

第117回 近畿血液学地方会  
ご案内在中

# 第113回 近畿血液学地方会

## Web 開催

日 時 2022年6月4日 (土)

会 長 井 上 雅 美

大阪母子医療センター 血液・腫瘍科  
〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840  
TEL 0725-56-1220



# 近畿血液学地方会

## 名誉会員

松久孝博郎 央夫雄篤理男毅  
 昭昌幸政和雅忠 延  
 熊丸田橋寛 川場内尾口沢  
 大金笹高田椿中馬堀松山米  
 義克彦幸行治一男郎徹進郎  
 真 幸隆孝俊謙充四 彌太  
 岡山村橋窪置井村田岡谷田  
 今陰北高田玉永中細正満吉  
 生朗夫夫豊史親俊秀郎文章吉  
 達俊照治 雅尚龍佳次武 隆  
 部斐谷山橋脇前畑山田尾岡  
 阿甲木杉高谷堂中藤前松吉寮

## 功労会員

信彦夫之照史子博子郎潔夫一隆  
 孝三康義義博真忠朝志 英信  
 中田原田中山口尾井山川 澤本  
 今内大倉小高塚椿永中西林三山  
 彦夫巧一敏裕一昭郎裕晃雄幸弘正  
 康成 誠昌俊陽忠哲 邦直 道  
 本京本川前馬 田井野尾 尾野田  
 稲右榎北神相巽津中中西林丸山米  
 夫人造孟純謙二一夫夫史史志児吉  
 俊憲吉 英儀昭督輝直隆玲孝  
 東尾角城山廣 野田島須住井下本  
 伊岩江大久末巽辻富中那根待森山

## 評 議 員 (50音順)

2022年4月1日現在

赤坂尚司	天理よろづ相談所病院 血液内科	稲葉亨	京都府立医大 臨床検査部
芦田隆司	近畿大 血液・膠原病内科	井上信正	船員保険大阪健康管理センター 内科
芦原英司	京都薬科大 病態生理学分野	井上雅美	大阪母子医療センター 血液・腫瘍科
足立壮一	京都大 臨床研究開発学	今田和典	大阪赤十字病院 血液内科
足立陽子	神戸中央病院 内科	岩井俊樹	京都第一赤十字病院 血液内科・輸血部
尼川龍一	日本バプテスト病院 血液内科	岩崎剛	恵生会病院
天野逸人	奈良県立医大 呼吸器・アレルギー・血液内科	上田周二	兵庫県立西宮病院 血液内科
新井康之	京都大附属病院 検査部・細胞療法センター	魚嶋伸彦	京都第二赤十字病院 血液内科
有馬靖佳	神鋼記念病院 血液内科	内山人二	京都第一赤十字病院 血液内科
安齋尚之	高槻赤十字病院 血液腫瘍内科	浦瀬文明	和泉市立総合医療センター 血液内科
安藤朗	滋賀医大 内科	大江与喜子	上ヶ原病院
池亀和博	兵庫医大 血液内科	大杉夕子	兵庫医大 血液内科
石井一慶	関西医大 第一内科	太田健介	血液内科太田クリニック 心齋橋
石井秀始	大阪大 疾患データサイエンス学	太田忠信	生長会府中病院 血液内科
石川淳之	大阪国際がんセンター 血液内科	大野辰治	滋賀県赤十字血液センター 血液内科
石川隆之	神戸市立医療センター 中央市民病院 血液内科	大野仁嗣	天理よろづ相談所病院 血液内科
伊藤量基	関西医大附属病院 血液腫瘍内科	岡芳弘	大阪大 癌幹細胞制御学 寄附講座
伊藤満	京都市立病院 血液内科	岡崎俊朗	北摂総合病院 血液内科

岡田清孝	近畿大 医学基盤教育部門	高橋良一	近江八幡市立総合医療センター 血液内科
岡田昌也	兵庫医大 血液内科	武弘典	市立豊中病院 内科
岡村篤夫	加古川中央市民病院 腫瘍血液・内科	竹岡友晴	大津赤十字病院 血液免疫内科
岡本隆弘	なにわローランド	武山雅博	奈良県立医大 小児科
小川啓恭	大阪暁明館病院 血液内科	田嶋健一郎	青樹会病院 内科
尾路祐介	大阪大 免疫造血制御学	辰巳陽一	近畿大 血液・膠原病内科
織谷健司	国際医療福祉大 血液内科	田中一巨	石切生喜病院 血液腫瘍内科
柏木浩和	大阪大 輸血部	田中宏和	近畿大 血液・膠原病内科
桂田達也	武田総合病院 血液病センター	田辺哲	美杉会佐藤病院 内科
金倉讓	住友病院	田端理英	済生会野江病院 血液・リウマチ内科
兼子裕人	愛生会山科病院 血液内科	辻將公	大津赤十字病院 血液免疫内科
烏野隆博	りんくう総合医療センター 血液内科	坪井昭博	大阪大 癌ワクチン療法学
川上学	日本生命病院 血液・化学療法内科	寺田芳樹	朋愛病院 血液内科
川西一信	かわにしクリニック 内科	土井章一	ライフ・イン診療所
河野誠司	神戸大 総合臨床教育センター	徳嶺進洋	市立伊丹病院 血液内科
川端浩	京都医療センター 血液内科	富永信彦	市立吹田市民病院 血液内科
諫田淳也	京都大 血液・腫瘍内科学	富山佳昭	上ヶ原病院
神野正敏	聖マリアンナ医大 横浜市西部病院 血液内科	中尾隆文	大阪市立総合医療センター 血液内科
北尾章人	神戸大附属病院 腫瘍・血液内科	中尾吉孝	大阪公立大 臨床腫瘍学
金義浩	第二大阪警察病院 内科	中川雅史	大阪府急性期総合医療センター 血液・化学療法内科
倉恒弘彦	株式会社 FMCC	中根孝彦	大阪公立大 血液腫瘍制御学
黒田純也	京都府立医大 血液内科	中前博久	大阪公立大 血液腫瘍制御学
小杉智裕	市立豊中病院 血液内科	中峯寛和	日本バプテスト病院 中央検査部 病理
小林勝康	京都第二赤十字病院 血液内科	中山聖子	近畿大 血液・膠原病内科
西郷勝	姫路獨協大 看護学部	西浦哲雄	市立芦屋病院 内科
阪本親彦	寺元記念病院 内科	西田一弘	京都府立医大 血液・腫瘍内科
佐竹敦志	関西医大 第一内科	西村純一	大阪大 血液・腫瘍内科
佐野徹明	さの内科医院	直川匡晴	日赤和歌山医療センター 血液内科
澤田明久	大阪母子医療センター 血液・腫瘍科	野上恵嗣	奈良県立医大 小児科
柴野賢	堺市立総合医療センター 内科統括	野村昌作	関西医大 第一内科
柴山浩彦	大阪医療センター 血液内科	朴勤植	大阪公立大 血液内科
嶋緑倫	奈良県立医大 血栓止血医薬生物学	橋本孝二	はしもと内科クリニック
嶋崎明美	姫路医療センター 内科	長谷川稔	長谷川内科
島崎千尋	京都鞍馬口医療センター 血液内科	初瀬真弓	京都鞍馬口医療センター 血液内科
嶋田高広	近畿大奈良病院 血液内科	花本仁	近畿大奈良病院 血液内科
志村和穂	愛生会山科病院 内科	日笠聡	兵庫医大 血液内科
杉山裕之	済生会茨木病院 血液内科	日野雅之	大阪公立大 血液腫瘍制御学
園木孝志	和歌山県立医大 血液内科	平位秀世	東京薬科大 幹細胞制御学
高井豊	神戸リハビリテーション病院 内科	平井学	四天王寺病院 血液内科
高折晃史	京都大 血液・腫瘍内科	平松靖史	姫野赤十字病院 第一血液・腫瘍内科
高塚広行	尼崎中央病院 血液内科	藤本正博	美杉会男山病院 内科

藤盛好啓	上ヶ原病院 血液内科	宮原裕子	京都市立病院 血液内科
保仙直毅	大阪大 血液・腫瘍内科	麥谷安津子	生長会府中病院 血液疾患センター
堀利行	立命館大 病態細胞生物学	村頭智	長浜市立湖北病院 内科
堀池重夫	京都府赤十字血液センター	村山徹	兵庫県立がんセンター 血液内科
前川平	京都府保健環境研究所	森眞一郎	石切生喜病院 血液内科
前田哲生	市立吹田市市民病院 血液内科	森井武志	藤和会藤村病院
前田裕弘	大阪南医療センター 血液内科	森田泰慶	近畿大 血液・膠原病内科
松井利充	西脇市立西脇病院	八木秀男	奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科
松下章子	赤穂中央病院	薬師神公和	神戸大 腫瘍・血液内科
松田光弘	PL 病院 血液内科	矢部博樹	赤穂中央病院
松梨達郎	市立東大阪医療センター 血液内科 総合診療科	山上保	第二大阪警察病院 血液内科
松村到	近畿大 血液・膠原病内科	山下浩平	京都大 血液・腫瘍内科
松本雅則	奈良県立医大 輸血部	山根孝久	大阪市立総合医療センター 血液内科
松本洋典	京都第一赤十字病院 血液内科	山本克也	神戸大 腫瘍・血液内科
三浦康生	藤田医大 輸血細胞治療科	横田昇平	藤谷医院
三澤眞人	赤穂中央病院 内科	横田貴史	大阪国際がんセンター 血液内科
水木満佐央	大阪大 化学療法部	吉田均	大阪南医療センター 血液内科
水谷肇	水谷クリニック	吉原哲	兵庫医大 輸血・細胞治療学
三井秀紀	大手前病院 血液内科	和田勝也	松下記念病院 血液科
宮武淳一	城山病院 血液内科		

(計 157 名)

## 幹 事

(編集幹事)	嶋 緑 倫	松 村 到
(会計幹事)	園 木 孝 志	日 野 雅 之
(庶務幹事)	野 村 昌 作	高 折 晃 史
(監 事)	黒 田 純 也	保 仙 直 毅
(顧問)	金 倉 讓	小 川 啓 恭

## 事 務 局

大阪大学大学院医学系研究科 血液・腫瘍内科学

電話(06)6879-3871 / FAX(06)6879-3879

E-mail kinketsu@bldon.med.osaka-u.ac.jp

(注)迷惑メールの発信源となり得るプロバイダからのメール(hotmailなどのフリーメール)は受信できない可能性があります。事務局より返信のない場合は、メール以外の方法で再度のご連絡をお願い致します。



# 第113回近畿血液学地方会

## プログラム





## 第 113 回近畿血液学地方会開催にあたって

会長 井上 雅 美

大阪母子医療センター血液・腫瘍科 特任部長

初夏の候、近畿血液学地方会会員の皆様には益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。この度、伝統ある近畿血液学地方会の第113回会長を拜命し、身に余る光栄とともに責任の重さを痛感しております。

第113回近畿血液学地方会は、もともと令和2年6月27日(土)、大阪大学医学部構内銀杏会館で開催すべく計画しておりましたが、新型コロナウイルス感染拡大のため開催を断念せざるを得なかったことについて、再度お詫び申し上げます。

この度、関係の皆様のご厚意により第113回近畿血液学地方会をあらためて開催する機会を与えて頂いたことに、心より感謝申し上げます。千里サイエンスセンターにおいて現地開催すべく準備を進めておりましたが、新型コロナウイルス第6波は収束する気配なく、第7波が取り沙汰される状況を考慮して、完全 web 形式での開催を決断致しました。会員の皆様に一堂に会して頂き、顔を合わせての議論・意見交換を楽しみにしておりました。開催形式の変更は苦渋の決断であることをご理解ご容赦賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

一般演題に41題応募頂きました。このうち15題は研修医発表です。血液学を志す若手医師の元気溢れる発表を楽しみにしております。座長を快く引き受けて頂いた先生方、有り難うございます。何卒よろしくお願い申し上げます。

午後の部は、恒例のランチオンセミナー、特別講演、4つの招請講演を予定しております。ランチオンセミナーは京都大学の錦織 桃子先生より「マントル細胞リンパ腫の病態と治療」についてご講演いただきます。特別講演は近畿大学の口分田 貴裕先生より「CLL 診療の現状と展望」と題してお話しいたします。招請講演1は京都大学の新井 康之先生に「*FLT3* 遺伝子変異 AML における現在と未来のトリセツ」について、招請講演2は済生会滋賀県病院の北村 憲一先生に「当院における高齢者 AML に対する Venetoclax + Azacitidine 療法の実際」について、招請講演3は兵庫医科大学の池亀 和博先生に「間葉系幹細胞 (MSC) による GVHD 治療と最近の話題」について、招請講演4は近畿大学の松村 到先生に「CML 治療の現状と今後」についてご講演いただきます。いずれも最新のトピックスです。会員の皆様におかれましては、この機会を逃さず聴講賜りますようお願い申し上げます。

末筆ながら、本会開催に際してご指導ご支援賜った皆様に厚くお礼申し上げます。



# お 知 ら せ

**参 加 条 件**：発表者、共同発表者のうち一人は近畿血液学会会員であることとする。

**口 演 時 間**：一般演題は6分、討論2分です。時間厳守して下さい。

**発 表 形 式**：web 会議システム「Zoom」を用いた web 開催とします。

座長、演者の先生は、次ページの「座長、演者へのご案内」をご参照ください。

発表についてご不明な点がある場合は、事務局までお問い合わせ下さい。

**参 加 費**：事前参加登録制。

評議員 2,000 円、一般会員・非会員 1,500 円

初期研修医、学生は年会費・参加費無料

**年 会 費**：年会費 1,500 円

平成 30 年から地方会年会費は日本血液学会の年会費に含まれているため、

地方会年会費を別途納入する必要はありません。なお、非日本血液学会会員で、学生、初期研修医以外の方が筆頭演者として発表される場合は、年会費 1,500 円をお支払いください。

