

# 第14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:後藤 明彦(東京医科大学 血液内科学分野)

開催日:2021年3月20日(土)

会 場:東京医科大学



# わかちあう 創薬の喜び

患者さんの顔がみえる新薬の開発。  
その中でも治療が困難とされる疾患に  
焦点を合わせた新薬の開発を目指して。



シンバイオ製薬株式会社

〒105-0001

東京都港区虎ノ門 3-2-2 虎ノ門 30 森ビル

TEL 03-5472-1125 FAX 03-5472-3054

<https://www.symbiopharma.com>



# 第14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:後藤 明彦(東京医科大学 血液内科学分野)

開催日:2021年3月20日(土)

会 場:東京医科大学







# 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	13
日本血液学会関東甲信越地方会 組織一覧	37
日本血液学会関東甲信越地方会 会則	38





この度、日本血液学会第14回関東甲信越地方会を主催させていただくことになりました。みなさまご承知のようにCOVID-19流行の影響で関東甲信越地方会は第12回、第13回と中止を余儀なくされました。今回、私に託されたミッションは安全を最大限に考慮しつつ確実に開催することと考え準備してまいりました。2回目の緊急事態宣言も発令され、開催時の状況を予測することは現時点では困難ですが、安全を担保しつつできる限りインタラクティブな学会にしたいとの思いで、形式はハイブリッド、発表はライブとさせていただきます。会員のみなさまからはCOVID-19対応で余裕のない状況にも関わらず46題の演題を登録していただきました。



この場を借りて御礼申し上げます。通常であれば2会場でマネジメントするところですが、ソーシャルディスタンスの確保と、会全体の時間の短縮という観点から3会場を使用することにしました。場所は新宿の喧騒から少しだけ離れた東京医科大学の、歴史をお感じいただける昭和4年建立の第一校舎を中心とした新宿キャンパスです。リモート参加の先生からの質問はコメント機能で参加することになるのが少し残念ですが、活発な討論を期待しております。

今回の趣旨に多くの企業からご賛同をいただき3会場の利点を生かして計9つのバラエティに富んだ、ご高名な先生方による協賛セミナーを用意することができました。領域が重複しないように考慮しましたので、興味に合わせてご参加ください。例えばモーニングからランチョン、おやつセミナーと全てリンパ腫関係にご参加いただくこともできますし、骨髄腫、白血病など毎回異なる領域をお選びいただくことも可能です。最新の情報の取得や知識の整理にご活用いただきたいと思います。特別講演には日本のいや世界の骨髄病理の第一人者である名古屋第一赤十字病院の伊藤雅文先生をお招きしました。リンパ腫を例に挙げるまでもなく、病理と血液内科の関係は極めて重要ですが、特に骨髄病理については我々血液内科医と病理の先生双方の理解・スキルの一層の向上が求められる分野と考えています。伊藤先生はお話上手なことでも第一人者ですので楽しみにしていただければと思います。

1年前には予想もできなかったパンデミックとその対応で実際のCOVID-19患者の診療に携わるか否かに関わらず、みなさまは神経をすり減らす日々をお送りのことと思います。みなさまの癒しや元気の素を提供できる場となることを期待し、また前2回の中止を経て無事に地方会を再開できることを祝したいとの思いも込めて、地方会としては異例ではありますが、特別講演の前にバイオリニスト奥村愛さんにカルテットでのミニ・コンサートをお願いいたしました。現地もしくはリモートでしばし、美しくしなやか、かつ力強い音色に耳を傾けリフレッシュしていただければ幸いです。

特殊な状況下での開催ということで案内のみに終始してしまいましたが、本会の大切な趣旨の一つは貴重な症例経験を個人の経験で終わることなく共有すること、若い先生にそのような場を提供し地方発の学会活動を活性化することです。この会が第15回以降も逆境を乗り越え、関東甲信越地方会のさらなる発展のきっかけになることを祈念して挨拶に代えさせていただきます。

2021年2月15日

第14回日本血液学会 関東甲信越地方会  
会長 後藤 明彦



## 参加者へのお知らせ・お願い

今回はハイブリッド形式での開催となります。

### 【参加費のご案内】

#### 〔オンライン事前参加登録〕

事前参加登録をお願いいたします。詳細につきましては、日本血液学会関東甲信越地方会のホームページをご確認下さい。

※当日会場にて急遽参加されます場合は、会場でも参加費をお支払いいただけます。

#### 〔会 費〕

会員非会員ともに 2,000 円

学生、初期研修医は無料（事前登録完了後、学生証等証明書を事務支局あて（jsh-kanto@graffiti97.co.jp）に添付ファイルにて送付ください。）

### 【抄録集の販売】

参加費と引き換えの抄録集以外に別途 1 冊 3,000 円で販売いたします。

### 【座長および演者の先生へのご案内】

時間厳守にご協力をお願い申し上げます。

#### 一般演題 口演 7 分 質疑応答 3 分 計 10 分

#### 〔オンラインでの参加の場合〕

- 座長、演者の先生はご担当いただきますセッション開始 30 分前までに、事前にお知らせいたします Zoom の URL までアクセスをお願いいたします。
- 演者の先生は、ご自身の PC にて Zoom のスライド共有の機能をご利用いただき発表いただきます。

#### 〔会場での参加の場合〕

- 座長の先生はご担当いただきますセッション開始 30 分前までに、「座長・演者受付」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 分前までに会場前の「座長・演者受付」にお立ち寄りいただき、スライドファイルの登録をお願いいたします。スライド枚数に制限はありませんが、発表時間を厳守してください。液晶プロジェクターでの 1 面映写です。
- 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。

### 【会場のご案内】

- 1) 発表データの録画や写真撮影を禁止致します。
- 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行いません。
- 4) 会場内は禁煙となっております。ご協力をお願いします。
- 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



### 東京医科大学

所在地：〒160-8402 東京都新宿区新宿 6-1-1

URL：<https://www.tokyo-med.ac.jp/access/>

### 【アクセス】

- JR, 小田急線, 京王線：  
「新宿駅」東口または中央東口から 徒歩約 20 分
- 西武新宿線：  
「西武新宿駅」南口より徒歩約 20 分
- 丸ノ内線：  
「新宿御苑前駅」3 番出口より徒歩約 7 分
- 副都心線・都営新宿線：  
「新宿三丁目駅」C7 出口より徒歩約 10 分
- 都営バス：新宿駅西口から練馬車庫前行  
「新宿一丁目北（元厚生年金会館前）」徒歩約 3 分



## 日程表

	第1会場 (第1講堂)	第2会場 (第2講堂)	第3会場 (看護棟 101)
9:30	<b>モーニングセミナー 1</b> <b>「FLT3 遺伝子変異陽性 AML に対する治療戦略」</b> 座長：福田 隆浩 (国立がん研究センター中央病院) 演者：宮本 敏浩 (九州大学) 共催：アステラス製薬株式会社	<b>モーニングセミナー 2</b> <b>「CLL の治療戦略 2021」</b> 座長：高山 信之 (杏林大学医学部付属病院) 演者：丸山 大 (がん研有明病院) 共催：アストラゼネカ株式会社	<b>モーニングセミナー 3</b> <b>「新たな再発難治性多発性骨髄腫の治療戦略」</b> 座長：新井 文子 (聖マリアンナ医科大学) 演者：鈴木 憲史 (日本赤十字社医療センター) 共催：サノフィ株式会社
10:30	<b>第1会場</b> Opening remarks 後藤 明彦 (東京医科大学)		
10:35	<b>貧血・骨髄不全</b> 座長：堺田 恵美子 (千葉大学医学部附属病院) 演題番号：1~6	<b>悪性リンパ腫 1</b> 座長：坂田 麻実子 (筑波大学) 演題番号：17~22	<b>リンパ系腫瘍</b> 座長：藤澤 信 (横浜市立大学附属市民総合医療センター) 演題番号：32~37
11:45	<b>ランチョンセミナー 1</b> <b>「骨髄不全患者における PNH の診断と治療戦略 ~髄膜炎菌感染症リスク対策も含めて~」</b> 座長：片岡 圭亮 (慶應義塾大学) 演者：西脇 嘉一 (東京慈恵会医科大学附属柏病院) 共催：アレクシオンファーマ合同会社	<b>ランチョンセミナー 2</b> <b>「末梢性 T 細胞リンパ腫の治療戦略」</b> 座長：木崎 昌弘 (埼玉医科大学総合医療センター) 演者：菊池 拓 (慶應義塾大学) 共催：武田薬品工業株式会社	<b>ランチョンセミナー 3</b> <b>「骨髄増殖性腫瘍の診断と治療」</b> 座長：竹中 克斗 (愛媛大学) 演者：下田 和哉 (宮崎大学) 共催：ノバルティスファーマ株式会社
12:45	<b>第1会場</b> 奨励賞授賞式		
13:00	<b>第1会場</b> ミニコンサート 奥村愛カルテット		
13:35	<b>第1会場</b> 特別講演 <b>「骨髄不全の病理」</b> 座長：後藤 明彦 (東京医科大学) 演者：伊藤 雅文 (名古屋第一赤十字病院) 共催：ノバルティスファーマ株式会社		
14:35	<b>MDS・MPN</b> 座長：増子 正義 (新潟大学) 演題番号：7~11	<b>骨髄腫・蛋白異常症</b> 座長：田村 秀人 (獨協医科大学) 演題番号：23~27	<b>造血幹細胞移植</b> 座長：土岐 典子 (東京都立駒込病院) 演題番号：38~42
15:35	<b>おやつセミナー 1</b> <b>「濾胞性リンパ腫の治療戦略 ~さらなる治療成績の向上を目指して~」</b> 座長：半下石 明 (国立国際医療センター) 演者：藤 重夫 (大阪国際がんセンター) 共催：中外製薬株式会社	<b>おやつセミナー 2</b> <b>「作用機序から考える ポナチニブへの期待」</b> 座長：小松 則夫 (順天堂大学) 演者：木村 晋也 (佐賀大学) 共催：大塚製薬株式会社	<b>おやつセミナー 3</b> <b>「多発性骨髄腫の治療戦略 Updating 2021 ~抗体療法の位置づけ~」</b> 座長：佐々木 純 (順天堂大学) 演者：石田 禎夫 (日本赤十字社医療センター) 共催：ヤンセンファーマ株式会社
16:35	<b>悪性リンパ腫 2</b> 座長：大嶺 謙 (自治医科大学) 演題番号：12~16	<b>凝固・感染症</b> 座長：森 毅彦 (慶應義塾大学) 演題番号：28~31	<b>骨髄系腫瘍</b> 座長：入山 規良 (日本大学) 演題番号：43~46
17:25	<b>第1会場</b> Closing remarks 後藤 明彦 (東京医科大学)		
17:30			



# PROGRAM





## プログラム

モーニングセミナー 1

9:30 ~ 10:20

第1会場

座長：福田 隆浩（国立がん研究センター中央病院 造血幹細胞移植科）

**FLT3 遺伝子変異陽性 AML に対する治療戦略**

演者：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））

共催：アステラス製薬株式会社

Opening remarks

10:30 ~ 10:35

第1会場

後藤 明彦（東京医科大学 血液内科学分野）

貧血・骨髄不全

10:35 ~ 11:35

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. サイモグロブリン，シクロスポリン，エルトロンボパグ併用療法が奏効した HIV 感染合併再生不良性貧血

加村 雄哉（筑波大学附属病院 血液内科）

2. Sjögren, MALT リンパ腫に血球減少を合併し長期経過後に診断された再生不良性貧血

阿久澤 有（小川赤十字病院 血液内科）

3. 成人で診断された WHIM 症候群

赤羽 大悟（東京医科大学 血液内科学分野）

4. 腹腔鏡下胆嚢摘出術を安全に施行できた ravulizumab 投与中の発作性夜間血色素尿症 (PNH)

森山 充（総合病院厚生中央病院 総合内科）

5. ビタミン B12 欠乏により重篤な亜急性連合性脊髄変性症を発症した多発性骨髄腫

松浦 善人（湘南東部総合病院 血液内科）

6. ステロイド高用量投与のみで軽快した TAFRO 症候群

藤田 純美子（公立昭和病院 血液内科）

ランチョンセミナー 1

11:45 ~ 12:35

第1会場

座長：片岡 圭亮（慶應義塾大学医学部 血液内科）

**骨髄不全患者における PNH の診断と治療戦略～髄膜炎菌感染症リスク対策も含めて～**

演者：西脇 嘉一（東京慈恵会医科大学附属柏病院 腫瘍・血液内科）

共催：アレクシオンファーマ合同会社



**特別講演**

13:35～14:25

第1会場

座長：後藤 明彦（東京医科大学 血液内科学分野）

**骨髄不全の病理**

演者：伊藤 雅文（名古屋第一赤十字病院 病理部）

共催：ノバルティスファーマ株式会社

**MDS・MPN**

14:35～15:25

第1会場

座長：増子 正義（新潟大学 高密度無菌治療部）

**7. 著明な B 症状を呈した 17 番長腕の同腕染色体を伴う MDS/MPN**

山田 晃平（順天堂大学医学部附属練馬病院 血液内科）

**8. 髄外造血を呈した環状鉄芽球を伴う骨髄異形成症候群**

麻生 智愛（埼玉医科大学国際医療センター 造血器腫瘍科）

**9. アザシチジン療法中に器質化肺炎を発症した骨髄異形成症候群**

中楯 礼人（山梨大学医学部 血液・腫瘍内科）

**10. 骨髄異形成症候群に合併した壊疽性膿皮症**

森本 泰佑（国立病院機構東京医療センター 血液内科）

**11. 免疫性血小板減少症の経過中に顕在化しTKI 治療により血小板の増加が得られた慢性骨髄性白血病**

中村 裕一（埼玉医科大学病院 血液内科）

**おやつセミナー 1**

15:35～16:25

第1会場

座長：半下石 明（国立国際医療センター 血液内科）

**濾胞性リンパ腫の治療戦略～さらなる治療成績の向上を目指して～**

演者：藤 重夫（地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 血液内科）

共催：中外製薬株式会社

**悪性リンパ腫 2**

16:35～17:25

第1会場

座長：大嶺 謙（自治医科大学 内科学講座血液学部門）

**12. 陰莖・陰嚢病変を合併した精巣原発 DLBCL**

水戸部 正樹（新潟大学大学院医歯学総合研究科 血液・内分泌・代謝内科学分野）

**13. 高 IgE 症候群に合併したびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫**

木村 萌（東京医科歯科大学 血液内科）

14. 治療開始後に心房細動が出現したが治療経過の中で改善が見られた  
進行期びまん性大細胞型リンパ腫

金野 志保 (千葉県がんセンター)

