

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業  
IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究  
分担研究報告書

**胆膵(消化器)分科会における研究活動報告**

研究分担者・胆膵分科会会長 岡崎和一 関西医科大学内科学第三講座 教授

研究分担者

下瀬川 徹(東北大学大学院消化器病態学 教授)、神澤 輝実(東京都立駒込病院内科副院長)、川 茂幸(信州大学大学総合健康安全センター 教授)、井戸 章雄(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学 教授)、滝川 一(帝京大学医学部内科 教授)、能登原 憲司(倉敷中央病院病理検査科 部長)、岩崎 栄典(慶應義塾大学消化器内科 講師)、児玉 裕三(京都大学医学研究科消化器内科学講座 助教)

研究要旨：消化器領域における IgG4 関連疾患について当該領域を専門とする研究分担者・研究協力者で胆膵分科会を組織して、当該領域疾患の重症度とともに診断・治療について討議して意見を集約した。

研究協力者

乾 和郎(藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科 教授)、全 陽(神戸大学医学研究科 病理ネットワーク学 特命教授)、田中 篤(帝京大学内科 教授)、中沼 安二(静岡県立静岡がんセンター病理診断科 参与)、窪田 賢輔(横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 教授)、吉田 仁(昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門 教授)、太田 正穂(信州大学医学部法医学教室 准教授)、正宗 淳(東北大学消化器内科 准教授)、伊藤鉄英(九州大学大学院医学研究院病態制御内科学 准教授)、中沢 貴宏(名古屋第二赤十字病院 消化器内科 部長)、西野 隆義(東京女子医科大学八千代医療センター消化器内科 准教授)、浜野 英明(信州大学医学部附属病院医療情報部、内科兼務 准教授)、清水京子(東京女子医科大学消化器内科大学 准教授)、藤永 康成(信州大学医学部附属病院 放射線部 准教授)、内田 一茂(関西医科大学内科学第三講座 講師)、洪 繁(慶應義塾大学医学部坂口記念 システム医学講座 専任講師)、平野 賢二(高輪病院消化器内科 部長)、水野 伸匡(愛知県がんセンター中央病院消化器内科 部長)、塩見 英之(神戸大学大学院医学研究科消化器内科 助教)、菅野 敦(東北大学消化器

内科 院内講師)、濱田 晋(東北大学消化器内科 助教)、塩川 雅広(京都大学医学研究科消化器内科学講座)、栗山 勝利(京都大学医学研究科消化器内科学講座)

A．研究目的

消化器領域における IgG4 関連疾患について当該領域を専門とする研究分担者・研究協力者で胆膵分科会を組織して、当該領域疾患の重症度とともに診断・治療について意見を集約する。

B．研究方法

胆膵分科会を構成して重症度とともに診断・治療について分(科会会議を開催して討論する。

(倫理面への配慮)

各研究は参加施設の倫理委員会にて審査されており、データには患者個人情報含まれていない。

C．研究結果

平成28年1月8日(金)に京都大学楽友会館 2階 会議・講演室において以下のように胆膵分科会が開催された。議事録を別紙に添付する。

## 1) IgG4-SCの疫学・病態診断

### IgG4関連硬化性胆管炎の全国調査

田中 篤、田妻 進、乾 和郎、岡崎和一、  
千葉 勉、滝川 一

帝京大学医学部内科学講座

われわれは2015年にIgG4関連硬化性胆管炎に関する全国調査を行った。全国の211施設へ調査票を送付し、521症例についての調査票を回収した。このうち解析可能であった495例について検討を行った。性別は男性・女性=408/87、診断時平均年齢は66.1歳[23-89歳]であった。診断時の症状としては、黄疸が最も多く全体の31%、次いで皮膚掻痒12%であったが、無症状で診断された症例が27%存在した。診断時血清ALP値が基準値上限の2倍を超えていた症例は55%、IgG4が基準値上限(135 mg/dl)超の症例は84%であった。胆道造影上の所見はType 1が304例と最も多かった。AIPの合併は419例(87%)であった。治療としては89%の症例で副腎皮質ステロイドが使用され、初期投与量は30-40mg/日が最多であった。平均観察期間は4.2+/-3.2年であり、3年・5年生存率はそれぞれ97.1%、95.2%であった。胆道癌の合併は3例にみられた。経過中に胆管狭窄の悪化が98例(21%)にみられ、1年、3年、5年の再狭窄率は1.9%、7.0%、15.6%であった。

