

コ-ヒーブレイク

(15:00~15:10)

(10分間)

骨髄線維症 他

【15:10 ~15:55】(座長) 仁保喜之

28. 骨髄線維症に関する共同研究 (10分)

国家公務員共済組合連 千早病院 仁保喜之
九州大・一内 ○岡村孝

29. AML1-ETO 発現誘導マウス (10分)

国家公務員共済組合連 千早病院 仁保喜之
九州大・一内 ○樋口雅一

30. AML1/ETO による赤血球系の分化抑制機序 (10分)

広島大・原医研内 木村昭郎、○原田浩徳、原田結花

31. ヒト c-Kit 陽性 CFU-E の apoptosis 抑制機序 (10分)

北海道大・二内 澤田賢一、○遠藤知之、西尾充史、長谷山美仁、高島英典、小田淳、小池隆夫

不応性貧血(2)

【15:55 ~17:00】(座長) 三谷絹子

32. Evi-1 による TGF β シグナルの抑制機構 (10分)

東京大・血液腫瘍内 ○伊豆津 宏二、平井久丸

33. 造血器腫瘍における Smad4 遺伝子変異の解析 (10分)

獨協医大・血内 ○三谷 絹子
東京大・血液腫瘍内 今井陽一

34. 骨髄異形成症候群 (MDS) における HbF レベルと 新規遺伝子 FKLf 発現との相関 (10分)

名古屋大・保健学 村手 隆
名古屋大・一内 ○浅野治彦、青木恵津子、木下朝博、齋藤英彦

35. 骨髄異形成症候群における顆粒球系、赤芽球系、巨核球系未熟ならびに成熟細胞のアポトーシス (10分)

岩手医大・三内(血液) 石田陽治○、小宅達郎、伊藤薫樹、村井一範、檜澤大樹

36. 骨髄異形成症候群患者における GSTT-1 遺伝子異常と rapamycin による apoptosis の誘導 (10分)

近畿大・三内 金丸昭久、○前田裕弘、嶋田高広、松田光弘

37. 骨髄異形成症候群および骨髄性白血病における Survivin 遺伝子の発現 (10分)

福井医大・一内 土田孝典 ○吉田 明、今村 信

38. 閉会の辞 (5分)

【17:00 ~17:05】小峰 光博

ご出席に際して

- 発表時間は討論時間を含みますので配慮して下さい。
- 受付けで記帳をお願いします。
- 会場の座席は指定しませんので順につめて着席して下さい。
- プロジェクターは1台です。OHPも使用できます。
- ご発言には予めマイクの近くにお立ち下さい。
- 駐車場はありませんので、車のご来場はご遠慮下さい。
- 印刷物は100部をご用意下さい。表紙の右肩に演題番号を□で囲んで示して下さい。

お問い合わせ先 「特発性造血障害に関する研究班」事務局

〒227-8501 横浜市青葉区藤が丘1-30 昭和大学藤が丘病院 内科血液

☎ :045-971-1151 (内線 6336) Fax:045-973-8833

E-mail:omine@med.showa-u.ac.jp

郵便番号はがき



返信

Postal code input boxes

〒141-8625
東京都品川区東五反田5-9-22
N T T 関東病院 血液内科

浦部 晶夫
行

拝啓

「厚生科学研究費補助金特発性造血障害に関する研究班」では、再生不良性貧血の治療法確立の一環として、ATG再投与についての検討を行うことに致しました。同一患者にATGを2回以上投与した症例の実態調査を企画致しましたので、症例の有無につき御回答下さいませお願い申し上げます。症例があるとお答え頂いた施設には追って調査票をお送り申し上げますので何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

2000年1月28日

特発性造血障害に関する研究班
NTT関東病院 浦部晶夫
東京女子医大 寺村正尚
班長 昭和大学 小峰光博

この折り目を内側にして折って差し出して下さい

Postal code input boxes

郵便番号はがき



往信

Postal code input boxes

回答

同一患者にATGを2回以上投与した経験が

ある ない

(あるまたはないのいずれかに丸をつけて下さい)

