

第 33 回
日本血液学会北陸地方会
プログラム・抄録集

当番会長 津谷 寛
(国立病院機構あわら病院 院長)

期日 平成 27 年 7 月 25 日 (土)
受付 : 11 : 30 ~
ランチョンセミナー : 12 : 40 ~
学術集会 : 13 : 50 ~
会場 金沢大学 十全講堂
(金沢市宝町 13 番 1 号 TEL076-265-2485)

日本血液学会北陸地方会・日本血液学会 共催

【ご発表の方へ】

- 一般演題は 1 題 10 分 (発表 7 分+討論 3 分) です。発表は下記の 2 通りの方法から選んで下さい。
- 1. データ登録 : 事務局にて Windows7 (PowerPoint2010) のパソコンを用意します。発表用データを USB 接続対応フラッシュメモリで用意して下さい。事務局のパソコン取り込みは、12 時~13 時 30 分の間に行います。時間厳守をお願いします。
- 2. パソコンの持ち込み : プロジェクター接続ケーブルは、HD (3WAY) 15pin オスまでを事務局で用意します。これよりパソコン側のケーブルが必要なときは各施設で用意して下さい (特に Macintosh は注意して下さい!)。データの動作確認を済ませ、発表の 30 分前までに用意して下さい。発表時のパソコン操作は各施設をお願いします。発表者はパソコンの操作ができません。不測の事態に備えパソコン操作の詳しい方をお願いします。
- 7 月 17 日(金)までに 1 または 2 のいずれの方法で発表するか地方会事務局までメール(aoike@kitagata.hosp.go.jp)にてお知らせください。
- 発表データファイルのファイル名は、演題番号・所属・演者がわかるように簡潔に付けてください。(例 : 5_石川大血内_金沢太郎)

プログラム

- 12 : 00 評議員会
12 : 40 開会の辞
12 : 40 ランチョンセミナー

司会：国立病院機構あわら病院 津谷 寛

「 血液検査のピットフォールと研修医へのメッセージ 」

愛知医科大学 医学部 内科学講座
血液内科教授 高見 昭良 先生

- 13 : 50 学術集会
座長：富山大学 第三内科 村上 純

1. SKY-FISH 法・RT-PCR 法によって明らかになった t(8;21) 転座を伴う急性骨髄性白血病 (FAB-M2)

福井大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科

○新家 裕朗、塚崎 光、山本 雄也、伊藤 和広、大蔵 美幸、多崎 俊樹、
森田 美穂子、松田 安史、田居 克規、細野 奈穂子、池ヶ谷 諭史、
酒巻 一平、岸 慎治、浦崎 芳正、山内 高弘

2. ダサチニブ併用 hyper-CVAD/MA 療法を施行した高齢初発 Ph 陽性急性リンパ性白血病

富山大学附属病院 卒後臨床研修センター

○青島 優子

同 第三内科

二日市 有花、在田 幸太郎、和田 暁法、宮園 卓宜、村上 純、杉山 敏郎

3. 当院における高齢者悪性リンパ腫の現状-後期高齢者を中心に-

国立病院機構金沢医療センター 血液内科

○吉尾 伸之、周藤 英将、藤田 慧

- 14 : 20 座長：金沢大学 血液内科 近藤 恭夫

4. ホジキンリンパ腫の治療後残存病変との鑑別が困難であった副腎腺腫

金沢大学附属病院 血液内科

○松浦 絵里香、大畑 欣也、田辺 命、水牧 裕希、米山 聖子、材木 義隆、丸山 裕之、青木 剛、高松 博幸、石山 謙、近藤 恭夫、山崎 宏人、朝倉 英策、中尾 眞二

石川県立中央病院 血液内科

高橋 稚奈

5. EUS-FNA と開腹生検で診断が一致しなかった非ホジキンリンパ腫の1剖検

金沢大学附属病院 消化器内科（小松市民病院）

○後藤 善則

金沢大学附属病院 血液内科

丸山 裕之

6. 病理診断確定前に化学療法施行することにより救命しえた血管内大細胞B細胞性リンパ腫の一例

国立病院機構金沢医療センター 血液内科

○藤田 慧、周藤 英将、吉尾 伸之

14:50 座長：福井県立病院 血液・腫瘍内科 森永 浩次

7. 小リンパ球性リンパ腫として発症し、慢性リンパ性白血病に病型移行した一例

金沢医科大学 血液免疫内科学

○張 秀一、坂井 知之、清水 啓智、佐藤 智美、中村 拓路、中島 章夫、岩男 悠、三木 美由貴、藤田 義正、田中 真生、福島 俊洋、岡崎 俊朗、正木 康史

8. T cell rich B cell lymphoma の長期寛解後ホジキンリンパ腫を発症した

1 例

国立病院機構あわら病院 内科

○大槻 希美、津谷 寛

福井大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科

浦崎 芳正

9. 左側門脈圧亢進症による消化管出血を繰り返したびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL)

