

第67回日本呼吸器学会中国・四国地方会  
第31回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会  
第73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 2022年12月16日(金)・17日(土)

■会場 岡山コンベンションセンター

■会長 第67回日本呼吸器学会中国・四国地方会

石田 直 (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)

第31回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会

柴山 卓夫 (独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 呼吸器内科)

第73回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会

谷本 安 (独立行政法人国立病院機構 南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科)

第67回日本呼吸器学会中国・四国地方会  
会長 石田 直

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



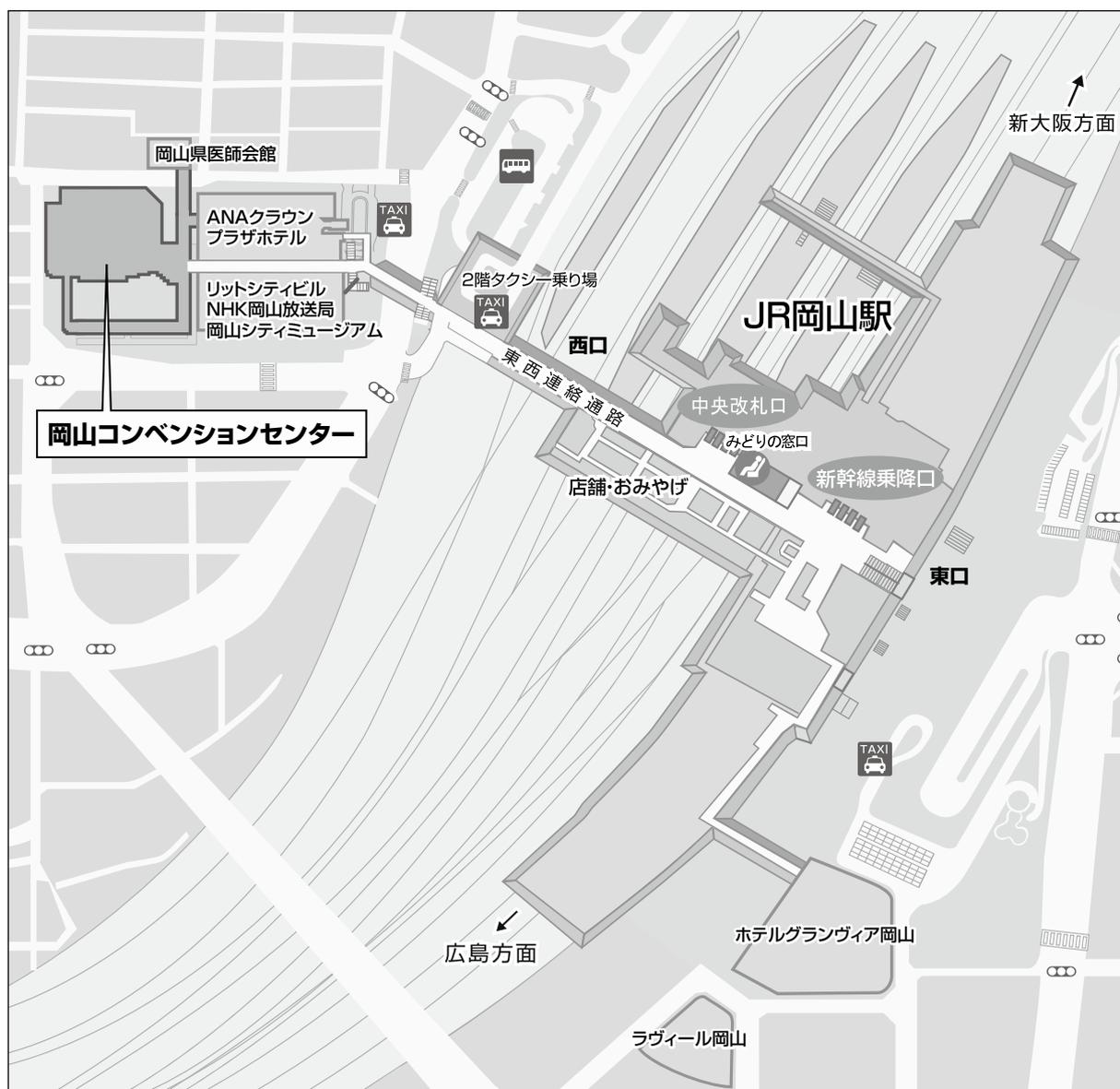
この度、第67回日本呼吸器学会中国・四国地方会を、岡山市において開催させていただくこととなりました。伝統ある本学会の会長を拝命し、大変光栄に思っております。

今回も第31回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会および第73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であり、それぞれの会長をお勤めの柴山 卓夫先生、谷本 安先生と3人で協力して、会員の皆様にご満足していただける会となりますよう、尽力する所存であります。この度の会も、現地参加ならびにWEB参加のハイブリッド方式とすることにいたしました。できるだけ多くの方に岡山にご参集いただきたいですが、ご都合が合わなければWEBでの参加をご検討いただければ幸いです。

我々医療者は、この3年間、COVID-19の嵐に翻弄され続けてきました。そのなかでも、呼吸器科医は常に診療の最前線に立って、COVID-19のみならず、その他の呼吸器疾患についても従来通りの診療に支障のないようにご尽力してこられたこととお察し申し上げます。COVID-19の蔓延下にあっても、呼吸器病学は常に発展し続けているとの想いを込めて、今回の学会に向けたメッセージを、“Make advances in respiratory medicine beyond COVID-19”といたしました。さまざまな分野の呼吸器診療について、多くの演題を出していただき、活発なディスカッションをお願いしたいと思っております。特に、今後の呼吸器学を担っていく若手の先生方にぜひ参加いただき、呼吸器病学の面白さや奥行きを感じ取ってもらいたいと思います。一般演題に加えて、各種のセミナーや地方会ならではの小回りの利いた企画を考えております。

今冬のCOVID-19の状況は依然不透明ですが、感染対策を十分行って開催したいと思っております。岡山の地で皆様とお会いし、有意義な時間を共有させていただくことを、心から願っております。たくさんの演題登録をお持ちしておりますので、ご支援・ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

## 交通案内



### ■ JRでお越しの方

JR岡山駅中央改札口から徒歩約3分

### ■ お車でお越しの方

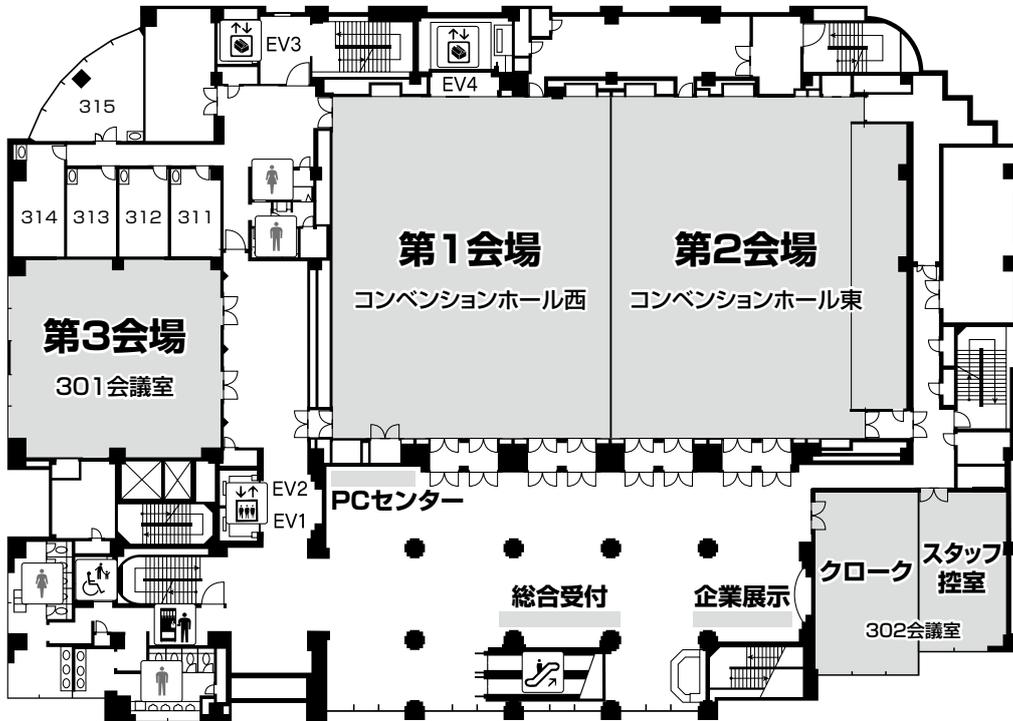
岡山空港から約30分 岡山I.C.から約20分

### ■ 飛行機でお越しの方

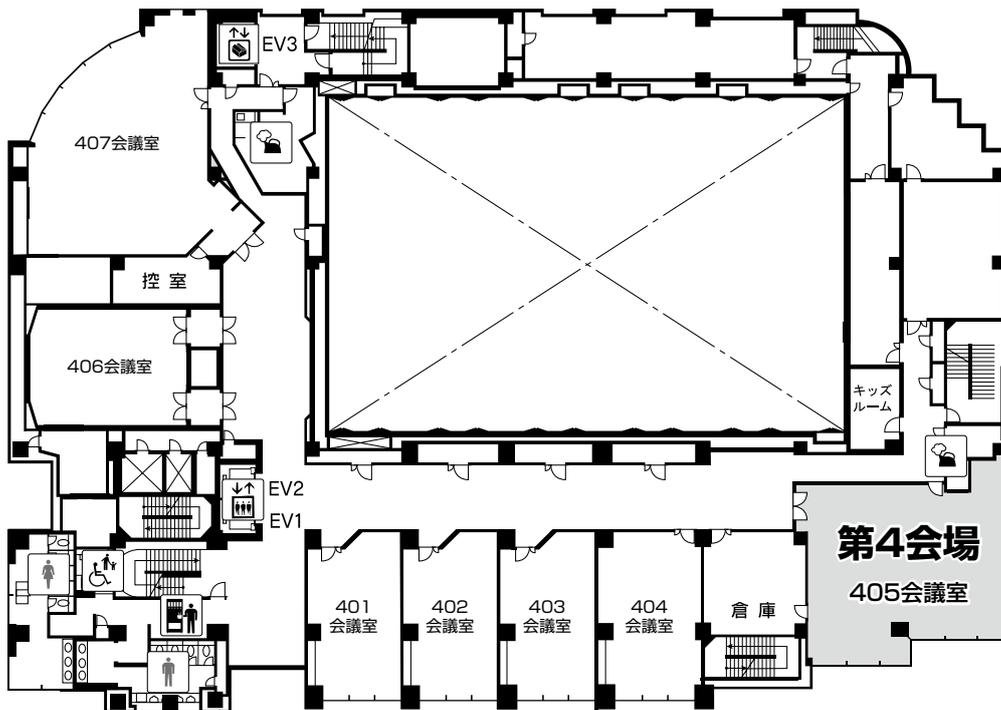
岡山空港より岡山駅行きのバスをご利用ください。約40分（ノンストップバス約30分）

※バスはJR岡山駅運動公園口（西口）に着きます。

### 3rd Floor



### 4th Floor



## 参加者へのご案内

### 1. 参加受付

本会では、事前参加登録を受け付けておりますので、大会WEBサイトよりご登録をお願いいたします。

<https://med-gakkai.jp/jrs-jsre-jst2022/jizen/>

当日現地での参加受付は、3F ホワイエ(総合受付)にて行います。

受付日時：12月16日(金) 8:00～17:00

12月17日(土) 8:30～15:30

#### (1) 参加登録期間

2022年11月1日(火)～12月17日(土) ※クレジットカード決済の方

2022年11月1日(火)～11月18日(金) ※銀行振込の方

#### (2) 支払方法

クレジットカード決済または銀行振込

※お支払い方法によってご登録期間が異なりますのでご注意ください。



#### (3) 登録に際しての注意事項

- ・ カード決済の完了を以て、事前参加登録完了となります。『ご登録内容確認画面』のあとに『カード決済申込み画面』が表示されますので、そちらも忘れずご入力ください。お申し込みが完了いたしますと、登録アドレス宛てに『決済結果通知メール』が自動送信されますのでご確認ください。しばらくしても『決済結果通知メール』が届かない場合や、登録内容に誤りがあった場合は、運営事務局までご連絡ください。
- ・ 参加証を確実にお届けするため、所属施設名・住所は正確にご入力ください。  
※所属は、部署名までお願いいたします。
- ・ 納入された参加費は、事務局の事情で学会が開催されない場合を除いて、いかなる理由があっても返金には応じかねますので予めご了承ください。

#### (4) 参加証の送付

- ・ 11月25日(金)までにご登録いただいた方につきましては、会期までに、ご登録の住所宛てに参加証明書(兼領収証)を郵送いたします。紛失やお忘れによる参加証の再発行には対応できかねますので、ご注意ください。
- ・ 11月26日(土)以降にご登録いただいた方につきましては、準備が出来次第の随時発送となりますので、ご了承いただければ幸いです。

### 2. 参加費

医師・一般	3,000円
初期研修医、メディカルスタッフ、学生 ※学生ならびに初期研修医は、証明書をご提示ください	無料
気管支鏡実技セミナー	無料

- ・ 初期研修医、メディカルスタッフ、学生は、参加登録後、運営事務局宛に証明書のデータまたはスキャンPDFデータをメール添付にてお送りください。(E-mail: jrs-jsre-jst2022@med-gakkai.org)
- ・ 参加証(兼領収書)の再発行はできませんので大切に保管してください。

### 3. プログラム・抄録集(本誌)

紙媒体での抄録集はございません。学会ホームページよりダウンロードしてください。

### 4. 単位登録(参加登録)

#### 日本呼吸器学会会員の方へ

- \* 日本呼吸器学会 呼吸器専門医

出席 5単位、筆頭演者 演題数×3単位

〈会員カード持参のお願い〉

日本呼吸器学会会員の方は、会員カードをご持参ください。

カードのバーコードを読み込んで参加登録を行います。

〈スマートフォンでのWEB会員証表示について〉

スマートフォンでWEB会員証が表示できるようになりました。スマートフォンから日本呼吸器学会ホームページの会員専用ページにアクセスしてください。会員カードの代わりに会員専用ページ内に表示されるWEB会員証(バーコード)でも参加登録が可能です。詳細はこちらをご確認ください。

[https://www.jrs.or.jp/application/membership\\_card.html](https://www.jrs.or.jp/application/membership_card.html)

- \* 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士

出席 7単位、筆頭演者 7単位

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

- \* 3学会合同呼吸療法認定士

出席 20単位、座長・筆頭演者 20単位、共同演者 10単位

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

- \* ICD制度協議会

出席 5単位、筆頭演者 2単位

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

#### 日本呼吸器内視鏡学会会員の方へ

- \* 気管支鏡専門医制度における業績

出席 5単位、筆頭演者 3単位、共同演者 1単位

- \* 評議員資格申請のための業績(年1回算定可)

出席 5単位、筆頭演者 3単位、共同演者 2単位(更新時のみ)、座長 2単位(更新時のみ)

#### 日本結核・非結核性抗酸菌症学会会員の方へ

- \* 日本結核・抗酸菌症認定医/指導医

出席 5単位、筆頭演者 5単位

### 5. 関連会議のご案内

- ・ 結核・非結核性抗酸菌症学会 幹事会

日時：12月16日(金) 11:20~11:50

会場：岡山コンベンションセンター 3F 301会議室(第3会場)

- ・ 呼吸器内視鏡学会 幹事会

日時：12月17日(土) 12:00~12:30

会場：岡山コンベンションセンター 3F 301会議室(第3会場)

## 6. ランチョンセミナー・イブニングセミナー

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

## 7. クローク

受付日時：12月16日(金) 8:00～19:00

12月17日(土) 8:30～17:30

受付場所：岡山コンベンションセンター 3F 302会議室

・貴重品、機器製品(PC等)はお預かりできませんのでご了承ください。

## 8. 託児室

感染対策のため、ご用意はございません。

## 9. 問い合わせ先

〈主催事務局〉

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

〒710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1

TEL：086-422-0210 FAX：086-421-3424

〈運営事務局〉

株式会社メッド

〒701-0114 岡山県倉敷市松島1075-3

TEL：086-463-5344 FAX：086-463-5345

E-mail：jrs-jsre-jst2022@med-gakkai.org

学会ホームページ：https://med-gakkai.jp/jrs-jsre-jst2022/

## 感染対策について

新型コロナウイルスの感染拡大状況に鑑み、学会として以下の通り対策を取らせていただきます。  
参加者様、共催・協賛各社様におかれましても、ご理解とご協力のほどお願いいたします。

### ◇現地会場での「密」解消のための対策

- ・ WEBでの配信も併せたハイブリッド開催を行います。
- ・ ソーシャルディスタンスを考慮した講演会場内の席数でレイアウトしています。

### ◇体調チェック

- ・ 現地参加時には必ず検温とトリアージシートに氏名・体温・ご連絡先をご記入いただき提出をお願いします。

検温は、総合受付付近(3F ホワイエ)にてスタッフが検温させていただきます。

※ 連日の現地参加となる場合は、お手数ですが毎日お願いします。

※ 発熱(37.5℃以上)がある方のご入館は認められません。また咳や倦怠感、味覚障害や嗅覚障害等疑わしい症状がある方は、WEBにてご参加ください。

### ◇飛沫対策

- ・ 講演会場内：座長席および演台、総合受付、PCセンターに飛沫防止パネルを設置します。
- ・ 常時マスク着用の徹底をお願いします(※鼻も十分覆うようにご着用ください)。
- ・ 飲食をしながらの会話は厳禁です。ランチオンセミナー、イブニングセミナーで食事をお召し上がりになる場合のみ一時的に外していただいて構いませんが、会話は不可、お食事後はすぐにマスク着用をお願いします。遵守いただけない場合はスタッフからお声掛けさせていただきます。

### ◇アルコール消毒の徹底

- ・ 各会場前、演台、座長席へアルコール消毒薬を設置します。
- ・ ステージ上のマイク、PC等は登壇者様の交代時には必ずアルコール消毒を行います。

### ◇接触機会の削減

- ・ 資料等のお手渡しは原則不可とします。積置きとし各自でお取りいただくようご協力をお願いします。  
※お手渡しが必要な場面では、トレーなどを用いてお渡しします。

### ◇換気の徹底

- ・ 講演会場、展示会場等のドアは換気のため常時開放します。

### ◇行動記録のお願い

- ・ 発症時や、万が一会場でクラスターが発生した場合に備え、いつどこで誰と会ったか、記録を取るようお願いします。
- ・ 会期前後においては感染防止のための適切な行動(例：打ち上げ等における感染リスクのある行動の回避)をとるようご協力をお願いします。

# 発表者・座長へのご案内

## 1. 発表データについて

- ・ WEB会場で使用するPCは下記のとおりです。  
OS：Windows10  
アプリケーション：Windows版PowerPoint/2010/2013/2016/2019
- ・ 発表データに使用するフォントは文字化けやレイアウト崩れを防ぐため、特殊なフォントは使用せず、標準搭載されている下記フォントを推奨いたします。  
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝  
Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- ・ 画面サイズの推奨は「16：9」となりますが、「4：3」でも可能です。
- ・ 画面をぎりぎりまで使用すると、再現環境の違いにより、文字や画像のはみ出し等の原因になることがあります。
- ・ 動画をPowerPointで使用される場合は、OSで標準掲載されているWindows Media Playerで動作する形式にて作成し、PowerPointに埋め込んでください。
- ・ 音声の使用も可能です。

### <現地でご講演の場合>

- ・ 演者の方はPCセンターでのチェック終了後、会場内の「次演者席」へ15分前までにお越しください。
- ・ 司会・座長の指示に従い、時間厳守にご協力ください。
- ・ 発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。
- ・ 舞台上には、モニター、キーボード、マウス、レーザーポインターを用意いたします。演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自でおこなってください。

### <WEBでご講演の場合>

- ・ Zoom画面共有を使用し、ご発表いただきます。
- ・ ご自身のご登壇セッション開始30分前頃には、あらかじめご案内するZoomにご入室ください。簡単な動作確認等させていただきます。その後、ご自身の順番までお待ちください。

## 2. 発表方法

### (1) 座長の皆さまへ

#### <現地でご登壇の場合>

ご担当セッション開始20分前までに、各会場前方右側の次座長席までお越しください。

#### <WEBでご登壇の場合>

ご担当セッション開始30分前頃までに、あらかじめご案内するZoomにご入室ください。簡単な動作確認等させていただきます。その後、セッション開始時間までお待ちください。

### (2) 演者の皆さまへ

#### 発表時間

セッション	区分	発表	質疑
一般演題	呼吸器学会、呼吸器内視鏡学会、結核・非結核性抗酸菌症学会	5分	3分
研修医・学生・メディカルスタッフ演題	呼吸器学会		
渡辺洋一記念奨励賞選考対象演題	呼吸器内視鏡学会		

### 発表データの準備 (現地でご講演の場合)

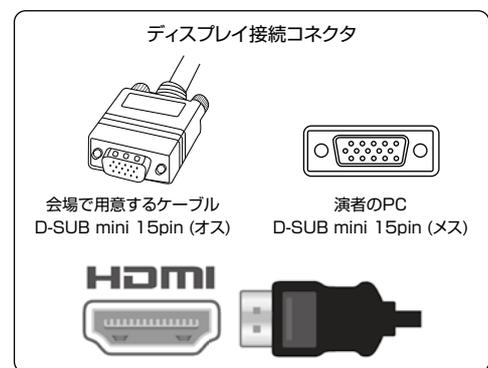
- ・ PC発表 (PowerPoint) のみです。
- ・ 会場に用意するPCのOSはWindows10となります。
- ・ 発表データは、Windows PowerPoint 2007～2019のバージョンで作成してください。
- ・ PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。

#### <データ発表の場合>

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

#### <PC本体持込みによる発表の場合>

- ・ Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、必ずご自身のPC本体をお持込みください。
- ・ 会場に用意するPCケーブルコネクタの形状は、D-SUB mini 15pinまたはHDMIです。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- ・ 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- ・ スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- ・ 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。
- ・ PCをご持参された方は、発表終了後、降壇時に、各会場のPCオペレーター席にてPCをお受け取りください。



### 発表データの登録 (現地でご講演の場合)

- ・ 発表当日、必ずご発表会場のPCセンターにお越しください。
- ・ セッション開始30分前までに、発表データの確認を行ってください。
- ・ 発表用のデータを差し替える場合は、PCセンターにて新しいデータのコピーをお預かりし、メディアはその場でお返しいたします。また、発表終了後、データは主催者側で責任を持って消去いたします。  
※バックアップデータを持参されることをお勧めいたします。

## 3. 利益相反の開示

地方会における医学研究に関する発表演題での公明性を確保するため、発表者に利益相反事項に関する申請を行っていただきます。それぞれの学会のフォーマットで作成してください。

申請方法は、

- 1) 演題登録画面での利益相反 (COI) について
- 2) 発表データでの利益相反について詳細はこちらをご確認ください。

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

日本呼吸器内視鏡学会 <http://www.jsre.org/about/coi.html>

結核・非結核抗酸菌症学会 [https://www.kekkaku.gr.jp/medical\\_staff/](https://www.kekkaku.gr.jp/medical_staff/)

# WEB視聴について

## 1. 個人IDとパスワードについて

- ・ WEB参加で参加登録が完了した方には、ご登録いただいたメールアドレスに個人IDとパスワードをご案内いたします。会期当日になりましたら、事前にご案内いたします視聴用のURLよりログインの上、参加をお願いいたします。
- ・ オンライン学会のID及びパスワードは、参加料を支払った方のみにお伝えする重要なデータです。第三者へ教えたり、SNS等で公開しないよう、くれぐれも取り扱いにはご注意ください。なお、各IDごとにログデータを取得しますので、不正行為が特定された場合には、法的措置をとらせていただく場合があることをご承知おきください。

## 2. WEB参加にかかる注意事項

- ・ 本会はZoom社のオンラインTV会議システムを使用して開催いたします。Zoom社のシステム障害や悪意のある参加者の進行妨害など、予期せぬトラブルが起こりうることを事前にご承知おきのうえでご参加ください。
- ・ 受信映像や発表資料の保存(画面キャプチャを含む)、録音、再配布など、発表者の権利を侵害する行為は絶対に行わないでください。
- ・ 無用な音声の流入や不安定なネットワークからの接続などにより会議の運用に支障があると判断される場合には、学会事務局側から切断操作を行うことがありますので、予めご了承ください。
- ・ 本学会では各セッションに参加できる人数に1000名という上限が設けられています。上限に達した場合には、そのセッションへの接続ができませんので、予めご承知おきください。
- ・ 講演者及び発表者は、発表資料について、他人の著作物の無断使用とならないよう、引用として出典を明確にすることはもちろんのこと、学会でのオンラインでの発表は自動公衆送信による再送信とみなされることを踏まえた内容であることの事前確認をお願いします。
- ・ 利用者(参加者及び登壇者含む)のインターネット環境により、接続障害等の不具合が生じる可能性があることをご承知おきください。

## 3. WEB会議システム「Zoom」の使用について

- ・ 本WEB開催につきましては、WEB会議システム「Zoom」の使用を予定しております。
- ・ Zoomについては以下をご参照ください。
  - Zoom <https://zoom.us/>
  - ⇒ Zoomヘルプセンター(利用ガイド) <https://support.zoom.us/hc/ja>
  - ⇒ 動作確認用のテストサービス <http://zoom.us/test>
  - 解説：Zoomヘルプセンター>ミーティング&ウェビナー>参加と開始
  - ⇒ 40分まで利用可能なアカウントに無料でサインアップ可能
- ・ 詳細はオンライン大会サイト内の「Zoom接続の手引き」を参照ください。

### (ア) Zoomへのログイン方法

- ・ 詳細設定については学会HPにアップいたします「Zoomを用いた聴講マニュアル」をご確認ください。
- ・ 日程表から聴講したいセッションを選択すると、すぐにZoomに飛びます。
- ・ 接続が初めての方は、「Zoomアプリケーション」のダウンロードとインストールが始まります。

#### (イ) WEB視聴について

- ・ 事前に接続チェックを行ったり、「Zoom アプリケーション」をダウンロードしたことがある方は「Zoom を開きますか?」というウィンドウが出るので「Zoom を開く」を選択してください。
- ・ 続いて「電子メールアドレスと名前を入力してください」というウィンドウに入力してください。
- ・ 入力完了したら「Web セミナーに参加」を選択してください。

【注意】以前に Zoom を使用したことがある方は、前に設定された名前が残っていることがあります。必ず本学会の仕様に変更をお願いします。間違ったまま入室すると名前の変更ができません。名前変更の際には、大変恐縮ですが、一度 Zoom からご退出してから再度入室ください。

#### (ウ) セッションへの入室及び退出について

- ・ 日程表から聴講したいセッションを選択すると、すぐに Zoom に飛びます。
- ・ Zoom ボタンはセッション開始の10分前から入室可能です。
- ・ セッション中に退出したい場合は、Zoom 画面右下の「ミーティングを退出」ボタンで退出できます。
- ・ セッションが終了したら Zoom 画面右下の「ミーティングを退出」から速やかに退出してください。
- ・ 次のセッションに参加する場合は、あらためてオンライン(ライブ)会場の日程表からご参加ください。

### 4. オンデマンド配信について

日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部 第15回気管支鏡実技セミナーのみ配信いたします。

配信期間：2022年12月16日(金)～2023年1月15日(日)

視聴方法については、ホームページをご確認ください。

## 初期・後期研修医セッションについて (呼吸器学会)

初期・後期研修医を対象にエントリーいただきました演題の中から、優れた演題について表彰いたします。

評価方法：以下の3点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

- 1) 内容 (臨床の参考になるか、今後応用できるか)
- 2) 演者の理解度
- 3) 発表力 (まとめ方、話し方、時間配分)

評価、選考は以下の選考委員で行います。

### 研修医 優秀演題賞審査員

- 委員長 石田 直 (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)
- 浅見 麻紀 (山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座)
- 栗屋 禎一 (市立三次中央病院 呼吸器内科)
- 石田 正之 (近森病院 呼吸器内科)
- 市川 裕久 (KKR高松病院 呼吸器内科)
- 井上 考司 (愛媛県立中央病院 呼吸器内科)
- 上田 裕 (香川県立中央病院 呼吸器内科)
- 上田 康仁 (鳥取県立中央病院 呼吸器内科)
- 枝國 信貴 (山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座)
- 大橋 圭明 (岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科)
- 金地 伸拓 (香川大学医学部・医学系研究科 内科学講座 血液・免疫・呼吸器内科学)
- 坂口 暁 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野)
- 阪本 智宏 (鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科)
- 佐藤 晃子 (独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科)
- 鈴木 朋子 (倉敷成人病センター 内科)
- 武田 賢一 (松江市立病院 腫瘍内科)
- 橘 さやか (愛媛県立中央病院 呼吸器内科)
- 近森 研一 (独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科)
- 唐下 泰一 (独立行政法人国立病院機構米子医療センター 呼吸器内科)
- 中島 拓 (広島大学病院 呼吸器内科)
- 西川恵美子 (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)
- 西村 好史 (独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科)
- 土師 恵子 (徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科)
- 濱川 正光 (倉敷中央病院 呼吸器内科)
- 濱口 直彦 (愛媛大学医学部附属病院 呼吸器内科)
- 濱田 千鶴 (市立宇和島病院 呼吸器外科)
- 藤本 伸一 (岡山ろうさい病院 腫瘍内科)
- 益田 武 (広島大学病院 呼吸器内科)
- 森田 正人 (鳥取大学医学部 統合内科医学講座 呼吸器・膠原病内科分野)
- 柳川 崇 (浜田医療センター 呼吸器内科)
- 山根真由香 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学)
- 渡邊 直樹 (香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科)
- 渡部 雅子 (広島市立北部医療センター 安佐市民病院 呼吸器内科・腫瘍内科)

[50音順／敬称略]

◎表彰式：12月17日(土) 16:30から行います。

## 渡辺洋一記念奨励賞選考対象演題について（呼吸器内視鏡学会）

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

評価方法：以下の3点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

- 1) 内容（臨床の参考になるか、今後応用できるか）
- 2) 演者の理解度
- 3) 発表力（まとめ方、話し方、時間配分）

評価、選考は以下の選考委員で行います。

渡辺洋一記念奨励賞審査員

委員長 柴山 卓夫（独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科）  
青江 啓介（独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科）  
栗本 典昭（島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学）  
滝沢 宏光（徳島大学病院 呼吸器外科）

[50音順／敬称略]

◎表彰式：12月17日（土）16:30から行います。

## 優秀演題賞について（呼吸器内視鏡学会）

一般演題にエントリーいただきました演題の中から、優れた演題を表彰します。

評価方法：以下の3点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

- 1) 内容（臨床の参考になるか、今後応用できるか）
- 2) 演者の理解度
- 3) 発表力（まとめ方、話し方、時間配分）

評価、選考は以下の選考委員で行います。

審査員

委員長 柴山 卓夫（独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科）  
石川 暢久（県立広島病院 呼吸器内科）  
岡田 俊明（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）  
小谷 昌広（鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科）  
妹尾 直（独立行政法人国立病院機構呉医療センター 中国がんセンター）  
橘 さやか（愛媛県立中央病院 呼吸器内科）  
藤原 慶一（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）  
細川 忍（岡山赤十字病院 呼吸器内科）  
吉川 武志（香川労災病院 呼吸器外科）

[50音順／敬称略]

◎表彰式：12月17日（土）16:30から行います。

## 優秀演題賞について（結核・非結核性抗酸菌症学会）

一般演題にエントリーいただきました演題の中から、優れた演題を表彰いたします。

評価方法：以下の5点につきそれぞれ総合的に評価を行います。

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

評価、選考は以下の選考委員で行います。

審査員

委員長 谷本 安（独立行政法人国立病院機構南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科）  
阿部 聖裕（独立行政法人国立病院機構愛媛医療センター 呼吸器内科）  
木村 五郎（独立行政法人国立病院機構南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科）  
國近 尚美（山口赤十字病院 内科・呼吸器内科）  
小橋 吉博（川崎医科大学附属病院 呼吸器内科）  
濱口 愛（島根大学医学部附属病院 呼吸器・化学療法内科）  
宮崎こずえ（東広島医療センター 呼吸器内科）

[50音順／敬称略]

◎表彰式：12月17日（土）16:30から行います。

# 日程表 12月16日(金)

	第1会場 3F コンベンションホール西	第2会場 3F コンベンションホール東	第3会場 3F 301 会議室	第4会場 4F 405 会議室
8:50	開会式			
9:00	[呼吸器学会] スポンサードセミナー1 座長：松永 和人 演者：中江 進 小賀 徹 共催：サノフィ株式会社	[呼吸器学会] 初期研修医セッション 肺腫瘍① R-001～R-005 座長：金地 伸拓/鈴木 朋子	[呼吸器内視鏡学会] 一般演題 安全対策・合併症 E-01～E-04 座長：岡田 俊明/藤原 慶一	[呼吸器学会] 後期研修医セッション 肺腫瘍① R-049～R-053 座長：近森 研一/上田 康仁
10:20	[呼吸器学会] スポンサードセミナー2 座長：津端 由佳里 演者：横山 俊秀 原田 大二郎 共催：日本イーライリリー株式会社	[呼吸器学会] 初期研修医セッション 肺腫瘍② R-006～R-010 座長：大橋 圭明/山根 真由香	[呼吸器内視鏡学会] 一般演題 気管支鏡診断 E-05～E-09 座長：石川 暢久/小谷 昌広	[呼吸器学会] 後期研修医セッション 肺腫瘍② R-054～R-058 座長：阪本 智宏/土師 恵子
10:30	[呼吸器学会] ランチョンセミナー1 座長：岸本 伸人 演者：永田 一真 共催：帝人ヘルスケア株式会社	[呼吸器学会] 初期研修医セッション 感染症・抗酸菌 R-011～R-016 座長：粟屋 禎一/葉久 貴司	[呼吸器内視鏡学会] 一般演題 気道異物・外科手術 E-10～E-14 座長：吉川 武志/細川 忍	[呼吸器学会] 後期研修医セッション 肺腫瘍③ R-059～R-062 座長：益田 武/上田 裕
11:50	[呼吸器学会] ランチョンセミナー2 座長：瀧川 奈義夫 演者：益田 武 共催：MSD株式会社	[呼吸器学会] 初期研修医セッション 胸膜疾患 R-017～R-021 座長：藤本 伸一/渡部 雅子	結核・非結核性抗酸菌症学会 幹事会	[呼吸器学会] 後期研修医セッション 肺腫瘍④ R-063～R-067 座長：武田 賢一/坂口 暁
12:00	男女共同参画 将来計画委員			
13:00	特定非営利活動法人 中国・四国呼吸器疾患 関連事業包括的支援機構 (CS-Lung) 2022年度 事業説明会	[呼吸器内視鏡学会] ランチョンセミナー2 座長：瀧川 奈義夫 演者：益田 武 共催：MSD株式会社	[呼吸器学会] ランチョンセミナー3 座長：岩本 博志 演者：平野 綱彦 共催：アストラゼネカ株式会社	[呼吸器学会] ランチョンセミナー4 座長：時岡 史明 演者：出雲 雄大 原田 洋明 共催：ノーベルファーマ株式会社/ 株式会社エパルス
13:10	特別講演 COVID-19 Update 座長：石田 直 演者：大曲 貴夫			
13:50	[呼吸器学会] スポンサードセミナー3 座長：山崎 章 演者：荒川 裕佳子 大西 広志 共催：ノバルティス ファーマ株式会社	[呼吸器学会] 後期研修医セッション 一般・その他 R-022～R-027 座長：枝國 信貴/佐藤 晃子	[呼吸器学会] 初期研修医セッション 間質性肺炎 R-039～R-043 座長：浅見 麻紀/濱口 直彦	[結核・非結核性抗酸菌症学会] 一般演題 結核・NTM① T-01～T-04 座長：國近 尚美/阿部 聖裕
14:00				
14:40		[呼吸器学会] 後期研修医セッション 感染症① R-028～R-033 座長：渡邊 直樹/唐下 泰一	[呼吸器内視鏡学会] 一般演題 病理診断等 E-15～E-19 座長：妹尾 直/橘 さやか	[結核・非結核性抗酸菌症学会] 一般演題 結核・NTM② T-05～T-08 座長：濱口 愛/小橋 吉博
14:50		[呼吸器学会] 後期研修医セッション 感染症② R-034～R-038 座長：西川 恵美子/西村 好史	[呼吸器学会] 初期研修医セッション 一般・その他 R-044～R-048 座長：市川 裕久/森田 正人	[結核・非結核性抗酸菌症学会] 一般演題 結核・NTM③ T-09～T-13 座長：宮崎 こずえ/伊藤 明広
15:50				
16:00	[呼吸器学会] イブニングセミナー1 座長：青江 啓介 演者：上月 稔幸 共催：小野薬品工業株式会社/ プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	[呼吸器内視鏡学会] イブニングセミナー2 座長：大橋 圭明 演者：姫路 大輔 共催：アストラゼネカ株式会社	[呼吸器学会] イブニングセミナー3 座長：亀井 治人 演者：久山 彰一 共催：日本化薬株式会社	
17:20				
17:30				
18:30				

