第 250 回日本呼吸器学会関東地方会
プログラム・抄録集

会　　長 宮崎　泰成（東京医科歯科大学呼吸器内科）

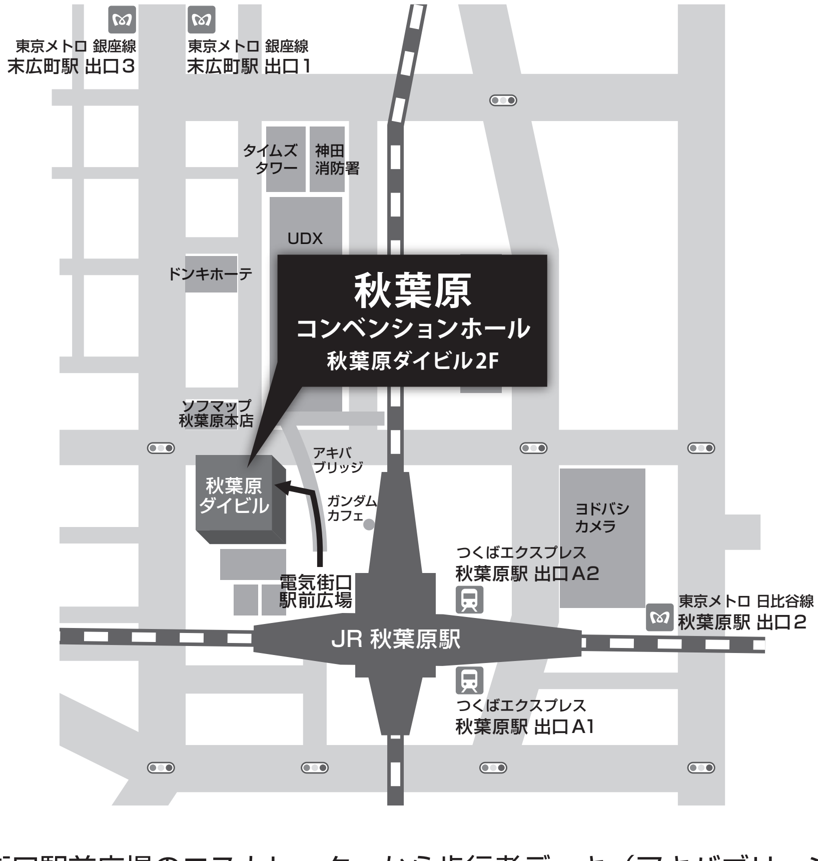
日　　時 2022 年 7 月 16 日（土）

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

We chase the *miracles* of science to improve people's lives

私たちは人々の暮らしをより良くするため、科学のもたらす奇跡を追求します。

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 東京オペラシティタワー

www.sanofi.co.jp

sanofi

NUCALA

mepolizumab

gsk

ヌーカラ
皮下注100mg
ペン

ヌーカラ皮下注100mg シリンジ・ペン

在宅自己注射が可能になりました

> **2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)**
> 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

○気管支喘息(既存治療によっても喘息症状をコントロールできない難治の患者に限る)
○既存治療で効果不十分な好酸球性多発血管炎性肉芽腫症

5. 効能又は効果に関連する注意

〈気管支喘息〉

5.1 高用量の吸入ステロイド薬とその他の長期管理薬を併用しても、全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪をきたす患者に本剤を追加して投与すること。

5.2 投与前の血中好酸球数が多いほど本剤の気管支喘息増悪発現に対する抑制効果が大きい傾向が認められている。また、データは限られているが、投与前の血中好酸球数が少ない患者では、十分な気管支喘息増悪抑制効果が得られない可能性がある。本剤の作用機序及び臨床試験で認められた投与前の血中好酸球数と有効性の関係を十分に理解し、患者の血中好酸球数を考慮した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.1 参照]

5.3 本剤は既に起きている気管支喘息の発作や症状を速やかに軽減する薬剤ではないので、急性の発作に対しては使用しないこと。

〈好酸球性多発血管炎性肉芽腫症〉

5.4 過去の治療において、全身性ステロイド薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に、本剤を上乗せして投与を開始すること。

6. 用法及び用量

〈気管支喘息〉

通常、成人及び12歳以上の小児にはメポリズマブ(遺伝子組換え)として1回100mgを4週間ごとに皮下に注射する。

〈好酸球性多発血管炎性肉芽腫症〉

通常、成人にはメポリズマブ(遺伝子組換え)として1回300mgを4週間ごとに皮下に注射する。

7. 用法及び用量に関連する注意

〈好酸球性多発血管炎性肉芽腫症〉

本剤とシクロホスファミドを併用投与した場合の安全性は確認されていない。[17.1.2 参照]

8. 重要な基本的注意

8.1 本剤の投与は、適応疾患の治療に精通している医師のもとで行うこと。

8.2 本剤はヒトインターロイキン-5(IL-5)と結合し、IL-5の機能を阻害することにより血中好酸球数を減少させる。好酸球は一部の寄生虫(蠕虫)感染に対する免疫応答に関与している可能性がある。患者が本剤投与中に蠕虫類に感染し、抗蠕虫薬による治療が無効な場合には、本剤投与の一時中止を考慮すること。[9.1.1 参照]

8.3 長期ステロイド療法を受けている患者において、本剤投与開始後にステロイド薬を急に中止しないこと。ステロイド薬の減量が必要な場合には、医師の管理下で徐々に行うこと。

8.4 本剤の投与期間中に喘息に関連した事象及び喘息の悪化が現れることがある。本剤の投与開始後に喘息症状がコントロール不良であったり、悪化した場合には、医師の診察を受けるよう患者に指導すること。

8.5 本剤の投与開始にあたっては、医療施設において、必ず医師によるか、医師の直接の監督の下で投与を行うこと。自己投与の適用については、医師がその妥当性を慎重に検討し、十分な教育訓練を実施した後、本剤投与による危険性と対処法について患者が理解し、患者自ら確実に投与できることを確認した上で、医師の管理指導の下で実施すること。適用後、本剤による副作用が疑われる場合や自己投与の継続が困難な状況となる可能性がある場合には、直ちに自己投与を中止し医療施設に連絡するよう患者に指導し、医師の管理下で慎重に観察するなど適切な処置を行うこと。また、使用済みの注射器を再使用しないように患者に注意を促し、安全な廃棄方法について指導すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 **蠕虫類に感染している患者** 本剤投与開始前に蠕虫感染を治療すること。[8.2 参照]

9.5 **妊婦** 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。サルではメポリズマブが胎盤を通過することが報告されている。

9.6 **授乳婦** 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。サルではメポリズマブが乳汁中へわずかに移行することが報告されている。

9.7 小児等

〈気管支喘息〉

9.7.1 12歳未満の小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

〈好酸球性多発血管炎性肉芽腫症〉

9.7.2 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

9.8 **高齢者** 一般に、生理機能が低下している。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 **重大な副作用** アナフィラキシー(頻度不明)

11.2 **その他の副作用**

	5%以上	1%以上5%未満	1%未満	頻度不明
過敏症		過敏症反応(蕁麻疹、血管浮腫、発疹、気管支痙攣、低血圧)		
感染症			下気道感染症、咽頭炎、尿路感染	
精神神経系	頭痛			
呼吸器			鼻閉	
胃腸障害			上腹部痛	
皮膚			湿疹	
筋骨格系				背部痛
全身障害			発熱	
投与部位	注射部位反応(疼痛、紅斑、腫脹、そう痒、灼熱感)			

注)凍結乾燥注射剤における発現頻度。

14. 適用上の注意

14.1 **薬剤交付時の注意** 患者には本剤に添付の使用説明書を渡し、使用方法を指導すること。

21. 承認条件

21.1 医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

〈好酸球性多発血管炎性肉芽腫症〉

21.2 既存治療で効果不十分な好酸球性多発血管炎性肉芽腫症について、国内での治験症例が極めて限られていることから、製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に使用成績調査を実施することにより、本剤使用患者の背景情報を把握するとともに、本剤の安全性及び有効性に関するデータを早期に収集し、本剤の適正使用に必要な措置を講じること。

2021年4月作成(第2版)

その他の使用上の注意については添付文書をご参照ください。

ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体　薬価基準収載

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)

ヌーカラ皮下注100mgシリンジ
ヌーカラ皮下注100mgペン

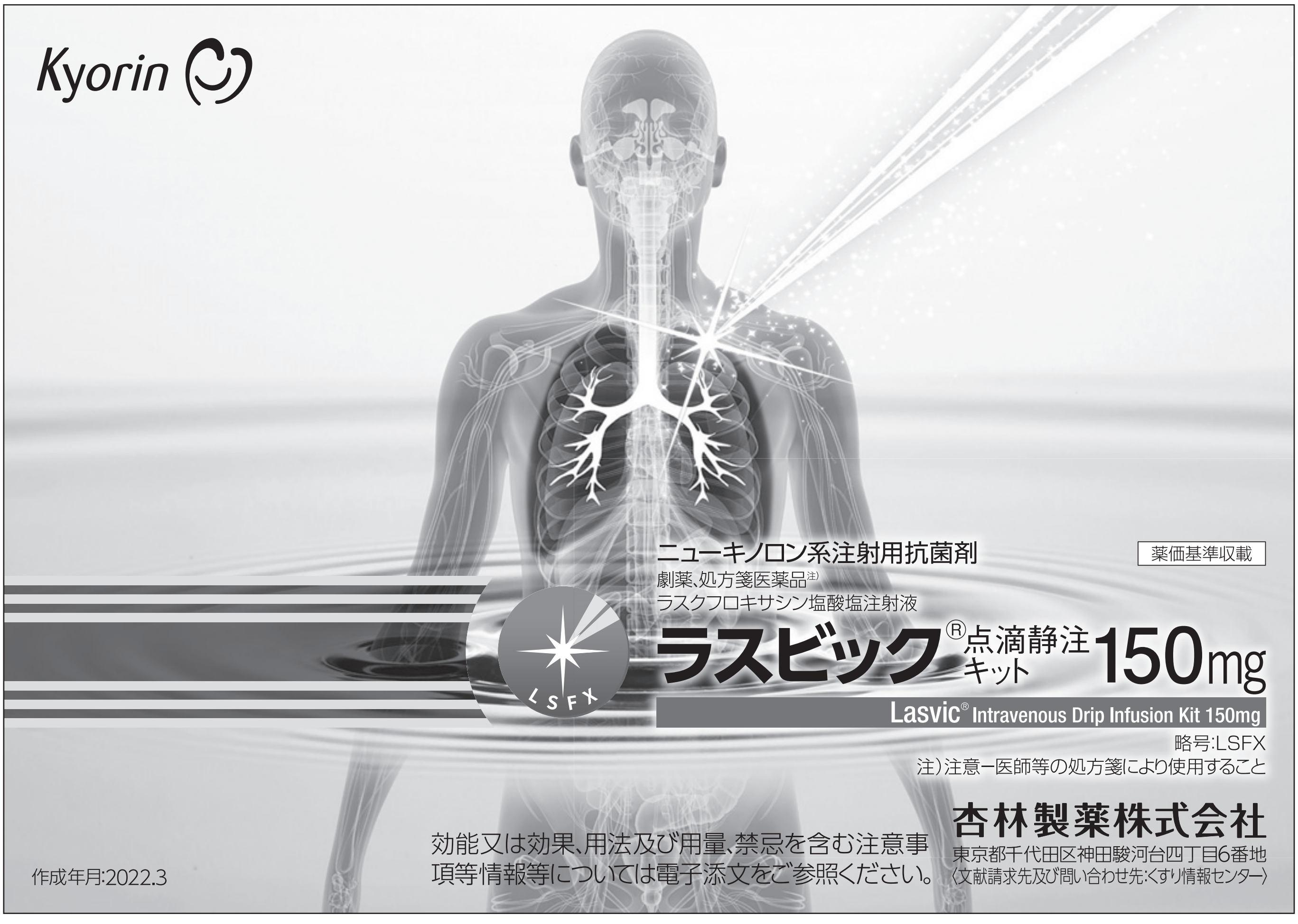
NUCALA solution for s.c. injection　メポリズマブ(遺伝子組換え)製剤

