

第 254 回日本呼吸器学会関東地方会 プログラム・抄録集

会 長 放生 雅章（国立国際医療研究センター病院呼吸器内科）

日 時 2023 年 5 月 13 日（土）

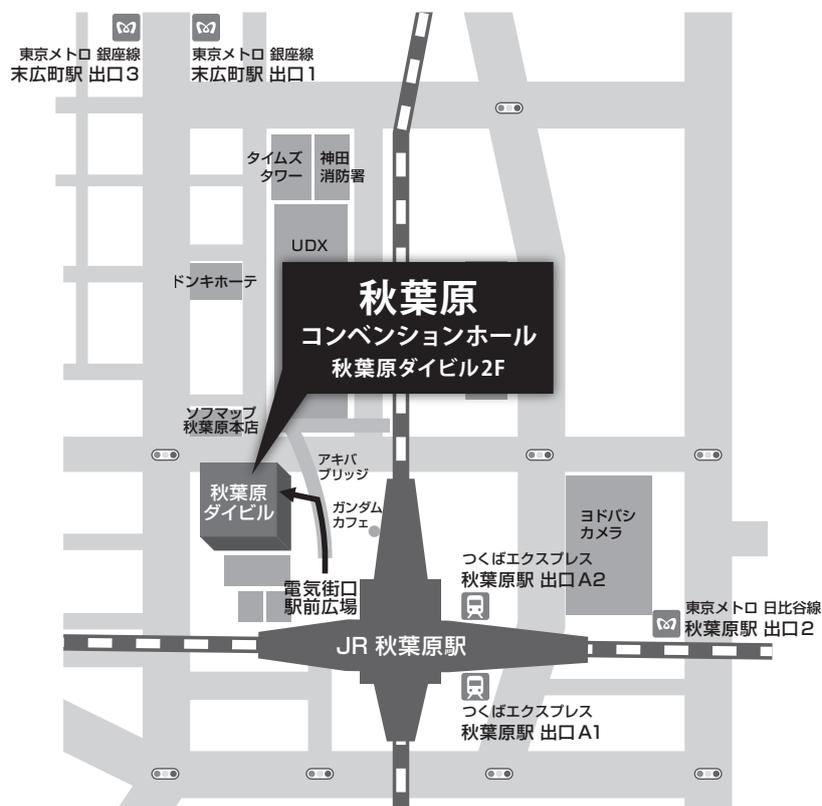
開催方式 ハイブリッド開催（会場+WEB）

会 場 秋葉原コンベンションホール
〒101-0021 東京都千代田区外神田 1-18-13

参加費 1,000 円

【無料】医学生（大学院生除く）・初期研修医

交通案内図



電気街口駅前広場のエスカレーターから歩行者デッキ（アキバブリッジ）に上がって左に曲がり、ダイビルの 2F 入口をご利用ください。

交通アクセス

電車

- JR 秋葉原駅（電気街口）徒歩 1 分
- 東京メトロ銀座線 末広町駅（1 番出口）徒歩 3 分
- 東京メトロ日比谷線 秋葉原駅（2 番出口）徒歩 4 分
- つくばエクスプレス 秋葉原駅（A1 出口）徒歩 3 分



ヒト型抗ヒトIL-4/13受容体モノクローナル抗体 薬価基準収載

デュピクセント[®] 皮下注 ペン
300mg シリンジ

DUPIXENT[®] デュピルマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

最適使用推進ガイドライン対象品目

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

製造販売: **サノフィ株式会社**

〒163-1488
東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

MAT-JP-2006716-4.0-01/2022

SANOFI GENZYME 

◆参加受付

1. 本会は、現地会場（秋葉原コンベンションホール）とオンライン（WEB）の両方で参加可能なハイブリッド方式で開催いたします。

ご参加には本会ホームページ（<https://www.jrs.or.jp/meeting/kanto/local/>）から参加登録が必要です。参加登録および参加費のお支払いが完了した方に、当日の視聴ページの URL とパスワードをメールでお送りいたします（5月初旬頃）。

＜参加登録期間＞ 5月13日（土）16時まで

当日、現地会場で参加受付も可能ですが、感染対策の観点からオンラインでの参加登録を推奨いたします。

＜参加受付時間＞ 5月13日（土）16時まで

なお、現地会場では感染対策に万全を期して運営いたしますが、感染状況や体調に少しでも不安を感じる方は、オンライン（WEB）でのご参加のご検討をお願いいたします。

演題のご発表は、可能な限り現地会場を基本といたしますが、難しい場合はリモートも可能です。

演題発表を行う方も、必ず参加登録を行ってください。

2. 参加費 1,000 円

ただし、医学生（大学院生除く）と初期研修医は無料です。

オンライン参加登録時に、医学生・初期研修医を証明できる書類（証明書、ネームプレートなど）をスキャンまたは撮影したデータ（JPEG・PDF など）のアップロードが必要となります。

領収証は、参加費の決済が完了した後、オンライン参加登録ページからダウンロード（保存・印刷）してください。

3. 参加証明書

- ・日本呼吸器学会員

学会ホームページのマイページ（会員専用）にて会期の約1週間後からダウンロード（保存・印刷）が可能となります。

- ・非会員

5月末日頃までに、参加登録時に入力された住所宛てに郵送いたします。

4. 現地会場で参加される方へ

参加受付にてネームカードと参加証明書をお渡ししますので、ネームカードに所属・氏名をご記入のうえ、会場内では必ずご着用ください。なお、ネームカードと参加証明書の再発行はいたしませんのでご注意ください。

また、日本呼吸器学会員は、参加受付にて会員カードまたはweb会員証を用いてバーコードによる参加登録をしてください。必ずご自身の会員カード、web会員証での参加登録をお願いいたします。

web会員証は会員専用ページの中にあります。あらかじめWEBページをご確認のうえ、いつでも提示できるようご準備ください。

会員カードまたはweb会員証をお持ちいただかなかった専門医の方は、専門医更新時に参加証明書をご提出ください。専門医更新時以外の登録はできません。

5. 参加で取得できる単位

- ・日本呼吸器学会 呼吸器専門医 5単位（筆頭演者 3単位）

- ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 7単位（筆頭演者 7単位）

- ・3学会合同呼吸療法認定士 20単位

- ・ICD制度協議会 5単位（筆頭演者 2単位）

6. 参加にあたっての注意事項

- ・抄録ならびにオンライン視聴で掲載されるスライド・画像・動画等に関して、ビデオ撮影・録音・写真撮影（スクリーンショットを含む）は禁止いたします。

- ・参加登録後の取り消しは、お受けいたしかねます。お支払いされた参加費は理由の如何に関わらず返

金いたしません。また、二重登録にご注意ください。

◆座長、演者の先生方へ

1. (オンライン (WEB) のみ) セッションの開始 60 分前に指定された URL へ接続して、待機してください。
2. 座長紹介のアナウンスを行いますので、その後、セッションを開始してください。
3. 演者の紹介は所属と氏名のみとし、演題名は省略してください。
4. 発表 5 分、質問 2 分です。時間厳守でお願いいたします。

<利益相反 (COI) 申告のお願い>

日本呼吸器学会では、医学研究に関する発表演題での公明性を確保するため、筆頭演者および共同演者は COI (利益相反) 申告書の提出が義務付けられます。COI 申告書の提出がない場合は受付できません。申告方法は、1) 演題登録画面での利益相反事項の入力、2) 発表データでの利益相反事項の開示となります。

◆PC 発表についてのご案内

[現地会場での発表の場合]

- ・発表形式は PC 発表のみです。
- ・発表スライドの 2 枚目に COI 状態を記載した画面を掲示してください (必須)。
- ・会場で使用するパソコンの OS およびアプリケーションは Windows10、Microsoft Office 365 (Power Point) です。
- ・発表データは、USB メモリでご持参ください。PC の持ち込みはできません。
- ・Windows 標準フォントを使用してください。
- ・動画は必ず Windows Media Player 形式とし、データは作成した PC 以外で動作を確認してください。念のため、ご自身の PC もバックアップとしてご持参ください。
- ・発表予定時刻の 30 分前までにスライド受付をお済ませください。
- ・演台にはキーパッドとマウスをご用意しておりますので、ご自身で操作をお願いいたします。
- ・発表者ツールは使用できません。

[オンライン (WEB) での発表の場合]

