

【解答】

IgG4 関連炎症性偽腫瘍

解説：

本症例はアルコール関連肝疾患を背景に、他疾患精査中のCTで偶発的に発見された肝腫瘍である。造影CTでは外側区に境界不明瞭な辺縁に淡い濃染を呈する乏血性腫瘍を認め、末梢胆管の拡張をともなっていた。MRIではT1・T2強調像とも軽度低信号、拡散能の低下を示し、肝細胞相でも低信号を呈していた。FDG-PETでFDG集積を認めた。EUSでは境界不明瞭な低エコー腫瘍を認め、ソナゾイド®造影では造影効果は乏しかった。ERCPでは左肝管に狭窄を認め、外側区域の胆管は造影されなかった。画像から肝内胆管癌を疑ったが、胆汁細胞診で確定診断ができず、肝腫瘍生検を施行した。

病理では膠原線維およびリンパ球、形質細胞、好酸球の浸潤を認め、 α -SMA陽性、IgG4陽性細胞数 <30 /high-power field (HPF)、ALK-1陰性

であった (Figure 6)。炎症性筋線維芽細胞性腫瘍 (inflammatory myofibroblastic tumor ; IMT) や IgG4 関連疾患 (IgG4-related disease ; IgG4-RD) が鑑別に挙げられた。血清 IgG4 は正常で他臓器病変もなく、術前は IMT を疑われて肝左葉切除が施行された。切除標本では境界やや不明瞭な白色腫瘍性病変を認めた (Figure 7)。組織学的に著明な線維化と高度な炎症細胞浸潤、閉塞性静脈炎をともなっていた。IgG4 陽性細胞 >40 /HPF で、最終的に IgG4 関連炎症性偽腫瘍と診断された (Figure 8)。

肝の IgG4 関連炎症性偽腫瘍は、IgG4 関連硬化性胆管炎が限局性に進展して腫瘍像を呈するまれな疾患であり¹⁾、悪性腫瘍との鑑別が困難である。診断には病理組織評価が重要で²⁾、閉塞性静脈炎の存在、IgG4/IgG 陽性細胞比 $>40\%$ かつ IgG4 陽性細胞 >10 /HPF が特徴的である。一方、IMT では IgG4 陽性細胞数が少なく (IgG4 陽性細胞数 <30 /HPF, IgG4/IgG 陽性細胞比 $<15\%$)、閉塞性静脈炎をともなわない点が鑑別に有用である³⁾。

IgG4 関連炎症性腫瘍の予後は良好であり、一般にステロイド治療が有効とされる。ウルソデオキ

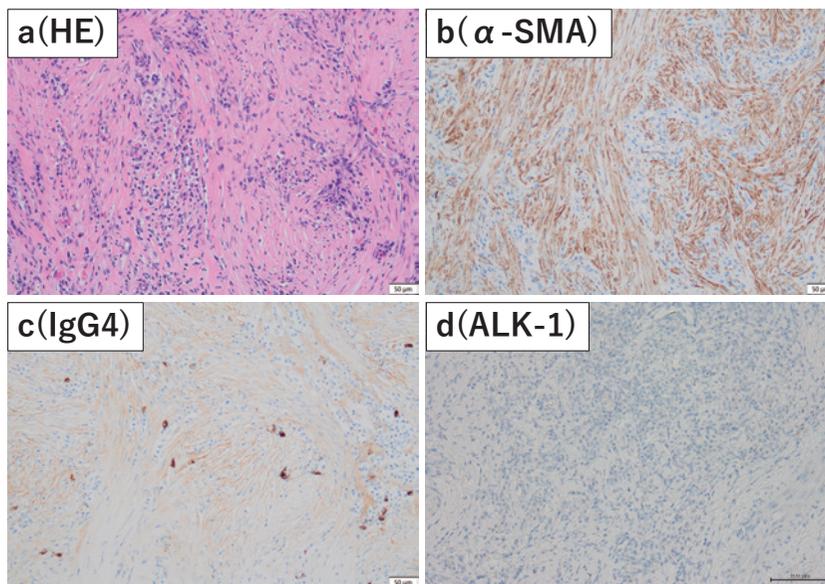


Figure 6. 肝腫瘍生検 (a : HE 染色, b : α -SMA 染色, c : IgG4 染色, d : ALK-1 染色)。



Figure 7. 切除標本.

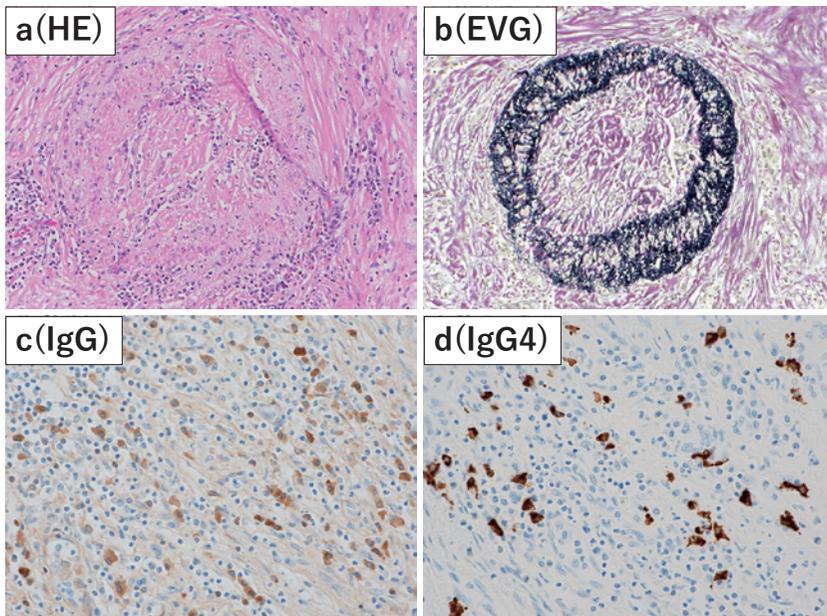


Figure 8. 組織標本 (a: HE 染色, b: EVG 染色, c: IgG 染色, d: IgG4 染色).

シコール酸併用の有効例も報告されている⁴⁾。経過中に胆管狭窄や腫瘍の増大がみられ悪性腫瘍を否定できない場合は、外科的切除が検討される。本症例のようにIgG4関連炎症性偽腫瘍は術前診断が困難で、悪性腫瘍やIMTとの鑑別に苦慮することが多く、鑑別疾患として常に念頭に置く必要がある。

本論文内容に関連する著者の利益相反
：なし

文 献

- 1) 小池佳勇, 青葉太郎, 前多松喜, 他: 術前に肝内胆管癌と考えられた肝IgG4関連炎症性偽腫瘍の1例. 日本臨床外科学会雑誌 78;109-113:2017
- 2) Nakama T, Hayashi K, Komada N, et al: Inflammatory pseudotumor of the liver diagnosed

by needle liver biopsy under ultrasonographic tomography guidance. *J Gastroenterol* 35;641-645:2000

- 3) Yamamoto H, Yamaguchi H, Aishima S, et al: Inflammatory myofibroblastic tumor versus IgG4-related sclerosing disease and inflammatory pseudotumor: a comparative clinicopathologic

study. *Am J Surg Pathol* 33;1330-1340:2009

- 4) 田中 篤: AIP を伴わない IgG4 関連硬化性胆管炎の臨床像. *肝・胆・膵* 67;355-361:2013

(論文受領, 2025 年 10 月 28 日)
受理, 2025 年 10 月 30 日)
