

第100回日本呼吸器学会近畿地方会
第130回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会 合同学会

プログラム・抄録集

会 期：2022年12月17日（土）

会 場：大阪国際交流センター

会 長 山本 信之

和歌山県立医科大学 内科学第三講座

参加者，発表者へのご案内

<参加者の方へ>

1. 本大会につきましては、『一部，ハイブリッド形式での開催』（※第1会場のみハイブリッド形式，第2会場～第5会場については，現地会場のみ）での開催となります。参加者は，下記の参加登録のサイトにアクセスしていただき，事前登録をしていただく必要がございます。（クレジット決済のみ，プログラム終了時まで申し込み可能）

→ <https://sites.net-convention.com/jrs-kinki/entry/>

参加登録に関する留意事項

- ・参加登録期間： 2022年11月18日（金）～2022年12月17日（土）まで
- ・参加費

参加区分	参加費
医師・研修医	3,000円
メディカルスタッフ	1,000円
学生（研修医を除く）	無料

学生の方は，学生証等，在学を証明できるもののスキャンデータを新規参加登録の際，「参加登録システム」よりアップロードしていただきます。

- ・支払方法： クレジットカードのみ
- ・参加登録完了までの流れ
 1. 「新規参加登録」より必要事項をご入力の上，登録します。
 2. 会員登録後，登録完了画面にあります「参加費を支払う」ボタンまたは，会員登録完了メールに記載されているURLより参加費のお支払いをお願いします。
 3. 大会開催期間中までにお支払いが確認できない場合は，大会期間中ログインできなくなりますのでご注意ください。

※【領収証・参加証明書】は，事前参加登録，クレジット決済完了後，登録されたメールアドレスに届きますメール内に記載しておりますURLより，ダウンロードが可能です。（PDFデータ）

視聴に関する留意事項

視聴に際しての注意事項

1. サイト内に掲載されている全てのコンテンツの無断撮影，閲覧端末のスクリーンショット機能等を用いた記録や保存，ダウンロード，他サイトへの転載等は，かたく禁止します。
2. 第三者へのユーザーID・パスワードの譲渡・共有はご遠慮ください。1つの参加登録IDでご視聴頂けるのは1名のみです。必ずお一人ずつ事前参加登録をお済ませください。
3. ご視聴にあたっては，必ず上記推奨環境をご確認いただき，指定のブラウザをご利用ください。アクセスが集中すると，指定ブラウザをご利用の場合でも，動画再生にお時間がかかる場合がございます。あらかじめご了承ください。

本サイトの視聴推奨環境

視聴に際し、以下の環境を推奨しています。これ以外の環境では、一部もしくはすべてのサービスがご利用できない場合があります。

ブラウザ	Edge Firefox Safari Chrome
JavaScript	必ず有効にしてご利用ください。
インターネット接続環境	動画再生には、2Mbps程度以上の回線速度が必要です。通信速度が不足している環境では、音声のみが再生され、動画の再生がスムーズに行われない場合があります。上記以上の回線契約であっても、混雑などのため回線が不安定になり、視聴がスムーズに行えない場合があります。その際は、回線が混み合っていないかなどをご確認ください。ご視聴いただく施設内のセキュリティ上の関係でストリーミング動画がご覧になれない場合がありますのでご注意ください。

4. プログラム・抄録集につきましては、PDFデータを視聴サイトに掲載しております。下記の視聴サイトにアクセスしていただき、閲覧・ダウンロード等をお願いします。（※視聴に際しては、事前登録が必要です。）

→ <https://sites.net-convention.com/jrs-kinki/web>

※会期中は、Web視聴サイトにてLive配信をご視聴（※ただし、第1会場/さくら東・西のみ）いただけます。

※Web視聴サイトは、会期の前日の夕方にオープンいたします。

現地開催での留意事項

1. 受付は8時15分より開始します。
 2. 参加登録完了通知、もしくは領収証をプリントアウト（スマートフォンで表示も可）し、ご持参ください。
 3. 当日、検温の実施並びに健康状態申告書の提出をお願いしております。
 4. 受付にて名札とネームストラップをお渡しいたします。
 5. 会場内では携帯電話は電源オフかマナーモードにしてください。
2. 日本呼吸器学会近畿支部 理事会、総会

会議名	時間	場所	出席対象
理事会	9:10～10:10	3F/会議室2	日本呼吸器学会近畿支部 支部長・理事・監事
総会	12:40～13:10	第1会場 (2F/さくら 東・西)	日本呼吸器学会近畿支部 名誉会員・功労会員・支部長・ 理事・監事・代議員・正会員

3. 参加で取得できる単位は以下のとおりです。
 - ・日本呼吸器学会専門医 出席は**5単位**、筆頭演者は**3単位**加算。
 - ・日本結核病学会 結核・抗酸菌症認定医 / 指導医、抗酸菌症エキスパート資格 出席は**5単位**、筆頭演者は**5単位**追加。

- ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 出席は**7単位**、筆頭演者は**7単位**加算
- ・3学会合同呼吸器療法認定士 **20単位**。

<発表者の方へ>

1. 発表時間

セッション名 (略称)	発表時間
ランチョンセミナー (LS)	50分 (質疑応答を含む)
スイーツセミナー (AS)	50分 (質疑応答を含む)
スポンサードセミナー (SP)	50分 (質疑応答を含む)
教育講演 (EL)	35分 (質疑応答を含む)
オーラルセッション (OS)	発表7分・討論2分
ポスターセッション (P)	発表5分・討論3分

2. 発表演題に関する利益相反 (COI) の開示について

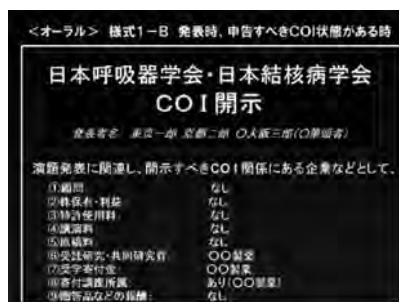
全ての発表・講演について、筆頭演者はCOI (利益相反) の開示が求められます。発表者はスライド2枚目にCOIの開示内容を提示してください。

スライド例

近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がない時



近畿地方会口頭発表時、
申告すべきCOI状態がある時



※詳細は利益相反ページをご覧ください。

一般社団法人日本呼吸器学会 地方会におけるCOI (利益相反) 申告書の提出について

URL : <http://www.jrs.or.jp/about/col.html>

一般社団法人日本結核病学会 倫理委員会「利益相反 (COI) 関連」

URL : https://www.kekkaku.gr.jp/medical_staff/#rinri

<オーラル発表者の方へ>

1. 全会場PCによる発表です。PowerPoint (Windows版) で作成したデータをUSBメモリーおよびCD-R、あるいはPCにてご持参ください。

なお、主催者側で用意するPCのOSはWindowsで、PowerPointのバージョンはMicrosoft PowerPoint 2013 ~ 2019です。

2. 発表30分前までにPC受付（1F/ギャラリー）にて試写を終えてください。
 発表データは完成版のみ、お持ちください。データ受付は8時15分より開始します。
 ※音声は受け付けられません。
 ※Macintoshで作成されたデータについては、ご自身のPCをお持ち込みください。
 ※PCをお持ち込みになる場合は、PCに付属のACアダプタを必ずご持参ください。
 ※会場で用意するPCケーブルコネクタの形状はHDMI、およびMiniD-sub15ピンです。
 この形状に合ったPCをご使用ください。
 また、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は、事務局での貸し出しは行っておりませんので、必ずご自身でお持ちください。
 ※セッションの進行および演台スペースの関係上、「発表者ツール」は使用できません。
 発表原稿が必要な方は予めプリントアウトをお持ちください。

<ポスター発表者の方へ>

1. スケジュール

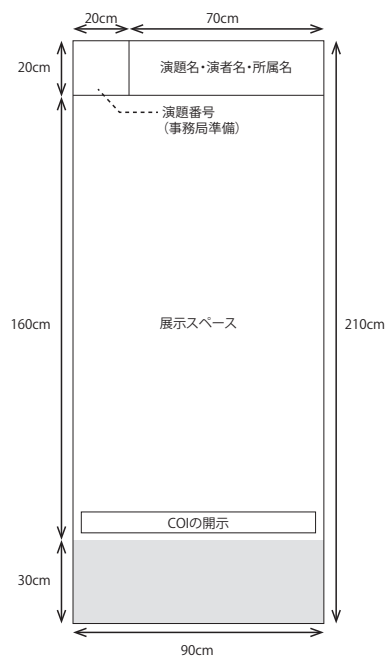
内 容	時 間
ポスター貼付	8：30～10：00
ポスタービューイング	10：00～13：20
発表者集合 (※ご自身のポスター前に集合)	13：10
ポスターセッション (5分発表, 3分質疑)	13：20～14：10
ポスター撤去	17：00～17：30
優秀演題の表彰 (第1会場)	17：36～17：51

2. ポスターのサイズ

ポスター掲示板の大きさは、横90cm×縦210cmです。
演題名、演者名、所属名は、横70cm×縦20cmでご準備ください。

発表内容の掲示スペースは、横90cm×縦160cmです。
床から30cmは貼付しないようお願いいたします。

※演題番号（縦横20cm）・押しピンは事務局で用意いたします。



<お問い合わせ先>

第100回日本呼吸器学会近畿地方会

第130回日本結核・非結核性抗酸菌症学会近畿支部学会 合同学会

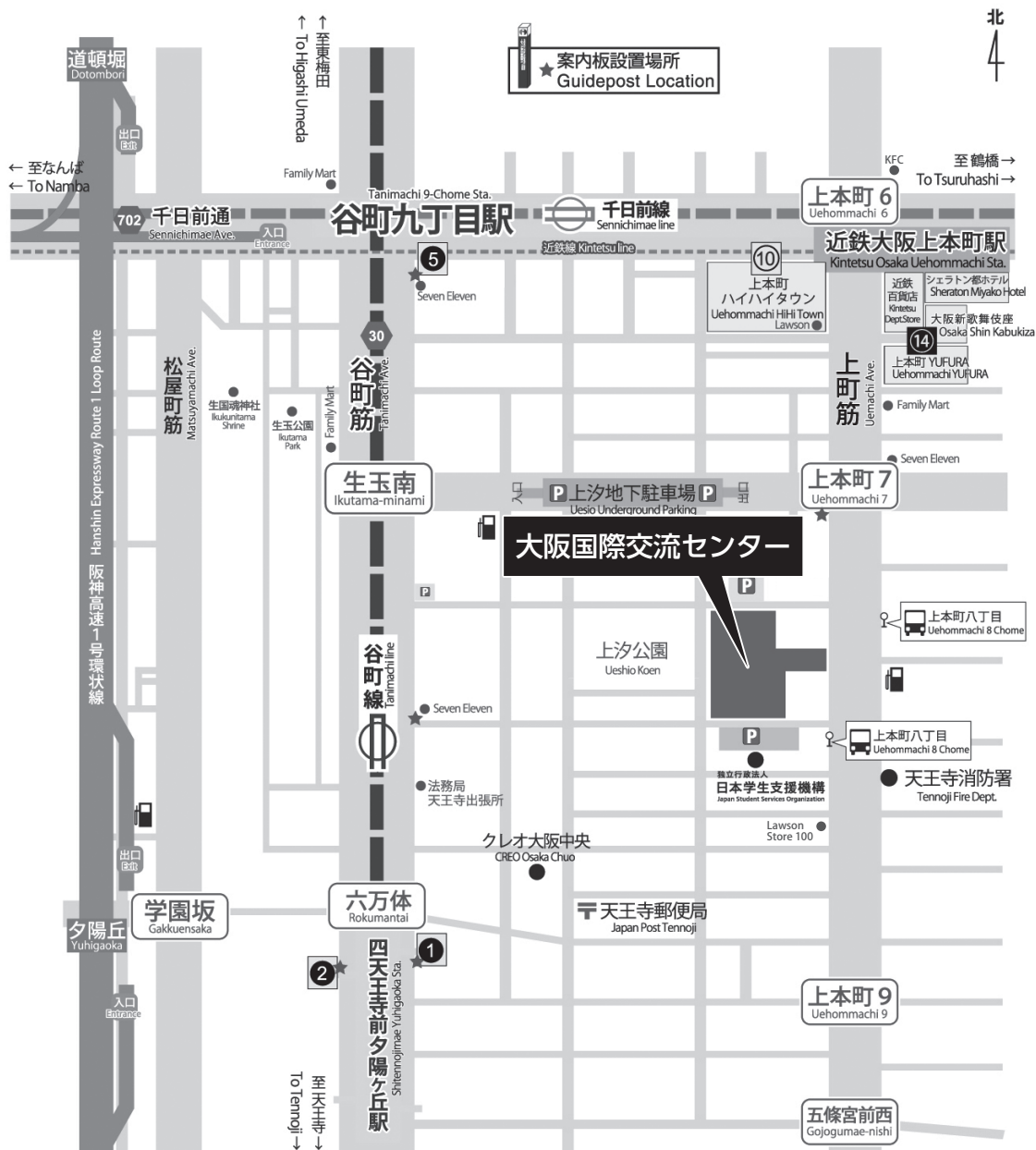
運営事務局（株式会社コンベンションリンクージ内）

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8丁目2-6

TEL：06-6772-6389 FAX：06-6772-7600

E-mail：jrs-kinki@c-linkage.co.jp

会場アクセス



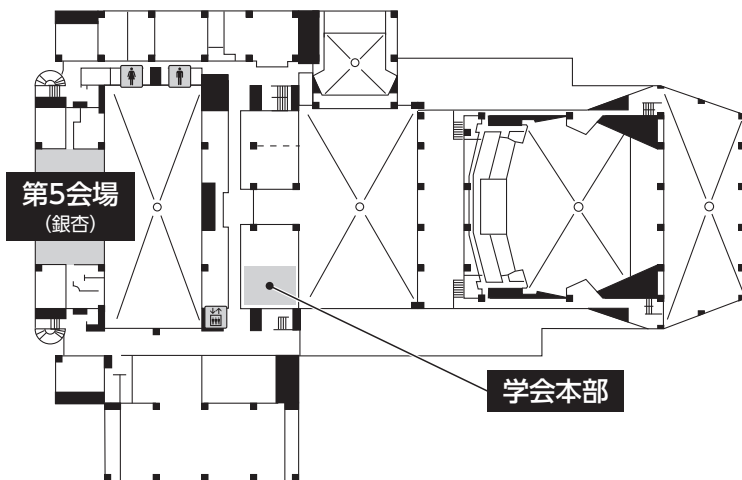
■ アクセス

- ▷ 近鉄「大阪上本町駅」⑭番出口から 400m
- ▷ 大阪市営地下鉄谷町線・千日前線「谷町九丁目駅」⑩番出口から 500m
- ▷ 大阪市営地下鉄谷町線「四天王寺前夕陽ヶ丘駅」①番出口から 500m

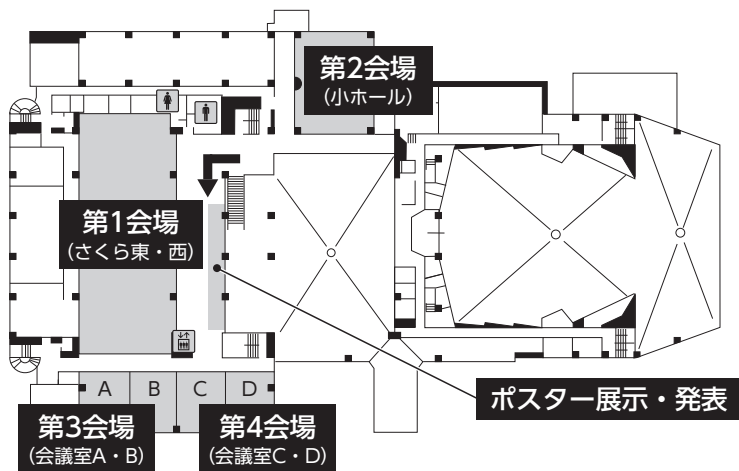
会場案内図

大阪国際交流センター

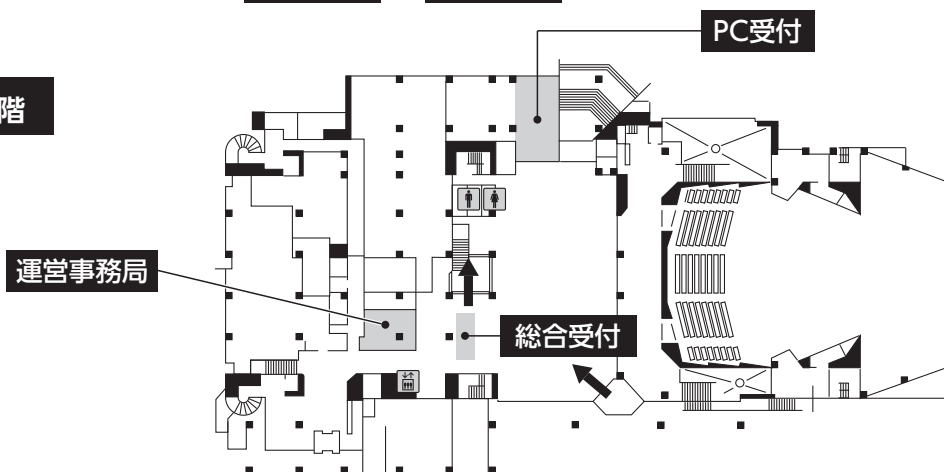
3階



2階



1階



学会進行予定表 (一般演題：オーラルセッション発表7分+質疑2分、ポスターセッション：発表5分+質疑3分)

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	
第1会場 さくら東・西 2F (8:55~9:00) 開会の辞	EL1 (9:10~9:45) 教育講演 1 「クライオ生検指針-安全にクライオ生検を行うために-」 座長：立原 素子 演者：西井 洋一	EL2 (9:45~10:20) 教育講演 2 「小型肺癌に対する区域切除は新たな標準治療となりうるのか？」 座長：川口 知哉 演者：中嶋 隆	EL3 (10:20~10:55) 教育講演 3 「COPD患者における身体活動性とセデンタリー行動」 座長：浅井 久 演者：南方 良章	EL4 (10:55~11:30) 教育講演 4 「ハイフローセラピー(HFNC)の現状と今後の期待」 座長：大塚浩二郎 演者：富井 啓介	LS1 (11:40~12:30) ランチョンセミナー1 「EGFR遺伝子変異陽性肺癌における術後補助療法の変遷」 座長：山本 信之 演者：金田 裕靖 共催：アストラゼネカ株式会社	(12:40~13:10) 総会
	第2会場 小ホール 2F	OS2 (9:00~9:45) 一般演題 「呼吸器感染症1」 座長：伊藤 功朗 OS2-1~2-5	OS3 (9:45~10:30) 一般演題 「呼吸器感染症2」 座長：上領 博 OS3-1~3-5	SP1 (10:40~11:30) スポンサードセミナー 1 「オブジーボ・ヤーボイは本当にヤーバイのか？」 座長：藤阪 保仁 演者：田宮 基裕 共催：小野薬品工業株式会社	LS2 (11:40~12:30) ランチョンセミナー2 「EGFR陽性肺癌治療のup to dateとSDM」 座長：橋本 成修 演者：立原 素子 共催：日本イーライリリー株式会社	
第3会場 会議室 A・B 2F		OS9 (9:00~9:36) 一般演題 「結核1」 座長：松本 智成 OS9-1~9-4	OS10 (9:36~10:12) 一般演題 「結核2」 座長：多田 公英 OS10-1~10-4	OS11 (10:12~10:39) 一般演題 「結核3」 座長：佐藤 敦夫 OS11-1~11-3	OS12 (10:39~11:24) 一般演題 「肺循環障害・呼吸調節障害」 座長：羽白 高 OS12-1~12-5	LS3 (11:40~12:30) ランチョンセミナー3 「肺癌術期における免疫チェックポイント阻害薬の諸問題」 座長：伊藤 武文 演者：藤本 大智 共催：中外製薬株式会社
	第4会場 会議室 C・D 2F	OS17 (9:00~9:45) 一般演題 「腫瘍性肺疾患1：ドライバー変異1」 座長：山田 忠明 OS17-1~17-5	OS18 (9:45~10:30) 一般演題 「腫瘍性肺疾患2：免疫チェックポイント阻害剤1」 座長：立原 素子 OS18-1~18-5	OS19 (10:30~11:15) 一般演題 「腫瘍性肺疾患3：ドライバー変異2」 座長：永野 達也 OS19-1~19-5	LS4 (11:40~12:30) ランチョンセミナー4 「使用経験から学ぶ免疫経路から学ぶ免疫チェックポイント阻害薬の有害事象マネジメント」 座長：杉田 孝和 演者：林 秀敏 共催：MSD株式会社	
第5会場 銀杏 3F		OS24 (9:00~9:45) 一般演題 「アレルギー性肺疾患1」 座長：佐野安希子 OS24-1~24-5	OS25 (9:45~10:30) 一般演題 「アレルギー性肺疾患2」 座長：吉村 千恵 OS25-1~25-5	SP2 (10:40~11:30) スポンサードセミナー 2 「これからのALK陽性NSCLC薬物療法を考える」 座長：本津 茂人 演者：里内美弥子 共催：武田薬品工業株式会社	LS5 (11:40~12:30) ランチョンセミナー5 「リアルワールドデータを用いた呼吸器内科臨床研究」 「咯血と気管支動脈塞栓術Cutting Edge 2022-我が国のDPCデータベース研究を中心に」 座長：石川 秀雄 演者：康永 秀生 石川 秀雄 共催：テルモ株式会社	
	ポスター会場 ギャラリー	(8:30~10:00) ポスター貼付	ポスタービューイング			(10:00~13:20)

13:00

14:00

15:00

16:00

17:00

18:00

<p>(13:20~14:00)</p> <p>記念講演 「感染症学の これまでと これから」</p> <p>座長：山本 信之 演者：大曲 貴夫</p>	<p>(14:05~16:10)</p> <p>第100回大会記念シンポジウム</p> <p>座長：西村 善博、平井 豊博 演者：岩永 賢司、室 繁郎 高山 浩一、佐藤 篤晴 山内 基雄</p>			<p>(16:10~17:00)</p> <p>男女共同参画推進 フォーラム 「動きやすい環境 づくりを目指して ～将来計画委員会・ 男女共同参画委員会 の活動報告～」</p> <p>座長：松本 久子 演者：國近 尚美</p>	<p>OS1 (17:00~17:36)</p> <p>一般演題 「全身性疾患に 伴う肺病変」</p> <p>座長：大塚浩二郎 OS1-1~1-4</p>	<p>(17:36~17:51)</p> <p>閉会の辞 ・表彰式</p>
<p>OS4 (13:10~13:55)</p> <p>一般演題 「呼吸器感染症3」</p> <p>座長：水守 康之 OS4-1~4-5</p>	<p>SS1 (14:10~15:00)</p> <p>スイーツセミナー1 「ドライバー-遺伝子 変異陽性NSCLC: EGFRから稀少変異ま でを、よりよく知る」</p> <p>座長：武田 真幸 演者：赤松 弘朗 共催：ノバルティス ファーマ株式会社</p>	<p>OS5 (15:10~15:46)</p> <p>一般演題 「COVID19 関連1」</p> <p>座長：藤本 大智 OS5-1~5-4</p>	<p>OS6 (15:46~16:22)</p> <p>一般演題 「COVID19 関連2」</p> <p>座長：丸毛 聡 OS6-1~6-4</p>	<p>OS7 (16:22~16:58)</p> <p>一般演題 「非結核性 抗酸菌症1」</p> <p>座長：露口 一成 OS7-1~7-4</p>	<p>OS8 (16:58~ 17:25)</p> <p>一般演題 「非結核性 抗酸菌症2」</p> <p>座長： 中野 恭幸 OS8-1 ~8-3</p>	
<p>OS13 (13:10~13:55)</p> <p>一般演題 「治療手技、検査手技」</p> <p>座長：高濱 誠 OS13-1~13-5</p>	<p>SS2 (14:10~15:00)</p> <p>スイーツセミナー2 「肺扁平上皮癌に 対する化学療法の 役割」</p> <p>座長：沖塩 協一 演者：竹安 優貴 共催：日本化薬株式会社</p>	<p>OS14 (15:10~15:46)</p> <p>一般演題 「間質性 肺疾患1」</p> <p>座長：立川 良 OS14-1 ~14-4</p>	<p>OS15 (15:46~16:22)</p> <p>一般演題 「間質性 肺疾患2」</p> <p>座長：南方 良章 OS15-1 ~15-4</p>	<p>OS16 (16:22~16:58)</p> <p>一般演題 「間質性肺疾患3」</p> <p>座長：黄 文福 OS16-1~16-4</p>		
<p>OS20 (13:10~13:55)</p> <p>一般演題 「腫瘍性肺疾患4」</p> <p>座長：柴木 亮太 OS20-1~20-5</p>	<p>SS3 (14:10~15:00)</p> <p>スイーツセミナー3 「統廃性難治性気胸 への治療戦略 —ユニタルクの知見 含め—」</p> <p>座長：川口 知哉 演者：金田浩由紀 共催：ノーベルファーマ 株式会社</p>	<p>OS21 (15:10~15:55)</p> <p>一般演題 「腫瘍性肺疾患5: 免疫チェック ポイント阻害剤2」</p> <p>座長：林 秀敏 OS21-1~21-5</p>	<p>OS22 (15:55~16:40)</p> <p>一般演題 「腫瘍性肺疾患6」</p> <p>座長：藤阪 保仁 OS22-1~22-5</p>	<p>OS23 (16:40~17:25)</p> <p>一般演題 「腫瘍性肺疾患7」</p> <p>座長：吉岡 弘績 OS23-1~23-5</p>		
<p>OS26 (13:10~13:55)</p> <p>一般演題 「希少疾患」</p> <p>座長：郷間 徹 OS26-1~26-5</p>	<p>SS4 (14:10~15:00)</p> <p>スイーツセミナー4 「COPD患者に併存する フレイル・サルコペニア に対する新たな治療 アプローチ ~漢方薬 治療の可能性~」</p> <p>座長：池上 達義 演者：大林 浩幸 共催：クラシエ薬品 株式会社</p>	<p>OS27 (15:10~15:46)</p> <p>一般演題 「胸膜・ 縦郭疾患1」</p> <p>座長：栗林 康造 OS27-1 ~27-4</p>	<p>OS28 (15:46~16:22)</p> <p>一般演題 「胸膜・ 縦郭疾患2」</p> <p>座長：澤 兼士 OS28-1 ~28-4</p>	<p>OS29 (16:22~16:58)</p> <p>一般演題 「胸膜・ 縦郭疾患3」</p> <p>座長：本津 茂人 OS29-1~29-4</p>		
<p>P (13:20~14:10)</p> <p>ポスターセッション</p> <p>座長：西野 和美 中西 正典 P-1~6</p>				<p>(17:00~17:30)</p> <p>ポスター 撤去</p>		

第 1 会 場

2F/さくら東・西

EL1 9:10~9:45
教育講演1

座長 立原 素子
(神戸大学医学部呼吸器内科)

『クライオ生検指針
-安全にクライオ生検を行うために-』

演 者：西井 洋一
(松阪市民病院 呼吸器センター)

EL2 9:45~10:20
教育講演2

座長 川口 知哉
(大阪公立大学呼吸器内科)

『小型肺癌に対する区域切除は新たな標準治療となりうるのか?』

演 者：中嶋 隆
(大阪市立総合医療センター 呼吸器外科)

EL3 10:20~10:55
教育講演3

座長 浅井 一久
(大阪公立大学医学部呼吸器内科)

『COPD患者における身体活動性とセデンタリー行動』

演 者：南方 良章
(国立病院機構和歌山病院 呼吸器内科)

EL4 10:55~11:30
教育講演4

座長 大塚浩二郎
(神鋼記念病院呼吸器内科)

『ハイフローセラピー (HFNC) の現状と今後の期待』

演 者：富井 啓介
(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

LS1 11:40~12:30
ランチョンセミナー1

座長 山本 信之
(和歌山県立医科大学内科学第三)

『EGFR 遺伝子変異陽性肺癌における術後補助療法の変遷』

演 者：金田 裕靖
(大阪公立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学)

共催：アストラゼネカ株式会社

13:20～14:00

記念講演

座長 山本 信之
(和歌山県立医科大学 内科学第三)

『感染症学のこれまでとこれから』

演者：大曲 貴夫
(国立国際医療研究センター 国際感染症センター)

14:05～16:10

第100回大会記念シンポジウム

座長 西村 善博
(北播磨総合医療センター)
平井 豊博
(京都大学医学部呼吸器内科)

『「これまでとこれから」～アレルギー・免疫・炎症学術部会～』

演者：岩永 賢司
(近畿大学病院 総合医学教育研修センター)

『COPD これまでとこれから ガイドラインの変遷に見える
病態理解の深化』

演者：室 繁郎
(奈良県立医科大学呼吸器内科学講座)

『肺がん薬物療法のこれまでとこれから』

演者：高山 浩一
(京都府立医科大学 大学院医学研究科 内科学呼吸器内科分野)

『これまでとこれから 細胞分子学術部会』

演者：佐藤 篤靖
(京都大学 医学研究科 呼吸器内科学)

『「これまでとこれから」 呼吸管理学術部会』

演者：山内 基雄
(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

16:10～17:00

男女共同参画推進フォーラム

座長 松本 久子
(近畿大学 呼吸器・アレルギー内科)

『働きやすい環境づくりを目指して
～将来計画委員会・男女共同参画委員会の活動報告～』

演者：國近 尚美
(山口赤十字病院 内科・呼吸器内科)

OS 1 17:00～17:36

一般演題 オーラルセッション

全身性疾患に伴う肺病変

座長 大塚浩二郎
(神鋼記念病院 呼吸器内科)

- OS 1-1 視神経炎を契機に診断されたサルコドーシスの一例
1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 南奈良総合医療センター 脳神経内科,
3) 南奈良総合医療センター 眼科
○片岡 良介¹⁾, 鈴木健太郎¹⁾, 小原 啓弥²⁾, 平井 宏昌³⁾, 甲斐 吉郎¹⁾
- OS 1-2 非典型的な画像所見を呈した多発血管炎性肉芽腫症の一例
1) 近畿大学病院 呼吸器アレルギー内科, 2) 近畿大学病院総合医学教育研修センター
○國田 裕貴¹⁾, 東田 有智¹⁾, 松本 久子¹⁾, 原口 龍太¹⁾, 岩永 賢司²⁾,
佐野 博幸¹⁾, 西山 理¹⁾, 佐野安希子¹⁾, 西川 裕作¹⁾, 大森 隆¹⁾
- OS 1-3 シェーグレン症候群を合併した限局性結節性肺アミロイドーシスの1例
公立那賀病院
○小暮美和子, 佐藤 孝一, 土橋友紀子, 金井 一修
- OS 1-4 肺病変を伴うErdheim-Chester病の1剖検例
1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科, 2) 京都大学医学部附属病院 病理診断科,
3) 京都大学医学部附属病院 放射線診断科,
4) 京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座
○松梨 敦史¹⁾, 王 智鵬¹⁾, 杉本 暁彦²⁾, 藤本 正数²⁾, 吉澤 明彦²⁾,
坂本 亮³⁾, 池添 浩平¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 半田 知宏^{1,4)}, 平井 豊博¹⁾

第 2 会 場

2F/小ホール

OS 2 9:00~9:45

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症 1

座長 伊藤 功朗
(京都大学呼吸器内科)

OS 2-1 肺扁平上皮癌の治療経過中に *pasteurella multocida* による敗血症を認めた一例

1) 市立伊丹病院, 2) 大阪医科薬科大学病院

○小川 誉仁¹⁾, 細井 慶太¹⁾, 坂口 翔平¹⁾, 新井 将弘²⁾, 島津 保之¹⁾,
浦東 明久¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 原 彩子¹⁾, 原 聡志¹⁾, 木下 善詞¹⁾

OS 2-2 猫咬傷後に発症した *Pasteurella multocida* による敗血症・膿胸の1例

関西電力病院 呼吸器内科

○曾根 莉彩, 稲田 祐也, 吉村聡一郎, 嶋田 有里, 伊東 友好

OS 2-3 咀嚼筋膿瘍が原因と考えられた敗血症性肺塞栓症の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,

2) 国立病院機構 姫路医療センター 放射線科

○竹野内政紀¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
水守 康之¹⁾, 中原 保治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾

OS 2-4 胸部CT上 pure GGO 病変を呈した軽症レジオネラ肺炎の1例

1) 医療法人育和会 育和会記念病院 呼吸器内科、アレルギー科,

2) 大阪公立大学大学院医学研究科臨床感染制御学

○林 晃大¹⁾, 藤本 寛樹^{1,2)}, 浦岡 伸幸¹⁾, 小原 由子¹⁾, 寺川 和彦¹⁾,
栗原 直嗣¹⁾, 掛屋 弘²⁾

OS 2-5 急速に陰影が拡大して大葉性肺炎の像を呈したレジオネラ肺炎の一例

1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 京都大学 呼吸器内科, 3) 名古屋大学 呼吸器内科

○高木 望夢¹⁾, 大道 一輝¹⁾, 加藤 五陸¹⁾, 荒木明日香¹⁾, 橋本健太郎²⁾,
辻 貴宏³⁾, 塩田 哲広¹⁾

OS 3 9:45~10:30

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症 2

座長 上領 博
(神戸市立西神戸医療センター 呼吸器内科)

OS 3-1 急速転帰で死亡に至った緑膿菌感染症の2症例

社会医療法人 愛仁会 明石医療センター

○榎本 隆則, 畠山由記久, 藤本 葉月, 山崎奈々美, 松尾健二郎, 池田 美穂,
岡村佳代子, 大西 尚

OS 3-2 特発性血小板減少性紫斑病の治療中に肺炎を繰り返し、診断に難渋した肺ノカルジア症の一例

1) 滋賀医科大学呼吸器内科, 2) 滋賀医科大学 保健管理センター,
3) 滋賀医科大学 感染制御部

○奥田 祥伍¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 中西 司¹⁾, 松田 正¹⁾, 横江 真弥¹⁾,
入山 朋子¹⁾, 黒田 凌¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾,
松尾裕美子²⁾, 内田 泰樹¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 山口 将史¹⁾, 大澤 真³⁾,
小川恵美子²⁾, 中野 恭幸^{1,3)}

OS 3-3 経カテーテル大動脈弁埋め込み術後呼吸器合併症の一例

1) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科,
2) 国立循環器病研究センター 心臓外科, 3) 国立循環器病研究センター 心不全科,
4) 国立循環器病研究センター 冠疾患科

○東口 将佳¹⁾, 川本 尚紀²⁾, 酒井 俊輔¹⁾, 西岡 紘治¹⁾, 木村 裕美¹⁾,
神崎 秀明³⁾, 高木 健督⁴⁾, 藤田 知之²⁾, 松本 智成¹⁾, 小牟田 清¹⁾

OS 3-4 経皮的ドレナージが有効であった肺癌に伴う続発性肺化膿症の1例

奈良県総合医療センター呼吸器内科

○伊佐敷沙恵子, 松本 祥生, 奥田悠太郎, 村上 早穂, 松田 昌之, 伊木れい佳,
花岡 健司, 伊藤 武文

OS 3-5 当院でCT Angiographyが診断に有用であった気管支動脈瘤の2例

1) 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科, 2) 近畿中央呼吸器センター放射線科

○龍華 美咲¹⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾, 西原 昂¹⁾, 香川 智子¹⁾, 松井 秀夫¹⁾,
澄川 裕充²⁾

SP1 10:40~11:30

スポンサードセミナー1

座長 藤阪 保仁

(大阪医科薬科大学医学部 内科学講座腫瘍内科学)

『オブジーボ・ヤーボイは本当にヤーバイのか?』

演 者: 田宮 基裕

(大阪国際がんセンター 呼吸器内科)

共催: 小野薬品工業株式会社

LS2 11:40~12:30

ランチョンセミナー2

座長 橋本 成修

(天理よろづ相談所病院 呼吸器内科)

『EGFR陽性肺癌治療のup to dateとSDM』

演 者: 立原 素子

(神戸大学大学院医学系研究科 内科学講座 呼吸器内科学分野)

共催: 日本イーライリリー株式会社

OS 4 13:10～13:55

一般演題 オーラルセッション

呼吸器感染症3

座長 水守 康之

(国立病院機構姫路医療センター呼吸器内科)

OS 4-1 両肺に多発浸潤影を呈した肝放線菌症疑いの1例

1) 神戸市立医療センター 中央市民病院 呼吸器内科,

2) 神戸市立医療センター 中央市民病院 消化器内科

○伊藤 雅弘¹⁾, 立川 良¹⁾, 上田 亮太¹⁾, 田代 隼基¹⁾, 塚本 信哉¹⁾,
豊田 裕士¹⁾, 島 佑介¹⁾, 金澤 史朗¹⁾, 平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾,
永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾, 鄭 浩柄²⁾, 富井 啓介¹⁾

OS 4-2 膠原病治療中に発症したニューモシスチス肺炎の2症例

社会医療法人 愛仁会 高槻病院 呼吸器内科

○増田 佳純, 松村佳乃子, 日詰健太郎, 塚本 玲, 村上 翔子, 山岡 貴志,
岩本 夏彦, 岩坪 重彰, 中村 美保, 船田 泰弘

OS 4-3 播種性肉芽腫性病変を呈したニューモシスチス肺炎の一例

1) 社会医療法人 愛仁会 高槻病院 呼吸器内科,

2) 社会医療法人 愛仁会 高槻病院 病理診断科

○日詰健太郎¹⁾, 塚本 玲¹⁾, 増田 佳純¹⁾, 山岡 貴志¹⁾, 村上 翔子¹⁾,
岩本 夏彦¹⁾, 松村佳乃子¹⁾, 岩坪 重彰¹⁾, 中村 美保¹⁾, 伊倉 義弘²⁾,
船田 泰弘¹⁾

OS 4-4 維持透析中にアスペルギルス、クリプトコッカスの混合感染を呈した肺真菌症の一例

加古川中央市民病院

○佐伯 悠治, 黒田 修平, 高原 夕, 藤本 佑樹, 藤岡 美結, 平位 一廣,
藤井 真央, 多木 誠人, 徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

OS 4-5 早期に診断した器質化肺炎を呈した肺クリプトコックス症の一例

1) 関西電力病院 呼吸器内科, 2) 関西電力病院 病理診断科

○嶋田 有里¹⁾, 吉村聡一郎¹⁾, 曾根 莉彩¹⁾, 田村佳菜子¹⁾, 稲田 祐也¹⁾,
桜井 孝規²⁾, 伊東 友好¹⁾

SS1 14:10～15:00

スイーツセミナー1

座長 武田 真幸

(奈良県立医科大学 がんゲノム・腫瘍内科学講座)

『ドライバー遺伝子変異陽性NSCLC：EGFRから稀少変異までを、
よりよく知る』

演 者：赤松 弘朗

(和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科)

共催：ノバルティスファーマ株式会社

OS 5 15:10～15:46

一般演題 オーラルセッション

COVID19関連1

座長 藤本 大智

(和歌山県立医科大学 内科学第三講座)

- OS 5-1 SARS-CoV-2 mRNA ワクチン接種後に増悪したきのか栽培者肺の1例
紀南病院 内科
○平 克彦, 早川 隆洋, 中野 好夫, 寺本 寛, 中西 宥介, 吉松 弘晃,
芝 みちる, 山西 一輝, 早川 佳奈, 太田 敬之
- OS 5-2 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後に生じた好酸球性肺炎の1例
1) 京都大学 医学部 呼吸器内科, 2) 京都工場保健会 呼吸器内科,
3) 京都大学医学部附属病院 病理診断科
○三崎裕美子¹⁾, 林 優介¹⁾, 白田 全弘^{1,2)}, 寺田 和弘³⁾, 吉澤 明彦²⁾,
坂本 亮³⁾, 池添 浩平¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 半田 知宏¹⁾, 平井 豊博¹⁾
- OS 5-3 ECMO管理中に腸腰筋血腫を認めた重症COVID-19肺炎の一例
ベルランド総合病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○秋岡 正史, 引石 惇仁, 服部 剛士, 佐渡 康介, 東田 充功, 桑原 学,
江口 陽介
- OS 5-4 COVID-19後の器質化肺炎に対してステロイド加療が奏功した1例
国立病院機構和歌山病院
○加藤 真衣, 東 祐一郎, 村上 裕亮, 佐々木誠悟, 川邊 和美, 小野 英也,
南方 良章

OS 6 15:46～16:22

一般演題 オーラルセッション

COVID19関連2

座長 丸毛 聡

(公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院呼吸器内科)

- OS 6-1 陰圧性肺水腫の合併が疑われたCOVID-19の一例
京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○池尾 聡, 安田 直晃, 林 康之, 祖開 暁彦, 岩田 敏之, 西村 尚志
- OS 6-2 COVID-19に関連し大網梗塞を発症した一例
大阪赤十字病院 呼吸器内科
○國宗 直紘, 石川 遼一, 矢野 翔平, 葭 七海, 田中 佑磨, 藤原 直樹,
宮里 和佳, 青柳 貴之, 高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平, 吉村 千恵,
黄 文禧, 西坂 泰夫
- OS 6-3 COVID19発症後に Sjogren 症候群の病理組織学的診断が得られた1例
康生会武田病院
○小西 一央, 桑原 宏臣, 森田 大毅, 永田 一洋

