

第117回 近畿血液学地方会

日 時 2022年11月26日（土）

会 場 アリソンホテル神戸
〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-1

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
〒650-0047 神戸市中央区港島南町2-1-1
TEL 078-302-4321

近畿血液学地方会

名誉会員

朗夫 豊史 親俊 秀郎 文章 吉
 俊照 治 雅尚 龍佳 次武 隆
 斐谷 山橋 脇前 畑山 田尾 岡
 甲木 杉高 谷堂 中藤 前松 吉寮
 稔久 孝博 郎央 夫雄 篤理 男毅
 昭昌 幸政 和雅 忠 延
 熊丸 田橋 寫 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

功勞会員

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
 稲石 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10月31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	大阪晓明館病院 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・腫瘍内科
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
小林裕	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
西郷勝康	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)	高 折 晃 史	
(監 事)	黒 田 純 也	保 仙 直 毅
(顧問)	金 倉 讓	小 川 啓 恭
		野 村 昌 作

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117回近畿血液学地方会

プログラム

第 117 回近畿血液学地方会開催にあたって

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

晩秋の候、皆様におかれましてはますますご清栄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117回会長を務めさせていただくこととなりました。

令和2年初めから全世界を襲ったコロナ禍のため、直近の4回はWEB開催となりました。各回を主催された先生方におかれましては苦渋の選択であったと推察します。WEB開催は会場までへの時間を節約でき、どこからでも学会に参加できる利便性があります。一方、臨場感の乏しさから長時間集中力を保つことが難しい、質問するタイミングがとりにくい、といった問題点もあります。新型コロナウイルスとの3年間におよぶ共存を経て、感染予防に十分配慮すれば従来通りの学会開催が可能であることは本年の各種学会により検証されましたので、今回の地方会を現地開催で行うこととしました。会場が神戸市のポートアイランドであり、多くの先生方に交通の点で御不便をおかけしてしまい申し訳ありません。そのような中で、60題もの演題をいただきましたことは望外の僥倖でしたし、現地開催に対する皆様の思いを感じました。

本会におきましては、演題発表と特別・招請講演を通じた若手医師への支援と教育に力点を置きました。演題発表では活発な御討議が復活するものと期待しております。特別・招請講演は造血器疾患に対する最新の概念と治療法を網羅することに努めました。最近導入されたインパクトの高い治療法として、unfit AMLに対するVEN/AZA療法、DLBCLに対するPola-R-Benda、Pola-R-CHP療法が挙げられます。多発性骨髄腫に対してはCD38抗体、IMiDs、PIを含む多くの組み合わせが可能となり治療の幅が広がりました。PTCLにおいては多くの新規薬剤が登場しましたが、どのように使いこなしていくか今後の課題です。同種移植やCART療法の普及により長期にわたる免疫グロブリン補充療法が必要な患者が増えており、血液製剤の適正使用の面からも重要な課題と考えられます。またWHO分類が改訂されその骨子が最近報告されました。これらに関して各領域の専門家の先生方よりご講演いただきます。

末筆となりましたが、本会開催のご指導を賜りました近畿血液学地方会の幹事ならびに学会事務局の先生方、本学会の趣旨にご賛同いただきました企業の皆様に深く感謝申し上げます。会の進行・運営にご尽力いただきました皆様にも心より御礼申し上げます。本会に参加いただきました先生方にとって有意義なものとなりますよう心より願うものです。

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**：PC（Windowsのみ）による発表とします。対面形式のため、現地会場へお越しください。
演者の先生方は、4ページのPC発表についてをご参照ください。
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**：会場の参加受付にて参加費をお支払い下さい。（現金のみ取扱い）
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ことがありますのでご注意ください。

評 議 員 会：11：55～12：20

会場開催です。オンライン配信はございません。

次 期 会 長：地方独立行政法人りんくう総合医療センター 理事 兼 副病院長・血液内科主任部長
烏 野 隆 博

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

16：15より初期研修医優秀発表演題の表彰式をおこないます。16階総合受付にて14：30より受賞者の掲示をいたしますので、ご確認の上、ご参加下さい。

受賞者には当日、会場にて賞状と記念品を贈呈いたします。

第118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118回近畿血液学地方会 ご案内」をご覧ください。

会場案内図



アリストンホテル神戸までのアクセス

■神戸空港からご利用の場合

ポートライナー「市民広場駅」より徒歩約5分

■電車をご利用の場合

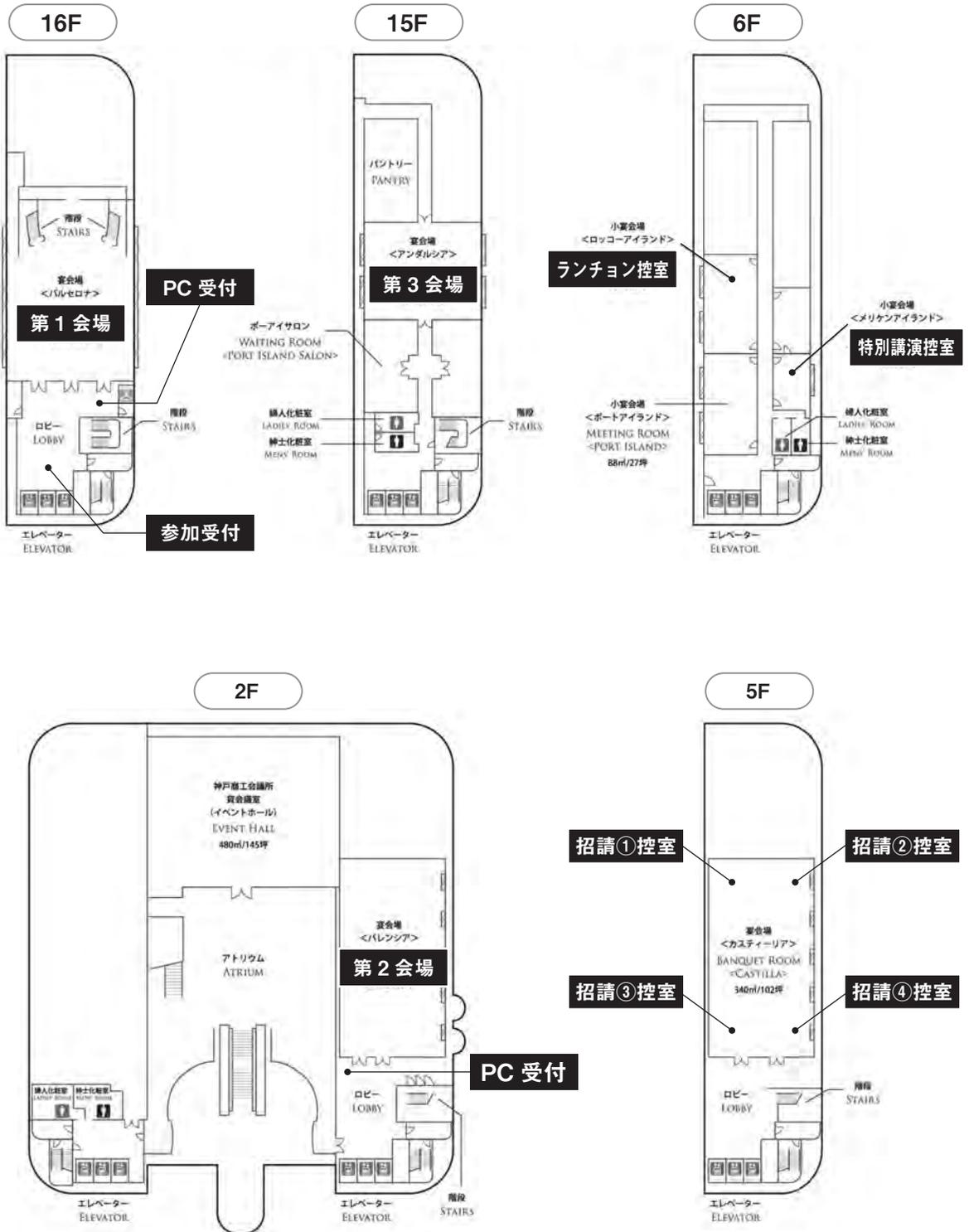
JR「三ノ宮駅」からポートライナー「みなとじま駅」より徒歩約5分

■お車をご利用の場合

阪神高速神戸線 京橋ICから高速道路出口より約5分

- ・ホテル併設の提携駐車場をご利用いただけます。(20台・1泊お留め置き駐車券税込700円)
- ・駐車場は先着順となりますのでご了承ください。満車の場合は近隣のコインパーキングをご案内しております。

会場配置図



PC発表について

演題発表に先立ち

- [1] あらかじめ作成した発表用データを USB 接続対応フラッシュメモリに入れ、PC 受付に提出して下さい。
 - [2] ご自身の PC で発表する場合も PC 受付に立寄り下さい。
- いずれの場合も発表予定時刻の 30 分前までにデータの動作確認を済ませておいてください。

- ・当日会場に用意するパソコンの OS は Windows です。プレゼンテーションソフトは PowerPoint です。
データの作製にあたっては上記 OS、ソフトに合致するデータ形成としてください。
- ・Macintosh 作成データでの発表は出来ませんのでご注意ください。
- ・発表データのファイル名は「演題番号_氏名」としておいてください。
- ・動画の使用は出来ません。
持込んだ発表用データは学会終了後、廃棄致しますのでご了承ください。
- ・詳細についてはそれぞれ以下の「データ持込の注意点」「パソコン本体持込の注意点」を確認してください。

データ持込の注意点

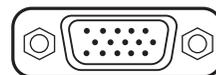
1. データのメディアは USB 接続対応フラッシュメモリでお願いします。(CD-R、MO、SD、MS などの記録メディア、ZIP などの圧縮ファイル形式は不可です。)
2. データの保存は下記の方法でお願いします。
 - *アプリケーションソフトは Microsoft PowerPoint
 - *フォントは文字化けを防ぐため下記フォントを使用してください。
日本語……MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝
英語……Century、Century Gothic、Arial、Times New Roman
 - *ファイル名は「演題番号(半角数字)_氏名.ppt」でお願いします。
(例)1_血液太郎.ppt
3. プレゼンテーション(PowerPoint)に他のデータ(静止画・グラフ等)をリンクさせている場合には必ず元のデータも保存して頂き、事前に動作確認をお願いします。

【注意】

- ・データをお持ちの場合は事前に必ず作成に使用されましたパソコン以外でのチェックをお願いします。
- ・リンクファイル(静止画・グラフ等)を使用しているデータ(パワーポイント)の場合は必ずパワーポイントデータと関連づけしているリンクファイルを1つのフォルダにまとめて保存してください。
- ・リンクファイルがあるデータは1つにまとめたフォルダに名前を付けてください。
 - *フォルダ名の付け方はファイル名と同様をお願いします。
- ・メディア内のデータは当日使用されるもののみをお願いします。

パソコン本体持込の注意点

1. ノートパソコン持込の場合は Windows(Windows7 以上)でお願いします。
2. 会場でご用意する PC ケーブルコネクタの形状は MiniD-Sub15 ピンもしくは、HDMI です。この形状にあったノートパソコンをご用意ください。
またこの形状に変換するコネクタを必要とするノートパソコンの場合には必ずご自身で変換コネクタをお持ちください。
3. プレゼンテーション(PowerPoint)に他のデータ(静止画・動画・グラフ等)をリンクさせている場合には必ず元のデータも保存して頂き、事前に動作確認をお願いします。



MiniD-Sub15

進 行 表

	第 1 会場 / 16F	第 2 会場 / 2F	第 3 会場 / 15F
午 前 の 部	8:50~8:55 開会の挨拶		
	9:00~9:40 新規薬剤 9:40~10:20 血球減少症 10:20~11:00 COVID19 11:00~11:40 TAFRO・CAEBV	9:00~9:40 前駆 B-ALL 9:40~10:20 低悪性度 B 細胞腫瘍 10:20~11:00 成熟 B 細胞腫瘍 11:00~11:40 B 細胞腫瘍 移植など	9:00~9:40 T 細胞腫瘍・免疫 9:40~10:20 末梢 T 細胞腫瘍 10:20~11:00 MPN 11:00~11:40 骨髄系腫瘍・アミロイドーシス
		11:55~12:20 評議員会	
午 後 の 部	12:30~13:30 (第1会場) ランチオンセミナー / 共催: アッヴィ合同会社 「UnfitAML に対する治療の最前線 ~リアルワールドデータから見る層別化治療への期待~」 座長: 日本赤十字社 大阪赤十字病院 副院長兼血液内科主任部長兼輸血部長兼総合内科部長 今田和典 演者: 順天堂大学医学部 細胞療法・輸血学 主任教授 / 血液内科 安藤純		
	13:40~14:40 (第1会場) 特別講演 / 共催: シンバイオ製薬株式会社 「ゲノム医療時代におけるリンパ腫分類の方向性」 座長: 地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 医長 近藤忠一 演者: 名古屋大学大学院医学系研究科 臓器病態診断学 教授 加留部謙之輔		
	14:45~15:25 (第1会場) 招請講演 1/ 共催: 中外製薬株式会社 「初発 DLBCL 治療 Update」 座長: 神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 医長 米谷昇彦 演者: 国立病院機構 大阪医療センター 血液内科 科長 輸血療法部長 柴山浩彦		
	14:45~15:25 (第2会場) 招請講演 2/ 共催: 日本化薬株式会社 「PTCL の新たな治療戦略」 座長: 関西医科大学 内科学第一講座 主任教授 伊藤量基 演者: 福井大学 病態制御医学講座 内科学(1)分野 講師 根来英樹		
	15:30~16:10 (第1会場) 招請講演 3/ 共催: ヤンセンファーマ株式会社 「多発性骨髄腫の治療指針~抗 CD38 抗体を基に長期戦略を組み立てる~」 座長: 姫路赤十字病院 副院長 平松靖史 演者: 近畿大学医学部 血液・膠原病内科 医学部講師 芹澤憲太郎		
	15:30~16:10 (第2会場) 招請講演 4/ 共催: CSL ベーリング株式会社 「同種造血幹細胞移植後の低ガンマグロブリン血症とその対策 ~免疫グロブリン補充療法を中心に~」 座長: 大阪大学大学院医学系研究科 血液・腫瘍内科学 教授 保仙直毅 演者: 大阪公立大学大学院医学研究科 血液腫瘍制御学 講師 西本光孝		
	16:15~ 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 石 川 隆 之

9:00～9:40

新規薬剤

座 長 平 本 展 大

(神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科)

1. Acute Undifferentiated Leukemia に対し Azacitidine/Venetoclax 療法が奏功した一例
大阪府済生会中津病院 血液内科 ○田中 静大 中根 孝彦 藤谷洋太郎
荒木 拓 小川 優美 堀内 美令
山村 亮介
2. ベネトクラクス+アザシチジン療法中に発作性心房細動を合併した急性骨髄性白血病の1例
りんくう総合医療センター 血液内科 ○上條 公守 白石 貫馬 釜江 剛
安見 正人 烏野 隆博
3. 地固め療法中に腸管気腫症を発症し、Azacitidine/Venetoclax で治療し得た急性骨髄性白血病
生長会府中病院 血液疾患センター ○芝野 郁美 原田 尚憲 向井 大貴
喜澤 佑介 白神 大志 菱谷安津子
4. ベネトクラクス・リツキシマブ(VR)併用療法が奏効した Richter 症候群
京都府立医科大学 血液内科 ○小倉 圭史 藤野 貴大 知念祥太郎
宮下 明大 金山 悠加 塚本 拓
水谷 信介 志村 勇司 黒田 純也
5. 同種造血幹細胞移植後にアシミニブにて寛解維持した慢性骨髄性白血病の一例
関西医科大学附属病院 血液腫瘍内科 ○星山 季子 堀田 雅章 坪倉 幸恵
吉村 英晃 藤田 真也 佐竹 敦志
伊藤 量基

注：演題番号の●に白字は初期研修医発表

9:40 ~ 10:20

血球減少症

座長 諫田 淳也

(京都大学 血液内科)

6. 亜鉛製剤の関与が疑われる銅欠乏症により血球減少をきたした二症例

京都第二赤十字病院 血液内科 ○江頭 文 山口 順子 小森友紀子
隄 康彦 佐々木奈々 上辻 由里
小林 裕 魚嶋 伸彦

7. 肝移植後に難治性自己免疫性好中球減少症を発症した成人の一例

京都大学医学部附属病院 血液内科 ○孫 胡擘 和田 典也 諫田 淳也
水本 智咲 山下 浩平 高折 晃史
同 肝胆膵・移植外科 伊藤 孝司 政野 裕紀 内田洋一朗
波多野悦朗
同 検査部輸血部門 万木紀美子 菱田 理恵

