

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

病歴要約番号 0000022793-000 領域 血液

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	6789012345	受持時患者年齢	45歳	性別	女性
受持期間 自	2016/09/20	受持期間 至	2016/10/12		
入院日	2016/09/20	退院日	2016/10/12		
転 帰：	<input type="checkbox"/> 治癒	<input checked="" type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 不変		
	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり	<input type="checkbox"/> 転科：手術なし	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり（外科紹介症例）		
	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検なし	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり（剖検症例）		
フォローアップ：	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で	<input type="checkbox"/> 他医へ依頼	<input type="checkbox"/> 転院		

確定診断名

- #1(主病名) びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
- #2(副病名1) 血球減少
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】 左頸部腫瘍**【既往歴】** 特記すべきことはない。**【社会生活歴】** 飲酒歴：ビール1本/日，週3回．喫煙歴：無し．家族は夫と子供2人．**【家族歴】** 父：糖尿病，母：胃癌

【病歴】 2016年7月に左頸部の主張に気付き，かかりつけ医を受診したが，原因不明で経過観察となったが，その後も頸部腫脹は増大したため精査目的で9月1日当院内科受診した．9月10日に当院耳鼻咽喉科にて左頸部リンパ節生検施行し組織診断で，びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された．9月20日に精査加療目的で入院した．

【主な入院時現症】 BT 36.7．RR 18/分，PR 66/分，BP 134/74 mmHg．左頸部リンパ節に腫脹がある．心・肺：異常なし．腹部：異常なし．

【主要な検査所見】 RBC 420×10^4 ，WBC 6600，PLT 18×10^4 ，肝機能異常なし．尿所見：異常なし．

【プロブレムリスト】

- #1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫〔2016年9月5日〕
- #2. 血球減少〔2016年9月30日〕
- #3. 発熱〔2016年9月21日〕

【入院後経過と考察】 #1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

9月21日～25日までのR-CHOP療法で，触診と肉眼で認める左頸部の腫脹は消失した（21日：ドキシソルビシン，オンコビン，エンドキササン，21日～25日：プレドニン，27日：リツキササン）．化学療法中，開始当日より37℃台の発熱を認めたが，5日目には解熱した．また，徐々に白血球の減少がみられ，化学療法開始12日目にWBC 1200となったが，その2日後には改善がみられた．便秘，悪心および頭痛などの副作用はなかった．10月11日～2コース目のR-CHOP療法を施行して，10月10日に退院した．

#2. 血球減少

化学療法開始後から徐々に白血球が減少し、開始12日目にWBC 1500となった。そのためグラ
ンシリンジ (75 μ g) の投与を開始した。その2日後からWBC 2500と改善がみられ、更にその3
日後にはWBC 15000と著増した。

#3. 発熱

リツキサン投与後に発熱がみられたがすぐに解熱した。その後も時に5日目まで37 $^{\circ}$ C台前半の発
熱がみられたが、すぐに解熱した。

【退院時処方】 タケプロンOD錠 15 mg 1錠 分1 夕食後

【総合考察】 びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対してR-CHOP療法を行った症例であ
る。CHOP療法よりリツキサン追加療法の方が3年増悪生存率、3年総生存率が有意に高い
と示されている。(PfreundschuhM(2006). “CHOP-like chemotherapy plus rituximab
versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse-B-
cell lymphoma : a randomised controlled trial by the MabThera International Trial(MinT)
Group”. Lancet Oncol. 7(5) : 379-91.
本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った。

専攻医 所属施設名：○△■病院

専攻医： 内科 太郎

担当指導医： 日内 花子

びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

病歴要約番号 0000022794-000 領域 血液

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	6789012345	受持時患者年齢	45歳	性別	女性
受持期間 自	2016/09/20	受持期間 至	2016/10/12		
入院日	2016/09/20	退院日	2016/10/12		
転 帰:	<input type="checkbox"/> 治癒	<input checked="" type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 不変		
	<input type="checkbox"/> 転科:手術あり	<input type="checkbox"/> 転科:手術なし	<input type="checkbox"/> 転科:手術あり (外科紹介症例)		
	<input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり	<input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし	<input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり (剖検症例)		
フォローアップ:	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で	<input type="checkbox"/> 他医へ依頼	<input type="checkbox"/> 転院		

確定診断名

- #1(主病名) びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (臨床病期 IIIA、IPI低リスク)
#2(副病名1) 好中球減少性発熱
#3(副病名2)
#4(その他の副病名)

【主訴】左頸部腫瘍

【既往歴】特記すべきことはない。アレルギー歴はない。

【社会生活歴】専業主婦で家族は夫と子供2人(長女 中学2年、長男 小学5年)。飲酒:ビール350 mL/日、週3日。喫煙:なし。

【家族歴】父:糖尿病, 母:胃癌, 兄:特記すべきことはない。

【病歴】2016年7月に左頸部の3 cm位の無痛性腫脹に気付き近医を受診したが、原因不明で経過観察となった。しかし、その後頸部腫脹は徐々に鶏卵大まで増大したため精査目的に9月1日当院内科を受診した。頸部および胸・腹部造影CTにて左頸部に最大5×4 cmまでの多発性リンパ節腫大と右上縦隔、両側肺門部、腸間膜に2 cmまでのリンパ節腫脹を認め、9月7日に施行したPET-CT検査でこれらに一致して異常集積を認めた。耳鼻咽喉科にて9月10日に左頸部リンパ節生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫〈DLBCL〉と診断され、9月20日に化学療法目的で入院した。経過中、他の症状はなく、体重減少、発熱、盗汗なども認めていない。

