

自己免疫性肝炎（AIH）診療ガイドライン（2016）

厚生労働省難治性疾患政策研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班

Ver.2 追補 2019年3月

はじめに

厚生労働省難治性疾患政策研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班では、現在、9つの疾患（自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎、原発性硬化性胆管炎、肝内結石症、劇症肝炎、特発性門脈圧亢進症、肝外門脈閉塞症、バッドキアリ症候群）に関する全国疫学調査と実態調査を継続しています。これらの調査結果と科学的根拠に基づいて、各疾患の重症度分類、診療ガイドラインの作成および改定を行っています。

自己免疫性肝炎は中高年の女性に多く、血液検査でIgG増加と抗核抗体などの自己抗体が陽性になるのが特徴で、免疫抑制薬、特に副腎皮質ステロイドが良好な治療効果を示すことが多い疾患です。しかしながら、急性発症の症例やさらに急性肝不全に進行する症例、治療抵抗性で肝硬変に移行し肝細胞癌を合併する症例もあります。

自己免疫性肝炎分科会では分科会長の大平弘正教授を中心に、先に厚生労働省難治性疾患克服研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班（研究代表者 坪内博仁先生、自己免疫性肝炎分科会長 恩地森一先生）で作成された自己免疫性肝炎診療ガイドライン（2013年）を再度見直し、内容を一部追補し、自己免疫性肝炎診療ガイドライン（2016）を作成しました。

今回の改訂では新たな論文のエビデンスを追加するとともに、これまで急性期症例が主たる対象となっていた重症度分類を慢性期症例にも対応できるように変更し、原発性胆汁性胆管炎とのオーバーラップの記載も変更しました。

本診療ガイドラインが、自己免疫性肝炎の診療にあたる一般医家や肝臓専門医を含めた消化器内科医の先生方のお役に立てば幸いです。

2017年2月

厚生労働省難治性疾患政策研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班

研究代表者 滝川 一

利益相反：作業に関わった者は、本ガイドラインに関わる開示すべきCOIは有しない
厚生労働省難治性疾患政策研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班

（班長：滝川 一）

診療ガイドライン作成委員（2016）（五十音順）

厚生労働省難治性疾患政策研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班

自己免疫性肝炎分科会（分科会長 大平弘正）

阿部雅則、大平弘正、姜貞憲、小池和彦、鈴木義之、高木章乃夫、鳥村拓司、中本伸宏、原田憲一、藤澤知雄、吉澤 要

協力委員

有永照子、乾あやの、玄田拓哉、銭谷幹男、十河 剛、高橋敦史

診療ガイドライン作成委員（2013）（五十音順）

厚生労働省難治性疾患克服研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班
自己免疫性肝炎分科会（分科会長 恩地森一）

青柳 豊、海老沼浩利、大平弘正、恩地森一、鈴木義之、銭谷幹男、中本安成、森
実敏夫、山本和秀、吉澤 要、渡辺則彦

作成作業部会

阿部雅則、玄田拓哉、十河 剛、高橋敦史、高橋宏樹、根本朋幸、藤澤智雄、三宅
康宏、山際 訓

追補にあたって

厚生労働省難治性疾患政策研究事業「難治性の・胆道疾患に関する調査研究」班（研究代表者：滝川一）から2017年に自己免疫性肝炎診療ガイドライン（2016）を刊行し、皆様方にご活用いただいております。

この度、日本肝臓学会の協力を得て、要望していた自己免疫性肝炎（AIH）におけるアザチオプリンの公知申請が厚生労働省の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において認可され、保険適用となりました。アザチオプリンは、海外ではステロイド剤との併用が標準治療として使用されており、今後、本邦においても使用が広まるものと思われまます。一方、注意すべき副作用も報告されていることから、本剤の使用にあたっては十分に留意する必要があります。特にアザチオプリンによる重篤な白血球減少に関連する NUDT15 遺伝子多型が最近報告されています。このような経緯から、追補版としてアザチオプリンに関する記載の修正と副作用の追記を行いました。本診療ガイドラインが、引き続き皆様方のお役に立てば幸いです。

2019年3月

厚生労働省難治性疾患政策研究事業
「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班
自己免疫性肝炎分科会 分科会長 大平弘正

本ガイドラインの作成方法

本診療ガイドラインは、我が国の一般内科医、消化器・肝臓医、肝臓専門医等、自己免疫性肝炎（AIH）の診療に携わる医師を対象として作成した。

自己免疫性肝炎（AIH）診療ガイドライン(2013年)と同様に、エビデンスとなる文献については、1993/01/01～2015/12/31の間に発表された英語の原著論文をPubMed-Medline 及び Cochrane Library にてキーワード検索した。さらに、キーワード検索で選択されなかった文献や検索対象期間以前の文献についても重要と思われるものは採用可能とした。諸外国（特に欧米）と日本ではAIHの臨床像、特に疫学や治療について種々の相違を認めることが多くの報告で明らかにされていることから、医学中央雑誌、厚生労働省班会議報告書等で検索した日本語文献も適宜追加した。文献検索の結果は、キーワードによる検索（①）を行った後、アブストラクトで一次スクリーニング（②）を行った。その後、内容を吟味して二次スクリーニングを行い、CQに対する答え、推奨度、エビデンスの強さの根拠となった主な論文（③）を選択し、それぞれの文献数を（①→②→③）として示した。また、キーワードを用いた文献検索では検索し得なかったが採用した論文数を[]に示し、その論文には*を付記した。

海外では、すでに米国肝臓学会（American Association for the Study of Liver Diseases）、英国消化器病学会（British Society of Gastroenterology）、欧州肝臓学会（European Association for the Study of Liver）からAIHの診療ガイドラインが発表されており、それらを参考にしながら、我が国の実態や実情を考慮したガイドライン作成を行った。

作成案は作成委員会で頻繁に意見を交換し、コンセンサスを得た。最終案は、「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班に所属する班員全員に送付してコメントを募り、修正を加えてコンセンサスを得た。本診療ガイドラインは、医療の進歩とともに定期的に改訂する必要がある。

参考にした診療ガイドライン：

- 1) Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, et al. Diagnosis and Management of Autoimmune Hepatitis. *Hepatology* 2010; 51: 2193-213.
- 2) Gleeson D, Heneghan MA. British Society Gastroenterology (BSG) guidelines for management of autoimmune hepatitis. *Gut* 2011; 1611-29.
- 3) European Association for the Study of Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 2015; 971-1004.

エビデンスの強さと推奨のグレード分類

エビデンスの強さと推奨度の分類は GRADE システムに順じ、「Minds (<http://minds.jcqh.or.jp/>)診療ガイドライン作成の手引き」(2014 年)に沿った形で記載した。

エビデンスの強さ：エビデンスの総体の強さを評価・統合

A (強)、B (中)、C (弱)、D (非常に弱い) の 4 段階で評価

推奨度：

1. (強い)、2. (弱い) の 2 段階で記載

本診療ガイドライン執筆にあたり開示すべき利益相反

全執筆者に本診療ガイドラインに関わる開示すべき COI はありません。

目次

1. 自己免疫性肝炎の疾患概念の変遷
2. 自己免疫性肝炎の診断指針・治療指針
3. 自己免疫性肝炎の診断
4. 自己免疫性肝炎患者の治療・管理
5. 自己免疫性肝炎診断、治療方針決定までの手順
6. 自己免疫性肝炎診断、治療方針決定までのサマリーシート
7. 自己免疫性肝炎診療のクリニカル・クエスチョン
 - I. 基本的事項
 - QI-1 自己免疫性肝炎（AIH）とはどのような疾患か？
 - QI-2 病因はどのように考えられているか？
 - QI-3 感染症や薬物投与が誘因となって発症することがあるか？
 - QI-4 患者は日本に何人くらい存在するか？
 - QI-5 どのような人が罹りやすいか？
 - QI-6 遺伝するか？
 - II. AIH の診断
 - QII-1 どのような症状が生じるか？
 - QII-2 臨床データの特徴は？
 - QII-3 診断における自己抗体の意義は？
 - QII-4 鑑別すべき疾患には何があるか？
 - QII-5 診断に肝生検は必要か？
 - QII-6 特徴的な肝組織像はあるか？
 - QII-7 診断に画像診断は必要か？
 - QII-8 診断は「自己免疫性肝炎の診断指針（2016年）」に沿って行うべきか？
 - QII-9 診断には改訂版国際診断基準が有用か？
 - QII-10 診断には簡易型国際診断基準が有用か？
 - QII-11 急性発症例の診断に何が有用か？
 - QII-12 原発性胆汁性胆管炎の病像を併せ持つ症例（いわゆる“オーバーラップ症候群”）の診断には何が有用か？
 - III. AIH の薬物治療
 - QIII-1 どのような症例で治療が必要か？
 - QIII-2 治療目標は？
 - QIII-3 治療の第一選択薬は？
 - QIII-4 副腎皮質ステロイドの適切な開始量は？
 - QIII-5 治療開始後における副腎皮質ステロイドの減量法は？

- QIII-6 副腎皮質ステロイド治療によるリスク（副作用）は？
- QIII-7 副腎皮質ステロイド治療の中止が可能か？
- QIII-8 副腎皮質ステロイドの効果判定はどのようにしたらよいか？
- QIII-9 副腎皮質ステロイドで効果が得られない場合はどうしたらよいか？
- QIII-10 ウルソデオキシコール酸は有効か？
- QIII-11 ウルソデオキシコール酸投与によるリスク（副作用）は？
- QIII-12 アザチオプリンはどのような患者に投与したらよいか？
- QIII-13 アザチオプリン投与のリスク（副作用）は？
- QIII-14 治療により肝硬変は改善するか？
- QIII-15 急性肝炎例の治療は？
- QIII-16 原発性胆汁性胆管炎の病像を併せ持つ症例の治療で注意することは？
- QIII-17 原発性硬化性胆管炎の病像を併せ持つ症例の治療で注意することは？

IV. AIH 患者の経過観察

- QIV-1 何を指標に治療を行えばよいか？
- QIV-2 合併する自己免疫疾患にはどのようなものがあるか？
- QIV-3 経過観察で注意することは？
- QIV-4 肝細胞癌を合併することがあるか？
- QIV-5 経過観察に上部消化管内視鏡検査は必要か？
- QIV-6 妊娠診断時に使用していた薬剤が胎児に影響するか？
- QIV-7 妊娠により AIH の病状に影響を受けるか？
- QIV-8 肝臓専門医にいつ紹介するのがよいか？

V. 肝移植

- QV-1 肝移植の適応は？
- QV-2 肝移植の成績は？
- QV-3 脳死肝移植と生体肝移植で術後の成績に差があるか？
- QV-4 AIH は肝移植後に再発するか？
- QV-5 AIH の再発は予後に影響するか？

VI. 小児の AIH

- QVI-1 小児期にも発症するか？
- QVI-2 小児例の臨床像は成人例と異なるか？
- QVI-3 小児例の診断はどのように行うか？
- QVI-4 小児例を治療する場合に注意することは？
- QVI-5 小児例の経過観察で注意することは？

8. エビデンス統合の：評価シートの例

1. 自己免疫性肝炎の疾患概念とその変遷

自己免疫性肝炎 (Autoimmune hepatitis: AIH) は、中年以降の女性に好発し、通常は慢性、進行性に肝障害をきたす疾患である¹⁾⁶⁾。本疾患の原因は依然として不明であるが、肝細胞障害の成立に自己免疫機序の関与が想定されている。診断にあたっては肝炎ウイルス、アルコール、薬物性肝障害および他の自己免疫疾患に基づく肝障害を除外することが重要である。治療については、免疫抑制剤、とくに副腎皮質ステロイドが奏効することを特徴とする。適切な免疫抑制療法が行われた症例では予後良好である。

最初の AIH 症例は、1950 年に Waldenström⁷⁾, 1951 年に Zimmerman⁸⁾, Kunkel⁹⁾らにより報告された。1956 年に Mackay らが LE 現象陽性の慢性肝炎 7 例を報告し、その臨床像が全身性エリトマトーデスに類似していることから、lupoid hepatitis との病名が提唱された¹⁰⁾。また、1965 年には Mackay が、慢性活動性肝炎の病態形成には自己免疫現象が関与するとの立場から Autoimmune hepatitis という病名を提唱した¹¹⁾。その後、5 種類の肝炎ウイルスが発見されたが、いずれも AIH との直接の関連性はみられず、現在も独立した疾患として認識されている。

我が国の診断基準は、1979 年に作成され、その後に継続して行われた全国調査^{12)・17)}の結果に基づいて改訂が重ねられた。1996 年に AIH の国際診断基準を考慮した診断指針¹⁸⁾が策定され、2009 年に行われた全国調査および最近の研究結果に基づいて、2013 年に自己免疫性肝炎の診断指針・治療指針が改訂された¹⁹⁾。国際診断基準としては、1993 年に国際 AIH グループ (IAIHG)により記述的クライテリアとスコアリングシステム²⁰⁾が提案され、1999 年に改訂²¹⁾がなされた。また、2008 年には、同グループからより日常診療に即した簡易型国際診断基準²²⁾が提唱されている。

最近では、AIH は急性肝炎様に発症 (急性発症) することが稀ではなく、それらには急性肝炎期と急性増悪期があることが提唱されている^{23), 24)}。急性発症例の一部は急性肝不全へと進行し、予後不良となる²⁵⁾。また、AIH でも肝細胞癌の合併が稀ではないことも報告されている²⁶⁾。さらに、血清中の IgG4 が高値を示し、肝内に著明な IgG4 陽性形質細胞浸潤がみられる“IgG4 関連 AIH”が我が国から提唱されており²⁷⁾、その疾患概念についても検討されている。

文献

- 1) 厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班. 自己免疫性肝炎診療ガイドライン(2013年). http://www.nanbyou.or.jp/upload_files/AIH-Guideline.pdf.
- 2) Krawitt EL. Autoimmune hepatitis. N Engl J Med 2006; 354: 54-66.
- 3) Czaja A, Manns MP. Advances in the diagnosis, pathogenesis, and management of autoimmune hepatitis. Gastroenterology 2010; 139: 58-72.
- 4) Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, et al. Diagnosis and management of

- autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2010; 51: 2193-213.
- 5) Glesson D, Heneghan MA. British Society of Gastroenterology (BSG) guidelines for management of autoimmune hepatitis. *Gut* 2011; 60: 1611-29.
 - 6) European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 2015; 63: 971-1004.
 - 7) Waldenström J. Leber, Blutproteine und Nahrungseiweisse. *Dtsch Gesellsch Verd Stoffw* 1950; 15: 113-9.
 - 8) Zimmerman HJ, Heller P, Hill RP. Extreme hyperglobulinemia in subacute hepatic necrosis. *N Engl J Med* 1951; 244: 245-9.
 - 9) Kunkel HG, Ahrens EH Jr, Eisenmenger WJ, et al. Extreme hypergammaglobulinemia in young women with liver disease of unknown etiology. *J Clin Invest* 1951; 30: 654.
 - 10) Cowling DC, Mackay IR, Taft LI. Lupoid hepatitis. *Lancet* 1956; 271: 1323-6.
 - 11) Mackay IR, Weiden S, Hasker J. Autoimmune hepatitis. *Ann NY Acad Sci* 1965; 124: 767-80.
 - 12) Monna T, Kuroki T, Yamamoto S. Autoimmune hepatitis: the present status in Japan. *Gastroenterol Jpn* 1985; 20: 260-72.
 - 13) Onji M, Nonaka T, Horiike N, et al. Present status of autoimmune hepatitis in Japan. *Gastroenterol Jpn* 1993; 28 Supple 4: 134-8.
 - 14) Toda G, Zeniya M, Watanabe F, et al. Present status of autoimmune hepatitis in Japan-correlating the characteristics with international criteria in an area with high rate of HCV infection. *Japan. J Hepatol* 1997; 26: 1207-12.
 - 15) 戸田剛太郎、銭谷幹男、渡辺文時、ほか. 自己免疫性肝炎に関する第2次調査結果報告（平成9年度全国調査最終報告）厚生省特定疾患難治性の肝疾患調査研究班平成10年度報告書 1999; p8-11.
 - 16) Abe M, Mashiba T, Zeniya M, et al. Present status of autoimmune hepatitis in Japan: a nationwide survey. *J Gastroenterol* 2011; 46: 1136-45.
 - 17) Takahashi A, Arinaga-Hino T, Ohira H, et al. Autoimmune hepatitis in Japan: trends in a nationwide survey. *J Gastroenterol* 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.
 - 18) 戸田剛太郎. 自己免疫性肝炎診断指針. *肝臓* 1996; 37: 298-300.
 - 19) 恩地森一、銭谷幹男、山本和秀、ほか. 自己免疫性肝炎の診断指針・治療指針（2013年）*肝臓* 2013; 54: 723-5.
 - 20) Johnson PJ, McFarlane IG. Meeting Report: International Autoimmune Hepatitis Group. *Hepatology* 1993; 18: 988-1005.
 - 21) Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB, et al. International Autoimmune Hepatitis

- Group Report: review of criteria of autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 1999; 31: 929-38.
- 22) Hennes EM, Zeniya M, Czaja AJ, et al. Simplified criteria for the diagnosis of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2008; 48: 169-76.
 - 23) Onji M, Autoimmune Hepatitis Study Group. Proposal of autoimmune hepatitis presenting with acute hepatitis, severe hepatitis and acute liver failure. *Hepatol Res* 2011; 41: 497.
 - 24) 恩地森一. 急性肝炎ないしは重症肝炎、急性肝不全として発症する自己免疫性肝炎の病態についての提唱. *肝臓* 2011; 52: 237.
 - 25) Yamamoto K, Miyake T, Ohira H, et al. Prognosis of autoimmune hepatitis showing acute presentation. *Hepatol Res* 2013; 43: 630-8.
 - 26) Ohira H, Abe K, Takahashi A, et al. Clinical features of hepatocellular carcinoma in patients with autoimmune hepatitis in Japan. *J Gastroenterol* 2013; 48: 109-14.
 - 27) Umemura T, Zen Y, Hamano H, et al. IgG4 associated autoimmune hepatitis: a differential diagnosis for classical autoimmune hepatitis. *Gut* 2007; 56: 1471-2.

