

## 呼吸器内科通院中の定期採血で早期発見された TTP の一症例

◎中野 七奈<sup>1)</sup>、森 真美<sup>1)</sup>、荒金 裕貴<sup>1)</sup>、榎木 雄美子<sup>1)</sup>、宮本 崇三<sup>1)</sup>、森崎 隆裕<sup>1)</sup>、川口 正彦<sup>1)</sup>  
一般財団法人 住友病院<sup>1)</sup>

【はじめに】TTP(血栓性血小板減少性紫斑病)は、適切な治療を行わない場合高率に死に至る疾患で、早期診断・治療が重要である。古典的5徴候が揃う事は稀であり、近年では原因不明の血小板減少、溶血性貧血、ADAMTS13活性著減を認めればTTPと診断し治療を行う。今回、呼吸器内科通院中の定期採血で血小板減少を認め、それを機に早期診断された症例を経験し、発症初期からの検査データを分析する機会を得たので報告する。

【症例】70歳代、男性。50歳頃からACO(Asthma and COPD Overlap)で当院呼吸器内科を受診していた。20XX-1年5月の定期採血および20XX年2月の他院採血では異常を認めず。20XX年4月の定期採血で血小板減少を認め、精査加療目的で当院血液内科に入院となった。

【入院時身体所見】BT: 36.2°C, BP: 151/64mmHg, SpO<sub>2</sub>: 94%, 口腔内: 出血斑認めず, 右前腕・左右下腿: わずかに紫斑, その他特記事項なし

【入院時検査所見】WBC  $9.7 \times 10^9/L$ , RBC  $4.70 \times 10^{12}/L$ , Hb 13.5g/dL, PLT  $18 \times 10^9/L$ , 破碎赤血球 0.5%, T-BIL

1.7mg/dL, UN 32mg/dL, CRE 1.32mg/dL, LD 999IU/L, ハプトグロビン $\leq 10\text{mg/dL}$ , APTT 31.9秒, PT 13.5秒, PT-INR 1.01, FIB 442mg/dL, FDP 4.1 $\mu\text{g/mL}$ , Dダイマー 1.11 $\mu\text{g/mL}$ , ADAMTS13活性 $<1\%$ , ADAMTS13インヒビター 3.6BU/mL

【治療経過】20XX年4月の入院以降、破碎赤血球は徐々に増加し、入院12日目には3.3%に達した。ステロイド、FFP投与開始するも改善せず、PE(血漿交換)施行。2度のPE施行でPLT, LD, 破碎赤血球は改善し、20XX年5月に退院。その後外来でステロイドを徐々に減量しながら経過観察となった。

【まとめ】診断時より自覚症状なく経過したTTPの症例を経験した。日常の鏡検時に、少量の破碎赤血球の出現を見落とさない事が早期発見に繋がる。また、治療効果のモニタリングとしても有用な所見であるため、鏡検で差が出ないように日頃から目合わせをする事が重要であると考え。

連絡先: 06-6443-1261(内線:6002)

## 骨髄中に大型細胞の出現を認め鑑別を要した ATL の1症例

◎野田 順子<sup>1)</sup>、長谷 沙織<sup>1)</sup>、寺内 翔<sup>1)</sup>、石橋 孝文<sup>2)</sup>  
洛和会 音羽病院 SRL 検査室<sup>1)</sup>、洛和会 音羽病院 血液内科<sup>2)</sup>

【はじめに】成人 T 細胞性白血病／リンパ腫(ATLL)は、CD4 陽性 T 細胞への HTLV-1 の感染により引き起こされるリンパ腫である。その細胞形態は典型的には、分葉ないし花卉様で濃縮したクロマチンを有する核が特徴的だが、一方では多様な形態も報告されている。

確定診断には腫瘍細胞中に HTLV-1 provirus DNA のモノクローナルな組み込みを証明することが必要とされている。今回、骨髄中に大型な細胞を認め他のリンパ腫との鑑別を要した急性型 ATLL を経験したので報告する。

【症例】70 代男性、20XX 年 10 月 約 1 ヶ月前に帯状疱疹を発症し、その頃から全身倦怠感、および食思不振を自覚。帯状疱疹は改善するも徐々に症状が増悪することから当院内科外来を受診。

【検査所見】末梢血：WBC 36000/ $\mu$  RBC 274 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$  L、Hb：8.2g/dL、Plt 90 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$  L 生化学等：CRP 4.61mg/dL、LD502U/L、sIL-2R 40700U/mL ATLA-Ab(+) 骨髄：NCC19.5 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$  L、Ly:45.0%、abnormal cell:15.2 %、表面マーカー：CD2+、CD3+、CD4+、

CD5+、CD7+、CD8-、後日提出の HTLV-1 provirus DNA 検査、CCR4 蛋白検査は共に陽性であった。

## 【まとめ】

本症例は、末梢血で ATL 様細胞の出現を認めたが骨髄像では大型の細胞を認め他のリンパ腫との鑑別を要した。最終的に表面マーカー検査で細胞起源が T 細胞系であること、HTLV-1 provirus DNA 陽性でありウイルスの組み込みが証明され急性型 ATLL と診断された症例を経験し ATL 細胞の形態学的多様性を再認識した症例であった。

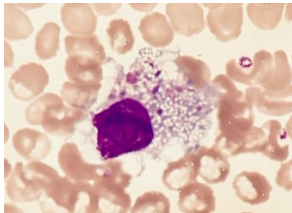
音羽病院 SRL 検査室 (0755955241)

