

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患政策研究事業
IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究
分担研究報告書

胆膵分科会報告

研究分担者 岡崎和一 関西医科大学内科学第三講座 教授

研究要旨：IgG4 関連疾患は全身臓器に渡る疾患であることが知られている。その膵病変と考えられている 1 型自己免疫性膵炎を中心として胆膵（消化器）領域について 2 回の分科会を開催した。

A．研究目的

IgG4 関連疾患は広く全身臓器に渡る疾患であることが知られている。そこでその膵病変と考えられている 1 型自己免疫性膵炎を中心として胆膵（消化器）領域に詳しい消化器内科医が重症度について検討し今後の研究方向について議論することを目的として 2 回の分科会を開催した。

B．研究方法

平成 26 年 10 月 23 日日本消化器関連学会週間期間中と平成 27 年 1 月 9 日 IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究第 2 回班会議当日に胆膵（消化器）分科会を開催した。

（倫理面への配慮）

討議内容は症例に関するものは個人情報をも明かさず個人が特定されないことがないようにした。

C．研究結果

胆道病変の治療については自己免疫性膵炎診療ガイドライン 2013 に準ずるものとなった。

再燃については、臨床所見、画像所見、IgG4 を含む血液所見により総合的に判断するということが同意を得た。

重症度については、軽症は治療介入不要、中等症以上は要治療介入、重症はステロイド抵抗性（10 mg 以上の維持療法が必要もしくは免疫抑制薬併用）

再発例（5 mg 以上維持療法にも関わらず）臓器機能障害をコントロールできないものと定義することで同意を得た。

IgG4 が関連する消化器病変の実態について調査することとなった。

D．考察

IgG4 関連の胆膵病変について重症度についてコンセンサスが得られたことは重要であると考えられた。

また IgG4 関連の消化器病変は散発的な報告を見るのみであるので、1 型自己免疫性膵炎を始めとする IgG4 関連疾患が本邦より発信された疾患概念であるという歴史的背景より、消化器病変についても本邦よりその概念が提唱されることは大変重要であると考えられた。

