

第115回 近畿血液学地方会

Web 開催

日 時 2021年6月5日（土）

会 長 尼 川 龍 一

日本パプテスト病院 病院長

〒606-8273 京都市左京区北白川山ノ元町47番地

TEL 075-781-5191

近畿血液学地方会

名誉会員

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

功労会員

信彦夫之裕一昭郎裕晃雄志児正
 孝三康義俊陽忠哲 邦隆玲道
 中田原田馬 田井野尾 井下田
 今内大倉相巽津中中西林待森米
 彦夫巧一照二一夫夫史史弥一吉
 康成 誠義英儀昭督輝直光信孝
 本京本川中 野田島須住多澤本
 稲右榎北小巽辻富中那根本三山
 夫人造孟敏史子博子郎潔夫幸弘
 俊憲吉 昌博真忠朝志 英直
 東尾角城前山口尾井山川 尾野
 伊岩江大神高塚椿永中西林丸山

評 議 員 (50音順)

2021年5月7日現在

赤坂尚司	天理よろづ相談所病院 血液内科	井上信正	船員保険大阪健康管理センター 内科
芦田隆司	近畿大 血液・膠原病内科	井上雅美	大阪母子医療センター 血液・腫瘍科
芦原英司	京都薬科大 病態生理学分野	田和典	大阪赤十字病院 血液内科
足立壮一	京都大 臨床生体病態情報解析学	岩井俊樹	京都第一赤十字病院 血液内科・輸血部
足立陽子	地域医療機能推進機構 神戸中央病院 内科	岩崎剛	恵生会病院
尼川龍一	日本バプテスト病院 血液内科	上田周二	兵庫県立西宮病院 内科
天野逸人	奈良県立医大 内科学第二講座 呼吸器・アレルギー・血液内科	魚嶋伸彦	京都第二赤十字病院 血液内科
有馬靖佳	社会医療法人神鋼記念会 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	兵庫医科大学 血液内科	大杉夕子	兵庫医科大学病院 内科学血液内科
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	大阪大学大学院医学系研究科 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	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
伊藤満亨	京都市立病院 血液内科	岡崎俊朗	北摂総合病院 血液内科
稲葉亨	京都府立医大 臨床検査部	岡田清孝	近畿大 基礎医学

岡田昌也 兵庫医大 血液内科
 岡村篤夫 加古川中央市民病院 腫瘍血液内科
 岡本隆弘 なにわローランド
 小川啓恭 大阪明暁館病院 血液内科
 尾路祐介 大阪大 癌幹細胞制御学
 織谷健司 国際医療福祉大学病院 血液内科
 柏木浩和 大阪大 輸血部
 桂田達也 医仁会武田総合病院 血液病センター
 金倉讓 住友病院
 兼子裕人 愛生会山科病院 血液内科
 烏野隆博 りんくう総合医療センター 血液内科
 川上博学 日本生命病院 血液・化学療法内科
 川西一信 かわにしクリニック 内科
 河野誠司 神戸大 総合臨床教育センター
 川端浩 金沢医科大学 血液免疫内科学
 諫田淳也 京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学
 神野正敏 奈良県立医大 腫瘍センター
 金義浩 第二大阪警察病院 内科
 久山純 大阪府建築健康保険組合 健康管理センター
 倉恒弘彦 関西福祉科学大 健康科学科
 黒田純也 京都府立医大 血液内科
 小杉智 市立豊中病院 内科
 小林裕 京都第二赤十字病院 血液内科
 西郷勝康 姫路獨協大 薬学部
 阪本親彦 寺元記念病院 内科
 佐竹敦志 関西医大 第一内科
 佐野徹明 さの内科医院
 澤田明久 大阪母子医療センター 血液・腫瘍科
 柴野賢 堺市立総合医療センター 内科統括
 柴山浩彦 国立病院機構 大阪医療センター 血液内科
 嶋緑倫 奈良県立医大 小児科
 嶋崎明美 姫路医療センター 内科
 嶋崎千尋 地域医療機能推進機構京都鞍馬口医療センター 血液内科
 嶋田高広 近畿大学奈良病院 血液内科
 志村和穂 愛生会山科病院 内科
 末廣謙 兵庫医科大学 健康医学クリニック
 杉山裕之 済生会茨木病院 血液内科
 鈴木孝世 草津総合病院 血液内科
 園木孝志 和歌山県立医科大学医学部 血液内科学講座
 高井豊 神戸リハビリテーション病院 内科
 高折晃史 京都大 血液・腫瘍内科

高塚広行 尼崎中央病院 血液内科
 高橋幸博 奈良県赤十字血液センター
 高橋良一 近江八幡市立総合医療センター 血液内科
 武弘典 市立豊中病院 内科
 竹岡友晴 大津赤十字病院 血液免疫内科
 武山雅博 奈良県立医科大学 小児科
 田嶋健一郎 青樹会病院 内科
 辰巳陽一 近畿大 血液・膠原病内科
 田中一巨 医療法人藤井会 石切生喜病院 血液腫瘍内科
 田中宏和 近畿大学医学部 血液内科
 田辺哲 美杉会 佐藤病院 内科
 田端理英 大阪府済生会 野江病院 血液・リウマチ内科
 辻肇 京都府赤十字血液センター
 辻將公 大津赤十字病院 血液免疫内科
 坪井昭博 大阪大 癌ワクチン療法学
 寺田芳樹 朋愛病院 血液内科
 土井章一 京都桂病院 血液内科
 徳嶺進洋 市立伊丹病院 内科
 富永信彦 市立吹田市民病院 内科
 富山佳昭 大阪大 輸血部
 中尾隆文 大阪市立総合医療センター 血液内科
 中尾吉孝 大阪市立大 臨床腫瘍学
 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
 中根孝彦 大阪市立大 血液腫瘍制御学
 中前博久 大阪市立大附属病院 血液内科 造血細胞移植科
 中峯寛和 日本パプテスト病院 中央検査部 病理
 中山聖子 近畿大学医学部附属病院 血液・膠原病内科
 西浦哲雄 市立芦屋病院 内科
 西田一弘 京都府立医大 血液・腫瘍内科
 西村純一 大阪大 血液・腫瘍内科
 直川匡晴 日赤和歌山医療センター 血液内科
 野上恵嗣 奈良県立医科大学 小児科
 野村昌作 関西医大 第一内科
 朴勤植 大阪市立大 血液内科
 橋本孝二 はしもと内科クリニック
 長谷川稔 長谷川内科
 初瀬真弓 地域医療機能推進機構京都鞍馬口医療センター 血液内科
 花本仁 近畿大医学部奈良病院 血液内科
 日野雅之 大阪市立大 血液腫瘍制御学
 平位秀世 京都大学医学部付属病院 輸血細胞治療部
 平井学 四天王寺病院 血液内科

藤本正博	美杉会 男山病院 内科	宮武淳一	城山病院血液内科
藤盛好啓	兵庫医大 輸血細胞治療センター	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	地域医療機能推進機構京都鞍馬 口医療センター 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	近畿大学医学部 血液・膠原病内科
松井利充	西脇市立西脇病院	八木秀男	近畿大医学部奈良病院 血液内科
松下章子	神戸市立医療センター 中央市民病院 血液内科	矢部博樹	赤穂中央病院
松田光弘	PL病院 血液内科	山上保	第二大阪警察病院 血液内科
松梨達郎	市立東大阪医療センター 血液内科 総合診療科	山下浩平	京都大 血液・腫瘍内科
松村到	近畿大 血液・膠原病内科	山根孝久	大阪市立総合医療センター 血液内科
松本雅則	奈良県立医大 輸血部	山本克也	神戸大 腫瘍・血液内科
松本洋典	愛生会山科病院 臨床検査部	山本隆	やまもとクリニック
三浦康生	藤田医科大学 輸血細胞治療科	横田昇平	新大阪がん血液内科クリニック
三澤真人	赤穂中央病院 内科	横田貴史	大阪大 血液・腫瘍内科
水木満佐央	大阪大 化学療法部	吉田均	市立伊丹病院 外来化学療法室・血液内科
水谷肇	水谷クリニック	吉原哲	兵庫医科大学 輸血・細胞治療学講座
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

(計 158 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115回近畿血液学地方会

プログラム

第115回近畿血液学地方会開催にあたって

会長 尼川 龍一

日本パプテスト病院 病院長

初夏の候、近畿血液学地方会会員の皆様に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115回会長を務めさせていただくことになりました。身に余る光栄であるとともに、責任の重さを痛感しております。

本学会は当初、国立京都国際会館にて現地開催する予定にしておりましたが、新型コロナウイルス感染の拡大のため Web 開催に変更させていただきました。ご不便をおかけすることになりますが、ご理解ご協力賜りますようお願い申し上げます。

さて、午前の部の一般演題には56題も応募いただきました。内訳は研修医24題、専攻医20題、その他12題となっており、若手の先生方の発表が多くを占めています。コロナ禍にあっても意欲的に演題を準備していただきました各医療機関の先生方に心より感謝申し上げます。

午後の部では、従来の現地開催形式を踏襲して、ランチョンセミナー、特別講演、そして4つの招請講演を企画いたしました。Web 開催ですのでランチョンセミナーではお弁当の配布はございませんが、企画段階での名称を残しました。ランチョンセミナーは、近畿大学の松村到先生に「CML 治療の現状と今後」と題して講演していただきます。特別講演は、北海道大学の豊嶋崇徳先生に「CAR-T 療法の現状と展望」のタイトルでお話しいたします。招請講演1～4のラインナップですが、1は九州大学の宮本敏浩先生に「AML における Targeted Therapy」、2は日本赤十字社医療センターの石田禎夫先生に「多発性骨髄腫治療の Updating-2021 ～大きく変化する治療戦略～」、3は埼玉医科大学の照井康仁先生に「再発・難治性 DLBCL に対する新たな治療戦略～POLIVY + BRという選択肢～」、そして4は京都大学の錦織桃子先生に「濾胞性リンパ腫の病態と治療」と題して、それぞれご講演いただきます。いずれもその分野のエキスパートの先生方によるご講演であり、基礎から最新の知見まで盛り込まれていますのでどうかご期待ください。

本学会が、参加される皆様にとりまして有意義な学びの機会になることを願っております。

末筆になりますが、コロナ禍での本学会の開催にあたりご指導を賜りました学会幹事の先生方、そして学会の趣旨にご賛同いただきました企業の皆様にも心より感謝申し上げます。また、企画から運営に至るまでお世話になりました学会事務局はじめ関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

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：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年間年会費未納の場合、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：12：00～12：25

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：市立芦屋病院 病院長

西 浦 哲 雄

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 116 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116回近畿血液学地方会 ご案内」をご覧ください。

一般演題演者、座長へのご案内

演者へのご案内

■演題発表に先立ち

- 1) WEB 会議システム「Zoom」を用いた WEB 開催です。発表者はリモート（遠隔地）より参加いただきます。
参加の際に使用される PC（デバイス）には、予め「Zoom」をインストールしておいてください。通信回線は有線 LAN 回線を推奨しています。また、PC 内臓スピーカー、マイクの直接の使用は避け、ヘッドセットマイクの使用を推奨します。（イヤホンのみでも可）
予め、Zoom のテストサイトにて確認ください。
- 2) 発表データは、音声を吹き込んで動画として書き出したデータを事前にご提出いただきます。事前に提出された発表動画データを主催者側で配信し、その後 2 分間、演者と座長、参加者にて Zoom 上で質疑応答を行います。
発表データの提出期日は、5 月 21 日までです。
不明な点があれば、下記の運営事務局へお問合せください。

■学会当日について

- 1) 事前にお知らせする発表用 URL にセッション開始の 30 分前には必ずご入室ください。入室時の表示名（名前）は「演題番号_氏名」（例：10_日血太郎）として下さい。
- 2) 発表スライド配信終了後、座長と演者のカメラに切り替わり、質疑開始となります。その際、マイクがミュートのままになっていないか確認してください。
- 3) 質疑終了後、発表用ルームからご退室下さい。

座長へのご案内

■当日について

- 1) 30 分前までに配信会場へお越しいただき、受付をお済ませ下さい。
- 2) 開始までは控室での待機となります。セッション開始の 10 分前になりましたら係のご案内いたします。
- 3) 座長席には PC、ヘッドセットマイクをご用意しております。開始時刻になりましたら、アナウンスが入ります。通常通りセッションを開始ください。
- 4) 視聴者からの質問は Zoom の「手を上げる」機能を利用します。視聴者は音声のみで質問いただけます。指名頂きました視聴者の音声を解除し質問頂く形式となります。

問合せ先)

第 115 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 : 115kinketsu@adfukuda.jp

地方会当日のみ) 緊急時連絡先 : 070-1348-7357

進 行 表

	第一会場 (1F/会議室 104)	第二会場 (1F/会議室 104)	第三会場 (5F/会議室 510)	
午 前 の 部	8:55～9:00 開会の挨拶			
	9:00～9:48 B細胞リンパ腫 (No.1～6) 9:53～10:33 T細胞・NK細胞リンパ腫 (No.7～11) 10:38～11:18 節外性リンパ腫 (No.12～16) 11:23～11:47 稀な疾患(No.17～19)	9:00～9:32 骨髄性白血病(No.20～23) 9:37～10:17 リンパ性白血病 (No.24～28) 10:22～11:02 形質細胞腫瘍(No.29～33) 11:07～11:47 合併症・随伴症 (No.34～38)	9:00～9:40 貧血・血球減少症 (No.39～43) 9:45～10:17 止血障害(No.44～47) 10:22～10:54 移植(No.48～51) 10:59～11:39 COVID-19・感染症 (No.52～56)	
午 後 の 部	11:50～12:30 休憩(第一会場)			12:00～12:25 評議員会
	12:30～13:30 (第一会場) ランチオンセミナー / 共催: 大塚製薬株式会社 「CML 治療の現状と今後」 座長: 京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学 教授 高折晃史 演者: 近畿大学医学部 血液・膠原病内科 主任教授 高松村 史到			
	13:35～14:25 (第一会場) 特別講演 / 共催: ノバルティスファーマ株式会社 「CAR-T 療法の現状と展望」 座長: 日本バプテスト病院 病院長 尼川龍一 演者: 北海道大学大学院医学研究院 内科系部門 血液内科学教室 教授 豊嶋 崇			
	14:30～15:10 (第一会場) 招請講演 1 / 共催: アステラス製薬株式会社 「AML における Targeted Therapy」 座長: 京都府立医科大学大学院医学研究科 血液内科学 教授 黒田純也 演者: 九州大学大学院医学研究院 病態修復内科学 (第一内科) 准教授 宮本 敏浩			
	14:30～15:10 (第二会場) 招請講演 3 / 共催: 中外製薬株式会社 「再発・難治性 DLBCL に対する新たな治療戦略～POLIVY + BR という選択肢～」 座長: 国立病院機構 大阪医療センター 血液内科科長 柴山浩彦 演者: 埼玉医科大学病院 血液内科 教授 照井 康仁			
	15:15～15:55 (第一会場) 招請講演 2 / 共催: ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 「多発性骨髄腫治療の Updating-2021 ～大きく変化する治療戦略～」 座長: 独立行政法人 地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター 病院長 島崎千尋 演者: 日本赤十字社医療センター 血液内科部長 石田 禎夫			
	15:15～15:55 (第二会場) 招請講演 4 / 共催: シンバイオ製薬株式会社 「濾胞性リンパ腫の病態と治療」 座長: 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 血液内科 部長 北野俊行 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			
	15:55～ 優秀演題発表・閉会の挨拶			

