

宗教的輸血拒否があった急性骨髄性白血病の一例

◎中丸 栞¹⁾、鈴木 沙織¹⁾、小原 真理¹⁾、渡部 文彦¹⁾、安藤 明星¹⁾、伊藤 日菜子¹⁾、渡部 和也¹⁾
公立大学法人 福島県立医科大学会津医療センター¹⁾

【緒言】急性骨髄性白血病（以下 AML）において、輸血や感染症対策などの支持療法は安全な化学療法を施行していく上で重要な処置である。今回、宗教的輸血拒否のある AML 症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代、男性。既往歴：十二指腸潰瘍、前立腺癌。家族歴：なし。前医採血にて白血球著増を認め、同日当院へ紹介となった。

【初診時検査所見】血液検査：WBC $130.6 \times 10^3/\mu\text{L}$ （芽球 93.0%）、RBC $2.55 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb 8.3 g/dL、PLT $25.0 \times 10^3/\mu\text{L}$ 。生化学検査：LDH 292 IU/L、CRP 7.69 mg/dL。骨髄検査は dry tap であり、末梢血 FCM や遺伝子検査にて AML と総合的に診断された。

【経過】主治医より IC の際に、患者と家族共に宗教的輸血拒否であることが判明した。患者より無輸血治療を行える病院へ紹介希望あり、転院となった。転院先にて化学療法を施行したが、治療効果は得られず、これ以上の治療は困難となったため当院へ緩和目的で再入院。再入院時採血で Hb 2.4g/dL であり、7 日後死亡退院となった。

【考察】AML 治療において輸血による支持療法は必要不可欠となる。本症例では患者の信念を最大限に尊重した。当院輸血療法マニュアルに則り輸血に関する免責証明書及び医療に関する永続的委任状を提出いただき、無輸血治療を選択した。当院では化学療法または症状緩和療法の提示がなされたが、治療に伴うリスクから対症療法のための施行となった。その後患者より無輸血治療プログラムのある医療機関への転院希望の申し出があり対応した。医療従事者が考える最善の医療は、時として患者に大きな負担を強いる可能性がある。患者の信念を理解した上で、治療の代替案やセカンド・オピニオンを勧めるなど患者の選択肢を増やす事が求められる。

【結語】今回我々は宗教的輸血拒否があった AML を経験した。化学療法に伴う骨髄抑制の影響は大きく、支持療法の重要性を再認識できた。患者の信念を理解し、最適な医療を提供する一助となるよう多職種と連携していく事が重要と考える。

連絡先 0242-75-2100(内線 1117)

胸水貯留が発見契機となり胸腔穿刺で再発が診断された B-ALL の 1 例

◎松下 紬¹⁾、佐澤 大輝¹⁾、大谷 あこ¹⁾、木村 祥¹⁾、神 大貴¹⁾、松田 夏希¹⁾、葛西 淳¹⁾、櫻庭 弘康¹⁾
独立行政法人国立病院機構 弘前総合医療センター¹⁾

【はじめに】今回 B 細胞性急性リンパ芽球性白血病 (B-ALL) の患者において、胸水検体に異常細胞が多数みられ再発と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代女性。X 年汎血球減少を主訴に当院血液内科受診、骨髓穿刺にて Ph 陰性 B-ALL の診断となった。化学療法により寛解した後、2 年間の維持療法を行い経過観察中であった。X+6 年、健診で胸部異常陰影および胸水貯留を指摘され、労作時の呼吸困難もあったため、呼吸器内科を受診し胸腔穿刺が施行された。胸水に異常細胞がみられたが、肺の腫瘍マーカーが陰性であったため B-ALL の再発が疑われ血液内科へ紹介となった。その後も胸水貯留が持続し、再度胸腔穿刺を施行、さらに骨髓穿刺も行われた。

【紹介時検査所見】血液検査：TP 7.3g/dL, LD 184U/L, CRP 0.37mg/dL, WBC 7,500(Blast 0%) / μ L, Hb 14.5g/dL, PLT 23.2×10^4 / μ L, WT1mRNA <50 copies/ μ gRNA, 骨髓検査：軽度過形成, NCC 14.7×10^4 / μ L, 白血病細胞 0.4%, 免疫染色で CD79a, TdT 陽性, CD3, CD20 陰性の白血病細胞の小集簇がみられた。FCM(骨髓液)：CD10, CD19, cyCD79a

