

第 69 回日本呼吸器学会中国・四国地方会  
第 32 回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会  
第 74 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】 2023 年 12 月 16 日（土）・17 日（日）

【会場】 あわぎんホール

【会長】 第 69 回日本呼吸器学会中国・四国地方会  
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）  
第 32 回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会  
西岡 安彦（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）  
第 74 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会  
葉久 貴司（徳島県立中央病院 呼吸器内科）

## 第69回日本呼吸器学会中国・四国地方会 会長挨拶



第69回日本呼吸器学会中国・四国地方会  
会長 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

この度、第69回日本呼吸器学会中国・四国地方会を、徳島市において開催いたします。伝統ある本学会の運営を担当する機会をいただき、大変光栄に存じます。

今回の冬季地方会も例年通り、第32回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会ならびに第74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。其々の学術集会の西岡安彦会長、葉久貴司会長と協力し、3学会の会員の皆様にご満足いただけますよう、努めてまいります。

COVID-19のパンデミックや世界各地の紛争は、持続可能な医療の実現が容易ではないことを浮き彫りにしました。医療アクセスや予防策の制限による健康格差が拡大し、医療の質の向上や普及がより重要となっています。疾病の早期発見と最新の研究成果や治療ガイドラインに基づいた全人的な医療の提供のみならず、疾病とその予防策の啓蒙、学術交流や国際的な連携によるベストプラクティスの共有、地域や国内外における医療提供体制の構築への積極的な関与など、呼吸器科医に求められるものはより多岐に及んでいます。本地方会では、呼吸器領域における学術研究の成果や専門知識の共有、教育・啓蒙活動および情報発信を医療従事者と企業が連携して促進してきましたが、中国四国地区におけるプラットフォームとしての役割はより大きくなっています。今回も、広範な知見を共有するとともに、世代や立場に拘わらず呼吸器診療の重要性と魅力を再認識できる機会となれば幸いです。

本学術集会は、COVID-19の5類感染症への移行に伴い、現地での口演のみで開催いたします。多くの方々のご参加をお待ちしておりますので、ご支援とご助力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。徳島の地で、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ますよう、心から願っております。

# 日程表 12月16日(土)

|       | 第1会場<br>(4F 大会議室)   | 第2会場<br>(5F 小ホール)  | 第3会場<br>(5F 会議室6)  | 第4会場<br>(4F 会議室3・4) |
|-------|---|--|--|---------------------|
|       |   |  |  |                     |
|       | 12:50~13:00 [呼吸器学会] 開会式   | 12:50~13:00 [呼吸器内視鏡学会] 開会式   | 12:50~13:00 [結核・非結核性抗酸菌症学会] 開会式  |                     |
| 13:00 | 13:00~13:28 [呼吸器学会]<br>初期研修医演題 肺腫瘍 1<br>R-001 ~ R-004<br>座長：竹内 栄治/頼 冠名                              | 13:00~13:21 [呼吸器内視鏡学会]<br>渡辺洋一記念奨励賞選考対象演題<br>E-01 ~ E-03<br>座長：柴山 卓夫/西岡 安彦           | 13:00~13:28 [結核・非結核性抗酸菌症学会]<br>一般演題 結核<br>T-01 ~ T-04<br>座長：田宮 弘之/濱口 俊一                  |                     |
| 13:30 | 13:30~14:05 [呼吸器学会]<br>初期研修医演題 肺腫瘍 2<br>R-005 ~ R-009<br>座長：上田 康仁/近森 研一                             | 13:25~14:07 [呼吸器内視鏡学会]<br>研修医演題<br>E-04 ~ E-09<br>座長：青江 啓介/先山 正二                     | 13:30~14:05 [結核・非結核性抗酸菌症学会]<br>一般演題 NTM<br>T-05 ~ T-09<br>座長：東條 泰典/三木 真理                 |                     |
| 14:00 |   |  |  |                     |
| 14:30 | 14:10~14:52 [呼吸器学会]<br>初期研修医演題 肺腫瘍 3・その他<br>R-010 ~ R-015<br>座長：大橋 圭明/狹野 広和                         | 14:15~14:55 [結核・非結核性抗酸菌症学会]<br>幹事会   | 14:15~14:50 [呼吸器学会]<br>初期研修医演題 自己免疫性疾患・アレルギー<br>R-032 ~ R-036<br>座長：中島 拓/森田 正人           |                     |
| 15:00 |   |  |  |                     |
| 15:30 | 15:10~16:10 [呼吸器学会]<br>呼吸器セミナー<br>座長：上月 稔幸<br>演者：福田 泰<br>共催：小野薬品工業株式会社/<br>プリストル・マイヤーズ スクイブ<br>株式会社 | 15:10~16:10 [結核・非結核性抗酸菌症学会]<br>抗酸菌症セミナー<br>座長：葉久 貴司<br>演者：南宮 湖<br>共催：インスメッド合同会社      | 15:10~16:10 [呼吸器内視鏡学会]<br>呼吸器内視鏡セミナー<br>座長：服部 登<br>演者：丹羽 崇<br>共催：日本ベーリンガー<br>インゲルハイム株式会社 |                     |
| 16:00 |   |  |  |                     |
| 16:30 | 16:20~17:00 [呼吸器学会]<br>将来計画委員会・男女共同参画委員会<br>合同特別企画<br>座長：西岡 安彦/國近 尚美<br>演者：國近 尚美/梶原 浩太郎             |  |  |                     |
| 17:00 |   |  |  |                     |
| 17:30 | 17:05~17:33 [呼吸器学会]<br>初期研修医演題 間質性肺炎・その他<br>R-016 ~ R-019<br>座長：勝田 知也/堀益 靖                          | 17:05~17:33 [呼吸器学会] 後期研修医演題<br>自己免疫性疾患・アレルギー・その他<br>R-024 ~ R-027<br>座長：谷口 暁彦/山根 真由香 | 17:05~17:54 [呼吸器学会]<br>学生・コメディカル演題<br>R-037 ~ R-043<br>座長：篠原 勉/宮原 信明                     |                     |
| 18:00 | 17:35~18:03 [呼吸器学会]<br>後期研修医演題 間質性肺炎・呼吸不全<br>R-020 ~ R-023<br>座長：庄田 浩康/豊田 優子                        | 17:35~18:03 [呼吸器学会]<br>後期研修医演題 その他<br>R-028 ~ R-031<br>座長：萱谷 絃枝/畠山 暢生                |  |                     |
| 18:30 |   |  |  |                     |
| 19:00 | 19:00 ~   |  |  |                     |
| 19:30 | 懇親会<br>ザ・グランドパレス徳島 4F オークルーム  |  |  |                     |

# 日程表 12月17日(日)

|       | 第1会場<br>(4F 大会議室)  | 第2会場<br>(5F 小ホール)  | 第3会場<br>(5F 会議室6)   | 第4会場<br>(4F 会議室3・4)  |
|-------|--|--|---|--|
| 9:30  |  |  |   | 9:00~11:30   |
| 10:00 | 9:40~10:08 [呼吸器学会]<br>後期研修医演題 肺腫瘍 1<br>R-044 ~ R-047<br>座長：上田 裕/横山 俊秀        | 9:40~10:29 [結核・非結核性抗酸菌症学会]<br>研修医演題<br>T-10 ~ T-16<br>座長：岡野 義夫/國近 尚美         | 9:40~10:08 [呼吸器学会]<br>初期研修医演題 感染症 1<br>R-067 ~ R-070<br>座長：荒川 裕佳子/小橋 吉博     | [呼吸器内視鏡学会]<br>第16回<br>気管支鏡実技セミナー<br>司会：鳥羽 博明<br>講師：河北 直也<br>高嶋 美佳<br>丹羽 崇<br>日野 弘之 |
| 10:30 | 10:15~10:43 [呼吸器学会]<br>後期研修医演題 肺腫瘍 2<br>R-048 ~ R-051<br>座長：兼松 貴則/久山 彰一      |  | 10:10~10:38 [呼吸器学会]<br>初期研修医演題 感染症 2<br>R-071 ~ R-074<br>座長：門脇 徹/渡邊 直樹      |  |
| 11:00 | 10:50~11:25 [呼吸器学会]<br>後期研修医演題 肺腫瘍 3<br>R-052 ~ R-056<br>座長：柿内 聡司/加藤 有加      | 10:45~11:25 [呼吸器内視鏡学会]<br>幹事会  | 11:00~11:28 [呼吸器学会]<br>後期研修医演題 感染症<br>R-075 ~ R-078<br>座長：石田 正之/中西 徳彦       |  |
| 12:00 | 11:40~12:40 [呼吸器学会]<br>ランチョンセミナー 1<br>座長：石田 直<br>演者：古藤 洋<br>共催：サノフィ株式会社      | 11:40~12:40 [呼吸器内視鏡学会]<br>ランチョンセミナー 2<br>座長：西岡 安彦<br>演者：倉田 宝保<br>共催：MSD 株式会社 | 11:40~12:40 [呼吸器学会]<br>ランチョンセミナー 3<br>座長：野上 尚之<br>演者：矢野 聖二<br>共催：中外製薬株式会社   |  |
| 13:00 | 12:55~13:35 特定非営利活動法人 中国・四国<br>呼吸器疾患関連事業包括的支援機構<br>(CS-Lung)<br>2023年度 事業説明会 | 12:55~13:55 [呼吸器内視鏡学会]<br>寺子屋セミナー<br>内視鏡診断<br>座長：南 大輔                        |   |  |
| 13:30 |  | 内視鏡的治療 (ステント)<br>座長：鳥羽 博明  |   |  |
| 14:00 | 13:45~14:27 [呼吸器学会]<br>一般演題 肺腫瘍<br>R-057 ~ R-062<br>座長：岩本 康男/濱田 千鶴           | 14:05~14:33 [呼吸器内視鏡学会]<br>一般演題 診断<br>E-10 ~ E-13<br>座長：佐久川 亮/橋 さやか           | 13:55~14:30 [呼吸器学会]<br>一般演題<br>間質性肺炎・その他<br>R-079 ~ R-083<br>座長：浅見 麻紀/佐藤 正大 |  |
| 14:30 | 14:35~15:03 [呼吸器学会]<br>一般演題 胸膜疾患<br>R-063 ~ R-066<br>座長：高松 和史/南木 伸基          | 14:35~15:10 [呼吸器内視鏡学会]<br>一般演題 治療、合併症<br>E-14 ~ E-18<br>座長：青江 基/藤高 一慶        | 14:35~15:10 [呼吸器学会]<br>一般演題 感染症<br>R-084 ~ R-088<br>座長：枝國 信貴/柳川 崇           |  |
| 15:00 |  |  |   |  |
| 15:30 | 15:15~15:35 表彰式・閉会式  |  |   |  |
| 16:00 |  |  |   |  |
| 16:30 |  |  |   |  |

12月16日 第1会場 (16:20～17:00)

## 呼吸器科医の働き方改革の現状と若手教育

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

日本呼吸器学会将来計画委員会 委員長

西岡 安彦

山口赤十字病院 内科・呼吸器内科

日本呼吸器学会男女共同参画委員会 副委員長

日本呼吸器学会将来計画委員会 委員

國近 尚美

16:20～

### 1. 将来計画委員会・男女共同参画委員会からの報告 ～働き方改革に関するアンケート調査続報を含めて～

山口赤十字病院 内科・呼吸器内科

日本呼吸器学会男女共同参画委員会 副委員長

日本呼吸器学会将来計画委員会 委員

國近 尚美

16:30～

### 2. 伝えるためのスライドのポイント ～Simple・Possible・Universal～

松山赤十字病院 呼吸器内科

梶原浩太郎

学会員の学会発表能力の向上と、学会の活性化を目的に企画いたしました。

誰にとっても簡単で、分かりやすいスライド作成のポイントをお話しいたします。

レジデントの先生、指導医の先生のスライド作りの苦労やスライドチェックの疲れが軽減されるものと期待しています。

## 呼吸器セミナー（呼吸器学会）

12月16日 第1会場（15:10～16:10）

座長 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 臨床研究センター 上月 稔幸

### 実地臨床でのNIVO+IPI ± Chemo エビデンスと使用経験Update

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 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 1 (呼吸器学会)

12月17日 第1会場 (11:40~12:40)

座長 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 石田 直

### 将来リスク低減を目指すタイプ2炎症の制御戦略

公立学校共済組合九州中央病院 呼吸器内科 古藤 洋

共催：サノフィ株式会社

## ランチョンセミナー 3 (呼吸器学会)

12月17日 第3会場 (11:40~12:40)

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

### 日進月歩の肺がん薬物療法の話題：周術期から分子標的薬耐性後まで

金沢大学医薬保健研究域医学系 呼吸器内科学 矢野 聖二

共催：中外製薬株式会社

|  |             |
|--|-------------|
| 初期研修医演題 肺腫瘍 1  | 13:00~13:28 |
| 座長 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)<br>頼 冠名 (岡山大学病院 血液・腫瘍・呼吸器・アレルギー内科) |             |

**R-001 irAE肝障害に対するステロイド治療終了後に、irAE-ACTH単独欠損症が顕在化した肺腺癌の一例**

<sup>1)</sup> 広島市立広島市民病院 初期研修医、<sup>2)</sup> 広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科  
笹埜 侑斗<sup>1)</sup>、高尾 俊<sup>2)</sup>、倉富 亮<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>2)</sup>、清家 廉<sup>2)</sup>、矢野 潤<sup>2)</sup>、  
三島 祥平<sup>2)</sup>、庄田 浩康<sup>2)</sup>、岩本 康男<sup>2)</sup>

**R-002 Atezolizumab投与開始後に著明な心嚢液貯留を認めた1例**

<sup>1)</sup> 川崎医科大学付属病院 良医育成支援センター、<sup>2)</sup> 川崎医科大学 呼吸器内科学  
谷向 剛<sup>1)</sup>、田中 仁美<sup>2)</sup>、鶴井佐栄子<sup>2)</sup>、村野 史華<sup>2)</sup>、田尾 有里<sup>2)</sup>、渡辺 安奈<sup>2)</sup>、  
田嶋匠之助<sup>2)</sup>、黒瀬 浩史<sup>2)</sup>、小橋 吉博<sup>2)</sup>、小賀 徹<sup>2)</sup>

**R-003 免疫チェックポイント阻害薬により発症したステロイド抵抗性硬化性胆管炎の1例**

<sup>1)</sup> 川崎医科大学総合医療センター、<sup>2)</sup> 川崎医科大学  
星島 純子<sup>1)</sup>、河原辰由樹<sup>2)</sup>、切土 博仁<sup>2)</sup>、砂田 有哉<sup>2)</sup>、三村 彩香<sup>2)</sup>、市山 成彦<sup>2)</sup>、  
小坂 陽子<sup>2)</sup>、長崎 泰有<sup>2)</sup>、越智 宣昭<sup>2)</sup>、中西 秀和<sup>2)</sup>、山根 弘路<sup>2)</sup>、瀧川奈義夫<sup>2)</sup>

**R-004 免疫チェックポイント阻害薬併用レジメンでpegfilgrastimを使用し、薬剤性血管炎を発症した肺小細胞癌の1例**

<sup>1)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、  
<sup>2)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 総合診療科  
松尾 祐佳<sup>1)</sup>、白羽 慶祐<sup>1)</sup>、瀧川 雄貴<sup>1)</sup>、佐藤 晃子<sup>1)</sup>、郷田 真由<sup>1)</sup>、井上 智敬<sup>1)</sup>、  
中村 愛理<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、松岡 涼果<sup>1)</sup>、岩本 佳隆<sup>2)</sup>、渡邊 洋美<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、  
佐藤 賢<sup>1)</sup>、藤原 慶一<sup>1)</sup>、柴山 卓夫<sup>1)</sup>

|  |             |
|--|-------------|
| 初期研修医演題 肺腫瘍 2  | 13:30~14:05 |
| 座長 上田 康仁 (鳥取県立中央病院 呼吸器内科)<br>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 腫瘍内科) |             |

**R-005 診断時にEGFR G719C変異陽性であったが再生検でALK融合遺伝子を同定しAlectinibが奏効した肺腺癌の1例**

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学附属病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup> 松江赤十字病院 教育研修推進室、  
<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科  
松岡 秀一<sup>1,2)</sup>、山口 耕介<sup>3)</sup>、矢内 正晶<sup>3)</sup>、野中 喬文<sup>3)</sup>、平山 勇毅<sup>3)</sup>、照屋 靖彦<sup>3)</sup>、  
舟木 佳弘<sup>3)</sup>、阪本 智宏<sup>3)</sup>、木下 直樹<sup>3)</sup>、小谷 昌広<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>3)</sup>



**R-006 術後再発後のEGFR変異陽性肺腺癌にエルロチニブを使用し、長期生存中の一例**

徳島県鳴門病院

小林 哲也、西條 敦郎、山村篤司郎、三木 真理、藤中 雄一

**R-007 分子標的薬中止後短期間で病勢増悪を認めたROS1陽性肺腺癌の一症例**

<sup>1)</sup> 徳島市民病院 臨床教育センター、<sup>2)</sup> 徳島市民病院 内科、<sup>3)</sup> 徳島市民病院 放射線科  
井垣 孝信<sup>1)</sup>、竹崎 彰夫<sup>2)</sup>、小島今日子<sup>2)</sup>、手塚 敏史<sup>2)</sup>、長谷加容子<sup>2)</sup>、古谷 俊介<sup>3)</sup>

**R-008 EGFR compound mutation (L858R / E709X) を有する肺腺癌に対してafatinibが著効した一例**

<sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 統括診療部、  
<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査科  
伊藤 一輝<sup>1)</sup>、市原 聖也<sup>2)</sup>、松村 有悟<sup>2)</sup>、門田 直樹<sup>2)</sup>、岡野 義夫<sup>2)</sup>、町田 久典<sup>2)</sup>、  
畠山 暢生<sup>2)</sup>、成瀬 佳史<sup>3)</sup>、竹内 栄治<sup>2)</sup>

**R-009 BRAF non-V600E変異 (K601E) 陽性肺腺癌に対してダブラフェニブ・トラメチニブ療法が奏効した1例**

<sup>1)</sup> 岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup> 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup> 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、<sup>4)</sup> 岡山大学病院 腫瘍センター、  
<sup>5)</sup> 岡山大学病院 新医療研究開発センター  
末森 敬彦<sup>1)</sup>、森 俊太<sup>2)</sup>、二宮貴一郎<sup>3)</sup>、西村 智香<sup>2)</sup>、水野 悠己<sup>2)</sup>、大森 洋樹<sup>2)</sup>、  
犬飼 優美<sup>2)</sup>、田中 孝明<sup>2)</sup>、宇野 真梨<sup>2)</sup>、榎本 剛<sup>4)</sup>、肥後 寿夫<sup>2)</sup>、藤井 昌学<sup>2)</sup>、  
頼 冠名<sup>5)</sup>、市原 英基<sup>4)</sup>、堀田 勝幸<sup>5)</sup>、宮原 信明<sup>2)</sup>、田端 雅弘<sup>4)</sup>、大橋 圭明<sup>2)</sup>

**呼吸器学会**

**12月16日(土) 第1会場**

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>初期研修医演題 肺腫瘍 3・その他</b>                                  | <b>14:10~14:52</b> |
| 座長 大橋 圭明 (岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科)<br>萩野 広和 (徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科) |                    |

**R-010 進展型小細胞肺癌の下垂体転移に対し薬物療法を行い病勢制御し得た1例**

広島大学病院 呼吸器内科

二宮 昌彦、福代 有希、堀益 靖、山口 覚博、坂本信二郎、檜垣 直子、益田 武、  
中島 拓、岩本 博志、藤高 一慶、濱田 泰伸、服部 登

**R-011 脳転移が先行し、14ヶ月经過してから肺原発病変が顕在化した潜伏性肺小細胞癌の一例**

<sup>1)</sup> 広島市立広島市民病院 初期研修医、<sup>2)</sup> 広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科、  
<sup>3)</sup> 広島市立広島市民病院 脳神経外科  
坂本 一貴<sup>1)</sup>、高尾 俊<sup>2)</sup>、倉富 亮<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>2)</sup>、清家 廉<sup>2)</sup>、西垣 翔平<sup>3)</sup>、  
矢野 潤<sup>2)</sup>、三島 祥平<sup>2)</sup>、庄田 浩康<sup>2)</sup>、岩本 康男<sup>2)</sup>

**R-012 アテゾリマブが奏効したEGFR陽性肺腺癌の1例**

<sup>1)</sup> 高知医療センター 臨床研修管理センター、<sup>2)</sup> 高知医療センター 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 高知医療センター 呼吸器外科  
森澤 一恵<sup>1)</sup>、浦田 知之<sup>2)</sup>、山根 高<sup>2)</sup>、吉田 千尋<sup>3)</sup>、張 性洙<sup>3)</sup>、岡本 卓<sup>3)</sup>

**R-013 右上葉多形癌cT4N3M0 cStageⅢCに対してPACIFIC試験レジメンを用いた1例**

愛媛県立中央病院

齋藤 舞、能津 昌平、水口 吉晃、中村 純也、近藤 晴香、橋 さやか、勝田 知也、  
井上 考司、中西 徳彦、森高 智典

**R-014 演題取り下げ**

**R-015 大量胸水に対する胸腔鏡検査によって甲状腺乳頭癌の再発と診断できた一例**

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

小倉 祐太、宮崎 由依、福田 泰、石田 直

**呼吸器学会**

**12月16日(土) 第1会場**

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>初期研修医演題 間質性肺炎・その他</b>                               | <b>17:05~17:33</b> |
| 座長 勝田 知也(愛媛県立中央病院 呼吸器内科)<br>堀益 靖(広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学) |                    |

**R-016 シェーグレン症候群に伴う間質性肺炎との鑑別を要し、休薬のみで改善した薬剤性肺障害の一例**

<sup>1)</sup> マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、

<sup>2)</sup> マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科

北垣 諒太<sup>1)</sup>、高橋 広<sup>2)</sup>、神原穂奈美<sup>2)</sup>、井原 大輔<sup>2)</sup>、大成洋二郎<sup>2)</sup>

**R-017 過敏性肺炎パターンを呈したメサラジンによる薬剤性肺炎をクライオ生検で診断した一例**

<sup>1)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、

<sup>2)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 総合診療科

來間 俊介<sup>1)</sup>、白羽 慶祐<sup>1)</sup>、瀧川 雄貴<sup>1)</sup>、佐藤 晃子<sup>1)</sup>、郷田 真由<sup>1)</sup>、井上 智敬<sup>1)</sup>、  
中村 愛理<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、松岡 涼果<sup>1)</sup>、岩本 佳隆<sup>2)</sup>、渡邊 洋美<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、  
佐藤 賢<sup>1)</sup>、藤原 慶一<sup>1)</sup>、柴山 卓夫<sup>1)</sup>

**R-018 鳥関連過敏性肺炎に対するステロイド治療中に自己免疫性肺胞蛋白症が顕在化し全肺洗浄で軽快した1例**

<sup>1)</sup> 高知大学医学部 医療人育成支援センター、<sup>2)</sup> 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

阿波谷佳純<sup>1)</sup>、大西 広志<sup>2)</sup>、西森 朱里<sup>2)</sup>、大山 洸右<sup>2)</sup>、山崎 悠司<sup>2)</sup>、平川 慶晃<sup>2)</sup>、  
寺田 潤紀<sup>2)</sup>、伊藤 孟彦<sup>2)</sup>、中谷 優<sup>2)</sup>、梅下 会美<sup>2)</sup>、岩部 直美<sup>2)</sup>、水田 順也<sup>2)</sup>、  
佃 月恵<sup>2)</sup>、荻野 慶隆<sup>2)</sup>、山根真由香<sup>2)</sup>、高松 和史<sup>2)</sup>、横山 彰仁<sup>2)</sup>

**R-019 直腸癌に合併した自己免疫性肺胞蛋白症の一例**

<sup>1)</sup> 福山市民病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 福山市民病院 呼吸器外科

寺田 知世<sup>1)</sup>、滝 貴大<sup>1)</sup>、三谷 玲雄<sup>1)</sup>、山内宗一郎<sup>1)</sup>、小田 尚廣<sup>1)</sup>、高田 一郎<sup>1)</sup>、  
山田 英司<sup>2)</sup>、真鍋 建太<sup>2)</sup>、富岡 泰章<sup>2)</sup>、室 雅彦<sup>2)</sup>

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>後期研修医演題 間質性肺炎・呼吸不全</b>                            | <b>17:35~18:03</b> |
| 座長 庄田 浩康 (広島市立広島市民病院 呼吸器内科)<br>豊田 優子 (高知赤十字病院 呼吸器内科) |                    |

**R-020 線維性鳥関連過敏性肺炎と特発性間質性肺炎鑑別における鳥特異的IgG抗体の有用性：単施設後方視的研究**

徳島県立中央病院

富澤 優太、柿内 聡司、森 彩花、村上 尚哉、香川 仁美、今倉 健、葉久 貴司

**R-021 Interstitial lung abnormalities (以下、ILA) 様陰影を認めた膀胱癌抗癌剤による薬剤性肺障害が疑われた一例**

高松赤十字病院 呼吸器科

川田 浩輔、南木 伸基、松田 拓朗、林 章人、六車 博昭、山本 晃義

**R-022 マイコプラズマ肺炎や過敏性肺炎との鑑別を要した急性好酸球性肺炎の一例**

倉敷市立市民病院

市川 健、江田 良輔、後藤田裕子、金澤 潔、近藤正太郎、出口 静吾

**R-023 慢性血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) と鑑別を要した肺腫瘍血栓性微小血管症 (PTTM) の1例**

<sup>1)</sup> 愛媛大学大学院 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学、<sup>2)</sup> はまぐち呼吸器・内科クリニック、<sup>3)</sup> 松山赤十字病院 循環器内科

茅田 祐輝<sup>1)</sup>、平山龍太郎<sup>1)</sup>、八木 貴寛<sup>1)</sup>、中川友香梨<sup>1)</sup>、菊池 泰輔<sup>1)</sup>、田口 禎浩<sup>1)</sup>、中村 行宏<sup>1)</sup>、山本 哲也<sup>1)</sup>、加藤 高英<sup>1)</sup>、山本将一郎<sup>1)</sup>、野上 尚之<sup>1)</sup>、山口 修<sup>1)</sup>、濱口 直彦<sup>2)</sup>、堀本 拡伸<sup>3)</sup>

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>後期研修医演題 自己免疫性疾患・アレルギー・その他</b>                                      | <b>17:05~17:33</b> |
| 座長 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)<br>山根真由香 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学) |                    |

**R-024 肺腺癌術後に発症した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の1例**

JA尾道総合病院

露木 佳弘、中西 雄、角本 慎治、阿部 公亮、濱井 宏介

**R-025 肺癌術後経過観察中に発症したIgG4関連疾患の一例**

川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1

和又 諒、白井 亮、太田 浩世、小山 勝正、友田 恒一

**R-026 膀胱癌の腫瘍随伴症候群としての好酸球性肺炎と考えられた45歳男性の一例**

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター

竹下 恭平、荒木 佑亮、三登 峰代、福原 和秀、妹尾 直

## R-027 多彩な肺病変が再発性多発軟骨炎との鑑別に有用であったVEXAS症候群の1例

- <sup>1)</sup> 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、  
<sup>2)</sup> 神戸大学医学部附属病院 膠原病リウマチ内科  
高橋 寛<sup>1)</sup>、濱川 正光<sup>1)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>、西村 啓佑<sup>2)</sup>

## 呼吸器学会

12月16日(土) 第2会場

|  |             |
|--|-------------|
| 後期研修医演題 その他  | 17:35~18:03 |
| 座長 萱谷 紘枝 (岡山赤十字病院 呼吸器内科)<br>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) |             |

## R-028 乳び胸を呈したブシラミン誘発性黄色爪症候群の一例

- 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科学講座  
久本優佳里、松田 和樹、村田 順之、末竹 諒、大畑秀一郎、山路 義和、大石 景士、  
浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

## R-029 フラクタル解析を実施した気管支閉鎖症の一例

- <sup>1)</sup> JA高知病院、<sup>2)</sup> 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、  
<sup>3)</sup> 高知赤十字病院  
高橋 啓輝<sup>1)</sup>、森住 俊<sup>3)</sup>、國重 道大<sup>1,2)</sup>、高橋 清英<sup>1)</sup>、西山 美保<sup>1)</sup>、住友 賢哉<sup>1)</sup>、  
篠原 勉<sup>1,2)</sup>