福井県立病院 血液・腫瘍内科

○多賀 雅浩、河合 泰一、大岩 加奈、森永 浩次

10. 急激な腹水貯留で発症した HIV 感染合併の原発性体腔液リンパ腫の 1 例

石川県立中央病院 血液内科

○辻 沙織、高橋 稚奈、斉藤 千鶴、杉盛 千春、小谷 岳春、山口 正木

同 免疫感染症科

中谷 安宏

15:30 座長：福井大学 血液・腫瘍内科 酒巻 一平

11. 膜性腎症合併の原発性マクログロブリン血症に対して自家末梢血幹細胞植を行い寛解を得た一例

富山赤十字病院 血液内科

○望月 果奈子 近藤 匠 黒川 敏郎

同 腎臓・リウマチ・感染症内科

川根 隆志

12. 薬剤性肝炎後に発症した再生不良性貧血に対し臍帯血移植を施行した一例

富山県立中央病院 内科

○鎧高 健志、吉田 晶代、尾崎 淳、彼谷 裕康、奥村 廣和

13. 特発性血小板減少性紫斑病に多発微小脳出血を合併した一例

市立砺波総合病院 血液内科

○高木 英昌、又野 禎也

同 放射線科

龍 泰治

14. Romiplostim への切り替えが有効であった難治性 ITP の 1 例

厚生連高岡病院 内科

○経田 克則、清木 ゆう

16 : 15 総会

16 : 30 休憩

16 : 45 教育講演

座長：福井大学 血液・腫瘍内科

山内 高弘

「血腫瘍薬理学からみた血液がん薬物療法の現況と展望」

福井大学 理事 副学長

上田 孝典 先生

17 : 45 閉会の辞

ランチオンセミナー

「血液検査のピットフォールと研修医へのメッセージ」

愛知医科大学 医学部 内科学講座

血液内科教授 高見 昭良

「人は見たいと思う現実しか見ない」と言われます。胃組織標本にピロリ菌は見ていたはずなのに、同定されるまで指摘する人はいませんでした。成人T細胞白血病ウイルス陽性血液標本も然りです。血液検査や血液像から診断や予後まで見渡せるのは血液形態学の醍醐味です。血液標本から「見える」ものを増やすため、ケーススタディを中心に紹介しようと思います。

さて、医学部定員増加と新設、専門医制度の変革、経済の停滞と医療費抑制政策などを背景に、将来医師のコモディティ化が懸念されています。特に研修医の皆さんには、長い医師人生を見据えた自らのブランド力向上を意識してほしいと思います。まず伝えたいのは、血液（内）科は、がんの診断から治療まで一診療科で完遂できる唯一の診療科と言うことです。リンパ腫の増加はがんの中でも特に顕著で、30年で男性が2倍、女性は3倍になりました。白血病や骨髄腫も同様の傾向にあり、骨髄異形成症候群はすでにありふれた病気です。患者の多くは、誘因や不摂生なく、ある日突然血液がんと告げられます。血液科で一定の経験を積めば、自ら診断し、最善の治療を決定、このような理不尽な病と闘うことができます。第二に、基礎研究と臨床の垣根が低いのも血液科の利点です。血液病学は長い歴史があり、基礎医学と臨床の橋渡し研究も盛んです。遺伝子診断や分子標的薬など新規治療法開発も血液科は一步先んじています。第三に、究極のがん免疫療法・再生医療である造血幹細胞移植には無限のポテンシャルがあります。将来再生医療の発展にも、血液科の知識と経験が役立ちます。最後に、血液科はプライマリーケア医として経験を積むのに最適です。血液病はあらゆる臓器と関連します。血液科は、基礎から臨床まで幅広い知識と経験をもとに、実践的な臨床推論能力を養えます。血液がんの治療・管理は全てのがん化学療法の基本です。あらゆる毒性のマネージメントを修得する中で、感染症の知識も自ずと身につきます。今回血液検査のピットフォールを紹介しながら、血液内科診療の醍醐味と展望も紹介します。