製造販売元
グラクソ・スミスクライン株式会社
〒107-0052 東京都港区赤坂1－8－1

文献請求先及び問い合わせ先
TEL：0120-561-007(9:00～17:45／土日祝日及び当社休業日を除く)
FAX：0120-561-047(24時間受付)

PM-JP-MPL-ADVT-200001　2021.10

AMGEN®
KRAS
G12C
LUMAKRAS®
(sotorasib)
新発売
抗悪性腫瘍剤/KRAS G12C阻害剤
薬価基準収載
ルマケラス®錠120mg
LUMAKRAS®
ソトラシブ錠
劇薬、処方箋医薬品（注意ー医師等の処方箋により使用すること）
効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子化された添付文書をご参照ください。
製造販売元 アムジェン株式会社
東京都港区赤坂九丁目7番1号
[文献請求先及び問い合わせ先] メディカルインフォメーションセンター 0120-790-549
LMK216007RM2
2022年4月作成


Kyorin
ニューキノロン系注射用抗菌剤
薬価基準収載
劇薬、処方箋医薬品注）
ラスクフロキサシン塩酸塩注射液
LSFX
ラスビック®点滴静注キット150mg
Lasvic® Intravenous Drip Infusion Kit 150mg
略号:LSFX
注）注意ー医師等の処方箋により使用すること
効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。
杏林製薬株式会社
東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地
〈文献請求先及び問い合わせ先:くすり情報センター〉
作成年月:2022.3

いつもを、いつまでも。
あたり前のようにつづく毎日ほど、
かけがえのないものはない。
私たちは、“いつも”を支える力になりたい。
大切な“いつも”が失われた時、
強く取り戻す力を届けたい。
いつもを、いつまでも。
私たち大鵬薬品ひとりひとりの願いです。
TAIHO 大鵬薬品

アレルギー性疾患治療剤
薬価基準収載
ルパフィン®錠10mg
RUPAFIN® Tablets 10mg（ルパタジンフマル酸塩錠）
処方箋医薬品（注意 - 医師等の処方箋により使用すること）
※効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等についでは、添付文書をご参照ください。
販売（文献請求先及び問い合わせ先）
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10
製品情報に関するお問い合わせ
TEL：0120-753-280（くすり相談センター）
販売情報提供活動に関するご意見
TEL：0120-268-571
製造販売元
帝國製薬株式会社
香川県東かがわ市三本松567番地
2021年1月作成

薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗EGFR注) モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品*

ポートラーザ® 点滴静注液 800mg

Portrazza® Injection　ネシツムマブ（遺伝子組換え）注射液

注）EGFR：Epidermal Growth Factor Receptor（上皮細胞増殖因子受容体）

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤　劇薬・処方箋医薬品*
ゲムシタビン点滴静注用 200mg・1g「NK」
点滴静注用ゲムシタビン塩酸塩
Gemcitabine for I.V. Infusion 200mg・1g「NK」

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤　劇薬・処方箋医薬品*
ゲムシタビン点滴静注液 200mg/5mL「NK」
ゲムシタビン点滴静注液 1g/25mL「NK」
ゲムシタビン塩酸塩注射液
Gemcitabine I.V. Infusion 200mg/5mL・1g/25mL「NK」

抗悪性腫瘍剤　毒薬・処方箋医薬品*
Randa Inj.
ランダ®注 10mg/20mL 25mg/50mL 50mg/100mL
シスプラチン製剤
Randa® Inj.10mg/20mL・25mg/50mL・50mg/100mL

＊注意－医師等の処方箋により使用すること

製造販売元 日本化薬株式会社
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

文献請求先及び問い合わせ先
日本化薬 医薬品情報センター
0120-505-282（フリーダイヤル）

日本化薬 医療関係者向け情報サイト
https://mink.nipponkayaku.co.jp/

'20.3 作成

※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。

FUKUDA DENSHI

医療と健康をつなぐ
テクノロジー

フクダライフテックの在宅製品ラインナップ

屋内から屋外へ、そして「快適」へ

療養者一人ひとりの症状に合わせ、AW-110は小型・軽量でありながら、連続0.1L/分から同調3.0L/分まで、11ステップという細かい流量設定をご用意。また、優れた静音設計と誰にでも操作しやすいシンプルなインターフェイスを目指しました。

酸素濃縮装置
エアウォークウィズ AW-110

医療機器認証番号：229AFBZX00072000
販売名：エアウォークウィズ AW-110
管理医療機器　特定保守管理医療機器

Enrich life

4つのプリセットプログラムが可能なASTRALは日中のマウスピース換気から夜間NIVへの変更の他、リハビリ時や入浴時の換気設定など、これまで以上に療養者の生活スタイルに応じた“Tailor therapy”を提供します。

汎用人工呼吸器
クリーンエアASTRAL®

医療機器承認番号：22600BZI00018000
販売名：クリーンエア ASTRAL
高度管理医療機器　特定保守管理医療機器

非侵襲的・連続的に、安定した測定

非侵襲的に連続でCO_2を計測可能。
診療報酬改定（2016年）により神経筋疾患又は慢性呼吸器疾患の患者へ保険算定が拡大。
睡眠中のCO_2貯留把握にも最適。

経皮血液ガスモニタ
センテック デジタルモニターシステム

医療機器認証番号：21600BZY00658000
販売名：センテック デジタル モニター システム
製造販売業者：株式会社 TKB

フクダライフテック東京株式会社　本社　〒112-0002　東京都文京区小石川4-14-24　TEL.(03)3830-0626㈹
フクダ電子株式会社 お客様窓口(03)5802-6600 受付時間:月～金曜日(祝祭日、休日を除く)9:00～18:00
フクダライフテック　検索

●文京営業所　〒112-0002 文京区小石川4-14-24　TEL.(03)3830-0623㈹
●城西営業所　〒177-0042 練馬区下石神井4-1-7　TEL.(03)6913-4255㈹
●世田谷営業所　〒154-0014 世田谷区新町1-35-10　TEL.(03)5799-0015㈹

◆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/）から事前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（7月上旬頃）。
   ＜参加登録期間＞7月16日（土）16：30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事前参加登録を推奨いたします。
   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、新型コロナウイルスの感染拡大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。
   参加登録完了後、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）を、運営事務局（kanto250@coac.co.jp）宛てにメール添付にて必ずお送りください。
   領収証は、参加費決済完了メールからダウンロード（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
   参加登録時に入力された住所宛てに8月上旬頃までに郵送いたします。
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（兼出席証明書）をお渡ししますので、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（兼出席証明書）の再発行はいたしませんのでご注意ください。
   また、日本呼吸器学会の会員の方は、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登録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、PowerPoint2019です。
・発表データは、USBメモリ・CD-Rでご持参ください。PCの持ち込みはできません。
・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、当日の発表前に接続テストを行います。
・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。

◆表彰式

7月16日（土）17：09～17：20　A会場（ホールA）

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。

◆その他注意事項

1. プログラム・抄録集は、日本呼吸器学会ホームページで閲覧（ダウンロード・印刷）が可能です（現地会場での配付はございません）。
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、日本呼吸器学会関東支部ホームページ（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 250 回日本呼吸器学会関東地方会　日程表

時刻	A 会場	B 会場
10:00		
	開会式 10:25〜10:30	
	セッションⅠ 10:30〜11:05 呼吸器感染症1 1〜5 座長：尾形　朋之	セッションⅦ 10:30〜11:05 呼吸器感染症3 34〜38 座長：柏田　　建
11:00		
	セッションⅡ 11:10〜11:45 呼吸器感染症2 6〜10 座長：森野英里子	セッションⅧ 11:10〜11:45 呼吸器感染症4 39〜43 座長：野口　智加
12:00	ランチョンセミナーⅠ 12:00〜13:00 NSCLCに対するがん免疫療法〜最適な1次治療を考える〜 演者：吉田　達哉 座長：清家　正博 共催：中外製薬株式会社	ランチョンセミナーⅡ 12:00〜13:00 過敏性肺炎のKey to Diagnosis　〜抗原同定が重要〜 演者：岡本　　師 座長：鈴木　拓児 共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
13:00		
	セッションⅢ 13:05〜13:40 薬剤に関連した呼吸器疾患 11〜15 座長：小池　建吾	医学生・初期研修医セッションⅠ 13:05〜13:40 研1〜研5 座長：伊藤　洋子
14:00	セッションⅣ 13:45〜14:27 間質性肺疾患 16〜21 座長：馬場　智尚	医学生・初期研修医セッションⅡ 13:45〜14:20 研6〜研10 座長：森島　祐子
15:00	教育セミナー 14:35〜15:35 EGFR遺伝子変異陽性肺癌に対する マルチ遺伝子検査と治療戦略 演者：酒井　徹也 座長：軒原　　浩 共催：アストラゼネカ株式会社	若手向け教育セッション 14:35〜15:20 重症喘息治療と生物学的製剤 演者：權　　寧博 座長：中村　博幸 2019年度GSK助成対象
16:00	セッションⅤ 15:40〜16:22 腫瘍性疾患1 22〜27 座長：坂下　博之	セッションⅨ 15:40〜16:15 腫瘍性疾患3 44〜48 座長：宮本　　篤
	セッションⅥ 16:27〜17:09 腫瘍性疾患2 28〜33 座長：中本啓太郎	セッションⅩ 16:20〜16:55 肺循環障害・全身性疾患に伴う肺病変 49〜53 座長：仁多　寅彦
17:00	表彰式・閉会式 17:09〜17:20	

A 会場　ホール A

セッションⅠ　呼吸器感染症 1　10：30～11：05

座長　尾形朋之（JA とりで総合医療センター呼吸器内科）

1.　猫を飼育中にパスツレラ肺炎を発症した 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、本間雄也、窪田紀彦、
谷口順平、栃木健太朗、山本成則、永井達也、吉見倫典、大槻　歩、
伊藤博之、金子教宏

