

第12回 日本血液学会関東甲信越地方会 プログラム抄録集

会 長: 谷 憲三朗(東京大学医科学研究所 ALA先端医療学社会連携研究部門)

開催日: 2020年3月14日(土)

会 場: イイノホール&カンファレンスセンター(千代田区)



NO BORDER

すべてを超えて
くすりの未来へ

健康未来、創ります
 日本新薬

肝類洞閉塞症候群治療剤 薬価基準収載

 **デファイテリオ®** 静注200mg
Defitelio® Injection
デフィプロチドナトリウム静注

処方箋医薬品（注意一医師等の処方箋により使用すること）

骨髄異形成症候群治療剤 薬価基準収載

 **ビダーザ®** 注射用100mg
Vidaza® for Injection 100mg
注射用アザシチジン

劇薬、処方箋医薬品（注意一医師等の処方箋により使用すること）

抗悪性腫瘍剤 ヒト化抗CD20モノクローナル抗体 薬価基準収載
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品*

ガザイバ® 点滴静注1000mg
GAZYVA®
obinutuzumab

オビヌツズマブ（遺伝子組換え）注
*注意一医師等の処方箋により使用すること
※本アザシチジン（アザシチジン）製剤

製造販売元  **中外製薬株式会社**
〒103-8324 東京都中央区日本橋区本町2-1-1
 ロシュグループ

再発・難治性 薬価基準収載
急性白血病・悪性リンパ腫治療剤

キロサイド®N 注 400mg/1g
Cylocide® N Injection 400mg・1g
シタラビン注射液

劇薬、処方箋医薬品（注意一医師等の処方箋により使用すること）

再発・難治性 薬価基準収載
急性前骨髄球性白血病治療剤

トリセルクス® 注10mg
Trisenox® Injection 10mg
三酸化二ヒ素注射液

毒薬、処方箋医薬品（注意一医師等の処方箋により使用すること）

代謝拮抗性 抗悪性腫瘍剤 薬価基準収載

キロサイド® 注
20mg/40mg/60mg/100mg/200mg
Cylocide® Injection
シタラビン製剤

劇薬、処方箋医薬品（注意一医師等の処方箋により使用すること）

再発・難治性 薬価基準収載
急性前骨髄球性白血病治療剤

アムレイク® 錠2mg
Amnolake®
タミバロテン製剤

劇薬、処方箋医薬品（注意一医師等の処方箋により使用すること）

●効能・効果、用法・用量、警告、禁忌および原則禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご覧ください。

資料請求先
 **日本新薬株式会社**
〒601-8550 京都市南区吉野院西ノ庄門口町14



第12回 日本血液学会関東甲信越地方会 プログラム抄録集

会 長: 谷 憲三郎(東京大学医科学研究所 ALA先端医療学社会連携研究部門)

開催日: 2020年3月14日(土)

会 場: イイノホール&カンファレンスセンター(千代田区)



CONTENTS

ご挨拶	1
参加者へのお知らせ・お願い	2
交通案内	3
日程表	4
プログラム	5
抄録集	11
日本血液学会関東甲信越地方会 組織一覧	25
日本血液学会関東甲信越地方会 会則	26

ご挨拶



この度、令和2年3月14日に第12回日本血液学会関東甲信越地方会を開催させていただく予定でしたが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大に伴い、誠に残念ながら本地方会の開催中止を余儀なくされましたことを先ずご報告申し上げます。

本地方会には当初70演題を頂戴できましたことに、関係の先生方に深く御礼を申し上げます。すべての抄録内容は血液疾患各領域での貴重な症例に関して深い洞察が加えられており、いずれも興味深く、血液内科医へ大きく裨益する内容でございました。このようなご演題を準備いただきました先生方に重ねて御礼を申し上げます。なお本抄録集には当初のプログラム内容に加え、その中でご掲載を希望された抄録のみ掲載させていただきました。



また本会では特別講演としまして、慶應義塾大学医学部血液内科教授で日本造血幹細胞移植学会理事長の岡本真一郎先生に「造血幹細胞移植の過去、現在、そして未来」というタイトルで若い血液内科医に向けての熱いメッセージを、特別教育セミナーとしまして、がん研究会がん研究所病理部部長の竹内賢吾先生に「リンパ腫における診断病理学」についての最新の知見に関しまして分かりやすくお話しいただく予定でした。さらにモーニングセミナーとして東京慈恵会医科大学血液内科教授の矢野真吾先生に「急性骨髄性白血病の薬物治療」、ランチョンセミナーとして沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院血液内科部長の玉井洋太郎先生に「再発難治の多発性骨髄腫治療に望むもの」、近畿大学病院血液・膠原病内科講師の頼晋也先生に「進行期高腫瘍量濾胞性リンパ腫に対する治療戦略」、そしてアフタヌーンセミナーとしてがん研有明病院血液腫瘍科部長の照井康仁先生に「新規抗CD20抗体オビヌツズマブの臨床的有用性～濾胞性リンパ腫のNext Eraを考える～」をお話しいただく予定でした。いずれの先生も血液内科専門医として大変ご活躍中であり多くの最新の情報が得られるものと楽しみにしておりました。あらためて先生方にはご講演の準備を頂戴しましたことを心より感謝申し上げます。

結びに、本地方会開催企画および中止に際しまして多くのご支援を頂戴致しました協賛企業の皆様に心より御礼を申し上げます。

令和2年4月

第12回日本血液学会 関東甲信越地方会

会長 谷 憲三朗（東京大学医科学研究所 ALA 先端医療学社会連携研究部門）



参加者へのお知らせ・お願い

【参加費のご案内】

参加費（2,000 円）と引き換えにネームカード，参加証（兼領収証）と抄録集をお渡しいたします。

【座長及び演者の先生へのご案内】

一般演題 口演 7 分 質疑応答 3 分 計 10 分

座長の先生はご担当いただきますセッション開始 **15 分前までに**，参加受付横の座長・招待者受付にお立ち寄りください。ご来場の確認をさせていただきます。

演者の先生はご発表の **30 分前までに**参加受付横の「PC 受付」へ，スライドデータをご提出ください。データの試写およびデータをお預かりいたします。

※時間厳守にご協力をお願いいたします。

※本地方会終了後，お預かりしたスライドデータは運営準備室にて責任を持って破棄いたします。

※次演者はご自身の発表の **15 分前**には，必ず次演者席にご着席ください。

【日本血液学会専門医更新単位について】

- 1) 本学会出席での取得数は 3 単位となります。
- 2) 専門医カードによる単位取得更新が可能です。会場内の受付で登録をお願いします。カードを忘れた場合は，後日，専門医更新時に参加証のコピーをご提出ください。

【その他のご案内】

- 1) 本会において発表データの録画や写真撮影を禁止いたします。
- 2) 参加証のない方のご入場はお断りします。
- 3) 会場内の呼び出しは一切行いません。伝言メモを掲示板に張り出します。受付にて対応します。
- 4) 喫煙は会場内の所定の喫煙所にてお願いいたします。
- 5) 携帯電話の会場内でのご使用はご遠慮ください。

交通案内



イイノホール&カンファレンスセンター

所在地：〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2-1-1 飯野ビルディング 4F

URL : <https://www.iino.co.jp/hall/>

霞ヶ関駅直結，5 駅 12 路線とさまざまなアクセスに対応しています。

【利用可能路線】

東京メトロ 日比谷線・千代田線「霞ヶ関」駅 C4 出口直結

東京メトロ 丸ノ内線「霞ヶ関」駅 B2 出口 徒歩 5 分

東京メトロ 銀座線「虎ノ門」駅 9 番出口 徒歩 3 分

東京メトロ 有楽町線「桜田門」駅 5 番出口 徒歩 10 分

JR 山手線・京浜東北線・東海道線・横須賀線，都営地下鉄浅草線，

ゆりかもめ「新橋」駅 各徒歩 10 分

都営地下鉄 三田線「内幸町」駅 A7 出口 徒歩 3 分



日程表 (予定)

