

KOCHI



第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会
第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会

プログラム・抄録集

会期 2024年
11月29日(金)・30日(土)

会場 高知県立県民文化ホール

[第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会]

会長 竹内 栄治 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床研究部・呼吸器内科

[第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会]

会長 大西 広志 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学

[第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会]

会長 窪田 哲也 高知県立あき総合病院 呼吸器内科

第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会
第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会

プログラム・抄録集

■会期 2024年11月29日(金)・30日(土)

■会場 高知県立県民文化ホール

■会長 第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会
竹内 栄治 (独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床研究部・呼吸器内科)
第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
大西 広志 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学)
第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会
窪田 哲也 (高知県立あき総合病院 呼吸器内科)

第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会 会長挨拶

第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会

会長 竹内 栄治

独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床研究部・呼吸器内科



この度、第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会を、高知市において開催いたします。歴史と伝統ある本学会の運営を担当する機会をいただき、身に余る光栄に存じます。

今回の冬季地方会も例年通り、第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会ならびに第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会との合同開催となります。其々の学術集会の大西広志会長、窪田哲也会長と協力して、3学会の会員の皆様にご満足いただけますよう、準備して参りました。

呼吸器学会の演題数は95演題となっています。初期研修医セッション30演題、後期研修医セッション28演題、一般演題30演題、学生・メディカルスタッフセッション7演題とたくさんの演題登録をいただきました。改めて会員の先生方、学生・メディカルスタッフの皆様には心より感謝いたします。また、多くの先生方に座長、審査員もお願いしており、皆様に感謝申し上げます。本学会で、多くの方々がface-to-faceで議論、交流することで新しい情報を獲得することができ、また呼吸器診療の重要性と魅力を再認識し、さらに皆様の絆を深めていただければ幸いです。

今回、初日には将来計画委員会・ダイバーシティ・エクイティ・インクルージョン(DEI)委員会の合同特別企画として研修病院対抗呼吸器クイズトーナメント、CS-Lung特別企画シンポジウム、2日目には合同学会セミナーとして「 $P < 0.05$ に一喜一憂せず、臨床研究を実施する為の統計の考え方」と題して、株式会社データシード代表取締役吉田寛輝先生にお話を頂く予定で、講演後には無料統計相談も行っております。また、1日目の夜には懇親会&研修医表彰を行い、高知の食とお酒を堪能頂く予定です。

会場の高知県立県民文化ホールの徒歩圏内に、高知城やひろめ市場などもあります。高知の地で、様々な情報交換や交流を通して、有意義な時間を過ごしていただけることを、心から願っております。

最後になりましたが、この度の3学会合同地方会の開催にあたり、多大なるご協力をいただきました関係各位の皆様に御礼申し上げます。

第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
会長 大西 広志
高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学



この度、2024年11月29日（金）から30日（土）の日程で、高知県高知市の高知県立県民文化ホールにおいて、第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会を開催させていただきます。歴史のある本学会を担当させて頂く機会を頂き、大変光栄に存じます。例年通り、冬の中国四国支部会は、第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会と第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会との3学会合同での開催となりますが、高知大学医学部呼吸器・アレルギー内科で事務局を担当し、竹内栄治会長、窪田哲也会長と共に魅力あるプログラム編成を企画しております。

近年、肺癌領域ではがん遺伝子異常に対する、新規分子標的薬の保険承認の増加と同時に、呼吸器内視鏡の技術の進歩もめざましく、EBUS-GS、EBUS-TBNA、超音波プローブと細径気管支鏡を用いた生検、クライオバイオプシーなどを駆使して、確実により多くの良質な癌組織を採取して、最適の治療につなげることは、もはや必須手技として求められています。

今回の「気管支鏡実技セミナー」では、日常診療の中では、適応症例に比較的遭遇することが少ないために経験することが難しい技術として、1) 診断のためのEBUS-TBNA、2) 治療のためのEWS留置、3) 硬性鏡を用いたstent留置の3つの技術について、座学の後に実際に体験していただくハンズオンセミナーを開催いたします。参加人数制限がありますが、これまでに症例経験が少ない先生方、今後更に研鑽を積みたい先生方を中心に、是非参加していただけますと幸いです。「寺子屋セミナー」では、診断や治療方針について、積極的に議論して頂ければ幸いです。また、「渡辺洋一記念奨励賞」の選考もありますので、積極的に奨励賞への演題登録をお願い申し上げます。

是非、多くの興味深い演題をご登録頂き、多くの若い先生方をお誘いしてご参加頂き、交流を深めて頂ければ幸いです。何卒、ご支援ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会

会長 窪田 哲也

高知県立あき総合病院 呼吸器内科

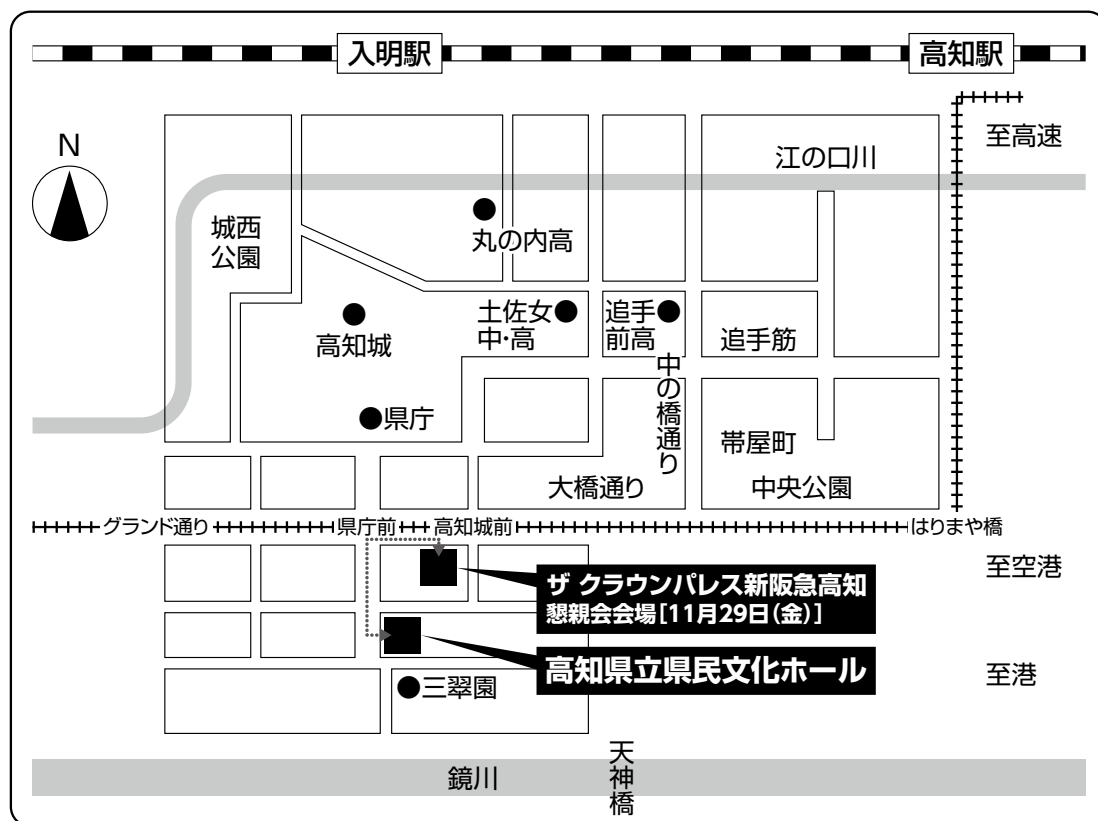


この度、第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会を、2024年11月29日（金）・30日（土）の2日間、高知県立県民文化ホールで開催させていただくことになりました。高知での開催は第65回（2015年）以来9年9か月ぶりになります。歴史と伝統ある本学会の会長を拝命し、大変光栄に存じます。皆様に感謝申し上げます。

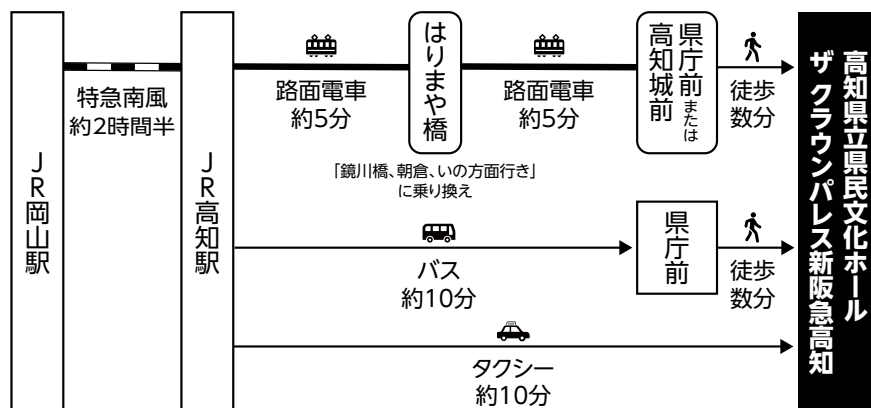
2020年に名称変更されました「日本結核・非結核性抗酸菌症学会」の前身の「日本結核病学会」は1923年に北里柴三郎博士らによって設立され、長きにわたり日本の結核病学を牽引してまいりました。皆様ご存知のように北里柴三郎博士は様々な功績により本年7月から発行されます新千円札の肖像に選ばれています。先輩方の努力によりまして我が国の2022年の結核罹患率（人口10万対）は8.2となり、ようやく結核低蔓延国の仲間入りを果たしました。しかし、併存症の多い高齢者結核、外国出生者結核、多剤耐性結核など問題もまだまだ多く、さらなる取り組みが必要です。このようななか、Mindsに準拠した「結核診療ガイドライン2024」が発刊されましたことは大変心強いです。年々増加傾向にあります非結核性抗酸菌症につきましても、再発・難治例に対する治療薬の選択肢が増えてまいりました。2023年には「成人肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解」が改定され、少しずつこの領域も進歩していることを実感しております。

さて、COVID-19が第5類感染症に移行され、対面での学会開催が増えてまいりました。今回も現地開催のみで実施いたします。高知は交通が不便ですが、多くの皆様を高知にお迎えすることを楽しみにしております。本地方会が、結核・非結核性抗酸菌症に関する発表の場、学びの場、情報共有の場になりますよう鋭意準備して参ります。皆様のご協力よろしくお願いいたします。

交通案内



JRをご利用の場合



お車をご利用の場合

高知自動車道南国I.C.から約30分

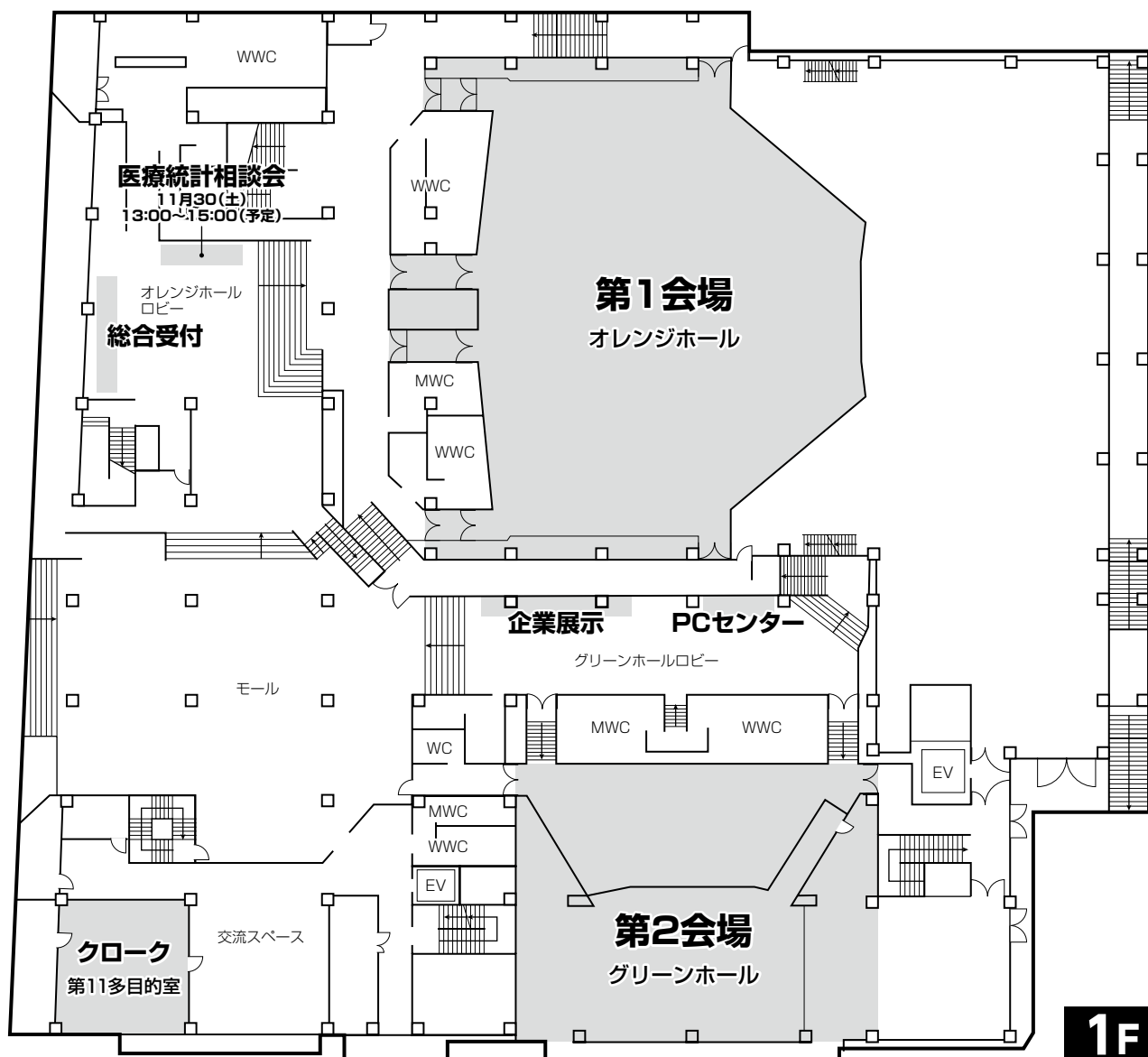
高知I.C.から約20分

駐車場について

学会参加者は周辺有料駐車場のご利用をお願いします。



会場案内図



1001



参加者へのご案内

1. 参加受付

日時：11月29日（金）9:30～16:30

11月30日（土）8:20～13:00

場所：1F オレンジホールロビー

2. 参加費

医師・一般	3,000円
初期研修医・メディカルスタッフ・学生*	無料

- ・お支払いは現金のみ受付可能です（クレジットカードはご利用いただけません）。
- ・会場内では必ず参加証（兼領収書）に所属・氏名を記入のうえ、携帯してください。
- ・参加証（兼領収書）の再発行はできませんので大切に保管してください。
- ・気管支鏡実技セミナーは、事前申込制です。申込者には事前にメールでご案内をお送りいたします。

※ 初期研修医、メディカルスタッフの方は証明書を本会ホームページよりダウンロードいただき、全ての項目にご記入の上、総合受付のスタッフへお渡しください。証明書の提出がない場合は、参加費を頂戴いたします。

※ 学生の方は学生証を提示してください。提示が無い場合は、参加費を頂戴いたします。

3. 全員懇親会

日時：11月29日（金）19:30～21:30

場所：ザ クラウンパレス新阪急高知 3F 花の間

参加費

医師・一般	3,000円
後期研修医	1,500円
初期研修医・メディカルスタッフ・学生	無料

4. プログラム・抄録集（本誌）

紙媒体での抄録集はございません。ホームページより閲覧可能です。

5. 単位登録（参加登録）について

日本呼吸器学会会員の方へ

* 日本呼吸器学会 呼吸器専門医

出席 5単位、筆頭演者 演題数×3単位

〈会員カードまたはWEB会員証をご準備ください〉

日本呼吸器学会会員の方は、会員カードまたはWEB会員証のバーコードを読み込んで参加登録を行います。カードのバーコードが薄くなっていると読み込みができません。またWEB会員証はスマートフォンの画面を暗く設定されていると読み込みができない場合があります。ご注意ください。

〈スマートフォンでのWEB会員証表示について〉

スマートフォンでWEB会員証が表示できます。スマートフォンから日本呼吸器学会ホームページの会員専用ページにアクセスしてください。詳細は下記URLをご確認ください。

https://www.jrs.or.jp/application/membership_card.html

*** 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士**

出席 7単位、筆頭演者 7単位

参加証明書・ネームカードの写し(筆頭演者は併せて証明するページの写し)を添付し自身で提出をお願いします。

*** 3学会合同呼吸療法認定士**

出席 20単位、座長・筆頭演者 20単位、共同演者 10単位

参加証明書の写し(発表を行った場合は期などを示すプログラムの一部、発表抄録の写し)を添付し自身で提出をお願いします。

*** ICD制度協議会**

出席 5単位、筆頭演者 2単位

参加証、筆頭演者は併せて証明するページの写しを添付し、自身で提出をお願いします。

日本結核・非結核性抗酸菌症学会会員、エキスパート会員の方へ

*** 日本結核・抗酸菌症認定医／指導医、抗酸菌症エキスパート資格**

出席 5単位、筆頭演者 5単位加算

6. ランチョンセミナーについて

整理券の配布はございません。セミナー入場時に積み置きされたお弁当をお取りください。

7. クローク

日時：11月29日(金) 9:30～19:30

11月30日(土) 8:20～15:30

場所：1F 第11多目的室

・貴重品、機器製品(PC等)はお預かりできませんのでご了承ください。

8. 企業展示

日時：11月29日(金) 11:00～18:50

11月30日(土) 9:00～14:30

場所：1F グリーンホールロビー

9. PCセンター

日時：11月29日(金) 10:00～17:20

11月30日(土) 8:20～13:50

場所：1F グリーンホールロビー

・学会当日に発表データの受付を行います。セッション開始30分前までにPCセンターにて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。受付にて試写は可能ですが、データの修正はできません。

10. 統計相談会

日時：11月30日(土) 13:00～15:00(予定)

場所：1F オレンジホールロビー

料金：無料

合同学会セミナー(11月30日(土) 10:10～11:40)にてご登壇いただく株式会社データシード 吉田寛輝様による医療統計の相談会を行います。

11. 託児室

ご用意はございません。

12. 関連会議のご案内

呼吸器内視鏡学会 幹事会

日時：11月29日（金）16:40～17:20

会場：1F グリーンホール（第2会場）

結核・非結核性抗酸菌症学会 幹事会

日時：11月29日（金）10:10～10:40

会場：4F 第6多目的室（第3会場）

13. 会期中の問い合わせ先

[運営事務局]

株式会社メッド

E-mail：jrs-jsre-jst2024@med-gakkai.org

14. その他

- 1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。
- 2) 会場内は全館禁煙です。
- 3) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。
- 4) 会場内での呼び出しは一切行いません。
- 5) 忘れ物・落し物は、総合受付（1F オレンジホールロビー）にてお預かりいたします。

発表者・座長へのご案内

1. 進行情報

セッション	発表	質疑
一般演題	5分	3分
研修医セッション(初期・後期)		
学生、メディカルスタッフセッション		
渡辺洋一記念奨励賞選考対象演題		

- ・発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。
- ・演台上には、モニター、キーボード、マウス、レーザーポインターを用意いたします。演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自でおこなってください。

2. 座長・審査員の皆さまへ

◎一般演題 座長の先生へのご願い

- ・ご担当いただくセッション開始15分前までに各会場内前方の「次座長席」にご着席ください。
- ・進行につきましては座長一任です。時間厳守でお願いいたします。

◎審査員の先生へのご願い

- ・当日、採点用紙をお渡しいたしますので総合受付(1F オレンジホールロビー)までお越しください。
- ・ご担当いただくセッション開始15分前までに各会場内前方の「審査員席」にご着席ください。

3. 発表者の皆さまへ

発表当日、必ずセッション開始30分前までに、PCセンター(1F グリーンホールロビー)にお越しいただき、発表データの確認を行ってください。

<利益相反の開示>

本会では当日の学会発表に際して、発表者(演者)全員に対し、利益相反(COI)の開示をお願いしております。つきましては、ご講演スライドには必ず利益相反について記載いただきますようお願いいたします。COI自己申告基準について、下記URLよりご確認のうえ、利益相反に関するスライドを発表スライドに入れてください。

[日本呼吸器学会] <https://www.jrs.or.jp/about/col.html>

[日本呼吸器内視鏡学会] https://www.jsre.org/modules/about/index.php?content_id=12

[結核・非結核性抗酸菌症学会] https://www.kekkaku.gr.jp/medical_staff/

<口演セッション 試写・発表方法>

- 1) 口演発表はすべてPC発表(PowerPoint)のみといたします。
- 2) 発表データは、Windows PowerPointで作成してください。
- 3) PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。
- 4) 画面サイズの推奨は「16:9」となりますが、「4:3」でも可能です。

＜データ発表の場合＞

- 1) 作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーでご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 3) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

＜PC本体持込みによる発表の場合＞

- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、必ずご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、「HDMI端子」(図参照)です。この端子を持つPCをご用意ください。または、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は必ずご持参ください。
- 3) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 4) 再起動をすることがありますので、パスワード入力“不要”に設定してください。
- 5) バッテリー切れを防ぐためにAC電源アダプターをご用意ください。
- 6) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。



表彰演題について

【日本呼吸器学会】初期・後期研修医セッション、学生・メディカルスタッフセッション

初期・後期研修医セッション、学生・メディカルスタッフセッションを対象にエントリーいただきました演題の中から、優れた演題について表彰いたします。

※本会は2025年4月に開催される「ことはじめ甲子園」の対象ではありません。

評価方法：以下の5点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

- 1)「発表の分かりやすさ」
 - ・聴講者にとって分かりやすい発表であるか
 - ・声の大きさ、聞き取りやすさは問題ないか
- 2)「スライドの評価」
 - ・スライドは、見やすく、かつ簡潔にまとめられているか
- 3)「発表時間」
 - ・時間配分は適切か
 - ・所定の時間を守っているか
- 4)「質疑への対応」
 - ・質疑に対する応答が適切であるか
- 5)「論理性」
 - ・発表が論理的であるか

評価、選考は以下の選考委員で行います。

対象セッション 優秀演題賞審査員

委員長 竹内 栄治（独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床研究部・呼吸器内科）
穴吹 和貴（厚生労働省指定基幹型臨床研修病院 高松平和病院 緩和ケア内科）
荒川裕佳子（国家公務員共済組合連合会KKR高松病院 睡眠・呼吸センター）
市原 英基（岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科）
伊東 亮治（独立行政法人国立病院機構愛媛医療センター 呼吸器内科）
岡野 義夫（独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科）
沖本 民生（島根大学医学部 内科学講座呼吸器・臨床腫瘍学）
柿内 聡司（徳島県立中央病院 呼吸器内科）
加藤 有加（独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 呼吸器内科）
國近 尚美（山口赤十字病院 呼吸器内科）
久山 彰一（独立行政法人国立病院機構岩国医療センター 呼吸器内科）
小西 龍也（松江市立病院 呼吸器内科）
坂口 暁（徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野）
阪本 智宏（鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科）
佐藤 晃子（独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科）
佐藤 正大（徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野）
塩田 哲広（社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科）
塩田 直樹（独立行政法人労働者健康安全機構中国労災病院 呼吸器内科）
篠原 勉（徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野）
白井 亮（川崎医科大学総合医療センター 内科）
高尾 俊（広島市立広島市民病院 呼吸器内科）
高山 裕介（広島市立舟入市民病院 内科）

橋 さやか（愛媛県立中央病院 呼吸器内科）
田宮 弘之（徳島県立三好病院 呼吸器内科）
近森 研一（独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 内科）
佃 月恵（高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室）
津端由佳里（島根大学内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学）
中崎 博文（鳥取赤十字病院 呼吸器内科）
中島 拓（広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学）
中西 徳彦（愛媛県立中央病院 呼吸器内科）
中村 洋之（坂出市立病院 内科）
濱井 宏介（尾道総合病院 呼吸器内科）
細川 忍（岡山赤十字病院 呼吸器内科）
堀益 靖（広島大学病院 呼吸器内科）
牧野 英記（松山赤十字病院 呼吸器内科）
町田 久典（独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床研究部・呼吸器内科）
三木 真理（地方独立行政法人徳島県鳴門病院 内科）
矢内 正晶（鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科）
山本 晃義（高松赤十字病院 呼吸器センター）
横田 恭子（香川大学医学部附属病院 感染症教育センター）
渡部 雅子（地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科）

[50音順／敬称略]

◎表彰式

初期・後期研修医セッション：11月29日（金）19:30からの懇親会の中で行います。

学生・メディカルスタッフセッション：11月30日（土）14:30からの表彰式にて行います。

【日本呼吸器内視鏡学会】研修医セッション、渡辺洋一記念奨励賞選考対象演題

研修医セッション、渡辺洋一記念奨励賞選考対象演題を対象にエントリーいただきました演題の中から、優れた演題について表彰いたします。

評価方法：以下の5点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

- 1)「発表の分かりやすさ」
 - ・聴講者にとって分かりやすい発表であるか
 - ・声の大きさ、聞き取りやすさは問題ないか
- 2)「スライドの評価」
 - ・スライドは、見やすく、かつ簡潔にまとめられているか
- 3)「発表時間」
 - ・時間配分は適切か
 - ・所定の時間を守っているか
- 4)「質疑への対応」
 - ・質疑に対する応答が適切であるか
- 5)「論理性」
 - ・発表が論理的であるか

評価、選考は以下の選考委員で行います。

対象セッション 優秀演題賞審査員

委員長 大西 広志（高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学）

阿部 聖裕（独立行政法人国立病院機構愛媛医療センター 呼吸器内科）

栗屋 禎一（市立三次中央病院 呼吸器内科）
大石 景士（山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座）
河瀬 成穂（国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科）
柴山 卓夫（独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科）
手塚 敏史（地方独立行政法人徳島市民病院 呼吸器内科）
南木 伸基（高松赤十字病院 呼吸器内科）
埴淵 昌毅（徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・血液・代謝内科学分野）
日野 弘之（独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科）
山崎 正弘（広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科）

[50音順／敬称略]

◎表彰式

研修医セッション：11月29日（金）19:30からの懇親会の中で行います。

渡辺洋一記念奨励賞選考対象演題：11月30日（土）14:30からの表彰式にて行います。

【結核・非結核性抗酸菌症学会】研修医セッション、一般演題

研修医セッション、一般演題を対象にエントリーいただきました演題の中から、優れた演題を表彰いたします。

評価方法：以下の5点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

- 1)「発表の分かりやすさ」
 - ・聴講者にとって分かりやすい発表であるか
 - ・声の大きさ、聞き取りやすさは問題ないか
- 2)「スライドの評価」
 - ・スライドは、見やすく、かつ簡潔にまとめられているか
- 3)「発表時間」
 - ・時間配分は適切か
 - ・所定の時間を守っているか
- 4)「質疑への対応」
 - ・質疑に対する応答が適切であるか
- 5)「論理性」
 - ・発表が論理的であるか

評価、選考は以下の選考委員で行います。

対象セッション 優秀演題賞審査員

委員長 窪田 哲也（高知県立あき総合病院 呼吸器内科）
石田 正之（社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科）
伊藤 明広（公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科）
門田 直樹（独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床研究部・呼吸器内科）
岸本 伸人（高松市立みんなの病院 呼吸器内科）
坂本 健次（独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 内科）
中尾 美香（島根大学内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学）
土師 恵子（徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野）
宮崎こずえ（独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科）

[50音順／敬称略]

◎表彰式

研修医セッション：11月29日（金）19:30からの懇親会の中で行います。

一般演題：11月30日（土）14:30からの表彰式にて行います。

日程表 11月29日(金)

第1会場 1F オレンジホール		第2会場 1F グリーンホール		第3会場 4F 第6多目的室		気管支鏡実技セミナー会場 3F 第3多目的室／第5多目的室	
10:50		11:00		10:10	結核・非結核抗酸菌症学会 幹事会		
11:00				10:40			
11:40	開会式 〔呼吸器学会〕 初期研修医セッション 肺腫瘍1 R-01～R-05 座長：細川 忍／加藤 有加	11:48		11:00	〔呼吸器学会〕 初期研修医セッション アレルギー・間質性肺炎 R-38～R-43 座長：國近 尚美／中島 拓		
12:00		12:00		11:48			
13:00	〔呼吸器学会〕 ランチョンセミナー1 座長：服部 登 演者：西岡 安彦 共催：日本ペーリンガーインゲ ルハイム株式会社	13:00	〔呼吸器学会〕 ランチョンセミナー2 座長：中西 徳彦 演者：大石 景士／小賀 徹 共催：サノフィ株式会社／ リジェネロン・ジャパン 株式会社	12:00	〔結核・非結核性抗酸菌症学会〕 ランチョンセミナー3 座長：窪田 哲也 演者：柳原 豊史 共催：インスメッド合同会社		
13:10		13:10		13:00			
13:50	CS-Lung 特別企画シンポジウム 日々の症例をもとに 新たなエビデンスを作る	13:58	〔呼吸器内視鏡学会〕 研修医セッション2 E-07～E-12 座長：山崎 正弘／大石 景士	13:10	〔結核・非結核性抗酸菌症学会〕 研修医セッション T-01～T-03 座長：中尾 美香／石田 正之		
14:00	〔呼吸器学会〕 初期研修医セッション 肺腫瘍2 R-06～R-10 座長：高尾 俊／山本 晃義	14:08		13:34			
14:40	〔呼吸器学会〕 初期研修医セッション 肺腫瘍3 R-11～R-15 座長：柿内 聡司／市原 英基	14:48	〔呼吸器学会〕 後期研修医セッション 肺腫瘍2 R-29～R-33 座長：津端 由佳里／佐藤 正大	14:20	〔呼吸器学会〕 後期研修医セッション アレルギー・間質性肺炎 R-44～R-48 座長：荒川 裕佳子／堀益 靖	14:00	第17回 気管支鏡実技セミナー 講師：佐久川 亮 青江 基 南 大輔 【講義】14:00～14:30 第3多目的室 【実技】14:30～16:00 第5多目的室 主催：日本呼吸器内視鏡学会 中国四国支部
15:20	〔呼吸器学会〕 後期研修医セッション 肺腫瘍1 R-16～R-20 座長：牧野 英記／近森 研一	15:20	〔呼吸器学会〕 後期研修医セッション 肺腫瘍3 R-34～R-37 座長：岡野 義夫／阪本 智宏	14:30	〔呼吸器学会〕 初期研修医セッション 感染症 R-49～R-54 座長：三木 真理／横田 恭子		
16:00		15:30		15:18	〔呼吸器学会〕 後期研修医セッション 感染症 R-55～R-59 座長：中西 徳彦／渡部 雅子		
16:10	〔呼吸器学会〕 初期研修医セッション その他肺疾患 R-21～R-24 座長：佃 月恵／中村 洋之	16:30	〔呼吸器学会〕 スポンサードセミナー1 座長：服部 登 演者：江田 良輔 共催：ノーベルファーマ株式会社	15:58		16:00	
16:42	〔呼吸器学会〕 後期研修医セッション その他肺疾患 R-25～R-28 座長：橋 さやか／塩田 直樹	16:40		16:10	〔呼吸器学会〕 スポンサードセミナー2 座長：野上 尚之 演者：伊藤 健太郎 共催：武田薬品工業株式会社		
17:14	日本呼吸器学会 将来計画委員会・DEI委員会 臨床呼吸機能講習会(初期 臨床研修医コース)の報告 座長・演者：國近 尚美 〔伝わるカルテ〕 ー呼吸器内科versionー 演者：牧野 英記 特別企画 司会：山根 真由香 水田 順也	17:20	呼吸器内視鏡学会 幹事会	17:10			
19:00							
19:30～21:30 懇親会(会場：ザ クラウンパレス新阪急高知)							

日程表 11月30日(土)

第1会場 1F オレンジホール	
9:00	[呼吸器学会] 学生・メディカルスタッフ セッション R-60～R-66 座長：篠原 勉／伊東 亮治
9:56	
10:10	合同学会セミナー P<0.05に一喜一憂せず、臨床研究を 実施する為の統計の考え方 座長：竹内 栄治 演者：吉田 寛輝
11:40	
12:00	[呼吸器学会] ランチョンセミナー4 座長：西岡 安彦 演者：福田 泰 共催：小野薬品工業株式会社／ ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社
13:00	
13:30	気管支鏡寺子屋セミナー 座長：田村 昌也／山崎 章 コメンテーター：大西 広志 プレゼンター：伊東 亮治 瀧川 雄貴 大山 洸右
14:30	閉会式・表彰式
14:40	

第2会場 1F グリーンホール	
9:00	[呼吸器内視鏡学会] 渡辺洋一記念奨励賞 E-13～E-17 座長：日野 弘之／柴山 卓夫
9:40	
9:48	[呼吸器内視鏡学会] 一般演題 E-18～E-25 座長：秋田 慎／加藤 高英
10:52	
11:00	[呼吸器学会] 一般演題 胸膜、その他 R-67～R-71 座長：濱田 千鶴／庄田 浩康
11:40	
12:00	[呼吸器学会] ランチョンセミナー5 座長：浦田 知之 演者：軒原 浩 共催：中外製薬株式会社
13:00	
13:10	[呼吸器学会] 一般演題 感染症 R-72～R-76 座長：中西 陽祐／荒川 悠
13:50	[呼吸器学会] 一般演題 間質性肺炎 R-77～R-81 座長：荻野 広和／豊田 優子
14:30	

第3会場 4F 第6多目的室	
9:00	[呼吸器学会] スポンサーセミナー3 座長：堀田 勝幸 演者：野口 哲男 共催：アストラゼネカ株式会社
10:00	
10:10	[結核・非結核性抗酸菌症学会] 一般演題 T-04～T-09 座長：伊藤 明広／宮崎 こずえ
10:58	
11:10	[呼吸器学会] 一般演題 肺腫瘍 R-82～R-86 座長：石川 暢久／青江 啓介
11:50	
12:00	[呼吸器学会] ランチョンセミナー6 座長：大西 広志 演者：金地 伸拓 共催：MSD 株式会社
13:00	
13:10	[呼吸器学会] 一般演題 アレルギー・呼吸不全 R-87～R-91 座長：岩本 博志／谷口 暁彦
13:50	[呼吸器学会] 一般演題 COVID-19 R-92～R-96 座長：畠山 暢生／井上 考司
14:30	

11月29日(金) 第1会場 (17:20～19:00)

将来計画委員会、ダイバーシティ・エクイティ・インクルージョン (DEI)
推進委員会報告

臨床呼吸機能講習会(初期臨床研修医コース)の報告

座長・演者 山口赤十字病院 内科・呼吸器内科
日本呼吸器学会将来計画委員会 委員
日本呼吸器学会DEI委員会 副委員長 國近 尚美

「伝わるカルテ」－呼吸器内科version－

松山赤十字病院 呼吸器内科 牧野 英記

特別企画

研修病院対抗 呼吸器クイズトーナメント

～明日からの呼吸器診療をグレードアップ！～

司会 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室 山根真由香
高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室 水田 順也

研修医3名(初期／後期研修医)のチームでエントリーし、研修病院対抗呼吸器クイズトーナメントを行います。優勝チームには豪華景品を準備しております。

現在の同僚・指導医だけでなく、研修病院のOBの先生方も各チームを応援して頂き、呼吸器診療を中国四国支部一丸となって活気づけて頂くことを期待し企画致しました。

※クイズ大会に参加されたい方は、本学会ホームページにて参加申込を行っておりますので、そちらよりご登録ください。

先着18チーム(定員になり次第、締め切りますのでお早めにお申し込みください。)

11月29日(金) 第1会場 (13:10～13:50)

日々の症例をもとに新たなエビデンスを作る

座長 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 呼吸器内科 上月 稔幸
香川大学医学部・医学系研究科 内科学講座 血液・免疫・呼吸器内科学 金地 伸拓

1. 理事長からのご挨拶 (13:10～13:15)

CS-Lung 理事長
徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野 西岡 安彦

2. 症例の提示 (13:15～13:18)

CS-Lung 事務局

3. 各シンポジストより研究シーズの発表および研究の実現化にむけての discussion (13:18～13:45)

愛媛大学大学院 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学講座 山本将一郎
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 血液・腫瘍・呼吸器内科 森田 絢子
島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学 奥野 峰苗

4. 実際に本症例に基づいて実施した研究の紹介 (13:45～13:50)

CS-Lung 事務局

NPO法人CS-Lungは、中国・四国地方で実施される呼吸器疾患関連事業において、運営面・財政面での包括的支援を行ない地域医療の発展と市民の健康の維持と増進に貢献するべく発足致しました。

中国・四国9県の基幹大学の呼吸器内科系教授からなる理事会と、会員で構成される総会および各委員会等 が主な組織として連携し、1. 臨床研究の実施支援事業 2. 医師育成／生涯教育支援事業 3. 呼吸器疾患登録 事業 4. 市民啓発活動の4事業をその柱に掲げています。

2018年設立後、皆様の多大なご協力のもと積極的な活動を続けておりますが、このたび本法人の活動のひとつでございます臨床研究につきまして本会でご報告させていただきます。中国・四国のご施設が一体となりさらに活発な活動を行っていただけますよう是非ともご参加いただければ幸いです。

合同学会セミナー

11月30日(土) 第1会場 (10:10～11:40)

座長 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床研究部・呼吸器内科 竹内 栄治

P<0.05に一喜一憂せず、臨床研究を実施する為の統計の考え方

株式会社データシード 吉田 寛輝

合同学会セミナー終了後、医療統計の相談会を行います。
是非ご参加ください。

日時：11月30日(土) 13:00～15:00 (予定)

場所：1F オレンジホールロビー

料金：無料

気管支鏡寺子屋セミナー

11月30日(土) 第1会場 (13:30～14:30)

座長 高知大学医学部 呼吸器外科学講座

田村 昌也

鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学講座

山崎 章

コメンテーター 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座

大西 広志

プレゼンター 独立行政法人国立病院機構愛媛医療センター 呼吸器内科

伊東 亮治

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

瀧川 雄貴

高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学講座

大山 洸右

第17回 気管支鏡実技セミナー

11月29日(金) 気管支鏡実技セミナー会場 (14:00～16:00)

【講義】14:00～14:30 (3F 第3多目的室)

【実技】14:30～16:00 (3F 第5多目的室)

EWS

岡山赤十字病院 呼吸器内科 佐久川 亮

ステント

香川県立中央病院 呼吸器外科 青江 基

EBUS-TBNA

川崎医科大学 総合内科学4／医療法人ほそや医院 呼吸器内科 南 大輔

受講証明書授与 閉会の挨拶

セミナー参加者には気管支鏡専門医、指導医制度における業績として5単位が認められます。

加えて、「評議員資格申請：5単位(但し、年1回のみ算定可)」が認められます。

参加には事前申し込みが必要です。

定 員：12名

受講料：無料

主催：日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部

スポンサードセミナー1

11月29日(金) 第2会場 (15:30～16:30)

呼吸器学会

座長 広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学 服部 登

自己免疫性肺胞蛋白症治療の新たな時代 – GM-CSF吸入療法の実際–

倉敷市立市民病院 江田 良輔

共催：ノーベルファーマ株式会社

スポンサードセミナー2

11月29日(金) 第3会場 (16:10～17:10)

呼吸器学会

座長 愛媛大学大学院医学系研究科 地域胸部疾患治療学講座 野上 尚之

ALK陽性肺癌におけるシーケンス

～臨床試験デザインから見る1次治療の薬剤選択と後治療～

松阪市民病院 呼吸器センター 呼吸器内科 伊藤健太郎

共催：武田薬品工業株式会社

スポンサードセミナー3

11月30日(土) 第3会場 (9:00～10:00)

呼吸器学会

座長 岡山大学病院 新医療研究開発センター 臨床研究部 堀田 勝幸

POSEIDONレジメンにおけるimAEの早期発見・早期介入

～つたわる君の活用～

市立長浜病院 呼吸器内科 野口 哲男

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチョンセミナー1

11月29日(金) 第1会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

座長 広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学 服部 登

抗線維化薬の基礎と臨床

徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野 西岡 安彦

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ランチョンセミナー2

11月29日(金) 第2会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

座長 愛媛県立中央病院 中西 徳彦

寛解を見据えた喘息診療

山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科 大石 景士

将来にコミットする喘息治療を考える

川崎医科大学 呼吸器内科 小賀 徹

共催：サノフィ株式会社／リジェネロン・ジャパン株式会社

ランチョンセミナー3

11月29日(金) 第3会場 (12:00～13:00)

結核・非結核性抗酸菌症学会

座長 高知県立あき総合病院 呼吸器内科 窪田 哲也

非結核性抗酸菌症トピックス

ーアリケイス®導入11症例 自験例の解析を踏まえてー

福岡大学病院 呼吸器内科 柳原 豊史

共催：インスメッド合同会社

ランチョンセミナー4

11月30日(土) 第1会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

座長 徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野 西岡 安彦

Ⅳ期非小細胞肺癌に対する治療戦略 ～PD-L1 陰性に挑む～

倉敷中央病院 呼吸器内科 福田 泰

共催：小野薬品工業株式会社／ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

ランチョンセミナー5

11月30日(土) 第2会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

座長 高知医療センター 呼吸器内科 浦田 知之

ALK陽性肺がんの最新治療戦略 ～周術期から進行期まで～

国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科／がんゲノム診療科 軒原 浩

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー6

11月30日(土) 第3会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

座長 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学 大西 広志

ドライバー遺伝子変異陰性Ⅳ期非小細胞肺癌
～薬物療法選択における私の考え～

香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学 金地 伸拓

共催：MSD株式会社

初期研修医セッション 肺腫瘍 1	11:00~11:40
座長 細川 忍(岡山赤十字病院 呼吸器内科) 加藤 有加(独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 呼吸器内科)	

R-01 化学療法にて免疫関連有害事象が出現し著効した悪性胸膜中皮腫の2例

¹⁾高知医療センター 臨床研修管理センター、²⁾高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
安田 萌華¹⁾、西森 朱里²⁾、山根真由香²⁾、佃 月恵²⁾、荻野 慶隆²⁾、中村 優美²⁾、
安田早耶香²⁾、寺田 潤紀²⁾、平川 慶晃²⁾、伊藤 孟彦²⁾、中谷 優²⁾、大山 洸右²⁾、
水田 順也²⁾、梅下 会美²⁾、岩部 直美²⁾、高松 和史²⁾、大西 広志²⁾