## R-030 乾酪性肉芽腫を伴ったサルコイドーシスの1例

- 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科  
山崎 悠司、平川 慶晃、寺田 潤紀、西森 朱里、伊藤 孟彦、中谷 優、大西 広志、  
横山 彰仁

## R-031 骨髄異形成症候群に合併した続発性肺胞蛋白症の一例

- <sup>1)</sup> 高知県立あき総合病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup> 高知大学医学部附属病院 血液内科  
小林 由佳<sup>1)</sup>、大山 洗右<sup>2)</sup>、渡部伸一朗<sup>3)</sup>、小笠原史也<sup>3)</sup>、山根真由香<sup>2)</sup>、大西 広志<sup>2)</sup>、  
小島 研介<sup>3)</sup>、横山 彰仁<sup>2)</sup>

## 呼吸器学会

12月16日(土) 第3会場

|   |             |
|---|-------------|
| 初期研修医演題 自己免疫性疾患・アレルギー                                     | 14:15~14:50 |
| 座長 中島 拓 (広島大学病院 呼吸器内科)<br>森田 正人 (鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科) |             |

## R-032 心嚢水貯留病変が先行し、間質性肺炎発症を契機に診断に至った皮膚筋炎の一例

- 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター  
東端 政樹、田村 朋季、小柳 太作、梅野 貴裕、西井 和也、久山 彰一

**R-033 早期からの血漿交換療法が奏効した抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎の1例**

- <sup>1)</sup>鳥取大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、  
<sup>2)</sup>鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、<sup>3)</sup>鳥取大学医学部附属病院 腎臓内科  
杉本 里乃<sup>1)</sup>、舟木 佳弘<sup>2)</sup>、原田 智也<sup>2)</sup>、乾 元気<sup>2)</sup>、上谷 直希<sup>2)</sup>、石川 博基<sup>2)</sup>、  
照屋 靖彦<sup>2)</sup>、河野 紘輝<sup>2)</sup>、矢内 正晶<sup>2)</sup>、岡崎 亮太<sup>2)</sup>、森田 正人<sup>2)</sup>、花田日向子<sup>3)</sup>、  
山崎 章<sup>2)</sup>

**R-034 肺泡出血を合併した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例**

- <sup>1)</sup>広島市立広島市民病院 初期臨床研修医、<sup>2)</sup>広島市立広島市民病院 リウマチ・膠原病科、  
<sup>3)</sup>広島市立広島市民病院 呼吸器内科、<sup>4)</sup>広島市立広島市民病院 腫瘍内科  
川口 莉良<sup>1)</sup>、大岩 寛<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>3)</sup>、岩本 康男<sup>4)</sup>

**R-035 ステロイド投与と非侵襲性陽圧換気療法で改善した気管軟骨炎の1例**

- <sup>1)</sup>県立広島病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup>県立広島病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup>県立広島病院 リウマチ科  
北口 雅代<sup>1)</sup>、村井 智一<sup>2)</sup>、渡邊 千映<sup>3)</sup>、勝良 遼<sup>2)</sup>、頼島 愛<sup>3)</sup>、藤田 俊<sup>2)</sup>、  
舩田 翔<sup>3)</sup>、鳥井 宏彰<sup>2)</sup>、上野沙弥香<sup>2)</sup>、益田 健<sup>2)</sup>、谷本 琢也<sup>2)</sup>、石川 暢久<sup>2)</sup>、  
前田 裕行<sup>3)</sup>

**R-036 アレルギー性肺真菌症に対して生物学的製剤が奏効した2例**

- <sup>1)</sup>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、  
<sup>2)</sup>独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 総合診療科、<sup>3)</sup>千葉大学真菌医学研究センター  
柿内 美槻<sup>1)</sup>、瀧川 雄貴<sup>1)</sup>、郷田 真由<sup>1)</sup>、白羽 慶祐<sup>1)</sup>、井上 智敬<sup>1)</sup>、中村 愛理<sup>1)</sup>、  
藤原 美穂<sup>1)</sup>、松岡 涼果<sup>1)</sup>、光宗 翔<sup>1)</sup>、岩本 佳隆<sup>2)</sup>、渡邊 洋美<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、  
佐藤 晃子<sup>1)</sup>、佐藤 賢<sup>1)</sup>、藤原 慶一<sup>1)</sup>、柴山 卓夫<sup>1)</sup>、渡邊 哲<sup>3)</sup>、亀井 克彦<sup>3)</sup>

**呼吸器学会**

**12月16日(土) 第3会場**

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>学生・コメディカル演題</b>   | <b>17:05～17:54</b> |
| 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)<br>宮原 信明 (岡山大学大学院保健学研究科 検査技術科学分野) |                    |

**R-037 視野異常を初発症状として免疫関連有害事象としての1型糖尿病を発症した肺腺癌の1例**

- <sup>1)</sup>鳥取大学医学部医学科 5年生、<sup>2)</sup>鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科  
堀 正典<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>2)</sup>、野中 喬文<sup>2)</sup>、矢内 正晶<sup>2)</sup>、平山 勇毅<sup>2)</sup>、照屋 靖彦<sup>2)</sup>、  
舟木 佳弘<sup>2)</sup>、阪本 智宏<sup>2)</sup>、木下 直樹<sup>2)</sup>、小谷 昌広<sup>2)</sup>、山崎 章<sup>2)</sup>

**R-038 免疫チェックポイント阻害薬治療後の転移性肺腫瘍切除後にサイトカイン放出症候群を発症した腎細胞癌の一例**

- <sup>1)</sup>岡山大学医学部医学科、<sup>2)</sup>岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup>岡山大学病院 腫瘍センター、<sup>4)</sup>岡山大学病院 呼吸器外科、<sup>5)</sup>岡山大学病院 泌尿器科、  
<sup>6)</sup>岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、<sup>7)</sup>岡山大学病院 新医療研究開発センター  
石原 直人<sup>1)</sup>、田中 孝明<sup>2)</sup>、大森 洋樹<sup>2)</sup>、榎本 剛<sup>3)</sup>、三好健太郎<sup>4)</sup>、西村 慎吾<sup>5)</sup>、  
二宮貴一郎<sup>6)</sup>、藤井 昌学<sup>2)</sup>、頼 冠名<sup>7)</sup>、市原 英基<sup>2)</sup>、堀田 勝幸<sup>7)</sup>、宮原 信明<sup>2)</sup>、  
田端 雅弘<sup>3)</sup>、大橋 圭明<sup>2)</sup>

**R-039 ⅢB期肺腺癌に対する薬物療法中に出現した副腎転移に対して摘出手術を行った1例**

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部医学科、<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科  
三明智<sup>1)</sup>、木下直樹<sup>2)</sup>、石川博基<sup>2)</sup>、野中喬文<sup>2)</sup>、平山勇毅<sup>2)</sup>、照屋靖彦<sup>2)</sup>、  
矢内正晶<sup>2)</sup>、阪本智宏<sup>2)</sup>、山口耕介<sup>2)</sup>、小谷昌広<sup>2)</sup>、山崎章<sup>2)</sup>

**R-040 認知機能低下で発症し皮質性脳炎と鑑別を要した癌性髄膜炎の一例**

<sup>1)</sup> 島根大学医学部医学科 6年、<sup>2)</sup> 島根大学医学部内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学、  
<sup>3)</sup> 島根大学医学部内科学講座 内科学第3  
宮田菜穂<sup>1)</sup>、沖本民生<sup>2)</sup>、朝山康祐<sup>3)</sup>、貴谷夏州<sup>2)</sup>、奥野峰苗<sup>2)</sup>、幡高次郎<sup>2)</sup>、  
天野芳宏<sup>2)</sup>、濱口愛<sup>2)</sup>、津端由佳里<sup>2)</sup>、磯部威<sup>2)</sup>

**R-041 CAR-T療法患者に生じた長期遷延新型コロナウイルス肺炎の一例**

<sup>1)</sup> 岡山大学医学部医学科、<sup>2)</sup> 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup> 岡山大学病院 血液・腫瘍内科、<sup>4)</sup> 岡山大学病院 腫瘍センター、  
<sup>5)</sup> 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、<sup>6)</sup> 岡山大学病院 新医療研究開発センター、  
<sup>7)</sup> 岡山大学病院 老年医学  
小松原悠<sup>1)</sup>、肥後寿夫<sup>2)</sup>、藤井伸治<sup>3)</sup>、山下真弘<sup>2)</sup>、松本千晶<sup>2)</sup>、大森洋樹<sup>2)</sup>、  
本倉優美<sup>2)</sup>、田中孝明<sup>2)</sup>、森俊太<sup>2)</sup>、宇野真梨<sup>2)</sup>、槇本剛<sup>4)</sup>、二宮貴一郎<sup>5)</sup>、  
藤井昌学<sup>2)</sup>、頼冠名<sup>6)</sup>、市原英基<sup>2)</sup>、堀田勝幸<sup>6)</sup>、田端雅弘<sup>4)</sup>、光延文裕<sup>7)</sup>、  
大橋圭明<sup>2)</sup>、宮原信明<sup>2)</sup>

**R-042 COVID-19流行期におけるCOPD作業診断と管理手順について**

<sup>1)</sup> 高知大学医学部医学科、<sup>2)</sup> 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup> 高松平和病院 内科、<sup>4)</sup> 高知県立あき総合病院 呼吸器内科  
山田規加<sup>1)</sup>、大山洗右<sup>2)</sup>、穴吹和貴<sup>3)</sup>、山根真由香<sup>2)</sup>、寺田潤紀<sup>2)</sup>、平川慶晃<sup>2)</sup>、  
伊藤孟彦<sup>2)</sup>、西森朱里<sup>2)</sup>、中谷優<sup>2)</sup>、水田順也<sup>2)</sup>、梅下会美<sup>2)</sup>、荻野慶隆<sup>2)</sup>、  
佃月恵<sup>2)</sup>、岩部直美<sup>2)</sup>、高松和史<sup>2)</sup>、辻希美子<sup>2)</sup>、大西広志<sup>2)</sup>、窪田哲也<sup>4)</sup>、  
横山彰仁<sup>2)</sup>

**R-043 在宅ハイフローセラピー導入における院内から在宅までの指導工夫**

<sup>1)</sup> 山口宇部医療センター リハビリテーション科、<sup>2)</sup> 山口宇部医療センター 4F病棟看護部、  
<sup>3)</sup> 山口宇部医療センター 呼吸器内科  
石光雄太<sup>1)</sup>、寺西真帆<sup>2)</sup>、玉井園子<sup>2)</sup>、水津純輝<sup>3)</sup>、上原翔<sup>3)</sup>、藤井哲哉<sup>3)</sup>、  
松森耕助<sup>3)</sup>

**呼吸器学会**

**12月17日(日) 第1会場**

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>後期研修医演題 肺腫瘍 1</b>   | <b>9:40~10:08</b> |
| 座長 上田 裕 (香川県立中央病院 呼吸器内科)<br>横山 俊秀 (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) |                   |

**R-044 ソトラシブで良好な治療効果が得られたKRAS G12C変異陽性の超高齢者肺腺癌の1例**

市立三次中央病院  
久保 瑠那、小浦 智子、山根 愛、栗屋 禎一

- R-045 **肺がんコンパクトパネルでEGFR遺伝子exon19挿入変異を検出しオシメルチニブを投与した肺腺癌の一例**  
 島根大学医学部内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学  
 堀江 美香、中島 和寿、幡 高次郎、中尾 美香、天野 芳宏、沖本 民生、津端由佳里、磯部 威
- R-046 **粟粒陰影をきたし、粟粒結核との鑑別を要したEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の73歳女性例**  
 山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科  
 沖村 昌俊、村川 慶多、大石 景士、大畑秀一郎、村田 順之、山路 義和、浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人
- R-047 **ALK融合遺伝子陽性肺癌(favor squamous cell carcinoma)に対してALKチロシンキナーゼ阻害剤が奏効した一例**  
<sup>1)</sup> 徳島県立中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 徳島県立中央病院 病理診断科  
 村上 尚哉<sup>1)</sup>、森 彩花<sup>1)</sup>、富澤 優太<sup>1)</sup>、香川 仁美<sup>1)</sup>、今倉 健<sup>1)</sup>、柿内 聡司<sup>1)</sup>、葉久 貴司<sup>1)</sup>、工藤 英治<sup>2)</sup>

## 呼吸器学会

12月17日(日) 第1会場

|  |                    |
|--|--------------------|
| <b>後期研修医演題 肺腫瘍 2</b>   | <b>10:15~10:43</b> |
| 座長 兼松 貴則 (松山赤十字病院 呼吸器内科)<br>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) |                    |

- R-048 **Osimertinibによる薬剤性皮膚血管炎を認めた2例**  
<sup>1)</sup> 中国中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 同 皮膚科、<sup>3)</sup> 同 病理診断科  
 高橋 里鶴<sup>1)</sup>、米花 有香<sup>1)</sup>、藤井 詩子<sup>1)</sup>、久山 陽子<sup>2)</sup>、杉本佐江子<sup>2)</sup>、戸田 博子<sup>3)</sup>、松本奨一郎<sup>1)</sup>、檜崎 弘務<sup>1)</sup>、八杉 昌幸<sup>1)</sup>、池田 元洋<sup>1)</sup>、尾形 佳子<sup>1)</sup>、玄馬 顕一<sup>1)</sup>
- R-049 **Osimertinibの再投与中にQT延長による心肺停止に至り、救命し得た1例**  
<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、<sup>2)</sup> 鳥取大学附属病院 循環器内科  
 星尾陽奈子<sup>1)</sup>、阪本 智宏<sup>1)</sup>、照屋 靖彦<sup>1)</sup>、舟木 佳弘<sup>1)</sup>、石川 博基<sup>1)</sup>、利川 太昌<sup>2)</sup>、山崎 章<sup>1)</sup>
- R-050 **AtezolizumabによるIgA血管炎を来した肺癌の1症例**  
 香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学  
 小島 一輝、小森 雄太、溝口 仁志、井上 卓哉、渡邊 直樹、金地 伸拓
- R-051 **パクリタキセルによる大腸炎をきたした非小細胞肺癌の一例**  
<sup>1)</sup> 高知赤十字病院 内科、<sup>2)</sup> 高知赤十字病院 病理診断科  
 中内友合江<sup>1)</sup>、豊田 優子<sup>1)</sup>、森住 俊<sup>1)</sup>、近藤 圭大<sup>1)</sup>、重久友理子<sup>1)</sup>、頼田 顕辞<sup>2)</sup>

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>後期研修医演題 肺腫瘍 3</b>  | <b>10:50~11:25</b> |
| 座長 柿内 聡司 (徳島県立中央病院 呼吸器内科)<br>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-052 RAF1遺伝子変異陽性肺腺癌に対し、免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法が著効した一例**

- <sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科、  
<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査科  
市原 聖也<sup>1)</sup>、松村 有悟<sup>1)</sup>、門田 直樹<sup>1)</sup>、岡野 義夫<sup>1)</sup>、町田 久典<sup>1)</sup>、畠山 暢生<sup>1)</sup>、  
成瀬 桂史<sup>2)</sup>、竹内 栄治<sup>1)</sup>

**R-053 Carboplatin+Paclitaxel+Nivolumabによる術前化学療法にて腫瘍が縮小し完全切除できた肺腺癌の1例**

- <sup>1)</sup> 市立宇和島病院 内科、<sup>2)</sup> 市立宇和島病院 外科  
福西 宥希<sup>1)</sup>、濱田 千鶴<sup>1)</sup>、武田 将司<sup>2)</sup>、上田 創<sup>1)</sup>、廣瀬 未優<sup>1)</sup>、小倉 史也<sup>2)</sup>、  
根津 賢司<sup>2)</sup>

**R-054 肺扁平上皮癌に対して免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法1コースのみで病理解学的完全奏効に至った1例**

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

**R-055 ペプチド受容体放射性核種療法が奏効した左下葉原発進行期非定型カルチノイドの1例**

- <sup>1)</sup> 徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、<sup>2)</sup> 徳島大学病院 放射線治療科  
寺澤 翠<sup>1)</sup>、坂東 弘基<sup>1)</sup>、土師 恵子<sup>1)</sup>、米田 浩人<sup>1)</sup>、荻野 広和<sup>1)</sup>、岡田 直子<sup>2)</sup>、  
川中 崇<sup>2)</sup>、佐藤 正大<sup>1)</sup>、埴淵 昌毅<sup>1)</sup>、西岡 安彦<sup>1)</sup>

**R-056 耳下腺と皮膚へ術後同時転移を来した肺癌肉腫の一例**

- 倉敷中央病院 呼吸器外科  
岩澤 光哲、松浦 晃大、青野 泰正、中ノ坊 亮、多々川貴一、吉田 将和、村田 祥武、  
高橋 鮎子、小林 正嗣



|   |             |
|---|-------------|
| 一般演題 肺腫瘍  | 13:45~14:27 |
| 座長 岩本 康男 (広島市立広島市民病院 腫瘍内科)<br>濱田 千鶴 (市立宇和島病院 呼吸器内科) |             |

**R-057 間質性肺炎合併肺癌に対する免疫チェックポイント阻害剤の有効性と安全性の検討 (CS-Lung003ブランチ28)**

<sup>1)</sup> JA尾道総合病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 県立広島病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 香川大学 血液・免疫・呼吸器内科、<sup>4)</sup> 広島大学 呼吸器内科、  
<sup>5)</sup> 広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科、<sup>6)</sup> 岡山大学 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>7)</sup> 岡山労災病院 腫瘍内科、<sup>8)</sup> 川崎医科大学 総合内科学4、<sup>9)</sup> 岩国医療センター 呼吸器内科、  
<sup>10)</sup> 岡山大学 新医療研究開発センター 臨床研究部  
濱井 宏介<sup>1,2)</sup>、金地 伸拓<sup>3)</sup>、渡邊 直樹<sup>3)</sup>、石川 暢久<sup>2)</sup>、上野沙弥香<sup>2)</sup>、藤高 一慶<sup>4)</sup>、  
益田 武<sup>4)</sup>、山崎 正弘<sup>5)</sup>、松本奈穂子<sup>5)</sup>、中西 将元<sup>6)</sup>、藤本 伸一<sup>7)</sup>、瀧川奈義夫<sup>8)</sup>、  
西井 和也<sup>9)</sup>、堀田 勝幸<sup>10)</sup>、木浦 勝行<sup>6)</sup>

**R-058 免疫チェックポイント阻害薬投与を契機として発症したradiation recall pneumonitisの2例**

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、  
<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 がんセンター、<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器外科、  
<sup>4)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 消化器外科  
矢内 正晶<sup>1,2)</sup>、舟木 佳弘<sup>1)</sup>、森田 正人<sup>1)</sup>、大野 貴志<sup>3)</sup>、宍戸 裕二<sup>4)</sup>、野中 喬文<sup>1)</sup>、  
平山 勇毅<sup>1)</sup>、照屋 靖彦<sup>1)</sup>、阪本 智宏<sup>1)</sup>、木下 直樹<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>1)</sup>、小谷 昌広<sup>1,2)</sup>、  
山崎 章<sup>1)</sup>

**R-059 抗横紋筋抗体陽性の重症irAE筋炎・心筋炎に対して早期の集学的治療が奏効した肺扁平上皮癌の1例**

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科  
鈴江 涼子、坂東 弘基、土師 恵子、尾崎 領彦、米田 浩人、荻野 広和、佐藤 正大、  
埴淵 昌毅、西岡 安彦

**R-060 非小細胞肺癌患者の化学放射線療法における連日カルボプラチン投与の当院での使用経験**

県立広島病院 呼吸器内科  
鳥井 宏彰、村井 智一、勝良 遼、藤田 俊、上野沙弥香、益田 健、谷本 琢也、  
石川 暢久

**R-061 抗アクアポリン4抗体陽性視神経炎を合併した進行非小細胞肺癌の1例**

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 眼科、  
<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 脳神経内科  
野中 喬文<sup>1)</sup>、矢内 正晶<sup>1)</sup>、上谷 直希<sup>1)</sup>、石川 博基<sup>1)</sup>、平山 勇毅<sup>1)</sup>、照屋 靖彦<sup>1)</sup>、  
阪本 智宏<sup>1)</sup>、木下 直樹<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>1)</sup>、小谷 昌広<sup>1)</sup>、田中 智章<sup>2)</sup>、村上 丈伸<sup>3)</sup>、  
山崎 章<sup>1)</sup>

**R-062 骨髄癌腫症を合併した小細胞肺癌の1例**

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科  
木下 直樹、野中 喬文、平山 勇毅、照屋 靖彦、矢内 正晶、阪本 智宏、山口 耕介、  
小谷 昌広、山崎 章

|   |             |
|---|-------------|
| 一般演題 胸膜疾患   | 14:35~15:03 |
| 座長 高松 和史 (高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科)<br>南木 伸基 (高松赤十字病院 呼吸器内科) |             |

## R-063 ビタミンK欠乏症に伴う血胸の一例

広島市立舟入市民病院

牛尾 剛己、三島 祥平、実綿 慶、高山 裕介、北原 良洋、高蓋 寿朗

## R-064 肺の拡張障害を呈した胸膜アミロイドーシスの1例

<sup>1)</sup>広島市立舟入市民病院、<sup>2)</sup>JA尾道総合病院角本 慎治<sup>1,2)</sup>、実綿 慶<sup>1)</sup>、北原 良洋<sup>1)</sup>、牛尾 剛己<sup>1)</sup>、高山 裕介<sup>1)</sup>、新谷 貴洋<sup>1)</sup>、高蓋 寿朗<sup>1)</sup>

## R-065 胸部外傷を契機に胸水貯留が出現し、リウマチ性胸膜炎と診断した一例

<sup>1)</sup>JA高知病院 内科、<sup>2)</sup>徳島大学医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野、<sup>3)</sup>高知赤十字病院 呼吸器内科、<sup>4)</sup>JA高知病院 整形外科、<sup>5)</sup>高知記念病院 リウマチ科  
國重 道大<sup>1,2)</sup>、森住 俊<sup>3)</sup>、高橋 啓輝<sup>1)</sup>、高橋 清英<sup>1)</sup>、西山 美保<sup>1)</sup>、住友 賢哉<sup>1)</sup>、  
細川 智司<sup>4)</sup>、千々和龍美<sup>5)</sup>、篠原 勉<sup>1,2)</sup>

## R-066 多房化胸水を有する難治性膿胸に対するt-PA胸腔内投与の経験

<sup>1)</sup>高松市立みんなの病院 内科、<sup>2)</sup>高松市立みんなの病院 呼吸器内科、<sup>3)</sup>高松市立みんなの病院 呼吸器外科川地 紘通<sup>1)</sup>、岸本 伸人<sup>2)</sup>、小川 瑛<sup>2)</sup>、香西 博之<sup>2)</sup>、堀内 宣昭<sup>2)</sup>、加藤 歩<sup>3)</sup>、  
呉 哲彦<sup>3)</sup>

|   |            |
|---|------------|
| 初期研修医演題 感染症 1   | 9:40~10:08 |
| 座長 荒川裕佳子 (国家公務員共済組合連合会高松病院 睡眠・呼吸センター)<br>小橋 吉博 (川崎医科大学附属病院 呼吸器内科) |            |

## R-067 肺化膿症の経過中に二次的に合併したBacillus cereusによる肺炎と膿胸の一例

<sup>1)</sup>社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>社会医療法人近森会近森病院 感染症内科餌取 勇介<sup>1,2)</sup>、藤原 絵理<sup>1,2)</sup>、三枝 寛理<sup>1,2)</sup>、中岡 大士<sup>1,2)</sup>、石田 正之<sup>1,2)</sup>

## R-068 内視鏡的ドレナージの併用が良好な臨床経過に寄与した巨大感染性肺嚢胞の1例

<sup>1)</sup>松山赤十字病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup>松山赤十字病院 呼吸器センター永家 智志<sup>1)</sup>、牧野 英記<sup>2)</sup>、片山 一成<sup>2)</sup>、平山龍太郎<sup>2)</sup>、大下 一輝<sup>2)</sup>、梶原浩太郎<sup>2)</sup>、  
兼松 貴則<sup>2)</sup>、吉田 月久<sup>2)</sup>、桂 正和<sup>2)</sup>、竹之山光広<sup>2)</sup>

## R-069 薬剤性肺障害の治療中にListeria monocytogenesによる敗血症・髄膜炎を発症した1例

愛媛県立中央病院

谷口 慎平、橘 さやか、水口 吉晃、能津 昌平、中村 純也、近藤 晴香、勝田 知也、  
井上 考司、中西 徳彦、森高 智典

## R-070 SARS-CoV-2持続感染を呈した濾胞性リンパ腫の一例

<sup>1)</sup> 徳島県立中央病院 医学教育センター、<sup>2)</sup> 徳島県立中央病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、<sup>4)</sup> 徳島県立中央病院 血液内科  
大島 優実<sup>1)</sup>、香川 仁美<sup>2)</sup>、森 彩花<sup>2)</sup>、富澤 優太<sup>2)</sup>、村上 尚哉<sup>2)</sup>、坂東 紀子<sup>3)</sup>、  
今倉 健<sup>2)</sup>、稲山 真美<sup>2)</sup>、柿内 聡司<sup>2)</sup>、水口 槇子<sup>4)</sup>、葉久 貴司<sup>2)</sup>

## 呼吸器学会

12月17日(日) 第3会場

|   |             |
|---|-------------|
| 初期研修医演題 感染症 2   | 10:10~10:38 |
| 座長 門脇 徹 (独立行政法人国立病院機構松江医療センター 呼吸器内科・教育研修部)<br>渡邊 直樹 (香川大学医学部附属病院 呼吸器内科) |             |

## R-071 演題取り下げ

## R-072 職業歴から疑い迅速に治療し得たオウム病の一例

<sup>1)</sup> 岡山赤十字病院 初期研修医、<sup>2)</sup> 岡山赤十字病院 呼吸器内科  
大槻 啓剛<sup>1)</sup>、萱谷 紘枝<sup>2)</sup>、安藤 翔<sup>2)</sup>、山田光太郎<sup>2)</sup>、安東 千裕<sup>2)</sup>、狩野 裕久<sup>2)</sup>、  
細川 忍<sup>2)</sup>、佐久川 亮<sup>2)</sup>、別所 昭宏<sup>2)</sup>

## R-073 診断に苦慮したインターフェロン- $\gamma$ 遊離試験陰性の結核性胸膜炎

<sup>1)</sup> 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、<sup>2)</sup> 同 呼吸器外科、  
<sup>3)</sup> 同 病理診断科  
今井 涼子<sup>1)</sup>、妹尾 賢<sup>1)</sup>、谷口 暁彦<sup>1)</sup>、二萬 英斗<sup>2)</sup>、高橋 健司<sup>2)</sup>、表 梨華<sup>3)</sup>、  
岡田 俊明<sup>1)</sup>

## R-074 肺アスペルギルス症治療中に*Mycobacterium fortuitum*肺感染症を合併した一例

<sup>1)</sup> JR広島病院 教育研修部、<sup>2)</sup> JR広島病院 呼吸器内科  
三宅 浩平<sup>1)</sup>、山田 貴弘<sup>2)</sup>、稲田 順也<sup>2)</sup>、峠岡 康幸<sup>2)</sup>

## 呼吸器学会

12月17日(日) 第3会場

|   |             |
|---|-------------|
| 後期研修医演題 感染症   | 11:00~11:28 |
| 座長 石田 正之 (社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科)<br>中西 徳彦 (愛媛県立中央病院 内科) |             |

## R-075 びまん性嚥下性細気管支炎を背景に肺炎を発症し*Bacillus subtilis*菌血症をきたしたと考えられた1例

広島市立北部医療センター安佐市民病院  
奥崎 体、大岡 郁子、渡部 雅子、水本 正、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博

## R-076 胸壁浸潤肺癌と鑑別を要した放線菌症の一例

中国労災病院 呼吸器内科  
柳谷奈都子、黒住 悟之、秋田 慎、塩田 直樹

## R-077 ARDSを呈し診断が遅れた粟粒結核の一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

緒方 康人、田中 彩加、早瀬百々子、甲田 拓之、濱尾 信叔、濱川 正光、福田 泰、  
横山 俊秀、有田真知子、伊藤 明広、石田 直

## R-078 外科的肺切除が奏効した器質化肺炎合併壊死性肺炎の一例

<sup>1)</sup> 広島大学病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 呼吸器外科、<sup>3)</sup> 感染症科