- OS 6-4 COVID-19感染症発症から1ヶ月を経て生じた肺梗塞の1例
高槻赤十字病院 呼吸器内科
○村山 恒峻, 山本 晴香, 野溝 岳, 深田 寛子, 中村 保清, 北 英夫

OS 7 16:22~16:58

一般演題 オーラルセッション

非結核性抗酸菌症 1

座長 露口 一成

(国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 感染症研究部)

- OS 7-1 *Mycobacterium avium*による有癭性膿胸に対し、気管支充填術を行った一例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○高嶋 啓介¹⁾, 高田 悠司¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 中治 仁志¹⁾,
水守 康之²⁾
- OS 7-2 結核性胸膜炎との鑑別を要したMycobacterium Kansasiiによる胸水貯留の一例
西淀病院 呼吸器内科
○田中 友樹, 瀬戸まなび, 福島 啓
- OS 7-3 非結核性抗酸菌症に合併した類上皮血管内皮腫の一例
1) 公立豊岡病院 呼吸器内科, 2) 国立病院機構姫路医療センター呼吸器内科,
3) 国立病院機構姫路医療センター呼吸器外科
○新宮 祐亮¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 高田 悠司¹⁾, 中治 仁志¹⁾,
水守 康之²⁾, 山田 徹³⁾
- OS 7-4 閉塞性換気障害の進行を認め外科的肺生検を実施したHot tub lungの1例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○丸口 直人, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨, 坂本 裕人, 武田 淳志, 山本 亮,
松村 和紀, 中村 哲史, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修,
田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

OS 8 16:58~17:25

一般演題 オーラルセッション

非結核性抗酸菌症 2

座長 中野 恭幸

(滋賀医科大学 内科学講座呼吸器内科)

- OS 8-1 アミカシン吸入療法開始後に肺病変の増悪をきたした間質性肺炎患者の2例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○岡垣 暢紘, 加持 雄介, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 武田 淳志, 丸口 直人,
山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 橋本 成修,
田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高
- OS 8-2 肺非結核性抗酸菌症の治療経過中にANCA関連血管炎を発症した1例
近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科
○西原 昂, 龍華 美咲, 小林 岳彦, 蓑毛祥次郎, 松井 秀夫, 倉原 優,
露口 一成

OS 8-3 重症 ACO 治療中に同一肺葉内に同時性に原発性肺癌及び非結核性抗酸菌を発症した 1 例
1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学, 2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座
○清田穰太郎¹⁾, 三上 浩司^{1,2)}, 村上 美沙¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 河村 直樹¹⁾,
森下 実咲¹⁾, 西村 駿¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾,
柰木 芳樹¹⁾, 堀尾 大介¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)},
栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

第 3 会 場

2F/会議室A・B

OS 9 9:00~9:36

一般演題 オーラルセッション

結核 1

座長 松本 智成

(一般財団法人大阪府結核予防会大阪複十字病院)

OS 9-1 肝障害を伴う播種性BCG症に対し、LVFX+SM+RFBが奏効した一例

- 1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
 - 2) 大阪公立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学
- 大島 友里¹⁾, 覺野 重毅²⁾, 井本 和紀²⁾, 柴多 渉²⁾, 山田 康一²⁾,
掛屋 弘²⁾

OS 9-2 胃癌術後化学療法中に肺結核を発症した一例

- 1) 滋賀医科大学呼吸器内科, 2) 同 保健管理センター, 3) 同 感染制御部
- 松田 正¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾, 横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾,
黒田 凌¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 松尾裕美子²⁾, 内田 泰樹¹⁾,
仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 山口 将史¹⁾, 大澤 真³⁾, 小川恵美子²⁾,
中野 恭幸^{1,3)}

OS 9-3 乳腺結核の一例

- 1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科,
 - 2) 神戸市立医療センター西市民病院 乳腺外科
- 網本 久敬¹⁾, 岩林 正明¹⁾, 横田 真¹⁾, 橋本 梨花¹⁾, 瀧口 純司¹⁾,
金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 富岡 洋海¹⁾, 三瀬 昌宏²⁾

OS 9-4 近畿大学奈良病院にて診断、届け出をおこなった結核症例の最近の動向

- 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,
 - 2) 近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科
- 澤口博千代¹⁾, 吉川 和也¹⁾, 花田宗一郎¹⁾, 山縣 俊之¹⁾, 村木 正人¹⁾,
松本 久子²⁾, 東田 有智²⁾

OS 10 9:36~10:12

一般演題 オーラルセッション

結核 2

座長 多田 公英

(神戸市立西神戸医療センター呼吸器内科)

OS 10-1 抗結核治療により無顆粒球症に至った一例

- 明石医療センター
- 松尾健二郎, 岡村佳代子, 池田 美穂, 藤本 葉月, 榎本 隆則, 山崎菜々美,
畠山由記久, 大西 尚

- OS 10-2 EBUS-TBNA で診断した縦隔リンパ節結核・結核性心膜膿瘍の1例
日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科
○濱田健太郎, 北原 健一, 河内 寛明, 矢本 真子, 深尾あかり, 寺下 聡,
渡邊 創, 堀川 禎夫, 池上 達義, 杉田 孝和
- OS 10-3 若年女性に生じた縦隔結核の一例
国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科
○塚本 宏壮, 北川 怜奈, 日隈 俊宏, 世利 佳滉, 井野 隆之, 竹野内政紀,
平岡 亮太, 平野 克也, 小南 亮太, 高橋 清香, 東野 幸子, 加藤 智浩,
鏡 亮吾, 三宅 剛平, 横井 陽子, 水守 康之, 佐々木 信, 中原 保治,
河村 哲治
- OS 10-4 ビタミン剤内服中に肺結核治療の paradoxical response を来した一例
京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科
○池尾 聡, 安田 直晃, 林 康之, 祖開 暁彦, 岩田 敏之, 西村 尚志

OS 11 10:12~10:39

一般演題 オーラルセッション

結核3

座長 佐藤 敦夫

(国立病院機構南京都病院 呼吸器センター)

- OS 11-1 活動性結核発症関節リウマチ患者に対するJAK阻害薬をもちいた結核治療
一般財団法人大阪府結核予防会大阪複十字病院
○松本 智成, 東口 将佳, 酒井 俊輔, 木村 裕美, 小牟田 清
- OS 11-2 Pembrolizumab 関連大腸炎に対する infliximab による治療中に発症した
頸部リンパ節結核の一例
1) 彦根市立病院 呼吸器内科, 2) 彦根市立病院 耳鼻いんこう科,
3) 彦根市立病院 呼吸器外科
○吉川 勝喜¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 渡邊 勇夫¹⁾, 片岡 健一²⁾, 林 栄一³⁾,
月野 光博¹⁾
- OS 11-3 多剤耐性結核治療に関連する薬剤のMIC耐性カテゴリーの微生物学的検証
1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
2) 結核予防会 結核研究所 抗酸菌部
○吉田志緒美¹⁾, 露口 一成¹⁾, 青野 昭男²⁾, 御手洗 聡²⁾, 井上 義一¹⁾

OS 12 10:39~11:24

一般演題 オーラルセッション

肺循環障害・呼吸調節障害

座長 羽白 高

(天理よろづ相談所病院呼吸器内科)

- OS 12-1 重症再膨張性肺水腫をきたし死亡した1例
国立病院機構大阪刀根山医療センター
○宮本 哲志, 住谷 仁, 横山 将史, 橋本 和樹, 新居 卓朗, 松木 隆典,
橋本 尚子, 辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博
- OS 12-2 労作時息切れをきっかけとして診断された筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の1例
1) 兵庫医科大学病院 卒後研修センター,
2) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科学,
3) 兵庫医科大学 医学部 胸部腫瘍学特定講座
○太田 博章¹⁾, 河村 直樹²⁾, 高橋 良^{2,3)}, 東山 友樹²⁾, 神取 恭史²⁾,
村上 美沙²⁾, 清田穰太郎²⁾, 森下 実咲²⁾, 西村 駿²⁾, 長野 昭近²⁾,
徳田麻佑子²⁾, 祢木 芳樹^{2,3)}, 堀尾 大介^{2,3)}, 大搦泰一郎^{2,3)}, 三上 浩司^{2,3)},
南 俊行^{2,3)}, 栗林 康造^{2,3)}, 木島 貴志^{2,3)}
- OS 12-3 一年の経過で悪化する呼吸困難で紹介となり、肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症が疑われた一例
1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 神鋼記念病院 呼吸器内科,
3) 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 呼吸器内科,
4) 大阪大学 大学院医学系研究科 循環器内科学,
5) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 循環器内科,
6) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 放射線部 診断部門
○中村 哲史¹⁾, 武田 淳志¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 山本 亮¹⁾, 松村 和紀¹⁾,
上山 維晋¹⁾, 稲尾 崇²⁾, 加持 雄介¹⁾, 安田 武洋³⁾, 橋本 成修¹⁾,
田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 羽白 高¹⁾, 美馬 響⁴⁾, 榎本操一郎⁵⁾,
野間 恵之⁶⁾
- OS 12-4 肺高血圧による息切れで発症したCALR遺伝子変異陽性本態性血小板血症の1例
1) 兵庫医科大学病院 卒後研修センター,
2) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科学,
3) 兵庫医科大学 医学部 胸部腫瘍学特定講座
○脇田 悠¹⁾, 東山 友樹²⁾, 高橋 良²⁾, 清田穰太郎²⁾, 三上 浩司^{2,3)},
河村 直樹²⁾, 神取 恭史²⁾, 村上 美沙²⁾, 森下 実咲²⁾, 西村 駿²⁾,
長野 昭近²⁾, 徳田麻佑子²⁾, 祢木 芳樹²⁾, 堀尾 大介²⁾, 大搦泰一郎^{2,3)},
南 俊行^{2,3)}, 栗林 康造^{2,3)}, 木島 貴志^{2,3)}
- OS 12-5 肝肺症候群を背景とした肺高血圧症に対してマシテンタン内服により急性呼吸不全をきたした一例
神戸市立医療センター 中央市民病院 呼吸器内科
○田代 隼基, 白川 千種, 立川 良, 貴志 亮太, 遠藤 慧, 世利 佳滉,
島 佑介, 嶋田 有里, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真, 中川 淳,
富井 啓介, 滋野 稜

LS3 11:40～12:30

ランチョンセミナー3

座長 伊藤 武文

(奈良県総合医療センター 呼吸器内科)

『肺癌周術期における免疫チェックポイント阻害薬の諸問題』

演 者：藤本 大智

(和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科)

共催：中外製薬株式会社

OS 13 13:10～13:55

一般演題 オーラルセッション

治療手技、検査手技

座長 高濱 誠

(大阪市立総合医療センター 呼吸器外科)

OS 13-1 肺化膿症に伴う感染性仮性肺動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○武田 淳志, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 丸口 直人, 山本 亮,
松村 和紀, 中村 哲史, 上山 維晋, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作,
田口 善夫, 羽白 高

OS 13-2 クライオデバルキングで右完全無気肺による急性呼吸不全を回避し、手術を施行し得た肺扁平上皮癌の一例

独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○井野 隆之, 北川 怜奈, 日隈 俊宏, 世利 佳滉, 竹野内政紀, 平岡 亮太,
平野 克也, 小南 亮太, 東野 幸子, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 三宅 剛平,
水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治, 中原 保治

OS 13-3 CTガイド下生検で診断した末梢発生小細胞肺癌の1例

1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 赤穂市民病院 病理部, 3) 京都大学 呼吸器内科,
4) 名古屋大学

○大道 一輝¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 加藤 五陸¹⁾, 高木 望夢¹⁾, 荒木明日香¹⁾,
榎木 英介²⁾, 橋本健太郎³⁾, 辻 貴宏⁴⁾

OS 13-4 EWS+ヒストアクリルRによる気管支充填術で制御できた侵襲性肺アスペルギルス症
穿破による肺瘻の1例

神戸市立医療センター中央市民病院

○塚本 信哉, 永田 一真, 上田 亮太, 豊田 裕士, 伊藤 雅弘, 田代 隼基,
李 正道, 遠藤 慧, 島 佑介, 金澤 史朗, 平林 亮介, 佐藤 悠城,
中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

OS 13-5 器質化肺炎診断時のTBLBで診断に至らず、その後のクライオ生検で診断されたリンパ脈管筋腫症の一例

- 1) NHO近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
- 2) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
- 3) NHO近畿中央呼吸器センター 放射線科,
- 4) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床検査部

○竹内奈緒子¹⁾, 新井 徹²⁾, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 香川 智子¹⁾,
滝本 宜之¹⁾, 澄川 裕充³⁾, 清水 重喜⁴⁾, 井上 義一²⁾

SS2 14:10～15:00

スイーツセミナー2

座長 沖塩 協一

(近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター 肺がん研究部)

『肺扁平上皮癌に対する化学療法の役割』

演 者：竹安 優貴

(関西医科大学附属病院 呼吸器腫瘍内科講座)

共催：日本化薬株式会社

OS 14 15:10～15:46

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患1

座長 立川 良

(神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科)

OS 14-1 休薬で改善が見られたアミノダロンによる薬剤性肺障害の1例

兵庫県立 淡路医療センター

○松岡 史憲, 堂國 良太, 向田 論史, 桐生 辰徳, 小谷 義一

OS 14-2 乙字湯による薬剤性肺障害を考え薬剤リンパ球刺激試験を施行した1例

和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

○永井 隆寛, 高瀬 衣里, 藤本 大智, 寺岡 俊輔, 早田 敦志, 赤松 弘朗,
中西 正典, 洪 泰浩, 山本 信之

OS 14-3 DLST検査が診断の一助となったアパルタミドによる肺障害の1例

淡海医療センター

○福本 洋介, 石崎 直子, 神田 響

OS 14-4 間質性肺炎合併肺癌に対してニンテダニブが著効し長期生存を得られた一例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科, 2) 吉野病院 呼吸器内科

○鈴木健太郎¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 片岡 良介¹⁾, 村上 伸介²⁾, 福岡 篤彦²⁾

OS 15 15:46～16:22

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患2

座長 南方 良章

(国立病院機構和歌山病院)

OS 15-1 鳥飼病と鑑別を要し、VATS肺生検を実施した抗NOR90抗体陽性の慢性間質性肺炎の一例

1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) NHO 姫路医療センター 放射線科, 3) 天理よろづ相談所病院 病理科

○平岡 亮太¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲司¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 小橋陽一郎³⁾

OS 15-2 ネオシーダーによる急性肺障害が疑われた1例

和泉市立総合医療センター

○上野健太郎, 上田 隆博, 上西 力, 門谷 英昭, 石井真梨子, 武田 倫子, 田中 秀典, 松下 晴彦

OS 15-3 器質化肺炎を合併した重症僧帽弁閉鎖不全症の1例

北野病院

○山中 諒, 井上 大生, 貴志 亮太, 植木 康光, 坂野 勇太, 為定 裕貴, 神野 志織, 伊元 孝光, 森本 千絵, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 丸毛 聡, 福井 基成

OS 15-4 抗MDA-5抗体陽性皮膚筋炎に合併した難治性間質性肺炎に対して血漿交換が有効であった2例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○上田 亮太, 島 佑介, 白川 千種, 永田 一真, 伊藤 雅弘, 田代 隼基, 塚本 信哉, 豊田 裕土, 遠藤 慧, 李 正道, 金澤 史朗, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

OS 16 16:22～16:58

一般演題 オーラルセッション

間質性肺疾患3

座長 黄 文禧

(大阪赤十字病院)

OS 16-1 IIPにpleural callosityを合併したtype II respiratory failure例

1) 橋本市民病院 呼吸器内科, 2) 橋本市民病院 臨床研修センター, 3) 橋本市民病院 病理診断科, 4) 橋本市民病院 総合内科, 5) 橋本市民病院 外科, 6) 橋本市民病院 循環器内科

○藤田 悦生¹⁾, 坂口 雄太²⁾, 織田嶋崇嗣²⁾, 田中 将規¹⁾, 木村 雅友³⁾, 千田 修平⁴⁾, 青木 達也⁴⁾, 堀谷 亮介⁴⁾, 有吉 平⁴⁾, 角野 直央⁴⁾, 有吉 彰子⁴⁾, 澤田 拓²⁾, 稲田 昭彦²⁾, 大畑 美緒²⁾, 富岡帆乃佳²⁾, 天野 雄登⁴⁾, 中村 公紀⁵⁾, 星屋 博信⁶⁾, 河原 正明¹⁾, 駿田 直俊¹⁾

OS 16-2 間質性肺炎に対しnintedanib使用中に臨床的に薬剤性ネフローゼ症候群と診断された一例

神戸市立医療センター中央市民病院

○島 佑介, 上田 亮太, 豊田 裕士, 伊藤 雅弘, 塚本 信哉, 田代 隼基,
李 正道, 遠藤 慧, 金澤 史朗, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

OS 16-3 原発性胆汁性胆管炎に併発した間質性肺炎の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○吉田 薫, 國宗 直紘, 矢野 翔平, 葭 七海, 田中 佑磨, 藤原 直樹,
宮里 和佳, 青柳 貴之, 石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平,
吉村 千恵, 黄 文禧, 西坂 泰夫

OS 16-4 Idiopathic Pleuroparenchymal Fibroelastosisに左反回神経麻痺を合併した一例

1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,

2) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

○滝本 宜之¹⁾, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 小林 岳彦²⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾,
竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾, 橘 和延¹⁾, 新井 徹²⁾, 井上 義一²⁾

第 4 会 場

2F/会議室C・D

OS 17 9:00～9:45

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 1: ドライバー変異 1

座長 山田 忠明

(京都府立医科大学呼吸器内科)

OS 17-1 演題取り下げ

OS 17-2 非喫煙のEGFR陽性小細胞肺癌患者に対してOsimertinibを投与した一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○金子 顕子, 宮崎 慶宗, 長崎 美華, 野田 彰大, 佐藤 竜一, 佐渡 紀克,
齊藤 隆一, 東 正徳, 上田 哲也, 長谷川吉則

OS 17-3 抗ARS抗体陽性で間質性肺炎があるEGFR陽性肺腺癌に対してErlotinibとRamucirumab併用し治療した一例

1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部,
3) 京都第一赤十字病院 感染制御部

○田中 駿也¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 山本 航平¹⁾, 村井 淳二¹⁾, 吉田 理愛¹⁾,
合田 志穂¹⁾, 塩津 伸介²⁾, 弓場 達也³⁾, 内匠千恵子²⁾, 平岡 範也¹⁾

OS 17-4 EGFR遺伝子変異陽性肺癌患者におけるミノマイシン内服の予後への影響

大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器免疫内科

○刀祢 麻里, 岩堀 幸太, 白山 敬之, 二見 真史, 内藤祐二郎, 福島 清春,
三宅浩太郎, 小山 正平, 平田 陽彦, 長友 泉, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳

OS 17-5 大細胞神経内分泌癌に形質転換したEGFR陽性肺腺癌の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○山口 実賀, 松本 啓孝, 齋藤恵美子, 伊藤 峻, 平林 正孝

OS 18 9:45～10:30

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患 2: 免疫チェックポイント阻害剤 1

座長 立原 素子

(神戸大学大学院医学研究科内科学講座呼吸器内科学分野)

OS 18-1 pembrolizumab初回投与後にirAE筋炎を発症した1例

奈良県立医科大学 呼吸器・アレルギー・血液内科

○間瀬 史絵, 高橋 輝一, 田崎 正人, 濱田恵理子, 佐藤 一郎, 岩佐 佑美,
新田 祐子, 藤岡 伸啓, 春成加奈子, 坂口 和宏, 谷村 和哉, 長 敬翁,
大田 正秀, 太田 浩世, 藤田 幸男, 山本 佳史, 本津 茂人, 山内 基雄,
吉川 雅則, 室 繁郎

- OS 18-2 Pembrolizumab投与中に心筋炎を発症し休薬にて改善を認めた一例
社会医療法人誠光会 淡海医療センター 呼吸器内科
○石崎 直子, 福本 洋介, 神田 響
- OS 18-3 ニボルマブ・イピリムマブ投与中にirAE筋炎を発症した一例
天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○松村 和紀, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮,
中村 哲史, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作,
田口 善夫, 羽白 高
- OS 18-4 肺腺癌に対するイピリムマブとニボルマブ併用療法後に、小脳炎を発症した1例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 神鋼記念病院 神経内科
○山本 浩生¹⁾, 門田 和也¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 中村 航大²⁾,
池内 美貴¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
伊藤 公一¹⁾, 村上 永尚²⁾, 笠井 由隆¹⁾, 高橋 正年²⁾, 大塚浩二郎¹⁾,
梶屋 大輝¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾
- OS 18-5 ニボルマブ+イピリムマブ+プラチナ併用療法開始8カ月後にサイトカイン放出症候群
を発現した肺腺癌の一例
1) 和歌山県立医科大学附属病院 卒後臨床研修センター,
2) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科
○平田 裕紀¹⁾, 春谷 勇平²⁾, 藤本 大智²⁾, 根来 和宏²⁾, 北原 大幹²⁾,
永井 隆寛²⁾, 鷺岡 篤司²⁾, 垣 貴大²⁾, 高瀬 衣里²⁾, 村上恵理子²⁾,
柴木 亮太²⁾, 杉本 武哉²⁾, 寺岡 俊輔²⁾, 早田 敦志²⁾, 赤松 弘朗²⁾,
清水 俊雄²⁾, 中西 正典²⁾, 洪 泰浩²⁾, 山本 信之²⁾

OS 19 10:30~11:15

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患3：ドライバー変異2

座長 永野 達也

(神戸大学大学院医学研究科内科学講座呼吸器内科学分野)

- OS 19-1 Tepotinibの低用量隔日投与で長期奏効が得られているMET Exon14 Skipping遺伝子
変異陽性肺腺癌の1例
兵庫県立淡路医療センター 呼吸器内科
○桐生 辰徳, 松岡 史憲, 向田 諭史, 堂國 良太, 小谷 義一
- OS 19-2 ペムブロリズマブ後にテボチニブの再投与を行ったMET exon14 skipping変異陽性肺癌
の1例
兵庫県立がんセンター 呼吸器内科
○安田裕一郎, 山崎 瞬, 田中 美穂, 伊藤 彰一, 河 良崇, 服部 剛弘,
里内美弥子

- OS 19-3 EGFR-TKIに耐性を示した肺腺癌においてRET融合遺伝子が検出された1例
 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院
 ○植木 康光, 北島 尚昌, 山中 諒, 貴志 亮太, 坂野 勇太, 為定 裕貴,
 神野 志織, 伊元 孝光, 森本 千絵, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡,
 福井 基成
- OS 19-4 非小細胞肺癌におけるKRASトランスバージョン変異とトランジション変異の特性の
 違い
 1) 和歌山県立医科大学 第三内科,
 2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター,
 3) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
 4) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
 5) 名古屋大学医学部附属病院 先端医療開発部 データセンター,
 6) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
 7) 愛知医科大学 腫瘍内科 臨床腫瘍センター,
 8) 国立病院機構 名古屋医療センター 腫瘍内科, 9) 公立那賀病院 呼吸器内科
 ○佐藤 孝一^{1,9)}, 赤松 弘朗¹⁾, 洪 泰浩^{1,2)}, 小川 晃一³⁾, 伊佐 俊一⁴⁾,
 安藤 昌彦⁵⁾, 田宮 朗裕⁶⁾, 久保 昭仁⁷⁾, 北川智余恵⁸⁾, 川口 知哉³⁾,
 山本 信之^{1,2)}
- OS 19-5 組織検体の遺伝子パネル検査で陰性であったがリキッドバイオプシーでEGFR遺伝子
 変異陽性であった一例
 1) 京都第二赤十字病院 初期研修医, 2) 京都第二赤十字病院 呼吸器内科
 ○玄 祥樹¹⁾, 谷村 恵子²⁾, 狩野友花里²⁾, 國松 勇介²⁾, 堤 玲²⁾,
 佐藤いずみ²⁾, 谷村 真依²⁾, 竹田 隆之²⁾

LS4 11:40~12:30
ランチオンセミナー4

座長 杉田 孝和
 (日本赤十字社和歌山医療センター 呼吸器内科)

『使用経験から学ぶ免疫チェックポイント阻害薬の
 有害事象マネジメント』

演者: 林 秀敏

(近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門)

共催: MSD株式会社

OS 20 13:10~13:55

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患4

座長 柴木 亮太

(和歌山県立医科大学 内科学第三講座)

- OS 20-1 原発性肺癌の患者の病理解剖にて発見された、転移性肺髄膜腫の一例
1) 社会医療法人 神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター,
2) 同 病理診断センター
○松本 夏鈴¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾,
埜 信人¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾,
大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 榎屋 大輝¹⁾,
田代 敬²⁾, 大林 千穂²⁾
- OS 20-2 膀胱転移・尿管浸潤で腎後性腎不全をきたし腎瘻造設を行った肺扁平上皮癌の一例
1) 神鋼記念病院 呼吸器センター, 2) 神鋼記念病院 泌尿器科,
3) 神鋼記念病院 病理診断科, 4) 神鋼記念病院 消化器内科
○池内 美貴¹⁾, 門田 和也¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 山本 浩生¹⁾,
橋田 恵佑¹⁾, 埜 信人¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾,
大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾, 宮崎 彰²⁾, 田代 敬³⁾, 大林 千穂³⁾,
矢野 安道⁴⁾
- OS 20-3 小細胞肺癌治療中ペグフィルグラスチム投与により大型血管炎を来した一例
奈良県総合医療センター 呼吸器内科
○奥田悠太郎, 花岡 健司, 松本 祥生, 伊佐敷沙恵子, 村上 早穂, 松田 昌之,
伊木れい佳, 伊藤 武文
- OS 20-4 ゲムシタピンによる薬剤性肺炎と鑑別を要した胆管癌肺転移の一例
1) 石切生喜病院 呼吸器内科, 2) 石切生喜病院 呼吸器腫瘍内科
○青原 大介¹⁾, 糸山 美咲¹⁾, 松浦 弘幸¹⁾, 平位 佳歩¹⁾, 谷 恵利子¹⁾,
吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾, 平田 一人¹⁾
- OS 20-5 肺扁平上皮癌のCRを6年維持した後に肺大細胞神経内分泌癌を発症した一例
公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科
○坂本 裕人, 橋本 成修, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨, 武田 淳史, 丸口 直人,
山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介,
田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

SS3 14:10~15:00

スイーツセミナー3

座長 川口 知哉

(大阪公立大学医学部呼吸器内科)

『続発性難治性気胸への治療戦略 —ユニタルクの知見含め—』

演 者：金田浩由紀

(関西医科大学総合医療センター 呼吸器外科)

共催：ノーベルファーマ株式会社

OS 21 15:10~15:55

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患5:免疫チェックポイント阻害剤2

座長 林 秀敏
(近畿大学病院腫瘍内科)

OS 21-1 肺癌免疫療法中に胃炎と胆管炎を生じ、胃粘膜生検により免疫関連有害事象と診断した1例

1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科, 2) 西宮市立中央病院 消化器内科
○塚口 晃洋¹⁾, 藤井恭太郎²⁾, 日下部祥人¹⁾, 軸屋龍太郎¹⁾, 二木 俊江¹⁾,
山口 統彦¹⁾, 堀野 次郎²⁾, 小川 弘之²⁾, 池田 聡之¹⁾

OS 21-2 Atezolizumab 投与中にマクロファージ活性化症候群を合併した浸潤性粘液性肺腺癌の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院
○坂野 勇太, 森本 千絵, 山中 諒, 植木 康光, 貴志 亮太, 為定 裕貴,
神野 志織, 伊元 孝光, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

OS 21-3 肺腺癌の免疫療法中に下痢・血便を認め、当初irAE腸炎が疑われたが、続発性副腎不全と診断した一例

京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科
○立岡 慶祐, 岩破 将博, 片岡 伸貴, 笹田 碧沙, 吉村 彰紘, 森本 健司,
徳田 深作, 金 永学, 山田 忠明, 高山 浩一

OS 21-4 Pembrolizumabが著効したTMB-high進展型小細胞肺癌の一例

市立 岸和田市民病院 呼吸器内科
○藤本 佳菜, 岩嶋 大介, 安田 有斗, 田嶋 範之, 高橋 憲一

OS 21-5 Pembrolizumabを開始するも急激な進行で死亡したPD-L1強陽性のSMARCA4欠損非小細胞肺癌の一部検例

1) 社会医療法人 神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター,
2) 同 病理診断センター
○今尾 舞¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 池内 美貴¹⁾, 山本 浩生¹⁾,
埜 信人¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾,
大塚浩二郎¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾, 大林 千穂²⁾,
鈴木雄二郎¹⁾

OS 22 15:55～16:40

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患6

座長 藤阪 保仁
(大阪医科薬科大学)

OS 22-1 脈絡膜転移を伴う肺腺癌に対し一次治療でPDとなるも二次治療でCRとなり、長期無治療無再発で経過した1例

1) 独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科, 2) 同 病理診断科

○小南 亮太¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳滉¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 安松 良子²⁾

OS 22-2 肺癌に合併したRS3PE症候群にステロイド投与を行い速やかに改善した症例
明石医療センター 呼吸器内科

○山崎菜々美, 畠山由記久, 藤本 葉月, 榎本 隆則, 松尾健二郎, 池田 美穂, 岡村佳代子, 大西 尚

OS 22-3 ステロイド減量とともに増大傾向を示し、診断に難渋した肺癌の1症例

1) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科, 2) 近畿大学病院

○大森 隆¹⁾, 佐野安希子¹⁾, 國田 裕貴¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾, 御勢 久也¹⁾, 西川 裕作¹⁾, 松本 久子¹⁾, 東田 有智²⁾

OS 22-4 腫瘍完全寛解後も神経症状の改善が認められなかった抗Hu抗体陽性限局型小細胞肺癌の一例

1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学, 2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座, 3) 兵庫医科大学 脳神経内科学

○村上 美沙¹⁾, 西村 駿¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 森下 実咲¹⁾, 清田穰太郎¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾, 祢木 芳樹^{1,2)}, 堀尾 大介^{1,2)}, 大搦泰一郎^{1,2)}, 三上 浩司^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)}, 高橋 良^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}, 徳原 悠介³⁾, 木村 卓³⁾

OS 22-5 腫瘍崩壊症候群および播種性血管内凝固を合併した小細胞肺癌の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器内科

○貴志 亮太, 北島 尚昌, 山中 諒, 植木 康光, 坂野 勇太, 為定 裕貴, 神野 志織, 伊元 孝光, 森本 千絵, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡, 福井 基成

OS 23 16:40～17:25

一般演題 オーラルセッション

腫瘍性肺疾患7

座長 吉岡 弘鎮
(関西医科大学附属病院 呼吸器腫瘍内科)

OS 23-1 腫瘍随伴症候群としての抗TIF1- γ 抗体陽性皮膚筋炎を合併した肺腺癌の一例
独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター

○宮崎 業桜, 梁川 禎孝, 川口 亜記, 杉山 陽介, 土屋 貴昭

- OS 23-2 ALK融合遺伝子陽性肺腺癌に対してロルラチニブ内服加療中に転移性胃癌を合併した症例
加古川中央市民病院
○藤岡 美結, 徳永俊太郎, 黒田 修平, 佐伯 悠治, 高原 夕, 藤本 佑樹,
松本 夏鈴, 平位 一廣, 藤井 真央, 多木 誠人, 堀 朱矢, 西馬 照明
- OS 23-3 ネットシムマップによる腸管上皮障害の関与が推測されたbacterial translocationの一例
大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学
○古川雄一郎, 宮本 篤志, 澤 兼士, 大島 友里, 渡辺 徹也, 浅井 一久,
金澤 博, 川口 知哉
- OS 23-4 腸型肺腺癌の2例
1) 住友病院 呼吸器内科, 2) 住友病院 病理部
○渡辺 安奈¹⁾, 中田 侑吾¹⁾, 酒井 勇輝¹⁾, 桂 悟史¹⁾, 松永 由紀²⁾,
南 和宏¹⁾, 奥村 太郎¹⁾, 重松三知夫¹⁾, 藤田 茂樹²⁾
- OS 23-5 進行癌患者に対する緩和的高流量鼻カニューラ酸素療法の有用性を検討する第2相試験
1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科,
2) 公立那賀病院 呼吸器内科, 3) 和歌山県立医科大学附属病院 臨床研究センター
○高瀬 衣里¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 杉本 武哉¹⁾, 柴木 亮太¹⁾,
藤本 大智¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 中西 正典¹⁾, 洪 泰浩¹⁾, 金井 一修²⁾,
下川 敏雄³⁾, 山本 信之¹⁾

第 5 会 場

3F/銀杏

OS 24 9:00~9:45

一般演題 オーラルセッション

アレルギー性肺疾患 1

座長 佐野安希子

(近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科)

- OS 24-1 妊婦の気管支喘息に対するLAMAの有用性について
社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院
○多田 陽郎, 中島 康博, 金廣 有彦
- OS 24-2 肺区域切除後の呼吸機能低下との鑑別を要した喘息の1例
1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 臨床腫瘍部, 3) 同 感染制御部
○山本 航平¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 笹倉 美咲¹⁾, 村井 淳二¹⁾, 田中 駿也¹⁾,
渡邊 理愛¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 塩津 伸介²⁾, 弓場 達也³⁾, 内匠千恵子²⁾,
平岡 範也¹⁾
- OS 24-3 デュピルマブ投与中に好酸球性肺炎を発症した一例
JR大阪鉄道病院
○坂井 俊介, 永井 貴彬, 戸田 詩織, 西田 浩平, 玉垣 学也, 藤井 達夫
- OS 24-4 好酸球性胃腸炎及び難治性気管支喘息併存症例に対する生物学的製剤の使用経験
1) 大阪医科薬科大学 内科学1, 2) 大阪医科薬科大学病院 臨床研究センター
○満屋 奨¹⁾, 中村 敬彦¹⁾, 藤田 守美¹⁾, 大江 崇史¹⁾, 亀井 郁恵¹⁾,
船本 智哉¹⁾, 辻 博行¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾, 松永 仁綜¹⁾, 田村 洋輔¹⁾,
今西 将史¹⁾, 藤阪 保仁²⁾, 池田宗一郎¹⁾, 今川 彰久¹⁾
- OS 24-5 難治性喘息に対しベンラリズマブ投与中に発症したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例
1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 国立病院機構 姫路医療センター 放射線科
○世利 佳滉¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾,
平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
水守 康之¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾

OS 25 9:45~10:30

一般演題 オーラルセッション
アレルギー性肺疾患2

座長 吉村 千恵
(大阪赤十字病院 呼吸器内科)

OS 25-1 一家相伝の布団の関与が疑われた住居関連過敏性肺炎の一例

- 1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 国立病院機構 姫路医療センター 放射線科,
3) 国立病院機構 姫路医療センター 病理
○日隈 俊宏¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
横井 陽子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾,
小南 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 井野 隆之¹⁾,
世利 佳滉¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 安松 良子³⁾

OS 25-2 ステロイド抵抗性の好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修センター, 2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○立花 文香¹⁾, 羽藤 沙恵²⁾, 岡田あすか²⁾, 藤原 隆徳²⁾, 綿部 祐馬²⁾,
乾 佑輔²⁾, 上田 将秀²⁾, 茨木 敬博²⁾, 美藤 文貴²⁾, 竹中 英昭²⁾,
長 澄人²⁾

OS 25-3 自宅外で発症した夏型過敏性肺炎の一例

- 加古川中央市民病院 呼吸器内科
○黒田 修平, 多木 誠人, 佐伯 悠治, 高原 夕, 藤本 佑樹, 松本 夏鈴,
平位 一廣, 藤岡 美結, 藤井 真央, 徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

OS 25-4 ベンラリズマブによる薬剤性器質化肺炎と診断した1例

- 公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院
○為定 裕貴, 北島 尚昌, 山中 諒, 植木 康光, 貴志 亮太, 坂野 勇太,
神野 志織, 森本 千絵, 伊元 孝光, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

OS 25-5 当院における *Schizophyllum commune* による ABPM 6 症例の臨床的特徴

- 独立行政法人国立病院機構 大阪刀根山医療センター 呼吸器内科
○住谷 仁, 横山 将史, 橋本 和樹, 新居 卓朗, 松木 隆典, 橋本 尚子,
辻野 和之, 三木 啓資, 木田 博

SP2 10:40~11:30

スポンサードセミナー2

座長 本津 茂人
(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

『これからの ALK 陽性 NSCLC 薬物療法を考える』

演 者: 里内美弥子
(兵庫県立がんセンター 呼吸器内科)

共催: 武田薬品工業株式会社

LS5 11:40~12:30

ランチョンセミナー5

座長 石川 秀雄

(えいしん会岸和田リハビリテーション病院 喀血・肺循環センター)

『リアルワールドデータを用いた呼吸器内科臨床研究』

演者：康永 秀生

(東京大学大学院医学研究科 臨床疫学・経済学)

『喀血と気管支動脈塞栓術Cutting Edge 2022

-我が国のDPCデータベース研究を中心に』

演者：石川 秀雄

(えいしん会岸和田リハビリテーション病院 喀血・肺循環センター)

共催：テルモ株式会社

OS 26 13:10~13:55

一般演題 オーラルセッション

希少疾患

座長 郷間 巖

(堺市立総合医療センター 呼吸器内科)

OS 26-1 肺感染症の併発によって感染部位で病勢が改善したと思われる自己免疫性肺胞蛋白症の一例

1) 大阪医科大学 内科学1, 2) 大阪医科大学病院臨床研究センター

○島津 保之¹⁾, 池田宗一郎¹⁾, 藤田 守美¹⁾, 大江 崇史¹⁾, 亀井 郁恵¹⁾,
船本 智哉¹⁾, 満屋 奨¹⁾, 辻 博行¹⁾, 松永 仁綜¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾,
中村 敬彦¹⁾, 藤阪 保仁²⁾, 今川 彰久¹⁾

OS 26-2 職業的粉塵吸入の関連が疑われた自己免疫性肺胞蛋白症の1例

大阪府済生会吹田病院

○藤原 隆徳, 美藤 文貴, 羽藤 沙恵, 綿部 祐馬, 乾 佑輔, 上田 将秀,
茨木 敬博, 岡田あすか, 竹中 英昭, 長 澄人

OS 26-3 COVID-19感染を契機に著明に改善した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

1) NHO近畿中央呼吸器センター 内科,

2) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

○柳澤 篤¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 広瀬 雅樹²⁾, 茂田 光弘¹⁾,
小林 岳彦¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成¹⁾, 新井 徹²⁾, 井上 義一²⁾

OS 26-4 多発結節影を呈した結節性リンパ組織過形成の一例

独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

○平野 克也, 北川 怜奈, 日隈 俊宏, 井野 隆之, 世利 佳混, 竹野内政紀,
平岡 亮太, 小南 亮太, 東野 幸子, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 横井 陽子,
三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信, 河村 哲治

- OS 26-5 多発すりガラス結節を呈した血管内大細胞型B細胞リンパ腫の一例
1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科, 2) 天理よろづ相談所病院 放射線科,
3) 天理よろづ相談所病院 病理診断部
○山本 亮¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾, 武田 淳志¹⁾,
丸口 直人¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾, 池上 直弥¹⁾, 上山 維晋¹⁾,
加持 雄介¹⁾, 橋本 成修¹⁾, 田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 久保 武²⁾,
野間 恵之²⁾, 桂川 広幸³⁾, 住吉 真治³⁾, 小橋陽一郎³⁾, 羽白 高¹⁾

SS4 14:10~15:00

スイーツセミナー4

座長 池上 達義

(日赤和歌山医療センター 呼吸器内科)

『COPD患者に併存するフレイル・サルコペニアに対する
新たな治療アプローチ ~漢方薬治療の可能性~』

演 者: 大林 浩幸

(東濃中央クリニック)

共催: クラシエ薬品株式会社

OS 27 15:10~15:46

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦郭疾患1

座長 栗林 康造

(兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学)

- OS 27-1 結核性胸膜炎との鑑別が困難であった悪性胸膜中皮腫の一例
1) 大阪府済生会千里病院, 2) 大阪大学大学院医学系研究科
○古川 諒¹⁾, 森本 彬人¹⁾, 古川 貢¹⁾, 多河 広史¹⁾, 松浦 良信¹⁾,
舟木壮一郎²⁾, 伊藤 裕介¹⁾, 山根 宏之¹⁾
- OS 27-2 切除不能悪性胸膜中皮腫治療における緩和的照射の予後に与える影響
1) 独立行政法人 労働者健康安全機構 関西ろうさい病院 初期研修医,
2) 独立行政法人 労働者健康安全機構 関西ろうさい病院 呼吸器外科
○三木佑一郎¹⁾, 戸田 道仁²⁾, 谷村 拓也²⁾, 鈴木 智嗣²⁾, 山本 亜弥²⁾,
岩田 隆²⁾
- OS 27-3 肺への直接浸潤から中枢気道へ鑄形状の進展を呈した悪性胸膜中皮腫の1例
京都第二赤十字病院 呼吸器内科
○狩野友花里, 國松 勇介, 堤 玲, 佐藤いずみ, 谷村 真依, 谷村 恵子,
竹田 隆之
- OS 27-4 悪性胸膜中皮腫治療中に肺結節病変を呈した一症例
公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院 呼吸器・免疫内科
○神島 望, 甲原 雄平, 田中 雅樹, 二宮 隆介, 井原 祥一, 立花 功

