

7月23日(水)18時~19時

会場: 国立国際医療研究センター  
研修棟4階 セミナー室3, 4

今月の話題 肝炎 (7月28日は世界肝炎デー)

「C型肝炎は治る」(15分)

「B型肝炎の最新治療」(15分)

それぞれ質疑を15分行います

### 話題提供者

溝上 雅史 肝炎・免疫研究センター センター長  
考藤 達哉 肝疾患先進医療研究室医長

#### NCGMメディアセミナーとは?

当センターが取り組む健康・医療の課題を広く共有するために開催しています。専門家からの情報収集、不明事項の確認の場、また、医療に関わる専門家がメディアの方の質問から学び、視野を広げる場とすることが目的です。質問・取材の中で必要なデータや写真等のご希望がありましたら、随時お問い合わせください。可能な範囲で対応させていただきます。

★メディアセミナー事務局(申込先)  
電話 03-3202-7181 ex 2028  
FAX 03-3207-1038  
メール [web-master@hosp.ncgm.go.jp](mailto:web-master@hosp.ncgm.go.jp)

※セミナーに参加を希望される方はFAXあるいはメールにて「氏名・所属・連絡先」をお知らせください。  
(申込締切: 7月22日(火))



### 講師略歴(溝上 雅史)

1976年(昭和51年) 名古屋市立大学医学部医学科卒業  
1978年(昭和53年) 社会保険中京病院 消化器科医師  
1989年(平成元年) 英国King's College Hospital Liver Unit, Clinical Research Fellow  
2000年(平成12年) 名古屋市立大学医学部 臨床検査医学教授  
2001年(平成13年) 名古屋市立大学大学院医学系研究科 臨床分子情報医学分野教授  
2008年(平成20年)より 国立国際医療研究センター 肝炎・免疫研究センター センター長  
兼 名古屋市立大学大学院連携大学院 肝炎・免疫分野教授

### 用語や話題の解説

我が国の肝がんの8割はC型肝炎ウイルス(HCV)による肝硬変を基盤に発生します。従来HCVに対しては、ペグインターフェロン(ペグIFN)とリバビリンの併用が標準治療として用いられてきました。HCVが排除されることで、肝がんの発生が抑制されることが明らかとなっており、近年、HCVによる肝がん死亡者数は減少傾向にあります。しかし、依然として既存の治療では効果が得られない難治例や、高齢や合併症によりIFNが使用できない例が残されています。2011年、我が国でも、HCVの複製を抑える直接作用型抗ウイルス薬(Direct acting antivirals, DAA)である第一世代プロテアーゼ阻害剤が臨床に導入されました。HCV排除率が向上した一方で、皮疹、血球減少、腎障害など、しばしば重篤な副作用の合併も認められ、より安全で効果の高い薬剤が求められました。これを受け、2013年には治療効果に優れ安全性の高い第二世代プロテアーゼ阻害剤が認可されました。

IFNを用いず、DAAの組み合わせによるC型肝炎治療は、高齢患者の多いわが国でも期待が高いものです。現在進行中のDAA治験の目覚ましい成績は、IFNフリーの治療が現実的になる日が遠くないと感じさせます。しかし、安易にDAA治療を推進すると、多剤DAA耐性変異を持つHCVが増加することが懸念されます。また、DAAのみで治療された場合、IFNと同様に肝がん発生抑制効果が得られるかどうか、長期的検証が必要な課題です。C型肝炎治療は、新規薬剤の導入に際し、より専門性が求められる時代になりました。

### 講師略歴(考藤 達哉)

1986年(昭和61年) 大阪大学医学部卒業  
1988年(昭和63年) 大阪警察病院内科医師  
1990年(平成2年) 市立堺病院内科医師  
1992年(平成4年) 大阪大学医学部第一内科医員  
1998年(平成10年) 米国Pittsburgh University Department of Surgery, Research Associate  
2003年(平成15年) 大阪大学大学院医学系研究科 樹状細胞制御治療学准教授  
2013年(平成25年) 国立国際医療研究センター 肝炎・免疫研究センター 肝炎患先進医療研究室医長

### 用語や話題の解説

世界には約4億人のB型肝炎ウイルス(HBV)持続感染者が存在しており、HBV対策は世界的な健康課題です。我が国でも肝がんの約2割はHBV感染を基盤として発症しており、現在もHBVによる肝がん患者数は減少していません。肝がん死を減少させるためには、HBVウイルス量を減らし、肝炎を抑える必要があることが、大規模な臨床研究から実証されています。現在、抗HBV療法として、インターフェロン(IFN)製剤と核酸アナログ製剤が使用されています。両薬剤の作用機序は異なり、効果・副作用も異なるため、専門医によって、病状や使用目的に応じて使い分ける必要があります。2013年には、日本肝臓学会から「B型肝炎治療ガイドライン」が提唱されました。

ペグIFNは免疫修飾作用によりHBVを抑制すると考えられています。ペグIFN治療例ではHBs抗原消失効果が得られる場合があり、肝がん抑制効果が期待されています。一方、核酸アナログ製剤は、抗HBV効果はIFNより優れていますが、長期間の服用が必要であること、薬剤耐性変異が出現する場合があること、催奇形性や腎障害など安全性の問題など、その使用には注意が必要です。我が国で、現在使用可能な核酸アナログ製剤には、ラミブジン、アデフォビル、エンテカビル、テノホビルの4種類があります。抗HBV活性の強さと薬剤耐性変異出現率の低さから、これまでエンテカビルが第一選択となってきました。2014年に認可されたテノホビルは、多剤耐性HBVに対する切り札として、次世代のB型肝炎治療の主役になる可能性があります。