15. 低腸腰筋指数は高齢びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫患者における予後不良因子である

新井 健一 (さいたま赤十字病院 リハビリテーション科)

16. PTHrP の産生を伴う高カルシウム血症をきたしたリヒター症候群

川島 亮 (国立国際医療研究センター病院 血液内科)

モーニングセミナー 2

9:30 ~ 10:20

第 2 会場

座長：高山 信之 (杏林大学医学部附属病院 血液内科)

CLL の治療戦略 2021

演者：丸山 大 (がん研有明病院 血液腫瘍科)

共催：アストラゼネカ株式会社

悪性リンパ腫 1

10:35 ~ 11:35

第 2 会場

座長：坂田 麻実子 (筑波大学 血液内科)

17. 予後因子を考慮した composite lymphoma (CLs) 5 例の臨床経過の比較検討

岩井 哲 (総合病院厚生中央病院 総合内科)

18. A+AVD 療法を施行した濾胞性リンパ腫からの形質転換が疑われた  
古典的ホジキンリンパ腫

石田 大貴 (NTT 東日本関東病院 血液内科)

19. 総胆管ステント留置後、腫瘍浸潤により肝動脈胆管穿破をきたした  
末梢性 T 細胞リンパ腫

今村 健二 (群馬大学医学部附属病院 血液内科)

20. 汎血球減少と骨髓線維化を伴う骨髄原発 indolent T cell lymphoma

千葉 桃子 (青梅市立総合病院 血液内科)

21. 中枢神経原発の EBV 陰性 MTX-LPD

宍戸 努 (長野赤十字病院 血液内科)

22. 高度な肺高血圧症 (PAH) を合併した慢性活動性 EB ウイルス感染症 (CAEBV)

須藤 慧多 (自治医科大学附属病院 血液科)

ランチョンセミナー 2

11:45 ~ 12:35

第 2 会場

座長：木崎 昌弘 (埼玉医科大学総合医療センター 血液内科)

末梢性 T 細胞リンパ腫の治療戦略

演者：菊池 拓 (慶應義塾大学 血液内科)

共催：武田薬品工業株式会社

**骨髄腫・蛋白異常症**

14:35～15:25

第2会場

座長：田村 秀人（獨協医科大学埼玉医療センター）

**23. 高アンモニア血症を伴う意識障害を認めた治療抵抗性多発性骨髄腫**

高田 一晃（総合病院厚生中央病院 初期研修医）

**24. カルフィルゾミブ，デキサメタゾン療法で早期の寛解を得た二次性形質細胞白血病**

藤井 高幸（永寿総合病院 血液内科）

**25. 免疫調整薬単剤での治療で3年間寛解を維持したリンパ形質細胞性リンパ腫（LPL）**

篠 将広（公立昭和病院 血液内科）

**26. ベンダムスチン1コースにより最小限の有害事象で腫瘍量減少を維持できている  
原発性マクログロブリン血症**

庄内 琢人（防衛医科大学校病院 血液内科）

**27. 急速進行性の神経障害を伴った POEMS 症候群**

小倉 瑞生（日本赤十字社医療センター 血液内科）

**おやつセミナー2**

15:35～16:25

第2会場

座長：小松 則夫（順天堂大学大学院医学研究科 血液内科学）

**作用機序から考えるポナチニブへの期待**

演者：木村 晋也（佐賀大学医学部 血液・呼吸器・腫瘍内科）

共催：大塚製薬株式会社

**凝固・感染症**

16:35～17:15

第2会場

座長：森 毅彦（慶應義塾大学 血液内科）

**28. 筋肉内出血に伴って一過性の第XII因子欠乏を認めた1例**

荒井 俊也（東京警察病院 血液内科）

**29. 血漿交換により溶血性貧血と血小板減少が改善した背景に胸腺がんを有する  
血栓性微小血管障害症**

本村 鷹多朗（同愛記念病院 血液内科）

**30. 同種造血幹細胞移植後に生じた *Achromobacter xylosoxidans* による蜂窩織炎**

大山 悠（東京大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科）

**31. 腎機能障害合併時のアデノウィルス感染症に対するシドフォビル投与**

森田 貴裕（信州大学 血液内科）

座長：新井 文子（聖マリアンナ医科大学 血液・腫瘍内科）

### 新たな再発難治性多発性骨髄腫の治療戦略

演者：鈴木 憲史（日本赤十字社医療センター 骨髄腫アミロイドーシスセンター）

共催：サノフィ株式会社

座長：藤澤 信（横浜市立大学附属市民総合医療センター 血液内科）

### 32. 骨髄増殖性腫瘍様病態から B 細胞性急性リンパ性白血病に進行した t(6;8) を有する 8p11 症候群

綾部 里香（獨協医科大学病院 血液内科）

### 33. 骨破壊を合併した成人のリンパ芽球性リンパ腫

荒井 祐太（埼玉医科大学総合医療センター 血液内科）

### 34. 可逆性後頭葉白質脳症（PRES）を発症した Ph 陽性急性リンパ芽球性白血病（Ph+ALL）

新井 翔太（北里大学医学部 血液内科学）

### 35. 自然消退後に 3 年以上完全寛解を維持している進行期びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（DLBCL）

古川 芳樹（順天堂大学医学部 内科学血液学講座）

### 36. 閉塞性黄疸で発症した AYA 世代の腭頭部原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫

鈴木 黎（聖マリアンナ医科大学 血液・腫瘍内科）

### 37. 骨盤骨折後の骨盤膿瘍を発生母地として発症したびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫

大貫 朋也（杏林大学医学部 血液内科）

座長：竹中 克斗（愛媛大学大学院医学系研究科 血液・免疫・感染症内科学）

### 骨髄増殖性腫瘍の診断と治療

演者：下田 和哉（宮崎大学医学部 内科学講座消化器血液学分野）

共催：ノバルティスファーマ株式会社

**造血幹細胞移植**

14:35 ~ 15:25

第3会場

座長：土岐 典子（がん・感染症センター都立駒込病院 血液内科）

**38. Blinatumomab により白血病治療と感染症治療の両立が可能であった  
B 細胞性リンパ芽球性白血病**

片桐 誠一郎（東京医科大学 血液内科学分野）

**39. B-ALL に対する blinatumomab 治療後、広範に有していた HLA 抗体が消失した症例**

西田 彩（虎の門病院分院 血液内科）

**40. 臍帯血移植 6 ヶ月後の再発に対しネララビン療法後臍帯血再移植を行った T-ALL**

宇藤 唯（昭和大学医学部内科学講座 血液内科学部門）

**41. 同種造血幹細胞移植 6 ヶ月後、肺結核を発症した重症再生不良性貧血**

神原 康弘（がん・感染症センター 都立駒込病院 血液内科）

**42. 同種造血幹細胞移植後の慢性 GVHD としての類上皮肉芽腫および多発筋炎**

諏訪部 達也（新潟大学医歯学総合病院 血液・内分泌・代謝内科）

**おやつセミナー 3**

15:35 ~ 16:25

第3会場

座長：佐々木 純（順天堂大学医学部 内科学血液学講座）

**多発性骨髄腫の治療戦略 Updating 2021～抗体療法の位置づけ～**

演者：石田 禎夫（日本赤十字社医療センター 血液内科）

共催：ヤンセンファーマ株式会社

**骨髄系腫瘍**

16:35 ~ 17:25

第3会場

座長：入山 規良（日本大学医学部 血液膠原病内科）

**43. ATO 投与時の QTc 補正式に関する考察（心筋障害を有する APL 症例を経験して）**

渋谷 泰弘（筑波記念病院 血液内科）

**44. 発症時に横紋筋融解症を呈したが ATRA, ATO 併用療法が奏効した APL**

戸田 匡太郎（東京都済生会中央病院 血液内科）

**45. 結核リンパ節炎治療中に発症し化学療法を行った急性骨髄性白血病（AML）**

阿久澤 有（獨協医科大学埼玉医療センター 糖尿病内分泌・血液内科）

**46. ルキシソリチニブが奏効した小児原発性骨髄線維症**

大嶋 宏一（埼玉県立小児医療センター 血液腫瘍科）

**Closing remarks**

17:25 ~ 17:30

第1会場

後藤 明彦（東京医科大学 血液内科学分野）





**PROCEEDINGS**

## サイモグロブリン，シクロスポリン，エルトロンボパグ併用療法が奏効した HIV 感染合併再生不良性貧血

1) 筑波大学附属病院 血液内科      2) 筑波大学医学医療系 血液内科  
 ○加村 雄哉<sup>1)</sup>，小原 直<sup>2)</sup>，石塚 幹太郎<sup>1)</sup>，服部 圭一朗<sup>2)</sup>，丸山 ゆみ子<sup>1)</sup>，坂本 竜弘<sup>2)</sup>，  
 日下部 学<sup>2)</sup>，加藤 貴康<sup>2)</sup>，栗田 尚樹<sup>2)</sup>，横山 泰久<sup>2)</sup>，錦井 秀和<sup>2)</sup>，坂田 (柳元) 麻実子<sup>2)</sup>，  
 長谷川 雄一<sup>2)</sup>，千葉 滋<sup>2)</sup>

症例：66 歳女性。46 歳時に HIV 感染症と診断され，抗レトロウイルス療法（ART）が継続されていた。労作時呼吸困難，紫斑が出現し，汎血球減少の進行のため紹介となった。入院時，好中球数 150/ $\mu$ l，網状赤血球数 8,700/ $\mu$ l，血小板数 2,000/ $\mu$ l と高度の汎血球減少を認めた。骨髓穿刺及び骨髓生検，腰椎 MRI などの所見から特発性再生不能性貧血，最重症と診断した。長期間にわたり HIV-RNA は検出感度未満であり，重篤な日和見感染症など HIV 感染に伴う合併症を認めなかったことから，サイモグロブリンとシクロスポリンによる免疫抑制療法が可能と判断し，これにエルトロンボパグを併用して治療を開始した。治療開始後 3 ヶ月の効果判定は完全寛解であった。治療後に重篤な日和見感染症は認めなかった。HIV を合併し，ATG 療法を行った再生不能性貧血の症例は過去に報告が少なく，文献的考察と共に報告する。

## Sjögren, MALT リンパ腫に血球減少を合併し長期経過後に診断された再生不良性貧血

1) 小川赤十字病院 血液内科      2) 小川赤十字病院 膠原病内科  
 3) 埼玉医科大学病院 血液内科  
 ○阿久澤 有<sup>1)</sup>，伊東 克郎<sup>1)</sup>，秋山 雄次<sup>2)</sup>，中村 裕一<sup>3)</sup>

70 歳女性。肺 MALT リンパ腫の切除歴あり。軽度血球減少を認め X-2 年紹介。骨髓検査検討も通院自己中断。X-1 年血球減少進行で再受診。骨髓検査で異型 B リンパ球を少数認めるもリンパ腫浸潤は断定できず，眼球乾燥症状を認め抗 SS-A，SS-B 抗体陽性であり Sjögren's と診断。血球減少の原因が MALT リンパ腫か Sjögren's か困難も rituximab 治療を行った。しかし回復なく経過観察。X 年血球減少は増悪傾向，輸血依存を呈した。再度の骨髓検査では造血組織減少，脂肪組織の増加を認め再生不良性貧血と診断しシクロスポリン内服開始。8 週間投与するも改善なく，エルトロンボパグを開始し血球は回復，輸血から離脱。本例は MALT リンパ腫，Sjögren's 症候群，再生不良性貧血を合併し血球減少の診断が困難も，最終的に血球回復へ導いた。同様の合併例は希少と思われ文献的考察を含めて報告する。



### 成人で診断された WHIM 症候群

- 1) 東京医科大学 血液内科学分野    2) 聖路加国際病院 小児科  
3) 東京医科大学病院 遺伝子診療センター

○赤羽 大悟<sup>1)</sup>, 長谷川 大輔<sup>2)</sup>, 大月 俊輔<sup>1)</sup>, 山田 ありさ<sup>1)</sup>, 片桐 誠一郎<sup>1)</sup>, 吉澤 成一郎<sup>1)</sup>,  
藤本 博昭<sup>1)</sup>, 古屋 奈穂子<sup>1)</sup>, 稲垣 夏子<sup>3)</sup>, 後藤 明彦<sup>1)</sup>

症例は 37 歳男性。小児期より好中球減少を指摘されていたが確定診断に至らず、慢性好中球減少症として通院していた。成人以降は重篤な感染症の合併はなく、通院も稀であった。今回、肩関節膿瘍を発症し当科に入院した。末梢血では 100~500/ $\mu$ l の好中球減少、また同時にリンパ球減少と低ガンマグロブリン血症を認めた。骨髓穿刺では、骨髓球系細胞の過形成と好中球の核分葉異常がみられた。先天性好中球減少症を疑い遺伝子検索を行ったところ、*CXCR4* の hetero 変異が検出され WHIM 症候群と診断した。本症例では *CSF3R* の c.353G>A 変異も認めたが病的意義は不明である。成人の好中球減少症の診断に際しても先天性好中球減少症の可能性を念頭に精査を行う必要があることが示唆された。なお、第 25 回小児 MDS 治療研究会において同様の発表を行った。

### 腹腔鏡下胆嚢摘出術を安全に施行できた ravulizumab 投与中の発作性夜間血色素尿症 (PNH)

- 1) 総合病院厚生中央病院 総合内科    2) 東京医科大学 血液内科学分野

○森山 充<sup>1)</sup>, 山田 ありさ<sup>2)</sup>, 片桐 誠一郎<sup>2)</sup>, 岡部 雅弘<sup>1)</sup>, 青田 泰雄<sup>1)</sup>, 赤羽 大悟<sup>2)</sup>, 後藤 明彦<sup>2)</sup>