8:50	第1会場 Opening remarks 谷 憲三朗 (東京大学医科学研究所)		
	第1会場 (Room A)	第2会場 (Room B)	第2会場 (Room C)
9:00	貧血 座長: 堺田 恵美子 (千葉大学医学部附属病院) 演題番号: 1~5	リンパ腫 1 座長: 和泉 透 (栃木県立がんセンター) 演題番号: 32~36	9:00~9:30 モーニングセミナー
9:50	急性骨髄性白血病 座長: 秋山 秀樹 (新渡戸記念中野総合病院) 演題番号: 6~10	リンパ腫 2 座長: 横濱 章彦 (群馬大学医学部附属病院) 演題番号: 37~41	病態診断・治療 座長: 矢野 尊啓 (国立病院機構東京医療センター) 演題番号: 63~67
10:40	多発性骨髄腫 座長: 高野 弥奈 (武蔵野赤十字病院) 演題番号: 11~16	感染症 座長: 瀧澤 淳 (新潟大学) 演題番号: 42~47	
11:40			
11:50	ランチョンセミナー 1 再発難治の多発性骨髄腫治療に望むもの 座長: 松本 守生 (国立病院機構渋川医療センター) 演者: 玉井 洋太郎 (沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院) 共催: ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	ランチョンセミナー 2 進行期高腫瘍量濾胞性リンパ腫に 対する治療戦略 座長: 酒井 リカ (神奈川県立がんセンター) 演者: 頼 晋也 (近畿大学病院) 共催: エーザイ株式会社	11:40~12:40 幹事会
12:40	9:00~9:30 モーニングセミナー 急性骨髄性白血病の薬物治療 座長: 神田 善伸 (自治医科大学附属病院・ 附属さいたま医療センター) 演者: 矢野 真吾 (東京慈恵会医科大学) 共催: アステラス製薬株式会社		
12:50	第1会場 奨励賞授賞式		
13:00	CML, MDS 座長: 高橋 聡 (東京大学医科学研究所) 演題番号: 17~21	骨髄増殖性疾患 座長: 高山 信之 (杏林大学) 演題番号: 48~52	
13:50			
14:00	特別講演 造血幹細胞移植の過去, 現在, そして未来 Learning the past and designing the future of HSCT 座長: 谷 憲三朗 (東京大学医科学研究所) 演者: 岡本 真一郎 (慶應義塾大学) 共催: アッヴィ合同会社		
15:00			
15:05	アフタヌーンセミナー 新規抗 CD20 抗体オビヌツズマブ の臨床的有用性 ~濾胞性リンパ腫の Next Era を考える~ 座長: 森 慎一郎 (聖路加国際病院) 演者: 照井 康仁 (がん研究会有明病院) 共催: 中外製薬株式会社	特別教育セミナー リンパ腫における診断病理学 座長: 田丸 淳一 (埼玉医科大学総合医療センター) 演者: 竹内 賢吾 (がん研究会がん研究所) 共催: 武田薬品工業株式会社	
16:05			
16:10	急性白血病 座長: 石田 禎夫 (日本赤十字社医療センター) 演題番号: 22~26	リンパ腫 3 座長: 川田 浩志 (東海大学) 演題番号: 53~57	
17:00	ATL 骨髄腫 座長: 中牧 剛 (昭和大学) 演題番号: 27~31	リンパ腫 4 座長: 今井 陽一 (東京大学医科学研究所附属病院) 演題番号: 58~62	
17:50			
18:00	第1会場 Closing remarks 谷 憲三朗 (東京大学医科学研究所)		
18:10			



PROGRAM



プログラム (予定)

Opening remarks 8:50 ~ 9:00 第1会場

谷 憲三朗 (東京大学医科学研究所 ALA 先端医療学社会連携研究部門)

貧血 9:00 ~ 9:50 第1会場

座長：堺田 恵美子 (千葉大学医学部附属病院 血液内科)

1. ルキシソリチニブが奏効した骨髄線維症合併溶血性貧血
鎌田 渉 (湘南鎌倉総合病院 血液内科)
2. 原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫の骨髄再発時に併発し
リツキシマブが奏効した赤芽球癆
中田 康允 (総合病院土浦協同病院 血液内科)
4. Eltrombopag が効果不十分であったが romiplostim が著効した
再生不良性貧血の1例
水木 太郎 (同愛記念病院 血液内科)

急性骨髄性白血病 9:50 ~ 10:40 第1会場

座長：秋山 秀樹 (新渡戸記念中野総合病院 血液内科)

6. 十二指腸の緑色腫で再発し長期寛解を得ている MLL 遺伝子異常を伴う AML の1例
藤井 高幸 (独立行政法人国立病院機構 東京医療センター)
7. Cohesin 遺伝子変異を伴う急性骨髄性白血病の臨床的特徴と予後
久保山 まりか (日本医科大学 血液内科)
10. 維持透析中にゲムツズマブオゾガマイシン (GO) を投与した AML
谷川 宗 (東京都保健医療公社豊島病院 血液内科)

多発性骨髄腫 10:40 ~ 11:40 第1会場

座長：高野 弥奈 (武蔵野赤十字病院 血液内科・輸血部)

11. ボルテゾミブとレナリドマイドで加療した甲状腺髄外性形質細胞腫の1例
清水 誠一 (総合病院土浦協同病院 血液内科)
12. 自家移植後に下垂体形質細胞腫として再発した IgG- λ 型多発性骨髄腫
長尾 茂輝 (防衛医科大学校病院 血液内科)
14. 下垂体性副腎機能低下症を呈した多発性骨髄腫の1例
鈴木 栞 (獨協医科大学埼玉医療センター 糖尿病内分泌・血液内科)

16. ボルテゾミブによる薬剤性心筋障害をおこした多発性骨髄腫に
イキサゾミブが有効であった1例

小林 誠一郎 (関東労災病院 血液内科)

ランチョンセミナー 1 11:50 ~ 12:40

第1会場

座長: 松本 守生 (国立病院機構 渋川医療センター 血液内科)

再発難治の多発性骨髄腫治療に望むもの

玉井 洋太郎 (沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院 血液内科)

共催: ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

CML, MDS 13:00 ~ 13:50

第1会場

座長: 高橋 聡 (東京大学医科学研究所 先端医療研究センター)

17. 減量ボスチニブで MR4.5 を 2 年以上維持し休薬可能であった 80 代女性

日比野 勇人 (藤沢市民病院 血液内科)

21. リンパ形質細胞性リンパ腫 (LPL) の治療開始後に骨髄抑制が遷延し
MDS と診断し得た 1 例

田苗 健 (埼玉医大国際医療センター 造血器腫瘍科)

特別講演 14:00 ~ 15:00

第1会場

座長: 谷 憲三朗 (東京大学医科学研究所 ALA 先端医療学社会連携研究部門)

造血幹細胞移植の過去, 現在, そして未来

Learning the past and designing the future of HSCT

岡本 真一郎 (慶應義塾大学医学部 血液内科)

共催: アッヴィ合同会社

アフタヌーンセミナー 15:05 ~ 16:05

第1会場

座長: 森 慎一郎 (聖路加国際病院 血液内科)

新規抗 CD20 抗体オビヌツズマブの臨床的有用性~濾胞性リンパ腫の Next Era を考える~

照井 康仁 (がん研究会有明病院 血液腫瘍科)

共催: 中外製薬株式会社

急性白血病 16:10 ~ 17:00

第1会場

座長: 石田 禎夫 (日本赤十字社医療センター 血液内科)

25. Critical illness polyneuropathy を合併した急性前骨髄球性白血病の 1 例

石塚 幹太郎 (都立大塚病院 血液内科)

26. 5q-症候群に対してレナリドミド治療中に B-ALL を発症した 1 例

橋本 典論 (東海大学医学部附属八王子病院)

ATL 骨髄腫

17:00 ~ 17:50

第 1 会場

座長：中牧 剛 (昭和大学医学部内科学講座 血液内科学部門)

28. 診断時に細胞表面形質の異なる 2 つの細胞集団を認めた治療抵抗性多発性骨髄腫

安藤 匠平 (東京大学医科学研究所附属病院 血液腫瘍内科)

29. くすぶり型 ATL の診断における HAS-Flow 法の意義

中島 誠 (東京大学大学院 新領域創成科学研究科 病態医療科学分野)

リンパ腫 1

9:00 ~ 9:50

第 2 会場

座長：和泉 透 (栃木県立がんセンター 血液内科)

34. びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) に

傍腫瘍神経症候群 (PNS) を合併した 1 例

望月 泰孝 (東京慈恵会医科大学 腫瘍・血液内科)

リンパ腫 2

9:50 ~ 10:40

第 2 会場

座長：横濱 章彦 (群馬大学医学部附属病院 輸血部)

40. 高カルシウム血症から洞停止を起こした骨融解型の濾胞性リンパ腫の 1 例

土蔵 太一郎 (日本医科大学附属病院 血液内科)

感染症

10:40 ~ 11:40

第 2 会場

座長：瀧澤 淳 (新潟大学 血液・内分泌・代謝内科)

43. 低悪性度リンパ腫に対するリツキシマブ+ベンダムスチン治療後に発症し
診断に難渋したカンピロバクター腸炎

齋藤 寿実子 (帝京大学医学部 血液内科)

45. 寛解導入療法中に多発アスペルギルス脳膿瘍を発症した急性リンパ性白血病の 1 例

安達 弘人 (がん・感染症センター都立駒込病院 血液内科)

46. 多発性骨髄腫 (MM) に対する化学療法中にクリプトコッカス髄膜炎を発症した 1 例

内田 三四郎 (昭和伊南総合病院 血液内科)

