

# 1 膵胆道疾患

## 膵癌との鑑別診断に苦慮した 自己免疫性膵炎

菅野 敦<sup>1)</sup> 佐藤賢一<sup>1)</sup> 下瀬川 徹<sup>2)</sup>

1) 東北大学医学部 消化器内科

2) 東北大学医学部 消化器内科 教授

Point 1 自己免疫性膵炎について説明できる。

Point 2 典型例における自己免疫性膵炎と膵癌の違いを説明できる。

Point 3 閉塞性黄疸症例について画像診断のみではなく、血清学的診断も含め、総合的に診断する重要性を理解する。

### はじめに

膵癌は、発見時すでに進行癌であることが多く、切除不能な症例が多い。また、CTやMRIなどの画像診断の発展とともに膵癌の診断能は向上しているとはいえ、診断困難な症例に遭遇することも少なくない。とくに、腫瘤を形成する膵炎（腫瘤形成性膵炎）は、膵癌との鑑別が困難である。最近、その腫瘤形成性膵炎のなかに自己免疫を機序とする自己免疫性膵炎（autoimmune pancreatitis；AIP）が多く含まれていることが明らかになってきた。

今回呈示する症例は、閉塞性黄疸によって発症し、前医で一度は切除不能膵癌と診断され化学療法を施行されたが、再精査によって自己免疫性膵炎と診断された1例である。

#### 症例 71歳の男性

【主訴】 食思不振、皮膚黄染

【既往歴】 特記事項なし

【家族歴】 特記事項なし

【現病歴】 5ヵ月くらい前から食欲が低下し体調不良を訴えていたが、病院は受診しなかった。2ヵ月前に眼球黄染に気づき、近医を受診した。CTによる画像診断から膵頭部癌による閉塞性黄疸と診断され、その際、経皮経肝胆道ドレナージ（PTBD）を施行された。その後、黄疸は改善したが、CTで門脈へ浸潤が疑われ、手術の適応外と診断され、化学療法（gemcitabine）を開始された。家族をはじめ本人自身も手術の不能な膵癌にしては全身状態が良好であることに疑問を抱き、second opinion 目的にこのたび当院を受診した。再度施行した造影CTでAIPが疑われ、精査加療目的に当科に転院となった。

【入院時血液検査所見（表1）】 PTBD挿入によって、黄疸は改善しているものの肝機能障害を認めた。また、血清アミラーゼの高値も認めた。腫瘍マーカーは陰性であった。抗核抗体、RF、IgGの値は正常であった（このときIgG4は測定されていなかった）。

【画像検査所見】 腹部超音波検査（以下US）で膵頭部に著明な低エコー性腫瘤を認めた（図1）。膵癌も低エコーの腫瘤として描出されるが、本腫瘤はさらにエコーレベルが低く、

表 1 入院時血液検査所見

WBC	4400 /mm <sup>3</sup>	BUN	17 mg/dl	CRP	0.1 mg/dl
RBC	380 × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	Cr	1.1 mg/dl	ANA	80 倍
Hb	12.1 g/dl	Na	137 mEq/l	RF	9 IU/ml
Ht	36 %	K	5 mEq/l	IgG	1647 mg/dl
Plt	33.2 × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	Cl	103 mEq/l	IgG4	233 mg/dl
T-bil	0.8 mg/dl	TP	7.5 g/dl	C3	91 mg/dl
D-bil	0.2 mg/dl	Alb	4.1 g/dl	C4	43.2 mg/dl
AST	67 IU/l	S-Amy	559 IU/l	CH50	54.6 ng/ml
ALT	143 IU/l	TTT	9 kunkel	BS	95 mg/dl
LDH	242 IU/l	ZTT	10.4 kunkel	HbA <sub>1c</sub>	5.5 %
ALP	944 IU/l	CEA	1.5 ng/ml		
γ GTP	177 IU/l	CA19-9	19.4 U/ml		

