

II-5 十二指腸狭窄で発症した後腹膜線維症の一例

○秋田谷一輝 津谷亮佑 牧村志徳 鈴木一広 斎藤聡
(三沢市立三沢病院内科)

【症例】52歳男性【既往歴】特記事項無し【現病歴】20XX年に胸部灼熱感・悪心を認め、発症4日後、症状増悪し経口摂取困難となった。発症8日後、近医を受診し膵酵素上昇や症状から急性膵炎を疑われ当科に紹介、入院した。【経過】入院時現症は特記所見なく、入院時血液検査では炎症反応・膵酵素の上昇のほか、腎機能障害を認めた。胸部骨盤単純CTでは十二指腸水平部の狭窄、胃拡張を認めた。腎前性腎不全として補液開始し経鼻胃管を留置した。狭窄の原因検索に上部消化管内視鏡(EGD)を施行したが狭窄部に腫瘍性病変は認めなかった。腹部単純MRIでは、膵頭部に20mm大の嚢胞性腫瘤を認めるものの、水平部の悪性狭窄を示唆する所見は認めなかった。その後、胸部骨盤造影CTを行い、水平部付近の壁側腹膜に肥厚を認め、後腹膜線維症による十二指腸狭窄を疑った。IgG4関連疾患を疑ったが、血清IgG4値の上昇は認めなかった。入院12日目に狭窄部を生検し、悪性所見を否定した上でPSLを40mg/日(0.6mg/kg)開始した。投与開始後、症状は改善し第22病日にEGD・造影検査を施行した。狭窄の改善を認め、食事摂取開始した。胸部骨盤造影CTでも、狭窄所見および腹膜肥厚は改善しており、後腹膜線維症と診断した。その後、PSLを漸減し再燃無く経過し第51病日退院した。退院後、外来にてPSL漸減を続け、PSL5mg/日となった時点で転居に伴い当院でのフォロー終了した。【考察】後腹膜線維症は後腹膜に炎症細胞浸潤や線維組織の増殖が生じることで、周辺臓器への圧迫症状を呈する疾患である。原因は特発性のほか二次性では悪性腫瘍、薬剤性、感染性、IgG4関連疾患などが挙げられる。主な発生部位としては腹部大動脈周囲で、症状は背部痛や腹痛、尿閉が多い。本症例のような十二指腸狭窄を伴う後腹膜線維症について報告が少なく、珍しい症例であった。治療は特発性やIgG4関連疾患である場合はステロイド投与が第一選択であるが、悪性腫瘍や感染性であった場合は増悪させる恐れがある。本症例においても膵癌による十二指腸狭窄との鑑別を要した。診断に関して後腹膜からの生検はリスクや採取の困難さがあり、本症例についても生検は行っていない。そのため、IgG4関連後腹膜線維症の可能性も否定しきれず、経過観察中に他のIgG4関連疾患の出現を考慮しフォローが必要と考えられる。