●〈症例〉

潰瘍性大腸炎を合併した
若年発症自己免疫性膵炎の1例

安食 元¹⁾ 神澤輝実 宅間健介 来間佐和子
桑田 剛 江川直人 小泉浩一²⁾

¹⁾都立駒込病院／消化器内科, ²⁾同／内視鏡科
〔Key Words〕自己免疫性膵炎, 潰瘍性大腸炎

和文要旨

症例は32歳男性。潰瘍性大腸炎を合併した原因不明の膵炎を精査したところ、膵体部の膵腫大と膵管狭細像がみられた。膵の組織学的確診は得られなかったが、画像とステロイド反応性から、アジア診断基準により自己免疫性膵炎(AIP)と診断した。欧米で報告されているIDCP(Idiopathic duct-centric chronic pancreatitis)に類似したAIPの1例を報告した。

はじめに

本邦における自己免疫性膵炎(AIP)は、病理組織学的にはIgG4陽性形質細胞浸潤がみられるLPSP(Lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis)がほとんどである¹⁾。

一方、欧米では膵臓に好中球が浸潤する自己免疫性膵炎(Idiopathic duct-centric chronic pancreatitis; 以下, IDCP)が報告され注目されているが²⁾, 本邦ではほとんど報告がない。今回, IDCPの臨床像に類似したAIPの1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 32歳, 男性。

主訴: 上腹部痛と血性下痢。

既往歴: 25歳時に原因不明の膵炎。

現病歴: 3カ月前から下痢が続いていた, 血便と上腹部痛も出現したために来院した。

家族歴: 特記なし。

嗜好: 喫煙歴なし, 機会飲酒。

入院時現症: 上腹部に軽度の圧痛を認めた以外に特記なし。

血液検査所見(入院時): 軽度の炎症反応(WBC: 6,400/mm³, CRP: 0.7mg/dl)と膵アミラーゼ(438mg/dl)の上昇がみられた。IgG(956mg/dl)およびIgG4(45mg/dl)ともに正常で, 抗核抗体とリウマチ因子は

Fig. 1 Abdominal CT showing the improvement of enlargement of the pancreas before (a) and after steroid therapy (b).

Fig. 2 Endoscopic findings showing ulceration and diffuse inflammation of the rectum and colon.

陰性, 腫瘍マーカーの上昇もなかった。

腹部CT(入院時): 膵体部～尾部にかけて, 造影後期相でenhanceを受ける膵腫大を認めた。明らかな造影不良域なく, 膵周囲の液体貯留もなかった(Fig. 1-a)。

臨床経過: 入院時に行った血液検査とCTの結果から軽症の特発性膵炎と診断し, メシル酸ガベキサートの投与を行った。上腹部痛は速やかに消失し, 膵アミラーゼも正常化した。一方, 血便は入院後も続いたため下部消化管内視鏡検査を行ったところ, 直腸～盲腸まで連続する血管透見消失と発赤, びらん, 小潰瘍を認めた(Fig. 2)。組織検査, 培養検査と血液検査より, 全結腸型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断した。膵炎の原因検索目的で行ったMRIでは膵腫大と拡散強調で高吸収像(Fig. 3-a), MRCPでは膵腫大部に一致して膵管狭細像がみられた(Fig. 4-a)。ERCPでも膵体部から尾部にかけて主膵管の狭細所見がみられた(Fig. 5)。画像所見からAIPを疑いEUS-FNAを施行したが, 炎症細胞浸潤は証明できなかった。5-ASA製剤のみではUCの寛解が得られなかったためにPSL 30mg/日の内服を行ったところ, UCの寛解とともに, 膵腫大と膵管狭細像の著明な改善がみられた(Fig. 1-b, 3-b, 4-

Fig. 3 MRI showing the improvement of enlargement of the pancreas before (a) and after steroid therapy (b).

b)。膵臓の画像所見とステロイドの反応性からアジア診断基準⁴⁾により、AIPと診断した。その後、AIP、UCともに寛解を維持している。

考 察

本邦におけるAIPの多くはLPSPであり、高齢男性に好発し、閉塞性黄疸や膵腫瘍で発症し、IgG4高値や多彩な膵外病変の合併などの臨床的特徴を持つ¹⁾。一方で近年、欧米で報告されているIDCPは、若年者に疼痛で発症し、潰瘍性大腸炎を合併することが多く、明らかにLPSPとは違う特徴を持っている²⁾。

本邦でも古くからUCと原因不明の膵炎の合併の報告がみられるなど³⁾、本邦にもIDCP症例が存在することが予想されるが、IDCPの詳細な報告はほとんどなく、その病態は依然不明な部分が多い。本症例は膵組織で好中球浸潤が証明できなかったが、欧米で報告されているIDCPの臨床像に類似していた。

現在のAIPのアジア診断基準⁴⁾では、ステロイド反応性のOptionを加えると本症例もAIPと診断される。IDCPがAIPの一病態であるか否かはコンセンサスが得られていないが、IDCPの病態解明のためにも、さらなる詳細な症例の検討が必要と考える。

文 献

- 1) Okazaki K, Uchida K, Fukui T : Recent advances in autoimmune pancreatitis : concept, diagnosis, and pathogenesis. *J Gastroenterol*, 43 : 409—418, 2008.
- 2) Notohara K, Burgart LJ, Yadav D, et al : Idiopathic chronic pancreatitis with periductal lymphoplasmacytic infiltration : clinicopathologic feature of 35 cases. *Am J Surg Pathol*, 27 : 1119—1127, 2003.
- 3) 水野理文, 戸村明夫, 鈴木 裕, 他 : 特異な膵管像を示す膵

Fig. 4 MRCP showing improvement of irregular narrowing of the main pancreatic duct before (a) and after steroid therapy (b).

Fig. 5 ERP showing irregular narrowing of the main pancreatic duct.

炎を合併した潰瘍性大腸炎の1例。胃と腸, 23 : 1159—1164, 1998.

- 4) Ostuki M, Chung JB, Okazaki K, et al : Asian diagnostic criteria for autoimmune pancreatitis : consensus of the Japan—Korea Symposium on Autoimmune Pancreatitis. *J Gastroenterol*, 43 : 403—408, 2008.

A case of autoimmune pancreatitis associated with ulcerative colitis in a young patient

Hajime Anjiki¹⁾ Terumi Kamisawa
Kensuke Takuma Sawako Kuruma
Go Kuwata Naoto Egawa
Koichi Koizumi²⁾

¹⁾Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology,

²⁾Department of Endoscopy.