膵内胆管病変を伴わないIgG-SCの臨床的研究

川 茂幸(信州大学大学総合健康安全センター 教授)、小口貴也、金井圭太、伊藤哲也、浅野順平、(信州大学消化器内科)、  
浜野英明(信州大学病院医療情報部)新倉則和(信州大学病院内視鏡センター)  
膵内胆管狭窄のないIgG4-関連硬化性胆管

炎 IgG4-related sclerosing cholangitis (IgG4-SC)について胆管像所見の詳細を検討し、胆道系悪性腫瘍との鑑別診断に有用な所見を明らかにすることを目的とした。当院ならびに関連病院にてIgG4-SCと診断され、胆管造影ならびにMRCPで、膵内胆管狭窄を認めず膵外胆管のみに狭窄、狭細ならびに閉塞などの異常所見を呈した10例(男性9例・女性1例、診断時年齢[中央値]71.5歳(54-84歳))について、胆管像の分類を試み、また胆管癌との鑑別能について画像所見、病理所見、ステロイド反応性について検討した。胆管狭窄が肝内・肝外に広範に存在;2例、肝外胆管に限局;3例、肝内胆管に限局;3例、肝外胆管に閉塞;2例であり、8例が胆管癌と鑑別を要する所見であった。IDUSを10例中9例に施行し、内8例に非狭窄部の全周性の壁肥厚を認め、中央値は0.85(0.7-1.25)mmであった。全10例中9例に胆管生検を施行し、5例でIgG4免疫染色を施行した結果、強拡大視野でIgG4陽性細胞数が10個を超えるのは2例のみであった。ステロイド治療を行い、短期経過を追えた2例ではいずれも胆管像の改善を認めた。膵内胆管狭窄のないIgG4-SCと胆管癌との鑑別において非狭窄部の胆管壁肥厚およびステロイド反応性は従来通り有用と考えられた。

## 2) IgG4関連消化管病変の実態調査

能登原憲司<sup>1</sup>、神澤輝実<sup>2</sup>、川野充弘<sup>3</sup>、井上康一<sup>4</sup>、笠島里美<sup>5</sup>、河野裕夫<sup>6</sup>、塩川雅広<sup>7</sup>、内田一茂<sup>8</sup>、吉藤元<sup>9</sup>、全陽<sup>10</sup>、岡崎和一<sup>8</sup>、千葉勉<sup>11</sup>

<sup>1</sup> 倉敷中央病院病理診断科、<sup>2</sup> 東京都立駒込病院消化器内科、<sup>3</sup> 金沢大学附属病院リウマチ・膠原病内科、<sup>4</sup> 山近記念総合病院外科、<sup>5</sup>

金沢医療センター臨床検査科、<sup>6</sup> 山口大学医学部保健学科、<sup>7</sup> 京都大学附属病院消化器内科、<sup>8</sup> 関西医科大学消化器肝臓内科、<sup>9</sup> 京都大学大学院内科学講座臨床免疫学、<sup>10</sup> 神戸大学病理ネットワーク学、<sup>11</sup> 京都大学 IgG4関連消化管病変 (IgG4-GE) の臨床病理像を明らかにすること。病理組織標本が入手可能な、IgG4-GEと思われる2001年以降の症例を集積した進捗状況につき簡単に説明があり発表の詳細は別途された。

### 3) 国内初の汎用自動分析機用IgG4試

#### 薬・多施設共同研究の提案

浜野英明 (信州大学医学部附属病院 医療情報部 消化器内科) 上原 剛、菅野光俊 (信州大学医学部附属病院 臨床検査部) この度ニッポーメディカル株式会社 (以下、N社) は、汎用自動分析機用試薬の開発を行い、信州大学医学部附属病院 臨床検査部 (以下、信大病院検査部) と共同研究を行った。現在、IgG4を測定するための試薬としてThe Bindingsite Inc.社 (以下、BS社) とSiemens Healthcare GmbH社 (以下、S社) から専用自動分析機用試薬が発売されている。結果、現状の測定試薬に以下の事実が判明した。

