

月から VCR, L-Asp, PSL を 4 コース, MTX (中等量+大量) を 4 コース施行した. 7 月に当科を退院, 外来で weekly MTX を施行された. 8 月下旬 BM で blast を 20~30% 認め 2nd relapse と判断. こばり病院に入院し THP-VP を 4 コース施行したが無効, MIT, VDS, L-Asp を 3 コース施行後 11 月, BM の blast は 2.0%.

refractory ALL の治療目的で当科に再入院した. 入院時身体所見では前胸部に開心手術斑痕の他は異常を認めなかった. 入院時検査成績は化学療法後のためと思われる軽度骨髄抑制以外異常を認めなかった. 入院後 MEC 療法後に再発 (3rd relapse), DVP+L-Asp, CY+low dose AraC の化学療法を施行したが無効, refractory ALL と判断した. 患者本人が社会復帰を第一とする強い希望を持っていたこと, 心ブールシンチで LVEF48% の予備能を確認できたことから HLA complete match の兄をドナーとして PBSCT を施行した. コンディショニングは TBI 12 Gy (先行), AraC 5.2 g \times 3, ETP 1.8 g \times 2. GVHD 予防は short term MTX, CsA, VOD 予防は heparin 持続 div. 移植 CD34陽性細胞数は 7.05 \times 10⁶/kg であった. 移植後, 1 度の GVHD を認めたが重症感染症は認めなかった. BM の STR では complete donor band. 退院後 DLT を外来で 2 回施行した. 本症例は残念ながら 10 カ月後の 1999 年 2 月に再発, 肺出血で死亡した. 急性白血病の治療抵抗例は, 各々の症例での合併症, 患者の意志等が考慮されるが, その後の治療に大変苦慮する. allo-PBSCT は, GVHD 等移植関連合併症の発症が大きな問題であるが, 本症例のように一時的にしろ社会復帰の可能性も有しており, 患者の意志が確認された場合治療選択肢の 1 つに加えられるものと考えられた.

6) 中等量 Ara-C を中心とする強力治療を組み込むことで, 短期間での治療終了をめざした AML 治療の試み

藤原 正博・曾我 謙臣 (長岡赤十字病院)
黒川 和泉 (内科)

【目的】AML の完全寛解率は 70~80% であるが, 依然として再発が多く, 無病生存率は 30~40% である. 治療成績向上のために欧米では大量 Ara-C 療法が行なわれ, その有用性が認められているが, 中枢神経系毒性などの副作用が問題となり, また日本では保険診療上

の制約もある. さらに治療をいつまで続けるかについてはコンセンサスが得られていない. 今回患者の QOL を考慮して, 中等量 Ara-C を中心とする強力治療を組み込むことで, 短期間での治療終了をめざした AML の治療を行なった.

【対象および方法】平成 4 年 6 月から 9 年 12 月までの間に当科に入院した 70 歳以下の患者 17 例 (男性 5 例, 女性 12 例) を対象とした. 年齢は 26~65 歳 (中央値 50 歳), FAB 分類では M1 3 例, M2 8 例, M3 4 例, M5a 2 例であった. 治療は BHAC-DMP 療法 10~14 日間 (ただし APL の場合は ATRA を使用) による寛解導入療法の後, 再度 BHAC-DMP (10 日間) あるいは IDR+Ara-C による 1 回目の地固めの療法, PAME (PSL, 中等量 Ara-C, Mitoxantron, VP16 の 4 剤併用) による 2 回目の地固め療法を施行, その後暫く休薬して寛解後 1 年位後に再度 PAME による強化療法を行ない, 以後は uvenimex を投与して外来 follow up とした.

【結果】完全寛解率は 82.4% (14/17) であった. 3 例は半年以内に再発, 地固め療法および強化療法中に 5 例が死亡した. 死因は脳出血 (3 例), 敗血症 (1 例), 心筋炎 (1 例) であった. 強化療法までの治療を終了した 6 例は全例無病生存中で, 完全寛解例の EFS は 43% であった.

【考案】今後は, 発症時既に治療抵抗性となっている症例, およびいったん寛解となってもすぐに再発する症例に対する治療をどうするかということ, 化学療法中の死亡, 特に脳出血をどう防ぐかということが, 重要な課題となると思われる.