

認めため、当科へ転科。両側頸部および腋窩のリンパ節腫脹を認め、骨髄中には、小型の空胞を有する大型異型細胞が瀰漫性に増殖していた。EBER-1は陰性であった。右頸部リンパ節を生検し、その組織所見より Burkitt's Lymphoma が最も疑われたが、その後、染色体検査を検討すると、c-myc 転座が認められないこと、bcl-2が陽性であることより、Working Formulation 分類での small noncleaved cell lymphoma, non-Burkitt's type, と診断された。やや dose を抑えた EPOCH 療法を2コース行い、一時は13,167に達した LDH は287まで低下、リンパ節、膀胱内の病巣も、肉眼的には CR に到達した。1コース目は大きな合併症なく終了したが、2コース終了後に敗血症を生じた。

その後、状態改善し、退院間近であったが、大量の卵豆腐を誤嚥し他界された。

剖検所見上、肉眼的には、膀胱内腫瘍およびリンパ節の腫脹は消失していたが、膀胱粘膜下～周辺脂肪組織に中型の lymphoma cells の瀰漫性浸潤を認めた。治療後も、病巣の主座は膀胱であり、病理学的にも膀胱原発と考えられた。膀胱原発の高悪性度悪性リンパ腫の報告は、本邦では初めてである。

2) 特異な進展形式を認めた胃 MALT リンパ腫 — Helicobacter pylori 陰性例 —

桃井 明仁・永井 孝一(県立中央病院)  
阿部 惇・村川 英三(内科)  
長谷川正樹・小山 高宣(同 外科)  
酒井 剛・関谷 政雄(同 病理検査科)

今回、特異な進展形式を認めた H. pylori 陰性胃 MALT リンパ腫を経験したので報告する。【症例】49才、女性。1998年、胃内視鏡上びらん性胃炎にて紹介。

【胃内視鏡所見】胃体上部大弯に出血を伴うびらんを認め、前壁に不整形潰瘍あり。明らかな腫瘤形成は認めなかった。生検で MALT type lymphoma の診断。胃粘膜の培養および病理組織では H. pylori は検出せず。

【経過】1998年12月8日、spleno-total gastrectomy, Roux en-Y 施行。切除標本では、大弯の粘膜ヒダの軽度腫大を認めるも、浸潤範囲は特定できなかった。病理組織学的に、小～中型の monocytoid B cell を主体としたリンパ球と形質細胞の粘膜下層を中心とした腫瘍性の増殖を、大弯を中心に胃全体に認め、脈管浸潤も著明であった。腫瘍は漿膜下に及び、数層の腫瘍細胞が漿膜を裏打ちするかのように増殖していたが、漿膜外へ

の浸潤は確認できなかった。病理診断は、low-grade B cell, MALT type lymphoma, se, inf-gamma, int, ly 3, v2, ow (-), aw (+), spleen meta (-), lymph node meta (-)。【考察】胃原発 MALT リンパ腫では、H. pylori 陽性例の除菌療法の有効性が注目されている。しかし、除菌療法の選択は、本例のように明らかな腫瘤を認識できない場合でも著明な脈管浸潤と漿膜浸潤を認める例を経験すると、慎重にならざるを得ない。

3) 非定型的進展様式を示す悪性リンパ腫を発生した寒冷凝集素症の1例

真田 雅好・三井田 博(新潟市民病院)  
阿部 崇・高井 和江(内科)  
渋谷 宏行(同 病理)

【症例】38歳の男。【主訴】寒冷時の指趾のしびれ、冷感、変色。赤色尿。

【現病歴】1989年10月、冷凍庫に入ったり寒冷にさらされたときに指趾の冷感、しびれ、変色がおこるようになり、その後尿が赤くなった。小針病院で溶血性貧血を疑われ、1990年2月当院を紹介受診した。【現症】肝脾腫やリンパ節腫大はなく、貧血、黄疸もない。【検査成績】RBC 310, Ht 10.7, WBC 6400 (分画正), PLT 36.7, Retics 9.9%, LDH 1814, Tbil 1.5 (直 0.4), TP 6.9 (γ 14.8), IgG 965, IgA 146, IgM 627, 骨髄: NCC 57.7, M/E 0.57, IEP: IgM-κ, B-J κ, Coombs' test di (anti-C+), indi (-), Donath-Land (-), Ham's (-), cryogl (+), haptogl <12, CHA: ×409600, anti-I, IgM-κ, active at 24℃, 腹部エコー np。

【臨床経過】以上より特発性寒冷凝集素症と診断し、保温に注意し薬物は投与せず経過観察とした。1996年8月末より動悸、息切れ、食欲不振が強くなり、9月 Hb 2.2で入院。一般検査成績は初診時と変わらず(血液像で leukoerythroblastosis あり)。IL-2 3200, 腹部エコー脾腫(+) パルボ B19 IgG(+), IgM(-), Ga シンチ np, CHA ×496000, 骨髄: dry tap, 46, XY, 生検で LCA+, L26弱陽性, UCHL-1 (-) の小～中型の lymphoid cell の巣状増殖あり。reticulin fibrosis (+)。悪性リンパ腫が疑われたが、まず輸血とステロイド投与した。これにより IL-2 は低下し、骨髄は再び穿刺可能となり erythroid hyperplasia を示した。