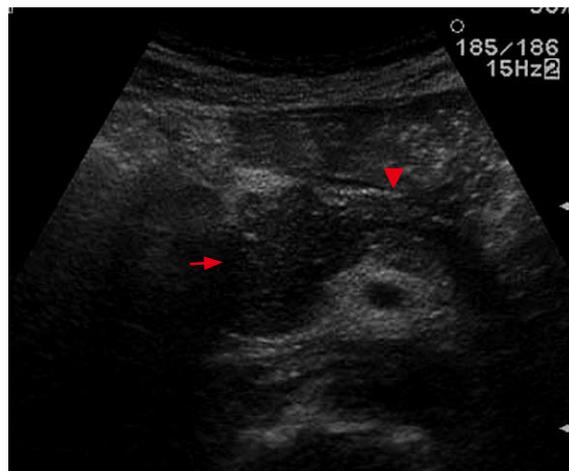


図 1 腹部超音波像  
 膵頭部に境界不明瞭な低エコー腫瘍を認めた (→)。尾側膵管の拡張は軽度であった (▲)。

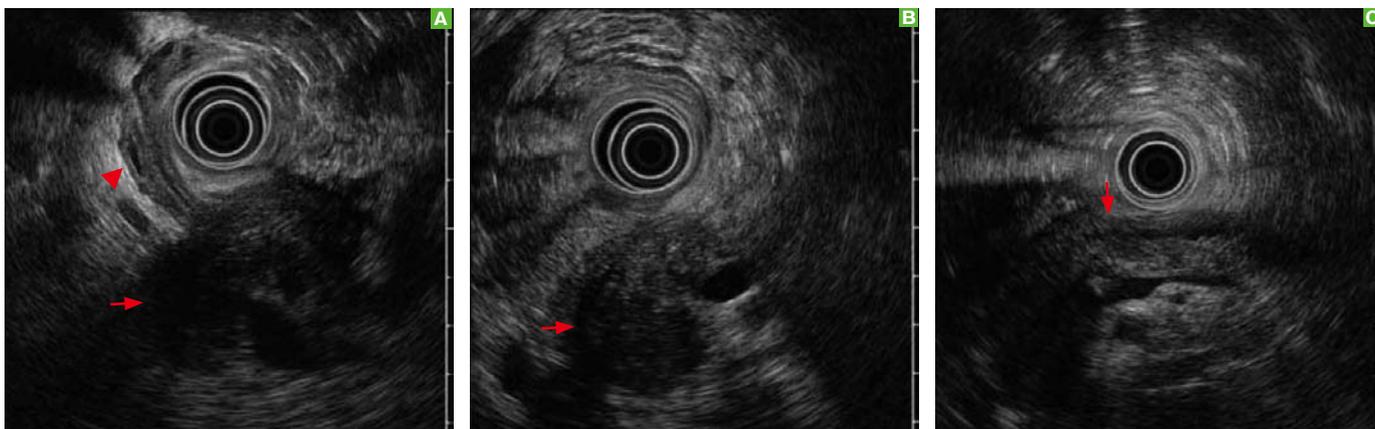


図 2 超音波内視鏡像  
 A：膵頭部に境界不明瞭な低エコー腫瘍を認めた (→)。胆管は著明な壁肥厚を認めた (▲)。  
 B：膵頭部に境界不明瞭な低エコー腫瘍を認めた (→)。  
 C：尾側膵管の拡張は軽度であった (→)。

また境界が不明瞭で、尾側膵管の拡張が乏しいなど膵癌の所見とは相違点がいくつか認められた。超音波内視鏡の所見も同様であった (図 2)。PTBD 挿入後のため評価は難しいが、胆管壁の肥厚が著明であった。CT では膵頭部に境界不明瞭な低吸収域を認めた。しかし、膵癌が呈する低吸収域とは造影態度が異なり、腫瘍が淡く造影され、辺縁は薄い low density area を伴っていた (図 3)。ERCP では、膵管は長い狭細像を呈し、狭細膵管からの分枝も描出されていた (図 4)。また、胆管も平滑な狭細像を呈していた (図 5)。ERCP 時に施行した膵管擦過細胞診は class 2 であった。FDG-PET では膵臓に SUVmax 4.7、肺門部に SUVmax 3、唾液腺に SUVmax 2.5 の FDG の集積を認めた (図 6)。

## 1. 診断

### AIP とは

AIP は、自己免疫が成因に関与している膵の炎症性疾患とされている。1995 年に Yoshida らが、膵臓全体の腫大、および膵管のびまん性狭細像を呈した特殊な膵炎の 1 症例を報告し、それまで報告されていた同様の症例の検討からこの疾患を AIP と命名、疾患概念を提唱した<sup>1)</sup>。その後、本疾患の報告が増加し、2002 年に日本膵臓学会が AIP の診断基準を世界に先駆けて発表した<sup>2)</sup> (表 2)。この診断基準をもとにその後も多数の症例が報告されたが、膵管全長の 1/3 以上の狭細という、診断基準を満たさない膵臓の一部分のみの腫大