ランチョンセミナー 2 11:50 ~ 12:40

第2会場

座長：酒井 リカ（神奈川県立がんセンター 血液・腫瘍内科）
進行期高腫瘍量濾胞性リンパ腫に対する治療戦略

頼 晋也（近畿大学病院 血液・膠原病内科）

共催：エーザイ株式会社

骨髄増殖性疾患 13:00 ~ 13:50

第2会場

座長：高山 信之（杏林大学医学部 血液内科）
49. MLL-ELL 転座を伴う慢性骨髄単球性白血病急性転化が疑われた1例
藤井 知紀（関東労災病院 血液内科/腫瘍内科）
51. Imatinib が好酸球増多に著効した t(5;14) を伴う慢性骨髄増殖性疾患の1例
藤井 知紀（関東労災病院 血液内科/腫瘍内科）

特別教育セミナー 15:05 ~ 16:05

第2会場

座長：田丸 淳一（埼玉医科大学総合医療センター 病理部）
リンパ腫における診断病理学

竹内 賢吾（がん研究会がん研究所病理部 臨床病理センター）

共催：武田薬品工業株式会社

リンパ腫 3 16:10 ~ 17:00

第2会場

座長：川田 浩志（東海大学医学部 血液腫瘍内科）
54. 良性潰瘍と鑑別が困難であった胃病変を有した節外性NK/T細胞リンパ腫，鼻型
伊藤 由布（総合病院土浦協同病院 血液内科）

リンパ腫 4 17:00 ~ 17:50

第2会場

座長：今井 陽一（東京大学医科学研究所附属病院 血液腫瘍内科）
58. Romidepsin にて長期寛解を維持している再発難治性血管免疫芽球性T細胞リンパ腫の1例
佐原 直日（関東労災病院 血液内科）

モーニングセミナー 9:00 ~ 9:30

第3会場

座長：神田 善伸（自治医科大学附属病院・附属さいたま医療センター 血液科）
急性骨髄性白血病の薬物治療

矢野 真吾（東京慈恵会医科大学 腫瘍・血液内科）

アステラス製薬株式会社

病態診断・治療

9:50～10:40

第3会場

座長：矢野 尊啓（国立病院機構 東京医療センター 血液内科）

67. Diffuse large B-cell lymphoma 患者を対象として

変異を有する遺伝子の頻度を double-hit の有無で比較した

大島 康雄（がん研究会 がん研有明病院 先端医療開発センター）

Closing remarks

18:00～18:10

第1会場

谷 憲三朗（東京大学医科学研究所 ALA 先端医療学社会連携研究部門）



PROCEEDINGS

ルキシソリチニブが奏効した骨髄線維症合併溶血性貧血

湘南鎌倉総合病院 血液内科

○鎌田 渉, 佐藤 淑, 岡田 怜, 玉井 洋太郎

症例は55歳男性。来院一年前の検診で貧血と脾腫を指摘された。倦怠感と食思不振あり近医を受診し、黄疸と汎血球減少症を認め当院紹介となった。初診時 Coombs 試験陰性溶血性貧血と巨脾を認め、骨髄生検で MF-1 の線維化を認めた。精査の結果、特異的直接クームス試験で IgM が陽性であり、また血清 IgM 型 M 蛋白が陽性であった。B 細胞性腫瘍の合併を考慮して、上下部内視鏡、CT ガイド下脾生検を施行したが原因となる所見はなかった。骨髄線維症に対してルキシソリチニブを開始したところ、溶血をはじめ血算3系統は改善した。また、脾腫は軽快した溶血性貧血と二次性骨髄線維症の合併例に対してステロイドをはじめとした免疫抑制療法を実施し、改善を得たとの症例報告は散見されるが、ルキシソリチニブで治療成功したとの報告はなく文献的考察を交えて報告する。

原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫の骨髄再発時に併発し リツキシマブが奏効した赤芽球癆

総合病院土浦協同病院 血液内科

○中田 康允, 伊藤 由布, 清水 誠一, 鴨下 昌晴

81歳男性。X-3年に心嚢水・胸水貯留で入院。胸水セルブロックで CD20, CD79a 陽性の大型異型細胞を認め、節性病変は認めず、HIV 陰性、HHV-8 陰性より原発性体腔液リンパ腫類似リンパ腫 (PEL-LL) と診断された。R-THP-CVP 療法を6コース施行し、寛解を得た。X年に Hb 3.8 g/dl の貧血で入院。網状赤血球2%で骨髄赤芽球のみ著減していた。一方、sIL-2R 17,420 U/l, PET-CT で骨髄にのみびまん性 FDG 集積を認め、骨髄 PCR で *IgH* 再構成陽性、骨髄生検で CD20, CD79a 陽性細胞を認めたことから、PEL-LL の骨髄再発に伴う PRCA と診断された。リツキシマブ単剤による治療を行い、貧血の改善、および sIL-2R の低下を認めている。PEL-LL による PRCA をリツキシマブで治療した症例報告は過去になく、文献的考察を加えて報告する。

Eltrombopag が効果不十分であったが romiplostim が著効した 再生不良性貧血の 1 例

同愛記念病院 血液内科

○水木 太郎, 鈴木 謙, 田野崎 栄, 齊藤 真貴子

症例は 73 歳女性。X 年 3 月に再生不良性貧血 (stage 4) と診断。CyA, アナボリックステロイドで治療を開始した。全経過を通じ赤血球は約 2 週に 1 回の輸血を必要とした。治療開始後血小板は 2 週間に約 3 回の輸血が必要であった。X+2 年 10 月より TPO 受容体動作薬 eltrombopag, X+2 年 11 月より deferasirox の投与を開始。血小板輸血頻度は週 1 回へと改善した。経過中 4 度出血源不詳の消化管出血を繰り返した。出血予防のため輸血で血小板数 $1 \text{ 万}/\mu\text{l}$ を維持した。徐々に血小板輸血頻度が増加し毎週 2 回の輸血が必要となった。抗 HLA 抗体は陰性。Eltrombopag 増量の効果はみられなかった。X+4 年 8 月から TPO 受容体動作薬を romiplostim に変更。血小板数は $1\sim 2 \text{ 万}/\mu\text{l}$ 台から 3 万以上へ増加した。一方貧血は改善せず今後 romiplostim 増量で経過を観察する予定である。

十二指腸の緑色腫で再発し長期寛解を得ている MLL 遺伝子異常を伴う AML の 1 例

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

○藤井 高幸, 朴 載源, 籠尾 壽哉, 岡部 崇志, 村上 紘一,
柴山 貴宏, 横山 明弘, 矢野 尊啓, 上野 博則

【緒言】成人, 特に高齢者では緑色腫による AML 再発は予後不良とされている。精神科疾患のため強力な治療が選択できない中で長期生存を得た症例の経過を文献的考察を加えて報告する。【症例】63 歳女性。発症 3 年前より双極性障害に対し投薬中であった。発熱で発症し無顆粒球症の診断で当科へ紹介入院した。骨髓検査で急性白血病と診断したが治療継続を拒否し 4 日後に退院した。説得の末, 6 日後精神科病棟に入院した。FISH 法で MLL 遺伝子異常を伴う AML (FAB 分類 M5b) と診断した。CAG 療法 1 回で寛解した。2 度目の CAG 療法以降無治療であった。発症 1 年 4 ヶ月後に黄疸で受診した。CT で十二指腸から空腸に腫瘤を認め生検で緑色腫と診断された。骨髓には再発を認めなかった。CAG 療法・DNR+AraC(2+5)療法で寛解し発症 2 年 2 ヶ月後まで 5-AZA による後療法を行った。発症 6 年 8 ヶ月の現在も寛解を維持している。

Cohesin 遺伝子変異を伴う急性骨髄性白血病の臨床的特徴と予後

- 1) 日本医科大学 血液内科 2) 長野赤十字病院 内科 血液部門
 3) NTT 東日本関東病院 血液内科 4) 京都第二赤十字病院 血液内科
 5) 横浜南共済病院 血液内科 6) 国立がんセンター中央病院 造血幹細胞移植科
 ○久保山 まりか¹⁾, 伊達 健太¹⁾, 阪口 正洋¹⁾, 植木 俊充²⁾, 白杵 憲祐³⁾, 小林 裕⁴⁾, 田近 賢二⁵⁾,
 黒澤 彩子⁶⁾, 稲井 一貴¹⁾, 尾内 大志¹⁾, 丸毛 淳史¹⁾, 大森 郁子¹⁾, 山中 聡¹⁾, 藤原 裕介¹⁾,
 由井 俊輔¹⁾, 脇田 知志¹⁾, 岡本 宗雄¹⁾, 寺田 和樹¹⁾, 福田 隆浩⁶⁾, 山口 博樹¹⁾, 猪口 孝一¹⁾