演 題

第 一 会 場

8:55～9:00 開会の挨拶

会 長 尼 川 龍 一

9:00～9:48

B細胞リンパ腫

座 長 大 野 仁 嗣

(天理よろづ相談所病院 血液内科)

1. 乳酸アシドーシスにて発症したB細胞性リンパ腫の1例
宝塚市立病院 血液内科 ○清水 義文 田中 紀光 今戸 健人
森 亜子
- ②. PET-CT 評価に注意を要した悪性リンパ腫症例
京都大学医学部附属病院 血液内科 ○井上 令一 錦織 桃子 近藤 忠一
山下 浩平 高折 晃史
同 病理診断科 藤本 正数
3. Rituximab 維持療法中に再燃し CD20 陰性化を認めた濾胞性リンパ腫の一例
箕面市立病院 血液内科 ○雨宮 優夏 内田 陽三 山口 充洋
畦西 恭彦
同 病理診断科 中道伊津子
4. 非典型的な増殖パターンを示し t(3;14)転座を伴った濾胞性リンパ腫の1症例
日本バプテスト病院 血液内科 ○小林 正行 藤田 陽太 尼川 龍一
同 病理部 中峯 寛和
天理よろづ相談所病院 血液内科 大野 仁嗣
5. t(14;18)(q32;q21)と t(3;16)(q27;p13)転座が認められた濾胞性リンパ腫の一例
天理よろづ相談所病院 血液内科 ○赤坂 尚司 池田 正俊 高橋 佑輔
小谷 楨一 丸山 互 右京 直哉
大野 仁嗣

註：演題番号の●に白字は初期研修医発表

⑥. サルコイドーシスの経過観察中に発症した肺門部の非ホジキンリンパ腫

京都大学 血液内科 ○天ヶ瀬寛記 岩崎 惇 進藤 岳郎
諫田 淳也 錦織 桃子 近藤 忠一
山下 浩平 高折 晃史
同 呼吸器内科 谷澤 公伸
同 病理診断科 藤本 正数

9:53 ~ 10:33

T細胞・NK細胞リンパ腫

座長 魚嶋 伸彦
(京都第二赤十字病院 血液内科)

⑦. 消化管原発 MALT リンパ腫を背景に発症した単形性上皮向性腸管 T 細胞リンパ腫 (MEITL)

京都府立医科大学 血液内科 ○小倉 圭史 藤野 貴大 服部 雄
木元 弥生 志村 勇司 古林 勉
黒田 純也
同 病院病理部・病理診断科 長峯 理子 宮川 文
京都きづ川病院 顧問・消化器内科 丸山 恭平

⑧. 肝脾 T 細胞リンパ腫自然寛解後に古典的ホジキンリンパ腫を新規発症した1例

滋賀県立総合病院 血液腫瘍内科 ○和田 達也 岡 諭 吉永 則良
浅越 康助

⑨. 非典型的な皮疹と急激な血球増多を呈した Sézary 症候群 (SS)

市立吹田市民病院 臨床研修センター ○富山 実幸
同 血液内科 近藤 篤史 西浦 伸子 徳永 正浩
井上 慎也 富永 信彦 森田 隆子
前田 哲生
同 皮膚科 宮崎 明子
同 内分泌・代謝内科 火伏 俊之

10. 重篤な全身症状で発症した腸腰筋原発 TFG-ALK 融合遺伝子を伴う ALCL の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科 ○高橋 佑輔 丸山 互 池田 正俊
小谷 慎一 右京 直哉 大野 仁嗣
赤坂 尚司

11. 10コース以上ブレンツキシマブ・ベドチン (BV) を継続して、寛解を維持している再発 NK/T 細胞リンパ腫の一例

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

10:38 ~ 11:18
節外性リンパ腫

座長 古林 勉
(京都府立医科大学附属病院 血液内科)

- ⑫. 水頭症を合併した中枢神経原発悪性リンパ腫(PCNSL)に R-MPV 療法と脳室-腹腔(VP)シャントが奏功した一例
大阪市立大学医学部附属病院 血液内科 ○田中 静大 田添久実代 高桑 輝人
岡村 浩史 南野 智 西本 光孝
中嶋 康博 康 秀男 中前 博久
日野 雅之
13. 血漿と髄液の liquid biopsy が確定診断に寄与した PCNSL 様症状を呈する IVLBCL の一例
和歌山県立医科大学 血液内科 ○谷河 育朗 小浴 秀樹 細井 裕樹
弘井 孝幸 田村 志宣 園木 孝志
同 脳神経内科 高 真守
同 病理診断科 岩元 竜太
藤田医科大学 血液内科 岡本 晃直 富田 章裕
14. 長管骨に局在するリンパ腫病変を認めた CD5 陽性骨原発悪性リンパ腫の 1 例
奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科 ○小林 真也 安積 秀一 越智 真一
八木 秀男
同 臨床検査部 中村 文彦
15. 慢性骨髄性白血病治療中に、中枢神経原発悪性リンパ腫を合併した一例
京都桂病院 血液内科 ○虎谷 和則 岸本 渉 島津 弥生
植田知代子 濱田 常義 菱澤 方勝
森口 寿徳
- ⑬. 再発乳腺原発びまん性大細胞型リンパ腫(Primary Breast Diffuse Large B-cell Lymphoma : PB-DLBCL)の 1 症例
済生会野江病院 血液・リウマチ内科 ○田中 寿弥 前迫 善智 上杵 裕子
田端 理英
同 病理診断科 竹井 雄介

11:23 ~ 11:47

稀な疾患

座長 南口仁志

(滋賀医科大学医学部附属病院 血液内科)

⑰. Erdheim-Chester 病の 1 例

日赤和歌山医療センター 研修医
同 血液内科

○西松 謙一
田中 康博 田村 啓人 岡 智子
直川 匡晴

⑱. 脳出血を合併した TAFRO 症候群の 1 例

和歌山県立医科大学 血液内科

○中井 真衣 武田 里美 村田 祥吾
田村 志宣 園木 孝志

19. びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫を発症したモルキオ症候群の 1 例

滋賀医科大学 血液内科

○藤城 綾 雑賀 渉 口分田美奈
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

第 二 会 場

9 : 00 ~ 9 : 32

骨髄性白血病

座 長 近 藤 忠 一

(京都大学医学部附属病院 血液内科)

- ⑳. 同種骨髄移植を施行した t(11 ; 17) (q23.2 ; q21.2) を伴う急性前骨髄球性白血病の 1 例

京都大学医学部附属病院 血液内科 ○森本 俊 田矢 知大 近藤 忠一
諫田 淳也 山下 浩平 高折 晃史
彦根市立病院 血液内科 寺本由加子

21. 地域基幹病院における慢性骨髄性白血病に対するチロシンキナーゼ阻害剤の有効性・安全性に関する後方視的検討

紀南病院 血液内科 ○吉田 菊晃 横矢 悠馬 小浴 秀樹
堀 善和 森本 将矢
谷口病院 内科 岡本 幸春
和歌山県立医科大学 血液内科 蒸野 寿紀 田村 志宣

22. 多剤に不耐容であったがニロチニブの少量長期投与が奏効した高齢者 CML 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

○山根 裕介 先山恵美子 清田 実希
河田 英里 和田 勝也

23. 寛解導入不能の急性未分化型白血病に対して、少量 ATG 併用 HLA 半合致末梢血幹細胞移植を施行した一例

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

9 : 37 ~ 10 : 17

リンパ性白血病

座 長 田 村 志 宣

(和歌山県立医科大学附属病院 血液内科)

- ㉑. 慢性リンパ性白血病 (CLL) に合併した赤芽球癆 (PRCA) に対し、RCd 療法が奏功した 1 例
国家公務員共済組合連合会 大手前病院 血液内科

○柴田 知映 齊藤 則充 村上 拓
釜江 剛 三井 秀紀

25. Ph1陽性急性リンパ性白血病を合併した胃リンパ腫の一例

日本パプテスト病院 血液内科 ○藤田 陽太 小林 正行 尼川 龍一
同 病理部 中峯 寛和
京都第2赤十字病院 血液内科 上辻 由里 魚嶋 伸彦

26. チサゲンレクルユーセルが有効であった再発難治性急性リンパ芽球性白血病の症例

京都大学 血液内科 ○峯村 和哉 石井 彰 新井 康之
諫田 淳也 近藤 忠一 山下 浩平
高折 晃史

27. p230 μ -BCR-ABL キメラ遺伝子を認めた Philadelphia 染色体陽性急性リンパ性白血病 (Ph+ALL) の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科 ○池田 正俊 飯岡 大 高橋 佑輔
小谷 楨一 丸山 互 右京 直哉
大野 仁嗣 赤坂 尚司

28. Flow cytometry が診断に有用であったリヒター症候群の一例

市立吹田市民病院 臨床教育センター ○西村 卓真
同 血液内科 西浦 伸子 徳永 正浩 井上 慎也
富永 信彦 森田 隆子 前田 哲生
同 検査部 吉川 慎一
神戸市立医療センター 細胞遺伝子検査室 丸岡 隼人

10:22 ~ 11:02

形質細胞腫瘍

座長 伊藤量基

(関西医科大学附属病院 血液腫瘍内科)

29. Bence Jones λ 型多発性骨髄腫に対する自家末梢血幹細胞移植後の DRd 維持療法中に小脳再発を来した一例

堺市立総合医療センター 診療局 ○市丸 昂樹
同 血液内科 中田 潤 中井りつこ 向井 悟
松浦 愛 柴野 賢

30. 著明な低フィブリノゲン血症を伴った多発性骨髄腫の一例

田附興風会医学研究所 北野病院 血液内科 ○土井 究 稲野将二郎 河崎 直人
岡本 吉央 柴田 翔 瀧内 曜子
饗庭 明子 田端 淑恵 北野 俊行

31. チラブルチニブが有効であった原発性マクログロブリン血症の3症例
 JCHO 京都鞍馬口医療センター 血液内科 ○井出 大輔 初瀬 真弓 太田沙絵子
 淵田 真一 島崎 千尋
32. 体腔液貯留を契機に形質芽細胞転化の診断に至った多発性骨髄腫の一例
 JCHO 神戸中央病院 血液免疫内科 ○伊藤 愛 小畑 裕史 足立 陽子
33. 心膜腔に再発した孤立性形質細胞腫の一例
 兵庫医科大学病院 血液内科 ○熊本 友子 吉原 享子 佐守 真実
 宇都宮 惟人 星山 季子 吉原 哲
 日笠 聡
 同 病院病理部 松田 育雄 廣田 誠一

11:07 ~ 11:47

合併症・随伴症

座長 田端理英

(大阪府済生会野江病院 血液・リウマチ内科)

34. ホジキンリンパ腫治療後に合併した進行性多巣性白質脳症
 京都府立医科大学 血液内科 ○村尾 泰一 大西 朗生 村松 彩子
 志村 勇司 藤野 貴大 水谷 信介
 塚本 拓 古林 勉 黒田 純也
 同 分子病態病理学 宍戸由紀子
35. 急性骨髄性白血病に自己免疫性無顆粒球症を合併した1例
 国家公務員共済組合連合会 大手前病院 血液内科
 ○久林 正斗 齊藤 則充 村上 拓
 釜江 剛 三井 秀紀
36. 虫垂切除術で改善を認めた急性虫垂炎を伴う急性骨髄性白血病の1例
 兵庫県立尼崎総合医療センター 血液内科 ○山本 昌平 木場 悠介 上堂 智貴
 万代 和宏 藤原 健祐 日向 瑞貴
 三谷早智子 河田 岳人 爲金 現
 渡邊 光正
 同 消化器外科 新藏 秋奈 飯田 拓

37. 好中球減少期に Streptococcus mitis 菌血症を発症した急性骨髄性白血病の2例

高槻赤十字病院 血液内科 ○坂本宗一郎 丹羽諒太郎 恩田 佳幸
岡田 睦実 馬止 裕 田 田 政郎
安齋 尚之

38. 再発性多発軟骨炎を合併した骨髄異形成症候群の一例

一般財団法人住友病院 血液内科 ○山口 優太 村上 賢 紀田 侑子
森川陽一郎 氏家 秀敏 菅原 浩之
金倉 讓

第 三 会 場

9 : 00 ~ 9 : 40

貧血・血球減少症

座 長 福 島 健 太 郎

(大阪大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科)

39. 特発性血球減少症に対する cyclosporine 療法中にリンパ形質細胞性リンパ腫を併発した1例

京都市立病院 血液内科 ○上野昌太朗 井上 雄太 疋田 涼介
赤荻 杏奈 大庭 章史 川畑 徳浩
堀澤 欣史 松井 道志 宮原 裕子
伊藤 満

40. ESA 製剤使用中に抗エリスロポエチン (Epo) 抗体を認めた赤芽球癆 (PRCA) に対し、ステロイド治療が奏功した2症例

奈良県立医科大学附属病院 血液内科 ○森岡友佳里 田中 晴之 大谷 惇
柴田 浩気 久保 政之 長谷川 淳
天野 逸人
済生会中和病院 内科 岡橋 望

41. アザチオプリンにより発症した薬剤性再生不良性貧血の一例

大阪大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科 ○久原 甲 上田 智朗 藤田 二郎
福島健太郎 保仙 直毅

42. 寒冷暴露による溶血や末梢循環障害を認めなかった低力価寒冷凝集素症の1例

市立伊丹病院 血液内科 ○寺川 拓弥 吉田 均 浅子 美月
高橋 雅文 石田 尚子 井上 愛
徳嶺 進洋

43. 著明な末梢循環障害を来した寒冷凝集素症(CAD)の一例

第二大阪警察病院 血液内科 ○松岡 慶樹 佐多 弘 村上 雅樹
山上 保 金 義浩

9 : 45 ~ 10 : 17

止血障害

座 長 天 野 逸 人

(奈良県立医科大学附属病院 呼吸器・アレルギー・血液内科)

44. 非中和抗体による自己免疫性後天性第Ⅹ因子(FX)欠乏症

京都府立医科大学 血液内科 ○井上 祐 大西 朗生 志村 勇司
藤野 貴大 伊佐 怜子 木元 弥生
塚本 拓 水谷 信介 古林 勉
黒田 純也

45. 胃癌摘出後に第Ⅷ因子インヒビターが自然消失した後天性血友病 A

市立豊中病院 血液内科 ○和田 紘実 長谷川千紘 木田 亨
柿本 綱之 田所 誠司 小杉 智
武 弘典
同 外科 柳本 喜智

46. 免疫チェックポイント阻害薬による血小板減少を来した二例

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科 ○松本 絢子 下村 良充 上條 公守
和田 典也 吉岡 聡 松下 章子
石川 隆之

47. 胸腔穿刺時の止血困難にて診断された原発性マクログロブリン血症(WM)合併後天性フォンビレブランド症候群(AVWS)

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

10:22 ~ 10:54

移植

座長 中前博久

(大阪市立大学医学部附属病院 血液内科・造血細胞移植科)

48. PT-CY ハプロ移植前に高力価ドナー特異性HLA抗体を有した骨髓異形成症候群の一例

京都大学医学部附属病院 血液内科 ○中山 大輔 石井 彰 新井 康之
諫田 淳也 近藤 忠一 山下 浩平
高折 晃史

49. 移植後再発急性リンパ性白血病に対してイノツズマブ・オゾガマイシン、プリナツモナブによって2次寛解を達成し、血縁末梢血造血幹細胞移植後GVHDをヒト間葉系幹細胞によって抑制できた1例