R-02 肺ランゲルハンス組織球症を背景に肺扁平上皮癌の診断とした1例

¹⁾高知大学医学部附属病院 医療人育成支援センター、
²⁾高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
祐盛 湧希¹⁾、大山 洸右²⁾、寺田 潤紀²⁾、大西 広志²⁾、平川 慶晃²⁾、伊藤 孟彦²⁾、
西森 朱里²⁾、中谷 優²⁾、水田 順也²⁾、荻野 慶隆²⁾、佃 月恵²⁾、山根真由香²⁾、
高松 和史²⁾

R-03 免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法1回投与のみで劇的に腫瘍が縮小したPD-L1陰性高齢者肺癌の一例

¹⁾社会福祉法人恩賜財団済生会今治病院 臨床研修センター、
²⁾社会福祉法人恩賜財団済生会今治病院 呼吸器内科
三宅 琴音¹⁾、村上 果住²⁾、長井 敦²⁾、山本 遥加²⁾、川上 真由²⁾、野上 尚之²⁾

R-04 気管切開後に放射線治療が行われた気道狭窄を伴う気管カルチノイドの1例

¹⁾広島大学病院 初期臨床研修医、²⁾広島大学病院 呼吸器内科、
³⁾広島大学病院 がん化学療法科
山川 達郎¹⁾、島田 俊宏²⁾、坂本進二郎²⁾、下地 清史²⁾、徳毛健太郎³⁾、藤井 康智³⁾、
山口 覚博²⁾、堀益 靖²⁾、益田 武²⁾、中島 拓²⁾、岩本 博志²⁾、濱田 泰伸²⁾、
岡本 渉³⁾、服部 登²⁾

R-05 小細胞肺癌の放射線化学療法後に肺動脈血栓塞栓症を発症した1例

¹⁾国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、
²⁾国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科
安原 花梨¹⁾、河瀬 成穂²⁾、前田 憲志²⁾、山田 貴弘²⁾、堀田 尚克²⁾

初期研修医セッション 肺腫瘍2	14:00~14:40
座長 高尾 俊(広島市立広島市民病院 呼吸器内科) 山本 晃義(高松赤十字病院 呼吸器センター)	

R-06 ニボルマブ併用術前化学療法後、病理学的完全奏功を確認した肺扁平上皮癌 cStageIIIB (第8版)の一例

¹⁾岡山大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾岡山大学病院 新医療研究開発センター、
³⁾岡山大学病院 呼吸器外科、⁴⁾岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、
⁵⁾岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、⁶⁾岡山大学病院 高齢者総合医療講座、
⁷⁾岡山大学病院 腫瘍センター、⁸⁾岡山大学病院 病理診断科

武田 知樹¹⁾、武口 哲也⁴⁾、頼 冠名²⁾、堀田 勝幸²⁾、諏澤 憲³⁾、槇本 剛⁴⁾、
肥後 寿夫⁴⁾、二宮貴一郎⁵⁾、藤井 昌学⁶⁾、市原 英基⁷⁾、宮原 信明⁴⁾、田端 雅弘⁷⁾、
柳井 広之⁸⁾、大橋 圭明⁴⁾

R-07 急速な転帰をたどった骨盤内腫瘍・多発肺転移の一例

¹⁾公立みつぎ総合病院 診療部、²⁾公立みつぎ総合病院 内科、³⁾JA尾道総合病院 呼吸器内科
中村 文宣¹⁾、北島 拓真²⁾、藤田 俊²⁾、古月 七海³⁾、勝良 遼³⁾、露木 真子³⁾、
阿部 公亮³⁾、濱井 宏介³⁾

R-08 肺癌加療中に脳膿瘍を発症し転移性脳腫瘍と鑑別を要した一例

¹⁾高知大学医学部 医療人育成支援センター、²⁾高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科、
³⁾高知大学医学部 脳神経外科、⁴⁾高知大学医学部 放射線治療科
久保田桃子¹⁾、中谷 優²⁾、梅下 会美²⁾、高松 和史²⁾、竹田 有佑³⁾、川西 裕³⁾、
木村 智樹⁴⁾、大西 広志²⁾

R-09 Osimertinib投与中にB型肝炎ウイルス(HBV)の再活性化を生じた、進行肺腺癌の一例

¹⁾社会医療法人近森会 近森病院 臨床研修部、²⁾社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科
宮地 博紀¹⁾、馬場 咲歩²⁾、藤原 絵理²⁾、中岡 大士²⁾、石田 正之²⁾

R-10 小腸転移による腸重積で発見された肺腺癌の1例

¹⁾県立広島病院 臨床研修センター、²⁾県立広島病院 呼吸器内科
岡本 礼奈¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、
上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾

初期研修医セッション 肺腫瘍3	14:40~15:20
座長 柿内 聡司(徳島県立中央病院 医学教育センター) 市原 英基(岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科)	

R-11 心嚢水貯留で発症し、胸腔鏡下生検による確定診断後に筋症状をきたした胸腺腫の1例

¹⁾国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、
²⁾国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科、
³⁾国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器外科
宮本 愛唯¹⁾、山田 貴弘²⁾、前田 憲志²⁾、河瀬 成穂²⁾、松本 理恵³⁾、杉本龍士郎³⁾、
今井 茂朗³⁾、堀田 尚克²⁾

R-12 両側肺浸潤影を呈し、急激な転帰を辿った浸潤性腺癌の一例

¹⁾ 高知大学医学部附属病院 医療人育成支援センター、
²⁾ 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、³⁾ 高知大学医学部 医学科 病理学講座、
⁴⁾ 高知大学医学部附属病院 病理診断部
金本 敏¹⁾、平川 慶晃²⁾、荻野 慶隆²⁾、佃 月恵²⁾、大西 広志²⁾、岩下 和花³⁾、
井口みつこ⁴⁾

R-13 心タンポナーデで発症し急速な進行を示した原発不明がんの1例

¹⁾ 松山赤十字病院 臨床研修センター、²⁾ 松山赤十字病院 呼吸器センター
地行 歩¹⁾、牧野 英記²⁾、佐原 咲希²⁾、茅田 祐輝²⁾、片山 一成²⁾、大下 一輝²⁾、
甲田 拓之²⁾、梶原浩太郎²⁾、兼松 貴則²⁾

R-14 当院におけるirAE大腸炎を発症した肺癌症例の検討

¹⁾ 高知医療センター 初期研修プログラム、²⁾ 高知医療センター 呼吸器内科、
³⁾ 高知医療センター 呼吸器外科、⁴⁾ 高知医療センター 消化器内科
今村 優希¹⁾、浦田 知之²⁾、山根 高²⁾、吉田 千尋³⁾、張 性洙³⁾、岡本 卓³⁾、
岡本 宣人⁴⁾

R-15 診断に苦慮し胸水により診断した肺原発悪性リンパ腫の一例

¹⁾ 県立広島病院 臨床研修センター、²⁾ 県立広島病院 呼吸器内科
國重 奈生¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、
上野沙弥香²⁾、益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾

呼吸器学会

11月29日(金) 第1会場

後期研修医セッション 肺腫瘍1	15:20~16:00
座長 牧野 英記（松山赤十字病院 呼吸器内科） 近森 研一（独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 内科）	

R-16 小細胞肺癌骨転移に対する化学療法により発症した二次性副甲状腺機能亢進症の1例

¹⁾ 広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科、²⁾ 広島赤十字・原爆病院 内分泌・代謝内科
重本 理子¹⁾、谷脇 雅也¹⁾、三宅 浩平¹⁾、若林 優¹⁾、泉 祐介¹⁾、松本奈穂子¹⁾、
亀井 望²⁾、大橋 信之¹⁾、山崎 正弘¹⁾

R-17 肺癌の治療中に嗅覚障害を認めirAEと考えられた一例

¹⁾ 高知大学病院 呼吸器・アレルギー内科、²⁾ 高知大学病院 耳鼻咽喉科、
³⁾ あき総合病院 呼吸器内科
山崎 悠司^{1,3)}、水田 順也¹⁾、大西 広志¹⁾、小森 正博²⁾、寺田 潤紀¹⁾、平川 慶晃¹⁾、
伊藤 孟彦¹⁾、西森 朱里¹⁾

R-18 IMpower133レジメンを投与した肝硬変・汎血球減少を合併した進展型小細胞肺癌の一例

¹⁾ 広島大学病院 呼吸器内科、²⁾ JA尾道総合病院 呼吸器内科
柳谷奈都子¹⁾、益田 武¹⁾、古月 七海²⁾、下地 清史¹⁾、山口 覚博¹⁾、坂本信二郎¹⁾、
檜垣 直子¹⁾、堀益 靖¹⁾、中島 拓¹⁾、岩本 博志¹⁾、濱田 泰伸¹⁾、服部 登¹⁾

R-19 免疫チェックポイント阻害薬により Lambert-Eaton 症候群の再燃をきたした肺大細胞神経内分泌癌の 1 例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 脳神経内科
仲田 達弥¹⁾、阪本 智宏¹⁾、名木田優子²⁾、松岡 秀一¹⁾、西上 美侑¹⁾、森山 士朗¹⁾、
平山 勇毅¹⁾、野中 喬文¹⁾、河野 紘輝¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、矢内 正晶¹⁾、木下 直樹¹⁾、
山口 耕介¹⁾、小谷 昌広¹⁾、山崎 章¹⁾

R-20 重症筋無力症様の所見で発症し経時的な筋電図変化により診断した Lambert-Eaton 症候群合併小細胞肺癌の一例

川崎医科大学 総合内科学 4
三浦 真史、斎藤 貴子、三村 彩香、小坂 陽子、市山 成彦、河原辰由樹、長崎 泰有、
越智 宣昭、中西 秀和、山根 弘路、瀧川奈義夫

呼吸器学会

11月29日(金) 第1会場

初期研修医セッション その他肺疾患		16:10~16:42
座長 佃 月恵（高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学教室） 中村 洋之（坂出市立病院 内科）		

R-21 全身性強皮症を背景としてⅡ型呼吸不全で死亡した一剖検例

¹⁾高知赤十字病院 呼吸器内科、²⁾高知赤十字病院 診療科部、
³⁾高知赤十字病院 糖尿病・腎臓内科、⁴⁾高知赤十字病院 病理診断科
近藤 瑞希^{1,2)}、中内友合江¹⁾、松本 秀志³⁾、石田 卓也¹⁾、森住 俊¹⁾、頼田 顕辞⁴⁾、
豊田 優子¹⁾

R-22 亜急性にⅡ型呼吸不全を呈した Wallenberg 症候群の一例

¹⁾岡山市立市民病院 呼吸器内科、²⁾岡山市立市民病院 脳神経内科
山本 千智¹⁾、大川 祥¹⁾、中野由美子²⁾、青江晃太郎¹⁾、譲尾 昌太¹⁾、濱田 昇¹⁾、
洲脇 俊充¹⁾

R-23 気胸発症を契機に多発肺嚢胞を指摘され Birt-Hogg-Dube 症候群が疑われた一例

¹⁾広島市立北部医療センター安佐市民病院 初期研修医、
²⁾広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科
栗原 葵¹⁾、中西 雄²⁾、奥崎 体²⁾、高田悠太郎²⁾、渡部 雅子²⁾、西野 亮平²⁾、
菅原 文博²⁾、北口 聡一²⁾

R-24 演題取り下げ

後期研修医セッション その他肺疾患	16:42~17:14
座長 橘 さやか(愛媛県立中央病院 呼吸器内科) 塩田 直樹(独立行政法人労働者健康安全機構中国労災病院 呼吸器内科)	

- R-25 難治性の間質性肺炎合併気胸に対し胸膜癒着術及び気管支充填術をそれぞれ複数回行い治癒した1例
市立三次中央病院 呼吸器内科
久保 瑠那、住本 夏子、小浦 智子、栗屋 禎一
- R-26 重症自己免疫性肺胞蛋白症と診断し、気管支鏡下区域洗浄を行った後にサルグラモスチム吸入を開始した1例
県立広島病院 呼吸器内科
高下 花梨、田中 貴寛、川本 真由、村井 智一、鳥井 宏彰、上野沙弥香、益田 健、谷本 琢也、石川 暢久
- R-27 ドセタキセル+ラムシルマブ療法による治療中に乳び胸をきたした2例
NHO 県医療センター・中国がんセンター 呼吸器内科
長岡 真実、荒木 佑亮、三登 峰代、福原 和秀、妹尾 直
- R-28 ルキシソリチニブによる続発性肺胞蛋白症を疑い、服用中止により良好な経過を辿った1例
¹⁾ 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、
²⁾ 山口大学医学部附属病院 病態制御内科学講座(第三内科)
柳 大樹¹⁾、浅見 麻紀¹⁾、山本 薫²⁾、水津 純輝¹⁾、濱田 和希¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾

後期研修医セッション 肺腫瘍2	14:08~14:48
座長 津端由佳里(島根大学内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学) 佐藤 正大(徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野)	

- R-29 weekly-CBDCA+PTXを用いた術前化学放射線療法によって病理学的完全寛解が得られた、局所進行胸腺癌の一例
¹⁾ 広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科、²⁾ 広島市立広島市民病院 呼吸器外科、
³⁾ 広島市立広島市民病院 放射線治療科
岩崎 真帆¹⁾、高尾 俊¹⁾、倉富 亮¹⁾、清家 廉¹⁾、郷田 真由¹⁾、矢野 潤¹⁾、松原 慧²⁾、三島 祥平¹⁾、藤原 俊哉²⁾、庄田 浩康¹⁾、松浦 寛司³⁾、岩本 康男¹⁾
- R-30 ステロイド療法が奏効した再発胸腺腫の一例
福山市民病院 内科
砂田 有哉、小田 尚廣、岡 智彦、辻 涼子、下西 惇、三谷 玲雄、高田 一郎

R-31 Ipilimumab+nivolumabが著効した上皮型悪性胸膜中皮腫の1例

¹⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科、

²⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器外科、

³⁾独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査科

新居 香織¹⁾、松村 有悟¹⁾、門田 直樹¹⁾、町田 久典¹⁾、岡野 義夫¹⁾、畠山 暢生¹⁾、
南城 和正²⁾、日野 弘之²⁾、先山 正二²⁾、成瀬 桂史³⁾、竹内 栄治¹⁾

R-32 肺抗酸菌症との鑑別を要した薄壁空洞肺癌の一例

¹⁾JA高知病院 内科、²⁾徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野、

³⁾国立病院機構高知病院 呼吸器内科、⁴⁾国立病院機構高知病院 臨床検査科

高橋 啓輝¹⁾、國重 道大²⁾、高橋 清英¹⁾、西山 美保¹⁾、住友 賢哉¹⁾、岡野 義夫³⁾、
成瀬 桂史⁴⁾、竹内 栄治²⁾、篠原 勉²⁾

R-33 肺放線菌症と悪性リンパ腫肺転移の合併例

広島市立舟入市民病院 内科

秋枝 政志、高山 裕介、牛尾 剛己、北原 良洋

呼吸器学会

11月29日(金) 第2会場

後期研修医セッション 肺腫瘍3		14:48~15:20
座長 岡野 義夫 (独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科) 阪本 智宏 (鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科)		

R-34 脳転移再発の反復に対して集学的治療を行い20年超の長期生存が得られたEGFR変異陽性肺腺癌の1例

愛媛大学医学部附属病院 医学系研究科 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学講座

八木 貴寛、福西 宥希、菊池 泰輔、田口 禎浩、中村 行宏、山本 哲也、加藤 高英、
山本将一朗、野上 尚之、山口 修

R-35 腭頭部にTTF-1陽性腺癌を認めた一例

¹⁾JA尾道総合病院 呼吸器内科、²⁾JA尾道総合病院 病理研究検査科

勝良 遼¹⁾、濱井 宏介¹⁾、阿部 公亮¹⁾、露木 真子¹⁾、古月 七海¹⁾、米原 修治²⁾

R-36 テポチニブ投与後に高度な血小板減少と好中球減少を来したMET exon14 skipping変異陽性肺腺癌の一例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

中西 颯斗、村上 行人、坂東 弘基、磯村 裕太、梶本 達也、近藤 圭大、香川 耕造、
荻野 広和、佐藤 正大、埴淵 昌毅、西岡 安彦

R-37 EGFR遺伝子変異陽性左下葉扁平上皮癌に対してOsimertinibが奏効した一例

¹⁾国立病院機構高知病院 呼吸器内科、²⁾公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

松村 有悟¹⁾、新居 香織¹⁾、市原 聖也²⁾、門田 直樹¹⁾、岡野 義夫¹⁾、町田 久典¹⁾、
畠山 暢生¹⁾、竹内 栄治¹⁾

初期研修医セッション アレルギー・間質性肺炎	11:00~11:48
座長 國近 尚美(山口赤十字病院 呼吸器内科) 中島 拓(広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学)	

R-38 牡蠣殻粉塵吸入による過敏性肺炎の一例

¹⁾ マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、²⁾ マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科
竹内 陽生¹⁾、神原穂奈美²⁾、高橋 広²⁾、實綿 慶²⁾、大成洋二郎²⁾

R-39 経気管支肺生検では診断困難であった巨大腫瘤影を伴う多発血管炎性肉芽腫症の1例

¹⁾ 松山赤十字病院 臨床研修センター、²⁾ 松山赤十字病院 呼吸器センター
越智ももこ¹⁾、片山 一成²⁾、牧野 英記²⁾、佐原 咲希²⁾、茅田 祐輝²⁾、大下 一輝²⁾、
甲田 拓之²⁾、梶原浩太郎²⁾、兼松 貴則²⁾

R-40 肺非結核性抗酸菌症にアレルギー性気管支肺アスペルギルス症を合併しitraconazole追加治療を行った一例

¹⁾ 徳島県鳴門病院 医療人育成センター、²⁾ 徳島県鳴門病院 内科
木田 兆是¹⁾、三木 真理²⁾、西條 敦郎²⁾、日浅由紀子²⁾、山村篤司郎²⁾、藤中 雄一²⁾

R-41 クライオ生検が診断と治療方針決定に有用であったRA-ILDの1例

¹⁾ 鳥取大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
²⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、³⁾ 鳥取大学医学部 病理学講座
吉岡 龍聖¹⁾、舟木 佳弘²⁾、乾 元気²⁾、松岡 秀一²⁾、石川 博基²⁾、照屋 靖彦²⁾、
西上 美侑²⁾、矢内 正晶²⁾、河野 紘輝²⁾、阪本 智宏²⁾、原田 智也²⁾、高田 美樹²⁾、
岡崎 亮太²⁾、森田 正人²⁾、尾崎 加苗³⁾、山崎 章²⁾

R-42 乙字湯による薬剤性間質性肺炎の一例

広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科
岡田 悠希、中西 雄、奥崎 体、高田悠太郎、渡部 雅子、西野 亮平、北口 聡一、
菅原 文博

R-43 METチロシンキナーゼ阻害剤テボチニブによる薬剤性肺障害の1例

¹⁾ 徳島県立中央病院 医学教育センター、²⁾ 徳島県立中央病院 呼吸器内科
矢野 晶大¹⁾、今倉 健²⁾、村上 尚哉²⁾、山本 浩生²⁾、香川 仁美²⁾、柿内 聡司²⁾、
葉久 貴司²⁾

後期研修医セッション アレルギー・間質性肺炎	13:40~14:20
座長 荒川裕佳子(国家公務員共済組合連合会 KKR 高松病院 睡眠・呼吸センター) 堀益 靖(広島大学病院 呼吸器内科)	

R-44 胸水貯留に対し胸腔鏡下胸膜生検で診断したIgG4関連胸膜炎の一例

川崎医科大学附属病院 呼吸器内科
田嶋 展明、黒瀬 浩史、谷向 剛、玉田 知里、山内宗一郎、渡辺 安奈、池上 仁美、
田嶋匠之助、藤原 敦史、小橋 吉博、小賀 徹

- R-45 オキサリプラチンによるアレルギー反応後に好酸球性肺炎および気道内粘液栓の形成を
みとめた喘息患者の一例
三原市医師会病院 内科
折出 純、塩谷咲千子、竹下 恭平、露木 佳弘、奥崎 健
- R-46 乳癌術後放射線治療によって誘発された器質化肺炎の1例
川崎医科大学 呼吸器内科学
谷向 剛、黒瀬 浩史、田嶋 展明、玉田 知里、渡辺 安奈、山内宗一郎、池上 仁美、
田嶋匠之助、藤原 敦史、小橋 吉博、小賀 徹
- R-47 爪郭毛細血管異常が診断の一助となった抗ARS抗体陽性間質性肺炎の1例
広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科
奥崎 体、中西 雄、高田悠太郎、渡部 雅子、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博
- R-48 詳細な問診とクライオ生検で診断に至った鳥関連過敏性肺炎の62歳男性例
¹⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、
²⁾ 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、
³⁾ 山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座、⁴⁾ 国立病院機構東京病院 臨床研究部
沖村 昌俊^{1,2)}、村川 慶多²⁾、大石 景士²⁾、濱田 和希²⁾、宇都宮利彰²⁾、村田 順之²⁾、
浅見 麻紀²⁾、枝國 信貴²⁾、平野 綱彦²⁾、小林 大河³⁾、蛇澤 晶⁴⁾、松永 和人²⁾

呼吸器学会

11月29日(金) 第3会場

初期研修医セッション 感染症	14:30~15:18
座長 三木 真理 (独立行政法人徳島県鳴門病院 内科) 横田 恭子 (香川大学医学部附属病院 感染症教育センター)	

- R-49 肺癌の化学放射線療法後に間質性肺疾患と鑑別を要したニューモシスチス肺炎の1例
¹⁾ 高知赤十字病院 診療科部、²⁾ 高知赤十字病院 呼吸器内科
小川 晴香^{1,2)}、森住 俊²⁾、石田 卓也²⁾、中内友合江²⁾、豊田 優子²⁾
- R-50 喘息発作治療中に発症したアスペルギルス、ノカルジア混合感染による重症肺炎の1例
¹⁾ 鳥取赤十字病院 初期臨床研修医、²⁾ 鳥取赤十字病院 呼吸器内科、³⁾ 松江生協病院 内科
柴田 友理¹⁾、黒田 桂介²⁾、大村那津美³⁾、中崎 博文²⁾
- R-51 マイコプラズマ肺炎に多形滲出性紅斑を合併した1例
¹⁾ 倉敷中央病院 医師教育研修部、²⁾ 倉敷中央病院 呼吸器内科
吉村倫太郎¹⁾、松井 馨子²⁾、田中 彩加²⁾、石田 直²⁾
- R-52 関節リウマチの治療中に発症した続発性肺クリプトコッカス症の一例
¹⁾ 国立病院機構高知病院 統括診療部 初期臨床研修医、²⁾ 国立病院機構高知病院 呼吸器内科
橋本 真奈¹⁾、新居 香織²⁾、松村 有悟²⁾、門田 直樹²⁾、岡野 義夫²⁾、町田 久典²⁾、
畠山 暢生²⁾、竹内 栄治²⁾
- R-53 急性腭炎・仮性腭嚢胞治療での経皮的ドレナージによる腭胸腔瘻で発症したS.algae、
C.albicans 膿胸の一例
¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 臨床研修部、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科
竹倉 皓大¹⁾、馬場 咲歩²⁾、藤原 絵理²⁾、中岡 大士²⁾、石田 正之²⁾

R-54 黄疸で受診し、肺、肝、胆管、縦隔リンパ節に病変を認めた外国出生若年者結核

¹⁾ 広島大学病院 医科領域臨床教育センター、

²⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科、

³⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 消化器内科

南 博之¹⁾、尾下 豪人²⁾、沼尾 規且³⁾、松田 賢介³⁾、池上 靖彦²⁾、山岡 直樹²⁾

呼吸器学会

11月29日(金) 第3会場

後期研修医セッション 感染症		15:18~15:58
座長 中西 徳彦 (愛媛県立中央病院 呼吸器内科)		
渡部 雅子 (地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科)		

R-55 当院でのFilmArray[®]呼吸器パネル2.1 実施例の検討

広島市立舟入市民病院 内科

秋枝 政志、高山 裕介、牛尾 剛己、北原 良洋

R-56 ニューモシス肺炎治療後に免疫再構築症候群を発症したAIDSの1例

¹⁾ 愛媛県立中央病院 呼吸器内科、²⁾ 愛媛県立中央病院 感染症内科

水口 吉晃¹⁾、本間 義人²⁾、能津 昌平¹⁾、中村 純也¹⁾、近藤 晴香¹⁾、橘 さやか¹⁾、

勝田 知也¹⁾、井上 考司¹⁾、中西 徳彦¹⁾、森高 智典¹⁾

R-57 可溶性IL-2レセプターが著明に増加し血管内リンパ腫との鑑別に苦慮した粟粒結核の一例

山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科

一山 康、濱田 和希、沖村 昌俊、宇都宮利彰、村田 順之、大石 景士、浅見 麻紀、

枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

R-58 Mycobacterium heckeshornenseによる肺非結核性抗酸菌症の一例

国立病院機構福山医療センター 呼吸器内科

松森 俊祐、妹尾 賢、村野 史華、杉崎 悠夏、谷口 暁彦、岡田 俊明

R-59 抗ウイルス薬3剤使用しCOVID-19長期陽性が陰性化した悪性リンパ腫の2例

¹⁾ 広島赤十字・原爆病院 呼吸器科、²⁾ 広島赤十字・原爆病院 血液内科

三宅 浩平¹⁾、松本奈穂子¹⁾、若林 優¹⁾、重本 理子¹⁾、泉 祐介¹⁾、谷脇 雅也¹⁾、

牟田 毅²⁾、大橋 信之¹⁾、山崎 正弘¹⁾

呼吸器学会

11月30日(土) 第1会場

学生・メディカルスタッフセッション		9:00~9:56
座長 篠原 勉 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野)		
伊東 亮治 (国立病院機構愛媛医療センター 呼吸器内科)		

R-60 腹水からの迅速な遺伝子検査によって救命しえたALK陽性肺癌の一例

¹⁾ 岡山大学医学部 医学科、²⁾ 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、

³⁾ 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、⁴⁾ 岡山大学病院 高齢者総合医療講座、

⁵⁾ 岡山大学病院 新医療研究開発センター、⁶⁾ 岡山大学病院 腫瘍センター

吉永 祐介¹⁾、馬場 貴大²⁾、榎本 剛²⁾、原 尚史²⁾、二宮貴一郎³⁾、肥後 寿夫²⁾、

藤井 昌学⁴⁾、頼 冠名⁵⁾、市原 英基⁶⁾、堀田 勝幸⁵⁾、宮原 信明²⁾、田端 雅弘⁶⁾、

大橋 圭明²⁾

- R-61 原発性肺腺癌 EGFR E746del (Ex19del) に対しエルロチニブが有効であった一例
¹⁾ 島根大学医学部 医学科、²⁾ 島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
 常光 修輔¹⁾、奥野 峰苗²⁾、堀江 美香²⁾、谷野 明里²⁾、天野 芳宏²⁾、中尾 美香²⁾、
 中島 和寿²⁾、沖本 民生²⁾、濱口 愛²⁾、津端由佳里²⁾、磯部 威²⁾
- R-62 EGFR L858R+E709G 変異陽性肺腺癌に対しアファチニブが有効であった一例
¹⁾ 島根大学医学部 医学科、²⁾ 島根大学医学部附属病院 呼吸器・化学療法内科
 勝部 司¹⁾、沖本 民生²⁾、加藤 将²⁾、幡 高次郎²⁾、片桐 崇将²⁾、津田 洸旬²⁾、
 堀江 美香²⁾、天野 芳宏²⁾、中島 和寿²⁾、津端由佳里²⁾、磯部 威²⁾
- R-63 看護師・保健師・助産師の睡眠状況と身体状況について
¹⁾ 独立行政法人国立病院機構関門医療センター リハビリテーション科、
²⁾ 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 看護部
 石光 雄太¹⁾、岡崎亜由美²⁾
- R-64 クライオバイオプシー・MDDが治療方針決定に有用だった膠原病関連間質性肺疾患の
 76歳男性例
¹⁾ 山口大学医学部 医学科、²⁾ 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、
³⁾ 山口大学医学部附属病院 放射線科、⁴⁾ 山口大学大学院医学系研究科 分子病理学、
⁵⁾ 国立病院機構東京病院 臨床検査科
 猿渡佳寿浩¹⁾、大石 景士²⁾、村川 慶多²⁾、濱田 和希²⁾、宇都宮利彰²⁾、村田 順之²⁾、
 浅見 麻紀²⁾、枝國 信貴²⁾、小林 大河³⁾、國弘 佳江³⁾、近藤 智子⁴⁾、蛇澤 晶⁵⁾、
 平野 綱彦²⁾、松永 和人²⁾
- R-65 市中発症急性膿胸での、Oral-type pleural infection 症例における検出病原菌の検討
¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 臨床検査部、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、
³⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 感染症内科
 山中 莉子¹⁾、入交美穂子¹⁾、島田 藍¹⁾、吉田さや佳¹⁾、吉永 詩織¹⁾、森本 瞳¹⁾、
 中岡 大士²⁾、石田 正之^{2,3)}
- R-66 非結核性抗酸菌症患者に対するエネルギー充足率を指標とした栄養指導の有効性の検討
¹⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 栄養科、
²⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科、
³⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 リハビリテーション科、
⁴⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 看護部、⁵⁾ 広島国際大学健康科学部 医療栄養学科
 野間 智美¹⁾、尾下 豪人²⁾、宮本小瑠子¹⁾、神田 直人³⁾、坂本 藍⁴⁾、池上 靖彦²⁾、
 山岡 直樹²⁾、齋藤 瑛介⁵⁾

呼吸器学会

11月30日(土) 第2会場

一般演題 胸膜、その他	11:00~11:40
座長 濱田 千鶴(市立宇和島病院 内科) 庄田 浩康(地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 呼吸器内科)	

- R-67 右自然気胸に対する胸腔ドレナージ後12時間経過し増悪した再膨張性肺水腫の一例
 国立病院機構浜田医療センター 呼吸器外科
 藤田 朋宏、松岡 佑樹

R-68 局所麻酔下胸腔鏡で背側の限局性膿胸を郭清した1例

- ¹⁾社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、
²⁾社会医療法人石川記念会 HITO病院 内科
塩田 哲広¹⁾、村山真理子²⁾、佐伯 治馬²⁾、五十野博基²⁾

R-69 Thoracic eggで治療した医原性気胸の2例

- ¹⁾社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、
²⁾社会医療法人石川記念会 HITO病院 神経内科
塩田 哲広¹⁾、古井 英介²⁾

R-70 診断に苦慮した限局性結節性肺アミロイドーシスの1例

KKR高松病院 呼吸器科
市川 裕久、松岡 克浩、関 祥子、石川 眞也、荒川裕佳子、森 由弘

R-71 血管内リンパ腫を疑いクライオ生検を行ったメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の一例

- ¹⁾山口大学医学附属病院 呼吸器・感染症内科、
²⁾山口大学大学院医学系研究科 基礎検査学講座、³⁾国立病院機構東京病院 臨床研究部
藤井 哲哉¹⁾、浅見 麻紀¹⁾、濱田 和希¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、
枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾、近藤 智子²⁾、蛇澤 晶³⁾

呼吸器学会

11月30日(土) 第2会場

一般演題 感染症	13:10~13:50
座長 中西 陽祐(公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 呼吸器内科) 荒川 悠(高知大学医学部 臨床感染症学講座)	

R-72 乳癌術前補助化学療法中に生じたニューモシスチス肺炎の1例

- ¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、
²⁾鳥取大学医学部附属病院 乳腺内分泌外科
森山 士朗¹⁾、森田 正人¹⁾、仲田 達弥¹⁾、野中 喬文¹⁾、矢内 正晶¹⁾、原田 智也¹⁾、
大島 祐貴²⁾、山崎 章¹⁾

R-73 市中発症急性膿胸における、Streptococcus anginosus group検出例の検討

- ¹⁾社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、²⁾社会医療法人近森会 近森病院 感染症内科
石田 正之^{1,2)}、馬場 咲歩¹⁾、藤原 絵理¹⁾、中岡 大士¹⁾

R-74 成人市中発症肺炎症例での喀痰検体を用いたmultiplex-PCRにてRSウイルスが検出された症例の検討

- ¹⁾社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、²⁾社会医療法人近森会 近森病院 感染症内科、
³⁾長崎大学熱帯医学研究所 呼吸器ワクチン疫学分野
石田 正之^{1,2)}、馬場 咲歩¹⁾、藤原 絵理¹⁾、中岡 大士¹⁾、森本浩之輔³⁾

R-75 非結核性抗酸菌症に対する胸腔鏡下手術症例の検討

- ¹⁾愛媛医療センター、²⁾愛媛大学医学部
湯汲 俊悟¹⁾、阿部 聖裕¹⁾、佐野 由文²⁾、伊東 亮治¹⁾、渡邊 彰¹⁾、佐藤 千賀¹⁾、
三好 誠吾¹⁾、仙波真由子¹⁾、田邊美由紀¹⁾、大谷 真二²⁾、坂尾 信彦²⁾

R-76 心嚢液、心機能低下を合併した粟粒結核の一例

¹⁾ 国立病院機構南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科、

²⁾ 国立病院機構南岡山医療センター 循環器内科

木村 五郎¹⁾、板野 純子¹⁾、藤井 誠¹⁾、石賀 充典¹⁾、富田 純子²⁾、谷本 安¹⁾、
河田 典子¹⁾

呼吸器学会

11月30日(土) 第2会場

一般演題 間質性肺炎	13:50~14:30
座長 荻野 広和 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野) 豊田 優子 (高知赤十字病院 呼吸器内科)	

R-77 捻髪音を定量化し経時的に追跡しえた間質性肺炎の二症例

¹⁾ 広島大学病院 呼吸器内科、²⁾ 広島大学病院 救急集中治療科

小西 花恵¹⁾、堀益 靖¹⁾、福代 有希¹⁾、中本可奈子¹⁾、下地 清史¹⁾、山口 覚博¹⁾、
坂本信二郎¹⁾、檜垣 直子¹⁾、益田 武¹⁾、中島 拓¹⁾、岩本 博志¹⁾、濱田 泰伸²⁾、
貞森 拓磨²⁾、大下慎一郎²⁾、志馬 伸朗²⁾、服部 登¹⁾

R-78 くり返す肺炎に対して詳細な病歴聴取および環境調査が診断に有用であった加湿器肺の一例

広島市立舟入市民病院 内科

牛尾 剛己、高山 裕介、秋枝 政志、北原 良洋

R-79 当院における抗線維化薬導入パス ~セルフケア向上を目指したクリニカルパスの作成~
県立広島病院

堀 真菜香、片山 沙耶、麻生真理子、川本 真由、高下 花梨、田中 貴寛、村井 智一、
上野沙弥香、益田 健、谷本 琢也、石川 暢久

R-80 職場調査と元素分析が診断と治療方針に有用であった剥離性間質性肺炎の1例

¹⁾ 香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学、²⁾ 香川大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌外科学、

³⁾ 国立病院機構西新潟中央病院 呼吸器内科

溝口 仁志¹⁾、渡邊 直樹¹⁾、大原 靖弘¹⁾、小森 雄太¹⁾、井上 卓哉¹⁾、山田 楓²⁾、
松浦奈都美²⁾、森山 寛史³⁾、金地 伸拓¹⁾

R-81 当院における間質性肺疾患に対するニンテンドー使用の現状

市立三次中央病院 内科

小浦 智子、久保 瑠那、住本 夏子、栗屋 禎一

呼吸器学会

11月30日(土) 第3会場

一般演題 肺腫瘍	11:10~11:50
座長 石川 暢久 (県立広島病院 呼吸器内科) 青江 啓介 (医療法人緑十字会 笠岡中央病院 内科)	

R-82 *EGFR* uncommon mutation陽性肺腺癌に対してABCP療法が奏功した1例

高知赤十字病院 呼吸器内科

石田 卓也、森住 俊、中内友合江、豊田 優子

R-83 G-CSF産生肺癌の一例

¹⁾ 山口県済生会下関総合病院 呼吸器内科、²⁾ 産業医科大学 呼吸器内科学
宇山 和宏¹⁾、菊池悠次郎¹⁾、平野 洋子¹⁾、松嶋 敦¹⁾、小畑 秀登¹⁾、伊藤 光佑¹⁾、
矢寺 和博²⁾

R-84 免疫チェックポイント阻害薬の投与を行った進行・再発非小細胞肺癌患者におけるコルチゾールに関する検討

¹⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院 がんセンター、
³⁾ 鳥取大学医学部附属病院 irAE対策ワーキンググループ、
⁴⁾ 鳥取大学医学部附属病院 内分泌代謝内科
矢内 正晶^{1,2,3)}、野中 喬文¹⁾、舟木 佳弘^{1,3)}、松本 和久^{3,4)}、仲田 達弥¹⁾、松岡 秀一¹⁾、
森山 士朗¹⁾、乾 元気¹⁾、平山 勇毅¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、阪本 智宏¹⁾、木下 直樹¹⁾、
山口 耕介¹⁾、小谷 昌広^{1,2,3)}、山崎 章¹⁾

R-85 当院における高齢者MET exon14 skipping変異陽性非小細胞肺癌に対してCapmatinibを使用した3例の検討

県立広島病院 呼吸器内科
鳥井 宏彰、川本 真由、高下 花梨、田中 貴寛、村井 智一、上野沙弥香、益田 健、
谷本 琢也、石川 暢久

R-86 肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬による加療中に胃癌が疑われるも精査にてirAE胃炎と診断した一例

¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 消化器内科、
³⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 病理診断科
中岡 大士¹⁾、馬場 咲歩¹⁾、石田 正之¹⁾、大川 良洋²⁾、中嶋 絢子³⁾

呼吸器学会

11月30日(土) 第3会場

一般演題 アレルギー・呼吸不全	13:10~13:50
座長 岩本 博志 (広島大学病院 呼吸器内科) 谷口 暁彦 (独立行政法人国立病院機構福山医療センター 呼吸器内科)	

R-87 特発性慢性好酸球性肺炎に対してメボリズマブを長期投与した3症例の検討

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科
濱川 正光、有田真知子、高橋 寛、天野 明彦、濱尾 信叔、田中 彩加、伊藤 明広、
石田 直

R-88 気管支喘息重積発作に対し体外式膜型人工肺を使用し救命し得た一例

広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科
高田悠太郎、中西 雄、奥崎 体、渡部 雅子、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博

R-89 テゼペルマブが著効した難治性気管支喘息の1例

¹⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、
²⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 内科
塩田 哲広¹⁾、井原 康輔²⁾

R-90 当院で在宅HFNCを導入した患者18例の問題点の検討

高松市立みんなの病院 呼吸器内科
小川 瑛、松浦 眞、貞野 静香、森 彩花、香西 博之、堀内 宣昭、岸本 伸人

R-91 シネMRIでBMI 69.7の患者の呼吸運動を観察してわかったこと

¹⁾社会医療法人石川記念会 HITO 病院 呼吸器内科、
²⁾社会医療法人石川記念会 HITO 病院 内科、
³⁾社会医療法人石川記念会 HITO 病院 放射線科、
⁴⁾社会医療法人石川記念会 HITO 病院 放射線部
塩田 哲広¹⁾、赤岩 譲²⁾、徳増 明文³⁾、佐藤 佑佳⁴⁾、伊藤 総志⁴⁾、峰平 誉大⁴⁾、
西村 章央⁴⁾

呼吸器学会

11月30日(土) 第3会場

一般演題 COVID-19	13:50~14:30
座長 畠山 暢生(独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科) 井上 考司(愛媛県立中央病院 呼吸器内科)	

R-92 SARS-CoV2感染を契機に抗MDA-5抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺疾患を発症したと考えられた一例

¹⁾広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科、²⁾JA尾道総合病院 呼吸器内科、
³⁾JR広島病院 リウマチ・膠原病科
中西 雄¹⁾、露木 真子²⁾、角本 慎治²⁾、渡辺 裕文³⁾、阿部 公亮²⁾、濱井 宏介²⁾

R-93 鼻咽頭PCR検査は陰性だったが、気管支肺胞洗浄液のFilmArray パネル検査で診断したCOVID-19再活性化の1例

倉敷中央病院 呼吸器内科
高橋 寛、濱尾 信叔、石田 直

R-94 悪性リンパ腫患者において再燃・持続する新型コロナウイルス感染症にエンシトレルビルが著効した2症例

島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
堀江 美香、沖本 民生、津田 洸旬、幡 高次郎、奥野 峰苗、天野 芳宏、中尾 美香、
中島 和寿、濱口 愛、津端由佳里、磯部 威

R-95 COVID-19罹患後のBrain Fogに対する頭部MRIの高信号域定量化についての検討

¹⁾高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、²⁾高知検診クリニック、
³⁾岩手医科大学医歯薬総合研究所
寺田 潤紀¹⁾、高松 和史¹⁾、朴 啓彰²⁾、山下 典生³⁾、中村 優美¹⁾、安田早耶香¹⁾、
平川 慶晃¹⁾、伊藤 孟彦¹⁾、西森 朱里¹⁾、中谷 優¹⁾、大山 洸右¹⁾、水田 順也¹⁾、
梅下 会美¹⁾、佃 月恵¹⁾、山根真由香¹⁾、岩部 直美¹⁾、辻 希美子¹⁾、大西 広志¹⁾、
横山 彰仁¹⁾

R-96 強皮症・肺線維症に対しミコフェノールモフェチルとステロイドで加療中、COVID-19に感染し遷延した一例

岡山労災病院 呼吸器内科
三宅 剛平、藤岡 佑輔、大西 桐子、大西 史恵、太田 萌子、田中 寿明、藤本 伸一、
小崎 晋司

研修医セッション1	11:00~11:48
座長 河瀬 成穂 (国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科) 埴淵 昌毅 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・血液・代謝内科学分野)	

E-01 転移性肺腫瘍との鑑別に難渋した肺悪性リンパ腫の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、
³⁾鳥取県立中央病院 リウマチ膠原病内科
 有田 紫乃¹⁾、森山 士朗²⁾、松下 瑞穂¹⁾、上田 康仁¹⁾、澄川 崇¹⁾、長谷川泰之³⁾、
 杉本 勇二¹⁾

E-02 気管支鏡検査により診断し得た肺原発悪性黒色腫の1例

¹⁾労働者健康安全機構中国労災病院 救急部、²⁾中国労災病院 呼吸器内科、
³⁾中国労災病院 病理部
 川端 俊介^{1,2)}、塩田 直樹²⁾、香川 慧²⁾、黒住 悟之²⁾、秋田 慎²⁾、西田 俊博³⁾

