

第 9 回  
日本血液学会北陸地方会  
プログラム

当番会長 中 村 徹

期 日 平成 3 年 7 月 20 日 (土) 午後 2 時より  
会 場 石川県立中央病院健康教育館  
(金沢市南新保ヌ153 TEL (0762) 37-8211 内線3185)

14:00 開会の辞

福井医大第1内科 中村 徹

14:05 一般演題

1. 全身リンパ節腫脹で発症した AML の1例

石川県立中央病院血液免疫内科 仁木 健雄  
山崎 雅英  
河村 洋一

2. 寛解期に hemolytic uremic syndrome を発症した AMMoL の1例

金沢大第3内科 経田 克則  
奥村 廣和人  
中積 泰樹  
大吉 竹喬  
中村 忍  
松田 保

3. 化学療法中に torsade de pointes 型の心室性頻拍を認めた再発 ALL の1例

福井医大第1内科 岸 慎治  
吉田 明  
清水 寛正  
上山 孝典  
山内 高弘  
神谷 健一  
通山 薫  
和野 雅治  
津谷 寛  
李 鍾大  
内田 三千彦  
中村 徹

4. 赤芽球貪食像を認めた赤白血病の1例

金沢医大血液免疫内科 橘 順子

5. 当科で経験した巨核芽球性白血病の1例

富山医薬大第3内科 村嶋 誠  
中山 義秀  
渡辺 明治  
同 臨床検査部 新谷 憲治

6.  $\alpha$  インターフェロンにより Ph<sup>+</sup> 染色体の消失を認めた CML の 1 例

福井県済生会病院内科

彼岡山佐前福登田中柳中松  
谷藤下藤野岡谷中屋田村田  
裕和重孝賢大延昭碩  
康博朗彦治一修善郎也  
喬忍保

金沢大第 3 内科

7. 慢性甲状腺炎の経過中に発症し甲状腺に巨大腫瘤を形成した T-CLL の 1 例

N T T 金沢病院内科

武魚神高中  
島谷野倉村  
知正文  
稔佳敏嗣忍

金沢大第 3 内科

8. 耳下腺原発 B 細胞リンパ腫の治療後、鼻・副鼻腔に T 細胞リンパ腫が発生したと  
考えられる 1 男性例

黒部市民病院内科

山辻阪廣竹森牧高小大吉中松  
内上田田岡野桜川竹田村田  
博悟慎一健博輔彦樹喬忍保  
正博学志一健博輔彦樹喬忍保  
勝彦

金沢大第 3 内科

金沢大第 2 病理

15:40 総 会

15:50 教 育 講 演

「急性白血病の治療－最近の進歩」

司会 福井医大第1内科 中 村 徹

名古屋大分院内科 大 野 竜 三

16:50 閉 会 の 辞

福井医大第1内科 中 村 徹

○一般演題は1題7分以内で御講演下さい。

討論時間は3分です。

○プロジェクターは1台のみ用意します。

○当日、日本血液学会雑誌掲載用抄録（800字以内）を提出して下さい。

○昭和60年度より団体会員制は中止し、全て個人会員となることが59年度総会で決定しましたので、入会希望の方は、当日受付にて改めて入会の手続きをお取り下さい。年会費は下記の通りです。なお、当日出席できない方で入会希望の方は、下記の事務局までお申し込み下さい。多数の入会をお願いいたします。

年会費 医 師 1,000円

医師以外 500円

事務局 〒920 金沢市宝町13番1号

金沢大学医学部第3内科内

TEL (0762) 62-8151 内線 3359, 3701

第9回日本血液学会北陸地方会記録集

International Journal of Hematology 第56巻 補冊第1号 別刷

平成4年10月

年5月に1個の左乳房腫瘍に気付き(φ2 cm)外科にて左乳房摘出術施行。組織学的にNHL (diffuse large cell type) で、病期はC. S. IEa。術後、CHOP 療法を施行し完全寛解中である。考案：乳房原発NHLは全NHLの0.2%未満、節外性のNHL中2%で極めて稀である。本2例は共にC. S. IEa. であったが、節外注でdiffuse large cell typeであったため化学療法が必要と考えられた。