一般演題

1. SKY-FISH法・RT-PCR法によって明らかになったt(8;21)転座を伴う急性骨髄性白血病 (FAB-M2)

福井大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科

○新家裕朗、塚崎光、山本雄也、伊藤和広、大蔵美幸、多崎俊樹、
森田美穂子、松田安史、田居克規、細野奈穂子、池ヶ谷諭史、酒巻一平、
岸慎治、浦崎芳正、山内高弘

【症例】51歳、男性【主訴】紫斑、全身倦怠感【現病歴】20XX年7月頃より全身倦怠感、四肢の紫斑を自覚し徐々に増悪したため同年8月26日に紹介医を受診した。血液検査で芽球様細胞の増生、血小板減少を認め急性白血病の疑いで同日当科紹介となった。骨髄検査でMPO染色陽性の芽球が56%と増加し急性骨髄性白血病 (FAB-M2) と診断した。G-bandingによる染色体核型は45, X, -Y, t(8;22)(q22;q13)であったが、multiplex RT-PCRではt(8;21)(q22;q22)転座を示唆するRUNX1-RUNX1T1キメラ遺伝子を検出した。SKY-FISH法で解析を行い、最終的には45, X, -Y, der(8)t(8;21), der(22)t(8;22)であることが判明した。CBF白血病であり予後良好群として、DNR+Ara-Cによる寛解導入療法、および大量Ara-Cによる地固め療法を3コース施行し治療を終了した。【考察】t(8;21)(q22;q22)転座はAML-M2の30~40%で認められるが、まれにG-bandingではt(8;21)転座がマスクされた症例が報告されている。本症例はSKY-FISH法、RT-PCR法を施行することでRUNX1-RUNX1T1が明らかになったt(8;21)転座を伴うAML-M2であり、CBF白血病として適切な治療を行うことができた。

2. ダサチニブ併用 hyper-CVAD/MA 療法を施行した高齢初発 Ph 陽性急性リンパ性白血病

富山大学附属病院 卒後臨床研修センター

○青島優子

同 第三内科

二日市有花、在田幸太郎、和田暁法、宮園卓宜、村上純、杉山敏郎

【緒言】高齢者急性リンパ性白血病(ALL)では強力な化学療法が困難で、長期生存も期待しがたい。しかし Ph 陽性 ALL ではチロシンキナーゼ阻害薬(TKI)使用により、予後の改善が見込まれる。【患者】70歳女性。関節リウマチの治療中に白血球増多と芽球を認め、当科紹介。PS1と良好。骨髄中芽球 57.6%、TdT、cCD79a、CD10、CD19、CD25 陽性、KORSA 弱陽性、minor BCR-ABL 陽性から Ph 陽性 ALL と診断された。染色体は複雑核型。中枢浸潤はなく、DIC を併発。診断時まで PSL を先行投与していた末梢芽球は減少せず、hyper-CVAD(70%) +ダサチニブ 100mg (~day14)により初回寛解に至った。HD-MA(70%-33%)+ダサチニブ施行後も寛解を維持した。ダサチニブ投与中には末梢血中に LGL の出現をみた。重篤なダサチニブ関連有害事象はなく、軽度の便秘、食思不振、発熱性好中球減少症を認め、現在も加療中である。【考察】高齢 Ph 陽性 ALL には TKI 単独、TKI+VP 療法のような少量化学療法、TKI+化学療法が選択肢となる。これらの直接比較試験はないが、TKI 単独でも従来の少量化学療法と同等の成績が得られていることから、少なくとも TKI 投与は必須と推定する。高齢であったが化学療法(減量)、ダサチニブ併用により初回治療で寛解導入できた 1 例を報告する。