E．結論

胆膵（消化器）領域について 2 回の分科会を開催し、その重症度と今後の研究方向について検討した。

F．健康危険情報
なし

G . 研究発表

1. 論文発表

1. Kawa S, **Okazaki K**, Notohara K, Watanabe M, Shimosegawa T; Study Group for Pancreatitis Complicated with Inflammatory Bowel Disease organized by The Research Committee for Intractable Pancreatic Disease (Chairman: Tooru Shimosegawa) and The Research Committee for Intractable Inflammatory Bowel Disease (Chairman: Mamoru Watanabe), both of which are supported by the Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan. Autoimmune pancreatitis complicated with inflammatory bowel disease and comparative study of type 1 and type 2 autoimmune pancreatitis. *J Gastroenterol.* 2014 DOI 10.1007/s00535-014-1012-5 Nov 16.
2. Tanaka A, Tazuma S, **Okazaki K**, Tsubouchi H, Inui K, Takikawa H. Clinical profiles of patients with primary sclerosing cholangitis in the elderly. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2014 Nov 19. doi: 10.1002/jhbp.194.
3. Ikeura T, Miyoshi H, Uchida K, Fukui T, Shimatani M, Fukui Y, Sumimoto K, Matsushita M, Takaoka M, **Okazaki K**. Relationship between autoimmune pancreatitis and pancreatic cancer: A single-center experience. *Pancreatology.* 2014 Sep-Oct;14(5):373-9. doi: 10.1016/j.pan.2014.04.029.
4. **Okazaki K**, Yanagawa M, Mitsuyama T, Uchida K. Recent Advances in the Concept and Pathogenesis of IgG4-Related Disease in the Hepato-Bilio-Pancreatic System. *Gut Liver.* 2014 Sep;8(5):462-470.
5. **Okazaki K**, Uchida K, Koyabu M, Miyoshi H, Ikeura T, Takaoka M. IgG4 cholangiopathy - current concept, diagnosis, and pathogenesis. *J Hepatol.* 2014 Sep;61(3):690-5. doi: 10.1016/j.jhep.2014.04.016
6. Fukui Y, Uchida K, Sakaguchi Y, Fukui T, Nishio A, Shikata N, Sakaida N, Uemura Y, Satoi S, **Okazaki K**. Possible involvement of Toll-like receptor 7 in the development of type 1 autoimmune pancreatitis. *J Gastroenterol.* 2014 Jul 9. [Epub ahead of print]
7. Ikeura T, Manfredi R, Zamboni G, Negrelli R, Capelli P, Amodio A, Caliò A, Colletta G, Gabbrielli A, Benini L, **Okazaki K**, Vantini I, Frulloni L. Application of international consensus diagnostic criteria to an Italian series of autoimmune pancreatitis. *United European Gastroenterol J.* 2013 Aug;1(4):276-84. doi: 10.1177/2050640613495196.
8. Ikeura T, Detlefsen S, Zamboni G, Manfredi R, Negrelli R, Amodio A, Vitali F, Gabbrielli A, Benini L, Klöppel G, **Okazaki K**, Vantini I, Frulloni L. Retrospective Comparison Between Preoperative Diagnosis by International Consensus Diagnostic Criteria And Histological Diagnosis in Patients With Focal Autoimmune Pancreatitis Who Underwent Surgery With Suspicion of Cancer. *Pancreas.* 2014 Jul;43(5):698-703. doi: 10.1097/MPA.000000000000114.
9. Kamisawa T, **Okazaki K**, Kawa S, Ito T, Inui K, Irie H, Nishino T, Notohara K, Nishimori I, Tanaka S, Nishiyama T, Suda K, Shiratori K, Tanaka M, Shimosegawa T; The Working Committee of the Japan Pancreas Society and the Research Committee for Intractable Pancreatic Disease supported by the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Amendment of the Japanese Consensus Guidelines for Autoimmune Pancreatitis, 2013 III. Treatment and prognosis of autoimmune pancreatitis. *J Gastroenterol.* 2014 Jun;49(6):961-70. doi: 10.1007/s00535-014-0945-z.
10. Sumimoto K, Uchida K, Kusuda T, Mitsuyama T, Sakaguchi Y, Fukui T, Matsushita M, Takaoka M, Nishio A, **Okazaki K**. The role of

CD19+ CD24high CD38high and CD19+ CD24high CD27+ regulatory B cells in patients with type 1 autoimmune pancreatitis. *Pancreatology*. 2014 May-Jun;14(3):193-200. doi: 10.1016/j.pan.2014.02.004

11. **Okazaki K**, Uchida K, Sumimoto K, Mitsuyama T, Ikeura T, Takaoka M. Autoimmune pancreatitis: pathogenesis, latest developments and clinical guidance. *Ther Adv Chronic Dis*. 2014 May;5(3):104-11. doi: 10.1177/2040622314527120.
12. Kawa S, **Okazaki K**, Kamisawa T, Kubo K, Ohara H, Hasebe O, Fujinaga Y, Irisawa A, Notohara K, Ito T, Inui K, Irie H, Nishino T, Nishimori I, Tanaka S, Nishiyama T, Suda K, Shiratori K, Tanaka M, Shimosegawa T; The Working Committee of the Japan Pancreas Society and the Research Committee for Intractable Pancreatic Disease supported by the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Amendment of the Japanese Consensus Guidelines for Autoimmune Pancreatitis, 2013 II. Extrapancreatic lesions, differential diagnosis. *J Gastroenterol*. 2014 May;49(5):765-84. doi: 10.1007/s00535-014-0944-0
13. **Okazaki K**, Tomiyama T, Mitsuyama T, Sumimoto K, Uchida K. Diagnosis and classification of autoimmune pancreatitis. *Autoimmun Rev*. 2014 April - May;13(4-5):451-458. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.010.
14. Kamisawa T, Ohara H, Kim MH, Kanno A, **Okazaki K**, Fujita N. Role of endoscopy in the diagnosis of autoimmune pancreatitis and immunoglobulin G4-related sclerosing cholangitis. *Dig Endosc*. 2014 Apr 8. doi: 10.1111/den.12289.
15. **Okazaki K**. Current concept, diagnosis and pathogenesis of autoimmune pancreatitis as IgG4-related disease. *Minerva Med*. 2014 Apr;105(2):109-19.
16. **Okazaki K**, Kawa S, Kamisawa T, Ito T, Inui K, Irie H, Nishino T, Notohara K, Nishimori I, Tanaka S, Nishiyama T, Suda K, Shiratori K, Tanaka M, Shimosegawa T; The Working Committee of the Japan Pancreas Society and the Research Committee for Intractable