2. 自己免疫性肝炎の診断指針・治療指針

自己免疫性肝炎の診断指針・治療指針（2016）

厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班

I. 概念

自己免疫性肝炎（Autoimmune hepatitis: AIH）は中年以降の女性に好発する原因不明の肝疾患で、その発症進展には遺伝的素因¹、自己免疫機序が関与することが想定されている。

臨床的には①抗核抗体、抗平滑筋抗体などの自己抗体陽性²、②血清 IgG 高値を高率に伴う。発症には急性、慢性のいずれも存在するが、無症候性で何らかの機会の血液検査で AST、ALT の上昇により発見されることがある。急性発症の場合には、①、②の特徴を示さず急激に進展、肝不全へと進行する場合がある。

多くの症例では、副腎皮質ステロイド投与が極めて良く奏効し、多くは投与により AST、ALT は速やかに基準値内へと改善するが、治療開始が遅れた場合、有効性は低下する。また少数例では副腎皮質ステロイド抵抗性を示す。

組織学的には、典型例では慢性肝炎像を呈し、門脈域の線維性拡大、同部への単核球浸潤を認め、浸潤細胞には形質細胞が多いことが特徴である。肝細胞の、多数の巣状壊死、帯状、架橋形成性肝壊死もしばしばみられ、また肝細胞ロゼット形成も少なからずみられる。門脈域の炎症が高度の場合には胆管病変も伴うことがあるが、胆管消失は稀である。初診時既に肝硬変へ進展している症例もある。また、肝細胞癌を伴うこともある。

診断には上記の諸特徴に加え、肝炎ウイルスを含むウイルス感染、薬物性肝障害、非アルコール性脂肪肝炎など既知の肝障害の原因を除外することが重要である。診断には国際自己免疫性肝炎グループ（International Autoimmune Hepatitis Group : IAIHG）の改訂版国際診断基準が有用で、副腎皮質ステロイド投与の可否については簡易型国際診断基準が参考になる。

註

1.本邦では HLA-DR4 陽性症例が高頻度である

2.核抗抗体、抗平滑筋抗体が共に陰性の場合には肝腎ミクロソーム抗体 1 型の測定が必要である。なお、抗核抗体は培養 HEp-2 細胞を用いた免疫蛍光抗体法により判定する。

II. 診断

1. 他の原因による肝障害が否定される

2. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性
3. IgG 高値 (>基準上限値 1.1 倍)
4. 組織学的に interface hepatitis や形質細胞浸潤がみられる
5. 副腎皮質ステロイドが著効する

典型例

上記項目で 1 を満たし、2～5 のうち 3 項目以上を認める。

非典型例

上記項目で 1 を満たし、2～5 の所見の 1～2 項目を認める。

註

1. 副腎皮質ステロイド著効所見は治療的診断となるので、典型例・非典型例ともに、治療開始前に肝生検を行い、その組織所見を含めて診断することが原則である。ただし、治療前に肝生検が施行できないときは診断後速やかに副腎皮質ステロイド治療を開始する。
2. 国際診断基準のスコアが計算できる場合にはその値を参考とし、疑診以上は自己免疫性肝炎と診断する。
3. 診断時、既に肝硬変に進展している場合があることに留意する。
4. 急性発症例では、上記項目 2、3 を認めない場合がある。また、組織学的に門脈域の炎症細胞を伴わず、中心静脈域の壊死、炎症反応と形質細胞を含む単核球の浸潤を認める症例が存在する。
5. 診断が確定したら、必ず重症度評価を行い、重症の場合には遅滞なく、中等症では病態に応じ専門機関へ紹介する。なお、1 のみを満たす症例で、重症度より急性肝不全が疑われる場合も同様の対応をとる。
6. 簡易型国際診断基準で疑診以上の場合は副腎皮質ステロイド治療を考慮する。
7. 抗ミトコンドリア抗体が陽性であっても、簡易型国際診断基準で疑診以上の場合には副腎皮質ステロイド治療を考慮する。自己免疫性肝炎での抗ミトコンドリア抗体陽性率は約 10%である。
8. 薬物性肝障害 (Drug-induced liver injury: DILI) の鑑別には DDW-J 2004 薬物性肝障害診断スコアリングおよびマニュアルを参考にする。
9. 既知の肝障害を認め、この診断指針に該当しない自己免疫性肝炎も存在する。

Ⅲ. 自己免疫性肝炎の重症度判定

臨床徴候	臨床検査所見	画像検査所見
------	--------	--------

① 肝性脳症あり	① AST または ALT > 200 U/l	① 肝サイズ縮小
② 肝濁音界縮小または消失	② ビリルビン > 5mg/dl	② 肝実質の不均質化
	③ プロトロンビン時間 < 60%	
重症： 次の 1, 2, 3 のいずれかが見られる。 1. 臨床徴候：①または②, 2. 臨床検査所見：③, 3. 画像検査所見：①または②		
中等症： 臨床徴候：①, ②, 臨床検査所見：③, 画像検査所見：①, ②が見られず, 臨床検査所見：①または②が見られる。		
軽症： 臨床徴候：①, ②, 臨床検査所見：①, ②, ③, 画像検査所見：①, ②のいずれも見られない。		

註

1. 重症と判断された場合、遅滞なく肝臓専門医のいる医療機関への紹介を考慮する。
2. 重症の場合、厚生労働省「難治性の肝・胆道系疾患に関する調査研究班」劇症肝炎分科会で作成された劇症肝炎スコアリングシステム、MELD スコアも参考にする。
3. 中等症の症例で、黄疸高度の場合も専門機関への紹介を考慮する。

IV. 治療

1. 診断が確定した例では原則としてプレドニゾロンによる治療を行う。
2. プレドニゾロン初期投与量は充分量 (0.6mg/kg/日以上) とし、血清トランスアミナーゼ値と血清 IgG 値の改善を効果の指標に漸減する。維持量は血清トランスアミナーゼ値の基準値範囲内への改善、維持をみて決定する。
3. ウルソデオキシコール酸 (600mg/日) は、プレドニゾロンの減量時に併用あるいは軽症例に単独投与することがある。
4. 再燃を繰り返す例や副作用のため充分量のプレドニゾロンを使用しにくい例では、アザチオプリン (1~2mg/kg、成人では 50-100mg/日) の併用を考慮する。

3. 自己免疫性肝炎の診断

I. 診断指針・スコアリングシステム

AIH は、国際診断基準を参考に厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班の診断指針に従って診断する。(推奨度：1、エビデンスの強さ：B)

1. 厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班の診断指針

2013年に厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班により AIH の診断指針が改訂された¹⁾。AIH では、人種により遺伝的背景、臨床像、治療反応性が少なからず異なる。この診断指針は、我が国における全国調査の結果も参照して作成されており、日本人の AIH の診断には有用と考えられる。なお、本診断指針では高齢者や肝不全症例など肝生検が困難な症例でも AIH の診断が可能であるが、本疾患の診断には肝組織所見が重要であるため、可能な限り肝組織学的検索を行う。

2. 改訂版国際診断基準・スコアリングシステム

我が国を含む世界各国の AIH の基礎、臨床研究者から構成される国際 AIH グループ (IAIHG) は、1999年に改訂版国際診断基準を発表した²⁾。この診断基準で提唱されたスコアリングシステムは13項目の検討項目について各々点数をつけ総合点で診断するもので、その診断感受性は97~100%と極めて高いことが国内外で検証されている。しかし、判定すべき項目数の多いことが日常診療で汎用するうえでの問題点である。また、この診断基準の作成目的は、AIH の病態、治療研究の対象となる症例の抽出であり、日常診療における利用を必ずしも念頭においたものではないことに留意する必要がある。したがって、日常診療での AIH 診断にあたっては、過度に本スコアに固執すべきではないと IAIHG も注意喚起を行っている。

3. 簡易型国際診断基準・スコアリングシステム

改訂版国際診断基準は検討項目数が多く日常診療での利便性に欠けるとの批判を受け、IAIHG は2008年に4項目からなる簡易型国際診断基準を作成した³⁾。本診断基準で疑診以上ならば、副腎皮質ステロイドなどによる免疫抑制療法の開始を考慮してもよい。簡易型国際診断基準は原発性胆汁性胆管炎 (PBC) の鑑別能は低いですが、PBC であっても本診断基準により AIH の診断と診断される場合は副腎皮質ステロイド治療も考慮すべきである。一方、非定形的症例の診断の見落としが生じる可能性があることも示唆されている。なお、本診断基準では、肝組織の確認が必要である。

MEMO：改訂版と簡易型国際診断基準・スコアリングシステムの使い分け

改訂版国際診断基準は診断感受性に優れ、自己抗体陽性、IgG 高値などの所見が目立たない非定形的症例をも拾い上げて診断することができる。一方、簡易型国際診断基準は診断特異性に優れ、AIH 類似症例と真の AIH 症例の鑑別に有用である。したがって、簡易型国際診断基準では非定形的症例を見落とす可能性があることを念頭におき、症例に応じて両診断基準を適宜使い分けることが肝要である⁴⁾。

II. 診断における重要な所見

我が国の診断指針に記載されているように、診断で重要なのは次の 5 点である。(推奨度：1、エビデンスの強さ：A)

1. 他の原因による肝障害の除外

肝炎ウイルス、アルコール、薬物、脂肪肝、他の自己免疫疾患に基づく肝障害の除外が診断の出発点となる。

2. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性

AIH の疾患特異的的自己抗体は未だ同定されていない。我が国の症例のほとんどは、抗核抗体または抗平滑筋抗体が陽性、あるいは両者とも陽性である。しかし、いずれの抗体も疾患特異性は低い。両者ともに陰性の場合、抗肝腎ミクロソーム (LKM) -1 抗体の測定が必要である。また、後述する急性発症例、重症例では自己抗体価が低値なことが少なくないため注意を要する。

3. IgG 高値 (>基準上限値 1.1 倍)

AIH では血清 IgG 値が高値を示すことが特徴である。多くの場合 2.0g/dl を超える増加がみられるが、我が国の最近の全国調査では 2.0g/dl 以下の症例も多くみられ (38.9%)⁵⁾、診断指針では基準上限値の 1.1 倍より高値を示すことを診断指標としている。また後述する急性発症例、重症例では IgG 値が低値なことが少なくないため注意を要する。

4. 病理組織学的にインターフェース肝炎や形質細胞浸潤がみられる

下記の組織診断の項を参照されたい。

5. 副腎皮質ステロイドが著効する

本所見は治療的診断となるので、典型例・非典型例ともに、治療開始前に肝組織学的検索を行い、組織所見を含めて診断することが原則である。ただし、治療前に肝組織学的検索が施行できないときは診断後速やかに副腎皮質ステロイド治療を開始する。また、簡易型国際診断基準で疑診以上の場合は副腎皮質ステロイド治療を考慮する。

MEMO：1 型 (Type 1)、2 型 (Type 2) 自己免疫性肝炎

AIH は自己抗体の検出パターンにより 1 型、2 型に分類される。1 型は我が国で多く、抗核抗体または抗平滑筋抗体が陽性である。2 型は抗 LKM-1 抗体等が陽性で、欧米の特に若年例に多いが、我が国ではきわめて少ない。

MEMO: seronegative (autoantibody-negative) AIH (自己抗体陰性 AIH)

他の原因による肝障害が否定的で、複数回の測定で適切な検出方法を用いても既知の自己抗体が検出されないが、臨床像および組織像が典型的な AIH と類似した病態を呈する症例が存在する。また、副腎皮質ステロイドなどの免疫抑制療法も奏功する。診断には改訂版国際診断基準が有用であるが、本診断基準を満たさない症例も存在する。欧米では、AIH が疑われる場合には 3 か月間の副腎皮質ステロイド投与を行い、治療反

応性をみることも提唱されている。

文献：

1) Czaja AJ. Dig Dis Sci 2012; 57: 610-24.

MEMO：自己抗体の測定法

自己抗体の測定法としては、間接蛍光抗体法、ELISA 法が汎用されている。抗核抗体については、AIH に特異的核内抗原は同定されていないので既知の核内抗原を用いた ELISA 法での検出は適当でない。IAIHG が提唱する診断基準では、凍結ラット肝、腎、胃切片を用いた間接蛍光抗体法による検出を推奨しているが、この方法は研究室レベルでの検査であり、我が国では一般的ではない。樹立化培養細胞株である HEp-2 細胞を用いた間接蛍光抗体法による抗核抗体検出は、我が国の商業検査施設で汎用されており、ラット凍結切片を用いた場合とほぼ同等あるいはそれ以上の検出感度を有する。したがって、AIH における抗核抗体検出においては、間接蛍光抗体法を用いることが重要である。

抗平滑筋抗体も間接蛍光抗体法、アクチンに対する ELISA 法で検出可能である。我が国では保険収載がないが商業検査施設で測定可能である。

抗 LKM-1 抗体は抗核抗体、抗平滑筋抗体がともに陰性の場合に測定が必要である。間接蛍光抗体法、ELISA で測定できる。抗核抗体が陰性であるが、AIH が疑われる時に測定することが可能である。

MEMO：AIH の発症に関わる遺伝要因、環境要因

AIH の発症には、遺伝要因、環境要因の両方が関与すると考えられている。

遺伝要因として重要なのは、疾患感受性遺伝子である HLA-DR4 で、我が国の AIH の約 70% の症例が HLA-DR4 陽性である。一方、欧米での疾患感受性遺伝子である HLA-DR3 の我が国における陽性率はほぼゼロである。

環境要因としては、ウイルス感染、薬物等の関与が考えられており、EB、ヘルペス、A 型肝炎ウイルスなどの感染を契機に発症する症例、薬物性肝障害に引き続いて発症する症例が報告されている。そのため服薬歴（健康食品などを含む）や病歴聴取が重要である。また、妊娠・出産を契機に発症することもあり注意を要する。

III. 鑑別、除外診断

既知の肝障害を示す全ての病因による肝障害が鑑別対象になる⁶⁾。(推奨度：1、エビデンスの強さ：A)

- 肝炎ウイルス感染は血清ウイルスマーカーにより鑑別は容易であることがほとんどである。
- 代謝性肝疾患、特に Wilson 病との鑑別は銅代謝の検討により鑑別可能である。

- 薬物性肝障害は、薬物起因性 AIH も存在することからその鑑別は困難であり、服薬歴、使用している健康食品などを含めた病歴聴取が重要である。AIH を惹起する薬物としてはミノサイクリン、スタチン製剤などが知られている。鑑別には DDW-J 2004 薬物性肝障害診断スコアリングおよびマニュアルを参考にする。
- 非アルコール性脂肪性肝疾患ではしばしば抗核抗体陽性となるために AIH との鑑別が必要となることがあるが、組織学的検討により容易に鑑別できることがほとんどである。

IV. 特殊な病態とその診断

1. 急性発症例（推奨度：1、エビデンスの強さ：B）

AIH は以前から慢性活動性肝炎を示す病態として報告され、組織学的にも慢性肝炎の特徴である門脈域の線維性拡大、同部への形質細胞を含む単核球の浸潤とインターフェイス肝炎像が特徴とされている。しかし、近年、このような慢性肝炎所見を伴わず急性肝炎様に発症する症例が報告されている⁷⁻⁹⁾。

急性発症例には慢性肝炎の急性増悪例と急性肝炎例がある。典型的な急性肝炎期の症例は門脈域の炎症所見を欠き、中心静脈域の壊死、炎症反応が特徴的で、同部への形質細胞の浸潤もみられる¹⁰⁾。臨床的には、急性発症例は自己抗体陽性、血清 IgG 高値などの所見がみられないことがあり、その診断は困難なことも多い。

MEMO：急性肝炎ないしは重症肝炎、急性肝不全として発症する自己免疫性肝炎の病態についての提唱

厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班

自己免疫性肝炎のなかに、臨床経過と肝機能検査のパターンから急性肝炎ないしは重症肝炎、急性肝不全（劇症肝炎・遅発性肝不全）として発症する症例（急性肝炎様発症：acute presentation）がある。黄疸や血清トランスアミナーゼ高値を示し、自己抗体（抗核抗体・抗平滑筋抗体）が陽性、血清 IgG が高値であることが多いが、非定型例も存在する。なお、急性ウイルス肝炎や薬物性肝障害の除外が必要である。

これらには、2つの病態が存在する。両者の正確な鑑別には肝組織診断を必要とする。

- 1) 病理組織学的に門脈域の線維化と高度な細胞浸潤があり、慢性肝疾患の経過中に急性増悪(acute exacerbation)として発症したと思われる症例。(急性増悪期：acute exacerbation phase)
- 2) 慢性肝疾患の病理組織所見がないか軽微で急性肝炎の病理所見が主体の症例で、血清 IgG が高値を示さないあるいは自己抗体が陰性・低力価のこともある。組織学的に慢性肝炎への移行期の所見を呈することもある。(急性肝炎期：acute hepatitis phase)

いずれも通常はステロイド治療が奏効する。しかし、急性肝炎期の症例では診断困難で、治療開始が遅れることがある。急性肝不全（劇症肝炎・遅発性肝不全）に移行するとステロイド治療抵抗性となり、きわめて予後不良である。肝移植を視野に入れた治療方針の決定が必要となる。

付記

- * 上記の2つの病期が混合していて鑑別困難な症例も存在する。
- * 従来、非 A-E 型急性肝炎の中にこれらの症例が含まれることに注意を要する。
- * 小児では急性肝不全例でも免疫抑制療法が効果的な例がある。
- * 重症化の程度とステロイド治療抵抗性との関連について、今後の検討が必要である。

2. 重症例（推奨度：1、エビデンスの強さ：C）

重症例での診断・治療の遅れは予後不良の要因となるため、AIH の診断後には重症度判定を行うことが重要である。我が国での検討では、劇症肝炎または遅発性肝不全（LOHF）となった場合の救命率は極めて不良であることが明らかとなっている¹¹⁾。

重症例でも自己抗体陽性、血清 IgG 高値などの所見を欠き、診断が困難な症例が少なくない^{12,13)}。急性肝不全様に発症する AIH では単純 CT 検査にて不均一な低吸収領域像を呈することが多く、他の原因による急性肝不全との鑑別に有用であると報告されている¹⁴⁾。

また、重症例では通常の副腎皮質ステロイド治療以外に、副腎皮質ステロイドパルス療法、血漿交換などの肝補助療法が必要な場合も多い。したがって、原因不明で、重症度判定が重症、あるいは中等症で黄疸が高度の場合は、専門医への紹介を考慮することが重要である。

3. 原発性胆汁性胆管炎（PBC）の病像を併せ持つ AIH（いわゆる“オーバーラップ症候群”）（推奨度：1、エビデンスの強さ：C）

AIH と PBC の臨床像を併せ持つ“オーバーラップ症候群”の診断には、AIH の代表的な3つの臨床的特徴（①ALT が基準値上限の5倍以上、②IgG が基準値上限の2倍以上または抗平滑筋抗体陽性、③組織学的に単核球浸潤を伴うインターフェイス肝炎像がみられる）、および PBC の代表的な3つの臨床的特徴（①ALP が基準値上限の2倍以上またはγ-GTP が基準値上限の5倍以上、②抗ミトコンドリア抗体陽性、③組織学的に胆管病変を伴う）のそれぞれ2項目以上を満たすとの基準（Paris Criteria）¹⁵⁾ が用いられることが多い。