- ・発表は Zoom を使用して行います。
- ・マニュアルと手順を運営事務局よりご案内しますので、内容を必ず確認のうえ、当日ご発表ください。なお、セッションの開始 60 分前から通信状況とスライド共有の確認を行います。
- ・発表スライドの 2 枚目に COI 状態を記載した画面を掲示してください (必須)。
- ・発表スライドの事前提出 (アップロード) は不要です。

◆医学生・初期研修医セッション表彰式

5月13日(土) 16時45分～17時00分 A会場

医学生・初期研修医セッションの演題を対象に、優秀者を表彰いたします。

現地会場でご参加の演者および指導医の方は、表彰式にご出席ください。

オンライン (WEB) でご参加の演者の方は、賞状と記念品を後日郵送いたします。

採点結果は後日、日本呼吸器学会ホームページにて発表いたします。

なお、優秀者は第 64 回日本呼吸器学会学術講演会企画「ことはじめ甲子園」でもご発表いただく予定です。詳細は、本会ホームページ (<https://www.jrs.or.jp/meeting/kanto/local/>) をご確認ください。

◆その他注意事項

1. プログラム・抄録集は、本会ホームページ (<https://www.jrs.or.jp/meeting/kanto/local/>) で閲覧（ダウンロード・印刷）が可能です（現地会場での配付はありません）。
2. 現地会場での掲示・印刷物の配布・ビデオ撮影等は、会長の許可が無い場合ご遠慮ください。
3. 発言は全て座長の指示に従い、必ず所属・氏名を述べてから簡潔に発言してください。
4. 会場内の呼び出しは、緊急でやむを得ない場合以外行いません。
5. 責任者は本会の会員に限ります。ただし、筆頭著者・共著者は非会員でも可とします。

◆発表演題等に関する個人情報の取り扱いについて

講演内容あるいはスライド等において、患者個人情報に抵触する可能性のある内容は、患者あるいはその代理人からインフォームド・コンセントを得たうえで、患者個人情報が特定されないよう十分留意して発表してください。不必要な年月日の記載は避ける、年齢表記は40歳代などとする、など十分にご配慮ください。個人情報が特定される発表は禁止します。

◆抄録集の会員への事前発送について

関東地方会の抄録集については、2021年度開催の地方会より事前発送を控えさせていただくこととなりました。恐れ入りますが、本会ホームページ (<https://www.jrs.or.jp/meeting/kanto/local/>) よりPDFデータにてご取得をお願い申し上げます。

◆当日の問い合わせ

会期当日は問い合わせ窓口を設置いたします。
連絡先は参加登録時のメールアドレスに会期前にお知らせいたします。

第 254 回日本呼吸器学会関東地方会 日程表

	A 会場	B 会場
10:00		
	開会式	
	10:30~10:58	10:25~10:30 10:30~10:58
	セッションⅠ 呼吸器感染症 1 1~4 座長：田中 良明	セッションⅣ 呼吸器感染症 2 13~16 座長：吉川 理子
11:00		
	11:05~12:05	11:05~11:33
	教育セミナーⅠ 喘息における臨床的寛解の現状と課題 演者：杉本 直也 座長：権 寧博 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社	セッションⅤ 薬剤に関連した肺疾患 17~20 座長：三好 嗣臣
		11:38~12:06
		セッションⅥ アレルギー性肺疾患 21~24 座長：石黒 卓
12:00		
	12:15~13:15	12:15~13:15
	ランチョンセミナーⅠ 重症喘息におけるUnmet Needsと上皮サイトカインの役割 ～抗 TSLP 抗体を臨床にどう役立てるか？～ 演者：権 寧博 座長：多賀谷悦子 共催：アストラゼネカ株式会社	ランチョンセミナーⅡ 気管支喘息の診断と治療 Up to date —Treatable traitsとDupilumab— 演者：加畑 宏樹 座長：田中 明彦 共催：サノフィ株式会社
13:00		
	13:25~13:53	13:25~13:53
	医学生・初期研修医セッションⅠ 研 1~研 4 座長：坂本 慶太	医学生・初期研修医セッションⅢ 研 9~研 12 座長：塩沢 綾子
14:00		
	13:58~14:26	13:58~14:26
	医学生・初期研修医セッションⅡ 研 5~研 8 座長：小林このみ	セッションⅦ びまん性肺疾患 25~28 座長：宮本 篤
15:00		
	14:35~15:35	14:35~15:35
	教育セミナーⅡ 進行性線維化性肺疾患 (IPF/PPF) の早期治療にむけて 演者：泉 信有 座長：石井 晴之 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	教育セミナーⅢ トータルコントロールをめざす喘息治療戦略 ～エナジアブリーズヘラーの活かし方～ 演者：白井 敏博 座長：放生 雅章 共催：ノバルティス ファーマ株式会社
16:00		
	15:40~16:08	15:40~16:10
	セッションⅡ 腫瘍性肺疾患 1 5~8 座長：宿谷 威仁	若手向け教育セッション はじめての臨床研究を行う上で知っておきたいこと 演者：寺田 純子 座長：藤倉 雄二 2019年度GSK助成対象
	16:15~16:43	16:15~16:43
	セッションⅢ 腫瘍性肺疾患 2 9~12 座長：和久井 大	セッションⅧ 稀少肺疾患 29~32 座長：布川 寛樹
17:00	医学生・初期研修医セッション表彰式・閉会式	
		16:45~17:00

A 会場

セッション I 呼吸器感染症 1 10:30~10:58

座長 田中良明 (結核予防会複十字病院呼吸器センター内科)

1. 肺原発 MALT リンパ腫と肺 *Mycobacterium avium* 症が併存した一例

山梨厚生病院呼吸器内科¹、同呼吸器外科²

みつい いずみ
○三井いずみ¹、西川圭一¹、千葉成宏¹、奥脇英人²

健診発見の中葉腫瘤影。気管支鏡下生検を行ったが診断が確定せず、胸腔鏡下右肺部分切除で MALT リンパ腫と確診した。切除後に気管支洗浄液培養が陽性化し、*Mycobacterium avium* (MAC) が検出された。切除範囲外の中葉に粒状影があり、肺 MAC 症の併存と診断。MALT リンパ腫は慢性炎症の存在下の発症が知られている。抗酸菌感染症と肺 MALT リンパ腫の関連につき考察して報告する。

2. 関節リウマチ治療中に *Mycobacterium avium* による胸膜炎を合併した 1 例

信州大学医学部内科学第一教室

かなやま りさ
○金山理紗、赤羽順平、小松雅宙、生山裕一、曾根原圭、和田洋典、
立石一成、北口良晃、牛木淳人、山本 洋、花岡正幸

77 歳女性。関節リウマチに対してイグラチモドとトシリズマブで加療されていた。2ヶ月前に細菌性肺炎、右胸膜炎と診断され、抗菌薬で加療されたが右胸水貯留が増悪した。胸水中の ADA 高値であり結核性胸膜炎や、既往歴からリウマチ性胸膜炎も疑われたが、喀痰および胸水から *Mycobacterium avium* が同定された。生物学的製剤使用下に、非結核性抗酸菌による胸膜炎を合併した症例を経験したので報告する。

3. 腹部症状から診断に至った肺結核・粟粒結核・腸結核の一例

君津中央病院

たむら けい
○田村 啓、佐藤嵩浩、佐久間俊紀、杉浦拓馬、楽満紳大郎、鈴木健一、
漆原崇司

日本人 51 歳男性。X 月に上腹部痛で近医を受診し胃潰瘍の診断。疼痛が右下腹部に移行し X+3 月に前医を受診した。画像上肺野に空洞を伴う粒状影を認め、喀痰抗酸菌塗抹および PCR-TB 陽性であり肺結核・粟粒結核の診断で当院へ入院となった。腹部 CT で回盲部の壁肥厚を認め、腸結核を合併していた。抗結核薬投与中に腸閉塞を併発し、イレウス管留置を必要とした。結核診療における他科との連携の重要性が示唆された。

4. 抗結核加療中に paradoxical response による心タンポナーデを発症した肺結核・結核性心膜炎の 1 例

結核予防会複十字病院呼吸器内科¹、防衛医科大学校病院感染症・呼吸器内科²

○五十嵐駿也^{1,2}、児玉達哉¹、奥村昌夫¹、田中良明¹、國東博之¹、森本耕三¹、
吉森浩三¹、吉山 崇¹、大田 健¹

45 歳男性。発熱、呼吸困難で搬送。画像検査で左肺の空洞影、両肺の粒状影散布像を認め、喀痰検査で肺結核症の診断。重症呼吸不全に対し人工呼吸器管理を施行しながら抗結核薬加療を開始したが、5 週後に心タンポナーデを発症した。心嚢穿刺排液を施行しリンパ球優位の心嚢水を認め、心嚢水中 ADA 63.6 U/L であったことから、paradoxical response による心タンポナーデと考えられた。文献的考察を加えて報告する。

