

症例報告

Hodgkin 病の発症を契機に発見された骨髄異形成症候群

河野美紀 鈴木章孝 片桐智子 林重文
宮澤啓介 木村之彦 大屋敷一馬

東京医科大学内科学第一講座

【要旨】 症例は54歳,男性. 全身倦怠感と体重減少にて入院した. 胸部X線, および胸部 CT 検査にて縦隔, 両側肺門部のリンパ節腫脹を認め, リンパ節の病理組織検査にてホジキン病 (Hodgkin's disease: HD) (結節硬化型), 骨髄検査では軽度の異形成と染色体検査にて t (1;7) (q 10 ; p 10) を認め, 以上より HD と骨髄異形成症候群 (myelodysplastic syndrome: MDS) の合併と診断した. HD に対して ABVD 療法を施行したが, 治療に伴う重篤な合併症はなく輸血も不要で完全寛解となり経過良好である. HD の化学療法後に二次性の MDS を合併することはよく知られているが, 治療に成功した MDS 合併 HD の報告例はない.

はじめに

造血器腫瘍の化学療法後に二次性の骨髄異形成症候群 (myelodysplastic syndromes: MDS) を合併することはよく知られているが¹⁾, Hodgkin 病 (HD) の発症と同時に診断されたMDSの報告はない. 今回,我々は HD と MDS (refractory anemia: RA) を同時に認めた1例を経験したので報告する.

症例および経過

症 例: 54歳, 男性.

主 訴: 体重減少.

既往歴, 家族歴: 特記すべきことなし.

生活歴: 喫煙歴 30 本/日, 35 年間. 飲酒歴 機会飲酒.

現病歴: 生来健康であったが, 1997 年 3 月頃より体重減少 (3 kg/3 ヶ月) を認めた. 近医での胸部 X 線撮影にて両側肺門部腫脹を認め, 当院外科に入

院. 入院後の胸部 CT 検査では, 大動脈弓, 気管分岐部, および両側肺門部のリンパ節腫脹および胸水を認めた. 縦隔鏡によるリンパ節生検 (図 1) で HD (nodular sclerosis) と診断し, 化学療法目的で同年 7 月当科に転科となった.

入院時現症: 身長 164 cm, 体重 55 kg, 血圧 120/72 mmHg, 脈拍 80/分, 整体温 36.4°C. 結膜に貧血および黄疸なく, 表在リンパ節触知せず. 胸腹部理学的所見および神経学的異常所見なし. 浮腫なし.

検査所見 (表 1): 末梢血検査では大球性貧血を認めたが白血球数, 白血球分画, 血小板数は正常であった. 骨髄穿刺では有核細胞数 17,500 / μ l, 巨核球数 6.25 / μ l, 芽球 0%. 低形成骨髄で, 一部の好中球に脱顆粒, pseudo-Pelger 核異常, 小巨核球, 赤芽球の細胞質での不均一染色を認めたが, 異形成の所見は軽微であった. 骨髄での染色体検査では分析した 20 細胞の内, 2 細胞に 46, XY, t(1;7) (q 10 ; p 10) を認めたが, 残りの 18 細胞は正常核型であ

1999 年 9 月 28 日受付, 1999 年 11 月 5 日受理

キーワード: ホジキン病, 骨髄異形成症候群, 染色体異常 (1;7 転座)

(別印請求先: 〒160-0023 東京都新宿区西新宿 6-7-1 東京医科大学内科第一講座 鈴木章孝)

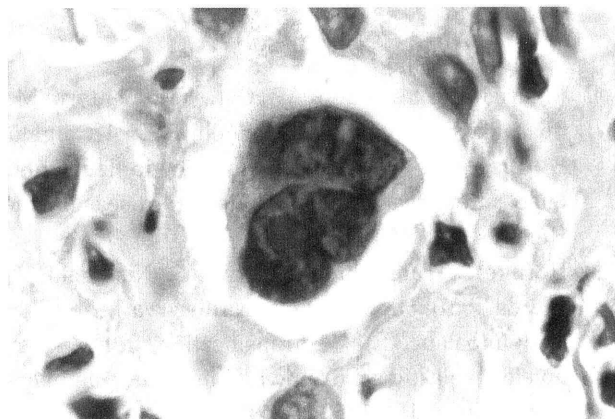


図1 Biopsied lymph node

Reed-Sternberg cell with three nuclei. (Hematoxylin-Eosin stain, × 1000)