【主な入院時現症】PS 0。身長 165.0 cm, 体重 64.0 kg, 体表面積 1.70 m²。体温 36.7°C。脈拍 66/分, 整。血圧 134/74 mmHg。呼吸数 18/分。結膜:貧血・黄疸はない。扁桃:腫大はない。舌:異常はない。左頸部に生検時の手術創がある。弾性硬で、圧痛はなく、癒合傾向のない2 cm大までのリンパ節を4個触知する。腋窩・鼠径リンパ節:触知しない。心・肺:異常所見はない。腹部:平坦, 軟で、圧痛はない。肝・脾を触知しない。腫瘍も触知しない。腸音:異常はない。皮膚に異常はない。下腿に浮腫はない。

【主要な検査所見】尿所見;タンパク(-), 潜血(±)。沈渣;異常はない。血液所見;赤血球 420万/μL, Hb 12.5 g/dL, MCV 86.5 fl, 網赤血球 11%, 白血球 6,600/μL (Seg 55.0%, Stab 1.0%, Ly 35.0%, Mono 6.0%, Eo 3.0%), 血小板 18万/μL, PT-INR 0.92, APTT 34.9秒, 血漿フィブリノゲン 499.0 mg/dL, Dダイマー 1.0 μg/dL。血液生化学所見;TP 7.9 g/dL, Alb 4.1 g/dL, フェリチン 12.5 ng/mL, AST 12 IU/L, ALT 8 IU/L, LD 145 IU/L, ALP 241 IU/L, BUN 9.5 mg/dL, 尿酸 3.5 mg/dL, Na 141 mEq/L, K 3.7 mEq/L

L, Cl 102 mEq/L. 可溶性IL-2受容体 1,930 U/mL. 免疫血清学所見 ; CRP 1.33 mg/dL, HBs抗原陰性, HBs抗体陰性, HBc 抗体陰性, HCV抗体陰性.

胸・腹部X線写真 : 異常所見はない. 安静時心電図 : 正常範囲内. 骨髓穿刺 : 有核細胞数

118,250/ μ L, 巨核球 62.4/ μ L, M/E比=3.95, リンパ球 11.0%, 異形成, 異常細胞を認めない. 染色体分析 : 46, XX [20].

【プロブレムリスト】

#1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

【入院後経過と考察】 #1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 <DLBCL>

入院後骨髓穿刺を施行し、臨床病期ⅢA, IPI予後不良因子は臨床病期のみでlow riskと診断した (age-adjusted IPIではlow-intermediate risk). 合併症のない初発DLBCL症例であり, R-CHOP療法6コースを施行する方針とし, 9月21日~1コース目を施行した (リツキシマブ 640 mg, day 1; シクロホスファミド1,275 mg, day 1; ドキソルビシン 85 mg, day 1; ビンクリスチン2 mg, day 1; プレドニゾロン 100 mg, day 1-5 経口). リツキシマブ投与開始後, infusion reaction による37.5°Cの発熱がみられたが, アセトアミノフェン内服で解熱し, 他に副作用は認めなかった. R-CHOP施行後, 好中球減少が進行し, 施行後12日目には白血球 1,200/ μ L (Seg 25.0%)まで減少し, 37.8°Cの発熱を認めた. 明らかな感染源を認めず, 発熱性好中球減少症と診断し, セフェピム1 gを8時間毎に点滴静注し, フィルグラスチム75 μ g皮下注射を開始した. 翌日には解熱し, 3日後には白血球 7,300/ μ Lまで増加したためセフェピムは中止し, フィルグラスチムは3日間の投与で中止した. 他の副作用は特に認めなかった. 表在リンパ節は触知できない程度まで縮小し, 10月11日から1コース目と同じ投与量で2コース目のR-CHOPを施行し, 外来にて治療継続する方針として10月12日に退院した. R-CHOP療法は今日では初発DLBCLに対する標準的治療であり, 18歳から60歳のage-adjusted IPIの予後因子0または1個、臨床病期Ⅱ-Ⅳ期または巨大病変を持つⅠ期の824例を対象にした検討でも6コースのCHOP様化学療法にリツキシマブを併用することにより, 3年無イベント生存と全生存が向上することが示されている (Pfreundschuh M. Lancet Oncol 2006;7:379). 本症例も合計6コースのR-CHOP療法を行う方針とし, 1コース目の治療に対する反応は良好と判断した. American Society of Clinical Oncologyのガイドラインでは, 悪性リンパ腫患者へのG-CSFの一次予防的投与は, 65歳以上で特に合併症のある場合のみ考慮されるべきとされており (Smith TJ. J Clin Oncol 2015;33:3199), 本例でも一時予防投与は行わなかったが, 今後は二次予防を考慮する必要がある.

【退院時処方】 プレドニゾロン(5) 20錠 3×(12-6-2)×4日分, ランソプラゾールOD錠(15) 1錠 1×

【総合考察】 進行期DLBCLに対する初回治療はR-CHOP療法6~8コースであるが, 6コースと8コースの差についてのエビデンスはなく(日本血液学会編:造血器腫瘍診療ガイドライン 2013年版. 金原出版), 患者と家族に情報提供の上で6コース行う方針とした. 二人の子供を持つ専業主婦であり, 今回の入院中, 家事, 子育てなどの問題が生じたことから, 日常生活を行いながらの治療継続を希望されている. 今後, G-CSFの二次予防投与が必要と考えられ, 自宅がやや遠方であることから, 通院数を減らすことができるpegフィルグラスチム投与を考慮していいと考える.

専攻医 所属施設名 : ○△■病院

専攻医 : 内科 太郎

担当指導医 : 日内 花子