急性骨髄性白血病 (AML) の 10% 程度に cohesin 遺伝子変異は存在するが AML における予後因子として cohesin 遺伝子変異の意義は一定の見解を得ていない。Cohesin 遺伝子異常を有する AML の臨床的特徴と予後について, *de novo* AML 541 例を後方視的に検討した。RAD21, STAG1, STAG2, SMC1A, SMC3 の 5 つの cohesin 遺伝子変異は 71 例 (13.1%) で認められ, これらは排他的であった。患者群全体において cohesin 遺伝子変異陽性群 (mut) と wild type 群 (WT) の OS と RFS は同等であった。65 歳未満, 染色体予後中間群, FLT3-ITD 陰性の患者群で, mut 群は WT 群に比して OS で有意に不良であった (OS : $p=0.026$, RFS : $p=0.871$)。AML の予後中間群において, cohesin 遺伝子変異は予後予測因子となりうる。

維持透析中にゲムツズマブオゾガマイシン (GO) を投与した AML

- 1) 東京都保健医療公社豊島病院 血液内科 2) 東京都保健医療公社豊島病院 腎臓内科
 3) 東京都保健医療公社豊島病院 検査科 4) 東京都保健医療公社豊島病院 消化器内科
 ○谷川 宗¹⁾, 奥津 理恵²⁾, 鄭 子文³⁾, 近藤 真由美⁴⁾

症例は 65 歳男性。糖尿病の腎障害で透析導入を勧められていた。食思不振と全身倦怠感で近医受診。高度の腎障害と汎血球減少のため当院紹介。骨髓穿刺で芽球を 52% 認め AML (M2) と診断。CD33 陽性率 87.9%。透析導入し高齢者用寛解導入療法 (DNR 40 mg/m²×3 日, Ara-C 100 mg/m²×7 日) 施行。Day6 より嘔下時違和感を自覚。Day8 に 350 ml の吐血。上部消化管内視鏡で下部食道の炎症と粘膜損傷が疑われる所見。粘膜保護剤内服と血小板輸血で止血するも, day22 まで心窩部痛と嘔下時の違和感は持続。Day37 に CR。地固め第一 (MIT + Ara-C), 第二 (DNR + Ara-C) 施行。治療の都度心窩部痛と嘔下時違和感が持続。治療継続困難となり難治性 AML として, GO 9 mg/m² を 1 回投与。二峰性の血球回復を認めた。透析中の GO 投与の報告はないが, 本例は CR 持続しており有用と思われた。

ボルテゾミブとレナリドマイドで加療した 甲状腺髄外性形質細胞腫の1例

総合病院土浦協同病院 血液内科
○清水 誠一, 伊藤 由布, 鴨下 昌晴

70歳男性。X年6月より認めていた左頸部腫瘍を主訴に前医受診。腫瘍は緩徐に増大し、嚥下困難と発声変化を自覚するようになった。腫瘍は甲状腺左葉由来で、12月に針生検施行、CD20陰性、CD79a陽性から悪性リンパ腫を疑われ当科初診。同月再度腫瘍生検を施行し、速報では非ホジキンリンパ腫疑いとなったが、診断確定に難渋した。ステロイド投与に反応なく、窒息回避のため施行した、THP-CVP療法も無効であった。X+1年1月になり、CD138陽性、 κ -ISH陽性から形質細胞腫と判明、血清Mタンパク量は2.48 g/dl、免疫固定法でIgG- κ 陽性、骨髄中形質細胞増加なく、甲状腺髄外性形質細胞腫（EMP）と診断した。BD療法導入で速やかに腫瘍軟化を認め、lenalidomide追加で腫瘍退縮を認めたがADL低下あり、休薬により再燃を認めた。EMP発生部位として甲状腺は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

自家移植後に下垂体形質細胞腫として再発したIgG- λ 型多発性骨髄腫

防衛医科大学校病院 血液内科
○長尾 茂輝, 河村 俊邦, 和泉 拓野, 高野 昂佑, 田地 規朗,
岡田 陽介, 寺本 昌弘, 加藤 章一郎, 木村 文彦

【症例】67歳女性。X年11月発症の多発性骨髄腫（IgG- λ 型）で寛解導入療法としてBd療法を施行した。CRに到達後、X+5年11月に自家末梢血幹細胞移植を施行した。その後Ld療法を継続しCRを維持していた。X+8年3月より左視力低下を自覚し、左動眼神経麻痺による散瞳と左眼瞼下垂を認めた。頭部MRIでトルコ鞍内に25mmの腫瘍を認め、視交叉を圧排していた。下垂体腺腫を疑い、内視鏡下経鼻経蝶形骨洞手術を施行したところ、形質細胞腫の病理診断となった。易出血性病変であり減圧摘出に留め、後療法としてガンマナイフ治療を施行し、視機能は改善傾向である。免疫固定法でも陽性に転じており化学療法を継続している。【考察】中枢神経浸潤をきたした多発性骨髄腫は非常に稀であり、治療法は確立されておらず、予後不良とされる。本例は自家移植後Ld療法を継続していたにも関わらず、下垂体に形質細胞腫をきたした。

下垂体性副腎機能低下症を呈した多発性骨髄腫の1例

獨協医科大学埼玉医療センター 糖尿病内分泌・血液内科

○鈴木 栞, 岡村 隆光, 山内 元貴, 原澤 彰, 三宅 勇輝, 氏家 淳, 奥村 武憲,
久保 未央, 古川 翔, 篠崎 浩之, 成瀬 里香, 土屋 天文, 森田 公夫, 橋本 貢士

症例は82歳女性, 77歳時に多発性骨髄腫, BJP κ , ISS III期と診断されVMP療法を行いsCRに到達した。その後, 継続治療としてILd療法を施行していたが, 食思不振と意識障害を呈し緊急入院となる。入院時, 低血糖も認め, その後も, 低血糖の遷延を認めた。内分泌学的検査にて血漿ACTH検出感度未満, 血漿コルチゾール低下しており, 低血糖を来す他の基礎疾患を認めず下垂体性副腎皮質機能低下症と診断した。ヒドロコルチゾン20mg/日で補充により症状改善を認め, 以後, 継続投与にて再燃を認めていない。
【考察】多発性骨髄腫に対する継続治療中に下垂体性副腎機能低下症を呈した1例を経験した。原因として多発性骨髄腫に対するステロイド長期投与による下垂体性副腎皮質機能低下症と考えられた。ステロイドを含む継続治療を行う多発性骨髄腫患者においては下垂体および副腎機能などの内分泌学的評価が必要であると考えられる。

ボルテゾミブによる薬剤性心筋障害をおこした 多発性骨髄腫にイキサゾミブが有効であった1例

1) 関東労災病院 血液内科 2) 関東労災病院 腫瘍内科

○小林 誠一郎¹⁾, 佐原 直日¹⁾, 松永 貴志¹⁾, 北原 信介^{1,2)}, 藤井 知紀^{1,2)}, 大野 伸広¹⁾

50歳代後半男性(初回治療時)。X年8月発症の多発性骨髄腫, IgG- κ 型, ISS Stage 2。2度の自家末梢血幹細胞移植を含む長い前治療歴を有する。X+5年9月よりRd療法を開始。この時点の骨髄検査でdel(17p) 0%。その後増悪し, X+9年6月の骨髄検査でdel(17p) 21%。X+9年7月よりVCD療法を開始。しかしX+9年8月下旬より不整脈を自覚。心臓超音波検査にて全周性に壁運動低下, EF 42%と心機能低下。経過からbortezomibによる心筋障害を疑った。IRd(Ixazomib-Len-Dexa)療法に変更した。部分寛解に至り, 心機能も改善。約2年間, 同治療を継続できた。Ixazomibはプロテアソーム阻害剤の中では心血管系障害の副作用が最も少ない。また, 本例のような予後不良染色体を有する骨髄腫に効果があり, これらの点から本例において特に有用であった。

減量ボスチニブで MR4.5 を 2 年以上維持し 休薬可能であった 80 代女性

1) 藤沢市民病院 血液内科 2) 藤沢市民病院 臨床検査科
3) 横浜市立大学医学部 血液・免疫・感染症内科学

○日比野 勇人¹⁾, 岩坂 奈津季¹⁾, 岸本 久美子¹⁾, 藤巻 克通¹⁾, 渡邊 眞一郎²⁾, 中島 秀明³⁾

【緒言】標準投与量の半量のボスチニブ内服で MR4.5 を 2 年以上維持, 休薬することができた 80 代女性の症例を経験したので報告する。【症例】81 歳女性。X 年 9 月慢性骨髄性白血病, Sokal スコア Intermediate と診断。高血圧以外特記すべき臓器障害は認めなかった。ダサチニブ 50 mg で開始したが X 年 10 月食欲低下で休薬。X 年 11 月からボスチニブ 100 mg で開始し 400 mg まで漸増。X+1 年 1 月胸水で休薬。軽快後 300 mg で再開。X+1 年 4 月に MR4.5 に到達。X+1 年 5 月胸水で休薬。軽快後 200 mg で再開。MR4.5 を 2 年 5 ヶ月維持した X+3 年 9 月ボスチニブ休薬。現在のところ MR4.5 を維持している。【考察】高齢者では有害事象の頻度が多く慢性骨髄性白血病治療薬の内薬継続が困難となることもあるが, 適切な投与量を継続できれば最良の効果が得られうると示唆された。