生来健康な 81 歳男性。胸部 X 線で右中肺野の線状影を指摘され当院を受診した。労作時呼吸困難、食欲低下、体重減少を認めており、CT では右中下葉に粒状影と浸潤影を認めた。気管支鏡検査を行ったところ、パスツレラを検出した。ペットとして猫を飼育していた。アモキシシリン/クラブラン酸で加療したところ、症状の改善と陰影の縮小を認めた。パスツレラ肺炎の報告は限られており、文献的考察も含めて報告する。

2.　軽快後、息切れ、肺機能が著明改善した慢性肺アスペルギルス症合併気腫型 COPD の 1 例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター内科診療部呼吸器内科[1]、
国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター臨床研究部[2]

ひらの　ひとみ
○平野　瞳[1]、手島　修[1]、渡邉安祐美[1]、佐藤陽子[1]、西野顕吾[1]、松田峰史[1]、
野中　水[1]、荒井直樹[1]、兵頭健太郎[1]、金澤　潤[1]、三浦由記子[1]、大石修司[1]、
林原賢治[1]、薄井真悟[2]、齋藤武文[1]

重症肺気腫例に対する lung volume reduction は横隔膜の動きを改善し、換気効率を向上させる。近年、手術や気管支鏡を用いた容量減量術が施行されている。症例は 59 歳男性。右肺尖部に巨大気腫性嚢胞を認め、気管支拡張薬、ステロイド吸入療法が行われていた。慢性肺アスペルギルス症を合併し、嚢胞内に液面を形成。加療後、嚢胞が瘢痕収縮し、呼吸機能、自覚症状の改善を認めた。疾患の合併により肺容量減量術と同等の効果を得た。

3.　若年男性に発症した重症 M. intracellulare 症の 1 例

国立病院機構茨城東病院呼吸器内科

わたなべ　あゆみ
○渡邉安祐美、手島　修、佐藤陽子、西野顕吾、松田峰史、平野　瞳、
野中　水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤　潤、三浦由記子、大石修司、
林原賢治、齋藤武文

肺非結核性抗酸菌症は、明らかな基礎病態のない中高年女性を中心に増加傾向にあるが、若年、特に男性では極めて少ない。今回、若年男性に発症した重症 M. intracellulare 症の 1 例を経験した。症例は 46 歳男性、30 歳時に同疾患を指摘され、16 年無治療の経過で多発空洞影が出現、発熱や肺機能低下を伴い漸次重症化した。菌側の要因を含めて何らかの背景病態があると考えるが、現状明らかではなく、考察を含め報告する。

4.　血清CA19-9高値を認めた肺MAC症の一例

JCHO東京山手メディカルセンター

たなか けんた
○田中健太、東海林寛樹、加藤祐樹、井窪祐美子、長島哲理、笠井昭吾、
長門　直、大河内康美、徳田　均

82歳女性。10年前に肺MAC症の治療目的に当院初診となった。CAM、EB、MFLXによる3剤併用療法の後、状態は安定していたが、5年前に血清CA19-9 773 U/mLと著明な高値を認めた。腫瘍病変検索のため全身検査を施行したが、異常所見は認めなかった。その後、血清CA19-9は最高2120 U/mLを示した後に、現在は低下傾向となっている。良性肺疾患に血清CA19-9高値を伴う症例であり、当院で経験した同様の症例や文献的考察を含めて報告する。

5.　PET検査が診断に有用であった、生体腎移植予定患者の結核性リンパ節炎の1例

東京女子医科大学内科学講座呼吸器内科学分野

しおた ゆの
○塩田悠乃、小林　文、三好　梓、赤羽朋博、辻真世子、有村　健、
八木理充、近藤光子、桂　秀樹、多賀谷悦子

症例は39歳女性。CKDに対し生体腎移植予定。CTで腎腫瘍の合併が疑われ、PET検査を施行。腎には集積を認めなかったが、右肺門、縦隔リンパ節にFDGの異常集積を認めた。EBUS-TBNAを施行し、生検で類上皮肉芽種を認め、結核菌PCR、培養陽性で結核性リンパ節炎と診断。6HREZで加療し、FDGの集積は消失した。腎移植前には結核の合併の精査は重要であり、その診断にPET検査が有用であった。

セッションⅡ　呼吸器感染症2　11：10～11：45

座長　森野英里子（国立国際医療研究センター病院呼吸器内科）

6.　リファンピシン耐性肺Mycobacterium kansasii症の一例

結核予防会複十字病院

ふるうち こうじ
○古内浩司、藤原啓司、大澤武司、下田真史、上杉夫彌子、荒川健一、
森本耕三、國東博之、田中良明、奥村昌夫、吉山　崇、早乙女幹朗、
大田　健

症例は54歳、男性。X-17年に肺結核に対して6HRE/6HRの治療を受けているが、同定結果は不明。X-2年に咳嗽で前医を受診。右上葉に空洞病変を認め、喀痰からM. kansasiiを検出し、HREで治療を開始し培養陰性化したが再び陽転化、X年3月にRFP耐性が確認され当院に紹介となった。CAM+INH+EB+LVFX+AMKにて治療し、陰影の改善と培養陰性化が得られた。RFP耐性M. kansasii症治療のエビデンスは乏しく、若干の文献的考察を含めて考察する。

7. 肺化膿症を伴い外科的切除を施行した抗Interferon-γ抗体陽性播種性非結核性抗酸菌症の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター呼吸器内科[1]、自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門[2]

あまり　ひかり
○甘利ひかり[1]、瀧上理子[2]、齋藤瑞穂[2]、矢尾板慧[2]、黒崎綾子[2]、間藤尚子[2]、
坂東政司[2]、萩原弘一[2]

64歳女性。胸骨腫瘤を主訴に前医を受診し、肺結節に対する気管支鏡検査後に肺化膿症を併発したため当院紹介となった。抗菌薬治療が無効で、肺切除術を施行した。肺組織・血液からMycobacterium aviumが検出され、播種性非結核性抗酸菌症（NTM）と診断した。術後に測定した抗Interferon-γ抗体は陽性であった。外科的切除が診断・治療に有効であった播種性NTMを経験したため報告する。

8. 母子感染を契機に結核の診断に至った一例

茅ケ崎市立病院呼吸器内科[1]、横浜市立大学大学院医学研究科呼吸器病学[2]

とくなが　きこ
○徳永貴子[1]、金子太一[1]、水谷知美[1]、田村祐規[1]、須藤成人[1]、塚原利典[1]、
福田　勉[1]、金子　猛[2]

29歳フィリピン出身の褥婦。生後2週間の新生児が肺炎を発症し、胃液の抗酸菌塗抹陽性、培養3週間で結核菌が認められた。感染源として児の母親が疑われた。無症状であったが、胸部画像で両肺に多発する粒状影を認め、喀痰培養4週間で結核菌が認められた。子宮洗浄液と尿培養でも結核菌を認めたため粟粒結核と考え9か月間の抗菌化学療法を行った。母子感染を契機に結核の診断に至った症例を経験したので報告する。

9. 当院における肺 *Mycobacterium intracellulare* subsp. *chimaera* 症の検討

国立国際医療研究センター病院呼吸器内科[1]、国立感染症研究所ハンセン病研究センター[2]

くさば　ゆうさく
○草場勇作[1]、森野英里子[1]、森田智枝[1]、勝野貴史[1]、橋本理生[1]、寺田純子[1]、
仲　　剛[1]、高崎　仁[1]、放生雅章[1]、杉山温人[1]、深野華子[2]、星野仁彦[2]

肺 *Mycobacterium intracellulare* subsp. *chimaera* 症と診断した5例を検討した。女性が3例、診断時年齢は65〜83歳であり、画像上、空洞影を2例に認めた。4例に治療導入し、概ね良好な治療効果を得た。1例は無治療経過観察中で悪化を認めていない。*M. intracellulare* subsp. *chimaera* には、従来 *M. chimaera* 及び *M. yongonense* と呼ばれていた種も含まれ、本亜種の病原性・臨床像に関する検討は不十分である。文献的考察を加え報告する。

10. 薬物治療のみでは改善せず、早期手術が奏功した、先天性気管支閉鎖症に合併したNTM症の1例

武蔵野赤十字病院

ひがし　せいし
○東　盛志、佐藤希美、八巻春那、青柳　慧、小澤達志、惠島　将、
高山幸二、花田仁子、瀧　玲子

症例は23歳男性。発熱を主訴に受診し、CTで右肺下葉に粘液貯留で拡張した気管支を伴うconsolidationを認めた。前医CTを取り寄せ、気管支閉鎖症に合併した肺膿瘍と考えた。PIPC/TAZ、MEPMなどで加療したが解熱せず、気管支鏡を施行したところ、右B6に白色痰貯留ありMycobacterium aviumが検出されNTM症と診断。薬物治療を開始したが発熱が持続したため、早期に右下葉切除術を施行し改善した。若干の文献的考察を加えて報告する。

ランチョンセミナーⅠ　12：00～13：00

座長　清家正博（日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野）

「NSCLCに対するがん免疫療法～最適な1次治療を考える～」

演者：吉田達哉（国立がん研究センター中央病院呼吸器内科/先端医療科）

非小細胞肺癌においては、分子標的治療薬の進歩とともに抗CTLA-4抗体、抗PD-1/抗PD-L1抗体といった免疫チェックポイント阻害薬の登場によって予後が改善している。さらに近年には、免疫チェックポイント阻害薬と化学療法を併用した複合免疫療法の有用性も報告されている。一方で治療効果予測因子であるPD-L1が高発現であっても抗腫瘍効果を十分得られない症例も存在しており、治療効果を予測する因子の解明が重要な研究課題の一つとなっている。

本講演においては、非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬によるがん免疫療法の現状とともに、今後の治療戦略について概説する。

共催：中外製薬株式会社

セッションⅢ　薬剤に関連した呼吸器疾患　13：05～13：40

座長　小池建吾（順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科）

11. ICI治療中にACTH単独欠損症を発症、さらにBNT162b2接種後にMDA-5抗体陽性間質性肺炎を発症した肺腺癌の一例

相澤病院

たかた むねたけ
○高田宗武、成田茜衣、吉岡照晃、中西正教

59歳女性。肺腺癌のため、X年1月からPembro.を含む治療を開始、奏効していた。X年6月副腎不全を発症し、ステロイド開始。7月BNT162b2を1回接種、肺異常陰影が急激に増悪。2回翌日から発熱と右側胸部あり。8月胸膜下優位に浸潤影が増加し、ir-AEや肺炎＋副腎不全を疑いステロイド増量。しかし11月にヒドロコルチゾン30mgで再燃。追加検査でMDA-5抗体が陽性であった。MDA-5抗体陽性の悪性腫瘍は稀であり報告したい。

12. 荊芥連翹湯が被疑薬と考えられた好酸球性肺炎の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院呼吸器内科