8. 当初薬剤性無顆粒球症と思われたPNH型血球陽性骨髓不全症

市立豊中病院 血液内科 ○横山 太陽 小澤 孝幸 木田 亨
政家 寛明 田所 誠司 小杉 智

9. 腹膜癌に特発性血小板減少性紫斑病を併発した一例

甲南医療センター 腫瘍・血液内科 ○伊藤恵理子 渡部まりか 本田 桃子
茶屋原菜穂子 谷 聡 下山 学

10. 多彩な病態を呈した自己免疫性血球減少症の1例

神鋼記念病院 血液内科 ○中村 稜 中村 直和 坂井 智美
常峰 絃子 有馬 靖佳

10:20 ~ 11:00

COVID19

座長 船越 洋平

(神戸大学 腫瘍血液内科)

11. COVID-19を契機に門脈血栓を来したITPの症例

市立福知山市民病院 血液内科 ○川住 憲史 西山 大地 服部 雄
早田 洋樹 平川 浩一
同 呼吸器内科 西岡 直哉

12. 新型コロナウイルス感染で増悪した特発性血小板減少性紫斑病の1例
 上ヶ原病院 内科 ○中島 利幸 戸田 暁成 川本 裕之
 藤盛 好啓 富山 佳昭 神前 昌敏
 大江与喜子
13. 当院加療中の血液疾患患者における COVID-19 感染症についての検討
 市立伊丹病院 血液内科 ○中原 航 井上 愛 水木満佐成
 雨宮 優夏 高橋 雅文 石田 尚子
 徳嶺 進洋
- ⑭. コロナ第7波における COVID-19 陽性血液疾患 11 例の検討
 済生会野江病院 血液・リウマチ内科 ○石川 遼馬 金子 仁臣 饗庭 明子
 上杵 裕子 田端 理恵 堂前 尚親
15. 低悪性度 B 細胞性リンパ腫に対する抗 CD20 抗体とベンダムスチン治療後に SARS-CoV2 持続陽性となった 4 症例の検討
 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 血液内科 ○大島 正義 土井 究 岡本 吉央
 田端 淑恵 北野 俊行

11:00 ~ 11:40
 TAFRO・CAEBV

座長 菅原浩之
 (住友病院 血液内科)

16. 薬剤性急性肝炎に併発した TAFRO 症候群の 1 症例
 滋賀医科大学 血液内科 ○岩佐磨佐紀 阿部 和樹 藤城 綾
 西村 理恵 河原 真大 南口 仁志
 安藤 朗
17. 骨髓線維化を認めず診断に難渋した TAFRO 症候群
 大阪赤十字病院 血液内科 ○池田 正俊 多田 浩平 曾根万里江
 岡田 慎理 門田真悠子 河原 宏紀
 杉野 典子 田嶋 政治 吉岡 聡
 水谷 知里 今田 和典
18. ルキシロチニブが有効と考えられた TAFRO 症候群の 1 例
 高槻赤十字病院 血液内科 ○丹羽諒太郎 恩田 佳幸 岡田 陸実
 前迫 善智 安齋 尚之

19. 診断に苦慮した進行性成人発症型 EBV 関連リンパ増殖性疾患の一例

住友病院 血液内科 ○赤井 奎太 紀田 侑子 土居由貴子
森川陽一郎 氏家 秀敏 菅原 浩之
金倉 讓
同 膠原病リウマチ内科 野里 聡子 北野 将康
同 腎臓高血圧内科 角田慎一郎

20. 肝生検で診断された慢性活動性 EB ウイルス感染症 (CAEBV) の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科 ○西垣内 陽 丸山 互 高橋 佑輔
小谷 禎一 右京 直哉 赤坂 尚司
同 医学研究所 大野 仁嗣

第 2 会場

9:00 ~ 9:40

前駆 B-ALL

座 長 上 田 周 二

(兵庫県立西宮病院 血液内科)

21. 同種造血幹細胞移植をうけなかった Ph+ALL：当院での経験

京都桂病院 血液内科 ○菱澤 方勝 片岡阿沙美 島津 弥生
岸本 涉 濱田 常義 植田知代子
土井 章一 森口 寿徳

22. アデノウイルス関連出血性膀胱炎に対し、高気圧酸素療法が有効であった Ph 陽性 ALL の一例

和歌山県立医科大学 血液内科 ○岡部 友香 堀 善和 山下 友佑
細井 裕樹 村田 祥吾 蒸野 寿紀
園木 孝志

23. SAPHO 症候群を合併した Ph 陽性急性リンパ性白血病の 1 例

大阪国際がんセンター 血液内科 ○山口 優太 多田 雄真 加納 美月
三田 和広 美馬 風花 新開 泰宏
油田さや子 藤 重夫 横田 貴史
石川 淳

24. 携帯型持続ポンプを用いた外来ブリナツモマブ療法

兵庫県立西宮病院 血液内科 ○寺川 拓也 梅木 佑夏 池田 真子
松岡 慶樹 松永 一美 上田 周二

25. プリナツモマブ投与中に髄液細胞数増加を来した2症例

京都第一赤十字病院 血液内科 ○岡 優介 中村 隆久 加藤 大思
中山 理菜 大城 宗生 杉谷 未央
古林 勉 松本 洋典 岩井 俊樹
内山 人二

9:40 ~ 10:20

低悪性度 B 細胞腫瘍

座長 芹澤 憲太郎
(近畿大学医学部 血液・膠原病内科)

26. 意識障害を呈した Bing-Neel 症候群の一例

神鋼記念病院 血液内科 ○生成 諒 坂井 智美 中村 直和
常峰 紘子 有馬 靖佳

27. WM/LPL に MYC 転座を有する CNS DLBCL を発症しチラブルチニブが奏効した1症例
神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 ○新田 彩巴 下村 良充 山本 隆介

永井 雄也 平本 展大 近藤 忠一
米谷 昇 石川 隆之

28. 蛋白漏出性胃腸症を契機に診断された濾胞性リンパ腫と骨髄増殖性腫瘍の同時重複症例

国立病院機構 大阪医療センター 血液内科 ○本堂 方人 長手 泰宏 戸田 淳
中谷 綾 柴山 浩彦
大阪大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科 上田 智朗

29. 高リパーゼ血症を呈した原発性グロブリン血症の1例

箕面市立病院 血液内科 ○李 瑞生 久原 甲 内田 陽三
畦西 恭彦
同 臨床検査部 大石 彩

30. 中枢神経浸潤を来した濾胞性リンパ腫の5症例

京都桂病院 血液内科 ○岸本 涉 片岡亜沙美 島津 弥生
植田知代子 濱田 常義 菱澤 方勝
森口 寿徳 土井 章一
三菱京都病院 腫瘍内科 吉岡 亮

10:20 ~ 11:00
成熟 B 細胞腫瘍

座長 古林 勉
(京都第一赤十字病院 血液内科)

31. 関節リウマチの治療中に生じた腹膜原発リンパ腫の1例
JCHO 京都鞍馬口医療センター 血液内科 ○武石真之介 初瀬 真弓 太田沙絵子
木元 弥生 淵田 真一 島崎 千尋
32. 結節性リンパ球優位型 Hodgkin リンパ腫との病理学的鑑別を要した T 細胞／組織球豊富大細胞型 B 細胞リンパ腫の一例
関西電力病院 血液内科 ○柿原 文太 井尾 克宏 岡本 晴香
和泉 清隆 北川 智也 平田 大二
永井 謙一
同 病理診断科 桜井 孝規
33. 左上腕骨に発症した骨原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の1例
箕面市立病院 血液内科 ○久原 甲 内田 陽三 畦西 恭彦
同 病理診断科 中道伊津子
34. 急性白血病様の骨髓塗抹像を呈した Burkitt lymphoma の一例
神戸大学医学部附属病院 腫瘍血液内科 ○兼平 博史 松本 咲耶 平川 結梨
坂井 里奈 市川 大哉 北尾 章人
薬師神公和 南 博信
35. CD8陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の一例
京都市立病院 血液内科 ○疋田 涼介 宮原 裕子 奥田 健大
鹿野 恵 櫻田 麻希 松井 道志
同 血液内科、輸血・造血幹細胞移植科 伊藤 満

11:00 ~ 11:40

B細胞腫瘍 移植など

座長 吉岡 聡

(大阪赤十字病院 血液内科)

- ⑩. 減量 BuTT 前処置による自家移植を施行した高齢脳実質内再発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫

和歌山県立医科大学 血液内科 ○小山 翼 吉田 菊晃 岡部 友香
榊 絢朱 堀 善和 細井 裕樹
蒸野 寿紀 村田 祥吾 園木 孝志

- ⑪. BR/R-HDAC 療法後に ASCT を施行したマンツル細胞リンパ腫の一例

パナソニック健康保険組合松下記念病院 血液内科 ○平野 達大 先山恵美子 山根 裕介
清田 実希 和田 勝也 河田 英里

38. 当院の CAR-T 治療関連合併症のマネジメント

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 ○久保 茂世 新田 彩巴 仲 亮祐
下村 良充 永井 雄也 近藤 忠一
石川 隆之

- ⑫. 非分泌型多発性骨髄腫に対し MeAIB-PET が病変評価に有用であった1例

滋賀県立総合病院 血液・腫瘍内科 ○谷 明恵 吉永 則良 岡 論
浅越 康助
同 研究所 奥山 智緒 加川 真也

- ⑬. 持続型 G-CSF 製剤により大動脈炎を発症したびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) の1例

北播磨総合医療センター 血液・腫瘍内科 ○松本 真輝 高倉 嗣丈 川口 晃司
白井佑太郎 杉本 健
同 リウマチ・膠原病内科 矢部 萌美 三崎 健太

第3会場

9:00～9:40

T細胞腫瘍・免疫

座長 渡邊光正

(兵庫県立尼崎医療センター 血液内科)

④1. 急速な経過を辿った菌状息肉症の1例

堺市立総合医療センター 血液内科

○SIRIPONGVUTIKORN YANAKAWEE

松浦 愛 畑中 一生

同 病理診断科

安原裕美子

同 皮膚科

田中 文

42. 大細胞転化を呈し同種骨髄移植を施行した毛包向性菌状息肉症

京都大学医学部附属病院 血液内科

○鈴木光太郎 虎谷 和則 中山 大輔

進藤 岳郎 水本 智咲 諫田 淳也

錦織 桃子 山下 浩平 高折 晃史

43. 巨大縦隔腫瘍で発症し、化学療法開始後の残存病変から拡散強調MRI画像を活用した再生検で診断に至った成人T細胞白血病/リンパ腫

市立吹田市民病院 血液内科

○杉山 剛文 徳永 正浩 高津 康人

松井 奨吾 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

44. MRIが診断の一助となった、ネララビンによる薬剤性横紋筋融解症の一例

府中病院 血液疾患センター

○向井 大貴 原田 尚憲 芝野 郁美

喜澤 佑介 白神 大志 麥谷安津子

45. SARS-Cov-2ワクチン接種後に発症し、自然軽快傾向を示した後天性血友病Aの一例

和歌山県立医科大学附属病院 血液内科

○太根 美聡 細井 裕樹 小浴 秀樹

井邊 公章 堀 善和 山下 友佑

村田 祥吾 蒸野 寿紀 西川 彰則

園木 孝志

9:40 ~ 10:20

末梢 T 細胞腫瘍

座長 西川 彰 則
(和歌山県立医科大学 血液内科)

46. 診断から5年後にB症状を伴う全身病変を認めた原発性皮膚未分化大細胞型リンパ腫の1例
神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 ○西久保雅司 平本 展大 山本 隆介
米谷 昇 永井 雄也 近藤 忠一
石川 隆之
同 皮膚科 長野 徹
同 病理診断科 山下 大祐
- ④7. 初回治療19年後に再発したATTC-ALK未分化大細胞型リンパ腫(ALCL)の一例
天理よろづ相談所病院 血液内科 ○坂口 拓三 丸山 互 高橋 佑輔
小谷 楨一 右京 直哉 赤坂 尚司
同 病理診断科 桂川 広幸 住吉 真治
同 医学研究所 大野 仁嗣
48. A+CHP療法中に髄液浸潤を来したALK陽性未分化大細胞リンパ腫の一例
京都桂病院 血液内科 ○片岡阿沙美 岸本 渉 島津 弥生
濱田 常義 菱澤 方勝 森口 寿徳
- ④9. 中枢神経指向性治療を行った中枢神経病変を有する進行期節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型(ENKL)の一例
和歌山県立医科大学 血液内科 ○南 昌吾 岡部 友香 堀 善和
山下 友佑 蒸野 寿紀 細井 裕樹
村田 祥吾 園木 孝志
同 病理診断科 岩元 竜太
- ⑤0. 自己免疫性疾患を合併した治療抵抗性末梢性T細胞性リンパ腫(PTCL-NOS)の1例
奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科 ○山本 雅美 小林 真也 大谷 惇
越智 真一 八木 秀男
同 臨床検査部 中村 文彦
同 病理診断科 石田 英和

10:20 ~ 11:00

MPN

座長 岡田 昌也

(兵庫医科大学 血液内科)

51. 慢性期を認めず、急性転化期で慢性骨髄性白血病(CML)と診断した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
52. 慢性骨髄性白血病に対して Dasatinib で加療中に骨髄異形成症候群を発症した一例
大阪赤十字病院 血液内科 ○曾根万里江 杉野 典子 岡田 慎理
池田 正俊 門田真悠子 河原 宏紀
多田 浩平 田瀧 政治 吉岡 聡
水谷 知里 今田 和典
同 病理診断科 嶋田 俊秀
53. 骨髄異形成症候群と慢性骨髄性白血病が合併した患者にアザシチジンを使用した症例
近畿大学奈良病院 血液内科 ○加藤由里子 山田 薫 田村 雄平
藤原 亮介 嶋田 高広 花本 仁
54. 二次性巣状分節性糸球体硬化症をきたした真性多血症
北野病院 血液内科 ○島田 充浩 大島 正義 田邊万璃子
河崎 直人 岡本 吉央 高橋 慧
稲野将二郎 坂本宗一郎 田端 淑恵
北野 俊行
55. 腰椎破裂骨折、腰椎硬膜外血腫を認めた慢性好中球性白血病の1例
奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー・血液内科 ○柴田 浩気 安積 秀一 内原 正人
森岡友佳里 長谷川 淳 田中 晴之
天野 逸人
同 輸血部 久保 政之

11:00 ~ 11:40

骨髓系腫瘍・アミロイドーシス

座長 赤坂尚司

(天理よろづ相談所病院 血液内科)

56. 同種骨髄移植後早期に発症した *Schizophyllum* 属による真菌性副鼻腔炎

京都大学医学部附属病院 血液内科 ○川上 真弘 赤荻 杏奈 諫田 淳也
水本 智咲 山下 浩平 高折 晃史
東邦大学医学部病院 病理学講座 澁谷 和俊
国立感染症研究所 真菌部 阿部 雅広

57. 小腸イレウスにて発症した急性骨髄性白血病の一例

兵庫医科大学病院 血液内科 ○村田 賢紀 吉原 享子 藤田 佳之
山形 冬樹 吉原 哲 日笠 聡
同 病院病理部 松田 育雄 廣田 誠一

58. NPM1 変異を有する急性骨髄性白血病 (AML) の同種移植後に発症した治療に関連した骨髄腫瘍 (t-MN)

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 ○光行 智司 平本 展大 下村 良充
山本 隆介 永井 雄也 米谷 昇
近藤 忠一 石川 隆之
東京大学医科学研究所 血液腫瘍内科、
京都大学医学部医学研究科 腫瘍生物学講座 南谷 泰仁
同 腫瘍生物学講座 森 拓人 小川 誠司

59. Dar sc-CyBorD にて重度心不全の改善を認めた AL アミロイドーシス症例

関西医大総合医療センター 血液腫瘍内科 ○石井 侑佳 石井 一慶

60. 下血を繰り返し、剖検にて下部消化管浸潤が判明した慢性骨髄単球性白血病 (CMML) の一例

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

第 1 会 場

12: 30～13: 30

ランチョンセミナー

座 長 今 田 和 典
(日本赤十字社 大阪赤十字病院 副院長兼血液内科主任部長兼輸血部長兼総合内科部長)

『Unfit AMLに対する治療の最前線～リアルワールドデータから見る層別化治療への期待～』

安 藤 純
(順天堂大学医学部 細胞療法・輸血学 主任教授/血液内科)
共催: アッヴィ合同会社

13: 40～14: 40

特別講演

座 長 近 藤 忠 一
(地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 医長)