教育セミナー I 11:05~12:05

「喘息における臨床的寛解の現状と課題」

座長 権 寧博（日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野）

演者：杉本直也（帝京大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー学）

喘息の治療管理は、症状のコントロールおよび将来のリスク回避を主軸とし、健常人と変わらない日常生活を送ることを目標としている。吸入薬の普及より、多くの喘息患者はこの管理目標を達成できるようになった。一方、関節リウマチや炎症性腸疾患などの慢性炎症性疾患の領域では、生物学的製剤等の治療の進歩により、臨床的寛解状態が現実的な目標となっている。

近年、喘息においても、寛解の概念について枠組みの議論がなされ、12 カ月以上にわたって大きな喘息症状がないこと、呼吸機能が安定して保たれていること、患者・医療提供者がともに寛解状態であることを認識していること、増悪の治療もしくは長期管理のための全身ステロイドの使用がないこと等が項目として挙げられ、喘息診療を進める上での一つの指標となりつつある。軽症・中等症だけでなく、重症喘息においても、生物学的製剤の登場により、臨床的寛解の達成が現実的となってきた。

しかしながら、喘息領域における臨床的寛解の達成状況や、臨床的寛解が得られた先の将来的なリスク低減を含む知見についてはまだ乏しく、今後の課題である。本講演では、臨床的寛解についての現状と課題について、軽症・中等症喘息から生物学的製剤使用中の重症喘息まで、当院の現状や近年の報告を交えて考察する。

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

ランチョンセミナー I 12:15~13:15

座長 多賀谷悦子（東京女子医科大学内科学講座呼吸器内科学分野）

「重症喘息における Unmet Needs と上皮サイトカインの役割 ～抗 TSLP 抗体を臨床にどう役立てるか?～」

演者：権 寧博（日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野）

難治性喘息（または重症喘息）の頻度は、5～10%程度と考えられており、難治性喘息患者をどのように治療するかが今日の喘息治療の重要な課題となっている。喘息の病態や難治化のプロセスの違いによって、治療反応性に直結する喘息のサブタイプとして、病態機序を反映したバイオマーカーなどによって分類されるエンドタイプを同定し、それに基づき治療することの重要性が認識されている。なかでも、タイプ2炎症を主体とする喘息のエンドタイプにおいて、ILC2などの自然免疫細胞の活性化における IL-33、TSLP、IL-25などの上皮細胞由来のサイトカインは、今日、重要な治療ターゲットと認識されており、これらを標的とする治療は幅広く T2炎症を制御する可能性が期待されている。講演では、アレルギーにおける上皮機能と TSLP などの上皮サイトカインと免疫担当細胞の相互作用による慢性炎症の機序、TSLP をターゲットとする薬剤など、より上流を制御する薬剤が疾患活動性の持続的な低下を誘導することで効率的に臨床的寛解をもたらす可能性などについて解説する。

共催：アストラゼネカ株式会社

医学生・初期研修医セッション I 13:25~13:53

座長 坂本慶太（日本赤十字社医療センター呼吸器内科）

研 1. 右胸腔内巨大腫瘍を形成した線維肉腫様皮膚隆起性皮膚線維肉腫肺転移の一例

横浜市立大学医学部医学科 5年¹、横浜市立大学大学院医学研究科呼吸器病学²、

横浜市立大学大学院医学研究科環境免疫病態皮膚科学³、

横浜市立大学大学院医学研究科分子病理学⁴、横浜市立大学大学院医学研究科病態病理学⁵

ひがしだ だいき
○東田大樹¹、室橋光太²、原 悠²、金子 猛²、田上陽一²、井澤亜美²、
金子 恵²、堀田信之²、小林信明²、渡邊恵介²、神卷千聡²、村岡 傑²、
青木絢子²、山川浩平³、加藤生真⁴、松村舞依⁵

【症例】26歳女性、右胸痛にて受診。胸部CTにて右胸腔内巨大腫瘍を認めた。7年前に隆起性皮膚線維肉腫手術歴あるも、術後創部に再発所見なく、転移再発は否定的と判断された。CTガイド下生検にて線維肉腫様隆起性皮膚線維肉腫肺転移再発の診断となった。現在イマチニブ加療にて腫瘍縮小が得られている。【結論】まれではあるが、若年肺腫瘍、隆起性皮膚線維肉腫の加療歴がある場合は、肺転移を考慮する必要がある。

研 2. 肺大細胞神経内分泌癌の術後 11 カ月目に気管原発小細胞癌が生じた一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター呼吸器病センター内科¹、
横浜市立大学大学院医学研究科呼吸器病学²

のみぞ ゆうな
○野溝ゆうな¹、杉本千尋¹、寺西周平¹、長岡悟史¹、瀬川 渉¹、永山博一¹、
廣俊太郎¹、梶田至仁¹、前田千尋¹、久保創介¹、関 健一¹、田代 研¹、
山本昌樹¹、工藤 誠¹、金子 猛²

【背景】気管原発小細胞癌は稀であり標準治療は確立されていない。【症例】77 歳男性。肺大細胞神経内分泌癌 pStageIA 術後 11 か月目に気管と左主気管支に結節が出現し、生検と全身検索の結果、気管原発小細胞癌と診断した。病変は気道内に局限しており、カルボプラチン・エトポシドを 4 コース施行、3 コース目に加速過分割照射を併用し完全奏功を得た。【結論】肺癌術後に気道内結節が出現した際は気管原発悪性腫瘍の考慮が必要である。

研 3. 両肺上葉枝入口部の扁平上皮癌に対し化学放射線療法および維持免疫療法を行った症例の内視鏡所見の推移

東海大学医学部附属八王子病院教育研修科¹、東海大学医学部附属八王子病院呼吸器内科²

かわぐち ゆみ
○川口優美¹、飯島愛加²、高橋玄樹²、田中 淳²、近藤祐介²、田崎 巖²、
坂巻文雄²

67 歳女性。近医の CT で左上葉無気肺を指摘された。気管支鏡で左上葉入口部、右上葉入口部にポリープ様病変を認めた。生検で両者とも扁平上皮癌で組織学的に類似性があった。左縦隔への VMAT (計 60Gy)、カルボプラチン+パクリタキセルによる化学放射線療法を施行した。施行後の気管支鏡では両側のポリープ様病変は消失した。Durvalumab による維持療法を行い、病勢はコントロールされている。

研 4. 血痰の出現により診断に至った肺粘表皮癌の一例

帝京大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー学¹、帝京大学医学部外科学講座呼吸器外科学²、
帝京大学医学部病院病理部³

ひらいけ かのん
○平池花音¹、永田真紀¹、小林このみ¹、田中悠太郎¹、石塚真菜¹、服部沙耶¹、
上原有貴¹、竹下裕理¹、豊田 光¹、杉本直也¹、齊藤光次³、笹島ゆう子³、
坂尾幸則²、長瀬洋之¹

重症気管支喘息に対してデュピルマブなどで治療中の 55 歳女性。血痰と呼吸困難、喘鳴を契機に造影 CT で右主気管支に早期濃染する 15 mm 大の気管支腫瘍を認めた。出血リスクを考慮し、全身麻酔・気管挿管下で気管支内視鏡を施行したところ、右底幹入口部に血管増生に富んだ腫瘍を認め、スネアによる生検により粘表皮癌と診断した。右下葉切除術を行い、術後経過観察中である。気管発生の粘表皮癌は稀であり文献的考察と共に報告する。

研5. アテゾリズマブ投与後に血球貪食症候群をきたした肺腺癌の2例

日本赤十字社長野赤十字病院

こばやし たつや
○小林竜哉、山本 学、佐藤公洋、武知寛樹、正村寿山、小澤亮太、
増渕 雄、倉石 博、小山 茂

症例1:66歳男性。肺腺癌術後 stage3A (PD-L1 90%) に対して、術後補助化学療法としてアテゾリズマブを投与し、Day14にPlt2万台へ低下。症例2:60歳女性。肺腺癌術後再発 (PD-L1 60%) に対して、3rd line アテゾリズマブを投与し、Day17でPlt0.3万と低下。いずれの症例も骨髄穿刺で血球貪食症候群と診断し、ステロイド治療で改善。血球貪食症候群はirAEとして頻度は低いが、致死的な副作用である。文献的考察も含めて報告する。