【症例】49 歳，男性。【主訴】腹痛。【現病歴】32 年前発症の PNH。輸血依存のため，20XX-12 年から ec-ulizumab (Ecu) を導入し輸血依存から離脱したが，急性胆嚢炎による breakthrough hemolysis (BTH) を繰り返していた。20XX-1 年 12 月より Ecu から ravulizumab (Rav) に変更したが，20XX 年，総胆管結石症を合併し胆嚢摘出術を予定した。Rav の定期投与 6 週間後，全身麻酔下で腹腔鏡下胆嚢摘出術を実施。周術期の BTH や血栓塞栓症の合併は認めず，1 回輸血を要したのみで術後 5 日に退院した。【考察】新規抗 C5 抗体である Rav は 8 週間に 1 回の投与が可能で，第 III 相試験では Ecu に比べ BTH の頻度が低くなる傾向が示されており，溶血発作の起きやすい周術期に対してもその効果が期待される。本症例では Rav 投与 6 週間後においても全麻下で安全に胆嚢摘出術を行えた。

## ビタミン B12 欠乏により重篤な亜急性連合性脊髄変性症を 発症した多発性骨髄腫

- 1) 湘南東部総合病院 血液内科      2) 湘南東部総合病院 脳神経内科  
3) 茅ヶ崎市立病院 脳神経内科

○松浦 善人<sup>1)</sup>, 藤原 裕介<sup>1)</sup>, 小山 主夫<sup>2)</sup>, 宮崎 秀健<sup>3)</sup>, 森田 公夫<sup>1)</sup>

73 歳女性。一昨年夏から食欲不振、体重減少、筋力低下が続いていた。本年 2 月より四肢の感覚鈍麻が出現。5 月より筋力低下が増悪し歩行も困難となった。7 月、近くのクリニックの採血で Hb 5.8, MCV 142 であったため、当科へ紹介。WBC 3,350, Hb 5.6, Plt. 2.8 万, LDH 1,070, TP 9.3, ビタミン B12 179, 葉酸 3.1, 総ホモシステイン 86 で、巨赤芽球性貧血と診断し、メチルコバラミン筋注・内服、フォリアミン内服を開始。葉酸欠乏は一過性であり、B12 の補充を継続し汎血球減少は改善したが、四肢の知覚鈍麻、筋力低下は改善せず。神経伝導速度は異常なく、ビタミン B12 欠乏で生じた脊髄変性による後遺症と診断した。また、IgG-λ 型の多発性骨髄腫を合併していたが、CRAB 症状なく経過観察をしている。B12 欠乏を長く放置し不可逆性の脊髄変性を生じないように注意する必要がある。

## ステロイド高用量投与のみで軽快した TAFRO 症候群

- 1) 公立昭和病院 血液内科      2) 久留米大学医学部 病理学講座

○藤田 純美子<sup>1)</sup>, 和田 祥枝<sup>1)</sup>, 鈴木 隆之<sup>1)</sup>, 北詰 浩一<sup>1)</sup>, 藤田 彰<sup>1)</sup>, 三好 寛明<sup>2)</sup>, 大島 孝一<sup>2)</sup>

【緒言】TAFRO 症候群は血小板減少・全身性浮腫・発熱・骨髄細網線維化・臓器腫大に特徴付けられる比較的新しい疾患概念であり、治療法はまだ確立していない。今回ステロイド投与のみで良好な経過をたどった TAFRO 症候群の 1 例を経験した。【症例】73 歳男性。進行性の血小板減少、腎機能障害、全身性浮腫を認め精査加療目的に当科紹介受診となった。画像検査で多発リンパ節腫脹を認め悪性リンパ腫や TAFRO 症候群の可能性を指摘され、リンパ節生検で TAFRO 症候群疑いの診断となり、骨髄生検で骨髄線維化を認めたことから TAFRO 症候群の診断となった。ステロイド高用量投与開始後は経過良好である。【考察】TAFRO 症候群は急速に病状が悪化するため迅速な診断と治療開始が重要であるが、治療抵抗例では致死的経過をたどることもある。本症例はステロイド療法単独で良好な経過をたどり、ステロイド療法の有効性を示す 1 例であった。

## 著明な B 症状を呈した 17 番長腕の同腕染色体を伴う MDS/MPN

順天堂大学医学部附属練馬病院 血液内科

○山田 晃平, 新田 英昭, 稲野 資明, 杉本 和也, 吉田 沙矢子, 平野 隆雄, 佐藤 恵理子

84 歳男性。20XX 年 X-4 月に貧血の精査目的に当院を受診し、精査の結果 MDS-EB1 i(17)(q10)と診断した。IPSS-R high risk 群のため 20XX 年 X 月にアザシチジン導入目的に入院した。入院後 39 度台の発熱が持続し熱源検索を行ったが、感染症を疑う所見を認めなかった。発熱の原因として MDS の白血病化を疑い骨髓検査を施行したが、芽球の増加はなく白血病化を示唆する所見を認めなかった。一方、末梢血の単球増加、脾腫の増悪を認め MDS/MPN の特徴を伴う疾患群の可能性を考えた。本症例ではアザシチジン、ヒドロキシカルバミドを投与し、臨床症状が著明に改善した。MDS/MPN i(17)(q10)は B 症状、末梢血の単球増加、脾腫を高率に認めることが報告されている特異的な疾患群 (Cancer, 2012) である。本疾患群は稀だが、不明熱の原因として重要であり文献的考察を加えて報告する。

## 髓外造血を呈した環状鉄芽球を伴う骨髓異形成症候群

1) 埼玉医科大学国際医療センター 造血器腫瘍科

2) 埼玉医科大学国際医療センター 呼吸器外科

3) 埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科

○麻生 智愛<sup>1)</sup>, 前田 智也<sup>1)</sup>, 坂口 浩三<sup>2)</sup>, 佐藤 次生<sup>3)</sup>, 岡村 大輔<sup>1)</sup>, 石川 真穂<sup>1)</sup>, 田苗 健<sup>1)</sup>, 郡 美佳<sup>1)</sup>, 高橋 直樹<sup>1)</sup>, 塚崎 邦弘<sup>1)</sup>, 茅野 秀一<sup>3)</sup>, 松田 晃<sup>1)</sup>, 麻生 範雄<sup>1)</sup>

【症例】56 歳男性。数年来健診で軽度貧血を指摘。今回、Th10 レベルの左後縦隔腫瘤を指摘され、当院を紹介受診。胸腔鏡下で摘出した約 2.5 cm 大、暗赤色の胸部傍椎体腫瘤の病理診断は赤芽球優位な 3 系統の血球からなる髓外造血であった。軽度の貧血以外異常を認めなかった。BCR-ABL1 融合遺伝子および JAK2, CALR, MPL 変異は全て陰性。骨髓は過形成で赤芽球 44.6% と優位であった。赤芽球のクロマチンや核辺縁に形態異常を認め、巨核球の分葉が乏しい傾向であった。環状鉄芽球を 58% 認め、多系統の異形成を伴う MDS-RS と診断した。染色体は正常核型、IPSS Low, IPSS-R Very low であった。無治療で経過観察中であり、新たな髓外腫瘤は認めていない。【結語】MDS-RS では髓外造血は稀とされる。多系統の異形成とともに環状鉄芽球比率が高く、SF3B1 変異を有するか、興味深い点である。

## アザシチジン療法中に器質化肺炎を発症した骨髄異形成症候群

1)山梨大学医学部 血液・腫瘍内科 2)山梨大学医学部 第二内科  
 ○中楯 礼人<sup>1)</sup>, 川島 一郎<sup>1)</sup>, 井手 秀一郎<sup>2)</sup>, 細川 恵理子<sup>1)</sup>, 松浦 未乃莉<sup>1)</sup>, 熊谷 拓磨<sup>1)</sup>,  
 輿石 めぐみ<sup>1)</sup>, 山本 健夫<sup>1)</sup>, 中寫 圭<sup>1)</sup>, 田中 勝<sup>1)</sup>, 桐戸 敬太<sup>1)</sup>

アザシチジン (AZA) は骨髄異形成症候群 (MDS) に対して広く用いられる薬剤で, 骨髄抑制, 腎尿細管性アシドーシスなどが主な合併症であるが, 極少数例において, 器質化肺炎 (OP) の報告もなされている。AZA 開始から約1ヶ月以内に生じ, ステロイド投与で改善を認めることが特徴とされる。今回, AZA 加療中に OP を発症した症例を経験したので報告する。症例は69歳男性。MDS EB-1 (IPSS-R4.5) に対して, AZA を開始した。AZA 開始後2日目から発熱が出現し, CT では左肺下葉にすりガラス影を伴う大葉性肺炎を認めた。抗菌薬加療で改善したが, 1週間後に増悪を認め, その後の抗菌薬加療に対しては不応であった。気管支肺胞洗浄で感染症を示唆する所見は認めず, 経気管支肺生検では肺胞の線維化, Masson 小体を認めたことから, OP と診断した。プレドニゾロン 30 mg/日を開始し, 速やかに改善を認めた。

## 骨髄異形成症候群に合併した壊疽性膿皮症

1)国立病院機構東京医療センター 血液内科 2)国立病院機構東京医療センター 皮膚科  
 ○森本 泰佑<sup>1)</sup>, 横山 明弘<sup>1)</sup>, 柴山 貴宏<sup>1)</sup>, 角田 朝子<sup>2)</sup>, 籠尾 壽哉<sup>1)</sup>, 朴 載源<sup>1)</sup>, 矢野 尊啓<sup>1)</sup>,  
 上野 博則<sup>1)</sup>

骨髄異形成症候群 (MDS) は様々な皮膚症状を合併することが知られており, 壊疽性膿皮症 (PG) もその一つである。今回 MDS の経過中に PG を発症した症例を経験し, 注意すべき合併症と考えて報告する。**【症例】**68歳, 男性。X-1年秋頃より出現した労作時息切れが増悪し, X年5月に近医を受診した。汎血球減少を認めて当院に紹介となり, 線維化を伴う MDS と診断された。染色体検査で-Y,der(1)(1;19)(p11:?) +8 を認め, IPSS-R very high であった。治療を考慮するも患者希望で経過観察していた。7月初旬より左下肢の発赤, 疼痛を自覚し, 発熱も出現したため外来を受信し, 蜂窩織炎の診断で入院となった。入院後メロペネムとバンコマイシンで治療したが高熱が持続し, 病変部に潰瘍を形成して急激な増大を認めた。各種培養陰性で皮膚科診察にて PG の診断となり, プレドニン投与で病変は改善した。

## 免疫性血小板減少症の経過中に顕在化し TKI 治療により血小板の増加が得られた慢性骨髄性白血病

埼玉医科大学病院 血液内科

○中村 裕一, 坂本 朋之, 奥田 糸子, 伊藤 善啓, 脇本 直樹, 照井 康仁, 内田 優美子,  
森 茂久, 別所 正美

58歳, 男性。糖尿病, 高血圧症, 高脂血症の既往あり。6年前に免疫性血小板減少症(慢性ITP)と診断, 経過観察されていたが, 血小板減少の進行あり。血小板数0.7万で, 白血球に異常はみられなかったが, 骨髄の染色体分析にてPh染色体が7/20細胞で認められた。ステロイド治療としてPSL35mg(0.5mg/kg)/日の投与を開始し, 血小板数の上昇が得られたが, 減量とともに再度低下, 9ヶ月後, PSL3mgにて血小板数は3万前後となった。末梢血に幼若顆粒球が出現し, 骨髄のPh陽性細胞は14/20に増加, 慢性骨髄性白血病(CML)と診断。TKI治療を導入, イマチニブ投与を開始したところ, 血小板数は増加。ステロイドは投与終了, 血小板数は10万前後となっている。CMLに対しては治療開始後1年にてMR3.5が達成され, 投与継続としている。本例ではTKI治療がITPに対しても有効であったと考えられ, 報告する。

## 陰茎・陰嚢病変を合併した精巣原発DLBCL

1)新潟大学大学院医歯学総合研究科 血液・内分泌・代謝内科学分野

2)久留米大学医学部 病理学教室

○水戸部 正樹<sup>1)</sup>, 武田 ルイ<sup>1)</sup>, 米沢 穂高<sup>1)</sup>, 田村 秀<sup>1)</sup>, 諏訪部 達也<sup>1)</sup>, 片桐 隆幸<sup>1)</sup>, 河本 啓介<sup>1)</sup>,  
布施 香子<sup>1)</sup>, 柴崎 康彦<sup>1)</sup>, 増子 正義<sup>1)</sup>, 井上 佳菜子<sup>2)</sup>, 三好 寛明<sup>2)</sup>, 大島 孝一<sup>2)</sup>, 曾根 博仁<sup>1)</sup>,  
瀧澤 淳<sup>1)</sup>

50歳男性。入院5ヶ月前より右精巣の腫脹を自覚し, 入院3ヶ月前より陰茎の腫瘤も自覚した。入院2ヶ月前に右精巣全摘出術を施行され, 病理検査でDLBCLと診断され当科に紹介された。入院2週間前に施行したPET-CTでは, 陰茎と陰嚢壁にFDGの集積を認め, その他の集積は認めなかった。骨髄生検ではリンパ腫浸潤を認めなかった。精巣原発DLBCLは中枢神経再発予防が必要とされているため, 髄注併用R-CHOP療法を3コース, 大量MTX療法を2コース, R-CHOP療法を3コース行い退院した。治療後のPET-CTでは陰茎と陰嚢壁の集積は消失していたが, 残存精巣に集積が疑われ, 45Gy/25Frの局所照射を追加した。精巣原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫は稀に経験されるが, 陰茎病変や陰嚢病変を合併する症例の報告はほとんどなく非常に稀である。本症例に若干の文献的考察を加えて報告する。



## 高 IgE 症候群に合併したびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫

東京医科歯科大学 血液内科

○木村 萌, 有松 朋之, 久保木 麻衣, 高畑 篤, 斎藤 真貴子, 東田 修二, 岡田 啓五

症例は 32 歳男性。幼少期よりアトピー性皮膚炎を認め、全身多発皮膚感染を繰り返していたため 23 歳時に当院小児科を受診。血清 IgE 値高値, STAT3 変異 (H332L) 陽性, 繰り返す感染症から高 IgE 症候群と診断された。その後は重篤な感染はなく経過していたが, 31 歳時に左頸部リンパ節腫大が出現した。リンパ節生検にてびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL; GCB type, IA 期) と診断された。R-CHOP 療法で速やかに完全寛解を得たが, 経過中に尿路感染症と肺炎をきたした。高 IgE 症候群は原発性免疫不全症の 1 つであり, 感染による慢性刺激と免疫監視能力の低下を背景に悪性リンパ腫をしばしば合併し, その約半数が B 細胞リンパ腫であり, DLBCL が更にその半数を占めると報告される。本症例を通して, 高 IgE 症候群と悪性リンパ腫合併に関して文献的考察を加え報告する。