一方、IAIHG は AIH と PBC の病像を兼ね備えた病態は存在するが“オーバーラップ症候群”という独立した疾患概念は存在せず、いずれかの主たる病態に分類されるべきであるという position paper を発表している¹⁶⁾。我が国の全国アンケート調査に基

づいて作成された AIH、PBC の判別式を用いると、AIH、PBC のどちらの病態が主体をなしているか数量的に評価できる¹⁷⁾。本調査でも“オーバーラップ症候群”と診断されている症例のほとんどは AIH または PBC の variant form として捉えられている。

Memo: “オーバーラップ症候群” の位置づけ

自己免疫性肝疾患（AIH、PBC、原発性硬化性胆管炎(PSC)）の各々の病態を重複して呈する患者が存在する。実際に、肝細胞障害と胆汁うっ滞の臨床像および肝組織像を呈し、副腎皮質ステロイドなどの免疫抑制療法とウルソデオキシコール酸の併用が有用な患者を経験する。

しかし、IAIHG¹⁶⁾はオーバーラップ症候群の定義は恣意的なものであり、独立した疾患概念とは考えられず、主たる病態に分類されるべきであると提唱している。また、本報告では改訂版国際診断基準をオーバーラップ症候群における診断に用いるべきではないことも提唱されている。（我が国の原発性胆汁性胆管炎（PBC）の診療ガイドラインも参照のこと。）

4. 肝炎ウイルス陽性例

我が国では、B 型肝炎ウイルス（HBV）、C 型肝炎ウイルス（HCV）のキャリアが多く存在するため、肝炎ウイルスキャリアに AIH が合併する場合もある。肝炎ウイルスキャリアに対する免疫抑制薬の使用には問題があり、とくに HBV キャリアまたは既感染者ではウイルス再活性化に注意を払う必要がある。また、抗ウイルス治療薬であるインターフェロンは自己免疫反応を増悪する可能性があるが、最近では HCV に対する直接作用型抗ウイルス薬（DAA）により高率にウイルス排除が行われるようになった。

Memo: IgG4 関連自己免疫性肝炎 (IgG4-associated autoimmune hepatitis)

AIH 患者の 3%程度に、血清 IgG4 値が高値で、組織学的に門脈域に多数の IgG4 陽性形質細胞の浸潤がみられる症例が存在する。異時性に IgG4 関連硬化性胆管炎や 1 型自己免疫性膵炎を合併する症例もあり、肝固有の IgG4 関連疾患として IgG4 関連 AIH と呼ばれている。治療に関しては、AIH や他の IgG4 関連疾患と同様に副腎皮質ステロイドによる免疫抑制療法が第一選択である。なお、1 型自己免疫性膵炎でしばしば肝機能検査異常がみられ、組織学的に IgG4 陽性細胞浸潤を伴う門脈域炎や胆管病変、小葉炎、胆汁うっ滞等がみられる。IgG4-hepatopathy と呼称され、IgG4 関連 AIH とは区別される。

文献

- 1) Umemura T, et al. Gut 2007; 56:1471-2.
- 2) Umemura T, et al. Hepatology 2007; 46:463-71.

3) Nakanuma Y, et al. *Semin Liver Dis* 2016; 36:229-41.

V. 症候・合併症

1. 症候

AIH は中年以降の女性に好発し、しばしば全身倦怠感、易疲労感、食欲不振などの肝障害による自覚症状を伴い、肝障害が著明な場合は黄疸などの他覚症状がみられることがある。一方、自覚症状を全く伴わず、偶然に健康診断などで肝障害を指摘され受診することも少なくない。

ただし、中年以降の女性のみならず、男性例、小児発症例、高齢発症例も報告されている⁵⁾。また、急性発症例、診断時から浮腫、腹水などの症状を呈する重症例もあり、注意を要する。

2. 合併症

慢性甲状腺炎、シェーグレン症候群、関節リウマチなどの他の自己免疫疾患を合併することが少なくない。

VI. 組織診断（推奨度：1、エビデンスの強さ：A）

組織学的には、典型例では慢性肝炎像を呈し、インターフェイス肝炎、肝細胞ロゼット形成、浸潤細胞に形質細胞が多い、emperipolesis などが AIH の組織所見の特徴とされるが¹⁸⁾、いずれの所見も疾患特異性は低く、組織所見のみで AIH を診断することは困難である。

しかし、AIH の診断では除外診断が基本となるため組織診断は重要であり、他疾患、特に抗核抗体陽性を示す非アルコール性脂肪性肝疾患との鑑別に有用である。門脈域の炎症が高度の場合には胆管病変を伴うこともあるが、胆管消失は稀である。

VII. 重症度分類

診断確定と同時に重症度を判定することが肝要である。判定は我が国の診断指針に記載されている判定表を用いて行う。（推奨度：1、エビデンスの強さ：C）

重症と判断された場合、遅滞なく肝臓専門医のいる医療機関への紹介を考慮するべきで、中等症でも高度の黄疸がある場合は専門機関への紹介を考慮する。

文献

- 1) 恩地森一、銭谷幹男、山本和秀、ほか. 自己免疫性肝炎の診断指針・治療指針（2013年）肝臓 2013; 54; 723-5.
- 2) Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB, et al. International Autoimmune Hepatitis Group Report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 1999; 31: 929-38.

- 3) Hennes EM, Zeniya M, Czaja AJ, et al. Simplified criteria for the diagnosis of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2008; 48: 169-76.
- 4) Czaja AJ. Performance parameters of the diagnostic scoring systems for autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2008; 48: 1540-8.
- 5) Takahashi A, Arinaga-Hino T, Ohira H, et al. Autoimmune hepatitis in Japan: trends in a nationwide survey. *J Gastroenterol* 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.
- 6) Czaja AJ. Cryptogenic chronic hepatitis and its changing guise in adults. *Dig Dis Sci* 2011; 56: 3421-38.
- 7) Nikias GA, Batts KP, Czaja AJ. The nature and prognostic implications of autoimmune hepatitis with an acute presentation. *J Hepatol* 1994; 21: 866-71.
- 8) Ferrari R, Pappas G, Agostinelli D, et al. Type 1 autoimmune hepatitis: patterns of clinical presentation and differential diagnosis of the 'acute' type. *QJM* 2004; 97: 407-12.
- 9) Yamamoto K, Miyake Y, Ohira H, et al. Prognosis of autoimmune hepatitis showing acute presentation. *Hepatol Res* 2013; 43: 630-8.
- 10) Hofer H, Oesterreicher C, Wrba F, et al. Centrilobular necrosis in autoimmune hepatitis: a histological feature associated with acute clinical presentation. *J Clin Pathol* 2006; 59: 246-9.
- 11) Oketani M, Ido A, Nakayama N, et al. Etiology and prognosis of fulminant hepatitis and late-onset hepatic failure in Japan: Summary of the annual nationwide survey between 2004 and 2009. *Hepatol Res* 2013; 43: 97-105.
- 12) Stravitz RT, Lefkowitz JH, Fontana RJ, et al. Autoimmune acute liver failure: proposed clinical and histological criteria. *Hepatology* 2011; 53: 517-26.
- 13) Czaja AJ. Acute and acute severe (fulminant) autoimmune hepatitis. *Dig Dis Sci* 2013; 58: 897-914.
- 14) Yasui S, Fujiwara K, Yonemitsu Y, et al. Clinicopathological features of severe and fulminant forms of autoimmune hepatitis. *J Gastroenterol* 2011; 46: 378-90.
- 15) Chazouillères O, Wendum D, Serfaty L, et al. Primary biliary cirrhosis-autoimmune hepatitis overlap syndrome: clinical features and response to therapy. *Hepatology* 1998; 28: 296-301.
- 16) Boberg KM, Chapman RW, Hirschfield GM, et al. Overlap syndromes: the International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG) position statement on a controversial issue. *J Hepatol* 2011; 54: 374-85.
- 17) Zeniya M, Watanabe F, Morizane T, et al. Diagnosing clinical subsets of autoimmune liver diseases based on a multivariable model. *J Gastroenterol*

2005; 40: 1148-54.

- 18) Guindi M. Histology of autoimmune hepatitis and its variants. *Clin Liver Dis* 2010; 14: 577-90.

4. 自己免疫性肝炎患者の治療・管理

I. 基本方針

AIH は適切な治療が行われないと肝硬変や肝不全に進展する疾患であり、原則として副腎皮質ステロイドによる薬物療法が必要である¹⁾³⁾。AIH では副腎皮質ステロイドが有効であり^{1,4,5)}、治療目標は血清トランスアミナーゼを持続的に基準値範囲内 (ALT 30 U/l 以下) でコントロールすることである⁶⁾⁸⁾。副腎皮質ステロイドは長期にわたる投与が必要であり、十分な副作用対策を行う。治療により血清トランスアミナーゼが持続的に基準値範囲内で維持されている場合は予後良好であるが、血清トランスアミナーゼが異常値で推移する場合や再燃を繰り返す場合には病期の進展に十分な注意が必要である。

II. 患者指導

多くの患者では慢性的に発症し、慢性肝炎から肝硬変まで種々の病期が存在する。そのため病期に応じた生活指導が必要である。いずれの病期においても副腎皮質ステロイド治療は有効であり、適切な治療を受けた患者の予後は良好である²⁾。副腎皮質ステロイド治療を中断した症例では再燃する頻度が高いため^{9,10)}、長期にわたり治療を継続する必要があり、副腎皮質ステロイドの副作用や合併症に対する指導が重要である。

III. 薬物療法

- 副腎皮質ステロイドは AIH に対して有効であり、予後を改善することが確認されている。(推奨度 1, エビデンスの強さ A)
- 副作用や合併症で副腎皮質ステロイドを使用できない例や副腎皮質ステロイド治療で効果が不十分な例では、アザチオプリンが有効である。(推奨度 1, エビデンスの強さ B)。
- 軽症例ではウルソデオキシコール酸により血清トランスアミナーゼ値が改善する場合がある。(推奨度 1, エビデンスの強さ C)。

1. 初回治療

1) プレドニゾロン(PSL)

副腎皮質ステロイドとしては、プレドニゾロンが主に使用される。プレドニゾロン導入量の目安は 0.6 mg/kg/日以上である¹¹⁾。中等症以上では、0.8 mg/kg/日以上を目安とする¹¹⁾。初期治療により血清トランスアミナーゼの改善を確認した後、漸減する。ただし、早すぎる減量は再燃の原因となるため¹²⁾、プレドニゾロン 5mg/1～2 週を減量の目安とする。プレドニゾロン投与量が 0.4 mg/kg/日以下では、2.5mg/2～4 週を目安に漸減する。なお、血清トランスアミナーゼが基準値範囲内 (ALT 30 U/l 以下) に改善す

るまで、プレドニゾロン 0.2 mg/kg/日以上を継続する¹¹⁾。血清トランスアミナーゼを基準値範囲内に保つ最低量のプレドニゾロンを維持量として、長期（2年以上）投与する¹⁰⁾。一般に、血清 IgG は治療効果を反映して低下し、多くの症例では基準値範囲内に改善する¹³⁾。

2) アザチオプリン

副作用や合併症で副腎皮質ステロイドの使用が困難な例、副腎皮質ステロイドを投与してもトランスアミナーゼが基準値範囲内でコントロールされない例にアザチオプリン 1~2 mg/kg/日の投与を行う¹⁴⁾。また、アザチオプリンを併用することにより、副腎皮質ステロイドの投与量を少なくすることができる。

3) ウルソデオキシコール酸

一般的には、600mg/日を使用する^{15,16)}。ウルソデオキシコール酸のみでトランスアミナーゼが基準値範囲内でコントロールされない場合は副腎皮質ステロイド投与を考慮する。また、副腎皮質ステロイド投与中にウルソデオキシコール酸を併用すると、副腎皮質ステロイドの減量を補助できることがあるが¹⁶⁾、エビデンスは確立されていない。

2. 再燃例

初回治療時に副腎皮質ステロイドへの治療反応性が良好であった例では、再燃時においても副腎皮質ステロイドの増量または再開が有効である^{13,17)}。繰り返し再燃する例では、アザチオプリン 1~2 mg/kg/日の併用または変更を考慮する^{14,18,19)}。

3. 治療終了時期について

副腎皮質ステロイド治療により 2 年間以上血清トランスアミナーゼと IgG が持続的に基準値範囲内で維持されている症例では、副腎皮質ステロイド治療の終了を検討することができる。しかし、副腎皮質ステロイド治療を終了した例のほとんどで 3 年以内に再燃がみられるため、治療終了後も十分な経過観察が必要である^{9,10)}。

4. 急性発症例

急性肝炎様に発症（急性発症）する症例においても通常の AIH 同様に副腎皮質ステロイド治療を行う。しかし、プロトロンビン活性 40%以下またはプロトロンビン時間国際標準比 1.5 以上を示す例は予後不良であり、肝移植も選択肢として考慮する^{20,21)}。

5. 重症例

重症度判定において重症と判断された症例では、肝移植を視野に入れた治療方針の検討が必要である。また、副腎皮質ステロイドパルス療法（例：メチルプレドニゾロン 125~1000mg/日、3日間）や肝補助療法（血漿交換や血液濾過透析）などの特殊治療が効果を示す場合がある。ただし、これらの特殊治療のエビデンスは確立されていない。また、副腎皮質ステロイドパルス療法を行う際には、真菌やサイトメガロウイルスなどによる感染症の合併に十分な注意が必要である。

6. 妊婦例

AIH の妊婦では、妊娠中は AIH の病状が安定するが、出産前後に AIH の増悪が高頻度に認められ、十分な注意が必要である^{22)・24)}。2018 年、妊婦に対するアザチオプリンの投与は禁忌ではなくなったものの、妊娠中のアザチオプリンは治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与し、可能な限り本剤服用中の女性の妊娠、及び本剤服用中の男性の場合もそのパートナーの妊娠を避けさせることが望ましい。なお、ウルソデオキシコール酸も投与しないことが望ましい。

IV. 副作用・合併症の対策

- 副腎皮質ステロイド長期投与に伴う副作用・合併症に対する予防、対処が必要となる。(推奨度 1, エビデンスの強さ C)
- 進行例では肝硬変に伴う症候が生じ、これらに対する対処が必要となる。(推奨度 1, エビデンスの強さ C)

1. 骨粗鬆症

AIH は中年以降の女性に好発し、副腎皮質ステロイド投与が長期となるため、骨粗鬆症の合併頻度が高い。骨塩定量を定期的に施行し、必要に応じて治療を行う。カルシウムやビタミン D の摂取とともに運動が推奨される。薬物療法として、ビスホスホネート製剤、活性型ビタミン D3 製剤、ビタミン K 製剤などが用いられる²⁵⁾。

2. 糖尿病

慢性肝障害、特に肝硬変では 2 型糖尿病を合併しやすい。さらに副腎皮質ステロイドを使用することにより糖尿病の合併頻度が上昇する。一般的な食事療法や運動療法に加え、必要に応じて薬物療法を行う。

3. 自己免疫疾患

他の自己免疫疾患を合併しやすい。慢性甲状腺炎、シェーグレン症候群、関節リウマチなどが高頻度にみられる⁵⁾。

4. 食道・胃静脈瘤

他の慢性肝疾患と同様に、肝硬変例では食道・胃静脈瘤の出現に注意が必要であり、定期的に上部消化管内視鏡検査を行う²⁶⁾。食道・胃静脈瘤破裂のリスクがみられた場合には治療を行う。

5. 肝細胞癌

ウイルス性慢性肝炎に比べ頻度は高くないが、肝細胞癌の合併がみられる^{27)・29)}。特に肝線維化の進展した肝硬変からの発癌に注意が必要であり、腫瘍マーカー検査と画像検査（エコー・CT・MRI）を定期的に行う。

V. 経過観察

- 肝炎の再燃、副作用・合併症の有無、肝細胞癌の合併などを早期に把握するために、定期的な検査を行い経過観察が必要である。

初期治療の開始後から維持療法に移行するまでは頻回な診察及び血液生化学検査が必要である。維持療法期間には、血清トランスアミナーゼと IgG を基準値範囲内でコントロールする。定期的な検査により、肝炎の再燃、副腎皮質ステロイドの副作用や合併症、肝細胞癌の合併などをチェックする。

VI. 肝移植の適応

- 肝不全に至った AIH では肝移植が適応になる。(推奨度 1, エビデンスの強さ B)
- 日本における肝移植の 10 年生存率は 75%と良好であり、他の疾患と比較して同等の成績である。

内科的治療で十分な効果が得られず非代償性肝硬変に至った場合、もしくは急性肝不全として発症した場合には肝移植が有効な治療法となる。非代償性肝硬変では、Child-Pugh スコア 10 点以上で臓器移植ネットワークの脳死肝移植待機リストに登録が可能となる。急性発症例が劇症化あるいは遅発性肝不全に至った場合も肝移植が有効である。

我が国の AIH に対する肝移植の成績は 10 年生存率 75%と良好であり、他の疾患に対する移植成績と同等である³⁰⁾。また、脳死ドナーと生体ドナーの間で、肝移植の成績に明らかな違いはみられない^{30,31)}。肝移植後に AIH が再発する場合があるが、通常の AIH と同様に内科的治療が有効である。

VII. 専門医への紹介

- 診断及び治療方針の決定、初期治療の開始時には、専門医への相談が望ましい。(推奨度 1, エビデンスの強さ C)
- 急性発症の場合、早期に重症化する症例が存在し、専門医に相談することが望ましい。(推奨度 1, エビデンスの強さ C)
- 維持療法中や寛解中においても、経時的に専門医のチェックが望ましい。(推奨度 1, エビデンスの強さ C)

文献

- 1) Lamers MM, van Oijen MG, Pronk M, et al. Treatment options for autoimmune hepatitis: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hepatol* 2010; 53: 191-8.
- 2) Czaja AJ. Features and consequences of untreated type 1 autoimmune hepatitis. *Liver Int* 2009; 29: 816-23.