古月 七海<sup>1)</sup>、山口 覚博<sup>1)</sup>、平野 耕一<sup>2)</sup>、大森慶太郎<sup>3)</sup>、坂本信二郎<sup>1)</sup>、堀益 靖<sup>1)</sup>、  
益田 武<sup>1)</sup>、見前 隆洋<sup>2)</sup>、中島 拓<sup>1)</sup>、岩本 博志<sup>1)</sup>、藤高 一慶<sup>1)</sup>、宮田 義浩<sup>2)</sup>、  
岡田 守人<sup>2)</sup>、服部 登<sup>1)</sup>

## 呼吸器学会

12月17日(日) 第3会場

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>一般演題 間質性肺炎・その他</b>   | <b>13:55~14:30</b> |
| 座長 浅見 麻紀(山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科)<br>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-079 エンザルタミドによる薬剤性間質性肺炎の2例

市立三次中央病院

山根 愛、久保 瑠那、小浦 智子、栗屋 禎一

## R-080 複数の抗原が疑われた線維性過敏性肺臓炎の一例

<sup>1)</sup> 愛媛大学大学院 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学講座、

<sup>2)</sup> はまぐち呼吸器・内科クリニック

中村 行宏<sup>1)</sup>、茅田 祐輝<sup>1)</sup>、八木 貴寛<sup>1)</sup>、菊池 泰輔<sup>1)</sup>、田口 禎浩<sup>1)</sup>、山本 哲也<sup>1)</sup>、  
加藤 高英<sup>1)</sup>、山本将一朗<sup>1)</sup>、濱口 直彦<sup>2)</sup>、野上 尚之<sup>1)</sup>、山口 修<sup>1)</sup>

## R-081 嚢胞性病変を有するIgG4関連肺疾患の治療方針にクライオバイオプシー肺生検が有効であった一例

倉敷中央病院

川瀧 正典、有田真知子、甲田 拓之、濱尾 信叔、中西 陽祐、田中 彩香、濱川 正光、  
福田 泰、横山 俊秀、伊藤 明広、時岡 史明、石田 直

## R-082 肺高血圧症を伴ったSAPHO症候群の一例

独立行政法人国立病院機構米子医療センター

富田 桂公、山本 光紘、加藤 竜平、池内 智行、唐下 泰一

## R-083 テゼペルマブの生物学的製剤の初回導入および他剤からの切り替えが有用であった難治性喘息の2例

<sup>1)</sup> 医療法人ほそや医院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 医療法人ほそや医院 内科、

<sup>3)</sup> 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科、

<sup>4)</sup> 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 内科、

<sup>5)</sup> 岡山大学大学院保健学研究科 検査技術科学分野 生体情報科学領域

南 大輔<sup>1,2,3)</sup>、細谷 武史<sup>2)</sup>、細谷 正晴<sup>2)</sup>、長野 昭近<sup>3)</sup>、中島 康博<sup>3)</sup>、宮原 信明<sup>4,5)</sup>、  
金廣 有彦<sup>4)</sup>

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>一般演題 感染症</b>   | <b>14:35~15:10</b> |
| 座長 枝國 信貴 (山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科)<br>柳川 崇 (独立行政法人国立病院機構浜田医療センター 呼吸器内科) |                    |

**R-084 進行肺癌に対するTri-Modality Therapy (TMT) と肺アスペルギルス症 (Asp) 様病変の現況と考察**

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

**R-085 猫糞便の粉塵吸入によりPasteurella multocidaが感染し膿胸に至った一例**

島根大学医学部附属病院

奥野 峰苗、沖本 民生、貴谷 夏州、堀江 美香、田中 聖子、中尾 美香、天野 芳宏、  
中島 和寿、濱口 愛、津端由佳里、磯部 威

**R-086 感染性胸部大動脈瘤破裂が原因と考えられたサルモネラ菌による肺化膿症の1例**

高松赤十字病院

六車 博昭、川田 浩輔、松田 拓朗、林 章人、南木 伸基、山本 晃義

**R-087 オミクロン流行期COVID-19患者における細菌感染合併についての検討**

<sup>1)</sup> 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科、<sup>2)</sup> 高知大学医学部 臨床感染症学講座  
西森 朱里<sup>1)</sup>、荒川 悠<sup>2)</sup>、中谷 優<sup>1)</sup>、山根真由香<sup>1)</sup>、高松 和史<sup>1)</sup>、横山 彰仁<sup>1)</sup>

**R-088 オビヌツズマブ投与中に発症したCOVID-19遷延性肺障害の1例**

<sup>1)</sup> 倉敷中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 倉敷中央病院 血液内科  
早瀬百々子<sup>1)</sup>、有田真知子<sup>1)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>、岡田 和也<sup>2)</sup>



# 呼吸器学会 抄録

## R-001

### irAE肝障害に対するステロイド治療終了後に、irAE-ACTH単独欠損症が顕在化した肺腺癌の一例

<sup>1)</sup> 広島市立広島市民病院 初期研修医、<sup>2)</sup> 広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科  
笹埜 侑斗<sup>1)</sup>、高尾 俊<sup>2)</sup>、倉富 亮<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>2)</sup>、清家 廉<sup>2)</sup>、矢野 潤<sup>2)</sup>、三島 祥平<sup>2)</sup>、  
庄田 浩康<sup>2)</sup>、岩本 康男<sup>2)</sup>

**【症例】** 46歳男性【現病歴】 肺腺癌 cT2aN2M1b Stage IVA, PD-L1 TPS < 1% に対し、2022年4月から Carboplatin + Pemetrexed + Ipilimumab + Nivolumab 療法を導入された。7月初旬から40℃の発熱と筋肉痛を認めるようになり、NSAIDs内服で様子を見ていたが改善せず、当院救急外来を受診。血液検査で AST 797 IU/L、ALT 1089 IU/L と CTCAE Grade 4 相当の肝障害があり、精査加療目的に緊急入院となった。肝炎ウイルスや他要因の関与を否定した上で irAE 肝障害と診断し、プレドニゾロン 100mg/日 (PSL 2mg/kg/日) を開始したところ、熱型、肝障害は改善した。化学療法休薬の上、外来で PSL を漸減し、肝障害の再燃なく 12月下旬に PSL の投与を終了した。他方、肺癌については 2022年11月に病勢進行を認めたため、同月から Docetaxel + Ramucirumab 療法を開始した。2023年1月下旬、定期外来で軽度の倦怠感の訴えと低 Na 血症、コルチゾール値の低下があり、ステロイド離脱症候群や irAE 内分泌障害を疑った。負荷試験を実施し、ACTH 分泌能の反応低下を認めたため、irAE としての ACTH 単独欠損症と診断した。ヒドロコルチゾン 15mg/日の内服を開始し、以後状態は安定している。**【考察】** 後方視的にみると、本症例は irAE 肝障害と ACTH 単独欠損症を同時期に発症していたが、ステロイド療法の開始/終了に伴って後者の存在が潜在/顕在化した可能性がある。irAE 発症時は、複数の irAE 臓器障害の併発にも留意する必要がある。

## R-002

### Atezolizumab投与開始後に著明な心嚢液貯留を認めた1例

<sup>1)</sup> 川崎医科大学付属病院 良医育成支援センター、<sup>2)</sup> 川崎医科大学 呼吸器内科学  
谷向 剛<sup>1)</sup>、田中 仁美<sup>2)</sup>、鶴井佐栄子<sup>2)</sup>、村野 史華<sup>2)</sup>、田尾 有里<sup>2)</sup>、渡辺 安奈<sup>2)</sup>、田嶋匠之助<sup>2)</sup>、  
黒瀬 浩史<sup>2)</sup>、小橋 吉博<sup>2)</sup>、小賀 徹<sup>2)</sup>

**【症例】** 74歳男性  
**【主訴】** 右前胸部痛  
**【現病歴】** 20xx年4月に右胸痛を自覚し近医を受診し、胸部CTで右肺結節影と肺門縦隔リンパ節腫大を認め当院へ紹介された。精査の結果肺小細胞癌 cT2aN3M1c (多発骨・肝臓転移あり) Stage IV B の診断で、1st line CBDCA + ETP + Atezo での加療を開始した。Day10より発熱、day11に血球減少傾向のこともあり FN 発症リスク高いと判断して抗菌薬治療を開始、day13の採血で G4 の好中球減少認めたため、FN として G-CSF 投与を行った。Day16に血圧低下あり輸液負荷を開始、CXR で著明な心拡大を認め CT にて心嚢液貯留を認めた。循環器内科にも相談したが、穿刺が困難な部位に心嚢液が貯留していたため心嚢穿刺は施行できなかった。感染症、癌性心膜炎、irAE を鑑別にあげ、抗菌薬治療中の急速な心嚢液貯留であることから irAE による急性心外膜炎を考え PSL 0.5mg/kg/day で開始した。ステロイド治療によって心嚢液貯留は顕著に改善した。**【考察】** 免疫チェックポイント阻害薬による心筋炎の報告は比較的多いが、心嚢液貯留の報告は大半が癌性心膜炎によるもので irAE によるものの報告は少ない。今回 Atezolizumab による心嚢液貯留を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

## 免疫チェックポイント阻害薬により発症したステロイド抵抗性硬化性胆管炎の1例

<sup>1)</sup> 川崎医科大学総合医療センター、<sup>2)</sup> 川崎医科大学

星島 純子<sup>1)</sup>、河原辰由樹<sup>2)</sup>、切土 博仁<sup>2)</sup>、砂田 有哉<sup>2)</sup>、三村 彩香<sup>2)</sup>、市山 成彦<sup>2)</sup>、小坂 陽子<sup>2)</sup>、長崎 泰有<sup>2)</sup>、越智 宣昭<sup>2)</sup>、中西 秀和<sup>2)</sup>、山根 弘路<sup>2)</sup>、瀧川奈義夫<sup>2)</sup>

**【症例】**78歳男性**【現病歴】**右上腕痛と背部痛が続くため近医整形外科を受診したところ、右上肢MRIで骨腫瘍が疑われ、当院へ紹介された。顔面と上肢の浮腫が認められ、胸部CTにて右上葉の腫瘤影と縦隔リンパ節の腫大による上大静脈の閉塞が疑われた。CTガイド下肺生検により腺癌の病理組織が得られた。右上葉肺腺癌(cT1N3M1c stage IVB、右肩甲骨と右上腕骨転移)と診断された。骨転移と上大静脈症候群に対して緩和照射を行った後、CBDCA+Pemetrexed+Pembrolizumab療法を開始した。2サイクル投与後の胸腹部造影CTで胆管炎が疑われ、内視鏡的逆行性胆管膵管造影(MRCP)では胆管結石による信号欠損像はないが総胆管拡張を認め、内視鏡的乳頭括約筋切開術とステント留置術を行った。胆道系酵素はさらに上昇したため、免疫関連有害事象による肝機能障害と考えプレドニゾロン(1 mg/kg)投与を開始した。その後も肝機能の改善は乏しく、MRCP再検より肝内胆管の数珠状変化と多発膿瘍形成が認められ、硬化性胆管炎および胆管周囲炎と考えられた。ステロイド抵抗性硬化性胆管炎としてミコフェノール酸モフェチル(2 g/day)を併用したところ、肝機能障害は緩徐に改善傾向を示し、現在も治療継続中である。

**【考察】**免疫チェックポイント阻害薬による硬化性胆管炎は非常に稀であり、文献的考察を含め報告する。

## 免疫チェックポイント阻害薬併用レジメンでpegfilgrastimを使用し、薬剤性血管炎を発症した肺小細胞癌の1例

<sup>1)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 総合診療科

松尾 祐佳<sup>1)</sup>、白羽 慶祐<sup>1)</sup>、瀧川 雄貴<sup>1)</sup>、佐藤 晃子<sup>1)</sup>、郷田 真由<sup>1)</sup>、井上 智敬<sup>1)</sup>、中村 愛理<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、松岡 涼果<sup>1)</sup>、岩本 佳隆<sup>2)</sup>、渡邊 洋美<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、佐藤 賢<sup>1)</sup>、藤原 慶一<sup>1)</sup>、柴山 卓夫<sup>1)</sup>

**【症例】**72歳女性。定期受診時の血液検査で肝酵素上昇を認め、同日施行したCTで肺腫瘍、多発肝転移を疑う所見を指摘され、精査加療目的に当院当科に入院となった。気管支鏡検査を施行し、進展型小細胞肺癌cT3N3M1c StageIVBと診断、carboplatin + etoposide + atezolizumabで治療を開始した。2サイクル目のday 5にpegfilgrastimを投与した。Day 15より強い背部痛を認め、day 20に当院を受診した。造影CTで腕頭動脈起始部周囲と下行大動脈に血管壁の肥厚を認め、血液検査ではCRP 23.99 mg/dLと上昇を認めた。薬剤性血管炎と診断し、prednisolone (PSL) 50mgで治療を開始した。その後疼痛とCT上血管炎の所見は改善を認め、CRP値も低下、PSLは慎重に漸減した。3サイクル目は同レジメンを減量投与したものの発熱性好中球減少症を発症したため、filgrastimを短期的に使用したが、血管炎の再燃は認めなかった。4サイクル目終了後もPR維持し、血管炎も再燃なくPSLを漸減しながら外来経過観察中である。

**【考察】**Pegfilgrastimによる薬剤性血管炎の報告は散見され、本症例は発症時期、治療経過ともに矛盾しない。我々が検索した限り、免疫チェックポイント阻害薬を含むレジメンで治療中にpegfilgrastimを使用し、薬剤性血管炎を発症した症例は他に認めなかった。稀な症例と考え、若干の考察を加えて報告する。



## 診断時にEGFR G719C変異陽性であったが再生検でALK融合遺伝子を同定しAlectinibが奏効した肺腺癌の1例

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学附属病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup> 松江赤十字病院 教育研修推進室、

<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

松岡 秀一<sup>1,2)</sup>、山口 耕介<sup>3)</sup>、矢内 正晶<sup>3)</sup>、野中 喬文<sup>3)</sup>、平山 勇毅<sup>3)</sup>、照屋 靖彦<sup>3)</sup>、舟木 佳弘<sup>3)</sup>、  
阪本 智宏<sup>3)</sup>、木下 直樹<sup>3)</sup>、小谷 昌広<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>3)</sup>

症例は60歳男性。20XX-12年6月に左上葉肺腺癌に対して手術を施行し (pT1aN2M0、Stage III A)、手術検体からEGFR G719C変異陽性が判明した。20XX-11年12月に右肺結節の増大を認め、術後再発と判断し、1次治療：Gefitinibを開始した。治療開始後も右肺結節が緩徐に増大し、20XX-10年7月にPDと判断し、2次治療：CBDCA+PEMを開始した。治療効果が得られたため、4サイクル施行後にPEM維持療法を95サイクル施行した。20XX-3年2月にPDとなり、3次治療：Afinitinibを開始したが、その後も肺結節が緩徐増大したため、20XX-3年6月にPDと判断した。肺病変に対する再生検の同意がえられず、Liquid biopsyを施行したがEGFR遺伝子変異は検出されなかった。20XX-3年8月より4次治療：CBDCA+nab-PTXを開始した。20XX-1年10月にPDとなり、5次治療：S-1を開始したが、20XX年1月にPDと判断した。20XX年2月に耐性機序の評価目的で肺病変に対して再生検を施行し、SCRUM-TRYに提出したところ、EGFR遺伝子変異は認めず、ALK融合遺伝子 (EML4-ALK)陽性が判明した。20XX年3月より6次治療：Alectinibを開始し、腫瘍の縮小がえられた。EGFR遺伝子変異とALK融合遺伝子は相互に排他的と考えられているが、診断時の肺癌組織からEGFR遺伝子変異、再生検時にはALK融合遺伝子を検出した稀な症例を経験したので報告する。

## 術後再発後のEGFR変異陽性肺腺癌にエルロチニブを使用し、長期生存中の一例

徳島県鳴門病院

小林 哲也、西條 敦郎、山村篤司郎、三木 真理、藤中 雄一

【緒言】EGFR遺伝子変異陽性の進行再発非小細胞肺癌の生存期間中央値は3-4年である。今回、術後再発後12年以上長期生存した症例を報告する。【症例】56歳女性。検診で左下葉の孤立結節陰影を指摘され、20XX-2年9月当院初診。気管支鏡検査にて肺腺癌と診断され、同年10月に左下葉切除術が施行された。経過観察中の20XX年1月に血清CEA 228ng/mlと著増を認め、縦郭リンパ節腫脹と左舌区に新規結節影を認め、術後再発と診断された。気管支鏡生検組織でEGFR遺伝子変異陽性 (Exon19 deletion) と判明しており、同月よりエルロチニブ100mg/日を開始した。血清CEAは20XX年5月には1.8ng/mlと著名に低下していたが、全身性の皮疹のためエルロチニブは50mg/日に減量した。以後同量にてエルロチニブを継続していたが、20XX+10年11月に血清CEA19.3ng/mlと上昇を認め、全身検索の結果、左小脳半球に長径14mmの新規結節を認めた。同年12月より小脳の結節に対し定位放射線治療を行い、以後血清CEAは基準値内に低下した。現在もエルロチニブを継続し、術後再発後12年以上生存している。

【結語】本症例はエルロチニブの減量および新規脳転移出現後、局所放射線療法を行うことで長期エルロチニブの有効性が持続した。EGFR阻害剤の有害事象およびオリゴ転移に対する適切な治療選択は患者の生活の質と予後を左右するため重要である。文献的考察を加えて報告する。

## 分子標的薬中止後短期間で病勢増悪を認めたROS1陽性肺腺癌の一症例

<sup>1)</sup> 徳島市民病院 臨床教育センター、<sup>2)</sup> 徳島市民病院 内科、<sup>3)</sup> 徳島市民病院 放射線科  
井垣 孝信<sup>1)</sup>、竹崎 彰夫<sup>2)</sup>、小島今日子<sup>2)</sup>、手塚 敏史<sup>2)</sup>、長谷加容子<sup>2)</sup>、古谷 俊介<sup>3)</sup>

症例は64歳、男性。ROS1陽性肺腺癌(Stage 4B)に対してX-2年8月より4th line crizotinibを開始した。以後Grade2以下の有害事象を認めるも長期間奏功していた。X年3月15日に薬剤性肺炎を認めたためcrizotinibを中止したが、同年4月7日に著明な見当識障害を伴う多発脳転移が出現した。多発脳転移に対してsteroidおよび浸透圧利尿薬の投与・全脳照射を先行し、同年4月20日よりcrizotinibを再開したところ短期間で多発脳転移の縮小を認めた。分子標的薬中止後の病勢増悪(disease flare)はEGFR変異陽性肺癌で多く報告されているが、今回ROS1陽性肺腺癌の症例で分子標的薬中止後の病勢増悪を経験したので報告する。

## EGFR compound mutation (L858R / E709X) を有する肺腺癌に対してafatinibが著効した一例

<sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 統括診療部、  
<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査科  
伊藤 一輝<sup>1)</sup>、市原 聖也<sup>2)</sup>、松村 有悟<sup>2)</sup>、門田 直樹<sup>2)</sup>、岡野 義夫<sup>2)</sup>、町田 久典<sup>2)</sup>、畠山 暢生<sup>2)</sup>、  
成瀬 佳史<sup>3)</sup>、竹内 栄治<sup>2)</sup>

【症例】75歳女性。X年3月に胸部異常陰影の精査目的に当科紹介となった。胸部CT検査で右肺下葉結節および左第6肋骨、第5、6胸椎に溶骨性変化を伴う腫瘤を認め、経気管支生検によりadenocarcinomaの病理診断に至った。PD-L1 tumor proportion scoreは1%であり、ドライバー遺伝子変異検索ではEGFR遺伝子変異(L858R/E709G)を認めた。全身画像検索の結果と合わせ、右下葉肺腺癌 cT4N0M1c stage IV Bと診断した。EGFRチロシンキナーゼ阻害薬(EGFR-TKI)導入の方針となりX年4月よりafatinib 40 mgの内服を開始し、骨転移に対してはdenosumabを併用した。有害事象として下痢、口腔粘膜炎が出現し、忍容できなかったため5月よりafatinib 30 mgに一段階減量とした。3コース終了後のCT検査では原発巣は著明に縮小しており、骨転移部には骨硬化像を認めたことから、PRと判断し治療を継続している。

【考察】本症例はEGFR活性型遺伝子変異であるL858R変異にE709G変異を伴うcompound mutationを有する稀な症例であり、EGFR-TKIの選択については一定の見解はない。結合親和性を考慮し、afatinibを選択したところ、良好な治療効果を得られており、有効な治療選択肢となる可能性が示唆された。

## BRAF non-V600E変異 (K601E) 陽性肺腺癌に対してダブラフェニブ・トラメチニブ療法が奏効した1例

<sup>1)</sup> 岡山大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup> 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup> 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、<sup>4)</sup> 岡山大学病院 腫瘍センター、  
<sup>5)</sup> 岡山大学病院 新医療研究開発センター

末森 敬彦<sup>1)</sup>、森 俊太<sup>2)</sup>、二宮貴一朗<sup>3)</sup>、西村 智香<sup>2)</sup>、水野 悠己<sup>2)</sup>、大森 洋樹<sup>2)</sup>、犬飼 優美<sup>2)</sup>、  
 田中 孝明<sup>2)</sup>、宇野 真梨<sup>2)</sup>、榎本 剛<sup>4)</sup>、肥後 寿夫<sup>2)</sup>、藤井 昌学<sup>2)</sup>、頼 冠名<sup>5)</sup>、市原 英基<sup>4)</sup>、  
 堀田 勝幸<sup>5)</sup>、宮原 信明<sup>2)</sup>、田端 雅弘<sup>4)</sup>、大橋 圭明<sup>2)</sup>

72歳、男性、Performance Status 1。2020年8月に右上葉肺腺癌 cT1aN0M0, StageIA1に対して右上葉部分切除が施行された。2021年7月のCTで右鎖骨上リンパ節と縦隔リンパ節の腫大を認め、生検を施行し、肺腺癌の再発と診断した。この生検検体を用いて遺伝子解析(オンコマインDx Target TestマルチCDx)を施行し、BRAF K601E変異を検出した。そのため、2021年8月からダブラフェニブ・トラメチニブ療法を開始し、速やかに部分奏効が得られた。悪心や下痢などGrade1の有害事象は認められたが治療継続は可能であり、治療開始から24ヵ月時点で奏効を維持している。BRAF変異は肺癌におけるドライバー遺伝子異常の一つであり、非小細胞肺癌の約3%に認められ、その内BRAF K601E/Nは約15%を占める。BRAF V600E変異陽性肺癌に対するダブラフェニブ・トラメチニブ療法は第II相試験で有効性が示されているが、BRAF non-V600E変異に対する同薬剤の有効性は変異の種類によってさまざまで、十分に明らかになっていない。今回我々は、ダブラフェニブ・トラメチニブ療法を施行し長期に奏効が得られたBRAF K601E変異陽性肺腺癌を経験したので、治療経過と共に文献的考察を加え報告する。

## 進展型小細胞肺癌の下垂体転移に対し薬物療法を行い病勢制御し得た1例

広島大学病院 呼吸器内科

二宮 昌彦、福代 有希、堀益 靖、山口 覚博、坂本信二郎、檜垣 直子、益田 武、中島 拓、  
 岩本 博志、藤高 一慶、濱田 泰伸、服部 登

【背景】一般的に、血液脳関門 (blood-brain barrier : BBB) の存在により、脳転移には薬物療法の効果が乏しいとされており、症候性脳転移に対しては放射線治療が行われる。ただし、下垂体にはBBBが存在しないため、薬物療法の効果が期待される。

【症例】73歳、男性。6週間前より次第に増悪する頭痛と嘔気を自覚していた。2日前より複視を認めたため、A病院を受診し、頭部CT検査で下垂体腫瘍を指摘された。下垂体卒中が疑われ、X日に精査加療目的で当院脳神経外科へ転院した。体幹部CT検査で左肺門部腫瘍を認め、下垂体腫瘍生検で小細胞癌を認めたため、進展型小細胞肺癌 (cT3N3M1c, stage IV B) と診断され当科へ転科された。下垂体転移に伴う汎下垂体機能低下症に対してはホルモン補充療法が開始された。脳転移は単発であり、下垂体転移には薬物療法の効果が期待できると判断され、CBDCA+VP-16+Durvalumabによる化学療法が開始された。4コース終了後、下垂体転移は著明な縮小を認め、下垂体機能低下も軽快しており、維持療法に移行予定である。

【結語】小細胞肺癌の下垂体転移に対し、薬物療法で病勢制御し得た1例を経験したため、文献的考察を踏まえ報告する。

## 脳転移が先行し、14ヶ月経過してから肺原発病変が顕在化した潜伏性肺小細胞癌の一例

<sup>1)</sup> 広島市立広島市民病院 初期研修医、<sup>2)</sup> 広島市立広島市民病院 呼吸器・腫瘍内科、  
<sup>3)</sup> 広島市立広島市民病院 脳神経外科

坂本 一貴<sup>1)</sup>、高尾 俊<sup>2)</sup>、倉富 亮<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>2)</sup>、清家 廉<sup>2)</sup>、西垣 翔平<sup>3)</sup>、矢野 潤<sup>2)</sup>、  
 三島 祥平<sup>2)</sup>、庄田 浩康<sup>2)</sup>、岩本 康男<sup>2)</sup>

【症例】71歳男性【現病歴】2022年3月、ゴルフ中に痙攣発作を生じ、当院へ救急搬送された。頭部MRIで右後頭葉、左島皮質に腫瘍性病変が見つかったため、転移性脳腫瘍を疑って胸腹部造影CTを実施したが、体幹部に腫瘍性病変は指摘できなかった。右後頭葉病変に対して開頭腫瘍摘出術を施行し、病理で神経内分泌癌(NEC)と判明。転移性脳NECと考え、PET-CTを追加したが、同検査でも肺を含めた体幹部に原発病変を確認できなかった。残存脳病変に対して放射線治療を施した後に経過観察とした。2022年9月のCTでも原発は不明だったが、2023年3月に新規脳転移が出現し、同年6月にCTを再検したところ、左肺上葉の気腫性肺嚢胞内に24mm大の不整な肺結節影が出現した。気管支鏡下生検の結果、この肺病変はSmall cell carcinomaと判明し、脳転移病巣と同様の病理組織像であった。脳転移を有する進展型小細胞癌と最終診断し、同年7月からCisplatin+etoposide+durvalumab療法を開始。この治療により、肺病変はPR相当の縮小を得た。【考察】NECは、主に肺または消化管に発生し、中枢神経原発は非常に稀である。本症例でも脳病変は転移と推定した上で慎重に画像フォローした結果、後に肺癌が証明された。本症例で初診時に原発が同定できなかった理由の一つに肺原発病変が気腫性肺嚢胞内に存在したことが考えられる。原発不明脳NEC患者においては、肺癌を念頭にした注意深い経過観察が重要と考える。

## アテゾリマブが奏効したEGFR陽性肺腺癌の1例

<sup>1)</sup> 高知医療センター 臨床研修管理センター、<sup>2)</sup> 高知医療センター 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 高知医療センター 呼吸器外科

森澤 一恵<sup>1)</sup>、浦田 知之<sup>2)</sup>、山根 高<sup>2)</sup>、吉田 千尋<sup>3)</sup>、張 性洙<sup>3)</sup>、岡本 卓<sup>3)</sup>

【症例】74歳、男性。20XX-4年8月に転移性小脳腫瘍、多発脳梗塞にて当院へ入院。左上葉(S3)の腫瘍より経気管支生検を行い腺癌を検出。cT3N3M1b, stage IVと診断した。転移性脳腫瘍に対してγナイフを施行。腫瘍細胞のEGFR Ex19 (del)が陽性であり、1次治療としてエルロチニブで治療を開始したが5ヶ月で再燃。20XX-3年2月より2次治療としてPEM + CBDCA 4コース施行しPRとなりPEM単剤での維持療法(25コース)後に再燃した。原発巣の再生検ではT790M耐性遺伝子は認めず、20XX-2年10月より3次治療としてCBDCA+NAB-PTX 4コース、4次治療として201X-1年10月よりエルロチニブの再投与と施行したが8ヶ月で再燃。5次治療としてPEM単剤を開始したが効果なく、再生検ではT790Mは陰性、PD-L1、TPSは70%と高発現であった。20XX年9月より6次治療としてアテゾリマブ単剤で治療を開始し腫瘍は縮小し24カ月治療を行い経過観察となった。20XX+3年11月に左副腎転移で再燃したがアテゾリマブ再投与で転移巣は縮小した。再投与を12カ月施行後に無治療で経過観察となっているが20XX+5年で再燃は認めていない。【考察】EGFR-TKIで耐性例に対する免疫チェックポイント阻害剤(ICI)は有効性が乏しいとされているが、PD-L1高発現例でのICIの有効性を示す報告が散見される。当院でのEGFR陽性肺癌に対するICI使用例の検討と合わせて文献的な考察を加え報告する。