3. 当院における高齢者悪性リンパ腫の現状-後期高齢者を中心に-

国立病院機構金沢医療センター 血液内科

○吉尾伸之、周藤英将、藤田慧

【はじめに】我が国は超高齢化社会と呼ばれるようになり、高齢者の悪性疾患患者も漸増してきている。今回我々は、当院における後期高齢者悪性リンパ腫の現状について報告する。【対象】2010年-2014年に当院で診療した75歳以上の悪性リンパ腫患者73名【特徴】全リンパ腫患者における後期高齢者の割合40.7%。年齢:75-98歳(平均81.6歳,性別:男性36名,女性37名)。PS:0-4(平均1.42)病型:HD3名,NHL65名.不明5名,NHLの亜型:DLBCL47名,FL4名,MALT3名,MCL 2名,MZBCL 2名,PEL 2名,PBL1名,ATL1名,AITL1名,PTCL1名【結果】64例で治療を施行し寛解は44例(68.8%)で、うち9名(20%)が再発。治療施行例のPSの平均は1.26で未施行例では2.75であった。全症例での早期死亡率は11%(8/73)で、治療施行例では6.3%(4/64)であった。【まとめ】当院においても後期高齢者リンパ腫は確実に増加している。治療効果は寛解率が60%を超え、早期死亡率6.3%と悪いものではなく、組織亜型やPSを考慮して積極的に治療を行うべきである。

4. ホジキンリンパ腫の治療後残存病変との鑑別が困難であった副腎腺腫

金沢大学附属病院 血液内科

○松浦絵里香、大畑欣也、田辺命、水牧裕希、米山聖子、材木義隆、丸山裕之、青木剛、高松博幸、石山謙、近藤恭夫、山崎宏人、朝倉英策、中尾眞二

石川県立中央病院 血液内科

高橋稚奈

【緒言】FDG-PET/CT は悪性腫瘍の検出に有用だが、副腎腺腫の FDG 集積に関する報告は少ない。ホジキンリンパ腫に対し ABVD 療法 2 コース施行後に FDG 集積が残存していた左副腎病変が腺腫と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】25 歳女性。X 年 1 月より徐々に増悪する腰痛が出現し、2 月中旬より発熱も認めるようになった。3 月 1 日に近医整形外科で炎症反応の上昇、MRI にて腰椎 L5 に異常信号を指摘され、3 月 4 日に当院紹介受診。FDG-PET/CT で両鎖骨上窩～縦隔リンパ節、肝左葉、肝門部、左副腎、腰椎 L5、右腸骨に FDG 異常集積病変 (SUV_{max} 3.4~14.5) を指摘された。3 月 18 日の腰椎 L5 病変針生検と 3 月 24 日の右鎖骨上窩リンパ節生検で古典的ホジキンリンパ腫(混合細胞型)と診断された。5 月 20 日より ABVD 療法を開始したところ 2 コース終了後の FDG-PET/CT では左副腎病変のみに FDG 集積の残存 (SUV_{max} Early=4.1、Delay=4.0、前回値 6.2) を指摘された。ABVD 療法に抵抗性と判断され、Escalated BEACOPP 療法を 3 コース施行された。その後の FDG-PET/CT でも左副腎に病変残存を指摘されたことから、4 コース後に組織診断目的に腹腔鏡下左副腎摘出術が施行された。病理結果は腺腫で悪性所見は指摘されなかった。その後 5 ヶ月寛解を維持している。

【結語】進行期ホジキンリンパ腫に対する ABVD 療法後に治療抵抗性と考えられた病変が副腎腺腫であった症例を経験した。他病変と比較して治療効果が乏しい病変を認めた場合は、原疾患以外の病変も考慮し積極的に組織診断を行う必要がある。

5. EUS-FNA と開腹生検で診断が一致しなかった非ホジキンリンパ腫の 1 剖検例

金沢大学 消化器内科 (小松市民病院)

○後藤善則

同 血液内科

丸山裕之

症例は 60 代, 男性。発熱, 黄疸で受診。腹部 CT にて膵頭部から肝門部に腫瘤を認めた。WBC 11,300/ μ L(Ly 15.3%), LDH 299U/L, sIL-2R 869U/ml。内視鏡的逆行性胆管ドレナージにて減黄後 EUS-FNA (超音波内視鏡下穿刺吸引法)をおこない, LCA 陽性 CD20 陽性の大型細胞を認めたことから B 細胞リンパ腫が疑われた。腹水貯留が出現し化学療法を開始したく開腹リンパ節生検を追加したが Castleman 病と診断され悪性病名が得られなかった。一方, 画像検査からは膵癌あるいは胆管癌と診断され, プレドニゾロン併用下で GEM を開始したが肝膿瘍を合併し治療は中断した。病状の増悪とともに腫瘤の肝浸潤を認めたため経皮経肝的腫瘍生検が可能となり diffuse large B-cell lymphoma と診断確定した。rituximab 他を投与するも亡くなられた。剖検にて腫瘍は肝門部に限局し, 縫合糸と肉芽形成の部位から推測するに開腹生検時に採取されたリンパ節は腫瘍に近接する位置にあった。