・既存2社測定値の相関はS社測定値がBS社測定値の約2倍の値となる

・BS社試薬のロット間差は±25%程度存在する

・専用自動分析機の機構上、BS社の測定範囲外の測定値は真値より高くなる可能性がある

3社のIgG4測定試薬間の測定値の乖離を、臨床検体を用いて確認する。基準範囲を算出する。各検体の測定値、臨床情報を参考にROC解析によりカットオフ値を算出する。

介入を伴わない前向き研究 (前向き観察研究)

### 研究のアウトライン

各医療機関での対象患者の選択、同意取得及び採血の実施

信州大学医学部附属病院 臨床検査部にて3社の測定試薬によるIgG4の測定

信州大学医学部附属病院 臨床研究支援センターにて測定データを管理

臨床研究支援センターより測定データ記載済みの症例報告書を各施設へ返送

各施設より臨床情報記載済みの症例報告書を臨床研究支援センターに再返送

信州大学医学部附属病院 臨床研究支援センターにてデータ解析の実施

5) 診断とIL-6の重症度に関する症例提示  
池浦 司、内田一茂、柳川雅人、岡崎和一 (関西医科大学内科学第三講座)

胆膵領域におけるIgG4関連疾患 (1型自己免疫性膵炎: type 1 AIP、IgG4関連硬化性胆管炎: IgG4-SC) の多くは、診断時には症状に乏しいことが多くステロイド治療が奏功し短期的な予後は良好と考えられている。しかし、我々は、発熱・消耗を伴い通常より過剰な炎症反応を伴うtype 1 AIP/IgG4-SC症例やステロイド抵抗性で再燃するtype 1 AIP/IgG4-SC症例に対し、炎症の主要なメディエーターであるIL-6を測定したところ、高値を示す症例があることを経験した。ちなみにIL-6を測定したIgG4関連疾患は28例中7例 (25%) であり、IgG4値とIL-6値には相関は認めなかった。高IL-6血症を伴うtype 1 AIP/IgG4-SC症例2例 (70歳女性、63歳女性) の症例提示がなされた。

6) 患者認定用の申請書の診断基準と重症度内容 (岡崎和一)

診断基準と重症度について分科会メンバーの意見調整が以下質問形式で進められた。

各臓器でのIgG4-RDの診断について、どのようになされているか？

胆膵以外で臓器診断基準のある臓器はその臓器診断基準を、ない臓器は包括診断基準を使用している。

YES ( 27 ) NO ( 0 )

その他 ( 後腹膜線維症は組織が取れないので過去の文献に従っているとの意見があった。これをもとに後腹膜線維症については包括診断基準も使っているかどうか再度意見を聞くと10名が使用と答えた)

難病申請については、重症度基準を満たして申請が通るものしか申請していないとの意見があった。

治療については

1) 胆膵ともにほぼ自己免疫性膵炎診療ガイドライン2013に準ずる

YES ( 29 ) NO ( 1 ) 人

2) どのような症例を治療対象としているか？

有症状例 (閉塞性黄疸、腹痛例) または無症状でも他臓器病変合併例や (胆道病変 + 胆道酵素上昇) 例

YES ( 27 ) NO ( 2 ) 人 ( 長期予後を考え原則全例治療を勧めている )

3) 初回ステロイドの開始量は？

20mg ( 0 ) 30mg ( 26 ) 40mg ( 4 ) 50mg ( 0 )

4) 黄疸例ではステロイド前に胆道ドレナージを施行するか？

原則全例 ( 16 ) 中等度 (TB.5mg/dl~) 以上のみ ( 6 )

感染合併や恐れのある例のみ ( 0 )

施行しない ( 0 )

( 肝門部病変だけしかないものはしない。)

5) 糖尿病合併例で血糖コントロールの基準におけるHbA1c (国際基準) は？

正常 (6.4以下) ( 0 ) , 7.0以下 ( 0 ) , 7.5以下 ( 0 ) , 8.0以下 ( 0 )

その他 (多くのメンバーはインスリンを導入して治療開始している)

6) ステロイド維持療法の適応・投与量・期間

適応：副作用がないか認容できる範囲内であれば

原則全例 ( 25 ) 原則しない

( 0 ) 症例により施行 ( 2 )

寛解導入で画像診断および血液検査で完全な改善が得られた症例のステロイド治療の期間は？

3月以内 ( 0 ) 半年以内 ( 2 ) 1年以内 ( 2 )

2年以内 ( 0 ) 3年以内 ( 17 ) 3年以上 ( 7 )