御施設名

御住所

御氏名

電話番号

FAX

Postal code input boxes

2000年7月5日

前略

再生不良性貧血に対するATG再投与についての調査に御協力
頂きまして誠に有難うございます。ここに調査用紙をお送り申
し上げますので、御記入の上、同封の封筒で御返送下さいます
様お願い申し上げます。2例以上の症例がおありでしたら用紙
をコピーしてお使い下さいます様お願い申し上げます。

匆々

特発性造血障害に関する研究班
N T T 関東病院血液内科
浦部 晶夫

Tel 03-3448-6436

Fax 03-3448-6617

ATG再投与調査票

施設名 _____
 担当医名 _____
 連絡先 TEL _____
 FAX _____

患者名 _____ 性別 _____ 生年月日 _____

再生不良性貧血の発症時期 _____ 年 _____ 月

合併症

第1回ATG投与日	年 月 日 -	年 月 日
使用薬剤名 _____		
投与量 _____ mg/kg		
併用薬 CyA : なし あり G-CSF : なし あり 蛋白同化ステロイド : なし あり		
主要副作用 (丸で囲んで下さい)		
＜ATG投与中のもの＞		
・発熱 : なし あり ・蕁麻疹 : なし あり ・血圧低下 : なし あり		
・気管支攣縮 : なし あり ・喉頭浮腫 : なし あり		
・出血症状 : なし あり (部位 _____)		
・肝障害 : なし あり (ありの場合、GOTmax _____ , GPTmax _____)		
・その他 _____		
＜ATG投与後のもの＞		
・発熱 : なし あり ・皮疹 : なし あり ・関節痛 : なし あり ・筋肉痛 : なし あり		
・乏尿 : なし あり ・浮腫 : なし あり ・高血圧 : なし あり		
・肝障害 : なし あり (ありの場合、GOTmax _____ , GPTmax _____)		
・その他 _____		

第2回ATG投与日	年 月 日 - 年 月 日
使用薬剤名	_____
投与量	_____ mg/kg
併用薬	CyA: なし あり G-CSF: なし あり 蛋白同化ステロイド: なし あり
主要副作用 (丸で囲んで下さい)	
<ATG投与中のもの>	
・発熱: なし あり	・蕁麻疹: なし あり
・気管支収縮: なし あり	・喉頭浮腫: なし あり
・出血症状: なし あり (部位 _____)	
・肝障害: なし あり (ありの場合、GOTmax _____, GPTmax _____)	
・その他	
<ATG投与後のもの>	
・発熱: なし あり	・皮疹: なし あり
・乏尿: なし あり	・浮腫: なし あり
・肝障害: なし あり (ありの場合、GOTmax _____, GPTmax _____)	・関節痛: なし あり
・その他	・筋肉痛: なし あり

再投与後の血液学的有効性 GR PR MR NR (年 月現在)

転帰 _____年____月____日現在 (生存中 死亡)
 死亡の場合の死因 (_____)
 ATG再投与と関連が (ある なし)

第2回ATG投与に際してステロイドの投与量は

- ・1回目とほぼ同じだった。
- ・2回目の方が多かった。
- ・その他 (_____)

第2回ATG投与は安全に行えたと

- ・思う。
- ・思わない。
- ・その他 (_____)

第2回ATG投与に際してみられた特徴的な所見があったら記入して下さい。

ご協力ありがとうございました。

厚生科学研究「特発性造血障害に関する研究」班より
不応性貧血症例登録のお願いについて

分担研究者・研究協力者 各位

拝復

先生方におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。さて当班におきまして不応性貧血（骨髄異形成症候群・MDS）の症例登録を再開させていただきます。今回の調査票は分担研究者・研究協力者の先生方のご指摘・ご要望をもとに、次のごとく変更しました。即ち、従来の不応性貧血調査票 75 項目に、76 番目以下 29 項目 および患者・記載者情報をあらたに追加しました。主な追加内容は染色体分析の詳細、合併症の記載、および大まかな治療歴（既治療例の場合）です。また IPSS の評価もお願いいたします。なお欠測値は従来通り -1 とします。既存のデータとの整合性に鑑み、75 番目までは一部を除き変更しておりませんが、過去 1002 例について記載の乏しい項目の中には今回「記入不要」としたものもあります。