E-03 Daratumumab開始後に出現したすりガラス、網状影に対して薬剤性肺炎と鑑別を要した肺アミロイドーシスの1例

¹⁾国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾国立病院機構岡山医療センター 血液内科、
³⁾国立病院機構岡山医療センター 総合診療科
 北野 統己¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、笹埜 侑斗¹⁾、大後戸智也¹⁾、立上 大紘²⁾、
 市川 健¹⁾、松本奨一朗¹⁾、井上 智敬¹⁾、藤原 美穂¹⁾、松岡 涼果¹⁾、岩本 佳隆³⁾、
 渡邊 洋美¹⁾、中村 真²⁾、佐藤 晃子¹⁾、工藤健一郎¹⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

E-04 画鋐誤嚥による気道異物を硬性気管支鏡下にて安全に摘出し得た一例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科
 原 仁、藤原 美穂、佐藤 賢、瀧川 雄貴、大後戸智也、北野 統己、笹埜 侑斗、
 市川 健、松本奨一朗、井上 智敬、松岡 涼果、岩本 佳隆、渡邊 洋美、工藤健一郎、
 佐藤 晃子、藤原 慶一、柴山 卓夫

E-05 関節リウマチ治療中に発症し、 β -Dグルカンの上昇がみられたメトトレキサートによる薬剤性肺炎の一例

¹⁾川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、
²⁾川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1
 川口 萌¹⁾、白井 亮²⁾、中尾衣梨菜²⁾、小山 勝正²⁾、太田 浩世²⁾、友田 恒一²⁾

E-06 小型の葉気管支間リンパ節転移に対するEBUS-TBNAが確定診断に有用であった肺扁平上皮癌の1例

¹⁾川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾川崎医科大学 総合内科学4、
³⁾医療法人ほそや医院 呼吸器内科
 常松 紀鷹¹⁾、河原辰由樹²⁾、南 大輔^{2,3)}、齋藤 貴子²⁾、三浦 真史²⁾、三村 彩香²⁾、
 市山 成彦²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、山根 弘路²⁾、瀧川奈義夫²⁾

研修医セッション2	13:10~13:58
座長 山崎 正弘(広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科) 大石 景士(山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座)	

- E-07 再生検を繰り返し、診断から3年後にRET融合遺伝子変異を証明しえた進行期肺腺癌の1例
¹⁾高知医療センター 初期研修医、²⁾高知医療センター 呼吸器内科
 兼竹 里奈¹⁾、山根 高²⁾、浦田 知之²⁾
- E-08 気管支鏡で菌球を直視できたことが肺癌再発との鑑別に有効であった慢性進行性肺アスペルギルス症の1例
¹⁾広島市立広島市民病院 初期臨床研修医、²⁾広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科
 松本眞理絵¹⁾、矢野 潤²⁾、岩崎 真帆²⁾、倉富 亮²⁾、清家 廉²⁾、高尾 俊²⁾、
 三島 祥平²⁾、庄田 浩康²⁾、岩本 康男²⁾
- E-09 腎癌肺門リンパ節転移による出血を伴う気道狭窄に対し気管支動脈塞栓術後にAERO stentを留置した一例
¹⁾岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾岡山医療センター 放射線科、
³⁾岡山赤十字病院 呼吸器内科
 笹埜 侑斗¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、市川 健¹⁾、松本奨一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、
 松岡 涼果¹⁾、藤原 美穂¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、宇賀 麻由²⁾、
 向井 敬²⁾、萱谷 紘枝³⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾
- E-10 気管扁平上皮癌に対してクライオセラピーを用いて気道狭窄解除を行い呼吸状態の改善が認められた一例
¹⁾国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾国立病院機構呉医療センター 呼吸器内科
 有森将一郎¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、市川 健¹⁾、松本奨一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、
 松岡 涼果¹⁾、荒木 祐亮²⁾、岩本 佳隆¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、
 藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾
- E-11 肺癌による気道狭窄に対しDumon Y stent留置し放射線化学療法、Durvalumabによる治療後に抜去しえた一例
¹⁾国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾広島市民病院 呼吸器内科
 加瀬 太一¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、工藤健一郎¹⁾、松本奨一郎¹⁾、笹埜 侑斗¹⁾、
 市川 健¹⁾、井上 智敬¹⁾、松岡 涼果¹⁾、岩本 佳隆¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、
 庄田 浩康²⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾
- E-12 左上葉の末梢型肺癌診断にMP BF-MP290Fによるアプローチが有用であった1例
¹⁾川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾川崎医科大学 総合内科学4、
³⁾医療法人ほそや医院 呼吸器内科
 植田 彩水¹⁾、河原辰由樹²⁾、南 大輔^{2,3)}、三浦 真史²⁾、齋藤 貴子²⁾、三村 彩香²⁾、
 市山 成彦²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、山根 弘路²⁾、瀧川奈義夫²⁾

渡辺洋一記念奨励賞	9:00～9:40
座長 日野 弘之(独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科) 柴山 卓夫(独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科)	

E-13 超音波気管支鏡を用いた呼吸器内視鏡医の経食道的アプローチ ～当院のEUS-B-FNA導入について～

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

井上 智敬、瀧川 雄貴、佐藤 賢、市川 健、松本奨一郎、松岡 涼果、岩本 佳隆、
渡邊 洋美、工藤健一郎、佐藤 晃子、藤原 慶一、柴山 卓夫

E-14 局所麻酔下胸腔鏡で診断したIgG4関連胸膜炎の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 病理学講座

乾 元気¹⁾、原田 智也¹⁾、牧嶋かれん²⁾、松岡 秀一¹⁾、石川 博基¹⁾、野中 喬文¹⁾、
照屋 靖彦¹⁾、矢内 正晶¹⁾、舟木 佳弘¹⁾、阪本 智宏¹⁾、山崎 章¹⁾

E-15 インドシアニングリーンで術中に胸管を同定したリンパ脈管筋腫症に発症した乳糜胸の一例

徳島大学大学院 胸部・内分泌・腫瘍外科学

坂本 晋一、馬場 彩花、竹原 恵美、竹内 大平、藤本 啓介、住友 弘幸、宮本 直輝、
森下 敦司、河北 直也、鳥羽 博明、滝沢 宏光

E-16 気管支鏡検査で生じた気胸に対しEWSおよびベリプラスト®充填を行った1例

¹⁾公立学校共済組合中国中央病院 内科、²⁾独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

植崎 弘務¹⁾、藤井 詩子¹⁾、高橋 里鶴¹⁾、市川 健²⁾、米花 有香¹⁾、八杉 昌幸¹⁾、
池田 元洋¹⁾、尾形 佳子¹⁾、玄馬 顕一¹⁾

E-17 増加する区域切除における術中区域気管支同定の工夫ー外科医の視点からー

¹⁾高知医療センター 呼吸器外科、²⁾高知医療センター 呼吸器内科

岡本 卓¹⁾、張 性洙¹⁾、吉田 千尋¹⁾、山根 高²⁾、寺澤 優代²⁾、浦田 知之²⁾

一般演題	9:48～10:52
座長 秋田 慎(独立行政法人労働者健康安全機構中国労災病院 呼吸器内科) 加藤 高英(愛媛大学医学部附属病院 呼吸器内科)	

E-18 気管支喘息・気管支拡張症へ加療中に発症した気管支結石症の一例

¹⁾JA高知病院 内科、²⁾徳島大学大学院医歯薬学研究部 寄附講座系(地域呼吸器・総合内科学)

國重 道大^{1,2)}、高橋 啓輝¹⁾、高橋 清英¹⁾、西山 美保¹⁾、住友 賢哉¹⁾、篠原 勉^{1,2)}

E-19 気管支鏡で診断した肺内神経鞘腫の一例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

森田 優、村上 行人、坂東 弘基、宮本 憲哉、磯村 祐太、梶本 達也、近藤 圭大、
香川 耕造、荻野 広和、佐藤 正大、埴淵 昌毅、西岡 安彦

- E-20 ROSE陽性時の鉗子洗浄液を用いて肺がんコンパクトパネルが有効であったGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の1例**
香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学
大原 靖弘、渡邊 直樹、井上 卓哉、溝口 仁志、小森 雄太、金地 伸拓
- E-21 part-solid GGO病変をAugmented fluoroscopy 併用cone-beam CTガイド極細径気管支鏡下生検にて診断した1例**
徳島大学病院 呼吸器外科
森下 敦司、河北 直也、馬場 彩花、竹原 恵美、竹内 大平、藤本 啓介、坂本 晋一、住友 弘幸、宮本 直輝、鳥羽 博明、滝沢 宏光
- E-22 血清抗GM-CSF抗体陽性であった非線維性過敏性肺炎の1例**
¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部 病理学講座、³⁾神奈川県立循環器呼吸器病センター 病理診断科
舟木 佳弘¹⁾、石川 博基¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、松岡 秀一¹⁾、仲田 達弥¹⁾、西上 美侑¹⁾、森山 士朗¹⁾、乾 元気¹⁾、河野 紘輝¹⁾、矢内 正晶¹⁾、阪本 智宏¹⁾、原田 智也¹⁾、高田 美樹¹⁾、木下 直樹¹⁾、岡崎 亮太¹⁾、森田 正人¹⁾、牧嶋かれん²⁾、武村 民子³⁾、山崎 章¹⁾
- E-23 局所麻酔下胸腔鏡による膿胸郭清術に硬性鉗子が有効であった1例**
¹⁾社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、²⁾中央クリニック
塩田 哲広¹⁾、小野 克明²⁾
- E-24 重症COPDに対する気管支バルブ治療ー中国・四国地区1例目の報告ー**
¹⁾国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾国立病院機構岡山医療センター 麻酔科、³⁾日本赤十字社岡山赤十字病院 呼吸器内科
瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、松本奨一朗¹⁾、井上 智敬¹⁾、藤原 美穂¹⁾、北野 統己¹⁾、市川 健¹⁾、松岡 涼果¹⁾、岩本 佳隆¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、野上 悟史²⁾、藤原 慶一¹⁾、別所 昭宏³⁾、柴山 卓夫¹⁾
- E-25 当院における単孔式胸腔鏡下解剖学的肺切除術の導入と教育**
国立病院機構高知病院 呼吸器センター
日野 弘之、新居 香織、松村 有悟、南城 和正、門田 直樹、町田 久典、岡野 義夫、畠山 暢生、竹内 栄治、先山 正二

結核・非結核性抗酸菌症学会

11月29日(金) 第3会場

研修医セッション	13:10~13:34
座長 中尾 美香（島根大学内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学） 石田 正之（社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科）	

- T-01 ⅢA期EGFR陽性肺癌の加療前に発覚した肺結核の一例**
¹⁾市立宇和島病院 初期研修医、²⁾市立宇和島病院 内科
松木 和樹¹⁾、上田 創²⁾、平山龍太郎²⁾、廣瀬 未優²⁾、濱田 千鶴²⁾
- T-02 結核性股関節滑液包炎の1例**
高知県立あき総合病院
鈴木 太郎、窪田 哲也、山崎 悠司

T-03 M. intracellulare症を合併した粟粒結核の一例

JA尾道総合病院

古月 七海、露木 真子、勝良 遼、阿部 公亮、濱井 宏介

結核・非結核性抗酸菌症学会

11月30日(土) 第3会場

一般演題	10:10~10:58
座長 伊藤 明広 (公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科) 宮崎こずえ (独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科)	

T-04 外国人結核患者の療養支援に関する課題の検討 -看護師のアンケート調査から-

独立行政法人国立病院機構愛媛医療センター

松岡ひろみ、渡瀬 晶子、野崎 一樹、杉野 輝希、亀岡 福江

T-05 肝障害のマネジメントに苦慮した結核合併局所進行肺扁平上皮癌の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 消化器内科

野中 喬文¹⁾、阪本 智宏¹⁾、仲田 達弥¹⁾、森山 士朗¹⁾、矢内 正晶¹⁾、原田 智也¹⁾、
永原 天和²⁾、山崎 章¹⁾

T-06 副腎不全を合併した孤発性の両側副腎結核の一例

¹⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾徳島大学病院 内分泌・代謝内科

磯村 祐太¹⁾、村上 行人¹⁾、坂東 弘基¹⁾、梶本 達也¹⁾、近藤 圭大¹⁾、土師 恵子¹⁾、
福家 麻美¹⁾、香川 耕造¹⁾、荻野 広和¹⁾、佐藤 正大¹⁾、埴淵 昌毅¹⁾、辻 誠士郎²⁾、
原 倫世²⁾、西岡 安彦¹⁾

T-07 難治性肺mycobacterium abscessus感染症に手術療法を行い病状コントロールを得た一例

¹⁾地方独立行政法人徳島県鳴門病院 内科、²⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、

³⁾徳島大学大学院 胸部・内分泌・腫瘍外科学分野

三木 真理¹⁾、西條 敦郎¹⁾、山村篤司郎¹⁾、藤中 雄一¹⁾、西岡 安彦²⁾、伊崎富由美³⁾、
滝沢 宏光³⁾

T-08 当院で経験したMycobacterium bolletiiの2症例

国家公務員共済組合連合会吉島病院

池上 靖彦、緒方 美里、井上亜沙美、佐野 由佳、尾下 豪人、吉岡 宏治、山岡 直樹

T-09 肝細胞癌を発症した非結核性抗酸菌症の一例

川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1

小西 貴之、太田 浩世、森 茂人、小山 勝正、白井 亮、友田 恒一

呼吸器学会 抄 録

化学療法にて免疫関連有害事象が出現し著効した悪性胸膜中皮腫の2例

¹⁾高知医療センター 臨床研修管理センター、²⁾高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
 安田 萌華¹⁾、西森 朱里²⁾、山根真由香²⁾、佃 月恵²⁾、荻野 慶隆²⁾、中村 優美²⁾、安田早耶香²⁾、
 寺田 潤紀²⁾、平川 慶晃²⁾、伊藤 孟彦²⁾、中谷 優²⁾、大山 洸右²⁾、水田 順也²⁾、梅下 会美²⁾、
 岩部 直美²⁾、高松 和史²⁾、大西 広志²⁾

【背景】免疫チェックポイント阻害薬では過剰な自己免疫応答の結果として現れる免疫関連有害事象(irAE)が数多く認められている。症状は多彩だが、irAEを認めた症例の方が奏効率は高いと報告されている。今回、われわれはirAEが出現した一方で良好な抗腫瘍効果を認めた悪性胸膜中皮腫の2例を経験したので報告する。

【症例1】63歳男性。左胸水貯留を認め、胸腔鏡下胸膜生検を施行した。当初は非小細胞肺癌と診断し抗癌剤+Ipilimumab+Nivolumab療法を導入した。Nivolumab投与開始10分後に呼吸苦と全身痛が出現し、infusion reactionを考えヒドロコルチゾンの点滴を行い症状は改善した。特殊免疫染色の結果から上皮型悪性胸膜中皮腫と最終診断し、Ipilimumab+Nivolumab療法を行う方針とした。抗アレルギー薬で予防した後にNivolumab開始したが、10分後に再度呼吸苦と全身痛が出現し投与中止した。1回目の治療後3週間後の胸部X線写真では左胸水は減少し抗腫瘍効果を認めた。

【症例2】75歳男性。右胸水貯留を認め、胸腔鏡下胸膜生検で上皮型悪性胸膜中皮腫と診断した。Ipilimumab+Nivolumab療法を導入した。day22のNivolumab投与したところ、投与終了20分後に発熱、シバリングがあり投与中止した。Infusion reactionと考えヒドロコルチゾンの点滴を行い症状は改善した。3週間後の胸部X線写真では右胸水は減少し抗腫瘍効果を認めた。

肺ランゲルハンス組織球症を背景に肺扁平上皮癌の診断とした1例

¹⁾高知大学医学部附属病院 医療人育成支援センター、
²⁾高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科
 祐盛 湧希¹⁾、大山 洸右²⁾、寺田 潤紀²⁾、大西 広志²⁾、平川 慶晃²⁾、伊藤 孟彦²⁾、西森 朱里²⁾、
 中谷 優²⁾、水田 順也²⁾、荻野 慶隆²⁾、佃 月恵²⁾、山根真由香²⁾、高松 和史²⁾

症例は38歳男性。もともと発達障害があり、その影響もあってか、1日40本程度の喫煙を18歳の頃から継続していた。近医で気管支喘息フォロー中も、追加治療を検討され前医に紹介、細気管支炎合併として治療調整されていた。経過中に喘息発作を起こし、同院短期入院となったが、その際のCT画像で右肺中葉に結節影を認めた。経時的な増大も認めており、腫瘍性病変も考えられたことから、同精査・加療目的に当科紹介受診となった。各種追加検査を実施し、初診時より禁煙指導を施行、呼吸器症状の改善傾向を確認の上、当科入院で気管支鏡検査を行った。胸部CT画像で、右肺中葉の結節影の他、喘息を反映した気道壁の肥厚や壁の厚い嚢胞性変化を比較的広範囲に認めており、画像から肺ランゲルハンス組織球症(PLCH)の合併も疑われた。気管支鏡検査の結果、右B5aからのTBBで扁平上皮癌を確認、また併せて右B8でBALを施行し、CD1a 13.9% >5%であった。同結果から、PLCH背景に肺扁平上皮癌を認めた1例と診断した。肺化膿症の合併もあり、最終的に肺癌については外科切除を行った。術後病期がstage I A3→ⅢAに変わったため、その後に放射線化学療法を施行、現在はDurvalumab維持治療を継続中である。PLCHについては、禁煙の効果もあってか、当院初診時より陰影は改善傾向となっている。PLCH背景に肺癌の診断となった若年症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

R-03

免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法 1 回投与のみで劇的に腫瘍が縮小した PD-L1 陰性高齢者肺癌の一例

¹⁾ 社会福祉法人恩賜財団済生会今治病院 臨床研修センター、

²⁾ 社会福祉法人恩賜財団済生会今治病院 呼吸器内科

三宅 琴音¹⁾、村上 果住²⁾、長井 敦²⁾、山本 遥加²⁾、川上 真由²⁾、野上 尚之²⁾

【背景】75歳以上に対するプラチナ製剤併用療法は有効性のエビデンスが確立しているが、免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) 併用療法についてはエビデンスが十分ではない。

【症例】86歳，男性．既喫煙者：22～75歳まで，20本/日．既往歴：脳梗塞，頸部脊柱管狭窄症，慢性腎臓病，虚血性心疾患．

【病歴】20XX年7月に左上葉非小細胞肺癌 cT2aN2M1c，cStage IV Bと診断された．PD-L1は陰性で，遺伝子変異も検出されなかった．PS 0，G8 15点と全身状態は良好であり，CBDCA，nabPTX，pembrolizumabを開始した．day7の血球数は投与基準を満たしていたがCRP 6.26mg/dLと上昇がみられ，その後も遷延したためday1のみの投与となった．day6の胸部X線写真で原発巣の縮小がみられ，副作用とのバランスも考慮し，化学療法を休止した．以後の治療効果判定で原発巣，縦隔リンパ節転移，肝転移の縮小が認められ，7カ月後のPET-CTでは肝転移のFDG集積は消失していた．

【考察】本症例ではPD-L1陰性であり，ICI併用化学療法を選択した．PD-L1陰性であってもICIが奏効することもあり，状態が良い高齢者であればICI併用化学療法を検討すべきと考える．

R-04

気管切開後に放射線治療が行われた気道狭窄を伴う気管カルチノイドの1例

¹⁾ 広島大学病院 初期臨床研修医、²⁾ 広島大学病院 呼吸器内科、³⁾ 広島大学病院 がん化学療法科

山川 達郎¹⁾、島田 俊宏²⁾、坂本進二郎²⁾、下地 清史²⁾、徳毛健太郎³⁾、藤井 康智³⁾、山口 覚博²⁾、堀益 靖²⁾、益田 武²⁾、中島 拓²⁾、岩本 博志²⁾、濱田 泰伸²⁾、岡本 渉³⁾、服部 登²⁾

【症例】56歳，女性．腹痛のため近医を受診し，直腸カルチノイドと診断され，当院で内視鏡的切除術を実施された．病理学的に追加切除の適応であり，消化器外科へ紹介された．術前のCT検査にて気管内に約30mm大の腫瘍性病変を指摘され当科を紹介受診した．呼吸不全は認められなかったが，聴診でstridorが聴取され，気道閉塞のリスクがあるため，精査加療目的に入院した．体外式膜型人工肺の準備下で，気道確保目的の気管切開術と腫瘍生検が実施された．病理学的に非定型カルチノイドであったが，直腸病変との関連は不明であり，腹腔内再発を含めた遠隔転移も認められないことから切除不能の局所進行気管カルチノイドとして放射線治療 (60Gy/30fr) が施行された．腫瘍の縮小は得られたが腫瘍は残存しており，今後オクトレオスキャン後に全身治療が検討中されている．

【考察】気管カルチノイドは肺悪性腫瘍の1～2%と稀な腫瘍である．NCCNガイドラインでは，切除不能な局所進行非定型カルチノイドでは放射線治療±化学療法，化学療法，エベロリムスによる治療が検討される．本症例は化学放射線療法も検討されたが，腫瘍の急速な縮小による気管穿孔のリスクが考慮され，放射線治療が選択された．集学的治療により治療可能であった気道狭窄を伴う気管カルチノイドの1例について報告する．

小細胞肺癌の放射線化学療法後に肺動脈血栓塞栓症を発症した1例

¹⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、

²⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科

安原 花梨¹⁾、河瀬 成穂²⁾、前田 憲志²⁾、山田 貴弘²⁾、堀田 尚克²⁾

【症例】84歳、男性。

【臨床経過】X年10月の胸部単純X線で右中肺野腫瘍影を指摘され、当院紹介受診した。胸部CTで右肺S4に38mm大の腫瘍影あり、精査の結果、小細胞肺癌、cT2aN2M0 stageIIIA、LDと診断された。放射線化学療法の方針となり、化学療法(カルボプラチン+エトポシド)を4コースと放射線治療(計50Gy)を行い、以後、外来で経過観察中であった。X+1年4月に低酸素血症でCTを撮影したところ、右肺網状影が認められた。放射線肺炎と診断され、ステロイドの治療が開始された。ステロイドは漸減可能であったが、労作時呼吸困難などの症状が悪化傾向であった。7月の定期受診日に、玄関先の会談で突然前方に倒れ、心肺停止状態であり、当院救急搬送された。心肺蘇生が行われたが、心拍再開することなく永眠された。病理解剖が行われ、右肺動脈内に血栓が認められた。肺癌や放射線肺炎の悪化ではなく、肺動脈血栓塞栓症による低酸素血症が死因と考えられた。

【考察】当初は放射線肺炎の悪化による低酸素血症を考慮していたが、実際は肺動脈血栓塞栓症が死亡原因と考えられた。担癌状態、ステロイド治療は血栓塞栓症のリスクとして知られ、癌治療終了後も静脈血栓症リスクが高いと報告されており、注意すべき病態であると考えられた。

ニボルマブ併用術前化学療法後、病理学的完全奏功を確認した肺扁平上皮癌 cStageIIIB (第8版) の一例

¹⁾ 岡山大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾ 岡山大学病院 新医療研究開発センター、

³⁾ 岡山大学病院 呼吸器外科、⁴⁾ 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、

⁵⁾ 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、⁶⁾ 岡山大学病院 高齢者総合医療講座、

⁷⁾ 岡山大学病院 腫瘍センター、⁸⁾ 岡山大学病院 病理診断科

武田 知樹¹⁾、武口 哲也⁴⁾、頼 冠名²⁾、堀田 勝幸²⁾、諏澤 憲³⁾、槇本 剛⁴⁾、肥後 寿夫⁴⁾、二宮貴一郎⁵⁾、藤井 昌学⁶⁾、市原 英基⁷⁾、宮原 信明⁴⁾、田端 雅弘⁷⁾、柳井 広之⁸⁾、大橋 圭明⁴⁾

【症例】68歳、男性。【主訴】胸部異常陰影。

【現病歴】健康診断で胸部異常陰影を指摘されていたが放置、1年ぶりに前医を受診、再検の結果胸部CTで左舌区に67mm大の腫瘍影を指摘され、当院紹介受診となった。

【治療経過】気管支鏡検査にて、#7リンパ節に対するEBUS-TBNAで肺扁平上皮癌と確定診断した。#7および#10Lリンパ節にPET集積を認め、UICC-8版でcT3N2M0 Stage IIIB、9版でcT3N2aN0 StageIIIAと病期診断した。PS=0、PD-L1 TPS≥75%であったことから、カンファレンス及び患者、ご家族への説明と同意の結果、ニボルマブ併用術前化学療法ののち、治癒切除をめざす治療法を選択した。3コースの術前Nivolumab+CBDCA+PTX療法後にロボット支援下左上葉スリーブ切除+縦隔リンパ節郭清ND2a-2を行い、摘出組織を精査したところ病理学的完全奏効が得られていた。

【考察】肺癌の術前治療は免疫チェックポイント阻害薬が選択肢に加わったことにより、さらにその成績を改善してきた。本症例では当初Pacific試験に準じた治療を計画していたが、カンファレンスにて切除可能なN2、PD-L1高発現の症例と判断し、CheckMate816試験に準じた治療を行った。最新のUICC-9版では、本症例はN2aでありStage IIIAに分類されるが、同様な集団は治療開発にともない本症例のように治癒切除に至り、予後が改善される可能性があることが示唆された。

急速な転帰をたどった骨盤内腫瘍・多発肺転移の一例

¹⁾ 公立みつぎ総合病院 診療部、²⁾ 公立みつぎ総合病院 内科、³⁾ JA尾道総合病院 呼吸器内科
中村 文宣¹⁾、北島 拓真²⁾、藤田 俊²⁾、古月 七海³⁾、勝良 遼³⁾、露木 真子³⁾、阿部 公亮³⁾、
濱井 宏介³⁾

【症例】63歳 男性

【主訴】腰痛

【臨床経過】X-60日腰痛のため近医整形外科を受診した。腰椎椎間板ヘルニア症の診断で対症療法の方針となった。X日腰痛増悪傾向で食思不振が出現したため、当院内科を受診した。CT検査で両側の肺に多発する腫瘍影、左腸腰筋に腫瘍性病変を認めた。左腸腰筋腫瘍に対して経皮針生検を施行したが、確定診断に至らなかったため、X+3日高次医療機関へ精査・治療目的で転院となった。転院後すぐに症状緩和目的に腸腰筋腫瘍に対して放射線治療を開始した。X+16日診断目的に肺転移に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を行った結果、Ewing肉腫を疑う所見を認めた。X+20日肺転移増悪による呼吸状態悪化のため永眠された。

【考察】Ewing肉腫とは主として小児や若年者の骨や軟部組織に発生する肉腫であり、本症例のように60歳代で疑われる症例はまれである。今回骨盤内腫瘍多発肺転移の診断に苦慮し、急速な転帰をたどったEwing肉腫が疑われる一例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

肺癌加療中に脳膿瘍を発症し転移性脳腫瘍と鑑別を要した一例

¹⁾ 高知大学医学部 医療人育成支援センター、²⁾ 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科、
³⁾ 高知大学医学部 脳神経外科、⁴⁾ 高知大学医学部 放射線治療科
久保田桃子¹⁾、中谷 優²⁾、梅下 会美²⁾、高松 和史²⁾、竹田 有佑³⁾、川西 裕³⁾、木村 智樹⁴⁾、
大西 広志²⁾

【症例】65歳男性

【主訴】左半身麻痺

【現病歴】2024年1月に検診で左肺上葉に結節を認め、気管支鏡検査を行ったが組織診断では診断がつかず、細胞診で腺癌と診断した。頭部造影CT、FDG-PETを施行し、cT1cN1M0 Stage II Bと診断し、手術目的に呼吸器外科に紹介した。外科では術前化学療法が必要と考えられ、PD-L1 TPS、ドライバー遺伝子の検索目的に再度気管支鏡検査を行った。検査後、胸膜炎を発症しAMPC/CVA投与し、改善した。術前化学療法の開始予定だったが、5月初旬に左半身の脱力感で階段から転倒し、当院に救急搬送された。頭部MRIでリング状造影効果を認める多発脳腫瘍を認め、転移性脳腫瘍として全脳照射を開始した。全脳照射開始後、一時的に神経症状の改善を認めたが、照射5日目(15Gy)頃より発熱を認め、画像所見で脳浮腫の増悪がみられた。薬物療法では脳浮腫のコントロールが困難で、脳浮腫に対して穿頭ドレナージ術を行った。同部位より膿汁の噴出がみられ、培養でStreptococcus anginosusが検出され脳膿瘍と診断した。放射線照射を中止し、抗菌薬治療を行い頭部の病変はいずれも縮小した。

【考察】肺癌に脳膿瘍を合併した稀な症例を経験した。転移性脳腫瘍と脳膿瘍の鑑別に頭部MRIは有用であり、脳膿瘍は画像診断も駆使して早期の診断を目指す必要がある。

Osimertinib投与中にB型肝炎ウイルス(HBV)の再活性化を生じた、進行肺腺癌の一例

¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 臨床研修部、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科
宮地 博紀¹⁾、馬場 咲歩²⁾、藤原 絵理²⁾、中岡 大士²⁾、石田 正之²⁾

症例：75歳男性。基礎にHBVのキャリアがある。慢性咳嗽の精査で施行された胸部画像で右下葉に腫瘤影を認め、当院に紹介となった。経気管支肺生検にて腺癌、全身検索にて臨床病期stageⅢBの進行肺癌の診断に至った。経気管支肺生検に肺化膿症を合併し、抗菌薬加療を行った。バイオマーカーの解析でEGFR Ex19 Delを認め、Osimertinibによる治療を開始した。治療開始から7か月後に肝機能障害 (AST 182U/L、ALT 182U/L、LDH 279U/L) が出現し、薬剤性肝障害を考慮してOsimertinibを休薬して、1週間経過観察を行ったところ、肝機能はさらに悪化 (AST 1458U/L、ALT 1842U/L、LDH 1190U/L) を認めて緊急入院となった。精査の結果、治療前のHBV-DNA定量では1.5logIU/mlであったものが、7.8logIU/mlまで上昇を認めており、HBVの再活性化と診断した。診断後Tenofovirによる治療を開始したところ、改善が得られた。EGFR-TKI治療中でのHBV再活性化の報告はわが国では少ないが、海外ではその発生率は9.36%、その中でも、Osimertinibに関しては17.6%と比較的高頻度であるとの報告もある。HBVキャリアの症例にEGFR-TKIによる治療を行う際は、定期的なHBVマーカーの定期的な測定による慎重な経過観察を要する。

小腸転移による腸重積で発見された肺腺癌の1例

¹⁾ 県立広島病院 臨床研修センター、²⁾ 県立広島病院 呼吸器内科
岡本 礼奈¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、上野沙弥香²⁾、
益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾

【症例】80歳、女性。

【現病歴】間欠的な右側腹部痛を主訴に近医を受診した。腹部CTで回盲部の腫瘍性病変と腸重積や腸捻転が疑われ、当院消化器外科を紹介受診した。

【経過】小腸の腫瘍性病変に対し、腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。切除検体で小腸原発腫瘍は否定的で、免疫染色ではCK (AE1/AE3)、TIF-1、CK7が陽性であった。高度のリンパ管侵襲像と静脈侵襲像を認めたが、切除断端陰性で腸間膜リンパ節転移は認めなかった。胸部CTでは右肺中葉に28mm大の結節影を認めており、肺腺癌の小腸転移と診断して当科紹介となった。切除検体はKRAS G12C陽性、PD-L1 TPS ≥ 75%であり、その他画像検査から他の遠隔転移は認めなかった。肺腺癌 T1cN2M1b stageⅣAと診断し、化学療法の方針となった。

【考察】小腸腫瘍は全消化管腫瘍の0.84～2.9%とまれであり、88.2%が転移性小腸腫瘍で、原発巣は肺癌が最も多く58%と報告されている。また、肺癌の小腸転移は剖検例においては2.3～5.7%と報告されているが、生前に診断されることは非常にまれで、0.1～0.5%にとどまる。本症例のように腸重積を契機として肺癌が発見される症例は非常にまれな経過であり、文献的考察を加えて報告する。

R-11

心嚢水貯留で発症し、胸腔鏡下生検による確定診断後に筋症状をきたした胸腺腫の1例

¹⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、

²⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科、

³⁾ 国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器外科

宮本 愛唯¹⁾、山田 貴弘²⁾、前田 憲志²⁾、河瀬 成穂²⁾、松本 理恵³⁾、杉本龍士郎³⁾、今井 茂朗³⁾、堀田 尚克²⁾

症例は86歳女性。感冒症状を契機に前医を受診し、心臓超音波検査で心嚢水貯留を指摘され、当院を紹介受診した。胸部CTでは前縦隔の腫瘍性病変が胸膜および心膜に浸潤しており、胸水と心嚢水の貯留がみられた。CTガイド下生検、心嚢ドレナージを施行されたが確定診断に至らず、胸腔鏡下腫瘍生検が行われた。前縦隔腫瘍の病理所見では紡錘形から卵円形の細胞より成る領域と未熟Tリンパ球から成る領域が混在しており、AB型胸腺腫と診断された。胸膜癒着術が行われ、リハビリ目的に他院転院したが、術後23日目より脱力・筋力低下が出現し、その後嚥下障害、発声障害、呼吸障害をきたしたため、当院再入院した。抗アセチルコリンレセプター抗体や抗MuSK抗体は陰性であり、胸腺腫関連の重症筋無力症としては非典型的だったが、ステロイドパルス療法、免疫グロブリン大量療法により筋力の改善が得られた。心嚢水貯留を契機に発見された胸腺腫の報告は数少ないが、確定診断には胸腔鏡下腫瘍生検が有用である。また、胸腺腫を有する患者では抗アセチルコリンレセプター抗体が陰性であっても重症筋無力症様の症状を呈する場合があり、ステロイドが有効な可能性がある。

R-12

両側肺浸潤影を呈し、急激な転帰を辿った浸潤性腺癌の一例

¹⁾ 高知大学医学部附属病院 医療人育成支援センター、

²⁾ 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、³⁾ 高知大学医学部 医学科 病理学講座、

⁴⁾ 高知大学医学部附属病院 病理診断部

金本 敏¹⁾、平川 慶晃²⁾、荻野 慶隆²⁾、佃 月恵²⁾、大西 広志²⁾、岩下 和花³⁾、井口みつこ⁴⁾

【症例】76歳、女性。

【主訴】呼吸困難。

【病歴】慢性骨髄性白血病治療後のため当院血液内科通院中の方。2023年5月中旬頃から咳嗽の自覚あり、2週間前からの呼吸困難を主訴に10月上旬に当院を受診された。胸部レントゲンで右下肺野中心に広範な浸潤影を認められ、低酸素血症も呈していたため同日緊急入院となった。

感染性肺炎や間質性肺炎なども鑑別に抗菌薬(MEPM + LVFX + ST合剤)とステロイド投与を開始するも両側肺野へ陰影がびまん性に拡大した。呼吸状態も増悪したため、第3病日には人工呼吸器管理を開始した。呼吸状態の一時的な安定が得られたため、診断目的に気管支鏡検査を施行したところ白色混濁調の気管支洗浄液を回収し、細胞診で腺癌の診断であった。人工呼吸器管理下においても経時的に呼吸状態は悪化しており、化学療法を含めた積極的な治療の適応は乏しいと考えられた。家族とも相談し腺癌に対しての積極的な加療は行わない方針とし、BSCに移行したところ第6病日に逝去した。病理解剖において気管・気管支内に多量の粘液様分泌物が滞留し、右肺の大部分に占拠性病変を認めた。同部位の病理所見は浸潤性非粘液性腺癌(微小乳頭型>肺胞置換型)の診断であり、呼吸不全の原因と考えた。

本症例のようにびまん性浸潤影を呈する浸潤性非粘液性腺癌の報告は少ない。今回、急激な転帰を辿った一例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

心タンポナーデで発症し急速な進行を示した原発不明がんの1例

¹⁾ 松山赤十字病院 臨床研修センター、²⁾ 松山赤十字病院 呼吸器センター
 地行 歩¹⁾、牧野 英記²⁾、佐原 咲希²⁾、茅田 祐輝²⁾、片山 一成²⁾、大下 一輝²⁾、甲田 拓之²⁾、
 梶原浩太郎²⁾、兼松 貴則²⁾

症例：57歳非喫煙女性、バセドウ病以外に既往歴はなく、悪性腫瘍の家族歴もなかった。労作時呼吸困難で当院救急外来を受診し、心タンポナーデを指摘され当院循環器内科へ入院した。心嚢ドレナージで心嚢液は減少したが、左胸水が増加し左下葉の無気肺を指摘されたため、肺癌を含む悪性腫瘍疑いで第4病日に当科へ紹介された。心嚢液、左胸水から腺癌が検出されたが、セルブロックを用いた免疫染色では原発巣は同定できず、造影CT上は明らかな原発巣は指摘できなかった。心嚢水が再貯留し心嚢穿刺が試みられたが液体成分がひけず、第13病日に緊急心膜開窓術を施行された。術中初見では、心臓周囲と右肺中葉に播種を疑う結節を認めた。術後、心嚢液が排除されているにもかかわらず循環・呼吸不全が進行し、多発心筋転移による心拡張障害が原因と考えられた。その後も全身状態は改善せず多臓器不全が進行したため、本人・家族と相談しBSCの方針となり、第17病日に永眠された。病理解剖は希望されなかった。後に判明した術中生検の肺組織はセルブロックと同様の病理初見で原発不明がんと診断された。

考察：原発不明がんは全腫瘍の2-8%を占め、そのうち80%を占める予後不良群においては、化学療法が予後を改善し患者のベネフィットにつながるかについての明確なEBMはない。本症例は、予後不良群の中でも特に不良と判断され、BSCが選択された。

当院におけるirAE大腸炎を発症した肺癌症例の検討

¹⁾ 高知医療センター 初期研修プログラム、²⁾ 高知医療センター 呼吸器内科、
³⁾ 高知医療センター 呼吸器外科、⁴⁾ 高知医療センター 消化器内科
 今村 優希¹⁾、浦田 知之²⁾、山根 高²⁾、吉田 千尋³⁾、張 性洙³⁾、岡本 卓³⁾、岡本 宣人⁴⁾

【背景】irAE大腸炎は比較的頻度の高い免疫関連有害事象であるが、死亡例の報告もあり注意すべき合併症である。今回我々はirAE腸炎を発症した3例の肺癌症例を経験した。

【症例1】69歳、男性、肺腺癌。3rd lineとしてNivolumab (3mg/kg/q2W)を開始した。5コース目DAY7よりG3の下痢を発症、irAE大腸炎と診断しPSL 30mg/日で治療を行い改善した。肺癌は再燃なく以後8年間無治療で経過観察中。

【症例2】39歳、男性、肺腺癌。初回治療としてCBDCA+nab-PTX+Durvalmab+Tremelimumabを開始、1コースDAY8よりG3の下痢を発症、irAE腸炎と診断しPSL80mg/日を投与で改善した。現在肺癌に対して化学療法を変更して加療中。

【症例3】69歳、女性、小細胞肺癌。初回治療としてCBDCA+ETP+Durvalmabで治療を開始。2コース目DAY13よりG3の下痢が出現。irAE大腸炎と診断しPSL 40mg/日で治療を開始したが改善なくInfliximabを投与し改善した。化学療法を変更し治療を継続したが肺癌の進行により3カ月後に永眠された。

【結果】ICI初回投与より大腸炎発症までの平均値は47日(8-77日)、全例G3以上の下痢を認めた、全例でCTおよびCFが施行され、ステロイド治療が行われたが、1例でInfliximabの投与が必要であった。文献的な考察を含め当院におけるirAE大腸炎の取り組みを報告する。

診断に苦慮し胸水により診断した肺原発悪性リンパ腫の一例

¹⁾ 県立広島病院 臨床研修センター、²⁾ 県立広島病院 呼吸器内科
 國重 奈生¹⁾、川本 真由²⁾、高下 花梨²⁾、田中 貴寛²⁾、村井 智一²⁾、鳥井 宏彰²⁾、上野沙弥香²⁾、
 益田 健²⁾、谷本 琢也²⁾、石川 暢久²⁾

症例は67歳男性。当科初診の2か月前から湿性咳嗽が出現し、2週間前から労作時呼吸困難も出現したため前医を受診した。その際、CTで両側胸水貯留、小葉間隔壁肥厚を伴うびまん性のすりガラス影を認めたため当科を紹介受診した。諸検査から細菌性肺炎や心不全は否定的であった。左胸腔穿刺を施行し、胸水は滲出性、リンパ球優位(90%以上)のWBC上昇を認めたが、その他の検査で結核性胸膜炎は否定的であった。両側すりガラス影、胸水貯留の明らかな原因は不明であったが、間質性肺炎も否定できず呼吸状態の悪化も認めたためPSL 30mgを開始した。その後、呼吸状態は改善したため、ステロイドは漸減中止とした。また、sIL2R: 16200U/mLと上昇しており、骨髓生検やランダム皮膚生検を行うも明らかな悪性所見は認められなかった。退院1か月半後に呼吸困難のため受診し、胸部CTで両側胸水貯留とすりガラス影の残存を認めた。再度左胸腔穿刺を施行し、胸水のセルブロックでT細胞性リンパ腫と診断した。その後、経気管支的にクライオバイオプシーを施行し同様の所見を得た。

肺腫瘍のうち、肺原発悪性リンパ腫は0.5～1.0%と稀である。多彩な画像所見を呈するため診断に苦慮することも多い。びまん性のすりガラス影を呈し、sIL2R上昇を認めた場合にはリンパ腫も鑑別に挙げ、積極的な検体採取を行うことが重要と考える。

小細胞肺癌骨転移に対する化学療法により発症した二次性副甲状腺機能亢進症の1例

¹⁾ 広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科、²⁾ 広島赤十字・原爆病院 内分泌・代謝内科
 重本 理子¹⁾、谷脇 雅也¹⁾、三宅 浩平¹⁾、若林 優¹⁾、泉 祐介¹⁾、松本奈穂子¹⁾、亀井 望²⁾、
 大橋 信之¹⁾、山崎 正弘¹⁾