## 治療開始後に心房細動が出現したが治療経過の中で改善が見られた進行期びまん性大細胞型リンパ腫

1) 千葉県がんセンター 2) 千葉県がんセンター 腫瘍・血液内科

○金野 志保<sup>1)</sup>, 辻村 秀樹<sup>2)</sup>, 丸山 聡<sup>2)</sup>, 佐藤 昌靖<sup>2)</sup>, 菅原 武明<sup>2)</sup>, 熊谷 匡也<sup>2)</sup>, 武内 正博<sup>2)</sup>

心臓浸潤を伴う悪性リンパ腫は, 発生部位によって, 心房細動を含む様々な不整脈を伴う。今回我々は当院で経験した 2 例の臨床的特徴と治療経過について報告する。症例は 75 歳女性と 82 歳男性。いずれも進行期びまん性大細胞型リンパ腫であり, 各々心房中隔と右心房に病変を認めた。2 例とも診断時は不整脈を指摘されなかったが, いずれの患者も R-CHOP 療法開始 4 日後に心房細動が出現した。循環動態に影響がなかったため保存的治療のみ行っていたが, 2 例とも R-CHOP を 1 サイクル施行後に心房細動は消失した。今回の症例では, 腫瘍による心伝導障害や薬剤性心機能障害, 治療開始後の腫瘍崩壊と随伴する心筋リモデリングなどが心房細動の原因として推測される。心臓浸潤を伴う進行期びまん性大細胞型リンパ腫では, 診断時には不整脈を指摘されていない場合でも治療開始後に出現することがあり, 心電図管理が重要である。

## 低腸腰筋指数は高齢びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫患者における 予後不良因子である

1)さいたま赤十字病院 リハビリテーション科 2)さいたま赤十字病院 血液内科  
3)秩父市立病院 内科

○新井 健一<sup>1)</sup>, 三橋 健次郎<sup>2)</sup>, 本淨 裕基<sup>3)</sup>, 倉地 萌黄<sup>2)</sup>, 小宮 佑介<sup>2)</sup>, 荒尾 敏弘<sup>1)</sup>, 佐藤 博之<sup>2)</sup>

加齢や疾患による筋肉量の低下であるサルコペニアは様々な悪性腫瘍において予後との関連性が示されている。今回、我々はサルコペニアの指標として腸腰筋指数 (PMI) を用い、高齢 DLBCL 患者における予後との関連性を検討した。対象は当院で R-CHOP 療法を導入した 70 歳以上の初発 DLBCL 患者 72 例。化学療法開始時に撮像した CT 画像を用いて PMI を算出し、低 PMI 群と高 PMI 群に分け、PFS および OS について後方視的に解析した。両群において PFS では有意な差は認められなかったが、OS において低 PMI 群が予後不良であった (3 年 OS : 82% vs 49%,  $p=0.015$ )。PMI, 年齢, 病期, LDH, PS, 節外病変, BMI を用いた多変量解析では、PMI および PS が OS において有意なリスク因子となることが明らかにされた (HR 3.93 and HR 4.55, respectively)。

## PTHrP の産生を伴う高カルシウム血症をきたしたリヒター症候群

国立国際医療研究センター病院 血液内科

○川島 亮, 関根 理恵子, 赤川 由里, 那須 涼, 梅野 富輝, 中村 文彦, 半下石 明

60 歳女性。4 年前に慢性リンパ性白血病 (CLL : Rai 分類 IV 期, Binet 分類 C 期) と診断され FCR 療法 6 コースで CR 達成後に 3.5 年で再発した。2 ヶ月前よりイブルチニブを開始し部分奏効が得られたが 1 週間前より有害事象で休薬した。3 日前に発熱, 嘔気, 意識障害で緊急入院した。WBC 1.3 万 (好中球 56%, リンパ球 36%), Hb 11.2 g/dl, 血小板 12.1 万/ $\mu$ l と安定していたが, 補正 Ca 18 mg/dl, PTHrP 22.1 pmol/l と腫瘍随伴体液性高カルシウム血症 (HHM) を認めた。デキサメタゾン, ゴレドロン酸, 強制利尿で補正し, 第 7 病日で Ca 9.6 mg/ml となり臨床症状も改善したが, PTHrP は依然として高値であった。入院時に行った左腋窩リンパ節生検でリヒター症候群への移行を認め, 予後不良と判断した。高 Ca 血症は CLL の形質転換も示唆する可能性があると考えた。

## 予後因子を考慮した composite lymphoma (CLs) 5 例の 臨床経過の比較検討

1) 総合病院厚生中央病院 総合内科      2) 東京医科大学 血液内科学分野  
3) 久留米大学医学部 病理学講座

○岩井 哲<sup>1)</sup>, 青田 泰雄<sup>1)</sup>, 筋野 博喜<sup>1)</sup>, 宇田川 翔平<sup>1)</sup>, 牧 享<sup>1)</sup>, 森山 充<sup>2)</sup>, 岡部 雅弘<sup>1)</sup>,  
横山 智央<sup>1)</sup>, 大島 孝一<sup>3)</sup>, 後藤 明彦<sup>2)</sup>

【目的】 CLs は 1 つの組織に 2 つの異なる組織学的特徴をもったリンパ腫成分を有する比較的稀なリンパ腫であるが、その予後因子は明確でない。当院で経験した CLs について構成リンパ腫の予測 OS と実際の予後を比較検討した。【方法】 CLs を構成する各リンパ腫成分に対して DLBCL は IPI, FL は FLIPI2, HL は IPS, T 細胞性リンパ腫は PIT を用いて予後を推定し、実際の臨床経過と比較した (厚生中央病院 IRB 承認)。【結果】 対象は 69~81 歳, CLs の組合せは AITL+DLBCL 3 例, PTCL, NOS+HL, AITL+FL であった。5 例中 3 例は構成リンパ腫から推定される予後よりも早期に永眠した。2 例は診断後、推定予後を超えて存命中である。【考察】 早期死亡群と長期生存群間で年齢、組織型の組合せ、治療方法ともに特徴はなく CLs の予後予測については引き続き検討が必要であると考えられた。

## A+AVD 療法を施行した濾胞性リンパ腫からの形質転換が疑われた 古典的ホジキンリンパ腫

NTT 東日本関東病院 血液内科

○石田 大貴, 佐藤 理亮, 鴨田 吉正, 平尾 理子, 飯塚 浩光, 木田 理子, 白杵 憲祐

44 歳女性。43 歳時に右顎下部リンパ節生検で濾胞性リンパ腫 (FL) グレード 3A ステージ III と診断された。全身のリンパ節病変を認め高腫瘍量だったが治療を望まず。1 年半後に呼吸苦で再診され、全身への浸潤、胸水貯留を認めた。PET で骨髄、肝、脾、肺、全身リンパ節 (頸部、縦隔、傍大動脈、鼠径等) に SUVmax 10~16 の集積あり集積増強を認めた。左鼠径部リンパ節生検を行うと混合細胞型古典的ホジキンリンパ腫 (cHL) であった。形質転換または discordant な病態と考えた。胸水貯留が著明で A+AVD 療法を施行した。リンパ節縮小や腫瘍熱改善、胸水減少を得た。しかし 2 コース後 interim PET で、多くの部位で腫瘍の縮小または集積低下を認めたが、骨髄や左頸部に新出病変や集積増悪を認めた。左頸部リンパ節生検を行うと結節硬化型 cHL であった。FL から cHL の形質転換は珍しく文献的考察を交えて報告する。



## 総胆管ステント留置後、腫瘍浸潤により肝動脈胆管穿破をきたした末梢性 T 細胞リンパ腫

1) 群馬大学医学部附属病院 血液内科      2) 公立藤岡総合病院 血液内科  
3) 済生会前橋病院 血液内科

○今村 健二<sup>1)</sup>, 宮澤 悠里<sup>1)</sup>, 石川 哲也<sup>2)</sup>, 杉崎 真人<sup>2)</sup>, 明石 直樹<sup>3)</sup>, 石崎 卓馬<sup>1)</sup>, 半田 寛<sup>1)</sup>

胆管ステント留置による肝動脈胆管穿破は、肝動脈壁の圧損傷、肝動脈仮性動脈瘤破裂、慢性的な胆道感染、悪性腫瘍の肝動脈浸潤などを主な成因とする。今回、腫瘍浸潤により肝動脈胆管穿破をきたした末梢性 T 細胞リンパ腫を経験したので、ここに報告する。症例は 75 歳男性。X-13 年に骨髄異形成症候群と診断され、X-8 年に発作性夜間血色素尿症を合併した。X 年 1 月から汎血球減少が進行し、5 月に全身リンパ節腫大と脾腫を認め緩徐増大傾向であった。7 月に総胆管結石による急性胆管炎を発症し、内視鏡的に総胆管ステント留置を行った。翌月に肝障害と発熱を認め、ステント交換を行ったが発熱と解熱を繰り返した。11 月 14 日に右季肋部痛と大量吐血を来し、血管造影にて右肝動脈の動脈瘤と胆管の交通を認めた。肝動脈塞栓術にて止血を得たが血圧が維持できず永眠された。剖検にて胆管、肝臓に末梢性 T 細胞リンパ腫の浸潤が確認された。

## 汎血球減少と骨髄線維化を伴う骨髄原発 indolent T cell lymphoma

1) 青梅市立総合病院 血液内科      2) 青梅市立総合病院 病理診断科

○千葉 桃子<sup>1)</sup>, 藤原 熙基<sup>1)</sup>, 初澤 紘生<sup>1)</sup>, 西島 暁彦<sup>1)</sup>, 笠原 一郎<sup>2)</sup>, 伊藤 栄作<sup>2)</sup>, 熊谷 隆志<sup>1)</sup>

65 歳男性。2016 年汎血球減少を指摘、2020 年 6 月労作時呼吸困難にて受診。汎血球減少 (WBC 300/ $\mu$ l, Hb 5.4 g/dl, Plt 4.8 万/ $\mu$ l), 長径 16 cm の脾腫あり。骨髄穿刺は Dry Tap で線維化を伴い病理で CD5-CD4+ の異型 T 細胞浸潤+。PET は骨髄のびまん性集積のみ。骨髄原発 indolent T 細胞性リンパ腫 (病型不明) と診断。Steroid の効果は一時的、CHOP は血球減少著明で 2 クールで中止、HDACI (ロミデプシン) は肝障害 G3 で中止。骨髄の造血と線維化は軽度改善。リンパ腫に伴う免疫的な骨髄線維化、血球減少があると考え CsA 開始した。報告された骨髄線維化を伴う T リンパ腫は予後不良だが、本例のような緩徐な経過例は稀。現在まで重篤な感染等の合併はないが、骨髄線維化、脾腫と著明な汎血球減少により治療に難渋しており臨床的にも興味深く報告する。

## 中枢神経原発の EBV 陰性 MTX-LPD

長野赤十字病院 血液内科

○宍戸 努, 貝梅 紘子, 佐藤 慶二郎, 住 昌彦, 小林 光

74 歳女性。X-12 年発症の関節リウマチがあり、X-8 年より経口 MTX、X-7 年より abatacept が投与されていた。X 年 6 月に歩行困難と右下肢麻痺が出現し、脳梗塞の疑いで加療され一旦改善したが、7 月より構音障害、歩行障害、排尿障害、意識障害が出現した。頭部造影 MRI で右前頭葉と左前頭葉白質から脳梁にかけて濃染域を認め当院紹介となった。脳生検の結果、EBER 陰性、CD20 陽性の DLBCL と判明し、中枢発症の MTX-LPD と診断した。また、骨髄浸潤を認め、末梢血 EBV 核酸定量検査は感度未満であった。MTX および abatacept は中止としたが症状改善に乏しく、rituximab 投与を開始したところ、意識障害は徐々に改善した。2 コース終了後の頭部造影 MRI では病変縮小が確認され、合計 4 コースで治療終了した。中枢で発症した EBV 陰性 MTX-LPD は非常に稀であり、文献的考察を含めて報告する。

## 高度な肺高血圧症 (PAH) を合併した 慢性活動性 EB ウイルス感染症 (CAEBV)

1) 自治医科大学附属病院 血液科 2) 自治医科大学附属病院 循環器内科

3) 自治医科大学附属病院 輸血・細胞移植部

4) 国立成育医療研究センター 高度感染症診断部

○須藤 慧多<sup>1)</sup>, 皆方 大佑<sup>1)</sup>, 畑野 かおる<sup>1)</sup>, 佐藤 一也<sup>1)</sup>, 脇 広昂<sup>2)</sup>, 上野 修市<sup>2)</sup>, 阪 哲彰<sup>1)</sup>,  
山崎 諒子<sup>1)</sup>, 森田 薫<sup>1)</sup>, 蘆澤 正弘<sup>1)</sup>, 山本 千裕<sup>1)</sup>, 翁 家国<sup>1)</sup>, 大嶺 謙<sup>1)</sup>, 藤原 慎一郎<sup>3)</sup>,  
今留 謙一<sup>4)</sup>, 神田 善伸<sup>1)</sup>

症例は 30 歳女性。発熱・鼻閉・易疲労感を主訴に近医耳鼻咽喉科を受診。慢性副鼻腔炎に対する術前の心臓胸壁エコーで PAH を指摘され当院循環器内科入院。特発性 PAH として 3 種の肺血管拡張薬が導入されたがコントロール不良。4 剤目の治療介入中に発熱増悪・汎血球減少・肝胆道系酵素上昇、末梢血に異型リンパ球が出現し当科紹介。鼻茸生検で EBER 陽性の異型細胞浸潤を認め、末梢血の EBV-DNA 定量値増加および EB ウイルスの CD4 陽性 T 細胞への感染が証明され CAEBV と診断。シクロスポリン・プレドニゾロンの内服を開始し、CHOP 療法を 2 コース実施したところ推定肺動脈圧低下と、全血 EBV ゲノム量減少、PET-CT で CMR が得られた。CAEBV 患者が循環器関連合併症を有する割合は 10~20% 程度でそれら報告の多くが冠動脈瘤・心筋炎であり、PAH 合併例は少ない。今後、本患者に対して同種造血幹細胞移植を計画している。