# 日程表 12月17日(土)

	第1会場 3F コンベンションホール西	第2会場 3F コンベンションホール東	第3会場 3F 301 会議室	第4会場 4F 405 会議室
9:00				
	<b>3学会合同特別企画</b> <b>Advances in Respiratory Medicine</b> 座長：柴山 卓夫 谷本 安 演者：岩本 博志 伊藤 明広 濱口 直彦 原田 大二郎 青景 聡之			
11:00				
11:10	[結核・非結核性抗酸菌症学会] <b>スポンサーセミナー4</b> 座長：宮崎 こずえ 演者：池上 靖彦 尾下 蒙人 共催：インスメッド合同会社	[呼吸器学会] <b>後期研修医セッション</b> <b>間質性肺炎</b> R-068～R-073 座長：中島 拓/瀧田 千鶴	[呼吸器内視鏡学会] <b>渡辺洋一記念奨励賞</b> <b>選考対象演題</b> E-20～E-24 座長：柴山 卓夫	[呼吸器学会] <b>学生・コメディカルセッション①</b> R-091～R-094 座長：高松 和史/宮原 信明
12:30		[呼吸器学会] <b>一般演題</b> <b>アレルギー・間質性肺炎</b> R-074～R-078 座長：大西 広志/洲脇 俊充	[呼吸器内視鏡学会] <b>呼吸器内視鏡学会</b> <b>幹事会</b>	[呼吸器学会] <b>学生・コメディカルセッション②</b> R-095～R-098 座長：荒川 裕佳子/関川 清一
12:40				
12:40	[呼吸器学会] <b>ランチョンセミナー5</b> 座長：津端 由佳里 演者：善家 義貴 共催：武田薬品工業株式会社	[呼吸器内視鏡学会] <b>ランチョンセミナー6</b> 座長：服部 登 演者：杉野 圭史 共催：日本ベーリンガーインゲル ハイム株式会社	[呼吸器学会] <b>ランチョンセミナー7</b> 座長：宮原 信明 演者：大成 洋二郎 共催：グラクソ・スミス クライン株式会社	
13:40				
13:50	[呼吸器学会] <b>スポンサーセミナー5</b> 座長：福田 泰 演者：中島 和寿 國政 啓 共催：中外製薬株式会社	<b>結核セミナー</b> 座長：谷本 安 演者：西井 研治 河田 典子	[呼吸器学会] <b>一般演題</b> <b>肺腫瘍</b> R-079～R-084 座長：庄田 浩康/加藤 有加	[呼吸器学会] <b>一般演題</b> <b>感染症</b> R-099～R-104 座長：時岡 史明/三木 真理
15:10				
15:30	<b>寺子屋セミナー</b> 座長：栗本 典昭/佐藤 賢 コメンテーター：西井 研治/青江 基 ディスカッション：南 大輔/鳥羽 博明 中村 純也/岡本 卓 プレゼンター：小林 美郷/瀧川 雄貴		[呼吸器学会] <b>一般演題</b> <b>肺腫瘍・縦隔腫瘍</b> R-085～R-090 座長：久山 彰一/豊田 優子	[呼吸器学会] <b>一般演題</b> <b>一般・その他</b> R-105～R-109 座長：川井 治之/木下 直樹
16:30	<b>表彰式・閉会式</b>			
17:00				

## 男女共同参画／将来計画委員

12月16日(金) 第1会場 (13:10～13:50)

司会 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 國近 尚美

### 1. 将来計画委員会報告 ～初期臨床研修医セミナーの再開と今後の課題～

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

### 2. 男女共同参画委員会の活動と今後の課題

浜松医科大学附属病院 呼吸器内科  
日本呼吸器学会男女共同参画委員会 委員長 須田 隆文

## 特定非営利活動法人 中国・四国呼吸器疾患関連事業包括的支援機構 (CS-Lung) 2022年度 事業説明会

12月16日(金) 第1会場 (14:00～14:40)

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

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

2018年設立後、皆様の多大なご協力のもと積極的な活動を続けておりますが、このたび本法人の各種臨床研究の進捗・広報活動等につきまして本会でご報告させていただきます。中国・四国のご施設が一体となりさらに活発な活動を行っていただけますよう医師、研修医、学生、メディカルスタッフ、関連企業関係者等、是非とも皆様にひろくご参加いただければ幸いです。

## 特別講演

12月16日(金) 第1会場 (14:50～15:50)

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

### COVID-19 Update

国立国際医療研究センター 国際感染症センター 大曲 貴夫

## 3学会合同特別企画

12月17日(土) 第1会場 (9:00～11:00)

### Advances in Respiratory Medicine

座長 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 柴山 卓夫

独立行政法人国立病院機構南岡山医療センター 呼吸器・アレルギー内科 谷本 安

#### 1. 内科診療にも関わる小児喘息の長期経過の最新エビデンス

広島大学大学院 分子内科学 岩本 博志

#### 2. 結核・非結核性抗酸菌症 Up-to-date

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 伊藤 明広

#### 3. 間質性肺炎診療 UP-TO-DATE

愛媛大学大学院 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学講座 濱口 直彦

#### 4. 肺癌化学療法 of 進歩 分子標的治療薬と免疫チェックポイント阻害剤の登場で何が変わった？

国立病院機構四国がんセンター 呼吸器内科 原田大二郎

#### 5. COVID-19の呼吸管理

岡山大学病院 救命救急科 青景 聡之

## スポンサードセミナー1

12月16日(金) 第1会場 (9:00～10:20)

呼吸器学会

座長 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座 松永 和人

アレルギー性気道炎症のメカニズム ～最近の話題～

広島大学大学院統合生命科学研究科 中江 進

重症喘息治療の新時代 ～将来を見据えた薬剤選択～

川崎医科大学 呼吸器内科 小賀 徹

共催：サノフィ株式会社

## スポンサードセミナー2

12月16日(金) 第1会場 (10:30～11:50)

呼吸器学会

非小細胞肺癌の薬物治療

座長 島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学 津端由佳里

血管新生阻害薬の使いどころ－EGFR遺伝子変異陽性肺癌

倉敷中央病院 呼吸器内科 横山 俊秀

免疫療法時代におけるIV期非小細胞肺癌患者の長期生存を目指した治療戦略

四国がんセンター 呼吸器内科 原田大二郎

共催：日本イーライリリー株式会社

## スポンサードセミナー3

12月16日(金) 第1会場 (16:00～17:20)

呼吸器学会

座長 鳥取大学医学部附属病院 山崎 章

喘息治療における多職種連携とセルフマネジメント支援を再考しよう！

KKR高松病院 睡眠・呼吸センター 荒川裕佳子

重症喘息の最新の話と生物学的製剤の使い分け

高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科 大西 広志

共催：ノバルティス ファーマ株式会社

## スポンサードセミナー4

12月17日(土) 第1会場 (11:10～12:30)

結核・非結核性抗酸菌症学会

肺MAC症診療をアップデートする！

座長 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科 宮崎こずえ

肺MAC症診療のトレンド

国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科 池上 靖彦

印象的な症例の提示とNTM外来開設後に見えてきた課題

国家公務員共済組合連合会吉島病院 呼吸器内科 尾下 豪人

共催：インスメッド合同会社

## スポンサードセミナー5

12月17日(土) 第1会場 (13:50～15:10)

呼吸器学会

### 肺癌治療の「Clinical Questions」を再考する

座長 倉敷中央病院 呼吸器内科 福田 泰

### 高齢者進行非小細胞肺癌に対するICI併用療法

島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学 中島 和寿

### 肺癌ゲノム診療 いかにも成功させ、いかにも使うか

大阪国際がんセンター 呼吸器内科 國政 啓

共催：中外製薬株式会社

## ランチョンセミナー1

12月16日(金) 第1会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

座長 高松市立みんなの病院 呼吸器内科 岸本 伸人

### 在宅呼吸管理においてハイフローセラピーをどう使うのか？

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科 永田 一真

共催：帝人ヘルスケア株式会社

## ランチョンセミナー2

12月16日(金) 第2会場 (12:00～13:00)

呼吸器内視鏡学会

座長 川崎医科大学 総合内科学4 瀧川奈義夫

### NSCLCに対する複合免疫療法の有効性と安全性

### －ICI治療・再発後の治療方針を含めて－

広島大学病院 呼吸器内科 益田 武

共催：MSD株式会社

## ランチョンセミナー3

12月16日(金) 第3会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

座長 広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学 岩本 博志

今求められるレガシー効果を意識した重症喘息治療 ～鉄は熱いうちに打て～

山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科 平野 綱彦

共催：アストラゼネカ株式会社

## ランチョンセミナー4

12月16日(金) 第4会場 (12:00～13:00)

呼吸器学会

続発性難治性気胸／低亜鉛血症

座長 倉敷中央病院 呼吸器内科 時岡 史明

呼吸器疾患における低亜鉛血症

～低亜鉛血症による様々な症状を改善して治療意欲を高めよう～

日本赤十字社医療センター 呼吸器内科 出雲 雄大

たかが気胸、されど気胸 ～難治性気漏に対する戦略～

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器外科 原田 洋明

共催：ノーベルファーマ株式会社／株式会社エバルス

## ランチョンセミナー5

12月17日(土) 第1会場 (12:40～13:40)

呼吸器学会

座長 鳥根大学医学部附属病院 呼吸器・化学療法内科 津端由佳里

肺癌診療ガイドライン2022から考えるALK肺癌の初回治療

国立がん研究センター東病院 呼吸器内科 善家 義貴

共催：武田薬品工業株式会社

## ランチョンセミナー6

12月17日(土) 第2会場 (12:40~13:40)

呼吸器内視鏡学会

座長 広島大学大学院医系科学研究科 分子内科学 服部 登

間質性肺炎診療における抗線維化薬導入のタイミング

一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院 杉野 圭史

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

## ランチョンセミナー7

12月17日(土) 第3会場 (12:40~13:40)

呼吸器学会

座長 岡山大学学術研究院保健学域 検査技術科学分野生体情報科学領域 宮原 信明

喘息治療におけるトリプル製剤の意義を考える

マツダ病院 呼吸器内科 大成洋二郎

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

## イブニングセミナー1

12月16日(金) 第1会場 (17:30~18:30)

呼吸器学会

座長 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 内科系診療 青江 啓介

ドライバー遺伝子変異陰性  
進行非小細胞肺癌に対する治療戦略2023

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 臨床研究センター 上月 稔幸

共催：小野薬品工業株式会社/ Bristol-Myers Squibb株式会社

## イブニングセミナー2

12月16日(金) 第2会場 (17:30～18:30)

呼吸器内視鏡学会

座長 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科 大橋 圭明

肺癌バイオマーカー検査の精度を上げるための工夫とEGFR陽性肺癌における最新の話

宮崎県立宮崎病院 内科／内視鏡センター／医療情報科 姫路 大輔

共催：アストラゼネカ株式会社

## イブニングセミナー3

12月16日(金) 第3会場 (17:30～18:30)

呼吸器学会

座長 山口宇部医療センター 呼吸器内科 亀井 治人

遺伝子変異陰性の非小細胞肺癌の治療戦略

岩国医療センター 呼吸器内科 久山 彰一

共催：日本化薬株式会社

<b>初期研修医セッション 肺腫瘍①</b>	<b>9:00~9:40</b>
座長 金地 伸拓 (香川大学医学部・医学系研究科 内科学講座 血液・免疫・呼吸器内科学) 鈴木 朋子 (倉敷成人病センター 内科)	

## R-001 原発性肺癌に合併し、放射線脳壊死との鑑別を要した転移性脳腫瘍の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>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  
谷本 瑞季<sup>1,2)</sup>、矢内 正晶<sup>3)</sup>、田中 宏征<sup>3)</sup>、加藤 竜平<sup>3)</sup>、原田 智也<sup>3)</sup>、野中 喬文<sup>3)</sup>、  
舟木 佳弘<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>3)</sup>

## R-002 転移性脳腫瘍の組織学的検索から、再発乳癌による転移性肺腫瘍と診断しえた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 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup>松山赤十字病院 呼吸器センター 呼吸器外科  
小西 里奈<sup>1)</sup>、牧野 英記<sup>2)</sup>、福西 宥希<sup>2)</sup>、八木 貴寛<sup>2)</sup>、村上 果住<sup>2)</sup>、梶原 浩太郎<sup>2)</sup>、  
吉田 月久<sup>3)</sup>、桂 正和<sup>3)</sup>、兼松 兼松<sup>2)</sup>、竹之山光広<sup>3)</sup>

## R-003 急性呼吸窮迫症候群を初発症状とし、剖検により診断し得たびまん性肺炎型の浸潤性粘液性腺癌の一例

<sup>1)</sup>独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター 臨床研修センター部、  
<sup>2)</sup>独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター 呼吸器内科  
川住 宗生<sup>1)</sup>、荒木 佑亮<sup>2)</sup>、奥崎 体<sup>2)</sup>、三登 峰代<sup>2)</sup>、福原 和秀<sup>2)</sup>、妹尾 直<sup>2)</sup>

## R-004 肺腺癌切除を契機に診断したびまん性特発性肺神経内分泌細胞過形成の一例

<sup>1)</sup>県立広島病院 初期臨床研修センター、<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  
倉富 亮<sup>1)</sup>、勝良 遼<sup>2)</sup>、三宅 慎也<sup>2)</sup>、頼島 愛<sup>3)</sup>、藤田 俊<sup>2)</sup>、平川 哲<sup>2)</sup>、  
舛田 翔<sup>3)</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-005 中縦隔リンパ管腫の一切除例

国立病院機構岩国医療センター  
中嶋 章裕、塩谷 俊雄、近藤 薫、古川 真一、渡邊 元嗣、片岡 和彦

<b>初期研修医セッション 肺腫瘍②</b>	<b>9:40~10:20</b>
座長 大橋 圭明 (岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科) 山根真由香 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学)	

## R-006 混合型小細胞肺癌に対するAtezolizumabを含めた化学療法中に、免疫関連有害事象である大腸炎が生じた一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院  
緒方 康人、甲田 拓之、福田 泰、横山 俊秀、石田 直

R-007 同時に異なる3つの組織型を認めた多発性肺癌の1例

<sup>1)</sup>徳島大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup>徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科  
中西 颯斗<sup>1)</sup>、土師 恵子<sup>2)</sup>、松村 有悟<sup>2)</sup>、三橋 敦志<sup>2)</sup>、小川 瑛<sup>2)</sup>、今倉 健<sup>2)</sup>、  
美馬 正人<sup>2)</sup>、尾崎 領彦<sup>2)</sup>、米田 浩人<sup>2)</sup>、荻野 広和<sup>2)</sup>、坂口 暁<sup>2)</sup>、佐藤 正大<sup>2)</sup>、  
埴淵 昌毅<sup>2)</sup>、西岡 安彦<sup>2)</sup>

R-008 化学療法への反応性を示すも急激な呼吸不全と汎血球減少を示した肺腺癌の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  
佐原 咲希<sup>1)</sup>、八木 貴寛<sup>2)</sup>、福西 宥希<sup>2)</sup>、村上 果住<sup>2)</sup>、梶原浩太郎<sup>2)</sup>、牧野 英記<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-009 頭蓋底骨転移脳内浸潤により硬膜下血種を生じたEGFR遺伝子変異陽性肺癌の一例

福山市民病院 内科  
岡 智彦、小田 尚廣、三谷 玲雄、高田 一郎

R-010 肺癌の化学療法中に薬剤性肺障害をくり返し認められた一例

<sup>1)</sup>広島大学病院 医科領域臨床研修センター、<sup>2)</sup>広島大学病院 呼吸器内科  
山崎 礼羅<sup>1)</sup>、牛尾 剛己<sup>2)</sup>、山口 覚博<sup>2)</sup>、坂本信二郎<sup>2)</sup>、堀益 靖<sup>2)</sup>、益田 武<sup>2)</sup>、  
宮本真太郎<sup>2)</sup>、中島 拓<sup>2)</sup>、岩本 博志<sup>2)</sup>、藤高 一慶<sup>2)</sup>、濱田 泰伸<sup>2)</sup>、服部 登<sup>2)</sup>

呼吸器学会

12月16日(金) 第2会場

初期研修医セッション 感染症・抗酸菌	10:20~11:08
座長 粟屋 禎一 (市立三次中央病院 呼吸器内科) 葉久 貴司 (徳島県立中央病院 呼吸器内科)	

R-011 高度亀背を伴う肺アスペルギルス症患者に3D-CTシミュレーションのもと空洞切開・菌球除去術を施行した1例

<sup>1)</sup>独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 初期臨床研修医、  
<sup>2)</sup>独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器外科、  
<sup>3)</sup>独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科、  
<sup>4)</sup>独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 放射線科  
越智 裕貴<sup>1)</sup>、原田 洋明<sup>2)</sup>、赤山 幸一<sup>2)</sup>、小田部誠哉<sup>2)</sup>、宮崎こずえ<sup>3)</sup>、西村 好史<sup>3)</sup>、  
川崎 広平<sup>3)</sup>、三好 由夏<sup>3)</sup>、島田 俊宏<sup>3)</sup>、富吉 秀樹<sup>4)</sup>、柴田 諭<sup>2)</sup>

R-012 口腔内衛生環境が発症に寄与したと考えられる*Campylobacter rectus* (*C. rectus*)による膿胸の2例

<sup>1)</sup>社会医療法人近森会近森病院 臨床研修部、<sup>2)</sup>社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科  
竹田 有佑<sup>1)</sup>、藤原 絵理<sup>2)</sup>、馬場 咲歩<sup>2)</sup>、三枝 管理<sup>2)</sup>、白神 実<sup>2)</sup>、中岡 大士<sup>2)</sup>、  
石田 正之<sup>2)</sup>

R-013 T-SPOT陰性、抗MAC抗体陽性を呈した肺結核の一例

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター  
豊田 康介、島田 俊宏、三好 由夏、川崎 広平、西村 好史、宮崎こずえ、重藤えり子

R-014 肺非結核性抗酸菌症による咯血を契機に判明した仮性肺動脈瘤の1例

<sup>1)</sup>愛媛県立中央病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup>愛媛県立中央病院 呼吸器内科  
プランティリア まや<sup>1)</sup>、能津 昌平<sup>2)</sup>、相原 健人<sup>2)</sup>、村上 将紀<sup>2)</sup>、中村 純也<sup>2)</sup>、  
近藤 晴香<sup>2)</sup>、橘 さやか<sup>2)</sup>、勝田 知也<sup>2)</sup>、井上 考司<sup>2)</sup>、中西 徳彦<sup>2)</sup>、森高 智典<sup>2)</sup>

R-015 非結核性抗酸菌症と特発性肺線維症を合併し2型呼吸不全に至った1例

<sup>1)</sup>川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、  
<sup>2)</sup>川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1  
大西 徹平<sup>1)</sup>、白井 亮<sup>2)</sup>、友田 恒一<sup>2)</sup>

R-016 CAM、RFP、EB 3剤併用療法が奏効した*Mycobacterium shinjukuense*肺感染症の1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>徳島県立中央病院 メディエンス検査室  
大久保隼人<sup>1)</sup>、柿内 聡司<sup>2)</sup>、村上 尚哉<sup>2)</sup>、香川 仁美<sup>2)</sup>、坂東 紀子<sup>2)</sup>、今倉 健<sup>2)</sup>、  
稲山 真美<sup>2)</sup>、早川 貴範<sup>3)</sup>、葉久 貴司<sup>2)</sup>

呼吸器学会

12月16日(金) 第2会場

初期研修医セッション 胸膜疾患	11:08~11:48
座長 藤本 伸一 (岡山ろうさい病院 腫瘍内科) 渡部 雅子 (広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科・腫瘍内科)	

R-017 分離肺換気により間質性肺病変の急性増悪を発症した悪性中皮腫の1例

<sup>1)</sup>川崎医科大学総合医療センター 臨床研修センター、<sup>2)</sup>川崎医科大学 総合内科学4  
斎藤 貴子<sup>1)</sup>、河原辰由樹<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-018 対側肺に器質化肺炎をきたした悪性胸膜中皮腫の一例

<sup>1)</sup>国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、  
<sup>2)</sup>国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup>国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器外科  
兼永幸太郎<sup>1)</sup>、乙原 雅也<sup>2)</sup>、河瀬 成穂<sup>2)</sup>、松本 理恵<sup>3)</sup>、杉本龍士郎<sup>3)</sup>、前田 憲志<sup>2)</sup>、  
堀田 尚克<sup>2)</sup>、今井 茂郎<sup>3)</sup>

R-019 滅菌調整タルクでの胸膜癒着術後に異物反応肉芽腫を形成した肺癌の一例

<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  
岡田 夏穂<sup>1)</sup>、山根 高<sup>2)</sup>、寺田 潤紀<sup>2)</sup>、浦田 知之<sup>2)</sup>

R-020 癌性胸膜炎を呈した卵巣癌の一例

<sup>1)</sup>川崎医科大学附属総合医療センター 臨床教育研修センター、  
<sup>2)</sup>川崎医科大学附属総合医療センター 総合内科学1  
岩佐 帆夏<sup>1)</sup>、白井 亮<sup>2)</sup>、友田 恒一<sup>2)</sup>

R-021 胸水貯留を契機に診断に至った胸膜アミロイドーシスの1例

倉敷中央病院  
水口 昌俊、天野 明彦、田中 彩加

後期研修医セッション 一般・その他	14:00~14:48
座長 枝國 信貴 (山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座) 佐藤 晃子 (独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 呼吸器内科)	

## R-022 びまん性肺胞障害による進行性線維化を来したCOVID-19肺炎の1剖検例

<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>、今倉 健<sup>1)</sup>、香川 仁美<sup>1)</sup>、坂東 紀子<sup>1)</sup>、稲山 真美<sup>1)</sup>、柿内 聡司<sup>1)</sup>、  
工藤 英治<sup>2)</sup>、葉久 貴司<sup>1)</sup>

## R-023 難治性喘息の背景にびまん性汎細気管支炎の存在を特定し、エリスロマイシン少量療法が著効した20歳女性例

山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座  
山本 佑、大石 景士、大畑秀一郎、村田 順之、山路 義和、坂本 健次、浅見 麻紀、  
枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

## R-024 乳癌に対するAtezolizumab治療中にサルコイド様肉芽腫性反応を認めた71歳女性の一例

<sup>1)</sup>公益財団法人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>公益財団法人原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 外科  
宮崎 由依<sup>1)</sup>、有田真知子<sup>1)</sup>、宮部 秀晃<sup>2)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>

## R-025 自然気胸に対する前回手術時の自動縫合器断端近傍にブラ形成・気胸再発を認めた1例

倉敷中央病院 呼吸器外科  
松浦 晃大、青野 泰正、中ノ坊 亮、福井 崇将、池田 敏裕、吉田 将和、高橋 鮎子、  
小林 正嗣

## R-026 難治性続発性自然気胸に対する保存的治療の検討

<sup>1)</sup>島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学、  
<sup>2)</sup>島根大学医学部 外科学講座 呼吸器外科学  
河野 謙人<sup>1)</sup>、濱口 愛<sup>1)</sup>、河角 敬太<sup>1)</sup>、幡 高次郎<sup>1)</sup>、小林 美郷<sup>1)</sup>、奥野 峰苗<sup>1)</sup>、  
中尾 美香<sup>1)</sup>、中島 和寿<sup>1)</sup>、天野 芳宏<sup>1)</sup>、山根 正修<sup>2)</sup>、磯部 威<sup>1)</sup>

## R-027 閉塞性肺疾患に対する病薬連携による初回吸入指導結果の検討

総合病院水島協同病院  
高橋 寛、里見 和彦

後期研修医セッション 感染症①	16:00~16:48
座長 渡邊 直樹 (香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科) 唐下 泰一 (独立行政法人国立病院機構米子医療センター 呼吸器内科)	

R-028 顕微鏡的多発血管炎治療中に咯血が遷延し、病理解剖で侵襲性肺アスペルギルス症と診断した一剖検例

- <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>公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 病理診断科、  
<sup>3)</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 内分泌代謝・リウマチ内科  
宮崎 由依<sup>1)</sup>、神戸 寛史<sup>1)</sup>、百瀬 匡<sup>1)</sup>、西原 千加<sup>2)</sup>、吉田 知宏<sup>3)</sup>、有田真知子<sup>1)</sup>、  
石田 直<sup>1)</sup>

R-029 アスペルギルスによる有癭性膿胸の一例

- 倉敷中央病院 呼吸器内科  
佐藤 亮寿、中西 陽祐、高田 正浩、田尾 有里、本倉 優美、多田 有作、神戸 寛史、  
山野 隆史、川瀧 正典、早瀬百々子、甲田 拓之、濱尾 信叔、田中 彩加、濱川 正光、  
福田 泰、横山 俊秀、伊藤 明広、時岡 史明、有田真知子、石田 直

R-030 小細胞肺癌への化学療法導入後、緑膿菌による肺化膿症を発症し肺葉切除を要した1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 呼吸器内科

- 高田 正浩、田中 彩加、伊藤 明広、中西 陽祐、濱川 正光、福田 泰、時岡 史明、  
有田真知子、石田 直

R-031 右上葉肺化膿症の原因菌として *Prevotella denticola*, *Fusobacterium nucleatum* が検出された一例

- 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座  
米澤 恒成、山路 義和、大畑秀一郎、末竹 諒、村田 順之、大石 景士、坂本 健次、  
浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

R-032 繰り返す肺膿瘍に合併した感染性動脈瘤の一例

- 岡山済生会総合病院  
宇野 真梨、渡邊 一彦、川井 治之、張田 信吾、奥谷 大介、片岡 正文

R-033 V-V ECMO 管理を行った、健常成人に発症した、市中緑膿菌肺炎の一例

- 社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科  
藤原 絵理、馬場 咲歩、三枝 管理、白神 実、中岡 大士、石田 正之

後期研修医セッション 感染症②	16:48~17:28
座長 西川恵美子 (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) 西村 好史 (独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科)	

R-034 学校検診にて発見された小児結核の1例

- 下関市立市民病院  
上田 彩加、名部 裕介、井上 政昭、吉田 順一

- R-035 当初認知症と診断され急激に増悪する呼吸不全を合併し剖検にて粟粒結核と判明した一例  
<sup>1)</sup>倉敷中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>倉敷中央病院 病理診断科  
 松井 馨子<sup>1)</sup>、神戸 寛史<sup>1)</sup>、濱川 正光<sup>1)</sup>、垣内 美波<sup>2)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>
- R-036 胸水中ヒアルロン酸の著明な上昇により悪性胸膜中皮腫との鑑別を要した結核性胸膜炎の一例  
<sup>1)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、  
<sup>2)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、  
<sup>3)</sup>山口大学大学院医学系研究科 病理形態学講座  
 藤井 哲哉<sup>1)</sup>、原田 美沙<sup>1)</sup>、水津 純輝<sup>1)</sup>、村川 慶多<sup>1)</sup>、上原 翔<sup>1)</sup>、宇都宮利彰<sup>2)</sup>、  
 伊藤 光佑<sup>1)</sup>、恐田 尚幸<sup>1)</sup>、近森 研一<sup>2)</sup>、青江 啓介<sup>2)</sup>、前田 忠士<sup>2)</sup>、亀井 治人<sup>2)</sup>、  
 池田 栄二<sup>3)</sup>
- R-037 可逆性脳梁膨大部病変 (MERS) を合併したオウム病の一例  
 岡山医療センター  
 井上 智敬、岩本 佳隆、岡本 啓典、服部 瑞穂、竹山 貴久、斎藤 崇、奈良井 恒、  
 柴山 卓夫
- R-038 ノカルジア定着状態から吸入ステロイド薬使用開始後にノカルジア肺炎を発症した1例  
<sup>1)</sup>日本赤十字社岡山赤十字病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>日本赤十字社岡山赤十字病院 検査部  
 山田光太郎<sup>1)</sup>、萱谷 紘枝<sup>1)</sup>、狩野 裕久<sup>1)</sup>、細川 忍<sup>1)</sup>、佐久川 亮<sup>1)</sup>、林 加奈子<sup>2)</sup>、  
 香川 麻衣<sup>2)</sup>、大山 智之<sup>2)</sup>、小田 昌弘<sup>2)</sup>、林 敦志<sup>2)</sup>、別所 昭宏<sup>1)</sup>

## 呼吸器学会

12月16日(金) 第3会場

初期研修医セッション 間質性肺炎	14:00~14:40
座長 浅見 麻紀 (山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座) 濱口 直彦 (愛媛大学医学部附属病院 呼吸器内科)	

- R-039 圧縮袋に保管していた寝具による急性過敏性肺炎が疑われた1例  
<sup>1)</sup>徳島市民病院 初期臨床研修医、<sup>2)</sup>徳島市民病院 呼吸器内科  
 古谷 光平<sup>1)</sup>、長谷加容子<sup>2)</sup>、原田 祥子<sup>2)</sup>、竹崎 彰夫<sup>2)</sup>、小島今日子<sup>2)</sup>、手塚 敏文<sup>2)</sup>
- R-040 急性増悪期の血清鳥特異的IgG抗体が陽性であったことが診断の一助となった、鳥関連過敏性肺炎の一例  
<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  
 岩崎 真帆<sup>1)</sup>、矢野 潤<sup>2)</sup>、高尾 俊<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>2)</sup>、三島 祥平<sup>2)</sup>、高山 祐介<sup>2)</sup>、  
 庄田 浩康<sup>2)</sup>、岩本 康男<sup>2)</sup>
- R-041 抗PD-L1抗体投与後に顕在化した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の1例  
<sup>1)</sup>徳島大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup>徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科  
 寺澤 翠<sup>1)</sup>、土師 恵子<sup>2)</sup>、市原 聖也<sup>2)</sup>、山下 雄也<sup>2)</sup>、福家 麻美<sup>2)</sup>、内藤 伸仁<sup>2)</sup>、  
 米田 浩人<sup>2)</sup>、香川 耕造<sup>2)</sup>、萩野 広和<sup>2)</sup>、河野 弘<sup>2)</sup>、佐藤 正大<sup>2)</sup>、埴淵 昌毅<sup>2)</sup>、  
 西岡 安彦<sup>2)</sup>

## R-042 デガレリクスとアパルタミド併用療法による薬剤性肺障害の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 泌尿器科  
沖田 明子<sup>1)</sup>、舟木 佳弘<sup>2)</sup>、上谷 直希<sup>2)</sup>、平山 勇毅<sup>2)</sup>、矢内 正晶<sup>2)</sup>、阪本 智宏<sup>2)</sup>、  
原田 智也<sup>2)</sup>、森田 正人<sup>2)</sup>、山口 徳也<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>2)</sup>

## R-043 間質性肺炎を有する患者に生じた低酸素血症が肝肺症候群によるものと診断し得た一例

<sup>1)</sup>山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座  
沖村 昌俊<sup>1)</sup>、大石 景士<sup>1)</sup>、山本 佑<sup>1)</sup>、大畑秀一郎<sup>1)</sup>、村田 順之<sup>1)</sup>、山路 義和<sup>1)</sup>、  
坂本 健次<sup>1)</sup>、浅見 麻紀<sup>1)</sup>、枝國 信貴<sup>1)</sup>、平野 綱彦<sup>1)</sup>、松永 和人<sup>1)</sup>

## 呼吸器学会

12月16日(金) 第3会場

初期研修医セッション 一般・その他	16:40~17:20
座長 市川 裕久 (KKR 高松病院 呼吸器内科) 森田 正人 (鳥取大学医学部 統合内科医学講座 呼吸器・膠原病内科分野)	

## R-044 EBUS-TBNAで診断した後縦隔膿瘍の一例

岩国医療センター 呼吸器内科  
村田 憲郁、田村 朋季、馬場 貴大、宮崎 由依、梅野 貴裕、西井 和也、村上 悦子、  
久山 彰一

## R-045 好中球優位の胸水貯留を認めた悪性リンパ腫の一例

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

## R-046 自己免疫性肺胞蛋白症に対し全肺洗浄を施行した一例

<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>公立学校共済組合中国中央病院 呼吸器内科  
伊藤 沙妃<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、市川 健<sup>1)</sup>、松本奨一郎<sup>1)</sup>、大森 洋樹<sup>1)</sup>、  
中村 愛理<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>、尾形 佳子<sup>3)</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>

## R-047 繰り返す咯血を契機に診断した気管支動脈瘤、気管支動脈肺動脈瘻の一例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター  
大谷 武史、馬場 貴大、宮崎 由依、梅野 貴裕、西井 和也、田村 朋季、村上 悦子、  
久山 彰一、矢吹 隆行

## R-048 両側生体肺移植後の慢性肺移植片機能不全に対してアジスロマイシン投与により一秒量の改善を認めた一例

<sup>1)</sup>愛媛県立中央病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup>愛媛県立中央病院 呼吸器内科  
畠山 翔<sup>1)</sup>、中西 徳彦<sup>2)</sup>、勝田 知也<sup>2)</sup>、村上 将紀<sup>2)</sup>、能津 昌平<sup>2)</sup>、中村 純也<sup>2)</sup>、  
近藤 晴香<sup>2)</sup>、橋 さやか<sup>2)</sup>、井上 考司<sup>2)</sup>、森高 智典<sup>2)</sup>

<b>後期研修医セッション 腫瘍①</b>	<b>9:00~9:40</b>
座長 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 呼吸器内科) 上田 康仁 (鳥取県立中央病院 呼吸器内科)	

- R-049 免疫チェックポイント阻害薬にて異なる治療効果を示した肺多形癌の一例  
川崎医科大学附属病院  
田嶋 展明
- R-050 間質性肺炎既往のある肺多形癌の患者にPembrolizumabが著効した一例  
川崎医科大学附属病院 呼吸器内科  
玉田 知里、田中 仁美、阿部 公亮、田嶋 展明、鶴井佐栄子、村野 史華、山内宗一郎、  
田嶋匠之助、黒瀬 浩史、小橋 吉博、小賀 徹
- R-051 ニボルマブ+イピリムマブ投与中に胃十二指腸腫瘍が出現し、転移との鑑別を要した肺腺癌の一例  
<sup>1)</sup>中国労災病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>中国労災病院 消化器内科、<sup>3)</sup>中国労災病院 病理診断科  
柳谷奈都子<sup>1)</sup>、塩田 直樹<sup>1)</sup>、秋田 慎<sup>1)</sup>、黒住 悟之<sup>1)</sup>、盛生 慶<sup>2)</sup>、西田 俊博<sup>3)</sup>
- R-052 自律神経障害と亜急性感覚性ニューロパチーがdurvalumabで誘発されたと考えられる抗CV2抗体陽性SCLCの1例  
<sup>1)</sup>香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学、<sup>2)</sup>香川大学医学部 医学教育学  
川田 浩輔<sup>1)</sup>、金地 伸拓<sup>1)</sup>、小森 雄太<sup>1)</sup>、溝口 仁志<sup>1)</sup>、井上 卓哉<sup>1)</sup>、渡邊 直樹<sup>1)</sup>、  
坂東 修二<sup>2)</sup>
- R-053 非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬後、ステロイド治療中に非結核性抗酸菌症を発症した1例  
川崎医科大学 呼吸器内科学  
村野 史華、黒瀬 浩史、鶴井佐栄子、田嶋 展明、玉田 知里、山内宗一郎、田中 仁美、  
田嶋匠之助、阿部 公亮、小橋 吉博、小賀 徹

<b>後期研修医セッション 腫瘍②</b>	<b>9:40~10:20</b>
座長 阪本 智宏 (鳥取大学医学部附属病院 呼吸器内科・膠原病内科) 土師 恵子 (徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科)	

- R-054 オシメルチニブが著効し、DICから回復したEGFR変異陽性肺腺癌の1例  
高知大学医学部医学科  
鈴木 太郎、大山 洸右、穴吹 和貴、小林 由佳、中村 優美、安田早耶香、伊藤 孟彦、  
西森 朱里、中谷 優、水田 順也、梅下 会美、佃 月恵、岩部 直美、辻 希美子、  
萩野 慶隆、山根真由香、高松 和史、大西 広志、横山 彰仁
- R-055 ドライバー遺伝子検索を繰り返しFoundationOne® Liquid CDxで診断し得たEGFR遺伝子変異陽性肺癌の1例  
愛媛大学医学部附属病院 第二内科  
上田 創、山本将一朗、片山 一成、平山龍太郎、中川友香梨、長井 敦、山本 遥加、  
杉本 英司、田口 禎浩、中村 行宏、山本 哲也、濱口 直彦、野上 尚之、山口 修

R-056 3種類の遺伝子変異(EGFR:L858R・E709X、CTNNB1)をもつ肺腺癌に対して Afatinibで加療した一例

<sup>1)</sup>独立行政法人国立病院機構国立高知病院 呼吸器センター、  
<sup>2)</sup>独立行政法人国立病院機構国立高知病院 病理部、  
<sup>3)</sup>独立行政法人国立病院機構国立高知病院 臨床研究センター  
國重 道大<sup>1)</sup>、市原 聖也<sup>1)</sup>、門田 直樹<sup>1)</sup>、成瀬 桂史<sup>2)</sup>、岡野 義夫<sup>1)</sup>、町田 久典<sup>1)</sup>、  
畠山 暢生<sup>1)</sup>、竹内 栄治<sup>1,3)</sup>

R-057 Osimertinibを中止せずに肺結核治療を完遂した肺線癌の1例

岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科  
山下 真弘、大橋 圭明、肥後 寿夫、松浦 宏昌、榎本 剛、二宮貴一郎、藤井 昌学、  
市原 英基、堀田 勝幸、田端 雅弘、木浦 勝行

R-058 当院におけるマルチ遺伝子パネル検査のための気管支鏡検査検体での核酸抽出成功率の検討

国立病院機構山口宇部医療センター  
原田 美沙、近森 研一、藤井 哲也、水津 純輝、村川 慶多、上原 翔、恐田 尚幸、  
伊藤 光佑、宇都宮利彰、青江 啓介、前田 忠士、亀井 治人

呼吸器学会

12月16日(金) 第4会場

後期研修医セッション 腫瘍③	10:20~10:52
座長 益田 武 (広島大学病院 呼吸器内科) 上田 裕 (香川県立中央病院 呼吸器内科)	

R-059 画像から他疾患との鑑別を要したALK陽性肺腺癌の2例

市立宇和島病院  
大下 一輝、廣瀬 未優、濱田 千鶴

R-060 当院におけるALK融合遺伝子陽性肺癌に対する治療の現状

市立三次中央病院 内科  
小浦 智子、山根 愛、鳥井 宏彰、粟屋 禎一

R-061 Dabrafenib + Trametinib併用療法の長期奏効後に複合免疫療法が奏功したBRAF遺伝子変異陽性肺癌の1例

市立三次中央病院  
山根 愛、小浦 智子、鳥井 宏彰、粟屋 禎一

R-062 髄膜癌腫症を呈するMET exon 14 skipping変異陽性肺腺癌に対してテポチニブで治療した一例

<sup>1)</sup>国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科、  
<sup>2)</sup>国立病院機構東広島医療センター 呼吸器外科、<sup>3)</sup>国立病院機構東広島医療センター 放射線科  
島田 俊宏<sup>1)</sup>、三好 由夏<sup>1)</sup>、川崎 公平<sup>1)</sup>、西村 好史<sup>1)</sup>、宮崎こずえ<sup>1)</sup>、小田部誠哉<sup>2)</sup>、  
赤山 幸一<sup>2)</sup>、原田 洋明<sup>2)</sup>、柴田 諭<sup>2)</sup>、藤田 和志<sup>3)</sup>、富吉 秀樹<sup>3)</sup>