なお、評議員・一般会員とも連続2年間会費未納の場合、3年目から名簿から氏名を削除される場合がありますのでご注意ください。

**評 議 員 会**：12：10～12：30

事前に出席を確認し、出席者には評議員会専用の URL を発行します。

**次 期 会 長**：神戸市立医療センター中央市民病院 副院長／血液内科 部長

石 川 隆 之

**お 願 い**：ご所属、ご住所等が変更になった場合は、学会事務局までご通知下さい。

近畿血液学地方会 事務局

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2

大阪大学大学院医学系研究科 血液・腫瘍内科学内

TEL：06-6879-3871 / FAX：06-6879-3879

mail：kinketsu@bldon.med.osaka-u.ac.jp

## ■初期研修医 優秀演題表彰について

15：55 より初期研修医優秀発表演題の受賞者を発表します。

受賞者には後日、賞状と記念品を郵送致します。

\*\*\*\*\*

## 第117回近畿血液学地方会講演抄録集原稿について

演題募集が電子メールにての登録となっております。詳細につきましては巻末の「第117回近畿血液学地方会 ご案内」をご覧ください。

\*\*\*\*\*

# 一般参加者（視聴者）、座長、演者 当日のご案内

## 参加者へのご案内

### ■視聴について

- ①全講演は「Zoom」を用いて開催されます。視聴される PC 等のデバイスに「Zoom」をダウンロードいただく必要があります。
  - ②ご視聴にはインターネット回線が必要です。回線環境が安定した場所でご視聴いただくことを推奨しております。
  - ③プログラムは時間通りの開催です。後日のオンデマンド配信はございません。
  - ④各セッションへのご入室は5分前から可能です。セッション終了後はご退出下さい。
  - ⑤発表に対し質問がある場合は、「チャット」「Q & A」機能を利用したテキスト質問。と「手を挙げる」機能を利用して音声で質問が可能です。質問の採択は座長に一任いただきます。
- ※「手を挙げる」機能を利用し座長から指名された場合、オペレーターが先生に対して音声発言の承認依頼をいたします。「承認」を許可いただいたのち、ご発言が可能となります。

## 演者へのご案内

### ■当日について

- ①事前にお知らせする発表セッションの URL へ、セッション開始の30分前にご入室下さい。オペレーターが先生のマイク音声とカメラ映像等のチェックをいたします。  
セッション開始までは待機をお願いしますが、他セッションを視聴される場合は、開始までにはお戻りください。（視聴用デバイスを別にご用意いただくことを推奨しております）
- ②事前にご提出された発表スライドの配信後、2分間の質疑時間となります。開始時、スライド配信中、質疑時のカメラとマイクを ON/OFF は先生ご自身の操作となりますのでご注意ください。
- ③発表終了後はカメラとマイクを OFF にし、セッションが終了するまで待機下さい。

## 座長へのご案内

### ■当日について

- ①20分前までに事前にお送りするセッション URL へご入室下さい。オペレーターがマイクとカメラのチェックをいたします。
- ②チェック終了後は、開始まで待機下さい。前のセッションを視聴される場合はお時間までにお戻りください。（視聴用デバイスを別にご用意いただくことを推奨しております）
- ③お時間になりましたらアナウンスが入りますのでセッションを開始ください。
- ④視聴者は、「チャット」「Q & A」機能を利用したテキスト質問と、「手を挙げる」機能を利用して音声での発言の意思表示をすることができます。採択は先生にご一任いたします。  
参加者の挙手は、画面下部の「参加者」ボタンより、確認いただけます。

問合せ先)

第113回近畿血液学地方会 運営事務局

(福田商店広告部/学会事業部内) 担当：植村

Tel.:06-6941-5622 (平日9時～17時30分まで。土日祝は休み)

Mail: 113kinketsu@adfukuda.jp

# 進 行 表

	第 1 会場	第 2 会場
午 前 の 部	8:50～8:55 開会の挨拶	
	9:00～9:40 リンパ腫1 (No.1～5) 9:45～10:25 リンパ腫2 (No.6～10) 10:30～11:10 リンパ腫3 (No.11～15) 11:15～12:03 COVID-19・止血障害 (No.16～21)	9:00～9:48 白血病1 (No.22～27) 9:53～10:41 白血病2 (No.28～33) 10:46～11:18 EBV・感染症 (No.34～37) 11:23～11:55 AYA・PNH・WM・CGD (No.38～41)
	12:03～12:30 休憩	12:10～12:30 評議員会
午 後 の 部	12:30～13:30 (第1会場) <b>ランチオンセミナー / 共催：ヤンセンファーマ株式会社</b> 「マントル細胞リンパ腫の病態と治療」 座長：大阪国際がんセンター 副院長 石川 淳 演者：京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学 講師 錦 織 桃 子	
	13:35～14:25 (第1会場) <b>特別講演 / 共催：アストラゼネカ株式会社</b> 「CLL 診療の現状と展望」 座長：大阪赤十字病院 副院長兼血液内科 主任部長 今田 和典 演者：近畿大学医学部 血液・膠原病内科 医学部講師 口分田 貴裕	
	14:30～15:10 (第1会場) <b>招請講演 1 / 共催：アステラス製薬株式会社</b> 「FLT3 遺伝子変異 AML における現在と未来のトリセツ」 座長：りんくう総合医療センター 副院長兼血液内科 主任部長 烏野 隆博 演者：京都大学医学部附属病院 血液内科・検査部・細胞療法センター 病院講師 新井 康之	
	14:30～15:10 (第2会場) <b>招請講演 2 / 共催：アヴィ合同会社</b> 「当院における高齢者 AML に対する Venetoclax + Azacitidine 療法の実際」 座長：姫路赤十字病院 血液・腫瘍内科 平松 靖史 演者：済生会滋賀県病院 血液内科 北村 憲一	
	15:15～15:55 (第1会場) <b>招請講演 3 / 共催：JCR ファーマ株式会社</b> 「間葉系幹細胞 (MSC) による GVHD 治療と最近の話題」 座長：神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 近藤 忠一 演者：兵庫医科大学病院 血液内科 池 亀 和 博	
	15:15～15:55 (第2会場) <b>招請講演 4 / 共催：ノバルティスファーマ株式会社</b> 「CML 治療の現状と今後」 座長：大阪公立大学大学院医学研究科 血液腫瘍制御学 教授 日野 雅之 演者：近畿大学医学部 血液・膠原病内科 主任教授 松村 到	
	15:55～ 優秀演題発表・閉会の挨拶	

# 演 題

## 第1会場

8:50～8:55 開会の挨拶

会 長 井 上 雅 美

9:00～9:40

リンパ腫1

座 長 小 杉 智

(市立豊中病院 血液内科)

1. ロミデプシンが奏効した再発性原発性皮膚未分化大細胞リンパ腫 (ALCL)

京都府立医科大学 血液内科学 ○村尾 泰一 井上 祐 民西 葉子  
水原健太郎 藤野 貴大 塚本 拓  
水谷 信介 志村 勇司 黒田 純也

2. Dupilumab 投与後に発症した T 細胞リンパ腫

田附興風会医学研究所北野病院 血液内科 ○島田 充浩 土井 究 河崎 直人  
岡本 吉央 高橋 慧 稲野将二郎  
田端 淑恵 北野 俊行

③. MTX の眼内注射と HD-MTX を中心とした全身化学療法で治療した硝子体網膜リンパ腫の 1 例

関西電力病院 血液内科 ○高折 隆太 井尾 克宏 和泉 清隆  
北川 智也 平田 大二 永井 謙一

④. Plasmablastic lymphoma と Anaplastic plasmacytoma との鑑別に苦慮した症例

国立病院機構大阪医療センター 血液内科 ○山下 勇大 長手 泰宏 中谷 綾  
柴山 浩彦

注：演題番号の●に白字は初期研修医発表

⑤. 抗リン脂質抗体症候群を合併した低悪性度リンパ腫の一例

兵庫医科大学病院 血液内科 ○白坂 勇輔 吉原 享子 徳川多津子  
澤田 暁宏 吉原 哲 日笠 聡  
同 病院病理部 松田 育雄 廣田 誠一

9:45～10:25

リンパ腫 2

座長 前田 哲生

(市立吹田市民病院 血液内科)

6. エルトロンボパグにより化学療法導入できた、免疫性血小板減少症を合併した末梢性 T 細胞リンパ腫の一例

大阪大学 血液・腫瘍内科 ○町田 朋久 高森 弘之 藤田 二郎  
上田 智朗 数藤 孝雄 福島健太郎  
加藤 恒 保仙 直毅  
大阪府済生会茨木病院 血液内科 杉山 裕之

7. 形質転換後に再発した MALT リンパ腫に対して RR 療法が奏功した一例

松下記念病院 血液内科 ○山根 裕介 先山恵美子 清田 実希  
和田 勝也 河田 英里

8. 末梢血リンパ球増多を呈した MYD88 変異陽性非分泌型リンパ形質細胞性リンパ腫

大阪公立大学医学部附属病院 血液内科 ○曾我部信広 久野 雅智 幕内 陽介  
高桑 輝人 岡村 浩史 西本 光孝  
中嶋 康博 康 秀男 中前 博久  
日野 雅之

9. バーキットリンパ腫と類似した骨髓スメア像を呈した肺小細胞癌の1例

田附興風会医学研究所 北野病院 血液内科 ○土井 究 河崎 直人 岡本 吉央  
島田 充浩 高橋 慧 稲野将二郎  
饗庭 明子 田端 淑恵 北野 俊行

- ⑩. 肝浸潤による黄疸にモガムリズマブが奏効するもリンパ節病変の治療に難渋したリンパ腫型 ATL

京都大学 血液内科 ○羽生 裕太 秋山 大介 清水 拓也  
進藤 岳郎 諫田 淳也 近藤 忠一  
山下 浩平 高折 晃史  
同 病理診断科 藤本 正数  
宇治徳洲会病院 血液内科 三好 隆史

10:30～11:10

リンパ腫 3

座長 石井 一慶

(関西医科大学総合医療センター 血液腫瘍内科)

11. CAR-T 療法後に再発した DLBCL に対する Pola-BR 使用経験  
関西医科大学総合医療センター 血液腫瘍内科 ○石井 侑佳 石井 一慶
12. 早期アフエーシスにより CAR-T 療法を施行できたが、CD19 陰性再発を来した HGBL の一例  
京都大学医学部附属病院 血液内科 ○赤荻 杏奈 北脇 年雄 高折 晃史
13. CAR-T 細胞療法後に肺動脈内の T 細胞塊を認めた triple-hit DLBCL の一例  
京都大学医学部附属病院 血液内科 ○中村 直和 錦織 桃子 水本 智咲  
阪本 貴士 諫田 淳也 白川康太郎  
北脇 年雄 近藤 忠一 山下 浩平  
高折 晃史
14. BuTT レジメンによる自家移植後に二次性血小板減少を生じた PCNSL の 1 例  
京都第二赤十字病院 血液内科 ○江頭 文 隄 康彦 宮下 明大  
小森友紀子 山口 順子 佐々木奈々  
上辻 由里 小林 裕 魚嶋 伸彦
- ⑮. ベンダムスチン治療後に自家末梢血造血幹細胞採取を行った 3 症例  
関西医科大学附属病院 血液腫瘍内科 ○岩間 彩子 堀田 雅章 小西 晶子  
坪倉 幸恵 吉村 英晃 中西 孝尚  
藤田 真也 佐竹 敦志 伊藤 量基



11:15 ~ 12:03

COVID-19・止血障害

座長 八木 秀男

(奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科)

16. CoVID-19 ワクチン接種後に発症した DIC の症例

京都府立医科大学附属病院卒後臨床研修センター	○小笠原仙之
京都府立医科大学 血液内科	大西 朗生 水谷 信介 藤野 貴大
	塚本 拓 志村 勇司 黒田 純也
北海道大学病院 検査・輸血部	安本 篤史
金沢大学 病態検査学講座	森下英理子

17. COVID mRNA ワクチン接種後自己免疫性溶血性貧血を伴い多彩な心血管合併症を生じた一例

りんくう総合医療センター 血液内科	○藤崎 佳乃 安見 正人 白石 貫馬
	遠藤 誉也 釜江 剛 烏野 隆博

18. SARS-CoV-2 mRNA ワクチン接種後に発症した血球貪食症候群

市立吹田市民病院 血液内科	○松井 奨吾 徳永 正浩 杉本 彩乃
	長谷川千紘 近藤 篤史 西浦 伸子
	井上 慎也 富永 信彦 前田 哲生
同 中央検査部	吉川 慎一

19. 妊娠経過中に COVID-19 感染及び特発性血小板減少性紫斑病を発症した一例

大阪大学 卒後教育開発センター	○熊野 陽子
大阪大学 血液・腫瘍内科	数藤 孝雄 福島健太郎 草壁 信輔
	日野 彬央 上田 智朗 藤田 二郎
	加藤 恒 保仙 直毅
同 産科婦人科	石井 沙季 味村 和哉

20. DIC により発見された脾臓原発血管肉腫の 1 例

北播磨総合医療センター 血液・腫瘍内科	○矢幡 悟大 高倉 嗣丈 後藤 秀彰
	杉本 健
同 病理診断科	山本 侑毅

21. シクロホスファミドパルス療法が有効であった後天性血友病 A の一例

京都第一赤十字病院 血液内科	○中山 理菜 大城 宗生 中村 隆久
	栗山 幸大 杉谷 未央 平川 佳子
	松本 洋典 岩井 俊樹 内山 人二

## 第2会場

9:00～9:48

### 白血病1

座長 西本光孝

(大阪公立大学大学院医学研究科 血液腫瘍制御学)

