

形態学的観察の重要性を感じた非定型慢性骨髄性白血病 (aCML) の 2 症例

◎野相 秀文¹⁾、石川 安奈¹⁾、矢野 美由紀¹⁾
社会医療法人 天神会 新古賀病院¹⁾

【はじめに】非定型慢性骨髄性白血病(以下 aCML)は WHO 分類では骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍 (MDS/MPN) に分類される稀な疾患である。今回、形態学的観察の重要性を感じた aCML の 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】80 代男性。20XX 年 8 月近医にて白血球増加と大球性の貧血、末梢血液像にて過分葉好中球を認め当院紹介受診となった。

【検査所見】初診時 WBC $33.8 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 、(My 4.0%、Meta 1.0%、Stab 1.0%、Seg 85.0%、Eo 1.0%、Ba 0.0%、Mo 2.0%、Ly 6.0%) RBC $2.49 \times 10^6 / \mu\text{L}$ 、Hb 8.2g/dL、PLT $958 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 、末梢血にて過分葉好中球、大型血小板、偽ペルゲル核異常を認め MDS を疑った。後日骨髄穿刺施行、NCC $38.9 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 、MgK 375/ μL 、末梢血 FISH BCR-ABL (－)、G-Band 46,XY [20] により aCML と診断された。

【症例 2】80 代男性。20XX 年 5 月近医にて白血球増加と幼若顆粒球の増加を指摘され AML 疑いにて当院紹介受診となった。

【検査所見】初診時 WBC $70.2 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 、(ProMy 6.0%、My 7.0%、Meta 0.0%、Stab 9.0%、Seg 56.0%、Eo 12.0%、Ba 2.0%、Mo 2.0%、Ly 5.0%) RBC $4.05 \times 10^6 / \mu\text{L}$ 、Hb 11.9g/dL、PLT $65 \times 10^3 / \mu\text{L}$ 、末梢血にて異常顆粒を認めたが芽球の増加はなく CML を疑った。後日骨髄穿刺施行、NCC $20.4 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 、MgK 15.6/ μL 、末梢血 FISH BCR-ABL1 (－)、G-Band 46,XY [20] により aCML と診断された。

【考察・結語】今回の症例を再度見直すと症例 1 では赤血球、血小板系の形態異常は乏しく、クロマチンの異常凝集、過分葉を含む成熟好中球の増加がみられた。症例 2 では好塩基球の増加はなく、骨髄球系の全成熟段階において CML には認められない異常顆粒がみられた。いずれも aCML の形態異常所見として否定できない所見であった。aCML の診断には遺伝子検査が不可欠であるが、検査結果に時間を要するため、形態学的判断も大切である。早期に異常細胞の特徴を観察し臨床に報告することで適確な診断につながるかと再認識した。

連絡先－0942－38－2273

急性骨髄性白血病の増悪時に発症したと思われる骨髄性肉腫の1症例

◎原 浩平¹⁾、田中 未来¹⁾、遠山 亮佐¹⁾、西浦 明彦¹⁾
医療法人創起会 くまもと森都総合病院¹⁾

【はじめに】骨髄性肉腫は、骨髄以外の部位に発生する骨髄芽球由来の腫瘍を形成する腫瘍である。発症頻度は3%程度で白血病の発症時に出現することが多い。また、初発時や再発時の前駆症状として出現する場合、末梢血や骨髄での芽球増加とともに生じる場合、孤発性に生じる場合がある。今回我々は、急性骨髄性白血病(AML)の増悪時に発症したと思われる骨髄性肉腫の稀な症例を経験したので報告する。【症例】60歳代、男性 20XX年よりAMLを発症し、治療により寛解。その後、強化療法施行中に心不全と血小板減少が進行し経過観察中であつた。腹満感、倦怠感の自覚と肝障害を認め入院となつた。血液検査所見：

WBC $4.68 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、RBC $2.27 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb 8.2g/dL、MCV 113.2 fL、MCH 36.1 pg、PLT $33 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、TP 6.1g/dL、Alb 3.1g/dL、T-Bil 1.0mg/dL、AST 115U/L、ALT 94U/L、ALP(IFCC) 406 U/L、LDH(IFCC) 323U/L、 γ -GTP 148U/L、BUN 25.9mg/dL、Cr1.89mg/dL、UA7.1mg/dL、CRP 3.36mg/dL、sIL-2R16632U/mL 目視:Baso1.0%、Eoso13.0%、Blast1.0%、Seg 15.0%、Lympho 37.0%、Mono29.0%、Aty-