- 3) Feld JJ, Dinh H, Arenovich T, et al. Autoimmune hepatitis: effect of symptoms and cirrhosis on natural history and outcome. *Hepatology* 2005; 42: 53-62.
- 4) Selvarajah V, Montano-Loza AJ, Czaja AJ. Systematic review: managing suboptimal treatment responses in autoimmune hepatitis with conventional and nonstandard drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 2012; 36: 691-707.
- 5) Takahashi A, Arinaga T, Ohira H, et al. Autoimmune hepatitis in Japan: trends in a nationwide survey. *J Gastroenterol* 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.
- 6) Yoshizawa K, Matsumoto A, Ichijo T, et al. Long-term outcome of Japanese patients with type 1 autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2012; 56: 668-76.
- 7) Hoeroldt B, McFarlane E, Dube A, et al. Long-term outcomes of patients with autoimmune hepatitis managed at a nontransplant center. *Gastroenterology* 2011; 140: 1980-9.
- 8) Miyake Y, Iwasaki Y, Terada R, et al. Persistent normalization of serum alanine aminotransferase levels improves the prognosis of type 1 autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 2005; 43: 951-7.
- 9) van Gerven NM, Verwer BJ, Witte BI, et al. Relapse is almost universal after withdrawal of immunosuppressive medication in patients with autoimmune hepatitis in remission. *J Hepatol* 2013; 58:141-7.
- 10) Manns MP, Czaja AJ, Gorham JD, et al. Diagnosis and management of autoimmune hepatitis. *Hepatology* 2010; 51: 2193-213.
- 11) 山本和秀. 自己免疫性肝炎の薬物治療と予後に関する調査結果について. 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班 平成 24 年度総括・分担研究報告書. p18-9.
- 12) Takahashi A, Ohira H, Abe K, et al. Rapid corticosteroid tapering: Important risk factor for type 1 autoimmune hepatitis relapse in Japan. *Hepatol Res* 2015; 45: 638-44.
- 13) Montano-Loza AJ, Carpenter HA, Czaja AJ. Consequences of treatment withdrawal in type 1 autoimmune hepatitis. *Liver Int* 2007; 27: 507-15.
- 14) Takenami T, Sakaguchi K, Nishimura M, et al. Therapeutic effects of azathioprine in combination with low-dose prednisolone in patients with intractable autoimmune hepatitis type 1. *Acta Med Okayama* 2001; 55: 341-7.
- 15) Czaja AJ, Carpenter HA, Lindor KD. Ursodeoxycholic acid as adjunctive therapy for problematic type 1 autoimmune hepatitis: a randomized placebo-controlled treatment trial. *Hepatology* 1999; 30:1381-6.
- 16) Miyake Y, Iwasaki Y, Kobashi H, et al. Efficacy of ursodeoxycholic acid for Japanese patients with autoimmune hepatitis. *Hepatol Int* 2009; 3: 556-62.

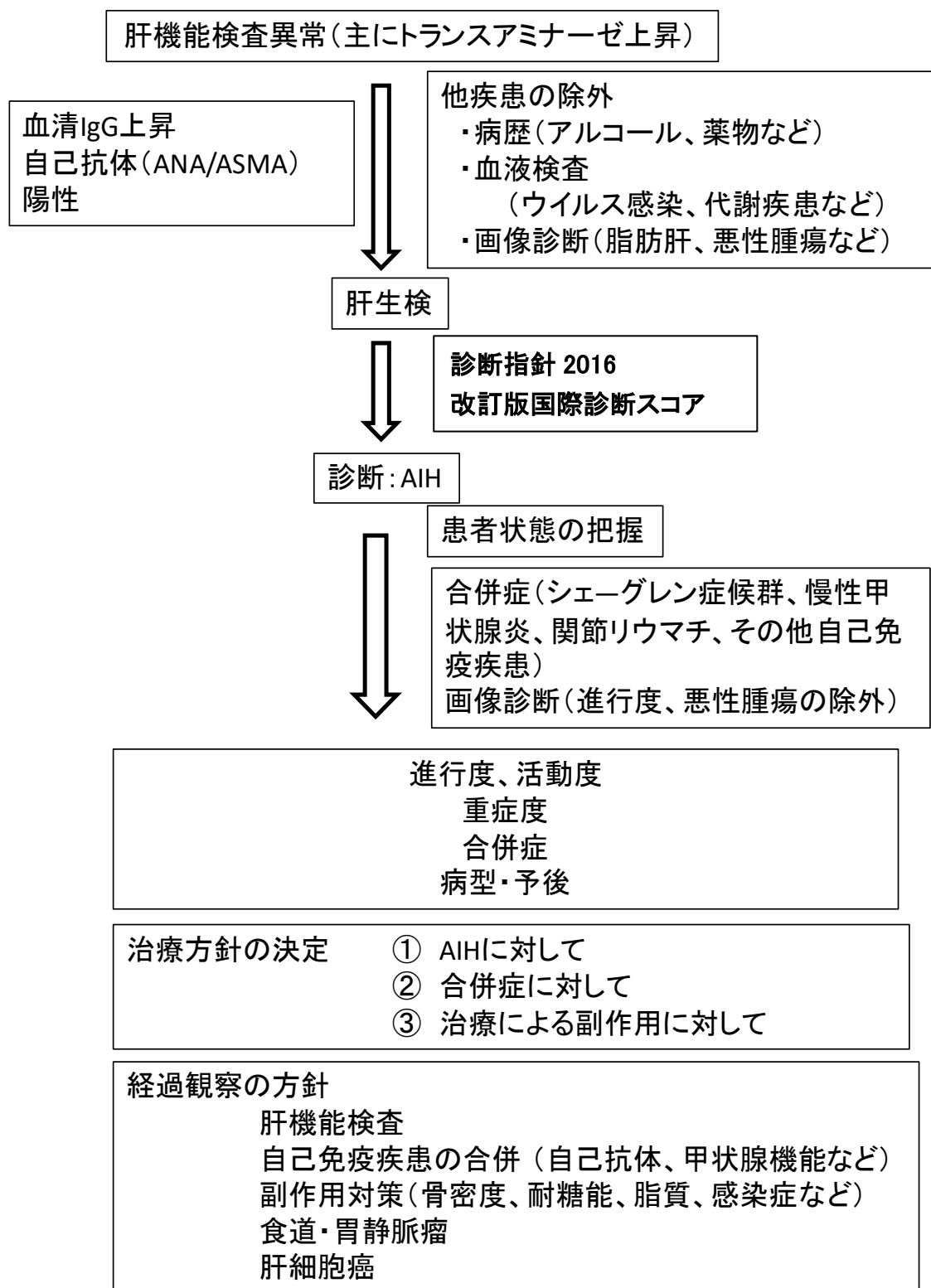
- 17) Czaja AJ, Menon KV, Carpenter HA. Sustained remission after corticosteroid therapy for type 1 autoimmune hepatitis: a retrospective analysis. *Hepatology* 2002; 35: 890-7.
- 18) Yokokawa J, Kanno Y, Saito H, et al. Risk factors associated with relapse of type 1 autoimmune hepatitis in Japan. *Hepatol Res* 2011; 41: 641-6.
- 19) Czaja AJ, Wang KK, Shiels MT, et al. Oral pulse prednisone therapy after relapse of severe autoimmune chronic active hepatitis. A prospective randomized treatment trial evaluating clinical, biochemical, and lymphocyte subset responses. *J Hepatol* 1993; 17: 180-6.
- 20) Abe M, Onji M, Kawai-Ninomiya K, et al. Clinicopathologic features of the severe form of acute type 1 autoimmune hepatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 255-8.
- 21) Yamamoto K, Miyake Y, Ohira H, et al. Prognosis of autoimmune hepatitis showing acute presentation. *Hepatol Res* 2013; 43: 630-8.
- 22) Westbrook RH, Yeoman AD, Kriese S, et al. Outcomes of pregnancy in women with autoimmune hepatitis. *J Autoimmun* 2012; 38: J239-44.
- 23) Terrabuio DR, Abrantes-Lemos CP, Carrilho FJ, et al. Follow-up of pregnant women with autoimmune hepatitis: the disease behavior along with maternal and fetal outcomes. *J Clin Gastroenterol* 2009; 43: 350-6.
- 24) Schramm C, Herkel J, Beuers U, et al. Pregnancy in autoimmune hepatitis: outcome and risk factors. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:556-60.
- 25) Suzuki Y, Nawata H, Soen S, et al. Guidelines on the management and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis of the Japanese Society for Bone and Mineral Research: 2014 update. *J Bone Miner Metab* 2014; 32: 337-50.
- 26) Floreani A, Niro G, Rosa Rizzotto E, et al. Type I autoimmune hepatitis: clinical course and outcome in an Italian multicentre study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24:1051-7.
- 27) Ohira H, Abe K, Takahashi A, et al. Clinical features of hepatocellular carcinoma in patients with autoimmune hepatitis in Japan. *J Gastroenterol* 2013; 48: 109-14.
- 28) Migita K, Watanabe Y, Jiuchi Y, et al. Hepatocellular carcinoma and survival in patients with autoimmune hepatitis (Japanese National Hospital Organization-autoimmune hepatitis prospective study). *Liver Int* 2012; 32: 837-44.
- 29) Miyake Y, Iwasaki Y, Terada R, et al. Persistent elevation of serum alanine aminotransferase levels leads to poor survival and hepatocellular carcinoma development in type 1 autoimmune hepatitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;

24:1197-205.

30) 日本肝移植研究会. 肝移植症例登録報告. 移植 2015; 50: 156-9.

31) Schramm C, Bubenheim M, Adam R, et al. Primary liver transplantation for autoimmune hepatitis: a comparative analysis of the European Liver Transplant Registry. Liver Transpl 2010; 16: 461-9.

5. AIH 診断、治療方針決定のための手順



6. AIH 診断、治療方針決定のためのサマリーシート

AIH 診断、治療方針決定のためのサマリーシート

基本的データ	
基本	性別：男・女 年齢____歳 T.Bil____mg/dl, AST____U/L, ALT____U/L ALP____U/L, γ GTP____U/L, IgG____mg/dl 抗核抗体（陰性・陽性）____倍 抗平滑筋抗体（陰性・陽性）____倍、抗 LKM-1 抗体（陰性・陽性）
除外診断 （*とくに急性肝炎で測定が望ましい。）	薬物治療歴（なし・あり）、飲酒歴（なし・あり） HBs 抗原（陰性・陽性）、HBc 抗体（陰性・陽性） HCV 抗体（陰性・陽性）、HCV-RNA（陰性・陽性） 抗ミトコンドリア抗体・M2 抗体（陰性・陽性） 血清鉄____ μ g/dl、フェリチン____ng/ml 血清銅____ μ g/dl、セルロプラスミン____mg/dl *IgM-HA 抗体、*IgM-HBc 抗体、*IgA-HE 抗体、 *IgM-CMV 抗体、*IgM-EB VCA 抗体 画像診断：脂肪肝（なし・あり）、占拠性病変（なし・あり）
重症度	Alb____g/dl、PT____%、INR____ 黄疸（なし・あり）、腹水（なし・あり）、肝性脳症（なし・あり） 画像診断：肝萎縮（なし・あり）、肝実質の不均質化（なし・あり）
合併症	甲状腺機能低下症状（なし・あり）、乾燥症状（なし・あり） 関節痛（なし・あり）、free T4____ μ g/dl、TSH____ μ U/dl 抗 TPO 抗体（陰性・陽性）、抗 SS-A 抗体（陰性・陽性） 抗 SS-B 抗体（陰性・陽性）、リウマトイド因子（陰性・陽性） 糖尿病（なし・あり）、HbA1c____% 骨粗鬆症（なし・軽度・高度）
その他	HLA-DR(DRB1)____ 血小板数____万/ μ l、AFP____ng/dl、PIVKA-II mAU/ml
病理所見	インターフェイス肝炎（なし・あり）、形質細胞浸潤（なし・あり） ロゼット形成（なし・あり）、emperipolesis（なし・あり） 肝実質の壊死・炎症（なし～軽度・中等度・高度） 中心静脈周囲の肝細胞壊死（なし・あり）、胆管病変（なし・あり）
特記事項	

診断	
診断指針 国際診断基準	典型例・非典型例 改訂版 AIH 診断スコア _____点 (確診・疑診・その他) 簡易型 AIH 診断スコア _____点 (確診・疑診・その他)
組織診断	Stage _____, Grade _____ 慢性肝炎・肝硬変・急性肝炎・その他
重症度	重症・中等症・軽症 Child-Pugh score _____点 (A・B・C) MELD score _____点、肝移植適応ガイドラインスコア _____点
合併症	食道胃静脈瘤 (なし・あり)、浮腫・腹水 (なし・あり) 肝性脳症 (なし・あり)、肝細胞癌 (なし・あり)
特記事項	
治療方針	
AIH	プレドニゾロン (その他: _____) _____mg/日 UDCA _____mg/日、アザチオプリン _____mg/日 ステロイドパルス療法 (なし・あり) その他:
合併症に対して	
専門医へのコンサルト	当面必要なし・必要性が高い
肝移植	当面必要なし・将来可能性大・ 移植専門医へのコンサルトが勧められる
特記事項	

7. 自己免疫性肝炎診療のクリニカル・クエスチョン

I. 基本的事項

QI-1：自己免疫性肝炎（AIH）とはどのような疾患か？

解説：自己免疫性肝炎は英語では Autoimmune hepatitis と言い、頭文字をとって AIH と呼ばれる。血清学的には高 γ グロブリン血症や自己抗体の出現が高頻度にみられるが、これらの特徴は AIH に特異的なものではなく、診断には同様な病態を呈する他の疾患を除外する必要がある。臨床像は多彩であり、多くの症例は慢性の経過を辿るが、急性肝炎様に発症（急性発症）する例も存在する。急性発症例には急性肝不全へと進行する症例がある。また、診断時にすでに肝硬変に進展している症例もある。

AIH は自己抗体の出現パターンにより、抗核抗体、抗平滑筋抗体が陽性の 1 型と抗肝腎ミクロソーム（LKM）-1 抗体陽性の 2 型に分類される。本邦では 1 型がほとんどであり、2 型はきわめて稀である。

根拠となる文献

- 1) 厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班. 自己免疫性肝炎診療ガイドライン(2013年). http://www.nanbyou.or.jp/upload_files/AIH-Guideline.pdf.
- 2) Krawitt EL. N Engl J Med 2006; 354: 54-66.
- 3) Czaja A, et al. Gastroenterology 2010; 139: 58-72.

QI-2：病因はどのように考えられているか？

A：病因は不明であるが、自己免疫機序の関与が想定されている。

解説：AIH 発症の原因は現在なお不明であるが、抗核抗体などの自己抗体陽性、高 γ グロブリン血症、他の自己免疫疾患の合併、副腎皮質ステロイド治療に対する反応性などから、免疫寛容システムの破綻による自己免疫機序の関与が想定されている。肝内浸潤リンパ球は T 細胞優位であり、肝細胞に対する自己反応性 T 細胞の活性化とそれを抑制すべき免疫制御性 T 細胞の機能異常による細胞性免疫異常が肝細胞障害の主因と考えられている。特定の遺伝因子を持つ個体（遺伝要因）に、何らかの誘因（環境要因）が加わると発症すると推定されているが、肝細胞に対する自己免疫現象の標的抗原はいまだに同定されておらず、本疾患に特異的な自己抗体も同定されていない。

根拠となる文献

- 1) Muratori L, et al. J Autoimmun 2013; 46: 74-80.
- 2) Heneghan MA, et al. Lancet 2013; 382: 1433-44.
- 3) Liberal R, et al. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2011; 25: 653-64.

- 4) Czaja AJ. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2007; 1: 113-28.

QI-3 : 感染症や薬物投与が誘因となって発症することがあるか？

A : ウイルス感染や薬物への暴露などが誘因となり発症することがある。

解説 : ウイルス感染や薬物への暴露が誘因となり発症することが示唆されており、ウイルス感染や薬物代謝産物による自己成分の修飾や外来蛋白と自己成分との分子相同性 (molecular mimicry) などにより自己免疫の病態が誘導されると推定されている。しかし、高頻度に発症の契機となる特定のウイルスや薬物は発見されていない。ウイルス感染症では、A型～C型及びE型肝炎ウイルス、Epstein-Barr (EB) ウイルス、麻疹ウイルス、サイトメガロウイルスなどが報告されており、薬物ではミノマイシン、イソニアジド、メチルドーパ、インターフェロン α 、アトルバスタチン、抗TNF α 阻害薬などがある。薬物が誘因となる場合、もともと存在したAIHが薬物により顕在化したものや、自己免疫現象を伴う薬物性肝障害、AIHと薬物性肝障害とを合併したものなどの可能性が考えられ、鑑別は困難である。肝組織所見を含めて慎重に診断する必要がある。妊娠・出産を契機にAIHが発症・増悪することもあり、ホルモン環境も発症に関連する可能性がある。

根拠となる文献

- 1) Mieli-Vergani G, et al. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8: 320-9.
- 2) Czaja AJ. Am J Gastroenterol 2001; 96: 1224-31.
- 3) Björnsson E, et al. Hepatology 2010; 51: 2040-8.

QI-4 : 患者は日本に何人くらい存在するか？

A : 1万から2万人くらい存在していると推定される。

解説 : 我が国のAIHの有病率、罹患率に関する詳細な疫学調査は行われていない。また、2015年1月1日に厚生労働大臣が指定する指定難病となったが、対象は中等症、重症および肝硬変のみであることから実態は把握できない。2005年に行われた全国疫学調査(層化無作為抽出法)によると2004年1年間の患者数は9,533人と推定され、以前の同調査と比較して増加している。また、最近2次医療圏で行われた疫学調査から推測すると、我が国には約2万人の15歳以上の患者が存在している可能性がある。また、同調査から年間約2,000人が発症している可能性も示唆されている。しかし、非典型例や診断困難例もあり、正確な患者数は明らかではない。

根拠となる文献

- 1) *大浦麻絵. 肝胆膵 2007; 54: 425-30.
- 2) *Yoshizawa K, et al. Hepatol Res 2016; 46: 878-83.

Memo: AIH の有病率についての海外の報告

世界においても全国規模での疫学調査は少ないが、全疾患の登録制度のあるオランダやデンマークでは、その登録データから、前者では有病率 18.3、罹患率 1.1、後者では有病率 23.9、罹患率 1.68 であった。また、住民対象の研究では、世界 10 数か国で一部地域に限った疫学調査が行われ、有病率は 4.0～42.9 とかなりばらつきがみられている。医療保険システムの違いや調査方法、用いられている診断基準の違いなどが原因とも考えられる。

根拠となる文献

- 1) van Gerven NM, et al. Scand J Gastroenterol 2014; 49: 1245-54.
- 2) Grønbaek L, et al. J Hepatol 2014; 60: 612-7.

QI-5 : どのような人が罹りやすいか？

A : 罹りやすい特定の遺伝因子（とくに HLA）を持つ人に多い。

解説 : 男女比は 1 : 6 と女性に多く、発症は 50～70 歳台が多いが小児期から高齢者まで全年齢で見られる。現在、罹りやすさに関連することが明らかなものは、特定の HLA を持った人である。我が国では、疾患感受性遺伝子として HLA-DR4 (DRB1*0405) が指摘されており、約 70% の症例が HLA-DR4 陽性である。欧米では HLA-DR3 あるいは DR4 どちらかを有する人に発症しやすいが、その機序は十分には解明されていない。また、関節リウマチ、慢性甲状腺炎、シェーグレン症候群などを合併することがあり、自己免疫疾患としての素因を持つ人の方が発症しやすい。現在、発症にかかわる網羅的遺伝子解析（ゲノムワイド遺伝子解析）が行われ、HLA-DR をはじめ複数の遺伝子が関与していると考えられている。

根拠となる文献

- 1) Czaja AJ, et al. Gastroenterology 2010; 139: 58-72.
- 2) Yoshizawa K, et al. J Gastroenterol 2011; 46 Supplement: 42-7.
- 3) * Seki T, et al. Hepatology 1990; 12: 1300-4.
- 4) Yoshizawa K, et al. J Hepatol 2005; 42: 578-84.
- 5) de Boer YS, et al. Gastroenterology 2014; 147: 443-52.