後期研修医セッション 腫瘍④	10:52~11:32
座長 武田 賢一 (松江市立病院 腫瘍内科) 坂口 暁 (徳島大学大学院医歯薬学研究部 呼吸器・膠原病内科学分野)	

## R-063 抗体検査が診断に有効であった Lambert Eaton 筋無力症候群

高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

安田早耶香、中谷 優、岩部 直美、小林 由佳、鈴木 太郎、中村 優美、伊藤 孟彦、  
西森 朱里、大山 洸右、水田 順也、佃 月恵、荻野 慶隆、山根真由香、穴吹 和貴、  
高松 和史、大西 広志、横山 彰仁

## R-064 腸間膜脂肪織炎を伴い診断に苦慮した浸潤性粘液性肺腺癌の一例

<sup>1)</sup>高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、<sup>2)</sup>高知大学医学部附属病院 消化器内科学

西森 朱里<sup>1)</sup>、山根真由香<sup>1)</sup>、安田早耶香<sup>1)</sup>、小林 由佳<sup>1)</sup>、鈴木 太郎<sup>1)</sup>、中村 優美<sup>1)</sup>、  
伊藤 孟彦<sup>1)</sup>、中谷 優<sup>1)</sup>、大山 洸右<sup>1)</sup>、水田 順也<sup>1)</sup>、佃 月恵<sup>1)</sup>、岩部 直美<sup>1)</sup>、  
荻野 慶隆<sup>1)</sup>、穴吹 和貴<sup>1)</sup>、高松 和史<sup>1)</sup>、大西 広志<sup>1)</sup>、横山 彰仁<sup>1)</sup>、山本 翔太<sup>2)</sup>、  
吉岡 玲子<sup>2)</sup>、内田 一茂<sup>2)</sup>

## R-065 好酸球性肺炎と鑑別を要した肺浸潤性粘液性腺癌の1例

川崎医科大学附属病院

鶴井佐栄子、黒瀬 浩史、村野 史華、田嶋 展明、玉田 知里、山内宗一郎、田中 仁美、  
田嶋匠之助、阿部 公亮、小橋 吉博、小賀 徹

## R-066 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う間質性肺炎に対する免疫抑制剤治療中に胸腺癌を合併した一例

<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 呼吸器外科

中村 愛理<sup>1)</sup>、藤原 慶一<sup>1)</sup>、大森 洋樹<sup>1)</sup>、松岡 涼果<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、光宗 翔<sup>1)</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>、柴山 卓夫<sup>1)</sup>、平見 有<sup>2)</sup>、  
鳥越英次郎<sup>2)</sup>

## R-067 傍気管領域に発生した異所性胸腺腫の1例

国立病院機構高知病院 呼吸器外科

南城 和正、日野 弘之、本田 純子、先山 正二

後期研修医セッション 間質性肺炎	11:00~11:48
座長 中島 拓 (広島大学病院 呼吸器内科) 濱田 千鶴 (市立宇和島病院 呼吸器外科)	

## R-068 薬剤性間質性肺炎との鑑別を要した急性細気管支炎の1例

<sup>1)</sup>山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、<sup>2)</sup>山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学

渡邊 倫哉<sup>1)</sup>、浅見 麻紀<sup>1)</sup>、久本優佳里<sup>1)</sup>、沖中 洋介<sup>2)</sup>、末竹 諒<sup>1)</sup>、村田 順之<sup>1)</sup>、  
大石 景士<sup>1)</sup>、山路 義和<sup>1)</sup>、坂本 健次<sup>1)</sup>、枝國 信貴<sup>1)</sup>、平野 綱彦<sup>1)</sup>、松永 和人<sup>1)</sup>

- R-069 職業性曝露による発症が疑われた急性好酸球性肺炎の一例  
 広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科  
 大岡 郁子、細谷 堯永、渡部 雅子、水本 正、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博
- R-070 器質化肺炎と診断した抗Jo-1抗体陽性間質性肺炎の1例  
 愛媛県立中央病院  
 村上 将紀、中西 徳彦、森高 智典、井上 考司、勝田 知也、橋 さやか、近藤 晴香、  
 中村 純也、能津 昌平、相原 健人
- R-071 慢性肺アスペルギルス症の治療経過中に器質化肺炎を発症した一例  
 高知赤十字病院 呼吸器内科  
 中内友合江、森田 優、近藤 圭大、豊田 優子
- R-072 キャッスルマン病に対する免疫抑制薬治療中に顕在化した自己免疫性肺胞蛋白症 (APAP) の一例  
<sup>1)</sup>高知医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup>高知医療センター 呼吸器外科、  
<sup>3)</sup>高知医療センター 病理診断科、<sup>4)</sup>高知医療センター 血液内科  
 寺田 潤紀<sup>1)</sup>、山根 高<sup>1)</sup>、吉田 千尋<sup>2)</sup>、張 性洙<sup>2)</sup>、岡本 卓<sup>2)</sup>、柿崎 元恒<sup>3)</sup>、  
 今井 利<sup>4)</sup>、浦田 知之<sup>1)</sup>
- R-073 咯血にて発症し、外科的肺葉切除にて濾胞性細気管支炎の所見を認めたシェーグレン症候群、SLEの一例  
<sup>1)</sup>徳島市民病院 内科、<sup>2)</sup>徳島市民病院 外科、<sup>3)</sup>徳島市民病院 病理診断科、  
<sup>4)</sup>徳島大学病院 疾患病理学  
 原田 祥子<sup>1)</sup>、長谷加容子<sup>1)</sup>、小島今日子<sup>1)</sup>、竹崎 彰夫<sup>1)</sup>、手塚 敏史<sup>1)</sup>、岸 潤<sup>1)</sup>、  
 宇山 攻<sup>2)</sup>、堀口 英久<sup>3)</sup>、常山 幸一<sup>4)</sup>

## 呼吸器学会

12月17日(土) 第2会場

一般演題 アレルギー・間質性肺炎	11:48~12:28
座長 大西 広志 (高知大学医学部 血液・呼吸器内科学) 洲脇 俊充 (地方独立行政法人岡山市立総合医療センター岡山市立市民病院 呼吸器内科)	

- R-074 肺静脈瘤を合併したアレルギー性気管支肺真菌症の1例  
 国家公務員共済組合連合会吉島病院  
 佐野 由佳、緒方 美里、井上亜沙美、尾下 豪人、吉岡 宏治、池上 靖彦、山岡 直樹
- R-075 併存疾患を持つアレルギー性気管支肺アスペルギルス症にメポリズマブを導入しステロイド離脱できた1例  
<sup>1)</sup>西予市立西予市民病院、<sup>2)</sup>愛媛県立中央病院 呼吸器内科  
 濱田 徹<sup>1)</sup>、勝田 知也<sup>2)</sup>、相原 健人<sup>2)</sup>、村上 将紀<sup>2)</sup>、能津 昌平<sup>2)</sup>、中村 純也<sup>2)</sup>、  
 近藤 晴香<sup>2)</sup>、橋 さやか<sup>2)</sup>、井上 考司<sup>2)</sup>、中西 徳彦<sup>2)</sup>、森高 智典<sup>2)</sup>
- R-076 新型コロナワクチンによる間質性肺炎が疑われた2症例  
 公益社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  
 早瀬百々子、有田真知子、石田 直、時岡 史明、伊藤 明広、横山 俊秀、福田 泰、  
 濱川 正光、濱尾 信叔、甲田 拓之、川瀧 正典

R-077 ヒドロキシカルバミド(ハイドレア<sup>®</sup>)による重症薬剤性肺炎を発症した1剖検例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科  
神戸 寛史、福田 泰、石田 直

R-078 進行性に巨大嚢胞を形成し、咯血を繰り返したサルコイドーシスの一例

<sup>1)</sup> 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、  
<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 外科、  
<sup>4)</sup> 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 臨床検査科、  
<sup>5)</sup> 山口大学大学院医学系研究科 病理形態学講座  
深津愛祐美<sup>1)</sup>、山路 義和<sup>1)</sup>、伊藤 光佑<sup>2)</sup>、井野川英利<sup>3)</sup>、枝國 信貴<sup>1)</sup>、平野 綱彦<sup>1)</sup>、  
池田 栄二<sup>4,5)</sup>、松永 和人<sup>1)</sup>

呼吸器学会

12月17日(土) 第3会場

一般演題 肺腫瘍	13:50~14:38
座長 庄田 浩康 (地方独立行政法人広島市立病院機構広島市立広島市民病院 呼吸器内科) 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-079 クリゾチニブ耐性後にエヌトレクチニブが奏効した腎移植後 ROS1 陽性肺腺癌の1例

広島大学病院 呼吸器内科  
隅井 允彦、益田 武、山口 覚博、坂本信二郎、堀益 靖、宮本真太郎、中島 拓、  
岩本 博志、藤高 一慶、濱田 泰伸、服部 登

R-080 Pembrolizumab投与後に発症しステロイド治療が奏効した自己免疫性血小板減少症の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 血液内科  
野中 喬文<sup>1)</sup>、矢内 正晶<sup>1)</sup>、阪本 智宏<sup>1)</sup>、高田 美樹<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>1)</sup>、前垣 雅哉<sup>2)</sup>、  
山崎 章<sup>1)</sup>

R-081 非小細胞肺癌に対してペンブロリズマブを投与後に顕在化した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の一例

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

R-082 DurvalumabによるirAEとして乾癬様皮疹、乾癬性関節炎、間質性肺疾患を発症した非小細胞肺癌の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 整形外科、  
<sup>3)</sup> 鳥取大学医学部附属病院 皮膚科  
舟木 佳弘<sup>1)</sup>、小谷 昌広<sup>1)</sup>、原田 智也<sup>1)</sup>、石川 博基<sup>1)</sup>、矢内 正晶<sup>1)</sup>、岡崎 亮太<sup>1)</sup>、  
柳樂 慶太<sup>2)</sup>、谷 直実<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>1)</sup>

R-083 肝転移は進行再発非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬単剤治療の早期死亡因子

<sup>1)</sup> 国立病院機構高知病院 臨床研究部、<sup>2)</sup> 徳島大学 呼吸器・膠原病内科、  
<sup>3)</sup> 国立病院機構高知病院 呼吸器内科、<sup>4)</sup> 国立病院機構高知病院 病理診断科、  
<sup>5)</sup> 国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科、<sup>6)</sup> 徳島大学 地域呼吸器・総合内科学分野  
竹内 栄治<sup>1)</sup>、近藤 健介<sup>2)</sup>、岡野 義夫<sup>3)</sup>、市原 聖也<sup>3)</sup>、國重 道大<sup>3)</sup>、門田 直樹<sup>3)</sup>、  
町田 久典<sup>3)</sup>、畠山 暢生<sup>3)</sup>、成瀬 桂史<sup>4)</sup>、荻野 広和<sup>2)</sup>、軒原 浩<sup>5)</sup>、篠原 勉<sup>6)</sup>、  
西岡 安彦<sup>2)</sup>

R-084 免疫チェックポイント阻害薬投与終了後に免疫関連有害事象の甲状腺機能低下症を発症した小細胞肺癌の2例

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

呼吸器学会

12月17日(土) 第3会場

一般演題 肺腫瘍・縦隔腫瘍	14:38~15:26
座長 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) 豊田 優子 (高知赤十字病院 呼吸器内科)	

R-085 中枢気道病変に対するクライオ生検が診断に有用であった肺腺癌の1例

<sup>1)</sup> 県立広島病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 県立広島病院 臨床研究検査科  
平川 哲<sup>1)</sup>、勝良 遼<sup>1)</sup>、三宅 慎也<sup>1)</sup>、藤田 俊<sup>1)</sup>、上野沙弥香<sup>1)</sup>、益田 健<sup>1)</sup>、  
谷本 琢也<sup>1)</sup>、西阪 隆<sup>2)</sup>、石川 暢久<sup>1)</sup>

R-086 胸水検体を用いた肺がんコンパクトパネルによる次世代シーケンシングの有用性

<sup>1)</sup> 医療法人ほそや医院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 川崎医科大学 総合内科学4、  
<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 内科、<sup>4)</sup> DNAチップ研究所、  
<sup>5)</sup> 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科  
南 大輔<sup>1,2,3)</sup>、多田 陽郎<sup>3)</sup>、中島 康博<sup>3)</sup>、市山 成彦<sup>2)</sup>、河原辰由樹<sup>2)</sup>、長崎 泰有<sup>2)</sup>、  
越智 宣昭<sup>2)</sup>、山根 弘路<sup>2)</sup>、佐藤 慶治<sup>4)</sup>、森川 慶<sup>5)</sup>、瀧川奈義夫<sup>2)</sup>

R-087 特発性肺線維症を合併した進行非小細胞肺癌患者における治療状況の検討(CS-Lung003 ブランチ4)

<sup>1)</sup> 香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学、<sup>2)</sup> 岩国医療センター 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup> 岡山大学病院 新医療研究開発センター 臨床研究部、<sup>4)</sup> 岡山医療センター 呼吸器内科、  
<sup>5)</sup> 県立広島病院 呼吸器内科、<sup>6)</sup> 鳥根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学、  
<sup>7)</sup> 広島赤十字原爆病院 呼吸器科、<sup>8)</sup> 広島大学大学院 分子内科学、  
<sup>9)</sup> 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、<sup>10)</sup> CS-Lung003研究グループ  
金地 伸拓<sup>1)</sup>、西井 和也<sup>2)</sup>、堀田 勝幸<sup>3)</sup>、渡邊 直樹<sup>1)</sup>、井上 卓哉<sup>1)</sup>、柴山 卓夫<sup>4)</sup>、  
石川 暢久<sup>5)</sup>、津端由佳里<sup>6)</sup>、山崎 正弘<sup>7)</sup>、藤高 一慶<sup>8)</sup>、木浦 勝行<sup>9)</sup>、  
CS-Lung003研究グループ<sup>10)</sup>

R-088 1次治療から3次治療までALK-TKIによる腫瘍の縮小効果を得られたALK融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

高知赤十字病院 呼吸器内科  
近藤 圭大、森田 優、中内友合江、豊田 優子

R-089 抗リン脂質抗体症候群 (APS) で脳梗塞を併発し抗凝固療法の管理を必要とした進行肺がんの一例

廿日市記念病院 内科  
小原 弘之

R-090 ニューモシスチス肺炎を合併し治療に難渋した Good 症候群の一例

<sup>1)</sup>KKR 高松病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>KKR 高松病院 呼吸器外科  
関 祥子<sup>1,2)</sup>、市川 裕久<sup>1)</sup>、松岡 克浩<sup>1)</sup>、石川 真也<sup>2)</sup>、荒川裕佳子<sup>1)</sup>、森 由弘<sup>1)</sup>

## 呼吸器学会

12月17日(土) 第4会場

学生・コメディカルセッション①	11:10~11:42
座長 高松 和史 (高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科学) 宮原 信明 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 血液・腫瘍・呼吸器内科学)	

R-091 呼吸同調器式レギュレーターのパフォーマンス向上に伴う運動耐容能に与える影響 - 6分間歩行試験での比較-

<sup>1)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター リハビリテーション科、  
<sup>2)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科  
石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、村川 慶多<sup>2)</sup>、原田 美沙<sup>2)</sup>、水津 純輝<sup>2)</sup>、上原 翔<sup>2)</sup>

R-092 ケモカインCCL2抑制能を強化した間葉系幹細胞による肺気腫進展抑制効果の検討

<sup>1)</sup>岡山大学学術研究院保健学域 検査技術科学分野、<sup>2)</sup>岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup>岡山大学学術研究院医歯薬学域 血液・腫瘍・呼吸器内科  
大野 恵美<sup>1)</sup>、肥後 寿夫<sup>2)</sup>、妹尾 賢<sup>3)</sup>、板野 純子<sup>3)</sup>、後川 真輝<sup>1)</sup>、谷口 暁彦<sup>3)</sup>、  
角南 良太<sup>3)</sup>、中村 尚季<sup>3)</sup>、尾関 太一<sup>3)</sup>、木浦 勝行<sup>2)</sup>、前田 嘉信<sup>3)</sup>、宮原 信明<sup>1,2)</sup>

R-093 マスクによるNPPVの忍容性が不良であった1例に対し、マウスピースによるNPPVの呼吸理学療法・在宅導入経験

<sup>1)</sup>NHO 山口宇部医療センター リハビリテーション科、  
<sup>2)</sup>NHO 山口宇部医療センター 集中治療科、<sup>3)</sup>NHO 山口宇部医療センター 呼吸器内科  
石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、中村 亮裕<sup>2)</sup>、恐田 尚幸<sup>3)</sup>

R-094 重症喘息患者の増悪予測因子に関する前向き観察研究< Okayama-SARP >

<sup>1)</sup>岡山大学学術研究院保健学域、<sup>2)</sup>岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、  
<sup>3)</sup>国立病院機構福山医療センター、<sup>4)</sup>国立病院機構南岡山医療センター、<sup>5)</sup>福山市民病院、  
<sup>6)</sup>岡山労災病院、<sup>7)</sup>国家公務員共済組合連合会高松病院、<sup>8)</sup>山口赤十字病院、<sup>9)</sup>岡山市市民病院、  
<sup>10)</sup>愛媛県立中央病院  
後川 真輝<sup>1)</sup>、肥後 寿夫<sup>2)</sup>、谷口 暁彦<sup>3)</sup>、妹尾 賢<sup>3)</sup>、板野 純子<sup>4)</sup>、小田 尚廣<sup>5)</sup>、  
金廣 有彦<sup>6)</sup>、塩田雄太郎<sup>6)</sup>、荒川裕佳子<sup>7)</sup>、森 由弘<sup>7)</sup>、國近 尚美<sup>8)</sup>、高田 一郎<sup>5)</sup>、  
洲脇 俊充<sup>9)</sup>、中西 徳彦<sup>10)</sup>、谷本 安<sup>4)</sup>、木浦 勝行<sup>2)</sup>、宮原 信明<sup>1,2)</sup>

学生・コメディカルセッション②	11:42~12:14
座長 荒川裕佳子 (KKR 高松病院 呼吸器科) 関川 清一 (広島大学大学院医系科学研究科 生体機能解析制御科学)	

## R-095 地域在住高齢者におけるフレイル予防と慢性呼吸器疾患の予防に向けての活動実践

<sup>1)</sup>NHO 山口宇部医療センター リハビリテーション科、  
<sup>2)</sup>NHO 山口宇部医療センター 呼吸器内科、<sup>3)</sup>宇部市健康福祉部健康増進課  
石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、伊藤 光佑<sup>2)</sup>、山本 雄三<sup>3)</sup>

## R-096 肺がん化学療法におけるクリニカルパス作成の取り組み

<sup>1)</sup>高知大学医学部附属病院、<sup>2)</sup>高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科  
秋田 眞希<sup>1)</sup>、渡邊 夏未<sup>1)</sup>、山根真由香<sup>2)</sup>、土居 安世<sup>1)</sup>、後藤由紀江<sup>1)</sup>、伊藤 孟彦<sup>2)</sup>、  
小松 恵<sup>1)</sup>、横山 彰仁<sup>2)</sup>

## R-097 終末期慢性閉塞性肺疾患症例における在宅高流量鼻カニューラ酸素療法の導入経験と意義についての検討

<sup>1)</sup>NHO 山口宇部医療センター リハビリテーション科、  
<sup>2)</sup>NHO 山口宇部医療センター 呼吸器内科、<sup>3)</sup>山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科  
石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、水津 純輝<sup>2)</sup>、恐田 尚幸<sup>2)</sup>、村川 慶多<sup>2)</sup>、松田 和樹<sup>3)</sup>

## R-098 多職種連携による肺炎患者の早期退院に向けた病棟看護師の取り組み

<sup>1)</sup>県立広島病院 看護部、<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、  
<sup>4)</sup>県立広島病院 患者総合支援センター  
尾関 道子<sup>1)</sup>、澤村久美子<sup>1)</sup>、松井 美香<sup>1)</sup>、松本真由子<sup>1)</sup>、上池 沙織<sup>1)</sup>、平野 翔子<sup>1)</sup>、  
藤本 有希<sup>1)</sup>、甲斐 萌花<sup>1)</sup>、上野沙弥香<sup>2)</sup>、益田 健<sup>2)</sup>、谷本 琢也<sup>2)</sup>、中西 澄子<sup>1)</sup>、  
石川 暢久<sup>2)</sup>、前田 裕行<sup>3)</sup>、長澤 裕子<sup>4)</sup>

一般演題 感染症	13:50~14:38
座長 時岡 史明 (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) 三木 真理 (地方独立行政法人徳島県鳴門病院 内科)	

## R-099 ANCA関連血管炎肺病変との鑑別を要したニューモシスチス肺炎の1例

鳥取赤十字病院 内科  
黒田 桂介、中崎 博文

## R-100 画像診断上疑えなかった成人T細胞性白血病合併ニューモシスチス肺炎の一例

<sup>1)</sup>国立病院機構浜田医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup>国立病院機構浜田医療センター 病理診断科  
柳川 崇<sup>1)</sup>、御手洗裕紀<sup>1)</sup>、長崎 真琴<sup>2)</sup>

R-101 気管支拡張症に合併した *Exophiala dermatidis* による肺黒色真菌症の1例

<sup>1)</sup>国立病院機構愛媛医療センター、<sup>2)</sup>千葉大学 真菌医学研究センター  
三好 誠吾<sup>1)</sup>、田邊美由紀<sup>1)</sup>、仙波真由子<sup>1)</sup>、佐藤 千賀<sup>1)</sup>、渡邊 彰<sup>1)</sup>、伊東 亮治<sup>1)</sup>、  
阿部 聖裕<sup>1)</sup>、渡部 哲<sup>2)</sup>

R-102 侵襲性肺炎球菌感染症を合併したCOVID-19の一例

倉敷中央病院 呼吸器内科

福田 泰、田中 彩加、中西 陽祐、濱尾 信叔、濱川 正光、横山 俊秀、伊藤 明広、  
時岡 史明、有田真知子、石田 直

R-103 COVID-19 流行期におけるフィルムアレイ法の有用性

KKR高松病院 呼吸器科

松岡 克浩、関 祥子、市川 裕久、荒川由佳子、石川 真也、森 由弘

R-104 当院で経験したCOVID-19治療後の肺結核の2例

国家公務員共済組合連合会吉島病院

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

呼吸器学会

12月17日(土) 第4会場

一般演題 一般・その他	14:38~15:18
座長 川井 治之(岡山済生会総合病院 呼吸器内科) 木下 直樹(鳥取大学医学部 呼吸器・膠原病内科学分野)	

R-105 結核性胸膜炎との鑑別を要したIgG4関連呼吸器疾患の一例

<sup>1)</sup>山口県済生会下関総合病院、<sup>2)</sup>産業医科大学 呼吸器内科学

宇山 和宏<sup>1)</sup>、菊池悠次郎<sup>1)</sup>、平野 洋子<sup>1)</sup>、松嶋 敦<sup>1)</sup>、小畑 秀登<sup>1)</sup>、矢寺 和博<sup>2)</sup>

R-106 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)後に線維化が残り、慢性呼吸不全となった兄弟例

<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

川地 紘通<sup>1)</sup>、岸本 伸人<sup>2)</sup>、香西 博之<sup>2)</sup>、河野 洋二<sup>2)</sup>、堀内 宣昭<sup>2)</sup>

R-107 低侵襲心臓手術(MICS)の術後に発症した肺ヘルニアに対して胸壁再建した1例

倉敷中央病院 呼吸器外科

池田 敏裕、松浦 晃大、中ノ坊 亮、青野 泰正、福井 崇将、吉田 将和、高橋 鮎子、  
小林 正嗣

R-108 胸腔ドレーンによる医原性穿通性肺損傷に対してPulmonary tractotomyによる止血・肺修復術を要した一例

倉敷中央病院 呼吸器外科

吉田 将和、青野 泰正、中ノ坊 亮、福井 崇将、高橋 鮎子、小林 正嗣

R-109 Crowned dens syndromeを合併したCOPD増悪の2例

<sup>1)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、

<sup>2)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、<sup>3)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 内科

恐田 尚幸<sup>1)</sup>、藤井 哲哉<sup>1)</sup>、水津 純輝<sup>1)</sup>、原田 美沙<sup>1)</sup>、村川 慶多<sup>1)</sup>、上原 翔<sup>1)</sup>、  
兼定 晴香<sup>1)</sup>、宇都宮利彰<sup>2)</sup>、伊藤 光佑<sup>1)</sup>、近森 研一<sup>2)</sup>、青江 啓介<sup>2)</sup>、前田 忠士<sup>2)</sup>、  
亀井 治人<sup>3)</sup>

# 呼吸器学会 抄録

## R-001

### 原発性肺癌に合併し、放射線脳壊死との鑑別を要した転移性脳腫瘍の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>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

谷本 瑞季<sup>1,2)</sup>、矢内 正晶<sup>3)</sup>、田中 宏征<sup>3)</sup>、加藤 竜平<sup>3)</sup>、原田 智也<sup>3)</sup>、野中 喬文<sup>3)</sup>、舟木 佳弘<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>3)</sup>

症例は81歳、男性。20XX-1年7月にIV期肺扁平上皮癌と診断し、8月に脳転移に対して定位放射線治療を施行し、1次治療：CBDCA+nab-PTX+Pembrolizumab投与開始した。4コース終了後にPembrolizumab維持療法を行っていたところ、20XX年1月に薬剤性肺障害を認めたためステロイド治療を開始し、漸減終了した。治療終了後も原発巣は縮小を維持していたため、無治療経過観察としていた。5月25日ごろよりふらつきや視野異常を認め、5月31日に当科受診され、頭部単造影MRI検査で脳浮腫を伴う脳病変を認めたため、同日緊急入院とした。脳浮腫に対してステロイド、グリセリンによる治療を開始した。脳病変は定位放射線治療を行った部位に一致しており、転移性脳腫瘍の再燃と放射線脳壊死が鑑別となった。本症例では有症状で単発の脳病変であり、いずれであっても外科的治療の適応があると判断し、7月6日頭蓋内腫瘍摘出術を施行し、摘出病変の病理診断より転移性脳腫瘍と確定診断した。脳転移は完全に摘出されており、体幹部の病変は縮小を維持していたため、無治療経過観察を継続する方針とした。今回、我々は原発性肺癌に合併し、放射線脳壊死との鑑別を要した転移性脳腫瘍の1例を経験した。放射線脳壊死と転移性脳腫瘍の再発は臨床所見や通常の画像所見からは鑑別困難であるが治療方針を決定する上で両者の鑑別は非常に重要であり、文献的考察を含めて報告する。

## R-002

### 転移性脳腫瘍の組織学的検索から、再発乳癌による転移性肺腫瘍と診断しえた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 呼吸器内科、

<sup>3)</sup>松山赤十字病院 呼吸器センター 呼吸器外科

小西 里奈<sup>1)</sup>、牧野 英記<sup>2)</sup>、福西 宥希<sup>2)</sup>、八木 貴寛<sup>2)</sup>、村上 果住<sup>2)</sup>、梶原 浩太郎<sup>2)</sup>、吉田 月久<sup>3)</sup>、桂 正和<sup>3)</sup>、兼松 兼松<sup>2)</sup>、竹之山光広<sup>3)</sup>

症例は77歳女性。喫煙歴あり。20XX-12年に前医にて右乳癌切除術、術後補助化学療法施行され6年間のフォローにて寛解維持していたためフォロー終了されていた。20XX年7月、血痰と左下葉無気肺を指摘され当科紹介受診した。気管支鏡検査で左下葉枝を閉塞する腫瘍を認め同部位からの生検で非小細胞肺癌(NOS)と診断した。同時に多発脳腫瘍を指摘され、原発と転移の鑑別目的に脳生検を施行したところ、ER+、PgR+、GCDFP15+であり乳癌による転移性脳腫瘍と診断した。気管支腫瘍に対して追加の免疫染色を施行したところER+、PgR+、GCDFP+であり乳癌による転移性肺腫瘍と診断した。無気肺解除のため胸部への姑息照射(40Gy/16Fr)、転移性脳腫瘍に対しては全能照射照射(30Gy/10Fr)を施行した。その後、患者の希望で乳癌治療歴のある前医へ転院した。

本症例は、喫煙歴、乳癌治療から10年以上経過かつ乳癌と対側の気管支内腔に突出する腫瘍、病理所見から原発性肺癌と判断していたが、脳腫瘍の免疫染色から乳癌による転移性肺腫瘍の診断に至った。肺腫瘍の診断においては、安易に原発性肺癌、肺癌の転移と考えるのではなく、悪性腫瘍の既往歴などの臨床情報を十分に考慮して診断を進める必要がある。また、臨床的な必要性に応じて、転移性腫瘍の生検と免疫組織学的検索を加えることが、診断の一助になると思われる。

## 急性呼吸窮迫症候群を初発症状とし、剖検により診断し得たびまん性肺炎型の浸潤性粘液性腺癌の一例

<sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター 臨床研修センター部、

<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター 呼吸器内科

川住 宗生<sup>1)</sup>、荒木 佑亮<sup>2)</sup>、奥崎 体<sup>2)</sup>、三登 峰代<sup>2)</sup>、福原 和秀<sup>2)</sup>、妹尾 直<sup>2)</sup>

**【症例】**76歳、男性。2021年6月に呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送された。胸部CTで両肺に広範な陰影を認め、急性肺炎、急性呼吸窮迫症候群と診断された。同日より集学的治療が開始され、治療経過中に肺野に器質化肺炎を疑う所見が認められたため、ステロイドによる治療が開始された。斑状陰影は残存するものの、酸素化は改善傾向であり、同年8月転院先にてステロイドは漸減中止されていた。同年9月呼吸状態が悪化し、再入院となった。入院当日の胸部CTで前回入院時に認めた多発斑状影は残存していた。斑状影に対して経気管支肺生検が施行されたが、器質化肺炎の所見が得られるのみで、悪性所見は認めなかった。同日よりステロイドパルス、抗菌薬による治療を開始されたが、呼吸状態は徐々に悪化し、同年10月に逝去された。病理解剖が施行され、両側肺全体にlepidic growthを示す高円柱状で豊富な細胞質粘液を有する腫瘍細胞がびまん性に認められ、浸潤性粘液性腺癌と診断された。

**【考察】**びまん性肺炎型の浸潤性粘液性腺癌は浸潤影を呈する肺炎との鑑別が困難である。経気管支肺生検で器質化肺炎と診断したが、治療抵抗性であり、剖検にて浸潤性粘液性腺癌と診断し得た一例を経験した。著者らの知る限り、急性呼吸窮迫症候群を初発症状として呈した浸潤性粘液性腺癌は報告がなく、貴重な症例と考えられたため、文献的考察を踏まえて報告する。

## 肺腺癌切除を契機に診断したびまん性特発性肺神経内分泌細胞過形成の一例

<sup>1)</sup> 県立広島病院 初期臨床研修センター、<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  
倉富 亮<sup>1)</sup>、勝良 遼<sup>2)</sup>、三宅 慎也<sup>2)</sup>、頼島 愛<sup>3)</sup>、藤田 俊<sup>2)</sup>、平川 哲<sup>2)</sup>、舛田 翔<sup>3)</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】**74歳男性

**【現病歴】**右内頸動脈狭窄症で抗血小板薬を内服中に、血痰を自覚し近医を受診した。CTで右下葉の空洞性腫瘍病変と気管分岐下リンパ節腫脹を認め、肺癌精査目的に当院を紹介受診した。

**【既往歴】**右内頸動脈狭窄症

**【臨床経過】**CTでは右S<sup>10</sup>に36mm大の空洞性腫瘍病変と周囲のすりガラス影があり、その他炎症と思われるすりガラス影を両肺に認めた。PET-CTでは右S<sup>10</sup>の腫瘍影にSUVmax7.4、#11liにSUVmax37.2、#7にSUVmax3.4の集積を認めた。EBUS-TBNAでは#11liからclassVの腺癌を認め、#7はclassIIIであったため、cT2aN1M0・StageIIBとして開胸下右中下葉切除術+ND2a-1郭清を施行した。手術検体はS<sup>10</sup>に8×6mmの腫瘍と、#7から腺癌を認め、pT1aN2M0・StageIIIAと診断し、腫瘍から離れた所にびまん性特発性肺神経内分泌細胞過形成(diffuse idiopathic pulmonary neuroendocrine cell hyperplasia:DIPNECH)を認めた。

**【考察】**DIPNECHはWHO分類(第4版)で神経内分泌腫瘍の一分類とされ、気管支肺異形成や慢性閉塞性肺疾患の原因となりうるとされているが、報告例はかなり少なく、多くはカルチノイド合併例である。今回、肺腺癌切除を契機に診断したため報告する。

## 中縦隔リンパ管腫の一切除例

国立病院機構岩国医療センター

中嶋 章裕、塩谷 俊雄、近藤 薫、古川 真一、渡邊 元嗣、片岡 和彦

【背景】縦隔リンパ管腫は小児に発生することが多い縦隔嚢胞性疾患のひとつであり、成人例は比較的稀である。また、本疾患はリンパ瘻による乳び胸を伴うことが多いとも報告されている。今回、我々は成人に発症した中縦隔リンパ管腫の一例を経験したため、若干の文献的報告を加えて報告する。

【症例】50歳男性。検診の胸部レントゲンで右下肺野縦隔側に異常陰影を指摘され、胸部CTにて右横隔膜上に腫瘤影を認めたため、当科に紹介となった。

右孤立性線維性腫瘍が疑われたため、診断的治療として手術を行う方針とした。手術は完全鏡視下で施行した。胸腔内を観察したところ、腫瘍は嚢胞性病変であり、中縦隔に存在していた。横隔神経の一部が腫瘍内を走行していたため、横隔神経を温存するように腫瘍を剥離し、可及的に腫瘍摘出を行った。腫瘍は嚢胞状の病変が平坦な内皮細胞に覆われており、リンパ管腫と診断された。術後一過性の横隔神経麻痺はあったが、経過良好で術後3日目で退院となった。

現在外来にて経過観察中であるが、再発は認めていない。

【結語】中縦隔リンパ管腫に対し胸腔鏡下手術を施行し、摘出した一例を経験した。本疾患は比較的稀な腫瘍であり、術前診断が困難であることが多いため、診断的治療として手術が必要となる可能性が高いと思われる。

## 混合型小細胞肺癌に対する Atezolizumab を含めた化学療法中に、免疫関連有害事象である大腸炎が生じた一例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院

緒方 康人、甲田 拓之、福田 泰、横山 俊秀、石田 直

化学療法の新たな選択肢として免疫チェックポイント阻害薬が登場しているが、様々な免疫関連有害事象 (immune-related adverse event 以下 irAE) を引き起こすことには注意が必要である。今回我々は Atezolizumab 投与早期に irAE として大腸炎が生じた一例を経験したため報告する。

患者は73歳男性。右上葉混合型小細胞肺癌 (cT1cN3M1c:Stage IV B) に対する初回化学療法目的に入院した。Carboplatin, Etoposide, Atezolizumab 3剤併用療法を開始した。治療開始後から便秘があったため day6 に緩下剤を使用したところ下痢、肛門周囲炎があり抗菌薬加療を day10 まで継続していた。Day11 に下血が出現した。Clostridium difficile 毒素陰性であり感染性腸炎を除外し、腹部CTでは上行結腸から横行結腸にかけて腸壁の浮腫性肥厚を認めた。2日後の下部消化管内視鏡検査では粘膜の発赤・びらんを認め、病理所見では炎症細胞浸潤を認め、irAE 腸炎としても矛盾しないものであったため、irAE 腸炎 (Grade2) と診断した。ステロイドは使用せず保存的加療により症状の改善は得られた。免疫チェックポイント阻害薬投与後の下痢・腹痛では irAE も鑑別として挙げるべきである。

## 同時に異なる3つの組織型を認めた多発性肺癌の1例

<sup>1)</sup>徳島大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup>徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科  
 中西 颯斗<sup>1)</sup>、土師 恵子<sup>2)</sup>、松村 有悟<sup>2)</sup>、三橋 敦志<sup>2)</sup>、小川 瑛<sup>2)</sup>、今倉 健<sup>2)</sup>、美馬 正人<sup>2)</sup>、  
 尾崎 領彦<sup>2)</sup>、米田 浩人<sup>2)</sup>、萩野 広和<sup>2)</sup>、坂口 暁<sup>2)</sup>、佐藤 正大<sup>2)</sup>、埴淵 昌毅<sup>2)</sup>、西岡 安彦<sup>2)</sup>

**【症例】**70歳、男性。X年1月CTで左肺尖部の結節と縦隔リンパ節腫大を指摘され当科を受診した。3月PET-CTで左肺尖部の25mm大の結節と右肺下葉の11mm大の結節に高集積を認め、両側肺門と縦隔リンパ節に軽度集積を認めた。左肺尖部の結節に対して気管支鏡検査を施行も、悪性所見を認めなかった。左肺尖部の結節を肺癌の原発巣とした場合、右肺下葉の結節が転移巣か否かで治療方針が変わるため、4月右肺下葉の結節に対して部分切除術を施行し、病理組織は扁平上皮癌であった。6月CTで左肺尖部の結節と、右肺門・縦隔リンパ節(#4R)、3月のPET-CTでは有意集積を認めなかった右肺下葉の結節が増大傾向にあった。血液検査でCEAが上昇しており、腺癌との重複癌の可能性も考慮し、左肺上葉部分切除術と#4Rに対するEBUS-TBNAを施行した。病理検査で左肺尖部結節は肺腺癌であった。#4Rは小細胞癌であり、増大傾向にある右肺下葉の結節を原発巣と考えた。肺扁平上皮癌cT1aN0M0 StageIA1、肺腺癌pT2bN0M1a StageIVA (PLE)、肺小細胞癌cT2bN3M1b StageIVB (BRA)と診断し、小細胞癌を標的としてCBDCA + VP-16 + Durvalumabを開始した。