22. 寛解導入療法時に包括的な凝固線溶動態解析を行った KMT2A 遺伝子再構成陽性急性リンパ性白血病(KMT2A-r ALL)の1乳児例  
奈良県立医科大学 小児科 ○石原 卓 大西 智子 越智 聡史  
秋定 直宏 渡壁 麻依 野上 恵嗣
23. 100歳で発症した急性骨髄性白血病(M1)に対して VEN+AZA を導入した一例  
第二大阪警察病院 血液内科 ○松岡 慶樹 村上 雅樹 山上 保  
佐多 弘 金 義浩
24. Venetoclax/Azacitidine 療法後に薬剤性心筋症を合併した急性骨髄性白血病  
京都大学医学部附属病院 血液内科 ○孫 胡擘 虎谷 和則 諫田 淳也  
水本 智咲 近藤 忠一 高折 晃史
25. DKd 療法中に肺障害を伴う血栓性微小血管症(TMA)を発症した形質細胞性白血病  
りんくう総合医療センター 血液内科 ○上條 公守 釜江 剛 白石 貫馬  
遠藤 誉也 安見 正人 烏野 隆博
26. Rare type であることが診断後に判明した AML with inv(16)(p13.1q22) の一例  
神戸市立医療センター中央市民病院 免疫血液内科 ○鈴木 優太 平本 展大 石川 隆之  
同 臨床検査技術部 丸岡 隼人 大野 彩  
大原記念病院機構倉敷中央病院 血液内科 上田 恭典  
同 臨床検査技術部 高原 里枝 河内 佳子
27. ベネトクラクス + アザシチジン療法が奏功した難治性急性骨髄性白血病の2例  
滋賀医科大学 血液内科 ○藤城 綾 阿部 和樹 白井亜沙子  
川畑 徳浩 岩佐磨佐紀 西村 理恵  
河原 真大 南口 仁志 木藤 克之  
安藤 朗

9:53 ~ 10:41

白血病 2

座長 池亀和博

(兵庫医科大学 血液内科)

28. KIT exon 10変異陽性の t(8;21) を伴う治療関連骨髄性腫瘍の1例  
京都市立病院 血液内科 ○日野賢次郎 松井 道志 田村 直紀  
奥田 健大 井上 雄太 鹿野 恵  
宮原 裕子 伊藤 満  
京都医療センター 血液内科 奥野 芳章
29. リンパ節病変に mogamulizumab および brentuximab vedotin が奏効した再発性急性型 ATL  
京都大学医学部附属病院 血液内科 ○片岡阿沙美 赤荻 杏奈 清水 拓也  
進藤 岳郎 水本 智咲 諫田 淳也  
近藤 忠一 山下 浩平 高折 晃史
30. 5q- を伴う慢性骨髄性白血病 (CML) の1例  
国家公務員共済組合連合会 大手前病院 血液内科 ○前田 真嬉 齊藤 則充 田中 佑加  
南 亮太 三井 秀紀
31. Gilteritinib 後の臍帯血移植後早期再発に対して、Quizartinib にてブリッジしハプロ移植を実施した FLT3変異陽性急性骨髄性白血病  
JCHO 京都鞍馬口医療センター 血液内科 ○中村 祐介 江頭 文 井出 大輔  
太田沙絵子 淵田 真一 初瀬 真弓  
島崎 千尋
32. RUNX1-RUNX1T1 を有する AML 初発後6.5年で JAK2変異陽性 MPN を発症した1例  
堺市立総合医療センター 血液内科 ○向井 悟 松浦 愛 新井 達也  
柴野 賢 畑中 一生

33. Philadelphia 染色体陽性 T 細胞性急性リンパ性白血病(Ph+ T-ALL)の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科 ○高橋 佑輔 小谷 慎一 西垣内 陽  
池田 正俊 山田 薫 丸山 互  
右京 直哉 赤坂 尚司  
同 医学研究所 大野 仁嗣

10:46 ~ 11:18

EBV・感染症

座長 澤田 明久

(大阪母子医療センター 血液・腫瘍科)

34. 診断に時間を要した顔面皮疹の1例 ~血液内科医が知っておくべき皮疹~

兵庫県立西宮病院 血液内科 ○梅木 佑夏 池田 真子 中原 航  
浅子 美月 松岡 慶樹 寺川 拓弥  
松永 一美 上田 周二  
同 リウマチ内科 田所 麗 關口 昌弘  
大阪母子医療センター 血液・腫瘍科 樋口 紘平 井上 雅美

35. 成人発症の慢性活動性 EB ウイルス感染症 (CAEBV) による血球貪食性リンパ組織球症 (HLH) に臍帯血移植を実施した一例

京都大学医学部附属病院 血液内科 ○竹内 遼 鈴木光太郎 岡 知美  
水本 智咲 諫田 淳也 近藤 忠一  
山下 浩平 高折 晃史  
洛和会音羽病院 総合内科 西 輝人

36. 化学療法で治癒した成人発症の初感染 EBV 関連 HLH の一例

大阪母子医療センター 血液・腫瘍科 ○井上 将太 樋口 紘平 後藤 公寿  
岡田 洋介 佐藤 真穂 澤田 明久  
井上 雅美

37. 当科での造血器疾患に合併した真菌血症の後方視的検討

京都第一赤十字病院 血液内科 ○埜中 広一 松本 洋典 中村 隆久  
栗山 幸大 大城 宗生 杉谷 未央  
平川 佳子 岩井 俊樹 内山 人二

11:23 ~ 11:55

AYA・PNH・WM・CGD

座長 中前博久

(大阪公立大学大学院医学研究科 血液腫瘍制御学)

38. 未成熟卵子採取・体外成熟培養 (IVM) 法で卵子凍結保存できた AYA 世代女性の節外性 NK/T 細胞リンパ、鼻型 (ENKL) の 1 例  
大阪国際がんセンター 血液内科・AYA 世代サポートチーム ○多田 雄真 油田さや子 石川 淳
39. 発作性夜間ヘモグロビン尿症に潰瘍性大腸炎を合併した 1 例  
姫路赤十字病院 血液・腫瘍内科 ○林野 健太  
同 血液内科 平松 靖史 磯金 優樹 諫見 俊宏  
藤原 悠紀 飛田 春那 望月 直矢  
猪股 知子 浅野 豪 久保西四郎
40. 温式自己免疫性溶血性貧血が先行し、経過とともに原発性マクログロブリン血症が顕在化した一例  
JCHO 神戸中央病院 血液内科 ○武本奈緒子 小畑 裕史 伊藤 愛  
足立 陽子
41. 成人期に同種骨髄移植を施行した慢性肉芽種症の 1 例  
京都大学医学部附属病院 血液内科 ○鈴木光太郎 虎谷 和則 水本 智咲  
諫田 淳也 近藤 忠一 山下 浩平  
高折 晃史  
同 小児科 梅田 雄嗣 井澤 和司 滝田 順子

## 第 1 会 場

12: 30～13: 30

ランチョンセミナー

座 長 石 川 淳  
(大阪国際がんセンター 副院長)

『マントル細胞リンパ腫の病態と治療』

錦 織 桃 子  
(京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学 講師)  
共催: ヤンセンファーマ株式会社

13: 35～14: 25

特別講演

座 長 今 田 和 典  
(大阪赤十字病院 副院長兼血液内科 主任部長)

『CLL診療の現状と展望』

口分田 貴 裕  
(近畿大学医学部 血液・膠原病内科 医学部講師)  
共催: アストラゼネカ株式会社

14: 30～15: 10

招請講演 1

座 長 烏 野 隆 博  
(りんくう総合医療センター 副院長兼血液内科 主任部長)

『FLT3遺伝子変異 AMLにおける現在と未来のトリセツ』

新 井 康 之  
(京都大学医学部附属病院 血液内科・検査部・細胞療法センター 病院講師)  
共催: アステラス製薬株式会社

15: 15～15: 55

招請講演 3

座 長 近 藤 忠 一  
(神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科)

『間葉系幹細胞(MSC)による GVHD治療と最近の話題』

池 亀 和 博  
(兵庫医科大学病院 血液内科)  
共催: JCRファーマ株式会社

## 第 2 会 場

14: 30～15: 10

招請講演 2

座 長 平 松 靖 史  
(姫路赤十字病院 血液・腫瘍内科)

『当院における高齢者 AMLに対する Venetoclax+ Azacitidine療法の実際』

北 村 憲 一  
(済生会滋賀県病院 血液内科)  
共催: アヅヴィ合同会社

15: 15～15: 55

招請講演 4

座 長 日 野 雅 之  
(大阪公立大学大学院医学研究科 血液腫瘍制御学 教授)

『CML治療の現状と今後』

松 村 到  
(近畿大学医学部 血液・膠原病内科 主任教授)  
共催: ノバルティスファーマ株式会社

# ランチョンセミナー





# ランチオンセミナー

## マントル細胞リンパ腫の病態と治療

京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学 講師

錦織 桃子

マントル細胞リンパ腫は CCND1 転座や CD5、Sox11 の発現に特徴づけられる特異的なリンパ腫病型であり、アグレッシブな病態のものからインドレントな経過を辿るものまで幅広い臨床像を呈する。一般に化学療法で治癒を得ることは困難であり、再発を繰り返しながら徐々にクローン進展をきたし難治性となり、最終的に制御不能となる。そのため、初回治療からできるだけ深い寛解を得ることが生存期間の延長のために重要と考えられ、キロサイドやベンダムスチン、ベルケイド含有の化学療法レジメン、upfront の自家移植やリツキシマブ維持療法など、本疾患の病態に即した治療が探索されてきた。しかし、もともと症例ごとにヘテロな疾患であることから臨床試験の解釈や相互比較が難しく、いまだに世界標準治療は確立されておらず、地域や施設ごとに異なる治療が行われているのが現状である。

近年新たに BTK 阻害薬が再発難治性症例を対象に治療薬として加わり、従来のマントル細胞リンパ腫の臨床経過が大きく変化してきている。従来の化学療法薬とは異なる作用点を持つ薬剤であり、late line に使用されても一定の治療効果がみられることが示されたが、BTK 阻害薬に不応となった際にはしばしば急速な増悪を生じることが報告された。しかし、BTK 阻害薬はより早期に使用する方が長い PFS を得ることができ、不応となった場合も必ずしもアグレッシブな病態に進展するとは限らないことが知られるようになってきている。BTK 阻害薬は腫瘍組織から末梢血に放出されたリンパ腫細胞が残存し PR 止まりであることが多いものの、殺細胞性抗がん薬よりも遺伝子毒性ストレスが少ないと推測され、疾患のより早期に使用することで本疾患に特徴的なクローン進展を抑制できる可能性も考えられる。マントル細胞リンパ腫の治療は多様性を増してきており、将来、個々の症例に適した治療が選択できるようになるよう、分子病態による層別化が進むことが強く望まれる。

× ㄗ

# 特別講演



## 特別講演

### CLL 診療の現状と展望

近畿大学医学部 血液・膠原病内科 医学部講師

口分田 貴裕

CLL は、欧米に比して本邦では稀な成熟 B 細胞性腫瘍である。比較的予後が良好で緩徐な臨床経過をたどる症例が多く、疾患活動性が低い症例に関しては無治療経過観察が推奨されている。治療開始は iwCLL の治療開始基準などを参考に検討するが、del (17p) や del (11q) などの染色体異常や TP53 遺伝子変異、*unmutated IGHV* に代表される予後不良因子を有する症例では、早期の治療介入が必要となる症例も多い。

近年、CLL の分子病態に基づいた分子標的薬の開発が飛躍的に進歩しており、CLL においても BTK 阻害薬や BCL2 阻害薬が臨床応用されている。BTK 阻害薬であるイブルチニブは、従来の化学免疫療法では効果が不十分であった前述の予後不良因子を有する症例に対してもその有効性が報告されており、現在広く CLL 治療に用いられている。

第2世代の BTK 阻害剤であるアカラブルチニブは、BTK に対する阻害率や選択性がより高いことが示されており、海外で行われた再発または難治性 CLL 症例を対象とした ASCEND 試験において、IdR/BR 療法と比較して PFS の有意な延長効果を示した。さらに、17p 欠失/11q 欠失を有する再発または難治性 CLL 症例を対象として、アカラブルチニブとイブルチニブを直接比較した ELEVATE- RR 試験が行われた。その結果、アカラブルチニブの PFS における非劣性が示され、副次評価項目である心房細動/心房粗動の発現率においても有意な減少を示した。

BTK 阻害薬を中心とする分子標的薬により CLL の予後は以前より改善した。現在新規薬剤の開発も進んでおり、今後さらなる治療成績の向上が期待される。同時に、治療法の選択肢が増えることにより、個々の症例のニーズに合った治療選択をしていくことも重要である。本講演では、CLL に対する治療の現状と課題について概説し、今後の展望についても考察したい。

× ㄗ

# 招 請 講 演





# 1) *FLT3* 遺伝子変異AMLにおける 現在と未来のトリセツ

京都大学医学部附属病院 血液内科・検査部・細胞療法センター 病院講師

**新井 康之**

FMS-like tyrosine kinase 3(*FLT3*)変異は急性骨髄性白血病(AML)の約30%と最も高頻度に認められる遺伝子変異の一つです。*FLT3*-internal tandem duplication (ITD)変異が予後不良因子として知られるようになって15年以上が経過しました。また、本邦において*FLT3*阻害剤 Gilteritinib が上市されて3年余りになりました。

その間、欧米諸国で認可されている Midostaurin をはじめ、本邦において数年前に上市された Gilteritinib や Quizartinib など、多くの *FLT3* 阻害薬が寛解導入療法併用、寛解後療法、同種移植後維持療法など、様々な臨床試験でその効果が検証されています。

本講演においては、まず、Targeted therapy が出現した後の AML 治療の変遷、*FLT3* 遺伝子変異の重要性とその検査法について概説した上で、移植との組み合わせを含めた *FLT3* 阻害剤の有用性について、当院での使用経験をもとにお話いたします。

