

から IgG への変換がうまくいかない。B10 に脳腫瘍を作成して、移入試験を行うと、MEMORY の成立は不十分で2週しか維持されず、ISOTYP-E SWITCH もうまくいかず、B CELL の分化段階での障害が考えられた。

5) 慢性 GVHD の皮膚症状

伊藤 薫・竹之内辰也
伊藤 雅章・佐藤 良夫 (新潟大学皮膚科)
新潟大学骨髄移植チーム

当科で経験した骨髄移植後慢性 GVHD の6例の皮膚症状を供覧した。各症例にわたり、多彩な皮膚、粘膜症状を示した。早期の症状としては手掌、足底から全身に及ぶ紅斑、色素沈着、エリテマトーデス様紅斑、口腔粘膜の白色斑などを認めた。組織学的には扁平苔癬様の変化を示し、免疫組織学的に表皮基底膜部に線状に、または civatte body に一致して免疫グロブリン、補体の沈着を見た。また浸潤細胞は主にリンパ球であり、表皮内に浸潤する細胞は CD8 陽性リンパ球が多い傾向があった。晩期には皮膚の硬化をきたした症例もあり、組織学的に強皮症様変化を認めた。骨髄移植後100日以上症例でなんらかの皮膚症状を認めた場合、慢性 GVHD の可能性を常に考慮に入れる必要があると考えた。

II. 特別講演

「免疫グロブリン異常症の診断と治療」

大蔵省印刷局東京病院院長

山口 潜 先生

Acta Medica et Biologica, submitted

1) 免疫グロブリン異常症研究のいとうち：乳癌患者に見られたM蛋白血症(1969)。数年後に overt myeloma になった(1976)。骨髄穿刺は数回施行、骨髄腫瘍細胞は10%に満たなかったにも拘らず、M蛋白量は高く治療に極めて抵抗性であった。

2) M蛋白検出のための4項目スクリーニング(1976以降)：最初3項目(Tp>10g/dl, TTT/ZTT の異常低値または解離、オーダーされた蛋白分画 PF)、その後、BJP を見逃さぬために尿アルブス/スルフォの解離を加えた4項目とした。

3) PF スクリーニング(1979)：尿ア/スを併用した際、血清全検体について PF スクリーニングを実施すれば骨髄腫を見落とすことは殆どない。

4) 骨髄腫の治療スケジュール——12年間に渉る76例の経験から：VEP 中心、必ず維持療法を行う。一過性治療は厳禁(1989)。

5) 骨髄腫と他の悪性腫瘍の合併(1980)：第22回日本臨床血液学会総会教育講演で、骨髄腫の11/43に悪性腫瘍の高頻度発生を報告、以後も多くの合併例を経験した。S状結腸→上行結腸→胃重複癌(胃体後壁および傍幽門部)と、次々に悪性腫瘍の発生を見、いずれも切除して生存中の明治40年生まれ男性を提示した。また、アミロイドーシスの合併例で急死を見ることがあり、注目すべきことも付言した。

討議

(問) BMG のなかから、どのくらいの率で MM へと移行(転化)するか？

(答) 先ず、BMG の判定基準が問題となるが、M蛋白以外の免疫グロブリン量の低下がなく、骨髄形質球の多少の増加を見ても異型性が全く認められないものを BMG と称する場合、10年前後の追跡で明瞭な骨髄腫に転化するものは1%に満たないと思う。

(問) MM と診断されても全く無治療で経過を観察されている例があるが、どのような場合に単なる経過観察が許されるか？

(答) M蛋白以外の免疫グロブリン量の低下が僅少で、M蛋白の量があまり多くなく(IgGκ-MM の場合、20%程度、定量値で3,000mg/dl程度)、全身症状が殆ど欠如し、骨破壊像や易感染性も見られない場合、経過観察にとどめた方がよいと思う。

(問) MM における癌の多発原因は？

(答) 原発性マクログロブリンミアで悪性腫瘍の合併頻度が高いことは昔からよく知られていた。癌の発生に免疫不全が関与していることも周知の事実であるのに、正常の免疫グロブリンの著減をみる骨髄腫で癌の発生頻度が低いという論文はあっても、高いという論文がほとんどなく、1980年私は両者の合併頻度が異常に高いことを強調したが、その後同様な所見の報告が相ついでなされた。

(問) IgM 骨髄腫はどう診断するか？

(答) IgM 骨髄腫については、私が紹介した IgM 骨髄腫(治療学 5: 841, 1980)を参照されたい。多量の IgM-M 蛋白の検出と、IgG, IgA の著減、骨髄における異形形質細胞の証明が必須と考えられる。私自身はまだ症例の経験はない。