が少数陽性であった。胸水検査：総細胞数 5,954 / μ L, sIL-2R 2,159 U/mL, LD 129U/L, FCM(胸水)：CD10, CD19, cyCD79a, cyCD22, HLA-DR, TdT 陽性, CD20, CD34, MPO 陰性。N/C 比大, 核形不整, 核小体明瞭で空胞を有する, 初発時の骨髓検査と同様の形態を示す細胞が多数あり B-ALL 再発の診断となった。

【経過】ステロイド治療後、再寛解導入療法が開始され、外来にて治療継続中である。

【まとめ】B-ALL は中枢神経、リンパ節、脾臓、肝臓などに髄外浸潤が多くみられるが、白血病細胞の浸潤によって胸水が生じることは稀とされる。本症例は骨髓での白血病細胞はごく少数であり、血液検査でも異常所見はなかったものの、胸水に多数の白血病細胞を認め再発の診断となった。初回胸水検査では分子学的検査が行われず、血液内科紹介後の胸水の再検査により診断に至った経緯を踏まえると、検査部門間の密な連携や医師への迅速な情報提供の重要性が改めて示された症例であった。
連絡先 TEL：0172-32-4311(内線 6256)

遷延する LD 高値が診断の契機となった血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

◎石崎 麻衣¹⁾、白石 こずえ¹⁾、櫻井 香織¹⁾、荒町 直人¹⁾、今野 大成¹⁾、瀧上 洋人¹⁾、卸川 絃光²⁾
苫小牧市立病院 LSI メディエンス検査室¹⁾、苫小牧市立病院 臨床検査科²⁾

【はじめに】血管内大細胞型 B 細胞性リンパ腫(intravascular large B-cell lymphoma; IVLBCL)は腫瘍細胞が全身の細小血管内に選択的に増殖する節外性リンパ腫である。今回我々は、下垂体機能低下症の治療中に遷延する LD 高値が契機となり診断に至った IVLBCL の症例を経験したので報告する。【症例】60 歳代男性、倦怠感、微熱などを主訴に前医を受診したところ下垂体機能低下症を疑われ当院内科に紹介となった。入院後の採血で LD・sIL-2R 高値、血小板減少を認めたが CT 検査ではリンパ節腫脹は認めなかった。その後も LD 高値は継続したことから IVLBCL の可能性を考え骨髓検査とランダム皮膚生検実施となった。【検査所見】(血液学) WBC 3680/ μ L、Hb 13.0g/dL、PLT 9.8×10^4 / μ L、Stab 11.0%、Seg 41.5%、Ly 23.5%、Mono 20.5%、Eo 1.5%、Baso 1.0%、A-Ly 1.0% (生化学) LD 791U/L、AST 37U/L、ALT 28U/L、CRP 3.08mg/dL、sIL-2R 4390U/mL 【臨床経過】骨髓検査では NCC 27,563/ μ L、MgK 23/ μ L、中～大型で核網織細、POD 陰性の異常リンパ様細胞を 3.8%認め背景には血球貪食像が散見された。G-Band では 10/15 細胞に複数の異

常を認め BCL6 遺伝子の関与が疑われた。しかし、FCM や骨髓生検では異常な所見は認めなかった。後日実施されたランダム皮膚生検では 3 カ所のうち 1 カ所で CD20、CD79a 陽性の大型異型リンパ球の血管内への浸潤を認め、IVLBCL の診断となった。【考察】IVLBCL は一般的な悪性リンパ腫とは異なりリンパ節腫脹を伴わないため診断に難渋することがある。しかし、LD・sIL-2R 高値は多くの症例で認められる。また、発熱を伴う症例も多くこれらを認めた場合はリンパ節腫脹がなくとも IVLBCL を積極的に疑い精査を進めていくことが必要であると考えられた。本疾患は浸潤部位の特定が困難である点から骨髓中の腫瘍細胞数が少量または検出できないことも想定される。また、スマッジ細胞出現の報告もあり、細胞崩壊による検査結果への影響も考えられる。そのため診断には骨髓検査とランダム皮膚生検の併用が重要であると再認識した。【結語】IVLBCL は予後不良例が多く早期診断が必要とされる。そのために特徴的な所見を確実に捉え、臨床へ報告することが重要と考えられた。検査室(直通) 0144-31-7205