

座長 松下 修三 (熊本大学エイズ学研究センター病態制御分野教授)

初回治療に対する戦略 - 処方選択の重要なファクター -

Joel E. Gallant

Associate Professor of Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine,
Baltimore, Maryland

初回治療の処方を選択するにはそれぞれの薬剤の副作用、薬物動態、耐性、そして患者の状態や治療に対する心構えを理解する必要がある。このセミナーでは初回治療の選択に関する主な疑問に焦点をあてる。

非核酸系逆転写酵素阻害剤 (NNRTI) をベースにした治療はその利便性、簡便さ、長期毒性がみられないことから初回治療によく選択される処方である。しかし、遺伝子学的バリアが低いことから併用する核酸系逆転写酵素阻害剤 (NRTI) は抗ウイルス効果が強いものでないとならない。また初回治療にはリトナビルでブーストしたプロテアーゼ阻害剤 (PI) が使われることもある。昨今では、PI と NNRTI の利便性の差は小さくなりつつある。例えば、一日一回投与ができる PI が出ており、服用薬剤個数も少なくなっている。また、ブーストした PI は耐性に対し高い遺伝子学的バリアを有しており、実際、ブーストした PI による初回治療で失敗した際に耐性が見られなかったというデータもある。それに比べブーストしていない PI は有効性が低く、簡便性やまた耐性が起きやすいものと思われる。そのため、今や初回治療に対しては薦められていない。

当セミナーではこれらの PI や NNRTI、NRTI の選択に影響してくるファクターについて論じる。

Strategies for initial therapy: factors affecting the choice of the first regimen

Choosing the initial antiretroviral regimen requires an understanding of side effects, pharmacokinetics, drug resistance, and of the patient's own preferences and ability to adhere to therapy. This lecture will focus on the key questions in selecting the initial regimen.

Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI)-based regimens are commonly used for initial therapy because of their convenience, simplicity, and lack of long-term toxicity. In addition, their lower genetic barrier to resistance makes them appropriate choices for initial therapy, when the nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) backbone is the strongest. However, a case can also be made for using ritonavir (RTV)-boosted protease inhibitors (PIs) for initial therapy. Differences between the convenience and tolerability of PIs and NNRTIs are

narrowing. For example, it is now possible to dose some PIs once daily, and the pill burdens are getting lower. Boosted PIs have higher genetic barriers to resistance; in fact, with several boosted PIs, no resistance has been observed with failure of initial therapy. Unboosted PIs are less potent, usually less convenient, and more vulnerable to resistance. For that reason, they are no longer preferred for initial therapy.

Factors affecting the choice of PI, NNRTI, and of the NRTI backbone will be discussed in this lecture.

共催：アボット ジャパン株式会社

座長 福武 勝幸 (東京医科大学 臨床検査医学)

私の NNRTI の使い方

味澤 篤

都立駒込病院 感染症科医長

非核酸系逆転写酵素阻害薬 (NNRTI) は、抗 HIV 療法における Key drug である。国内では Efavirenz (EFV)、Nevirapine、および delavirdine が販売されているが臨床的に最もよく使用されている EFV に関して当院での治療成績を示しながら、使い方を概説したい。

当院では2004年8月末までに、約400例弱の HIV 患者に EFV を使用したが、ここでは初回治療に EFV を用いた186例について検討した。

186例の内訳は男性が175例、女性11例であった。投与直前の CD4陽性リンパ球数は中央地で $139/\mu$ (1-869)、HIV-RNA は中央地で 1.75×10^5 (2.3×10^3 - 9.1×10^7) であった。投与6ヵ月後の CD4 は中央地で281となり、HIV-RNA < 50の割合はITTで73.7%であった。初回治療における EFV の治療成績は良好である。

副作用は、めまいやふらつきなどの中枢性神経症状を中心に186例中123例66.1%に認められた。しかし副作用で EFV を中止した例は22例11.8%に過ぎなかった。中止例における副作用としては、中枢神経症状が9例、発疹が6例、精神症状が5例、肝障害が3例に認められた。副作用の頻度は高いが、認容性はあると考えられる。

共催：万有製薬株式会社

薬剤部を上手に使う方法 - よりよいチーム作りのために -

企画・制作メンバー：

今村 顕史	都立駒込病院	感染症科
栗原 健	大阪医療センター	薬剤科
畝井 浩子	広島大学病院	薬剤部
工藤 正樹	岩手医大病院	薬剤部
小住 好子	仙台医療センター	薬剤科
佐野 俊彦	都立駒込病院	薬剤科
奥村 直哉	名古屋医療センター	薬剤科
井門 敬子	愛媛大学病院	薬剤部
堀 成美	都立駒込病院	感染症科

医療関係者の皆さん。薬剤師を上手に使っていますか。病棟での服薬指導は定着してきましたが、外来患者さんへの服薬指導を行っている施設は、まだまだ少ないと思います。外来での服薬指導を充実させたいな、と思っている医療関係者の皆さん。薬剤部は本当に協力してくれないのでしょうか。

薬剤師は「忙しそう」、「事務的」、「無愛想」、「暗い」といったイメージがあるかも知れませんが、調剤という物作りをしているために、そう思われてしまっているのかも知れませんが、みんながみんな、そうとは限りません。

