

1997年2月頸部リンパ節が腫脹し、IL-2も著増した。生検で diffuse large cell (B) lymphoma の診断が確定し、骨髄生検でも同様の細胞がシート状に増殖していた。T-COP 療法ではじめリンパ節は著明に縮小したが、5サイクル目には再腫大をしめし、以後 MICVEC、PBSCT 併用大量化学療法を行うも効果なく、死亡した。

【考察】本例は寒冷凝集素症と診断7年後に、汎血球減少 (leukoerythroblastosis) とともに骨髄に小～中型リンパ球様細胞の巣状増殖 (L26陽性) がみられたが、リンパ節の腫大はなかった。その5ヶ月後にリンパ節腫脹がみられ、生検で悪性リンパ腫の診断が確定したが、このとき骨髄はリンパ節と同様の表面形質を持つリンパ腫細胞で占められていた。悪性リンパ腫と自己免疫性溶血性貧血の合併は稀ではないが、寒冷凝集素症との合併報告例は少ない。新津らは本邦の文献報告例を調べたところ1996年までにわずか12例であると報告している (臨床血液38巻7号)。CHA は anti-I, IgM-κ が多く、T, B細胞性に片寄はない。寒冷凝集素症に合併した悪性リンパ腫は一般に予後不良といわれ、本例も短期間に死の転帰をとった。

#### 4) 重篤な呼吸不全と多発性大腸潰瘍を合併した MDS (RAEB) の1例

片岡 哲・小川 淳 (県立がんセンター)  
浅見 恵子 (新潟病院小児科)

【症例】14歳女児。平成10年6月12日貧血、血小板減少を主訴に当科入院した。身体所見は軽度貧血のみであり、検査所見は軽度の貧血、血小板減少、LDH 増加などを認めた。骨髄では異型細胞を5.6%認め、顆粒球系に脱顆粒を認め、赤芽球系に多核赤芽球や Megaloblastic change を伴っていた。複雑な染色体異常を6/20個認めた。以上より MDS (RAEB) と診断し、外来にて無治療で経過観察をした。

平成10年8月7日、発熱、口腔内潰瘍が出現し再入院。各種抗生剤にて症状は改善せず、レ線上重症肺炎像を示す呼吸不全が出現したが、ステロイドパルス療法によって症状は改善した。ステロイド中止後再び発熱、呼吸不全が出現し、麻痺性イレウスも併発したが、パルス療法再開にて症状はともに改善した。大腸内視鏡で結腸全体に多発性潰瘍を認め、生検では異型細胞の浸潤や特異的

化学療法に反応がなく AML へ移行し、イレウス症

状が再燃した。シクロスポリンを併用したが発熱が持続しイレウス症状も消失しなかった。平成10年11月7日、非血縁者間臍帯血移植を施行したが、肺炎、肺出血にて死亡した。剖検で高度の出血を伴った肺炎像と、終末回腸から大腸全体に及ぶ多発潰瘍と上行結腸に穿孔を認めた。剖検上、白血病細胞を骨髄に認めたが、他組織に浸潤を認めなかった。

【考察】Enright らは221例の MDS 患者のうち、30例に自己免疫症状の発現と血清学的免疫異常を認め、ステロイドを中心とした免疫抑制療法に反応がみられ、一部に血液学的な改善を認めたと報告している。その他、MDS に肺症状を合併する報告例や、MDS に大腸潰瘍を合併する報告例は、ほとんどがステロイド反応性であった。今回の症例も、多彩な症状は MDS が関与していたものと推測された。

#### 5) 真菌性心外膜炎合併後3rd relapse refractory ALL に対して allo-PBSCT を施行し約10ヵ月間寛解状態を維持した1例

関 義信・矢野 雅彦  
鈴木 訓充・佐藤 直明  
青木 定夫・布施 一郎 (新潟大学)  
相澤 義房 (第一内科)  
橋本 誠雄・古川 達雄 (同 高密度無菌治療部)  
小池 正 (同 輸血部)

成人急性リンパ性白血病 (ALL) の治療抵抗症例はその治療に苦慮する。今回私達は寛解導入療法後に真菌性心外膜炎を合併した3rd relapse refractory ALL に対して allo-PBSCT を施行し、約10ヵ月間寛解状態を維持した症例を経験した。患者:25歳 (発症時23歳)、男性。既往歴、家族歴:特記事項なし。現病歴:1996年6月発症の ALL。こばり病院入院。発症時、WBC 8600 (L-b1 86%, ly 14%), POX (-), Surface marker CD10+, 19+, 34+, DR+。L2と診断され、寛解導入療法として DVP を6コース施行後 CR。その間、真菌感染によると考えられる心嚢液貯留及び心嚢気腫を合併した。9月、地固め療法として AdVEMP 2 コース施行後、blast を6.2%認め1st relapse と判断。直ちに DVP 療法を開始、2コース終了後当科へ転院した。転院後 DVP を7コース施行され2nd CR。この間、constrictive pericarditis によると思われる右心不全徴候を認め、1997年3月7日当院第二外科で pericardectomy を施行した。手術後経過は順調。4

