

膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary-mucinous neoplasm: IPMN)

・疾患概念

膵管上皮から発生した、粘液を産生し乳頭状に増殖する上皮性腫瘍である。形態的には、膵管内の粘液の充満による嚢胞状拡張を特徴とする。

膵嚢胞性腫瘍の中では最も頻度が高い。高齢男性の膵頭部に好発するが、大小の病変が膵内に多発する傾向がある。adenoma-carcinoma sequence

による悪性化が想定されている。腫瘍の占拠部位(拡張の主体が主膵管か分枝膵管か)により主膵管型と分枝型、あるいは混合型に分類される。

ほとんどが分枝型である。主膵管型では80-90%が癌であり、膵実質や他臓器への浸潤が多くみられる。分枝型では20%程度が癌であるが、

上皮内癌や腺腫、過形成にとどまっている場合が多い。混合型は主膵管と分枝膵管にまたがり、主膵管型との区別が難しいが、主膵管型と同様に

癌率が高い。浸潤癌では通常型膵癌と同様に予後不良だが、非浸潤癌では予後が良い。

・症状

粘液による閉塞性膵炎に伴う腹痛などがみられる。分枝型では無症状の場合も多い。

・検査

画像検査として、CTやUS、EUS、ERCP、MRI /MRCPなどを行う。採血時の腫瘍マーカー測定では良悪性の鑑別ができない。

・診断

CTやMRIにて、粘液貯留による主膵管の拡張や、“ブドウの房”状の多房性嚢胞の有無を確認する。壁在結節の有無や丈の高さの評価は

悪性の診断に重要で、EUSが最も良い。MRI/MRCPも壁在結節の描出可能で、膵内に多発する病変の分布の把握には最も有用である。

主膵管型や粘液産生の多い分枝型では、十二指腸の主乳頭開口部が開大し、粘液の排出が観察される。ERCPでは粘稠な粘液により膵管造影

が十分にできず、陰影欠損が粘液と結節性病変であるかの鑑別が困難な場合があるが、膵管と病変の交通性が評価できる。

ERCP時の膵液細胞診や腫瘍部の擦過細胞診、生検の施行が可能である。膵液細胞診では、できるだけ造影剤の混入していない検体を採取するこ

とが大切である。膵液の腫瘍マーカー(CEA、CA19-9)の測定やK-ras点突然変異の検索が悪性の診断の一助となると報告されている。

主乳頭開口部が開大しているため、膵管鏡にてイクラ状隆起などが観察され、良悪性の鑑別や病変範囲(切除範囲)を内視鏡診断を行う場合もある。

悪性の場合には非浸潤癌か浸潤癌かにより予後が異なるため、画像検査にての診断時には留意する。膵管内超音波検査(IDUS)は実質への浸潤の

有無を評価する時に有用とされる。EUS-FNAは腹膜播種の可能性があるため、嚢胞性病変には行わない。通常型膵癌の併存やIPMN由来の癌成分

が疑われる充実成分のみを穿刺可能であれば考慮する。

・鑑別診断

女性で膵尾部に発生した分枝型IPMNでは、粘液性嚢胞腫瘍 (mucinous cystic neoplasm: MCN) との鑑別を要す場合がある。CT、USやEUSにて、MCNに特徴的な厚い被膜やcyst in cystの有無を確認する。MCTでは、MRIのT2強調像でcyst毎に信号強度が不均一であることが特徴である。

ERCPにての交通性を有するMCTは少ないが、交通性のみでの鑑別は困難である。

・治療

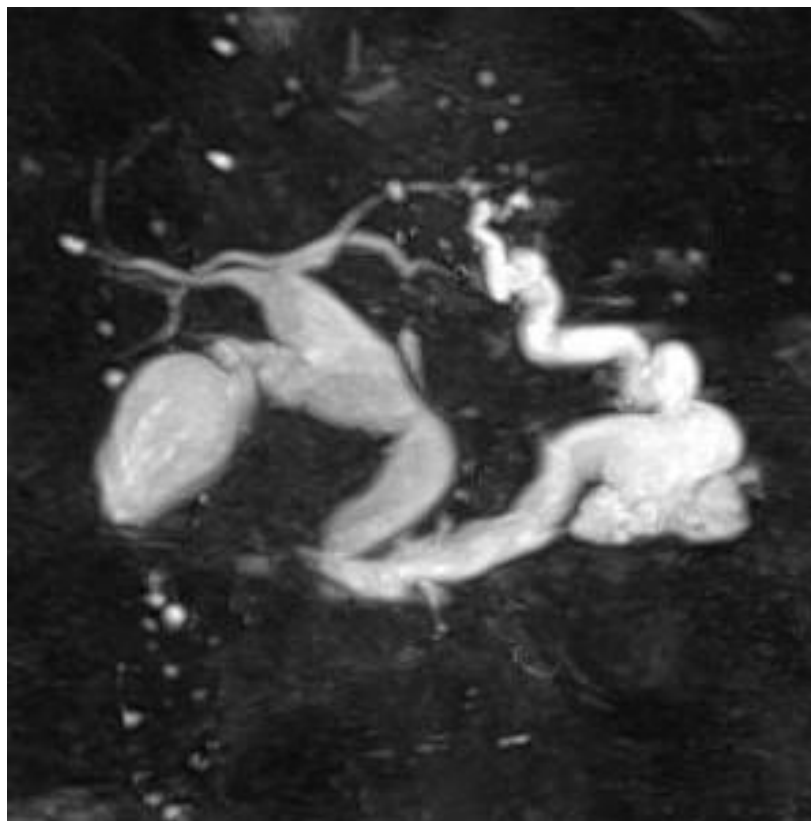
主膵管型では有癌率の高さから、積極的な切除の適応となる。IPMNでは、主膵管径が7-10mm以上、嚢胞径が30mm以上、壁在結節高が5-6mm以上、もしくは総胆管の拡張を伴う場合は悪性の可能性が高い。分枝型は経過観察となる場合が多いが、嚢胞径に応じて1cm未満は1年、1~2cmは6~12ヶ月、2~3cmは3~6ヶ月毎のCTやMRI(MRCP)、EUSなどを組み合わせて行い、上述の所見の有無を確認していく。