大阪赤十字病院 血液内科 ○岡田 慎理 金子 仁臣 山田 知佳
多田 浩平 田嶋 政治 水谷 知里
今田 和典

50. 慢性骨髄単球性白血病に対してアザシチジンにて加療後、同種造血幹細胞移植が奏功した一例

京都第二赤十字病院 血液内科 ○内匠 啓 佐々木奈々 宮下 明大
小森友紀子 隄 康彦 上辻 由里
小林 裕 魚嶋 伸彦

51. 当施設における骨髄異形成症候群に対する同種造血幹細胞移植前治療としての化学療法の臨床的意義の検討

和歌山県立医科大学 血液内科 ○加藤 勇牙 細井 裕樹 山下 友佑
蒸野 寿紀 村田 祥吾 西川 彰則
田村 志宣 園木 孝志

10:59 ~ 11:39

COVID-19・感染症

座長 小林 正行
(日本パプテスト病院 血液内科)

52. 当科入院病棟で経験した COVID19 院内感染

関西医科大学総合医療センター 血液腫瘍内科 ○市川 純 石井 一慶 野村 昌作

53. 肉芽腫形成がみられない播種性非結核性抗酸菌症の1例

兵庫県立西宮病院 血液内科 ○池田 真子 中原 航 浅子 美月
松永 一美 上田 周二

54. COVID-19罹患後に自己免疫性溶血性貧血を発症した初発多発性骨髄腫の一例

大阪府済生会中津病院 血液内科 ○塩見 一郎 中根 孝彦 堀内 美令
三浦 晃子 藤谷洋太郎 山村 亮介
同 呼吸器内科 佐渡 紀克 上田 哲也
同 院内感染対策チーム (ICT) 安井 良則

55. 移植後シクロホスファミド併用ハプロ同種移植後122日目に COVID-19を罹患した症例

日本生命病院 血液・化学療法内科 ○中江 吉希 加藤 るり 川上 学
住友病院 血液内科 三田 和宏

56. 分類不能の活性化リンパ球に EB ウイルス (EBV) の局在を認め節外性 NK/T 細胞リンパ腫 (ENKTL)へ進展した慢性活動性 EBV 感染症 (CAEBV) の1症例

済生会野江病院 血液・リウマチ内科 ○前迫 善智 上杵 裕子 田端 理英
同 病理診断科 竹井 雄介

第 一 会 場

12: 30～13: 30

ランチョンセミナー

座 長 高 折 晃 史
(京都大学大学院医学研究科 血液・腫瘍内科学 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: 大塚製薬株式会社

13: 35～14: 25

特別講演

座 長 尼 川 龍 一
(日本バプテスト病院 病院長)

『CAR-T療法の現状と展望』

豊 嶋 崇 徳
(北海道大学大学院医学研究院 内科系部門 血液内科学教室 教授)
共催: ノバルティスファーマ株式会社

14: 30～15: 10

招請講演 1

座 長 黒 田 純 也
(京都府立医科大学大学院医学研究科 血液内科学 教授)

『AMLにおける Targeted Therapy』

宮 本 敏 浩
(九州大学大学院医学研究院 病態修復内科学(第一内科) 准教授)
共催: アステラス製薬株式会社

15: 15～15: 55

招請講演 2

座 長 島 崎 千 尋
(独立行政法人 地域医療機能推進機構 京都鞍馬口医療センター 病院長)

『多発性骨髄腫治療の Updating-2021～大きく変化する治療戦略～』

石 田 禎 夫
(日本赤十字社医療センター 血液内科 部長)
共催: ブリストル・マイヤーズ スタイブ株式会社

第 二 会 場

14: 30～15: 10

招請講演 3

座 長 柴 山 浩 彦
(国立病院機構 大阪医療センター 血液内科 科長)

『再発・難治性 DLBCLに対する新たな治療戦略 ～POLIVY+ BRという選択肢～』

照 井 康 仁
(埼玉医科大学病院 血液内科 教授)
共催: 中外製薬株式会社

15: 15～15: 55

招請講演 4

座 長 北 野 俊 行
(公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 血液内科 部長)

『濾胞性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: シンバイオ製薬株式会社

× ㄗ

ランチョンセミナー

ランチオンセミナー

CML 治療の現状と今後

近畿大学医学部 血液・膠原病内科

松村 到

慢性期の CML (CML-CP) の治療成績はチロシンキナーゼ阻害薬 (TKI) の登場によって画期的に改善した。多くの症例は、第一世代あるいは第二世代 TKI によって深い寛解を達成し、維持するが、一部の症例はこれらの TKI に抵抗性・不耐容を示す。このような症例に対して、第三世代 TKI のポナチニブが開発された。ポナチニブは、第二世代 TKI にも抵抗性を示す T315I 変異を含めて、すべての単独の点突然変異に有効性を示す TKI である。

ポナチニブは第二世代 TKI 抵抗性・不耐容の症例を対象とした PACE 試験において、長期予後の指標となる細胞遺伝学的完全奏 (CCyR) を半数強の症例で、分子遺伝学的大奏功 (MMR) を約 40% の症例で達成することが示され、これらの症例に対して多くの国で承認されている。

わが国では CML-CP に対して 1st-line 治療として第二世代 TKI が投与されることが多いが、第二世代 TKI に抵抗性を示す CML-CP 症例には、別の第二世代 TKI を投与するよりも、ポナチニブを投与する方が細胞遺伝学的効果が高いことが報告されている。また、ELN2020 では、*BCR-ABL* に点突然変異がなく、第二世代 TKI に抵抗性を示す症例には、別の第二世代 TKI に変更するよりもポナチニブに変更することが推奨されている。このような状況下で、わが国においても、ポナチニブが 2nd-line の TKI として用いられる頻度が増加している。

ポナチニブ投与において最も懸念される副作用は、他の TKI と同様に心血管イベントである。このため、ポナチニブの投与開始前には患者の心血管系リスクを評価すること、投与中には糖尿病、高血圧、高脂血症などの心血管系リスク因子をコントロールし、心電図、足関節上腕血圧比 (ABI)、頸動脈エコーなどを適切にモニタリングすることが重要とされている。また、ポナチニブによる心血管イベントは用量依存性に発症することから、ポナチニブの投与量と有効性を検証するための OPTIC 試験が現在実施されている。

本講演では、CML-CP 治療におけるポナチニブの位置づけについて、有効性と安全性の観点から概説したい。

× ㄗ

特別講演

特別講演

CAR-T 療法の現状と展望

北海道大学大学院医学研究院 内科系部門 血液内科学教室

豊嶋 崇徳

CAR-T 療法は2017年に初めて米国で認可され、2019年にはいよいよわが国においても最初の Tisagenlecleucel が認可され臨床応用が開始された。最近では本邦2品目となる Axicabtagene ciloleucel も認可され、本格的な CAR-T 時代が到来した。CAR-T 療法は作用機序が薬物療法と異なるため、幅広く効果が期待され、効果が認められた場合には長期寛解が期待される。一方で、誰でもこの治療が受けられるわけではなく、それなりの重い副作用も起きうる。CAR-T 療法は誕生後間もなく、日々進化を遂げており、製剤間での相違など、新たな情報を常に収集しておかないと適切な医療を提供できない。本講演では CAR-T 療法の現状と展望について概説する。

× ㄗ

招 請 講 演

1) AML における Targeted Therapy

九州大学大学院医学研究院 病態修復内科学 (第一内科)

宮本 敏浩

本邦における急性骨髄性白血病(AML)に対する標準治療は、過去 40 年間大きな治療進歩がみられなかった。染色体異常や一部の遺伝子変異解析の結果に基づいて予後良好群・中間群・不良群に層別化され、化学療法または同種移植が画一的に行われている。その一方で、再発・難治例に関しては標準的な治療すら確立されていない現状がある。

近年、ゲノム解析技術の進歩により、患者毎の遺伝子変異やそれが引き起こす機能異常が明らかになりつつある。そこから得られた多くの情報から病態解析や層別化につながる情報が明らかになってきており、それらに伴い多くの分子標的薬の開発が進んでいる。その一つとして、ゾスパタ錠(ギルテリチニブ)は本邦で再発又は難治性の *FLT3* 遺伝子変異陽性 AML の適応を取得した日本初の分子標的薬である。また BCL2 阻害薬に代表される広く AML に共有される機能分子を標的とした治療法も開発されている。

本講演では、ゾスパタの国際共同第Ⅲ相試験(ADMIRAL 試験)の最終解析結果を含め、再発・難治性 *FLT3* 遺伝子変異陽性 AML における新たな治療戦略について解説を行う事で、適切な薬剤を適切な患者に届ける一助になれば幸いである。今後、本邦においても AML 治療において“one-size-fits-all therapy”から、“personalized therapy”へ更なるパラダイムシフトが進んでいくことが期待される。

2) 多発性骨髄腫治療のUpdating-2021 ～大きく変化する治療戦略～

日本赤十字社医療センター 血液内科

石田 禎夫

多発性骨髄腫は現在も治療が難しい疾患とされるが、多くの新薬が開発された結果、予後は多く改善され、今後もさらに改善されると期待されている。一方、予後良好群から予後不良群までヘテロな患者集団であり、高齢者が多く臓器障害の合併も多いことから、画一的な治療が行いにくい側面も考慮しなければならない。

移植適応患者に対しては、bortezomib-base の3剤併用療法が導入療法として推奨されており、多くの施設で bortezomib、lenalidomide、dexamethason (BLd) 療法が行われている。現在臨床試験では抗 CD38 抗体を含む4剤併用療法が検討されており、将来は4剤併用療法が標準治療になる可能性が高い。自家末梢血幹細胞移植 (ASCT) 後の地固め療法、維持療法に関しても様々な試験が行われている。地固め療法に関しては PFS の改善を認めた報告と、認めなかった報告が存在する。維持療法に関してはメタ解析で lenalidomide が OS を改善したとの報告がある。Ixazomib の ASCT 後の維持療法は、PFS の改善が報告され本邦で承認されている。

移植非適応患者の標準療法は30年以上 melphalan、prednisolone (MP) 療法であったが、bortezomib と MP を併用した BMP 療法や、lenalidomide、dexamethason (Ld) 療法が標準となり、2019年には daratumumab と BMP の併用 (DBMP) 療法や daratumumab と Ld の併用 (DLd) 療法が標準療法として推奨されている。

さらに多発性骨髄腫は骨折、腎障害、感染症などの合併症の頻度が高く、これらの合併症を上手にコントロールすることで、予後や QOL の改善が期待できる。今後の治療薬として期待されている薬剤としては、BCMA を標的とする chimeric antigen receptor (CAR) T-cell therapy、bispecific T-cell engager、antibody-drug conjugate (ADC) などの治療成績が報告されており、米国では ADC、CAR-T がすでに承認されている。今後本邦でもこれらの薬剤が承認され、多くの患者さんの予後を改善してくれることを期待したい。

3) 再発・難治性DLBCL に対する新たな治療戦略 ～POLIVY+BR という選択肢～

埼玉医科大学病院 血液内科

照井 康仁

びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)は、非ホジキンリンパ腫の組織型サブタイプの一つであり、月単位で進行する中悪性度の疾患に分類される。DLBCL の患者数は非ホジキンリンパ腫の中で最も多く、その 30～40%を占めており、60 歳代を中心とした中高年齢層で多く発症し、診断時年齢中央値は 64 歳と報告されている。

未治療 DLBCL に対する標準治療はリツキシマブと化学療法の併用療法とされているが、約 40%の患者で再発が認められ、十分な治療効果が得られていない。また、再発又は難治性 DLBCL に対する治療のひとつとして、適応となる患者では ASCT の実施が推奨されているが、その約半数は ASCT 実施前の救援化学療法が奏効せず、ASCT が実施できていない。さらに、年齢や合併症等で ASCT の適応とならない患者では標準治療は確立されていないため、再発または難治性 DLBCL に対するより有用性の高い新たな治療選択肢が求められている。

今回新たにアンメットメディカルニーズの高い再発又は難治性 DLBCL に対する新たな治療選択肢として、ポラツズマブ ベドチン(抗 CD79b 抗体薬物複合体)が承認された。再発又は難治性 DLBCL を対象にポラツズマブ ベドチンと BR 療法を併用した際の有効性および安全性を BR 療法と比較検討した海外第 Ib/II 相多施設共同臨床試験(GO29365 試験)、およびポラツズマブ ベドチンと BR 療法との併用について有効性および安全性を検討した国内第 II 相多施設共同単群臨床試験(JO40762/P-DRIVE 試験)等の成績に基づいて、今後のびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)の治療について考察を述べる。

4) 濾胞性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

錦織 桃子

濾胞性リンパ腫は胚中心 B 細胞を起源とし、その特異的な微小環境に依存して発症する低悪性度リンパ腫である。典型的には t(14;18) 転座を持ち、BCL2 の恒常的高発現が疾患形成早期に生じるイベントと考えられているが、本転座は健常人でもしばしば潜在的に存在するといわれ、腫瘍形成に寄与する他の遺伝子異常が付加的に生じた場合においてリンパ腫を発症するとされている。濾胞性リンパ腫では高頻度にエピゲノム修飾機構に関わる遺伝子異常が認められ、胚中心における生理的なエピゲノム制御が障害されることが腫瘍形成において重要な役割を果たすと考えられている。その他の遺伝子異常の意義もマウスモデルの解析を通じて詳しく知られるようになってきており、腫瘍細胞そのものの性状変化のみならず、胚中心の微小環境との独特の関係性を生み出すような遺伝子異常が少なからず存在することが示されている。こうした基礎研究により、t(14;18) 陽性 B 細胞は様々な経路を経て、病理組織学的に類似した、しかし遺伝子学的には多様な濾胞性リンパ腫の形成に至ることが示唆されている。

濾胞性リンパ腫は従来治療が困難で経時的に増悪する疾患であるとされてきたが、リツキシマブ、ベンダムスチンの導入や、維持療法などの治療スケジュールの工夫により、長期に寛解維持できる症例もみられるようになっており、現在多くの症例において疾患が余命には影響しなくなっているといわれる。しかし臨床経過や予後には個人差が大きく、一部に存在する再発・難治性症例、とくに POD24 症例の治療には依然課題を残している。近年、オビヌツズマブやレナリドミドの登場に加え、様々な作用機序を持つ新規薬剤の治療開発が進められている。形質転換症例では CAR-T 細胞療法も治療選択肢に加わり、今後さらに濾胞性リンパ腫における適応が拡大することが見込まれている。治療が多様化する中で、分子病態研究が実臨床に生かされ、個々の症例のリスクの評価や最適な治療の選択に生かされていくことが期待される。

一般演題抄録

01.

乳酸アシドーシスにて発症したB細胞性リンパ腫の1例

宝塚市立病院 血液内科

○清水 義文、田中 紀光、今戸 健人、森 亜子

症例は69歳女性。階段昇降時の息切れ、寝汗、全身倦怠感を生じ、近医血液検査にて肝機能障害を指摘、急性肝炎の疑いにて当院消化器内科入院となった。

第5病日に頻呼吸(36/分)、頻脈(135/分)、低血糖、低酸素血症となり、人工呼吸管理となった。動脈血ガス分析では著明な乳酸アシドーシスを認めた。第6病日に骨髓検査、肝生検を施行、悪性リンパ腫の骨髓浸潤と思われたため、PSL 100mgの投与を開始、病理組織検査にて、CD5陽性びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)と診断後ドキソルビシンとシクロホスファミドの投与を行った。2サイクル目よりDA-EPOCH-Rを5サイクル施行し完全寛解となり、HD-MTX2サイクルを追加して初期治療を終了した。6ヶ月後に前胸部皮下腫瘤にて再発したが、救済療法にて再度完全寛解となり、現在も再発の兆候なく経過している。乳酸アシドーシスの症状、血液疾患との関係について文献的考察を含めて報告する。

03.