おおしまけいすけ
○大島啓亮、小池建吾、大熊智子、徐　仁美、越智裕介、加藤元康、
伊藤　潤、原田紀宏、髙橋和久

気管支喘息と副鼻腔炎の既往のある60歳女性。鼻閉に対して荊芥連翹湯の内服を始めた1週間後より発熱、咳嗽が出現し当院受診した。血液検査で好酸球増加、胸部CTで両肺上葉優位の浸潤影、気管支鏡による肺胞洗浄液で好酸球増加を認めた。荊芥連翹湯のDLSTは陽性（SI：557%）であった。被疑薬と考え同薬剤を中止したところ自覚症状は改善したが、陰影残存ありステロイド投与を要した。同薬剤による好酸球性肺炎の報告は過去に無いため報告する。

13. カンデサルタンによる薬剤性肺障害が疑われた1例

信州大学医学部内科学第一教室

こまつ こうだい
○小松洸大、小沢陽子、山中美和、野沢修平、赤羽順平、小松雅宙、
生山裕一、立石一成、北口良晃、牛木淳人、山本　洋、花岡正幸

69歳、男性。多発性骨髄腫に対して自家移植後に寛解となり、レナリドミドによる維持療法が行われている。高血圧症に対してカンデサルタンが開始されたが、1週後より咳嗽、発熱が出現した。CTで両肺野に新規のすりガラス影、気管支肺胞洗浄液でリンパ球増多を認め、カンデサルタンによる薬剤性肺障害が疑われた。カンデサルタンは臨床的に汎用される降圧薬であるが、薬剤性肺障害の報告は稀であるため、注意が必要と考えられた。

14. 代謝拮抗薬 capecitabine による薬剤性間質性肺炎と考えられた1例

上尾中央総合病院呼吸器内科[1]、上尾中央総合病院呼吸器腫瘍内科[2]、
上尾中央総合病院呼吸器・アレルギーセンター[3]

うづか　ちさ
○宇塚千紗[1]、前田隆志[1]、矢澤克昭[1]、小牧千人[1]、桐田圭輔[2]、酒井　洋[2]、
鈴木直仁[3]

67歳男性。10ヶ月前に結腸癌切除術を受け、術後ZELOX療法（capecitabine + oxaliplatin）8クールを受けた。胸部CTで術前には見られなかった間質性陰影が出現し、当科受診。肺活量の減少、KL-6、SP-D/A、LDの上昇、% DLCOの低下、6MWTでSpO2 84%への低下を認めた。気管支鏡検査（生検、BAL）では特異的所見を認めず。Capecitabineに対するDLSTが強陽性で、本剤による薬剤性間質性肺炎と診断し、ステロイド治療で改善が得られた。

15. メトトレキサートによる薬剤性肺障害を服用10年後に発症した慢性関節リウマチの1例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター呼吸器内科[1]、
国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター臨床教育部[2]

てしま　　しゅう
○手島　修[1]、中泉太佑[1]、金澤　潤[1]、渡邊安祐美[1]、佐藤陽子[1]、西野顕吾[1]、
松田峰史[1]、平野　瞳[1]、野中　水[1]、荒井直樹[1]、兵頭健太郎[1]、三浦由記子[1]、
林原賢治[1]、薄井真悟[2]、石井幸雄[1]、大石修司[1]、齋藤武文[1]

メトトレキサート（MTX）による薬剤性肺障害は75%が服用開始後半年で発症する。今回服用10年後に発症した1例を経験した。症例74歳女性。10年前から関節リウマチに対しMTXを内服していた。乾性咳嗽が出現し、胸部CTで既存の両肺底部線維化に加え、すりガラス影を認めた。BALFでリンパ球優位の細胞数増加、TBLBで細気管支や終末細気管支間質にリンパ球浸潤を認めた。MTXの休薬のみで軽快したためMTXによる肺障害と診断した。

セッションⅣ　間質性肺疾患　13：45～14：27

座長　馬場智尚（神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科）

16. 両側気胸を反復した特発性 pleuroparenchymal fibroelastosis の一例

東京逓信病院呼吸器内科[1]、東京逓信病院呼吸器外科[2]、東京逓信病院病理診断科[3]

すずえ けいすけ
○鈴江圭祐[1]、石垣潤一[1]、稲葉　敦[1]、澁谷英樹[1]、原　　啓[1]、大石展也[1]、
酒井絵美[2]、中原和樹[2]、田尻亮輔[3]、岸田由起子[3]

62歳男性。X-4年に検診胸部X線で両側上中肺野の異常を指摘され受診。X-3年10月より両側1度気胸を反復。X年8月、右2度気胸発症し入院。胸腔チューブドレナージで改善せず、胸腔鏡下右下葉部分切除術（ブラ切除）施行。組織診にて pleuroparenchymal fibroelastosis と診断された。特発性で、気胸反復を含め典型的な症例であり、文献的考察を含め報告する。

17. 円形無気肺と上肺野線維化病変の関係について

神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科[1]、神奈川県立循環器呼吸器病センター放射線科[2]

せきね あきまさ
○関根朗雅[1]、小野寺葉子[1]、山田　翔[1]、田畑恵里奈[1]、池田　慧[1]、奥田　良[1]、
馬場智尚[1]、小松　茂[1]、萩原恵理[1]、岩澤多恵[2]、小倉高志[1]

円形無気肺はアスベスト吸入、胸部手術、結核感染後など胸膜炎症に起因して起こるとされる。我々は以前に、結核性胸膜炎またはアスベスト暴露の既往がある患者に発症した「片側の上肺野線維化病変」の8例を報告し、慢性胸膜炎が上肺野病変の発症に関連していると推察した。今回、円形無気肺のある患者が、その後、上肺野線維化病変を呈したかどうかを検討したため報告する。

18. ワクチンにより急性増悪をきたすも、4ヶ月後の COVID-19 に対して中和抗体療法で重症化を抑制した NSIP の一例

神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器内科

おのでら　ようこ
○小野寺葉子、北村英也、関根朗雅、田畑恵里奈、山田　翔、小倉高志

43歳男性。特発性非特異性間質性肺炎として加療されていた。X-1年8月コロナワクチンを接種し、その後呼吸困難、びまん性すりガラス影を認めた。間質性肺炎急性増悪として加療し、症状、画像所見は改善した。X年1月に発熱あり、COVID-19の診断となった。新たにすりガラス影出現するも、ソトロビマブ投与し改善を得た。今回間質性肺炎患者でのワクチンによる急性増悪、中和抗体療法での重症化や急性増悪抑制を経験したため報告する。

19. 無数の菌球を伴う慢性肺アスペルギルス症合併間質性肺炎に対し脳死両肺移植を行った一例

東京大学医学部呼吸器外科

やまや たかふみ
○山谷昂史、佐藤雅昭、此枝千尋、山口美保、高田潤一、叢　　岳、
中尾啓太、長野匡晃、中島　淳

症例は30代男性。他院で間質性肺炎に対しステロイド、抗線維化薬で治療されていた。経過中に多数の菌球が出現し慢性肺アスペルギルス症の診断で抗真菌薬も開始された。徐々に肺病変の悪化を認めX年に肺移植目的で当院を紹介受診した。待機中左S6の病変増悪に対し空洞切開菌球摘出を施行、抗真菌薬長期投与で喀痰真菌培養陰性化を確認し、X+7年に脳死両肺移植術を施行した。極めてハイリスクな症例であり文献的考察を加え報告する。

20. 加熱式タバコを含む受動喫煙により急性好酸球性肺炎を発症したと考えられる一例

帝京大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー学

いしづか まな
○石塚眞菜、酒瀬川裕一、田中悠太郎、永田真紀、上原有貴、服部沙耶、
鈴木有季、竹下裕理、豊田　光、小林このみ、杉本直也、倉持美知雄、
長瀬洋之

症例は気管支喘息の既往を有する39歳男性。喫煙歴はあるが3年前から禁煙していた。今回、IQOSを含む副流煙曝露後から咳嗽・呼吸困難の増悪を認めた。当院を受診し、両肺のスリガラス影が指摘された。BALで好酸球数28%と増加を認め、急性好酸球性肺炎と診断し、ステロイド投与により著明に改善を認めた。加熱式タバコを含む受動喫煙によって急性好酸球性肺炎をきたした症例は希少と考えられ、報告する。

21. 救命できなかったCOVID-19肺炎を併発した自己免疫性肺胞蛋白症の妊婦の1例

さいたま赤十字病院呼吸器内科

あかさかけいいち
○赤坂圭一、野牧　萌、丹生谷究二郎、山田　祥、高塚真規子、太田啓貴、
塚原雄太、草野賢次、中村友彦、大場智広、西沢知剛、川辺梨恵、
山川英晃、佐藤新太郎、天野雅子、松島秀和

38歳女性。20歳時に自己免疫性肺胞蛋白症（APAP）の診断となり現在まで計6回の全肺洗浄術（WLL）を受けている。今回第2子妊娠28週にCOVID-19感染。レムデシビルおよびステロイドで加療開始したが第4病日に人工呼吸管理となる。COVID-19に対してステロイドパルス療法、APAPに対してWLLおよびGM-CSF吸入療法、呼吸不全に対してECMO導入したが救命できず、第29病日に死亡となった。稀な事象だが重要であると思われ報告する。

教育セミナー　14：35～15：35

座長　軒原　浩（国立国際医療研究センター病院呼吸器内科/がんゲノム科）

「EGFR 遺伝子変異陽性肺癌に対するマルチ遺伝子検査と治療戦略」

演者：酒井徹也（国立がん研究センター東病院呼吸器内科）

非小細胞肺癌においては、種々のドライバー遺伝子異常が知られており、それらを標的とした分子標的薬の開発が進んでいる。従来、*EGFR* 遺伝子変異や *ALK* 融合遺伝子などの遺伝子診断は、個々の遺伝子を一つずつ調べる単一遺伝子検査で行ってきた。しかしながら、2022 年 6 月時点では治療標的となる遺伝子異常は 8 種類あり、これらを全て単一遺伝子検査で行うことは困難である。そのため、近年の肺癌診療では、一度の検査で治療標的となる遺伝子異常をすべて測定することが可能なマルチ遺伝子検査が導入されている。各キナーゼ阻害薬は、その良好な治療効果から一次治療として使用されることが推奨されるため、個別化医療の実践においては初回治療前にマルチ遺伝子検査で治療標的遺伝子をすべて測定することが必須である。

ドライバー遺伝子異常の中では *EGFR* 遺伝子変異が約半数を占めており、日常診療で最も遭遇する遺伝子異常である。FLAURA 試験において、オシメルチニブはこれまでの標準治療である第一世代 EGFR-TKI と比較して、PFS と OS の有意な延長を認め、皮疹や肝障害などの毒性も軽い傾向があった。その結果から肺癌診療ガイドライン 2021 年版では、*EGFR* 遺伝子変異陽性肺癌の一次治療として、オシメルチニブは最も高い推奨率となっている。