OS 28 15:46～16:22

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦郭疾患2

座長 澤 兼士

(大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学)

- OS 28-1 検診で発見された胸腔内胸壁脂肪腫の一例
1) 赤穂市民病院, 2) 京都大学, 3) 名古屋大学
○松尾 公太¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 荒木明日香¹⁾, 加藤 五陸¹⁾, 高木 望夢¹⁾,
大道 一輝¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾
- OS 28-2 *Parvimonas micra*による膿胸の1例
1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科, 2) 淀川キリスト教病院 呼吸器外科
○下山由希子¹⁾, 水谷 萌¹⁾, 澤 信彦¹⁾, 篠木 聖徳¹⁾, 岡田 諭志²⁾,
吉井 直子¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾, 加地 政秀²⁾, 紙森 隆雄¹⁾
- OS 28-3 治療抵抗性の経過を呈した前縦隔原発小細胞癌の一例
大阪大学医学部附属病院 呼吸器内科
○東 浩志, 大平 貴華, 谷崎 智史, 内藤真依子, 細野 裕貴, 山本有美子,
白山 敬之, 平田 陽彦, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳
- OS 28-4 診断に苦慮したIgG4関連胸膜心膜炎の一例
洛和会 音羽病院
○古室 太誠, 柴原 一毅, 榎本 昌光, 畑 妙, 田中 友樹, 田宮 暢代,
土谷美知子, 長坂 行雄, 堀本かんな, 一瀬増太郎

OS 29 16:22～16:58

一般演題 オーラルセッション

胸膜・縦郭疾患3

座長 本津 茂人

(奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座)

- OS 29-1 ブシラミンによる胸水貯留を認めた黄色爪症候群の1例
加古川中央市民病院
○平位 一廣, 黒田 修平, 高原 夕, 松本 夏鈴, 藤岡 美結, 藤井 真央,
多木 誠人, 徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明
- OS 29-2 神経鞘腫と鑑別を要した限局型キャッスルマン病の一例
1) 社会医療法人愛仁会 明石医療センター 呼吸器内科,
2) 社会医療法人愛仁会 明石医療センター 呼吸器外科
○藤本 葉月¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 榎本 隆則¹⁾, 松尾健二郎¹⁾, 山崎菜々美¹⁾,
池田 美穂¹⁾, 畠山由記久¹⁾, 大西 尚¹⁾, 田内 俊輔²⁾
- OS 29-3 肺腺癌に対するCisplatin + Pemetrexed + Pembrolizumab維持療法中に発症した好酸球性胸膜炎の1例
大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科
○綿部 裕馬, 上田 将秀, 岡田あすか, 羽藤 沙恵, 藤原 隆徳, 乾 佑輔,
茨木 敬博, 美藤 文貴, 竹中 英昭, 長 澄人

OS 29-4 局麻下胸腔鏡検査を施行した瘰癧性胸水の1例

姫路医療センター 呼吸器内科

○北川 怜奈, 河村 哲治, 佐々木 信, 塚本 宏壮, 水守 康之, 三宅 剛平,
横井 陽子, 勝田 倫子, 鏡 亮吾, 加藤 智浩, 東野 幸子, 小南 亮太,
平野 克也, 平岡 亮太, 竹野内政紀

ポスター会場

ギャラリー

P 13:20~14:10

ポスターセッション
(アワード・セッション)

座長 西野 和美

(大阪国際がんセンター 呼吸器内科)

中西 正典

(和歌山県立医科大学 内科学第三講座)

- P-1 胸痛を主訴に来院し細菌性肺炎・胸膜炎と鑑別を要した器質化肺炎の一例
1) 滋賀医科大学 医師臨床教育センター, 2) 同 呼吸器内科,
3) 同 保健管理センター, 4) 同 感染制御部
○田中 伶於¹⁾, 横江 真弥²⁾, 松田 正²⁾, 奥田 祥伍²⁾, 入山 朋子²⁾,
黒田 凌²⁾, 成宮 慶子²⁾, 角田 陽子²⁾, 山崎 晶夫²⁾, 松尾裕美子³⁾,
内田 泰樹²⁾, 仲川 宏昭²⁾, 黄瀬 大輔²⁾, 山口 将史²⁾, 大澤 真⁴⁾,
小川恵美子³⁾, 中野 恭幸^{2,4)}
- P-2 慢性NK細胞増殖症 (CLPD-NK) の肺浸潤に対してステロイド単独治療が奏功した一例
市立吹田市民病院
○大原 邦諒, 宮崎 暁人, 徳永 正浩, 依藤 秀樹, 津田 学, 角田 尚子,
稲田 怜子, 田邊 英高, 鬼追 芳行, 宮崎 昌樹, 鉄本 訓史, 片田 圭宣
- P-3 MET 遺伝子 Exon14 skipping 変異陽性非小細胞肺癌の一例
大阪府済生会野江病院
○田里 美樹, 田中 彩加, 藤木 貴宏, 日下部悠介, 中山 絵美, 山本 直輝,
松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃
- P-4 右乳癌放射線治療後に照射野外放射線肺臓炎をきたした1例
神戸市立医療センター西市民病院
○森本健太郎, 瀧口 純司, 岩林 正明, 横田 真, 橋本 梨花, 網本 久敬,
金子 正博, 藤井 宏, 富岡 洋海
- P-5 Parvimonas micra, Fusobacterium nucleatum による膿胸を認めた1例
1) 愛仁会 千船病院 内科, 2) 愛仁会 千船病院 呼吸器内科,
3) 愛仁会 千船病院 リハビリテーション科
○中野 知貴¹⁾, 住谷 充弘^{2,3)}, 竹嶋 好²⁾
- P-6 肺癌治療中に Trousseau 症候群の病勢が低下した可能性のある一例
大阪府済生会野江病院 呼吸器内科
○梶原 佑一, 山本 直輝, 藤木 貴宏, 日下部悠介, 中山 絵美, 田中 彩加,
松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

抄 録

■ 記念講演

■ 第100回大会記念シンポジウム

EL 教育講演

LS ランチョンセミナー

SS スイーツセミナー

SP スポンサーードセミナー

■ 男女共同参画推進フォーラム

感染症学のこれまでとこれから

大曲 貴夫

国立国際医療研究センター 国際感染症センター

第二次大戦後、感染症対策は世界の多くの国々の大きな課題であった。結核対策、一般細菌による感染症対策が行われた。これにより日本は抗菌薬の開発を活性化させ、多くの抗菌薬が世界に送り出された。また結核対策は大きな成果を挙げ、これが日本における Universal Health Coverage の達成に大きく貢献した。感染症対策が社会の安定化に重要な役割を果たしてきた。

しかし1980年代頃からは感染症の問題が現象としては小さくなり、あまり扱われなくなった。抗菌薬の開発もこの頃から鈍っている。生活習慣病、がんなどへの社会的な関心が高まった時代であった。

しかし1990年頃から新たに感染症の問題が出てきた。鳥インフルエンザの問題に始まり、SARS が発生することで世界的に関心が高まった。SARSの発生により国際保健規則も改訂され、国家間の協力により感染症対策が行われるようになった。2009年には新型インフルエンザによるパンデミックが流行し、国家間協力の重要性がさらに認識された。

2014年には西アフリカにおいてエボラ出血熱が流行し、米国などで輸入例が発生したことをうけてWHOにより国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態と認定された。それまでアフリカの国々で限定的に起こる風土病と認識されていたエボラ出血熱が世界的に拡散したことは大きな衝撃をもって捉えられた。またこれ以降、このような感染症危機に対応出来る医薬品等の研究開発に関心が高まることとなった。

そして現在は2019年末以降からCOVID-19によるパンデミックの最中にある。COVID-19は多くの感染者、死亡者を発生させただけでなく、社会全体に対する影響は極めて甚大であった。パンデミックの影響と言えば20世紀初頭のスペイン風邪の流行のことがよく語られるが、現代でも同じ問題が起こることが示された。

今後はどうなるのだろうか。感染症の危機に対するためには診断薬・治療薬・ワクチンの迅速な開発が必要なことがわかった。これを可能とするための国際的な枠組みの形成が進んでいる。先進国だけでなく全ての国の市民がこれらにアクセス出来るような仕組み作りも同時に必要である。超高齢社会である日本において、甚大な数の患者が発生する新型コロナウイルス感染症やインフルエンザの医療や介護に与える影響が極めて大きいことがわかった。今後はこれらのリスクに備え、かつ発生時には対応出来るには医療介護体制、地域医療体制が構築される必要があり、こちらも国では感染症法の改正や地域医療計画の改定等の形で議論がはじまっている。また更に広い意味で、感染症の脅威に強くかつ感染症の脅威下でも人間らしい生活をしながら社会生活を維持できるようなインフラ作りも進んでいくと思われる。

第100回大会記念シンポジウム

「これまでとこれから」～アレルギー・免疫・炎症学術部会～

岩永 賢司

近畿大学病院 総合医学教育研修センター

日本では、今や国民病と呼ばれるアレルギー性鼻炎の罹患率上昇に見られるように、アレルギー疾患患者が増加し、新たな免疫・炎症性疾患も発見されている。

アレルギー・免疫・炎症の分野において、様々な基礎研究によりそれらのメカニズムが解明されてきた。とりわけ、1966（昭和41）年に石坂博士ご夫妻によるIgEの発見は、アレルギー・免疫の研究発展に多大な貢献をなし、抗IgE抗体製剤が2009（平成21）年から臨床応用され、難治性喘息に有効性を示すに至っている。

1990年代初頭には、喘息の病態が、好酸球を主体とする慢性気道炎症であることが判明した。1993年に発表された日本のアレルギー疾患ガイドラインには、喘息は単なる気道の可逆的閉塞ではなく、気道の慢性炎症であるが故、抗炎症治療（吸入ステロイド薬）の必要性が示されるようになった。その後、吸入ステロイド薬が第一選択薬になり、長時間作用性 β 2刺激薬、ロイコトリエン受容体拮抗薬、長時間作用型抗コリン薬なども加わって、多くの喘息コントロールは長期に渡り可能になった。喘息増悪による救急受診や入院、喘息死も激減したのである。しかしながら、これらの治療を行い、コントロールを不良にさせる因子に対処しても病状の安定しない難治性喘息が存在する。近年、ILC2（グループ2自然リンパ球）が発見され、獲得免疫のみならず自然免疫も喘息に関与することが判明し、難治性喘息のメカニズムとして注目されている。また、Th2、ILC2、好酸球などの関与する2型炎症が喘息の炎症メカニズムとされるが、2型炎症の関与に乏しい喘息も存在すると考えられており、今後の研究の進展が期待される。

喘息の慢性気道炎症における分子生物学的な解明により、前述の抗IgE抗体のほか、好酸球をターゲットとした抗IL-5抗体・抗IL-5受容体 α 抗体、さらには抗IL-4受容体 α 抗体、抗TSLP抗体が開発され、臨床応用されている。これらは難治性喘息に対して用いられるが、薬剤選択における確立したバイオマーカーがなく、高価な薬剤だけに今後の研究が期待される。

喘息は患者ごとに多様な背景・病態を有する疾患である。今後の基礎研究、ファノタイプ・エンドタイプ分類研究の発展により、喘息の個別化治療、精密治療が促進されることが予測される。

第100回大会記念シンポジウム

COPD これまでとこれから ガイドラインの変遷に見える病態理解の深化

室 繁郎

奈良県立医科大学呼吸器内科学講座

COPDの疾患概念は、1950年台頃から様々な変遷を経て確立されてきた。日本においては、1995年に日本胸部疾患学会から“慢性閉塞性肺疾患・気管支喘息の診断と治療指針”が当時の日本胸部疾患学会から発行され、1999年には日本呼吸器学会から“COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン”の初版が刊行され、2022年に第6版が発表されるに至っている。海外においても、それぞれの国の実情に合わせたガイドラインが発表されているが、世界的な共通標準ドキュメントとしては、2001年にWHO（世界保健機構）とNHLBI（米国心臓、肺、血液研究所）の共同プロジェクトとして発表されたGOLD（Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease）のレポートがある。GOLDの初版において、COPDは閉塞性換気障害を来す疾患と定義され、その本態は慢性の気道炎症であるとされ、原因として長期の喫煙を中心とした障害性因子の長期吸引が強調された。このころは、長時間作用型気管支拡張薬が相継いで上市されたこともあり、COPDが“治療反応性の乏しい”neglected disease”から、“treatable and preventable”（2006GOLD report）へと変化していった時代でもあった。一方で、閉塞性換気障害に注目することは診断基準の統一に貢献し、種々のデータ集積・知見の発信に大いに貢献した一方で、閉塞性換気障害の重症度はCOPDの症状や増悪、予後といった重要アウトカムと関連がさほど強くないことも指摘された。これらの知見の集積とともに、COPDを全身性疾患と捉えること、症状、QoLといった患者報告型アウトカムの診療における重要性、各種の合併症・併存症・サルコペニア・フレイル等々がCOPDの双方向的に強く関連していること、呼吸リハビリテーションの重要性の認識が進んでいった。薬剤治療においては、長時間作用性吸入気管支拡張薬（LABDs）の開発に伴い、症状の緩和・QoLの向上、増悪の抑制を通じて、近年では生命予後を改善することも示唆する結果が報告されるに至っている。しかしながら、LABDsとクラス異なる薬剤の開発は活発ではなく、COPDはいまだに基本的には進行性の疾患である。超高齢化社会を迎え、COPDの社会的な負荷は今後も多大であると想定され、異なったクラスの薬剤開発や、新規治療の開発が待たれる。

第100回大会記念シンポジウム

肺がん薬物療法のこれまでとこれから

高山 浩一

京都府立医科大学 大学院医学研究科 内科学呼吸器内科分野

過去30年余りにおける肺がん薬物療法の長足の進歩は異論のないところでしょう。1987年に医師になった私はその発展の過程を実際に目の当たりにしながら医師人生を歩んできました。本講演では年代を追って肺がん薬物療法の進歩を私の実感を交えてお話しします。

私が医師になった当時の肺がん診療は今から振り返ると悲惨な状況でした。1984年にシスプラチンが上市されて医療の現場にも期待感はありませんでしたが、制吐剤がステロイドとプリンペランしかない状況でシスプラチンを使えばどうなるか容易に想像がつくと思います。一方、化学療法による生存期間は6ヵ月程度で効果を実感できる患者は少数でした。このような厳しい状況を背景に肺がん診療に熱意を持つ多くの医師により臨床研究が盛んに行われるようになりました。1990年代に入ってシスプラチンに匹敵する第三世代と呼ばれる新規細胞障害性抗がん剤が多数開発され、肺がん治療への関心が高まりました。タキサン系薬剤や代謝拮抗剤などさまざまな作用機序をもつ薬剤が上市され、プラチナ製剤との併用による臨床試験がたくさん行われました。その結果、生存期間は1年を少し超えるところまで延長しましたが、それ以上のブレイクスルーは得られず1990年代後半は閉塞感に覆われつつあったように思います。

2000年代に入ってエポックメイキングなイベントは何と言っても分子標的薬の登場でしょう。2002年に世界に先駆けてイレッサが日本で承認され、その劇的な効果を実感することになりました。ドラッグラグが叫ばれる現在では考えにくいですが、当時はイレッサを求めて海外から患者が来日していた時代です。さらに、臨床研究からコンパニオン診断の重要性が明らかとなり、新たなドライバー遺伝子の発見と阻害薬の創薬、そして現在のがんゲノム医療へと続く流れはトランスレーショナルリサーチの必要性を決定づけ、進歩するがん研究の象徴となりました。2015年には免疫チェックポイント阻害剤が登場し、今や同剤なくして肺がん治療は考えられない時代です。また最近ではがん特異的抗体と細胞障害性抗がん剤の複合体が盛んに開発されています。一度は下火になった免疫療法や抗体治療が研究の積み重ねで新たな治療法としてよみがえる様をみていると無駄な研究などないのだとあらためて感じています。

治療法の進歩により実際に肺がん患者の生命予後は著しく改善しました。しかし、長期生存できる患者は一部であり、副作用のコントロールも決して十分とは言えません。私も今の治療に満足している訳ではないですが、昔に比べたら・・・と考えてしまう自分がいるのも事実です。古来、新たな時代を作るのは「今」に不満を抱き、明確な「未来」を描ける人たちです。最先端の治療を当たり前に実施している若い先生方にこそ、現状に満足することなく肺がん治療の新たな地平を開いて欲しいと願っています。

第100回大会記念シンポジウム

これまでとこれから 細胞分子学術部会

佐藤 篤靖

京都大学 医学研究科 呼吸器内科学

近年の科学技術の発展は著しく、遺伝子編集やiPS細胞などの技術も瞬く間に商業ベースで一般化された。また、インターネットの発展に伴いクラウドデータベースにはシングルセル解析や次世代RNAseqの膨大な情報が論文発表と共に掲載され、バイオインフォマティクスを用いる情報処理能力が必要な時代となった。情報は多次元であり、解析手法も専門的知識を求められ、多くの研究者がサイエンスとの距離を感じざるを得ない状況である。我が国においては、このような新しい技術に対応できる人材の育成と、特に医学研究への取り込みは世界と比して大きく遅れており、予算額も含めて危機的な状況である。アカデミアの基礎医学研究は規模と予算が縮小傾向にあり、高度なサイエンスが求められる時代において世界とギャップを生じ、拡大し始めている。

一方で新規治療の発展は科学技術の進歩が大きく寄与しており、免疫学分野を中心に市場に多くの薬剤が登場した。現在も世界の薬剤開発競争は熾烈であるが、呼吸器分野の開発状況はシーズに乏しく世界的に盛んとはいえない状況である。呼吸器分野での問題点は検体を得ることが困難であり、細胞実験に用いる細胞が限定され、疾患モデル動物も理想的ではないことが挙げられる。このような厳しい状況下においても、世界の研究者は新しい技術を用いて各疾患の病態解析を行い、新しい知見が蓄積されてきた。しかしながら科学の発見が、我々の知る積み上げてきた医学知識や臨床経験と必ずしも一致するものではなく、一部の側面を詳細に説明していることを理解すべきであり、キーワードが独り歩きする状況は望ましくはない。臨床と研究の両方を行う事で成立する理解があり、細胞分子学術部会の役割として学会員への情報提供を準備中である。

当日は、呼吸器分野に求められる今後の研究方向性や、細胞分子学術部会で企画する学会活動をお話する。

第100回大会記念シンポジウム

「これまでとこれから」 呼吸管理学会

山内 基雄

奈良県立医科大学 呼吸器内科学講座

呼吸管理は急性期呼吸管理と慢性期呼吸管理に分けることができるが、今回は慢性期呼吸管理にフォーカスを当てて、『慢性期呼吸管理のこれまでとこれから』をお話する予定である。

慢性期呼吸管理は、なにも呼吸器疾患に限ったものではなく、様々な診療科疾患に起因した呼吸障害に対して必要とされる。脳神経内科疾患、循環器内科疾患、内分泌内科疾患、さらには小児神経疾患から成人呼吸管理へのトランジションなど、多岐にわたる診療科疾患の慢性期呼吸管理が実臨床で実施されているにもかかわらず、必ずしも呼吸器内科医がこれらの慢性期呼吸管理のイニシアティブをとっているとは限らない現状がある。

また、慢性期呼吸管理には24時間必要な管理と夜間睡眠中のみ必要な管理とがある。NPPVやCPAPなどの非侵襲的換気（NIV）を用いた呼吸管理は睡眠中の使用から導入されることが多い。睡眠時無呼吸症候群に対するCPAP療法は、その認知度の広がりから呼吸器内科医以外の診療科医から処方されることが多くなったが、CPAPアドヒアランスは50%程度でありCPAPアドヒアランスの改善に向けた課題が残る。その中で、本邦でも最近CPAP不認容患者に対する新規治療である植込み型舌下神経刺激療法が導入された。ここ最近、新規薬物療法を加え睡眠時無呼吸症候群に対する新規治療の開発がにわかに盛んになっているのである。

以上の現状を総括しながら、これまでとこれからの呼吸管理に対する情報を共有し、ディスカッションできればと考えている。

クライオ生検指針

-安全にクライオ生検を行うために-

西井 洋一

松阪市民病院 呼吸器センター

気管支鏡は呼吸器疾患の診断において、幅広く活用され、間質性肺炎や肺癌診断に有用であり安全性が高いとされている。しかしながら、間質性肺炎の組織型を決定するためには通常の気管支鏡による肺生検では採取できる肺胞数が限られており、有用性は低い。また、原発性肺癌の治療は肺癌組織の遺伝子、免疫療法など個別化医療の様相を呈し、量、質的評価に耐えうる採取が必要となっており、従来の肺生検では困難と報告されている。

これらの問題を解決すべく、従来の経気管支肺生検よりも大きな検体を採取し得る方法として、クライオ生検が用いられるようになってきている。クライオ生検は大きな検体を採取できるという利点がある一方で、出血、気胸のリスクが高いことが知られており、経験の浅い医師が安易に行う検査ではない。日本国内では2017年に薬事承認を得てクライオ生検を導入した、あるいは導入を検討している医療機関は急激に増加している。安全にクライオ生検を施行するために2019年に本ワーキンググループが立ち上げられたが、海外のデータを含め十分な臨床試験、データがある状況ではなく、臨床試験のデータのみを評価してガイドラインを作ることは困難な状況である。そこで、海外の臨床試験、ガイドラインを踏まえつつ、日本の医療機関の環境に合わせた適切な使用方法について『クライオ生検指針』を報告した。2021年でリユースタイプのクライオプローブは販売が終了し、現在は新規で導入する施設はシングルユースタイプとなるため、本年指針は第1.1版を報告した。

びまん性肺疾患、肺野末梢病変（主に肺癌NGS検査）など対象、目的、施設体制の違いにより生検の凍結時間、採取個数、出血、気胸の合併症やその対応策が変化すると考えられ、当ワーキンググループ内、パブリックコメントでも議論の中心となり、本邦の指針の特徴でもある。本講演において指針の作成の経緯を踏まえ、内容について解説する。

小型肺癌に対する区域切除は新たな標準治療となりうるのか？

中嶋 隆

大阪市立総合医療センター 呼吸器外科

1980年代後半から小型非小細胞肺癌に関する研究が進み、病理学的非浸潤癌の存在が明らかになるとともに、画像診断技術の進歩によりHigh resolution CTでのすりガラス陰影と腫瘍全体径の比(Consolidation Tumor Ratio: C/T比)と病理学的浸潤度が関連することがわかってきた。また標準治療は長らく肺葉切除とリンパ節郭清であったが、1990年代から肺葉を温存する縮小手術に関する複数の後ろ向き研究によりその可能性が示唆され始めた。

これらの知見に基づき、2cm以下の肺野末梢非小細胞肺癌において、CT比:0.25以下の非/微小浸潤癌に対しては肺部分切除の妥当性を検討する検証的非ランダム化試験のJCOG0804/WJOG4507Lが、またCT比:0.25以上の小型浸潤癌に対しては肺区域切除の肺葉切除に対する全生存における非劣勢を検証するJCOG0802/WJOG4607Lが行われた。

JCOG0804/WJOG4507Lは2018年に結果が公表され、5年無再発生存割合は97.5%と良好な局所制御が報告された。

また、JCOG0802/WJOG4607Lは2009年から試験開始。1106例が登録され、2021年にその結果が公表され、全生存期間で肺葉切除に対する区域切除の非劣勢のみならず優越性まで示される結果となった。一方事前設定したFEV1を用いた区域切除の低侵襲性は示すことはできず、また区域切除の局所再発は肺葉切除の約2倍だった。しかし区域切除群では、局所再発に対する外科的再切除が積極的に行われたこと、第2癌に対してより積極的な治療が行われ他癌死より少なかったことが、全生存期間で優越性が得られた要因であることが示唆された。

一方同時期に北米の研究グループ(CALGB)でも2cm以下小型末梢非小細胞肺癌に対する肺葉切除に対する縮小手術(部分切除と区域切除)の無再発生存期間での非劣勢を検証する比較第III相試験(CALGB140503)が行われ、縮小手術の非劣勢を証明する結果が本夏に公表された。

これらの結果から、2cm以下の末梢非小細胞肺癌に対する今後の標準治療はCT比0.25以下のものに対しては、部分切除を、またCT比0.25以上のものに対しては区域切除が標準治療と考えられ、次期肺癌診療ガイドラインの改定においてもより強い推奨度で記載がなされる予定である。

しかしこれらの結果を一般診療で広めていくための問題は多い。肺を可能な限り温存することは重要であることは示されたが、区域切除を選択することで増加する局所再発に対する救済治療としての再切除が一般診療として広く普及できるのか、またほぼ同じ対象で部分切除を許容したCALGB試験の結果とどのようにすり合わせてゆくのか、これらの試験の副次解析を行い議論続けることは今後も必要であると考えられる。

COPD患者における身体活動性とセデンタリー行動

南方 良章

国立病院機構和歌山病院 呼吸器内科

COPD患者では、息切れのため身体活動性は低下しており、フレイルの悪循環に陥ることで健康寿命ならびに生命予後が短縮する。この悪循環を断ち切るには、身体活動性を評価し、維持・向上させることが重要である。本邦のガイドラインにおいても、身体活動性の向上と維持は重要な管理目標のひとつとして掲げられている。それにもかかわらず、身体活動性はその評価法、COPD患者での特徴、有効な介入方法など、確立されていない点が山積されている。

身体活動性に対する患者の自己評価は、客観的測定結果に比べ過大評価の傾向があり、しかも医療者の評価は患者の自己評価より更に過大評価する傾向にある。したがって、医療者は患者の身体活動性低下状態を把握し、可能なら歩数計や加速度計等を用いた客観的評価を考慮する必要がある。COPDの身体活動性は健常者より有意に低下しているが、呼吸困難感、運動耐容能、呼吸機能、就業状態、年齢、心機能、不安感などの関連が示唆される。さらに脊柱起立筋の筋肉量やアイリシン、GDF-11（成長分化因子-11）等のマイオカインの関与も本邦から報告されている。身体活動性の向上には患者個々の病態に応じた活動目標値の提供が重要である。我々は、重回帰式を用いてCOPD患者の歩数標準値の予測式を作成し、さらに、現状の歩数と算出された標準値から患者個々の歩数目標値の設定方法を考案した。この目標値をCOPD患者に提供し、身体活動性向上に活用いただけることを期待する。

一方、覚醒時のエネルギー消費量が ≤ 1.5 METsの活動（主に座位やリクライニング状態）をセデンタリー行動と呼び、その重要性が近年注目されている。座位時間の長い一般住民では、短い人に比べ1.24倍死亡のリスクが高くなることがメタ解析で示されている。特に日本人は、諸外国に比べ座位時間は長く、逆に歩数は多いことが報告されており、座りがちの活動者（sedentary exercisers）に分類される傾向がある。COPD患者においては、 ≥ 3.0 METsの活動時間で補正後も、セデンタリー時間の長い患者では短い患者より有意に予後は不良で、セデンタリー時間は身体活動性とは独立したCOPD死亡の危険因子であることが示されている。COPD患者では健常者より明らかに日中のセデンタリー時間は長く、特にテレビ視聴に費やしていることが多い。これに対し、座位時間を1日30分減少させること、あるいは座位が30分持続した場合には一度座位を中断する（立ち上がる）こと等が有用な可能性がある。気管支拡張薬でもセデンタリー時間短縮、身体活動性向上が期待でき、薬物療法の併用はもちろん重要である。

COPDの身体活動性向上のための非薬物療法として、座位時間の短縮あるいは中断と歩数の増加（Remove sedentary, Move COPD）という介入戦略が今後重要になると考えられる。

ハイフローセラピー（HFNC）の現状と今後の期待

富井 啓介

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

ハイフローセラピー（以下HFNC）は2015年FratらによるFLORALI研究以降わが国でも急速に普及した。当初ネーザルハイフロー（英語のNasal High Flowは商品名）の名称で呼ばれたが、呼吸器学会および呼吸ケア・リハビリテーション学会では2017年「酸素療法マニュアル」出版時に、文献での使用頻度が最も高く、また主要ジャーナルが採用しているということで、名称としては「高流量鼻カニュラ（HFNC: High Flow Nasal Cannula）」を採用した。ただし診療報酬算定上は「ハイフローセラピー」の名称が使用されている。これまでにない高流量ガスを鼻腔から直接体内に投与して障害を起ささない理由は、高性能加温加湿器および加温回路によって体内に流入するガスの相対湿度を100%まで上げられ、気道粘膜の保護と同時に粘液線毛系の機能亢進がもたらされているためである。

HFNCが急性1型呼吸不全に対して有利なのは、高流量ガス流入に伴う呼気抵抗がわずかながら呼気時気道内陽圧をもたらし、それによって肺泡リクルートメント効果によりガス交換能が改善すること、解剖学的死腔のウォッシュアウトにより換気効率が改善すること、それらによって呼吸仕事量の減少および吸気努力の減少が得られ、ひいては経肺圧軽減による肺保護作用がもたらされることによると考えられる。通常酸素療法と比較して挿管率やICU死亡率の低下が認められ、ERSガイドラインでも急性1型呼吸不全において強い推奨となっている。

HFNCは高流量酸素投与デバイスのひとつであり、患者の呼吸状態に関わらず一定濃度の酸素投与が可能であり、慢性2型呼吸不全患者の炭酸ガス貯留リスクを減らすことができる。さらに死腔のウォッシュアウトによる肺泡換気量増加でPaCO₂の減少、分時換気量や呼吸努力・仕事量の減少がもたらされる。そのため夜間睡眠中にHFNCを使用すると呼吸や睡眠の安定化とともに呼吸筋の休息が可能であり、その結果日中のHFNC非使用時でもPaCO₂低下がえられると考えられる。また長期間在宅で使用することで、2型呼吸不全を伴う重症COPDの増悪頻度が減ることが日本人のRCTで示されており、今春より在宅HFNCが保険承認された。

HFNCは運動時低酸素をともなうCOPDやIPFの運動療法中に併用することで、運動耐容能が改善することが示されており、今後はリハビリ分野での使用も期待される。また酸素化改善、呼吸困難軽減などに加えて気道の加湿、経口摂取や会話の維持など使用中の患者のQOLも高く、呼吸不全終末期の緩和ケアとしても有用と考えられる。

EGFR 遺伝子変異陽性肺癌における術後補助療法の変遷

金田 裕靖

大阪公立大学大学院医学研究科 臨床腫瘍学

肺癌術後化学療法に大きな変革が起こっている。分子標的治療薬と免疫チェックポイント阻害薬の適応が拡大した。周術期治療でも個別化医療が導入されたことになる。進行・再発非小細胞肺癌の治療成績は、分子標的治療や免疫チェックポイント阻害薬の登場で飛躍的に向上しているが、切除肺癌でこれらの薬剤は再発時にのみ使用可能となり、切除症例において恩恵は限られていた。

術後補助化学療法は、1990年代あたりから臨床試験が開始され、2000年代に術後補助化学療法に関する大規模試験結果が発表され、病理病期IB-III A期の非小細胞肺癌の5年生存率がシスプラチン併用療法により約5%向上される事が示された。その後、分子標的治療薬や癌免疫補助療法剤の上乗せを検証した臨床試験が行われたが結果を示すことはできなかった。2017年以降、EGFR 遺伝子変異陽性を有する切除肺癌に対してEGFRチロシンキナーゼ阻害薬（EGFR-TKI）の効果を検証した第III相試験が現在まで複数実施されている [RADIANT試験、SELECT試験、EVAN試験、BR.19試験、CTONG1103試験、CTONG1104試験（ADJUVANT）、IMPACT試験（WJOG6410）、ADAURA試験]。プラセボや細胞障害性抗がん剤と比較して無病生存期間（DFS）延長効果を示したが、現時点で全生存期間（OS）の延長を示した試験結果は示されていない。

ADAURA試験は、FLAURA試験で有効性を認めた集団、EGFR 遺伝子感受性変異（exon19 delまたはL858R）を有する、病理病期IB-III A期の非小細胞肺癌術後患者を対象にオシメルチニブ3年間内服による有効性をプラセボ比較で検証した国際共同第III相試験である。主要評価項目は病理病期II-III A期症例における主治医評価によるDFSである。中間解析で、オシメルチニブ群のDFSが統計学的有意に延長した（Wu YL, et al. N Engl J Med, 383 (18), 1711, 2020）。その後の解析において、術後化学療法の有無別のDFS、病理病期別のDFS、病理病期II-III A期の生存期間や中枢神経再発までのDFS結果が報告されている。中枢神経再発までのDFS延長効果を含め、小さいhazard ratioが示され、臨床的に意義のある結果が出た一方、術後補助化学療法の意義である全生存期間への影響はまだ解析中である（5年生存率までは副次評価項目）。安全性においては、進行期で使用されるオシメルチニブのデータであるFLAURA試験の有害事象と同様の有害事象であり、新たに出現した有害事象はなかった。しかし、術後オシメルチニブの投与を受ける根治の可能性を秘める患者において重篤な有害事象は注意をしなければならない。

現時点における根治切除を受けたEGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌の集学的治療によるオシメルチニブの有効性、安全性、臨床的意義、問題点などを解説し、これらを共有したい。

EGFR陽性肺癌治療のup to dateとSDM

立原 素子

神戸大学大学院医学系研究科 内科学講座 呼吸器内科学分野

ドライバー遺伝子変異陽性非小細胞肺癌（NSCLC）の薬物治療は分子標的薬の登場により大きな変貌を遂げてきた。適切な分子標的薬の使用と薬物療法により5年の生存も期待される。なかでも、EGFR遺伝子変異は2004年に発見されてからすでに18年経つが、その治療へのあくなき探求と進化は止まらない。現在、EGFR陽性進行NSCLCの初回治療として5剤のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤（EGFR-TKI）と、エルロチニブ+ラムシルマブ（RELAYレジメン）を含めた他の薬剤との併用療法が3つある。FLAURA試験で、オシメルチニブは第1世代EGFR-TKIよりも有意に生存期間（OS）延長を示し、その高い効果と忍容性から、本邦でも最も使用されている。しかし、クリニカルクエスチョンとして、遺伝子変異サブタイプ別の治療効果と耐性後の治療があげられる。L858Rに対するEGFR-TKI単剤の効果はどのTKIにおいてもDel19と比較して劣る。このL858Rに対する治療効果を改善できる一つの戦略がRELAYレジメンかと思われる。さらにRELAYレジメンにおいてはT790Mが検出されうれば、オシメルチニブを使用することも可能である。できるだけEGFR-TKIの使用期間を長くすること、これがEGFR陽性肺癌においてOSを延長できるポイントである。同時に、EGFR-TKIを長く使用するためには、適切に有害事象をマネジメントすることがキーとなる。一方、オシメルチニブ耐性後およびT790M陰性NSCLCに対する実臨床での治療は、化学療法以外まだない現状にある。このような中、目の前の患者に対しどの治療選択を行うのか。選ぶのは患者である。患者一人一人、治療に対する期待や望むことは違う。患者にとって価値あるアウトカムを得るために、複数ある治療レジメンからshared decision making（SDM）で治療を選択すること、それが今、望まれるがん治療と考える。本セミナーでは、EGFR陽性肺癌治療のup to date、RELAYレジメン、SDMについてお話しし、EGFR陽性肺癌の治療について皆さんと共に考えたい。

肺癌周術期における免疫チェックポイント阻害薬の諸問題

藤本 大智

和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

非小細胞肺癌に対する周術期薬物療法の臨床開発として、対象となる病期や術前／術後など複雑な選択肢があること、追加しなくても治癒する患者が治療対象に含まれることが大きな問題点として挙げられる。この現状に対し、近年様々なアプローチが試されているが、中でも一番大きな進歩は免疫チェックポイント阻害薬使用である。

肺癌治療において免疫チェックポイント阻害薬（ICI）であるPD-1/PD-L1阻害薬はめまぐるしいスピードで肺癌薬物療法を塗り替えている。非小細胞肺癌における免疫チェックポイント阻害薬の使用は化学放射線療法後のデュバルマブ維持療法を除けば現状では進行期に対するものに限定されていたが、切除可能非小細胞肺癌におけるICIを使用した周術期治療戦略としても国際第三相試験においてポジティブな結果が複数示されている。中でも、IMpower010試験の結果から、本邦においても2022年5月にPD-L1陽性の非小細胞肺癌（NSCLC）におけるアテゾリズマブの術後補助療法への適応拡大が承認された。以上より、当然のことながら術後周術期治療として今後多くの患者に対しての導入が期待される。

しかしながら、上述の臨床試験がポジティブであることには異論はないが、対象となる病期など患者背景が不均一なことに加え、進行期でバイオマーカーであるPD-L1を中心としたサブセット解釈問題など使用において加味しなければならない問題点がある。

本講演では周術期におけるICI使用の臨床試験データをIMpower010試験の結果も含めてまとめ、実地臨床の使用にあたり議論となる点についての個人的見解について概説する。

使用経験から学ぶ免疫チェックポイント阻害薬の有害事象マネジメント**林 秀敏**

近畿大学医学部 内科学教室腫瘍内科部門

近年のがん治療の変化をもたらした免疫チェックポイント阻害薬は我々臨床医に新たな課題を与えている。それは免疫を介した自己免疫疾患様の有害事象、いわゆる免疫関連有害事象（immune-related adverse events: irAE）の発現とその対応である。

そして有害事象マネジメントにおいて、医師のみならず看護師、薬剤師等も含めたチームでの関わりが重要であることは言うまでもない。ただ、irAEの特徴と問題点として①発生頻度が少ないため、実際に目にする機会が無いもしくはまれな事象もある②種類が多岐にわたる③自己免疫疾患に対するがん関連医療従事者の理解不足、などが挙げられ、これらのことはirAEに対するマネジメントが分子標的治療薬に対するチームマネジメントと異なったアプローチが必要であることを示唆するが、どの様に関わるかは不明瞭なところがある。

今回irAEマネジメントに関して、自施設の症例経験を踏まえてTIPsを中心に紹介することでirAEを疑似体験してもらおう。加えて単一臓器に限らない全身性irAEについても自験例を提示し、免疫チェックポイント阻害薬に関わることが多い医師、メディカルスタッフを中心としたチーム(imNET)における、当院での取り組みなど紹介する。

リアルワールドデータを用いた呼吸器内科臨床研究

康永 秀生

東京大学大学院医学研究科 臨床疫学・経済学

リアルワールドデータ (real-world data) とは、日常の実臨床から恒常的に生成される患者等データの総称であり、保険データベース (administrative claims data)、診療録データ (electronic medical records)、疾患レジストリー (disease registry) などがある。近年、全国規模の多施設リアルワールドデータを用いた臨床研究が隆盛している。リアルワールドデータを用いた研究から得られるエビデンスをリアルワールドエビデンス (real-world evidence) という。

本講演では、まずリアルワールドデータの概要を説明し、臨床研究におけるランダム化比較試験とリアルワールドデータを用いた観察研究の違いについて解説する。リアルワールドデータの利点として、(i) 疾患の疫学的データを把握できる、(ii) 薬だけでなく手術・処置など様々な治療について検討可能である、(iii) 臨床試験では分からない実臨床における治療効果を明らかにできる、(iv) 薬剤の費用効果分析などにも応用可能であるなどが挙げられる。一方リアルワールドデータの欠点として、(i) 適応による交絡 (confounding by indication) を十分に調整しきれない、(ii) 対照集団のデータが得られにくい、などが挙げられる。

次に、リアルワールドデータを用いた呼吸器内科関連の臨床研究について、以下の実例を紹介する。

- (1) 入院患者における薬物誘発性間質性肺疾患のリスク
- (2) 特発性肺線維症患者におけるピルフェニドン投与歴と術後重症呼吸器合併症の関連
- (3) II-III A 期非小細胞肺癌に対する術後補助化学療法としての経口フルオロウラシルとビノレルビン+シスプラチンの比較
- (4) イリノテカンによる化学療法の忍容性に対する半夏瀉心湯の効果
- (5) 多発性血管炎を伴う好酸球性肉芽腫症の院内死亡に関連する要因

咯血と気管支動脈塞栓術Cutting Edge 2022
-我が国のDPCデータベース研究を中心に

石川 秀雄

えいしん会岸和田リハビリテーション病院 咯血・肺循環センター

我が国は咯血先進国である。その根拠は4つある。2017年以降の咯血関連の査読英語論文数がトップ (17% 22/140) であること、すでに4大ハイボリュームセンターがあり、咯血治療施設のセンター化が始まりつつあること、咯血で入院した患者の8.4%に気管支動脈塞栓術が実施されていること、世界唯一の新世代コイル (Hydrogel coil) を有する企業が国内にあること、などである。

とりわけ東京大学康永研究室から生まれた3本のDPCデータベース研究 (2019、2020、2021) は、そのprimary outcomeの重要性のみならず、我が国の咯血診療の実態を詳細に示す記述疫学的研究としても極めて興味深い豊かな内容となっており、その意味での先行研究としては2015年のフランスの疫学研究1本が存在するのみであり、日仏の咯血診療の実態の共通点と差異もまた非常に面白い。疾病構造がかなり異なる彼我の、咯血入院患者の院内死亡率は約10%、年間咯血入院患者数はフランスが2万人弱、我が国が推定2万-10万人と、いずれも意外に高い数値かつ奇妙に一致しているのである。またBAE実施率は、日仏米で8.4、2.4、2.1%となっている。ちなみにフランスは、気管支動脈塞栓術のパイオニア、Remy先生の国である。