これから薬剤師を入れたチームを作ろうと思う、チームの中で薬剤師がうまく機能しない、チームはうまくいっているけれどメンバーの薬剤師が薬剤部から白い目で見られている等、チームの悩みは様々です。

本ランチョンセミナーでは成功例や改善案などのノウハウ、抗 HIV 薬を取り巻く環境と問題、薬剤師が利用する情報提供サイトなどを紹介しながら、薬剤部を上手に使う方法について、皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

共催： Bristol-Myers 株式会社

座長 岩本 愛吉 (東京大学医科学研究所附属病院病院長)

新世代の HAART におけるレイアタツ (ATV) の位置づけ

岡 慎一

国立国際医療センター エイズ治療研究開発センター (ACC) 臨床研究開発部部长

現在の抗 HIV 治療は、効けばいいという旧世代の HAART から、より飲みやすく副作用の少ない治療が要求される新世代の HAART に移りつつある。服薬回数でいえば、昨年よりすでに QD 治療の時代に入ったといってもよい。

2004年の ACC での新規治療におけるプロテアーゼ阻害薬中のレイアタツ (ATV) の使用頻度は、ロピナビル (LPV, 53%) について第 2 位 (23%) であった (ブーストのリトナビル (RTV) を除く)。また、治療開始後 1 年以上を経過する症例 (サルベージやスイッチ例を含む) は現在までに 33 例であるが、初回治療群では 1 年後のウイルス学的有効率は 80% を越えた。総ビリルビンの上昇を 82% に認めたが、脂質代謝異常はほとんど認めらなかった。ただし、RTV によるブーストがない場合には、血中濃度のバラツキがあり、ウイルスのリバウンドを認めた例も 2 例あった。

現在の認可薬で 1 日 1 回投与が可能な Key Drug は、ATV、fAPV、EFV である。現状のガイドラインでは、1 日 1 回投与を選ぶとすれば EFV が第一選択薬であるが、今後どの Key Drug による組み合わせが最も有効な QD 治療であるのか臨床試験が必要であろう。

共催： Bristol-Myers 株式会社

ランチョンセミナー 5 12月2日金 12:00 ~ 13:00 第2会場 市民会館大会議室

座長 白阪 琢磨 (国立病院機構大阪医療センター HIV/AIDS
先端医療開発センター 免疫感染症科科长)

[HBV/HIV 重複感染例の治療戦略]

本邦における B 型慢性肝炎の病態と治療について

四柳 宏 東京大学医学部附属病院感染制御部 講師

HBV/HIV 重複感染例における HAART について

菊池 嘉 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター 医長

趣 旨

HAART 導入により HIV 感染症患者の予後は劇的に改善された。一方で、HIV 感染者の約10%で重複感染しているといわれている HBV/HIV 重複感染例に対する治療に関しては、薬剤の選択、HAART 開始後の免疫再構築症候群の発症や薬剤中止時の配慮など議論の多いところである。更に、HBV/HIV 重複感染例では HBV 単独感染例より肝硬変発症率が高いことが知られ、重篤な予後を伴うことが多く、両疾患の管理を複雑化させている。

近年、海外では HBV 治療薬として新たな核酸アナログが登場する中、HBV/HIV 重複感染例の治療に関する新たな知見が集積され、ガイドラインも update されている。しかし、本邦では HBV の genotype が欧米型と異なり、インターフェロンによる治療も満足すべき成績ではなく、欧米の治療方針とは異なる治療戦略が求められている。

そこで、本セミナーでは肝炎の専門の立場から本邦における B 型慢性肝炎の病態と治療について最新の知見を紹介し、HIV 治療の専門の立場からは HBV/HIV 重複感染例の実例を報告し、治療法の選択肢を提示する。

共催：鳥居薬品株式会社

司会 青木 眞（感染症コンサルタント）

Improving the Management of HIV Diseases

〔 症例から学ぶ HIV 感染症「発見」のコツ 〕

Ann Khalsa

Director of AIDS Training, Texas-Oklahoma AIDS Education and Training Center
エイズ予防財団 エイズ拠点病院医療従事者海外研修提供団体：
南カリフォルニア大学 AETC プログラム 前ディレクター

HIV 陽性患者の増加する傾向が続いており、AIDS を発症して初めて HIV 感染に気付く症例、いわゆる“いきなりエイズ”症例も依然として増加しています。このような症例は、治療に苦慮するばかりではなく、寝たきりにならざるを得ない場合も多々あります。患者の QOL の観点からも、医療者が早期に感染に気づき、適切な時期に適切な治療を導入する必要があります。

本セッションでは、米国で行われているリスクアセスメントの方法や早い時期の感染者における HIV 感染の兆候、実際に早い次期に感染に気づいたケースなどをご紹介します予定です。

なお、例年はインタラクティブ手法を用いたセッションを行ってありますが、本年はレクチャーあるいはパネルディスカッションの形式を予定しております。（案内文章は未決定です）

昨年度までに開催された内容はホームページにて閲覧が出来ます。

（<http://www.hivcare.jp/kotsu/index.html>）

共催 : グラクソ・スミスクライン株式会社

企画・協力 : International AIDS Society-USA / HIV Care Management Initiative-Japan