本セミナーでは肺癌における遺伝子異常について概説した後に、EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の治療戦略およびマルチ遺伝子検査の使い分け、成功させるためのコツなどについての情報提供を行い、臨床現場ですぐに役立つ知識を習得することを目標とする。

共催：アストラゼネカ株式会社

セッションⅤ　腫瘍性疾患 1　15：40～16：22

座長　坂下博之（横須賀共済病院化学療法科/呼吸器内科）

22. 肺、腸腰筋、腸骨への多発膿瘍を伴う低分化肺扁平上皮癌の一例

国家公務員共済組合連合会九段坂病院内科

○露木（つゆき）　俊（しゅん）、鈴木崇文、石渡庸夫

78 歳男性。糖尿病で当院通院中。X-2 ヶ月に激しい咳嗽を認めた後より右腰痛を認め近医で鎮静薬を処方されるも増悪。定期外来で咳嗽の訴えがあり胸部 X 線で左下肺野に 6cm の腫瘤を認め紹介。左肺下葉腫瘤、腫瘍内・右腸腰筋・右腸骨周囲の膿瘍、右腸骨病的骨折を認め、左肺門リンパ節、胸椎、右腸骨、両側副腎、肝に転移を認めた。CT ガイド下肺生検で低分化扁平上皮癌と診断された。治療経過を含めて報告する。

23. 免疫関連有害事象としての肝障害増悪と播種性帯状疱疹を認めた肺腺癌の１例

亀田総合病院呼吸器内科

うかい こうへい
○鵜飼康平、中島　啓、本間雄也、窪田紀彦、永井達也、吉見倫典、
大槻　歩、伊藤博之、金子教宏

65歳男性。肺腺癌 cT3N3M1a stageIVA に対してカルボプラチン＋ペメトレキセド＋ペンブロリズマブで加療。その後、免疫関連有害事象（irAE）としての肺障害、肝障害、副腎不全を発症してステロイド使用中に、肝障害の再燃と右腰背部に水疱を伴う紅斑を認め入院。irAEとしての肝障害再燃と播種性帯状疱疹の診断となり、ステロイド増量とアシクロビルによる加療を行い改善を得た。文献的考察を加えて報告する。

24. アレクチニブが部分奏功を示したALK融合遺伝子陽性肺神経内分泌癌の一例

土浦協同病院呼吸器内科[1]、JAとりで総合医療センター呼吸器内科[2]、土浦協同病院病理部[3]

かとう りな
○加藤里奈[1]、波田　誠[2]、高橋　進[1]、梶江晋平[1]、島矢和浩[1]、川上直樹[1]、
齋藤弘明[1]、若井陽子[1]、坂下麻衣[3]、齊藤和人[1]

症例は51歳女性。3ヶ月前からの左背部痛を主訴に来院した。体幹部CTで左上葉の原発巣と多発遠隔転移を認めた。原発巣の気管支鏡下生検よりNeuroendocrine carcinoma（NEC）と診断し、AmoyDX®肺癌マルチ遺伝子PCRパネルでALK融合遺伝子を確認した。cT3N3M1c（PUL、PLE、HEP、BRA、ADR、OSS、LYM、PER、OTH）であり、Alectinibの投与を開始したところ部分奏功を得た。ALK融合遺伝子を認める稀な病理像を呈するNECであり、報告する。

25. IIIB期肺扁平上皮癌化学放射線治療後造影CTで肝転移再発を示唆されたがMRI・PET検査で脂肪肝と診断した一例

青梅市立総合病院

いのうえ たくや
○井上拓也、村上　匠、大友悠太郎、伊藤達哉、佐藤謙二郎、日下　祐、
本田樹里、大場岳彦、田浦新一

X-3年11月、CT検査で右上葉に68×53mmの空洞病変を認め、気管支鏡検査で肺扁平上皮癌の診断となり、IIIB期肺扁平上皮癌に対してX-2年1月より化学放射線療法を行った。経過観察中のX年6月、造影CT検査で3か月前には指摘されなかった肝両葉に多発する低吸収域を認め肝転移再発が疑われた。EOB-MRIで、肝臓への不均一な脂肪沈着がみられ、PET/CT検査でも肝臓に異常集積は認められず、不均一脂肪肝の診断となった。

26. 肺原発と考えられたセミノーマの１例

伊那中央病院呼吸器内科[1]、伊那中央病院呼吸器外科[2]

いちかわ りょう
○市川　椋[1]、加藤あかね[1]、椎名隆之[2]、井手祥吾[2]、高砂敬一郎[2]

57歳男性。生来健康。会社の検診で胸部異常陰影を指摘され、CTでは右肺上葉に辺縁不正の結節を複数認めた。気管支鏡検査では診断に至らず、外科的肺生検を施行した。組織診断はセミノーマであった。PET-CTでは、有意な集積は肺のみで、精巣は生理的範囲内であった。性腺外胚細胞腫瘍は胚細胞腫瘍の中でもまれであり、さらに縦隔や後腹膜などが大半を占める。検索の範囲では肺原発セミノーマの報告はなかったため、今回報告する。

27. 小細胞肺癌に対する化学療法中に治療関連急性骨髄性白血病を合併した１例

東京医科歯科大学病院呼吸器内科

くぼた　なつし
◯久保田夏史、三ツ村隆弘、山田貴之、島田　翔、山名高志、飯島裕基、
榊原里江、柴田　翔、本多隆行、白井　剛、岡本　師、古澤春彦、
立石知也、宮崎泰成

66歳男性。限局型小細胞肺癌 cStageIIIA の放射線化学療法後再発に対する化学療法（CBDCA＋VP-16、CPT-11、AMR）により再発後５年間の長期生存を得たが、AMR33コース中に末梢血および骨髄中に骨髄芽球を各27%、16%認め、治療関連急性骨髄性白血病と診断。アザシチジン＋ベネトクラクス投与により寛解を得た。化学療法長期継続例では治療関連白血病の合併に注意を要し、考察を加えて報告する。

セッションⅥ　腫瘍性疾患２　16：27〜17：09

座長　中本啓太郎（杏林大学医学部付属病院呼吸器内科）

28. 両肺に多発する浸潤影、左胸水を呈した肺原発Ｔ細胞性リンパ腫の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター呼吸器内科

おかだ　ゆうた
◯岡田悠太、山崎健斗、高瀬志穂、沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

症例は79歳女性。呼吸苦を主訴に当院紹介、胸部CTで右上葉と左下葉に浸潤影、多発結節、左胸水、縦郭リンパ節腫大を認めた。検体検査では可溶性IL-2Rが高値であり、経気管支肺生検の結果、Ｔ細胞性リンパ腫の診断。血液内科に転科後、CHOP療法を行い肺病変は消失するなど奏功も認めたが、中枢神経浸潤をきたし死亡した。本邦での報告が少ない同疾患について報告する。

29. 肺扁平上皮癌に対する免疫チェックポイント阻害剤により irAE 肝障害を発症し救命し得た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

はせがわ　ともき
◯長谷川智貴、吾妻早瀬、伊藤祐香理、高橋智美、色川正洋、北島　亮、
廣川尚慶、尾崎敦孝、佐藤淳哉、多田和弘、平田健人、小林貴行、
尾辻尚龍、佐藤構造、杉立　渓、有福　一、福島康次

61歳、男性。肺扁平上皮癌、cT4N3M1c（OSS）、stage4Bに対して初回治療CBDCA+PTX+Nivolumab+Ipilimumabを２サイクル投与後にGrade4肝機能障害を発症。肝生検は施行出来なかったがir/AEと考え、mPSL1g/日、３日間パルスを２回施行、PSL100mg/日後療法、MMF（ミコフェノール酸モフェチル）2000mg/日の投与を行い肝機能障害の改善を得た。

30. 両肺びまん性すりガラス陰影を呈し、皮膚生検で血管内大細胞型Ｂ細胞リンパ腫と診断し得た一例

国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院

くまがい　たかし
◯熊谷　隆、山田貴之、澤田　淳、泉　　誠、細谷龍作、渡部春奈、
鴨志田達彦、安田武洋、富永慎一郎、夏目一郎

67歳男性。虚血性心疾患にてステント留置し、その後呼吸不全が継続。入院時のCTで肺野に異常を認めなかったが、入院１か月後CTの両肺びまん性すりガラス陰影が出現。リンパ節腫大を認めず、血球減少、可溶性IL-2レセプター高値があり、血管内リンパ腫を疑った。抗凝固療法継続が必要だったため、気管支鏡検査は実施できなかった。骨髄生検では悪性所見はなく、皮膚生検にて血管内大細胞型Ｂ細胞リンパ腫と診断し得た。

31. 胸腺癌に対してペムブロリズマブが奏功した1例

JA 長野厚生連北信総合病院呼吸器内科

こんどう だいち
○近藤大地、由井沙和、安井　渉、千秋智重

69歳男性。胸腺癌術後（正岡分類II期）再発に対して4次治療としてペムブロリズマブの投与を開始した。胸膜に再発した播種性病変は縮小傾向を認め、部分奏功と判断した。胸腺癌は希少癌であり二次治療以降の治療は定まっていない。免疫チェックポイント阻害剤を使用した症例の報告はわずかであり同薬が奏功した症例を経験したため報告する。

32. Osimertinib による Pseudoprogression が疑われた EGFR 遺伝子変異肺腺癌の1例

北里研究所病院

たきざわ あや
○滝澤亜矢、増澤啓太、前田一郎、中山荘平、鈴木雄介

67歳女性。腰痛の精査で、左下葉結節影と多発腰椎転移を指摘され、当院受診した。気管支鏡で肺腺癌（cT1b-N0M1c、EGFR L858R）と診断し、Osimertinib を開始した。1週間後、胸部レントゲンで両肺野に多発小結節影が出現した。新規に出現した陰影からの生検では診断時と同様の肺腺癌の所見を認めた。Osimertinib を継続した所、陰影は自然に消失した。Osimertinib による Pseudoprogression の報告は少なく、文献的考察を交えて報告する。

33. 対称性四肢末端壊死（symmetrical peripheral gangrene）をきたした肺炎球菌性肺炎の1例

埼玉県立循環器・呼吸器病センター呼吸器内科

はせがわ あいり
○長谷川愛梨、西田　隆、長谷見次郎、磯野泰輔、河手絵理子、細田千晶、
小林洋一、石黒　卓、高久洋太郎、鍵山奈保、倉島一喜、柳沢　勉、
高柳　昇

症例は43歳男性。3日前からの高熱、咳嗽、呼吸困難を主訴に前医受診、代謝性アシドーシスおよび呼吸不全を認め当院に転院。肺炎球菌性肺炎・敗血症性ショック・DIC・MOF と診断し、ECMO（12日）を含む集中治療を行い救命した。一方で大血管の閉塞を伴わない四肢末端の血流不全を初日から認め、最終的に対称性黒色壊死をきたし四肢の切断を要した。当院の市中肺炎2895例では3例合併したが切断を要したのは初めてであった。