症例は73歳男性。進展型小細胞肺癌(cT1cN3M1c StageIVB)に対してカルボプラチン+エトポシド+デュルバルマブと骨転移に対してデノスマブを開始した。デノスマブ投与に伴う低Ca血症を予防するため、沈降炭酸Ca・ビタミンD・炭酸Mg配合錠も併用した。第20病日に有痛性筋痙攣の訴えがあり、血清Pが1.9mg/dLと低値であった。血清Caは正常推移であったが、副甲状腺ホルモン(PTH)は303pg/mLと高値であったため、二次性副甲状腺機能亢進症を疑った。活性型ビタミンD3製剤の追加内服を開始し、PTHの過剰分泌が抑制され、血清Pは正常範囲へ改善を得られた。生体P・Ca代謝異常の多くは腎機能の低下に伴って進行し、PTHが過剰に分泌されることで二次性副甲状腺機能亢進症を発症、促進することが知られている。本例では小細胞肺癌骨転移に対する化学療法が奏功したことで骨破壊の抑制と、デノスマブ投与により血清Caの低下を助長したと推定される。PTHが過剰分泌したことで、血清Caは正常範囲内に補正されたが、低P血症が進行したと考えられた。重度の低P血症は横紋筋融解や心不全の発症に関与し、致命的な経過となることもある。骨転移性病変を有する小細胞肺癌の治療における副甲状腺機能との関連について、文献的考察を加えて報告する。

肺癌の治療中に嗅覚障害を認めirAEと考えられた一例

¹⁾高知大学病院 呼吸器・アレルギー内科、²⁾高知大学病院 耳鼻咽喉科、³⁾あき総合病院 呼吸器内科
山崎 悠司^{1,3)}、水田 順也¹⁾、大西 広志¹⁾、小森 正博²⁾、寺田 潤紀¹⁾、平川 慶晃¹⁾、伊藤 孟彦¹⁾、
西森 朱里¹⁾

症例は63歳男性。Ⅳ期の肺扁平上皮癌に対してCBDCA+nab-PTX+Pembrolizumab療法を4コース施行後、Pembrolizumab維持療法を3週毎に継続していた。54コース目施行目的に受診した際に嗅覚障害の訴えがあった。副鼻腔粘膜より生検を行い、鼻腺構造の破壊や副鼻腔炎としてはかなり強い組織破壊所見を認めた。鼻腺上皮に浸潤しているリンパ球はCD8優位に染色され、免疫関連有害事象(irAE)に矛盾しない所見であったが、副鼻腔炎との関与については報告例が少なく断言はできない結果であった。

腫瘍マーカーSCCの上昇あり施行したPET-CTで口腔や咽頭、唾液腺、食道全長に一致したFDG集積を認めた。薬剤性粘膜障害に矛盾しない結果でありPembrolizumabを休薬して外来フォローを継続していたが、食欲低下、体重減少が続き、また複数臓器の粘膜障害が改善しないため入院加療の方針とした。プレドニゾロン45mg(1mg/kg/day)で治療を開始した。入院時の副鼻腔CTでは蝶形骨洞、前頭洞、篩骨洞粘膜の肥厚を認めたが、第14病日には軟部陰影は改善し、第18病日には症状はほぼ消失した。その後プレドニゾロンを漸減し第31病日に退院した。irAEとしての副鼻腔炎の報告例は数少なく、今後の診療の一助となることを期待して本症例を報告する。

IMpower133レジメンを投与した肝硬変・汎血球減少を合併した進展型小細胞肺癌の一例

¹⁾広島大学病院 呼吸器内科、²⁾JA尾道総合病院 呼吸器内科
柳谷奈都子¹⁾、益田 武¹⁾、古月 七海²⁾、下地 清史¹⁾、山口 覚博¹⁾、坂本信二郎¹⁾、檜垣 直子¹⁾、
堀益 靖¹⁾、中島 拓¹⁾、岩本 博志¹⁾、濱田 泰伸¹⁾、服部 登¹⁾

【症例】61歳男性。非代償期アルコール性肝硬変(Child-Pugh Grade B)、食道静脈瘤の経過観察中の2023年7月に、右肺門部腫瘤を指摘された。各種検査から限局型小細胞肺癌(cT1cN2M0, Stage III A)と診断されたが、肝硬変のため血小板:5万/μL、WBC:3000/μL、Hb:10mg/dlであり、放射線治療(AHF:45 Gy/30 fr)のみが実施された。しかし、数か月後に、鎖骨上窩リンパ節と肝転移が認められた。BSCも検討されたが、患者とShared decision makingが行われ、CBDCAのAUCを1.5、ETPを50%まで減量して、IM133レジメンが開始された。1サイクル目に血小板が3.7万/μLまで減少、4サイクル目にはMAP輸血を要したが、重篤な肝機能障害は呈さなかった。治療により腫瘍マーカーの低下が認められ、4コースが完遂された。その後、Atezolizumabの維持療法中に馬尾転移をきたし、緩和照射とBSCが行われた。2次治療には移行できず、生存期間は8か月であった。

【考察】肝硬変を合併した小細胞肺癌患者にIM133レジメンを投与した本例は、我々が確認した限りでは初めての症例である。本例は、重篤な有害事象を呈する危険があったが、患者とShared decision makingを行い、化学療法を減量したIM133レジメンを実施した。治療により入院を要する有害事象は無く、抗腫瘍効果を得ることができた。本例は、汎血球減少と肝硬変を合併した小細胞肺癌患者を治療する臨床医に有用と考えられるため、本会で報告する。

免疫チェックポイント阻害薬により Lambert-Eaton 症候群の再燃をきたした肺大細胞神経内分泌癌の 1 例

¹⁾鳥取大学医学部付属病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部付属病院 脳神経内科

仲田 達弥¹⁾、阪本 智宏¹⁾、名木田優子²⁾、松岡 秀一¹⁾、西上 美侑¹⁾、森山 士朗¹⁾、平山 勇毅¹⁾、野中 喬文¹⁾、河野 紘輝¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、矢内 正晶¹⁾、木下 直樹¹⁾、山口 耕介¹⁾、小谷 昌広¹⁾、山崎 章¹⁾

症例は62歳男性。下肢筋力低下による歩行障害を契機に Lambert-Eaton 症候群 (LEMS) の診断となり、悪性腫瘍評価目的の CT で右肺多発結節影を認め、原発性肺癌が疑われ当科紹介となった。精査の結果、肺大細胞神経内分泌癌 (cTxN3M1a, Stage IV A) と診断した。LEMS 増悪の可能性を考慮し免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は併用せず、進展型小細胞肺癌に準じて CDDP + ETP 療法を開始した。2 サイクル後の効果判定の CT で腫瘍の縮小が得られており、下肢筋力低下も改善傾向であった。LEMS 再燃は懸念されたが、協議のうえ 3 サイクル目から Durvalumab を上乗せし、計 4 サイクル実施した。腫瘍の縮小は維持されていたため Durvalumab 維持療法へ移行したが、2 サイクル実施後に下肢筋力低下が再燃し、Durvalumab による LEMS 増悪と判断した。神経内科に入院の上、ステロイド治療、免疫グロブリン静注療法が実施され、神経症状の改善が得られた。以降、肺癌については無治療経過観察としているが増悪なく経過している。LEMS を含む傍腫瘍性神経症候群 (PNS) は、腫瘍そのものに対する治療が最も重要である。ICI の投与可否については議論の余地があるが、PNS の増悪をきたさずに ICI の上乗せが可能であった複数の症例報告もあったことから、本症例でも ICI の上乗せを行った。PNS を合併した患者への ICI の投与は選択肢となりうるが、原疾患の病勢制御や神経症状の改善が得られていても慎重に行う必要があると考えた。

重症筋無力症様の所見で発症し経時的な筋電図変化により診断した Lambert-Eaton 症候群合併小細胞肺癌の一例

川崎医科大学 総合内科学 4

三浦 真史、斎藤 貴子、三村 彩香、小坂 陽子、市山 成彦、河原辰由樹、長崎 泰有、越智 宣昭、中西 秀和、山根 弘路、瀧川奈義夫

【症例】66 歳男性。喫煙歴 (20 本 / 日、37 年間)。両側下肢脱力と下肢痛を主訴に近医を受診したところ、神経疾患が疑われ当院へ紹介された。下肢近位筋優位の筋力低下の他に外眼筋筋力も低下し、誘発筋電図では反復刺激試験にて漸減現象 (waning) を認めたことから、当初は重症筋無力症 (myasthenia gravis : MG) と考えた。また、胸部 CT にて右上葉結節影と縦隔リンパ節腫大を認め、気管支鏡検査と全身精査を行い小細胞肺癌 (cT1aN2M0, stage IIIA) と診断した。抗 AChR 受容体抗体および抗 MuSK 抗体は陰性であった。限局型小細胞肺癌に対するシスプラチン + エトポシド併用胸部放射線治療開始後 1 週間でさらに筋力低下が進行したため、大量免疫グロブリン療法を施行した。治療開始後に抗 P/Q 型 VGCC 抗体陽性が判明したため、経時的に複数回筋電図検査を施行したところ、徐々に短時間運動負荷後の振幅増大所見を認め、Lambert-Eaton 筋無力症候群 (LEMS) 様の所見に変化した。以上より、傍悪性腫瘍症候群として LEMS を合併した小細胞肺癌と最終的に診断した。化学放射線療法により奏効が得られるとともに筋力低下は改善した。

【考察】診断早期には MG 様の身体所見と誘発筋電図所見を呈したが、経時的な身体所見と筋電図変化により LEMS に特徴的な所見への変化を追えた稀な症例を経験したため、報告する。

全身性強皮症を背景としてII型呼吸不全で死亡した一剖検例

¹⁾ 高知赤十字病院 呼吸器内科、²⁾ 高知赤十字病院 診療科部、³⁾ 高知赤十字病院 糖尿病・腎臓内科、

⁴⁾ 高知赤十字病院 病理診断科

近藤 瑞希^{1,2)}、中内友合江¹⁾、松本 秀志³⁾、石田 卓也¹⁾、森住 俊¹⁾、頼田 顕辞⁴⁾、豊田 優子¹⁾

【症例】73歳男性。X-14年に胃癌の内視鏡下手術が行われ、その後、食事摂取にもかかわらず、徐々に、るい瘦と筋力の低下が進行し、呼吸困難感を認めるようになった。呼吸困難感が増悪してきたため、X年2月末にかかりつけ医を受診し、入院した。全身性強皮症が疑われ、さらなる精査と加療目的に3月Y-1日に紹介元に転院した。Y日早朝から意識障害と血圧低下あり、高CO₂血症をきたしていたため、加療目的に当院に救急搬送された。用手的換気にて意識レベルはやや改善したが、気管挿管による人工呼吸管理は希望されなかったためNIPPVを装着し、ICUに入室した。紹介元での精査の通り、皮膚の硬化、軽度の間質性肺炎、肺高血圧症、腸管運動麻痺、抗セントロメア抗体陽性等より、全身性強皮症に矛盾はしなかった。るい瘦が著明であり、NIPPV装着下で一時的にCO₂は低下したが自発呼吸が経時的に弱くなり、Y+6日に呼吸停止して死亡した。ご家族の同意のもと、病理解剖が行われた。病理解剖では全身性強皮症を背景に、るい瘦に伴う呼吸筋委縮や体幹の皮膚硬化に起因する胸郭可動域制限による肺胞低換気を原因とするII型呼吸不全が直接の死因であった。

【考察】全身性強皮症に伴うII型呼吸不全の報告は散見され、ステロイドの使用、呼吸管理、リハビリテーションなどの治療が行われている。本症例は呼吸不全が進行した状態にあり、治療介入は困難であった。早期の診断と治療介入が必要と考えられた。

亜急性にII型呼吸不全を呈したWallenberg症候群の一例

¹⁾ 岡山市立市民病院 呼吸器内科、²⁾ 岡山市立市民病院 脳神経内科

山本 千智¹⁾、大川 祥¹⁾、中野由美子²⁾、青江晃太郎¹⁾、讓尾 昌太¹⁾、濱田 昇¹⁾、洲脇 俊充¹⁾

【症例】65歳男性。

【現病歴】20歳の頃に交通外傷によるC8脊髄損傷で両上肢の不全麻痺、完全対麻痺、膀胱直腸障害が残存し車いす生活をしていた。嘔吐で前医に入院し尿路感染症として抗生剤加療されたが、傾眠傾向を来したため入院第10病日に当院へ転院となった。入院時の血液ガスではアシドーシス所見は認めなかったが、その後pH 7.30, PaO₂ 142mmHg, PaCO₂ 87mmHg, HCO₃⁻ 42mmol/Lと呼吸性アシドーシスが進行したため、CO₂ナルコーシスを疑いNPPV装着したがCO₂貯留は遷延した。構音障害を認めたため頭部MRIを施行すると、延髄左側に脳梗塞像を認めた。同側の顔面感覚障害、対側の上肢の温痛覚障害、嚥下障害、Horner兆候を認めWallenberg症候群と診断した。脳梗塞リハビリを開始したところ、経過とともにCO₂貯留は改善した。

【考察】呼吸中枢は脳幹に局在し未だ神経機構は十分に解明されていない。延髄外側梗塞はWallenberg症候群を引き起こすが一般的に片側であり呼吸中枢障害による肺胞低換気を来すことは稀とされる。また急性期を過ぎてからの肺胞低換気を呈する例も報告されており注意が必要である。今回我々は延髄梗塞を契機としたCO₂ナルコーシスを経験した。II型呼吸不全の原因として呼吸器疾患のみならず脳疾患を疑うことが大切である。

気胸発症を契機に多発肺嚢胞を指摘されBirt-Hogg-Dube症候群が疑われた一例

¹⁾ 広島市立北部医療センター安佐市民病院 初期研修医、

²⁾ 広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科

栗原 葵¹⁾、中西 雄²⁾、奥崎 体²⁾、高田悠太郎²⁾、渡部 雅子²⁾、西野 亮平²⁾、菅原 文博²⁾、
北口 聡一²⁾

【症例】60歳男性。来院2週間前から呼吸困難を認めた。来院当日に近医を受診し、胸部単純X線写真で左肺虚脱を認めたため当科を紹介受診した。胸部単純CTでは左肺虚脱と縦隔側優位の多発肺嚢胞を認め、嚢胞内には血管の貫通像を認めた。また、顔面には隆起性病変を認めたことから、Birt-Hogg-Dube症候群が疑われた。気胸に対しては12Frアスピレーションキットを挿入し、day3にはair-leakは消失し、day4にアスピレーションキットを抜去した。顔面皮膚の隆起性病変に対する生検も施行し、脂漏性角化症の所見であった。気胸に対しては初発のためブラ切除は希望されなかったが、気胸治療から2週間後に再度同側の気胸を発症した。アスピレーションキットを挿入し、患者本人と相談した上で外科的肺切除を施行した。また腹部エコーを施行したが腎腫瘍は認めなかった。Birt-Hogg-Dube症候群に関する遺伝子検査については一度検査を拒否されたが、今後、悪性腫瘍が発生する可能性を考慮し、遺伝カウンセリングを施行する予定である。Birt-Hogg-Dube症候群は多発肺嚢胞を認める疾患であるが、時に気胸で受診する事があり、気胸の原疾患として周知する必要がある。

演題取り下げ

R-25

難治性の間質性肺炎合併気胸に対し胸膜癒着術及び気管支充填術をそれぞれ複数回行い治癒した1例

市立三次中央病院 呼吸器内科

久保 瑠那、住本 夏子、小浦 智子、栗屋 禎一

症例は73歳男性。来院1週間前から呼吸困難があった。近医の胸部X線で両肺野の透過性の低下があり、当院を紹介受診した。胸部CTで肺気腫及び両下葉の胸膜直下優位に蜂巣肺を認め、重複してすりガラス影・浸潤影が見られた。間質性肺炎の急性増悪と診断し、ステロイドパルス療法で入院加療を開始し、day3にはシクロホスファミド500mgを投与した。ステロイドの後療法はプレドニゾン60mgより開始し、その後漸減したが、間質性肺炎の再増悪はなかった。day11に胸部違和感が出現し、胸部X線で左気胸を認めたため、トロッカーチューブでのドレナージを開始した。改善しないためday15に自己血で胸膜癒着術を行ったが治癒しなかった。day17に胸腔造影を行い、責任病変を上下葉にそれぞれ認めた。day18に50%ブドウ糖液で癒着術を行い、肺の虚脱は改善したが治癒しなかった。day22・24にMINOで胸膜癒着術を施行するも改善しないため、day29・32に気管支充填術、day33にMINOで胸膜癒着術、day36に気管支充填術、day37にMINOで胸膜癒着術、day44に気管支充填術、day45・50・52にピシバニールで胸膜癒着術を行った。day53にはエアリークが消失しクランプテスト後、day54にトロッカーを抜去し、day107に退院とした。気管支充填材が何度か口腔より排出されたが、現在まで気胸の再発はない。難治性の間質性肺炎合併気胸に対し胸膜癒着術と気管支充填術を併用し治癒が得られたため、文献的考察を加え報告する。

R-26

重症自己免疫性肺胞蛋白症と診断し、気管支鏡下区域洗浄を行った後にサルグラモスチム吸入を開始した1例

県立広島病院 呼吸器内科

高下 花梨、田中 貴寛、川本 真由、村井 智一、鳥井 宏彰、上野沙弥香、益田 健、谷本 琢也、石川 暢久

症例は58歳男性。労作時呼吸困難を主訴に当院を紹介受診した。胸部CTで両肺に広範なcrazy-paving patternを認め、気管支肺胞洗浄液は米のとぎ汁様を呈し、抗GM-CSF抗体が陽性であった。高流量鼻カニューラ（流量60L/min、酸素濃度55%）吸入下でPaO₂ 68.0mmHgと重症呼吸不全を認めたため、重症の自己免疫性肺胞蛋白症（APAP）と診断した。全肺洗浄を行う場合は酸素化低下によりECMOが必要となる可能性が高いと考え、酸素化低下が軽度である気管支鏡下区域洗浄（SLBL）を複数回に分けて施行した。その後、洗浄した肺区域の透過性がやや改善し、酸素化もやや改善した。その後にサルグラモスチムが上市され使用可能となったため吸入治療を開始した。

重症APAPの治療は全肺洗浄が推奨されており、また、全肺洗浄後にサルグラモスチム吸入を行うことによりサルグラモスチムの効果が高まるという報告がある。しかし、全肺洗浄は侵襲度、難易度が高く、全肺洗浄の経験のない施設で施行することは容易ではない。SLBLは全肺洗浄に比し治療効率が低いと頻回の施行が必要となるが、気管支肺胞洗浄の要領で行うことが出来るため、気管支鏡検査ができる施設であれば施行可能である。本症例は重症呼吸不全であったがSLBL施行後に酸素化がやや改善し、その後にサルグラモスチムの吸入治療を開始することができた。改善した酸素化を維持、または更に改善することを期待して治療を継続し、治療経過を報告する。

ドセタキセル＋ラムシルマブ療法による治療中に乳び胸をきたした2例

NHO 呉医療センター・中国がんセンター 呼吸器内科

長岡 真実、荒木 佑亮、三登 峰代、福原 和秀、妹尾 直

【症例1】72歳男性。左上葉肺腺癌 (cT3N1M1b cStage IVA) に対し3次治療としてドセタキセル＋ラムシルマブ (DTX+RAM) 療法10サイクル施行時に、下肢の浮腫と両側胸水を認めた。右胸水に対し胸腔穿刺を行い右乳び胸と診断。リンパ管造影では漏出点は同定できず、2か月の休薬でも改善しなかったため、胸膜癒着術を行った。その後胸水の再貯留なく経過し、4次治療を行っている。

【症例2】64歳男性。左上葉肺腺癌 (cT1bN2M1c cStage IVB) に対し2次治療としてDTX+RAM療法6サイクル施行中に下肢の浮腫と新規の右胸水貯留を認めた。2か月休薬するも改善せず、胸腔穿刺を行い右乳び胸と診断。胸膜癒着術を行い、3次治療の開始を検討している。

【考察】乳び胸は胸管より乳びが漏出し、胸腔内に貯留する疾患で、外傷性、非外傷性、特発性に分類される。非外傷性の多くは悪性リンパ腫を含めた悪性腫瘍が原因であるが、当院で経験した症例はいずれも対側肺に原発巣があり、胸水中の細胞診は陰性であったことから直接的な関与は否定的と考えられた。抗悪性腫瘍薬による乳び胸の報告はあるが、非常に稀であり、明確な機序は不明である。当院で経験した2症例は、乳び胸の発生にDTX+RAM療法が関与した可能性が示唆される貴重な症例と考え、報告する。

ルキソリチニブによる続発性肺胞蛋白症を疑い、服用中止により良好な経過を辿った1例

¹⁾ 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、

²⁾ 山口大学医学部附属病院 病態制御内科学講座 (第三内科)

柳 大樹¹⁾、浅見 麻紀¹⁾、山本 薫²⁾、水津 純輝¹⁾、濱田 和希¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾

【症例】47歳女性。末梢性T細胞リンパ腫に対して3年前に非血縁骨髄移植を受け、当院血液内科でフォローされていた。8か月前より難治性の消化管GVHDに対してJAK阻害薬であるルキソリチニブの内服を開始していた。3か月前より労作時呼吸困難の自覚があり、来院3日前には倦怠感が増強、体動困難のため救急搬送された。来院時、呼吸不全を呈しており、胸部CTで両肺野すりガラス陰影と小葉間隔壁の肥厚、KL-6 4660U/mLを認めた。BALFの外観は米のとぎ汁様で、細胞診でPAS染色陽性の粒状物が見られ、肺胞蛋白症と診断した。抗GM-CSF抗体は陰性であり、ルキソリチニブによる続発性肺胞蛋白症 (SPAP) を疑い、入院日よりルキソリチニブは中止とした。その後両肺すりガラス影は改善傾向が見られ、入院1か月後には室内気でも酸素化安定し、入院35日目に自宅退院となった。

【考察】ルキソリチニブによるSPAPは少数の報告があり、本症例でもルキソリチニブ中止で陰影・酸素化の改善を認めたことから、ルキソリチニブによるSPAPであったと考えられた。ルキソリチニブによるSPAPの病因は明らかにはなっていないが、本薬剤がマクロファージ内でのJAK-STAT経路に影響を与え、肺胞マクロファージの機能障害を来した可能性などが考えられている。ルキソリチニブによる続発性肺胞蛋白症の症例報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

weekly-CBDCA+PTXを用いた術前化学放射線療法によって病理学的完全寛解が得られた、局所進行胸腺癌の一例

¹⁾広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科、²⁾広島市立広島市民病院 呼吸器外科、

³⁾広島市立広島市民病院 放射線治療科

岩崎 真帆¹⁾、高尾 俊¹⁾、倉富 亮¹⁾、清家 廉¹⁾、郷田 真由¹⁾、矢野 潤¹⁾、松原 慧²⁾、三島 祥平¹⁾、藤原 俊哉²⁾、庄田 浩康¹⁾、松浦 寛司³⁾、岩本 康男¹⁾

【症例】50歳女性

【現病歴】2024年2月、健診胸部X線で右肺門部腫瘤を指摘された。CTで前縦隔に7.5cmの腫瘤を認め、胸腺癌(Sq 正岡分類Ⅲ期 cT3N0M0 StageⅢa)と診断された。腫瘍により腕頭静脈から上大静脈にかけて圧排されており、特に上大静脈部分は病変が内腔に突出していた。術前治療として化学放射線療法(CRT)を行う方針とし、CBDCA(AUC 2)およびPTX(40mg/m²)を週毎に計4サイクル投与し、並行して放射線照射(40 Gy/20 Fr)を行った。Grade 2の白血球減少と悪心のため抗癌剤の減量を必要としたが、PR相当の腫瘍縮小が得られ、PET-CTでの集積もSUVmax 7.4から2.2へと減弱した。続いて、胸腺摘出、上大静脈および腕頭静脈合併切除と再建術を施行し、腫瘍の完全切除が得られた。摘出標本内には腫瘍の残存は無く、病理学的完全寛解(pCR)と診断された。術後補助化学療法としてCBDCA+PTX(CbP)を2サイクル投与し、無再発で経過している。

【考察】局所進行胸腺腫瘍に対する術前CRTの有効性を示した第Ⅱ試験では、治療レジメンとしてCDDP+VP-16が用いられた。これとは別に、CbPは進行期胸腺癌に有効であることが報告されている。これらの既報をもとに、本例の術前導入CRTのレジメンとしてweekly-CbPを選択し、結果、pCRを達成した上で完全切除を可能にした。同療法は局所進行胸腺癌に対して高い有効性があり、根治的CRTへの応用も期待される治療選択肢と考える。

ステロイド療法が奏効した再発胸腺腫の一例

福山市民病院 内科

砂田 有哉、小田 尚廣、岡 智彦、辻 涼子、下西 惇、三谷 玲雄、高田 一郎

症例は64歳女性。前医にてX年に胸腺腫と診断され拡大胸腺摘出術を施行された。X+8年に胸膜播種で再発し、CBDCA+PTX療法を施行。わずかに腫瘍縮小するものの末梢神経障害の有害事象がみられ5コースで中止となった。その3か月後に重症筋無力症クリーゼを発症し当院ICUにて気管挿管・人工呼吸管理となり、免疫グロブリン大量療法、ステロイドパルス療法、後治療としてプレドニゾン+タクロリムス療法を施行し回復した。免疫抑制療法後の画像評価にて胸膜播種は消失していた。

その後、重症筋無力症は再燃なく経過していたため、プレドニゾンを5mg/日まで漸減したが、胸膜播種は徐々に再増悪しX+15年に胸膜播種を切除された。X+18年に胸膜播種が再々増悪したため、プレドニン30mg/日に増量したところ、画像評価にて胸膜播種は再度消失した。その後プレドニゾンは1年6か月かけて7.5mg/日まで漸減しているが、画像上再発は認められていない。胸腺腫がステロイドにて縮小することは知られているが、本症例は再発病変が長期にわたりステロイド療法で制御できている点が貴重と考え報告する。

Ipilimumab+nivolumabが著効した上皮型悪性胸膜中皮腫の1例

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科、²⁾ 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器外科、
³⁾ 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査科
 新居 香織¹⁾、松村 有悟¹⁾、門田 直樹¹⁾、町田 久典¹⁾、岡野 義夫¹⁾、畠山 暢生¹⁾、南城 和正²⁾、
 日野 弘之²⁾、先山 正二²⁾、成瀬 桂史³⁾、竹内 栄治¹⁾

【症例】69歳男性

【現病歴】X年3月頃から呼吸困難、胸部不快感、動悸を自覚し、4月に紹介医を受診した。胸部X線画像で左大量胸水、CTにて左胸膜に腫瘤や播種像を認め、胸水細胞診はclass Vであったため精査加療目的で当科を紹介受診した。当院呼吸器外科にて胸腔鏡下胸膜生検と胸膜癒着術を行った。病理組織、全身精査からびまん性上皮型悪性胸膜中皮腫cT1N0M1と診断し、Ipilimumab+nivolumabによる治療を開始した。経過中に発熱やG2の皮膚障害を認めた。4コース目投与後のCTでPRの縮小効果を得られた。

【考察】悪性胸膜中皮腫は悪性度の高い希少がんであり、びまん性悪性胸膜中皮腫は極めて治療抵抗性で予後が悪いとされている。CheckMate743試験ではプラチナ製剤+PEM併用療法に比べOSの延長が認められ、肺がんガイドラインでもPS0-2患者の1次治療として推奨されている。今回我々は1次治療としてIpilimumab+nivolumabを投与し著明に縮小したびまん性上皮型悪性胸膜中皮腫を経験したので報告する。

肺抗酸菌症との鑑別を要した薄壁空洞肺癌の一例

¹⁾ JA 高知病院 内科、²⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野、
³⁾ 国立病院機構高知病院 呼吸器内科、⁴⁾ 国立病院機構高知病院 臨床検査科
 高橋 啓輝¹⁾、國重 道大²⁾、高橋 清英¹⁾、西山 美保¹⁾、住友 賢哉¹⁾、岡野 義夫³⁾、成瀬 桂史⁴⁾、
 竹内 栄治²⁾、篠原 勉²⁾

【背景】肺の空洞性病変を呈する病態としては種々の病原体による感染症や各種肉芽腫性疾患、原発あるいは転移性の腫瘍性疾患などの多彩な疾患が挙げられるが、肺に既存病変が存在した場合の診断は必ずしも容易ではない。

【症例】53歳の男性。人間ドックでの胸部X線検査で左中肺野に空洞性病変を指摘され、当院へ紹介となった。呼吸器症状は認めなかったが、胸部CT検査では左S6に孤立性の薄壁空洞病変を、右下葉主体に気管支拡張像および粒状陰影を認めた。血液検査では抗MAC抗体とアスペルギルス抗原は陰性で、T-SPOTのみが陽性であった。喀痰および胃液での抗酸菌検査はすべて陰性で、他院に精査を依頼した。空洞性病変については、気管支鏡検査では洗浄液等からの抗酸菌の検出はなく、細胞診で異型細胞を認めたが組織診では診断確定に至らず、外科的切除の方針となった。術中迅速検査で脈管侵襲を伴う肺腺癌と診断され下葉切除を予定したが、肺門リンパ節転移を認め切除に際してやむなく左肺全摘となった。

【考察】薄壁空洞の形成機序として中心性壊死、既存空洞での発癌、細気管支領域での発癌によるcheck-valve mechanismなどが考えられるが、本症例では病理組織像から中心性壊死が要因と思われた。空洞を呈する肺癌は全体の3-15%で、一般的に非空洞性肺癌よりも悪性度が高く予後は悪いとされており、積極的な気管支鏡検査の実施が重要である。

R-33

肺放線菌症と悪性リンパ腫肺転移の合併例

広島市立舟入市民病院 内科

秋枝 政志、高山 裕介、牛尾 剛己、北原 良洋

【症例】80歳，男性．右前胸壁に局限するDLBCLに対してX-1年7月よりR-CHOP療法を6コース施行し，終了後のPET-CTで集積が残存するためX年1月より放射線治療を追加で行った．同年4月のPET-CTでは右前胸壁腫瘍の病勢は抑えられていたが，右肺門部にFDG高集積を伴う新規の腫瘍影が出現した．経過から，悪性リンパ腫の肺転移を疑い，確定診断目的で気管支鏡検査を施行した．その結果，生検組織で異型リンパ球様細胞が浸潤し，免疫染色でLCA (leukocyte common antigen) が陽性であり，悪性リンパ腫の肺転移として矛盾しない結果であった．また気管支洗浄液の培養検査では*Actinomyces spp.* が検出され，最終的に肺放線菌症と悪性リンパ腫肺転移の合併と診断した．

【考察】肺放線菌症と肺癌の合併例は少数報告されているが，今回，肺放線菌症と悪性リンパ腫肺転移との合併例を経験した．胸部悪性腫瘍に肺放線菌症が合併することがあり，腫瘍と感染症の同時発生を考慮した対応が必要と思われる．

R-34

脳転移再発の反復に対して集学的治療を行い20年超の長期生存が得られたEGFR変異陽性肺腺癌の1例

愛媛大学医学部附属病院 医学系研究科 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学講座

八木 貴寛、福西 宥希、菊池 泰輔、田口 禎浩、中村 行宏、山本 哲也、加藤 高英、山本将一郎、野上 尚之、山口 修

【症例】50歳代、女性

【現病歴】X年、30歳代時に右上葉肺腺癌に対して右上葉切除術およびリンパ節郭清を施行した(pT1N0M0)。X+5年に増大傾向を呈する多発脳腫瘍を認め、粗大病変について摘出術を施行し、肺腺癌の転移と診断した。残存病変に対してSRTを行い、以後は長期的に無再発で経過したが、X+13年以後、脳転移再発を反復し、手術及びSRT、化学療法など集学的治療を行った。X+18年にも大脳鎌・左後頭葉の再発に対してSRTを行ったが、腫瘍の残存と腫瘍マーカーの上昇を認めた。手術は困難と判断され、以前の脳腫瘍からEGFR遺伝子変異(エクソン19欠失)を認めたためErlotinib+Bevでの治療を開始した。X+20年に脳腫瘍の増大がありPDと判断してOsimertinibを投与開始した。X+23年6月に脳腫瘍増大によりPDと判断してCBDCA+PTX+Bev+Atezolizumab療法を開始したが同年12月に脳転移の再発がありPDと判断した。X+24年1月にSRTを行った。現在は外来での慎重な経過観察を行っている。

【結語】EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の脳転移再発の反復に対して集学的治療を行い長期生存が得られた。20年超の長期生存は稀であり、報告する。

腭頭部にTTF-1陽性腺癌を認めた一例

¹⁾JA尾道総合病院 呼吸器内科、²⁾JA尾道総合病院 病理研究検査科

勝良 遼¹⁾、濱井 宏介¹⁾、阿部 公亮¹⁾、露木 真子¹⁾、古月 七海¹⁾、米原 修治²⁾

【背景】Thyroid Transcription Factor-1 (TTF-1)は通常、肺腺癌に特異的なマーカーであり、腭頭部での発見は極めて稀である。過去には、TTF-1陽性でありながら肺野以外に病変を認める症例が複数報告されている。これらの症例は、腎臓や消化管などにおいてTTF-1陽性腺癌が確認されたが、いずれも肺野に明確な病変を伴わないものであった。今回、腭頭部にTTF-1陽性腺癌を認めた一例を経験したため、経過と共に報告する。

【症例】症例は45歳男性。閉塞性黄疸の精査加療目的に入院した。CTで腭頭部に腫瘤影を、左鎖骨窩や腹部大動脈周囲にリンパ転移腫大を認めた。肺野に明らかな腫瘤性病変は認めなかった。悪性リンパ腫や腭臓癌の多発リンパ節転移を疑い、腭頭部腫瘍に対して超音波内視鏡下細針吸引を、左鎖骨窩に対して手術による生検を行った。生検組織からTTF-1陽性の腺癌を認めたことから肺癌の腭転移、多発リンパ節転移と診断し、POSEIDONレジメン療法を開始した。

【考察】本症例は、肺野以外にTTF-1陽性腺癌が認められる稀な症例であり、腭腺癌と肺腺癌との鑑別が問題となった。TTF-1陽性であることから肺癌として治療を開始したが、腭頭部での発見という珍しい症例であり、今後の治療方針について慎重な検討が必要である。

【結論】TTF-1陽性腺癌が腭頭部に認められた症例を報告する。POSEIDONレジメン療法を導入したが、その治療効果についても報告し、今後の類似症例の参考とする。

テポチニブ投与後に高度な血小板減少と好中球減少を来したMET exon14 skipping変異陽性肺腺癌の一例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

中西 颯斗、村上 行人、坂東 弘基、磯村 裕太、梶本 達也、近藤 圭大、香川 耕造、荻野 広和、佐藤 正大、埴淵 昌毅、西岡 安彦

【症例】80歳、男性

【現病歴】X年1月に近医で胸部異常陰影を指摘され当院呼吸器外科に紹介された。全身精査で左上葉原発肺腺癌(cT2bN2M0, stage III A)と診断され、ドライバー遺伝子はMET exon14 skipping変異が陽性であった。外科的完全切除が困難であったことから当科紹介となり、X年4月15日より低用量CBDCAによる化学放射線療法(CRT)を開始した。4月25日に右上肢麻痺が出現し、頭部MRIでCRT前はなかった新規脳転移を認めたことからPDと判定しCRTは中止した。脳転移に対して定位照射を行ったのち、5月2日よりテポチニブ500mg/日を開始した。5月7日より血小板減少が出現し、Grade 3まで進行したため5月14日にテポチニブを休薬した。5月24日にはGrade 4の好中球減少および発熱性好中球減少症が出現し、抗菌薬とG-CSF投与を行った。その後は解熱し、血球も回復したため6月4日よりテポチニブ250mg/日で再開した。以降は血球減少の再燃なく経過した。

【考察】テポチニブにおける血小板減少の発生率は1-5%と報告されているが、本症例のように高度な血小板減少と好中球減少が出現した症例はこれまで報告されていない。METは骨髓前駆細胞に広く発現しており、METの活性化によって造血が促進される。本症例ではCRTによる骨髓抑制以外にテポチニブのMETチロシンキナーゼ阻害作用が血球減少に寄与した可能性がある。テポチニブはごく稀に高度な血球減少をきたすため慎重なモニタリングを要する。

EGFR 遺伝子変異陽性左下葉扁平上皮癌に対して Osimertinib が奏効した一例

¹⁾ 国立病院機構高知病院 呼吸器内科、²⁾ 公立陶生病院 呼吸器・アレルギー疾患内科

松村 有悟¹⁾、新居 香織¹⁾、市原 聖也²⁾、門田 直樹¹⁾、岡野 義夫¹⁾、町田 久典¹⁾、畠山 暢生¹⁾、竹内 栄治¹⁾

【背景】一般的に肺扁平上皮癌における EGFR 遺伝子変異の陽性率は 4.6% と低いとされる。EGFR 遺伝子変異陽性肺非小細胞癌への化学療法として、本邦の肺癌診療ガイドラインでは EGFR チロシンキナーゼ阻害薬 (EGFR-TKI) が推奨されているが、有効性に関して肺扁平上皮癌は肺腺癌と比較して劣るとされる。

【症例】75 歳、女性。X-1 年 7 月より左胸背部痛や血痰が出現し、近医を受診した。胸部単純 CT 検査で左下葉 (S6) に 6.5cm 大の腫瘤影を指摘され、精査目的に当科を紹介受診した。診断目的に気管支鏡検査を施行したが、病理組織から診断することはできなかった。診断目的に CT ガイド下肺生検を施行したところ、扁平上皮癌と診断した。全身検索から cT4N1M1a cStage IVA と診断した。遺伝子検査では EGFR 遺伝子変異 (exon21 L858R 変異) が検出され、PD-L1 TPS 95% であった。化学療法に関して患者と相談を行い、初回化学療法として Osimertinib を選択した。X-1 年 9 月より Osimertinib を開始したところ、腫瘍の縮小を認めた。Osimertinib を開始して 9 ヶ月後も Partial Response を維持できており、現在も Osimertinib を継続している。

【結語】今回、我々は EGFR 遺伝子変異陽性左下葉扁平上皮癌に対して Osimertinib が奏効した症例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

牡蠣殻粉塵吸入による過敏性肺炎の一例

¹⁾ マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、²⁾ マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科
竹内 陽生¹⁾、神原穂奈美²⁾、高橋 広²⁾、實綿 慶²⁾、大成洋二郎²⁾

症例は 54 歳女性。牡蠣殻の粉末加工現場での勤務を開始した 1 週間後から発熱、咳嗽が出現し、近医での抗菌薬治療が無効であったため当科を紹介受診した。胸部 CT 検査で両肺にびまん性のすりガラス陰影および小葉中心性の粒状影を認め、血液検査では CRP の上昇を認めた。肺機能検査では拘束性換気障害を呈しており、過敏性肺炎を疑い入院の上、気管支鏡検査を施行した。右 B⁵ より気管支肺胞洗浄、右 B⁹ より経気管支肺生検を行い、気管支肺胞洗浄ではリンパ球分画の増多を、病理組織では間質での非乾酪性類上皮細胞肉芽腫形成を認め、過敏性肺炎に矛盾しない所見であった。入院後は無治療経過観察のみで発熱・呼吸器症状は消失し、血液検査・胸部画像・肺機能ともに改善を認めた。退院後に職場復帰を行ったが、復帰初日の退勤後に発熱・咳嗽が再燃し、再現性を認めたことから、牡蠣殻粉塵吸入による過敏性肺炎と診断した。

過敏性肺炎は抗原の反復吸入により胞隔や細気管支にリンパ球浸潤を主体とした炎症を来すアレルギー・免疫性疾患であり、原因抗原は多岐に渡る。牡蠣殻による過敏性肺炎の報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

経気管支肺生検では診断困難であった巨大腫瘤影を伴う多発血管炎性肉芽腫症の1例

¹⁾ 松山赤十字病院 臨床研修センター、²⁾ 松山赤十字病院 呼吸器センター
越智ももこ¹⁾、片山 一成²⁾、牧野 英記²⁾、佐原 咲希²⁾、茅田 祐輝²⁾、大下 一輝²⁾、甲田 拓之²⁾、
梶原浩太郎²⁾、兼松 貴則²⁾

【症例】66歳女性

【主訴】発熱，喀痰，咳嗽

【現病歴】生来健康であった。2週間持続する発熱，湿性咳嗽で前医を受診した。画像検査で右下葉に気管支透亮像を伴う巨大腫瘤影を認め，臨床症状，WBC/CRPの上昇から肺膿瘍が疑われ，広域抗菌薬を投与されたが，効果がなく当科へ転院した。

【経過】悪性腫瘍，リンパ増殖性疾患，感染症，血管炎を鑑別に経気管支肺生検(TBLB)を施行した。EBUSでwithinの所見で通常鉗子も併用したが，病理組織には異型細胞はなく，多数の好中球浸潤が見られたが一般細菌/真菌/抗酸菌培養は陰性であった。その後，PR3-ANCA陽性が確認された。上気道の症状はなかったが，腎症状(血尿，蛋白尿)があり，腎生検で小動脈の壊死性血管炎が確認されたことから，厚生労働省の診断基準を用いて多発血管炎性肉芽腫症(GPA)と診断した。リツキシマブ・ステロイドの加療を開始し，臨床症状や画像の改善がみられた。

【考察】巨大腫瘤影を呈するGPAの報告は少ない。感染症や悪性腫瘍との鑑別が必要であるが，TBLBで得られる小さな検体では診断に至らないことが多い。臨床像からGPAを疑った場合には，腎生検や外科的生検，切除術による確実な組織採取が重要である。

肺非結核性抗酸菌症にアレルギー性気管支肺アスペルギルス症を合併しイトラコナゾール追加治療を行った一例

¹⁾ 徳島県鳴門病院 医療人育成センター、²⁾ 徳島県鳴門病院 内科
木田 兆是¹⁾、三木 真理²⁾、西條 敦郎²⁾、日浅由紀子²⁾、山村篤司郎²⁾、藤中 雄一²⁾

症例は68歳女性。X-11年に胸部レントゲン異常を指摘されていた。X-1年11月、咳と胸部陰影増悪の指摘があり、当院を紹介受診した。好酸球増多、IgE高値と喀痰よりMycobacterium intracellulareが陽性と判明し、肺非結核性抗酸菌症とアレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)が確定した。両者に対し抗酸菌症標準治療とプレドニゾロン内服を開始されるも食思不振にて自己中断した。X年5月より咳、痰、発熱、陰影増加があり、好酸球増多を伴いABPA増悪が考えられ、プレドニゾロン20mg内服投与を開始した。気管支鏡検査にて気管支内粘液栓と洗浄液より抗酸菌が検出され、アミカシン、アジスロマイシン、エタンブトール、シタフロキサシン、リファンピシンによる抗酸菌症治療とBenralizumabをABPA病状コントロールのため開始した。いったん症状は改善するもX年11月に喀痰よりAspergillus fumigatusが検出され、陰影の改善も得られず、リファンピシンを中止し、イトラコナゾール内服を開始した。以後、抗酸菌症、ABPAともに病状コントロールが得られ、イトラコナゾール開始後20カ月を経過したが、病状は安定している。抗酸菌症+ABPA合併症例の治療についての考察を踏まえて報告する。