## R-013

### 右上葉多形癌cT4N3M0 cStageⅢCに対してPACIFIC試験レジメンを用いた1例

愛媛県立中央病院

齋藤 舞、能津 昌平、水口 吉晃、中村 純也、近藤 晴香、橘 さやか、勝田 知也、井上 考司、中西 徳彦、森高 智典

【背景】多形癌は肺悪性腫瘍の中でも予後不良な稀で、確立された標準治療のない疾患である。【症例】56歳 女性。咳嗽と嘔声を主訴にかかりつけ医に受診し、胸部単純X線写真で右上肺野の縦隔側に65mmの腫瘍影を指摘され、当院に紹介された。胸腹部造影CTでは腫瘍影が圧排する形で食道半周部分に接しており、食道浸潤の確認と病理組織診断を兼ねて上部内視鏡検査及び超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行した。上部内視鏡検査において肉眼的に食道浸潤は認めず、病理組織より多形癌が疑われ、PET-CT検査及び頭部造影MRI検査より臨床的に右上葉多形癌cT3N3M0 cStageⅢCと診断した。根治を目指して化学療法 カルボプラチン(AUC2)+パクリタキセル(40mg/m<sup>2</sup>)、放射線療法(2Gy×30fr)による併用療法を行い、治療効果判定のCT検査ではPRと判定されたため、durvalumabを導入した。治療経過でGrade2のirAE肺障害の出現を認めたが、少量プレドニゾン内服で制御しながら治療を継続している。【結語】局所進行多形癌に対する治療経過についてここに文献的考察を加えて報告する。

## R-014

### 演題取り下げ

## R-015

### 大量胸水に対する胸腔鏡検査によって甲状腺乳頭癌の再発と診断できた一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

小倉 祐太、宮崎 由依、福田 泰、石田 直

【症例】58歳男性。【現病歴】51歳時に右甲状腺乳頭癌に対して手術を受け、他院で経過観察中であった。X年5月に労作時呼吸困難が出現し、X年6月に入り徐々に症状が増悪し、労作時のSpO<sub>2</sub>が80%台となったため、X年6月12日に近医を受診した。胸部単純X線写真で右肺野の透過性低下を指摘され、右大量胸水が疑われたため、当院へ紹介となった。CTで右大量胸水と胸膜に不整な多発肥厚を認め、癌性胸膜炎を疑い精査治療目的に同日緊急入院した。胸水は滲出性胸水であり、また異型細胞が検出された。入院2日目に胸腔鏡検査を行い、胸膜縦隔側、肺尖部に腫瘤性病変が多発していることを確認し、同病変に対して鉗子生検を施行した。病理組織検査で乳頭状構造を形成し、核内封入体を認める異型細胞がみられ、免疫染色ではPAX8、TTF-1、Thyrogloblinでびまん性陽性となり、甲状腺原発乳頭癌の遠隔転移と診断した。入院8日目に胸膜癒着術を施行し、甲状腺乳頭癌術後再発に対する治療は他院で継続する方針で、入院12日目に退院した。【考察】甲状腺乳頭癌の胸膜播種、胸水貯留は稀であり、予後不良と報告されている。今回胸腔鏡検査で診断を確定することが出来た一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## R-016

### シェーグレン症候群に伴う間質性肺炎との鑑別を要し、休薬のみで改善した薬剤性肺障害の一例

<sup>1)</sup> マツダ株式会社マツダ病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup> マツダ株式会社マツダ病院 呼吸器内科  
北垣 諒太<sup>1)</sup>、高橋 広<sup>2)</sup>、神原穂奈美<sup>2)</sup>、井原 大輔<sup>2)</sup>、大成洋二郎<sup>2)</sup>

症例は53歳女性。2010年に眼の乾燥・充血・唾液の出にくさを自覚し近医膠原病科を受診した。自己抗体は陰性でありシェーグレン症候群の疑いとしてフォローされていたが、その後通院は途絶えていた。2023年2月に咳を主訴に近医を受診、胸部レントゲンにて両下肺野の粒状影を指摘されたため当科を紹介受診した。胸部CTでは両肺末梢に不整なスリガラス影～浸潤影を認めシェーグレン症候群に伴う間質性肺炎が疑われたが、シェーグレン症候群の診断基準を満たさなかった。3月に精査目的で気管支鏡検査を行い、気管支肺胞洗浄液ではリンパ球分画の有意な上昇を認めた。また五苓散や牛車腎気丸、麦門冬湯といった漢方薬を内服しており、それらによる薬剤性肺障害を疑い内服を中止し経過観察とした。4月のCTでは以前に認められた両肺の陰影が消失し、内服中止後は陰影の再燃なく経過している。漢方薬の休薬のみで改善した薬剤性肺障害の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## R-017

### 過敏性肺炎パターンを呈したメサラジンによる薬剤性肺炎をクライオ生検で診断した一例

<sup>1)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 国立病院機構岡山医療センター 総合診療科  
来間 俊介<sup>1)</sup>、白羽 慶祐<sup>1)</sup>、瀧川 雄貴<sup>1)</sup>、佐藤 晃子<sup>1)</sup>、郷田 真由<sup>1)</sup>、井上 智敬<sup>1)</sup>、中村 愛理<sup>1)</sup>、  
藤原 美穂<sup>1)</sup>、松岡 涼果<sup>1)</sup>、岩本 佳隆<sup>2)</sup>、渡邊 洋美<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、佐藤 賢<sup>1)</sup>、藤原 慶一<sup>1)</sup>、  
柴山 卓夫<sup>1)</sup>

**【症例】**72歳男性。当院入院の3か月前に潰瘍性大腸炎と診断され、2か月前からメサラジン、プレドニゾン漸減療法で治療を開始していた。その後潰瘍性大腸炎は寛解していたが、当院入院の9日前より38度台の発熱あり当院外来を受診した。胸部CTで両側びまん性に小葉中心性粒状影、小葉間隔壁の肥厚を認め入院となった。同日より薬剤性肺炎を疑い、メサラジン内服を中止し、漸減中であったプレドニゾン10mgのみ継続した。入院3日目に気管支肺胞洗浄(BAL)、経鼻気管支内挿管下に経気管支クライオ肺生検(transbronchial lung cryobiopsy: TBLC)を施行した。BAL所見はリンパ球優位で、TBLCにて得られた検体で小葉中心部から肺泡領域にリンパ球を認め、免疫応答による肺泡障害が疑われた。メサラジンを中止して以降は解熱し、胸部CTの粒状影に改善を認めたことから、同剤による薬剤性肺炎と診断した。退院後も再燃を認めず、プレドニゾンは減量中止できた。**【考察】**メサラジンによる薬剤性肺炎は好酸球性肺炎を来し、胸部CTでは浸潤影を呈することが多いと文献的に報告されるが、本症例ではびまん性の小葉中心性粒状影を呈していた。本症例のように非典型的な画像所見を呈する症例において、TBLCは大型で良質な検体を採取可能であり、診断に有効であると考えられる。過敏性肺炎パターンの陰影を来したメサラジンによる薬剤性肺炎の稀な一例を経験したため報告する。

## R-018

### 鳥関連過敏性肺炎に対するステロイド治療中に自己免疫性肺胞蛋白症が顕在化し全肺洗浄で軽快した1例

<sup>1)</sup> 高知大学医学部 医療人育成支援センター、<sup>2)</sup> 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科  
阿波谷佳純<sup>1)</sup>、大西 広志<sup>2)</sup>、西森 朱里<sup>2)</sup>、大山 洗右<sup>2)</sup>、山崎 悠司<sup>2)</sup>、平川 慶晃<sup>2)</sup>、寺田 潤紀<sup>2)</sup>、  
伊藤 孟彦<sup>2)</sup>、中谷 優<sup>2)</sup>、梅下 会美<sup>2)</sup>、岩部 直美<sup>2)</sup>、水田 順也<sup>2)</sup>、佃 月恵<sup>2)</sup>、荻野 慶隆<sup>2)</sup>、  
山根真由香<sup>2)</sup>、高松 和史<sup>2)</sup>、横山 彰仁<sup>2)</sup>

**【症例】**80歳の女性。**【現病歴】**X-1年10月から息切れが出現し、前医の胸部CTでびまん性すりガラス陰影を指摘された。その後も息切れが持続し、X年3月に同院を再診し胸部CTで同様の陰影を認めたため、精査目的で当院を紹介受診した。小葉間隔壁肥厚を伴うびまん性すりガラス陰影を呈し、KL-6が14,228 U/mLと著増しており、肺胞蛋白症(PAP)を疑った。気管支肺胞洗浄液(BALF)は透明やや混濁で、リンパ球37.8%と増加、CD4/CD8比5.5と上昇を認めたが、肺生検ではPAPは否定的であった。羽毛製品使用中で鳥特異的IgG陽性、入院環境隔離で酸素化が改善し外泊後に悪化したため、鳥関連過敏性肺炎(HP)と臨床診断した。経口ステロイド開始後に陰影の改善と肺活量の増加を認めたが、徐々に陰影と低酸素血症の悪化、KL-6の更なる上昇を認めた。ステロイド治療による潜在性PAPの顕在化の可能性を疑い気管支鏡を再検したところ、BALFは米のとき汁様で、血清抗GM-CSF抗体が陽性であり、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。直ちにステロイドを漸減したが、呼吸不全の進行を認め、全肺洗浄を施行して軽快した。**【考察】**HPとPAPの併存例や、HPでの抗GM-CSF抗体の上昇例が報告されており、間質性肺炎にステロイド治療を行う際には、潜在性PAPの顕在化に注意が必要である。

## 直腸癌に合併した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

1) 福山市民病院 呼吸器内科、2) 福山市民病院 呼吸器外科

寺田 知世<sup>1)</sup>、滝 貴大<sup>1)</sup>、三谷 玲雄<sup>1)</sup>、山内宗一郎<sup>1)</sup>、小田 尚廣<sup>1)</sup>、高田 一郎<sup>1)</sup>、山田 英司<sup>2)</sup>、  
真鍋 建太<sup>2)</sup>、富岡 泰章<sup>2)</sup>、室 雅彦<sup>2)</sup>

【症例】45歳、男性【臨床経過】直腸癌の術前CTで偶然両肺に多発するすりガラス影を指摘され、当科に紹介となった。胸膜直下に網状影や牽引性気管支拡張は認めず、呼吸機能低下はなかった。また膠原病関連間質性肺炎を疑う自己抗体は陰性であった。直腸癌の治療を優先する方針とし、低位前方切除術を施行され、術後にカペシタビンとオキサリプラチンによる補助療法を施行された。しかし1年後のCTで両側に新規結節影を認め、直腸癌の肺転移再発と診断した。他臓器に転移巣を認めなかったため、片側病変ずつ二期的に胸腔鏡下切除の方針とし、まずは左S6区域切除を施行、その後に右上葉切除術と右下葉部分切除術を施行した。いずれの切除標本内にも新規結節影(組織診：腺癌)以外に既知のすりガラス影が含まれており、同組織中の肺胞腔内にはPAS染色が陽性で好酸性の無構造物質が充満していた。抗GM-CSF抗体も陽性であり自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。二期的な肺切除により既知のすりガラス影部位は全て切除されており、その後もすりガラス影(肺胞蛋白症)の再燃は認めない。【考察】crazy-paving appearanceなどの典型的な画像所見を呈さず、直腸癌肺転移の切除にて診断した自己免疫性肺胞蛋白症を経験した。

## 線維性鳥関連過敏性肺炎と特発性間質性肺炎鑑別における鳥特異的IgG抗体の有用性：単施設後方視的研究

徳島県立中央病院

富澤 優太、柿内 聡司、森 彩花、村上 尚哉、香川 仁美、今倉 健、葉久 貴司

【目的】鳥関連過敏性肺炎(BRHP)の中でも線維性BRHPは特発性間質性肺炎(IIPs)と臨床像が類似し、鑑別が難しい。今回両疾患の鑑別における鳥特異的IgG抗体の有用性を後方視的に検討した。【対象・方法】2022年4月から2023年7月に当院で鳥特異的IgG抗体を測定した189例中、線維性過敏性肺炎またはIIPsが疑われた91例を対象とした。鳥抗原曝露があり、指針で定められたTypicalまたはCompatible with HPの画像所見を呈する症例のうち、線維性変化を有する例を線維性BRHPとし、IIPsとの鑑別における鳥特異的IgG抗体の有用性を検討した。【結果】線維性過敏性肺炎またはIIPsが疑われた91例中54例(59.3%)でハトまたはセキセイインコ抗体が陽性であった。鳥抗原曝露を認めた症例においてハト、セキセイインコ抗体はそれぞれ27.8%、61.0%で陽性であった。また、線維性BRHP診断におけるハト抗体の感度、特異度はそれぞれ37.5%、98.0%、セキセイインコ抗体では67.5%、47.0%で、ハト抗体は高い特異度を示した。さらに、ハト抗体陽性は鳥抗原曝露(Fisher's exact test  $p=0.0017$ )、線維性BRHPの診断( $p<0.0001$ )と高い相関を認めたが、セキセイインコ抗体では有意な相関はみられなかった。【結語】線維性変化を呈する症例において鳥特異的IgG抗体は高い陽性率を示した。従来IIPsとされてきた症例のなかに鳥抗原曝露が関与する例が含まれている可能性があり、抗原曝露の問診を積極的に行う必要がある。



## R-021

### Interstitial lung abnormalities (以下、ILA) 様陰影を認めた膀胱癌抗癌剤による薬剤性肺障害が疑われた一例

高松赤十字病院 呼吸器科

川田 浩輔、南木 伸基、松田 拓朗、林 章人、六車 博昭、山本 晃義

【背景】膀胱癌治療に使用される Gemcitabine (以下、GEM) による副作用として薬剤性肺障害が知られている。また既存肺の ILA の存在が薬剤性肺障害のリスク因子となりうることも報告されている。ILA 様の陰影を背景に認めた GEM が被疑薬として疑われる薬剤性肺障害を経験した。【症例】73 歳男性。入院 3ヶ月前の胸部単純 CT にて両側に軽微な網状影を認めていた。膀胱癌 Stage IV に対して、GEM+nab-PTX にて化学療法施行中であった。入院 25 日前に 2 コース目を開始し入院 10 日前に Day15 の投与を行った。入院 4 日前に発熱と倦怠感を認めた。入院当日に A 病院消化器科受診、SpO<sub>2</sub>低下と CT で両側すりガラス陰影を認めたため GEM による薬剤性肺障害を疑い、化学療法中止と mPSL1g/日にて加療開始となった。加療開始後速やかに呼吸不全の改善、胸部レントゲンの陰影の改善を認めた。PSL は漸減し、入院 23 日後退院となった。【考察】ILA とは Hatabu らによると上中下肺野いずれかの領域の 5% 以上を占める荷重部陰影でない異常影と定義される。本症例では両側に網状影を認めたが範囲が狭く ILA の定義を完全に満たす訳ではないが、臨床症状がない個体での細胞増殖、細胞炎症や繊維化を肺実質に認める状態 (Subclinical ILD) であり、ILA 様の陰影である。ILA は免疫チェックポイント阻害薬などによる薬剤性肺障害のリスク因子であると報告がある。軽微な間質影を認める場合、GEM による薬剤性肺障害に注意が必要だと考える。

## R-022

### マイコプラズマ肺炎や過敏性肺炎との鑑別を要した急性好酸球性肺炎の一例

倉敷市立市民病院

市川 健、江田 良輔、後藤田裕子、金澤 潔、近藤正太郎、出口 静吾

【症例】25 歳、女性【現病歴】X 年 5 月 4 日より喫煙を開始した。22 日の夕より呼吸困難、咳嗽が出現し近医を受診したところ気管支喘息と診断され、吸入薬を処方されたが症状改善なく呼吸困難の増悪を認めたため、23 日に当院を受診した。低酸素血症、胸部 CT にてびまん性陰影を認め入院となった。【臨床経過】胸部 CT では両側にびまん性のすりガラス影と広義間質肥厚を認めた。血液検査では血清マイコプラズマ抗体陽性でトリコスポロン・アサヒ抗体が判定保留であった。詳細な問診から喫煙契機に発症した急性好酸球性肺炎が最も疑われ気管支鏡検査を行った。気管支肺胞洗浄液中の好酸球比率が 38.0% と増加しており急性好酸球性肺炎と診断した。副腎皮質ステロイドによる治療を開始し、速やかに症状及びすりガラス影の改善を認め、ステロイド離脱後も再燃なく経過している。【考察】急性好酸球性肺炎は発熱や急性呼吸不全など多彩な症状と画像所見を呈する疾患であり、今回、血液検査や画像所見の解析では非定型肺炎や過敏性肺炎との鑑別は困難で、やはり詳細な病歴聴取が診断に不可欠であることを再認識したため、急性好酸球性肺炎の臨床的特徴と併せて報告する。

## R-023

### 慢性血栓塞栓性肺高血圧症（CTEPH）と鑑別を要した肺腫瘍血栓性微小血管症（PTTM）の1例

<sup>1)</sup>愛媛大学大学院 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学、<sup>2)</sup>はまぐち呼吸器・内科クリニック、  
<sup>3)</sup>松山赤十字病院 循環器内科

茅田 祐輝<sup>1)</sup>、平山龍太郎<sup>1)</sup>、八木 貴寛<sup>1)</sup>、中川友香梨<sup>1)</sup>、菊池 泰輔<sup>1)</sup>、田口 禎浩<sup>1)</sup>、中村 行宏<sup>1)</sup>、  
山本 哲也<sup>1)</sup>、加藤 高英<sup>1)</sup>、山本将一朗<sup>1)</sup>、野上 尚之<sup>1)</sup>、山口 修<sup>1)</sup>、濱口 直彦<sup>2)</sup>、堀本 拓伸<sup>3)</sup>

【症例】74歳女性。【現病歴】X-12年に子宮体癌術後、X-3年に異時両側乳癌術後で無再発経過観察されていた。X年7月中旬からの労作時呼吸困難と咳嗽を自覚し、低酸素血症と造影CTで肺野にすりガラス影があり当科を紹介受診した。【経過】心エコーでTRPG 56 mmHgであり肺高血圧症・造影CTで門脈血栓症・下肢エコーで末梢型深部静脈血栓症（DVT）と診断した。エドキサバンで加療し、門脈血栓とDVTは縮小した。しかし、10月には肺野のすりガラス影は増悪した。肺血流シンチグラムで末梢側の血流欠損があり、鑑別に慢性血栓塞栓性肺高血圧症（CTEPH）を挙げ、右心カテーテル検査を施行した。mPAP=28 mmHg, PVR=4.3 wu, CI=3.5 L/min/m<sup>2</sup>と血行動態は保たれていた。肺動脈造影で末梢の枯枝状変化はあるが、RIの異常部に器質化血栓はなかった。肺動脈楔入血液の吸引細胞診でAdenocarcinoma (GCDFP15 -, GATA3弱陽性, ER -, HER2 1+)を確認し、肺腫瘍血栓性微小血管症（PTTM）を疑った。エリブリンで加療を開始し、肺野のすりガラス影の改善とTRPGの低下を認めた。治療反応性からPTTMと診断した。【考察】一般的にCTEPHは慢性に経過し、PTTMは急性から亜急性に経過する。症状や画像パターン、血管内腔の腫瘍細胞の有無が鑑別点であり、肺生検や右心カテーテル検査での吸引細胞診が施行される。適切な診断、その後の治療を導入する上で他科との連携が必要である。

## R-024

### 肺腺癌術後に発症した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の1例

JA尾道総合病院

露木 佳弘、中西 雄、角本 慎治、阿部 公亮、濱井 宏介

#### 【症例】

55歳女性。原発性肺癌（pT2aN0M0 Stage I B）に対して当院呼吸器外科で下葉切除を施行され、術後補助療法としてUFT内服中であった。下葉切除約1年後から咳嗽と労作時呼吸困難が出現し、胸部CTでは右中下葉と舌区に広範な浸潤影とすりガラス影を認めたため、呼吸器内科に紹介受診した。身体所見ではMechanic's handと肘の角化性病変を認め、血液検査ではLDH、KL-6が上昇し、抗ARS抗体が陽性であった。気管支鏡検査を施行し、肺胞洗浄液ではリンパ球優位の細胞分画の上昇を認め、経気管支肺生検ではcellular-NSIPとOPの混在する病理像を認めた。抗ARS抗体陽性間質性肺炎と診断し、プレドニゾロン1mg/kgで加療を開始し、肺野の異常陰影は改善傾向となった。

皮膚筋炎は悪性腫瘍を合併する頻度が高いことが知られているが、皮膚筋炎診断時や診断後に悪性腫瘍を指摘される場合が多い。肺線癌術後に間質性肺炎を発症した報告は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

## 肺癌術後経過観察中に発症したIgG4関連疾患の一例

川崎医科大学総合医療センター 総合内科学 1

和又 諒、白井 亮、太田 浩世、小山 勝正、友田 恒一

症例は77歳男性。X-1年7月に当院呼吸器外科にて肺癌 adenocarcinoma T1A N0 M0にて右下葉切除が施行され、術後経過観察目的にて通院中であった。X年5月に発熱、呼吸困難感が出現、胸部CTにて両肺に肺炎像が認められたため、精査加療目的にて当科紹介となった。LVFX投与したが改善せず、膠原病関連の血液検査を行ったところIgG4が446mgと著明な上昇を認めた。口唇生検では確定診断に至らず、切除した肺標本の再検討を行い、IgG4陽性形質細胞を多数認めたため、IgG4関連疾患と診断した。ステロイド投与にて肺炎像は改善した。肺癌の切除後比較的短期間でIgG4関連疾患を発症した本例は比較的稀と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

## 腭頭部癌の腫瘍随伴症候群としての好酸球性肺炎と考えられた45歳男性の一例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター

竹下 恭平、荒木 佑亮、三登 峰代、福原 和秀、妹尾 直

症例は45歳男性。X年3月頃より咳嗽、食思不振、背部痛の症状があり、医療機関を受診したが原因は不明であった。前医での画像検査で両側肺に多発する浸潤影と、血液検査で好酸球上昇を認め、X年8月に精査目的に当科紹介となった。気管支鏡検査を行い、好酸球性肺炎に矛盾しない所見が得られたため、ステロイドによる治療を開始したが浸潤影は改善と増悪を繰り返していた。ステロイド治療の効果薄く、寄生虫感染症を疑い抗体検査を提出したが陰性であった。

一方で背部痛や食思不振の改善は乏しく支持的療法を継続していた。治療過程で突然の肝胆道系酵素上昇を認め、ERCPを施行したが原因の特定には至らず、炎症性疾患による胆管狭窄診断された。血液検査でCA19-9の上昇を認めたことから腭癌の可能性を考慮してPET-CT検査を施行した。PET-CT検査では腭頭部と多発する骨病変に集積を認め、骨病変から生検を施行し、多発骨転移を伴う腭頭部癌と判断した。腭頭部癌に対して化学療法が予定されたが、全身状態不良となり、化学療法施行されることなく永眠された。

本症例は好酸球性肺炎と腭癌を併発した稀な一例であった。好酸球性肺炎の原因として腫瘍随伴症候群が知られている。本症例は腭頭部癌の腫瘍随伴症候群としての好酸球性肺炎の一例と考えられ、文献的考察を踏まえて報告する。

## R-027

### 多彩な肺病変が再発性多発軟骨炎との鑑別に有用であったVEXAS症候群の1例

<sup>1)</sup> 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、

<sup>2)</sup> 神戸大学医学部付属病院 膠原病リウマチ内科

高橋 寛<sup>1)</sup>、濱川 正光<sup>1)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>、西村 啓佑<sup>2)</sup>

**【緒言】**近年、Beck等に提唱されたVEXAS症候群は、Ubiquitin-like modifier activating enzyme 1 (UBA1) 遺伝子に変異をきたすことで、種々の臓器に炎症を生じる自己炎症性疾患である。また、同疾患は再発性多発軟骨炎 (RP) と臨床像が類似していることから、しばしば鑑別に難渋する。今回、多彩な肺病変がRPとの鑑別に有用であったVEXAS症候群の1例を経験したため報告する。**【症例】**78歳男性。X-3年、発熱・湿性咳嗽を主訴で当院を受診した。胸部CTでびまん性肺浸潤影・スリガラス陰影を呈した。急速進行性間質性肺炎として、ステロイドパルス療法、シクロスポリンの投与を行ったが、薬剤を漸減する度に肺病変と眼症状の再燃を繰り返した。X-2年に、左眼上強膜炎、両側耳介軟骨炎、鼻軟骨炎、甲状軟骨・輪状軟骨炎が出現した。その後も治療を継続したが、多彩な肺病変を中心に繰り返し再燃を認めた。X-1年に提出した遺伝子検査ではUBA1 変異を認め、VEXAS症候群と診断した。**【考察】**過去の報告では、VEXAS症候群の肺病変は再燃を繰り返し、特異的な所見はないとされる。一方で、RPとの鑑別には、肺病変の有無は一定の有用性があると思われる。臨床経過を注視すべきである。

## R-028

### 乳び胸を呈したブシラミン誘発性黄色爪症候群の一例

山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科学講座

久本優佳里、松田 和樹、村田 順之、末竹 諒、大畑秀一郎、山路 義和、大石 景士、浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

**【現病歴】**関節リウマチに対してタクロリムスとブシラミンの内服で加療されている63歳女性。X-4年から咳嗽を自覚し、X-1年に副鼻腔気管支症候群と診断された。その後も咳嗽が持続するためCT撮像したところ、右胸水貯留を認め、X年12月に当科紹介となった。右胸水は乳白色で胸水中のTGは2742 mg/dLと著増し、T-chol(胸水)/T-chol(血性)<1であり、乳び胸と診断した。成長遅延した黄色爪を認め、リンパ管造影検査ではリンパ管形成不全の所見があり、黄色爪症候群の特徴と一致した。乳び胸の原因としてブシラミン誘発性黄色爪症候群を疑い、ブシラミンの内服を中止した。その後、黄色爪と爪の成長遅延は改善し、胸水貯留の速度はわずかに減少した。**【考察】**黄色爪症候群は成長遅延した黄色爪、リンパ管浮腫、呼吸器病変が3主徴とされ、リンパ還流異常が原因とされる。ブシラミン誘発性黄色爪症候群では、ブシラミンの内服中止により黄色爪は約90%の患者で改善するが、肺病変やリンパ浮腫は30%程度の改善に留まるとの報告がある。本症例では、ブシラミンの内服中止が、乳び胸の改善に限定的ではあるが有効であり、ブシラミンが胸部のリンパ還流障害に関与していたことが考えられる。

## フラクタル解析を実施した気管支閉鎖症の一例

<sup>1)</sup> JA 高知病院、<sup>2)</sup> 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、<sup>3)</sup> 高知赤十字病院  
高橋 啓輝<sup>1)</sup>、森住 俊<sup>3)</sup>、國重 道大<sup>1,2)</sup>、高橋 清英<sup>1)</sup>、西山 美保<sup>1)</sup>、住友 賢哉<sup>1)</sup>、篠原 勉<sup>1,2)</sup>

【背景】気管支閉鎖症は先天的に気管支の局所的閉塞をきたす稀な疾患である。通常は閉鎖部位より末梢肺の過膨張を伴い、側副換気によるものと考えられている。フラクタル解析は慢性閉塞性肺疾患における肺気腫の進行や気管支喘息における肺胞破壊の解析に用いられているが、気管支閉鎖症での解析報告はない。

【症例】51歳の女性。無症状であり、健康診断の胸部CTで右下葉に低吸収域(LAA)を指摘されて精査加療目的で当院に紹介となった。血液検査では炎症所見や腫瘍マーカーの上昇を認めず、結核や非結核性抗酸菌症などの感染症検査も陰性だった。胸部HRCTではLAAは分節状で比較的均質であり、気管支鏡検査では右B10aの部位に盲端を認め、チェックバルブを形成するような気道狭窄は認めなかったため気管支閉鎖症と診断した。その後、SYNAPSE VINCENTを用いた3次元解析により、LAA内部の気管支が中枢気道と交通していないことが確認された。また、LAAのクラスター解析では大きな低吸収クラスターを形成していたが、右下葉は他の肺葉と比較してフラクタル解析におけるD値が低かった。