月から VCR, L-Asp, PSL を 4 コース, MTX (中等量+大量) を 4 コース施行した. 7 月に当科を退院, 外来で weekly MTX を施行された. 8 月下旬 BM で blast を 20~30% 認め 2nd relapse と判断. こばり病院に入院し THP-VP を 4 コース施行したが無効, MIT, VDS, L-Asp を 3 コース施行後 11 月, BM の blast は 2.0%.

refractoty ALL の治療目的で当科に再入院した. 入院時身体所見では前胸部に開心手術斑痕の他は異常を認めなかった. 入院時検査成績は化学療法後のためと思われる軽度骨髄抑制以外異常を認めなかった. 入院後 MEC 療法後に再発 (3rd relapse), DVP+L-Asp, CY+low dose AraC の化学療法を施行したが無効, refractory ALL と判断した. 患者本人が社会復帰を第一とする強い希望を持っていたこと, 心ブールシンチで LVEF48% の予備能を確認できたことから HLA complete match の兄をドナーとして PBSCT を施行した. コンディショニングは TBI 12 Gy (先行), AraC 5.2 g $\times$ 3, ETP 1.8 g $\times$ 2. GVHD 予防は short term MTX, CsA, VOD 予防は heparin 持続 div. 移植 CD34 陽性細胞数は 7.05 $\times$ 10<sup>6</sup>/kg であった. 移植後, 1 度の GVHD を認めたが重症感染症は認めなかった. BM の STR では complete donor band. 退院後 DLT を外来で 2 回施行した. 本症例は残念ながら 10 カ月後の 1999 年 2 月に再発, 肺出血で死亡した. 急性白血病の治療抵抗例は, 各々の症例での合併症, 患者の意志等が考慮されるが, その後の治療に大変苦慮する. allo-PBSCT は, GVHD 等移植関連合併症の発症が大きな問題であるが, 本症例のように一時的にしろ社会復帰の可能性も有しており, 患者の意志が確認された場合治療選択肢の 1 つに加えられるものと考えられた.

#### 6) 中等量 Ara-C を中心とする強力治療を組み込むことで, 短期間での治療終了をめざした AML 治療の試み

藤原 正博・曾我 謙臣 (長岡赤十字病院)  
黒川 和泉 (内科)

【目的】AML の完全寛解率は 70~80% であるが, 依然として再発が多く, 無病生存率は 30~40% である. 治療成績向上のために欧米では大量 Ara-C 療法が行なわれ, その有用性が認められているが, 中枢神経系毒性などの副作用が問題となり, また日本では保険診療上

の制約もある. さらに治療をいつまで続けるかについてはコンセンサスが得られていない. 今回患者の QOL を考慮して, 中等量 Ara-C を中心とする強力治療を組み込むことで, 短期間での治療終了をめざした AML の治療を行なった.

【対象および方法】平成 4 年 6 月から 9 年 12 月までの間に当科に入院した 70 歳以下の患者 17 例 (男性 5 例, 女性 12 例) を対象とした. 年齢は 26~65 歳 (中央値 50 歳), FAB 分類では M1 3 例, M2 8 例, M3 4 例, M5a 2 例であった. 治療は BHAC-DMP 療法 10~14 日間 (ただし APL の場合は ATRA を使用) による寛解導入療法の後, 再度 BHAC-DMP (10 日間) あるいは IDR+Ara-C による 1 回目の地固めの療法, PAME (PSL, 中等量 Ara-C, Mitoxantron, VP16 の 4 剤併用) による 2 回目の地固め療法を施行, その後暫く休薬して寛解後 1 年位後に再度 PAME による強化療法を行ない, 以後は uvenimex を投与して外来 follow up とした.

【結果】完全寛解率は 82.4% (14/17) であった. 3 例は半年以内に再発, 地固め療法および強化療法中に 5 例が死亡した. 死因は脳出血 (3 例), 敗血症 (1 例), 心筋炎 (1 例) であった. 強化療法までの治療を終了した 6 例は全例無病生存中で, 完全寛解例の EFS は 43% であった.

【考案】今後は, 発症時既に治療抵抗性となっている症例, およびいったん寛解となってもすぐに再発する症例に対する治療をどうするかということ, 化学療法中の死亡, 特に脳出血をどう防ぐかということが, 重要な課題となると思われる.