IPMNを有する場合、通常型膵癌の高危険群とされている。同時性や異時性に発生する可能性が報告されている。

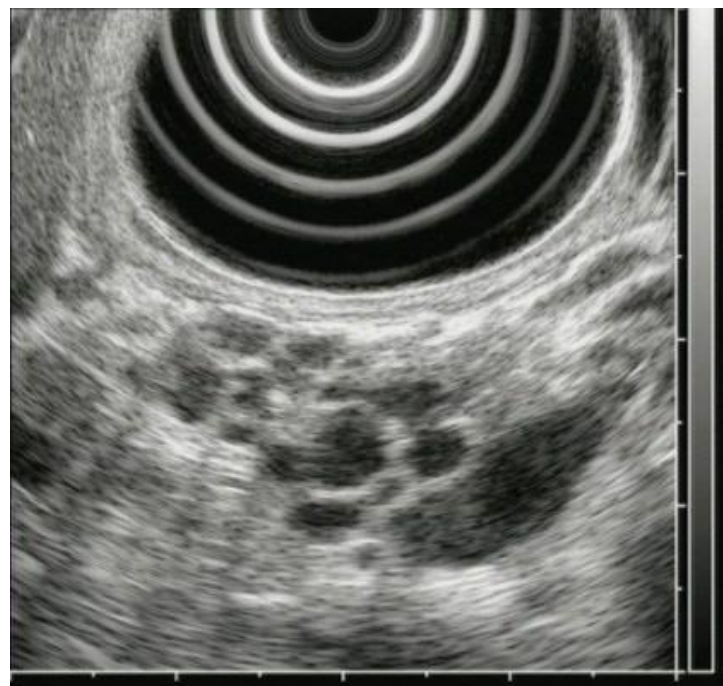
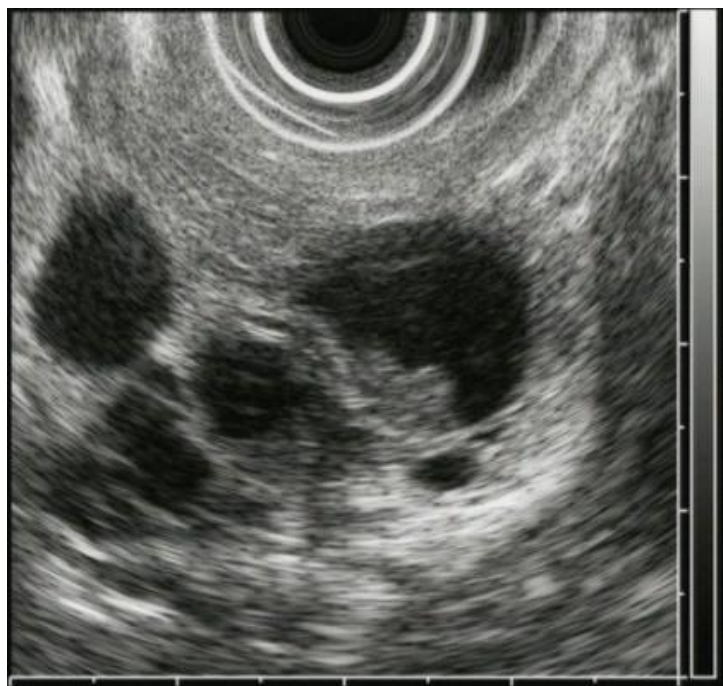
嚢胞状病変のみならず、膵全体(術後では残膵)の経時的評価を行っていくことが必要である。

。

MRCP



超音波内視鏡(EUS)



逆行性胰管造影(ERCP)