### 19. 陰囊水腫で発症した濾胞性リンパ腫の一例

高橋隆宏, 大野敏之, 高倉伸幸, 塚田哲也,  
小林 透, 北 堅吉, 白川 茂 (三重大 第二内科)  
南 信行 (同 輸血部)

症例は52歳の男性。平成3年3月頃より陰囊水腫、両側大腿部浮腫で発症。画像診断上、腹部大動脈から腸骨動脈周囲に多数のリンパ節腫大および腹部大動脈領域に巨大腫瘍の形成を認めた。鼠蹊部リンパ節生検の結果sIgG, λ陽性, B細胞性リンパ腫、濾胞性リンパ腫混合型, CS II Aと診断された。多剤併用化学療法が開始され陰囊水腫、大腿部浮腫は速やかな改善を認めたが画像診断上は腹腔内の腫瘍に明らかな縮小を認めるものの残存

を確認、治療を継続している。陰囊水腫の原因としてはリンパ節への腫瘍細胞の著明な浸潤によって引き起こされたリンパ管の閉塞機序によるものと考えられる。

### 20. 乳癌切除後長期にフトラフル内服後急性リンパ性白血病が発生した1例

河村洋一, 仁木健雄 (石川県立中央病院 血液免疫内科)

最近癌治療に於いては、二次性悪性腫瘍の発生が問題となっている。我々も乳癌切除後長期の化学療法施行後に急性リンパ性白血病が発生した1例を経験したので報告する。症例：59歳女性。主訴：鼻出血。既往歴：1982子宮筋腫で子宮全摘。家族歴：特記するものなし。現病歴：1984乳癌のため右乳房切除し、その後フトラフル(200 mg/日)を連日服用していた。1991, 3月上旬より下肢に点状出血斑が出現し、3月中旬より鼻出血も生じ3月19日当科受診、入院した。末梢血液像：Hb 9.5 g/dl, RBC  $310 \times 10^4 / \mu\text{l}$ , Ht 27.1%, WBC  $7100 / \mu\text{l}$ , うち blast 22%, Plat  $0.5 \times 10^4 / \mu\text{l}$ , 骨髓像：NCC  $51.4 \times 10^4 / \mu\text{l}$ , うち blast 89.6%, blast の表面抗原はCD<sub>10</sub>, CD<sub>19</sub>, CD<sub>22</sub>, HLA-DR が陽性。染色体分析は異常なし。治療はVEPAを中心に施行し、現在完全寛解し、外来通院中である。(編集責任者 広田 豊)

## 第9回日本血液学会北陸地方会

日時 平成3年7月20日(土)

場所 石川県立中央病院健康教育館

会長 中村 徹(福井医大 第一内科)

### 1. 全身リンパ節腫脹で発症したAMLの1例

仁木健雄, 山崎雅英, 河村洋一

(石川県立中央病院血液免疫内科)

症例は16歳男性。平成2年8月1日より全身リンパ節腫脹が出現し8月9日当院耳鼻科受診。この時末梢血液像に異常なく、リンパ節生検にて核が円形でN/C比が大きくクロマチンの不均一な細胞が一様に増殖していたため悪性リンパ腫が疑われた。しかし8月24日、当科に転科した時には末梢血でWBC 29200と著増しておりその23%に腫瘍細胞が認められた。さらに骨髄では有核細胞数30万のうち68.8%に腫瘍細胞が見られ、ペルオキシダーゼ染色陽性であった。続いて細胞表面抗原解析をおこなったところCD13陽性細胞が91%と大部分をしめており急性骨髄性白血病AMLと診断された。なお、CD7陽性細胞も57%に認められたが他のT細胞系マーカーが陰性であること及びAMLの20%前後でCD7が陽性となることより本症例はbiphenotypic leukemiaよりもAMLと考えられた。

ここで8月20日のリンパ節生検標本をもう一度検討したところリンパ節中心部では前述したようなリンパ芽球様の腫瘍細胞が増殖していたが、リンパ節周辺部では核に切れ込みがあり細胞質が弱酸性に染まる腫瘍細胞が散見されAMLに矛盾しない所見であった。