さらには、*FLT3* 変異をめぐる現時点におけるクリニカルクエスションの整理とその解決策について議論させていただく予定です。*FLT3* 阻害剤は、AML 治療でしばしば併用される他剤との薬物相互作用が強いため、特に移植後の投与における最適投与量が定めにくいという問題があります。それに関しては、当院で行いました Gilteritinib および Quizartinib 薬物血中濃度測定の実験結果をもとに、私見をお示ししたいと思います。さらには、*FLT3* 阻害剤を移植前治療に用いたり、移植後に再開したりすることで、全体の治療成績がどのくらい改善したのかは、まだ十分なリアルワールドデータが存在していません。こちらに関しては、日本造血・免疫細胞療法学会で実施中の産学共同研究についてご紹介し、(皆様の御施設からのご参加をお願いするとともに)その解決の糸口をお話ししたいと思います。

## 2) 当院における高齢者AML に対する Venetoclax + Azacitidine 療法の実際

済生会滋賀県病院 血液内科

北村 憲一

AMLは高齢者に多い疾患であるにも関わらず、合併症やPerformance Statusの低下のため、移植療法の適応どころか、多剤併用化学療法が非適応である患者が多いため、標準的化学療法が存在せず、ここ最近の治療成績が改善しているとは言えない。また、予後不良の核型や遺伝子変異を有する患者の率が高く、MDSを代表とする骨髄増殖性腫瘍より進展した二次性白血病や、その他の固形癌治療に伴う治療関連白血病が多く、治療抵抗性の患者が多いのも特徴の一つである。

そのためか、少数の比較的年齢が低く、全身状態が良好で強力化学療法適応基準に合致する患者に関しては、減量DNR+BHAC / AraC療法が用いられるものの、その他の多くの高齢患者は、CA(G)療法や、AraC少量療法に頼らざるを得ない状況が続いていた。

昨年より保険適応となった、抗アポトーシス蛋白BCL-2の阻害剤であるベネトクラクスとHMA(hypomethylating agents)であるアザシチジンとの併用療法は、これら高齢者AMLに対する治療成績を改善させることが報告され、既に欧米では広く使用されている治療方法である。

当院では上市から現在まで、22名の強力化学療法が適応困難である高齢患者に対し、ベネトクラクス+アザシチジン療法を施行し、全体の寛解率(CR+CRi)は45%、アザシチジン未投与の14名の患者に限ると寛解率は57%であり、国際多施設共同第Ⅲ相試験であるViale-A試験の寛解率とほぼ同等であった。

しかしながら、治療導入までのcytoreduction therapyから始まり、嚴重なTLS予防、感染症対策、血球減少(回復遅延)など、様々な困難とまだまだ奮闘・試行錯誤を行っているのが実情である。

当院でのこの一年間の経験と取り組みを紹介させて頂き、今後の皆様方の診療に少しでもお役に立てればと考えております。

### 3) 間葉系幹細胞(MSC)によるGVHD治療と最近の話題

兵庫医科大学病院 血液内科

池亀 和博

2004年にランセット誌に掲載された1枚のFigureに、私は目を奪われた。おそらく同じような思いを抱かれた移植医の先生方もたくさんおられたと思う。当時の常識としては、肝臓GVHDでビリルビンが10 mg/dLを超えて助かることはまず期待できなかった。ところがそのFigureではある治療後に速やかにビリルビンが低下しているのである。それが間葉系幹細胞(MSC)であった。当然その後、様々な追試となる臨床試験が行われ、今やMSCの急性GVHDに対する治療効果は確かなものとなった。当初はその細胞生物学的機序がはっきりしなかったのであるが、最近の報告によると、MSCの細胞小胞が標的となる細胞に移入されることにより、小胞に含まれる蛋白や核酸が標的細胞に影響を及ぼすということのようである。そしてこのMSCの効果は免疫抑制にとどまらず、組織修復や血管新生、抗アポトーシス作用、幹細胞活性化など多岐に渡ることも分かってきた。いまや種々の病態に対して、MSC及びその小胞を用いた臨床試験が世界中で100以上行われており、中にはCOVID19肺炎に対するものまである。造血細胞移植領域においても、急性および慢性GVHDの予防と治療、あるいは生着増強効果を目的とした臨床試験が進められている。一方で、一口にMSCといってもそれらが同じものを指しているとは限らないという、もっともな指摘がある。MSCの由来だけでも、骨髄、さい帯、脂肪、ワルトンゼリー、iPSC、胎盤、羊水、胎児組織等、様々なものが用いられている。あるいはMSCのドナーを10歳以上と以下に分けると、若いドナーのMSCの方が治療成績が良いという報告もある。日本においてはテムセル®が2015年に保険承認され、移植の臨床現場で用いられるようになっている。リアルワールドでの使用成績をまとめた村田先生らの報告では、28日目の全有効率は56%であった。我々の施設でも早期からMSCを急性GVHD治療に導入して、その効果を実感している。本講演ではMSCに関する最近の知見を供覧しつつ、自らの経験に基づく使用感覚といったものも少し紹介したいと考えている。

## 4) CML 治療の現状と今後

近畿大学医学部 血液・膠原病内科 主任教授

**松村 到**

慢性骨髄性白血病 (CML) の治療成績は第一世代 TKI チロシンキナーゼ阻害薬 (TKI) である Imatinib の登場により画期的に改善し、現在では慢性期で診断された患者の多くは余命を全うできる。また、数多くの臨床試験において、TKI により深い分子遺伝学的奏功 (DMR) を達成し、一定期間維持した患者の 50-60% は TKI 中止後も再発しないことが報告されている。一方、一部の患者は TKI に抵抗性や不耐容を示す。一次治療の TKI に抵抗性を示す患者の 60-70% 程度で *BCR-ABL1* 遺伝子に点突然変異がみられ、これらの点突然変異には第二世代 TKI である Nilotinib, Dasatinib, Bosutinib が有効である。また、ゲートキーパー変異と呼ばれる T315I 変異には第三世代の Ponatinib が使用可能である。しかし、これら第二世代 / 第三世代 TKI に抵抗性・不耐容を示した CML 患者の長期予後は良好ではない。こういった症例に対して Asciminib が開発された。Asciminib は既存の TKI が ATP 競合型の阻害薬であるのに対し、*BCR-ABL1* の myristate pocket に結合し、その立体構造を不活型に維持するという新たな機序を有し、STAMP (specifically targeting the ABL myristoyl pocket) 阻害薬と呼ばれる。Asciminib は *BCR-ABL1* に対する特異性が高く、既知の *BCR-ABL1* 遺伝子の点突然変異の多くに有効性を示す。また、国際第 1 相試験において有効性を示す投与量において安全性に問題はないと判断された。2 剤以上の TKI に抵抗性・不耐容の慢性期 CML 患者を対象として、Bosutinib と Asciminib を比較する第 3 相ランダム化比較試験 (ASCEMBL 試験) において、Asciminib は主要評価項目である 24 週時点の分子遺伝学的大奏効 (MMR) の達成率において Bosutinib に優り (25.5% vs. 13.2%,  $p=0.029$ ) (Blood 138: 2031-2041, 2021)、3rd-line の薬剤としてわが国において最近承認された。Asciminib は既存の TKI に抵抗性・不耐容の患者の予後や QOL を改善するだけでなく、新しい作用機序を有することから、CML 治療に新しい展開をもたらすことが期待される。

# 一般演題抄録



## 01.

ロミデプシンが奏効した再発性原発性皮膚未分化大細胞リンパ腫(ALCL)

京都府立医科大学 血液内科学

○村尾 泰一、井上 祐、民西 葉子、水原健太郎、  
藤野 貴大、塚本 拓、水谷 信介、志村 勇司、  
黒田 純也

【症例】87歳、女性。X年8月より頸部の丘疹を自覚。ステロイド外用剤は無効であり、翌年1月までに頸部皮下の多発腫瘍へと増悪。生検にて原発性皮膚ALCLと診断。腫瘍細胞はCD3、CD4、CD5、CD30、Granzyme Bが陽性、CD56、ALK、EBERは陰性。2月より、減量を伴うブレンツキシマブ・ベドチン・アドリアマイシン、シクロホスファミド、プレドニゾン併用療法を開始し、4コース目までに完全奏効を得た。しかし、8コース終了後間もなく全身散在性の再発。この際、CD30発現は初発時よりも低減を認めた。同病状に対し10月よりX+2年8月までロミデプシン療法を間歇的に実施したところ、完全奏効を獲得し、以後、無再発で経過観察中である。

【考察】原発性皮膚ALCLに対する標準治療は未確立であり、ロミデプシン療法のエビデンスの蓄積が待たれる。

## 03.

MTXの眼内注射とHD-MTXを中心とした全身化学療法で治療した硝子体網膜リンパ腫の1例

関西電力病院 血液内科

○高折 隆太、井尾 克宏、和泉 清隆、北川 智也、  
平田 大二、永井 謙一

症例：73歳女性。10年来関節リウマチに対して治療が行われており、X-3年から左CMV網膜炎に対して他院眼科にてガンシクロピルの眼注を行っていた。X年5月頃より症状悪化を認めたため7月に硝子体生検をしたところ硝子体網膜リンパ腫と診断された。PET-CTや造影頭部MRI検査にて他部位への浸潤が否定された上でMTXの眼注が開始され、同時に中枢神経への再発予防のため当科紹介となりR-MPV療法6コースおよびHD-AraCを1コース施行し完全寛解を獲得した。硝子体網膜リンパ腫は局所療法への反応がよいものの中枢神経への再発が多く予後が悪いリンパ腫であるが、非常に稀な疾患であるため標準治療が確立されていない。近年HD-MTXや全脳照射などを局所療法に加えることで治療成績の向上を図る試みがされており、我々もHD-MTX、AraCを併用することで良好な治療効果を得たため今回文献的考察を加えて報告する

## 02.

Dupilumab投与後に発症したT細胞リンパ腫

田附興風会医学研究所北野病院 血液内科

○島田 充浩、土井 究、河崎 直人、岡本 吉央、  
高橋 慧、稲野将二郎、田端 淑恵、北野 俊行

Background:

Dupilumabはアトピー性皮膚炎に認可されている抗体製剤で、interleukin-4受容体 $\alpha$ サブユニットに結合しIL-4とIL-13のシグナルを抑制する。Dupilumab投与後にT細胞リンパ腫の増悪や発症した例が報告されているが因果関係はまだ明瞭ではない。

Case:

70歳男性。15年に及ぶ全身の皮膚炎の既往があり、2年前の皮膚生検で非特異的な皮膚炎の所見であった。10ヶ月前より他院にてアトピー性皮膚炎としてdupilumabを複数回投与されていた。治療開始当初は皮膚の改善をみたがその後増悪し、急速にリンパ節腫脹が出現したため紹介受診となった。受診時、高sIL-2R(2619 U/mL)・高LDH(384U/L)血症、多発リンパ節腫脹(傍大動脈・左骨盤・左鼠径)を認めた。左鼠径リンパ節生検にてTCR $\beta$ 鎖の再構成を伴う高悪制度T細胞リンパ腫と診断された。本症例はdupilumab投与後に急速にリンパ節腫大が出現した経過から、dupilumabがT細胞リンパ腫の発症に寄与したと考えられたため報告する。

## 04.

Plasmablastic lymphomaとAnaplastic plasmacytomaとの鑑別に苦慮した症例

国立病院機構大阪医療センター 血液内科

○山下 勇大、長手 泰宏、中谷 綾、柴山 浩彦

【症例】75歳男性。20XX年8月より増悪する背部痛を自覚、当院整形外科受診。胸腰椎レ線でTh6の圧迫骨折、MRIで多発骨転移を指摘、IgG高値を認め骨髄腫の疑いで9月当科を紹介受診。

【経過】免疫固定法でIgG- $\kappa$ 型M蛋白を検出したがFLC比正常、骨髄中の形質細胞は1.2%。頭頂部に5cm大の腫瘤を認め、同部位を生検。病理では大型lymphoid cellのびまん性増殖を認め、免疫染色にてCD3(-)、20(-)、30(-)、79a(+)、138(+)、EMA(-)、Ki-67陽性率80%、In situ hybridizaionで $\kappa > \lambda$ 、EBER(+)からPlasmablastic Lymphoma(PBL)と診断された。DA-EPOCH療法を開始し、頭部腫瘤は顕著に縮小、背部痛も速やかに消失した。重篤な副作用なく6コースの投与を終え、免疫固定法でM蛋白は消失した。

【考察】PBLは形質芽球が増殖する稀なリンパ腫である。本症例は臨床経過から形質細胞腫が疑われたが、EBER陽性からPBLと診断された。形質細胞腫との鑑別に苦慮したHIV非関連PBLを経験したので、両者の鑑別および治療法について、文献的考察を加えて報告する。

## 05.

抗リン脂質抗体症候群を合併した低悪性度リンパ腫の一例

兵庫医科大学病院 血液内科

○白坂 勇輔、吉原 享子、徳川多津子、澤田 暁宏、  
吉原 哲、日笠 聡  
同 病院病理部  
松田 育雄、廣田 誠一

症例は51歳女性。前医にてシェーグレン症候群疑いにて少量ステロイド治療中、脾腫、リンパ節腫脹、sIL-2R 高値(2827U/mL)、および著明な凝固異常(PT、APTT 延長)を指摘され、精査目的にて当科紹介受診した。骨髄検査ではCD20陽性、CD79a陽性、CD23陽性(一部)、CD10陰性の細胞集団が結節性に存在し、またIgH遺伝子再構成を認め、低悪性度リンパ腫と診断した。染色体検査では+3、del7q等の染色体異常を認めた。また、クロスミキシング試験、抗リン脂質抗体パネル検査の結果、凝固異常は抗リン脂質抗体症候群によるものと考えられた。組織型については脾臓辺縁帯リンパ腫が疑われたが、抗リン脂質抗体症候群により脾摘のリスクが高いと判断され、確定診断には至らなかった。本人希望にてBR療法を開始。インフュージョンリアクションにより2コースにて中断したが、PET/CT上CMRとなり、凝固異常も改善した。脾臓辺縁帯リンパ腫にはしばしば抗リン脂質抗体症候群が合併し、脾摘による血栓リスクが高いとされている。文献的考察を加えて報告する。