## 高アンモニア血症を伴う意識障害を認めた治療抵抗性多発性骨髄腫

1) 総合病院厚生中央病院 初期研修医      2) 総合病院厚生中央病院 総合内科  
3) 順天堂大学医学部 内科学血液学講座      4) 東京医科大学 血液内科学分野

○高田 一晃<sup>1)</sup>, 青田 泰雄<sup>2)</sup>, 岡部 雅弘<sup>2)</sup>, 菌部 光汰<sup>2)</sup>, 宇田川 翔平<sup>2)</sup>, 森山 充<sup>2)</sup>, 横山 智央<sup>2)</sup>,  
佐々木 純<sup>3)</sup>, 後藤 明彦<sup>4)</sup>, 小松 則夫<sup>3)</sup>

【症例】71歳女性。【主訴】全身倦怠感・意識障害。【経過】20XX-4年発症の多発性骨髄腫 IgG- $\kappa$  型, R-ISS II 期であった。発症時は骨病変のみであり, BP 製剤のみで経過をみていたが, XX+2年に病勢進行認め VRD 療法を計6サイクル施行し sCR に達した。その後 XX+3年に再発認め KRd 3サイクル, IRd 4サイクルを施行後, 全身倦怠感・意識障害を呈したため入院した。2次性副腎不全を疑い, ステロイド内服を行ったところ一時的に意識障害は改善した。その後再び意識障害が出現した。初発時の NH<sub>3</sub> は正常であったが, 同時期に高 NH<sub>3</sub> 血症及び IgG の上昇を認めた。VAD 療法を施行したところ, NH<sub>3</sub> の改善は認められたが全身状態の改善には至らず永眠した。【考察】今回我々は治療経過中に2次性副腎不全および高 NH<sub>3</sub> 血症合併した治療抵抗性多発性骨髄腫を経験した。比較的稀な病態のため, 文献的考察を踏まえて報告する。

## カルフィルゾミブ, デキサメタゾン療法で 早期の寛解を得た二次性形質細胞白血病

永寿総合病院 血液内科

○藤井 高幸, 大原 慎, 内田 智之, 井上 盛浩, 萩原 政夫

83歳男性。20XX年に BJP- $\kappa$  型の多発性骨髄腫と診断した。ボルテゾミブ, デキサメタゾン療法にて sCR を達成後 20XX+4年9月に2回目の再発を認めた。イキサゾミブ, デキサメタゾン療法を施行したが下血のため中止となり12月に遊離  $\kappa$  鎖の著増に伴い腎障害を呈した。末梢血の白血球数増加を認め分画成形質細胞が50%を占め二次性形質細胞白血病 (PCL) の診断に至った。週1回投与のカルフィルゾミブ, デキサメタゾン (Kd) 療法を開始し7日後には末梢血中形質細胞が消失し腎障害も改善した。3コース終了時遊離軽鎖比率は正常化し転院先の施設で6ヶ月後に CR が確認された。PCL は原発性 PCL と多発性骨髄腫の経過中に発症する二次性 PCL の二つが知られている。特に二次性 PCL は治療抵抗性で予後不良であり既報ではカルフィルゾミブを含む3剤併用療法の有効性は示唆されているが Kd 療法での著効例は初でありここに報告する。

## 免疫調整薬単剤での治療で3年間寛解を維持した リンパ形質細胞性リンパ腫 (LPL)

公立昭和病院 血液内科

○篠 将広, 北詰 浩一, 和田 祥枝, 鈴木 隆之, 藤田 彰

【緒言】リンパ形質細胞性リンパ腫 (LPL) は小型成熟B細胞リンパ球と形質細胞が混在したリンパ系腫瘍であり緩徐に進行する。確立した標準治療はないが、今回 LPL に対して免疫調整薬単剤で3年間の寛解を維持した症例を経験したため報告する。【症例】85歳男性。汎血球減少に対する精査目的に当科紹介となった。末梢血では異形リンパ球の出現を認め、またIgG型M蛋白を検出した。骨髄穿刺を行いスメアでは異形リンパ球、形質細胞の増加(それぞれ73%, 24%)を認めた。FCMではCD19, CD20, cyclinλ, CD138陽性だった。アグレッシブな病態の印象が強かったが、LPLの診断に至った。形質細胞の増加からは多発性骨髄腫の側面を強く持つと考えられレナリドミドでの治療を開始した。その後皮疹・消化器症状の副作用がありポマリドミドに変更したが、寛解状態に至り3年を経過している。

## ベンダムスチン1コースにより最小限の有害事象で 腫瘍量減少を維持できている原発性マクログロブリン血症

防衛医科大学校病院 血液内科

○庄内 琢人, 田地 規朗, 和泉 拓野, 長尾 茂輝, 高野 昂佑, 河村 俊邦, 小林 真一, 木村 文彦

82歳男性、単クローン性の血清IgM 3.2 g/dlのため当科初診。形質細胞分化を示す小リンパ球の骨髄浸潤を認め原発性マクログロブリン血症(WM)と診断した。当初は無症候性であったが、半年間でIgM 4.0 g/dlまで増加し、頭痛、倦怠感が出現した。明らかな過粘稠度症候群は認めないが、予防的血漿交換が推奨されるIgM 4.0 g/dlを超える見込みと腫瘍関連症状から治療適応と判断した。ベンダムスチン 90 mg/m<sup>2</sup>を2日間投与し速やかにIgMの減少と自覚症状の改善が得られた。治療前CD4陽性細胞数低値(218/μl)、年齢、経過を総合的に考慮して1コースで終了とした。16ヶ月時点でIgM 1.7 g/dlと部分寛解で、CD4陽性細胞数もさらなる低下を認めていない。WMの緩徐な経過の中で、過粘稠度症候群のリスク回避と有害事象のバランスをとる上で示唆に富むと考え報告する。

## 急速進行性の神経障害を伴った POEMS 症候群

- 1) 日本赤十字社医療センター 血液内科    2) 日本赤十字社医療センター 神経内科  
3) 東京大学医学部附属病院 神経内科

○小倉 瑞生<sup>1)</sup>, 石田 禎夫<sup>1)</sup>, 織茂 賢太<sup>2)</sup>, 佐藤 菜穂子<sup>2)</sup>, 波多野 敬子<sup>2)</sup>, 梨本 淳一郎<sup>1)</sup>,  
宇藤 唯<sup>1)</sup>, 佐藤 広太<sup>1)</sup>, 宮崎 寛至<sup>1)</sup>, 吉識 由実子<sup>1)</sup>, 阿部 有<sup>1)</sup>, 岡塚 貴世志<sup>1)</sup>, 塚田 信弘<sup>1)</sup>,  
鶴沼 敦<sup>3)</sup>, 久保田 暁<sup>3)</sup>, 清水 潤<sup>3)</sup>, 橋田 秀司<sup>2)</sup>, 鈴木 憲史<sup>1)</sup>

POEMS 症候群は形質細胞腫瘍に合併する傍腫瘍症候群である。脱髄性末梢神経障害から ADL の低下をきたし独歩不能に至る症例も少なくなく、予後不良とされている。今回、急速な経過で歩行不能となったものの、KRd 療法により神経症状の改善を認めた症例を経験したため既報の検討を交えて報告する。症例は 36 歳男性。2017 年発症の椎体原発孤立性形質細胞腫に対して椎体摘出術及び放射線による治療を行った後、経過観察されていた。2019 年春頃より血清 M 蛋白と IgG の上昇を認め、多発性骨髄腫への進展との判断で VRd 療法開始となったが、同時期に急激に神経障害が増悪し 1 ヶ月の経過で独歩から車椅子移動にまで ADL が低下した。神経生検にて脱髄性神経障害を、また血清 VEGF 上昇を認め、POEMS 症候群と診断した。KRd 療法にて血液学的寛解に至り、神経障害も速やかに改善した。

## 筋肉内出血に伴って一過性の第 XII 因子欠乏を認めた 1 例

- 1) 東京警察病院 血液内科    2) 東京警察病院 内科

○荒井 俊也<sup>1)</sup>, 野口 祐<sup>2)</sup>

症例は 68 歳女性。思い当たる原因のない右大腿痛にて当院整形外科受診。右大腿後面に炎症所見を伴う硬結を触れ、MRI で右内転筋血腫を認めた。その後、両側下肢の点状出血や軽度の意識混濁が現れ、APTT 57.0 秒と延長していたことから当科紹介となり精査加療のため入院。点状出血や意識混濁は数日で自然軽快。入院時に第 VIII, IX, XI 因子活性と vWF 活性を測定したが低下なく、抗リン脂質抗体は陰性であった。第 13 病日に第 XII 因子活性を測定し、17% と低値を認めた。入院時 CRP 29.7 mg/dl であり、右大腿血腫周囲の腫れと疼痛が高度であったことから蜂窩織炎合併と診断し抗菌剤治療を行い、炎症反応の改善に伴って APTT は正常化した。第 29 病日に退院、第 40 病日測定の第 XII 因子活性は 48% に改善していた。臨床的意義は不明であるものの、後天性に第 XII 因子単独欠乏を来した 1 例を経験した。



## 血漿交換により溶血性貧血と血小板減少が改善した 背景に胸腺がんを有する血栓性微小血管障害症

同愛記念病院 血液内科

○本村 鷹多朗, 水木 太郎, 田野崎 栄, 鈴木 謙

83歳男性。疲労感を主訴に当科初診。既往に胸腺がん術後（63歳）。初診時 WBC 4,700/ $\mu$ l, Hb 7.3 g/dl, Plt 4.6 万/ $\mu$ l, 網赤血球 5.9%, T-bil 0.59 mg/dl, D-bil 0.19 mg/dl, LDH 739 IU/l, BUN 110.8 mg/dl, Cre 7.85 mg/dl, Hpt 感度未満, 直接・間接クームス陰性, 破碎赤血球出現, ADAMTS13 活性 35%, インヒビター陰性, 抗 CFH 抗体陰性。血栓性微小血管障害症（TMA）と考え血液透析, 血漿交換開始。溶血性貧血と血小板減少は改善し 4 日間で血漿交換終了, 腎障害は改善せず透析継続。腫瘍関連 TMA としては腫瘍の病勢進行なく, 原疾患の治療なく改善し, 非典型溶血性尿毒症症候群関連の遺伝子変異（CFH, CFI, CD46, C3, CFB, THBD, DGKE, CFHR5）陰性。TMA の分類に関し検討の余地があり報告する。

## 同種造血幹細胞移植後に生じた *Achromobacter xylosoxidans* による蜂窩織炎

1) 東京大学医学部附属病院 血液・腫瘍内科    2) 東京大学医学部附属病院 感染制御部

3) 東京大学医学部附属病院 無菌治療部

○大山 悠<sup>1)</sup>, 安永 愛<sup>1)</sup>, 本田 晃<sup>1)</sup>, 牧 宏彰<sup>1)</sup>, 正本 庸介<sup>1)</sup>, 小林 竜也<sup>2)</sup>, 若林 義賢<sup>2)</sup>, 奥川 周<sup>2)</sup>, 森屋 恭爾<sup>2)</sup>, 黒川 峰夫<sup>1,3)</sup>

49歳男性, 急性骨髄性白血病再発に対し HLA 一致非血縁者間骨髄移植を行った。移植から 11 ヶ月後に慢性 GVHD の皮膚病変を生じ, 両下腿に潰瘍を形成した。プレドニゾロン, シクロスポリンで長期加療したが, 移植から 3 年後に左下腿蜂窩織炎を発症した。血液培養検査, 皮膚浸出液の培養検査で *Achromobacter xylosoxidans* (*A. xylosoxidans*) を同定した。Cefepime は無効で, meropenem に変更し軽快した。*A. xylosoxidans* は好気性グラム陰性桿菌の一種で, 担がん患者や免疫不全者にカテーテル感染症などの医療関連感染症を生じ, 多剤耐性であることが報告されているが, 同種移植後の蜂窩織炎についてこれまでに報告はない。同種移植後の蜂窩織炎では *A. xylosoxidans* を原因菌として考慮し, meropenem などの広域抗菌薬の使用を検討する必要がある。

## 腎機能障害合併時のアデノウイルス感染症に対するシドフォビル投与

信州大学 血液内科

○森田 貴裕, 川上 徹, 須藤 裕里子, 酒井 香生子, 酒井 均, 仁科 さやか, 石田 文宏,  
中澤 英之

62歳の男性。既往に関節リウマチがあった。急性骨髄性白血病に対してアザシチジン2コース後に臍帯血移植を施行した。Day 19に好中球は生着したが, day 39に排尿時痛と肉眼的血尿が出現した。移植前のアデノウイルス (ADV) 11型に対する抗体は陽性で, 血液・尿の定量PCRによりADV感染症と診断した。Day 53には急性腎不全を発症し, 数日間の血液透析を要した。発熱による消耗, 肝機能障害もあり, ADV血症の改善が必須と考えられ, 倫理委員会の承認を経て, シドフォビルをday 63に3 mg/kg投与した。全身状態不良でプロベネシドの前投薬や大量補液はできなかったが, 投与2時間後の血液透析で, 腎障害の悪化はわずかにとどまった。投与後は解熱し, 血液のADV定量値は漸減, day 142には検出感度以下となった。腎障害合併時にもシドフォビルが治療選択肢となりえる可能性が示唆された。

## 骨髄増殖性腫瘍様病態から B細胞性急性リンパ性白血病に進行したt(6;8)を有する8p11症候群

獨協医科大学病院 血液内科

○綾部 里香, 三谷 絹子, 市川 幹, 佐々木 光, 瀬尾 幸子, 中村 由香, 半田 智幸,  
新井 ほのか, 磯 桐子, 高橋 渉, 中村 文美

70歳女性。検診で白血球数3万/ $\mu$ lを指摘され, 精査にて骨髄増殖性腫瘍 (MPN) の真性多血症と診断。染色体検査で45,XX,t(6;8)(q27;p11)を認めた。以後, 未治療経過観察されていたが, 4年後, 白血球数16万/ $\mu$ lと急激な白血球増加に加え, 赤血球, 血小板の減少を認めたため, MPNの白血病化が疑われた。骨髄検査で芽球18%。POX陰性, CD10, 19, 22, 34, TdT陽性。染色体検査では初診時に認められなかったmonosomy 7が新たに出現していた。FISHにて*FGFR1*遺伝子の再構成陽性の細胞が91%陽性であり, 8p11症候群のB細胞性急性リンパ性白血病 (B-ALL) への進行と考えられた。t(6;8)を有する8p11症候群は稀な疾患であり, B-ALLへの進行はこれまで報告されておらず, 貴重な症例を経験したので報告する。