Rituximab維持療法中に再燃しCD20陰性化を認めた濾胞性リンパ腫の1例

箕面市立病院 血液内科

○雨宮 優夏、内田 陽三、山口 充洋、畦西 恭彦

同 病理診断科

中道伊津子

症例は65歳女性。20XX年11月末に歩行時息切れを主訴に当院受診。CTで全身リンパ節腫大と脾腫、胸腹水を認め入院。

リンパ節生検で一部形質転換を伴う濾胞性リンパ腫(follicular lymphoma: FL)と診断。胸腹水・末梢血中にリンパ腫細胞を認め、病期はStage IVであった。R-CHOP 6コース施行後PET-CTで完全寛解を確認も、腫瘍細胞は骨髓中にわずかに残存していた。20XX+1年10月にsIL-2R上昇とリンパ節再腫大を認め、リンパ節生検でFL再燃と診断。サルベージ療法で再度完全寛解となり、20XX+2年2月よりrituximab維持療法を開始したが20XX+3年5月に再燃を認め中止した。以降、rituximabを用いず化学療法を施行し、軽快と再燃を繰り返しているが、20XX+4年と20XX+6年再燃時のリンパ節生検ではCD20の陰性化が確認された。B細胞リンパ腫の予後は、rituximab出現後飛躍的に改善したが、治療中にCD20が陰性化する症例も報告されるようになり、rituximab耐性の克服が今後の課題である。

02.

PET-CT評価に注意を要した悪性リンパ腫症例

京都大学医学部附属病院 血液内科

○井上 令一、錦織 桃子、近藤 忠一、山下 浩平、

高折 晃史

同 病理診断科

藤本 正数

73歳女性。4ヶ月持続する右側腹部痛の精査で、Th12, L1に圧迫骨折を伴うMRI T1低信号の腫瘤および傍大動脈リンパ節腫脹を認め、針生検でDLBCLと診断。R-CHOP 6コース施行後、PET-CTで治療前に認めた病変はいずれも改善していたが、強いFDG集積(SUVmax 13.6)を伴う長径4cmの癒合した腸間膜リンパ節腫脹を認めた。化学療法抵抗性と考え、IF-RT 40Gy施行。治療後のPET-CTでSUVmax 9.8と依然FDG集積強く、サイズもほぼ不変であった。DLBCLの経過として非典型的と考え外科的切除を行ったところ、異物肉芽腫反応を認める脂肪組織で悪性所見は認めず。PET-CTは悪性リンパ腫の病期診断や治療効果判定に汎用されるが、サルコイドーシス、ワルチン腫瘍、別の悪性腫瘍など他要因でもFDG集積を生じ慎重な判断を要する場合がある。画像的に判断困難な場合は、組織生検による病理診断が勧められる。

04.

非典型的な増殖パターンを示しt(3;14)転座を伴った濾胞性リンパ腫の1症例

日本バプテスト病院 血液内科

○小林 正行、藤田 陽太、尼川 龍一

同 病理部

中峯 寛和

天理よろづ相談所病院 血液内科

大野 仁嗣

79歳女性、3か月前からの腹痛を主訴に来院。GIFにて胃粘膜下腫瘍を認め生検するも診断がつかなかった。CTにて腹腔リンパ節、鼠経リンパ節の腫脹を認めFDG-PETにて取り込みも認められたため鼠経リンパ節生検を施行した。組織学的には、リンパ節本来の骨格構造は残存しているものの、中～大型細胞が脳回状に分布し、このパターンは免疫染色(増殖成分はCD10+, CD20+, Bcl2+, Bcl6+, cMyc focally+, Ki67 high; 背景にCD21+濾胞樹状細胞メッシュワーク介在)にて明瞭であった。FISHによる検討の結果、t(3;14)および+18が認められた。このような増殖パターンをとる濾胞性リンパ腫亜型の報告はなく、Ki67高値およびcMyc部分陽性から、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫との鑑別が問題となった。しかし、リンパ節の骨格構造が残存しており、増殖成分の背景にCD21陽性濾胞樹状細胞メッシュワークがほぼ厳密に一致して分布していることから、濾胞性リンパ腫(grade3A)との診断に至った。GB療法が開始され治療効果良好であったが2K後より倦怠感が強く、本人希望により治療は中止されている。

05.

t(14:18)(q32;q21)とt(3:16)(q27;p13)転座が認められた濾胞性リンパ腫の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科

○赤坂 尚司、池田 正俊、高橋 佑輔、小谷 慎一、丸山 互、右京 直哉、大野 仁嗣

【症例】70代男性。全身リンパ節腫大と血液検査で異常細胞が認められ当院紹介。PS=0。径1cm大程度の表在リンパ節を全身性に触知。PET/CTは全身リンパ節と脾に有意集積(SUVmax=6.6)。Hb 14.6 g/dL, WBC 9,710/ μ L (異型リンパ球34.5%), PLT 23.9×10^4 / μ L, LDH 175 U/L, CRP <0.05 mg/dL, sIL-2R 1,425 U/mL。骨髄の異型リンパ球51.7%。リンパ節組織像はFL grade 3A。CD20,CD79a,CD10,BCL2,BCL6陽性。Ki-67陽性細胞20%。Flow cytometryはCD10,CD19,CD20,sIg κ/μ δ 陽性、CD5,CD23陰性。染色体分析はt(3:16)(q27;p13)に異同のあるt(14:18)(q32;q21)を含む複雑核型。FISH,PCRで両者の転座と責任遺伝子*BCL6-CIIA*, *IGH-BCL2*を確認。GB療法施行し、速やかに腫大リンパ節と末梢血異型細胞の消失を認めた。

【考察】t(3:16)/*BCL6-CIIA*は、濾胞性リンパ腫との関連性が強い。病態や臨床経過との関連性について、症例蓄積が必要である。

07.

消化管原発 MALT リンパ腫を背景に発症した単形性上皮向性腸管 T 細胞リンパ腫(MEITL)

京都府立医科大学 血液内科

○小倉 圭史、藤野 貴大、服部 雄、木元 弥生、志村 勇司、古林 勉、黒田 純也

同 病院病理部・病理診断科

長峯 理子、宮川 文

京都きづ川病院 顧問・消化器内科

丸山 恭平

【症例】78歳男性。20XX-6年に直腸 MALT リンパ腫(Lugano I期)と診断され、R-CHOP療法6コースで完全寛解を獲得。20XX年1月に再発しBR療法6コース施行後もPET-CTでは腸管に広範にFDG集積が残存し、その後、体重減少や黒色便を認めるようになり、11月に回腸穿孔を合併した。緊急手術に際して切除した穿孔部の病理学的検討により単形性上皮向性腸管 T 細胞リンパ腫(MEITL)と診断。内視鏡検査では小腸に多数の病変を認めたほか、骨髄検査ではTCR γ 鎖遺伝子再構成が陽性であり、骨髄浸潤ありと診断した。DeVIC療法により良好な病変縮小効果を得た。

【考察】MALT リンパ腫の既往を背景に発症したMEITLは稀少であり、消化管リンパ腫診療において示唆に富む症例であるため報告する。

06.

サルコイドーシスの経過観察中に発症した肺門部の非ホジキンリンパ腫

京都大学 血液内科

○天ヶ瀬寛記、岩崎 惇、進藤 岳郎、諫田 淳也、錦織 桃子、近藤 忠一、山下 浩平、高折 晃史

同 呼吸器内科

谷澤 公伸

同 病理診断科

藤本 正数

74歳女性、シェーグレン症候群とぶどう膜炎の既往あり。両側肺門・縦隔・腹部リンパ節腫脹で紹介され、PETでFDG集積を伴った(SUVmax 11.9)。気管分岐部リンパ節生検でT細胞の浸潤を伴う非壊死性肉芽腫の周囲にB細胞を多数認めたが、異型性や軽鎖制限は認めなかった。サルコイドーシスとして経過観察としたが、5ヵ月後のCTで右肺門部リンパ節の増大をみた。生検で軽鎖制限を伴う大型異型B細胞のびまん性浸潤を認め、非ホジキンリンパ腫(びまん性大細胞型B細胞リンパ腫)と診断した。PETで同部位のみ強いFDG集積を示し(SUVmax 25.9)、Ann Arbor分類II期と考えた。R-CHOP療法で完全寛解に達し、同FDG集積は低下した(SUVmax 13.6)。慢性炎症とT細胞の疲弊による抗腫瘍免疫の破綻がB細胞リンパ腫の素地となった可能性がある。

08.

肝脾 T 細胞リンパ腫自然寛解後に古典的ホジキンリンパ腫を新規発症した1例

滋賀県立総合病院 血液腫瘍内科

○和田 達也、岡 論、吉永 則良、浅越 康助

症例は76歳男性。X年7月初めに右側腹部痛の精査で施行した腹部CTで多発肝腫瘍、PET-CTで肝、脾、傍大動脈リンパ節等に集積を認めた。表在リンパ節腫大なく全身麻酔下で肝部分切除を施行し、病理結果から肝脾 $\alpha\beta$ T細胞リンパ腫と診断された。診断後は無治療で自然寛解を認めたため、外来で経過観察されていた。X+2年11月下旬から発熱、咳嗽を認めた。胸腹部CTで左腋窩に多発リンパ節腫大を認めた。リンパ腫の再発が疑われ腋窩リンパ節生検を行ったところ結節硬化型ホジキンリンパ腫と診断された。発熱は約10日間の有熱期と無熱期を有する周期熱であったためリンパ腫によるPel-Ebstein熱と考えX+3年1月からABVD療法を開始した。化学療法開始後は周期的な発熱は消失し、重篤な有害事象もなく順調に治療継続中である。

09.

非典型的な皮疹と急激な血球増多を呈した Sézary 症候群 (SS)

市立吹田市民病院 臨床研修センター

○富山 実幸

同 血液内科

近藤 篤史、西浦 伸子、徳永 正浩、井上 慎也、
富永 信彦、森田 隆子、前田 哲生

同 皮膚科

宮崎 明子

同 内分泌・代謝内科

火伏 俊之

症例は81歳男性。糖尿病で当院糖尿病内科にて2ヶ月毎血液検査施行していたがX年3月からリンパ球増多を伴う白血球増多を認め、7月には白血球17,000/ μ lまで上昇し当科紹介となった。体幹に粟粒大の丘疹、手掌に汗疱様皮疹・漿液性丘疹を多数認めるのみで紅皮認めず、CTでは頸部リンパ節腫大を軽度認める程度であったが末梢血中のリンパ球は脳回転状の核を認め、表面抗原はCD3+、CD4+、CD45RO+でありTCR β 1の再構成を認めSSが疑われた。皮膚生検を施行し、真皮乳頭層の表皮直下や血管周囲にCD3+、CD30-のリンパ腫細胞の浸潤と上皮内に微小膿瘍を認めSS (T1NxM0B2)と診断した。高齢のため経口の抗がん剤で加療うも効果は乏しく、末梢血Sézary細胞はCCR4陽性のためモガムリズマブに変更したところリンパ球は著明に減少し皮疹も消失し寛解となり現在も寛解を維持している。今回、我々は非典型的な皮疹を呈し急激な増悪を呈したSSを経験したので報告する。

11.

10コース以上プレッツキシマブ・ベドチン(BV)を継続して、寛解を維持している再発NK/T細胞リンパ腫の一例

京都第二赤十字病院 血液内科

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

症例は72歳女性。鼻閉で発症し、X-6年6月に鼻腔内腫瘍生検で節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型、stageI_{EB}と診断。2/3DeVIC療法3コースと放射線照射(50Gy/25fr)の同時併用療法にて加療後、無治療経過観察中、EBV-DNAは4000-12000copy/ml(全血)と残存もPET/CTはCRであった。X年3月末より鼻下～上口唇に潰瘍の出現があり、同部位生検で再発、stageIIと診断。高齢のため減量したSMILE療法を2コース施行後、PET/CTでPRであった。同療法中、grade3の食思不振、肝機能異常を認め、高齢で継続は困難と判断し、CD30陽性であったためBVを導入した。6コース後PET/CTでCMRを確認。Grade3の好中球減少以外、重篤な有害事象は認めていない。再発難治NK/T細胞リンパ腫に対して標準治療は確立されておらず、SMILE療法などのL-asparaginaseを含む化学療法を行っても極めて予後は不良であり、追加治療として自家または同種移植が推奨される。本症例は、BV単剤療法が有効であった貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

10.

重篤な全身症状で発症した腸腰筋原発 TFG-ALK 融合遺伝子を伴うALCLの一例

天理よろづ相談所病院 血液内科

○高橋 佑輔、丸山 互、池田 正俊、小谷 慎一、
右京 直哉、大野 仁嗣、赤坂 尚司

【症例】38歳男性。当院紹介4ヶ月前より右背部痛、1ヶ月前より高熱、右下腿浮腫出現。腸腰筋膿瘍として抗菌剤治療に反応せず。当院来院時、ショックバイタル。右鼠径部に5cm大腫瘍。CTは右大腿・骨盤内腫瘍、多発リンパ節腫大。Hb 9.1 g/dL, WBC 46,600/ μ L, PLT 38.4 \times 10⁴/ μ L, LDH 263 U/L, CRP 7.56 mg/dL, sIL-2R 223,500 U/mL。組織像はALCL。ALK, CD4, CD30, EMA, Granzyme B陽性。Ki-67陽性細胞90%。ALK probeを用いたFISHは数的異常と切断異常。PCRでTFG-ALK増幅産物、転座切断点はTFG intron 4, ALK intron 19。RT-PCRでTFG-ALK融合産物を検出。人工呼吸器管理下でA-CHP療法施行。腫瘍は速やかに縮小、全身状態改善。

【考察】TFG-ALK融合遺伝子はt(2;3)(p23;q21)転座の責任遺伝子とされており、ALCLでは稀。臨床経過との関連性については、症例蓄積が必要である。

12.

水頭症を合併した中枢神経原発悪性リンパ腫(PCNSL)にR-MPV療法と脳室-腹腔(VP)シャントが奏功した一例

大阪市立大学医学部附属病院 血液内科

○田中 静大、田添久実代、高桑 輝人、岡村 浩史、
南野 智、西本 光孝、中嶋 康博、康 秀男、
中前 博久、日野 雅之

症例：55歳男性。X年11月、複視を主訴に前医を受診して、第四脳室内に腫瘤を認めた。X年12月、精査目的の入院中に意識レベルが低下して腫瘤による閉塞性水頭症が明らかとなり、脳室ドレナージを施行した。その後PCNSLの診断となりR-MPV療法を開始し、2コース終了後に部分寛解を確認した。しかし水頭症は改善せず、意識レベルの変動が大きく脳室ドレナージだけでは管理が困難となりVPシャント術を施行した。その後意識レベルは大幅に改善し、R-MPV療法を継続してADLも改善した。考察：PCNSLに合併する閉塞性水頭症に対するVPシャントは腹膜播種のリスクが考慮されるが、実際に播種した報告は極めて少ない。また本症例ではVPシャントにより意識レベルが改善したために、リスクを差し引いても治療の意義があったと思われる。

13.