リンパ形質細胞性リンパ腫 (LPL) の治療開始後に骨髄抑制が遷延し MDS と診断し得た 1 例

埼玉医大国際医療センター 造血器腫瘍科

○田苗 健, 高橋 直樹, 前田 智也, 麻生 智愛, 岡村 大輔, 石川 真穂,
郡 美佳, 塚崎 邦弘, 石田 明, 川井 信孝, 松田 晃, 麻生 範雄

70 歳男性, 入院 3 ヶ月前より全身倦怠感が強く, 紹介医を受診, 汎血球減少を認め, 当院を紹介, 入院となった。入院時 WBC 2,480/ μ l, Hb 3.9 g/dl, Plt 5.9 万/ μ l, 分画はリンパ球 53.0%, IgM の単クローン性増加を認め, 骨髄にてリンパ球ないし形質細胞様細胞の増加を認め, LPL と診断した。診断後, bendamustine 療法を開始, 治療後骨髄抑制が遷延し, G-CSF の連日投与, 頻回の輸血を要した。治療後異常リンパ球は減少し, その後 rituximab 療法を 8 コース施行したが, 血球減少が遷延し, 骨髄検査で blast の増加と染色体異常 20q- を認め, MDS EB-2 と診断した。MDS 診断後, azacitidine 療法を 3 コース行ったが, 効果不良であり, 支持療法のみに変更し退院した。本例は, 化学療法後骨髄抑制が遷延したため, MDS を初発時より合併していた可能性が示唆された。

Critical illness polyneuropathy を合併した 急性前骨髄球性白血病の 1 例

1) 都立大塚病院 血液内科 2) 都立大塚病院 初期研修医 3) 都立駒込病院 血液内科
○石塚 幹太郎¹⁾, 武藤 秀治¹⁾, 小林 諒平²⁾, 小沼 亮介³⁾, 宮脇 修一¹⁾, 富山 順治¹⁾

症例は 72 歳男性，倦怠感，鼻出血で当院を受診した。汎血球減少と DIC を認め，骨髄検査で AML M3 と診断した。間期核 FISH では 4 倍体を含む多倍体の細胞に PML-RAR α の融合シグナル認めた。急性前骨髄球性白血病 (APL) と診断し，速やかに ATRA を開始した。しかし，分化症候群による重篤な肺水腫を合併し，ICU にて人工呼吸器管理を要した。約 1 ヶ月後に離脱したが，覚醒後に四肢の運動・感覚障害と膀胱直腸障害が判明した。神経伝導検査の結果，軸索障害型の末梢神経障害であり，critical illness polyneuropathy (CIP) と診断した。CIP に至る要因として，高サイトカイン血症，高血糖，敗血症などが提唱されており，APL 寛解導入における分化症候群は CIP のハイリスクな状態と考えられる一方，APL における合併例は報告がないため，文献的考察を加えて報告する。

5q-症候群に対してレナリドミド治療中に B-ALL を発症した 1 例

1) 東海大学医学部附属八王子病院 2) 医療法人社団特成会八王子山王病院 内科
3) 東海大学医学部附属八王子病院 血液腫瘍内科
○橋本 典諭¹⁾, 井口 具隆²⁾, 上田 智基³⁾, 横山 健次³⁾

【症例】80 歳台女性。20XX 年に貧血精査目的で受診，骨髄検査の結果芽球が 1.1%，染色体検査で 46,XX del5q を 3/20 で認めて 5q-症候群と診断して，レナリドミド治療を開始した。その後血球は安定しており感染の合併もなく輸血不要の状態であったが，20XX+8 年頃から緩徐に汎血球減少 (WBC 1,400/ μ l, Hb 9.8 g/dl, Plt 10.7×10^4 / μ l) が進行し，骨髄検査を行った。POX 陰性芽球が 89.4% を占め，胞体内には微細から粗大な顆粒を多数含んでいた。細胞表面マーカーは CD10, 19, 34, HLA-DR, TdT 陽性であり B-ALL と診断した。染色体分析では 46,XX,del5q を 7/20 に認めた。5q-症候群に対してレナリドミド治療中に B-ALL を発症した稀な症例であり，発症様式に対して示唆に富むため，文献的考察を交えて報告する。

診断時に細胞表面形質の異なる2つの細胞集団を認めた 治療抵抗性多発性骨髄腫

東京大学医科学研究所附属病院 血液腫瘍内科

○安藤 匠平, 川俣 豊隆, 佐藤 亜紀, 横山 和明, 安井 寛, 今井 陽一, 東條 有伸

62歳男性。貧血を伴う右第6肋骨の骨折で発症し、骨髄検査で形質細胞62.4%を認めたことからIgG- κ 型の多発性骨髄腫と診断した。FISHではハイリスク染色体異常を認めなかった。フローサイトメトリーで約20%にMPC-1+CD45-, 約14%にMPC-1-CD45+を呈する細胞集団を認めた。Bd療法1コース後、VRd療法4コース中に多発する髄外腫瘍が出現し、骨髄では約20%にMPC-1+CD45+の細胞集団を認めた。Double refractoryであったが、VTD-PACE療法2コース後にPRを得て自家移植を行った。多発性骨髄腫では経過中にclonal tide (drift)を来すことが知られているが、診断時に異なる表面形質を有する2つの細胞集団を認めることは稀である。またdouble refractoryに対する治療奏効例であり、示唆に富むと考え報告する。

くすぶり型ATLの診断におけるHAS-Flow法の意義

- 1) 東京大学大学院 新領域創成科学研究科 病態医療科学分野
- 2) 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
- 3) 関東労災病院 血液内科
- 4) JR大阪鉄道病院 血液内科
- 5) 公益財団法人慈愛会今村総合病院 臨床研究センター
- 6) 東京大学 フューチャーセンター推進機構

○中島 誠¹⁾, 堀部 恵梨佳¹⁾, 岩永 正子²⁾, 小林 誠一郎³⁾,
高 起良⁴⁾, 宇都宮 興⁵⁾, 渡邊 俊樹⁶⁾, 内丸 薫¹⁾

ATLはHTLV-1感染を原因とする予後不良の血液腫瘍で、くすぶり型、慢性型、急性型、リンパ腫型に区別される。くすぶり型の診断は末梢血中の異常リンパ球の割合が5%を超えた場合とされるが、目視による検査のため測定誤差を生じやすく、それが診断に直結することが問題視されている。FACSによりCD4陽性細胞におけるCADM1/CD7の発現レベルを解析するHAS-Flow法(Kobayashi S, 2014, Makiyama J, 2019)はHTLV-1キャリアからATLへの病態進展を高感度に反映する。今回HTLV-1感染者コホート研究JSPFAD登録例をベースに構築されたindolent ATLデータベース登録症例のHAS-Flowを検討したところ、異常リンパ球が5%以上とされるがHAS-Flow法および核酸検査による感染細胞の割合が低値であった症例が複数検出され、形態診断の問題点について報告する。

びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) に 傍腫瘍神経症候群 (PNS) を合併した 1 例

東京慈恵会医科大学 腫瘍・血液内科

○望月 泰孝, 福島 僚子, 長尾 陸, 石井 彰子, 大島 さやか, 郡司 匡弘, 石井 敬人,
仲野 彩, 勝部 敦史, 横山 洋紀, 齋藤 健, 島田 貴, 矢野 真吾

症例は、46 歳女性。20XX 年 3 月に右動眼神経麻痺を認め、前医を受診した。5 月頃より下肢筋力低下、両手指のしびれが出現し、症状は徐々に悪化した。原因不明であった。精査目的に 7 月上旬に当院に転院した。髄液検査及び頭部～腰椎 MRI では異常を認めなかったが、全身 CT で子宮腫大と多発皮下結節、仙骨 MRI で仙骨神経腫大を認めた。臍部の生検にて DLBCL と診断された。さらに右顔面神経麻痺が加わったが、R-CHOP 療法開始後、腫瘍縮小とともに神経症状の改善を認めた。本例における下肢筋力低下は DLBCL の仙骨神経浸潤に伴う神経リンパ腫症と考えられたが、動眼・顔面神経麻痺、しびれに関しては腫瘍の直接浸潤の所見は無く、PNS と判断した。PNS は担がん患者の神経障害のうち、腫瘍の直接浸潤によらない、免疫機序による症状を指すが、悪性リンパ腫に伴う PNS は比較的稀であり、慎重な対応を要する。