Pancreatic Disease supported by the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Amendment of the Japanese Consensus Guidelines for Autoimmune Pancreatitis, 2013 I. Concept and diagnosis of autoimmune pancreatitis. *J Gastroenterol*. 2014 49(4):567-88. doi: 10.1007/s00535-014-0942-2.

2. 学会発表 海外学会

- 1) Kimi Sumimoto, Kazushige Uchida, Toshiyuki Mitsuyama, Yuri Fukui, Takeo Kusuda, Hideaki Miyoshi, Norimasa Fukata, Masanori Koyabu, Yutaku Sakaguchi, Tsukasa Ikeura, Masaaki Shimatani, Toshiro Fukui, Mitsunobu Matsushita, Makoto Takaoka, Akiyoshi Nishio, Kazuichi Okazaki. Regulatory B Cells in Type 1 Autoimmune Pancreatitis. DDW2014 • Chicago, IL, USA 2014/05
- 2) Ikeura T, Takaoka M, Uchida K, Shimatani M, Miyoshi H, Fukui Y, Sumimoto K, Okazaki K. Which has a higher risk for developing pancreatic cancer, autoimmune pancreatitis or ordinary chronic pancreatitis? The 4th International Forum at the 100th General Meeting of the Japanese Society of Gastroenterology. Tokyo. 2014/04

国内学会

- 1) 岡崎和一. 消化器領域におけるIgG4関連疾患. 第115回日本消化器病学会 第109回日本消化器内視鏡学会 北海道支部例会, 札幌, 2014/09
- 2) 内田一茂、住本貴美、岡崎和一。自己免疫性膵炎の各種診断基準の評価に基づく診断アルゴリズムの提案。第100回日本消化器病学会総会、東京、2014/04
- 3) 内田一茂、住本貴美、光山俊行、塩見圭佑、池浦 司、島谷昌明、高岡 亮、岡崎和一。当院における1型自己免疫性膵炎の診断ア

ルゴリズムと各種診断基準についての検討。
第 111 回日本内科学会講演会。東京、2014/04

司、島谷昌明、高岡亮、関寿人、岡崎和一、
第 203 回日本内科学会近畿地方会 2014/03

- 4) 松原揚典、内田一茂、南川健、住本貴美、
光山俊行、池浦司、島谷昌明、高岡亮、岡
崎和一 アザチオプリンにて加療した IgG4
関連硬化性胆管炎の 1 例 第 203 回日本内
科学会近畿地方会 2014/03
- 5) 多臓器に病変を認め胆管病変が急速に進行
した IgG4 関連疾患の 1 例堀谷俊介、内田一
茂、光山俊行、住本貴美、三好秀明、池浦

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

**「IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究」班
第1回胆膵(消化器)分科会
平成26年10月23日(木) ポートピアホテル本館地下一階 生田**

プログラム

1)分科会長 岡崎和一 挨拶

2)重症度判定について

H24年度胆膵分科会議事録より

胆膵領域 IgG4 関連疾患の重症度分類 重症度の定義(重症、(中等症)、軽症)

AIPで実際にステロイドが効かないのは2%程度であり、患者数にするとステロイドの効かない患者はAIP3000人中60人、IgG4全体もAIPと同じ頻度と仮定すると1~2万人中200~400人程度がステロイドの効かない患者数となる。ステロイド治療歴のある患者の再燃率はAIPでは1年以内が30%、3年以内が90%程度といのが日本のデータなのでこれらはほぼ全員ステロイド再投与となり中等症以上ということになるが、重症患者は実質上あまり増えないと思われることより

