

42例のうち、スコアリングにより確診例と判断された症例は2例、偽診例は1例であった。疑診・確診例と基準外例を比較すると、BMIおよびHbA1cでは差は認めなかったが、IgG値とANAの抗体価で比較すると、ANA陽性例で高く、疑診・確診例において特に高い傾向があった。

確診例のうち1例は臨床的にもNASH-AIH overlapと考えられたためプレドニゾロンの内服を開始したところ、速やかにGOT,GPTの低下を認めた。

NASH, AIH共に特異的疾患マーカーがなく、両者の鑑別困難な場合がある。NASHと考えられる症例においても、ANA高値、IgG高値などのAIHを示唆する所見がある場合にはステロイド治療を検討する必要があると考えられる。

19 B型慢性肝炎の多剤耐性にLAMとADV併用療法が有効であった1例

加藤 俊幸・青柳 智也・栗田 聡
塩路 和彦・佐々木俊哉・船越 和博
成澤林太郎

がんセンター新潟病院内科

症例は68歳、女性。1999年に扁桃原発非ホジキンリンパ腫を発症し、化学療法（CHOP, CVP）と照射治療を受けてきた。2006年にCHOP治療にあたり、HBs抗原陽性キャリアーであったためLamivudine（LAM）内服を3月から開始。翌2007年からはEntecavir（ETV）に変更して継続していたが、2012年6月にHBV-DNAの7.7log copiesへの増加を認め、9月にAST 452IU, ALT 512IUまで急上昇したため治療不応例として消化器内科へ紹介された。

HBs抗原陽性・抗体陰性、HBV-DNA 7.0log copiesであったため、患者希望によりPeg-INF 2a180 μ gを週1回で48回投与したが、HBV-DNAの減少はみられなかった。2013年9月からはLAMとAdefovir（ADV）併用療法を開始したところ、HBV-DNAは8.3からく2.1まで低下し、HBe抗原の陰性化も認め有効であった。なお

2014年12月に右肺腺癌切除を施行したが、Tenofovir（TDF）はまだ投与はしていない。

20 リツキシマブ投与後のHBV再活性化に対してステロイドパルスを施行した1例

今井 径卓・佐藤 俊大・五十川 修
井田 桃里*・藤原 正博*

柏崎総合医療センター消化器内科
同 血液内科*

【諸言】近年、免疫抑制療法、化学療法に起因するHBV再活性化は広く報告されており、再活性化した際には核酸アナログ製剤の投与が推奨されている。しかし、HBV再活性化例の劇症化率、死亡率は高く、核酸アナログ投与で効果不十分だった際の治療方針について、ガイドライン上に明確な記載はなく、報告も少ない。

症例は70歳代、女性。2006年より右頸部リンパ節腫脹が出現、2014年春より同リンパ節は増大し、6月、近隣の病院でリンパ節生検を受け、「びまん性大細胞B細胞性リンパ腫」と診断された。7月、当院血液内科を紹介受診し、R-CHOP療法が開始された。HBs抗原陰性、HBs抗体陰性、HBc抗体陽性、HBV-DNA < 2.1 LC/mlであったため、B型肝炎治療ガイドラインに従って経過観察とされた。R-CHOP療法6コース後、10月初旬よりトランスアミナーゼが軽度上昇し、全身倦怠感、食欲不振も出現、HBs抗原 > 250 IU/ml, HBV-DNA > 9.0 LC/mlと上昇したため当科コンサルトあり、HBV再活性化によるde novo B型肝炎と診断され、11月よりエンテカビル内服を開始した。12月、AST 1,729 IU/ml, ALT 1,103 IU/mlと増悪したため、加療目的で当科へ入院、エンテカビル内服のみで効果不十分と考えられたため、mPSL 1,000mgによるステロイドパルス療法を行ったところ、肝障害は速やかに軽快し、重症肝炎へ移行することなく退院できた。

【考察】本例は、HBs抗原陰性例に発症したde novo B型肝炎である点、プレコア変異を獲得したBj株である点、与芝の劇症化予測率が高い点、