った。

経過：リンパ節生検および骨髄染色体検査よりMDS (RA) とHD (NS type) の合併例と診断し、HD に対して ABVD 療法を施行した。合併しているMDS によると思われる治療後の骨髄の回復遅延を認めたが、granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF) と蛋白同化ステロイドの併用により輸血を行うことなく、HD に対する治療を継続することが可能であった (図2)。重篤な合併症もなく、ABVD 療法6コース終了後、CT 検査では著明な

表1 入院時検査成績

末梢血		骨髄	
WBC	7,100/ μ l	NCC	17,500/ μ l
Neu.	70.6%	Mgkc	6.25/ μ l
Eo.	3.2%	M/E	3.26
Ba.	0.7%	Pro	5.6%
Ly.	12.9%	Mye	10.4%
Mo.	12.6%	Met	2.1%
RBC	294×10^4 / μ l	St	5.2%
Hb	9.7 g/dl	Seg	8.4%
Ht	29.9%	Eo	1.2%
MCV	101 fl	Ly	20.4%
MCH	33.1 pg	Mo	4.1%
MCHC	32.4%	Erb1	
PLT	22.6×10^4 / μ l	Pro	0.8%
腫瘍マーカー		B	4.8%
NSE	5.1 ng/ml	P	10.8%
SCC	2.1 ng/ml	O	0%
CA19-9	2.4 U/ml	Mitosis	1.2%
		染色体	t(1; 7)(q 10; p 10) 2/20cells
生化学		BUN	11.6 mg/dl
GOT	26 IU/L	Cr	0.72 mg/dl
GPT	28 IU/L	UA	4.5 mg/dl
LDH	332 IU/L	CRP	9.8 mg/dl
ALP	141 IU/L		
T-Bil	0.41 mg/dl		