## 骨破壊を合併した成人のリンパ芽球性リンパ腫

1) 埼玉医科大学総合医療センター 血液内科      2) 埼玉医科大学総合医療センター 病理部  
 ○荒井 祐太<sup>1)</sup>, 多林 孝之<sup>1)</sup>, 永沼 謙<sup>1)</sup>, 田中 佑加<sup>1)</sup>, 高橋 康之<sup>1)</sup>, 木村 勇太<sup>1)</sup>, 阿南 朋恵<sup>1)</sup>,  
 富川 武樹<sup>1)</sup>, 得平 道英<sup>1)</sup>, 田丸 淳一<sup>2)</sup>, 木崎 昌弘<sup>1)</sup>

症例は73歳，女性。1ヶ月前から持続する左眼瞼下垂を主訴に近くの医療機関を受診しCT検査で左上顎洞に腫瘤を指摘されたため当院に紹介受診となった。来院時に腹部に紅色丘疹を認め，CT検査では左上顎洞前壁と右上顎洞に骨欠損を伴う腫瘤を認め，上咽頭と両側腎臓にも腫瘤を認めた。上咽頭腫瘤および腹部丘疹から生検したところ，軽度の核形不整を有したN/C比の高い異常細胞のびまん性増殖を認め，それらの細胞はTdT, CD19, CD79a, PAX5, bcl-2が陽性でCD3およびCD20は陰性であった。血液検査および骨髄検査では異常細胞を認めなかった。以上よりB細胞性リンパ芽球性リンパ腫と診断した。PET/CT検査では肝臓，両側腎臓，全身骨にFDGの高集積を認めた。骨破壊を伴うリンパ芽球性リンパ腫は小児において報告があるものの成人では非常に稀であり文献的考察を含めて報告する。

## 可逆性後頭葉白質脳症 (PRES) を発症した Ph陽性急性リンパ芽球性白血病 (Ph+ALL)

1) 北里大学医学部 血液内科学      2) 北里大学医学部 輸血・細胞移植学  
 ○新井 翔太<sup>1)</sup>, 堀米 佑一<sup>1)</sup>, 翁 祖誠<sup>1)</sup>, 鎌田 浩稔<sup>1)</sup>, 田寺 範行<sup>1)</sup>, 道下 雄介<sup>1)</sup>, 横山 真喜<sup>1)</sup>,  
 羽山 慧以<sup>1)</sup>, 泉山 和久<sup>1)</sup>, 江畑 晃一<sup>1)</sup>, 小西 宏明<sup>1)</sup>, 三浦 久宜<sup>1)</sup>, 宮崎 浩二<sup>2)</sup>, 鈴木 隆浩<sup>1)</sup>

Ph+ALLと診断された66歳女性。ダサチニブとプレドニゾロンにて寛解導入療法（髄注併用）を行い完全寛解を得た。強化地固め療法としてダサチニブ，シクロホスファミド，ダウノルビシン，ビンクリスチンを投与し，day2に髄注を施行したところ，day10に視野異常と一過性意識消失が出現。頭部MRI（FLAIR画像）で両側後頭葉に高信号域を認め，両側後大脳動脈の数珠状の狭小化を伴っており，PRESおよび可逆性脳血管攣縮症候群（RCVS）と診断された。ALLの治療は一時中断し，降圧療法と抗痙攣薬による対症療法で症状は軽快した。PRESは妊娠や移植後，薬剤などに起因した血管内皮障害を発端に発症するとされ，本症例では薬剤が病因として想定される。PRESに対する特異的治療はないものの速やかな降圧療法が重要とされ，成人造血器腫瘍における発症は稀だが，起こり得る合併症の一つと考え，文献的考察を含め報告する。



## 自然消退後に3年以上完全寛解を維持している 進行期びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL)

順天堂大学医学部 内科学血液学講座

○古川 芳樹, 安藤 純, 枝廣 陽子, 木下 慎太郎, 安藤 美樹, 小松 則夫

76歳女性。近医で外陰部悪性腫瘍を疑われ、X年6月に当院を紹介受診した。PET-CTでは子宮腔部、右肺S5、右肺門部リンパ節に強いFDG集積を認めた。右肺腫瘍生検では検体量不足のため診断に至らず、腔腫瘍生検でCD10、CD20陽性大型リンパ球のびまん性浸潤からDLBCLの診断に至った。翌月の治療目的の入院時には、内診上突出していた腔腫瘍が確認できず、CT上肺病変も消失していた。X年8月、2度目のPET-CTでは全病変が自然消退しており、1年後のPET-CTでも完全寛解を維持していた。3年経過した現在も再発を認めていない。高悪性度非ホジキンリンパ腫の自然消退は非常に稀であり、原因としては様々な説が報告されているが未だに解明されていない。本症例は自然消退の少ない進行期DLBCLであり、消退後も早期に再発する症例が多い中、3年以上も再発を認めていない貴重な症例と考え、考察を含め報告する。

## 閉塞性黄疸で発症したAYA世代の 腭頭部原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

1) 聖マリアンナ医科大学 血液・腫瘍内科 2) 聖マリアンナ医科大学 小児科

○鈴木 黎<sup>1)</sup>, 平川 経晃<sup>1)</sup>, 齊木 祐輔<sup>1)</sup>, 内田 晶子<sup>1)</sup>, 上村 悠<sup>1)</sup>, 鈴木 義則<sup>1)</sup>, 加藤 雅之<sup>1)</sup>,  
富田 直人<sup>1)</sup>, 森 鉄也<sup>2)</sup>, 新井 文子<sup>1)</sup>

17歳男性、主訴は黄疸。MR胆管膵管撮影で胆管拡張と腭頭部腫瘤を認めた。胆道ステントを挿入後、超音波内視鏡下穿刺吸引術で腫瘤の生検を行い、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の診断を得た。FDG-PET/CTでは腭頭部腫瘤のみ集積を認め、骨髓浸潤、中枢神経浸潤は認めなかった。LDは正常範囲内であった。中間リスク群としてFAB LMB96 group B (J Clin Oncol 30: 387-393, 2012) に則り治療を開始した。1コース終了時のMRIで腫瘤の縮小を認め、胆道ステント抜去後も黄疸の再燃は認めなかった。同療法を4コース施行し、Grade3の発熱性好中球減少症を認めたが、完全奏効を得た。FAB LMB96は晩期毒性軽減のためcyclophosphamide, adriamycinを減量した治療である。AYA世代のDLBCLに対して有用であり文献的考察を加え報告する。

## 骨盤骨折後の骨盤膿瘍を発生母地として発症した びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫

杏林大学医学部 血液内科

○大貫 朋也, 桑原 彩子, 関 雅史, 小林 誠, 吉森 恵未, 佐藤 範英, 高山 信之

【症例】73歳, 男性。20XX-5年にベランダから転落し右骨盤骨折を受傷。当院救急科に入院し, 内固定術が施行された。20XX-4年に受傷部位に骨盤膿瘍を発症し, ドレナージ, 抗菌薬投与で軽快した。20XX年3月頃から右下肢痛が出現。CTにて骨盤骨折部位の周囲に巨大腫瘍を指摘され, 針生検にてびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と診断された。免疫染色では CD20/CD10/BCL6/MUM1 陽性で, EBER は陰性であった。R-CHOP 療法を4コース施行したが, 腫瘍は残存した。放射線照射を追加後, 緩和治療に移行した。【考察】慢性炎症に伴う DLBCL は, WHO 分類で独立した概念となっており, 中でも膿胸関連リンパ腫が代表的である。本例は EBV 陰性であり, 比較的短期間に発症しているため病態は異なるが, 骨盤骨折後の骨盤膿瘍が発症に何らかの関与をした可能性が示唆される。貴重な症例と考え, 報告する。

## Blinatumomab により白血病治療と 感染症治療の両立が可能であった B 細胞性リンパ芽球性白血病

東京医科大学 血液内科学分野

○片桐 誠一郎, 赤羽 大悟, 大月 俊輔, 山田 ありさ, 森山 充, 山田 晃子, 勝呂 多光子,  
浅野 倫代, 吉澤 成一郎, 田中 裕子, 藤本 博昭, 岡部 聖一, 古屋 奈穂子, 後藤 守孝,  
伊藤 良和, 後藤 明彦

症例は54歳, 男性。del(9)(p21)を伴う B 細胞性リンパ芽球性白血病 (B-ALL) と診断された。HyperCVAD 療法で第一寛解を達成するも, 胸水を伴う侵襲性肺真菌症を合併し, 初回治療から約50日間治療再開ができなかった。予後不良染色体異常を有しており, 再検査した骨髄検査で微小残存病変を検出した。難治性 B-ALL と判断し, 2コースの blinatumomab 投与を行いながら抗真菌薬治療を継続, 血液学的寛解を維持しつつも肺炎・胸水は改善した。その後非血縁ドナーより同種末梢血造血幹細胞移植を行い, 現在まで寛解を維持している。Blinatumomab は同種移植への bridging therapy として期待されている。本例は重症感染症合併のため通常の化学療法が困難であったが, blinatumomab により病勢コントロールと感染症治療を両立することが可能であった。

## B-ALL に対する blinatumomab 治療後、 広範に有していた HLA 抗体が消失した症例

虎の門病院分院 血液内科

○西田 彩, 三ツ木 崇, 石綿 一哉, 和氣 敦

症例は 66 歳男性。X 年 9 月、発熱を機に前医を受診し、Ph 陰性 B-ALL と診断された。Hyper-CVAD 療法を開始されたが寛解に入らず、10 月、同種移植検討目的に当院へ転院となった。転院時の骨髄検査では blast 97.5% であった。Blinatumomab の投与により寛解を目指した上で臍帯血移植を行う方針としたが、HLA 抗体検査の結果、広範に HLA 抗体を有している事が明らかになった。VP-16 投与後に blinatumomab を開始した。有害事象として血球減少と CRS による発熱を認めたが、投与継続可能であった。Blinatumomab 終了後の骨髄検査では blast 19.6% の残存を認めた。この時点で臍帯血バンクに HLA 抗体測定を依頼した結果、HLA 抗体が全て陰性化していた。Blinatumomab により抗体産生細胞が減少し、HLA 抗体の消失が得られた可能性が考えられた。

## 臍帯血移植 6 ヶ月後の再発に対しネララビン療法後 臍帯血再移植を行った T-ALL

昭和大学医学部 内科学講座 血液内科学部門

○宇藤 唯, 中牧 剛, 上杉 由香, 中田 彩香, 佐々木 陽平, 島田 翔太郎, 馬場 勇太,  
綿貫 めぐみ, 藤原 峻, 荒井 奈々, 川口 有紀子, 蒲澤 宜幸, 塚本 裕之, 松井 知治,  
柳沢 孝次, 服部 憲路, 酒井 広隆, 原田 浩史

症例は 61 歳女性。X-2 年 4 月に Ph 染色体陰性 T-ALL と診断した。JALSG ALL202-O 寛解導入療法により CR を得て地固め療法を 5 サイクル施行した。維持療法は発熱性好中球減少症や粘膜障害のため 2 サイクルで中断した。X 年 1 月に再発し Hyper CVAD, MA, MEC 療法を行ったが SD であった。X 年 4 月に骨髄 ALL 細胞を 89.8% 認め、Flu/Mel/Bu2 を前処置に臍帯血移植を行い CR を得た。しかし X 年 10 月に再々発した。標準化学療法に対し抵抗性と考え、救援療法としてネララビン療法を選択し 2 サイクル施行した。骨髄 ALL 細胞は 95.4% から 60.3% に減少し、X 年 11 月に Flu/Mel/TBI を前処置に臍帯血再移植を行った。同種移植後の再発難治 T-ALL において、ネララビンが抗腫瘍効果を示し再度の同種移植までのブリッジング療法として有用であった症例を経験したため報告する。

## 同種造血幹細胞移植 6 ヶ月後、肺結核を発症した重症再生不良性貧血

- 1) がん・感染症センター都立駒込病院 血液内科
- 2) 日本医科大学付属病院 血液内科
- 3) がん・感染症センター都立駒込病院 感染科
- 4) がん・感染症センター都立駒込病院 感染制御科

○神原 康弘<sup>1)</sup>, 丸毛 淳史<sup>1,2)</sup>, 福島 一彰<sup>3)</sup>, 関谷 紀貴<sup>4)</sup>, 熱田 雄也<sup>1)</sup>, 大塚 友貴<sup>1)</sup>, 小沼 亮介<sup>1)</sup>, 須崎 賢<sup>1)</sup>, 安達 弘人<sup>1)</sup>, 和田 敦司<sup>1)</sup>, 岸田 侑也<sup>1)</sup>, 内堀 雄介<sup>1)</sup>, 迎 純一<sup>1)</sup>, 新谷 直樹<sup>1)</sup>, 遠矢 嵩<sup>1)</sup>, 清水 啓明<sup>1)</sup>, 名島 悠峰<sup>1)</sup>, 小林 武<sup>1)</sup>, 坂巻 壽<sup>1)</sup>, 大橋 一輝<sup>1)</sup>, 土岐 典子<sup>1)</sup>

同種移植後の結核感染は一般集団と比べ頻度が高く、感染管理の点からも重要である。症例は45歳女性。35歳時に再生不良性貧血 stage2 と診断され、経時的に cyclosporine, anti-thymocyte globulin, eltrombopag の治療を受けたが不応で (stage4), 45歳時に非血縁者間同種骨髄移植を施行し day17 に生着した。急性皮膚 GVHD stage3 が出現したが改善し、day45 に退院。慢性 GVHD の発症もなく、FK 2.4 mg/日を内服中であった。Day160 に咳嗽が出現し、day175 に CT で右上葉空洞性病変を認め、喀痰の結核菌 PCR 陽性で肺結核と診断した。Isoniazid, ethambutol, pyrazinamide, levofloxacin で治療を開始され、day572 時点で経過良好である。同種移植後の肺感染症の一つとして結核感染を考慮する必要がある。