『ゲノム医療時代におけるリンパ腫分類の方向性』

加留部 謙之輔
(名古屋大学大学院医学系研究科 臓器病態診断学 教授)
共催: シンバイオ製薬株式会社

14: 45～15: 25

招請講演1

座 長 米 谷 昇
(神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 医長)

『初発 DLBCL治療 Update』

柴 山 浩 彦
(国立病院機構 大阪医療センター 血液内科 科長 輸血療法部長)
共催: 中外製薬株式会社

15: 30～16: 10

招請講演3

座 長 平 松 靖 史
(姫路赤十字病院 副院長)

『多発性骨髄腫の治療指針～抗 CD38抗体を基に長期戦略を組み立てる～』

芹 澤 憲 太 郎
(近畿大学医学部 血液・膠原病内科 医学部講師)
共催: ヤンセンファーマ株式会社

第 2 会 場

14: 45～15: 25

招請講演2

座 長 伊 藤 量 基
(関西医科大学 内科学第一講座 主任教授)

『PTCLの新たな治療戦略』

根 来 英 樹
(福井大学 病態制御医学講座 内科学(1)分野 講師)
共催: 日本化薬株式会社

15: 30～16: 10

招請講演4

座 長 保 仙 直 毅
(大阪大学大学院医学系研究科 血液・腫瘍内科学 教授)

『同種造血幹細胞移植後の低ガンマグロブリン血症とその対策～免疫グロブリン補充療法を中心に～』

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 講師)
共催: CSLベーリング株式会社

ランチョンセミナー

ランチオンセミナー

UnfitAML に対する治療の最前線 ～リアルワールドデータから見る層別化治療への期待～

順天堂大学医学部 細胞療法・輸血学 主任教授／血液内科

安藤 純

急性骨髄性白血病 (Acute myeloid leukemia : AML) は、骨髄で分化成熟能が障害された細胞が異常増殖することで引き起こされ、日本における年間罹患数は7,000人程度であり、その半数以上が高齢者である。AML に対する基本的な治療方針は、強力化学療法、同種造血幹細胞移植であるが、高齢患者においては、強力化学療法が行えないことが多く、十分な治療選択肢が存在しなかった。

しかし、このような強力化学療法が困難な unfit AML 患者に対し、BCL-2 阻害剤であるベネトクラクスと脱メチル化阻害剤であるアザシチジンの併用療法が、既存の治療と比較し、奏効率と全生存率を有意に改善することが2020年に報告された。日本でも2021年3月から保険収載され、高齢者における AML 治療は大きく変化した。更に、FLT3-ITD 変異に対する FLT3 阻害薬、IDH1/IDH2 変異に対する IDH 阻害薬が開発され、有効性が証明されている。ベネトクラクスにおいても、IDH1/IDH2 変異を有する患者群で、より良い奏効が報告されている。

本シンポジウムでは、unfit AML に対するベネトクラクスとアザシチジンの併用療法のグローバル試験への参加経験をもとに、当院の実臨床における実際の治療成績を紹介する。また、次世代シーケンサーによる網羅的遺伝子解析の結果なども含め、今後の層別化治療への期待を解説したい。

× ㄗ

特別講演

特別講演

ゲノム医療時代におけるリンパ腫分類の方向性

名古屋大学大学院医学系研究科 臓器病態診断学 教授

加留部 謙之輔

2017年のWHO分類改訂第4版(WHO-4R)から5年が経過した2022年、WHO分類第5版(WHO-5)が刊行された。WHO分類第4版の刊行が2008年であり、WHO-4Rまで9年空いたことを考えると今回の改訂の間隔は短く、通常であれば大きな変更は少なくなるはずであった。しかし、editorの構成をWHO-4Rから大幅に変更したいWHO側の方針と、WHO-4Rのeditor陣の意見が対立した結果、WHO-4Rのeditor陣を中心としたinternational consensus classification (ICC)による分類と、WHO-4Rからはeditorのみならず著者陣も大幅に刷新されたWHO-5の2つの分類が並び立つことになってしまった。このメンバーの入れ替えを反映してか、WHO-5には大きな変更点がしばしば認められる。複数の分類が併存することは実地診断に混乱を生むかもしれない。一方で、現時点でのリンパ腫の捉え方をWHO-5とICCの2つの見方を通してみると何がコンセンサスで何が未解決の課題であるかが見えてきて非常に興味深い。

WHO-5、ICCいずれの分類も、組織形態像や細胞系列(B細胞 vs T細胞)のみならず、発生する解剖学的部位、ウイルスの関与の有無、免疫不全などの背景の病態など、さまざまな要素を勘案して疾患概念が成り立っていることは共通している。その中の一つとして遺伝子異常は悪性リンパ腫の分類にも歴史的に大きな影響を及ぼしてきた。近年の遺伝子解析技術の進歩により、これまで認識されてきたt(14;18)のような染色体転座のみならず、1塩基置換の変異が多数同定されている。これらの遺伝子異常を一度の検査で把握するのがパネル検査であるが、固形がんの治療薬探索を目的とした「がんゲノム医療体制」が本邦でも整備されてきている。一方で造血器腫瘍は2022年10月現在、その対象外であり、ややもすれば取り残された感を抱く方もいるかもしれない。ただ、造血器腫瘍における網羅的遺伝子解析は治療薬探索のみならず、診断確定や予後予測といった側面の方が強く、固形がんパネルのコンセプトのまま造血器腫瘍のパネルが行われても、それはそれでデメリットも多いと思われる。本講演では、遺伝子解析が診断に大きく影響した実際の症例を例に挙げながら、リンパ腫診断において造血器腫瘍ゲノムパネルをどのように活用していくべきか述べていく。

× ㄗ

招 請 講 演

招請講演 1

初発DLBCL 治療Update

国立病院機構 大阪医療センター 血液内科 科長 輸血療法部長
柴山 浩彦

びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) は悪性リンパ腫の中で最も頻度の高い組織型で約 40% を占める。WHO 改訂第 4 版では、特殊型 DLBCL がいくつか区別されているが、ほとんどは DLBCL, NOS である。また、細胞起源に基づいた GCB 型と Non-GCB/ABC 型に分けられる。治療に関しては約 20 年前にリツキシマブ (R) が登場し、それまでの標準治療であった CHOP 療法に R を併用した R-CHOP 療法が新たな標準治療となり、約 60% の患者で治癒が得られる。しかし、R-CHOP で寛解・治癒が得られない患者に対しては R-CHOP を凌駕する治療の必要性が求められ、これまで種々の治療法が R-CHOP と比較されたが、凌駕できる治療法はなかった。

ポラツズマブベドチン (Pola) は、CD79b に対する抗体にリンカーを介し MMAE を結合した抗体薬物複合体 (ADC) と称される薬剤であり、2021 年 3 月に再発・難治 DLBCL に対し BR 療法と併用した PolaBR 療法として保険承認となり、現在、広く使用されている。初発 DLBCL に対し Pola をビンクリスチンと置き換えた Pola-R-CHP 療法と R-CHOP を二重盲検で比較した POLARIX 試験の結果が、2021 年 12 月に発表された。主要評価項目の PFS において、ハザード比 : 0.73 (95%CI : 0.57-0.95)、 $P=0.0177$ と有意に Pola-R-CHP が R-CHOP を凌駕した。安全性については、両治療法でほぼ差がないという結果であった。また、サブグループ解析の結果では、年齢 >60、男性、PS : 0-1、IPI スコア : 3-5、巨大腫瘍病変なし、LDH 上昇、ABC 型、ダブルエクスプレッサー (Myc と Bcl-2 の強発現) などの患者で有意に Pola-R-CHP が R-CHOP に優っており、一方、R-CHOP が優っているサブグループはなかった。以上の POLARIX 試験の結果から約 20 年ぶりに初発 DLBCL の標準治療が変わる可能性が示唆された。また、2022 年 8 月に Pola-R-CHP は初発 DLBCL に対し保険承認された。ただし、POLARIX 試験では、Pola-R-CHP と R-CHOP の OS についての差は認められていないため、Pola-R-CHOP 療法が真の標準治療となるかどうかは今後の症例の蓄積を待つ必要がある。

招請講演 2

PTCL の新たな治療戦略

福井大学 病態制御医学講座 内科学（1）分野 講師

根来 英樹

成熟T/NK細胞リンパ腫はWHO分類2017年度改訂第4版で約30種類に分類される。

PTCLはALK(+)
ALCLを除いてB細胞リンパ腫に比べ予後不良である。初発PTCLに対するみなし標準治療はCHOP療法であるが、CD30(+)
PTCLに対しBrentuximab vedotin+CHP療法(A-CHP)とCHOP療法を比較した2重盲検比較第Ⅲ相試験(ECHELON2試験)において無増悪生存期間中央値はA-CHP群で62ヶ月、CHOP群で24ヶ月(P=0.0077)、全生存期間OS(P=0.0424)共に有意にA-CHP群が延長した。このことからNCCNガイドラインではCD30(+)
PTCL、特にALCLに対してはA-CHP療法がPreferred regimensのひとつとなった。

地固め療法として自家末梢血幹細胞移植併用大量化学療法(HDT with auto HST)はNCCN guidelines(ver2 Mar 2022)では治療選択肢に挙げられているが、前向きの無作為比較試験による結果は示されておらず意義は定まっていない。

再発・難治PTCLに対しては多くの新規薬剤が使用できるようになった。従来の多剤併用化学療法との比較においては、米国の実臨床における前向き観察研究(COMplete試験)において新規単剤療法が多剤併用化学療法に比べ奏効率が高い結果が示されている。無作為比較試験ではないため結論は得られないが、新規単剤療法が移植非適応例においては特に治療選択肢として有望であると考えられる。

CD30(+)
ALCLに対してはBrentuximab vedotinの奏効率は高く第一選択になるものと考えられる。また、ALK(+)
ALCLに対してもAlectinibの奏効率が高い。他の新規薬剤の奏効率は概ね30%、奏効持続期間中央値は約1年程度が見込まれ優劣に差はない。病型、前治療歴、毒性を考えて、各症例にあわせて適切な薬剤を選択することが望まれる。新しくDarinaparsinが2022年8月に上市された。骨髄抑制が少ないことが特徴であり、frailな患者にも使用可能であると考えられ、作用機序の異なる薬剤が追加されることでPTCLの治療成績改善に寄与することが望まれる。

今後はさらなる治療成向上にむけて、新規薬剤の併用療法など模索していく必要があると考える。

招請講演 3

多発性骨髄腫の治療指針 ～抗 CD38 抗体を基に長期戦略を組み立てる～

近畿大学医学部 血液・膠原病内科 医学部講師

芹澤 憲太郎

多発性骨髄腫(MM)は形質細胞の腫瘍化、単クローン性 M 蛋白の増加を特徴とする B 細胞性の造血器悪性腫瘍である。MM は再発を繰り返し最終的に不幸な転機をたどるが、2000 年代になってプロテアソーム阻害薬、免疫修飾薬などの新規薬剤の登場により、その予後は改善傾向である。一方、治療選択において新規薬剤をどのように使用するかは染色体リスク、病勢などの骨髄腫側の要因や年齢、frailty などの患者側の要因、他にも再発時には前治療の要因を踏まえて考慮する必要があり、ガイドラインでも一律の治療方針を立てることは難しい。

新規薬剤の中でダラツムマブとイサツキシマブは CD38 抗原を標的とする抗 CD38 抗体であり、その薬理作用は NK 細胞との結合を介して NK 細胞の活性化をもたらす抗体依存性細胞障害(ADCC)、マクロファージとの結合を介してマクロファージの活性化により腫瘍を貪食させる抗体依存性細胞貪食(ADCP)、CD38 抗原に結合した抗体を介して補体が活性化され抗腫瘍効果をもたらす補体依存性細胞障害(CDC)などが知られている。抗 CD38 抗体は新規発症 MM(NM-MM)、再発難治 MM(RR-MM)に対して様々な臨床試験が実施され、優れた成績を示している。特に NM-MM に対しては MAIA 試験の DRd 療法(ダラツムマブ、レナリドミド、デキサメサゾン)、ALCYONE 試験の D-VMP 療法(ダラツムマブ、ボルテゾミブ、メルファラン、プレドニゾロン)ではコントロール群に比べて有意な無増悪生存期間(PFS)の延長を認めた。近年長期フォローアップデータも報告されており、全生存率(OS)においても有意差が示されている。このような結果より、抗 CD38 抗体は骨髄腫治療の重要なポジショニングを占めている。

また、より深い奏効に達する指標として微小残存病変(MRD)が注目されており、MRD 陰性を得ることは OS や PFS の改善に繋がることからメタ解析の結果より知られている。抗 CD38 抗体を使用したレジメンでは他レジメンと比較して、MRD 陰性に達する割合が高く、積極的に front line で使用する事により、長期予後の改善が得られることが期待される。

本講演では MM に対する抗 CD38 抗体を主軸とした長期治療方針を基礎的データおよび臨床試験の結果と共に自施設の経験やデータを踏まえて概説する。

招請講演 4

同種造血幹細胞移植後の低ガンマグロブリン血症とその対策 ～免疫グロブリン補充療法を中心に～

大阪公立大学大学院医学研究科 血液腫瘍制御学 講師

西本 光孝

同種造血幹細胞移植(以下、移植)は難治性血液腫瘍に対する根治療法であるが、移植関連死亡率も高い。なかでも感染症は重要な合併症の一つで、患者の免疫不全状態を背景に重篤化しやすい。また、感染を契機として免疫反応の増悪や臓器障害が引き起こることもしばしば経験され、感染予防対策は極めて重要である。

移植後感染症は、その起因菌や発症様式も多彩であるが、移植後免疫再構築と関連しており、移植後の時期や移植法、併存症、さらには患者の生活様式・環境などを考慮に入れた対応が必要である。一般的に、前処置による感染防御機構の破綻や好中球減少を伴う移植後早期には、予防的な抗菌薬や抗真菌薬、抗ウイルス薬が投与され、無菌室管理を含めた入院管理が行われる。好中球生着が得られると、外来管理に移行し、予防内服を中止していく。移植後半年から1年程度経過した移植後中～後期には、B細胞やCD4+T細胞の回復が認められ、ワクチン接種による感染予防効果が得られるようになる。しかしながら、予防薬による病原体の耐性化や副作用、免疫再構築の遅延によるワクチンの効能低下や費用の問題など、現状の予防対策における課題もある。

ガンマグロブリンはオプソニン化、補体の活性化、中和作用や抗体依存性細胞傷害活性により、細菌やウイルスに対する感染防御を担っている。ガンマグロブリンの低下は感染症発症リスクの増大につながる事が知られており、先天的に産生機能が障害された症例においてはガンマグロブリン製剤の定期補充が必須である。また、悪性リンパ腫や多発性骨髄腫において、化学療法に伴う続発性低ガンマグロブリン血症が感染リスクを高め、予後を悪化させる可能性が示されており、補充療法は有効な治療選択であると考えられる。一方、移植後においても約3割の症例でガンマグロブリンが低下しているとの報告もあり、感染症リスクを高める一因となっている可能性がある。過去の研究においてガンマグロブリン補充療法の効果は限定的であり、移植症例全例に対しての定期補充は推奨されていないが、国内外のガイドラインにおいて低ガンマグロブリン血症をきたしている症例に対しては補充を考慮してよいとされている。近年、臍帯血移植や移植後シクロフォスファミドを用いたHLA半合致移植の普及など移植法も多様化してきており、補充療法の対象患者や製剤の選択、投与方法に関して再検討してみたい。

一般演題抄録

01.

Acute Undifferentiated Leukemia に対し
Azacitidine/Venetoclax 療法が奏功した一例

大阪府済生会中津病院 血液内科

○田中 静大、中根 孝彦、藤谷洋太郎、荒木 拓、
小川 優美、堀内 美令、山村 亮介

症例は79歳男性。肺気腫のためHOT導入中の患者。X年5月に急性呼吸不全のため当院救急搬送となった。呼吸器感染症による敗血症の診断で緊急入院となり抗生剤加療を開始したが、血液検査にて芽球様細胞の出現を認め当科紹介となった。骨髓検査を施行したところ骨髓塗抹標本ではPOX染色陰性の芽球様細胞を約80%認めた。フローサイトメトリーでは幹細胞マーカー(CD34およびHLA-DR)は強陽性であり、Myeloid-lineage (cyMPO)、B-lineage (CD19、CD22、cyCD79a)、T-lineage (CD3、cyCD3) はいずれも陰性であることから、いずれのlineageへも分化傾向を持たない極めて未熟な急性白血病であるAcute Undifferentiated Leukemia (AUL)と診断した。

FAB分類M0、M1のような未分化な急性白血病では、抗アポトーシス遺伝子であるBCL-2の高発現が知られており、BCL-2阻害薬であるVenetoclaxとAzacitidineの併用療法が奏功した報告例がある。本症例の治療法としてAzacitidine/Venetoclax療法を選択したところ1コース施行後に血液学的寛解に達した。

AULは幹細胞レベルの未分化段階から発生する稀な急性白血病であり予後は不良である。AULに対しAzacitidine/Venetoclax療法を施行した報告例は少なく、貴重な症例と考え報告する。

03.

