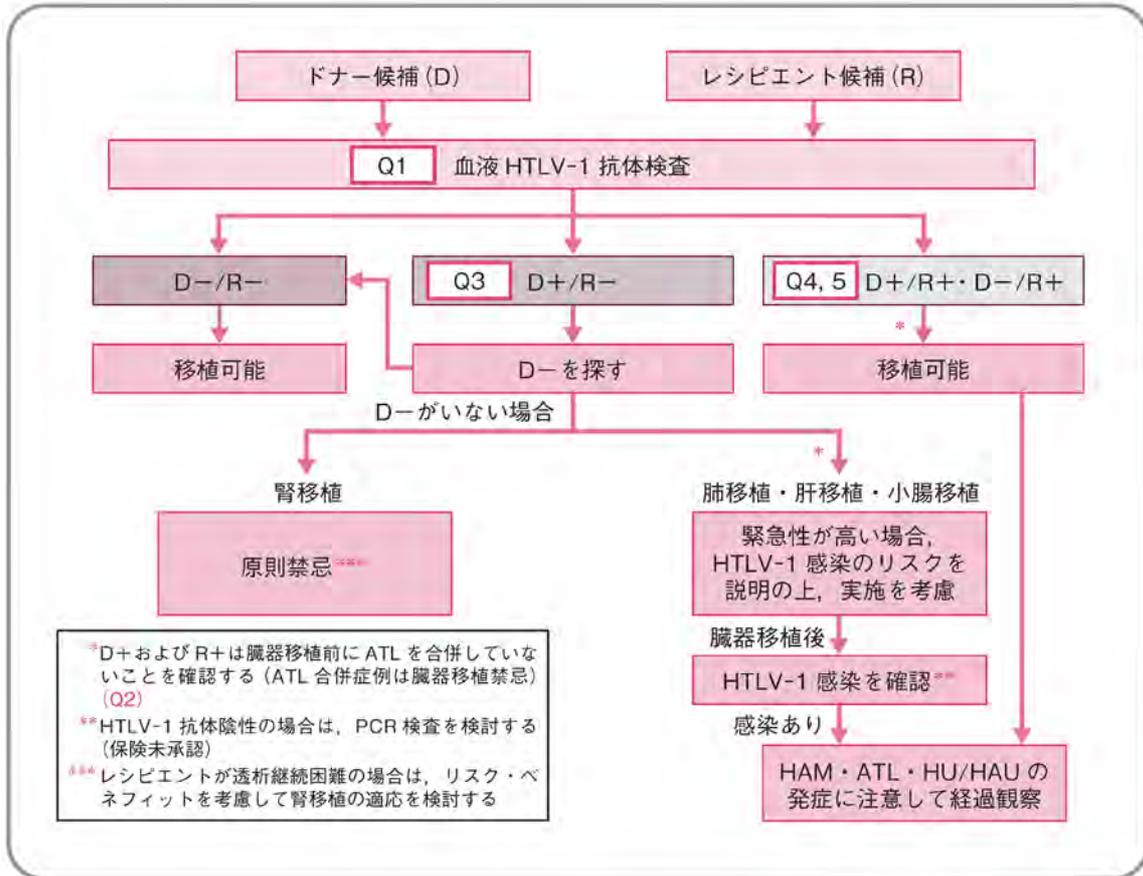




# アンケート調査票

2. 「HAM 診療ガイドライン 2019～HTLV-1 陽性臓器移植診療の対応を含めて～」に掲載されている「HTLV-1 陽性の臓器移植候補者の診療アルゴリズム」(図 1) についてお答えください。

図 1 HTLV-1 陽性の臓器移植候補者の診療アルゴリズム



注：本アルゴリズムは、生体腎・肺・肝・小腸移植を対象としています。死体移植（全臓器）および生体臓器移植では、HTLV-1 陽性ドナーからの移植（D+/R- および D+/R+）は禁忌と記載されています（D-/R+ 移植は可）。  
 [日本神経学会ほか（監）：HTLV-1 関連脊髄症（HAM）診療ガイドライン—HTLV-1 陽性関節リウマチ & HTLV-1 陽性臓器移植診療の対応を含めて、p.107, 南江堂, 2019]

Q1. 本ガイドラインが発行されたことをご存知でしたか。

1. 知っていて、診療の参考になっている
2. 知っていて、今後診療の参考にしようと思っている
3. 知っているが、診療の参考にしようとは思っていない
4. このアンケートで知り、今後診療の参考にしようと思う
5. このアンケートで知ったが、今後も診療の参考にしようとは思わない