## 同種造血幹細胞移植後の慢性 GVHD としての 類上皮肉芽腫および多発筋炎

- 1) 新潟大学医歯学総合病院 血液・内分泌・代謝内科
- 2) 久留米大学医学部 病理学講座
- 3) 新潟大学医歯学総合病院 高密度無菌治療部

○諏訪部 達也<sup>1)</sup>, 布施 香子<sup>1)</sup>, 水戸部 正樹<sup>1)</sup>, 武田 ルイ<sup>1)</sup>, 米沢 穂高<sup>1)</sup>, 片桐 隆幸<sup>1)</sup>, 河本 啓介<sup>2)</sup>, 牛木 隆志<sup>1)</sup>, 柴崎 康彦<sup>3)</sup>, 瀧澤 淳<sup>1)</sup>, 成田 美和子<sup>1)</sup>, 曾根 博仁<sup>4)</sup>, 大島 孝一<sup>2)</sup>, 増子 正義<sup>3)</sup>

【症例】52歳男性。AMLの第一寛解期にuBMTを施行後、9ヶ月目に四肢筋痛、発熱、四肢浮腫をきたし入院した。CK 1,617 IU/l, CRP 21 mg/dl, IL-2R 5,853 U/ml と高値を認めた。CTで体幹部を中心に多発する皮下腫瘍を認め、皮下腫瘍生検の結果は類上皮肉芽腫であった。筋痛は次第に増悪し、歩行困難となった。大腿部MRIで下肢・臀部の筋内に造影効果を伴うT2WI高信号領域が多発していた。大腿直筋より筋生検を施行し、多発筋炎と診断された。抗核抗体、抗Jo-1抗体は陰性であった。骨髄検査でAML再発は否定的であった。mPSL 1 mg/kgを開始し、自覚症状、検査値異常は速やかに改善した。【考察】類上皮肉芽腫および筋炎は、移植後の合併症として極めて稀である。いずれもT細胞および組織球が関与する病態であり、慢性GVHDの稀な表現型と考えられ、文献学的考察を含めて報告する。

## ATO 投与時の QTc 補正式に関する考察 (心筋障害を有する APL 症例を経験して)

筑波記念病院 血液内科

○渋谷 泰弘, 佐藤 祐二, 一色 雄裕, 鈴木 幸恵, 福田 匡芳, 長澤 俊郎

【緒言】 ATO は QT 延長の際に用量調節が必要とされるが, QTc 補正式は複数あり算出される値が異なるため補正法によって不必要な減量・休薬が起こる可能性がある。【症例】 症例は 40 歳台男性・APL。入院時より APL の影響と思われる心室壁運動低下, 完全房室ブロック (CAVB) を認めたため ATO を避け ATRA・AraC で寛解導入療法を実施し CR を得た。加療により CAVB が消失したため ATRA・ATO の地固め療法に移行した。QTc 補正式は Bazett 法を用いたが, 延長判定のため減量・休薬を余儀なくされた。治療完遂後に全治療経過中の QTc を複数の補正式で再計算したところ, Bazett 法以外の計算法では延長と判定されなかった。【考察】 Bazett 法では QTc が過大評価される傾向がある。ATO を減量・休薬しないために, 状況によって Fridericia 法など他の QTc 補正式を用いるべきである。

## 発症時に横紋筋融解症を呈したが ATRA, ATO 併用療法が奏効した APL

東京都済生会中央病院 血液内科

○戸田 匡太郎, 傳田 竜之介, 山崎 皓平, 長田 眞, 國枝 尚子, 平尾 磨樹, 塚田 唯子,  
廣瀬 茂道, 菊池 隆秀

【背景】 APL 患者が治療過程で化学療法や重症感染症に伴い横紋筋融解症を発症した報告は散見されるが, 初期症状として横紋筋融解症を呈した報告は 1 例のみである。【症例】 47 歳男性。芽球陽性で当院転院, 筋肉痛を訴え, WBC 1,600/ $\mu$ l (芽球 50.5%), CK 10,170 U/l であった。骨髓生検で APL と診断して ATRA 投与と大量輸液を開始し, 2 日後に酸素化低下を認め, 人工呼吸器管理, ATRA 中止した。酸素化改善し ATRA 再開, 抜管後再度 CK 上昇したが, ATRA, ATO 併用療法で APL 寛解と横紋筋融解症の軽快を得た。【考察】 AML の初期症状として横紋筋融解症を呈した報告は少数あるが, APL の治療に伴い横紋筋融解症が 1 度増悪した後軽快した報告はなく, 今回 APL 発症時に横紋筋融解症を呈したが ATRA, ATO 併用療法が奏効した 1 例を報告する。



## 結核リンパ節炎治療中に発症し化学療法を行った 急性骨髄性白血病 (AML)

- 1) 獨協医科大学埼玉医療センター 糖尿病内分泌・血液内科  
2) 埼玉医科大学病院 血液内科

○阿久澤 有<sup>1)</sup>, 宮川 きらら<sup>1)</sup>, 原 かほり<sup>1)</sup>, 滝井 寛隆<sup>1)</sup>, 浅井 久美子<sup>1)</sup>, 三宅 勇輝<sup>1)</sup>, 原澤 彰<sup>1)</sup>,  
藤井 隆史朗<sup>1)</sup>, 古川 翔<sup>1)</sup>, 久保 未央<sup>1)</sup>, 氏家 淳<sup>1)</sup>, 奥村 武憲<sup>1)</sup>, 山内 元貴<sup>1)</sup>, 篠崎 浩之<sup>1)</sup>,  
岡村 隆光<sup>1)</sup>, 田村 秀人<sup>1)</sup>, 橋本 貢士<sup>1)</sup>, 中村 裕一<sup>2)</sup>

75歳女性。201X年4月頸部リンパ節腫脹を認め皮膚科受診。リンパ節生検で *Mycobacterium tuberculosis* を検出，結核性リンパ節炎と診断，抗結核薬を開始。8月血球減少あり，9月末梢血芽球が検出され血液内科へ紹介。骨髓検査で芽球，単球増殖，inv(16)(p13.1q22)を認め，AML(M4)と診断。抗結核治療中で結核再燃リスクは低いと考え化学療法を開始。CAG療法を施行し寛解を達成，減量地固め療法を3回施行。外来で芽球が再出現し再燃と判断。緩和方針となり定期輸血を継続，201X+1年9月肺炎で死亡。経過中に結核再燃はみられなかった。【結語】白血病再発で死亡転帰となるも化学療法中に結核再燃はみられず抗酸菌合併AMLでも抗結核薬下で化学療法を完遂可能を示唆する症例と考え報告する。

## ルキシソリチニブが奏効した小児原発性骨髄線維症

- 1) 埼玉県立小児医療センター 血液腫瘍科 2) 埼玉県立小児医療センター 病理診断科  
3) 埼玉県立小児医療センター 臨床研究部

○大嶋 宏一<sup>1)</sup>, 荒川 ゆうき<sup>1)</sup>, 入倉 朋也<sup>1)</sup>, 渡壁 麻依<sup>1)</sup>, 平木 崇正<sup>1)</sup>, 井上 恭兵<sup>1)</sup>, 本田 護<sup>1)</sup>,  
三谷 友一<sup>1)</sup>, 森 麻希子<sup>1)</sup>, 福岡 講平<sup>1)</sup>, 市村 香代子<sup>2)</sup>, 中澤 温子<sup>3)</sup>, 康 勝好<sup>1)</sup>

【背景】骨髄線維症に対するJAK阻害剤の使用経験は成人においては蓄積されつつあるが，小児例における役割はほとんど知られていない。【症例】8歳男児。易疲労感と下肢痛を主訴に来院し，汎血球減少が判明した。骨髓生検では骨髄線維症に合致する所見(MF-3)が得られ，原発性骨髄線維症の診断となった。染色体検査(G-band)では50,XY,+8,+8,+14,+21という染色体異常が認められた。ルキシソリチニブの投与によって，身体症状や血球減少は急速に改善し，3ヶ月後には骨髓の線維化も軽快(MF-0)，染色体異常も消失した。その後，ルキシソリチニブを漸減中止後に同種造血幹細胞移植を実施した。小児の原発性骨髄線維症におけるルキシソリチニブの効果と移植前処置について検討し，報告する。



# 日本血液学会関東甲信越地方会 組織一覧



(敬省略, 五十音順, 2020年11月現在)

## 代表

千葉 滋 (筑波大学)

## 副代表

白杵 憲祐 (NTT 東日本関東病院)

## 幹事

青墳 信之 (成田赤十字病院)	塚崎 邦弘 (埼玉医科大学国際医療センター)
新井 文子 (聖マリアンナ医科大学)	塚本 憲史 (群馬大学医学部)
石田 禎夫 (日本赤十字社医療センター)	辻村 秀樹 (千葉県がんセンター)
石田 文宏 (信州大学医学部)	富田 直人 (聖マリアンナ医科大学)
伊豆津宏二 (国立がん研究センター中央病院)	永井 孝一 (新潟県立中央病院)
犬飼 岳史 (山梨大学)	中沢 洋三 (信州大学医学部)
川田 浩志 (東海大学医学部)	中島 秀明 (公立大学法人 横浜市立大学医学部)
神田 善伸 (自治医科大学附属病院)	中世古知昭 (国際医療福祉大学)
木村 文彦 (防衛医科大学校病院)	中牧 剛 (昭和大学医学部)
桐戸 敬太 (山梨大学医学部)	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)	萩原 政夫 (永寿総合病院)
黒川 峰夫 (東京大学医学部)	長谷川雄一 (筑波大学)
康 勝好 (埼玉県立小児医療センター)	八田 善弘 (日本大学医学部)
後藤 明彦 (東京医科大学)	半田 寛 (群馬大学医学部)
小松 則夫 (順天堂大学医学部)	藤原慎一郎 (自治医科大学)
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 (北里大学医学部)	三谷 絹子 (獨協医科大学)
高山 信之 (杏林大学医学部)	南 陽介 (国立がん研究センター東病院)
瀧澤 淳 (新潟大学大学院医歯学総合研究科)	矢野 真吾 (東京慈恵会医科大学附属病院)
田中 淳司 (東京女子医科大学)	矢野 尊啓 (国立病院機構 東京医療センター)
谷口 修一 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院)	

## 運営委員

白杵 憲祐 (NTT 東日本関東病院)	谷口 修一 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院)
神田 善伸 (自治医科大学附属病院)	千葉 滋 (筑波大学)
桐戸 敬太 (山梨大学医学部)	中島 秀明 (公立大学法人 横浜市立大学医学部)
黒川 峰夫 (東京大学医学部)	三谷 絹子 (獨協医科大学)
後藤 明彦 (東京医科大学)	

## 監事

土岐 典子 (がん・感染症センター都立駒込病院) 長谷川大輔 (聖路加国際病院)

## 事務局 筑波大学医学医療系血液内科

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1



# 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 役員の定年は、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。



# 新しい 生きるを、 創る。

独自技術で難病に挑み、  
ひとりの「生きる」に希望をとどける。  
ユニークな機能性食品で、  
みんなの「生きる」を健やかにする。  
新しい時代の、新しい生きるを、  
わたしたちは、創っていく。



ポリエンマクロライド系抗真菌性抗生物質製剤 ————— 薬価基準収載  
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）

**アムビゾム<sup>®</sup>** 点滴静注用50mg  
注射用アムホテリシンBリボゾム製剤（略号:L-AMB） *AmBisome<sup>®</sup>*

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

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）  
**大日本住友製薬株式会社**  
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉  
くすり情報センター  
**TEL 0120-034-389**  
受付時間 / 月～金 9:00～17:30(祝・祭日を除く)  
<https://ds-pharma.jp/>

提携  
 **GILEAD**



## 医療関連事業

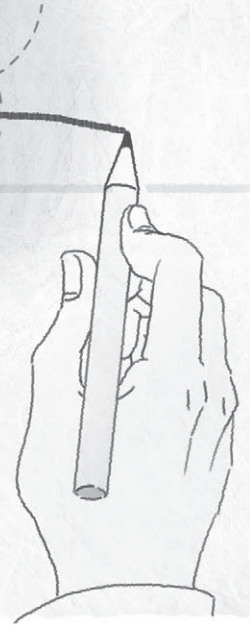
疾病の診断から治療までを担う

## ニュートラシューティカルズ関連事業

日々の健康維持・増進をサポートする

# 両輪で身体全体を考える

世界の人々の健康に貢献する  
トータルヘルスケアカンパニーを目指します



Otsuka-people creating new products for better health worldwide

<https://www.otsuka.co.jp/>

 Otsuka 大塚製薬



血漿分画製剤（液状・静注用免疫グロブリン製剤）

薬価基準収載

## 献血ヴェノグロブリン® IH10% 静注

0.5g/5mL, 2.5g/25mL, 5g/50mL, 10g/100mL, 20g/200mL

Venoglobulin® IH 10% I.V. 0.5g/5mL, 2.5g/25mL, 5g/50mL, 10g/100mL, 20g/200mL

献血（生物学的製剤基準 ポリエチレングリコール処理免疫グロブリン）

特定生物由来製品 処方箋医薬品<sup>※</sup> 注) 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いては、添付文書をご参照ください。

製造販売元  
一般社団法人  
**JB** 日本血液製剤機構

VG-202007

[文献請求先及び問い合わせ先] 日本血液製剤機構 くすり相談室 〒108-0023 東京都港区芝浦3-1-1  
医療関係者向け製品情報サイト <https://www.jbpo.or.jp/med/di/>







「効能・効果」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、添付文書をご参照ください。

**5-HT<sub>3</sub> 受容体拮抗型制吐剤** 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）

薬価基準収載

**アロキシ® 静注 0.75mg**  
**Aloxi® I.V. injection 0.75mg**

**アロキシ® 点滴静注バッグ 0.75mg**  
**Aloxi® I.V. infusion bag 0.75mg**

パロノセトロン塩酸塩注射剤

製造販売元  
 資料請求先  
 (医薬品情報課)



大鵬薬品工業株式会社  
 〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27  
 TEL.0120-20-4527 FAX.03-3293-2451  
<https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **HELSINN** スイス

2017年6月作成



TERMS®: サリドマイド製剤安全管理手順  
 (サレド®カプセルのご使用にあたっては  
 サリドマイド製剤安全管理手順の遵守をお願いします。)