地固め療法中に腸管気腫症を発症し、
Azacitidine/Venetoclaxで治療し得た急性骨髄性白血病

生長会府中病院 血液疾患センター

○芝野 郁美、原田 尚憲、向井 大貴、喜澤 佑介、
白神 大志、麥谷安津子

症例 38歳女性。X-1年7月頃から動悸が出現し、末梢血WBC 13800/ μ L、芽球 53%、Hb 3.5mg/dLと異常あり、骨髓検査で急性骨髄性白血病(RUNX1-RUNX1T1陽性)と診断した。IDR/AraC療法で非寛解であり、FLAGM療法による再寛解導入療法2コース施行し分子学的寛解を得た。上記経過中に血球貪食症候群を発症しX-1年10月からプレドニン50mg/日開始し漸減中であった。X年3月大量AraC療法による地固め療法3コース目施行前CTで偶発的に上行結腸に壁内気腫を認めた。造影CTで血流障害や壁外気腫はなく、化学療法は延期し絶食管理とした。画像上経時的に改善傾向を示し、その後はAzacitidine (AZA)/Venetoclax (VEN)療法3コース施行し、腸管気腫症の再燃なく、寛解維持している。腸管気腫は造血器悪性腫瘍治療の稀な合併症であり、ステロイド、AraC、etoposideとの関連が報告されている。一方で腸管気腫により標準化学療法不耐容の症例の治療方針について定まった見解は無い。本症例は腸管気腫により標準化学療法が不耐容の急性骨髄性白血病患者にAZA/VENが有効な可能性を示唆している。

02.

ベネトクラクス+アザシチジン療法中に発作性心房細動を合併した急性骨髄性白血病の1例

りんくう総合医療センター 血液内科

○上條 公守、白石 貫馬、釜江 剛、安見 正人、
烏野 隆博

【症例】80歳女性。高血圧に対して近医加療中、汎血球減少、芽球様細胞の出現を認め、当院紹介となった。精査の結果、急性骨髄性白血病(AML、NOS)と診断された。高齢のためベネトクラクス(VEN)+アザシチジン(AZA)療法を開始した。day2より発作性心房細動(PAF)が出現したため、 β 遮断薬を開始した。しかし発作を繰り返すため、day8にアミオダロンを導入し、PAFはほぼ消失した。day42の骨髓検査では完全寛解を達成し、day44から2コース目を開始した。2コース開始後のday7に、再びPAFが発症するも数時間で自然軽快した。その後、PAFは発症せず治療継続している。

【考察】VEN+AZA療法は強力化学療法の適応とならないAMLで標準治療として汎用されている。しかし、本症例のように循環器系の副作用が報告されており、高齢者の加療に関しては、これら副作用を念頭に注意深い観察が必要と考えられる。

04.

ベネトクラクス・リツキシマブ(VR)併用療法が奏功したRichter症候群

京都府立医科大学 血液内科

○小倉 圭史、藤野 貴大、知念祥太郎、宮下 明大、
金山 悠加、塚本 拓、水谷 信介、志村 勇司、
黒田 純也

66歳男性。20XX-10年の初発当時、MALTリンパ腫の診断のもとR-CHOP療法でCRを獲得。3年後にDLBCLへの形質転換を伴う再発あり、自家移植併用大量化学療法等で再度CRを獲得。さらに4年後、全身リンパ節腫脹と末梢血に異常リンパ球が出現。この際、腫瘍細胞はCD5+CD19+CD20dimCD23+sIg λ +であり、慢性リンパ性白血病と診断、17p欠失を伴った。イブチニブにて一時的にPRを得るも、9ヶ月後にRichter症候群として再増悪。病理所見の再検討により、20XX-10年当初より小リンパ球性リンパ腫であったものと診断を訂正した。強力な治療は希望されず、VR療法を導入したところ奏効し、18ヶ月経過時点でPRにて治療継続中である。予後不良染色体異常を伴う治療抵抗性Richter症候群に対するVR療法の可能性について考察する。

05.

同種造血幹細胞移植後にアシミニブにて寛解維持した慢性骨髄性白血病の一例

関西医科大学附属病院 血液腫瘍内科

○星山 季子、堀田 雅章、坪倉 幸恵、吉村 英晃、
藤田 真也、佐竹 敦志、伊藤 量基

アシミニブは従来のATP競合型チロシンキナーゼ阻害薬とは異なる作用機序を有し、前治療に対して抵抗性または不耐容の慢性骨髄性白血病に治療効果を有する。今回私たちは第2世代・第3世代チロシンキナーゼ阻害薬が不耐容または効果不良であった同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病に対して、アシミニブにて治療を行い、治療効果と忍容性を維持している症例を経験したので報告する。

【症例】53歳男性。X-5年6月に慢性骨髄性白血病移行期と診断された(Sokalスコア4点)。ニロチニブにて治療開始されたが、効果不十分。ボスチニブに変更したが好酸球増多あり中止。ダサチニブで高度血球減少あり継続困難。ボナチニブで効果得られたが、皮疹出現し中止。再度ボスチニブに変更したものの効果得られず、ダサチニブに変更したものの効果得られなかった。次にBCR-ABL遺伝子量増加する経過であり、骨髄バンクドナーからの非血縁者間同種造血幹細胞移植をX年1月20日に実施した。移植前IS% (Major BCR-ABL RT-PCR) : 10.3%であり、移植後に0.0247%へ低下したが残存を認めたため、X年3月10日(移植後Day49)からボナチニブ投与を開始した。5月19日(Day119)には遺伝子検出感度未満となったが、X年6月初め(Day130頃)に皮疹が出現した。生検にてGVHDが否定できたため、薬疹と判断しボナチニブを中止した。7月7日(Day168)からアシミニブ: 40mg/Dayを開始し、80mg/Dayへ増量した後も特に有害事象なく経過し、8月5日(Day197)の検査で寛解を維持し、投薬を継続できている。これまでのチロシンキナーゼ阻害薬が投薬できなかった治療抵抗性・不耐容の症例においても、アシミニブは有効であることが示唆された。

07.

肝移植後に難治性自己免疫性好中球減少症を発症した成人の一例

京都大学医学部附属病院 血液内科

○孫 胡曄、和田 典也、諫田 淳也、水本 智咲、
山下 浩平、高折 晃史

同 肝胆脾・移植外科

伊藤 孝司、政野 裕紀、内田洋一郎、波多野悦朗

同 検査部輸血部門

万木紀美子、菱田 理恵

症例 59歳男性。X年8月に脳死肝移植を受けた。X+3年12月、好中球数約70/ μ Lと急激に低下した。抗顆粒球抗体陽性であり、自己免疫性好中球減少症(AIN)と診断された。G-CSF、プレドニゾロン、リツキシマブいずれも無効で、X+4年2月に発熱性好中球減少症(FN)で入院となった。感染症は抗菌薬で軽快したが、好中球数はG-CSF投与後も回復を認めなかった。免疫グロブリン静注療法(IVIG)で一時的に約500/ μ Lまで回復したが数日で低下し、低値のまま退院となった。X+4年6月に再度FNで入院となった際、免疫抑制剤をタクロリムスからシクロスポリンに変更したところ、IVIGとG-CSFへの反応性が改善した。しかし再び好中球数は低下し、現在も治療に難渋している。肝移植後のAIN、特に難治性の成人例は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

06.

亜鉛製剤の関与が疑われる銅欠乏症により血球減少をきたした二症例

京都第二赤十字病院 血液内科

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

症例①94歳男性。X年4月より食思不振、浮腫が出現。その後症状増悪し体動困難となった。7月中旬、急激な白血球減少と貧血を認め、当院へ紹介された。初診時末梢血所見は、WBC 1000/ μ L、Hb 8.0g/dL、MCV 100fl。骨髓検査では顆粒球系幼若細胞の細胞質に空胞形成を認めた。また、血清銅2 μ g/dL未満、セルロプラスミン5mg/dLと著明な低下を認め、4ヵ月以上内服していた酢酸亜鉛水和物製剤の関与が疑われた。内服中止後、血球数は速やかに改善した。

症例②83歳女性。X年2月、近医受診時に白血球減少と貧血を認め、当院へ紹介された。初診時末梢血所見は、WBC 2000/ μ L、Hb 6.6g/dL、MCV 109fl、血清銅2 μ g/dL未満と著明な低下を認めた。8ヵ月以上内服していた酢酸亜鉛水和物製剤の関与が疑われ、内服中止後、血球数は改善した。

近年、亜鉛欠乏症に対する診療指針の普及により亜鉛製剤の処方頻度が増加している。しかし、過剰摂取による銅欠乏性の血球減少を呈しうするため、注意が必要である。

08.

当初薬剤性無顆粒球症と思われたPNH型血球陽性骨髄不全症

市立豊中病院 血液内科

○横山 太陽、小澤 孝幸、木田 亨、政家 寛明、
田所 誠司、小杉 智

【症例】73歳、男性。X年4月、38℃の発熱と咽頭痛で近医受診、上気道炎の診断で経口ペニシリン製剤投与された。解熱しないため約1週間後採血された所、WBC 1200/ μ L(Neu 0.8%)、CRP 22.0mg/dlであったため、当院紹介、緊急入院。入院時、WBC 500/ μ L(Neu 21/ μ L)、Hb 18g/dL、Plt 29.3万/ μ L。骨髓は軽度低形成髄で、低分葉巨核球以外、顆粒球系、赤芽球系に異形成は認めず。溶血所見なし、各種自己抗体も陰性。痔核感染合併しておりメロベネム投与を行うとともに、薬剤性無顆粒球症としてG-CSF製剤投与を開始した。メロベネムにより速やかに解熱・CRP低下したが、被疑薬終了後12日経過しても好中球回復を認めず。末梢血FCMにて、顆粒球にCD56⁺/CD59⁻分画を2.1%認めたため、PNH型血球陽性骨髄不全症と診断、第12病日よりシクロスポリンの投与を開始したところ、好中球数は速やかに改善し、第18病日に退院した。以後シクロスポリンは漸減するも再燃を認めていない。PNH型血球陽性骨髄不全症は稀ではあるが、血球減少例に遭遇した際には常に鑑別疾患として想起すべきである。文献的考察を交えて報告する。

09.

腹膜癌に特発性血小板減少性紫斑病を併発した一例

甲南医療センター 腫瘍・血液内科

○伊藤恵理子、渡部まりか、本田 桃子、茶屋原菜穂子、
谷 聡、下山 学

症例は82歳女性。X年4月に腹水貯留が出現した。前医婦人科にて腹膜癌と診断され手術・化学療法を行う予定であったが、6月に血小板数が $16 \times 10^3/\mu\text{L}$ と著明に低値であったため当科を紹介受診した。精査の結果、特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) と診断しステロイド・エルトロンボパグで加療を開始した。腹膜癌の病勢悪化に伴い自宅療養が困難となり肝転移巣も認めたことから7月より ddTC 療法での入院加療を開始した。腹膜癌病巣は縮小傾向であり、ddTC 療法と並行してステロイド・エルトロンボパグの漸減も行った。

本症例のように固形癌に ITP を合併した報告は散見されるがその加療方針は確立されていない。化学療法を施行する場合は血小板数のさらなる低下が予想されるため、化学療法の治療強度を保つには血小板数を確実にコントロールする必要がある。我々はエルトロンボパグで血小板数を保ちつつ、腹膜癌の良好なコントロールを得た一例を経験したので報告する。

11.

COVID-19を契機に門脈血栓を来した ITP の症例

市立福知山市民病院 血液内科

○川住 憲史、西山 大地、服部 雄、早田 洋樹、
平川 浩一
同 呼吸器内科
西岡 直哉

【症例】既往に肝硬変のある60歳女性。7ヶ月前に ITP と診断され、ステロイドで改善が得られていた。息切れ、倦怠感、血便を主訴に当院に救急搬送され、 $\text{Plt}1000/\text{dL}$ と低下を認め、ITP 再燃と診断した。また同時に入院時の検査で COVID-19 (中等症 I) と診断。ITP に対しては IVIg、ステロイドパルス療法を行い血小板の回復を認めた。二次治療としてエルトロンボパグを開始した。COVID-19 に対してはレムデシビルとヘパリン投与を行い、改善傾向となりヘパリンは中止した。しかしその直後に激しい腹痛と血便が出現し、造影 CT で明らかな門脈血栓と小腸虚血を認めた。緊急小腸切除術が行われ、術後から抗凝固療法を開始し、改善傾向が得られた。

【考察】COVID-19は ITP を誘発して出血傾向をもたらす一方、血栓症を誘発することが知られている。コロナ禍での ITP 診療において、ITP 再燃による出血傾向だけでなく、血栓症にも細心の注意を要する必要があると考えられる。

10.

多彩な病態を呈した自己免疫性血球減少症の1例

神鋼記念病院 血液内科

○中村 稔、中村 直和、坂井 智美、常峰 紘子、
有馬 靖佳

75歳男性。12年前、血小板が0.3万となり ITP として大量 γ glob、PSL、HP 除菌など試みるも効果不良。しかしシクロスポリンが著効して血小板数は回復し治療終了。6年前、突然に溶血発作があり AIHA と診断されたが、PSL 内服で軽快され半年間で治癒。2年前、ITP 様の血小板減少が再燃したが、シクロスポリンとエルトロンボパグにて軽快。今回は半年前から500以下の好中球減少を時々認め、腸炎症状で採血したところ好中球数が $130/\mu\text{L}$ だった。骨髄は正形成で巨核球数は正常だが分葉核球が4%と減少。抗好中球抗体は陰性。CT で脾腫やリンパ節腫大は認めなかった。腸炎を治療しつつ週に2-3回の CBC 測定を続けて、2-3週間毎の周期的な好中球減少が判明。少ない時は50未満だった。治療方法が検討され、患者希望もあってシクロスポリンを再開したところ好中球数は安定した。本症例は好中球エラスターゼ遺伝子変異は調べていないが、他の血球減少からも自己免疫性が考えられた。考察を加えて報告する。

12.

新型コロナウイルス感染で増悪した特発性血小板減少性紫斑病の1例

上ヶ原病院 内科

○中島 利幸、戸田 暁成、川本 裕之、藤盛 好啓、
富山 佳昭、神前 昌敏、大江与喜子

症例は63歳女性、10年ほど前から採血で8万前後の血小板減少を指摘されていた。8年前に腎盂腎炎で泌尿器科に入院した際に血小板数が1万ほどとなり血小板輸血を行ったが、すぐに血小板数8万ほどに回復したため精査加療は行われなかった。以降、近医で降圧剤の処方を受けていた。令和4年7月中頃 COVID-19罹患し、発熱と軽度の咳嗽のため軽症として自宅療養し10日後に隔離解除となった。8月5日に舌を噛み止血困難となり近医を受診。血小板数0.3万と急激な血小板減少を認め当院紹介受診、入院となる。ITP と診断し PSL1mg/kg の内服を開始した。血小板数は回復傾向となったが7万前後で頭打ちとなった。PSL 漸減し退院、現在外来で PSL の調節を行っている。経過より10年前から軽症の ITP を発症していたと思われる。今回新型コロナウイルス感染を合併し軽症のまま軽快したが、その後 ITP の stage I から stage IV への急性増悪を認めたため症例報告する。

13.

当院加療中の血液疾患患者における COVID-19 感染症についての検討

市立伊丹病院 血液内科

○中原 航、井上 愛、水木満佐成、雨宮 優夏、
高橋 雅文、石田 尚子、徳嶺 進洋

【症例】当院で2020年2月～2022年9月に COVID-19 に感染した血液疾患25症例について検討した。年齢41～86才、平均70.3才、男性15例、女性10例。AML寛解期1、MDS1、MPN3、ML12、MM3、その他5例であった。

【結果】COVID-19 発症後の重症度は、中等症Ⅱ3例、中等症Ⅰ2例、軽症20例で、レムデシビルを中等症5例及び、軽症例5例に投与した。死亡例は無かった。COVID-19 PCR Ct 値低値で遷延した中等症3例は、いずれも ML 治療中または治療終了直後であり、抗 CD20 モノクローナル抗体やベンダムスチンなどの治療を受けていた。既報で重症化リスクが高いと考えられた MM では、3例のうち2例は自宅療養で軽快した。

【結語】COVID-19 の重症化因子としては一般に年齢、再発例、耐糖能異常などが挙げられているが、当院では悪性リンパ腫治療の関与が示唆された。

15.