血中IgG4モニター測定間隔

毎月 ( 2 ) 2~3ヶ月 ( 26 ) 4

~6ヶ月 ( 2 ) 6ヶ月~ ( 0 )

E. 結論

以上、分科会メンバー施設での研究が発表されるとともに、治療における現状がはっきりになった。

F. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業  
「IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究」班  
胆膵（消化器）分科会会議録

日時：平成28年1月8日（金）10時30分～12時00分

会場：京都大学楽友会館 2階 会議・講演室

1) 分科会長挨拶 関西医科大学 岡崎和一

2) IgG4-SCの疫学・病態診断

IgG4関連硬化性胆管炎の全国調査

田中 篤、田妻 進、乾 和郎、岡崎和一、千葉 勉、滝川 一  
帝京大学医学部内科学講座

われわれは2015年にIgG4関連硬化性胆管炎に関する全国調査を行った。全国の211施設へ調査票を送付し、521症例についての調査票を回収した。このうち解析可能であった495例について検討を行った。性別は男性・女性=408/87、診断時平均年齢は66.1歳[23-89歳]であった。診断時の症状としては、黄疸が最も多く全体の31%、次いで皮膚掻痒12%であったが、無症状で診断された症例が27%存在した。診断時血清ALP値が基準値上限の2倍を超えていた症例は55%、IgG4が基準値上限（135 mg/dl）超の症例は84%であった。胆道造影上の所見はType 1が304例と最も多かった。AIPの合併は419例(87%)であった。治療としては89%の症例で副腎皮質ステロイドが使用され、初期投与量は30-40mg/日が最多であった。平均観察期間は4.2+/-3.2年であり、3年・5年生存率はそれぞれ97.1%、95.2%であった。胆道癌の合併は3例にみられた。経過中に胆管狭窄の悪化が98例（21%）にみられ、1年、3年、5年の再狭窄率は1.9%、7.0%、15.6%であった。

（討論）

予後に感染症で亡くなる人があったが、ステロイドの長期投与による免疫力低下による真菌感染症のようなものなのか普通の最近感染症なのかは

そここのところは分かっていないので今後さらに検討外必要。

予後に関わることだがチャイルド分類で言うとうどうなのか？

BはわずかでCはいない。

腹痛の原因は膵炎は関わっていないのか？

原因は調べていないが多分差は出ないと予想される。

膵内胆管病変を伴わないIgG-SCの臨床的研究

川 茂幸（信州大学大学総合健康安全センター 教授）、小口貴也、金井圭太、伊藤哲也、浅野順平、（信州大学消化器内科）、浜野英明（信州大学病院医療情報部）新倉則和（信州大学病院内視鏡センター）

膵内胆管狭窄のないIgG4-関連硬化性胆管炎 IgG4-related sclerosing cholangitis (IgG4-SC)について胆管像所見の詳細を検討し、胆道系悪性腫瘍との鑑別診断に有用な所見を明らかにすることを目的とした。当院ならびに関連病院にてIgG4-SCと診断され、胆管造影ならびにMRCPで、膵内胆管狭窄を認めず膵外胆管のみに狭窄、狭細ならびに閉塞などの異常所見を呈した10例(男性9例・女性1例、診断時年齢[中央値]71.5歳(54-84歳))について、胆管像の分類を試み、また胆管癌との鑑別能について画像所見、病理所見、ステロイド反応性について検討した。胆管狭窄が肝内・肝外に広範に存在；2例、肝外胆管に限局；3例、肝内胆管に限局；3例、肝外胆管に閉塞；2例であり、8例が胆管癌と鑑別を要する所見であった。IDUSを10例中9例に施行し、内8例に非狭窄部の全周性の壁肥厚を認め、中央値は0.85(0.7-1.25)mmであった。全10例中9例に胆管生検を施行し、5例でIgG4免疫染色を施行した結果、強拡大1視野でIgG4陽性細胞数が10個を超えるのは2例のみであった。ステロイド治療を行い、短期経過を追えた2例ではいずれも胆管像の改善を認めた。膵内胆管狭窄のないIgG4-SCと胆管癌との鑑別において非狭窄部の胆管壁肥厚およびステロイド反応性は従来通り有用と考えられた。

( 討論 )

