
 学 会 記 事

第 45 回新潟造血管腫瘍研究会

日 時 平成 15 年 3 月 7 日 (金)
午後 6 時 15 分～
会 場 新潟大学医学部
有壬記念館 2 階

I. 一 般 演 題
**1 自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) を併発した
血管免疫芽球性リンパ腫の一例**

有賀 諭生・今井 洋介・石黒 卓朗
張 高明・根本 啓一*・本間 慶一*
太田 玉紀*
新潟県立がんセンター新潟病院内科
同 病理部*

血管免疫芽球性リンパ腫 (以後 AILT) は高齢者に好発し, 急激な経過をたどる予後不良な aggressive lymphoma である。今回我々は, 全身倦怠感, 全身のリンパ節腫脹にて発症し, 自己免疫性溶血性貧血 (以後 AIHA) を合併した AILT の一例を経験したので報告する。

症例は, 54 歳女性, 平成 14 年 10 月発症。近医にて診断中, 12 月 4 日突然の貧血 (Hb 6.4) が出現, 血球貪食症候群の合併を疑い, 12 月 5 日当科紹介入院。同日よりステロイドパルス療法を施行。間接ビリルビンの上昇, クロスマッチで全ての不規則抗体陽性, 直接・間接クームス試験陽性のため, 本症例の貧血は血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫による続発性 AIHA と考えられた。

診断確定日より CHOP 療法を開始し, 3 コースを終了した現在, 全ての症状は消失した。AILT に対する標準的な治療は確立していないが, 1st line での造血幹細胞移植を併用した治療がその生命予後の改善に期待されている。

2 心タンポナーデで発症した primary effusion lymphoma (PEL) の一例

池田 春夫・野本 優二・新国 公司
高井 和江・真田 雅好

新潟市民病院内科

症例は HIV 陰性の 75 歳男性。呼吸困難と全身の浮腫を主訴に来院した。既往歴, 家族歴は特記なし。

胸部 X 線にて心拡大と多量の両側胸水を認め, 心エコー, CT にて心嚢液の貯留を確認し, 心タンポナーデの診断にて入院した。心嚢液細胞診にて diffuse large B cell type lymphoma と診断 (細胞表面抗原は CD19, CD20, CD25 が陽性)。染色体分析は検索できていないが, サザンブロット法にて c-myc 遺伝子の再構成は認められなかった。身体所見, 画像診断上, 体表, 体腔内のリンパ節の腫脹はなくいわゆる primary effusion lymphoma と考えられた。

検査では LDH 軽度上昇, 軽度腎障害を認めた。可溶性 IL-2 レセプターは 757d/ml と上昇は軽度であった。Virological としては HIV, HCV, HBsAg, EBV, HHV-8 いずれも陰性であった。PEL は HIV 感染者をはじめとする免疫不全患者にカポジ肉腫関連ヘルペスウイルス (Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus = HHV-8) が感染することによる高悪性度 B 細胞性リンパ腫とされており, 本例は典型的な PEL とは様相が異なった。治療としてはリンパ腫の治療に順じ T-COP を施行したところ速やかな心嚢液の減少を認め, 完全寛解が得られ現在も再発なく経過している。

本症例は検査, 経過より典型的な PEL とも Burkitt リンパ腫における primary lymphomatous effusion (pLE) とも相違点のある稀な症例と考えられるので報告する。