**【考察】**小細胞癌を含む異なる3つの組織型を認める多発性肺癌は非常に稀である。治療方針の決定のため、多発癌を疑う画像所見や経過をたどる症例においては積極的な組織生検が望まれる。

## 化学療法への反応性を示すも急激な呼吸不全と汎血球減少を示した肺腺癌の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  
 佐原 咲希<sup>1)</sup>、八木 貴寛<sup>2)</sup>、福西 宥希<sup>2)</sup>、村上 果住<sup>2)</sup>、梶原浩太郎<sup>2)</sup>、牧野 英記<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>

20XX年5月に咳嗽を契機にIV期肺腺癌と診断された。1st lineでCBDCA+PEM+Pembrolizumabでの治療を4コース、2nd lineとしてS-1を2サイクル施行した。PDとなりVNR導入予定としていたが、呼吸困難が増強し当科入院した。細菌性肺炎、irAEによる肺障害として抗菌薬、ステロイド併用による治療を開始し徐々に改善していたためステロイド減量した。その後症状、画像所見ともに再増悪したためステロイドを増量したが、改善に乏しかった。以上の経過から癌性リンパ管症の増悪を疑い、20XX+1年1月にVNR導入したところ4ヶ月間SDを維持していたが、呼吸困難と画像所見は化学療法に反応して改善と増悪を繰り返していた。5月3日に癌性リンパ管症が増悪し、PDと判断してGEMを導入した。Grade3の骨髄抑制の他は順調に経過し5月17日に退院した。しかし退院翌日以降の呼吸困難の増悪のため5月20日に緊急入院した。骨髄抑制のため化学療法開始基準を満たさないまま呼吸状態増悪し、5月24日に死亡した。病理解剖では癌性リンパ管症の所見は目立たず肺癌の両側肺への微小転移をびまん性に認め、呼吸不全の主要な原因と考えられた。また、両側副腎、甲状腺、骨髄にも転移を認めた。これらの転移は全てTTF-1陽性で診断時の検体と同一の形態学的特徴を持つ腫瘍であった。

## 頭蓋底骨転移脳内浸潤により硬膜下血種を生じたEGFR遺伝子変異陽性肺癌の一例

福山市民病院 内科

岡 智彦、小田 尚廣、三谷 玲雄、高田 一郎

症例は55歳男性。肺癌の疑いで当院を紹介受診した。骨病変に対するCTガイド下生検を行い、右下葉肺腺癌cT1cN1M1c Stage IVBと診断し、LC-SCRUM-Asiaに登録した。入院当日より激しい頭痛が出現したため当院救急外来を受診した。頭部CT、MRIを撮影したところ、頭蓋底骨転移が脳内に浸潤し硬膜下血腫を生じていた。画像上midline shiftを呈し、頭痛、意識レベルも悪化傾向であったため、緊急的に穿頭洗浄術を施行した。処置により症状は著明に改善したが、吸引した血種の一部を細胞診に提出したところ腺癌細胞が認められた。入院5日目にLC-SCRUM-Asiaの解析結果が判明し、EGFR exon 21 L858Rが陽性であった。同日よりオシメルチニブ80mgを開始し、入院8日目から頭蓋底骨転移に対する定位放射線治療(30Gy/10fx)を開始したところ、早期に病勢コントロール可能となり社会復帰することが出来た。悪性腫瘍の頭蓋底転移脳内浸潤による硬膜下血腫は非常に稀なoncology emergencyである。本症例は内科、脳神経外科、放射線治療科による迅速な集学的治療によって良好な転帰が得られた。

## 肺癌の化学療法中に薬剤性肺障害をくり返し認めた一例

<sup>1)</sup> 広島大学病院 医科領域臨床研修センター、<sup>2)</sup> 広島大学病院 呼吸器内科

山崎 礼羅<sup>1)</sup>、牛尾 剛己<sup>2)</sup>、山口 覚博<sup>2)</sup>、坂本信二郎<sup>2)</sup>、堀益 靖<sup>2)</sup>、益田 武<sup>2)</sup>、宮本真太郎<sup>2)</sup>、中島 拓<sup>2)</sup>、岩本 博志<sup>2)</sup>、藤高 一慶<sup>2)</sup>、濱田 泰伸<sup>2)</sup>、服部 登<sup>2)</sup>

症例は66歳、男性。X-4年に左上葉区域切除および下葉S6部分切除を施行され、腺癌が混在する混合型大細胞神経内分泌癌と診断された。その後X-4年、X-3年、X-2年に肺内転移再発に対し、4カ所の定位照射が施行された。X年1月左肺下葉に浸潤影を認め、気管支鏡検査で肺腺癌と診断された。X年3月よりカルボプラチン、ペメトレキセド、ペンブロリズマブ併用療法が開始されたが、投与5日後より両肺びまん性すりガラス影を認め、薬剤性肺障害を疑い、ステロイド治療を開始した。肺障害軽快後、4月よりカルボプラチン、ペメトレキセド併用療法再開したが、投与6日後より薬剤性肺障害を認めたためステロイドの増量を行った。ステロイド漸減後6月よりカルボプラチン、パクリタキセルに切り替えて化学療法再開したが、投与6日後より薬剤性肺障害を認めたためステロイドの増量を行った。ステロイド漸減後7月よりTS-1に切り替えて化学療法を再開したが、投与18日目に薬剤性肺障害を認め、ステロイドの増量を行った。化学療法中に薬剤性肺障害を認めることはあるが、多数の抗がん剤で薬剤性肺障害を複数回認めた一例を経験したので報告する。

## R-011

### 高度亀背を伴う肺アスペルギルス症患者に3D-CTシミュレーションのもと空洞切開・菌球除去術を施行した1例

<sup>1)</sup> 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 初期臨床研修医、

<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器外科、

<sup>3)</sup> 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科、

<sup>4)</sup> 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 放射線科

越智 裕貴<sup>1)</sup>、原田 洋明<sup>2)</sup>、赤山 幸一<sup>2)</sup>、小田部誠哉<sup>2)</sup>、宮崎こずえ<sup>3)</sup>、西村 好史<sup>3)</sup>、川崎 広平<sup>3)</sup>、三好 由夏<sup>3)</sup>、島田 俊宏<sup>3)</sup>、富吉 秀樹<sup>4)</sup>、柴田 諭<sup>2)</sup>

【はじめに】肺アスペルギルス症に対する外科手術は抗真菌薬への反応性や全身状態などを考慮し、術式の選択が必要となる。今回、高度亀背の患者に対して3D-CTシミュレーションのもと胸腔鏡補助下に空洞性病変へアプローチし、空洞切開・菌球除去術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】61歳男性。肺アスペルギルス症、結核性胸膜炎、強直性脊椎炎の既往あり。15年以上繰り返す血痰・肺炎に対して抗真菌薬治療がなされており、少なくとも2010年には右肺尖部に空洞性病変を認めていた。今回、39℃の発熱、咳嗽、呼吸苦を主訴に撮影した胸部単純CTで、右肺尖部の空洞性病変周囲において浸潤影が前回撮影時より増強していた。内科的治療で効果がないため右肺尖部の空洞性病変に対して外科治療を行う方針となった。強直性脊椎炎による高度亀背があり、3D-CTでのシミュレーションで病変へのアプローチが検討された。胸腔鏡補助下に右頸部から空洞性病変に到達し、空洞切開および菌球除去術を行った。吸引カテーテルを2本伴走させる形で空洞内に留置し手術を終了した。術後は吸引カテーテルを用いて空洞内の清浄化が行われ、症状の再燃なく経過している。

【結語】肺アスペルギルス症における手術は肺切除術が第1選択だが、症例によっては空洞切開・菌球除去術が適応となる。本例は高度亀背により病巣へのアプローチが困難であったが、術前の3D-CTシミュレーションが極めて有効であった。

## R-012

### 口腔内衛生環境が発症に寄与したと考えられる *Campylobacter rectus* (*C. rectus*) による膿胸の2例

<sup>1)</sup> 社会医療法人近森会近森病院 臨床研修部、<sup>2)</sup> 社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科

竹田 有佑<sup>1)</sup>、藤原 絵理<sup>2)</sup>、馬場 咲歩<sup>2)</sup>、三枝 管理<sup>2)</sup>、白神 実<sup>2)</sup>、中岡 大士<sup>2)</sup>、石田 正之<sup>2)</sup>

症例1：85歳男性。入院の7日前から右胸痛が出現し、近医を受診し加療を受けるも改善なく、2日前に膿胸疑いで入院。抗真菌薬治療を行うも、ドレナージが必要と判断され当院に転院。転院時のバイタルは安定、聴診で右下肺野の呼吸音の減弱を認めた。胸部画像では右胸水貯留が認められた。同日に胸腔ドレナージを施行し、SBT/ABPC (12.0g/日) で治療を開始した。胸水の培養結果から *C. rectus* と *P. gingivalis* が検出された。その後の経過は良好で約4週間で退院となった。なお、入院中の歯科診察で重症歯周炎を認め、発症への関与を考え、入院11病日に抜歯を行った。

症例2：73歳男性。脊髄小脳変性症で気管切開後のADL全介助の方。入院前日から発熱、SpO<sub>2</sub>の低下も認められ、救急搬送となり膿胸の診断で入院となった。口腔内は歯石、舌苔が著明で口臭も認められた。胸水の培養から、*C. rectus* に加えて *Bacteroides pyogenes*、*D. pneumosintes* を検出した。胸腔ドレナージとSBT/ABPC (12.0g/日) による治療を行い、口腔ケアの徹底も行った。その後経過は良好で4週間の抗菌薬加療を行った。

歯周病や歯性感染症が原因で、全身性疾患に進展することは広く知られ、特に呼吸器感染症は歯性感染症と密接な関連があるといわれている。今回歯周炎の代表的な検出菌が胸水から検出され、口腔内所見と併せて、歯周炎が膿胸に発症に関与したものと考えられた。改めて日頃から口腔内評価の重要性が示唆された。

**T-SPOT陰性、抗MAC抗体陽性を呈した肺結核の一例**

独立行政法人国立病院機構東広島医療センター

豊田 康介、島田 俊宏、三好 由夏、川崎 広平、西村 好史、宮崎こずえ、重藤えり子

【症例】28歳男性

【現病歴】インドネシア出身の留学生として来日し、就学後に施行された健診胸部単純X線写真にて左下肺野浸潤影を指摘されたため、精査目的に当院を受診。自覚症状はなかったが、胸部CTでは左肺S<sup>3</sup>、S<sup>5</sup>、S<sup>10</sup>に多発粒状影及び結節影、右肺S<sup>6</sup>に空洞を伴う結節影を認めたため肺結核を強く疑った。3回の喀痰抗酸菌検査に提出したところ、初回検体で塗沫+1を認めたため、TB-LAMP、MAC-PCRを追加したがいずれも陰性であった。血液検査ではT-SPOT陰性、抗MAC抗体陽性を呈したため、その時点で非結核性抗酸菌症を考慮したが、その後、初回検体での抗酸菌培養にて結核菌が検出されたため肺結核の診断に至った。喀痰塗沫が陽性であり、速やかに入院隔離の上、INH、RFP、EB、PZAによる治療が開始された。

【考察】T-SPOTや抗MAC抗体は抗酸菌症の診療において有用な検査であるが、感度・特異度には限界があり、それらの結果を過信することはできない。本症例において両検査が肺結核を示唆しない結果を呈した原因について、文献的考察を加えて考察する。

**肺非結核性抗酸菌症による咯血を契機に判明した仮性肺動脈瘤の1例**

<sup>1)</sup>愛媛県立中央病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup>愛媛県立中央病院 呼吸器内科  
プランティリア まや<sup>1)</sup>、能津 昌平<sup>2)</sup>、相原 健人<sup>2)</sup>、村上 将紀<sup>2)</sup>、中村 純也<sup>2)</sup>、近藤 晴香<sup>2)</sup>、  
橘 さやか<sup>2)</sup>、勝田 知也<sup>2)</sup>、井上 考司<sup>2)</sup>、中西 徳彦<sup>2)</sup>、森高 智典<sup>2)</sup>

症例は90歳女性。X-5年7月に血痰を主訴に当院呼吸器内科に紹介された。CT画像からは気管支拡張症と非結核性抗酸菌症 (NTM) が疑われ、抗酸菌PCR検査ではM. intracellulare陽性であったが年齢や症状を考慮して経過観察の方針とした。X-2年12月大量咯血と低酸素血症のため、当院へ救急搬送された。胸部CTでは以前と比べ、NTMの増悪を認めた。止血剤投与を行い、待機的に気管支動脈塞栓術 (BAE) を施行した。全身状態や年齢からは化学療法は不適と判断し、エリスロシン単独投与継続をかかりつけで継続していた。X年8月に胸痛のため救急病院に搬送された。その入院中に咯血を認め、当院に紹介転院搬送された。造影CTでは前回入院時と比較してNTMはさらに進行しており、右上葉の空洞病変の内部に2.2cm大の仮性肺動脈瘤を認めた。忍容性の観点から気管支鏡検査による出血源確認はできなかったが、CT所見より右上葉からの出血と考え、同日BAEを施行し、第4病日に仮性肺動脈瘤に対してコイル塞栓を施行した。術後は合併症なく経過し、咯血も改善したため、リハビリ目的に転院となった。我々は半年の経過で急速に増大した末梢性肺動脈瘤の1例を経験したため、ここに文献的考察を加えて報告する。

## R-015

### 非結核性抗酸菌症と特発性肺線維症を合併し2型呼吸不全に至った1例

<sup>1)</sup>川崎医科大学総合医療センター 臨床教育研修センター、

<sup>2)</sup>川崎医科大学総合医療センター 総合内科学1

大西 徹平<sup>1)</sup>、白井 亮<sup>2)</sup>、友田 恒一<sup>2)</sup>

【症例】67歳、女性。4年前に健診異常のため近医を受診し非結核性抗酸菌症を疑われ経過観察されていた。3年前にかかりつけ医から精査のため当科へ紹介となった。

【経過】胸部CTで、両肺胸膜直下を中心に網状影、嚢胞性変化また中葉舌区に気管支拡張を伴うconsolidationを認めた。KL-6は806U/mL、MAC抗体が陽性であったため間質性肺炎と非結核性抗酸菌症の合併と考えられた。喀痰検査では抗酸菌は認めなかったため経過観察していたところ、1年後に胸部CTで空洞影の出現がみられ、喀痰からMycobacterium intracellulareが検出された。このためCAM+EB+RFP+SMで治療を開始した。治療開始1年後には労作時の息切れがみられるようになり、胸部CTで肺底部の蜂巣肺の進行を認めたためニンテダニブも開始した。また労作時の低酸素血症のため在宅酸素療法も開始した。3ヶ月前に突然呼吸困難が生じ救急搬送され胸部CTで縦隔気腫を認めた。入院経過で縦隔気腫は改善したものの、パニック発作、せん妄などの精神症状が出現したため精神科病院へ転院した。転院先の病院で誤嚥性肺炎を発症したため、当院へ再入院となったが、2型呼吸不全のため死亡された。

【考察】特発性肺線維症は、呼吸器感染症の併発がみられることがある。全身と局所の免疫防御能の変化と菌の毒性により急速に非結核性抗酸菌症が悪化し、さらに特発性肺線維症も進行したのではないかと考えられた。

## R-016

### CAM、RFP、EB 3剤併用療法が奏効したMycobacterium shinjukuense肺感染症の1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>徳島県立中央病院 メディエンス検査室

大久保隼人<sup>1)</sup>、柿内 聡司<sup>2)</sup>、村上 尚哉<sup>2)</sup>、香川 仁美<sup>2)</sup>、坂東 紀子<sup>2)</sup>、今倉 健<sup>2)</sup>、稲山 真美<sup>2)</sup>、早川 貴範<sup>3)</sup>、葉久 貴司<sup>2)</sup>

【背景】M. Shinjukuenseは16S rRNA, rpo B遺伝子配列をもつことを特徴とする非結核性抗酸菌であり、Runyon分類ではM. avium-intracellulare complexと同じ3群菌に属する。2011年に報告された比較的新しい菌種で、病原性や肺感染症としての病態は未だ明らかにはなっておらず、標準的治療は確立していない。

【症例】症例は74歳女性。X年7月胸部異常陰影の精査目的で当院に紹介された。右中下葉の気管支拡張、空洞性陰影、気道散布性粒状影を認め、気管支ファイバー検査を施行した。気管支洗浄液抗酸菌培養でM. Shinjukuenseが検出された。その後の喀痰抗酸菌検査で塗抹陽性、培養にて同菌が検出された。X+1年1月CAM、RFP、EBの3剤併用療法を開始、同年7月CTで空洞影の縮小等みられ、X+2年1月で治療を終了、同年7月喀痰抗酸菌培養は陰性であった。

【考察】比較的まれなMycobacterium shinjukuense肺感染症の1例を経験した。本症に関する報告は少なく標準的治療は確立していないが、CAM、RFP、EBの3剤併用療法の有効性が示唆された。今後症例が蓄積され、病態が明らかとなっていくことが期待される。

**分離肺換気により間質性肺病変の急性増悪を発症した悪性中皮腫の1例**

<sup>1)</sup>川崎医科大学総合医療センター 臨床研修センター、<sup>2)</sup>川崎医科大学 総合内科学4  
齋藤 貴子<sup>1)</sup>、河原辰由樹<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】82歳，男性．喫煙歴なし，粉塵作業歴25年．

【現病歴】咳嗽と右胸痛を主訴に近医を受診した．胸部CTにて右胸水貯留を認め，細胞診でClass Vであり原発巣の精査目的で前医を紹介された．その際の胸部CTではじん肺に伴うInterstitial lung abnormalities (ILA)が認められた．その後，胸水の精査を行うも悪性所見は得られず，胸水の増量が緩徐であることより経過観察となっていた．しかし，9か月後に胸水の再貯留を認め，胸腔ドレーン留置とOK-432による胸膜癒着術後，当院へ紹介された．CTでは肺癌病変はなく，一部胸膜の肥厚を認めることから，胸腔鏡下胸膜生検術を施行した．生検組織より一部悪性所見を確認するも確定診断に至らず，1週間後に再生検を行い，悪性胸膜中皮腫の確定診断となった．しかし，再生検から5日後に間質性肺病変の急性増悪を発症し，ステロイドパルス療法を施行するも，呼吸状態の改善はなく治療開始後約2週間で死亡した．

【考察】急性増悪は，侵襲的検査や手術，感染症，あるいは薬剤投与などがリスクとなる．一方，じん肺に伴うILAは特発性肺線維症と比べて急性増悪を発症にくいと報告されている．本症例では2回の分離肺換気の直後に急性増悪を発症し，要因となった可能性が高い．背景肺や年齢を考慮し，術式選択や麻酔管理を慎重に検討するべきと思われる．

**対側肺に器質化肺炎をきたした悪性胸膜中皮腫の一例**

<sup>1)</sup>国家公務員共済組合連合会呉共済病院 総合診療科、  
<sup>2)</sup>国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup>国家公務員共済組合連合会呉共済病院 呼吸器外科  
兼永幸太郎<sup>1)</sup>、乙原 雅也<sup>2)</sup>、河瀬 成穂<sup>2)</sup>、松本 理恵<sup>3)</sup>、杉本龍士郎<sup>3)</sup>、前田 憲志<sup>2)</sup>、堀田 尚克<sup>2)</sup>、  
今井 茂郎<sup>3)</sup>

症例は82歳の男性．喫煙歴あり，造船業の従事歴あり．X年6月より咳嗽があり呼吸機能検査で混合性換気障害を指摘され当院を紹介受診した．胸部CTで左胸水貯留と不整な胸膜肥厚像を指摘され胸腔穿刺を施行されたが悪性細胞は認められなかった．2週間後，腰痛と全身倦怠感あり当院を受診した．胸部CTで左胸水の再貯留と右上葉縦隔側にすりガラス影を伴う濃厚浸潤影を指摘され精査加療目的で入院した．左胸膜生検を施行され肉腫型悪性胸膜中皮腫と診断されたが，高齢であり全身状態も悪く緩和ケアの方針となった．抗菌薬を投与したが右肺上葉の陰影は改善に乏しく，胸部CTを再検したところ右上葉背側のすりガラス影は拡大し，右S6にも区域性のすりガラス影，末梢の気管支透亮像を伴う浸潤影を認めた．右上葉で気管支肺胞洗浄を行ったところ，回収液はリンパ球比率が84%であり，経気管支肺生検による組織検体では肺胞壁へのリンパ球浸潤や肺胞腔内のフィブリン析出を認めた．器質化肺炎としてプレドニゾン30mgの内服を開始したところ症状は改善し陰影も縮小傾向であった．プレドニゾンは徐々に漸減し，維持量として10mgを内服中だが再発所見なく経過は良好である．悪性胸膜中皮腫に器質化肺炎を合併した症例は稀であり，貴重な症例を経験したため報告する．

## R-019

### 滅菌調整タルクでの胸膜癒着術後に異物反応肉芽腫を形成した肺癌の一例

<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  
岡田 夏穂<sup>1)</sup>、山根 高<sup>2)</sup>、寺田 潤紀<sup>2)</sup>、浦田 知之<sup>2)</sup>

症例は59歳男性。IV期肺腺癌に対して、一次治療としてカルボプラチンとペメトレキセド、ペムブロリズマブを開始した。4コース施行後ペメトレキセドとペムブロリズマブの維持療法を施行した。4コース施行後に左癌性胸膜炎を発症し、滅菌調整タルクでの胸膜癒着術を施行した。二次治療としてラムシルマブとドセタキセルを開始した。タルクでの胸膜癒着術2ヶ月後、CTでドレナージチューブ挿入部位に一致する部位に皮下から胸壁にかけて、高吸収域を伴う腫瘤の出現を認めた。皮膚生検では、無色透明で結晶状の異物と肉芽腫を認め、タルクによる異物反応肉芽腫と診断した。皮膚切開による浸出液排液にて皮膚腫瘤は消失した。二次治療を7ヶ月継続しているが癌の増悪を認めず、皮下腫瘤の再発を認めていない。本症例はタルクでの胸膜癒着術後に認める特徴的な所見である、CTで高吸収域を認め、皮膚生検にてタルクでの胸膜癒着術後異物反応肉芽腫と診断することができた。タルクでの胸膜癒着術後には、タルクによる異物反応肉芽腫をきたすことがあり、CTでの高吸収域が癌との鑑別に有用である可能性がある。

## R-020

### 癌性胸膜炎を呈した卵巣癌の一例

<sup>1)</sup>川崎医科大学附属総合医療センター 臨床教育研修センター、  
<sup>2)</sup>川崎医科大学附属総合医療センター 総合内科学1  
岩佐 帆夏<sup>1)</sup>、白井 亮<sup>2)</sup>、友田 恒一<sup>2)</sup>

【症例】73歳女性

【主訴】右胸痛

【現病歴】X年4月頃から右胸痛が出現したため近医受診。胸部XPにて右側胸水を指摘され、精査目的にて当科紹介受診。胸水細胞診にて漿液性腺癌が検出され癌性胸膜炎と診断した。血中および胸水中CA125が高値であること、検出された腺癌の特殊染色の結果から卵巣癌からの転移の可能性が考えられた。CT画像およびMRI画像では明らかな卵巣腫瘤は認められなかったが、PETにて右卵巣部に異常集積が認められた。腹腔鏡下にて同部位の生検を行い、漿液性卵巣癌と診断した。

【考察】進行性卵巣癌は腹膜播種による腹水貯留をとまうことが多い。本症例のように原発巣が画像では同定困難であり、しかも癌性胸膜炎を契機に診断された症例は稀と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

## R-021

### 胸水貯留を契機に診断に至った胸膜アミロイドーシスの1例

倉敷中央病院

水口 昌俊、天野 明彦、田中 彩加

胸膜アミロイドーシスとは、アミロイドと呼ばれる線維状の異常蛋白質の沈着により壁側胸膜が破綻する病態であり、全身性アミロイドーシスのうち1-2%に合併するとされる。

今回、胸水貯留を契機に診断に至った胸膜アミロイドーシスの1例を経験したので報告する。症例は生来健康な83歳女性。入院6か月前から両側顎下部腫瘍が出現し、入院10日前から労作時呼吸困難感を自覚した。CTで左大量胸水、心嚢液貯留、全身リンパ節腫大、両側顎下腺腫大、大網部腫瘍を認め、精査加療目的に当科入院となった。胸水はリンパ球優位の滲出性胸水であったが、特異的所見はなく、原因検索のため、胸腔鏡検査にて胸膜生検を行った。Congo red染色陽性の好酸性無構造物質の沈着を認め、胸膜ALアミロイドーシスの診断であった。さらに、顎下腺・腋窩リンパ節生検、上下部内視鏡での生検でも同様の所見がみられた。骨髄所見で、IgA、 $\lambda$ 型の形質細胞の増生を認め、単クローン性免疫グロブリン血症(MGUS)による全身性AL型アミロイドーシスの診断に至った。血液内科にてBD(Bortezomib+Dexamethasone)療法を開始したが著効は得られず、両側の胸水貯留に対して胸膜癒着術や在宅酸素療法を要した。胸膜アミロイドーシスを伴う全身性アミロイドーシスの報告は少なく、胸水所見で診断至らない場合は胸腔鏡検査を積極的に検討する必要がある。

## R-022

### びまん性肺胞障害による進行性線維化を来したCOVID-19肺炎の1剖検例

<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>、今倉 健<sup>1)</sup>、香川 仁美<sup>1)</sup>、坂東 紀子<sup>1)</sup>、稲山 真美<sup>1)</sup>、柿内 聡司<sup>1)</sup>、工藤 英治<sup>2)</sup>、葉久 貴司<sup>1)</sup>

【背景】COVID-19肺炎の多くはステロイド等の治療に反応良好であるが、非可逆的な肺障害を残す例をしばしば経験する。今回我々は、COVID-19肺炎罹患後比較的長期生存した剖検例を経験したため報告する。

【症例】症例は78歳男性。X年2月4日に発熱を認め、第5病日に呼吸困難を主訴に当院に搬送された。SARS-CoV-2抗原定量検査が陽性でCOVID-19と診断、胸部CTでウイルス性肺炎像を認めた。ネーザルハイフローを装着し、ステロイドパルス、レムデシビル、バリシチニブ、ヘパリンによる加療を開始し、第23、24病日SARS-CoV-2抗原定量陰性化を確認した。しかし、FiO<sub>2</sub> 0.90から0.45まで漸減できたがその後改善が得られず、第41病日の胸部CTでは、びまん性すりガラス影・肺容量減少を認め急性呼吸窮迫症候群(ARDS)による進行性線維化が疑われた。第56病日に急変し死亡した。病理解剖ではびまん性肺胞障害(DAD)所見・線維化所見を認め、COVID-19肺炎によるARDS発症後の変化であることが疑われた。

【考察】COVID-19肺炎によるARDS発症後の病理学的特徴は未だ不明な点も多く、貴重な症例と考えられる。文献的考察も行い報告する。

## 難治性喘息の背景にびまん性汎細気管支炎の存在を特定し、エリスロマイシン少量療法が著効した20歳女性例

山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座

山本 佑、大石 景士、大畑秀一郎、村田 順之、山路 義和、坂本 健次、浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

【主訴】咳嗽、労作時呼吸困難。

【現病歴】父・弟にもアレルギー性疾患があり、自らも花粉症やアレルギー性鼻炎を有する20歳女性。3歳で気管支喘息を発症し近医小児科で治療介入され、高校生時までのコントロールは比較的良好であった。18歳時に大学進学を機に紹介元クリニックへ転医し治療が継続されたが、夜間や季節の変わり目、感冒時に強い咳嗽とmMRC grade2の呼吸困難を自覚するようになった。2-3回/年の全身ステロイド投与が繰り返され、難治性喘息と診断されてオマリズマブが導入されたが、自覚症状の改善を認めず当科へ紹介となった。初診時、高度の湿性咳嗽と膿性痰を認めた。CT上2年前には認めなかった気道に沿うびまん性小粒状影を認め、寒冷凝集反応が強陽性であった。気管支鏡検査を施行したところBALFは好中球優位であり、気管支洗浄液の培養からは緑膿菌が検出され、慢性気道感染の存在が示唆された。他疾患の除外を経て気管支喘息とDPBの合併例と診断し、エリスロマイシンの少量投与を開始したところ自覚症状・呼吸機能の著明な改善を得ることが出来た。なお日々の病勢評価にはピークフローメーターが有用であった。

【考察】難治性喘息とDPBの合併例は複数報告されているが、本例のようにDPBの発症過程を捕らえた例は稀である。コントロール不良な喘息の背景にDPBが存在する場合があります、こうした症例ではエリスロマイシン少量療法がQOLを著明に向上させる可能性がある。

## 乳癌に対するAtezolizumab治療中にサルコイド様肉芽腫性反応を認めた71歳女性の一例

<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> 公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 外科

宮崎 由依<sup>1)</sup>、有田真知子<sup>1)</sup>、宮部 秀晃<sup>2)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>

【病歴】X-3年7月に乳癌原発の右腋窩リンパ節転移に対してリンパ節郭清を施行し、X-3年9月より化学療法+放射線治療を施行された。X-1年7月に再発し、化学療法が再開され、PD-L1陽性が判明したX-1年10月よりnab-PTX+Atezolizumab療法が開始された。最終投与はX年8月25日であった。X年9月15日の受診時に倦怠感と食思不振が強く、化学療法は中止され、CTで両肺多発結節影を認めたため、当科紹介となった。気管支鏡下肺生検を施行し、肉芽腫性炎症の診断であった。 $\beta$ -Dグルカンの上昇無く、Aspergillus抗原は陰性、PR3-ANCAが軽度上昇していた。自覚症状が改善したため、外来で経過観察としたが、X年10月のCTで結節影の改善なく、咳嗽が出現し、PR3-ANCAもさらに上昇した。確定診断目的でクライオバイオプシーを施行し、最終的にサルコイド様肉芽腫性反応と診断した。X年11月よりnab-PTX+Atezolizumab療法が再開されたが、12月のCTで結節影の増大を認め、X+1年1月よりnab-PTX単剤療法へ変更された。以後画像所見は緩徐に改善し、Atezolizumabによる薬剤性サルコイド様肉芽腫性反応と診断と考えられた。

【考察】免疫チェックポイント阻害薬による薬剤性サルコイド様肉芽腫性反応はまだ報告が少なく、特に抗PD-L1抗体による発症率は1%未満と非常に稀である。病態も不明点が多く、文献的考察を加えて報告する。

## R-025

### 自然気胸に対する前回手術時の自動縫合器断端近傍にブラ形成・気胸再発を認めた1例

倉敷中央病院 呼吸器外科

松浦 晃大、青野 泰正、中ノ坊 亮、福井 崇将、池田 敏裕、吉田 将和、高橋 鮎子、小林 正嗣

【背景】自然気胸に対する手術方法として自動縫合器を用いた肺部分切除が広く行われている。手術は保存的加療よりも再発のリスクを低下させることができるが、術後再発は5-10%程度とされている。今回、自然気胸に対する前回手術の自動縫合器断端近傍にブラ形成を認め、再手術となった症例を経験したので報告する。

【症例】22歳男性、既往に両側2回ずつ気胸に対する手術歴があった。胸痛と呼吸困難感を主訴に当院救急外来を受診、胸部単純CTで右自然気胸再発の診断で当科紹介となった。胸腔ドレナージを施行したが気腫は止まらず、胸部単純CTで前回手術の自動縫合器断端近傍にブラを認め、同部位が原因と判断し胸腔鏡下右肺嚢胞切除術を施行した。術前画像の通り前回手術の自動縫合器断端近傍に多数のブラを認めた。他肺葉に明らかなブラを認めず、同部位を自動縫合器で切除し断端をガーゼ型酸化セルロースで補強した。術後は気漏を認めず術後3日目に退院した。

【考察】自然気胸の術後再発はブラの見落としや不完全切除などの他に自動縫合器による切除断端の近傍に肺嚢胞が新生することが原因と指摘されている。自動縫合器による断端の周囲は細気管支の歪みによるチェックバルブ機構が成立することでブラを新生させることもある。再手術の際には前回手術での手術方法と自動縫合器断端のブラの有無を確認する必要がある。また、切除時にはブラの局在と切離ラインの位置に留意を要する。

## R-026

### 難治性続発性自然気胸に対する保存的治療の検討

<sup>1)</sup> 島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学、<sup>2)</sup> 島根大学医学部 外科学講座 呼吸器外科学  
河野 謙人<sup>1)</sup>、濱口 愛<sup>1)</sup>、河角 敬太<sup>1)</sup>、幡 高次郎<sup>1)</sup>、小林 美郷<sup>1)</sup>、奥野 峰苗<sup>1)</sup>、中尾 美香<sup>1)</sup>、  
中島 和寿<sup>1)</sup>、天野 芳宏<sup>1)</sup>、山根 正修<sup>2)</sup>、磯部 威<sup>1)</sup>

【背景】難治性続発性自然気胸に対しては、ドレナージ期間や入院期間を短縮させることから外科的治療が検討されることが多い。一方で低肺機能など外科的治療が積極的な選択肢とならない症例も多く、保存的治療に関しても更なる有効性の検討が必要である。

【対象・方法】2010年4月から2022年3月に当科で続発性自然気胸に対して治療を行い7日以上胸腔ドレーンが抜去できなかった症例を難治性続発性気胸として、手術を回避する方針とした群(A群)と外科的治療を行う方針とした群(B群)に分けて後方視的に検討した。

【結果】対象症例はA群10例、B群13例であった。A群の患者背景は男性9例/女性1例、年齢中央値75.5歳、基礎疾患はCOPD 5例/間質性肺炎4例/塵肺1例であった。B群の患者背景は男性11例/女性2例、年齢中央値73歳、基礎疾患はCOPD 11例/非結核性抗酸菌症1例/卵管癌胸膜播種1例であった。A群では4例で胸膜癒着術、2例で気管支充填術が行われた。B群では4例で術前に気胸が改善したため手術が中止された。ドレナージ期間の中央値はA群15[8-25]日、B群18[7-112]日(p=0.744)、入院期間の中央値はA群24[13-86]日、B群22[9-163]日(p=0.794)であり、いずれも有意差を認めなかった。

【結論】難治性続発性自然気胸に対して、保存的治療も有効な治療法である。

## 閉塞性肺疾患に対する病薬連携による初回吸入指導結果の検討

総合病院水島協同病院  
高橋 寛、里見 和彦

**【背景】**気管支喘息・COPDの治療にあたっては個々に応じた吸入デバイスを選択し、吸入指導することが重要である。当院では院外薬局と連携して吸入指導報告書を用い、初回吸入指導を行っている。今回、気管支喘息・COPDに対する吸入デバイスの選択について吸入指導項目の結果を調査した。

**【方法】**2013年3月1日から2022年6月9日まで当院外来を受診したCOPD・気管支喘息の患者の内、医師から初回吸入指導があった方を対象とした。吸入デバイス（ドライパウダー吸入器 以下DPI、加圧噴霧式定量吸入器 以下pMDI、soft mist inhaler 以下SMI）の使用状況、7つの指導項目（デバイスの準備、予備呼出、吸入、息止め、吸入後呼出、吸入後うがい、片付け）の評価を行った。

**【結果】**吸入指導は595例に行われており、DPI群（429例）では7つの項目を7割以上の患者で達成できたが、pMDI群（101例）・SMI群（22例）では半数で吸入（46.4%、45.4%）・息止め（53.4%、36.6%）・吸入後呼出（56.4%、36.2%）に指導を要した。また75歳以上の患者（165名）では半数以上で予備呼吸（58.7%）・吸入（48.4%）・息止め（42.4%）・吸入後呼出（46.6%）の指導が必要だった。

**【結語】**75歳以上の高齢者ではpMDIを処方する際、特に吸入指導が必要であり、再指導も考慮される。

## 顕微鏡的多発血管炎治療中に咯血が遷延し、病理解剖で侵襲性肺アスペルギルス症と診断した一剖検例

<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>公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 病理診断科、

<sup>3)</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 内分泌代謝・リウマチ内科

宮崎 由依<sup>1)</sup>、神戸 寛史<sup>1)</sup>、百瀬 匡<sup>1)</sup>、西原 千加<sup>2)</sup>、吉田 知宏<sup>3)</sup>、有田真知子<sup>1)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>

**【症例】**73歳男性。X年3月発熱、倦怠感を主訴に前医を受診し、肺炎の診断で入院し抗菌薬加療を行った。しかし腎機能の悪化、CRP上昇を認め、身体所見では多数の紫斑、咯血が見られた。追加検査でMPO-ANCA高値、尿蛋白1+、尿潜血3+が判明し、顕微鏡的多発血管炎(MPA)と診断、ソルメドロール大量投与を2週間行ったが再び咯血し呼吸状態が悪化したため当院へ搬送となった。入院時胸部CTでは、両肺に多発結節影、血液検査では $\beta$ -Dグルカン3070.4pg/mL、血清カンジダ抗体陽性、アスペルギルス抗原1.3U/mLと陽性、血液培養で*Candida parapsilosis*陽性と判明し、侵襲性カンジダ菌血症としてミカファンギンの投与も開始した。ステロイド加療を継続したが、再度大量咯血し呼吸状態が悪化したため、治療抵抗性MPAとしてステロイドパルスと血漿交換を開始したが、出血のコントロールがつかず入院13日目に死亡した。病理解剖で、腎臓に半月体形成性糸球体腎炎を認めたが、肺にはMPAを示唆する所見はなく、肺組織にアスペルギルスの浸潤を認め、侵襲性肺アスペルギルス症(IPA)による咯血と診断した。

**【考察】**IPAの死亡率は高く、ステロイド開始後2週間程度で発症することもあると報告されている。本症例では、カンジダ菌血症による $\beta$ -Dグルカン高値と判断し、咯血はMPAによるものと考えたため、IPAの診断に難渋した。咯血が遷延し治療抵抗性MPAが疑われた時にはIPAを鑑別に挙げることが重要である。

## アスペルギルスによる有癭性膿胸の一例

倉敷中央病院 呼吸器内科

佐藤 亮寿、中西 陽祐、高田 正浩、田尾 有里、本倉 優美、多田 有作、神戸 寛史、山野 隆史、川瀧 正典、早瀬百々子、甲田 拓之、濱尾 信叔、田中 彩加、濱川 正光、福田 泰、横山 俊秀、伊藤 明広、時岡 史明、有田真知子、石田 直