Q2. HTLV-1 陽性の臓器移植候補者の診療アルゴリズム（図 1）の内容に賛成ですか、それとも反対ですか。

1. 賛成      2. どちらかといえば賛成      3. どちらかといえば反対      4. 反対

Q3. 診療アルゴリズム（図 1）に関するご意見がございましたらお書きください。

ご意見

## アンケート調査票

### 3. HTLV-1 陽性の臓器移植患者への対応についてお答えください。

#### 3-1 : HTLV-1 陽性の臓器移植候補への対応について

Q1. ドナーまたはレシピエントが HTLV-1 陽性の場合の、臓器移植の実施についてお伺いします。

D+/R-・D+/R+・D-/R+の各臓器移植に対する **2020 年 1 月末時点の貴診療科の方針**について、  
 あてはまる選択肢の番号を 1 つ「○」で囲んでください。 ※貴診療科で対応している臓器のみお答えください。

| 臓器 | HTLV-1 の感染状態 | 実施する | 原則として実施しない<br>(場合により実施する) | 実施しない | 方針を決めていない |
|----|--------------|------|---------------------------|-------|-----------|
| 腎臓 | D+/R-        | 1    | 2                         | 3     | 4         |
|    | D+/R+        | 1    | 2                         | 3     | 4         |
|    | D-/R+        | 1    | 2                         | 3     | 4         |
| 肝臓 | D+/R-        | 1    | 2                         | 3     | 4         |
|    | D+/R+        | 1    | 2                         | 3     | 4         |
|    | D-/R+        | 1    | 2                         | 3     | 4         |

Q2. **HTLV-1 陽性ドナーから陰性レシピエントへの臓器移植 (D+/R-)** は、レシピエントが高率に HTLV-1 に感染し、移植後早期に HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) を発症するリスクがあります。成人 T 細胞白血病リンパ腫 (ATL)、HTLV-1 関連ブドウ膜炎 (HU) を発症するリスクは現在のところ不明です。  
 以上のことを D+/R-の移植候補に説明するという方針に賛成ですか、それとも反対ですか。

|       |               |               |       |
|-------|---------------|---------------|-------|
| 1. 賛成 | 2. どちらかといえば賛成 | 3. どちらかといえば反対 | 4. 反対 |
|-------|---------------|---------------|-------|

Q3. **HTLV-1 陽性ドナーから陽性レシピエントへの臓器移植 (D+/R+)** のレシピエントは、HTLV-1 関連疾患 (ATL、HAM、HU) の発症率が上昇するというエビデンスはありませんが、少なくとも一般の HTLV-1 感染者と同様に、HTLV-1 関連疾患を発症する可能性があると考えられます。  
 以上のことを D+/R+の移植候補に説明するという方針に賛成ですか、それとも反対ですか。

|       |               |               |       |
|-------|---------------|---------------|-------|
| 1. 賛成 | 2. どちらかといえば賛成 | 3. どちらかといえば反対 | 4. 反対 |
|-------|---------------|---------------|-------|

Q4. **HTLV-1 陰性ドナーから陽性レシピエントへの臓器移植 (D-/R+)** のレシピエントは、HTLV-1 関連疾患 (ATL、HAM、HU) の発症率が上昇するというエビデンスはありませんが、少なくとも一般の HTLV-1 感染者と同様に、HTLV-1 関連疾患を発症する可能性があると考えられます。  
 以上のことを D-/R+の移植候補に説明するという方針に賛成ですか、それとも反対ですか。

|       |               |               |       |
|-------|---------------|---------------|-------|
| 1. 賛成 | 2. どちらかといえば賛成 | 3. どちらかといえば反対 | 4. 反対 |
|-------|---------------|---------------|-------|



## アンケート調査票

Q3. HTLV-1 感染の確認検査は、判定保留になる場合があります。判定保留となった場合はどうしますか。

※確認検査法は、2019年に従来のウエスタンブロット（WB）法が中止になり、判定保留率が低減したラインブロット（LIA）法に移行しました。

1. 陽性と考える
2. 陰性と考える
3. 他科または他医療機関に相談する
4. HTLV-1 核酸検出検査（PCR；保険未承認）を実施する
5. わからない
6. その他（ )

Q4. 現在、HTLV-1 核酸検出検査（PCR）は、確認検査の結果が判定保留の妊婦でのみ保険承認されています。HTLV-1 核酸検出検査（PCR）が、HTLV-1 陽性または判定保留の臓器移植候補者でも保険承認されることを希望しますか、それとも希望しませんか。

1. 希望する
2. どちらかといえば希望する
3. どちらかといえば希望しない
4. 希望しない

### 3-3 : HTLV-1 陽性の移植候補に対する、成人 T 細胞白血病リンパ腫（ATL）の移植前評価について

Q1. ドナー候補が HTLV-1 陽性の場合、ATL の合併の有無を評価するという方針に賛成ですか、それとも反対ですか。

1. 賛成
2. どちらかといえば賛成
3. どちらかといえば反対
4. 反対

Q2. レシピエント候補が HTLV-1 陽性の場合、ATL の合併の有無を評価するという方針に賛成ですか、それとも反対ですか。

1. 賛成
2. どちらかといえば賛成
3. どちらかといえば反対
4. 反対

Q3. ATL の有無を評価する際に、どのような所見に注目しますか。

あてはまる選択肢の番号とカッコ内の項目をすべて「○」で囲んでください。

1. 身体所見 [ リンパ節腫脹 ・ 肝脾腫 ・ 皮膚病変 ]
2. 血液検査 [ 白血球増多 ・ リンパ球増多 ・ 異常リンパ球 ・ LDH 上昇 ・ 高 Ca 血症 ・ sIL-2R 上昇 ]
3. その他（ )
4. わからない