本例のように悪性リンパ腫の診断に EUS-FNA は低侵襲で有効であるが, 亜型分類や染色体検査, 遺伝子検査がすべての症例で可能とは言えない。EUS-FNA は広く普及したが, 従来の開腹または経皮的生検に代わるには未固定検体の取り扱い, 十分なボリュームが得られる穿刺針の選択に改善の余地があると思われる。

6. 病理診断確定前に化学療法施行することにより救命しえた血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

国立病院機構金沢医療センター 血液内科

○藤田慧、周藤英将、吉尾伸之

血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫は画像上の特徴に乏しく、診断が遅れることが多いが、急速な進行により病理診断確定を待つことが困難な症例も存在する。今回、病理診断確定前に THP-COP 療法を先行して行う事により、速やかに状態改善し救命しえた高齢男性症例を経験したので報告する。

症例は 74 歳、男性。発熱、倦怠感のため近医受診し、血液検査にて肝・胆道系酵素上昇、CT 検査にて脾臓腫大を指摘された。当初は胆道系感染症が疑われ、腹部エコー検査や上部消化管内視鏡検査施行されたが異常は指摘されなかった。発熱の原因として悪性リンパ腫が疑われ、精査・加療目的に当科紹介入院となる。高熱、盗汗に加え、前医での可溶性 IL-2 受容体の検査結果は 21,800 U/ml と高値であった。また、日毎に増悪する臨床所見から、血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫を疑い、受診当日にランダム皮膚生検、骨髄生検を施行した。ADL、生化学検査所見の急速な増悪を認め、病理診断を待つ事は困難と考え、受診翌日より先行して THP-COP 療法を施行した。脾腫は速やかに改善し、生化学検査所見も改善傾向であった。化学療法開始後 10 日で最終病理診断で診断確定し、CD20 陽性も確認したため rituximab も追加投与し、2 コース目からは R-THP-COP 療法に切り替えている。大きな有害事象なく経過し、現在 6 コース目まで投与終了し、全身状態良好となっている。

7. 小リンパ球性リンパ腫として発症し、慢性リンパ性白血病に病型移行した一例

金沢医科大学 血液免疫内科学

○張秀一、坂井知之、清水啓智、佐藤智美、中村拓路、中島章夫、岩男悠、三木美由貴、藤田義正、田中真生、福島俊洋、岡崎俊朗、正木康史

【症例】62歳男性。2013年2月に人間ドックのPET-CTにて多発リンパ節腫脹指摘。リンパ節生検にて濾胞性リンパ腫と診断。R-CHOP6コース、リツキシマブ単独2コース施行し1st CR。2014年4月にPET-CTにて初回再発。自覚症状認めないが、盗汗を有するためBRiZ試験に登録しベンダムスチン+リツキシマブ併用療法(BR療法)を開始。BRiZ試験での末梢血フローサイトメトリーにてCLLの可能性を指摘され、病理免疫染色でLEF1陽性より小リンパ球性リンパ腫(SLL)に診断修正。BR療法4コース施行後PR状態となったが症状なく、その後経過観察。2015年1月にリンパ球優位のWBC著増(WBC 44880/ μ l、好中球2.9%、リンパ球78.7%)を認め、慢性リンパ性白血病(CLL)の臨床像へ移行した。自覚症状は認めないが末梢血FISHにてp53欠失細胞64%と予後不良因子を認め、治癒目指すためには同種移植が必要と判断。同種移植の希望があり骨髄移植前に腫瘍量を減らすため、4月22日アレムツズマブ導入。アレムツズマブ投与day3にはWBCの正常化、リンパ球分画の低下、その後、腫大リンパ節の縮小も認めた。現在、サイトメガロウイルス抗原血症、フォーカス不明の発熱、汎血球減少の進行などで休薬をはさみながら治療中である。【まとめ】今後、治癒を目指しアレムツズマブ投与終了後、同種移植を予定している。尚、アレムツズマブはCLLに対して効果良好であったが、高度免疫不全を助長させるため定期的な感染症の予防と検索、早期治療が必要である。