血漿と髄液の liquid biopsy が確定診断に寄与した PCNSL 様症状を呈する IVLBCL の一例

和歌山県立医科大学 血液内科
○谷河 育朗、小浴 秀樹、細井 裕樹、弘井 孝幸、
田村 志宣、園木 孝志
同 脳神経内科
高 真守
同 病理診断科
岩元 竜太
藤田医科大学 血液内科
岡本 見直、富田 章裕

【症例】66歳女性。X年11月に記憶障害、異常行動が出現。発熱やLDH上昇は認めず、MRIで微小出血を伴う多発脳病変を認めた。原発性中枢神経リンパ腫(PCNSL)が疑われ、X+1年1月に前頭葉病変部の脳生検を行った。血管内にB細胞浸潤を認めるも少数のため確定診断に至らなかった。補助診断の liquid biopsy (LB) で *CD79B*^{V196H} 変異が髄液で陰性であったが、血漿では陽性であった。以上より、血管内大細胞リンパ腫 (IVL) と診断した。初回 R-CHOP 療法で CNS 症状は劇的に改善した。

【考察】発熱を伴わない CNS 症状のみの IVL は少なく、MTX 中心の治療を行う PCNSL との鑑別が問題となる。本例は PCNSL 様症状を呈したが、病理報告と LB の結果より IVL と診断した。CNS 主体の IVL でも LB が有用であり、かつ LB が血漿陽性と髄液陰性では両者陽性となる PCNSL との鑑別に有用であることが示唆された。

15.

慢性骨髄性白血病治療中に、中枢神経原発性リンパ腫を合併した一例

京都桂病院 血液内科
○虎谷 和則、岸本 渉、島津 弥生、植田知代子、
濱田 常義、菱澤 方勝、森口 寿徳

症例 59歳女性。2020年9月に白血球数増多を指摘され、Major BCR-ABL1mRNA を検出し、慢性骨髄性白血病(CML)慢性期(CP)と診断のもと、ニロチニブ 600 mg で治療を開始した。11月にふらつきを自覚し、MRIで脳梁部・右前頭葉内側に腫瘤病変を認め、11月4日に腫瘍生検を行った。腫瘍組織ではCD20が陽性であったが骨髄球系マーカーは陰性で、組織のFISH法でBCR-ABL1の融合シグナルは検出されなかった。以上からCMLの髄外病変ではなく primary diffuse large B-cell lymphoma of the CNS (CNS DLBCL) と診断した。この時点でCMLは分子生物学的奏功(MMR)に至った。CNS DLBCLは rituximab を併用した大量メトトレキサート療法を3コースで、画像上完全寛解を得、CMLはニロチニブ開始後6カ月の時点で分子遺伝学的に深い奏功MR^{4.5}に至った。今後、CNS DLBCLに対しチオテパを含むレジメンによる自家幹細胞移植併用大量化学療法を予定している。CMLの経過において de novo な脳悪性リンパ腫を合併することは稀であるが、診断、治療とも示唆に富む症例であり、文献的考察を加えて報告する。

14.

長管骨に局在するリンパ腫病変を認めたCD5陽性骨原発悪性リンパ腫の1例

奈良県総合医療センター 血液・腫瘍内科
○小林 真也、安積 秀一、越智 真一、八木 秀男
同 臨床検査部
中村 文彦

患者は75歳男性。20XX年8月、転倒による左尺骨遠位端骨折時に両側前腕骨に透亮像を認めたためPET/CT検査施行し、上腕骨と大腿骨以外の長管骨に多発異常集積を認めた。当院整形外科で腫瘍生検施行され、CD5陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断されたため当科紹介。R-CHOP療法3コース後に病変は著明に縮小し、治療効果は良好である。骨原発悪性リンパ腫は骨内への悪性リンパ系細胞の浸潤で骨皮質および周囲軟部組織への浸潤は問われないが、所属リンパ節や内臓に転移のないものとされており、その頻度は非ホジキンリンパ腫の1%程度と極めて稀であり、病理組織型としてはDLBCLが80%を占めている。発生日位は大腿骨が最も多く、次いで骨盤や脊椎とされている。本症例のリンパ腫病変は両側長管骨に限局しており、従来の報告とは異なる局在を示した。治療効果は良好であるが、一般的に予後不良な病型であり、引き続き慎重に経過を見ていく必要がある。

16.

再発乳腺原発びまん性大細胞型リンパ腫 (Primary Breast Diffuse Large B-cell Lymphoma ; PB-DLBCL) の1症例

済生会野江病院 血液・リウマチ内科
○田中 寿弥、前迫 善智、上杵 裕子、田端 理英
同 病理診断科
竹井 雄介

【緒言】乳腺原発リンパ腫(Primary Breast Lymphoma ; PBL)は稀な疾患であり、非ホジキンリンパ腫の1%、節外性リンパ腫の2%、乳性悪性腫瘍の0.5%程度の頻度で、組織型は殆どがびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 ; DLBCLである。

【症例】年齢73歳女性、X-4年左乳腺原発びまん性大細胞型リンパ腫 (PB-DLBCL) にて R-CEOP 療法5コースにて寛解状態であった。X年4月右乳腺に2cm大のしこりを触知した。採血検査では、WBC 6900/ μ l, Hb 13.8g/dl, plt 23.7万/ μ l, LDH 206IU/L, sIL2R 496U/mlであった。右乳腺生検では、大型でN/C比の高い異型細胞を認めた。免疫染色では、CD20+, 79a+, MUM-1+, Ki-67 90%, AE1/3-, CD30-, EBER-, 組織型はDLBCL ; non-GCB typeであり、再発と診断した。骨髄検査ではリンパ腫細胞の浸潤は認めなかった。PET検査では、右乳腺、両側腸骨・左肩甲骨、口蓋扁桃に強い集積を認め、CS4と診断した。治療はR-GDP療法4コース+IVFRT 30Gy+R単独2コースを施行し、寛解状態を維持している。

【考察】PB-DLBCLの再発の症例である。対側乳腺、骨部への再発であり難治が予測されたが経過は良好であった。治療経過に文献的考察を加えて報告する。

17.

Erdheim-Chester 病の1例

日赤和歌山医療センター 研修医

○西松 謙一

同 血液内科

田中 康博、田村 啓人、岡 智子、直川 匡晴

Erdheim-Chester 病 (ECD) は非ランゲルハンス細胞性組織球症の1つで、泡沫細胞が様々な臓器に浸潤して症状を呈する稀な疾患である。近年、ECD 症例に RAS-RAF-MAPK cascade の遺伝子異常が報告されている。症例は50歳代の女性、HCV による慢性肝炎のため当院消化器内科通院中、2019年2月中枢性尿崩症と診断された。2020年1月のCT検査で偶然両腎門部に軟部陰影を認め、増大傾向となったため2021年1月CTガイド下生検を実施した。病理組織学的に泡沫細胞を認めたが、診断に難渋したため当科を紹介受診となった。血液検査ではWBCとCRPの上昇を認めた。CT検査で両腎門部の軟部陰影に加えて大動脈の一部に壁肥厚を認め、骨シンチグラフィでは四肢腸管骨に異常集積を認めた。免疫染色で泡沫細胞はCD68陽性もS100とC1a陰性であった。以上より、ECDと診断した。現在、無症状のため外来通院中である。

ECDは様々な症状を呈するため様々な科を受診し検査異常を認めても診断に難渋することが多い。

19.

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫を発症したモルキオ症候群の1例

滋賀医科大学 血液内科

○藤城 綾、雑賀 渉、口分田美奈、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

【緒言】モルキオ症候群はライソゾーム病の一種でムコ多糖症IV型に相当する。モルキオ症候群の悪性疾患合併の報告は、同じライソゾーム病であるゴーシェ病と比較して極めて稀である。今回我々はモルキオ症候群患者で、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)を発症した症例を経験した。

【症例】50歳代女性。幼少期に他院整形外科でモルキオ症候群と診断された。20XX年6月に右頸部に腫瘤を自覚し、当院での精査の結果DLBCL、ステージ4と診断された。R-THP・COP療法6コースを施行し、寛解に至った。

【考察】モルキオ症候群は骨関節障害、気道障害、循環障害などを発症するため長期生存が難しい。そのため悪性疾患の報告が少ないとされている。モルキオ症候群を含めライソゾーム病は全身に様々な機能障害を引き起こすため、悪性疾患の治療に際しては抗瘤剤などによる有害事象のコントロールが問題となる。モルキオ症候群の悪性疾患合併について文献的考察を加えて報告する。

18.

脳出血を合併したTAFRO症候群の1例

和歌山県立医科大学 血液内科

○中井 真衣、武田 里美、村田 祥吾、田村 志宣、

園木 孝志

71歳女性。不明熱、血小板減少、全身性浮腫、リンパ節腫脹の精査の末、TAFRO症候群と診断された。PSL投与により、熱型改善および炎症反応の低下を認めたが、血小板低値は持続し、体液貯留の改善も乏しかった。第31病日に急激な熱型悪化および意識障害を認め、頭部CTで多発脳出血を認めた。急変時に採取した血液培養検査でMRSAが検出され、胸部CTでは肺に多発空洞影を認めたことから、septic emboliによる出血性脳梗塞と考えた。一方、脳出血後に測定したIL-6、VEGFは脳出血前と比較し上昇を認めたため、TAFRO症候群増悪の関与も示唆された。2次治療として第41病日よりrituximabを開始したが、第77病日に死亡した。当科では過去に脳出血を合併したTAFRO症候群の生存例も経験しており、TAFRO症候群と脳出血の関連性について、自験例ならびに文献的考察を含めて報告する。

20.

同種骨髄移植を施行したt(11:17)(q23.2;q21.2)を伴う急性前骨髄球性白血病の1例

京都大学医学部附属病院 血液内科

○森本 俊、田矢 知大、近藤 忠一、諫田 淳也、

山下 浩平、高折 晃史

彦根市立病院 血液内科

寺本由加子

69歳男性。X年7月に労作時呼吸困難が出現し血液検査で前骨髄球の増加とDICを指摘された。骨髄中にAuer小体やFaggot細胞を伴う異常前骨髄球を93%認めた。フローサイトメリー検査ではCD13/33/MPO陽性、CD34/HLA-DR陰性であり急性前骨髄球性白血病(APL)と診断し、ATRA/IDA/Ara-Cにて寛解導入療法を開始した。FISHではPML-RARA融合遺伝子を認めず、G-Band法でt(11:17)(q23.2;q21.2)が指摘されZBTB16-RARA融合遺伝子を伴うvariant APLと考えられた。寛解導入不応であり、MEC療法にて救援療法を施行し血液学的寛解に至った。MEC療法を1コース追加しX年12月にHLA-DR1抗原不一致の血縁ドナーから骨髄移植を行った。移植前処置はFLU/BU4/TBI 2Gy、GVHD予防はTAC/miniMTX/ATGで行った。移植後22日目で生着し、移植後3ヶ月寛解を維持している。t(11:17)(q23.2;q21.2)はAPLの0.8%で陽性と頻度は稀であり、ATRA/ATOに抵抗性を示しPML-RARA陽性例と比べ再発率が高く予後不良とされている。本症例のように同種造血幹細胞移植を行うことが推奨されるが、同種移植の報告は少なく、長期予後も不明である。示唆に富む症例であり、文献的考察を含めて報告する。

21.

地域基幹病院における慢性骨髄性白血病に対するチロシンキナーゼ阻害剤の有効性・安全性に関する後方視的検討

紀南病院 血液内科

○吉田 菊見、横矢 悠馬、小浴 秀樹、堀 善和、森本 将矢

谷口病院 内科

岡本 幸春

和歌山県立医科大学 血液内科

蒸野 寿紀、田村 志宣

CML 診療で TKI が 5 剤登場し予後を大きく改善させている。一方で、TKI が 5 剤登場した実臨床における、CML-CP 治療の検討が必要とされている。今回、過去 20 年間に紀南病院で TKI を導入した初発 CML-CP の 31 例を後方視的に検討した。年齢中央値 54 歳、男性 71% で、初回 TKI 選択はダサチニブ 16 例、ニロチニブ 8 例、イマチニブ 7 例であった。治療導入後の観察期間の中央値は 42 か月で、死亡例は無かった。TKI の変更を要した症例はダサチニブ 9 例、イマチニブ 4 例、ニロチニブ 2 例で、変更までの期間の中央値は 20 ヶ月であった。変更理由は MMR 未到達 8 例、有害事象 7 例（胸水貯留 4 例、血小板減少 2 例、下痢 1 例）であった。治療効果は 31 例中 27 例で MMR、18 例で MR^{1.0} 以上を最大奏効時に達成している。患者個々の背景に基づく TKI の適切な選択が、治療の安全性を高め、より深い奏効を得るうえで肝要である。

23.

寛解導入不能の急性未分化型白血病に対して、少量 ATG 併用 HLA 半合致末梢血幹細胞移植を施行した一例

大阪母子医療センター 血液・腫瘍科

○井上 将大、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 16 歳男性。入院 2 週間前から発熱と呼吸苦が出現し、前医を受診した。血液検査で汎血球減少が認められたため、骨髓検査が施行されたところ芽球 84.4% 認め急性白血病の診断で当院に転院となった。形態学的には Bleb があり AML M7 を疑わせた。ペルオキシダーゼ染色、エステラーゼ二重染色は陰性であった。細胞表面マーカーと合わせると骨髓系、リンパ球系やその他 lineage に当てはまらず急性未分化型白血病 (AUL) と診断した。MLL-AF6 の融合遺伝子を認めた。AML 型寛解導入療法を施行するも不応であったため、非寛解で少量 ATG 併用 HLA 半合致末梢血幹細胞移植を施行した。移植後混合キメラを認めたが、免疫抑制剤を調整し移植後 54 日目に完全キメラを達成した。移植後 150 日が経過し寛解を維持している。非常に稀な病型である AUL の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

22.

多剤に不耐容であったがニロチニブの少量長期投与が奏効した高齢者 CML 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

○山根 裕介、先山恵美子、清田 実希、河田 英里、和田 勝也

症例、78 歳女性。2008 年に慢性骨髄性白血病 (CML) と診断され、初診施設にてイマチニブを 300mg/日 で治療を開始されたが、治療効果は CCyR にとどまりニロチニブに変更された。IS は 0.5% まで低下したが、心不全のためニロチニブを休薬後、ボスチニブに変更された。末梢神経障害のためダサチニブに変更されたが、胸水貯留がみられ再度ボスチニブの少量投与に変更し継続していた。2018 年 3 月に肺炎、急性腎不全のためボスチニブを中止され当院に転院された。IS は 79% まで増加し、再度イマチニブを少量で開始したが体液貯留傾向となり継続困難であったため、ニロチニブを 150mg 隔日投与に変更し、200mg の隔日投与まで増量した。特に有害事象はなく IS は 1.0% 未満まで低下し現在まで継続できている。CML は TKI の登場により予後は劇的に改善しているが、高齢者や臓器障害のある患者の治療は難渋することがある。本例のような多剤不耐容の症例においては、超少量投与によって有効な治療を継続できる場合があり、薬物代謝についての検討も必要であると考えられた。

24.

