

急性腎不全をきたした 重症A型急性肝炎・肝不全の一例

白川康太郎

Kotaro Shirakawa

京都大学医学部附属病院血液内科助教

緒言

A型肝炎はA型肝炎ウイルス(HAV)によるウイルス性肝炎で、2016年から2018年にかけて世界的にHIV感染者を含む男性と性交渉をもつ男性(men who have sex with men : MSM)の間で流行した。本邦では2018年に流行がみられ、当院でも急性腎不全をきたした重症A型急性肝炎・肝不全の症例を経験した。A型肝炎は流行地への渡航の際にはワクチン接種が推奨されており予防できる疾患である。MSMでは流行する可能性があり、本例のように重症化する例もあることからワクチン接種が推奨される。

症例

48歳，日本人男性
生活歴：性嗜好：MSM
病歴：

X-7年，ニューモシスチス肺炎と診断された際にCD4数 64/ μ L，HIV RNA 72,000copies/mLを指摘され，HIV感染症，AIDSと診断され，抗レトロウイルス療法(ART)[TDF

(テノホビル ジソプロキシフマル酸塩)/FTC(エムトリシタビン)+EFV(エファビレンツ)]を開始した。またHBsAg陽性，HBeAg陽性，HBV DNA 9.0LC/mLでHBVキャリアであり，ARTによりHBV DNA <2.0LC/mLに改善した。X-4年より当院に入院，以後TAF(テノホビル アラフェナミドフマル酸塩)/FTC+DTG(ドルテグラビル)で治療を継続した。ベースの腎機能はCre 1.0mg/dL，eGFR 62mL/min程度であった。

X年，パートナー以外との肛門性交があった後，9日目より発熱，嘔気，倦怠感が出現，15日目に高熱があり当科を受診した。受診時，体温40.2度，血圧152/95mmHg，脈拍100bpm，意識清明，眼球結膜軽度黄染あり，腹部平坦軟で肝下縁を触知した。羽ばたき振戦は認めなかった。血液検査ではAST 20,548U/L，ALT 8,658U/Lと著明な肝障害を認め，T-Bil 4.5mg/dLと黄疸，およびCre 1.47mg/dLと腎障害を認めた。入院時の検査所見を表1に示す。腹部CTでは肝腫大，軽度の門脈周囲浮腫，肝門部リンパ節腫大，胆嚢壁浮腫がみられ急性肝炎に合致する所見であった。肝炎ウイルス検査はHA抗体陽性(1.86 S/CO)，

HA(IgM)抗体陽性(11.9 S/CO)であった。初発症状から8週以内にプロトンピン時間が40%以下の高度の肝機能障害を呈し，肝性脳症を認めなかったことより重症A型急性肝炎，非昏睡型急性肝不全と診断した。DIC(播種性血管内凝固症候群)を併発しており，同日よりステロイドパルス療法，トロンボモジュリン，新鮮凍結血漿の投与を開始した。図1に入院後経過，肝腎機能の推移を示す。ステロイド投与開始後，肝逸脱酵素は速やかに低下したが，第6病日より再び発熱，咳嗽，痰が出現し，細菌性肺炎の合併の診断で抗生剤投与を行った。呼吸状態の悪化のため第13病日より気管内挿管，ICU管理となった。また，入院時より急速にCreの上昇，尿潜血，尿蛋白，FENaの増加，尿中NAG増加がみられ，A型肝炎に伴う尿細管障害による急性腎不全と診断し，第5病日より血液透析を開始，ICU入室中はCHDF(持続的血液濾過透析)を行った。2週間の集中治療で肺炎のコントロールがつき，第30病日に抜管できた。ICU退室後は血液透析を続けたが，第40病日頃より自尿が回復し，徐々に腎機能は改善し第50病日に退院となった。

HIV感染症に対するARTに関し