研6. 免疫関連有害事象にて投与終了後も長期無増悪を得た悪性胸膜中皮腫の1例

草加市立病院呼吸器内科

おおつか みつき
○大塚弘貴、佐藤万瑛、遠藤 智、藤井真弓、越智淳一、塚田義一

症例は60歳男性。X年8月胸腔鏡下胸膜生検で上皮型悪性胸膜中皮腫 (MPM) T4N1M0 臨床病期 IIIB期と診断した。切除困難でありNivolumab+Ipilimumab投与開始した。腫瘍は縮小したが3コース投与後に薬剤性肺障害を来しX+1年1月ステロイドを導入した。MPMは無治療経過観察で14か月後の現在に至るまで増大なく経過した。免疫チェックポイント阻害剤投与終了後も長期無増悪のMPMについて報告する。

研7. クライオバイオプシーで肉芽腫を証明できた呼吸器病変0期サルコイドーシスの一例

日本赤十字社医療センター呼吸器内科¹、日本赤十字社医療センター病理部²

いしい ひかり
○石井ひかり¹、栗野暢康¹、猪俣 稔¹、久世眞之¹、坂本慶太¹、武藤 豊¹、
藤本一志¹、鈴木峻輔¹、古川喜寛¹、裴 有安²、熊坂利夫²、出雲雄大¹

健診で心電図異常を指摘された45歳男性。心臓超音波検査で心室中隔の菲薄化と壁運動低下、ガドリニウム造影心臓MRIで心筋の造影遅延、¹⁸F-FDG/PETで心臓へのFDG集積がみられ、サルコイドーシスの心臓病変に合致した。しかし呼吸器病変と眼病変がみられず、臨床診断に至らなかった。今回、気管支鏡下でクライオバイオプシーを施行し、非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を証明したことでサルコイドーシスの組織診断に至った一例を報告する。

研 8. 著明な片側性胸膜肥厚と大量胸水を呈し自然消退した MTX 関連胸膜炎の一例

杏林大学総合研修センター¹、杏林大学呼吸器内科²、杏林大学病理学教室³

ごとう みちただ

○後藤道忠¹、中島祐美²、馬上伊織²、家城恵梨子²、森田喜久子²、野田康成²、
布川寛樹²、麻生純平²、中本康雄²、石田 学²、本多紘二郎²、中本啓太郎²、
高田佐織²、藤原正親³、皿谷 健²

67歳男性。30年来の関節リウマチがあり、10年以上前からMTXで治療中。数週間からの呼吸困難と左大量胸水貯留で紹介受診。ADA、ヒアルロン酸高値の血性滲出性胸水であり、胸部CTで著明な左胸膜肥厚と左大量胸水からMTX関連リンパ腫を最も疑った。細胞診では多数のCD3陽性異型リンパ球を認め(classIV)T細胞性リンパ腫の可能性も挙げられたが、MTX中止後1ヶ月で病変は全て消退した。MTX関連胸膜炎の報告は極めて稀であり報告とする。

教育セミナーⅡ 14:35~15:35

「進行性線維化性肺疾患 (IPF/PPF) の早期治療にむけて」

座長 石井晴之 (杏林大学医学部呼吸器内科学)

演者：泉 信有 (国立国際医療研究センター病院第二呼吸器内科)

抗線維化薬の開発、そして中でもニンテダニブの適応拡大に伴い、進行性線維化を引き起こす間質性肺疾患 (ILD) の治療は大きく前進した。近年、特発性肺線維症 (IPF) の診療において、抗線維化薬が肺機能の低下を抑制するのみならず、生命予後の改善に繋がる可能性がリアルワールドデータで示され、早期診断と早期治療の重要性が注目されている。

そのなかでIPF/PPF国際ガイドラインが昨年改定された。本改定における最大のポイントは、進行性線維化を伴う間質性肺疾患すなわちPF-ILDと呼称されてきた疾患群をIPFとそれ以外とに分け、IPF以外のILDを新たにProgressive pulmonary fibrosis (PPF)と命名したことである。PPFはIPFと同様の疾患経過で、呼吸器症状の悪化、肺機能の低下、早期の死亡が特徴とされる。

ガイドラインではPPFに対する治療として、基礎疾患を考慮した標準治療に対して治療抵抗性の場合にニンテダニブを条件付き推奨としている。PPFの治療においてもIPFと同様に早期診断と早期治療、さらにその評価が重要となり、正確な病態評価と治療選択、そして的確な効果判定が求められる。治療変更の適切なタイミングや治療法の順序など治療戦略に関わるエビデンスは不十分であり、今後の集積が待たれる。進行性線維化性肺疾患 (IPF/PPF) の早期治療にむけた現状と課題につき概説したい。

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

5. 超音波気管支鏡ガイド下針生検にて診断に至った悪性黒色腫の一例

順天堂大学医学部内科学教室呼吸器内科学講座

こうまる まきこ
○香丸真紀子、小池建吾、宿谷威仁、秋元貴至、片山勇魚、原田紀宏、
高橋和久

48歳男性。40歳時に他院で早期の悪性黒色腫に対して切除術を施行。今回、2週間持続する咳嗽で前医受診。胸部CTで右肺門腫瘍影と多発肝転移所見を認め、肺癌疑いとして当院当科紹介。右11番肺門リンパ節より超音波気管支鏡ガイド下針生検を施行した結果、BRAF遺伝子（V600E）変異陽性の悪性黒色腫の診断であった。画像所見からは原発性肺癌と鑑別困難であった悪性黒色腫の一例を経験した為、文献的考察も含めて報告する。

6. 両肺びまん性すりガラス影を呈したびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫（DLBCL）の一例

昭和大学藤が丘病院呼吸器内科

こばやし ひとし
○小林 仁、新 健史、神崎満美子、近藤智香、丁 一澤、平田健人、
見代健太、山口史博、横江琢也、鹿間裕介

症例は75歳男性。倦怠感と盗汗あり前医を受診し、肝機能障害やCRP高値、胸部CTにて両肺びまん性すりガラス影を認め入院した。sIL-2R 5872 U/mlと高値で、リンパ増殖性肺疾患疑いで当院当科へ転院した。経気管支肺生検にてB細胞性リンパ腫の所見を認め、腫大を認めた肝臓脾臓からEUS-FNAを施行し免疫染色の結果DLBCLの診断に至った。びまん性すりガラス影を呈する悪性リンパ腫の報告は比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

7. 呼吸不全を認めランダム皮膚生検で診断した血管内大細胞型B細胞性リンパ腫の1例

亀田総合病院

ふじおか はるか
○藤岡遥香、中島 啓、出光玲奈、猪島直樹、河合太樹、本間雄也、
窪田紀彦、谷口順平、栃木健太郎、山本成則、永井達也、吉見倫典、
大槻 歩、伊藤博之、金子教宏

70歳男性。4ヶ月前から倦怠感、盗汗、体重減少を認め受診、LDH高値、縦隔リンパ節腫大を認め、気管支鏡で精査したが悪性所見は認めなかった。その後低酸素血症が出現し、胸部CTで軽度すりガラス陰影を認めるのみで各種精査するも原因不明で呼吸不全が進行した。血管内大細胞型B細胞性リンパを疑いランダム皮膚生検をしたところ悪性リンパ腫の診断となり、化学療法を開始し、呼吸不全は軽快した。文献的考察も含めて報告する。

8. 多彩な陰影を呈し、胸腔鏡下肺生検にて診断し得た肺アミロイドーシス合併肺 MALT リンパ腫の一例

埼玉医科大学呼吸器内科¹、埼玉医科大学アレルギーセンター²、埼玉医科大学病院予防医学センター³、
埼玉医科大学国際医療センター呼吸器外科⁴

いしい れいな
○石井玲奈^{1,2}、柚 知行^{1,2,3}、星野佑貴^{1,2}、高原雅和¹、家村秀俊^{1,2}、内田貴裕¹、
宮内幸子^{1,2}、田口 亮⁴、内田義孝^{1,2}、中込一之^{1,2}、仲村秀俊¹、永田 真^{1,2}