本症例はAMLに対する種々の化学療法を施行するも完全寛解に到らず、さらに悪性リンパ腫に対する化学療法も試みたが効果は認められなかった。剖検の結果骨髄・全身リンパ節・両側扁桃・肝臓・脾臓・空腸～回腸にわたって広範な腫瘍細胞の浸潤が認められた。

以上、臨床上も一般検査上もまたリンパ節生検上も悪性リンパ腫との鑑別が困難であったAMLの一例を経験したのでここに報告した。

### 2. 寛解期に Hemolytic Uremic Syndrome を発症した AMMoL の1例

経田克則, 奥村廣和, 中積泰人, 大竹茂樹,

吉田 喬, 中村 忍, 松田 保(金沢大学 第3内科)

症例は47歳女性。1990年8月に貧血を指摘され来院、AMMoLと診断され入院した。ダウノルビシン(DNR), BH-AC, ネオカルチノスタチン, プレドニゾン(PSL)による寛解導入療法(DBNP療法)を施行し、寛解に入った。その後地固め療法として、DBNP療法を2クールおよびミトキサントロン, エトポシド, シトシンアラビノシド(Ara-C), PSLによるMEAP療法を1クール施行した。1991年1月完全寛解にて退院した。同年2月、維持療法としてビンクリスチン, サイクロフォスファミド, 6MP, PSLによるVEMP療法を施行した。この頃より貧血, 血小板減少, 労作時呼吸困難が出現し、さらに腎機能障害, 安静時呼吸困難, 低酸素血症がみられたため入院となった。検査所見にて、Hb 4.7 g/dlと著しい貧血を認めLDHの上昇, ハプトグロビンの低下並びに赤血球のfragmentationをみとめ、DICの所見がないことより微小血管性溶血を疑った。血小板数4.4万と減少, Cr 4.6 mg/dl, BUN 89 mg/dlと腎不全を認めため、hemolytic uremic syndrome (HUS)と診断した。入院前よりPSLを投与していたが効果なく中止した。入院後早期に血漿交換, 抗血小板療法を開始したところ、腎機能障害の進行はCr 6~7 mg/dlで停止し、溶血の所見も消失し、全身状態も改善し退院した。

抗腫瘍剤により微小血管性溶血を発症した例は最近多く報告されているが、白血病の治療に伴って発症した例は極めて稀で、Ara-CやDNR使用中に発症した症例が2例報告されているのみである。HUSの予後は不良とされているが、本例のように早期に血漿交換, 抗血小板療法を開始することにより、良い結果が得られるものと

考えられる。

### 3. 化学療法中に torsade de pointes 型の心室性頻拍を認めた再発 ALL の 1 例

岸 慎治, 吉田 明, 清水寛正, 上田孝典,  
山内高弘, 神谷健一, 通山 薫, 和野雅治,  
津谷 寛, 李 鍾大, 内田三千彦, 中村 徹  
(福井医科大学 第1内科)

抗腫瘍剤による心毒性は、主として蓄積毒性であり、投与初期に出現する不整脈の報告は比較的少ない。我々は化学療法後に torsade de pointes 型の心室性頻拍を認めた再発 ALL の一例を経験した。症例は16歳の女性、平成2年1月、全身倦怠感にて発症した ALL(L2) である。JALSG・ALL87 protocol にて1コースで完全寛解に達し、地固め療法終了後に退院、外来にて ACR, VDS, PDS, 6-MP による維持強化療法を行った。平成2年7月5日一過性の痙攣を伴う意識消失発作を2回繰り返し、再入院となった。この時骨髄は過形成、97%がリンパ芽球で再発を認めた。以後も同様の発作が出現、Holter 心電図にて torsade de pointes 型の心室性頻拍および心電図上 QT の延長を認めた。これらの所見はいずれも同時に認めた低 K 血症の是正とともに改善し、両者の強い関連性が推測された。本症例における低 K 血症は3度にわたり、芽球増殖期に出現し、化療による芽球の減少とともに回復傾向を示し、腫瘍細胞数と K 値の負の相関が推測されたが、その機序の検索には至らなかった。本患者は以後の化学療法に抵抗性を示し、肺出血により死亡した。剖検時、心臓では心室の拡大、壁厚の薄化、組織学的には散在性の心筋変性像を認め、抗腫瘍剤特に抗腫瘍性抗生物質による心筋変性が示唆された。しかし、本症例における抗腫瘍性抗生物質 (DOX, MIT, ACR, THP) の投与量は総体として限界量以下であった。以上、本症例は比較的若年者で器質的心疾患を有さぬにもかかわらず、瀰漫性の心筋変性像を認め、血清 K の低下を誘因として torsade de pointes 型の心室性頻拍をきたした興味ある一例と考えられた。その心毒性と最も因果関係の疑われる抗腫瘍性物質の使用は限界量に至らず、これら薬剤はまれには少量の投与でも重篤な心毒性を起こし得る可能性があり、注意が必要であることが推測された。