## 末梢血スミアでのマクロファージ貪食像の検出

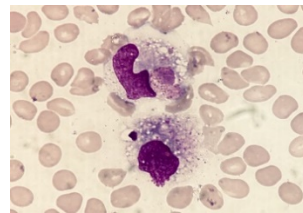
◎中井 統紀子<sup>1)</sup>、石川 伸<sup>2)</sup>、日高 友梨恵<sup>2)</sup>、薬師神 恭子<sup>2)</sup>、大前 麻希、長谷川 章<sup>2)</sup>、岡本 康幸<sup>3)</sup>  
 医療法人 新生会 高の原中央病院<sup>1)</sup>、医療法人 新生会 高の原中央病院 臨床検査科<sup>2)</sup>、同 内科<sup>3)</sup>

血球貪食症候群 (HPS) においてみられるマクロファージ (MΦ) の活性化・増殖および血球貪食像は、通常骨髓やリンパ節などの組織中で検出され、末梢血スミアで検出されることは極めて稀である<sup>1)</sup>。今回我々は、末梢血スミアで、MΦ 検出症例を比較的短期間 (2 か月間) に 2 例続けて経験したので報告し、その意義を考察する。

【症例 1】80 歳代女性。左大腿骨頸部骨折にて手術後に誤嚥性肺炎併発。術後 8 日目の末梢血スミアにて MΦ 貪食像検出 (写真 1)。当日 WBC 5,990/ $\mu$ l, Hb 11.3g/dl, Plt 23.9 万/ $\mu$ l, LDH 215U/l, CRP 3.54mg/dl であったが、6 日前は WBC 6,850/ $\mu$ l, Hb 9.0g/dl, Plt 11.7 万/ $\mu$ l であった。



(写真 1)



(写真 2)

【症例 2】47 歳女性。感染性心内膜炎・敗血症にて入院。

2 日目に末梢血スミアで MΦ 貪食像検出 (写真 2)。当日 WBC 18,530/ $\mu$ l, Hb 8.5g/dl, Plt 6.4 万/ $\mu$ l, LDH 928U/l。

【考察】MΦ 貪食像の検出は、HPS の診断に重要であるが、その為の骨髓や組織の検査は簡単には実施できないことが多い。末梢血スミアで検出可能であれば、臨床的にも極めて有用である。末梢血スミアで MΦ を検出することは極めて稀とされているが<sup>1)</sup>、実際には見逃されていたり、引き終わりの部分で破壊されている可能性が指摘されている<sup>2)</sup>。検出の為にはスミア辺縁部分を注意深く観察することや、引き終わりを緩やかに止めるような引き方が推奨されている<sup>2)</sup>。我々は、最初の検出症例の後、HPS を合併しやすいと思われる症例で、スミアの引き方や観察方法に注意を払ってきた。その経緯によって、早期に 2 例目を検出することができたのかもしれない。今後も、症例に応じた注意深い観察が重要と考えられる。

文献 1) Sloma I, et al. Br J Haematol 165: 163, 2014.

2) Kuwata K, et al. Shock 25: 344-350, 2006

連絡先 0742-71-1030 (内線 1287)

## 急性リンパ性白血病寛解後に発症した治療関連骨髄性腫瘍の1症例

◎速水 亮一<sup>1)</sup>、桐畑 佳代子<sup>1)</sup>、小川 久美子<sup>1)</sup>、北村 則子<sup>1)</sup>、木藤 克之<sup>2)</sup>  
長浜赤十字病院<sup>1)</sup>、滋賀医科大学医学部附属病院 血液内科<sup>2)</sup>

【はじめに】治療関連骨髄性腫瘍 (t-MN) は、悪性腫瘍などの前疾患に対する化学療法、放射線照射後に発症する骨髄異形成症候群 (MDS)、急性骨髄性白血病 (AML)、骨髄異形成症候群／骨髄増殖性腫瘍 (MDS/MPN) の総称である。今回、急性リンパ性白血病 (ALL) 寛解後に、MDS を発症し AML へと移行した t-MN の症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。X年11月、他院にて乳癌の手術をされ、腋窩リンパ節転移を認めたため、シクロホスファミドを含む化学療法と放射線治療後、経過観察されていた。X+3年5月、高熱のため近医を受診、血液検査所見に異常が認められ当院血液内科に紹介受診。骨髄検査が行われ ALL と診断、染色体検査では 46,XX,t(1;11)(p32;q23) を認めた。シクロホスファミドを含む化学療法によって寛解に至った。以後、経過観察が行われていたが、X+7年6月、経過評価のため骨髄検査が行われ、骨髄芽球の増加がみられた。X+7年8月頃より貧血の進行がみられるようになり、X+8年1月、他院

にて骨髄検査が行われ、MDS (RAEB-1) と診断、染色体検査では複雑核型を認めた。X+8年2月より、当院にてアザシチジンによる治療が開始され、20サイクル施行された。X+9年11月、末梢血において骨髄芽球が増加、AML への移行を認めた。X+10年1月、急性循環不全により永眠された。

【考察】t-MN は細胞毒性をもつ治療によって起こった遺伝子変異の結果生じると考えられており、主にアルキル化剤、放射線治療、トポイソメラーゼ II 阻害剤が原因として挙げられている。本症例では、乳癌に対して放射線治療が行われ、乳癌および ALL に対する化学療法では、アルキル化剤であるシクロホスファミドが使用されており、その後、t-MN を発症したと考えられる。また、アザシチジンは高リスク MDS や AML に対して生存期間の改善が期待される薬剤である。本症例では、t-MN 発症からの生存期間は約2年半でありアザシチジン療法により予後が延長したと考えられる。

長浜赤十字病院検査部：0749-63-2111 (内線 2285)