2022春には、CIRSE (欧州心血管IVR学会) から、世界で初めて気管支動脈塞栓術のガイドラインが出た。このガイドラインには康永研究室と我々の脊髄梗塞についての共同研究 (2021、Radiology) をはじめとした当院の3本の論文が引用されている。日本呼吸器内視鏡学会でも咯血ハイボリュームセンターのひとつ神奈川県立循環器呼吸器病センターの丹羽崇先生を座長とする咯血の包括的なガイドライン作成を目指したワーキンググループが昨年立ち上げられた。

いま咯血研究は熱い。その最新の実態を20分で簡潔に解説する。

ドライバー遺伝子変異陽性NSCLC：EGFRから稀少変異までを、よりよく知る**赤松 弘朗**

和歌山県立医科大学 呼吸器内科・腫瘍内科

2000年代におけるEGFR阻害剤の治療開発を嚆矢として、進行期非小細胞肺癌（NSCLC）の薬物療法は細分化・個別化が急速に進んだ。この原動力となったのが「ドライバー」と総称される複数の強力な遺伝子変異を効率的に検出する検査実施体制の構築である。2022年現在、目の前の患者を進行期NSCLCと診断した場合、次世代シーケンサーなどによる包括的な遺伝子変異検査と免疫組織化学染色によるPD-L1発現を行う事がガイドラインでも推奨されている。これらバイオマーカー検査の結果、患者は大まかに1) ドライバー遺伝子変異陽性、2) ドライバー遺伝子変異陰性・PD-L1発現 \geq 50%、3) ドライバー遺伝子変異陰性・PD-L1発現 $<$ 50%のいずれかに分けられ治療選択がなされる。

ドライバー変異は各々の頻度は1-数%のものが多い一方で、これらをひとまとめに「何らかのドライバー変異を有するもの」とした場合は40-50%がこれに当てはまる可能性があるため、効率よく・診断後の早い段階で変異を同定することが肝要になる。また、一口にドライバー遺伝子変異陽性といっても、EGFR・ALK・ROS1・BRAF・MET・KRAS・RETそれぞれでは患者背景や使用可能な薬剤、あるいは免疫チェックポイント阻害剤に対する反応性などが異なっており、こうした差異を把握しておくことも重要である。例えば最近ソトラシブが使用可能となったKRAS G12Cは欧米人に比してアジア人で頻度が少ないことが知られており、他の多くのドライバー変異より喫煙者が多い事も特徴的である。また、KRAS G12CではEGFRやALK陽性例と異なり、免疫チェックポイント阻害剤が単独でも治療選択肢となる事が指摘されている。さらに最近では阻害剤に耐性となった症例の再生検あるいはリキッドバイオプシーをもとに耐性機序を明らかにし、これに基づいて新規分子標的薬・抗体薬物複合体などを臨床開発することも盛んである。

本講演ではこうしたドライバー変異陽性例の臨床状況や治療について、いくつかの実例も示しながら概説させていただく。

肺扁平上皮癌に対する化学療法の役割

竹安 優貴

関西医科大学附属病院 呼吸器腫瘍内科講座

非小細胞肺癌の薬物療法は、近年様々な薬剤が開発及び臨床導入され大きく進歩した。しかし、非扁平上皮癌と比較して薬物療法の進歩はやや停滞している。それは薬剤が限られていることに加え、喫煙歴を有する高齢男性に多いことから心血管疾患や間質性肺疾患などの様々な臓器障害の合併が治療の制限に起因している。

進行非小細胞肺癌では、扁平上皮癌とそれ以外の非扁平上皮癌で治療体系が分けられ、それは、ペメトレキセドとベバシズマブの薬剤登場によるものであった。さらには、非扁平上皮癌の約半数で認められるEGFR遺伝子変異などのドライバー遺伝子異常は、扁平上皮癌では頻度が少なく、また遺伝子異常があったとしてもその効果は非扁平上皮癌と比べると劣る。現状、扁平上皮癌はキナーゼ阻害剤の恩恵はほとんどなく、肺癌ガイドラインにおけるドライバー遺伝子異常陰性例としての治療選択となることがほとんどである。そのため、PD-L1 TPSによって抗PD-1/PD-L1抗体単剤・複合免疫療法あるいは細胞障害性抗癌剤との併用療法が標準的治療として推奨されている。

一方、扁平上皮癌に適応のある分子標的治療薬として抗体製剤（VEGFR2抗体：ラムシルマブ、EGFR抗体ネシツムマブ）が細胞障害性抗癌薬と併用する形で承認されている。ラムシルマブはドセタキセルとの2剤併用療法で、ネシツムマブはシスプラチン+ゲムシタビンとの3剤併用療法で用いられ、肺癌診療ガイドラインでも推奨されている。

本講演ではこれまでの肺扁平上皮癌における薬物療法の変遷をレビューして、将来展望を含めて概説する。

続発性難治性気胸への治療戦略 —ユニタルクの知見含め—

金田浩由紀

関西医科大学総合医療センター 呼吸器外科

気胸は胸腔内に空気が貯留する現象であり、内因性のものを自然気胸とし、原発性含めいずれかの肺基礎疾患から二次的に生じた肺塵を原因とする。気胸は古くから知られていたが、当初は原因が結核であると信じられていた。自然気胸の頻度は比較的高く、原発性では一般的に予後は良好であるが、続発性では時に致死的であり、緊急性も高いことも多い。気胸の治療目的は、呼吸障害の改善、エアーリークの停止、再発の防止、となる。初期診療として、安静経過観察、胸腔穿刺、胸腔ドレナージを適応し、リークが持続する場合や再発の防止目的に手術、胸膜癒着術、気管支鏡下気管支塞栓術、などを検討する。

気胸の治療に使う診療材料としてユニタルク[®]や気管支充填材EWS[®]があるが、その適応には続発性難治性気胸という用語が使われている。国内では日本気胸・嚢胞性肺疾患学会からガイドラインが出ているものの難治性気胸としての定義はないが、初期診療にて軽快しない場合と再発した場合が該当すると考えてよいであろう。これらは手術の適応でもあるが、低肺機能などにより手術適応が無い場合には、非手術治療が適用される。

胸膜癒着術の癒着剤にはOK-432（ピシバニール[®]）、テトラサイクリン系（ミノサイクリン[®]）、タルク末など、様々なものが使われてきたが、国内では長い間正式に薬事承認された薬剤がなかった。2022年3月にユニタルク[®]が、外科手術による治療が困難な続発性難治性気胸を薬事承認の追加適応とされた。追加承認に至った国内第Ⅱ相臨床試験では、注入後30日以内に82%でドレーン抜去が可能であり、主な副作用は疼痛、発熱、CRP増加、などであったことが報告されている。

発表では、続発性難治性気胸に関する最近の報告の他、自施設でのユニタルク[®]使用症例、COVID-19に続発した気胸に対するEWS[®]使用症例、院外での気胸による死亡症例、等を供覧し、話題を提供したい。

COPD患者に併存するフレイル・サルコペニアに対する新たな治療アプローチ ～漢方薬治療の可能性～

大林 浩幸

東濃中央クリニック

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は呼吸器系疾患の範疇を越え、全身性炎症疾患の一部として捉え、生活習慣病をはじめ様々な併存症が生じる。中でもフレイル・サルコペニアは重要な併存症にもかかわらず、見過ごされることがしばしばある。COPD患者では、健常人に比べ、大腿四頭筋の筋生検の結果から、疲労に強い特徴があるⅠ型筋線維（遅筋）が低下し、ミトコンドリアは少なく疲労しやすい特性を持つⅡ型筋線維（速筋）増加するなどの筋線維の比率が変化し、筋細胞内ミトコンドリア量や酵素活性の低下を認め、よりフレイル・サルコペニアに陥りやすくなる。COPD患者に生じるフレイル・サルコペニアは、身体活動性のさらなる低下やQOLの悪化、栄養障害も生じ、呼吸機能低下と共に更なるCOPD増悪に繋がる負のスパイラルを形成する。フレイル・サルコペニアへの治療介入は、現時点では呼吸リハビリテーションが最も有効な治療法である。しかし、COPD患者の多くが受診するプライマリーケア領域では、スタッフや設備等の医療資源が充実していない場合も多く、十分な呼吸リハビリテーションが実施できる施設が限られ、新たな治療アプローチが望まれている。

人参養栄湯は、古来より疲労倦怠や食欲不振などに用いられてきた漢方薬である。高齢者の人参養栄湯使用実態調査では、要介護リスクの割合を減少させた。フレイル・プレフレイル病態のCOPD患者を対象とした非盲検無作為化効果研究では、人参養栄湯投与群は非投与対照群と比較し、食欲および抑うつ症状にて有意な改善が報告されている。

本講演では、当院COPD患者を対象とした人参養栄湯投与による臨床結果の一部を紹介し、COPDに併存するフレイル・サルコペニアに対する、人参養栄湯の有効性を示し、同剤による治療アプローチの有用性を検討する。

SP1 スポンサーードセミナー1

オプジーボ・ヤーボイは本当にヤーバイのか？

田宮 基裕

大阪国際がんセンター 呼吸器内科

進行期非小細胞肺癌に対する一次治療として、Nivolumab+Ipilimumab（免疫併用療法）±化学療法が標準治療の一つとなった。Nivolumab + Ipilimumabの4年follow-upデータが報告され、生存延長における免疫併用療法の重要性が示された。また、ESMO2022において、Pembrolizumab + 抗がん剤治療の5年follow-upデータで、ICIへ抗がん剤治療を上乗せしても長期生存には寄与しない可能性があることが報告された。このため、免疫併用療法の長期生存への寄与への期待がますます高まってきているところである。

一方、免疫併用療法は免疫単剤療法と比べ、副作用の頻度も高く、より重篤なものが出現することが報告されている。実際に使用していても、ICI単独では考えにくい頻度の免疫関連有害事象を経験し、そのマネジメントが免疫併用療法を行う上で重要である。当院の使用経験から、マネジメントの注意点について考察するとともに、免疫複合療法の使い所についても考察する。

これからのALK陽性NSCLC薬物療法を考える

里内美弥子

兵庫県立がんセンター 呼吸器内科

ALK融合遺伝子陽性の肺癌は、非小細胞肺癌のうち3%から5%を占めるとされている。2007年にALKの融合遺伝子が発見され、この希少遺伝子に対する複数のALK阻害剤が開発され、それぞれに臨床試験での効果が示されてきた。現在本邦ではALK阻害薬としてアレクチニブ、ブリグチニブ、ロルラチニブ、セリチニブ、クリゾチニブが使用可能であり、臨床試験のUp-date結果などから中央値で60ヶ月を超えるような長期生存が期待できる疾患となっている。1次治療においては、アレクチニブやブリグチニブ、またロルラチニブが1次治療の主な選択肢となっている。肺癌診療ガイドラインでは1次治療のALK-TKI治療後においては初回治療にて使用していないALK阻害剤が提案されており、プラチナ併用化学療法等もふくめ選択肢になるが、2次治療における各薬剤同士の比較試験が無いためその使い分けやシークエンスについては議論の多いところである。ドライバー遺伝子陽性の肺癌は脳転移を認めることが多く、ALK陽性NSCLCの治療においても脳転移を制御しながら治療を継続することが求められており、上記一次治療での第III相試験でも脳転移例への効果、脳転移の奏効率などが報告されている。またALK阻害剤に対する耐性遺伝子は比較的多く報告されており、それぞれの阻害剤の耐性変異なども治療シークエンスを考える際の参考情報となる。本セミナーでは各薬剤の効果や安全性、また副作用に対する実際のマネージメントについての紹介を交えながら各ALK阻害剤の位置づけや期待される役割、今後の治療の展望について考える機会としたい。

男女共同参画推進フォーラム

働きやすい環境づくりを目指して

～将来計画委員会・男女共同参画委員会の活動報告～

國近 尚美

山口赤十字病院 内科・呼吸器内科

抄 録

OS オーラルセッション

P ポスターセッション

OS 1-1

視神経炎を契機に診断されたサルコイドーシスの一例

- 1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科,
- 2) 南奈良総合医療センター 脳神経内科,
- 3) 南奈良総合医療センター 眼科

○片岡 良介¹⁾, 鈴木健太郎¹⁾, 小原 啓弥²⁾, 平井 宏昌³⁾, 甲斐 吉郎¹⁾

症例は51歳男性。X年6月、目のかすみを主訴に当院眼科を受診した。眼底検査で右視神経乳頭浮腫・乳頭出血・硝子体出血を認めた。その後、視力低下の進行を認めたため、頭部造影MRIで精査をしたところ右視神経炎を指摘された。原因精査のため当院脳神経内科に紹介となり、血清ACE活性高値、胸部造影CTで両側肺門リンパ節・縦郭リンパ節の著明な腫大を認めたため、サルコイドーシスを疑われ呼吸器内科に紹介となった。EBUS-TBNAによる縦郭リンパ節生検で類上皮細胞の集簇からなる肉芽腫像を認め、さらに背部にわずかな皮疹があり、同部からの生検でも肉芽腫像を認め、サルコイドーシスと診断した。サルコイドーシスにみられる眼病変はぶどう膜炎の頻度が高いが、本症例では、ぶどう膜炎は認めなかった。脳神経症状の中では視神経炎を合併することはまれであり、サルコイドーシスに伴う視神経炎につき文献を交えて報告する。

OS 1-3

シェーグレン症候群を合併した限局性結節性肺アミロイドーシスの1例

公立那賀病院

○小暮美和子, 佐藤 孝一, 土橋友紀子, 金井 一修

症例は69歳男性。白内障の術前の胸部単純X線で異常陰影の指摘があり前医を受診、胸部CTで多発肺結節を認め肺癌を疑いPET-CTを施行した。リンパ増殖性疾患、肺癌、感染症疑いで気管支鏡検査目的に当院受診した。右B1aでTBB施行、病理でALアミロイド沈着を認めALアミロイドーシスの診断とした。全身性・限局性アミロイドーシスの鑑別のため精査を行い、多発性骨髄腫や原発性マクログロブリン血症を示唆する所見なく、肺以外の臓器病変を認めず限局性結節性肺アミロイドーシスの診断とした。肺アミロイドーシスによる自覚症状は認めず経過観察とした。また本患者はシェーグレン症候群を疑う症状があり、口唇腺組織検査、サクソントス、Schirmer試験、抗SS-A抗体、抗SS-B抗体のいずれも陽性でシェーグレン症候群と診断した。シェーグレン症候群を合併した結節性肺アミロイドーシスの報告は少なく、文献的考察も含めて報告する。

OS 1-2

非典型的な画像所見を呈した多発血管炎性肉芽腫症の一例

- 1) 近畿大学病院 呼吸器アレルギー内科,
- 2) 近畿大学病院総合医学教育研修センター

○國田 裕貴¹⁾, 東田 有智¹⁾, 松本 久子¹⁾, 原口 龍太¹⁾, 岩永 賢司²⁾, 佐野 博幸¹⁾, 西山 理¹⁾, 佐野安希子¹⁾, 西川 裕作¹⁾, 大森 隆¹⁾

82歳男性。X年3月より、38度以上の発熱と炎症反応高値が約4週間持続し、抗菌薬治療を行うも不応であった。ANCAなど各種膠原病マーカーは陰性で、全身のCT検査や身体所見でも明らかな熱源は指摘できなかった。PET-CT検査を行ったところ、単純CTでは炎症性瘢痕と考えていた左肺尖部の1.6cm大の結節影にSUV max 9.3の異常集積を認めた。肺癌を疑い外科的肺生検を施行したところ、病理組織で巨細胞を伴う壊死性肉芽腫性血管炎を認め、その後P-ANCAも陽性となり、多発血管炎性(GPA)と診断した。高齢であったため、アバコパンとシクロホスファミドパルス療法の併用で治療を導入し、病状の改善を認めた。本症例では当初ANCA陰性で限局性の病変にも関わらず、強い臨床症状を伴っており、GPAには非典型的な経過であったが、PET-CT検査や外科的肺生検によって早期診断を行うことができた。

OS 1-4

肺病変を伴うErdheim-Chester病の1剖検例

- 1) 京都大学医学部附属病院 呼吸器内科,
- 2) 京都大学医学部附属病院 病理診断科,
- 3) 京都大学医学部附属病院 放射線診断科,
- 4) 京都大学大学院医学研究科 呼吸不全先進医療講座

○松梨 敦史¹⁾, 王 智鵬¹⁾, 杉本 暁彦²⁾, 藤本 正数²⁾, 吉澤 明彦²⁾, 坂本 亮³⁾, 池添 浩平¹⁾, 谷澤 公伸¹⁾, 半田 知宏^{1,4)}, 平井 豊博¹⁾

80歳男性。X-5年1月に肺びまん性粒状影を指摘された。画像および呼吸機能が悪化しX-3年1月に当科を紹介受診し肺ランゲルハンス細胞組織球症が疑われ、禁煙で経過観察となった。X-1年8月に冠動脈疾患の治療を行ったが、呼吸困難が持続し再度紹介された。CTで両肺びまん性の気腫性変化、粒状影、結節影、左上葉主体の浸潤影、両側胸水貯留、および両側腎・大動脈周囲に造影効果を伴う軟部陰影を認め、PET-CTでFDG集積を伴った。胸水検査および経気管支肺生検で確定診断できなかったが、臨床的にErdheim-Chester病を疑い、プレドニゾロン25mgを開始し呼吸困難は改善した。X年2月発熱、呼吸不全のために入院した。肺炎として治療を行ったが、経過中にうっ血性心不全を合併し第27病日に死亡した。病理解剖を行いErdheim-Chester病と確定診断した。剖検所見に基づき、文献的考察も含めて報告する。

OS 2-1

肺扁平上皮癌の治療経過中に *Pasteurella multocida* による敗血症を認めた一例

1) 市立伊丹病院, 2) 大阪医科薬科大学病院

○小川 誉仁¹⁾, 細井 慶太¹⁾, 坂口 翔平¹⁾, 新井 将弘²⁾, 島津 保之¹⁾, 浦東 明久¹⁾, 永田 憲司¹⁾, 原 彩子¹⁾, 原 聡志¹⁾, 木下 善詞¹⁾

症例は76歳男性。骨髓線維症に対して血液内科でルキソリチニブリン酸塩 (JAK阻害剤)、右下葉肺扁平上皮癌 (T1cN0M0, Stage1A) に対して当科で放射線治療を行い経過観察を行っていた。202X年6月~38℃台の発熱、意識障害が出現し自宅で経過をみていたが症状は改善せず翌日受診となった。血液検査でWBCの左方移動、炎症反応高値、腎機能低下、CTで既知の右下葉肺癌周辺に広範な浸潤影を認めた。肺癌による閉塞性肺炎による発熱と診断しMEPM投与を開始したが、呼吸不全が進行し同日死亡した。後日血液培養より *Pasteurella multocida* を認めたため、再度家族より病歴聴取を行ったところ、自宅で犬を飼育しており接触歴があったことが判明した。*Pasteurella multocida* は犬や猫の口腔内から検出される菌で、ヒトに感染しても通常は無症状であるが、悪性腫瘍や免疫抑制状態では咬傷歴がなくても経皮感染により敗血症に至ることもあり、若干の文献的考察も含めて報告をする。

OS 2-2

猫咬傷後に発症した *Pasteurella multocida* による敗血症・膿胸の1例

関西電力病院 呼吸器内科

○曾根 莉彩, 稲田 祐也, 吉村聡一郎, 嶋田 有里, 伊東 友好

69歳男性。2週間前に飼育猫に右下肢を噛まれ、倦怠感が持続し救急受診した。呼吸不全とショック、多臓器不全を呈し、胸部CTで右優位の両側胸水と胸膜肥厚を認めた。血液培養と右胸水培養から *Pasteurella multocida* を検出し、猫咬傷による敗血症・膿胸と診断した。右胸腔ドレーンおよび抗菌薬投与と、咬傷部の切開排膿、血液透析を含めた全身管理を行った。右胸腔から連日300 ml/日以上以上の排液が持続したが、不穏が強く第16病日にドレーンを抜去した。右下肢は咬傷部を中心に壊死が進行し、第45病日に右下肢切断術を施行した。以降は炎症反応が軽快し、抗菌薬終了後も両側胸水の増加や炎症反応の再燃はなかった。*Pasteurella multocida* による敗血症・膿胸の報告は稀であり報告する。

OS 2-3

咀嚼筋膿瘍が原因と考えられた敗血症性肺塞栓症の1例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 国立病院機構 姫路医療センター 放射線科

○竹野内政紀¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳混¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾, 中原 保治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾

66歳女性、右顎関節痛、発熱、全身倦怠感にて近医を受診。WBC 6000/uL、CRP 8.48mg/dLと炎症反応を呈し、AZMを投与され解熱したが、胸部X線で空洞を伴う多発結節影を認めたため当科紹介となった。齲歯、咽頭発赤、扁桃腫大は認めなかったが、造影CT検査で右外側翼突筋に高吸収領域を認め、咀嚼筋膿瘍に続発した敗血症性肺塞栓症と考えた。CMZを17日間投与し軽快した。咽喉頭領域の先行感染に続発し内頸静脈の血栓性静脈炎から肺などの全身の遠隔臓器に血栓性塞栓をきたすLemierre症候群が知られているが、本症例ではそれに類似した病態であり、文献的考察を含めて報告する。

OS 2-4

胸部CT上pure GGO病変を呈した軽症レジオネラ肺炎の1例

1) 医療法人育和会 育和会記念病院 呼吸器内科、アレルギー科,
2) 大阪公立大学大学院医学研究科臨床感染制御学

○林 晃大¹⁾, 藤本 寛樹^{1,2)}, 浦岡 伸幸¹⁾, 小原 由子¹⁾, 寺川 和彦¹⁾, 栗原 直嗣¹⁾, 掛屋 弘²⁾

【症例】72歳、男性。主訴は6日間持続する悪寒、発熱。現病歴：当院受診8日前にキャンプに行き、野外活動を行った。受診6日前から37度台の微熱が出現し、徐々に悪化した。当院受診3日前に近医を受診した。コロナPCR検査は陰性であった。症状に改善なく、当院受診。既往歴：特記事項なし。喫煙歴：40本/日×50年の現喫煙者。COVID-19ワクチンは未接種。【経過】当院でのコロナLAMPは陰性。胸部CT上、右下葉背側にpure GGO病変が認められた。COVID-19の可能性も考慮されたが、レジオネラ尿中抗原が陽性であった。改めて詳しく病歴聴取を行ったところ、キャンプ場での井戸水の利用が判明した。キノロン系抗菌薬の投与にて軽快した。【結論】レジオネラ肺炎の胸部CT所見はコンソリデーションとGGO病変の混在が典型とされるが、軽症例ではpure GGO病変のみの場合もあり、COVID-19パンデミック下では注意が必要であると考えられた。

OS 2-5

急速に陰影が拡大して大葉性肺炎の像を呈したレジオネラ肺炎の一例

- 1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 京都大学 呼吸器内科,
3) 名古屋大学 呼吸器内科

○高木 望夢¹⁾, 大道 一輝¹⁾, 加藤 五陸¹⁾, 荒木明日香¹⁾,
橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾, 塩田 哲広¹⁾

症例は48歳、男性。主訴は全身倦怠感、発熱。現病歴は突然全身倦怠感と40度を超える発熱を来し第2病日に近医を受診。COVID-19PCR陰性であった。第6病日近医で撮影した胸部CTにて右下葉にair-bronchogramを伴うコンソリデーションと右上葉S2に淡いすりガラス陰影を認めたため肺炎の診断にて入院となる。入院後PIPC/TAZの投与を施行するも急速に肺野陰影が増大し低酸素血症も進行してきたため第7病日当院転院となる。転院時白血球17,900(好中球93.3%) CRP49.7。血液ガス分析はFiO₂ 0.7EPAP10cmH₂O IPAP15cmH₂Oの設定でPH7.499PaO₂70.3torrPaCO₂29.2torrだった。胸部CTで右下葉のコンソリデーションは下葉全体に及び縦隔を対側偏位させていた。右上葉の間質陰影はS2全体に広がっていた。ステロイドパルス療法施行したところ右上葉の間質陰影は改善し呼吸状態も劇的に改善した。転院3日目(第10病日)に尿中レジオネラ抗原陽性でありLVFX + RFPで治療を開始した。

OS 3-2

特発性血小板減少性紫斑病の治療中に肺炎を繰り返し、診断に難渋した肺ノカルジア症の一例

- 1) 滋賀医科大学呼吸器内科,
2) 滋賀医科大学 保健管理センター,
3) 滋賀医科大学 感染制御部

○奥田 祥伍¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾, 中西 司¹⁾, 松田 正¹⁾,
横江 真弥¹⁾, 入山 朋子¹⁾, 黒田 凌¹⁾, 成宮 慶子¹⁾,
角田 陽子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾, 松尾裕美子²⁾, 内田 泰樹¹⁾,
仲川 宏昭¹⁾, 山口 将史¹⁾, 大澤 真³⁾, 小川恵美子²⁾,
中野 恭幸^{1,3)}

症例は84歳男性。20XX年より特発性血小板減少性紫斑病にてプレドニゾロン(PSL)を長期内服中。20XX+1年12月より呼吸困難と胸痛を自覚し、近医を受診。細菌性肺炎の診断でTAZ/PIPCやLVFXによる抗菌薬加療を行い軽快したが、肺炎の再燃を繰り返した。20XX+2年2月に再度発熱し、胸部単純レントゲンで再度陰影の増悪を認め、精査加療目的に当院当科紹介となった。胸部単純CTで左上区から舌区にかけて浸潤影を認めた。気管支内視鏡検査では左舌区B5上皮に発赤を認め、気管支洗浄検体ではグラム染色で分枝状・線維状のグラム陽性菌が玉状に集簇する特徴的な所見を認めた。培養にてNocardia novaを検出。肺ノカルジア症としてST合剤とIPM/CSによる加療を開始後、左肺の浸潤影は改善、再燃無く経過している。PSL長期内服など免疫抑制状態の患者における肺炎においては、ノカルジアといった放線菌も原因菌として鑑別に挙げ、検査・治療に臨むことが重要である。

OS 3-1

急速転帰で死亡に至った緑膿菌感染症の2症例

社会医療法人 愛仁会 明石医療センター

○榎本 隆則, 畠山由記久, 藤本 葉月, 山崎奈々美,
松尾健二郎, 池田 美穂, 岡村佳代子, 大西 尚

【症例1】71歳女性。X年11月に気管支喘息発作で入院しステロイド点滴を連日施行された。第7病日に発熱し、胸部CT検査で右下葉に浸潤影が出現し翌日血痰も出現し呼吸状態が急速に悪化した。抗菌薬投与を開始したが、ショック状態に至り第9病日に永眠した。後の血液培養、痰培養検査にて緑膿菌が検出され、同菌による敗血症性ショックと診断した。【症例2】69歳男性。1型糖尿病で当院通院中。X年8月に発熱、下痢、意識障害を主訴に救急搬送された。胸部CT検査で右上下葉に広範な浸潤影があり入院したが急速に状態が悪化し心肺停止に至った。蘇生処置を試みたが来院3時間後逝去された。後の血液培養、痰培養検査にて緑膿菌が検出され、同菌による敗血症性ショックと診断した。【考察】本自験例ではステロイドの頻回点滴やコントロール不良の糖尿病を背景に緑膿菌肺炎の致死的な経過を辿った。緑膿菌肺炎の陰影分布やリスク要因、急速な転帰などを含め文献の考察を加え報告する。

OS 3-3

経カテーテル大動脈弁埋め込み術後呼吸器合併症の一例

- 1) 大阪府結核予防会 大阪複十字病院 内科,
2) 国立循環器病研究センター 心臓外科,
3) 国立循環器病研究センター 心不全科,
4) 国立循環器病研究センター 冠疾患科

○東口 将佳¹⁾, 川本 尚紀²⁾, 酒井 俊輔¹⁾, 西岡 紘治¹⁾,
木村 裕美¹⁾, 神崎 秀明³⁾, 高木 健督⁴⁾, 藤田 知之²⁾,
松本 智成¹⁾, 小牟田 清¹⁾

症例は92歳男性。もともと心雑音を指摘されており、早朝の10分程度持続する安静時胸部圧迫感が出現した。超重症大動脈弁狭窄症の診断となり、経カテーテル的大動脈弁埋め込み術(TAVI)施行。手術は全身麻酔、気管内挿管、経大動脈アプローチで施行された。術後翌日にICUにて抜管し、人工呼吸を離脱した。術後6日目に、急に呼吸状態悪化し、胸部CTでびまん性すりガラス陰影が出現。ステロイドパルス施行し、その後もステロイド治療を継続した。また、併行して抗生剤治療を行った。CTにて肺野陰影は一部濃厚陰影に変化し、左肺に空洞陰影が出現した。肺化膿症、肺アスペルギルス症が考えられ、さらに抗生剤治療、抗真菌治療を行った。治療により画像所見は改善し、2ヶ月程度の入院で酸素療法なし、自立歩行で退院することができた。今後、TAVIの施行は増加すると想定され、術後呼吸器合併症の臨床的特徴や治療を議論していくことは重要と考えられる。

OS 3-4

経皮的ドレナージが有効であった肺癌に伴う 続発性肺化膿症の1例

奈良県総合医療センター呼吸器内科

○伊佐敷沙恵子, 松本 祥生, 奥田悠太郎, 村上 早穂,
松田 昌之, 伊木れい佳, 花岡 健司, 伊藤 武文

症例は57歳男性。X年8月20日に咳嗽を主訴に当院を受診した。右上葉原発肺腺癌（ドライバー遺伝子変異陰性、PDL1発現10%）、cT2aN2M0、stageIIIAと診断した。10月6日から放射線併用化学療法（同時照射およびweekly carboplatin+paclitaxel）を施行した。癌性胸膜炎を発症し、12月1日よりipilimumab + nivolumab + carboplatin + pemetrexed療法を開始した。X+1年1月2日より呼吸苦、発熱が出現し、右下葉に浸潤影を認めた。抗生剤を投与するも改善がみられず、放射性肺臓炎と診断しステロイドを投与した。改善傾向がみられたが、1月下旬より発熱が再燃し、同部位に空洞病変を認めた。続発性肺化膿症と診断し、抗生剤を再開したが改善がみられなかった。3月1日にpigtail catheterによる経皮的ドレナージを施行したところ著明に改善した。若干の文献的考察を加え報告する。

OS 3-5

当院でCT Angiographyが診断に有用であった 気管支動脈瘤の2例

1) 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
2) 近畿中央呼吸器センター放射線科

○龍華 美咲¹⁾, 蓑毛祥次郎¹⁾, 西原 昂¹⁾, 香川 智子¹⁾,
松井 秀夫¹⁾, 澄川 裕充²⁾

気管支動脈瘤は稀だが破裂時は咯血や命に係わる可能性のある疾患である。当院で気管支動脈瘤2例を経験したため文献的考察を加え報告する。

【症例1】88歳女性。肺基礎疾患は陈旧性肺結核と気管支拡張症。少量咯血のため当外来を紹介受診しCT angiographyにて6mm大の左気管支動脈瘤を指摘された。高齢のため経過観察を希望されるも6か月後中等量咯血に進展し緊急入院された。【症例2】78歳女性。肺基礎疾患はNTM症・気管支拡張症。反復性血痰のため当外来を紹介受診しCT Angiographyにて5mm大の左右気管支動脈瘤を指摘、治療を希望され気管支動脈塞栓術（BAE）目的で予定入院された。2症例とも永久塞栓物質を用いてBAEを行った。

【考察】気管支動脈瘤は存在診断が難しいとされるが、CT Angiography施行で画像描出可能であり治療検討することができたため術前診断として有用と考えられた。

OS 4-1

両肺に多発浸潤影を呈した肝放線菌症疑いの1例

1) 神戸市立医療センター 中央市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立医療センター 中央市民病院 消化器内科

○伊藤 雅弘¹⁾, 立川 良¹⁾, 上田 亮太¹⁾, 田代 隼基¹⁾,
塚本 信哉¹⁾, 豊田 裕士¹⁾, 島 佑介¹⁾, 金澤 史朗¹⁾,
平林 亮介¹⁾, 佐藤 悠城¹⁾, 永田 一真¹⁾, 中川 淳¹⁾,
鄭 浩柄²⁾, 富井 啓介¹⁾

症例は91歳男性。数週間前からの胸痛、呼吸困難で近医を受診、胸部異常陰影を指摘されて当科を紹介受診した。胸部CTでは両側肺に楔状の浸潤影、ランダム分布の結節影が散在し、敗血症性肺塞栓症が疑われたが、心エコー、血液培養、菌科診などで積極的に支持する所見はなかった。多発肺化膿症として抗菌薬加療を行い、一時的に軽快したが、再燃を繰り返した。同時に肝腫瘍を偶発的に指摘されて肝生検を施行したが悪性所見はなく、炎症性病変のみであったことから、肝放線菌症が疑われた。肝静脈内の陰影欠損を伴い、肝放線菌症が肝静脈経由での肺感染性塞栓症を生じた可能性が考えられた。喀痰培養、肝生検の組織培養は陰性だったが、長期抗菌薬内服が奏功し、治療経過を踏まえた臨床的診断で肝放線菌症疑いとした。血行性分布の肺陰影からは菌血症、感染性心内膜炎などが想定され易いが、肝腫瘍影を伴う症例では放線菌症を念頭に置いた精査が必要である。

OS 4-2

膠原病治療中に発症したニューモシチス肺炎の 2症例

社会医療法人 愛仁会 高槻病院 呼吸器内科

○増田 佳純, 松村佳乃子, 日詰健太郎, 塚本 玲,
村上 翔子, 山岡 貴志, 岩本 夏彦, 岩坪 重彰,
中村 美保, 船田 泰弘

膠原病疾患の治療中にニューモシチス肺炎（PCP）を発症した2症例を経験したので報告する。症例1は86歳女性。多関節痛、末梢神経障害、間質性肺炎を認め、血管炎と診断された。低用量ステロイドによる治療が開始されたが、1か月後に発熱、呼吸不全が出現した。両側肺門側優位にすりガラス陰影と浸潤影、β-Dグルカンの上昇を認め、急性呼吸窮迫症候群を伴うPCPと診断した。症例2は慢性気管支炎の既往がある75歳女性。多関節痛が出現し、関節リウマチと診断された。低用量ステロイド+メトトレキサートが開始されたが、2か月後より両側上葉優位のすりガラス陰影が増強した。その後発熱や呼吸不全、β-Dグルカン上昇を認めPCPと診断した。低用量のステロイド投与であっても、本症例のように高齢や肺の基礎疾患、免疫抑制剤の併用といったPCP発症リスク因子を有する場合は、PCP予防投薬を検討すべきであると考えられる。

OS 4-3

播種性肉芽腫性病変を呈したニューモシスチス肺炎の一例

- 1) 社会医療法人 愛仁会 高槻病院 呼吸器内科,
2) 社会医療法人 愛仁会 高槻病院 病理診断科

○日誌健太郎¹⁾, 塚本 玲¹⁾, 増田 佳純¹⁾, 山岡 貴志¹⁾,
村上 翔子¹⁾, 岩本 夏彦¹⁾, 松村佳乃子¹⁾, 岩坪 重彰¹⁾,
中村 美保¹⁾, 伊倉 義弘²⁾, 船田 泰弘¹⁾

症例は79歳、男性。X年4月上旬より食思不振が出現し、体重が5kg減少した。6月からは喀痰、咳嗽が出現した。その後さらに食事が減少し、発熱も認めため7月上旬に救急搬送となった。胸部CT検査所見では両肺にびまん性粒状影を認め、経過からも粟粒結核が疑われた。喀痰抗酸菌検査やT-SPOT検査を施行したが陰性であった。肝生検でも肉芽腫性病変は検出されなかった。血液検査でβ-Dグルカンが高値(42.9pg/ml)であり、抗真菌薬導入を検討していたが、投与前に呼吸不全で死亡した。死後の病理解剖では両肺びまん性に肉芽腫性病変を認めており、pneumocystis jiroveciiが検出された。ニューモシスチス肺炎(PCP)が肉芽腫性病変を呈することは稀であるが、免疫抑制状態に伴い生じることがある。本症例は著明な痩を認めており、低栄養状態に伴って肉芽腫性病変を呈するPCPをきたしたと考えられた。

OS 4-5

早期に診断した器質化肺炎を呈した肺クリプトコックス症の一例

- 1) 関西電力病院 呼吸器内科,
2) 関西電力病院 病理診断科

○嶋田 有里¹⁾, 吉村聡一郎¹⁾, 曾根 莉彩¹⁾, 田村佳菜子¹⁾,
稲田 祐也¹⁾, 桜井 孝規²⁾, 伊東 友好¹⁾

症例は70歳男性。入院13日前から咳嗽を自覚、他院でアジスロマイシンを投与されたが、改善に乏しく当院に入院となった。胸部CTで両側下葉優位の浸潤影を認め、器質化肺炎が疑われた。呼吸不全があり、入院日よりメチルプレドニゾロン60mg/日の投与をした。血清クリプトコックス・ネオフォルマンズ抗原陽性と判明し、入院11日目に経気管支肺生検および気管支洗浄を行い、入院13日目よりフルコナゾールを開始した。病理所見で器質化肺炎を示唆する所見を認めたが、クリプトコックス菌体は認めなかった。抗真菌薬開始後、陰影は著明に改善、入院23日目に自宅退院となった。ステロイドは投与開始33日目で終了し、フルコナゾールは継続したが、器質化肺炎の再燃なく経過している。肺クリプトコックス症に伴った器質化肺炎は抗真菌薬を早期に投与することでステロイドの投与期間を短縮できる可能性があることが示唆されたため、報告する。

OS 4-4

維持透析中にアスペルギルス、クリプトコッカスの混合感染を呈した肺真菌症の一例

加古川中央市民病院

○佐伯 悠治, 黒田 修平, 高原 夕, 藤本 佑樹,
藤岡 美結, 平位 一廣, 藤井 真央, 多木 誠人,
徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

症例は88歳男性。末期腎不全に対してX-2年より維持透析となっていた。X年3月に空洞を伴う多発結節影があり当院を紹介受診。結節陰影は上肺野有意に進行性に拡大し、X年4月の血液検査でβ-D-グルカン陽性、クリプトコックス抗原陽性と判明し、肺クリプトコックス症としてFLCZ内服を開始した。同月の気管支鏡検査で気管支洗浄液からAspergillus fumigatusの発育があり、真菌混合感染と診断された。X年5月に透析中に誤嚥があり、当院へ緊急入院となった。肺真菌症に対して、L-AMBおよびVRCZ内服による治療を開始し肺真菌症に対するコントロールは良好であったが、嚥下機能低下の改善が認められずX年6月に療養型病院へ転院となり同月永眠した。アスペルギルス属とクリプトコックス属の混合感染例は剖検例がほとんどであり、症例報告が極めて少ない。透析中であり、抗真菌薬の選択においても苦慮した症例であるため、ここに報告する。

OS 5-1

SARS-CoV-2 mRNA ワクチン接種後に増悪したきのこ栽培者肺の1例

紀南病院 内科

○平 克彦, 早川 隆洋, 中野 好夫, 寺本 寛,
中西 宥介, 吉松 弘晃, 芝 みちる, 山西 一輝,
早川 佳奈, 太田 敬之

【症例】60歳男性【臨床経過】8ヶ月前シイタケ栽培業者に転職した。3ヶ月前SARS-CoV-2 mRNA ワクチン1回目を接種した際に39℃の発熱あるも2日間で解熱した。その3週間後に2回目の接種をしたところ、昼に39℃程度の発熱が出現し夜間に解熱する状況が続き、当科を受診。胸部CTでは両側肺野の胸膜下優位にすりガラス陰影の散在を認めた。以後はシイタケ栽培の部屋に入らないように指導したところ、速やかに解熱した。BALFでリンパ球54%と優位であったが、経気管支肺生検では有意な所見を得られなかった。以後は経時的に肺野の陰影もほぼ消失し完全に解熱した。現在はシイタケ栽培の室内や、仕分け作業時にN95マスクを使用することで再燃なく経過している。潜在していたきのこ栽培者肺がSARS-CoV-2 mRNA ワクチンにより増悪した症例と考えられた。SARS-CoV-2 mRNA ワクチンにより間質性肺炎の増悪に関して報告されてきており検討すべき重要な症例と考え報告する。

OS 5-2

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後に生じた好酸球性肺炎の1例

- 1) 京都大学 医学部 呼吸器内科,
2) 京都工場保健会 呼吸器内科,
3) 京都大学医学部附属病院 病理診断科

○三崎裕美子¹⁾, 林 優介¹⁾, 白田 全弘^{1,2)},
寺田 和弘³⁾, 吉澤 明彦²⁾, 坂本 亮³⁾, 池添 浩平¹⁾,
谷澤 公伸¹⁾, 半田 知宏¹⁾, 平井 豊博¹⁾