これにより 98 年以降の新規発症例の登録をお願いしたいと存じます。なお登録方法としましては、現時点では患者情報をインターネット上にのせることの危険性を考慮して、当面フロッピーディスクにご入力後郵送していただくとありがたいです（Excel 98 Macintosh 版のフォーマットを入れてありますので、Excel 98 をインストールした Mac ならば直接入力可能です。表のたて番号の「2」から入力始めて下さい。Windows でもこのまま入力可能と思います。）。あるいは登録用紙の郵送または FAX による送信でもけっこうです。登録用紙が不足の場合はお手数ですが適宜コピーをよろしくお願い致します。

敬具

平成 12 年 7 月 28 日改訂

特発性造血障害に関する研究班

主任研究者 小峰光博（昭和大学藤が丘病院内科血液）

分担研究者 内山 卓（京都大学血液病態学）

研究協力者・実務担当 通山 薫（京都大学検査部）

TEL: 075-751-3556

FAX: 075-751-3233

送付先：606-8397 京都市左京区聖護院川原町 5 4

京都大学医学部附属病院検査部 通山 薫 宛

特発性造血障害に関する研究班---不応性貧血症例登録表 00.7.28 改訂

(注)患者情報および記載者の情報は105番以降に入力して下さい。

1	A	性別 (男: 1、女: 2)	1A _____
2	B	LDH (IU/L)	2B _____
3	C	T-Bilirubin (mg/dl)	3C _____
4	D	I-Bilirubin (mg/dl)	4D _____
5	E	Vitamin B12 (pg/ml)	5E _____
6	F	血清リゾチーム(μ g/ml) (記入不要)	
7	G	尿リゾチーム (mg/day) (記入不要)	
8	H	血清ハプトグロビン (mg/dl)	8H _____
9	I	UIBC (μ g/dl)	9I _____
10	J	S.I. (μ g/dl)	10J _____
11	K	フェリチン (ng/ml)	11K _____
12	L	PIDI (T/2) (min) (記入不要)	
13	M	PITR (mg/kg/day) (記入不要)	
14	N	^{59}Fe util (%) (記入不要)	
15	O	RCITR (mg/kg/day) (記入不要)	
16	P	^{51}Cr (T/2) (day) (記入不要)	
/* 末梢血データ */			
17	Q	RBC ($\times 10^6$ の6乗)	17Q _____
18	R	Hgb (g/dl)	18R _____
19	S	Ht (%)	19S _____
20	T	Reticulo (%)	20T _____
21	U	WBC ($\times 10^3$ の3乗)	21U _____
22	V	PLT ($\times 10^3$ の3乗)	22V _____
23	W	Myeloblasts (%)	23W _____
24	X	Promyelocytes (%)	24X _____
25	Y	Metamyelocytes (%)	25Y _____
26	Z	Neutrophils (%)	26Z _____
27	AA	Eosinophils (%)	27AA _____
28	AB	Basophils (%)	28AB _____
29	AC	Lymphocytes (%)	29AC _____
30	AD	Monocytes (%)	30AD _____
31	AE	未熟 monocytes (%) (記入不要)	
32	AF	Erythroblasts (/100WBC)	32AF _____
33	AG	Megakaryocytes (無: 0、有: 1)	33AG _____
/* 骨髄データ */			
34	AH	NCC (\times 万/ μ l)	34AH _____
35	AI	cellularity (低: 1、正: 2、過: 3)	35AI _____
36	AJ	赤芽球系 (%)	36AJ _____
37	AK	顆粒球系 (%)	37AK _____
38	AL	うち芽球 (%)	38AL _____