### 4. 赤芽球, 赤血球貪食像を認めた RAEB の 1 例

橘 順子, 正木康史, 福徳雅章, 竹内洋子,  
吉岡律子, 清水史郎, 広瀬優子, 菅井 進,

滝口智夫, 紺田 進(金沢医科大学血液免疫内科)

[症例]59歳男性。1989年11月頃より易疲労感、動悸が出現。11月27日近医を受診し、貧血及び白血球減少を指摘された。骨髄検査の結果、赤白血病を疑われ、12月13日入院となった。[検査所見]RBC 204 万/ $\mu$ l, Hb 6.1 g/dl, WBC 2,500/ $\mu$ l (myeloblast: 1%), Plt 14.5 万/ $\mu$ l, erythroblast(+). NAP 値の低下(+). 骨髄穿刺: NCC; 20.6 万/ $\mu$ l. M<sub>gk</sub>; 37.5/ $\mu$ l. Megaloblastoid erythroblast; 47.1%, myeloblast; 4.7%. 病的赤芽球は, P. O(-), PAS(+++), Butylate esterase(+), Acid-P(+). Surface marker: EA-rosette(+), CD11C( $\pm$ ), CD41a(+), CD58(+). Karyotype の異常(+). [経過] FAB 分類では RAEB であったが、病的赤芽球の形態より AML に準じた治療を行なった。治療開始後約2か月で一時寛解したが、約2か月後、汎血球減少症となり、骨髄では初発時と同様の病的赤芽球が80%以上となった。又、このときの骨髄像で病的赤芽球が、赤血球、赤芽球を貪食している像を散見した。再度化学療法を施行したが効果なく、末梢血中にも病的赤芽球が20%及び小数の骨髄芽球が出現するようになり、1990年7月2日急性腎不全で死亡した。[考察]我々の症例に認められた病的赤芽球の貪食については、Hayhoe らが、erythremic myelosis の症例で病的赤芽球による赤血球貪食像の存在を報告して以来数例の報告がある。我々の症例で示した病的赤芽球が、貪食能を有したり、esterase, CD41a が陽性を示すことは、病的赤芽球の起源、分化、増殖を考えるうえで興味ある症例と思われた。

### 5. 巨核芽球性白血病を疑った 1 症例

村嶋 誠, 中山義秀, 佐伯美雪, 渡邊明治  
(富山医科薬科大学 第3内科)  
新谷憲治(富山医科薬科大学 臨床検査部)  
小泉富美朝(富山医科薬科大学 第2病理)

症例は59歳の男性で、主訴は発熱である。現病歴は平成2年8月より心窩部痛あり近医受診するも原因不明。心窩部痛軽快するも、平成3年1月初旬より発熱出現。軽快傾向なく同年3月消在目的に当院へ転院となる。身体所見では表在リンパ節触知せず、肝脾腫もなく出血傾向も認めなかった。検査成績では、末梢血 WBC 1300/ $\mu$ l, RBC  $213 \times 10^4$ / $\mu$ l, Hb 6.2 g/dl, plt  $8.7 \times 10^4$ / $\mu$ l と汎血球減少を呈した。WBC 分画上、芽球を6.5%に認めしたが赤芽球や奇形赤血球の出現はなかった。赤沈の高度亢進、CRP 強陽性、LDH 軽度高値を示したが、Vit. B<sub>12</sub>, lysozyme, NAP score 等は、正常範囲内であった。染色体分析では、46, XY と正常核型であった。骨髄

