

13 透析患者のバンコマイシン TDM

～1回 2g 投与した1症例～

田中 裕子・高山真理子・継田 雅美
 伊藤 敦子・笠巻 雅俊・山田 徹
 池田 忠雄・小田 明・勝山新一郎
 吉川 博子*・長谷川 尚**

新潟市民病院薬剤部
 同 感染症科*
 同 腎膠原病科**

透析患者において VCM TDM を行った。当院では透析患者に対して白鷺病院の投与方法を参考に TDM を行っている。

今回、体重 100kg 以上の症例で、維持量 20mg/kg に基づいた今までに経験したことのない 1 回 2g の投与を行った。半減期 94 時間より 7 日毎の投与を行い、報告通りの血中濃度が保たれ、改善傾向がみられた。しかし、頻度は減ったものの発熱は出現し、CRP の改善はなかった。そのため、血中濃度を高く維持する必要があると考え、投与間隔を短くし、透析 2 回に 1 回の間隔での投与方法に変更した。変更後、CRP は下がり、発熱の出現もなく改善がみられた。

透析患者においても、20mg/kg に基づいた投与が必要であり、重症例では投与量のみならず、投与間隔を短くすることも必要であると思われる。また、透析患者においても VCM TDM は大変重要であると考え。

II. 特別講演

「PK/PD に基づいた抗菌薬の使い方」

東京女子医科大学感染対策部
 感染症科 教授

戸塚 恭一

第 38 回新潟血液同好会

日時 平成 17 年 11 月 12 日 (土)
 午後 3 時～
 会場 ホテル新潟 3 階 阿賀

I. 一般演題

1 T-ALL の 1 症例

水野 祐子

県立がんセンター新潟病院検査科

症例は 18 歳、男性。

2004 年 8 月より感冒様症状を呈し、白血病の疑いにて、本院転院。

骨髄検査にて、ALL と診断。中型と小型の Blast が見られた。

細胞表面マーカー検査にて、CD2, 3, 5, 7 陽性。T-ALL と診断。

VEPA 療法が開始され、白血球数、Blast 数は順調に減少してきた。

11 月初旬から、末梢血で Blast の増加が認められ、Blast の表面マーカーは、CD33・CD34 陽性であった。骨髄系の Blast であると判断し、正常な Myeloblast の増加と考えた。しかし、Blast の増加は 2 週間継続し、また顔面麻痺も出現し、再入院となった。このときの Blast の表面マーカーは、骨髄・末梢血ともに T cell 系であった。しかし、骨髄での Blast の増加は 10 % 位であった。

【まとめ】

末梢型 T cell の Blast はモノトーンに増殖しているときは判定しやすいが、正常細胞中での僅かな増加は Myeloblast と ALL の Blast との区別が難しい。

客観的な判定方法として、表面マーカーが用いられるが、Blast の表面マーカーが正常細胞と同じ場合、表面マーカーでの判定も難しい。

今回の症例では、治療後、核網の硬い小型 Blast が残ったため、Blast 判定にたいへん苦労した。また、表面マーカーでも、末梢 T cell と同じ表面マ

ーカー (CD2+, CD3+) であったため、表面マーカーでは Blast の増減を追えなかった。

本症例は治療抵抗性であったため、非血縁骨髄移植が行われた。Day 14 には寛解となったが、その後再発し、永眠された。

2 細胞質内に巨大封入体を認めた AML の 1 症例

高橋 里子・山田 隆・山本 俊文
丸山 直子・川村 峰穂・佐藤 直子*
長岡赤十字病院検査部
同 血液内科*

【はじめに】今回、細胞質内に巨大封入体を認めた AML を経験したので、報告する。

症例は 27 歳、男性。既往歴、特になし。発熱と倦怠感があり、近医受診。血液検査で白血球増加及び貧血、軽度の血小板減少を認め、骨髄検査を施行。急性白血病が疑われたため、当院紹介入院となる。

【入院時検査所見】血液検査では WBC 10500/ μ l, RBC 279 万/ μ l, PLT 10.8 万/ μ l, 小型で N/C 比大の Blast 様細胞が 96% であった。生化学検査ではフェリチン, CRP が上昇していた。凝固検査では FDP 24.8 μ g/ml, D-D 9.0 μ g/ml と上昇が認められ、軽度の DIC が疑われた。

【骨髄所見】NCC 16.9 万/ μ l, MgK 15/ μ l. 大小様々な Blast 様細胞が 63% と大半を占め、その他顆粒球細胞への分化が認められた。特殊染色では MPO 染色 3% 以下, SBB 染色 (-), EST 染色 (-), Fe 染色 (-), PAS 染色 (-), ACP 染色 (-). 分化した一部の細胞に Auer 小体 (+). 細胞表面マーカーでは, CD2 75.8%, CD7 45.8%, CD13 72.2%, CD33 7.6%, CD34 87.6% であった。染色体検査では, 46,XY,del (1)(p34p36), del (7)(q22), del (13)(q12q14), add (14)(q32), add (16)(q22) [14 細胞中 12 細胞] /46,XY [14 細胞中 2 細胞] と複雑な核型が認められた。以上の骨髄所見より, FAB 分類 AML M0 と診断された。

【封入体細胞所見】巨大封入体は約 1% の細胞

に認められ、そのほとんどが Pro, Myelo などの分化した細胞であった。封入体の様子は様々であるが、細胞の分化段階によって変化しているように思われる。特殊染色では封入体は MPO 染色 (+), SBB 染色 (+), ナフトール ASD クロロアセテート EST 染色 (+), PAS 染色 (w+), Fe 染色 (-), ACP 染色 (-) であった。電子顕微鏡写真では封入体の認められる細胞には多数の高密度の一次顆粒が存在し、封入体は細胞によって様子は異なるが、ほとんどが高密度で二重構造をしていた。また、電顕 MPO も陽性であった。

【経過】治療は初め, IDA + AraC で寛解導入を試みたがうまくいかず、その後 PAME で再寛解導入を試み、現在部分寛解中である。今後, HLA 5/6 の母親からの allo PBSCT を予定している。10/20 時点での骨髄では、巨大封入体や Auer 小体は認められなかった。

【考察】今回認められた封入体は、電子顕微鏡写真で、大部分が二重構造を示し、MPO 染色 (+) で、形態が一次顆粒と類似している点などから、何らかの原因で一次顆粒が巨大化したものではないかと考えられた。

3 四肢皮下出血を主訴とした後天性血友病の 1 例

霜越 敏和・飲酒盃訓充・永井 孝一
県立中央病院血液内科

症例は 60 歳 男性

【主訴】両側前腕の皮下出血・腫脹・疼痛・熱感、左大腿の皮下出血・疼痛

【既往歴】胃潰瘍、高血圧、糖尿病

【嗜好歴】喫煙 30 本/日 × 38 年

【現病歴】H17/9/1 左大腿部疼痛と手指振戦が出現、9/2 右前腕の皮下出血・腫脹・疼痛が出現、9/3 左前腕も同様の症状が出現、同日近医を受診したが湿布で改善されないため、9月6日当科に紹介受診し、同日精査加療目的に入院した。

【検査所見】Hb 5.9g/dl, APTT 70.3 秒, PT-INR 1.07, 第Ⅷ因子活性 1%未満, 第Ⅷ因子 inhibitor 定量 31BU/ml, 自己抗体陰性。