慢性リンパ性白血病 (CLL) に合併した赤芽球癆 (PRCA) に対し、RCd 療法が奏効した 1 例

国家公務員共済組合連合会 大手前病院 血液内科

○柴田 知映、齊藤 則充、村上 拓、釜江 剛、三井 秀紀

症例は 60 歳代女性。X-1 年 1 月よりリンパ球数増加を指摘されていた。貧血が進行したため、同年 12 月当院紹介。リンパ球増加 (WBC : 18750/ μ l (Lym : 62.8%))、末梢血 FACS 解析で CD19 + CD20 + CD5 + λ 鎖 + のリンパ球集団を認め、CLL と診断。網状赤血球低下を伴う正球形貧血 (Hb : 4.1g/dl 網状赤血球数 : 0.84 万/ μ l)、骨髓検査で赤芽球系細胞は著減しており、PRCA を合併していた。PRCA に対しシクロスポリン A 投与するも効果は一時的で赤血球輸血依存状態になったため、CLL に対し RCd 療法 (リツキシマブ、シクロホスファミド、デキサメサゾン) を行ったところリンパ球は減少し、赤血球輸血不要となった。CLL に PRCA を合併することが知られているが、報告例は少なく治療法は確立されていない。本症例では RCd 療法が著効しており、文献的考察を踏まえ報告する。

25.

Ph1陽性急性リンパ性白血病を合併した胃リンパ腫の一例

日本バプテスト病院 血液内科
○藤田 陽太、小林 正行、尼川 龍一
同 病理部
中峯 寛和
京都第2赤十字病院 血液内科
上辻 由里、魚嶋 伸彦

【症例】症例は76歳の女性。既往歴は乳癌術後、高脂血症、卵巣嚢腫。X年10月に上腹部不快感を主訴に当院を受診し、上部消化管内視鏡検査等の結果から、High-grade B cell lymphoma (Clinical stage I) と診断。同年12月からX+1年2月まで計3クルールのR-CHOP療法による化学療法を施行し完全寛解した。同年5月の定期検査で芽球を伴う白血球増加を認め、骨髄検査でペルオキシダーゼ染色陰性の芽球がほぼ全てを占めており、Ph1陽性急性リンパ性白血病 (Ph1+ ALL) と診断した。ダサチニブ、副腎皮質ステロイドホルモンにより血液学的寛解に至るも、同年10月にはABL遺伝子変異 (T315I) を伴い治療抵抗性となる。ボナチニブによる化学療法に変更し再度血液学的寛解に到達したものの、同年12月には再度治療抵抗性となり、ブリナツモマブ治療に変更し経過観察中である。

【考察】リンパ腫治療後にPh1陽性急性リンパ性白血病を合併するのは非常に稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

27.

p230 μ -BCR-ABLキメラ遺伝子を認めたPhiladelphia染色体陽性急性リンパ性白血病(Ph+ ALL)の一例

天理よろづ相談所病院 血液内科
○池田 正俊、飯岡 大、高橋 佑輔、小谷 慎一、丸山 互、右京 直哉、大野 仁嗣、赤坂 尚司

70代女性。盲腸癌術後の定期検査で白血球増多を指摘され紹介受診。Hb 13.2 g/dL, WBC 11,940/ μ L (blast 45.5%), PLT17.4 $\times 10^4$ / μ L, LDH 221 U/L, M-BCR-ABL IS 1.2189%。骨髄は過形成でblast 79.5%。Blastはperoxidase陰性、CD10⁺、CD19⁺、CD20⁻、CD13⁺、CD33^{-/dim}、CD34⁺、CD66c^{+/+}、cyCD79a⁺、TdT⁺、cyIgM⁺。核型は46,XX, t(9;22)(q34;q11.2)、FISHでBCR-ABL融合シグナル98.7%。RT-PCRはM-BCR-ABLで通常よりサイズの大きいPCR産物、 μ -BCR-ABLで137 bpのPCR産物、シークエンシングでBCR exon 19とABL exon 2のfusion。高齢者Ph+ ALLに対するEWALL-PH-01プロトコルを適応、dexamethasoneとdasatinibの投与後、腫瘍崩壊症候群・DICをきたしたがday 48に血液学的寛解に至った。AraC/MTXとdasatinibによる地固め療法を4サイクル実施し、dasatinibの維持療法に移行した。初診後2年間再発を認めない。遺伝子レベルでの治療効果を確認するためin-houseのreal-time PCRで経過をみているが、微量の μ -BCR-ABL産物を認めている。

【考察】p230 μ -BCR-ABLは慢性骨髄性白血病にまれに認められ、やや緩徐な臨床経過をとるとされているが、Ph+ ALLでも認められることが明らかになった。Dasatinibによってp190/p210 Ph+ ALLと同等の治療効果が得られるかどうかは今後の検討課題である。

26.

チサゲンレクルユーセルが有効であった再発難治性急性リンパ芽球性白血病の症例

京都大学 血液内科
○峯村 和哉、石井 彰、新井 康之、諫田 淳也、近藤 忠一、山下 浩平、高折 見史

症例は23歳男性。X-4年発症のCD19陽性急性リンパ芽球性白血病。再発にともない2回の臍帯血移植歴あり。X年7月に3度目の血液学的再発と診断。化学療法で寛解得られず、CAR-T細胞療法目的で当院紹介。X年10月にリンパ球採取後、11月にリンパ球除去化学療法なしでチサゲンレクルユーセル投与。投与当日よりサイトカイン放出症候群を認め、トシリズマブ、ステロイド投与開始。腫瘍崩壊症候群および急性腎不全に対して、3日間持続濾過透析を施行。凝固亢進型の播種性血管内凝固異常症を認め、トロンボモジュリンおよびクリオプレシビート投与を12日間施行した。Day12の骨髄生検では腫瘍細胞は認めなかった。骨髄抑制は続いたが、サイトカイン放出症候群の再燃は認めず、Day25に前医に転院。その後数か月の経過で緩徐に血球は回復し、原疾患の寛解を維持している。

28.

Flow cytometryが診断に有用であったリヒター症候群の一例

市立吹田市民病院 臨床教育センター
○西村 卓真
同 血液内科
西浦 伸子、徳永 正浩、井上 慎也、富永 信彦、森田 隆子、前田 哲生
同 検査部
吉川 慎一
神戸市立医療センター 細胞遺伝子検査室
丸岡 隼人

症例は63歳の男性。X年2月より両側頸部と腋窩の腫瘍を認め、頸部リンパ節生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (DLBCL) と診断され、4月当院に紹介。PET-CTで全身のリンパ節の腫大とFDGの集積を認め、末梢血で濾胞性リンパ腫 (FL) 様細胞を約70%認めたため骨髄検査を施行した。生検では、小型～中型の細胞をびまん性に認め、免疫染色上はCD20/5dim、CD10-であったがBCL2+のためFLの浸潤が疑われたが、flow cytometry (FCM) では、CD20/ κ dim、CD5-/dim、CD10-、CD19+、CD200+、CD43+であったため慢性リンパ性白血病 (CLL) と診断した。さらにATMの欠失も確認し、骨髄とリンパ節のIgH遺伝子再構成より同一クローンが確認され本症例はCLLからのリヒター症候群と診断した。本症例はCLLの診断にFCMが診断に有用であったため、文献的考察を加えて発表する。

29.

Bence Jones λ 型多発性骨髄腫に対する自家末梢血幹細胞移植後のDRd維持療法中に小脳再発を来した一例

堺市立総合医療センター 診療局

○市丸 昂樹

同 血液内科

中田 潤、中井りつこ、向井 悟、松浦 愛、

柴野 賢

症例は45歳男性。2017年8月にBence Jones λ 型の症候性多発性骨髄腫（ISSⅢ、骨髄液骨髄腫細胞12%、-13、-14、add(17)(p11.2)を含む複雑核型）と診断された。Bd療法を1年間行い部分寛解であったが、2018年9月に血清 λ 鎖の急上昇および肋骨新規骨病変出現のため増悪と判断した。CVAD療法2コースにて完全寛解となり、自家末梢血幹細胞移植を行い、移植後維持療法としてDRd維持療法を行った。移植後血清検査では完全寛解を維持していたが、2019年9月より嘔吐が出現し、頭部MRIにて小脳に造影効果のある多発腫瘍影を認めた。生検の結果、多発性骨髄腫の小脳再発であった。多発性骨髄腫の小脳再発は極めて稀である。本症例ではCD38抗体による維持療法中に中枢のみに再発病変を認めた。抗体薬はblood-brain barrierを通過しないため、今後中枢再発を来す症例の増加が危惧され、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

31.

チラブルチニブが有効であった原発性マクログロブリン血症の3症例

JCHO 京都鞍馬口医療センター 血液内科

○井出 大輔、初瀬 真弓、太田沙絵子、淵田 真一、

島崎 千尋

症例1.40歳女性。X年末にWMと診断された後、RCD療法、Cy/Dex療法、Bortezomibを導入されたが、B症状増悪のためX+7年3月よりチラブルチニブを導入した。速やかに解熱、CRPの改善傾向を認めた。

症例2.69歳男性。Y年WMと診断、R-DC療法施行歴あり。Y+12年12月より寝汗、体重減少、貧血の進行、IgM, sIL-2Rの上昇傾向を認めた。Y+13年1月よりチラブルチニブを導入。速やかにIgMの減少、B症状、CRP等の改善を認めた。

症例3.67歳男性。Z年10月、WMと診断、経過観察後、R-CH(O)P療法でVGPR獲得後。再度IgM上昇を認め、Z+11年3月よりチラブルチニブを導入。速やかにIgMの低下を認めつつある。day 11より皮疹を生じたが、減量のみで問題なく継続できた。

考察：WMに対し新規ブルトン型チロシナーゼ阻害剤のチラブルチニブを導入した3症例を経験した。1例で皮疹を生じたが、比較的安全に導入でき、いずれも速やかな効果発現を認めた。文献的考察とあわせて報告する。

30.

著明な低フィブリノゲン血症を伴った多発性骨髄腫の一例

田附興風会医学研究所 北野病院 血液内科

○土井 究、稲野将二郎、河崎 直人、岡本 吉央、

柴田 翔、瀧内 曜子、饗庭 明子、田端 淑恵、

北野 俊行

症例 66歳女性。2020年4月貧血と腎障害にて紹介された多発性骨髄腫の患者。初診時の採血にてフィブリノゲンを始めとする凝固系検査測定が不能であり、理学所見上も止血不良を認めた。BD療法、CyBorD療法無効であったが、Kd療法が奏功し、IgGの低下とともに血漿フィブリノゲン値が測定可能となった。その後病勢増悪に相関してフィブリノゲンも再度感度以下となった。

フィブリノゲン値低下の原因を精査したが、患者血清を用いた免疫グロブリン精製にてフィブリノゲンが共沈降されたことから、パラプロテインによるフィブリノゲンへの干渉が示唆された。しかしながらクロスミキシングテストでは欠乏パターンであり、その他の検査系でもフィブリノゲン絶対量の欠乏が確認された。患者の腫瘍から産生されるパラプロテインによるフィブリノゲン絶対量低下という報告のない症例を経験したため、その後の治療経過と文献的考察を加えて報告する。

32.

体腔液貯留を契機に形質芽細胞転化の診断に至った多発性骨髄腫の一例

JCHO 神戸中央病院 血液免疫内科

○伊藤 愛、小畑 裕史、足立 陽子

【症例】70歳代男性。X年3月腎障害で臨床化。IgG- κ 型多発性骨髄腫と診断。BD療法初回不応であったがRd療法に変更しsCRを達成、X+1年10月維持透析を離脱した。X+2年10月M蛋白再発、X+3年4月DRd療法を導入しVGPR獲得。緩徐にFLCは上昇認めたが、X+4年8月の骨髄検査では骨髄腫細胞の有意な増加を認めなかった。

同年9月大量心嚢水・胸水貯留を認め入院。心嚢水・胸水から幼若な大型異型細胞が多数検出、心嚢水からM蛋白が同定され多発性骨髄腫の形質芽細胞転化と診断。IsaPd療法を開始し1コースで胸水・心嚢水の消失を認めたが、2コース途中で再燃。X+5年1月死亡。

【考察】形質芽細胞転化を来した多発性骨髄腫は稀な病態である。既報ではほぼ全例で肝臓やリンパ節などに髄外病変を伴うが、体腔液から診断に至ったケースは我々が調べうる限り本症例が初例である。文献的考察を加えて報告する。

33.

心膜腔に再発した孤立性形質細胞腫の一例

兵庫医科大学病院 血液内科

○熊本 友子、吉原 享子、佐守 真実、宇都宮 惟人、
星山 季子、吉原 哲、日笠 聡

同 病院病理部

松田 育雄、廣田 誠一

症例は70歳男性。X年8月、脳外科にて左前頭部腫瘍を摘出。形質細胞腫と病理診断された。骨髄検査にて異常形質細胞を認めず、画像検査でも他部位に病変ないことから孤立性形質細胞腫と判断した。手術により全摘されており残存病変がなかったことより経過観察されていたが、X+3年7月のPET/CTにて心膜腔に軟部腫瘍影を認め、心臓外科による生検にて形質細胞腫と診断された。骨髄および他部位には病変を認めなかった。心筋に浸潤しており腫瘍の全摘が困難であり、また放射線治療による心筋障害のリスクが高いこと、経過より局所治療では再発リスクが高いと考えられることから、VRD療法を導入した。治療反応性は良好であり、MRI、PET/CTにより完全奏効を確認している。

心臓の悪性腫瘍はまれであり、形質細胞腫はさらにまれである。治療法についても定まったものはない。文献的考察を含めて報告する。

35.

急性骨髄性白血病に自己免疫性無顆粒球症を合併した1例

国家公務員共済組合連合会 大手前病院 血液内科

○久林 正斗、齊藤 則克、村上 拓、釜江 剛、
三井 秀紀

症例は65歳男性。X年11月頃より微熱が続き、12月8日当院受診。白血球 $8400/\mu\text{l}$ (桿状核球:1% 芽球:7%)Hb:9.8g/dl 血小板 $18.5\text{万}/\mu\text{l}$ と芽球出現を伴う好中球減少を認め緊急入院となった。骨髄検査でペルオキシダーゼ染色陽性芽球を4割認め、急性骨髄性白血病(AML)と診断。寛解導入療法(AraC+IDR)施行し、day35に好中球数 $>500/\mu\text{l}$ に到達するも、Day46でWBC: $1190/\mu\text{l}$ (好中球 $0/\mu\text{l}$)と無顆粒球症を認めた。骨髄検査で完全寛解到達が確認されたが、顆粒球系細胞の著減を認めた。無顆粒球症を引き起こす被疑薬はなく自己免疫性無顆粒球症の可能性を考えPSL(20mg/day)投薬したところ、Day57にはWBC: $6240/\mu\text{l}$ (好中球 $4500/\mu\text{l}$)と好中球数の急速な回復が得られた。自己免疫性無顆粒球症がAMLに合併した症例報告は我々の知る限りでなく、若干の考察を加え本学会に提出する。

34.

ホジキンリンパ腫治療後に合併した進行性多巣性白質脳症

京都府立医科大学 血液内科

○村尾 泰一、大西 朗生、村松 彩子、志村 勇司、
藤野 貴大、水谷 信介、塚本 拓、古林 勉、
黒田 純也

同 分子病態病理学

宍戸由紀子

【症例】71歳男性。X年6月、初回治療抵抗性ホジキンリンパ腫(HL)に対し自家PBSTを施行し寛解獲得。X+1年10月頃より中枢神経症状が出現し、MRIにてT2/FLAIRで高信号の病変を左後頭葉から脳梁にかけて同定。同部の生検での術中迅速病理診断ではHL病変とされ、症状が急速進行性であった為、暫定診断ながらメソトレキセート(MTX)大量療法を単回実施し神経症状は改善、MRI所見も改善傾向を認めた。しかし、その後、病変部位にISH法でJCVを同定、また、当初にHL細胞と考えられた細胞は腫大した核を有するグリア細胞と判明し、進行性多巣性白質脳症(PML)の確定診断。髄液PCRではJCVは陰性。以後、メフロキン・ミルタザピン併用療法を実施。

【考察】HLの中核再発との鑑別を要するPMLを経験した。本症例ではMTXによる脳実質の炎症鎮静化が症状改善に寄与した可能性も推測される。

36.