低悪性度 B 細胞性リンパ腫に対する抗 CD20 抗体とベンダムスチン治療後に SARS-CoV2 持続陽性となった4症例の検討

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 血液内科

○大島 正義、土井 究、岡本 吉央、田端 淑恵、
北野 俊行

【背景／目的】抗 CD20 抗体とベンダムスチン併用療法（RB/GB 療法）において、ベンダムスチンは T 細胞を抑制し、細胞性免疫まで障害することが知られており、COVID-19 罹患時にウイルス排除がより困難となり得る。当院で RB/GB 療法後に SARS-CoV2 が持続陽性になった4症例の検討を行った。

【結果】4症例の平均年齢は77歳、いずれもオミクロン株流行時の罹患で、3症例が濾胞性リンパ腫、1症例は原発性マクログロブリン血症であり、全例で RB/GB 療法で治療歴があった。1症例は治癒、2症例は持続陽性で現在も加療中、1症例は肺炎増悪のため死亡された。SARS-CoV2 陽性が1-7か月に渡り持続し、現在もおお陽性の症例もある。

【考察／結論】RB/GB 療法後に SARS-CoV2 陽性が遷延する症例の報告が相次いでいる。RB/GB 療法後に COVID-19 罹患した場合、より感染が長期化する可能性があり、日常診療で留意することが必要である。

14.

コロナ第7波における COVID-19 陽性血液疾患11例の検討

済生会野江病院 血液・リウマチ内科

○石川 遼馬、金子 仁臣、饗庭 明子、上杵 裕子、
田端 理恵、堂前 尚親

【緒言】COVID-19 感染において基礎疾患は重症化リスクとされる。また、免疫不全患者で COVID-19 慢性持続感染も散見される。コロナ第7波下の当院 COVID-19 陽性血液疾患11例を検討する。

【患者背景】2022年6月以降の COVID-19 陽性血液疾患を対象とした。急性骨髄性白血病3例、リンパ腫4例、IgG4 関連リンパ増殖性疾患1例、慢性骨髄性白血病2例、骨髄腫1例。

【経過】4例でレムデシビルが投与された。4例に複数回の COVID-19 陽性を認め、11例全例で肺炎なく PS を下げず生存している。

【考察】コロナ第7波で当院の血液症例は全例で COVID-19 肺炎を認めなかったが、4例に COVID-19 感染の遷延を疑う複数回の PCR 陽性例があった。コロナ感染下での抗痛剤レジメンの種類、治療開始のタイミング、COVID-19 ウイルス再活性化の有無等の検討は今後の課題である。

16.

薬剤性急性肝炎に併発した TAFRO 症候群の1症例

滋賀医科大学 血液内科

○岩佐磨佐紀、阿部 和樹、藤城 綾、西村 理恵、
河原 真大、南口 仁志、安藤 朗

67歳男性。倦怠感と褐色尿を認め近医を受診し、血小板減少と胆道系優位の肝障害を認め入院加療となるが、腎障害と黄疸の進行により当院転院となった。転院時全身浮腫、不明熱、胸腹水貯留、軽度のリンパ節腫脹を認めた。肝生検では急性肝炎を認め、内服していたサプリメントに対して、DLST 陽性のため薬剤性肝炎と診断した。肝機能障害は、約1か月間の経過で改善を認めたが、進行性腎機能低下、不明熱および輸血不応性血小板減少の遷延を認め、幼弱血小板比率の増加、骨髄にて巨核球の増加を認め、TAFRO 症候群と診断し、プレドニゾロン0.5mg/kg より開始した。3週間後、腎機能は改善を認めたが、血小板数の増加を認めず、リツキシマブの投与を開始し、2週間後に血小板数の増加を認めた。プレドニゾロンは漸減中止し、4回のリツキシマブ投与後1年3か月間血小板数は正常を維持している。TAFRO 症候群は希少でもあり鑑別に挙がり難く、文献的考察を加え報告する。

17.

骨髓線維化を認めず診断に難渋したTAFRO症候群

大阪赤十字病院 血液内科

○池田 正俊、多田 浩平、曾根万里江、岡田 慎理、
門田真悠子、河原 宏紀、杉野 典子、田嶋 政治、
吉岡 聡、水谷 知里、今田 和典

53歳男性。受診1ヶ月前から発熱、褐色尿、下腿浮腫あり。血液検査で血小板減少、炎症反応高値、IL-6の上昇とともに抗核抗体、抗カルジオリピン抗体、抗ds-DNA抗体陽性であった。全身CTで多発リンパ節腫大を認め、リンパ節針生検で悪性所見はなく、その他有意所見は認めず。骨髓には網織維の増加は目立たず。入院後早期に発熱・血小板減少進行のためmPSL 1g pulseを開始したものの、CRP高値持続し、浮腫は改善せず。SLEの診断基準は満たすものの抗体は低力価かつ皮疹や関節痛がなく否定的と判断した。TAFRO症候群としては骨髓線維化が乏しいものの、診断基準の必須項目は満たし、CsA追加にて症状改善を認めた。

【考察】TAFRO症候群は自己抗体陽性例が多く、また20%程度は骨髓線維化を認めない。本症例は膠原病との鑑別に難渋したものの、臨床・治療経過からTAFRO症候群であると考えられた。

19.

診断に苦慮した進行性成人発症型EBV関連リンパ増殖性疾患の一例

住友病院 血液内科

○赤井 奎太、紀田 侑子、土居由貴子、森川陽一郎、
氏家 秀敏、菅原 浩之、金倉 譲
同 膠原病リウマチ内科
野里 聡子、北野 将康
同 腎臓高血圧内科
角田慎一郎

【症例】68歳男性。令和4年2月のコロナワクチン接種後に頸部リンパ節腫脹あり、5月に頸部リンパ節生検で炎症性偽腫瘍と診断された。6月に発熱のため当院膠原病内科へ入院し、CTで頸部から鼠径のリンパ節腫大を認めた。鼠径リンパ節生検後にステロイドを開始したがリンパ節は増大し、肝胆道系酵素とLDH上昇から血球貪食症候群も疑われ7月に当科紹介された。鼠径リンパ節生検はEBV関連リンパ増殖性疾患、EBV抗体価は既感染パターン、末梢血EBV-DNAは高値(6.74 log IU/mL)であった。成人発症で急激な臨床経過から進行性成人発症型EBV関連リンパ増殖性疾患(以下、PAEBV)と診断しCHOP療法を施行した。

【考察】PAEBVはEBER陽性細胞が少数で腫瘍としての病理所見を認めず、診断には臨床経過が重要である。予後不良であるが、疾患の認知と診断後早期の化学療法により改善が期待される。

18.

ルキソリチニブが有効と考えられたTAFRO症候群の1例

高槻赤十字病院 血液内科

○丹羽諒太郎、恩田 佳幸、岡田 陸実、前迫 善智、
安齋 尚之

症例は69才男性。胸腹水貯留、血小板減少の精査目的に紹介入院となった。採血や骨髓検査などから2015年の診断基準に基づき、TAFRO症候群と診断した。ステロイド、シクロスポリンを開始したが症状は改善せず、腎障害が悪化したため透析を開始した。リツキシマブの投与後に血小板輸血は不要となり、透析を離脱できた。腹水貯留も改善し、腹水穿刺は不要となったが、リツキシマブの最終投与から数週間後に再び腹水が貯留し始めた。ステロイドを増量したが改善しなかった。骨髓の線維化があったことからルキソリチニブを追加した。その後、徐々に腹水は軽減し、腹水穿刺は不要となった。以後、病勢は悪化することなく経過している。TAFRO症候群は血小板減少、全身浮腫、発熱、骨髓の細網線維化、臓器腫大などを伴う全身炎症性疾患である。免疫抑制療法が治療の根幹であるが、確立した治療法はない。今回、複数の免疫抑制療法に抵抗性であり、ルキソリチニブを追加し、病勢が改善したTAFRO症候群の症例を報告する。

20.

肝生検で診断された慢性活動性EBウイルス感染症(CAEBV)の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科

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

30代男性。当院受診5カ月前から発熱、食思不振を自覚。他院を受診するも確定診断に至らず。症状増悪のため当院受診。Hb 10.3g/dL、WBC 3,680/ μ L (Lym 55.5%、Aty lym 11.5%、Neut 29.5%)、PLT 3.0×10^4 / μ L、Fib 86mg/dL、LDH 816 U/L、AST 101 U/L、ALT 121 U/L、T-Bil 4.5mg/dL、TG 159mg/dL、CRP 0.43mg/dL、sII-2R 10,301 U/mL、Ferritin 6,160ng/mL、EBV-DNA 6.94 LogIU/mL。骨髓に病的芽球を認めず、血球貪食像を一部で認めた。肝生検ではリンパ球や組織球の浸潤が見られ、CD3、CD56、EBER-ISH、Granzyme B陽性。FCMはT細胞46%、NK細胞49%。CTで肝脾腫大。主要検査終了後にPSLを開始し、CAEBVと診断確定後に、大阪母子医療センターの治療法(Int J Hematol. 2017;105:406)を参考にして治療を開始。EBV-DNA量の減少を指標とし、治療開始2ヶ月後、PTCyハプロ移植を行った。EBV-DNAは移植後陰性化した再燃。現在ドナーリンパ球輸注療法(DLI)を行っている。

【考案】CAEBVの治療法は改善したが、予後不良因子として肝障害、年齢が知られている。本症例はこれらに該当した。予後改善のためにさらなる治療法の検討が必要である。

21.

同種造血幹細胞移植をうけなかった Ph+ALL：当院での経験

京都桂病院 血液内科

○菱澤 方勝、片岡阿沙美、島津 弥生、岸本 渉、
濱田 常義、植田知代子、土井 章一、森口 寿徳

Ph+ALL は第一寛解期での同種移植が標準的だが、ドナー不在などの理由で実施できないことがある。当院にて、2011年から2021年までに移植可能な年齢だが移植なし化学療法のための8症例につき検討した。年齢中央値53.5歳（範囲：18-67）、hyperCVAD 4例、JALSG-Ph+ALL213 2例、併用したTKI は imatinib から dasatinib へ変更3例、dasatinib 3例、dasatinib から ponatinib 2例。初回治療抵抗性は1例で、他7例は治療開始後3ヵ月までに Bcr-Abl1 は PCR 陰性となった。この7例中2例は6及び42ヵ月で再発したが、他5例は観察期間中央値82ヵ月（範囲：17-139）で無病生存中である。Ph+ALL は、TKI 併用化学療法の反応がよければ、移植なしでも長期寛解しうる。

23.

SAPHO 症候群を合併した Ph 陽性急性リンパ性白血病の1例

大阪国際がんセンター 血液内科

○山口 優太、多田 雄真、加納 美月、三田 和広、
美馬 風花、新聞 泰宏、油田さや子、藤 重夫、
横田 貴史、石川 淳

症例は31歳の男性。前医にて Ph+B-ALL と診断、寛解導入療法で hCR を達成。地固め療法1コース中に右臀部痛が出現、骨盤 MRI 検査で右仙腸関節周囲に信号変化あり。ALL の髄外再発を疑われて当院に転院。髄外再発の疑いとして Ponatinib/Blinatumomab 併用化学療法を開始。転院後の骨髄検査では hCR を維持しており、末梢血 minor BCR-ABL1 mRNA は検出感度未満。DWIBS 検査で両側仙腸関節や左胸鎖関節に信号変化あり。左鎖骨頭周囲には軟部陰影も出現あり、針生検で非特異的な滑膜炎の所見あり、ALL 細胞の浸潤を認めず。皮膚病変（顔面のざ瘡、手掌の膿疱）が顕在化し、仙腸関節・胸鎖関節炎で矛盾しない画像所見を認めることから SAPHO 症候群の合併と診断した。HLA-B27 は陰性。ALL はその後も分子学的寛解を維持し、SAPHO 症候群の症状はステロイド治療で寛解したため、血縁者間 HLA 半合致移植を実施した。SAPHO 症候群は稀少疾患であり、これまで ALL との合併の報告はない。

22.

アデノウイルス関連出血性膀胱炎に対し、高気圧酸素療法が有効であった Ph 陽性 ALL の一例

和歌山県立医科大学 血液内科

○岡部 友香、堀 善和、山下 友佑、細井 裕樹、
村田 祥吾、蒸野 寿紀、園木 孝志

61歳男性。Ph 陽性 ALL に対し、Imatinib+HyperCVAD2 コース目の第12病日より排尿時痛と肉眼的血尿が生じた。第14病日に尿中に 3×10^6 copy/mL、血清中に 5×10^2 copy/mL のアデノウイルス (AdV) DNA 量増加を認め、AdV 関連出血性膀胱炎 (HC) と診断した。大量補液およびフェンタニル持続投与を行ったが症状は増悪し、第20病日より高気圧酸素療法 (HBO) を開始した。第25病日より血尿および排尿時痛は改善傾向となり、第36病日に HBO を終了した。本邦では Cidofovir が使用できず、時に AdV 関連 HC の治療に難渋する。HBO は、線維芽細胞増生、血管新生促進、浮腫の軽減を誘導し、組織修復を促すことで、放射線性 HC および同種移植後ウイルス関連 HC に有効性が示されている。今回、化学療法後の AdV 関連 HC に対しても、HBO の有効性が示唆される症例を経験した。

24.

携帯型持続ポンプを用いた外来ブリナツモマブ療法

兵庫県立西宮病院 血液内科

○寺川 拓也、梅木 佑夏、池田 真子、松岡 慶樹、
松永 一美、上田 周二

再発・難治性の急性リンパ性白血病 (ALL) に対するブリナツモマブ療法は28日間の24時間持続投与が必要である。2コース目以降は副作用も少ないことから、外来での治療継続が望まれており、当院では携帯型精密持続ポンプを用いた外来ブリナツモマブ療法を導入している。

【症例1】70歳代男性。X-5年9月に Ph 陽性 ALL と診断。TKI 併用化学療法で1st CR を得るも、X-2年8月に再発。イノツズマブ・オゾガマイシン (InO) で2nd CR を得て、TKI 内服継続も X-1年6月に再々発。InO で3rd CR を得た後に、ブリナツモマブ療法 (TKI 併用) を開始。X-1年12月から外来ブリナツモマブ療法を導入し、X年8月の時点で MRD 陰性を維持している。

【症例2】50歳代男性。Y-1年10月に Ph 陰性 ALL と診断。多剤併用化学療法で CR を得たが、肺炎、肝障害を併発。Y+1年1月から同種移植のブリッジングとしてブリナツモマブ療法を施行した後、同種移植を目的に移植施設を紹介受診。しかし同種移植における GVHD 等のリスクを許容できず、同種移植は再発後に検討されることとなり再発まではブリナツモマブ療法を当院で継続されることとなった。Y+1年4月から外来ブリナツモマブ療法を導入し、Y+1年8月の時点で MRD 陰性を維持している。

【結語】外来ブリナツモマブ療法は比較的簡単に導入でき、高い治療効果と QOL を両立できる。再発・難治性 ALL に対して積極的に施行されるべき治療と考えられる。

25.

ブリナツモマブ投与中に髄液細胞数増加を来した2症例

京都第一赤十字病院 血液内科

○岡 優介、中村 隆久、加藤 大思、中山 理菜、
大城 宗生、杉谷 未央、古林 勉、松本 洋典、
岩井 俊樹、内山 人二

【症例1】49歳男性。B細胞性急性リンパ性白血病(B-ALL)に対して寛解導入療法を実施したが非寛解で、ブリナツモマブ(BLI)による再寛解導入療法を行った。発熱以外に有害事象なく1コースを終了し、血液学的寛解(CHR)を得た。2コース目の途中で髄液検査を施行したところ、 $9/\mu\text{L}$ と細胞数増加を認め、髄膜浸潤が懸念された。細胞診は陰性でFCMでは髄液中のリンパ球はT細胞マーカーが陽性であり髄膜浸潤は否定的と考えた。

【症例2】66歳女性。Ph陽性B-ALLに対して第1寛解期に同種移植を行い、4年後に再発した。イノツマブオゾガマイシンによりCHRを達成した後、BLIを導入した。発熱以外に有害事象なくCHRを維持したが、2コース後の髄液検査で $25/\mu\text{L}$ と細胞数増加を認めた。細胞診は陰性でFCMではT細胞形質を示し髄膜浸潤は否定的と考えた。

【考察】BLIによる髄液細胞数異常が報告されており、神経学的有害事象との関連も指摘されている。ALLでは中枢浸潤リスクが高く、BLI使用中に髄液細胞数増加を認めた場合、FCMなどによる評価が重要と考えられる。

27.

