

に稀である。4年前のCT, 内視鏡像, IDUSにも現在と類似した所見を認め示唆の富む症例と考え報告した。

4 十二指腸主乳頭病変をともなった IgG4 関連膵・胆管炎の1例

富永顕太郎・船越 和博・本山 展隆
栗田 聡・佐々木俊哉・加藤 俊幸
野村 達也*・土屋 嘉昭*

県立がんセンター新潟病院内科
同 外科*

症例は70歳代, 女性。右側腹部痛を訴え, 近医を受診。超音波検査で肝門部の異常を指摘され, 精査加療目的に当院紹介となった。血液検査でALP, γ -GTPが高値を示し, 腹部CT・MRI・MRCPでは肝内部胆管の壁肥厚, 肝内胆管の拡張, 下部胆管の壁肥厚及び主膵管の拡張を認めた。腫瘍マーカーの上昇はなく, γ -グロブリンの上昇, IgGとIgG4分画が著明高値を示した。ERCPでは管内部胆管の狭窄及び膵頭部・体部移行部の膵管狭細像を認め, 胆汁・膵液細胞診では腫瘍細胞は陰性であった。また十二指腸主乳頭の腫大・毛細血管拡張を認め, 生検病理所見ではびまん性の炎症細胞浸潤, 免疫染色でIgG4陽性形質細胞を認めた。IgG4関連膵・胆管炎と診断し, ステロイド治療を開始したところ, 臨床症状・画像所見は改善した。IgG4と十二指腸主乳頭の観察, 生検が診断と治療効果判定に有用であった。

5 悪性腫瘍との鑑別を要した IgG4 関連膵胆管炎の2例

五十嵐 聡・塩路 和彦・佐藤 聡史
山本 幹・兼藤 努・川合 弘一
鈴木 健司・青柳 豊

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器内科学分野

〔症例1〕60歳代, 男性。2011年4月心窩部痛, 尿濃染を自覚し, 前医受診。CT/MRCPより自己免疫性膵炎(AIP)が疑われた。IgG4高値であっ

たが, 胆汁細胞診Class Vであり, 当科紹介。ERCで下部胆管と右肝管の狭窄を認めたが, IDUSでは均一な壁肥厚で積極的に胆管癌を疑う所見なく, 生検でも悪性所見を認めなかった。十分なI.C.のうえPSL 30mg内服開始。膵胆管の狭細化およびIgG4は速やかに改善し, 胆汁細胞診再検もClass IIであり, AIPに伴う硬化性胆管炎と考えられた。

〔症例2〕70歳代, 女性。2011年6月ドックの腹部USで膵に異常影を指摘。ERPで体部膵管の途絶, 膵液細胞診Class IVより膵癌と診断され前医紹介。IgG4高値を認め, AIPも否定できず, 当科紹介。CTで膵体尾部に限局性の腫大を認めたが, EUSでは膵全体のエコーレベルが低下。ERPでもAIPに矛盾しない膵管像であった。膵管ブラッシング細胞診でもClass IIであったためAIPと診断し, PSL 30mg内服開始。膵腫大およびIgG4は速やかに改善した。

【結語】AIPでは時に悪性腫瘍との鑑別が困難な例もあり, 詳細な画像検査および病理学的検査が必要と考えられた。

6 腫瘍性病変と鑑別を要した肝放線菌症の1例

野澤優次郎・高村 昌昭・井上 良介*
渡邊 順・橋本 哲**・佐藤 祐一
小林 正明**・野本 実・青柳 豊

新潟大学医歯学総合病院
消化器内科学分野
同 臨床研修センター*
同 光学医療診療部**

症例は70歳代, 男性。過去に肝右葉に腫瘍性病変を指摘され, 肝生検で炎症性偽腫瘍と診断された。近医で胆道系酵素の上昇を指摘され, 当科を紹介受診した。CTで肝右葉前区域に嚢胞性変化と充実性変化からなる腫瘤を指摘され, 腹部超音波検査で嚢胞性変化は内部不均一な低エコー, 充実性変化は高エコー腫瘤として認識された。MRIで多房性嚢胞性腫瘤として認識され, 画像上は肝膿瘍が疑われた。臨床経過から肝膿瘍として非典型的で, 腫瘍性病変が否定できず, 外科的切