軽症:治療介入不要

中等症以上:要治療介入

重症:ステロイド治療依存性あるいはステロイド抵抗性、治療しても臓器機能障害がのこる (ステロイド抵抗性、再発例、臓器機能障害をコントロールできない)

3)IgG4 関連硬化性胆管炎の治療

特に治療導入、治療期間、再燃への対応について

AIP に準ずることでもいいのか?

IgG4-SC 独自に治療ガイドラインが必要か?

4)IgG4 関連消化器病変について

都立駒込病院 内科 神澤輝実先生

5)IgG4-RD における血清 apoptosis inhibitor of macrophage (AIM)の意義について

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学 井戸章雄先生

6) IgG4 関連疾患全体会議 平成27年1月9日(10:30~17:30) 京大芝蘭会館

**「IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究」班
胆膵(消化器)分科会第一回議事録
平成26年10月23日(木) ポートピアホテル本館地下一階 生田**

出席者：清水京子（東京女子医科大学消化器内科）、西野隆義（東京女子医大八千代医療センター消化器内科）、井戸章雄（鹿児島大学消化器疾患生活習慣病学）、上村修司（鹿児島大学消化器疾患生活習慣病学）、小田耕平（鹿児島大学消化器疾患生活習慣病学）、藤田俊浩（鹿児島大学消化器疾患生活習慣病学）、沼田政嗣（鹿児島大学消化器疾患生活習慣病学）、菅野敦（東北大学消化器内科）、濱田晋（東北大学消化器内科）、正宗淳（東北大学消化器内科）、栗山勝利（京都大学消化器内科）、児玉裕三（京都大学消化器内科）、塩川雅広（京都大学消化器内科）、友野輝子（京都大学消化器内科）、岩崎栄典（慶應義塾大学医学部消化器内科）、金井隆典（慶應義塾大学消化器内科）、大原弘隆（名古屋市立大学大学院地域医療教育学）、中沢貴宏（名古屋市立大学消化器代謝内科学）、伊藤鉄英（九州大学病態制御内科）、塩見英之（神戸大学医学部付属病院消化器内科）、能登原憲司（倉敷中央病院病理診断科）、田妻進（広島大学総合内科・総合診療科）、神澤輝実（東京都立駒込病院内科）、滝川一（帝京大学医学部消化器内科）、田中篤（帝京大学医学部消化器内科）、伊藤哲也（信州大学内科学第二講座）、梅村武司（信州大学内科学第二講座）、川茂幸（信州大学内科学第二講座）、新倉則和（信州大学医学部付属病院内視鏡センター）、内田一茂（関西医科大学内科学第三講座）、岡崎和一（関西医科大学内科学第三講座）

1)分科会長 岡崎和一 挨拶

2)重症度判定について

H24年度胆膵分科会議にてなされた胆膵領域 IgG4 関連疾患の重症度分類 重症度の定義(重症、中等症)、軽症)の定義。

AIPで実際にステロイドが効かないのは2%程度であり、患者数にするとステロイドの効かない患者はAIP3000人中60人、IgG4全体もAIPと同じ頻度と仮定すると1~2万人中200~400人程度がステロイドの効かない患者数となる。ステロイド治療歴のある患者の再燃率はAIPでは1年以内が30%、3年以内が90%程度というのが日本のデータなのでこれらはほぼ全員ステロイド再投与となり中等症以上ということになるが、重症患者は実質上あまり増えないと思われることより

軽症:治療介入不要

中等症以上:要治療介入

重症:ステロイド治療依存性あるいはステロイド抵抗性、治療しても臓器機能障害がのこる（ステロイド抵抗性、再発例、臓器機能障害をコントロールできない）ということになったことについて意見を再度募った。ステロイド依存性について、再燃し維持療法を継続する症例についてはステロイド依存性となることが確認された。