穿刺は dry tap で、骨髓生検にて好銀線維、膠原線維の増殖、造血細胞の減少、bizarre giant cell の増殖を認め骨髓線維症と診断した。又当院受診3カ月前の血液検査では汎血球減少なく、当院受診時、肝脾腫などないことより臨床的に急性骨髓線維症と診断した。モノクローナル抗体による末梢血液単核球細胞の膜表面形質の検索では、CD41a, CD41b, CD42b がそれぞれ10.9%, 10.3%, 8.4%と末梢血液芽球の出現率に比し高値であり、また細胞化学検査で芽球は、MPO(-)PAS(-)であることなどより、急性骨髓線維症の基礎疾患として巨核芽球性白血病を疑った。入院後は Ara-C 少量療法 (26 mg/day, 持続静注) を20日間施行した。発熱の改善、末梢血液からの芽球の消失、LDH, CRP 等の検査値も正常化している。急性骨髓線維症を柴田らは、それぞれ AML, MDS, M7 に伴うものに分類している。この症例では、PPO 染色や免疫組織化学的検査等により直接的に芽球の性状を明らかにできなかったが今後検索する予定である。

## 6. $\alpha$ インターフェロンにより Ph<sup>1</sup> 染色体の消失を認めた CML の 1 例

彼谷裕康, 岡藤和博, 山下 朗, 佐藤重彦,  
前野孝治, 福岡賢一, 登谷大修, 田中延善,  
中屋昭次郎, 柳 碩也 (福井県済生会病院内科)  
吉田 喬, 中村 忍, 松田 保 (金沢大学 第3内科)

最近、 $\alpha$  インターフェロンの使用により Ph<sup>1</sup> の減少を認めたという報告がなされるようになってきている。今回、我々も  $\alpha$  インターフェロンにより、Ph<sup>1</sup> が消失した1例を経験したので報告する。症例は41歳男性で、昭和63年より高血圧にてF病院通院中だったが、平成元年12月には白血球14400、平成2年1月には18100と増加してきたため骨髓穿刺、染色体検査を行なったところ、CML が疑われて、当科受診となった。現症では、貧血、黄疸なく、心雑音、ラ音もなく、肝臓、脾臓、および、表在性リンパ節は触知しなかった。検査所見では、赤血球569万、Hb 17.2、血小板28.8万、白血球14700、分画では myel, met がそれぞれ7%, 5%, NAP スコアは28、LDH が1100、Vit B<sub>12</sub> が2720、染色体検査では Ph<sup>1</sup> を100%認め、bcr 再構成も認めた。以上のことより CML の慢性期と診断し、 $\alpha$  インターフェロンを皮下注射したところ、15ヵ月の経過で、白血球は5000前後となり、Ph<sup>1</sup> については0%となり、bcr 遺伝子の再構成も陰性となった。1983年、Talpaž らが Ph<sup>1</sup> 陽性の CML 患者に  $\alpha$  インターフェロンを投与し、血液学的、細胞遺伝学的寛解を得たと

報告し、本邦では、柴田らの報告を含め、5~6例で完全消失を認めている。消失例の特色をあげると、診断から治療開始までの期間が短く、前治療がなく、脾腫がない、白血球が少ない、などがあり、CML においては、早期発見・早期治療が重要なポイントになると考えられた。

## 7. 慢性甲状腺炎の経過中に甲状腺に巨大腫瘍を形成した T-CLL の 1 例

武島 稔, 魚谷知佳, 神野正敏, 高倉文朗  
(NTT 金沢病院)  
中村 忍 (金沢大学第3内科)

CLL は一般に B リンパ球の腫瘍性増殖による疾患であるが、その約2.4%は T-CLL とされている。最近我々は慢性甲状腺炎経過中に甲状腺に巨大腫瘍を形成した T-CLL と思われる症例を経験したので報告する。