31才、女性。近医にて施行した胸部CT上の異常陰影の精査目的に当院を受診した。両側にび慢性嚢胞陰影、石灰化陰影、網状影、GGOを認めた。気管支肺胞洗浄液はMφ45%、リンパ球53%、好中球2%であった。確定診断のため胸腔鏡下肺生検を施行し、肺胞隔壁や気管支周囲にCD20⁺中型異形リンパ球優位の濾胞や結節様集簇とアミロイド沈着を認めた。臨床的に肺MALTリンパ腫および肺アミロイドーシスと診断した。文献的考察と共に報告する。

セッションⅢ 腫瘍性肺疾患 2 16:15~16:43

座長 和久井大（東京慈恵会医科大学附属病院呼吸器内科）

9. 胸腺癌化学放射線療法奏功4年後に膈転移を認めた一例

独立行政法人国立病院機構東京病院呼吸器内科¹、独立行政法人国立病院機構東京病院消化器内科²、
独立行政法人国立病院機構東京病院臨床検査科³

あんざい ななみ
○安西七海¹、島田昌裕¹、佐藤 怜¹、鹿子木拓海¹、井上恵理¹、小田島丘人¹、
日下 圭¹、成木 治¹、川島正裕¹、鈴木純子¹、守尾嘉晃¹、佐々木結花¹、
田村厚久¹、松井弘稔¹、佐藤宏和²、木谷匡志³

67歳女性。X年1月、前胸部圧迫感で他院受診、前縦隔腫瘤あり、鎖骨上リンパ節生検で胸腺癌（cT1aN2M0 stageIVb）と診断された。化学放射線療法（CDDP+TS-1+TRT60Gy）導入後、当科紹介、PR得られ、CDDP+TS-1計6コース後、経過観察となった。X+4年7月、多発肺結節と膈尾部腫瘤出現、EUS-FNAで膈転移と診断。患者希望によりPEMによる二次治療中である。極めて稀な病態である胸腺癌の膈転移について、文献的考察を加えて報告する。

10. 限局型小細胞肺癌に対する化学放射線療法完遂後に顕在化した抗TIF-1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院呼吸器内科¹、東京慈恵会医科大学内科学講座呼吸器内科²

ひろみ あきこ
○廣見晃子¹、北山貴章¹、合地美奈¹、安久津卓哉¹、長谷川愛梨¹、稲木俊介¹、
戸根一哉¹、高木正道¹、桑野和善²

74歳男性。限局型小細胞肺癌（cT1cN2M0、cStageIIIA）に対し化学放射線療法を完遂し、部分奏効を得た。化学放射線療法中に皮疹が出現し、播種状紅斑丘疹型薬疹としてプレドニゾロン内服中であった。完遂後9日で嚥下困難、さらに筋肉痛、筋力低下および発熱を自覚し、精査の結果、抗TIF-1 γ 抗体陽性の皮膚筋炎と診断した。腫瘍縮小の経過に反して顕在化した皮膚筋炎として文献的考察を加えて報告する。

11. 片側胸水貯留を呈し外科的切除を行った胸膜血管腫の一例

独立行政法人労働者健康安全機構千葉ろうさい病院呼吸器内科

たじま ひろき

○田島弘貴、塩谷 優、木下 拓、弥富真理

75歳女性が2月に呼吸困難で当院を受診し、右胸水と右大葉間裂内に腫瘤を認めた。胸水の病理検査では診断に至らなかった。3月に呼吸困難で受診し、右胸腔ドレナージ術を施行し入院した。第24病日に胸腔鏡下右肺中葉切除術を施行した。病理結果は胸膜血管腫であった。術後は胸水を認めず、第39病日に退院した。退院半年以降も胸水を認めなかった。胸膜血管腫は稀であるが、同疾患から難治性胸水を呈した例を考察を交えて報告する。

12. 後天性血友病 A を併発した左肺門部高悪性度神経内分泌腫瘍の1例

自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門¹、自治医科大学内科学講座血液学部門²

やおいた けい

○矢尾板慧¹、高崎俊和¹、川幡俊美¹、黒崎綾子¹、伊藤祥子²、瀧上理子¹、
佐多将史¹、山内浩義¹、久田 修¹、中山雅之¹、間藤尚子¹、坂東政司¹、
萩原弘一¹

75歳男性。腸腰筋血腫及び活性化部分トロンボプラスチン時間の延長を認め、第8因子活性の低下と第8因子インヒビターを認めたため後天性血友病 A と診断した。遺伝子組換え活性型血液凝固第7因子製剤及びステロイドの投与により凝固異常の改善が得られたが、同時期に左肺門部腫瘤を認め、直視下生検を施行し、高悪性度神経内分泌腫瘍と診断した。後天性血友病を併発した原発性肺癌の報告は少なく、文献的考察を含めて報告する。

B 会場

セッションⅣ 呼吸器感染症 2 10:30~10:58

座長 吉川理子 (国家公務員共済組合連合会三宿病院呼吸器科)

13. マントル細胞リンパ腫の完全寛解後に COVID-19 の再燃を繰り返した 1 例

国立病院機構災害医療センター呼吸器内科

こんどう ひろみ
○近藤弘美、小田未来、塚本香純、安部由希子、土屋麻耶、須原宏造、
上村光弘

症例は 52 歳男性。X-3 年 1 月にマントル細胞リンパ腫と診断され抗 CD20 モノクローナル抗体等で治療後に完全寛解を得られていた。X 年 8 月に COVID-19 罹患し無治療経過観察となった。その後 9 月 9 日、10 月 17 日、12 月 14 日と COVID-19 の再燃を繰り返し、その都度レムデシビルで加療した。悪性リンパ腫の治療後に COVID-19 再燃を繰り返すことが知られており文献的考察を加えて報告する。

14. SARS-CoV-2 感染症契機に診断に至った肺動静脈奇形の 1 例

昭和大学横浜市呼吸器センター¹、同放射線科²

さかい しょうご
○酒井翔吾¹、三成卓也¹、岸野壮真¹、瀧島弘康¹、高野賢治¹、林 誠¹、
松倉 聡¹、北見明彦¹、渡邊孝太²、堀 麻琴²、橋詰典弘²、藤沢英文²

症例は 53 歳女性。発熱、低酸素血症を認め、SARS-CoV-2 抗原検査が陽性であった。当院へ救急搬送され、入院時の胸部 CT 検査にて左舌区に動脈径 6mm 程度の肺動静脈奇形を認めた。SARS-CoV-2 感染症の陰影はなく、軽症と診断して治療し、10 日目に在宅酸素を導入して退院した。1 か月後、放射線科にて待機的にコイル塞栓術を計 2 日間施行した。今回稀な肺動静脈奇形の治療経過より、文献的考察を加えて報告する。

15. リツキシマブ投与後に COVID19 陽性となり遅発性に肺炎を発症し重症化した一例

亀田総合病院呼吸器内科

いでみつ れいな
○出光玲菜、伊藤博之、河合太樹、猪島直樹、藤岡遥香、本間雄也、
栃木健太郎、山本成則、谷口順平、窪田紀彦、永井達也、大槻 歩、
金子教宏、中島 啓

60 代女性、悪性リンパ腫再発の診断でリツキシマブ維持投与を行い、最終投与から 4 ヶ月後に COVID19 に感染した。感染 1 ヶ月後より発熱と胸部 CT で新規すりガラス陰影を認めた。抗生剤治療を行うも効果乏しく更にその 1 ヶ月後に SARS-CoV-2 PCR が陽性化、その後急速に肺の線維化が進行し呼吸状態悪化を認めた。ステロイドパルス療法、免疫抑制剤追加での加療を行ったが呼吸状態に改善なく死亡した。

16. Osimertinib による 2 系統血球減少を呈した 1 例

新松戸中央総合病院呼吸器内科

いむら あや
○井村阿耶、田中和子、平澤康孝、中村邦彦

74 歳女性。EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌 (ex19deletion) の診断で Osimertinib 80 mg/日を開始した。投与 14 日目に Grade3 の白血球減少と Grade1 の血小板減少を認め Osimertinib を休薬した。骨髓生検を含む各種検査より薬剤性以外の血球減少の原因は否定的であった。休薬後、血球減少は改善したため 40 mg/日で再開した。Osimertinib による Grade3 以上の血液毒性は稀であり報告する。

セッションV 薬剤に関連した肺疾患 11:05~11:33

座長 三好嗣臣 (東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科)