【考察】D値は肺胞壁破壊により隣接肺胞の融合が起こると低下するが、過膨張のみでは変化しない。このことから、本症例は、中心気道への気流がない状態では肺末梢組織における側副換気が肺胞破壊につながる可能性を示唆している。

## 乾酪性肉芽腫を伴ったサルコイドーシスの1例

高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科

山崎 悠司、平川 慶晃、寺田 潤紀、西森 朱里、伊藤 孟彦、中谷 優、大西 広志、横山 彰仁

症例は28歳男性。右頸部のしこりを自覚し、両側頸部リンパ節の腫脹を認め、当院を紹介受診した。造影CTで両側頸部、縦隔・肺門部、鼠径部にリンパ節腫大を、両側肺内に小粒状影、気管支血管束の肥厚を認めた。サルコイドーシスや悪性リンパ腫を疑い頸部リンパ節生検を行ったところ、病理組織に乾酪性肉芽腫を認めた。フローサイトメトリではモノクローナルな細胞増殖を認めず、血液検査ではACE、リゾチーム値の上昇を認め、T-SPOT陰性、MAC抗体陰性であった。精査目的で気管支鏡検査を施行し、気管支肺胞洗浄液ではリンパ球が上昇し、CD4/8比が高値であり、経気管支肺生検では非乾酪性肉芽腫を認めた。洗浄液での細菌・抗酸菌検査も有意な菌を認めず、感染兆候もなかったため、最終的にサルコイドーシスと診断した。ステロイドでの治療を開始したところ、両肺野の小粒状影は軽減し、頸部リンパ節、縦隔・肺門リンパ節も縮小傾向で奏効した。サルコイドーシスでは一般的には非乾酪性肉芽腫を伴うとされているが、文献的には6~35%に壊死を伴う肉芽腫が認められるとされ、乾酪性肉芽腫を認める場合でもサルコイドーシスをそのみで否定できない。

## 骨髄異形成症候群に合併した続発性肺胞蛋白症の一例

<sup>1)</sup> 高知県立あき総合病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup> 高知大学医学部附属病院 血液内科

小林 由佳<sup>1)</sup>、大山 洸右<sup>2)</sup>、渡部伸一朗<sup>3)</sup>、小笠原史也<sup>3)</sup>、山根真由香<sup>2)</sup>、大西 広志<sup>2)</sup>、小島 研介<sup>3)</sup>、  
 横山 彰仁<sup>2)</sup>

**【症例】**66歳男性。2022年10月、骨髄異形成症候群（MDS）に対して化学療法中に発熱があり、胸部CTで両側肺にびまん性すりガラス影と浸潤影を認め、肺炎として抗生剤で加療したが陰影が改善せず当科紹介となった。気管支肺胞洗浄（BAL）ではリンパ球79.9%と高値で肺胞出血パターンを呈したため、感染を契機とした肺胞出血と診断した。ステロイドパルス療法を行い、陰影は改善しステロイドは漸減した。その後も陰影は改善傾向であったためステロイドを調整していたが、KL-6は上昇傾向であった。2023年2月にKL-6 5045 U/mLまで上昇し陰影も増悪したためBALを施行したところ、リンパ球は38.8%と上昇し外観は淡血性で白色に混濁していた。PAS染色ではPAS陽性の類円形無構造物を認め、類円形構造物はパパニコロウ染色でライトグリーンに染色された。以上より肺胞蛋白症を考え、MDSによる続発性肺胞蛋白症と診断した。

**【考察】**MDSによる続発性肺胞蛋白症の病態はまだ解明はされていないが、MDSクローン細胞由来の肺胞マクロファージが機能異常を呈し発症すると考えられている。本症例においては、当初は肺胞出血と考えステロイド治療を行っていたが、その時点より肺胞蛋白症を発症していた可能性を考える。MDSでは続発性肺胞蛋白症の合併を念頭に置く必要がある。

## 心嚢水貯留病変が先行し、間質性肺炎発症を契機に診断に至った皮膚筋炎の一例

独立行政法人国立病院機構岩國医療センター

東端 政樹、田村 朋季、小柳 太作、梅野 貴裕、西井 和也、久山 彰一

**【背景】**多発性筋炎・皮膚筋炎とは自己免疫疾患の一つで筋肉や皮膚、肺を中心に全身に炎症が生じる疾患である。診断は臨床症状と検査成績を組み合わせる総合的に判断される。今回、心嚢水貯留が先行し、間質性肺炎を発症後に皮膚筋炎の診断に至った症例を経験したため、報告する。

**【症例】**73歳男性。心筋逸脱酵素の上昇があったため当院循環器科に紹介となったが虚血性心疾患は否定的で経過観察となった。1ヶ月後に下腿浮腫、労作時呼吸困難が出現し、血液検査でCK上昇、CTで心嚢液の増加、両肺下葉を中心としたすりガラス・浸潤影を認め入院となった。入院3日目のCTで間質影の増悪を認め、呼吸器内科に転科となった。転科後は自己免疫性疾患による間質性肺炎疑いとしてステロイドパルスを施行し、抗ARS抗体陽性が判明したためタクロリムスを追加した。治療経過は良好で浮腫の改善、呼吸困難の改善を認め、ステロイドを漸減し自宅退院となった。

**【考察】**心病変は多発性筋炎・皮膚筋炎の稀な合併症である。心筋逸脱酵素の上昇に筋症状、皮膚症状が併発する場合においては、虚血性心疾患を除外する必要があるが、多発性筋炎・皮膚筋炎も鑑別に挙げて対応することが必要である。

## 早期からの血漿交換療法が奏効した抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎の1例

<sup>1)</sup>鳥取大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup>鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、  
<sup>3)</sup>鳥取大学医学部附属病院 腎臓内科

杉本 里乃<sup>1)</sup>、舟木 佳弘<sup>2)</sup>、原田 智也<sup>2)</sup>、乾 元気<sup>2)</sup>、上谷 直希<sup>2)</sup>、石川 博基<sup>2)</sup>、照屋 靖彦<sup>2)</sup>、  
河野 紘輝<sup>2)</sup>、矢内 正晶<sup>2)</sup>、岡崎 亮太<sup>2)</sup>、森田 正人<sup>2)</sup>、花田日向子<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>2)</sup>

症例は65歳女性。20XX年1月から手指の色調変化、疼痛を自覚し、2月から手および指関節の疼痛、上下肢筋力低下が出現した。3月上旬から呼吸困難、咳嗽、発熱があり、前医受診され、酸素化不良と胸部CTで全葉に及ぶ広範なすりガラス陰影、浸潤影を認めた。LDH、KL-6、CRPの上昇や、爪周囲紅斑、Gottron徴候から皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎(RP-ILD)と診断され、集学的治療目的で当科紹介となり、同日緊急入院とした。入院後直ちにステロイド、タクロリムス、IVCYによる多剤併用免疫抑制療法を開始したが、効果は限定的であり、後に抗MDA5抗体陽性と判明したため、第14～19病日で合計3回、第30～36病日で合計3回、血漿交換を追加したところ、徐々に酸素化、LDH、フェリチン、KL-6、CT所見など各種指標は改善した。第101病日に退院し、LDH、フェリチン正常化を確認後、IVCYは8コースで終了した。抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う間質性肺炎はしばしば急速に進行し予後不良である。近年、多剤併用免疫抑制療法開始2週間以内での血漿交換療法の有効性が報告されており、血漿交換療法は現時点で保険適応外ではあるが、早期からの炎症性サイトカイン、抗MDA5抗体、免疫複合体の除去が病勢制御に寄与すると思われる。重症の抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴うRP-ILD症例においては、多剤併用免疫抑制療法に抵抗性であれば、早急に血漿交換療法の導入を検討すべきと考える。

## 肺胞出血を合併した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

<sup>1)</sup>広島市立広島市民病院 初期臨床研修医、<sup>2)</sup>広島市立広島市民病院 リウマチ・膠原病科、  
<sup>3)</sup>広島市立広島市民病院 呼吸器内科、<sup>4)</sup>広島市立広島市民病院 腫瘍内科

川口 莉良<sup>1)</sup>、大岩 寛<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>3)</sup>、岩本 康男<sup>4)</sup>

症例は76歳男性。気管支喘息、心房粗動のため治療中であった。3ヶ月前より心房粗動に対しエドキサパンを開始された。2ヶ月前より鼻出血、1ヶ月前より下腿の紫斑が出現した。23日前に鼻出血と咯血のため救急外来を受診。酸素飽和度の低下あり左下葉に浸潤影を認めたが、帰宅希望が強く、鼻出血に対して焼灼術を施行し帰宅となった。エドキサパンは19日前より中止とされた。入院日、当院皮膚科を紹介受診し、呼吸不全のため緊急入院となった。好酸球増多(10258/ $\mu$ L)、貧血の進行(Hb 15.3→10.3 g/dL)、MPO-ANCA高値(130 U/mL)を認め、CT検査にてびまん性の肺浸潤影と副鼻腔炎を認めた。皮膚生検にて白血球破砕性血管炎を認め、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)によるびまん性肺胞出血と診断した。ステロイドパルス療法で治療を開始し、シクロフォスファミドパルス療法を3回施行した。徐々に呼吸状態は改善したが、経過中、直腸潰瘍、ステロイド精神病を合併し加療を要した。第46病日に退院し、第78病日、メボリズマブを導入した。EGPAは小型血管炎として皮膚、末梢神経の病変を呈しやすいが、肺胞出血の合併は稀である。またEGPAはANCAの有無によって2つの亜型、すなわちANCAを介する血管炎、好酸球性炎症に分類されることが提唱されている(Allergol Int 68:430)。EGPAの肺胞出血合併の意味について過去の症例報告を集積し、報告する。

## ステロイド投与と非侵襲性陽圧換気療法で改善した気管軟骨炎の1例

<sup>1)</sup> 県立広島病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup> 県立広島病院 呼吸器内科、<sup>3)</sup> 県立広島病院 リウマチ科  
北口 雅代<sup>1)</sup>、村井 智一<sup>2)</sup>、渡邊 千映<sup>3)</sup>、勝良 遼<sup>2)</sup>、頼島 愛<sup>3)</sup>、藤田 俊<sup>2)</sup>、舩田 翔<sup>3)</sup>、  
鳥井 宏彰<sup>2)</sup>、上野沙弥香<sup>2)</sup>、益田 健<sup>2)</sup>、谷本 琢也<sup>2)</sup>、石川 暢久<sup>2)</sup>、前田 裕行<sup>3)</sup>

症例は71歳、女性。近医で気管支喘息の治療をしていたが、コントロール不良のため総合病院呼吸器内科を紹介受診した。CTで気管狭窄を認めたため、精査加療目的に当院を紹介受診した。気管支鏡検査を施行したところ、声帯から5cm満たない部位での潰瘍形成と圧排による狭窄を認めた。確定診断には至らなかったが、頸部CT、MRIより気管軟骨炎と診断し、プレドニゾロン20mgを開始した。症状の改善が乏しく、非侵襲性陽圧換気療法での治療も併行して開始した。その後症状の改善を認め、プレドニゾロンは漸減していき、画像上も気管狭窄が改善した。

気管軟骨炎は再発性多発軟骨炎の1症状とされている。再発性多発軟骨炎は指定難病とされており、確立した治療法はない。本症例では診断基準にはあてはまらないが、画像上疑わしく治療開始とし、治療が奏功した。若干の文献的考察を加えて報告する。

## アレルギー性肺真菌症に対して生物学的製剤が奏効した2例

<sup>1)</sup> 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、  
<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 総合診療科、<sup>3)</sup> 千葉大学真菌医学研究センター  
柿内 美槻<sup>1)</sup>、瀧川 雄貴<sup>1)</sup>、郷田 真由<sup>1)</sup>、白羽 慶祐<sup>1)</sup>、井上 智敬<sup>1)</sup>、中村 愛理<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、  
松岡 涼果<sup>1)</sup>、光宗 翔<sup>1)</sup>、岩本 佳隆<sup>2)</sup>、渡邊 洋美<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、佐藤 晃子<sup>1)</sup>、佐藤 賢<sup>1)</sup>、  
藤原 慶一<sup>1)</sup>、柴山 卓夫<sup>1)</sup>、渡邊 哲<sup>3)</sup>、亀井 克彦<sup>3)</sup>

【症例1】56歳、女性。13年前に気管支喘息と診断された。2018年の西日本豪雨災害で床上浸水被害に遭い、その後より呼吸困難、咳嗽の増悪を認め、2019年12月当科に入院となった。アレルギー性肺アスペルギルス症(ABPA)の診断基準を満たしたため、ステロイドの全身投与を検討したが、併存疾患に糖尿病があること、副作用を懸念して本人がステロイド投与を拒否したことからベンラリズマブ投与を開始した。症状が改善し良好な経過を得られている。

【症例2】71歳、男性。7年前に気管支喘息と診断された。2019年まで膜性腎症に対してPSL投与されていた。PSL終了後より喘息発作を認めていたため、ICS/LABAが開始された。2021年11月に喘鳴が出現し、精査加療目的に入院した。ABPM(アレルギー性肺真菌症)の診断基準を満たし、PSL及びITCZによる治療を行ったが治療抵抗性であった。メボリズマブを開始したところ、発作は認めなくなり、以後良好な経過を得られている。

【考察】ABPA、ABPMは真菌に慢性的に曝露されることで発症し、適切な治療介入が遅れると慢性呼吸不全に至る疾患である。治療はステロイドの全身投与が基本であるが、ステロイド抵抗性の場合もしばしば経験され、近年は生物学的製剤の有効性が示唆されている。当院で経験したその他のABPA、ABPM症例を含めて文献的考察を加えて報告する。



## 視野異常を初発症状として免疫関連有害事象としての1型糖尿病を発症した肺腺癌の1例

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部医学科 5年生、<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科  
堀 正典<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>2)</sup>、野中 喬文<sup>2)</sup>、矢内 正晶<sup>2)</sup>、平山 勇毅<sup>2)</sup>、照屋 靖彦<sup>2)</sup>、舟木 佳弘<sup>2)</sup>、  
阪本 智宏<sup>2)</sup>、木下 直樹<sup>2)</sup>、小谷 昌広<sup>2)</sup>、山崎 章<sup>2)</sup>

症例は73歳男性。左下葉肺腺癌 (cT3N2M0、Stage III B、ドライバー遺伝子異常陰性、PD-L1高発現) に対して、20XX-1年4月より、2次治療：Atezolizumabを開始した。20XX年11月24日より、視野異常、飛蚊症を認めるようになり、11月26日に当科受診された。頭部CT検査、頭部MRI検査では明らかな異常を認めず、irAEとしての眼障害を疑い眼科紹介したところ、ぶどう膜炎の所見は認めず、網膜血管のループ走行と硝子体の異常癒着を認めた。11月末ごろから口渇、多飲、多尿、食思不振、ふらつきが急速に出現し、12月10日の当科受診時に血糖値598mg/dLと著明な高血糖を認めた。また、1ヶ月の経過でHbA1cが5.9%から10.8%と著明な上昇を認めたため、免疫関連有害事象 (irAE) としての1型糖尿病を疑い、同日内分泌代謝内科に紹介、入院となった。内因性インスリン分泌の低下を認め、急性発症1型糖尿病と確定診断され、インスリンが導入された。その後は、血糖値も改善し、Atezolizumabは再開した。本症例は視野異常を初発症状として1型糖尿病を発症しており、その時点で1型糖尿病も鑑別に血糖測定を行うことでより早期に診断できた可能性がある。irAEとしての1型糖尿病はまれではあるが、急速に症状が進行し、適切な治療を行われなければ生命予後に関わるため、定期検査等による適切なirAEのモニタリングを行うことや多彩な症状から適切に疾患に結びつけることが重要であると考えた。

## 免疫チェックポイント阻害薬治療後の転移性肺腫瘍切除後にサイトカイン放出症候群を発症した腎細胞癌の一例

<sup>1)</sup> 岡山大学医学部医学科、<sup>2)</sup> 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、<sup>3)</sup> 岡山大学病院 腫瘍センター、  
<sup>4)</sup> 岡山大学病院 呼吸器外科、<sup>5)</sup> 岡山大学病院 泌尿器科、<sup>6)</sup> 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、  
<sup>7)</sup> 岡山大学病院 新医療研究開発センター  
石原 直人<sup>1)</sup>、田中 孝明<sup>2)</sup>、大森 洋樹<sup>2)</sup>、榎本 剛<sup>3)</sup>、三好健太郎<sup>4)</sup>、西村 慎吾<sup>5)</sup>、二宮貴一朗<sup>6)</sup>、  
藤井 昌学<sup>2)</sup>、頼 冠名<sup>7)</sup>、市原 英基<sup>2)</sup>、堀田 勝幸<sup>7)</sup>、宮原 信明<sup>2)</sup>、田端 雅弘<sup>3)</sup>、大橋 圭明<sup>2)</sup>

【症例】60歳、男性【主訴】発熱【現病歴】進行腎細胞癌に対してペムプロリズマブ、アキシチニブでの加療を行っていた。増大傾向の右上葉の転移性肺腫瘍に対して、2週間前に胸腔鏡下肺腫瘍切除術を施行した。術後より38℃の発熱が出現し、抗生剤加療に不応であり皮疹も伴っていたため免疫関連有害事象の可能性を考慮し当科へ紹介となった。ECOG PS 1、血液検査にて腎障害 (Cre 2.34 mg/dL)、凝固機能障害 (D-dimer 101.5 μg/mL)、IL-6の上昇 (68.4 IU/mL) を認めた。【治療経過】免疫チェックポイント阻害剤中断後ではあるが、免疫関連有害事象 (irAE) およびサイトカイン放出症候群 (CRS) の可能性が疑われた。各種感染症検査は陰性であり否定的と考えたため、速やかに副腎皮質ステロイド (PSL 1 mg/kg) の投与を開始し、投与2日目より平熱に解熱した。血液検査上も、凝固障害、腎障害はともに著明に改善し、治療14日目に自宅退院となった。外来で緩徐にステロイドを漸減しているが特に病勢の悪化や症状の再燃なく経過している。当院ではirAE対策ワーキングを定期的に行っているが、院内のirAEコンサルテーションが有効に機能し、迅速なステロイド導入に結びついた一例であり、免疫チェックポイント阻害剤中断後の周術期のirAE、CRSの症例は少なく、報告する。

## ⅢB期肺腺癌に対する薬物療法中に出現した副腎転移に対して摘出手術を行った1例

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部医学科、<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

三明 智<sup>1)</sup>、木下 直樹<sup>2)</sup>、石川 博基<sup>2)</sup>、野中 喬文<sup>2)</sup>、平山 勇毅<sup>2)</sup>、照屋 靖彦<sup>2)</sup>、矢内 正晶<sup>2)</sup>、  
阪本 智宏<sup>2)</sup>、山口 耕介<sup>2)</sup>、小谷 昌広<sup>2)</sup>、山崎 章<sup>2)</sup>

症例は68歳男性。20XX-2年6月右肺上葉肺腺癌cT2aN3M0 stage ⅢB（ドライバー遺伝子異常陰性、PD-L1低発現）に対して1次治療としてcarboplatin／nab-paclitaxel／atezolizumab 併用療法を4サイクル施行した後、atezolizumab維持療法を行った。原発巣や縦隔・肺門リンパ節転移は縮小を維持していたが、20XX年2月のCTで右副腎結節の出現を認めた。PET検査で同部位のFDG集積を認めたが、原発巣や縦隔・肺門リンパ節のFDG集積は乏しく、その他遠隔転移を疑う所見を認めなかった。右副腎への単発の転移再発を疑い、再生検も兼ねて4月に泌尿器科で摘出手術を行ったところ、摘出検体の組織で肺腺癌の転移と確定した。原発巣等その他の病変はatezolizumabでコントロールできていると考え、術後atezolizumabを継続としたが、その後再発なく経過している。免疫療法により長期奏功が得られる症例は一定割合存在するが、そういった症例で単発の再発が出現した際の治療として定まったものではなく、術後無再発で経過している本症例を報告する。

## 認知機能低下で発症し皮質性脳炎と鑑別を要した癌性髄膜炎の一例

<sup>1)</sup> 鳥根大学医学部医学科 6年、<sup>2)</sup> 鳥根大学医学部内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学、

<sup>3)</sup> 鳥根大学医学部内科学講座 内科学第3

宮田 菜穂<sup>1)</sup>、沖本 民生<sup>2)</sup>、朝山 康祐<sup>3)</sup>、貴谷 夏州<sup>2)</sup>、奥野 峰苗<sup>2)</sup>、幡 高次郎<sup>2)</sup>、天野 芳宏<sup>2)</sup>、  
濱口 愛<sup>2)</sup>、津端由佳里<sup>2)</sup>、磯部 威<sup>2)</sup>

【背景】癌性髄膜炎は多様な症状を呈することが知られている。髄液細胞診の感度も高くないため診断に苦慮することがあり、有用な補助診断が必要である。【症例】80代、女性【主訴】認知機能低下【現病歴】EGFR遺伝子変異(Ex19del+T790M)陽性進行肺腺癌の4次治療としてオシメルチニブを約4年間で内服していた。見当識障害、理解力低下、失計算、観念運動失行などが急性に進行したため、精査目的に頭部MRIを撮影された。FLAIRとT2強調画像で皮質を中心に高信号領域を認めた。皮質性脳炎を疑われ精査目的に当院に紹介された。【経過】頭部造影MRIではT1強調画像とFLAIRでは皮質に線状の造影効果を認めた。髄液細胞診を3回実施し、3回とも肺がんの転移を疑う少量の異形細胞を認めた。髄液中のCEAは血中と比較して高値であった(33.3ng/mL vs 5.6ng/mL)。これらの検査所見から肺腺癌の転移に伴う癌性髄膜炎と診断した。【考察】認知機能低下で発症した癌性髄膜炎の一例を経験した。頭部MRI所見は脳炎と類似することがあり、画像のみでの鑑別には限界がある。髄液細胞診の感度は高くないことが知られており、髄液中のCEAを測定することが診断の補助になる可能性がある。

## CAR-T療法患者に生じた長期遷延新型コロナウイルス肺炎の一例

<sup>1)</sup> 岡山大学医学部医学科、<sup>2)</sup> 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、<sup>3)</sup> 岡山大学病院 血液・腫瘍内科、  
<sup>4)</sup> 岡山大学病院 腫瘍センター、<sup>5)</sup> 岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター、  
<sup>6)</sup> 岡山大学病院 新医療研究開発センター、<sup>7)</sup> 岡山大学病院 老年医学

小松原 悠<sup>1)</sup>、肥後 寿夫<sup>2)</sup>、藤井 伸治<sup>3)</sup>、山下 真弘<sup>2)</sup>、松本 千晶<sup>2)</sup>、大森 洋樹<sup>2)</sup>、本倉 優美<sup>2)</sup>、  
 田中 孝明<sup>2)</sup>、森 俊太<sup>2)</sup>、宇野 真梨<sup>2)</sup>、榎本 剛<sup>4)</sup>、二宮貴一朗<sup>5)</sup>、藤井 昌学<sup>2)</sup>、頼 冠名<sup>6)</sup>、  
 市原 英基<sup>2)</sup>、堀田 勝幸<sup>6)</sup>、田端 雅弘<sup>4)</sup>、光延 文裕<sup>7)</sup>、大橋 圭明<sup>2)</sup>、宮原 信明<sup>2)</sup>

症例は52歳女性。2012年に両眼球原発大細胞型B細胞リンパ腫と診断され、MTX眼注およびhigh dose MTX+Ara-C療法を施行した。2017年右後頭葉再発に対しMR-CHOP療法を施行したが2020年同部位に再発、MR-CHOP療法5コース施行後、CAR-T療法を施行した。2022年4月、COVID-19に罹患し、ニルマトレルビル／リトナビルを内服したが、倦怠感や咳嗽は持続していた。6月に入り38℃の発熱が出現し、CTで両側多発すりガラス影を認めた。SARS-CoV2 PCRはCT値41.9であり、コロナ肺炎後の器質化肺炎としてステロイド治療を開始した。ステロイド治療で部分的な改善がみられPCRも陰性化していたが、新規病変の出現があり、同年9月精査目的に入院となった。気管支肺胞洗浄液でのSARS-CoV2 PCRがCT値16.3であり、その後鼻咽頭ぬぐい液でもPCR陽性が判明し、SARS-CoV2持続感染と考えられた。ステロイド併用下でレムデシビル、モルスピラビル、ニルマトレルビル／リトナビルを使用し、約1か月の治療でCT値が30を超え、肺炎像の改善を認めたため、退院となった。その後チキサゲビマブ／シルガビマブを投与、最終的にPCRは陰性化し、肺炎の再燃なく経過している。CAR-T療法患者に生じた長期遷延新型コロナウイルス肺炎を経験したので文献的考察を含めて報告する。

## COVID-19流行期におけるCOPD作業診断と管理手順について

<sup>1)</sup> 高知大学医学部医学科、<sup>2)</sup> 高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、<sup>3)</sup> 高松平和病院 内科、  
<sup>4)</sup> 高知県立あき総合病院 呼吸器内科

山田 規加<sup>1)</sup>、大山 洗右<sup>2)</sup>、穴吹 和貴<sup>3)</sup>、山根真由香<sup>2)</sup>、寺田 潤紀<sup>2)</sup>、平川 慶晃<sup>2)</sup>、伊藤 孟彦<sup>2)</sup>、  
 西森 朱里<sup>2)</sup>、中谷 優<sup>2)</sup>、水田 順也<sup>2)</sup>、梅下 会美<sup>2)</sup>、荻野 慶隆<sup>2)</sup>、佃 月恵<sup>2)</sup>、岩部 直美<sup>2)</sup>、  
 高松 和史<sup>2)</sup>、辻 希美子<sup>2)</sup>、大西 広志<sup>2)</sup>、窪田 哲也<sup>4)</sup>、横山 彰仁<sup>2)</sup>

【目的】 COVID-19流行期日常診療におけるCOPDの作業診断と管理手順を元に問診によるCOPDスクリーニングの有用性を検証した。

【方法】 2021年7月～2023年6月までの当科新患外来患者の問診において、年齢・喫煙歴・COPD-QまたはCOPD-PSが4点以上の患者 (n = 50) を抽出した。血液検査、胸部X線検査等を行い、COPD以外の呼吸器疾患を2例除外した。肺機能検査を行い、作業診断書のCOPD診断能を評価した。(倫理委員会承認No.2021-54)

【結果】 COPD群と非COPD群では、問診事項でプリンクマン指数、COPD-Q・PSの点数、CATにおいて有意差が見られた。COPD-Q・PS、CATの問診項目では、COPD-Qの息切れ・喘鳴、COPD-PSの活動制限、CATの坂道／階段時息切れ・生活制限・元気さで有意差を認めた。

肺機能検査の結果より、COPD-Q・PSの陽性的中率は0.46であった。上記COPD質問表で有意差の出た項目を症状項目ととり、さらにCOPD-Q・PSの症状項目1点以上を加えると、陽性的中率が0.55、陰性的中率が0.83となった。また、COPD-Q・PSが4点以上かつCATの症状項目1点以上を陽性にとると、陽性的中率が0.59、陰性的中率が1.00となり、精度が上がった。

【結論】 COPD-QまたはCOPD-PSが4点以上かつCATの症状項目1点以上で陽性とする、本研究では陰性的中率が1.00となった。上述の結果から、COVID19流行期をはじめ、肺機能検査が実施できない状況下では、問診のみでCOPDの有無を判別できる可能性があると考えられる。

## R-043

### 在宅ハイフローセラピー導入における院内から在宅までの指導工夫

<sup>1)</sup> 山口宇部医療センター リハビリテーション科、<sup>2)</sup> 山口宇部医療センター 4F 病棟看護部、  
<sup>3)</sup> 山口宇部医療センター 呼吸器内科

石光 雄太<sup>1)</sup>、寺西 真帆<sup>2)</sup>、玉井 園子<sup>2)</sup>、水津 純輝<sup>3)</sup>、上原 翔<sup>3)</sup>、藤井 哲哉<sup>3)</sup>、松森 耕助<sup>3)</sup>

