

日中肝炎フォーラムでの質疑応答

2022年6月12日

質問：中国では、HCV（C型肝炎）にくらべてHBV（B型肝炎）感染者数をはるかに多いですが、日本ではHBV、HCV感染者数は同等とのことですが、なぜでしょうか？

考藤先生の回答：同様な質問は国際学会でも何度か受けたことがあります。現時点では、正確な回答を持ち合わせていません。一部の遺伝子解析研究では、第二次世界大戦後の社会的不安定によってHCV感染が拡大したとも言われています。これは、一説に過ぎず、HCVの感染経路は把握できておらず、他のアジア諸国と比べて感染が広がった理由は不明です。

質問：日本では、HBV、HCV検査が生涯に一度、無料で受けられるとのことですが、日本政府はどのようにしてこれほど優れた政策を打ち出せたのでしょうか？

考藤先生の回答：ウイルス性肝炎検査は、HCC（肝がん）の最終的な発症を抑えるために非常に重要だと思います。日本の厚生労働省がウイルス性肝炎検査を生涯に1度、無料で提供することを決定し、地方自治体と協力して、中央政府と自治体で費用を分担することで、ほとんどの日本国民がウイルス性肝炎検査を無料で受けられるようになりました。ウイルス性肝炎の抑制は日本政府にとって非常に重要な問題です。最後に、HCCの発生は医療費削減にマイナスに作用します。検査を受けていない人に生涯に1度検査を提供するというのが日本政府の政策です。これは肝炎に関する日本の政策の長所といえます。

回答に対する質問者の発言：中国政府が、全ての国民に無料検査を提供できれば、結核、HIV、HBVをはじめとするあらゆる疾患に対処できると医師は考えており、実現が望まれます。

質問：中国国内では、HBVに対し、30歳以上へのスクリーニング、および抗ウイルス治療を行うのが適当だと考えられています。また、家族歴をもつ慢性肝炎患者には抗ウイルス治療を行うのが適当だと考えられています。日本では、いかがでしょうか。

考藤先生の回答：日本においては、治療の開始に関して、年齢の決まりはないと思います。ウイルス感染の状態と肝臓の病気のステージによって、治療の適用を決めています。ガイドラインでも示されていますが、慢性肝炎と肝硬変と分けて考える必要があります。慢性肝炎では、炎症の程度とウイルス量で、治療の適用を決めています。肝硬変は発がん率が高いので、ウイルスが陽性であれば、治療が必要であるということになります。適応において、年齢は、条件となっていません。

質問：中国では HBV に関するガイドラインを改訂したばかりで、30 歳以上の人抗ウイルス治療を行います。HBV や ALT（肝機能検査）についての条件はありません。こちらについてはどのように考えますか？

考藤先生の回答：HBV に対する抗ウイルス治療の開始年齢に 30 歳を選んだ理由はわかりません。しかし、多くの高齢患者は HBV 感染による線維化が比較的進行した段階にあります。そういう意味では、治療開始を 30 歳以上とする戦略に同意します。

質問：日本では、HCC の約 80%が早期に発見されるため、中国ではまさにその反対で、HCC の 80%はステージが進行してから発見されます。中国でも HCC の早期スクリーニングに関する政策が必要だと思えます。日本が早期発見を実現できているのはなぜでしょうか？

考藤先生の回答：二つの理由が挙げられます。

まず日本では臨床現場での HCC スクリーニングに非常に力をいれています。なぜなら、高リスク群の患者は、ウイルスに感染し肝線維化が進展していることが明らかだからです。日本では全国民が保健制度を利用できるため、肝硬変や肝癌の治療やスクリーニングをすべての患者に平等に提供できます。これが一点です。

HCC スクリーニングには複数の方法があり、超音波検査、MRI または CT が用いられます。このような検査機器はほぼすべての医療機関に備わっており、患者は公共交通機関を利用して、こうした近代的な医療機関を簡単に受診できます。これが、日本が HCC スクリーニングに成功したもう一つの理由です。

質問：B 型肝炎の時期について、中国においては、ほとんどが肝生検で診断をつけています。これに代わる何か、侵襲の低い検査方法というものは、ありますか？ 日本ではどのような方法を用いていますか？

考藤先生の回答：日本でも以前は、肝生検を行っておりました。最近では、それに代わる非侵襲的な肝臓の線維化診断の方法が開発されてきました。

超音波を使ったエラストグラフィがそれに当たります。炎症よりも、線維化の程度を評価することが、発がんリスクに非常に重要であるがわかってきたからです。血液検査でも線維化を反映する指標を用いています。例えば、Fib-4 index です。

これらにより、ALT が高かろうが低かろうが、年齢が高かろうが低かろうが、線維化の進展が疑われるケースには、積極的に抗ウイルス治療を行っています。従って、ALT が正常の非活動期の患者も、肝臓の線維化が進んでいけば、抗ウイルス治療の適用になると考えています。

質問：中国では、核酸アナログ製剤による治療期間は生涯にわたります。多くの患者は核酸アナログ製剤による治療を開始すると回復しますが、治療を中止して **HBV DNA** が再上昇すると重度肝炎を高率に再発します。そのため、通常、表面抗原が消失するまで、核酸アナログ製剤を用いて患者を治療します。

しかし、講演によると、日本の一部の患者は治療期間が過ぎてから核酸アナログ製剤による治療を開始しています。日本ではどのように判断して、いつから核酸アナログ製剤による治療を開始していますか？ また、どのくらいの患者が **HBV DNA** の再発を経験し、例えば劇症肝炎といった不良な転帰をたどりますか？

考藤先生の回答

長期間にわたり **HBV DNA** 抑制を達成した後、どのような患者であれば核酸アナログ製剤の投与を中止できるかについて、非常に活発な議論が行われました。日本肝臓学会は治療ガイドラインにおいて、核酸アナログ製剤の投与を中止して経過観察できる **HBV** 患者についてコメントしています。このガイドラインによると、もちろん **HBV DNA** は陰性でなければいけません。また、**B** 型肝炎ウイルスコア関連抗原も **3.0 LogU/mL** 未満であることが望ましいです。ガイドラインではこのように推奨されています。しかし、核酸アナログ製剤を中止した患者が再燃する確率は **60%** を上回ると考えています。ですから、多くの日本の肝臓専門医は、安定期としての治療や管理が可能な患者であっても、再燃やそれによる重症肝炎の懸念から、核酸アナログ製剤の中止を躊躇します。

以上が現時点での回答です。もちろん、**HBV DNA** の複製をより強力に抑制する新薬が開発されて、新薬による **HBs** 抗原の陰性化が可能になれば、こうした抗ウイルス治療を中止できる患者集団に関する議論を再開するでしょう。それは将来的な議論だと思います。

以上