【症例】2型糖尿病，過去に喫煙歴がある84歳男性。2カ月前に顕微鏡的多発血管炎を発症しプレドニゾロン30mgとアザチオプリン50mgを内服していた。2週間前から湿性咳嗽があり受診した。血液検査では白血球とCRPの上昇があり炎症が示唆された。胸部CTでは右中葉に肺実質が破壊されたと思われる囊胞の集簇と浸潤影があり，胸水と気胸も認めた。喀痰・胸水培養から*Aspergillus fumigatus*，血液培養から*Acinetobacter* spが検出された。これらの結果から，侵襲性肺アスペルギルス症による有癭性膿胸と診断した。胸腔ドレーンを留置し排液を行うと同時に，ポリコナゾールで治療を開始した。*Acinetobacter* spの混合感染もあると考え抗菌薬を6週間併用した。プレドニゾロンは10mgまで漸減し，アザチオプリンは中止した。手術は全身状態，本人希望から行わなかった。第25病日に，排液，エアリークがなくなったため胸腔ドレーンを抜去した。その後は順調に経過し，継続的な抗真菌薬治療のため2カ月後に他院に転院となった。

【考察】アスペルギルスによる膿胸は稀であり，主に免疫抑制状態の宿主で発症し，治療は一般的に全身抗真菌薬と手術であるが，死亡率は高い。本症例は，侵襲性肺アスペルギルス症により臓側胸膜まで組織壊死を起こし有癭性膿胸を発症したが，全身抗真菌薬と胸腔ドレナージで軽快した稀な一例であり，文献的考察を加えて報告する。

## 小細胞肺癌への化学療法導入後，緑膿菌による肺化膿症を発症し肺葉切除を要した1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 呼吸器内科

高田 正浩、田中 彩加、伊藤 明広、中西 陽祐、濱川 正光、福田 泰、時岡 史明、有田真知子、石田 直

【症例】60歳，男性。

【主訴】発熱

【経過】進展型小細胞肺癌の診断で，転移性脳腫瘍に対しX年6月より入院し，入院5日目より全脳照射を30Gy/10Frで開始した。脳浮腫予防のため，全脳照射開始日からデキサメタゾン2mg/日内服も行い，合計21日間投与した。全脳照射終了後，CBDCA+VP-16+Durvalumabでの化学療法を早急に開始した。骨髄抑制はみられなかったが，化学療法開始10日目より39℃以上の発熱があり，CTで右肺上葉に浸潤影が出現した。院内肺炎として，TAZ/PIPCで同日より加療を開始するも，高熱が持続し炎症所見の改善もみられなかった。化学療法後15日目には，CTで右肺上葉に浸潤影の増悪ならびに空洞病変の出現を認め，診断目的に気管支鏡検査を行った。喀痰と気管支洗浄液より緑膿菌が検出され，真菌や抗酸菌の検出は認めず，緑膿菌による肺炎及び肺化膿症と診断した。感受性の結果よりMEPM，CPFX併用へ抗菌薬を変更するも症状・検査所見は増悪し，内科的コントロールは困難と判断し，化学療法後29日目に肺化膿症に対して開胸右上葉切除術を施行した。以後解熱し，MEPM，CPFXで術後も抗菌薬加療を継続した。

【考察】緑膿菌感染症は担癌や化学療法、ステロイド治療など免疫抑制の状態で見られるとされるが，本症例では短期間で肺化膿症にまで至っており，若干の文献的考察も加えて報告する。

## R-031

### 右上葉肺化膿症の原因菌として *Prevotella denticola*, *Fusobacterium nucleatum* が検出された一例

山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座

米澤 恒成、山路 義和、大畑秀一郎、末竹 諒、村田 順之、大石 景士、坂本 健次、浅見 麻紀、枝國 信貴、平野 綱彦、松永 和人

【症例】55歳女性。咳嗽があり、X-2年7月に胸部CT検査にて右上葉S3浸潤影を指摘され、当科受診した。血液検査にてWBC 8890/ $\mu$ L (Neu 70.2%)、CRP 0.49mg/dLと炎症所見には乏しかったが、画像所見から肺化膿症が疑われた。入院加療を推奨したが拒否あり、外来にてアモキシシリン/クラブラン酸 (AMPC/CVA)、ラスクフロキサシン (LSFX) による抗生剤加療を行った。8月に気管支内視鏡検査を行ったが起病菌は特定できず、その後も外来にて抗生剤加療 (AMPC/CVA, LSF, EM) を継続した。X-1年11月頃から浸潤影の拡大、X年2月頃から血痰を認めたため、同年3月から入院となった。第1病日に気管支内視鏡検査を実施し、アンピシリン・スルバクタム (ABPC/SBT) による抗生剤加療を開始、4週間継続した。気管支肺胞洗浄液及び組織検体培養から *Prevotella denticola*, *Fusobacterium nucleatum* が検出され、*P. denticola* は  $\beta$ -lactamase 産生菌であった。第29病日に胸部CT検査にて右肺上葉浸潤影の改善を確認し、第30病日に退院となった。

【考察】気管支内視鏡検査による培養検査の薬剤感受性結果からは  $\beta$ -lactamase 配合ペニシリンやキノロン系抗菌薬の内服で治療効果が見込めたものと予想されるが、実際には静注抗菌薬を使用するまで病変は残存した。*F. nucleatum* と *Prevotella* 属菌の共生がバイオフィルム形成のシナジー効果を生むとの報告もあり、外来治療に対する抵抗性に関与していた可能性がある。

## R-032

### 繰り返す肺膿瘍に合併した感染性動脈瘤の一例

岡山済生会総合病院

宇野 真梨、渡邊 一彦、川井 治之、張田 信吾、奥谷 大介、片岡 正文

症例は81歳男性。X年9月中旬より発熱、咳嗽が出現し、近医を受診した。右上葉肺炎の診断で入院し、スルバクタム・アンピシリンでの抗生剤加療を受けるも退院後すぐに症状は再燃した。計3回の入院加療を行われたが胸部CTで肺陰影の改善がなく、悪性疾患を疑いX年11月29日に当院に紹介入院した。入院後タゾバクタム・ピペラシリンでの抗生剤加療で解熱、炎症反応の改善がみられたが入院8日目に両手大の咯血を認めた。造影CTで右肺尖部に動脈瘤を認めた。肺膿瘍に合併した感染性動脈瘤と考え、カテーテルでの血管造影を試みるも肺動脈、気管支動脈いずれからも動脈瘤の描出が困難であった。入院10日目に全身麻酔下で右上葉部分切除術を施行した。術後経過は良好で、入院32日目に退院した。術後病理標本からは悪性所見はなく、平滑筋を有する血腫を認めたことから、肺膿瘍経過中に発生した感染性動脈瘤と診断した。難治性の肺膿瘍の場合感染性動脈瘤の合併を念頭におきながら造影CTなどの検査を追加する必要がある。血圧を含めた全身管理を行うことで致死的な咯血には至らず、良好な経過となった。本邦では感染性肺動脈瘤の報告例が少なく、文献的考察を加えて報告する。

## V-V ECMO管理を行った、健常成人に発症した、市中緑膿菌肺炎の一例

社会医療法人近森会近森病院 呼吸器内科

藤原 絵理、馬場 咲歩、三枝 管理、白神 実、中岡 大士、石田 正之

症例:66歳男性。気胸以外に特記すべき既往なし。入院1週間前から発熱、2日前から呼吸困難を認め受診。聴診で左肺野にcrackleを聴取し、血液検査では炎症反応の上昇、胸部画像では左上葉に空洞を伴う浸潤影と両側びまん性の斑状影を認めた。市中肺炎、肺化膿症の診断で入院。喀痰塗抹で緑膿菌を疑う陰性桿菌を認めたことから、TAZ/PIPCとVCMで治療を開始した。第2病日に入院時に採取した血液培養から緑膿菌を検出、同日より急激な酸素化の悪化が認められた。その後も酸素化の改善に乏しく、第5病日に陽圧呼吸管理を開始した。しかしながら酸素化は悪化の一途をたどり、同日V-V ECMO管理を開始した。その後第16病日に気管切開を施行、集学的な治療を継続し、徐々に酸素化の改善が得られ、第20病日にECMOを離脱、31病日に呼吸器からも離脱した。現在も入院継続中であるが感染コントロールも得られてきており、徐々に全身状態も改善が認められている。

当院の市中肺炎に占める緑膿菌肺炎の頻度は1.0%と低く緑膿菌による市中肺炎はまれと考えられる。一方で緑膿菌は重症市中肺炎の起炎菌として肺炎球菌、レジオネラに多いと報告されており、急激な経過を呈する事が少なくない事が知れ、本症例も同様であったと考えられた。市中緑膿菌肺炎の治療において、救命には集学的な治療を要することを念頭に置く必要がある。

## 学校検診にて発見された小児結核の1例

下関市立市民病院

上田 彩加、名部 裕介、井上 政昭、吉田 順一

【症例】15歳男性。X年1月ごろに呼吸時の胸部痛の自覚あったが、喀痰・咳嗽は認めず、その後症状は改善。高校1年時の学校健診にて胸部レントゲンで左肺に異常陰影を指摘され近医受診。前医にてCTを撮影し左上葉に60mmの結節陰影を認め、炎症性変化を疑う所見であった。X年6月に精査加療目的に当院を受診した。CT初見から肺結核の可能性を考えT-スポット.TB検査を行い陽性であり、胃液での結核菌群PCRも陽性のため結核の診断となった。喀痰検査では排菌を認めず、通学しながらINH+RFP+PZA+EBの4剤にて2ヶ月の加療終了後、現在もINH+RFPの2剤で内服加療継続中である。

【考察】我が国の0～14歳の新規登録結核患者数は年50例程度と極めて少ない数で推移しており、日常診療で遭遇する機会のごく稀である。2003年に学校保健安全法改正により、小中学校でのツベルクリン反応検査・胸部レントゲン撮影は廃止されたが、小児の結核の発見において学校健診の持つ役割は依然として非常に大きい。無症状の小児結核を学校健診で発見し、診断と治療につなげた症例を経験したため、報告する。

## 当初認知症と診断され急激に増悪する呼吸不全を合併し剖検にて粟粒結核と判明した一例

<sup>1)</sup>倉敷中央病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>倉敷中央病院 病理診断科  
松井 馨子<sup>1)</sup>、神戸 寛史<sup>1)</sup>、濱川 正光<sup>1)</sup>、垣内 美波<sup>2)</sup>、石田 直<sup>1)</sup>

【症例】85歳女性

【主訴】発熱，倦怠感

【現病歴】もともと認知症はなかった方。20XX年3月に圧迫骨折受傷し寝たきりとなった。6月上旬から体調不良の訴えが強くなり認知機能障害も出現した。8月頃から不眠，不穏や不定愁訴を訴える，夜に夫に何度も架電するようになり認知症として前医で抑肝散が開始された。9月から倦怠感が出現し発熱も認め近医を受診，37.8度の発熱と簡易マスク10L/minでSpO<sub>2</sub> 98%の酸素化低下があり当院搬送となった。胸部CTで両側多発粒状影，すりガラス状陰影，両側胸水を認め粟粒結核を疑った。T-SPOT陽性だったが血液，尿，胃液，3連痰の抗酸菌塗抹は陰性だった。入院時点で全身状態は極めて不良であり経口での抗結核薬内服は不可能，不穏があり胃管からの投薬には身体抑制具や鎮静薬が必要だったがそれでも救命は困難と判断，膿性痰も認めたため細菌性肺炎合併と考えTazobactam/Piperacillinを投与，Best supportive careの治療方針とした。入院以降も呼吸不全は増悪し入院7日目に死亡した。死亡14日後に尿と喀痰培養から結核菌が検出され粟粒結核と診断，病理解剖で血液，尿，喀痰，髄液から結核菌が発育，肺，心臓，腎臓，骨髄等で肉芽腫像を認めた。

【考察】粟粒結核は特異的な病歴や身体所見はなく，患者背景，臨床経過や所見を組み合わせて想起することが重要である。

【結語】粟粒結核により認知機能低下と呼吸不全を呈した一例を経験した。

## 胸水中ヒアルロン酸の著明な上昇により悪性胸膜中皮腫との鑑別を要した結核性胸膜炎の一例

<sup>1)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup>国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、<sup>3)</sup>山口大学大学院医学系研究科 病理形態学講座  
藤井 哲哉<sup>1)</sup>、原田 美沙<sup>1)</sup>、水津 純輝<sup>1)</sup>、村川 慶多<sup>1)</sup>、上原 翔<sup>1)</sup>、宇都宮利彰<sup>2)</sup>、伊藤 光佑<sup>1)</sup>、恐田 尚幸<sup>1)</sup>、近森 研一<sup>2)</sup>、青江 啓介<sup>2)</sup>、前田 忠士<sup>2)</sup>、亀井 治人<sup>2)</sup>、池田 栄二<sup>3)</sup>

【症例】72歳男性。20XX年11月に右胸水貯留で当科を紹介受診した。胸部CTで右胸水貯留、右上葉に粒状影を認めた。喀痰抗酸菌検査で結核PCR陽性、胸水培養で結核菌が検出され、肺結核、結核性胸膜炎と診断した。胸水中のヒアルロン酸は60000ng/mlであった。RFP+INH+EB+PZAで治療を開始したが、肝酵素の上昇を認めたため、一旦中断したのち、RFP+INH+EBで治療を再開した。治療開始後、右胸水は減少した。2月より維持療法として、RFP+INHへ移行した。胸部X線で右胸水は増加していたが、結核の治療による初期悪化と判断した。しかし、その後も増加傾向だったため、胸腔穿刺を行い、胸水中のヒアルロン酸が190000ng/mlと著明に上昇していた。アスベスト曝露歴もあり、悪性胸膜中皮腫が鑑別疾患として考えられたため、胸膜生検を施行した。病理診断は結核による線維性胸膜炎であり、最終的には結核性胸膜炎の初期悪化と判断した。

【考察】悪性胸膜中皮腫では胸水中ヒアルロン酸が上昇することが知られているが、結核性胸膜炎などの良性疾患でも上昇を示すという報告がある。本症では胸水中ヒアルロン酸は胸水増加時に著明に高値であったが、胸膜生検で結核による線維性胸膜炎の診断であった。胸水中のヒアルロン酸の上昇を認めた場合、結核性胸膜炎を鑑別疾患として考える必要がある。

## 可逆性脳梁膨大部病変 (MERS) を合併したオウム病の一例

岡山医療センター

井上 智敬、岩本 佳隆、岡本 啓典、服部 瑞穂、竹山 貴久、斎藤 崇、奈良井 恒、柴山 卓夫

【症例】53歳男性。

【現病歴】X年2月に会社に出勤しないため同僚が自宅を訪問したところ、自宅で倒れている本人を発見し、救急搬送された。来院時、意識障害と40℃の発熱および低酸素血症を認め、運動性失語や失算・失書、小脳失調を呈していた。血液結果ではCRPとCPK、肝臓逸脱酵素上昇、低Na血症を認め、胸部単純CTでは右肺上葉に大葉性肺炎を認めた。頭部MRIの拡散強調画像では脳梁膨大部にMERSを疑う高信号域を認めた。髄液検査では髄膜炎は否定的だった。入院後、HFNCによる呼吸管理とアジスロマイシンやレボフロキサシンによる2週間の抗生剤加療を行ない、肺炎と神経症状の改善が得られ、第23病日に自宅退院となった。退院後に治療前後のペア血清でChlamydia psittaci IgG, IgMの陽転化を確認し、オウム病と診断した。鳥との接触歴は問診する限り認めなかった。

【考察】オウム病はChlamydia psittaciによって起こる呼吸器感染症であり、鳥から人へ感染する人畜共通感染症の一つである。比較的稀な疾患とされており2012年以降は年間10例以下の届け出となっている。MERSは脳梁膨大部に可逆性病変を呈する臨床的に軽症な脳炎および脳症であり、ウイルス感染症やレジオネラ肺炎に合併した報告があるが、検索した範囲でオウム病にMERSを合併した例は報告されておらず、極めて稀な症例と考えられた。

## ノカルジア定着状態から吸入ステロイド薬使用開始後にノカルジア肺炎を発症した1例

<sup>1)</sup>日本赤十字社岡山赤十字病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>日本赤十字社岡山赤十字病院 検査部  
山田光太郎<sup>1)</sup>、萱谷 紘枝<sup>1)</sup>、狩野 裕久<sup>1)</sup>、細川 忍<sup>1)</sup>、佐久川 亮<sup>1)</sup>、林 加奈子<sup>2)</sup>、香川 麻衣<sup>2)</sup>、  
大山 智之<sup>2)</sup>、小田 昌弘<sup>2)</sup>、林 敦志<sup>2)</sup>、別所 昭宏<sup>1)</sup>

【緒言】ノカルジア肺炎はステロイド薬の全身投与など、免疫力が低下した患者で発症することが多いとされる。今回、気管支拡張症を基礎疾患にノカルジアが定着していた患者が、気管支喘息に対する吸入ステロイド薬の使用開始後にノカルジア肺炎を発症した1例を経験したため報告する。

【症例】65歳の男性。気管支拡張症等でフォロー中に咳が増加し呼気NO高値を認めた。気管支喘息を疑い吸入ステロイド薬の使用を開始したところ症状は改善した。同薬開始時の喀痰グラム染色ならびにKinyoun染色でノカルジアが疑われ、培養、16S rRNA 遺伝子解析で*Nocardia sp.*が同定されたが、定着状態と判断し経過観察していた。その1年後、発熱と膿性痰が出現し、CTで肺に多発浸潤影を認めた。喀痰グラム染色では分岐を示すグラム陽性桿菌を多数認め、Kinyoun染色では抗酸性を確認した。1年前の喀痰検査で*Nocardia sp.*が同定されていたことから、この菌によるノカルジア肺炎と診断した。混合感染の可能性も考慮してSulfamethoxazole / Trimethoprim (ST合剤)とTazobactam / Piperacillinで加療を開始し、その後ST合剤の副作用のため抗菌薬をMeropenem, Amikacinへ変更した。肺炎は軽快し、計6か月間の抗菌薬加療を行った。

【考察】ノカルジアが定着している患者に対して吸入ステロイド薬を使用する際には、ノカルジア肺炎発症のリスクがあることに留意する必要があると思われた。

## 圧縮袋に保管していた寝具による急性過敏性肺炎が疑われた1例

<sup>1)</sup>徳島市民病院 初期臨床研修医、<sup>2)</sup>徳島市民病院 呼吸器内科  
古谷 光平<sup>1)</sup>、長谷加容子<sup>2)</sup>、原田 祥子<sup>2)</sup>、竹崎 彰夫<sup>2)</sup>、小島今日子<sup>2)</sup>、手塚 敏文<sup>2)</sup>

症例は68歳男性。X年2月中旬から吸気時胸痛と黄褐色の喀痰出現、3月上旬より発熱も伴いCTにて肺炎像を認めたため紹介された。COPD増悪や細菌感染を考え、抗生剤及びmPSLによる治療を行い、3月下旬に軽快退院した。その後、乾性咳嗽・呼吸苦・炎症反応再燃にて5日後に再入院された。抗生剤点滴を行ったが入院翌日には速やかに改善しており自然軽快も考えられた。4月上旬に退院されたが、同日夜自宅で布団に入ってから悪寒・発熱・呼吸困難感が出現し翌朝来院された。SpO<sub>2</sub> 88%と低下し、白血球18200/ $\mu$ l、CRP 11.0mg/dLと著明な悪化を認めた。無治療で軽快し、気管支内視鏡検査BAL液所見はリンパ球77%、CD4/8比1.44で、トリコスポロン・アサヒ抗体陽性であった。問診から、1回目の退院以後は圧縮袋に保管されていた寝具を出して使用し始め、数日で再入院となっており、2回目の退院時は同じ寝具に入った直後から症状が出現していたため、その寝具が原因ではないかと考えた。新たな寝具に交換してから帰宅試験を行ったところ再燃はみられなかった。圧縮袋に保管されていた寝具が原因と考えられた急性過敏性肺炎を経験したので、考察を加えて報告とする。

## 急性増悪期の血清鳥特異的IgG抗体が陽性であったことが診断の一助となった、鳥関連過敏性肺炎の一例

<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  
岩崎 真帆<sup>1)</sup>、矢野 潤<sup>2)</sup>、高尾 俊<sup>2)</sup>、秋枝 政志<sup>2)</sup>、三島 祥平<sup>2)</sup>、高山 祐介<sup>2)</sup>、庄田 浩康<sup>2)</sup>、  
岩本 康男<sup>2)</sup>

【背景】鳥関連過敏性肺炎(BRHP)の診断補助として血清鳥特異的IgG抗体が2020年8月から保険適用となった。これにより、BRHPの早期診断、適切な治療介入の推進が期待されている。

【症例】84歳男性。2022年8月X-7日から労作時息切れを自覚し、X日に当院を受診した。来院時、室内気下でSpO<sub>2</sub> 88%と低酸素血症を認めた。KL-6が2511U/mLと高値であり、胸部CTで両肺びまん性のすりガラス陰影と蜂巣肺を認めたことから、間質性肺炎の急性増悪と診断した。病歴聴取では間質性肺炎の原因として薬剤や膠原病、職業、自宅環境因子の関与はないと考えられた。入院後にステロイド治療を開始したところ、両肺陰影の改善が得られ、酸素投与も不要となった。X+7日、入院時に提出した鳥特異的IgG抗体が陽性と判明したため、改めて詳細な問診を行った。その結果、十数年来の趣味である釣りをを行う河口港に多くのハト、水鳥が飛来していることが判明し、環境調査でも多数の鳥が確認された。BRHPと診断し、抗原からの回避を指導した後に自宅退院となった。

【考察】鳥特異的IgG抗体の感度は、BRHP慢性型では低い一方、急性エピソードを伴うBRHPで高いことが報告されている。この事は、ILD急性増悪期の鳥特異的IgG測定が他のILDからBRHPを判別する上で、優れた評価方法である事を示唆している。

【結語】病因不明の間質性肺炎急性増悪例での鳥特異的IgG抗体の測定は、BRHPのスクリーニングおよび診断に有用である。

## R-041

### 抗PD-L1抗体投与後に顕在化した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の1例

<sup>1)</sup>徳島大学病院 卒後臨床研修センター、<sup>2)</sup>徳島大学病院 呼吸器・膠原病内科  
寺澤 翠<sup>1)</sup>、土師 恵子<sup>2)</sup>、市原 聖也<sup>2)</sup>、山下 雄也<sup>2)</sup>、福家 麻美<sup>2)</sup>、内藤 伸仁<sup>2)</sup>、米田 浩人<sup>2)</sup>、  
香川 耕造<sup>2)</sup>、荻野 広和<sup>2)</sup>、河野 弘<sup>2)</sup>、佐藤 正大<sup>2)</sup>、埴淵 昌毅<sup>2)</sup>、西岡 安彦<sup>2)</sup>

**【症例】**62歳、男性。X年3月より左上葉原発肺腺癌cT3N3M1b Stage IV Aに対してCBDCA + nab-PTX + Atezolizumabを開始した。3コース投与後に発熱と労作時呼吸困難が出現し、CTで両側下葉に牽引性気管支拡張を伴う網状影、浸潤影、すりガラス陰影を認めた。抗菌薬不応であり、気管支肺胞洗浄液のリンパ球分画が増加しており、Atezolizumabによる肺臓炎と診断した。PSL 60mg/日を開始し、すりガラス陰影は改善したものの、経過中に胸膜直下の網状影と牽引性気管支拡張が進行した。8月 PSL 20mg/日まで漸減した時点で呼吸困難が増悪し、CTで左肺にすりガラス陰影を認めた。肺臓炎再増悪と判断しステロイドパルス療法を施行したところすりガラス陰影は速やかに改善した。免疫チェックポイント阻害薬使用に伴う免疫関連有害事象としては非典型的な画像所見であったため、間質性肺炎の原因精査を進めたところ、抗ARS抗体(抗PL-7抗体、抗Ro52抗体)陽性が判明し、後方視的な追加検査により、Atezolizumab投与前から陽性であったことが判明した。X+1年3月に肺臓炎再増悪をきたした際、ステロイドパルスを施行後に、抗ARS抗体陽性間質性肺炎に準じたクロリムスを追加したところ、肺臓炎は再増悪なく経過している。**【考察】**免疫チェックポイント阻害薬投与後に非典型的な肺の線維化を伴う肺臓炎をきたした場合は、抗ARS抗体陽性間質性肺炎の病態が関与している可能性を考慮する必要があると考えられた。

## R-042

### デガレリクスとアパルタミド併用療法による薬剤性肺障害の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 泌尿器科  
沖田 明子<sup>1)</sup>、舟木 佳弘<sup>2)</sup>、上谷 直希<sup>2)</sup>、平山 勇毅<sup>2)</sup>、矢内 正晶<sup>2)</sup>、阪本 智宏<sup>2)</sup>、原田 智也<sup>2)</sup>、  
森田 正人<sup>2)</sup>、山口 徳也<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>2)</sup>

**【症例】**78歳男性

**【主訴】**発熱、呼吸困難

**【現病歴】**20XX年3月に転移性去勢感受性前立腺癌と診断され、アパルタミドとデガレリクスが開始された。同年4月、治療開始43日目に皮疹のため、アパルタミドを休薬されたが、同日より倦怠感・発熱を認め、翌日より咳嗽・呼吸困難を自覚したため、近医を受診された。胸部CTで両肺にびまん性のすりガラス陰影を認め、間質性肺炎疑いで当院泌尿器科緊急入院となった。薬剤性肺障害と診断し、直ちにステロイドパルス療法と抗菌薬が開始されたが、改善がみられず、第5病日には胸部CTで胸膜下から内層へ広がる広範なすりガラス陰影が悪化し、再度ステロイドパルスを施行した。第9病日頃から徐々に全身状態が改善し、ステロイド漸減の上、第29病日に自宅退院となった。今後はステロイド漸減し除瘤手術を行う予定である。**【考察】**近年、転移性去勢感受性前立腺癌ではデガレリクスを含む男性ホルモン除去療法とアパルタミドの併用療法が標準治療になっており、本症例でも併用療法が行われた。FDAの副作用システムデータベースにおいて間質性肺疾患の頻度はデガレリクス単剤で1.41%、アパルタミド単剤で1.14%と稀ではあるが、臨床経過から2剤いずれかによる薬剤性肺障害と診断した。本症例同様に、重篤な経過をたどる薬剤性肺障害が数例報告されており、呼吸器内科医・泌尿器科医共に周知する必要がある。

## R-043

### 間質性肺炎を有する患者に生じた低酸素血症が肝肺症候群によるものと診断し得た一例

<sup>1)</sup> 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座

沖村 昌俊<sup>1)</sup>、大石 景士<sup>1)</sup>、山本 佑<sup>1)</sup>、大畑秀一郎<sup>1)</sup>、村田 順之<sup>1)</sup>、山路 義和<sup>1)</sup>、坂本 健次<sup>1)</sup>、浅見 麻紀<sup>1)</sup>、枝國 信貴<sup>1)</sup>、平野 綱彦<sup>1)</sup>、松永 和人<sup>1)</sup>

【症例】63歳男性

【主訴】労作時呼吸困難

【現病歴】2008年に肝硬変と診断され、肝臓内科に定期通院していた。2021年9月頃からmMRC grade2程度の労作時呼吸困難を自覚していたが、特に介入はされなかった。次第に増悪し、2022年6月に前医を定期受診した際にSpO<sub>2</sub> 85% (room air)であったため緊急入院となった。胸部CTで肺炎像を認め、抗菌薬の投与が行われたが改善しなかった。追って抗SS-A/SS-B抗体陽性が判明し、間質性肺炎に伴う低酸素血症などを疑われて当科へ紹介転院となった。

【臨床経過】シェーグレン症候群の診断基準は満たしており、これに関連する間質性肺炎として矛盾はなかったが、過去の画像の検討などを行った結果、間質性肺炎と呼吸不全の臨床経過が一致しなかった。A-aDO<sub>2</sub>の著明な開大とPlatypnea orthodeoxia syndrome (POS)を認めたため、肝肺症候群を想起した。マイクロバブル心エコー、肺換気血流シンチグラフィを行い、心外シャントの証明を以て確定診断した。在宅酸素療法を導入し、肝移植を検討することとした。

【考察】慢性肝疾患を有する5-30%の患者に肝肺症候群を合併する一方で、肝肺症候群の重症度は肝障害そのものの重症度と相関しないことが知られている。そのため根治可能な早期の肝肺症候群が一定数見逃されている可能性がある。肝肺症候群の唯一の根治術である肝移植は重症化する前に施行することが望ましく、軽症のうちに発見することが課題である。

## R-044

### EBUS-TBNAで診断した後縦隔膿瘍の一例

岩国医療センター 呼吸器内科

村田 憲郁、田村 朋季、馬場 貴大、宮崎 由依、梅野 貴裕、西井 和也、村上 悦子、久山 彰一

縦隔膿瘍はその多くが降下性壊死性縦隔炎や食道穿孔、術後合併症として発症することが知られている。今回我々は、原因不明で発症した後縦隔膿瘍に対してEBUS-TBNAを行ってMSSA膿瘍と診断した一例を経験したためここに報告する。

症例は生来健康な77歳男性。2週間の経過で徐々に背部痛が増強し発熱も出現したため近医を受診し当院救急外来に紹介。後縦隔膿瘍の診断で入院。入院時血液培養よりMSSAを検出し、経気管支鏡下に膿瘍を穿刺し、培養にて同様のMSSAを検出した。口腔内に異常所見は認めず、経食道心エコーでも疣贅は認めなかった。軽度の耐糖能異常を認めるもののその他基礎疾患は認めなかった。セファゾリン点滴にて治療を行い、血液培養の陰性化、膿瘍の縮小を確認し、セファクロル内服にて自宅退院となった。

後縦隔膿瘍は細菌学的診断が難しい疾患の一つであるが、EBUS-TBNAはドレナージは困難であるが診断には有用であると考えられる。

## R-045

### 好中球優位の胸水貯留を認めた悪性リンパ腫の一例

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

【症例】74歳，男性

【主訴】発熱

【現病歴】COPD，副腎不全で当院外来へ定期通院中，2019年8月に発熱で救急搬送された。入院時の血液検査では好中球優位の白血球増多とCRP上昇があり，CT検査で肺炎を伴わない右胸水貯留を認めた。右胸水に対して胸腔穿刺を施行したところ好中球優位の滲出性胸水であったため，細菌性胸膜炎として抗菌薬による治療を開始した。胸水は残存したが，炎症反応は低下し解熱を得られたため自宅退院した。しかし，退院1週間後に再び発熱を認め，緊急入院した。

【経過】前回入院時に奏功した抗菌薬で治療を開始したが改善に乏しかった。前回入院時の胸水細胞診でCD20およびCD79a陽性の異型細胞を多数認め，B細胞リンパ腫の疑いが判明したとほぼ同時に汎血球減少が出現し，血液内科へ転科した。画像上腫瘤形成はなく，原発性滲出性リンパ腫(primary effusion lymphoma; PEL)が疑われたが，PELに特徴的なHHV-8感染は証明できなかった。その後，悪性リンパ腫に対する全身化学療法を開始したが，菌血症・播種性血管内凝固を併発し死亡退院した。

【考察】悪性リンパ腫による胸水ではリンパ球優位の細胞分画を呈することが一般的だが，本症例では感染合併により好中球優位の所見であり，悪性腫瘍を疑う腫瘤形成も認めなかったため診断に苦慮した。治療反応不良の胸水貯留に遭遇した場合には血液疾患を含めた悪性腫瘍を鑑別に挙げ，積極的な精査を行う必要がある。

## R-046

### 自己免疫性肺胞蛋白症に対し全肺洗浄を施行した一例

<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> 公立学校共済組合中国中央病院 呼吸器内科

伊藤 沙妃<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、工藤健一郎<sup>1)</sup>、市川 健<sup>1)</sup>、松本奨一郎<sup>1)</sup>、大森 洋樹<sup>1)</sup>、中村 愛理<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>、尾形 佳子<sup>3)</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>

【症例】70歳、女性。X-1年8月上旬より労作時の息切れを時々自覚していた。同年12月27日の検診にて両肺のすりガラス影、網状影を指摘され、精査目的で前医紹介となった。12月28日に気管支肺胞洗浄を施行し、混濁した乳白色～淡黄色の気管支肺胞洗浄液を回収し、静置により沈殿を認めた。抗GM-CSF抗体陽性が判明し、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。酸素化は良好であったため無治療で外来経過観察となった。X年4月上旬より息切れが増悪傾向となり、4月22日に前医受診した。両肺のすりガラス影の増悪を認め、全肺洗浄目的に4月27日に当院転院となった。入院時にPaO<sub>2</sub> 63mmHgと低下しており、胸部CTにて両肺に非区域性、やや末梢優位のびまん性すりガラス影、小葉間隔壁の肥厚を認め、crazy-paving patternを呈していた。PAP重症度IIIと判断し、全身麻酔下にて5月9日に左肺洗浄を行い、16日に右肺洗浄を施行した。いずれも生食20L使用し、回収率は左肺98.0%、右肺99.3%であった。全肺洗浄施行後、PaO<sub>2</sub> 74mmHgと上昇を認め、KL-6も低下していた。また胸部CTでも両肺の陰影は著明に改善した。

【結語】重症度III以上の肺胞蛋白症では全肺洗浄が推奨されている。本症例は典型的な肺胞蛋白症の画像所見を呈しており、全肺洗浄にて著明に自覚症状、酸素化、画像所見の改善を認めた。全肺洗浄後も半数以上で再燃すると言われており慎重な経過観察が必要と考えられる。

## R-047

### 繰り返す咯血を契機に診断した気管支動脈瘤、気管支動脈肺動脈瘻の一例

独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

大谷 武史、馬場 貴大、宮崎 由依、梅野 貴裕、西井 和也、田村 朋季、村上 悦子、久山 彰一、矢吹 隆行

咯血の原因疾患としては多岐にわたるが気管支動脈瘤も稀ながら挙げられ、しばしば致命的になることが知られている。今回我々は咯血にて発症し、選択的気管支動脈造影にて診断した気管支動脈瘤の一例を経験したため報告する。

症例は36歳女性。30歳時にも咯血にて受診歴あるも原因不明として経過観察されていた。今回は自宅風呂で咯血したことを主訴に当院救急外来を受診した。経過観察目的に入院し咯血の再発は認めなかった。精査目的に気管支鏡検査を施行したところ、手技中に大量咯血をきたし止血に難渋した。造影CT検査にて蔓状に発達した気管支動脈を認めた。選択的気管支動脈造影にて気管支動脈肺動脈瘻、右下葉付近に気管支動脈瘤を認めたため右気管支動脈塞栓術を行った。その後は咯血の再発を認めなかった。

原因不明の咯血に対しては早期相も含めた造影CT検査での精査を先行させ、気管支動脈肺動脈瘻や気管支動脈瘤の検索を行うべきであると考えられる。

## R-048

### 両側生体肺移植後の慢性肺移植片機能不全に対してアジスロマイシン投与により一秒量の改善を認めた一例

<sup>1)</sup>愛媛県立中央病院 臨床研修センター、<sup>2)</sup>愛媛県立中央病院 呼吸器内科

畠山 翔<sup>1)</sup>、中西 徳彦<sup>2)</sup>、勝田 知也<sup>2)</sup>、村上 将紀<sup>2)</sup>、能津 昌平<sup>2)</sup>、中村 純也<sup>2)</sup>、近藤 晴香<sup>2)</sup>、橋 さやか<sup>2)</sup>、井上 考司<sup>2)</sup>、森高 智典<sup>2)</sup>

**【症例】**42歳男性

**【現病歴】**特発性閉塞性細気管支炎に対して2006年に右肺脳死移植を施行した。術後社会復帰をしていたが、2008年に拒絶反応を起こし、呼吸機能悪化を認めたため、2010年に兄の右肺下葉、母の左肺下葉を用いた両側生体肺移植を受けた。2016年、2019年にはそれぞれ細菌性肺炎、2018年にはS状結腸憩室穿孔での入院歴がある。定期的に呼吸機能検査を行っており、一秒量(FEV1)が最良の2回の測定値2.26Lと2.27Lで経過していた。2021年11月に急にFEV1が1.86Lまで低下を認め、以後FEV1の20%以上の持続的な低下を認めた(最低値FEV1 1.73L)。閉塞性細気管支炎症候群(BOS)としての慢性肺同種移植片機能不全(CLAD)と考えられ、同年12月からアジスロマイシン内服を開始した。アジスロマイシン250mg週3回の内服を継続したところ、2022年2月よりFEV1が回復し、3月には2.2L前後が継続して測定されるまで回復を認めた。

**【考察】**CLADは肺移植後の長期的な有害転機の原因として挙げられる。マクロライドはBOSの治療として有効な治療として挙げられている。アジスロマイシン投与により、治療開始から3か月でFEV1の改善を認めることができた。

## R-049

### 免疫チェックポイント阻害薬にて異なる治療効果を示した肺多形癌の一例

川崎医科大学附属病院

田嶋 展明

**【症例】**73歳男性。貧血と右下葉腫瘤影の精査で気管支鏡検査を施行し、右下葉病変のTBLBにて肺多形癌(cT2aN3M0/Stage IIIB)と診断した。病理でp40陽性の巨細胞や紡錘細胞を認め、一部で腺管様構造を示すTTF-1陽性細胞を認めた。PD-L1 $\geq$ 50%高発現であり1stラインとしてペムブロリズマブを開始し、原発巣は横ばい、頸部・縦隔リンパ節は著明に縮小した。しかし、その後PET/CTで食道傍リンパ節(#8)の増大を認め、下部食道圧排による嚥下困難が出現し、上部消化管内視鏡にて食道に隆起性病変を認めた。右下葉原発巣の再生検および食道病変の病理でp40陽性の低分化癌を認め、肺多形癌の転移と診断し、食道狭窄に対しステント留置を施行した。その後貧血により化学療法導入は困難でありBSCの方針とした。

**【考察】**肺多形癌は、肺悪性腫瘍の0.1～0.3%と稀で化学療法や放射線療法の治療効果は乏しいとされる。一方でPD-L1高発現において免疫チェックポイント阻害薬(ICI)が奏功した症例も報告されている。本症例はICI治療により頸部・縦隔リンパ節転移は縮小するも食道傍リンパ節の増大を認め、病理で診断時、増悪時で病理所見の変化を認めたことからICI治療が一部の組織にのみ奏効したと考えられる。肺多形癌におけるICI治療効果は確立されておらず、異なる治療効果を示した症例として報告する。