## 07.

形質転換後に再発したMALTリンパ腫に対してRR療法が奏功した一例

松下記念病院 血液内科

○山根 裕介、先山恵美子、清田 実希、和田 勝也、  
河田 英里

症例、74歳男性。2017年5月に持続する下痢症状にて受診、腸管MALTリンパ腫と診断し経過観察とした。2018年3月に下血・腹痛があり、空腸に7cmの腫瘤を認め生検でDLBCLへの形質転換と診断した。R-EPOCHを6コース施行し寛解に到達したが、1年半後に再発し同療法を再度6コース施行し寛解を得るも、10か月後に再再発した。再生検は実施できなかったが、リツキシマブ・レナリドミド(RR)療法を開始したところ5コース後の画像検査にて再度寛解に到達した。血球減少のためレナリドミドを減量し、治療を継続中であり奏効を維持している。形質転換を経ており、本治療開始時の組織型は確認できていないが、unfitで強力な化学療法が困難な再発難治MALTリンパ腫に対し、きわめて良好な治療経過が得られ意義深いと思われた。胃外のMALTリンパ腫はレナリドミドの奏効率が高いという報告もあり、腸管MALTリンパ腫に対するRR療法は治療の選択肢の一つになると考えられる。

## 06.

エルトロンボパグにより化学療法導入できた、免疫性血小板減少症を合併した末梢性T細胞リンパ腫の一例

大阪大学 血液・腫瘍内科

○町田 朋久、高森 弘之、藤田 二郎、上田 智朗、  
数藤 孝雄、福島健太郎、加藤 恒、保仙 直毅  
大阪府済生会茨木病院 血液内科  
杉山 裕之

症例は71歳男性。汎血球減少およびsIL-2R上昇のため悪性リンパ腫を疑われ精査加療目的に入院となった。特に血小板減少が約3,000/ $\mu$ lと著しく、紫斑が出現していた。PETでは右鎖骨上窩リンパ節腫大などの病変を認めた。血小板輸血にも反応しないため、免疫性血小板減少症(ITP)を合併した悪性リンパ腫と考えた。免疫グロブリン大量療法で血小板数の増加を促すも効果なく、細心の注意を払いリンパ節生検を行い、末梢性T細胞リンパ腫(PTCL)と診断した。生検後ステロイド導入するも反応乏しく、エルトロンボパグ125mgを併用し漸増したところ血小板数は3.1万/ $\mu$ lまで増加し、CHOP療法を開始することができた。1コース目終了時点で腫瘍病変は著明に縮小し、血小板数は13.3万/ $\mu$ lまで回復している。本症例ではPTCLに合併したITPに対してエルトロンボパグが奏功し、化学療法を導入することができたため報告する。

## 08.

末梢血リンパ球増多を呈したMYD88変異陽性非分泌型リンパ形質細胞性リンパ腫

大阪公立大学医学部附属病院 血液内科

○曾我部信広、久野 雅智、幕内 陽介、高桑 輝人、  
岡村 浩史、西本 光孝、中嶋 康博、康 秀男、  
中前 博久、日野 雅之

56歳男性。X-8年前より末梢血リンパ球高値(8178/ $\mu$ L)を呈し、慢性リンパ性白血病疑いで経過観察されていた。X年、末梢血リンパ球のさらなる増加(白血球48400/ $\mu$ L、リンパ球85%)と血小板減少を認めた。同時に多発リンパ節腫大、脾腫も出現し、リンパ節生検および骨髄検査では小型リンパ球や形質細胞様リンパ球の増殖を認めた。増殖するリンパ球はCD20陽性であったが、CD5・CD23はいずれも陰性であり、リンパ形質細胞性リンパ腫(LPL)が疑われた。血清免疫グロブリンの異常は認めず、免疫固定法でもM蛋白陰性であったが、MYD88 L265P変異陽性であり、非分泌型LPLと診断した。非分泌型LPLはまれな疾患であるが、今回、興味深い臨床経過をたどった症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。



## 09.

パーキットリンパ腫と類似した骨髄スメア像を呈した肺小細胞癌の1例

田附興風会医学研究所 北野病院 血液内科  
○土井 究、河崎 直人、岡本 吉央、島田 充浩、  
高橋 慧、稲野将二郎、饗庭 明子、田端 淑恵、  
北野 俊行

症例は70歳男性。咳嗽を主訴に近医を受診し胸部X線にて左下肺野に浸潤影、血液検査にて高LDH血症(5444U/L)、血小板減少(0.8万/ $\mu$ L)、幼若骨髄球の出現を認めた。

急性白血病疑いとして当科に紹介された。軀幹CTでは左肺門・縦隔など多数のリンパ節腫大を認め、骨髄スメア像では空胞を伴うN/C比の高い中型のリンパ球様の細胞を多数認めたことからパーキットリンパ腫の骨髄浸潤を考えた。しかし、骨髄液フローサイトメトリーではCD45陰性、CD56陽性の異常細胞集団を認め、さらに骨髄生検の免疫染色から、パーキットリンパ腫ではなく肺小細胞癌骨髄転移と診断された。骨髄転移をきたした肺小細胞癌がパーキットリンパ腫様の細胞像を呈するとの知見は少ないため報告する。

## 11.

CAR-T療法後に再発したDLBCLに対するPola-BR使用経験

関西医科大学総合医療センター 血液腫瘍内科  
○石井 侑佳、石井 一慶

再発難治のDLBCLに対し、Pola-BRが新たな救援化学療法の実践的選択肢となった。自家移植、CAR-T療法後に再発となり、Pola-BRを投与した症例を報告する。

64歳、男性。骨髄原発のDLBCL。Myc、Bcl-2陽性の高悪性度B細胞性リンパ腫(HGBL)。R-CHOPにて寛解導入開始したが、CYによりショックを認めた。CY抜きのDA-R-EPOCHを5コース施行し、CRとなる。HGBLであることから、自家移植を施行した。1年3ヶ月後に再発し、R-ESHAP2コースにてCR2となる。CAR-T療法を予定した。その直前に2回目の再発となり、Pola-BRにて救援化学療法を施行した。CR3を得られ、CAR-T療法を施行したが、わずか6週後に3回目の再発となる。Pola-BR C2施行し、CR4となるもG4の骨髄抑制を認めた。Bを除き、Pola-Rにて継続した。再び皮膚再発を認めているが、Pola-RにてSDを維持している。

## 10.

肝浸潤による黄疸にモガムリズマブが奏効するもリンパ節病変の治療に難渋したリンパ腫型ATL

京都大学 血液内科  
○羽生 裕太、秋山 大介、清水 拓也、進藤 岳郎、  
諫田 淳也、近藤 忠一、山下 浩平、高折 晃史  
同 病理診断科  
藤本 正数  
宇治徳洲会病院 血液内科  
三好 隆史

71歳男性。X-5年にHTLV-1関連ぶどう膜炎の診断時に末梢血中異常リンパ球と皮膚病変とから慢性型ATLと診断されたが、明らかな予後不良因子を持たず、経過観察とされた。X年に発熱と貧血を来し、PET-CTで全身のリンパ節・椎体・脾臓へのFDG集積を認めた。sIL-2Rの著増と重度の黄疸を伴い、肝浸潤を伴うリンパ腫型ATLへの病型転化と考えられた。CHOP療法は無効で、CD3陰性CD4陽性ATL細胞の骨髄浸潤で汎血球減少を呈した。モガムリズマブの8回投与で黄疸と汎血球減少は劇的に軽快したが、FDG集積を伴う腹腔内リンパ節腫脹がわずかに残存した。その後熱発が再燃しプレニツキシマブベドチン、mLSG15やレナリドミド、ツシジノスタットは無効で死亡に至った。慢性型ATLの治療介入時期とモガムリズマブ奏効後の治療戦略にはなお開発の余地がある。

## 12.

早期アフェレーシスによりCAR-T療法を施行できたが、CD19陰性再発を来したHGBLの一例

京都大学医学部附属病院 血液内科  
○赤荻 杏奈、北脇 年雄、高折 晃史

73歳女性。X-2年3月にMyc/BCL6転座を伴うHGBLと診断。主病変は骨髄。一次治療後寛解を維持していたが、X年5月に再発。DeVIC療法3コースで再寛解が得られ、リンパ球採取を施行。DeVIC療法4コース後、X年9月に再発。CHASE療法後、X年10月にチサセルを輸注。グレード3のCRSを発症しICU管理を要したが、トシリズマブ、mPSLによりCRSは鎮静化した。重症CRSでは体液、アシドーシスの管理が困難となるが、CHDFの早期導入で致命的な事態を免れた。D28の骨髄は細胞遺伝学的寛解であったが、D52に再発、D63に永眠。再発時の腫瘍細胞はCD19陰性であった。急激に進行するHGBLはCAR-T療法施行が困難であるが、早期からの計画により施行しえた。重症CRS、CD19陰性再発はALLに対するCAR-T療法でしばしば見られるが、骨髄病変を主体とするHGBLに対するCAR-T療法でも注意すべきと思われた。

## 13.

CAR-T細胞療法後に肺動脈内のT細胞塊を認めたtriple-hit DLBCLの一例

京都大学医学部附属病院 血液内科

○中村 直和、錦織 桃子、水本 智咲、阪本 貴士、  
諫田 淳也、白川康太郎、北脇 年雄、近藤 忠一、  
山下 浩平、高折 晃史

53歳男性。MYC/BCL2/BCL6転座陽性のtriple-hit DLBCLに対し、DA-EPOCH-R+HD-MTXを行ったが早期再発し、その後3ラインの救済化学療法に抵抗性であった。本人・家族の強い希望あり、骨髄、脾臓、末梢血にリンパ腫の浸潤と腫瘍熱を認める中、CAR-T細胞療法を行った。輸注後CRS Grade3とICANS Grade2を生じ、トシリズマブとステロイド治療を行ったが、5日目に急速な代謝性アシドーシスをきたし死亡した。剖検では全身臓器の鬱血所見と骨髄中のCD19陰性リンパ腫細胞の残存が示された。また肺動脈にはT細胞で構成される小集塊を認め、末梢血リンパ腫細胞に対する強い免疫反応とCRS下の凝固異常がその形成に関与した可能性が考えられた。高腫瘍量DLBCLに対するCAR-T細胞療法の経過で生じた既報のない知見であり、考察を交え報告する。

## 15.

ベンダムスチン治療後に自家末梢血造血幹細胞採取を行った3症例

関西医科大学附属病院 血液腫瘍内科

○岩間 彩子、堀田 雅章、小西 晶子、坪倉 幸恵、  
吉村 英晃、中西 孝尚、藤田 真也、佐竹 敦志、  
伊藤 量基

ベンダムスチン投与は末梢血造血幹細胞採取(PBSCH)困難となるリスクがある。しかしPBSCHに支障を来さないベンダムスチンの投与量・投与期間についての統一された見解はない。本発表では当院でベンダムスチン投与後にPBSCHを行った3症例について報告し、幹細胞採取前に許容可能なベンダムスチン治療について考察する。

症例① 66歳男性。201X-1年9月にマントル細胞リンパ腫と診断。R-CHOP療法が無効でBR療法を5コース実施した(201X年1月最終投与)。201X年4月に1度目の幹細胞採取を実施したがCD34<sup>+</sup>細胞:1.4×10<sup>6</sup>/kgと不十分で、同6月に2度目のPBSCHを実施し、CD34<sup>+</sup>細胞:0.8×10<sup>6</sup>/kgを採取した。症例② 67歳男性。201X-3年9月に濾胞性リンパ腫と診断。無治療経過観察ののち進行し、201X-1年8月よりGB療法を6コース実施した。201X年1月にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)へ形質転換。R-CHOP療法が効果不良で、R-ESHAPIコース、R-DeVIC2コース後(GB最終投与後6ヶ月)にPBSCHを実施したが十分量採取できず。G-CSF+プレリキサホルでCD34<sup>+</sup>細胞:2.0×10<sup>6</sup>/kgを採取した。

症例③ 60歳女性。202X-2年8月に限局期DLBCLと診断。R-CHOP3コースにて寛解を獲得した。202X-1年10月に再発をきたし、同11月よりボラツズマブ-ベドチン併用BR療法を3コース実施し寛解を獲得。PBSCH目的で当院紹介となる。202X年2月G-CSF+プレリキサホルにてCD34<sup>+</sup>細胞:3.0×10<sup>6</sup>/kg採取した。

## 14.

BuTTレジメンによる自家移植後に二次性血小板減少を生じたPCNSLの1例

京都第二赤十字病院 血液内科

○江頭 文、隄 康彦、宮下 明大、小森友紀子、  
山口 順子、佐々木奈々、上辻 由里、小林 裕、  
魚嶋 伸彦

症例:58歳女性。X年に眼の違和感、X+1年に視力低下を認め、X+2年に硝子体生検を行い眼内リンパ腫と診断。頭部MRIでは脳実質に病変を認めた。X+2年9月からR-MPV5コースを行い寛解。大量AraC2コース期間に自家幹細胞を採取した。本人都合で自家移植を延期し、X+3年3月からテモゾロミドで寛解を維持したが、X+4年5月に左硝子体再発。BTK阻害剤で速やかに改善を得たが、3か月後に左硝子体に再々発。局所放射線(40Gy)で寛解を得て、X+4年12月にBuTT前処置で自家移植を行った。Day11に好中球生着、Day17に退院。しかしDay29頃から血小板が減少し、Day37再入院。

BuTTレジメンで報告のある自家移植後の二次性血小板減少を疑い、PSL0.5mg/kgを開始、比較的速やかに血小板数は回復した。本例ではX-6年にALL治療歴があり、Buは安全性・効果面で報告のある2日間投与に短縮した。本例で経験した血小板減少、BuTTにおけるBu減量の可能性について考察を加えて報告する。