17. 過敏性肺炎との鑑別を要した、自己服用していたミノキシジルによる肺傷害の一例

東京慈恵会医科大学呼吸器内科

- ねもと てるひさ
○根本暉久、竹越大輔、斉藤 晋、松井勇磨、皆川俊介、原 弘道、
沼田尊功、荒屋 潤、桑野和善

71歳男性、胸部CTにてモザイクパターンを呈するびまん性すりガラス陰影が認められ、過敏性肺炎が疑われた。抗原隔離入院による改善と退院後の再悪化を繰り返していた。三度目の入院時、自己購入したミノキシジルを自宅で内服していたことが判明し、中止を指示したところ肺陰影の再燃を認めなかった。ミノキシジルによる過敏性肺炎様の所見を呈する肺傷害の報告はなく、呼吸器診療上学ぶことも多い症例であるため報告する。

18. アミカシンリポソーム吸入用懸濁液による薬剤性肺障害の1例

東邦大学医学部医学科内科学講座呼吸器内科学分野 (大森)

- よしだ ひろみち
○吉田博道、卜部尚久、臼井優介、清水宏繁、関谷宗之、三好嗣臣、
仲村泰彦、磯部和順、坂本 晋、岸 一馬

73歳女性。X-30年に喀痰から*Mintracellulare*を検出し、肺MAC症に対する治療を繰り返していた。X-1年3月からCAM/EB/STFXで再治療したが喀痰培養の陰転化を認めず、X年11月にアミカシンリポソーム吸入用懸濁液(ALIS)を導入した。X+1年8月の胸部CTで新規の多発すりガラス病変が出現したため、ALISを休薬した。11月の胸部CTでは病変の改善を認め、薬剤性肺障害と診断した。ALISによる薬剤性肺障害について文献的考察を加え報告する。

19. 乳癌術後補助化学療法中にドセタキセルによる過敏性肺炎型の薬剤性肺炎を発症した一例

東京労災病院呼吸器内科¹、東京労災病院乳腺外科²

- やぎさわ まりえ
○八木沢万里江¹、松村琢磨¹、石毛昌樹¹、秋元裕人¹、伊藤幸祐¹、金田陽子²、
河野正和¹

症例は50代女性。乳癌に対して乳房部分切除術後、術後補助化学療法としてEPI+CPAを4コース施行。引き続きPER+HER+DTXを1コース施行した1週間後に乾性咳嗽が出現。CTで小葉中心性すりガラス小結節を認め、BALF中リンパ球は78%と増加していた。化学療法の中止により、陰影は改善した。DTXのDLSTが陽性であり、DTXによる薬剤性肺炎と診断した。過敏性肺炎型の薬剤性肺炎の報告は少なく、若干の文献的考察を加え報告する。

20. 免疫チェックポイント阻害薬投与中に発症した好酸球性細気管支炎の一例

国立国際医療研究センター呼吸器内科

たむら あきこ

○田村旺子、橋本理生、塚田晃成、森田智枝、勝野貴史、石井 聡、
鈴木 学、仲 剛、高崎 仁、飯倉元保、軒原 浩、泉 信有、放生雅章

浸潤性乳管癌 stage4 に対して半年前よりアテゾリズマブを含む化学療法を開始し、部分奏功を維持している 50 代女性。1 か月前からの膿性痰と咳嗽を機に胸部 CT で気管支細気管支炎を指摘され、抗菌薬不応のためクライオバイオプシーを施行したところ細気管支周囲への好酸球浸潤を認め、免疫関連有害事象 (irAE) に準じてステロイドを開始し、症状の改善を認めた。irAE として好酸球性細気管支炎の報告はなく文献的考察も含めて報告する。

セッションⅥ アレルギー性肺疾患 11:38~12:06

座長 石黒 卓 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科)

21. アブラコウモリ (Pipistrellus abramus) による再燃症状軽減型線維性過敏性肺炎の 1 例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科

こばやしやういち

○小林洋一、古野 肇、丸山智也、西岡彩子、磯野泰輔、小島彩子、
西田 隆、河手絵理子、石黒 卓、高久洋太郎、鍵山奈保、倉島一喜、
柳澤 勉、高柳 昇

症例は 70 歳、男性。2019 年 1 月に労作時息切れを自覚し当センターを受診した。CT と気管支鏡で非線維性 HP と診断した。夏に改善、冬に増悪し、2022 年までに再燃症状軽減型線維性 HP に至った。環境調査で 2018 年からアブラコウモリが自宅冬眠していることが判明した。冬眠期間に一致して症状と画像、検査データが悪化し、糞と患者血清の特異抗体検査 (Ouchterlony 法) が陽性だったことから、アブラコウモリによる HP と診断した。

22. 高分化肺腺癌を疑う限局性すりガラス影を伴った非線維性過敏性肺炎の一例

東京医科歯科大学病院呼吸器内科¹、東京医科歯科大学病院病理診断科²、

東京医科歯科大学病院放射線科³

くほた なつし

○久保田夏史¹、岡本 師¹、島田 翔¹、飯島裕基¹、山名高志¹、榊原里江¹、
柴田 翔¹、本多隆行¹、三ツ村隆弘¹、白井 剛¹、古澤春彦¹、立石知也¹、
桐村 進²、足立拓也³、宮崎泰成¹

51 歳女性。X-2 年の CT で右上葉に高分化腺癌を疑う限局性すりガラス影を認め徐々に増大。X 年にびまん性の小葉中心性粒状影を伴い当科紹介。BAL 中リンパ球分画 72%、右下葉へのクライオバイオプシーで小葉中心性リンパ球性胞隔炎・肉芽腫を認め、非線維性過敏性肺炎の確定診断となった。右上葉病変に対する TBB では悪性所見を認めなかった。環境調整後、右上葉病変含め改善し、非線維性過敏性肺炎として一元的に説明可能と考えられた。

23. CTにて発症初期から画像の経過を追えた好酸球性肺炎が疑われた1例

獨協医科大学埼玉医療センター呼吸器・アレルギー内科

たかはしともみ
○高橋智美、吾妻早瀬、伊藤祐香理、色川正洋、北島 亮、廣川尚慶、
尾崎敦孝、佐藤淳哉、多田和弘、長谷川智貴、高山賢哉、平田博国、
福島康次

症例 49 歳、女性。健診にて胸部異常陰影を指摘され受診。CTにて肺野に小結節影、浸潤影が認められたが発熱なく、咳や痰など呼吸器症状はなかった。採血にてIgE上昇、IgE RAST陽性を認めたが、他に特記異常を認めず経過観察とされた。しかし肺野陰影は増強傾向となったため、診断確定のためVATS肺生検を施行。組織学的にはリンパ球、好酸球の浸潤および多彩な器質化肺炎所見を認め、好酸球性肺炎との鑑別が困難な1例と考えられた。

24. 家屋調査からトリコスポロンを検出した母子同時発症の夏型過敏性肺炎の1例

NTT 東日本関東病院呼吸器内科

いくしまひろあき
○生島弘彬、酒谷俊雄、吉田敬士、渡邊かおる、小原さやか、竹島英之、
白井一裕

36歳女性。2022年8月より発熱および呼吸困難があり、9月に低酸素血症となり緊急入院した。KL-6高値、びまん性スリガラス影および古い木造家屋に居住していることから夏型過敏性肺炎（SHP）が疑われた。血清トリコスポロン・アサヒ抗体と帰宅試験が陽性でありSHPと判断し、ステロイド加療を行った。同居の母にも同様の症状を認めたが、父には認めなかった。家屋調査にて複数箇所からトリコスポロンを検出し、抗原隔離のため転居した。

ランチオンセミナーⅡ 12:15~13:15

座長 田中明彦（昭和大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー内科学部門）

「気管支喘息の診断と治療 Up to date—Treatable traits と Dupilumab—」

演者：加畑宏樹（慶應義塾大学医学部呼吸器内科）

気管支喘息は成人の約10人に1人が罹患している頻度の高い呼吸器疾患である。その病態は非常に複雑であり、最適な診断方法や治療戦略に関する議論が常に行われている。国内では日本アレルギー学会による喘息予防・管理ガイドラインと日本喘息学会による喘息診療実践ガイドラインがあり、国際的にはGlobal Initiative for Asthma (GINA)によるガイドラインが存在するが、それぞれが推奨する喘息の診断方法や治療戦略には違いがあり、どのような診断方法と治療戦略が最適であるかは大きな課題である。また、近年注目されている治療戦略として、Treatable traitsアプローチというものがある。複雑な慢性気道疾患に対して、数十個のTreatable traits（治療可能な形質・特徴）を評価し、それぞれに対する治療介入を行うというオーダーメイド治療である。Treatable traitsアプローチにおける生物学的製剤の位置づけはまだ定まっていないが、持続的な気流制限を有する患者や好酸球性副鼻腔炎を合併する患者に対してDupilumabの有用性が期待される。また、経口ステロイド薬を常用している重症喘息患者に対し、Dupilumabは2型炎症の有無に関わらずステロイド減量効果や肺機能改善効果を示している。