3 9	AM	うち前骨髄球 (%)	39 AM
4 0	AN	単球系 (%)	40 AN
4 1	AO	うち単芽球 (%) (記入不要)	
4 2	AP	うち前単球 (%)	42 AP
4 3	AQ	リンパ球 (%)	43 AQ
4 4	AR	その他 (%) (記入不要)	
4 5	AS	巨核球 (/ μ l)	45 AS
4 6	AT	巨核球 (- : 0, + : 1)	46 AT
4 7	AU	NAP rate (%)	47 AU
4 8	AV	NAP score	48 AV
4 9	AW	MPO(-) 好中球 (無 : 0, 有 : 1)	49 AW
5 0	AX	MPO(-) 好中球 (%) (記入不要)	
5 1	AY	PAS(+) Ebl (無 : 0, 有 : 1) (%から無/有の記入に変更)	51 AY
5 2	AZ	Sideroblasts (%、全赤芽球の) (記入不要)	
5 3	BA	Ringed Sidero (%、全赤芽球の)	53 BA
5 4	BB	HbF (%) (記入不要)	
5 5	BC	WBC 核異常 (- : 0, + : 1, ++ : 2)	55 BC
5 6	BD	WBC 顆粒異常 (- : 0, + : 1, ++ : 2)	56 BD
5 7	BE	赤系巨赤芽球様変化 (- : 0, + : 1, ++ : 2)	57 BE
5 8	BF	赤系核異常 (- : 0, + : 1, ++ : 2)	58 BF
5 9	BG	巨大血小板 (- : 0, + : 1, ++ : 2)	59 BG
6 0	BH	小型巨核球 (- : 0, + : 1, ++ : 2)	60 BH
6 1	BI	単核巨核球 (- : 0, + : 1, ++ : 2)	61 BI
6 2	BJ	染色体異常 (有 : 1, 無 : 2, 施行せず*/評価できず : -1)	62 BJ
6 3	BK	CFU-Mix (増 : 1, 正 : 2, 減 : 3) (記入不要)	
6 4	BL	CFU-C (増 : 1, 正 : 2, 減 : 3) (記入不要)	
6 5	BM	BFU-E (増 : 1, 正 : 2, 減 : 3) (記入不要)	
6 6	BN	CFU-E (増 : 1, 正 : 2, 減 : 3) (記入不要)	
/* 病型・予後データ */			
6 7	BO	年齢 (才)	67 BO
6 8	BP	病型 (RARS : 0, RAEB : 1, RA : 2, RAEBT : 3, CMML : 4)	68 BP
6 9	BQ	生存期間 (day) (記入不要)	
7 0	BR	同上生死 (死亡 : 0, センサー : 1) (記入不要)	
7 1	BS	白血病フリー期間 (day) (記入不要)	
7 2	BT	同上 (白血病化 : 0, センサー : 1) (記入不要)	
7 3	BU	非白血化生存期間 (day) (記入不要)	
7 4	BV	同上 (非白血化死亡 : 0, センサー : 1) (記入不要)	
7 5	BW	ID number	75 BW
/* 6 2 染色体異常が有の場合は7 6から8 8にも回答する (FISHのデータも採用する) */			
7 6	BX	t(1;7) (無 : 0, 有 : 1)	76 BX
7 7	BY	inv(3)/t(3;3) (無 : 0, 有 : 1)	77 BY
7 8	BZ	-5/5q- (無 : 0, 有 : 1)	78 BZ
7 9	CA	-7/7q- (無 : 0, 有 : 1)	79 CA