症例は80歳男性で、主訴は左頸部腫瘍。60歳で右乳房切除術、72歳で前立腺摘除術の既往がある。72歳の時より慢性甲状腺炎にて補充療法をうけていたが、平成3年1月上旬より、左頸部の急速な腫脹を認め、某医での針生検の結果非ホジキンリンパ腫と診断され、当院紹介となった。身体所見上は左頸部に14×9 cm の腫瘍を認め、右甲状腺にII度の腫大を認めたのみで他に特記することはなかった。CT 及び腹部超音波検査では左頸部の巨大腫瘍以外特記することはなかった。入院時検査成績では白血球数が9800と増加し、うちリンパ球が77%を占めていた。このうち36%は核にくびれを持つリンパ球であった。左頸部腫瘍の針生検の結果は、甲状腺非ホジキンリンパ腫(びまん性中細胞型)で核にくびれがあり、T細胞型を示唆するものであった。免疫組織染色でも CD3 が陽性であり、T細胞型と思われた。末梢血単核球分画の細胞表面抗原解析では CD4 陽性 T細胞の著増を認め、特に小型の細胞にゲートをかけた解析では、ほぼ100%が CD4 陽性であった。また TCR- $\beta$  遺伝子の再構成が認められ、モノクローナリティが証明された。本例は MMIP 療法にて甲状腺腫瘍が消失し、末梢血の CD4/8 比が低下した。本症例は末梢血のみに小型の CD4 陽性 T細胞がモノクローナルに増加し、腫瘍縮小後も CD4 陽性 T細胞の増加があるため、甲状腺に浸潤した T-CLL と思われる。

## 8. 耳下腺原発 B 細胞リンパ腫の治療後、鼻・副鼻腔に T 細胞リンパ腫が発生したと考えられる 1 男性例。

山内博正, 辻 博, 阪上 学, 廣田悟志,  
竹田慎一, 森岡 健, 牧野 博, 高桜英輔

(黒部市民病院内科)

小川晴彦, 大竹茂樹, 吉田 喬, 中村 忍,

松田 保 (金沢大学 第3内科)

齊藤勝彦 (金沢大学 第2病理)

症例は74歳, 男性。62歳で早期胃癌のため胃切除術を受けた。1988年4月経尿道的前立腺切除術を受けた時に右耳下部の腫瘍を指摘され摘出術を受けた。耳下腺原発の非ホジキンリンパ腫 (NHL), diffuse medium-sized cell type (LSG分類) と診断された。上行大動脈周囲のリンパ節腫大を認めCS II<sub>E</sub>A と判断, 同年6月から8月まで金沢大3内で頸部・ミニ Mantle 部の放射線治療を受け完全寛解となった。以後当科外来でACOP療法を受け, 12クール終了後5日目の1990年4月26日から発熱と左顔面腫脹が出現したため5月当科に入院した。体温38.3°C, 鼻根部から左眼瞼・頬部にかけて有痛性に腫脹。表在性リンパ節腫大なく肝・脾は触知せず。血沈33 mm/h, CRP 1.4 mg/dl, Hb 12.1 g/dl, WBC 4,400/ $\mu$ l, Plt 25.8万/ $\mu$ l。血清LDH 555 IU/l, ATLA・HIV抗体共に陰性。頭部CTで両側鼻腔, 左上頰・篩骨洞に腫瘍陰影を認めた。胸部X-P, 胸腹部CT, Ga スキャンでは鼻・副鼻腔以外に病変なし。左鼻腔からの生検でNHL, diffuse large cell type で再発に矛盾しないとの組織診断を受けた。1990年6月から鼻・副鼻腔の照射を行い腫脹は消退した。7月両肺野に多発の結節陰影が出現, 血清LDHも上昇した。NHLの肺への進展と考えCY+Pを投与し一時改善傾向を見た。8月高熱とともに肺のびまん性間質陰影が拡大し呼吸不全のため8月死亡した。死後の肺組織診でサイトメガロウイルス肺炎像を認めたほか, 異型性の強いリンパ球の小集塊が残存した。初発時の右耳下腺腫瘍と入院時の鼻腔腫瘍のパラフィン切片を免疫組織染色(ABC法)すると, 前者はEMA(-), LCA(+), L26(+), UCHL1(-)で, 後者はEMA(-), LCA(+), L26(-), UCHL1(+))であった。