本講演では、各種喘息ガイドラインにおける喘息の診断方法と治療戦略の比較やTreatable traitsアプローチに関して紹介し、最適な喘息の診断方法や治療戦略について議論できればと思います。

共催：サノフィ株式会社

研 9. トシリズマブ使用中のキャスルマン病患者に対して気管支洗浄液から診断した肺放線菌症の一例

筑波大学附属病院呼吸器内科¹、筑波大学附属病院感染症科²

いしもとよしひろ
○石本良寛¹、茂手木壽明¹、松山政史¹、渡邊安祐美¹、上田航大¹、阿部 優¹、
花澤 碧¹、會田有香¹、吉田和史¹、塩澤利博¹、谷田貝洋平¹、中澤健介¹、
増子裕典¹、小川良子¹、際本拓未¹、松野洋輔¹、栗原陽子²、森島祐子¹、
人見重美²、檜澤伸之¹

肺放線菌症は口腔内常在菌の嫌気性菌による慢性化膿性肉芽腫性疾患であり診断に難渋することが多い。X-12年発症のトシリズマブ使用中のキャスルマン病患者がX-1年に血痰を自覚、当科を受診。慢性化膿性根尖性歯周炎の治療歴があり、胸部画像所見から肺化膿症が疑われた。気管支洗浄液の質量分析、16SrRNA解析結果より *Actinomyces graevenitzii* が同定された。トシリズマブ投与下では放線菌感染も念頭に置く必要がある。

研 10. 尿中抗原検査が陰性であったが、臨床的にレジオネラ肺炎を疑って治療し、救命し得た一例
独立行政法人国立病院機構水戸医療センター呼吸器科

さくらい ゆうき
○櫻井優樹、山崎健斗、武石岳大、高瀬志穂、羽鳥貴士、沼田岳士、
太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

63歳男性。発熱と意識障害のため救急搬送された。胸部CTで右下葉に浸潤影があり、尿中レジオネラ抗原は陰性で、ABPC/SBTで治療を開始したが、高熱や意識障害が持続したため、非定型肺炎を考慮し抗菌薬をLVFXに変更した。一時人工呼吸器管理となったがその後は改善した。後に *L. pneumophila* 血清群 5陽性が判明した。教育的症例と考え、レジオネラ肺炎について文献的考察を踏まえて報告する。

研 11. B細胞枯渇療法中の遷延化したCOVID-19に対し、レムデシビル10日間投与にて改善を認めた1例

独立行政法人労働者健康安全機構千葉ろうさい病院¹、千葉大学医学部附属病院呼吸器内科²

あなん ゆうき
○阿南祐輝¹、木下 拓¹、笠井 大²、田島弘貴¹、塩谷 優¹、高橋由希子¹、
弥富真理¹、小山玄太郎¹、濱田千洋¹、川口岳晴¹、原 暁¹

悪性リンパ腫に対して、リツキシマブ併用化学療法を行っている58歳女性。軽症COVID-19に罹患し、レムデシビルを3日間投与で、症状は軽快した。抗体カクテル療法も併用したが、早期に再燃し、新規の肺炎像を認めた。レムデシビルを10日間投与し、症状、Ct値共に改善した。B細胞枯渇療法中の症例におけるCOVID-19の遷延が問題となっており、最適な治療法について検討し、報告する。

研 12. 長期にわたり未診断であった小児の限局性複雑型肺動静脈瘻の一例

千葉大学医学部医学科¹、千葉大学医学部附属病院呼吸器内科²、千葉大学医学部附属病院呼吸器外科³

おおつじ るか
○大辻琉加¹、笠井 大²、杉浦寿彦²、葉山奈美²、田中教久³、吉野一郎³、
鈴木拓児²

15歳 男児。高校入学時の健診で胸部異常陰影を指摘され、当科を受診した。他院にて心室中隔欠損、発達障害で経過観察されていたが、低酸素血症などの指摘はなかった。胸部造影CTで右肺中葉に限局した複雑型肺動静脈瘻を認めた。コイル塞栓術は困難と判断し、右中葉切除術を施行した。小児での肺動静脈瘻の指摘は稀であり、複雑型肺動静脈瘻の治療方針には議論の余地がある。肺動静脈瘻の形態の分類とともに考察し報告する。

セッションⅦ びまん性肺疾患 13:58~14:26

座長 宮本 篤 (虎の門病院呼吸器センター内科)

25. 抗PM-Scl75抗体が陽性であった筋無症候性皮膚筋炎の一例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院呼吸器内科

よしもとまさとし
○吉本雅俊、宮本 篤、高田康平、石川周成、平田展也、森口修平、
花田豪郎、高井大哉、玉岡明洋

44歳女性。2年前からの慢性咳嗽、1年前からの労作時呼吸困難と皮疹あり近医受診。胸部CTで間質性肺炎を指摘され、紹介となった。抗PM-Scl75抗体陽性の筋無症候性皮膚筋炎の診断となり、2回のステロイドパルス療法を施行の後、後療法としてプレドニゾロン60mgとタクロリムスで治療開始し、間質性肺炎は改善傾向。抗PM-Scl75抗体陽性例は日本人では稀であり、症例報告する。

26. 再肺移植待機中に人工呼吸器管理となったが、気管切開下のリハビリで耐術能を再獲得し肺移植に至った一例

東京大学医学部附属病院呼吸器外科¹、東京大学医学部附属病院呼吸器内科²、
東京医科歯科大学病院呼吸器内科³

やまぐち みほ
○山口美保^{1,2}、佐藤雅昭¹、山谷昂史¹、叢 岳¹、唐崎隆弘¹、中尾啓太¹、
長野匡晃¹、川島光明¹、此枝千尋¹、嶋田善久¹、御子柴颯季³、三ツ村隆弘³、
宮崎泰成³、中島 淳¹

50歳男性、X-10年他施設で慢性過敏性肺炎に対し脳死左片肺移植を施行された。X-9年感染を契機に呼吸機能が悪化、X-2年再肺移植登録となる。X-1年4月かかりつけ医で人工呼吸器管理に至るが、歩行可能な状態まで改善。X年1月に当院で脳死右肺移植施行され、POD11には人工呼吸器離脱し術後経過は良好である。術前人工呼吸器管理下であっても、施設間で連携しリハビリを継続したことで再肺移植が成功した。

27. ステロイドが奏功した COVID-19 後の器質化肺炎の 2 例

JA 長野厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院呼吸器内科

たなか しゅんのすけ

○田中駿ノ介、堀内俊道、松尾明美

症例 1 は 60 歳代男性。3 週間前に COVID-19 に罹患し対症療法となったが、呼吸困難が増悪し受診。両肺にびまん性のすりガラス影を認め、TBLB で OP と診断。症例 2 は 70 歳代男性。4 週間前に COVID-19 に罹患、2 週間前より呼吸困難が出現し受診。両肺に散在性の consolidation を認め OP と判断。いずれもステロイド治療で速やかに改善した。両者とも免疫力低下の基礎疾患があり、SARS-CoV-2 ワクチン未接種であった。文献的考察を含めて報告する。

28. 皮膚筋炎合併間質性肺炎に自己免疫性肺胞蛋白症を合併した 1 例

東京女子医科大学病院内科学講座呼吸器内科学分野

あらかわ なおこ

○荒川直緒子、塩田悠乃、鬼澤 史、宮田 文、三好 梓、有村 健、
八木理充、近藤光子、桂 秀樹、多賀谷悦子

症例は 46 歳、男性。非特異性間質性肺炎でステロイド漸減中に間質性陰影の悪化を認め入院。ゴットロン兆候を認め皮膚生検の結果、無症候性皮膚筋炎と診断。ステロイドの増量、タクロリムスの投与を行ったが、間質性陰影は増強した。BAL を再検したところ、白濁した BALF を認め、抗 GMCSF 抗体陽性であり、自己免疫性肺胞蛋白症を合併していると推定された。間質性肺炎と肺胞蛋白症の合併はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

