

COMET 療法) を施行中である。CD20 の発現と、T 細胞受容体 β 鎖および免疫グロブリン JH 鎖の再構成を認めた T-GLPD の一例を経験した。稀な一例と考え報告する。

2 溶血性貧血様の病像で発症した B 細胞性リンパ腫関連血球貪食症候群の 1 例

菖蒲川由郷・滝沢 一休・新國 公司

高井 和江・渋谷 宏行*

新潟市民病院内科
同 病理科*

症例は 73 歳、女性。進行性の貧血、意識障害を主訴に他院より転院。著しい貧血と LDH の著明な上昇、黄疸、肝脾腫、原因不明の発熱を認めた。骨髓中に著しい赤芽球過形成 ($M/E = 0.14$) と血球貪食像を認め、溶血性貧血に血球貪食症候群 (HPS) が合併しているかの所見を呈した。しかし、骨髓 PCR 法で免疫グロブリン H 鎖に再構成を認め、B 細胞性リンパ腫が強く疑われた。骨髓穿刺再検とともに骨髓生検を施行したところ B 細胞性リンパ腫と思われる腫瘍細胞浸潤と血球貪食像を認め、免疫染色では CD20, CD5 陽性であった。血管内への腫瘍細胞浸潤は認めなかった。頭部 MRI, MRA では T2WI, DWI, FLAIR で high intensity を呈する病変が散在し、多発性脳梗塞あるいはリンパ腫として矛盾しない所見であったが意識障害の明らかな原因は特定できなかった。骨髓、肝、脾を増殖の首座とする CD5 陽性 B 細胞性リンパ腫と考え Rituximab 併用 biweekly TCOP 療法を開始した。治療開始後より臨床症状は速やかに改善し、2 コース終了時の骨髓中には腫瘍細胞を認めなかった。現在、4 コース終了時点で経過良好である。

一般に HPS で発症するリンパ腫としては T/NK 細胞性が多く予後が悪い。また、HPS を合併する B 細胞性リンパ腫として IVL (intravascular large B-cell lymphoma) のアジア型 (Asian variant of IVL) が知られており予後不良である。本例は骨髓生検では腫瘍細胞浸潤は認めなかったが画像所見では説明できない中枢神経症状を呈し、HPS を

合併した Asian variant of IVL が疑われた。また、病初期より溶血性貧血様の病像を呈し、クームス試験は陰性であったが、B 細胞リンパ腫に関連した自己抗体の存在も推測された。

3 著しい頸部リンパ節腫脹を繰り返し、髄外性急性転化との鑑別が問題となった慢性骨髄性白血病 (Ph1 陽性白血病?) 1 例

樋口 渉・斎藤 弘行・森山 美昭*

燕労災病院血液内科

刈羽郡総合病院内科*

【はじめに】著しい頸部リンパ節腫脹を伴う、特異な経過を示した慢性骨髄性白血病を経験したので報告する。

【症例】72 歳女性。健診で芽球を伴う白血球増多を指摘され当院受診。芽球は骨髓系・リンパ球系双方のマーカーを持ち、染色体検査で de novo CML-BC と診断した。

【経過】DVP 療法 (STI 併用) にて CP に至るも、診断後 5 か月の時点で、血液学的には慢性期を保った状態で頸部に著しいリンパ節腫脹が出現し、当初 STI 増量でリンパ節縮小が見られた。しかし、その 2 か月後、STI 治療継続中に発熱・自己抗体陽性・ポリクロナールな γ -グロブリンの上昇を伴ったリンパ節腫脹の再燃がみられ、ステロイド剤投与により軽快した。その 5 か月後、リンパ節の腫脹を伴わない、初診時に類似した BC の状態となった。

【考察】CML の経過中にリンパ節腫脹を来した症例報告は散見されるが、まとまった検討は少ない。Paolino ら (1991) による CML 161 例の検討では、診断時の 3.2%, その後の経過中 7% にリンパ節腫脹を認めている。また、この報告では、脾腫や急性転化、治療への反応性などとの直接の因果関係は見られていない。また、組織学的には、リンパ節組織に myeloid metaplasia を認めた例、リンパ腫の組織型を認めた例などが報告されている。