#### 【はじめに】

当院では2022年4月から2023年8月末までの間に16例の慢性閉塞性肺疾患（COPD）加療中の在宅ハイフローセラピーの導入を経験している。導入に際し問題となるのが手技の獲得および治療アドヒアランスの維持・向上であると考えられ、当院で実施している手技獲得に向けた支援と治療アドヒアランス向上の工夫を紹介する。

#### 【方法】

当院では医師、看護師、理学療法士、臨床工学技士等がチームとなり、在宅ハイフローセラピー導入の支援を行っている。機器操作の指導に関しては既存の説明書以外にも簡略化し、病院から在宅までシームレスに使用可能な操作マニュアルの提供や治療アドヒアランスを上げる工夫としては経皮CO<sub>2</sub>モニタリングや、夜間パルスオキシメトリーの結果を基にした説明を行っている。また労作時に呼吸困難が強い症例では運動療法時にハイフローセラピーを導入することによって自覚症状が改善することが報告されており、当院でも積極的に運動療法時に導入し、自覚症状改善効果から治療の有効性を体験していただいている。

#### 【結果】

上記を試行錯誤しながら施行し、現状在宅ハイフローセラピーのアドヒアランス不良による脱落例は1例のみとなっており、15例は治療が継続が来ている。今後の課題としては導入後も増悪入院を繰り返す例と安定する例の2分科しており、その性質を検討していきたい。

## R-044

### ソトラシブで良好な治療効果が得られたKRAS G12C変異陽性の超高齢者肺腺癌の1例

市立三次中央病院

久保 瑠那、小浦 智子、山根 愛、粟屋 禎一

症例は90歳男性。呼吸困難を主訴に近医を受診し、胸部X線写真で右中肺野に腫瘤影を指摘されたため当院を紹介された。胸部CTでは右肺中葉に約5cm大の腫瘤影と右肺下葉に約1.5cm大の結節影を認めた。右肺中葉の腫瘤から気管支鏡下生検を行ったところ腺癌が検出され肺腺癌 Stage IVの診断に至った。AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子PCRパネルでKRAS G12C変異(研究用)が陽性であったため、therascreenKRAS変異検出キットRGQで確認したところ陽性が確定した。超高齢者であったがPS1と良好であり、内服での治療を希望されたため、1st lineはTS-1で治療を開始したが、2.1ヶ月でPDとなった。2nd lineではソトラシブを開始したところ、初診時よりみられた右胸水が増量していたが、腫瘍の縮小を認めた。胸水の細胞診ではクラスⅢを認め、癒着術を施行したところ胸水の貯留傾向はみられなくなった。ソトラシブでの治療を継続し、現在まで7.5ヶ月経過しているが腫瘍およびリンパ節腫大は縮小傾向である。また特記すべき有害事象もなく治療を継続できている。

ソトラシブの承認の根拠となったCodeBreaK100試験では奏効率 37.1%、病勢コントロール率 80.6%、無増悪生存期間中央値 6.8ヶ月、全生存期間中央値 12.5ヶ月と良好な成績であったが、対象となった症例の最高年齢は80歳であった。今回、我々は90歳と超高齢者の肺癌であってもソトラシブを安全に投与でき良好な効果が得られたため文献的考察を加えて報告する。

## R-045

### 肺がんコンパクトパネルでEGFR遺伝子exon19挿入変異を検出しオシメルチニブを投与した肺腺癌の一例

島根大学医学部内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学

堀江 美香、中島 和寿、幡 高次郎、中尾 美香、天野 芳宏、沖本 民生、津端由佳里、磯部 威

症例は81歳男性。X年8月に胸部CTで左下葉に腫瘤影を認め、左下葉肺腺癌と診断され、胸腔鏡下左肺下葉切除術＋リンパ節郭清を施行された。術後病期はpT2aN0M0 stage IBで、術後化学療法は行わず経過観察となった。X+1年6月に左癌性胸水が出現し術後再発と診断された。手術検体をオンコマイン™ Dx Target TestマルチCDxに提出し、遺伝子変異を認めなかった。LC-SCRUMに参加しOncoPrint™ Comprehensive Assay version 3で解析したところ、レアバリエントであるEGFR exon19挿入変異 p.K745\_E746insIPVAIKが検出された。コンパクトオン診断が確定しておらず、カルボプラチン＋ペメトレキセド＋ベムプロリズマブ療法を開始されたが、維持療法3コース終了後に癌性腹水が出現し無効となった。次治療に繋げるため、コンパクトオン診断検査の中で同遺伝子変異を検出できる肺がんコンパクトパネル(R)Dxマルチコンパクトオン診断システム(以下コンパクトパネル)で再検した。目的の遺伝子変異が検出されたため、次治療としてオシメルチニブを開始できた。【考察】現在保険収載されているマルチプレックス検査のうち、コンパクトパネルは検出・開示されるEGFR遺伝子変異のバリエント数が他と比べ多く、レアバリエントの確認に有用である可能性がある。本症例では稀なバリエントを検出でき、オシメルチニブの投与に繋げることができた。

## R-046

### 粟粒陰影をきたし、粟粒結核との鑑別を要したEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌の73歳女性例

山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科

沖村 昌俊、村川 慶多、大石 景士、大畑秀一郎、村田 順之、山路 義和、浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

【主訴】労作時呼吸困難。【現病歴】当院血液内科で赤芽球癆に対してシクロスポリン内服中の患者。X年1月頃より労作時呼吸困難を自覚した。4月に胸部CTが施行され、右胸水貯留と両肺上葉優位のランダム分布を示す多発結節影を指摘された。免疫抑制剤長期服用中であることから、活動性肺結核や粟粒結核などを疑われ当科紹介となった。【臨床経過】CT所見から粟粒結核の他に悪性腫瘍による粟粒肺内転移を鑑別に挙げ、気管支鏡検査を施行した。右上葉からのBALF抗酸菌検査では塗抹・培養ともに陰性で、同部からの組織診でも悪性所見は得られなかった。胸水検査では滲出性胸水でADA正常、CEA上昇を認めた。胸水セルブロック検体からEGFR遺伝子変異(Ex19del)陽性の腺癌の診断結果が得られ、PET/CTなどから右下葉原発肺腺癌Stage IV期と診断した。以後、オシメルチニブ治療を開始し奏効が得られている。【考察】非小細胞肺癌で粟粒肺内転移を来すことは稀であるが、その場合は腺癌・EGFR遺伝子変異陽性の可能性が高い。粟粒陰影をきたす疾患として、悪性腫瘍を鑑別に挙げることが重要である。

## ALK融合遺伝子陽性肺癌(favor squamous cell carcinoma)に対してALKチロシンキナーゼ阻害剤が奏効した一例

<sup>1)</sup> 徳島県立中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 徳島県立中央病院 病理診断科

村上 尚哉<sup>1)</sup>、森 彩花<sup>1)</sup>、富澤 優太<sup>1)</sup>、香川 仁美<sup>1)</sup>、今倉 健<sup>1)</sup>、柿内 聡司<sup>1)</sup>、葉久 貴司<sup>1)</sup>、  
工藤 英治<sup>2)</sup>

【背景】未分化リンパ腫キナーゼ (ALK) 融合遺伝子は非小細胞肺癌の原因となる遺伝子異常の一つとして知られており、ALKチロシンキナーゼ阻害剤が初回治療として頻用されている。

【症例】46歳女性。X年8月より咳嗽が出現し、10月に近医を受診した。胸部CTで両肺多発結節影などを認め、精査目的で当院を受診した。経気管支生検等にてALK融合遺伝子陽性肺癌(favor squamous cell carcinoma) cT1cN3M1c cStage IV Bと診断され、同年11月よりアレクチニブの内服を開始した。速やかに部分奏効が得られたが、治療開始6ヶ月で増悪を認め、2次治療としてブリグチニブを開始した。開始後5か月時点で奏効を維持し、継続中である。

【考察】ALK融合遺伝子陽性肺癌(favor squamous cell carcinoma)に対してALKチロシンキナーゼ阻害剤が奏効した一例を経験した。治療対象となるドライバー遺伝子異常の多くは肺腺癌で認められるが、稀に非腺癌症例でも検出される。治療機会を逸することがないように、非腺癌症例においても遺伝子異常の検索を行う必要がある。ALK融合遺伝子陽性非腺癌症例におけるALKチロシンキナーゼ阻害剤の効果について文献的考察を加え報告する。

## Osimertinibによる薬剤性皮膚血管炎を認めた2例

<sup>1)</sup> 中国中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 同 皮膚科、<sup>3)</sup> 同 病理診断科

高橋 里鶴<sup>1)</sup>、米花 有香<sup>1)</sup>、藤井 詩子<sup>1)</sup>、久山 陽子<sup>2)</sup>、杉本佐江子<sup>2)</sup>、戸田 博子<sup>3)</sup>、松本奨一朗<sup>1)</sup>、  
檜崎 弘務<sup>1)</sup>、八杉 昌幸<sup>1)</sup>、池田 元洋<sup>1)</sup>、尾形 佳子<sup>1)</sup>、玄馬 顕一<sup>1)</sup>

【背景】Osimertinibによる皮膚症状はざ瘡などが代表的であるが、稀に皮膚血管炎が認められる。【症例1】57歳男性。X-5年11月、検診で右下肺野の結節影を指摘され当院を紹介受診、肺腺癌cT1cN1M1c、IVB期、EGFR遺伝子変異(exon21 L858R)と診断した。EGFR-TKI(Afatinib)や細胞傷害性抗癌剤を投与後、X年12月8日より9次治療としてOsimertinibの投与を開始した。X+1年1月30日頃より両下腿の紫斑等を認めた。皮膚科を受診し薬剤性皮膚血管炎と診断、休薬、ステロイド投与で改善を認めた。【症例2】84歳女性。X年11月、他院を受診時に右胸水貯留を指摘され、当院を紹介受診、肺腺癌cT4N3M1c、IVB期、EGFR遺伝子変異(exon19欠失)と診断、X+1年1月よりOsimertinibの投与を開始した。有害事象の下痢が続き6月7日に入院した。休薬にて症状は改善、23日より減量再開したが30日より両下腿の紫斑を認めた。皮膚科を受診し薬剤性皮膚血管炎と診断、休薬、ステロイド軟膏塗布で改善を認めた。【考察】Osimertinib投与中に薬剤性皮膚血管炎を呈した症例を2例経験したので報告する。正確な機序は不明であるが、投与によりサイトカインの産生が亢進し、白血球の動員・組織障害を引き起こすことで生じると考えられている。皮膚科との連携、早期の診断・休薬が重要であると考えらる。

## Osimertinibの再投与中にQT延長による心肺停止に至り、救命し得た1例

<sup>1)</sup>鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、<sup>2)</sup>鳥取大学附属病院 循環器内科  
星尾陽奈子<sup>1)</sup>、阪本 智宏<sup>1)</sup>、照屋 靖彦<sup>1)</sup>、舟木 佳弘<sup>1)</sup>、石川 博基<sup>1)</sup>、利川 太昌<sup>2)</sup>、山崎 章<sup>1)</sup>

OsimertinibはEGFR遺伝子変異陽性肺癌において高い奏効率や全生存期間の延長効果が示されているが、注意すべき有害事象のひとつとしてQT延長があげられる。症例は70歳女性。X年6月よりEGFR遺伝子変異陽性肺癌(cT1bN1M1a, Stage IV)に対して1st line Erlotinibを開始。X+2年11月より2nd line Osimertinibで治療され、明らかな有害事象なく、3年ほどSDを維持していた。その後は3rd line CDDP + PEM + BEV、4th line S-1で治療を継続し、X+8年1月より5th lineとしてOsimertinibの再投与を行った。十分な治療効果は得られなかったが、経過中に右大腿部転子部骨折のためPS低下し他の細胞障害性抗がん薬への変更も困難と判断し、beyond PDで投与を継続した。X+8年6月21日、院内で心肺停止となり、心肺蘇生法にて救命し得た。初期波形は心室細動でありQT延長に伴うTorsades de Pointesが疑われたためOsimertinibを休薬し、その後は再発なく経過している。OsimertinibによるQT延長は全Gradeで5.7%、Grade4-5に至る症例は0.1%と稀であるが、致命的な有害事象である。長期投与例や再投与例でも投与開始初期と同様に注意すべきである。

## AtezolizumabによるIgA血管炎を来した肺癌の1症例

香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学  
小島 一輝、小森 雄太、溝口 仁志、井上 卓哉、渡邊 直樹、金地 伸拓

<はじめに> IgA血管炎は小児に多いが、成人発症の場合は、腫瘍や薬剤が原因となることがある。<症例> 47歳女性。(X-5)年11月、左上葉肺癌 cT4N3M1c(PUL、OSS、BRA、LYM), Stage IV B、EGFR L858R(+), PD-L1 TPS 5%と診断した。Afatinib単剤、Erlotinib単剤、CBDCA+PEM、DTX+RAMにて加療するもPDとなった。(X-3)年11月、5次治療としてAtezolizumab開始し、部分奏効が得られた。X年4月7日、両側下腿から足背に点状紫斑を認め、Atezolizumabによる影響を疑い投与を中止とした。X年4月21日、新規に尿潜血陽性を認め、免疫チェックポイント阻害薬(ICI)によるIgA血管炎の可能性を考慮し、皮膚生検を施行した。真皮内の細血管周囲に好中球や好酸球の細胞浸潤と核破砕物を認め、臨床所見と合わせてIgA血管炎と診断した。腎機能障害や全身症状は認めていないため、ステロイドの全身投与は行わなかった。新規開始の薬剤はなく、Atezolizumab中止により点状紫斑と尿潜血が改善傾向を認めたため、ICI投与によるIgA血管炎と診断した。<考察> ICI投与により引き起こされたIgA血管炎の報告はあるが、6例の報告のみである。過去には、ステロイド全身投与を使用しても末期腎不全に至り、血液透析が必要になった症例も報告されている。<結語> irAEとしてのIgA血管炎が生じる可能性がある。点状出血を認めた場合、すぐにICIを中止することが腎不全への発展阻止に重要と思われた。

## パクリタキセルによる大腸炎をきたした非小細胞肺癌の一例

<sup>1)</sup> 高知赤十字病院 内科、<sup>2)</sup> 高知赤十字病院 病理診断科  
中内友合江<sup>1)</sup>、豊田 優子<sup>1)</sup>、森住 俊<sup>1)</sup>、近藤 圭大<sup>1)</sup>、重久友理子<sup>1)</sup>、頼田 顕辞<sup>2)</sup>

【症例】68歳男性。血痰と右胸痛を主訴にX年4月に当院紹介となった。右上葉の腫瘤影を認め、精査の結果、右上葉非小細胞肺癌cT3N2M1c(左副腎、腹腔内多発結節)IVB期と診断した。組織型は肉腫様癌でKRAS G12C 遺伝子変異あり、PD-L1(TPS)は80%発現していた。一次治療としてCBDCA+na b PTX+Pembrolizumabを選択したが、腫瘍の増大に伴う右胸背部痛が強く、疼痛緩和目的に放射線治療を併用し、Pembrolizumabは2コース目から追加することとした。化学療法day7より下痢傾向となり、整腸剤や止瀉薬を使用した改善なく、新規に追加した鎮痛薬などの薬剤を順次中止したが効果はなかったため、day14に大腸内視鏡検査を実施した。大腸各部位で採取した組織には急性腸炎の像を認め、部分的にはあるがring mitosisや高度なアポトーシス像を認めることよりPTXによる細胞傷害を原因とする薬剤性腸炎の可能性が示唆された。day15にnabPTXは骨髄抑制のためにskipしたが、以後、経時的に下痢症状は改善し、臨床経過からもnabPTXが原因と考えられた。【考察】薬剤性腸炎の原因薬剤として、抗癌剤のほか、NSAIDs、抗菌薬などが考えられるが、今回、腸炎の組織像から被疑薬としてPTXを推定することができた。PTXによる腸炎には出血性大腸炎、偽膜性大腸炎、虚血性大腸炎などがあらわれることがあると報告されているが、本症例のように細胞傷害による下痢をきたす腸炎もあると考えられた。

## RAF1 遺伝子変異陽性肺腺癌に対し、免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法が著効した一例

<sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科、  
<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査科  
市原 聖也<sup>1)</sup>、松村 有悟<sup>1)</sup>、門田 直樹<sup>1)</sup>、岡野 義夫<sup>1)</sup>、町田 久典<sup>1)</sup>、畠山 暢生<sup>1)</sup>、成瀬 桂史<sup>2)</sup>、  
竹内 栄治<sup>1)</sup>

症例は64歳男性。X年3月に持続する血痰の精査目的に当科紹介となり、胸部CT検査で左主気管支および左肺動脈への浸潤を疑う左肺門部腫瘤を認めた。経気管支生検を行い、adenocarcinomaの病理診断を得た。PD-L1 tumor proportion scoreは95%、分子標的薬の適応となるドライバー遺伝子変異は検出されなかったが、RAF1 遺伝子変異 (p.S257L) を認めた。全身検索の結果、左肺門部腺癌 cT4N2M0 stage III Bと診断し、化学療法の方針となった。X年4月よりcarboplatin + nab-paclitaxel + pembrolizumab療法を開始したところ、良好な抗腫瘍効果を得られ、2コース終了後にはPRを、4コース完遂後にはCRを達成した。X年8月よりpembrolizumab単剤による維持療法へ移行し、現在も治療継続している。本症例で変異を認めたRAF1 遺伝子は、RAS-RAF-MAPキナーゼ系のシグナル伝達経路に関与し、細胞増殖や分化を調節している。肺癌においてRAF1 遺伝子変異が検出されることは非常に稀とされ、検索しうる範囲では症例報告の既報はない。今後症例の集積が必要であるが、RAF1 遺伝子変異陽性肺腺癌は免疫療法を含む化学療法への反応性が良好である可能性がある。



## R-053

### Carboplatin+Paclitaxel+Nivolumabによる術前化学療法にて腫瘍が縮小し完全切除できた肺腺癌の1例

<sup>1)</sup> 市立宇和島病院 内科、<sup>2)</sup> 市立宇和島病院 外科

福西 宥希<sup>1)</sup>、濱田 千鶴<sup>1)</sup>、武田 将司<sup>2)</sup>、上田 創<sup>1)</sup>、廣瀬 未優<sup>1)</sup>、小倉 史也<sup>2)</sup>、根津 賢司<sup>2)</sup>

症例は76歳女性。20XX年4月に血痰を主訴に受診し、右上葉肺腺癌 (cT2bN1M0,cStage II B) と診断された。当院呼吸器外科との協議のうえ、20XX年5月より Carboplatin + Paclitaxel + Nivolumabによる術前化学療法を開始した。1コース目投与後にステロイドパルスが必要とする重症薬疹を認めたため、化学療法継続は不可能と判断し1コースで投与を終了したものの、20XX年7月のCTで原発巣、肺門部リンパ節の著明な縮小を認めた。切除可能と判断し、20XX年8月胸腔鏡補助右肺上葉切除術+リンパ節郭清 (ND2a-1) を施行した。術後病理では右上葉の原発巣が50mmから14mmに縮小しており、リンパ節転移も消失していた (ypT1bN0M0,Stage I A 2)。切除断端は陰性であり腫瘍を完全に切除することができた。

CheckMate816試験にて切除可能な非小細胞肺癌へのNivolumabと化学療法の併用による術前化学療法は化学療法単独と比較して無イベント生存期間の延長や病理学的完全寛解率の上昇などの有効性が報告されている。一方、デメリットとして有害事象による手術の中止や延期が考えられる。本症例はCheckMate816レジメンによる術前化学療法を1コースしか施行できなかったが、腫瘍の縮小を認め完全切除することができた症例であり報告する。

## R-054

### 肺扁平上皮癌に対して免疫チェックポイント阻害薬併用化学療法1コースのみで病理学的完全奏効に至った1例

<sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 呼吸器外科、

<sup>3)</sup> 独立行政法人国立病院機構高知病院 臨床検査科

松村 有悟<sup>1)</sup>、市原 聖也<sup>1)</sup>、南城 和正<sup>2)</sup>、門田 直樹<sup>1)</sup>、岡野 義夫<sup>1)</sup>、町田 久典<sup>1)</sup>、畠山 暢生<sup>1)</sup>、日野 弘之<sup>2)</sup>、成瀬 桂史<sup>3)</sup>、竹内 栄治<sup>1)</sup>、先山 正二<sup>2)</sup>

【症例】61歳男性。X-1年8月より喘鳴を自覚し、近医の胸部CT検査で左肺下葉に腫瘤影を指摘された。精査目的に当科紹介受診され、X-1年9月に経気管支鏡的肺生検を行い扁平上皮癌と診断した。全身検索で左下葉扁平上皮癌 cT2bN0M0 stageIIAと診断したが、左肺全摘術となるため本人希望で化学療法を開始した。X-1年11月より化学療法 (carboplatin+nab-paclitaxel+pembrolizumab療法) を開始するも、1コース投与後に呼吸困難が出現した。X-1年12月の胸部CT検査で新規すりガラス陰影の出現があり、免疫関連有害事象 (irAE) による肺臓炎 (CTCAE Grade3) と判断し、緊急入院のうえステロイドパルス療法を開始した。症状改善に伴いプレドニゾン (PSL) を漸減し、PSL 10mgまで漸減するも腫瘍縮小維持できており左下葉スリーブ切除術が可能と判断した。X年2月に左下葉スリーブ切除術を行い、切除標本で病理学的完全奏効 (pCR) を確認し、以後再発なく経過している。【考察】術前補助化学療法として免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) が2022年に認可されたが、今回の症例では病変部位から左肺全摘術となるため本人希望でICI併用化学療法を選択した。肺臓炎のため1コースのみで終了し、2ヶ月以上PSL使用するも腫瘍縮小維持できたことから左下葉スリーブ切除術が可能となり切除標本でpCRが確認された。ICI併用化学療法1コースのみで腫瘍縮小とpCRを得られた貴重な症例と思われ報告する。

## ペプチド受容体放射性核種療法が奏効した左下葉原発進行期非定型カルチノイドの1例

<sup>1)</sup> 徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、<sup>2)</sup> 徳島大学病院 放射線治療科

寺澤 翠<sup>1)</sup>、坂東 弘基<sup>1)</sup>、土師 恵子<sup>1)</sup>、米田 浩人<sup>1)</sup>、荻野 広和<sup>1)</sup>、岡田 直子<sup>2)</sup>、川中 崇<sup>2)</sup>、佐藤 正大<sup>1)</sup>、埴淵 昌毅<sup>1)</sup>、西岡 安彦<sup>1)</sup>

【症例】62歳、男性。X年3月、左下葉原発非定型カルチノイド cT3N0M1c stage IV B (PUL HEP OSS)に対する加療目的に紹介となった。X年4月からエベロリムスを開始したが、6月に新規肺転移が出現しエベロリムスを中止した。ソマトスタチン受容体シンチグラフィ（SRS）を施行したところ、病巣への<sup>111</sup>In-ペンテトレオチド集積を認め、ペプチド受容体放射性核種療法（PRRT）の適応と判断した。PRRT導入までの準備期間中に肝転移巣は増大した。X+1年2月より<sup>177</sup>Lu-オキソトトレオチドによるPRRTを計4コース投与した。Grade 1の嘔気以外有害事象を認めず、PRRT終了時点の造影CTでは、原発巣と肝転移巣は縮小し33%縮小の部分奏効を得た。SRSでも病巣への<sup>111</sup>In-ペンテトレオチド集積はPRRT施行前より低下していた。投与終了後1年6ヵ月経過した現在も増悪なく経過している。【考察】進行期肺カルチノイドに対して小細胞肺癌に準じた化学療法を行うことがあるが、反応に乏しく全奏効割合（ORR）20%、全生存期間（OS）中央値20ヵ月と報告されている。またエベロリムスも後方的研究で化学療法と同程度の効果とされている一方で、PRRTはORR30%、OS中央値52ヵ月と良好な成績が報告されている。本症例にてPRRTは、エベロリムスで制御困難であった進行期肺カルチノイドに対して奏効しており、積極的に適応を考慮すべきと考えられた。

## 耳下腺と皮膚へ術後同時転移を来した肺癌肉腫の一例

倉敷中央病院 呼吸器外科

岩澤 光哲、松浦 晃大、青野 泰正、中ノ坊 亮、多々川貴一、吉田 将和、村田 祥武、高橋 鮎子、小林 正嗣

肺癌肉腫は肺悪性腫瘍の0.1-4.7%と極めて稀な疾患であり、その生存期間中央値は19ヶ月程度と報告され、極めて予後不良な疾患であることが知られている。また、その遠隔転移は肺や腸管などの腹腔内臓器、腹膜、骨などへの遠隔転移が報告されるが、自験例のような耳下腺と皮膚へ同時に転移を来した症例は報告がない。

症例は73歳男性。X-1年11月に前医にて胸部異常陰影を指摘され当院紹介された。CT上左下葉に46mm大の腫瘤影を認めた。PET-CTでSUVmax 9.6の高度集積を認め、腫瘤影は60mmへと短期的な増大傾向があるが、遠隔転移は認めなかった。気管支内視鏡検査にて、Pleomorphic carcinoma(cT3N0M0 Stage II B)の診断を得た。X年1月に開胸左下葉切除+ND2a-2を施行し、病理組織学的には扁平上皮癌成分や腺癌成分、横紋筋分化を認めるCarcinosarcoma(pT3N0M0 Stage II B)の診断であった。遺伝子検査はPDL-1<1%、EGFR陰性、BRAF陰性、ALK陰性、ROS1陰性、RET陰性であり、また背景疾患に慢性腎不全を有しており、術後補助化学療法は施行しなかった。術後5ヶ月にPET-CTにて左耳下腺転移の疑いを指摘され、左耳下腺全摘術を施行された。また、左第5指先端の腫瘤も見られ、指切断術を施行された。稀な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## 間質性肺炎合併肺癌に対する免疫チェックポイント阻害剤の有効性と安全性の検討 (CS-Lung003ブランチ28)

<sup>1)</sup> JA尾道総合病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 県立広島病院 呼吸器内科、<sup>3)</sup> 香川大学 血液・免疫・呼吸器内科、<sup>4)</sup> 広島大学 呼吸器内科、<sup>5)</sup> 広島赤十字・原爆病院 呼吸器内科、<sup>6)</sup> 岡山大学 呼吸器・アレルギー内科、<sup>7)</sup> 岡山労災病院 腫瘍内科、<sup>8)</sup> 川崎医科大学 総合内科学4、<sup>9)</sup> 岩国医療センター 呼吸器内科、<sup>10)</sup> 岡山大学 新医療研究開発センター 臨床研究部

濱井 宏介<sup>1,2)</sup>、金地 伸拓<sup>3)</sup>、渡邊 直樹<sup>3)</sup>、石川 暢久<sup>2)</sup>、上野沙弥香<sup>2)</sup>、藤高 一慶<sup>4)</sup>、益田 武<sup>4)</sup>、山崎 正弘<sup>5)</sup>、松本奈穂子<sup>5)</sup>、中西 将元<sup>6)</sup>、藤本 伸一<sup>7)</sup>、瀧川奈義夫<sup>8)</sup>、西井 和也<sup>9)</sup>、堀田 勝幸<sup>10)</sup>、木浦 勝行<sup>6)</sup>

【背景】既治療再発非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害剤 (Immune checkpoint inhibitors, ICIs) の使用は予後を延長することが示されているが、間質性肺炎合併肺癌に対してICIsを使用した場合、既存の間質性肺炎の増悪をきたす可能性がある。【目的】他施設共同前向き観察研究 (CS-Lung003) でICIsを使用した間質性肺炎合併非小細胞肺癌を解析し、二次治療以降のICIs単剤の効果および既存の間質性肺炎増悪の頻度に関して検討した。【結果】19例の間質性肺炎合併肺癌患者に二次治療以降でICIsが使用され、無増悪生存期間中央値は5.8ヶ月、全生存期間中央値は9.7ヶ月であった。このうち7例 (36.8%) で既存の間質性肺炎の増悪が認められ、この7例に限れば全生存期間中央値は8.0ヶ月と短い傾向にあった。HRCTパターン別の間質性肺炎増悪を検討したが、UIPパターンとそれ以外では増悪の頻度に差はみられなかった。【考察】間質性肺炎合併肺癌患者に対するICIsはHRCTパターンに関係なく既存の間質性肺炎が増悪する頻度が高い。また増悪を来した際には治療継続が困難となるため注意が必要である。

