●〈症例〉

慢性膵炎との鑑別を要した
膵石合併IPMNの1例

関根章成^{1)*} 今村綱男¹⁾ 田村哲男¹⁾ 小泉優子¹⁾
 小山里香子¹⁾ 松田正道²⁾ 竹内和男¹⁾

¹⁾ 虎の門病院／消化器内科, ²⁾ 同／消化器外科

*Corresponding author: akinari-s@toranomom.gr.jp

〔Key Words〕 膵石, IPMN

はじめに

Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) と膵石合併の注目度は低い。まとまった報告としては, Zapiachらの報告¹⁾のみで, IPMN 40例のうち10例(25%)と高率に膵石の合併がみられ, そのほとんどが膵炎の症状に乏しく, 多くは膵腫瘍内ではなく, 濃縮した粘液の中に膵石が存在したと報告している。今回我々は, IPMNの経過中で膵石を合併した1例を経験したので報告する。

症 例

患者: 71歳, 男性。

主訴: 血糖高値。

既往歴: 虫垂炎, 痔核。

家族歴: 特記事項なし。

現病歴: 2006年より定期検診にて軽度の膵管拡張を指摘されており, 2009年の時点では著変がみられなかった(**Fig. 1**)。2012年10月, 糖尿病を発症したことで施行された腹部超音波検査にて, 膵管拡張の増強を指摘された。膵酵素は上昇し, CT画像にて尾部主膵管内の石灰化結石を認めたため, 飲酒習慣はなく腹部症状も認めていなかったが, 慢性膵炎が第一に考えられた。精査目的に入院となった。

入院時現症: 血圧106/64mmHg, 脈拍66回/分・整, 体温35.6℃。腹部は腸音正常で, 平坦かつ軟, 圧痛なし。

入院時検査所見: リパーゼ356U/l, エラスターゼ1374ng/dlと膵酵素の上昇, HbA1c(JDS) 7.1%と耐糖能異常を認めた。腫瘍マーカーはCEA 1.8μg/l, CA19-9 15U/mlと正常であった。

腹部MRI検査(**Fig. 2**): 主膵管・分枝膵管ともに, びまん性拡張を認めた。膵頭部体部の嚢胞は以前に比べ増大を認め, また膵尾部に多房性嚢胞性病変を新たに指摘された。

腹部CT検査(**Fig. 3**): 膵尾部主膵管内に陥頓しているように石灰化結石を認め, その尾側に多房性嚢胞

Fig. 1 Abdominal magnetic resonance imaging (MRI) showing mild dilatation of the main pancreatic duct in 2009.

性病変を認めた。

腹部超音波検査: 膵頭部に多房性嚢胞があり, その周囲が20mm程度の範囲で低エコーを呈し, 浸潤癌の存在が疑われた。

臨床経過: 入院後ERCPを施行すると, 主乳頭開口部は開大し多量の粘液排出を認めた(**Color 1**)。主膵管は頭部～尾部まで拡張を認め, 頭部付近の膵管洗浄液細胞診では, 核型不整, 核小体の腫大, クロマチン増量あり悪性度が高いと診断された。尾部ではCTで指摘された膵石と思われる淡い石灰化を認め, 主膵管は同部位で途絶し尾側の膵管は造影されなかった。尾側の細胞診では, 異型は低く悪性度は低いと考えられた。膵頭部領域は, 腹部超音波所見に加えて膵管洗浄液細胞診において悪性の可能性が考えられ, 画像所見から尾部も悪性変化を伴うことを疑われ, 膵全摘術が施行された。病理組織学的には, 膵頭部に15mm大のintraductal papillary mucinous carcinoma (IPMC) (**Color 2**), 膵体部には10mm大の膵管壁に表層進展した腺腫病変を認めたが, 尾部における腫瘍性病変は明らかではなかった。背景の膵臓に慢性膵炎の所見は認められなかった。

考 察

IPMNに膵石を合併する機序は明確でないが, Kimuraの報告²⁾によると4つの機序が考えられている。①IPMNが膵石に先行して生じ膵管の閉塞機転や粘液に濃縮などの機序が加わり膵石を生じるというもの, ②膵石がIPMNに先行して生じるとするもの, ③①と②を合わせた概念で, 蛋白栓や小膵石などがあるところにIPMNが生じ, それらが成長して大きな膵石になるというもの, ④腫瘍そのものが石灰化するというものである。Zapiachらの報告¹⁾におけるIPMNに膵石を合併した10例のうち, 7例に手術が施行され病理組織

Fig. 2 Abdominal MRI showing dilatation of the main pancreatic duct and its branches, and cystic lesion (a : head and body, b : tail).

Fig. 3 Abdominal CT showing pancreatic calcification.

学的検証もなされており、いずれの症例も腫瘍内には石を認めなかった。自験例は前述の①の機序に近いのかもしれないが、腫瘍性病変を認めなかった尾部に膵石を生じたということが興味深い点である。今後さらなる症例の蓄積と検討が必要と考えられる。

おわりに

膵石症は慢性膵炎の確診所見であるが、IPMNに合併した膵石症も念頭に置いて診療する必要がある。

文 献

- 1) Zapiach M, Yadav D, Smyrk TC et al : Calcifying obstructive pancreatitis: a study of intraductal papillary mucinous neoplasm associated with pancreatic calcification. Clin Gastroenterol Hepatol, 2 : 57—63, 2004.
- 2) Kimura W : Pancreatic lithiasis and intraductal papillary-mucinous neoplasm with special reference to the pathogenesis of lithiasis. J Hepatobiliary Pancreat Sci, 17 : 776—781, 2010.

〈カラーは20頁に掲載〉

A case of intraductal papillary mucinous neoplasm with pancreatic lithiasis which developed over a short period of time

Akinari Sekine^{1)*} Tsunao Imamura¹⁾
 Tetsuo Tamura¹⁾ Yuko Koizumi¹⁾
 Rikako Koyama¹⁾ Masamichi Matsuda²⁾
 Kazuo Takeuchi¹⁾

A 71-year-old man had been pointed out mild dilation of pancreatic duct at regular health check in 2006. The lesion did not show remarkable change in 2009. However, significant dilation of pancreatic duct was observed, and he developed diabetes mellitus in October 2012. Laboratory data showed elevated serum pancreatic enzymes. Abdominal CT revealed pancreatic lithiasis in the tail. At that time, chronic pancreatitis was anticipated. Abdominal MRI revealed dilatation of the main pancreatic duct and its branches with cystic lesions of the pancreatic head, body, and tail. These results suggested that a cystic lesion of the pancreatic tail grew rapidly and a cystic lesion of the head was malignancy. Total pancreatectomy was performed. The histopathological examination showed IPMC of the pancreatic head and IPMN of the body. There was no neoplastic lesion other than pancreatic lithiasis in the tail. This case report shows that IPMN should be considered as a differential diagnosis when pancreatic lithiasis is observed.

¹⁾Department of Digestive Surgery, ²⁾Department of Gastroenterology, Toranomon Hospital

*Corresponding author : akinari-s@toranomon.gr.jp