虫垂切除術で改善を認めた急性虫垂炎を伴う急性骨髄性白血病の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター 血液内科

○山本 昌平、木場 悠介、上堂 智貴、万代 和宏、
藤原 健祐、日向 瑞貴、三谷早智子、河田 岳人、
爲金 現、渡邊 光正

同 消化器外科

新藏 秋奈、飯田 拓

症例は53歳女性、前医で急性骨髄性白血病と急性虫垂炎を同時に診断され、当院に転送された。入院時の末梢血の白血球数は $90.300/\mu\text{L}$ で著明な増多を認めていた。入院2日目に虫垂切除術を施行したところ、末梢血の白血球数は急激に減少し、入院9日目には $1,400/\mu\text{L}$ まで低下した。創部が安定したところで入院10日目からCAG療法を開始した。著明な血球減少を認め、経過中癒着イレウスや腹腔内膿瘍等の合併症を発症したが、それぞれ治療により改善し、入院32日目頃には正常血球の回復を認めた。以降は地固め療法を繰り返し、寛解を維持している。虫垂炎を合併した白血病は稀であり、さらに初発時に合併している例は非常に稀である。本例は虫垂切除術で末梢血中の白血病細胞の減少を認めており、急性虫垂炎が末梢血中の白血病細胞の増加に関わっていたと考えられた。

37.

好中球減少期に Streptococcus mitis 菌血症を発症した急性骨髄性白血病の2例

高槻赤十字病院 血液内科

○坂本宗一郎、丹羽諒太郎、恩田 佳幸、岡田 睦実、馬止 裕、田畠 政郎、安齋 尚之

症例1. 68歳男性。X-4年にAML (M2) と診断し、化学療法でCRiとなったがX年1月に再発し、非寛解で同年5月に臍帯血移植を行った。移植後 day4 に Streptococcus mitis 菌血症を伴う発熱性好中球減少症を認め MEPM と VCM を投与したが、発熱が持続し黄疸・腎障害・意識障害が進行し day7 に CHDF を開始した。Day8 に 42℃ の高熱を認め mPSL 500mg を投与した。同日心肺停止となり蘇生に成功したが、day14 にくも膜下出血を発症し永眠された。

症例2. 20歳男性。X年3月にAML (M4Eo) と診断し、5月に地固め療法1コース目のAraC大量+MITを施行した。Day15に Streptococcus mitis 菌血症を伴う発熱性好中球減少症を認め MEPM と VCM を投与したが、高熱が持続し day17 に CT で両肺野の濃度上昇を認め、mPSL 500mg を投与したところすみやかに解熱し血球回復後に退院した。

Streptococcus mitis 菌血症に対し、感受性のある抗菌薬を投与しても臨床的に改善しなかったのは過剰な免疫応答が原因であり、重症化を抑制するには早期のステロイド投与が必要な可能性がある。

39.

特発性血球減少症に対する cyclosporine 療法中にリンパ形質細胞性リンパ腫を併発した1例

京都市立病院 血液内科

○上野昌太郎、井上 雄太、疋田 涼介、赤荻 杏奈、大庭 章史、川畑 徳浩、堀澤 欣史、松井 道志、宮原 裕子、伊藤 満

症例は67歳女性。肛門周囲膿瘍からの敗血症性ショックで入院。入院時好中球数0であり連日G-CSF投与するも1ヶ月以上好中球上昇せず。正球性貧血認めるも血小板数は正常であり、その後貧血は自然回復したが好中球維持のためG-CSF継続が必要であった。骨髄は低形成で芽球増多や異形成を認めず、染色体は正常核型であった。再生不良性貧血や骨髄異形成症候群の診断基準を満たさず血球減少が6ヶ月持続するため特発性血球減少症(ICUS)と診断、cyclosporine (CsA) 内服を開始したところ、G-CSF依存から離脱した。治療開始1年後から右耳下および両鼠径のリンパ節腫大を認め、IgGがモノクローナルに増加。リンパ節生検でリンパ形質細胞性リンパ腫(LPL)と診断した。緩徐な経過であるがLPLが進行するため、CsAを中止し化学療法を開始した。検索した範囲ではICUSにLPLが併発した報告例はなく、CsAがLPLの発症契機となった可能性も否定できない。興味深い症例であるため若干の文献的考察を加えて報告する。

38.

再発性多発軟骨炎を合併した骨髄異形成症候群の一例

一般財団法人住友病院 血液内科

○山口 優太、村上 賢、紀田 侑子、森川陽一郎、氏家 秀敏、菅原 浩之、金倉 譲

症例は59歳の男性。X-10年に前医にて精巣腫瘍と診断、高位精巣摘出術と化学療法を実施され、外来で経過観察されていた。X年2月の外来受診時に高度の貧血を認め、骨髄検査で骨髄異形成症候群(MDS-MLD)の診断となった。診断時のR-IPSSは7.5点とvery highであり、赤血球輸血を行いながらアザシチジンの導入や同種造血幹細胞移植を予定していた。同年5月に発熱を認め前医に入院となったが抗菌薬不応性の発熱が持続し、各種検査を行うも熱源は不明であった。精査・加療目的に当院に転院し、不明熱の原因精査をしていたが難聴が出現し、さらに両側耳介の疼痛や発赤、腫脹を認めるようになった。再発性多発軟骨炎を疑い、耳介軟骨生検を行って、再発性多発軟骨炎と確定診断した。骨髄異形成症候群と自己免疫疾患の合併は多く報告されているが、その中でも再発性多発軟骨炎の合併は非常に稀である。稀少な症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

40.

ESA製剤使用中に抗エリスロポエチン(Epo)抗体を認めた赤芽球癆(PRCA)に対し、ステロイド治療が奏功した2症例

奈良県立医科大学附属病院 血液内科

○森岡友佳里、田中 晴之、大谷 惇、柴田 浩気、久保 政之、長谷川 淳、天野 逸人
済生会中和病院 内科
岡橋 望

症例1. 67歳、男性。X-7年にIgA腎症と診断され、X-1年6月より腎性貧血に対しエポエチンベータペゴルを使用した。X年1月に貧血進行がみられた。

症例2. 78歳、女性。X-1年2月にMDS-RS-MLDと診断された。MDSに伴う貧血に対してダルベポエチンアルファを使用した。X年10月に貧血増悪を認めた。両症例ともに骨髄検査の結果、PRCAと診断し、Epo低値、抗Epo抗体陽性であったため、ESA製剤に伴う2次性と判断した。CyAにて治療を開始したが、治療効果に乏しく、輸血依存性が持続した。そのため、副腎皮質ステロイドに変更したところ、奏功を認め、輸血依存からの脱却が可能となった。

考察. ESA製剤使用中に発症した2次性PRCAの原因として抗Epo抗体が広く知られている。ESA製剤の改良に伴って近年報告は減少しているが、同製剤使用中に急激な網状赤血球と血清Epo値の低下を認めた場合には、抗Epo抗体の可能性を疑い精査を行う必要がある。

41.

アザチオプリンにより発症した薬剤性再生不良性貧血の一例

大阪大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科

○久原 甲、上田 智朗、藤田 二郎、福島健太郎、
保仙 直毅

【症例】25歳女性。難治性SLEに対してX年3月にアザチオプリン(AZP)100mgを開始。2週間後に脱毛や発熱、口内炎が出現したため前医を受診したところ、著明な汎血球減少、低形成骨髄を認めた。NUDT15^{Cys/Cys} 遺伝子多型を有することから、AZPによる薬剤性再生不良性貧血と診断された。AZP中止後も血球回復が得られず、菌血症、真菌血症を合併していたことから加療目的で当院転院した。転院時も汎血球減少は持続したが、骨髄検査で血球貪食像を認め、感染症関連血球貪食性リンパ組織球症と診断。ステロイド投与により血球回復が得られた。

【考察】NUDT15はAZPや6-MP等のチオプリン製剤の代謝に関与する酵素であり、その遺伝子多型によって酵素活性が著しく変化する。なかでもシステインホモ(Cys/Cys)の場合、本症例のように白血球減少や脱毛等の重篤な副作用を発症する可能性があるため、投与前にNUDT15の遺伝子多型を調べることが望ましい。

43.

著明な末梢循環障害を来した寒冷凝集素症(CAD)の一例

第二大阪警察病院 血液内科

○松岡 慶樹、佐多 弘、村上 雅樹、山上 保、
金 義浩

症例：70歳男性。X-1年10月指趾の疼痛や変色が出現。イコサベントを内服していたが、指趾の変色や疼痛が増悪し、X年1月7日近医を救急受診。指趾壊死のため入院。血液検査で寒冷凝集反応が52万と高値だがHb 12g/dLと貧血は軽度であった。壊死部に対してデブリードマン、植皮術を施行。経過良好で2月9日CADに対する精査目的に当院転院。保温前後のRBC 105万/ μ Lと397万/ μ Lであり、寒冷凝集反応が陽性であることからCADと診断。また血清免疫電気泳動ではIgM- κ 型M蛋白を認め、血中IgM 394mg/dLと高値。血中補体価は正常域。リンパ節腫大や脾腫は無かったが骨髄穿刺で異常リンパ球の浸潤を認めており、原発性マクログロブリン血症の合併も疑われた。入院中は寒冷暴露からの回避で症状の再燃は認めておらずCADで矛盾しなかった。

考察：IgM- κ 型M蛋白陽性のCADの一例を経験した。CADでは一般的に貧血症が著明な事が多いが、本症例では貧血症は乏しく、末梢循環障害が強かった。CADでの末梢循環障害は稀と報告されており、興味深い一例である。

42.

寒冷暴露による溶血や末梢循環障害を認めなかった低力価寒冷凝集素症の1例

市立伊丹病院 血液内科

○寺川 拓弥、吉田 均、浅子 美月、高橋 雅文、
石田 尚子、井上 愛、徳嶺 進洋

【症例】67歳女性。数か月前から貧血が進行しX年6月に当科受診。Hb 6.1g/dL、Ret 31.8万/ μ L、I-Bil 6.71mg/dL。間接クームス試験陽性(4℃で凝集活性最大)。当初は直接クームス試験陰性とされたが室温で20分静置後に再検すると、広範囲抗血清が陽性、特異抗血清では抗ヒトIgG陰性、抗補体(C3d)陽性であった。冷抗体により活性化された補体による溶血と考えられ、寒冷凝集素価は32倍と低力価ながら直接凝集試験(DAggT)が陽性のため低力価寒冷凝集素症と診断した。PSL 30mg/日で治療開始し速やかに貧血は改善し、X+1年3月の時点でPSL 5mg/日まで漸減し溶血の再燃は認めていない。

【考察】冷抗体に特徴的な四肢のチアノーゼやRaynaud現象などの寒冷暴露による末梢循環障害を認めず診断に苦慮した。低力価寒冷凝集素症はステロイド反応性が良好との報告があり本例も同様の結果であった。

44.

非中和抗体による自己免疫性後天性FX因子(FX)欠乏症

京都府立医科大学 血液内科

○井上 祐、大西 朗生、志村 勇司、藤野 貴大、
伊佐 怜子、木元 弥生、塚本 拓、水谷 信介、
古林 勉、黒田 純也

【症例】90歳男性。全身倦怠感と出血症状を主訴に受診。PT >5分、APTT 130.4秒、および貧血を認めた。交差混合試験で凝固因子欠乏パターンを示すも凝固因子補充療法は無効で出血症状の悪化を認めた。自己免疫性後天性凝固因子欠乏症と暫定診断し、第4病日よりプレドニゾン(PSL)治療を開始したところ著効し、以後、再燃は認めていない。後にFX活性低値(<1%)、FXインヒビター陽性(1BU/mL)が判明し、自己免疫性後天性FX欠乏症と確定診断した。

【考察】PT、APTT両者の異常、ならびに交差混合試験での因子欠乏パターンにも関わらず補充療法が無効であることは、非中和抗体による後天性FX欠乏症の診断の一助となる。同病態では致命的出血症状を呈しうるため、時に確診前でも早期の免疫抑制治療導入が必要である。

45.

胃癌摘出後に第Ⅷ因子インヒビターが自然消失した後天性血友病 A

市立豊中病院 血液内科

○和田 紘実、長谷川千紘、木田 亨、柿本 綱之、
田所 誠司、小杉 智、武 弘典

同 外科

柳本 喜智

67歳男性。X年8月、胃癌に対する術前検査でAPTT延長を認め、周術期止血管理目的で当科受診。APTTクロスミキシング試験で遅延反応の補正が弱く、インヒビターの存在が疑われた。第Ⅷ因子活性6%、第Ⅷ因子インヒビター1.8 BU/mLから後天性血友病Aと診断。腫瘍からの出血が続いており、手術が急がれたため、術前、術中、術後とrFVIIa 90 μ g/kgを計3回使用して噴門側胃切除術を施行した。術後に出血症状を認めず、貧血も改善した。免疫抑制療法を行わずに経過観察したところ、2か月後に第Ⅷ因子インヒビターが自然消失。6か月後に第Ⅷ因子活性が正常化し、1年後も寛解を維持している。

腫瘍随伴後天性血友病Aの多くは、腫瘍根絶に成功したにもかかわらず、インヒビターは消失しないとされている。本症例では腫瘍の摘出のみで寛解に到達し、以後も再燃を認めない貴重な症例であり、文献的考察を加え提示する。

47.

胸腔穿刺時の止血困難にて診断された原発性マクログロブリン血症(WM)合併後天性フォンビレブランド症候群(AVWS)

りんくう総合医療センター 血液内科

○白石 貫馬、安見 正人、遠藤 誉也、草壁 信輔、
釜江 剛、烏野 隆博

67才女性。これまで止血困難歴なし。20XX年4月、近医にて貧血を指摘。同年9月、右胸水が出現したため精査目的に当院紹介となった。胸腔穿刺を施行したところ、施行部位からの出血が持続し止血に18時間を要した。凝固検査ではPT:86%、APTT:48秒、FDP:3.3 μ g/mlとAPTTが著明に延長していた。そこでVWF抗原、VWF活性、Ⅷ活性を検査したところ、それぞれ16%、6%、18%とVWF活性の著明な低下を認めた。骨髄・胸水にはplasmacytoidの異型リンパ球の増加がみられ、IgM-M蛋白陽性からWM血症に合併したAVWSと診断した。現在、RB療法施行中であるが胸水の減少、骨髄異型細胞の消失、またAPTT:27.8秒、VWF活性:151%と凝固異常も改善している。リンパ増殖性疾患に合併した凝固異常に際しては、AVWSも念頭におきながら検査を施行することが重要である。

46.

