

3 HIV 脳症で発症した AIDS 症例に合併した 胃悪性リンパ腫に対する治療に関する諸考察

関 義信・田中 弘*・若木 邦彦**
岡塚貴世志***

県立新発田病院内科
同 精神科*
同 病理検査科**
新潟大学医歯学総合病院第一内科***

【緒言】HIV 脳症で発症し胃悪性リンパ腫を併発した非ホジキンリンパ腫治療に関する問題点を AIDS 症例の経過と抗 HIV 治療とともに検討したので報告する。

症例は 50 歳、男性。会社員。1984 年頃から仕事でケニア、イギリスに出張した。2005 年 5 月頃からボーッとし始め、関東の某病院を受診した。早期アルツハイマー病と診断され、退職後出身地へ帰った。近くの精神病院で、HDS-R 5 点、MMS 9 点、HIV 抗体陽性を指摘され、10 月 14 日当院へ紹介され入院した。CD4 16.3/ μ l、HIV RNA 4.3 万 copy/ml、見当識障害・記憶障害の精神知能障害と運動障害を認めたが、大脳皮質症候は認めなかった。頭部 CT では、びまん性の脳萎縮、頭部 MRI では脳および海馬萎縮と白質病変（特に FLAIR）、脳血流シンチでは、全般に集積低下を認めた。髄液 JCV (nested PCR) は陰性であった。

【経過】以上から HIV 脳症と診断し、10 月 15 日より EFV 600mg、3TC 300mg、AZT 600mg で HAART を開始した。治療の認容性は良好。2006 年 1 月 11 日には HIV-RNA (高感度定量) は検出感度以下となったが、CD4 数は 100/ μ l 未満を推移した。経過中、貧血の進行と黒色便を認め、上部消化管内視鏡検査を施行、多発性の粘膜下腫瘍を認めた。生検で非ホジキンリンパ腫（びまん性大細胞型 B, CS III B）と診断され、2006 年 1 月 17 日から R-TCOP で治療を開始した。5 コース後の 4 月末には完全寛解、HIV-RNA は検出感度以下であったが、CD4 数は依然 20/ μ l であった。

【考案】本症例は所謂いきなり AIDS で HIV 脳症も比較的典型的と考えられた。併発した胃悪性リンパ腫は、初回治療としては良好な経過であった。抗ウイルス学的效果は良好なもの、CD4 の

回復が不十分であった。このことは治療初期に免疫再構築症候群を回避できたと考えられるが、長期的な経過や予後を考えると好ましくない。HAART レジメンの変更や他の治療が必要と考えられた。非ホジキンリンパ腫の治療に関しては、CD4 数が少ない状態であっても、各種日和見感染症の予防により発症は認めておらず、B 細胞性リンパ腫に対する Rituximab 療法を含めた抗腫瘍療法は可能な限り施行すべきと考えられた。

4 慢性骨髓性白血病、多発性骨髓腫に合併した EBV 関連 B リンパ増殖症の 1 例

芳村有嘉子・三浦 智史・佐藤 直子
橋本 誠雄・藤原 正博・小池 正
江村 巍*・薄田 浩幸*

長岡赤十字病院血液内科
同 病理*

症例は 80 歳、男性。1996 年、慢性骨髓性白血病の慢性期と診断され hydrea の内服開始。2004 年 7 月血液検査にて M 蛋白血症を指摘される。2006 年 1 月頃より左前足部、左足趾に潰瘍出現し六日町病院受診、9 月に一旦改善するも再発。2006 年 10 月下旬より左上顎臼歯部口蓋側歯肉に潰瘍が出現。近医を受診するも難治性のため 2006 年 11 月 7 日ゆきぐに大和病院を紹介受診、歯肉組織の生検にてリンパ増殖性疾患を疑われた。2006 年 12 月 18 日当科紹介受診し、2007 年 1 月 9 日入院した。下肢の潰瘍は hydrea-induced leg ulcer と考え、1 月 9 日より hydroxyurea 中止し、11 日より imatinib 200mg を開始した。骨髄検査では形態学的に慢性期で FISH は bcr/abl 陽性細胞 98 % で 9 番染色体の欠失は認めず、染色体分析でも付加的染色体異常はみられなかった。M 蛋白血症は IgG 型で 2413mg/dl と高値であったが、IgA, IgM は各々 73mg/dl, IgM: 22mg/dl と低下を認め、骨髄での形質細胞割合 10 % であることより多発性骨髓腫 (MM) と診断された。また Durie-Salmon の病期分類では Stage I であることに加え、IgG 値は 2004 年の検査時のそれと変化ないことより、MM は無治療経過観察の方針と