

脈瘤形成の原因と推測された。治療は全例マイクロコイルによる isolation & packing で行ったが、症例3は流出路が門脈系となっていたため、急遽経皮経肝的門脈アプローチで瘤内 packing および流出路塞栓を行った。全例手技に成功し、術後合併症なく軽快退院された。

#### 4 腹痛で発症した、膵嚢胞性病変の1例

森 茂紀・渡辺 史郎・加村 毅\*  
小川 洋\*\*・角田 和彦\*\*・佐藤 攻\*\*  
根本 啓一\*\*\*

信楽園病院消化器内科  
同 放射線診断科\*  
同 外科\*\*  
同 病理\*\*\*

症例は80才、女性。DMで当院内内分泌内科通院中、H24.2.29上腹部痛にて救急外来受診。CTで膵に大小の嚢胞を認めた。大きい嚢胞内部に、出血と造影効果を認める腫瘍性病変を認め、痛みの原因は“膵腫瘍からの出血による嚢胞内圧の上昇”と考えた。入院後、痛み、出血は自然に軽快した。US、MRCP、ERCPで、大きい嚢胞は主膵管型IPMC、頭部と尾部の小さい嚢胞群は分枝型IPMAと考えた。ERCPでは、主乳頭開口部から粘液の排出を認め、膵管造影では、やや太い主膵管は頭部一腰部移行部付近で大きな嚢胞につながっていた。隆起性病変はうまく描出できなかったが、細胞診ではClass IVであった。3.28膵体尾部切除(頭部の嚢胞は残した)、脾摘、胆摘、D1リンパ節廓清術施行。主嚢胞は主膵管が拡張したもので、その内部に丈の高い乳頭上腫瘍を認め、免染の結果も踏まえ、膵胆道型IPMCと診断した。尾部の小嚢胞は、分枝型IPMAと診断した。また、大きい嚢胞より尾側の主膵管に、異型を認め、いわゆるPanIN1-2と診断した。現在、残膵も含め再発の所見はない。

本症例は、第57回ERCP研究会で提示したものであるが、どうして部分的に巨大化したのか？放置すれば、主乳頭状腫瘍は今後浸潤癌となったのか？PanIN病変も管状腺癌化するのか？など、

多くの問題点を含んだ症例であり、貴重と考え報告する。

#### 5 自己免疫性膵炎2型(AIP type 2)が疑われた2症例

山本 幹・小林 雄司・竹内 学  
横山 純二・佐藤 祐一・青柳 豊  
水野 研一\*・本田 穰\*・橋本 哲\*  
塩路 和彦\*・小林 正明\*

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器内科学分野  
新潟大学医歯学総合病院  
光学医療診療部\*

本邦では比較的稀とされる2型の自己免疫性膵炎が疑われた症例を2例経験したので報告する。

〔症例1〕30歳代、男性。潰瘍性大腸炎の既往あり、上腹部痛のため当科受診した。CTにて膵全体の腫大がありAIPが疑われたが血清IgG4 97.9と正常範囲内であった。膵管の狭窄が局限しており、癌との鑑別が問題となったためEUS-FNAを予定していたが、膵腫大は自然に軽快し、以後も再燃はみられていない。炎症性腸疾患の合併や若年発症であることなどよりAIP type 2が疑われた。

〔症例2〕30歳代、男性。閉塞性黄疸のため近医受診した。経乳頭的ドレナージは不可能であったためPTGBDが施行され、当科紹介された。CTにて膵全体の腫大とERPにて膵管狭細像がありAIPが疑われたがIgG4 38.4と正常範囲内であった。1ヶ月の経過にて無治療で膵腫大が改善しており、若年発症であることもあわせ、AIP type 2が疑われた。

AIPの分類として組織学的にlymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis (LPSP)を背景とする自己免疫性膵炎1型(AIP type 1)と、idiopathic duct-centric chronic pancreatitis (IDCP)を背景とする自己免疫性膵炎2型(AIP type 2)がAIPの国際コンセンサス診断基準で提唱された。日本のAIPのほとんどは病理組織でリンパ球やIgG4