教育セミナーⅢ 14:35~15:35

「トータルコントロールをめざす喘息治療戦略～エナジアブリーズヘラーの活かし方～」

座長 放生雅章（国立国際医療研究センター病院呼吸器内科）

演者：白井敏博（静岡県立総合病院呼吸器内科）

Real-life の喘息患者の 20% 以上はコントロールされていない (Inoue et al. NPJ Prim Care Respir Med 2021)。近年、2 型 (好酸球性) 気道炎症と気流閉塞の treatable traits (治療すべき患者の特性) に基づいて ICS/LABA/LAMA の triple therapy を選択する考え方が提唱された (Shaw et al. Lancet Respir Med 2021)。喘息の病態においてアセチルコリンは重要な役割を担い、LAMA は気管支拡張作用以外に、咳嗽を鎮め喀痰を減少する作用を有する。摘出ヒト気管支を用いた ex vivo の検討から、ICS、LABA、LAMA には相互作用のあることが報告された (Rogliani et al. Pharmacol Res 2021)。また、前立腺肥大や緑内障に対する配慮を適切に行えば日常診療における安全性は確保される。最新のメタ解析では高用量 triple therapy は呼吸機能を改善し、重度増悪を抑制することが示され、本邦喘息ガイドラインでは比較的早期から LAMA を選択することが推奨されている (JGL 2021、PGAM2021)。エナジアのブリーズヘラーは、低い吸気抵抗で高い吸気流速を達成する特性があり、効果的な吸入を実現し得る優れたデバイスである。講演では喘息の末梢気道病変についても言及する。

共催：ノバルティス ファーマ株式会社

若手向け教育セッション 15:40~16:10

座長 藤倉雄二 (防衛医科大学校内科学講座 (感染症・呼吸器))

「はじめての特定臨床研究で知っておきたいこと」

演者：寺田純子 (国立国際医療研究センター臨床研究センター・呼吸器内科)

よりよい医療を行ってゆくために、また、日常診療で生じた疑問を解決するために、臨床研究は必要である。しかし、臨床研究法や人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針など、臨床研究に関するルールが様々にあり、日常診療で忙殺される医療者にとってはハードルが高く感じられる部分もある。研究計画書等を作成して倫理審査を受けることで研究を開始することは可能だが、研究を開始した後でも、有害事象や不適合が発生した場合には臨床研究のルールに応じた対応が必要になる場合がある。更に、ルールを知らなかったことで、被験者の安全性に問題がないことでも「重大な不適合」と判断されたり、医学的に重症でない「重篤な有害事象 (SAE)」が適切に報告されずに後で指摘を受けたりすることがある。特定臨床研究の責任/分担医師になった際には、臨床研究法のすべてを覚えることは不可能だが、不要な対応をせずに済むよう、また、適切なタイミングで必要な対応を行えるよう、必要最低限のルールの理解は必要である。

どのような事例が重大な不適合やSAEに該当するかは個々の判断によるところもあり、事例の蓄積や経験の共有が重要である。今回は、特定臨床研究や臨床研究をまだあまり経験していない若手医師向けに、具体的な事例を紹介しつつ、最低限知ってほしい特定臨床研究のルールをまとめる。

2019年度 GSK 助成対象

セッションⅧ 稀少肺疾患 16:15~16:43

座長 布川寛樹 (杏林大学呼吸器内科)

29. 2年の経過で増大傾向を示した肺アミロイドーシスの一例

けいゆう病院呼吸器内科¹、日本鋼管病院呼吸器内科²、けいゆう病院呼吸器外科³、

けいゆう病院病理診断科⁴、北里大学医学部呼吸器内科⁵、横浜市立市民病院呼吸器内科⁶

やまもとしゅんた
○山本峻大^{1,2}、赤澤悠希^{1,5}、柴綾^{1,6}、橋口水葉¹、加行淳子¹、橋本諒³、
堂本英治⁴、塩見哲也¹

非結核性抗酸菌症が疑われ経過観察中であった。胸部CTで右肺尖部に6mm大の結節影が新規に出現した。10カ月後に増大傾向を示したため、気管支鏡検査を施行したところ、結節病変はアミロイドーシスが疑われた。さらに1年後に16mmに増大したため、確定診断のため外科的切除を行い、*Nodular parenchymal amyloidosis*と診断となった。2年の経過で増大傾向を示した肺アミロイドーシスの一例であり、文献的考察をふまえて報告する。

30. 若年発症の間質性肺炎、統合失調症、難聴を呈した GATA2 異常症の一例

東京大学医学部附属病院呼吸器内科¹、東京医科歯科大学小児科²

すぎうら ゆりこ
○杉浦有理子¹、鹿毛秀宣¹、守随匡弘¹、安藤孝浩¹、三谷明久¹、田中 剛¹、
鹿島田健一²、森尾友宏²、長瀬隆英¹

症例は 40 歳代の女性。20 歳代に間質性肺炎、統合失調症、難聴を発症し、26 歳時に当科紹介。感染症を繰り返しており原発性免疫不全を疑った。また B 細胞・T 細胞の新生能低下を認めた。30 歳代に結節性紅斑が出現。エクソーム解析で GATA2 異常症と診断した。間質性肺炎は緩徐に増悪し、肺高血圧症も発症した。血液疾患、抗酸菌感染症や肺胞蛋白症の発症なく、間質性肺炎を認める GATA2 異常症は稀であり報告する。

31. 気管支鏡検査で診断に至った自己免疫性肺胞蛋白症の 2 例

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター呼吸器内科

かみやま かりん
○神山花凜、中川純一、細野達也、内田 恵、田口浩平、板井美紀、
黒岩裕也、倉島優理亜

当科で経験した自己免疫性肺胞蛋白症 (AiPAP) の 2 例について、組織診断未確定の抗 GM-CSF 抗体上昇を呈した一例と併せて、文献的考察を交え報告する。いずれも検診異常で当科を受診。一例は画像所見から速やかな気管支鏡検査に至ったが、一例は間質性肺炎との鑑別が困難であった。AiPAP は進行し呼吸不全死に至る症例もあるため、適切なタイミングで介入を行うことが重要と考えられた。

32. RSPH4A 遺伝子変異を認めた原発性線毛不動症候群 (PCD) の一例

東京医科大学病院呼吸器内科

やまぐち ゆうき
○山口優樹、益田あかね、本橋 遥、小野いつか、中野 湧、加藤総一郎、
青柴直也、塩入菜緒、石割菜由子、河越淳一郎、菊池亮太、小林研一、
富樫佑基、河野雄太、阿部信二

症例は 41 歳女性。幼少時より気道感染を繰り返し、30 歳頃より非結核性抗酸菌症の治療を受けていた。40 歳時に重症肺炎に伴う呼吸不全に対して当院で気管挿管、人工呼吸管理を行った。経過から PCD が疑われ、鼻粘膜生検にて内外ダイニン腕の微細構造異常を確認、さらに遺伝学的解析で RSPH4A 遺伝子変異を認めた。近年、RSPH4A は線毛運動パターンへの関与が報告されており、本症例における意義と合わせて報告する。

今後のご案内

□第 255 回日本呼吸器学会関東地方会

- 会 期：2023 年 7 月 1 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール
- 会 長：岸 一馬（東邦大学医療センター大森病院呼吸器内科）

□第 256 回日本呼吸器学会関東地方会

（合同開催：第 184 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会）

- 会 期：2023 年 9 月 2 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール
- 会 長：滝口 裕一（千葉大学医学部附属病院腫瘍内科）

□第 257 回日本呼吸器学会関東地方会

- 会 期：2023 年 11 月 11 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール
- 会 長：相良 博典（昭和大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー内科学部門）

□第 258 回日本呼吸器学会関東地方会

（合同開催：第 185 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会）

- 会 期：2024 年 2 月 17 日（土）
- 会 場：秋葉原コンベンションホール
- 会 長：高橋 典明（板橋区医師会病院/日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野）

※初期研修医ならびに医学生の発表を積極的に受け付けています。

初期研修医・医学生には入会義務はありません。

多数のご参加をお待ちしています。

謝 辞

アストラゼネカ株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

サノフィ株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ノバルティス ファーマ株式会社

(五十音順)

2023年4月17日現在

本会を開催するにあたり、上記の皆様よりご協賛いただきました。

ここに厚く御礼申し上げます。

第254回日本呼吸器学会関東地方会

会長 放生 雅章

(国立国際医療研究センター病院呼吸器内科)