でCR. 1年後に骨髄で再発（FACSでTrilineage）. 再入院し，現在寛解導入療法中.

4症例とも骨髄系，T細胞系，B細胞系の形質が認められ，白血球の分化や白血病の起源を考える上で興味深い症例と考えられたので，文献的考察を加えて報告する.

2 異型リンパ球増加を伴い自然寛解したAsian Variant Intravascular Lymphoma

倉部 聡・塚田 信弘・藤原 正博
小池 正・薄田 浩幸*・江村 巌*
長岡赤十字病院血液内科
同 病理部*

血球貪食症候群HPSは発熱，血球減少，血球貪食マクロファージの増加，LDH高値，フェリチン高値などを特徴とする症候群で，感染に伴うもの，膠原病に伴うもの，リンパ腫に伴うものなどがある．われわれはCD8優位の異型リンパ球の増加を伴い，ミノサイクリンの投与を契機として自然寛解したHPS例を経験したが，本例は4ヵ月後lymphoma-associated HPSとして再発し，剖検所見からもAsian variant intravascular lymphomaと確定診断された．かかる症例はまれと考え報告する.

症例は79歳女性．平成16年4月中旬より誘因なく38℃台の発熱が出現．近医受診しLDH高値，異型リンパ球，血小板減少を指摘され，精査のため4月23日当科入院．入院時体温38.5℃，胸部聴診上異常なし，表在リンパ節腫脹なし．CRP 2.38mg/dl，WBC 4800/μl，異型lym 20％，Hb 10.6g/dl，Plt 6.1万/μl，リンパ球表面抗原CD3 75.9％，CD4 29.9％，CD8 42.9％，LDH 1098IU/l, ferritin 697ng/ml, sIL-2R 3,980U/ml，抗核抗体陰性，ツツガムシ抗体（−），CMV抗原（−），EBV既感染パターン，血液培養陰性，CT上リンパ節腫脹なし．ミノサイクリン投与とともに解熱．検査所見も正常化し5月6日退院．本抗生剤が有効な病原体も含め，異型リンパ球増加やHPSを来たす病原体検索はいずれも陰性．膠原病を疑わせる所見なし．約4ヵ月後，HPSの病像が再出現し，9月13日2回目の入院．末梢血，骨髄中にリンパ腫細胞がみられ，sIL2R 23,800U/mlと著明高値．Lymphoma-associated HPSと診断しステロイド大量投与するも肺出血のため10月1日永眠．剖検時一部の臓器に腫瘤形成がみられたが，病変の主座は血管内であり，臨床像とも合わせAsian type intravascular lymphomaと病型診断．免疫グロブリン遺伝子variable regionのPCR assayは初回のHPSも剖検時と同一B cellクローンの増生によるlymphoma-associated HPSであることを示した．悪性リンパ腫の自然退縮はindolent lymphomaでときに経験されるが，aggressive lymphomaでは稀である．本例で自然退縮がみられた機序の詳細は不明であるが，伝染性単核球症と同様CD8優位の異型リンパ球が増加していたことから類推すると，EBVによるB細胞不死化を阻止する機序と同様の機序が働いた可能性が示唆される.

3 3年のindolentな経過を経て，臓器浸潤が顕在化したT-PLLの1例

古川 香子・鈴木 訓充・永井 孝一
阿部 惇・酒井 剛*・関谷 政雄*
県立中央病院内科
同 病理検査部*

T-cell prolymphocytic leukemia（T-PLL）は慢性リンパ性増殖性疾患のうち比較的まれで，small cell variantはCLLとの異同が問題となっている．今回，特異に経過したT-PLL small cell variantの一例を経験したので報告する.

症例は50歳，女性．2001年8月13日（47歳），白血球増多（WBC 15,500/μl）を指摘され，末血・骨髄所見，細胞性免疫学的検査よりT-PLLと診断された．外来経過観察中，徐々に白血球・リンパ球数は増加．2004年10月（50歳），WBC 67,700/μl，Hb 13.6g/dl，Plt 17.8万/μl，脾腫，表在リンパ節腫大，全身浮腫，皮疹等の症状が急速に出現し，増悪した．表面マーカーはCD4（＋）8（＋）3（＋）25（＋）5（＋）7（＋）38（＋）2（＋），TCR α/β（＋），HLA-DR（−），B細胞