抗多発性骨髄腫剤・抗らい性結節性紅斑剤

薬価基準収載

**サレド®カプセル 25**  
**サレド®カプセル 50**  
**サレド®カプセル 100**

**THALED® CAPSULES 25・50・100**  
 サリドマイド/Thalidomide

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」等は、製品添付文書をご参照ください。

藤本製薬グループ

〔資料請求先〕

藤本製薬株式会社 サレドDI室  
 〒580-8503 大阪府松原市西大塚1丁目3番40号  
 TEL: 0120-425-171 FAX: 072-332-5182  
 URL: <http://www.fujimoto-pharm.co.jp/>

® 登録商標

meiji



整形用品 管理医療機器

特定保険医療材料(歯科)

# エピシル® 口腔用液

販売名: エピシル®口腔用液

一般の名称: 局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材

医療機器承認番号: 22900BZX00214000

※「禁忌・禁止」、「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

**Meiji Seika ファルマ株式会社**

東京都中央区京橋 2-4-16

<https://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>

〈文献請求先及び問い合わせ先〉

Meiji Seika ファルマ株式会社 くすり相談室

〒104-8002 東京都中央区京橋 2-4-16

フリーダイヤル(0120)093-396

電話(03)3273-3539、FAX(03)3272-2438

作成: 2020.5

オノ オンコロジー

**ONCOLOGY**<sup>®</sup>

for Professional

がんと向き合う患者さん、  
医療関係者の皆様を支えるために。  
小野薬品は本気で取り組みます。

<https://www.ono-oncology.jp/>



オンコロジーに関する最新ニュース、文献情報、学会情報をお届けいたします。

**ONO** 小野薬品工業株式会社



# ニューモシスチス肺炎の 治療・発症抑制に

# 内服の 第2選択薬<sup>\*</sup>

CG:Pneumocystis Jirovecii

※効能・効果に関連する使用上の注意参照

**【禁忌】**(次の患者には投与しないこと)  
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

## 効能・効果

〈適応菌種〉ニューモシスチス・イロベチー

〈適応症〉ニューモシスチス肺炎、ニューモシスチス肺炎の発症抑制

### 効能・効果に関連する使用上の注意

1. 本剤は、副作用によりスルファメトキサゾール・トリメトプリム配合剤(ST合剤)の使用が困難な場合に使用すること。
2. 重症のニューモシスチス肺炎患者(肺泡気・動脈血酸素分圧較差[(A-a)DO<sub>2</sub>]が45mmHgを超える患者)での本剤の使用に関する成績は、十分に検討されていない。また、他の治療法で効果が得られなかった重症のニューモシスチス肺炎患者における本剤の有効性を示すデータは限られている。
3. ニューモシスチス肺炎の発症抑制は、ニューモシスチス肺炎のリスク(CD4<sup>+</sup>細胞数が目安として200/mm<sup>3</sup>未満、ニューモシスチス肺炎の既往歴がある等)を有する患者を対象とすること。
4. 本剤は他の真菌又は細菌、マイコプラズマ又はウイルス疾患の治療に有効ではない。

## 用法・用量

〈ニューモシスチス肺炎の治療〉

通常、成人には1回5mL(アトバコンとして750mg)を1日2回21日間、食後に経口投与する。

〈ニューモシスチス肺炎の発症抑制〉

通常、成人には1回10mL(アトバコンとして1500mg)を1日1回、食後に経口投与する。

### 用法・用量に関連する使用上の注意

- (1) 本剤は絶食下では吸収量が低下するため、食後に投与すること。本剤を食後に投与できない患者では、代替治療を検討すること。
- (2) 投与開始時及び投与中に下痢が認められている場合には、本剤の吸収が低下し、効果が減弱する可能性がある。下痢が認められている患者では、代替治療を検討すること。

## 使用上の注意

### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 重度の腎障害患者[使用経験が少ない]
- (2) 重度の肝障害患者[使用経験が少ない]

### 2. 重要な基本的注意

ニューモシスチス肺炎のリスクのある患者はしばしば免疫不全状態にあり、生命を脅かすおそれのある様々な日和見感染症に罹患する可能性があるため、ニューモシスチス肺炎以外の原因も慎重に評価し、原因に応じて適切な追加の薬剤での治療を考慮すること。

## 3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等 リファンピシン、リファブチン、テトラサイクリン、メトロプロラミド、シドブジン、アセトアミノフェン、ベンゾジアゼピン系薬剤 アシクロビル、オビオイド系鎮痛薬、セファロスポリン系抗生物質、止しゃ薬、緩下剤、インジナビル

## 4. 副作用

海外臨床試験2試験(軽症から中等症のニューモシスチス肺炎を有するAIDS患者を対象としたアトバコン錠の第1/II相試験及び軽症から中等症のニューモシスチス肺炎を有するAIDS患者を対象としたアトバコン錠のST合剤との比較試験)で得られた安全性成績を評価した。249例中169例(68%)に臨床検査値異常を含む有害事象(本剤との関連性の有無にかかわらず発現した事象)が報告された。その主なものは、悪心61例(24%) (このうち本剤との関連性が否定できないもの(以下、副作用)は41例、16%)、発疹54例(22%) (このうち副作用は46例、18%)、下痢52例(21%) (このうち副作用は14例、6%)、頭痛43例(17%) (このうち副作用は16例、6%)、嘔吐34例(14%) (このうち副作用は22例、9%)、発熱34例(14%) (このうち副作用は9例、4%)であった(承認時)。

### (1) 重大な副作用

- 1) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、多形紅斑(頻度不明<sup>※1)</sup>): 皮膚粘膜眼症候群、多形紅斑があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) 重度の肝機能障害(頻度不明<sup>※1)</sup>、<sup>※2</sup>): 重度の肝機能障害があらわれることがあるので、必要に応じ肝機能検査を行うこと。
- 3) 無顆粒球症、白血球減少(頻度不明<sup>※1)</sup>): 無顆粒球症、白血球減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

注1) 自発報告又は海外のみで認められている副作用については頻度不明とした。  
注2) 厚生労働省エイズ治療薬研究班からの報告による。

2017年12月改訂(第6版)

その他の使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

## ニューモシスチス肺炎治療薬

薬価基準記載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

# サムチレール<sup>®</sup> 内用懸濁液 15%

SAMTIREL Oral Suspension 15%

アトバコン内用懸濁液 / Atovaquone

製造販売元

クラクソ・スミスクライン株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007(9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047(24時間受付)

SMRX00109-D2011D

改訂年月2020年11月



# PharmaEssentia

バイオ医薬品で、  
より良い未来へ。

ファーマエッセンシア ジャパンは、アジア発(台湾)のグローバル製薬企業の日本法人として設立されました。私たちのビジョンは、「血液疾患」を中心に、「オンコロジー」「感染症」という3つの重点領域において画期的なベグ化技術プラットフォームを応用して、革新的なバイオ医薬品を提供し、患者さんのアンメット・メディカル・ニーズを満たすことです。医療関係者の方にとって“より良い治療”の実現と、患者さんが“より良い生活”を送れる未来の創造を目指します。

ファーマエッセンシア ジャパン 3つのポートフォリオ

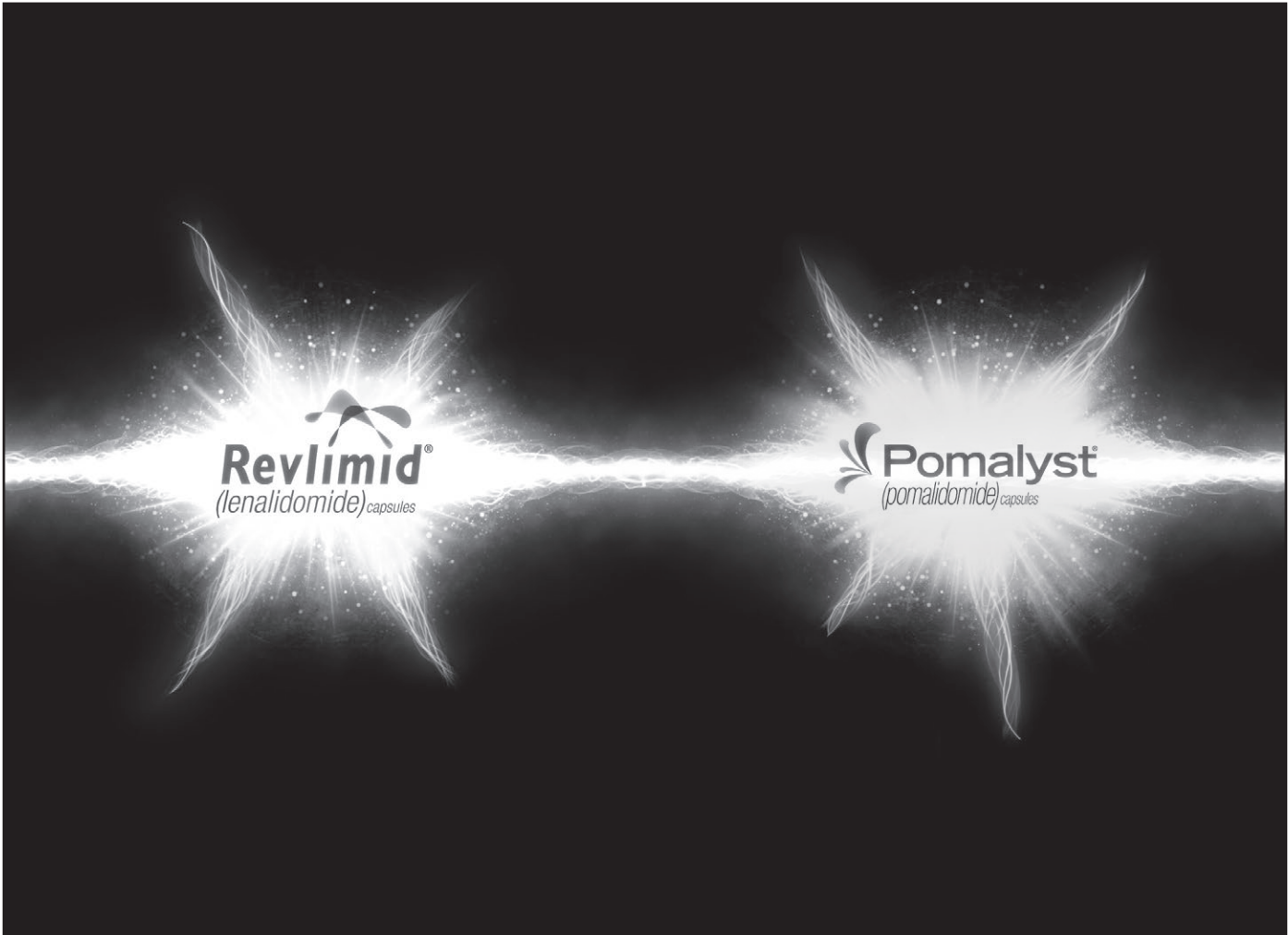
Infectious  
Disease

Hematology

Oncology

## Better Science, Better Lives.

ファーマエッセンシア ジャパン 株式会社 〒160-0022 東京都新宿区新宿 2-5-12 FORECAST 新宿 AVENUE 5F <http://pharmaessentiajapan.com>



抗造血器悪性腫瘍剤 薬価基準収載

 **レブラミド**® カプセル **2.5mg**  
**5mg**

Revlimid® Capsules レナリドミド水和物カプセル

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

抗造血器悪性腫瘍剤 薬価基準収載

 **ポマリスト**® カプセル **1mg 2mg**  
**3mg 4mg**

Pomalyst® Capsules ポマリドミドカプセル

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。

 製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)  
**セルジーン株式会社**  
〒100-7010 東京都千代田区丸の内二丁目7番2号

(2020年8月作成)  
689JP20PRO451905





## Better Health, Brighter Future

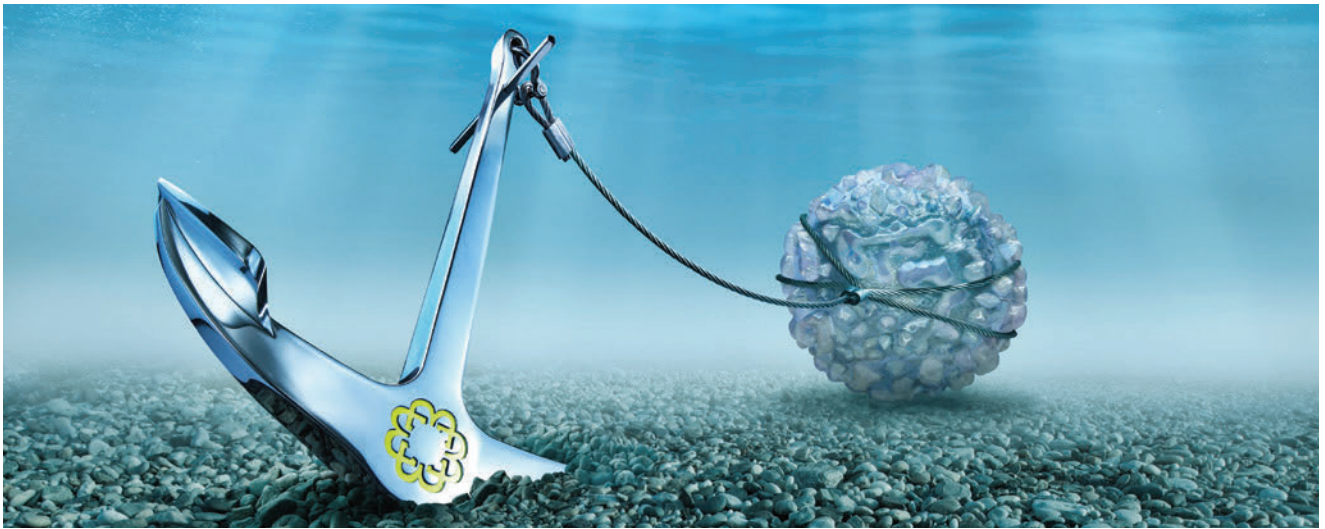
一人でも多くの人に、かけがえのない人生を  
より健やかに過ごしてほしい。

タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来  
人々の人生を変えうる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。

タケダはこれからも、グローバルなバイオ医薬品の  
リーディングカンパニーとして、より健やかで輝かしい未来を  
世界中の人々へお届けするために挑戦し続けます。

武田薬品工業株式会社  
[www.takeda.com/jp](http://www.takeda.com/jp)





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

創薬 処方箋医薬品<sup>※</sup> 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<sup>※</sup> 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