以前の報告では胆管生検でIgG4陽性細胞がもっと多かったように記憶しているが何カ所生検しているのか

3カ所程度で以前のものもそれほど多くない

IDUS像で全周性壁肥厚があるものがあるが

癌はやはり不整があると思う。

膵病変がない病変は

3例含まれている

胆管癌の生検の陽性率はどれぐらいか？

正確な数字はわからないが、最終的にステロイドトライアルした症例はある。

### 3 ) IgG4関連消化管病変の実態調査

能登原憲司<sup>1</sup>、神澤輝実<sup>2</sup>、川野充弘<sup>3</sup>、井上康一<sup>4</sup>、笠島里美<sup>5</sup>、河野裕夫<sup>6</sup>、塩川雅広<sup>7</sup>、内田一茂<sup>8</sup>、吉藤元<sup>9</sup>、全陽<sup>10</sup>、岡崎和一<sup>8</sup>、千葉勉<sup>11</sup>

<sup>1</sup>倉敷中央病院病理診断科、<sup>2</sup>東京都立駒込病院消化器内科、<sup>3</sup>金沢大学附属病院リウマチ・膠原病内科、<sup>4</sup>山近記念総合病院外科、<sup>5</sup>金沢医療センター臨床検査科、<sup>6</sup>山口大学医学部保健学科、<sup>7</sup>京都大学附属病院消化器内科、<sup>8</sup>関西医科大学消化器肝臓内科、<sup>9</sup>京都大学大学院内科学講座臨床免疫学、<sup>10</sup>神戸大学病理ネットワーク学、<sup>11</sup>京都大学

IgG4関連消化管病変 ( IgG4-GE ) の臨床病理像を明らかにすること。病理組織標本が入手可能な、IgG4-GEと思われる2001年以降の症例を集積した進捗状況につき簡単に説明があり発表の詳細は午後に行うこととされた。

### 4 ) 国内初の汎用自動分析機用IgG4試薬・多施設共同研究の提案

浜野英明(信州大学医学部附属病院 医療情報部 消化器内科)上原 剛、菅野光俊(信州大学医学部附属病院 臨床検査部)

この度ニッポーメディカル株式会社(以下、N社)は、汎用自動分析機用試薬の開発を行い、信州大学医学部附属病院 臨床検査部(以下、信大病院検査部)と共同研究を行った。現在、IgG4を測定するための試薬としてThe Bindingsite Inc.社(以下、BS社)とSiemens Healthcare GmbH社(以下、S社)から専用自動分析機用試薬が発売されている。結果、現状の測定試薬に以下の事実が判明した。

- ・既存2社測定値の相関はS社測定値がBS社測定値の約2倍の値となる
- ・BS社試薬のロット間差は±25%程度存在する
- ・専用自動分析機の機構上、BS社の測定範囲外の測定値は真値より高くなる可能性がある

3社のIgG4測定試薬間の測定値の乖離を、臨床検体を用いて確認する。基準範囲を算出する。各検体の測定値、臨床情報を参考にROC解析によりカットオフ値を算出する。介入を伴わない前向き研究(前向き観察研究)

#### 研究のアウトライン

各医療機関での対象患者の選択、同意取得及び採血の実施

信州大学医学部附属病院 臨床検査部にて3社の測定試薬によるIgG4の測定

信州大学医学部附属病院 臨床研究支援センターにて測定データを管理

臨床研究支援センターより測定データ記載済みの症例報告書を各施設へ返送

各施設より臨床情報記載済みの症例報告書を臨床研究支援センターに再返送

検体提出時点で確定診断がついていないことを考慮し、後依頼としています

信州大学医学部附属病院 臨床研究支援センターにてデータ解析の実施

本臨床研究に参加する医療機関を募集します。2016年2月19日までに研究事務局代表 菅野光俊までメール(suga@shinshu-u.ac.jp)にて連絡して欲しいと発表があった。(討論)

今の測定している値と25%程ずれる可能性があるのも、下瀬川先生、千葉先生と相談した結果であることを岡崎より補足。

10施設というのはすぐ埋まるのではないか。

綿密に対応できるのは10施設程度かと考えているが、それ以上の希望があればまたその際考えさせてもらう。

#### 5) 診断とIL-6の重症度に関する症例提示

池浦 司、内田一茂、柳川雅人、岡崎和一(関西医科大学内科学第三講座)

胆膵領域におけるIgG4関連疾患(1型自己免疫性膵炎: type 1 AIP、IgG4関連硬化性胆管炎: IgG4-SC)の多くは、診断時には症状に乏しいことが多くステロイド治療が奏功し短期的な予後は良好と考えられている。しかし、我々は、発熱・消耗を伴い通常より