症例は52歳男性。小児喘息の既往歴があるが成人後は無治療。X年4月に咽頭痛、咳嗽を生じ、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と診断されて自宅療養。咳嗽が2週間以上遷延し、末梢血好酸球増多、呼気一酸化窒素分画上昇から喘息再発と診断され、フルチカゾン・ビランテロール吸入で改善。X年5月に検診で胸部異常影を認め、胸部CTで両肺に多発するコンソリデーション、すりガラス影を指摘。無症状だったが陰影の悪化があり、X年6月に当院で気管支鏡検査を施行。気管支肺胞洗浄検査で好酸球54%、経気管支肺生検から好酸球性肺炎と診断した。背景疾患は明らかでなかった。無投薬で経過観察としたが、陰影は消退傾向であった。COVID-19後の好酸球性肺炎の報告は極めて稀であり、無治療での軽快例は初めてである。新型コロナワクチン接種後の好酸球性肺炎を含む類似例の既報とともに、報告する。

OS 5-4

COVID-19後の器質化肺炎に対してステロイド加療が奏功した1例

国立病院機構和歌山病院

○加藤 真衣, 東 祐一郎, 村上 裕亮, 佐々木誠悟,
川邊 和美, 小野 英也, 南方 良章

72歳男性。発熱を契機にCOVID-19と診断され、経過中最大経鼻3L/minの酸素を要しレムデシビル、デキサメタゾンで加療された。各種治療により室内気まで改善し退院したが、退院1カ月半後に労作時呼吸苦が出現し、胸部CT検査で両側肺に広範な非区域性の浸潤影～すりガラス陰影を認めた。非定型肺炎もカバーした抗生剤加療を開始したが、第4病日に高流量鼻カスラ酸素療法で流量60L/min、FiO₂ 40%まで酸素化が悪化した。ステロイドパルス療法後にプレドニゾン1mg/kg/dayでの維持療法を施行したところ、速やかに奏功し第8病日には室内気まで改善した。COVID-19後に広範な肺の器質化、線維化を来す場合があり、ステロイドによる改善が期待できる。

OS 5-3

ECMO 管理中に腸腰筋血腫を認めた重症 COVID-19 肺炎の一例

ベルランド総合病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○秋岡 正史, 引石 惇仁, 服部 剛士, 佐渡 康介,
東田 充功, 桑原 学, 江口 陽介

症例は67歳男性。発熱・呼吸苦で救急搬送、胸部CTで著明な両肺野にすりガラス影を認めた。SARS-CoV-2抗原定量陽性であり、COVID-19肺炎と診断した。人工呼吸器管理で酸素化を維持できず第2病日にECMO(脱血:右大腿静脈 送血:右内頸静脈)導入の上、ヘパリンによる抗凝固療法を開始した。第19病日に急速な貧血の進行を認め、赤血球輸血を行った。その後、薬物治療により呼吸状態が改善し、第20病日にECMO離脱できた事、並びに出血源検索目的に第20病日施行の胸腹部CTで、左腸腰筋血腫を認めた事より、第21病日にヘパリン投与を中止、更に理学療法を控えた。第71病日の腹部CTでは血腫は著明に縮小し、第88病日転院となった。ECMOは重症呼吸不全において有用な治療の選択肢となるが、出血性合併症を認める場合がある。特に抗凝固療法においては、海外の報告に従ったコントロールでは日本人で出血をきたしやすいとも言われており、細やかな配慮が必要である。

OS 6-1

陰圧性肺水腫の合併が疑われた COVID-19 の一例

京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○池尾 聡, 安田 直見, 林 康之, 祖開 暁彦,
岩田 敏之, 西村 尚志

症例は60歳女性。特記すべき既往歴はなく、喫煙歴もない。突然のどが詰まった感じがして息苦しくなり、救急車で来院した。来院時に血痰があったが、喘鳴や皮疹、下腿浮腫は認めなかった。胸部単純X線写真で両上肺野優位の浸潤影を認め、胸部CTで両上葉優位にすりガラス影を認めた。低酸素血症を来しており、加療目的に入院となった。来院時のPCR検査により、入院翌日にCOVID-19と診断した。しかし、COVID-19の治療開始前にすでに呼吸状態が急速に改善しており、胸部単純X線写真でも陰影の改善を認めた。ただし、低酸素血症は残存しており、デキサメタゾンとレムデシビルで加療を開始し、入院3日目に酸素投与は終了、入院10日目に退院となった。入院時の画像所見と臨床経過を踏まえると、来院時に陰圧性肺水腫を来していたと考えられた。陰圧性肺水腫の合併が疑われたCOVID-19の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 6-2

COVID-19に関連し大網梗塞を発症した一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○國宗 直紘, 石川 遼一, 矢野 翔平, 葭 七海,
田中 佑磨, 藤原 直樹, 宮里 和佳, 青柳 貴之,
高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平, 吉村 千恵,
黄 文禧, 西坂 泰夫

症例は40代男性。発熱、咽頭痛で近医受診し、COVID-19 PCR陽性で自宅療養を開始した。数日後からは左季肋部痛が出現した。10日間自宅療養後も症状が継続するため当院紹介受診した。来院時、胸部CTでは肺炎後変化を疑う索状影を認め、COVID-19肺炎は改善しているものと考えられた。一方で高熱、左季肋部痛認め、炎症反応高値で精査加療目的に入院した。その後、右季肋部痛も出現し、造影CTで両季肋部で大網に脂肪織濃度上昇を認めた。D-ダイマーも上昇傾向で、COVID-19に関連した微小血栓や血管障害による大網梗塞と考え、ヘパリンを開始した。また、サイトカインストームの可能性も考え、ステロイド内服も並行して開始した。その後、症状改善しヘパリン終了の上退院した。外来でステロイドを漸減し再燃なく経過している。COVID-19の経過中、大網梗塞を発症した症例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

OS 6-4

COVID-19感染症発症から1ヶ月を経て生じた肺梗塞の1例

高槻赤十字病院 呼吸器内科

○村山 恒峻, 山本 晴香, 野溝 岳, 深田 寛子,
中村 保清, 北 英夫

【背景】COVID-19に血栓症を合併し得ることが知られているが、軽症例に伴う報告は少ない。【症例】40歳代、女性。X年3月下旬にCOVID-19を発症し、自宅療養で治癒した。5月上旬から胸痛、呼吸困難を生じ、5月下旬には発熱も生じたため当院呼吸器内科を受診し、精査目的に入院とした。両肺下葉にコンソリデーションを認め抗菌薬を投与したが奏効せず、気管支内視鏡検査を施行したところ両側下葉由来の出血を認めた。肺梗塞を疑って造影CTを施行したところ両側肺動脈、および左総腸骨静脈から内腸骨静脈の血栓を認めたため、血栓溶解療法を行い治癒した。【結語】COVID-19治癒後に非典型的な経過で生じた肺梗塞の症例を経験した。

OS 6-3

COVID19発症後に Sjogren 症候群の病理組織学的診断が得られた1例

康生会武田病院

○小西 一央, 桑原 宏臣, 森田 大毅, 永田 一洋

COVID19は急性期管理のみならず、感染の治癒後に免疫応答に関連した合併症を発症しうることも報告されている。我々はCOVID19発症後に自己抗体の上昇を伴ったため唾液腺生検を行い Sjogren 症候群の確定診断を得た症例を経験した。(症例) 65歳、男性。3日前からの38℃台発熱、呼吸苦を主訴に救急車にて当院へ救急搬入となった。重度の呼吸不全状態および画像的に肺炎像を認めCOVID19 PCR陽性であった。直ちに気管内挿管を行い陽圧人工呼吸管理下に集中治療を行った。血清学的鑑別スクリーニングを行い自己抗体SS-A/SS-Bの上昇を認めた。患者の容態は改善し53病日で退院となったが、自己抗体高値は持続した。退院より約1年後に唾液腺生検を施行したところ導管周囲のリンパ球および形質細胞浸潤を有意に認め Sjogren 症候群の組織学的診断を得た。(結語) COVID19による免疫応答は Sjogren 症候群を含めた自己免疫疾患の発症に関連し得ることを考察を加えて報告する。

OS 7-1

Mycobacterium aviumによる有癭性膿胸に対し、気管支充填術を行った一例

- 1) 公立豊岡病院 呼吸器内科,
- 2) 国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○高嶋 啓介¹⁾, 高田 悠司¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 三好 琴子¹⁾,
中治 仁志¹⁾, 水守 康之²⁾

【症例】全聲の79歳男性。右外傷性気胸・誤嚥性肺炎で当院に入院し、胸腔ドレナージと抗菌薬で治療され気胸は改善し退院となったが、外来経過観察中に右胸水増加と気胸腔の拡大を認めた。喀痰から *Mycobacterium avium* が検出されており、同菌による右有癭性膿胸の疑いで当科に入院となった。胸腔ドレナージを再度行い、胸水抗酸菌塗抹陽性で、培養で同菌を検出した。高齢かつADL低下のため手術困難であり、抗菌薬併用療法とEWSによる気管支充填術を行った。有癭性膿胸は改善し、入院57日目に自宅退院とした。【考察】 *Mycobacterium avium* による有癭性膿胸は稀であり、確立された治療はない。抗菌薬のみでは治療に難渋し外科的治療を要する報告もあるが、患者背景から手術困難なこともある。非結核性抗酸菌による有癭性膿胸に対して、EWSによる気管支充填術が有効な可能性がある。

OS 7-2

結核性胸膜炎との鑑別を要したMycobacterium Kansasiiによる胸水貯留の一例

西淀病院 呼吸器内科

○田中 友樹, 瀬戸まなび, 福島 啓

【緒言】結核性胸膜炎は肺外結核の代表的な病態であるが、非結核性抗酸菌症 (NTM) が胸膜炎を呈することは稀である。今回、胸水 ADA 高値で結核との鑑別を要した症例を経験したため報告する。

【症例と経過】症例は82歳の女性。1ヶ月前から夜間に増強する倦怠感と呼吸困難感を自覚した。入院当日に歩行時の呼吸困難感を強く自覚し、当院へ救急搬送された。胸部CTで両肺に空洞を伴う小結節影と右胸水貯留を認めた。胸水はリンパ球性でADA 145 U/Lと高かった。T-SPOTは陰性で、胸水と喀痰の抗酸菌培養は陰性であった。胃液と気管支洗浄液よりM. Kansasiiを検出し、結核菌の検出がないことから、M. Kansasiiによる肺病変と胸水貯留であったと考えた。RFPを含む3剤で治療を開始し、症状の再燃はない。

【考察】胸水 ADA が高値であれば結核性胸水の特異度は97%といわれているが、NTMによる胸水も ADA 高値を示すことがあり、結核とNTMの細菌学的な鑑別を行う必要がある。

OS 7-3

非結核性抗酸菌症に合併した類上皮血管内皮腫の一例

- 1) 公立豊岡病院 呼吸器内科,
- 2) 国立病院機構姫路医療センター呼吸器内科,
- 3) 国立病院機構姫路医療センター呼吸器外科

○新宮 祐亮¹⁾, 三好 琴子¹⁾, 難波 晃平¹⁾, 高田 悠司¹⁾, 中治 仁志¹⁾, 水守 康之²⁾, 山田 徹³⁾

症例は70歳代、女性。胸部X線異常を指摘されX年12月紹介受診。CTにて右肺中葉4mm大結節、右B6中枢側の気管支血管束肥厚、S6末梢に気道散布性粒状陰影を伴う多発結節を認めた。気管支鏡検査で特記所見なく、経過観察とした。X+1年9月CTにて、右中葉結節は6mmへ増大し、右B6所見は肺門リンパ節と一塊の結節様となり気管支を狭窄していた。この病変に対し気管支鏡にて直視下生検を行い非小細胞肺癌の組織診断を得、気管支洗浄液塗抹・培養検査でMycobacterium avium (M.avium) を検出した。非結核性抗酸菌症と右S6非小細胞肺癌cT1cN1M0 stageIIBの合併と考え、X+1年11月胸腔鏡下右肺中下葉切除を施行した。病理診断ではS6結節、中葉結節は肺類上皮性血管内皮腫 (pulmonary epithelioid hemangioendothelioma : PEH) であり、中下葉に多数の類上皮肉芽腫を認め、抗酸菌感染の合併が示唆された。貴重な症例と考えられるため報告する。

OS 7-4

閉塞性換気障害の進行を認め外科的肺生検を実施した Hot tub lung の1例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○丸口 直人, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨, 坂本 裕人, 武田 淳志, 山本 亮, 松村 和紀, 中村 哲史, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

症例は70歳代の男性。X-3年に呼吸困難を主訴に前医を受診、気管支喘息、副鼻腔気管支症候群に対する治療が行われるも改善が乏しかった。その後、喀痰よりMycobacterium aviumが検出され、X-1年10月より肺MAC症に対する薬物治療が行われるも、進行性の労作時呼吸困難を認め、X年7月に当院に紹介受診となった。閉塞性換気障害の進行と、2型呼吸不全、画像上は両肺のすりガラス陰影、小葉中心性の結節を認めた。診断目的に外科的肺生検を実施し、長年のジェットバスの使用歴と浴槽からの検体でMycobacterium aviumが検出されたこと、抗原回避での改善の経過を認めたことなどと併せて、Hot tub lungと診断した。Hot tub lungについての詳細な検討ができた症例として、示唆に富む症例と考え報告する。

OS 8-1

アミカシン吸入療法開始後に肺病変の増悪をきたした間質性肺炎患者の2例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○岡垣 暢紘, 加持 雄介, 坂本 裕人, 田中 佑磨, 武田 淳志, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 橋本 成修, 田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

1例目は78歳男性、既往に肺MAC症 (M.intracellulare)、間質性肺炎がある。アミカシン吸入療法を開始し、2週間後に発熱が出現した。3週間後に肺野のすりガラス陰影の増悪と浸潤陰影出現を認め精査加療目的に入院となった。気管支洗浄を施行し間質性肺炎の急性増悪などが考えられたが、抗菌薬加療とアミカシン中止で症状が改善したため退院となった。2例目は73歳女性、既往に肺MAC症 (M.intracellulare)、上葉優位型間質性肺炎がある。呼吸器症状悪化のため入院となり、アミカシン吸入療法を開始後に肺野の浸潤影の増悪を認めた。アミカシン中止のうえ高域スペクトラムの抗菌薬への変更や抗真菌薬の投与を行ったものの呼吸状態が悪化し死亡した。アミカシン吸入療法は難治性肺MAC症に対して用いられているが、アミカシン吸入療法開始後に肺病変の悪化をきたした間質性肺炎患者を2例経験したため文献的考察を交え報告する。

OS 8-2

肺非結核性抗酸菌症の治療経過中にANCA関連血管炎を発症した1例

近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科

○西原 昂, 龍華 美咲, 小林 岳彦, 菟毛祥次郎,
松井 秀夫, 倉原 優, 露口 一成

症例は79歳男性。肺非結核性抗酸菌症 (M.intracellulare) に対しX-1年Y-6月まで2年間リファンピシン、エサンブートル、クラリスロマイシンによる治療を行い、以後経過観察中であつた。X年Y月から発熱と炎症反応亢進を認めたが抗酸菌症の再燃はなく、MPO-ANCA高値・尿潜血陽性であり、のちに腎機能悪化・胃の多発性出血潰瘍も認めた。多発腎囊胞のため腎生検は施行できなかつたが、他院膠原病内科に入院のうえANCA関連血管炎 (顕微鏡的多発血管炎・急速進行性糸球体腎炎) の診断でステロイド・リツキシマブ・透析による治療が行われた。腎機能障害は残存したものの透析離脱し軽快退院されている。既報においても肺非結核性抗酸菌症・慢性気道炎症がANCA関連の発症に関与している可能性が示唆されているが、まだ症例は十分に蓄積されていない。文献的考察を加えて報告する。

OS 9-1

肝障害を伴う播種性BCG症に対し、LVFX+SM+RFBが奏効した一例

1) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
2) 大阪公立大学大学院医学研究科 臨床感染制御学

○大島 友里¹⁾, 覺野 重毅²⁾, 井本 和紀²⁾, 柴多 渉²⁾,
山田 康一²⁾, 掛屋 弘²⁾

【症例】79歳男性。【主訴】発熱。【現病歴】X-2年に膀胱癌に対し経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行後、Durvalumab+BCG併用療法を行い、再発なく経過していた。X年5月に発熱で受診し、抗癌化学療法を中止、精査加療目的に入院とした。肝障害・肺野多発粒状影を認めたため、肝生検を施行したところ類上皮肉芽腫がみられ、播種性BCG症と診断した。抗原特異的インターフェロン- γ 遊離検査陽性であったことから粟粒結核も鑑別に挙げINH+RFP+EB+PZAによる治療を開始したが、肝障害出現のため中止した。経過から結核は否定的と考え、肝障害改善後にLVFX+SMとRFB急速減感作療法を行ったところ、胸部X線所見は改善し、肝障害の再燃も認めなかつた。【考察】BCG感染症ではINH+RFP+EBによる治療の報告が多い。しかし本症例のように肝障害が出現した場合は、薬剤選択に苦慮することがある。本症例ではLVFX+SM+RFBによる治療で肝障害をきたさず奏効を得られたため報告する。

OS 8-3

重症ACO治療中に同一肺葉内に同時に原発性肺癌及び非結核性抗酸菌を発症した1例

1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学,
2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特設講座

○清田穰太郎¹⁾, 三上 浩司^{1,2)}, 村上 美沙¹⁾,
神取 恭史¹⁾, 河村 直樹¹⁾, 森下 実咲¹⁾, 西村 駿¹⁾,
長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾, 徳田麻佑子¹⁾, 祢木 芳樹¹⁾,
堀尾 大介¹⁾, 大搦泰一郎^{1,2)}, 南 俊行^{1,2)},
高橋 良^{1,2)}, 栗林 康造^{1,2)}, 木島 貴志^{1,2)}

【症例】66歳、男性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】X-5年より近医にてCOPDにてフォローされていたが、労作時呼吸困難増悪にてX-3年当科紹介受診となった。重症ACOの診断にて吸入および内服治療を強化した。その際の胸部CT検査では肺結節影は明らかではなく、肺気腫を認めるのみであった。X年、検診レントゲンにて右上肺野結節影を認め、胸部CTで、右上葉に原発性肺癌を疑う充実型結節及び副結節を認めた。右上葉切除を行い、迅速診にて主結節は腺癌の診断を得た。一方、副結節は壊死組織で診断に至らず、組織培養の結果非結核性抗酸菌症 (NTM) の診断となった。最終診断は肺腺癌pT1cN0M0に対して、現在UFTによる術後補助化学療法中である。原発性肺癌とNTM合併例の報告は近年増えているが、今回同時発症症例を経験したので報告する。

OS 9-2

胃癌術後化学療法中に肺結核を発症した一例

1) 滋賀医科大学呼吸器内科, 2) 同 保健管理センター,
3) 同 感染制御部

○松田 正¹⁾, 角田 陽子¹⁾, 奥田 祥伍¹⁾, 横江 真弥¹⁾,
入山 朋子¹⁾, 黒田 凌¹⁾, 成宮 慶子¹⁾, 山崎 晶夫¹⁾,
松尾裕美子²⁾, 内田 泰樹¹⁾, 仲川 宏昭¹⁾, 黄瀬 大輔¹⁾,
山口 将史¹⁾, 大澤 真³⁾, 小川恵美子²⁾, 中野 恭幸^{1,3)}

症例は70歳男性、胃噴門部癌stageIIに対して、X年7月にロボット支援下噴門部胃切除術施行、X年8月からTS-1内服で術後化学療法中であつた。X+1年2月のフォローCTにて右肺尖部に結節影と周囲に粒状影の出現を認め当科紹介となった。BMI 18.3kg/m²とるい瘦を認めた。喀痰抗酸菌検査3回施行し、塗抹はいずれも陰性であつたが、PCRでM.tuberculosis陽性となり、培養陽性でM.tuberculosisが同定された。肺結核の診断で、X+1年3月よりINH+RFP+EB+PZAで抗結核薬を開始した。治療開始後、胸部X線では右肺尖部の結節影・粒状影は軽快している。現在INH+RFPで加療継続中である。本症例は、抗がん剤による免疫低下や胃切除に伴う低栄養状態を契機として、肺尖部の初感染病巣の結核菌の再活性化が生じたと考えられる。免疫抑制状態の患者で新たな肺病変を認めた場合は、結核も念頭に精査することが望ましい。

OS 9-3

乳腺結核の一例

- 1) 神戸市立医療センター西市民病院 呼吸器内科,
2) 神戸市立医療センター西市民病院 乳腺外科

○網本 久敬¹⁾, 岩林 正明¹⁾, 横田 真¹⁾, 橋本 梨花¹⁾,
瀧口 純司¹⁾, 金子 正博¹⁾, 藤井 宏¹⁾, 富岡 洋海¹⁾,
三瀬 昌宏²⁾

症例は28歳、ベトナム人女性。X-1年夏ころから左乳房痛を認め、近医で複数回切開排膿を受けられるも改善せず、X年2月に当院乳腺外科を受診された。X年4月に左乳房痛が再燃し、乳腺エコーで皮下膿瘍を認めたため、切開排膿を施行し、膿瘍を抗菌菌検査に提出したが、塗抹・培養・PCRともに陰性であった。X年10月に膿瘍の再燃を認め、局所麻酔下で小切開創での排膿を行い、検査に提出したところ、抗菌菌塗抹陽性、PCR検査で結核菌陽性であった。治療目的にX年10月23日当科紹介となった。INH・RFP・EB・PZAの4剤で2か月治療後、INH・RFPの2剤で4か月治療し、X+1年4月に治療を終了した。X+1年3月の乳腺エコーでは膿瘍は消失し、X+1年10月の乳腺エコーでも再燃を認めなかった。乳腺結核は本邦では稀な疾患であり、診断に苦慮することも多く、本患者でも複数回の切開排膿を要した。文献の考察を加えて報告する。

OS 10-1

抗結核治療により無顆粒球症に至った一例

明石医療センター

○松尾健二郎, 岡村佳代子, 池田 美穂, 藤本 葉月,
榎本 隆則, 山崎菜々美, 畠山由記久, 大西 尚

高血圧症、慢性腎臓病、腎性貧血の既往がある80歳女性。入院2か月前から腸結核に対しINH、RFP、EB、PZAの4剤治療を開始した。治療開始6週目の血液検査では異常はなかったが、8週目の定期外来受診時に、白血球 $1980/\mu\text{l}$ 、好中球19.0%と白血球減少を認め、精査加療目的に入院した。抗結核薬による薬剤性白血球減少症を疑い、第1病日より抗結核薬を中止したが、第2病日には白血球 $1820/\mu\text{l}$ 、好中球3.0%と無顆粒球症に至り、発熱もきたしたため抗菌薬治療とG-CSF製剤を開始し、第3病日に改善した。過去の報告からINHないしRFPが被疑薬の可能性が高いと考え第8病日よりEB、LVFXで治療を再開した。第14病日からRFPも追加した。血球減少の再燃はなく第36病日に退院した。抗結核薬治療による白血球減少は散見されるが、無顆粒球症に至った症例は稀であり、貴重な症例と考え報告する。

OS 9-4

近畿大学奈良病院にて診断、届け出をおこなった結核症例の最近の動向

- 1) 近畿大学奈良病院 呼吸器・アレルギー内科,
2) 近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科

○澤口博千代¹⁾, 吉川 和也¹⁾, 花田宗一郎¹⁾, 山縣 俊之¹⁾,
村木 正人¹⁾, 松本 久子²⁾, 東田 有智²⁾

近畿大学奈良病院にて診断、届け出をおこなった結核症例は、2019年7例、2020年9例、2021年3例、2022年 は9月14日までの集計で3例である。年齢、性別、感染部位、治療歴や奈良県全体との比較、全国との比較等、分析検討して報告する。尚、2022年度については、発表直前まで集計に加えて発表したい。

OS 10-2

EBUS-TBNAで診断した縦隔リンパ節結核・結核性心膜膿瘍の1例

日本赤十字社 和歌山医療センター 呼吸器内科

○濱田健太郎, 北原 健一, 河内 寛明, 矢本 真子,
深尾あかり, 寺下 聡, 渡邊 創, 堀川 禎夫,
池上 達義, 杉田 孝和

【症例】60歳代、女性。X年12月近医で心嚢液貯留が疑われ、X+1年1月当院に紹介となった。CTでは心右側の心膜に内部低濃度の腫瘍性病変を認め、右下部気管傍リンパ節腫大も見られた。心嚢液貯留や肺野病変は認めず、喀痰抗菌菌塗抹は陰性であった。QFT陽性であり、結核性心膜膿瘍やリンパ腫、心膜腫瘍などが鑑別上がった。心膜病変の経皮的な検査は不可能であり気管支鏡の方針とした。#4RでEBUS-TBNAを行ったところ、病理組織では壊死を伴う類上皮肉芽腫を認め、穿刺針洗浄の結核菌PCRが陽性であった。縦隔リンパ節結核、結核性心膜膿瘍と考え、X+1年2月から抗結核薬の投与を開始した。治療後のCTでは心膜膿瘍の消退がみられ結核性心膜膿瘍として矛盾しなかった。【考察】今回、我々は縦隔リンパ節のEBUS-TBNAにより診断できた縦隔リンパ節結核・結核性心膜膿瘍の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

OS 10-3

若年女性に生じた縦隔結核の一例

国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○塚本 宏壮, 北川 怜奈, 日隈 俊宏, 世利 佳況,
井野 隆之, 竹野内政紀, 平岡 亮太, 平野 克也,
小南 亮太, 高橋 清香, 東野 幸子, 加藤 智浩,
鏡 亮吾, 三宅 剛平, 横井 陽子, 水守 康之,
佐々木 信, 中原 保治, 河村 哲治

症例は23歳女性、既往歴なし。発熱と前胸部痛を主訴に前医を受診、前縦隔腫瘍として当院に紹介された。前縦隔から左肺門、左上区にかけて軟部腫瘍を認め、多数の嚢胞、壊死成分の混在が疑われた。肺野病変は認めなかった。まず左鎖骨上窩リンパ節を生検したが壊死と肉芽腫を認めたものの確診は得られなかった。そこで胸腔鏡下に左肺門部に腫瘤を生検、微生物検査にも提出したところ抗酸菌塗抹は陰性であったがPCRで結核菌が陽性、培養でも少量の結核菌を検出した。INH+RFP+PZA+EBの4剤で治療を開始し腫瘤は良好に縮小した。縦隔結核は若年者に多いとされるが近年報告はほとんどなく、稀な症例と考え報告する。

OS 10-4

ビタミン剤内服中に肺結核治療のparadoxical responseを来した一例

京都桂病院 呼吸器センター 呼吸器内科

○池尾 聡, 安田 直晃, 林 康之, 祖開 暁彦,
岩田 敏之, 西村 尚志

症例は24歳女性。特記すべき既往歴はない。健診の胸部単純X線で右下肺野に浸潤影を認め、当科を受診した。胸部CTで右下葉の気管支周囲に粒状影や浸潤影を認めた。喀痰検査で抗酸菌塗抹陽性（ガフキー1号）、結核菌群PCR陽性であり、肺結核と診断した。他院へ入院の上で標準治療を開始し、塗抹陰性を確認され1カ月で退院した。退院1週間後に発熱を来し、さらに2週間後に胸部単純X線写真で右胸水貯留を認めた。胸水はリンパ球優位、ADA高値であったが、抗酸菌塗抹・培養は陰性だった。paradoxical responseと判断し、治療を継続し、右胸水は自然に減少した。6か月間の標準治療を完遂し、完遂後も胸水は減少傾向だった。その後、治療中にビタミン剤サプリメントを内服していたことが判明した。結核感染や治療における各種ビタミンの影響について様々な報告があり、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 11-1

活動性結核発症関節リウマチ患者に対するJAK阻害薬をもちいた結核治療

一般財団法人大阪府結核予防会大阪複十字病院

○松本 智成, 東口 将佳, 酒井 俊輔, 木村 裕美,
小牟田 清

JAK阻害薬は関節リウマチ、アトピー性皮膚炎、乾癬性関節炎、潰瘍性大腸炎等に適応がある薬剤で、生物学的製剤とともにひろくつかわれ始めている。JAK阻害薬、生物学的製剤ともに活動性結核に対して使用禁忌ではあるが、生物学的製剤投与下で結核発症した場合生物学的製剤を中止せずに抗結核治療をおこなったほうが免疫再構築症候群をきたさず治療できることを発表し、「炎症性疾患に対する生物学的製剤と呼吸器疾患診療の手引き第2版」に記載した。今回、JAK阻害薬投与下での結核治療を3症例経験し明らかな活動性結核の増悪なく経過した。結核治療を行いながらJAK阻害薬の使用は結核を増悪させることなく可能であることを発表する。

OS 11-2

Pembrolizumab関連大腸炎に対するinfiximabによる治療中に発症した頸部リンパ節結核の一例

1) 彦根市立病院 呼吸器内科,
2) 彦根市立病院 耳鼻いんこう科,
3) 彦根市立病院 呼吸器外科

○吉川 勝喜¹⁾, 岡本 菜摘¹⁾, 渡邊 勇夫¹⁾, 片岡 健一²⁾,
林 栄一³⁾, 月野 光博¹⁾

【症例】63歳男性。右上葉非小細胞肺癌に対してpembrolizumabと化学療法の併用療法施行中のX年3月、Grade 3の免疫関連大腸炎を発症し、prednisolone、infiximabによる治療で軽快していた。6月7日より発熱・咽頭痛・左頸部リンパ節腫大を呈し、リンパ節生検により頸部リンパ節結核と診断された。6月17日よりHREZによる治療を開始後肝障害出現し、HRE+LVFXに変更し治療を継続していたが、発熱再燃し頸部リンパ節が増大・膿瘍化したため、9月17日切開排膿を行い、創部洗浄の継続により改善した。【考察】TNF-α阻害薬投与中に発症する結核は半数以上が肺外結核であると知られている。Infiximab開始前のIGRAは陰性で、肺野にも陈旧性肺結核を疑わせる所見を認めなかったが、縦隔リンパ節に石灰化を認めており潜在性結核感染症として治療を行なっておくべきであったと思われる。

OS 11-3

多剤耐性結核治療に関連する薬剤のMIC耐性カテゴリーの微生物学的検証

- 1) 国立病院機構近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター、
- 2) 結核予防会 結核研究所 抗酸菌部

○吉田志緒美¹⁾、露口 一成¹⁾、青野 昭男²⁾、御手洗 聡²⁾、井上 義一¹⁾

【目的】多剤耐性結核菌に対する各種薬剤（MFLX、LZD、BDQ、DLM）の*in vitro*活性を微量液体希釈法（MIC）で検証し、得られたMIC分布をBACTEC MGIT 960を用いた比率法による耐性基準と比較することで、MIC耐性カテゴリーを決定する。【方法】高まん延国フィリピンから分離された多剤耐性結核菌188株（MDR-TB 151、XDR-TB 37）を対象とした。耐性の基準濃度はWHO 2018に準拠した。【結果】MIC₅₀およびMIC₉₀は、MFLXで順に0.5と2 mg/L、LZDで0.5と0.5、BDQで0.125と0.5、DLMで0.015と0.03であった。技術的不確実性の領域または中間カテゴリーは、MFLXで1 mg/Lに設定された。MGIT耐性率は順に17.8%、0.5%、1.1%、0.0%、暫定MIC耐性率はMFLX 18.4%、LZD 8.0%、BDQ 0.5%、DLM 0.5%となり、LZDのMIC耐性はMGITの結果と乖離がみられた。【考察】今後、さらに耐性菌株を増やした検証を行うと同時に、MICと治療効果およびPK/PDパラメータとの相関を検討する必要がある。

OS 12-2

労作時息切れをきっかけとして診断された筋萎縮性側索硬化症（ALS）の1例

- 1) 兵庫医科大学病院 卒後研修センター、
- 2) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科学、
- 3) 兵庫医科大学 医学部 胸部腫瘍学特定講座

○太田 博章¹⁾、河村 直樹²⁾、高橋 良^{2,3)}、東山 友樹²⁾、神取 恭史²⁾、村上 美沙²⁾、清田穰太郎²⁾、森下 実咲²⁾、西村 駿²⁾、長野 昭近²⁾、徳田麻佑子²⁾、祢木 芳樹^{2,3)}、堀尾 大介^{2,3)}、大搦泰一郎^{2,3)}、三上 浩司^{2,3)}、南 俊行^{2,3)}、栗林 康造^{2,3)}、木島 貴志^{2,3)}

症例は66歳男性、肥大型心筋症で当院循環器内科通院中。心機能変化認めないものの労作時息切れが増強するとのことで当科受診。mMRC grade 3の息切れあり、拘束性換気障害を認めるものの拡散能検査では低下認めず。動脈血ガス所見ではpH：7.420、PaCO₂：54、PaO₂：89、HCO₃⁻：34と、高CO₂血症を認めた。半年で8kgの体重減少あり、身体所見では右手母指球筋および背側骨間筋の萎縮を認め、右上肢巧緻運動障害の訴えもあったことから神経筋疾患が疑われ、脳神経内科での精査の結果、筋萎縮性側索硬化症（ALS）と診断された。高CO₂血症および栄養障害を伴っていたことから、NPPV導入および胃瘻造設し、リルゾール内服導入され現在外来通院中である。ALSには時に呼吸筋麻痺で発症する呼吸筋型ALSが存在し、呼吸困難を主訴として呼吸器内科を受診することがあり、文献的考察も含めて報告する。

OS 12-1

重症再膨張性肺水腫をきたし死亡した1例

国立病院機構大阪刀根山医療センター

○宮本 哲志、住谷 仁、横山 将史、橋本 和樹、新居 卓朗、松木 隆典、橋本 尚子、辻野 和之、三木 啓資、木田 博

【現病歴】脊髄性筋萎縮症を治療中の81歳女性。X年4月に他院で甲状腺癌に対して甲状腺全摘術、気管切開を行った。術後に誤嚥性肺炎を発生し、ADLが低下した為、リハビリテーション目的にX年6月に当院に転院となった。【臨床経過】入院時の胸部CT検査で左胸水貯留を認めた。徐々に左胸水は増加し、またX年7月3日に再度誤嚥性肺炎を発生し、右胸水も出現した。MEPMの投与を開始したが、酸素化不良が進行了た為、7月14日に左胸水に胸腔ドレナージを施行した。900ml排液後、胸腔カテーテルをクランプしたが、その2時間後より患者の呼吸状態が増悪した。胸部X線写真では胸水は消失し、左全肺野に新規の浸潤影を認めた。皮下への胸水の漏出により再膨張性肺水腫を発生したと見え、人工呼吸器管理を行ったが、同日死亡した。【考察】死後のAIでは左肺でびまん性に浸潤影を認め、重症の再膨張性肺水腫を発生したと考えられ、文献的考察を踏まえて報告する。

OS 12-3

一年の経過で悪化する呼吸困難で紹介となり、肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症が疑われた一例

- 1) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科、
- 2) 神鋼記念病院 呼吸器内科、
- 3) 国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 呼吸器内科、
- 4) 大阪大学 大学院医学系研究科 循環器内科学、
- 5) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 循環器内科、
- 6) 公益財団法人 天理よろづ相談所病院 放射線部 診断部門

○中村 哲史¹⁾、武田 淳志¹⁾、丸口 直人¹⁾、山本 亮¹⁾、松村 和紀¹⁾、上山 維晋¹⁾、稲尾 崇²⁾、加持 雄介¹⁾、安田 武洋³⁾、橋本 成修¹⁾、田中 栄作¹⁾、田口 善夫¹⁾、羽白 高¹⁾、美馬 響⁴⁾、榎本操一郎⁵⁾、野間 恵之⁶⁾

症例は67歳男性、X-14年に虚血性心疾患に対して冠動脈バイパス術後、X-3年より労作時呼吸困難が出現、X-2年に平地歩行での呼吸困難がみられ慢性閉塞性肺疾患の疑いで当科紹介、胸部X線右上肺動脈下行枝・右2弓・左2弓・左4弓の経時的な拡大を認め肺高血圧合併が疑われた。胸部CTで肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症が疑われ、呼吸機能検査、肺換気血流シンチグラム、胸部造影CT、右心カテーテル検査、気管支肺胞洗浄で同疾患を支持する結果が得られ、加療目的で他院紹介とした。

OS 12-4

肺高血圧による息切れで発症したCALR遺伝子変異陽性本態性血小板血症の1例

- 1) 兵庫医科大学病院 卒後研修センター、
 2) 兵庫医科大学 医学部 呼吸器・血液内科学、
 3) 兵庫医科大学 医学部 胸部腫瘍学特定講座

○脇田 悠¹⁾、東山 友樹²⁾、高橋 良²⁾、清田穰太郎²⁾、
 三上 浩司^{2,3)}、河村 直樹²⁾、神取 恭史²⁾、
 村上 美沙²⁾、森下 実咲²⁾、西村 駿²⁾、長野 昭近²⁾、
 徳田麻佑子²⁾、衾木 芳樹²⁾、堀尾 大介²⁾、
 大搦泰一郎^{2,3)}、南 俊行^{2,3)}、栗林 康造^{2,3)}、
 木島 貴志^{2,3)}

65歳女性、主訴は息切れ・咳嗽。半年の経過で労作時息切れ進行し、安静時SpO₂:93%（室内気）と低下、胸部CTでモザイク分布のすりガラス影を認めたことから当科紹介受診となる。血液検査ではWBC 17710/ μ L、Hb 11.8g/dL、Plt 90.4万/ μ L、CRP 0.42mg/dL、LD 1226U/L、Dダイマー0.45 μ g/mLであった。造影CTで両肺に区域枝レベルでの肺動脈造影欠損を複数認め、心エコーではTRPG 84mmHgと肺高血圧所見あり。骨髄穿刺でCALR遺伝子type1変異を認めたことから、本態性血小板血症に伴う肺高血圧症と診断。現在は、ハイドロキシウレア、アナグレリド、アスピリン、ワルファリン、リオシグアトなどの内服継続中である。本態性血小板血症は無症候で偶発的に診断されることが多いが、本症例のように肺高血圧症を合併し息切れを主訴として呼吸器内科を受診することがあり、文献的考察も含めて報告する。

OS 13-1

肺化膿症に伴う感染性仮性肺動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○武田 淳志、岡垣 暢紘、坂本 裕人、田中 佑磨、
 丸口 直人、山本 亮、松村 和紀、中村 哲史、
 上山 維晋、加持 雄介、橋本 成修、田中 栄作、
 田口 善夫、羽白 高

【症例】69歳、男性【主訴】発熱、咯血【病歴】他院に入院中に発熱があり、転院6日前から右中葉肺炎として抗菌薬治療が行われていた。しかし、改善が乏しく、転院前日に咯血を来したため、当院に精査・加療目的に転院した。造影CTでは、右中葉に広範な浸潤影と右被包化胸水を認め肺化膿症＋膿胸と思われた。肺化膿症の内部には動脈瘤を疑う造影領域があり、同部位からの出血が疑われた。緊急IVRを行ったところ仮性肺動脈瘤を認め、瘤の抹消側・中枢側の血管にそれぞれコイル塞栓術を施行した。その後は咯血はなく経過し、肺化膿症と膿胸は右胸腔ドレーナージ術と抗菌薬加療で順調に改善した。【考察】仮性肺動脈瘤は感染や炎症に稀ながら合併することが報告されており、高率に咯血を来す予後不良な病態である。本症例は肺化膿症に感染性仮性肺動脈瘤が合併したが、同部位へのコイル塞栓術で止血し得た症例であり、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

OS 12-5

肝肺症候群を背景とした肺高血圧症に対してマシentan内服により急性呼吸不全をきたした一例

神戸市立医療センター 中央市民病院 呼吸器内科

○田代 隼基、白川 千種、立川 良、貴志 亮太、
 遠藤 慧、世利 佳澁、島 佑介、嶋田 有里、
 平林 亮介、佐藤 悠城、永田 一真、中川 淳、
 富井 啓介、滋野 稔

アルコール性肝硬変が既往にある40歳代の女性。X年10月に動悸、労作時呼吸困難を認めたため当院を受診した。同年11月に右心カテーテルにより肺高血圧症と診断され、NYHA 2度の心不全症状もあるためタダラフィル（PDE-5阻害薬）を開始された。TRPGは減少し、酸素化も問題なく経過していたが労作時呼吸困難は持続しており、同年12月にマシentan（エンドセリン受容体拮抗薬）を追加した。マシentan追加から16日後に呼吸不全を認め、当院へ救急搬送された。胸部CTでは肺野に明らかな異常所見や血栓像は認めず、経過からはマシentan導入によるシャントの増加が呼吸不全の原因と考えられたため、マシentan内服を中止した。入院経過中に高流量鼻カニューラでFiO₂ 55%まで要したが、中止後からは経時的に改善あり酸素投与不要な状態で自宅退院された。肺換気血流シンチグラフィではマシentan中止前後でシャント率の改善を認めた。

OS 13-2

クライオデバルキングで右完全無気肺による急性呼吸不全を回避し、手術を施行し得た肺扁平上皮癌の一例

独立行政法人国立病院機構姫路医療センター 呼吸器内科

○井野 隆之、北川 怜奈、日隈 俊宏、世利 佳澁、
 竹野内政紀、平岡 亮太、平野 克也、小南 亮太、
 東野 幸子、加藤 智浩、鏡 亮吾、三宅 剛平、
 水守 康之、塚本 宏壮、佐々木 信、河村 哲治、
 中原 保治