## 16.

CoVID-19ワクチン接種後に発症したDICの症例

京都府立医科大学附属病院卒後臨床研修センター

○小笠原仙之

京都府立医科大学 血液内科

大西 朗生、水谷 信介、藤野 貴大、塚本 拓、  
志村 勇司、黒田 純也

北海道大学病院 検査・輸血部

安本 篤史

金沢大学 病態検査学講座

森下英理子

【症例】56歳女性。ファイザー製CoVID-19ワクチン2回接種一か月後、歯肉出血、四肢の紫斑を自覚。血小板数、フィブリノーゲンの著明減少及びFDP、Dダイマーの上昇を認め、DICと診断。輸血とトロンボジュリン製剤投与により一時的に凝固異常は改善するも、終了後出血症状の再増悪を認め、精査加療目的に当院転院。ワクチン接種後のTTS(thrombosis with thrombocytopenia syndrome)を疑い、IVIg、プレドニゾン(PSL)治療を開始し、凝固異常、血小板減少は速やかに改善。抗血小板第4因子(PF4)抗体は陰性、他の原因も不明であった。【考察】本症例はIVIg、PSL療法の効果から免疫学的機序が関与したCoVID-19ワクチン後の凝固血栓異常症であり、稀とされる抗PF4抗体陰性TTSの可能性、または未知の免疫学的病態の関与が考えられる。病因が特定困難な場合にも、免疫抑制療法による治療介入を要する場合がある。

## 17.

COVID mRNA ワクチン接種後自己免疫性溶血性貧血を伴い多彩な心血管合併症を生じた一例

りんくう総合医療センター 血液内科

○藤崎 佳乃、安見 正人、白石 貫馬、遠藤 誉也、  
釜江 剛、鳥野 隆博

68歳男性、既往に2型糖尿病。COVID mRNA ワクチン(BNT162b2)の2回接種1週間後より微熱、ふらつきが出現。前医にて高度貧血を指摘され当院受診。

血液検査ではHb 4.5g/dL、LDH 1702U/L、直接クームス陽性を認め、自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断した。JCS II-10の意識障害があり、頭部MRIにて多発性DWI高信号領域を認め急性期脳血管障害が疑われたほか、心収縮能低下(EF 51%、BNP 700pg/ml)を認めた。発熱と高sIL-2R(1340IU/L)精査目的の皮膚生検において毛細血管から細静脈レベルでのフィブリン血栓を指摘された。AIHAに対しプレドニン(1mg/kg)を開始後、溶血性貧血、意識障害、心機能低下は速やかに改善した。本症例ではAIHAを伴い微小血栓、心血管障害を発症しておりmRNAワクチンによる血栓傾向の原因の一つに自己免疫異常が関与している可能性が考えられる。

## 19.

妊娠経過中に COVID-19 感染及び特発性血小板減少性紫斑病を発症した一例

大阪大学 卒後教育開発センター

○熊野 陽子

同 血液・腫瘍内科

数藤 孝雄、福島健太郎、草壁 信輔、日野 彬央、  
上田 智朗、藤田 二郎、加藤 恒、保仙 直毅

同 産科婦人科

石井 沙季、味村 和哉

23歳女性。妊娠36週目のX年1月Y日夫がPCR検査でCOVID-19陽性。その後微熱が出現し、Y+2日に本人の陽性判明。SpO<sub>2</sub>98%(室内気)と軽症であったがリスクを考慮してY+3日に入院し、ソトロビマブを投与された。採血にてPlt: 0.4万/ $\mu$ Lと低下を認め同日当院に緊急搬送となった。PAIgG及びPAIgMは陰性であったがPC輸血での反応乏しく破壊の亢進が疑われた。ITPとの診断のもとIVIg、及びPSL投与を開始し、徐々にPlt上昇した。Y+9日にはPlt:17万/ $\mu$ Lと正常化し、隔離解除後のY+11日に帝王切開にて産科的合併症なく分娩に至った。経過中に母子感染は認めなかった。本症例では新生児への感染リスクも勘案しての管理を要し、産科及び小児科との緊密な連携が必要であった。文献的考察を加えて発表する。

## 18.

SARS-CoV-2 mRNA ワクチン接種後に発症した血球貪食症候群

市立吹田市民病院 血液内科

○松井 奨吾、徳永 正浩、杉本 彩乃、長谷川千紘、  
近藤 篤史、西浦 伸子、井上 慎也、富永 信彦、  
前田 哲生

同 中央検査部

吉川 慎一

症例は34歳男性。特記すべき既往歴、アレルギー歴はなし。1回目のSARS-CoV-2 mRNA-1273ワクチンを接種した4日後より発熱を認めた。発症3日目に軽度の白血球減少、血小板減少、CRP上昇を認め、SARS-CoV-2 PCR検査陰性を確認し、抗生物質を処方された。発症6日目には肝機能障害(AST 386 U/L、ALT 275 U/L、LDH 782 U/L)、血球減少の進行(白血球数1,540/ $\mu$ L、血小板数6.2万/ $\mu$ L)を認め当院へ紹介となった。血液培養検査は陰性、CT検査で感染巣はなく、肝門部リンパ節の腫大と軽度の肝脾腫を認めた。フェリチンの上昇(637.6 ng/mL)、可溶性IL-2レセプターの上昇(1919.0 U/L)、骨髓検査で血球貪食像を認め血球貪食症候群と診断した。ステロイドの投与により発熱、肝機能障害、血球減少は改善し、再燃を認めなかった。各種ウイルス感染症、悪性リンパ腫、自己免疫疾患など他の誘因は否定的で、ワクチンによる二次性血球貪食症候群と診断した。SARS-CoV-2ワクチンを誘因として発症した血球貪食症候群の報告は極めて稀だが、致命的な経過を辿る症例もあり、早急な診断と治療が重要と考え報告する。

## 20.

DICにより発見された脾臓原発血管肉腫の1例

北播磨総合医療センター 血液・腫瘍内科

○矢幡 悟大、高倉 嗣丈、後藤 秀彰、杉本 健

同 病理診断科

山本 侑毅

71歳女性。3ヶ月前から両側前腕に紫斑が出現した。経過観察で改善せず、近医で施行された血液検査で血小板減少(2万/ $\mu$ L)、貧血(Hb 7.6 g/dl)、幼若好中球を認め紹介受診となった。四肢に新旧混在した出血斑があり、胸腹部CTで出血・内部壊死を伴う著明な脾腫を認めた。日本血栓止血学会DIC診断基準(2017年度版)で9点であることからDICと判断し血小板・FFP輸血を施行した。白血病・悪性リンパ腫によるDICが疑われたが、骨髓検査では診断確定には至らず、第9病日に開腹脾臓摘出術を行った。HE染色で不整な血管様構造を形成する楕円形から紡錘形の異型細胞の増殖が見られ、CD31とCD34が陽性を示したことから、脾臓原発血管肉腫と診断した。骨髓生検で同様の腫瘍細胞の浸潤を認め、骨髓転移と診断された。骨髓の広範囲に病変が残存しており、化学療法の有害事象による全身状態の悪化も考えられ積極的治療は薦められなかった。本人、家族と相談の上第19病日に退院し在宅での緩和ケアの方針となった。

## 21.

シクロホスファミドパルス療法が有効であった後天性血友病 A の一例

京都第一赤十字病院 血液内科

○中山 理菜、大城 宗生、中村 隆久、栗山 幸大、  
杉谷 未央、平川 佳子、松本 洋典、岩井 俊樹、  
内山 人二

【症例】高齢だが認知機能は問題なく ADL は自立している 93 歳女性。発熱を認めた 1 ヶ月後に紫斑が増悪したため近医を受診し、検査結果より血友病が疑われ当院紹介となった。来院時、全身に紫斑を認めたがその他に出血所見はなかった。INR1.4、APTT 200 秒以上、凝固第Ⅲ因子 <1%、凝固第Ⅷ因子インヒビター 71.6BU、凝固第Ⅸ因子 57% だった。後天性血友病 A と診断し、止血治療としてバイパス療法(凝固第Ⅶ・Ⅹ因子)を開始した。免疫抑制療法としてステロイドを開始したが、インヒビター力価が低下しないためシクロホスファミドパルス療法を行なった。その後インヒビター力価が低下したため、止血治療を第 8 因子製剤による中和療法に切り替えた。

【考察】後天性血友病の治療の基本は止血治療と免疫抑制療法であり、免疫抑制療法でインヒビターを根絶する。後天性血友病の治療法について文献的考察を交えて報告する。

## 23.

100 歳で発症した急性骨髄性白血病 (M1) に対して VEN + AZA を導入した一例

第二大阪警察病院 血液内科

○松岡 慶樹、村上 雅樹、山上 保、佐多 弘、  
金 義浩

【症例】100 歳男性。甲状腺機能低下症のため当院 糖尿病内科通院中。令和 3 年 10 月 26 日の定期受診時に白血球数 23,100/ $\mu$ L と高値で当科紹介。末梢血中に POX 陰性の芽球を 90% 認め、骨髄所見と併せて AML M1 と診断した。11 月 11 日から VEN (ベネトクラクス) + AZA (アザシチジン) 1 コース目を開始。末梢血中の芽球は 1,000/ $\mu$ L 程度までは低下したが全身状態が良いため減量せずに施行。更に 12 月 9 日からは 2 コース目に移行した。長期入院による認知機能低下のため退院とした。以降は外来で継続し病勢は安定している。

【考察】100 歳の AML 患者に対して VEN + AZA を導入した一例を経験した。一般的に 75 歳以上では強力化学療法による寛解導入療法の適応は無く VEN + AZA が行われている。100 歳という超高齢者で施行した報告は我々の知る限りでなく、非常に貴重と考えられたため本学会で報告する。

## 22.

寛解導入療法時に包括的な凝固線溶動態解析を行った KMT2A 遺伝子再構成陽性急性性リンパ性白血病 (KMT2A-r ALL) の 1 乳児例

奈良県立医科大学 小児科

○石原 卓、大西 智子、越智 聡史、秋定 直宏、  
渡壁 麻依、野上 惠嗣

【緒言】1 歳以上の ALL では L-アスパラギナーゼ (L-Asp) 投与時に向凝固低線溶のアンバランスな凝固学的動態になることが報告された (Ishihara T, et al. *Pediatr Blood Cancer*. 2020)。一方で、乳児 KMT2A-r ALL に関しても、近年は L-Asp を含む Interfant 型寛解導入療法が主流であるが、その凝固線溶動態の推移は不明である。【方法】月齢 3 か月の女児。トロンビン・プラスミン生成試験 (T/P-GA) を用いて寛解導入療法時 (L-Asp : 計 6 回投与) の凝固線溶能を評価した。T0:L-Asp 初回投与直前、T1 : L-Asp3 回目投与直前、T2: L-Asp5 回目投与直前、T3: L-Asp 最終投与 3 日後で血漿を採取した。凝固能はトロンビン総生成能 (T-EP) の、線溶能はプラスミンピーク (P-Peak) の対正常血漿比で評価し、比 >1 を「亢進」と定義した。【結果およびまとめ】T-EP 比 /P-Peak 比の推移は T0: 1.29/0.75、T1: 1.40/1.02、T2: 1.45/0.57、T3: 1.46/0.58 であった。L-Asp 投与開始後から投与終了時までには既報と同様に「向凝固低線溶」の傾向を示した。今後、抗凝固療法が真に必要な病態かどうかを乳児 KMT2A-r ALL の多数例で解析していく。

## 24.

Venetoclax/Azacitidine 療法後に薬剤性心筋症を合併した急性骨髄性白血病

京都大学医学部附属病院 血液内科

○孫 胡曄、虎谷 和則、諫田 淳也、水本 智咲、  
近藤 忠一、高折 晃史

症例 43 歳女性。X 年 3 月 AML (正常核型、FLT3ITD 陰性、NPM1 陰性) 発症。同年 8 月、非寛解期に臍帯血移植 (CBT) を行い寛解に至ったが、X+2 年 6 月に再発。7 月より MEC 療法を 2 コース施行したが寛解に至らなかった。施行後の心臓超音波検査で心機能問題なく、EF 57.6% であった。9 月より VEN/AZA 療法を 1 コース施行後血液学的寛解に至った (骨髄 FCM でも異常細胞残存なし)。その後再移植の方針としたが移植前評価の心臓超音波検査でびまん性左室壁運動低下 (EF 29%) を認めた。化学療法による薬剤性心筋症の診断で心保護薬を開始し心機能回復を待った。その間の病勢制御のため 11 月より減量 VEN/AZA 療法 2 回目を施行した。12 月時点で左室壁運動異常は改善傾向であったため、X+3 年 1 月に CBT を行った。完全寛解確認し、移植後 43 日目で退院した。本症例のように VEN/AZA 療法は化学療法抵抗性の AML に対し奏効が期待される新規治療であるが、VEN による心機能障害を起こす症例も存在し、文献的考察を含めて報告する。

## 25.

DKd療法中に肺障害を伴う血栓性微血管症(TMA)を発症した形質細胞性白血病

りんくう総合医療センター 血液内科

○上條 公守、釜江 剛、白石 貫馬、遠藤 誉也、  
安見 正人、鳥野 隆博

73歳女性。貧血、M蛋白血症を指摘され当院紹介。形質細胞性白血病と診断。VRD療法2サイクル、DKd療法2サイクル後に自家末梢血幹細胞採取を行った。sCRを目標にDKd療法3サイクル目をしたところ、day2に38℃の発熱を認めday3に外来受診した。Plt:7.9万と減少し、Crn:1.28と軽度の腎障害、両肺野にすりガラス影を認めたため入院となった。薬剤性肺障害と考え酸素投与、PSL1mg/kgを開始した。血小板数はday5に1万まで低下し、腎障害の悪化、破碎赤血球の出現を認め、TMAと診断した。同日から血漿交換を行い、更に蛋白尿、腎障害悪化のためday7より血液透析を併用した。肺障害、腎障害、血小板減少は徐々に改善しday8に酸素不要となり、day10に血漿交換、透析を中止できた。

