスナプレビルの経口内服2剤 (Non-responders, Interferon- 不適格未治療 / 不耐容) の治療の選択肢を示す。

(文献1より)

V 進展予防（発癌予防）の治療

IFN 治療や IFN フリーの内服治療が困難な症例で発癌リスクの高い症例（50 歳以上，F2 以上，F は線維化の程度）では，IFN の副作用の素因を考慮し，発癌予防目的の IFN の長期投与が選択肢となる。なお，IFN α 製剤は 300 万単位 / 日，週 3 回を原則とし，在宅自己注射（Peg-IFN 製剤を除く）も可能である。また Peg-IFN α -2a 製剤を使用する場合は 90 μ g / 日を 1 ~ 2 週に 1 回使用する。また IFN 非適応例および IFN で ALT 値，AFP (α -fetoprotein) 値の改善が得られない症例は，肝底護剤 (SNMC [強力ネオミノファーゲン C]，UDCA [ウルソデオキシコール酸])，瀉血療法を単独あるいは組み合わせて治療する。

進展予防（発癌予防）を目指した治療の ALT の目標値は stage 1 (F1) では，持続的に基準値の 1.5 倍以下にコントロールする。Stage 2-3 (F2 ~ F3) では，極力正常値 ALT \leq 30 IU/L にコントロールすることを推奨している。

VI 肝炎の治療および発癌抑制を目指した血清 ALT 値正常の C 型肝炎例への抗ウイルス治療

ALT 値正常症例の解析と IFN 治療の効果について検討し，ガイドラインを作成している。このガイドラインでは，血小板数と ALT 値から抗ウイルス療法の治療適応について提示している。血

清 ALT 値正常症例に対する治療効果の検討では、ALT 値異常例と同等の治療効果が得られている。したがって、血小板数が 15 万以上で ALT 30 IU/L 以下の症例では、2～4 カ月ごとに血清 ALT 値をフォローし、異常を呈した時点で完治の可能性・発癌リスクを考慮して抗ウイルス療法を考慮する。一方、血小板数 15 万以下の症例は、線維化進展例がかなり存在するため、慢性肝炎治療に準じて抗ウイルス療法を考慮する。経過観察する場合は、2～4 カ月毎に血清 ALT 値を測定し、異常を示した時点で抗ウイルス療法を考慮する。一方、ALT 値が 31～40 IU/L の症例に関しては、慢性肝炎の治療に準じる。ただし ALT 値が正常であっても高齢化とともに発癌リスクが高くなることから、年齢を考慮して治療を決定することが望ましい。

VII

C型慢性肝炎に対する治療の中止基準

Peg-IFN, RBV, プロテアーゼ阻害薬の 3 剤併用療法の場合、治療開始 12 週後に HCV RNA 量が陰性化しない症例は治療を中止する。また、治療期間中に HCV RNA がウイルス学的 breakthrough (2 回連続して HCV RNA の最低値から 2 log IU/mL を超えて増加) した場合は、治療を中止する。

Peg-IFN または IFN β と RBV の 2 剤併用療法の場合は、投与開始 12 週後に HCV RNA 量が前値の 2 Log IU/mL 以下に低下せず HCV RNA が陽性で、36 週までに陰性化がなく、かつ ALT・AST が正常化しない症例は、36 週で治療目的の治療は中止する。しかし投与開始 12 週後に HCV RNA 量が開始時と比較して 2 Log IU/mL 以上低下し、ALT 値が正常化した症例は、48 週まで継続治療を行い、治療終了後の長期 ALT 値正常化維持を期待する。IFN を使用しないダクラタスビルとアスナプレビル併用療法では、AST 値、ALT 値が 300 IU/L 以上、総ビリルビン値が 3.0 mg/dL 以上になった場合中止する。

また、IFN 単独投与の場合は、進展予防(発癌予防)の治療で、IFN 製剤投与開始 6 カ月以内に ALT 値または AFP 値の有意な改善が見られない場合は発癌抑制効果が期待できないため、治療を中止する。

VIII

肝硬変に対する治療

Genotype 1 型の C 型代償性肝硬変に対する IFN を使用しないダクラタスビルとアスナプレビル併用療法は、IFN 不適格・不耐容例または前治療 IFN の無効例で使用可能である。また IFN 療法では、治療率および肝癌進展抑制効果を期待し、年齢、血小板値と副作用の素因などを考慮して行う。IFN 療法は、Peg-IFN と RBV 併用療法を選択することが望ましい。この際も Genotype 1 型かつ高ウイルス量の C 型代償性肝硬変症例への Peg-IFN と RBV 併用療法の投与では、投与期間延長(72 週間投与)の基準として、投与開始 12 週後に HCV RNA 量が前値の 2 Log IU/mL 以下に低

下するが、HCV RNA が陽性で、36 週までに陰性化した症例ではプラス 24 週（トータル 72 週間）に投与期間を延長する。

Genotype 1 型かつ高ウイルス量症例以外で、投与前のヘモグロビン (Hb) 値やうつ病・うつ状態などの副作用の出現が予測される症例に対しては、IFN 療法 (IFN β : フェロン[®] あるいは IFN α : スミフェロン[®]) を選択することも可能である。

一方、C 型肝硬変で治癒目的の IFN 無効例には ALT, AFP 値の低下を目指し IFN 製剤 (スミフェロン[®]) の少量長期療法を行う。または、ALT 値改善を目指し SNMC, UDCA などの肝庇護療法を行う。さらに肝硬変症例には血清アルブミン値を考慮して分岐鎖アミノ酸製剤 (リーバクト[®]) を使用して発癌抑制を目指す、としている。



おわりに

日本肝臓学会の肝炎診療ガイドライン作成委員会による C 型慢性肝炎治療のガイドラインにおいても、初回治療、再治療、高齢者、非高齢者、線維化進展例、軽度例に分けて治療法を提示している。2014 年 9 月に改訂版である C 型肝炎治療ガイドライン (第 3 版) が発行されているため参照されたい。

(鈴木 文孝)

文献

- 1) 平成 25 年度厚生労働省厚生科学研究費肝炎等克服緊急対策研究事業 (肝炎分野) 科学的根拠に基づくウイルス性肝炎診療ガイドラインの構築に関する研究班: 平成 26 年 B 型 C 型慢性肝炎・肝硬変治療のガイドライン (平成 25 年度総括・分担研究報告書) 平成 26 年 3 月. <http://www.vhfj.or.jp/04.support/pdfdir/h26guideline.pdf>

C型肝炎治療

~DAAsで広がる治療対象~
Direct Acting Antivirals

编者

熊田 博光

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 分院長

茶山 一彰

広島大学病院 病院長

豊田 成司

北海道厚生農業共同組合連合会 札幌厚生病院 院長