WM/LPLにMYC転座を有するCNS DLBCLを発症しチラブルチニブが奏効した1症例

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科

○新田 彩巴、下村 良充、山本 隆介、永井 雄也、
平本 展大、近藤 忠一、米谷 昇、石川 隆之

症例は68歳男性。ふらつき、嘔気が発症。発症時MRIでは小脳のわずかな高信号のみであったが週単位で症状増悪し、1ヶ月後に緊急入院。小脳病変が増大し脳幹圧迫しつつあった。腎機能障害、IgM- κ 型M蛋白血症、尿中BJPも認め、骨髄検査でWM/LPLと診断された。脳病変に対して脳生検を施行したところMYC転座を有するDLBCL GCB typeと判明した。骨髄、脳病変共にMYD88L265P変異は陽性であったが、免疫グロブリン遺伝子におけるMultiplex PCRの結果は同一ではなく、クローンの相同性は判断できなかった。チラブルチニブを開始し2週間でCRを得られ3カ月維持している。

WM/LPLによるCNS病変としてBing Neel Syndrome(BNS)が知られているが、形質転換したWM/LPLはCNS DLBCLを伴うことが多くBNSに比べて予後不良との報告がある。経過が早い場合は後者の可能性を念頭に置く必要がある。本症例におけるクローンの相同性は明らかではないが、WM/LPLクローンがMYC転座を獲得しCNS DLBCLに形質転換した可能性もあり、興味深いため報告する。

26.

意識障害を呈したBing-Neel症候群の一例

神鋼記念病院 血液内科

○生成 諒、坂井 智美、中村 直和、常峰 紘子、
有馬 靖佳

症例82歳、男性。X-5年5月に原発性マクログロブリン血症(WM/LPL)と診断され、RB療法を4コース施行しCRとなった。X年6月5日に腰椎圧迫骨折で前医に入院したが、経過中に膀胱直腸障害、意識障害が出現したため6月22日に当科転院となった。脳MRIでは異常がなかったものの、胸腰椎造影MRIで胸腰椎の造影増強効果、馬尾神経根の腫大、髄液検査では蛋白上昇、細胞数の増加が見られた。原病診断時の細胞表面形質と同様の異常細胞を髄液中に認めたため、WM/LPLの中枢神経系浸潤(Bing-Neel症候群)と診断した。ステロイドパルス療法、ステロイド、メトトレキサート、シタラピン髄注療法、リツキシマブ併用大量シタラピン・メトトレキサート療法を行い意識状態、膀胱直腸障害の改善を認めた。Bing-Neel症候群は過粘稠度症候群との鑑別が重要であり、髄液検査が有用である。また、標準治療は確立されていないが中枢神経原発悪性リンパ腫に準じた治療を選択することが多い。本症例は特にリツキシマブ併用大量シタラピン療法が奏効したと考える。

28.

蛋白漏出性胃腸症を契機に診断された濾胞性リンパ腫と骨髄増殖性腫瘍の同時重複症例

国立病院機構 大阪医療センター 血液内科

○本堂 方人、長手 泰宏、戸田 淳、中谷 綾、
柴山 浩彦
大阪大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科
上田 智朗

症例：73歳女性。20XX-1年9月下腿浮腫を主訴に受診した前医でWBC $2万/\mu\text{L}$ 、Plt $114万/\mu\text{L}$ と血球増多を指摘、JAK2 V617F陽性より骨髄増殖性腫瘍(MPN)と診断された。またMPNの所見以外に鉄欠乏性貧血、低Alb血症を認めた。便潜血陽性も上下部内視鏡検査では異常を認めず、PET-CT検査にて小腸壁および腸管膜上に異常集積を伴う多数の腫瘤影を認めた。sIL-2R 1327U/L と上昇あり、当院外科で腹腔鏡下リンパ節生検が実施され、濾胞性リンパ腫(FL, grade3A)と診断が確定。当科で20XX年1月よりGB療法6コース施行し、7月のPET-CTでFLは完全寛解を得た。またMPNに関しても脾腫は消失し、末梢血球数の寛解を得た。8月よりG維持療法を開始している。FLとMPNの同時重複症例は非常に稀で、FLに対する治療がMPNにも奏効した貴重な症例を経験したため報告する。

29.

高リパーゼ血症を呈した原発性グロブリン血症の1例

箕面市立病院 血液内科

○李 瑞生、久原 甲、内田 陽三、畦西 恭彦
同 臨床検査部
大石 彩

症例は71歳女性。20XX年2月に原発性マクログロブリン血症と診断。11月よりチラブルチニブを開始したところ、IgMは著しく低下したが、皮膚症状が強くなり2011+1年3月で中止。しかし、IgM再上昇にて5月中旬にBR療法目的で再入院となった。入院時採血でリパーゼが8200 U/lと異常高値を呈したが、アミラーゼは125 IU/lと正常で、肺炎の所見を認めないことから、マクロリパーゼ血症を考えた。RB療法は有効であったが、免疫抑制が強いためCOVID-19蔓延下では好ましくないと考え、1コースで終了。20XX+2年1月にIgM再上昇にてチラブルチニブを少量より再開。皮膚症状は軽度であったため継続したところ、IgMは再び著減した。経過中、リパーゼ活性はIgM値と並行して動いており、IgM型M蛋白が酵素結合性免疫グロブリンとして機能している可能性が示唆された。

31.

関節リウマチの治療中に生じた腹膜原発リンパ腫の1例

JCHO 京都鞍馬口医療センター 血液内科

○武石真之介、初瀬 真弓、太田沙絵子、木元 弥生、
淵田 真一 島崎 千尋

症例は50代男性。他院にて関節リウマチにてMTX療法を実施されていた。X年2月から食欲不振、倦怠感、微熱を認め3月当院紹介。腹部は膨満し、左季肋部に腫瘤を触知、下腿に浮腫を認めた。CTでは左横隔膜下に巨大な軟部影を認め、壁側腹膜は肥厚、中等量の腹水を認めた。血液生化学検査ではLDH 1510 U/l、sIL-2Rは5175 U/mlと上昇を認め、腹水穿刺でCD19+20+ κ+、染色体はt(1:14:3)(p11:q32:q37)を検出し、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断した。病期IV期 R-IPi poorで、以降R-CHOP療法を実施したが、腫瘤は残存したため、R-LEEDの前処置後、upfrontにX年11月に自家末梢血幹細胞移植を実施しCRが得られた。その後X+1年12月に治療関連性骨髄性腫瘍を発症した。

腹膜原発リンパ腫は腹膜や大網にびまん性に腫瘍浸潤を生じる稀なリンパ腫である。急激な経過や、化学療法中の腫瘍崩壊を生じた症例が報告されており、文献的考察を含めて報告する。

30.

中枢神経浸潤を来した濾胞性リンパ腫の5症例

京都桂病院 血液内科

○岸本 渉、片岡亜沙美、島津 弥生、植田知代子、
濱田 常義、菱澤 方勝、森口 寿徳、土井 章一
三菱京都病院 腫瘍内科
吉岡 亮

低悪性度リンパ腫が中枢神経浸潤を来することは稀である。我々は、濾胞性リンパ腫の治療経過中に中枢神経浸潤を来した5症例を経験した。診断時の年齢中央値は73歳(43-75歳)、臨床病期は全例IV期、グレード1-2が3例(不明2例)、t(14:18)転座は4例で陽性、診断から中枢神経浸潤までの期間は中央値4.7ヶ月(0-65ヶ月)であった。浸潤部位は(複数部位を含む)髄液2例、頭蓋底2例、脳実質2例、診断方法は髄液2例、生検1例、画像2例、治療は髄注、化学療法、放射線治療で行われた。中枢神経浸潤からの観察期間中央値47ヶ月(1-200ヶ月)で全生存期間中央値は未到達、5年以上の長期生存例も2例認められた。

濾胞性リンパ腫の中枢神経浸潤についてはまとまった報告がなく、標準治療は未確立である。本解析結果から、進行期濾胞性リンパ腫は形質転換が明らかでなくとも中枢神経に浸潤することがあり、脳実質における腫瘍形成例が少なく、長期生存が期待しうる点、などが特徴と考えられた。

32.

結節性リンパ球優位型Hodgkinリンパ腫との病理学的鑑別を要したT細胞/組織球豊富大細胞型B細胞リンパ腫の1例

関西電力病院 血液内科

○柿原文太、井尾 克宏、岡本 晴香、和泉 清隆、
北川 智也、平田 大二、永井 謙一
同 病理診断科
桜井 孝規

症例：93歳男性。1ヶ月程前からの間欠熱を主訴にX年3月に前医を受診し、CTにて両肺の散発性の粒状影および胸腹部リンパ節腫大を指摘され、リンパ腫疑いで当院血液内科を受診した。リンパ節生検施行し、病理にて大部分を占める組織球や小型リンパ球の中に核形不整のある大型細胞(免疫染色ではCD20、MUM1陽性)を認めたため、T細胞/組織球豊富大細胞型B細胞リンパ腫(THRLBCL)と診断した。93歳と超高齢ではあったが、本人の強い希望もあり、同年5月よりEPOCH-Rで治療を開始した。2コース終了時点ではCTにて良好な治療効果が得られており、現在も大きな副作用なく治療を継続できている。THRLBCLはDLBCLの亜型であるが、非常に稀な疾患である。病理像は結節性リンパ球優位型Hodgkinリンパ腫(NLPHL)と類似しており、その鑑別は重要であるため、その鑑別方法や治療法について文献的考察を加えて報告する。

33.

左上腕骨に発症した骨原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

箕面市立病院 血液内科

○久原 甲、内田 陽三、畦西 恭彦

同 病理診断科

中道伊津子

【症例】82歳男性。X年2月に左肩痛で近医受診、MRIで左上腕骨に腫瘍性病変を認めたため、当院整形外科へ紹介となった。骨生検を施行したところ、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断となり、当科紹介となった。病理学的に大型リンパ球の増生を認め、免疫染色でCD20+、CD79a+、CD3-、CD5-、CD10-、CD30-であった。DWIBS・骨シンチグラフィでは左上腕骨に加えて右上腕骨・両側鎖骨・肋骨や胸骨・椎体・骨盤骨・大腿骨などの多発性病変および左腋窩のみリンパ節腫大を認めたが、腸骨での骨髄浸潤はみられなかった。4月14日よりR-THP-COP療法を6コース施行した。経過中、Grade2の白血球減少を認めたこと、および3コース目化学療法施行中にテラルピシンの血管外漏出を認めたが、それら以外には有害事象なく、寛解の経過となった。悪性リンパ腫において骨原発は全悪性リンパ腫の1%以下と非常にまれであり、治療経過に文献的考察を加えて報告する。

35.

CD8陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

京都市立病院 血液内科

○疋田 涼介、宮原 裕子、奥田 健大、鹿野 恵、

櫻田 麻希、松井 道志

同 血液内科、輸血・造血幹細胞移植科

伊藤 満

80歳女性。左頸部腫瘍を自覚し、約1か月後に当院受診後PET-CTで左頸部・左鎖骨上窩・後腹膜・傍大動脈・右鼠経リンパ節にFDG集積を伴う腫大、右卵巣、右仙骨孔にFDG集積がみられた。左頸部リンパ節生検の結果、CD20、CD79a、CD10、CD8、bcl-2、bcl-6、c-myc陽性、CD3、CD5、CD2、CD7、CD4陰性の中～大型の異型リンパ球がびまん性に増殖していた。またFISHでMYC-IGH、BCL2-IGH、BCL6 split陰性で、CD8陽性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)、非特異型、stage IVと診断した。R-EPOCH療法により部分奏効を達成したが同レジメン3コース実施後に一部病変が増大したため、Polatumab+BR療法を実施している。CD5を除くT細胞抗原を発現するDLBCLは稀であり、中でもCD8陽性例は報告が少ない。今回我々はCD8陽性のDLBCLを経験したので、文献的考察を加えて報告する。

34.

急性白血球様の骨髄塗抹像を呈したBurkitt lymphomaの一例

神戸大学医学部附属病院 腫瘍血液内科

○兼平 博史、松本 咲耶、平川 結梨、坂井 里奈、

市川 大哉、北尾 章人、薬師神公和、南 博信

【症例】66歳男性 【主訴】臀部痛、臀部腫脹

【現病歴】20XX年7月初旬から左臀部腫脹と疼痛を自覚した。近医受診し鎮痛薬を使用も疼痛改善せず臀部の腫脹は経時的に増大を認めた。7月中旬に精査のために同院で全身MRIを施行されたところ、左腎や左臀部の腫瘍、全身リンパ節腫脹を指摘され、精査目的に当院紹介となった。

【経過】血液検査所見ではWBC 29000/ μ l、芽球様の異常細胞を50%認めた。骨髄検査では有核細胞数38.5万/ μ lの過形成骨髄、N/C比大で核形不整の異常細胞を95%認め、ペルオキシダーゼ染色は陰性であり、急性リンパ性白血病(ALL)が疑われたが、フローサイトメトリーで異常細胞はCD19+/CD20+/CD10+/ κ +/CD34-/TdT-を呈しており、否定的と考えた。皮下腫瘍の生検では、異常細胞はCD20+/CD10+/Bcl2-でありKi-67 100%、starry-sky-appearanceを認めBurkitt lymphomaの診断となった。末梢血、生検検体のFISHでは、IgH/c-myc転座が陽性、bcl2やbcl6の再構成は検出されなかった。

【考察】本症例ではBurkitt lymphomaで観察される細胞内の空胞を認めず、白血球様の形態を認めALLなどとの鑑別が重要と考えたため報告する。

36.

減量BuTT前処置による自家移植を施行した高齢脳実質内再発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

和歌山県立医科大学 血液内科

○小山 翼、吉田 菊晃、岡部 友香、榊 絢朱、

堀 善和、細井 裕樹、蒸野 寿紀、村田 祥吾、

園木 孝志

中枢神経原発悪性リンパ腫では地固め療法として自家移植が行われるが、脳実質内再発悪性リンパ腫の標準治療は確立されていない。今回減量BuTT(Busulfan、Thiotepa)前処置により自家移植を施行した症例を報告する。72歳男性。びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の左精巣再発に対して、Pola-BR療法での救済化学療法後に口唇けいれん・右口角下垂を発症し、頭部MRIで右前頭葉に腫瘍性病変を認め脳実質内再発と診断した。PET-CTで脳以外にリンパ腫病変は認めなかった。R-MPV療法によりCMRとなった後、減量BuTT(Busulfan 3.2mg/kg、Thiotepa 5mg/kg 各2日間)を前処置とした自家移植を行い、特に大きな有害事象なく終了しCRを維持している。本症例のような高齢患者においても、用量調整した自家移植は地固め療法として有効な選択肢である可能性がある。

37.

BR/R-HDAC 療法後に ASCT を施行したマンツル細胞リンパ腫の一例

パナソニック健康保険組合松下記念病院 血液内科
○平野 達大、先山恵美子、山根 裕介、清田 実希、
和田 勝也、河田 英里

【症例】64才男性。20XX年9月頸部リンパ節生検でマンツル細胞リンパ腫(MCL)と診断。両側口蓋、舌扁桃、頸部、腋窩リンパ節、脾臓、骨髄、上行結腸に病変を認め、Stage IV、MIPI intermediate risk と診断した。

【経過】まずBRを3コース、次にR-HDACを3コースおこない、続いてASCTを実施した。幹細胞採取は初回R-HDAC後におこなった。CRにてASCTを実施し、以後現在まで18ヶ月無再発で経過している。

【考察】近年BRとR-HDACを組み合わせたASCT前治療の有用性が報告されている。BRとR-HDACはSequentialとAlternatingに投与する方法があるが、本症例ではSequentialに投与し、安全かつ良好な病勢コントロールを得え、ASCTを施行しえた。文献的考察をふまえて報告する。

39.