## R-050

### 間質性肺炎既往のある肺多形癌の患者にPembrolizumabが著効した一例

川崎医科大学附属病院 呼吸器内科

玉田 知里、田中 仁美、阿部 公亮、田嶋 展明、鶴井佐栄子、村野 史華、山内宗一郎、田嶋匠之助、黒瀬 浩史、小橋 吉博、小賀 徹

**【症例】**73歳、男性。左上葉肺癌(小細胞癌cT3N3M1b、stage IV A)に対し、1st line CBDCA + ETP 6コース、2nd line CBDCA + CPT-11を3コース行った。1st line投与後より原発巣は縮小したが、右下葉腫瘤影はむしろ増大傾向で、3コース後の造影CTでも増大していた。組織型再精査のため気管支鏡検査を行ったが診断がつかず、CTガイド下生検にて、多形癌との病理診断であった。フォローのPET/CTで、右副腎転移の集積も亢進していたため、右下葉肺癌(多形癌cT3N0M1b、stage IV A)と診断した。

**【経過】**多形癌は従来殺細胞性抗癌剤に抵抗性であり、予後が悪いとされていた。しかし近年PD-L1高発現例ではICI治療で奏功した報告もある。間質性肺炎の既往があり急性増悪のリスクを考慮する反面、PD-L1 75%以上と高発現、腫瘍の増大が速いため、患者に説明同意の上で、pembrolizumabによる治療を開始した。治療開始後、腫瘍は著明に縮小し、間質性肺炎の悪化なく経過中である。

**【考察】**PD-L1高発現の肺多形癌でpembrolizumabが有効である可能性が示唆された。その後の経過もふまえて、多形癌に対するICIの治療効果、及び間質性肺炎患者のICI使用における増悪リスクに関し、文献的考察を加えて報告する。

## R-051

### ニボルマブ+イピリムマブ投与中に胃十二指腸腫瘍が出現し、転移との鑑別を要した肺腺癌の一例

<sup>1)</sup>中国労災病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>中国労災病院 消化器内科、<sup>3)</sup>中国労災病院 病理診断科  
柳谷奈都子<sup>1)</sup>、塩田 直樹<sup>1)</sup>、秋田 慎<sup>1)</sup>、黒住 悟之<sup>1)</sup>、盛生 慶<sup>2)</sup>、西田 俊博<sup>3)</sup>

【症例】62歳，男性。

【主訴】食欲不振。

【はじめに】消化管の免疫関連有害事象(irAE)は大腸炎の報告が多いが、胃十二指腸炎の報告は少ない。我々は、ニボルマブ+イピリムマブ投与中に胃十二指腸腫瘍が出現した症例を経験したので報告する。

【現病歴】咳嗽，右胸痛を主訴に当科を受診した。胸部単純CTで右上葉に28×23mmの腫瘍を認め、肺腺癌T2aN1M1c(LYM, OSS) stage IV B (PD-L1 TPS 50%未満, EGFR(-), ALK(-), ROS-1(-), BRAF(-), MET(-))と診断した。カルボプラチン(CBDCA)+ペメトレキセド(PEM)+ニボルマブ(Nivo)+イピリムマブ(Ipi)を1サイクル投与後，維持療法としてニボルマブ(Nivo)+イピリムマブ(Ipi)を10サイクル投与した。腫瘍は縮小し治療を継続していたが，食欲低下を主訴に予定外受診した。胸腹部単純CTでは胃前庭部から幽門部にかけて壁が肥厚していたが，その他に再発を示唆する所見はなかった。胃前庭部にSUVmax 6.1の集積を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部小彎側を中心に3/4周性にわたり，潰瘍形成を伴う50mmの腫瘍を認めた。転移を疑う所見であったが，採取した組織に悪性所見はなく潰瘍形成と好酸球浸潤を伴う再生上皮を認めた。粘膜下には多いところで50個/HRF程度の好酸球浸潤を認めた。免疫チェックポイント阻害薬による副作用と診断した。化学療法を中断しPPI内服し症状は改善した。

## R-052

### 自律神経障害と亜急性感覚性ニューロパチーがdurvalumabで誘発されたと考えられる抗CV2抗体陽性SCLCの1例

<sup>1)</sup>香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学、<sup>2)</sup>香川大学医学部 医学教育学  
川田 浩輔<sup>1)</sup>、金地 伸拓<sup>1)</sup>、小森 雄太<sup>1)</sup>、溝口 仁志<sup>1)</sup>、井上 卓哉<sup>1)</sup>、渡邊 直樹<sup>1)</sup>、坂東 修二<sup>2)</sup>

【症例】74歳の男性。小細胞肺癌cT4N3M0, stage3C, EDに対してCBDCA+VP16+durvalumabによる治療を開始した。3週間後、起立性低血圧と手袋靴下型の感覚障害を認めた。頭部MRI、脊髄MRI、神経伝達度検査では異常所見を認めなかったが、髄液では蛋白細胞解離を認めた。自律神経障害と亜急性感覚性ニューロパチーと判断した。これらは免疫関連有害事象(irAE)としてはまれであり、傍腫瘍性神経症候群(PNS)関連抗体セットを提出したところ抗CV2抗体が陽性であった。第2サイクルはdurvalumabを使用せずCBDCA+VP16のみとした。自律神経障害と亜急性感覚性ニューロパチーは次第に改善傾向である。

【考察】本例における神経障害は、免疫チェックポイント阻害薬(ICI)によるirAEであり、かつPNSとも言える。PNSは通常、治療開始前に発症することが多い。抗CV2抗体が神経障害の出現前から存在していたかどうかは不明であるが、ICIがその産生を刺激しPNS発症を誘導した可能性がある。この場合、ICI継続は神経障害の悪化を来すかもしれない。

【結語】irAEとして神経障害を生じた場合は、ICIで誘発されたPNSでもある可能性がある。抗神経抗体の測定は病態把握と方針決定に有用と思われる。

## R-053

### 非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬後、ステロイド治療中に非結核性抗酸菌症を発症した1例

川崎医科大学 呼吸器内科学

村野 史華、黒瀬 浩史、鶴井佐栄子、田嶋 展明、玉田 知里、山内宗一郎、田中 仁美、田嶋匠之助、阿部 公亮、小橋 吉博、小賀 徹

【症例】81歳男性。左上葉非小細胞肺癌(cT4N2M1b/StageIV A)に対し閉塞性肺炎にて放射線治療後、1st line CBDCA/PTX/nivolumab/ipilimumabを導入した。その後nivolumab/ipilimumab投与継続中に左胸水と左上葉にコンソリデーションを認め、放射線肺臓炎や薬剤性肺炎を考慮し、免疫チェックポイント阻害薬(ICI)中止の上、PSL 50mg/dayを開始し軽快後漸減中であった。5ヵ月後、PSL 10mg/day投与中、PET/CTにて左肺舌区の胸膜直下に新規のFDG集積を認めた。肺癌の再発を疑いCTガイド下針生検を行ったところ悪性所見は認めず、組織の抗酸菌塗抹2+、PCR法でM. aviumを検出した。そのため、肺非結核性抗酸菌症(NTM)として多剤併用療法を開始した。

【考察】ICIによる稀な免疫関連有害事象(irAE)として結核やNTMの報告があり、原因としてICIによる肺局所の炎症と組織破壊に伴う潜伏感染の再活性化、irAEに対するステロイド投与による免疫抑制状態などの関与が疑われている。本症例は、ICI治療中止後5ヶ月間経過していることから、irAE制御目的で長期投与したステロイドによりNTMを発症したと考えられる。ICI治療を行う際には治療前の抗酸菌感染をスクリーニングし、増悪の有無を慎重にモニターしていく必要がある。

## R-054

### オシメルチニブが著効し、DICから回復したEGFR変異陽性肺腺癌の1例

高知大学医学部医学科

鈴木 太郎、大山 洸右、穴吹 和貴、小林 由佳、中村 優美、安田早耶香、伊藤 孟彦、西森 朱里、中谷 優、水田 順也、梅下 会美、佃 月恵、岩部 直美、辻 希美子、荻野 慶隆、山根真由香、高松 和史、大西 広志、横山 彰仁

【症例】67歳、女性。2021年7月からの腰痛、左下肢痛を主訴に近医整形外科を受診し、多発性骨髄腫を疑われて当院血液内科を受診した。PET-CTで椎体や骨盤へのびまん性異常集積と、右肺上葉浸潤影への異常集積を認めたため、肺癌・多発骨転移を疑われて、同年10月に当科を紹介受診した。気管支鏡検査にて肺腺癌と診断した。血液検査ではALP、LDHが高値であり多発骨転移(stage IV)を反映していた。全身状態はPS3と通常化学療法は困難な状況であったが、オンコメインマルチ検査を実施し、EGFR変異(del-19)を確認した。オシメルチニブ導入5日目にDICの診断となり、オシメルチニブ休薬と輸血で対応した。画像検査では肺病変が著明に縮小しており、腫瘍性DICに対してオシメルチニブ治療再開が望ましいと判断した(休薬期間2日間のみ)。その後は全身状態、血液データともに改善し、10ヶ月経過した現在も増悪することなく治療を継続している。

【考察】腫瘍性DICは固形癌全体の6.8%に発症し、肺癌診断時(診断前後1ヶ月間を含む)の合併率は0.7%との報告がある。Stage IVの肺癌においてDIC発症後生存期間中央値は13日と極めて短かく、化学療法が原病に奏効するかどうか重要となる。本症例も、分子標的薬が著効したためDICから回復し、救命できたと考える。PS不良患者や重篤な合併症がある患者であっても、遺伝子変異検索が重要であると再確認できた症例であり、報告する。

## R-055

### ドライバー遺伝子検索を繰り返しFoundationOne® Liquid CDxで診断し得たEGFR遺伝子変異陽性肺癌の1例

愛媛大学医学部附属病院 第二内科

上田 創、山本将一郎、片山 一成、平山龍太郎、中川友香梨、長井 敦、山本 遥加、杉本 英司、田口 禎浩、中村 行宏、山本 哲也、濱口 直彦、野上 尚之、山口 修

【症例】56歳女性、非喫煙者。

【経過】検診異常影で当院紹介され、2017年1月に肺癌(cT1cN0M0、cStage I A 3)の疑いで開胸右下葉切除+右上・中葉部分切除+ND2a-2術を施行した。術後病理で肺腺癌(pT4N2M0、pStage III B、肺癌取扱い規約第8版)と診断し、術後補助化学療法を開始した。再発後手術検体でEGFR遺伝子変異、ALK融合遺伝子、ROS1融合遺伝子変異のシングルプレックス検査を提出したがドライバー遺伝子は認めず、6次治療中の2021年12月にドライバー遺伝子の再検索を試みたが、本症例は転移巣が小さく、組織からの再生検は困難であったため2017年の手術検体でオンコマイン™ Dx Target Test®を提出したが、CTNNB1遺伝子のみ陽性、ALK融合遺伝子、ROS1融合遺伝子変異は判定保留で治療につながるドライバー遺伝子は認めなかった。8次治療中の2022年6月にFoundationOne® Liquid CDxを提出しEGFR exon19 deletion (T751\_I759)を認め、EGFR遺伝子変異陽性肺癌と診断した。2022年7月からオシメルチニブの投与を開始し、奏効している。

【考察】過去の検査でEGFR exon19deletion (T751\_I759)が検出できなかった原因として、保管期間の問題で核酸品質が劣化していた可能性の他に、Cヘリックス領域の欠失が過去の検査では検出対象外であった可能性がある。本症例は包括的がんゲノムプロファイリング(CGP)が有用であったため報告する。

## R-056

### 3種類の遺伝子変異(EGFR:L858R・E709X、CTNNB1)をもつ肺腺癌に対してAfatinibで加療した一例

<sup>1)</sup>独立行政法人国立病院機構国立高知病院 呼吸器センター、

<sup>2)</sup>独立行政法人国立病院機構国立高知病院 病理部、

<sup>3)</sup>独立行政法人国立病院機構国立高知病院 臨床研究センター

國重 道大<sup>1)</sup>、市原 聖也<sup>1)</sup>、門田 直樹<sup>1)</sup>、成瀬 桂史<sup>2)</sup>、岡野 義夫<sup>1)</sup>、町田 久典<sup>1)</sup>、畠山 暢生<sup>1)</sup>、竹内 栄治<sup>1,3)</sup>

【症例】78歳女性

【主訴】咳嗽

【現病歴】20XX年9月頃から咳嗽を自覚されていたが自制範囲内であり経過を見ていた。徐々に症状の増悪と血痰症状を認め20XX+1年9月に当院を受診した。両肺に多発空洞影と気管支内の結節性陰影を認めたため精査を施行した。肺腺癌cStage IV B L858R陽性、E709X陽性、CTNNB1陽性の診断に至り、10月よりAfatinibで加療を開始した。皮膚障害や下痢などの有害事象を認めたが著明な腫瘍縮小効果を認め、現在も内服加療を継続している。

【考察】EGFR陽性かつCTNNB1陽性の肺癌は稀でありTKIの効果は比較的乏しいとされている。また、2種類の遺伝子変異陽性の報告は散見されるが3種類の遺伝子変異陽性である肺癌はさらに珍しいと考えられるため報告する。

(本症例の一部は第126回日本内科学会四国地方会で発表した)

## Osimertinibを中止せずに肺結核治療を完遂した肺線癌の1例

岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科

山下 真弘、大橋 圭明、肥後 寿夫、松浦 宏昌、榎本 剛、二宮貴一郎、藤井 昌学、市原 英基、堀田 勝幸、田端 雅弘、木浦 勝行

症例は80歳代女性。主訴は咳嗽。2013年4月に左上葉肺腺癌 (pT2aN0M0 StageIB, EGFR ex19 del) に対して左上葉切除術を施行した。2014年8月に左前縦隔リンパ節腫大や左下葉結節影増大などを認め、再発と判断しGefitinib 250mg/dayで治療を開始した。2017年10月に左腋窩リンパ節増大を認め、リンパ節生検でT790M 遺伝子変異が検出された。Osimertinib 80mg/dayを開始したが、血小板減少のためOsimertinib 40mg/dayを2週間投与、1週間休薬で継続した。2019年5月から右下葉に器質化肺炎を疑う浸潤影を認め、PSLを開始しOsimertinibは継続した。2020年4月から血痰を認め、肺癌によるものと考え止血剤を投与し改善していた。7月のCTでは既知の肺癌病変と思われるリンパ節や結節影は縮小を維持できていたが、新規の左上葉粒状影を認めた。喀痰の抗酸菌塗抹で結核菌が検出されたため、INH+RFP+EBの3剤で加療を開始した。皮疹のため一旦休薬し、INH+RFP+LVFXで2021年5月まで肺結核治療を継続した。結核治療中は肺癌の増悪なく、重篤な副作用も生じなかった。肺癌と肺結核の同時治療の報告はあるが、チロシンキナーゼ阻害薬と抗結核薬を併用した症例の報告は少ない。Osimertinibの代謝酵素はCYP3A4であり、RFPはこれを誘導することが知られており、Osimertinibの血中濃度が低下する可能性がある。本症例では肺癌の増悪なく結核治療ができたため、考察と文献を加えて報告する。

## 当院におけるマルチ遺伝子パネル検査のための気管支鏡検査検体での核酸抽出成功率の検討

国立病院機構山口宇部医療センター

原田 美沙、近森 研一、藤井 哲也、水津 純輝、村川 慶多、上原 翔、恐田 尚幸、伊藤 光佑、宇都宮利彰、青江 啓介、前田 忠士、亀井 治人

ドライバー遺伝子変異検索において遺伝子パネル検査は有用だが、従来のシングルプレックス検査と比較して腫瘍含有割合や腫瘍組織量の高い検体が必要である。当院においてマルチ遺伝子パネル検査開始初期にしばしば検体不良が発生したため、気管支鏡検査手技を見直す必要があった。当院でドライバー遺伝子を検索した症例のうち気管支鏡検査で得られた検体69例について、2019年12月～2021年6月を前期(30例)、2021年6月～2022年9月を後期(39例)に分けて検討した。検査に必要なDNAおよびRNAを抽出できた場合を検査成功として、検査成功率は前期30例中20例(67%)、後期39例中31例(79%)であった。検体別では、TBLB検体が前期23例中15例(65%)、後期28例中21例(75%)、細胞ペレットが前期6例中4例(67%)、後期7例中6例(85%)といずれも改善していた。また、TBNA検体は前期1例、後期4例であり、両者とも成功率は100%であった。検査失敗例ではDNAやRNA量不足が大半であり、検体不足は前期の1例のみであった。後期での検査成功率改善の要因として、経気管支的肺生検でガイドシース法を導入し腫瘍への到達率が向上したことや、ROSEの併用率が上がったことが挙げられる。なにより、当初の失敗例を教訓として術者が良質な検体を採取しようとする意識するようになったことが大きいと考えている。しかし依然として検査失敗例も多く、質の高い検体を提出するために今後も検討が必要である。

**画像から他疾患との鑑別を要したALK陽性肺腺癌の2例**

市立宇和島病院

大下 一輝、廣瀬 未優、濱田 千鶴

【症例1】60代女性。X年4月上旬に発熱，呼吸困難を自覚し，当院に救急搬送された。起坐呼吸を認め，CTで肺うっ血とともに肺炎を疑う所見を認め細菌性肺炎及び心不全と判断し，抗菌薬と利尿薬を開始したが，呼吸状態は改善せず第4病日に挿管・人工呼吸器管理を開始した。抗核抗体が強陽性のため急性間質性肺炎を疑い，ステロイドパルスを行ったが呼吸状態は改善しなかった。腫大した鎖骨上窩リンパ節の生検を行い，肺腺癌の病理診断を得たものの，呼吸不全のため第29病日に死亡した。死後にALK陽性肺腺癌であることが判明した。

【症例2】70代男性。X年7月上旬より咳嗽を認め，当科を受診した。CTで肺うっ血と気管支肺炎を疑う所見を認め，抗菌薬と利尿薬を開始したが，改善しなかった。びまん性肺疾患を疑い，気管支肺胞洗浄・経気管支肺胞生検を行ったところ，ALK陽性肺腺癌と判明した。

【考察】画像所見が非典型的であり診断に難渋したALK陽性肺腺癌の2例経験した。ALK陽性肺癌は日本人の肺腺癌の約4%を占め，CTでリンパ節転移，節外浸潤，癌性リンパ管症を認める頻度が高く，病理学的にも周囲のリンパ管浸潤をきたす傾向が強いとの報告がある。肺内に明らかな結節影がなくとも，リンパ節腫大や広義間質の肥厚を認める場合には，ALK陽性肺癌を鑑別に挙げる必要がある。

**当院におけるALK融合遺伝子陽性肺癌に対する治療の現状**

市立三次中央病院 内科

小浦 智子、山根 愛、鳥井 宏彰、粟屋 禎一

【背景】ALK融合遺伝子陽性肺癌は，分子標的薬であるALK阻害薬を使用することにより従来の化学療法と比較して長期予後が期待できる。

【方法】2013年4月から2022年7月までの期間で，当院においてALK阻害薬を用いたALK融合遺伝子陽性肺癌について後方視的に検討した。

【結果】診断時の年齢中央値は66歳(37-84歳)，性別は男/女 5/6，喫煙歴は有/無 4/7，組織型はすべて腺癌，診断時脳転移は有/無 4/7であった。使用したALK阻害薬は1剤/2剤/3剤/4剤 5/3/2/1，一次治療は化学療法/Alectinib 5/6，ALK阻害薬での一次治療はAlectinib/Crizotinib 8/3，無増悪生存期間中央値はAlectinib/Crizotinib 1253.5日/291日であった。2022年8月31日時点で治療継続中/治療中止し経過観察中/死亡中止 7/2/2，治療継続中のALK阻害薬はAlectinib/Lorlatinib/Brigatinib 4/2/1であった。ALK阻害薬での2次治療以降の使用薬剤はAlectinib/Lorlatinib/Brigatinib/Ceritinib 2/4/1/2で，1000日以上奏功した症例も認めた(Alectinib 1849日，Lorlatinib 1017日，Ceritinib 2164日)。

【考察】ALK融合遺伝子陽性肺癌ではAlectinibの使用で長期間の奏効が期待できる。また2次治療以降で他のALK阻害薬でも長期間の奏効が得られた症例が認められたことより，複数のALK阻害薬をシーケンスで使用することで長期予後が期待できる。

## Dabrafenib + Trametinib 併用療法の長期奏効後に複合免疫療法が奏功した BRAF 遺伝子変異陽性肺癌の 1 例

市立三次中央病院

山根 愛、小浦 智子、鳥井 宏彰、栗屋 禎一

症例は72歳男性。X-3年7月より BRAF 遺伝子変異陽性肺腺癌 cT4N3M1c, stageIV (PD-L1 75%), 胸膜転移, 肝転移, 多発骨転移, 多発リンパ節転移に対して BRAF 阻害剤である Dabrafenib と MET 阻害剤である Trametinib の併用療法を開始し PR が得られた。1年9ヶ月後に急性間質性腎炎を発症したが, Dabrafenib + Trametinib の休薬により改善し, Dabrafenib + Trametinib を減量して再開したところ2年3ヶ月間の投与が可能であった。X-1年10月に胸膜病変の増大により PD となり, Atezolizumab + BEV + CBDCA + PTX を開始した。1コース目で Grade4 の好中球減少を認めたため, 2コース目以降は CBDCA + PTX を減量し4コース投与し, その後は BEV + Atezolizumab で維持療法を行っている。現在まで他に特記すべき有害事象もなく SD の状態を維持したまま経過し, 約10ヶ月間奏功している。今回, 1次治療で Dabrafenib + Trametinib が長期奏効し, 2次治療で免疫チェックポイント阻害剤併用化学療法が奏功している BRAF 遺伝子変異陽性肺癌の1例を経験した。BRAF 遺伝子変異は肺癌においては1~3%と希少な遺伝子変異であるため, 長期奏効が得られている報告は稀であり, 文献的考察を踏まえて報告する。

## 髄膜癌腫症を呈する MET exon 14 skipping 変異陽性肺腺癌に対してテポチニブで治療した一例

<sup>1)</sup> 国立病院機構東広島医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 国立病院機構東広島医療センター 呼吸器外科、

<sup>3)</sup> 国立病院機構東広島医療センター 放射線科

島田 俊宏<sup>1)</sup>、三好 由夏<sup>1)</sup>、川崎 公平<sup>1)</sup>、西村 好史<sup>1)</sup>、宮崎こずえ<sup>1)</sup>、小田部誠哉<sup>2)</sup>、赤山 幸一<sup>2)</sup>、原田 洋明<sup>2)</sup>、柴田 諭<sup>2)</sup>、藤田 和志<sup>3)</sup>、富吉 秀樹<sup>3)</sup>

【症例】77歳, 女性。近医での胸部CTで左肺下葉に胸膜に接する15mm大の結節を認め当科に紹介された。PET-CTでは左肺下葉の結節に加え縦隔, 左鎖骨上窩, 側頸部リンパ節に集積を認めた。左鎖骨上窩リンパ節の生検により転移性低分化腺癌と診断された。左下葉肺腺癌 cT1bN3M0 cStageIIIc として化学放射線療法を行った後に部分奏効が得られ, デュルバルマブによる維持療法を実施した。維持療法終了2年後に嘔声や下肢の感覚鈍麻が出現し, 髄液から腺癌細胞が検出されたため髄膜癌腫症での再発と診断した。全脳照射のち化学療法 (CBDCA + PEM + Pembrolizumab) を実施したが, 意識障害や全身倦怠感のため寝たきりとなり著しいADLの低下を認めた。過去の検体から遺伝子検査を提出したところ MET exon 14 skipping 変異陽性でありテポチニブに変更した。Grade1の浮腫や胸水貯留を認めたが, 利尿薬投与で軽快しテポチニブの減量は必要としなかった。歩行器での歩行も可能となりADLは徐々に改善し無増悪で経過している。

【考察】MET exon 14 skipping 変異陽性の非小細胞肺癌は20~40%で脳転移を合併するとされ予後不良である。テポチニブは血液脳関門を通過するとされ頭蓋内病変への有効性も確認されているが, 髄膜癌腫症に対して投与された報告は少ない。文献的考察を加えて報告する。

## 抗体検査が診断に有効であった Lambert Eaton 筋無力症候群

高知大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

安田早耶香、中谷 優、岩部 直美、小林 由佳、鈴木 太郎、中村 優美、伊藤 孟彦、西森 朱里、大山 洸右、水田 順也、佃 月恵、荻野 慶隆、山根真由香、穴吹 和貴、高松 和史、大西 広志、横山 彰仁

【症例】74歳男性。

【現病歴】2021年8月、cT2N2M1a, Stage IV A期の進展型小細胞肺癌と診断し、シスプラチン+エトポシド+デュルバルマブ療法を開始した。デュルバルマブ維持療法を施行中に増悪を認めたため、2022年3月より二次治療としてノギテカン療法を開始した。4コース目開始前に下肢筋力低下の訴えがあり、両側腸腰筋の徒手筋力テストが4と低下していたため、精査を行った。

【経過】頭部MRIで脳転移を認めず、筋炎関連の自己抗体も陰性であった。テンシロンテスト陽性であり、また右小指外転筋の低頻度反復刺激誘発筋電図ではwaningを認め、重症筋無力症やLambert-Eaton筋無力症候群(LEMS)を疑った。抗AchR抗体と抗MuSK抗体は陰性、抗VGCC抗体と抗Hu抗体が強陽性であったことから小細胞肺癌に随伴するLEMSと診断した。

【考察】LEMSを合併した肺癌患者では、その9割以上が肺癌診断前にLEMSを発症する。しかし、本症例は肺癌診断11か月後にLEMSを発症しており、肺癌に合併したLEMSとしては非典型的であった。肺癌の増悪はなく、ノギテカン療法の効果を認めていたことや、電気生理学的検査の結果から、重症筋無力症とLEMSの診断に苦慮したが、両者の鑑別には抗体検査が有用であった。

## 腸間膜脂肪織炎を伴い診断に苦慮した浸潤性粘液性肺腺癌の一例

<sup>1)</sup>高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科、<sup>2)</sup>高知大学医学部附属病院 消化器内科学

西森 朱里<sup>1)</sup>、山根真由香<sup>1)</sup>、安田早耶香<sup>1)</sup>、小林 由佳<sup>1)</sup>、鈴木 太郎<sup>1)</sup>、中村 優美<sup>1)</sup>、伊藤 孟彦<sup>1)</sup>、中谷 優<sup>1)</sup>、大山 洸右<sup>1)</sup>、水田 順也<sup>1)</sup>、佃 月恵<sup>1)</sup>、岩部 直美<sup>1)</sup>、荻野 慶隆<sup>1)</sup>、穴吹 和貴<sup>1)</sup>、高松 和史<sup>1)</sup>、大西 広志<sup>1)</sup>、横山 彰仁<sup>1)</sup>、山本 翔太<sup>2)</sup>、吉岡 玲子<sup>2)</sup>、内田 一茂<sup>2)</sup>

症例は69歳男性。2021年9月に発熱で受診し、胸部CTで両側肺胸膜直下のすりガラス陰影を認めたため、胸膜炎と診断し抗生剤治療を行った。一旦症状は軽快したが、息切れや倦怠感は続いていた。2022年1月の腹部CTで腹水貯留、上腸間膜動脈周囲の脂肪織濃度上昇を認めた。腹水穿刺や消化管内視鏡検査、MRCPでは診断がつかず、腹腔鏡下腸間膜生検にて腸間膜脂肪織炎と診断した。気管支鏡検査では有意な所見は得られず、右肺部分切除を施行した。肺胞上皮置換性の腫瘍細胞や細胞質内に粘液を認め、浸潤性粘液性肺腺癌と診断した。腸間膜脂肪織でも異型腺管を認め、腸間膜脂肪織炎は腫瘍によるものと考えられた。浸潤性粘液性肺腺癌は結節影や空洞影、浸潤影などを呈し、画像診断に難渋することもある。肺胞上皮置換性に腫瘍細胞の増殖を認め、肺胞腔内は粘液で貯留されることが特徴である。しかし画像所見だけでなく組織学的にも原発性肺癌と転移性肺腫瘍は類似しており、本症例では他臓器の原発巣は認めず原発性肺癌と診断した。肺野の陰影を認めてから浸潤性粘液性肺腺癌と診断するまでに苦慮した一例であった。

## 好酸球性肺炎と鑑別を要した肺浸潤性粘液性腺癌の1例

川崎医科大学附属病院

鶴井佐栄子、黒瀬 浩史、村野 史華、田嶋 展明、玉田 知里、山内宗一郎、田中 仁美、田嶋匠之助、阿部 公亮、小橋 吉博、小賀 徹

【症例】81歳女性。健診胸部X線で胸部異常陰影を指摘され、近医を受診した、胸部CTで右側優位のすりガラス陰影、小結節影、小葉間隔壁肥厚、コンソリデーシヨンの混在を認め、末梢血好酸球数5934/ $\mu$ Lと好酸球増多を認めたため、好酸球性肺炎の疑いで当院に紹介された。来院後診断のために、気管支鏡検査を実施したが、低酸素血症の悪化を認めたため、慢性好酸球性肺炎としてPSL 30mg/day (0.5mg/kg) 投与した。しかし、病状は開始するも改善せず、治療開始から第3病日に発熱、呼吸状態の悪化を認めた。そのためmPSL 500mg/dayに増量したが呼吸状態、画像評価ともに改善は見られなかった。その後、経気管支肺生検組織の病理所見で粘液を内包した異型細胞を認め、肺浸潤性粘液性腺癌(cT3N2M0/Stage IIIB)と診断し、化学療法を導入する方針とした。

【考察】肺浸潤性粘液性腺癌の肺癌に占める割合は稀である。また、腫瘍随伴性の好酸球増多も固形腫瘍では稀であり、その機序として腫瘍細胞によるIL-5等のサイトカイン産生、骨髄転移による好酸球の産生刺激等が報告されている。非小細胞肺癌における好酸球増多は、癌の広範な転移や治療抵抗性と関連し予後不良とされており、早期の治療導入が重要である。本症例は、好酸球性肺炎を疑われたが、治療前に気管支鏡検査を行うことでステロイド治療不応性に対応でき、比較的早期に診断することが可能であった。

## 抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に伴う間質性肺炎に対する免疫抑制剤治療中に胸腺癌を合併した一例

<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 呼吸器外科中村 愛理<sup>1)</sup>、藤原 慶一<sup>1)</sup>、大森 洋樹<sup>1)</sup>、松岡 涼果<sup>1)</sup>、藤原 美穂<sup>1)</sup>、光宗 翔<sup>1)</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>、柴山 卓夫<sup>1)</sup>、平見 有<sup>2)</sup>、鳥越英次郎<sup>2)</sup>

症例は65歳、女性。X-1年9月に発熱、顔面・背部・上胸部の紅斑を主訴に当院皮膚科を受診した。筋症状は認めなかったが、Gottron徴候、逆Gottron徴候を認め、皮膚筋炎が疑われた。CTにて両側下葉優位の胸膜直下に線状・網状影と、右下葉の浸潤影を認め当科へ紹介された。数日の経過で低酸素血症の急激な進行を認め、臨床的に急速進行性の間質性肺炎であった。気管支鏡検査や皮膚生検などの精査の結果、抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎と診断した。ステロイドパルス療法の後、シクロホスファミド大量療法を繰り返しながらタクリロムス併用のうえ、ステロイドを漸減した。肺野の間質影や酸素化は改善し、抗MDA5抗体も低下傾向となった。X年5月頃に、急速に増大する前縦隔結節を認めたためCTガイド下生検を施行した。病理検査結果から胸腺原発扁平上皮癌、c-Stage Iと診断し、呼吸器外科にて胸腺腫瘍切除術+リンパ節郭清を施行された。現在術後2年経過しているが、胸腺癌の再発なく、間質性肺炎のコントロールも良好である。

抗TIF-1 $\gamma$ 抗体、抗NXP-2抗体陽性皮膚筋炎には悪性腫瘍をしばしば合併するが、抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎に悪性腫瘍を合併するのは比較的まれで、さらに胸腺癌は極めて稀な癌腫であるため貴重な症例と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 傍気管領域に発生した異所性胸腺腫の1例

国立病院機構高知病院 呼吸器外科  
 南城 和正、日野 弘之、本田 純子、先山 正二

【はじめに】胸腺腫は通常前縦隔に発生することが多く、前縦隔以外に発生することは稀である。今回われわれは傍気管領域に発生した異所性胸腺腫の1例を経験したので報告する。

【症例】67歳、女性。検診の胸部レントゲンで胸部異常陰影を指摘された。前医で胸部CTを撮影したところ縦隔内腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介となった。縦隔内の上大静脈と気管に挟まれる領域に34×25mm大の境界明瞭な腫瘍を認め、外科的切除の方針となった。腫瘍の周囲組織への浸潤傾向はなく、鏡視下に摘出した。病理組織検査の結果、thymoma type ABの診断を得た。術後3日目に胸腔ドレーンを除去し、術後5日目に退院となった。現在、再発所見はなく経過している。

【考察】異所性胸腺腫は胸腺腫全体の4%程度とされ、比較的稀な疾患である。異所性胸腺腫の発生部位は、頸部が最も多く、次いで肺、胸膜とされるが、傍気管領域に発生した異所性胸腺腫の報告は少数である。縦隔内傍気管結節の鑑別には悪性リンパ腫や悪性腫瘍リンパ節転移、サルコイドーシス、キャッスルマン病、感染症などが挙げられるが、異所性胸腺腫も鑑別に挙げる必要があると考えられた。

## 薬剤性間質性肺炎との鑑別を要した急性細気管支炎の1例

<sup>1)</sup> 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、

<sup>2)</sup> 山口大学大学院医学系研究科 耳鼻咽喉科学

渡邊 倫哉<sup>1)</sup>、浅見 麻紀<sup>1)</sup>、久本優佳里<sup>1)</sup>、沖中 洋介<sup>2)</sup>、末竹 諒<sup>1)</sup>、村田 順之<sup>1)</sup>、大石 景士<sup>1)</sup>、山路 義和<sup>1)</sup>、坂本 健次<sup>1)</sup>、枝國 信貴<sup>1)</sup>、平野 綱彦<sup>1)</sup>、松永 和人<sup>1)</sup>

【現病歴】当院耳鼻科で左篩骨洞癌（神経内分泌細胞癌、Stage IV b）に対して化学放射線療法後、X年2月よりPembrolizumabによる維持療法施行中の64歳男性。同年3月中旬から咳嗽症状増悪と労作時呼吸困難を認め、LVFX内服で経過観察されていたが、フォローアップの胸部CTで両肺広範のすりガラス影を認め当科紹介となった。安静時はO<sub>2</sub> 1L/min投与で酸素化は維持可能であったが、軽労作でSpO<sub>2</sub> 80%台後半まで低下を認め、背側でcoarse cracklesを聴取した。Pembrolizumabによる免疫関連有害事象(irAE)としての肺障害が疑われたが、胸部HRCTでは両肺上葉優位にびまん性の小葉中心性粒状影と斑状すりガラス影を認め、抗菌薬内服後に咳嗽症状が改善傾向にあり、放射線治療で鼻腔内の線毛機能障害をきたし後鼻漏が増悪していたという病歴から、多量の後鼻漏の誤嚥によって広範囲に細気管支炎を来たしたと考えられた。LVFXによる治療を継続したところ、咳嗽症状、炎症所見、画像所見は著明に改善した。副鼻腔炎に対してマクロライド少量内服療法を開始し自宅退院となった。

【考察】免疫チェックポイント阻害薬投与中に両肺びまん性のすりガラス陰影を認めた際、irAEによる肺障害が第一に想起されるが、病歴、背景疾患、胸部画像所見などから鑑別を行うことは重要である。また急性の症状を呈しており病態は異なるが、画像所見から多量の後鼻漏の慢性誤嚥によるびまん性嚥下性細気管支炎も疑われた。

**職業性曝露による発症が疑われた急性好酸球性肺炎の一例**

広島市立北部医療センター安佐市民病院 呼吸器内科

大岡 郁子、細谷 堯永、渡部 雅子、水本 正、西野 亮平、北口 聡一、菅原 文博

**【緒言】**急性好酸球性肺炎の原因の多くは喫煙関係および薬剤性肺炎であり、職業性曝露を原因とする報告はまれである。

**【症例】**特に既往のない、現喫煙者の44歳男性。入院1週間前にゴム加工業の製造ラインに転職した。入院前日、勤務中に発熱、咳嗽、呼吸苦を自覚し翌日当院を受診、呼吸不全を認めため緊急入院した。胸部単純CTで両側びまん性に粒状影を認め、一部網状影を認めた。血液検査では高度の炎症反応を認めたがKL-6は正常であった。気管支鏡検査を施行し、気管支肺胞洗浄で好酸球分画の上昇を認め、経気管支肺生検でも好酸球の浸潤を認めた。検査所見から急性好酸球性肺炎と診断したが、発症の前後で喫煙習慣や銘柄の変更および服薬の開始はなく、職場環境による発症が疑われた。ステロイドは投与せず発熱、呼吸不全は軽快したため、退院し職場誘発試験を施行した。職場復帰日の午後から呼吸苦、咳嗽、発熱を自覚し、翌日受診時には炎症反応の再増悪を認めため、誘発試験陽性と判断した。ステロイド投与を開始し、速やかに症状は軽快した。

**【考察】**急性好酸球性肺炎を誘発した原因物質は不明であったが、職務内容からゴム加工により生じた何らかの揮発物質が発症に関与した可能性が高いと考えた。

**器質化肺炎と診断した抗Jo-1抗体陽性間質性肺炎の1例**

愛媛県立中央病院

村上 将紀、中西 徳彦、森高 智典、井上 考司、勝田 知也、橋 さやか、近藤 晴香、中村 純也、能津 昌平、相原 健人

**【背景】**抗ARS抗体症候群での画像診断としてはCT上、NSIPパターンが最も多いとされ、fibrosing OPと評価されるものも含め多彩な画像パターンを呈する。

**【症例】**54歳の女性。1週間前からの労作時息切れを主訴に近医受診し、改善ないため当院総合診療科紹介となった。胸部CTで両肺野に多発する浸潤影、すりガラス影を認め、浸潤影内に気管支透亮像のあるOPパターンであったため精査目的に当科紹介された。初診時筋力低下や明らかな皮疹や関節症状なく、スクリーニング目的に各種自己抗体検査を提出した。気管支内視鏡検査および治療目的に入院し、BAL・TBLBを行った。BALFではリンパ球優位の増殖があり、組織でもリンパ球浸潤を伴い気腔内に線維の増生を示し器質化肺炎に矛盾しない組織であった。自己抗体検査結果で抗Jo-1抗体陽性と判明し、プレドニゾロンとシクロスポリン併用による治療を開始した。