8. T cell rich B cell lymphoma の長期寛解後ホジキンリンパ腫を発症した 1 例

国立病院機構あわら病院 内科

○大槻希美、津谷寛

福井大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科

浦崎芳正

T cell rich B cell lymphoma CHOP 療法 6 コース後、長期寛解が得られたもののホジキンリンパ腫を発症した例を経験したので報告する。【症例】88 歳男性。

【既往歴】陳旧性脳梗塞、高血圧、脂肪肝。【主訴】右頸部リンパ節腫脹。【現病歴】2002 年 10 月頃より食欲低下し近医を受診、頸部・傍大動脈リンパ節腫脹、脾腫を指摘された。リンパ節生検結果 T cell rich B cell lymphoma (EBV 陽性) と診断され CHOP 療法を施行、2 コース終了時点で完全寛解を確認、計 6 コース施行した。その後長期に渡り寛解を維持しており外来で経過観察していた。2015 年 3 月に右頸部リンパ節腫脹が出現し、精査のため受診した。【現症】触診で左右頸部にリンパ節を多数触知した。採血で sIL-2R 652 U/mL と上昇が認められ悪性リンパ腫の再発が疑われた。頸部リンパ節生検を施行したところ細胞表面形質解析にて CD19、CD20 陽性で SmIg- κ 53% Ig- λ 0% の B 細胞のモノクローナル増殖があると考えられたが、病理組織で Hodgkin 細胞、Reed-Sternberg 巨細胞がみられ、CD30 陽性、EBV の in situ hybridization が陽性であった。in situ hybridization で κ 、 λ を検討したが、少数の細胞に κ 、 λ ともほぼ同数程度陽性細胞を認め B 細胞性リンパ腫は否定され古典的ホジキンリンパ腫との最終診断を得た。

9. 左側門脈圧亢進症による消化管出血を繰り返したびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL)

福井県立病院 血液・腫瘍内科

○多賀雅浩、河合泰一、大岩加奈、森永浩次

【緒言】左側門脈圧亢進症(left-side portal hypertension, LSPH)は稀な臨床兆候で孤発性胃静脈瘤からの出血原因となる。【症例】50歳男性、吐血にて近医に搬送された。胃静脈瘤、多発胃潰瘍と膵尾部腫瘍を指摘され当院に紹介。CTで膵尾部に内部壊死を伴った3.5cmの腫瘍性病変、脾静脈閉塞と胃穿窿部を中心に側副路による静脈瘤形成を認め当初膵臓癌を疑われたが、胃病変からDLBCLが証明された。LSPHを伴うDLBCLと診断しR-CHOP療法を開始した。第1-2コース経過中に4回吐血したが自然止血が得られ、一旦吐血が終息したので化学療法継続がスケジュール通り可能となった。第7コース終了後に再度3回の吐血を来した。CT上DLBCLはCRであるがLSPHは不変で、内視鏡ではred-color signを伴う静脈瘤が残存し検査中に活動性出血を来した。DLBCLの治療効果にも関わらず出血コントロール困難と判断し胃全摘術+脾摘を施行した。DLBCLは病理学的寛解と判断されたが、胃壁内は血栓で充満し脾うっ血が残存していた。【考察】LSPHの原因として膵癌や膵炎が散見されるがリンパ腫は極めて少ない。DLBCLによる随伴症状は化学療法で軽快することが多いが、今回のように致命的となりうる症状を反復する例には適切な追加治療が必要である。

10. 急激な腹水貯留で発症した HIV 感染合併の原発性体腔液リンパ腫の 1 例

石川県立中央病院 血液内科

○辻沙織、高橋稚奈、斉藤千鶴、杉盛千春、小谷岳春、山口正木

同 免疫感染症科

中谷安宏

【諸言】原発性体腔液リンパ腫 (PEL) は HIV 感染症を背景として HHV8 感染に起因して発症する、非常に稀で極めて予後不良な疾患である。我々は HIV に対する抗ウイルス療法 (ART) 併用による化学療法で改善が得られた腹水原発の PEL の 1 例を経験したので報告する。