R-41

クライオ生検が診断と治療方針決定に有用であったRA-ILDの1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、

³⁾鳥取大学医学部 病理学講座

吉岡 龍聖¹⁾、舟木 佳弘²⁾、乾 元気²⁾、松岡 秀一²⁾、石川 博基²⁾、照屋 靖彦²⁾、西上 美侑²⁾、
矢内 正晶²⁾、河野 紘輝²⁾、阪本 智宏²⁾、原田 智也²⁾、高田 美樹²⁾、岡崎 亮太²⁾、森田 正人²⁾、
尾崎 加苗³⁾、山崎 章²⁾

【症例】66歳男性。【主訴】咳嗽。

【現病歴】20XX-15年に関節リウマチ(RA)と診断され、メトトレキサート(MTX)を継続していた。20XX年2月頃から呼吸困難があり、6月に撮影した胸部CTですりガラス陰影、網状影、嚢胞性変化を認め、当科紹介受診となった。喫煙やMTXの関与を疑っていずれも中止したが、症状は改善せず、古い建物での就業が関与した線維性過敏性肺炎も疑ったが、休職は困難だった。診断および治療方針決定の為に、気管支肺胞洗浄およびクライオ生検を行った。気管支肺胞洗浄液はリンパ球優位だった。クライオ生検では、斑状線維化と線維芽細胞巣を有するUIP様所見、肺胞壁への炎症細胞浸潤を認めたが、架橋状線維化や肉芽腫、多核巨細胞を認めなかった。RA-ILDと診断し、抗炎症薬への反応が期待できると判断したため、抗線維化薬導入はせず、プレドニゾロン0.5mg/kg/日+タクロリムスで治療開始したところ、関節症状、呼吸器症状、CT画像所見が改善した。

【考察】膠原病治療中に間質性陰影が生じた際、膠原病肺か他疾患か、抗炎症薬と抗線維化薬のどちらを優先すべきか迷うことがある。クライオ生検は経気管支肺生検と比較して得られる検体量が多く、炎症、線維化の程度や局在、予後不良とされるUIP様所見の有無が確認できるため、診断能と予後推定能に優れ、抗炎症薬と抗線維化薬の選択に役立つ点で、膠原病における治療戦略決定に有用な検査になり得る。

R-42

乙字湯による薬剤性間質性肺炎の一例

広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科

岡田 悠希、中西 雄、奥崎 体、高田悠太郎、渡部 雅子、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博

【症例】64歳男性。来院7日前より労作時呼吸困難と37℃台の微熱を認めた。来院4日前に近医を受診したが、血液検査・胸部単純X線写真で異常を認めず、ラスクフロキサシンを処方された。しかし、その後も労作時呼吸困難症状の改善を認めず、来院当日に前医で血液検査を施行されWBC・CRPの上昇を認めたため、当院を紹介受診した。来院時、安静時室内気でSpO₂が80%台と呼吸不全を認め、胸部CTでは両肺びまん性にすりガラス影と牽引性気管支拡張を認め、DADパターンの間質性肺炎と診断した。血液検査でKL-6は374U/mLと正常であり、膠原病に関連する自己抗体も陰性であった。症状出現の約1カ月前から近医で痔核に対して乙字湯を処方されているという病歴と画像所見から、乙字湯による薬剤性間質性肺炎と診断した。休前日の夕方のため気管支鏡検査施行が困難であり、乙字湯の内服を中止した上でステロイドパルス療法(メチルプレドニゾロン 1g/日 3日間)を開始した。第4病日に撮影した胸部単純X線写真では両肺透過性の著明な改善を認め、来院時認めていた呼吸不全も軽快し酸素投与は不要となった。以後ステロイドを漸減中止したが、現在まで間質性肺炎の再燃は認めていない。

【考察】乙字湯に含まれる黄芩、柴胡は薬剤性間質性肺炎の発症と関連がある事が示唆されている。漢方薬は間質性肺炎を引き起こすものも多く、詳細な病歴聴取と含有生薬の確認が重要である。

MET チロシンキナーゼ阻害剤テボチニブによる薬剤性肺障害の1例

¹⁾徳島県立中央病院 医学教育センター、²⁾徳島県立中央病院 呼吸器内科

矢野 晶大¹⁾、今倉 健²⁾、村上 尚哉²⁾、山本 浩生²⁾、香川 仁美²⁾、柿内 聡司²⁾、葉久 貴司²⁾

【症例】88歳、男性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】X-2年2月に当院呼吸器外科で右下葉腫瘍に対して胸腔鏡下右肺下葉切除を実施し、肺腺扁平上皮癌pT1bN0M0 Stage IA2と診断された。以後経過観察されていたが、X年3月初旬から右側胸部痛が出現し、4月1日に呼吸器外科外来を受診した。胸部CTで右側胸部から横隔膜に軟部影・右第7-9肋骨に溶骨性変化・右上中葉に浸潤影を認め、術後再発と診断された。右側胸部痛に対して緩和的放射線治療(40グレイ/15分割)を実施、AmoyDx[®]肺癌マルチ遺伝子PCRパネル検査でMETエクソン14スキッピング変異を認めたため、4月26日METチロシンキナーゼ阻害剤(MET-TKI) テボチニブ500mgの内服を開始した。翌27日から呼吸困難を自覚するようになり、徐々に増悪したため5月1日呼吸器外科外来を受診した。胸部CTで左全肺野に非区域性のすりガラス影が出現、低酸素血症を認めたことから薬剤性肺障害が疑われ、当科に紹介された。同日入院しステロイド投与を開始したところ、呼吸不全や画像所見の改善を認め、5月15日退院した。

【考察】テボチニブ開始直後に発症した薬剤性肺障害を経験した。MET-TKIによる肺障害は比較的稀で、病態・好発時期・リスクファクター等は明らかになっておらず、既報を参照し報告する。

胸水貯留に対し胸腔鏡下胸膜生検で診断したIgG4関連胸膜炎の一例

川崎医科大学附属病院 呼吸器内科

田嶋 展明、黒瀬 浩史、谷向 剛、玉田 知里、山内宗一郎、渡辺 安奈、池上 仁美、田嶋匠之助、藤原 敦史、小橋 吉博、小賀 徹

【症例】60歳男性。基礎疾患に2型糖尿病あり。8ヶ月前から労作時呼吸困難と、健診胸部X線写真で左胸水貯留の指摘があった。2ヶ月前から前医で尿蛋白、低Alb血症を指摘され、ネフローゼ症候群として経過観察されていた。左胸水貯留に対し、利尿薬を投与されるも軽快せず、血清IgG4 1340mg/dLと高値にて当院腎臓内科を紹介された。胸腔穿刺にてリンパ球優位の滲出性胸水で、ADA 106U/Lと上昇を認めた。結核性胸膜炎を疑い当科紹介となった。喀痰、胸水中の抗酸菌は陰性、T-SPOT陰性であり、精査目的で胸腔鏡検査を実施した。横隔膜周囲の壁側胸膜に複数の水疱状の小隆起性病変を認めた。病理にて形質細胞浸潤とIgG4陽性細胞を多数認め、IgG4関連胸膜炎と診断した。また腎生検では膜性腎症の所見であり、本疾患との関連性は不明であった。胸腔ドレナージ後、PSL 30mg/day投与を開始し、胸水コントロール良好にて漸減の方針とした。

【考察】IgG4関連呼吸器疾患は、気管支血管周囲束や小葉間隔壁、胸膜への著明な形質細胞浸潤を示し、IgG4高値を特徴とし、リンパ節腫大や胸郭外病変を合併する。一方、本症例のように胸水貯留のみの症例の報告もあり、その場合胸水検査のみでの診断は困難となる。原因不明胸水でIgG4関連胸膜炎を疑ったり、結核性胸膜炎などの鑑別が必要な場合には、積極的に胸腔鏡検査を行い、胸膜病変を精査する必要がある。

R-45

オキサリプラチンによるアレルギー反応後に好酸球性肺炎および気道内粘液栓の形成をみとめた喘息患者の一例

三原市医師会病院 内科

折出 純、塩谷咲千子、竹下 恭平、露木 佳弘、奥崎 健

【症例】62歳女性。近医にて喘息の加療中であったが、コントロール不良でOCS投与が頻回に行われていた。X-1年9月に盲腸癌の手術、11月より術後補助化学療法FOLOX療法を開始した。X年1月4コース目のオキサリプラチン投与時にアナフィラキシーショックをきたし、以降、5-FU/LV療法に変更し副作用なく経過していたが、3月に喘鳴、呼吸困難が出現し、喘息増悪が疑われ、当院を紹介受診した。当院初診時、両肺でwheezesが聴取され、末梢血好酸球が2099/ μ Lと高値だった。CTでは両肺上葉に多発斑状影、すりガラス陰影、右下葉気管支内に粘液栓様の陰影をみとめた。気管支鏡検査で右B1より採取したBALFの好酸球分画が上昇、組織診で肺内の好酸球浸潤が示され、好酸球性肺炎と診断した。また、右下葉気管支内に白色粘液栓をみとめ、細胞診で多数の好酸球とシャルコーライデン結晶の析出をみとめた。好酸球性肺炎および粘液栓を伴う重症喘息として、PSLmg 25/日を開始し、症状の改善をみとめ、両肺の陰影と粘液栓は消失した。

【考察】コントロール不良喘息はアナフィラキシー重篤化の危険因子であり、喘息患者にオキサリプラチンなど過敏反応をきたしやすい薬剤を使用する場合はコントロールを十分に行うことが重要と考えられた。また本症例では、オキサリプラチンに対するアレルギー反応により好酸球性肺炎をきたす可能性や、喘息など既存のアレルギー疾患を悪化させる可能性が示唆された。

R-46

乳癌術後放射線治療によって誘発された器質化肺炎の1例

川崎医科大学 呼吸器内科学

谷向 剛、黒瀬 浩史、田嶋 展明、玉田 知里、渡辺 安奈、山内宗一郎、池上 仁美、田嶋匠之助、藤原 敦史、小橋 吉博、小賀 徹

【症例】60歳女性。6カ月前に右乳癌(cT1N0M0/Stage IA)に対し乳房温存療法として右乳房部分切除術+放射線治療(42.5Gy/16Fr)を行い、アロマターゼ阻害薬を内服していた。放射線治療終了から4ヶ月後の前医定期受診時、無症状であったが、採血上CRP 10mg/dL、胸部CTで右中下葉にコンソリデーションを認め、肺炎としてラスクフロキサシン内服の上経過観察された。しかし、1週間後に発熱と呼吸困難を自覚し、前医から当科を紹介受診した。病歴から放射線肺臓炎を疑うも、胸部CTで放射線照射野を超えて陰影の拡大を認め、気管支鏡検査でBALF分画はリンパ球31.8%、好中球25.6%と上昇を認め、病理にて器質化肺炎像を呈していた。以上より放射線誘発性の器質化肺炎と考え、mPSL 80mg/dayで加療を開始し、陰影改善を認めステロイドを漸減した。

【考察】放射線誘発性肺障害は、放射性肺臓炎と器質化肺炎(organizing pneumonia: OP)に分類され、特に乳癌ではOPの発症頻度が1.8-3%と高いがその原因は不明である。乳癌放射線治療後1年以内は、放射線誘発性のOPを発症するリスクが高く、照射範囲外の異常影や呼吸器症状出現時にはOPの可能性を念頭に診療にあたる必要がある。

爪郭毛細血管異常が診断の一助となった抗ARS抗体陽性間質性肺炎の1例

広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科

奥崎 体、中西 雄、高田悠太郎、渡部 雅子、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博

【症例】73歳男性。来院1ヶ月前から乾性咳嗽・労作時呼吸困難を自覚した。来院7日前にかかりつけ医を受診し胸部単純X線写真で両下肺野の透過性低下を指摘され、細菌性肺炎として抗菌薬を処方された。しかし、その後も症状の改善がなく当院救急外来を紹介受診した。胸部単純CTでは両下葉有意に両肺びまん性にすりガラス陰影・網状陰影が広がっており、身体診察を行ったところ右示指・小指の爪郭に点状出血・ループ状血管拡張がみられた。臨床経過・画像所見・身体所見から特発性炎症性筋疾患（IIMs）に伴う間質性肺炎を疑い、同日入院の上で気管支鏡検査を行った。右中葉から回収した気管支肺胞洗浄液ではリンパ球優位の細胞増多がみられたため、同日検査後からステロイドパルス療法を開始した。第4病日に抗ARS抗体が陽性であることが判明したため、抗ARS抗体症候群と診断してタクロリムスの内服を開始し、ステロイドの投与量は段階的に減量した。その後血液検査・胸部X線写真とも緩徐に改善し、第20病日に在宅酸素療法を導入して自宅退院した。

【考察】皮膚筋炎をはじめとする膠原病では病初期から爪郭毛細血管異常がみられることが知られており、膠原病に伴う間質性肺炎を早期に診断する上でも有用な所見である可能性がある。

詳細な問診とクライオ生検で診断に至った鳥関連過敏性肺炎の62歳男性例

¹⁾ 国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、

²⁾ 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、

³⁾ 山口大学大学院医学系研究科 放射線医学講座、⁴⁾ 国立病院機構東京病院 臨床研究部

沖村 昌俊^{1,2)}、村川 慶多²⁾、大石 景士²⁾、濱田 和希²⁾、宇都宮利彰²⁾、村田 順之²⁾、浅見 麻紀²⁾、枝國 信貴²⁾、平野 綱彦²⁾、小林 大河³⁾、蛇澤 晶⁴⁾、松永 和人²⁾

【症例】62歳男性

【主訴】労作時呼吸困難（mMRC2）

【現病歴】X年4月に間質性肺疾患の精査目的に前医に紹介された。鳥特異的IgG抗体陽性や胸部CTでモザイク状のすりガラス陰影、吸入抗原として羽毛布団が指摘され、鳥関連過敏性肺炎が疑われた。羽毛布団使用中止で対応していたが、7月より咳嗽や労作時呼吸困難が出現し肺活量やKL-6の数値も増悪した。入院による抗原回避を行ったところ自覚症状は速やかに改善したが、退院後に症状が再度増悪した。原因精査目的で10月に当科紹介となった。

【臨床経過】11月にクライオ生検を施行したところ小葉中心性の線維化や炎症細胞浸潤、肉芽腫を認め、臨床経過やCT所見と併せて鳥関連過敏性肺炎と判断した。12月に入院しステロイド開始するとともに改めて詳細な問診を行ったところ、職場の建物間の渡り廊下上にツバメの巣があり、定期的にほうきで叩いて落としていたとの病歴を聴取した。巣を避けるよう指示し退院としたところ、肺活量やKL-6の数値は改善傾向で推移している。

【考察】クライオ生検は経気管支肺生検（TBLB）と比して採取組織量が多く、外科的肺生検と比して安全に施行可能であることから、間質性肺疾患の精査においてクライオ生検は有用である。また過敏性肺炎を疑った場合は詳細な問診を繰り返すことが重要である。

肺癌の化学放射線療法後に間質性肺疾患と鑑別を要したニューモシスチス肺炎の1例

¹⁾高知赤十字病院 診療科部、²⁾高知赤十字病院 呼吸器内科
小川 晴香^{1,2)}、森住 俊²⁾、石田 卓也²⁾、中内友合江²⁾、豊田 優子²⁾

【症例】77歳男性。左上肺野異常陰影にて紹介受診後、精査の結果、左上葉肺扁平上皮癌 cT3N1M0 stageIIIA と診断し、化学放射線療法（胸部放射線60Gy/30Fr及びweekly CBDCA + PTX）を完遂し外来移行したが、放射線療法完遂後14日目の再診時に低酸素血症を認め、胸部X線写真でびまん性の透過性低下を認めたため同日入院した。胸部CTでは放射線照射野に一致しないびまん性すりガラス陰影を認め、KL-6は1093U/mLと上昇を認めた。 β -Dグルカンが61.6pg/mLと上昇しており、喀痰中*P. jirovecii* DNAも陽性であったことから、ニューモシスチス肺炎と診断した。ST合剤及びステロイド治療を開始し、肺野透過性・呼吸不全は改善、第21病日に自宅退院した。

【考察】化学放射線療法後に生じる間質性肺疾患として放射線肺炎の他、薬剤性肺障害等のびまん性に透過性低下を伴う疾患も鑑別される。ニューモシスチス肺炎もびまん性にすりガラス陰影を呈する疾患であり、悪性腫瘍患者でも生じるが、固形癌は血液腫瘍と比して発症頻度は少ないとされている。しかし、タキサン系抗がん剤はリンパ球機能を低下させることにより発症リスクが増加する可能性があると考えられている。また化学療法に際して一定量のステロイド投与がなされることも発症リスク上昇に関与している可能性がある。化学放射線療法後のびまん性すりガラス陰影の出現に際しニューモシスチス肺炎も念頭に置き鑑別する必要があると考えられる。

喘息発作治療中に発症したアスペルギルス、ノカルジア混合感染による重症肺炎の1例

¹⁾鳥取赤十字病院 初期臨床研修医、²⁾鳥取赤十字病院 呼吸器内科、³⁾松江生協病院 内科
柴田 友理¹⁾、黒田 桂介²⁾、大村那津美³⁾、中崎 博文²⁾

【症例】気管支喘息で当院通院中の51歳女性。喘息発作治療のため入院となった。入院後はステロイド全身投与、プロカテロール吸入を開始した。喘息症状が遷延しステロイド投与が長期化したが、徐々に改善傾向となりステロイドを漸減した。第20病日に40度台の発熱、胸部X線写真で浸潤影が出現し細菌性肺炎としてCAZを開始した。その後も発熱が持続し、画像所見も悪化したため第25病日にCAZからTAZ/PIPCへ変更した。また β -D-グルカン 40.2pg/mL、アスペルギルス抗原陰性の結果からニューモシスチス肺炎を考慮し、ST合剤を追加した。この時点で喀痰培養から有意な菌の検出はなかった。治療変更後も症状改善乏しかったため、抗菌薬不応の肺炎として第32病日に気管支鏡検査を行った。気管支洗浄液より*Aspergillus niger*、*Aspergillus terreus*、*Nocardia sp.*が検出されアスペルギルスとノカルジアの混合感染による肺炎と診断し、VRCZとAMKを追加した。第35病日に無気肺が増悪し一時的に人工呼吸器管理を要したが、第40病日には抜管した。第74病日に自宅退院となった。

【考察】アスペルギルスとノカルジア、それぞれ単独の日和見感染症はしばしば経験するが、混合感染の報告は稀である。免疫抑制状態の患者における抗菌薬不応の肺炎では、混合感染も念頭に置いて診療にあたるべきである。

マイコプラズマ肺炎に多形滲出性紅斑を合併した1例

¹⁾倉敷中央病院 医師教育研修部、²⁾倉敷中央病院 呼吸器内科
吉村倫太郎¹⁾、松井 馨子²⁾、田中 彩加²⁾、石田 直²⁾

症例は19歳、女性。入院9日前より発熱と咳嗽が出現し、近医を受診し、鎮咳薬や解熱鎮痛剤による対症療法で経過観察となった。入院7日前より両上肢を中心に紅斑が出現し、発熱・咳嗽の症状改善なく再び前医を受診し、アモキシシリン処方された。抗菌薬開始後も症状改善なく、入院2日前に当院救急外来を受診し、マイコプラズマ肺炎と診断されレボフロキサシン処方され帰宅となった。その後も紅斑が全身に拡大・増悪、発熱も継続し、当科を受診した。血液検査で白血球減少および胸部X線写真で陰影の増悪を認め、同日より入院加療の方針となった。入院後ミノサイクリン点滴を開始したが、皮疹が更に増悪したため、入院2日目に皮膚生検を実施した。発熱が継続し、呼吸器症状および紅斑のいずれも増悪傾向であり、入院3日目からプレドニゾロンを開始した。紅斑は著明に消退傾向を示し、肺炎症状も改善し、入院8日目に自宅退院した。皮膚組織検査では、後日、多形滲出性紅斑と診断された。

マイコプラズマ感染に皮膚病変が合併することは報告されるが、明確な治療指針は定められていない。ステロイド併用については、組織検査を含めて個々の症例で検討する必要があると考えられる。今回、我々は抗菌薬開始後もマイコプラズマ肺炎と多形滲出性紅斑いずれもが増悪傾向を示した症例を経験した。若干の文献的考察も加えて報告する。

関節リウマチの治療中に発症した続発性肺クリプトコッカス症の一例

¹⁾国立病院機構高知病院 統括診療部 初期臨床研修医、²⁾国立病院機構高知病院 呼吸器内科
橋本 真奈¹⁾、新居 香織²⁾、松村 有悟²⁾、門田 直樹²⁾、岡野 義夫²⁾、町田 久典²⁾、畠山 暢生²⁾、
竹内 栄治²⁾

症例は52歳女性。高血圧症、関節リウマチの既往あり、メトトレキサート、プレドニゾロン、イグラチモド内服中である。検診の胸部X線にて右上肺野に浸潤影を指摘され前医を受診、胸部CTで右上葉末梢に周囲すりガラス影を伴う浸潤影を認め、当科を紹介受診した。T-SPOTや抗MAC抗体は陰性、喀痰検査では有意な菌は検出されず、抗菌薬投与を開始したが胸部X線にて陰影の増強を認めた。精査のため施行した経気管支肺生検にてグロコット染色陽性の菌体が検出され、血清クリプトコッカス抗原が陽性となったことから肺クリプトコッカス症と診断し、フルコナゾールを開始した。

関節リウマチの治療中に発症した続発性肺クリプトコッカス症の一例を経験した。本症例では家庭内でインコを飼育している事実が確認され、インコの糞便からの感染が疑われた。関節リウマチの治療中に認めた胸部異常陰影では、肺クリプトコッカス症の可能性も考慮し原因検索に努めるとともに、患者の生活環境についても聴取すべきであると考えた。

急性膵炎・仮性膵嚢胞治療での経皮的ドレナージによる膵胸腔瘻で発症した *S. algae*、*C. albicans* 膿胸の一例

¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 臨床研修部、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科
竹倉 皓大¹⁾、馬場 咲歩²⁾、藤原 絵理²⁾、中岡 大士²⁾、石田 正之²⁾

症例：56歳男性。大酒家でこれまで複数回の膵炎の既往がある。今回も飲酒後の嘔吐心窩部痛で受診し、急性膵炎の診断に入院となった。加療を行うも症状の改善が不良で、貧血の進行も認められたため精査を行ったところ、仮性膵嚢胞を認め、内視鏡的下のドレナージを行った。一時症状は改善も、その後再燃が認められた。嚢胞部の感染併発も疑われ、経皮ドレナージの追加を行い、局所洗浄を行っていた、この際局所の培養から *Shewanella algae* と *Candida albicans* が検出されていた。ドレーンは容易に閉塞を繰り返すため、複数回入れ替えが必要となり、入れ替えのたびにより太い系のチューブの挿入を行った。経皮ドレナージ開始5日目に左胸水が出現し、その後も増悪を認めた。胸水穿刺を施行し、滲出性の炎症性胸水で、膿胸と診断ドレナージを開始した。その際の胸水培養にて *Shewanella algae* と *Candida albicans* を認め、膵胸腔瘻と診断した。その後膵と腸管の穿孔も認められ、外科的治療を行い改善が得られた。膵胸腔瘻は経皮的ドレナージにおける稀な合併症である、今回ドレナージ開始後から生じた胸水貯留および、膵の病変局所から検出された菌と同様の菌種が検出されたことから診断に至った。経皮的な膵・胆道のドレナージの際ドレーン挿入側に胸水の出現を認めた際は胸腔瘻を考慮する必要がある。

黄疸で受診し、肺，肝，胆管，縦隔リンパ節に病変を認めた外国出生若年者結核

¹⁾ 広島大学病院 医科領域臨床教育センター、²⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科、
³⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 消化器内科
南 博之¹⁾、尾下 豪人²⁾、沼尾 規且³⁾、松田 賢介³⁾、池上 靖彦²⁾、山岡 直樹²⁾

症例は28歳のフィリピン出身男性。閉塞性黄疸にて前医消化器内科を受診した。腹部造影CTで肝内低吸収域、肝内胆管の拡張を指摘された。胸部画像検査で両肺上葉の浸潤影、縦隔リンパ節腫大も指摘され、喀痰で結核菌群PCR陽性が判明した。結核治療目的で当院に転院後、内視鏡的逆行性胆管造影を行い、胆管狭窄に対してステントを留置した。吸引採取した胆汁の抗酸菌塗抹が陽性、結核菌群PCRが陽性だった。胆管狭窄部の内視鏡的生検組織の病理では、胆管粘膜上皮内に多核巨細胞を伴う類上皮肉芽腫を認めた。後日、培養で検出された結核菌の薬剤感受性試験にてINH耐性が判明した。嚥下された結核菌が胆管から侵入し、肝胆道病変を生じたと考えられる稀少な症例であり、結核の病態が極めて多様であることを示す症例であったため報告する。

当院でのFilmArray[®]呼吸器パネル2.1 実施例の検討

広島市立舟入市民病院 内科

秋枝 政志、高山 裕介、牛尾 剛己、北原 良洋

【背景】FilmArray[®]呼吸器パネル2.1は呼吸器感染症の診断補助を目的とし、鼻腔咽頭ぬぐい液を用いてSARS-CoV-2を含むウイルス18種類、細菌3種類を同時に45分で検出する。我が国では2020年6月に承認され、当院では2022年2月に導入されている。

【方法】研究デザインは単施設での後方視的観察研究で、対象は2022年2月から2024年5月までに当院内科でFilmArray[®]呼吸器パネル2.1を実施した患者とした。診療記録から病原体の検出頻度や臨床的特徴などに関して検討を行った。

【結果】最終解析対象は199例で、平均年齢は60.1歳、女性が44%であった。何らかの微生物が陽性となったのは99例、検出微生物は多い順にSARS-CoV-2 54例、Human Rhinovirus/Enterovirus 14例、Influenza 13例、Parainfluenza Virus 9例、Human Metapneumovirus, Aenovirus, Respiratory Syncytial Virusがそれぞれ5例であった。複数の微生物が陽性となったのは7例あった。気管支喘息発作で実施した5例の内、4例で微生物が陽性となった。Human Metapneumovirusは全例で肺炎像を認め、入院加療を要していた。

【結語】ウイルスは重要な呼吸器感染症の起炎菌であり、FilmArray[®]呼吸器パネル2.1を実施することは病態の把握につながる可能性がある。

ニューモシスチス肺炎治療後に免疫再構築症候群を発症したAIDSの1例

¹⁾愛媛県立中央病院 呼吸器内科、²⁾愛媛県立中央病院 感染症内科

水口 吉晃¹⁾、本間 義人²⁾、能津 昌平¹⁾、中村 純也¹⁾、近藤 晴香¹⁾、橘 さやか¹⁾、勝田 知也¹⁾、井上 考司¹⁾、中西 徳彦¹⁾、森高 智典¹⁾

【症例】60歳、男性

【主訴】呼吸困難、発熱

【現病歴】呼吸困難、発熱を主訴に前医を受診した。精査の結果、AIDS関連のニューモシスチス肺炎（以下、PCP）と診断され、加療目的で当院へ転院した。PCP治療（mPSL 80mg、ST合剤9錠）を行い、免疫再構築症候群（以下、IRIS）の発症を懸念し、抗HIV療法は待機的に開始する方針とした。呼吸状態が改善傾向となり、抗HIV療法を開始した。その後も経過は良好であり、mPSLを漸減中止し、ST合剤は予防量（1錠）に減量した。その7日後、発熱、呼吸困難の訴えあり。酸素化低下、CTですりガラス影の増悪を認めた。IRISを疑いPSL 60mg、ST合剤9錠で治療を開始した。気管支鏡検査を行い、培養、遺伝子検査、病理組織を提出したが、いずれからも病原微生物は検出されず、ST合剤は予防量に減量した。経過良好であったため、PSLを漸減したが、15mgに減量した翌日に発熱、酸素化悪化を認めた。既知の肺炎像悪化以外に明らかな熱源がなかったことからIRISの病勢再燃を疑い、PSL40mgに再増量し、以後慎重に漸減していく方針とした。その後、経過は良好であり、PSL 20mgまで減量し再燃がないことを確認し、退院した。

【考察】本症例は、IRIS治療におけるPSL減量のペースが早かったためにIRISが再燃し、PSL漸減を慎重に行う必要があった。

R-57

可溶性IL-2レセプターが著明に増加し血管内リンパ腫との鑑別に苦慮した粟粒結核の一例

山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科

一山 康、濱田 和希、沖村 昌俊、宇都宮利彰、村田 順之、大石 景士、浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

【症例】77歳、女性。

【主訴】発熱、呼吸困難。

【現病歴】8年前より関節リウマチに対してMTX 8mg/週を内服されていた。入院前日より発熱・呼吸困難が出現した。SpO₂ 90% (経鼻酸素2L) と呼吸不全がみられ、胸部CTで両肺すりガラス影や網状影がみられたことより、精査加療目的に当院入院の運びとなった。

【臨床経過】来院時、血液検査でLDH 545U/Lと高値、可溶性IL-2レセプター 12,485U/mLと著明高値、胸部CTで両肺すりガラス影や小葉間隔壁の肥厚が見られたことから、血管内リンパ腫の可能性を考慮した。ランダム皮膚生検や骨髄生検を施行したがリンパ腫細胞はみられなかった。骨髄生検では血球貪食像を認め、汎血球減少もみられたことから血球貪食症候群の併発と診断した。第4病日に尿中の結核菌PCRが陽性となったことから、粟粒結核と診断した。抗結核薬開始後、血球貪食症候群は改善したが、粟粒結核に続発したARDSのため呼吸不全が悪化し、第16病日に永眠された。

【考察】可溶性IL-2レセプターの著明な上昇をきたしたことから血管内リンパ腫との鑑別に苦慮した粟粒結核の一例を経験した。粟粒結核は血管内リンパ腫類似の臨床像を呈する場合があるため注意を要する。

R-58

Mycobacterium heckeshornense による肺非結核性抗酸菌症の一例

国立病院機構福山医療センター 呼吸器内科

松森 俊祐、妹尾 賢、村野 史華、杉崎 悠夏、谷口 暁彦、岡田 俊明

【症例】60歳台、男性

【主訴】労作時呼吸困難

【現病歴】2022年7月中旬に右気胸を発症し当院呼吸器外科へ入院した。ドレーン留置で保存的加療を行い、9日後に退院した。一方で数年前から労作時の呼吸困難の自覚あり、入院時の胸部X線画像で左肺尖部に浸潤影を認め、単純CTでは右肺上葉や左上区に気管支拡張や嚢胞を伴う炎症後瘢痕、左舌区や下葉に空洞性の不整形結節や粒状影、索状影が見られた。喀痰培養から2回 Mycobacterium heckeshornense の検出があり、肺非結核性抗酸菌症と診断した。

まれな起炎菌であり、過去文献を参考に治療を検討した。2023年1月上旬からCAM + EBによる治療を開始したが食欲低下があり、2023年3月上旬からAZM + EBに変更した。治療開始後は労作時呼吸困難は改善し、胸部X線画像においても左肺の陰影は改善傾向であった。現在も同薬で治療を継続している。

【考察】Mycobacterium heckeshornense による感染症は稀である。貴重な症例であり、文献的考察とともに報告する。

抗ウイルス薬3剤使用しCOVID-19長期陽性が陰性化した悪性リンパ腫の2例

¹⁾広島赤十字・原爆病院 呼吸器科、²⁾広島赤十字・原爆病院 血液内科

三宅 浩平¹⁾、松本奈穂子¹⁾、若林 優¹⁾、重本 理子¹⁾、泉 祐介¹⁾、谷脇 雅也¹⁾、牟田 毅²⁾、大橋 信之¹⁾、山崎 正弘¹⁾

COVID-19は、免疫不全者において重篤な症状を引き起こすことが知られている。特に悪性リンパ腫患者は、COVID-19に罹患後長期にわたるウイルスの排出やCOVID-19の増悪を繰り返す経過が報告されている。しかし、この状態を回避する治療は確立されておらず、治療に難渋している現状がある。今回われわれは抗CD20モノクローナル抗体などの治療歴のある悪性リンパ腫患者で、COVID-19に罹患後1種類または2種類の抗ウイルス薬治療を行ったが、SARS-CoV-2 PCRの陽性が持続した症例に対して、3種類の抗ウイルス薬治療を用いPCRが陰性化した2例を経験した。長期PCR陽性状態が持続することは、隔離解除の遅延や治療計画の変更を余儀なくされ、患者の予後に悪影響を与える可能性がある。レムデシビル点滴(10日間)に抗ウイルス薬の内服(エンシトレルビル5日間、ニルマトレルビル/リトナビル5日間)を併用して行う治療は、高度の免疫抑制状態にある患者においてCOVID-19治療の一つの選択肢となりうる可能性があり報告する。

腹水からの迅速な遺伝子検査によって救命しえたALK陽性肺癌の一例

¹⁾岡山大学医学部 医学科、²⁾岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、

³⁾岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、⁴⁾岡山大学病院 高齢者総合医療講座、

⁵⁾岡山大学病院 新医療研究開発センター、⁶⁾岡山大学病院 腫瘍センター

吉永 祐介¹⁾、馬場 貴大²⁾、榎本 剛²⁾、原 尚史²⁾、二宮貴一郎³⁾、肥後 寿夫²⁾、藤井 昌学⁴⁾、頼 冠名⁵⁾、市原 英基⁶⁾、堀田 勝幸⁵⁾、宮原 信明²⁾、田端 雅弘⁶⁾、大橋 圭明²⁾

【症例】76歳、女性、ECOG PS1、喫煙歴なし

【主訴】咳嗽、呼吸困難

【現病歴】1カ月持続する咳嗽を主訴に近医を受診し、胸部CTにて左上葉の腫瘤を指摘された。精査加療目的に当院へ紹介となった。

【治療経過】FDG-PET/CTで原発巣の他に多発骨転移、腹膜播種を認めcStageIVBの進行期肺癌と判断した。入院2日目の経気管支腫瘍生検で肺腺癌の確定診断を得るも、ALK免疫染色は陰性で、組織核酸の質不良で遺伝子解析が不可であった。CT画像にて腹水の急速な増加と、腹膜播種の悪化を認め、腹水穿刺(入院6日目)の細胞診classVを確認後、腹水セルブロックを肺癌マルチ遺伝子PCRパネル(AmoyDx)に提出しEML4-ALK融合遺伝子が検出された(入院9日目)。精査中にECOG PS4まで急激な全身状態の低下(呼吸状態の悪化、貧血の進行)を認めていたが、同日よりアレクチニブ(600mg/日、連日投与)の投薬を開始し、劇的な腫瘍縮小、腹水減少を認め、治療開始後24日目には酸素投与を離脱し、歩行可能なADLまで回復した。

【考察】ALK肺癌においては急速な病勢進行を認める例があり迅速な遺伝子検索が重要である。本症例のように原発巣の再生検が困難な場合、腹水などの細胞診検体を用い、結果返却の早いAmoyDxで検査することが有用であると考えられる。

R-61

原発性肺腺癌 EGFR E746del (Ex19del) に対しエルロチニブが有効であった一例

¹⁾ 島根大学医学部 医学科、²⁾ 島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
常光 修輔¹⁾、奥野 峰苗²⁾、堀江 美香²⁾、谷野 明里²⁾、天野 芳宏²⁾、中尾 美香²⁾、中島 和寿²⁾、
沖本 民生²⁾、濱口 愛²⁾、津端由佳里²⁾、磯部 威²⁾

【症例】80歳女性

【現病歴】左上葉肺腺癌 cT4N1M1b cStage IV B, EGFR E746del (Ex19del), PD-L1 >75%, PS 1, 非喫煙者。呼吸困難を主訴に医療機関を受診し左胸水を認め当科に紹介された。肺腺癌、悪性胸水、脳転移が判明し、胸膜癒着術及び脳転移への定位放射線治療を行った。臨床研究 LC-SCRUM-Asiaに参加しマルチ遺伝子PCR検査 (Amoy) では遺伝子変異が検出されなかったが、次世代シーケンス解析 (NGS) を用いた遺伝子パネル検査でEGFR E746delが判明した。一次治療でカルボプラチン+ペメトレキセドを開始し5ヶ月で病勢進行した。二次治療でエルロチニブ100mg/日を開始し腫瘍は縮小した。皮膚障害のためエルロチニブを減量し、25mg/日で20ヶ月以上腫瘍縮小を維持している。

【考察】Ex19delには様々なバリエーションが存在する。EGFR E746delはコンパニオン診断薬 (Amoy) で検出できなかったがNGSで検出できた。E746delは、EGFR-TKIが有効なEx19delバリエーションと同部位で起こっており、EGFR-TKIが有効と推測した。エルロチニブは遺伝子変異を問わず化学療法施行後に増悪した非小細胞肺癌に使用でき、本症例では2次治療として使用し長期効果が得られた。

【結語】EGFR E746delは一部のコンパニオン診断薬では検出できないが、NGSを用いた網羅的ゲノムプロファイリング検査等では検出できる。可能な限りの遺伝子変異検索を行い分子標的薬の投与に繋げることは予後改善に重要である。

R-62

EGFR L858R+E709G 変異陽性肺腺癌に対しアファチニブが有効であった一例

¹⁾ 島根大学医学部 医学科、²⁾ 島根大学医学部附属病院 呼吸器・化学療法内科
勝部 司¹⁾、沖本 民生²⁾、加藤 将²⁾、幡 高次郎²⁾、片桐 崇将²⁾、津田 洸旬²⁾、堀江 美香²⁾、
天野 芳宏²⁾、中島 和寿²⁾、津端由佳里²⁾、磯部 威²⁾

【背景】EGFR L858R 変異は common mutation に分類されるが、約20%にCompound mutationが認められる。日本肺癌学会『肺癌診療ガイドライン 2023年版』では、「Uncommon mutationがある場合は、エクソン19の欠失とL858R変異が同時にあったとしても、Uncommon mutationに分類する」とされており、その最適な治療法は十分にはわかっていない。

【症例】82歳女性

【現病歴】左上葉肺腺癌 cT4N3M0 cStage IIIC と診断された。肺がんコンパクトパネル[®] Dx検査で、EGFR L858R+E709G 変異陽性であった。一次治療としてアファチニブ40mg/日を開始された。CTCAEでGrade3の下痢を認めたため約1週間の休薬の後、30mg/日に減量された。治療開始1か月後の胸部CTでは腫瘍の縮小を認めた。

【考察】前臨床の検討でEGFR E709X 変異陽性細胞はゲフィチニブやオシメルチニブには耐性であるが、アファチニブには感受性があることが報告されている。本症例ではアファチニブ1か月の投与で腫瘍の縮小を認めており、実臨床でも効果があることが示された。

【結語】EGFR L858R+E709G 変異陽性肺腺癌に対しアファチニブが有効であった。

看護師・保健師・助産師の睡眠状況と身体状況について

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構関門医療センター リハビリテーション科、

²⁾ 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 看護部

石光 雄太¹⁾、岡崎亜由美²⁾

【諸言】不眠は多くの人々に影響を与え、特に医療従事者ではその影響が顕著とされる。不眠症は生活の質や職業パフォーマンスに悪影響を及ぼす可能性があり、本研究ではアテネ不眠尺度(AIS)を用いて医療従事者の不眠症状と健康指標(血圧、握力、睡眠時間、夜勤回数)の関連性および年齢の影響を調査した。

【対象と方法】対象は25歳から75歳の34名(男性2名、女性32名)であり、職種は看護師・保健師・助産師であった。データ収集は年齢、性別、職種、血圧、握力、夜勤回数、睡眠時間、AIS各項目スコアを用いて行った。相関係数を用いてAISの合計点および各項目スコアと各指標、年齢との関連を分析した。

【結果】AIS合計点と指標の相関分析では睡眠時間が最も強い負の相関を示した。AIS各項目と健康指標ではAIS_4(全体の睡眠量)と睡眠時間が最も強い負の相関を示した。年齢が高くなるにつれて収縮期血圧、拡張期血圧が上昇し、左右握力が低下した。また年齢とAIS_1(入眠困難)、AIS_3(早朝覚醒)、AIS_5(全体の睡眠の質)、AIS_7(日中の眠気)には正の相関があり、AIS_8(不眠による苦痛感)には負の相関が見られた。

【結語】本研究対象者らは年齢が高くなると不眠症状が増加し、血圧が上昇し、握力が低下する傾向が見られた。一方、年齢と共に不眠に対する苦痛感は軽減している傾向もみて取れ、不眠症の悪影響に対する周知が重要であることが示唆された。

クライオバイオプシー・MDDが治療方針決定に有用だった膠原病関連間質性肺疾患の76歳男性例

¹⁾ 山口大学医学部 医学科、²⁾ 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科、

³⁾ 山口大学医学部附属病院 放射線科、⁴⁾ 山口大学大学院医学系研究科 分子病理学、

⁵⁾ 国立病院機構東京病院 臨床検査科

猿渡佳寿浩¹⁾、大石 景士²⁾、村川 慶多²⁾、濱田 和希²⁾、宇都宮利彰²⁾、村田 順之²⁾、浅見 麻紀²⁾、枝國 信貴²⁾、小林 大河³⁾、國弘 佳江³⁾、近藤 智子⁴⁾、蛇澤 晶⁵⁾、平野 綱彦²⁾、松永 和人²⁾

【症例】X年(71歳時)に労作時呼吸困難を主訴に当科受診した。精査の結果、抗ARS抗体陽性皮膚筋炎に伴う間質性肺炎と診断した。プレドニゾロン(PSL)、タクロリムスによる治療を開始し、治療反応性は良好であった。その後、PSLは減量するも病勢コントロールが得られていた。X+4年よりFVCが経時的に低下していき、同年11月時の胸部CTですりガラス陰影・網状影の悪化を認めた。抗炎症治療強化か抗線維化薬導入かの治療方針決定のため、X+5年1月に左B8、B9よりクライオバイオプシー(TBLC)を行った。病理では小葉細葉辺縁部に強い線維化が見られ、炎症細胞浸潤はほとんど認めなかった。MDDを行い、膠原病関連間質性肺疾患で線維化病変主体である点、進行性肺線維症の定義を満たす点から、抗線維化薬の導入を行う方針とした。以後、ニンテダニブを導入し経過観察中である。