**【考察】**抗Jo-1抗体陽性間質性肺炎ではCT上、OPパターンを呈することが多いという報告もある。本症例では見られていないが、抗ARS抗体陽性間質性肺炎では経過中に筋炎を発症する可能性があり、急性増悪時の治療選択にも影響するため、画像や病理診断でOPに矛盾しない所見であっても抗ARS抗体を測定することは有用であると考えられる。

## R-071

### 慢性肺アスペルギルス症の治療経過中に器質化肺炎を発症した一例

高知赤十字病院 呼吸器内科

中内友合江、森田 優、近藤 圭大、豊田 優子

【症例】81歳女性。前医で関節リウマチの治療中、 $\beta$ -Dグルカン高値と左肺の陰影を認めていた。左下肺野の浸潤影が悪化し、発熱を伴ったため、当院紹介、入院した。炎症反応の上昇と $\beta$ -Dグルカン著明高値を認め、CTでは左舌区の無気肺とその周囲のすりガラス影を認めた。気管支洗浄液と喀痰からアスペルギルスが多数検出され、慢性肺アスペルギルス症とこれに伴う閉塞性肺炎と診断し、VRCZとSBT/ABPCを開始し、解熱傾向となった。しかし、第12病日に再度発熱し、CTでは舌区の陰影は縮小したが右肺全体と左上葉に新規のすりガラス影と浸潤影を認めた。菌種が*Aspergillus lenturus*と判明したためL-AMB + MCFGに抗真菌薬を変更したが陰影は更に増悪した。 $\beta$ -Dグルカンは低下傾向で、喀痰に真菌を検出しないことより、新規の陰影は感染契機の器質化肺炎と考えられた。酸素化も悪化してきたため第33病日よりステロイドパルス療法を開始しPSL 0.6mg/kg/日投与を継続したところ、症状も画像も改善した。抗真菌薬はVRCZ内服に切り替え、第61病日に退院した。外来でPSLを漸減し、治療を継続しているが慢性肺アスペルギルス症と器質化肺炎のいずれも再燃なく経過している。

【考察】ステロイド開始によるアスペルギルス症の悪化が懸念されたが、 $\beta$ -Dグルカンと喀痰検査を指標にして安全に治療を行うことができた。

## R-072

### キャッスルマン病に対する免疫抑制薬治療中に顕在化した自己免疫性肺胞蛋白症 (APAP) の一例

<sup>1)</sup>高知医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup>高知医療センター 呼吸器外科、<sup>3)</sup>高知医療センター 病理診断科、<sup>4)</sup>高知医療センター 血液内科  
寺田 潤紀<sup>1)</sup>、山根 高<sup>1)</sup>、吉田 千尋<sup>2)</sup>、張 性洙<sup>2)</sup>、岡本 卓<sup>2)</sup>、柿崎 元恒<sup>3)</sup>、今井 利<sup>4)</sup>、浦田 知之<sup>1)</sup>

68歳、男性。X-7年にキャッスルマン病と診断され、血液内科にてトシリズマブが投与されていた。X-1年5月に両側肺上葉のcrazy paving appearanceを伴うすりガラス影を認め、経時的に増大したためX年4月に当科紹介受診した。気管支鏡検査を行い、BALは施行できなかったがTBLB所見からPAPの所見を認め、抗GM-CSF抗体 12.5U/mLと上昇していたためAPAPと診断した。症状はなく、 $\text{PaO}_2 > 70$  Torrであり重症度1であったため無治療経過観察としたが、トシリズマブが病態悪化に関与する可能性を考えトシリズマブの漸減を行った。現在、キャッスルマン病やAPAPは増悪なく経過している。

【考察】PAPは希少疾患であり、このうちGM-CSFに対する中和自己抗体により肺胞マクロファージや好中球の機能障害に至るのがAPAPとされている。免疫抑制薬を使用した患者に生じる続発性PAPは知られているが、免疫抑制薬の使用により増悪を来したAPAP患者の報告がある。本症例も病態の悪化にトシリズマブが寄与している可能性が考えられた。トシリズマブを減量しAPAPの増悪なく経過している。PAPと診断した際には、他疾患により免疫抑制薬を使用している場合があり、増悪因子となっている可能性があるためできるかぎりの減量が望まれる。

## R-073

### 咯血にて発症し、外科的肺葉切除にて濾胞性細気管支炎の所見を認めたシェーグレン症候群、SLEの一例

<sup>1)</sup>徳島市民病院 内科、<sup>2)</sup>徳島市民病院 外科、<sup>3)</sup>徳島市民病院 病理診断科、<sup>4)</sup>徳島大学病院 疾患病理学  
原田 祥子<sup>1)</sup>、長谷加容子<sup>1)</sup>、小島今日子<sup>1)</sup>、竹崎 彰夫<sup>1)</sup>、手塚 敏史<sup>1)</sup>、岸 潤<sup>1)</sup>、宇山 攻<sup>2)</sup>、  
堀口 英久<sup>3)</sup>、常山 幸一<sup>4)</sup>

症例は42歳女性。X日に咳込んだ際に握りこぶし大の咯血があり当院に救急搬送され入院となった。胸部CTでは右中葉に浸潤影や一部気管支拡張像を認め、非結核性抗酸菌症などを鑑別に気管支鏡検査を予定していた。しかし、X+2日にも再度大量咯血があり、気管支鏡検査は中止となった。胸部造影CTを撮影し、右肺動脈の咯血への関与が疑われた。放射線科と相談の上、血管塞栓術は行わず、外科的に中葉切除を行う方針となった。病理組織において濾胞性細気管支炎の像を認め、局所的に気管支壁へのリンパ球浸潤が強い部分があり、同部位からの出血が疑われた。原因精査目的に自己抗体を測定し、シェーグレン症候群とSLEの診断に至った。

大量咯血で外科的肺葉切除に至り、確定診断に至った症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

## R-074

### 肺静脈瘤を合併したアレルギー性気管支肺真菌症の1例

国家公務員共済組合連合会吉島病院

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

【背景】肺静脈瘤は比較的稀な疾患で、一部分に限局した肺静脈の拡張と定義されており、肺静脈壁の脆弱性や、心疾患による肺静脈圧上昇が原因とされている。

【症例】67歳女性。小児期から気管支喘息の治療を受けていた。12年前に喘息症状が悪化したため当院を受診した。胸部単純CTで中枢性気管支拡張、気管支内の粘液栓、粘液栓の濃度上昇 (high-attenuation mucus : HAM) を認め、血液検査で非特異的IgE高値、好酸球増多を認めたためアレルギー性気管支肺真菌症が疑われた。気管支鏡検査やステロイドによる治療の同意が得られず、その後近医で喘息治療を受けていた。12年後、健康診断で胸部単純X線写真の異常を指摘されて当院を再診した。胸部単純CTは前回とほぼ同様に粘液栓が散在していたが、左肺下葉肺門側の結節影に濃度上昇を認めず、前回CTと比較すると明らかに増大していた。腫瘍性病変や血管病変との鑑別が必要と考え、造影CTを施行したところ、左肺下葉の結節影には肺静脈との連続性と造影効果を認め、肺静脈瘤を疑った。胸腔鏡補助下左肺下葉切除術が施行され、切除組織では肺静脈の嚢状拡張を認め、肺静脈瘤と診断された。

【結論】検索した範囲ではアレルギー性気管支肺真菌症と肺静脈瘤の合併例は報告がなく、因果関係は不明である。粘液栓と血管病変はいずれも辺縁平滑な結節影を示すため、造影効果、気管支や血管との連続性、内部のCT値に着目して鑑別する必要がある。

## R-075

### 併存疾患を持つアレルギー性気管支肺アスペルギルス症にメボリズマブを導入しステロイド離脱できた1例

<sup>1)</sup>西予市立西予市民病院、<sup>2)</sup>愛媛県立中央病院 呼吸器内科

濱田 徹<sup>1)</sup>、勝田 知也<sup>2)</sup>、相原 健人<sup>2)</sup>、村上 将紀<sup>2)</sup>、能津 昌平<sup>2)</sup>、中村 純也<sup>2)</sup>、近藤 晴香<sup>2)</sup>、橘 さやか<sup>2)</sup>、井上 考司<sup>2)</sup>、中西 徳彦<sup>2)</sup>、森高 智典<sup>2)</sup>

【背景】アレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) は一般的に経口ステロイドで治療されるが、再発も多い。再発・難治例に対して生物学的製剤が導入されるケースが散見される。

【症例】71歳、女性

【主訴】咳嗽、全身倦怠感

【現病歴】以前より気管支喘息を指摘されていたが放置していた。X年8月Y日より全身倦怠感、咳嗽あり前医受診。血液検査で好酸球の増加あり。胸部CTで両肺に浸潤影とすりガラス影が散在しており、抗菌薬投与されたが症状は改善しなかった。X年9月初旬より労作時呼吸困難も出現し、増悪傾向だったため9月Z日に当院紹介受診。血液検査で好酸球、総IgE値、アスペルギルス特異的IgEの上昇あり。入院後、粘液栓の喀出あり、粘液栓の培養で *Aspergillus fumigatus* が検出されたため ABPA と診断した。喀痰より *Mycobacterium intracellulare* が検出され、血液検査でB型肝炎既感染、C型肝炎現感染が判明。プレドニゾロン 20mg (0.5mg/kg) で加療を開始。症状は改善傾向だったが、血中好酸球数は高値だった。併存疾患の増悪や治療薬の相互作用を考慮し、第21病日にメボリズマブを導入した。プレドニゾロンは導入4ヶ月後に漸減中止。以降は呼吸症状もなく、好酸球の上昇もなし。胸部画像所見や呼吸機能検査も改善。併存疾患も増悪なく経過している。

【考察】ABPA に対してメボリズマブを使用することでステロイドへの曝露量が減少し、併存疾患の再燃を抑制できる可能性がある。

## R-076

### 新型コロナワクチンによる間質性肺炎が疑われた2症例

公益社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

早瀬百々子、有田真知子、石田 直、時岡 史明、伊藤 明広、横山 俊秀、福田 泰、濱川 正光、濱尾 信叔、甲田 拓之、川瀧 正典

間質性肺疾患の発症には膠原病、環境、薬剤、感染等が誘因となり得るが、今回新型コロナワクチン接種後に肺障害をきたしワクチンの影響が否定できない間質性肺炎の症例を2例経験したので報告する。症例①81歳女性。2021年6月に1回目の新型コロナワクチンを接種し、翌日より倦怠感・頭痛・食思低下が出現し2週間経過しても改善せず、37℃台の微熱も出現した。前医で細菌性肺炎として静注抗菌薬を投与したが炎症所見・画像所見の改善に乏しく、紹介となった。器質性肺炎などの非感染性肺炎が疑われ、気管支肺胞洗浄 (BAL) はリンパ球59%と上昇あり、プレドニゾロン (PSL) を1mg/kgで開始した。病理は Acute fibrinous organizing pneumonia (AFOP) patternであった。症例②55歳男性。2021年9月に2回目の新型コロナワクチンを接種し、翌日より発熱が出現した。数日で解熱したが、その後湿性咳嗽や労作時呼吸困難、倦怠感が出現し接種後2週間後に当院初診となった。CRPの上昇、Albの低下、体重減少を認めた。BALでリンパ球の上昇なく好中球61%と上昇を認めた。しかし培養で有意菌の検出はなく病理はAFOP patternであり、PSLを1mg/kgで開始した。2症例ともに経過良好であり、PSLは外来で漸減中止した。

ヒドロキシカルバミド(ハイドレア<sup>®</sup>)による重症薬剤性肺炎を発症した1剖検例

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院 呼吸器内科  
神戸 寛史、福田 泰、石田 直

86歳女性. 本態性血小板増多症(ET)で当院血液内科通院中の患者. 受診8日前からETに対してヒドロキシカルバミド(HU)500mg/日を開始した. 受診前日から発熱, 酸素化低下を認め前医に入院, 経時的に酸素化が悪化してきたため当院へ搬送となる. 胸部CTで両側びまん性浸潤影を認め, 新型コロナウイルス感染症陰性, 膠原病関連血液検査も陰性, 他新規薬剤もなかったため, HUによる薬剤性肺炎と診断しステロイドパルスを開始した. しかし, 経時的に酸素化が悪化し入院第10病日に死亡となった. 死後病理解剖を行った. 抗悪性腫瘍薬は薬剤性肺炎の主な原因物質である一方, HUの薬剤性肺炎の報告は極めて稀である. また既報と比較すると, これほどの少量の投与量・短い投与期間で致死的な経過を辿った報告は無い. 当日は病理解剖の結果と, 文献的考察を踏まえて報告する.

## 進行性に巨大嚢胞を形成し、咯血を繰り返したサルコイドーシスの一例

<sup>1)</sup> 山口大学大学院医学系研究科 呼吸器・感染症内科学講座、

<sup>2)</sup> 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、

<sup>3)</sup> 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 外科、

<sup>4)</sup> 独立行政法人国立病院機構山口宇部医療センター 臨床検査科、

<sup>5)</sup> 山口大学大学院医学系研究科 病理形態学講座

深津愛祐美<sup>1)</sup>、山路 義和<sup>1)</sup>、伊藤 光佑<sup>2)</sup>、井野川英利<sup>3)</sup>、枝國 信貴<sup>1)</sup>、平野 綱彦<sup>1)</sup>、池田 栄二<sup>4)</sup>、松永 和人<sup>1)</sup>

**【症例】**両肺上葉の粒状影とACE上昇から肺サルコイドーシスが疑われ、気管支肺胞洗浄でCD4/CD8比の上昇を認めたが、経気管支肺生検では診断が得られなかった。また、心エコーで心室基部中隔の菲薄化を認めたが、心筋生検では有意所見は得られなかった。未診断のためステロイドは投与せず経過観察していたが、次第に陰影は増悪し、咯血を認めるようになった。両肺に粗大な嚢胞、右肺尖部にアスペルギルスを示唆する所見と浸潤影を認め、臨床的に慢性進行性肺アスペルギルス症の合併と診断し、ボリコナゾールが開始された。その後も咯血で5回の肺動脈塞栓術(BAE)を要した。CTでは、経時的に嚢胞が拡大し、両上葉を占めるほど巨大化した所見を認めた。BAE後も再咯血したため、出血源と思われる右上葉切除が施行された。切除肺の病理組織では、多数の類上皮肉芽腫が認められ、肺サルコイドーシスの確定診断が得られた。嚢胞や線維化も顕著であり、サルコイドーシスの病変と考えられた。

**【考察】**進行したサルコイドーシスは、上肺野優位に気管支血管周囲間質の肥厚や線維性狭窄が進み、チェックバルブ機構の関与による肺胞の破壊により嚢胞を形成することがある。嚢胞は線維性組織を壁とし、本例の病理所見も矛盾しない結果であった。嚢胞性病変を呈する症例は、3～12%がアスペルギルス症を合併するという報告もあり、咯血のリスク因子となりうるため注意が必要である。

## R-079

### クリゾチニブ耐性後にエヌトレクチニブが奏効した腎移植後ROS1陽性肺腺癌の1例

広島大学病院 呼吸器内科

隅井 允彦、益田 武、山口 覚博、坂本信二郎、堀益 靖、宮本真太郎、中島 拓、岩本 博志、藤高 一慶、濱田 泰伸、服部 登

【症例】57歳、女性。

【現病歴】腎移植後にROS1融合遺伝子陽性肺腺癌stage IV A (pT4N1M1a；肺内転移)と診断され、2018年2月から3次治療としてクリゾチニブ投与が開始された。クリゾチニブは免疫抑制剤との相互作用による血中濃度上昇から生じる浮腫、味覚障害、嘔気をコントロールするために、常用量の半分、隔日と減量投与されたが、病勢はコントロールされていた。しかし、2021年11月より肺内転移増大と脳転移が認められたため、4次治療としてエヌトレクチニブが開始された。エヌトレクチニブはクリゾチニブと同様に免疫抑制剤との相互作用があり、Grade1の運動失調を呈したが、常用量の半分までの減量で6ヶ月間投与継続が可能であり、部分奏効が得られている。

【考察】ROS1陽性肺癌におけるクリゾチニブとエヌトレクチニブによる耐性2次変異としては、G2032Rなどが報告されており、両薬剤の活性に差はないと報告されている。よって、本症例において、エヌトレクチニブの効果が得られた理由は、(1)エヌトレクチニブの毒性がクリゾチニブより軽かったため、エヌトレクチニブの投与量(常用量の1/2)がクリゾチニブの投与量(常用量の1/4)よりも多かったこと、(2)エヌトレクチニブがクリゾチニブよりもROS1融合遺伝子陽性細胞に対するIC50が低いことが考えられる。本症例のように、薬剤相互作用により毒性が生じやすい症例では、エヌトレクチニブが有用かもしれない。

## R-080

### Pembrolizumab投与後に発症しステロイド治療が奏効した自己免疫性血小板減少症の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 血液内科  
野中 喬文<sup>1)</sup>、矢内 正晶<sup>1)</sup>、阪本 智宏<sup>1)</sup>、高田 美樹<sup>1)</sup>、山口 耕介<sup>1)</sup>、前垣 雅哉<sup>2)</sup>、山崎 章<sup>1)</sup>

症例は75歳男性。20XX-1年7月に縦隔原発肺腺癌(cTXN3M1c、Stage IV A)と診断。ドライバー遺伝子変異/転座陰性、PD-L1 TPS=80%であったため、1次治療:Pembrolizumabを開始。20XX年4月7日に12コース目投与目的で受診された際に血液検査で血小板数 3000/ $\mu$ Lと著明低値を認めたため、同日血液内科に紹介。骨髓検査の結果、正形成骨髓で骨髓巨核球が保たれていることからirAE自己免疫性血小板減少症と診断した。Pembrolizumabは中止し、プレドニゾロン60mg(1mg/kg/日)で治療を開始した。ステロイド治療開始後、血小板数の増多を認めたため、ステロイドは徐々に漸減し、終了した。ステロイド治療終了後も血小板数の減少なく経過している。血小板減少はまれなirAEだが、自己免疫性血小板減少症の他に血栓性血小板減少性紫斑病や再生不良性貧血、血球貪食症候群など様々な病態が報告されており、生命を脅かす可能性があるため、早期に診断し適切な治療介入を行うことが重要である。

## R-081

### 非小細胞肺癌に対してペンブロリズマブを投与後に顕在化した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の一例

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

症例は75才女性。20XX-5年4月に胸部異常陰影を指摘され当科へ紹介。肺腺癌、T3N3M0ステージⅢcと診断された。遺伝子異常は認めずPD-L1、TPSは75%であった。放射線療法は照射野が広範囲になることより1次治療としてペンブロリズマブ(200mg/3W)で治療を開始した。重篤な有害事象はなく肺癌は縮小した。20XX-4年5月、治療目的に定期受診。この時に労作時の呼吸困難を自覚された。胸部CTで両側肺野末梢に斑状の浸潤陰影を認め、経気管支肺生検では肺胞隔壁の線維性肥厚およびリンパ球浸を認めた。病原菌は検出されず薬剤性肺障害(グレード2)と診断した。筋炎症状は認めなかったが、抗ARS抗体が陽性であった。ペンブロリズマブは休薬してPSL 30mg/日で治療を開始して肺野の陰影は改善し6週間でPSL 10mg/日に減量、5ヶ月で終了した。腫瘍の再燃は無く肺癌に対しては無治療で経過観察としていたが20XX-3年5月にCEAの増加があり、PET/CTで再発と診断した。間質性陰影は消失しており、初回投与でペンブロリズマブが奏功していたことより十分なICを行い再投与を行なった。腫瘍は縮小し、薬剤性肺傷害の再燃なく2年間投与を行なった。20XX-1年6月に最終投与を施行し以後再燃なく経過観察中である。(考察)薬剤性間質性肺炎は注意すべき免疫関連有害事象であるが、症例によっては再投与も検討される。

## R-082

### DurvalumabによるirAEとして乾癬様皮疹、乾癬性関節炎、間質性肺疾患を発症した非小細胞肺癌の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 整形外科、  
<sup>3)</sup>鳥取大学医学部附属病院 皮膚科  
舟木 佳弘<sup>1)</sup>、小谷 昌広<sup>1)</sup>、原田 智也<sup>1)</sup>、石川 博基<sup>1)</sup>、矢内 正晶<sup>1)</sup>、岡崎 亮太<sup>1)</sup>、柳樂 慶太<sup>2)</sup>、  
谷 直実<sup>3)</sup>、山崎 章<sup>1)</sup>

【症例】63歳男性

【現病歴】20XX-1年8月、検診の胸部X線で左肺門部腫瘍を指摘され、当院を受診された。非小細胞肺癌cT2aN3M0 cStageIIIBと診断され、化学放射線療法(Cisplatin + Docetaxel)を施行した。同年12月よりDurvalumab維持療法へ移行したが、2サイクル投与後より全身角化性紅斑、右爪甲白濁・剥離、4サイクル投与後より爪囲紅斑、10サイクル投与後より右手指趾関節の疼痛、腫脹、発赤、両膝関節痛が出現した。手足DIP関節を中心とした多関節痛と爪病変、角化性紅斑の皮膚生検所見からirAE乾癬様皮疹、乾癬性関節炎と診断した。関節痛悪化のため、Durvalumabは20XX年6月に合計13サイクルで終了し、プレドニゾロン(PSL) 20mg/日内服により、皮疹、関節痛は軽減したが、同年7月には、呼吸困難と胸部CTでの照射野外すりガラス陰影出現からirAE間質性肺疾患と診断した。PSL 60mg/日への増量により間質性肺疾患は改善し、肺癌再燃なく経過している。

【考察】本症例では、治療開始早期の角化性紅斑、爪所見から、乾癬様皮疹を疑っていたが、Grade1であり、本人と相談の上、Durvalumab投与を継続した。結果、治療開始4ヶ月後の多関節痛出現を契機にirAE乾癬様皮疹および乾癬性関節炎診断に至り、7ヶ月後にはirAE間質性肺疾患を併発したため、高用量のPSL投与を要した。乾癬様皮疹に特徴的な紅斑や爪病変が見られた際は、免疫チェックポイント阻害薬継続の可否を検討する必要がある。

## 肝転移は進行再発非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬単剤治療の早期死亡因子

<sup>1)</sup> 国立病院機構高知病院 臨床研究部、<sup>2)</sup> 徳島大学 呼吸器・膠原病内科、  
<sup>3)</sup> 国立病院機構高知病院 呼吸器内科、<sup>4)</sup> 国立病院機構高知病院 病理診断科、  
<sup>5)</sup> 国立国際医療研究センター病院 呼吸器内科、<sup>6)</sup> 徳島大学 地域呼吸器・総合内科学分野  
 竹内 栄治<sup>1)</sup>、近藤 健介<sup>2)</sup>、岡野 義夫<sup>3)</sup>、市原 聖也<sup>3)</sup>、國重 道大<sup>3)</sup>、門田 直樹<sup>3)</sup>、町田 久典<sup>3)</sup>、  
 畠山 暢生<sup>3)</sup>、成瀬 桂史<sup>4)</sup>、荻野 広和<sup>2)</sup>、軒原 浩<sup>5)</sup>、篠原 勉<sup>6)</sup>、西岡 安彦<sup>2)</sup>

**【目的】**免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) は有望な治療法であるが、hyperprogressive disease (HPD) や早期死亡を引き起こす可能性がある。本研究では、進行再発非小細胞肺癌に対するICI単剤治療における早期死亡因子を明らかにすることを目的とした。

**【方法】**当院及び徳島大学で2016年3月から2021年8月の間にNSCLCと診断されICI単剤治療を受けた患者を後方視的に検討した。ICI投与後60日以内に死亡した患者を早期死亡と定義した。

**【結果】**全166人中、大部分の患者(145人；87%)はECOG PSが0～1だった。早期死亡が21例あった。早期死亡群と非早期死亡群の間に有意差が認められたのは、ECOG PS、組織型、肝転移、腫瘍の大きさ、白血球数、好中球数(%)、リンパ球数(%)、末梢血好中球/リンパ球比(sNLR)、CRP、アルブミンであった。単変量ロジスティック回帰分析では、ECOG PSスコア2以上、肝転移、腫瘍サイズ5cm以上、好中球69%以上、リンパ球22%未満、sNLR 4以上、CRP 1mg/dl以上、アルブミン 3.58g/dl未満が有意な因子であった。さらに多変量ロジスティック回帰分析を行ったところ、肝転移(オッズ比[OR]: 10.3、p = 0.008)、ECOG PSスコア2以上(OR: 8.0、p = 0.007)、および喫煙歴(OR: 0.1、p = 0.03)が独立したリスク因子であった。

**【結論】**肝転移、ECOG PSスコア2以上、非喫煙歴は、進行再発非小細胞肺癌に対するICI単剤治療の早期死亡因子である可能性が示唆された。

## 免疫チェックポイント阻害薬投与終了後に免疫関連有害事象の甲状腺機能低下症を発症した小細胞肺癌の2例

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

近年、進展型小細胞肺癌に免疫チェックポイント阻害(ICI)と殺細胞性抗癌剤との併用療法が標準治療となった。ICIにより免疫関連有害事象(irAE)である甲状腺機能障害を来すことが知られており、抗PD-L1抗体投与例の2-4%程度と報告されている。今回、我々はICI投与終了後に甲状腺機能低下症を発症した小細胞肺癌の2例を経験した。症例1は、62歳男性。20XX-1年6月に進展型小細胞肺癌と診断。1次治療：CDDP+VP-16+Durvalumabを開始。9月に甲状腺中毒症を認めたが、自覚症状はなく経過観察とし、11月に原発巣増大でPDとなり、2次治療：AMRを開始。その後も定期的に甲状腺機能の評価を行っていたところ20XX年4月に甲状腺機能低下症へと移行。症例2は、70歳男性。20XX年6月に進展型小細胞肺癌と診断し、1次治療：CDDP+VP-16+Atezolizumabを開始。9月に甲状腺中毒症を認めたが、自覚症状はなく経過観察とし、10月に原発巣増大でPDとなり、2次治療：AMRを開始。その後、11月に甲状腺機能低下症へと移行。いずれの症例も甲状腺ホルモンの補充で改善が得られた。irAEの甲状腺機能障害は比較的早期に甲状腺中毒症を発症し、それに引き続いて甲状腺機能低下症を認めることが多いが、投与終了後に発症することもある。ICI投与開始前の甲状腺自己抗体陽性例では発症頻度が高いとの報告もある。発症リスクも考慮し、投与終了後のフォローアップ検査などの適切なirAEのモニタリングが必要であると考えた。

## 中枢気道病変に対するクライオ生検が診断に有用であった肺腺癌の1例

<sup>1)</sup> 県立広島病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 県立広島病院 臨床研究検査科

平川 哲<sup>1)</sup>、勝良 遼<sup>1)</sup>、三宅 慎也<sup>1)</sup>、藤田 俊<sup>1)</sup>、上野沙弥香<sup>1)</sup>、益田 健<sup>1)</sup>、谷本 琢也<sup>1)</sup>、  
西阪 隆<sup>2)</sup>、石川 暢久<sup>1)</sup>

**【症例】**55才女性。

**【経過】**2020年5月より咳嗽が出現したため、2020年6月に近医耳鼻科を受診し左反回神経麻痺を指摘され、精査加療目的に当院を紹介受診した。CTで右肺門部腫瘤、縦隔リンパ節腫大、左反回神経浸潤を認め、診断のために気管支鏡検査を施行した。CTで腫大していた右下部気管傍リンパ節(#4R)に対して、超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を施行した。この際、右上葉枝入口部に粘膜不整と狭窄を認めたが、出血リスク等を考慮して観察のみで終了した。しかし、細胞診はClass IIIで診断に至らなかったため、再度気管支鏡検査を施行した。右上葉枝入口部の不整な粘膜に対して、クライオ生検を2回施行し、その後、PET-CTで集積が強かった左下部気管傍リンパ節(#4L)に対して、EBUS-TBNAを4回施行した。いずれも出血は制御可能であり、いずれの検体でも腺癌を認め、PET-CT、頭部造影MRIの結果を踏まえて、肺腺癌(cT4N3M1c stage IV B)と診断した。オンコマインDx Target Test マルチ CDx システムでは有意なドライバー遺伝子異常は認めず、PD-L1 tumor proportion score < 1%であり、初回治療としてカルボプラチン、ペメトレキセドおよびペムプロリズマブを開始した。

**【考察】**中枢気道病変に対するクライオ生検はいくつか報告があり、当院でも安全に実施可能であった。当院での中枢気道病変に対するクライオ生検における実情について、文献的考察を踏まえて報告する。

## 胸水検体を用いた肺がんコンパクトパネルによる次世代シーケンシングの有用性

<sup>1)</sup> 医療法人ほそや医院 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 川崎医科大学 総合内科学4、

<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 内科、<sup>4)</sup> DNAチップ研究所、

<sup>5)</sup> 聖マリアンナ医科大学病院 呼吸器内科

南 大輔<sup>1,2,3)</sup>、多田 陽郎<sup>3)</sup>、中島 康博<sup>3)</sup>、市山 成彦<sup>2)</sup>、河原辰由樹<sup>2)</sup>、長崎 泰有<sup>2)</sup>、越智 宣昭<sup>2)</sup>、  
山根 弘路<sup>2)</sup>、佐藤 慶治<sup>4)</sup>、森川 慶<sup>5)</sup>、瀧川奈義夫<sup>2)</sup>

**【背景】**肺がんコンパクトパネルはDNAチップ研究所が共同開発した遺伝子パネル検査であり、聖マリアンナ医科大学における検証試験において高い検査成功率が報告されている(Cancers 2022, 14(15), 3784. Genes 2022, 13(5), 812)。

**【症例1】**71歳、男性。胸水穿刺によるセルブロック検体で肺腺癌(stage IV T4N3M1c)と診断しCBDCA+PTX+Bevacizumab+Atezolizumabを4コース行った。その後、遺伝子変異検索目的に胸水検体を用いた肺がんコンパクトパネルによる次世代シーケンシング(NGS)を行った。EGFR、ALK、ROS1、BRAF、MET、KRAS、HER2遺伝子等の変異は検出されなかったが、胸水検体からはDNA 1100ng、RNA 172.44ngとNGSに十分量の核酸抽出が可能であった。

**【症例2】**75歳、男性。右上葉肺結節、癌性胸膜炎、多発リンパ節腫大あり、CTガイド下肺生検、胸水穿刺によるセルブロック検体で肺腺癌(stage IV T4N2M1a EGFR、ALK遺伝子変異は陰性)と診断されCBDCA+PTX+Bevacizumab+Atezolizumabによる治療を開始した。遺伝子変異検索目的に胸水検体(細胞診class III、DNA 27.4ng、RNA 125.4ng)を用いた肺がんコンパクトパネルによるNGSを行いKrasG12Cが検出された。CTガイド下肺生検により採取した右上葉の原発巣の免疫組織検査においても同様の遺伝子変異を認めたことよりSotorasibによる治療を開始し奏功した。

**【結語】**胸水検体を用いた肺がんコンパクトパネルでは高精度なNGSが可能である。

## R-087

### 特発性肺線維症を合併した進行非小細胞肺癌患者における治療状況の検討 (CS-Lung003 ブランチ4)

<sup>1)</sup>香川大学医学部 血液・免疫・呼吸器内科学、<sup>2)</sup>岩国医療センター 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup>岡山大学病院 新医療研究開発センター 臨床研究部、<sup>4)</sup>岡山医療センター 呼吸器内科、  
<sup>5)</sup>県立広島病院 呼吸器内科、<sup>6)</sup>島根大学医学部 内科学講座 呼吸器・臨床腫瘍学、  
<sup>7)</sup>広島赤十字原爆病院 呼吸器科、<sup>8)</sup>広島大学大学院 分子内科学、  
<sup>9)</sup>岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、<sup>10)</sup>CS-Lung003 研究グループ  
金地 伸拓<sup>1)</sup>、西井 和也<sup>2)</sup>、堀田 勝幸<sup>3)</sup>、渡邊 直樹<sup>1)</sup>、井上 卓哉<sup>1)</sup>、柴山 卓夫<sup>4)</sup>、石川 暢久<sup>5)</sup>、  
津端由佳里<sup>6)</sup>、山崎 正弘<sup>7)</sup>、藤高 一慶<sup>8)</sup>、木浦 勝行<sup>9)</sup>、CS-Lung003 研究グループ<sup>10)</sup>

【背景】非小細胞肺癌 (NSCLC) 患者において、間質性肺疾患 (ILD) の存在は予後不良因子であるが、特発性肺線維症 (IPF) と IPF 以外では臨床上的違いは明らかになっていない。

【目的】ILD を合併した進行 NSCLC を IPF と non-IPF に分けて臨床的相違の有無を検討すること。

【方法】実診療における前向き観察研究 (CS-Lung003) で細胞傷害性抗癌薬治療を受けたILD合併進行NSCLC患者62例を検討した。ドライバー遺伝子変異陽性患者や免疫チェックポイント阻害薬を受けた患者は除外した。

【結果】ILDの内訳はIIPs 56例でIPFが最多の42例 (全体の68%) であった。初回治療の奏効率はIPF群とIPF以外のILD (non-IPF群) で、それぞれ39.5%、31.6%で、有意差はなかった。初回治療のPFSおよびOSは、IPF群では中央値134日および333日、non-IPF群では174日および528日で、いずれも有意差はなかった。全治療経過においてILD全体で急性増悪が22例 (35%) に認められ、うち19例が細胞傷害性抗癌薬治療中に生じていた。IPFとnon-IPFで急性増悪の頻度に有意差はなかった。Nab-PTXを含むレジメンでの急性増悪の頻度は15.6%であり、他のレジメンと比較すると低いものの有意差はなかった。

【結語】IPF群とnon-IPF群で臨床上的違いは認められなかった。しかし症例数が少ないことによる検出力不足の可能性はある。実診療下でのILD急性増悪は35%の患者に認められ高頻度であった。

## R-088

### 1次治療から3次治療までALK-TKIによる腫瘍の縮小効果を得られたALK融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

高知赤十字病院 呼吸器内科

近藤 圭大、森田 優、中内友合江、豊田 優子

【症例】37歳、女性。X-3年8月、右頸部の腫脹を自覚し、近医を受診した。頸部リンパ節腫大を認めたため、同年9月に精査目的で当院に紹介となった。CT画像では両頸部と縦隔リンパ節腫大とともに左S<sup>9</sup>に15mm大の結節と両肺に多発結節を認めた。左頸部リンパ節生検により肺腺癌 (cT1bN3M1c stageIVB) と診断した。リンパ節は急激に増大し、SVC症候群による呼吸困難を伴ったため、縦隔リンパ節への姑息的放射線照射 (30Gy) を開始した。その後ALK融合遺伝子陽性と判明したため1次治療としてAlectinibの投与を開始した。治療開始2ヶ月後にPRを確認、以後も良好な抗腫瘍効果が得られていたが、X-1年6月に頸部や腋窩、傍大動脈リンパ節の増大のためPDと判断し、2次治療としてBrigatinibに変更した。重篤な有害事象は認めずPRを確認した (41%縮小) が、X年4月にリンパ節の増大と多発肝転移の出現によりPDと判断した。3次治療としてLorlatinibを開始し、8月にはリンパ節と多発肝転移の縮小を認めた (40%縮小)。重篤な有害事象は認めず、現在も投与を継続している。

【考察】ALK融合遺伝子肺癌はALK-TKI治療後に二次性変異を伴って耐性を生じることが知られている。2次治療としてのBrigatinib耐性後の他のALK-TKI治療の報告は限られているが、本症例は1次治療から3次治療までALK-TKIによりいずれも良好な腫瘍の縮小効果を認めた。

## 抗リン脂質抗体症候群 (APS) で脳梗塞を併発し抗凝固療法の管理を必要とした進行肺がんの一例

廿日市記念病院 内科  
小原 弘之

**【はじめに】**今回我々は脳梗塞から抗リン脂質抗体症候群とSLEを指摘されて長期管理されている中で、CTの結節影の精査から進行期肺がんstage IV Bと診断されて、抗凝固療法を行いながら入院管理を行った事例を経験したので報告する。

**【症例】**50歳代女性、X-21年3月に急性心不全と多発性脳梗塞を発症して、腎生検でループス腎炎と診断、抗核抗体陽性、抗カルジオリピン抗体陽性で、SLEに続発したAPSと診断されてPSL、ワーファリンで治療されていた。X年3月に多発肺腫瘍を指摘され、頸部リンパ節生検で左下葉肺がん、低分化型腺癌、骨転移と診断された。放射線、化学療法が計画されていたが、4月に失語と右上下肢の痙攣あり、左前大脳動脈の脳梗塞と診断された。PT-INR：1.48でAPSに関連した3回目の脳梗塞と診断されて、肺がん治療は中止となり、5月当院の緩和ケア病棟に入院になった。

胃管を留置して、循環器内科と併診でPT-INRをほぼ毎週モニターしながら、概ね2-3の範囲になるようにワーファリンを0.5mg単位で調整して管理した。同年7月に嘔吐あり新規脳梗塞や脳転移はなかったが、肺がんの急速な進展、リンパ節・骨転移の増大が確認された。この後腎機能は徐々に悪化して、ワーファリンも減量中止して、約1か月後に死亡永眠された。

**【考察】**終末期がん患者の抗凝固療法をどう行うかの基準は定まっていないが、本例は脳梗塞を再発することなく、進行肺がんの管理を行うことができた。

## ニューモシスチス肺炎を合併し治療に難渋したGood症候群の一例

<sup>1)</sup>KKR高松病院 呼吸器内科、<sup>2)</sup>KKR高松病院 呼吸器外科  
関 祥子<sup>1,2)</sup>、市川 裕久<sup>1)</sup>、松岡 克浩<sup>1)</sup>、石川 真也<sup>2)</sup>、荒川裕佳子<sup>1)</sup>、森 由弘<sup>1)</sup>