QI-6 : 遺伝するか？

A : 遺伝するとは言えないが、かかりやすい遺伝要因はある。

解説 : AIH の発症には特定の HLA との関連（我が国においては HLA-DR4、欧米にお

いては DR3 と DR4) が示されており、遺伝的な要因は少なからずあるものと考えられている。しかし、同胞内での発症例は非常にまれであり、遺伝するとまではいえない。全国調査では同胞内発症は 1.0%にみられるのみであった。

根拠となる文献

- 1) Krawitt EL. N Engl Med 2006; 354: 54-66.
- 2) Donaldson PT. Semin Liver Dis 2002; 22: 353-64.
- 3) * Hodges S, et al. Gut 1991; 32: 299-302.
- 4) Abe M, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 1136-41.

II. AIH の診断

QII-1：どのような症状が生じるか？

A：AIH で特異的に認められる症状はない。

解説：しばしば全身倦怠感、易疲労感、食欲不振などの自覚症状を伴い、肝障害が著明な場合は黄疸などの他覚症状がみられる。一方、自他覚症状を全く伴わず、偶然に健康診断などで肝障害を指摘され受診することも少なくない。また、診断時から浮腫、腹水などの肝硬変に伴う症状がみられることもある。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND symptom OR complaint OR characteristics)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication type])) (247→34→3)

根拠となる文献

- 1) Czaja AJ. Liver Int 2009; 29: 816-23.
- 2) Abe M, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 1136-41.
- 3) Toda G, et al. J Hepatol 1997; 26: 1207-12.

QII-2：臨床データの特徴は？

A：ALT 優位の血清トランスアミナーゼ高値がみられ、抗核抗体、抗平滑筋抗体等の自己抗体陽性、血清 IgG 高値であることが特徴である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：A

解説：ALT 優位の血清トランスアミナーゼ高値がみられることが特徴的で、加えて抗核抗体、抗平滑筋抗体などの自己抗体陽性、血清 IgG 高値の所見がみられる。なお、近年は診断時の血清トランスアミナーゼ、IgG が比較的低値の症例が増加している。最近の全国調査では、ALT 値 100 U/l 以下の症例が全体の 34.2%、IgG 値 2000mg/dl 以下の症例が 38.9%を占めていた。多くの場合は ALP、γGTP 等の胆道系酵素の著明な上昇はみられず、それらの著明な上昇を伴う場合は原発性胆汁性胆管炎 (PBC) や薬物性肝障害も疑うべきである。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND (symptom OR complaint OR characteristics)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (247→34→4) [1]

根拠となる文献

- 1) Czaja AJ. Liver Int 2009; 29: 816-23.
- 2) Abe M, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 1136-41.
- 3) Toda G, et al. J Hepatol 1997; 26: 1207-12.
- 4) Miyake Y, et al. Dis Liver Dis 2010; 42: 51-4.

5) *Takahashi A, et al. J Gastroenterol 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.

QII-3：診断における自己抗体の意義は？

A：抗核抗体または抗平滑筋抗体の存在は診断に有用である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：A

解説：AIHの疾患特異的自己抗体は未だ同定されていないが、抗核抗体または抗平滑筋抗体陽性の症例が多い。最近の全国調査では、抗核抗体陽性率は90.7%、抗平滑筋抗体陽性率は40.9%で、抗核抗体陰性例の50%は抗平滑筋抗体陽性であった。なお、欧米のAIH2型で認められることが多い抗肝腎ミクロソーム（LKM）-1抗体の我が国における陽性頻度は極めて低く、陽性であっても抗核抗体と同時に陽性の症例が多い。

また、自己抗体の検出およびその力価は経過中に変動することもあり、診断時には陰性であっても後に陽性となることもある。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND antibody OR ANA OR ASMA)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (1571→33→3) [1]

根拠となる文献

- 1) Efe C, et al. Scand J Gastroenterol 2013; 48: 504-8.
- 2) Mehendiratta V, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7: 98-103.
- 3) Zachou K, et al. J Autoimmune Dis 2004; 1: 2.
- 4) *Takahashi A, et al. J Gastroenterol 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.

QII-4：鑑別すべき疾患には何があるか？

A：肝障害をきたすあらゆる疾患との鑑別、除外が必要である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：A

解説：AIHの診断は基本的に除外診断であり、ウイルス性肝炎、アルコール性肝障害、健康食品による肝障害を含む薬物性肝障害、脂肪性肝疾患、肝炎ウイルス以外のウイルス感染（EBウイルス、サイトメガロウイルス、アデノウイルスなど）による肝障害などの他の原因をまず除外することが重要である。臨床的に鑑別が特に問題となるのは、薬物性肝障害、非アルコール性脂肪性肝疾患である。両疾患とも抗核抗体などの自己抗体が陽性となる症例があり、鑑別に注意を要する。詳細な薬物摂取歴の聴取が重要で、組織学的検討が鑑別における重要な情報をもたらすことも少なくない。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND differential diagnosis)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (1147→9→4)

根拠となる文献

- 1) Efe C, et al. Scand J Gastroenterol 2013; 48: 504-8
- 2) Suzuki A, et al. Hepatology 2011; 54: 931-9.
- 3) Yatsuji S, et al. J Gastroenterol 2005; 40: 1130-8.
- 4) Umemura T, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 48-55.

QII-5：診断に肝生検は必要か？

A：診断、鑑別のためには施行するのが望ましい。

推奨度：1，エビデンスの強さ：B

解説： AIH との鑑別が問題となる薬物性肝障害、非アルコール性脂肪性肝疾患との鑑別には、組織学的検討が重要である。また、急性発症例が、急性肝炎か慢性肝炎の急性増悪かを鑑別する際にも、組織学的検討は重要である。

血清トランスアミナーゼ上昇が軽度でも組織学的な活動性が高度な症例も少なくないため、活動性の把握のためにも組織学的検討は有用と考えられる。ただし、重症例などで肝生検の施行が困難な場合は、敢えて行う必要はない。

検索式： Search (((autoimmune hepatitis) AND liver biopsy)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type]))(1004→13→2)

根拠となる文献

- 1) Björnsson E, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2011; 9: 57-63.
- 2) Efe C, et al. Clin Res Hepatol Gastroenterol 2012; 36: 185-8.

QII-6：特徴的な肝組織像はあるか？

A：単核球、特に形質細胞の浸潤をともなうインターフェイス肝炎像は特徴的である。
--

推奨度：1，エビデンスの強さ：B

解説： 単核球浸潤をともなうインターフェイス肝炎像は AIH に高頻度に認められる組織像で、形質細胞浸潤を伴うことが多い。また小葉内の肝細胞壊死、肝細胞ロゼット形成、emperipolesis など少ならず観察される。他の肝障害をきたす原因が否定的である場合には、肝細胞ロゼット形成、emperipolesis は AIH としての診断上の有用性が報告されている。

検索式： Search (((autoimmune hepatitis) AND histology)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (1014→21→4)

根拠となる文献

- 1) Guindi M. Clin Liver Dis 2010; 14: 577-90.
- 2) Carpenter HA, et al. Clin Liver Dis 2002; 6: 685-705.
- 3) Terracciano LM, et al. Am J Clin Pathol. 2000; 114: 705-11.

4) de Boer YS, et al. Histopathology 2015; 66: 351-62.

QII-7：診断に画像検査は必要か？

A：診断時の進行度の評価や急性肝不全様発症の診断には有用である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：D

解説：AIH に特異的な画像所見はない。しかし、急性肝不全様の発症様式を呈する AIH では単純 CT 検査にて不均一な低吸収領域像を呈することが多く、他の原因による急性肝不全との鑑別に有用であるとの報告がある。

検索式：Search(((autoimmune hepatitis) AND imaging)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (82→3→2)

根拠となる文献

- 1) Sahni VA, et al. Abdom Imaging 2010; 35: 75-84.
- 2) Yasui S, et al. Hepatol Res 2012; 42: 42-50.

QII-8：診断は「自己免疫性肝炎の診断基準 2016」に沿って行うべきか？

A：日本人症例の診断には有用である。

解説：AIH は人種により遺伝的背景、臨床像、治療反応性が少なからず異なる。「自己免疫性肝炎の診断指針 (2016)」は、我が国における全国調査の結果も参照にして作成されたもので、日本人の AIH 診断には有用と考えられる。

QII-9：診断には改訂版国際診断基準が有用か？

A：診断感受性に優れており、特に非定型例の診断には有用である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：A

解説：日本を含む世界各国の AIH の基礎、臨床研究者から構成される国際 AIH グループ (IAIHG) は 1999 年に改訂版国際診断基準を発表した。この診断基準で提唱されたスコアリングシステムは 13 項目の検討項目について各々点数をつけ総合点で診断するもので、その診断感受性は 97~100%と極めて高いことが国内外で検証されている。特に非定型例の診断には有効である。しかし、判定すべき項目数の多いことが日常診療で汎用するうえでの問題点である。また、この診断基準の作成目的は AIH の病態、治療研究の対象となる症例の抽出であり、日常診療における診断での利用を必ずしも念頭においたものではないことに留意する必要がある。よって、日常診療での AIH 診断にあたっては、過度に本スコアに固執すべきではないと IAIHG も注意喚起を行っている。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND international AIH group)) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication

Type)) (87→13→5)

根拠となる文献

- 1) Czaja AJ. Hepatology 2008; 48: 1540-8.
- 2) Koay LB, et al. Dig Dis Sci 2006; 51: 1978-84.
- 3) Zeniya M, et al. J Gastroenterol 2005; 40: 1148-54.
- 4) Alvarez F, et al. J Hepatol 1999 ;31:929-38
- 5) Czaja AJ. Dig Dis Sci 1996; 41: 305-14.

QII-10：診断には簡易型国際診断基準が有用か？

A：診断特異性に優れており、特に副腎皮質ステロイド治療の判断には有用である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：B

解説：改訂版国際診断基準は検討項目数が多く日常診療における利便性に欠けるとの批判を受け、IAIHGは2008年に4項目からなる簡易型国際診断基準を作成した。この4項目は、我が国を含む世界10か国のAIH 359例の統計学的解析から診断に寄与する独立因子として抽出されたものである。そのため、簡易型国際診断基準は感受性よりも特異性に優れているのが特徴であるが、同時に診断の見落としが生じる可能性があることも示唆されている。

すなわち、改訂版国際診断基準は診断感受性に優れ自己抗体陽性、IgG高値などの所見が目立たない非定型的症例も拾い上げて診断することができる。一方、簡易型国際診断基準は診断特異性に優れ、AIH類似症例と真のAIH症例の鑑別に有用である。したがって、簡易型国際診断基準では急性発症例を含む非定型的症例を見落とす可能性があることを念頭におき、症例に応じて両診断基準を適宜使い分けることが肝要である。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND simplified criteria)) (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (33→7→5)

根拠となる文献

- 1) Fujiwara K, et al. Liver Int. 2011; 31:1013-20.
- 2) Czaja AJ. Gastroenterology 2011; 140: 1472-80.
- 3) Qiu D, et al. J Hepatol 2011; 54: 340-7.
- 4) Miyake Y, et al. Dig Liver Dis 2010; 42: 210-5.
- 5) Hennes EM, et al. Hepatology 2008; 48: 169-76.

QII-11：急性発症例の診断に何が有用か？

A：病理組織学的検討、画像診断が有用である。

推奨度：2，エビデンスの強さ：C

解説：急性発症例では自己抗体陰性、IgG低値の症例も少なからずみられる。そのよう

な症例では改訂版および簡易型国際診断基準で確診や疑診に至らないことがあるため、診断に難渋することもある。他の原因が否定された場合には、自己抗体陰性、IgG 低値でも AIH を疑うことが肝要である。

組織学的には小葉中心性壊死像を呈することが多い。また、急性肝不全様の発症様式を呈する AIH では単純 CT 検査にて不均一な低吸収領域像を呈することが多く、他の原因による急性肝不全との鑑別に有用であるとの報告がある。

検索式： Search (((autoimmune hepatitis) AND acute presentation)) NOT ((review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (68→7→5)

根拠となる文献

- 1) Abe K, et al. World J Hepatol 2012; 4:262-7.
- 2) Miyake Y, et al. Dig Liver Dis 2010; 42: 51-4.
- 3) Stravitz RT, et al. Hepatology 2011; 53: 517-26.
- 4) Abe M, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2007; 5: 255-8.
- 5) Hofer H, et al. J Clin Pathol 2006; 59: 246-9.

QII-12：原発性胆汁性胆管炎の病像を伴う症例（いわゆる“オーバーラップ症候群”）の診断には何が有用か？

A：Paris Criteria が診断に用いられることが多い。

推奨度：1，エビデンスの強さ：C

解説： AIH と原発性胆汁性胆管炎（PBC）の両者の病像を併せ持つ、いわゆる“オーバーラップ症候群”の頻度については、PBC の 10%程度、AIH の 10～20%程度と報告されているが、確立された診断基準が存在しないために詳細は不明である。また、AIH と PBC のどちらか一方の病態が先行する症例と AIH と PBC の病態がほぼ同時に出現する症例が存在する。

“オーバーラップ症候群”の診断には、AIH の代表的な 3 つの臨床的特徴（①ALT が基準値上限の 5 倍以上、②IgG が基準値上限の 2 倍以上または抗平滑筋抗体陽性、③組織学的に単核球浸潤を伴うインターフェイス肝炎像がみられる）、PBC の代表的な 3 つの臨床的特徴（①ALP が基準値上限の 2 倍以上または γ GTP が基準値上限の 5 倍以上、②抗ミトコンドリア抗体陽性、③組織学的に胆管病変を伴う）のそれぞれ 2 項目以上を満たすとの基準（Paris Criteria）が用いられることが多い。一方、IAIHG は AIH と PBC の病像を兼ね備えた病態は存在するが、独立した疾患概念は存在せず、AIH あるいは PBC の主たる病態に分類されるべきであると提唱している。

検索式： Search((autoimmune hepatitis) AND overlap syndrome)) NOT ((review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type]))

(127→20→6)

根拠となる文献

- 1) Bonder A, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2011; 9: 609-12.
- 2) Kuiper EM, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2010; 8: 530-4.
- 3) Muratori P, et al. Am J Gastroenterol 2009; 104: 1420-5.
- 4) Suzuki Y, et al. J Gastroenterol Hepatol 2004; 19: 699-706.
- 5) Chazouillères O, et al. Hepatology 1998; 28: 296-301.
- 6) * Boberg KM, et al. J Hepatol 2011; 54: 374-85.

III. AIH の薬物治療

QIII-1：どのような症例で治療が必要か？

A：血清トランスアミナーゼが異常値（ALT>30 IU/l）を示す症例では、薬物治療が必要である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：A

解説：治療が行われなかった場合、血清トランスアミナーゼが基準値上限の10倍以上の症例、または5倍以上かつγグロブリンが基準値上限の2倍以上を示す症例の60%が6か月以内に死亡し、肝病理組織で架橋壊死や多小葉壊死がみられる症例の45%が5年以内に死亡すると報告されている。また、海外で行われたコホート研究およびシステマティックレビューにより、診断時に無症状かつ血清トランスアミナーゼ上昇が軽度の症例においても、治療が行われなければ予後不良となることが示されている。したがって、血清トランスアミナーゼが異常値を示す症例は治療対象である。なお、脂肪性肝疾患や甲状腺疾患など他の原因による肝障害の症例、PBCやPSCの病態を併せ持つ症例も存在することから、治療開始前に組織学的検索による評価を行い、治療の選択をする必要がある。

検索式：Search ((autoimmune hepatitis) AND (natural OR untreated OR RCT OR RCTs)) NOT (case report OR case reports [Publication Type])) (374→15→4)

根拠となる文献

- 1) Lamers MM, et al. J Hepatol 2010; 53:191-8.
- 2) Czaja AJ. Liver Int 2009; 29:816-23.
- 3) Al-Chalabi T, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2008; 6: 1389-95.
- 4) Feld JJ, et al. Hepatology 2005; 42:53-62.

QIII-2：治療目標は？

A：血清トランスアミナーゼを持続的に基準値範囲内（ALT≤30 U/l）でコントロールすることである。

推奨度1，エビデンスの強さ：B

解説：我が国のAIH症例の長期予後は10年生存率95%以上と良好であり、一般人口と差がないことが報告されている。また、血清トランスアミナーゼが基準値範囲内にコントロールされた症例では予後良好であるが、治療経過中に血清トランスアミナーゼが異常値で推移する症例や再燃を繰り返す症例では慢性肝不全への進展や肝発癌の頻度が高いことが示されている。したがって、予後を良好に保つためには、血清トランスアミナーゼを持続的に基準値範囲内でコントロールすることが必要である。ただし、血清トランスアミナーゼが基準値範囲内でも半数近くで組織学的に活動性があり、組織学的

寛解に至ったものに比べ予後が不良であるため、組織学的な評価も必要である。

検索式 : Search (((autoimmune hepatitis) AND therapy OR treatment)) AND prognosis) NOT (case reports OR case report OR review [Publication Type])) (441→43→5)

根拠となる文献

- 1) Yoshizawa K, et al. Hepatology 2012; 56: 668-76.
- 2) Hino-Arinaga T, et al. J Gastroenterol 2012; 47: 569-76.
- 3) Hoeroldt B, et al. Gastroenterology 2011; 140: 1980-9.
- 4) Miyake Y, et al. J Hepatol 2005; 43: 951-7.
- 5) Dhaliwal HK, et al. Am J Gastroenterol 2015; 110:993-9.

QIII-3 : 治療の第一選択薬は？

A : 副腎皮質ステロイドが第一選択薬である。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : A

解説 : AIH の病因が不明であるため根治的治療法は確立されておらず、副腎皮質ステロイドが第一選択薬となる。副腎皮質ステロイドとしては、プレドニゾロンが広く使用されている。我が国の最近の全国調査では、80%の症例でプレドニゾロン投与が行われている。また、プレドニゾロンで治療された症例の 98%で血清トランスアミナーゼの改善が得られている。合併症や副作用のために副腎皮質ステロイドを使用できない症例では、アザチオプリンの投与を考慮する。

検索式 : Search (((autoimmune hepatitis) AND (prednisolone OR corticosteroid OR steroid)) AND (human OR patient OR patients) NOT (overlap OR overlaps)) NOT (de novo) NOT (letter OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (625→152→2) [1]

根拠となる文献

- 1) Lamers MM, et al. J Hepatol 2010; 53: 191-8.
- 2) Abe M, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 1136-41.
- 3) *Takahashi A, et al. J Gastroenterol 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.