カルフィルゾミブなどのプロテオソーム阻害剤の副作用として、稀ではあるが致死的であるTMAを念頭におく必要がある。

## 27.

ベネトクラクス+アザシチジン療法が奏功した難治性急性骨髄性白血病の2例

滋賀医科大学 血液内科

○藤城 綾、阿部 和樹、白井亜沙子、川畑 徳浩、  
岩佐磨佐紀、西村 理恵、河原 真大、南口 仁志、  
木藤 克之、安藤 朗

急性骨髄性白血病(AML)は、近年分子標的治療薬の開発が進み、その治療方法が変化してきている。BCL2阻害剤であるベネトクラクス(VEN)はアザシチジン(AZA)や低用量シタラビン(AraC)との併用でAMLの新たな治療法として選択されるようになってきた。今回我々が経験した、VEN+AZA療法が奏功した難治性AMLの2例について文献的考察を交えて報告する。【症例】①40歳代男性。5年前にAML、inv(16)を発症し、初回寛解導入療法後に第1寛解を得た。AraC大量療法3コースで地固め療法を実施したが、その後10か月で再発した。HSCTの適応であったが適切なドナーを得られず、救済化学療法を繰り返していた。3回目の再発の際にVEN+AZA療法を開始したところ、第4寛解を得た。②60歳代女性。骨髄異形成症候群、EB-2、高リスク群(IPSS-R予後予測評価でvery high risk group)と診断した。HSCTを希望されず、AZAを開始した。一時輸血依存を脱することができたが、治療開始7か月で再度輸血依存となり、更にAMLに病態が移行した。VEN+AZA療法開始後、再度芽球が減少し、輸血依存を脱することができた。

## 26.

Rare typeであることが診断後に判明したAML with inv(16)(p13.1q22)の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 免疫血液内科

○鈴木 優太、平本 展大、石川 隆之  
同 臨床検査技術部  
丸岡 隼人、大野 彩  
大原記念病院機構倉敷中央病院 血液内科  
上田 恭典  
同 臨床検査技術部  
高原 里枝、河内 佳子

症例は77才女性。X年12月にかかりつけ医での血液検査で芽球出現を指摘され、精査加療目的で当科を紹介受診した。骨髄検査の結果、急性骨髄性白血病(AML)の診断となったが、特異的な細胞遺伝学的形質を認めず、当初はAML、NOSの診断としていた。高齢であるため、強力化学療法の適応とならないと判断し、ベネトクラクス・アザシチジン併用療法を開始した。しかし後になって、染色体G分染法によりinv(16)(p13.1q22)が判明し、既存の文献をもとにRT-PCRを用いて塩基配列を検討したところ、過去にほとんど報告のないCBFB-MYH11 type G (type A-Iの報告があり、報告により多少ばらつきはあるがA、D、E、Fで95%を占める)であると判明し、その後RT-qPCRを用いてMRDフォローを行っている。ベネトクラクス・アザシチジン併用療法開始後の経過も併せて報告する。

## 28.

KIT exon 10変異陽性のt(8;21)を伴う治療関連骨髄性腫瘍の1例

京都市立病院 血液内科

○日野賢次郎、松井 道志、田村 直紀、奥田 健大、  
井上 雄太、鹿野 恵、宮原 裕子、伊藤 満  
京都医療センター 血液内科  
奥野 芳章

症例は69歳男性。X-3~X-2年にかけて胃の悪性リンパ腫(DLBCL)に対してR-CHOP療法8コース実施し寛解を維持。X年4月に採血で芽球の出現を認める。骨髄検査で芽球15.6%、白血病キメラ遺伝子スクリーニングでRUNX1-RUNX1T1遺伝子変異陽性。治療関連骨髄性腫瘍と診断され、当科紹介となった。再度の骨髄検査で芽球16.8%。DNR+Ara-Cによる寛解導入療法を開始し、完全寛解を獲得した。治療開始前の染色体は、t(8;21)(q22;q22)および-Yであった。KIT遺伝子変異解析(解析exon:8、10、11、17)では、exon 10 p. Lys546=を認めた。Oncogenicityは低いと判断し、その後地固め療法として大量Ara-C療法を3コース行い治療終了とした。現時点では再発なく経過している。治療関連骨髄性腫瘍におけるt(8;21)の頻度は3%であり、de novo t(8;21)白血病に比して予後不良とされる。KIT変異において、exon 17変異の場合は予後不良とされるが、この症例では頻度が少ないexon 10変異を認め、予後への影響は少ないと判断し、無理に造血幹細胞移植を行わず、大量Ara-C療法による地固め療法にて治療を終了した。その妥当性の判断については議論が必要であるが、興味深い症例であり文献的考察を加えて報告する。

## 29.

リンパ節病変に mogamulizumab および brentuximab vedotin が奏効した再発性急性型 ATL

京都大学医学部附属病院 血液内科

○片岡阿沙美、赤荻 杏奈、清水 拓也、進藤 岳郎、  
水本 智咲、諫田 淳也、近藤 忠一、山下 浩平、  
高折 晃史

症例は70歳代女性、末梢血異常リンパ球と左頸部リンパ節腫脹を契機に急性型 ATL と診断された。CHOP 療法6コースでCRに到達も、1年5か月後に右頸部リンパ節腫脹で再発した。ATL 細胞は CCR4陽性であったが mogamulizumab 計8回投与後の PET-CT では PR 判定に留まった。フローサイトメトリーで ATL 細胞は CD30陰性だが免疫染色では 30% 陽性で、brentuximab vedotin (BV) に治療を変更した。以後4ヶ月以上に渡りリンパ節は縮小を維持し、同剤を継続中である。ATL のリンパ節病変は mogamulizumab に反応しない例が多いが、本例は一定の効果を示した。mogamulizumab 後の ATL の治療戦略は定まっていないが BV は選択肢の1つである。CD30 の発現は体内において不均一である可能性がある。

## 31.

Gilteritinib 後の臍帯血移植後早期再発に対して、Quizartinib にてブリッジシハプロ移植を実施した FLT3 変異陽性急性骨髄性白血病

JCHO 京都鞍馬口医療センター 血液内科

○中村 祐介、江頭 文、井出 大輔、太田沙絵子、  
淵田 真一、初瀬 真弓、島崎 千尋

症例 63歳、女性 X年1月に FLT3 変異陽性 AML (M2) と診断。染色体は monosomal karyotype を伴う複雑核型であった。IDA/AraC で寛解導入を行うが寛解導入不応、Gilteritinib 投与で血液寛解となった。X年4月に Flu/Bu/Mel の前処置で臍帯血移植を行ったが、2か月目に早期再発を確認。Gilteritinib を再開したが効果なく、X年8月より VEN/AZA 療法を実施した。3週目より GVHD と考えられ発熱 皮疹が出現し一旦芽球は低下したが、2コース目に芽球が再度増加。その後 GO や Gilteritinib の再投与、FLAG-IDA を行うが無効。X年12月より Quizartinib を開始したところ、血液寛解がえられたため、X+1年1月に息子をドナーとした HLA 半合致末梢血幹細胞移植を行った。移植前処置は FLAG-Mel、GVHD 予防は FK/短期 MTX で行った。Day19 に好中球回復、Day28 に完全ドナー型を確認した。Gilteritinib 不応症例に対しても Quizartinib が奏効し、再移植を実施した。

## 30.

5q- を伴う慢性骨髄性白血病 (CML) の1例

国家公務員共済組合連合会 大手前病院 血液内科

○前田 真嬉、齊藤 則充、田中 佑加、南 亮太、  
三井 秀紀

症例は70歳代女性。X年1月、白血球数と血小板数の増加 (WBC: 22100/ $\mu$ l, Plt: 118.2 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l) を指摘され、血液内科紹介となった。X-2年の血液検査では赤血球数、白血球数、血小板数はすべて正常であったが、X-1年3月頃より白血球数と血小板数の増加を認めていた。骨髓生検では過形成骨髓であり、染色体分析で 46XX, del(5)(q), t(9; 22), (q34; q11.2): 17/20 を認め、5q- を伴う慢性骨髄性白血病 (CML) と診断した。X年2月、CML に対してダサチニブを導入したが、肺高血圧症を認めたため、X年5月イマチニブに変更した。しかしイマチニブ耐性であり、ボスチニブに変更した。その後骨髓の Ph 染色体陽性細胞は減少傾向 (X+1年7月 BCR-ABL (FISH): 8% → X+2年8月 0%) であったが、5q- を伴う Ph 染色体陰性異常細胞の増加を認めた。末梢血では白血球数と血小板数の減少 (X+2年8月 WBC: 15160/ $\mu$ l, Plt: 60.9 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l) を認めた。

CML に 5q- を合併する報告例は少なく、治療法は確立されていない。本症例では、TKI により Ph 染色体陽性細胞は減少したが、5q- を伴う Ph 染色体陰性異常細胞の増加を認めた。本症例を、文献の考察を踏まえ報告する。

## 32.

RUNX1-RUNX1T1 を有する AML 初発後6.5年で JAK2 変異陽性 MPN を発症した1例

堺市立総合医療センター 血液内科

○向井 悟、松浦 愛、新井 達也、柴野 賢、  
畑中 一生

【背景】AML では稀に JAK2 遺伝子変異を認め、CBF などの染色体異常を有する場合は頻度が高くなるとの報告があり、その予後に関しては様々である。MPN の経過中に AML を発症することはしばしば経験するが、我々は RUNX1-RUNX1T1 を有する AML の寛解後に JAK2 変異陽性 MPN を発症した稀な症例を報告する。【症例】69歳・男性。X-13年の血液検査では血小板増多を含め異常の指摘はなし。X-7年に白血球数22550/ $\mu$ l、blast83%、血小板数は20.7万/ $\mu$ l と白血球増加を指摘され受診。RUNX1-RUNX1T1 を有する AML と診断し IDR/AraC 療法・MIT/AraC 療法にて寛解となった。地固め療法として大量 AraC 療法3コースを施行。化学療法終了9か月後から血小板数がゆっくり増加傾向を示し、X年に血小板値が100万/ $\mu$ l を超えた。骨髓検査では、AML は分子的寛解で、軽度の線維化を伴う過形成骨髓で JAK2 変異陽性 MPN と診断。【考察】寛解後早期より血小板数は比較的高値であり、AML 発症時より JAK2 変異が存在していた可能性が示唆される。文献の考察を加えて報告する。

### 33.

Philadelphia 染色体陽性 T 細胞性急性リンパ性白血病 (Ph+ T-ALL) の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科

○高橋 佑輔、小谷 慎一、西垣内 陽、池田 正俊、  
山田 薫、丸山 互、右京 直哉、赤坂 尚司  
同 医学研究所  
大野 仁嗣

60代後半男性。発熱と上気道症状のため受診。全身リンパ節腫大。Hb 9.5 g/dL、WBC 97,900/ $\mu$ L (blast 96.8%)、PLT 8.7  $\times 10^4$ / $\mu$ L、LDH 148 U/L。骨髓 blast 94.1%。CD<sup>+</sup>、CD1a<sup>+</sup>、CD2<sup>+</sup>、CD3<sup>+</sup>、CD5<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup>、CD34<sup>+</sup>、CD117<sup>+</sup>、CD13<sup>+</sup>、CD33<sup>+</sup>、HLADR<sup>+</sup>、cyCD3<sup>+</sup>、TdT<sup>+</sup>、MPO<sup>-</sup>。t(9;22)(q34;q11.2)を含む複雑核型。FISHはBCR-ABL融合シグナルを単核球に認め、好中球(分葉核)に認めず。RT-PCRはp190 m-BCR-ABLの増幅産物。JSCT Ph ALL/MRD2019、ponatinib併用nelarabine療法を行うも末梢血blast消失せず。ADL低下によりponatinib単独療法に移行。病勢の明らかな増悪を認めず。初診後6ヶ月経過。【考案】Ph+ T-ALLはCML急性転化例と*de novo* T-ALLに認められ、頻度は各約1%、予後不良。有効な治療法の確立が望まれる。

### 35.

成人発症の慢性活動性EBウイルス感染症(CAEBV)による血球貪食性リンパ組織球症(HLH)に臍帯血移植を実施した一例

京都大学医学部附属病院 血液内科

○竹内 遼、鈴木光太郎、岡 知美、水本 智咲、  
諫田 淳也、近藤 忠一、山下 浩平、高折 晃史  
洛和会音羽病院 総合内科  
西 輝人

【症例】36歳男性。発熱と倦怠感を主訴に受診。肝胆系酵素の上昇を認め、急性肝炎疑いで前医消化器内科に入院。汎血球減少が進行し、骨髓検査でHLHと診断した。末梢血EBV-DNA 6.22 log IU/mLと高値で、他のウイルス感染、悪性腫瘍、自己免疫疾患は明らかでなく、EBV-HLHと診断した。末梢血サザンブロット法でEBVのモノクローナリティを認め、フローサイトメトリーでEBV感染細胞はCD8陽性T細胞であることを同定した。以上より非典型的ではあるが、成人発症のCAEBVと診断した。HLH-2004に則り6週間治療後、CHASE療法1コース施行した。この時点でEBV-DNA  $2.5 \times 10^3$  copy/ $\mu$ gDNA 残存。小児レジメンを参考にFul/Mel/TBI 4Gy+VP-16で前処置後、臍帯血移植を行った。速やかに生着を得て、移植後寛解に至った。【結語】成人発症のEBV-HLHの場合、CAEBVが原因となっていることがあり、診断と治療法を慎重に検討する必要がある。

### 34.

診断に時間を要した顔面皮疹の1例 ～血液内科医が知っておくべき皮疹～

兵庫県立西宮病院 血液内科

○梅木 佑夏、池田 真子、中原 航、浅子 美月、  
松岡 慶樹、寺川 拓哉、松永 一美、上田 周二  
同 リウマチ内科  
田所 麗、關口 昌弘  
大阪母子医療センター 血液・腫瘍科  
樋口 紘平、井上 雅美