80	CB	-5/5q-かつ-7/7q- (無:0、有:1)	80 CB
81	CC	+8 (無:0、有:1)	81 CC
82	CD	11q23異常 (無:0、有:1)	82 CD
83	CE	12p異常 (無:0、有:1) (転座を含む)	83 CE
84	CF	13q- (無:0、有:1)	84 CF
85	CG	20q- (無:0、有:1)	85 CG
86	CH	上記以外の単一核型異常 (無:0、有:1)	86 CH
87	CI	2個の核型異常(無:0,有:1) (76~85と重複回答可)	87 CI
88	CJ	3個以上の核型異常(無:0,有:1) (76~85と重複回答可)	88 CJ
/* その他のデータ */			
89	CK	CD59陰性赤血球出現(無:0,有:1,施行せず/評価できず:-1)	89 CK
90	CL	CD59陰性好中球出現(無:0,有:1,施行せず/評価できず:-1)	90 CL
91	CM	血中EPO濃度(mIU/ml)	91 CM
92	CN	IPSS score (Low:0, Int-1:1, Int-2:2, Poor:3)	92 CN
93	CO	家族内発症(無:0、有:1)	93 CO
94	CP	皮膚合併症(感染症以外)(無:0、有:1)	94 CP
95	CQ	肺合併症(感染症以外)(無:0、有:1)	95 CQ
96	CR	自己免疫疾患様臨床症状(無:0、有:1)	96 CR
97	CS	自己免疫疾患様検査所見(無:0、有:1)	97 CS
98	CT	他の悪性腫瘍(無:0、既往有:1、合併有:2)	98 CT
/* 治療内容 */			
99	CU	輸血(無:0、有:1)	99 CU
100	CV	サイトカイン(無:0、有:1)	100 CV
101	CW	ステロイド(無:0、有:1)	101 CW
102	CX	ビタミンA、D又はK(無:0、有:1)	102 CX
103	CY	抗白血病化学療法(無:0、有:1)	103 CY
104	CZ	造血幹細胞移植(無:0、有:1)	104 CZ
/* 患者情報および記載者の情報 */			
105	DA	患者姓名	105 DA
106	DB	生年月日(西暦YY.MM.DD)	106 DB
107	DC	初診年月日(西暦YY.MM.DD)	107 DC
108	DD	推定発病年月(西暦YY.MM)	108 DD
109	DE	診断確定年月日(西暦YY.MM.DD)	109 DE
110	DF	死亡年月日(西暦YY.MM.DD)	110 DF
111	DG	死因(感染:1,出血:2,腫瘍死:3,その他:4,不明:5)	111 DG
112	DH	白血病化があればその年月日(西暦YY.MM.DD)	112 DH
113	DI	最終生存確認年月日(西暦YY.MM.DD)	113 DI
114	DJ	施設名	114 DJ
115	DK	分担研究者/研究協力者名	115 DK
116	DL	記入者名	116 DL
117	DM	記入年月日(西暦YY.MM.DD)	117 DM

_____病院
_____先生

厚生科学研究「特発性造血障害に関する研究」班より
MDS 患者における免疫抑制療法の実態調査のお願いについて

拝復

先生方におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。さて当班におきましては不応性貧血（骨髄異形成症候群・MDS）を重要な対象疾患と位置づけて、先生方のご協力によりさまざまな角度から調査研究してまいりましたが、今なお的確な治療法は確立しておりません。一方既にご存じのように、再生不良性貧血に準じた、いわゆる免疫抑制療法の報告が国内外にて散見され、しばしば有望な成績も報じられております。しかしながら現行の保険制度では適応疾患として承認されておりません。将来的に承認の方向へ働きかけるためには基礎的・理論的背景を整えることに加えて、臨床経験・実績も同様に重要であります。そこで本班としましては、まず参加各施設において MDS 患者における免疫抑制療法の現状や有効性等についての実態調査を行い、将来に向けての基礎資料としたいと存じます。なおさしあたり過去 2 年間に経験された症例、即ち 1998 年以降に免疫抑制療法を行った症例に絞ってご回答下さい。

ご多忙のところをまことに恐縮ですが、同封の調査票にご記入の上、郵送もしくは FAX にてご回答をよろしくお願い申し上げます。調査票は各症例につき 1 枚とし、適宜コピーしてお使いいただくようお願い致します。調査の期日は 4 月末日とさせていただきます。

敬具

平成 12 年 3 月 23 日

特発性造血障害に関する研究班

主任研究者 小峰光博（昭和大学藤が丘病院内科血液）

分担研究者 内山 卓（京都大学血液病態学）

研究協力者・実務担当 通山 薫（京都大学検査部）

TEL: 075-751-3556

FAX: 075-751-3233

MDSにおける免疫抑制療法症例調査表

下線部にご記入または□をチェックして下さい。

施設名 _____ 記入者名 _____

患者イニシャル (姓・名) _____

ID 番号 _____ カルテ番号 _____

性別 男 女 生年月日 19 (または明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

病型 RA RARS RAEB RAEB-t CMML 急性白血病移行 その他

発症 19 (または昭・平) 年 月 診断 19 (または昭・平) 年 月

【前治療】

無

有→ステロイド中等量または少量 著効 有効 無効 評価不能

サイトカイン (種類 _____) 著効 有効 無効 評価不能

Vit A Vit D Vit K 著効 有効 無効 評価不能

抗腫瘍化学療法 _____ 著効 有効 無効 評価不能

その他 _____ 著効 有効 無効 評価不能

【施行した免疫抑制療法】

ATG または ALG 再不貧に準じた投与法 その他の投与法 _____

Cyclosporin A 再不貧に準じた投与法 ATG または ALG と併用

その他の投与法 _____

ステロイドパルス (メチルプレドニゾロン デキサメサゾン その他 _____)

