

## Q&amp;A

## 画像所見の類似した膵病変の2症例

解答：

**症例①膵癌，症例②限局型自己免疫性膵炎（autoimmune pancreatitis；AIP）**

解説：

症例①②はともに、膵癌と限局型 AIP の鑑別が問題となる。限局型 AIP の診断は、自己免疫性膵炎臨床診断基準 2011 (<http://www.suizou.org/AIP2011.pdf>) では、(I) 膵の限局性腫大、(II) ERP (内視鏡的膵管造影) における主膵管の不整狭細像、(III) 高 IgG4 血症、(IV) 病理所見、(V) 膵外病変、と (オプション) ステロイド治療効果の各項目の組み合わせで行われ、確診、準確診、疑診に区分される。

症例①：CTで膵尾部に約2cm大の腫瘤を認め、その尾側膵管はやや目立つ程度の拡張がある。腫瘤を含め膵尾側は造影早期の造影効果に乏しく、軽度ではあるが遅延性増強が認められる。また、被膜様構造を思わせる所見も認める (Figure 1, 2)。Diffusion MRIでは膵尾部は高信号を呈している (Iを満たす)。ERPで不整な膵管狭細像があり、狭細部の一部には分枝も確認できる (IIを満たす) (Figure 3)。IgG4は正常。ERP時に施行した膵管ブラシ細胞診にてclass Vで、膵尾部癌と確定診断された。採血でもDUPAN-2 380IU/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた。本症例は、癌の尾側に随伴性膵炎を併存していたと考えられた。

症例②：膵尾部に約3cm大の腫瘤を認める。造

影パターンは症例①と同様であるが、明らかな被膜様構造は認めない (Figure 1, 2)。Diffusion MRIでは腫瘤部は強い高信号であるが、体部も高信号を示している (Iを満たす)。ERPでは造影圧を上げても病変部の膵管は描出されなかった (Figure 3)。細胞診は悪性所見なし (IIを満たすと考えるのは困難)。IgG4は高値 (IIIを満たす)。FDG-PETでも病変部に一致してFDGの集積を認めたが、他臓器への異常集積は認めなかった。他の検査でも他臓器病変は指摘されない。本症例ではEUS-FNA (超音波内視鏡下吸引針生検) を施行したが、悪性所見は認めず疑診例に当たる。ステロイド治療を行い効果が見られれば準確診例となるが、患者希望により外科的切除が行われ、最終診断は限局型 AIP であった。

疑診例、準確診例の取り扱い：疑診例は AIP として取り扱わないが、血中 IgG4 値が正常の疑診例は活動性の低い 1 型あるいは 2 型 AIP の可能性がある。準確診例は AIP として取り扱われる。何よりも、癌や悪性リンパ腫など、悪性疾患の否定が最も重要である。

本論文内容に関連する著者の利益相反  
：なし

出題：久津見 弘 (神戸大学消化器内科)  
松木 信之 ( )  
増田 充弘 ( )  
岡崎 和一 (関西医科大学消化器内科)