非分泌型多発性骨髄腫に対しMeAIB-PETが病変評価に有用であった1例

滋賀県立総合病院 血液・腫瘍内科
○谷 明恵、吉永 則良、岡 諭、浅越 康助
同 研究所
奥山 智緒、加川 真也

症例は63歳女性。X年に濾胞性リンパ腫(FL)に対しR-CHOP療法を行いCRとなった。X+6年に左肩痛を自覚し、CTで左第1肋骨の腫大を認めた。FLの再発が疑われたが、骨生検、骨髄検査で両組織とも軽鎖陰性の形質細胞の増加、FISHで1q21増加、CCND1-IgH融合シグナルを認めた。血清M蛋白、尿中Bence Jones蛋白は認めず、FLC比は正常範囲のため非分泌型多発性骨髄腫と診断した。BLD療法3コース後、骨髄中形質細胞は5%未満に減少した。FDG-PETでは治療前後で骨病変に明確な集積は認めなかったが、当院研究所で臨床研究として施行している人工アミノ酸製剤である11C-MeAIB PETでは、治療前に明瞭に骨病変が描出され、治療後には集積がほぼ消失し、治療効果を画像的に評価することができた。多発性骨髄腫の骨病変をMeAIB-PETで評価した報告はなく、その機序など文献的考察も含めて報告する。

38.

当院のCAR-T治療関連合併症のマネジメント

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科
○久保 茂世、新田 彩巴、仲 亮祐、下村 良充、
永井 雄也、近藤 忠一、石川 隆之

CAR-T療法は再発難治のDLBCLの予後を改善し得る治療法として広く行われるようになった。当院ではこれまで14例の再発難治DLBCLに対しキムリア®を投与した。患者の年齢中央値は67歳であった。CRSは11例(Grade1が8例、3が2例、4が1例)で発症し、発症時期は中央値でキムリア®投与後2日であった。このうち8例でトシリズマブが投与され、CRS発症からトシリズマブ投与までの期間は中央値2日であった。ICANSは2例で発症し、デキサメタゾンによる治療開始から治療効果が認められ始めるまでにそれぞれ31時間および42時間を要した。CRS、ICANS共に、全例軽快した。また、Grade3以上の血球減少は、CART投与後1ヶ月時点で13例、3ヶ月時点で3例に認められた。CAR-T治療関連合併症のマネジメントにおいて基本方針は確立されつつあるが、その最適化のためには更なる症例経験の蓄積が必要である。

40.

持続型G-CSF製剤により大動脈炎を発症したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の1例

北播磨総合医療センター 血液・腫瘍内科
○松本 真輝、高倉 嗣丈、川口 晃司、白井佑太郎、
杉本 健
同 リウマチ・膠原病内科
矢部 萌美、三崎 健太

【症例】75歳、男性

【現病歴】4ヶ月前からの左眼周囲の疼痛を主訴に当院耳鼻科外来紹介受診した。左副鼻腔の腫瘍性病変に対して摘出術を施行し、病理組織診断でDLBCLと診断した。全身化学療法を開始し、1次予防としてベグフィルグラスチムを投与した。Day7に頭痛、Day11に38℃の発熱を認め、副鼻腔炎の診断で抗菌薬加療を行うも改善を認めなかった。胸腹部造影CT検査で上行大動脈から胸部下行大動脈に血管周囲の軟部陰影を認めた。胸部大動脈造影MRI検査でも大動脈弓部・分枝血管壁にT2 STIRで高信号を呈し、大動脈炎と診断した。経過からG-CSF製剤による薬剤性大動脈炎と考えられた。プレドニゾン(PSL)0.6mg/kg/日で加療を開始し、症状は速やかに軽快し大動脈壁肥厚も改善した。全身化学療法はG-CSF製剤を併用せずに行い、PSLを漸減した。

【考察】G-CSF製剤による大動脈炎は稀と報告されているが、悪性腫瘍に対する使用頻度は高く、留意すべき有害事象である。

41.

急速な経過を辿った菌状息肉症の1例

堺市立総合医療センター 血液内科

○SIRIPONGVUTIKORN YANAKAWEE、松浦 愛、

畑中 一生

同 病理診断科

安原裕美子

同 皮膚科

田中 文

菌状息肉症 (Mycosis fungoides) とは皮膚病変を初発症状とした末梢 T 細胞性リンパ腫の一つで、多くは年単位で進行する低悪性度腫瘍である。症例は79歳男性で、10ヶ月前より四肢軀幹に浸潤性紅斑が出現し菌状息肉症として局所治療されていた。2ヶ月前に皮膚病変の悪化、sIL2R の著明な上昇、多発リンパ節腫大・肝脾腫を認めた。T2N3M1 stage IV B のため全身化学療法が必要と考え、入院の上微小管阻害薬結合抗 CD30 クロノナル抗体である Brentuximab Vedotin を開始するも、治療抵抗性であり入院後2週間で死亡した。剖検にて多発リンパ節、骨髄、肝臓、脾臓に浸潤を認めた。入院時の生検と比較すると、腫瘍細胞は大型化しており、CD30 陽性細胞の割合も5% 未満からほぼ100% まで急増した。CD30 は菌状息肉症の活動性・悪性度と相関を示し、治療効果判定にも用いられる。また予後不良因子である高齢発症、男性、血清 LDH 上昇、大細胞転化、毛包向性のすべて該当した。本症例は菌状息肉症の急性転化により急速に進行し死亡に至ったと考えられる。

43.

巨大縦隔腫瘍で発症し、化学療法開始後の残存病変から拡散強調 MRI 画像を活用した再生検で診断に至った成人 T 細胞白血病 / リンパ腫

市立吹田市民病院 血液内科

○杉山 剛文、徳永 正浩、高津 康人、松井 奨吾、

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

64歳男性。X-1年12月より顔面腫脹を認め、X年1月に呼吸困難で近医を受診した際に頸部腫脹、胸部表在静脈の怒張を指摘された。呼吸困難が出現したため、同年2月に当院紹介となった。CT 検査で前縦隔巨大腫瘍による上大静脈症候群と診断し、腫瘍の CT ガイド下針生検では、びまん性に大型のリンパ球を認め、主には CD3 陽性であったが、一部の細胞で CD20/CD79a が発現していた。HTLV-1 抗体陽性から成人 T 細胞白血病 / リンパ腫 (ATLL) を疑ったが、検体量不足からプロウイルス DNA のモノクローナルな組み込みを証明できなかったため ATLL の診断に至らなかった。上大静脈圧迫の早急な解除が必要と考え EPOCH 療法を開始し、改善を認めたところで拡散強調 MRI 画像を用いて残存病変の活動性を推定し、確定診断のため胸腔鏡下腫瘍生検を施行した。プロウイルス DNA 陽性を確認し ATLL の確定診断に至り、modified LSG15 療法を開始した。背景抑制広範囲拡散強調画像 (DWIBS) を用い病勢を評価するも治療抵抗性で、HLA 合致同胞ドナーより同種末梢血幹細胞移植を施行して腫瘍の縮小を得ている。診断および治療方針決定に DWIBS を含む拡散強調 MRI 画像が大きく寄与した ATLL 症例と考え報告する。

42.

大細胞転化を呈し同種骨髄移植を施行した毛包向性菌状息肉症

京都大学医学部附属病院 血液内科

○鈴木光太郎、虎谷 和則、中山 大輔、進藤 岳郎、

水本 智咲、諫田 淳也、錦織 桃子、山下 浩平、

高折 晃史

56歳男性。X年に顔面・四肢・軀幹に痒疹が出現し、顔面局所の生検で毛包向性菌状息肉症と診断された。X+1年6月より PUVA および bexarotene/gemcitabine で治療されたが反応は不十分で、X+2年4月より CHOP 療法を行って寛解に達した。しかし X+3年1月には皮膚病変に加えて多発リンパ節腫脹と肝脾病変で再発し、末梢血中にもリンパ腫細胞を多数認めた。左鼠径リンパ節生検で菌状息肉症の大細胞転化 (large cell transformation) と診断された。初診時リンパ腫細胞は CD3+CD4+CD8- であったが、大細胞転化を来した際は CD3+CD4-CD8- であった。

DeVIC/GDP/ICE/CHOP-E 療法の施行で完全寛解に達し、X年9月に HLA 一致バンクドナーより同種骨髄移植を行った (前処置 FLU/MEL80/TBI 4Gy、GVHD 予防 FK+mini-MTX)。移植後に血球貧血症候群を来すも Prednisolone の投与で軽快し、day 35 に好中球生着、day 42 に骨髄の完全キメラを達成した。しかし day 110 より下腹部皮膚に腫瘍が出現し、生検で菌状息肉症の再発と診断された。

菌状息肉症の予後は表現型とは相関しないが、毛包向性の病型や大細胞転化を伴う症例は予後不良で、同種造血幹細胞移植の積極的適応となり得る。

44.

MRI が診断の一助となった、ネララビンによる薬剤性横紋筋融解症の一例

府中病院 血液疾患センター

○向井 大貴、原田 尚憲、芝野 郁美、喜澤 佑介、

白神 大志、麥谷安津子

症例：76歳男性。X年7月に T-ALL と診断。hyper-CVAD/MA 4 コース施行後、再発。その後、L-asparaginase 単剤投与に切り替え5コース施行したが、X+1年5月に再々発し、ネララビン投与開始した。day 5 に大腿四頭筋の把握時痛と大腿屈曲筋の筋力低下と血清 CK 上昇 (2861 IU/L) を認めた。下肢 MRI では両側の腸腰筋、大腿直筋、縫工筋に脂肪抑制 T2 強調画像で高信号を認めた。ネララビンによる横紋筋融解症と診断し、ネララビン投与は中止の上、大量補液を施行した。day 7 には CK (11299 IU/L) まで上昇したが、その後漸減傾向となり、明らかな腎機能障害なく、その後、筋力低下の改善を認めた。Grade 4 の横紋筋融解症を認めたため、ネララビン中断としたところ病勢増悪あり、day 31 原疾患による死亡退院となった。

ネララビンによる薬剤誘発性の横紋筋融解症は、稀な副作用である。MRI は横紋筋融解症の分布と進展を評価する際に有用であり、診断の一助となりうる。

45.

SARS-Cov-2 ワクチン接種後に発症し、自然軽快傾向を示した後天性血友病 A の一例

和歌山県立医科大学附属病院 血液内科

○太根 美聡、細井 裕樹、小浴 秀樹、井邊 公章、
堀 善和、山下 友佑、村田 祥吾、蒸野 寿紀、
西川 彰則、園木 孝志

症例は生来健康な45歳女性。3回目のSARS-Cov-2ワクチン接種後に、上肢に皮下出血を生じるようになった。当科紹介時、APTT延長(70 sec)、第Ⅷ因子活性低下(0.9%)、抗第Ⅷ因子抗体陽性(12.8 BU/ml)、APTTクロスミキシング試験でインヒビターパターンを認め、後天性血友病 A (AHA) と診断した。受診時、四肢に数か所の皮下出血を認めるのみで、貧血を認めなかった。12日後の入院時、抗第Ⅷ因子抗体価が5.6 BU/mlと自然に低下していた。自己免疫性疾患や悪性腫瘍などの基礎疾患は認めなかった。PSL 1mg/kg を導入し、わずか7日後に、APTT正常化(32.7 sec)、第Ⅷ因子活性上昇(38.9%)、抗第Ⅷ因子抗体価低下(0.1 BU/ml)を認め、治療の奏功より自然軽快の可能性を考えた。退院後、PSLを早期に漸減したが、3週間後に抗体消失と第Ⅷ因子活性正常化を認めた。SARS-Cov-2ワクチン接種後のAHAの報告例は20例ほどで、自然寛解例も1例報告されている。SARS-CoV-2ワクチン接種後の比較的軽症のAHAでは、早期の免疫抑制療法終了も考慮されうる。

47.

初回治療19年後に再発したAT1C-ALK未分化大細胞型リンパ腫(ALCL)の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科

○坂口 拓三、丸山 互、高橋 佑輔、小谷 慎一、
右京 直哉、赤坂 尚司
同 病理診断科
桂川 広幸、住吉 真治
同 医学研究所
大野 仁嗣

73歳女性。19年前(54歳)に病期3期のALCLを発症、CHOP療法6サイクル実施後長期寛解状態を維持していた。今回、右鎖骨上窩に腫瘤を触知したため再受診した。B症状なし。2型糖尿病治療中。Hb 13.2g/dL、WBC 5.930/ μ L、PLT 21.9×10^4 / μ L、LDH 196 U/L、CRP 2.56mg/dL、sIL-2R 2,784 U/mL。FDG-PET/CTで両側頸部から鎖骨上窩、胃噴門部、左閉鎖域のリンパ節と、脊椎、腸骨に複数の異常集積を認めた。頸部リンパ節生検では、くびれのある核を有する大型異型細胞が増殖し、ALK+、CD30+、EMA+、Ki67 index 80%。間期核FISHでALK再構成、RT-PCRでAT1C-ALK fusion mRNA、DNA-PCRでAT1C intron 7とALK intron 19に切断点。ALCLの再発と診断し、brentuximab vedotin (BV)の単独治療を開始したところ、表在性リンパ節は縮小し、治療前に訴えた腰痛も軽減した。

【考案】ALK陽性ALCLは予後良好とされているが、本症例は晩期再発があり得ることを示唆している。AT1CはALKのnon-NPM1パートナーのなかでは頻度が高く、当院では4例目である。再発・治療抵抗性ALCLに対するBV単独治療の奏功割合は86%と報告されているので、本症例でも治療効果が期待される。

46.

診断から5年後にB症状を伴う全身病変を認めた原発性皮膚未分化大細胞型リンパ腫の1例

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科

○西久保雅司、平本 展大、山本 隆介、米谷 昇、
永井 雄也、近藤 忠一、石川 隆之
同 皮膚科
長野 徹
同 病理診断科
山下 大祐

【症例】73歳女性。入院5年2ヶ月前に生じた右肩紅色結節を生検し、原発性皮膚未分化大細胞型リンパ腫(pcALCL; ALK陰性CD30陽性)と診断され、逐次外科的切除で対応されていた。入院8ヶ月前に左腋窩リンパ節腫大を認め、放射線治療(RT)を行い消退した。入院4ヶ月前に右腋窩と左鎖骨上リンパ節腫大を認め、右腋窩にRTを行い、左鎖骨上病変を外科的に切除し、メトトレキサート(MTX)内服を開始した。右腋窩病変は縮小したが、入院2ヶ月前よりB症状が出現し、全身リンパ節腫大・肝病変を認め、systemic ALCLに準じた治療が必要と考えられた。BV+CHP療法6コースを行って完全寛解を達成し、現在再発フォロー中である。

【考案】pcALCLは皮膚T細胞性リンパ腫の稀な一型である。非常に緩徐な経過を辿り、一般に予後は極めて良好とされ、overtreatmentを避けることが肝要とされる。MTX内服下に急速に進行し、全身化学療法を要した症例は希少と考えられ報告する。

48.

A+CHP療法中に髄液浸潤を来したALK陽性未分化大細胞リンパ腫の一例

京都桂病院 血液内科

○片岡阿沙美、岸本 涉、島津 弥生、濱田 常義、
菱澤 方勝、森口 寿徳

症例は25歳男性、ALK陽性未分化大細胞リンパ腫(ALK+ALCL)(Stage IV B、IPI 4点)に対してCHOP療法1コース、A+CHP療法5コース施行しリンパ節病変は縮小を維持していた。A+CHP療法5コース目day 15より発熱、頭痛、嘔吐を来し、髄液検査で大型単核球を認めたこと、髄液FISH検査でALK転座陽性であったことからALK+ALCLの髄液浸潤と診断した。MTX/Ara-C/PSL髄腔内投与で症状は速やかに消失した。中枢神経原発悪性リンパ腫に準じてMPV療法を2コース施行し、髄液細胞数は減少傾向となった。

ALK+ALCLの中枢神経再発は診断時の末梢血中リンパ腫細胞や骨髄浸潤の存在がリスク因子と考えられている。中枢神経再発は比較的稀であるが、A+CHP療法は中枢神経移行性が低いためリスク因子のある症例では注意深いフォローが必要である。

49.

中枢神経指向性治療を行った中枢神経病変を有する進行期節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型(ENKL)の一例

和歌山県立医科大学 血液内科

○南 昌吾、岡部 友香、堀 善和、山下 友佑、
蒸野 寿紀、細井 裕樹、村田 祥吾、園木 孝志
同 病理診断科
岩元 竜太

56歳女性。2ヶ月前から下肢脱力が進行した。皮膚、左副腎、C6神経根、L3/4脊柱管内、髄液、骨髄に腫瘍を認めた。脳実質に腫瘍はなかった。皮膚生検により進行期ENKLと診断した。Oncologic emergencyに対し、診断直後にSMILE療法を開始した。治療開始後、皮膚腫瘍、神経症状は消失した。髄注も併用し、SMILE療法2コース後にCMRを確認した。骨髄中の腫瘍細胞は消失し、前処置BuTTで自家移植を行ったが、移植終了1ヶ月後に再発した。髄液中の腫瘍細胞は消失していた。中枢神経病変を有するENKLは非常に稀であり予後不良である。少数の自家移植例にのみ長期生存が報告されている。本症例は中枢神経指向性治療を行ったが、自家移植後早期に再発を来した。再発時、中枢神経病変は認めなかった。今後は第二寛解期に同種移植を予定している。

51.