ATG または ALG と併用 単独投与

その他 _____

【有効性】

著効 有効 無効 評価不能 【判定時期】 _____ヶ月後

著効または有効と判定した根拠 (複数回答可)

cytopenia の改善 (Hb WBC PLT 3系統すべて)

輸血回数の減少または輸血非依存性となる

芽球比率の低下 (骨髄中 末梢血中)

核型の改善 (異常核型消失 異常核型比率減少)

その他 _____

【合併症】

無

有→感染症 病型移行 (具体的に _____)

その他 _____

他にコメントがあればお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

送付先：606-8397 京都市左京区聖護院川原町 54

京都大学医学部附属病院検査部 通山 薫

FAX: 075-751-3233

_____病院
_____先生

厚生科学研究「特発性造血障害に関する研究」班より
MDS 患者のシクロスポリン療法実態調査の再依頼について

拝啓

先生方におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。さて当班では骨髄異形成症候群（MDS）の免疫抑制療法の可能性につき検討してまいりましたが、去る 11 月 10 日拡大班員会議の席上で班としてパイロット的にシクロスポリン投与試験を進める方向で基本合意がなされました。その背景としましては、去る 3 月に参加各施設に免疫抑制療法の実態調査をお願いしたところ、約半数例においてシクロスポリンの効果が見られたこと、さらにメーカーよりある程度の薬剤提供につき了解が得られたことが挙げられます。

そこでこの度、貴施設でシクロスポリンの単剤投与をされた MDS 症例につきまして、シクロスポリンの用法・用量、効果判定に至った具体的な検査データ、効果発現までの期間や効果の持続等について再度おたずね致します。これらの情報を基にプロトコールを作成したいと存じますので、ご多忙の中、まことに恐縮ではありますが、どうかご協力お願い申し上げます。

前回はご記入いただきました症例調査票のコピーを同封しましたので、それをもとによりしくお願い致します。12 月 10 日までに FAX または郵送にて通山までご返送下さい。

敬具

平成 12 年 11 月 16 日

特発性造血障害に関する研究班

主任研究者 小峰光博（昭和大学藤が丘病院内科血液）

分担研究者 内山 卓（京都大学血液病態学）

実務担当 石川隆之（京都大学血液病態学）

研究協力者・実務担当 通山 薫（京都大学検査部）

TEL: 075-751-3556 ・ FAX: 075-751-3233

MDS のシクロスポリン療法症例 再調査表

施設名 _____ 記入者名 _____

患者イニシャル (姓・名) _____

ID 番号 _____ カルテ番号 _____

性別 男 女 生年月日 19 (または明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

病型 RA RARS RAEB RAEB-t CMML 急性白血病移行 その他

発症 19 (または昭・平) 年 月 診断 19 (または昭・平) 年 月

【今回施行したシクロスポリン療法について】

投与期間 年 月 日 ~ 年 月 日

投与経路 経口 点滴静注

一日用量 mg/kg/日 (年 月 日 ~ 年 月 日)

mg/kg/日 (年 月 日 ~ 年 月 日)

mg/kg/日 (年 月 日 ~ 年 月 日)

mg/kg/日 (年 月 日 ~ 年 月 日)

【効果判定】

著効 有効 無効 評価不能

効果判定の根拠 (複数回答可。無効の場合もデータをご記入下さい)

cytopenia の改善の有無 YES / NO

Hb 投与前 g/dL → 投与後 g/dL 判定年月 (年 月)

WBC 投与前 / μ L → 投与後 / μ L 判定年月 (年 月)

好中球 投与前 / μ L → 投与後 / μ L 判定年月 (年 月)

PLT 投与前 / μ L → 投与後 / μ L 判定年月 (年 月)

輸血回数の減少または輸血非依存性となったかどうか YES / NO

赤血球輸血

投与前 単位/週・月 → 投与後 単位/週・月 判定年月 (年 月)