神澤先生より中等症については、もともと体尾部の軽度の腫大のみだった症例が経過中頭部にでてきたら軽症から中等症になるというのはどうかという意見がでた。

3)IgG4 関連硬化性胆管炎の治療

特に治療導入、治療期間、再燃への対応については、帝京大学の田中先生より、前回の全国調査では PSL30-40mg から開始し減量していき治療期間は自己免疫性膵炎と同じであった。

胆管病変については症状が無くても肝胆道系酵素の上昇があるだけで治療適応となるが、基本的には AIP に準ずるということには反対意見はでなかった。

IgG4-SC 独自に治療ガイドラインが必要かどうかという問題については、ガイドラインを作成するには何らかの根拠となる論文を調査して作成する必要があるが自己免疫性膵炎と overlap してしまい難しいのではないかと(神澤先生)。自己免疫性膵炎とは違う視点での調査は必要だと思いが自己免疫性膵炎と IgG4-SC と別々なガイドラインが非現実的ではないかと(大原先生)。肝門部胆管病変など対象を絞って行う必要があるのではないかと(川先生)。IgG4-SC は原則治療適応だと考えるが本当の予後は誰も知らないで調査をする必要はあると思う(大原先生)。最終的には IgG4-SC のガイドライン作成は自己免疫性膵炎のガイドラインと使い分けが困難であることより作成は難しいという意見となったが、もう一度滝川班と胆道学会と相談することとなった。

治療内容については、欧米では再燃時は免疫調節薬やリツキシマブなど使われているが、日本では自己免疫性膵炎に準じてステロイド再導入ということに反対意見はなかった。閉塞性黄疸を呈した症例については日本では胆道ドレナージが行われているが欧米では行われていないがその点はどうかと(川先生)という意見がでたが、現時点では自己免疫性膵炎に準じてドレナージをするということになった。

4) IgG4 関連消化器病変について

都立駒込病院 内科 神澤輝実先生より共同研究の提案

現状では sporadic case report のみなので、日本の手術例もしくは生検後ステロイド症例を対象として英文化するのはいかがでしょうかとの提案があった。

Deshpande は IgG4 関連疾患の消化管病変はアメリカにはないと言っているが、1型自己免疫性膵炎もはじめはないと言っていたのに今はアメリカでも認められていることから、このような仕事は日本からすることが重要である(能登原先生)という意見がでた。神澤先生からは線維化については必ずしも storiform fibrosis と限る必要はないのではないかと意見があった。IgG4 関連消化管病変については膵臓学会の自己免疫性膵炎委員会にも範囲を広げて症例を集める方向でまとまった。

5) IgG4-RD における血清 apoptosis inhibitor of macrophage (AIM) の意義について

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学 井戸章雄先生に代わり藤田俊浩先生より各個研究の発表がなされた。また共同研究として症例数を増やしたいことが提案された。

6) IgG4 関連疾患全体会議 平成 27 年 1 月 9 日(10:30~17:30) 京大芝蘭会館で行われることが報告された。

**「IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究」班
第2回胆膵(消化器)分科会
平成27年1月9日(金) 午前 10:00 ~ 京都大学 芝蘭会館**

プログラム

1)分科会長 岡崎和一 挨拶

2)重症度判定について(参照:前回議事録)

