

膵頭部のう胞性腫瘍

杏林大学学長

跡見 裕

(聞き手 山内俊一)

膵頭部のう胞性腫瘍（IPMN分枝型疑い）についてご教示ください。

患者：70歳女性、6～7年前人間ドックの際、腹部エコーにて膵管拡大とのことで精査。IPMN分枝型疑いにてフォローしている。無症状で経過していたが、2011年5月、急性膵炎を合併し数日の入院で軽快した。のう胞は徐々にサイズ増大傾向にあり、今後いかに対処すべきか。食事は十分注意しており、アルコール飲酒歴はありません。

<岡山県開業医>

山内 跡見先生、膵頭部のう胞性腫瘍（IPMN分枝型疑い）に関して、まず基本的なところですが、のう胞というのは超音波や画像が発達してから随分性状がわかるようになったと思われるのですが、やはり膵臓の領域でも同じことが言えるのでしょうか。

跡見 そうですね。のう胞というのは、水を入れた袋というくらいの意味で、膵臓の中にはいろいろなう胞があるのです。その中で、今多く見つかっているのが膵管内乳頭粘液性腫瘍です。膵管のどこかに、粘液をつくるような乳頭状の腫瘍や、腫瘍性の病変ができて、それが粘液を出したりして、

だんだんと分枝膵管や何かに拡張してくるのです。そうすると、超音波でのう胞状に見えるということで、非常にたくさん見つかってきています。

山内 頻度ですが、普通に超音波をやりますと、10%程度なのでしょう。

跡見 いろいろなう胞を合わせると、成人といえますか、高齢者の10%ぐらいに見つかってしまう。その中でおそらく、この方のように主膵管が少し拡張していて、膵頭部のう胞性の病変が見えるという、鑑別する他の疾病はあまりないのです。こういうIPMN、膵管内乳頭粘液性腫瘍か、あとは慢性膵炎のようなものかというこ

とになるのです。

山内 腫瘍となりますと、すぐに良性か悪性かといったあたりが気になるわけですが、このあたりはいかがなのでしょう。

跡見 外来に実はこういう患者さんはいっぱいらっしゃいます。先生が今おっしゃったように、いろいろところで超音波やCTでのう胞が膵頭部に見つかった、どうしたらいいかということで紹介されてきます。こういう方のように、おそらくこの病態は昔からあったのだろーと思いますけれども、画像診断が発達して、どんどん見つかるようになってきました。一時、膵臓のう胞性病変というのは前癌病変のようなとらえ方をしていましたので、けっこう外科で切除したのです。切除してもそれほど癌の方がいない。むしろ良性や非腫瘍が少なくありませんでした。

これはおかしい、こういう場合は癌を疑おうということで、いろいろな分類や、いろいろな提言が今されているのです。分類の中で一番わかりやすいのは、こういう膵管内乳頭粘液性腫瘍というのは、主膵管だけが拡張してくるタイプ、主膵管型といいます。それと分枝膵管、枝分かれした膵管が拡張してくる分枝膵管型。さらにそれが合わさっている、複合型とか混合型とかいいますが、主膵管も分枝膵管も少し拡張している、そういうタイプ

に分けられているのです。大まかにいうと、その三つに分類することが多く行われています。

その中で、主膵管型、主膵管だけが1 cmとか1.5cm拡張してくるようなものと、分枝膵管も拡張しているし、主膵管も拡張しているという複合型、その二つは比較的癌が多いのですが、**質問**のような分枝膵管、この人は主膵管もちょっと拡大しているようですが、主に分枝膵管の拡張のような方だろーと思います。そういう人は分枝膵管型。これは手術しても手術しても、なかなか癌が出てこない。つまりこちらは癌が少ないタイプなのです。

山内 そういう病理学的な分類で、良性、悪性の差があるわけですね。サイズの面ではいかがなのでしょう。

跡見 今お話ししたように、たぶん主膵管だどいたい6 mmとか7 mmから1 cmで分けますね。1 cm以上あると悪性が多い。分枝膵管型だど、分枝膵管が拡張しているのをのう胞というかたちで正確に計測するのはなかなか難しいのですが、だいたい3 cmとか5 cm、そのくらいが良悪を考える目安となっています。