## 免疫チェックポイント阻害薬投与を契機として発症したradiation recall pneumonitisの2例

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 がんセンター、<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器外科、<sup>4)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 消化器外科

矢内 正晶<sup>1,2)</sup>、舟木 佳弘<sup>1)</sup>、森田 正人<sup>1)</sup>、大野 貴志<sup>3)</sup>、宍戸 裕二<sup>4)</sup>、野中 喬文<sup>1)</sup>、平山 勇毅<sup>1)</sup>、照屋 靖彦<sup>1)</sup>、阪本 智宏<sup>1)</sup>、木下 直樹<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>1)</sup>、小谷 昌広<sup>1,2)</sup>、山崎 章<sup>1)</sup>

Radiation recall pneumonitis (RRP) とは、肺への放射線照射歴のある患者に特定の薬剤を投与することで照射野に一致した部位に炎症反応が誘発されて起こる肺炎である。原因薬剤としてはタキサン系抗癌剤で多いとされているが、近年では免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) での報告も散見されている。今回、我々はICI投与を契機として発症したRRPの2例を経験した。症例1は、67歳男性。20XX-1年1月に右上葉肺癌で手術を施行 (LCNEC+腺癌、pT2aN2M0、Stage III A)。縦隔リンパ節転移で再発の診断となり、20XX年3月より同部位に放射線治療 (60Gy/30回) を施行。その後、胸壁病変で再発の診断となり、10月より1次治療:Pembrolizumabを開始。3コース投与後に放射線の照射野に一致した浸潤影が急速に出現し、RRPと診断。症例2は、80歳男性。20XX-1年10月に食道癌の診断。11月より術前補助化学療法を施行されるも効果不十分であったため、20XX年2月より術前化学放射線療法 (40Gy/20回) を施行。5月に食道癌に対して手術を施行されたが、肝転移、副腎転移で再発の診断となり、7月より1次治療:Ipilimumab+Nivolumabを開始。投与8日目に放射線の照射野に一致した浸潤影が急速に出現し、RRPと診断。いずれの症例もステロイド治療で改善が得られた。胸部への放射線照射歴がある症例ではICI投与によるRRPも考慮し、慎重な胸部画像のモニタリングが必要であると考えた。

## R-059

### 抗横紋筋抗体陽性の重症irAE筋炎・心筋炎に対して早期の集学的治療が奏効した肺扁平上皮癌の1例

徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科

鈴江 涼子、坂東 弘基、土師 恵子、尾崎 領彦、米田 浩人、荻野 広和、佐藤 正大、埴淵 昌毅、西岡 安彦

【症例】71歳、男性。X年3月、左下葉腫瘤影に対する精査・加療目的に紹介となった。肺扁平上皮癌 cT4N0M0 stage III Aと診断し、6月より化学放射線治療を施行した後、durvalumabによる地固め療法へ移行した。地固め療法1コース後に下肢の脱力や嘔声が出現し、筋原性酵素上昇や不完全房室ブロックを認め緊急入院となった。臨床経過に加え、後に抗横紋筋抗体(抗titin抗体、抗Kv1.4抗体)陽性が判明したこと、筋電図で筋原性変化を認めたこと、心筋生検でリンパ球浸潤を認めたことなどからirAE筋炎・心筋炎と診断した。第1病日に緊急でペースメーカーを挿入のうえ、ステロイドパルス療法を開始するも、第10病日に球症状増悪に伴う2型呼吸不全が出現し人工呼吸管理となった。ステロイドパルス後に球症状が増悪した経過から重症筋無力症の合併を疑ったが診断確定に至らず、irAE筋炎由来の症状と考えた。治療抵抗例として速やかに免疫グロブリン大量静注療法および血漿交換療法を行ったところ、筋力および球症状は徐々に改善し、人工呼吸器から離脱、独歩退院となった。【考察】免疫チェックポイント阻害薬によるirAE筋炎では、抗横紋筋抗体がしばしば検出され、病態との関連が示唆されている。特に抗Kv1.4抗体陽性例は、重篤な筋炎や心筋炎を呈することが報告されている。irAE筋炎や心筋炎を疑う症例に対しては、各科と連携のうえ早期より積極的な集学的治療を行うことが重要である。

## R-060

### 非小細胞肺癌患者の化学放射線療法における連日カルボプラチン投与の当院での使用経験

県立広島病院 呼吸器内科

鳥井 宏彰、村井 智一、勝良 遼、藤田 俊、上野沙弥香、益田 健、谷本 琢也、石川 暢久

切除不能な局所進行非小細胞肺癌に対する化学放射線療法において、連日カルボプラチン投与は血液毒性が比較的少ないことから、高齢患者に対して使用されている。また、近年、化学放射線療法後に免疫チェックポイント阻害剤による維持療法を行ったPACIFIC試験で、全生存期間や無増悪生存期間が有意に延長したことが報告され、現在の標準治療となっている。しかし、現在までのところ高齢患者に対する上記治療の有用性は不明である。今回、2019年12月～2023年7月までの期間に自施設で行った切除不能局所進行非小細胞肺癌に対する化学放射線療法で、連日カルボプラチン投与を行い、その後にデュルバルマブによる治療を行った症例に関して、後方視的研究を行った。

症例は全13例(年齢中央値79歳、男性10人、女性3人)で、その内訳は扁平上皮癌9例、腺癌4例(Stage II B 2例、III A 6例、III B 3例、III C 2例)であった。無増悪生存期間中央値は16.5ヵ月で、12ヵ月、18ヵ月の無増悪生存率はそれぞれ75.2%、47%であった。また、12ヵ月、24ヵ月の全生存率は、それぞれ81.8%、60.6%であった。これら治療結果はPACIFIC試験の結果と大差がなく、高齢患者にも連日カルボプラチン投与による化学放射線療法が有用であることが示唆された。

今回の後方視的研究に関して、文献的考察を加えて報告する。

## 抗アクアポリン4抗体陽性視神経炎を合併した進行非小細胞肺癌の1例

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科、<sup>2)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 眼科、  
<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 脳神経内科

野中 喬文<sup>1)</sup>、矢内 正晶<sup>1)</sup>、上谷 直希<sup>1)</sup>、石川 博基<sup>1)</sup>、平山 勇毅<sup>1)</sup>、照屋 靖彦<sup>1)</sup>、阪本 智宏<sup>1)</sup>、  
 木下 直樹<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>1)</sup>、小谷 昌広<sup>1)</sup>、田中 智章<sup>2)</sup>、村上 丈伸<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>1)</sup>

症例は57歳男性。20XX年8月8日に左下葉腫瘤影の精査目的で当科紹介となり、8月19日に精査目的に当科入院。入院時に急速に進行する視力低下を認めたため、同日眼科に紹介した。右眼は視神経の腫脹、蛍光眼底造影で過蛍光を認め、視神経症が疑われ神経内科に紹介した。頭部造影MRIでは、転移性脳腫瘍の他に右視神経～視交叉～視索の腫大と造影効果を認めた。血液検査で抗アクアポリン4 (AQP4) 抗体が陽性であったことから、抗AQP4抗体陽性視神経炎と診断した。また各種検査の結果、左下葉非小細胞肺癌 (cT2bN2M1c stageIVB、BRAF K601E 変異陽性、PD-L1 低発現) と診断。抗AQP4抗体陽性視神経炎に対してステロイド治療を導入し、非小細胞肺癌に対しては免疫チェックポイント阻害薬の併用により抗AQP4抗体陽性視神経炎の悪化を招く可能性があるため1次治療：CBDCA+PEMを開始した。ステロイド治療および抗癌剤治療により視力の改善が得られ、再発予防のためにサトラリズマブの併用を開始した。AQP4抗体陽性視神経炎は、視機能障害が重篤で、再発しやすく治療抵抗性のため、後遺症を最小化するためにも早期診断・治療が重要である。そのため脳転移による症状とは異なる神経症状に対しては傍腫瘍神経症候群も考慮し、適切な診断、治療選択を行うことが必要だと考えた。

## 骨髄癌腫症を合併した小細胞肺癌の1例

鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科

木下 直樹、野中 喬文、平山 勇毅、照屋 靖彦、矢内 正晶、阪本 智宏、山口 耕介、小谷 昌広、  
 山崎 章

症例は61歳男性。20XX-1年12月に腰痛が出現し20XX年1月から発熱も認めたため前医を受診した。CTで肺癌が疑われ2月に当科紹介受診となった。CTで右肺下葉にconsolidation、縦隔や右肺門リンパ節の腫大を認め、PET検査で同部位や脊椎、胸骨、骨盤骨、上腕骨、大腿骨等の骨へのびまん性のFDG集積を認めた。造血器悪性腫瘍の可能性も考慮し3月に血液内科で骨髄生検を行ったところ、組織では小細胞癌が骨髄内にびまん性に浸潤している所見であり、血液検査でも末梢血中に赤芽球や幼稚顆粒球を認めたことから小細胞肺癌に骨髄癌腫症を合併した状態と診断した。進展型小細胞肺癌として1次治療CBDCA/ETPを開始後一時腫瘍の縮小を認めていたが、3サイクル行ったところで脳転移が出現しPDと判断した。2次治療としてAMRで治療を行ったが、治療効果が得られず肺癌の増悪のため診断から3ヵ月後に永眠された。骨髄癌腫症は稀な病態だが、固形癌では肺癌、胃癌などから骨髄に転移した状態で急激に予後不良な経過をたどるとされている。本症例でも急激な経過をたどり報告する。

## ビタミンK欠乏症に伴う血胸の一例

広島市立舟入市民病院

牛尾 剛己、三島 祥平、実綿 慶、高山 裕介、北原 良洋、高蓋 寿朗

症例は35歳、女性。1歳6か月時に脳性麻痺と診断され、重症児福祉医療施設に入所中であった。腸瘻による経管栄養を行われていたが、注入した栄養剤の嘔吐に伴う誤嚥によって発熱を認めた。経管栄養の中止とセフォゾプララン、セフトリアキソンの点滴投与により解熱したが、2週間でHbが10.2 g/dLから5.5 g/dLに低下した。胸部X線写真で左胸水の増加も認め、当院に紹介入院した。血圧は105/67 mmHgで脈拍は118 /分と頻脈を認めた。胸水は血性で胸水/末梢血のHt比が50%以上であり血胸と診断した。血小板数は正常であったが、PT-INRとAPTTの延長、PIVKA-IIの上昇を認め、ビタミンK欠乏症に伴う凝固因子の異常が血胸と貧血の原因と診断した。中心静脈から高カロリー輸液、赤血球輸血、メナテトレノンの点滴投与を行い、第2病日に左胸腔ドレーンを挿入し、血性胸水の排液と左肺の膨張を得た。その後は血性胸水や貧血の再燃、PT-INRやAPTTの再延長も認めず、PIVKA-IIも改善した。胸腔ドレーンの抜去と中心静脈ポートの造設後、第35病日に退院した。誤嚥性肺炎に対して絶食中や抗菌薬治療中に胸水の増加を認めた際は、肺炎随伴性胸膜炎以外に血胸の可能性も念頭に置き、胸腔ドレナージを行う前にHbや凝固因子を評価する事が大切であると考えた。

## 肺の拡張障害を呈した胸膜アミロイドーシスの1例

<sup>1)</sup> 広島市立舟入市民病院、<sup>2)</sup> JA尾道総合病院

角本 慎治<sup>1,2)</sup>、実綿 慶<sup>1)</sup>、北原 良洋<sup>1)</sup>、牛尾 剛己<sup>1)</sup>、高山 裕介<sup>1)</sup>、新谷 貴洋<sup>1)</sup>、高蓋 寿朗<sup>1)</sup>

【症例】60歳男性。

【主訴】労作時呼吸困難感

【現病歴】20XX年12月より労作時の呼吸困難を自覚し、20XX+1年2月下旬に近医を受診した。多量の右胸水を指摘され、精査目的に当科へ紹介された。胸部CT検査では右大量胸水を認めたが、肺野に明らかな腫瘍性病変や炎症所見は認められなかった。心電図と心臓超音波検査の所見からアミロイドーシスの可能性を疑われ、胃粘膜と骨髄の生検結果から全身性ALアミロイドーシスと診断された。胸水は血性でリンパ球優位の滲出性胸水であり、Cope針による右壁側胸膜の盲目的生検で胸膜にアミロイド沈着を認め、胸膜アミロイドーシスによる胸水と考えられた。胸腔ドレナージ後に呼吸困難は軽減したが右肺の十分な拡張は得られず、胸水排液後も肺が胸壁まで拡張できなくなるunexpandable lungの病態と考えられた。化学療法を開始後もunexpandable lungと右胸水貯留は持続しているが、呼吸困難の再増悪は認めていない。

【考察】胸膜アミロイドーシスはALアミロイドーシス全体の約1-2%と報告されており、稀である。また、我々が検索した限りではアミロイドーシスによるunexpandable lungの報告はない。貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

## 胸部外傷を契機に胸水貯留が出現し、リウマチ性胸膜炎と診断した一例

<sup>1)</sup> JA 高知病院 内科、<sup>2)</sup> 徳島大学医歯薬学研究部 地域呼吸器・総合内科学分野、  
<sup>3)</sup> 高知赤十字病院 呼吸器内科、<sup>4)</sup> JA 高知病院 整形外科、<sup>5)</sup> 高知記念病院 リウマチ科  
 國重 道大<sup>1,2)</sup>、森住 俊<sup>3)</sup>、高橋 啓輝<sup>1)</sup>、高橋 清英<sup>1)</sup>、西山 美保<sup>1)</sup>、住友 賢哉<sup>1)</sup>、細川 智司<sup>4)</sup>、  
 千々和龍美<sup>5)</sup>、篠原 勉<sup>1,2)</sup>

【背景】胸部外傷はしばしば胸水貯留を引き起こすことがあり、外傷性好酸球性胸水或いは心臓傷害後症候群と診断されることが一般的である。何れの胸水もリンパ球優位で低補体価という特徴を持つ。一方でリウマチ性胸膜炎も同様の胸水所見を呈する病態だが、外傷との関連は報告されていない。今回、我々は胸部外傷を契機に胸水貯留が出現し、リウマチ性胸膜炎の診断に至った一例を経験したため報告する。

【症例】55歳男性。原因不明の関節炎症状に対する治療歴があったが、過去1年半は無症状だった。20XX年9月に自転車で走行中に事故に遭い、左多発肋骨骨折と軽度の左気胸と診断された。事故から2週間後に同側の胸水貯留を認めたため内科へ紹介となった。外傷性好酸球性胸水もしくは心臓傷害後症候群を疑い胸水の精査を行ったところリンパ球優位で低補体価だったが、RF及びADA高値を認めリウマチ性胸膜炎の可能性も示唆された。血清検査でRF高値を認め、その後多関節炎及び骨破壊が出現した。2010 ACR/EULAR分類基準を満たし関節リウマチの診断に至ったため、胸水貯留の原因はリウマチ性胸膜炎と考えた。プレドニゾロンとイグラチモドで加療を開始し、2か月後には胸水の消失と関節痛の改善を得た。

【考察】本症例は関節リウマチの診断に至っていない患者においても、胸部外傷がリウマチ性胸膜炎の誘因となることを示唆している。今後類似した症例の更なる集積が必要と考えられる。

## 多房化胸水を有する難治性膿胸に対するt-PA胸腔内投与の経験

<sup>1)</sup> 高松市立みんなの病院 内科、<sup>2)</sup> 高松市立みんなの病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 高松市立みんなの病院 呼吸器外科  
 川地 紘通<sup>1)</sup>、岸本 伸人<sup>2)</sup>、小川 瑛<sup>2)</sup>、香西 博之<sup>2)</sup>、堀内 宣昭<sup>2)</sup>、加藤 歩<sup>3)</sup>、呉 哲彦<sup>3)</sup>

膿胸に対する治療の原則は胸腔ドレーンを挿入し、排膿しながら適切な抗菌薬投与を行うことである。しかし高度に被包化された胸水ではドレーンのみで十分に排膿できず外科的搔爬が考慮されるが、耐術能がない場合、線維素溶解療法が選択肢となる。本邦では従来ウロキナーゼが使用されてきたが、2022年以降供給停止となり販売再開の目途も立っていない。そのため海外で使用されているt-PAを胸腔内投与することで同様の治療効果が期待できるか否か検討した。t-PAの保険外使用に際し当院の倫理委員会の承認を得た。対象は膿胸で入院し胸腔ドレーンを挿入した2症例(80歳代、90歳代。共に男性。)であり、いずれも血液検査で炎症反応高値を呈し、画像上高度に被包化された胸水が確認できた。ドレーンのみで十分な治療効果が得られなかったが、高齢で全身状態も悪く併存疾患も多かったため外科的手術が困難と判断された。そこでドレーンからの排液が止まった段階でt-PA胸腔内投与を3日間施行した。投与開始後速やかに排液量は増加し、再検した画像検査では十分な肺野の拡張が得られた。血液検査上の炎症所見も改善傾向にあり、経過良好としてドレーンを抜去することができた。t-PA投与中あるいは投与後に大きな有害事象は認められなかった。t-PAの胸腔内投与は当初期待していた治療効果をあげることができ病状改善に寄与した。今後、難治性膿胸に対する有用な治療選択肢になり得るものと思われた。

## 肺化膿症の経過中に二次的に合併したBacillus cereusによる肺炎と膿胸の一例

<sup>1)</sup> 社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 社会医療法人近森会近森病院 感染症内科  
 餌取 勇介<sup>1,2)</sup>、藤原 絵理<sup>1,2)</sup>、三枝 寛理<sup>1,2)</sup>、中岡 大士<sup>1,2)</sup>、石田 正之<sup>1,2)</sup>

【症例】 74歳男性

【主訴】 体動困難

【現病歴】

高血圧症や脂質異常症で近医かかりつけの74歳男性。受診2日前より湿性咳嗽を認め、徐々に体動困難となり、当院へ救急搬送された。来院時は血圧低下とI型呼吸不全を認め、画像にて左上葉に浸潤影と内部に液面形成を伴う空洞性病変を認めた。敗血症、肺化膿症の診断でセフトリアキソンとクリンダマイシン、レボフロキサシンでの抗菌薬加療が開始され、入院となった。

【経過】

入院後、臨床所見は改善傾向を認めた。来院時の喀痰培養検査で口腔内常在菌以外の菌の検出に乏しく、第4病日に抗菌薬をアンピシリン・スルバクタムに変更した。第5病日の画像所見で肺化膿症の病変の範囲拡大と浸潤影の増悪を認めた。第8病日に左胸水を認め、同日胸水穿刺を施行した。第9病日に気管支内視鏡検査を施行し、気管支洗浄液と胸水のグラム染色で太めのグラム陽性桿菌を認め、同日よりバンコマイシンを追加した。同定ではBacillus cereusの検出を認め、二次的に感染した同菌による肺炎及び膿胸と診断した。第10病日に胸腔ドレーナージ術を施行し、その後は速やかに発熱や呼吸不全は改善傾向を認めた。

【考察】

Bacillus cereusは下気道感染症を引き起こすことは稀で、肺炎を発症した際には致死的と報告されている。肺化膿症の経過中に改善が不良であった際には、気管支内視鏡検査などの侵襲的検査も遅滞なく選択し、診療にあたることで救命できる可能性がある。

## 内視鏡的ドレーナージの併用が良好な臨床経過に寄与した巨大感染性肺嚢胞の1例

<sup>1)</sup> 松山赤十字病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup> 松山赤十字病院 呼吸器センター

永家 智志<sup>1)</sup>、牧野 英記<sup>2)</sup>、片山 一成<sup>2)</sup>、平山龍太郎<sup>2)</sup>、大下 一輝<sup>2)</sup>、梶原浩太郎<sup>2)</sup>、兼松 貴則<sup>2)</sup>、  
 吉田 月久<sup>2)</sup>、桂 正和<sup>2)</sup>、竹之山光広<sup>2)</sup>

【症例】 41歳男性【主訴】 発熱【既往歴】 なし【生活歴】 飲酒、喫煙あり【現病歴】 生来健康であった。20XX/12/18から発熱、咳嗽が出現したため21日近医を受診。7cmを超える巨大なニボーを伴う肺腫瘍を指摘され、精査加療目的で当院を紹介受診した。感染性肺嚢胞を疑い、抗菌薬治療を開始し、臨床症状は速やかに改善したが、陰影の改善は限定的であった。第7病日に施行した気管支鏡検査では右 B7 から膿性白色混濁の排液があり同部位から吸引を行ったところ、病原微生物は検出されなかったが、悪性細胞は検出されず、TBB ではフィブリンの析出を伴う活動性の炎症細胞浸潤・線維化を伴った肉芽様組織があり、感染症として矛盾しない所見であった。手術適応についても検討しつつ抗菌薬を8週間継続したところ、陰影は緩徐に縮小したが残存した。気管支鏡の再検査は希望されず、5ヶ月後には嚢胞性変化のみとなった。その後10年間再発はなかったが、20XX+10/8/1感染性肺嚢胞の再発として近医より紹介受診した。抗菌薬治療を開始し、気管支鏡では膿性痰は確認されなかったが、その後の経過は良好であった。【考察】 今回われわれは、内視鏡的ドレーナージの併用が良好な臨床経過に寄与し、長期経過を観察し得た感染性肺嚢胞の1例を経験したので報告する。



## 薬剤性肺障害の治療中に*Listeria monocytogenes*による敗血症・髄膜炎を発症した1例

愛媛県立中央病院

谷口 慎平、橘 さやか、水口 吉晃、能津 昌平、中村 純也、近藤 晴香、勝田 知也、井上 考司、中西 徳彦、森高 智典

75歳男性、直腸癌に対しX-1年5月より抗EGFRモノクローナル抗体を含む化学療法中に薬剤性肺障害を生じX年8月7日当科入院。高流量酸素療法を要する呼吸不全を認め、3日間のステロイドパルス療法を施行後、day4からPSL 50mg/dayで継続していたところ、day5に突如39℃の発熱が出現。血液培養を提出したところ2セットともに*Listeria monocytogenes*を検出。神経症状は認めなかったものの髄液検査も追加施行したところ培養にて同菌が検出された。*L.monocytogenes*敗血症・髄膜炎としてABPC、GMを併用しその後経過は良好であった。肺障害の経過も良好でありPSLは早めに漸減した。

*L.monocytogenes*は新生児髄膜炎の主要起因菌の一つであるが、成人でも高齢、担癌患者、副腎皮質ステロイド使用者など細胞性免疫低下例はハイリスク群となる。本症例は元々の免疫不全状態に加え、副腎皮質ステロイドが加わったことで*L.monocytogenes*感染症を惹起したとも考えられる。複数のリスク因子が重なり予後不良が懸念されたが、幸い治療が奏功し経過良好であった。血液培養や髄液検査を積極的に行ったことが早期診断につながったと考える。免疫不全患者において考慮すべき重症感染症として、*L.monocytogenes*感染症の1例を経験したので報告する。

## SARS-CoV-2持続感染を呈した濾胞性リンパ腫の一例

<sup>1)</sup> 徳島県立中央病院 医学教育センター、<sup>2)</sup> 徳島県立中央病院 呼吸器内科、

<sup>3)</sup> 徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科、<sup>4)</sup> 徳島県立中央病院 血液内科

大島 優実<sup>1)</sup>、香川 仁美<sup>2)</sup>、森 彩花<sup>2)</sup>、冨澤 優太<sup>2)</sup>、村上 尚哉<sup>2)</sup>、坂東 紀子<sup>3)</sup>、今倉 健<sup>2)</sup>、  
稲山 真美<sup>2)</sup>、柿内 聡司<sup>2)</sup>、水口 槇子<sup>4)</sup>、葉久 貴司<sup>2)</sup>

【背景】血液悪性腫瘍患者はCOVID-19罹患後長期間ウイルスを排出する可能性が報告されている。悪性リンパ腫の治療に用いられる抗CD20モノクローナル抗体はBリンパ球機能を強力に抑制し、液性免疫に影響を及ぼすことが知られている。【症例】69歳、男性。濾胞性リンパ腫のためX-1年3月から11月までオビヌツズマブ(抗CD20抗体)を含む治療を受けた。X-1年12月COVID-19軽症と診断され自宅療養していたが、呼吸困難、全身倦怠感が出現し発症約1ヶ月後当院を受診した。SARS-CoV-2 RT-PCR陽性、両肺胸膜直下優位に多発すりガラス影を認めCOVID-19中等症IIとしてデキサメタゾン、レムデシビル、バリシチニブを開始し改善が得られたが、抗原定量高値が持続した。X年4月、8月には抗原定量値の上昇と共に、発熱、すりガラス影の再燃を認めそれぞれレムデシビル、ニルマトレルビル/リトナビルの投与で改善が得られたが、その後も抗原陽性が持続している。【考察】血液悪性腫瘍患者においてSARS-CoV-2が長期間検出される例が報告されているが、多くは数ヶ月程度である。今回我々は8か月以上持続感染を呈し、増悪を繰り返す稀な症例を経験した。血液疾患患者においてCOVID-19合併は原疾患治療に支障をきたし、予後を悪化させる要因となる。特にB細胞枯渇療法後1年以内の患者や同種造血細胞移植患者においてその影響は顕著であり、チキサゲビマブ/シルガビマブの予防投与を積極的に検討する必要がある。

## 演題取り下げ

## 職業歴から疑い迅速に治療し得たオウム病の一例

<sup>1)</sup> 岡山赤十字病院 初期研修医、<sup>2)</sup> 岡山赤十字病院 呼吸器内科  
大槻 啓剛<sup>1)</sup>、萱谷 紘枝<sup>2)</sup>、安藤 翔<sup>2)</sup>、山田光太郎<sup>2)</sup>、安東 千裕<sup>2)</sup>、狩野 裕久<sup>2)</sup>、細川 忍<sup>2)</sup>、  
佐久川 亮<sup>2)</sup>、別所 昭宏<sup>2)</sup>

【症例】70歳代男性。4日前から39℃台の発熱が続いたため当院を受診し、CTで左肺下葉に肺門から扇状に広がる浸潤影を認め、肺炎の診断で入院した。有効な痰検体は得られず、呼吸器症状が乏しいこと、末梢血好中球増多を認めないこと、肝障害を認めることなどからレジオネラなどの非定型肺炎を疑い抗菌薬LSFXを投与した。その後、生活歴、リボテストレジオネラ陰性、BioFire肺炎パネル陰性からレジオネラは否定的と判断した。養鶏場の経営が判明し、CT所見も合わせてオウム病が強く疑われたため、入院2日目より抗菌薬をMINO(誤嚥性肺炎合併を否定できずSBT/ABPCを併用)に変更したところ、解熱し胸部X線所見も徐々に改善した。6日目までMINOを投与し7日目に退院した。ペア血清で*Chlamydophila psittaci* CF抗体価の4倍以上の上昇を認め、オウム病の診断が確定した。

【考察】本症例は非定型肺炎として治療開始し、微生物学的検査等からレジオネラが否定されたことと職業歴からオウム病を疑い、抗菌薬を変更し治癒を得た。但し本邦ではニワトリからのオウム病感染報告は少なく、追加問診で鶏舎周辺の手の糞からの感染の可能性も浮上し、感染源の同定には至らなかった。オウム病は早期に診断確定できる検査が乏しいが、適切な治療が遅れると致命的になる場合もあり、臨床所見と問診から推定し速やかに治療を行うことが重要と考える。

## 診断に苦慮したインターフェロン- $\gamma$ 遊離試験陰性の結核性胸膜炎

<sup>1)</sup> 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、<sup>2)</sup> 同 呼吸器外科、<sup>3)</sup> 同 病理診断科  
今井 涼子<sup>1)</sup>、妹尾 賢<sup>1)</sup>、谷口 暁彦<sup>1)</sup>、二萬 英斗<sup>2)</sup>、高橋 健司<sup>2)</sup>、表 梨華<sup>3)</sup>、岡田 俊明<sup>1)</sup>

【症例】20歳代男性

【主訴】発熱、左胸痛

【現病歴】発熱、左胸痛、左胸水の精査目的で当院紹介となり、CTで左肺上葉の小葉中心性粒状影と少量の左胸水貯留を認めた。3連痰の抗酸菌塗沫と結核菌PCR、インターフェロン- $\gamma$ 遊離試験(IGRA)はいずれも陰性であった。その後、症状が改善せず左胸水が増加したため、胸水穿刺を行ったが診断に至らなかった。局所麻酔下胸腔鏡検査を行ったところ、胸壁に白苔様の扁平な隆起病変があり、その周囲にも胸膜肥厚を認め、同部位から生検を行った。生検組織では類上皮細胞肉芽腫や多核巨細胞を認めたが、抗酸菌や真菌を疑う菌体は認めなかった。胸水穿刺から3週間後に液体培養で結核菌が陽性になり、最終的に結核性胸膜炎と診断した。INH、RFP、EB、PZAの4剤で治療を開始し、現在はINHとRFPの2剤で治療を行っており経過良好である。