**【背景】**Good症候群は胸腺腫に低 $\gamma$ グロブリン血症を合併した症候群で、1954年にGoodにより報告された。胸腺上皮性腫瘍の0.4～0.7%に合併する非常に稀な疾患で、死因の57%が感染症に関連すると報告されている。今回我々はニューモシスチス肺炎(PCP)を合併し治療に難渋したGood症候群の一例を経験したので報告する。

**【症例】**73歳女性。易疲労感、呼吸苦のため受診し、胸部CTにて前縦隔に8cm大の境界明瞭な腫瘤影を認めた。両肺野気管支血管周囲に粒状分岐状影・結節影が広がり、胸膜直下はspareされていた。入院翌日に呼吸状態が悪化し、ハイフローネーザルカニューラでの呼吸管理を開始した。採血にてIgG 75mg/dl、IgA 80mg/dl、IgM 10mg/dlと免疫グロブリンが非常に低値であり、 $\beta$ -Dグルカン、KL-6が高値で、サイロメガロウイルス(CMV)抗原陽性であった。気管支肺胞洗浄にて好酸球比率67%、ニューモシスチスカリニPCR陽性であった。好酸球性肺炎、PCP、CMV感染症と診断し、ステロイド、ST合剤、バルガンシクロピルを開始した。低 $\gamma$ グロブリン血症に対してIVIg療法を行った。PCPの治療反応性は不良で、ST合剤にアトバコン1500mgを併用し改善を示したが、両肺多発粒状影の大部分が残存した。香川大学病院呼吸器外科にて前縦隔腫瘍摘出術を行い胸腺腫(Type A、正岡分類Ⅱ期)と診断され、残存肺病変の診断のため中葉より生検を行いPCPに合致する所見を認めた。

## R-091

### 呼吸同調器式レギュレーターの性能向上に伴う運動耐容能に与える影響 – 6分間歩行試験での比較 –

<sup>1)</sup> 国立病院機構山口宇部医療センター リハビリテーション科、

<sup>2)</sup> 国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科

石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、村川 慶多<sup>2)</sup>、原田 美沙<sup>2)</sup>、水津 純輝<sup>2)</sup>、上原 翔<sup>2)</sup>

**【目的】**在宅呼吸ケア白書によると携帯用酸素ボンベでは持続時間に対し49%に対し、不満があることが報告されている。そこで活用するのが呼吸同調器式レギュレータであり、使用することによって酸素の持ち時間を3から4倍程度に改善することが出来る。一方、酸素のFlowが吸気初期にしか生じないため、十分な吸気が出来ない症例においてはSpO<sub>2</sub>が低下することが報告され、実臨床でも連続投与と比較して1から2L/minほど酸素を増量することを経験する。今回、呼吸同調式レギュレータセットOxyCubeオキシキューブに搭載されているFiO<sub>2</sub>特化モード(従来よりFiO<sub>2</sub>を高い濃度で供給できるモード)を用い、連続投与と比較した6分間歩行検査でのSpO<sub>2</sub>、PR、自覚症状(Borg CR10 scale)を評価した。

**【症例】**慢性閉塞性肺疾患5例、間質性肺疾患5例で実施した。年齢74.8歳±9.3(男/女比:7/3)、労作時酸素流量4.1±1.5、mMRC2.6±0.5、肺機能VC2.2L±0.9、FVC2.2L±0.9、FEV<sub>1</sub>1.7L±0.5。

**【結果】**歩行距離・SpO<sub>2</sub>・PR・自覚症状でそれぞれ対応のあるt検定で有意差は認めなかった。傾向として5L/min未満ではFiO<sub>2</sub>特化モードのほうが、酸素化がやや高い傾向にあり、5L/min以上の群では連続投与のほうが酸素化が高い傾向にあった。

**【結語】**FiO<sub>2</sub>特化モードは連続投与に近い酸素飽和度を維持できる可能性があり、持ち時間も改善するため、QOLの改善にもつながる可能性が示唆された。

## R-092

### ケモカインCCL2抑制能を強化した間葉系幹細胞による肺気腫進展抑制効果の検討

<sup>1)</sup> 岡山大学学術研究院保健学域 検査技術科学分野、<sup>2)</sup> 岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、

<sup>3)</sup> 岡山大学学術研究院医歯薬学域 血液・腫瘍・呼吸器内科

大野 恵美<sup>1)</sup>、肥後 寿夫<sup>2)</sup>、妹尾 賢<sup>3)</sup>、板野 純子<sup>3)</sup>、後川 真輝<sup>1)</sup>、谷口 暁彦<sup>3)</sup>、角南 良太<sup>3)</sup>、中村 尚季<sup>3)</sup>、尾関 太一<sup>3)</sup>、木浦 勝行<sup>2)</sup>、前田 嘉信<sup>3)</sup>、宮原 信明<sup>1,2)</sup>

**【背景】**慢性閉塞性肺疾患は進行性の炎症性疾患であり、根本的な治療法は確立されていない。間葉系幹細胞(MSC)は、自己複製能および異なる種類の細胞や組織への分化能を持つ多能性細胞である。過去の研究では肺気腫に対するMSCの治療効果が報告されているが、臨床研究では未だ効果が示されていない。

**【目的】**マウス肺気腫モデルを用いて、CCL2のドミナントネガティブ阻害剤である7ND-MSCの肺気腫に対する治療効果を明らかにする。

**【方法】**マウスにブタ膀胱エラスターゼを気管内投与した後、同様の経路で通常のMSCあるいは7ND-MSCを投与した。それぞれの評価タイミングで肺組織を評価した。

**【結果】**通常のMSCを投与したエラスターゼ誘発性肺気腫モデルマウスにおいて、MSC非投与肺気腫マウスに比し、肺組織の平均肺胞間距離(MLI)が減少しており、MSCの肺気腫進展抑制効果を確認した。7ND-MSC投与したマウスでは、エラスターゼ投与後のMLIが通常のMSC投与マウスに比べてさらに減少しており、7ND-MSCの肺気腫進展抑制効果は通常のMSCよりもより優れていることが示唆された。

**【結語】**7ND-MSCは通常のMSCと比較して肺気腫に対する治療効果が高いことが示唆され、肺気腫の新たな治療戦略になる可能性が期待される。

## R-093

### マスクによるNPPVの忍容性が不良であった1例に対し、マウスピースによるNPPVの呼吸理学療法・在宅導入経験

<sup>1)</sup>NHO山口宇部医療センター リハビリテーション科、<sup>2)</sup>NHO山口宇部医療センター 集中治療科、

<sup>3)</sup>NHO山口宇部医療センター 呼吸器内科

石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、中村 亮裕<sup>2)</sup>、恐田 尚幸<sup>3)</sup>

両側胸水貯留に伴う拘束性換気障害・II型呼吸不全を呈し、在宅酸素療法が導入されている84歳女性。定期的な増悪入院を繰り返しており、入院の度、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)の導入を進められていたが、マスク換気による不快感から拒否されていた。今回、明らかな感染契機のない呼吸困難感増悪により、当院へ緊急搬送された。来院時血液ガス検査ではpH:7.278、PaO<sub>2</sub>:30.9mmHg、PaCO<sub>2</sub>:88.1mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:39.9mol/Lと呼吸性アシドーシスを呈していた。NPPV忍容性不良から高流量鼻カニューラ酸素療法(HFNCOT)を導入したが、送気に対する不快感が強く、X+2で離脱となり、可能な範囲の呼吸機能改善を目指し、理学療法開始となった。BGAは経時的に改善傾向となったが自覚症状(修正MRC Scale:3)が強く残存した。X+6から呼吸理学療法場面で様々なマスクで忍容性に対する評価をしたが、鼻部に送気がある時点で5分と装着持続が出来なかった。そこでX+7にマウスピース型マスクによるNPPV療法を導入したところ、忍容性良好であり、十分な吸気を促した後、口すぼめ呼吸を実施するといった呼吸練習をX+26まで継続した。導入即時効果としては経皮CO<sub>2</sub>の改善、自覚症状の改善が得られていた。またFVC・呼吸筋力も軽度であるが改善傾向であり、有効性が示唆され在宅導入となり、X+27に退院となった。

## R-094

### 重症喘息患者の増悪予測因子に関する前向き観察研究< Okayama-SARP >

<sup>1)</sup>岡山大学学術研究院保健学域、<sup>2)</sup>岡山大学病院 呼吸器・アレルギー内科、

<sup>3)</sup>国立病院機構福山医療センター、<sup>4)</sup>国立病院機構南岡山医療センター、<sup>5)</sup>福山市民病院、<sup>6)</sup>岡山労災病院、

<sup>7)</sup>国家公務員共済組合連合会高松病院、<sup>8)</sup>山口赤十字病院、<sup>9)</sup>岡山市市民病院、<sup>10)</sup>愛媛県立中央病院

後川 真輝<sup>1)</sup>、肥後 寿夫<sup>2)</sup>、谷口 暁彦<sup>3)</sup>、妹尾 賢<sup>3)</sup>、板野 純子<sup>4)</sup>、小田 尚廣<sup>5)</sup>、金廣 有彦<sup>6)</sup>、塩田雄太郎<sup>6)</sup>、荒川裕佳子<sup>7)</sup>、森 由弘<sup>7)</sup>、國近 尚美<sup>8)</sup>、高田 一郎<sup>5)</sup>、洲脇 俊充<sup>9)</sup>、中西 徳彦<sup>10)</sup>、谷本 安<sup>4)</sup>、木浦 勝行<sup>2)</sup>、宮原 信明<sup>1,2)</sup>

**【背景】**喘息は世界で約3億人が罹患している common disease であり、その内、重症喘息は5~10%を占めると言われている。重症喘息の増悪は患者のQOLを低下させる要因の一つであり、本研究では増悪とその他の因子の関連性を検討することを目的とした。

**【方法】**岡山呼吸器疾患研究会参加施設において、GINA STEP4以上を要する重症喘息患者を前向きに登録し一年間経過観察した。その後、登録時<ベースライン>と一年後のデータを基に増悪を主な評価項目として解析した。

**【結果】**解析対象は81人、観察期間中に中等度増悪は29人<35.8%>、重度増悪は13人<16.0%>、増悪<中等度または重度>は30人<37.0%>でみられた。観察期間中の増悪は登録前一年間の増悪既往<オッズ比4.2、p=0.003>およびベースラインのACTスコア20点未満と関連していた<オッズ比4.0、p=0.04>。BMIやぜんそくの発症年齢、罹患年数、2型炎症バイオマーカー、呼吸機能に関しては有意な差は見られなかった。

**【結論】**過去一年間で増悪を起こした患者は、起こしていない患者よりもその後の一年間で増悪を起こすリスクが有意に高いことが分かった。これは既存の報告と矛盾していない。また、ACTスコアが20点未満の症例も増悪のリスクが高いため、増悪へより注意を払うとともに治療強化を検討する必要があると考えられた。

**地域在住高齢者におけるフレイル予防と慢性呼吸器疾患の予防に向けての活動実践**

<sup>1)</sup>NHO 山口宇部医療センター リハビリテーション科、<sup>2)</sup>NHO 山口宇部医療センター 呼吸器内科、  
<sup>3)</sup>宇部市健康福祉部健康増進課  
石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、伊藤 光佑<sup>2)</sup>、山本 雄三<sup>3)</sup>

慢性閉塞性肺疾患 (COPD) をはじめ、慢性呼吸器疾患の主症状の1つとして呼吸困難感が挙げられる。呼吸困難感は病的なものか、加齢・体力低下に伴う呼吸困難かによって介入方法が異なり、地域在住高齢者自身での判断は困難を極める。そこで行政と共にフレイル・サルコペニア予防の活動に加え、肺機能検査による閉塞障害の有無や、COPD-PS、COPD アセスメントテストによる問診でのリスク症例の抽出活動を開始した。その結果、有症状状態である高齢者や、1秒率が低下している症例が少数ながら散見されていた。NICE studyなどを鑑みると未発見のCOPD、各種呼吸器疾患は少なからず存在していることが予想され、まずは小規模のプレ実施から開始し、日本呼吸器学会の示すようにリスクがある方については早期より呼吸器内科専門医へ紹介し、早期から適切な治療の導入が出来るよう、呼吸領域に携わる1員として尽力していきたい。

**肺がん化学療法におけるクリニカルパス作成の取り組み**

<sup>1)</sup>高知大学医学部附属病院、<sup>2)</sup>高知大学医学部附属病院 呼吸器・アレルギー内科  
秋田 眞希<sup>1)</sup>、渡邊 夏未<sup>1)</sup>、山根真由香<sup>2)</sup>、土居 安世<sup>1)</sup>、後藤由紀江<sup>1)</sup>、伊藤 孟彦<sup>2)</sup>、小松 恵<sup>1)</sup>、  
横山 彰仁<sup>2)</sup>

**【背景】**クリニカルパスは、医療と安心・安全を提供する為の目標管理ツールである。当院の呼吸器内科におけるクリニカルパスは以前、気管支鏡検査のみで、化学療法のパスはなかった。今回、ひな型を活用し新規パス作成に繋げることができた為、その取り組みについて報告する。

**【概要】**汎用性の高い小細胞肺癌のカルボプラチン・エトポシド療法を標準的パターンとして位置づけ、化学療法における一般的な副作用から「バイタルサイン」「有害事象」「刺入部」の3項目をアウトカムとして設定した。それをひな形として用語の統一を図り、さらに18例の新規パスを作成した。また、患者用パス用紙において注意してもらいたい内容に下線を引き、化学療法後の曝露対策についてパンフレットで説明を行った。スタッフに対しても、患者指導方法について具体的に共有を行った。

**【考察】**化学療法の有害事象はあらゆる時期に生じバリエーションが多いため、新規パス作成が複雑で困難な作業というイメージに繋がり、スタッフの精神的・肉体的負担に繋がっていたと考える。ひな形を用いる事でパス作成に要する時間を短縮しスタッフの負担を軽減し、患者指導方法について具体的に示したことで効果的なパスの作成に繋がったと考える。

**【結論】**ひな型を活用することで、新規パス作成に繋げることができた。スタッフの負担軽減を図りながらパスを拡大し、効果的に運用していくことが今後の課題である。

## R-097

### 終末期慢性閉塞性肺疾患症例における在宅高流量鼻カニューラ酸素療法の導入経験と意義についての検討

<sup>1)</sup>NHO山口宇部医療センター リハビリテーション科、<sup>2)</sup>NHO山口宇部医療センター 呼吸器内科、

<sup>3)</sup>山口大学医学部附属病院 呼吸器・感染症内科

石光 雄太<sup>1)</sup>、中須賀瑞江<sup>1)</sup>、水津 純輝<sup>2)</sup>、恐田 尚幸<sup>2)</sup>、村川 慶多<sup>2)</sup>、松田 和樹<sup>3)</sup>

【はじめに】2022年4月よりCOPDに対する在宅NHFの診療報酬が認可された。当院では2022年4月から7月の間に4例在宅NHFを導入している。その中でもGOLD：IV期状態の症例に対し、忍容性・去痰困難といった課題から、NPPVではなくNHFを導入した結果、QOLが維持・改善できた症例を報告する。

【症例】75歳男性(mMRC：IV)。安静時6L/min、労作時7L/minの酸素療法を導入し、在宅では訪問看護を導入中。在宅で発熱し、外来時の血液検査にてCRP：13.43mg/dLと上昇を認め、細菌性肺炎の診断下、入院となる。状態としてはCATスコア33点、BMI：19.6、血液ガス検査(6L/min)ではpH：7.338、PaO<sub>2</sub>：88.1mmHg、PaCO<sub>2</sub>：62.8mmHg、HCO<sub>3</sub>：32.9mEq/L。肺機能(X-3m)VC：1.34L、FVC：1.00L、FEV<sub>1</sub>0.41L、%FEV<sub>1</sub>：17.2。

【臨床経過】介入当初は呼吸性アシドーシスおよび去痰困難の為、終日NHF管理となる。その後、肺炎の治療・呼吸リハの進展と共に日中は酸素療法へ移行し、夜間は在宅NHFとなる。退院時では本人や家族、当院と訪問看護スタッフで退院前カンファレンスを実施し、情報共有を図った上でX+30に退院となる。退院後の訪問看護記録ではNHF導入前と比較して、自覚症状が改善得られており、退院後X+48日経過後でもCATスコア22点とコントロール出来ていた。

【結語】換気不全を呈するCOPDでは第1選択としてNPPVであるが、忍容性や病状から導入困難なケースもあり、その場合の在宅NHFの有効性を感じた1例であった。

## R-098

### 多職種連携による肺炎患者の早期退院に向けた病棟看護師の取り組み

<sup>1)</sup>県立広島病院 看護部、<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、

<sup>4)</sup>県立広島病院 患者総合支援センター

尾関 道子<sup>1)</sup>、澤村久美子<sup>1)</sup>、松井 美香<sup>1)</sup>、松本真由子<sup>1)</sup>、上池 沙織<sup>1)</sup>、平野 翔子<sup>1)</sup>、藤本 有希<sup>1)</sup>、甲斐 萌花<sup>1)</sup>、上野沙弥香<sup>2)</sup>、益田 健<sup>2)</sup>、谷本 琢也<sup>2)</sup>、中西 澄子<sup>1)</sup>、石川 暢久<sup>2)</sup>、前田 裕行<sup>3)</sup>、長澤 裕子<sup>4)</sup>

自施設は、県の基幹病院としての役割を担っており、入院患者が早期に退院し次の療養先に移行できるようにチーム医療を実践している。また病名毎に設定されているDPC入院期間の第II日(DPC入院期間は全DPC病院のデータをもとに決定され、第II日は全国の平均在院日数)を超える割合20%以下を目標としている。自部署は、令和3年度の院内統計で呼吸器内科患者の入院期間が延長しており、特に肺炎患者の入院期間が延長しやすいことが明らかになった。入院の長期化は、空床不足による急患の受け入れ困難が生じたり、患者のセルフケア能力の低下や二次的合併症の発症のリスクが上がる。そこで、入院期間が延長しやすい重要要因を、【社会資源の手続きに時間を要する】【多職種間で情報共有されていない】【DPCについて知らない】【受け持ち看護師は日々変わる】の4つに選定して検証した。またそれぞれの要因に対する対策を検討し、①多職種カンファレンスでの情報を適切に医師に伝える仕組みづくり②診療科カンファレンス共有表を用いた多職種での情報共有③DPC入院期間を意識的に確認できる方法の検討④誤嚥性肺炎パスの作成⑤看護体制の見直しに取り組んだ。その結果、取り組みに対する効果と課題が明らかになったので報告する。

## ANCA 関連血管炎肺病変との鑑別を要したニューモシスチス肺炎の1例

鳥取赤十字病院 内科  
黒田 桂介、中崎 博文

【症例】71歳女性

【現病歴】関節リウマチで近医通院中の女性。発熱，呼吸困難，食欲不振症状のため当院へ搬送された。

【臨床経過】炎症反応上昇，KL-6上昇，両肺にすりガラス陰影を認め日和見感染を含めた呼吸器感染症や間質性肺炎急性増悪が鑑別に挙げられた。また急速進行性糸球体腎炎も疑われる腎機能悪化を認め，ANCA 関連血管炎も考えられた。入院後  $\beta$ -D-グルカン 99.7pg/mL，MPO-ANCA 36.0U/mL と高値であることが判明した。ニューモシスチス肺炎，ANCA 関連血管炎肺病変の鑑別のために気管支肺胞洗浄を施行した。気管支肺胞洗浄液の外観より肺胞出血は否定的で，*Pneumocystis jirovecii* DNA 陽性の結果からニューモシスチス肺炎の診断に至った。また急速進行性糸球体腎炎も考慮されたため腎生検を施行したが腎硬化症の所見のみで，半月体形成など急速進行性糸球体腎炎を示唆する所見を認めなかった。腎機能悪化は脱水に伴う腎前性腎不全，MPO-ANCA 上昇は関節リウマチに伴う非特異的上昇と判断した。

【考察】ANCA は ANCA 関連血管炎の診断において重要なマーカーであるが，関節リウマチを始めとする自己免疫疾患や感染症により非特異的に上昇することが知られている。びまん性肺疾患の精査において ANCA 陽性であったとしても，偽陽性の可能性も念頭に気管支鏡検査を含めた積極的な精査が重要である。

## 画像診断上疑えなかった成人T細胞性白血病合併ニューモシスチス肺炎の一例

<sup>1)</sup> 国立病院機構浜田医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 国立病院機構浜田医療センター 病理診断科  
柳川 崇<sup>1)</sup>、御手洗裕紀<sup>1)</sup>、長崎 真琴<sup>2)</sup>

68才男性、糖尿病、高血圧症内服治療中。喫煙歴10本/日46年、鳥根県西部で生育。一ヶ月ほど前より咳が出るようになり息切れも生じたため近医を受診、両側肺野に浸潤影や粒状影を認め当科に紹介となった。CTでは肺野中間層優位に気管支周囲の濃厚浸潤影、結節影、粒状影を認めた。 $\beta$ -D-グルカン(2770pg/ml)とKL-6(4235U/ml)高値を認めたが画像診断からは当初ニューモシスチス肺炎を疑えなかった。気管支鏡検査でBAL、TBLBを行ったところPneumocystis Jirovecii肺炎であった。HIV抗原・抗体、HTLV-1抗体を測定したところHTLV-1陽性であった。また初診から1ヶ月時に初診時には見られなかった末梢血にATL細胞と思われる異形リンパ球が見られ成人T細胞性白血病の診断となった。PCPに対してはバクトラミン静注を行い病勢が改善傾向となり、大学病院血液・腫瘍内科に転院となった。PCPとしては画像が非典型的と思われるため当初診断に迷ったため、供覧し若干の文献的考察を行なう。

## R-101

### 気管支拡張症に合併した *Exophiala dermatidis* による肺黒色真菌症の1例

<sup>1)</sup> 国立病院機構愛媛医療センター、<sup>2)</sup> 千葉大学 真菌医学研究センター

三好 誠吾<sup>1)</sup>、田邊美由紀<sup>1)</sup>、仙波真由子<sup>1)</sup>、佐藤 千賀<sup>1)</sup>、渡邊 彰<sup>1)</sup>、伊東 亮治<sup>1)</sup>、阿部 聖裕<sup>1)</sup>、  
渡部 哲<sup>2)</sup>

*Exophiala dermatidis* は黒色真菌症の原因菌のひとつで、自然界に広く分布している腐生菌で、湿潤環境からも分離される。日和見真菌として重要性が増しており、肝や脳などに膿瘍形成や、菌血症を発症させる。今回我々は免疫不全のない気管支拡張症の患者に合併した肺黒色真菌症を経験したので報告する。

66歳男性。60歳時に咳、痰あり当科受診し肺NTM症疑われたが喀痰検査で菌は同定されなかった。自覚症状が乏しく定期的に経過フォローされていたが、本年3月の胸部画像検査で気管支拡張、小結節・粒状影の悪化を認め、MAC抗体陽性、喀痰抗酸菌培養で *M. intracellulare* が同定され肺MAC症が疑われた。診断確定のため4月に気管支鏡検査を行い、右B5の気管支洗浄液からは抗酸菌は分離されず、*Klebsiella pneumoniae*、および黒色真菌（後に *Exophiala dermatidis* と判明）が分離された。

黒色真菌症による呼吸器病変はまれとされているが、嚢胞性線維症との関連性が報告されている。また近年、基礎疾患のない気管支拡張症や肺非結核性抗酸菌症に合併した *Exophiala dermatidis* による黒色真菌症の報告がみられる。本例のMICはITCZが低かったが、症状は軽微なため慎重に経過経過観察中である。今後、我が国での肺非結核性抗酸菌症の有病率増加に伴い、黒色真菌症が合併する例も経験することが増えてくることが予想され症例集積が必要と思われたので報告した。

## R-102

### 侵襲性肺炎球菌感染症を合併した COVID-19 の一例

倉敷中央病院 呼吸器内科

福田 泰、田中 彩加、中西 陽祐、濱尾 信叔、濱川 正光、横山 俊秀、伊藤 明広、時岡 史明、  
有田真知子、石田 直

【背景】肺炎球菌は呼吸器感染症における市中感染の最も重要な原因菌であり、菌血症や髄膜炎などの侵襲性肺炎球菌感染症 (Invasive pneumococcal disease, IPD) を引き起こし、生命を脅かす。COVID-19との併発は稀であるが、高い致死率であることが報告されている。

【症例】44歳女性。乳癌術後にタモキシフェン内服治療を受けていた。同居の娘がX年8月5日にCOVID-19を発症した。同年8月8日に発熱し、10日に近医でSARS-CoV-2 PCRが陽性となりCOVID-19と診断された。モルヌピラビル内服を開始し自宅療養していたが、右胸痛かつ呼吸困難が出現し、同年8月14日当院へ救急搬送された。右大葉性肺炎に伴う急性呼吸不全、さらに急性腎不全を発症しており人工呼吸器管理を開始し集中治療室へ緊急入院した。喀痰から肺炎球菌が検出され、肺炎球菌尿中抗原が陽性であり、さらに血液培養からも肺炎球菌が検出されIPDと診断した。治療に難渋し、右膿胸へ進展し右膿胸郭清術を要し、長期の抗菌薬治療が必要であった。

【考察】IPDは小児、高齢者で報告が多く、またCOVID-19流行下ではIPDの報告例は減少している。今回若年女性でのIPDを合併したCOVID-19の一例を経験したので、若干の論文的考察を加え報告する。

**COVID-19流行期におけるフィルムアレイ法の有用性**

KKR高松病院 呼吸器科

松岡 克浩、関 祥子、市川 裕久、荒川由佳子、石川 真也、森 由弘

緒言：新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、医療機関では発熱や呼吸器症状を呈する患者のCOVID-19鑑別が重要となっている。当院では抗原定量法や等温拡散増幅法 (NEAR法) で初診時の検査を行っている。これらの検査が陰性であるが、COVID-19が完全に否定できない患者に対する追加検査として、2021年6月からフィルムアレイ法を使用している。これは新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) だけでなくアデノウイルス、パラインフルエンザウイルス、ライノ/エンテロウイルスなどを含めた21種類の病原体について迅速で網羅的に同定することができる。

方法：2021年6月から2022年8月までにフィルムアレイ法を施行した559例を検討した。いずれかの項目で陽性所見が得られた患者は26例だった。そのうちSARS-CoV-2が13例、ライノ/エンテロウイルスが6例、アデノウイルスが3例、パラインフルエンザウイルス3型・パラインフルエンザウイルス4型・RSウイルス・ヒトメタニューモウイルス・コロナウイルスOC43がそれぞれ1例で、1症例はアデノウイルスとライノ/エンテロウイルスの混合感染であった。

結語：フィルムアレイ法によりCOVID-19の確定診断に至った症例の他、アデノウイルスを検出して早期に接触感染予防策を開始することができた症例など他の病原体の同定により臨床的に有益であった症例も存在した。

**当院で経験したCOVID-19治療後の肺結核の2例**

国家公務員共済組合連合会吉島病院

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

症例1は99歳男性。発熱を契機にCOVID-19と診断され前医Aに入院した。胸部CT検査にて右肺上葉に索状影や結節状陰影を、両側下葉にすりガラス陰影を認めた。レムデシビルとデキサメタゾンで治療を行い改善したが、デキサメタゾンを終了すると微熱が再燃した。次第に右肺上葉の陰影が増悪し、発症から44日目の喀痰を用いたPCR法で結核菌群陽性となり、肺結核と診断し当院へ紹介入院した。

症例2は86歳女性。前医Bにて濾胞性リンパ腫に対してリツキシマブとベンダムスチンで治療中であった。発熱を契機にCOVID-19と診断され、同院にてレムデシビルとデキサメタゾンで治療を行った。発症から21日間が経過し、SARS-CoV-2 PCR検査が陰性となった後も発熱が続き、以前から認めていた左肺下葉の結節影が増悪し周囲に粒状影を生じた。気管支鏡検査を行い、気管支洗浄液のLAMP法で結核菌群が陽性となり、肺結核と診断し当院へ紹介入院した。

COVID-19による呼吸不全に対して、ガイドライン上もステロイドの投与が推奨されているが、ステロイド投与によって結核発症のリスクが高まることに注意が必要である。今後のCOVID-19診療に際して教訓的な症例であったため、若干の文献報告をまじえて報告する。

## 結核性胸膜炎との鑑別を要したIgG4関連呼吸器疾患の一例

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

**【症例】**69歳男性。20XX年5月から呼吸困難が出現した。近医を受診し胸部X線写真で右胸水貯留を認めたため、当院に紹介となった。胸部CTで縦隔リンパ節腫大、気管支血管束の肥厚、小葉間隔壁の肥厚等を認め、リンパ増殖性肺疾患が疑われたが、胸水穿刺ではリンパ球優位の滲出性胸水、胸水ADA高値であり、結核性胸膜炎が否定できなかった。しかし血清T-SPOT陰性、胸水QuantiFERON-TB Gold (QFT-3G) 陰性であり、その可能性は低いと判断した。その後、血清IgG4高値が判明し、VATS (Video assisted thoracic surgery) にてIgG4関連呼吸器疾患の診断とした。ステロイド治療を開始し、胸水・肺病変は改善した。

**【考察】**結核性胸膜炎の診断は胸水での結核菌塗抹陽性もしくは培養陽性によって確定されるが、その感度は低いうえ、培養には時間がかかる。日常診療においては胸水中のADA値を目安に診断することも多い。一方IgG4関連疾患に胸膜炎を合併した症例で胸水ADA高値を示す報告が散見される。本症例も胸水ADA高値で、胸水リンパ球優位であったため当初結核性胸膜炎を疑ったが、血清IGRA陰性、胸水QFT検査陰性で、結核性胸膜炎は否定的であった。最終的にVATS生検にてIgG4関連呼吸器疾患の診断となり、ステロイド剤治療が奏功し、胸水が減少した一例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

## 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 後に線維化が残り、慢性呼吸不全となった兄弟例

<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  
 川地 紘通<sup>1)</sup>、岸本 伸人<sup>2)</sup>、香西 博之<sup>2)</sup>、河野 洋二<sup>2)</sup>、堀内 宣昭<sup>2)</sup>

**【症例1】**兄：81歳男性。ワクチン接種歴なし。基礎疾患に慢性腎臓病あり。発熱にて近医を受診し、COVID-19陽性であった。呼吸不全状態であったため当院紹介となり、受診時の胸部CTで両肺野広範囲にすりガラス影を認めた。中等症Ⅱとして入院にてレムデシビル、バリシチニブ、デキサメタゾン、抗生剤を投与した。入院後も酸素化は悪化し、HFNC (High Flow Nasal Cannule) 使用下にて高流量の酸素投与を要した。第45病日に再検した胸部CTで両肺野の肺炎像は改善傾向にあるものの間質影は残存し、COVID-19罹患後の線維化が疑われた。HFNC離脱後も酸素投与を要し、在宅酸素導入の上、第103病日に自宅退院となった。

**【症例2】**弟：71歳男性。ワクチン接種歴あり。基礎疾患なし。兄の濃厚接触者となりCOVID-19陽性が判明した。胸部CTで両肺野広範囲にすりガラス影を認め中等症ⅡとしてHFNCにて高流量酸素を投与した。加療にて急性期の炎症は消退したものの、やはり兄同様、両肺野に間質影は残存し慢性呼吸不全へと至ったため、在宅酸素導入の上、第58病日に自宅退院となった。

**【考察】**COVID-19の家族間での発生はしばしば報告され、高齢者や基礎疾患を有する者ほど重症化リスクが高い。本症例はCOVID-19感染後、肺に非可逆的な線維化が生じ慢性呼吸不全へと至った兄弟例であるが、線維化の背景には年齢や基礎疾患、ワクチン接種とは独立した何らかの遺伝的な素因が関与している可能性も示唆された。

**低侵襲心臓手術 (MICS) の術後に発症した肺ヘルニアに対して胸壁再建した1例**

倉敷中央病院 呼吸器外科

池田 敏裕、松浦 晃大、中ノ坊 亮、青野 泰正、福井 崇将、吉田 将和、高橋 鮎子、小林 正嗣

【はじめに】肺ヘルニアは肺実質が正常な胸腔内区域を越えて突出する稀な疾患である。一方、低侵襲心臓手術 (以下MICS) は肋間小開胸による心臓手術のアプローチであり、従来の胸骨正中切開よりも低侵襲に施行できることから近年増加傾向にある手技である。今回、MICSによる大動脈弁置換術の術後に発症した肺ヘルニアに対して胸壁再建を施行した1例を報告する。

【症例】72歳、男性。2年前に大動脈弁狭窄症に対して心臓血管外科にて右小開胸 (MICS) アプローチによる大動脈弁置換術を施行した。術後1年目より呼吸時の胸壁の膨隆と陥没を認め経過観察されていた。術後2年目に軽度の疼痛を伴うようになり、手術希望のため当科紹介受診となった。前回手術の創部を利用した皮膚切開を加えて第3肋間に到達、第3肋間筋は菲薄化しておりヘルニアの原因と考えられた。胸腔鏡を用いて胸腔内に他にヘルニアの原因となる場所が無いことを確認した後にヘルニアメッシュを用いて右胸壁再検を行った。術後経過は良好でヘルニアの再燃を認めていない。

【考察】本症例においてヘルニア門は広範囲に及んでおり直接閉鎖法、骨膜翻転法による再建は困難と判断して代用物補填法を施行した。MICSが増加傾向にある現在において肺ヘルニアは増える可能性があり、再建方法についてはヘルニアの程度や範囲に応じた工夫が必要となる。

**胸腔ドレーンによる医原性穿通性肺損傷に対して Pulmonary tractotomy による止血・肺修復術を要した一例**

倉敷中央病院 呼吸器外科

吉田 将和、青野 泰正、中ノ坊 亮、福井 崇将、高橋 鮎子、小林 正嗣

胸腔ドレーン挿入の合併症として肺損傷は広く知られており注意を要するが、多くは保存的に治療可能で手術を必要とする症例は少ない。今回我々は人工呼吸器関連気胸に対して挿入された胸腔ドレーンによる穿通性肺損傷に対して手術での抜去・止血術をおこなったので報告する。

症例は43歳男性。肢帯型筋ジストロフィーで全介助を要する症例であった。誤嚥性肺炎の治療中に人工呼吸器関連気胸を発症し、右胸腔内へドレーン挿入された。肺瘻の量が多く当科紹介となり、胸部CTを撮影してスペース確認した後に2本目のドレーンを挿入した。胸部CTを確認すると1本目のドレーンが右上葉に穿通するように迷入していた。ドレーンからの出血はわずかでバイタルも安定していたことから待機的に手術することとした。第4肋間で開胸し、ドレーンが右上葉内を貫通していることを確認した。ドレーンを抜去すると損傷部位からの拍動性出血を認めた。穿通部をテーピングし、自動縫合器で肺を観音開きに切開した。出血点を適宜縫合して止血することができた。術後は出血やエアリークなく経過し、術後3日目にドレーンを抜去した。その後内科で肺炎治療を行い術後30日で退院となった。

過去の文献において肺損傷の程度や部位によっては肺切除を必要とする症例もまれに報告されている。胸腔ドレーン挿入の際には重大な合併症を引き起こす可能性を念頭におき、胸部CTなどで挿入部位を確認すべきだと考えられた。

## Crowned dens syndromeを合併したCOPD増悪の2例

<sup>1)</sup> 国立病院機構山口宇部医療センター 呼吸器内科、<sup>2)</sup> 国立病院機構山口宇部医療センター 腫瘍内科、

<sup>3)</sup> 国立病院機構山口宇部医療センター 内科

恐田 尚幸<sup>1)</sup>、藤井 哲哉<sup>1)</sup>、水津 純輝<sup>1)</sup>、原田 美沙<sup>1)</sup>、村川 慶多<sup>1)</sup>、上原 翔<sup>1)</sup>、兼定 晴香<sup>1)</sup>、宇都宮利彰<sup>2)</sup>、伊藤 光佑<sup>1)</sup>、近森 研一<sup>2)</sup>、青江 啓介<sup>2)</sup>、前田 忠士<sup>2)</sup>、亀井 治人<sup>3)</sup>

**【症例1】**83歳男性。4日前より頸部・背部痛、3日前より呼吸困難のため紹介入院。SpO<sub>2</sub> 96% (室内気)。頸部回旋困難で、背部痛は肩甲部に一致し、喘鳴を聴取。胸部CTで両肺野に気腫性変化を、肺機能検査で混合性障害を認めた。まず生命に影響を及ぼす疾患群を除外の上、呼吸困難の原因はCOPD増悪と診断し、SAMA反復吸入のみで改善した。頸部・背部痛の原因は、頸椎単純CTで軸椎歯突起周囲に石灰化を認めたことからCrowned dens syndrome (CDS)と診断した。単純写真で膝半月板や手の三角線維軟骨にも石灰化を認めた。

**【症例2】**72歳女性。17年前にCOPDと診断。4週前に右上葉肺癌に対し定位放射線治療施行。10日前より夜間のみ38℃台発熱、労作時呼吸困難も出現したため入院。SpO<sub>2</sub> 92% (室内気)、喘鳴聴取せず。放射線肺炎を第一に疑ったが、胸部CTで新規陰影なくCOPD増悪と診断。SABA反復吸入、PSL 1週間内服で改善したが、PSL終了翌日より再び発熱し頸部～両肩痛も出現した。頸椎単純CTでCDSと診断し、頓用アセトアミノフェン内服のみで軽快した。

**【考察】**CDSは軸椎歯突起周囲の靭帯にピロリン酸カルシウムが沈着する偽痛風の一型で、近年報告例が増加している。CDSでは呼吸困難は非典型症状である。2例とも呼吸困難はCOPD増悪で、頸部痛はCDSで説明しえたが、合併例のため診断に苦慮した。COPD増悪に強い頸部痛を伴う場合、CDS合併も鑑別に挙げ、頸椎単純CTを追加することが望まれる。

**第67回日本呼吸器学会中国・四国地方会  
第31回日本呼吸器内視鏡学会中国四国支部会  
第73回日本結核・非結核性抗酸菌症学会中国四国支部会  
プログラム・抄録集**

発行 2022年11月

編集 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  
〒710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1  
TEL：086-422-0210 FAX：086-421-3424

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