

#### 4. 多発性骨髄腫を合併した重複大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術

(外科学第二講座) 岩橋 徹、菊池裕二郎、小出 研爾  
島崎 太郎、横井 良彦、川口 聡  
小櫃由樹生、石丸 新

症例は 66 歳 女性。平成 8 年、多発性骨髄腫の診断にて化学療法後、寛解期に胸部および胸腹部に重複大動脈瘤を指摘された。入院後精査にて多発性骨髄腫は IgG- $\kappa$  Type、Stage IIIa と診断され、活動性が認められた。その為、手術に際し易感染性、易出血性、腎機能障害等が問題とされ、通常の open surgery は危険と判断し stent graft 内挿術が選択された。また、大動脈瘤は腹腔動脈が瘤より起始しており、術前に腹腔動脈をバルーンで閉塞させ、上腸間膜動脈からの側副血行を確認した後ステントグラフト内挿術を施行した。易感染性に対しては術前術後の抗生物質、 $\gamma$ -グロブリンの投与により感染を予防することができ良好な結果が得られた。多発性骨髄腫による易感染性、易出血性、病的骨折等、通常の open surgery では high risk と考えられる症例に対しステントグラフト内挿術は有効な治療であったと考えられる。

#### 5. Imatinib mesylate が有効であった骨髄線維化を伴う好酸球増多症候群の一例

(内科学第一講座) 石井 裕子、伊藤 良和、中嶋 晃弘  
栗山 謙、田内 哲三、宮澤 啓介  
木村 之彦、大屋敷一馬

【緒言】 好酸球増多症候群 (hyper-eosinophilic syndrome; HES) は持続的な好酸球増多とそれによる臓器浸潤を特徴とする疾患で、治療抵抗性な例では予後不良な場合がある。慢性骨髄性白血病治療薬で BCR-ABL、c-kit、PDGFR のチロシンキナーゼ選択的阻害薬として知られる imatinib mesylate (STI571; 以下 imatinib) が、骨髄線維化を伴う HES に対し著効した 1 例を経験したので報告する。

【症例】 41 歳の男性。1995 年頃発症で 1997 年初診。骨髄線維化を伴った HES の診断で副腎皮質ステロイド薬や hydroxyurea、cyclosporin などで治療を行うも抵抗性となり、肺浸潤による呼吸器症状の増悪も認めた。2002 年 7 月、imatinib 100 mg/日を 7 日間投与したところ好酸球数の著明な低下 ( $6,072/\mu \rightarrow 31/\mu$ ) および喘鳴などの呼吸困難の改善を認めた。

【考察】 imatinib の HES に対する作用機序はまだ不明な点が多いが、しばしば予後不良である臓器障害を伴う HES の治療薬として imatinib が有効と考えられた。

#### 6. 大網に原発し中枢神経浸潤を伴った T 細胞性非 Hodgkin リンパ腫

(内科学第三講座) 加藤せい子、小宮 英明、井戸 信博  
小口 尚仁、山本 浩文、武市 美鈴  
藤本 博昭、原田 芳巳、代田 常道  
林 徹

(外科学第三講座) 長江 逸郎、小椋 泰久

【症例】 54 歳、男性

【主訴】 腹部膨満感

【現病歴】 2001 年 1 月頃より心窩部痛出現。腹部膨満感がみられ某院入院。CT にて大網の肥厚を認めるも、上下部消化管内視鏡、小腸造影にて異常所見を認めず、精査目的に 6 月 5 日当院に転院。

【現症】 体温 37.1°C。腋窩リンパ節を触知。腹部は膨隆。

【入院時検査】 LDH298 HIV 抗体 (－) 抗 HTLV-I 抗体 (－) sIL-2 R 10200

【経過】 開腹生検にて T-cell NHL と診断。CHOP 療法等の化学療法にて腫瘍は縮小した。10 月 23 日両下肢脱力が出現、右後頭葉から小脳に腫瘍を認めた。MTX 大量療法を施行、頭蓋内腫瘍の縮小、腹腔内腫瘍の消失を認めた。02 年 3 月 1 日リハビリテーション目的に前医に転院となった。

【考案】 大網原発の T-cell NHL は稀である。CNS 浸潤を合併するも化学療法に反応し、MTX 大量療法を含む強力な化学療法の有用性が示唆された。

#### 7. 骨髄異形成症候群 (MDS-RCMD) に対して免疫抑制療法を試みた一男児例

(小児科学教室) 渡邊知愛子、望月 慎史、松浦 恵子  
平良 尚子、塚本真貴子、鶴田 敏久  
星加 明德

症例は 5 歳男児。貧血と血小板減少を指摘され当科入院となった。血液学的には汎血球減少、骨髄は初回穿刺では低形成、2 回目は正から過形成を呈し、血球 3 系統に強い異型性を認めた。第 8 染色体の異常の他、HbF が上昇、TCR の  $\delta$  鎖が弱陽性で、骨髄シンチではまだらな集積像を呈した。その他血液疾患、悪性腫瘍を示唆する所見は認められなかった。以上より MDS-RCMD と診断した。入院後 40°C をピークとする発熱が出現し上下降を繰り返した。感染や腫瘍熱等の可能性を考え各種検索を行ったが明らかな所見は得られなかった。HLA 一致同胞ドナーがなくまず免疫抑制療法を施行、その際ウイルス感染の可能性を考え ATG を除いた CyA・mPSL の 2 剤にて行った。第 35 日現在明らかな効果は認めていない。また MAP 輸血により Hb の上昇と共に解熱し、現在も平熱で全身状態良好である。今後の造血幹細胞移植を念頭に現在も経過観察中

ある。

#### 8. 経過中に BOOP 様病変を合併した高齢者 MDS の 1 例

(老年病学教室) 宮崎 香理、木村 明裕、菊川 昌幸  
黄川田雅之、大野 大二、新 弘一  
岩本 俊彦、高崎 優

【症例】 69 歳男性。

【主訴】 発熱。

【現病歴】 01 年 5 月に貧血ならびに血小板減少精査のため入院となり MDS よりの白血病化と診断された。同年 6 月より化

学療法施行し、PR となり以後地固め療法を継続していた。02 年 1 月上旬より 37°C 台の微熱を認めることより入院となり、胸部 X 線では両側下肺野を中心に、軽度の間質性陰影を認めた。胸部 CT では両側上肺野を中心に非区域性のスリガラス陰影を認めた。TBLB では肺胞壁の中等度の細胞性肥厚とリンパ球浸潤、また肺胞腔内へのポリープ上に突出した肉芽組織を認めた。肺胞腔内に硝子化した線維化巣を一部に認めた。以上より肺病変は BOOP (bronchiolitis obliterans organizing pneumonia) 様病変と診断した。MDS において抗生剤抵抗性の肺病変は、BOOP も念頭に入れた検索が必要であると考えられた。