血小板輸血

投与前 単位/週・月 → 投与後 単位/週・月 判定年月 (年 月)

芽球比率が低下したかどうか YES / NO

骨髓中 % → % 判定年月 (年 月)

末梢血中 % → % 判定年月 (年 月)

核型が改善したかどうか YES / NO (異常核型消失 異常核型比率減少)

効果の持続、投与終了もしくは中断後の変化につきコメントしてください。

ご協力ありがとうございました。

送付先：606-8397 京都市左京区聖護院川原町 54

京都大学医学部附属病院検査部 通山 薫

FAX: 075-751-3233

_____病院

_____先生

厚生科学研究「特発性造血障害に関する研究」班より
MDS患者のシクロスポリン療法実態調査の追加依頼について

拝啓

先生方におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。さて先日 FAX にてお願いしましたが、貴施設でシクロスポリンの単剤投与をされた MDS 症例につきまして、シクロスポリンの用法・用量、効果判定に至った具体的な検査データ、効果発現までの期間や効果の持続等について現在再度おたずねしておりますが、毒性・副作用発現についても様式に従ってご回答をお願いしたいと存じます。同封の WHO Toxicity Scale にて該当しそうなものを選んでいただき、正式な Grade は同封の NCI の Common Toxicity Criteria に沿って評価して下さい。とくに Common Toxicity Criteria は全貌は膨大であります、今後の臨床治験においては国際的にベースとなりますので、どうかご了解下さい。度重なるお願いでまことに恐縮ですが、ご記入の上、用紙（前回のお願いと併せて1症例につき2枚になります）を FAX ・郵送等にてご返送下さい。なお来る総会に向けての準備都合上、期日は12月26日とさせていただきます。何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

平成12年12月11日

特発性造血障害に関する研究班

主任研究者 小峰光博（昭和大学藤が丘病院内科血液）

分担研究者 内山 卓（京都大学血液病態学）

実務担当 石川隆之（京都大学血液病態学）

研究協力者・実務担当 通山 薫（京都大学検査部）

TEL: 075-751-3556 ・ FAX: 075-751-3233

MDSのシクロスポリン療法症例 毒性・副作用調査表

施設名 _____ 記入者名 _____

患者イニシャル (姓・名) _____

ID番号 _____ カルテ番号 _____

毒性・副作用

症状名	CTCによるGrade (0~4)	転帰	CyAとの関連性 (0~4)
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4
	0.1.2.3.4	回復・軽快・未回復	0.1.2.3.4

CTC参照下さい

0：関連なし

1：関連ないらしい

2：関連あるかもしれない

3：たぶん関連あり

4：明らかに関連あり

日本血液学会認定研修施設

血液疾患担当医 殿

原発性慢性骨髄線維症の全国調査について（お願い）

拝啓

年の瀬となり、なにかとあわただしい季節となりましたが、皆様には益々御清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、平成 9 年に厚生省特定疾患 血液系疾患調査研究班（班長：溝口秀昭教授）特発性造血障害分科会では、骨髄線維症の日本における実態を把握するための調査を行い、多数の施設のご協力により多くの症例の蓄積ができ、ある程度の結果を得ることができました。（Annual review 血液 2000 などに発表）

つづいて平成 11 年度より第 2 次調査を開始いたしております。平成 11 年度は全国で 35 例の新規症例の登録をいただきました。2000 年度も引き続いて症例の登録をいただきたいと存じます。2000 年に新たに診断された原発性慢性骨髄線維症症例がございましたら、別紙にご記載の上、ご登録をお願いします。また、昨年度ご登録いただきました症例の現在の状態につきましてもご報告をお願いいたします。個人プライバシーの問題などありますので、患者の名前は、full name でなくイニシャルでも結構です。2 例以上の場合は、誠に申し訳ありませんが、用紙をコピーして記載および返送お願い致します。

なお、平成 12 年分新規登録症例および昨年度登録例の調査用紙は、平成 13 年 1 月 15 日までに FAX あるいは同封の封書で返送下さいますようお願い申し上げます。また、症例がない施設におかれても、ご返送いただきますようお願い申し上げます。