QIII-4 : 副腎皮質ステロイドの適切な開始量は？

A : プレドニゾロン換算で 0.6mg/kg/日以上を目安とする。なお、中等症以上では、0.8mg/kg/日以上が目安となる。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : C

解説 : 我が国の AIH 症例は欧米の症例に比べて副腎皮質ステロイド治療に対する反応

性が良好であり、プレドニゾロンで治療される症例の 67.7%で開始量が 30~50mg/日と欧米に比べて少量である。血清トランスアミナーゼを早期に基準値範囲内に改善させるためには、プレドニゾロン開始量として 0.6mg/kg/日以上が必要であり、中等症以上の症例では、プレドニゾロン開始量として 0.8mg/kg/日以上が必要である。AASLD の診療ガイドラインでは、プレドニゾロン 60mg/日またはプレドニゾロン 30mg/日とアザチオプリン 50mg/日（または 1~2mg/kg/日）の併用療法による治療導入が推奨されている。また、EASL の診療ガイドラインではプレドニゾロン 60mg/日より開始し、3 週目以降にアザチオプリンを併用する治療法が推奨されている。

検索式： Search (((autoimmune hepatitis) AND (treatment OR therapy) AND (prednisolone OR corticosteroid OR steroid)AND (initial)))) NOT (review OR editorial OR comment OR case report OR case reports [Publication Type])) (105→53→2) [2]

根拠となる文献

- 1) *厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班 平成 24 年度総括・分担研究報告書 p18-9.
- 2) Takahashi A, et al. Hepatol Res 2015; 45: 638-44.
- 3) Abe M, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 1136-41.
- 4) * Takahashi A, et al. J Gastroenterol 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.

QIII-5：治療開始後における副腎皮質ステロイドの減量法は？

A：副腎皮質ステロイド治療による血清トランスアミナーゼ改善後の再燃をさけるためには、投与量の漸減法が重要である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：C

解説：初期投与量を 2 週間程度続け、血清トランスアミナーゼの改善を確認した後、1~2 週毎にプレドニゾロン換算で 5mg を漸減する。血清トランスアミナーゼの改善が不十分であれば、2~4 週毎にゆっくり減量する。プレドニゾロン投与量が 0.4 mg/kg/日以下では、2~4 週毎に 2.5 mg を維持量まで漸減する。なお、血清トランスアミナーゼが基準値範囲内に改善する時点までの減量速度が早い症例、改善時のプレドニゾロン投与量が少ない症例が早期に再燃しやすいため、血清トランスアミナーゼが基準値範囲内に改善するまでは減量を慎重に行い、0.2mg/kg/日以上以上の投与を続ける。また、維持療法としてはプレドニゾロン 5~7.5mg/日を投与されている症例が多く、ほとんどの症例でプレドニゾロン維持量は 10mg/日以下である。AASLD の診療ガイドラインでは、プレドニゾロン 60mg/日単独で開始した場合は 4 週目に 30mg に、プレドニゾロン 30mg/日とアザチオプリン 50mg/日で治療開始した場合には 4 週目に 15mg に減量することとされている。また、EASL の診療ガイドラインでは、治療開始後 3 週目以降に

アザチオプリンを併用する事が原則で、60mg の初期投与量から 4 週目まで 10mg/週で減量し、8 週目まで 5mg/週で減量、以後漸減するという方針になっている。

検索式：Search (((((((autoimmune hepatitis) AND (treatment OR therapy))) AND (prednisolone OR corticosteroid OR steroid))) AND (taper or tapering)))NOT(case report OR case reports OR review OR editorial OR comments)) (23→13→2) [2]

根拠となる文献

- 1) *厚生労働科学研究費補助金難治性疾患等克服研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班 平成 24 年度総括・分担研究報告書 p18-9.
- 2) Takahashi A, et al. Hepatol Res 2015; 45: 638-44.
- 3) Abe M, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 1136-41.
- 4) *Takahashi A, et al. J Gastroenterol 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.

QIII-6：副腎皮質ステロイド治療によるリスク（副作用）は？

A：下記の場合は、副腎皮質ステロイド投与が原則禁忌である：有効な抗菌剤の存在しない感染症、消化性潰瘍、精神病、結核性疾患、単純疱疹性角膜炎、後嚢白内障、緑内障、高血圧症、電解質異常、血栓症、最近行った内臓の手術創のある患者、急性心筋梗塞。

また、下記の発症に注意が必要である：感染症の増悪、続発性副腎皮質機能不全、糖尿病、消化管潰瘍、膵炎、精神変調、うつ状態、骨粗鬆症、骨頭無菌性壊死、緑内障、後嚢白内障、血栓症、満月様顔貌、野牛肩、ざ瘡、多毛など。

解説：骨粗鬆症の予防については、ガイドラインが作成されている。副腎皮質ステロイドを 3 か月以上使用中あるいは使用予定の患者で、既存骨折の有無、年齢、ステロイド投与量、腰椎骨密度からなる 4 つの危険因子スコアの合計が 3 以上のとき、薬物療法を開始する。薬物療法の第一選択はビスホスホネート製剤（アレンドロネート、リセドロネート）である。

根拠となる文献

- 1) 医薬品検索イーファーマ プレドニン錠添付文章 <http://www.e-pharma.jp/allHtml/2456/2456001F1310.htm>
- 2) Suzuki Y et al. J Bone Miner Metab. 2014; 32:337-50.

QIII-7：副腎皮質ステロイド治療の中止が可能か？

A：原則として、治療中止は困難である。ただし、維持療法（プレドニゾン換算で 10mg/日以下）により血清トランスアミナーゼと IgG が基準値範囲内に 24 ヶ月間以上維持されている症例では副腎皮質ステロイド治療の中止を検討することが出来る。

推奨度：1，エビデンスの強さ：C

解説：副腎皮質ステロイド治療中止後に50～90%で再燃し、再燃は中止後12か月以内に起こることが多い。再燃を繰り返すことが生命予後の悪化につながることから、原則として治療中止は困難である。しかし、治療中止時の血清ALTが基準値上限の半分以下で血清IgGが1200mg/dL以下の症例では再燃が少ないことが報告されている。血清トランスアミナーゼの基準値範囲内までの改善から肝組織における炎症所見の消失までには3～8ヵ月間の遅れがあることも考慮すると、血清トランスアミナーゼとIgGが基準値範囲内に改善してから2年間、または肝組織における炎症所見の消失から18ヵ月間にわたり血清トランスアミナーゼとIgGが持続的に基準値範囲内に維持されている症例では治療中止を考慮することが可能と思われる。ただし、副腎皮質ステロイド中止後に寛解を維持できる症例は稀であり、中止後も生涯再燃のモニタリングが必要である。なお、経過中に再燃した症例のうち初期治療での副腎皮質ステロイドに対する治療反応性が良好であった症例の多くでは、再燃時においても副腎皮質ステロイド投与により治療効果が得られる。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND (relapse OR recurrence)) AND (treatment OR therapy)) NOT (case reports OR case report OR review [Publication Type]) (212→10→3)

根拠となる文献

- 1) Hartl J, et al. J Hepatol 2015; 62: 642-6.
- 2) van Gerven NM, et al. J Hepatol 2013; 58: 141-7.
- 3) Montano-Loza AJ, et al. Am J Gastroenterol 2007; 102: 1005-12.

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND (relapse or recurrence)) AND (meta-analysis or systematic review)) AND corticosteroid) (45→5→2)

根拠となる文献

- 4) Czaja AJ. Aliment Pharmacol Ther. 2014; 39:1043-58.
- 5) Selvarajah V, et al. Aliment Pharmacol Ther 2012; 36: 691-707.

QIII-8：副腎皮質ステロイドの効果判定はどのようにしたらよいか？

A：血清トランスアミナーゼとIgG値を治療効果の指標とする。なお、可能な場合には、肝病理組織における炎症所見の消失を確認することが望まれる。

推奨度：1，エビデンスの強さ：C

解説：血清トランスアミナーゼが持続的に基準値範囲内にコントロールされている症例では予後良好である。また、治療中止時の血清トランスアミナーゼ及びIgGが基準値範囲内の症例では再燃が少ないとされている。したがって、血清トランスアミナー

ゼと IgG の推移を指標に治療を行う。一方、血清トランスアミナーゼが基準値範囲内の症例においても、治療中の 55%、治療中止後の 20% で肝組織には炎症所見がみられることが報告されている。したがって、可能な症例では肝生検を施行して肝組織での炎症所見を確認することが望ましい。

検索式 : Search (((autoimmune hepatitis) AND (therapy or treatment)) AND prognosis) NOT (case reports OR case report OR review [Publication type]) (476→5→1)

根拠となる文献

1) Miyake Y, et al. J Hepatol 2005; 43: 951-7.

検索式 : Search (((autoimmune hepatitis) AND (relapse OR recurrence)) AND (treatment OR therapy)) NOT (case reports OR case report OR review [Publication type]) (212→9→1)

根拠となる文献

2) Montano-Loza AJ, et al. Am J Gastroenterol 2007; 102:1005-12.

QIII-9 : 副腎皮質ステロイドで効果が得られない場合はどうしたらよいか?

A : ①服薬コンプライアンス低下の有無を確認する。②服薬コンプライアンスが良好にもかかわらず効果が得られない場合は、アザチオプリンの併用(50mg/日)を考慮する。

推奨度 : 1、エビデンスの強さ : C

解説 : 副腎皮質ステロイドの治療効果の判断にあたっては、副作用発現などによる服薬コンプライアンスの低下がないかを確認することが重要である。次に、副腎皮質ステロイドの服薬コンプライアンスが良好な症例では、アザチオプリンの追加投与を検討する。アザチオプリンと副腎皮質ステロイドの併用療法は、初期治療としての寛解導入や寛解維持において副腎皮質ステロイド単剤治療と比べて同等以上に有効である。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND (steroid OR corticosteroid)) AND ((relapse OR non-response OR intractable)) NOT (case report OR case reports[Publication Type]) (155→35→4)

根拠となる文献

- 1) Lamers MM, et al. J Hepatol 2010; 53: 191-8.
- 2) Takenami T, et al. Acta Med Okayama 2001; 55: 341-7.
- 3) Johnson PJ, et al. N Engl J Med 1995; 333: 958-63.
- 4) Yokokawa J, et al. Hepatol Res 2011; 41: 641-6.

QIII-10：ウルソデオキシコール酸は有効か？

A：ウルソデオキシコール酸治療により血清トランスアミナーゼの改善が得られる症例が存在する。また、副腎皮質ステロイドの漸減時にウルソデオキシコール酸を併用することは再燃予防に有効である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：C

解説：血清トランスアミナーゼの上昇が軽度の症例や高齢者、合併症などで副腎皮質ステロイド投与が困難な症例で使用されることがある。一部の症例ではウルソデオキシコール酸（UDCA）600mg/日投与により血清トランスアミナーゼが基準値範囲内に改善することがある。また、血清トランスアミナーゼが改善した症例では、肝組織における炎症所見の改善もみられることが報告されている。しかし、副腎皮質ステロイド治療に比べてUDCA単剤治療では治療開始から血清トランスアミナーゼの基準値範囲内までの改善に長期間を必要とするため、肝硬変例など速やかな血清トランスアミナーゼの改善が必要である症例ではUDCA単剤治療は推奨されない。また、UDCA単剤治療で血清トランスアミナーゼが基準値範囲内に改善した症例においても、経過中に血清トランスアミナーゼの上昇を認める場合には可能な限り副腎皮質ステロイド治療が必要である。一方、副腎皮質ステロイド投与量の漸減中にUDCA600mg/日を併用することにより、再燃予防や副腎皮質ステロイド維持投与量を少なくすることができる。UDCAは、AASLDの診療ガイドラインではEmpiric therapyの一つとされ、EASLのガイドラインではAIHの治療選択肢としては言及されていない。

検索式：Search ((autoimmune hepatitis) AND ursodeoxycholic acid) NOT (overlap OR overlaps) NOT (case report OR case reports OR review[Publication Type]) (42→3→3)

根拠となる文献

- 1) Czaja AJ, et al. Hepatology 1999; 30: 1381-6.
- 2) Nakamura K, et al. J Gastroenterol Hepatol 1998; 13: 490-5.
- 3) Miyake Y, et al. Hepatol Int 2009; 3: 556-62.

QIII-11：ウルソデオキシコール酸投与によるリスク（副作用）は？

A：基本的に安全な薬剤であるが、まれに消化管機能障害(下痢、軟便、便秘)が出現することがある。
--

【禁忌】 完全胆道閉塞のある患者、劇症肝炎の患者。

【慎重投与】 重篤な膵疾患のある患者、消化性潰瘍のある患者、胆管に胆石のある患者。

【注意-妊産婦等】 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。

根拠となる文献

- 1) 医薬品検索イーファーマ ウルソ錠 100mg 添付文書 <http://www.e-pharma.jp/allHtml/2362/2362001F2149.htm>

QIII-12 : アザチオプリンはどのような患者に投与したらよいか？
--

A : ①副腎皮質ステロイド治療で効果が不十分な患者、②再燃した患者、③副腎皮質ステロイド治療に関連した副作用が懸念される患者。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : B

解説 : アザチオプリンと副腎皮質ステロイドの併用療法は、副腎皮質ステロイド単剤治療に比べて再燃例や寛解期の治療として有効である。また、アザチオプリン単剤による寛解維持療法の有効性も報告されている。我が国では、副腎皮質ステロイド治療により90%以上で血清トランスアミナーゼの改善がみられること、**AIH に対するアザチオプリン投与がこれまで保険適用外であったことなどからあまり多く用いられていないのが現状であるが**、副腎皮質ステロイド治療により血清トランスアミナーゼが基準値範囲内にコントロールされない症例や治療中に再燃した症例にアザチオプリンを追加投与することで90%以上に寛解が得られる。副腎皮質ステロイドの副作用は多岐にわたり、閉経後の女性や精神的に不安定な患者、コントロール不良の糖尿病患者、骨粗鬆症、肥満や高血圧を合併している患者では副腎皮質ステロイド治療による病状の悪化が懸念されるためアザチオプリンの投与が検討される。

なお、アザチオプリンを使用する場合、治療効果が認められた際には効果を維持できる最低用量まで減量することを検討する。また、6ヵ月投与しても治療効果があらわれない場合には、投与継続の可否を検討することが必要である。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND azathioprine) NOT (case reports OR case report [Publication Type]) (312→15→4)

根拠となる文献

- 1) Yokokawa J, et al. Hepatol Res 2011; 41: 641-6.
- 2) Lamers MM, et al. J Hepatol 2010; 53: 191-8.
- 3) Takenami T, et al. Acta Med Okayama 2001; 55: 341-7.
- 4) Johnson PJ, et al. N Engl J Med 1995; 333: 958-63.
- 5) イムラン錠 50mg 添付文書

http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/3999005F1059_X_07/

QIII-13 : アザチオプリン投与のリスク (副作用) は？

A : 肝硬変患者では、血球減少や肝障害の副作用頻度が高いため慎重に投与する。
--

解説 : アザチオプリンに関連した副作用は AIH 患者の約 10% でみられるが、最も頻度

が多いのは血球系の副作用である。血球減少は約半数にみられるが、重度の白血球減少・血小板減少によるアザチオプリンの中止・減量率は6%以下である。致命的となるような重度の骨髄抑制もまれに存在する。嘔気・嘔吐、皮疹、発熱、関節痛などの全身性副作用は通常軽度であり5%程度にみられる。なお、膵炎、胆汁うっ滞性肝炎、類洞閉塞症候群、消化管絨毛萎縮による吸収不良、結節性再生性過形成などの重篤な合併も報告されており、注意が必要である。アザチオプリンには代謝異常者が存在し、血中濃度上昇により胆汁うっ滞性肝障害の副作用がおこることがあるので、投与開始後の経過観察は慎重に行う必要がある。

根拠となる文献

- 1) イムラン錠 50mg 添付文書
http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/3999005F1059_X_07/
- 2) Heneghan MA, et al. J Hepatol 2006; 45: 584–91.
- 3) Johnson PJ, et al. N Engl J Med 1995; 63: 333: 958.

Memo : アザチオプリンと NUDT15 遺伝子多型

アザチオプリンの副作用の中で、服用開始後早期に発現する重度の急性白血球減少と全脱毛が本剤の代謝に関連するNUDT15遺伝子多型と関連することが明らかとなっている。NUDT15 Arg139Cys遺伝子多型をホモ接合体 (Cys/Cys) で有する頻度は1%程度、ヘテロ接合体 (Arg/Cys、Cys/His) で有する頻度は20%程度と報告されている。また、チオプリン製剤投与歴のある炎症性腸疾患患者1291例についてNUDT15 Arg139Cys 遺伝子多型と有害事象に関する調査では、Cys/Cys では白血球減少が49 例中45 例、脱毛が49 例中46 例、Arg/Cys では白血球減少が275 例中94 例で認められたと報告されており、注意喚起がなされている。

根拠となる文献

- 1) Yang SK, et al. Nat Genet. 2014; 46: 1017-20.
- 2) Kakuta Y, et al. Pharmacogenomics J. 2016; 16:280-5.
- 3) Kakuta Y, et al. : J Gastroenterol. 2018; 53: 1065-78.
- 4) Kakuta Y, et al. : J Gastroenterol. 2018; 53: 172-80.
- 5) イムラン錠 50mg 添付文書
http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/3999005F1059_X_07/

QIII-14 : 治療により肝硬変は改善するか？

A : 肝硬変であっても適切な治療により病状の改善が得られる。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : B

解説: 副腎皮質ステロイドやアザチオプリンなど適切な薬物治療により長期間の寛解が得られた患者では、肝線維化や肝予備能の改善が得られる。治療開始時に肝硬変を呈する患者であっても、適切な治療により生命予後や肝線維化、肝予備能の改善が得られる。ただし、非代償期肝硬変症例における内科的治療の有用性のエビデンスは乏しい。なお、肝硬変患者ではアザチオプリンによる副作用の発現頻度が高いため、注意が必要である。また、肝硬変は肝発癌の危険因子であるため、定期的な画像検査が必要である。

検索式: Search (((autoimmune hepatitis) AND (fibrosis OR cirrhosis)) AND (prednisolone OR corticosteroid OR steroid OR azathioprine)) AND (regression OR improve OR improvement OR decrease)) NOT (case report OR case reports OR review[Publication Type]) (36→19→4)

根拠となる文献

- 1) Dhaliwal HK et.al. Am J Gastroenterol 2015; 110: 993-9
- 2) Mohamadnejad M, et al. Dig Dis Sci 2005; 50: 547-51.
- 3) Czaja AJ, et al. J Hepatol 2004; 40: 646-52.
- 4) Schvarcz R, et al. J Hepatol 1993; 18: 15-23.

