

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、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/ μ l (blast 90%)、RBC 191 万/ μ l、Hb 6.9g/dl、Ht 20.6%、Plt 6.2 万/ μ l、骨髓：NCC 21.6 万/ μ l (blast 90.4%、形態上は M1)、Mgk 0 (-)/ μ l、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 85.0mg/dl、FDP 128.1 μ 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/ μ 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

HHV-8 陰性 PEL 患者の治療を経験したので報告する。

症例は 75 歳男性，糖尿病で他院に通院中。2002 年 9 月頃から，右胸水，体重増加，下腿浮腫を指摘されていた。2003 年 6 月 11 日，呼吸困難，悪心・嘔吐が出現，増悪したため，当院受診。胸部 CT では右胸腔は胸水で完全に満たされ，右肺の圧排と縦隔偏位を認めた。胸水細胞診では大型で CD20 陽性の異型細胞を多数認め，IgH と c-myc に遺伝子再構成を認めた。全身検索にて進行直腸癌を認め手術を拒否したため放置。胸水中の異型細胞は ICAM 陰性であり，直腸癌転移による胸水は否定された。CT，Ga シンチ上，他に病変を認めず，胸水原発の PEL と診断。胸水穿刺後，一時，胸水の再増加を認めなかった。ネフローゼ症候群，直腸癌があるため化学療法はせず，経過観察とした。その後，胸水の再増加と多量の腹水，心嚢水が新たに出現し，穿刺細胞診では，各々，悪性リンパ腫細胞を認めた。現在，穿刺の反復と少量の化学療法（VCR 1mg，CPA 200mg，sPSL 20mg）による治療を継続中。一般に PEL の予後は不良とされるが，体腔液の穿刺により寛解を得たという報告も散見され，本例でも穿刺排液を繰り返すことが生存につながっていると考えられた。

II 特別講演

「再生不良性貧血から MDS/AML への病型移行」

埼玉医科大学第一内科教授

別 所 正 美

第 241 回新潟循環器談話会

日 時 平成 16 年 12 月 4 日（土）
午後 3 時～6 時
会 場 新潟大学医学部
第五講義室

I. 一般演題

1 出血性胃潰瘍を合併した不安定狭心症の 1 例

小幡 裕明・渡部 裕・廣野 暁
畑田 勝治・伊藤 正洋・小玉 誠
相澤 義房

新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器学分野

症例は 71 歳男性，高血圧，高脂血症にて内服加療中。労作時の胸部圧迫感を訴え，当科を初診。運動負荷試験にて胸痛を伴う II，III，aVf，V2-5 の ST 上昇を認めたため，不安定狭心症の診断で緊急入院となった。

NTG 静注で症状は軽快。一方，入院直前からタール便を認めており，入院時検査で Hb 8.8g/dl と貧血を認めたため，抗凝固・抗血小板療法を行わず出血源の検索をすすめた。上部消化管内視鏡にて A2 stage の消化性潰瘍を認めたが活動性出血はなく，第 12 病日，心臓カテーテル検査を施行。RCA ≒ 390% (Tandem) # 4PD 90%，LAD # 6-7 75% (Diffuse)，LCX # 13 99% (TIMI grade 2) の 3 枝病変であった。Culprit と考えられた LAD は IVUS 上，石灰化主体の安定プラークであり，また，GEA をグラフトとして用いた場合，消化性潰瘍への悪影響が懸念されたため，胃潰瘍の改善をまって Staged PCI の方針とした。第 27 病日，RCA # 3 へ Stenting (Cypher 3.5 × 18mm, 3.5 × 23mm)，第 36 病日，LAD # 6-7 へ Stenting (Cypher 3.5 × 23mm, 3.5 × 18mm)，LCX # 13 へ POBA (Sprinter 2.0 × 20mm) を行い良好な拡張を得て退院とした。

本例の問題点として，①消化性潰瘍のある狭心