Ly4.0%であつた。骨髄検査所見：正形成、大型でN/C比80~90%程度で核網は繊細で明瞭な核小体を数個有する芽球様細胞を31.0%認めた。一部には核不整形を有する細胞を認めた。骨髄生検では、CD34陽性細胞を多数認めた。細胞表面マーカー：CD13(+)、CD33(+)、CD34(+)、HLA-DR(+)、11b(+)、CD38(+)、CD117(+)、TdT(+))を認めた。染色体検査：46XY,add(18)(p21)を20細胞中1細胞認めた。sIL-2Rの異常高値とCT上でのリンパ節腫脹と多量の腹水より、悪性リンパ腫や結核性リンパ節炎等の合併を疑つたが診断には至らず、AMLの再発による状態が悪化し治療を行うも永眠された。死因特定のため局所解剖を行いリンパ節、腹膜、回腸、肝脾等に浸潤する異型細胞を認めたが、骨髄内細胞と異なりCD34の発現はなく、CD4 (+)、lysozyme (+)で単球への分化より骨髄性肉腫の診断となつた。

【考察】骨髄性肉腫は稀な疾患であるため診断まで時間がかかる可能性がある。AMLの増悪時にリンパ節腫脹を来し、リンパ腫や結核等を疑う場合には本症例も念頭に検査を行う必要がある。 連絡先：096-364-6000(2037)

バーキットリンパ腫様の形態を呈した B リンパ芽球性白血病の 1 症例

◎田中 未来¹⁾、原 浩平¹⁾、西浦 明彦¹⁾
医療法人創起会 くまもと森都総合病院¹⁾

【はじめに】B リンパ芽球性白血病/リンパ腫(B-ALL/LBL)は B 細胞系前駆細胞の腫瘍化と定義されている。FAB 分類 L3 に相当するバーキットタイプは、WHO 分類では成熟 B 細胞性腫瘍であるバーキットリンパ腫 (BL) として分類され、B-ALL という用語は急性 B リンパ芽球性白血病をあらわし、従来のバーキットリンパ腫には用いてはならないと明記されている。今回、我々は BL 様の形態を呈した B-ALL を経験したので報告する。【症例】60 歳代男性、労作時呼吸困難、めまいを主訴に前医を受診。その際の血液検査で汎血球減少と肝機能障害を認め、症状が改善しないため精査治療目的に当院血液内科受診となった。

【血液検査所見】WBC $3.09 \times 10^3/\mu\text{L}$ (Stab 2.0%、Seg 28.0%、Lympho 43.0%、Mono 3.0%、Aty-Ly 4.0%、Other 20.0%)、RBC $2.50 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb 9.3g/dL、Ht 26.6%、MCV 106.4fL、MCH 37.2pg、PLT $53 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、TP 6.0g/dL、Alb 3.5g/dL、T-Bil 0.6mg/dL、AST 133U/L、ALT 124U/L、ALP(IFCC) 423U/L、LDH(IFCC) 2240U/L、 γ -GTP 711U/L、Ferr 1963.7ng/dL、BUN 22.1mg/d、CRP 8.84mg/dL 【骨髓検

査所見】やや過形成、大型で N/C 比 70~90%程度、細胞質内や核に多数の空胞を有するリンパ球様の細胞を 84.4%認めた。MPO 染色：陰性、エステラーゼ二重染色：陰性、PAS 染色：陰性、細胞表面マーカー：CD19(+)、CD34(+)、CD22(+)、CD38(+)、HLA-DR(+)、KOR-SA(+)、TdT(+)、IGH-MYC(FISH)：0.0%、白血病キメラスクリーニング：全て検出せず、染色体検査：複雑核型 (低二倍体) 以上より B-ALL と診断された。【経過】JALSG B-ALL213 のプロトコールにて治療を開始し、現在 2 回目の地固め療法中。今後、同種造血幹細胞移植予定である。【考察】今回、形態学的所見から BL を疑ったが、細胞表面マーカーや FISH などの結果より B-ALL と診断された症例を経験した。形態学的所見のみにとらわれることなく、臨床検査所見を総合的に判断することの重要性を再認識した症例であった。
連絡先：096-364-6000(2037)