

10. 腸管に広範な浸潤を認めた anaplastic large cell lymphoma の 1 例

横井 美香, 石井 雅巳, 吉野 浩
別所 文雄

(杏林大学病院小児科)

浮山 越史, 菲澤 融司, 伊藤 泰雄
(同 小児外科)

藤野 節, 谷澤 徹
(同 病理部)

〈はじめに〉 anaplastic large cell lymphoma (ALCL) では消化管浸潤は稀である。消化管浸潤を広範に認めた一例を経験した。

〈症例〉 13 歳男児 発熱, 腹痛を主訴に入院。sIL-2R 20500U/ml。後腹膜リンパ節腫大が多数みられた。抗生剤のみで症状改善し退院した。その後は症状なく sIL-2R 正常域。10 カ月後腹痛再燃, 後腹膜リンパ節腫大増悪, sIL-2R 再上昇し再入院した。生検にて ALCL と診断した。縦隔リンパ節, 食道, 胃, 虫垂に浸潤を認めた。

〈考察〉 本症例は ALCL では稀な広範な消化管浸潤が見られた。ALCL でも自然退縮があり, 注意が必要と考えられた。

11. IgH-MRD モニタリングにて 2 つのクローンを確認した急性白血病の検討

古川 真祐, 中舘 尚也, 開田 美保
松浦由希子, 安藤 寿, 三宅 泉

(北里大学病院 小児科)

症例は 5 歳の女児。主訴は貧血。初診時 WBC 109,600/mm³ (Myel-B, 18.0%, Promyelo 16.6%), RBC165 万/mm³, PLT1.4 万/mm³, 骨髄所見では有核細胞数 332,000/mm³, 芽球様細胞が 77.2%, 芽球は POX 陽性だった。細胞表面マーカーは CD19 が 78.7%, CD33 が 97.6%, CD13 が 50.7% と biphenotypic パターンを示し, JH 再構成のみ認めた。キメラ・マルチ・スクリーニングはすべて陰性であった。当初, biphenotypic ALL と判断し, TCCSG L99-15HEX にてプレドニゾロンを開始したが, 初期反応不良であったため, POX が陽性だった点と形態学的に FAB M2 芽球も認めていたので AML 99

Intermediate risk にて治療を再開し, Day 62 に寛解を確認した。その後, 強化維持療法中の Day 194 に骨髄再発を認めた。IgH-JH のクロナリティーを検討するため, CDR III 領域にそれぞれのプライマーを設定し, nested PCR 法を実施した。初診時には 2 本の増幅バンドを認め, 腫瘍細胞は 2 クローンの可能性が考えられた。完全寛解到達後の Day 127 には, いずれも消失していたが, Day 194 の再発時には 1 本のみバンドを認めたことから, 初発時の 2 クローンのうちの 1 クローンによる再発と考えられた。以上から, 本例は IgH-MRD モニタリングにて 2 つのクローンを確認した, Stem cell にきわめて近い段階での白血化の可能性が想定された。

12. 化学療法中に敗血症, 血球貧食症候群で失った肝芽腫の 1 例

田中 潔, 中原さおり
(北里大学外科)

中舘 尚也, 古川 真祐
(同 小児科)

症例は 2 歳男児。AFP 494, 841 ng/ml。肝三区域を占拠する腫瘍で, PRETEXT III, Stage IIIA の肝芽腫と診断し, JPLT91B2 により CDDP, THP-ADR を用いた化学療法を開始した。経過中発熱が続き, 抗生物質の長期投与を必要とした。2クール終了後骨髄抑制からの回復期に 41 度に達する発熱が出現し, 血液培養からカンジダが検出された。フェリチン 35,941ng/ml, LDH3,314IU/l と上昇し, 骨髄検査で著明な血球貧食像を認めた。γグロブリン, ステロイド治療に反応せず, 2 日の経過で呼吸不全にて失った。AFP は 4,770ng/ml まで低下し, 化学療法は著効と考えられた。化学療法中には急激に経過する血球貧食症候群にも留意が必要である。

13. Ifosfamide・platinum 製剤併用化学療法における腎障害の検討

菊地 陽, 加藤 元博, 朴 明子
新井 心, 山本 将平, 望月 慎史

花田 良二