77歳男性。喫煙歴は1日20本、20～73歳。呼吸困難・湿性咳嗽にて近医を受診。胸部X線写真で右肺門部陰影を認め、当科紹介となった。胸部CTで右上葉支から主気管支、中間幹にかけて気管支内を占拠する軟部影を認め、右中下葉はほぼ含気がなくなっていた。第4病日の気管支鏡検査では右主気管支入口部に白色壊死に被覆された腫瘤を認め、クライオバイオプシーで扁平上皮癌と診断した。第5病日には右完全無気肺となり急性呼吸不全を呈したため、第11病日に全身麻酔下でクライオとAPC焼灼による気管支鏡下腫瘍切除を行った。これにより中間気管支幹と右B3は良好な開存が得られ、右B2入口部に腫瘍基部が確認された。35日後に右開胸上葉管状切除を施行、術後療法なしで約2年間再発なく経過良好である。クライオデバルキングにより腫瘍による無気肺を改善し手術を実施し得た症例として報告する。

OS 13-3

CTガイド下生検で診断した末梢発生小細胞肺癌の1例

- 1) 赤穂市民病院 呼吸器科, 2) 赤穂市民病院 病理部,
3) 京都大学 呼吸器内科, 4) 名古屋大学

○大道 一輝¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 加藤 五陸¹⁾, 高木 望夢¹⁾,
荒木明日香¹⁾, 榎木 英介²⁾, 橋本健太郎³⁾, 辻 貴宏⁴⁾

症例は83歳、男性。左舌区に長径12mmの結節陰影を指摘されたため精査目的で当科外来を紹介される。気管支鏡検査を施行するも陰影に命中しなかった。2か月後に結節は長径22mmまで増大したため人工気胸下にCTガイド下生検を試みたが病変が硬く生検針がうまく刺さらなかったために生検を断念した。PET検査ではSUVmax 10.09と高値であったため手術を勧めるも同意が得られなかった。3か月後の胸部CTでは長径は23mmまで増大していたため再度CTガイド下生検を施行した。体位は仰臥位で心臓と接線方向に穿刺経路を設定した。左舌区に生検針を挿入しゆっくりと病変にむけて誘導し、陰影に命中したところでMPR画像を作製し腫瘍に対する穿刺角度、針先が腫瘍の被膜を超えて内部に挿入されていることを確認して生検を施行した。検査時間29分で合併症はみられなかった。病理組織学的に小細胞肺癌と診断。全身検索の結果限局型小細胞肺癌と診断し放射線化学療法を施行した。

OS 13-4

EWS+ヒストアクリルRによる気管支充填術で制御できた侵襲性肺アスペルギルス症穿破による肺瘻の1例

神戸市立医療センター中央市民病院

○塚本 信哉, 永田 一真, 上田 亮太, 豊田 裕士,
伊藤 雅弘, 田代 隼基, 李 正道, 遠藤 慧,
島 佑介, 金澤 史朗, 平林 亮介, 佐藤 悠城,
中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

症例は79歳男性。IPAFに対してステロイドを導入された1ヶ月後、呼吸困難の悪化を自覚した。胸部CTで右下葉浸潤影、右胸水などを認め、アスペルギルス抗原陽性より侵襲性肺アスペルギルス症と診断し、ポリコザゾールを開始した。開始10日後、右気胸を認めたため、胸腔ドレナージを開始した。胸腔ドレナージのみでは改善せず、右B9、10にEWSによる気管支充填術を施行したが、翌日には右B10のEWSが脱落し、再度右肺は虚脱した。その後EWSとヒストアクリルR (NBCA) を併用したところ、施行10日後まで脱落せず、この間に癒着が得られ、ドレーンを抜去できた。肺アスペルギルス症や肺化膿症の穿破で生じた肺瘻はしばしば難治性である。EWSは肺瘻に対する治療戦略の1つだが脱落が問題となる。本症例ではEWSとヒストアクリルRを併用することで脱落を一定期間防ぎ肺瘻の制御を得た。同様の症例は少なく、肺瘻のさらなる治療戦略として重要と考え報告する。

OS 13-5

器質性肺炎診断時のTBLBで診断に至らず、その後のクライオ生検で診断されたリンパ脈管筋腫症の一例

- 1) NHO近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
2) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
3) NHO近畿中央呼吸器センター 放射線科,
4) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床検査部

○竹内奈緒子¹⁾, 新井 徹²⁾, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾,
香川 智子¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 澄川 裕充³⁾, 清水 重喜⁴⁾,
井上 義一²⁾

初診時38歳女性。軽喫煙者。咳嗽、修正MRC1度の労作時呼吸困難を認め、胸部レントゲンにて多発浸潤影を認め、当院紹介。胸部CTにて両肺に浸潤影・斑状影に加えて、びまん性に薄壁嚢胞を認めた。経気管支肺生検 (TBLB) にて気腔内器質化を認め、器質性肺炎として被疑薬を中止し、ステロイドパルス療法を施行後、プレドニン治療を行った。呼吸症状、肺野陰影の改善、炎症反応の低下がみられ、プレドニンを漸減、終了した。器質性肺炎は軽快したが、多発性嚢胞性肺疾患が未診断であった。約2年の経過で嚢胞病変は一部増大を認め、当初800 pg/mL未満であったVEGF-Dが1392.9 pg/mLと上昇したため、クライオバイオプシー (TBLC) を施行した。嚢胞壁に好酸性の短紡錘形細胞の増殖を認め、免疫染色と合わせてリンパ脈管筋腫症 (LAM) と組織学的に診断した。TBLBで診断困難であったが、外科的肺生検より侵襲度が低いTBLCで診断可能であったLAMについて報告する。

OS 14-1

休薬で改善が見られたアミオダロンによる薬剤性肺障害の1例

兵庫県立 淡路医療センター

○松岡 史憲, 堂國 良太, 向田 諭史, 桐生 辰徳,
小谷 義一

85歳男性。3日前からの労作時呼吸困難、発熱、全身倦怠感を主訴に来院。SpO2は室内気で90%と低下し、聴診上両肺野で水泡音を認めた。胸部単純写真では両肺野に浸潤影が見られ、胸部CTでは全肺野に小葉間隔壁を伴うすりガラス様陰影や浸潤影を認めた。KL-6 278U/ml, BNP 92.5pg/mlで以前と変化なし。持続性心房細動に対し9か月前からアミオダロンを内服し、6か月前、3か月前の胸部単純写真では新規に出現、悪化する両肺の淡い浸潤影が見られ、同剤を休薬とした。第3病日の気管支肺泡洗浄液ではリンパ球と好酸球の増多に加え、泡沫状マクロファージも認めた。休薬のみで、症状、SpO2および画像所見は緩徐に改善し、第17病日に退院とした。アミオダロンのリンパ球刺激試験は陽性であり、経過と併せて同剤による薬剤性肺障害と診断した。当疾患は難治性であることも多く、本例は中止のみで軽快したが病勢に応じて積極的にステロイド治療などを考慮する必要がある。

OS 14-2

乙字湯による薬剤性肺障害を考え薬剤リンパ球刺激試験を施行した1例

和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

○永井 隆寛, 高瀬 衣里, 藤本 大智, 寺岡 俊輔,
早田 敦志, 赤松 弘朗, 中西 正典, 洪 泰浩,
山本 信之

症例は78歳女性。1ヶ月前に前医で乙字湯の内服を開始し、開始後に倦怠感を自覚していた。その後呼吸困難が増悪傾向のために前医を受診し、シンプルマスク5Lの酸素投与を要する1型呼吸不全を認められた。心不全が疑われ利尿剤を投与されるも呼吸状態の改善がなく、重症肺炎治療のために当院転院した。胸部CTで両側すりガラス陰影を認め、既報告例、内服時間軸を含めた問診、胸部CT画像所見から乙字湯による薬剤性肺障害を疑い、ステロイド治療を開始した。呼吸状態最悪時には高流量鼻カヌラ酸素療法として50L70%まで悪化したが、第29病日には室内気まで改善した。乙字湯の漢方成分を取り寄せ、薬剤リンパ球刺激試験を施行したところ、構成成分のオウゴンでSI値4と強陽性を示したことから、乙字湯による薬剤性肺障害と最終診断した。オウゴンを成分とした漢方は乙字湯を始めとして広く使用されているが、薬剤性肺障害の原因となりうるという認識が必要である。

OS 14-4

間質性肺炎合併肺癌に対してニンテダニブが著効し長期生存を得られた一例

1) 南奈良総合医療センター 呼吸器内科,
2) 吉野病院 呼吸器内科

○鈴木健太郎¹⁾, 甲斐 吉郎¹⁾, 片岡 良介¹⁾, 村上 伸介²⁾,
福岡 篤彦²⁾

症例は82歳男性。X年3月に胸部異常陰影を認め当科紹介、胸部CTで胸膜下の網状陰影や一部蜂巣肺を認め特発性肺線維症を疑った。X年9月左下葉に結節を認め、X+1年4月増大を認めた。PET検査で左下葉腫瘍、縦隔リンパ節、一部胸膜播種を疑う結節にも異常集積を認め肺癌を強く疑った。気管支鏡では確定診断に至らずCTガイド下生検で肺扁平上皮癌と診断。年齢や間質性肺炎増悪のリスクを考慮し抗癌剤治療は行わず、間質性肺炎に対してX+1年7月ニンテダニブの投与を開始。投与後は偶発的に腫瘍の縮小が得られ長期維持していたがX+3年11月多発リンパ節腫大とIL-2RとLDHの上昇を認めた。原発巣は縮小を維持していたため悪性リンパ腫の合併も疑い頸部リンパ節生検を行ったが肺癌の診断であった。本症例は2年4か月の間ニンテダニブ投与で長期の腫瘍縮小維持を認めた。間質性肺炎合併肺癌に対してニンテダニブが奏功した報告はまれであり文献の考察を交えて報告する。

OS 14-3

DLST検査が診断の一助となったアパルタミドによる肺障害の1例

淡海医療センター

○福本 洋介, 石崎 直子, 神田 響

症例76歳男性。転移を有する前立腺癌に対してアパルタミド240mg毎日投与を開始。1か月後に皮疹出現し180mgに減量。2か月後より呼吸苦が出現して受診。胸部CT検査で両側対称性かつ汎小葉性に広がるすりガラス影があり、KL-6 1067U/mLと上昇を認めた。薬剤性肺障害を疑い被疑薬のアパルタミドの投与中止。酸素化不良にてメチルプレドニゾロン0.5g3日間のステロイドパルスを実施も陰影と酸素化が増悪し、1週間あけて同用量で再パルスを実施したところ改善した。その後維持療法を行い経過良好でプレドニゾロンを漸減中止できた。DLST検査で陽性を示してアパルタミドによる肺障害の診断を得た。アパルタミドによる肺障害は臨床試験で発現率0.2%と非常に稀である。報告例は3例のみでいずれも除外的診断であった。今回DLST検査が診断の一助となったアパルタミドによる肺障害の1例を経験したため報告する。

OS 15-1

鳥飼病と鑑別を要し、VATS肺生検を実施した抗NOR90抗体陽性の慢性間質性肺炎の一例

1) NHO 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) NHO 姫路医療センター 放射線科,
3) 天理よろづ相談所病院 病理科

○平岡 亮太¹⁾, 高橋 清香¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 北川 怜奈¹⁾,
日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳澁¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾,
平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾,
鏡 亮吾¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲司¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 小橋陽一郎³⁾

患者は63歳男性。X-8年から緩徐に進行する間質性肺炎があり他院でフォローされていた。膠原病スクリーニングでは抗核抗体以外の自己抗体は陰性で、身体所見上も膠原病を示唆する所見はなかった。一方で直近の鳥飼関連の暴露歴はないものの、思春期に鳥飼育歴もあり、鳥飼関連抗体は陽性であった。X年に転居を機に当院に紹介となった。病歴や吸気胸部単純CT画像から、慢性過敏性肺炎よりは膠原病（特に強皮症）に関連した間質性肺炎を疑い、全身性強皮症関連抗体検査を追加したところ抗NOR90抗体と抗R6-52抗体が陽性と判明した。また、VATS肺生検でもfibrotic NSIP像を呈したことからMDDでIPAFの基準を満たす症例と診断し、今後抗線維化薬の適応に関して考慮する方針としている。抗NOR90抗体は強皮症患者のなかでも発現頻度が4-7%と低く、臨床経過が不明な点もある事から興味深い症例として文献的考察を加え報告する。

OS 15-2

ネオシーダーによる急性肺障害が疑われた1例

和泉市立総合医療センター

○上野健太郎, 上田 隆博, 上西 力, 門谷 英昭,
石井真梨子, 武田 倫子, 田中 秀典, 松下 晴彦

【症例】65歳女性【主訴】咳嗽【現病歴】X年6月下旬より咳嗽を自覚し7月1日に前医を受診した。胸部CTで両肺野にびまん性すりガラス陰影を認め、抗菌薬加療が開始されたが改善乏しく7月4日に当院転院となった。転院時、体温38℃、SPO₂ 94% (nasal 2L/分)、倦怠感著明で第2病日に気管支鏡検査 (BAL/TBLC) を施行した。病理所見はAcute lung injuryでBALFでは有意な菌の検出はなく、血液検査において各種自己抗体も陰性であった。明らかな原因不明であったが2年より吸入しているネオシーダー (紙巻きタバコ型鎮咳去痰薬) の吸入本数が5月より増加しており同薬による急性肺障害を疑った。同薬中止のみでステロイド投与なく、第4病日から解熱し第9病日には酸素化改善、歩行可能となり第17病日に退院となった。ネオシーダーによる急性肺障害の報告はなく同薬による急性肺障害が示唆されたため報告する。

OS 15-3

器質性肺炎を合併した重症僧帽弁閉鎖不全症の1例

北野病院

○山中 諒, 井上 大生, 貴志 亮太, 植木 康光,
坂野 勇太, 為定 裕貴, 神野 志織, 伊元 孝光,
森本 千絵, 濱川 瑤子, 北島 尚昌, 丸毛 聡,
福井 基成

【症例】39歳、男性【主訴】呼吸困難、咳嗽、喀痰【現病歴】X年7月上旬からオレンジ色の喀痰が続いたためSARS-CoV-2抗原検査を受けて陽性と判明した。自宅療養するも7月下旬から咳嗽、喀痰が増悪し、8月上旬から呼吸困難も出現したため当院を受診、低酸素血症を認めた。胸部CTでは、右上葉優位に両肺にすりガラス陰影や浸潤影、少量胸水があり、心エコーでは重症僧帽弁閉鎖不全症 (severe MR) を認めた。Severe MRによる肺水腫疑いとして利尿薬で除水、持続的陽圧呼吸療法を開始、酸素化は徐々に改善した。第11病日のCTでは既存のすりガラス陰影は消退傾向だったが、右肺優位の浸潤影は残存、収縮性変化を伴っていた。第15病日に気管支鏡検査を施行し、組織診では器質性肺炎と診断された。クラリスロマイシン少量投与を開始し、第39病日のCTでは陰影はさらに改善していた。器質性肺炎を合併するsevere MR症例は稀であり、ここに文献的考察を加えて報告する。

OS 15-4

抗MDA-5抗体陽性皮膚筋炎に合併した難治性間質性肺炎に対して血漿交換が有効であった2例

神戸市立医療センター中央市民病院 呼吸器内科

○上田 亮太, 島 佑介, 白川 千種, 永田 一真,
伊藤 雅弘, 田代 隼基, 塚本 信哉, 豊田 裕士,
遠藤 慧, 李 正道, 金澤 史朗, 平林 亮介,
佐藤 悠城, 中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

【症例】78歳男性【主訴】食思不振【現病歴・経過】体重減少を契機に間質性肺炎を指摘。抗MDA5抗体陽性、筋炎所見は軽度 (筋電図のみ)、皮疹 (Vネックサインやゴットロン徴候) を認め、筋無症候性皮膚筋炎と診断した。mPSL 500mg+IVCY +CyA175mgで治療開始するもバイオマーカー、胸部画像所見ともに悪化傾向であったため血漿交換開始。計7回の血漿交換行いバイオマーカー、画像所見ともに改善傾向を示し退院。現在は外来通院中でPSL 13mgまで漸減できており経過は良好。【症例】76歳男性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴・経過】健診で近医を受診した際に低酸素血症認め当院へ転送となった。CK上昇、抗MDA5抗体陽性、筋自発痛、筋電図変化、右肘に皮疹認め皮膚筋炎と診断。mPSL 500mg+IVCY+TAC2.5mg×2で治療開始するも酸素化悪化認めためたため血漿交換開始。計11回の血漿交換行い間質性肺炎は改善を示したが治療経過中にヘルペス脳炎及び心原性脳梗塞発症し死亡。

OS 16-1

IIPにpleural callosityを合併したtype II respiratory failure例

- 1) 橋本市民病院 呼吸器内科,
- 2) 橋本市民病院 臨床研修センター,
- 3) 橋本市民病院 病理診断科,
- 4) 橋本市民病院 総合内科, 5) 橋本市民病院 外科,
- 6) 橋本市民病院 循環器内科

○藤田 悦生¹⁾, 坂口 雄太²⁾, 織田嶋崇嗣²⁾, 田中 将規¹⁾,
木村 雅友³⁾, 千田 修平⁴⁾, 青木 達也⁴⁾, 堀谷 亮介⁴⁾,
有吉 平⁴⁾, 角野 直央⁴⁾, 有吉 彰子⁴⁾, 澤田 拓²⁾,
稲田 昭彦²⁾, 大畑 美緒²⁾, 富岡帆乃佳²⁾, 天野 雄登⁴⁾,
中村 公紀⁵⁾, 星屋 博信⁶⁾, 河原 正明¹⁾, 駿田 直俊¹⁾

症例は88歳女性。2019年6月からIIPでnintedanib投与されていた。診断時の%VC 45.2% (VC 0.89L)、FEV₁ 0.66 Lで、呼気ガス分析でのV'O₂ peak 6.5ml/kg/minであった。2021年10月からDOE増大あり、home oxygen therapy施行された。aspiration pneumoniaに対して、SBT/ABPC、補液施行するもhypoxemia認めNIPPVを開始した。IIPとpleural callosityによるrestrictive disorderでdoxapram併用で呼吸管理するhypercapnemiaの改善は困難であった。autopsyではUIPとpleural callosityの所見を認めた。

OS 16-2

間質性肺炎に対しnintedanib使用中に臨床的に薬剤性ネフローゼ症候群と診断された一例

神戸市立医療センター中央市民病院

○島 佑介, 上田 亮太, 豊田 裕士, 伊藤 雅弘,
塚本 信哉, 田代 隼基, 李 正道, 遠藤 慧,
金澤 史朗, 平林 亮介, 佐藤 悠城, 永田 一真,
中川 淳, 立川 良, 富井 啓介

【症例】78歳 男性【現病歴】8年前に特発性肺線維症と診断。3年3ヶ月前にnintedanibを導入した。下痢のため減量し100mg1日2回で内服を継続していた。導入1年6ヶ月後に尿蛋白を指摘され、導入2年9ヶ月後にクレアチニン上昇を指摘された。以降、尿蛋白は増悪傾向を示し、導入3年2ヶ月後には尿蛋白クレアチニン比18.63g/gCr、血清アルブミン低下、浮腫を認めたため、薬剤性ネフローゼ症候群を疑いnintedanibを休薬した。本症例では本人希望のため腎生検を実施できなかったが、nintedanib休薬3週間後に尿蛋白クレアチニン比が8.26g/gCrまで改善を認めたため、臨床的にnintedanibによる薬剤性ネフローゼ症候群と診断した。【結語】nintedanibによる薬剤性ネフローゼ症候群は少数ながら報告されている。適正使用ガイドに明記されている様に、nintedanib導入後は尿蛋白測定を定期的に行う事が推奨される。

OS 16-4

Idiopathic Pleuroparenchymal Fibroelastosis に左反回神経麻痺を合併した一例

- 1) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
- 2) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

○滝本 宜之¹⁾, 茂田 光弘¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 小林 岳彦²⁾,
糞毛祥次郎¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 香川 智子¹⁾, 橘 和延¹⁾,
新井 徹²⁾, 井上 義一²⁾

70歳男性。X年12月、胸部CTにて両肺上葉末梢優位に容積低下を伴う浸潤影、網状影、気管支拡張像、両肺下葉に斑状の均等影を認め、前医を受診。抗SS-B抗体高値にて、眼科と耳鼻科受診するも、シェーグレン症候群の診断には至らず。X+1年9月、当院を受診。MDDにてidiopathic Pleuroparenchymal Fibroelastosis (PPFE) と診断された。経過観察中、嚥下障害、嗝声が悪化し、耳鼻科にて左声帯完全麻痺を指摘された。頭部MRIや頸部CTでは特記所見なし。X+2年10月、右上葉の肺炎にて入院。嗝声は同様も、嚥下障害はさらに悪化し、嚥下造影にて嚥下反射遅延・咽頭残留を認め、経腸栄養を施行。肺炎治癒後、嚥下内視鏡を行い、左声帯の動作不良、声帯の閉鎖不全を確認した。その後、右肺炎を再発し、X+2年12月、死亡。PPFEに反回神経麻痺を合併する症例の報告は少なく、報告する。

OS 16-3

原発性胆汁性胆管炎に併発した間質性肺炎の一例

大阪赤十字病院 呼吸器内科

○吉田 薫, 國宗 直紘, 矢野 翔平, 葎 七海,
田中 佑磨, 藤原 直樹, 宮里 和佳, 青柳 貴之,
石川 遼一, 高岩 卓也, 中川 和彦, 森田 恭平,
吉村 千恵, 黄 文禧, 西坂 泰夫

【症例】78歳 女性

【現病歴】X-3年12月にかかりつけ医を受診した際、胸部単純レントゲンで両肺の透過性の低下を認め、抗菌薬投与されるも改善しないため、X-2年1月に当院紹介となった。膠原病を示唆する身体学的異常所見は認めなかったが、胸部単純CTでは両側肺野に器質化肺炎と考えられる陰影を認めた。血液所見では肝胆道系酵素の著明な上昇や抗ミトコンドリア抗体が陽性で、肝生検の結果、原発性胆汁性胆管炎 (PBC) と診断された。当初、間質性肺炎は自覚症状も乏しく、画像フォローとなっていたが、X-1年5月頃より胸部単純CTで緩徐に増悪を認めるようになったため、X年4月に経気管支肺生検を行った。病理組織学的所見では気道周囲にリンパ球・形質細胞を主体とする炎症細胞の浸潤や肺泡領域でのMasson bodyを認めた。本症例のように、PBCには間質性肺炎を合併する一群が既報で示されており、その画像や病理、治療に関して、若干の文献的考察を加え報告する。

OS 17-1

演題取り下げ

OS 17-2

非喫煙のEGFR陽性小細胞肺癌患者に対して Osimertinib を投与した一例

大阪府済生会中津病院 呼吸器内科

○金子 顕子, 宮崎 慶宗, 長崎 美華, 野田 彰大, 佐藤 竜一, 佐渡 紀克, 齊藤 隆一, 東 正徳, 上田 哲也, 長谷川吉則

症例は60歳女性。胸部異常陰影と前胸部痛で受診され、精査の結果右下葉原発小細胞肺癌cT2aN2M1c、Stage4B (OSS・BRA・HEP) と診断した。非喫煙患者であった。化学療法としてCBDCA+VP16+Atezo、Atezo維持療法、CDDP+VP16、AMR、CPT-11、CBDCA+VP16再投与行うも多発肝転移の増大を認めPDとなった。非喫煙の小細胞肺癌の一部にEGFR陽性が含まれるとの報告があることから、治療前の原発巣の組織検体で遺伝子検査を行い、EGFR陽性 (Exon19Del+) であった。このためOsimertinibで治療開始したが効果乏しく死亡退院した。全生存期間は538日、Osimertinibの無増悪生存期間は27日であった。非喫煙の小細胞肺癌患者は稀であり、Osimertinibを投与した症例は我々が調べた範囲で初であったため若干の考察を含めて報告する。

OS 17-3

抗ARS抗体陽性で間質性肺炎があるEGFR陽性肺癌に対して Erlotinib と Ramucirumab 併用し治療した一例

1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科,
2) 京都第一赤十字病院 臨床腫瘍部,
3) 京都第一赤十字病院 感染制御部

○田中 駿也¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 山本 航平¹⁾, 村井 淳二¹⁾, 吉田 理愛¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 塩津 伸介²⁾, 弓場 達也³⁾, 内匠千恵子²⁾, 平岡 範也¹⁾

【症例】80歳男性【経過】X年1月より咳嗽、同年8月より息切れがあり同年9月に当院を紹介受診した。胸部CTでSubpleural curvilinear shadowや牽引性気管支拡張を認め、血液検査で抗ARS抗体 (Jo-1/Ro52抗体) が陽性であった。プレドニゾロンとタクロリムスで治療を開始し、間質性肺炎は安定していた。X+1年3月に右下葉肺腺癌 (T2aN0M0、Stage1B、EGFR exon19 deletion) を認め、外科的肺切除を行った。X+1年10月に右第7肋骨転移を認め放射線治療を施行、X+2年2月に照射野両端に再発しErlotinibとRamucirumab併用して治療を開始した。治療開始後、間質性肺炎の増悪や腫瘍の増大はない。【考察】間質性肺疾患はEGFR-TKIによる有害事象として重要である。間質性肺炎合併EGFR陽性肺癌に対する治療は臨床で問題となるが、本症例はErlotinibとRamucirumabを併用することで間質性肺炎も肺腫も増悪せずコントロールできている。薬剤選択について文献的考察を交え報告する。

OS 17-4

EGFR遺伝子変異陽性肺癌患者におけるミノマイシン内服の予後への影響

大阪大学大学院 医学系研究科 呼吸器免疫内科

○刀祢 麻里, 岩堀 幸太, 白山 敬之, 二見 真史, 内藤祐二郎, 福島 清春, 三宅浩太郎, 小山 正平, 平田 陽彦, 長友 泉, 武田 吉人, 熊ノ郷 淳

【背景】EGFRチロシンキナーゼ阻害薬 (TKI) を投与された肺癌患者において、副作用である皮疹の出現が予後と関連することはこれまで報告されている。皮疹の予防内服としてミノマイシン (MINO) が広く使用されているが、MINO内服の肺癌の治療効果や予後への影響についてはまだ明らかでない。【方法】当院でEGFR遺伝子変異陽性肺癌患者に対して初回のEGFR-TKI治療中に、MINOを30日以上内服した群 (MINOあり群) とそれ以外の群 (MINOなし群) に分けて、EGFR-TKIの治療効果や予後を後ろ向きに検討した。【結果】初回EGFR-TKIのPFSはMINOあり群 (N=31) ではなし群 (N=94) に比べて有意に延長していた (PFS中央値735 vs. 419日 [95% CI 508-1558 vs. 332-626日、p=0.019])。多変量解析の結果、MINO内服はPFSやOSを延長させる独立因子であった。【結論】EGFR遺伝子変異陽性肺癌患者において、MINO内服により肺癌の予後が改善する可能性が示唆された。

OS 17-5

大細胞神経内分泌癌に形質転換したEGFR陽性肺腺癌の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科

○山口 実賀, 松本 啓孝, 齋藤恵美子, 伊藤 峻, 平林 正孝

【症例】66歳女性。【現病歴】X-6年6月に右中葉肺腺癌 (pT1aN0M0、stage IA、EGFR exon19 deletion (del) 陽性) で右中葉切除術を施行した。X-4年1月に両側肺内転移で術後再発し、アファチニブで治療を開始したが病勢増悪した。右下葉部分切除による外科的肺生検を行ったがT790Mは陰性であった。その後、細胞障害性抗癌剤やアファチニブ再投与で治療を継続したが、肺内病変は急速に増大した。X年6月の左下葉部分切除による肺生検の結果、Chromogranin-A陽性、Synaptophysin陽性、Napsin-A陰性で大細胞神経内分泌癌 (Large-cell neuroendocrine carcinoma; LCNEC) と診断した。exon 19 delも陽性であり、EGFR-TKIの耐性機序の形質転換と考えた。【考察】EGFR遺伝子変異陽性肺腺癌に対してEGFR-TKI投与後にLCNECへ形質転換した症例を経験した。再生検がその後の治療方針に関連するため、LCNECへの形質転換の可能性を考慮して診断治療を行うことが重要である。

OS 18-1

pembrolizumab 初回投与後に irAE 筋炎を発症した 1 例

奈良県立医科大学 呼吸器・アレルギー・血液内科

○間瀬 史絵, 高橋 輝一, 田崎 正人, 濱田恵理子,
佐藤 一郎, 岩佐 佑美, 新田 祐子, 藤岡 伸啓,
春成加奈子, 坂口 和宏, 谷村 和哉, 長 敬翁,
大田 正秀, 太田 浩世, 藤田 幸男, 山本 佳史,
本津 茂人, 山内 基雄, 吉川 雅則, 室 繁郎

【症例】71歳、男性【主訴】複視、両下肢痛【現病歴】X-4年に縦隔型肺腺癌cTXN2M0 stage3A（各種遺伝子検査陰性、PD-L1 TPS 99%）に対し化学放射線療法を施行した。X年Y-1月に縦隔リンパ節の腫大を認め、再発と判断しY月よりpembrolizumabの投与を開始した。初回投与20日後より複視、両下肢痛が出現し、2回目投与の受診時の血液検査でCKの著増を認め、重症筋無力症様症状を呈しており、緊急入院となった。【経過】脳神経内科共観のもと、MRI検査にて筋炎を反映した所見を認め、irAE筋炎の診断に至った。治療はステロイド投与に加え、血漿交換および免疫グロブリン補充療法を実施し、症状の改善を認め約2ヶ月後に退院した。【考察】irAE筋炎の1例を経験した。ICI時代におけるirAEに対する他科との連携の重要性を含め、文献的考察を含めて報告する。

OS 18-3

ニボルマブ・イピリムマブ投与中に irAE 筋炎を発症した一例

天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○松村 和紀, 岡垣 暢紘, 坂本 裕人, 武田 淳志,
丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史, 上山 維晋,
池上 直弥, 加持 雄介, 橋本 成修, 田中 栄作,
田口 善夫, 羽白 高

症例は72歳男性。入院2か月前より浸潤性粘液腺癌（cT4N3M1a、Stage4）に対してニボルマブ+イピリムマブ+カルボプラチン+ペメトレキセドで治療を開始していたが、入院1週間前より38度台の発熱、左臀部～大腿部痛が出現した。入院4日前に当院に受診し、アセトアミノフェン内服を開始したが、左下腿痛が新たに出現した為に再度受診した。採血では炎症反応上昇、CKの上昇を認め、筋炎の疑いで精査加療目的に入院した。下腿のMRI STIR法で左ヒラメ筋、左半膜様筋に高信号域あり、筋炎関連の自己抗体はいずれも陰性で、免疫関連副作用（irAE）筋炎と診断した。経口ステロイドを開始したところ速やかに症状の改善を認めた。免疫チェックポイントの使用に伴い、irAEが発症することは知られているが、筋炎を発症することは稀とされており文献的考察を踏まえて報告する。

OS 18-2

Pembrolizumab 投与中に心筋炎を発症し休薬にて改善を認めた一例

社会医療法人誠光会 淡海医療センター 呼吸器内科

○石崎 直子, 福本 洋介, 神田 響

81歳男性。胸部CTで右上葉結節影を指摘され当科受診。気管支鏡検査にて肺腺癌と診断し、治療として化学療法を選択。PS0、ドライバー変異陰性、PD-L1 TPS:100%にてPembrolizumab単剤投与を開始。抗核抗体陽性、自己免疫疾患を否定出来ない紅皮症を認め、慎重に経過観察していた。2コース目投与後の効果判定CTにてCR判定であり、3コース目投与。Day17の採血にてCK:889U/L、CK-MB:61U/Lと心筋障害を疑う所見あり、労作時軽度倦怠感を認め、心臓エコー検査にてEF:32%と著明な心収縮力の低下を認めたことからirAE心筋炎を疑い循環器内科を受診。心臓BMIPPにて重度の心筋障害を認めず、休薬にて経過観察したところ、CK値は徐々に改善しDay71時点で正常範囲となり、原発巣も増大なく経過した。irAE心筋炎は頻度こそ低いが重症化すれば致死率が高く、本症例のように比較的軽症かつ休薬にて改善した例は稀であるため、ICI再投与の検討も含め文献的考察を交えて報告する。

OS 18-4

肺腺癌に対するイピリムマブとニボルマブ併用療法後に、小脳炎を発症した1例

- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター,
- 2) 神鋼記念病院 神経内科

○山本 浩生¹⁾, 門田 和也¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾,
中村 航大²⁾, 池内 美貴¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 田中 悠也¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 伊藤 公一¹⁾, 村上 永尚²⁾,
笠井 由隆¹⁾, 高橋 正年²⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 榊屋 大輝¹⁾,
鈴木雄二郎¹⁾

症例は71歳男性。肺腺癌、StageIVAに対し、カルボプラチン+ペメトレキセド+ニボルマブ+イピリムマブ併用療法を導入し、ニボルマブ+イピリムマブ維持療法へ移行した。維持療法2コース投与から5週間後に発熱と異常行動、意識障害が出現し、救急外来を受診した。頭部造影MRIおよび髄液検査では有意所見は認めなかったが、病歴から免疫介在性脳炎を疑い、ステロイドパルス療法を開始した。意識レベルは改善し、両側水平性眼振と構音障害、四肢運動失調を新たに認めたため、脳幹小脳炎と診断した。神経症状が残存したため、入院8日目にステロイドパルスを再投与した。以後、眼振と構音障害は軽度残存したが、症状は改善傾向となった。免疫関連有害事象による小脳炎の報告は国内外でも数例の報告のみであり、希少な疾患であるため報告する。

OS 18-5

ニボルマブ+イピリムマブ+プラチナ併用療法開始8
カ月後にサイトカイン放出症候群を発現した肺腺癌の
一例

- 1) 和歌山県立医科大学附属病院 卒後臨床研修センター、
2) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科

○平田 裕紀¹⁾、春谷 勇平²⁾、藤本 大智²⁾、根来 和宏²⁾、
北原 大幹²⁾、永井 隆寛²⁾、鷲岡 篤司²⁾、垣 貴大²⁾、
高瀬 衣里²⁾、村上恵理子²⁾、柴木 亮太²⁾、杉本 武哉²⁾、
寺岡 俊輔²⁾、早田 敦志²⁾、赤松 弘朗²⁾、清水 俊雄²⁾、
中西 正典²⁾、洪 泰浩²⁾、山本 信之²⁾

68歳男性。肺腺癌stageIVに対しX-1年10月よりCBDCA+
PEM+Nivolumab+Ipilimumabを開始された。X年4月に肺臓
炎(Grade2)を発現した。ステロイド治療にて肺臓炎は改善
したがステロイド中止から3週間後に発熱と体動困難のため
緊急入院となった。細菌性肺炎と副腎不全を疑われ、抗菌薬
治療とステロイド治療を開始された。一旦解熱したが、入院
第15病日に発熱とショックバイタルを呈した。画像検査では
明らかな熱源を指摘されず、血液検査にて炎症反応の上昇の
他、フェリチンの著明な上昇、DIC傾向、可溶性IL-2レセプ
ター高値を認めたことからサイトカイン放出症候群が疑われ
た。トシリズマブとステロイドによる治療を開始されたところ、
バイタルサイン・検査所見ともに改善し、再燃なく経過
し独歩で退院となった。ICI開始から半年以上経過後におい
ても熱源不明の発熱や血圧低下を呈する場合にはサイトカ
イン放出症候群も念頭に置いて診療する必要がある。

OS 19-2

ペムブロリズマブ後にテポチニブの再投与を行った
MET exon14 skipping変異陽性肺癌の1例

兵庫県立がんセンター 呼吸器内科

○安田裕一郎、山崎 瞬、田中 美穂、伊藤 彰一、
河 良崇、服部 剛弘、里内美弥子

症例は61歳男性。右上葉肺腺癌cT3N3M0、Stage IIIC (MET
exon14 skipping変異陽性、PD-L1:高発現)に対しX年11
月より一次治療としてペムブロリズマブを開始した。3コー
ス施行し、病勢進行を認めたため、X+1年3月よりテポチ
ニブ内服を開始した。内服開始8日目に肝機能障害を認めた
ためテポチニブを休薬した。肝機能障害の回復を認めたため、
休薬後24日目にテポチニブ内服を再開したが、同日に発熱
や皮疹を認めたため再度休薬とした。最良効果として部分奏
効が得られており休薬の上で経過観察としたが、病勢進行の
ためX+1年7月にテポチニブ再投与を行った。以降はテポチ
ニブ内服継続可能となり、腫瘍縮小効果も認めている。ペム
ブロリズマブ投与終了後からの期間を延長することによりテ
ポチニブの再投与が可能であった症例を経験したため報告す
る。

OS 19-1

Tepotinibの低用量隔日投与で長期奏効が得られてい
るMET Exon14 Skipping遺伝子変異陽性肺腺癌の
1例

兵庫県立淡路医療センター 呼吸器内科

○桐生 辰徳、松岡 史憲、向田 論史、堂國 良太、
小谷 義一

【症例】喫煙歴のない80歳、女性。【現病歴】高血圧症、2型
糖尿病などで近医通院中、住民検診で左中肺野結節影を指
摘され、当科へ紹介となった。精査の結果、MET Exon14
skipping遺伝子変異陽性の左下葉肺腺癌(cT1cN3M0、
StageIIIB)と診断し、初回治療としてTepotinibを導入し
た。Day3にGrade3の急性腎障害を認めたため、1段階減量
したが、クレアチニン増加がGrade2で遷延したため、Day21
より隔日投与に変更した。その後連日投与を試みたが、
Grade3の末梢性浮腫を認めたため、隔日投与に戻して継続治
療を行っており、治療開始から12か月を越えて治療効果PR
が維持できている。【考察】MET Exon14 skipping遺伝子変
異陽性の非小細胞肺癌に対するTepotinibの有効性は確立さ
れている。本症例のように有害事象発現時、Tepotinibの低
用量隔日投与は有効な治療選択となり得る。

OS 19-3

EGFR-TKIに耐性を示した肺腺癌においてRET融合
遺伝子が検出された1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○植木 康光、北島 尚昌、山中 諒、貴志 亮太、
坂野 勇太、為定 裕貴、神野 志織、伊元 孝光、
森本 千絵、濱川 瑤子、井上 大生、丸毛 聡、
福井 基成

65歳女性。X-6年に肺腺癌cT4N3M1b (OSS) stageIV (EGFR
遺伝子変異あり: exon19欠失)と診断され、一次治療として
afatinibを開始した。1年5ヶ月後に新規脳転移を認めたが、
体幹部は制御できていたためafatinib継続の上、定位放射線
照射を行った。その後も脳転移出現を繰り返す度に定位放射
線照射を行い、その間血漿によるEGFR遺伝子変異検査も複
数回行った。また多発肺転移の増大を認めたX-2年には再生
検も行ったが、いずれもT790M変異を認めなかった。その
後殺細胞性抗癌剤を含む複数レジメンで治療を行い、X年
にはafatinibの再投与を行うも2ヶ月で病勢進行となった。血液
検体を用いた遺伝子パネル検査を行ったところ既知のEGFR
遺伝子変異に加えてRET融合遺伝子が検出されたため、
selpercatinibでの治療を開始した。EGFR-TKIに対して耐性
を示した肺腺癌においてRET融合遺伝子を認めた報告は稀で
あり、文献的考察を加えて報告する。

OS 19-4

非小細胞肺癌におけるKRAS トランスバージョン変異とトランジション変異の特性の違い

- 1) 和歌山県立医科大学 第三内科,
- 2) 和歌山県立医科大学 バイオメディカルサイエンスセンター,
- 3) 大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学,
- 4) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター,
- 5) 名古屋大学医学部附属病院 先端医療開発部 データセンター,
- 6) 国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 呼吸器内科,
- 7) 愛知医科大学 腫瘍内科 臨床腫瘍センター,
- 8) 国立病院機構 名古屋医療センター 腫瘍内科,
- 9) 公立那賀病院 呼吸器内科

○佐藤 孝一^{1,9)}, 赤松 弘朗¹⁾, 洪 泰浩¹²⁾,
小川 晃一³⁾, 伊佐 俊一⁴⁾, 安藤 昌彦⁵⁾, 田宮 朗裕⁶⁾,
久保 昭仁⁷⁾, 北川智余恵⁸⁾, 川口 知哉³⁾, 山本 信之¹²⁾

KRAS 変異陽性非小細胞肺癌 (NSCLC) の疫学や臨床的特徴は、十分に解明されていない。本研究は、手術を受けた957人のNSCLC患者を対象とした前向き多施設共同研究であるJapan Molecular Epidemiology Studyに基づき、Tr (G>C またはG>T: G12A, G12C, G12R, G12V), Ts (G>A: G12D, G12S, G13D)、野生型に分類し、臨床的相関、無再発生存期間 (RFS) と全生存期間 (OS) を評価した。957例中、KRAS 変異陽性は80例、うちTrは61例、Tsは19例であった。Pack-yearsおよび喫煙期間は、Tr変異の発生と有意な正の相関を示した ($p = 0.03, < 0.01$)。Tsは野菜摂取量と逆相関を示した ($p = 0.01$)。多変量解析では、Tsは年齢や病期とともに、RFSとOSを短縮する有意な予後因子であった (HR 2.15, $p = 0.01$, HR 2.84, $p < 0.01$)。用量依存的に、喫煙への曝露はTrの発生と正の相関、野菜摂取量はTsと負の相関を認めた。Tsは術後NSCLC患者において有意な予後不良因子であった。