Q III-15 : 急性発症例の治療は？

A: 急性発症例においても副腎皮質ステロイド治療は有効である。一方、急性肝不全を呈する患者では、肝移植を考慮した治療方針の検討が必要である。

推奨度: 1, **エビデンスの強さ:** C

解説: 急性発症する患者においても、副腎皮質ステロイド治療は有効である。しかし、治療開始時にプロトロンビン活性 40%以下またはプロトロンビン時間国際標準比 1.5以上を示す患者の中には、副腎皮質ステロイド治療により血清トランスアミナーゼの改善は得られるが、肝不全状態からの回復が困難な症例も存在する。これらの患者における内科的救命率は 50%程度であるため、治療初期より肝移植を視野に入れた治療方針の検討が必要である。また、総ビリルビンが高値で抗核抗体が高力価の急性発症例は副腎皮質ステロイド治療への反応性が不良である。なお、肝不全状態の患者に副腎皮質ステロイド治療、特に副腎皮質ステロイドパルス療法を行う際には、感染症（特に、真菌感染やサイトメガロウイルス感染）の合併に細心の注意を払う必要がある。

検索式: Search (((autoimmune hepatitis AND acute hepatitis)) AND (therapy OR treatment)) AND (prednisolone OR corticosteroid OR steroid)) AND (human OR patient OR patients)) NOT (case report OR case reports [Publication Type]) (150→11→3)

根拠となる文献

- 1) Yamamoto K, et al. Hepatol Res 2013; 43: 630-8.
- 2) Yeoman AD, et al. J Hepatol 2014; 61:876-82.
- 3) Abe M, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2007; 5: 255-8.

QIII-16：原発性胆汁性胆管炎の病像を併せ持つ症例の治療で注意することは？

A：副腎皮質ステロイドとウルソデオキシコール酸の併用療法が有効である。

推奨度：1，エビデンスの強さ：C

解説：AIH と原発性胆汁性胆管炎（PBC）のいわゆる“オーバーラップ症候群”（QII-12 参照）の治療としては、副腎皮質ステロイドまたはウルソデオキシコール酸（UDCA）の一方で治療された症例からの予後不良例が比較的多く報告されているため、副腎皮質ステロイドと UDCA の併用療法が推奨されている。AIH が強く疑われるにも関わらず抗ミトコンドリア抗体が陽性、または肝組織で胆管病変がみられる症例については、診断および適切な治療導入を行うために肝臓専門医への紹介が必要である。

検索式：Search (((autoimmune hepatitis) AND (overlap OR overlaps)) AND (primary biliary cirrhosis OR primary biliary cholangitis)) NOT (case report OR case reports OR review OR editorial OR comment [Publication Type]) (125→27→5) [1]

根拠となる文献

- 1) *Ozaslan E, et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014; 12: 863–9.
- 2) Yoshioka Y, et al. Hepatol Res 2014; 44: 47-55.
- 3) Tanaka A, et al. Hepatol Res 2011; 41: 877-86.
- 4) Yokokawa J, et al. J Gastroenterol Hepatol 2010; 25: 376-82.
- 5) Al-Chalabi T, et al. Aliment Pharmacol Ther 2008; 28: 209-20.
- 6) Gheorghe L, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004; 16: 585-92.

Memo：PBC-AIH オーバーラップ症候群でのステロイド投与のための診断指針

「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班より、PBC と AIH のオーバーラップ症候群と考えられる症例において副腎皮質ステロイド治療の適応を判断する際に参考とする基準が作成されている。

「PBC-AIH オーバーラップ症候群と考えられる症例のうち、以下の2項目を同時に満たす症例に対しては、ウルソデオキシコール酸に加えて副腎皮質ステロイドの投与を推奨する。」

- 1) 厚労省の診断基準（平成 22 年度版）により PBC と診断される症例。
- 2) IAIHG の簡易型国際診断基準（2008）により probable または definite AIH と診断される症例。

ただし、病理（Liver histology）に関しては、中沼らによる PBC 病期分類（2009）

の肝炎スコア (HA) を用い、肝炎スコア 0-1 (HA 0-1) を 0 point、肝炎スコア 2 (HA2) を 1 point、肝炎スコア 3 (HA3) を 2 point として計算する。

根拠となる文献

- 1) 厚生労働省難治性疾患克服研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」
班 原発性胆汁性肝硬変 (PBC) の診療ガイドライン (2012 年)

QIII-17：原発性硬化性胆管炎の病像を併せ持つ症例の治療で注意することは？

A：診断基準が確立されておらず、臨床的特徴についても不明な点が多い。

解説：我が国において原発性硬化性胆管炎 (PSC) の病像を併せ持つ AIH については症例数も少なく不明な点が多い。改訂版国際診断基準と胆管造影所見、肝組織所見を参考に診断が行われることが多く、その頻度は AIH の 4~7%程度、PSC の 5~8%程度と報告されている。とくに、小児例では両疾患が重複する病態を呈することがあることに注意を要する (QVI-2,3,5 参照)。治療としては、UDCA 単剤治療の有効性は示されておらず、70%の症例で副腎皮質ステロイド単剤または副腎皮質ステロイドとアザチオプリンの併用療法により肝機能検査値の改善が得られると報告されている。しかし、PSC の病像を併せ持つ AIH は通常の AIH に比べて予後不良であるとの報告もある。したがって、AIH が強く疑われるにもかかわらず肝組織で胆管病変がみられる症例や画像検査で PSC を示唆する所見を呈する症例については、診断および適切な治療導入を行うために肝臓専門医への紹介が必要である。

検索式： Search (((autoimmune hepatitis) AND (overlap OR overlaps)) AND primary sclerosing cholangitis) NOT (case report OR case reports OR review OR editorial OR comment [Publication Type]) (62→16→4)

根拠となる文献

- 1) Kaya M, et al. J Hepatol 2000; 33: 537-42.
- 2) Gheorghe L, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004; 16: 585-92.
- 3) Al-Chalabi T, et al. Aliment Pharmacol Ther 2008; 28: 209-20.
- 4) Olsson R, et al. Eur J Intern Med 2009; 20: 190-6.

Memo：海外で報告されている治療薬

AASLD, BSG, EASL のガイドラインでは、副腎皮質ステロイド、アザチオプリンに代わりうる薬剤としてシクロスポリン A、タクロリムス、ブデソニド、ミコフェノール酸モフェチルなどが記載されている。いずれの薬剤も我が国では AIH に対しては保険適用外である。

ブデソニド

副腎皮質ステロイドであるが、肝臓での初回通過効果が 90%と高いため全身性副作用が少ない。我が国では気管支喘息とクローン病の治療に用いられている。

海外で行われたランダム化対照試験では、プレドニゾンに比べて寛解導入率が高いにも関わらず、満月様顔貌やざ瘡など副腎皮質ステロイド特有の副作用が少なかったことが報告されている。ただし、肝硬変患者では、門脈-大循環シャントにより薬剤の一部が肝臓での初回通過効果を受けないため、非肝硬変患者に比べて血中濃度が上昇し副作用が増加する可能性がある。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND budesonide) Not (case report or case reports [Publication Type]) (70→10→1)

根拠となる文献

- 1) Manns MP, et al. Gastroenterology2010; 139:1198-206

ミコフェノール酸モフェチル (MMF)

プリン代謝を阻害することでリンパ球の増殖を抑制する免疫抑制剤である。我が国では、主に臓器移植後の拒絶反応の抑制に使用されている。

初回治療の患者に副腎皮質ステロイドとの併用で投与した場合、治療開始3か月以内に 69%の症例で肝機能検査値の改善が得られたと報告されている。また、副腎皮質ステロイド治療で寛解の得られない症例においても、MMFの内服を継続できた症例の 80%以上で寛解が得られたことも報告されている。なお、血球減少や消化器症状などの副作用に注意が必要である。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND mycophenolate) Not (case report or case reports [Publication Type]) (126→16→2)

根拠となる文献

- 1) Zachou K, et al. J Hepatol 2011; 55: 636-46.
- 2) Hlivko JT, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2008; 6: 1036-40.

シクロスポリン A

カルシニューリンを阻害することで、T細胞の活性化を抑制する免疫抑制剤である。小児では重症 AIH や副腎皮質ステロイドの副作用を避ける場合には、主に初期治療として用いられ、84-100%で肝酵素の改善が報告されている。成人でも副腎皮質ステロイド治療抵抗例に対して80%以上の肝酵素の改善が報告されているが、症例数が少なく、長期的な効果は不明である。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND (cyclosporine OR cyclosporine))
Not (case report or case reports [Publication Type]) (143→44→1) [2]

根拠となる文献

- 1) Alvarez F, et al. J Hepatol 1999; 30: 222-7.
- 2) *Sherman KE, et al. J Hepatol 1994; 21: 1040-7.
- 3) *Fernandes NF, et al. Am J Gastroenterol 1999; 94: 241-8.

IV. AIH 患者の経過観察

QIV-1：何を指標に治療を行えばよいか?

A：血清トランスアミナーゼと IgG を基準値範囲内にコントロールすることを目標に治療を行う。

推奨度：1, **エビデンスの強さ：**B

解説：血清トランスアミナーゼが持続的に基準値範囲内でコントロールされた症例では肝予備能や肝線維化が改善し予後も良好であるが、血清トランスアミナーゼが異常値で推移する症例や再燃を繰り返す症例は病期の進行が認められる。したがって、AIH では血清トランスアミナーゼを基準値範囲内にコントロールすることを指標に、副腎皮質ステロイドや免疫抑制剤の投与量を調節することが重要である。治療効果や肝線維化の評価には肝組織像の確認が重要であり、AIH においても肝硬変は肝発癌の危険因子であるため、特に肝線維化の評価は重要である。肝組織が得られない症例では肝予備能や腹部超音波検査、フィブrosキャン、血中肝線維化マーカー(ヒアルロン酸、IV型コラーゲン 7S、P-III-P など)を参考に肝線維化の評価を行う。なお、治療経過中に血清トランスアミナーゼの上昇がみられた場合は、1) AIH の再燃、以外にも 2) 脂肪性肝疾患や薬物性肝障害、慢性甲状腺炎など他の原因に基づくもの、3) PBC や PSC など他の自己免疫性肝疾患の病態を重複して呈したものの、などの可能性が考慮される。AIH の再燃時には血清 IgG の上昇がしばしば認められるため、経時的に IgG を測定することは重要である。

検索式： Search (((autoimmune hepatitis) AND (therapy or treatment)) AND prognosis) NOT (case reports OR case report OR review[Publication Type]) (441→44→5)

根拠となる文献

- 1) Ohira H, et al. J Gastroenterol 2013; 48: 109-14.
- 2) Yoshizawa K, et al. Hepatology 2012; 56: 668-76.
- 3) Miyake Y, et al. J Hepatol 2005; 43: 951-7.
- 4) Ngu JH, et al. Hepatology 2013; 57: 2399-406.
- 5) van Gerven NM, et al. J Hepatol 2013; 58: 141-7.

QIV-2：合併する自己免疫疾患にはどのようなものがあるか?

A：約 30%の症例で自己免疫疾患の合併が認められ、慢性甲状腺炎やシェーグレン症候群が高頻度である。

解説：我が国で行われた全国調査によると、AIH に合併する主な自己免疫疾患としては、慢性甲状腺炎 (7.5%)、シェーグレン症候群 (5.7%)、PBC (3.6%)、関節リウマチ

(3.4%)、全身性エリテマトーデス (3.1%) などがある。

根拠となる文献

1) *Takahashi A, et al. J Gastroenterol 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.

QIV-3 : 経過観察で注意することは？

A : 免疫抑制療法により寛解が得られている患者のほとんどでは、病期の進展はみられない。一方、寛解が得られない症例では肝不全への進展や肝発癌に注意が必要である。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : A

解説 : 慢性肝不全への進展や肝発癌の危険因子としては、経過中に再燃を繰り返すことや血清トランスアミナーゼが異常値で推移すること、治療開始時の肝硬変の存在、治療開始時の低アルブミン血症、若年者もしくは高齢者、治療開始から寛解までの期間が長いことなどが報告されている。したがって、病期の進展を予防するためには、免疫抑制療法による速やかな寛解導入と長期間の寛解維持を得ることが重要である。

検索式 : Search (((autoimmune hepatitis) AND (therapy or treatment)) AND prognosis) NOT (case reports OR case report OR review [Publication Type]) (449→44→5)

根拠となる文献

- 1) Dhaliwal HK et.al. Am J Gastroenterol 2015; 110: 993-9.
- 2) Ngu JH et.al. Hepatology 2013; 57: 2399-406.
- 3) Ohira H, et al. J Gastroenterol 2013; 48: 109-14.
- 4) Yoshizawa K, et al. Hepatology 2012; 56: 668-76.
- 5) Miyake Y, et al. J Hepatol 2005; 43: 951-7.

QIV-4 : 肝細胞癌を合併することがあるか？

A : AIH の約 1-5%で肝細胞癌を合併する。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : C

解説 : 我が国における検討では、AIH 患者の 1~5%が肝細胞癌を合併していた。肝細胞癌を合併した患者は、比較的高齢で、肝硬変例が 77.9%と大半を占めていた。AIH 診断時に肝硬変であることは肝細胞癌合併のリスクファクターである。AIH の肝硬変における肝発癌は年 1%であり、腹部超音波検査や CT、MRI による定期的な画像検査が必要である。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND hepatocellular carcinoma) NOT (case report[Publication Type] OR case reports[Publication Type] OR review[Publication

Type)) (181→17→4) [1]

根拠となる文献

- 1) Ohira H, et al. J Gastroenterol 2013; 48:109-14.
- 2) Migita K, et al. Liver Int 2012; 32: 837-44.
- 3) Hino-Arinaga T, et al. J Gastroenterol 2012; 47:569-76.
- 4) Miyake Y, et al. Aliment Pharmacol Ther 2006; 24:1197-205.
- 5) *Takahashi A, et al. J Gastroenterol 2016 DOI: 10.1007/s00535-016-1267-0.

QIV-5 : AIH の経過観察に上部消化管内視鏡検査は必要か？

A : 定期的に上部消化管内視鏡検査による食道・胃静脈瘤のチェックが必要である。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : C

解説 : 他の慢性肝疾患と同様に、肝硬変患者では経過中に食道・胃静脈瘤が出現することがあり、一部は食道・胃静脈瘤破裂により予後不良となる。したがって、肝線維化進展例や肝硬変例では、定期的に上部消化管内視鏡検査が必要である。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND (varices OR varix)) NOT (case reports OR case report OR review [Publication Type]) (65→4→3)

根拠となる文献

- 1) Panayi V, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2014; 26: 640-5.
- 2) Floreani A, et al. Aliment Pharmacol Ther 2006; 24: 1051-7.
- 3) Seela S, et al. Liver Int 2005; 25: 734-9.

QIV-6 : 妊娠診断時に使用していた薬剤が胎児に影響するか？

A : 妊娠診断時に使用していた治療薬 (副腎皮質ステロイド、アザチオプリン) による流産や出生率への影響はない。

解説 : 妊娠診断時に副腎皮質ステロイドやアザチオプリンによる治療を受けていた患者と無治療であった患者の間で流産率や出生率には差がないと報告されている。2018年、妊婦に対するアザチオプリンの投与は禁忌ではなくなったものの、妊娠中のアザチオプリンは治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与し、可能な限り本剤服用中の女性の妊娠、及び本剤服用中の男性の場合もそのパートナーの妊娠を避けさせることが望ましい。なお、ウルソデオキシコール酸も投与しないことが望ましい。

検索式 : Search ((autoimmune hepatitis) AND (pregnant OR pregnancy)) NOT (case report OR case reports [Publication Type]) (120→13→4)

根拠となる文献

- 1) Westbrook RH, et al. J Autoimmun 2012; 38: J239-44.

- 2) Terrabuio DR, et al. J Clin Gastroenterol 2009; 43: 350-6.
- 3) Schramm C, et al. Am J Gastroenterol 2006; 101: 556-60.
- 4) Heneghan MA, et al. Gut 2001; 48: 97-102.
- 5) イムラン錠 50mg 添付文書
http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/3999005F1059_X_07/

QIV-7：妊娠により AIH の病状が影響を受けるか？

A：妊娠中には AIH の病状が安定する症例が多いが、出産前後では急性増悪に注意が必要である。

推奨度：1, **エビデンスの強さ：**C

解説：多くの症例で妊娠中は AIH の病状が安定する。しかし、10～20%の症例では妊娠中に、また 10～50%の症例では出産後、特に出産後 3 か月以内に AIH の再燃または増悪がみられる。したがって、妊娠を希望する症例または妊娠した症例では、専門医療施設での治療が必要である。なお、寛解から 1 年以上経過していない症例では、妊娠中または出産後における AIH の増悪に十分注意が必要である。

検索式：Search ((autoimmune hepatitis) AND (pregnant OR pregnancy)) NOT (case report OR case reports[Publication Type]) (115→13→4)

根拠となる文献

- 1) Westbrook RH, et al. J Autoimmun 2012; 38:J239-44.
- 2) Heneghan MA, et al. Gut 2001; 48: 97-102.
- 3) Terrabuio DR, et al. J Clin Gastroenterol 2009; 43: 350-6.
- 4) Schramm C, et al. Am J Gastroenterol 2006; 101: 556-60.