B 会場　ホール B

セッションⅦ　呼吸器感染症 3　10：30〜11：05

座長　柏田　建（日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科学分野）

34. ヘパリン予防投与で筋肉内血腫を来した COVID-19 の 2 症例

横浜市立みなと赤十字病院呼吸器内科

（かい あやあき）
○甲斐文彬、菅原麻莉、北川翔大、山本実央、登坂瑞穂、石川利寿、
岡安　香、河崎　勉

COVID-19 では凝固異常や血栓症の合併頻度が高く、血栓症予防に抗凝固療法が推奨されている。症例 1 は 93 歳女性。COVID-19 で入院し、ヘパリン低用量での抗凝固療法中に大腿筋内血腫をきたし、貧血進行で輸血を要した。症例 2 は 51 歳女性。COVID-19 の治療中にヘパリン低用量投与を行うも腹直筋内血腫をきたし、貧血進行で輸血を行った。COVID-19 でのヘパリン予防投与は低用量でも筋肉内血腫をきたしうるため、注意を要すると考えられた。

35. COVID-19 肺炎治療後に発症した播種性クリプトコックス症の 1 例

秀和総合病院呼吸器内科

（はんざわ さとし）
○榛沢　理、河原達雄、貫井義久

85 歳女性。関節リウマチがあり、プレドニゾロン 5 mg/日で加療されていた。COVID-19 肺炎を発症し、ウイルス中和抗体と 10 日間のデキサメタゾン 6.6 mg/日が投与され、軽快退院した。3 週間後に発熱と傾眠が出現し入院、血液培養からクリプトコックス・ネオフォルマンスによる播種性クリプトコックス症と診断された。COVID-19 やその治療に関連した病態の可能性があり、COVID-19 治療後発症しうる感染症として注意が必要と考えられた。

36. Good 症候群を背景に COVID-19 が遷延した症例

国立国際医療研究センター呼吸器内科

（いわさき みか）
○岩崎美香、橋本理生、平川　良、杉浦有理子、徐クララ、草場勇作、
石田あかね、石井　聡、仲　　剛、泉　信有、放生雅章

40 代男性、COVID-19 の治療後再燃で紹介。広汎な肺炎と呼吸不全を認め、各種免疫抑制剤と抗ウイルス薬にて一旦軽快し PCR は陰性となったが、すぐ再度悪化し PCR も陽性となった。経過中に Good 症候群であることが判明したため、免疫抑制剤を避け抗ウイルス薬のみで治療したところ軽快し再燃を認めなかった。Good 症候群を背景に COVID-19 が遷延した症例を経験したため報告する。

37. 悪性リンパ腫に対するリツキシマブ使用下においてCOIVD-19が遷延した2例

山梨県立中央病院呼吸器内科

○秦（はた）　康貴（こうき）、筒井俊晴、花輪俊弥、遠山　潤、島村　壮、川口　諒、
小林寛明、柿崎有美子、宮下義啓

悪性リンパ腫やリツキシマブ使用中など、免疫不全の素因がある患者においてCOVID-19の罹患率や重症化率等が上昇することの報告は存在するが、治療への反応性や回復までに要する期間等についてはまだ不明な点が多い。今回悪性リンパ腫に対するリツキシマブ使用下において軽症・中等症のCOIVD-19が遷延し治療に難渋した2例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

38. COVID-19ワクチン接種後に同側腋窩リンパ節腫大にて発症した壊死性リンパ節炎の一例

日本医科大学大学院医学研究科呼吸器内科分野[1]、
日本医科大学大学院医学研究科解体人体病理学分野[2]

○菅原崇広（すがわらたかひろ）[1]、柏田　建[1]、白倉ゆかり[1]、新分薫子[1]、田中　徹[1]、藤田和恵[1]、
田中庸介[1]、齋藤好信[1]、久保田馨[1]、寺崎泰弘[2]、清家正博[1]

症例は27歳女性。1、2回目のCOVID-19ワクチン接種後に頸部・腋窩リンパ節腫大、発熱をきたしたが自然に緩解した。2回目接種後68日より発熱を認め、改善しないため精査入院となった。胸部CTにて接種側の腋窩リンパ節に限局した腫大があり、生検にて壊死性リンパ節炎と診断した。COVID-19ワクチンに関連した壊死性リンパ節炎は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

セッションⅧ　呼吸器感染症4　11：10～11：45

座長　野口智加（東京共済病院呼吸器科）

39. 軽症のCOVID-19感染後に器質化肺炎を発症した1例

亀田総合病院呼吸器内科

○本村芳一（もとむらよしかず）、中島　啓、本間雄也、窪田紀彦、永井達也、吉見倫典、
大槻　歩、伊藤博之、金子教宏

関節リウマチとシェーグレン症候群を有する81歳女性。1カ月前にCOVID19に感染し、軽症で自然軽快した。PCR陽性の3週間後に、発熱、倦怠感を認め、胸部CTで両側のconsolidationを認め入院、その後陰影が拡大してきたため、感染後の二次性器質化肺炎と診断し、ステロイド治療を行ったところ陰影は縮小し改善を得た。軽症COVID-19感染後の器質化肺炎の報告はまだ限られており、文献的考察も含めて報告する。

40. APRVと腹臥位療法が有効であったCOVID-19によるARDSの1例

日本赤十字社長野赤十字病院呼吸器内科

○石田（いしだ）由希子（ゆきこ）、倉石　博、田中駿ノ介、小澤亮太、山本　学、増渕　雄、
小山　茂

症例は40歳代男性。重症COVID-19によるARDSと診断し、COVID-19専用重症集中治療室（HCUレベル）へ入院となった。レムデシビル、ステロイドパルス療法、バリシチニブにより治療を開始したが、入院翌日に気管挿管となった。腹臥位療法、APRVによる人工呼吸管理を行い改善。気管挿管から5日目に抜管した。文献的考察を加え報告する。

41. クライオバイオプシーで診断したクリプトコッカスによる器質化肺炎の１例

東邦大学医学部内科学講座呼吸器内科分野（大森）[1]、東邦大学医学部病院病理学講座[2]、
東邦大学医学部病理学講座[3]、東邦大学大学院医学研究科先端医科学研究センター[4]

せきぐち　りょう
○関口　亮[1]、仲村泰彦[1]、臼井優介[1]、三好嗣臣[1]、卜部尚久[1]、坂本　晋[1]、
若山　恵[2]、本間尚子[3]、赤坂喜清[4]、本間　栄[1]、岸　一馬[1]

52歳男性。抗菌薬不応性肺炎で受診。CTで左肺下葉にair bronchogramを伴うconsolidationを認め、クライオバイオプシーを施行。組織は広範な腔内器質化病変およびGrocott染色、PAS染色陽性の酵母様真菌を認めた。血清クリプトコッカス抗原陽性、免疫不全状態でないことから、原発性肺クリプトコッカス症と診断。クリプトコッカスによる器質化肺炎は稀である。クライオバイオプシーによる診断例はなく、文献的考察を加えて報告する。

42. 気管支拡張症を背景に *Pasteurella multocida* による膿胸を発症した１例

平塚共済病院

すのはら　りょう
○春原　涼、岩永翔子、朝尾菜津美、山本　遼、竹山裕亮、原　　哲、
島田裕之、井上幸久、榊原ゆみ、神　靖人、稲瀬直彦

10年来ネコを飼育中の84歳男性。他院で気管支拡張症を指摘されていた。2か月前からの咳嗽、胸痛、発熱を主訴に当科を受診した。胸部単純CTで右下葉浸潤影と右胸水貯留を認め、胸腔穿刺を施行し膿胸の診断となった。喀痰及び胸水培養検査から *Pasteurella multocida* を検出し、抗菌薬治療で改善し第28病日に退院となった。*Pasteurella multocida* による膿胸の報告は稀であり、文献的考察も加えて報告する。

43. 当院で経験した妊婦の細菌性肺炎３例

東京都立大塚病院

しみず きょうこ
○清水郷子、杉浦真貴子、藤江俊秀

症例1、33歳妊娠25週。肺炎で入院、改善後も切迫早産のため入院継続し33週に退院。症例2、33歳23週。肺炎で抗生剤内服も改善なく入院、改善後も切迫早産のため入院継続し36週に退院。症例3、33歳24週。切迫早産で入院し第4病日に肺炎と診断。肺炎は改善したが27週で早産となった。妊婦の肺炎は切迫早産と関連する可能性があり産科との連携が必要である。妊婦のCOVID-19肺炎例とも比較し報告する。

ランチョンセミナーⅡ　12：00～13：00

座長　鈴木拓児（千葉大学医学部附属病院呼吸器内科）

「過敏性肺炎の Key to Diagnosis　～抗原同定が重要～」

演者：岡本　師（東京医科歯科大学肺免疫治療学講座）

過敏性肺炎（Hypersensitivity pneumonitis：HP）はIII型・IV型アレルギー反応を介し発症する、肺実質と細気管支における炎症性および（または）線維性疾患である。近年、HPのガイドラインが整理され、2020年にATS/JRS/ALATガイドライン2020が、2021年にはCHESTからもガイドラインが発刊された。2022年4月には我が国からも「過敏性肺炎診療指針2022」が日本呼吸器学会より発刊された。従来急性、慢性と臨床経過から分類されてきたが、これらガイドラインでは画像上の線維化の有無が予後に重要であることから、非線維性と線維性に分類することが提案された。診断は抗原曝露評価、胸部HRCT、BALの細胞分画、病理組織所見踏まえ集学的検討（multidisciplinary discussion：MDD）を行い、HPの確信度を決定する。HPの診断および診療において、もっとも重要な点の一つが原因抗原の同定である。問診において生活および職場環境、趣味に至るまで詳細な情報収集を行う。施設により特定の問診票を用いることが多いが、より発展させる必要がある。時には環境調査を行うことが重要である。我が国で頻用するKL-6値も季節性に変動することがあり、抗原同定への一助となる。免疫学的な診断法として、血清特異抗体価（鳥特異抗体、トリコスポロンアサヒ抗体）、抗原回避検査、吸入誘発試験などがあり、それらの有用性も含め紹介する。

共催：日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

医学生・初期研修医セッションⅠ　13：05～13：40

座長　伊藤洋子（東海大学医学部内科学系呼吸器内科学）

研1.　出産を契機に呼吸不全が顕在化した、肺高血圧症合併混合性結合組織病の一例

日本赤十字社医療センター呼吸器内科

みすみ　あかり
○三角明里、粟野暢康、猪俣　稔、久世眞之、坂本慶太、齊木彩絵、
大田裕晃、鈴木峻輔、古川喜寛、陳　遥嘉、出雲雄大

35歳女性。第3子妊娠中に呼吸困難が出現したが、前医の胸部X線、心エコーで異常はみられなかった。産後に呼吸困難が増悪し呼吸不全に至り、当院に転院した。身体所見ではレイノー現象がみられ、胸部CTとクライオ生検では非特異性間質性肺炎、心エコーと右心カテーテル検査では肺高血圧症がみられた。抗U1-RNP抗体陽性であり、肺高血圧症合併混合性結合組織病と診断し、ステロイド大量療法とシクロホスファミド静注療法を開始した。