【症例】30歳代男性。X-3年から顔面に慢性湿疹様の皮疹が出現。X-1年前から間欠的な発熱も出現し前医皮膚科受診。皮膚生検では非典型的であったが皮膚エリテマトーデスとして加療開始。皮疹は軽快、増悪を繰り返した。X年6月採血検査にて異形リンパ球を認め当院血液内科紹介。末梢血に少数の異形リンパ球出現も骨髓検査で明らかな異常を認めず、膠原病に伴う所見と考え前医でのフォローとした。X+1年1月近医にて肝機能障害を認め当院紹介。皮疹は半年前と同様であった。リウマチ内科医師により皮疹は種痘様水疱症である可能性を指摘されEBウイルス関連検査を施行、慢性活動性EBV感染症(CAEBV)と診断した。モノクローナルなリンパ増殖性疾患への移行も確認された。転院後、化学療法および臍帯血移植が施行されている。【考察】CAEBVには造血幹細胞移植が必要で、早期の移植が望まれる。皮膚症状として種痘様水疱症や蚊刺過敏症を呈することが知られ、皮疹からEBV関連検査に結びつける必要がある。種痘様水疱症の皮疹は血液内科医として知っておくべき皮疹である。

### 36.

化学療法で治癒した成人発症の初感染EBV関連HLHの一例

大阪母子医療センター 血液・腫瘍科

○井上 将太、樋口 紘平、後藤 公寿、岡田 洋介、  
佐藤 真穂、澤田 明久、井上 雅美

症例は21歳女性。発熱を主訴に近医受診され、血液検査で汎血球減少が認められたため、前医に入院となった。骨髓検査で血球貪食像があり、全血のEBV-DNA定量 $2.2 \times 10E7$ copies/mlであった。EBVの感染細胞はCD8<sup>+</sup>T細胞であり、抗体検査を踏まえ初感染EBV関連血球貪食性リンパ組織球症(HLH)と診断した。ステロイドパルス施行するも肝腎障害が進行し、酸素化の低下が出現しICU管理となった。VP-16:150mgを3日間投与したところHLHが改善した。しかしながら、全血のEBV-DNA定量 $2.0 \times 10E5$ copies/mlであり、治療抵抗性と判断されVP-16+THP-COP $\times 2$ コース施行後に当院転院となった。転院後、THP-COP1コース追加した。HLHの再燃なく、全血EBV-DNA定量も $9.0 \times 10E3$ から $2.0 \times 10E3$ copies/mlにまで減少した。再燃には注意しつつ、治療終了とした。現在症状の再燃なく2年経過し、ウイルス学的寛解(LT $2.0 \times 10E2$  copies/ml)も達成した。

## 37.

当科での造血器疾患に合併した真菌血症の後方視的検討

京都第一赤十字病院 血液内科

○榎中 広一、松本 洋典、中村 隆久、栗山 幸大、  
大城 宗生、杉谷 未央、平川 佳子、岩井 俊樹、  
内山 人二

造血器疾患の治療経過中に合併する真菌血症は重篤であり、しばしば致命的となり得る。今回、当科で経験した真菌血症について、特に感染症としての予後の観点から後方視的に解析した。2000年1月から2022年2月までに血液培養が陽性となった真菌血症症例は17例であった。分離菌は *C. parapsilosis* が5例、*C. albicans* が4例、*C. krusei* が3例、*C. glabrata* が2例、その他が3例であった。真菌血症が改善した症例が7例、一方感染症症状が継続し、死亡まで抗真菌薬治療を要した症例が10例であった。Non-*parapsilosis*、non-*glabrata* の症例で予後が不良 ( $p=0.009$ ) であり、これらの症例は感染症発症1週間後までの低 Alb 血症 ( $p=0.041$ ) や T-Bil 上昇 ( $p=0.005$ ) と関連していた。当科での造血器疾患に合併した真菌血症の臨床所見について考察を加え報告する。

## 39.

発作性夜間ヘモグロビン尿症に潰瘍性大腸炎を合併した1例

姫路赤十字病院 血液・腫瘍内科

○林野 健太  
同 血液内科  
平松 靖史、磯金 優樹、諫見 俊宏、藤原 悠紀、  
飛田 春那、望月 直矢、猪股 知子、浅野 豪、  
久保西四郎

症例は37歳男性、2008年に発熱と血尿を契機に発作性夜間血色素尿症 (PNH) と診断された。その後も溶血発作を繰り返しており、2013年よりエクリズマブを導入した。2016年には頻回な血便を契機に潰瘍性大腸炎 (UC) と診断され、メサラゼン坐剤・経口剤やプレドニゾン注腸剤・経口剤での治療が行われたが治療抵抗性であり、白血球除去療法を行うことで消化器症状は改善した。2019年11月よりエクリズマブから長期間作用するラブリズマブに変更したが、ラブリズマブ投与数週間前から溶血発作や血便が悪化したため2021年11月よりエクリズマブに再度変更している。本症例はPNHとUCはともに難治性であり、ラブリズマブに変更した際に症状が悪化している。PNHとUCを合併した症例はきわめて稀でその機序は不明である。双方病態には補体が関与していることから若干の考察を含め報告する。

## 38.

未成熟卵子採取・体外成熟培養 (IVM) 法で卵子凍結保存できたAYA世代女性の節外性NK/T細胞リンパ、鼻型 (ENKL) の1例

大阪国際がんセンター 血液内科・AYA世代サポートチーム

○多田 雄真、油田さや子、石川 淳

妊孕性温存は育児希望のAYA世代のサバイバーシップの向上に重要だが、原疾患治療が遅滞なく開始されることが原則で、一部の造血器悪性腫瘍では女性の妊孕性温存に時間的猶予がない。【症例】未婚の30代後半女性、初発の限局期ENKL。強い育児希望があり、AYA世代サポートチームにて妊孕性温存に関する意思決定支援・受診調整、当日午後にはがん生殖医療施設を受診、翌々日午前に未成熟卵子採取し、回収された未成熟卵子8個をIVM実施後に凍結保存した(成熟卵子2個・未成熟卵子6個)。採卵日午後より2/3DeVIC療法を導入し、採卵に関連した有害事象はなかった。【考察】未成熟卵子採取・IVM法は迅速な治療開始が必要なAYA世代女性血液疾患症例の妊孕性温存に有用な可能性がある。妊孕性温存の意思決定支援に慣れたがん治療側の医療者と、IVM法に習熟したがん生殖医療施設との迅速で綿密な連携が肝要である。

## 40.

温式自己免疫性溶血性貧血が先行し、経過とともに原発性マクログロブリン血症が顕在化した一例

JCHO 神戸中央病院 血液内科

○武本奈緒子、小畑 裕史、伊藤 愛、足立 陽子

症例は73歳男性。X年11月重症貧血の精査目的に当院血液内科に紹介された。直接・間接Coombs試験陽性、LDH高値、網赤血球数高値、ハプトグロビン低下、寒冷凝集素は陰性であり、温式自己免疫性溶血性貧血 (温式 AIHA) と診断した。IgM- $\kappa$ 型M蛋白を認めたが、臨床所見・骨髄病理所見よりIgM-MGUS併発と考えた。温式 AIHA に対して prednisolone (1mg/kg) を開始、溶血所見の改善を得たため、同薬を漸減した。しかし X+1年1月溶血性貧血が再燃し、さらに他の2系統の血球減少も生じた。経過中に IgM や sIL2R の増加を認めたため、繰り返し骨髄生検を実施、最終的に原発性マクログロブリン血症 (WM) と診断した。その後 WM に対して救援化学療法を実施し、徐々に造血不全は改善、現在無治療経過観察中である。WM ではしばしば IgM と関連する寒冷凝集素症を合併することが知られているが、自己抗体のクラスが IgG である温式 AIHA を合併する報告は極めて少ない。今回、診断確定前に温式 AIHA を発症し、経過とともに WM が顕在化した症例を経験したため、報告する。



## 41.

成人期に同種骨髄移植を施行した慢性肉芽腫症の1例

京都大学医学部附属病院 血液内科

○鈴木光太郎、虎谷 和則、水本 智咲、諫田 淳也、

近藤 忠一、山下 浩平、高折 晃史

小児科

梅田 雄嗣、井澤 和司、滝田 順子

24歳男性。出生直後より体幹に膿疱が散発し、生後4ヶ月で右頸部細菌性リンパ節炎と診断された。生後5ヶ月の顆粒球機能検査で好中球殺菌能0.1%、貪食能93.3%と殺菌能低下があり、慢性肉芽腫症と臨床診断された。以降も肺・肝・腹壁・肛門周囲膿瘍など感染エピソードを繰り返したが、Sulfa /Trimethoprim および Voriconazole 内服、Liposomal amphotericin B 吸入、Interferon- $\gamma$  皮下投与による感染予防により、幼少期以降は明らかな感染症状の出現なく外来でフォローされていた。23歳時、gp91-phox 蛋白発現欠損、CYBB 遺伝子異常を認め、慢性肉芽腫症の確定診断となった。年齢や本人の希望を総合し、治癒を目的とした同種移植を計画した。FLU/BU/TBI の前処置、FK/MTX/ATG のGVHD 予防にて HLA 8 アレル適合非血縁者間骨髄移植を実施した。生着は良好で、問題となる感染症の併発もなかった。移植後、完全ドナーキメラ確認後の好中球活性酸素産生能は93%と正常化した。

今回、良好な経過が得られた成人期の慢性肉芽腫症に対する同種移植症例を経験したため報告する。



■ 重要 ■



\*\*\*\*\*  
演題募集が電子メールにての募集になっております。次ページよりご案内になってお  
りますので、ご注意の程何卒よろしくお願い申し上げます。

\*\*\*\*\*

## 第117回近畿血液学地方会 ご案内

第117回近畿血液学地方会を下記のごとく開催致しますので、多数のご応募とご参加  
をお願い申し上げます。

### 記

会長 石川 隆之(神戸市立医療センター中央市民病院 副院長／血液内科 部長)

日時：2022年11月26日(土)

会場：アリストンホテル神戸

(〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-1)

学会及び演題募集に関する連絡先：

〒540-0024 大阪市中央区南新町2-4-3 グランドソレイユ1F

福田商店広告部内 近畿血液学地方会演題募集係

Tel. 06-6941-5622 / Fax. 06-6941-5625

担当：植村

## 演題募集 電子メール 添付データお願い

1. 演題の募集は、全て電子メールによる募集とします。  
**演題締切日：2022年9月2日(金)必着。**
2. 講演抄録は、Windows または Mac でご作成頂き、Microsoft Word 2007 以降のバージョンで開いた状態で文字化けが発生しないか必ずご確認の上お送り下さい。  
文字数は、演題名、所属、演者名および本文を含め500字以内とします。  
文字化けを防ぐために下記フォントに限定します。  
日本語：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝  
英語：Century、Century Gothic、Arial、Arial Black、Times New Roman  
抄録は、演題名、所属、共同発表者名、本文の順に記載して頂き、筆頭発表者には、○をつけてください。下記の作成見本を参照の上、作成して下さい。
3. 図表は使用できません。
4. 演題名の下に改行して所属、共同発表者名を記入し、所属が複数にわたる場合はできれば所属ごとに改行して下さい。共同発表者は10名以内として下さい。
5. 本文は改行して1文字スペースをあけてから入力して下さい。
6. キーワードの欄に発表内容を最もよく表すキーワードを書いて下さい。(3つ以内)
7. 内容分類を下記の中からお選び下さい。(1つ)  
①急性白血病 ②慢性白血病 ③骨髄増殖性疾患(CMLを除く) ④MDS ⑤BMT  
⑥PBSCT ⑦貧血 ⑧悪性リンパ腫 ⑨多発性骨髄腫・類縁疾患 ⑩止血障害 ⑪その他
8. 発表者区分を入力下さい。 研修医(1～2年目)／専攻医(3～5年目)／どちらでもない

### 添付データ作成(例)

	演題名は太字	改行
	<b>サリドマイドが有効であった骨髄線維症の2症例</b>	
	東南大学 血液内科	
	○近血 太郎(きんけつ たろう)	
本文は一文字分のスペースを空けてから入力		筆頭発表者に○をつける。よみがなもお書き下さい。
	西北大学 血液内科	
	福田 次郎、福田 三郎、福田 四郎……………	
	症例 1.56歳男性。平成14年6月、検診にて貧血(Hb8.7g/dℓ)と末梢血に芽球の出現を認めたため……………	
	キーワード：サリドマイド、多発性骨髄腫、インターフェロン	
	内容分類：急性白血病	
	※研修医／専攻医／どちらでもない ←いずれかお書き下さい。	

(文字数は演題名、所属、演者名および本文を含め500字以内)

### 演題募集係への電子メール送信文面 お願い

1. メールアドレス [117kinketsu@adfukuda.jp](mailto:117kinketsu@adfukuda.jp) 宛にお送り下さい。
2. メールの件名は「第117回 近畿血液学地方会 演題抄録送付 筆頭発表者氏名」として下さい。  
メール本文にプログラム送付先(ご住所、ご所属、ご氏名)をご入力下さい。
3. メール受領後、1週間以内に受領確認メールを返信致します。確認メールが届かない場合「演題募集係(福田商店広告部内)」担当：植村 Tel.06-6941-5622 までご連絡下さい。

## 共催・協賛企業一覧

第113回近畿血液学地方会を開催するにあたり、多大なご協力をいただきました下記共催、協賛企業に厚く御礼申し上げます。

### 共催企業一覧 (50音順)

アステラス製薬株式会社	アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社	JCR ファーマ株式会社
ノバルティス ファーマ株式会社	ヤンセンファーマ株式会社

### 寄付協賛企業一覧 (50音順)

アムジェン株式会社

### 広告協賛企業一覧 (50音順)

旭化成ファーマ株式会社	大塚製薬株式会社
協和キリン株式会社	サノフィ株式会社
住友ファーマ株式会社	中外製薬株式会社
日本化薬株式会社	日本製薬株式会社
藤本製薬株式会社	ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社
ムンディファーマ株式会社	持田製薬株式会社

(2022年5月1日現在)