免疫チェックポイント阻害薬による血小板減少を来した二例

神戸市立医療センター中央市民病院 血液内科

○松本 絢子、下村 良充、上條 公守、和田 典也、
吉岡 聡、松下 章子、石川 隆之

症例1:71歳、女性。右腎癌多発骨転移に対してイピリブマブとニボルマブを投与中。歯肉出血で来院。血液検査上、白血球:6700/ μ L、Hb:11.9mg/dL、血小板:2000/ μ L。骨髄検査上、異形成や腫瘍浸潤像は認めず、正常巨核球の増多を認めた。免疫チェックポイント阻害薬 (immune check point inhibitor, ICI) に伴う血小板減少と判断し、ICIを終了の上ステロイド投与を行った。引き続き大量免疫グロブリン療法、トロンボポエチン受容体作動薬の投与を行ない、寛解を得た。

症例2:69歳、男性。ホジキンリンパ腫に対してニボルマブを投与。2コース目に血小板減少(4000/ μ L)認めた。他血球の減少はなく、骨髄検査上正形成で巨核球を十分に認めた。ICIに伴う血小板減少と判断し、症例1と同様の治療を行った。経過も同様であった。近年免疫チェックポイント阻害薬の発展は顕著であるが、同時に免疫関連有害事象が多数知られている。しかし、血小板減少症は他の免疫関連有害事象と比較すると稀であり、文献的考察を加え報告する。

48.

PT-CY ハプロ移植前に高力価ドナー特異性 HLA 抗体を有した骨髄異形成症候群の一例

京都大学医学部附属病院 血液内科

○中山 大輔、石井 彰、新井 康之、諫田 淳也、
近藤 忠一、山下 浩平、高折 晃史

症例は17歳女性。血球減少に対して骨髄検査を施行し、三系統の異型性とアウエル小体を有する芽球を認め、X年11月にMDS-EB2と診断された。同種移植準備のX年12月末HLA class I・II双方に対する広範な抗HLA抗体が出現し、血小板輸血不応状態となった。HLA一致同胞はおらず、HLA抗体の影響を受けない臍帯血グラフトもなかったため、母親からのHLA半合致移植を行うことになった。母親に対する高力価ドナー特異性HLA抗体(MFI 5325)を有していたため、リツキシマブ2回投与の後、ランダム血小板輸血を6回施行したところ、ドナー特異的HLA抗体は減少した(MFI1719)。FLU/TBI 12Gyの前処置後にX+1年2月に同種末梢血造血幹細胞移植を施行した(CD34陽性細胞数6.42 \times 10E6/kg)。移植後、サイトカイン放出症候群による発熱を認めたがPT-CYで改善し、Day15に生着を認め、Day22の骨髄検査では完全ドナー型キメラであった。GVHD等の合併症も認めずDay30で退院した。移植後の経過で抗HLA抗体価の上昇は認めなかった。

49.

移植後再発急性リンパ性白血病に対してイノツズマブ・オゾガマイシン、プリナツモナブによって2次寛解を達成し、血縁末梢血造血幹細胞移植後 GVHD をヒト間葉系幹細胞によって抑制できた1例

大阪赤十字病院 血液内科

○岡田 慎理、金子 仁臣、山田 知佳、多田 浩平、
田嶋 政治、水谷 知里、今田 和典

症例：41歳男性 現病歴：X-2年2月発症、前医で急性リンパ性白血病と診断された。前医にて JALSG B-ALL213プロトコルで第一寛解に至り、X-1年5月に血縁の HLA full match donor から骨髄移植を受けたが、day54の骨髄検査にて再発所見あり、末梢血芽球の急増を認め X-1年8月よりイノツズマブ・オゾガマイシン投与を開始、9月よりプリナツモマブ開始、X-1年10月に血液学的寛解に至り、同薬剤にて寛解維持していた。X-1年12月、前処置 Flu/Bu/Mel で同種末梢血造血幹細胞移植施行。タクロリムス漸減に伴って day28 ごろから肝胆道系酵素の上昇あり、GVHD としてプレドニゾロン、MMF に加えてヒト間葉系幹細胞投与開始。その後徐々に肝胆道系酵素改善を認め、コントロール良好となり、day83に退院となった。その後重症の GVHD 症状を認めず、現在も再発なく寛解を維持している。

51.

当施設における骨髄異形成症候群に対する同種造血幹細胞移植前治療としての化学療法の臨床的意義の検討

和歌山県立医科大学 血液内科

○加藤 勇牙、細井 裕樹、山下 友佑、蒸野 寿紀、
村田 祥吾、西川 彰則、田村 志宣、園木 孝志

高リスク骨髄異形成症候群 (MDS) と骨髄異形成関連変化を伴う急性骨髄性白血病 (AML-MRC) では、根治的に同種造血幹細胞移植 (同種移植) が行われる。一方、同種移植前の化学療法が移植成績に与える影響は明らかでない。今回、我々は、当施設で過去5年間に MDS/AML-MRC に対して同種移植を行った23例について後方視的に解析した。男性17例、女性6例。年齢中央値は59歳 [22-69歳] で、MDSは10例、AML-MRCは13例であった。前治療は16例 (MDS4例、AML-MRC12例) で行われた。骨髄破壊的移植は20例であり、移植ソースは末梢血11例、骨髄7例、臍帯血5例であった。2年全生存期間 (2yrOS) は35%、治療関連死は36%であり、Grade II-IV 急性 GvHD は17%であった。前治療なし群の2yrOSは28%、前治療あり群は40%であった ($p=0.4$)。症例数は少ないものの、本解析からは MDS/AML-MRC では同種移植前の化学療法は必須ではないことが示唆された。今後さらに症例を蓄積して化学療法が必要な患者群を同定したい。

50.

慢性骨髄単球性白血病に対してアザシチジンにて加療後、同種造血幹細胞移植が奏功した一例

京都第二赤十字病院 血液内科

○内匠 啓、佐々木奈々、宮下 明大、小森友紀子、
隈 康彦、上辻 由里、小林 裕、魚嶋 伸彦

症例は64歳男性。X-2年4月に全身倦怠感、体重減少を主訴に近医を受診され、白血球増多 (84400/ul) を認め当科紹介。慢性骨髄単球性白血病 (FAB: MP-CMML、WHO: CMML-1) と診断し、ハイドレアを併用してアザシチジン治療21コース後、第一寛解期に HLA 完全一致ドナーより非血縁者間骨髄移植を施行した。前処置は FLUBU4 を用い、FK506+MTX で GVHD 予防をおこなった。day16に好中球生着し、grade I の acute GVHD (皮疹)、ウイルス性出血性膀胱炎 (JCV、BKV) を併発するもそれぞれ、ステロイド軟膏、補液で改善し退院。無治療経過観察中、寛解を維持している。CMML は、MDS と MPN の臨床的、形態学的特徴を合わせ持つ疾患で、同種移植が唯一長期予後を期待できるが、高齢者に多く、移植可能症例は稀である。前方視的ランダム化比較試験がなく、最適な移植前処置や移植のタイミング、リスク分類に基づいた移植適応などは明確でない。今回我々は、アザシチジン奏功後の第一寛解期に同種移植治療を行い、2年以上寛解を維持している CMML 症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

52.

当科入院病棟で経験した COVID19 院内感染

関西医科大学総合医療センター 血液腫瘍内科

○市川 純、石井 一慶、野村 昌作

【緒言】2020年初頭、我が国にも伝播した COVID19 感染症は、未だに猛威を振っている。高齢者、合併症を有する場合の重篤化が警告されている。今回我々は、造血器腫瘍病棟で院内感染を経験した。

【経緯】79歳のMM初発男性がCOVID19を発症した。MMに対する初回抗がん剤的に無症候で入院し、10日後に重篤なCOVID19肺炎を発症した。VRD-lite開始9日後のARDSであった。咽頭からCOVID19-PCR陽性と判明した。その患者を契機に7人の造血器腫瘍患者、1人の呼吸器疾患患者、そして4人の医師、7人の病棟看護師が院内感染に襲われた。

【結果】造血器腫瘍患者において、57歳～91歳 (中央値79歳)、AML 3人 (地固め後 CR 2人、初発寛解導入前 1人)、MM 2人 (初回治療後 CR 1人、髄外再発 1人)、ML 2名 (初回治療後 CR 2人)。COVID19感染症による死亡は感染源を含め、2人であり、それ以外は救命できている。

53.

肉芽腫形成がみられない播種性非結核性抗酸菌症の1例

兵庫県立西宮病院 血液内科

○池田 真子、中原 航、浅子 美月、松永 一美、
上田 周二

【症例】40歳代女性。201X年3月左頸部リンパ節腫脹、微熱・倦怠感が持続するため当院受診。採血所見ではLDH 120 IU/L CRP 2.88mg/dl sIL-2R 1264 U/ml HIV陰性であった。PETCTでは複数のリンパ節病変を認め、胸骨、脊椎にもFDG集積を認めた。リンパ節生検ではリンパ節炎の所見で肉芽腫形成はなく悪性細胞を認めなかった。Ziehl-Neelsen染色でも抗酸菌は確認できなかった。リンパ節炎と考え各種抗生剤投与を行うも効果なく6月には増大傾向。肉芽腫は認めないものの骨病変の存在から抗酸菌感染症の可能性を考慮し、再度リンパ節生検施行し抗酸菌培養検査を提出、加えてQFT検査も施行した。QFT検査では結核抗原での反応ないものの陽性controlも反応なし。一方T-SPOT検査では陽性controlの反応は十分。リンパ節抗酸菌培養にてMycobacterium abscessusを検出し、播種性非結核性抗酸菌症と診断。またQFTおよびT-SPOT検査での陽性control結果の相違から基礎疾患としてIFN γ 自己抗体の存在を疑い新潟大学に血清を送付しIFN自己抗体を確認した。その後適切な抗生剤の長期投与にて軽快。

【考察】IFN自己抗体による播種性非結核性抗酸菌感染症の1例であった。免疫不全によって肉芽腫形成がなく診断は困難であったが、骨病変の存在やQFT・T-SPOT陽性control結果の相違が診断に役立った。

55.

移植後シクロホスファミド併用ハプロ同種移植後122日目
COVID-19を罹患した症例

日本生命病院 血液・化学療法内科

○中江 吉希、加藤 るり、川上 学
住友病院 血液内科
三田 和宏

X-1年11月急性骨髄性白血病を発症し第一寛解期のX年7月25日から前処置Flu+BU2+TBI4Gyを行い7月31日同種移植を行った。急性GVHD、感染症の発症無く経過し免疫抑制剤の調整を行っていたが、11月29日より37.5℃の発熱認め11月30日PCR検査施行しCOVID-19と診断し入院とした。SpO₂ 97% (室内気)、軽度の咳嗽と37.5℃の発熱のみのため軽症と診断し対症療法とした。免疫抑制剤はタクロリムス0.4mg/日の内服を行っており入院後も継続した。入院後37℃台後半の発熱が持続し、7日目から38℃以上の発熱が認められCRP上昇も伴ったが、徐々に改善傾向となり16日目に解熱、18日目に退院とした。入院時より抗体検査を経時的に行いIgM抗体は14日目から陽性となった。同種移植後のCOVID-19について、免疫動態とSARS-COV-2抗体の推移の報告は少ないため報告する。

54.

COVID-19罹患後に自己免疫性溶血性貧血を発症した初発多発性骨髄腫の1例

大阪府済生会中津病院 血液内科

○塩見 一郎、中根 孝彦、堀内 美令、三浦 晃子、
藤谷洋太郎、山村 亮介
同 呼吸器内科
佐渡 紀克、上田 哲也
同 院内感染対策チーム(ICT)
安井 良則

症例は73歳の女性。20XX年8月に貧血を契機にIgG- κ 型多発性骨髄腫(MM)と診断された。通院を自己中断していたが、20XX+1年1月に他院で貧血の進行を認め、1月20日に治療目的に入院となった。第6病日より発熱、その後咳嗽、咽頭痛を認め、鼻咽頭拭い液のRT-PCR検査によりSARS-CoV-2を検出したため、COVID-19と診断した。Remdesivir、Favipiravirで治療を行い、症状の改善を認めたため、MM治療として第28病日よりLenalidomid、Dexamethasone療法を開始した。第41病日(化学療法開始後day14)にHb 5.5 g/dLと貧血の進行、LDHおよび間接優位のビリルビン上昇、ハプトグロビン低値、直接Coombs試験陽性の所見を認め、自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断した。Prednisolone 50 mg/dayの投与により溶血所見は徐々に改善しており、現在漸減している。

AIHAはMM治療開始後の発症であり、背景としてMMよりはLenalidomidやCOVID-19の関与が疑われる経過であった。COVID-19罹患後にAIHAを発症した報告は少数であり、今後の症例の蓄積が必要と思われるため報告する。

56.

分類不能の活性化リンパ球にEBウイルス(EBV)の局在を認め節外性NK/T細胞リンパ腫(ENKTL)へ進展した慢性活動性EBV感染症(CAEBV)の1症例

済生会野江病院 血液・リウマチ内科

○前迫 善智、上萩 裕子、田端 理英
同 病理診断科
竹井 雄介

【緒言】CAEBVは持続的な伝染性単核球症様症状を特徴とし、末梢血や病変部組織にEBVを検出する疾患である。

【症例】年齢53歳女性、X年8月感冒様症状、食欲不振、倦怠感あり。9月四肢の線状赤疹あり。採血検査：血小板減少症9.4万/ μ l、低fibrinogen血症82.6mg/dlあり、新鮮凍結血漿(FFP)補充療法施行した。10月食欲不振、浮腫あり。採血検査：血小板減少症4.4万/ μ l、低fibrinogen血症感度以下、ferritin 526.1mg/ml、sIL2R 1800U/ml、骨髄穿刺診：血球貪食像+であり、末梢血(PB)のEBV-DNA-PCR(WBC)6.5x10⁴copy/ μ gDNAを認め、EBV-HLHと診断した。EBV抗体検査は既感染プロフィールであった。EBV+細胞同定のためFlow Cytometric In Situ Hybridization: FISH法施行し、PB単核球分画33%がEBER陽性、細胞表面形質はCD38+、HLA-DR+、CD3、4、8、19、20、16、56-であり、分類不能の活性化リンパ球の形質を示した。治療はCyA、ETP、PDN治療後、CHOP療法を施行したが、ENKTLへと進展した。

【考察】初感染EBV-HLHは、EBV+CD8陽性T細胞が単クローン性増殖する。一方、再活性化で発症するEBV-HLHは、免疫不全・異常によりEBV+細胞の増殖を制御できない疾患群と考えられる。CAEBVは後者に含まれ、経過中にHLHを発症する。本症例は、CAEBVで分類不能の活性化リンパ球にEBVの局在を認めENKTLへと進展した症例であり、治療経過に文献的考察を加え報告する。

■ 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ひ申し上げます。

第116回近畿血液学地方会 ご案内

第116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 西浦 哲雄(市立芦屋病院 病院長)

日時：2021年11月27日(土)

会場：ブリーゼプラザ

(〒530-0001 大阪市北区梅田2-4-9 ブリーゼタワー 7-8階)

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：2021年9月3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 116kinketsu@adfukuda.jp 宛にお送り下さい。
2. メールの件名は「第116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・協賛会社一覧

第115回近畿血液学地方会を開催するにあたり、多大なご協力を頂きました下記共催、協賛会社に厚く御礼申し上げます。

共催会社一覧 (50音順)

アステラス製薬株式会社	大塚製薬株式会社
シンバイオ製薬株式会社	中外製薬株式会社
ノバルティスファーマ株式会社	ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社

広告協賛会社一覧 (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	エーザイ株式会社
MSD株式会社	大塚製薬株式会社
株式会社Kist	協和キリン株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社	サノフィ株式会社
JCRファーマ株式会社	シンバイオ製薬株式会社
第一三共株式会社	大日本住友製薬株式会社
武田薬品工業株式会社	中外製薬株式会社
日清医療食品株式会社	一般社団法人 日本血液製剤機構
ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	ファイザー株式会社
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	株式会社メディコン
ヤンセンファーマ株式会社	

(2021年4月30日現在)