本例では, その発生部位がまれなNHLであることと, B細胞リンパ腫の治療後にT細胞リンパ腫が発生した点に興味を持たれた。

### 教育講演: 急性白血病の治療—最近の進歩

大野竜三 (名古屋大学医学部分院内科)

急性白血病は近年の化学療法や骨髄移植療法の進歩により, 治癒可能な疾患となった。名古屋大学第一内科グループの成人急性骨髄性白血病(AML)の治療成績の予後因子をCoxのモデルによる多変量解析で検討した所, 治療開始2週後の骨髄中の芽球が20%以下となることの

みが, 良好な予後を規定する有意な予後因子であるとの結果が出た。ただし, 導入療法を強化した結果, 骨髄抑制は非常に強度となり, 感染症, 特に真菌症が多発し, プロトコルの早期中断を余儀なくされた。1985年に開始したM-85プロトコールでは, 導入療法をやや弱くし, 寛解到達後の地固め療法を強化しつつ, 非交叉耐性薬剤を使用する第三世代療法を試みたが, 寛解例の5年予測生存率は70%, 予測無病生存率は53%である。

1987年より開始されたJapan Adult Leukemia Study Groupの成人AML多施設共同研究においては, 約2年で265例が登録され, 259例が評価可能で, 77%の高い完全寛解率が得られた。60歳以上の高齢者の寛解率は65%と低かったが, 60歳以下では80%の高い寛解率を示した。寛解例の3年半予測生存率は43%, 予想無病生存率は約36%である。

厚生省骨髄移植研究班に登録された成人AMLの第一寛解期に骨髄移植を施行した症例の52%に, 第二寛解期以降に施行した症例の40%に治療が期待されている。ただし, 骨髄移植の評価をする時忘れてはならないのは, 移植施行前に再発したり, 合併症等があつて全身状態が不良であると骨髄移植は施行されないというバイアスである。これらを正しく評価するためには, 大規模なprospective ランダム化試験が必要であり現在世界各国でそのような研究が行われつつある。Children's Cancer Study GroupのAMLにおける成績では, 骨髄移植を施行した症例と化学療法を施行した症例を単純比較すると, 骨髄移植の成績が優れているが早期再発等で骨髄移植が出来なかった症例を除外することなく, HLA一致ドナーの有無で予後を比較すると, 現在の所, 成績にはほとんど差がないことを報告している。

治療をもたらすための強力治療を遂行するためには, 補助療法が極めて重要である。補助療法の中で, 最近, 最も期待されているのが, 遺伝子工学的に作られたG-CSFである。ただし, G-CSFがin vitroでは, 骨髄系白血病細胞を増殖させるという事実が問題となるが, 我が国で世界に先駆けて実施された無作為比較試験の成績では, 好中球の500/cmm以上への回復日数は, G-CSF群が有意に早く, また, 感染巣の判った感染症の頻度は, G-CSF群で有意に減少していた。化学療法終了後3~4週目の骨髄中の芽球回復で見ると限りにおいては, 両群間に差はなく, さらに, G-CSFの使用により再発が多くなるという結果は得られなかった。

最近の白血病治療の進歩の中で, 特筆すべきは, all-trans retinoic acid (RA)による急性前骨髄球性白血病(APL)の分化誘導療法である。1988年上海第二医科大学

の王教授らは、all-trans RA を使用し、24例の APL で、骨髄の低形成を経ることなく96%の完全寛解を得たことを報告した。寛解率が余りに高いこともあり、最初は十分信用されていた訳ではなかったが、1990年フランスの Degos らは、再発・難反応性の APL22例で64%の完全寛解を報告し、中国の成績を確認した。厚生省がん研究助成金・白血病治療研究班（班長大野竜三）においても、

王教授のご好意により all-trans RA を入手し、再発・難反応性の APL23例に使用した所、82.6%の高い完全寛解率を得た。骨髄所見から見て、白血病細胞が分化して完全寛解になったものとは考えられず、今後、分化誘導療法が白血病のみならずがん治療の一手段となりうることを示唆するものと思われる。