OS 20-1

原発性肺癌の患者の病理解剖にて発見された、転移性肺髄膜腫の一例

- 1) 社会医療法人 神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター,
- 2) 同 病理診断センター

○松本 夏鈴¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 池内 美貴¹⁾,
山本 浩生¹⁾, 埜 信人¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 久米佐知枝¹⁾,
稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾,
伊藤 公一¹⁾, 笠井 由隆¹⁾, 梶屋 大輝¹⁾, 田代 敬²⁾,
大林 千穂²⁾

症例は78歳男性。X-13年に計5か所の頭蓋内髄膜腫に対して2度の手術歴あり。X-2年に多発肝転移を伴った左肺扁平上皮癌 (cT2aN2M1c cStage IVB) と診断された。初診時より肺癌とは別に両肺野に結節を認めていた。肺癌に対して各種化学療法が施行されたが進行に伴い永眠、病理解剖を行った。剖検では、肺癌の他に、肉眼的に両肺に1つずつ白色の結節を認め、砂粒体を伴う、紡錘形細胞による渦巻き状構造を有する髄膜腫であることがわかった。両肺病変であることから、転移性肺髄膜腫と考えられた。髄膜腫の頭蓋外への転移は稀であり、原発性肺癌に合併した転移性肺髄膜腫の一例として報告する。

OS 19-5

組織検体の遺伝子パネル検査で陰性であったがリキッドバイオプシーでEGFR 遺伝子変異陽性であった一例

- 1) 京都第二赤十字病院 初期研修医,
- 2) 京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○玄 祥樹¹⁾, 谷村 恵子²⁾, 狩野友花里²⁾, 國松 勇介²⁾,
堤 玲²⁾, 佐藤いずみ²⁾, 谷村 真依²⁾, 竹田 隆之²⁾

進行再発非小細胞肺癌ではドライバー遺伝子異常に対応する分子標的治療薬が数多く承認されており、診断時に次世代シーケンサー (NGS) を用いたマルチプレックス遺伝子パネル検査を行うことが主流となっている。さらに包括的がんゲノムプロファイリング検査 (CGP) は標準治療終了後の治療選択肢を提案することが可能になることから、近年実施件数が増加してきている。今回我々は、診断時の気管支生検検体を用いたNGSにて遺伝子変異陰性であったが、化学療法不応となった後に実施した血液検体を用いたCGPでEGFR 遺伝子変異 (del19) が判明し、オシメルチニブを導入し奏効が得られた肺腺癌cStageIVAの一例を経験した。初診時のコンパニオン診断とCGPでのドライバー遺伝子情報の不一致はしばしば経験されるが、リキッドバイオプシーによるCGPの有用性についての報告は限定的であり、文献的な考察を交えて報告する。

OS 20-2

膀胱転移・尿管浸潤で腎後性腎不全をきたし腎瘻造設を行った肺扁平上皮癌の一例

- 1) 神鋼記念病院 呼吸器センター,
- 2) 神鋼記念病院 泌尿器科,
- 3) 神鋼記念病院 病理診断科,
- 4) 神鋼記念病院 消化器内科

○池内 美貴¹⁾, 門田 和也¹⁾, 今尾 舞¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾,
山本 浩生¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 埜 信人¹⁾, 田中 悠也¹⁾,
久米佐知枝¹⁾, 稲尾 崇¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 鈴木雄二郎¹⁾,
宮崎 彰²⁾, 田代 敬³⁾, 大林 千穂³⁾, 矢野 安道⁴⁾

症例は76歳男性。右肺門部扁平上皮癌cT3N2M1c stage4B (右胸膜播種、癌性リンパ管症、両側腎周囲腔、脾、多発肝、胃転移) と診断し、1st line CBDCA + nab-PTXを投与したが、1コース後に多発小腸転移で消化管閉塞を発症し、小腸部分切除術を行った。2nd line S-1を投与し、8か月後に再度小腸転移による高度狭窄のため部分切除術を行った。術後2日目に血尿が出現し、膀胱鏡検査で膀胱三角に出血を伴う腫瘍性病変を認めた。経尿道的膀胱粘膜電気凝固術を施行し、腫瘍の生検組織より扁平上皮癌と診断した。術後18日目より腎機能障害や高カルシウム血症、乏尿を認め、画像より腫瘍の尿管浸潤による腎後性腎不全と考え右腎瘻造設した。二次性膀胱腫瘍は膀胱腫瘍全体の中の2.3%程度で、二次性膀胱腫瘍の中で肺を原発巣とするものは2.8%、膀胱粘膜への転移は末期に起こりうるが頻度は極めて稀である。突然の血尿で発覚し、急激な経過を辿った症例を経験した。

OS 20-3

小細胞肺癌治療中ペグフィルグラスチム投与により大型血管炎を来した一例

奈良県総合医療センター 呼吸器内科

○奥田悠太郎, 花岡 健司, 松本 祥生, 伊佐敷沙恵子,
村上 早穂, 松田 昌之, 伊木れい佳, 伊藤 武文

症例は77歳男性。右上葉小細胞肺癌 (cT2aN2M0 cStage3A) に対してX年6月に化学放射線治療を施行後、X年12月に縦隔リンパ節及び右肺内転移を認めCBDCA+VP-16の投与を開始した。Day5にペグフィルグラスチムを併用したところDay22に咽頭痛、発熱、末梢血中の白血球及びCRPの上昇を認めた。抗菌薬治療で改善したと思われたが2サイクル目のDay16にも同様の症状が出現し、造影CTを施行したところ左鎖骨下動脈の壁肥厚と周囲脂肪織混濁を認めた。ペグフィルグラスチムによる薬剤性血管炎を疑い、以降はCBDCA+VP-16を減量しG-CSF製剤を併用せず化学療法を継続したところ、症状は再燃なく経過し鎖骨下動脈の壁肥厚は改善した。近年G-CSF製剤による大血管炎が報告され、2018年には重大な副作用として添付文書に記載された。今回我々は、ペグフィルグラスチムの投与により薬剤誘発性血管炎を発症したと推察される症例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

OS 20-4

ゲムシタピンによる薬剤性肺炎と鑑別を要した胆管癌肺転移の一例

1) 石切生喜病院 呼吸器内科,
2) 石切生喜病院 呼吸器腫瘍内科

○青原 大介¹⁾, 糸山 美咲¹⁾, 松浦 弘幸¹⁾, 平位 佳歩¹⁾,
谷 恵利子¹⁾, 吉本 直樹¹⁾, 南 謙一¹⁾, 平島 智徳²⁾,
平田 一人¹⁾

【背景】 一般に転移性肺腫瘍の画像所見として境界明瞭な多発結節影・小葉間隔壁の肥厚が知られている。一方で転移性肺腫瘍による肺胞上皮置換型増殖や肺胞壁に沿った浸潤によって、すりガラス影・結節影・浸潤影を呈し、原発性肺癌・肺炎との鑑別を要する場合があることが報告されている。

【症例】 82歳女性、他院にて肝門部胆管癌術後2年7か月で両肺に多発結節影・浸潤影を認め、胆管癌肺転移の診断となりゲムシタピン単剤を開始された。投与後14週目に多発斑状影・浸潤影の出現を認めゲムシタピンによる薬剤性肺炎と診断しステロイド投与が行われた。しかし呼吸状態・陰影の改善に乏しく、当院に転院となった。鑑別のため気管支鏡検査を行い、病理組織検査にて胆管癌を認め、胆管癌多発肺転移による陰影と診断した。

【結論】 胆管癌肺転移により多発浸潤影を呈した症例の報告は少ない。文献的考察を加え発表する。

OS 20-5

肺扁平上皮癌のCRを6年維持した後に肺大細胞神経内分泌癌を発症した一例

公益財団法人 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科

○坂本 裕人, 橋本 成修, 岡垣 暢紘, 田中 佑磨,
武田 淳史, 丸口 直人, 山本 亮, 中村 哲史,
松村 和紀, 上山 維晋, 池上 直弥, 加持 雄介,
田中 栄作, 田口 善夫, 羽白 高

症例は85歳男性。79歳時、左上葉肺癌疑いに対してCTガイド下肺生検を施行し肺扁平上皮癌 (cT2bN0M0 stage3A) と診断した。肺気腫合併肺線維症合併のため化学療法のみ (CBDCA+PTX) を行い6コース終了し、以降CRを維持していた。化学療法終了後から6年後に右肺上葉肺癌、左副腎転移疑いを認めた。腫瘍マーカーとしてCYFRAが軽度上昇しており、肺扁平上皮癌の再発か第2癌かの鑑別のため、再生検を行なった。原発巣に対し2回気管支鏡検査施行するも診断に至らなかった。再生検半年後に健忘症状が始め精査の結果多発脳転移があり、同時に右肺上葉原発巣増大、両側副腎転移を認めた。確定診断目的でCTガイド下副腎生検を行い、肺大細胞神経内分泌癌の副腎転移との診断を得て、第2癌であったことが明らかになった。上記一例を経験し文献的考察を踏まえて報告する。

OS 21-1

肺癌免疫療法中に胃炎と胆管炎を生じ、胃粘膜生検により免疫関連有害事象と診断した1例

1) 西宮市立中央病院 呼吸器内科,
2) 西宮市立中央病院 消化器内科

○塚口 晃洋¹⁾, 藤井恭太郎²⁾, 日下部祥人¹⁾, 軸屋龍太郎¹⁾,
二木 俊江¹⁾, 山口 統彦¹⁾, 堀野 次郎²⁾, 小川 弘之²⁾,
池田 聡之¹⁾

症例は66歳男性、肺腺癌 (cT4N2M1c)、EGFR遺伝子変異・ALK融合遺伝子・ROS1融合遺伝子いずれも陰性、PD-L1 TPS不明の患者。2次治療としてニボルマブを投与し著効したが、第8サイクル終了数日後から心窩部痛があり、6週間症状が改善しないため入院加療となった。胆道系酵素の上昇と胆嚢壁肥厚、総胆管拡張を認め胆嚢炎・胆管炎と診断した。上部消化管内視鏡 (EGD) でびまん性の胃炎があり、胃粘膜生検で腺上皮内へのリンパ球優位の炎症細胞浸潤を認めたため免疫関連有害事象 (irAE) の胃炎と診断した。胆管炎についてもMRCPで総胆管下部に狭窄があったが、占拠性病変や結石はなくirAEを疑った。プレドニゾン1mg/kgを開始し、数日で諸症状は軽快し、EGD所見も改善を認めた。胃炎・胆嚢炎・胆管炎は稀なirAEだが、免疫療法中に心窩部痛が出現した際は考慮すべき病態である。

OS 21-2

Atezolizumab投与中にマクロファージ活性化症候群を併発した浸潤性粘液性肺腺癌の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○坂野 勇太, 森本 千絵, 山中 諒, 植木 康光,
貴志 亮太, 為定 裕貴, 神野 志織, 伊元 孝光,
濱川 瑠子, 北島 尚昌, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

症例は52歳男性。浸潤性粘液性肺腺癌 (cT4N0M1c, cStageIVB) と診断され、CBDCA+PTX+BEV+Atezolizumabで治療を開始した。3コース目投与後に40℃の発熱と全身倦怠感で救急搬送された。明らかな感染源はなく好中球数は保たれていた。抗菌薬治療で炎症反応は改善せず、血小板減少およびDICが進行しリコモジュリンを使用した。血液検査でフェリチンの著明高値、トリグリセリドやASTの上昇、貧血の進行を認めたため、マクロファージ活性化症候群 (MAS) を疑った。骨髄穿刺では血球貪食像は確認されなかった。第5病日よりステロイドパルス療法を開始し、熱型およびDICは速やかに改善した。マクロファージ活性化症候群は炎症性サイトカインの過剰が本態とされ、死亡率が高く早期の診断が重要である。自己免疫疾患に併発することが多いが、今回はAtezolizumabによるirAEとして発症した可能性が高い。同様の報告は少なく、貴重な症例と考え報告する。

OS 21-4

Pembrolizumabが著効したTMB-high進展型小細胞肺癌の一例

市立 岸和田市民病院 呼吸器内科

○藤本 佳菜, 岩嶋 大介, 安田 有斗, 田嶋 範之,
高橋 憲一

【症例】52歳、男性。サルコイドーシスで当科通院中、2017年に胸部レントゲンで右上葉結節を指摘。頭部MRIで右側頭葉に単発腫瘍を認め、開頭腫瘍摘出術を施行、摘出検体から小細胞癌 (T2N0M1c, Stage4, MSI陰性) と診断した。その後化学療法を開始したが、腫瘍増大や新規転移の出現を来し、2021年に4th lineまでの治療が終了した。MSI陰性であったことから、5th lineの選択肢として遺伝子パネル検査を施行したところTMB-high (18Muts/Mb) であった。Pembrolizumabの保険適応を待ち、2022年3月より5th lineとしてPembrolizumabの投与を開始した。6クール後には原発巣の著明な縮小、転移巣の不明瞭化を認め、現在も治療継続中である。【考察】3rd line以降の再発/転移性小細胞肺癌に対しPembrolizumabは19.3%の客観的奏効率を示し、2022年2月25日に適応が拡大された。Pembrolizumabの投与時期を逸することのないよう、治療選択肢の一つとして念頭に置いておくべきである。

OS 21-3

肺腺癌の免疫療法中に下痢・血便を認め、当初irAE腸炎が疑われたが、続発性副腎不全と診断した一例

京都府立医科大学附属病院 呼吸器内科

○立岡 慶祐, 岩破 将博, 片岡 伸貴, 笹田 碧沙,
吉村 彰紘, 森本 健司, 徳田 深作, 金 永学,
山田 忠明, 高山 浩一

症例は、肺浸潤性粘液腺癌 (4A期) の78歳女性。既往に肝嚢胞腺癌を認める。治療適応となる遺伝子異常はなく、PD-L1 TPS1%未満であり、初回治療はIpilimumab + Nivolumabを選択した。4サイクル施行中に1日2-3回の血便・食思不振が出現し、緊急入院した。irAE大腸炎を疑い、下部消化管内視鏡検査を施行したが特記すべき所見は認めなかった。血圧低値が遷延するため、内分泌機能を精査したところ、ACTHとコルチゾールの低値を認め、続発性副腎機能低下症と判断した。同時期に薬剤性肺障害を疑う画像も出現し、プレドニゾンでの加療を開始したところ、全身状態の改善を認めた。irAEは非常に多彩な病態をとることが知られており、合併もしばしば認めるため、常に多くの鑑別診断を検討する必要がある。血便や下痢症状を呈した際に検討すべきirAEの鑑別診断や病態について文献的な考察も加えて報告する。

OS 21-5

Pembrolizumabを開始するも急激な進行で死亡したPD-L1強陽性のSMARCA4欠損非小細胞肺癌の一部例

1) 社会医療法人 神鋼記念会 神鋼記念病院 呼吸器センター、
2) 同 病理診断センター

○今尾 舞¹⁾, 田中 悠也¹⁾, 松本 夏鈴¹⁾, 池内 美貴¹⁾,
山本 浩生¹⁾, 埴 信人¹⁾, 橋田 恵佑¹⁾, 久米佐知枝¹⁾,
稲尾 崇¹⁾, 門田 和也¹⁾, 大塚浩二郎¹⁾, 伊藤 公一¹⁾,
笠井 由隆¹⁾, 榎屋 大輝¹⁾, 大林 千穂²⁾, 鈴木雄二郎¹⁾

【症例】87歳男性。X年7月に右下葉肺腫瘍と右胸水を認め縦隔リンパ節へのEBUS-TBNAでSMARCA4欠損、TTF-1陰性、p40陰性、CK7陽性、claudin4陽性、低分化非小細胞肺癌cT2aN3M1a cStageIVA PD-L1 TPS 100%と診断した。Pembrolizumabを投与したが徐々に衰弱しday15に急速な経過で死亡した。【考察】本症例では上皮マーカーが陽性であったため未分化肉腫ではなく肺癌と診断した。病理解剖の結果、リンパ行性に甲状腺、両側副腎、食道壁等への急速な全身転移が明らかとなった。SMARCA4欠損非小細胞肺癌は予後不良とされるが剖検例の既報は少なく今回文献的考察を加えて報告する。

OS 22-1

脈絡膜転移を伴う肺腺癌に対し一次治療でPDとなるも二次治療でCRとなり、長期無治療無再発で経過した1例

- 1) 独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 同 病理診断科

○小南 亮太¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 世利 佳凜¹⁾,
井野 隆之¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾,
高橋 清香¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 水守 康之¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 中原 保治¹⁾, 安松 良子²⁾

症例は58歳男性。右眼の見えにくさを主訴に近医眼科を受診したところ脈絡膜腫瘍を疑われ胸部CTで左上葉結節影を指摘されたため当院へ紹介となった。PET-CTでは左上葉結節および右眼以外に有意なFDG集積はなく、経皮肺針吸引細胞診で腺癌の診断に至った。その間に脈絡膜転移が急速に進行したため右眼球摘出術を施行された。転移性脈絡膜腫瘍で免疫染色では肺癌の可能性は高くないとの結果であったが、臨床経過からcT1aN0M1b (Ver.7) の肺腺癌と診断した。CDDP + PEMで治療を開始するも2クールで原発巣と同側肺門部リンパ節が増大したためPDとしてCBDCA + Nab-PACへ変更した。2クールを終了した時点でリンパ節は不変も原発巣が消失し、さらに2クール投与するとリンパ節も縮小傾向となった。治療を中止し無治療経過観察としたがその後5年以上再発なく経過している。オリゴメタに対する手術を併用し、薬物療法でCRとなった稀有な症例を経験したため考察を加え報告する。

OS 22-3

ステロイド減量とともに増大傾向を示し、診断に難渋した肺癌の1症例

- 1) 近畿大学病院 呼吸器・アレルギー内科,
2) 近畿大学病院

○大森 隆¹⁾, 佐野安希子¹⁾, 國田 裕貴¹⁾, 白波瀬 賢¹⁾,
御勢 久也¹⁾, 西川 裕作¹⁾, 松本 久子¹⁾, 東田 有智²⁾

症例は86歳男性、近医にて非結核性肺抗酸菌症疑いに対してCAM投与を、間質性肺炎に対してステロイド投与を受けていた。ステロイド減量とともに左下葉結節の増大・左胸水の増量を認めた。胸水検査・気管支鏡下結節生検でも診断に至らず、当科紹介となった。気管支鏡下クライオ生検にて肺腺癌の診断となった。診断に苦慮した一例を経験したため報告する。

OS 22-2

肺癌に合併したRS3PE症候群にステロイド投与を行い速やかに改善した症例

明石医療センター 呼吸器内科

○山崎菜々美, 畠山由記久, 藤本 葉月, 榎本 隆則,
松尾健二郎, 池田 美穂, 岡村佳代子, 大西 尚

【症例】症例は53歳男性。左上葉肺腺癌 (cT4N3M1c, cStageIVB, L858R陽性) と診断しX-1年5月よりエルロチニブ、ラムシルマブを開始した。X年4月にPD、T790M陽性となりX年5月から2nd line オシメルチニブを導入予定であった。導入前に発熱、両下腿の発赤・熱感・浮腫を認めた。皮膚科医にエルロチニブによる皮脂欠乏性湿疹と診断され保湿したが改善がなかった。不明熱として精査中に多発関節痛が新規に出現し、滑膜炎症状はなく関節リウマチは否定的で、肺癌が背景にあることからRS3PE症候群と判断した。プレドニゾン15mg/日を導入し速やかに症状は改善した。【考察】RS3PE症候群は悪性腫瘍としばしば合併し高VEGF血症によって誘発されるとの報告がある。本症例は抗VEGF抗体を直前まで投与していたが、病勢悪化に伴う高VEGF血症によってRS3PE症候群が惹起された可能性がある。肺癌に合併したRS3PE症候群にステロイドを投与し速やかに改善した症例を経験した。

OS 22-4

腫瘍完全寛解後も神経症状の改善が認められなかった抗Hu抗体陽性限局型小細胞肺癌の一例

- 1) 兵庫医科大学 呼吸器・血液内科学,
2) 兵庫医科大学 胸部腫瘍学特定講座,
3) 兵庫医科大学 脳神経内科学

○村上 美沙¹⁾, 西村 駿¹⁾, 神取 恭史¹⁾, 河村 直樹¹⁾,
森下 実咲¹⁾, 清田稷太郎¹⁾, 長野 昭近¹⁾, 東山 友樹¹⁾,
徳田麻佑子¹⁾, 祢木 芳樹¹⁾, 堀尾 大介¹⁾,
大橋泰一郎¹⁾, 三上 浩司¹⁾, 南 俊行¹⁾,
高橋 良¹⁾, 栗林 康造¹⁾, 木島 貴志¹⁾,
徳原 悠介³⁾, 木村 卓³⁾

小細胞肺癌 (SCLC) では傍腫瘍性神経症候群 (PNS) を伴う症例が多く報告されているがPNSの標準治療は確立されていない。症例は67歳男性で、四肢末梢のしびれを主訴に当院神経内科を受診した。末梢神経症状の精査中に左肺門部の腫瘍影が指摘され外科的生検により左限局型小細胞肺癌 (LD-SCLC cT1cN2M0 Stage 3A) の確定診断を得た。血清各種自己抗体検査の結果、抗Hu抗体陽性のPNSと診断し、免疫グロブリン大量静注療法 (IVIg) にて加療後、CDDPとETPを用いた化学放射線療法を施行した。腫瘍は消失しCRに至ったため、予防的全脳照射を追加した。しかし、PNSの症状改善は乏しかった。抗Hu抗体のような細胞内抗原を標的とする抗体が陽性であるPNSでは、IVIgなどの免疫療法の効果が乏しいとの報告がある。また、抗がん治療が著効し腫瘍が消失しても神経症状が改善しない例が多いとされている。PNSについて予後と治療の観点から考察し経過について当日報告予定である。

OS 22-5

腫瘍崩壊症候群および播種性血管内凝固を合併した小細胞肺癌の1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院 呼吸器内科

○貴志 亮太, 北島 尚昌, 山中 諒, 植木 康光,
坂野 勇太, 為定 裕貴, 神野 志織, 伊元 孝光,
森本 千絵, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

症例は74歳男性。ふらつきと腰痛を主訴に前医を受診した。CYFRA高値と胸部異常陰影を指摘され、当科を紹介受診した。胸部CTで左下葉に腫瘤影と両側肺門・縦隔・鎖骨上窩リンパ節腫大、多発胸膜結節、多発肝腫瘍を認めた。EBUS-TBNAとEUS-FNAにて縦隔リンパ節生検を行い、小細胞肺癌と判明した。頭部MRIで多発頭蓋骨転移を認め、病期はcT3N3M1c StageIVBと診断した。血液検査で高尿酸血症や高P血症、高K血症、高度の血小板減少、著明なFDP上昇を認め、腫瘍崩壊症候群と播種性血管内凝固を合併した小細胞肺癌と診断し、ラスブリカーゼとリコンビナントトロンボモジュリンの投与を行いつつ、CBDCA+ETPの投与を行った。しかしながら、化学療法は奏功せず、全身状態は次第に悪化傾向となり、診断から34日後に死亡した。腫瘍崩壊症候群に加えて播種性血管内凝固まで合併する小細胞肺癌は稀であり、文献的考察をまじえて報告する。

OS 23-2

ALK融合遺伝子陽性肺腺癌に対してロルラチニブ内服加療中に転移性胃癌を合併した症例

加古川中央市民病院

○藤岡 美結, 徳永俊太郎, 黒田 修平, 佐伯 悠治,
高原 夕, 藤本 佑樹, 松本 夏鈴, 平位 一廣,
藤井 真央, 多木 誠人, 堀 朱矢, 西馬 照明

症例は、80歳 男性。X年7月にALK融合遺伝子変異陽性肺腺癌T4N1M0 stage 3Aと診断した。根治目的の化学放射線療法を施行したが、X+1年11月に再発、胸椎転移を認めた。緩和照射を施行し、肺癌再発に対して分子標的薬アレクチニブ投与を開始した。X+4年2月に縦隔リンパ節転移再発と診断し、ロルラチニブ内服治療に変更した。5月より血清CEA値が上昇したが肺病変の増悪は見られず、8月に急激な貧血の進行を認めた。上部消化管内視鏡検査でH1ステージの胃潰瘍があり、生検病理組織から、転移性胃癌と診断した。転移性胃癌に対して放射線治療を行い、分子標的薬を変更し化学療法を継続した。ロルラチニブ内服中に転移性胃癌の出現を認めた症例の報告は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

OS 23-1

腫瘍随伴症候群としての抗TIF1- γ 抗体陽性皮膚筋炎を合併した肺腺癌の一例

独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター

○宮崎 菜桜, 梁川 禎孝, 川口 亜記, 杉山 陽介,
土屋 貴昭

【症例】85歳女性。【主訴】筋力低下。【現病歴】X-1年8月に右下葉肺腺癌(cT2aN3M1c cStage IVB)と診断した。本人の希望も考慮し、化学療法はせず左鎖骨上窩リンパ節に対する放射線照射のみ施行した。X年2月に四肢近位筋優位の筋力低下が出現した。ゴットロン徴候等の皮膚筋炎に特徴的な皮疹と高CK血症、抗TIF1- γ 抗体を認め、皮膚筋炎と診断し、入院となった。【経過】ステロイドパルス療法とタクロリムス内服を開始後、症状は改善傾向となったが、ステロイド漸減中に嚥下障害が出現した。窒息の危険があったためミニトラックIIを挿入し、ステロイドパルス療法と大量免疫グロブリン静注療法、腹部リンパ節に放射線照射を施行した。症状は改善傾向となり、ミニトラックIIを抜去し、自宅退院となった。【結語】肺癌の経過中に、筋力低下や特徴的な皮疹、高CK血症を認めた場合は、皮膚筋炎の合併を考慮する必要がある。

OS 23-3

ネツシムマブによる腸管上皮障害の関与が推測されたbacterial translocationの一例

大阪公立大学大学院医学研究科 呼吸器内科学

○古川雄一郎, 宮本 篤志, 澤 兼士, 大島 友里,
渡辺 徹也, 浅井 一久, 金澤 博, 川口 知哉

59歳男性。肺扁平上皮癌の3rd line治療としてシスプラチン+ゲムシタピン+ネツシムマブ療法を開始した。1コース目投与7日目より呼吸困難と倦怠感が出現し、翌日に当院を受診した。来院後より血圧低下を認め、意識及び呼吸状態も悪化したため、集中治療室へ緊急入院となった。精査の結果、敗血症性ショックの診断に至り、人工呼吸器管理、カテコラミン投与、持続的血液濾過透析などが開始された。血液培養からEscherichia coliが検出され、画像所見では結腸周囲に軽度の脂肪織濃度上昇を認めるのみでその他の感染源は指摘されず、bacterial translocation (BT)が原因と考えた。集中治療は奏功し、第8病日に人工呼吸器を離脱し、第9病日に一般病棟へ転棟となり、第24病日に軽快退院となった。今回、免疫機能低下以外に、抗EGFRモノクローナル抗体のネツシムマブによる腸管上皮障害もBT発症に関与したと考えられた。本症例は稀であり報告する。

OS 23-4

腸型肺腺癌の2例

1) 住友病院 呼吸器内科, 2) 住友病院 病理部

○渡辺 安奈¹⁾, 中田 侑吾¹⁾, 酒井 勇輝¹⁾, 桂 悟史¹⁾,
松永 由紀²⁾, 南 和宏¹⁾, 奥村 太郎¹⁾, 重松三知夫¹⁾,
藤田 茂樹²⁾

背景: 腸型肺腺癌は稀な組織型であり、大腸癌の肺転移と鑑別を要する。【症例1】79歳、女性。検診で異常陰影を指摘され、当院を受診した。胸部CTでは右肺S10cに23mmの結節を認めたため、外科的生検を施行した。組織学的には粘液を有する円柱上皮細胞が管状に増殖する像を認めた。免疫組織化学的にはCK7 (+)、CK20 (+)、CDX-2 (+)、TTF-1 (-)であった。下部消化管内視鏡検査を施行したが、大腸には病変を認めず、腸型肺腺癌 (cT4N2M1a) と診断した。【症例2】73歳、女性。検診で異常陰影を指摘され、当院を受診した。胸部CTでは両肺に多発する結節影を認めたため、経皮的肺生検を施行した。組織学的、免疫組織化学的にも症例1と同様の像を認めた。下部消化管内視鏡検査を施行したが大腸には病変を認めず、腸型肺腺癌 (cT4N3M1c) と診断した。結論: 腸型肺腺癌は、病理学的な所見のみでは大腸癌との鑑別が困難であり、消化管の精査を含め、臨床的な総合判断が必要である。

OS 24-1

妊婦の気管支喘息に対するLAMAの有用性について

社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院

○多田 陽郎, 中島 康博, 金廣 有彦

現在妊婦の気管支喘息の長期管理薬においてはBUD (ブデソニド) の使用が一般的ではあるが、step2以降になるとFOR/BUD (ホルモテロール/ブデソニド) の使用、step4においてはOCS (経口ステロイド剤) や抗IgE抗体であるomalizumabの使用が一般的であり、LAMA (長期間作用型抗コリン薬) の有用性や安全性はまだ確立されておらず使用頻度も非常に限定的であると思われる。近年、気管支喘息の長期管理治療においては生物学的製剤やSITT (single inhaler triple therapy) の登場にて脱長期連用経口ステロイド薬の傾向がより可能になってきており、これは妊婦に対しても同様の傾向にしなければいけないと考える。実際に当院で妊婦の気管支喘息においてFOR/BUDにtiotropiumを臨月まで併用することにて気管支喘息長期コントロールを得られた症例をもとに、妊婦に対するLAMA (特にtiotropium) の使用に対する是非を文献的考察を用いて発表する。

OS 23-5

進行癌患者に対する緩和的高流量鼻カニューラ酸素療法の有用性を検討する第2相試験

1) 和歌山県立医科大学附属病院 呼吸器内科・腫瘍内科,
2) 公立那賀病院 呼吸器内科,
3) 和歌山県立医科大学附属病院 臨床研究センター

○高瀬 衣里¹⁾, 赤松 弘朗¹⁾, 寺岡 俊輔¹⁾, 杉本 武哉¹⁾,
柴木 亮太¹⁾, 藤本 大智¹⁾, 早田 敦志¹⁾, 中西 正典¹⁾,
洪 泰浩¹⁾, 金井 一修²⁾, 下川 敏雄³⁾, 山本 信之¹⁾

【背景】 進行癌患者に対する緩和的高流量鼻カニューラ酸素療法 (HFNC) の有用性・忍容性に関する検討は十分でない。【方法】 Numeric Rating Scale (NRS) が3以上の呼吸困難と呼吸不全を有する進行癌患者を対象にHFNCを5日間施行し、24時間でのmodified Borg scale (mBorg scale) 変化量平均値などを検討した。【結果】 2019年2月から2022年2月の間に25例が登録され21例が解析対象となった。ほぼ全例で酸素療法がされており (平均FiO₂:0.34)、登録時の平均呼吸困難NRS (範囲) は5.9 (3-10) であった。24時間でのmBorg scale変化量平均値は1.4 (80%信頼区間:0.8-1.9)、52% (11例) で1.5以上改善していた。1時間後のmBorg scaleが改善していた9例では24時間後も効果が維持されており、効果予測因子となりうる可能性が示唆された。なお52% (11例) で5日間の治療を行えた。【結語】 半数の患者で呼吸困難の改善を認め、HFNCが進行癌患者における緩和治療の選択肢となることが示された。

OS 24-2

肺区域切除後の呼吸機能低下との鑑別を要した喘息の1例

1) 京都第一赤十字病院 呼吸器内科, 2) 同 臨床腫瘍部,
3) 同 感染制御部

○山本 航平¹⁾, 辻 泰佑¹⁾, 笹倉 美咲¹⁾, 村井 淳二¹⁾,
田中 駿也¹⁾, 渡邊 理愛¹⁾, 合田 志穂¹⁾, 塩津 伸介²⁾,
弓場 達也³⁾, 内匠千恵子²⁾, 平岡 範也¹⁾

【現病歴】 73歳時右下葉肺腺癌に対して底区域切除術を行った。術後に肺炎を合併し、抗菌薬で改善後も労作時呼吸困難、咳嗽が残存した。術後肺機能検査では閉塞性障害は認めなかったが、術前には認めなかった末梢血好酸球の増加を認めた。IgE 826I U/ml、FeNO 40 ppbと2型炎症マーカーが上昇しており、喘息としてICS/LABA/LAMA、LTRA、HIRAを開始した。しかし改善が乏しくデュビルマブを追加し、5回目の投与を行ったところから症状は改善し始め、2型炎症マーカーも低下傾向となった。ACTも13点から19点と改善した。呼吸機能検査では1秒量は1.9 Lが2.4Lに、努力肺活量は2.2 Lが2.6 Lと改善を認めた。【考察】 術後であっても気管支喘息を鑑別上げることが重要である。デュビルマブで著明な肺機能の改善を認めており、生物学的製剤選択について文献的考察を交え報告する。

OS 24-3

デュピルマブ投与中に好酸球性肺炎を発症した一例

JR大阪鉄道病院

○坂井 俊介, 永井 貴彬, 戸田 詩織, 西田 浩平,
玉垣 学也, 藤井 達夫

症例は、72歳女性。咳嗽、呼吸困難、食欲不振を主訴に当院を受診された。血液検査で炎症反応の上昇を認め、胸部CTで肺野に浸潤影がみられたことから、まずは細菌性肺炎の可能性を考慮して抗菌薬の投与を開始した。しかし効果は乏しく、胸部単純X線では浸潤影が増強していた。気管支鏡検査を実施したところ、気管支肺胞洗浄液中の細胞分画で好酸球が76%と著明に上昇しており、好酸球性肺炎と診断した。鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対し投与されていたデュピルマブが好酸球性肺炎発症の契機となった可能性が考えられ、デュピルマブ中止とステロイド投与により軽快した。デュピルマブは、呼吸器領域では気管支喘息の治療に広く使用されており、アトピー性皮膚炎や鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎にも投与されている。デュピルマブ投与中に好酸球性肺炎を発症した症例は、国内での文献報告例がなく、貴重な症例と考え報告する。

OS 24-4

好酸球性胃腸炎及び難治性気管支喘息併存症例に対する生物学的製剤の使用経験

1) 大阪医科薬科大学 内科学1,
2) 大阪医科薬科大学病院 臨床研究センター

○満屋 奨¹⁾, 中村 敬彦¹⁾, 藤田 守美¹⁾, 大江 崇史¹⁾,
亀井 郁恵¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 辻 博行¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾,
松永 仁綜¹⁾, 田村 洋輔¹⁾, 今西 将史¹⁾, 藤阪 保仁²⁾,
池田宗一郎¹⁾, 今川 彰久¹⁾

【症例】73歳 女性【経過】好酸球性胃腸炎を併存した気管支喘息の加療中であり、好酸球数754 / μ L、IgE 876 U/mLと高値であった。好酸球性胃腸炎に対しては頓用でステロイドが投与されており喘息に対してはstep4相当の治療を行っていた。ACTスコアは16点で、月1回以上の腹部症状を認めていたため喘息および腹部症状改善目的に生物学的製剤を導入した。【結果】メボリズマブはACTを24点まで改善させ腹部症状を改善したが有害事象により中断した。ベンラリズマブに変更すると腹部症状のコントロールが得られなかった。デュピルマブに変更すると喘息、腹部症状共にコントロールできた。【考察】同じ抗IL-5系であるメボリズマブとベンラリズマブで腹部症状に対する効果に差があり、好酸球に対する関与の違いが影響している可能性がある。デュピルマブは腸管に対する作用が腹部症状改善に寄与している可能性がある。本症例の詳細について文献的考察を加えて報告する。

OS 24-5

難治性喘息に対しベンラリズマブ投与中に発症したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の一例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 国立病院機構 姫路医療センター 放射線科

○世利 佳澁¹⁾, 日隈 俊宏¹⁾, 北川 怜奈¹⁾, 井野 隆之¹⁾,
竹野内政紀¹⁾, 平岡 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾, 小南 亮太¹⁾,
高橋 清香¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 加藤 智浩¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
三宅 剛平¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 塚本 宏壮¹⁾, 水守 康之¹⁾,
佐々木 信¹⁾, 中原 保治¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 河村 哲治¹⁾

78歳女性。気管支喘息でICS+LABAを投与中であつたが、数ヶ月に1回は発作を起こしていた。X-5年とX-1年に2回の計3回、好酸球性肺炎を起こしステロイド内服治療で軽快していた。X年6月より難治性喘息に対してベンラリズマブを導入したところ、2か月後の胸部単純写真で左下葉に浸潤影が出現、その3日後に左胸背部痛で救急搬送された。胸部CTで左下葉に高吸収粘液栓を伴うITCZ浸潤影を認め、気管支洗浄でA.fumigatusを検出、アスペルギルス抗体(+)などよりアレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)と診断した。ステロイド内服及びITCZで治療を開始し、著効した。ベンラリズマブ投与で血液中好酸球は0/ μ Lとなつたが、ABPA発症は抑制できなかった。文献考察を含めて報告する。

OS 25-1

一家相伝の布団の関与が疑われた住居関連過敏性肺炎の一例

1) 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科,
2) 国立病院機構 姫路医療センター 放射線科,
3) 国立病院機構 姫路医療センター 病理

○日隈 俊宏¹⁾, 河村 哲治¹⁾, 佐々木 信¹⁾, 水守 康之¹⁾,
塚本 宏壮¹⁾, 横井 陽子¹⁾, 三宅 剛平¹⁾, 鏡 亮吾¹⁾,
加藤 智浩¹⁾, 東野 幸子¹⁾, 小南 亮太¹⁾, 平野 克也¹⁾,
高橋 清香¹⁾, 竹野内政紀¹⁾, 井野 隆之¹⁾, 世利 佳澁¹⁾,
北川 怜奈¹⁾, 東野 貴徳²⁾, 安松 良子³⁾

79歳男性、発熱・労作時呼吸困難で近医を受診、すりガラス陰影を認めたため当科紹介となった。胸部HRCTで下葉優位のびまん性すりガラス影・粒状影を認めたが、呼吸撮影ではAir trappingは認めなかった。肺機能検査で%VC88.7、%DLCO53.3、KL-6は1077と高値であった。抗T.asahii抗体陰性であつたが、環境調査の実施で祖母・母・自身の三代で敷布団を代々受け継いで使用していることが判明したため、住居関連過敏性肺炎を疑い、気管支鏡検査を施行した。BALFリンパ球42%、クライオ生検で過敏性肺炎に矛盾しない病理所見を得た。入院のみで自覚症状・陰影の改善を認め、布団を処分したうえで転居することなく現在も経過良好である。布団から採取した検体からは真菌は検出されなかったが、同室内のエアコンからAspergillus属と他糸状菌1種(同定出来ず)を検出、布団の除去と寝室の移動のみで改善したことから上記布団が原因の過敏性肺炎と考えられた。

OS 25-2

ステロイド抵抗性の好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の1例

- 1) 大阪府済生会吹田病院 臨床研修センター,
2) 大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○立花 文香¹⁾, 羽藤 沙恵²⁾, 岡田あすか²⁾, 藤原 隆徳²⁾,
綿部 祐馬²⁾, 乾 佑輔²⁾, 上田 将秀²⁾, 茨木 敬博²⁾,
美藤 文貴²⁾, 竹中 英昭²⁾, 長 澄人²⁾

症例は59歳の男性。以前よりアレルギー鼻炎があり、X-1年夏頃より気管支喘息と診断され加療中であった。X年8月初旬からの左手尺骨側のしびれを自覚、近医でメチコパールなど処方されたが改善せず、発熱や両下肢の倦怠感や脱力が出現、また手掌のしびれも増強したため同月下旬に当院整形外科紹介となった。脳神経疾患が疑われ脳神経内科で精査中に著明な好酸球増多を認めたため当科紹介となった。先行する喘息やアレルギー性鼻炎に加えて多発単神経炎と好酸球増多、尿潜血所見があり、MPO-ANCAの上昇を認めEGPAと診断した。ソルメドロール500mg/day3日間ののちPSL1mg/kg/dayによる治療を開始したが好酸球の低下に乏しくステロイド抵抗性と考えられた。今回発熱などの全身症状には乏しく血管炎よりは好酸球炎症が主体と考えられたため、メボリズマブ導入の方針とした。

OS 25-4

ベンラリズマブによる薬剤性器質化肺炎と診断した1例

公益財団法人 田附興風会 医学研究所 北野病院

○為定 裕貴, 北島 尚昌, 山中 諒, 植木 康光,
貴志 亮太, 坂野 勇太, 神野 志織, 森本 千絵,
伊元 孝光, 濱川 瑤子, 井上 大生, 丸毛 聡,
福井 基成

