

7 1. 解答 : c

以前は鉄過剰症をヘモジデローシスとヘモクロマトーシスに分類し、ヘモジデローシスは組織に鉄が沈着した状態であり、ヘモクロマトーシスは組織への大量の鉄沈着により臓器障害を伴う状態としていた。しかし北欧人でヘモクロマトーシスの原因遺伝子が発見され、鉄過剰を有するものから有しないものもあるため、遺伝性疾患の鉄過剰症をヘモクロマトーシスとし、その他は二次性鉄過剰症とされる。鉄過剰症は、多臓器（肝、脾、骨髄、膵、腎臓など）に鉄沈着を来す。

- a. 正 : 2 次性鉄過剰症の原因。
- b. 正 : 微少血栓形成による梗塞症状と溶血をきたし、腎皮質に沈着。
- c. 誤 : 腎皮質に沈着。
- d. 正 : 鉄過剰症であり、膵臓実質にも沈着。
- e. 正 : 2 次性鉄過剰症の原因。

7 2. 解答 : b, c

- a. 誤 : 胃粘膜障害
- b. 正 : Adamkiewicz 動脈から脊髄障害、皮膚障害
- c. 正 : Adamkiewicz 動脈から脊髄障害、皮膚障害
- d. 誤 : 胃・十二指腸粘膜障害
- e. 誤 : 腎障害

7 3. 解答 : e

日本膵臓学会自己免疫性膵炎診断基準 2002 年を参照。

- a. 正 : 有効なことが多いが、腫瘍性病変との鑑別がきわめて重要であり、安易なステロイドによる治療的診断は避ける。
- b. 正 : 通常の膵炎のような強い腹痛の訴えは少なく、腹部不快感、黄疸での初発例が多い。
- c. 正 : 血中 IgG4 高値（陽性率 90.4% : 高 IgG 血症だと 70.5%）、高ガンマグロブリン血症（陽性率 59.1%）、自己抗体（陽性率 79.5%）のいずれかを認めることも診断基準の一つである。IgG4 高値の膵癌症例もあるので要注意。
- d. 正 : 上記診断基準にて必須。
- e. 誤 : 上記診断基準にて本症による肝外胆管狭窄と PSC によるものでは、ステロイドに対する反応・予後が異なり別の病態の可能性があり。自己免疫機序の解明は今後の課題。

7 4. 解答 : c

- a. 正 : 胆嚢癌に胆石合併頻度は 50-60%。一方、胆石症に胆のうがんが合併する頻度は 2-3%。
- b. 正 : 膵管胆管合流異常との合併にて、胆道癌リスクあり。胆嚢癌では 20-30%。

- c. 誤：正しく診断され、無症状の場合には積極的な治療は必要無い。画像上胆嚢癌との鑑別がしづらい症例もあり、注意が必要。
- d. 正：胆道癌リスク高く、発見次第手術適応。
- e. 正：10～15%は胆道癌へ。

75. 解答：a

- a. 誤：腫瘍内の隔壁や間質は濃染。
- b. 正：まれだが鰓弓嚢胞類似病変、多房性の嚢胞内にリンパ組織を伴う。
- c. 正：本腫瘍の特徴の一つ、中年女性・90%が体尾部・悪性例40%。
- d. 正：IPMT全体で好発部位は膵頭部。
- e. 正：悪性度は、主膵管型は80%が悪性。分枝型は切除例の48%が悪性で、経過観察例を含めると全体で約20%が悪性。

以上、解答71～75は高松繁行会員(金沢大学)