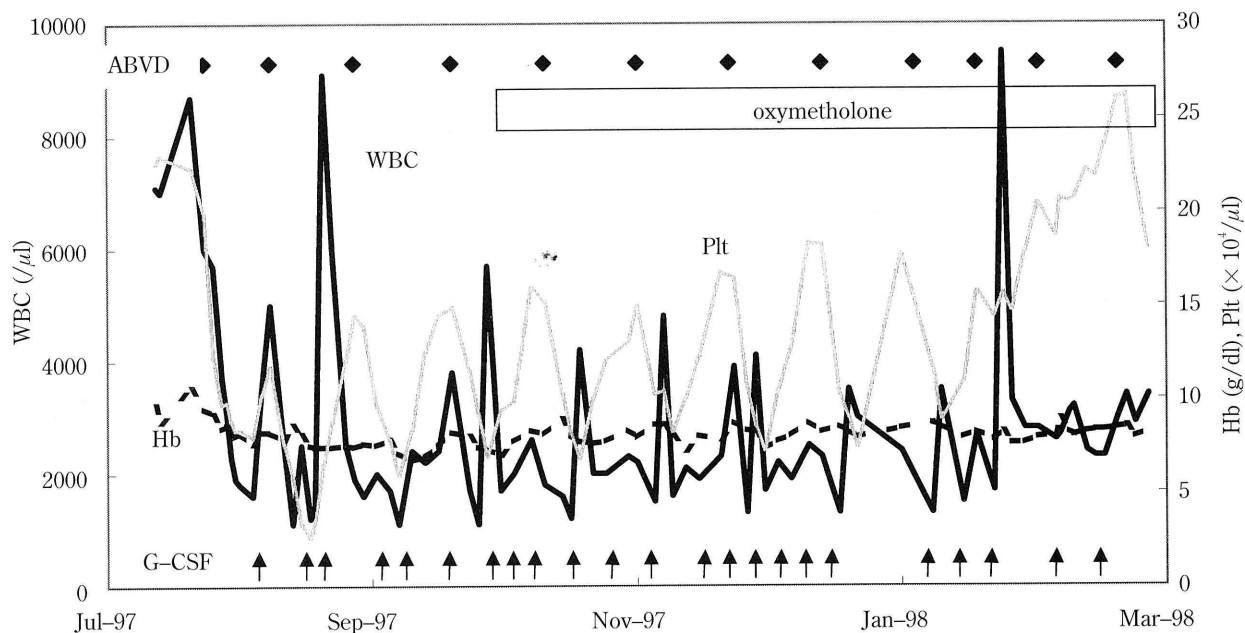


図2 臨床経過

ンパ節の縮小, および Ga シンチグラムの異常集積が消失した.

考 察

HD に対する長期の抗癌剤投与後に二次性の MDS を発症することはよく知られているが¹⁾. 本例のような HD と MDS の同時発症例の報告は我々の検索した範囲ではみられない. 本例では治療前に軽度の貧血および軽微な異形成像を認めたのみで, 染色体検査での t(1;7) 転座の存在により MDS を診断し得た^{2,3)}.

MDS の予後判定に用いられている International Prognostic Scoring System (IPSS)⁴⁾ では本例は予後良好群であることから, HD に対する治療を優先した. また, 本例のように MDS 合併例に対しても ABVD 療法は治療間隔の延長および G-CSF の併用により遂行可能な治療であるが, アルキル化剤が含まれており化学療法後の MDS の病型変化に関しては, 今後嚴重な監視が必要と思われる.

文 献

- 1) Maurizi ER, Anselmo AP, Osti MF, Santoro M, Sbarbati S, Tombolini V, Mandelli F, D' Arcangelo E, Biagini C: Acute nonlymphocytic leukemia: onset after treatment for Hodgkin's disease. *Ann Hematol* **74**: 103~110, 1997
- 2) Horiike S, Taniwaki M, Misawa S, Nishigaki H, Okuda T, Yokota S, Kashima K, Inazawa J, Abe T: The unbalanced 1;7 translocation in de novo myelodysplastic syndrome and its clinical implication. *Cancer* **65**: 1350~1354, 1990
- 3) Pederson B: Survival of patients with t(1;7)(p11;p11). Report of two cases and review of literature. *Cancer Genet Cytogenet* **60**: 53~59, 1992
- 4) Greenberg P, Cox C, LeBeau MM, Fenau P, Morel P, Sanz G, M, Vallespi T, Hamblin T, Oscierw D, Ohyashiki K, Toyama K, Aul C, Mufti G, Bennett J: International scoring system for evaluating prognosis in myelodysplastic syndromes. *Blood* **89**: 2079~2088, 1997

Hodgkin's disease accompanied by myelodysplastic syndrome at diagnosis.

Miki KOHNO, Akitaka SUZUKI, Tomoko KATAGIRI,
Shigefumi HAYASHI, Keisuke MIYAZAWA, Yukihiro KIMURA,
Kazuma OHYASHIKI.

First Department of Internal Medicine, Tokyo Medical University.

English Abstract

A 54-year-old man was admitted with general fatigue and weight loss. A chest X-ray and a CT scan revealed enlarged lymph nodes in the mediastinum and bilateral pulmonary hila. Hodgkin's disease (HD, NS type) was diagnosed pathologically. The bone marrow examination showed a mild dysplasia and t(1;7)(q10;p10) abnormality (2/20 cells). We therefore simultaneously diagnosed HD and myelodysplastic syndrome (MDS; refractory anemia). He was treated by ABVD therapy and achieved complete remission without severe complications or blood transfusion. Although secondary MDS after therapy for HD is well known, we report here the first case of simultaneous HD and MDS treated successfully.

〈Key words〉 Hodgkin's disease, Myelodysplastic syndrome, t(1;7)(q10;p10)