ひきつづき症例登録を継続して参りますので、平成 13 年度以降にも新症例がございましたら随時ご登録をお願いします。

お忙しい折、誠に恐縮ですが、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

敬具

平成 12 年 12 月 11 日

厚生科学研究 特発性造血障害に関する研究班 班長
昭和大学藤が丘病院内科血液 教授 小峰光博
国家公務員等共済組合連合会 千早病院 院長 仁保喜之
実務担当 九州大学第一内科 岡村 孝

連絡先

〒812-8582 福岡市東区馬出 3 - 1 - 1

九州大学 第一内科 岡村 孝

TEL: 092-642-5230

FAX: 092-642-5247

E-mail: 1009taok@intmed1.med.kyushu-u.ac.jp

原発性慢性骨髄線維症登録用紙

(平成 12 年 新規登録)

FAX: 092-642-5247

九州大学 第一内科 岡村 孝 宛

登録番号 _____

施設名 :

記載者名 :

電話番号 :

FAX 番号

E-mail address:

症例 あり、 なし

「あり」の場合、下記および別紙の調査用紙にご記入お願いいたします。

患者名 :

患者番号 (貴院での) :

年齢 : 歳 生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日

性別 : 男・女

出身地 :

都道府県

診断日 : 平成 12 年 月 日

推定発症時期 : 年 月 日

原発性慢性骨髄線維症 調査用紙

登録番号 _____

(平成 12 年 新規症例分)

FAX: 092-642-5247

九州大学 第一内科 岡村 孝

施設名:

記載者名:

記載日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名: _____ 患者番号 (貴院での)

初発症状: なし、あり (内容; _____)

合併症: なし、あり (内容; _____)

家族集積性: なし、あり (内容; _____)

診断根拠: 骨髄生検 +、- dry tap +, - 白赤芽球症 +、- 脾腫 +、-

骨髄 MRI +、- 骨髄シンチ +、- CT +、- エコー +、-

検査所見 (診断時):

RBC $\times 10^4/\mu\text{l}$, Hb g/dl, Ht %, Ret %, Plt $\times 10^4/\mu\text{l}$
WBC $/\mu\text{l}$, (Blast %, Promyelo %, Myelo %, Meta %, St %, Seg %, Mono %, Lym %, Eos %, Baso %, Other %, Erythroblast /100W)

血液細胞染色体分析: (骨髄、末梢血)

Flowcytometry: (骨髄、末梢血)

LDH U/L, AST U/L, ALT U/L, Tbil mg/dl,
BUN mg/dl, Creat mg/dl, UA mg/dl, T Chol mg/dl,
T.Prot g/dl, Alb g/dl, CRP mg/dl

骨髄線維症に対する治療: なし、あり (内容; _____)

経過: 生、死 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 死因: _____

最近の病態 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Hb g/dl, WBC $/\mu\text{l}$, Blast %, Plt $\times 10^4/\mu\text{l}$

その他: _____

原発性慢性骨髄線維症調査用紙

(平成 11 年度 既登録症例分)

FAX: 092-642-5247

岡村 孝

No. _____

施設名 :

記載者名 :

電話番号 :

FAX :

E メールアドレス :

記載日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名 : _____ 患者番号 (貴院での) : _____

年齢 : _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

性別 男、 女

現在の状況 : 生、 死 (死亡日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日)

死因 :

治療 :

生存の場合 :

現在の症状 : なし、 有り (内容 :

合併症 : なし、 有り (内容 :

検査所見 : (平成 12 年 _____ 月 _____ 日)

RBC _____ x10⁴/μl, Hb _____ g/dl, Ht _____ %, Ret _____ %, Plt _____ x10⁴/μl,

WBC _____ /μl (Blast _____ %, Promyelo _____ %, Myelo _____ %, St _____ %,

Seg _____ %, Mono _____ %, Lym _____ %, Eos _____ %, Baso _____ %,

Other _____ %, erythroblast _____ /100W)

LDH _____ U/L, AST _____ U/L, ALT _____ U/L, BUN _____ mg/dl,

Creat _____ mg/dl, UA _____ mg/dl, CRP _____ mg/dl

その他 :

今までの治療 : なし、 あり (内容 :