【考察】TBLC、MDDは抗炎症治療中の膠原病関連間質性肺疾患の治療方針決定に有用である。

市中発症急性膿胸での、Oral-type pleural infection 症例における検出病原菌の検討

¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 臨床検査部、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、

³⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 感染症内科

山中 莉子¹⁾、入交美穂子¹⁾、島田 藍¹⁾、吉田さや佳¹⁾、吉永 詩織¹⁾、森本 瞳¹⁾、中岡 大士²⁾、石田 正之^{2,3)}

市中発症胸膜疾患において、Oral-type pleural infection (OPI) がその病態の主体と言われている。OPI では口腔内常在菌である *Streptococcus intermedius* (*S. intermedius*) や *Fusobacterium nucleatum* (*F. nucleatum*) が主要な検出菌とも報告されている。胸膜疾患の主要疾患の一つである、膿胸において、OPI 症例での検出菌の検討を行った。

【対象・方法】2019年1月から2023年12月までに当院で診断された市中発症急性膿胸症例のうち、OPI 症例を対象として解析を行った。OPI の定義は肺炎とは関連しないヒト口腔微生物叢由来の細菌を含む胸膜感染症とした。

【結果】期間中76例が市中発症急性膿胸と診断され、培養にて菌の検出があった56例中OPIの定義を満たす症例は43例(77%)であった。男性が35例、年齢中央値は75歳(41-99歳)であった。23例(53%)で重症の菌周炎が認められた。検出菌に関しては *S. intermedius* が15株(35%)で最も多く、次いで *Parvimonas micra* (*P. micra*) が10株(23%)、*F. nucleatum* が9株(21%)の結果であった。

【考察】OPI は市中発症膿胸においても一般的な病型と考えられた。特に *S. intermedius* や *F. nucleatum* が感染に重要な役割を担っている事が示され、過去の報告と同様の結果であった。加えて今回の検討では *P. micra* も重要な菌種の一つである可能性が示された。膿胸の診断治療において、口腔衛生環境の管理の重要性が示されたと考えられる。

非結核性抗酸菌症患者に対するエネルギー充足率を指標とした栄養指導の有効性の検討

¹⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 栄養科、²⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科、

³⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 リハビリテーション科、

⁴⁾ 国家公務員共済組合連合会吉島病院 看護部、⁵⁾ 広島国際大学健康科学部 医療栄養学科

野間 智美¹⁾、尾下 豪人²⁾、宮本小瑠子¹⁾、神田 直人³⁾、坂本 藍⁴⁾、池上 靖彦²⁾、山岡 直樹²⁾、齋藤 瑛介⁵⁾

目的：肺非結核性抗酸菌症 (NTM 症) 患者において低体重は重要な予後不良因子である。肺 NTM 症診療における栄養介入の意義を明らかにするため、食事調査と栄養指導を行った外来患者を後方視的に検討した。方法：NTM 症専門外来で管理栄養士による食事調査と栄養指導を実施した肺 NTM 症患者 42 例を対象とした。24 時間思い出し法による食事調査を行い、日本食品成分表を用いてエネルギー摂取量を計算した。Harris-Benedict 式から予測した基礎エネルギー消費量に身体活動係数を乗じて総エネルギー消費量を推算した。「エネルギー摂取量/総エネルギー消費量」をエネルギー充足率とした。

結果：42 例は年齢中央値 71 歳、女性が 34 人 (81%) だった。36 例が多剤併用療法中、6 例が経過観察中だった。低体重 (BMI 18.5kg/m² 未満) の 22 例ではそれ以外の 20 例と比べてエネルギー充足率が有意に低かった。エネルギー充足率 100% 未満の症例について、栄養指導から 3 ヶ月後の再評価を行ったところ、エネルギー充足率の上昇を認めた。

結論：肺 NTM 症患者においてエネルギー充足率は低体重と関連する。エネルギー充足率を指標とした栄養指導が低体重の改善につながる可能性がある。

R-67

右自然気胸に対する胸腔ドレナージ後12時間経過し増悪した再膨張性肺水腫の一例

国立病院機構浜田医療センター 呼吸器外科

藤田 朋宏、松岡 佑樹

【はじめに】再膨張性肺水腫 (RPE, Re-expansion pulmonary edema) は胸腔ドレナージに伴う稀な合併症で、その多くがドレナージ直後に発症する。今回、右自然気胸に対して胸腔ドレナージを行い12時間後に増悪した再膨張性肺水腫の一例を経験したので報告する。

【症例】17歳、女性。1週間前から咳嗽と右胸痛を認めた。

【既往歴・家族歴】なし。

【現症】呼吸循環動態は安定していた。胸部レントゲンでは右肺の完全虚脱を認めた。

【治療経過】右自然気胸と診断し、胸腔ドレナージを行った。RPEの高リスクであり胸腔ドレーンを挿入後、直ちにドレーンをクランプした。その後、時間をかけて適宜クランプを解放しながら水封管理とした。途中、咳嗽と軽度の呼吸困難を認めたが速やかに改善した。しかし、胸腔ドレナージ後12時間経過し、SpO₂ 88% (室内気) と低下を認めた。胸部レントゲンでは右中下肺野の透過性が低下しており、RPEと診断し酸素投与とステロイドを開始した。その後、呼吸状態の悪化はなく入院6日目に退院とした。

【考察】RPEの多くは胸腔ドレナージ後1時間以内に発症する。また、RPEの発症予防には水封管理が望ましいとされるが、本症例のように予防できないことを経験する。特に、咳嗽のある症例では肺が急速に拡張するため発症を防ぐことは難しい。高リスク症例に対してはルート確保、呼吸循環動態のモニタリングを行い、RPEの発症時に迅速に対応することが重要と思われる。

R-68

局所麻酔下胸腔鏡で背側の限局性膿胸を郭清した1例

¹⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 内科
塩田 哲広¹⁾、村山真理子²⁾、佐伯 治馬²⁾、五十野博基²⁾

症例は74歳、男性。主訴は発熱、胸背部痛。10日前から咳、痰があった。40度の発熱、左胸背部痛を訴えて当院救急搬送となる。胸部CTで左胸水貯留、両側多発結節陰影を認めた。緊急外来で胸腔穿刺施行し黄白色混濁した胸水を認めたため膿胸と診断し内科に入院の上抗菌薬の投与が行われた。しかしその後も解熱はみられず第3病日に撮影した胸部CTでは胸水は著明に増加していたため当科に転科となる。左胸水は背側に限局していたため背側からのアプローチで局所麻酔下に胸腔鏡を膿胸腔内に挿入した。膿胸腔内は多数のフィブリンの隔壁で境されていたため可及的に隔壁を除去して生食による洗浄を繰り返した。背側から24Frの曲のソラチックカテーテルを留置し、皮下を這わせて腋窩中線上から表面に出して固定した。術後経過は良好で翌日には胸腔ドレーンを抜去した。背側の限局性膿胸に対して皮下トンネルを作製することで内科的なアプローチが可能になる。

Thoracic eggで治療した医原性気胸の2例

¹⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 神経内科
塩田 哲広¹⁾、古井 英介²⁾

Thoracic egg[®]は気胸の外来治療用に作られた携帯用ドレナージキットである。留置の際には尖刃刀で前胸壁第二肋間鎖骨中線上に約3mmの皮膚切開を行いモスキートペアンで壁側胸膜を開窓した後穿刺針を用いて9Frのカテーテルを留置する。カテーテルの対側には一方弁がついており卵型の廃液ボトルに接続する。胸水の貯留例でも対応できるが排液ボトルの容量が35mlしかないために適宜排液が必要となる。排液は家族でも容易に行うことができる。皮切が小さいために抜去時には縫合の必要はなく外用皮膚用接着剤で対応可能である。

症例1：82歳、女性。NGチューブを右気管支に誤挿入した際に医原性気胸を併発した。Thoracic eggを留置するとすぐに再膨張が得られたため翌日抜去した。

症例2：64歳、男性。CTガイド下肺生検施行1週間後呼吸苦を訴えて外来を受診。左医原性気胸の診断にてThoracic eggを留置した。その後速やかに再膨張がえられたため翌日抜去した。

診断に苦慮した限局性結節性肺アミロイドーシスの1例

KKR高松病院 呼吸器科

市川 裕久、松岡 克浩、関 祥子、石川 眞也、荒川裕佳子、森 由弘

限局性アミロイドーシスは特定の臓器に限局したアミロイド沈着を来す病態で、消化管、尿路、皮膚・皮下組織、上下気道が好発部位である。結節性肺アミロイドーシスは稀な疾患で、肺癌との鑑別が重要となるが、術前診断が難しいことが多い。我々は、限局性結節性肺アミロイドーシスの1例を経験したので報告する。症例は70歳代男性。20xx-8年、COPDの精査加療目的で当科に紹介された。20xx-7年、特発性血小板減少性紫斑病、関節リウマチを発症。20xx-1年1月、COPDのため在宅酸素療法(HOT)を導入した。20xx-1年12月の胸部X線・CTで右肺S3に結節性病変が出現した。腫瘍マーカー(SCC)の上昇を認め、気管支鏡検査を施行した。細胞診でclassⅢであったが、組織診では悪性所見を認めなかった。PET-CTでは、結節性病変、肺門縦隔リンパ節にFDG集積を認めた。肺癌の可能性を否定し得ず、20xx年3月に胸腔鏡下右上葉部分切除術を施行した。病理組織では、Congo red染色陽性の好酸性無構造物質を認め、結節性アミロイドーシスの病理像であった。画像診断による本疾患の診断は困難で、気管支鏡検査やCTガイド下生検で確定診断が得られない結節性肺病変を診療する際には、本疾患を念頭に入れておくことが必要と思われた。

R-71

血管内リンパ腫を疑いクライオ生検を行ったメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の一例

¹⁾ 山口大学医学附属病院 呼吸器・感染症内科、²⁾ 山口大学大学院医学系研究科 基礎検査学講座、

³⁾ 国立病院機構東京病院 臨床研究部

藤井 哲哉¹⁾、浅見 麻紀¹⁾、濱田 和希¹⁾、宇都宮利彰¹⁾、村田 順之¹⁾、大石 景士¹⁾、枝國 信貴¹⁾、平野 綱彦¹⁾、松永 和人¹⁾、近藤 智子²⁾、蛇澤 晶³⁾

77歳女性。10年前から関節リウマチ(RA)に対し、メトトレキサート(MTX)で加療されていた。X年1月初旬から呼吸困難が出現し、胸部X線で両側すりガラス陰影を認めたため、当院紹介受診した。室内気でSpO₂ 90%、胸部CTで両側びまん性にすりガラス影を認めた。薬剤性肺障害を疑いMTXを中止し、気管支肺胞洗浄でリンパ球分画の上昇を認めたため、mPSL 60mg/日の静注を開始した。胸部CTで陰影は軽度改善したが、酸素化の改善は得られず、ステロイドは3日で中止した。sIL2-R 1752U/ml、LDH 1000U/L以上であり、血管内リンパ腫(IVL)を疑い、骨髓生検、ランダム皮膚生検、肺病変についてはクライオ生検を行った。MTX中止後、酸素化、肺陰影は改善した。肺病理のEBER染色は陰性であるものの、MDD(multidisciplinary discussion)を行い、病理像で血管内ではなく血管周囲にはリンパ腫細胞を認めたことから、IVLとまでは言えずMTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)によるびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。その後、無治療で経過観察中であるが再燃は認めていない。

【考察】MTX-LPDはMTX使用中のRA患者で認める比較的稀な疾患である。クライオ生検およびMDDが診断に有効であったMTX-LPDの一例を報告する。

R-72

乳癌術前補助化学療法中に生じたニューモシスチス肺炎の1例

¹⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院 乳腺内分泌外科

森山 士朗¹⁾、森田 正人¹⁾、仲田 達弥¹⁾、野中 喬文¹⁾、矢内 正晶¹⁾、原田 智也¹⁾、大島 祐貴²⁾、山崎 章¹⁾

【症例】46歳女性

【主訴】発熱、咳嗽

【現病歴】当院乳腺内分泌外科において左乳癌 cT2N0M0 Stage IIAと診断され、low ERのためトリプルネガティブ乳癌に準じて術前補助化学療法としてdose-dense EC療法の後、weekly PTX療法が開始されていた。weekly PTX療法のday8から発熱と咳嗽が出現したため投与は中止となり、抗菌薬投与を行われるも改善がなく、day13に胸部CTで両肺すりガラス影がみられたことから当科紹介となった。薬剤性肺障害が鑑別となったが、 β -D-グルカンが高値でありニューモシスチス肺炎(PCP)を疑った。気管支肺胞洗浄を施行し、ST合剤による治療を開始した。気管支肺胞洗浄液より*Pneumocystis jirovecii* DNA陽性、グロコット染色で*P. jirovecii*の菌体がみられたため、PCPと診断した。血清HIV抗原・抗体は陰性であった。呼吸不全はみられなかったためステロイドの併用を行わなかったが治療反応は良好で、速やかに画像所見の改善が得られた。21日間の治療期間を経た上で乳癌の治療を再開する方針とした。

【考察】本症例では、悪性腫瘍そのもの、化学療法、化学療法に併用されたステロイドのいずれもがPCP発症のリスクになったと考えられた。HIV感染者や免疫抑制治療中の患者でなくとも、悪性腫瘍に対する化学療法中に発熱や肺野のすりガラス影を認めた場合にはPCPも鑑別に挙げる必要があると考える。

市中発症急性膿胸における、*Streptococcus anginosus* group 検出例の検討

¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 感染症内科
石田 正之^{1,2)}、馬場 咲歩¹⁾、藤原 絵理¹⁾、中岡 大士¹⁾

近年の市中発症急性膿胸症例における検出菌として、多くの報告で *Streptococcus anginosus* group (SAG) が位を占めると報告されている。SAG には、*S. anginosus* *S. intermedius* *S. constellatus* が含まれ、いずれも化膿性感染症、膿瘍形成の傾向が言われている。ただしこれら SAG の菌種別の膿胸において、関与に関しては明らかではない。当院での市中発症急性膿胸症例における SAG の菌種別の検討を行った。

【対象・方法】2019年1月から2023年12月までに市中発症急性膿胸症例のうち、SAG が検出された全症例。

【結果】期間中76例が市中発症急性膿胸と診断され、培養陽例は56例(74%)であった。SAG が検出されたのは32例であった。SAG の内訳は、*S. anginosus* が5例(16%)、*S. intermedius* が20例(63%)、*S. constellatus* が7例(22%)であった。菌種ごとの性別、年齢、基礎疾患、膿胸の重症度、予後には差は認められなかったが、*S. constellatus* 検出例では重症菌周炎を有する例が71%と多く認められた(*S. anginosus* : 33%、*S. intermedius* : 41%)。

【考察】SAG は膿胸における主要な検出菌であることが示された。ただし SAG すべてが等しく膿胸に関与するわけではなく、菌種によりその頻度は異なる事も明らかになった。膿胸においては *S. intermedius* との関与が高い事が示された。またこれら検出菌による膿胸の発症には口腔衛生環境や菌性感染症との関連が示唆された。

成人市中発症肺炎症例での喀痰検体を用いた multiplex-PCR にて RS ウイルスが検出された症例の検討

¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 感染症内科、

³⁾ 長崎大学熱帯医学研究所 呼吸器ワクチン疫学分野

石田 正之^{1,2)}、馬場 咲歩¹⁾、藤原 絵理¹⁾、中岡 大士¹⁾、森本浩之輔³⁾

近年、呼吸器感染症に対するウイルスの関与が注目されている。特に RS ウイルスは成人肺炎への関与や重症化の関連が指摘されている。当院の市中発症肺炎 (COP) が診断された症例の喀痰検体を用いた multiplex-PCR にて RS ウイルスが検出された症例に関して検討を行った。

【対象・方法】2011年9月から2014年1月までに肺炎と診断された症例のうち同意および喀痰採取された全症例のうち multiplex-PCR にて RS ウイルスが検出された症例を前向きに検討した。

【結果】全症例608例のうち21例(3.4%)で RS ウイルスを検出した。男性10例(48%)、年齢中央値は84歳(28-100)であった。市中肺炎例、入院症例がそれぞれ16例(76%)、入院例の入院期間中央値は23日(7-362)であった。基礎疾患を有する例が19例(90%)、CURB-65 で3点以上の重症例が8例(38%)、呼吸管理を要した例が3例(14%)、30日死亡例はなかった。

細菌の同時検出は7例(肺炎球菌5例、インフルエンザ1例、モラキセラ1例)同時に他のウイルス検出が2例(ライノ2例)であった。インフルエンザ陽性例との比較では、年齢が高く、入院期間が長く、重症例は同程度であったが、予後は良好であった。

【考察】成人市中発症肺炎において、RS ウイルスは、高齢者に多く、入院期間の延長をもたらし、過去の報告と同様の傾向が認められた、一方で予後に関しては、これまでの報告とは異なり、良好であった、今後もさらなる検討が必要と考えられる。

非結核性抗酸菌症に対する胸腔鏡下手術症例の検討

¹⁾ 愛媛医療センター、²⁾ 愛媛大学医学部

湯汲 俊悟¹⁾、阿部 聖裕¹⁾、佐野 由文²⁾、伊東 亮治¹⁾、渡邊 彰¹⁾、佐藤 千賀¹⁾、三好 誠吾¹⁾、
仙波真由子¹⁾、田邊美由紀¹⁾、大谷 真二²⁾、坂尾 信彦²⁾

肺非結核性抗酸菌症（以下NTM）患者数は増加傾向であるが、外科治療に関しては未だ議論の余地がある。近年多くの呼吸器外科手術が鏡視下手術に置き換わって来ており胸腔鏡下に手術が行われる事も増えている。論文上、NTMに対する胸腔鏡下手術の報告は少ない。当院でも2015年よりNTM症例に対して胸腔鏡下に解剖学的切除を行っており、その成績を報告した。

2015年1月より2023年3月の期間に当科でNTMに対し、胸腔鏡下に解剖学的切除を行った症例を対象とし、カルテにて後方視的な検討を行った。該当12例の年齢中央値は57(33-74)歳、男女比0.5であった。菌種として *m. avium*/intracellulare/abscessus/kansasii が各4/5/2/1例であった。M. abscessusにて早期に手術を施行した2例を除き、6ヶ月以上の期間、化学療法が施行されていた。肺病変の分類は繊維空洞型/結節気管支拡張型が各9/3例であった。葉切除(+区域切除)/区域切除がそれぞれ10/2例に行われていた。手術時間中央値160(84-260)分、出血量60(10-450)ml ドレーン留置期間は中央値1(1-8)日で、Clavien-Dindo分類 IIIa以上の合併症は認めなかった。術後外科在院日数は9(6-12)日。

後方視的検討であり、症例数が少なく、また、長期経過観察ができていない。断定的な結論には至りにくいですが、胸腔鏡下解剖学的切除はNTMに対しても許容できる術式であると思われた。

心嚢液、心機能低下を合併した粟粒結核の一例

¹⁾ 国立病院機構南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科、

²⁾ 国立病院機構南岡山医療センター 循環器内科

木村 五郎¹⁾、板野 純子¹⁾、藤井 誠¹⁾、石賀 充典¹⁾、富田 純子²⁾、谷本 安¹⁾、河田 典子¹⁾

【症例】29才男性 インドネシア出身 建設業

【主訴】高熱、胸痛、倦怠感

【病歴】X-2年に来日。X年2月末頃から39度前後の高熱が続き、近医受診。胸部Xpで両側多発粒状影、肝機能異常を指摘され、粟粒結核の疑いで当院へ紹介入院。頸部に米粒大の複数のリンパ節腫大あり、喀痰塗抹ガフキー1号、結核菌PCR陽性となり、粟粒結核と診断した。

【経過】白血球 5100、CRP 9.36、IGRA(-)、AST 124、ALT 120。INH、RFP、EB、PZAの標準治療を開始したが、40度以上の高熱が10日間持続した。全身検索を行い、心エコーで心嚢液貯留とEF 52%のびまん性の壁運動低下を認めた。心嚢液の合併があり、高熱による消耗が著名であったため、プレドニゾロン60mg/日を開始したところ、すみやかに解熱し、胸部粟粒影は改善傾向となった。第62病日の心エコーでは、心嚢液は消失し、EFは64%に改善していた。菌の薬剤耐性は認めなかった。

【考察】粟粒結核は、全身性疾患であり、全身の結核病巣の検索が必要と考えられた。また、粟粒結核へのステロイド投与のエビデンスは強くないが、高熱で消耗があり、心嚢液と心機能低下を認めた本例では、症状、検査所見の改善を早めたと思われ、有効な抗結核剤との併用において有用であったと考えられた。

捻髪音を定量化し経時的に追跡しえた間質性肺炎の二症例

¹⁾ 広島大学病院 呼吸器内科、²⁾ 広島大学病院 救急集中治療科

小西 花恵¹⁾、堀益 靖¹⁾、福代 有希¹⁾、中本可奈子¹⁾、下地 清史¹⁾、山口 覚博¹⁾、坂本信二郎¹⁾、
檜垣 直子¹⁾、益田 武¹⁾、中島 拓¹⁾、岩本 博志¹⁾、濱田 泰伸²⁾、貞森 拓磨²⁾、大下慎一郎²⁾、
志馬 伸朗²⁾、服部 登¹⁾

【背景】fine cracklesは間質性肺炎における重要な理学所見であるが、その評価は医師の主観に依存している。われわれは捻髪音を定量的に評価する手法を確立し、間質性肺炎患者における捻髪音定量値の経時的な変化を追跡した症例を経験したので報告する。

【症例1】特発性肺線維症と診断され、Nintedanib 200mg/dayを内服している75歳男性。努力肺活量(Forced vital capacity:FVC)、左肺底部の捻髪音定量値、右肺底部の捻髪音定量値はそれぞれ2018年に2.44L、0.237、0.356であったが2023年には1.46L、0.349、0.567となり、胸部CTでも線維化の進行を認めた。

【症例2】抗ARS抗体陽性のIPAF(interstitial pneumonia with autoimmune features)と診断され、無治療で経過観察されている60歳女性。FVC、左肺底部の捻髪音定量値、右肺底部の捻髪音定量値はそれぞれ2018年に2.74L、0.0972、0.120であり、2023年も2.63L、0.0769、0.125とほとんど変化なく、胸部CTでも線維化の進行を認めなかった。

【結果】捻髪音定量値の経時的なモニタリングは間質性肺炎患者の呼吸機能や画像所見の変化を反映し病勢評価に有用な可能性がある。

くり返す肺炎に対して詳細な病歴聴取および環境調査が診断に有用であった加湿器肺の一例

広島市立舟入市民病院 内科

牛尾 剛己、高山 裕介、秋枝 政志、北原 良洋

症例は併存症としてパーソナリティ障害のある56歳、男性。20XX年1月、発熱と咳を認め、細菌性肺炎の診断で入院した(1回目)。抗菌薬治療で軽快したが、入院中にインフルエンザA型も発症した。その後、状態は改善し自宅退院したが、3日後に発熱を主訴に来院した。胸部単純CT検査で肺炎像を認め、インフルエンザ感染後の続発性細菌性肺炎を考え、入院した(2回目)。抗菌薬治療で軽快し、自宅退院したが、退院6日後に発熱し、細菌性肺炎の診断で他院に入院した(3回目)。同様に抗菌薬治療が行われ、軽快退院したが、退院2日後に発熱しCT検査で、以前と同様の肺炎像を認め当院に入院した(4回目)。肺炎を繰り返していたため、詳細な病歴聴取を行ったところ、退院後に毎回加湿器を使用し、その後から発熱していたことが判明したため、加湿器肺の可能性を考慮した。自宅の環境調査を行ったところ、加湿器内の液体からエンドトキシンとAcinetobacterが検出され、臨床経過と合わせて加湿器肺と診断した。その後、加湿器を処分し、自宅で生活しているが、肺炎の再燃は認めていない。加湿器肺は、本症例のように細菌性肺炎として治療されることが少なくなく、この疾患を念頭に置き、加湿器の使用について詳細な問診を行うことが重要であると思われる。

当院における抗線維化薬導入パス ～セルフケア向上を目指したクリニカルパスの作成～

県立広島病院

堀 真菜香、片山 沙耶、麻生真理子、川本 真由、高下 花梨、田中 貴寛、村井 智一、上野沙弥香、益田 健、谷本 琢也、石川 暢久

当病棟は呼吸器センターの中心病棟であり、呼吸器内科・呼吸器外科・リウマチ科の患者を中心に入院している。

当院の呼吸器内科は、間質性肺炎の症例数が多く、年間200例前後の入院患者を受け入れている。特発性肺線維症や進行性線維化を伴う間質性肺炎に対しては、積極的に抗線維化薬を使用した治療を行っている。これまでの抗線維化薬は、主に外来で導入することが多く、入院の場合はクリニカルパスを使用してきた。しかし、介入職種が医師、看護師、薬剤師であり、指導面では十分であるとはいえない状況であった。間質性肺炎は、急性増悪と再燃を繰り返しながら進行していく疾患であり、抗線維化薬による治療の他、自宅でのセルフケア向上に向けた患者・家族への指導充実が重要である。そこで、抗線維化薬（ニンテダニブ（オフェブ®））の導入のパスを見直し、栄養管理士、理学療法士にも介入してもらうよう修正した。このことにより、多職種で連携を図ることが可能となり、セルフケアの向上に繋ぐことができていると考えられる。令和6年1月より運用開始し、7ヶ月で13例導入した。これらの症例をまとめ当院における抗線維化薬導入パスの現状について報告する。

職場調査と元素分析が診断と治療方針に有用であった剥離性間質性肺炎の1例

¹⁾香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学、²⁾香川大学医学部 呼吸器・乳腺内分泌外科学、

³⁾国立病院機構西新湊中央病院 呼吸器内科

溝口 仁志¹⁾、渡邊 直樹¹⁾、大原 靖弘¹⁾、小森 雄太¹⁾、井上 卓哉¹⁾、山田 楓²⁾、松浦奈都美²⁾、森山 寛史³⁾、金地 伸拓¹⁾

【緒言】剥離性間質性肺炎（DIP）は特発性間質性肺炎の3%未満と稀である。

【症例】59歳、男性。主訴：乾性咳嗽、労作時呼吸困難。喫煙歴なし。職業：ゴルフボール製造。治療経過：X年8月より乾性咳嗽が持続。10月に胸部単純CTで両肺野に気腫性変化や牽引性気管支拡張を伴うすりガラス陰影を認め、精査目的に11月に当院紹介となった。入院後無治療ですりガラス陰影は改善を認め、職業性肺疾患が疑われた。職場の部署変更を指導し、退院となったが1か月後に症状が再燃し、VATS肺生検を施行。病理学的にマクロファージの集簇を認めDIPを示唆する所見であった。その後も、職場復帰後に再燃を繰り返していた。職場への現場調査で、部署変更後も粉塵吸入するような環境であったことが判明。材料と肺の病理検体の元素分析ではケイ素、鉄、アルミニウムなど一般的な元素以外にもジルコニウム、亜鉛などの元素も認め、これらはゴルフボールの材料に含まれている。以後、防塵マスクを着用し職場復帰したところ再燃はしていない。

【考察】DIPの原因としては喫煙の報告が多いが、ケイ素などの無機物やアルミニウム、ジルコニウムなどの金属の報告もある。今回、職場調査や元素分析で職場での粉塵吸入によるDIPの診断に至った。

【結語】ゴルフボール製造業に起因するDIPの症例である。職場調査によって部署変更後も粉塵吸入があることが判明し、防塵マスク着用により再燃を防止できた。

R-81

当院における間質性肺疾患に対するニンテタニブ使用の現状

市立三次中央病院 内科

小浦 智子、久保 瑠那、住本 夏子、栗屋 禎一

【背景】ニンテタニブは特発性肺線維症や進行性線維化を伴う間質性肺疾患に対してそれぞれ承認され、有用性が示されている。当院でも使用症例が蓄積されつつあり、使用状況について報告する。

【方法】2015年11月から2024年7月までに当院でニンテタニブを用いた間質性肺疾患患者計89名について後方視的に検討した。

【結果】89名のうち男性が65名で、治療開始時の年齢の中央値は74歳(43-88歳)であった。特発性肺線維症/特発性胸膜肺実質線維弾性症/膠原病関連間質性肺疾患/その他が61/4/6/18名であった。治療開始時の記録がない3名を除いた86名の体重と%FVCの中央値は61.6kg(29.6-86.2kg), 65.8%(32.3-109.8%)であった。転帰は死亡/通院中/詳細不明が43/33/13名で、死因は急性増悪/慢性呼吸不全/肺癌/肺炎/その他/詳細不明が16/7/5/2/3/10名であった。ニンテタニブの開始用量は300/200/150/100mgが61/12/4/12名、最大投与量は300/200/150mgが74/14/1名、減量または休薬を要した症例が50名で、その理由は下痢/肝障害/悪心/腎障害/その他 31/13/12/5/4名であった(重複含む)。また中止した症例は65名で、理由は副作用/終末期/効果なし/その他が27/19/14/2/5名であった(重複含む)。

【考察】当院は高齢者が多く少量から導入している症例も多数存在するが、副作用を確認しながら増量できていた。一方副作用で減量や中止が必要な症例も多数認めた。結果にさらなる解析を追加し当日発表する。

R-82

EGFR uncommon mutation陽性肺腺癌に対してABCP療法が奏功した1例

高知赤十字病院 呼吸器内科

石田 卓也、森住 俊、中内友合江、豊田 優子

【症例】73歳女性。X-1年11月に腰痛が出現し、近医のCTで右下葉の腫瘍と仙骨の腫瘍を認め、X年1月に当院紹介となった。精査の結果、右下葉肺腺癌cT3N1M1c(OSS, PLE)IVB期と診断した。PD-L1(TPS)は95%発現あり、オンコマインDxTTではEGFR遺伝子変異E709GとL858Rを認めたことより、一次治療としてAfatinibを選択した。40mgから開始したが、下痢のため、20mgへの減量が必要であった。2ヶ月後にPRとなったが、6ヶ月後に原発巣が増大し、PDと判断した。PD-L1高発現でもあり、二次治療としてABCP(Atezolizumab + Bevacizumab + Paclitaxel + Carboplatin)療法を選択した。G2の末梢神経障害などが出現したが2コース終了して効果はPRだった。4コース投与後は維持療法へ移行したが、経過とともに末梢神経障害は軽快した。治療を継続して1年が経過したがPRを維持している。

【考察】EGFR遺伝子のuncommon mutationではcommon mutationと比較してEGFR-TKIの効果が劣ると報告されている。EGFR遺伝子変異陽性肺癌の二次治療として免疫チェックポイント阻害薬の併用はガイドラインではすすめられていないが、IMpower150試験のEGFR遺伝子変異陽性のサブグループ解析においてPFSはAtezolizumab併用群で10.2ヶ月、非併用群では6.9ヶ月であり、Atezolizumab併用群で良好だった。本症例では12ヶ月を経過してPRを維持しており、有効な症例の選択を行うことが重要と考えられる。

G-CSF 産生肺癌の一例

¹⁾ 山口県済生会下関総合病院 呼吸器内科、²⁾ 産業医科大学 呼吸器内科学
 宇山 和宏¹⁾、菊池悠次郎¹⁾、平野 洋子¹⁾、松嶋 敦¹⁾、小畑 秀登¹⁾、伊藤 光佑¹⁾、矢寺 和博²⁾

症例は50歳男性。20XX年2月上旬から発熱、歯痛を認め、歯科医院を受診したが、特記すべき所見はなかった。精査・加療目的で3月6日に当院(消化器内科)へ紹介。熱源不明で、抗菌薬にも不応であった。3月17日に全身CTを再検され、右肺尖部の結節影の急激な増大(23mm→36mm)を認めた。3月18日のPET-CTで右頸部～縦隔の腫瘍にFDGの集積を認め、その他、口腔右側、舌扁桃、骨髄、脾にFDGの集積を認めた。3月19日にEUS-FNAにて肺原発肺腫瘍の診断となった(腺癌または線扁平上皮癌、cT2aN2M1c stage IV b driver mutation-, PDL1>75%)。また発熱、白血球増多(3万台)も伴っており、後日G-CSF産生腫瘍が判明した。その後、白金製剤、免疫チェックポイント阻害剤等で3月30日から抗癌剤治療を行ったがコントロール不良であった。10月15日に気管支動脈内注入療法(BAI)を行い、腫瘍は軽度縮小した。10月下旬より貧血の進行、ADLの低下により抗癌剤の継続は困難かと思われたが本人の強い希望があり継続していた。フォローのCTで当初PETの集積のあった口腔右側、舌扁桃、脾は経時的な増大なく、病変の変化が右上葉に限局しており、同部位に放射線治療を行った(20XX+1年1月14日から2月26日まで60Gy照射)。解熱し、ADLの改善、腫瘍の縮小を認めた。3月22日にPET-CT再検したところ原発巣以外の集積が消失しており、4月16日に右肺上葉切除を行った。術後経過良好で再発なく経過している。

免疫チェックポイント阻害薬の投与を行った進行・再発非小細胞肺癌患者におけるコルチゾールに関する検討

¹⁾ 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院 がんセンター、
³⁾ 鳥取大学医学部附属病院 irAE対策ワーキンググループ、⁴⁾ 鳥取大学医学部附属病院 内分泌代謝内科
 矢内 正晶^{1,2,3)}、野中 喬文¹⁾、舟木 佳弘^{1,3)}、松本 和久^{3,4)}、仲田 達弥¹⁾、松岡 秀一¹⁾、
 森山 士朗¹⁾、乾 元気¹⁾、平山 勇毅¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、阪本 智宏¹⁾、木下 直樹¹⁾、山口 耕介¹⁾、
 小谷 昌広^{1,2,3)}、山崎 章¹⁾

【背景】免疫チェックポイント阻害薬(ICI)が非小細胞肺癌(NSCLC)治療で広く使用され、従来の殺細胞性抗癌剤では経験しなかった免疫関連有害事象としての副腎機能低下症を経験するようになった。副腎機能低下症の診断にはコルチゾール(COR)測定が有用であり、当院では早期発見のために定期的なCOR測定を行っている。

【方法】2020年11月から2024年3月までに当院でICIを開始した進行・再発NSCLC 146例を後方視的に検討した。

【結果】COR測定はICI投与前に146例全例で実施され、1コースで投与終了となった9例を除く137例中134例(97.8%)で定期的に実施され、検査回数中央値は5回であった。全身性ステロイド投与中の検査を除き採血時間が確認できた870回のうち午前採血が648回、午後採血が222回であった。CORの平均値は午前採血:12.2μg/dL、午後採血:10.3μg/dLと午後採血が有意に低く(t検定、 $p<0.0001$)、基準値以下($COR<7.07\mu g/dL$)となった検査は、午前採血が38回(5.9%)、午後採血が42回(18.9%)であった。午前採血でCORが基準値以下であった検査のうち20回(52.3%)で定期的なステロイド外用が行われており、正常値であった検査と比較して有意に多かった(カイ二乗検定、 $p<0.0001$)。

【まとめ】COR値の日内変動や全身性ステロイド投与だけでなくステロイド外用でもCORが低値になることを認識したうえで適切な副腎機能評価を行うことが重要だと考えた。

当院における高齢者MET exon14 skipping変異陽性非小細胞肺癌に対してCapmatinibを使用した3例の検討

県立広島病院 呼吸器内科

鳥井 宏彰、川本 真由、高下 花梨、田中 貴寛、村井 智一、上野沙弥香、益田 健、谷本 琢也、石川 暢久

【背景】Capmatinibは、従来、本邦においてコンパニオン診断としてがん遺伝子パネル検査が必要であったが、2024年度よりマルチプレックス遺伝子検査(オンコマインDxTTマルチ7遺伝子CDxシステム、AmoyDx肺癌マルチ遺伝子PCRパネル)での適応拡大となった。一方で、MET exon14 skipping変異は高齢者に発現されることが多いが、高齢者におけるCapmatinibの実臨床での有効性や安全性は不明である。

【方法】2022年4月から2024年7月の期間で、当院においてCapmatinibを使用した4例のうち、75歳以上の高齢者3例を対象として後方的に有効性と安全性を検討した。

【結果】症例は、男性1例(76歳)、女性2例(2人とも84歳)で、組織型は全例で腺癌、全例で2次治療以降でのCapmatinib使用であった。最良治療効果はPR1例、SD2例で、MET阻害剤としては初回治療となる症例や、前治療でMET阻害剤Tepotinibが毒性中止となった症例で2年以上の長期奏効を認めた。一方で、Tepotinib耐性後の症例では奏効持続期間が短かった。有害事象としては、めまいや、浮腫、クレアチニン上昇などを認め、全例でCapmatinibの減量が必要であったが毒性中止には至らず、対処療法をすることでCapmatinib治療継続は可能であった。

【結論】高齢者に対するCapmatinibは、治療中止に至る重篤な副作用が少なく、長期奏効が期待できる可能性がある。本学会では当院での治療経過に関して、詳細な報告を行う。

肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬による加療中に胃癌が疑われるも精査にてirAE胃炎と診断した一例

¹⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 消化器内科、

³⁾ 社会医療法人近森会 近森病院 病理診断科

中岡 大士¹⁾、馬場 咲歩¹⁾、石田 正之¹⁾、大川 良洋²⁾、中嶋 絢子³⁾

症例は64歳男性。呼吸困難と咳の精査中に右上葉結節影を認め、経気管支生検にて肺腺癌と診断した。複数の肺内転移、縦隔リンパ節転移、骨や脳への遠隔転移を認めた。遺伝子パネル検査は全て陰性でPD-L1蛋白は低発現であった。X年10月に化学療法と免疫チェックポイント阻害薬(ICI)併用療法を開始した。免疫関連有害事象(irAE)として皮膚炎、甲状腺機能低下症、副腎不全を発症したが、ステロイド等による治療をおこない2剤のICIによる維持療法を継続していた。X+1年10月から食思不振が現れ、1ヶ月で5kgの体重減少を認めた。上部消化管内視鏡検査にて噴門部から前庭部への広範囲な粘膜不整や浮腫があり多発潰瘍を伴っていた。胃癌が疑われ生検したところ、病理学的に上皮内や粘膜固有層に高度の炎症細胞浸潤を認め、ピロリ菌感染や悪性変化像は見られなかった。腺上皮内にリンパ球浸潤があり上皮内T細胞はCD8陽性であった。間質に浸潤するT細胞はCD4とCD8陽性が混在し、CD20陽性細胞も限局して認めた。以上の所見からirAE胃炎と診断した。ICIは多くの癌腫において有効性が示され適応範囲を拡大しているが、さまざまなirAEを誘発する。irAE胃炎は非常に稀であり、その臨床像や治療方針は確立されていない。ICIの投与歴があり消化管症状を呈する場合にirAE胃炎を鑑別に挙げ積極的に内視鏡検査をおこなうべきと考えられる。

特発性慢性好酸球性肺炎に対してメボリズマブを長期投与した3症例の検討

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科

濱川 正光、有田真知子、高橋 寛、天野 明彦、濱尾 信叔、田中 彩加、伊藤 明広、石田 直

近年、特発性慢性好酸球性肺炎 (ICEP) に対して副腎皮質ホルモンに代わる治療薬としてメボリズマブの有効性が報告されている。ICEP に対するメボリズマブの有用性を示した報告は多くが24ヶ月以内の比較的短期間の経過であり、その長期の有用性は明らかではない。さらにICEPに対するメボリズマブの最適な投与量や投与間隔、投与継続期間、中止の可否など、様々な臨床上の疑問に対しての明確な答えは得られていない。今回、我々はICEPに対して3例のメボリズマブの長期使用例を経験したので報告する。症例1および2ではICEPに対してそれぞれ77ヵ月間、45ヵ月間、メボリズマブを投与したが、投与期間中に再発は認められなかった。症例3ではメボリズマブを33ヵ月間投与したが、メボリズマブ投与中止42ヵ月後にICEPの再発を認めた。結論としてICEPに対するメボリズマブに対する有効性は、24ヶ月を超える比較的長期間にわたり期待できる可能性があるが、疾患そのものに対して根治を狙えるものではなく、あくまでも副腎皮質ホルモンの代替薬として考えるべきである。ICEPに対してメボリズマブを使用する場合は、疾患の病勢、副腎皮質ホルモン関連の有害事象、患者の経済状況を考慮した上で可能な限り継続が望ましい。

気管支喘息重積発作に対し体外式膜型人工肺を使用し救命し得た一例

広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科

高田悠太郎、中西 雄、奥崎 体、渡部 雅子、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博

【症例】63歳男性。近医で気管支喘息と慢性閉塞性肺疾患を診断され、吸入薬 (ICS/LABA/LAMA) を処方されていたが、コンプライアンス/コントロール共に不良であった。来院当日に呼吸困難を主訴に近医を受診したところ、安静時でも呼吸困難が強く当院へ救急搬送されたが、搬送中に意識レベルがJCS-300に低下した。来院時の聴診ではwheezesを聴取しなかったが、動脈血液ガス分析では著明な2型呼吸不全を認め、silent chestを疑った。バッグバルブマスクによる換気補助を行うもPaCO₂は低下せず呼吸性アシドーシスは増悪し、高度徐脈となった。直ちに気管挿管を行い、人工呼吸器管理を開始するも、1回換気量は100mL未満と非常に少なく、V-V ECMOを導入した。気管支喘息発作として副腎皮質ステロイド全身投与と気管支拡張薬も継続し、徐々に1回換気量の増加を得られた。第3病日にV-V ECMOは離脱可能であり、1回換気量が969mLと回復したタイミングでECMOを離脱した。また、同日に抜管もできた。その後も投薬継続により呼吸不全は改善していき、第8病日に酸素投与も終了できた。第14病日に自宅退院できた。

【考察】本症例は、気管支喘息の中でも最重症であるsilent chestの状態であり、人工呼吸器管理下でも十分に換気量を保てなかったため、ECMOの至適症例と考えられた。薬物療法や人工呼吸器管理でコントロールが不十分な症例では、早期にECMOの導入を考慮すべきである。