【症例】73 歳男性。食欲不振・嘔気でご前医受診。CT で両側胸水貯留と腹部大動脈周囲リンパ節腫大を認め、悪性リンパ腫疑いにて前医に入院。血液検査で HIV 感染が判明し (CD4 陽性リンパ球数 $11/\mu\text{l}$ 、HIV-RNA 6.1×10^5 コピー/ml)、当院転院となった。全身状態不良でリンパ節生検困難であったが喀痰検査から MAC が検出され、予防内服として開始した CAM によって胸水・腹腔内リンパ節病変ともに縮小傾向となったことから、播種性 MAC 症として 3 剤併用療法を開始したところ速やかに病変は消失した。その後 ART を開始しようとしたところ、急激な大量の腹水貯留が出現した。腹水中の異型細胞は CD4+CD19-CD20-CD30+CD38+、HHV8 陽性であり、その他に腫瘍性病変なく腹水から発症した PEL と診断。ART 併用下で CHOP 療法開始したところ、治療後 10 日目より腹水は減少傾向となり、1 クールでほとんど消失した。ART 開始 1 か月で HIV-RNA 量は 2.1×10^2 コピー/ml まで低下しており、ART も今回の治療効果に寄与していると考えられた。

11. 膜性腎症合併の原発性マクログロブリン血症に対して自家末梢血幹細胞移植を行い寛解を得た一例

富山赤十字病院 血液内科

○望月果奈子、近藤匠、黒川敏郎

同 腎臓・リウマチ・感染症内科

川根隆志

原発性マクログロブリン血症 (WM) は IgM の M 蛋白を認める LPL とされており、過粘稠度症候群や血球減少、肝脾腫などの合併を特徴とする疾患である。治療は症候性の WM に対して行われるが標準治療は定められていない。今回、WM に対して自家末梢血幹細胞移植 (PBSCT) を行い、良好な経過を得たので報告する。【症例】65 歳女性【病歴】2013 年 11 月末に浮腫が出現、2014 年 1 月当院腎臓内科でネフローゼ症候群および膜性腎症と診断された。IgM 高値に気づかれ血液内科を受診し、単クローン性の IgM 上昇と骨髄中の小リンパ球増加を認め WM と診断された。膜性腎症は WM に関連するものと考え、治療の適応ありと判断した。多発性骨髄腫に準じて BD 療法を 4 コース行い、膜性腎症に対しては PSL と CsA が投与された。IgM は低下し MR に到達したがその後上昇傾向を認め、合併するネフローゼ症候群もコントロールが難しかったため PBSCT を計画した。CY を用いて幹細胞を採取し、2014 年 10 月大量 Me1 を前処置に用いて PBSCT を行った。移植後 1 ヶ月の評価は VGPR、移植後 4 ヶ月で CR に到達した。また、ネフローゼ症候群の状態も落ち着いている。【まとめ】BD 療法では効果が限定的であった WM 症例に PBSCT を行い寛解となった。初回治療で良好な反応が得られない若年者 WM に対する PBSCT は治療の選択肢と成り得る可能性が示唆された。

12. 薬剤性肝炎後に発症した再生不良性貧血に対し臍帯血移植を施行した一例

富山県立中央病院 内科

○鎧高健志、吉田晶代、尾崎淳、彼谷裕康、奥村廣和

【緒言】肝炎後には再生不良性貧血（AA）が持続することが知られている。劇症型若年の AA に対して HLA 適合同胞がない場合には HLA 不適合移植や臍帯血移植が考慮される。薬剤性肝炎後に発症した劇症型 AA に対し臍帯血移植を施行した一例を報告する。【症例】男子高校生。20X-1 年 11 月に薬剤性肝炎を発症し 12 月下旬に肝機能改善した。20X 年 1 月下旬に発熱を主訴に当院受診し、汎血球減少を指摘された。骨髓検査では芽球はなく、著明な低形成髄であった。胸腰椎 MRI 検査でも低形成であり再生不良性貧血 stage5 (PNH 血球陰性) と診断された。G-CFS 製剤に不応な劇症型若年 AA であり、HLA 適合同胞がいなかったために、20X 年 2 月に同種臍帯血移植（前処置：Flu+CY+TBI、GVHD 予防：FK506+mPSL）を施行された。day21 に急性 GVHD (SOL1G1, gradeII) 発症し、mPSL 2.0mg/kg を開始された。速やかに症状の改善を認め、以後漸減された。day30 に好中球生着を認め、day39 には輸血不要となった。以降移植後 100 日まで安定した造血が得られている。【結語】薬剤性肝炎後劇症型 AA に対し臍帯血移植を施行し、安定した造血が得られた一例を経験した。