3)IgG4 関連消化器病変について

都立駒込病院 内科 神澤輝実先生

4)IgG4 関連胃病変?—興味ある組織像を呈した1例の紹介

倉敷中央病院 病理診断科 能登原憲司先生

5)限局性自己免疫性膵炎と膵癌との鑑別に有用な CT 所見に関する検討

信州大学医学部附属病院放射線部 藤永康成先生

「IgG4 関連疾患の診断基準並びに治療指針の確立を目指した研究」班

平成26年度第2回胆膵(消化器)分科会議事録

平成27年1月9日(金) 午前 10:00 ~ 京都大学 芝蘭会館

出席者:源 誠二郎(大阪府立呼吸器アレルギー医療センター)、井戸 章雄(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学)、小田 耕平(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学)、橋元 慎一(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科消化器疾患・生活習慣病学)、光山 俊行(関西医科大学内科学第三講座)、柳川 雅人(関西医科大学内科学第三講座)、岡崎 和一(関西医科大学内科学第三講座)、内田 一茂(関西医科大学内科学第三講座)、栗山 勝利(京都大学医学研究科消化器内科学講座)、塩川 雅広(京都大学医学研究科消化器内科学講座)、渡邊 智裕(京都大学医学研究科消化器内科学講座)、半田 知宏(京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学)、児玉 裕三(京都大学医学研究科消化器内科学講座)、能登原憲司(倉敷中央病院病理検査科)、洪 繁 (慶應義塾大学医学部坂口記念 システム医学講座)、岩崎 栄典(慶應義塾大学消化器内科)、塩見 英之(神戸大学大学院医学研究科消化器内科)、田中 篤(帝京大学内科)、清水 京子(東京女子医科大学消化器内科)、西野 隆義(東京女子医科大学八千代医療センター消化器内科)、神澤 輝実(東京都立駒込病院内科)、平野 賢二(東京高輪病院消化器内科)、濱田 晋(東北大学消化器内科)、正宗 淳(東北大学消化器内科)、本間 直(昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門)、吉田 仁(昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門)、山本 洋(信州大学)、伊藤 哲也(信州大学消化器内科)、金井 圭太(信州大学消化器内科)、上原 剛(信州大学臨床検査医学)、藤永 康成(信州大学医学部附属病院放射線部)、浜野 英明(信州大学医学部附属病院医療情報部、内科兼務)、太田 正穂(信州大学医学部法医学教室)、川 茂幸(信州大学総合健康安全センター)、梅村 武司(信州大学内科学第二教室)、堀 寧(名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学)、中沢 貴宏(名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学)、大原 弘隆(名古屋市立大学大学院地域医療教育学)、窪田 賢輔(横浜市立大学附属病院内視鏡センター)

1)分科会長岡崎和一より IgG4 関連疾患の現状について説明。

診断基準については包括診断基準と各臓器診断基準がある場合はそれとの二段構えにする。

神澤先生より臓器によりかなり疾患が異なるので臓器診断基準がある場合はそちらを重視する形でどうかという意見がでた。

ステロイドトライアルについては膵臓ではあくまでオプションなのでその立場をとる。

ステロイド治療については胆膵ともに自己免疫性膵炎診療ガイドライン2013に準ずる。対象は閉塞性黄疸など有症状例、無症状でも他臓器病変合併例や胆道病変があり胆道系酵素上昇例とする。胆道ドレナージは今後の検討事項として現時点ではドレナージをする。糖尿病がある場合は血糖コントロールをする。漸減のペース、維持療法の投与量期間はガイドライン2013に従う。平野先生からは無症状では早期に治療介入した方がいいという意見がでた。

再燃の定義については臨床所見と画像所見により判断し IgG4 など血液検査のみでは再燃とはしない。中沢先生から胆道系酵素の上昇は早期に画像上も再燃が認められるので血液検査のみで再燃と言わないというにはどうかとの意見がでた。浜野先生から血液検査も含めて総合的に判断するというにし

てはどうかという意見がでて決着した。

重症度判定について H24年度胆膵分科会議事録より、胆膵領域 IgG4 関連疾患の重症度分類 重症度の定義(重症、(中等症)、軽症)については、軽症:治療介入不要、中等症以上:要治療介入、重症:ステロイド治療依存性、ステロイド抵抗性、治療しても臓器機能障害がのこることとなっている。ステロイド治療依存性は維持療法を3年してもやめたらまた再燃するような場合維持療法を続けたら重症なのかということになるので、ステロイド抵抗性に、再発例、臓器機能障害をコントロールできないに変更するのはどうかと提案された。神澤先生からは再再発例は本当に重症例だと思いがこのままでいいのではないかとの意見。川先生からは依存性の方がよく、再発例とはいれない方がいい。また臓器障害が残るということも含めて前のものでいいのではないかとの意見。吉田先生より再燃の定義の確認が必要ではないかとの意見がでた。神澤先生から臓器機能障害がコントロールできないという症例が本当にあるのかとの意見。浜野先生からはステロイド抵抗性、再発例にするのがいいのではと。大原先生からステロイドを10mg 以上必要な例、免疫調整薬併用例などにはどうかとの意見がでた。平野先生から再発例とするのではなく5mgの維持量を投与しても再発する例、10mg 以上の維持療法が必要な症例としてはどうかと。神澤先生から免疫抑制薬は使用例が少ないが使用せざるをえない例は重症と思う。田中先生から、滝川班の例では重症についてはきちっと定義した方がいい。