【まとめ】リンパ節生検では、白血病細胞との直接の関連を示す所見は得られなかったが、本症例

は診断・経過とも特異な経過を示したと思われたので報告した。

4 経過中、多彩な臨床経過を呈した MDS からの AML の 1 例

池田 哲彦・関 義信・大塚 富雄
関根 輝夫・堀川 誠也*

県立新発田病院内科
中条中央病院内科*

症例は 61 歳、男性。2003 年春頃より、易疲労感・体重減少を認めた。10 月末、肺炎を発症した後に近医から白血病を疑われ、11 月 10 日に紹介され入院した。末梢血：白血球数 $17900/\mu\text{l}$ (blast 90 %), RBC $191 \text{ 万}/\mu\text{l}$, Hb 6.9 g/dl , Ht 20.6 %, Plt $6.2 \text{ 万}/\mu\text{l}$, 骨髓：NCC $21.6 \text{ 万}/\mu\text{l}$ (blast 90.4 %, 形態上は M1), M gk 0 (–)/ μl , CD19, CD13, CD33, CD34 陽性, HLA-DR 弱陽性。複雑な染色体異常を伴っていた。APTT 47.6sec, PT 44.0 % (1.68), Fbg 85.0 mg/dl , FDP $128.1 \mu\text{g/ml}$ 。

高齢者であり、先行感染があったので Ara-C 少量で寛解導入を開始した。DNR 30mg 3 日を 2 回追加後、11/21 WBC $300/\mu\text{l}$ と nadir になった。DIC は一時的にコントロールできた。経過中、白血病の肺浸潤と思われる呼吸障害を認め、人工呼吸器管理を必要とした。さらに重症感染症からの多臓器不全を併発し 12 月 3 日死亡した。死亡直前の末梢血では、WBC 500 (blast 86 % で neutrophil 0 %) であり、血液学的に寛解に至らなかった。本症例は、骨髓穿刺の結果から、紹介時既に白血病化しており、経過や染色体異常から考え、MDS が急性白血病化したもの (biphenotypic) と考えられた。また、呼吸器症状や、胸部 CT に見られた肺のびまん性の斑状影、腹部 CT の肝腫大、肝周囲やダグラス窩の腹水、腹部大動脈周囲に見られた多数の腫大リンパ節などから、全身に白血病細胞の浸潤していたことが疑われた。

5 腎移植後に発症した AML の 1 例

東村 益孝・藤原 正博・小池 正

長岡赤十字病院内科

症例は 48 歳男性。1979 年 (24 歳時) に慢性糸球体腎炎を原疾患として血液透析に導入された。1988 年 (38 歳時) に父親を Donor として生体腎移植を施行され、免疫抑制剤の内服を開始していた。一時血液透析を離脱していたが、徐々に移植腎の腎機能が低下し、2000 年 6 月 (44 歳時) に血液透析に再導入された。2001 年 5 月に免疫抑制剤は全て中止した。

【経過】2003 年 11 月より手指に有痛性の発赤・腫脹、口腔内アフタが出現した。11 月 14 日から間欠的な高熱が出現した。11 月 25 日の採血で末梢血に blast が認められたため、12 月 3 日に骨髓穿刺を施行され、AML と診断された。12 月 4 日に当科を紹介受診し、同日入院した。12 月 8 日より low dose Ara-C (30mg/day, 21 日間) を開始した。完全寛解に達せず、現在、経口 VP-16 を併用して low dose Ara-C を施行中である。

【結語】生体腎移植後、長期間免疫抑制剤の投与を経て発症した急性骨髄性白血病の症例を経験した。腎移植後の二次発癌では、上皮性悪性腫瘍や悪性リンパ腫が多く報告されているが、骨髓異形成症候群や白血病の報告は非常に少ない。発症の要因として免疫抑制剤の関与は否定できず、移植患者の長期的な管理上、重要と考えられた。

6 直腸癌、ネフローゼ症候群に合併した、HHV-8 陰性、HIV 陰性の primary effusion lymphoma

布施 香子・古川 俊貴・鈴木 訓充
小林 理・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*

primary effusion lymphoma (PEL) は体腔内浸出液を初発として発症し、リンパ腫細胞は心嚢、胸腔、腹腔など体腔内に浮遊状態で存在する。今回、著明な胸水と下腿浮腫で発症した HIV 陰性