研2.　ヘパリンの予防投与中に後腹膜血腫を発症したCOVID-19の一例

東海大学医学部呼吸器内科

あさみ　よしの
○浅見愛乃、岡田直樹、新美京子、服部繁明、滝口寛人、端山直樹、
伊藤洋子、小熊　剛、浅野浩一郎

72歳男性。慢性過敏性肺炎に対しニンテダニブで加療中。入院前日より呼吸困難を認め救急搬送。抗原検査陽性よりCOVID-19（中等症）と診断、レムデシビル、ステロイド、ヘパリン皮下注射（5000単位、1日2回）の治療を開始した。治療5日目に左下肢痛が出現、CTにて左後腹膜血腫を認め、経カテーテル的動脈塞栓術を施行した。ヘパリン予防投与中に出血性合併症を来した症例は少なく、文献的考察を加えて報告する。

研 3.　緩徐な経過を示し気管支病変を認めた抗 MDA5 抗体陽性間質性肺炎の一例

千葉西総合病院呼吸器内科

しもの　りな
○下野里奈、小嶺将平、岩瀬彰彦

症例 50 歳代、男性　2 か月間の食欲不振と咳で入院。胸部 CT で両側肺に浸潤影を認め、抗 MDA5 抗体 860 index（32　以下）と高値。気管支鏡では中枢気道に白色隆起を認め生検では扁平上皮化生、BAL ではリンパ球の増加、TBLB で間質の線維化とリンパ球浸潤を認めた。抗 MDA5 抗体は AMDM で急速進行性間質性肺炎のマーカーであるが皮膚症状は認めず緩徐な経過を示した。気管支に病変を認めた興味深い症例と考えられた。

研 4.　胸腔内穿破による胸膜炎を伴った胸腺腫の 1 例

日本鋼管病院内科[1]、日本鋼管病院外科[2]

ちだ　まさとし
○千田真稔[1]、新家葉子[1]、梅本真太郎[1]、倉林　瞭[1]、由井照絵[1]、宮川　明[1]、
堀内淳郎[1]、正津晶子[2]、原田尚子[1]、田中希宇人[1]、宮尾直樹[1]

75 歳男性。突然の左前胸部痛を主訴に紹介受診した。炎症反応高値、CT で前縦隔に 5cm 大の嚢胞性腫瘤と連続する胸水貯留が認められた。好中球優位の滲出性胸水であり、画像所見と併せて前縦隔腫瘍の胸腔内穿破に伴う胸膜炎と考えられた。胸腔鏡下胸腔内掻爬術を行い、穿破部からの生検で A 型胸腺腫と診断された。胸腔内穿破した胸腺腫の症例は貴重であるため、ここに報告する。

研 5.　悪性腫瘍や結核との鑑別を要した肺・胸膜における髄外造血の 2 例

千葉大学医学部附属病院総合医療教育研修センター[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放射線科[3]

やとう　ゆうき
○矢藤優希[1]、竹田健一郎[1,2]、齋藤　合[2]、村井優志[2]、平間隆太郎[2]、齋藤幹人[2]、
西山　晃[3]、笠井　大[1,2]、鈴木拓児[2]

1 例目は自己免疫性溶血性貧血にステロイドを投与されていた 72 歳女性。CT で肺結節と多発胸膜結節を指摘され骨髄シンチで病変への ^{111}In 集積あり肺と胸膜での髄外造血と診断した。2 例目は骨髄線維症に JAK2 阻害薬を投与されていた 69 歳女性。CT で両肺粒状影を指摘され結核を疑ったが抗酸菌は証明されず JAK2 阻害薬増量により肺病変が消退したため髄外造血と臨床診断した。肺における髄外造血は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

医学生・初期研修医セッションⅡ　13：45～14：20

座長　森島祐子（筑波大学医学医療系呼吸器内科）

研 6.　新型コロナウイルス渦で診断・治療が遅れたLemierre症候群の一例

帝京大学医学部附属溝口病院初期研修医[1]、帝京大学医学部附属溝口病院第四内科[2]、
帝京大学医学部附属溝口病院外科[3]

なかはら たくみ
○中原拓海[1]、大谷津翔[2]、松谷哲行[3]、藤岡ひかり[2]、上原有貴[2]、幸山　正[2]

29歳、男性。9日前に発熱、咽頭痛、開口障害が出現。COVID-19が疑われたがPCR陰性。CT上右扁桃周囲膿瘍、肺野末梢に多発結節影を認め、敗血症性肺塞栓症を合併した扁桃周囲膿瘍を疑い入院。血液、膿汁培養からFusobacterium necrophorumが検出。切開排膿術、抗菌薬治療で第11病日に退院。今回、新型コロナウイルスのオミクロン株で典型的な症状である咽頭痛がLemierre症候群の診断、治療の遅延を招き重症化した一例を報告する。

研 7.　肺内に異所性髄膜腫を発症した神経線維腫症の一例

東京都立墨東病院

よしみ ゆうき
○吉見夕希、松本崇平、増尾昌宏、蝶名林賢、西山直樹、小林正芳

症例は69歳男性。左第8、第10肋骨に腫瘤を指摘され、当院を紹介された。カフェ・オ・レ斑と多発皮下腫瘤があり、皮膚生検を行い孤発性の神経線維腫症1型と診断した。CTでは肋骨腫瘤に加え右上葉に12mm大の結節が指摘され、肋骨腫瘤に対するCTガイド下生検と右肺上葉部分切除術を行い、異所性髄膜腫と診断した。神経線維腫症と異所性髄膜腫の関連について、文献的考察を踏まえ報告する。

研 8.　自宅環境における複数の真菌曝露が影響したと考えられたアレルギー性気管支肺真菌症の1例

東京慈恵会医科大学附属柏病院[1]、東京慈恵会医科大学附属病院[2]

みねかわこうへい
○峯川耕平[1]、稲木俊介[1]、佐藤　怜[1]、高塚真規子[1]、北山貴章[1]、古部　暖[1]、
合地美奈[1]、戸根一哉[1]、高木正道[1]、桑野和善[2]

51歳女性。X-4年にアレルギー性気管支肺真菌症（ABPM）と診断。プレドニゾロン（PSL）を漸減すると再燃を繰り返していた。X年4月に発熱、咳嗽にて緊急入院。気管支鏡検査で粘液栓より複数の真菌が検出され、ABPM再燃としてPSLを増量した。退院後の自宅環境落下真菌調査でも同菌が多量に検出され、環境改善を行ったところPSL漸減後も再燃は認めなかった。自宅環境における複数真菌の多量曝露が影響し、環境改善が有効と考えられた。

研 9.　多彩な画像所見を呈した悪性リンパ腫の一例

筑波大学附属病院呼吸器内科[1]、筑波大学附属病院血液内科[2]、筑波大学附属病院病理診断科[3]

（ながお ごうたろう）
○長尾剛太郎[1]、砂辺浩弥[1]、酒井千緒[1]、會田有香[1]、吉田和史[1]、谷田貝洋平[1]、
松山政史[1]、塩澤利博[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]、森島祐子[1]、宝田亜矢子[2]、末原泰人[2]、千葉　滋[2]、杉田翔平[3]、
松原大佑[3]、檜澤伸之[1]

72 歳、女性。呼吸困難を主訴に受診し、CT で多発肺結節影、小葉間隔壁肥厚、胸水貯留、多発リンパ節腫大を認めた。悪性腫瘍やリンパ増殖性疾患等を疑い EBUS-TBNA を行うも診断に至らず、頚部リンパ節生検を行いびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と診断した。R-CHOP 療法後に呼吸困難は改善を認めた。悪性リンパ腫は肺に多彩な画像所見を呈し、診断に難渋することも多い。本疾患の可能性を考え、積極的な組織生検を行うことが重要である。

研 10.　器質化肺炎としてステロイド治療後、抗 ARS 抗体症候群と判明し長期経過を追えた一例

草加市立病院呼吸器内科研修医

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

78 歳女性。X-10 年、両下葉非区域性浸潤影に対し BAL/TBLB を施行し器質化肺炎と診断した。PSL 投与で陰影は改善し X-9 年 PSL を中止したが、両下葉胸膜直下に間質影が残存した。以降徐々に残存病変が拡大した。X 年、抗 ARS 抗体陽性と判明し、PSL・免疫抑制薬を導入し治療継続中である。器質化肺炎として治療後、無治療にて長期経過観察し、その後抗 ARS 抗体症候群と判明した一例を経験したため報告する。

若手向け教育セッション　14：35～15：20

座長　中村博幸（東京医科大学茨城医療センター呼吸器内科）

「重症喘息治療と生物学的製剤」

演者：權　寧博（日本大学医学部内科学系呼吸器内科学分野）

吸入ステロイドの普及に伴い、多くの喘息患者では日々の症状をコントロールすることが可能となり、死亡リスクのない生活を送ることができるようになっている。しかしながら、高用量の吸入ステロイドを使用しても喘息症状の改善が乏しく、発作を頻回に繰り返す患者は今も少なからず存在する。このような難治性喘息（または重症喘息）の頻度は、5～10% 程度と考えられており、難治性喘息患者を如何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。喘息は日常診療において、これまでアトピー型や非アトピー型などのようなフェノタイプに分類されて治療管理されてきた。しかしながら、フェノタイプという分類は、必ずしも病態に即してその臨床的な特徴が分けられていない。より喘息の病態や難治化のプロセスの違いによって分類され、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、それに基づいて治療することの重要性が認識されてきている。現在、臨床において使用可能となっている生物学的製剤は、IgE、IL-4、IL-5、IL-13、TSLP を標的としたもので、生物学的製剤によってもたらされる治療効果やバイオマーカーの変化は、これら分子が喘息病態に果たす役割を知る上で、興味深い知見を我々に与えてくれる。講演では、これまでの重症喘息における生物学的製剤の臨床試験のデータから、IgE、IL-4、IL-5、IL-13、TSLP の重症喘息の分子病態における役割について考察し、また、生物学的製剤の使用によってもたらされる臨床的寛解についても考察する。

2019 年度 GSK 助成対象

セッションⅨ　腫瘍性疾患３　15：40〜16：15

座長　宮本　篤（虎の門病院呼吸器センター内科）

44. 末梢性 T 細胞性リンパ腫治療中に胸郭内に発生した EB ウイルス関連悪性リンパ腫の一例

東京医科大学病院呼吸器内科[1]、東京医科大学病院血液内科[2]、東京医科大学病院病理診断科[3]

あおしば なおや
○青柴直也[1]、河野雄太[1]、久冨木原太郎[1]、為永伶奈[1]、秋山真哉[1]、水島麗生[1]、
塩入菜緒[1]、長友耀子[1]、木下逸人[1]、菊池亮太[1]、吉澤成一郎[2]、冨樫佑基[1]、
中村直哉[3]、松林　純[3]、長尾俊孝[3]、後藤明彦[2]、阿部信二[1]