高カルシウム血症から洞停止を起こした 骨融解型の濾胞性リンパ腫の 1 例

日本医科大学付属病院 血液内科

○土蔵 太一郎, 由井 俊輔, 砂川 実香, 岡本 宗雄, 山口 博樹, 猪口 孝一

症例は 69 歳女性。嘔気、口渴等を主訴とし近医を受診した。白血球、LDH、Ca 高値、急性腎障害等を認め、同日緊急入院となった。補液、利尿薬、カルシトニン等を開始し、Ca 値や嘔気等の症状も改善した。しかし、その後 Ca 値が再上昇し、洞停止を認め、同日から血液透析を連日施行した。その後 denosumab を使用して Ca 値は低下した。sIL-2R 高値があった事から精査加療目的で当科コンサルトとなった。ガリウムシンチでは頭蓋骨、胸骨、椎体、四肢に異常集積を認め、骨髄の病理、FCM、G 分染・FISH で濾胞性リンパ腫 (FL) の診断がつき、化学療法を施行し、高 Ca 血症や臨床症状は改善を認めた。Intact-PTH、活性型ビタミン D3 等は正常であり、画像検査で骨融解像を認め、FL による骨融解が高 Ca 血症の原因と考えられた。FL が骨融解型の高 Ca 血症を起こす事は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

低悪性度リンパ腫に対するリツキシマブ+ベンダムスチン治療後に 発症し診断に難渋したカンピロバクター腸炎

- 1) 帝京大学医学部 血液内科 2) 帝京大学医学部附属病院 病理診断科
3) 帝京大学医学部 内科

○齋藤 寿実子¹⁾, 田代 晴子¹⁾, 住吉 立¹⁾, 松尾 琢二¹⁾, 山本 義¹⁾,
松本 謙介¹⁾, 大井 淳¹⁾, 斉藤 光次²⁾, 阿部 浩一郎³⁾, 白藤 尚毅¹⁾

【症例】65歳女性。【主訴】下痢，発熱。【現病歴】X年4月に骨髄病変のみの small B cell lymphoma と診断，リツキシマブ，ベンダムスチン療法を開始。5コース終了時，CMV 腸炎を合併したが，バラガンシクロビルで治療し改善した。しかし症状再燃し，血液検査上 LDH 上昇も出現した。原疾患の増悪を疑い，骨髄検査を施行したが異常所見を認めなかった。その後も症状が遷延し，LDH も更に上昇したため，PET/CT を施行し，大腸全長に FDG 集積を認めた。大腸内視鏡検査にて血管透見像の低下がみられ，同部の病理検査でも粘膜全層性の炎症細胞を認め，潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であった。しかし便培養より *Campylobacter jejuni* が検出されたためクラリスロマイシンの内服を行ったところ，症状，内視鏡所見共に改善し，LDH も正常化したため，カンピロバクター腸炎と診断した。

寛解導入療法中に多発アスペルギルス脳膿瘍を発症した 急性リンパ性白血病の1例

- 1) がん・感染症センター都立駒込病院 血液内科 2) 永寿総合病院 血液内科
○安達 弘人¹⁾, 名島 悠峰¹⁾, 大塚 友貴¹⁾, 小沼 亮介¹⁾, 和田 敦司¹⁾, 岸田 侑也¹⁾, 永田 啓人¹⁾,
山田 裕太¹⁾, 小西 達矢¹⁾, 永田 亮平¹⁾, 丸毛 淳史¹⁾, 野口 侑真¹⁾, 遠矢 嵩¹⁾, 五十嵐 愛子¹⁾,
小林 武¹⁾, 垣花 和彦¹⁾, 萩原 正夫²⁾, 坂巻 壽¹⁾, 大橋 一輝¹⁾, 土岐 典子¹⁾

アスペルギルス中枢神経病変は稀だが抗真菌薬単独では死亡率9割と予後不良であり，外科的切除併用の有効性が報告されている。症例は69歳男性。急性リンパ性白血病に対する寛解導入療法 day17 に発熱，CT 上左肺下葉に halo sign を伴う腫瘤を認め，真菌性肺炎を疑いボリコナゾール（VRCZ）内服を開始した。Day26 に意識障害を呈し，頭部 MRI で大脳半球・小脳・脳幹に多発脳膿瘍の所見を認め，リポゾーマルアムホテリシン B 静注に変更した。Day36 の脳生検にてアスペルギルス脳膿瘍の確診に至った。意識障害は JCSIII-200 に達したが MRI 上は病変拡大なく，腎尿管障害に伴い day45 に VRCZ 静注に変更した。Day38 で血液学的寛解確認，day51 以降解熱し意識障害も JCSI-1 まで改善したため VRCZ 投与継続としている。切除困難な多発病変に対し，抗真菌薬長期投与で救命し得た稀な1例と考えられた。

多発性骨髄腫（MM）に対する化学療法中に クリプトコッカス髄膜炎を発症した1例

1) 昭和伊南総合病院 血液内科 2) 昭和伊南総合病院 健診センター
○内田 三四郎¹⁾, 小原 洋一¹⁾, 山田 幸宏²⁾

75歳女性。X-2年にBJ λ 型MM（ISS III期, del 17pおよびt(14;16)あり）と診断。レナリドミド+デキサメサゾン（Rd）療法を開始し部分奏効となり，引き続きエロツズマブ+Rd（ERd）療法を計25コース施行したが，再び血清FLCの上昇を認め，X年ダラツムマブ+Rd（DRd）療法を開始した。2コース目から不定期な発熱を認めるようになり，3コース施行中に胸部CT所見よりニューモシチス肺炎と診断したが，頭痛の増悪とけいれん発作も認め髄液検査を施行したところ，培養検査で*C. neoformans*が同定されクリプトコッカス髄膜炎の合併も認めた（HIVは陰性）。L-AMB+5-FCの投与を開始し，腎機能悪化のためF-FLCZ静注に変更，その後VRCZ内服で治療を継続している。化学療法中に真菌感染を併発したMMの症例について，成因や予防に関する考察を交え報告する。

MLL-ELL 転座を伴う慢性骨髄単球性白血病急性転化が疑われた1例

1) 関東労災病院 血液内科 2) 昭和大学 血液内科 3) 関東労災病院 腫瘍内科
○藤井 知紀^{1,3)}, 北原 信介^{1,3)}, 松井 知治²⁾, 松永 貴志¹⁾,
小林 誠一郎¹⁾, 佐原 直日¹⁾, 大野 伸広¹⁾

40歳代前半男性。当科初診1.5ヶ月前，近医にてWBC 11,200(Mono 33%)/ μ l, Hb 13.1 g/dl, Plt 13.1万/ μ l 指摘。労作時息切れ出現しWBC(Mono 43%)/ μ l, Hb 10.4 g/dl, Plt 6.4万にて当科紹介。骨髄穿刺にて有核細胞数620,000, 巨核球数30, 単球様異形細胞が増生し，背景細胞に形態異常散見された。t(11;19)(q23.3;p13.1)[20/20]検出されMLL-ELL転座を伴う慢性骨髄単球性白血病急性転化と診断。WT-1mRNA 77,000コピー/ μ gRNA, LDH急上昇あり寛解導入療法にて第一寛解期に到達した。FLT3/ITD変異陽性のため同種移植方針。MLL-ELLは近年報告がなされているが稀であり，若年者に多く急性骨髄単球性白血病や慢性骨髄単球性白血病急性転化の臨床病理像をとるとされ，本例と合致していた。

Imatinib が好酸球増多に著効した t(5;14)を伴う慢性骨髄増殖疾患の1例

1) 関東労災病院 血液内科 2) 昭和大学 血液内科 3) 関東労災病院 腫瘍内科
○藤井 知紀^{1,3)}, 松井 知治²⁾, 北原 信介^{1,3)}, 松永 貴志¹⁾,
小林 誠一郎¹⁾, 佐原 直日¹⁾, 坂本 奈美¹⁾, 大野 伸広¹⁾

50歳代前半男性。X-4年頃からWBC 10,000台認めるも経過観察。X-1年WBC 22,000(Eos 14%)/ μ l, Plt 43.3万/ μ l, 喫煙による好酸球増加疑われた。X年WBC 40,800(Eos 34%)/ μ l, Plt 52.0万/ μ lと増加し当科にて骨髄穿刺施行し過形成, 好酸球30%占めており, G分染法でt(5;14)(q33;q22)[20/20]が検出された。末梢血FISH(PDGFRB(5q32転座))85%陽性であった。血小板由来増殖因子受容体 β (PDGFRB)の再構成を伴う慢性骨髄増殖性疾患と診断。Imatinib 400 mg/dで開始しday3には末梢血好酸球は消失した。X+2.5年, 末梢血FISH(PDGFRB)0%で再発認めず良好な経過。有害事象はGrade1筋痛で耐容可能。t(5;12)を伴う例が多く, t(5;14)は比較的稀であり報告する。