山内 やはり大きいと要注意でしょうか。

跡見 そうですね。大きいことや、それからだんだん大きくなってくるといのは、増殖能力などと関連していると考えられるので、小さいものより

は要注意だとはいえますね。

山内 のう胞で、サイズがだんだん大きくなる割合といいますと。

跡見 こういう方をフォローアップ、ずっと10年とか20年して、長期的に全国集計で集めても、サイズが大きくなってこない方が多いですね。7～8割の方は不変です。残り20%ぐらいは大きくなってくるのですが、大きくなってくる中で癌を疑って手術しても、すべてが癌ではありません。最初の時点が大きいからまずいのかというと、小さいのう胞も大きいう胞も、サイズはあまり変わってこないということですよ。

サイズや主膵管の太さや、そういうものだけでは癌を疑えないので、今、一番癌を疑うポイントとなるのは、壁在結節といって、のう胞様に見えるところの中に、盛り上がった、隆起したものがあるかどうかですね。もしそれが見つかれば、かなり癌を積極的に疑ったほうがいいだろうと思います。

山内 特に、先ほどのお話ですと、少し大きめで、中に結節があるタイプですね。

跡見 そうですね。小さくても結節があるタイプは要注意です。結節が一番問題だろうと思います。

山内 こういう病気は日本人に多いものなのですか。

跡見 1982年ごろですか、がん研の大橋先生がこういう病態を見つけて、

世界で最初に報告したのがきっかけなんです。我々も興味をもって調べて、各国で講演をしました。そのときに、日本の風土病ではないかという言い方をされたこともありますけれども、そんなことはありません。今は、アメリカや中国、いろいろなところでかなり多数の症例が出ています。ただ、日本はご存じのように、これだけ画像診断が普及しています。全国、どのレベルでも普及しているので、たくさん見つかってきているということだと思います。

山内 そういう意味では、全部良性だといってほうっておくわけにもいかないし、ということで少し厄介ですね。

跡見 厄介なところですね。ぜひお話しておきたいのは、こういう病変、もともとの、のう胞を伴った病変はずっと悪性化しなくても、すぐそばや、ちょっと離れたところに、たちの悪い浸潤性膵管癌が出てくる頻度が、従来考えられていたよりも少し高いようなのです。高いものでは10%ぐらいという報告がありますので、元が大丈夫でも、たちの悪い膵癌が出てくる可能性があるということは、患者さんにはよく説明をしておいていただく必要があります。突然癌が出てきたとすると、今まで何を検査していたのだといわれることになりかねませんので。

山内 もう一つ、質問の中に急性膵炎を合併したという記載がありますが、

これも合併しやすいものなのでしょうか。

跡見 そうなのです。粘液が詰まって、腓液のうっ滞が起こるのでしょうか。腓炎の定義の仕方にもよりますが、少なからずあります。腓炎を起こして、調べてみたらこういう病気だったということもあります。

山内 確かに定義は少しあいまいなところがありますが。

跡見 腓炎の患者さんをみたら、こういう画像検査をやっておいたほうがいいということですね。

山内 質問の最後のほうのところに、「食事は十分注意しており、アルコール飲酒歴はありません」とあります。こういう食習慣は関係するのでしょうか。

跡見 慢性腓炎と違って、アルコールはあまり関係ないだろうと思います。ただ、こういう方の4分の1ぐらいが糖尿病があるのです。そういうものをベースに持っている方がけっこう多い。それは原因か結果かわかりませんが、多いので、そういう意味では食事には注意をなされたほうがいいかもしれないですね。

山内 かなり高い率ですね。

跡見 そうですね。

山内 そうしますと、食事療法はもちろん糖尿病を念頭に置いていただくことで、当然時々糖尿病関連も調べなければだめだということですね。

跡見 そうですね。

山内 少し怪しいという場合に手術になるかと思いますが、手術は限局的なものでしょうか。

跡見 手術では、大きくごっそり取ったりということはないです。リンパ節の郭清も、そんなに一生懸命しないでいい。わりあい縮小手術ということで手術はできます。手術成績も、昔に比べるとはるかにいいです。

山内 高齢者に好発するようですと、将来だんだん増えてくる疾患かなという気もいたしますが。

跡見 高齢者に増えています。80歳ぐらいだと、結節があっても経過を見ているだけの人というのはけっこう多いですね。そういう意味では非常にslow growingなものであるということは確かだと思います。

山内 どうもありがとうございました。