慢性期を認めず、急性転化期で慢性骨髄性白血病(CML)と診断した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歳代男性。X年5月、近医で白血球数増加(WBC: 136700/ μ l、芽球56%、Hb: 10.8g/dL、Plt: 26.6×10^4 / μ L)を指摘され当科に紹介となった。X年3月まで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。骨髄検査でミエロペルオキシダーゼ染色陽性の芽球を40%認め、FACS解析ではMPO+/CD34+/CD7+であり急性骨髄性白血病と診断した。アザシチジン/ベネトクラクス併用療法(AZA/VEN)を開始したが白血球数減少に乏しくAZA/VENを中止した。骨髄検査でのmajor BCR-ABL mRNA定量 4.4×10^4 コピー/ μ gRNAと陽性、染色体分析でt(9;22)を認め、末梢血の好中球でBCR-ABL(FISH)99%であり、CML-myeloid BPと診断しDasatinibに変更した。その後は白血球数が減少し末梢血中の芽球が消失した。6月に施行した骨髄検査では芽球消失しておりBCR-ABL(FISH)は87%に減少した。

明らかな慢性期を経ずにCML-myeloid BPを認めたが、このような症例にチロシンキナーゼ阻害薬単剤で病勢コントロール可能であった報告は我々を知る限り存在しない。文献的考察を踏まえ報告する。

50.

自己免疫性疾患を合併した治療抵抗性末梢性T細胞性リンパ腫(PTCL-NOS)の1例

奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科

○山本 雅美、小林 真也、大谷 惇、越智 真一、
八木 秀男
同 臨床検査部
中村 文彦
同 病理診断科
石田 英和

【症例】53歳女性。20XX年7月に倦怠感、発熱、両側頸部リンパ節の腫脹、労作時呼吸困難が出現。リンパ節生検施行し、*RHOA* 遺伝子変異陰性でPTCL-NOSと診断。溶血性貧血にシクロスポリンを開始し、CHOP療法6コースで完全寛解(CR)。20XX+1年4月にEBV関連リンパ増殖性疾患を発症し、CHASE-R療法2コース後の自家末梢血幹細胞移植にて軽快。20XX+2年1月に赤芽球癩でシクロスポリンを再開するも左頸部リンパ節腫脹と腹腔内多発腫瘍にてPTCL-NOSの再発を確認した。治療抵抗性であるためFLU+MELを前処置としたHLA一致同胞骨髄移植を4月に施行し、CRが得られたため現在経過観察中である。

【考察】PTCL-NOSは予後不良な疾患であり、本症例でも化学療法抵抗性となったため同種骨髄移植を施行しており、引き続き移植関連合併症や再発に留意する必要がある。

52.

慢性骨髄性白血病に対してDasatinibで加療中に骨髄異形成症候群を発症した一例

大阪赤十字病院 血液内科

○曾根万里江、杉野 典子、岡田 慎理、池田 正俊、
門田真悠子、河原 宏紀、多田 浩平、田嶋 政治、
吉岡 聡、水谷 知里、今田 和典
同 病理診断科
嶋田 俊秀

【症例】56歳男性。X-5年5月にCML-APの診断となり、Dasatinibを導入しX-4年2月にMMRに到達した。X-1年9月にMR¹⁰を達成したが、同時期より両側胸水の増加を認めX-1年11月までDasatinibを一時休薬した。以後は著変なく経過しMMRを維持していたがX年4月に2系統の血球減少を認め末梢血に芽球が0.5%と微小巨核球が出現、骨髄検査では骨髄芽球が4.0%に増加し、脱顆粒好中球と分離多核巨核球が出現していた。FISHではBCR-ABLを検出せず、Major BCR-ABL1 IS法も0.0123%でありCMLはMMRを維持していた。G-bandは正常核型でMDS-MLD IPSS-R lowと診断。その後X年6月よりDasatinibからBosutinibへと変更したがX年7月に骨髄芽球は6.2%と増加し、脱顆粒好中球を77%、巨核球の異形成も33%認め、MDS-EB-1 IPSS-R intermediateに進行した。

【考察】以上のことから、CMLをTKIで加療中に発症したMDSと診断した。CML-CPがMMRを維持しているにも関わらず異なる血液悪性腫瘍を発症したという貴重な症例であり、発症機序などについて文献的考察も含めて報告する。

53.

骨髄異形成症候群と慢性骨髄性白血病が合併した患者にアザシチジンを使用した症例

近畿大学奈良病院 血液内科

○加藤由里子、山田 薫、田村 雄平、藤原 亮介、
嶋田 高広、花本 仁

症例：87歳女性。X-1年の健康診断で大球性貧血を指摘されていたが近医で経過観察となっていた。しかしX年の血液検査でHb6.7g/dLまで低下していたため精査加療目的で紹介となった。血液検査でWBC3400/ μ L、Hb7.2g/dL、PLT24万/ μ L、MCV115fLであり、骨髄異形成症候群を疑い骨髄検査を実施した。骨髄検査では17.2%の芽球と3系統の形態異常を認め、G-bandingは9番染色体と22番染色体の転座を認め、キメラスクリーニングでもMajor bcr/ablが78000コピー/ μ gRN、minor bcr/ablが840コピー/ μ gRNと陽性であった。骨髄異形成症候群と慢性骨髄性白血病の合併と考え、どちらも高リスクではあったが、NCC18.8であり慢性骨髄性白血病よりも骨髄異形成症候群の治療を優先すべきと判断し、アザシチジンの投与を開始とした。骨髄異形成症候群と慢性骨髄性白血病が合併した希少な症例として報告する。

55.

腰椎破裂骨折、腰椎硬膜外血腫を認めた慢性好中球性白血病の1例

奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー・血液内科

○柴田 浩気、安積 秀一、内原 正人、森岡友佳里、
長谷川 淳、田中 晴之、天野 逸人

同 輸血部

久保 政之

症例は75歳男性。左季肋部痛を主訴に近医を受診し、白血球増多、脾腫を指摘され、当科紹介となった。初診時、末梢血中の白血球数72,700/ μ l、骨髄芽球は認められず、好中球が88.5%を占めた。骨髄検査では過形成髄であり、各成熟段階の好中球を認め、割合および実数の明らかな増加がみられた。BCR-ABL1融合遺伝子、JAK2、CALR 遺伝子変異はいずれも陰性であり、血清G-CSFは4.69pg/ml未満と低下がみられた。そのため、遺伝子変異解析を行い、CSFR T618I変異陽性であったことから、慢性好中球性白血病(CNL)と診断した。ハイドロキシウレアにて治療を開始したが、経過中に腰痛、両下肢のしびれにて救急受診された。MRI検査にて第1腰椎椎体破裂骨折および近傍に血腫を認め、脊柱管の圧排がみられた。緊急で椎弓形成術を行ったが、術中、術後を通して出血を繰り返し、止血に難渋した。CNLは稀な骨髄増殖性腫瘍であり、治療法は確立されていない。本例のように一部に出血傾向を伴うことが知られており、考察も含め報告する。

54.

二次性巣状分節性糸球体硬化症をきたした真性多血症

北野病院 血液内科

○島田 充浩、大島 正義、田邊万璃子、河崎 直人、
岡本 吉央、高橋 慧、稲野将二郎、坂本宗一郎、
田端 淑恵、北野 俊行

症例29歳男性。X-10年に多血にて他院を受診し、骨髄生検で三系統の細胞増加とJAK2 V617F変異を認め真性多血症(PV)と診断された。診断時に蛋白尿が指摘されたが精査はされなかった。瀉血で経過をみられていたがX-5年に血小板数が107万/ μ Lに増加し低 von Willebrand Factor (VWF)血症(VWF活性30%)を合併した。蛋白尿は持続しており腎生検が検討されたが出血リスク高く断念されていた。X-2年の当院に紹介時にはplt 114.9万/ μ L、4g/day台の高度蛋白尿を認めた。腎機能・アルブミンは正常であった。アナグレリド投与により血小板数正常化しVWF活性も58%まで改善したため腎生検を施行し、経過と合わせPVによる二次性巣状分節性糸球体硬化症(FSGS)と診断した。血球数コントロール改善に伴い蛋白尿も不完全寛解II型まで改善した。

FSGSはPVの稀な合併症として報告されており、治療抵抗性であることが多い。PVの治療改善により蛋白尿も改善した症例を経験したので報告する。

56.

同種骨髄移植後早期に発症した *Schizophyllum* 属による真菌性副鼻腔炎

京都大学医学部附属病院 血液内科

○川上 真弘、赤荻 杏奈、諫田 淳也、水本 智咲、
山下 浩平、高折 晃史

東邦大学医学部病院 病理学講座

澁谷 和俊

国立感染症研究所 真菌部

阿部 雅広

症例は49歳男性。CMMoL急性転化に対してGVH方向1座不適合非血縁者間骨髄移植を施行、day 24に好中球生着。day 32に発熱と頭痛が出現、day 34の頭部CTで左上顎洞に片側性の液貯留を認めた。真菌性副鼻腔炎を疑いday 35にMCFGからL-AMBに変更、day 37に副鼻腔搔爬術を施行し経過良好のためday 83にL-AMBを終了した。副鼻腔検体の組織診断で糸状真菌を認めたが、培養同定検査、形態学的特徴の検討では菌種特定に至らなかった。パラフィン包埋組織を用いた遺伝子検査で *Schizophyllum* 属と相同性の高い配列が検出され、起菌菌と判断した。真菌性副鼻腔炎は起菌菌の同定に難渋する例が多く複数のアプローチを試みる事が重要である。また、造血幹細胞移植後の *Schizophyllum* 属感染症は報告が少なく文献的考察と共に報告する。

57.

小腸イレウスにて発症した急性骨髄性白血病の一例

兵庫医科大学病院 血液内科

○村田 賢紀、吉原 享子、藤田 佳之、山形 冬樹、
吉原 哲、日笠 聡

同 病院病理部

松田 育雄、廣田 誠一

症例は35歳男性。下腹部痛、嘔気・嘔吐を繰り返し、前医にて小腸イレウスと診断された。造影CTにて上腸間膜動脈(SMA)周囲を中心にリンパ節腫脹を指摘され、悪性リンパ腫疑いに当科紹介受診となった。末梢血CBCには異常を認めなかった。SMA周囲の腫瘍よりCTガイド下生検を行ったところ、顆粒球肉腫の組織像であった。骨髄スメアではN/C比の大きい細胞を0.6%認めたのみであったが、2週後に骨髄を再検した際には芽球を17%認め、また、*CBFB-MYH11*キメラ遺伝子を検出した。以上よりAML with inv(16)と診断した。IDR+Ara-Cによる寛解導入療法にてCR達成し、HD-AraCによる地固め療法を施行中である。AML発症時に髄外病変を伴う頻度は、従来考えられてきたよりも高く10%以上に達することが報告されている。頻度は低いが、本症例のように髄外病変による症状にて発症することもあり、注意が必要である。文献的考察を含めて報告する。

59.

Dar sc-CyBorDにて重度心不全の改善を認めたALアミロイドーシス症例

関西医大総合医療センター 血液腫瘍内科

○石井 侑佳、石井 一慶

ALアミロイドーシスは予後不良であり、心不全の重症度により予後が規定されている。今回我々は重度心不全を来したALアミロイドーシス患者に対し、Dar sc-CyBorDを施行した。完全寛解を得て心機能の改善も認めた。
【症例】55歳、女性。X年9月当科に紹介され、MGUSと診断された。11月に急性心不全を発症し当院循環器内科に入院となった。重度の僧帽弁逆流症も認め、A病院に転院して僧帽弁置換術を施行された。X+1年1月に急性腎不全となり、CHDF開始となる。腎生検、弁置換術時の検体でALアミロイドーシスと診断された。加療目的に3月当科に転院となる。心不全による低血圧症に対し、DOB持続静注を要した。4月よりDar sc-CyBorDを開始した。5コースまで施行し、near amyloid CRを得て、DOBから離脱した。

58.

NPM1変異を有する急性骨髄性白血病(AML)の同種移植後に発症した治療に関連した骨髄腫瘍(t-MN)

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科

○光行 智司、平本 展大、下村 良充、山本 隆介、
永井 雄也、米谷 昇、近藤 忠一、石川 隆之

東京大学医科学研究所 血液腫瘍内科、

京都大学医学部医学研究科 腫瘍生物学講座

南谷 泰仁

京都大学医学部医学研究科 腫瘍生物学講座

森 拓人、小川 誠司

59才女性。X年3月にAMLと診断。染色体は正常核型で、NGSで*NPM1*、*FLT3*、*IDH1*変異を認めた。寛解導入療法と地固め療法で完全寛解を達成したが、X+1年12月に再発した。染色体は正常核型で、NGSの結果から発症時と同一クローンの再発と考えられた。救援療法後に再寛解となり、血縁半合致移植を行ったが、X+3年3月に再々発した。キメリズムはレシビエントタイプで染色体は複雑核型、NGSで*TP53*変異を有する発症時と異なるクローンが証明され、t-MNと考えられた。AML治療後のt-MNの報告はキメラ遺伝子の消失に基づくものが多く、単一遺伝子変異解析で証明される症例は稀少であり、報告する。

60.

下血を繰り返し、剖検にて下部消化管浸潤が判明した慢性骨髄単球性白血病(CMML)の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科

○高橋 佑輔、丸山 互、小谷 槇一、右京 直哉、
赤坂 尚司

同 医学研究所

大野 仁嗣

60代女性。健診での血小板減少($7.1 \times 10^4/\mu\text{L}$)を契機にMDS、IPSS-R: low(1.5点)と診断。11ヶ月の無治療経過観察後、高熱を繰り返すようになり、CMML(CMML-0)に移行と診断。CMML診断時、Hb 8.9g/dL、WBC $34,250/\mu\text{L}$ (mono 53.0%, blast 0.5%)、PLT $5.5 \times 10^4/\mu\text{L}$ 、LDH 250 U/L、CRP 1.77mg/dL。骨髄blast 2.6%、mono 22.4%。CD34⁺、CD117⁺、CD13⁺、CD33^{low}、CD36⁻、CD2⁻、CD7^{low}、CD56^{low}。+8を含む複雑核型。脾腫を認めず。造血幹細胞移植を前提にAZA治療4コース実施するも難治、AMLに進展。DA療法に変更するも不応。全経過20ヶ月後に死亡。AZA治療開始直後より重篤な下血を繰り返し、下部消化管内視鏡による緊急止血術を要した。内視鏡所見では、多発潰瘍を認め、生検を含めた諸検査を行うも原因究明に至らず。剖検所見では、回腸から下行結腸にかけて多発潰瘍を認め、潰瘍部分に白血病細胞の浸潤を認めた。

【考案】CMMLのリンパ節、肝、脾、皮膚への浸潤は知られているが、消化管浸潤は極めて稀。消化管浸潤例は重篤な経過をたどっており、浸潤の可能性を認識し、治療を行うことが重要である。

■ 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118回近畿血液学地方会 ご案内

第118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 烏野 隆博(地方独立行政法人りんくう総合医療センター 理事 兼
副病院長・血液内科主任部長)

日時：2023年5月27日(土)

会場：大阪国際交流センター

(〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6)

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：2023年3月10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
	サリドマイドが有効であった骨髄線維症の2症例	
	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 118kinketsu@adfukuda.jp 宛にお送り下さい。
2. メールの件名は「第118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117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)

アッヴィ合同会社	CSL ベーリング株式会社
シンバイオ製薬株式会社	中外製薬株式会社
日本化薬株式会社	ヤンセンファーマ株式会社

広告協賛企業一覧 (50音順)

旭化成ファーマ株式会社	アムジェン株式会社
アレクシオンファーマ合同会社	エーザイ株式会社
大塚製薬株式会社	協和キリン株式会社
JCR ファーマ株式会社	ゼリア新薬工業株式会社
第一三共株式会社	武田薬品工業株式会社
日本新薬株式会社	ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社
Meiji Seika ファルマ株式会社	ヤンセンファーマ株式会社

(2022年11月1日現在)