良性潰瘍と鑑別が困難であった胃病変を有した 節外性NK/T細胞リンパ腫, 鼻型

総合病院土浦協同病院 血液内科
○伊藤 由布, 清水 誠一, 鴨下 昌晴

67歳男性。X年7月に右鼻閉を自覚し, 鼻腔腫瘍生検で節外性NK/T細胞リンパ腫, 鼻型(ENKL)と診断された。骨髄生検, PET/CTの結果, 右側の鼻腔・副鼻腔・扁桃・副神経節への浸潤が認められた。FDG集積を伴う胃潰瘍を指摘されたが, 生検で悪性所見を認めず。StageIIAの診断となり, X年9月より2/3 DeVIC+IFRTが施行された。X年11月のPET/CTでCMRと判定されたが, 既知の胃潰瘍の増悪を認めた。繰り返し生検が施行されたが診断つかず, X+1年4月に出血性胃潰瘍で緊急幽門側胃切除術が施行された。胃切除検体でENKLと診断された。PS4で化学療法のできる状態になく, ENKL病勢悪化によりX+1年5月に永眠された。一般的に悪性リンパ腫の消化管病変は生検で診断されるが, ENKLは壊死傾向が強く, 特に消化管病変は生検で確定診断が得られない症例も多いことに留意すべきである。

Romidepsin にて長期寛解を維持している 再発難治性血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫の 1 例

1) 関東労災病院 血液内科 2) 関東労災病院 腫瘍内科

○佐原 直日¹⁾, 北原 信介²⁾, 松永 貴志¹⁾, 小林 誠一郎¹⁾, 藤井 知紀^{1,2)}, 大野 伸広¹⁾

症例は 71 歳男性。X 年 2 月両側胸水と全身リンパ節腫大を認め当科へ紹介。PETCT にて全身リンパ節と脾臓に異常集積を認め右頸部リンパ節生検にて血管免疫芽球性 T 細胞リンパ腫 (AITL), stage3B と診断。CHOP 療法 6 コースにて CR となるも 3 ヶ月後に再発。GCD 療法 6 コースで 2nd CR を獲得するも 4 ヶ月後に再発したため romidepsin を導入。治療開始後速やかに病変は縮小し 6 サイクル後の PETCT で 3rd CR と判定。以後治療を継続し開始後 20 ヶ月 CR を維持している。Grade3 の悪心を認めたが palonosetron が著効し治療を継続できた。再発難治性 AITL の予後は極めて不良だが既報では romidepsin により CR/CRu 到達症例は比較的長期の PFS を維持できている。有害事象をコントロールし治療を継続することが重要と考えられた。

Diffuse large B-cell lymphoma 患者を対象として 変異を有する遺伝子の頻度を double-hit の有無で比較した

1) がん研究会 がん研有明病院 先端医療開発センター

2) 東京大学医科学研究所 先端医療研究センター

3) 東京大学医科学研究所 ALA 先端医療学社会連携研究部門

○大島 康雄^{1,2)}, 高橋 聡²⁾, 谷 憲三朗³⁾, 東條 有伸²⁾

Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) のうち BCL2 あるいは BCL6 あるいはその両方の遺伝子再構成と MYC 遺伝子再構成を有する例は double-hit lymphoma と呼ばれ、予後不良と報告されている。遺伝子変異はその遺伝子の機能の減弱または増強、新たな機能の獲得等を起こしうることから、病態に関連する変異を有する遺伝子を特定する事は病態の理解に有意義である。本解析に用いた Memorial Sloan Kettering Cancer Center が管理する cBioPortal データベース上には DLBCL 症例が 1,295 例登録されていた。1,295 例のうち BCL2, BCL6, MYC の fluorescence *in situ* hybridization (FISH) データは 125 例で登録されていた。125 例中 9 例は double-hit の基準を満たし、残る 116 例は double-hit の基準を満たさなかった。Double-hit 例と非 double-hit 例とで臨床データを比較したところ、年齢・性別・初診時の B-symptoms・男性の睾丸浸潤・初回治療への反応性について、有意差を認めなかったものの double-hit 例で変異を有する遺伝子の頻度が高い傾向を認めた。個別の遺伝子では、POU2F2, MYC, PTPN6, BCL2, EZH2 等の転写・情報伝達・細胞増殖に関連する遺伝子に高頻度で変異を認めたことから、これら遺伝子変異の蓄積が double-hit 例での病態に関連する可能性がある。

第12回日本血液学会関東甲信越地方会
ランチョンセミナー1

再発難治の 多発性骨髄腫治療に 望むもの

2020.3.14.sat
11:50-12:40

第1会場

(イイノホール&カンファレンスセンター 4階 RoomA)

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目1番1号

座長

松本 守生 先生

独立行政法人国立病院機構渋川医療センター
血液内科 内科系診療部長

演者

玉井 洋太郎 先生

医療法人沖縄徳洲会湘南鎌倉総合病院 血液内科 部長



共催

第12回日本血液学会関東甲信越地方会
ブリistol・マイヤーズ スクイブ株式会社



Bristol-Myers Squibb

ブリistol・マイヤーズ スクイブ



第12回

日本血液学会関東甲信越地方会

ランチオンセミナー

座
長

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立がんセンター 副院長 兼 血液・腫瘍内科 部長

酒井 リカ 先生

進行期高腫瘍量濾胞性リンパ腫に 対する治療戦略

演
者

近畿大学 医学部 血液・膠原病内科 医学部講師

頼 晋也 先生

日 時

2020年 **3月14日**  11:50~12:40

会 場

イノホール&カンファレンスセンター
第2会場 (4階 Room B)

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目1-1 飯野ビルディング

日本血液学会関東甲信越地方会 組織一覧



(敬称略, 五十音順, 2020年1月現在)

代表

小松 則夫 (順天堂大学)

副代表

猪口 孝一 (日本医科大学)

幹事

青木 定夫 (新潟薬科大学)	谷 憲三郎 (東京大学医科学研究所)
青墳 信之 (成田赤十字病院)	谷口 修一 (虎の門病院)
石田 禎夫 (日本赤十字社医療センター)	千葉 滋 (筑波大学)
石田 文宏 (信州大学)	塚崎 邦弘 (埼玉医科大学国際医療センター)
伊豆津宏二 (国立がん研究センター中央病院)	塚本 憲史 (群馬大学)
和泉 透 (栃木県立がんセンター)	辻村 秀樹 (千葉県がんセンター)
犬飼 岳史 (山梨大学)	東條 有伸 (東京大学医科学研究所先端医療研究センター)
臼杵 憲祐 (NTT 東日本関東病院)	富田 直人 (聖マリアンナ医科大学)
岡本真一郎 (慶應義塾大学)	永井 孝一 (新潟県立中央病院)
川田 浩志 (東海大学)	中沢 洋三 (信州大学)
神田 善伸 (自治医科大学附属病院・附属さいたま医療センター)	中島 秀明 (横浜市立大学)
木崎 昌弘 (埼玉医科大学総合医療センター)	中世古知昭 (国際医療福祉大学)
木村 文彦 (防衛医科大学)	中牧 剛 (昭和大学血液内科)
桐戸 敬太 (山梨大学)	野口 雅章 (順天堂大学医学部附属浦安病院)
熊谷 隆志 (青梅市立総合病院)	長谷川雄一 (筑波大学附属病院)
黒川 峰夫 (東京大学)	八田 善弘 (日本大学医学部)
堺田恵美子 (千葉大学医学部附属病院)	松田 晃 (埼玉医科大学国際医療センター)
鈴木 隆浩 (北里大学)	三浦 修 (東京医科歯科大学)
高野 弥奈 (武蔵野赤十字病院)	三谷 絹子 (獨協医科大学内科学(血液・腫瘍))
高山 信之 (杏林大学)	南 陽介 (国立がん研究センター東病院)
瀧澤 淳 (新潟大学医学部)	森田 公夫 (獨協医科大学越谷病院)
田中 淳司 (東京女子医科大学)	矢野 真吾 (東京慈恵会医科大学)

運営委員

石田 文宏 (信州大学)	小松 則夫 (順天堂大学)
猪口 孝一 (日本医科大学)	谷 憲三郎 (東京大学医科学研究所)
臼杵 憲祐 (NTT 東日本関東病院)	谷口 修一 (虎の門病院)
神田 善伸 (自治医科大学附属病院・附属さいたま医療センター)	千葉 滋 (筑波大学)
木崎 昌弘 (埼玉医科大学総合医療センター)	中島 秀明 (横浜市立大学)
木村 文彦 (防衛医科大学)	三谷 絹子 (獨協医科大学内科学(血液・腫瘍))