60 才女性。末梢性 T 細胞性リンパ腫に対し、フォロデシンによる治療を行っていた。肺炎を反復しており、X-1 年 8 月当科受診。陰影が残存するため、X 年 2 月に胸部 CT 施行。両肺浸潤影の悪化、縦隔リンパ節腫大を認めた。肺野から TBLB、縦隔リンパ節より EBUS-TBNA を施行したところ、肺野から DLBCL、縦隔リンパ節から Hodgkin リンパ腫を認めた。異なった種類のリンパ腫が胸郭内に同時発生した希少な症例と考え、報告する。

45. 外科的胸膜生検で診断した atypical mesothelial hyperplasia の 1 例

亀田総合病院呼吸器内科

はやし　　じゅん
○林　　潤、伊藤博之、河合太樹、出光玲菜、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、
吉見倫典、大槻　歩、金子教宏、中島　啓

66 歳女性、胸水貯留の精査目的で外科的胸膜生検施行し、atypical mesothelial hyperplasia の診断となった。2 年後に上行結腸癌の診断で右結腸切除術を施行され、同時に切除された右卵巣から well-differentiated papillary mesothelial tumor を認めた。いずれも BAP1 遺伝子の消失を認めたが、p16 ホモ接合性欠失は認めず、前癌病変と示唆された。

46. 左胸水貯留を契機に発見され診断に苦慮した多形性横紋筋肉腫の一例

国家公務員共済組合連合会虎の門病院呼吸器センター内科[1]、
国家公務員共済組合連合会虎の門病院病理診断科[2]

こにし あきのり
○小西明範[1]、花田豪郎[1]、宇留賀公紀[2]、高田康平[1]、中濱　洋[1]、石川周成[1]、
平田展成[1]、森口修平[1]、村瀬享子[1]、宮本　篤[1]、高井大哉[1]、玉岡明洋[1]

特記すべき既往のない 74 歳男性。2 週間前より進行する労作時呼吸困難を主訴に受診し、胸部 CT で左肺底部に胸壁と隣接する 14cm 大の腫瘤性病変と胸水を認め、精査目的に入院となった。左胸水細胞診、左肺の経気管支肺生検では悪性所見を認めなかったため、CT ガイド下生検を施行し多形性横紋筋肉腫と診断した。成人の胸壁原発多形性横紋筋肉腫の報告は稀であり、貴重な症例と考えたため、若干の文献的考察を含めて報告する。

47. 難治性湿疹を初発とし多発肺結節影/腫瘤性陰影を呈した原発性皮膚 CD30 陽性リンパ増殖症の一例

杏林大学医学部付属病院呼吸器内科学教室[1]、杏林大学医学部皮膚科学教室[2]、
杏林大学医学部付属病院病理学教室[3]

むらかみ　わかな
○村上若香奈[1]、麻生純平[1]、下田由莉江[2]、中島裕美[1]、布川寛樹[1]、中元康雄[1]、
石田　学[1]、本多紘二郎[1]、中本啓太郎[1]、高田佐織[1]、皿谷　健[1]、石井晴之[1]、
藤原正親[3]

難治性湿疹を主訴に皮膚科受診した 87 歳女性。組織診断から好酸球性リンパ濾胞増殖症（ALHE）として経過観察されていた。1 年後に多発肺結節影/腫瘤影、リンパ節腫大、多発肝腫瘍が出現し当科を紹介受診。GS-TBLB で CD30 陽性リンパ増殖症と診断。ALHE 診断時の組織に追加で免疫染色を行い、皮膚病変もそれに合致した病理像であった。検索した限り、原発性皮膚 CD30 陽性リンパ増殖症の肺浸潤の報告はなく、文献的考察を交えて報告したい。

48. 肺扁平上皮癌（cT4N3M1c　stage4B）に対し Necitumumab 投与で低 Mg 血症を発症し呼吸困難を認めた 1 例

杏林大学医学部付属病院呼吸器内科学

ますの よしつぐ
○増野禄紀、野田晃成、小田未来、石田　学、本多紘二郎、中本啓太郎、
田村仁樹、高田佐織、皿谷　健、石井晴之

肺扁平上皮癌（cT4N3M1c　stage4B）で抗癌剤治療中の 60 歳男性。X 年 11 月に化学療法（シスプラチン、ゲムシタビン、Necitumumab）を施行した。12 月下旬から呼吸困難を認め呼吸器内科を受診した。来院時呼吸不全は見られておらず、胸部 CT で新規の肺炎像や肺癌の悪化はみられなかった。採血で Mg0.7mg/dL と低下を認めており呼吸困難の原因はこれによる筋力低下と考え入院で補正を行った。電解質補正に伴い呼吸困難の改善が得られた。

セッションⅩ　肺循環障害・全身性疾患に伴う肺病変　16：20～16：55

座長　仁多寅彦（聖路加国際病院呼吸器センター）

49. 造影剤アレルギーの既往があり全身麻酔下でコイル塞栓術を施行した肺動静脈奇形の一例

聖路加国際病院呼吸器内科[1]、聖路加国際病院放射線科[2]

なかむらともあき
○中村友昭[1]、藪田　実[2]、若井理可子[2]、徐クララ[1]、盧　昌聖[1]、今井亮介[1]、
岡藤浩平[1]、北村淳史[1]、冨島　裕[1]、仁多寅彦[1]、西村直樹[1]

17 歳男性。偶発的に指摘された右肺中葉の複雑型動静脈奇形に対し、造影 CT を行った際にアナフィラキシーを発症した。大きさは長径 5.5cm で主たる流入動脈（A5）の径は 9.8mm、肺血流シンチでシャント率 24.1％だった。家族歴はなく、オスラー病関連の遺伝子検査は陰性だった。複数科と協議の上、リスクを勘案しプレドニゾロン内服による前投薬を行い、全身麻酔下にコイル塞栓術を施行し合併症なく終了した。

50. 肺血管拡張薬併用免疫抑制療法が奏効したシェーグレン症候群関連 PAH の一例

国立病院機構東京病院呼吸器内科

あらいりょういち
○新井諒一、日下　圭、中野恵理、武田啓太、伊藝博士、川島正裕、守尾嘉晃

70 歳男性。労作時呼吸困難を主訴に当院紹介。右心カテーテル検査で肺高血圧症の所見、手指レイノー現象、抗 SS-A 抗体及び抗 SS-B 抗体陽性、COPD も合併していたが、% FEV1＞80％であり、シェーグレン症候群関連肺動脈性肺高血圧症（PAH-SjS）と診断し、肺血管拡張薬併用免疫抑制療法を開始したところ、治療開始 6 ヵ月後の右心カテーテル検査で肺血行動態の著明な改善を認めた。PAH-SjS の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

51. 関節リウマチの治療中に肺化膿症と同時に肺動脈血栓塞栓症を発症した 1 例

公立昭和病院呼吸器内科

どい　かずゆき
○土井和之、佐久間翔、渡辺崇靖、岩崎吉伸

症例は 62 歳男性。4 年前に関節リウマチと診断され、ステロイドと免疫抑制薬で治療中であった。呼吸困難を主訴に受診。造影 CT で左肺上葉内に空洞を伴う浸潤影があり、両側肺動脈に血栓を認めた。症状、検査結果から肺化膿症、肺動脈血栓塞栓症（PTE）と診断した。抗菌薬と抗凝固薬で治療し改善した。関節リウマチ治療中に肺化膿症と同時に PTE を発症した症例であり、血栓形成について文献的考察を交えて報告する。

52. 当初は悪性腫瘍を疑ったが経過により IgG4 関連疾患が示唆された気管支内腫瘤の一例

柏市立柏病院呼吸器内科[1]、土浦協同病院呼吸器内科[2]、おおたかの森病院外科[3]

はた　まこと
○波田　誠[1]、加藤里奈[2]、田坂有理[1]、大川宙太[1]、土井将史[1]、谷崎裕志[3]、
井上信一郎[1]

症例は 79 歳男性。X-5 年に他院で IgG4 関連胆管炎と診断。非結核性抗酸菌症疑いで当院通院中の X-1 年 12 月に右下葉に浸潤影や粒状影が出現。抗菌薬無効で右下葉支に内腔閉塞が疑われ X 年 2 月に気管支鏡を施行。右 B8 入口部に乳頭状腫瘤を認め悪性腫瘍を疑った。病理は IgG4 陽性形質細胞を認めるも IgG4/IgG=20％。PSL5 → 15mg に増量後は改善傾向で IgG4 関連疾患が示唆された。IgG4 関連疾患で気管支内腫瘤の報告は少なく考察を踏まえ報告する。

53. 肺癌との鑑別を要した胸膜サルコイドーシスの一例

国立病院機構災害医療センター呼吸器内科[1]、国立病院機構災害医療センター呼吸器外科[2]、
国立病院機構災害医療センター臨床検査科[3]

つかもと かすみ
○塚本香純[1]、須原宏造[1]、小田未来[1]、塚原　悠[2]、木村尚子[2]、宮内善広[2]、
平野和彦[3]、上村光弘[1]

65 歳、男性。健診で異常を指摘され当院を受診。胸部 CT で両側肺門リンパ節腫大、縦隔リンパ節腫大、両側胸膜直下の小結節影を認めた。#7LN の EBUS-TBNA で異形細胞を認めたが癌の確定診断には至らなかった。胸腔鏡を施行し肺表面、胸壁に無数の結節性病変を認めた。胸膜結節、#4RLN、#7LN、#10LN の生検を施行し、いずれも乾酪壊死を伴わない類上皮細胞肉下種を認め胸膜サルコイドーシスと診断。文献的考察を加えて報告する。

今後のご案内

❏第 251 回日本呼吸器学会関東地方会
（合同開催：第 182 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会関東支部学会）

会　　　期：2022 年 9 月 10 日（土）
会　　　場：秋葉原コンベンションホール +WEB（ハイブリッド開催）
会　　　長：白石　裕治（公益財団法人結核予防会複十字病院呼吸器センター（呼吸器外科））

❏第 252 回日本呼吸器学会関東地方会

会　　　期：2022 年 11 月 5 日（土）
会　　　場：秋葉原コンベンションホール
会　　　長：川名　明彦（防衛医科大学校内科学講座（感染症・呼吸器））

❏第 253 回日本呼吸器学会関東地方会
（合同開催：第 183 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 2 月 25 日（土）
会　　　場：秋葉原コンベンションホール
会　　　長：田村　厚久（国立病院機構東京病院呼吸器センター）

❏第 254 回日本呼吸器学会関東地方会

会　　　期：2023 年 5 月 13 日（土）
会　　　場：秋葉原コンベンションホール
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）

※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

アムジェン株式会社

杏林製薬株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

サノフィ株式会社

大鵬薬品工業株式会社

田辺三菱製薬株式会社

中外製薬株式会社

日本化薬株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

フクダライフテック東京株式会社

（五十音順）

2022 年 6 月 1 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 250 回日本呼吸器学会関東地方会

会長　　宮崎　泰成

（東京医科歯科大学呼吸器内科）