テゼペルマブが著効した難治性気管支喘息の1例

¹⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 内科
塩田 哲広¹⁾、井原 康輔²⁾

症例は85歳、女性。81歳時に特発性好酸球増加症候群に伴う気管支喘息、好酸球性肺炎、好酸球性胸膜炎、レフレル心内膜炎の診断にて他院でステロイド投与が開始された。好酸球は最高で8000/ μ Lに達した。気管支喘息はプレドニン20mg + ICS/LABA + LTRAでよくコントロールされていたが、プレドニン5mgまで漸減したところで喘鳴が出現してきたためプレドニン10mgに増量しICS/LAMA/LAMAに変更しテオドールを追加したところ喘鳴は改善した。しかしプレドニン8mgまで漸減したところで再度喘鳴が出現してきたため当科外来を紹介受診となる。当科受診時喘鳴が著明で夜間臥床できず起座呼吸の状態であった。好酸球 0/ μ L IgE 8IU/ml。難治性気管支喘息の診断にてテゼペルマブの投与を開始した。投与1週間後より次第に喘鳴は改善し、投与後3か月には夜間の喘鳴、呼吸困難は消失した。

当院で在宅HFNCを導入した患者18例の問題点の検討

高松市立みんなの病院 呼吸器内科

小川 瑛、松浦 眞、貞野 静香、森 彩花、香西 博之、堀内 宣昭、岸本 伸人

(背景) 高流量鼻カニューラ酸素療法 (HFNC) は、加温加湿・死腔のwash out・PEEP効果などにより急性呼吸不全に広く使用される。さらにHFNCは慢性2型呼吸不全を呈するCOPDにも有用性が示され、2022年4月にCOPDに保険適応となった。

(方法) 2022年4月から2024年3月までの2年間で当院で在宅HFNCを導入した18例に対し、導入時の問題点を中心に検討した。

(結果) 男性14例、女性4例、年齢70-102歳(中央値79歳)。入院導入を基本とし、機器操作などの患者教育を十分に行い、外来加療に移行した。16例は在宅HFNCを継続できた。しかし2例は給水チャンバーの取り外しが固くて操作に難渋したため中止となった。その中には、チャンバー内の水が汚染されていた症例もあった。

(考察) 当院で在宅HFNCを導入するにあたって、加温加湿の不快感、高流量ガスによる不快感、機器の操作方法に関する問題、給水加湿チャンバーの適切な管理の問題点が挙げられた。それぞれの問題点に対して検討して解決できるように努めた結果、16例が継続できた。

シネMRIでBMI 69.7の患者の呼吸運動を観察してわかったこと

¹⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、²⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 内科、
³⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 放射線科、⁴⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 放射線部
 塩田 哲広¹⁾、赤岩 譲²⁾、徳増 明文³⁾、佐藤 佑佳⁴⁾、伊藤 総志⁴⁾、峰平 誉大⁴⁾、西村 章央⁴⁾

呼吸は大きく分けると胸壁運動と横隔膜運動に大別される。吸気時には外肋間筋が収縮し肋骨を挙上させることによって胸郭の前後径を拡大させ、横隔膜を収縮させることによって胸郭を長軸方向に拡大する。安静呼吸時における横隔膜運動は呼吸運動全体の70%～80%を占めるとされている。今回BMI 69.7の高度肥満の患者の呼吸運動をシネMRIで観察したので報告する。症例は36歳、女性。主訴は喘鳴、呼吸困難。既往歴：小児喘息。現病歴：喘鳴、呼吸困難を訴えて当院緊急外来を受診。胸部CTにて左舌区の肺炎と診断し入院となる。身長 151cm 体重 158.9kg BMI 69.7。来院時は呼吸回数30回前後。室内気でSpO₂ 85%。経鼻酸素4L/分でPH 7.408 PaO₂ 90.9 PaCO₂ 38.1であった。肺炎が改善してからシネMRIを撮影した。シネMRIでは横隔膜運動は比較的良好に保たれていたが胸壁運動が著明に制限されていた。また努力呼吸を促した時には吸気時に下部胸壁が陥没する奇異呼吸が観察された。

SARS-CoV2感染を契機に抗MDA-5抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺疾患を発症したと考えられた一例

¹⁾ 広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科、²⁾ JA尾道総合病院 呼吸器内科、
³⁾ JR広島病院 リウマチ・膠原病科
 中西 雄¹⁾、露木 真子²⁾、角本 慎治²⁾、渡辺 裕文³⁾、阿部 公亮²⁾、濱井 宏介²⁾

【症例】89歳 女性。来院7日前から咽頭痛、5日前から咳嗽と喀痰を認めた。来院2日前から食欲低下を認め、来院当日に呼吸困難を認め他院でSARS-CoV2抗原検査が陽性、胸部CTですりガラス影を認めたため当院に救急搬送された。SARS-CoV2によるウイルス性肺炎と診断し、レムデシビルとメチルプレドニソール療法を開始した。同治療により酸素化も改善傾向であったが、day12から再度酸素化の悪化と炎症反応上昇を認めた。顔面の皮膚発赤・mechanic's handを認め皮膚筋炎が疑われたため、day17から再度ステロイドパルスとタクロリムスの投与を開始した。しかし、2剤の免疫抑制剤追加にも関わらず呼吸不全の改善が得られず、day21からエンドキサンも投与した。その後、徐々に酸素化、炎症反応の低下が見られ、day28には胸部単純X線写真では肺炎像はほぼ軽快した。後日の血液検査の結果で抗MDA-5抗体が陽性であった事が判明した。高齢者であること、酸素化が改善している事を考慮し、2コース目以後のエンドキサンは投与せず、プレドニゾロンとタクロリムスを併用し治療継続とした。

【考察】我々はSARS-CoV2の感染後に2峰性の経過を取り、抗MDA-5抗体が陽性となった肺炎の一例を経験した。SARS-CoV2感染後には様々な自己免疫疾患を起こす可能性があり、その1つとして抗MDA-5抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺疾患も起こる可能性がある。

R-93

鼻咽頭PCR検査は陰性だったが、気管支肺胞洗浄液のFilmArray パネル検査で診断したCOVID-19再活性化の1例

倉敷中央病院 呼吸器内科
高橋 寛、濱尾 信叔、石田 直

【緒言】リツキシマブの治療を受けたCOVID-19患者は再活性化リスクがあるとされるが、多くが鼻咽頭PCR検査で診断されうる。今回、診断に難渋し、気管支肺胞洗浄液(BALF)のFilmArray呼吸器パネルで診断しえたCOVID-19の症例を報告する。

【症例】びまん性大細胞型B細胞リンパ腫に対してPola-R-CHP療法をX年1月に最終投与され、同月にCOVID-19罹患歴のある60歳男性。X年5月上旬から発熱が持続し、胸部CTですりガラス影を認め、ラスクフロキサシンで治療するも改善なく、5月中旬に入院した。BALFはリンパ球が67%と上昇しており、器質化肺炎としてプレドニゾロン(PSL)40mgで治療を開始したが、改善を得られず、PSL 50mgまで増量したが、肺野すりガラス影が拡大傾向であった。βDグルカン、CMV抗体、膠原病関連自己抗体は陰性で、鼻咽頭SARS-CoV-2 PCR、FilmArray呼吸器パネルも陰性であった。6月20日に再度気管支鏡検査を施行し、BALFで提出したFilmArray呼吸器パネルでSARS-CoV-2陽性が判明した。診断時から、レムデシビルとニルマトレルビル・リトナビルを開始し、発熱、CRP、すりガラス影の改善が得られた。

【結語】COVID-19の再活性化を疑った際には、BALFのFilmArray呼吸器パネルは診断に有用である。

R-94

悪性リンパ腫患者において再燃・持続する新型コロナウイルス感染症にエンシトレルビルが著効した2症例

島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学
堀江 美香、沖本 民生、津田 洸旬、幡 高次郎、奥野 峰苗、天野 芳宏、中尾 美香、中島 和寿、濱口 愛、津端由佳里、磯部 威

【背景】抗CD20抗体の使用歴がある悪性リンパ腫患者では、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が再燃・持続するリスクが高いが定まった治療法はない。

【症例】抗CD20抗体の使用歴がある濾胞性リンパ腫患者2例。症例① 80代男性。2023年X月に軽症のCOVID-19と診断され、無治療で上気道症状は改善した。4週間後症状が再燃し、新たに呼吸不全と両側びまん性すりガラス陰影を認めた。入院時のSARS-CoV-2 PCRのCt値が28であり、COVID-19の再燃と診断した。レムデシビル投与後に改善したが、中止後に再燃した。レムデシビルを計4回、ソトロビマブを1回使用したが再燃を繰り返した。しかし、エンシトレルビル投与後は再燃しなかった。症例② 60代男性。2023年Y月に軽症のCOVID-19と診断されモルヌピラビルを使用し症状は改善した。16日後、呼吸不全と両側びまん性すりガラス陰影を認め、器質化肺炎またはCOVID-19の再燃と診断し、プレドニゾロン1mg/kg、レムデシビルを開始した。一時的に改善したがレムデシビルの中止で再燃した。レムデシビルを計3回使用したが、再燃を繰り返した。しかし、エンシトレルビル投与後は再燃しなかった。

【結語】エンシトレルビルはCOVID-19が再燃・持続した場合の良い選択肢となる可能性がある。

COVID-19罹患後のBrain Fogに対する頭部MRIの高信号域定量化についての検討

¹⁾ 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、²⁾ 高知検診クリニック、

³⁾ 岩手医科大学医歯薬総合研究所

寺田 潤紀¹⁾、高松 和史¹⁾、朴 啓彰²⁾、山下 典生³⁾、中村 優美¹⁾、安田早耶香¹⁾、平川 慶晃¹⁾、伊藤 孟彦¹⁾、西森 朱里¹⁾、中谷 優¹⁾、大山 洸右¹⁾、水田 順也¹⁾、梅下 会美¹⁾、佃 月恵¹⁾、山根真由香¹⁾、岩部 直美¹⁾、辻 希美子¹⁾、大西 広志¹⁾、横山 彰仁¹⁾

【目的】COVID-19罹患後症状の一つに注意力障害、認知機能低下 (Brain Fog) がある。Brain Fogの症例の経過を経時的に頭部MRI所見で評価した報告はない。頭部MRIのFLAIR像における、標準値から3SD以上の高信号域を示す高信号域の体積量を定量化し、症状と体積量との関係について検討した。

【症例】症例1は52歳女性。不安症やうつ病あり。2021年1月にCOVID-19 (中等症II) に罹患した。4月より計算を間違えるなど注意障害が出現した。6月に頭部MRIを施行し、両側性に脳室周囲や大脳基底核を中心に42.40cm³の高信号域を認めたが、9月は24.38cm³と減少を認めた。症例2は23歳男性。生来健康。2021年8月にCOVID-19に罹患した。9月に倦怠感や頭のすっきりしない症状があり、仕事に行けなくなった。近医で検査や治療を受けるも改善なく12月に当科紹介受診した。頭部MRIでは48.57cm³の高信号域を認め、経時的に34.86cm³、32.06cm³と減少傾向であり、症状も改善を認めた。症例3は56歳女性。2022年7月にCOVID-19に罹患した。咳嗽が続くため11月に当科紹介受診した際、数を数え間違える、道に迷うなどの訴えを認めた。12月の頭部MRIでは5.13cm³の高信号域を認め、症状の改善とともに高信号域も減少した。

【結果・考察】頭部MRIの高信号域を経時的に測定したところ、症状の改善とともに病変部の減少を認めた。頭部MRIの高信号域の定量化がBrain Fogの症状経過の評価に有用である可能性がある。

強皮症・肺線維症に対しミコフェノールモフェチルとステロイドで加療中、COVID-19に感染し遷延した一例

岡山労災病院 呼吸器内科

三宅 剛平、藤岡 佑輔、大西 桐子、大西 史恵、太田 萌子、田中 寿明、藤本 伸一、小崎 晋司

70代男性、石綿被ばく歴および胸膜プラークあり。X-2年10か月ごろより労作時呼吸苦が出現、増悪するためX-2年に当科紹介受診。胸部CTで両側下葉有意のすりガラス影を認め、間質性肺炎としてステロイドパルスを開始、皮膚効果を認め抗Scl-70抗体陽性が判明し、IVCYを施行、その後ミコフェノールモフェチル (MMF) とステロイドの併用治療を行い、肺線維症の進行を停止することができ、退院した。

X-5日より感冒症状と発熱あり、X-1日に解熱した。X日に定期外来受診、Xpで若干の肺陰影の増強を認め、経過観察となった。呼吸苦が継続し、X+8日に緊急受診。COVID-19 PCRが陽性であり、N2 CT 19とウイルス量も多かった。CTでは既存の肺線維症に加え新たに広範にすりガラス影の出現を認め、COVID-19 中等症IIと診断した。レムデシビルの投与を行ったが、発症day20においてもCt 23とウイルス量が多く隔離解除できず、MMFを中止し、ようやく改善傾向となった。MMFは臓器移植の拒絶反応を良好に抑制し、悪性リンパ腫の副作用も少なく、強皮症の肺線維症を抑えるため近年使用が増えている。しかしCOVID-19に対しては予後を悪化させるという報告もあり、注意を要する可能性が示唆され貴重な症例と考え、報告する。

呼吸器内視鏡学会 抄 録

E-01

転移性肺腫瘍との鑑別に難渋した肺悪性リンパ腫の1例

¹⁾鳥取県立中央病院 呼吸器内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、

³⁾鳥取県立中央病院 リウマチ膠原病内科

有田 紫乃¹⁾、森山 士朗²⁾、松下 瑞穂¹⁾、上田 康仁¹⁾、澄川 崇¹⁾、長谷川泰之³⁾、杉本 勇二¹⁾

症例は83歳女性。20XX年2月、転落外傷時のCTで両肺野多発結節影を認め、精査目的に経気管支肺生検を施行した。病理所見で異型細胞を認めたが確定診断には至らなかった。PET-CTでは両肺野多発結節影と盲腸にFDG集積を認め、盲腸腫瘍を生検したところ、腺癌の診断となった。盲腸癌、多発肺転移として7月よりCapecitabine+Bevacizumab療法を開始した。治療効果判定のCTで原発巣は縮小を認めたが、両肺野多発結節影は一部増大、一部縮小と治療反応が異なっていた。精査のために再度、経気管支肺生検を施行したところ、DLBCLの診断となった。11月よりR-CHOP療法を6コース施行後、病変はほぼ消失し、経過観察となった。肺病変についてはDLBCLであったと考え、他遠隔転移を認めなかったため、盲腸癌は外科的切除の適応と判断し、20XX+1年5月にロボット支援下回盲切除術を施行し、現在も再発なく経過している。肺悪性リンパ腫の画像所見は多彩で、非特異的所見であるため、炎症性疾患などとの鑑別が必要となる。また、縦隔や肺門リンパ節腫大、胸膜肥厚、胸水を伴うこともあり、原発性肺癌や転移性肺腫瘍との鑑別が困難である。画像診断が困難である一方で、経気管支肺生検による組織学的診断率も約3割程度とされ、確定診断が困難なことも多い。非特異的な肺陰影を認めた際には、肺悪性リンパ腫を鑑別疾患に加え、繰り返し精査を行う必要があると考える。

E-02

気管支鏡検査により診断し得た肺原発悪性黒色腫の1例

¹⁾労働者健康安全機構中国労災病院 救急部、²⁾中国労災病院 呼吸器内科、³⁾中国労災病院 病理部
川端 俊介^{1,2)}、塩田 直樹²⁾、香川 慧²⁾、黒住 悟之²⁾、秋田 慎²⁾、西田 俊博³⁾

【背景】悪性黒色腫の多くは皮膚・粘膜・網膜に発生し、他臓器に原発する頻度ははるかに少ない。肺原発悪性黒色腫の頻度は全肺腫瘍の0.01%、全悪性黒色腫の0.41%であり極めて稀とされる。

【症例】75歳男性。3週間前から持続する咳嗽時の少量喀血、咽頭痛を主訴に当科を受診した。胸部CTで左肺底部に径4.5cmの腫瘍、左肺門部リンパ節腫大、L1椎体から椎弓根にかけて溶骨性変化を認めた。PET-CTではそれらの部位に集積を認めた。左肺底部の腫瘍に対して擦過細胞診、洗浄細胞診および経気管支鏡肺生検を施行した。細胞診では、核が類円形から長楕円形である核異型の強い異形細胞を認めた。集塊で見ると密在性に乏しく、一部の細胞中に褐色の顆粒、核内細胞質封入体を認めた。生検組織では、黒色素が充満した異型細胞の密な増生巣を認めた。免疫染色ではSOX10が陽性、HMB45が弱陽性であり、悪性黒色腫と診断した。皮膚に病変を認めず、PET-CT所見から肺原発悪性黒色腫と診断した。

【考察】気管支鏡検査は肺原発悪性黒色腫の診断に有益である。

E-03

Daratumumab開始後に出現したすりガラス，網状影に対して薬剤性肺炎と鑑別を要した肺アミロイドーシスの1例

¹⁾ 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾ 国立病院機構岡山医療センター 血液内科、

³⁾ 国立病院機構岡山医療センター 総合診療科

北野 統己¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、笹埜 侑斗¹⁾、大後戸智也¹⁾、立上 大紘²⁾、市川 健¹⁾、松本奨一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、藤原 美穂¹⁾、松岡 涼果¹⁾、岩本 佳隆³⁾、渡邊 洋美¹⁾、中村 真²⁾、佐藤 晃子¹⁾、工藤健一郎¹⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

症例は75歳男性。2024年6月に全身性AL λ型アミロイドーシスと診断され、同年7月よりDaratumumabの投与が開始された。1週間後に酸素飽和度の低下を来し、胸部HRCT検査で両側肺上葉優位に新規すりガラス影，網状影を認めたため、精査目的に当科紹介となった。

Daratumumabの開始後であり、薬剤性肺炎，肺アミロイドーシスを鑑別として気管支鏡検査を施行した。右上葉B²より気管支肺胞洗浄(BAL)，右上葉B¹より経気管支鏡的肺生検(TBLB)を施行した。処置用気管支鏡，ガイドシース(GS)を用いてEBUS-GS法で血管が伴走しないことを確認しTBLBを行った。生検後はスコープをwedgeしながらGSを5分留置することで出血対策を講じた。BALFは血性，リンパ球優位であり，TBLB検体からはDirect Fast Scarlet (DFS)染色陽性の好酸性無構造物を認めた。Daratumumabに対する薬剤誘発性リンパ球刺激試験(DLST)は陰性であり，2コース目の投与後も肺陰影の増悪を認めなかったことから，肺病変はびまん性肺胞隔壁型アミロイドーシスと周囲の肺胞出血によるものと考えられた。本症例は治療開始後に胸部CTで両肺に新規陰影を認めたことから，薬剤性肺炎との鑑別を要した。肺アミロイドーシスのTBLBにおける診断率は低く，出血リスクが高いと報告される。本症例は出血対策を十分に講じて生検することで病理学的診断が得られた症例であり，TBLBが治療方針決定に寄与した1例として報告する。

E-04

画鋏誤嚥による気道異物を硬性気管支鏡下にて安全に摘出し得た一例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

原 仁、藤原 美穂、佐藤 賢、瀧川 雄貴、大後戸智也、北野 統己、笹埜 侑斗、市川 健、松本奨一郎、井上 智敬、松岡 涼果、岩本 佳隆、渡邊 洋美、工藤健一郎、佐藤 晃子、藤原 慶一、柴山 卓夫

【症例】70代男性

【主訴】咳嗽

【現病歴】X年9月，展示物を画鋏で高所に貼る作業中に画鋏を誤嚥した。すぐに吐き出したが，咳嗽が持続するため1ヵ月後に近医を受診した。胸部X線写真で気道異物が疑われ当科紹介となった。胸部CTにて右底幹支入口部に画鋏と思われる気道異物を認め，画鋏の針が右肺動脈に近接していた。抗血栓薬内服中で出血リスクが高いため，抗血栓薬を休薬した上で硬性気管支鏡下にて摘出する方針とした。事前に誤嚥した画鋏と同じものを持参してもらい硬性気管支鏡の外筒を通過可能であることを確認した。全身麻酔下で硬性気管支鏡を挿入し，軟性気管支鏡を併用して消化器用把持鉗子にて異物を摘出した。明らかな合併症は認めなかった。処置2日後の内腔観察では異物による気道粘膜の浮腫は改善し，明らかな出血もなく翌日に自宅退院となった。

【考察】気道異物は長期間嵌頓すると閉塞性肺炎や無気肺を合併することがあり，正確な診断と迅速な治療が必要である。出血リスクが高い症例や気道確保が必要な症例では硬性気管支鏡下での摘出を考慮する。また鋭利な気道異物では存在部位，形状に応じて適切なデバイスを選択する必要がある。本症例は異物が硬く鉗子で保持可能かつ先端が鋭利で正常粘膜を傷付けないよう注意が必要であるため把持鉗子を用いて慎重に異物を摘出した。鋭利な気道異物を安全に摘出し得た貴重な症例と考えられたため文献的考察を加えて報告する。

E-05

関節リウマチ治療中に発症し、 β -Dグルカンの上昇がみられたメトトレキサートによる薬剤性肺炎の一例

¹⁾ 川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、

²⁾ 川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1

川口 萌¹⁾、白井 亮²⁾、中尾衣梨菜²⁾、小山 勝正²⁾、太田 浩世²⁾、友田 恒一²⁾

【症例】58歳、女性。

【現病歴】関節リウマチで他院整形外科に通院中。入院1週間前に定期受診し血液検査でCRPが4.8mg/dLと上昇していたが症状はなかった。3日前に上腹部不快感のためメトトレキサートの内服を中止した。1日前から息苦しさが出現し、低酸素血症と発熱がみられたため当院へ紹介入院となった。

【経過】血液検査はWBC 8020/ μ L, CRP 9.55mg/dL, LDH 444U/mL, KL-6 486U/mL, β -Dグルカン 30.9pg/dLであった。胸部CTで両側びまん性にすりガラス影を認めた。気管支鏡検査を実施し、BALFでリンパ球 88%, 好酸球 3%と上昇を認め、またニューモシスチスなどの微生物は検出されなかった。関節リウマチの治療薬のDLSTでメトトレキサートが陽性となった。メトトレキサートによる薬剤性肺炎と診断しステロイド治療を行ったところ改善した。

【考察】関節リウマチの治療中に生じる肺炎は、間質性肺炎の増悪、薬剤性肺炎、ニューモシスチスやサイトメガロウイルス肺炎など多岐にわたる。 β -Dグルカンの上昇はニューモシスチスやアスペルギルス感染症を示唆するが、本例のように薬剤性肺炎の場合もあり、気管支鏡検査を実施することは重要と考えられた。

E-06

小型の葉気管支間リンパ節転移に対するEBUS-TBNAが確定診断に有用であった肺扁平上皮癌の1例

¹⁾ 川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾ 川崎医科大学 総合内科学4、

³⁾ 医療法人ほそや医院 呼吸器内科

常松 紀鷹¹⁾、河原辰由樹²⁾、南 大輔^{2,3)}、齋藤 貴子²⁾、三浦 真史²⁾、三村 彩香²⁾、市山 成彦²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、山根 弘路²⁾、瀧川奈義夫²⁾

【症例】75歳、男性。68歳時に心筋梗塞(ステント留置術)、73歳からは腎癌、前立腺癌、膀胱癌に対してそれぞれ手術が行われた。定期検診で右下葉肺結節影が指摘され当院紹介となった。造影CTで既存の血管構造を引き込んだ長径23mm大の不整結節影を認めたことより気管支鏡検査を行った。BF-P290(EBUS-GS)で右B8aにアプローチして、超音波画像でwith-inを確認後に生検6回、気管支擦過5回、気管支洗浄を行った。病変は下葉動静脈に広く接しており血管構造を引き込んでいたことより生検後は軽度の出血を認めた。病理組織では悪性所見を認めず、細胞診class IIIであり再生検を検討したが、出血のリスクを考慮して長径10mm大の葉気管支間リンパ節(PET-CTでSUVmax 6.92)に対してEBUS-TBNAを行った。BF-UC260FWによる右中葉気管支入口部からのアプローチを試みるも挿入が困難であり、右下葉気管支入口部9時方向からアプローチして4回の穿刺を行った。超音波画像で小型リンパ節は血管に隣接していたが、血管を避けた安全な穿刺が可能であった。迅速細胞診で悪性細胞を確認後に検査終了とした。病理組織で肺扁平上皮癌(cT1cN1M0、stage II B)と診断し外科切除の方針となった。

【結語】出血のリスクから肺病変へのアプローチによる確定診断が困難であった症例に、小型の葉気管支間リンパ節(中下葉間リンパ節)に対するEBUS-TBNAは有用であった。

E-07

再生検を繰り返し、診断から3年後にRET融合遺伝子変異を証明しえた進行期肺腺癌の1例

¹⁾ 高知医療センター 初期研修医、²⁾ 高知医療センター 呼吸器内科
兼竹 里奈¹⁾、山根 高²⁾、浦田 知之²⁾

症例は54歳男性。2021年2月、左胸痛が出現し近医を受診し、左下肺野に腫瘤影を認め当科紹介となった。原発巣である左下肺野の腫瘤影に対してガイドシース併用気管支腔内超音波断層法 (EUBS-GS) にて adjacent to に描出された部位より生検したが、診断に至らなかった。左葉気管支周囲リンパ節 (#12L) に対してEBUS transbronchial needle aspiration (TBNA) を施行し、非小細胞癌を、左胸水試験穿刺にて腺癌を認め、原発性肺腺癌 cT4N1M1a Stage IV A と診断した。検体不足のためマルチ遺伝子検査は提出できず、ALK免疫染色のみ行い陰性であった。1次治療中の2021年9月、左癌性胸膜炎を発症し、ドライバー遺伝子検索のため局所麻酔下胸腔鏡検査で1回目の再生検をしたが少量の腺癌細胞しか得られず、検索できなかった。2024年3月、3次治療中、原発巣の増大を認め、極細径気管支鏡とRapid On-Site cytologic evaluation (ROSE) を用いて2回目再生検を行った。生検検体には広範囲な肉芽組織と線維化、少量の非小細胞癌を認め、腫瘍量は標本全体の10%であった。肺がんコンパクトパネル検査にてRET融合遺伝子を検出した。再生検を繰り返しRET融合遺伝子を証明した肺癌を経験したため文献的考察を加えて報告する。

E-08

気管支鏡で菌球を直視できたことが肺癌再発との鑑別に有効であった慢性進行性肺アスペルギルス症の1例

¹⁾ 広島市立広島市民病院 初期臨床研修医、²⁾ 広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科
松本眞理絵¹⁾、矢野 潤²⁾、岩崎 真帆²⁾、倉富 亮²⁾、清家 廉²⁾、高尾 俊²⁾、三島 祥平²⁾、
庄田 浩康²⁾、岩本 康男²⁾

症例は61歳男性。2021年12月に右上葉肺腺癌 cT4N3M1c < PLE, BRA > Stage IVB と診断され、シスプラチン+ペメトレキセド (PEM) + ペムブロリズマブ (Pembro) を4コース施行された。治療反応は良好であり、右肺上葉の原発巣は空洞化していた。2022年5月からはPEM+Pembroによる維持療法が行われたが、irAEとしての腎障害のため1コースで中止となった。以降、無治療で経過観察されていたが、2023年1月に発熱、咳嗽が出現した。胸部単純CTで既知の空洞の内部に軟部影が出現し、空洞壁の肥厚、散在する両肺斑状影や浸潤影も認めた。また、FDG-PET/CTでは同部にSUVmax7.3までの集積を認めた。抗生剤投与では症状や肺野陰影は改善せず、肺アスペルギルス症とともに腫瘍再発も懸念されたため、2月X日に精査加療目的に入院し、気管支鏡検査を実施した。右B1入口部が空洞病変につながっており、菌球や空洞壁を直視できた。菌球の生検や空洞内の洗浄を施行し、気管支洗浄液培養で *A. fumigatus* を確認できたが、悪性所見はみられなかった。血液検査でもアスペルギルス IgG 抗体が陽性であり、慢性進行性肺アスペルギルス症と診断した。X+11日にポリコナゾールを開始したところ、自覚症状は消失し菌球や空洞壁肥厚、両肺浸潤影も改善したため、X+27日に退院した。慢性肺アスペルギルス症は時に肺癌と区別がつかない場合があり、可能な症例では気管支鏡検査を実施する意義が高いと考えられた。

腎癌肺門リンパ節転移による出血を伴う気道狭窄に対し気管支動脈塞栓術後にAERO stentを留置した一例

¹⁾岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾岡山医療センター 放射線科、³⁾岡山赤十字病院 呼吸器内科
 笹埜 侑斗¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、市川 健¹⁾、松本奨一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、松岡 涼果¹⁾、
 藤原 美穂¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、宇賀 麻由²⁾、向井 敬²⁾、萱谷 紘枝³⁾、
 藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

【症例】53歳 男性

【主訴】血痰、呼吸困難

【現病歴】X年6月に腎細胞癌、肺門・縦隔リンパ節転移と診断され、前医泌尿器科での治療開始予定であったが、血痰および呼吸困難が増悪したため、X年7月に前医救急外来を受診した。胸部CTでは左肺門部リンパ節転移、気道浸潤による気道狭窄と出血所見を認めた。酸素投与が必要な状態であり、呼吸器インターベンション目的に当科転院となった。準緊急で転院翌日に気管支動脈塞栓術(BAE)を施行し、血痰の改善を認めた。BAE3日後、硬性気管支鏡下気道ステント留置術を施行した。左主気管支はリンパ節浸潤による混合性狭窄を認めたものの、BAEによる止血効果が見られた。まず左主気管支に対してバルーン拡張を先行し、ワイヤーを介してAERO stent (14x40mm) 留置した。出血等合併症なく処置を終了した。ステント留置2日後に軟性気管支鏡で左主気管支の開存とBAE及びステントによる止血効果を確認できたため、翌日紹介元泌尿器科へ転院した。無事抗がん剤治療を開始することができ、ステント留置19日後に自宅退院となった。

【考察】腎細胞癌の転移による気道狭窄は出血を伴うことが多く、BAE後の気道インターベンションが推奨される。本症例は、BAEとハイブリッドステントであるAERO stentを組み合わせることで出血による重篤な呼吸不全を回避し、抗がん剤治療への橋渡しを行うことができた。

気管扁平上皮癌に対してクライオセラピーを用いて気道狭窄解除を行い呼吸状態の改善が認められた一例

¹⁾国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾国立病院機構呉医療センター 呼吸器内科
 有森将一郎¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、市川 健¹⁾、松本奨一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、松岡 涼果¹⁾、
 荒木 祐亮²⁾、岩本 佳隆¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

症例は80代女性。1994年に気管扁平上皮癌と診断された。気管管状切除術後、追加治療として放射線治療や化学療法が施行された。2023年に声門下に再発所見を認め、免疫チェックポイント阻害薬で治療開始されるも副作用により治療中断された。再発病変による気管上部狭窄が進行しており、2024年に当院呼吸器内科に気道インターベンション目的に紹介となった。初回入院時は、酸素投与は必要ないものの、臥位で増悪する呼吸困難を認めていた。初回は硬性鏡下にクライオでの腫瘍除去を行って狭窄解除し、症状改善して退院し、紹介元の外来通院となった。その3ヶ月後、腫瘍が増大したため当院に再紹介となった。2回目の入院では、声帯直下まで病変が浸潤していることから、酸素投与が必要で、呼吸困難に加えて発声困難を認めていた。声門直下の狭窄であることから硬性気管支鏡の留置が難しく、全身麻酔下にラリゲルマスクとクライオを用いて気道狭窄解除を行い、呼吸、発声困難という自覚症状は著明に改善した。以後、紹介元にて化学療法が再開された。2回の気道インターベンション前後では自覚症状に加えて客観的指標である呼吸機能検査におけるフローボリューム曲線も改善した。本症例は、気管扁平上皮癌が30年来の長期的な経過を辿っていることに加え、クライオセラピーにて自覚症状だけでなく客観的指標にも改善が認められている稀な一例として報告する。

E-11

肺癌による気道狭窄に対しDumon Y stent留置し放射線化学療法, Durvalumabによる治療後に抜去しえた一例

¹⁾ 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾ 広島市民病院 呼吸器内科

加瀬 太一¹⁾、瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、工藤健一郎¹⁾、松本奨一郎¹⁾、笹埜 侑斗¹⁾、市川 健¹⁾、井上 智敬¹⁾、松岡 涼果¹⁾、岩本 佳隆¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、庄田 浩康²⁾、藤原 慶一¹⁾、柴山 卓夫¹⁾

70歳代男性。2023年7月に扁平上皮癌cT3N2M0 stage III A、遺伝子変異陰性、PD-L1 < 1%と前医で診断され、放射線化学療法が開始された。放射線治療開始2日目に呼吸困難が出現し、原発巣及びリンパ節の増大による気管狭窄の悪化と考えられ、気道ステント留置のため当院転院となった。気管がスリット状に狭窄していたため、ICUにて気管支鏡下に挿管し、最も狭窄している気管中部を超えて挿管チューブ先端を留置し気道確保した。その後、硬性鏡下にDumon Y stentを留置し、気道狭窄は解除された。紹介元にて放射線化学療法を再開し、PRが得られ、Durvalumabによる維持療法に移行した。薬剤性肺障害のためDurvalumabは中止となったが、以後もPRを維持し、気道狭窄は解除された。2024年7月にはステント抜去目的に当院再紹介となり硬性鏡下にステント抜去を行った。悪性気道狭窄に対してステント留置を行った患者の予後は約3-6か月と報告されるが、本症例では既に1年以上生存している。免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬の進歩により気道ステントは橋渡し治療としてより重要な役目を果たすようになっていたため報告する。

E-12

左上葉の末梢型肺癌診断にMP BF-MP290Fによるアプローチが有用であった1例

¹⁾ 川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、²⁾ 川崎医科大学 総合内科学4、

³⁾ 医療法人ほそや医院 呼吸器内科

植田 彩水¹⁾、河原辰由樹²⁾、南 大輔^{2,3)}、三浦 真史²⁾、齋藤 貴子²⁾、三村 彩香²⁾、市山 成彦²⁾、長崎 泰有²⁾、越智 宣昭²⁾、山根 弘路²⁾、瀧川奈義夫²⁾

【背景】MP BF-MP290Fは3.0mmという極めて細い先端部外径にも関わらず1.7mmの鉗子チャンネルを備えた極細径気管支鏡であり、先端部外径4.0mmの細径気管支鏡との無作為化比較研究 (Am J Respir Crit Care Med. 2015; 192: 468-76) や、細径気管支鏡で到達が困難であった末梢型肺癌診断における極細径気管支鏡の有用性に関する国内多施設共同研究 (Respirology. 2023; 28: 152-8) においてその有用性が報告されている。

【症例】76歳、男性。偶然発見された胸部CTでのすりガラス影の精査目的に当科へ紹介された。胸部X線写真では病変の確認は困難であり、CT画像で左S1+2に長径15mmのすりガラス影(充実部分8mm)の高分化型肺癌を疑う病変を認めた。PET-CTでは軽度の集積(SUVmax 2.05)を認めるのみであった。bronchus signを認めたことより細径気管支鏡(BF-P290)でアプローチを行うも病変への到達は困難であった。その後、MP BF-MP290Fにスコープを切り替えると細径気管支鏡で到達した左B1+2ai(4次気管支)より末梢の左B1+2aiβ(5次気管支)まで到達が可能であり、超音波端子でwithinを確認後に組織を採取した。病理組織診断で非小細胞肺癌が疑われ、外科的切除を行い、肺腺癌(pT1aN0M0、pStage IA)と診断した。

【結語】左上葉の15mm大の末梢型肺癌診断にMP BF-MP290Fによるアプローチが有用であった1例を経験したので報告した。

E-13

超音波気管支鏡を用いた呼吸器内視鏡医の経食道的アプローチ ～当院のEUS-B-FNA導入について～

国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科

井上 智敬、瀧川 雄貴、佐藤 賢、市川 健、松本奨一郎、松岡 涼果、岩本 佳隆、渡邊 洋美、
工藤健一郎、佐藤 晃子、藤原 慶一、柴山 卓夫

【背景】縦隔病変の診断や肺癌の病期決定に対し、経食道的にアプローチする超音波気管支鏡下経食道的針生検法 (Endoscopic ultrasound with bronchoscope-guided fine needle aspiration : EUS-B-FNA) は、その有用性が報告されているものの、呼吸器内視鏡医にとって馴染みが薄く、広く普及するに至っていない。EUS-B-FNAの自験例を後方視的に評価することで、安全性と有効性を検討した。

【方法】検査の標準化を開始した2023年4月から演題募集期間の2024年7月末までにEUS-B-FNAを行った自験例を対象とした。内視鏡情報管理システムNEXUSの内視鏡レポートおよびカルテ医師診療録を元に後方視的に抽出した。

【結果】対象となった15例のうち13例(87%)で病理学的に特異的診断が得られた。非小細胞肺癌8例、小細胞肺癌2例、サルコイドーシス1例、多形性腺腫1例、神経鞘腫1例であった。診断できなかった2例について、標的病変は採取できていたが特異的診断には至らなかった。その後の経過から悪性所見はないと判断された。専攻医による穿刺も15例中7例で行われ、全例で出血や気胸、消化管穿孔などの合併症は認めなかった。

【結論】手技の標準化を目指したEUS-B-FNAの導入は、安全に施行することができ、専攻医も穿刺する機会が得られた。稀な縦隔病変を含めて高い診断率を得られた。

E-14

局所麻酔下胸腔鏡で診断したIgG4関連胸膜炎の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 病理学講座

乾 元気¹⁾、原田 智也¹⁾、牧嶋かれん²⁾、松岡 秀一¹⁾、石川 博基¹⁾、野中 喬文¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、
矢内 正晶¹⁾、舟木 佳弘¹⁾、阪本 智宏¹⁾、山崎 章¹⁾

【症例】77歳男性

【現病歴】20XX-4年、両側顎下腺腫脹を認め近医を受診し、IgG4高値を認めIgG4関連疾患が疑われた。右顎下腺摘出術が行われ、IgG4関連疾患と診断され当科紹介、以後経過観察していた。20XX年、定期受診時の胸部単純X線写真で右胸水貯留を認め、胸水検査でリンパ球優位の滲出性胸水を認めた。胸水細胞診で多数の形質細胞を認め、血清IgG4の上昇傾向もありIgG4関連胸膜炎を疑い、局所麻酔下胸腔鏡検査を行った。肉眼所見では明らかな結節性病変は認めず、びまん性に白色から赤色調に変化した胸膜肥厚を認め、肺底部側の一部は癒着し慢性炎症を疑う所見であった。病理学的には胸膜へのリンパ球、形質細胞の高度浸潤と線維化を認め、IgG4陽性形質細胞は20> cells/HPFであった。IgG4/IgG比は共染が高度で判定困難であったが、IgG4関連胸膜炎と臨床診断した。胸水の進行性の貯留はなく、無治療経過観察中である。

【考察】IgG4関連胸膜炎の胸腔鏡所見は白色で緻密な顆粒状病変、水疱状結節性変化の他、非特異的な炎症性変化、胸膜肥厚など様々な所見を呈し、非特異的所見からの生検でもIgG4陽性形質細胞を検出することが報告されている。局所麻酔下胸腔鏡は全身麻酔下胸腔鏡と比較して一般的に診断率は低いが、IgG4関連胸膜炎では本症例や既報のように非特異的所見からの生検でも診断可能であり、診断及び他疾患の否定も含め有用な検査と思われる。

E-15

インドシアニングリーンで術中に胸管を同定したリンパ脈管筋腫症に発症した乳糜胸の一例

徳島大学大学院 胸部・内分泌・腫瘍外科学

坂本 晋一、馬場 彩花、竹原 恵美、竹内 大平、藤本 啓介、住友 弘幸、宮本 直輝、森下 敦司、河北 直也、鳥羽 博明、滝沢 宏光

【緒言】リンパ脈管筋腫症 (LAM) は妊娠可能な女性に好発し、多彩な症状を呈する稀な疾患で10%に乳糜胸を発症する。LAMに伴う乳糜胸に対しインドシアニンググリーン (ICG) を用いて術中に胸管を同定した一例を報告する。

【症例】50代、女性。腎血管筋脂肪腫と巨大腹部リンパ節に対して経過観察中に、多量の左胸水を指摘され内科紹介となった。乳糜胸と診断、保存加療が無効であったため手術の方針となった。全身麻酔導入後に両側鼠経リンパ節にICG：2.5mg (計：5mg) を緩徐に注入し手術を開始した。下縦隔に漏出部位があると想定していたが、前縦隔リンパ節と発達したリンパ管が蛍光され、その周囲に乳糜の露出を認めた。結紮を試みたが剥離操作で微細なリンパ管を損傷し、リンパ液が漏出したためソフト凝固で損傷部位と網目状に発達したリンパ管を焼却、ポリグリコール酸 (PGA) シートを貼付しフィブリンを撒布した。また虚脱していた左下葉が再膨張で裂け、部分切除で修復した。他、左下葉背側に無数の胸膜損傷と気瘻を認め、PGAシートを貼付した。低脂肪食を開始し、排液は50ml/日と少量であったが胸水中のトリグリセリドが高値であったため胸膜癒着術後にドレーンを抜去した。組織からSMA陽性、ER陽性、PgR陽性、HMB45陽性の短紡錘形細胞を認めLAMの診断に至った。

【結語】乳糜胸は胸管の同定が困難な症例が多い。本症例も想定外の部位に漏出部位を認め、ICGを用いた同定が治療の一助となった。

E-16

気管支鏡検査で生じた気胸に対しEWSおよびベリプラスト®充填を行った1例

¹⁾ 公立学校共済組合中国中央病院 内科、²⁾ 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

植崎 弘務¹⁾、藤井 詩子¹⁾、高橋 里鶴¹⁾、市川 健²⁾、米花 有香¹⁾、八杉 昌幸¹⁾、池田 元洋¹⁾、尾形 佳子¹⁾、玄馬 顕一¹⁾

【症例】82歳男性。

【主訴】呼吸困難感、食思不振。

【経過】2週間前からの労作時の呼吸困難感および食思不振のためX日に近医を受診。胸部CTで両肺に広範囲のすりガラス影を指摘され、精査加療のためX+3日に当院へ紹介となった。X+4日に気管支鏡検査を施行。右B⁴からBALを行った際に気胸を生じ、トロッカーカテーテル留置しドレナージを開始した。エアリークが停止しないためX+10日に胸腔造影を行ったところ、右S⁴と思われる右下肺野・外側からの気漏を確認できた。翌日の気管支造影で右B⁴bに注入した造影剤が胸腔内へ流出することを確認し、同部位にEWSを充填した。充填後エアリークは減少したものの完全には停止しないため、X+14日に経気管支的に右B⁴bにベリプラスト®を充填したところエアリークが停止した。X+21日にトロッカーカテーテルを抜去した。間質性肺炎については抗ARS抗体陽性が判明し、X+4日よりプレドニゾン、X+6日よりタクロリムスでの治療を行い、呼吸不全は改善し、X+35日に自宅退院となった。