監事

新井 文子 (聖マリアンナ医科大学) 大橋 一輝 (都立駒込病院)

事務局 順天堂大学医学部内科学血液学講座

〒113-8421 東京都文京区本郷 2-1-1 TEL: 03-3813-3111 (大代表)



日本血液学会関東甲信越地方会 会則

(名 称)

第1条 本会は日本血液学会関東甲信越地方会と称する。

(事務局)

第2条 本会は事務局を代表の所属する施設におく。

(目 的)

第3条 本会は日本血液学会の地方会として、血液学に関する学術の進歩並びに知識の普及を目的とする。

(事 業)

第4条 本会は前条の目的を達成するため次の行事を行う。

1. 地方会の開催
2. その他本会の目的達成のために必要な事業

(会員の構成)

第5条 本会の会員の資格は、関東甲信越地区（東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県・栃木県・群馬県・茨城県・山梨県・長野県・新潟県）で、日本血液学会の会員とする。

(会 費)

第6条 年会費は1500円とし、日本血液学会の年会費と同時に日本血液学会の事務局を介して徴収する。ただし地方会開催毎に、参加費を徴収する。初期研修医は参加費免除とする。

(名誉会員)

第7条 本会に名誉会員を置くことができる。名誉会員の資格は代表経験者及び地方会会長経験者とする。代表あるいは幹事会が推薦し、幹事会で決定する。名誉会員は地方会参加費を免除される。

(役 員)

第8条 本会に次の役員をおく。

代表 1名 副代表 1名 運営委員 若干名 幹事 およそ 50名 監事 2名

(役員職務)

第9条 代表は本会を代表し会務を総括する。副代表は代表を補佐し、代表に事故がある時、あるいは代表から委任された時は、職務を代行する。運営委員は運営委員会を組織する。幹事は幹事会を組織して会務を処理する。監事は本会の会務、会計及び財産を監査する。

(役員選出)

第10条 代表、副代表、運営委員、監事は幹事の中から選出される。

- 2 代表は、運営委員会からの推薦を受け、幹事会での承認によって決定される。
- 3 副代表は代表によって推薦され、幹事会での承認によって決定される。（副代表は次の代表であることを意味しない。一方、次の代表になることを妨げない。）
- 4 運営委員は、原則として代表、副代表、関東甲信越地区の日本血液学会理事、および運営年度による当該年度および前年度の地方会会長経験者より構成されるものとし、運営委員会が候補者を推薦し、幹事会によって承認される。ただし、大学病院外の病院勤務者が2名未満である場合は、大学病院外の病院勤務者が2名に達するまでの者を幹事会が決定する。
- 5 幹事および監事は、幹事会により推薦、運営委員会で検討、幹事会で承認、という手続きによって決定される。

(役員任期)

第11条 代表ならびに副代表の任期は2年とする。再任は認めない。

- 2 幹事の任期は3年とする。但し再任を妨げない。また、年2回開催される幹事会に於いて、3年間のうち2回の出席を満たさない場合は幹事の資格を喪失する。
- 3 役員の内定は、満65歳になって初めての日本血液学会総会当日までとする。

(会 長)

第12条 地方会会長は地方会年会を運営する。

- 2 地方会会長は、幹事より推薦された候補から運営委員会で選出し、幹事会で承認するものとする。

(運営委員会)

第13条 本会に運営委員会をおく。

- 2 運営委員会は、本会の重要事項を審議し、幹事会に提案する。

(幹事会)

第14条 代表は必要に応じ幹事会を招集する。

- 2 幹事会は幹事の1/2以上（委任状を含む）の出席をもって成立する。
- 3 出席者の1/2以上の賛成により議決する。
- 4 やむを得ない理由で幹事会を招集できないときは、メール審議をもって幹事会に代えることができる。

(会計および運営年度)

第15条 本会の会計および運営年度は日本血液学会総会の翌日に始まり翌年の同総会当日をもって終わる。

(会則の変更)

第16条 会則の変更は幹事会の議決を要する。

付 則

1. この会則は平成25年7月17日より施行する。
2. 平成27年7月21日第1回改訂。
3. 初代代表の任期は平成28年10月14日までとする。
4. 将来的に幹事になる資格基準を定める。
5. 第2条は平成28年10月15日より施行する。

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



www.astellas.com/jp/

アステラス製薬株式会社


ICLUSIG®
(ponatinib) tablets



抗悪性腫瘍剤／チロシンキナーゼインヒビター

薬価基準収載

アイクルシグ®錠 15^{mg}

ICLUSIG® tablets 15^{mg}

ポナチニブ塩酸塩錠

劇薬 処方箋医薬品

注意－医師等の処方箋により使用すること

●効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。



<製造販売元>

大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

<資料請求先>

大塚製薬株式会社 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

〈'17.10作成〉

ヒト型抗CD38モノクローナル抗体

薬価基準収載

ダラザレックス® 点滴静注
100mg・400mg

DARZALEX® Intravenous Infusion

ダラツムマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品*

*注意—医師等の処方箋により使用すること

製造販売元(資料請求先)

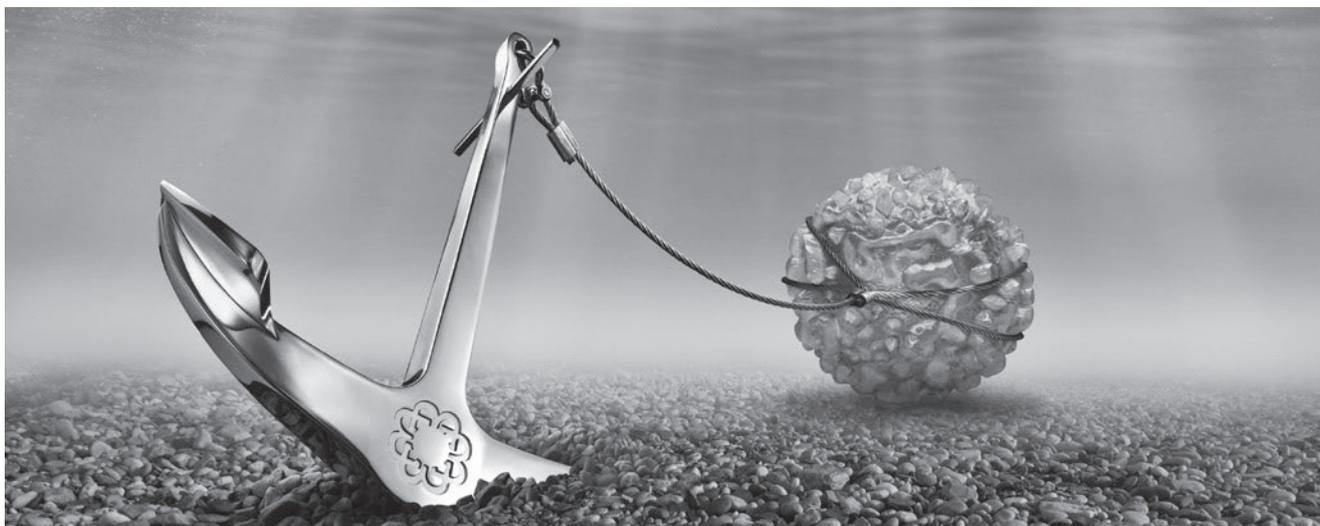
ヤンセンファーマ株式会社

〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2

www.janssen.com/japan

www.janssenpro.jp (医薬品情報)

「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等は、製品添付文書をご参照ください。



抗悪性腫瘍剤 / チロシンキナーゼインヒター 薬価基準収載

 **ボシュリフ錠 100mg**
Bosulif® tablets ポスチニブ水和物錠

劇薬 処方箋医薬品[※] 注意-医師等の処方箋により使用すること



抗悪性腫瘍剤 薬価基準収載
抗腫瘍性抗生物質結合抗CD22モノクローナル抗体

 **ベスポンサ点滴静注用1mg**
BESPONSA® Injection 1mg イノツズマブ オゾガマイシン(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 毒薬 処方箋医薬品[※] 注意-医師等の処方箋により使用すること

●「効能・効果」「用法・用量」「警告、禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売(輸入) **ファイザー株式会社**
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
資料請求先: 製品情報センター



Better Health, Brighter Future

タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに
過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の
創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに
歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から
支援活動にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。
その一つひとつに答えていくことが、私たちの新たな使命。
よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早く
お届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の
未来を切り拓いていきます。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



Novartis Pharma K.K.



新しい発想で医療に貢献します

ノバルティスのミッションは、より充実した、
すこやかな毎日のために、新しい発想で医療に貢献することです。
イノベーションを推進することで、
治療法が確立されていない疾患にも積極的に取り組み、
新薬をより多くの患者さんにお届けします。

 **NOVARTIS**

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>