【考察】

結核性胸膜炎の診断には胸水もしくは胸膜組織における結核菌の存在、ないし胸膜組織における乾酪性肉芽腫の病理学的証明が基本とされる。胸水中の結核菌検出率が低く、培養陽性が判明するまでに時間を要するため、胸膜生検を行うことがある。また診断がつかない場合は胸水ADAやIGRAを補助的診断として用いることもある。ただし結核性胸膜炎に対するIGRAの感度は7割程度と報告されており、偽陰性に注意が必要である。本症例はIGRAが陰性でも結核性胸膜炎を否定できないことを再認識した症例であった。

## 肺アスペルギルス症治療中に*Mycobacterium fortuitum*肺感染症を合併した一例

<sup>1)</sup> JR広島病院 教育研修部、<sup>2)</sup> JR広島病院 呼吸器内科  
三宅 浩平<sup>1)</sup>、山田 貴弘<sup>2)</sup>、稲田 順也<sup>2)</sup>、峠岡 康幸<sup>2)</sup>

【背景】*Mycobacterium fortuitum*は非結核性抗酸菌(NTM)症の比較的稀な原因菌として知られているが、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)・慢性進行性肺アスペルギルス症(CPA)に合併した症例の報告は検索した範囲でない。今回我々は、ABPA・CPA治療中に*M. fortuitum*肺感染症(PD)を合併した一例を経験した。

【症例】61歳男性。25年前にABPA・CPAと診断、以後通院加療をおこなっていた。PSLとVRCZで加療中であったが、呼吸困難増強が出現し当院受診した。細菌性肺炎に伴う病状悪化と診断し抗菌薬、VRCZ増量を行い呼吸困難改善が得られた。しかし喀痰症状の改善が得られなかったため喀痰培養検査を行ったところ*M. fortuitum*が複数回検出された。*M. fortuitum*-PDの合併と診断し、CAM, LVFX, AMKによる加療を行い改善が得られた。

【考察】ABPA・CPAには*M. fortuitum*などの抗酸菌感染を合併する場合があります。増悪した場合には抗酸菌感染合併を考慮し抗酸菌を含めた喀痰培養検査を行う必要があると思われる。ABPA・CPA治療中に*M. fortuitum*-PDを合併した症例の治療は確立されていないが、PSL・VRCZとCAM+LVFX+AMKの併用療法は有用と思われた。

【結語】ABPA・CPAに*M. fortuitum*-PDの合併した症例を経験した。

## びまん性嚥下性細気管支炎を背景に肺炎を発症し*Bacillus subtilis*菌血症をきたしたと考えられた1例

広島市立北部医療センター安佐市民病院

奥崎 体、大岡 郁子、渡部 雅子、水本 正、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博

症例は86歳男性。下咽頭癌に対して放射線治療の施行歴あり。入院4年前に誤嚥性肺炎のため近医に入院後、ミキサー食を摂取するようになった。入院3日前頃から39℃台の発熱があり、喀痰や鼻汁の症状が徐々に増悪した。意識状態が悪化してきたため近医を受診したところ高度の呼吸不全を指摘され、当院へ救急搬送された。胸部CTで両肺びまん性に小葉中心性の粒状影、すりガラス影、一部浸潤影がみられた。慢性誤嚥が疑われる経過も踏まえ、びまん性嚥下性細気管支炎を背景に肺炎を発症した状態と診断した。呼吸不全は高度で意識障害を伴うことから、重症肺炎としてメロペネムの投与を開始した。その後血液培養で*Bacillus subtilis*と大腸菌が同定され、また喀痰培養から大腸菌が同定された。培養結果を踏まえてバンコマイシンの追加投与を行い肺炎は改善した。しかし嚥下機能障害は高度で経口摂取再開は困難であり、第16病日に転院した。

一般に*Bacillus subtilis*は病原性が低く真の菌血症をきたすことは珍しいとされ、また既報によるとその侵入門戸は腸管が多いとされる。しかし本患者のように慢性的に誤嚥を繰り返している場合には、起炎菌として考慮する必要がある。

## 胸壁浸潤肺癌と鑑別を要した放線菌症の一例

中国労災病院 呼吸器内科

柳谷奈都子、黒住 悟之、秋田 慎、塩田 直樹

【はじめに】放線菌症は嫌気性もしくは微好気性グラム陽性桿菌による慢性炎症性疾患である。画像上しばしば腫瘤性陰影を呈し、胸壁浸潤や骨浸潤を伴う。【症例】87歳、女性。認知症でグループホームに入所している。【主訴】咳嗽。【現病歴】1か月以上持続する咳嗽を主訴に当科を受診した。胸部単純CTで左上葉に気管支透亮像を伴う浸潤影を認めた。陰影は胸膜と広く接しており、縦隔リンパ節は軽度腫大し、少量の左胸水貯留を認めた。器質化肺炎や腫瘍性病変を疑ったが、来院時は炎症反応の上昇もあり抗菌薬に対する反応を観察した。抗菌薬が奏功し、すみやかに自覚症状や炎症反応は改善したが、腫瘤影は残存していた。肺癌を強く疑ったが、認知症のため積極的治療は難しく3か月後にCTを再検した。腫瘤は増大し胸壁に浸潤しており、縦隔側胸膜にも広く接していた。CTガイド下肺生検で悪性所見は認めなかったが、Grocott染色でフィラメント状の菌体が放射状の塊をなす所見を認め、放線菌症と診断した。診断時には、直接浸潤による感染性心内膜炎を来しており、大量心嚢水貯留に伴う循環動態の破綻をきたしていたが、CTRXの投与により腫瘤は縮小し左胸水、心嚢水は減少した。現在もAMPCの内服を継続しており、腫瘤は緩徐に縮小している。【結語】放線菌症は良性疾患であるが、周囲臓器への直接浸潤を呈することがあり肺癌との鑑別が重要である。

## ARDSを呈し診断が遅れた粟粒結核の一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

緒方 康人、田中 彩加、早瀬百々子、甲田 拓之、濱尾 信叔、濱川 正光、福田 泰、横山 俊秀、  
有田真知子、伊藤 明広、石田 直

## 【症例】

全身性強皮症に対してサラズスルファピリジンで加療中の86歳女性。入院2日前より体調不良を訴え、翌々日に発熱および呼吸困難を認めたため当院へ救急搬送となった。胸部CTでは両肺のびまん性のすりガラス陰影ならびに一部粒状影を認めた。血液検査では炎症反応の著明な上昇を認めたがKL-6は正常であった。陰影からはウイルス性肺炎や非定型肺炎を疑いレボフロキサシン点滴で加療開始した。投与5日後のCTではすりガラス陰影のさらなる悪化を認めたため気管支鏡検査で肺胞洗浄を施行後、間質性肺炎の急性増悪と考えステロイドパルスを開始した。しかし翌日に肺胞洗浄液で結核菌PCRが陽性と判明したためARDSを伴った粟粒結核と判断し抗結核薬を開始し、2日後に結核診療連携拠点病院へ治療目的に転院となった。後日肺胞洗浄液ならびに血液培養より結核菌の検出を認め、粟粒結核の確定診断とした。

## 【考察】

本症例では典型的な両肺びまん性粒状影を認めず、びまん性すりガラス陰影が主体であったため粟粒結核を疑うことが出来なかった。粟粒結核の症状は非特異的であるため、病歴や身体所見のみで想起することは難しい。また粟粒結核ではARDSを合併することもあるため、原因不明のARDSの鑑別として粟粒結核を念頭に置いて診療にあたることが肝要である。

## 外科的肺切除が奏効した器質化肺炎合併壊死性肺炎の一例

<sup>1)</sup> 広島大学病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 呼吸器外科、<sup>3)</sup> 感染症科

古月 七海<sup>1)</sup>、山口 覚博<sup>1)</sup>、平野 耕一<sup>2)</sup>、大森慶太郎<sup>3)</sup>、坂本信二郎<sup>1)</sup>、堀益 靖<sup>1)</sup>、益田 武<sup>1)</sup>、  
見前 隆洋<sup>2)</sup>、中島 拓<sup>1)</sup>、岩本 博志<sup>1)</sup>、藤高 一慶<sup>1)</sup>、宮田 義浩<sup>2)</sup>、岡田 守人<sup>2)</sup>、服部 登<sup>1)</sup>

【背景】壊死性肺炎は肺実質の壊死を伴う重症呼吸器感染症である。ときに壊死した肺の外科的切除を要すが、組織学的に器質化肺炎を合併した壊死性肺炎の報告はない。【現病歴】65歳、男性。直腸癌再発に対する化学療法中に癒着性腸閉塞を発症し、イレウス管留置・抗菌薬（CMZ）投与で入院加療中だった。第4病日に発熱・右中葉に浸潤影を認め、細菌性肺炎として抗菌薬をTAZ／PIPCへ変更されたが、急激に肺の壊死・空洞形成が進行し第8病日に当科紹介となった。【経過】その後、壊死部の瘻孔形成から右気胸および膿胸を合併しドレナージを要したが、喀痰から検出されたAcinetobacterを標的に抗菌薬をMEPMへ変更したところ、炎症反応・酸素化は改善傾向に転じた。MEPM開始後から本人の活気は改善したが比較的徐脈の高熱は持続していたため、薬剤熱など非感染性の発熱を疑い、第19病日に抗菌薬をCZOPへ変更するも解熱は得られなかった。第24病日に壊死した中葉の切除・膿胸腔の搔把を目的に手術を行ったところ熱型は改善し、切除肺には組織学的に壊死に加え器質化肺炎を認めた。【考察】本例では外科的介入により病勢を制御できただけでなく、抗菌薬不応の発熱の原因として膿胸腔や壊死組織の存在に加え、組織学的に器質化肺炎に特徴的な所見も得られた。内科的治療で改善に乏しい壊死性肺炎に対しては積極的な外科的介入を検討すべきである。

## エンザルタミドによる薬剤性間質性肺炎の2例

市立三次中央病院

山根 愛、久保 瑠那、小浦 智子、栗屋 禎一

前立腺癌に対して使用される、抗アンドロゲン薬であるエンザルタミドによって間質性肺炎を発症した症例を2例経験した。

【症例1】87歳男性、前立腺癌 T3bNxM1。PSA 上昇傾向のため、4th line としてエンザルタミドを開始した。開始8日目にCTで両側びまん性にすりガラス影を認め、15日目に薬剤性間質性肺炎疑われ、エンザルタミド中止、呼吸器内科に紹介となる。歩行時の呼吸困難を認め、KL-6 5540U/mL、SP-D 828ng/mLと高値であった。ステロイドパルス後に軽快し、以降ステロイドを漸減し経過観察した。原疾患のために4ヶ月後に死亡したが、ステロイド漸減中も肺炎像悪化なく経過した。

【症例2】85歳男性、前立腺癌 T2N1M1 GS3+4。12年前に前立腺癌 T1cN0M0 に対して前立腺全摘後。転移所見を認め、ホルモン療法が開始された。新規骨転移を認めたため、エンザルタミドに治療変更した。開始4日目に急激に酸素化が低下し、CTで両側びまん性にすりガラス影を認めた。エンザルタミドによる薬剤性間質性肺炎を疑い、エンザルタミド中止し、ステロイドパルスを施行した。その後、KL-6 693U/mL と上昇していることが判明した。ステロイドパルス後も肺炎像の改善なく、17日目に死亡した。

【考察】エンザルタミドによる薬剤性間質性肺炎の頻度は少ないが、重要な基本的注意、重大な副作用の項目に、間質性肺炎の記載があり、薬剤の投与中は十分な注意が必要である。

## 複数の抗原が疑われた線維性過敏性肺臓炎の一例

<sup>1)</sup> 愛媛大学大学院 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学講座、<sup>2)</sup> はまぐち呼吸器・内科クリニック

中村 行宏<sup>1)</sup>、茅田 祐輝<sup>1)</sup>、八木 貴寛<sup>1)</sup>、菊池 泰輔<sup>1)</sup>、田口 禎浩<sup>1)</sup>、山本 哲也<sup>1)</sup>、加藤 高英<sup>1)</sup>、山本将一朗<sup>1)</sup>、濱口 直彦<sup>2)</sup>、野上 尚之<sup>1)</sup>、山口 修<sup>1)</sup>

【症例】68歳、女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】2年前から労作時呼吸困難を自覚していた。定期検診を契機に間質性肺炎を指摘され、X年12月精査目的に当院紹介受診した。【経過】膠原病を示唆する所見はなく、%FVCは87.6%、%DLCOは43.7%、HRC Tでは非UIPパターンであり、気管支肺胞洗浄液はリンパ球優位、経気管支肺生検では肺胞隔壁にリンパ球浸潤を認めた。診断が不十分であり、外科的肺生検を行い、架橋線維化、肉芽腫を認めた事から、多職種合議にて線維性過敏性肺炎と診断した。原因抗原は問診で特定出来ず、抗体検査を行ったが、*Trichosporon asahii* 抗体と鳥関連抗体が両者陽性を示したため、抗体検査でも特定が困難であった。そこで、自宅環境調査を行ったところ複数箇所での *Trichosporon asahii* を検出し、確信度を踏まえ、線維性夏型過敏性肺炎と診断した。緩徐な進行経過を認めており、転居を勧めたが、完全な転居は困難であった。相談の結果、抗線維化薬を含む薬剤投与を行い病勢は安定している。【考察】抗原特定は過敏性肺炎において診断にも治療にも繋がる重要なプラクティスである。急性症状を伴わない場合においては、原因抗原の確証が得られない場合も多いが、本症例では実行可能な複数の検査結果を検証する事で、最終的に病勢を制御する事が出来た。

## 嚢胞性病変を有するIgG4関連肺疾患の治療方針にクライオバイオプシー肺生検が有効であった一例

倉敷中央病院

川瀧 正典、有田真知子、甲田 拓之、濱尾 信叔、中西 陽祐、田中 彩香、濱川 正光、福田 泰、横山 俊秀、伊藤 明広、時岡 史明、石田 直

83歳男性。X-4年5月ごろから咳嗽を自覚するようになり、同年11月に当科外来を受診した。胸部CTで下葉優位の網状影と嚢胞性陰影及び気管支壁肥厚を、またMRIで両側涙腺の腫大を認めた。クライオバイオプシーによる肺生検を行い、気管支壁や末梢肺胞に浸潤するIgG4/IgG陽性細胞比率は70%程度で、MDDによりIgG4関連肺疾患の診断となった。X-4年12月よりプレドニゾロン 35mg(0.6mg/kg)を開始し、X-3年12月からプレドニゾロン 7.5mg/dayで継続としていた。X-1年12月、呼吸機能の悪化、HRCTでは網状影やすりガラス影の悪化と共に集簇性の嚢胞陰影の拡大を認め、IgG4関連肺疾患の経過としては非典型的と考えられた。線維化病変の確認と治療方針決定目的に再度、右B2、B4よりクライオバイオプシーを施行した。病理所見は気管支壁や細動脈周囲などの既存構造物周辺から広義間質にかけて線維化と線維化の中にリンパ球および形質細胞の瀰漫性浸潤を認めたが、肺胞壁の線維化や細胞浸潤は目立たなかった。MDDでIgG4関連肺疾患の悪化と判断し、抗炎症薬の治療適応と考えた。X年3月よりプレドニゾロン 20mg/dayおよびアザチオプリン 50mg/dayを開始した。X年7月の呼吸機能は改善、CT画像上でも悪化を認めなかった。非典型的な画像所見を有するIgG4関連肺疾患に対して、クライオバイオプシー肺生検が、治療方針決定に参考になる可能性があり、文献的考察を踏まえて報告する。

## 肺高血圧症を伴ったSAPHO症候群の一例

独立行政法人国立病院機構米子医療センター

富田 桂公、山本 光紘、加藤 竜平、池内 智行、唐下 泰一

症例は83歳の男性。2か月前に右胸鎖関節の腫脹・疼痛が出現し、近医にて胸肋鎖骨肥厚症と診断されたが、症状は自然消退した。症状再燃のため当科を受診し、胸部CTにて、右側第1肋骨先端、および胸鎖関節に骨硬化像を認め、骨シンチにて同一部位に集積像を認めた。皮疹は認められず、関節病変先行型 synovitis (滑膜炎) - acne (ざ瘡) - pustulosis (掌蹠膿疱症) - hyperostosis (骨化過剰) - osteitis (骨髄炎) (SAPHO) 症候群と診断した。非ステロイド性抗炎症薬投与により、受診1か月後には痛みが完全に消失した。しかし、労作時呼吸困難、下肢に皮膚潰瘍を伴う好中球性皮膚疾患、低酸素血症(動脈血酸素分圧 44 mmHg)を認めた。心臓エコーにて三尖弁収縮期圧格差 80 mmHgであった。右心カテーテルを施行し、平均肺動脈圧 45 mmHg、肺動脈楔入圧 8 mmHgであり、肺高血圧症と診断した。換気/血流シンチでは、区域性血流分布欠損を認め、慢性血栓塞栓性肺高血圧症(CTEPH)が疑われた。しかし、CT血管造影法では末梢肺動脈狭小化所見を認め、CTEPHは否定された。ワーファリン投与、在宅酸素を開始し、労作時呼吸困難は改善したが、治療開始2か月後に突然死に至った。SAPHO症候群に肺高血圧症を合併した症例を経験した。肺高血圧症の原因として、末梢肺動脈狭窄が疑われた。文献的考察も踏まえて報告する。

## テゼベルマブの生物学的製剤の初回導入および他剤からの切り替えが有用であった難治性喘息の2例

<sup>1)</sup> 医療法人ほそや医院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 医療法人ほそや医院 内科、  
<sup>3)</sup> 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 呼吸器内科、  
<sup>4)</sup> 社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院 内科、  
<sup>5)</sup> 岡山大学大学院保健学研究科 検査技術科学分野 生体情報科学領域  
 南 大輔<sup>1,2,3)</sup>、細谷 武史<sup>2)</sup>、細谷 正晴<sup>2)</sup>、長野 昭近<sup>3)</sup>、中島 康博<sup>3)</sup>、宮原 信明<sup>4,5)</sup>、金廣 有彦<sup>4)</sup>

【症例1】74歳、女性。29歳の妊娠時より喘息増悪を認めていた。6ヶ月以上遷延する咳嗽、呼吸困難感を主訴に他院でICS（高用量）、LABA、LAMA、LTRAによる治療が行われるも軽快せず当院に受診となった。末梢血好酸球  $748 / \mu\text{l}$ 、FeNO 32ppb、喀痰好酸球3%未満、IgE 68IU/ml、および胸部CTで慢性気管支壁肥厚像、気管支炎像を認めたことよりEosinophilic asthmatic with non-type 2 traitsを考慮してテゼベルマブを導入し奏功した。治療開始1ヶ月後の評価でACQ、AQLQ、呼吸器機能検査、FeNO、末梢血好酸球はいずれも改善した。

【症例2】54歳、女性。49歳時より喘息増悪を認めておりICS（高用量）、LABA、LAMA、LTRAによる治療が行われていた。末梢血好酸球  $108 / \mu\text{l}$ 、FeNO 13ppb、IgE 226IU/ml（通年性特異的IgE抗体陽性：スギ）でありオマリズマブによる治療を開始するもスギ花粉への曝露やウィルス感染に伴う喘息および咳嗽の増悪を認めた。Less Type2 asthmaticsを考慮してテゼベルマブを導入し奏功した。

【結語】テゼベルマブの生物学的製剤の初回導入および他剤からの切り替えが有用であった2例を経験したので報告した。

## 進行肺癌に対するTri-Modality Therapy (TMT) と肺アスペルギルス症 (Asp) 様病変の現況と考察

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

【背景】進行肺癌には化学放射線同時併用療法+切除 (Tri-Modality Therapy : TMT) が施行。肺 Asp 様空洞性病変が一定数発症。TMTでは、治療後早期及び遠隔期の病態管理も必要。【目的】TMT後の治療成績に、肺 Asp 様病変の経過、検討を加える。【対象と方法】原発性肺癌切除1448例中TMTを施行した12例 (0.8%) を対象、治療成績、肺 Asp 様病変の経過を後方視的に検討 (2005年3月～2023年8月)。Asp 様病変の診断は、CT、血液検査) を総合的に評価。感染の程度、病勢、血痰の程度で抗真菌剤加療や外科的対応など施行。【結果】男女比6 : 6、平均年齢58.5 (41-77) 歳。組織型 : ad (6)、sq (4)、その他 (2)。レジメン : CBDCA+Paclitaxel。放射線 : 30～60Gy。c-Stage : II (3)、III (9)。効果判定 : PR (7)、SD (5)。p-Stage : 0 (4)、I (1)、II (3)、III (4) で Down Stage 6 (50.0%)。術式 : 右上切10、左上切2、手術死亡や在院死亡なく肺 Asp 関連合併症 : 3例 (25%)、空洞2、手術関連膿胸1。いずれも右上切後で抗真菌剤、ドレナージ加療し、SDで長期経過観察中 (術後5年以上)。観察期間中央値 : 102.9ヶ月、5年生存率 : 91.7%、5年RFS : 66.7%。【結語】TMTの侵襲は大きいですが、肺 Asp 症関連の病態を管理する体制整えつつ長期生存が期待される。



## 猫糞便の粉塵吸入によりPasteurella multocidaが感染し膿胸に至った一例

島根大学医学部附属病院

奥野 峰苗、沖本 民生、貴谷 夏州、堀江 美香、田中 聖子、中尾 美香、天野 芳宏、中島 和寿、濱口 愛、津端由佳里、磯部 威

【背景】 ペットブームにより動物由来感染症の増加が懸念されている。パスツレラ症は犬や猫からの感染が知られており、咬傷搔傷による蜂窩織炎や敗血症、濃厚接触による気管支炎や肺炎を引き起こす動物由来感染症である。本症例は猫糞便の粉塵吸入によりPasteurella multocidaが感染し膿胸に至ったと推測された症例であり報告する。

【症例】 60歳男性。慢性閉塞性肺疾患を併存していた。入院2週間前から倦怠感、6日前から発熱を認めた。対症療法で改善せず、胸部X線写真で左胸水を認め当院に紹介された。膿胸と診断され、セフトリアキソン、クリンダマイシンの投与、胸腔ドレナージが開始された。治療後に解熱し白血球数や炎症反応は低下した。血液・胸水培養からPasteurella multocidaが検出された。8日目に胸水培養は陰性化し14日目に胸腔ドレナージを抜去し23日目に退院した。咬傷搔傷、濃厚接触はなく経皮または経口感染の可能性は低いと考えた。室内に放置された大量の猫糞便の粉塵を吸入することにより経気道感染し膿胸に至ったと推測した。【結語】 本症例は従来の経皮・経口感染ではなく糞便の粉塵吸入による感染であった。ペットブームによる飼育数の増加に伴い、これまで認識されていなかった経路での感染が顕在化し得る。医療者が情報を共有し新たな認識を持つことは動物由来感染症予防の観点からも重要と考える。

## 感染性胸部大動脈瘤破裂が原因と考えられたサルモネラ菌による肺化膿症の1例

高松赤十字病院

六車 博昭、川田 浩輔、松田 拓朗、林 章人、南木 伸基、山本 晃義

【症例】 74歳男性。【既往歴】 脳梗塞でバイアスピリン内服中、ネフローゼ症候群でPSL 5mg/日内服中。【現病歴】 20XX年2月中旬より湿性咳嗽、心窩部痛が出現したため、近医を受診、鎮咳薬等処方されたが、症状改善しなかった。2/21近医再診、胸部レントゲン、CT施行され、胸部大動脈瘤が疑われたため、同日当院心臓血管外科紹介入院となった。入院後、胸部大動脈瘤破裂に対してステントグラフト内挿術が施行された。CTで下行大動脈に接し、肺化膿症を疑う陰影を認めたため、呼吸器科紹介となった。肺化膿症に対して抗菌薬(TAZ/PIPC)で治療を開始した。また入院後肺化膿症に対してドレナージが必要と判断し、バイアスピリン中止とし、3/2肺化膿症に対してドレナージを行った。ドレナージで採取した検体よりサルモネラ菌が検出されたため、3/8より抗菌薬をABPC点滴にde-escalationした。その後、炎症反応は徐々に低下し、画像上も膿瘍腔は縮小した。排液よりサルモネラ菌の消失を確認した後、ドレナージを抜去した。4/11よりAMPC内服変更したが悪化見られず、4/20退院した。【考察】 入院当初は肺化膿症の炎症が大動脈へ波及し感染性動脈瘤を形成したと考えた。感染性動脈瘤の原因菌として、サルモネラ菌が最も多いとの報告がある一方で、サルモネラ菌による呼吸器感染症の報告はほとんどないことからサルモネラ感染による感染性動脈瘤破裂が肺化膿症の原因になったと考えた。

## オミクロン流行期COVID-19患者における細菌感染合併についての検討

<sup>1)</sup> 高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科、<sup>2)</sup> 高知大学医学部 臨床感染症学講座  
西森 朱里<sup>1)</sup>、荒川 悠<sup>2)</sup>、中谷 優<sup>1)</sup>、山根真由香<sup>1)</sup>、高松 和史<sup>1)</sup>、横山 彰仁<sup>1)</sup>

【緒言】 COVID-19患者の細菌感染合併は比較的稀であるとされるが、特に高齢者におけるデータは乏しい。我々は前回2022年9月までのいわゆる第7波までの細菌感染合併症例について報告した。今回、新たなデータを加えて検討を行ったので報告する。

【方法】 2020年4月から2023年5月の間、当院に入院したCOVID-19患者における細菌感染合併の有無とそのリスク因子について検討した。

【結果】 合計364名が入院していた。入院時の細菌感染合併頻度は76例(22%)で年齢の平均値は77歳で非合併例と比較して有意に高齢であった。感染症の内訳として肺炎54例(76%)、尿路感染症6例(8.5%)、菌血症7例(9.9%)であった。感染合併例では施設入所中の患者が多く、発症から入院までの期間が長かった(4.2日 vs 3.3日,  $p < 0.05$ )。またオミクロン株流行前後での感染合併率は、それぞれ3.4% vs 25.4%とオミクロン流行期に細菌感染合併例が有意に多く認められた( $p < 0.05$ )。

【考察】 施設内でのクラスター発生と入院病床の逼迫により発症から入院まで時間を要したことで細菌感染の合併が増えた可能性が考えられた。

## オビヌツズマブ投与中に発症したCOVID-19遷延性肺障害の1例

<sup>1)</sup> 倉敷中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 倉敷中央病院 血液内科  
早瀬百々子<sup>1)</sup>、有田真知子<sup>1)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>、岡田 和也<sup>2)</sup>

【症例】 60歳女性。濾胞性リンパ腫に対して抗CD20抗体であるオビヌツズマブで治療歴がある。X年1月に咽頭痛と発熱・味覚障害が出現し、症状が持続しX年2月に受診し、COVID-19陽性が判明した。CTにてCOVID-19肺炎を疑うすりガラス陰影を認め、遷延性肺障害としてデカドロン6mgを開始したが改善がなく、陰影も悪化し酸素需要も出現した。X年3月にステロイドパルス療法による治療強化を行ったが改善に乏しく、オルミエント・トシリズマブも追加したが同様であった。Ct値 20台で遷延しておりウイルス排泄が長期化し感染が持続していると判断し、レムデシビルの投与を行ったところ解熱し炎症所見及び呼吸状態の改善を認めた。その後もレムデシビル投与を終了すると発熱とCTで新規陰影が出現することを繰り返し、労作時には経鼻5Lの酸素需要が残存した。感染の持続と考え繰り返しレムデシビルの再投与を合計4クール行うことを繰り返したところ、X年6月の4回目のレムデシビル投与終了後は再燃なく経過している。Ct値も30まで低下し酸素需要も徐々に改善しX年8月には在宅酸素療法は離脱可能であった。【考察】 リツキシマブやオビヌツズマブなどの抗CD20療法はウイルス排泄期間が長期化することが知られており、死亡リスクが上がる可能性が報告されている。症例を踏まえて若干の文献的考察を踏まえて報告する。