QIV-8：肝臓専門医にいつ紹介するのがよいか？

A：AIH を疑った症例については、診断及び治療方針を決定するために肝臓専門医への紹介が望ましい。また、重症例や急性発症例などの非定型例、再燃例、治療不応例は早期の紹介が望まれる。

推奨度：1, **エビデンスの強さ：**C

解説：重症度分類で重症と判定された症例、中等症で黄疸が高度な症例では、診断の遅れにより免疫抑制療法や肝移植など治療開始のタイミングを逃すと予後不良となる場合があるため、肝臓専門医への速やかな紹介が必要である。急性発症例では自己抗体陰性や IgG 低値の症例もあるため、診断は必ずしも容易ではない。

薬物投与後やウイルス感染後に発症する症例、他の自己免疫性肝疾患の病像を併せ持つ症例、抗ミトコンドリア抗体陽性の AIH など診断に苦慮する非典型例も存在する。また、非アルコール性脂肪性肝疾患では抗核抗体陽性例も多く存在するため、AIH との鑑

別には組織診断を含めた判断が必要である。したがって、AIH を疑った場合には診断のみならず、病状把握、適切な治療導入のためにも肝臓専門医への紹介が望ましい。また、再燃を繰り返す AIH の予後は不良であることから、再燃例や初期治療の反応不応例についても専門医への紹介が必要である。

検索式 : Search (((autoimmune hepatitis) AND prognosis) AND (acute OR anti-mitochondrial OR overlap OR non alcoholic steatohepatitis)) NOT (case report OR case reports OR review) (159→12→5)

根拠となる文献

- 1) Mendizabal M, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol 2015; 27: 644-8.
- 2) Yasui S, et al. J Gastroenterol 2011; 46: 378-90.
- 3) Yamamoto K, et al. Hepatol Res 2013; 43: 630-8.
- 4) Björnsson E, et al. Hepatology 2010; 51: 2040-8.
- 5) Yokokawa J, et al. J Gastroenterol Hepatol 2010; 25: 376-82.

V. 肝移植

QV-1：肝移植の適応は？

A：非代償性肝硬変に至った場合と急性肝不全を発症した場合に肝移植が適応となる。

推奨度：1, エビデンスの強さ：B

解説：急性肝不全として発症した場合、または経過中に非代償性肝硬変に至った場合には肝移植が有効な治療法となる。非代償性肝硬変では Child-Pugh スコアや MELD (model for end-stage liver disease)スコアが予後予測に用いられる。肝移植により期待し得る生存が、これらの予後スコアで予測される生存を上回った場合が適切な移植時期と考えられるが、その値は Child-Pugh スコアで7点以上あるいは MELD スコアで15点以上とされている。我が国では Child-Pugh スコア 10 点以上で臓器移植ネットワークの脳死肝移植待機リストに登録が可能となる。一方、急性発症例が急性肝不全あるいは遅発性肝不全(late onset hepatic failure: LOHF) に至った場合も肝移植が有効な治療となる。急性肝不全を発症した場合、我が国では厚生労働省「難治性の肝・胆道系疾患に関する調査研究班」劇症肝炎分科会で作成された劇症肝炎スコアリングシステムが予後予測に用いられる。

検索式： Search ((autoimmune hepatitis) AND (liver transplantation) AND (indication OR select OR patient)) AND (human) NOT (children) NOT (case report OR case reports OR review OR editorial OR comment [Publication Type]) (230→33→2) [1]

根拠となる文献

- 1) * Sanchez-Urdazpal L, et al. Hepatology 1992; 15: 215–21.
- 2) Vogel A, et al. Clin Transplant 2004; 18: 62–9.
- 3) Ichai P, et al. Liver Transpl 2007; 13: 996-1003.

QV-2：肝移植の成績は？

A：AIH に対する肝移植の10年生存率は75%であり、他の疾患の成績と同等である。

エビデンスの強さ：C

解説：我が国における AIH に対する肝移植の成績 10 年生存率で 75%と良好であり、他の疾患の移植後生存率と差はない。米国の統計でも AIH の移植後 5 年でのグラフト生存率は 74%であり、PBC や PSC など他の自己免疫性肝疾患と同等である。一方、欧州肝移植登録の統計では AIH 患者の移植後 5 年生存率が 73%と、PBC の 83%と比較して不良であり、特に移植後 1 年以内に感染症合併例が多いことが指摘されている。以上から、報告により異なる点もあるが、現時点では AIH の移植成績が他疾患に比べて劣るとする明らかな根拠はないと判断される。

検索式 : ((autoimmune hepatitis) AND (liver transplantation) AND (outcome OR prognosis OR survival OR consequence OR mortality)) AND (human) NOT (children) NOT (case report OR case reports OR review OR editorial OR comment [Publication Type])(158→25→1) [2]

根拠となる文献

- 1) *日本肝移植研究会肝移植症例登録報告. 移植 2015; 50: 156-9.
- 2) *Futagawa Y, et al. Clin Transpl 2004; 315-29.
- 3) Schramm C et al. Liver Transpl 2010; 16: 461-9.

QV-3 : 脳死肝移植と生体肝移植で術後の成績に差があるか？

A : 脳死肝移植と生体肝移植の間で、成績に明らかな違いはみられない。

エビデンスの強さ : C

解説 : 肝移植のドナーソースとして脳死ドナーと生体ドナーの二つがあるが、ドナーソースによる AIH の移植成績への影響を直接比較した報告はない。我が国では、脳死ドナー不足が深刻なため、肝移植の 99% が生体ドナーからの臓器提供により行われている。一方、欧米では脳死ドナーからの臓器提供による肝移植が基本であり、生体ドナーによる肝移植は限られている。生体移植が大多数を占める我が国の移植後 5 年生存率は約 75% である。一方、脳死移植を主体とする欧米の報告でも移植後 5 年生存率は 75% 程度である。これらの成績を比較すると、間接的ではあるが、AIH に対する脳死肝移植と生体肝移植は同等の成績と考えられる。

根拠となる文献

- 1) *日本肝移植研究会肝移植症例登録報告. 移植 2015; 50: 156-9.
- 2) *Futagawa Y, et al. Clin Transpl 2004; 315-29.
- 3) Schramm C et al. Liver Transpl 2010; 16: 461-9.

QV-4 : 肝移植後に再発するか？

A : 肝移植後に AIH が再発する場合がある。

エビデンスの強さ : C

解説 : 肝移植後の AIH 再発率は報告により様々だが、2006 年までの報告を用いたシステマティックレビューによれば、観察期間中央値 44 か月での AIH の移植後再発率は 22% と算出されている。AIH 再発の診断は、トランスアミナーゼ上昇、自己抗体の陽性化、高 γ グロブリン血症、組織学的インターフェイス肝炎、拒絶あるいはウイルス感染の除外、副腎皮質ステロイド治療の有効性などに基づくが、その基準は報告により異なる。

る。また、組織学的再発が生化学的あるいは血清学的な再発に先行するとの報告もあり、プロトコール肝生検を行っているか否かによっても再発の頻度は異なると考えられる。このような点からも、AIHの移植後再発の頻度に関しては不明な部分が多い。

検索式：((autoimmune hepatitis) AND (liver transplantation) AND (recurrence OR relapse)) AND (human) NOT (case report OR case reports OR editorial OR comment [Publication Type]) (202→15→2)

根拠となる文献

- 1) Gautam M, et al. Liver Transpl 2006; 12: 1813-24.
- 2) Duclos-Vallée JC, et al. Gut 2003; 52: 893-7.

Memo : de novo AIH

AIH以外の疾患に対して肝移植が施行された後に、自己抗体、高 γ グロブリン血症、組織学的インターフェイス肝炎像などAIH類似の臨床的特徴を示す肝障害がグラフト肝に発症する場合があります、de novo AIHと称される。本病態の原因はいまだに不明であるが、副腎皮質ステロイドやアザチオプリンなど通常のAIHに対する治療が奏効する。

検索式：((autoimmune hepatitis) AND (liver transplantation) AND (de novo)) AND (human) NOT (review OR editorial OR comment [Publication Type]) (71→5→3)

根拠となる文献

- 1) Kerkar N, et al. Lancet 1998; 351: 409-13.
- 2) Heneghan MA et al. Hepatology 2001; 34: 464-70.
- 3) Salcedo M, et al. Hepatology 2002; 35: 349-56.

QV-5：再発は予後に影響するか？

A：再発の有無はAIHの移植後の予後に影響しない。

エビデンスの強さ：C

解説：肝移植後に再発するAIHの治療には、通常のAIHに対する治療と同様に副腎皮質ステロイドあるいはアザチオプリンが用いられ、その予後は再発を伴わない例と比較して差はみられていない。

検索式：((autoimmune hepatitis) AND (liver transplantation) AND (recurrence OR relapse)) AND (human) NOT (case report OR case reports OR editorial OR comment [Publication Type]) (202→15→2)

根拠となる文献

- 1) Gonzáres-Koch A, et al. *Liver Transpl* 2001; 7: 302-10.
- 2) Molmenti EP, et al. *Liver Transpl* 2002; 8: 519-26.

VI. 小児の AIH

QVI-1：小児期にも発症するか？

A：好発年齢はなく、乳児期から思春期まで発症がみられる。

エビデンスの強さ：C

解説：国内外で小児期に発症した AIH の報告はある。発症年齢は国内外で差はなく、乳児期から思春期までどの年齢でも発症し、とくに好発年齢はみられない。

検索式：Search ((children) AND (autoimmune hepatitis)) NOT (case report OR case reports OR comment[Publication Type] OR editorial[Publication Type] OR review[Publication Type]) (623→62→7)

根拠となる文献

- 1) Gregorio GV, et al. Hepatology 1997; 25: 541-7.
- 2) Bellomo-Brandão MA, et al. Arq Gastroenterol 2006; 43: 45-9.
- 3) Vitfell-Pedersen J, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 55: 376-9.
- 4) Hiejima E, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 52: 470-3.
- 5) Yeh SH, et al. Pediatr Neonatol 2009; 50: 65-9.
- 6) Oettinger R, et al. J Autoimmun 2005; 24: 79-84.
- 7) Jiménez-Rivera C, et al. Pediatrics 2015; 136: e1237-48.

QVI-2：小児例の臨床像は成人例と異なるか？

A1：重症例が多いが、治療反応性は良好である。

エビデンスの強さ：C

A2：原発性硬化性胆管炎との鑑別が難しく、オーバーラップ症例も多い。

エビデンスの強さ：C

A3：男女差は明らかではなく、男児例も多い

エビデンスの強さ：C

A4：急性発症例が多い

エビデンスの強さ：D

解説：我が国の小児例は、成人例と同様に抗核抗体または抗平滑筋抗体陽性の AIH1 型がほとんどで、抗 LKM-1 抗体陽性の AIH2 型はきわめてまれである。男女比は成人と異なり、ほぼ同数である。半数近くは急性肝炎として発症し、一部は急性肝不全として発症する。海外の報告では、1/4~1/2 が男児であり、約 40% が急性発症している。また、欧米では約半数が発症時に肝硬変に至っていたとの報告もあるが、我が国では肝硬変でみつかるとはまれである。しかし、急性肝不全や肝硬変で発症しても治療反応性が良好であるため、早期の診断・治療により肝移植を回避できることが多い。免疫抑制療法

の効果が不十分な症例や肝硬変で診断された症例では、原発性硬化性胆管炎（PSC）との鑑別が必要である。

検索式： Search ((children) AND (autoimmune hepatitis)) NOT (case report OR case reports OR comment[Publication Type] OR editorial[Publication Type] OR review[Publication Type]) (623→62→11) [1]

医中誌; ((肝炎-自己免疫性/TH or 自己免疫性肝炎/AL) and (小児/TH or 小児/AL)) and (PT=原著論文,会議録除く) not (PT=解説,総説,図説,Q&A,講義) and (PT=症例報告除く) (22→2→1)

根拠となる文献

- 1) Gregorio GV, et al. Hepatology 1997; 25: 541-7.
- 2) Bellomo-Brandão MA, et al. Arq Gastroenterol 2006; 43: 45-9.
- 3) Vitfell-Pedersen J, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 55: 376-9.
- 4) Hiejima E, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 52: 470-3.
- 5) Yeh SH, et al. Pediatr Neonatol 2009; 50: 65-9.
- 6) *Maggiore G, et al. J Pediatr 1984; 104: 839-44.
- 7) Gregorio GV, et al. Hepatology 2001; 33: 544-53.
- 8) Sogo T, et al. Hepatol Res 2006; 34:187-92.
- 9) Cuarterolo ML, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2011; 9: 145-9.
- 10) Abdalla AF, et al. Fibrogenesis Tissue Repair 2009; 2: 2.
- 11) Oettinger R, et al. J Autoimmun 2005; 24: 79-84.
- 12) Ferreira AR, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 65-70.
- 13) 十河 剛, 他.日本小児科学会雑誌 2006; 110: 1558-64.

QVI-3：小児例の診断はどのように行うか？

A：成人と同様に行うが、改訂版国際診断基準でのスコアリングではALPをγ-GTPで代用する。但し、簡易型診断基準では急性発症型の診断は難しい。

推奨度：1, **エビデンスの強さ：**C

解説：小児例についても我が国の診断指針に従って診断する。なお、改訂版国際診断基準は小児においても適用できる。ただし、小児では年齢ごとに血清γグロブリンおよびIgGの基準値を用いて判断する必要がある。また、ALPは成長期にある小児では骨由来ALPが多くを占めることから判定が難しいため、改訂版国際診断基準のスコアリングではALPをγ-GTPで代用する。簡易型国際診断基準を用いた場合、急性発症例のほとんどはAIHと診断されない。また、両診断基準ともにPSCがAIHと診断されてしまうことがあり、両者の鑑別のためには胆道造影が必要である。

検索式 : Search ((children) AND (autoimmune hepatitis)) NOT (case report OR case reports OR comment [Publication Type] OR editorial[Publication Type] OR review[Publication Type]) (623→62→3)

根拠となる文献

- 1) Hiejima E, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011; 52: 470-3.
- 2) Ebbeson RL, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2004; 2: 935-40.
- 3) Mileti E, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10: 417-21.

QVI-4 : 小児例を治療する場合に注意することは？

A : 成長への副腎皮質ステロイドによる影響を考慮し、副腎皮質ステロイド総投与量を減らすため、アザチオプリンの併用や副腎皮質ステロイドパルス療法を行う。

推奨度 : 1, エビデンスの強さ : C

解説 : 副腎皮質ステロイドの総投与量は成長障害と関連するため、小児例の治療にあたっては、副腎皮質ステロイドの総投与量を減量するための方策が必要である。海外のガイドラインなどでは、プレドニゾロン 1~2mg/kg/日 (最大 60mg/日) で開始し、アザチオプリン 1~2 mg/kg/日を併用しながら、6~8週で維持量 (0.1~0.2mg/kg/日もしくは 5mg/日) に減量することが推奨されている。しかし、我が国の小児例をこの方法で治療すると副腎皮質ステロイド減量中に再燃を来たすことがあるため、最終的に副腎皮質ステロイド総投与量が増加することとなり、成長障害が残ることも少なくない。

我が国では、アザチオプリン 1~2mg/kg/日を併用しながらメチルプレドニゾロンによるパルス療法(1クール 30mg/kg、3日間)を行い、その後プレドニゾロン 1mg/kg (最大 40mg/日) を投与する方法が普及している。この方法により、多くの症例で血清トランスアミナーゼは4か月以内に基準値範囲内に改善し、副腎皮質ステロイド治療による成長障害もみられない。

検索式 : Search ((children) AND (autoimmune hepatitis)) NOT (case report OR case reports OR comment[Publication Type] OR editorial[Publication Type] OR review[Publication Type])) (623→62→2)[1]

根拠となる文献

- 1) Gregorio GV, et al. Hepatology 1997; 25: 541-7.
- 2) *Maggiore G, et al. J Pediatr 1984; 104: 839-44.
- 3) Sogo T, et al. Hepatol Res 2006; 34:187-92.
- 4) Cortez AP, et al. J Clin Gastroenterol 2010; 44: 200-7.
- 5) Manns MP, et al. Hepatology 2010; 51: 2193-213.

QVI-5 : 小児例の経過観察で注意することは？

A：副腎皮質ステロイド治療で効果不十分な症例や再燃を繰り返す症例では、胆道造影により原発性硬化性胆管炎の鑑別を行う。

推奨度：1， **エビデンスの強さ**：D

解説：我が国の小児 AIH は肝硬変で診断されることは稀であり、副腎皮質ステロイド治療によく反応する。急性肝不全として発症した場合を除けば、通常は副腎皮質ステロイドパルス治療により血清トランスアミナーゼが 4 か月以内に基準値範囲内に改善し、怠薬しないかぎりプレドニゾロン 5mg/日程度の維持療法により血清トランスアミナーゼが基準値範囲内でコントロールされることが多い。したがって、副腎皮質ステロイド治療で効果不十分な症例や副腎皮質ステロイド減量に伴い再燃を繰り返す症例では、PSC との鑑別のために胆道造影を行う必要がある。なお、AIH の治療経過中に PSC の病態を合併する症例もあるため、必要に応じて繰り返し胆道造影を行う必要がある。

検索式：Search ((children) AND (autoimmune hepatitis)) NOT (case report OR case reports OR comment[Publication Type] OR editorial[Publication Type] OR review[Publication Type]) (502→61→2)

医中誌； ((肝炎-自己免疫性/TH or 自己免疫性肝炎/AL) and (小児/TH or 小児/AL)) and (PT=原著論文,会議録除く) not (PT=解説,総説,図説,Q&A,講義) and (PT=症例報告除く) (22→2→1)

根拠となる文献

- 1) Gregorio GV, et al. Hepatology 2001; 33: 544-53.
- 2) 十河 剛, 他. 日本小児科学会雑誌 2006; 110: 1558-64.
- 3) Sogo T, et al. Hepatol Res 2006; 34:187-92.

②寛解導入療法としてのアザチオプリン併用副腎皮質ステロイドの有用性：

副腎皮質ステロイド単剤に比べて、アザチオプリンと副腎皮質ステロイドの併用療法の方が寛解導入に有効である。一方、患者死亡については、副腎皮質ステロイド単剤療法と併用療法の間に差がない。

評価シート RCT用

診療ガイドライン	自己免疫性肝炎
対象	PSL治療で不応または再発した症例
介入	PSL+AZP併用療法
対照	PSL単独療法

*各項目の評価は“高(-2)”、“中/疑い(-1)”、“低(0)”の3段階
 まとめは“高(-2)”、“中(-1)”、“低(0)”の3段階でエビデンス総体に反映させる

アウトカム	寛解導入
-------	------

研究コード	研究デザイン	バイアスリスク*											非直接性*					リスク人数(アウトカム率)							
		選択バイアス		実行バイアス	検出バイアス	症例減少バイアス	その他				対照群母	対照群分子	(%)	介入群母	介入群分子	(%)	効果指標(種類)	効果指標(値)	信頼区間						
		ランダム化	コンシールメント	盲検化	盲検化	ITT	アウトカム不全報告	選択的アウトカム報告	早期試験中止	その他のバイアス										対照群母	対照群分子	介入群母	介入群分子		
CR009-AJ 1991	RCT	0	-1	-1	-1	0	0	0	0	0	0	0	-1	-1	-1	0	8	7	87.5	8	1	12.5	RR	0.14	0.022-0.91

コメント

対照がステロイドパルス療法である	乱数表が用いられた						全例でアウトカムが測定されている										症例数が少ない	治療失敗の率		症例数が少ない	治療失敗の率	率の差(P<0.01)	評価者が計算		
------------------	-----------	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------	--------	--	---------	--------	-------------	--------	--	--