症例は80歳女性。好酸球性副鼻腔炎と好酸球性中耳炎を合併した難治性気管支喘息に対しベンラリズマブを導入した。導入後2ヶ月で右上葉、両下葉にスリガラス陰影を認めたが、本人希望によりマクロライド系抗菌薬の内服で経過観察していた。導入後2年経過したところで労作時呼吸困難を自覚し、胸部CTで両肺に末梢優位の多発浸潤影を認めた。気管支鏡検査を施行し、器質化肺炎と診断した。身体所見、検査所見からは膠原病や自己抗体の関与は否定的であった。ベンラリズマブを休薬したところ陰影は改善傾向となり、ベンラリズマブによる薬剤性器質化肺炎と診断した。休薬のみで肺野陰影の再燃は認めず、追加の投薬は不要であった。本症例の診断、経過について文献的考察を交えて報告する。

OS 25-3

自宅外で発症した夏型過敏性肺炎の一例

加古川中央市民病院 呼吸器内科

○黒田 修平, 多木 誠人, 佐伯 悠治, 高原 夕,
藤本 佑樹, 松本 夏鈴, 平位 一廣, 藤岡 美結,
藤井 真央, 徳永俊太郎, 堀 朱矢, 西馬 照明

症例は16歳女性。X年4月、僧侶になるための高校に入学。入学と同時に宿坊での下宿を開始。4月中旬頃から宿坊に滞在中は発熱、咳嗽が出現し、実家に帰ると発熱、咳嗽が改善することを繰り返していた。CTで両肺下葉優位の粒状影や浸潤影がみられ、過敏性肺炎が疑われたため6月に当科へ紹介となった。血液検査で抗トリコスポロン・アサヒ抗体陽性などの所見より、夏型過敏性肺炎と診断した。自宅外で発症した夏型過敏性肺炎の一例を経験したため、報告する。

OS 25-5

当院におけるSchizophyllum communeによるABPM 6症例の臨床的特徴

独立行政法人国立病院機構 大阪刀根山医療センター 呼吸器内科

○住谷 仁, 横山 将史, 橋本 和樹, 新居 卓朗,
松本 隆典, 橋本 尚子, 辻野 和之, 三木 啓啓,
木田 博

近年、ABPMの原因真菌として、非アスペルギルスである黒色真菌および真正担子菌の頻度が多いことが報告されているが、菌群の同定には遺伝子解析などの専門的技術が必要であり、同定が困難である症例が多い。特に真正担子菌であるスエヒロタケ (Schizophyllum commune) は、報告が増えてきており病態に重要な役割をしている可能性がある。当院で2015年4月から2022年6月までに診断・治療したABPM/ABPA患者45人のうち、遺伝子解析によりSchizophyllum communeと同定された6症例の患者背景および臨床経過について報告する。

OS 26-1

肺感染症の併発によって感染部位で病勢が改善したと思われる自己免疫性肺胞蛋白症の一例

- 1) 大阪医科薬科大学 内科学1,
2) 大阪医科薬科大学病院臨床研究センター

○鳥津 保之¹⁾, 池田宗一郎¹⁾, 藤田 守美¹⁾, 大江 崇史¹⁾,
亀井 郁恵¹⁾, 船本 智哉¹⁾, 満屋 奨¹⁾, 辻 博行¹⁾,
松永 仁綜¹⁾, 鶴岡健二郎¹⁾, 中村 敬彦¹⁾, 藤阪 保仁²⁾,
今川 彰久¹⁾

44歳女性。3月に38℃発熱、湿性咳嗽を主訴に近医を受診、胸部CTでびまん性すりガラス影・左上葉の浸潤影を認め入院。CTRX・AZMを投与され自覚症状、炎症反応も改善した。しかし2ヶ月経過後も陰影が残存のため当院へ紹介。血液検査でKL-6_4.216U/ml、HR-CTでcrazy-paving、経気管支肺生検で肺胞内にPAS陽性好酸性物質の沈着、血中抗GM-CSF抗体陽性より自己免疫性肺胞蛋白症（APAP）と診断。後日過去の胸部X線を取り寄せ、5年前には著変を認めなかったが、9ヶ月前の検診時には潜在性にAPAPが発症していた事、また発熱時に浸潤影が出現した左上葉は解熱後にすりガラス影も消退している事が判明した。感染の併発はAPAPの病勢を悪化させると考えられているが、3ヶ月経過した現在でも軽快を保っている。

OS 26-3

COVID-19感染を契機に著明に改善した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

- 1) NHO近畿中央呼吸器センター 内科,
2) NHO近畿中央呼吸器センター 臨床研究センター

○柳澤 篤¹⁾, 滝本 宜之¹⁾, 新谷 亮多¹⁾, 広瀬 雅樹²⁾,
茂田 光弘¹⁾, 小林 岳彦¹⁾, 竹内奈緒子¹⁾, 露口 一成¹⁾,
新井 徹²⁾, 井上 義一²⁾

【症例】77歳男性。X年6月に自己免疫性肺胞蛋白症（APAP）と診断後、緩徐に肺野陰影が増強し低酸素血症も悪化してきたため全肺洗浄が検討されていた。X+1年2月にCOVID-19に罹患した。発熱や咳嗽といった臨床症状に加えて炎症反応の上昇と、さらなる低酸素血症の増悪を認めた。レムデシビルによる加療を実施し、1週間程度で症状は消失し炎症所見も改善した。COVID-19症状改善後から、APAPに伴う肺野陰影の急速な改善を認め、上昇を続けていたKL-6などのAPAPの病勢マーカーもCOVID-19罹患を契機に減少に転じた。酸素化も改善し、全肺洗浄は不要となった。【考察】APAPとCOVID-19はいずれもサイトカインの一つであるGM-CSFが病態形成に重要な役割を果たす疾患であるが、我々が検索した範囲で両者合併例の症例報告は見つからなかった。COVID-19がGM-CSF産生を促進し、APAP改善に繋がった可能性があると考えられる。

OS 26-2

職業的粉塵吸入の関連が疑われた自己免疫性肺胞蛋白症の1例

大阪府済生会吹田病院

○藤原 隆徳, 美藤 文貴, 羽藤 沙恵, 綿部 祐馬,
乾 佑輔, 上田 将秀, 茨木 敬博, 岡田あすか,
竹中 英昭, 長 澄人

症例は74歳、男性。咳嗽および労作時呼吸困難を主訴に近医を受診した。胸部Xpにて両側肺門を中心にびまん性の陰影を認め、精査加療目的にX年Y月に当院紹介受診となった。胸部CTで両側肺野びまん性に中枢側優位のすりガラス影がみられ、内部には小葉間隔壁の肥厚を認めた。肺胞蛋白症、ニューモシスチス肺炎、薬剤性肺炎等の疑いで精査目的にY+1月4日当科入院となった。同日に気管支鏡検査施行、気管支肺胞洗浄液は白濁し、総細胞数は増多していたが分類は不能であった。また、後日の血液検査にて抗GM-CSF抗体陽性であったことと、各種所見から自己免疫性の肺胞蛋白症と診断した。アルミニウムなどの職業的粉塵吸入歴があり、粉塵の吸入曝露と抗GM-CSF抗体産生の関連性が示唆されたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

OS 26-4

多発結節影を呈した結節性リンパ組織過形成の一例

独立行政法人 国立病院機構 姫路医療センター 呼吸器内科

○平野 克也, 北川 怜奈, 日隈 俊宏, 井野 隆之,
世利 佳滉, 竹野内政紀, 平岡 亮太, 小南 亮太,
東野 幸子, 加藤 智浩, 鏡 亮吾, 横井 陽子,
三宅 剛平, 水守 康之, 塚本 宏壮, 佐々木 信,
河村 哲治

症例は36歳男性。検診で胸部異常影を指摘され当院紹介となった。明らかな自覚症状、身体所見はなく、胸部CTで両側の多発結節影を認めた。血液検査でも有意な所見はなく、リンパ増殖性疾患を疑い気管支鏡下生検を試みたが到達困難で有意な所見は得られなかった。呼吸器外科にて左上葉、及び舌区の結節に対しVATS肺生検を行い、結節性リンパ組織過形成（nodular lymphoid hyperplasia:NLH）の診断となった。NLHは良性局在型の反応性リンパ増殖性疾患に分類される稀な疾患である。画像上肺癌と類似し、術前診断が困難で外科的生検により診断されることが多いとされる。若干の考察を含めて報告する。

OS 26-5

多発すりガラス結節を呈した血管内大細胞型B細胞リンパ腫の一例

- 1) 天理よろづ相談所病院 呼吸器内科,
2) 天理よろづ相談所病院 放射線科,
3) 天理よろづ相談所病院 病理診断部

○山本 亮¹⁾, 岡垣 暢紘¹⁾, 坂本 裕人¹⁾, 田中 佑磨¹⁾,
武田 淳志¹⁾, 丸口 直人¹⁾, 中村 哲史¹⁾, 松村 和紀¹⁾,
池上 直弥¹⁾, 上山 維晋¹⁾, 加持 雄介¹⁾, 橋本 成修¹⁾,
田中 栄作¹⁾, 田口 善夫¹⁾, 久保 武²⁾, 野間 恵之²⁾,
桂川 広幸³⁾, 住吉 真治³⁾, 小橋陽一郎³⁾, 羽白 高¹⁾

症例は73歳男性。膝管内乳頭粘液性腫瘍の経過観察中に、肺野の多発すりガラス結節を指摘され当科紹介となった。1年前の胸部CT検査と比較し消退なく、一部増大する結節も認められたことから、高分化腺癌を念頭に、増大を認めた結節に対して診断目的に胸腔鏡下肺部分切除術を施行したところ、intravascular large B-cell lymphoma (IVLBCL) と判明した。術後に測定した可溶性IL-2レセプターは1277 U/mLと上昇を認めた。FDG-PET/CT検査では一部の肺結節へのわずかなFDG集積は認められたが、肺野へのびまん性集積充進は認めなかった。術後より労作時呼吸困難と倦怠感が出現し、血液内科に紹介し、R-CHOP療法が開始された。本症例のようにIVLBCLで限局したすりガラス結節を呈することは稀であり文献的考察を含め報告する。

OS 27-2

切除不能悪性胸膜中皮腫治療における緩和的照射の予後に与える影響

- 1) 独立行政法人 労働者健康安全機構 関西ろうさい病院 初期研修医,
2) 独立行政法人 労働者健康安全機構 関西ろうさい病院 呼吸器外科

○三木佑一郎¹⁾, 戸田 道仁²⁾, 谷村 拓也²⁾, 鈴木 智嗣²⁾,
山本 亜弥²⁾, 岩田 隆²⁾

【目的】 切除不能の悪性胸膜中皮腫 (MPM) は緩和的照射が追加されることも多いが、予後に与える影響は不明である。今回、免疫または化学療法に併用した放射線治療が予後に与える影響について後方視的に検討したので報告する。【方法】 2011年11月から2022年1月まで当院で診断、治療された手術不能MPM19例を抗癌剤治療 (C) 群2例、免疫治療 (I) 群11例、放射線併用抗癌剤 (CR) 群4例と同併用免疫治療 (IR) 群2例に分け統計学的に検討した。【結果】 無増悪生存期間 (PFS) はC、I群に対してCR、IR群で有意差はないが延長しており (中央値 (日) 51、154、400、未到達、 $p=0.29$)、全生存期間 (OS) でも有意差はないがCR、IR群で長期生存例を認めた (70、306、471、未到達、 $p=0.13$)。【考察】 少数例の検討ではあるが放射線併用治療群が、PFS、OSともにより良好である傾向を認め、放射線治療がアブスコパル効果など相乗効果をもたらしている可能性が考えられた。

OS 27-1

結核性胸膜炎との鑑別が困難であった悪性胸膜中皮腫の一例

- 1) 大阪府済生会千里病院, 2) 大阪大学大学院医学系研究科

○古川 諒¹⁾, 森本 彬人¹⁾, 古川 貢¹⁾, 多河 広史¹⁾,
松浦 良信¹⁾, 舟木壮一郎²⁾, 伊藤 裕介¹⁾, 山根 宏之¹⁾

生来健康な65歳女性。1か月ほど前から発熱、胸痛、呼吸苦が持続するため当院を受診した。胸部レントゲンで右大量胸水を認め、胸腔穿刺を施行した。性状はリンパ球優位の滲出性胸水であり、胸水細胞診は2回とも陰性、胸水ヒアルロン酸値は62000 ng/mLであった。抗酸菌塗抹や結核菌PCRは陰性であるものの、ADA 70.9 U/Lと高値であったことから、結核性胸膜炎と診断し抗結核薬の投与を開始した。しかし治療開始後も炎症マーカーの上昇と発熱が持続し、胸部CT検査にて胸壁に腫瘤影を認めたことから悪性腫瘍の可能性も否定できず、胸腔鏡下胸膜生検を施行した。壁側胸膜に白色の結節を多数認め、同部位の生検の結果悪性胸膜中皮腫の診断となった。胸水ADA値は結核性胸膜炎に対して高い感度と特異度を示すマーカーであるが、悪性胸膜中皮腫でも一部高値を示す症例があるとされており、この点に注目して文献的考察を加え報告する。

OS 27-3

肺への直接浸潤から中枢気道へ鑄型状の進展を呈した悪性胸膜中皮腫の1例

- 京都第二赤十字病院 呼吸器内科

○狩野友花里, 國松 勇介, 堤 玲, 佐藤いずみ,
谷村 真依, 谷村 恵子, 竹田 隆之

症例は70歳代女性。悪性胸膜中皮腫 (上皮型、IMIG stage IV) と診断後、1次治療としてシスプラチン+ペメトレキセド、2次治療はニボルマブが選択され、また右胸壁浸潤に対して放射線療法 (緩和照射) が施行されていた。右背部痛の増強があり、CTで右下葉への直接浸潤に続く形で右下葉支から右主気管支を経て気管まで鑄型状の進展を認めた。標準治療後で科学的根拠を伴う regimen がいないため、前回の照射野内への再照射となるが放射線治療科との協議により緩和照射を行ったところ腫瘍の縮小を認めた。悪性胸膜中皮腫は局所浸潤傾向が強く、隣接した臓器への直接浸潤を来すが、肺実質への広範な浸潤を伴わずに区域気管支を経て気管まで気道内を鑄型状に進展することは稀である。文献的考察を追加して報告する。

OS 27-4

悪性胸膜中脾腫治療中に肺結節病変を呈した一症例

公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院 呼吸器・免疫内科

○神島 望, 甲原 雄平, 田中 雅樹, 二宮 隆介,
井原 祥一, 立花 功

症例は63歳男性、胸部異常陰影を指摘され当院を紹介受診した。異常陰影は胸水貯留によるものであり胸水穿刺による細胞診の結果、腺癌細胞の検出を認めた。しかしながら原発巣が明らかでなく、胸腔鏡による胸膜観察・生検の結果、悪性胸膜中脾腫の診断に至った。悪性胸膜中脾腫に対してシスプラチン+ペメトレキセドによる化学療法を開始し胸部X線は安定していた。しかしながら、3サイクルの化学療法後の効果判定のためPET-CTを施行するとFDG-avidityを示す新規の肺結節を認めた。新規の肺結節の診査の結果も含めて本症例の治療経過について報告を行う。

OS 28-1

検診で発見された胸腔内胸壁脂肪腫の一例

1) 赤穂市民病院, 2) 京都大学, 3) 名古屋大学

○松尾 公太¹⁾, 塩田 哲広¹⁾, 荒木明日香¹⁾, 加藤 五陸¹⁾,
高木 望夢¹⁾, 大道 一輝¹⁾, 橋本健太郎²⁾, 辻 貴宏³⁾

症例は47歳、男性。主訴はなし。現病歴は検診の胸部レ線にて異常陰影を指摘され精査・加療目的で当科外来を紹介される。胸部CTでは左前胸壁に胸腔内に突出する67mm×37mm大の辺縁平滑な腫瘍を認めた。内部構造を不均一でほとんどが脂肪濃度であったが、一部CT値19HUを示す部位がみられた。確定診断を得る目的でCTガイド下生検を施行した。生検は前胸壁からMonopty 18G、生検長22mmものを用いて施行した。検査時間20分、合併症はみられなかった。病理組織学的には脂肪で悪性所見はみられなかった。脂肪肉腫の合併も疑われたため胸腔鏡補助下腫瘍摘出術を行った。腫瘍は被膜を有する有茎性腫瘍で周囲臓器との癒着もなく、太さ約1.0cmの1本の索状物のみで前胸壁の壁側胸膜と連続していた。この茎部を処理することにより容易に腫瘍を摘出することが可能であった。摘出標本の病理組織診断により脂肪腫と診断した。術後経過は良好で1週間後に退院した。

OS 28-2

Parvimonas micraによる膿胸の1例

1) 淀川キリスト教病院 呼吸器内科,
2) 淀川キリスト教病院 呼吸器外科

○下山由希子¹⁾, 水谷 萌¹⁾, 澤 信彦¹⁾, 篠木 聖徳¹⁾,
岡田 諭志²⁾, 吉井 直子¹⁾, 西島 正剛¹⁾, 大谷賢一郎¹⁾,
加地 政秀²⁾, 紙森 隆雄¹⁾

【症例】67歳女性。左肺嚢胞と中咽頭癌化学放射線治療の既往がある。2日前からの発熱を主訴に救急外来を受診した。胸部単純CT検査で多房化した左胸水と嚢胞内の液貯留を認め、左膿胸および感染性肺嚢胞と診断した。抗菌薬治療を開始したが改善に乏しく、第5病日に胸腔ドレーン挿入を行った。胸水は膿性の乳白色で、胸水塗抹検査でグラム陽性球菌とグラム陰性桿菌が確認された。培養検査ではグラム陽性嫌気性球菌のParvimonas micraが検出された。【考察】Parvimonas micraは嫌気性菌で、口腔内常在菌の一種として知られている。本症例では、中咽頭癌に対し放射線療法を行なわれ嚥下機能が低下していた。それにより、不顕性誤嚥を来していたことがParvimonas micraの感染に寄与したと考えられた。同菌による膿胸の報告は少なく、若干の文献的考察とともに報告する。

OS 28-3

治療抵抗性の経過を呈した前縦隔原発小細胞癌の一例

大阪大学医学部附属病院 呼吸器内科

○東 浩志, 大平 貴華, 谷崎 智史, 内藤真依子,
細野 裕貴, 山本有美子, 白山 敬之, 平田 陽彦,
武田 吉人, 熊ノ郷 淳

症例は51歳男性。X年5月に呼吸困難を自覚、前医で前縦隔腫瘍を指摘された。同日、腫瘍による気道圧排を認め、前医緊急入院となった。当院へ転院後、精査で前縦隔原発の小細胞癌と診断した。骨転移がみられたことから正岡分類ステージIVbと既に進行癌でありCBDCA+ETPでの治療を開始した。3コース投与行い、気道圧排は解除されたが新規病変が出現、PDと判定した。全身状態低下が著しいことからBSCの方針となった。胸腺上皮性腫瘍はその病理学的特徴から胸腺腫、胸腺癌、胸腺神経内分泌腫瘍に分類される。胸腺上皮性腫瘍自体稀な疾患であるが、胸腺神経内分泌腫瘍はその中でも報告が少ない病態である。小細胞癌でありながら化学療法に治療抵抗性を示し、肺小細胞癌の経過とは異なる印象であった。今回貴重な症例を経験したため報告する。

OS 28-4

診断に苦慮したIgG4関連胸膜心膜炎の一例

洛和会 音羽病院

○古室 太誠, 柴原 一毅, 榎本 昌光, 畑 妙,
田中 友樹, 田宮 暢代, 土谷美知子, 長坂 行雄,
堀本かんな, 一瀬増太郎

64歳男性。半年前からの労作時呼吸困難が緩徐に増悪し下腿浮腫も認めため受診した。来院時のSpO₂は85%（室内気）であった。胸部CTで両側胸膜の肥厚、胸水、心膜肥厚、心嚢水を認めた。リンパ球優位の滲出性胸水でADAは22.7であったが、T-SPOT陽性から結核を考えた。胃液、気管支鏡検査検体で抗酸菌培養検査提出したが陰性であった。心膜肥厚、心嚢水に関しては心臓カテーテル検査から収縮性心膜炎の診断となった。収縮性心膜炎の原因精査目的に提出した血液検査でIgG4高値を認めた。確定診断目的に胸膜生検術を行ったところHot Spotで50個を超えるIgG4陽性細胞の浸潤を認めた。包括基準では疑診群であり、IgG4関連胸膜心膜炎と診断した。抗結核薬を併用しながらステロイド治療を開始したところ効果を認めた。胸膜炎、心膜炎の原因としてIgG4関連疾患を鑑別に挙げるべきと思われる一例を経験したので報告する。

OS 29-1

プシラミンによる胸水貯留を認めた黄色爪症候群の1例

加古川中央市民病院

○平位 一廣, 黒田 修平, 高原 夕, 松本 夏鈴,
藤岡 美結, 藤井 真央, 多木 誠人, 徳永俊太郎,
堀 朱矢, 西馬 照明

症例は59歳男性。X年5月より関節リウマチに対してプシラミンを開始した。X+1年3月より左胸水が出現し抗生剤が投与されたが胸水は増加傾向にあった。遅れて右胸水も出現し増加傾向にあったため、X+1年7月に当科紹介となった。初診時より黄色爪がみられ、リンパ球優位の両側胸水であり、プシラミンによる黄色爪症候群と診断した。プシラミン中止後も胸水が増加傾向にあり、右胸腔鏡検査を施行した。特異的所見はなく、繊維素性胸膜炎との診断であった。胸腔鏡後はドレナージのみで排液量が減少し、留置3日目にドレーンを抜去した。右胸腔ドレナージ後左胸水の増加がみられ、2週間後に左胸腔ドレナージを行った。同じくドレナージのみで4日目に排液量が減少し、ドレーン抜去した。その後胸水の再増加は認めていない。黄色爪症候群における胸水コントロールにつき文献的考察を加えて検討する。

OS 29-2

神経鞘腫と鑑別を要した限局型キャッスルマン病の一例

1) 社会医療法人愛仁会 明石医療センター 呼吸器内科,
2) 社会医療法人愛仁会 明石医療センター 呼吸器外科

○藤本 葉月¹⁾, 岡村佳代子¹⁾, 榎本 隆則¹⁾, 松尾健二郎¹⁾,
山崎菜々美¹⁾, 池田 美穂¹⁾, 畠山由記久¹⁾, 大西 尚¹⁾,
田内 俊輔²⁾

特記すべき既往のない27歳女性。健診の胸部単純X線検査で右肺門部腫瘤影を指摘され前医を受診し、当院を紹介受診した。胸部CT検査では右背側胸膜の椎体近傍に4cmの腫瘤を認め、神経鞘腫を疑った。造影MRI検査ではT1強調画像で低信号、T2強調画像で軽度高信号であり、造影増強効果も伴ったが、神経鞘腫として非典型的であった。また、エコー下生検の病理結果は異形性の乏しいリンパ球集簇性組織であり、神経鞘腫は否定的であった。限局型キャッスルマン病を疑い、呼吸器外科に紹介し右縦隔腫瘍摘除術を施行して、限局型キャッスルマン病 (hyaline-vascular型) の確定診断に至った。後縦隔は肋間神経、交換神経幹など神経節が存在することから、神経原性腫瘍の頻度が最も高い領域である。当初画像所見から神経鞘腫を鑑別に挙げたが、手術で限局型キャッスルマン病の確定診断に至った症例を経験したため、その診断や特徴について、文献的考察を加えて報告する。

OS 29-3

肺腺癌に対するCisplatin + Pemetrexed + Pembrolizumab維持療法中に発症した好酸球性胸膜炎の1例

大阪府済生会吹田病院 呼吸器内科

○綿部 裕馬, 上田 将秀, 岡田あすか, 羽藤 沙恵,
藤原 隆徳, 乾 佑輔, 茨木 敬博, 美藤 文貴,
竹中 英昭, 長 澄人

免疫関連有害事象として胸膜炎や両側胸水を認めた症例は稀ながら報告されているが、ほとんどはリンパ球が主体である。今回、Cisplatin + Pemetrexed + Pembrolizumab維持療法中に好酸球性胸水を認め、胸膜生検にて著明な好酸球浸潤が確認された胸膜炎を経験した。症例は63歳、男性。肺腺癌に対してX-2年10月より上記レジメンを開始しPRを維持していた。X年8月上旬より末梢血好酸球増多および両側胸水を認め、同月下旬にかけて悪化した。発熱や労作時呼吸困難も認め、精査加療目的に入院。胸水は両側ともに滲出性、好酸球優位で、局所麻酔下胸腔鏡での右側胸膜生検にて著しい好酸球浸潤を認めた。各種検査からは感染症、自己免疫疾患、癌性胸膜炎などは否定的であり免疫関連有害事象と考えられた。ステロイド投与により病状は速やかに改善した。免疫関連有害事象として好酸球性胸膜炎は稀であり報告する。

OS 29-4

局麻下胸腔鏡検査を施行した腭性胸水の1例

姫路医療センター 呼吸器内科

○北川 怜奈, 河村 哲治, 佐々木 信, 塚本 宏壮,
水守 康之, 三宅 剛平, 横井 陽子, 勝田 倫子,
鏡 亮吾, 加藤 智浩, 東野 幸子, 小南 亮太,
平野 克也, 平岡 亮太, 竹野内政紀

アルコール依存症で他院入退歴のある55歳女性。上腹部痛・食思不振にて近医を受診、血液検査でアミラーゼ365U/L、リパーゼ575U/Lと上昇認め、当院紹介となった。胸腹部CTにて腭尾部仮性嚢胞および左胸腔への瘻形成、左胸水貯留を認め、胸水は黒色を呈しアミラーゼが1458U/Lと高値を呈したことから、慢性腭炎に伴う腭性胸水と診断した。局麻下胸腔鏡検査では黒色胸水と共にフィブリン化を伴う隆起性病変を認めた。絶食・補液と抗生剤・腭酵素阻害剤投与の上で胸腔ドレーン留置および内視鏡的経鼻腭管ドレナージを行い軽快した。腭管造影にて腭仮性嚢胞から胸腔側へ造影剤が流出するルートが描出された。腭性胸水の局麻下胸腔鏡検査所見についての報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

P-2

慢性NK細胞増殖症 (CLPD-NK) の肺浸潤に対してステロイド単独治療が奏功した一例

市立吹田市民病院

○大原 邦諒, 宮崎 暁人, 徳永 正浩, 依藤 秀樹,
津田 学, 角田 尚子, 稲田 怜子, 田邊 英高,
鬼追 芳行, 宮崎 昌樹, 鉄本 訓史, 片田 圭宣

51歳、女性。X-5年頃より関節痛を自覚され、X年7月に関節リウマチ疑いで当院紹介受診された。血液検査でリンパ球数6,600/ μ Lと上昇を認め、リンパ球の約60-80%が顆粒リンパ球であった。末梢血の細胞表面抗原解析では、CD3陰性、CD56陽性とNK細胞の発現パターンが確認された。顆粒リンパ球数の増加は6ヶ月以上持続し、CLPD-NKと診断された。X年12月に両肺野の多発結節影を指摘され、約3ヶ月間の経過で浸潤影が出現し、増悪傾向にあった。気管支肺泡洗浄液の細胞分画ではリンパ球は81%と上昇し、細胞表面抗原解析ではNK細胞の発現パターンが確認された。胸腔鏡下肺生検もを行い、CLPD-NKの肺浸潤と診断した。診断後はプレドニゾン (1mg/kg/日) による治療を開始し、陰影は消退傾向となった。非常に稀な疾患であるCLPD-NKの肺浸潤の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

P-1

胸痛を主訴に来院し細菌性肺炎・胸膜炎と鑑別を要した器質化肺炎の一例

1) 滋賀医科大学 医師臨床教育センター,
2) 同 呼吸器内科, 3) 同 保健管理センター,
4) 同 感染制御部

○田中 伶於¹⁾, 横江 真弥²⁾, 松田 正²⁾, 奥田 祥伍²⁾,
入山 朋子²⁾, 黒田 凌²⁾, 成宮 慶子²⁾, 角田 陽子²⁾,
山崎 晶夫²⁾, 松尾裕美子³⁾, 内田 泰樹²⁾, 仲川 宏昭²⁾,
黄瀬 大輔²⁾, 山口 将史²⁾, 大澤 真⁴⁾, 小川恵美子³⁾,
中野 恭幸^{2,4)}

【背景】器質化肺炎 (OP) は画像上細菌性肺炎と鑑別を要するが胸痛を伴うことは少ない。【症例】80代男性。3週間続く左胸痛と発熱、左上葉中心の浸潤影と左胸水、炎症反応の上昇あり細菌性肺炎・胸膜炎として入院。抗菌薬を開始したが炎症反応、発熱、X線所見は改善せず。胸水細胞分画はリンパ球70%で非感染性の病態が考慮された。入院7日目のCTで胸水量は変化ないが、左下葉と右肺の浸潤影は悪化しOPを疑った。気管支鏡はCOVID-19を発症し行えなかった。腫瘍マーカー、胸水細胞診、胸水ADA、各種膠原病・血管炎関連の自己抗体や身体所見に特記所見はなく臨床的にOPと診断した。8日目よりプレドニゾン60 mg (1mg/kg) を開始したところ症状、炎症反応、浸潤影と胸水は改善し、32日目に退院となった。【結語】胸痛を伴い細菌性肺炎・胸膜炎と鑑別を要したOPの一例を経験した。細菌性肺炎・胸膜炎としての治療に反応が乏しい症例ではOPを考慮する必要がある。

P-3

MET遺伝子Exon14 skipping 変異陽性非小細胞肺癌の一例

大阪府済生会野江病院

○田里 美樹, 田中 彩加, 藤木 貴宏, 日下部悠介,
中山 絵美, 山本 直輝, 松本 健, 相原 顕作,
山岡 新八, 三嶋 理晃

【症例】75歳女性【主訴】右胸部痛【現病歴】右胸部痛が持続するため前医を受診し、CTを撮影したところ右肺腫瘍を認めたため紹介。【臨床経過】右上葉非小細胞肺癌cT3N1M1c、IVBと診断し、MET 遺伝子Exon14 skipping 変異陽性であり、テボチニブを開始した。開始1週間で原発巣は著明に縮小した。血中クレアチニン増加がありテボチニブを1段階減量したところ、可逆性に改善した。Grade1の末梢性浮腫を認める他、有害事象は認めていない。開始から3ヶ月の時点でPRが得られており、投与を継続する予定である。【考察】MET 遺伝子Exon14 skipping 変異は、非小細胞肺癌の約3%と希少頻度である。EGFR、ALK、ROSIに比べて、年齢層が高く、喫煙者や腺癌以外の組織型にも認められる。MET-TKIで治療しない場合、予後不良と関連している。AmoyDx 肺癌マルチ遺伝子PCRパネルに組織検体を提出し、早期に治療介入し得た症例を経験したので報告する。

P-4

右乳癌放射線治療後に照射野外放射線肺臓炎をきたした1例

神戸市立医療センター西市民病院

○森本健太郎, 瀧口 純司, 岩林 正明, 横田 真, 橋本 梨花, 網本 久敬, 金子 正博, 藤井 宏, 富岡 洋海

60代女性。主訴は咳嗽、発熱。右乳癌に対して右乳房部分切除術を施行され、その後に胸部接線照射（42.56Gy/16Fr）を行われた。2か月後に咳嗽と発熱が出現し、胸部レントゲンで右肺浸潤影を認め当科受診となった。細菌性肺炎疑いとしてセフトリアキソンを投与されたが改善せず、気管支鏡検査を行った。右B5のBALではリンパ球と好酸球が増多しており、右B3のTBLBで気腔内に肉芽を認め器質化肺炎/放射線肺臓炎と診断した。プレドニゾロン25mg/日を開始したところ症状および画像所見の改善をみだが、プレドニゾロン5mgまで漸減した時点で左肺上葉に浸潤影が出現した。左肺上葉でBAL、TBLBを行ったところ器質化肺炎として矛盾のない結果が得られたためステロイド減量に伴う放射線肺臓炎の再燃と診断した。プレドニゾロンの増量を行い、画像所見は速やかに改善した。乳癌に対する放射線治療後に両側放射線肺臓炎を来しており、文献的考察を加え報告する。

P-5

Parvimonas micra、Fusobacterium nucleatumによる膿胸を認めた1例

1) 愛仁会 千船病院 内科,
2) 愛仁会 千船病院 呼吸器内科,
3) 愛仁会 千船病院 リハビリテーション科

○中野 知貴¹⁾, 住谷 充弘^{2,3)}, 竹嶋 好²⁾

症例は75才男性、慢性腎不全、COPDにてHOT導入後訪問診療を受けている方。2022年8月下旬より胸痛を伴う呼吸困難感を認めたため、かかりつけ医にて加療を行われるも同日午後呼吸困難増強し当院へ救急搬送。発熱は認めずも、胸部CT所見上右無気肺を伴う右胸水、WBC 32900/ μ l、CRP 30.0mg/dlと炎症高値を認めた。膿胸を考慮し右胸腔ドレナージを施行後、ウロキナーゼ18万単位胸腔内投与を行った。ドレーンからの排液は膿性で刺激臭を伴い、ドレナージ当日は3000ml以上の排出を認めた。SBT/ABPC 3g、q12hr投与を行い入院9日目に胸腔ドレーンを抜去。培養にて抗酸菌：陰性、喀痰：E.Coli、胸水：Fusobacterium nucleatum、Parvimonas micraを認め症状改善後、抗生剤内服に変更を行った。Parvimonas micraは、口腔、消化管の細菌叢を構成するグラム陽性嫌気性球菌であるが、同菌による膿胸の報告は稀であり、文献的考察を合わせて報告を行う予定である。

P-6

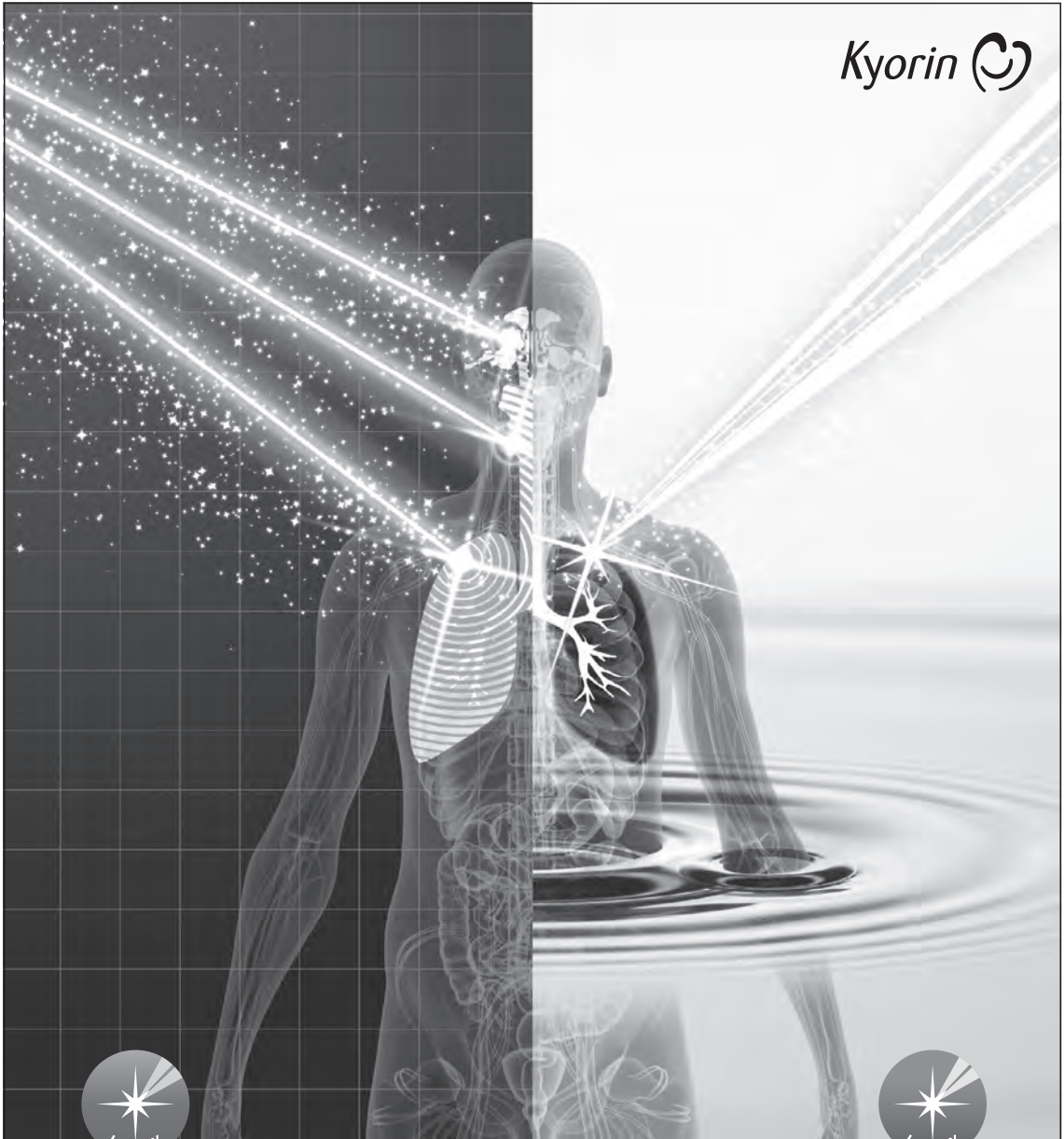
肺癌治療中にTrousseau症候群の病勢が低下した可能性のある一例

大阪府済生会野江病院 呼吸器内科

○梶原 佑一, 山本 直輝, 藤木 貴宏, 日下部悠介, 中山 絵美, 田中 彩加, 松本 健, 相原 顕作, 山岡 新八, 三嶋 理晃

【症例】56歳、男性【本文】下肢血栓性静脈炎の診断を契機に撮影された造影CTで右上葉腫瘤を認め、当科紹介となった。ドライバー遺伝子変異陰性、PD-L1 60%、StageIVBの右上葉肺腺癌と診断した。下肢血栓性静脈炎に対しエドキサバントシルで治療していたが、血痰が出現したため中断したところ、Trousseau症候群を疑う多発脳梗塞を認めた。ヘパリンでの治療を開始したところ新規の脳梗塞は出現せずに経過したが、一時退院目的にエドキサバントシルに変更したところ、左上下肢麻痺が出現し、Trousseau症候群の新規病変と考えられた。ヘパリン投与を再開し、肺癌に対するCBDC+PEM+pembrolizumabを開始した。化学療法開始後、肺癌は著明に縮小し、再度エドキサバントシルに変更したところ、その後は新たな神経症状は出現することなく経過した。肺癌治療中にTrousseau症候群の病勢が低下した可能性のある症例は大変希少であり、若干の文献を加えて考察を行う。

Kyorin 



ニューキノロン系経口抗菌剤
処方箋医薬品^{注)}
ラスクフロキサシン塩酸塩錠

薬価基準収載

ニューキノロン系注射用抗菌剤
劇薬、処方箋医薬品^{注)}
ラスクフロキサシン塩酸塩注射液

薬価基準収載

ラスビック[®]錠 75mg

Lasvic[®] Tablets 75mg

略号:LSFX

注)注意-医師等の処方箋により使用すること

**ラスビック[®]点滴静注 150mg
キット**

Lasvic[®] Intravenous Drip Infusion Kit 150mg

略号:LSFX

注)注意-医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、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: 杏林情報センター)

作成年月:2022.2

What science can do

オンコロジー併用療法

アストラゼネカは、バイオ医薬品と低分子医薬品を併用することで、がん細胞を直接攻撃すると同時に、身体の自己免疫システムを活性化することにより、がん細胞の細胞死を誘発する治療法の開発に取り組んでいます。

免疫細胞への腫瘍の抑制シグナルを阻害することで抗腫瘍免疫を増強する抗体



生薬には、
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。

医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00~17:30 (土・日・祝日は除く)

2021年4月制作 (審)

hvc
human health care

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ

エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

MERCK

日本標準商品分類番号 874291

医薬品リスク管理計画対象製品

抗悪性腫瘍剤 / チロシンキナーゼ阻害薬

薬価基準取載

テプミトコ錠[®] 250mg

TEPMETKO[®] Tablets 250mg

テボチニブ塩酸塩水和物錠 劇薬 処方箋医薬品^{注)}
注) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること



製造販売元
メルクバイオファーマ株式会社
東京都目黒区下目黒1-8-1 アルコタワー
[資料請求先] メディカル・インフォメーション (TEL) 0120-870-088



TEPMETKO[®]
tepotinib

2021年5月作成
JP-TEP-00339

たった一度の
いのちと
歩く。

協和キリン株式会社



KYOWA KIRIN

私たちの志 検索

2019年7月作成



チロシンキナーゼ阻害剤／抗線維化剤

【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

薬価基準収載

オフエブ® 100mg
カプセル 150mg

ニンテダニブエタンスルホン酸塩製剤 OFEV® Capsules 100mg・150mg

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



Boehringer
Ingelheim

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
DIセンター

〒141-6017 東京都品川区大崎 2 丁目 1 番 1 号 ThinkPark Tower

TEL : 0120-189-779

<受付時間> 9:00～18:00（土・日・祝日・弊社休業日を除く）

2020年5月作成