【考察】気管支鏡検査で生じた気胸に対してEWSおよびベリプラスト®充填で改善が得られた症例を経験した。難治性気胸に対して複数の治療法を併用したことが有効であった可能性が示唆される。

E-17

増加する区域切除における術中区域気管支同定の工夫－外科医の視点から－

¹⁾高知医療センター 呼吸器外科、²⁾高知医療センター 呼吸器内科
岡本 卓¹⁾、張 性洙¹⁾、吉田 千尋¹⁾、山根 高²⁾、寺澤 優代²⁾、浦田 知之²⁾

【背景】JCOG0802試験やCALGB140503試験で、腫瘍径2cm以下の臨床病期T1a-bN0M0のNSCLCへの縮小切除（主に区切）が増加。区切の気管支同定は、必ずしも容易でないことがある。虚脱肺、分離換気（細めの気管支鏡（BFS）で吸引困難な機材あり）、体位（側臥位）、RATSエアースीलによる送気（人工気胸）、術中の肺・気管支の牽引、微小肺病変に対するマーキング等、区域気管支の同定に影響する因子は複数存在。【現況】肺腫瘍等への区切数は、2019年の7例、2020年15例、2021年33例、2022年56例、2023年53例と増加。当院では術前の微小肺病変へのBFSマーキングは施行なし。術前のCT画像、手術開始前のBFSでの確認がスタート。肺動脈、肺静脈の切離後、気管支の処理時にVATS時はスコピスト、RATS時はコンソール医師がBFS施行。術野鉗子での気管支開閉と経口BFSでの気管支の開閉の確認を主とする。またICG使用可能なVATS・RATS時は、ICG認識用の設定で経口BFSとVATS・RATS下に認識されるBFS光を補助的に気管支同定に使用。Cone-Beam-CTなどのHybrid手術時には、病変の術中クリップ同定と同様にクリップでの気管支マーキングも適宜併用し、気管支同定にも使用。【まとめ】増加する区域切除および手術手技に合わせての気管支同定が継続して必要。

E-18

気管支喘息・気管支拡張症へ加療中に発症した気管支結石症の一例

¹⁾JA高知病院 内科、²⁾徳島大学大学院医歯薬学研究部 寄附講座系（地域呼吸器・総合内科学）
國重 道大^{1,2)}、高橋 啓輝¹⁾、高橋 清英¹⁾、西山 美保¹⁾、住友 賢哉¹⁾、篠原 勉^{1,2)}

【背景】気管支結石症は気管支内腔に石灰化物が存在する状態と定義され、咯血や血痰患者の0.8%程度にみられる比較的稀な病態とされる。粘膜障害や粘液栓の原因となり咯血や感染を繰り返す場合には内視鏡的処置や手術の適応となる。

【症例】62歳男性。10年以上気管支喘息、気管支拡張症、慢性気管支炎に対し当院外来で加療を行っていた。X年1月下旬から咳嗽・喀痰増加、血痰を認め2月に予約外受診された。胸部CT検査で拡張した気管支内腔への粘液貯留と中枢側に石灰化結節を認めたため、精査目的に気管支鏡検査を施行した。右肺底区のsubsuperior bronchusに表面粗造な気管支結石を認め生検鉗子を用いて結石を除去した。検査後数日は喀石の自覚を認めたが以降は消失し、喀痰増加の改善及び粘液栓の消失を認めた。気管支結石の成分分析では炭酸カルシウムが98%以上であり、気管支拡張症に伴う気管支分泌物の貯留による二次的な気管支結石と考えられた。

【考察】気管支喘息やアレルギー性気管支肺真菌症（ABPM）に合併した気管支結石症がいくつか報告されている。結石による粘膜障害や結石に付着した真菌が喘息の増悪因子となる可能性が示唆されているが、本症例では経過中に喘息の増悪はなく、吸引物や生検から真菌の検出は認めなかった。気管支結石除去後に粘液栓は消失しており、結石が粘液栓形成の主たる要因と思われる。ABPMを疑う症例においては気管支結石症の関与も考慮する必要がある。

気管支鏡で診断した肺内神経鞘腫の一例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

森田 優、村上 行人、坂東 弘基、宮本 憲哉、磯村 祐太、梶本 達也、近藤 圭大、香川 耕造、荻野 広和、佐藤 正大、埴淵 昌毅、西岡 安彦

【症例】70歳男性。大腸癌の術前精査中に撮影したCTで左肺上葉結節を指摘されて当科紹介となった。造影CTでは左B¹⁺²と³の分岐部外側に15mm大の境界明瞭な円形結節を認め、内部の造影効果はやや不均一であった。PET-CTでは同結節に対して軽度の集積(SUVmax 2.9)を認めた。気管支鏡検査では左B³入口部を70%ほど占拠する表面平滑な結節状の隆起性病変を認め、同部位に対して直視下で生検を行った。病理組織検査では紡錘形細胞が交錯する束状や渦巻き状に増殖し、核の柵状配列を認め、核異型や核分裂像の増加は認めなかった。免疫染色ではS-100蛋白が陽性であり、最終的に肺内神経鞘腫と診断した。神経鞘腫は増大傾向になく、大腸癌の手術が優先されることから現在経過観察中である。

【考察】神経鞘腫は末梢神経が存在するあらゆる部位に発生しうる良性腫瘍であるが、肺および気管支での発生は稀である。肺内神経鞘腫は肺腫瘍全体の0.2%を占めると報告されている。緩徐に増大し、気管・気管支内に発生すれば気道閉塞や閉塞性肺炎をきたしうる。稀に悪性転化もすることから治療は気管支鏡によるインターベンションや外科的切除が行われることが多い。一方で、本症例のように気管支鏡検査で診断がつけば、症例に応じて保存的治療も選択肢の一つとなりうる。

ROSE陽性時の鉗子洗浄液を用いて肺がんコンパクトパネルが有効であったGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の1例

香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学

大原 靖弘、渡邊 直樹、井上 卓哉、溝口 仁志、小森 雄太、金地 伸拓

【背景】肺がんコンパクトパネルDxマルチコンパニオン診断システム(以下、肺がんコンパクトパネル)では細胞検体で遺伝子解析が可能であり高い検査成功率が報告されている。気管支鏡検査の鉗子洗浄液の細胞検体には癌細胞が少数ながら含まれており、肺がんコンパクトパネルで遺伝子解析が可能である。

【症例】75歳女性。主訴は咳嗽。胸部CTで左上葉に結節影を認め原発性肺癌が疑われた。気管支鏡検査時のROSEで腺癌が疑われROSE陽性時の鉗子洗浄液をGM管に保存した。左上葉肺腺癌cT2aN2M1c(OSS, OTH), stage IVBと診断した。しかし組織検体はほとんど採取できておらず、ほかの遺伝パネル検査への提出は困難であり、GM管に保存した細胞検体を肺がんコンパクトパネルへ提出した。DNA量は9ngしかなかったが、解析は成功しEGFR exon19delが陽性であった。Osimertinibを開始し治療効果はPRである。

【考察】各遺伝子パネル検査のコンパニオン診断が拡大する中、組織採取が不十分な場合は、肺がんコンパクトパネルのみが選択肢となる。ROSE陽性確認後の鉗子洗浄液は、ROSE未施行の場合と比較し、総細胞数は少なく核酸収量が少なくなるが、癌細胞含有率は高いと思われる。本例ではEGFR-TKIが奏効したことからEGFR遺伝子変異の結果が正しいことが証明された。

【結論】ROSE陽性時の鉗子洗浄液を用いた肺がんコンパクトパネルは、少なくとも組織採取が不十分な場合には、治療方針決定に有用である。

E-21

part-solid GGO病変をAugmented fluoroscopy 併用cone-beam CTガイド 極細径気管支鏡下生検にて診断した1例

徳島大学病院 呼吸器外科

森下 敦司、河北 直也、馬場 彩花、竹原 恵美、竹内 大平、藤本 啓介、坂本 晋一、住友 弘幸、
宮本 直輝、鳥羽 博明、滝沢 宏光

【はじめに】我々は腫瘍や気管支鏡を三次元的に融合する技術であるAugmented fluoroscopy (AF)を用いたcone-beam CT (CBCT) ガイド下R-EBUS併用極細径気管支鏡下生検 (CBCT/EBUS-UT)を行ってきた。本法が有用であった1例とこれまでの結果を報告する。

【検査方法】仮想気管支鏡をもとにMP290Fを挿入し、R-EBUSで病変を確認後、生検鉗子を挿入しCBCTを撮影。AFを作成し、透視上に反映させて生検を施行。

【症例】81歳女性。左上葉S1+2の全体径2.5cm、充実径1.1cmのpart-solid GGOに対してCBCT/EBUS-UTを施行した。EBUS adjacent to、CBCTで鉗子先端は腫瘍辺縁にあったが、AFガイド下に鉗子を充実部に向けて生検を行い、浸潤性腺癌と診断した。胸腔鏡下左上区切除術を施行し、最終病理は全体径19mm、浸潤径9mmのlepidic predominantな腺癌であり、気管支鏡で浸潤部が生検できていた。同手法をこれまでに82例に行ってきた。3cm以下の病変の68例の診断率は78.4%で、EBUS adjacent toの診断率は88.9%であった。

【考察】CBCTガイド下の気管支鏡下生検は鉗子のズレを3次元的に把握可能で、生検操作時のアングルや、鉗子の方向を目的部位に向けたピンポイント生検を可能とし、AFを付加することでさらに視覚的補正を容易が可能となる。特にEBUS adjacent toに対する利点は大きいと考えられた。

E-22

血清抗GM-CSF抗体陽性であった非線維性過敏性肺炎の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部 病理学講座、

³⁾神奈川県立循環器呼吸器病センター 病理診断科

舟木 佳弘¹⁾、石川 博基¹⁾、照屋 靖彦¹⁾、松岡 秀一¹⁾、仲田 達弥¹⁾、西上 美侑¹⁾、森山 士朗¹⁾、
乾 元気¹⁾、河野 紘輝¹⁾、矢内 正晶¹⁾、阪本 智宏¹⁾、原田 智也¹⁾、高田 美樹¹⁾、木下 直樹¹⁾、
岡崎 亮太¹⁾、森田 正人¹⁾、牧嶋かれん²⁾、武村 民子³⁾、山崎 章¹⁾

【症例】71歳男性。【主訴】なし。

【現病歴】胸部異常陰影精査目的に撮影した胸部CTで間質性陰影を指摘され、再検時に悪化したため、当科紹介となった。CTでは、両肺びまん性に粒状影、小結節影、すりガラス陰影があり、呼気Air trappingを認めた。既喫煙者で、築40年の木造住居に住み、鶏糞、羽毛布団使用中だが、抗T.asahii抗体、鳥抗体は陰性だった。KL-6は2759U/mLと上昇し、過敏性肺炎 (HP) の他に自己免疫性肺胞蛋白症 (APAP) を疑い、血清抗GM-CSF抗体を測定した結果、49.2U/mL (基準値<1.7) と高値だった。BAL、クライオ生検を行ったところ、BALFは軽度混濁調だが白濁はなく、総細胞数増多、リンパ球比率上昇があるものの、無構造顆粒状物質は認めず、病理組織では、疎な肉芽腫、多核巨細胞、軽微な泡沫状マクロファージ、肺胞壁リンパ球浸潤、炭粉沈着があり、肺胞壁の線維化や、肺胞腔内のPAS陽性物質は認めず、非線維性HPと考えられる所見だった。抗GM-CSF抗体の抗体値が高い事やサンプリングエラーの可能性も考え、早期APAP併発または今後APAP発症が予想される、非線維性HPと確定診断した。増悪時にはBAL、クライオ生検再検を考慮している。

【考察】APAPとHPはいずれも誘因として粉塵や環境があり、時に併存する。血清抗GM-CSF抗体は保険適応外だが、粉塵曝露やステロイド投与により、APAP発症、顕在化が懸念されるため、HP確定症例であっても、APAPが疑われる際には測定が考慮される。

E-23

局所麻酔下胸腔鏡による膿胸郭清術に硬性鉗子が有効であった1例

¹⁾ 社会医療法人石川記念会 HITO病院 呼吸器内科、²⁾ 中央クリニック
塩田 哲広¹⁾、小野 克明²⁾

文献によると膿胸治療における局所麻酔下胸腔鏡は早期に十分なドレナージを行うことを目的で主に施行される。膿胸腔が多房性の場合には隔壁を鉗子で取り除いて膿胸腔を一つの腔にすることで十分なドレナージと洗浄を行うことが可能となると記載されているが、通常局所麻酔下胸腔鏡で使用している軟性鉗子で隔壁を取り除くことは容易ではない。当院では縦隔鏡検査で使用している硬性鉗子 ラウンドジョーを用いて隔壁の除去を行っている。症例は67歳、女性。1週間持続する発熱と咳で当科紹介となる。胸部CTにて左胸腔内を充満する胸水貯留を認めた。白血球 27,600, CRP > 24と異常高値であった。左膿胸の診断にて局所麻酔下胸腔鏡による膿胸郭清術を施行した。膿胸腔は多房性であったため硬性鉗子を用いて可及的に隔壁の除去を行い生食1000mlによる胸腔内の洗浄を施行した。術後経過は良好で翌日胸腔ドレーンを抜去した。

E-24

重症COPDに対する気管支バルブ治療－中国・四国地区1例目の報告－

¹⁾ 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、²⁾ 国立病院機構岡山医療センター 麻酔科、
³⁾ 日本赤十字社岡山赤十字病院 呼吸器内科
瀧川 雄貴¹⁾、佐藤 賢¹⁾、松本奨一郎¹⁾、井上 智敬¹⁾、藤原 美穂¹⁾、北野 統己¹⁾、市川 健¹⁾、
松岡 涼果¹⁾、岩本 佳隆¹⁾、渡邊 洋美¹⁾、工藤健一郎¹⁾、佐藤 晃子¹⁾、野上 悟史²⁾、藤原 慶一¹⁾、
別所 昭宏³⁾、柴山 卓夫¹⁾

気管支鏡的肺容量減量術 (Bronchoscopic Lung Volume Reduction, BLVR: 気管支バルブ治療) は、気管支鏡下に一方向弁 (気管支バルブ) を気管支に留置し、標的肺の容量を減少させる治療であり、2023年12月に本邦でも認可された。岡山医療センターは気管支バルブ治療を日本に導入されるにあたり認定された14施設の一つで、現時点 (2024年9月1日) では中国・四国地方唯一の施設である。

症例は70代男性。喫煙歴は1日1箱を53年。職業歴は農業に従事している。当院でCABG, COPD増悪の加療歴あり、以後当院及び連携病院に通院中であった。労作時0.5L/minの在宅酸素療法を行っており、mMRCはgrade 2, 6分間歩行は180mであった。肺機能検査 (体プレチスモグラフィ法) は%FEV1.0: 36.1%, %TLC: 138.6%, %RV: 273.1%であり、基準を満たした。胸部CTの画像解析で標的となる肺葉、葉間裂の完全性も認められ、気管支バルブ治療の適応と判断し、2024年9月に全身麻酔下に右下葉に対してZephyr気管支バルブを留置した。

中国・四国地区の1例目として報告する。

当院における単孔式胸腔鏡下解剖学的肺切除術の導入と教育

国立病院機構高知病院 呼吸器センター

日野 弘之、新居 香織、松村 有悟、南城 和正、門田 直樹、町田 久典、岡野 義夫、畠山 暢生、竹内 栄治、先山 正二

当院では、2019年12月から単孔式胸腔鏡下解剖学的肺切除術を導入し、現在までに160例以上の症例を施設として経験した。現在に至るまで術者は3名で、導入当初からの手技の確立・教育について、検討した。対象は単孔式胸腔鏡下手術で肺葉切除術もしくは肺区域切除術を施行した症例。前方アプローチで術者は常に患者の腹側に、カメラ役は背側に位置した。カメラは径5mm 30度斜視鏡を使用した。

導入当初～約100症例までは、執刀者が2名体制で、片方が執刀の時は、もう一人がカメラ役をするようにした。手術手順をチームとして固定して、ほぼ常に同一な手順で行うようにした。自分が術者の時もカメラ役の時も、同一な視野が得られるように心がけた。

100症例以上になったときに、転勤により卒後5年目の新しいメンバーが参加することになった。最初はカメラ役と第2助手役をしていただき、手術の手順を習得していただいた。また、マルチポートの胸腔鏡下手術で鉗子操作を修練していただいた。卒後7年目となり、右上葉症例から執刀していただき、現在、特に問題点はないと思われる。

単孔式胸腔鏡下解剖学的肺切除術はいわゆるSolo surgeryであるが、チームとして手術手順を定型化することにより、手技の伝達・教育を行うことができると考える。

結核・非結核性抗酸菌症学会 抄 録

T-01

Ⅲ A期EGFR陽性肺癌の加療前に発覚した肺結核の一例

¹⁾市立宇和島病院 初期研修医、²⁾市立宇和島病院 内科
松木 和樹¹⁾、上田 創²⁾、平山龍太郎²⁾、廣瀬 未優²⁾、濱田 千鶴²⁾

【症例】67歳，女性

【経過】2024年3月に検診を受診し，肺癌を疑われ5月に当院を紹介受診した．精査の結果，右肺下葉腺扁平上皮癌（cT2aN2M0，cStageⅢA，PD-L1低発現，EGFR exon19 deletion）と診断した．気管支鏡検査の気管支洗浄液より抗酸菌塗抹陰性，Tb-PCR陽性が判明した．T-SPOTは陰性で結核は死菌の可能性もあったが，肺癌の治療で生じる免疫抑制によって活動性結核を発症するリスクを考慮し，肺癌の治療前に抗結核薬治療を先行した．肺癌に対する治療は，multi-station N2で，切除不能と判断したため化学放射線治療を行う方針とした．イソニアジド・リファンピシン・エタンブトール・ピラジナミドで治療を行い，2週間後からカルボプラチン・パクリタキセルと分割照射を開始した．後治療はリファンピシンをリファブジンに変更し，オシメルチニブの投薬を検討している．

【考察】化学放射線治療後の地固め療法として免疫チェックポイント阻害薬の投与を検討したが，結核治療中の場合，結核が増悪するリスクがあり使用は推奨されていない．今回はEGFR exon19 deletion変異が陽性であり，ADAURA試験の結果を参考に，後治療としてオシメルチニブを選択した．結核を合併した肺癌に対する治療方針は新規薬剤との相互作用を考慮する必要があるが，明確な指針がないため現状は症例毎に対応を検討している．今後も症例を集積し，検討する必要がある．

T-02

結核性股関節滑液包炎の1例

高知県立あき総合病院
鈴木 太郎、窪田 哲也、山崎 悠司

89歳の男性。慢性心不全で当院循環器内科に通院していた。20XX年1月頃より夜間に悪寒を伴う発熱が時折あった。2月に8日間入院し右鼠経ヘルニアの手術を行った。入院中も発熱、CRP上昇はあったが術後反応として経過観察していた。退院翌日に、高熱が見られたため、当院に救急搬送となった。精査の結果、術後腹腔内膿瘍が疑われたため入院の上でアンピシリン・スルバクタムの投与を開始した。しかし解熱は得られず、入院4日目に行った腹部CTでは腹腔内膿瘍と考えていた部位は著変なく、術後変化と考えられた。一方、右股関節周囲に軟部組織腫脹が見られた。同部位は低エコーを示し、穿刺を行ったが菌体は見られず、一般細菌培養は陰性であった。MRI検査では、右股関節腹側に液体貯留の所見があり右股関節腸恥滑液包炎と診断した。入院7日目にT-SPOT陽性が判明し、喀痰・胃液検査を3日間行ったが全て陰性だった。入院8日目に再度、右股関節病変を穿刺し検体を提出した。入院10日目より右大腿の疼痛が出現した。入院13日目に穿刺検体から結核菌PCR陽性が判明、後日培養陽性となった。入院18日目から3剤での抗結核薬治療を開始し、その後、発熱及び右大腿部痛も改善した。約1か月抗結核薬治療を行ったが、重症薬疹のため治療を中断せざるをえなかった。その後、心不全が悪化し治療再開なく死亡した。結核性滑液包炎は稀であり高齢者では鑑別疾患として考える必要がある。

T-03

M. intracellulare 症を合併した粟粒結核の一例

JA 尾道総合病院

古月 七海、露木 真子、勝良 遼、阿部 公亮、濱井 宏介

【背景】結核菌と非結核性抗酸菌 (Nontuberculous mycobacteria : NTM) の混合感染はこれまでに複数報告されているが、粟粒結核と NTM の混合感染を報告した文献は乏しい。

【現病歴】93 歳、女性。元より中葉舌区に気管支拡張像を認めていたが、症状を認めず進行も緩徐であった。1 か月前からの倦怠感・食思不振、労作時呼吸困難のため当院を救急受診し、両側多発粒状影を認め入院となった。

【経過】3 連続の喀痰検査は抗酸菌塗抹・培養ともに陰性であったが、気管支洗浄液および TBLB 検体の、結核・M. intracellulare PCR 陽性、尿中の結核 PCR 陽性であった。粟粒結核として、INH+RFP+EB による 3 剤併用療法で加療を開始し、INH + RFP の 2 剤併用療法に移行した。倦怠感や食思不振は改善し、両側多発粒状影は改善傾向にある。

【考察】既報では、肺結核治療中に NTM が併存する頻度は 1.2～10.8% とされている。併存した NTM 症はコロナイゼーションであり臨床的に問題とならないという報告もあり、結核治療のみを行うことが多い。本症例においても結核に準じて治療を開始し奏効が得られている。しかし、本例の結核は粟粒結核であり、治療開始後も多発粒状影の残存を認めている。播種性 NTM 症も念頭に今後の治療やフォローアップを検討していく必要がある。

T-04

外国人結核患者の療養支援に関する課題の検討ー看護師のアンケート調査からー

独立行政法人国立病院機構愛媛医療センター

松岡ひろみ、渡瀬 晶子、野崎 一樹、杉野 輝希、亀岡 福江

【研究目的】外国人結核患者に対する療養支援について考察し、外国人患者に対する看護介入の困難な点を明らかにするためにアンケート調査を行う。

【研究方法】外国人患者の療養支援の困難な点を明らかにするためにアンケートを作成し、A 病院結核ユニットで勤務し外国人結核患者の看護を経験した 23 名の看護師を対象に調査を行った。

【倫理的配慮】参加の依頼を文書で説明し、アンケートの回収をもって研究参加の同意を得た。

【結果考察】アンケート調査を行った結果、外国人患者と接することに難しさを感じたことがある看護師は 93% であった。患者の要望を聞き取れているとの回答が 69% であったが、細やかな訴えや不安軽減への介入が不十分であるとの回答が半数以上みられた。患者の療養生活に関する簡単な要望は介入ができていたが、精神的な支援にまでは至っていないと感じている看護師が多いと考える。看護師は、言葉の微妙なニュアンスや表情から感じ取る非言語的コミュニケーションを含め、お互いに相手の伝えたいことが理解しあえているか分からないと感じていた。看護をする上で相手を理解して介入していくことが重要であるが、言葉の壁があり、精神的支援が難しいと感じている事が今回の調査で明らかになった。今後、外国人結核患者の看護介入が円滑に行え、精神的支援が行えるようなマニュアルを作成していくことが必要である。

肝障害のマネジメントに苦慮した結核合併局所進行肺扁平上皮癌の1例

¹⁾鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、²⁾鳥取大学医学部附属病院 消化器内科
野中 喬文¹⁾、阪本 智宏¹⁾、仲田 達弥¹⁾、森山 士朗¹⁾、矢内 正晶¹⁾、原田 智也¹⁾、永原 天和²⁾、
山崎 章¹⁾

症例は73歳女性。20XX-1年9月頃からの左胸部痛を主訴に当院麻酔科を受診。胸部CTで左下葉腫瘤影を認め、当科紹介受診となった。12月に気管支鏡検査を施行し、肺扁平上皮癌の診断となった。また、偶発的に気管支洗浄液のTb-PCRが陽性となった。肺結核合併左下葉肺扁平上皮癌 cT4N2M0 stage III Bと診断し、肺癌に対して化学放射線療法、肺結核に対して多剤併用化学療法を開始した。INHによる肝障害を認めたため、RFP+EB+LVFX+PZAで治療継続していた。肺癌に対する化学放射線療法を完遂し、20XX年3月よりDurvalumab地固め療法を開始。3サイクル投与前の血液検査でGrade3の肝障害、胸部CTですりガラス陰影を認め、免疫関連肝障害および免疫関連肺臓炎が考えられた。抗結核薬を休薬し、PSL 90mg (2mg/kg)で治療を開始。速やかに肝障害は改善を認めた。経皮的肝生検では小葉中心を主体とする肝細胞の脱落やアポトーシス、CD8陽性T細胞優位のリンパ球浸潤がみられ免疫関連肝障害に矛盾しない所見であったが、抗結核薬を全て再開したところ肝障害の再燃が見られた。その後、RFP+EB+LVFXへ治療薬の変更をおこない、肝障害の再燃なく治療継続が可能であった。本症例は肝生検の病理像と経過から免疫関連肝障害とPZAによる薬物性肝障害が重複した稀な病態と考えられた。治療方針決定のためにも肝障害を来しうる原因が複数考えられる場合は、肝生検を行い病態解明に努めることが重要である。

副腎不全を合併した孤発性の両側副腎結核の一例

¹⁾徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、²⁾徳島大学病院 内分泌・代謝内科
磯村 祐太¹⁾、村上 行人¹⁾、坂東 弘基¹⁾、梶本 達也¹⁾、近藤 圭大¹⁾、土師 恵子¹⁾、福家 麻美¹⁾、
香川 耕造¹⁾、荻野 広和¹⁾、佐藤 正大¹⁾、埴淵 昌毅¹⁾、辻 誠士郎²⁾、原 倫世²⁾、西岡 安彦¹⁾

【症例】66歳男性。多巣性運動ニューロパチーの既往があり、当院脳神経内科で定期的にγグロブリン大量療法 (IVIG) を行っていた。X年2月にIVIG目的で入院した際に発熱、低血糖、低Na血症を認め、ACTH高値、コルチゾール低値を示したことから原発性副腎不全と診断し、ステロイド補充療法を開始した。腹部CTで両側副腎腫大を認め、T-SPOT陽性であったことから副腎結核疑いで当科紹介となった。全身CTでは石灰化を伴う肺結節や肺門・縦隔リンパ節を認めたが、副腎以外に活動性結核を示唆する所見は認めなかった。診断目的に左副腎摘出術を行ったところ、病理組織検査で乾酪性肉芽腫を認め、臨床的に副腎結核と診断した。X年5月よりINH+RFP+EB+PZAを開始したが、RFPは薬疹のために8月よりLVFXに変更した。X+1年2月からはINH+EBのみ継続し、X+2年3月に治療を終了した。残存する右副腎は縮小し、内部に石灰化が出現したが、副腎機能は回復しなかった。

【考察】副腎結核は稀な肺外結核であり、多くは副腎以外の活動性結核性病変を伴うが、本症例のように副腎のみに限局して発症することがある。また両側性の場合には副腎不全も合併しうるため注意を要する。副腎腫大を認めた場合は、稀ではあるものの副腎結核も念頭において精査を行う必要がある。

T-07

難治性肺 mycobacterium abscessus 感染症に手術療法を行い病状コントロールを得た一例

¹⁾ 地方独立行政法人徳島県鳴門病院 内科、²⁾ 徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、

³⁾ 徳島大学大学院 胸部・内分泌・腫瘍外科学分野

三木 真理¹⁾、西條 敦郎¹⁾、山村篤司郎¹⁾、藤中 雄一¹⁾、西岡 安彦²⁾、伊崎富由美³⁾、滝沢 宏光³⁾

症例は56歳 女性、X-33年に全身性エリテマトーデスと診断され、経口ステロイド剤にてコントロールされていた。X-2年に検診にて胸部レントゲン異常を指摘され、当院にて抗酸菌症を疑われるも喀痰培養は陰性で経過観察とされた。X-1年11月に陰影の進展が認められ、喀痰検査で mycobacterium abscessus が検出され、X年1月呼吸器内科受診となった。空洞陰影の多発が認められ、病巣は両側肺に進展していた。アミカシン (AMK)、イミペネム／シラスタチン、クロファジミン (CLF)、アジスロマイシン (AZM)、シタフロキサシン (STFX) による治療にて一部陰影は改善し、X年7月に右S³空洞と進展した気管支拡張が認められる右中葉を含む胸腔鏡下右中葉＋右S³部分切除が行われた。術後強化療法後、CLF、AZM、STFX、AMK吸入にて加療を15カ月継続し、病状安定を確認し治療終了となった。治療終了10カ月後も再発は認めず、経過良好である。肺非結核性抗酸菌症の手術適応について文献的考察を含めて報告する。

T-08

当院で経験した *Mycobacterium bolletii* の2症例

国家公務員共済組合連合会吉島病院

池上 靖彦、緒方 美里、井上亜沙美、佐野 由佳、尾下 豪人、吉岡 宏治、山岡 直樹

Mycobacterium abscessus 症は非結核性抗酸菌症の中で迅速発育菌に分類されているが、さらに (*abscessus*, *massiliense*, *bolletii*) の3亜種に分類されている。*Bolletii* は症例数が少なく、まとまった報告も多くない。我々は2例経験したために報告をする。

【症例1】50歳代 女性、200X年に検診異常を指摘され、胸部単純CT検査で右肺粒状影を認めた。DDH法で *M. abscessus* 症と診断した。画像所見が悪化したためX+3年に、IPM/CS+AMK+CAMで18日間の加療を行い、以後はCAM+LVFX、CAM+STFXなどを投与して外来加療を継続したが、排菌は持続しており、X+13年に急激な肺病変悪化を認め、今後、IPM/CS+AMK+CAMによる再治療の予定である。経過中に *M. Bolletii* 症と診断した。X+12年の喀痰での薬剤感受性検査でAMKに感受性あり、CAMは耐性であった。

【症例2】70歳代 男性、201X年3月に肺結核を疑って当院に紹介され、*M. avium* と診断し、X+1年5月からCAM+EB+RFPで加療を開始した。X+3年1月からは喀痰抗酸菌培養検査が陰性化した。X+4年9月抗菌薬の内服を続行していたが、抗酸菌培養検査で迅速発育菌が陽性となり質量分析で *M. Bolletii* 症と診断した。X+4年11月からCAM+IMP/CS+AMK+CFZでの入院加療を行い、以後外来でCAM+STFX+CFZ投与を続行しているが、排菌は持続している。X+4年9月の喀痰で行った薬剤感受性検査ではAMKに感受性あり、CAMは耐性であった。文献的考察も含め発表の予定である。

肝細胞癌を発症した非結核性抗酸菌症の一例

川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1

小西 貴之、太田 浩世、森 茂人、小山 勝正、白井 亮、友田 恒一

症例は81歳男性。X=1年2月 胸部異常陰影にて当科紹介受診。胸部CT画像にて中葉中心に気管支拡張像および小結節影が認められた。喀痰検査にて *M. intracellulare* が検出され、肺非結核性抗酸菌症(肺NTM症)と診断した。高齢であること、呼吸器症状が乏しいこと、赤沈の亢進が軽度であること、短期の胸部XPでは著明な変化がないこと等から外来にて経過観察していた。胸部XPおよびCT画像では著明な変化は認められなかったが、X=1年5月胸部CTで肝臓内に多発腫瘤影が出現し、同日撮影したdynamic CTおよび血液検査にてC型肝炎関連の原発性肝細胞癌が疑われた。7月当院外科にて肝中央二区域切除、胆嚢切除術を施行され、肝細胞癌と診断された。肺NTM症の経過観察中に原発性肺癌が発症することが知られており、肺内の腫瘤病変の出現には注意する必要があるが、本症のように肝細胞癌が発症することは稀と考えられた。肺NTM症経過観察中には肺内だけでなく他臓器の変化にも留意することが重要であると考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

— 謝 辞 —

旭化成ファーマ株式会社
アストラゼネカ株式会社
インスメッド合同会社
MSD 株式会社
小野薬品工業株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
杏林製薬株式会社
協和キリン株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
サノフィ株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
チェスト株式会社
中外製薬株式会社
帝人ヘルスケア株式会社
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
日本イーライリリー株式会社
ノーベルファーマ株式会社
原田産業株式会社
ファイザー株式会社
フクダライフテック四国株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
メルクバイオフファーマ株式会社
ヤンセンファーマ株式会社
リジェネロン・ジャパン株式会社

2024年11月7日現在

本学会の開催にあたり、上記の企業・団体の皆様より協賛いただきました。
ここに深くお礼申し上げます。

第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会
会長 竹内 栄治

第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
会長 大西 広志

第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会
会長 窪田 哲也

Kyorin



薬価基準収載

選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬



リフヌア[®]錠45mg

LYFNUA[®] Tablets 45mg

ゲーファピキサントクエン酸塩錠

処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

発売元

杏林製薬株式会社

東京都千代田区大手町一丁目3番7号

〈文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター〉

東京都新宿区左門町20番地

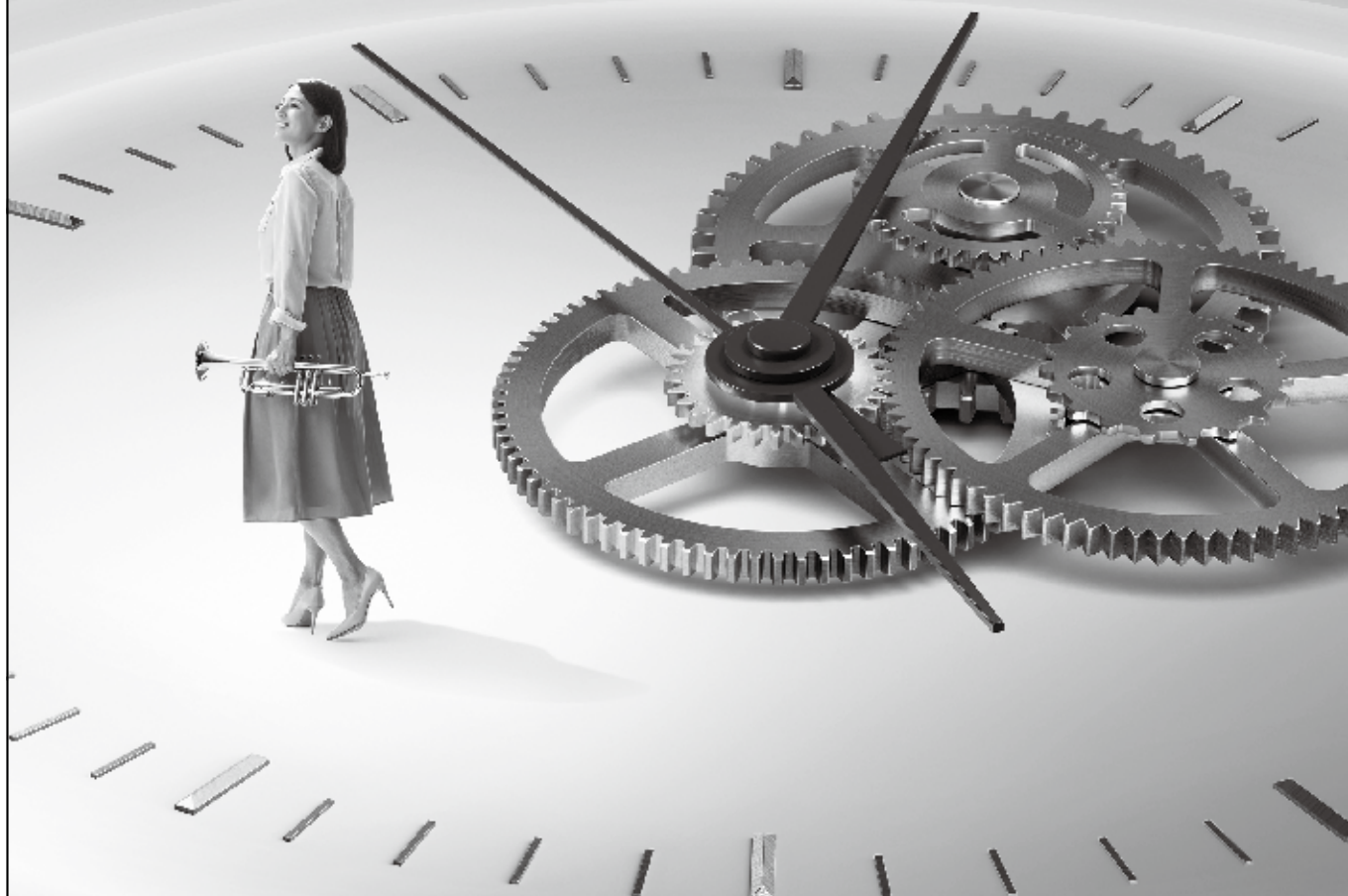
製造販売元

MSD株式会社

東京都千代田区九段北1-13-12

作成年月:2024.5

GSK



3成分配合 喘息・COPD治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 100エリプタ
14・30吸入用

TRELEGY ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム臭化物・ピランテロール
トリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー



3成分配合 喘息治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

テリルジー 200エリプタ
14・30吸入用

TRELEGY ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・
ウメクリジニウム臭化物・ピランテロール
トリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

専用アプリ「添文ナビ」で
GS1バーコードを読み取ることで、
最新の電子添文等を閲覧できます。



(01)14987246783023

(テリルジー100エリプタ14・30吸入用、
テリルジー200エリプタ14・30吸入用)

製造販売元

グラクソ・スミスクライン 株式会社

〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先

TEL: 0120-561-007 (9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047 (24時間受付)

PM-JP-FVU-ADVT-210001
改訂年月2023年9月(MK)

世界中の人々の
より豊かな人生のため、
革新的医薬品に
思いやりを込めて

Lilly



日本イーライリリーは製薬会社として、
人々がより長く、より健康で、充実した生活を実現できるよう、
がん、糖尿病、筋骨格系疾患、中枢神経系疾患、自己免疫疾患、
成長障害、疼痛などの領域で、日本の医療に貢献しています。

日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通 5-1-28
www.lilly.co.jp

たった一度のいのちと歩く。



KYOWA KIRIN

私たちの志

検索

2019年7月作成

いつもを、いつまでも。

あたり前のようにつづく毎日ほど、

かけがえのないものはない。

私たちは、“いつも”を支える力になりたい。

大切な“いつも”が失われた時、

強く取り戻す力を届けたい。

いつもを、いつまでも。

私たち大鵬薬品ひとりひとりの願いです。

TAIHO 大鵬薬品



私たちは、「呼吸」を通して健康を見つめる企業です。

チェストは、呼吸機器メーカーとして
50年を超える実績と豊富な経験を持っています。
検査機器から治療器まで、
多彩なメディカル機器の開発に取り組み、
呼吸器領域の医療の発展と、
普及に貢献できる企業であることを目指しています。



汎用人工呼吸器
VIVO45LS
by Breco

一般的名称：汎用人工呼吸器
●販売名：スマートベンチレータ Vivo 45LS
●承認番号：30200BZX00196000
●高度管理医療機器（クラスⅢ） 特定保守管理医療機器



ムラタ CPAP MX

製造販売元：株式会社村田製作所
●販売名：ムラタ CPAP MX
●承認番号：304AKBZX00054000
●高度管理医療機器（クラスⅢ） 特定保守管理医療機器



睡眠評価装置
アプノモニタ8

一般的名称：睡眠評価装置
●販売名：アプノモニタ 8
●承認番号：302AIBZX00001000
●管理医療機器 特定保守管理医療機器



呼吸機能検査装置
CHESTAC-8900α

一般的名称：呼吸機能測定装置
●販売名：肺機能検査システム CHESTAC-8900α
●承認番号：22100BZX00558A01
●管理医療機器 特定保守管理医療機器

CHEST **チェスト株式会社**

先進の医療機器で健やかな呼吸をサポート

本 社/〒113-0033 東京都文京区本郷3-25-11 TEL. (03) 3813-7200 (代)
松山営業所/〒791-8013 愛媛県松山市山越5-6-32 TEL. (089) 922-6264 (代)
ホームページ <https://www.chest-mi.co.jp>

営業所 / 札幌・秋田・仙台・新潟・さいたま・東京・西東京・横浜・名古屋・金沢・大阪・広島・松山・福岡・大分



Pfizer
Oncology

抗悪性腫瘍剤/チロシンキナーゼ阻害剤

薬価基準収載

ローブレナ[®]錠 25mg / 100mg

ロルラチニブ錠

劇薬、処方箋医薬品
注意・医師等の処方箋により使用すること

LORBRENA[®]
LORLATINIB

※「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、製品電子添文をご参照ください。

製造販売元
ファイザー株式会社
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：
Pfizer Connect /メディカル・インフォメーション 0120-664-467
<https://www.pfizermedicalinformation.jp>

販売情報提供活動に関するご意見：
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

2024年7月作成
LBN720003A

MERCK

日本標準商品分類番号 874291

医薬品リスク管理計画対象製品

抗悪性腫瘍剤 / チロシンキナーゼ阻害薬

薬価基準収載

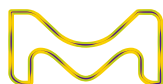
テプミトコ[®]錠 250mg

TEPMETKO[®] Tablets 250mg

テポチニブ塩酸塩水和物錠 劇薬 処方箋医薬品^{注)}

注) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



製造販売元

メルクバイオフーマ株式会社

東京都目黒区下目黒1-8-1 アルコタワー

[資料請求先] メディカル・インフォメーション (TEL) 0120-870-088



2023年3月作成
JP-TEP-00355



私たちは医療の未来を切り拓き
革新的な医薬品をお届けします

未だ満たされない医療上のニーズを解消する
イノベーションは、患者さんの人生に変革をもたらします。
その信念のもと、私たちは、患者さんから学び、
科学の力をもって、未来の医薬品の可能性を切り拓いていきます。

ヤンセンファーマ株式会社
www.janssen.com/japan/

Johnson&Johnson



**第71回日本呼吸器学会中国・四国地方会
第33回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会
第75回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会
プログラム・抄録集**

発行 2024年11月

編集 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学
〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
TEL：088-880-2345

印刷 株式会社メッド
〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3
TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345