## アンケート調査票

### 3-4 : 移植後のフォローアップについて

Q1. HTLV-1 陽性ドナーから陰性レシピエント (D+/R-) への臓器移植を実施した場合、移植後に レシピエントの HTLV-1 感染の有無 を確認するという方針に賛成ですか、それとも反対ですか。

- |       |               |               |       |
|-------|---------------|---------------|-------|
| 1. 賛成 | 2. どちらかといえば賛成 | 3. どちらかといえば反対 | 4. 反対 |
|-------|---------------|---------------|-------|

Q2. HTLV-1 陽性レシピエントの臓器移植後のフォローアップでは、HTLV-1 関連疾患 (ATL、HAM、HU) の発症の有無 に注意するという方針に賛成ですか、それとも反対ですか。

- |       |               |               |       |
|-------|---------------|---------------|-------|
| 1. 賛成 | 2. どちらかといえば賛成 | 3. どちらかといえば反対 | 4. 反対 |
|-------|---------------|---------------|-------|

### 4. 貴診療科での HTLV-1 陽性の臓器移植患者の診療経験 に関する、以下の質問にお答えください。

Q1. 臓器移植後に、成人 T 細胞白血病リンパ腫 (ATL)、HTLV-1 関連脊髄症 (HAM)、もしくは HTLV-1 関連ブドウ膜炎 (HU) を発症した レシピエントの診療経験 はございますか。

- |  |
|--|
| 1. はい → <b>ご経験の症例に関する情報について、下表に記載してください。</b> |
| 2. いいえ                                       |
| 3. わからない                                     |

**あてはまる選択肢の番号を「○」で囲み、移植から発症までのおおよその期間を記載してください。**

| 症例 | レシピエントに発症した HTLV-1 関連疾患   | 移植前の HTLV-1 感染          |                         | 移植臓器         | 移植から発症までの期間 |
|----|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|-------------|
|    |                           | ドナー                     | レシピエント                  |              |             |
| 1  | 1. ATL<br>2. HAM<br>3. HU | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 腎<br>2. 肝 | ____年____か月 |
| 2  | 1. ATL<br>2. HAM<br>3. HU | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 腎<br>2. 肝 | ____年____か月 |
| 3  | 1. ATL<br>2. HAM<br>3. HU | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 腎<br>2. 肝 | ____年____か月 |
| 4  | 1. ATL<br>2. HAM<br>3. HU | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 陽性<br>2. 陰性<br>3. 不明 | 1. 腎<br>2. 肝 | ____年____か月 |

## アンケート調査票

Q2. D+/R-臓器移植候補（移植前評価で D+/R-であることが判明した症例。移植実施の有無は問わない。）の診療経験はございますか。

1. はい → **D+/R-臓器移植候補の経験症例数を下表に記載してください。**
2. いいえ
3. わからない

※貴診療科で対応している臓器のみお答えください。

| 臓器 | D+/R-臓器移植候補の経験症例数 |
|----|-------------------|
| 腎臓 | ( ) 症例            |
| 肝臓 | ( ) 症例            |

Q3. HTLV-1 感染予防薬が開発されると、D+/R-臓器移植が安全に実施できるようになることが期待されます。HTLV-1 感染予防薬が開発されることを希望しますか、それとも希望しませんか。

1. 希望する
2. どちらかといえば希望する
3. どちらかといえば希望しない
4. 希望しない

### 5. HTLV-1 陽性臓器移植レジストリについて

Q1. 本研究班では、HTLV-1 感染者に対するより安全な移植医療の確立に資するエビデンスの創出を目指して、HTLV-1 陽性の臓器移植患者を対象とする全国レジストリ **HTLV-1 陽性臓器移植レジストリ** を計画しております。レジストリにご登録いただきますと、PCR による HTLV-1 プロウイルス量定量検査（血液）を研究費で実施し、結果をご報告致します。本レジストリ研究にご参加頂くことは可能でしょうか。

1. 参加する → **レジストリ参加申込書（資料 3）** をご記入の上、**本アンケート調査票とは別の返信用封筒にてご返送ください。**
2. 参加しない

詳細は、「HTLV-1 陽性臓器移植レジストリ」研究参加のお願い（資料 2）をご参照ください。  
ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。

## アンケート調査票

---

6. HTLV-1 陽性臓器移植の診療やガイドラインに関して、ご意見・ご要望がございましたらご自由にお書き下さい。

ご意見・ご要望

質問は以上です。最後までご協力いただき、ありがとうございました。  
返信用封筒に封入の上、**2020年3月14日まで**にご投函ください。

【お問い合わせ先】

聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター 担当 山内淳司

〒216-8512 神奈川県川崎市宮前区菅生 2-16-1

電話：044-977-8111（代表） 内線 4007

E mail : [junji.yamauchi@marianna-u.ac.jp](mailto:junji.yamauchi@marianna-u.ac.jp)