3) IgG4 関連消化器病変の調査について都立駒込病院 内科 神澤輝実先生から研究計画を説明がなされた。

窪田先生より十二指腸乳頭を含めるのかとの質問があり、含むということで神澤先生から回答があった。正宗先生から過去何年ということが明記されていないと IRB が通らないとの意見があり過去20年とすることとなった。

4) IgG4 関連胃病変?—興味ある組織像を呈した1例の紹介

倉敷中央病院病理診断科能登原憲司先生より発表。

IgG4 関連の消化器疾患では stolidiform fibrosis を示さない可能性があること、神経周囲の変化が重要である可能性があること、他臓器病変が重要であること、潰瘍形成は IgG4 関連疾患によるものではないと思われたことを考えさせられた症例について提示。窪田先生から Hp はいたのかという質問。はっきり聞いていないが Hp 関連の胃炎を示唆する所見は認めなかったが確認すると。神澤先生から他臓器病変は重要であるが消化器のみで診断できるようにしないといけないのではないかとの意見。浜野先生から IgG4 陽性細胞の浸潤部位について質問。岡崎より擬腫瘍との関連はどうかとの質問。全先生から病変の主座は漿膜に主座があるのではないかとの質問。粘膜病変ではなく subserosa からの病変だと思うとのこと。

5) 限局性自己免疫性膵炎と膵癌との鑑別に有用な CT 所見に関する検討

信州大学医学部附属病院放射線部藤永康成先生より発表。抄録は下記のとおり。

限局性自己免疫性膵炎と膵癌との鑑別に有用な CT 所見に関する検討

信州大学医学部附属病院放射線部 藤永康成

国立病院機構まつもと医療センター放射線科 古川智子

信州大学医学部画像医学教室 高橋正明, 藤田 顕, 藤田幸恵, 柳沢 新, 角谷眞澄

信州大学医学部附属病院医療情報部, 消化器内科 浜野英明

信州大学健康安全センター 川 茂幸

目的: 限局性自己免疫性膵炎(AIP)と膵癌との鑑別に有用な造影 CT 所見を明らかにする.

対象および方法: 病変の長径がそれぞれ 4cm 以下の AIP 20 例, 27 病変および膵癌 60 例, 60 病変を対象とし, これまで報告されている AIP の診断に有用な画像所見, 1) 造影早期斑状濃染(PEA), 2) 膵周囲被膜様構造(CLL), 3) 造影後期相における均一な濃染(HDE), 4) 膵管の病変貫通像(DPS), 5) 膵管濃染像(EDS), 6) 末梢主膵管非拡張(NMD)に関して, 造影 CT における限局性 AIP と膵癌の鑑別能を検討した.

結果: 所見の有無に関して限局性 AIP と膵癌とに統計学的有意差を認めた所見は, 1) PEA, 2) CLL, 3) HDE, 6) NMD で, それぞれの感度(%) / 特異度(%) / 正診率(%) は, 1) 96.3/83.3/87.4, 2) 11.1/100/72.4, 3) 92.6/81.7/85.1, 6) 100/89.6/92.8 であった.

結論: 造影 CT による限局性 AIP と膵癌との鑑別に際しては, PEA, HDE, NMD が特に有用と考えられた.

PEA は何を表しているのかと質問があり, 正常に近い組織が染まっているのではないかと答えられた.