13. 特発性血小板減少性紫斑病に多発微小脳出血を合併した一例

市立砺波総合病院 血液内科

○高木英昌、又野禎也

同 放射線科

龍 泰治

特発性血小板減少性紫斑病(ITP)に、多発脳内出血を合併した症例を経験した。ITPの脳内出血合併は0.1~1.0%と報告されているが、多発脳内出血のCT, MRI画像報告例が少ないため自験例を報告する。

【症例】70歳の男性。平成27年3月下旬から感冒症状あり、右鼻出血と口内出血を認め、当院を受診し、血小板 $2,000/\mu\text{l}$ のため当院血液内科に入院となった。頭部CTにて右前頭葉に7mmの高吸収域を認め、頭部MRIの磁化率強調像(SWI)にて脳内皮質下優位に多発微小脳出血(MBs)を認めた。脳出血を疑う単症状はなかった。入院後、プレドニゾロン(PSL)1mg/kg/dayを開始した。脳出血の他に消化管出血も認められたため、免疫グロブリン大量療法、血小板輸血も施行した。ヘリコバクター・ピロリ感染が確認されたため除菌療法を行った。PSL開始約2週間後から血小板が漸増したため、PSL漸減して外来通院にて治療継続している。【考察】MBsは脳卒中の発症、再発、予後判断の代用マーカーと考えられており、特に皮質下のMBsは症候性脳出血の発症率が有意に高いと指摘されている。MBsの関連因子は高齢と高血圧と言われており、高齢ITP患者では脳出血リスクがより高まると考えられる。そのため高齢ITP患者には頭部MRIにてMBsの有無を確認することが有益と思われる。

14. Romiplostim への切り替えが有効であった難治性 ITP の 1 例

厚生連高岡病院 内科

○経田克則 清木ゆう

症例は 66 歳男性。高血圧で近医通院中。X 年 1 月に Plt 3.7 万を認め当院へ紹介。身体所見で出血斑なし、脾腫なし。WBC 5200, Hb 15.4, Plt 3.6 万, PAIgG 69.5, 抗 CL β 2GPI <1.3, 尿素呼気試験は陰性。骨髓染色体：46XY。経過観察中に Plt <2 万となり X 年 6 月より PSL 40mg/day 開始。Plt 増加を認めたが PSL 減量とともに減少。11 月より eltrombopag 12.5mg から開始し徐々に増量(最大 50mg)したが効果を認めず減量した。X+2 年 4 月末に急性硬膜下血腫を合併。血小板輸血でなんとかしのぎ、インフォームドコンセントを行い 5 月より rituximab 375mg/m² を 4 回投与したが血小板数の増加はみられなかった。7 月 11 日より romiplostim を 1 μ g/kg から開始したところ、3 週後の 3 μ g/kg に増量したところで Plt 3.3 万まで増加。現在 6 μ g/kg で Plt 10 万程度を維持している。本例は Rituximab、eltrombopag が無効で romiplostim への切り替えが有効であった。Eltrombopag と romiplostim は同じ TPO 受容体作動薬であるが、一方が無効であっても、他剤への切り替えが選択肢になりうると考えられる。

教育講演

「腫瘍薬理学からみた血液がん薬物療法の現況と展望」

福井大学 理事 副学長

上田 孝典

近年、血液がん薬物療法の進歩は、分子標的薬の開発・臨床応用、そのすぐれた標的となるドライバー遺伝子の同定などを中心にめざましい。それにもかかわらず、分子標的薬が著効を示す慢性骨髄性白血病 (Imatinib, それに続く *abl*-TK 阻害薬) および急性前骨髄球性白血病 (全トランス型レチノイン酸 ATRA および亜ヒ酸) をのぞいては、治癒率の劇的な向上は実感しにくいのが実情である。その原因については、罹患年齢の高齢化に伴う治療抵抗性腫瘍の増加など、様々な立場からの検討がなされている。

本講演では、我々の教室で従来行ってきた抗白血病薬を中心とした抗がん薬の腫瘍薬理学的検討結果も含めて、薬剤・腫瘍・宿主三者の相互関係 (PK/PD) の立場から、血液がん治療について考察したい。その中で、治癒を妨げている薬剤耐性化の機序、耐性克服は何故困難か、抗がん薬大量療法の意義と限界、分子標的治療薬の進歩、今も行われているすぐれた抗がん化学療法薬の開発などについて報告する。また、近年進歩の著しい合併症対策の例として、腫瘍融解症候群の薬物療法についても言及する。