過剰な炎症反応を伴うtype 1 AIP/IgG4-SC症例やステロイド抵抗性で再燃するtype 1 AIP/IgG4-SC症例に対し、炎症の主要なメディエーターであるIL-6を測定したところ、高値を示す症例があることを経験した。ちなみにIL-6を測定したIgG4関連疾患は28例中7例(25%)であり、IgG4値とIL-6値には相関は認めなかった。高IL-6血症を伴うtype 1 AIP/IgG4-SC症例2例(70歳女性、63歳女性)の症例提示がなされた。

( 討論 )

IL-6は除外診断の項目に当たると考えていたが、IgG4関連疾患の従来言われていた活動度とは違うのか。

症例2は高かったが症例1はあまり高くはなかった。

IL-6の供給はどこからなのか。

胆管病変があるものが優位であった。

キャスルマンはCRPがもっと高い印象があるが、この2例は膵臓が通常とは違うのでどちらかというオーバーラップだと考えるので、この2例は別なものとして分けておいた方がいいと思う。

2例目はIgG4-AIHと診断された症例であるがもう一度中沼先生のご意見は。

IgG4-AIHにcompatibleと考える。

能登原先生からは1例目はLPSPとは違う印象である。

IgG、IgG4はIL-6の相関はどうか？

いずれもなかった。

岡山大学ではIL-6も染めてもらってキャスルマンは否定的との意見をもらっている。

能登原先生からは線維化が出ることはあるのでキャスルマンは否定できないと思う。

## 6) 患者認定用の申請書の診断基準と重症度内容 (岡崎和一)

診断基準と重症度について分科会メンバーの意見調整が行われた。

以下質問形式で進められた。

各臓器でのIgG4-RDの診断について、どのようになされているか？

胆膵以外で臓器診断基準のある臓器はその臓器診断基準を、ない臓器は包括診断基準を使用している。

YES ( 27 ) NO ( 0 )

その他 (後腹膜線維症は組織が取れないので過去の文献に従っているとの意見があった。これをもとに後腹膜線維症については包括診断基準も使っているかどうか再度意見を聞くと10名が使われていると答えた)

難病申請については、重症度基準を満たして申請が通るものしか申請していないとの意見があった。

治療については

1) 胆膵ともにほぼ自己免疫性膵炎診療ガイドライン2013に準ずる

YES ( 29 ) NO ( 1 ) 人

2) どのような症例を治療対象としているか？

有症状例(閉塞性黄疸、腹痛例)または無症状でも他臓器病変合併例や(胆道病変+胆道酵素上昇)例

YES ( 27 ) NO ( 2 ) 人

(長期予後を考え原則全例治療を勧めている)

3) 初回ステロイドの開始量は？

20mg ( 0 ) 30mg ( 26 ) 40mg ( 4 ) 50mg ( 0 )

4) 黄疸例ではステロイド前に胆道ドレナージを施行するか？

原則全例 ( 16 ) 中等度 (TB.5mg/dl~) 以上のみ ( 6 )

感染合併や恐れのある例のみ ( 0 ) 施行しない ( 0 )

(肝門部病変だけしかないものはしない。)

5) 糖尿病合併例で血糖コントロールの基準におけるHbA1c(国際基準)は？

正常(6.4以下)( 0 ), 7.0以下( 0 ), 7.5以下( 0 ), 8.0以下( 0 )

その他(多くのメンバーはインスリンを導入して治療開始している)

6) ステロイド維持療法の適応・投与量・期間

適応: 副作用がないか認容できる範囲内であれば

原則全例 ( 25 ) 原則しない( 0 ) 症例により施行 ( 2 )

寛解導入で画像診断および血液検査で完全な改善が得られた症例のステロイド治療の期間は？

3月以内( 0 ) 半年以内( 2 ) 1年以内( 2 ) 2年以内( 0 ) 3年以内( 17 ) 3年以上( 7 )

血中IgG4モニター測定間隔

毎月( 2 ) 2~3ヶ月 ( 26 ) 4~6ヶ月 ( 2 ) 6ヶ月~ ( 0 )

以上分科会メンバー施設での実態が明らかとなった。

(文責: 胆膵分科会事務局 関西医科大学内科学第三講座 内田一茂)